

การศึกษาระดับปริญญาโทที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์และภาวะการแข่งขัน
ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

นางสาวสรลพัชร์ คล่องดี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

FACTORS DETERMINING THE DEMAND AND COMPETITIVENESS
OF MEDICAL TOURISM IN THAILAND

Miss Saranpat Klongdee

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Economics Program in Economics

Faculty of Economics

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์และภาวะ
การแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

โดย

นางสาวสรวิพัชร์ คล่องดี

สาขาวิชา

เศรษฐศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร. ปิติ ศรีแสงนาม

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

..... คณบดีคณะเศรษฐศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. ชโยดม สรรพศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร.ปิติ ศรีแสงนาม)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(นายแพทย์พิริส ประดิษฐ์วณิช)

สรลพัชร์ คล่องดี : การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์และภาวะการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย. (Factors Determining the Demand and Competitiveness of Medical Tourism in Thailand) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ.ดร.ปิติ ศรีแสงนาม, 108 หน้า.

งานวิจัยนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์และภาวะการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ การศึกษาใช้ข้อมูลทุติยภูมิรายปีของจำนวนชาวต่างประเทศที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย จำนวน 25 ประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. ปี 2549 ถึง 2553 วิธีที่ใช้ในการประมาณค่า คือ วิธี Generalized Least Square (GLS) แบบ Fixed Effect Model รวมถึงการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและภาวะการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยด้วยวิธีการวิเคราะห์ศักยภาพและสภาพแวดล้อม

ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยทางด้านจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ราคาค่าบริการทางการแพทย์และตัวแปรทางด้านราคาค่าครองชีพของประเทศคู่แข่งที่เป็นตัวแทนของสินค้าทดแทน ตัวแปรทางด้านคุณภาพของสถานพยาบาลในประเทศไทยและอัตราแลกเปลี่ยน มีอิทธิพลในทิศทางเดียวกันกับอุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ สำหรับตัวแปรราคาค่าบริการทางการแพทย์ภายในประเทศและคุณภาพของสถานพยาบาลในประเทศคู่แข่ง มีอิทธิพลในทิศทางที่ตรงกันข้ามกับอุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ในส่วนของภาวะการแข่งขัน จากการวิเคราะห์ศักยภาพและสภาพแวดล้อม พบว่า ประเทศไทยมีศักยภาพสูงมากในการแข่งขันภายในภูมิภาค โดยมีจุดเด่นในด้านคุณภาพของมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่สูงในระดับสากล แต่อัตราค่ารักษาพยาบาลที่ถูกลงกว่าในหลายประเทศ รวมถึงปัจจัยสนับสนุนด้านการท่องเที่ยวภายในประเทศ และการสนับสนุนจากภาครัฐในการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในภูมิภาค

สาขาวิชา.....เศรษฐศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.....2554..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5285179329 : MAJOR ECONOMICS

KEYWORDS : MEDICAL TOURISM / DEMAND OF MEDICAL TOURISM /
COMPETITIVENESS OF MEDICAL TOURISM

SARANPAT KLONGDEE : FACTORS DETERMINING THE DEMAND AND
COMPETITIVENESS OF MEDICAL TOURISM IN THAILAND.

THESIS ADVISOR : PITI SRISANGNAM, Ph.D., 108 pp.

The objective of this research is to determining the factors has effected to the demands of medical tourism in Thailand, Including the competition in the region of south-east Asia by creating the demand model for medical tourism and analyzing the potential of the country by collecting data, related articles and researches, The study used the annual panel data set of the number of foreigners who admitted to medical services from 25 countries during the period 2006 – 2010 and the method used in estimation is the Generalized Least Square Regressions with Fixed Effect Model.

The results suggest that the demand of medical tourism in Thailand is dependent on the number of foreign patients receiving medical care in Thailand, Cost of living and medical costs of a competitor's country, The quality of hospitals in Thailand and foreign exchange have positive impact on demands of medical tourism. For the quality of hospitals in the competitor's country and medical costs in Thailand have negative influence on demand for medical tourism. For the competitive circumstance, it found that Thailand has a very high potential to compete with other countries in the region with the advantage of the quality of medical service that is equal to the international standard on the contrary of lower price for medical services among countries.

Field of Study :Economics..... Student's Signature

Academic Year :2011..... Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ที่ได้รับการประสิทธิ์ประสาทจากคณาจารย์คณะ เศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และความกรุณาจากอาจารย์ ดร.ปิติ ศรีแสงนาม อาจารย์ที่ ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่สละเวลาอันมีค่าในการชี้แนะแนวทางและให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์มาโดย ตลอด ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์และนายแพทย์พิริศ ประดิษฐ์วณิช กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำอันเป็น ประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมถึงขอขอบคุณนายแพทย์มนตรี ลักษณะสูงศักดิ์ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ที่สละเวลาอันมีค่าในการให้สัมภาษณ์คำแนะนำที่เป็น ประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น คุณจุฑาทภรณ์ หนูล้นพฤษ์และคุณปารมิตา อุทาสิน สำหรับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ตลอดจนกรมส่งเสริมการส่งออกและ สำนักงานคณะกรรมการบริหารศูนย์กลางสุขภาพระหว่างประเทศในการสนับสนุนข้อมูลในการศึกษา ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัวของข้าพเจ้าที่เป็นกำลังใจและเป็นแรงบันดาลใจให้ ข้าพเจ้ามีความอุตสาหะอดทนและให้การสนับสนุนข้าพเจ้ามาโดยตลอดจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ได้ด้วยดี รวมถึงเพื่อน ๆ ทุกคนที่คอยช่วยเหลือให้คำแนะนำและเป็นกำลังใจให้กันเสมอมา คุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอมอบให้แต่บิดา มารดา อาจารย์และผู้มีพระคุณ ทุกคน หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีข้อผิดพลาดประการใด ข้าพเจ้าขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	6
1.3 ขอบเขตของการศึกษา.....	7
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
1.5 โครงสร้างวิทยานิพนธ์.....	7
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
บทที่ 2 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี (Theoretical Framework).....	9
2.1.1 ทฤษฎีอุปสงค์.....	9
2.1.1.1 อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ.....	12
2.1.1.2 อุปสงค์ในบริการการรักษาพยาบาล.....	18
2.1.1.3 อุปสงค์การท่องเที่ยว.....	20
2.1.2 ทฤษฎีอุปทาน.....	23
2.1.2.1 อุปทานของบริการสุขภาพ.....	24
2.1.2.2 อุปทานของการท่องเที่ยว.....	27
2.1.3 ความสามารถในการแข่งขัน.....	27
2.1.3.1 ทฤษฎีความได้เปรียบโดยเปรียบเทียบ.....	28
2.1.4 แนวคิดการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและข้อจำกัด.....	29
2.1.5 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมกรท่องเที่ยว.....	30

2.2	วรรณกรรมปริทัศน์.....	30
บทที่ 3	สถานการณ์การและภาวะการแข่งขันของธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของ ประเทศไทยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้.....	39
3.1	สถานการณ์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย.....	39
3.1.1	ทรัพยากรสาธารณสุข.....	40
3.1.2	ความพร้อมในการรองรับการใช้บริการทางการแพทย์ของชาวต่างชาติ.....	45
3.1.3	การสนับสนุนจากภาครัฐ.....	47
3.2	การวิเคราะห์ศักยภาพและสภาพแวดล้อม (SWOT Analysis).....	48
3.2.1	การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรค (SWOT Analysis) ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย.....	48
3.2.2	การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรค (SWOT Analysis) ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศสิงคโปร์.....	57
บทที่ 4	วิธีการศึกษา.....	65
4.1	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	65
4.2	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	66
4.2.1	แบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา.....	66
4.2.2	ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	67
4.3	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 5	ผลการศึกษา.....	71
5.1	ผลการศึกษาเชิงปริมาณ.....	71
5.2	ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ.....	76
บทที่ 6	สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ.....	79
6.1	สรุปผลการศึกษา.....	79
6.2	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	82
6.3	ข้อจำกัดในการศึกษา และข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป.....	84
	รายการอ้างอิง.....	85

ภาคผนวก.....	91
ภาคผนวก ก.....	92
ภาคผนวก ข.....	94
ภาคผนวก ค.....	96
ภาคผนวก ง.....	100
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	104

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1	จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติและการประมาณการรายได้..... 40
ตารางที่ 3.2	จำนวนโรงพยาบาลในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2545 – 2551..... 41
ตารางที่ 3.3	อัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อจำนวนประชากร พ.ศ. 2545 – 2553..... 43
ตารางที่ 3.4	ตารางเปรียบเทียบค่าบริการทางการแพทย์ ปี พ.ศ. 2552..... 49
ตารางที่ 3.5	การกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพแยกตามระดับสถานบริการ ในปี 2552..... 52
ตารางที่ 3.6	ตารางเปรียบเทียบค่าบริการทางการแพทย์ ปี พ.ศ. 2554..... 60
ตารางที่ 5.1	ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ในแบบจำลองปัจจัยที่มีผลต่ออุปสงค์การ ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย..... 72
ตารางที่ 5.2	การวิเคราะห์จุดแข็ง – จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรคของการท่องเที่ยว เชิงการแพทย์ในประเทศไทย..... 77

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 จำนวนนักท่องเที่ยวต่างประเทศที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544 – 2553.....	2
ภาพที่ 1.2 ส่วนแบ่งการตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จำแนกตามจำนวนผู้ใช้บริการ....	3
ภาพที่ 1.3 ส่วนแบ่งการตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จำแนกตามรายได้การใช้ บริการ.....	4
ภาพที่ 1.4 จำนวนผู้ใช้บริการชาวต่างประเทศที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย พ.ศ.2545 – 2553.....	5
ภาพที่ 2.1 การวิเคราะห์อุปสงค์ต่อสุขภาพด้วยทฤษฎีการผลิตในครัวเรือน.....	17
ภาพที่ 2.2 เส้นผลประโยชน์หน่วยสุดท้ายและอุปสงค์การรักษาพยาบาล.....	18
ภาพที่ 2.3 การเปลี่ยนแปลงของอุปทานเหนี่ยวนำอุปสงค์.....	25
ภาพที่ 3.1 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข...	42
ภาพที่ 3.2 จำนวนแพทย์เฉพาะทางแบ่งตามภาครัฐและเอกชน พ.ศ.2545 – 2553.....	44
ภาพที่ 3.3 ระบบบริการที่โรงพยาบาลเอกชนเตรียมไว้รับรองการใช้บริการทางการแพทย์ ของชาวต่างประเทศ.....	45
ภาพที่ 3.4 จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับรองมาตรฐาน Joint commission international ในประเทศไทย.....	47
ภาพที่ 3.5 อัตราส่วนจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐาน JCI เทียบกับจำนวน โรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศไทย.....	51
ภาพที่ 3.6 อัตราส่วนจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐาน JCI เทียบกับจำนวน โรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศสิงคโปร์.....	59
ภาพที่ 3.7 การเปรียบเทียบอัตราค่าครองชีพระหว่างประเทศ.....	61

บทที่ 1

บทนำ

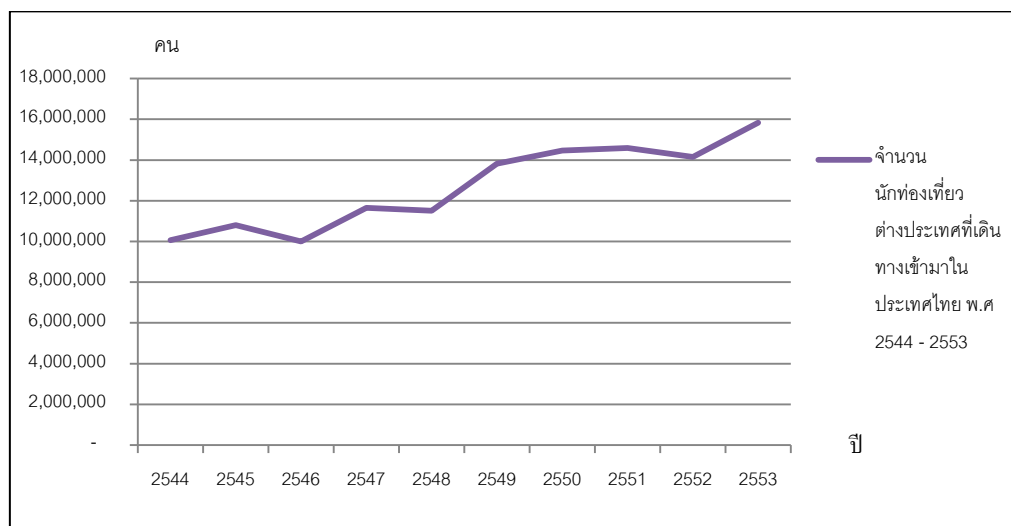
1.1 ที่มาและความสำคัญ

การท่องเที่ยวถือเป็นอุตสาหกรรมที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบเศรษฐกิจของโลก โดยเป็นที่ยอมรับกันว่าเกือบจะทุกประเทศในโลกนี้ว่าอุตสาหกรรมท่องเที่ยวได้เจริญเติบโตจนกลายมาเป็นอุตสาหกรรมหลักในระบบการค้าระหว่างประเทศอย่างรวดเร็ว รวมถึงยังเป็นอุตสาหกรรมที่มีความสำคัญอยู่ในอันดับต้น ๆ ในหลายประเทศอีกด้วย สำหรับในประเทศไทยเอง อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเป็นภาคเศรษฐกิจหนึ่งที่มีความสำคัญไม่แพ้ภาคส่วนอื่น ๆ และจากรายรับจากนักท่องเที่ยวต่างประเทศมีสัดส่วนถึงร้อยละ 6 ของรายได้ประชาชาติ ช่วยให้ประเทศไทยเกินดุลจากภาคการท่องเที่ยวมาโดยตลอด เพราะมีรายรับจากนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เดินทางมาเที่ยวในประเทศไทยมากกว่ารายจ่ายที่นักท่องเที่ยวชาวไทยเดินทางไปต่างประเทศ ถึงแม้รายได้เงินตราต่างประเทศจากนักท่องเที่ยวจะมีขนาดเพียง 1 ใน 10 ของมูลค่าการส่งออกสินค้า แต่รายได้ดังกล่าวส่วนใหญ่จะตกอยู่กับคนไทย เพราะการท่องเที่ยวใช้ทรัพยากรจากในประเทศเป็นหลัก จากสถิติรายได้จากการท่องเที่ยวระหว่างปี พ.ศ.2548-2553 พบว่า ประเทศไทยมีรายได้จากการท่องเที่ยวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 367,380.36 ล้านบาท ในปี 2548 เป็น 585,961.80 ล้านบาท ในปี 2553 ซึ่งเป็นรายได้จากการท่องเที่ยวที่สูงที่สุดของไทย และจากข้อมูลของจำนวนนักท่องเที่ยวจากต่างประเทศที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย พ.ศ. 2544 - 2553 ที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นทุกปี เป็นผลให้รายได้จากการท่องเที่ยวภายในประเทศจึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

สำหรับรูปแบบการท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวต่างประเทศ นอกจากจะเป็นการท่องเที่ยวในแหล่งธรรมชาติ (Natural based tourism) และการท่องเที่ยวในแหล่งวัฒนธรรม (cultural based tourism) ตามที่องค์การการท่องเที่ยวโลก (UN World Tourism Organization - UNWTO) ได้มีการกำหนดรูปแบบการท่องเที่ยวไว้ (Goeldner and Ritchie, 2006: 428) ยังมีอีกหนึ่งรูปแบบของการท่องเที่ยวที่มีอัตราการเติบโตเพิ่มมากขึ้นในขณะนี้ได้แก่ รูปแบบของการท่องเที่ยวในความสนใจพิเศษ (special interest tourism) ซึ่งได้แก่ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ การท่องเที่ยวเชิงกีฬา การท่องเที่ยวแบบผจญภัย เป็นต้น

ภาพที่ 1.1 แสดงจำนวนนักท่องเที่ยวต่างประเทศที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย

พ.ศ. 2544 – 2553



ที่มา : การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (พ.ศ. 2544 - 2550)

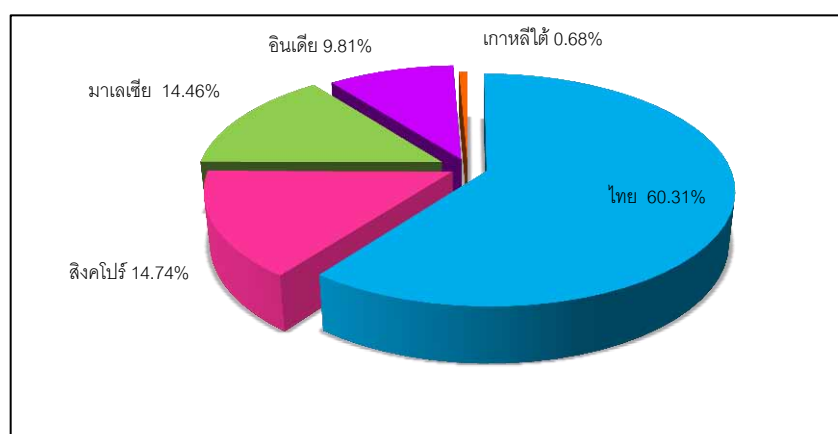
กรมการท่องเที่ยว (พ.ศ. 2551 - 2553), กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

อีกทั้งในปัจจุบัน แนวโน้มของธุรกิจเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Care) โดยเฉพาะธุรกิจโรงพยาบาลเป็นธุรกิจที่มีแนวโน้มการเติบโตที่ดีในระยะยาว เนื่องจากประชากรของโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้ปริมาณความต้องการบริการทางสุขภาพและการแพทย์เพิ่มมากขึ้นไปในทิศทางเดียวกับการเพิ่มของประชากร ในปี พ.ศ. 2593 (ค.ศ.2050) องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดว่าประชากรของโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 9,300 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นจากปัจจุบันประมาณร้อยละ 40 โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชีย WHO คาดการณ์ว่าจะมีจำนวนประชากรสูงถึง 5,400 ล้านคน (ธุรกิจบริการสุขภาพ, 2552: 1) และยังคงคาดการณ์ว่า ผู้สูงวัยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจะมีจำนวนถึง 2,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลกเมื่อจำนวนประชากรโลกเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะการเพิ่มสูงขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ส่งผลให้ความต้องการบริการทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้น และส่งผลต่อเนื่องมายังอุตสาหกรรมท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของโลก ที่เป็นอุตสาหกรรมที่อยู่ในช่วงขาขึ้น (Sun Rise Industry) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภูมิภาคเอเชียที่คาดว่าจะมีการเติบโตของจำนวนผู้ใช้บริการชาวต่างประเทศที่เข้ามารักษาตัวเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15-30 ต่อปี และคาดว่าจะรายได้จากผู้ให้บริการชาวต่างประเทศที่เดินทางมารักษาตัวในภูมิภาคเอเชียจะเพิ่มขึ้นเป็น 4,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ในปี พ.ศ. 2556

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสนับสนุนให้ตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของโลกมีแนวโน้มการเติบโตที่ดีขึ้นอีก เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกามีประชากรประมาณ 86.7 ล้านคนไม่มีประกันสุขภาพ และยังมีประชากรอีกจำนวนมากที่มีประกันสุขภาพในระดับจำกัด ดังนั้น ประชากรทั้ง 2 กลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มตลาดที่สำคัญในอนาคต (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2552: 5)

สำหรับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในปัจจุบัน พบว่า ทวีปเอเชียเป็นตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่มีศักยภาพมากเนื่องจากในปี 2550 สร้างรายได้เป็นมูลค่า 3.4 พันล้านเหรียญสหรัฐฯ โดยคิดเป็นร้อยละ 12.7 ของส่วนแบ่งตลาดโลก ปัจจัยที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในทวีปเอเชียนั้นมาจากการที่จำนวนประชากรสูงอายุในประเทศพัฒนาแล้วมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมถึงการให้บริการทางการแพทย์ที่มีอย่างจำกัด และการที่นายจ้างกับบริษัทประกันสุขภาพเริ่มหันมาพึ่งการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์โดยมีจุดประสงค์ในการลดค่าใช้จ่ายทางสวัสดิการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงขึ้น การเจริญเติบโตของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในทวีปเอเชียถูกประมาณการไว้ที่ร้อยละ 17.6 ในช่วงระหว่างปี 2550 ถึงปี 2555 (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2552: 5) ซึ่งในทวีปเอเชีย ประเทศที่สามารถให้บริการรองรับความต้องการของประชากรที่มีความต้องการด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ได้เป็นอย่างดี ได้แก่ ประเทศอินเดีย สิงคโปร์ มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และประเทศไทย

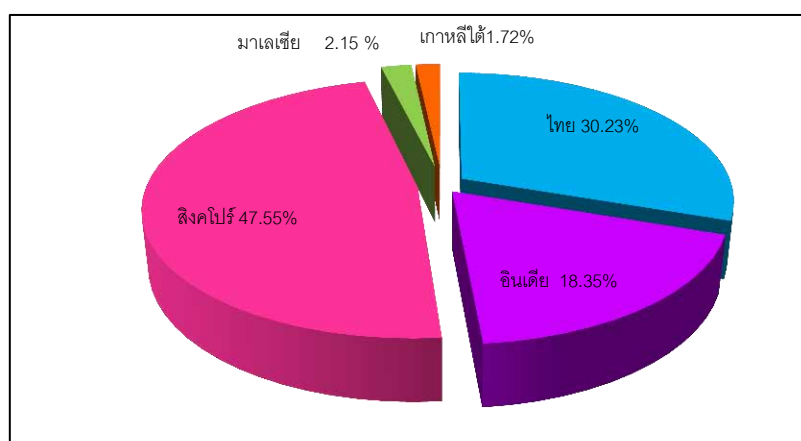
ภาพที่ 1.2 แสดงส่วนแบ่งการตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จำแนกตามจำนวนผู้ใช้บริการ



ที่มา : โครงการจัดทำข้อมูลโครงสร้างการลงทุนธุรกิจในอุตสาหกรรมท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ, การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย

จากการแบ่งสัดส่วนทางการตลาดของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในภูมิภาคเอเชีย พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ใช้บริการนับเป็นส่วนแบ่งทางการตลาดถึงร้อยละ 60.31 สำหรับประเทศสิงคโปร์มีส่วนแบ่งทางการตลาด ร้อยละ 14.74 อยู่ในอันดับที่สอง ประเทศมาเลเซีย อินเดียและเกาหลีใต้ ก็มีส่วนแบ่งทางการตลาดในอันดับรองลงมาตามลำดับ จากส่วนแบ่งทางการตลาดโดยจำแนกจากจำนวนผู้ใช้บริการ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยเป็นประเทศจุดหมายปลายทางที่นิยมมากสำหรับการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของชาวต่างประเทศ แต่จากการวัดส่วนแบ่งทางการตลาดที่จำแนกตามรายได้ของการใช้บริการกลับพบว่าประเทศไทยมีส่วนแบ่งทางการตลาดถึงร้อยละ 47.55 สำหรับประเทศไทยมีส่วนแบ่งทางการตลาดตามรายได้การให้บริการอยู่ในลำดับที่สอง จำนวน ร้อยละ 30.23 และประเทศอินเดีย มาเลเซียและเกาหลีใต้ มีส่วนแบ่งการตลาดในอันดับรองลงมาตามลำดับ

ภาพที่ 1.3 แสดงส่วนแบ่งการตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จำแนกตามรายได้การให้บริการ

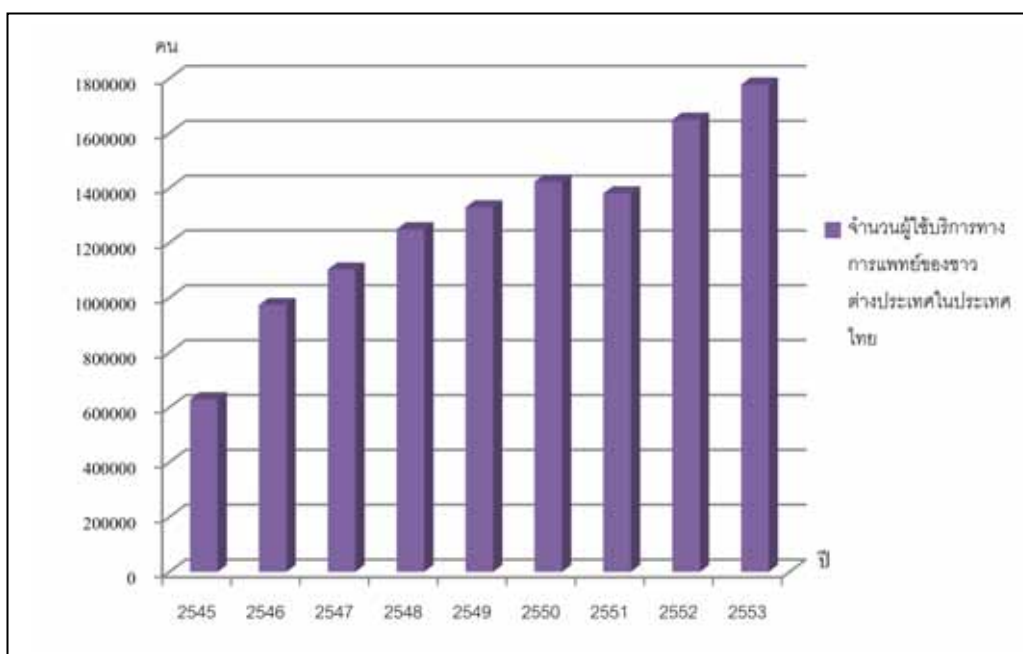


ที่มา : โครงการจัดทำข้อมูลโครงสร้างการลงทุนธุรกิจในอนาคตของกรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ, การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย

สำหรับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยนั้น เนื่องมาจากการที่รัฐบาลได้ให้การสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์โดยการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพในภูมิภาค หรือนโยบายเมดิคัลฮับ (Medical Hub of Asia) ซึ่งจะเน้นส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ธุรกิจบริการรักษาพยาบาล ธุรกิจส่งเสริมสุขภาพ และธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย สำหรับธุรกิจบริการรักษาพยาบาลที่ถือว่าเป็นธุรกิจหลัก โดยมีผู้ประกอบการหลัก คือ โรงพยาบาลเอกชน ที่ในปัจจุบันมากถึง 281 แห่ง ล้วนแล้วแต่เป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรองรับผู้ใช้บริการชาวต่างประเทศ ทั้งนี้ จากการรวบรวมสถิติชาว

ต่างประเทศที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา พบว่ามีชาวต่างประเทศที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากและมีอัตราการขยายตัวเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2550 มีชาวต่างประเทศเข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยถึง 1.42 ล้านราย และสร้างรายได้เข้าประเทศเป็นมูลค่าถึง 37,300 ล้านบาท

ภาพที่ 1.4 แสดงจำนวนผู้ใช้บริการชาวต่างประเทศที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยพ.ศ.2545 – 2553



ที่มา : ปี 2545 - 2549 จากกรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์

ปี 2550 - 2553 จากการสำรวจ โครงการจัดทำข้อมูลโครงสร้างการลงทุนธุรกิจในอุตสาหกรรมท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

ผู้ป่วยชาวต่างชาติ 5 อันดับแรกที่เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยมาจากประเทศ ญี่ปุ่น, สหรัฐอเมริกา, สหราชอาณาจักร, ตะวันออกกลางและกลุ่มประเทศอาเซียน ตามลำดับ ลักษณะของการเข้าไปใช้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติจะเลือกโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพและจังหวัดท่องเที่ยว (สถาบันพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม, 2553: 12 - 15) โดยสามารถแบ่งผู้ป่วยชาวต่างชาติออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1) ชาวต่างชาติที่พำนักอาศัยอยู่ในประเทศไทย
- 2) กลุ่มนักท่องเที่ยวและใช้บริการรักษาพยาบาลบางส่วน
- 3) กลุ่มที่เดินทางมาเพื่อรักษาโดยเฉพาะ

นอกจากนี้ธุรกิจบริการรักษาพยาบาลยังเป็นธุรกิจที่สร้างรายได้ให้กับธุรกิจบริการด้านอื่นๆ รวมถึงอุตสาหกรรมต่อเนื่องด้วย อาทิ ธุรกิจยา ธุรกิจอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ธุรกิจท่องเที่ยว โรงแรม ร้านอาหาร ฯลฯ รวมทั้งเกิดการสร้างอาชีพกระจายรายได้ และการจ้างงานในสาขาวิชาชีพต่างๆ เนื่องจากเป็นธุรกิจบริการที่ส่วนใหญ่ต้องใช้กำลังคนดำเนินการทั้งสิ้น ในปัจจุบันประเทศไทยได้รับความนิยมจากชาวต่างชาติที่มีความต้องการเข้ารับการรักษาพยาบาลว่าเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในภูมิภาคเอเชีย โดยมีปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญได้แก่การมีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยและศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเป็นอย่างมาก รวมถึงการเดินทางเข้าประเทศได้อย่างความสะดวก ค่ารักษาพยาบาลที่ถูกกว่าประเทศอื่น และควมมีอัตราค่าจ้างที่ต่ำกว่าผู้ให้บริการ นอกจากนี้ประเทศไทยยังเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวหลักโดยมีการท่องเที่ยว ทางทะเล ภูเขา ศิลปะและวัฒนธรรม อาหาร และความบันเทิง ซึ่งสามารถรองรับนักท่องเที่ยวที่มาใช้บริการทางการแพทย์ได้เป็นอย่างดี

จะเห็นว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นอุตสาหกรรมที่กำลังอยู่ในช่วงที่มีอัตราการเติบโตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อีกทั้งประเทศไทยเองถือเป็นประเทศที่มีศักยภาพและความสามารถในการรองรับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ประเทศหนึ่งในภูมิภาค รวมถึงมีความสามารถในการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้ แต่เมื่อพิจารณาจากส่วนแบ่งทางการตลาดที่ประเทศไทยมีส่วนแบ่งทางการตลาดจำแนกจากจำนวนผู้ใช้บริการทางการแพทย์ที่เป็นชาวต่างประเทศมากเป็นอันดับหนึ่งของภูมิภาคแต่กลับมีส่วนแบ่งทางการตลาดของรายได้จากการใช้บริการรองจากประเทศสิงคโปร์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์และภาวะการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยมีการเติบโตมากยิ่งขึ้น สามารถเป็นผู้นำและครองส่วนแบ่งทางการตลาดของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ได้ทั้งหมดทั้งจำนวนผู้ใช้บริการและรายได้จากการใช้บริการ รวมถึงเป็นแนวทางในการพัฒนาธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา

- 1) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่ออุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย
- 2) ทดสอบปัจจัยที่มีผลต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวงานการแพทย์ว่ามีขนาดของผลกระทบมากน้อยเพียงใด

3) ศึกษาความสามารถในการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

1.3 ขอบเขตการศึกษา

- ศึกษาการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทยในด้านของอุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของนักท่องเที่ยวในการเดินทางมาท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยด้วยวิธีการศึกษาเชิงปริมาณ ขอบเขตของการศึกษาจะศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องเฉพาะการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ได้แก่ การตรวจเช็คสุขภาพ การรักษาโรคต่าง ๆ โดยไม่รวมถึงการท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพ ของจำนวนชาวต่างประเทศที่ใช้บริการทางการแพทย์ จำนวน 25 ประเทศ ตั้งแต่ปี 2549 - 2553

- ศึกษาภาวะการแข่งขันและสถานการณ์ของประเทศคู่แข่งในภูมิภาคโดยใช้การวิเคราะห์จากข้อมูลทุติยภูมิจากบทความ เอกสารและรายงานวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ข้อมูลในการศึกษา ตั้งแต่ปี 2549 – 2553 และประเทศที่เปรียบเทียบความสามารถในการแข่งขันในภูมิภาค โดยทำการเปรียบเทียบกับประเทศสิงคโปร์

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่ออุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยและความสามารถในการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย รวมทั้งความได้เปรียบและเสียเปรียบของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย เพื่อส่งเสริมและหาแนวทางในการพัฒนาธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในอุตสาหกรรมอื่น ๆ ที่ต่อเนื่อง

1.5 โครงสร้างวิทยานิพนธ์

ในวิทยานิพนธ์นี้ ประกอบไปด้วยเนื้อหาแบ่งได้ดังต่อไปนี้ บทที่ 1 ส่วนที่กล่าวไปแล้วในบทนี้คือ บทนำ ซึ่งจะกล่าวถึงที่มาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ ขอบเขตของงานวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ จากงานวิจัยและนิยามศัพท์ บทที่ 2 จะกล่าวถึงกรอบแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง บทที่ 3 แสดงถึงสถานการณ์และการวิเคราะห์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยและประเทศคู่แข่งในภูมิภาค บทที่ 4 จะอธิบายถึงระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งประกอบด้วย แบบจำลอง วิธีการศึกษา ตัวแปรและข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา บทที่ 5 แสดงผลที่ได้จากการศึกษา พร้อมการวิเคราะห์ผลการศึกษา และส่วนสุดท้าย ในบทที่ 6

กล่าวถึงการสรุปผลการศึกษา ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อจำกัดในการศึกษาและข้อเสนอแนะสำหรับขยายผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) เป็นการเดินทางท่องเที่ยวที่มีจุดมุ่งหมายทางการแพทย์ ด้านการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน โดยมีรูปแบบกิจกรรมเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การตรวจเช็คสุขภาพ การรักษาโรคต่างๆ การทำศัลยกรรมความงาม การผ่าตัดแปลงเพศ และอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาไม่รวมถึงการท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2552: 2)

การท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Tourism) หมายถึง การเดินทางไปท่องเที่ยวยังสถานที่ท่องเที่ยวที่สอยงามทั้งทางธรรมชาติและวัฒนธรรม โดยแบ่งเวลาจากการท่องเที่ยวส่วนหนึ่งหรือมีจุดมุ่งหมายโดยตรงไปทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อพักผ่อนหย่อนใจหรือดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีมาตรฐานด้านคุณภาพและปลอดภัยถูกต้องตามหลักวิชาการ ได้แก่ สปา การนวดแผนไทย การอบ/ประคบสมุนไพร วารีบำบัด/การอาบน้ำแร่/น้ำพุร้อน การฝึกกายบริหารท่าฤๅษีดัดตน และการฝึกสมาธิแนวพุทธศาสนา เป็นต้น ซึ่งนับเป็นการท่องเที่ยวที่สร้างจิตสำนึกต่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของนักท่องเที่ยวรวมทั้งการพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมไปในตัว (นิถมน คำเอี่ยม, 2553: 5)

บทที่ 2

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้กล่าวถึงกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยส่วนแรกจะเป็นกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอุปสงค์และอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ รวมถึงทางด้านอุปทานของบริการสุขภาพ ส่วนต่อมาจะเป็นการทบทวนวรรณกรรมปริทัศน์

2.1 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

การศึกษาปัจจัยที่ส่งกระทบต่ออุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เกี่ยวข้องกับแนวคิดเชิงทฤษฎีอุปสงค์รวมถึงอุปสงค์ของบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาล

2.1.1 ทฤษฎีอุปสงค์

อุปสงค์ (demand) หมายถึง ความต้องการซื้อสินค้าหรือบริการชนิดใดชนิดหนึ่งของผู้บริโภค ร่วมกับความสามารถในการสนองต่อความต้องการดังกล่าว ฟังก์ชันอุปสงค์เป็นความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณซื้อกับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งปัจจัยบางตัวผู้ผลิตสามารถควบคุมได้ เช่น ราคาสินค้า การโฆษณา เป็นต้น และปัจจัยที่ผู้ผลิตไม่สามารถควบคุมได้ เช่น รายได้ผู้บริโภค ราคาสินค้า เป็นต้น ความสัมพันธ์ของอุปสงค์สามารถแสดงได้ดังนี้

$$q_A = f(x_1, x_2, \dots, x_n; y_1, y_2, \dots, y_n)$$

q_A คือ ปริมาณสินค้า A

x_1, \dots, x_n คือ กลุ่มปัจจัยที่ผู้ผลิตสามารถควบคุมได้

y_1, \dots, y_n คือ กลุ่มปัจจัยที่ผู้ผลิตไม่สามารถควบคุมได้

การวิเคราะห์อุปสงค์เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เพื่อหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความต้องการของผู้บริโภคสำหรับสินค้าและบริการนั้นๆ สำหรับนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจดำเนินการในระยะสั้นและใช้ในการวางแผนดำเนินการในระยะยาว

ในการวิเคราะห์อุปสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกลยุทธ์ทางการตลาดของสินค้าในสภาพแวดล้อมการแข่งขันระหว่างผู้ผลิตจำหน่ายในตลาด เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่กำหนด

ปริมาณอุปสงค์ รวมถึงปัจจัยทางด้านราคา ดังนั้นในการกำหนดราคาหรือทำการเปลี่ยนแปลงราคาสินค้า จะช่วยให้ผู้ผลิตทราบถึงปริมาณความต้องการในสินค้าของตนเอง รวมถึงผลกระทบของราคาสินค้าคู่แข่งที่ส่งผลกระทบต่อการผลิตสินค้าของตนเองภายใต้สภาวะการแข่งขันของตลาด นอกจากนี้การวิเคราะห์อุปสงค์ยังรวมไปถึงการวิเคราะห์แนวโน้ม การเจริญเติบโตของปริมาณอุปสงค์จากการที่เงินรายได้ของผู้บริโภคเพิ่มขึ้น หรือจากการที่จำนวนประชากรได้ขยายตัวมากขึ้น ผลการวิเคราะห์นี้มีประโยชน์สำหรับในการวางแผนการตลาดและการลงทุนในระยะยาว

ทฤษฎีอุปสงค์ พัฒนามาจากทฤษฎีพฤติกรรมผู้บริโภค ทำให้ทฤษฎีอุปสงค์จะมีข้อกำหนดสมมติฐานที่เกี่ยวกับพฤติกรรมผู้บริโภคทั้งหมด โดยมีข้อกำหนดสมมติฐานว่า บริโภคเป็นผู้มีเหตุผล ผู้บริโภคมีความรู้อย่างสมบูรณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั้งหมดของราคาสินค้าและรายได้ในการตัดสินใจบริโภค ผู้บริโภคจะวางแผนใช้จ่ายรายได้ที่ต้องการบริโภคสินค้าและบริการเพื่อให้ได้รับความพึงพอใจสูงสุดภายใต้เงื่อนไขเงินรายได้และราคาสินค้าและบริการที่กำหนดมาให้ ความพึงพอใจของผู้บริโภควัดและเปรียบเทียบได้จากการกำหนดค่าอรรถประโยชน์ที่ให้ความสัมพันธ์เรียงลำดับความพึงพอใจไว้ได้อย่างสมบูรณ์การอาศัยหลักทฤษฎีอรรถประโยชน์นี้ ทำให้สามารถกำหนดรูปแบบและปัจจัยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคสินค้าและบริการได้อย่างชัดเจนเพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ต่อไปได้ รูปแบบของอุปสงค์ขึ้นอยู่กับรูปแบบของอรรถประโยชน์ที่กำหนดแสดงถึงความพึงพอใจของผู้บริโภคสำหรับปัจจัยตัวแปรนั้นได้มาจากวิธีการหาอรรถประโยชน์มากที่สุด ทำให้ปริมาณการบริโภคสินค้าและบริการที่ผู้บริโภคได้รับความพึงพอใจสูงสุดขึ้นอยู่กับราคาสินค้าและบริการและเงินรายได้ปัจจัยราคาแสดงถึงค่าของสินค้าและบริการที่ผู้บริโภคจะต้องใช้เปรียบเทียบกับค่าเพิ่มอรรถประโยชน์หน่วยสุดท้ายของสินค้านั้นในการตัดสินใจเลือกปริมาณการบริโภคเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งหน่วย

สำหรับการพิจารณาปัจจัยที่ส่วนในการกำหนดปริมาณเสนอซื้อหรือว่าอุปสงค์ของสินค้า จะพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีส่วนในการอุปสงค์ ซึ่งในการกำหนดอุปสงค์จะมาจากหลักการที่ผู้บริโภคและผู้ผลิตมุ่งหาความพึงพอใจสูงสุด (ในกรณีผู้บริโภคก็คือ ความพึงพอใจจากการบริโภคสินค้าและบริการนั้น และสำหรับผู้ผลิตความพึงพอใจในรูปของผลกำไร) โดยสามารถพิจารณาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดอุปสงค์ของสินค้า โดยทั่วไปจะมีปัจจัยอยู่ทั้งหมด 7 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความต้องการสินค้าของผู้บริโภค ซึ่งประกอบด้วย (รังสรรค์, ม.ป.ป.)

