# การขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เชิงท่องเที่ยวและกรณีศึกษาผู้บริการทางการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ Gulf Cooperation Council (GCC)

# DRIVING THE POLICY OF A MEDICAL HUB FOR TOURISM AND CASE STUDIES OF MEDICAL SEVICE PROVIDERS FROM THE GULF COOPERATION COUNCIL

กรภัทร ขัมพานนท์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2568

# การขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เชิงท่องเที่ยวและกรณีศึกษาผู้บริการทางการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ Gulf Cooperation Council (GCC)

กรภัทร ขัมพานนท์

ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายและการจัดการสาธารณะ
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2568
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

# DRIVING THE POLICY OF A MEDICAL HUB FOR TOURISM AND CASE STUDIES OF MEDICAL SEVICE PROVIDERS FROM THE GULF COOPERATION COUNCIL COUNTRIES.

KORNPATARA KHUMPANONT

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of MASTER OF PUBLIC ADMINISTRATION

(Public Policy and Management)

Faculty of Social Sciences, Srinakharinwirot University

2025

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

การขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เชิงท่องเที่ยวและกรณีศึกษาผู้บริการทางการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ Gulf Cooperation Council (GCC)

ของ

กรภัทร ขัมพานนท์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายและการจัดการสาธารณะ
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

---

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

---

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มาโนชญ์ อารีย์)

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬ์ณี ตันติกุลานันท์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุลศักดิ์ ชาญณรงค์)

| | |
|---|---|
| ชื่อเรื่อง | การขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เชิงท่องเที่ยว และกรณีศึกษาผู้บริการทางการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ Gulf Cooperation Council (GCC) |
| ผู้วิจัย | กรภัทร ขัมพานนท์ |
| ปริญญา | รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต |
| ปีการศึกษา | 2568 |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มาโนชญ์ อารีย์ |

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ของประเทศไทยที่มุ่งดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย การวิจัยใช้ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เอกสารและสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) กับผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับมาตรฐาน JCI และล่ามทางการแพทย์ ผลการวิจัยพบว่า ประเทศไทยมีนโยบาย Medical Hub ที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและสามารถถ่ายทอดสู่การปฏิบัติจริงในระดับโรงพยาบาล เช่น การพัฒนาบุคลากร การลงทุนเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยจาก GCC ทั้งในด้านศาสนา วัฒนธรรม ความเป็นส่วนตัว และบริการครอบครัว ปัจจัยสำคัญที่ดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ได้แก่ คุณภาพและเทคโนโลยีการรักษาที่ทันสมัย การให้บริการแบบองค์รวมและอบอุ่นแบบไทย การจัดบริการที่เคารพหลักศาสนาอิสลาม ความโปร่งใสด้านค่าใช้จ่าย สภาพแวดล้อมการท่องเที่ยวที่เอื้อต่อการพักฟื้น และความสะดวกด้านโครงสร้างพื้นฐาน ผลการศึกษาชี้ว่า ปัจจัยเหล่านี้ช่วยสร้างความเชื่อมั่นและทำให้ประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางสำคัญสำหรับนักท่องเที่ยวจาก GCC ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ คือ ควรพัฒนาบริการเฉพาะกลุ่ม เช่น ห้องพักที่เหมาะสมกับครอบครัวและบริการแพทย์หญิง เสริมระบบ Telemedicine และสร้างฐานข้อมูลกลางเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ คือ ควรศึกษาเชิงลึกประสบการณ์ผู้ป่วย GCC และเปรียบเทียบกับประเทศคู่แข่งในภูมิภาคเพื่อยกระดับขีดความสามารถของไทยในฐานะ Medical Hub ระดับนานาชาติ

| | |
|---|---|
| Title | DRIVING THE POLICY OF A MEDICAL HUB FOR TOURISM AND CASE STUDIES OF MEDICAL SEVICE PROVIDERS FROM THE GULF COOPERATION COUNCIL COUNTRIES. |
| Author | KORNPATARA KHUMPANONT |
| Degree | MASTER OF PUBLIC ADMINISTRATION |
| Academic Year | 2025 |
| Thesis Advisor | Assistant Professor Dr. Manoch Aree |

This study aims to examine the situation of Thailand's Medical Hub policy in attracting medical tourists from the Gulf Cooperation Council (GCC) countries and to analyze the key factors influencing their decision to seek medical services in Thailand. A qualitative research methodology was employed, combining document analysis with in-depth and semi-structured interviews involving executives from JCI-accredited private hospitals and medical interpreters. The findings reveal that Thailand's Medical Hub policy has been implemented consistently and effectively translated into hospital-level practices, such as human resource development, investment in advanced medical technologies, and tailored services that meet the specific needs of GCC patients in terms of religion, culture, privacy, and family-oriented care. The major factors attracting medical tourists include high-quality and advanced medical treatments, holistic and hospitable Thai-style services, respect for Islamic practices, transparent pricing, favorable recovery environments, and convenient infrastructure. These elements build confidence and position Thailand as a leading medical tourism destination for GCC patients. Practical recommendations include the development of customized services, such as family-oriented accommodations and female physicians, the enhancement of Telemedicine systems, and the establishment of centralized information databases to increase credibility. Academic recommendations suggest further research on the lived experiences of GCC patients and comparative studies with regional competitors to strengthen Thailand's competitive capacity as an international Medical Hub.

# กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์มาโนชญ์ อารีย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และเมตตาเสมอมา จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ขอกราบขอบพระคุณประธานกรรมการและคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์และถูกต้องตามหลักวิชาการมากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้บริหารและล่ามจากโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และโรงพยาบาลสมิติเวชทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัยในครั้งนี้ หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์จากท่านวิทยานิพนธ์ฉบับนี้คงไม่สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีสุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาและครอบครัว ที่ได้ให้การสนับสนุน มอบความรัก และเป็นกำลังใจที่สำคัญที่สุดเสมอมา ขอบคุณเพื่อนๆ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีตลอดระยะเวลาการศึกษาคุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

กรภัทร ขัมพานนท์

# สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

บทที่ 1 ..... 1

บทนำ ..... 1

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ..... 1

1.2 คำถามงานวิจัย ..... 2

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย ..... 3

1.4 ขอบเขตการวิจัย ..... 3

1) ขอบเขตด้านเนื้อหา ..... 3

2) ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลหลัก ..... 3

3) ขอบเขตด้านพื้นที่ ..... 4

4) ขอบเขตด้านระยะเวลา ..... 4

5) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ..... 4

6 นิยามศัพท์เฉพาะ ..... 5

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) หมายถึง คือการเคลื่อนย้ายเดินทางไปยังต่างประเทศเพื่อรับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน พร้อมวางแผนท่องเที่ยวหรือพักฟื้นในช่วงเดียวกัน ขอบเขตรวมถึงการรักษาและหัตถการหลากหลาย เช่น การผ่าตัด การศัลยกรรมตกแต่ง การทำทันตกรรม และการบำบัดเฉพาะทาง ปัจจัยดึงดูดสำคัญ ได้แก่ ความคุ้มค่าเมื่อเทียบคุณภาพกับค่าใช้จ่าย ระยะเวลารอคิวที่สั้น และระบบบริการที่เอื้อต่อผู้ป่วยต่างชาติ ประเทศไทยเป็นตัวอย่างจุดหมายปลายทางที่มีโรงพยาบาลมาตรฐานสากลและบริการดูแลผู้ป่วยต่างชาติแบบครบวงจร ..... 5

นโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ครบวงจร (Medical Hub) หมายถึง กรอบยุทธศาสตร์ระยะสิบปี (พ.ศ. 2560–2569) ที่ตั้งเป้ายกระดับประเทศไทยสู่ฐานกลางบริการสุขภาพในระดับนานาชาติ ผ่านการบูรณาการ 4 มิติ ได้แก่ (1) บริการรักษาพยาบาล (2) การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ (3) งานวิจัยและพัฒนา และ (4) การผลิตสินค้าและบริการทางการแพทย์ เพื่อให้บริการมีมาตรฐานสากลและเสริมศักยภาพการดึงดูดผู้รับบริการจากต่างประเทศ .....5

การบริการทางสุขภาพ (Health Services) หมายถึง ระบบและกระบวนการดูแลสุขภาพที่จัดให้โดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่มีมาตรฐาน โดยทีมวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกับเทคโนโลยีและอุปกรณ์ที่เหมาะสม ครอบคลุมบริการตั้งแต่การส่งเสริมและป้องกันโรค การตรวจคัดกรองและวินิจฉัย การรักษาและผ่าตัด งานศัลยกรรม งานทันตกรรม ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามต่อเนื่องหลังการรักษา .....5

กลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (Gulf Cooperation Council: GCC) หมายถึง กรอบความร่วมมือระหว่างประเทศในภูมิภาคอ่าวอาหรับจำนวน 6 ประเทศ ได้แก่ ซาอุดีอาระเบีย คูเวต โอมาน สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ กาตาร์ และบาห์เรน ที่ร่วมกันผลักดันประเด็นเศรษฐกิจ การเมือง ความมั่นคง และการพัฒนาสังคม ทั้งยังเป็นตลาดสำคัญด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์เนื่องจากมีกำลังซื้อสูงและให้ความสำคัญกับคุณภาพและความปลอดภัยของการรักษาผู้บริการทางการแพทย์ หมายถึง บุคคลหรือองค์กรที่มีหน้าที่จัดบริการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนภายใต้กรอบวิชาชีพและมาตรฐานที่กำหนด อาทิ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ตลอดจนสถานพยาบาลและคลินิกที่ดำเนินการให้คำปรึกษา ตรวจวินิจฉัย รักษา ผ่าตัด ศัลยกรรม ฟื้นฟู และบริการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกัน .....5

การขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทย หมายถึง กระบวนการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ของรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อยกระดับประเทศให้เป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ ครอบคลุมการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและมาตรฐานบริการ การเสริมสมรรถนะบุคลากร การนำเทคโนโลยีทางการแพทย์และดิจิทัลมาปรับใช้ การส่งเสริมนวัตกรรมและการวิจัย ตลอดจนความร่วมมือระหว่างประเทศและมาตรการอำนวยความสะดวกด้านการเดินทางและการเข้าถึงบริการ เพื่อดึงดูดผู้รับบริการจากต่างประเทศ รวมถึงกลุ่มประเทศ GCC .....6

บทที่ 2 .....1

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....1

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ .....1

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เป็นรูปแบบที่ผสมผสานการรักษาพยาบาลเข้ากับกิจกรรมท่องเที่ยวในประเทศปลายทาง จุดแข็งสำคัญอยู่ที่การได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงในราคาที่เหมาะสม พร้อมบริการครบวงจรตั้งแต่ขั้นตอนการจัดการรักษาไปจนถึงการพักฟื้น รวมทั้งการดูแลที่สอดคล้องกับมิติทางวัฒนธรรมและศาสนาของผู้ป่วย โรงพยาบาลและสถานพยาบาลหลายแห่งได้รับการรับรองมาตรฐานระดับสากล เช่น Joint Commission International (JCI) ซึ่งเป็นเครื่องยืนยันถึงคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยเหล่านี้ผลักดันให้ตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพขยายตัว โดยเฉพาะในประเทศที่มีระบบสาธารณสุขและอุตสาหกรรมท่องเที่ยวรองรับอย่างเข้มแข็ง อาทิ ไทย อินเดีย และสิงคโปร์ .....4

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยเป็น Medical Hub.....4

1. การพัฒนาบริการทางการแพทย์.....5

ไทยเดินหน้าลงทุนทั้งด้านสถานพยาบาลและเทคโนโลยีการแพทย์ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ ขณะที่โรงพยาบาลแนวหน้าหลายแห่ง เช่น บำรุงราษฎร์ และกรุงเทพ ได้รับการรับรองมาตรฐานสากลอย่าง JCI ซึ่งเอื้อต่อการดึงดูดผู้ป่วยจากต่างประเทศ (Deloitte., 2020) พร้อมกันนี้ ภาครัฐยังผลักดันการอบรมเสริมสมรรถนะบุคลากรในสาขาเฉพาะทาง เช่น หัวใจและมะเร็งวิทยา เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของระบบสุขภาพโดยรวม.....5

2. การส่งเสริมบริการสุขภาพเชิงป้องกัน.....5

ไทยเน้นบริการสุขภาพแบบครบมิติ รักษา ส่งเสริม ป้องกัน ควบคู่กิจกรรมอย่างสปาและโยคะ และพัฒนา Wellness Tourism ที่ผสานการแพทย์กับการพักผ่อนในสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการฟื้นฟู (Connell, 2013).....5

3. การวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์.....5

4. การผลิตสินค้าและอุปกรณ์ทางการแพทย์.....5

เพื่อผลักดันบทบาทของประเทศไทยในฐานะ Medical Hub รัฐบาลได้ดำเนินนโยบายสนับสนุนการลงทุนด้านอุตสาหกรรมการแพทย์ โดยเน้นการพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่ได้มาตรฐานสากล ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือแพทย์ ยา หรือวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป้าหมายสำคัญคือการเสริมสร้างศักยภาพการพึ่งพา

ตนเองในการผลิต และต่อยอดสู่การขยายตลาดส่งออกไปยังต่างประเทศ (Turner, 2007) .....5

นโยบายและการสนับสนุนจากภาครัฐ .....5

1. คุณภาพของบริการทางการแพทย์.....7

ปัจจัยชี้ขาดของความสำเร็จนโยบาย Medical Hub คือ “คุณภาพบริการทางการแพทย์” ของประเทศ ไทยได้ยกระดับมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยมีตัวอย่างเด่นคือโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์และเครือโรงพยาบาลกรุงเทพซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐาน Joint Commission International (JCI) อันเป็นดัชนีชี้วัดด้านความปลอดภัย คุณภาพการรักษา และระบบบริหารจัดการที่เชื่อถือได้ การรับรองดังกล่าวทำหน้าที่เป็นสัญญาณความน่าเชื่อถือแก่ผู้เดินทางเพื่อรับการรักษาและช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเลือกประเทศไทย (Connell, 2013).....7

ขณะเดียวกัน ประเทศไทยลงทุนเทคโนโลยีทางการแพทย์รุ่นใหม่ อาทิ ระบบหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด เลเซอร์รักษา และการผ่าตัดผ่านกล้อง เพื่อยกระดับประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการดูแล อีกทั้งแพทย์จำนวนมากผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางต่างประเทศ จนเกิดความเชี่ยวชาญในสาขาหัวใจ ศัลยกรรมความงาม และมะเร็งวิทยา ส่งผลให้ไทยโดดเด่นในฐานะจุดหมายของผู้ที่แสวงหาการรักษาขั้นก้าวหน้า (Turner, 2007).....7

2. ต้นทุนการรักษาที่เหมาะสม .....7

3. โครงสร้างพื้นฐานที่มีความพร้อม .....7

4. ความพร้อมด้านบุคลากรทางการแพทย์.....8

กำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพถือเป็นแกนหลักของยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนประเทศไทยสู่การเป็น Medical Hub แพทย์และพยาบาลได้รับการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากการฝึกอบรมภายในประเทศและการเพิ่มพูนทักษะในต่างประเทศ ส่งผลให้เกิดความเชี่ยวชาญในหลายสาขา อาทิ ศัลยกรรมหัวใจ มะเร็งวิทยา และศัลยกรรมตกแต่ง อีกทั้งยังมีทักษะด้านภาษา โดยเฉพาะภาษาอังกฤษ ซึ่งช่วยลดอุปสรรคด้านการสื่อสารและเพิ่มประสบการณ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยจากนานาประเทศ (Lunt, 2011) .....8

นอกจากทีมแพทย์และพยาบาลแล้ว ประเทศไทยยังมีเครือข่ายสหวิชาชีพที่แข็งแกร่ง เช่น นักกายภาพบำบัดและผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่สามารถเชื่อมต่อการดูแลจากช่วงหลังการรักษาไปจนถึงระยะฟื้นฟูได้อย่างมีระบบ การดูแลที่ครบวงจรและครอบคลุมนี้ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ปัจจัยด้านทักษะ ความชำนาญ และความพร้อมดังกล่าว จึงเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้ประเทศไทยสามารถรักษาบทบาทของตนในฐานะศูนย์กลางการแพทย์ทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก (Thailand., 2016) ....8

5. การสนับสนุนจากภาครัฐ ....8

6. การตอบสนองความต้องการด้านวัฒนธรรมและความเชื่อ ....9

การก้าวสู่บทบาท “ศูนย์กลางทางการแพทย์” ของประเทศไทยเกิดจากการบูรณาการหลายด้านอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การให้บริการรักษาที่ได้มาตรฐานและน่าเชื่อถือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สามารถแข่งขันได้ การมีโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขและการคมนาคมที่ทันสมัย ตลอดจนศักยภาพของแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ อีกทั้งยังได้รับแรงหนุนจากมาตรการเชิงนโยบายของภาครัฐ ปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่การเติบโตของเศรษฐกิจสุขภาพและการยกระดับสถานะของไทยในเวทีภูมิภาคและระดับโลก ขณะเดียวกัน การออกแบบบริการที่สอดคล้องกับภาษา อาหาร ศาสนา และค่านิยมของผู้ป่วยจากหลากหลายวัฒนธรรมยังช่วยสร้างความเชื่อมั่นและเสริมความได้เปรียบในการแข่งขันในตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วและซับซ้อน ....10

ปัจจัยที่ดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จาก GCC มายังประเทศไทย ....10

ประเทศไทยถูกเลือกเป็นจุดหมายด้านสุขภาพของผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) อย่างต่อเนื่อง ด้วยชุดปัจจัยเสริมกัน ได้แก่ มาตรฐานบริการทางคลินิก ความไวต่อวัฒนธรรมและศาสนา ตลอดจนการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูง พร้อมแรงหนุนจากภาครัฐเอกชนที่สม่ำเสมอ ....10

1. คุณภาพของบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ....10

2. ความสำคัญของวัฒนธรรมและศาสนาในการเลือกใช้บริการ ....11

3. การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง ....11

การจัดการนโยบายสาธารณะหมายถึงกระบวนการกำหนดทิศทางและการลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาหรือสนองตอบต่อความท้าทายทางสังคมและเศรษฐกิจ กระบวนการนี้ครอบคลุมการ

จัดสรรทรัพยากร การประสานงานร่วมกันของหลายหน่วยงาน และการติดตามประเมินผล เพื่อให้เป้าหมายสาธารณะเกิดผลในทางปฏิบัติ นักวิชาการไทยได้เน้นย้ำเงื่อนไขสำคัญ เช่น ความจำเป็นของการบูรณาการหน่วยงานกับการวางแผนอย่างเป็นระบบเพื่อให้บริการสาธารณะตอบสนองต่อความต้องการจริงของประชาชน (พงษ์พิสิฐ วุฒิเสลา, 2556) การเพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมของสังคมเพื่อหนุนเสริมความโปร่งใสและความยั่งยืน (พานิช, 2561) รวมถึงการยึดหลักความเป็นธรรมและการกระจายทรัพยากรอย่างเสมอภาคเพื่อใช้เป็นกรอบในการตัดสินใจเชิงนโยบาย (พงษ์สวัสดิ์, 2563).....12

ความหมายของนโยบายสาธารณะ.....13

ลักษณะสำคัญของนโยบายสาธารณะ (Anderson, 1994).....13

กระบวนการนโยบายสาธารณะ.....15

ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ.....17

ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ.....17

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่านักวิชาการได้ให้คำจำกัดความของ “การนำนโยบายไปปฏิบัติ” ไว้หลากหลายแง่มุม ดังนี้.....17

ความสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติ.....17

ขอบเขตการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ.....18

การวิจัยว่าด้วยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมักตั้งคำถามสำคัญหลายประการ เช่น นโยบายถูกนำไปปฏิบัติในลักษณะใด และด้วยเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น หน่วยงานใดบ้างที่มีบทบาทโดยตรงในกระบวนการปฏิบัติ ปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ วิธีการสร้างความสำเร็จควรเป็นอย่างไร และกลยุทธ์ใดสามารถประยุกต์ใช้เพื่อทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ (หนิมพานิช, 2554) คำถามเหล่านี้เป็นจุดตั้งต้นในการสร้างองค์ความรู้และแนวทางการศึกษาที่หลากหลาย.....18

กระบวนการในการนำนโยบายไปปฏิบัติ.....18

1) ฝ่ายการเมือง.....20

2) ระบบราชการ.....20

3) ข้าราชการ.....21

4) ผู้ได้รับผลจากนโยบาย .....21
ความสัมพันธ์ของเครือข่ายองค์การสาธารณะในระบบนโยบาย.....21
แนวคิดเกี่ยวกับความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ .....22
ความหมายของความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ .....23
ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติ .....23
2. ปัญหาที่เกิดจากการกำหนดนโยบาย.....26
3. ปัญหาจากแผนงานหรือการขาดความรู้ .....26
การวัดความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ .....27
จากตัวแบบของ (Sabatier, 1980) การประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติสามารถวัดได้จาก 5 ตัวแปรหลัก ดังนี้.....27
1. ผลผลิตของหน่วยงานผู้ปฏิบัติ (Policy Outputs) หมายถึงการแปลงเป้าหมายของนโยบายให้เป็นมาตรการหรือกิจกรรมที่ชัดเจน ซึ่งมักเผชิญทั้งความร่วมมือและการต่อต้าน ส่งผลต่อความรวดเร็วและประสิทธิภาพของการดำเนินงาน .....27
2. การยอมรับของกลุ่มเป้าหมาย (Compliance by Target Groups) การปฏิบัติตามนโยบายขึ้นอยู่กับการรับรู้ถึงประโยชน์และผลเสียที่ได้รับ หากขาดแรงจูงใจ อาจจำเป็นต้องใช้มาตรการทางกฎหมาย การลงโทษ หรือการสร้างความชอบธรรมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตาม .27
3. ผลกระทบจริงของนโยบาย (Actual Impacts) เป็นการพิจารณาว่าผลผลิตที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยคำนึงถึงการยอมรับของกลุ่มเป้าหมาย ความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่อาจทำให้ผลลัพธ์คลาดเคลื่อน27
4. ผลกระทบที่รับรู้ได้ (Perceived Impacts) สะท้อนการประเมินของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งแม้จะไม่ใช่ผลลัพธ์จริง แต่มีอิทธิพลต่อการตีความคุณค่าของนโยบาย และอาจนำไปสู่การปรับเปลี่ยนหรือทบทวนในอนาคต .....27
แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ .....28
การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ อาศัยทั้งกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำตัวแบบทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับมาใช้ในการอธิบาย

กระบวนการปฏิบัตินโยบาย พร้อมประมวลและสังเคราะห์ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสร้างกรอบแนวคิดเบื้องต้นสำหรับการวิจัยครั้งนี้....28

ตัวแบบเชิงทฤษฎีของการนำนโยบายไปปฏิบัติ....28

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง....30

บทที่ 3....1

วิธีดำเนินการวิจัย....1

1. แบบแผนการวิจัย....1

2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก....1

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) เช่น ตำแหน่ง ระดับตำแหน่ง หน้าที่ที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน....2

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มุ่งเน้นการดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC)....2

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล....4

บทที่ 4....1

ผลการดำเนินการวิจัย....1

ผู้บริหารโรงพยาบาลสมิติเวช....2

ล่ามโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์....3

ล่ามโรงพยาบาลสมิติเวช....3

สรุปและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้....4

4.1.2 โรงพยาบาลของท่านและบุคลากรทางการแพทย์มีการจัดบริการนักท่องเที่ยวกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) อย่างไรที่สอดคล้องกับนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์....5

ผู้บริหารโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์....5

ผู้บริหารโรงพยาบาลสมิติเวช....5

ล่ามโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์....6

ล่ามโรงพยาบาลสมิติเวช....7

สรุปและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้ ....8
ผู้บริหารโรงพยาบาลสมิติเวช ....9
ล่ามโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ....10
ล่ามโรงพยาบาลสมิติเวช ....11
สรุปและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้ ....12
ผู้บริหารโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ....12
ผู้บริหารโรงพยาบาลสมิติเวช ....13
ล่ามโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ....15
ล่ามโรงพยาบาลสมิติเวช ....15
สรุปและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้ ....16
4.2.2 ปัญหาและอุปสรรคของการให้บริการนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) มีอะไรบ้าง จงอธิบาย ....17
ผู้บริหารโรงพยาบาลสมิติเวช ....18
ล่ามโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ....19
ล่ามโรงพยาบาลสมิติเวช ....20
สรุปและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้ ....21
4.2.3 รัฐควรสนับสนุนและพัฒนา Medical Hub อย่างไร เพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ....22
ผู้บริหารโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ....22
ผู้บริหารโรงพยาบาลสมิติเวช ....23
ล่ามโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ....24
ล่ามโรงพยาบาลสมิติเวช ....25
สรุปและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้ ....25
ผู้บริหารโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ....26

ผู้บริหารโรงพยาบาลสมิติเวช .....27
ล่ามโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ .....29
ล่ามโรงพยาบาลสมิติเวช .....30
4.2 ปัจจัยในการดึงดูดนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ให้เลือกใช้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทย .....32
บทที่ 5 .....1
สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ .....1
5.1 สรุปผลการวิจัย .....1
ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC มีลักษณะเป็นการบูรณาการหลากหลายมิติ ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 7 ด้านที่สำคัญ ดังนี้ .....2
5.2 อภิปรายผลการวิจัย .....3
1. สถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบาย Medical Hub ของประเทศไทยที่มุ่งเน้นกลุ่มประเทศ GCC .....3
2. ปัจจัยในการดึงดูดผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC .....3
5.3 ข้อเสนอแนะ .....4
5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ .....4
5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป .....5
บรรณานุกรม .....6
ประวัติผู้เขียน .....11

# บทที่ 1

# บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีเป้าหมายเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในเอเชีย โดยเน้นการยกระดับบริการสุขภาพควบคู่กับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ด้วยคุณภาพการรักษาที่ได้มาตรฐานในราคาที่เข้าถึงได้ จึงเป็นจุดหมายปลายทางที่ได้รับความนิยม อีกทั้งยังส่งผลดีต่อภาคเศรษฐกิจอื่น ๆ เช่น โรงแรมและบริการท่องเที่ยว โดยเฉพาะนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศ GCC ที่ให้ความสำคัญกับบริการที่สอดคล้องกับศาสนาและวัฒนธรรม เช่น อาหารฮาลาล ซึ่งช่วยเสริมความเชื่อมั่นและความพึงพอใจในการรับบริการทางการแพทย์ (ณัฏฐพัชร มณีโรจน์, 2558) ประเทศในกลุ่มความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ได้แก่ ซาอุดีอาระเบีย สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ คูเวต กาตาร์ บาห์เรน และโอมาน เป็นประเทศที่มีกำลังซื้อสูง โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อหัวอยู่ในระดับสูง เช่น กาตาร์กว่า 60,000 ดอลลาร์ฯ และสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์กว่า 43,000 ดอลลาร์ฯ (Bank, 2023a) แม้จะมีการพัฒนาด้านสาธารณสุข แต่ยังเผชิญข้อจำกัดหลายประการ เช่น การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง การกระจายบริการที่ไม่ทั่วถึง เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำกัดในบางพื้นที่ และระบบประกันสุขภาพที่ยังไม่ครอบคลุมทั้งหมด (สาริกา ค้าสุวรรณ, 2560) ส่งผลให้ประชากรจำนวนมากเลือกเดินทางไปรับการรักษาในต่างประเทศ โดยในปี 2021 มีชาวสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์กว่า 350,000 คน และชาวซาอุดีอาระเบียกว่า 200,000 คนเดินทางออกนอกประเทศเพื่อรับบริการทางการแพทย์ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 10,000–20,000 ดอลลาร์ฯ ต่อครั้ง (Bank, 2023b) ทำให้ประเทศไทยซึ่งมีโรงพยาบาลคุณภาพและบริการเฉพาะทางกลายเป็นจุดหมายปลายทางที่น่าสนใจ (กริช อึ้งวิฑูรสถิตย์, 2567)

การผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ดำเนินผ่านการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน การขยายศักยภาพโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย พร้อมทั้งส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เช่น หุ่นยนต์ผ่าตัด การรักษาโรคทางชีวการแพทย์ และการวินิจฉัยที่ซับซ้อน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันในตลาดการท่องเที่ยว

เชิงการแพทย์ระดับโลก นอกจากนี้ยังเน้นการพัฒนาทักษะบุคลากรทางการแพทย์ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทาง เพื่อรองรับนักท่องเที่ยวที่ต้องการบริการรักษาคุณภาพสูง (Bank, 2020) ความสำเร็จของไทยได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ ผ่านการเข้าร่วมงานประชุมและนิทรรศการระดับโลก เช่น Arab Health และ World Medical Tourism & Global Healthcare Congress ตลอดจนความร่วมมือทางการแพทย์กับกลุ่มประเทศ GCC โดยคำนึงถึงบริบทวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วย ทำให้ประเทศไทยได้รับความเชื่อมั่นและสามารถรักษาตำแหน่งในตลาดการแพทย์ระหว่างประเทศได้อย่างมั่นคง อีกทั้งยังเปิดโอกาสในการพัฒนาความร่วมมือด้านการแพทย์และการวิจัยกับต่างประเทศ (บุศรินทร์ เขียวไพรี, 2565) จากรายละเอียดและความสำคัญของการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมเศรษฐกิจและภาพลักษณ์ของประเทศ รวมถึงความสามารถในการดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (Gulf Cooperation Council: GCC) ซึ่งเป็นกลุ่มนักท่องเที่ยวที่มีกำลังซื้อสูงและมีความต้องการการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูง จึงเกิดความสนใจที่จะศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ในเชิงท่องเที่ยวและกรณีศึกษาผู้ใช้บริการจากกลุ่มประเทศ GCC เพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของนักท่องเที่ยวกลุ่มนี้ การสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในด้านสาธารณสุข และการพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมในการดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากภูมิภาคนี้ ทั้งนี้ การศึกษาดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายที่ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอย่างยั่งยืน และเสริมสร้างความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทยในเวทีระดับโลก ((WHO), 2018)

1.2 คำถามงานวิจัย

1. สถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มุ่งเน้นการดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) เป็นอย่างไร

2. มีปัจจัยอะไรบ้างในการดึงดูดนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ให้เลือกใช้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทย

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มุ่งเน้นการดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC)

2. เพื่อศึกษาปัจจัยในการดึงดูดนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ให้เลือกใช้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทย

1.4 ขอบเขตการวิจัย

**1) ขอบเขตด้านเนื้อหา**

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เชิงท่องเที่ยว : กรณีศึกษาผู้บริการทางการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ Gulf Cooperation Council (GCC) โดยทำการศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มุ่งเน้นการดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ รวมทั้งปัจจัยในการดึงดูดนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ ที่ใช้บริการทางการแพทย์

**2) ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลหลัก**

ผู้บริหารและล่ามโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) ได้แก่

1) ผู้บริหารสถานพยาบาล ในประเทศไทยที่ให้บริการด้านการแพทย์แก่นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศ GCC โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีส่วนร่วมในโครงการส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ของประเทศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ 1 ท่านและโรงพยาบาลสมิติเวช 1 ท่าน

2) ล่ามในสถานพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสื่อสารระหว่างนักท่องเที่ยวจากกลุ่ม GCC ได้แก่ ล่ามในโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ 5 ท่านและล่ามในโรงพยาบาลสมิติเวช 5 ท่าน

3) ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์ คือ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และโรงพยาบาลสมิติเวช จังหวัดกรุงเทพมหานคร

4) ขอบเขตด้านระยะเวลา

ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม 2568 ถึง มีนาคม 2568.

5) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มุ่งเน้นการดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC)

2. ทราบปัจจัยในการดึงดูดนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ให้เลือกใช้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยที่สัมพันธ์กับการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub)

3. ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มุ่งเน้นดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

6 นิยามศัพท์เฉพาะ

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) หมายถึง คือการเคลื่อนย้ายเดินทางไปยังต่างประเทศเพื่อรับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน พร้อมวางแผนท่องเที่ยวหรือพักฟื้นในช่วงเดียวกัน ขอบเขตรวมถึงการรักษาและหัตถการหลากหลาย เช่น การผ่าตัด การศัลยกรรมตกแต่ง การทำทันตกรรม และการบำบัดเฉพาะทาง ปัจจัยดึงดูดสำคัญ ได้แก่ ความคุ้มค่าเมื่อเทียบคุณภาพกับค่าใช้จ่าย ระยะเวลารอคิวที่สั้น และระบบบริการที่เอื้อต่อผู้ป่วยต่างชาติ ประเทศไทยเป็นตัวอย่างจุดหมายปลายทางที่มีโรงพยาบาลมาตรฐานสากลและบริการดูแลผู้ป่วยต่างชาติแบบครบวงจร

นโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ครบวงจร (Medical Hub) หมายถึง กรอบยุทธศาสตร์ระยะสิบปี (พ.ศ. 2560–2569) ที่ตั้งเป้ายกระดับประเทศไทยสู่ฐานกลางบริการสุขภาพในระดับนานาชาติ ผ่านการบูรณาการ 4 มิติ ได้แก่ (1) บริการรักษาพยาบาล (2) การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ (3) งานวิจัยและพัฒนา และ (4) การผลิตสินค้าและบริการทางการแพทย์ เพื่อให้บริการมีมาตรฐานสากลและเสริมศักยภาพการดึงดูดผู้รับบริการจากต่างประเทศ

การบริการทางสุขภาพ (Health Services) หมายถึง ระบบและกระบวนการดูแลสุขภาพที่จัดให้โดยสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่มีมาตรฐาน โดยทีมวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกับเทคโนโลยีและอุปกรณ์ที่เหมาะสม ครอบคลุมบริการตั้งแต่การส่งเสริมและป้องกันโรค การตรวจคัดกรองและวินิจฉัย การรักษาและผ่าตัด งานศัลยกรรม งานทันตกรรม ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามต่อเนื่องหลังการรักษา

กลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (Gulf Cooperation Council: GCC) หมายถึง กรอบความร่วมมือระหว่างประเทศในภูมิภาคอ่าวอาหรับจำนวน 6 ประเทศ ได้แก่ ซาอุดีอาระเบีย คูเวต โอมาน สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ กาตาร์ และบาห์เรน ที่ร่วมกันผลักดันประเด็นเศรษฐกิจ การเมือง ความมั่นคง และการพัฒนาสังคม ทั้งยังเป็นตลาดสำคัญด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ เนื่องจากมีกำลังซื้อสูงและให้ความสำคัญกับคุณภาพและความปลอดภัยของการรักษาผู้บริการทางการแพทย์ หมายถึง บุคคลหรือองค์กรที่มีหน้าที่จัดบริการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนภายใต้กรอบวิชาชีพและมาตรฐานที่กำหนด อาทิ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ตลอดจนสถานพยาบาลและคลินิกที่ดำเนินการให้คำปรึกษา ตรวจวินิจฉัย รักษา ผ่าตัด ศัลยกรรม ฟื้นฟู และบริการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกัน

การขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทย หมายถึง กระบวนการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ของรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อยกระดับประเทศให้เป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ ครอบคลุมการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและมาตรฐานบริการ การเสริมสมรรถนะบุคลากร การนำเทคโนโลยีทางการแพทย์และดิจิทัลมาปรับใช้ การส่งเสริมนวัตกรรมและการวิจัย ตลอดจนความร่วมมือระหว่างประเทศและมาตรการอำนวยความสะดวกด้านการเดินทางและการเข้าถึงบริการ เพื่อดึงดูดผู้รับบริการจากต่างประเทศ รวมถึงกลุ่มประเทศ GCC

# บทที่ 2

# เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เชิงท่องเที่ยว โดยใช้กรณีศึกษาผู้ให้บริการทางการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และสังเคราะห์สาระภายใต้หัวข้อหลักต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์
2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์
3. ปัจจัยที่ดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จาก GCC มายังประเทศไทย
4. แนวคิดและทฤษฎีการจัดการนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้อง
5. แนวคิดและทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ
6. แนวคิดเกี่ยวกับความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

### ความหมายของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism)

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจอย่างมากในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยมีนิยามและความหมายที่หลากหลายจากนักวิชาการและองค์กรต่าง ๆ ในที่นี้จะนำเสนอนิยามและการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากแหล่งต่าง ๆ ดังนี้

(Connell, 2013) เห็นว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์คือการเดินทางข้ามพรมแดนของผู้รับบริการสุขภาพเพื่อเข้ารับการตรวจรักษา การผ่าตัด หรือการฟื้นฟู โดยมีแรงจูงใจหลักคือราคาค่ารักษาที่แข่งขันได้หรือมาตรฐานบริการทางคลินิกของประเทศปลายทางที่เหนือกว่าประเทศต้นทางของผู้ป่วย

(Turner, 2007) ให้คำนิยามว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หมายถึงกระบวนการที่บุคคลเดินทางไปยังประเทศอื่นเพื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่หลากหลาย เช่น การทำศัลยกรรม การรักษาโรคที่ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทาง หรือการฟื้นฟูสุขภาพ

(Smith, 2010) อธิบายว่าแนวปฏิบัตินี้เป็นรูปแบบการท่องเที่ยวที่ผสานการดูแลทางการแพทย์เข้ากับกิจกรรมพักผ่อน ณ จุดหมายปลายทาง โดยมุ่งลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพหรือเปิดทางสู่การรักษาที่มีคุณภาพสูงกว่าที่หาได้ในประเทศต้นทาง

(Bookman, 2007) กล่าวถึงการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ว่าเป็นการเดินทางข้ามประเทศเพื่อรับการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลหรือคลินิกในต่างประเทศ ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับการรักษาที่มีความซับซ้อน เช่น การผ่าตัดหัวใจ การทำศัลยกรรม หรือการรักษาโรคเรื้อรัง

(Hanefeld, 2014) ให้คำนิยามว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นปรากฏการณ์ที่ผู้คนเดินทางออกนอกประเทศเพื่อรับบริการทางการแพทย์ โดยมักจะเลือกประเทศที่มีการรักษาที่ถูกกว่า มีบริการที่ทันสมัย หรือให้บริการเฉพาะทางที่ไม่มีในประเทศตนเอง

(Lunt, 2011) ระบุว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์คือการที่ผู้ป่วยเดินทางไปยังประเทศอื่น ๆ เพื่อรับการดูแลสุขภาพที่แตกต่างจากประเทศต้นทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ประเทศปลายทางมีค่ารักษาพยาบาลที่ต่ำกว่าและมีคุณภาพการให้บริการเทียบเท่าหรือดีกว่า

(Heung, 2011) การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หมายถึงการที่บุคคลเดินทางออกนอกประเทศเพื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานสูงกว่าในประเทศตนเอง ทั้งในด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัยและคุณภาพการให้บริการ อีกทั้งยังสามารถเชื่อมโยงประสบการณ์ดังกล่าวกับกิจกรรมการท่องเที่ยวและการพักผ่อนในสถานที่ปลายทางได้พร้อมกัน

(Carrera, 2006) ระบุว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยเดินทางจากประเทศหนึ่งไปยังอีกประเทศหนึ่งเพื่อรับการรักษาพยาบาลที่มีความจำเป็น ไม่ว่าจะเป็นการรักษาโรคเฉพาะทางหรือการผ่าตัดใหญ่ ทั้งนี้เน้นไปที่การเข้าถึงบริการที่ไม่สามารถหาได้ในประเทศต้นทาง

(Horowitz, 2007) อธิบายว่า การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หมายถึงการที่ผู้ป่วยเลือกเดินทางไปต่างประเทศเพื่อเข้ารับการรักษาที่มีคุณภาพสูง โดยเฉพาะการดูแลในสาขาเฉพาะทางหรือการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน ซึ่งมักมีค่าใช้จ่ายสูงหากทำการรักษาในประเทศต้นทาง

(Deloitte., 2020) ให้ความหมายว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์คือการผสมผสานระหว่างการเดินทางท่องเที่ยวกับการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมักเลือกปลายทางที่มีเทคโนโลยีการแพทย์ก้าวหน้าในราคาที่สมเหตุสมผล ทำให้สามารถเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพ พร้อมกับการพักผ่อนในเวลาเดียวกัน

สรุปได้ว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ หมายถึงการเดินทางไปรับบริการสุขภาพคุณภาพสูงในต่างประเทศ ตั้งแต่การรักษา การผ่าตัด ศัลยกรรม ไปจนถึงการฟื้นฟู โดยมักเลือก

จุดหมายที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือมีค่าใช้จ่ายเหมาะสม และหลายแห่งผสานการรักษากับการท่องเที่ยว ส่งผลให้เป็นตัวเลือกของผู้ป่วยจากประเทศที่ค่ารักษาสูงหรือเข้าถึงบริการยาก ปลายทางยอดนิยมจึงต้องมีเทคโนโลยีทันสมัยและระบบรองรับครบวงจร

**ลักษณะเฉพาะของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์**

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) เป็นรูปแบบเฉพาะของการท่องเที่ยวที่ผสมผสานการรับบริการทางการแพทย์และการท่องเที่ยวในประเทศปลายทาง โดยมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญดังนี้

1. . Medical Tourism หมายถึงการเดินทางไปต่างประเทศเพื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพควบคู่กับการท่องเที่ยวและการพักผ่อน โดยผู้ป่วยมักเลือกโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานสากลในการรักษา และใช้เวลาพักฟื้นในสถานที่ท่องเที่ยวหรือที่พักที่จัดบริการดูแลหลังการรักษาอย่างเป็นระบบ รูปแบบนี้เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาคการแพทย์และอุตสาหกรรมท่องเที่ยวในการพัฒนาแพ็กเกจบริการครบวงจร ประเทศที่เป็นตัวอย่างสำคัญ ได้แก่ ไทย อินเดีย และสิงคโปร์ (Connell, 2013)

2. ประเทศปลายทางด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มักมีระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมาตรฐานสากล เช่น การรับรองจาก Joint Commission International (JCI) ซึ่งชี้ถึงคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลรักษา จุดแข็งสำคัญคือความพร้อมของหัตถการหลากหลาย ตั้งแต่การผ่าตัดหัวใจ ศัลยกรรมตกแต่ง การปลูกถ่ายอวัยวะ ไปจนถึงการรักษามะเร็ง อีกทั้งต้นทุนรวมของการรักษาในหลายกรณีต่ำกว่าประเทศต้นทาง จึงเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเดินทางไปรับบริการ (Turner, 2007)

3. บริการครบวงจรและความสะดวกสบาย การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มุ่งออกแบบ “ห่วงโซ่บริการ” ที่ครอบคลุมตั้งแต่การจัดที่พัก การเดินทางไป–กลับสถานพยาบาล การดูแลหลังหัตถการ จนถึงระยะฟื้นฟู เพื่อให้ผู้รับบริการต่างชาติได้รับประสบการณ์ที่ราบรื่นและฟื้นตัวได้รวดเร็ว (Heung, 2011) หลายประเทศพัฒนาโมเดลบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ โดยบูรณาการโรงพยาบาล ผู้ให้บริการเดินทาง และที่พัก เข้าด้วยกัน ทำให้ขั้นตอนก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาเชื่อมต่อกันอย่างไร้รอยต่อพร้อมรองรับการท่องเที่ยวในประเทศปลายทาง

4. ปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์คือ ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาที่มีความซับซ้อนและคุณภาพสูงในราคาที่เหมาะสมกว่าประเทศต้นทาง ตัวอย่างเช่น งานทันตกรรม การผ่าตัดหัวใจ ศัลยกรรมตกแต่ง และการดูแลโรคมะเร็ง ซึ่งในหลายกรณีมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าประเทศในยุโรปหรืออเมริกาเหนือราว 50–70% (Horowitz, 2007) ด้วยเหตุนี้ ประเทศไทย อินเดีย

และเม็กซิโก จึงเป็นจุดหมายที่ถูกเลือกบ่อยสำหรับผู้ป่วยต่างชาติที่มองหาคุณภาพควบคู่ความคุ้มค่า

5. การออกแบบบริการให้สอดรับกับวัฒนธรรมและความเชื่อ นอกเหนือจากมาตรฐานทางคลินิกและต้นทุน ผู้รับบริการจำนวนไม่น้อยให้ความสำคัญกับ “ความไวต่อวัฒนธรรม” ของระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การจัดอาหารที่ตรงตามข้อกำหนดทางศาสนา (เช่น ฮาลาล) การมีล่าม/เจ้าหน้าที่สื่อสารหลายภาษา สื่อสารข้อมูลและแบบฟอร์มยินยอมที่เข้าใจได้ง่าย ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้ป่วยต่างชาติ การจัดบริการเช่นนี้ช่วยยกระดับทั้งความเชื่อมั่นและความพึงพอใจของผู้ป่วยข้ามพรมแดน (Alsharif, 2010)

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เป็นรูปแบบที่ผสมผสานการรักษาพยาบาลเข้ากับกิจกรรมท่องเที่ยวในประเทศปลายทาง จุดแข็งสำคัญอยู่ที่การได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงในราคาที่เหมาะสม พร้อมบริการครบวงจรตั้งแต่ขั้นตอนการจัดการรักษาไปจนถึงการพักฟื้น รวมทั้งการดูแลที่สอดคล้องกับมิติทางวัฒนธรรมและศาสนาของผู้ป่วย โรงพยาบาลและสถานพยาบาลหลายแห่งได้รับการรับรองมาตรฐานระดับสากล เช่น Joint Commission International (JCI) ซึ่งเป็นเครื่องยืนยันถึงคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยเหล่านี้ผลักดันให้ตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพขยายตัว โดยเฉพาะในประเทศที่มีระบบสาธารณสุขและอุตสาหกรรมท่องเที่ยวรองรับอย่างเข้มแข็ง อาทิ ไทย อินเดีย และสิงคโปร์

**นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยเป็น** Medical Hub

ประเทศไทยเริ่มผลักดันวิสัยทัศน์ “ศูนย์กลางทางการแพทย์” ตั้งแต่ปี 2547 โดยอาศัยกระแสการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นแรงขับ และตั้งเป้าดึงดูดผู้รับบริการจากต่างประเทศให้เลือกประเทศไทยเป็นจุดหมายด้านสุขภาพ มุ่งเน้นไปที่ 4 ด้านสำคัญ คือ (1) การพัฒนาบริการทางการแพทย์ (2) การส่งเสริมบริการสุขภาพเชิงป้องกัน (3) การพัฒนาการวิจัยทางการแพทย์ และ (4) การผลิตอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Thailand., 2016)

**1. การพัฒนาบริการทางการแพทย์**

ไทยเดินหน้าลงทุนทั้งด้านสถานพยาบาลและเทคโนโลยีการแพทย์ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ ขณะที่โรงพยาบาลแนวหน้าหลายแห่ง เช่น บำรุงราษฎร์ และกรุงเทพ ได้รับการรับรองมาตรฐานสากลอย่าง JCI ซึ่งเอื้อต่อการดึงดูดผู้ป่วยจากต่างประเทศ (Deloitte., 2020) พร้อมกันนี้ ภาครัฐยังผลักดันการอบรมเสริมสมรรถนะบุคลากรในสาขาเฉพาะทาง เช่น หัวใจและมะเร็งวิทยา เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของระบบสุขภาพโดยรวม

**2. การส่งเสริมบริการสุขภาพเชิงป้องกัน**

ไทยเน้นบริการสุขภาพแบบครบมิติ รักษา ส่งเสริม ป้องกัน ควบคู่กิจกรรมอย่างสปาและโยคะ และพัฒนา Wellness Tourism ที่ผสานการแพทย์กับการพักผ่อนในสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการฟื้นฟู (Connell, 2013)

**3. การวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์**

การวิจัยและพัฒนาเป็นแกนกลางของการยกระดับระบบสุขภาพไทย โดยผลักดันเครือข่ายความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัย สถาบันวิจัย และพันธมิตรต่างประเทศ เพื่อร่วมพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมขั้นสูง อาทิ เวชชีววิทยาประยุกต์ การดูแลโรคที่มีพื้นฐานทางพันธุกรรม และหุ่นยนต์ศัลยกรรม/ระบบช่วยผ่าตัด แนวทางดังกล่าวหนุนให้คุณภาพผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น มาตรฐานบริการสูงขึ้น และขยายขีดความสามารถสู่บริการเฉพาะทางได้มากขึ้น (Lunt, 2011)

**4. การผลิตสินค้าและอุปกรณ์ทางการแพทย์**

เพื่อผลักดันบทบาทของประเทศไทยในฐานะ Medical Hub รัฐบาลได้ดำเนินนโยบายสนับสนุนการลงทุนด้านอุตสาหกรรมการแพทย์ โดยเน้นการพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่ได้มาตรฐานสากล ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือแพทย์ ยา หรือวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป้าหมายสำคัญคือการเสริมสร้างศักยภาพการพึ่งพาตนเองในการผลิต และต่อยอดสู่การขยายตลาดส่งออกไปยังต่างประเทศ (Turner, 2007)

**นโยบายและการสนับสนุนจากภาครัฐ**

ประเทศไทยได้กำหนดนโยบายสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทั้งการอำนวยความสะดวกด้านวีซ่าสำหรับผู้ที่เดินทางเข้ามารักษาพยาบาล และการใช้มาตรการทางภาษีบางประเภทเพื่อจูงใจผู้ป่วยต่างชาติ นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารภาพลักษณ์ของไทยในฐานะ “Medical Hub” บนเวทีนานาชาติ ผ่านการเข้าร่วมงานสำคัญ เช่น Arab Health และ World Medical Tourism & Global Healthcare Congress ซึ่งเป็นช่องทางสำคัญในการแสดงศักยภาพ

และขยายตลาด โดยเฉพาะการดึงดูดผู้รับบริการจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) (Connell, 2013)

การยกระดับบทบาทของประเทศไทยในฐานะศูนย์กลางทางการแพทย์เกิดจากการบูรณาการทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วน โดยเฉพาะความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยที่ร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์ระยะยาว เพื่อผลักดันให้ไทยก้าวสู่การเป็นผู้นำด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในระดับสากล (Thailand., 2016)การผลักดันประเทศไทยสู่การเป็น “ศูนย์กลางทางการแพทย์” ถือเป็นยุทธศาสตร์หลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานสุขภาพ โดยมีเป้าหมายดึงดูดผู้ใช้บริการจากต่างประเทศ ไม่เพียงแต่การยกระดับคุณภาพการรักษาให้ทัดเทียมมาตรฐานสากลเท่านั้น แต่ยังต้องดำเนินการเชิงระบบ ครอบคลุมการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานและเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล การบริหารจัดการทรัพยากรทั้งงบประมาณ บุคลากร และเครื่องมือทางการแพทย์ รวมถึงการออกแบบกลไกความร่วมมือที่เชื่อมโยงระหว่างภาครัฐและเอกชนอย่างมีประสิทธิภาพ บทความนี้มุ่งนำเสนอปัจจัยขับเคลื่อนที่สำคัญและเครื่องมือนโยบายที่เกี่ยวข้อง โดยอ้างอิงข้อมูลเชิงประจักษ์จากงานวิจัยและการวิเคราะห์ที่น่าเชื่อถือ เพื่อสะท้อนทิศทางการพัฒนา Medical Hub ของไทยอย่างเป็นระบบและมีหลักฐานรองรับ

ปัจจัยที่มีผลต่อการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ของประเทศไทย

**1. คุณภาพของบริการทางการแพทย์**

ปัจจัยชี้ขาดของความสำเร็จนโยบาย Medical Hub คือ “คุณภาพบริการทางการแพทย์” ของประเทศ ไทยได้ยกระดับมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยมีตัวอย่างเด่นคือโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์และเครือโรงพยาบาลกรุงเทพซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐาน Joint Commission International (JCI) อันเป็นดัชนีชี้วัดด้านความปลอดภัย คุณภาพการรักษา และระบบบริหารจัดการที่เชื่อถือได้ การรับรองดังกล่าวทำหน้าที่เป็นสัญญาณความน่าเชื่อถือแก่ผู้เดินทางเพื่อรับการรักษาและช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเลือกประเทศไทย (Connell, 2013)

ขณะเดียวกัน ประเทศไทยลงทุนเทคโนโลยีทางการแพทย์รุ่นใหม่ อาทิ ระบบหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด เลเซอร์รักษา และการผ่าตัดผ่านกล้อง เพื่อยกระดับประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการดูแล อีกทั้งแพทย์จำนวนมากผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางต่างประเทศ จนเกิดความเชี่ยวชาญในสาขาหัวใจ ศัลยกรรมความงาม และมะเร็งวิทยา ส่งผลให้ไทยโดดเด่นในฐานะจุดหมายของผู้ที่แสวงหาการรักษาขั้นก้าวหน้า (Turner, 2007)

**2. ต้นทุนการรักษาที่เหมาะสม**

ปัจจัยสำคัญอีกประการที่ผลักดันนโยบาย Medical Hub คือ ความได้เปรียบด้านต้นทุนการรักษา เมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกาและยุโรป แม้ระบบบริการสุขภาพของไทยมีคุณภาพสูง ค่ารักษายังคงต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างเช่น การผ่าตัดหัวใจในไทยมีค่าใช้จ่ายราว 10–20% ของราคาที่สหรัฐอเมริกา ส่งผลให้ผู้ป่วยจากประเทศที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงให้ความสนใจเข้ามารับบริการในไทยมากขึ้น (Deloitte., 2020)

**3. โครงสร้างพื้นฐานที่มีความพร้อม**

โครงสร้างพื้นฐานของประเทศไทยได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับบทบาท “ศูนย์กลางทางการแพทย์” โดยมุ่งเสริมศักยภาพของโรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ ควบคู่กับการปรับปรุงท่าอากาศยานและระบบขนส่งสาธารณะให้มีความสะดวกและทันสมัย สิ่งเหล่านี้ช่วยลดความเสี่ยงในการเดินทาง เพิ่มความสะดวกสบาย และสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเดินทางเข้ามารับการรักษาในต่างประเทศ (Hanefeld, 2015)

ในด้านนโยบาย รัฐบาลได้เร่งลงทุนเพื่อยกระดับสถานพยาบาลในเมืองหลัก เช่น กรุงเทพฯ เชียงใหม่ และภูเก็ต ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ได้รับความนิยมจากนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการผลักดันความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลกับธุรกิจโรงแรมและรีสอร์ตระดับหรูเพื่อออกแบบแพ็กเกจแบบบูรณาการที่ผสานการรักษาพยาบาลเข้ากับการท่องเที่ยวและการพักฟื้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีมาตรฐาน พร้อมสภาพแวดล้อมในการฟื้นตัวที่ครบวงจรและเอื้อต่อการพักผ่อน(Connell, 2013)

**4. ความพร้อมด้านบุคลากรทางการแพทย์**

กำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพถือเป็นแกนหลักของยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนประเทศไทยสู่การเป็น Medical Hub แพทย์และพยาบาลได้รับการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากการฝึกอบรมภายในประเทศและการเพิ่มพูนทักษะในต่างประเทศ ส่งผลให้เกิดความเชี่ยวชาญในหลายสาขา อาทิ ศัลยกรรมหัวใจ มะเร็งวิทยา และศัลยกรรมตกแต่ง อีกทั้งยังมีทักษะด้านภาษา โดยเฉพาะภาษาอังกฤษ ซึ่งช่วยลดอุปสรรคด้านการสื่อสารและเพิ่มประสบการณ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยจากนานาประเทศ (Lunt, 2011)

นอกจากทีมแพทย์และพยาบาลแล้ว ประเทศไทยยังมีเครือข่ายสหวิชาชีพที่แข็งแกร่ง เช่น นักกายภาพบำบัดและผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่สามารถเชื่อมต่อการดูแลจากช่วงหลังการรักษาไปจนถึงระยะฟื้นฟูได้อย่างมีระบบ การดูแลที่ครบวงจรและครอบคลุมนี้ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ปัจจัยด้านทักษะ ความชำนาญ และความพร้อมดังกล่าว จึงเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้ประเทศไทยสามารถรักษาบทบาทของตนในฐานะศูนย์กลางการแพทย์ทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก (Thailand., 2016)

**5. การสนับสนุนจากภาครัฐ**

ภาครัฐของไทยมีบทบาทสำคัญในการผลักดันยุทธศาสตร์สู่การเป็นศูนย์กลางการแพทย์ โดยดำเนินการผ่าน “มาตรการสนับสนุน” ทั้งด้านนโยบายและการกำกับดูแล ตัวอย่างเช่น การให้สิทธิประโยชน์ทางภาษีแก่ผู้ที่เดินทางเข้ามารับการรักษาพยาบาล การจัดกลไกอำนวยความสะดวกด้านวีซ่าสำหรับนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ รวมถึงการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อยกระดับศักยภาพของโรงพยาบาลและคลินิกให้มีมาตรฐานสูงขึ้น (Turner, 2007).

ในด้านการสื่อสาร ประเทศไทยใช้แนวทางเชิงรุกบนเวทีระดับนานาชาติ เช่น การเข้าร่วมงาน Arab Health และ World Medical Tourism & Global Healthcare Congress เพื่อแสดงศักยภาพของระบบสาธารณสุขและขยายเครือข่ายการตลาด โดยมุ่งเจาะกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ซึ่งมีศักยภาพการใช้จ่ายสูงและให้ความสำคัญกับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพระดับพรีเมียม (Connell, 2013)

**6. การตอบสนองความต้องการด้านวัฒนธรรมและความเชื่อ**

หนึ่งในแรงดึงดูดสำคัญของไทยต่อผู้เดินทางเพื่อการรักษาคือ “การออกแบบบริการอย่างไวต่อวัฒนธรรมและศรัทธา” โรงพยาบาลจำนวนมากจัดระบบครัวฮาลาล พื้นที่ละหมาด/อาบน้ำละหมาด และขั้นตอนบริการที่สอดคล้องกับวิถีของผู้ป่วยมุสลิม โดยเฉพาะกลุ่มประเทศ GCC ช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกเคารพและได้รับการดูแลตามหลักศาสนา(Alsharif, 2010)

ควบคู่กันนั้น มีการจัด “บริการสื่อสารข้ามภาษา” อย่างเป็นระบบ ทั้งล่ามภาษาอังกฤษ จีน อาหรับ บริการล่ามตามนัดหมายหรือแบบเรียกใช้ เอกสาร/แบบฟอร์มยินยอมฉบับแปล และช่องทางสื่อสารเฉพาะผู้ป่วยต่างชาติ สิ่งเหล่านี้ลดอุปสรรคการสื่อสาร เพิ่มความเชื่อมั่นและความสบายใจระหว่างการรักษา ส่งผลเชิงบวกต่อความสำเร็จของนโยบาย Medical Hub ของไทย (Hanefeld, 2014)

การก้าวสู่บทบาท “ศูนย์กลางทางการแพทย์” ของประเทศไทยเกิดจากการบูรณาการหลายด้านอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การให้บริการรักษาที่ได้มาตรฐานและน่าเชื่อถือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สามารถแข่งขันได้ การมีโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขและการคมนาคมที่ทันสมัย ตลอดจนศักยภาพของแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ อีกทั้งยังได้รับแรงหนุนจากมาตรการเชิงนโยบายของภาครัฐ ปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่การเติบโตของเศรษฐกิจสุขภาพและการยกระดับสถานะของไทยในเวทีภูมิภาคและระดับโลก ขณะเดียวกัน การออกแบบบริการที่สอดคล้องกับภาษา อาหาร ศาสนา และค่านิยมของผู้ป่วยจากหลากหลายวัฒนธรรม ยังช่วยสร้างความเชื่อมั่นและเสริมความได้เปรียบในการแข่งขันในตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วและซับซ้อน

## ปัจจัยที่ดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จาก GCC มายังประเทศไทย

ประเทศไทยถูกเลือกเป็นจุดหมายด้านสุขภาพของผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) อย่างต่อเนื่อง ด้วยชุดปัจจัยเสริมกัน ได้แก่ มาตรฐานบริการทางคลินิก ความไวต่อวัฒนธรรมและศาสนา ตลอดจนการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูง พร้อมแรงหนุนจากภาครัฐเอกชนที่สม่ำเสมอ

### 1. คุณภาพของบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย

สถาบันชั้นนำของไทย อาทิ บำรุงราษฎร์ กรุงเทพ และสมิติเวช ได้รับการรับรอง Joint Commission International (JCI) ซึ่งทำหน้าที่เป็นสัญญะด้านความปลอดภัย คุณภาพ และระบบบริหารจัดการตามมาตรฐานสากล ช่วยยกระดับความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่างชาติ โดยเฉพาะจากกลุ่ม GCC (Connell, 2013) นอกเหนือจากมาตรฐานองค์กรแล้ว งานวิจัยของ สมพร แสงทอง (2020) ชี้ว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์ไทยในสาขาเฉพาะทาง เช่น ศัลยกรรมหัวใจ การปลูกถ่ายอวัยวะ และมะเร็งวิทยารวมถึงประสบการณ์ฝึกอบรมจากสถาบันต่างประเทศ เป็นฐานสำคัญของความน่าเชื่อถือและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ด้านโครงสร้างต้นทุน พงษ์ศักดิ์ โชตินรานนท์ (2563) พบว่าค่ารักษาในไทยยังได้เปรียบเมื่อเทียบยุโรปและสหรัฐฯ จึงตอบโจทย์ผู้ป่วยที่ต้องการบริการคุณภาพสูงในราคาคุ้มค่า ซึ่งสอดคล้องกับบทวิเคราะห์สากลของ (Deloitte., 2020) ที่ระบุ “ความคุ้มค่าเชิงคุณภาพราคา” เป็นเหตุผลหลักที่ผู้ป่วยเลือกเดินทางมารักษาในไทย

**2. ความสำคัญของวัฒนธรรมและศาสนาในการเลือกใช้บริการ**

ความอ่อนไหวต่อมิติทางวัฒนธรรมและศาสนาเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม ทำให้สถานพยาบาลในประเทศไทยจำนวนมากพัฒนาบริการที่สอดคล้องกับวิถีความเชื่อ เช่น การจัดครัวฮาลาลที่ผ่านการรับรองและพื้นที่สำหรับการปฏิบัติศาสนกิจของผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งเหล่านี้ช่วยสร้างความมั่นใจและความสบายใจในการเข้ารับการรักษา (Alsharif, 2010) ผลการศึกษาของ จุรีพร นวลสุข (2564) ยืนยันว่า การจัดบริการที่เคารพหลักศาสนาและวัฒนธรรมมีผลโดยตรงต่อการเลือกใช้บริการของผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่ม GCC ที่ให้ความสำคัญกับการประกอบศาสนกิจระหว่างการเดินทางเพื่อการรักษาพยาบาล ขณะเดียวกัน (Hanefeld, 2015)Hanefeld et al. ระบุว่า ผู้ป่วยต่างชาติมักเลือกโรงพยาบาลที่จัดเตรียมองค์ประกอบเหล่านี้ไว้อย่างครบถ้วน เพื่อให้ได้รับประสบการณ์การรักษาที่ราบรื่นและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะด้าน

อีกด้านหนึ่ง การสื่อสารข้ามภาษาเป็นปัจจัยหนุนสำคัญ อนงค์ สุวรรณสุข (2563) ระบุว่า บุคลากรการแพทย์ของไทยได้รับการพัฒนาให้รองรับผู้ป่วยต่างชาติ รวมถึงทักษะภาษาอาหรับและภาษาอังกฤษ รวมถึงระบบล่ามและเอกสารสุขภาพหลายภาษา ซึ่งช่วยลดความกังวลและยกระดับคุณภาพปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยทีมรักษา

**3. การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง**

การลงทุนด้านเทคโนโลยีสมัยใหม่เป็นแรงดึงดูดสำคัญของไทยต่อผู้ป่วยจาก GCC โรงพยาบาลได้นำเครื่องมือและเทคนิคที่ทันสมัยมาใช้ เช่น ศัลยกรรมด้วยหุ่นยนต์ หัตถการด้วยเลเซอร์ และการส่องกล้อง ซึ่งช่วยเพิ่มความแม่นยำ ลดความเสี่ยง และย่นระยะพักฟื้น (Turner, 2007) หลักฐานเชิงประจักษ์ของ สมศักดิ์ ศรีสุวรรณ (2563) ระบุว่าศัลยกรรมหุ่นยนต์เหมาะกับการรักษาที่มีความซับซ้อน อาทิ หัวใจและมะเร็งวิทยา ช่วยยกระดับขีดความสามารถการแข่งขันของโรงพยาบาลไทยให้เทียบชั้นสากล ในมิติการวินิจฉัย การใช้ MRI และ CT scan ความละเอียดสูงทำให้แพทย์ระบุพยาธิสภาพได้แม่นยำขึ้นและเลือกแนวทางรักษาได้ตรงเป้า ขณะเดียวกัน วิไลวรรณ ทรงธรรม (2563) พบว่าการพัฒนาระบบจัดการข้อมูลผู้ป่วยออนไลน์และช่องทางให้คำปรึกษาทางไกล ช่วยต่อยอดบริการหลังการรักษาและอำนวยความสะดวกในการติดตามผลสำหรับผู้ป่วยต่างชาติ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบคิดเรื่องความต่อเนื่องของบริการในบริบทการเดินทางข้ามพรมแดน (Hanefeld, 2015)

ศักยภาพของประเทศไทยในการดึงดูดผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC อธิบายได้จาก “สามปัจจัยหลัก” ที่เสริมกันอย่างเป็นระบบ ได้แก่ (1) การให้บริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานสากลพร้อมบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (2) การจัดบริการที่คำนึงถึงความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม

รวมถึงการสื่อสารได้หลายภาษาเพื่อสร้างความมั่นใจ และ (3) การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และระบบดิจิทัลที่ช่วยเพิ่มความแม่นยำและความต่อเนื่องของการดูแล เมื่อรวมกันแล้ว ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ไทยเป็นหนึ่งในจุดหมายปลายทางสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่แสวงหาการรักษาคุณภาพสูงควบคู่ไปกับความอุ่นใจด้านวัฒนธรรมและประสิทธิภาพทางคลินิก

แนวคิดและทฤษฎีการจัดการนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้อง

การจัดการนโยบายสาธารณะหมายถึงกระบวนการกำหนดทิศทางและการลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาหรือสนองตอบต่อความท้าทายทางสังคมและเศรษฐกิจ กระบวนการนี้ครอบคลุมการจัดสรรทรัพยากร การประสานงานร่วมกันของหลายหน่วยงาน และการติดตามประเมินผล เพื่อให้เป้าหมายสาธารณะเกิดผลในทางปฏิบัติ นักวิชาการไทยได้เน้นย้ำเงื่อนไขสำคัญ เช่น ความจำเป็นของการบูรณาการหน่วยงานกับการวางแผนอย่างเป็นระบบเพื่อให้บริการสาธารณะตอบสนองต่อความต้องการจริงของประชาชน (พงษ์พิสิฐ วุฒิเสลา, 2556) การเพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมของสังคมเพื่อหนุนเสริมความโปร่งใสและความยั่งยืน (พานิช, 2561) รวมถึงการยึดหลักความเป็นธรรมและการกระจายทรัพยากรอย่างเสมอภาคเพื่อใช้เป็นกรอบในการตัดสินใจเชิงนโยบาย (พงษ์สวัสดิ์, 2563)

แนวคิดการจัดการนโยบายสาธารณะ (Public Policy Management) การจัดการนโยบายสาธารณะหมายถึงกระบวนการกำหนดทิศทางและการลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาหรือสนองตอบต่อความท้าทายทางสังคมและเศรษฐกิจ กระบวนการนี้ครอบคลุมการจัดสรรทรัพยากร การประสานงานร่วมกันของหลายหน่วยงาน และการติดตามประเมินผล เพื่อให้เป้าหมายสาธารณะเกิดผลในทางปฏิบัติ นักวิชาการไทยได้เน้นย้ำเงื่อนไขสำคัญ เช่น ความจำเป็นของการบูรณาการหน่วยงานกับการวางแผนอย่างเป็นระบบเพื่อให้บริการสาธารณะตอบสนองต่อความต้องการจริงของประชาชน (พงษ์สวัสดิ์, 2563)ในเชิงทฤษฎีสากล นักวิชาการหลายท่านให้ความหมายและกรอบวิเคราะห์แตกต่างกันไป Dye มองว่านโยบายสาธารณะคือสิ่งที่รัฐ “เลือกทำหรือไม่ทำ” ซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมโดยตรง (Dye, 2017) ขณะที่ Bardach เสนอ “Eightfold Path” ซึ่งเป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหาเชิงปฏิบัติ ตั้งแต่การระบุปัญหา การตั้งเกณฑ์ ไปจนถึงการเลือกแนวทางที่เหมาะสม (Bardach, 2012) ส่วน Cairney ให้ความสำคัญกับโครงสร้างการกำกับที่อาศัยเครือข่ายและความร่วมมือรัฐ–เอกชน (Cairney, 2020) ด้าน Stone เน้นการผสมผสานข้อมูลเชิงประจักษ์กับการตีความเพื่อจัดการประเด็นที่ซับซ้อน (Stone, 2011) และ Howlett เสนอให้มีระบบการประเมินต่อเนื่องเพื่อปรับนโยบายให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมที่เปลี่ยนแปลง (Howlett, 2019) ในบริบทไทย ธีรยุทธ บุญมี ได้ชี้ถึงความหมายของนโยบาย

ในฐานะปัจจัยที่กำหนดพลวัตการเปลี่ยนผ่านทางสังคม (บุญมี, 2559) ขณะที่ สุวิทย์ เมษินทรีย์ มองนโยบายสาธารณะเป็นกลไกขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม (สุวิทย์ เมษินทรีย์, 2562) ภาพรวมแล้ว กรอบคิดเหล่านี้ช่วยจัดวาง “วงจรนโยบาย” ให้เดินหน้าอย่างมีเอกภาพ: เริ่มจากการออกแบบที่เห็นหัวใจของปัญหาและความเป็นธรรมทางสังคม ต่อด้วยกลไกประสานงานข้ามภาคส่วนและเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แล้วปิดวงด้วยการติดตาม-ประเมินผลอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงนโยบายอย่างต่อเนื่อง ทั้งหมดนี้ประยุกต์ใช้ได้ดีกับวาระสำคัญอย่างการผลักดันไทยสู่ Medical Hub ซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการทรัพยากร ความร่วมมือรัฐ-เอกชน การมีส่วนร่วมของประชาชน และฐานข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อยกระดับขีดความสามารถการแข่งขันในเวทีโลก

**ความหมายของนโยบายสาธารณะ**

การทำความเข้าใจความหมายของ “นโยบายสาธารณะ” ช่วยให้ผู้วิจัยเห็นบริบทและมุมมองที่หลากหลาย อันเป็นฐานสำหรับการวิเคราะห์เชิงระบบ ทั้งในด้านการกำหนดทิศทาง การดำเนินงาน และการประเมินผลของนโยบาย

ในมุมมองของ (Dye, 2017) นโยบายสาธารณะคือ “สิ่งที่รัฐตัดสินใจจะทำหรือจะงดเว้นไม่ทำ” ซึ่งครอบคลุมทั้งกิจกรรมประจำและมาตรการเฉพาะคราว การเลือกกระทำหรือไม่กระทำย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อสาธารณะได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เช่น การจัดการความขัดแย้งภายในสังคม หรือการรับมือความตึงเครียดกับภายนอกสังคม การนิยามลักษณะนี้จึงทำให้เห็นบทบาทของรัฐในฐานะผู้กำหนด “แนวปฏิบัติ” และ “การไม่ปฏิบัติ” ที่มีนัยต่อทิศทางสังคมโดยรวม นโยบายสาธารณะคือ “แนวทางการกระทำของรัฐที่มีเป้าหมายชัดเจน” ซึ่งปรากฏผ่านการตรากฎหมาย การนำนโยบายไปใช้ และการบังคับใช้กฎหมาย ที่สำคัญต้องเป็นสิ่งที่รัฐลงมือทำจริง มิใช่เพียงความตั้งใจหรือคำประกาศ ผลที่เกิดจากการกระทำนั้นทำให้นโยบายแตกต่างจากการตัดสินใจรายกรณี ทั้งการกระทำและการงดเว้นก็ถือเป็นนโยบายได้ หากมีฐานกฎหมายรองรับและมีผู้รับผิดชอบดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาสาธารณะให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์

**ลักษณะสำคัญของนโยบายสาธารณะ** (Anderson, 1994)

1. ยึดผลสัมฤทธิ์เป็นตัวตั้ง: นิยามนโยบายต้องเชื่อมโยง “การกระทำของรัฐ” เข้ากับ “เป้าหมายที่ต้องบรรลุ” มากกว่าการกล่าวถึงความเป็นไปได้อย่างกว้าง ๆ

2. เป็นแบบแผนต่อเนื่อง: นโยบายคือชุดแนวทางหรือแบบแผนของการปฏิบัติที่ดำเนินไปอย่างสม่ำเสมอโดยหน่วยงานของรัฐ ไม่ใช่การตัดสินใจเฉพาะหน้าเป็นครั้งคราว

3. ตอบสนองอุปสงค์เชิงนโยบาย: เกิดขึ้นเพื่อตอบต่อความต้องการของประชาชน กลุ่มผลประโยชน์ หรือหน่วยราชการอื่นที่ยื่นข้อเรียกร้องต่อรัฐ

4. สะท้อนการกระทำจริงของรัฐบาล: นโยบายหมายถึงสิ่งที่รัฐทำเกิดขึ้นจริง มิใช่เพียงสิ่งที่ประกาศว่าจะทำ

5. อาจเป็นบวกหรือลบ: ทั้งการลงมือทำและการงดเว้น (ไม่ทำ) ล้วนมีสถานะเป็นนโยบายและก่อผลต่อสาธารณะ

6. มีผลผูกพันทางกฎหมาย: โดยทั่วไปนโยบายปรากฏในรูปกฎหมายหรือคำสั่งที่ใช้บังคับได้ เช่น ภาษี มาตรการควบคุมการนำเข้า หรือข้อกำหนดความเร็วบนทางหลวงพิเศษ การฝ่าฝืนมีโทษตามกฎหมาย สะท้อนอำนาจบังคับของรัฐซึ่งภาคเอกชนไม่มี

(ทศพร ศิริสัมพันธ์, 2531) อธิบายนโยบายสาธารณะว่าเป็น “กรอบทิศทางการดำเนินงานของรัฐ” ซึ่งกำหนดโดยผู้มีอำนาจตามกฎหมายภายใต้ระบอบการเมืองหนึ่ง ๆ ครอบคลุมทั้งการลงมือทำและการงดเว้นการกระทำ ตั้งแต่การจัดสรรทรัพยากร การปฏิบัติงาน ไปจนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรมในฐานะผลผลิตและผลลัพธ์ของรัฐ ในทางใช้งานจริง คำว่า “นโยบายสาธารณะ” มักถูกใช้ในหลายความหมายย่อย ดังนี้

1. มิติฐานะ “ขอบเขตงานของรัฐ” (Field of Activity): ใช้อ้างถึงหมวดภารกิจที่รัฐเข้าไปเกี่ยวข้อง เช่น เศรษฐกิจ ความมั่นคง การต่างประเทศ ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม และสาธารณสุข

2. มิติ “เป้าหมายกว้าง/สภาพพึงประสงค์”: สื่อถึงสถานะที่สังคมอยากบรรลุ เช่น ความมั่นคงของชาติ ความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ซึ่งมักทำหน้าที่เป็นถ้อยคำชี้ทิศมากกว่ารายการปฏิบัติ

3. มิติ “ข้อเสนอเฉพาะเรื่อง” (Specific Proposals): ชุดข้อเสนอจากกลุ่มการเมืองหรือคณะทำงานที่ผลักดันให้รัฐดำเนินมาตรการเฉพาะกิจหรือเป็นขั้นตอนนำไปสู่เป้าหมายระยะยาว

4. มิติ “ช่วงตัดสินใจเชิงนโยบาย” (Decisions of Government): เน้นขณะเวลาที่รัฐเลือกอนุมัติ/ไม่อนุมัติ หรือทำ/ไม่ทำมาตรการหนึ่ง ๆ (เช่น การลงทุนระบบขนส่งมวลชนเพื่อแก้จราจร)

5. มิติ “การมอบอำนาจโดยชอบ” (Formal Authorization): ปรากฏเป็นกฎหมายหรือคำสั่งที่กำหนดอำนาจ เงื่อนไข และกลไกดำเนินงาน (เช่น กฎหมายส่งเสริมการลงทุนและองค์ประกอบคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง)

6. มิติ “เครื่องมือปฏิบัติ” (Programs/Projects): แผนงาน–โครงการที่รวมกิจกรรม ทรัพยากร โครงสร้างบริหาร และระเบียบปฏิบัติ มุ่งให้บรรลุวัตถุประสงค์ของรัฐ

7. มิติ “ผลผลิต” (Outputs): สิ่งที่หน่วยงานรัฐสร้างหรือให้บริการจริง อาทิ ระยะทางถนนที่ก่อสร้าง จำนวนการอนุมัติคำขอส่งเสริมการลงทุน ฯลฯ ซึ่งเชื่อมต่อไปสู่…

8. มิติ “ผลลัพธ์ต่อสังคม” (Outcomes): การเปลี่ยนแปลงที่เกิดตามมาหลังการดำเนินงาน ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ เช่น คุณภาพสิ่งแวดล้อมดีขึ้นหรืออุบัติเหตุลดลงจากมาตรการด้านความปลอดภัย

(ศุภชัย ยาวะประภาษ, 2545) ชี้ให้เห็นว่านโยบายสาธารณะมีลักษณะของ “ความต่อเนื่องในมิติของเวลา” ที่เชื่อมโยงตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน ไปจนถึงอนาคต มิใช่เพียงการตัดสินใจในช่วงเวลาสั้น ๆ เท่านั้น

(สมบัติ ธำรงธัญวงศ์, 2550) มองว่านโยบายสาธารณะคือสิ่งที่รัฐเลือกจะทำหรือเว้นไม่ทำ โดยมีพื้นฐานอยู่บนความชอบธรรมทางกฎหมายและประโยชน์ส่วนรวม หากได้รับการออกแบบและดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและสร้างความเสมอภาคในสังคม แต่หากนโยบายไม่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริง ก็อาจนำไปสู่ปัญหาเชิงโครงสร้าง เช่น ความยากจน การเข้าถึงบริการสาธารณะที่ลดลง และคุณภาพชีวิตที่ถดถอย

**กระบวนการนโยบายสาธารณะ**

กระบวนการนโยบายสาธารณะเป็นการทำความเข้าใจลำดับขั้นตอนตั้งแต่การก่อกำเนิดจนถึงสิ้นสุดนโยบาย โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณะหรือสนองตอบความต้องการของรัฐในฐานะผู้กำหนดทิศทาง จากการศึกษาวรรณกรรม นักวิชาการได้อธิบายลักษณะของกระบวนการนโยบายไว้หลายแนวทาง ดังนี้

(ทศพร ศิริสัมพันธ์, 2531) อธิบายว่า วงจรนโยบายสาธารณะสามารถแบ่งออกเป็นหลายช่วงสำคัญ ได้แก่

1. การก่อรูปนโยบาย (Policy Formation): เป็นระยะที่ประเด็นปัญหาถูกหยิบยกขึ้นมาเข้าสู่วาระของผู้มีอำนาจกำหนดนโยบาย โดยได้รับแรงผลักดันจากบุคคลหรือกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ตลอดจนสภาพการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่ทำหน้าที่เป็นปัจจัยกำหนดทิศทางของนโยบาย

2. การกำหนดนโยบาย (Policy Formulation): เป็นขั้นตอนที่จัดทำร่างข้อเสนอและทางเลือกเชิงนโยบาย (Policy Alternatives) เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณาและตัดสินใจโดยผู้มีอำนาจ ในช่วงนี้มักเป็นการดำเนินงานภายในที่บุคคลทั่วไปไม่ค่อยได้รับข้อมูลโดยตรง

3. การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation): เป็นการเปลี่ยนแนวนโยบายให้กลายเป็นการปฏิบัติจริง ความสำเร็จขึ้นอยู่กับหลายเงื่อนไข เช่น สมรรถนะของหน่วยงานผู้รับผิดชอบ การสนับสนุนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

4. การประเมินผล (Policy Evaluation): เป็นการตรวจสอบผลลัพธ์ว่าบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ รวมถึงการวิเคราะห์ผลกระทบทั้งบวกและลบ ตลอดจนความคุ้มค่าของนโยบาย

5. การดำเนินต่อ ปรับเปลี่ยน หรือยุตินโยบาย (Policy Maintenance, Succession and Termination): เป็นช่วงที่พิจารณาว่านโยบายควรถูกคงไว้ ปรับปรุงแก้ไข หรือยกเลิก เพื่อเปิดทางให้เกิดนโยบายใหม่ในอนาคต

(ศุภชัย ยาวะประภาษ, 2545) เสนอว่า กระบวนการนโยบายสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 3 ระยะใหญ่ ได้แก่

1.การกำหนดนโยบาย (Policy Making) เริ่มจากการระบุปัญหา ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ประสบการณ์ และความคิดสร้างสรรค์ในการจำแนก “อาการ” ของปัญหาออกจาก “สาเหตุ” ที่แท้จริง จากนั้นพัฒนาทางเลือกเชิงนโยบาย โดยวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย ความเป็นไปได้ และผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อเลือกแนวทางที่เหมาะสมที่สุดตามเกณฑ์ด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความสอดคล้องกับสภาพสังคม

สรุปโดยรวมแล้ว กระบวนการนโยบายสาธารณะไม่ใช่เพียงการตัดสินใจในจุดใดจุดหนึ่ง แต่เป็นวงจรที่ประกอบด้วยการก่อเกิด กำหนด นำไปสู่การปฏิบัติ ประเมินผล และต่อยอดหรือสิ้นสุดนโยบาย การทำความเข้าใจวงจรนี้จึงช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถออกแบบแนวทางที่ตอบสนองปัญหาของสังคมได้อย่างเป็นระบบ

**ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ**

ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่านักวิชาการได้ให้คำจำกัดความของ “การนำนโยบายไปปฏิบัติ” ไว้หลากหลายแง่มุม ดังนี้

(Sabatier, 1980) อธิบายว่า อธิบายว่าการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ หมายถึง การนำเอาการตัดสินใจเชิงนโยบายที่ปรากฏในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นกฎหมาย คำสั่งฝ่ายบริหาร หรือคำวินิจฉัยของศาล มาดำเนินการจริง โดยสาระสำคัญอยู่ที่การกำหนดปัญหา การวางเป้าหมาย และการจัดทำโครงสร้างรองรับเพื่อให้นโยบายถูกนำไปใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม

(Sabatier, 1980; ทองขาว, 2548)ให้ความหมายว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกระบวนการเปลี่ยนวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายให้กลายเป็นแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมที่จับต้องได้ โดยมีขั้นตอนการจัดหาและใช้ทรัพยากร ตลอดจนการออกแบบแผนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

(หนิมพานิช, 2554) มองว่าการนำไปปฏิบัติคือการบริหารจัดการนโยบายที่ไม่เพียงเกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามแผนเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมการวิเคราะห์พฤติกรรมองค์การ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและกลุ่ม สมรรถนะของเจ้าหน้าที่ ตลอดจนการทำงานร่วมกันของทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งล้วนส่งผลต่อความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายของนโยบาย

(วรเดช จันทรศร, 2551) เสนอว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นการอธิบายปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมตั้งแต่พฤติกรรมและการปฏิบัติของบุคคลและกลุ่ม ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทั้งรัฐและเอกชน ไปจนถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ซึ่งล้วนเป็นตัวแปรที่อาจเอื้อต่อหรือขัดขวางการบรรลุผลตามที่นโยบายตั้งไว้

ความสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การนำนโยบายไปปฏิบัติถือเป็นขั้นตอนที่มีความหมายอย่างยิ่งในกระบวนการนโยบาย เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่เชื่อมโยงโดยตรงกับการบริหารรัฐกิจและการจัดการเชิงนโยบาย ความสำเร็จหรือความล้มเหลวในขั้นตอนนี้ย่อมสร้างผลกระทบทั้งเชิงบวกและลบต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในหลายมิติ (สมบัติ ธำรงธัญวงศ์, 2550) ดังนี้

1) ผู้กำหนดนโยบาย จำเป็นต้องรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ของนโยบาย หากการดำเนินงานบรรลุผล จะทำให้ผู้ตัดสินใจได้รับความเชื่อมั่นจากสาธารณชน แต่หากล้มเหลว ย่อม

ถูกวิพากษ์วิจารณ์ สูญเสียความน่าเชื่อถือ และอาจส่งผลต่อการดำรงตำแหน่งทางการเมืองหรือการบริหาร

2) กลุ่มเป้าหมายของนโยบาย คือผู้ได้รับผลโดยตรง หากนโยบายประสบความสำเร็จ ย่อมสะท้อนว่าปัญหาของกลุ่มเป้าหมายได้รับการแก้ไข แต่หากล้มเหลว ปัญหาที่มีอยู่เดิมอาจไม่ได้รับการแก้ไข หรืออาจซ้ำเติมให้รุนแรงขึ้น พร้อมก่อให้เกิดปัญหาใหม่ ๆ ตามมา

3) หน่วยงานปฏิบัติ มีบทบาทในการถ่ายทอดนโยบายไปสู่กิจกรรมที่เป็นรูปธรรม เมื่อดำเนินการสำเร็จจะได้รับการยอมรับทั้งจากกลุ่มเป้าหมายและผู้บริหารนโยบาย แต่หากไม่บรรลุผล ก็อาจเผชิญกับการตำหนิหรือบทลงโทษ

4) การใช้ทรัพยากรของรัฐ หากนโยบายดำเนินได้ผล ย่อมแสดงถึงการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ตรงข้ามกับกรณีล้มเหลวที่สะท้อนถึงความสูญเปล่า หรืออาจต้องใช้ทรัพยากรเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ตามมา

5) ความก้าวหน้าของประเทศ ความสำเร็จของนโยบายช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางเศรษฐกิจและสังคม ปัญหาของประชาชนได้รับการคลี่คลาย ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ในทางกลับกัน หากล้มเหลว ปัญหาอาจรุนแรงขึ้น แก้ไขได้ยาก และยังทำให้ทรัพยากรถูกใช้ไปโดยเปล่าประโยชน์

6) ความต่อเนื่องของกระบวนการนโยบาย การนำไปปฏิบัติไม่เพียงแต่สะท้อนศักยภาพของนโยบาย แต่ยังเชื่อมโยงกับการประเมินผล ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการพิจารณาว่าควรดำเนินนโยบายต่อไป ปรับปรุงแก้ไข หรือยุติการดำเนินงาน

**ขอบเขตการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ**

การวิจัยว่าด้วยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมักตั้งคำถามสำคัญหลายประการ เช่น นโยบายถูกนำไปปฏิบัติในลักษณะใด และด้วยเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น หน่วยงานใดบ้างที่มีบทบาทโดยตรงในกระบวนการปฏิบัติ ปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ วิธีการสร้างความสำเร็จควรเป็นอย่างไร และกลยุทธ์ใดสามารถประยุกต์ใช้เพื่อทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ (หนิมพานิช, 2554) คำถามเหล่านี้เป็นจุดตั้งต้นในการสร้างองค์ความรู้และแนวทางการศึกษาที่หลากหลาย

กระบวนการในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

พอล เบอร์แมน (Paul Berman, 1978 อ้างถึงใน วรเดช จันทรศร, 2551) อธิบายว่ากระบวนการปฏิบัตินโยบายสามารถมองได้สองระดับ คือ

1) ระดับมหภาค (Macro Implementation) หมายถึงการดำเนินงานในเชิงโครงสร้างโดยหน่วยงานระดับสูง ซึ่งมีหน้าที่กำหนดนโยบายและผลักดันให้หน่วยงานในระดับล่างปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติมักเกิดอุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติไม่ตรงตามเจตนารมณ์ดั้งเดิม เช่น ความคลุมเครือของเป้าหมาย ความแตกต่างด้านอำนาจหรือการสนับสนุน การขาดทรัพยากร และปัญหาการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน (Berman & McLaughlin, 1977 อ้างถึงใน วรเดช จันทรศร, 2551) การดำเนินงานในระดับมหภาคแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนย่อย ได้แก่ (วรเดช จันทรศร, 2551)

1.1 การแปลงนโยบาย หน่วยงานกลาง เช่น กระทรวงหรือกรม จะถอดนโยบายที่ฝ่ายการเมืองกำหนดออกมาเป็นแผนงานหรือโครงการ หากการแปลงนโยบายคลาดเคลื่อนจากวัตถุประสงค์จริง ย่อมทำให้เกิดความล้มเหลวตั้งแต่ต้น ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา ได้แก่ นโยบายที่กำหนดไว้อย่างกำกวม ความหลากหลายของเป้าหมาย ระดับความเข้าใจของหน่วยงาน และเจตนารมณ์ในการดำเนินงาน

1.2 การยอมรับของหน่วยงานระดับล่าง การที่หน่วยงานท้องถิ่นจะยอมรับและดำเนินตามนโยบายขึ้นอยู่กับบริบทเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองท้องถิ่น รวมถึงผลประโยชน์ที่พวกเขาได้รับ อีกทั้งความร่วมมือภายในหน่วยงานเองก็เป็นตัวแปรสำคัญ โดยที่ข้าราชการระดับปฏิบัติ (street-level bureaucracy) มีอำนาจแท้จริงในการกำหนดว่านโยบายจะเกิดผลในทางปฏิบัติหรือไม่

2) ระดับจุลภาค (Micro Implementation) ในระดับนี้ หน่วยงานปฏิบัติจะนำแผนงานจากส่วนกลางมาปรับให้สอดคล้องกับสภาพการทำงานจริง ซึ่งต้องอาศัยการปรับตัว การสร้างปฏิสัมพันธ์ และการประสานผลประโยชน์กับองค์กรในพื้นที่ โดยมี 3 ขั้นตอนย่อย ได้แก่

2.1 การระดมพลัง หน่วยงานท้องถิ่นพิจารณาว่านโยบายจากส่วนกลางตรงกับภารกิจและตอบสนองกลุ่มเป้าหมายหรือไม่ พร้อมทั้งหาการสนับสนุนจากบุคลากรและองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างแรงหนุนและความต่อเนื่อง

2.2 การปฏิบัติจริง เป็นช่วงที่ผู้ปฏิบัติถอดนโยบายออกมาเป็นกิจกรรมหรือการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน ซึ่งขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่และความสามารถในการปรับให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและความต้องการของประชาชนในพื้นที่

2.3 การสร้างความต่อเนื่อง แม้นโยบายบางฉบับจะสิ้นสุดระยะเวลา แต่หน่วยปฏิบัติสามารถทำให้ยังคงดำเนินต่อเนื่องในลักษณะของการปรับเปลี่ยนและทำให้เกิดการยอมรับใน

ระดับสถาบัน การสร้างความต่อเนื่องนี้อาจทำผ่านแนวคิดการพัฒนาองค์การ การสร้างแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของบุคลากร เพื่อให้เกิดความผูกพันต่อการปฏิบัติงานตามนโยบายกลไกและหน่วยงานในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

สรุปการนำนโยบายไปปฏิบัติทั้งในระดับมหภาคและจุลภาคต่างมีความซับซ้อนและขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นความชัดเจนของนโยบาย การจัดสรรทรัพยากร ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และบริบททางสังคมการเมือง การทำความเข้าใจกระบวนการเหล่านี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อสร้างความสำเร็จและลดความล้มเหลวในการดำเนินนโยบาย

การตอบคำถามว่าหน่วยงานหรือองค์การใดที่มีบทบาทในกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ จำเป็นต้องทำความเข้าใจโครงสร้างและกลไกของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เนื่องจากแต่ละหน่วยงานหรือกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างมีเป้าหมาย ความคาดหวัง และอิทธิพลที่แตกต่างกัน แม้จะไม่สามารถควบคุมผลลัพธ์ได้เพียงฝ่ายเดียว แต่การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันส่งผลอย่างสำคัญต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบาย (วรเดช จันทรศร, 2551) โดยสามารถแบ่งกลุ่มหลักได้ดังนี้

**1) ฝ่ายการเมือง**

ฝ่ายการเมือง ได้แก่ รัฐสภาและคณะรัฐมนตรี ซึ่งทำหน้าที่ทั้งกำหนดและกำกับทิศทางนโยบาย โดยการออกกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อบังคับต่าง ๆ นอกจากนี้ยังเป็นผู้เสนอแนวนโยบายจากข้อร้องเรียนหรือปัญหาของประชาชนและกลุ่มผลประโยชน์ ก่อนส่งต่อให้ระบบราชการนำไปปฏิบัติ อีกบทบาทสำคัญคือการจัดสรรงบประมาณและการประเมินว่าส่วนราชการใดเหมาะสมที่จะรับผิดชอบการดำเนินนโยบายต่อไป หากฝ่ายการเมืองติดตามและสนับสนุนนโยบายอย่างใกล้ชิด มักส่งผลให้นโยบายนั้นประสบความสำเร็จมากกว่านโยบายที่ไม่ได้รับการสนใจ (วรเดช จันทรศร, 2551)

**2) ระบบราชการ**

ระบบราชการคือหน่วยงานหลักที่ทั้งให้ข้อมูลในการกำหนดนโยบายและเป็นผู้ลงมือปฏิบัติจริง แต่ละหน่วยงานมักปกป้องขอบเขตความรับผิดชอบของตน มีแนวโน้มต่อต้านการเปลี่ยนแปลง และบางครั้งเลือกดำเนินงานเฉพาะโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กรของตน นอกจากนี้ หากนโยบายต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานราชการ มักเกิดปัญหาความขัดแย้งทางเป้าหมายและผลประโยชน์ ทำให้การปฏิบัติล่าช้าหรือไม่สัมฤทธิ์ผลตามที่ตั้งใจ (วรเดช จันทรศร, 2551)

3) **ข้าราชการ**

บุคลากรในระบบราชการมีบทบาทโดยตรงต่อผลสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ แบ่งได้หลายระดับ เช่น

ผู้บริหารระดับสูง การสนับสนุนและความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูงช่วยลดอุปสรรคและเพิ่มโอกาสให้นโยบายดำเนินไปอย่างราบรื่น

ผู้จัดการโครงการ ทำหน้าที่แปลงนโยบายและการสนับสนุนจากเบื้องบนออกมาเป็นผลลัพธ์เชิงรูปธรรม

ผู้ปฏิบัติระดับล่าง (street-level bureaucracy): เป็นกลุ่มที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุด มีอิสระในการตีความและตัดสินใจในสถานการณ์จริง การยอมรับหรือการเพิกเฉยต่อนโยบายจึงขึ้นอยู่กับการประเมินของบุคลากรกลุ่มนี้ หากเห็นว่านโยบายไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการ อาจไม่ปฏิบัติตาม หรือปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงาน (พงษ์สวัสดิ์, 2563)

4) **ผู้ได้รับผลจากนโยบาย**

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้รับบริการโดยตรง ผู้ได้รับประโยชน์ หรือแม้แต่ผู้ที่ได้รับผลเสีย ทั้งในระดับบุคคล องค์กรเอกชน หรือองค์กรไม่แสวงหากำไร บทบาทของกลุ่มนี้จะชัดเจนมากขึ้นเมื่อมีการรวมตัวเป็นเครือข่ายหรือสมาคมที่เข้มแข็ง สามารถระดมทรัพยากรและสร้างแรงกดดันเชิงนโยบายต่อรัฐ ทำให้เสียงเรียกร้องมีพลังมากขึ้น ทั้งในแง่การสนับสนุน การปรับปรุง หรือแม้แต่การยุตินโยบาย (พานิช, 2561)

ความสัมพันธ์ของเครือข่ายองค์การสาธารณะในระบบนโยบาย

เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับโครงสร้างเครือข่ายขององค์การสาธารณะในระบบนโยบายเสียก่อน เนื่องจากกระบวนการนโยบายสาธารณะมักเกี่ยวพันกับหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวง กรม กอง และหน่วยงานย่อยต่าง ๆ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานจึงขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของหน่วยงานเหล่านี้ในการทำกิจกรรมให้บรรลุวัตถุประสงค์ (ศิริพิทักษ์, 2021)

ในบริบทดังกล่าว องค์การสาธารณะทำหน้าที่ในฐานะ “ตัวแสดงนโยบาย” (policy actors) ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งบุคคล กลุ่มคน หรือองค์การ โดยแต่ละฝ่ายมีบทบาทแตกต่างกันแต่ร่วมกันขับเคลื่อนให้กระบวนการนโยบายดำเนินไปอย่างราบรื่น สามารถแบ่งบทบาทหลักได้ 3 กลุ่ม ดังนี้ (ศิริพิทักษ์, 2021) ดังนี้

1) ตัวแสดงเจ้าของเรื่อง (Focal Actor) มักเป็นหน่วยงานหลักที่มีหน้าที่โดยตรง เช่น

กระทรวงสาธารณสุขและกรมในสังกัดที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายด้านสาธารณสุขให้เกิดขึ้นจริงในระดับประเทศ

2) ตัวแสดงนโยบายอื่นที่มีอำนาจอย่างเป็นทางการ (Formal Policy Actors) คือ

หน่วยงานที่แม้จะไม่ใช่เจ้าของเรื่อง แต่มีอำนาจทางกฎหมายหรือระเบียบราชการในการมีส่วนร่วมตัดสินใจ อาจอยู่ในเครือข่ายการตัดสินใจ (decision network) ที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ

3) ตัวแสดงที่ไม่เป็นทางการ (Informal Policy Actors หรือ Policy Community)

หมายถึงกลุ่มบุคคลหรือองค์กรที่ไม่มีตำแหน่งหน้าที่อย่างเป็นทางการในโครงสร้าง แต่สามารถสร้างแรงกดดันหรือมีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบายได้ เช่น เครือข่ายวิชาชีพ องค์กรภาคประชาสังคม หรือสมาคมวิชาการ

นอกจากนี้ องค์การสาธารณะยังทำงานภายใต้ “สภาพแวดล้อมของระบบราชการ” (bureaucratic environment) ที่กำหนดข้อจำกัดหลายด้าน เช่น การจัดสรรงบประมาณโดยสำนักงบประมาณ หรือการกำหนดอัตรากำลังคนโดยสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ปัจจัยเหล่านี้ทำให้หน่วยงานสาธารณะมีอิสระในการบริหารจัดการน้อยกว่าองค์กรเอกชน เนื่องจากถูกกำกับด้วยกฎหมายและระเบียบจากภายนอก อีกทั้งยังต้องอยู่ภายใต้การตรวจสอบของหน่วยงานสาธารณะอื่น ๆ

ในเชิงบทบาท ตัวแสดงนโยบายบางรายอาจเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ทำให้มี “พื้นที่ทางนโยบายที่แคบแต่ลึก” (narrow niche-width) ส่วนอีกบางรายอาจมีความรู้กว้างขวางในหลายมิติ ซึ่งหมายถึงการครอบคลุมพื้นที่กว้างแต่ไม่ลงลึก (broad niche-width) ทั้งสองลักษณะมีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกันในระบบนโยบาย (ศิริพิทักษ์, 2021)

แนวคิดเกี่ยวกับความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ประเด็นนี้มุ่งอธิบายความหมายและลักษณะของความสำเร็จและความล้มเหลวของการดำเนินนโยบาย แนวทางการวัดผล และปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ โดยลำดับการนำเสนอเริ่มจากการทำความเข้าใจนิยามและรูปแบบของความสำเร็จความล้มเหลว ตามด้วยวิธีการประเมิน และสรุปด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนหรืออุปสรรคที่มีผลโดยตรงต่อการบรรลุเป้าหมายของนโยบายหรือทำให้ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่ตั้งไว้

**ความหมายของความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ**

(วุฒิเสลา, 2556) ชี้ว่า การพิจารณาความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปใช้ ไม่อาจจำกัดเพียงการวัด “บรรลุเป้าหมายหรือไม่” แบบการประเมินผลทั่วไป แต่ต้องพิจารณาตลอดห่วงโซ่การปฏิบัติ ได้แก่ นโยบายถูกนำไปสู่การทำงานจริงเพียงใด เกิดผลลัพธ์เชิงรูปธรรมอย่างไร ผลลัพธ์นั้นได้รับการยอมรับจากสังคมภายใต้เงื่อนไขของเวลาและบริบทขณะนั้นหรือไม่ รวมทั้งมี “ผลประโยชน์ที่ไม่คาดหมาย” เกิดขึ้นหรือไม่ ทั้งนี้ การศึกษาแต่ละกรณีย่อมต้องกำหนดกรอบความคิดให้สอดคล้องกับลักษณะและบริบทของนโยบายเรื่องนั้น ๆ ด้วย

(วรเดช จันทรศร, 2551; วุฒิเสลา, 2556) อธิบายว่าการพิจารณาความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ สามารถวัดได้จากระดับสมรรถนะในการดำเนินการ (Level of Performance) และการประเมินประสิทธิผลของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าตอบโจทย์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

(Ingram, 1980) มองประเด็นนี้ว่าเป็นแนวคิดเชิงนามธรรมที่ซับซ้อนและเข้าใจได้ยาก โดยเฉพาะความล้มเหลวซึ่งมักไม่ชัดเจนแน่นอนและขึ้นกับมุมมองหรือทัศนคติของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่เห็นจากภายนอกอาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนหรือการตีความผลประโยชน์ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่งผลให้การประเมินผลมีความแตกต่างหรือขัดแย้งกันได้ โดยเฉพาะในเรื่องเกณฑ์ขั้นต่ำที่จะนิยามได้ว่านโยบายนั้นถือว่าประสบความสำเร็จหรือไม่

**ปัญหาและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติ**

(วรเดช จันทรศร, 2551) ได้กล่าวถึงปัญหาในการนำนโยบายไปปฏิบัติไว้ 5 ประการ ได้แก่

1. ข้อจำกัดด้านสมรรถนะ ถือเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน ซึ่งระดับความรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นจำนวนและคุณภาพของบุคลากร งบประมาณที่จัดสรร วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ ตลอดจนองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่สนับสนุนการทำงานตามนโยบาย

2. ประเด็นด้านการควบคุม ความสำเร็จของการปฏิบัตินโยบายขึ้นอยู่กับความสามารถในการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินความก้าวหน้า รวมถึงผลลัพธ์ของแผนงานหรือโครงการ โดยมีปัจจัยสำคัญ เช่น ความสามารถของหน่วยงานผู้รับผิดชอบ ความชัดเจนของกิจกรรมและ

โครงการที่ถูกถ่ายทอดจากนโยบาย และความสามารถในการกำหนดภารกิจพร้อมมาตรฐานที่สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติ

3. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร หากเจ้าหน้าที่หรือหน่วยปฏิบัติขาดความร่วมมือ หรือแสดงท่าทีต่อต้านต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากนโยบาย ก็จะกลายเป็นอุปสรรคที่ส่งผลให้การนำนโยบายไม่สามารถเดินหน้าได้ตามเป้าหมาย

4. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร ปัญหามักเกิดจากการแบ่งอำนาจและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ลักษณะการประสานงานกับหน่วยงานกำกับ ระดับความจำเป็นในการพึ่งพาหรือทำข้อตกลงกับหน่วยอื่น ๆ รวมถึงความสามารถของเจ้าหน้าที่แต่ละฝ่ายในการทำงานร่วมกัน

5. การสนับสนุนจากผู้มีอิทธิพลและองค์กรหลัก การนำนโยบายไปปฏิบัติจำเป็นต้องได้รับการหนุนเสริมจากบุคคลหรือกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มผลประโยชน์ นักการเมือง ข้าราชการระดับสูง หรือสื่อมวลชน หากขาดการสนับสนุน หรือเกิดการต่อต้านคัดค้าน หรือบั่นทอนในเชิงการเมืองและงบประมาณ ย่อมอาจนำไปสู่ความล้มเหลวของนโยบายได้โดยตรง

(ทศพร ศิริสัมพันธ์, 2531) อธิบายว่าการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมีโอกาสประสบความล้มเหลวจากหลายสาเหตุ โดยสรุปได้ 3 ประการหลัก ได้แก่

1. ข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการ ของหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ หากขาดประสิทธิภาพ

ในด้านการจัดการ บุคลากร หรือระบบสนับสนุน ก็จะทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนนโยบายไปสู่ผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ได้อย่างเต็มที่

2. ความซับซ้อนภายในตัวนโยบายเอง ซึ่งอาจเกิดจากความไม่ชัดเจน ความขัดแย้งหรือการขาดความสอดคล้องเชิงเหตุผลระหว่างทรัพยากรที่มีอยู่ กิจกรรมที่กำหนด ผลผลิตที่คาดหวัง และผลลัพธ์ที่ต้องการ สิ่งเหล่านี้ล้วนสร้างอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติจริง

3. เงื่อนไขภายนอกที่ไม่เอื้ออำนวย เช่น ภาวะเศรษฐกิจ การเมือง หรือสังคมที่ผันผวน ซึ่งอยู่นอกเหนือการควบคุมของผู้ปฏิบัติและอาจส่งผลให้การดำเนินนโยบายไม่สามารถดำเนินไปตามแผนที่วางไว้

(วรเดช จันทรศร, 2551) กล่าวว่าปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีดังนี้

1. ปัญหาเกี่ยวกับองค์การและการจัดการสาเหตุประการสำคัญของการดำเนินการตามนโยบายหรือการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ การขาดสมรรถนะขององค์การ ซึ่งมีสาเหตุมาจาก

1.1 หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ หากขาดแคลนจำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอหรือ การขาดคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่ที่จะมารับผิดชอบงานแต่ละอย่างก็จะทำให้เกิดผลเสียในการบรรลุเป้าหมาย

1.2 การขาดความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการควบคุม การควบคุมมีความหมายได้ สองนัย คือ การควบคุมภายในและการควบคุมภายนอกโดยการควบคุมภายในคือ การที่จะดึงให้เจ้าหน้าที่มาให้ความร่วมมือในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ส่วนการควบคุมภายนอก คือ การควบคุมสิ่งแวดล้อมหรือการดึงสิ่งแวดล้อมให้มาเป็นส่วนหนึ่งของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (การให้สิ่งแวดล้อม เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน)

1.3 การนำนโยบายไปปฏิบัติให้ได้ผลจะมีระเบียบวิธีปฏิบัติ เช่น 1) การระบุถึง โครงการต่างๆและความสัมพันธ์ของโครงการ 2 มีการประเมินผลในด้านการเงิน เจ้าหน้าที่ และ ทรัพยากรอื่นๆ 3) มีกลไกเพื่อการปรึกษาหารือ การประเมินผล การปฏิบัติตนและระบบข้อมูล ป้อนกลับ4) มีการประสานงานระหว่างแผนงานและโครงการต่างระดับกัน พร้อมทั้งความร่วมมือและ การสนับสนุนจากหน่วยงานที่ต่างกันและจากประชาชน 5) มีความสัมพันธ์ของหน่วยงานที่ต่างระดับกัน และ 6) มีการมอบหมายอำนาจหน้าที่

1.4 การมีทัศนคติของประชาชนที่ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง การต่อต้านการ เปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องที่จะพบได้ในเกือบทุกประเทศ และจะมากในประเทศที่กำลังพัฒนา ภายใน หน่วยงานก็จะมีข้าราชการหัวเก่าที่ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเพื่อรักษาสถานภาพเดิมให้คงไว้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเป็นอุปสรรคต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งการฝึกอบรม ในด้านการพัฒนาองค์การจะช่วยให้เกิดทัศนคติที่ส่งเสริมการทำงานเป็นกลุ่มเพื่อการบรรลุเป้าหมายให้ดียิ่งขึ้น

1.5 การนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีปัญหาหากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติซึ่งเป็นพวกมีวิชาชีพ ไม่พอใจกับแผนที่จะไปปฏิบัติ

1.6 การนำนโยบายไปปฏิบัติในบางกรณีขึ้นอยู่กับภาวะผู้นำ โดยในบางกิจกรรมความสำเร็จของงานขึ้นอยู่กับนักบริหารที่มีภาวะผู้นำเหมาะสมกับประภทงานที่รับผิดชอบ จึงมีผลทำให้กิจกรรมบรรลุผลตามความมุ่งหมาย

1.7 ความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติเกิดจากการขาดโครงสร้างและสมรรถนะขององค์การที่เอื้ออำนวย รวมทั้งกฎระเบียบข้อบังคับที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานตาม ภารกิจ

1.8 การนำนโยบายไปปฏิบัติล้มเหลวเพราะผู้วางแผนไม่ได้คำนึงถึงคุณสมบัติของหน่วยงานที่จะนำนโยายไปปฏิบัติไว้ล่วงหน้ารวมทั้งความล่าช้าของการนำนโยบายไปปฏิบัติอาจส่งผล ให้ทั้งโครงการล้มเหลวได้ ซึ่งความล่าช้าอาจเกิดจากสาเหตุดังนี้

1) การมีผู้รับผิดชอบมากเกินไปซึ่งหมายความว่ามีหน่วยงานหลายแห่ง รับผิดชอบในแต่ละโครงการเป็นเหตุให้การนำโครงการไปสู่การปฏิบัติยากและสับสน

2) การมีความเห็นและวิธีการทำงานของแต่ละหน่วยงานที่แตกต่างกันมี ส่วนทำให้โครงการล้มเหลว หน่วยงานแต่ละแห่งย่อมมีทัศนภาพและการมองปัญหาต่างกัน วิธีการ ทำงานให้บรรลุเป้าหมายย่อมต่างกัน แม้หน่วยงานเหล่นี้จะมีความเข้าใจร่วมกันในเรื่องของ เป้าหมาย นอกจากนี้ทัศนคติเกี่ยวกับความรวดเร็วของการทำงานที่แตกต่างกัน ความรวดเร็วหรือ ความล่าช้าในแต่ละขั้นตอนที่แตกต่างกันทำให้การบรรลุเป้าหมายส่วนรวมของโครงการถูกกระทบกระเทือนได้

3) มีการวินิจฉัยสั่งการมากและแตกต่างกัน เพราะถ้ามีมากและแตกต่างกัน ความสอดคล้องก็จะลดน้อยตามไปด้วย

**2. ปัญหาที่เกิดจากการกำหนดนโยบาย**

ปัญหาความล้มเหลวเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติส่วนหนึ่งมาจากการกำหนดนโยบาย กล่าวคือในขั้นของการกำหนดนโยบายผู้กำหนดนโยบายจะต้องพิจารณาถึงปัญหาในขั้นของการ ปฏิบัติด้วย หาไม่แล้วจะเกิดปัญหาได้ ปัญหาที่พบในการกำหนดนโยบายมีสาเหตุมาจากขั้นของการ กำหนดนโยบาย เพราะผู้กำหนดนโยบายส่วนใหญ่เป็นนักการเมืองไม่มีความสันทัดในเรื่องของการนำ นโยบายไปปฏิบัติ จึงมองไม่เห็นปัญหาก่อน โดยไม่มีการกำหนดว่าเป้าหมายใดสำคัญกว่ากัน ทำให้ เกิดความสับสนในการปฏิบัติ อีกประการหนึ่ง เป้าหมายที่ไม่ชัดเจนทำให้ยากแก่การวัด ปัญหา ดังกล่าวยิ่งทวีความยากลำบากในการปฏิบัติ

**3. ปัญหาจากแผนงานหรือการขาดความรู้**

การขาดความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับแผนงานหรือโครงการที่นำไปสู่การปฏิบัติเป็นสาเหตุหนึ่งที่ ทำให้แผนงานหรือโดงการล้มเหลวอุปสรรคที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ แผนงานหรือบางโครงการต้องอาศัยความเห็นของบุคคลหรือหน่วยงานภายนอกในการปฏิบัติ จึงเป็น เหตุก่อให้เกิดความล่าช้าและอาจส่งผลล้มเหลวต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ

**การวัดความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ**

จากตัวแบบของ (Sabatier, 1980) การประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติสามารถวัดได้จาก 5 ตัวแปรหลัก ดังนี้

1. ผลผลิตของหน่วยงานผู้ปฏิบัติ (Policy Outputs) หมายถึงการแปลงเป้าหมายของนโยบายให้เป็นมาตรการหรือกิจกรรมที่ชัดเจน ซึ่งมักเผชิญทั้งความร่วมมือและการต่อต้าน ส่งผลต่อความรวดเร็วและประสิทธิภาพของการดำเนินงาน

2. การยอมรับของกลุ่มเป้าหมาย (Compliance by Target Groups) การปฏิบัติตามนโยบายขึ้นอยู่กับการรับรู้ถึงประโยชน์และผลเสียที่ได้รับ หากขาดแรงจูงใจ อาจจำเป็นต้องใช้มาตรการทางกฎหมาย การลงโทษ หรือการสร้างความชอบธรรมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตาม

3. ผลกระทบจริงของนโยบาย (Actual Impacts) เป็นการพิจารณาว่าผลผลิตที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยคำนึงถึงการยอมรับของกลุ่มเป้าหมาย ความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่อาจทำให้ผลลัพธ์คลาดเคลื่อน

4. ผลกระทบที่รับรู้ได้ (Perceived Impacts) สะท้อนการประเมินของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งแม้จะไม่ใช่ผลลัพธ์จริง แต่มีอิทธิพลต่อการตีความคุณค่าของนโยบาย และอาจนำไปสู่การปรับเปลี่ยนหรือทบทวนในอนาคต

5. การปรับปรุงนโยบาย (Policy Revision) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่พิจารณาจากผลกระทบจริงและผลที่รับรู้ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในลำดับความสำคัญของสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ซึ่งกำหนดทิศทางว่านโยบายควรดำเนินต่อ ปรับปรุง หรือยุติ(วรเดช จันทรศร, 2551)

**แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ**

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ อาศัยทั้งกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำตัวแบบทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับมาใช้ในการอธิบายกระบวนการปฏิบัตินโยบาย พร้อมประมวลและสังเคราะห์ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสร้างกรอบแนวคิดเบื้องต้นสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ตัวแบบเชิงทฤษฎีของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

(Van Meter, 1975) ได้พัฒนาตัวแบบเชิงทฤษฎีชื่อ The Policy Implementation: A Conceptual Framework โดยอาศัยการรวบรวมและสังเคราะห์แนวคิดหลากหลายด้าน อาทิ ทฤษฎีองค์การเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและการควบคุม ผลกระทบจากนโยบายสาธารณะ รวมถึงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานรัฐในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง ตัวแบบนี้ชี้ให้เห็นปัจจัยหลัก 6 ประการที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่

1) มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ต้องมีความชัดเจนและสอดคล้องกับความเป็นจริง หากกำหนดคลุมเครือหรือขัดแย้งกันจะทำให้การนำไปปฏิบัติยากและเสี่ยงต่อการบิดเบือน (ทองขาว, 2548)

2) ทรัพยากรที่สนับสนุน เช่น งบประมาณ บุคลากร และสิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้การดำเนินงานบรรลุผล ทรัพยากรด้านการเงินเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอหากขาดการจัดการที่เหมาะสม (ทองขาว, 2548)

3) การสื่อสารและการบังคับใช้ จำเป็นต้องถ่ายทอดเป้าหมายและมาตรฐานนโยบายอย่างตรงไปตรงมาและต่อเนื่อง ลดการบิดเบือนของข้อมูล พร้อมทั้งมีระบบสนับสนุนจากหน่วยงานระดับบนสู่ระดับล่าง (ทองขาว, 2548)

4) ลักษณะขององค์การที่ปฏิบัติ ทั้งด้านโครงสร้างทางการบริหารและลักษณะบุคลากร เช่น ขีดความสามารถ การควบคุมลำดับชั้น ทรัพยากรทางการเมือง และการสื่อสารแบบเปิด ซึ่งล้วนส่งผลต่อสมรรถนะของการดำเนินงาน (วรเดช จันทรศร, 2551), หน้า 124-125 ได้กล่าวถึงลักษณะขององค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติไว้ ว่ามี 2 องค์ประกอบ คือ ลักษณะของโครงสร้างอย่างเป็นทางการขององค์การและลักษณะอย่างไม่ เป็นทางการของบุคลากรในองค์การ ทั้งสองยังได้เสนอลักษณะของหน่วยงานที่ส่งผลต่อสมรรถนะของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ประกอบด้วย ปริมาณและความสามารถของบุคลากรในหน่วยงาน ระดับ ของการควบคุมที่เป็นลำดับชั้นในการตัดสินใจและการดำเนินการทรัพยากรทางการเมืองของ หน่วยงานเช่นแรงสนับสนุนจากผู้บริหาร

หรือนักการเมืองความสามารถในการยืนหยัดของหน่วยงาน ระดับของการสื่อสารแบบเปิด เช่น การมีเครือข่ายการสื่อสารที่เป็นอิสระ การเชื่อมโยงอย่างเป็น ทางการ และไม่เป็นทางการของผู้กำหนดนโยบายและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นต้น

5) บริบททางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ถือเป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัตินโยบาย เช่น กระแสความคิดเห็นสาธารณะ การสนับสนุนหรือคัดค้านจากกลุ่มผลประโยชน์ (วรเดช จันทรศร, 2551)

6) ความร่วมมือและการตอบสนองของผู้ปฏิบัติ การรับรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของผู้ปฏิบัติมีผลต่อความสำเร็จอย่างมาก หากเป้าหมายขัดกับค่านิยมหรือผลประโยชน์ อาจนำไปสู่การปฏิเสธหรือต่อต้านได้ ดังนั้นควรให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนดนโยบาย (วรเดช จันทรศร, 2551)

กล่าวโดยสรุป ตัวแบบนี้สะท้อนให้เห็นว่าความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นอยู่กับการเชื่อมโยงกันของมาตรฐาน ทรัพยากร การสื่อสาร โครงสร้างองค์กร บริบทแวดล้อม และการยอมรับจากผู้ปฏิบัติ ซึ่งทั้งหมดเป็นกลไกที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในการทำให้นโยบายเกิดผลลัพธ์จริง

(สมบัติ ธำรงธัญวงศ์, 2550) ศึกษาและสรุปว่าความสำเร็จของการนำนโยบายขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบหลัก ได้แก่

1) แหล่งที่มาของนโยบาย นโยบายอาจมาจากคำสั่งฝ่ายบริหาร กฎหมาย ความร่วมมือระหว่างฝ่ายนิติบัญญัติและฝ่ายบริหาร ข้าราชการระดับสูง หรือการวินิจฉัยของศาล แต่ความหลากหลายของที่มาอาจก่อให้เกิดความซับซ้อนหรือความขัดแย้ง ซึ่งกระทบต่อความเป็นเอกภาพของการปฏิบัติ

2) ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ การกำหนดปัญหา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มเป้าหมาย และการประเมินทรัพยากรอย่างชัดเจน จะช่วยให้นโยบายดำเนินไปอย่างมีประสิทธิผล ในทางกลับกัน ความคลุมเครือหรือรายละเอียดที่มากหรือน้อยเกินไป อาจทำให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจคลาดเคลื่อนและบิดเบือนเจตนารมณ์ของนโยบาย

3) การสนับสนุนของนโยบาย การปฏิบัติต้องอาศัยความใส่ใจของผู้ริเริ่ม ความเป็นเอกภาพของผู้มีอำนาจ และการยอมรับจากผู้ปฏิบัติ หากขาดการสนับสนุนเพียงพอ นโยบายอาจสะดุดกลางทาง กลุ่มผลประโยชน์ที่หนุนเสริมก็มีบทบาทสำคัญต่อการผลักดันเช่นกัน

4) ความซับซ้อนของโครงสร้างการบริหาร ยิ่งมีหลายหน่วยงานเข้ามาเกี่ยวข้อง กระบวนการยิ่งซับซ้อนและเสี่ยงต่อความขัดแย้งด้านผลประโยชน์หรือมุมมองที่แตกต่างกัน ซึ่ง

อาจทำให้เป้าหมายของนโยบายถูกบิดเบือน การใช้ระบบที่ซับซ้อนหรือสายการบังคับบัญชายาวเกินไป จึงไม่เอื้อต่อความสำเร็จ

5) สิ่งจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติ แรงจูงใจ เช่น การยกย่อง การให้กำลังใจ หรือผลตอบแทนที่เหมาะสม ช่วยเสริมขวัญและความมุ่งมั่นในการทำงาน ในทางตรงกันข้าม หากผู้ปฏิบัติรู้สึกเสียผลประโยชน์หรือต่อต้าน ย่อมลดทอนโอกาสสำเร็จของนโยบาย

6) การจัดสรรทรัพยากร ทรัพยากรที่เพียงพอ ทั้งงบประมาณ เวลา บุคลากรที่มีทักษะ รวมถึงเทคโนโลยีและอุปกรณ์ เป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญ การขาดทรัพยากรย่อมทำให้ไม่สามารถบรรลุผลตามเป้าหมายได้

สรุปได้ว่า ความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติขึ้นอยู่กับทั้งปัจจัยภายใน เช่น ความชัดเจนของเป้าหมาย การสนับสนุน และสิ่งจูงใจ ตลอดจนปัจจัยภายนอกอย่างทรัพยากรและโครงสร้างการบริหาร หากองค์ประกอบเหล่านี้สอดประสานกัน ก็จะเพิ่มโอกาสให้นโยบายบรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

(เมธาวี ว่องกิจ, 2555) ศึกษาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย โดยมุ่งวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกจุดหมายปลายทางของนักท่องเที่ยว พบว่าคุณภาพด้านการรักษาพยาบาลมีบทบาทสำคัญมากกว่าปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ อีกทั้งมีนักท่องเที่ยวจำนวนไม่น้อยที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาหลังจากเดินทางมาถึง โดยมิได้วางแผนล่วงหน้า งานวิจัยยังสะท้อนว่านักท่องเที่ยวกลุ่มนี้มีความต้องการที่หลากหลาย บางรายมุ่งเน้นการรักษา ขณะที่หลายคนมองว่าการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการท่องเที่ยว ส่งผลให้ข้อค้นพบนี้แตกต่างจากสมมุติฐานเดิมที่เชื่อว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เตรียมการมาก่อนเดินทาง

(นารี, 2558) ใช้การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์เพื่อตรวจสอบผลกระทบของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ต่อเศรษฐกิจไทย พบว่ากิจกรรมดังกล่าวสร้างรายได้จำนวนมากทั้งจากบริการรักษาพยาบาลและการท่องเที่ยวควบคู่กัน นอกจากนี้ยังได้ระบุถึงความเสี่ยงที่อาจกระทบต่อระบบสาธารณสุข พร้อมเสนอแนวทางเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของไทยในฐานะศูนย์กลางการแพทย์โลก โดยเน้นการพัฒนาทรัพยากรบุคคลและโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพการแพทย์ระดับโลก โดยเน้นการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และโครงสร้างพื้นฐาน

(วาสุเทวัน, 2547) ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยชี้ให้เห็นความสำคัญของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานสากล อีกทั้งยัง

วิเคราะห์บทบาทของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการยกระดับคุณภาพและความน่าเชื่อถือของอุตสาหกรรม พร้อมเสนอแนวทางพัฒนาเพื่อรองรับการเติบโตอย่างมั่นคงในอนาคต

(นารี, 2558) ยังได้ศึกษาผลกระทบของนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ต่อกลุ่มประเทศ GCC โดยชี้ว่าตลาดกลุ่มนี้มีความต้องการใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยสูง ด้วยเหตุผลด้านคุณภาพการรักษาที่เป็นที่ยอมรับ พร้อมทั้งเสนอแนวทางเชิงการตลาดเพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวจากภูมิภาคดังกล่าวให้มากยิ่งขึ้น

(สุภาเสตยศ, 2566)) มุ่งวิเคราะห์บทบาทของการร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยเน้นโอกาสและความท้าทายในการขยายตลาดไปยังประเทศกลุ่ม GCC ผลการวิจัยยืนยันว่าความร่วมมือด้านการจัดการและการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นปัจจัยหลักที่เอื้อต่อการเติบโตอย่างต่อเนื่อง

(เมธาวี ว่องกิจ, 2555) อีกงานหนึ่ง ศึกษาบทบาทของผู้ให้บริการทางการแพทย์ต่อการพัฒนาอุตสาหกรรม พบว่าการรักษามาตรฐานคุณภาพสากลคือหัวใจสำคัญ และยังเสนอแนวทางพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์เพื่อตอบสนองต่อจำนวนนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่เพิ่มขึ้น

(นารี, 2558) ยังได้วิเคราะห์การเติบโตอย่างยั่งยืนของอุตสาหกรรมนี้ โดยเน้นกลุ่มประเทศ GCC ที่ถือเป็นตลาดสำคัญ พร้อมเสนอแนวทางยกระดับมาตรฐานการบริการทางการแพทย์เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย

(สุภาเสตยศ, 2566) เสนอแนวทางการพัฒนาและกลยุทธ์เพื่อความยั่งยืนของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยเจาะจงตลาดประเทศ GCC ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของโครงสร้างพื้นฐานและคุณภาพบริการที่ต้องปรับให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

(รัตนานนท์ โอฬาร, 2567) ศึกษาการนำนโยบาย e-Health ในสถาบันโรคทรวงอกแห่งประเทศไทย โดยวิเคราะห์ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน เทคโนโลยีสารสนเทศ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การจัดการข้อมูล และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน พบว่าความสำเร็จของนโยบายขึ้นอยู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการสนับสนุนอย่างจริงจังจากผู้บริหาร นอกจากนี้ระบบ e-Health ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการข้อมูลผู้ป่วย ลดภาระงานเอกสาร และยกระดับความแม่นยำในการบริการทางการแพทย์

# บทที่ 3

# วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เชิงการท่องเที่ยว : กรณีศึกษาผู้รับบริการจากประเทศสมาชิก Gulf Cooperation Council (GCC) มีเป้าหมาย คือ (1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการดำเนินนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ของไทย (2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศ GCC ที่เลือกใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้แบบแผนการวิจัยแบบแผนการวิจัย

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบแผนการวิจัย

เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์

2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้งเอกสารทางวิชาการ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ตลอดจนการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคคลสำคัญในภาคการแพทย์ที่มีบทบาทโดยตรงต่อการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ของไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดึงดูดผู้รับบริการจากกลุ่มประเทศ GCC ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1) ผู้บริหารสถานพยาบาลเอกชน ที่มีบทบาทในการผลักดันประเทศไทยสู่การเป็น Medical Hub และมีประสบการณ์ตรงในการดูแลนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากกลุ่ม GCC ได้แก่ ผู้บริหารจากโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ 1 คน และผู้บริหารจากโรงพยาบาลสมิติเวช 1 คน

2) ล่ามทางการแพทย์ ผู้ทำหน้าที่สื่อสารและอำนวยความเข้าใจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ไทยกับผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพและความพึง

พอใจของผู้รับบริการ โดยผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มนี้ ได้แก่ ล่ามจากโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ 5 คน และล่ามจากโรงพยาบาลสมิติเวช 5 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือวิจัยได้แก่แบบสัมภาษณ์โดยการศึกษาข้อมูลจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ดังนี้

3.1 เพื่อตอบวัตถุประสงค์ทั้งสามข้อ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เพื่อให้ได้คำตอบตรงตามประเด็นที่ต้องการศึกษาให้มากที่สุด โดยเป็นการสัมภาษณ์ที่มีการวางแผนล่วงหน้าอย่างเป็นขั้นตอนตามข้อคำถามในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ดังนี้

3.1.1 แบบสัมภาษณ์เรื่องการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เชิงท่องเที่ยว : กรณีศึกษาผู้บริการทางการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ Gulf Cooperation Council (GCC) สำหรับผู้บริหาร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) เช่น ตำแหน่ง ระดับตำแหน่งหน้าที่ที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มุ่งเน้นการดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC)

2.1 ท่านมีมุมมองว่าการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทยในปัจจุบันเป็นอย่างไรบ้าง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดึงดูดนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ให้เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยที่เชื่อมโยงกับการผลักดันนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub)

3.1 ประเด็นคำถาม: ท่านมองว่าการผสมผสานระหว่างการท่องเที่ยวและการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการจูงใจนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศ GCC ให้เลือกประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางด้านสุขภาพหรือไม่ และเพราะเหตุใด

3.2 ท่านคิดว่าปัจจัยที่สามารถดึงดูดนักท่องเที่ยวจากประเทศสมาชิกสภาความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ให้เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทย มีความเชื่อมโยงกับการ

ผลักดันนโยบาย “ศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub)” อย่างไร โดยพิจารณาจากประเด็นสำคัญ ได้แก่

ความพร้อมของระบบบริการทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับกรอบนโยบาย Medical Hub

กลยุทธ์ด้านการตลาดและการสร้างภาพลักษณ์ประเทศไทยในฐานะศูนย์กลางทางการแพทย์ระดับภูมิภาค

ความเชื่อมั่นต่อมาตรฐานความปลอดภัยและการรับรองคุณภาพทางการแพทย์

ความสะดวกในการเดินทางและการได้รับวีซ่าทางการแพทย์

การจัดบริการดูแลหลังการรักษาและการติดตามผลต่อเนื่องในระยะยาว

บทบาทเชิงนโยบายและการสนับสนุนจากภาครัฐ

ส่วนที่ 4 เสนอแนะแนวทางการพัฒนานโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มุ่งเน้นดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC)

4.1 ท่านคิดว่าการพัฒนานโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มุ่งเน้นดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศ GCC ควรมีแนวทางเป็นอย่างไร

3.1.2 แบบสัมภาษณ์เรื่องการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เชิงท่องเที่ยว: กรณีศึกษาผู้รับบริการทางการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) สำหรับล่ามที่ให้บริการนักท่องเที่ยวที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ตำแหน่งในโรงพยาบาล หน้าที่รับผิดชอบ ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งนี้

ส่วนที่ 2 สถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มุ่งเน้นการดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศ GCC

2.1 ท่านมีมุมมองต่อการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทยในปัจจุบันอย่างไร

2.2 ในฐานะล่าม ท่านเห็นความเปลี่ยนแปลงใดบ้างที่เกิดขึ้นในการให้บริการผู้ป่วย GCC ตามนโยบาย Medical Hub

2.3 ท่านมองว่าประเทศไทยมีจุดแข็งและข้อจำกัดใดบ้างในการดึงดูดนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศ GCC ให้เข้ามาใช้บริการด้านการแพทย์ส่วนที่

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของนักท่องเที่ยวจาก GCC ในการเลือกประเทศไทยเป็นจุดหมายด้านการแพทย์ และความเชื่อมโยงกับการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub)

3.1 ท่านคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ต่อไปนี้ที่สัมพันธ์กับการดำเนินนโยบาย Medical Hub ของไทย

กลยุทธ์การตลาดและการสร้างภาพลักษณ์ของประเทศในฐานะศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาค

ความมั่นใจในมาตรฐานด้านความปลอดภัยและระบบการรับรองทางการแพทย์

ความสะดวกในการเดินทางและกระบวนการขอวีซ่ารักษาพยาบาล

การจัดบริการดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

นโยบายและมาตรการสนับสนุนจากภาครัฐ

ส่วนที่ 4 เสนอแนะแนวทางการพัฒนานโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มุ่งเน้นดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศ GCC

4.1 ท่านคิดว่าการพัฒนานโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มุ่งเน้นดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศ GCC ควรมีแนวทางเป็นอย่างไร

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เพื่อให้สามารถได้คำตอบที่ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายมุมมองเกี่ยวกับสถานการณ์การผลักดันนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ ปัจจัยที่ดึงดูดนักท่องเที่ยวจากประเทศสมาชิก GCC ให้เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในไทย ตลอดจนแนวทางการพัฒนานโยบายดังกล่าวให้สอดคล้องกับเป้าหมาย Medical Hub

4.1 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) มาจากการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการทางการแพทย์แก่นักท่องเที่ยวจาก GCC เพื่อสะท้อนสถานการณ์จริง ปัจจัยการดึงดูด และแนวทางในการพัฒนานโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์

4.2 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ได้จากการศึกษาหนังสือ เอกสาร งานวิจัย แผนยุทธศาสตร์หรือนโยบายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนบทความทางวิชาการและข้อมูลจากสื่อออนไลน์ เพื่อ

นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์กรณีศึกษาการขับเคลื่อน Medical Hub ของไทยในมิติการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยเฉพาะกลุ่มนักท่องเที่ยวจากประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อตรวจสอบและสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารและงานเขียนที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งทำความเข้าใจการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ในบริบทของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยเฉพาะกรณีผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่รองรับกลุ่มนักท่องเที่ยวจากประเทศสมาชิกความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC)

5.2 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เช่นเดียวกัน โดยจัดระเบียบและตีความข้อมูลตามประเด็นที่กำหนดไว้ในแบบสัมภาษณ์ เพื่อตอบคำถามการวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์การดำเนินนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ ปัจจัยที่ทำให้นักท่องเที่ยวจากกลุ่ม GCC เลือกใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย และแนวทางพัฒนานโยบายเพื่อดึงดูดกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

# บทที่ 4

# ผลการดำเนินการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อศึกษาการดำเนินนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เชิงท่องเที่ยวของประเทศไทย โดยใช้กรณีศึกษาผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่รองรับนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (Gulf Cooperation Council: GCC) ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหารโรงพยาบาลและล่ามผู้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยต่างชาติ พบว่าประเทศไทยมีศักยภาพโดดเด่นในการเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ เนื่องจากมีระบบโครงสร้างพื้นฐานที่ได้มาตรฐาน บุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะสูง และการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย อย่างไรก็ตาม การดึงดูดผู้รับบริการจากกลุ่ม GCC ไม่ได้ขึ้นอยู่กับด้านการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ยังต้องคำนึงถึงมิติทางวัฒนธรรม ภาษา ความเชื่อทางศาสนา และการให้บริการแบบองค์รวม โดยเฉพาะบทบาทของล่ามทางการแพทย์ รวมถึงการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตมุสลิม เช่น อาหารฮาลาลและพื้นที่สำหรับปฏิบัติศาสนกิจ

ในขณะเดียวกัน งานวิจัยยังสะท้อนถึงข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การขาดระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยต่างชาติที่เป็นเอกภาพ ปัญหาการประสานงานระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งความท้าทายในการพัฒนาบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะด้านอย่างเพียงพอ ผลการวิเคราะห์เชิงลึกจึงทำให้เห็นทั้งจุดแข็ง โอกาส และข้อท้าทายของประเทศไทยในการขับเคลื่อนนโยบาย Medical Hub ได้อย่างรอบด้านและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

4.1 การขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มุ่งเน้นการดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC)

4.1.1 ท่านคิดว่าการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์มีผลต่อการดึงดูดนักท่องเที่ยวกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) หรือไม่อย่างไร จากการสัมภาษณ์พบว่า

ผู้บริหารโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

"ดิฉันเชื่อว่า การขับเคลื่อนนโยบาย Medical Hub ของประเทศไทยมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ หรือ GCC อย่างแน่นอนค่ะ เนื่องจากนโยบายดังกล่าวเป็นการแสดงเจตจำนงของรัฐที่ชัดเจนในการส่งเสริมศักยภาพของประเทศในฐานะจุดหมายปลายทางด้านสุขภาพระดับนานาชาติ โดยเฉพาะ

ในกลุ่มประเทศ GCC ซึ่งมีความต้องการการรักษาพยาบาลในต่างประเทศที่มีมาตรฐานสูงและสามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะด้านได้อย่างครบถ้วน

ที่บำรุงราษฎร์ เราพบว่า ตั้งแต่มีการประกาศนโยบาย Medical Hub อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะช่วงที่มีการประชาสัมพันธ์ในระดับภูมิภาคตะวันออกกลาง ก็ส่งผลให้ยอดผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังมีแนวโน้มที่ดีในแง่ของการกลับมาใช้บริการซ้ำและการบอกต่อในเครือญาติหรือชุมชนของเขา ซึ่งตรงนี้สะท้อนถึงความไว้วางใจในระบบสุขภาพของไทย

อีกประการหนึ่งที่ดิฉันอยากเน้นคือ นโยบายนี้ไม่ได้เป็นเพียงคำขวัญหรือวิสัยทัศน์ แต่มีการผลักดันจริง ทั้งในแง่ของการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน การออกวีซ่าพิเศษด้านการแพทย์ การส่งเสริมอาหารฮาลาล หรือแม้แต่การอบรมบุคลากรให้เข้าใจวัฒนธรรมอาหรับ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เมื่อรวมกันแล้วก็กลายเป็นแม่เหล็กที่สำคัญในการดึงดูดกลุ่มนักท่องเที่ยวจาก GCC

ดังนั้น ดิฉันสรุปได้ว่า นโยบาย Medical Hub ของรัฐเป็นทั้งเครื่องมือเชิงยุทธศาสตร์และภาพลักษณ์ระดับนานาชาติ ที่มีผลต่อการดึงดูดและรักษาฐานผู้ป่วยจากประเทศกลุ่ม GCC ได้ค่ะ"

**ผู้บริหารโรงพยาบาลสมิติเวช**

"ดิฉันเห็นอย่างชัดเจนว่า นโยบายการขับเคลื่อนประเทศไทยสู่การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ หรือ Medical Hub มีผลโดยตรงและอย่างมากต่อการดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยเฉพาะจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ หรือ GCC ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพสูงในแง่ของกำลังซื้อและความต้องการบริการทางสุขภาพระดับพรีเมียม

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา หลังจากที่รัฐบาลมีนโยบาย Medical Hub อย่างเป็นรูปธรรม โรงพยาบาลสมิติเวชได้รับผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว ผู้ป่วยจากตะวันออกกลางไม่เพียงแค่ต้องการการรักษาเท่านั้น แต่ยังมองหาประสบการณ์ทางการแพทย์ที่ครบวงจร สะดวกสบาย และเข้าใจบริบททางวัฒนธรรมของเขา ซึ่งนโยบายนี้ทำให้หลายโรงพยาบาล รวมถึงเรามีโอกาสในการพัฒนาระบบบริการให้ตอบโจทย์ผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น

นโยบาย Medical Hub ยังมีจุดแข็งที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้ประเทศไทยมีโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐานสากล รวมถึงการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในตลาดต่างประเทศ โดยเฉพาะในภูมิภาคตะวันออกกลาง ซึ่งช่วยให้ประเทศไทยได้รับความเชื่อถือในระดับโลกในฐานะจุดหมายปลายทางด้านการรักษา

สำหรับกลุ่ม GCC แล้ว การที่ประเทศไทยสามารถแสดงให้เห็นถึงความพร้อมด้านการแพทย์ที่ทันสมัย ความปลอดภัยในการรักษา บริการที่เป็นมิตรและอบอุ่น รวมถึงความเข้าใจในวัฒนธรรมอิสลาม เช่น การจัดบริการอาหารฮาลาล ล่ามอาหรับ หรือพื้นที่ละหมาด สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อ 'ความรู้สึกไว้วางใจ' ซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการตัดสินใจเดินทางมารักษา

ดังนั้น ดิฉันจึงขอยืนยันว่า นโยบาย Medical Hub ของภาครัฐนั้นมีผลอย่างเป็นรูปธรรมต่อการสร้างความเชื่อมั่น ดึงดูด และรักษาผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC ให้มาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง และหากมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในเชิงกลไกและการสื่อสาร ก็จะทำให้ไทยสามารถยืนหยัดเป็นผู้นำในตลาดสุขภาพนานาชาติได้ในระยะยาวค่ะ"

**ล่ามโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์**

"ในมุมมองของดิฉันนะคะ ดิฉันคิดว่า นโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ หรือ Medical Hub ของประเทศไทย มีบทบาทอย่างมากในการดึงดูดผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC ค่ะ โดยเฉพาะในแง่ของการสร้างภาพลักษณ์ที่น่าเชื่อถือ ทำให้ผู้ป่วยจากภูมิภาคตะวันออกกลางเริ่มมองประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางด้านการแพทย์ระดับโลก ไม่แพ้ยุโรปหรืออเมริกาเลยค่ะ

ในฐานะที่ดิฉันทำหน้าที่เป็นล่ามภาษาอาหรับประจำโรงพยาบาล ดิฉันเห็นชัดเจนว่าจำนวนผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศอย่างซาอุดีอาระเบีย สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ คูเวต หรือกาตาร์เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะช่วงหลังมีการส่งเสริมผ่านหน่วยงานรัฐ เช่น กรมส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หรือการอำนวยความสะดวกเรื่องวีซ่า

สิ่งที่ผู้ป่วยจาก GCC มักพูดกับดิฉันบ่อย ๆ คือ 'ประเทศไทยให้การรักษาที่ดีเหมือนยุโรป แต่มีความเข้าใจในวัฒนธรรมของเรา' ซึ่งดิฉันคิดว่าสะท้อนว่า การที่ประเทศไทยสามารถปรับบริการให้สอดคล้องกับศาสนาอิสลาม เช่น มีอาหารฮาลาล มีห้องละหมาด มีแพทย์หญิงสำหรับคนไข้หญิง และมีล่ามคอยช่วยสื่อสารแบบเข้าใจจริง ๆ เป็นสิ่งที่เสริมความมั่นใจได้มาก

สุดท้ายนี้ จากประสบการณ์ส่วนตัว ดิฉันมองว่านโยบาย Medical Hub ไม่ได้ช่วยแค่ในเชิงโครงสร้าง แต่ยังช่วยยกระดับการรับรู้ของผู้ป่วย GCC ที่เคยลังเลมาก่อน ให้กล้าตัดสินใจมารักษาที่ไทย และมักกลับมาใช้บริการซ้ำ หรือแนะนำเพื่อน ญาติ พี่น้อง ให้มาด้วยค่ะ"

**ล่ามโรงพยาบาลสมิติเวช**

"ดิฉันคิดว่านโยบาย Medical Hub ของไทย มีผลโดยตรงในการเปิดประตูให้กับผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC เลยค่ะ เพราะจากประสบการณ์ที่ดิฉันได้ทำหน้าที่ล่ามในโรงพยาบาลสมิติเวชมาหลายปี ดิฉันสังเกตได้ชัดเจนว่าผู้ป่วยจากประเทศอาหรับมีจำนวนเพิ่มขึ้น และหลายคนเดินทางมากับครอบครัวขนาดใหญ่ ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อมั่นที่เขามีต่อระบบสาธารณสุขของไทย

นโยบายของรัฐที่ชัดเจนในเรื่องการผลักดันไทยให้เป็นศูนย์กลางการแพทย์ระดับโลก ทำให้โรงพยาบาลต่าง ๆ รวมถึงที่สมิติเวช มีการลงทุนและพัฒนาบริการให้รองรับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยจากตะวันออกกลาง เช่น การมีล่ามประจำ การจัดอาหารฮาลาลที่ได้มาตรฐาน การแยกห้องพักให้เหมาะกับวัฒนธรรมครอบครัวใหญ่ของเขา

มีหลายครั้งที่ผู้ป่วยบอกกับดิฉันว่า 'เขาเลือกไทยเพราะรู้สึกว่าได้รับความเคารพในความเชื่อของเขา' และดิฉันคิดว่า นี่คือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจาก การที่นโยบายระดับประเทศได้ส่งผลมาถึงหน้างาน ในระดับโรงพยาบาลจริง ๆ ไม่ใช่แค่เป็นแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์เท่านั้น

นอกจากนี้ ผู้ป่วยหลายคนที่ดิฉันเคยดูแล บอกว่าประเทศไทยให้ความคุ้มค่า ทั้งในเรื่องราคา คุณภาพ และบรรยากาศการพักรักษาที่ผ่อนคลายกว่าหลายประเทศในยุโรป ดิฉันเชื่อว่าถ้าเรายังขับเคลื่อน Medical Hub อย่างต่อเนื่อง พร้อมส่งเสริมความเข้าใจทางวัฒนธรรมและบริการแบบองค์รวม ไทยจะสามารถรักษาฐานผู้ป่วย GCC ได้ระยะยาวแน่นอนค่ะ”

สรุปและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและล่ามจากโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์และโรงพยาบาลสมิติเวช สะท้อนมุมมองที่สอดคล้องกันว่า นโยบาย Medical Hub ของประเทศไทยมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการดึงดูดผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) โดยเฉพาะในแง่ของการสร้างภาพลักษณ์เชิงบวกในระดับนานาชาติ การแสดงเจตจำนงของรัฐอย่างชัดเจนในการส่งเสริมศักยภาพไทยในฐานะศูนย์กลางสุขภาพระดับโลก และการดำเนินนโยบายในเชิงรุก เช่น การออกวีซ่าพิเศษด้านการแพทย์ การอบรมบุคลากรให้เข้าใจวัฒนธรรมอาหรับ และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานให้สอดรับกับความต้องการเฉพาะของกลุ่ม GCC ล้วนส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยจากประเทศตะวันออกกลางเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ล่ามยังยืนยันว่า ความเข้าใจวัฒนธรรมศาสนาอิสลาม และบริการที่ออกแบบมาอย่างเหมาะสม เช่น ห้องละหมาด อาหารฮาลาล และการจัดแพทย์หญิงสำหรับผู้ป่วยหญิง มีบทบาทสำคัญต่อความเชื่อมั่นและการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงสามารถสรุปได้ว่า นโยบาย Medical Hub ไม่เพียงแต่มีผลต่อการดึงดูดในเชิงปริมาณ แต่ยังส่งผลเชิงคุณภาพต่อความไว้วางใจและความผูกพันระยะยาวของผู้ป่วย GCC กับระบบบริการสุขภาพของไทย โดยเฉพาะเมื่อมีการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรมจากระดับนโยบายลงสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลอย่างแท้จริง

4.1.2 โรงพยาบาลของท่านและบุคลากรทางการแพทย์มีการจัดบริการนักท่องเที่ยวกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) อย่างไรที่สอดคล้องกับนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์

**ผู้บริหารโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์**

"ในฐานะที่บำรุงราษฎร์เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำของประเทศไทยที่รองรับผู้ป่วยนานาชาติเป็นจำนวนมาก เราให้ความสำคัญกับ การออกแบบระบบบริการแบบเฉพาะกลุ่ม (customized services) โดยเฉพาะกับผู้ป่วยจากประเทศกลุ่มความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ซึ่งถือเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญตามนโยบาย Medical Hub ของรัฐ

สิ่งแรกที่เราดำเนินการอย่างเป็นระบบ คือ การจัดตั้งศูนย์ต้อนรับผู้ป่วยจากตะวันออกกลาง (Middle East Center) ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ที่สามารถสื่อสารภาษาอาหรับได้อย่างคล่องแคล่ว รวมถึงมีล่ามอาหรับประจำตลอดเวลา เพื่อให้การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยไม่มีอุปสรรค ซึ่งนี่เป็นหัวใจสำคัญของการบริการที่มีคุณภาพค่ะ

นอกจากนี้ เรายังออกแบบห้องพักให้มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมของชาวอาหรับ เช่น ห้องพักแบบครอบครัว มีพื้นที่ละหมาดในโรงพยาบาล มีอาหารฮาลาลที่ได้รับการรับรองจากสถาบันมาตรฐานฮาลาล พร้อมบริการแม่บ้านและพนักงานต้อนรับที่เข้าใจข้อปฏิบัติทางศาสนาอิสลาม เช่น การไม่สัมผัสผู้ป่วยเพศตรงข้ามโดยไม่จำเป็น

ในเชิงการแพทย์ เรามีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยชาวตะวันออกกลาง พร้อมทั้งมีระบบการติดตามผลและส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์ผ่านระบบดิจิทัลที่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลสุขภาพระดับสากลและรองรับความคาดหวังของผู้ป่วยกลุ่ม GCC ได้อย่างดี

เรายังมีการประสานงานกับบริษัทประกันสุขภาพระหว่างประเทศที่ครอบคลุมกลุ่ม GCC โดยเฉพาะ เพื่ออำนวยความสะดวกในการชำระค่ารักษาพยาบาล ซึ่งตรงนี้ช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้ารับบริการในไทย

ทั้งหมดนี้ เราทำโดยตั้งเป้าหมายให้ บริการของโรงพยาบาลไม่ใช่แค่ ‘รักษา’ แต่ต้อง ‘เข้าใจ’ และ ‘ตอบโจทย์’ วัฒนธรรม วิถีชีวิต และความคาดหวังของผู้ป่วยจาก GCC อย่างแท้จริง ซึ่งสอดรับอย่างเป็นรูปธรรมกับทิศทางของนโยบาย Medical Hub ที่เน้นการสร้างประสบการณ์การรักษาแบบองค์รวมค่ะ"

**ผู้บริหารโรงพยาบาลสมิติเวช**

"โรงพยาบาลสมิติเวชเราให้ความสำคัญกับการพัฒนาบริการที่ ‘เข้าใจผู้ป่วยต่างชาติในเชิงลึก’ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศ GCC ซึ่งถือเป็นหนึ่งในตลาดหลักของเราภายใต้นโยบาย Medical

Hub ของประเทศไทยค่ะ เรามองว่าการให้บริการทางการแพทย์กับผู้ป่วยจากตะวันออกกลางนั้นไม่ได้หมายถึงการรักษาเพียงอย่างเดียว แต่หมายถึงการสร้าง ‘ประสบการณ์แบบองค์รวม’ ที่ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนเดินทางมาจนกระทั่งหลังการรักษา

อันดับแรก เรามี International Patient Center ที่ดูแลกลุ่มผู้ป่วยต่างชาติโดยเฉพาะ และในกลุ่ม GCC เราจัดให้มีเจ้าหน้าที่ชาวอาหรับหรือล่ามภาษาอาหรับประจำการตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถสื่อสารกับทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ได้อย่างมั่นใจ ไม่ว่าจะเป็นการปรึกษาแพทย์ นัดหมายล่วงหน้า หรืออธิบายขั้นตอนการรักษาอย่างละเอียด

ในเรื่องของ สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม เราออกแบบห้องพักให้มีความเป็นส่วนตัวสูง และมีบริการอาหารฮาลาลที่ผ่านการรับรองจากหน่วยงานศาสนาโดยตรง อีกทั้งยังมีห้องละหมาดภายในโรงพยาบาล พร้อมจัดสรรเวลาให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติศาสนกิจได้โดยไม่ขัดกับการรักษา ทีมงานของเราทุกฝ่ายจะได้รับการอบรมเรื่องความเข้าใจวัฒนธรรมอาหรับอย่างต่อเนื่อง เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมหรือคำพูดที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจ

ด้าน บริการสุขภาพเฉพาะทาง เรามีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เป็นที่ต้องการสูงของผู้ป่วยจาก GCC เช่น อายุรกรรมหัวใจ ศัลยกรรมกระดูก ผ่าตัดเปลี่ยนข้อ ตรวจสุขภาพแบบเจาะลึก รวมถึงการดูแลด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูและดูแลหลังผ่าตัดแบบระยะยาว ซึ่งมีความสำคัญมากสำหรับกลุ่มนี้ เพราะหลายคนเดินทางมารักษาร่วมกับการพักผ่อน

เรายังให้ความสำคัญกับ การเชื่อมต่อกับบริษัทประกันสุขภาพระดับนานาชาติ โดยเฉพาะที่มีฐานลูกค้าในกลุ่มประเทศอาหรับ เพื่อให้กระบวนการอนุมัติค่ารักษาและการเคลมเป็นไปอย่างรวดเร็ว ไม่สะดุด และลดความยุ่งยากสำหรับผู้ป่วย

ทั้งหมดนี้เราออกแบบขึ้นโดยอิงกับแนวทางและเป้าหมายของนโยบาย Medical Hub ที่เน้นคุณภาพ ความเป็นสากล ความเข้าใจในผู้ป่วย และความพร้อมในระดับประเทศ ซึ่งทำให้โรงพยาบาลของเราไม่ได้เป็นเพียงสถานพยาบาล แต่เป็นจุดหมายของการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจากตะวันออกกลางค่ะ"

**ล่ามโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์**

“ถ้าพูดถึงการจัดบริการของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์สำหรับผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC ดิฉันต้องขอบอกว่า เรามีการวางระบบไว้อย่างละเอียดและเป็นระบบที่ ‘สอดคล้องกับแนวทาง Medical Hub ของไทย’ อย่างแท้จริงค่ะ โดยเฉพาะในฐานะที่บำรุงราษฎร์เป็น

โรงพยาบาลที่รองรับผู้ป่วยต่างชาติจำนวนมาก การบริการต้องมีความเฉพาะตัวและเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรมอย่างลึกซึ้ง

ในส่วนที่ดิฉันมีบทบาทโดยตรงคือ งานแปลและสื่อสารทางการแพทย์ ดิฉันและเพื่อนล่ามคนอื่น ๆ จะมีหน้าที่แปลทั้งระหว่างแพทย์กับคนไข้ และระหว่างคนไข้กับแผนกอื่น ๆ เช่น การเงิน ประกัน หรือแผนกดูแลหลังการผ่าตัด ซึ่งตรงนี้เราจะใช้ทั้งความเข้าใจด้านภาษาและ ‘ความเข้าใจในพฤติกรรมผู้ป่วยอาหรับ’ มาผสมกัน เช่น การหลีกเลี่ยงการพูดตรงเกินไป การอธิบายด้วยภาษาที่ให้เกียรติ หรือการให้เวลาในการตัดสินใจโดยไม่กดดัน

นอกจากนี้ โรงพยาบาลมี บริการแบบ one-stop service สำหรับผู้ป่วย GCC ตั้งแต่จุดรับที่สนามบิน บริการรถรับส่ง เจ้าหน้าที่ต้อนรับที่สื่อสารภาษาอาหรับได้ ไปจนถึงห้องพักที่ออกแบบมาให้เหมาะกับครอบครัวขนาดใหญ่ มีห้องละหมาดที่สะอาดแยกชายหญิง อาหารฮาลาลที่ได้รับการรับรองจากสถาบันศาสนาโดยเฉพาะ รวมถึงพยาบาลบางคนก็เรียนรู้วัฒนธรรมอิสลามเบื้องต้นเพื่อให้บริการได้อย่างเหมาะสม

สิ่งเหล่านี้ ดิฉันมองว่าเป็นมากกว่าการรักษาค่ะ มันคือ 'ความเข้าใจและเคารพในความแตกต่าง' ซึ่งเป็นหัวใจของการพัฒนา Medical Hub ให้ประสบความสำเร็จค่ะ”

**ล่ามโรงพยาบาลสมิติเวช**

“ในฐานะล่ามของโรงพยาบาลสมิติเวช ดิฉันได้เห็นว่าโรงพยาบาลมีการปรับบริการให้ ‘เหมาะสมกับผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC’ อย่างรอบด้านค่ะ ซึ่งถือว่าสอดคล้องกับนโยบาย Medical Hub ของไทยได้อย่างชัดเจน

อย่างแรกเลยคือ การมีศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่างชาติ (International Patient Services) ที่มีเจ้าหน้าที่พูดภาษาอาหรับได้โดยเฉพาะ ไม่ว่าจะเป็นที่แผนกต้อนรับ การเงิน หรือการให้ข้อมูลการรักษา รวมถึงมีล่ามประจำหลายคนที่คอยแปลตลอดกระบวนการรักษา ไม่ใช่แค่เฉพาะตอนพบแพทย์เท่านั้น

ในด้านการจัดบริการ ผู้ป่วย GCC ส่วนใหญ่เดินทางมาแบบครอบครัวใหญ่ โรงพยาบาลจึงเตรียมห้องพักแบบ suite ที่มีห้องแยกให้ญาติพักด้วยได้ รวมถึงมีบริการอาหารฮาลาลทั้งในโรงอาหารและรูมเซอร์วิส มีการแบ่งเวลาละหมาดอย่างเหมาะสม และมีพื้นที่ละหมาดที่สงบเป็นสัดส่วน

สิ่งที่ดิฉันเห็นว่าน่าประทับใจมากคือ การอบรมพนักงานให้มี Cultural Sensitivity ทุกแผนก โดยเฉพาะเรื่องเพศและศาสนา เช่น พยาบาลหญิงจะดูแลคนไข้หญิงโดยเฉพาะ มีการขอ

อนุญาตอย่างสุภาพก่อนทำหัตถการ และให้ความสำคัญกับการให้เกียรติความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยมาก ๆ

อีกส่วนหนึ่งที่สำคัญคือ การดูแลหลังการรักษา (post-treatment) ซึ่งโรงพยาบาลจะมีทีมติดตามอาการผ่านระบบออนไลน์ และบางครั้งยังช่วยประสานกับโรงพยาบาลในประเทศต้นทางของผู้ป่วยในกรณีที่ต้องมีการติดตามระยะยาว ทั้งหมดนี้ ดิฉันคิดว่าไม่ใช่แค่บริการ แต่คือการ ‘สร้างประสบการณ์’ ที่ประทับใจให้กับผู้ป่วย GCC และครอบครัว ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้กลับมาใช้บริการซ้ำ”

**สรุปและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้**

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและล่ามจากโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์และสมิติเวช พบว่าทั้งสองโรงพยาบาลมีการจัดบริการที่สอดคล้องกับนโยบาย Medical Hub ของประเทศไทยอย่างรอบด้าน โดยเน้นความเข้าใจในวัฒนธรรม วิถีชีวิต และความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC อย่างลึกซึ้ง ทั้งในมิติของการสื่อสาร การออกแบบบริการ และการบริหารจัดการระบบบริการแบบองค์รวม โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์มีการจัดตั้งศูนย์ต้อนรับผู้ป่วยจากตะวันออกกลาง พร้อมจัดบริการล่ามอาหรับตลอด 24 ชั่วโมง ออกแบบห้องพักแบบครอบครัว จัดเตรียมอาหารฮาลาล ห้องละหมาด และบริการพยาบาลที่เข้าใจข้อปฏิบัติทางศาสนา ขณะที่โรงพยาบาลสมิติเวชให้ความสำคัญกับการสร้างประสบการณ์สุขภาพแบบครบวงจร โดยมีเจ้าหน้าที่ชาวอาหรับ ล่ามประจำ และบริการเฉพาะทางในสาขาที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย GCC เช่น ศัลยกรรมหัวใจและเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมถึงการอบรมบุคลากรด้านความเข้าใจวัฒนธรรม (Cultural Sensitivity) ในทุกระดับ นอกจากนี้ ทั้งสองโรงพยาบาลยังมีระบบประสานกับบริษัทประกันสุขภาพนานาชาติ และมีบริการหลังการรักษาอย่างเป็นระบบ เช่น การติดตามผลผ่านระบบออนไลน์หรือการส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลต้นทาง ความสอดคล้องนี้สะท้อนให้เห็นว่าการให้บริการทางการแพทย์ที่ประสบความสำเร็จในกลุ่ม GCC มิใช่เพียงแค่การรักษา แต่ต้องเป็นการสร้างความไว้วางใจและประสบการณ์ที่เข้าใจความเป็นมนุษย์และวัฒนธรรมเฉพาะของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการผลักดันนโยบาย Medical Hub ให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ

4.1.3 นโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์มีความสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของนักท่องเที่ยวกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) อย่างไร

ผู้บริหารโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

"จากประสบการณ์ของเราที่บำรุงราษฎร์ ดิฉันมองว่า นโยบาย Medical Hub ของประเทศไทยมีความสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศ GCC ในหลายมิติอย่างชัดเจน ซึ่งสิ่งนี้สะท้อนออกมาผ่านการตอบรับของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มาใช้บริการกับเรามากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

อันดับแรกคือ เรื่องคุณภาพทางการแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วย GCC ให้ความสำคัญมากที่สุด โดยเฉพาะเรื่องความเชี่ยวชาญของแพทย์ ความทันสมัยของเครื่องมือ และมาตรฐานของโรงพยาบาล ซึ่งนโยบาย Medical Hub ส่งเสริมให้โรงพยาบาลไทยต้องยกระดับสู่มาตรฐานสากล เช่น JCI Accreditation และการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการวินิจฉัยและรักษา ซึ่งสอดรับกับความคาดหวังของผู้ป่วย GCC ที่คุ้นชินกับระบบบริการในระดับ Premium

ประการต่อมา คือ ความเข้าใจในบริบทวัฒนธรรม ศาสนา และไลฟ์สไตล์ของผู้ป่วยชาวอาหรับ ซึ่งรัฐไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องนี้ ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมการใช้ล่าม การฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมอาหรับ หรือการส่งเสริมโรงพยาบาลให้มีอาหารฮาลาลและพื้นที่ละหมาด สิ่งเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อ ‘ความสบายใจ’ และ ‘ความรู้สึกปลอดภัย’ ในการมารักษาของผู้ป่วยจาก GCC

นอกจากนี้ ยังมี ประเด็นเรื่องการเข้าถึงบริการอย่างสะดวก เช่น การอำนวยความสะดวกด้านวีซ่า การประสานงานกับบริษัทประกันสุขภาพระหว่างประเทศ และการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพควบคู่กับการรักษา ซึ่งตรงกับความต้องการของผู้ป่วย GCC ที่มักเดินทางร่วมกับครอบครัวและต้องการบริการแบบ one-stop service ที่ครบวงจร

ดิฉันจึงเห็นว่า นโยบาย Medical Hub ไม่ได้เป็นเพียงแนวคิดเชิงเศรษฐกิจ แต่มีความเข้าใจลึกซึ้งถึงความต้องการเฉพาะกลุ่มของผู้ป่วยจาก GCC และสะท้อนถึงศักยภาพของประเทศไทยในการเป็นจุดหมายปลายทางทางการแพทย์ที่สามารถแข่งขันกับประเทศอื่นในภูมิภาคนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ"

**ผู้บริหารโรงพยาบาลสมิติเวช**

"ถ้าจะพูดถึงความสอดคล้องระหว่าง นโยบาย Medical Hub ของประเทศไทย กับความต้องการของผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC ดิฉันมองว่า มีความสอดคล้องในเชิงลึกทั้งในด้านการรักษา บริการ และวัฒนธรรม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ประเทศไทยเป็นที่ยอมรับในตลาดสุขภาพตะวันออกกลางในช่วงหลายปีที่ผ่านมา

กลุ่มผู้ป่วยจาก GCC มักจะมาพร้อมครอบครัว เดินทางไกล และคาดหวังการดูแลแบบครบวงจร ตั้งแต่ก่อนเดินทาง ระหว่างการรักษา และหลังการฟื้นฟู ซึ่งนโยบาย Medical Hub ได้วางกรอบให้ประเทศไทยมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพระดับภูมิภาคที่ไม่ได้เน้นเพียงการรักษาเฉพาะโรคเท่านั้น แต่รวมถึงระบบสนับสนุนอื่น ๆ ที่ตอบโจทย์ผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างรอบด้าน เช่น บริการล่าม การประสานวีซ่าการแพทย์ การอำนวยความสะดวกเรื่องที่พักและอาหารฮาลาล

ผู้ป่วยจาก GCC ส่วนใหญ่ต้องการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูง โดยเฉพาะด้านโรคหัวใจ ศัลยกรรมกระดูก เวชศาสตร์ครอบครัว รวมไปถึงการตรวจสุขภาพเชิงลึก และประเทศไทยมีความได้เปรียบในด้านนี้อย่างมาก โรงพยาบาลสมิติเวชเองก็ได้รับการรับรองมาตรฐาน JCI ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจากภูมิภาคนั้นให้ความสำคัญมาก เพราะแสดงถึงความปลอดภัยและมาตรฐานสากล ซึ่งตรงกับความคาดหวังของพวกเขา

อีกจุดหนึ่งที่สำคัญคือความเข้าใจในวัฒนธรรมและศาสนา ผู้ป่วยกลุ่ม GCC มักมีความเคร่งครัดในศาสนาอิสลาม เช่น ต้องการอาหารฮาลาล ต้องการพื้นที่ละหมาด ต้องการให้บุคลากรเพศเดียวกันเป็นผู้ดูแลหากเป็นไปได้ ซึ่งนโยบาย Medical Hub ส่งเสริมให้โรงพยาบาลต่าง ๆ รวมถึงโรงพยาบาลสมิติเวช ปรับบริการให้รองรับความคาดหวังในระดับนั้นอย่างจริงจัง ไม่ใช่เพียงในเชิงสัญลักษณ์ แต่ในทางปฏิบัติจริง

ในภาพรวม ดิฉันจึงมองว่านโยบาย Medical Hub ของไทยมี ความสอดคล้องเชิงกลยุทธ์กับความต้องการของนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากกลุ่มประเทศ GCC อย่างชัดเจน และหากเรายังคงพัฒนาและรักษามาตรฐานนี้ไว้ได้อย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยจะยังคงเป็นจุดหมายปลายทางด้านสุขภาพอันดับต้น ๆ ในใจของผู้ป่วยจากภูมิภาคนี้แน่นอนค่ะ"

**ล่ามโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์**

“จากประสบการณ์ของดิฉัน ผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC ส่วนใหญ่จะมีความคาดหวังที่ชัดเจนมากค่ะ ไม่ใช่แค่ในเรื่องของ คุณภาพทางการแพทย์ เท่านั้น แต่ยังรวมถึงเรื่อง ศาสนา วัฒนธรรม และความสะดวกสบายในชีวิตประจำวัน ระหว่างที่เข้ารับการรักษาในต่างประเทศ ซึ่งทั้งหมดนี้ถือเป็นปัจจัยรวมที่พวกเขาใช้ในการตัดสินใจ

ความต้องการอันดับแรกที่ดิฉันพบเสมอคือเรื่อง ความเป็นส่วนตัว (Privacy) ผู้ป่วยชายจะไม่สะดวกใจหากถูกตรวจโดยแพทย์หญิง และผู้ป่วยหญิงก็ต้องการให้พยาบาลหรือแพทย์ที่ดูแลเป็นเพศเดียวกันเท่าที่จะเป็นไปได้ อีกเรื่องคือ การให้เกียรติในการพูดคุยหรือเสนอแนะ ซึ่งผู้ป่วย