1. ราคาสินค้าชนิดนั้น (Own Price)
2. ราคาสินค้าชนิดอื่นที่ใช้ทดแทน (Price of Substitute)
3. ราคาสินค้าชนิดอื่นที่ใช้ร่วมกัน (Price of Complement)
4. รายได้ของผู้บริโภค (Income)
5. ประชากร (Population)
6. รสนิยมและความพอใจของผู้บริโภค (Taste and Preferences)
7. ฤดูกาล (Seasonality)

นราทิพย์ (2546) โดยทั่วไปการศึกษาเรื่องของอุปสงค์เพื่อวางกรอบแนวคิดนั้น มักจะเลือกพิจารณาปัจจัยเพียงบางตัวที่มีส่วนกำหนดปริมาณเสนอซื้อของผู้บริโภค อันเป็นลักษณะของการวิเคราะห์เฉพาะส่วน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวได้แก่ ราคาสินค้าชนิดนั้น, รายได้ของผู้บริโภค และราคาสินค้าชนิดอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยในการศึกษาความสัมพันธ์ของอุปสงค์กับปัจจัยหนึ่ง ๆ ที่ละตัว โดยกำหนดปัจจัยที่เหลือให้คงที่

สำหรับการพิจารณาความสัมพันธ์ของปริมาณเสนอซื้อกับราคาสินค้าชนิดนั้น จะเป็นการพิจารณา “อุปสงค์ต่อราคา” (price demand) กล่าวคือ ปริมาณสินค้าที่ผู้ต้องการเสนอซื้อในขณะหนึ่ง ๆ ณ ระดับต่าง ๆ กันของราคาสินค้าชนิดนั้น เนื่องจากทฤษฎีอรรถประโยชน์ได้กำหนดคุณสมบัติของอรรถประโยชน์การบริโภคสินค้าให้มีลักษณะลดน้อยถอยลงตามปริมาณการบริโภคที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นเมื่อราคาสินค้าเพิ่มสูงขึ้น ผู้บริโภคก็จำเป็นต้องลดปริมาณการบริโภคสินค้านี้ลง เพื่อให้ค่าอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้นหน่วยสุดท้ายมีค่าสูงขึ้นเท่าเทียมกับราคาสินค้าที่สูงขึ้น ลักษณะการปรับปริมาณการบริโภคตามราคาเช่นนี้ทำให้ปริมาณอุปสงค์มีความสัมพันธ์ในทางผกผันกับราคาสินค้า กล่าวคือ เมื่อราคาสินค้าสูงขึ้น ปริมาณการบริโภคจะลดลง และตรงกันข้ามเมื่อราคาสินค้าลดลง ลักษณะการปรับตัวเช่นนี้สอดคล้องกับปรากฏการณ์ของพฤติกรรมกรบริโภคที่สังเกตได้จริงจนเป็น “กฎของอุปสงค์”

ในส่วนของความสัมพันธ์ของปริมาณเสนอซื้อกับรายได้ของผู้บริโภค จะเรียกว่า “อุปสงค์ต่อรายได้” คือ ปริมาณสินค้าที่ผู้ต้องการเสนอซื้อในขณะหนึ่ง ๆ ณ ระดับต่าง ๆ กันของรายได้ของผู้บริโภคหรือผู้ซื้อ ถ้าสินค้าเป็นสินค้าปกติ (normal goods) ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณเสนอซื้อและรายได้จะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ เมื่อรายได้เพิ่มสูงขึ้น ปริมาณเสนอซื้อก็จะสูงตามไปด้วย และเมื่อรายได้ต่ำ ปริมาณเสนอซื้อก็จะต่ำ

สำหรับการพิจารณาความสัมพันธ์ของปริมาณเสนอซื้อกับราคาสินค้าชนิดอื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นการพิจารณา “อุปสงค์ต่อราคาสินค้าชนิดอื่น” หรือ “อุปสงค์ไขว้” หมายถึงปริมาณสินค้าที่มีผู้ต้องการเสนอซื้อในขณะหนึ่ง ๆ ณ ระดับต่าง ๆ กันของราคาสินค้าชนิดหนึ่งที่เกี่ยวข้อง โดยลักษณะความสัมพันธ์จะแยกได้ดังนี้

- สินค้าที่ใช้ประกอบกัน (complementary goods) ความสัมพันธ์ของปริมาณเสนอซื้อสินค้าชนิดหนึ่งจะเป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือ ในการพิจารณาสินค้าที่ใช้ประกอบกัน คือ สินค้า A และ B เมื่อราคาสินค้า B ลดต่ำลงปริมาณเสนอซื้อสินค้า B จะเพิ่มขึ้น แต่เมื่อต้องใช้สินค้า B ประกอบกับสินค้า A ปริมาณการเสนอซื้อสินค้า A ก็เพิ่มขึ้นด้วย นั่นคือถ้าราคา B ลดลงปริมาณเสนอซื้อ A ก็เพิ่มขึ้น

- สินค้าที่ใช้แทนกันได้ (substitute goods) ความสัมพันธ์ของปริมาณเสนอซื้อสินค้าชนิดหนึ่งจะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ในการพิจารณาสินค้าที่ใช้ประกอบกัน คือ สินค้า A และ B เมื่อราคาสินค้า B ลดต่ำลงปริมาณเสนอซื้อสินค้า B จะเพิ่มขึ้น และส่วนหนึ่งของปริมาณเสนอซื้อสินค้า B ที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการที่สินค้า B สามารถใช้แทนสินค้า A ได้ ผู้ที่เคยซื้อสินค้า A บางคนจะหันมาซื้อสินค้า B แทนเมื่อราคา B ลดลง นั่นคือถ้าราคา B ลดลงปริมาณเสนอซื้อ A ก็จะลดลงไปด้วย

2.1.1.1 อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ

สมชาย (2551) ได้อธิบายแนวคิดของนักเศรษฐศาสตร์ต่ออุปสงค์บริการสุขภาพ ในด้านของแนวคิดความจำเป็นต่อบริการสุขภาพซึ่งเป็นแนวคิดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขรวมถึงอธิบายอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ ดังนี้

แนวคิดความจำเป็นต่อบริการสุขภาพ (The need for health services concept)

เนื่องจากผู้ซื้อบริการสุขภาพมีสารสนเทศน้อยกว่าผู้ขายบริการสุขภาพการตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพสำหรับผู้ซื้อจึงเป็นหน้าที่ของผู้ขาย บุคลากรทางการแพทย์มักจะเลือกโดยใช้หลักเกณฑ์ความจำเป็น (need) ที่สะท้อนถึงเทคนิควิธีการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่จะประเมินขนาดบริการสุขภาพของบุคคลที่สมควรได้รับการรักษาพยาบาลความเจ็บป่วยหรือบำบัดโรคร้าย ดังนั้น ความจำเป็นขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างการเจ็บป่วยกับการ

แข็งแรงสมบูรณ์โดยไม่สนใจต่อประเด็นเรื่องราคาของบริการสุขภาพหรือรายได้ของผู้ซื้อบริการในการจัดสรรบริการสุขภาพ ที่มีอยู่อย่างจำกัด

Jeffers et al. (1971) ได้ให้นิยามของความจำเป็นต่อบริการสุขภาพว่า เป็นบริการสุขภาพที่ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยควรได้รับในช่วงเวลาหนึ่งเพื่อให้เขาได้มีสุขภาพดีเท่าที่จะเอื้ออำนวยด้วยความรู้ทางการแพทย์ที่มีอยู่ในขณะนั้น นิยามนี้สะท้อนถึงการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ที่อาศัยแนวความคิดจำเป็นในการจัดสรรบริการสุขภาพที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. ความจำเป็นต่อบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับการระบุ (identification) หรือการประเมิน (assessment) ของความจำเป็นนั้นๆ โดยใช้ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหลัก

2. ผู้ให้ความเห็นและประเมินความจำเป็นคือผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) มิใช่บุคคลที่มีความต้องการบริการสุขภาพ ความจำเป็นจึงให้อำนาจผูกขาดแก่ผู้เชี่ยวชาญในการจัดสรรบริการสุขภาพ

3. ความจำเป็นกำหนดขอบเขตของการจัดสรรบริการสุขภาพที่กว้างขวางมาก ในกรณีนี้ผู้เชี่ยวชาญไม่คำนึงถึงต้นทุนของบริการสุขภาพ กล่าวคือ ผู้เชี่ยวชาญจัดสรรบริการสุขภาพและทุ่มเทให้แก่ผู้ป่วยอย่างเต็มที่ตามความรู้ความสามารถที่ต้องมีอยู่ในทางตรงกันข้าม หากการจัดสรรบริการสุขภาพมีต้นทุนที่สูงจนทำให้ผู้เชี่ยวชาญจัดสรรบริการสุขภาพได้อย่างจำกัด ผู้เชี่ยวชาญจะกำหนดความจำเป็นขั้นต่ำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดได้หรือสุขภาพดีขึ้นกว่าตอนที่เจ็บป่วย ความจำเป็นจึงครอบคลุมการใช้บริการสุขภาพที่กว้างขวางมากกว่าอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพที่มีปัจจัยทางเศรษฐศาสตร์เป็นหลักเกณฑ์ (สมชาย สุขศิริเสรีกุล, 2551)

ในทางทฤษฎี อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพเป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างราคาของบริการสุขภาพและปริมาณของการซื้อบริการสุขภาพ ความสัมพันธ์นี้เกิดจากการที่ผู้บริโภค ความสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นมาจากการที่ผู้บริโภคซื้อสินค้าและบริการกลุ่มหนึ่ง (ซึ่งรวมบริการสุขภาพไว้ด้วย) โดยที่มีเป้าหมายอยู่ที่สินค้าบริการได้ให้อรรถประโยชน์หรือความพึงพอใจ (Utility) สูงสุดแก่ผู้บริโภคได้ตามข้อจำกัดที่ผู้บริโภคมีอยู่ อาทิ รายได้ เวลา ข้อมูลสารสนเทศ เป็นต้น ด้วยปรากฏการณ์ที่ว่าอรรถประโยชน์ที่ได้รับเพิ่มขึ้นจะลดลงในที่สุด หากมีการบริโภคสินค้านั้นมาก ๆ

ซึ่งจะทำให้ผู้บริโภคถึงจุดดุลยภาพ (consumer's equilibrium) ของการบริโภคสินค้าบริการต่าง ๆ ได้ ในเงื่อนไขที่ว่าอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่ม (marginal utility) ต่อจำนวนเงินหน่วยสุดท้ายที่ซื้อสินค้าบริการแต่ละประเภทมีสัดส่วนที่เท่ากันสำหรับสินค้าบริการทุกประเภทที่เลือกซื้อ

หากมีการเปลี่ยนแปลงใดก็ตามที่กระทบกับจุดดุลยภาพของผู้บริโภค เช่น ราคาสินค้าและบริการชนิดใดชนิดหนึ่งลดต่ำลง จะทำให้สัดส่วนของอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่มต่อหน่วยสุดท้ายของสินค้าบริการทุกประเภทไม่เท่ากัน ผู้บริโภคก็จะปรับการบริโภคของตนจนทำให้เกิดดุลยภาพใหม่ที่สอดคล้องกับเงื่อนไขข้างต้น เมื่อพิจารณาเฉพาะราคาและปริมาณของบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ก็จะได้ความสัมพันธ์ของราคาและปริมาณที่มีลักษณะแปรผกผันกัน กล่าวคือ เมื่อราคาบริการสุขภาพต่ำลง ปริมาณการบริโภคบริการสุขภาพจะเพิ่มขึ้น และในทางตรงกันข้าม หากราคาบริการสุขภาพสูงขึ้น ปริมาณการบริโภคบริการสุขภาพจะลดลง ข้อเท็จจริงที่พบนี้เป็นไปตามกฎอุปสงค์ (Law of demand) ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์แบบผกผันระหว่างราคากับปริมาณได้ด้วยทฤษฎีการทดแทน (substitution effect) และผลทางรายได้ (income effect) เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของราคา การลดลงในราคาบริการสุขภาพทำให้ผู้บริโภคลดการบริโภคสินค้าบริการอื่นและชดเชยการบริโภคที่ลดลงด้วยการบริโภคบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเท็จจริงอีกประการหนึ่ง คือ อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพเป็นอุปสงค์สืบเนื่อง (Derived demand) ของอุปสงค์ต่อสุขภาพ ทั้งนี้เพราะว่าสุขภาพดีให้อรรถประโยชน์แก่บุคคล ซึ่งต้องการบริการสุขภาพเพื่อทำให้สุขภาพดีและสร้างอรรถประโยชน์ได้ หากเรามีสุขภาพที่แข็งแรงดีแล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องการบริการสุขภาพ นิยามของอุปสงค์สืบเนื่อง คือ อุปสงค์ต่อสินค้าบริการชนิดหนึ่งขึ้นอยู่กับหรือเกิดขึ้นจากอุปสงค์ต่อสินค้าบริการอย่างชนิดหนึ่ง ดังนั้น ผู้บริโภคต้องมีอุปสงค์ต่อสินค้าบริการชนิดหนึ่งก่อนแล้วจึงมีอุปสงค์ต่อสินค้าบริการชนิดแรก

ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ทั่วไปไม่สามารถอธิบายอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพในลักษณะอุปสงค์สืบเนื่องของอุปสงค์ต่อสุขภาพได้เพียงพอ เนื่องจากทฤษฎีทั่วไปแยกกระบวนการผลิตและการบริโภคออกจากกันโดยเด็ดขาดและไม่ได้คำนึงถึงบทบาทของผู้บริโภคที่มีส่วนร่วมในการผลิตสุขภาพ นักเศรษฐศาสตร์จึงได้ใช้ทฤษฎีการผลิตครัวเรือน (The theory of household production) ที่เสนอโดย Becker (1965) มาอธิบาย ซึ่งมีจุดเด่นที่แบบจำลองนี้อธิบายอุปสงค์ของผู้บริโภคที่แตกต่างจากในอดีต คือ

1. อุปสงค์ขึ้นอยู่กับคุณภาพของสินค้าบริการด้วย (นอกเหนือจากราคาและปัจจัยทางเศรษฐกิจตัวอื่นๆ) ซึ่งนำไปสู่การศึกษาลักษณะสินค้าและการตั้งราคาแบบพึงพอใจ

2. ผู้บริโภคต้องผลิตสินค้าบริการพื้นฐานเอง (fundamental commodities) ซึ่งอาศัยสินค้าบริการที่ซื้อหาได้ในตลาดและเวลากับทักษะของผู้บริโภคเองเป็นปัจจัยการผลิต ฉะนั้นอุปสงค์ต่อสินค้าบริการเหล่านี้ที่มีขายในตลาดจึงเป็นอุปสงค์สืบเนื่องจากอุปสงค์ต่อสินค้าบริการพื้นฐาน ได้แก่ สุขภาพ การศึกษา การท่องเที่ยว เป็นต้น

โดยนักเศรษฐศาสตร์สุขภาพได้นำทฤษฎีการผลิตในครัวเรือนมาใช้อธิบายอุปสงค์ต่อสุขภาพอย่างแพร่หลาย มี 2 งานใหญ่ที่ได้รับการกล่าวถึง คือ Grossman และ Wagstaff อธิบายได้ดังนี้

Grossman (1972) ได้สรุปการวิเคราะห์อุปสงค์ต่อสุขภาพที่พัฒนามาจาก “หลักการที่สำคัญของแบบจำลองอุปสงค์ต่อสุขภาพอยู่ที่การพิจารณาสุขภาพเป็นระดับของทุนที่ถาวร (double capital stock) ซึ่งผลผลิตอยู่ในรูปของวันที่มีสุขภาพดี บุคคลกำหนดระดับของทุนทางสุขภาพ ที่เหมาะสมในช่วงอายุใดก็ตามได้ด้วยการทำให้ประสิทธิภาพส่วนเพิ่มของทุนทางสุขภาพเท่ากับต้นทุนการใช้ของทุนทางสุขภาพ ซึ่งอยู่ในรูปราคาของการลงทุนโดยรวม” (สมคิด แก้วสนธิ, 2522) ได้อธิบายเพิ่มเติมในแนวคิดของ Grossman ว่า แบบจำลองนี้มีสมมติฐานว่า “สุขภาพ” เป็นสินค้าประเภททุน ซึ่งผลิตโดยบุคคลจากการบริโภคสินค้าและบริการทางเศรษฐกิจหลาย ๆ ชนิด รวมทั้งการรักษาพยาบาลและเวลา แบบจำลองอุปสงค์ต่อสุขภาพเป็นการหาความเหมาะสมที่ทำให้ผู้บริโภคได้รับความพึงพอใจสูงสุดที่อยู่ในรูปของฟังก์ชันอรรถประโยชน์ ภายใต้ข้อจำกัด คือ ทุนของสุขภาพ

แบบจำลองอุปสงค์ต่อสุขภาพของ Grossman แสดงให้เห็นว่าผู้บริโภคมีอุปสงค์ต่อสุขภาพด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ จุดประสงค์ของการบริโภคทำให้สุขภาพเป็นสินค้าบริการประเภทหนึ่งซึ่งสร้างความพึงพอใจให้กับผู้บริโภค และจุดประสงค์ของการลงทุนทำให้สุขภาพเป็นการลงทุนในมนุษย์ประเภทหนึ่งสร้างรายได้ให้มากขึ้นด้วยการมีวันที่สุขภาพดีเพิ่มขึ้น นอกจากตัวแปรทางเศรษฐกิจ เช่น ราคา รายได้ สินค้าบริการทดแทนได้ มีอิทธิพลต่ออุปสงค์บริการสุขภาพแล้ว ตัวแปรที่กำหนดอุปสงค์ต่อสุขภาพยังมีบทบาทต่ออุปสงค์ต่อบริการสุขภาพอีกด้วย เนื่องจากการอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพเป็นอุปสงค์สืบเนื่องของอุปสงค์ต่อสุขภาพ โดยตัวแปรเหล่านี้ อธิบายได้จากแบบจำลองอุปสงค์ต่อสุขภาพข้างต้น ดังนี้

1. ปัจจัยของการเสื่อมถอยของสุขภาพ ได้แก่ อายุและการศึกษา อัตราการเสื่อมถอยของสุขภาพแปรผกผันกับอายุแต่จะแปรผันตรงกับการศึกษา

2. ปัจจัยทุนสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบคนที่มีสุขภาพต่ำกว่ากับคนที่มีทุนสุขภาพสูงกว่า โดยให้สิ่งอื่น ๆ ที่เหลือเหมือนกันทั้งหมด คนกลุ่มแรกที่มีทุนสุขภาพต่ำกว่าย่อมมีอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพที่มากกว่าคนกลุ่มหลัง ตัวอย่างเช่น คนพิการถือว่ามีทุนสุขภาพที่ต่ำมาตั้งแต่เกิดจะมีอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพสูงกว่าคนปกติ เป็นต้น

3. ปัจจัยด้านรสนิยม ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับลักษณะของบุคคลซึ่งครอบคลุมเรื่อง เพศ สถานภาพสมรส เชื้อชาติและเผ่าพันธุ์ เป็นต้น ตัวแปรเหล่านี้สะท้อนถึงค่านิยมหรือดุลยพินิจของบุคคลที่มีต่ออรรถประโยชน์ที่ได้รับจากสุขภาพ

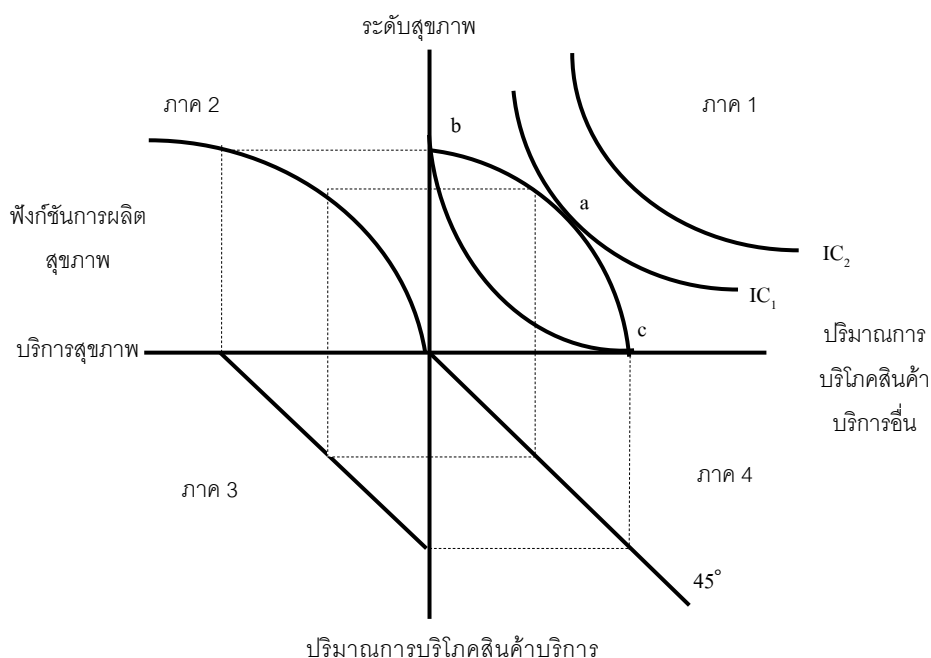
4. ปัจจัยด้านคุณภาพของบริการสุขภาพ ปัจจัยนี้ไม่เพียงแต่ไม่อาจวัดออกมาได้อย่างชัดเจนแล้วคุณภาพของบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยรู้สึกได้อาจเป็นเพียงภพมายาหรือของจริงก็ได้ อย่างไรก็ตามตราบดีที่ผู้บริโภคต้องการคุณภาพของบริการสุขภาพ เมื่อนั้นอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพก็ขึ้นอยู่กับคุณภาพของบริการสุขภาพ เช่น การที่สถานพยาบาลได้ปรับปรุงการบริการโดยมีแพทย์ที่มีชื่อเสียงมาประจำ หรือมีการจ่ายยาที่มีประสิทธิภาพหรือมีชื่อเสียงในการบำบัดรักษาโรคใดเป็นพิเศษ ซึ่งในมุมมองของผู้ใช้บริการแล้ว บริการสุขภาพของสถานพยาบาลเหล่านี้มีคุณภาพสูงขึ้น และจะกระตุ้นให้มีอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพมากขึ้น

อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยทางเศรษฐกิจและปัจจัยที่มีใช้ทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ที่สะท้อนถึงอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพและปัจจัยเหล่านี้สามารถสรุปเป็นฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์ ได้ดังนี้

$$\text{ปริมาณของบริการสุขภาพ} = f(\text{ราคาของบริการสุขภาพ, รายได้, ต้นทุนของเวลา, ราคาของสินค้าที่ประกอบกันและที่ทดแทนกัน, การเสื่อมถอยของสุขภาพ, ทุนสุขภาพ, รสนิยมและคุณภาพของบริการสุขภาพ})$$

Wagstaff (1986) ได้วิเคราะห์ด้วยการกำหนดให้ผู้บริโภคเป็นผู้ต้องการอรรถประโยชน์สูงสุด แต่มีข้อจำกัดในด้านระดับรายได้ ราคาของบริการสุขภาพ เวลาที่ใช้ในการบริโภคสินค้าบริการต่าง ๆ การวิเคราะห์จึงใช้ 3 ส่วนที่สำคัญมาวิเคราะห์ด้วยกราฟที่มีความเรียบง่าย คือ พฤติกรรมของผู้บริโภคที่ต้องการความพึงพอใจสูงสุดจากการที่มีสุขภาพดีและการได้บริโภคสินค้าบริการอื่น ๆ ,ความจำกัดในเรื่องรายได้ที่ใช้ในการซื้อบริการสุขภาพและสินค้าบริการอื่น ๆ และความสัมพันธ์การผลิตสุขภาพกับบริการสุขภาพ โดยใช้กราฟในการอธิบาย ในการวิเคราะห์ประกอบด้วย 4 ภาค ดังรูป

ภาพที่ 2.1 การวิเคราะห์อุปสงค์ต่อสุขภาพด้วยทฤษฎีการผลิตในครัวเรือน



ความสัมพันธ์ (ฟังก์ชัน) การผลิตสุขภาพกับบริการสุขภาพในภาคที่ 2 สะท้อนถึงกฎการลดน้อยถอยลงของผลผลิตส่วนเพิ่ม ดังนั้น ภาคที่ 2 จะบอกได้ว่าการใช้บริการสุขภาพเท่าใด จะทำให้มีระดับสุขภาพมากขึ้นเพียงใด

ข้อจำกัดด้านรายได้ของผู้บริโภคที่แสดงในภาคที่ 3 บ่งบอกว่าผู้บริโภคมีโอกาสที่จะบริโภคบริการสุขภาพและสินค้าบริการอื่น ๆ ในขนาดต่าง ๆ เท่ากับที่รายได้จะเอื้ออำนวยให้เส้นงบประมาณจะแทนจุดต่าง ๆ ของการบริโภคบริการสุขภาพและปริมาณสินค้าบริการอื่น ๆ ด้วยรายได้ที่มีอยู่ทั้งหมดเส้นเชื่อมต่อระหว่าง 2 แกนที่แทนปริมาณบริการสุขภาพและปริมาณ

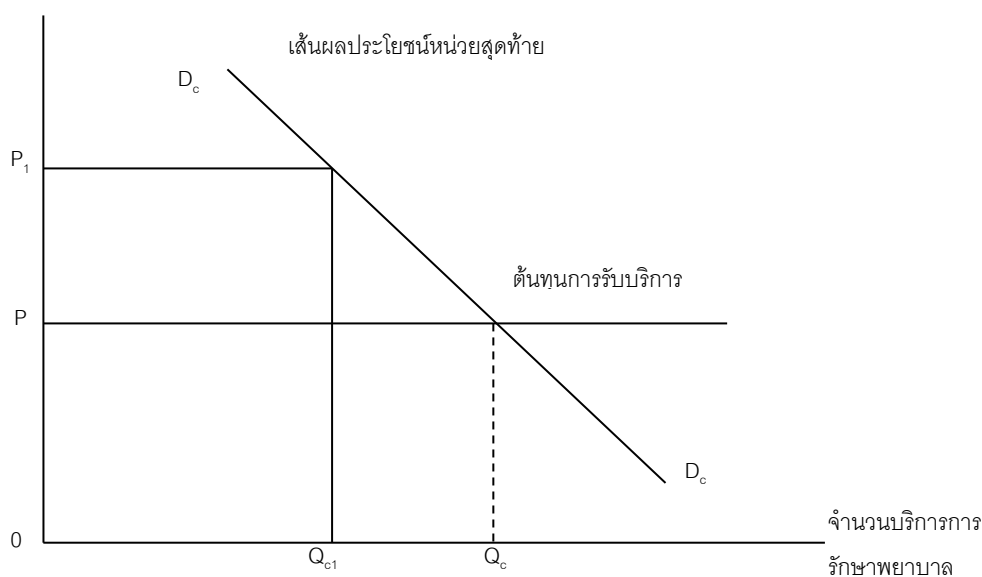
สินค้าบริการอื่น ๆ สะท้อนถึงความจริงที่ว่าหากผู้บริโภคต้องการบริโภคอย่างใดอย่างหนึ่งมากขึ้น ก็จะต้องลดการบริโภคอีกอย่างหนึ่งลง ใช้การวิเคราะห์ในภาคที่ 2 และ 3 เพื่อศึกษาถึงผลของการเปลี่ยนแปลงข้อจำกัดทางด้านรายได้ที่เปลี่ยนแปลงว่ามีผลกระทบต่อระดับสุขภาพอย่างไร การวิเคราะห์ด้วยกราฟทำให้ทราบถึงพฤติกรรมของผู้บริโภคที่มีต่ออุปสงค์ต่อสุขภาพแต่ยังมีข้อสมมติจำนวนมากและเฉพาะเจาะจง รวมทั้งมีข้อจำกัดในการศึกษาบทบาทของการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรสำคัญที่มีต่ออุปสงค์สุขภาพ การวิเคราะห์ด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์สามารถตอบได้ชัดเจนกว่า

2.1.1.2 อุปสงค์ในบริการรักษาพยาบาล

สมคิด (2522) ได้อธิบายไว้ว่า อุปสงค์ในบริการการรักษาพยาบาล (Demand for Health Care Service) หมายถึงระดับการรักษาพยาบาลที่ผู้บริโภคจะบริโภค (หรือใช้) บริการรักษาพยาบาล ณ ระดับราคาต่าง ๆ กันของบริการ ณ ระดับรายได้ที่กำหนดให้ ราคาบริการนั้น ไม่ได้หมายถึงเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่ยังรวมถึงค่าของเวลาที่ใช้ในการรับบริการและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการมารับการรักษาพยาบาล เส้นอุปสงค์บริการรักษาพยาบาลเป็นเส้นที่ได้มาจากเส้นผลประโยชน์ของบริการหน่วยสุดท้าย (marginal benefit) ที่ผู้บริโภคประเมินสำหรับการรับบริการในการรักษาพยาบาลแต่ละหน่วย ผลประโยชน์ที่เขาได้รับจากบริการหน่วยสุดท้ายจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่อได้รับบริการเพิ่มขึ้น เส้นผลประโยชน์ของบริการหน่วยสุดท้ายจะแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลประโยชน์ที่ได้รับจากการบริการหน่วยสุดท้ายกับจำนวนบริการแต่ละระดับที่เขาจะรับบริการ ผู้บริโภคยินดีจะจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลเท่ากับผลประโยชน์หน่วยสุดท้าย ดังนั้นเส้นผลประโยชน์ของบริการหน่วยสุดท้าย ก็แสดงความสัมพันธ์ของราคาบริการกับจำนวนบริการที่ผู้บริโภคจะซื้อด้วย นั่นคือ เส้นอุปสงค์ของบริการรักษาพยาบาล

ภาพที่ 2.2 เส้นผลประโยชน์หน่วยสุดท้ายและอุปสงค์การรักษาพยาบาล

ผลประโยชน์หน่วยสุดท้าย
และต้นทุนการรับบริการ



เส้น D_c คือเส้นอุปสงค์ในการรักษาพยาบาลซึ่งถอดมาจากเส้นผลประโยชน์หน่วยสุดท้ายของบริการการรักษาพยาบาล ในการอธิบายอุปสงค์บริการการรักษาพยาบาลยังสามารถอธิบายในรูปแบบของแบบจำลอง ซึ่งมีการศึกษามากมายที่ได้พิสูจน์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละตัวกับอุปสงค์และตัวแปรมากกว่าหนึ่งตัวกับอุปสงค์ซึ่งรูปแบบลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ และระหว่างตัวแปรแต่ละตัวกับจำนวนบริการที่มีผู้ต้องการในการศึกษาเหล่านั้นแตกต่างกันไป การศึกษารูปแบบทั่วไปของสมการอุปสงค์ จะช่วยให้เห็นภาพปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่ออุปสงค์บริการการรักษาพยาบาลได้ดีขึ้น แต่ไม่มีแบบจำลองใดที่สามารถใช้ได้สำหรับทุกกรณี เพราะสถานการณ์ในการนำแบบจำลองไปใช้มีความแตกต่างกันออกไป

- ถ้ากำหนดให้
- Q_c : จำนวนบริการการรักษาพยาบาลที่มีผู้ต้องการ
 - P_c : ราคาของบริการการรักษาพยาบาล (รวมต้นทุนในการรับบริการ)
 - Y : ระดับรายได้ของผู้บริโภคบริการ
 - E_d : ระดับการศึกษาของผู้บริโภคบริการ
 - A_g : ระดับอายุของผู้บริโภคบริการ

- S : เพศของผู้บริโภคบริการ
 H_E : ระดับสุขภาพสะสม (Health stock) ของผู้บริโภคบริการ
 I_N : ประเภทองค์การประกันสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นมีความสัมพันธ์กัน และมีผลต่อความต้องการบริการการรักษาพยาบาล ซึ่งสามารถเขียนให้เป็นสมการอุปสงค์บริการการรักษาพยาบาลได้ จากการหาสมการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ข้างต้น จะได้สมการอุปสงค์ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปร ดังนี้

$$Q_c = f(P_c, Y, E_d, A_g, S, H_E, I_N, \dots)$$

นอกจากนี้ยังมีตัวแปรภายนอกที่ทำให้ลักษณะความสัมพันธ์ของตัวแปรภายในแตกต่างกันไป คือ เชื้อชาติ ขนาดครอบครัว ทัศนคติ และพฤติกรรมที่เคยชิน เมื่อสร้างสมการอุปสงค์สำหรับสังคมหรือบุคคลใดๆ แล้วก็จะได้ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรแต่ละตัวและจากค่าสมการที่แน่นอนพร้อมตัวสัมประสิทธิ์ครบถ้วน ทำให้สามารถ วิเคราะห์ค่าความยืดหยุ่นของจำนวนบริการที่มีผู้ต้องการต่อตัวแปรแต่ละตัวได้ว่ามีจำนวนบริการที่มีผู้ต้องการนั้นไหวตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรแต่ละตัวมากน้อยเพียงใด

2.1.1.3 อุปสงค์การทองเที่ยว

สามารถวิเคราะห์จากจำนวนนักท่องเที่ยวของประเทศต่าง ๆ การวิเคราะห์โดยการกำหนดอุปสงค์เพื่อใช้วิเคราะห์สหสัมพันธ์พหุคูณในการประมาณความสัมพันธ์ระหว่างอุปสงค์และปัจจัยอื่น ๆ ที่กำหนดอุปสงค์ ซึ่งฟังก์ชันอุปสงค์สามารถแสดงได้ดังนี้

$$D = f(x_1, x_2, \dots, x_n)$$

- เมื่อ D คือ จำนวนนักท่องเที่ยว
 x_1, \dots, x_n คือ ตัวแปรอิสระซึ่งเป็นตัวกำหนดอุปสงค์

สำหรับจากแนวคิดด้านอุปสงค์สามารถปรับใช้เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่กำหนดอุปสงค์ของการทองเที่ยว ได้ดังนี้

- ปัจจัยพื้นฐานด้านการท่องเที่ยว

ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการตัดสินใจเดินทางมาท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยว ได้แก่

1) สิ่งที่ดึงดูด (Attraction) สิ่งที่ดึงดูดใจด้านการท่องเที่ยวมีองค์ประกอบสำคัญคือ แหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ แหล่งท่องเที่ยววัฒนธรรมและการให้ความบันเทิง

- แหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ คือ พื้นที่ที่มีความสวยงาม น่าประทับใจ และสามารถดึงดูดใจได้ ซึ่งเกิดจากลักษณะและสถานที่ทางธรรมชาติ เช่น อ่าว เกาะ หน้าผา ภูเขา น้ำตก เป็นต้น นอกจากนี้ความน่าสนใจของแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติเหล่านี้ยังเกิดจากภูมิอากาศ เช่น พื้นที่ที่มีอากาศหนาวเย็นจะมีดอกไม้สวยงาม ดึงดูดให้นักท่องเที่ยวมาเที่ยวชม

- แหล่งท่องเที่ยวทางวัฒนธรรม ซึ่งเกิดจากวิถีชีวิตหรือประเพณีของคนในท้องถิ่นนั้น ๆ อาจะแสดงออกในรูปแบบของศาสนา ความเชื่อ ทั้งจากอดีตและปัจจุบัน เช่น ประเพณีลอยกระทง ประเพณีชักพระ เป็นต้น

- แหล่งบันเทิง หมายถึง สถานที่ที่ดึงดูดใจให้นักท่องเที่ยวเดินทางมาเที่ยว เช่น สวนสนุก ห้างสรรพสินค้า นอกจากนี้ยังรวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดึงดูดให้เกิดการท่องเที่ยว เช่น การแข่งขันฟุตบอลโลก การแข่งขันกีฬาโอลิมปิก มหกรรมการแสดงต่าง ๆ เป็นต้น

2) สิ่งอำนวยความสะดวก (Facilities) สิ่งอำนวยความสะดวกในการท่องเที่ยว ได้แก่ ที่พักอาศัย ร้านอาหารและเครื่องดื่ม สถานที่ให้บริการ ระบบสื่อสาร คมนาคม และสาธารณสุข

3) การขนส่ง (Transportation) การขนส่งเป็นสิ่งสำคัญในการนำพานักท่องเที่ยวไปยังแหล่งท่องเที่ยวต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว สะดวกสบายและปลอดภัย

4) การต้อนรับ (Hospitality) เป็นสิ่งสำคัญที่นักท่องเที่ยวคาดหวังจะเกิดความประทับใจในแหล่งท่องเที่ยว บริการ รวมถึงการต้อนรับที่ดี

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความต้องการการท่องเที่ยว

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการท่องเที่ยว สามารถจำแนกได้ดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (Economic factors) สภาพเศรษฐกิจท้องถิ่นและประเทศมีผลต่อการซื้อผลิตภัณฑ์การท่องเที่ยวเป็นอย่างมาก ปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่ทำให้ระบบอุปสงค์แตกต่างกัน เช่น ประเทศที่มีเศรษฐกิจดีย่อมเอื้ออำนวยให้คนเดินทางมากขึ้นเพื่อไปเจรจาติดต่อธุรกิจ ไปประชุม ไปศึกษาหาความรู้หรือไปพักผ่อน การซื้อผลิตภัณฑ์การท่องเที่ยวกระทำได้ในปริมาณที่สูงตามอำนาจการซื้อ ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาหรือประเทศที่เศรษฐกิจไม่ดี จะทำให้นักท่องเที่ยวมีอำนาจการซื้อต่ำ และไม่ใช่เป้าหมายหลักทางการตลาดของธุรกิจท่องเที่ยว

2) ปัจจัยทางสถิติประชากรศาสตร์ (Demographic factors) ลักษณะของประชากรได้แก่ ขนาดและองค์ประกอบของครอบครัว อายุ เพศ การศึกษา ประสบการณ์ ระดับรายได้ อาชีพ เชื้อชาติ สัญชาติ ซึ่งโดยรวมแล้วจะมีผลต่อรูปแบบของความต้องการและปริมาณการซื้อผลิตภัณฑ์การท่องเที่ยว

3) ปัจจัยทางภูมิศาสตร์ (Geographic factors) ลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน ย่อมมีส่วนกำหนดลักษณะความต้องการของนักท่องเที่ยวให้แตกต่างกัน และยังมีส่วนดึงดูดและจูงใจให้นักท่องเที่ยวเดินทางเข้ามา

4) ปัจจัยทางวัฒนธรรมสังคม (Socio-cultural factors) ลักษณะทางวัฒนธรรมและทัศนคติของแต่ละท้องถิ่นสามารถกำหนดรสนิยม ค่านิยม ปริมาณ ระดับและรูปแบบการซื้อผลิตภัณฑ์การท่องเที่ยวได้

5) ปัจจัยทางการเมืองและกฎหมาย (Political and regulatory factors) การเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมืองและกฎระเบียบต่างๆ ของประเทศ อาจทำให้การตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์การท่องเที่ยวเปลี่ยนแปลงและอาจทำให้อุปสงค์การท่องเที่ยวแตกต่างกัน เนื่องจากมีความรู้สึกปลอดภัยหรือไม่ปลอดภัยในการเดินทางไปยังแหล่งท่องเที่ยวนั้น ๆ มีผลต่อการดำเนินธุรกิจการท่องเที่ยว เช่น สายการบินต้องระงับเส้นทางการบินชั่วคราว อัตราการเข้าพักโรงแรมลดลงจนอาจต้องปลดพนักงาน การท่องเที่ยวภายในประเทศลดลง นอกจากนี้ประเทศที่มีกฎหมายเกี่ยวกับการท่องเที่ยวย่อมสร้างความมั่นใจให้นักท่องเที่ยวได้ว่า จะได้รับการบริการที่มีมาตรฐานและได้รับสิทธิคุ้มครอง

6) ปัจจัยทางสื่อสารมวลชน (Mass media communication factors) ข้อมูลข่าวสารสามารถสร้างความน่าเชื่อถือ มั่นใจ รวมถึงจูงใจในการตัดสินใจเดินทางท่องเที่ยว และช่วยในการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์การท่องเที่ยว สื่อเหล่านี้อาจมาจาก สื่อโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสารการท่องเที่ยวต่าง ๆ รวมถึงการโฆษณาประชาสัมพันธ์ทั้งของภาครัฐและเอกชน งานนิทรรศการต่าง ๆ ที่จัดขึ้นเพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวให้เกิดการตัดสินใจ

7) ปัจจัยทางการเปรียบเทียบราคา (Comparative price) การเปรียบเทียบราคาการท่องเที่ยวทำให้นักท่องเที่ยวมีอุปสงค์ที่แตกต่างกัน โดยการเปรียบเทียบราคาของผลิตภัณฑ์กับบริษัทที่เป็นคู่แข่ง หรือราคาในปีก่อนหน้านี้ ราคาจะแสดงคุณค่าของผลิตภัณฑ์ ประกอบกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมทำให้อุปสงค์แตกต่างจากเดิม

8) ปัจจัยทางเทคโนโลยีการสื่อสารและคมนาคมขนส่ง (Technology of communication and transportation) เทคโนโลยีการสื่อสารและการคมนาคมขนส่งสามารถอำนวยความสะดวกให้นักท่องเที่ยวได้เป็นอย่างมาก นักท่องเที่ยวจะสามารถได้รับบริการที่สะดวกสบายรวดเร็วและชัดเจน เช่น การออกบัตรโดยสารเครื่องบิน การเข้าพัก (Check in) การคืนห้องพัก (Check out) ของโรงแรม เทคโนโลยีเหล่านี้ย่อมแสดงถึงระดับมาตรฐานในการให้บริการซึ่งจะช่วยให้นักท่องเที่ยวตัดสินใจที่จะเลือกใช้บริการได้มากขึ้น (ชลาภรินทร์ สมพงษ์, 2553)

2.1.2 ทฤษฎีอุปทาน

อุปทานของสินค้า คือ ความสัมพันธ์ระหว่างราคาและปริมาณของสินค้าบริการนั้นในมุมมองของผู้ผลิต เป็นจำนวนต่าง ๆ ของสินค้าหรือบริการชนิดใดชนิดหนึ่งที่ผู้ผลิตเต็มใจที่จะผลิตหรือขาย (willingness to sell) และมีความพร้อมความสามารถที่จะผลิตออกขาย (ability to sell) ณ ระดับราคาต่าง ๆ ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยเป้าหมายหลักในการผลิต คือ การทำกำไรสูงสุด (profit maximization) ซึ่งกำไรเป็นส่วนต่างระหว่างรายรับรวม (total revenue : TR) จากการผลิตและขายสินค้าบริการกับต้นทุนรวม (total cost : TC) ที่เกิดจากการซื้อปัจจัยการผลิตต่าง ๆ มาในการผลิตสินค้าบริการ ดังนั้น ผู้ผลิตต้องผลิตสินค้าและบริการ ณ ปริมาณที่ได้กำไรสูงสุด สำหรับ กฎของอุปทาน (Law of Supply) นั้นระบุไว้ว่า เป็นปริมาณของสินค้าและบริการชนิดใดชนิดหนึ่งที่ผู้ผลิตหรือผู้ขายต้องการจะขาย มีการแปรผันโดยตรงกับราคาของสินค้าและบริการชนิดนั้นเสมอ

จากกฎของอุปทานแสดงให้เห็นว่าเมื่อราคาสินค้าสูงขึ้น ผู้ผลิตมีความเต็มใจที่จะผลิตสินค้าออกขายมากขึ้น แต่ถ้าราคาสินค้าลดลง ผู้ผลิตจะผลิตในปริมาณน้อยลง ทั้งนี้เพราะเป้าหมายของผู้ผลิตหรือผู้ขายคือกำไร โดยทั่วไปเมื่อราคาสินค้าสูง ผู้ผลิตจะได้กำไรมากจึงทำการผลิตมาก แต่ถ้าสินค้ามีราคาต่ำ ผู้ผลิตมักจะได้กำไรน้อยจึงทำการผลิตน้อย

ฟังก์ชันอุปทาน (Supply Function) เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่มีส่วน ในการกำหนดอุปทาน

$$Q_s = f(P_x, C, P_y, T, N_s, E_s, \dots)$$

โดยที่ Q_s : ปริมาณเสนอขายสินค้าและบริการของสินค้า

P_x : ราคาของสินค้าที่เสนอขาย

C : ราคาปัจจัยการผลิตต่อหน่วย

P_s : ราคาของสินค้าอื่นที่เกี่ยวข้องกับปริมาณสินค้าที่เสนอขาย

T_e : เทคโนโลยีที่ใช้ในการผลิต

N_s : จำนวนผู้ขาย

E_s : การคาดการณ์เกี่ยวกับราคาชนิดนั้นในอนาคต

ปัจจัยกำหนดอุปทาน ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงและกำหนดอุปทาน ได้แก่ ราคาขาย (Price), เทคโนโลยี (Technology), ราคาปัจจัยการผลิต/ต้นทุน (Capital), ราคาของสินค้าอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง, การคาดการณ์เกี่ยวกับสินค้านั้นๆ และจำนวนผู้ขาย เป็นต้น

อุปทานตลาด (Market supply) สามารถหาได้จากการรวมอุปทานของผู้ผลิตทุกรายในตลาดเข้าด้วยกัน โดยการรวมปริมาณการผลิตของผู้ผลิตทุกราย ณ ระดับราคาหนึ่ง ๆ ความสัมพันธ์ของปริมาณรวมของทุกราคาจึงเป็นเส้นอุปทานของตลาด อุปทานของตลาดมีลักษณะลาดขึ้นจากซ้ายไปขวาและเป็นไปตามกฎของอุปทาน

2.1.2.1 อุปทานของบริการสุขภาพ

สมชาย (2551) ความไม่แน่นอนในเรื่องเวลาและประเภทของบริการสุขภาพที่ผู้บริโภคต้องการมีผลอย่างยิ่งต่อการผลิตสินค้าบริการสุขภาพ ทำให้การผลิตสินค้าบริการสุขภาพแตกต่างไปจากสินค้าบริการทั่วไปในลักษณะที่ผู้ผลิตบริการสุขภาพไม่สามารถผลิตบริการสุขภาพ

ไว้ก่อนและสำรองในคลังสินค้าเพื่อจัดจำหน่ายต่อไป และในการผลิตสินค้าบริการสุขภาพ ผู้บริโภคเป็นส่วนหนึ่งของการผลิตด้วย Phelps (1997) ระบุว่าบริการสุขภาพเป็นกระบวนการผลิตที่ต้องมีผู้ป่วยเข้าร่วมด้วย ผู้ผลิตบริการสุขภาพต้องรู้ว่าผู้ซื้อบริการสุขภาพคือใคร ป่วยด้วยโรคอะไร มีข้อจำกัดในด้านการรักษาพยาบาลอย่างไร ประวัติการรักษาหรือหรือหรือการเจ็บป่วยเป็นอย่างไร ก่อนที่จะผลิตบริการสุขภาพหรือในกรณีของการผ่าตัด ศัลยกรรมหรือหัตถกรรมอื่น ๆ ผู้รับบริการสุขภาพต้องอยู่ในกระบวนการผลิตด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ McGuire et al (1988) เชื่อว่าความก้าวหน้าและความชำนาญเฉพาะด้านของการแพทย์ทำให้ผู้ผลิตขายบริการสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงสอดคล้องกับลักษณะของผู้ซื้อบริการสุขภาพ (customized) ผู้รับบริการสุขภาพอาจต้องลองการบำบัดรักษาหลาย ๆ อย่างก่อนจะพึงพอใจในผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังได้สรุปจากลักษณะที่แตกต่างของบริการสุขภาพว่า อุปทานของบริการสุขภาพเป็นการตอบสนองที่ปรับตัว (adaptive response) อย่างมีลำดับที่สลับซับซ้อน (a complicated sequence) ต่อความไม่แน่นอน อุปทานในลักษณะดังกล่าวขัดแย้งกับแนวคิดเรื่องอุปทานของตลาดทั่วไปโดยสิ้นเชิง กล่าวคือ เราไม่สามารถนำอุปทานที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างราคาและปริมาณที่เป็นบวก (ตามกฎของอุปทาน) มาอธิบายได้ว่า เมื่อราคาของบริการสุขภาพสูงขึ้น ผู้ผลิตก็จะผลิตบริการสุขภาพออกมาจำหน่ายมากขึ้น หรือราคาที่ลดลงทำให้อุปทานน้อยลง ดังนั้น นักเศรษฐศาสตร์สุขภาพจึงได้นำลักษณะที่แตกต่างของบริการสุขภาพมาพิจารณาร่วมในการวิเคราะห์อุปทานของบริการสุขภาพ เพื่อให้ได้แนวคิดเรื่องอุปทานของบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงในภาคบริการสุขภาพ

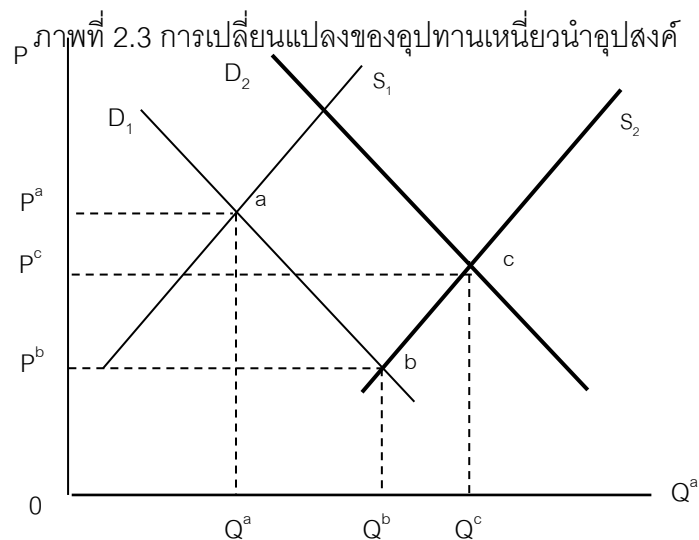
ปรากฏการณ์ของความบิดเบี้ยวของในอุปสงค์ - อุปทานในระบบสุขภาพ จากกลไกตลาดในระบบสุขภาพที่มักจะล้มเหลว (Market failure) เพราะข้อมูลที่มีของผู้ซื้อกับข้อมูลของผู้ขายไม่เท่ากัน ผู้ขาย คือนักวิชาชีพทางสุขภาพ มีข้อมูล เนื่องจากรัฐธรรมนูญของโรค ความรุนแรงของโรค วิธีการรักษาโรค ตลอดจนการพยากรณ์ของโรคจากการรักษาแต่ละชนิด มากกว่าผู้ซื้อหรือผู้รับบริการ นั่นคือ ฝ่ายอุปทาน (supply side) มีความได้เปรียบทางข้อมูลมากกว่าฝ่ายอุปสงค์ (demand side) ฝ่ายอุปทานจึงอาจใช้ความได้เปรียบนี้ ก่อให้เกิดความบิดเบี้ยวในระบบอุปสงค์ - อุปทานขึ้นได้

ความสัมพันธ์แบบตัวแทน (Agency relationship) เมื่อผู้ให้บริการมีความรู้มากกว่าผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจึงทำหน้าที่เสมือนหนึ่งตัวแทนของผู้รับบริการ เพื่อชี้แนะว่าผู้รับบริการควรได้รับการรักษาอะไรบ้าง จริยธรรมของผู้ให้บริการ จะชี้แนะว่าตัวแทนควรทำหน้าที่ต่าง ๆ บน

ผลประโยชน์ของผู้รับบริการ แต่พบได้บ่อย ๆ ว่า ตัวแทนมิได้ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวอย่างดีที่สุดที่พยายามเป็นตัวแทนที่ดี Mooney (1992) กล่าวว่าสาเหตุอาจเป็นเพราะผู้ใช้บริการขาดข้อมูลสำคัญ ดังนี้

- ขาดความรู้ทางการแพทย์ที่เพียงพอ
- ขาดความรู้เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยที่ละเอียดและมีประโยชน์ต่อการรักษา
- ขาดความรู้เกี่ยวกับเหตุผลความพึงพอใจของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

อุปทานเหนี่ยวนำอุปสงค์ (Supplier - induced demand) ความสัมพันธ์ในเชิงตัวแทนฝากความหวังไว้กับการเป็นตัวแทนที่ดีหรือจริยธรรมที่ปลูกฝังกันในแต่ละวิชาชีพและมีองค์กรวิชาชีพในการควบคุม แต่เนื่องจากอุปทานในระบบบริการสุขภาพมีลักษณะผูกขาด (monopoly) เมื่อมีอุปทานล้นเกินจะเกิดปรากฏการณ์ “อุปทานเหนี่ยวนำอุปสงค์” เพราะแรงจูงใจทางการเงินมักทำให้ผู้บริการคิดถึงผลประโยชน์ของตนเองโดยการเพิ่มรายได้ของตนเองให้สูงสุดเพียงอย่างเดียว



ที่มา : Moris (1998)

ณ จุดสมดุลเริ่มต้นที่ a ระหว่างเส้นอุปสงค์ D_1 และอุปทาน S_2 ถ้าอุปทานของบริการทางการแพทย์มากขึ้น เส้นอุปทานจะเลื่อนไปทางขวา คือ เส้น S_2 ทำให้ปริมาณบริการที่ให้เปลี่ยนจาก Q^a เป็น Q^b แต่ขณะเดียวกัน การเพิ่มอุปทานเหนี่ยวนำให้อุปสงค์เพิ่ม เส้นอุปสงค์จึงเลื่อนไปทางขวา คือ D_2 จุดสมดุลเปลี่ยนไปกลายเป็นจุด c ผลกระทบคือปริมาณบริการที่ให้มาก

ยิ่งขึ้น เป็น Q^c สรุปว่าแทนที่บริการสาธารณสุขจะมีเพียง $P^a Q^a$ กลับเพิ่มขึ้นอย่างมากเป็น $P^c Q^c$ เป็นความสูญเสียที่เกิดต่อระบบ

2.1.2.2 อุปทานของการท่องเที่ยว คือ สินค้าและบริการ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นปัจจัยที่นักท่องเที่ยวบริโภคในอุตสาหกรรมท่องเที่ยว พบว่าประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. ต้นทุน ได้แก่ ต้นทุนในการผลิตหรือบำรุงรักษาสินค้า บริการ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นปัจจัยเหล่านั้น
2. สิ่งดึงดูดในทางการท่องเที่ยว ได้แก่ ธรรมชาติ ศิลปะ วัฒนธรรมและประเพณี รวมถึงกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการพักผ่อน การค้า การแพทย์ การกีฬา ความบันเทิง ความรู้ สถานที่
3. การสนับสนุนและนโยบายจากภาครัฐ

2.1.3 การศึกษาความสามารถในการแข่งขัน

เมื่อก้าวถึงความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (Competitiveness) ยังไม่มีนิยามที่ชัดเจนที่จะอธิบายความหมายของคำนี้ได้ ในระยะเริ่มต้นของการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการแข่งขันของประเทศ นิยามของแนวคิดจะมุ่งเน้นไปที่ความสามารถของประเทศในการส่งออกสินค้าให้มากที่สุด และนำเข้าให้น้อยที่สุด ซึ่งต่อมาแนวคิดดังกล่าวได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่าก่อให้เกิดปัญหาของการหดตัวทางการค้าระหว่างประเทศ เนื่องจากทุกประเทศต่างมุ่งที่จะใช้มาตรการผลักดันให้เกิดการส่งออก โดยการลดต้นทุนการผลิตและการอุดหนุนสินค้าโดยภาครัฐ รวมทั้ง การนำมาตรการกีดกันทางการค้าทั้งทางตรงและทางอ้อมมาใช้ โดยหลายฝ่ายได้ตระหนักว่า ความสามารถในการแข่งขันอยู่ที่ระดับของประสิทธิภาพ (Efficiency) ซึ่งการได้ดุลการค้าเพิ่มขึ้นไม่ได้หมายความว่า ประเทศนั้นจะต้องมีประสิทธิภาพการผลิตโดยรวมที่สูง นั่นหมายถึง การมองเรื่องความสามารถในการแข่งขันของประเทศใดประเทศหนึ่ง ควรที่จะต้องมองถึงสมรรถนะและความพร้อมของระบบเศรษฐกิจ ทั้งระบบในเชิงพลวัต เชิงเปรียบเทียบ โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการค้าระหว่างประเทศที่สำคัญได้แก่

2.1.3.1 ทฤษฎีความได้เปรียบโดยเปรียบเทียบ (Comparative Advantage Theory)

ภายหลังจากความล้มเหลวของแนวคิดความได้เปรียบโดยสมบูรณ์ (Absolute advantage of trade) ที่นำเสนอโดย Adam Smith ไม่สามารถที่จะอธิบายได้ว่าทำไมยังมีการค้าระหว่างประเทศเกิดขึ้น ในกรณีที่ประเทศหนึ่งมีความได้เปรียบโดยสมบูรณ์ในการผลิตสินค้าทุกชนิด ในขณะที่อีกประเทศหนึ่งไม่มีความได้เปรียบโดยสมบูรณ์เลยในการผลิตสินค้าเลยแม้เพียงอย่างเดียว ซึ่งภายหลังจากต่อมา David Ricardo ได้มีการปรับปรุงแนวคิดของ Adam Smith และพยายามอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดการค้ำระหว่างประเทศใหม่ว่าการค้ำระหว่างประเทศเกิดขึ้นได้ก็เนื่องมาจากแต่ละประเทศมีต้นทุนการผลิตเชิงเปรียบเทียบ (Comparative cost) ในสินค้าชนิดต่างๆ ที่แตกต่างกัน โดยกรอบการวิเคราะห์ของ Ricardo ก็คือ การค้าเป็นการค้าแบบเสรี มีเพียง 2 ประเทศและมีสินค้าส่งออกเพียง 2 ชนิด ปัจจัยแรงงานเป็นปัจจัยการผลิตเพียงชนิดเดียว ฉะนั้น มูลค่าของผลผลิต (สินค้า) หรือต้นทุนการผลิตถูกกำหนดมาจากปัจจัยแรงงานเพียงปัจจัยเดียว (The Labor Theory of Value) ดังนั้น เมื่อเกิดการค้ำระหว่างประเทศแต่ละประเทศจะมีต้นทุนในการผลิตสินค้าที่แตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างของต้นทุนการผลิตสินค้าชนิดต่างๆ ของแต่ละประเทศ เนื่องมาจากความแตกต่างของประสิทธิภาพของแรงงานโดยเปรียบเทียบในการผลิตสินค้า 2 ชนิด หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือความได้เปรียบโดยเปรียบเทียบตามแนวคิดของ Ricardo แล้วถูกวัดมาจาก Adam Smith โดย Ricardo ได้เสนอแนะว่าควรใช้กฎของความได้เปรียบโดยเปรียบเทียบ (Comparative Advantage Law) เพื่อให้ทั้งสองประเทศสามารถที่จะทำการค้ำระหว่างกันได้ ทั้งนี้ประเทศที่มีความได้เปรียบโดยสมบูรณ์ในสินค้าทุกชนิด จะส่งออกในสินค้าที่ตนเองมีความได้เปรียบมากที่สุดและนำเข้าสินค้าที่ตนเองได้เปรียบน้อยที่สุดในทางกลับกัน สำหรับประเทศที่มีความเสียเปรียบในสินค้าทุกชนิดก็ควรจะส่งออกในสินค้าที่ตนมีความเสียเปรียบน้อยที่สุดและนำเข้าในสินค้าที่ตนมีความเสียเปรียบมากที่สุด ฉะนั้น เมื่อทั้ง 2 ประเทศมีการค้าขายแลกเปลี่ยนสินค้ากันและนำหลักแนวคิดมาใช้ก็จะทำให้ประเทศทั้ง 2 ได้รับประโยชน์จากการค้าทั้ง 2 ฝ่าย และการค้ำระหว่างประเทศก็จะสามารถดำเนินต่อไปได้

2.1.4 แนวคิดการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และข้อจำกัด (SWOT Analysis)

การวิเคราะห์ SWOT Analysis คือการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค โดยทำการวิเคราะห์เพื่อให้เกิดความเข้าใจและรู้จักสถานการณ์ภาพขององค์กรว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้สามารถใช้ในการกำหนดเป้าหมายและแนวทางขององค์กรในอนาคตได้ ในการวิเคราะห์ SWOT นั้นได้แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนคือ (1) การวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อน ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ภายในองค์กร และ (2) การวิเคราะห์โอกาสและข้อจำกัดซึ่งเป็นการวิเคราะห์จากภายนอกองค์กร โดยมีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อน (Strength and Weakness Analysis)

จุดแข็ง (Strengths) เป็นการวิเคราะห์โดยมองจากปัจจัยภายในองค์กรถึงข้อได้เปรียบขององค์กรที่มีอยู่ในตัวเองที่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาองค์กรได้และควรที่จะรักษาปัจจัยที่เป็นข้อได้เปรียบนี้ไว้เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรต่อไป

จุดอ่อน (Weaknesses) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยภายในองค์กรของมุมมองของผู้ที่อยู่ในองค์กรถึงข้อเสียเปรียบหรือจุดด้อยขององค์กรที่สมควรได้รับการปรับปรุงเพื่อให้องค์กรยกระดับการพัฒนาที่สูงขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรต่อไป

การวิเคราะห์โอกาสและข้อจำกัด (Opportunity and Threat Analysis)

โอกาส (Opportunity) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกองค์กรที่เป็นตัวก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรตัวเองทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งสามารถนำมาขยายผลเพื่อเสริมสร้างให้องค์กรเกิดความเข้มแข็งได้

อุปสรรค (Threats) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกองค์กรถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางอันจะก่อให้เกิดผลเสียกับองค์กรทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งองค์กรต้องหาทางหลีกเลี่ยงเพื่อให้มีความพร้อมที่จะเผชิญกับสภาวะที่อาจทำให้องค์กรไม่มั่นคงได้

2.1.5 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการท่องเที่ยว

เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ (2538) กล่าวถึงการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการท่องเที่ยวนั้น มักจะกล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้บุคคลตัดสินใจในการเดินทางท่องเที่ยว ซึ่งได้แก่ค่าใช้จ่ายสำหรับการท่องเที่ยว เวลาสำหรับการท่องเที่ยว การท่องเที่ยวและตั้งใจที่จะท่องเที่ยว ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบนี้เป็นตัวกำหนดที่สำคัญยิ่งต่อการเดินทางท่องเที่ยวเพื่อตอบสนองความอยากรู้อยากเห็นของมนุษย์ องค์ประกอบเหล่านี้จึงเป็นกรอบกำหนดทิศทางและขนาดของพฤติกรรมกรรมการท่องเที่ยว ให้แตกต่างออกไปตามข้อจำกัดที่แต่ละบุคคลมีอยู่ กล่าวคือ บุคคลที่มีรายได้ต่ำมีเวลาน้อย หรือไม่ตั้งใจที่จะท่องเที่ยว ย่อมสามารถท่องเที่ยวได้ใกล้ เวลาสั้นเท่านั้น ขณะที่คนที่มีรายได้สูง มีเวลามาก และมีความตั้งใจที่จะท่องเที่ยวที่ทันสมัยและมีคุณภาพเหนือกว่าเป็นต้นพฤติกรรมกรรมการท่องเที่ยวที่สำคัญได้แก่ พฤติกรรมการเดินทาง วัตถุประสงค์ของการท่องเที่ยวการพักผ่อนและอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งสามารถแยกพิจารณาออกได้เป็นดังนี้คือ

1. วัตถุประสงค์ของการเดินทางท่องเที่ยว จากวัตถุประสงค์ของการเดินทางท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวทั้งหมดนั้น อาจกล่าวได้ว่านักท่องเที่ยวชาวไทยมีจุดประสงค์เพื่อการท่องเที่ยวหรือพักผ่อนมากที่สุด และยังมีวัตถุประสงค์อื่นในการเดินทางด้วยคือ เพื่อการเยี่ยมญาติเพื่อน รวมทั้งการไปราชการหรือการติดต่อ ธุรกิจต่างๆอยู่ในสัดส่วนที่สูงพอสมควร นอกจากนี้ในปัจจุบันนักท่องเที่ยวยังมีวัตถุประสงค์ในการเดินทางที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น ได้แก่ การท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ เพื่อการกีฬา เพื่อการประชุมสัมมนา เพื่อการศึกษา ฯลฯ

2. พาหนะที่ใช้ในการเดินทางท่องเที่ยว การเดินทางหรือการเข้าถึงแหล่งท่องเที่ยวนั้นจะมีความแตกต่างกันออกไปตามสภาพทางกายภาพ และโครงสร้างของกิจกรรมคมนาคมขนส่ง แต่โดยภาพรวมแล้วนักท่องเที่ยวชาวไทยมักนิยมเดินทางด้วยรถยนต์ส่วนตัว เพราะมักจะเป็นการเดินทางท่องเที่ยวไปเรื่อยๆตามสถานที่ท่องเที่ยวในเส้นทางที่ผ่าน และมีความเป็นอิสระ สะดวกสบายสามารถเข้าถึงแหล่งท่องเที่ยวได้ดี

3. ลักษณะของการเดินทางท่องเที่ยว ในด้านการเดินทางท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวชาวไทย จะไม่ชอบโดดเดี่ยว หรือทำอะไรในลักษณะโดยลำพังแต่จะมีผู้ร่วมเดินทางด้วยในลักษณะการเดินทางเป็นกลุ่ม และกลุ่มที่มีความสำคัญมากที่สุดคือกลุ่มเพื่อน ซึ่งการเดินทาง กับกลุ่มเพื่อนนี้นักท่องเที่ยวสามารถแสดงพฤติกรรมต่างๆ ได้อย่างเป็นอิสระมากกว่าการเดินทางท่องเที่ยวกับบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังจะมีการเดินทางท่องเที่ยวแบบ

ครอบครัวและการท่องเที่ยวเกี่ยวกับบริษัทนำเที่ยว รวมทั้งการไปท่องเที่ยวในลักษณะพิเศษ เช่น การประชุมสัมมนาและบริการท่องเที่ยวเพื่อสวัสดิการด้วย

4. สิ่งดึงดูดใจในการท่องเที่ยว แหล่งท่องเที่ยวในประเทศไทยสามารถจัดแบ่งได้เป็นหลายประเภท เช่นประเภทธรรมชาติ ได้แก่ ป่าเขา น้ำตก ชายหาด ถ้ำ อุทยาน เป็นต้นประเภทวัดหรือแหล่งประวัติศาสตร์ และประเภทศิลปวัฒนธรรม และความสนใจพิเศษ โดยแหล่งท่องเที่ยวที่เป็นที่นิยมของนักท่องเที่ยวชาวไทยมากที่สุดคือ แหล่งท่องเที่ยวประเภทธรรมชาติ