จากอาหรับคาดหวังว่าทีมแพทย์จะอธิบายด้วยถ้อยคำที่ให้เกียรติ ไม่พูดตรงเกินไป และควรให้เวลาเขาได้ปรึกษากับญาติก่อนตัดสินใจ

อีกสิ่งที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ความสำคัญมากคือ ศาสนาอิสลาม เช่น การจัดเตรียมห้องละหมาด การจัดอาหารฮาลาลที่ได้รับการรับรองอย่างถูกต้อง และการยึดมั่นในข้อปฏิบัติตามศาสนา เช่น การไม่เสิร์ฟอาหารที่มีส่วนผสมต้องห้าม แม้แต่ในเมนูรูมเซอร์วิสเล็ก ๆ ก็ต้องใส่ใจ ซึ่งโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ของเรามีการจัดการเรื่องนี้อย่างเป็นระบบค่ะ

ในแง่ของการตอบสนอง ดิฉันคิดว่าประเทศไทย โดยเฉพาะโรงพยาบาลชั้นนำอย่างบำรุงราษฎร์ สามารถให้บริการได้ตรงตามความคาดหวังของผู้ป่วย GCC ในระดับที่ดีมาก โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับประเทศอื่นในเอเชีย เราไม่ได้แค่ตอบสนองในทางการแพทย์ แต่เราทำให้พวกเขารู้สึกว่า “เข้าใจ” และ “ให้เกียรติ” วัฒนธรรมของเขาจริง ๆ

และตรงนี้แหละค่ะ ที่ทำให้ผู้ป่วยหลายคนบอกดิฉันว่า ‘เขารู้สึกเหมือนบ้านที่สอง’ และกลับมาใช้บริการซ้ำ พร้อมแนะนำให้คนอื่นในครอบครัวมาอีกด้วย”

**ล่ามโรงพยาบาลสมิติเวช**

“ผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC ที่ดิฉันดูแลมา มักมีความคาดหวังที่ละเอียดอ่อนและชัดเจนมากค่ะ ซึ่งดิฉันเข้าใจว่าเพราะวัฒนธรรมของเขามีรากฐานมาจากศาสนาอิสลามที่เข้มแข็ง การเคารพขนบธรรมเนียมและศักดิ์ศรีส่วนบุคคลจึงเป็นสิ่งที่พวกเขาให้ความสำคัญเป็นพิเศษ

ความคาดหวังที่ดิฉันพบอยู่เสมอคือเรื่อง การสื่อสารที่ชัดเจนและเคารพ เขาต้องการให้แพทย์และทีมดูแลอธิบายอย่างครบถ้วน โดยไม่ใช้คำพูดเชิงลบหรือลดทอนกำลังใจของเขา อีกเรื่องคือ การให้เวลาตัดสินใจร่วมกับครอบครัว เพราะผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC ส่วนใหญ่มักให้ครอบครัวร่วมตัดสินใจด้านสุขภาพทุกขั้นตอน

อีกหนึ่งความต้องการสำคัญคือ การมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตมุสลิม เช่น ห้องละหมาดแยกชายหญิง อาหารฮาลาลจากแหล่งที่เชื่อถือได้ การแต่งกายของพนักงานที่ไม่รบกวนความรู้สึก เช่น การไม่แตะต้องผู้ป่วยโดยไม่ขออนุญาตก่อน รวมถึงการมีล่ามที่เข้าใจคำศัพท์ทางการแพทย์และบริบทวัฒนธรรม

ในแง่การให้บริการของไทย ดิฉันเชื่อว่า โรงพยาบาลสมิติเวชสามารถตอบโจทย์เหล่านี้ได้อย่างดี เรามีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและอบรมบุคลากรเรื่อง Cultural Sensitivity อยู่เสมอ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวางใจและมีความพึงพอใจสูงมาก”

**สรุปและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้**

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและล่ามของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์และสมิติเวช พบว่า นโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทยมีความสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) อย่างเด่นชัด ทั้งในด้านคุณภาพการรักษา การให้บริการที่ตอบสนองต่อบริบททางศาสนาและวัฒนธรรม และความสะดวกในการเข้าถึงบริการ โดยผู้บริหารโรงพยาบาลต่างชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจาก GCC ให้ความสำคัญกับความเชี่ยวชาญของแพทย์ เทคโนโลยีที่ทันสมัย และมาตรฐานระดับสากล เช่น การได้รับการรับรอง JCI รวมถึงการออกแบบบริการที่เข้าใจวิถีชีวิตชาวมุสลิม เช่น ห้องละหมาด อาหารฮาลาล การจัดเจ้าหน้าที่เพศเดียวกันดูแลผู้ป่วย และการอบรมบุคลากรด้านความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม (Cultural Sensitivity) นอกจากนี้ ล่ามยังสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารด้วยภาษาที่เคารพ การให้เกียรติในการตัดสินใจ และการให้บริการแบบครบวงจรที่ครอบคลุมตั้งแต่การเดินทาง การรักษา จนถึงการติดตามผลหลังการรักษา ซึ่งทั้งหมดนี้ทำให้ผู้ป่วย GCC รู้สึกไว้วางใจและประทับใจในบริการของโรงพยาบาลไทย ส่งผลให้ประเทศไทยกลายเป็นจุดหมายปลายทางด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือในสายตาของกลุ่ม GCC และสะท้อนถึงประสิทธิภาพของนโยบาย Medical Hub ที่ไม่เพียงเน้นด้านเศรษฐกิจ แต่ให้ความสำคัญกับความเข้าใจในความหลากหลายของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

4.2 ปัจจัยในการดึงดูดนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ให้เลือกใช้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยที่สัมพันธ์กับการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub)

4.2.1 อะไรบ้างที่เป็นปัจจัยสำคัญดึงดูดนักท่องเที่ยวกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) มาใช้บริการทางการแพทย์ที่ไทย (เทคโนโลยี โครงสร้างพื้นฐาน Hospitality การบริการ ค่าใช้จ่าย แหล่งท่องเที่ยว อาหารฮาลาล ฯลฯ) อธิบาย

**ผู้บริหารโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์**

"ในมุมมองของดิฉัน ปัจจัยที่ดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ให้เลือกประเทศไทย โดยเฉพาะโรงพยาบาลชั้นนำอย่างบำรุงราษฎร์นั้น มีหลายองค์ประกอบที่ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบค่ะ

1. คุณภาพทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย นี่คือสิ่งแรกที่ผู้ป่วยกลุ่ม GCC พิจารณา เราให้บริการด้วยเทคโนโลยีระดับสูง เช่น การตรวจวินิจฉัยด้วย MRI แบบความละเอียด

สูง หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด และระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EMR) ที่สามารถใช้ในการส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลต้นทางในประเทศของผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและรวดเร็ว ซึ่งเป็นสิ่งที่พวกเขาคาดหวังจากโรงพยาบาลระดับนานาชาติ

2. การบริการแบบองค์รวม (Hospitality & Holistic Care) เราไม่ได้ให้แค่ 'การรักษา' แต่เราให้ 'ประสบการณ์' ในการดูแล สุภาพ นอบน้อม ใส่ใจในรายละเอียดเล็กน้อย เช่น การจัดล่ามอาหรับประจำ การจัดที่พักให้ครอบครัว การมีทีมเจ้าหน้าที่ต้อนรับเฉพาะกลุ่ม GCC และการดูแลแบบ Personalized Treatment Plan ล้วนมีผลอย่างยิ่งต่อความพึงพอใจ

3. ความสะดวกด้านวัฒนธรรมและศาสนา ประเทศไทยมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องนี้ดีมาก โดยเฉพาะโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เรามีอาหารฮาลาลที่ผ่านการรับรอง มีพื้นที่ละหมาดที่สงบและสะอาด เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมวัฒนธรรมอาหรับเพื่อให้เข้าใจข้อปฏิบัติต่าง ๆ เช่น การให้บริการผู้หญิงที่เดินทางลำพังหรือการไม่สัมผัสร่างกายผู้ป่วยเพศตรงข้ามหากไม่จำเป็น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยจาก GCC รู้สึกได้รับ 'ความเคารพและความเข้าใจ' มากกว่าการรักษาเพียงทางกายภาพ

4. ค่าใช้จ่ายสมเหตุสมผลเมื่อเทียบกับคุณภาพ แม้ว่าโรงพยาบาลของเราจะเป็นโรงพยาบาลเอกชนระดับบน แต่เมื่อเทียบกับประเทศอย่างสหรัฐอเมริกา อังกฤษ หรือแม้แต่สิงคโปร์แล้ว ค่าใช้จ่ายของไทยถือว่าคุ้มค่ากว่าในหลายประเภทของการรักษา โดยเฉพาะการผ่าตัดหัวใจ การทำ IVF หรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ ซึ่งมาพร้อมคุณภาพไม่ต่างกัน

5. ความพร้อมของแหล่งท่องเที่ยวและสิ่งแวดล้อมที่ผ่อนคลาย ผู้ป่วย GCC หลายคนเดินทางมาพร้อมครอบครัว และต้องการบรรยากาศที่ไม่ตึงเครียด เช่น การรักษาควบคู่กับการพักผ่อน บำรุงราษฎร์ตั้งอยู่ในใจกลางเมือง ใกล้แหล่งช็อปปิ้ง โรงแรมระดับห้าดาว และสถานที่ท่องเที่ยว รวมถึงมีบริการรับ-ส่งสนามบินที่สะดวกสบาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมที่ผู้ป่วยต่างชาติให้ความสำคัญ

ดังนั้น หากจะสรุป ดิฉันขอเน้นว่า ความสำเร็จในการดึงดูดผู้ป่วยจาก GCC ไม่ได้อยู่ที่ปัจจัยเดียว แต่เกิดจากการบูรณาการระหว่างคุณภาพทางการแพทย์ วัฒนธรรมบริการ และความเข้าใจลึกซึ้งในบริบทของผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งเป็นหัวใจของการเป็น Medical Hub อย่างแท้จริงค่ะ"

**ผู้บริหารโรงพยาบาลสมิติเวช**

"จากประสบการณ์ของดิฉันที่ทำงานกับผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC มาอย่างต่อเนื่อง พบว่ามี หลายปัจจัยร่วมกันที่ทำให้ประเทศไทย โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนอย่างสมิติเวช

กลายเป็นจุดหมายปลายทางด้านสุขภาพที่ได้รับความนิยมจากกลุ่มนี้ และปัจจัยเหล่านี้ไม่ใช่เพียงแค่ ‘คุณภาพทางการแพทย์’ แต่รวมถึงความรู้สึกของการได้รับการดูแลแบบองค์รวมที่ตอบโจทย์ไลฟ์สไตล์ของพวกเขาอย่างแท้จริง

1. คุณภาพทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ผู้ป่วยจาก GCC คาดหวังว่าจะได้รับการดูแลที่เทียบเท่ากับโรงพยาบาลในยุโรปหรืออเมริกา ซึ่งประเทศไทยสามารถตอบโจทย์ได้อย่างดี โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีการรับรองมาตรฐาน JCI และมีเทคโนโลยีที่ล้ำหน้า เช่น การวินิจฉัยด้วย AI, การผ่าตัดผ่านกล้อง หรือหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ที่สำคัญคือบุคลากรของเรามีความเชี่ยวชาญและให้คำอธิบายได้อย่างละเอียด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ

2. ความเข้าใจในวัฒนธรรมและศาสนา สิ่งนี้สำคัญมาก โดยเฉพาะกับกลุ่ม GCC ซึ่งเคร่งครัดในศาสนาอิสลาม เรามีการจัดห้องละหมาดที่เป็นสัดส่วน มีอาหารฮาลาลที่ผ่านการรับรองจากหน่วยงานศาสนา และมีเจ้าหน้าที่ที่เข้าใจพฤติกรรมและวัฒนธรรม เช่น การไม่สัมผัสผู้ป่วยเพศตรงข้าม การพูดด้วยถ้อยคำที่ให้เกียรติ หรือการให้เวลาครอบครัวอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึก ‘ไม่แปลกแยก’ และรู้สึกเหมือนอยู่บ้าน

3. Hospitality และการบริการแบบไทย ดิฉันเชื่อว่า ‘น้ำใจและความอบอุ่นแบบไทย’ คือหนึ่งในจุดแข็งที่ไม่มีใครลอกเลียนได้ บุคลากรของไทยมีความสามารถในการให้บริการที่สุภาพ ยิ้มแย้ม และเอาใจใส่ในรายละเอียดเล็กน้อย ซึ่งสำหรับผู้ป่วยที่ต้องเดินทางไกลมาอยู่ในที่แปลกหน้า สิ่งนี้เป็นคุณค่าทางจิตใจที่สำคัญมาก

4. ค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่าเมื่อเทียบกับคุณภาพ ผู้ป่วยจาก GCC มักมีประกันสุขภาพที่สามารถครอบคลุมค่ารักษาในระดับหนึ่ง แต่ก็ให้ความสำคัญกับความคุ้มค่า โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศทางฝั่งตะวันตก ไทยสามารถให้การรักษาที่คุณภาพเทียบเท่า แต่ราคาย่อมเยากว่าอย่างมีนัยสำคัญ และเรายังมีแพ็คเกจสุขภาพแบบเหมาจ่ายที่โปร่งใส ซึ่งทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจง่ายขึ้น

5. ความสะดวกในการเดินทางและการท่องเที่ยว กรุงเทพฯ เป็นศูนย์กลางการบินในภูมิภาค มีเที่ยวบินตรงจากหลายเมืองในตะวันออกกลาง การเดินทางสะดวก บางท่านยังวางแผนรักษาควบคู่กับการพักผ่อน เช่น ตรวจสุขภาพพร้อมกับเที่ยวทะเล หรือพาครอบครัวมาช็อปปิ้ง จึงทำให้ไทยตอบโจทย์ทั้งด้านสุขภาพและไลฟ์สไตล์ได้ในคราวเดียว

6. การประสานงานด้านเอกสารและวีซ่า เราทำงานร่วมกับสถานทูตและบริษัทตัวแทนในประเทศ GCC อย่างใกล้ชิด เพื่ออำนวยความสะดวกเรื่องเอกสาร วีซ่าการแพทย์ และการประกันสุขภาพ ซึ่งช่วยลดความยุ่งยากและสร้างความเชื่อมั่นในการใช้บริการในประเทศไทย

จากทุกปัจจัยที่กล่าวมา ดิฉันจึงมั่นใจว่าประเทศไทย โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีความเข้าใจเชิงวัฒนธรรมและระบบบริการที่ยืดหยุ่น จะยังคงสามารถดึงดูดและรักษาฐานผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC ไว้ได้ในระยะยาว หากเรายังคงรักษามาตรฐานนี้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องค่ะ"

**ล่ามโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์**

“จากมุมมองของดิฉันนะคะ ถ้าจะให้เลือก ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการดึงดูดผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC มาใช้บริการทางการแพทย์ที่ประเทศไทย ดิฉันขอพูดอย่างมั่นใจเลยว่า คือการดูแลที่ใส่ใจในรายละเอียดของวัฒนธรรมและความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วยค่ะ

แน่นอนว่า เทคโนโลยีทางการแพทย์ของไทย โดยเฉพาะที่บำรุงราษฎร์มีความล้ำหน้า ได้มาตรฐานระดับสากลก็จริง แต่ถ้ามองในภาพรวมจากประสบการณ์ตรงของดิฉันที่ได้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาหลายปี ดิฉันเห็นว่า ผู้ป่วย GCC ไม่ได้เลือกโรงพยาบาลแค่เพราะเครื่องมือทันสมัย แต่เขาเลือกสถานที่ที่เขารู้สึก ‘ปลอดภัย เคารพในศักดิ์ศรี และเข้าใจความเป็นเขา’

ยกตัวอย่างเช่น การจัดห้องพักที่มีความเป็นส่วนตัวสูง การบริการอาหารฮาลาลที่ได้รับรองจากองค์กรศาสนาอย่างจริงจัง ไม่ใช่แค่ติดป้ายว่า ‘อาหารฮาลาล’ เท่านั้น การจัดให้มีห้องละหมาดพร้อมคิวบิกแยกชายหญิง และการอบรมพนักงานให้เข้าใจวัฒนธรรมมุสลิม เช่น การไม่สัมผัสร่างกายโดยไม่จำเป็น และการแต่งกายที่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้แม้ดูเล็กน้อย แต่สำหรับผู้ป่วยจาก GCC ถือว่าใหญ่และสำคัญมาก

อีกอย่างที่ดิฉันมองว่าสำคัญมากคือ การสื่อสารด้วยภาษาอาหรับโดยล่ามที่เข้าใจทั้งภาษาและวัฒนธรรม ไม่ใช่แค่แปลคำศัพท์ แต่เข้าใจน้ำเสียง ท่าที และความหมายแฝง ซึ่งช่วยให้ทั้งแพทย์และผู้ป่วยเข้าใจกันมากขึ้น และลดความตึงเครียดในการรักษา

ดิฉันเชื่อว่า สิ่งที่ทำให้ไทยได้เปรียบประเทศอื่น ๆ ไม่ใช่แค่ ‘เครื่องมือทางการแพทย์’ แต่คือ ‘หัวใจของการดูแล’ ที่เป็นมิตร ให้เกียรติ และเข้าใจอย่างแท้จริงค่ะ และนี่คือสิ่งที่ทำให้คนไข้จากตะวันออกกลางรู้สึกอยากกลับมาอีกครั้ง และแนะนำญาติพี่น้องให้มาด้วยค่ะ”

**ล่ามโรงพยาบาลสมิติเวช**

“สำหรับดิฉันนะคะ ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการดึงดูดผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC มาที่ประเทศไทยก็คือ การให้บริการแบบองค์รวมที่ผสมผสานระหว่าง ‘คุณภาพทางการแพทย์’ กับ ‘ความเข้าใจในวัฒนธรรม’ ค่ะ

ที่โรงพยาบาลสมิติเวช เราใช้คำว่า ‘Care with respect’ ซึ่งดิฉันคิดว่าสะท้อนหัวใจของการดูแลผู้ป่วยจากกลุ่มนี้ได้อย่างดี เพราะผู้ป่วย GCC ไม่ได้ต้องการแค่การวินิจฉัยที่แม่นยำ หรือการผ่าตัดที่ปลอดภัย แต่เขาต้องการความรู้สึกว่าเขาได้รับการยอมรับในฐานะ ‘แขก’ ไม่ใช่แค่ ‘คนไข้’

เทคโนโลยีเป็นเรื่องสำคัญแน่นอน เช่น MRI, AI diagnostics หรือ telemedicine ที่เรามี แต่สิ่งที่เขาจดจำและพูดถึงบ่อยที่สุดกับดิฉันคือความเป็น ‘มิตร’ ของบุคลากร การมีอาหารฮาลาลแท้ การจัดห้องละหมาด การมีล่ามที่เข้าใจภาษาอาหรับและสามารถพูดคุยได้เหมือนคนในครอบครัว

อีกประเด็นที่สำคัญคือ ความยืดหยุ่นในการให้บริการ เช่น บางครอบครัวต้องการห้องพักแบบเชื่อมกัน หรือบางคนต้องการพยาบาลหญิงดูแลตลอด ก็สามารถจัดให้ได้โดยไม่ต้องอธิบายมาก ซึ่งสิ่งนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าโรงพยาบาล “เข้าใจโดยไม่ต้องพูดเยอะ”

นอกจากนี้ ยังมีอีกสิ่งหนึ่งที่ดิฉันคิดว่าไทยทำได้ดีกว่าหลายประเทศ คือ บรรยากาศการพักรักษาที่ผ่อนคลาย ไม่เครียด ไม่เร่งรีบเหมือนในโรงพยาบาลตะวันตก มีความเป็นกันเองแต่ไม่ลดทอนมาตรฐาน

สรุปก็คือ จากประสบการณ์ของดิฉัน การดูแลแบบใส่ใจในรายละเอียดทางวัฒนธรรมผนวกกับคุณภาพการรักษาที่ดี คือสองสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย GCC เลือกประเทศไทยค่ะ และดิฉันมั่นใจว่าเรายังมีศักยภาพที่จะพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นอีกด้วย”

**สรุปและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้**

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและล่ามจากโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์และสมิติเวช พบว่าปัจจัยสำคัญที่ดึงดูดนักท่องเที่ยวกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ให้มาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ประกอบด้วย 1) คุณภาพทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น การใช้ AI ในการวินิจฉัย หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด และระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในมาตรฐานระดับสากล 2) การบริการแบบองค์รวมที่เน้น Hospitality และ Holistic Care ไม่ใช่เพียงแค่การรักษาทางร่างกาย แต่รวมถึงการดูแลจิตใจ การต้อนรับที่อบอุ่น และการบริการที่ใส่ใจในรายละเอียด 3) ความเข้าใจและการอำนวยความสะดวกในด้านวัฒนธรรมและศาสนาอิสลาม เช่น อาหารฮาลาลที่ได้รับการรับรอง ห้องละหมาด การดูแลโดยบุคลากรเพศเดียวกัน การใช้ล่ามภาษาอาหรับที่เข้าใจบริบทวัฒนธรรม ซึ่งสร้างความรู้สึกปลอดภัยและได้รับเกียรติจากผู้ป่วย 4) ค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผลเมื่อเทียบกับคุณภาพ โดยเฉพาะในกระบวนการรักษาซับซ้อนอย่าง IVF หรือการผ่าตัดหัวใจ 5) ความสะดวกในการเดินทาง การประสานงานด้านวีซ่า และการเดินทางเชื่อมโยงกับการท่องเที่ยว ซึ่งตอบโจทย์ผู้ป่วย GCC ที่มักเดินทางร่วมกับครอบครัว และ 6) ความยืดหยุ่นในการให้บริการ เช่น การจัดห้องพักตามความต้องการ การตอบสนองอย่างรวดเร็ว และการให้บริการแบบไม่ซับซ้อน สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทยมีจุดแข็งในการเป็น

Medical Hub ที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC ได้อย่างครอบคลุมและตรงจุด.

4.2.2 ปัญหาและอุปสรรคของการให้บริการนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) มีอะไรบ้าง จงอธิบาย

ผู้บริหารโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

"แม้ประเทศไทยและโรงพยาบาลเอกชนอย่างบำรุงราษฎร์จะมีศักยภาพสูงในการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ โดยเฉพาะจากกลุ่มประเทศ GCC แต่ก็ยังมี ปัญหาและอุปสรรคบางประการที่เราต้องเผชิญและพยายามแก้ไขอยู่เสมอ เพื่อให้บริการมีประสิทธิภาพสูงสุด

1. อุปสรรคด้านภาษาและการสื่อสารเฉพาะทาง แม้ว่าเราจะมีล่ามภาษาอาหรับประจำโรงพยาบาล แต่ในบางกรณี โดยเฉพาะการสื่อสารคำศัพท์ทางการแพทย์เฉพาะด้าน เช่น ศัลยกรรมระบบประสาทหรือโรคมะเร็ง ล่ามจำเป็นต้องมีความเข้าใจทางการแพทย์เชิงลึก ซึ่งยังเป็นความท้าทาย เราจึงต้องมีการฝึกอบรมล่ามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การแปลมีความแม่นยำและลดความคลาดเคลื่อนที่อาจส่งผลต่อการวินิจฉัยหรือการตัดสินใจของผู้ป่วย

2. ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและศาสนา ผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC มักมีความเคร่งครัดทางศาสนา เช่น การละหมาดตรงเวลา การไม่ให้บุคลากรทางการแพทย์เพศชายสัมผัสร่างกายผู้ป่วยหญิงโดยตรง และต้องการอาหารฮาลาลที่ตรวจสอบได้จริง หากโรงพยาบาลไม่มีความเข้าใจในรายละเอียดเหล่านี้อย่างลึกซึ้ง ก็อาจก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่ไว้วางใจในระบบการดูแล ซึ่งเราจำเป็นต้องพัฒนา “cultural sensitivity” ในหมู่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง

3. ระบบราชการและการเดินทางเข้าประเทศ แม้ว่ารัฐบาลจะมีการอำนวยความสะดวกด้านวีซ่าในบางระดับ แต่ในทางปฏิบัติยังมีความล่าช้าในขั้นตอนการยื่นขอวีซ่าการแพทย์ (Medical Visa) โดยเฉพาะสำหรับครอบครัวที่เดินทางร่วมกัน ทำให้บางครั้งผู้ป่วยต้องเลื่อนกำหนดการรักษาออกไป ซึ่งกระทบต่อทั้งแผนการรักษาและความเชื่อมั่นของผู้ป่วย

4. ประกันสุขภาพระหว่างประเทศ อีกประเด็นที่พบคือ ความไม่เข้าใจกันระหว่างโรงพยาบาลในไทยกับระบบประกันสุขภาพของกลุ่ม GCC ที่บางครั้งมีข้อจำกัดในเรื่องเอกสารการยืนยันสิทธิ และเงื่อนไขความคุ้มครอง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจในกระบวนการทางการเงิน เราจึงต้องมีทีมประสานประกันโดยเฉพาะเพื่อช่วยเหลือในเรื่องนี้

5. ความคาดหวังสูงและการเปรียบเทียบกับประเทศในตะวันตก ผู้ป่วย GCC จำนวนไม่น้อยเคยไปรักษาตัวในยุโรปหรือสหรัฐอเมริกามาก่อน จึงมีความคาดหวังในระดับสูง ไม่เพียงใน

เรื่องผลลัพธ์ทางการแพทย์ แต่ยังรวมถึงประสบการณ์บริการโดยรวม ทั้งความหรูหรา ความเป็นส่วนตัว ความต่อเนื่องของการดูแล และการมีแพทย์ส่วนตัวประจำตัว ซึ่งหากไทยไม่สามารถรักษาคุณภาพได้ต่อเนื่อง ก็มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนประเทศในการเข้ารับบริการในอนาคต

ดังนั้น ถึงแม้ไทยจะมีข้อได้เปรียบหลายด้าน แต่ การพัฒนาอย่างยั่งยืนต้องอาศัยการปรับตัวอย่างต่อเนื่องในมิติของภาษา วัฒนธรรม ระบบบริการ และนโยบายภาครัฐ ซึ่งหากสามารถแก้ไขอุปสรรคเหล่านี้ได้ ก็จะยิ่งเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วย GCC เลือกประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางทางการแพทย์ระยะยาวค่ะ"

**ผู้บริหารโรงพยาบาลสมิติเวช**

"แม้ประเทศไทยและโรงพยาบาลเอกชนจะมีความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC เป็นอย่างดี แต่ในการให้บริการจริง เรายังคงพบ ปัญหาและอุปสรรคบางประการที่เป็นความท้าทายต่อการพัฒนา Medical Hub อย่างยั่งยืน ซึ่งดิฉันขอแบ่งออกเป็น 5 ประเด็นหลักดังนี้ค่ะ

1. อุปสรรคด้านภาษาและการสื่อสารเฉพาะทาง แม้ว่าโรงพยาบาลสมิติเวชจะมีล่ามภาษาอาหรับประจำตลอดเวลา แต่เราพบว่าในการสื่อสารเรื่องการแพทย์เฉพาะทาง เช่น การอธิบายแผนการรักษาที่ซับซ้อน หรือผลการตรวจที่มีภาษาทางวิทยาศาสตร์สูงนั้น ยังมีช่องว่างอยู่บ้าง โดยเฉพาะเมื่อล่ามไม่มีพื้นฐานด้านการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ ซึ่งทำให้เราต้องลงทุนพัฒนาล่ามเชิงการแพทย์ให้มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2. ความแตกต่างด้านวัฒนธรรมและความคาดหวัง ผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC มีความละเอียดอ่อนในเรื่องศาสนาและวัฒนธรรม เช่น ความต้องการให้ผู้ดูแลเป็นเพศเดียวกัน การละหมาดตรงเวลา หรือการหลีกเลี่ยงการสัมผัสร่างกายโดยไม่จำเป็น ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ของไทยบางส่วนอาจยังไม่มีความเข้าใจลึกพอ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่พึงพอใจในบางกรณี ดังนั้น เราจึงต้องมีการอบรมเรื่อง ‘Cultural Sensitivity’ ให้กับบุคลากรเป็นประจำ

3. ระบบราชการและวีซ่าการแพทย์ แม้ว่ารัฐจะมีนโยบาย Medical Visa แต่ในทางปฏิบัติยังมีความล่าช้าและขั้นตอนซับซ้อน โดยเฉพาะเมื่อต้องดำเนินการให้ครอบครัวผู้ป่วยเดินทางร่วมด้วย ซึ่งมักเป็นลักษณะ extended family ไม่ใช่แค่พ่อแม่ลูก ทำให้บางกรณีต้องรออนุมัตินาน หรือมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาอยู่ในประเทศ สิ่งเหล่านี้กระทบต่อแผนการรักษาและสร้างความยุ่งยากในการประสานงาน

4. ความไม่เข้าใจในระบบประกันสุขภาพระหว่างประเทศ บริษัทประกันในกลุ่มประเทศ GCC บางแห่งยังไม่มีระบบที่เชื่อมต่อโดยตรงกับโรงพยาบาลในไทย ทำให้กระบวนการอนุมัติค่ารักษาล่าช้า หรือมีความสับสนในเงื่อนไขการคุ้มครอง เช่น ครอบคลุมเฉพาะผู้ป่วย หรือไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายของผู้ติดตาม ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจและอาจตัดสินใจไม่ใช้บริการในบางกรณี

5. ความคาดหวังที่สูงมากในด้าน 'ประสบการณ์' ไม่ใช่แค่ผลการรักษา ผู้ป่วย GCC จำนวนไม่น้อยเคยไปรับการรักษาในยุโรปหรืออเมริกามาก่อน ทำให้พวกเขาคาดหวังไม่ใช่เพียงผลการรักษา แต่ต้องการการดูแลที่หรูหรา เป็นส่วนตัว และมีความต่อเนื่อง เช่น การมีแพทย์ประจำตัว การบริการในห้องพักระดับโรงแรม หรือการดูแลหลังการผ่าตัดที่ครบวงจร ซึ่งหากโรงพยาบาลไม่สามารถจัดการประสบการณ์เหล่านี้ได้อย่างไร้รอยต่อ ก็อาจทำให้พวกเขาไม่พึงพอใจแม้ว่าผลการรักษาจะดี

ดังนั้น ดิฉันมองว่า การพัฒนา Medical Hub ให้ตอบโจทย์กลุ่ม GCC ไม่ใช่แค่เรื่องของอาคารหรืออุปกรณ์ แต่ต้องพัฒนา Soft Infrastructure ทั้งในด้านบุคลากร ความเข้าใจวัฒนธรรม ระบบประสานงานระหว่างประเทศ และบริการหลังบ้านทั้งหมด ซึ่งหากเราสามารถแก้ไขข้อจำกัดเหล่านี้ได้ ก็จะทำให้ประเทศไทยแข็งแกร่งในตลาดสุขภาพโลกได้อย่างแท้จริง"

**ล่ามโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์**

"แน่นอนค่ะ ในการทำงานเป็นล่ามสำหรับผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC ดิฉันเคยพบเจอทั้ง อุปสรรคเชิงระบบและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม อยู่บ้าง ซึ่งแม้จะไม่ได้เป็นปัญหาใหญ่จนถึงขั้นส่งผลกระทบต่อการรักษาโดยตรง แต่ก็เป็นจุดที่เราต้องปรับตัวและเรียนรู้อย่างต่อเนื่องค่ะ

ปัญหาหลักที่พบบ่อยคือ เรื่องภาษาเฉพาะทางทางการแพทย์ แม้ดิฉันจะพูดภาษาอาหรับได้คล่อง แต่คำศัพท์บางคำที่เป็นศัพท์แพทย์เฉพาะทาง เช่น เรื่องมะเร็ง การผ่าตัดซับซ้อน หรือกระบวนการของโรคบางชนิดในแง่ชีววิทยา อาจมีความหมายลึกซึ้งจนต้องใช้เวลาหาคำที่แปลให้เหมาะสม บางครั้งผู้ป่วยหรือญาติอาจเข้าใจผิดหรือตีความไปคนละทาง ทำให้ต้องใช้ทักษะในการอธิบายซ้ำหลายรอบ

นอกจากนี้ ยังมี ความท้าทายเกี่ยวกับวัฒนธรรมและศาสนา เช่น ผู้ป่วยหญิงบางคนจะไม่ยอมให้แพทย์ชายสัมผัสร่างกาย แม้ในกรณีฉุกเฉิน หรือบางครอบครัวจะไม่ให้ผู้ป่วยตัดสินใจเรื่องการรักษาเอง ทำให้แพทย์ไทยที่ไม่คุ้นเคยกับรูปแบบครอบครัวแบบอาหรับรู้สึกสับสน ดิฉันใน

ฐานะล่ามจึงต้องทำหน้าที่มากกว่าการแปล ต้องเป็น ‘สะพานวัฒนธรรม’ ให้ทั้งสองฝ่ายเข้าใจกันมากขึ้น

อีกเรื่องที่เจอคือ ขั้นตอนทางระบบที่ยังไม่ยืดหยุ่นพอ เช่น การนัดหมายตรวจหลายแผนกในวันเดียวกัน บางครั้งระบบของโรงพยาบาลยังไม่สามารถรวมตารางนัดให้เหมาะกับผู้ป่วยที่เดินทางมาไกลได้ จึงเกิดความไม่สะดวก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเสียเวลา ดิฉันมักจะช่วยประสานงานเบื้องหลังหลายจุดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ที่ดีที่สุด

ดังนั้น ดิฉันคิดว่าอุปสรรคพวกนี้ไม่ใช่เรื่องใหญ่เกินแก้ แต่จำเป็นต้องมีการสื่อสารร่วมกันระหว่างทีมแพทย์ บุคลากรโรงพยาบาล และล่ามอย่างใกล้ชิด รวมถึงต้องอาศัยความเข้าใจลึกซึ้งในบริบทของผู้ป่วยจาก GCC เพื่อให้การบริการเป็นไปอย่างราบรื่นค่ะ”

**ล่ามโรงพยาบาลสมิติเวช**

“ในประสบการณ์ของดิฉันกับผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC มีทั้งช่วงเวลาที่ราบรื่นและช่วงที่ต้องปรับตัวค่ะ โดยเฉพาะในเรื่องของ ความต่างทางวัฒนธรรม ศาสนา และความคาดหวังของครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งมักจะละเอียดอ่อนและต้องใช้ความเข้าใจเชิงลึก

สิ่งที่ดิฉันพบเจอบ่อยคือ ความคาดหวังที่สูงมากของครอบครัวผู้ป่วย ทั้งในเรื่องการบริการ ความรวดเร็วในการตรวจและวินิจฉัย และการเข้าถึงแพทย์เฉพาะทางทันที บางครั้งระบบนัดของโรงพยาบาลในประเทศไทยยังไม่สามารถตอบสนองแบบทันใจเหมือนในประเทศต้นทางของผู้ป่วยได้ เช่น เขาอาจคาดหวังว่าจะได้พบแพทย์หัวใจทันทีที่มาถึง โดยไม่เข้าใจว่าแพทย์บางท่านมีตารางแน่นมาก ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติรู้สึกไม่พอใจ และดิฉันต้องเป็นคนกลางในการอธิบายอย่างละเอียดและสุภาพ

อีกประเด็นที่สำคัญคือ ความเข้าใจผิดในบริบทของศาสนา เช่น บางครั้งพนักงานบริการอาจเผลอพูดจาไม่เหมาะสมโดยไม่ตั้งใจ เช่น ถามผู้หญิงที่ใส่ชุดคลุมหัวว่า 'ไม่ร้อนเหรอคะ?' หรือพยายามแตะตัวผู้ป่วยโดยไม่ขออนุญาตก่อน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ ดิฉันในฐานะล่ามจึงต้องเข้าไปชี้แจงหรือประสานงานเบื้องหลัง เพื่อป้องกันความเข้าใจผิด

ด้านภาษา แม้เราจะมีล่ามอาหรับประจำ แต่บางครั้งก็มีผู้ป่วยที่พูดภาษาท้องถิ่นจากประเทศอาหรับ เช่น อียิปต์ โมร็อกโก หรือเลบานอน ซึ่งสำเนียงและศัพท์เฉพาะแตกต่างจากอาหรับใน GCC ทำให้ต้องปรับตัวมากขึ้นในการฟังและตีความ

แต่โดยรวมแล้ว ดิฉันคิดว่าอุปสรรคเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ ถ้าเราทำงานเป็นทีม เข้าใจบริบทของผู้ป่วย และมีทัศนคติที่เปิดรับความหลากหลายค่ะ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้เองก็ให้ความเคารพกลับมาเสมอ ถ้าเขารู้สึกว่าเราเข้าใจและใส่ใจจริง”

**สรุปและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้**

สรุปและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและล่ามจากโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์และสมิติเวชเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) สามารถจำแนกได้เป็น 6 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. อุปสรรคด้านภาษาและการสื่อสารเฉพาะทาง แม้โรงพยาบาลจะมีล่ามภาษาอาหรับประจำ แต่การสื่อสารคำศัพท์ทางการแพทย์เฉพาะทาง เช่น ด้านมะเร็ง ศัลยกรรม หรือแผนการรักษาที่ซับซ้อน ยังคงเป็นความท้าทาย ล่ามจำเป็นต้องมีความรู้ทั้งภาษาและความเข้าใจเชิงลึกด้านการแพทย์เพื่อแปลความหมายได้อย่างถูกต้องและลดโอกาสการเข้าใจผิดที่อาจกระทบต่อการรักษา

2. ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและศาสนา ผู้ป่วยกลุ่ม GCC มีข้อปฏิบัติทางศาสนาและวัฒนธรรมที่ต้องได้รับการเคารพ เช่น ความต้องการแพทย์หรือพยาบาลเพศเดียวกัน การละหมาดตามเวลา การไม่สัมผัสร่างกายเพศตรงข้ามโดยไม่จำเป็น และการตัดสินใจที่ขึ้นอยู่กับครอบครัวมากกว่าตัวผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ต้องอาศัยความเข้าใจอย่างลึกซึ้งจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อป้องกันความรู้สึกไม่สบายใจหรือความเข้าใจผิด

3. ระบบราชการและขั้นตอนวีซ่า แม้ประเทศไทยมีนโยบายอำนวยความสะดวกเรื่อง Medical Visa แต่ในทางปฏิบัติกลับยังมีความล่าช้า ซับซ้อน โดยเฉพาะเมื่อต้องดำเนินการสำหรับครอบครัวที่เดินทางมาด้วย ทำให้บางกรณีต้องเลื่อนแผนการรักษาออกไป ซึ่งส่งผลต่อความเชื่อมั่นของผู้ป่วย

4. ปัญหาจากระบบประกันสุขภาพระหว่างประเทศ การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลไทยกับบริษัทประกันสุขภาพในกลุ่ม GCC ยังมีข้อจำกัด เช่น กระบวนการอนุมัติที่ล่าช้า การไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายผู้ติดตาม และความไม่เข้าใจในเงื่อนไขคุ้มครอง สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจหรือมีความลังเลในการตัดสินใจเข้ารับบริการ

5. ความคาดหวังสูงของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยจาก GCC จำนวนมากมีประสบการณ์รักษาในประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา หรือยุโรป ทำให้มีความคาดหวังทั้งในด้านประสิทธิภาพการรักษาและคุณภาพของการบริการ เช่น การพบแพทย์ได้ทันที ความหรูหรา

ของห้องพัก การดูแลเฉพาะบุคคล และระบบนัดหมายที่ไร้รอยต่อ หากโรงพยาบาลไทยไม่สามารถตอบสนองได้ทันที ก็อาจถูกมองว่า “ด้อยกว่า”

6. ข้อจำกัดด้านระบบบริการและการจัดการภายใน การบริหารจัดการตารางนัดหมาย การประสานงานข้ามแผนก และการตอบสนองความต้องการเฉพาะ เช่น ห้องพักแบบครอบครัว หรือการจัดคิวพบแพทย์เฉพาะทางหลายแผนกในวันเดียว ยังไม่ยืดหยุ่นเพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่มีเวลาจำกัดหรือต้องการความสะดวกสูงสุด

สรุป อุปสรรคหลักที่พบในการให้บริการนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่ม GCC ไม่ได้อยู่ที่ความสามารถทางการแพทย์เท่านั้น แต่รวมถึงประเด็นทางภาษา วัฒนธรรม ระบบราชการ และความคาดหวังของผู้ป่วยที่ต้องอาศัยการประสานงานที่ราบรื่น และความเข้าใจอย่างลึกซึ้งจากทุกฝ่าย หากสามารถพัฒนาในจุดเหล่านี้ได้ จะช่วยเพิ่มศักยภาพของประเทศไทยในฐานะศูนย์กลางบริการสุขภาพระดับนานาชาติได้อย่างต่อเนื่อง.

4.2.3 รัฐควรสนับสนุนและพัฒนา Medical Hub อย่างไร เพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC)

**ผู้บริหารโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์**

"ดิฉันเห็นว่า บทบาทของภาครัฐมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการขับเคลื่อนนโยบาย Medical Hub ให้เป็นจริง โดยเฉพาะในบริบทของนักท่องเที่ยวกลุ่มประเทศ GCC ซึ่งเป็นตลาดที่มีศักยภาพสูง รัฐควรสนับสนุนใน 3 มิติหลักอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านโครงสร้างพื้นฐาน และด้านการส่งเสริมภาพลักษณ์ระดับนานาชาติค่ะ

1. ด้านนโยบายและกฎระเบียบ (Regulatory Facilitation) รัฐควรปรับปรุงขั้นตอนการออก Medical Visa ให้สะดวก รวดเร็ว และเป็นมิตรต่อผู้ป่วยต่างชาติ โดยเฉพาะกลุ่ม GCC ที่มักเดินทางพร้อมครอบครัว และอยู่ในไทยเป็นระยะยาว เช่น การออก Long-stay medical visa หรือระบบ e-Visa สำหรับกลุ่มประเทศเป้าหมาย นอกจากนี้ยังควรมีการพิจารณาเรื่องสิทธิประโยชน์ด้านภาษีหรือแรงจูงใจทางเศรษฐกิจให้กับโรงพยาบาลเอกชนที่ลงทุนในบริการสุขภาพระดับนานาชาติ เช่น การจัดตั้งศูนย์เฉพาะทางหรือการรับรองมาตรฐานสากล

2. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและบุคลากร (Infrastructure & Human Capital) รัฐควรมีนโยบายสนับสนุนการพัฒนา ศูนย์บริการครบวงจร (One-Stop Medical Hub) ในพื้นที่เศรษฐกิจสำคัญ เช่น กรุงเทพฯ เชียงใหม่ และภูเก็ต ที่มีการเชื่อมต่อกับสายการบินระหว่างประเทศโดยตรง ควรพัฒนา ล่ามเฉพาะด้านทางการแพทย์ ที่สื่อสารได้ทั้งภาษาอาหรับและศัพท์

ทางเทคนิค ตลอดจนจัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์เรื่อง ความเข้าใจวัฒนธรรมอาหรับ เช่น ความเคร่งครัดทางศาสนา บทบาทของครอบครัว หรือการดูแลผู้หญิง

3. การประชาสัมพันธ์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Branding) รัฐควรดำเนินแผนประชาสัมพันธ์ในประเทศ GCC อย่างเป็นระบบ โดยใช้จุดแข็งของไทย เช่น คุณภาพการรักษาที่ได้มาตรฐาน ราคาที่คุ้มค่า และการบริการที่อบอุ่น มีมนุษยสัมพันธ์ มาเป็นจุดขาย พร้อมทั้งสนับสนุนการเข้าร่วม Medical Tourism Roadshow ร่วมกับสถานเอกอัครราชทูตไทยและหน่วยงานด้านการค้าในตะวันออกกลาง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับทั้งผู้ป่วยและตัวแทนประกันสุขภาพในประเทศต้นทาง

สุดท้าย ดิฉันอยากเน้นว่า รัฐควรมอง ‘Medical Hub’ ไม่ใช่แค่การรักษาพยาบาล แต่เป็นโอกาสทางเศรษฐกิจระดับมหภาค เพราะผู้ป่วยจาก GCC มีค่าใช้จ่ายต่อหัวสูง และมักเดินทางพร้อมครอบครัวที่มีกำลังซื้อ การที่รัฐเข้ามาหนุนหลังด้วยนโยบายที่เป็นมิตรและการสนับสนุนเชิงโครงสร้าง จะทำให้ไทยสามารถแข่งขันกับตลาดระดับโลก เช่น สิงคโปร์ ตุรกี หรือ UAE ได้"

**ผู้บริหารโรงพยาบาลสมิติเวช**

"ดิฉันเชื่อว่า บทบาทของภาครัฐในการขับเคลื่อนนโยบาย Medical Hub ถือเป็นปัจจัยสำคัญมากในการสร้างความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ให้กับประเทศไทย โดยเฉพาะในการดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพสูง ทั้งด้านจำนวนและกำลังซื้อ

สิ่งที่ภาครัฐควรสนับสนุนมีหลายด้านนะคะ แต่ดิฉันขอสรุปประเด็นสำคัญไว้ 4 เรื่องหลัก ๆ ดังนี้ค่ะ

1. การอำนวยความสะดวกด้านวีซ่าและการเดินทาง แม้จะมีนโยบาย Medical Visa แล้ว แต่ในทางปฏิบัติยังมีขั้นตอนที่ยุ่งยากอยู่ โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วยจาก GCC ที่มักเดินทางพร้อมครอบครัวและผู้ติดตามหลายคน รัฐควรปรับปรุงให้มีระบบ e-Medical Visa ที่ดำเนินการได้รวดเร็ว โปร่งใส และสามารถขอวีซ่าระยะยาวได้ เพื่อรองรับการรักษาที่ใช้เวลานานหรือผู้ที่ต้องมาพักฟื้นหลังการผ่าตัด

2. การลงทุนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านการแพทย์และบริการเสริม ภาครัฐควรสนับสนุนการลงทุนใน ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Centers of Excellence) ที่มีความเชี่ยวชาญระดับสูง เช่น ศูนย์หัวใจ ศูนย์มะเร็ง หรือศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พร้อมเชื่อมโยงกับโรงแรมที่มีบริการ

ด้านสุขภาพ (Wellness Hotels) เพื่อให้ผู้ป่วยจาก GCC สามารถเข้าพักฟื้นในสิ่งแวดล้อมที่ผ่อนคลาย และไม่รู้สึกว่ามาอยู่โรงพยาบาลตลอดเวลา

3. ส่งเสริมภาพลักษณ์ประเทศไทยในระดับนานาชาติ รัฐควรมี แคมเปญการสื่อสารเชิงรุก ในกลุ่มประเทศ GCC ผ่านสถานทูตไทย หอการค้า และงานมหกรรมสุขภาพ เช่น Arab Health หรือ Medical Tourism Expo พร้อมเชิญตัวแทนโรงพยาบาลไทยไปออกบูธอย่างต่อเนื่อง รวมถึงควรใช้ Soft Power เช่น ศิลปะ วัฒนธรรม การบริการแบบไทย เพื่อสร้างความประทับใจและสร้าง “ภาพจำ” ให้ไทยเป็นศูนย์กลางการดูแลสุขภาพที่เข้าใจวัฒนธรรมอิสลาม

4. ส่งเสริมการพัฒนาทักษะบุคลากรทางการแพทย์ด้านวัฒนธรรมและภาษา รัฐสามารถให้ทุนหรือร่วมมือกับสถาบันต่างประเทศในการอบรมล่ามเฉพาะทางด้านสุขภาพ หรือให้การสนับสนุนโรงพยาบาลในการอบรมบุคลากรด้าน cultural competence โดยเฉพาะในเรื่องศาสนาอิสลาม การให้บริการอย่างเหมาะสมกับผู้หญิงมุสลิม และการเข้าใจบริบทสังคมของประเทศ GCC อย่างแท้จริง

นอกจากนี้ ดิฉันอยากเสนอให้มีการจัดตั้ง “ศูนย์ประสานงานผู้ป่วยต่างชาติระดับประเทศ” (National Medical Coordination Center) ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นจุดกลางในการอำนวยความสะดวก ให้ข้อมูล และประสานงานระหว่างโรงพยาบาล รัฐบาลไทย และสถานทูตของประเทศกลุ่ม GCC ให้การเดินทางเพื่อการรักษาเป็นไปอย่างราบรื่น ปลอดภัย และมีความน่าเชื่อถือ

หากรัฐสามารถดำเนินการในทิศทางเหล่านี้ได้อย่างเป็นระบบ ดิฉันเชื่อมั่นว่า ประเทศไทยจะไม่เพียงแค่เป็นจุดหมายปลายทางด้านการแพทย์ แต่จะเป็นพันธมิตรด้านสุขภาพที่ยั่งยืนของกลุ่มประเทศ GCC ได้"

**ล่ามโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์**

“ในฐานะที่ดิฉันทำหน้าที่ล่ามดูแลผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC มาหลายปี ดิฉันมองว่ารัฐควรให้การสนับสนุนในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ ‘ความเข้าใจบริบทของผู้ป่วย’ มากขึ้นค่ะ เช่น การอบรมบุคลากรของโรงพยาบาล ไม่ใช่แค่ในส่วนของแพทย์หรือพยาบาล แต่รวมถึงพนักงานต้อนรับ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน และเจ้าหน้าที่ทั่วไป ให้เข้าใจวัฒนธรรม ความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งค่อนข้างมีความละเอียดอ่อนทางศาสนาและวิถีชีวิต นอกจากนี้ อยากเสนอให้รัฐสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาหลักสูตรอบรมล่ามเฉพาะทางทางการแพทย์ที่สามารถแปลคำศัพท์เฉพาะทางได้อย่างถูกต้องและเข้าใจง่าย เพราะปัจจุบันเรายังขาดล่ามที่มีความชำนาญ

ด้านคำศัพท์เฉพาะด้าน เช่น มะเร็ง หรือศัลยกรรมระบบประสาท อีกเรื่องสำคัญคือ หากรัฐสามารถประสานกับสถานทูตหรือหน่วยงานของประเทศ GCC เพื่อจัดตั้งศูนย์ประสานงานร่วมระหว่างประเทศ จะช่วยลดขั้นตอนเรื่องเอกสารและความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้มาก ดิฉันเชื่อว่าถ้ารัฐหันมาให้ความสำคัญในด้านมนุษย์สัมพันธ์และวัฒนธรรมควบคู่ไปกับนโยบายด้านโครงสร้างจะช่วยให้ Medical Hub ของไทยแข็งแรงยิ่งขึ้นค่ะ”

**ล่ามโรงพยาบาลสมิติเวช**

“ดิฉันคิดว่าในการผลักดันนโยบาย Medical Hub ให้ตอบโจทย์กลุ่ม GCC ได้จริง รัฐควรเข้ามาช่วยสนับสนุนในเรื่องการสื่อสารและประสบการณ์การให้บริการแบบองค์รวมค่ะ ตัวอย่างเช่น รัฐควรจัดอบรมเรื่อง ‘ความแตกต่างด้านภาษาและวัฒนธรรม’ ให้กับล่ามและบุคลากรอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาศูนย์แปลภาษาออนไลน์สำหรับคำศัพท์แพทย์เฉพาะทางที่เป็นภาษาอาหรับ-ไทย เพื่อให้ล่ามทุกแห่งสามารถใช้งานได้ฟรี นอกจากนี้ อยากเห็นรัฐจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่รองรับผู้ป่วยจาก GCC เพื่อให้เกิดแนวทางร่วมกันในการพัฒนา ไม่ใช่ต่างคนต่างทำ รวมทั้งควรมีระบบกลางที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลไทยในรูปแบบภาษาอาหรับ เช่น เว็บไซต์หรือแอปพลิเคชันที่มีข้อมูลครบถ้วนทั้งด้านแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนการรักษา และบริการเสริม เช่น ห้องละหมาดหรืออาหารฮาลาล ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้นค่ะ ดิฉันเชื่อว่าการสนับสนุนจากรัฐในแง่ของ soft power เช่น ความเข้าใจ ความอ่อนน้อม และระบบสื่อสารที่เข้าถึงง่าย จะเป็นหัวใจในการสร้างความประทับใจและเพิ่มโอกาสให้ไทยกลายเป็นจุดหมายปลายทางสุขภาพที่ได้รับความไว้วางใจจากกลุ่มประเทศ GCC ได้ค่ะ”

**สรุปและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้**

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและล่ามโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์และสมิติเวช สามารถสรุปและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับแนวทางที่ภาครัฐควรสนับสนุนและพัฒนา Medical Hub ของประเทศไทยให้สามารถดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ได้อย่างมีประสิทธิภาพใน 4 ด้านหลัก ได้แก่ (1) การปรับปรุงนโยบายและขั้นตอนการออกวีซ่า ทั้งสองโรงพยาบาลเห็นตรงกันว่าแม้ไทยจะมีนโยบาย Medical Visa แต่ขั้นตอนยังยุ่งยาก โดยเฉพาะเมื่อต้องออกให้แก่ครอบครัวที่เดินทางร่วมกัน ดังนั้นรัฐควรพัฒนาระบบ e-Medical Visa ที่รวดเร็ว โปร่งใส และครอบคลุมระยะยาว รวมถึงให้สิทธิพิเศษแก่โรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐานสากลเพื่อส่งเสริมการแข่งขันในระดับโลก (2) การพัฒนาโครงสร้าง

พื้นฐานด้านการแพทย์และบุคลากร ควรมีการส่งเสริม ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Centers of Excellence) และเชื่อมโยงกับ Wellness Hotels เพื่อสร้างระบบบริการที่ครอบคลุมการรักษาและการฟื้นฟูในบรรยากาศผ่อนคลาย นอกจากนี้ รัฐควรส่งเสริมการพัฒนา บุคลากรด้านภาษาและวัฒนธรรมอาหรับ โดยสนับสนุนการอบรมล่ามทางการแพทย์และจัดหลักสูตร “cultural competence” สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ (3) การประชาสัมพันธ์เชิงยุทธศาสตร์ รัฐควรดำเนิน แคมเปญสื่อสารในระดับภูมิภาค GCC ผ่านงานประชุมสุขภาพนานาชาติ เช่น Arab Health และการร่วมมือกับสถานทูตไทยและหอการค้าในประเทศอาหรับ รวมถึงใช้ Soft Power เช่น ศิลปะ วัฒนธรรม และอัธยาศัยไมตรีแบบไทยในการสร้างแบรนด์ประเทศด้านการแพทย์ (4) การจัดตั้งกลไกสนับสนุนระดับชาติ เช่น “ศูนย์ประสานงานผู้ป่วยต่างชาติ” (National Medical Coordination Center) เพื่อทำหน้าที่ประสานงานระหว่างโรงพยาบาล หน่วยงานรัฐ และสถานทูตประเทศ GCC ให้การเดินทางและการรักษาเป็นไปอย่างราบรื่น ปลอดภัย และน่าเชื่อถือ โดยสรุปทั้งสองผู้บริหารเสนอให้ภาครัฐมอง Medical Hub ไม่เพียงในฐานะระบบบริการสุขภาพ แต่เป็นกลยุทธ์เศรษฐกิจระดับชาติที่มีศักยภาพในการสร้างรายได้และความร่วมมือระยะยาวกับกลุ่มประเทศ GCC หากดำเนินการอย่างมีระบบ ไทยจะสามารถยืนหยัดในตลาดสุขภาพโลกอย่างมั่นคงและยั่งยืน

4.3 เสนอแนะแนวทางการพัฒนานโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มุ่งเน้นดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC)

4.3.1 ท่านมีข้อเสนอแนะอื่นๆ นอกจากจากที่กล่าวมาข้างต้นหรือไม่ ในการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ของไทย ที่มีส่วนช่วยดึงดูดผู้ป่วยหรือนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศ GCC

**ผู้บริหารโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์**

"นอกเหนือจากข้อเสนอแนะที่ได้กล่าวไปก่อนหน้านี้ ดิฉันมีข้อเสนอเพิ่มเติมที่เชื่อว่าจะช่วย เพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทย ในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ระดับโลก และ ตอบโจทย์ความต้องการเชิงลึกของผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC ได้มากยิ่งขึ้นค่ะ

1. การสร้างความร่วมมือระหว่างรัฐ-เอกชน (Public-Private Partnership) ดิฉันอยากให้ภาครัฐเปิดพื้นที่ให้ภาคเอกชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ให้บริการระดับนานาชาติ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายมากขึ้น เช่น การตั้ง “คณะทำงานด้าน Medical Hub” ที่มี

ตัวแทนจากโรงพยาบาลเอกชน สายการบิน สำนักงานส่งเสริมการลงทุน (BOI) และหน่วยงานด้านการท่องเที่ยว เพื่อกำหนดกลยุทธ์ที่สอดคล้องกันอย่างแท้จริง ทั้งในเชิงบริการและเศรษฐกิจ

2. การตั้งศูนย์กลางให้คำปรึกษาและประสานงานในประเทศ GCC (Thai Medical Desk) แนะนำให้มีการจัดตั้งศูนย์กลางให้คำปรึกษาเรื่องการรักษาในไทยภายในประเทศสมาชิก GCC เช่น ที่ดูไบ โดฮา หรือริยาด โดยอาจอยู่ภายใต้ความร่วมมือกับสถานเอกอัครราชทูตไทย หรือหอการค้าไทย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลโดยตรง มีการคัดกรองล่วงหน้า ประสานเอกสารการรักษา และวางแผนการเดินทางได้อย่างเป็นระบบ

3. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสื่อสารและบริหารลูกค้าระดับนานาชาติ รัฐสามารถสนับสนุนโรงพยาบาลในการพัฒนาแพลตฟอร์ม “International Patient Portal” ที่รองรับหลายภาษา รวมถึงภาษาอาหรับ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจองคิว ตรวจสอบแพทย์ ส่งข้อมูลเวชระเบียนล่วงหน้า หรือขอใบเสนอค่ารักษาได้ทันที และควรมีระบบ telemedicine ที่เชื่อมต่อกับผู้ป่วยจากประเทศ GCC อย่างปลอดภัยและได้มาตรฐาน

4. การส่งเสริม Medical Wellness Tourism ผู้ป่วย GCC จำนวนไม่น้อยมองหาบริการที่ผสมผสานระหว่างสุขภาพกับการพักผ่อน เช่น การพักฟื้นหลังผ่าตัดในโรงแรมที่มีบริการพยาบาล การทำกายภาพบำบัดในรีสอร์ท หรือโปรแกรมดูแลสุขภาพแนวป้องกัน เช่น Detox หรือ Check-up ระยะยาว รัฐสามารถส่งเสริมให้โรงพยาบาลร่วมมือกับโรงแรมหรือรีสอร์ทเพื่อออกแบบแพ็กเกจที่สอดคล้องกับความต้องการเหล่านี้

5. การส่งเสริม Soft Power ด้านความสัมพันธ์ไทย-อาหรับ ในระยะยาว ดิฉันคิดว่า การสร้างความสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม ระหว่างไทยกับประเทศ GCC จะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นอย่างยั่งยืน เช่น การแลกเปลี่ยนแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ไทย-อาหรับ การให้ทุนอบรมภาษาอาหรับสำหรับบุคลากรสาธารณสุข หรือการจัดกิจกรรมสาธารณะ เช่น Halal Expo หรือ Health Tourism Forum ระหว่างสองภูมิภาค

โดยสรุป ดิฉันมองว่า หัวใจของการดึงดูดผู้ป่วยจาก GCC คือการสร้าง “ประสบการณ์เฉพาะบุคคล (Personalized Experience) ที่เชื่อมโยงทั้งมิติการแพทย์ บริการ และวัฒนธรรมเข้าด้วยกัน” ซึ่งการขับเคลื่อนเช่นนี้ต้องอาศัยการวางแผนระยะยาวและความร่วมมือของทุกภาคส่วนค่ะ"

**ผู้บริหารโรงพยาบาลสมิติเวช**

"ค่ะ ดิฉันมีข้อเสนอเพิ่มเติมที่อยากฝากไว้เพิ่มเติมจากที่กล่าวมา เพราะเชื่อว่า การขับเคลื่อน Medical Hub โดยเฉพาะในบริบทของกลุ่มประเทศ GCC จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจ

ทั้งเชิงนโยบาย เชิงวัฒนธรรม และเชิงกลยุทธ์ร่วมกันอย่างลึกซึ้ง ซึ่งหากเราสามารถทำให้ Medical Hub ไม่ใช่แค่นโยบายบนกระดาษ แต่เป็นประสบการณ์จริงที่จับต้องได้ ก็จะยิ่งสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันระดับโลกได้อย่างมั่นคงค่ะ

1. เสนอให้จัดตั้ง “ศูนย์ประสานงานสุขภาพไทย-อาหรับ” (Thai-Arab Health Coordination Center) ศูนย์นี้จะเป็นกลไกเชิงนโยบายที่ทำหน้าที่เชื่อมต่อระหว่างกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน สมาคมโรงแรม สถานทูต และตัวแทนจากกลุ่ม GCC เพื่อ จัดการข้อมูลเชิงลึก ความต้องการเฉพาะกลุ่ม และเป็นศูนย์กลางในการประสานกรณีฉุกเฉิน เช่น การส่งผู้ป่วยกลับประเทศ การแปลเอกสาร การประกันสุขภาพระหว่างประเทศ รวมถึงการแก้ปัญหาข้ามประเทศที่อาจเกิดขึ้น

2. การพัฒนาช่องทางบริการสุขภาพแบบดิจิทัลระหว่างประเทศ (Cross-border Telehealth) ดิฉันมองว่าในยุคหลังโควิด เทคโนโลยีอย่าง telemedicine หรือ e-consultation จะมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วย GCC ที่ต้องการปรึกษาแพทย์ล่วงหน้า ก่อนตัดสินใจเดินทางมารักษา รัฐควรสนับสนุนให้มี แพลตฟอร์มกลางของประเทศ ที่โรงพยาบาลต่าง ๆ สามารถเชื่อมต่อกับผู้ป่วยจากต่างประเทศได้อย่างปลอดภัย มีมาตรฐาน และสามารถแลกเปลี่ยนเวชระเบียนได้ทันที

3. การจัดทำระบบรับรองมาตรฐานบริการด้านวัฒนธรรมอิสลาม คล้ายกับมาตรฐานฮาลาล ดิฉันเห็นว่าไทยควรมี “มาตรฐานบริการสำหรับผู้ป่วยมุสลิม” ที่ได้รับการรับรองในระดับประเทศ เช่น มีบุคลากรเข้าใจศาสนา มีห้องละหมาด มีเมนูอาหารฮาลาลที่ชัดเจน มีการดูแลผู้ป่วยหญิงอย่างเหมาะสม ฯลฯ ซึ่งจะเป็นตรารับรองให้ผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC มั่นใจว่าทุกแห่งที่มีตรานี้จะเข้าใจและเคารพในบริบทของเขา

4. สร้างระบบติดตามผลหลังการรักษา (Post-treatment Engagement) ผู้ป่วยต่างชาติโดยเฉพาะจาก GCC ให้ความสำคัญกับการดูแลระยะยาวและการติดตามผลหลังกลับประเทศ หากไทยสามารถพัฒนา ระบบ digital follow-up หรือเครือข่ายแพทย์พันธมิตรในตะวันออกกลาง เพื่อประสานการดูแลต่อเนื่องหลังการรักษา จะยิ่งเพิ่มความเชื่อมั่นและสร้างความสัมพันธ์ระยะยาว

5. พัฒนาองค์ความรู้และบุคลากรเฉพาะทางในสาขาที่กลุ่ม GCC ต้องการมากที่สุด เช่น ศัลยกรรมกระดูก เวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชศาสตร์ครอบครัว และ IVF รวมถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเบาหวาน ความดัน และโรคหัวใจ หากเรามีศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (Centers of

Excellence) ที่รองรับกลุ่มโรคเหล่านี้โดยเฉพาะ พร้อมทีมแพทย์และล่ามที่มีประสบการณ์กับผู้ป่วยจากตะวันออกกลาง ก็จะช่วยให้ไทยกลายเป็นตัวเลือกอันดับต้น ๆ ของ GCC อย่างไม่ยาก

สุดท้าย ดิฉันอยากเน้นว่า Medical Hub ไม่ใช่แค่เรื่องของ “การรักษา” แต่คือการสร้าง “ความสัมพันธ์” ระหว่างประเทศ ผ่านความเข้าใจ ความเคารพวัฒนธรรม และการออกแบบบริการที่ตอบโจทย์อย่างลึกซึ้ง หากไทยสามารถทำตรงนี้ได้อย่างเป็นระบบ จะไม่ใช่แค่ดึงดูดผู้ป่วยจาก GCC ได้มากขึ้นเท่านั้น แต่จะทำให้เกิดการกลับมาใช้บริการซ้ำ และส่งต่อชื่อเสียงของไทยในวงกว้างค่ะ"

**ล่ามโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์**

“หากจะให้ดิฉันเสนอแนะเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่ได้กล่าวไปก่อนหน้านี้ ดิฉันคิดว่า การขับเคลื่อน Medical Hub ของไทยยังสามารถพัฒนาในเชิงลึกได้อีกมาก โดยเฉพาะหากเรามุ่งเน้นไปที่การสร้าง ‘ประสบการณ์เฉพาะบุคคล’ ให้กับผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC

ข้อเสนอแรกคือ การออกแบบแพ็คเกจสุขภาพเฉพาะสำหรับกลุ่มประเทศอาหรับ เช่น แพ็คเกจตรวจสุขภาพประจำปีที่รวมบริการล่าม อาหารฮาลาล การละหมาด และที่พักระดับครอบครัว หรือแพ็คเกจสำหรับการรักษาเฉพาะโรค เช่น เบาหวาน หัวใจ กระดูก ที่พบมากในกลุ่มนี้ พร้อมโปรแกรมฟื้นฟูที่เป็นมิตรกับศาสนาและวัฒนธรรมเขา ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยไม่ใช่แค่ ‘ที่รักษา’ แต่เป็น ‘ที่วางใจ’

ข้อเสนอที่สองคือ การสร้างระบบสมาชิก (membership program) สำหรับผู้ป่วย GCC ที่เคยมาไทย เช่น สมาชิกรับสิทธิพิเศษในการจองแพทย์ล่วงหน้า มีล่ามประจำกลุ่ม มีส่วนลดค่าตรวจสุขภาพรายปี หรือแม้แต่บริการ telehealth จากไทยโดยตรง นี่เป็นวิธีที่ประเทศตะวันตกใช้ดึงผู้ป่วยไว้ในระบบอย่างต่อเนื่อง และประเทศไทยก็น่าจะพัฒนาแนวทางนี้ได้เช่นกัน