5. ระยะเวลาในการท่องเที่ยว สำหรับจำนวนวันเฉลี่ยต่อครั้งในการพักผ่อนของนักท่องเที่ยวชาวไทยพบว่า มีค่าเฉลี่ยเป็นจำนวน 4 วัน ต่อครั้ง (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2530; สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2536 อ้างถึงใน นิถมน คำเอี่ยม, 2553)

6. ลักษณะของการพักผ่อน โดยทั่วไปนักท่องเที่ยวชาวไทยส่วนใหญ่จะพักผ่อนตามบ้านญาติหรือเพื่อนซึ่งเป็นรูปแบบดั้งเดิมของการท่องเที่ยวภายในประเทศของคนไทยที่แสดงออกถึงวัฒนธรรม ไทย ส่วนที่เหลือจะพักตามสถานที่พักผ่อนประเภทต่าง ๆ เช่น โรงแรม บังกะโลหรือรีสอร์ทสนาจร

7. ค่าใช้จ่ายในการท่องเที่ยว จากการศึกษาปี 2526 พบว่าคนไทยเสียค่าใช้จ่ายในการท่องเที่ยว 629 บาท/คน/วัน และค่าใช้จ่ายในการท่องเที่ยวรอบปี 2526 รวมทั้งสิ้นประมาณ 31,575 ล้านบาท (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2530; สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2536:49 อ้างถึงในนิถมน คำเอี่ยม, 2553) ต่อมาสถานวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยได้ทำการสำรวจในปี 2536 พบว่า โดยรวมนักท่องเที่ยวชาวไทยเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคน ต่อวันเท่ากับ 1,333.8 บาท โดยมีวันพักเฉลี่ยทั่วประเทศเท่ากับ 4.4 วัน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2536) และจากการสำรวจสรุปสถานการณ์ท่องเที่ยวภายในประเทศของการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยพบว่า ระยะเวลาในการเดินทางท่องเที่ยวครั้งละประมาณ 2.22 วันต่อครั้งโดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของนักท่องเที่ยว 1,657.31บาทต่อคนต่อวัน (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2540 อ้างถึงใน นิถมน คำเอี่ยม, 2553)

2.2 บรรณกรรมปริทัศน์

2.2.1 การศึกษาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

สมดี หงส์ไพศาลวิวัฒน์ (2548) ได้วิจัยพบว่าการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในประเทศไทยมีโอกาสทางการตลาดสูงมาก เนื่องมาจากความต้องการของนักท่องเที่ยวทั่วโลก เพื่อบำบัดสุขภาพหรือสไป ขยายตัวสูงขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 21.9 ต่อปี ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2553 รวมทั้งมีจุดเด่นที่สุดในด้านค่าบริการสูงกว่าประเทศอื่น ด้วยค่าเฉลี่ยของความพอใจคิดเป็นร้อยละ 4.11 ซึ่งสูงกว่าความพอใจที่มีต่อยุโรปร้อยละ 3.13 อเมริการ้อยละ 3.49 คาดว่าจะมีนักท่องเที่ยวต่างชาติมาใช้บริการบำบัดสุขภาพในประเทศไทยเพิ่มขึ้น ด้วยอัตราขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 25 ต่อปี ระหว่างปี 2545-2549 ก่อให้เกิดรายได้ ประมาณ 7,650-13,275 ล้านบาทต่อปีหรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 38 ต่อปี ในช่วงเวลาเดียวกัน

งานศึกษาของ วิภาพร มหาชัย (2544) ในเรื่องของพฤติกรรมของนักท่องเที่ยวชาวญี่ปุ่นในจังหวัดเชียงใหม่ต่อการเลือกใช้บริการสปาเพื่อสุขภาพ พบว่านักท่องเที่ยวชาวญี่ปุ่นในจังหวัดเชียงใหม่ที่ เข้ามาใช้บริการสปา มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ อาชีพ และรายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในการตอบสนองของผู้ใช้บริการ โดยมีเหตุจูงใจมาจากสิ่งกระตุ้น เช่น ความ เครียดสนใจในการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ มีคนรู้จักแนะนำให้รู้จัก หรือต้องการหาประสบการณ์เกี่ยวกับบริการสปา เป็นต้น ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความต้องการอยากจะทำใช้บริการสปา ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าลักษณะด้าน ประชากรที่เลือกใช้บริการ และในขณะเดียวกันก็สามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการศึกษาพฤติกรรมของนักท่องเที่ยวชาวญี่ปุ่นที่เลือกใช้บริการ และสามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการแบ่งส่วนตลาดของนักท่องเที่ยว นอกจากนี้นักท่องเที่ยวทราบข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับบริการสปาโดยผ่านทางอินเทอร์เน็ตเป็นส่วนใหญ่ และติดต่อกับสถานประกอบการ

ประสิทธิ์ วัฒนภา (2550) ศึกษาและวิเคราะห์หาปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จของการเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของภูมิภาคเอเชียสำหรับใช้ประเมินโอกาสที่ประเทศไทยจะได้เป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของภูมิภาคเอเชีย รวมทั้งศึกษา วิเคราะห์และประเมินผลกระทบด้านสังคมจิตวิทยาและระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย โดยทำการศึกษาข้อมูล บทวิเคราะห์ รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยพบว่าประเทศไทยมีศักยภาพสูงมากในการเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในภูมิภาคเอเชีย โดยมีจุดเด่นทั้งในด้านมาตรฐานการรักษาพยาบาลและการ

บริการทั่วไป ตลอดจนอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ต่ำกว่าในหลาย ๆ ประเทศ แต่ยังคงต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนจากภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอำนวยความสะดวกให้ชาวต่างชาติเดินทางเข้ามาประเทศไทยเพื่อรับการบริการสุขภาพ

ในด้านของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ต่อการเลือกประเทศปลายทางในการรักษา Nuttapon Jotikasthira (2010) ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่กำหนดแรงจูงใจและพฤติกรรมของนักท่องเที่ยวในการเลือกปลายทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของประเทศไทย การศึกษานี้จะตรวจสอบแรงจูงใจของบุคคลที่มีส่วนร่วมในท่องเที่ยวเชิงการทางการแพทย์ การศึกษานี้เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประเทศปลายทาง อย่างประเทศไทย ดังเช่น การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จะเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนขีดความสามารถในแข่งขันของประเทศไทยในตลาดการท่องเที่ยวทั่วไป อีกทั้งการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ซึ่งเกี่ยวข้องของประเทศกำลังพัฒนาที่ดึงดูดผู้ป่วยจากประเทศพัฒนาแล้วด้วยบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและราคาถูก เป็นปรากฏการณ์ที่ค่อนข้างใหม่ที่ได้รับการศึกษาและเป็นงานวิจัยที่น้อยมาก การศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเลือกประเทศปลายทางการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจออนไลน์ของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จะพิจารณาต้นทุนบริการด้านการรักษาพยาบาลในประเทศต้นและพิจารณาถึงความล่าช้าในการรอสิทธิ์การเข้ารับการรักษา และยังพบนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีแรงจูงใจโดยพิจารณาคุณลักษณะของประเทศปลายทาง จาก ความประหยัด, คุณภาพในการรักษา, ปัญหาด้านสุขอนามัยและความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัย

ในด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กับตลาดบริการสุขภาพ Michael D. Horowitz (2007) ได้ทำการศึกษาและพบว่า แนวโน้มการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ได้กลายเป็นที่นิยมมากขึ้นจากพลเมืองของหลายประเทศได้เดินทางไปยังอีกประเทศเพื่อจะแสวงหาความเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่มีอยู่ในศูนย์การแพทย์ชั้นนำ ปรากฏการณ์นี้ถูกขับเคลื่อนโดยพลังการตลาดและเกิดขึ้นนอกเหนือจากมุมมองและการควบคุมของระบบการดูแลสุขภาพ ด้านการตลาดของการบริการสุขภาพระหว่างประเทศจากปัญหาด้านสิทธิในการรักษาพยาบาลภายในประเทศ รวมทั้งเทคโนโลยีที่ทันสมัยทางการแพทย์ทำให้นักท่องเที่ยวที่มีศักยภาพในการตรวจสอบและสามารถจัดเตรียมข้อมูลของการรักษาพยาบาลจากทั่วโลกได้จากการเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยและความช่วยเหลือของหน่วยงานของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เป็นเหตุผลหลักที่ทำให้

ให้ผู้ป่วยจากประเทศที่พัฒนาแล้วเลือกรับบริการทางการแพทย์ในประเทศที่พัฒนาน้อยกว่าที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่ามาก และเหตุผลหลักสำหรับผู้ป่วยจากประเทศที่มีระบบการดูแลสุขภาพของภาครัฐที่ควบคุมการเข้าถึงบริการเลือกรับการรักษาพยาบาลในต่างประเทศเพื่อหลีกเลี่ยงความล่าช้าในการรอสิทธิ์การเข้ารับการรักษา นอกจากนี้อุตสาหกรรมประกันภัยได้กลายเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ในสหรัฐอเมริกาหลายรัฐที่ทำการขายประกันที่มีนโยบายสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยังได้แสดงถึงความท้าทาย และโอกาสที่พัฒนาต่อไปอย่างมีศักยภาพรวมถึงความกังวลที่สำคัญ การพิจารณาที่สำคัญของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้อยู่อาศัยของประเทศปลายทาง ทั้งการกระจุกตัวของแรงงาน และคุณภาพของการให้บริการด้านสุขภาพของประชาชน แม้ว่ารายได้ที่มากจากการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยต่างชาติของประเทศกำลังพัฒนาจะสร้างโอกาสในการปรับปรุงการเข้าถึงและคุณภาพของการดูแลให้บริการประชาชนก็ตาม แนวโน้มนี้จะมีผลกระทบต่อภูมิทัศน์ด้านการดูแลสุขภาพในประเทศอุตสาหกรรมและประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก

2.2.2 การศึกษาสภาพโดยทั่วไปและปัจจัยที่ส่งผลต่อการท่องเที่ยว

พรพรรณ สกุลศรีจิรวุฒิน (2548) ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการท่องเที่ยวภายในประเทศ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุปสงค์ต่อการท่องเที่ยวภายในประเทศของประชาชนในจังหวัดสมุทรสาคร กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่ 1 กันยายน 2545 - 1 กันยายน 2547) ประชาชนส่วนใหญ่ได้เดินทางท่องเที่ยวภายในประเทศ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจมากที่สุด โดยนิยมท่องเที่ยวแหล่งท่องเที่ยว ประเภททะเลมากที่สุด และนิยมท่องเที่ยวในช่วงวันหยุดราชการ / วันหยุดมากที่สุด และใช้เวลาในการท่องเที่ยวโดยเฉลี่ย 1-2 วันมากที่สุด และมีความถี่ของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการท่องเที่ยวที่ผ่านมา 1-2 ครั้งมากที่สุด โดยแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารนั้นมาจากการบอกเล่าของญาติ/เพื่อนมากที่สุด และพบว่าเพศที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความต้องการท่องเที่ยวที่คาดว่าจะไป จำนวนครั้งที่คาดว่าจะไป ประเภทของแหล่งท่องเที่ยวที่คาดว่าจะไป และค่าใช้จ่ายต่อครั้งที่คาดว่าจะจ่ายที่ไม่แตกต่างกัน อายุที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความต้องการท่องเที่ยวที่คาดว่าจะไป และจำนวนครั้งที่คาดว่าจะไปที่ไม่แตกต่างกันแต่อายุที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับประเภทของแหล่งท่องเที่ยวและค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะจ่ายที่แตกต่างกัน ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความต้องการที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับประเภทของแหล่งท่องเที่ยวที่คาดว่าจะไป และค่าใช้จ่ายต่อครั้งที่คาดว่าจะจ่ายสถานภาพสมรสที่

แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความต้องการท่องเที่ยวที่คาดว่าจะจ่าย แต่สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งที่คาดว่าจะไป ประเภทของแหล่งท่องเที่ยวที่คาดว่าจะไป และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะจ่ายที่แตกต่างกัน อาชีพที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความต้องการที่คาดว่าจะไป ประเภทของแหล่งท่องเที่ยวและค่าใช้จ่ายต่อครั้งที่คาดว่าจะจ่ายที่แตกต่างกัน แต่อาชีพที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งที่คาดว่าจะไปที่ไม่แตกต่างกัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความต้องการท่องเที่ยวที่คาดว่าจะไป จำนวนครั้งที่คาดว่าจะไป ประเภทของแหล่งท่องเที่ยวที่ไม่แตกต่างกัน แต่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายต่อครั้งที่แตกต่างกัน

มิ่งสรรพ์ ขาวสะอาดและคณะ (2534) ทำการศึกษาอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวของประเทศไทย เพื่อจัดทำแม่บทการพัฒนาการท่องเที่ยว โดยใช้วิธีการสำรวจและเก็บข้อมูลจากนักท่องเที่ยวทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสอบถาม การศึกษานี้ได้กล่าวถึงสภาพโดยรวมของสถานการณ์และแนวโน้มของการท่องเที่ยวโลกและประเทศไทย สรุปได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งได้ศึกษาศักยภาพของการท่องเที่ยวไทยด้วยวิธีการสัมภาษณ์นักท่องเที่ยวจำนวน 389 คน พบว่าประเทศที่มีศักยภาพทางการท่องเที่ยวสูงสุดในกลุ่มประเทศเอเชียแปซิฟิก ได้แก่ ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น ไทย สิงคโปร์ และอินโดนีเซีย โยแยกเป็นศักยภาพ 3 กลุ่ม คือ ความดึงดูดใจของทรัพยากรการท่องเที่ยว การบริหารและการจัดการของรัฐและการจัดการให้บริการของอุตสาหกรรมท่องเที่ยว

Karen Jackson (2010) ได้นำเสนอการวิเคราะห์อุปสงค์ของการท่องเที่ยวที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ ซึ่งงานวิจัยนี้พบว่าจากการสำรวจวรรณกรรมเชิงประจักษ์อย่างในปัจจุบันยังขาดในเรื่องของการพิจารณาการค้าการท่องเที่ยวและการเชื่อมโยงท่องเที่ยวสู่การเจรจาการค้าระดับภูมิภาค (Regionalism) ดังนั้นจึงเสนอว่าการวิจัยต่อไปควรที่จะต้องพิจารณาการทดสอบอำนาจระหว่างการค้าและการท่องเที่ยวไม่เพียงในเรื่องของอุปสงค์การท่องเที่ยวเท่านั้น แต่ยังมีแง่มุมของการเจรจาการค้าระดับภูมิภาคอีกด้วย เนื่องจากความจริงที่ว่าเกือบทุกประเทศในโลก เป็นสมาชิกของภูมิภาคอย่างน้อยหนึ่งข้อตกลง นอกจากนี้รายงานนี้นำเสนอการทดสอบใหม่ของวิธีการเชิงประจักษ์ที่ใช้ในแบบจำลองของอุปสงค์ของการท่องเที่ยวอีกด้วย วิธีการเชิงประจักษ์แบบจำลองของอุปสงค์ของการท่องเที่ยวจะต้องมีการพิจารณามีกรณี ที่ถึงการสร้างแบบจำลอง gravity เพื่อการวิจัยต่อไปจะเป็นสิ่งสำคัญที่กำหนดศักยภาพในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศกำลังพัฒนาผ่านการขยายตัวของการท่องเที่ยว

Kuo-Liang Wang and Chung-Shu Wu (2003) ทำการศึกษาถึงปริมาณการท่องเที่ยวของประเทศไทยได้หวั่น ฮองกง สิงคโปร์ มาเลเซีย อินโดนีเซีย ไทย และฟิลิปปินส์ เพื่อสร้างแบบจำลองอุปสงค์การท่องเที่ยวโดยใช้ตัวแปรตาม เป็นส่วนแบ่งตลาดของนักท่องเที่ยว ตัวแปรต้นคือ ราคาสินค้าและบริการโดยเปรียบเทียบ (ราคาค่าเดินทาง ราคาสินค้าและบริการในประเทศ จุดหมาย อัตราแลกเปลี่ยน ดัชนีราคาผู้บริโภค) ระยะเวลาท่องเที่ยว โดยใช้ข้อมูลรายปี ช่วง ค.ศ. 1974 - 1994 และให้ตัวแปรหุ่นจำลอง (Dummy) ช่วยโดยการกำหนดให้แทนเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ได้แก่ การที่สหรัฐฯ สิ้นสุดความสัมพันธ์ทางการทูตกับประเทศไทยได้หวั่น การที่ประเทศจีนเปิดเสรี เหตุการณ์ความไม่สงบในประเทศฟิลิปปินส์ และปีการท่องเที่ยวของประเทศมาเลเซีย โดยวิธีการวิเคราะห์แบบจำลองแบบ Simultaneous - Equation ด้วยวิธี Three-stage Least Squares (3 SLS) แบ่งการวิเคราะห์เป็นกรณีนักท่องเที่ยวจากสหรัฐอเมริกาและนักท่องเที่ยวจากญี่ปุ่น พบว่า นักท่องเที่ยวทั้งสองกลุ่มมีลักษณะและวัตถุประสงค์ในการเดินทางที่แตกต่างกัน ทำให้มีลักษณะที่ต่างกันโดยสิ้นเชิงที่พบต่อตัวแปรราคาเปรียบเทียบ ผลต่อปัจจัยอัตราแลกเปลี่ยนจะไม่มีผลหากเทียบกับสกุลเงินของประเทศผู้เดินทางและปัจจัยทางอุปทานมีผลต่อปริมาณนักท่องเที่ยว (เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สนใจ)

จากการศึกษาเรื่องการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย Pailin Watanaplin (2010) ได้ทำการศึกษาทัศนคติและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของชาวต่างชาติ โดยใช้วิธีการสำรวจจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการชาวต่างชาติที่มาเข้ารับบริการโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ซึ่งถือว่าเป็นอุตสาหกรรมบริการด้านสุขภาพที่ได้รับการยอมรับให้เป็นศูนย์กลางการรักษาในทวีปเอเชีย เนื่องจากจุดแข็งด้านการรักษาในแนวใหม่พร้อมเทคโนโลยีที่ทันสมัยด้วยอุปกรณ์เครื่องมือครบครัน อีกทั้งคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลยังเป็นที่ประทับใจผู้ที่ได้รับบริการส่งผลให้เกิดความเป็นไปได้ในการพัฒนาในอนาคต ผลการศึกษาพบว่าผลของราคาค่าบริการไม่ใช่ปัจจัยหลักในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาล แต่ปัจจัยหลักในการตัดสินใจเข้ารับบริการจะมาจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจะพิจารณาการเข้ารับบริการจากปัจจัยทางด้านมาตรฐานในการบริการและความปลอดภัยในการเดินทางอีกด้วย ดังนั้นโรงพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นพัฒนากลยุทธ์ให้ครอบคลุม ผู้ที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจของกลุ่มเป้าหมายและทางโรงพยาบาลจะต้องพัฒนาปรับปรุงเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายตระหนักและรับรู้ถึงการท่องเที่ยวเชิงพัฒนาสุขภาพที่ทางโรงพยาบาลได้พยายามนำเสนอ

2.2.3 การศึกษาถึงวิธีการในการหาอุปสงค์ของการท่องเที่ยว

Mohd Hafiz Mohd Hanafiah and Mohd Fauzi Mohd Harun (2010) ได้ทำการประมาณการอุปสงค์ของการท่องเที่ยวในประเทศมาเลเซีย โดยมีปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นพื้นฐานในการวัด ได้แก่ รายได้, ราคาสินค้า, อัตราดอกเบี้ย, ดัชนีราคาผู้บริโภค, ระยะทาง, จำนวนประชากรและวิกฤติเศรษฐกิจ ในการทดสอบการเคลื่อนย้าย, รูปแบบและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เข้ามา ในลักษณะของข้อมูลภาคตัดขวางและข้อมูลอนุกรมเวลาของประเทศออสเตรเลีย, ฮ่องกง, อินโดนีเซีย, สหราชอาณาจักร, ไทย, ไต้หวันและจีน ผ่านการใช้แบบจำลองแรงดึงดูด (Gravity Model) ประยุกต์เข้าสู่ระบบสมการเชิงเส้นแสดงให้เห็นว่าอุปสงค์การท่องเที่ยวจะมีความสัมพันธ์กับผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross National Income : GNI) ของประเทศที่แสดงผลกระทบต่อมาตรฐานการครองชีพ ในขณะที่อุปสงค์ของการท่องเที่ยวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอัตราแลกเปลี่ยนของนักท่องเที่ยวจากประเทศที่มีกำลังซื้อสูงที่จะไปมาเลเซีย ปัจจัยอัตราเงินเฟ้อและดัชนีราคาผู้บริโภคจะลดจำนวนนักท่องเที่ยวที่จะเดินทางมาแต่การเพิ่มขึ้นของจำนวนนักท่องเที่ยวที่จะเข้ามาจะกำหนดได้จากการอัตราการเจริญเติบโตของประชากร วิกฤติเศรษฐกิจจะมีผลกระทบในเชิงลบเฉพาะนักท่องเที่ยวในประเทศอาเซียนแต่มีความสัมพันธ์เป็นบวกกับประเทศทางตะวันตกและทวีปอื่น ๆ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าวิกฤติเศรษฐกิจของรัฐบาลมาเลเซียยังคงสามารถพึ่งพาอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว คือ การสนับสนุนเศรษฐกิจผ่านทางนักท่องเที่ยวระหว่างประเทศ

Fateh Habibi. , Khalid Abdul Rahim , Sridar R. and Lee Chin (2009) ศึกษาถึงแบบจำลองสำหรับอุปสงค์ของการท่องเที่ยวระหว่างประเทศในประเทศมาเลเซียโดยใช้ข้อมูลภาคตัดขวาง เพื่อให้ทราบถึงผลกระทบของกระแสนักท่องเที่ยวระหว่างประเทศที่เข้ามายังประเทศมาเลเซียและสามารถวัดได้ โดยใช้ข้อมูลภาคตัดขวางของ 15 ประเทศแรกที่มีจำนวนนักท่องเที่ยวที่เข้ามาประเทศมาเลเซียมากที่สุด ในปี ค.ศ. 1995-2005 ผลการศึกษาพบว่าการท่องเที่ยวของมาเลเซียอ่อนไหวต่อราคามากที่สุด

ในการใช้ชุดข้อมูลอนุกรมเวลา (Time - series Data) และแบบภาคตัดขวาง (Cross-section Data) หรือที่เรียกว่า ข้อมูลพานเนล (Panel Data) ในการวิเคราะห์อุปสงค์ของการท่องเที่ยว Kareem, O.I (2008) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทางเศรษฐศาสตร์ที่มีอิทธิพลต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวในประเทศแอฟริกา โดยทำการวิเคราะห์ทั้งโครงสร้าง รูปแบบและแนวโน้มของการท่องเที่ยวในประเทศแอฟริกา ในการเลือกตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้พิจารณาทั้งตัวแปรภายใน

และภายนอก โดยเลือกตัวแปรทางเศรษฐกิจ พร้อมกับ ตัวแปรทางสังคมและทางการเมืองที่มีอิทธิพลต่อทางเลือกประเทศจุดหมายปลายทางของนักท่องเที่ยว ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบของสมการในการวิเคราะห์ทั้งสมการเดี่ยวและระบบสมการ โดยแบบจำลองของสมการเดี่ยวจะใช้การประมาณค่าสัมประสิทธิ์ด้วยวิธีกำลังสองน้อยที่สุด (OLS) ทั้งแบบ Fixed และ Random Effect ในขณะที่แบบจำลองของระบบสมการจะใช้วิธีการ Two stage least square และเทคนิค Dynamic panel data ผลการวิเคราะห์พบว่า ความไม่มีเสถียรภาพทางการเมือง, อัตราการเกิดอาชญากรรม, อัตราแลกเปลี่ยนและดัชนีราคาผู้บริโภค เป็นตัวแปรที่จะส่งสัญญาณให้นักท่องเที่ยวคาดหวังที่จะมาท่องเที่ยวยังทวีปแอฟริกา อย่างไรก็ตามตัวแปรทางด้านจำนวนนักท่องเที่ยวในช่วงเวลาก่อนหน้า การวัดโครงสร้างของระบบสาธารณสุขป็นฐานและรายได้ของโลก มีอิทธิพลในทิศทางบวกต่อการตัดสินใจเดินทางท่องเที่ยวในประเทศแอฟริกา นอกจากนี้ อีกประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษานี้ คือ ผลของแบบจำลองที่เป็นระบบสมการจะดีกว่าแบบจำลองสมการเดี่ยว

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Teresa Garin-Munoz, Luis F. Montero-Martin. (2007) ได้ใช้ข้อมูลในลักษณะของ Panel Data ในการวิเคราะห์อุปสงค์ของการท่องเที่ยวในหมู่เกาะแบลีแอริก (Balearic Islands) ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีความสำคัญในแถบทะเลเมดิเตอร์เรเนียน วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อเป็นการระบุและประเมินผลกระทบของปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการเดินทางเข้ามาท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวต่างชาติภายในหมู่เกาะ ชุดข้อมูลรายปีของข้อมูล Panel Data ซึ่งประกอบไปด้วยจำนวนของผู้โดยสารขาเข้าจาก 14 ประเทศที่เดินทางเข้ามาที่เกาะมากที่สุดในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1991 – 2003 และจำนวนของตัวแปรที่เป็นไปได้ โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผู้บริโภค ในแบบจำลองแบบมีไดนามิก การประมาณค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรตามที่มีความล่าช้า (lagged) อาจจะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของความจงรักภักดีของผู้บริโภคที่มีต่อประเทศปลายทาง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าอุปสงค์ของการท่องเที่ยวที่หมู่เกาะแบลีแอริก ขึ้นอยู่กับวิวัฒนาการของกิจกรรมทางเศรษฐกิจในแต่ละประเทศต้นทางและราคาเปรียบเทียบของค่าครองชีพในประเทศปลายทาง

2.2.4 การศึกษาถึงความสามารถในการแข่งขันเกี่ยวกับอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว

การศึกษาด้านการส่งเสริมศักยภาพในการแข่งขันของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย การศึกษาของ Nooch Homrossukhon (2007) จากการใช้ข้อมูลทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพื่อวิเคราะห์ทรัพยากรของประเทศ วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค การวิเคราะห์ศักยภาพในการแข่งขันของประเทศ พบว่า ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวชั้นนำของโลกอีกทั้งยังมีการพัฒนาทางการแพทย์ที่ทันสมัย รวมถึงลักษณะเด่นด้านความมีไมตรีจิตและการให้บริการ การเข้าตลาดในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ก่อนหลาย ๆ ประเทศ เป็นผลให้ประเทศไทยมีศักยภาพในการแข่งขันเป็นอย่างมาก แต่เนื่องจากการแข่งขันของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในระดับสากลทวีความรุนแรงมากขึ้น เพื่อเป็นแนวทางแก้ไขปัญหานี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยจึงต้องมีการร่วมมือกัน และพยายามส่งเสริมศักยภาพในการแข่งขันที่ประเทศไทยมีพร้อมให้สามารถแข่งขันในระดับสากลได้และพัฒนาอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ให้เติบโตอย่างยั่งยืน

Xiomara A., Jason L. and Winston M. (2008) ได้ใช้วิธีการของแบบจำลอง Gravity เพื่อประเมินความสามารถในการแข่งขันของสถานที่ท่องเที่ยวประเทศแถบแคริบเบียน โดยการใช้ข้อมูลของ 22 ประเทศในแคริบเบียนระหว่างปี 1980 และปี 2002 ซึ่งแสดงจำนวนนักท่องเที่ยวที่เข้ามาจากตลาดสำคัญๆ เป็นรายปี ผลการตลาดที่เฉพาะเจาะจงและเวลาที่ระบุของแหล่งที่มา โดยแบบจำลองของการประมาณการจะแสดงผลการประเมินความสามารถในการแข่งขันการท่องเที่ยวในภูมิภาค ผลการถดถอยนำเสนอว่าในขณะที่นักท่องเที่ยวจากตลาดหลักที่มีแนวโน้มที่จะมาท่องเที่ยวก่อนข้างสม่ำเสมอ และแนวโน้มในระยะยาวในการเข้ามาท่องเที่ยวสามารถได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงในความสามารถและราคาของการท่องเที่ยวในแหล่งท่องเที่ยวปลายทางเมื่อเทียบกับประเทศของนักท่องเที่ยวที่มา ตลอดจนความผันผวนของอัตราแลกเปลี่ยนและตัวเครื่องบิน จากผลการวิจัยยืนยันผลของการศึกษาก่อนหน้าสำหรับภูมิภาคนี้ แต่สิ่งที่การศึกษาก่อนหน้านี้ ได้มองข้ามไป คือ รายได้ประเทศปลายทาง ที่เป็นตัวบ่งชี้สำคัญของการพัฒนาสาธารณูปโภคและด้านอื่น ๆ ของการแข่งขันการท่องเที่ยว เข้ามาในการพิจารณาด้วย . เช่นเดียวกับการประเมินความสามารถในการแข่งขันการท่องเที่ยว จากสำรวจวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวระดับภูมิภาค แสดงให้เห็นว่าสถานที่ท่องเที่ยวในแคริบเบียนมักจะแข่งขันได้มากขึ้นกว่าที่คาดว่าจะได้รับปัจจัยพื้นฐานในตลาด

จากการศึกษางานวิจัยในเรื่องการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์พบว่า จะอยู่ในรูปแบบของการนำเสนอรายงานสถานการณ์ปัจจุบันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากการสำรวจวรรณกรรมและงานวิจัยต่าง ๆ รวมถึงการศึกษากลยุทธ์ในการเป็นพัฒนาให้ประเทศไทยผู้นำของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในภูมิภาค แต่ยังไม่มียานที่นำเสนอปัจจัยที่มีผลต่ออุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่วิเคราะห์โดยใช้เครื่องมือทางเศรษฐมิติ ทางผู้วิจัยจึงสนใจนำเสนอแนวทางในการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทยจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทยด้วยเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์

บทที่ 3

สถานการณ์การและภาวะการแข่งขันของธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ของประเทศไทยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

สถานการณ์การท่องเที่ยวงเชิงการแพทย์ในปัจจุบันมีอัตราการเติบโตที่สูงมากและมีแนวโน้มการเติบโตที่ดีในระยะยาว โดยมีปัจจัยที่สนับสนุนการเติบโตในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวงเชิงการแพทย์อยู่หลายประการ ทั้งจำนวนประชากรของโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทำให้ปริมาณความต้องการบริการทางสุขภาพและการแพทย์เพิ่มมากขึ้นไปในทิศทางเดียวกันกับการเพิ่มของประชากร รวมถึงความแตกต่างทางด้านราคาและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งได้แก่ราคาค่าบริการทางการแพทย์ที่สูงมาก, ประชาชนจำนวนมากในประเทศดังกล่าวไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพและความไม่สะดวกเนื่องจากระยะเวลาที่ยาวนานในการรอรับบริการทางการแพทย์ สำหรับในทวีปเอเชียอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวงเชิงการแพทย์ในภูมิภาคมีการเติบโตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและถือว่าเป็นตลาดการท่องเที่ยวงเชิงการแพทย์ที่มีศักยภาพสูงมาก เนื่องจากสามารถสร้างรายได้จำนวนมากและมีส่วนแบ่งทางการตลาดของทั้งภูมิภาครวมกันกว่าร้อยละ 89 ซึ่งประเทศที่มีศักยภาพในการรองรับการขยายตัวของการท่องเที่ยวงเชิงการแพทย์ในภูมิภาค ได้แก่ อินเดีย, สิงคโปร์ และประเทศไทย

3.1 สถานการณ์การท่องเที่ยวงเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

สำหรับสถานการณ์การท่องเที่ยวงเชิงการแพทย์ในประเทศไทยนั้น อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวงเชิงการแพทย์มีอัตราการเติบโตเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากในระยะเวลาอันรวดเร็ว มีจำนวนชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยในปี 2553 ถึง 1.34 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้วถึงร้อยละ 3.69 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ทั้งนี้เนื่องมาจากอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรและความแตกต่างทางด้านราคาค่าบริการทางการแพทย์ของประเทศทางตะวันตกและตะวันออกกลางเปรียบเทียบกับประเทศไทย นอกจากนี้การสนับสนุนของภาครัฐในการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของภูมิภาค ซึ่งประกอบด้วย ธุรกิจบริการรักษาพยาบาล ธุรกิจส่งเสริมสุขภาพ และธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย ได้มีส่วนผลักดันให้อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวงเชิงการแพทย์ในประเทศไทยมีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติและการประมาณการรายได้

พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติ (คน)	ประมาณการรายได้ (ล้านบาท)
2546	973,532	110,058
2547	1,103,095	198,054
2548	1,249,984	309,318
2549	1,330,000	12,939
2550	1,373,807	106,640
2551	1,380,000	107,419
2552	1,390,000	108,197

ที่มา : กรมส่งเสริมการค้าส่งออกและกรมบริการสุขภาพ

อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย โดยมีธุรกิจบริการรักษาพยาบาลที่ถือว่าเป็นธุรกิจหลักที่มีความสำคัญมากในตลาดบริการสุขภาพ ซึ่งมีผู้ประกอบการหลัก คือ โรงพยาบาลเอกชน แต่จากภาวะการแข่งขันในปัจจุบันและนโยบายภาครัฐที่สนับสนุน ทำให้โรงพยาบาลของรัฐได้มีการพัฒนาบริการทางการแพทย์มากขึ้น ทั้งในด้านบริการเฉพาะทางและการให้บริการนอกเวลาราชการ

จากสถานการณ์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยที่มีอัตราการขยายตัวเพิ่มขึ้น ดังนั้นเพื่อเป็นการรองรับการขยายตัวของอุตสาหกรรมดังกล่าว จึงต้องพิจารณาถึงความพร้อมของประเทศไทยในการพัฒนาประเทศให้เป็นผู้นำในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ดังนี้

3.1.1 ทรัพยากรสาธารณสุข

ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขมีความสำคัญสำหรับการประเมินสถานการณ์การกระจายทรัพยากร เพื่อใช้ในการบริหารจัดการงานทางด้านสาธารณสุขในการวางแผนกำลังคน การวางแผนการผลิต ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมและเป็นธรรม

จำนวนสถานพยาบาล

จำนวนโรงพยาบาลในประเทศไทยจะมีการจำแนกประเภทโรงพยาบาลตามรูปแบบการบริหาร แบ่งโรงพยาบาลออกเป็น สองประเภทใหญ่ ๆ คือ สังกัดของรัฐและเอกชน ซึ่งโรงพยาบาลของรัฐยังแบ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยแยกประเภทด้วยขนาดของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ และกระทรวงอื่น ๆ

ตารางที่ 3.2 จำนวนโรงพยาบาลในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2545 - 2551

แบบการบริหาร			ปี						
			2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
ประเภท ทั่วไป	รัฐบาล	กระทรวง สาธารณสุข	877	877	875	856	890	880	831
		กระทรวง อื่น ๆ	77	81	85	75	90	119	123
			954	958	960	935	999	999	954
	รัฐวิสาหกิจ และองค์กร อิสระ	9	10	7	11	9	7	8	
	เทศบาล	10	11	13	10	10	10	5	
	เอกชน	320	324	298	309	291	317	272	
รวม			1,293	1,303	1,278	1,265	1,290	1,268	1,239
ประ เภท บริ การ เฉ พาะ ทาง	รัฐบาล	กระทรวง สา ธ า ร ณ ส ุ ข	54	52	49	49	50	51	47
		กระทรวง อื่น ๆ	4	4	4	2	4	5	4
			58	56	53	51	54	56	51
	เอกชน	11	10	6	9	8	12	9	
รวม			69	66	59	60	62	70	80

ที่มา : รายงานสถิติสาธารณสุข 2545-2551 และ เอกสารรายงานทรัพยากรสาธารณสุขปี 2545-2551

กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : จำนวนสถานบริการที่มีเตียงผู้ป่วยไว้ค้างคืนทั่วประเทศ จำแนกเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน

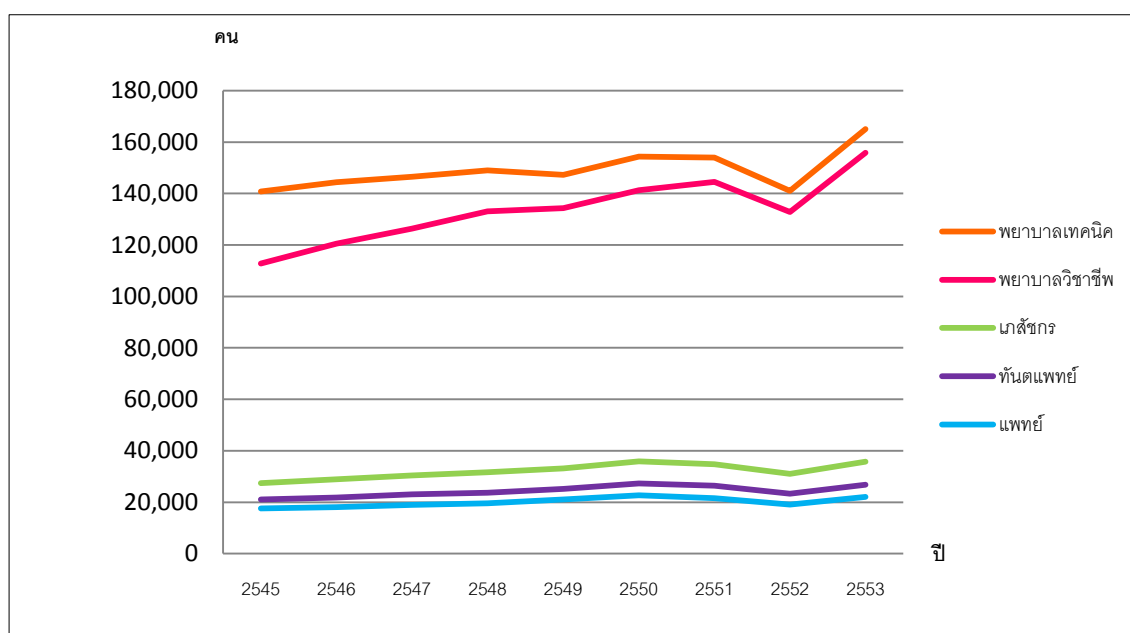
รัฐวิสาหกิจฯ และเทศบาล

โดยในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์โรงพยาบาลเอกชนจะเป็นผู้ประกอบการหลัก เมื่อพิจารณาจำนวนโรงพยาบาลเอกชน จากสถิติสถานพยาบาลภาคเอกชนของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2551 พบว่าสถานพยาบาลภาคเอกชนประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนมีทั้งหมด 281 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชน 272 แห่ง หรือร้อยละ 96.79 และสถานพยาบาลเอกชน 9 แห่ง หรือร้อยละ 3.21 ทั้งนี้โรงพยาบาลเอกชนในไทยมากกว่าร้อยละ 50 จัดเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง รองลงมาเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลขนาดเล็กตามลำดับ

จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทย เป็นบุคคลที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประกอบด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขรวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องับสุขภาพ ได้แก่ แพทย์, ทันตแพทย์, เภสัชกร, พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อความต้องการบริการทางการแพทย์มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยในการประเมินความพร้อมของการรองรับการบริการสุขภาพ จะต้องพิจารณาถึงจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อความต้องการบริการทางการแพทย์ของประชาชนเป็นสำคัญ

ภาพที่ 3.1 แสดงจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทย มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากการประเมินสถานการณ์การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ตามเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ พบว่าสัดส่วนแพทย์ทั้งระบบต่อจำนวนประชากรยังอยู่ในเกณฑ์การขาดแคลนแต่ไม่ถึงขั้นวิกฤติ สำหรับสัดส่วนพยาบาลต่อจำนวนประชากรยังอยู่ในระดับใกล้เคียงกับเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ ดังนั้นสถานการณ์จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ยังอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถรองรับการขยายตัวของกาารท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ได้ แต่จะต้องมีการแก้ไขปัญหา เพื่อเพิ่มการผลิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ สำหรับปัญหาการขาดแคลนแพทย์นั้น เนื่องจากจำนวนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนที่ประมาณการว่าเพียงพอต่อความต้องการ แต่จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนั้นมีจำนวนน้อยกว่าจำนวนที่กล่าวอ้าง เนื่องจากการนับรวมถึงแพทย์ผู้บริหารด้วย นอกจากนี้ยังจะต้องพิจารณาถึงกระจายตัวของบุคลากรอย่างเป็นธรรม เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของประชาชน

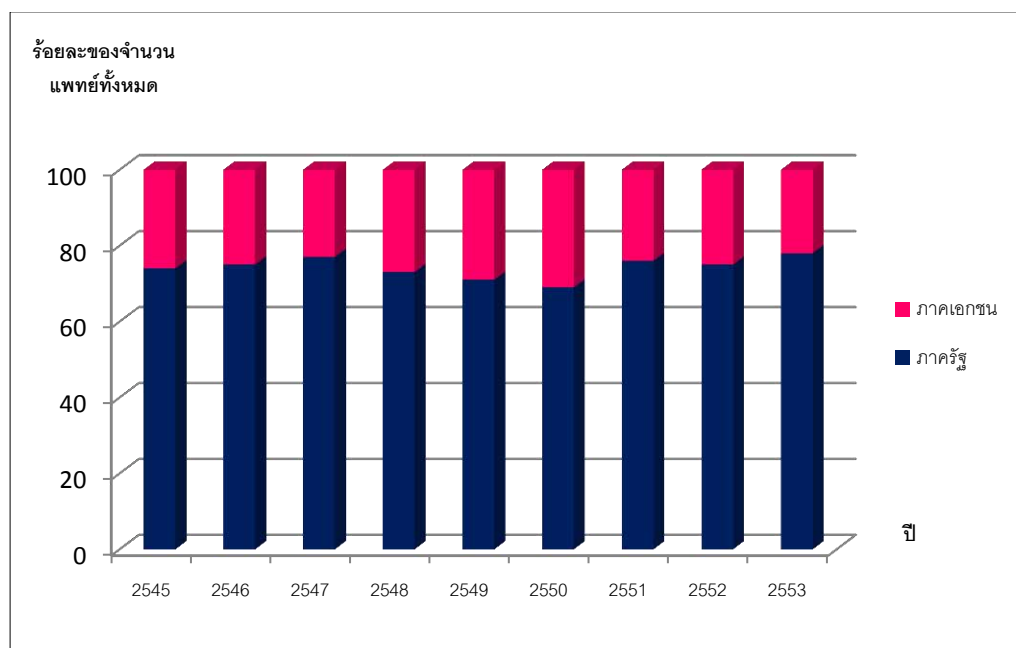
ตารางที่ 3.3 แสดงอัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อจำนวนประชากร ปี พ.ศ. 2545 - 2553

ปี	อัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ 1 คน ต่อประชากร				
	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	พยาบาลเทคนิค
2545	3,569	17,606	9,948	733	2,233
2546	3,476	17,182	8,807	687	2,625
2547	3,305	15,143	8,432	652	3,085
2548	3,182	14,901	7,847	613	3,910
2549	2,975	14,957	7,887	619	4,861
2550	2,778	13,525	7,347	597	4,887
2551	2,931	13,148	7,534	576	6,747
2552	3,234	14,833	8,253	624	7,673
2553	2,893	13,252	7,080	531	6,903

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ สัดส่วนแพทย์ในหน่วยงานของภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนเฉลี่ยประมาณร้อยละ 75 จากข้อมูลของกลุ่มบริหารงานบุคคลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่านับตั้งแต่ปี 2545 ที่เริ่มมีการใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง ทำให้มีจำนวนแพทย์ลาออกจากสังกัดในกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น ภายหลังจากปี 2547 จากการเริ่มนโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในภูมิภาคทำให้จำนวนแพทย์ในภาคเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ในปี 2553 พบว่ามีแพทย์ที่ทำงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นกว่าปี 2552 ทั้งนี้เนื่องจากการเร่งรัดผลิตแพทย์ให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ภาพที่ 3.2 แสดงจำนวนแพทย์เฉพาะทางแบ่งตามภาครัฐและเอกชน พ.ศ.2545 – 2553



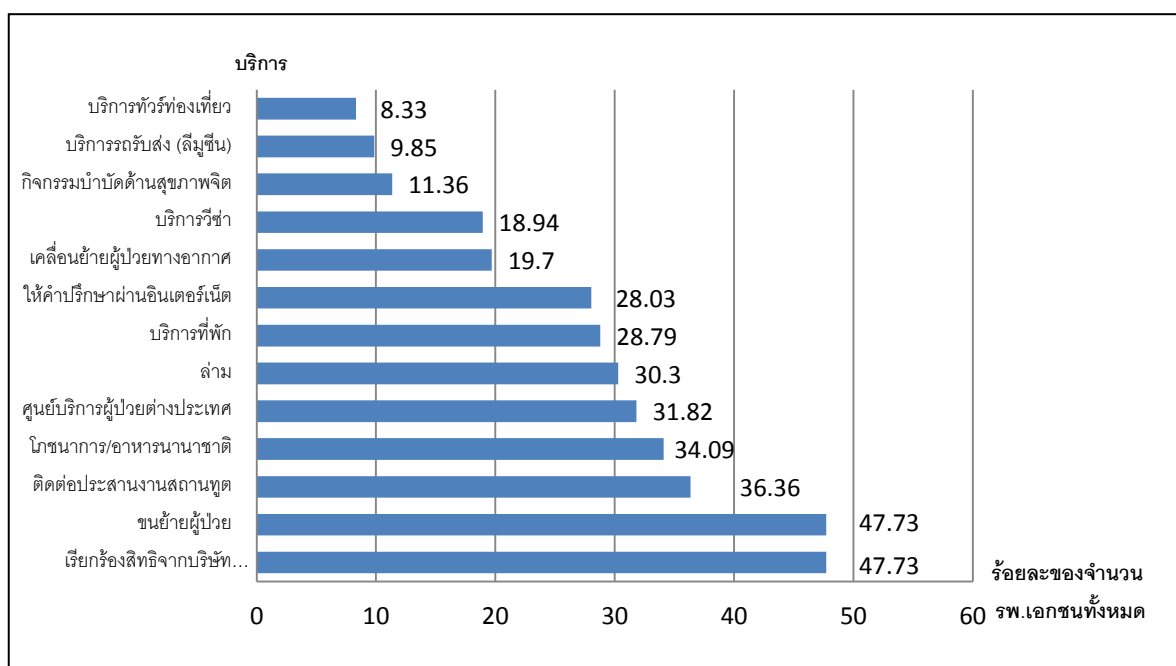
ที่มา : รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3.1.2 ความพร้อมในการรองรับการใช้บริการทางการแพทย์ของชาวต่างชาติ

ระบบที่เตรียมรองรับการใช้บริการของชาวต่างชาติ

เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชน ถือว่าเป็นผู้ประกอบการหลักในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และมีศักยภาพในการรองรับการใช้บริการทางการแพทย์ของชาวต่างชาติได้ดีกว่า ดังนั้นในการประเมินสถานการณ์ในการเตรียมความพร้อมจะพิจารณาถึงการจัดเตรียมระบบไว้รองรับบริการของชาวต่างชาติของโรงพยาบาลเอกชนเป็นหลัก

ภาพที่ 3.3 แสดงระบบบริการที่โรงพยาบาลเอกชนเตรียมไว้รองรับการใช้บริการทางการแพทย์ของชาวต่างประเทศ



ที่มา โครงการจัดทำข้อมูลโครงสร้างการลงทุนธุรกิจ ในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

โดยบริการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่จัดไว้รองรับผู้ใช้บริการทางการแพทย์ของชาวต่างประเทศจะเป็นการอำนวยความสะดวกในการติดต่อเรียก ร้องสิทธิจากบริษัทประกันและการขนย้ายผู้ป่วย ร้อยละ 47.73 นอกจากนี้มีโรงพยาบาลร้อยละ 30.3 จากโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดที่จัดเตรียมบริการสำคัญอีกประการหนึ่งคือบริการทางด้านการจัดเตรียมล่ามในการติดต่อสื่อสารของผู้ใช้บริการชาวต่างชาติ โดยล่ามภาษาอังกฤษจะมีการจ้างมาประจำที่โรงพยาบาลมากที่สุด รองมาคือ ภาษาจีน, ญี่ปุ่น และภาษาอาหรับ

มาตรฐานโรงพยาบาล

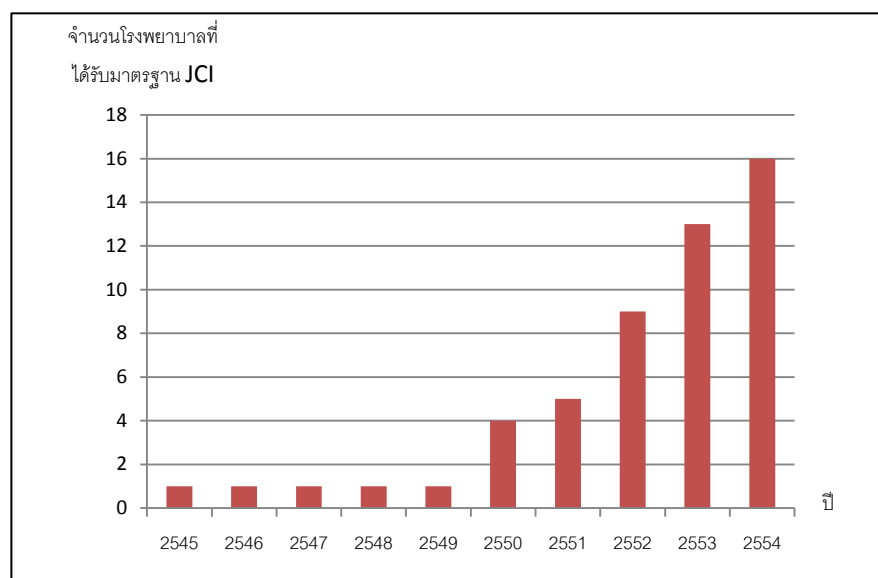
การรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลเป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่มีความสำคัญในการรองรับการใช้บริการทางแพทย์ โดยมาตรฐานของโรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่ที่ใช้รับรอง มีดังนี้

Hospital accreditation (HA) เป็นการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลโดยเฉพาะ สถานพยาบาลที่จะได้รับการรับรองมาตรฐาน HA จะต้องผ่านการประเมินโดยคณะกรรมการพัฒนาสถานพยาบาล ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินหลายปัจจัย เช่น การจัดการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม, ลดความเสี่ยงในการรักษาพยาบาล, การมีแผนงานพัฒนาตนเอง, มีระบบการตรวจสอบการทำงานในสถานพยาบาล เป็นต้น ซึ่งจะมีการประเมินเป็นระยะ ๆ

Joint commission international (JCI) เป็นมาตรฐานที่มีระบบการวัดติดตามและตรวจสอบการปฏิบัติงานของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกแผนก ทุกระดับจะต้องเป็นไปตามกระบวนการทำงานที่กำหนดไว้ทุกขั้นตอน เป็นการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่คล้ายกับ HA แต่ JCI เป็นการรับรองจากหน่วยงานระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นองค์กรที่ให้การรับรองคุณภาพในสหรัฐอเมริกา เพื่อยกระดับคุณภาพโรงพยาบาลให้อยู่ในระดับสากล

ประเทศไทยมีจำนวนโรงพยาบาลมีการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานสากล เพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2554 ประเทศไทยมีจำนวนโรงพยาบาลที่ได้ผ่านการรับรองมาตรฐานสากล Joint Commission International (JCI) ทั้งหมด 16 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, โรงพยาบาลกรุงเทพ, โรงพยาบาลกรุงเทพ พัทยา, โรงพยาบาลกรุงเทพ หัวหิน, โรงพยาบาลกรุงเทพ ภูเก็ต, โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์, โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท, โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา, โรงพยาบาลบีเอ็นเอส, โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม, โรงพยาบาลนนทเวช, โรงพยาบาลพระรามเก้า, โรงพยาบาลยันฮี, โรงพยาบาลรามคำแหง, โรงพยาบาลสินแพทย์และโรงพยาบาลเวชธานี ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมรองรับผู้ใช้บริการทางการแพทย์ของชาวต่างประเทศ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในคุณภาพการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานสากล

ภาพที่ 3.4 แสดงจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับรองมาตรฐาน Joint commission international
ในประเทศไทย



ที่มา JCI Accredited Organizations Resource Center

3.1.3 การสนับสนุนจากภาครัฐ

นโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์แห่งเอเชีย (Medical Hub of Asia)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Center of Excellent Health Care of Asia) ระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2547 - 2551) โดยมีบริการหลัก 3 ด้าน คือ ธุรกิจบริการรักษาพยาบาล, ธุรกิจบริการส่งเสริมสุขภาพและธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร และผลของการดำเนินงานสามารถพัฒนาให้ประเทศไทยกลายเป็นศูนย์กลางสุขภาพของภูมิภาคได้ ผู้รับบริการชาวต่างชาติให้ความนิยมในการเดินทางเข้ามาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินงานด้านการพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาต่อด้วยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในระยะที่ 2 (พ.ศ. 2553 - 2557) การพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ซึ่งเป็นการจัดทำแผนที่เพิ่มศักยภาพด้านการแข่งขัน เน้นการพัฒนาด้านการบริหารจัดการ อีกทั้งมีการเสนอให้มีการจัดตั้ง "สำนักงานคณะกรรมการบริหารศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ" และยังคงจะตั้งจัดศูนย์ One stop service เพื่ออำนวยความสะดวกให้ลูกค้า

นอกจากนี้ ยังเน้นการจัดทำระบบข้อมูลเพื่อให้กลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติเข้าถึงข้อมูลผ่านทาง อินเทอร์เน็ต และยังมีการติดตามผลกระทบจากนโยบายควบคู่ไป โดยเฉพาะการรักษาพยาบาล คนไทย และปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ นโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็น ศูนย์กลางสุขภาพของภูมิภาคเป็นการสนับสนุนจากภาครัฐในการรองรับการขยายตัวของ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่กำลังเติบโตในขณะนี้

3.2 การวิเคราะห์ศักยภาพและสภาพแวดล้อม โดย SWOT Analysis

3.2.1 การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรค (SWOT Analysis) ของ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

การวิเคราะห์จุดแข็ง - จุดอ่อน (SWOT Analysis) เป็นการวิเคราะห์สภาพองค์กร หรือหน่วยงาน เพื่อค้นหาข้อได้เปรียบ ข้อด้อย หรือสิ่งทีอาจเป็นปัญหาในการดำเนินงานสู่สภาพที่ ต้องการในอนาคต โดยมีหลักการสำคัญคือการวิเคราะห์โดยการสำรวจจากสภาพการณ์ 2 ด้าน คือ สภาพการณ์ภายในและภายนอก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงาน ขององค์กร โดยจุดแข็งขององค์กรจะเป็นความสามารถภายในองค์กรที่ถูกใช้ประโยชน์เพื่อการ บรรลุเป้าหมาย ในขณะที่จุดอ่อนขององค์กรจะเป็นคุณลักษณะภายในที่อาจทำลายผลการ ดำเนินงาน ส่วนโอกาสทางสภาพแวดล้อมจะเป็นสถานการณ์ที่ให้โอกาสเพื่อการบรรลุเป้าหมาย ขององค์กร ในทางตรงกันข้ามกับอุปสรรคทางสภาพแวดล้อมจะเป็นสถานการณ์ที่ขัดขวางการ บรรลุเป้าหมายขององค์กร ผลจากการวิเคราะห์จะใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกลยุทธ์ เพื่อให้ องค์กรมรรการพัฒนาไปในทิศทางที่เหมาะสม

จากการประเมินสถานการณ์เตรียมความพร้อมในการรองรับการขยายตัวของ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ จำเป็นต้องทำการวิเคราะห์ศักยภาพของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ใน ประเทศไทย ทั้งทางด้านข้อได้เปรียบและข้อเสียเปรียบ โอกาสและอุปสรรคที่มีต่อการท่องเที่ยวเชิง การแพทย์ เพื่อนำมาปรับเปลี่ยน กลยุทธ์ในการดำเนินงาน ให้สามารถแข่งขันและเป็นผู้นำการ ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในภูมิภาคได้ การวิเคราะห์ SWOT ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของ ประเทศไทย สามารถสรุปได้ดังนี้

จุดแข็ง (S - Strengths) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่เป็นข้อได้เปรียบหรือจุดเด่นของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และประเทศไทย ที่ควรนำมาใช้ในการพัฒนาและรักษาไว้ เพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย โดยประเทศไทยมีความได้เปรียบดังต่อไปนี้

1. บุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทยเป็นบุคลากรที่มีคุณภาพและมีความเชี่ยวชาญด้านการรักษา อีกทั้งมีประสบการณ์และความสามารถในการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการรักษา โดยเกณฑ์ที่ใช้วัดมาตรฐานและความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานทางการแพทย์ ซึ่งแพทย์ทุกคนจะต้องมีใบประกอบโรคศิลป์ และอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทยสภา นอกจากนี้ ประเทศไทยมีสถาบันการศึกษาที่มีชื่อเสียงระดับนานาชาติ ในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานสู่อุตสาหกรรมทางการแพทย์ รวมทั้งมหาวิทยาลัยที่มีคณะแพทยศาสตร์ ยังมีบทบาทในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์เฉพาะทางที่มีชื่อเสียง และมีผลงานโครงการวิจัยทางการแพทย์ที่ได้รับความสนใจและการยอมรับจากนักวิชาการแพทย์ในระดับนานาชาติ

2. อัตราค่าบริการทางการแพทย์ของประเทศไทย เป็นราคาที่สมเหตุสมผลและถูกกว่าประเทศอื่น ๆ ในระดับมาตรฐานการรักษาพยาบาลและคุณภาพเดียวกัน

ตารางที่ 3.4 ตารางเปรียบเทียบค่าบริการทางการแพทย์ ปี พ.ศ. 2552

หน่วย : ดอลลาร์สหรัฐ

ค่าบริการทางการแพทย์	สหรัฐอเมริกา	อินเดีย	สิงคโปร์	ไทย
การผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ	130,000	10,000	18,500	11,000
การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	160,000	10,000	12,500	10,000
การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	43,000	9,000	12,000	12,000
การผ่าตัดเปลี่ยนหัวเข่าเทียม	40,000	8,500	13,000	10,000
การเชื่อมข้อกระดูกสันหลัง	62,000	5,500	9,000	7,000

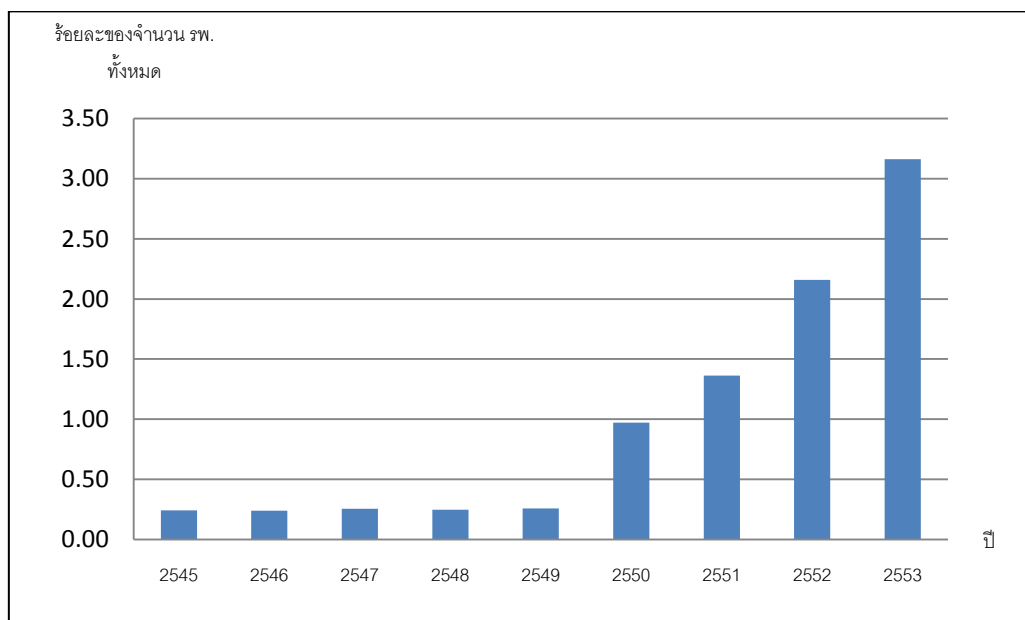
ที่มา : American Medical Association

ราคาค่าบริการทางการแพทย์ของประเทศไทยนั้น มีราคาที่ถูกกว่าประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นอย่างมาก และมีราคาที่ถูกกว่าหรือใกล้เคียงกับประเทศสิงคโปร์ซึ่งถือว่าเป็นประเทศคู่แข่งในภูมิภาค ที่มีระดับมาตรฐานของการรักษาพยาบาลและสถานพยาบาลในระดับเดียวกัน ในกรณีของประเทศอินเดียซึ่งเป็นประเทศที่มีการเติบโตของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นอย่างมาก และมีราคาค่าบริการทางการแพทย์ที่ถูกกว่าประเทศไทย แต่สาธารณูปโภคที่อำนวยความสะดวกให้นักท่องเที่ยวยังคงด้อยกว่าประเทศไทย

3. ผู้ให้บริการในประเทศไทยมีอัตราย้าย ไม่ตรีและประสบการณ์จากการให้บริการกับนักท่องเที่ยว ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเป็นเลิศจากนักท่องเที่ยวทั่วโลก ได้รับการผนวกรวมกับการให้บริการทางการแพทย์ ทำให้ได้รับการยกย่องจากผู้ที่มาใช้บริการ (สถาบันพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม, 2553)

4. ประเทศไทยมีจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานสากล Joint commission international (JCI) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยประเทศไทยได้รับชื่อเสียงอย่างมากสำหรับมาตรฐานทางการแพทย์ระดับโลก จากการบริการเอาใจใส่ดูแลของแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิดประเทศไทยการที่มีจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐาน JCI ซึ่งเป็นมาตรฐานระดับสากลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลให้ได้รับมาตรฐานสากลและเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาล เมื่อเทียบสัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน JCI กับจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศไทยพบว่าจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปี 2552 เป็นต้นมา ซึ่งการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ เป็นการปรับตัวของผู้ประกอบการธุรกิจโรงพยาบาลที่รองรับการขยายตัวของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น

ภาพที่ 3.5 แสดงอัตราส่วนจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐาน JCI เทียบกับจำนวน
โรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศไทย



ที่มา : JCI Accredited Organizations Resource Center

5. ประเทศไทยมีความเหมาะสมสำหรับการเป็นจุดหมายของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากประเทศไทยมีศักยภาพในการจัดหาและอำนวยความสะดวกในอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เช่น การคมนาคมขนส่ง ประเทศไทยมีข้อได้เปรียบในด้านท่าอากาศยานที่ตั้งที่สะดวกต่อการเดินทางทางอากาศ และถือว่าเป็นศูนย์กลางการบินของภูมิภาค โดยมีท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ที่มีพื้นที่ใช้สอยภายในอาคาร มากกว่า 570,000 ตารางเมตร ซึ่งถือว่าใหญ่กว่าสนามบินแห่งอื่น ๆ ในภูมิภาค สามารถรองรับผู้โดยสารได้มากกว่า 45 ล้านคนต่อปี ชีตความสามารถในการรองรับเครื่องบินได้ถึง 120 หลุมจอด สามารถรับเที่ยวบินได้ถึง 76 เที่ยวบินต่อชั่วโมง และจากการจัดอันดับสนามบินตามปริมาณผู้โดยสารที่มาใช้บริการมากที่สุด สนามบินสุวรรณภูมิอยู่ในอันดับที่ 8 ซึ่งมีปริมาณผู้โดยสารมาใช้บริการมากถึง 29.8 ล้านคนต่อปี (Airports Council International, 2011) นอกจากนี้สนามบินสุวรรณภูมิ ยังได้รับการยกย่องให้เป็นสนามบินอันดับหนึ่งของนักท่องเที่ยวมุสลิม พิจารณาจากสิ่งอำนวยความสะดวกที่ทำอากาศยานจัดไว้สำหรับนักท่องเที่ยวชาวมุสลิม จากการคัดเลือกจากสถาบัน Concentrating ประเทศสิงคโปร์อีกด้วย อีกทั้งยังมีระบบขนส่งมวลชนที่อำนวยความสะดวกให้แก่นักท่องเที่ยว เช่น รถไฟฟ้าเชื่อมท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ (Airport Rial Link) เป็นต้น

6. ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวชั้นนำแห่งหนึ่งของโลก โดยมีแหล่งท่องเที่ยวที่มีความสวยงามอยู่มากมาย และมีรูปแบบของการท่องเที่ยวที่หลากหลายรูปแบบให้เลือก ทั้งธรรมชาติ ศิลปวัฒนธรรม อาหารและสถานบันเทิง จากการสำรวจของนิตยสารด้านการท่องเที่ยวของประเทศสหรัฐอเมริกา "เทรเวล แอนด์ เลisure" (Travel & Leisure) ได้ทำการจัดอันดับเกี่ยวกับการท่องเที่ยวโดยการออกแบบสอบถาม ผลจากการสำรวจปรากฏว่า กรุงเทพมหานคร ได้รางวัล World's Best Award ประจำปี 2554 ในสาขาเมืองท่องเที่ยวที่ดีที่สุดของโลก ผลการสำรวจสูงถึงร้อยละ 90.48 อยู่ในอันดับที่หนึ่ง ซึ่งเกณฑ์การตัดสินจะพิจารณาจากสถานที่ทัศนียภาพ ความสวยงามและร่มรื่น ศิลปวัฒนธรรมและประเพณี อาหาร สถานที่จำหน่ายเลือกซื้อสินค้า ความเป็นมิตรของผู้คนและที่สำคัญคือความคุ้มค่าของเงินและประเทศไทยเคยได้รับรางวัลจาก World's Best Award มาแล้วในปี 2551 และ 2553 นอกจากนี้ในด้านของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ประเทศไทยมีธุรกิจบริการด้านการแพทย์ที่มีความหลากหลายให้เลือกใช้บริการตามความต้องการของนักท่องเที่ยว ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ที่มีใบประกอบโรคศิลป์ ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนโบราณ การแพทย์แผนจีน เป็นต้น

จุดอ่อน (W-Weaknesses) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยภายในที่เป็นจุดด้อยข้อเสียเปรียบของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้นหรือขจัดให้หมดไป เพื่อจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ต่อไป สำหรับประเทศไทยมีจุดอ่อนของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ดังต่อไปนี้

1. จากสถานการณ์การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบันยังไม่เพียงพอต่อความต้องการบริการทางการแพทย์ของประชาชน แต่มีแนวโน้มของการผลิตบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ประเทศไทยยังมีจุดอ่อนในด้านการบริหารและจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ ให้มีการกระจายตัวอย่างเท่าเทียมกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงการกระจุกตัวของแพทย์ตามโรงพยาบาลในเมืองใหญ่และชนบท

ตารางที่ 3.5 การกระจายตัวของกำลังคนด้านสุขภาพแยกตามระดับสถานบริการ ในปี 2553

หน่วยงาน	แพทย์		ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาลวิชาชีพ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กระทรวง สาธารณสุข	12,373	47.14	3,677	71.38	6,157	70.77	104,488	74.99
รพศ.	3,262	12.43	370	7.18	822	9.45	17,351	12.45
รพท.	2,595	11.27	618	12.00	1,137	13.07	22,975	16.49
รพช.	4,623	17.62	2,430	47.17	3,180	36.55	46,181	33.14
รพ.สต.	82	0.31	0	0.00	119	1.37	10,280	7.38
หน่วยงานอื่น ๆ ในกระทรวงฯ	1,477	5.51	259	5.03	899	10.33	7,701	5.53
กระทรวงอื่น ๆ	9,177	34.97	1,048	20.34	1,016	11.68	20,857	14.97
รพ.เอกชน	4,694	17.89	427	8.29	1,527	17.55	13,987	10.04
รวม	26,244	100	5,152	100	8,700	100	139,322	100

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2553

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2533

ถึงแม้ว่า อัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อจำนวนประชากรของประเทศไทย ยังอยู่ในเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด แต่จากการขยายตัวของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อาจทำให้ปริมาณแพทย์ไม่เพียงพอต่อความต้องการได้ แต่บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการทางการแพทย์ในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จะเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจำเป็นจะต้องใช้ระยะเวลาในการผลิตแพทย์เหล่านี้เพื่อให้มีประสบการณ์การทำงาน มีความเชี่ยวชาญในการรักษาพยาบาล เพิ่มความเชื่อมั่นให้กับผู้เข้ารับบริการ ดังนั้นเพื่อรองรับการขยายตัวและการพัฒนาของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย จึงจำเป็นจะต้องแก้ไขปัญหาการผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้มีความเพียงพอต่อการขยายตัวของอุตสาหกรรมท่องเที่ยวเชิงการแพทย์รวมถึงการบริหารจัดการบุคลากรให้มีการกระจายตัวอย่างเหมาะสมเป็นธรรม ระหว่างภาครัฐและเอกชน

2. อุปสรรคทางการสื่อสาร โดยมีปัญหาด้านภาษาต่างประเทศที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารกับชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการ นอกจากภาษาอังกฤษที่เป็นภาษาสากลที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารแล้ว ยังมีลูกค้าจากประเทศที่ใช้ภาษาเฉพาะ เช่น ภาษาจีน, ภาษาญี่ปุ่น, ภาษารัสเซีย และภาษาเยอรมัน เป็นต้น ส่งผลให้เป็นปัญหาในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ใช้บริการทางการแพทย์และผู้ให้บริการ

3. ถึงแม้ภาครัฐให้ความสำคัญกับแผนการทองเที่ยวเชิงการแพทย์ แต่ยังคงขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาครัฐและเอกชน กล่าวคือ ภาคเอกชนซึ่งถือว่าเป็นผู้ประกอบการหลักของธุรกิจการรักษาพยาบาล และมีศักยภาพเป็นอย่างมากในการให้บริการ ทั้งเทคโนโลยีในการรักษาที่ทันสมัย บุคลากรที่มีคุณภาพ มาตรฐานโรงพยาบาลในระดับสากล ดังนั้น เพื่อพัฒนาให้การทองเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทยมีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้น จำเป็นจะต้องมีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างภาครัฐและเอกชนเป็นอย่างยิ่ง

4. สถานการณ์ทางการเมืองภายในประเทศที่ยังขาดความสงบและปราศจากความมั่นคง ส่งผลให้ชาวต่างชาติขาดความเชื่อมั่นในความปลอดภัยในการเดินทางมาประเทศไทย (มนตรี ลักษณะสุวงศ์, **สัมภาษณ์**, 21 มีนาคม 2555)

5. เนื่องจากอุตสาหกรรมการทองเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นอุตสาหกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้มีกฎหมายหรือข้อบังคับหลายประการ ที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมการทองเที่ยวและการทองเที่ยวเชิงการแพทย์ ได้แก่