และอีกหนึ่งข้อเสนอสำคัญ คือ การส่งเสริมความร่วมมือระดับรัฐกับรัฐ (G2G) โดยเฉพาะกับกระทรวงสาธารณสุขของประเทศใน GCC เช่น ลงนาม MOU ด้านการส่งต่อผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ การรับรองใบอนุญาตแพทย์ชั่วคราว หรือการตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วย GCC ในโรงพยาบาลไทยที่มีความพร้อม เพื่อแสดงให้เห็นว่าเรารับฟังและพร้อมรองรับกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ

หากประเทศไทยเดินหน้าในแนวทางเหล่านี้ ดิฉันเชื่อว่า Medical Hub จะกลายเป็นจุดแข็งของประเทศในระดับโลก และผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC จะไม่เพียงมาไทยครั้งเดียว แต่จะกลับมาอีก และบอกต่ออย่างเต็มใจค่ะ”

**ล่ามโรงพยาบาลสมิติเวช**

“ดิฉันมีข้อเสนอเพิ่มเติมค่ะ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดิฉันสังเกตเห็นจากประสบการณ์ตรง และคิดว่าถ้าพัฒนาในมิติพวกนี้ จะทำให้นโยบาย Medical Hub มีพลังมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกับกลุ่ม GCC

ข้อเสนอแรกคือ การพัฒนาและส่งเสริม “ล่ามผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน” อย่างเป็นทางการ ไม่ใช่แค่ล่ามทั่วไป แต่เป็นล่ามที่ผ่านการอบรมและรับรองเฉพาะโรค เช่น ล่ามด้านมะเร็ง ล่ามด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือล่ามด้านสูติกรรม เพื่อให้สามารถถ่ายทอดคำศัพท์เฉพาะทางอย่างถูกต้อง และทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นมากขึ้น ดิฉันเชื่อว่าล่ามไม่ใช่แค่คนแปลภาษา แต่เป็น ‘ตัวกลางความเข้าใจ’ ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและการตัดสินใจของผู้ป่วยโดยตรง

ข้อเสนอที่สองคือ การใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มความสะดวกและสร้างความประทับใจ เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชันกลางของ Medical Hub ประเทศไทย ที่ผู้ป่วยสามารถเลือกโรงพยาบาล ดูแพ็กเกจ แจ้งความต้องการพิเศษ (เช่น แพทย์หญิง อาหารฮาลาล ห้องพักครอบครัว) และมีล่ามดิจิทัลช่วยประสานได้ล่วงหน้า จะช่วยลดความสับสน และสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ยังอยู่ในประเทศต้นทาง

ข้อสุดท้ายที่ดิฉันอยากเสนอคือ การเชื่อมโยงการรักษากับการท่องเที่ยวแบบมุสลิม (Muslim-friendly Tourism) เช่น เส้นทางท่องเที่ยวสำหรับครอบครัวมุสลิมที่ปลอดภัย มีมัสยิดระหว่างทาง มีร้านอาหารฮาลาลที่ได้มาตรฐาน โดยร่วมมือกับโรงพยาบาล บริษัททัวร์ และภาครัฐ ซึ่งจะทำให้การเดินทางมารักษาเป็น ‘ประสบการณ์ที่น่าประทับใจทั้งครอบครัว’ ไม่ใช่แค่เรื่องสุขภาพ

ถ้าทำได้เช่นนี้ ดิฉันเชื่อว่า Medical Hub ของไทยจะกลายเป็นต้นแบบของความสมดุลระหว่างคุณภาพการแพทย์และความเข้าใจวัฒนธรรม ซึ่งเป็นจุดแข็งที่คู่แข่งระดับโลกยังไม่มีค่ะ”

สรุปและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและล่ามโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์และสมิติเวช พบข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ของไทยให้สามารถดึงดูดผู้ป่วยและนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถสังเคราะห์ออกเป็นห้าแนวทางหลัก ได้แก่ 1. การกำหนดนโยบายระดับชาติที่มีทิศทางชัดเจน

รัฐบาลไทยได้แสดงเจตจำนงเชิงยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่องในการพัฒนาประเทศให้เป็น “Medical Hub” ผ่านการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานทางการแพทย์ การอำนวยความสะดวกด้านวีซ่า การพัฒนากำลังคนทางการแพทย์ และการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในตลาดตะวันออกกลาง ตัวอย่างเช่น การจัดงาน Medical Tourism Expo และการส่งเสริมการตลาดผ่านสถานเอกอัครราชทูตในกลุ่มประเทศ GCC ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความตั้งใจของรัฐในการวางรากฐานเพื่อดึงดูดกลุ่มนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีกำลังซื้อสูง

2. แนวโน้มการเติบโตของผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC อย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลที่ได้พบว่า หลังจากนโยบาย Medical Hub ได้รับการผลักดันอย่างเป็นรูปธรรม จำนวนผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงฤดูร้อน ผู้ป่วยมักเดินทางมาพร้อมครอบครัวเพื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์และพักผ่อนในเวลาเดียวกัน ส่งผลให้โรงพยาบาลไทยต้องปรับระบบการให้บริการให้ครอบคลุมทั้งมิติทางการแพทย์และการบริการเชิงครอบครัวมากยิ่งขึ้น

3. การตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยจาก GCC

ผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC มีความต้องการเฉพาะทางสูง เช่น บริการรักษาระดับพรีเมียม ความเป็นส่วนตัว การมีแพทย์หญิง ห้องละหมาด อาหารฮาลาล และการให้ความเคารพในความเชื่อทางศาสนา โรงพยาบาลเอกชนของไทยได้ปรับตัวรองรับสิ่งเหล่านี้อย่างเป็นระบบ ทั้งด้านโครงสร้าง บริการ และการอบรมบุคลากร เช่น การออกแบบห้องพักให้เหมาะสมกับครอบครัวใหญ่ และการจัดระบบบริการที่ยืดหยุ่นตามรอบเวลาในการปฏิบัติศาสนกิจของชาวมุสลิม

4. บทบาทของล่ามในฐานะกลไกเชื่อมโยงข้ามวัฒนธรรม

ล่ามในโรงพยาบาลไม่เพียงทำหน้าที่แปลภาษา แต่มีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจร่วมระหว่างวัฒนธรรมตะวันออกกลางกับระบบสุขภาพของไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับศาสนา เพศ หรือการตัดสินใจของครอบครัว ล่ามที่เข้าใจวัฒนธรรมอิสลามสามารถอธิบายแนวทางการรักษาได้อย่างไม่ขัดต่อหลักศรัทธา ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อระบบสุขภาพของไทย และเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การกลับมาใช้บริการซ้ำและการแนะนำต่อภายในเครือญาติ

5. การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติการในระดับโรงพยาบาล

ผู้ให้ข้อมูลจากระดับปฏิบัติการสะท้อนว่า นโยบาย Medical Hub ไม่ได้เป็นเพียงแนวทางเชิงยุทธศาสตร์ของรัฐ แต่มีผลต่อการดำเนินงานจริงในโรงพยาบาล เช่น การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยต่างชาติ การลงทุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ การสร้างทีมสื่อสารข้ามวัฒนธรรม และการจัดโครงสร้างหน่วยบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC สิ่งเหล่านี้เป็นผลลัพธ์จากการบูรณาการนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง

6. ศักยภาพและข้อได้เปรียบของประเทศไทย

ในมุมมองของผู้ป่วย GCC ประเทศไทยมีจุดแข็งที่แตกต่างจากประเทศอื่นในตลาด Medical Tourism ได้แก่ ค่ารักษาที่คุ้มค่า คุณภาพการรักษาเทียบเท่าประเทศตะวันตก บริการที่เข้าใจวัฒนธรรมอิสลาม และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการพักฟื้นและท่องเที่ยวพร้อมกัน ปัจจัยเหล่านี้เป็นเสน่ห์ที่ช่วยยกระดับความเชื่อมั่นของกลุ่ม GCC ต่อประเทศไทยในฐานะจุดหมายปลายทางด้านสุขภาพ

ดังนั้น สถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบาย Medical Hub ของประเทศไทยสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายสาธารณะกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงนานาชาติ โดยเฉพาะการมุ่งเน้นตอบสนองตลาดที่มีศักยภาพสูงอย่างกลุ่มประเทศ GCC ความต่อเนื่องของนโยบาย การมีเจตจำนงทางการเมืองอย่างชัดเจน และการแปลงแนวคิดสู่การปฏิบัติในระดับหน้างาน คือปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ไทยสามารถขยายฐานผู้ป่วย GCC ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมบทบาทของประเทศในตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

4.2 ปัจจัยในการดึงดูดนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ให้เลือกใช้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและล่ามจากโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำของประเทศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์และโรงพยาบาลสมิติเวช ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่มีประสบการณ์ตรงในการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ โดยเฉพาะจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (Gulf Cooperation Council: GCC) พบว่า การตัดสินใจเลือกประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เกิดจากการผสานกันของปัจจัยหลายมิติ

ที่ตอบสนองทั้งด้านสุขภาพ วัฒนธรรม และความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างรอบด้าน โดยสามารถจำแนกออกเป็นประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

4.2.1 ปัจจัยทางการแพทย์และเทคโนโลยีสมัยใหม่

คุณภาพของระบบการแพทย์และการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC ซึ่งมักมีความคาดหวังสูงเกี่ยวกับมาตรฐานการรักษา ผู้ให้ข้อมูลทั้งจากฝ่ายบริหารและฝ่ายปฏิบัติงานต่างเน้นว่า โรงพยาบาลไทย โดยเฉพาะในภาคเอกชน ได้ลงทุนพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เช่น การตรวจวินิจฉัยด้วย MRI ความละเอียดสูง การผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ การใช้ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EMR) และเทคโนโลยี AI เพื่อช่วยในการวินิจฉัย ตลอดจนการให้บริการ Telemedicine ที่ตอบโจทย์ผู้ป่วยต่างชาติ ทำให้ประเทศไทยสามารถแข่งขันได้กับประเทศตะวันตกทั้งในด้านคุณภาพและประสิทธิภาพการรักษา

4.2.2 การให้บริการแบบองค์รวมและ Hospitality แบบไทย

หนึ่งในจุดแข็งของประเทศไทยที่สร้างความประทับใจอย่างลึกซึ้งให้แก่ผู้ป่วย GCC คือ “บริการที่เป็นมิตรและอบอุ่นแบบไทย” ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การต้อนรับที่สุภาพ การอำนวยความสะดวกแบบครบวงจร (One-stop Service) การจัดเตรียมห้องพัก VIP สำหรับครอบครัวขนาดใหญ่ ไปจนถึงการให้บริการแบบเฉพาะบุคคล (Personalized Care) ที่คำนึงถึงรายละเอียดปลีกย่อยของแต่ละเคส การมีล่ามที่สามารถสื่อสารภาษาอาหรับได้อย่างเข้าใจวัฒนธรรม และการติดตามหลังการรักษา เป็นองค์ประกอบที่ช่วยสร้างความพึงพอใจและความไว้วางใจในระบบบริการของไทย

4.2.3 ความเข้าใจและการเคารพต่อศาสนาและวัฒนธรรมอิสลาม

การเคารพความหลากหลายทางวัฒนธรรมและศาสนาเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC โดยโรงพยาบาลไทยสามารถตอบสนองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดอาหารฮาลาลที่ผ่านการรับรองจากองค์กรศาสนา การจัดห้องละหมาดแยกชายหญิง การให้บริการโดยแพทย์หญิงในกรณีผู้ป่วยหญิง และการอบรมบุคลากรให้เข้าใจข้อปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลาม เช่น การไม่สัมผัสร่างกายหากไม่จำเป็น สิ่งเหล่านี้ช่วยลด

ความรู้สึกแปลกแยก และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย ได้รับเกียรติ และสามารถเข้ารับการรักษาในบรรยากาศที่เอื้อต่อความไว้วางใจ

4.2.4 ค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผลและโปร่งใส

แม้ว่าผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC ส่วนใหญ่จะมีศักยภาพทางการเงินสูง แต่กลับให้ความสำคัญกับ “ความคุ้มค่า” และ “ความโปร่งใส” มากกว่าค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุด ผู้ให้สัมภาษณ์สะท้อนว่า ค่ารักษาในประเทศไทยอยู่ในระดับกลางถึงสูง แต่มีความเหมาะสมกับคุณภาพที่ได้รับ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศตะวันตกหรือสิงคโปร์ นอกจากนี้ การมีแพ็กเกจแบบเหมาจ่าย (Package-based Care) ที่ชัดเจน โปร่งใส และสามารถประเมินค่าใช้จ่ายล่วงหน้าได้ ยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและลดความกังวลในการตัดสินใจ

4.2.5 แหล่งท่องเที่ยวและบรรยากาศการพักฟื้นที่เอื้อต่อครอบครัว

ประเทศไทยมีจุดเด่นด้านแหล่งท่องเที่ยวที่หลากหลายและบรรยากาศที่เหมาะกับการพักผ่อน ซึ่งเอื้อต่อการผสมผสานระหว่าง “การรักษา” กับ “การท่องเที่ยว” หรือที่เรียกว่า Medical Vacation โดยเฉพาะผู้ป่วย GCC ซึ่งมักเดินทางมาพร้อมครอบครัว การที่ประเทศไทยมีแหล่งท่องเที่ยวเช่น กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ภูเก็ต หรือหัวหิน ซึ่งสามารถวางแผนพักฟื้นต่อได้ จึงกลายเป็นข้อได้เปรียบเหนือประเทศอื่น

4.2.6 ความสะดวกด้านการเดินทาง การสื่อสาร และระบบสนับสนุน

ประเทศไทยมีความพร้อมในเชิงโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับผู้ป่วยต่างชาติ ทั้งการมีเที่ยวบินตรงจากหลายเมืองในกลุ่มประเทศ GCC การมีตัวแทนที่ช่วยประสานเรื่องวีซ่าทางการแพทย์ และการจัดล่ามที่เข้าใจทั้งภาษาและวัฒนธรรมอย่างแท้จริง ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ไทย

4.2.7 ความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว

ผู้ป่วย GCC ให้ความสำคัญกับมาตรการด้านความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว ซึ่งโรงพยาบาลไทยสามารถจัดให้ได้อย่างเหมาะสม เช่น การจัดห้องพักส่วนตัวสำหรับครอบครัวขนาดใหญ่ การรักษาข้อมูลส่วนบุคคลและเวชระเบียน การมีระบบรักษาความปลอดภัยภายใน

โรงพยาบาล และการบริหารจัดการที่เคารพต่อสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งล้วนแต่เป็นองค์ประกอบที่ส่งเสริมภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือของระบบสุขภาพไทย

ดังนั้น การดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ให้มาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ไม่ได้เกิดจากปัจจัยเพียงด้านเดียว แต่เป็นผลลัพธ์ของการบูรณาการหลายมิติ ทั้งในด้านคุณภาพการรักษา เทคโนโลยี ความเข้าใจวัฒนธรรม การบริการที่อบอุ่น และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักฟื้นและการใช้ชีวิตของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ประเทศไทยจึงมีความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบในฐานะ Medical Hub ระดับนานาชาติ ที่สามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC ได้อย่างครบถ้วน ทั้งในเชิงกายภาพ จิตใจ และวัฒนธรรม ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เลือกประเทศไทย และกลับมาใช้บริการซ้ำอย่างต่อเนื่อง

# บทที่ 5

# สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ของประเทศไทย และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศความร่วมมืออ่าวอาหรับ (GCC) ในการเลือกประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางด้านการแพทย์เชิงสุขภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและล่ามจากโรงพยาบาลเอกชนระดับนานาชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์และโรงพยาบาลสมิติเวช ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติจากกลุ่ม GCC ทั้งนี้ ผลการวิจัยสามารถสรุปตามวัตถุประสงค์แต่ละข้อได้ ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1 สรุปผลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มุ่งเน้นการดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากกลุ่มประเทศ GCC

การขับเคลื่อนนโยบาย Medical Hub ของประเทศไทยมีลักษณะเป็นนโยบายระดับชาติที่ชัดเจนและต่อเนื่อง โดยรัฐได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านการแพทย์ การอำนวยความสะดวกด้านวีซ่า การลงทุนในเทคโนโลยี รวมถึงการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางระหว่างประเทศ เพื่อวางรากฐานการเป็นศูนย์กลางสุขภาพระดับโลก

นโยบายนี้ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC เติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงฤดูร้อน ซึ่งผู้ป่วยมักเดินทางมาพร้อมครอบครัว ทั้งยังสะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลเอกชนไทยสามารถแปลงนโยบายของรัฐไปสู่การปฏิบัติได้จริงในระดับหน้างาน เช่น การพัฒนาแผนบริการเฉพาะกลุ่ม การอบรมล่ามทางการแพทย์ การให้บริการแบบเข้าใจวัฒนธรรม และการออกแบบระบบบริการให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยชาวอาหรับโดยตรง

การมีล่ามที่เข้าใจวัฒนธรรมและภาษาอาหรับถูกยกให้เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดช่องว่างทางวัฒนธรรม และเสริมสร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพของไทยอย่างมีนัยสำคัญ สุดท้ายคือ การที่ประเทศไทยมีภาพลักษณ์ที่ดีในด้านคุณภาพ ค่ารักษาที่คุ้มค่า และ

สภาพแวดล้อมที่เหมาะกับการพักฟื้น ส่งผลให้ประเทศมีความได้เปรียบในการแข่งขันในตลาด Medical Tourism โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจากตะวันออกกลาง

5.2 สรุปผลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ศึกษาปัจจัยในการดึงดูดนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศ GCC ให้เลือกใช้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC มีลักษณะเป็นการบูรณาการหลากหลายมิติ ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 7 ด้านที่สำคัญ ดังนี้

1. คุณภาพทางการแพทย์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ โรงพยาบาลไทย โดยเฉพาะภาคเอกชน มีการลงทุนในเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น MRI, หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด, AI ในการวินิจฉัย และ Telemedicine ซึ่งสามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้ป่วยที่ต้องการบริการระดับพรีเมียม

2. การให้บริการแบบองค์รวมและความเป็นมิตรแบบไทย (Thai Hospitality) การดูแลที่อบอุ่น สุภาพ เอาใจใส่ พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกครบวงจร เช่น ห้องพัก VIP บริการล่าม บริการรับส่ง และแผนการรักษาแบบเฉพาะบุคคล เป็นจุดแข็งที่ไทยได้รับการชื่นชมจากผู้ป่วย GCC อย่างต่อเนื่อง

3. ความเข้าใจและการเคารพในวัฒนธรรมอิสลาม ผู้ป่วย GCC ให้ความสำคัญกับศาสนาและ วัฒนธรรมอย่างสูง ซึ่งโรงพยาบาลไทยสามารถตอบสนองได้อย่างครบถ้วน เช่น การจัดอาหารฮาลาล ห้องละหมาด แพทย์หญิง และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้เข้าใจวัฒนธรรมมุสลิม

4. ค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผลและโปร่งใส แม้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีศักยภาพทางการเงิน แต่ยังให้ความสำคัญกับความคุ้มค่า โดยโรงพยาบาลไทยสามารถให้บริการที่มีคุณภาพสูงในราคาที่ต่ำกว่าประเทศตะวันตก พร้อมด้วยแพ็กเกจค่ารักษาที่ชัดเจนและโปร่งใส

5. แหล่งท่องเที่ยวและสภาพแวดล้อมการพักฟื้นที่เหมาะสม ผู้ป่วยจาก GCC มักเดินทางมาพร้อมครอบครัวและคาดหวังการพักผ่อนร่วมกับการรักษา ซึ่งประเทศไทยมีศักยภาพด้านการท่องเที่ยวสูง และสามารถรองรับแนวคิด Medical Vacation ได้อย่างลงตัว

6. ความสะดวกด้านการเดินทาง การสื่อสาร และระบบสนับสนุน ไทยมีเที่ยวบินตรงจากเมืองสำคัญ ใน GCC มีระบบอำนวยความสะดวกด้านวีซ่า การติดต่อกับบริษัทประกัน และมีล่ามที่เข้าใจทั้งภาษาและวัฒนธรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการเดินทางและการใช้บริการ

7. ความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วย GCC ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวอย่างมาก ซึ่งโรงพยาบาลไทยสามารถตอบสนองได้ เช่น การแยกห้องพักครอบครัว การจัดการข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเข้มงวด และระบบรักษาความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ

จากผลการวิจัยทั้งสองข้อ สามารถสรุปได้ว่า ความสำเร็จของประเทศไทยในการขับเคลื่อนนโยบาย Medical Hub และการดึงดูดผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC มิใช่ผลลัพธ์จากนโยบายลอยตัวหรือการส่งเสริมการตลาดเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการบูรณาการนโยบายระดับชาติ เข้ากับการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองวัฒนธรรม ความต้องการเฉพาะ และคุณค่าทางจิตใจของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ของประเทศไทยในการแข่งขันกับประเทศอื่น ๆ ในตลาดการแพทย์นานาชาติ

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

**1. สถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบาย Medical Hub ของประเทศไทยที่มุ่งเน้นกลุ่มประเทศ GCC**

ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินนโยบาย Medical Hub ของประเทศไทยมีความต่อเนื่องชัดเจน และสามารถแปลงสู่การปฏิบัติจริงในระดับโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Kaplan และ Norton (2004) ที่ชี้ว่า ความสำเร็จของกลยุทธ์ระดับชาตินั้นต้องผ่านการแปลงสู่การดำเนินงานจริงโดยอาศัยการจัดการยุทธศาสตร์แบบมีเป้าหมายร่วมกับภาคปฏิบัติ (Strategy Execution) โดยเฉพาะการออกแบบระบบบริการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC ซึ่งมีความต้องการด้านศาสนา วัฒนธรรม และความเป็นส่วนตัวที่แตกต่างอย่างชัดเจน ตัวอย่างที่สะท้อนถึงการขับเคลื่อนเชิงปฏิบัติ ได้แก่ การพัฒนาระบบล่ามทางการแพทย์ที่ไม่เพียงแปลภาษาเท่านั้น แต่ยังต้องเข้าใจวัฒนธรรม ศาสนา และพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Culturally Competent Healthcare ของ Campinha-Bacote (2002) ที่เน้นการให้บริการทางการแพทย์ด้วยความเข้าใจต่อบริบททางวัฒนธรรมของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความเครียด สร้างความไว้วางใจ และเพิ่มคุณภาพของผลลัพธ์ทางการแพทย์ ทั้งนี้ สถานการณ์การเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากกลุ่ม GCC ยังได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยภายนอก เช่น สภาพอากาศ การเชื่อมต่อการเดินทาง และการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ ซึ่งล้วนเป็นผลสะท้อนของการดำเนินนโยบาย Medical Hub ในระดับโครงสร้าง (Hanefeld et al., 2014; Lunt et al., 2011)

**2. ปัจจัยในการดึงดูดผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC**

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย GCC ไม่ได้จำกัดอยู่ที่คุณภาพทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่เป็นการผสมผสานองค์ประกอบหลากหลายที่เรียกว่า “การบริการแบบองค์รวม” (Holistic Medical Tourism) ซึ่ง

ครอบคลุมทั้งมิติทางกายภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และครอบครัว การให้บริการที่มุ่งสร้าง “ประสบการณ์” ที่มีความหมายและจดจำได้ เป็นแนวทางที่สอดคล้องกับแนวคิดของ Pine และ Gilmore (1999) ซึ่งกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงจาก “การขายบริการ” เป็น “การขายประสบการณ์” ที่เติมคุณค่าให้กับการรักษาพยาบาลและสร้างความผูกพันทางอารมณ์กับผู้ใช้บริการ ผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC ให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับปัจจัยที่แสดงถึงความเข้าใจในวัฒนธรรมของตน เช่น การจัดอาหารฮาลาล การมีแพทย์หญิง การจัดห้องละหมาด หรือแม้แต่การออกแบบห้องพักที่รองรับครอบครัว ซึ่งทั้งหมดนี้สะท้อนถึงการมีระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการอย่างเฉพาะเจาะจง (Sujata, 2022) นอกจากนี้ การมีบุคลากรที่มีความสามารถในการสื่อสารเชิงวัฒนธรรม (Cultural Sensitivity) ถือเป็นจุดแข็งสำคัญที่ช่วยสร้างความไว้วางใจ และความรู้สึกปลอดภัยในการรับบริการ ในด้านเศรษฐกิจ แม้กลุ่ม GCC มีศักยภาพในการจ่ายค่ารักษา แต่ยังคงให้ความสำคัญกับความคุ้มค่า (Value for Money) และการบริหารต้นทุนที่โปร่งใส เช่น การกำหนดราคาที่แน่นอน การเสนอแพ็กเกจการรักษาแบบเหมาจ่าย (Turner, 2007) ปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมให้โรงพยาบาลในประเทศไทยได้รับการยอมรับที่ดีขึ้น นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ การเดินทางที่สะดวก และความหลากหลายทางการท่องเที่ยวของประเทศไทย ถือเป็นแรงเสริมที่สำคัญ ทำให้ประเทศไทยเป็นตัวเลือกอันดับต้น ๆ ในตลาด Medical Tourism ของกลุ่ม GCC เมื่อเทียบกับประเทศในภูมิภาคเดียวกัน เช่น อินเดีย หรือมาเลเซีย (Lunt et al., 2011; Hanefeld et al., 2014)

5.3 ข้อเสนอแนะ

**5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ**

1. โรงพยาบาลควรพัฒนาบริการเฉพาะกลุ่ม (Customized Services) สำหรับผู้ป่วยจากกลุ่ม GCC เช่น การออกแบบห้องพักที่เป็นสัดส่วน ห้องละหมาดในตัวอาคาร บริการผู้ดูแลเพศเดียวกัน และเจ้าหน้าที่ดูแลประจำครอบครัว

2. เพิ่มการใช้เทคโนโลยีในการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ เช่น การวินิจฉัยทางไกล (Telemedicine) ระบบติดตามอาการผ่านแอปพลิเคชันหลายภาษา และการเชื่อมต่อข้อมูลกับโรงพยาบาลในประเทศต้นทางของผู้ป่วย

3. สร้างระบบข้อมูลกลางเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่น เช่น เว็บไซต์รวมรายชื่อโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองฮาลาล หรือมีบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมวัฒนธรรมอิสลาม เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ง่ายขึ้น

**5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับ ประสบการณ์ของผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศ GCC ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลของไทย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) เพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ ความคาดหวัง และความรู้สึกไว้วางใจอย่างแท้จริงในเชิงวัฒนธรรมและจิตวิทยา

2. ควรมีการวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่าง ประเทศไทยกับประเทศคู่แข่งในภูมิภาค เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย หรือตุรกี ในการดึงดูดผู้ป่วยจาก GCC เพื่อประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสในการยกระดับนโยบาย Medical Hub ของไทยในเวทีระหว่างประเทศ

# บรรณานุกรม


(WHO), W. H. O. (2018). *Eastern Mediterranean Health Journal: Healthcare systems in the Gulf Cooperation Council countries.*

Alsharif, M. J., Labonte, R., & Sanders, D. (2010). The Gulf Cooperation Council countries and the globalization of healthcare. Health Policy and Planning. 472-483.

Anderson, J. E. (1994). *Public Policymaking: An Introduction* Boston.

Bank, W. (2020). *Thailand's healthcare infrastructure development report.* .

Bank, W. (2023a, April 12 2025). *GDP per capita (current international $) - Saudi Arabia, Qatar, United Arab*

*Emirates, Kuwait, Bahrain, Oman. Retrieved*. https://data.worldbank.org.

Bank, W. (2023b). *GDP per capita (current international $) - Saudi Arabia, Qatar, United Arab Emirates, Kuwait, Bahrain, Oman.* https://data.worldbank.org.

Bardach, E. (2012). A Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective

Problem Solving. *Los Angeles: CQ Press.*

Bookman, M. Z., & Bookman, K. R. . (2007). Medical tourism in developing countries. . *New York: Palgrave Macmillan.*

Carrera, P. M., & Bridges, J. F. P. . (2006). Globalization and healthcare: Understanding health and medical tourism. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. 447-454.

Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualization, culture and commodification. *Tourism Management*, 1-13.

Deloitte. (2020). Medical tourism: Trends and opportunities. . *Deloitte Insights*.

Dye, T. R. (2017). Understanding Public Policy. *Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.*

Hanefeld, J., Horsfall, D., Lunt, N., & Smith, R. . (2014). Market size, market share and market strategy: Three myths of medical tourism. . *Policy & Politics*, 597-614.

Hanefeld, J., Smith, R., Horsfall, D., & Lunt, N. (2015). Medical tourism: A cost or benefit to

the NHS? PLOS ONE.

Heung, V. C. S., Kucukusta, D., & Song, H. . (2011). Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Management*, 995-1005.

Horowitz, M. D., & Rosensweig, J. A. (2007). Medical tourism—Health care in the global economy. . *The Physician Executive*, 24-30.

Ingram, H. (1980). Implementation: A Theoretical Perspective. In Why Policies Succeed or Fail, edited by Helen Ingram and Dean Mann. Beverly Hills. *Sage Publications.*

Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Green, S. T., Horsfall, D., & Mannion, R. (2011). Medical tourism: Treatments, markets and health system implications: A scoping review. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, OECD.

Sabatier, P., & Mazmanian, D. . (1980). The Implementation of Public Policy: A Framework of Analysis. *Policy Studies Journal*, 538-560.

Smith, R. D. (2010). Foreign direct investment and trade in health services: A review of the literature. . *Social Science & Medicine*, 1063-1072.

Stone, D. A. (2011). Policy Paradox: The Art of Political Decision Making. .

Thailand., M. o. P. H. (2016). Thailand's healthcare and medical tourism development strategy.

Turner, L. (2007). First world health care at third world prices: Globalization, bioethics and medical tourism. *BioSocieties*, *303-325*.

Van Meter, D. S., & Van Horn, C. E. (1975). The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework. *Administration & Society*, 445-488.

เมธาวี ว่องกิจ. (2555). การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย : การศึกษาทางเลือกของจุดหมายปลายทาง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].

กริช อึ้งวิฑูรสถิตย์, จ. เ. พ. ค. (2567). รูปแบบการให้บริการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับชาวตะวันออกกลางในประเทศไทย. บุคลากรทางสุขภาพควรตระหนัก. วารสารสหศาสตร์ศรีปทุม ชลบุรี (ออนไลน์),, 1-15.

ณัฏฐพัชร มณีโรจน์. (2558). ศึกษาเรื่องความสามารถในการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย. วารสารปาริชาต, 196-215.

ทศพร ศิริสัมพันธ์. (2531). กระบวนการนโยบายสาธารณะ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].

ทองขาว, ก. (2548). การสื่อสารนโยบายสาธารณะในประเทศไทย: การวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].

นารี, ธ. (2558). การวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์].

บุญมี, ธ. (2559). นโยบายสาธารณะในบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของไทย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].

บุศรินทร์ เขียวไพรี. (2565). โอกาสและข้อจำกัดของการพัฒนาศูนย์การแพทย์ครบวงจร (*Medical Hub)* กรณีศึกษา เขตส่งเสริมศูนย์นวัตกรรมการแพทย์ครบวงจร ธรรมศาสตร์ พัทยา และโครงการยกระดับท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจังหวัดภูเก็ต สู่เมืองท่องเที่ยวเชิงสุขภาพระดับโลก. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์, ภาควิชาเคหการ.].

พงษ์สวัสดิ์, พ. (2563). ความเป็นธรรมทางสังคมและการจัดการนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์].

พานิช, ว. (2561). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการนโยบายสาธารณะ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].

รัตนานนท์ โอฬาร, ว. ส. (2567). การนำนโยบาย *e-Health* ไปปฏิบัติในสถาบันโรคทรวงอกแห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล].

วรเดช จันทรศร. (2551). การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].

วาสุเทวัน, เ. (2547). กรณีศึกษาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย : ปัจจัยที่ส่งเสริมและอำนวยความสะดวก [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.].

วุฒิเสลา, พ. (2556). การจัดการนโยบายสาธารณะในประเทศไทยการประสานงานและการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].

ศิริพิทักษ์, ภ. (2021). ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการพัฒนาอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย. วารสารการบริหารธุรกิจ, 133-148.

ศุภชัย ยาวะประภาษ. (2545). กระบวนการนโยบายสาธารณะในบริบทสังคมไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].

สมบัติ ธำรงธัญวงศ์. (2550). การจัดการนโยบายสาธารณะเพื่อความยั่งยืนในประเทศไทย

[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์].

สาริกา ค้าสุวรรณ. (2560). พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยของนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากตะวันออกกลาง: มุมมองจากผู้ให้บริการทางการแพทย์. วารสารเกษตรศาสตร์ธุรกิจประยุกต์, 53-76.

สุภาเสตยศ, ก. (2566). การร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล].

สุวิทย์ เมษินทรีย์. (2562). การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมผ่านการจัดการนโยบายสาธารณะในประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล].

หนิมพานิช, จ. (2554). ทฤษฎีการจัดการนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยมหิดล].

# ประวัติผู้เขียน