- กฎหมายที่เกี่ยวกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ และกฎหมายที่เกี่ยวกับการควบคุมการประกอบวิชาชีพและบริการสุขภาพ
 - กฎหมายเกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญาและแนวโน้มของปัญหาเรื่องข้อกีดกันทางการค้าและด้านเทคนิคต่างๆ จะมีผลต่อการผลิตและการนำเข้ายา
 - กฎหมายควบคุมนักท่องเที่ยว ซึ่งมีกฎหมายสำคัญ คือ พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522, 2523 และ 2542
 - เป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการอนุญาตให้ชาวต่างชาติเดินทางเข้าออกในประเทศไทยในฐานะนักท่องเที่ยว
 - ดูแลเกี่ยวกับการเข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวของคนต่างด้าว

- การควบคุมพาหนะที่เข้า-ออกประเทศตามช่องทางด่านตรวจคนเข้าเมืองหรือท้องที่ที่กำหนด
- กฎหมายควบคุมเกี่ยวกับธุรกิจการท่องเที่ยว ที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวและอุตสาหกรรมต่อเนื่องได้แก่ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ มีกฎหมายสำคัญ คือ
 - พระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ.2520, 2534 และ 2544 ที่เกี่ยวข้องกับการทำธุรกิจด้านโฆษณาของธุรกิจต่างๆในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว,
 - พระราชบัญญัติการเดินอากาศ พ.ศ.2497 ถึง 2542 เกี่ยวข้องกับนักท่องเที่ยวในส่วนของ การชำระค่าธรรมเนียมการใช้สนามบินของนักท่องเที่ยว
 - พระราชบัญญัติการทำอากาศยานแห่งประเทศไทย พ.ศ.2522 ถึง 2538 เกี่ยวกับการให้บริการทำอากาศยาน และการอำนวยความสะดวกต่างๆ แก่ผู้ใช้บริการทำอากาศยาน แต่เดิมใช้หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ คือ “การทำอากาศยานแห่งประเทศไทย” แต่ปัจจุบันตาม พ.ร.บ. ฉบับล่าสุด (พ.ศ.2538) ปรับจากรัฐวิสาหกิจเป็น “บริษัทมหาชนจำกัด”

กฎหมายและข้อบังคับหลายประการที่เข้มงวดเป็นผลให้ขาดการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ที่ต้องการเดินทางเข้าประเทศเพื่อรับบริการทางการแพทย์ ซึ่งทำให้ประเทศไทยมักจะประสบปัญหาล่าช้ากว่าประเทศคู่แข่ง นอกจากนี้ในด้านกฎหมายธุรกิจการท่องเที่ยวยังเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนงานด้านการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ของธุรกิจโรงพยาบาลอีกด้วย

6. ในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย ยังมีข้อเสียเปรียบในด้านของการเข้าถึงแหล่งเงินทุนในการพัฒนาอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Supakankunti, S. and Herberholz, C., 2012)

7. ทั้งนี้เนื่องจากในการให้บริการทางการแพทย์จำเป็นจะต้องอาศัยพลังงานในรักษาพยาบาลและอำนวยความสะดวกทางด้านสาธารณูปโภค ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของธุรกิจบริการสุขภาพ แต่ประเทศไทยมีข้อเสียเปรียบในด้านที่ยังต้องมีการพึ่งพิงแหล่งพลังงานจากภายนอกประเทศ (Supakankunti, S. and Herberholz, C., 2012)

โอกาสทางสภาพแวดล้อม (O-Opportunities) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่สามารถส่งผลกระทบเป็นประโยชน์ ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดำเนินการขององค์กรในระดับมหภาค และประเทศไทยควรนำข้อดีเหล่านี้มาเสริมสร้างให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศเข้มแข็งขึ้นได้

1. โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป มีจำนวนประชากร และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ที่เพิ่มมากขึ้น ในปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุอยู่ประมาณร้อยละ 28 จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมาก ทำให้ความต้องการทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นในทิศทางเดียวกัน

2. ลักษณะภูมิศาสตร์ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีความเหมาะสมต่อการท่องเที่ยวในรูปแบบของการท่องเที่ยวเชิงกลุ่ม กล่าวคือ มีการท่องเที่ยวในประเทศใกล้เคียงด้วย ซึ่งการท่องเที่ยวในรูปแบบดังกล่าวอาจมีส่วนช่วยในการตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ในเหตุผลของสถานที่ท่องเที่ยวที่หลากหลายเพิ่มมากขึ้น

3. ราคาค่าบริการทางการแพทย์ในประเทศพัฒนาแล้วมีราคาสูงและใช้ระยะเวลาในการรอสิทธิการรักษา รวมถึงการนโยบายประกันสุขภาพที่ปัจจุบันในประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ยังไม่ครอบคลุม ยังมีประชาชนชาวอเมริกันจำนวนไม่น้อยที่ไม่มีความคุ้มครองการรักษาพยาบาลและนอกจากนี้การซื้อเบี้ยประกันสุขภาพมีราคาที่สูง ทำให้ประชาชนบางส่วนไม่สามารถที่จะซื้อประกันสุขภาพได้

4. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้สะดวกสบายมากยิ่งขึ้นในปัจจุบัน จากการพัฒนาเทคโนโลยีในการสื่อสารผ่านทางระบบอินเทอร์เน็ตและการเพิ่มขึ้นของจำนวนบริษัทตัวแทนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ทำหน้าที่ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ใช้บริการทางการแพทย์ชาวต่างชาติกับโรงพยาบาล ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและใช้ประกอบการตัดสินใจได้ดียิ่งขึ้น

อุปสรรคทางสภาพแวดล้อม (T-Threats) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่สามารถส่งผลกระทบต่อในระดับมหภาคในทางที่จะก่อให้เกิดความเสียหายทั้งทางตรงและทางอ้อมซึ่งจำต้องหลีกเลี่ยง หรือปรับสภาพองค์กรให้มี ความแข็งแกร่งพร้อมที่จะเผชิญแรงกระทบได้

1. สภาวะการแข่งขันในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะจากประเทศคู่แข่งสำคัญในภูมิภาค ได้แก่ สิงคโปร์, อินเดีย, มาเลเซียและเกาหลีใต้ ที่มีนโยบายพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และประกาศตัวเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาค

2. สถานการณ์ถดถอยทางเศรษฐกิจ ทำให้นักท่องเที่ยวชะลอการใช้จ่ายและการเดินทางลง ส่งผลกระทบต่อธุรกิจทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย

3.2.2 การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรค (SWOT Analysis) ของ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ในประเทศสิงคโปร์

ภายใต้การเติบโตอย่างรวดเร็วการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับธุรกิจการรักษายาบาลเป็นอย่างมาก ในฐานะเป็นธุรกิจสำคัญของประเทศ พบว่ามีการเติบโตของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศสิงคโปร์อย่างต่อเนื่องมายาวนาน ในปี 2553 มีจำนวนชาวต่างชาติจำนวนกว่า 400,000 คน มารับการรักษายาบาลที่มีคุณภาพที่สิงคโปร์ โดยจุดเด่นของการให้การให้บริการสุขภาพของประเทศสิงคโปร์คือ การพัฒนาวิจัยและเทคโนโลยีด้านการรักษายาบาลให้ทันสมัยและการสนับสนุนจากภาครัฐในการพัฒนาประเทศเป็นศูนย์กลางให้บริการรักษายาบาลของเอเชีย (Healthcare Service Hub in Asia) เพื่อจะรองรับการขยายตัวของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

รัฐบาลของประเทศสิงคโปร์ได้เริ่มวางแผนการดำเนินการเพื่อให้ประเทศเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ มีการจัดตั้งคณะทำงาน ที่เรียกว่า The Healthcare Services Working Group (HSWG) ทำการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ และจัดทำข้อเสนอแนะด้านนโยบายและแผนกลยุทธ์ที่จะเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันเพื่อให้ประเทศสิงคโปร์เป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ในภูมิภาค

การวิเคราะห์จุดแข็ง - จุดอ่อน ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศสิงคโปร์ สามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

จุดแข็ง (Strengths)

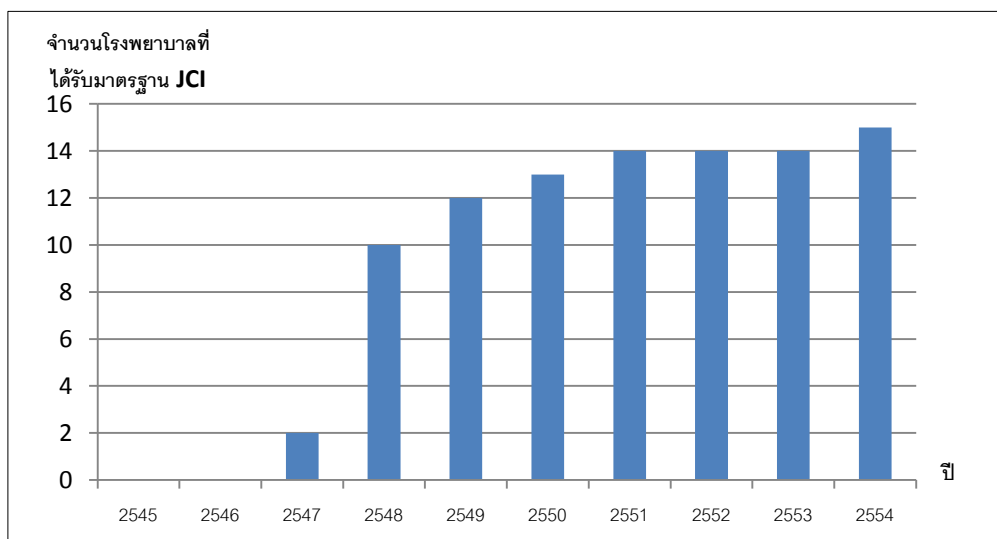
1. ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่ให้ความสำคัญในด้านของการสาธารณสุขภายในประเทศเป็นอย่างมาก โดยประเทศสิงคโปร์ได้รับอันดับที่ 6 ในด้านของคุณภาพการดูแลสุขภาพของโลกในการจัดอันดับขององค์การอนามัยโลก นอกจากนี้ประเทศสิงคโปร์ยังเป็นผู้นำด้านระบบการให้บริการทางการแพทย์ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ภายใต้การสนับสนุนของรัฐบาลสิงคโปร์ที่กำหนดนโยบายพัฒนาให้ประเทศเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ในภูมิภาค การสนับสนุนอย่างเต็มที่กำลังในด้านการพัฒนาทางการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของรัฐบาลสิงคโปร์เป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ทำให้ผู้ใช้บริการจากต่างประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งสหรัฐอเมริกาไม่มีความกังวลในด้านของการติดต่อและความสัมพันธ์กับภาครัฐ รวมถึงปัญหาการก่อการร้ายและสภาพแวดล้อมของประเทศ

2. บุคลากรทางการแพทย์ภายในประเทศสิงคโปร์มีความสามารถสูงและมีความเชี่ยวชาญทางด้านการรักษาและใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการรักษา และเน้นการพัฒนาบุคลากร โดยมีระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เอื้อให้บุคลากรทุ่มเทให้กับการทำงาน (ประสิทธิ์ วัฒนภา, 2550)

ในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ประเทศสิงคโปร์ได้ดำเนินก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ จากแต่เดิม คือ Yong Loo Lin School of Medicine ของมหาวิทยาลัยแห่งชาติสิงคโปร์ที่มีเพียงแห่งเดียว แต่เป็นสถานศึกษาที่มีคุณภาพ โดย Yong Loo Lin School of Medicine เคยได้รับการจัดอันดับให้เป็นสถาบันการศึกษาที่มีความยอดเยี่ยมในสาขาแพทยศาสตร์อันดับ 25 ของโลกและเป็นอันดับ 1 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้แต่มีข้อจำกัดในการรับนักศึกษาแพทย์ได้ในจำนวนน้อยไม่เพียงพอต่อความต้องการบริการทางการแพทย์ ดังนั้นรัฐบาลสิงคโปร์จึงได้ร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในต่างประเทศ โดยสิงคโปร์ได้ดำเนินการก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ แห่งที่ 2 ของประเทศ ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยแห่งชาติของสิงคโปร์และมหาวิทยาลัยดุ๊กของประเทศสหรัฐอเมริกา ดำเนินการในนาม Duke - NUS Graduate Medical School ตั้งอยู่ติดกับ Singapore General Hospital ซึ่งเป็นโรงพยาบาลใหญ่ที่สุดของสิงคโปร์ โดยนักศึกษา 1 ใน 3 มาจากต่างประเทศ (จาก 17 ประเทศ) เริ่มปีที่เปิดดำเนินการคือ ปี 2550 รับนักศึกษา 26 คน ต่อมาในปี 2551 และ 2552 รับนักศึกษาเพิ่มเป็น 48 คนและ 56 คน ตามลำดับ นอกจากนี้รัฐบาลสิงคโปร์มีแผนก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์แห่งที่ 3 ของประเทศ โดยเป็นความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยนันทยางของประเทศสิงคโปร์และ Imperial College ซึ่งเป็นสถาบันที่มีชื่อเสียงระดับโลกตั้งอยู่ที่กรุงลอนดอนของสหราชอาณาจักร โดยกำหนดจะใช้ชื่อว่า Nanyang-Imperial Medical School (ยุทธศักดิ์ คณาสวัสดิ์, 2553)

3. มีโรงพยาบาลที่มีคุณภาพดีและสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างครบครัน ถึงแม้ว่าประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีขนาดเล็ก และมีโรงพยาบาลจำนวนน้อย แต่มีจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐานสากล Joint Commission International (JCI) ของสหรัฐอเมริกา อยู่ในอัตราส่วนที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศ

ภาพที่ 3.6 แสดงอัตราส่วนจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐาน JCI เทียบกับจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศสิงคโปร์



ที่มา JCI Accredited Organizations Resource Center

ประเทศสิงคโปร์มีโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานสากล Joint Commission International (JCI) ในปี 2554 จำนวนทั้งสิ้น 15 แห่ง แต่เมื่อเทียบสัดส่วนของโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานสากลกับจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด ประเทศสิงคโปร์มีสัดส่วนที่สูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

4. ประเทศสิงคโปร์อยู่ในภูมิภาคที่เหมาะสมและเป็นศูนย์กลางการบินระหว่างประเทศ รวมถึงการสนับสนุนของภาครัฐในด้านการลดกฎเกณฑ์หรือข้อบังคับต่าง ๆ ในการประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานหรือองค์กร และการปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการตรวจคนเข้าประเทศเพื่ออำนวยความสะดวกให้ชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศ

5. ประเทศสิงคโปร์ถึงแม้ว่าจะมีค่าใช้จ่ายในด้านของการรักษาพยาบาลอยู่ในอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับประเทศไทยหรือประเทศอินเดียที่ถือว่าเป็นคู่แข่งในภูมิภาค แต่อัตรารักษาพยาบาลในประเทศสิงคโปร์ยังมีราคาที่ถูกกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา, แคนาดา และประเทศทางฝั่งตะวันตก

6. ประเทศสิงคโปร์มีภาษาอังกฤษเป็นภาษาที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารอย่างกว้างขวางและยังถือว่าเป็นภาษาราชการในประเทศอีกด้วย ทำให้ประเทศสิงคโปร์ไม่ประสบปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับผู้ที่มาใช้บริการทางการแพทย์มากนัก

7. การเข้าถึงแหล่งเงินทุนในการขยายธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศสิงคโปร์ที่ทำได้อย่างสะดวก

จุดอ่อน (Weaknesses) หรือข้อเสียเปรียบของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศสิงคโปร์ ได้แก่

1. อัตราค่าบริการทางการแพทย์ในประเทศสิงคโปร์มีราคาที่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในคู่แข่งในภูมิภาค เช่นประเทศอินเดีย และประเทศมาเลเซีย โดยค่ารักษาพยาบาลที่มีอัตราที่ค่อนข้างสูง เป็นผลมาจากต้นทุนในการประกอบธุรกิจการแพทย์และค่าจ้างแพทย์ซึ่งถือเป็นวิชาชีพที่ขาดแคลนในประเทศสิงคโปร์ในอัตราที่สูงมาก

ตารางที่ 3.6 ตารางเปรียบเทียบค่าบริการทางการแพทย์ ปี พ.ศ. 2554

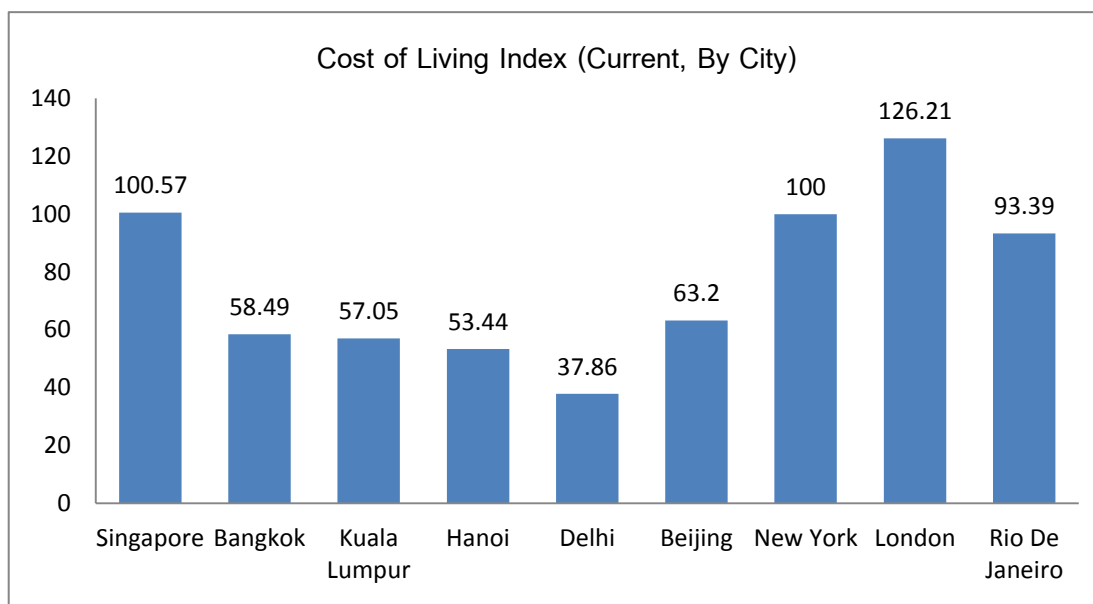
หน่วย : ดอลลาร์สหรัฐ

ค่าบริการทางการแพทย์	สหรัฐอเมริกา	สิงคโปร์	อินเดีย	มาเลเซีย
การผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ	144,000	12,000	5,200	11,430
การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	170,000	10,000	5,500	10,580
การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	50,000	12,000	7,000	7,500
การผ่าตัดเปลี่ยนหัวเข่าเทียม	50,000	8,500	6,200	7,000
การเชื่อมข้อกระดูกสันหลัง	100,000	8,000	6,500	6,000

ที่มา : Medical Tourism Association 2010 Survey

2. ประเทศสิงคโปร์มีมาตรฐานการใช้ชีวิตที่สูงมาก และนำไปสู่อัตราค่าครองชีพในประเทศสิงคโปร์มีราคาที่สูงมาก โดยอัตราค่าครองชีพที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ประกอบไปด้วย การคมนาคมขนส่ง, การบริโภค รวมถึงค่าที่พักและการท่องเที่ยว มีราคาสูงกว่าประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาค

ภาพที่ 3.7 แสดงการเปรียบเทียบอัตราค่าครองชีพระหว่างประเทศ



ที่มา : http://www.numbeo.com/cost-of-living/compare_cities.jsp

3. ประเทศสิงคโปร์ยังขาดการประชาสัมพันธ์ให้นานาชาติได้รู้ถึงจุดแข็งด้านการแพทย์ของประเทศ รวมถึงขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายในเชื้อชาติ (Executive Summary - Developing Singapore as the Healthcare Service Hub in Asia, 2006)

โอกาสทางสภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยภายนอกที่เอื้อประโยชน์ต่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศสิงคโปร์ ประกอบไปด้วย

1. โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป มีจำนวนประชากรเพิ่มสูงขึ้น และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ต้องการบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นด้วย
2. การเติบโตที่มีศักยภาพของตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ทำให้นักท่องเที่ยวเดินทางมาเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในประเทศที่มีบริการทางการแพทย์ที่คุณภาพ ในราคาค่าบริการที่ถูกลงกว่าประเทศตนเองเพิ่มมากขึ้น

3. มีการประชาสัมพันธ์ด้านคุณภาพโรงพยาบาลในภูมิภาคให้เป็นที่รู้จักและยอมรับ จากรายงานการบ่งชี้ว่ามีโรงพยาบาลที่ดีที่สุดในเอเชียและลาตินอเมริกา ที่ได้รับและเผยแพร่โดยโรงพยาบาลในประเทศที่มีความเข้มงวดในด้านความปลอดภัยและคุณภาพในการรักษาพยาบาล

4. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้สะดวกสบายมากยิ่งขึ้นในปัจจุบัน จากการพัฒนาเทคโนโลยีในการสื่อสารผ่านทางระบบอินเทอร์เน็ตและการเพิ่มขึ้นของจำนวนบริษัทตัวแทนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ทำหน้าที่ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ใช้บริการทางการแพทย์ชาวต่างชาติกับโรงพยาบาล ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและใช้ประกอบการตัดสินใจได้ดียิ่งขึ้น

อุปสรรคทางสภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศสิงคโปร์ ประกอบด้วย

1. สภาวะการแข่งขันในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะจากประเทศคู่แข่งสำคัญในภูมิภาค ได้แก่ สิงคโปร์, อินเดีย, มาเลเซียและเกาหลีใต้ ที่มีนโยบายพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

2. สถานการณ์ถดถอยทางเศรษฐกิจ ทำให้นักท่องเที่ยวชะลอการใช้จ่ายและการเดินทางลง ส่งผลกระทบต่อธุรกิจทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย

3. การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายทางการตลาด (Marketing Costs) เนื่องมาจากการแข่งขันในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อย่างรุนแรง จากการเติบโตอย่างรวดเร็วของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ทั้งในภูมิภาคและโลก

จากการวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศสิงคโปร์แล้วรัฐบาลได้กำหนดวิสัยทัศน์ของประเทศสิงคโปร์เป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของภูมิภาคเอเชีย และกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายคือส่วนแบ่งการตลาดและเสนอแผนยุทธศาสตร์ 2 ด้านหลัก คือการเร่งสร้างและกระจายสัญลักษณ์ของการให้บริการด้านการแพทย์ของประเทศ (Brand Name) ที่มีมาตรฐานระดับสูง และอีกด้านจะมุ่งเน้นการดึงดูดผู้ป่วยต่างชาติให้เข้ารับกรให้บริการด้านการแพทย์ (ประสิทธิ์ วัฒนภา, 2550: 11)

และจากยุทธศาสตร์ที่กำหนดเพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน การเร่งสร้าง และกระจายสัญลักษณ์ของการให้บริการด้านการแพทย์ของประเทศ (Brand Name) ที่มีมาตรฐานระดับสูง สิงคโปร์ได้กำหนดสร้างตราสัญลักษณ์ในด้านการรักษาพยาบาลที่มีความเยี่ยมยอดใน 3 ด้าน ได้แก่ความเชื่อถือ (Trust) ความปลอดภัย (Safety) และความเป็นเลิศ (Excellence) โดยเน้นบริการเฉพาะทางซึ่งต้องใช้ความรู้อย่างเข้มข้นและมีมูลค่าเพิ่มสูงมาก โดยเฉพาะในด้านโรคหัวใจ ตา มะเร็ง และการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ เป็นต้น ดังนั้นประเทศสิงคโปร์ได้ดำเนินการที่จะเป็นศูนย์กลางทางด้านคลินิกการแพทย์ในเอเชีย (Clinical Medical Hub) เป็นศูนย์เทคโนโลยีและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และมีแผนการตลาดโดยการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อทางด้านหนังสือพิมพ์ และโทรทัศน์ นอกจากการพัฒนาทางด้านบริการแล้ว ยังอำนวยความสะดวกในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้ใช้บริการชาวต่างประเทศอีกด้วย ได้แก่ การปรับลดขั้นตอนด้านการเข้าประเทศและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ที่จะเดินทางเข้ามารักษาพยาบาลที่สิงคโปร์ เช่น การให้ความสะดวกด้านวีซ่าแก่ผู้ที่ได้รับการตอบรับการเข้ารักษาจากโรงพยาบาลสิงคโปร์ การสร้างจุดบริการที่เสร็จสิ้น ณ จุดเดียว (One-stop Centre) เพื่อให้บริการแก่ผู้เดินทางมารับการรักษาพยาบาล โดยศูนย์ดังกล่าวจะให้ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล ข้อมูลแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โรงพยาบาล สถานที่พัก ขั้นตอนด้านการเข้าเมือง รวมถึงการสร้างความสะดวกในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เช่น การให้ข้อมูลที่ชัดเจนในด้านการตรวจรักษา ค่ายา เป็นต้น

การศึกษาศักยภาพของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย รวมถึงการศึกษาความสามารถในการแข่งขันภายในภูมิภาค จากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (SWOT Analysis) พบว่าประเทศไทยมีข้อได้เปรียบหรือจุดแข็งของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หลายข้อ เช่น ราคาค่าบริการทางการแพทย์ที่ถูกกว่าในหลาย ๆ ประเทศที่มีชื่อเสียงด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์, บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสามารถรวมถึงโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานสากลเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ เป็นต้น และเมื่อรวมกับปัจจัยภายนอกที่เอื้อประโยชน์หรือโอกาส ทำให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์สามารถพัฒนาให้มีการเติบโตได้เพิ่มมากขึ้น แต่จากการพิจารณาประเทศคู่แข่งภายในภูมิภาค คือประเทศสิงคโปร์ที่มีจุดแข็งด้านความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการรักษาพยาบาล รวมถึงข้อได้เปรียบทางด้านภาษาที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร และได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างเต็มกำลังความสามารถทำให้ประเทศสิงคโปร์มีการขยายตัวของตลาดของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นนอกจากจุดแข็งของประเทศไทยใน

ด้านราคาการรักษาพยาบาลที่ถูกกว่าประเทศสิงคโปร์แล้ว ปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จึงมีความสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยให้สามารถเติบโตและแข่งขันกับประเทศคู่แข่งในภูมิภาคได้

บทที่ 4

วิธีการศึกษา

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และภาวะการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย พบว่าประเทศไทยมีศักยภาพเพียงพอที่จะรองรับการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ซึ่งพิจารณาจากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและศักยภาพ (SWOT Analysis) โดยมิใช่ข้อได้เปรียบในด้านของอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ต่ำกว่าประเทศคู่แข่ง อีกทั้งยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สนับสนุนให้ประเทศไทยสามารถรองรับการขยายตัวและการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ดังนั้นจึงต้องทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความต้องการเข้ารับบริการทางการแพทย์หรืออุปสงค์ในการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ให้มีการเติบโตและสามารถแข่งขันในภูมิภาคได้

ในการพิจารณาอุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จะใช้การศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งในบทนี้จะกล่าวถึงแบบจำลองและวิธีการวิเคราะห์เชิงปริมาณในการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ของแบบจำลองเพื่ออธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยของชาวต่างชาติ โดยวิธีการในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์และภาวะการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ (1) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (2) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

4.1. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยจะใช้ข้อมูลitudinalในการวิเคราะห์ ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อมูลอนุกรมเวลา (Time-series Data) และข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross-section Data) หรือเรียกว่า Panel Data ของประเทศที่มีนักท่องเที่ยวเดินทางเข้ามารักษาในประเทศไทยจำนวน 25 ประเทศ ตั้งแต่ปี 2549-2553 สำหรับการศึกษาความสามารถในการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทยเทียบกับประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อาศัยข้อมูลจากงานวิจัยทางการวัดความต้องการและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ามารักษาพยาบาลในไทยของนักท่องเที่ยวต่างประเทศ รวมทั้งแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผู้ศึกษาได้สร้างแบบจำลองสำหรับอุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์โดยใช้ข้อมูลภาคตัดขวางและอนุกรมเวลาจากการกำหนดปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

4.2.1 แบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา

แบบจำลองอุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในการศึกษานี้ พัฒนามาตามแนวทางของแบบจำลองอุปสงค์การท่องเที่ยวรวม (Aggregate tourism demand models) ซึ่งอุปสงค์การท่องเที่ยวจะถูกกำหนดโดยราคาของแหล่งท่องเที่ยว รายได้ และราคาของแหล่งท่องเที่ยวทดแทน รวมทั้งต้นทุนในการเดินทาง พิจารณา

$$\begin{aligned} \ln IP_{it} = & \beta_0 + \beta_1 \ln IP_{it-1} + \beta_2 \ln Y_{jt} + \beta_3 \ln Pt_t + \beta_4 \ln Ps_t + \beta_5 \ln RPT_{it} \\ & + \beta_6 \ln RPS_{it} + \beta_7 \ln JCIT_t + \beta_8 \ln JCIS_t + \beta_9 \ln Dis_{ij} + \beta_{10} ER_{i/jt} + \varepsilon_{ijt} \end{aligned} \quad (1)$$

โดยที่ IP_{it} คือ จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ณ เวลา t

IP_{it-1} คือ จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ณ เวลา $t-1$

Y_{jt} คือ ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัวของประเทศ j ณ เวลา t

Pt_t คือ ราคาการรักษาพยาบาลในประเทศไทย ณ เวลา t

Ps_t คือ ราคาการรักษาพยาบาลในประเทศคู่แข่ง ณ เวลา t

RPT_{it} คือ ราคาค่าใช้จ่ายในประเทศไทย ณ เวลา t

RPS_{it} คือ ราคาค่าใช้จ่ายในประเทศทดแทน ณ เวลา t

$JCIT_t$ คือ สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานสากลต่อโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศไทย ณ เวลา t

$JCIS_t$ คือ สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานสากลต่อโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศทดแทน ณ เวลา t

Dis_{ij} คือ ระยะทางระหว่างประเทศไทยกับประเทศต้นทาง

$ER_{i/jt}$ คือ อัตราแลกเปลี่ยนระหว่างประเทศไทยต่อประเทศต้นทาง ณ เวลา t

ε_{ijt} คือ ค่าความคลาดเคลื่อน

4.2.2 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

จากแบบจำลองแสดงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย มีรายละเอียดของตัวแปรต่าง ๆ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ตัวแปรตาม

จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย (IP_{jt} : International patient) คือ จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ใช้เป็นตัวแทน (Proxy) อุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

ตัวแปรอิสระ

1. จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ย้อนหลังไป 1 ช่วงเวลานับจากเวลา t (IP_{jt-1}) เป็นตัวแปรแสดงถึงอุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ย้อนหลังไป 1 ช่วงเวลา สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมั่น และความจงรักภักดี (Brand Loyalty) ของผู้บริโภคที่มีต่อประเทศไทย

2. ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัวของประเทศต้นทาง (Y_{jt}) เป็นตัวแทนรายได้ของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ การพิจารณาใช้ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัว (Gross Domestic Product per capita) เป็นตัวแทนรายได้ เนื่องจากสามารถสะท้อนอำนาจ/กำลังซื้อที่แท้จริงของแต่ละประเทศได้ดีกว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Product : GDP) (มิ่งสรรพและอัศวพงศ์, 2554)

3. ราคาการรักษาพยาบาลในประเทศไทย (P_{jt}) แสดงถึงราคาการรักษาพยาบาลในประเทศไทย โดยในที่นี้จะใช้การรักษา การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass surgery, CABG) เป็นตัวแทนของราคาการรักษาพยาบาล

4. ราคาการรักษาพยาบาลในประเทศไทย (P_{st}) แสดงถึงราคาการรักษาพยาบาลในประเทศคู่แข่ง ซึ่งในที่นี้คือ ประเทศสิงคโปร์ โดยในที่นี้จะใช้การรักษา การผ่าตัด

ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass surgery, CABG) เป็นตัวแทนของราคา
ค่ารักษาพยาบาล

5. ราคาค่าใช้จ่ายในประเทศไทย (RPT_{it}) แสดงอัตราค่าครองชีพในประเทศไทย โดยจะใช้ราคาเปรียบเทียบ (Relative price) เป็นตัวแทนราคาดังกล่าว เนื่องจากเป็นราคาที่สามารถสะท้อนค่าครองชีพของนักท่องเที่ยวต่างชาติเมื่อเดินทางมาท่องเที่ยวในแหล่งท่องเที่ยวที่นั่น ๆ (มิ่งสรรพและอัครพงศ์, 2554 : 7) โดยมีสูตรการคำนวณราคาที่ใช้ในการศึกษานี้ ดังนี้

$$RPT_{it} = \frac{CPT_{Tt}}{CPI_{it} * ER_{i/Tt}} \quad (2)$$

โดยที่ RPT_{it} คือ ราคาค่าใช้จ่ายในประเทศไทยเทียบกับประเทศ j ณ เวลา t

CPI_{it} คือ ดัชนีราคาผู้บริโภคของประเทศไทย ณ เวลา t

CPI_{jt} คือ ดัชนีราคาผู้บริโภคของประเทศ j ณ เวลา t

$ER_{j/t}$ คือ อัตราแลกเปลี่ยนระหว่างประเทศ j กับประเทศไทยในปีที่ t

i คือ ตลาด/ประเทศต้นทาง

6. ราคาค่าใช้จ่ายในประเทศทดแทน ณ เวลา t (RPS_{it}) แสดงถึงอัตราค่าครองชีพค่าใช้จ่ายในการอุปโภค บริโภคในประเทศทดแทนหรือประเทศคู่แข่ง โดยจะใช้ราคาเปรียบเทียบ (Relative price) เป็นตัวแทนราคาเช่นเดียวกันกับราคาเปรียบเทียบของประเทศไทย โดยกำหนดประเทศที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวทดแทนได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ ที่มีศักยภาพในการรองรับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มากที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยมีสูตรการคำนวณราคาที่ใช้ในการศึกษานี้ ดังนี้

$$RPS_{it} = \frac{CPI_{jt}}{CPI_{it} * ER_{i/j,t}} \quad (3)$$

โดยที่ RPS_{it} คือ ราคาค่าใช้จ่ายในประเทศทดแทนเทียบกับประเทศ i ณ เวลา t

CPI_{jt} คือ ดัชนีราคาผู้บริโภคของประเทศ j ณ เวลา t

CPI_{it} คือ ดัชนีราคาผู้บริโภคของประเทศ i ณ เวลา t

$ER_{i/j,t}$ คือ อัตราแลกเปลี่ยนระหว่างประเทศ i กับประเทศ j ในปีที่ t

j คือ ประเทศที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวทดแทน/คู่แข่งของประเทศไทย

7. อัตราส่วนจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานสากลต่อโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศไทย (JCIT_i) เป็นตัวแทนของคุณภาพสินค้าและบริการ โดยพิจารณามาตรฐานการรักษาพยาบาลและโรงพยาบาล จากสัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานสากล (Joint Commission International : JCI)ต่อโรงพยาบาลทั้งหมดทั้งในประเทศไทย

8. อัตราส่วนจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานสากลต่อโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศทดแทน/คู่แข่ง (JCIS_i) แสดงถึงมาตรฐานของการรักษาพยาบาลและโรงพยาบาล พิจารณาจากสัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานสากลต่อโรงพยาบาลทั้งหมดทั้งในประเทศสิงคโปร์ที่พิจารณาเป็นประเทศคู่แข่ง

9. ระยะทางระหว่างประเทศไทยกับประเทศต้นทาง (Dis_{ij}) เป็นตัวแทนของต้นทุนการเดินทาง โดยพิจารณาจากจำนวนชั่วโมงเดินทางในการเดินทางมายังประเทศไทยเพื่อรับบริการทางการแพทย์

10. อัตราแลกเปลี่ยนระหว่างประเทศ (ER_{ij}) แสดงถึงจำนวนของเงินตราภายในประเทศที่ต้องจ่ายเพื่อแลกเปลี่ยนกับ 1 หน่วยของเงินตราต่างประเทศ หรือ ราคาของเงินตราต่างประเทศที่คิดอยู่ในหน่วยของเงินตราอีกประเทศหนึ่ง ณ ช่วงเวลานั้น การพิจารณาตัวแปรอัตราแลกเปลี่ยน เป็นการพิจารณาถึงค่าของเงิน กล่าวคือ ค่าของเงินแสดงถึงความสามารถหรืออำนาจในการซื้อสินค้า ที่แปรผันในทิศทางเดียวกัน หากมีเงินมาก ผู้บริโภคจะสามารถซื้อสินค้าและบริการได้เพิ่มมากขึ้น อัตราแลกเปลี่ยนเป็นตัวแทนแสดงถึง ค่าของเงินภายนอก (External Value) ซึ่งหมายถึงอำนาจของเงินในการซื้อสินค้าและบริการ จากต่างประเทศ หากค่าเงินบาทอ่อนค่า หมายถึง ผู้บริโภคจากประเทศต้นทางจะมีอำนาจในการซื้อบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นด้วย

4.3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกออกเป็น ดังนี้

4.3.1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

ทำการวิเคราะห์เพื่อวัดขนาดผลกระทบจากตัวแปรต่าง ๆ ในแบบจำลองที่สร้างขึ้นตามแนวคิดเชิงทฤษฎีเศรษฐศาสตร์

วิธีการประมาณค่า

การประมาณค่าสัมประสิทธิ์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวงานวิจัยที่ใช้ข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross-section Data) และ ข้อมูลอนุกรมเวลา (Time-series Data) หรือที่เรียกว่า Panel Data ด้วยแบบจำลอง Fixed Effect Model

การใช้ Fixed Effect Model ในการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ ผลการทดลองที่ได้ (treatment effects) จะได้ค่าที่ individual effects (v_i) ซึ่งเป็นค่าคงที่เฉพาะประเทศที่ทำการศึกษา ดังนั้นการใช้ Fixed Effect Model จึงเป็นการประมาณค่าที่ทำให้ค่าความแปรปรวนน้อยลง แต่จากการประมาณค่าด้วยวิธีการกำลังสองน้อยที่สุด (Ordinary Least Square: OLS) มักจะเกิดปัญหาความแปรปรวนของตัวแปรสุ่มคลาดเคลื่อนมีค่าไม่คงที่ (Heteroscedasticity) ซึ่งจะเกิดกับข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross-section Data) ถึงแม้ว่าผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้จะยังคงมีคุณสมบัติไม่เอนเอียง แต่ความแปรปรวนของตัวประมาณค่านั้นมีค่าไม่ต่ำที่สุด ดังนั้นเพื่อให้ผลการประมาณค่ามีคุณสมบัติไม่เอนเอียงเหมือนวิธีการกำลังสองน้อยที่สุด แต่ให้ความแปรปรวนของตัวประมาณค่าต่ำสุด จึงควรใช้วิธีการกำลังสองน้อยที่สุดแบบทั่วไป (Generalized Least Square: GLS) การศึกษาครั้งนี้จึงทำการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ด้วยวิธี Generalized Least Square (GLS) แบบ Fixed Effect Model

4.3.2 การวิเคราะห์ภาวะการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

จะทำการวิเคราะห์จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประเมินสถานการณ์ความพร้อมของประเทศไทยในการรองรับการขยายตัวของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และการวิเคราะห์ SWOT analysis จุดแข็งจุดอ่อนของประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ในฐานะประเทศคู่แข่งภายในภูมิภาค

บทที่ 5

ผลการศึกษา

ในบทนี้แสดงผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์จากแบบจำลองที่วิเคราะห์ปัจจัยที่กระทบต่ออุปสงค์การทองเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย ด้วยวิธีการ Generalized Least Square (GLS) แบบ Fixed Effect Model

5.1 ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

การประมาณค่าสัมประสิทธิ์ในแบบจำลองปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การทองเที่ยวเชิงการแพทย์ในการศึกษานี้ พิจารณาจากประเทศต้นทางที่มีผู้ใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยจำนวน 25 ประเทศ เพื่อให้เห็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การทองเที่ยวเชิงการแพทย์มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ได้พิจารณาในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จากกลุ่มประเทศอาเซียน ซึ่งประกอบไปด้วย ประเทศสิงคโปร์, อินโดนีเซีย, ฟิลิปปินส์, มาเลเซีย, บรูไน, เวียดนาม, ลาว และกัมพูชา และประเทศภายนอกกลุ่มอาเซียน จำนวน 17 ประเทศ

ผลจากการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ในแบบจำลองปัจจัยที่กระทบต่ออุปสงค์การทองเที่ยวเชิงการแพทย์โดยใช้ตัวแทนจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยเป็นตัวแทนอุปสงค์ของการทองเที่ยวเชิงการแพทย์ ในตารางที่ 5.1 พบว่า จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยในปีก่อนหน้า มีความสัมพันธ์และมีทิศทางเดียวกันกับอุปสงค์การทองเที่ยวเชิงการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามาบริการรักษาในประเทศไทยในปีก่อนหน้าที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่ออุปสงค์ของบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยของชาวต่างชาติเพิ่มขึ้นด้วย และมีความสอดคล้องกันทั้งประเทศภายในและภายนอกกลุ่มอาเซียน ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้ใช้บริการชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในปีก่อนหน้าจะสะท้อนให้เห็นถึงความจงรักภักดีและความเชื่อมั่นในคุณภาพของบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยและความพอใจของผู้บริโภคที่มีรากฐานมาจากทฤษฎีพฤติกรรมผู้บริโภค ตามข้อสมมติฐานว่า ให้ผู้บริโภคเป็นผู้มีเหตุผล ผู้บริโภคมีความรู้ อย่างสมบูรณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั้งหมดของราคาสินค้าและรายได้ในการตัดสินใจบริโภค ผู้บริโภคจะวางแผนใช้จ่ายรายได้ต้องการบริโภคสินค้าและบริการเพื่อให้ได้รับความพึงพอใจสูงสุดภายใต้

เงื่อนไขเงินรายได้และราคาสินค้าและบริการที่กำหนดมาให้ ดังนั้นจำนวนผู้ใช้บริการทางการแพทย์ในปีก่อนหน้าที่เพิ่มขึ้นจึงส่งต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นในปีถัดมา

ตารางที่ 5.1 แสดงผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ในแบบจำลองปัจจัยที่มีผลต่ออุปสงค์การทองเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

	Predict Sign	Dependent variable : IP_{it}		
		All	ASEAN	Non-ASEAN
$\ln IP_{it-1}$	+	0.647*** (7.373)	0.393*** (2.845)	0.628*** (4.731)
$\ln Y_{jt}$	+	3.048 (-9.555)	3.055** (0.472)	1.884 (0.538)
$\ln Pt_t$	-	-0.037*** (-4.419)	-0.013*** (-0.370)	-0.420*** (-3.072)
$\ln Ps_{it}$	+	0.279*** (2.668)	0.669*** (13.609)	0.252* (1.722)
$\ln RPT_{it}$	-	-3.222 (-0.376)	-2.900* (-1.175)	-0.001 (-0.881)
$\ln RPS_{it}$	+	0.001* (0.242)	0.695** (1.192)	0.025 (0.711)
$\ln JCIT_t$	+	0.407*** (5.909)	0.055** (2.388)	0.483*** (4.474)
$\ln JCIS_t$	-	-0.069*** (-5.027)	-0.003* (-0.449)	-0.075*** (-3.699)
$\ln DIS_{ijt}$	-	-0.001 (-0.884)	8.483 (1.286)	-0.006** (-0.631)
$\ln ER_{y/it}$	+	0.007** (2.272)	8.137 (0.967)	0.007** (2.021)
R^2		0.992	0.985	0.909
Adjusted R^2		0.989	0.978	0.986
Durbin-Watson stat		1.913	1.728	1.903
F-statistic		342.562	3186.009	239.058
Prob(F-statistic)		0.000	0.000	0.000

ที่มา : จากการคำนวณ

หมายเหตุ : *, **, *** แสดงการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 90 % 95 % และ 99 % ตามลำดับ ส่วนตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่า T-statistic

สำหรับตัวแปรรายได้ของประเทศต้นทาง จะพิจารณาจากผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อประชากรของประเทศต้นทาง พบว่าเมื่อพิจารณาประเทศในกลุ่มอาเซียนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีทิศทางเดียวกัน เป็นไปตามกฎอุปสงค์ที่รายได้เป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการบริโภคของผู้บริโภค ถ้าผู้บริโภคมีรายได้สูงแสดงถึงศักยภาพในการบริโภคสินค้าทั้งในด้านปริมาณและประเภทสินค้าที่เพิ่มมากขึ้น เมื่อรายได้ของชาวต่างชาติผู้ซึ่งใช้บริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น เป็นผลให้ผู้ให้บริการชาวต่างชาติเลือกที่จะเดินทางมารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากราคาค่าบริการและคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ มีความคิดเห็นว่ารายได้ของผู้ให้บริการชาวต่างชาติมีผลต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ในทิศทางเดียวกันคือการเพิ่มขึ้นของรายได้ผู้ให้บริการ ทำให้ความต้องการในการเข้ารับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นด้วย แต่ลักษณะของรายได้ของผู้ให้บริการชาวต่างชาติ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ให้บริการที่มีกำลังในการใช้จ่ายได้เอง และอีกประเภทคือผู้ให้บริการที่รัฐบาลภายในของประเทศตนให้การสนับสนุนทางด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนั้นตัวแปรรายได้ บางครั้งอาจจะต้องขึ้นอยู่กับรัฐบาลในประเทศนั้น ๆ โดยแนวโน้มและทิศทางของความสัมพัทธ์ มีความสอดคล้องกับผลที่ประมาณค่าได้จากแบบจำลองทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาในภาพรวมและกลุ่มประเทศภายนอกกลุ่มอาเซียนพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่แต่มีแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเดียวกัน

จากการประมาณค่าตัวแปรราคาค่าบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย พบว่ามีความสัมพันธ์และมีทิศทางตรงกันข้ามกับอุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในภาพรวมและการแยกพิจารณากลุ่มประเทศ กล่าวคือ ราคาค่าบริการทางการแพทย์มีผลต่อการตัดสินใจในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้ให้บริการชาวต่างชาติ เมื่อราคาค่าบริการลดลง เป็นผลให้มีผู้ให้บริการชาวต่างชาติเข้ารับบริการทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น เป็นไปตามกฎของอุปสงค์ เนื่องจากทฤษฎีอรรถประโยชน์ได้กำหนดคุณสมบัติของอรรถประโยชน์การบริโภคสินค้าให้มีลักษณะลดน้อยถอยลงตามปริมาณการบริโภคที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นเมื่อราคาสินค้าเพิ่มสูงขึ้น ผู้บริโภคก็จำเป็นต้องลดปริมาณการบริโภคสินค้านี้ลงเพื่อให้ค่าอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้นหน่วยสุดท้ายมีค่าสูงขึ้นเท่ากับราคาสินค้าที่สูงขึ้น เมื่อพิจารณา ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ราคาการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยตัดสินใจในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ แต่จากการขยายตัวของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ภายในประเทศมากขึ้น ประเทศไทยมีบริการทางการแพทย์เป็นที่นิยมใน

ผู้ใช้บริการชาวต่างชาติ ทำให้ราคาค่าบริการทางการแพทย์ในปัจจุบันมีการปรับเพิ่มขึ้น ถึงแม้จะยังมีราคาที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับประเทศคู่แข่งที่มีชื่อเสียงด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ แต่เป็นเพียงเล็กน้อย ดังนั้นเมื่อผู้ใช้บริการทางการแพทย์เลือกตัดสินใจในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ จะให้ความสำคัญในการพิจารณาปัจจัยด้านราคารองมาจากปัจจัยทางด้านคุณภาพในการรักษาพยาบาล

ในขณะที่ตัวแปรทางด้านราคาค่าบริการทางการแพทย์ของประเทศสิงคโปร์ที่พิจารณาเป็นประเทศคู่แข่ง พบว่า ราคาค่าบริการทางการแพทย์ของประเทศสิงคโปร์มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ การเพิ่มขึ้นของราคาค่าบริการทางการแพทย์ในประเทศสิงคโปร์ส่งผลให้อุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากราคาค่าบริการทางการแพทย์ของประเทศสิงคโปร์ถือว่าเป็นราคาของสินค้าทดแทน ดังนั้น เมื่อราคาของสินค้าทดแทนมีราคาเพิ่มสูงขึ้น ผู้ใช้บริการชาวต่างชาติก็จำเป็นต้องเลือกลดปริมาณการบริโภคลงหรือเลือกบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยซึ่งมีราคาค่าบริการที่น้อยกว่า แต่คุณภาพในระดับใกล้เคียงกัน ซึ่งถือเป็นสินค้าทดแทน ซึ่งสอดคล้องกับการพิจารณาประเทศภายในและประเทศภายนอกกลุ่มอาเซียน

จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและศักยภาพ (SWOT Analysis) พบว่าประเทศสิงคโปร์มีจุดด้อยในด้านของอัตราค่าครองชีพ ดังนั้น เมื่อพิจารณาราคาค่าใช้จ่ายภายในประเทศหรืออัตราค่าครองชีพโดยประมาณค่าจากแบบจำลอง ในกรณีของราคาค่าใช้จ่ายในประเทศไทย พบว่า เมื่อพิจารณาเป็นรายกลุ่มประเทศภายในกลุ่มอาเซียน มีความสัมพันธ์และทิศทางที่ตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อราคาค่าใช้จ่ายภายในประเทศลดลง จะส่งผลให้ผู้ใช้บริการทางการแพทย์ชาวต่างชาติในกลุ่มประเทศอาเซียนตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น แต่สำหรับการพิจารณาในภาพรวมและกลุ่มภายนอกกลุ่มอาเซียนกลับไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการประมาณค่าราคาค่าใช้จ่ายในประเทศสิงคโปร์ พบว่าเมื่อพิจารณาในภาพรวมและกลุ่มประเทศภายในอาเซียน ราคาค่าใช้จ่ายในประเทศสิงคโปร์มีความสัมพันธ์และมีทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือเมื่อราคาค่าใช้จ่ายหรืออัตราค่าครองชีพภายในประเทศสิงคโปร์เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ใช้บริการชาวต่างประเทศเลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากราคาค่าใช้จ่ายในประเทศสิงคโปร์ถือว่าเป็นราคาของสินค้าทดแทน ดังนั้น เมื่อราคาของสินค้าทดแทนมีราคาเพิ่มสูงขึ้น ผู้ใช้บริการชาวต่างชาติก็จำเป็นต้องเลือกลดปริมาณการบริโภค แต่

เมื่อพิจารณาประเทศภายนอกกลุ่มอาเซียนกลับไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ยังคงมีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเดียวกัน

เมื่อพิจารณาตัวแปรทางด้านคุณภาพของโรงพยาบาลจากอัตราส่วนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานสากล (Joint Commission International : JCI) เทียบกับจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศ สำหรับคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทยมีความสัมพันธ์และทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่ออัตราส่วนจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานสากลในประเทศไทยต่อจำนวนโรงพยาบาลทั้งประเทศเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อุปสงค์การท่องเที่ยวงานทางการแพทย์เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงคุณภาพโรงพยาบาลมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์ของชาวต่างชาติเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศสิงคโปร์ จากการประมาณค่าสัมประสิทธิ์พบว่า คุณภาพโรงพยาบาลในประเทศสิงคโปร์มีความสัมพันธ์กับอุปสงค์การท่องเที่ยวงานแพทย์ในประเทศไทย แต่ทิศทางของความสัมพันธ์มีลักษณะตรงกันข้าม คือ เมื่ออัตราส่วนจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานสากลเทียบกับจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศสิงคโปร์มีอัตราลดลง จะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติมาเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ผลการพิจารณาทั้งประเทศภายในและภายนอกกลุ่มอาเซียนมีความสอดคล้องกับการพิจารณาในภาพรวมทั้งหมด ประกอบกับการพิจารณาร่วมกับบทสัมภาษณ์ของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ปัจจัยทางด้านคุณภาพมีความเป็นอย่างมากต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้ใช้บริการชาวต่างชาติ ทั้งนี้เนื่องจากการแข่งขันกันอย่างรุนแรงมากขึ้นในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวทางการแพทย์ ทำให้แต่ละประเทศทำการตลาดและกำหนดกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อดึงดูดลูกค้า ทำให้ปัจจัยทางด้านคุณภาพจึงเป็นปัจจัยหลักที่ผู้ใช้บริการทางการแพทย์ให้ความสำคัญในการพิจารณา

ตัวแปรในด้านของระยะทางระหว่างประเทศต้นทางกับประเทศไทย เป็นตัวแทนแสดงต้นทุนค่าเดินทาง พบว่า เมื่อพิจารณาประเทศภายนอกกลุ่มอาเซียน ตัวแปรระยะทางมีความสัมพันธ์และมีทิศทางตรงกันข้ามกับอุปสงค์ของการท่องเที่ยวงานแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ จำนวนระยะทางสะท้อนถึงต้นทุนค่าเดินทาง ดังนั้นเมื่อระยะทางลดลง เสมือนต้นทุนค่าเดินทางลดลง เป็นผลให้ผู้ใช้บริการทางการแพทย์ตัดสินใจเลือกที่จะมารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น แต่สำหรับการพิจารณาในภาพรวมและประเทศภายในกลุ่มอาเซียนระยะทางไม่มีความสัมพันธ์กับอุปสงค์ของการท่องเที่ยวงานแพทย์ใน

ประเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือระยะทางไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยของชาวต่างชาติจากประเทศต้นทางภายในกลุ่มอาเซียน

สำหรับตัวแปรอัตราแลกเปลี่ยน มีความสัมพันธ์และทิศทางเดียวกันกับอุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ อัตราแลกเปลี่ยน คือ จำนวนของเงินตราภายในประเทศที่ต้องจ่ายเพื่อแลกเปลี่ยนกับ 1 หน่วยของเงินตราต่างประเทศ หรือ ราคาของเงินตราต่างประเทศที่คิดอยู่ในหน่วยของเงินตราอีกประเทศหนึ่ง ดังนั้นการเพิ่มขึ้นของตัวแปรอัตราแลกเปลี่ยน แสดงถึงค่าเงินบาทอ่อนค่า ทำให้ผู้ใช้บริการชาวต่างชาติมีจำนวนเงินเพิ่มมากขึ้นในการใช้จ่าย และมีความสอดคล้องกับผลการพิจารณาประเทศภายนอกกลุ่มอาเซียน แต่สำหรับประเทศภายในกลุ่มอาเซียนอัตราแลกเปลี่ยนไม่มีความสัมพันธ์กับอุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคืออัตราแลกเปลี่ยนไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยของชาวต่างชาติจากประเทศต้นทางภายในกลุ่มอาเซียน

ค่าสถิติสำหรับการตัดสินใจจากการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ พบว่า ตัวแปรอิสระสามารถอธิบายอุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ได้ดี โดยมีค่า Adjusted R-squared เท่ากับ 0.989 และจากค่า Durbin-Watson stat เท่ากับ 1.913 เป็นการยืนยันว่าไม่เกิดปัญหาสหสัมพันธ์ของค่าคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) หรือปัญหาที่เกิดจากค่าคลาดเคลื่อน (residual) ในแต่ละช่วงเวลามีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมดจาก Correlation Matrix ยังพบว่า ไม่เกิดปัญหาความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปร (Multicollinearity) เนื่องจากค่าสหสัมพันธ์มีค่าไม่เกิน 0.8 (ดูเพิ่มเติมในภาคผนวก ก)

5.2 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ จากการพิจารณาสถานการณ์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทยในปัจจุบัน ความสามารถในการรองรับการขยายตัวของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภายนอก ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ทั้งในประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ที่ถือเป็นประเทศคู่แข่ง

ตารางที่ 5.2 การวิเคราะห์ จุดแข็ง – จุดอ่อน ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

	จุดแข็ง	จุดอ่อน
ปัจจัยภายใน	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทย เป็นบุคลากรที่มีคุณภาพและมีความเชี่ยวชาญด้านการรักษา - อัตราค่าบริการทางการแพทย์ของประเทศไทยที่มีราคาถูก - มาตรฐานโรงพยาบาลที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง - ประเทศไทยมีความเหมาะสมสำหรับการเป็นจุดหมายของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ - ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวชั้นนำแห่งหนึ่งของโลก และมีรูปแบบของการท่องเที่ยวที่หลากหลายรูปแบบให้เลือก 	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการผลิตและกระจายบุคลากรทางการแพทย์ - อุปสรรคทางการสื่อสาร - ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาครัฐและเอกชนในการพัฒนาแผนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ - สถานการณ์ทางการเมืองภายในประเทศขาดความสงบและปราศจากความมั่นคงทางการเมือง - กฎหมายและข้อบังคับหลายประการเป็นผลทำให้ขาดการอำนวยความสะดวกในการเดินทางเข้าประเทศ - การเข้าถึงแหล่งเงินทุนได้ยาก - ยังต้องพึ่งพิงพลังงานจากภายนอก
	โอกาส	อุปสรรค
ปัจจัยภายนอก	<ul style="list-style-type: none"> - โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ความต้องการบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น - ประเทศในภูมิภาคเอเชียมีระบบสาธารณสุขที่ดีกว่าประเทศไทย - ราคาค่าบริการทางการแพทย์แล้วและใช้ระยะเวลาในการรอสิทธิ์การรักษาในประเทศพัฒนาแล้ว - การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้สะดวกสบายมากยิ่งขึ้นในปัจจุบัน 	<ul style="list-style-type: none"> - สถานะการแข่งขันในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น - สถานการณ์ถดถอยทางเศรษฐกิจ

จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและศักยภาพ (SWOT Analysis) ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยมีจุดเด่นในด้านราคาค่ารักษาพยาบาลที่ราคาถูกกว่าหลาย ๆ ประเทศที่ในขณะมีความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์มีความเชี่ยวชาญในด้านการรักษาพยาบาล ความมีอัธยาศัยดีและไม่ตรีจิตในการให้บริการ รวมถึงมีมาตรฐานการรักษาพยาบาลและมาตรฐานโรงพยาบาลอยู่ในระดับสากล ในด้านของการท่องเที่ยวพบว่าประเทศไทยมีความพร้อมในการรองรับด้านการท่องเที่ยว โดยประเทศไทยมีแหล่งท่องเที่ยวและรูปแบบการท่องเที่ยวที่หลากหลาย สามารถดึงดูดให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์ชาวต่างชาติ รวมถึงผู้ติดตามให้ตัดสินใจเลือกประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางได้ อีกทั้งประเทศไทยมีศักยภาพในการจัดหาและอำนวยความสะดวกในอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ได้เป็นอย่างดี แต่ประเทศไทยยังมีข้อเสียเปรียบที่ต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไข จากความสามารถในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญให้มีความเพียงพอต่อความต้องการของทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงการจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความเท่าเทียมและป็นธรรม, อุปสรรคทางการสื่อสารที่เป็นปัญหาในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้ให้บริการ, ความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ถึงแม้ภาครัฐให้ความสำคัญกับแผนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ แต่ยังขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาครัฐและเอกชนปัญหาความไม่สงบทางการเมืองภายในประเทศที่ทำให้ชาวต่างชาติขาดความเชื่อมั่นในความปลอดภัยในการเดินทางมาประเทศไทย รวมถึงกฎหมายและข้อบังคับหลายประการเป็นผลทำให้ขาดการอำนวยความสะดวกในการเดินทางเข้าประเทศ ที่ประเทศไทยมักจะประสบปัญหาล่าช้ากว่าประเทศคู่แข่ง รวมถึงการเข้าถึงแหล่งเงินทุนในการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

สำหรับปัจจัยภายนอกที่เอื้อประโยชน์ต่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย ได้แก่โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความต้องการบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นตามไปด้วย และความแตกต่างทางด้านราคาค่าบริการทางการแพทย์ในประเทศทางตะวันตกและตะวันออกกลางเมื่อเทียบกับประเทศไทย และระยะเวลาในการรอใช้สิทธิ์การรักษาในประเทศต้นทางที่มีระยะเวลายาวนาน รวมถึงภูมิศาสตร์และรูปแบบของการท่องเที่ยวในภูมิภาคที่เป็นเหตุผลในการตัดสินใจท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และการเทคโนโลยีทางด้านโทรคมนาคม ทำให้การติดต่อสื่อสารมีการพัฒนามากขึ้น การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจึงทำได้อย่างสะดวกสบายมากยิ่งขึ้นในปัจจุบัน แต่ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยได้แก่ การเติบโตอย่างต่อเนื่องของอุตสาหกรรมการ

ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ทำให้สภาวะการแข่งขันในอุตสาหกรรมดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะจากประเทศคู่แข่งสำคัญในภูมิภาค ได้แก่ สิงคโปร์, อินเดีย, มาเลเซียและเกาหลีใต้ มีการปรับกลยุทธ์ทางการตลาดที่เข้มข้นมากขึ้น เช่น นโยบายพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และประกาศตัวเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาค อีกทั้งสถานการณ์การถดถอยทางเศรษฐกิจ ทำให้นักท่องเที่ยวชะลอการใช้จ่ายและการเดินทางลง

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

ในบทนี้เป็นการสรุปผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์และภาวะการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย ข้อเสนอแนะ รวมถึงข้อจำกัดในการศึกษาคั้งนี้ และข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

6.1 สรุปผลการศึกษา

เนื่องจากความแตกต่างทางด้านราคาและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในประเทศตะวันตกและตะวันออกกลางกับประเทศไทยในปัจจุบัน ทำให้ความต้องการของชาวต่างชาติในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นผลให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยกลายเป็นธุรกิจที่มีอัตราการเติบโตเป็นอย่างมากในปัจจุบัน

เมื่อพิจารณาภาวะการแข่งขันการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย โดยการประเมินสถานการณ์และความสามารถในการรองรับการขยายตัวของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ รวมถึงการวิเคราะห์ศักยภาพและสภาพแวดล้อมของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศ โดยวิเคราะห์ข้อได้เปรียบหรือจุดเด่นร่วมกับสภาพแวดล้อมภายนอกที่เอื้อประโยชน์หรือมีความเหมาะสมกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ภายในประเทศ อีกทั้งพิจารณาข้อเสียเปรียบหรือจุดอ่อนและสภาพแวดล้อมภายนอก เพื่อทำการแก้ไขและปรับปรุงรวมทั้งหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งผลกระทบในทางด้านลบต่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ภายในประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกลยุทธ์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยให้มีการพัฒนาต่อไป

ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์ภาวะการแข่งขันการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทยในภูมิภาคที่พิจารณาประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศคู่แข่ง พบว่าประเทศไทยมีศักยภาพในการแข่งขันจากข้อได้เปรียบในด้านราคาค่าบริการทางการแพทย์ที่มีอัตราค่าบริการที่ต่ำกว่าประเทศคู่แข่ง ในขณะที่คุณภาพมาตรฐานในการรักษาอยู่ในระดับสากลที่ใกล้เคียงกัน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทยมีความสามารถและเชี่ยวชาญด้านการรักษา รวมถึงการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการให้บริการ เมื่อรวมกับความเป็นเลิศทางด้านบริการจากอัธยาศัยของผู้ให้บริการ ทำให้ผู้ใช้บริการชาวต่างชาติให้ความสนใจในการเดินทางเข้ามารับ

บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย และเมื่อพิจารณาทางด้านของการท่องเที่ยวประเทศไทยมีแหล่งท่องเที่ยวและรูปแบบของการท่องเที่ยวที่หลากหลาย อีกทั้งยังมีความสะดวกสบายจากการจัดหาและอำนวยความสะดวกด้านการคมนาคมขนส่ง เมื่อพิจารณาร่วมกับโอกาสของตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่มีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นผลให้บริการทางการแพทย์เป็นที่ต้องการเพิ่มมากขึ้นไปด้วย

แต่ประเทศไทยเองยังต้องมีข้อบกพร่องที่ต้องเร่งแก้ไขในด้านการบริหารจัดการและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีการกระจายตัวอย่างเป็นธรรม รวมถึงการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในวิชาชีพและความสามารถทางด้านภาษา เพื่อไม่ให้เป็นอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ อีกทั้งประเทศไทยมียุทธศาสตร์ในด้านการพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางทางแพทย์ในภูมิภาค ซึ่งในการดำเนินงานตามแนวทางของนโยบายจะต้องอาศัยการประสานงานและความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชน รวมถึงบทบาทหน้าที่ของภาครัฐในการสนับสนุนทั้งการกำหนดกรอบแนวคิดของนโยบายที่ชัดเจนสนับสนุนในด้านของการจัดหาแหล่งเงินทุนเพื่อการขยายตัวของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และการอำนวยความสะดวกให้ผู้ให้บริการชาวต่างชาติในด้านของกฎหมายและข้อบังคับต่าง ๆ และการโฆษณาประชาสัมพันธ์ให้ประเทศไทยเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติ

เมื่อพิจารณาประเทศสิงคโปร์ที่ถือว่าเป็นประเทศคู่แข่งที่สำคัญภายในภูมิภาคพบว่าประเทศสิงคโปร์ถือว่าเป็นผู้นำด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในภูมิภาคจากข้อได้เปรียบในด้านการเป็นผู้นำด้านระบบการให้บริการทางการแพทย์ของภูมิภาค ภายใต้การสนับสนุนของรัฐบาลอย่างเต็มกำลังความสามารถ มีเทคโนโลยีในการรักษาพยาบาลที่ทันสมัยและบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการรักษาพยาบาล รวมถึงคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาลอยู่ในระดับสากลเป็นที่ยอมรับ อีกทั้งราคาค่าบริการที่ถูกกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วและข้อได้เปรียบทางด้านภาษาในการสื่อสารและการเข้าถึงแหล่งเงินทุนที่ทำได้สะดวกกว่า

ดังนั้นจากการขยายตัวของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในภูมิภาค และประเทศไทยเองมีศักยภาพในการรองรับการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ได้ และยังมีข้อได้เปรียบประเทศคู่แข่งในด้านของราคาค่าบริการและอัตราค่าครองชีพที่อยู่ในอัตราที่ถูกกว่า ในขณะที่คุณภาพของการรักษาพยาบาลที่อยู่ในระดับใกล้เคียงกัน แต่เพื่อให้การพัฒนา

อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยให้เติบโตเพิ่มมากขึ้นและสามารถเป็นผู้นำในภูมิภาคได้ จึงจำเป็นจะต้องศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความต้องการทางการแพทย์ของชาวต่างชาติในภูมิภาคที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป

ดังนั้นจึงได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ซึ่งมีผลการศึกษา ด้วยวิธีการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ Generalized Least Square (GLS) แบบ Fixed Effect Model สามารถสรุปความสัมพันธ์ได้ดังต่อไปนี้

ในการพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยมาจากปัจจัยทางด้านราคาค่าบริการทางการแพทย์และคุณภาพในการรักษาพยาบาลและโรงพยาบาลเป็นสำคัญ โดยปัจจัยทางด้านราคา ผู้ใช้บริการชาวต่างชาติจะพิจารณาจากราคาค่าบริการทางการแพทย์ทั้งในประเทศไทยและจากประเทศสิงคโปร์ซึ่งถือได้ว่าเป็นสินค้าทดแทนบริการทางการแพทย์ของประเทศไทย ในการตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์ อีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นอย่างมาก คือ คุณภาพของโรงพยาบาลที่สะท้อนถึงมาตรฐานการรักษาพยาบาล ที่เป็นปัจจัยหลักในการพิจารณาการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย โดยพิจารณาทั้งในประเทศไทยและในประเทศคู่แข่งคือประเทศสิงคโปร์อีกด้วย สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ จำนวนผู้ใช้บริการทางการแพทย์ของชาวต่างชาติในปีก่อนหน้าที่สะท้อนถึงความภักดีในสินค้าคือบริการทางการแพทย์และความเชื่อมั่น ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย รายได้ของผู้ใช้บริการชาวต่างชาติ อัตราค่าครองชีพของทั้งภายในประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ ระยะทางจากประเทศต้นทางถึงประเทศไทยที่เป็นตัวแทนของต้นทุนค่าเดินทางและอัตราแลกเปลี่ยน ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสิ้น

เพื่อเป็นการวิเคราะห์ให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ชัดเจนมากยิ่งขึ้น จึงได้แยกการพิจารณาปัจจัยตามกลุ่มประเทศ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การพิจารณาเป็นรายกลุ่มประเทศภายในอาเซียน พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย โดยส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับการพิจารณาในภาพรวม แต่มีบางปัจจัยที่ไม่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ กล่าวคือ

จำนวนผู้ใช้บริการทางการแพทย์ของชาวต่างชาติในปีก่อนหน้า รายได้ของผู้ให้บริการชาวต่างชาติ ปัจจัยทางด้านราคาค่าบริการทางการแพทย์ทั้งในประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ ที่เป็นตัวแทนของราคาสินค้าทดแทน คุณภาพของโรงพยาบาลทั้งในประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ ราคาค่าใช้จ่ายภายในประเทศหรือว่าอัตราค่าครองชีพทั้งในประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ในขณะที่ระยะทางจากประเทศต้นทางถึงประเทศไทยที่เป็นตัวแทนของต้นทุนค่าเดินทางและอัตราแลกเปลี่ยนกลับไม่มีส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และเมื่อพิจารณาเป็นรายกลุ่มประเทศภายนอกอาเซียน พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย โดยส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับการพิจารณาในภาพรวม แต่มีบางปัจจัยที่ไม่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ กล่าวคือ จำนวนผู้ใช้บริการทางการแพทย์ของชาวต่างชาติในปีก่อนหน้า ราคาค่าบริการทางการแพทย์ทั้งในประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ ที่เป็นตัวแทนของราคาสินค้าทดแทน คุณภาพของโรงพยาบาลทั้งในประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ ระยะทางจากประเทศต้นทางถึงประเทศไทยที่เป็นตัวแทนของต้นทุนค่าเดินทางและอัตราแลกเปลี่ยนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ แต่ปัจจัยทางด้านรายได้ของผู้ให้บริการชาวต่างชาติ รวมถึงราคาค่าใช้จ่ายภายในประเทศหรือว่าอัตราค่าครองชีพทั้งภายในประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ กลับไม่มีส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลจากการศึกษาอุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยทางด้านราคาค่าบริการและคุณภาพของโรงพยาบาลทั้งในประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ซึ่งถือว่าเป็นประเทศคู่แข่ง มีปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์หรือการตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย โดยมีปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ จำนวนผู้ใช้บริการทางการแพทย์ของชาวต่างชาติในปีก่อนหน้า ราคาค่าใช้จ่ายภายในประเทศหรืออัตราค่าครองชีพของประเทศคู่แข่งและอัตราดอกเบี้ย ถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย สำหรับปัจจัยทางด้านรายได้ของผู้ให้บริการชาวต่างชาติและราคาค่าใช้จ่ายในประเทศไทยจะส่งผลกระทบต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เฉพาะชาวต่างชาติในกลุ่มประเทศอาเซียนเท่านั้น และตัวแปรระยะทางระหว่างประเทศต้นทางและประเทศไทย จะมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยเฉพาะผู้ใช้บริการชาวต่างชาติในประเทศที่อยู่นอกกลุ่มประเทศอาเซียนเท่านั้น

6.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ดังนั้นเพื่อพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศให้มีการขยายตัวและเป็นผู้นำในภูมิภาค จึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

1. ภาครัฐควรมีการยกระดับระบบสาธารณสุขภายในประเทศให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในภูมิภาคที่ไม่เฉพาะผู้ประกอบการหลักที่เป็นโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น ยังหมายถึงโรงพยาบาลรัฐและระบบสาธารณสุขในภาพรวมของทั้งประเทศ ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคเอกชนให้มีการประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลให้มีมาตรฐานสากล

2. การสนับสนุนของภาครัฐในการพัฒนาอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ นอกจากนโยบายที่สนับสนุนโดยตรง ซึ่งได้แก่ นโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub of Asia) แล้วรัฐบาลควรจะต้องมีการพัฒนาอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เชิงสร้างสรรค์ โดยต้องสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวทางการแพทย์ตั้งแต่อุตสาหกรรมต้นน้ำจนถึงอุตสาหกรรมปลายน้ำ หรือที่เรียกว่าห่วงโซ่อุปทาน (Supply chain) นั่นคือเริ่มตั้งแต่กระบวนการวางแผนการผลิต ไปจนถึงกระทั่งสินค้า ซึ่งในที่นี้คือบริการทางการแพทย์ ถึงมือผู้บริโภค โดยในแต่ละกระบวนการจะต้องมีการเพิ่มคุณค่าในทุกกิจกรรม หรือห่วงโซ่ของการสร้างมูลค่า (Value chain)

สำหรับกระบวนการผลิตในอุตสาหกรรมต้นน้ำของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ภาครัฐควรมีส่วนช่วยในการสนับสนุนนั้นคือ การการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพให้เพียงพอต่อความต้องการและมีการกระจายตัวอย่างสมดุล ทั้งนี้เนื่องจากระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่ต้องการกำลังคนมากกว่าเครื่องจักรหรือเครื่องมือ ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดกับกำลังด้านสุขภาพจะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในภาพรวมด้วย ดังนั้นในกระบวนการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เพียงพอต่อความต้องการจะต้องอาศัยความร่วมมือในหลาย ๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงศึกษาธิการ พร้อมทั้งการประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสรรทุนการศึกษาให้กับเด็กในตำบล อำเภอและจังหวัด ในโครงการผลิตแพทย์ นอกจากการเร่งผลิตบุคลากรทางการแพทย์แล้ว หนึ่งในแนวทางในการแก้ไข

ปัญหาดังกล่าว อาจจะต้องอาศัยการร่วมมือของแพทยสภา ในการศึกษาระเบียบข้อบังคับ ให้แพทย์ชาวต่างประเทศเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทยได้ ซึ่งจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหาบุคลากรขาดแคลนได้ (ชูชาติ เทศสีแดง, บรรณารักษ์, 2552) แต่ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ส่วนใหญ่จะต้องเป็นแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการทำงานเป็นอย่างมาก ดังนั้น นอกจากภาครัฐจะเร่งการผลิตแพทย์แล้วอาจจะต้องมีแนวทางในการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ด้วย เช่น การดึงแพทย์ที่เกษียณอายุมาช่วยงานในด้านของการให้การรักษาพยาบาล, โครงการพัฒนาหลักสูตรทางการแพทย์ในระดับอุดมศึกษาและบัณฑิตศึกษา, การเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการและความสามารถด้านภาษาแก่บุคลากร เป็นต้น

นอกจากการพัฒนาในอุตสาหกรรมต้นน้ำแล้ว ภาครัฐควรให้ความสำคัญกับอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในด้านอื่น ๆ อุตสาหกรรมยา ที่ควรสนับสนุน เช่น โครงการส่งเสริม วิจัยและพัฒนาอุตสาหกรรมยา จัดสรรงบประมาณรายจ่ายเพื่อการวิจัยเพิ่มขึ้น รวมไปถึงปรับปรุงระบบสิทธิบัตรและ พระราชบัญญัติทรัพย์สินทางปัญญา เป็นต้น

หนึ่งในกิจกรรมหลักในการเพิ่มคุณค่าให้กับห่วงโซ่อุปทานของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ นั่นได้แก่ กิจกรรมที่เกี่ยวกับการชักจูงให้ผู้ให้บริการซื้อสินค้าและบริการ (Marketing and Sales) ซึ่งภาครัฐสามารถให้การสนับสนุนกิจกรรมนี้ได้โดยเป็นตัวแทนในการประชาสัมพันธ์ให้นานาชาติได้ทราบถึงศักยภาพของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย รวมถึงการเป็นตัวแทนในการนำเสนอสินค้าให้กับกลุ่มลูกค้า เช่น การเจรจาค้าขายระหว่างประเทศในรูปแบบของ รัฐบาลต่อรัฐบาล (G-to-G = Government to Government) เป็นต้น

สำหรับนโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในภูมิภาค ภาครัฐควรมีการสนับสนุนนโยบายในกรอบความคิดที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นและดำเนินการในโครงการอย่างเป็นรูปธรรม กล่าวคือ การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในภูมิภาคจะต้องชูจุดเด่นของประเทศไทยในด้านของบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีคุณภาพได้มาตรฐานสากลแต่มีอัตราค่าบริการที่ถูกกว่าประเทศอื่นๆ ในมาตรฐานการรักษาที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีบทบาทหน้าที่และรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ปรับปรุงและแก้ไขข้อบกพร่องจากการดำเนินงานและพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ให้เติบโตอย่างยั่งยืนต่อไป

6.3 ข้อจำกัดในการศึกษา และข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

1. ข้อจำกัดในด้านการจัดเก็บข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา โดยตัวแปรที่ใช้แทนอุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในที่นี่อาจยังไม่ใช้ตัวแปรที่ครอบคลุมนิยามของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยไม่สามารถแยกประเภทผู้ป่วยที่มีจุดมุ่งหมายในการเดินทางมาเพื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ซึ่งถือว่าเป็นการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ได้อย่างแน่ชัด เนื่องจากข้อจำกัดด้านข้อมูล ดังนั้นจึงใช้ตัวแปรจำนวนผู้ใช้บริการชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยแทนอุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

สำหรับการศึกษาคั้งต่อไปจึงควรมีวิธีการแยกประเภทของชาวต่างชาติผู้ใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยว่ามีจุดมุ่งหมายเดินทางมาเพื่อเข้ารับการรักษาหรือว่าเป็นชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยอย่างชัดเจน ซึ่งอาจจะทำให้ผลการวิจัยแตกต่างออกไป

2. จำนวนข้อมูลที่ใช้ในการศึกษามีขอบเขตของข้อมูลที่น้อยเกินไป ทั้งนี้เนื่องมาจากข้อจำกัดในการจัดเก็บข้อมูล เช่น ตัวแปรทางด้านราคาค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น ทำให้อาจจะมีผลต่อประมาณค่าสัมประสิทธิ์ในแบบจำลองทางเศรษฐมิติ

3. ควรมีการศึกษาการวิเคราะห์ศักยภาพและสภาพแวดล้อมเพิ่มเติมในส่วนของประเทศคู่แข่ง และนอกจากประเทศสิงคโปร์ ซึ่งในปัจจุบันถือว่าเป็นผู้นำทางด้านกาให้บริการทางการแพทย์แล้ว ควรจะต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เช่น ประเทศมาเลเซีย ประเทศฟิลิปปินส์ เป็นต้น

4. การจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (Asean Economics Community : AEC) ที่จะแล้วเสร็จในปี 2558 ซึ่งจะมีบทบาทมากต่อระบบเศรษฐกิจ โดยภูมิภาคอาเซียนจะเป็นตลาดและฐานการผลิตเดียวกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงการเปิดเสรีบริการสุขภาพ รวมไปถึงการเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพ การศึกษาในคั้งนี้ จะพิจารณาประเทศคู่แข่งในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพียงประเทศเดียว คือประเทศสิงคโปร์และยังไม่ได้พิจารณาถึงกรณีการเปิดเสรีสุขภาพ มีการเคลื่อนย้ายแรงงานได้อย่างเสรี ดังนั้นในงานวิจัยคั้งต่อไปอาจต้องพิจารณาประเด็นของการเปิดเสรีบริการสุขภาพที่มีผลต่ออุปสงค์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เพิ่มเติม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- ชลามรินทร์ สมพงษ์. 2553 . มุมมองของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่มีต่อการท่องเที่ยวหัวหิน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการวางแผนและการจัดการการท่องเที่ยวเพื่อ
อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชูชาติ เทศสีแดง. บทวิเคราะห์ Medical Hub ตอนที่ 1ทางรอดดึงเม็ดเงินเข้าประเทศ. 2552.
แหล่งที่มา: http://thainews.prd.go.th/view.php?m_newsid=255201250163&tb=N255201 [9 พฤษภาคม 2555]
- นราทิพย์ ชูติวงศ์. 2546. ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์จุลภาค. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย
- นิถมน คำเอี่ยม. 2553. แนวโน้มพฤติกรรมกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประชาชนใน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการตลาด บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ. 2538. พฤติกรรมกรรมการท่องเที่ยวในประเทศของนักท่องเที่ยวชาว
ไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาอุตสาหกรรมท่องเที่ยว บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญเลิศ จิตตั้งวัฒนา. 2548. การพัฒนาการท่องเที่ยวแบบยั่งยืน. กรุงเทพฯ: เพรส แอนด์ ดีไซน์
- ประสิทธิ์ วัฒนาภา. 2550. การเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของ
ภูมิภาคเอเชียของประเทศไทย : โอกาส ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ และผลต่อเศรษฐกิจ
ของประเทศ. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- ฝ่ายยุทธศาสตร์ SMEs มหภาค. 2553. คู่มือเพื่อการบริหารการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ สำหรับ
ผู้ประกอบการธุรกิจโรงแรม/สถานพักผ่อน. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลาง
และขนาดย่อม.

ฝ่ายลงทุนธุรกิจการท่องเที่ยว. 2552. โครงการศึกษาโครงสร้างการลงทุนธุรกิจในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (ปี 2551-2552). กรุงเทพฯ: การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย.

พรพวรรณ สกุลศรีจิรวัดณ์. 2548. พฤติกรรมกรรมการท่องเที่ยวภายในประเทศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอุปสงค์ต่อ การท่องเที่ยวภายในของประชาชนในจังหวัดสมุทรสาคร ภาควิชา อำนวยการเมือง จังหวัดสมุทรสาคร. สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขา เศรษฐศาสตร์การจัดการ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

มนตรี ลักษณะรุ่งวงศ์. รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2555.

มิ่งสรรพ์ ขาวสอาด และคณะ. 2540. โครงการศึกษาเพื่อจัดทำแผนแม่บทพัฒนาการท่องเที่ยวของประเทศ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย.

ยุทธศักดิ์ คณาสวัสดิ์. บีไอไอ: สิงคโปร์กับความท้าทายในด้านธุรกิจรักษาพยาบาล. [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา: http://onknow.blogspot.com/2010/07/blog-post_9632.html. [3 กุมภาพันธ์ 2555]

รังสรรค์ ไนชัย. อุปสงค์และอุปทานทางธุรกิจเกษตร. [ออนไลน์]. ม.ป.ป. แหล่งที่มา: <http://www.scribd.com/doc/73434118/Food-Demand> [28 มีนาคม 2554]

วิภาพร มหาชัย. 2544 .พฤติกรรมของนักท่องเที่ยวชาวญี่ปุ่นในจังหวัดเชียงใหม่ต่อการเลือกใช้บริการ สปาเพื่อสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการ อุตสาหกรรมกรรมการท่องเที่ยว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. 2544. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สมดี หงส์ไพศาลวิวัฒน์. โอกาสและกลยุทธ์การตลาดการท่องเที่ยวสุขภาพในประเทศไทย : กรณีศึกษาเฉพาะกลุ่มเอเชียแปซิฟิก ยุโรปและอเมริกา.วารสารบริหารธุรกิจ 28,105 (ม.ค.-มี.ค. 2548).

สมคิด แก้วสนธิ. 2522. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข :หลักทฤษฎีและปฏิบัติ การบริการสาธารณสุขในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญ

สมชาย สุขศิริเสรีกุล.2551. เศรษฐศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

หอการค้าไทย. ยุทธศาสตร์การพัฒนารัฐกิจบริการสุขภาพ. [ออนไลน์]. 2552. แหล่งที่มา: http://rss2.thaichamber.org/userfiles/file/Strategic_business_7_2.pdf

อัศวพงศ์ อั่นทอง และ มิ่งสรรพ์ ขาวสอาด. การวิเคราะห์อุปสงค์การท่องเที่ยวไทยในระยะยาว. วารสารเศรษฐศาสตร์ปริทัศน์ 29 (มิถุนายน 2554): 6-9.

ภาษาอังกฤษ

Choi, I. 2001. Unit Root Tests for Panel Data. Journal of International Money and Finance 20: 249–272.

Chukiat Chalboonsri, Prasert Chaitip and Rangaswamy N. 2008. A Panel Unit Root and Panel Cointegration Test of the Modeling International Tourism Demand in India, Working Paper. Bangalore University.

Fateh Habibi, Khalid Abdul Rahim, Sridar R. and Lee Chin. Dynamic Model for International Tourism Demand for Malaysia : Panel Data Evidence. International Research Journal of Finance and Economics. vol.4, No.1, March 2009.

Francisco J. Ledesma – Rodriguez, Mamuel Navarro – Ibanez and Jorge V. Perez – Rodriguez. 1999. Panel data and tourism demand. The case of Tenerife. Available from: FEDEA:[http://www.fedea.es/hojas/publicaciones.html#](http://www.fedea.es/hojas/publicaciones.html#DocumentosdeTrabajo) DocumentosdeTrabajo [2011, November 17]

Goeldner, Charles R. and Ritchie, J.R. Brent .2006. Tourism: Principles, Practices, Philosophies. 10th edition. New york : John Wiley & Sons.Inc

Grossman. M. 1972. On the concept of health capital and the demand for health. Journal of Political Economy, 80, pp. 223–255. อ้างถึงใน ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Healthcare Services Working Group (HSWG). Executive Summary - Developing Singapore as the Healthcare Service Hub in Asia [Online]. 2006. Available from: http://app.mti.gov.sg/data/pages/507/doc/SHS_Executive%20Summary.pdf [2012,January 31]

Jeffers JR, Bognanno MF, and Bartlett JC. 1971. On the demand versus need for medical services and the concept of shortage. American Journal of Public Health, 61(1): 46-63. อ้างถึงใน สมชาย สุขศิริเสรีกุล.2551. เศรษฐศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Kuo-Liang Wang and Chung-Shu Wu.2003. A Study of Competitiveness of International Tourism in the Southeast Asian Region. Chicago: University of Chicago Press.

Kareem, O.I. 2008. A Panel Data Analysis of Demand for Tourism in Africa. Ibadan Journal of Social Sciences, vol.4, No.1, March

Li, G., Wong, K.K.F., Song, H. and Witt, S.F. 2006. Tourism demand forecasting: a time varying parameter error correction model, Journal of Travel Research, 45(2): 175- 185.

Maeta Chumni. 2001. Tourism Demand Model : Determinants of Thailand's International Tourist Receipts. Master's Thesis, Department of International Economics and Finance, Faculty of Economics, Chulalongkorn University.

Maurice J.G.Bun and Franc J.G.M. Klaassen.2002. The Importance of dynamics in Panel GravityModels of Trade. Department of Quantitative Economics, Faculty of Economics and Econometrics,Universiteit van Amsterdam

- Mohd Hafiz Mohd Hanafiah and Mohd Fauzi Mohd Harun. 2010. Tourism Demand in Malaysia : A Cross-sectional pool time-series analysis. International Journal of Trade, Economics and Finance. Vol. 1, No.1, p.80-83
- Nooch Homrossukhon. 2007. Enhancing Competitive Advantage of the Medical Tourism Industry in Thailand. Master's Thesis, Department of International Business, Faculty of Commerce and Accountancy, Chulalongkorn University.
- Nuttapong Jotikasthira. 2010. Salient factors influencing medical tourism destination choice. Doctoral dissertation, Business administration, Southern Cross University.
- Pailin Watanaplin. 2010. Foreigner's Perception and Influential Factor in Choosing Bumrungrad Hospital Medical Tourism Service. Master's Thesis, Department of International Business, Faculty of Commerce and Accountancy, Chulalongkorn University.
- Song, H., Witt, S.F. and Li, G. 2003. Modeling and forecasting the demand for Thai tourism. Tourism Economics, 9(4), pp. 363-387.
- Supakankunti.S. and Herberholz.C. 2012. Transforming the ASEAN Economic Community (AEC) into A Global Services Hub: Enhancing the Competitiveness of the Health Services Sector in Thailand. ERIA. (Unpublished Manuscript)
- Teresa Garin-Munoz, Luis F. Montero-Martin. 2007. Tourism in the Balearic Islands : A dynamic model for international demand using panel data. Journal of Tourism Management. Vol. 28, p.1224–1235.
- Verbeek Marno. 2004. A Guide to modern econometrics. 2nd ed. West Sussex : John Wiley & Sons.

Wagstaff. A. 1986. THE DEMAND FOR HEALTH: A SIMPLIFIED GROSSMAN MODEL.

Bulletin of Economic Research, 38 (1986), pp. 93–95. อ้างถึงใน สมคิด แก้วสนธิ.

เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : หลักทฤษฎีและปฏิบัติ การบริการสาธารณสุขในประเทศไทย.

กรุงเทพฯ. : โรงพิมพ์สามเจริญ

World Trade Organization. THE GENERAL AGREEMENT ON TRADE IN SERVICES: AN

INTRODUCTION [Online]. 2006. Available : [http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/](http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/ag_e.htm)

[tif_e/ag_e.htm](http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/ag_e.htm). [2010, September 20]

Xiomara Archibald, Jason LaCorbinière. ANALYSIS OF TOURISM COMPETITIVENESS

IN THE CARIBBEAN: A GRAVITY MODEL [Online]. 2008. Available: [http://www.](http://www.centralbank.org.bb/WEBCBB.nsf/vwPublications/88D07451D81C2ADE042577F2005E7CCF/$FILE/2.%20Analysis%20of%20Tourism%20Competitiveness%20in%20the%20Caribbean%20A%20Gravity%20Model%20Approach.pdf)

[centralbank.org.bb/WEBCBB.nsf/vwPublications/88D07451D81C2ADE042577F2005E7CCF/\\$FILE/2.%20Analysis%20of%20Tourism%20Competitiveness%20in%20the%20Caribbean%20A%20Gravity%20Model%20Approach.pdf](http://www.centralbank.org.bb/WEBCBB.nsf/vwPublications/88D07451D81C2ADE042577F2005E7CCF/$FILE/2.%20Analysis%20of%20Tourism%20Competitiveness%20in%20the%20Caribbean%20A%20Gravity%20Model%20Approach.pdf)

[2010, September 20]

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษา

ตารางที่ ก.1

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษา (Correlation Matrix)

	IP	IP_1	Y	RPT	RPS	JCIT	JCIS	M	DIS	ER
IP	1.000000									
IP_1	0.986570	1.000000								
Y	0.600919	0.593192	1.000000							
RPT	0.007604	-0.004124	-0.266369	1.000000						
RPS	-0.229893	-0.244452	-0.319266	0.443251	1.000000					
JCIT	-0.021418	-0.034618	0.045104	0.003978	0.018162	1.000000				
JCIS	-0.029135	-0.005835	0.064408	0.008103	0.024993	0.785769	1.000000			
M	0.022303	0.021997	0.037327	0.020833	0.025973	-0.237502	0.216206	1.000000		
DIS	0.479345	0.480164	0.671585	-0.284529	-0.310082	-0.000543	0.004994	0.005437	1.000000	
ER	0.551263	0.550668	0.759081	-0.237373	-0.268203	-0.038220	-0.034849	-0.005260	0.626211	1.000000

ภาคผนวก ข

การทดสอบ Unit root test และ Cointegration Test

การทดสอบ Unit root test

ตารางที่ ข.1

ผลการทดสอบ Augmented Dickey-Fuller test (ADF) on Residuals

Panel unit root test: Summary

Date: 05/13/12 Time: 10:23

Sample: 2006 2010

Exogenous variables: Individual effects

User specified lags at: 1

Newey-West bandwidth selection using Bartlett kernel

Balanced observations for each test

Method	Statistic	Prob.**	Cross- sections	Obs
Null: Unit root (assumes common unit root process)				
Levin, Lin & Chu t*	-18.8089	0.0000	25	100
Breitung t-stat	-1.36521	0.0861	25	75
Null: Unit root (assumes individual unit root process)				
Im, Pesaran and Shin W-stat	-11.9483	0.0000	25	100
ADF - Fisher Chi-square	104.495	0.0000	25	100
PP - Fisher Chi-square	183.473	0.0000	25	125
Null: No unit root (assumes common unit root process)				
Hadri Z-stat	5.94067	0.0000	25	150

** Probabilities for Fisher tests are computed using an asymptotic Chi-square distribution. All other tests assume asymptotic normality.

การทดสอบความสัมพันธ์เชิงดุลยภาพในระยะยาว (long-term equilibrium relationship) เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดความสัมพันธ์ไม่แท้จริงนั้น ทำได้ด้วยการใช้ส่วนที่เหลือ (residuals) จากสมการถดถอยที่ได้ นำมาทดสอบว่ามีการร่วมไปด้วยกัน (Cointegration) หรือไม่ จากผลการทดสอบดังตารางที่ ข.1 พบว่า ปฏิเสธสมมติฐาน (H_0) ที่ว่าไม่มีลักษณะร่วมไปด้วยกัน (Cointegrated) แสดงให้เห็นว่าการเบี่ยงเบนจากวิถีดุลยภาพ (long-term equilibrium path) นี้มีลักษณะนิ่ง (stationary) จึงสรุปว่า ตัวแปรในแบบจำลองมีความสัมพันธ์เชิงดุลยภาพในระยะยาว ดังนั้น จึงสามารถประมาณค่าต่อไปได้ด้วยวิธี Generalized Least Square (GLS) แบบ Fixed Effect Model

ภาคผนวก ค
ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ด้วยวิธีการ Generalized Least Square (GLS)
แบบ Fixed Effect Model

ตารางที่ ค.1
ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ด้วยวิธีการ Generalized Least Square (GLS)
แบบ Fixed Effect Model
สำหรับ ประเทศต้นทางทั้งหมด 25 ประเทศ

Dependent Variable: IP
 Method: Panel EGLS (Cross-section weights)
 Date: 05/11/12 Time: 11:41
 Sample (adjusted): 2006 2010
 Periods included: 5
 Cross-sections included: 25
 Total panel (balanced) observations: 125
 Linear estimation after one-step weighting matrix

	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	6.967151	0.804874	8.6562	0.00001
IP(-1)	0.646557	0.087680	7.3739	0.00001
Y	3.048290	3.190931	0.9553	0.34199
Pt	-0.372801	0.084361	-4.4191	0.00003
Ps	0.279760	0.104844	2.6684	0.00904
RPT	-3.222540	8.561270	-0.3764	0.70750
RPS	0.000533	0.002197	0.2429	0.08664
JCIT	0.407708	0.068996	5.9091	0.00001
JCIS	-0.069087	0.013745	-5.0265	0.00001
DIS	-0.000827	0.000935	-0.8845	0.37876
ER	0.007095	0.003122	2.2726	0.02543

Effects Specification

Cross-section fixed (dummy variables)

Weighted Statistics

R-squared	0.992332	Mean dependent var	9.792206
Adjusted R-squared	0.989435	S.D. dependent var	1.230075
S.E. of regression	0.126433	Sum squared resid	1.438687
F-statistic	342.5621	Durbin-Watson stat	1.913138
Prob(F-statistic)	0.000000		

Unweighted Statistics

R-squared	0.987589	Mean dependent var	2.272715
Sum squared resid	0.030675	Durbin-Watson stat	1.851238

ตารางที่ ค.2
ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ด้วยวิธีการ Generalized Least Square (GLS)
แบบ Fixed Effect Model
สำหรับ ประเทศต้นทางที่มีใช้ภายในกลุ่มประเทศอาเซียน ทั้งหมด 17 ประเทศ

Dependent Variable: IP
 Method: Panel EGLS (Cross-section weights)
 Date: 05/11/12 Time: 15:33
 Sample (adjusted): 2006 2010
 Cross-sections included: 17
 Total panel (balanced) observations: 85
 Linear estimation after one-step weighting matrix

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	8.12562	1.30216	6.2401	0.00001
IP(-1)	0.628334	0.13280	4.7314	0.00001
Y	1.884191	3.49949	0.5384	0.59235
Pt	-0.420322	0.13682	-3.0721	0.00323
Ps	0.252698	0.14673	1.7222	0.09037
RPT	-0.001386	0.00157	-0.8811	0.38193
RPS	0.025379	0.03565	0.7118	0.47941
JCIT	0.483673	0.10811	4.4740	0.00004
JCIS	-0.075566	0.02043	-3.6995	0.00048
DIS	-0.006635	0.00101	-0.6313	0.05303
ER	0.007574	0.00375	2.0208	0.04792

Effects Specification

Cross-section fixed (dummy variables)

Weighted Statistics

R-squared	0.990755	Mean dependent var	10.11769
Adjusted R-squared	0.986610	S.D. dependent var	1.321697
S.E. of regression	0.152938	Sum squared resid	1.356622
F-statistic	239.0589	Durbin-Watson stat	1.903945
Prob(F-statistic)	0.000000		

Unweighted Statistics

R-squared	0.992770	Mean dependent var	2.306743
Sum squared resid	0.025245	Durbin-Watson stat	1.282976

ตารางที่ ค.3
ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ด้วยวิธีการ Generalized Least Square (GLS)
แบบ Fixed Effect Model
สำหรับ ประเทศต้นทางภายในกลุ่มประเทศอาเซียน 8 ประเทศ

Dependent Variable: IP

Method: Panel EGLS (Cross-section weights)

Date: 05/11/12 Time: 15: 43

Sample (adjusted): 2006 2010

Cross-sections included: 8

Total panel (balanced) observations: 40

Linear estimation after one-step weighting matrix

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
const	6.325610	0.197291	32.0623	0.00001
IP(-1)	0.393230	0.138213	2.8451	0.00942
Y	3.055341	6.467492	0.4724	0.04128
Pt	-0.013355	0.036013	-0.3708	0.01430
Ps	0.669926	0.049224	13.6099	0.00001
RPT	-2.900287	2.468150	-1.1751	0.05252
RPS	0.695799	5.615659	1.1923	0.04583
JCIT	0.055377	0.023183	2.3889	0.02591
JCIS	-0.002829	0.006296	-0.4493	0.06762
DIS	8.483088	6.594779	1.2863	0.21170
ER	8.137130	8.407238	0.9679	0.34363

Effects Specification

Cross-section fixed (dummy variables)

Weighted Statistics

R-squared	0.985629	Mean dependent var	0.571810
Adjusted R-squared	0.978212	S.D. dependent var	0.710790
S.E. of regression	0.001838	Sum squared resid	0.000105
F-statistic	3186.009	Durbin-Watson stat	1.728575
Prob(F-statistic)	0.000000		

Unweighted Statistics

R-squared	0.999171	Mean dependent var	2.200405
Sum squared resid	0.000143	Durbin-Watson stat	1.733745

ภาคผนวก ง
บทสัมภาษณ์

บทสัมภาษณ์

วิทยานิพนธ์ การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์และภาวะการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ เป็นการศึกษา วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่ออุปสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย และทดสอบขนาดของผลกระทบเล็กน้อยเพียงใด อีกทั้งยังศึกษาภาวะการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

สรุปภาพรวมของวิทยานิพนธ์ เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่กระทบต่ออุปสงค์และภาวะการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย ด้วยวิธีการศึกษา 2 รูปแบบ คือ

1. การศึกษาในเชิงปริมาณด้วยการนำข้อมูลทุติยภูมิมาใช้ในการคำนวณหาปัจจัยและขนาดของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์
2. การศึกษาในเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประเมินสถานการณ์ความพร้อมของประเทศไทยในการรองรับการขยายตัวของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และการวิเคราะห์ SWOT analysis จุดแข็งจุดอ่อนของประเทศไทยและประเทศสิงคโปร์ในฐานะประเทศคู่แข่งภายในภูมิภาค

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ นายแพทย์มนตรี ลักษณะรุ่งศ์

ตำแหน่งงาน รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

บทสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์และภาวะการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

1. ท่านคิดว่าสถานการณ์ปัจจุบันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย เป็นอย่างไร
การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เป็นอุตสาหกรรมที่เกิดขึ้นมาได้ระยะเวลาไม่นานแต่มีการเติบโตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นการนำรายได้เข้าประเทศเป็นอย่างมาก โดยในระยะแรกจะเป็นการเข้ามาโดยมีจุดประสงค์เพื่อการรักษาพยาบาลบำบัดโรค แต่ในระยะหลังจะเป็นการเข้ามาเพื่อการคัดสรรมตถกต่าง ที่ใช้เวลาในการรักษาไม่นาน จึงทำให้เกิดการท่องเที่ยวหลังจากการรักษาตามมา จึงเป็นที่มาของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ สถานการณ์ในปัจจุบันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยัง

อยู่ในเกณฑ์ที่ดี มีการเติบโตพอสมควร แต่ปัจจุบันการแข่งขันของอุตสาหกรรมดังกล่าวมีความรุนแรงมากขึ้น จำนวนคู่แข่งในภูมิภาคมีมากขึ้นทั้งสิงคโปร์ที่เป็นคู่แข่งที่ศักยภาพอยู่แล้ว ประเทศมาเลเซียที่เริ่มมีการพัฒนาด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้สถานการณ์ภายในประเทศ ประเทศที่เป็นผลกระทบเชิงลบต่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ทั้งความขัดแย้งทางการเมืองภายในประเทศและภัยธรรมชาติที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ทั้งสิ้น

2. ท่านคิดว่าปัจจัยทางด้านราคาการรักษาพยาบาลและคุณภาพโรงพยาบาลไทยมีผลต่อการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศของชาวต่างชาติ อย่างไรบ้าง และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลกระทบต่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบเป็นอย่างมากต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยได้แก่ ปัจจัยทางด้านราคาและคุณภาพโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ใช้บริการต้องการความพึงพอใจสูงสุดจากการเข้ารับการรักษาพยาบาล ที่มีคุณภาพการรักษาเป็นมาตรฐานสากลในขณะที่ราคาถูกกว่าประเทศอื่น ๆ ด้านราคาค่าบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย จากการที่มีผู้แข่งขันภายในประเทศได้แก่ผู้ประกอบการธุรกิจโรงพยาบาลเข้ามาในตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ทำให้ราคาค่าบริการพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นจากเดิม ทำให้ความแตกต่างทางด้านราคาในประเทศไทยกับตลาดต่างประเทศไม่ค่อยมีความแตกต่างมากนัก ดังนั้นผู้ใช้บริการในอนาคตจะใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจจากคุณภาพในการรักษาพยาบาลเป็นสำคัญ สำหรับตัวแปรทางด้านรายได้ มีผลในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในระดับหนึ่งแต่ไม่ใช่ทั้งหมด ตัวแปรทางด้านรายได้จะสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามลักษณะของผู้ใช้บริการ คือ ผู้ใช้บริการที่มีกำลังในการใช้จ่ายได้เอง และอีกประเภทคือ ผู้ใช้บริการที่รัฐบาลภายในประเทศตนให้การสนับสนุน ดังนั้นตัวแปรรายได้ บางครั้งอาจจะต้องขึ้นอยู่กับรัฐบาลในประเทศนั้น ๆ ด้วย เช่น ในบางประเทศรัฐบาลให้การสนับสนุนทางด้านท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เนื่องจากการรักษาพยาบาลในประเทศรัฐบาลจะต้องให้งบประมาณในการสนับสนุนมากกว่าการให้ผู้ใช้บริการชาวต่างชาติเดินทางมาเพื่อรับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยผลักดันอื่น ๆ จากประเทศต้นทาง เช่น นโยบายประกันสุขภาพของประเทศต้นทาง, การประชาสัมพันธ์ทางการตลาดของผู้ประกอบการธุรกิจบริการสุขภาพในประเทศไทย

2. ท่านคิดว่านโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub of Asia) มีส่วนสนับสนุนให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หรือธุรกิจบริการสุขภาพขยายตัวมากขึ้นเพียงใด และควรมีการสนับสนุนจากภาครัฐในรูปแบบใดเพิ่มเติม

กรอบความคิดในนโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในภูมิภาคในระยะเริ่มต้นยังไม่มีส่วนสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มากนัก ทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดกรอบนโยบายยังไม่มีที่ชัดเจน และขาดทิศทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และจากการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพ ประเทศไทยมีจุดเด่นในด้านการรักษาพยาบาลในรูปแบบของแพทย์แผนปัจจุบันเป็นอย่างมาก แต่การกำหนดกรอบของนโยบายยังไม่ได้ตอบโจทย์ของผู้ใช้บริการที่ต้องการการรักษาพยาบาลในรูปแบบของแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่ารูปแบบอื่น ๆ เช่น แพทย์ทางเลือกและบริการเชิงส่งเสริมสุขภาพ แต่ในระยะหลังที่เป็นแผนนโยบายฉบับที่สองเริ่มมีการพัฒนาและส่งเสริมจุดเด่นด้านการรักษาพยาบาลในประเทศไทยมากขึ้น จึงช่วยกระตุ้นให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีการขยายตัวได้เพิ่มขึ้น สำหรับการสนับสนุนจากภาครัฐคือ ต้องการให้ภาครัฐยกระดับมาตรฐานระบบสาธารณสุขให้มีสูงขึ้น ส่งเสริมให้โรงพยาบาลต่าง ๆ รักษามาตรฐานโรงพยาบาลแต่ในขณะเดียวกันจะต้องควบคุมราคาค่าพยาบาลไม่ให้สูงจนเกินไป ทำให้ผู้ใช้บริการทั้งภายในประเทศและชาวต่างชาติได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพในราคาที่สามารรถเข้าถึงได้

4. ท่านคิดว่าการจัดตั้งประชาคมอาเซียน (ASEAN Economic Community : AEC) ส่งผลกระทบต่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และธุรกิจบริการสุขภาพในประเทศไทยอย่างไรบ้าง และท่านมีแนวทางในการปรับตัวเพื่อรองรับการจัดตั้งประชาคมอาเซียนอย่างไร

การจัดตั้งประชาคมอาเซียน (ASEAN Economic Community : AEC) ส่งผลในด้านของการไหลของบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากการไหลของผู้ให้บริการชาวต่างประเทศ และการเข้ามาของทุนต่างประเทศ สำหรับการปรับตัวเพื่อรองรับการจัดตั้งประชาคมอาเซียน จะต้องเริ่มตั้งแต่การเปลี่ยนกรอบแนวคิดนโยบายในการสนับสนุน จะต้องมองในภาพรวมของประเทศให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น อีกทั้งจะต้องปรับตัวในด้านคุณภาพของประเทศเรา จุดเด่นอีกอย่างของประเทศไทยนั้นคือบุคลิกภาพเฉพาะของคนไทยที่มีความสุภาพ อ่อนน้อม ที่มาจากวัฒนธรรมด้านดีของประเทศไทย จะต้องนำมาใช้ปรับให้เข้ากับบริการทางการแพทย์ของประเทศไทย เพื่อเป็นข้อได้เปรียบในการดึงดูดผู้ใช้บริการชาวต่างชาติ ให้สามารถแข่งขันและอยู่ในภาวะที่มีการจัดตั้งประชาคมอาเซียนได้

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสร้อยพัชร คล่องดี เกิดเมื่อวันที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2529 จังหวัดมุกดาหาร สำเร็จการศึกษาเศรษฐศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี 2551 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2552