

พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยของนักท่องเที่ยว  
เชิงสุขภาพจากตะวันออกกลาง : มุมมองจากผู้ให้บริการทางการแพทย์

Usage Behavior of Medical Services in Thailand among  
Medical Tourists from the Middle-East Region:  
Perception of Medical Service Providers

สาริกา คำสุวรรณ

Sarika Khasuwan

**บทคัดย่อ**

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของชาวตะวันออกกลางในประเทศไทย รวมถึงปัญหาด้านการบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยและแนวทางการแก้ไข ระเบียบวิธีการวิจัย ใช้การสัมภาษณ์ เชิงลึกกลุ่มผู้ประกอบการธุรกิจโรงพยาบาล และกลุ่มผู้ประกอบการธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ จำนวน 17 คน ผลการวิจัยจากมุมมองของผู้ให้บริการทางการแพทย์พบว่า ลูกค้าจากตะวันออกกลางที่ใช้บริการของโรงพยาบาล แบ่งเป็น 6 กลุ่ม คือ ลูกค้าที่ชำระค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง ลูกค้าจากสำนักพระราชวัง ลูกค้าที่ใช้ประกันสุขภาพของรัฐบาล ลูกค้าที่ใช้ประกันสุขภาพของเอกชน ลูกค้าที่ใช้ประกันสุขภาพส่วนตัว และลูกค้าจากสถานทูต โรคที่มารักษาเป็นโรคร้าย และ โรคเรื้อรังที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น โรคกระดูก โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง เป็นต้น การเลือกโรงพยาบาลจะพิจารณาจากชื่อเสียง ความเฉพาะทางของโรงพยาบาล ความเชี่ยวชาญของแพทย์ และ ค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสม การตอบใบรายงานทางการแพทย์ คำแนะนำจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์ และคำแนะนำจากล่ามอารบิก ส่วนปัญหาการบริการทางการแพทย์ที่พบในประเทศ ได้แก่ ปัญหาการขาดความเข้าใจศาสนาและวัฒนธรรมตะวันออกกลางของผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์ ปัญหาการรักษาพยาบาลสูงเกินจริง ปัญหาการขาดทักษะ การใช้ภาษาอารบิกของล่าม ปัญหาเรื่องนโยบายความช่วยเหลือจากรัฐที่ไม่สามารถสนองต่อความต้องการ และปัญหาของผู้ประกอบการโรงพยาบาลที่กำลังเผชิญอยู่

**คำสำคัญ:** การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ, การบริการทางการแพทย์, โรงพยาบาลเอกชน, นักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากตะวันออกกลาง, พฤติกรรมนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลาง

## Abstract

This research aims to explore the Middle-East tourists' uses of medical services in Thailand, focusing particularly on the emerging problems in medical services and solutions. In-depth interviews were conducted with 17 respondents composing of the entrepreneurs of the hospitals and medical tourism businesses. As perceived by medical service providers, the findings revealed that the Middle-east tourists can be divided into six groups, including medical tourists who were self-paid, royal house-related, state-insured, private-insured, self-insured, and diplomatic. Their symptoms were mostly complicated and chronic, and specifically need special cares and treatments, e.g. bone diseases, diabetes-related diseases, heart diseases, and cancers. The respondents selected the hospital based on its reputation and specializations, physician's expertise, reasonable medical expenses, medical reports, advices from related agencies and/or Arabic interpreters. The study revealed problems concerning the medical services in Thailand, including the medical service providers' lack of understanding in the religion and cultures practiced by the Middle-east people, over-estimated medical costs, lack of proficiency and skills in Arabic language among translators, and lack of government's policies to support the hospital entrepreneurs' actual needs and problems.

**Keywords:** Medical Tourism, Medical Services, Private Hospital, Medical Tourists from Middle-East Region, Tourists' Behaviour

## บทนำ

จากกระแสความนิยมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical Tourism) ของผู้คนทั่วโลกที่เดินทางไปยังต่างประเทศเพื่อใช้บริการทางการแพทย์ที่มีศักยภาพสูง บริการสะดวกรวดเร็ว และมีค่าใช้จ่ายถูกกว่า พร้อมกับได้ท่องเที่ยวในประเทศ ที่เป็นจุดหมายปลายทางของการรักษาส่งผลให้ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้มาใช้บริการทางการแพทย์มากที่สุดในโลกปีละ 1.2 ล้านคน โดยในปี 2559 ประเทศไทยมีส่วนแบ่งตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ประมาณ 285 พันล้านบาท สูงเป็นอันดับที่ 13 ของโลก รองจากสหรัฐอเมริกา เยอรมนี และฝรั่งเศส การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจึงกลายเป็นธุรกิจสำคัญที่สร้างรายได้ให้กับประเทศไทยมหาศาลทั้งยังกระจายรายได้ไปยังธุรกิจหลักและธุรกิจที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรวมถึงโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยหลายแห่งก็ได้รับผลประโยชน์จากนักท่องเที่ยวกลุ่มนี้ (กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา, 2559)

ประเทศไทยรวมถึงประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่มีศักยภาพด้านการแพทย์สูงจึงพยายามผลักดันให้ตนเองเป็นศูนย์กลางสุขภาพเพราะเล็งเห็นถึงจำนวนเงินมหาศาลที่จะได้รับจากผู้ที่มีกำลังซื้อสูงทั่วโลก อย่างไรก็ตามประเทศไทยจะได้รับส่วนแบ่งจากเงินจำนวนนี้ก็ต่อเมื่อการแพทย์ของไทยมีการพัฒนาก้าวไกลจนได้รับการยอมรับว่าเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพระดับนานาชาติ (Medical Hub) ด้วยเหตุนี้รัฐบาลจึงกำหนดนโยบายอย่างเป็นทางการในปี 2546 เพื่อส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพนานาชาติที่มีความเชี่ยวชาญทันสมัย ครบวงจร และมีการบริการที่เป็นเลิศ โดยมีโรงพยาบาลเอกชนเป็นกลไกสำคัญนำประเทศไปสู่ “Medical Hub” ปัจจุบันประเทศไทยมีสถานพยาบาลถึง 42 แห่ง ที่ได้รับการรับรองในระดับมาตรฐานสากลจากองค์กร Joint Commission International (JCI) ที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลรักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลต่างๆ ซึ่งสูงกว่าประเทศคู่แข่งหลัก อาทิ อินเดีย สิงคโปร์ และมาเลเซีย ที่มีอยู่ 23 แห่ง 10 แห่ง และ 17 แห่ง ตามลำดับ (ปิยะนุช สถาพงศ์ภักดี, 2559)

จากขีดความสามารถในการแข่งขันธุรกิจบริการสุขภาพของประเทศไทยที่เหนือคู่แข่งขึ้นทั้งในด้านความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ ความเชี่ยวชาญ ความทันสมัยของเทคโนโลยีทางการแพทย์ มาตรฐานของสถานพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลที่ต่ำกว่าประเทศคู่แข่งในระดับมาตรฐานการบริการเดียวกัน (กันต์สินี กันทะวงศ์วาร, อัครพงศ์ อ้นทอง และมิ่งสรรพ์ ขาวสอาด, 2558) ส่งผลให้ประเทศไทยได้รับการยอมรับจากนานาชาติว่าเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของโลกมาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการรายงานของ Bloomberg ซึ่งเป็นองค์กรชั้นนำระดับโลกด้านการบริการข้อมูล และ การวิเคราะห์ข่าวสารการเงินที่ระบุว่าประเทศไทยถูกจัดให้เป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพ อันดับ 1 ของโลกประจำปี 2013 เนื่องจากการบริการทางการแพทย์ของไทยมีความหลากหลายและคุ้มค่าคุ้มราคาที่สุดในโลกเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ (ศูนย์อาเซียนศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2557) การเดินทางมาประเทศไทยนอกจากจะได้ตรวจรักษาสุขภาพแล้วยังได้ท่องเที่ยวอีกด้วย ซึ่งข้อได้เปรียบนี้ไม่มีในหลายประเทศ หรือสถานที่ท่องเที่ยวของประเทศคู่แข่งเหล่านั้นไม่น่า ดึงดูดใจเท่ากับประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า การบริการด้านการแพทย์ของประเทศไทยยังมีจุดอ่อนหลายประการที่บั่นทอนความสามารถในการแข่งขัน และเป็นปัญหาในการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกอบการ อาทิเช่น การขาดผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาต่างประเทศที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยต่างชาติโดยเฉพาะภาษาอาหรับและภาษาอังกฤษ ซึ่งประเทศสิงคโปร์และมาเลเซียนั้นมีทักษะการใช้ภาษาอังกฤษดีกว่า (กันต์สินี กันทะวงศ์วาร และคณะ, 2558) ทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์ เทอร์เนอร์ และศุภาพิชญ์ มณีสาครโพน โบรมแมน (2557) ที่ระบุว่า ผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลของไทยมีปัญหาการใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารกับผู้ป่วยต่างชาติ ส่วนปัญหาการให้บริการอื่นๆ ได้แก่ ความยุ่งยากของการต่อวีซ่าเพื่อเพิ่มเวลาในการพำนัก

ในประเทศไทย และการเข้าถึงข้อมูลด้านการรักษา เป็นต้น (ณัฐพัชร มณีโรจน์ และนราศรี ไววนิชกุล, 2559) นอกจากนี้ การให้บริการกับชาวตะวันออกกลาง อาจพบอุปสรรคที่เกิดจากความแตกต่างด้านศาสนา และวัฒนธรรมเช่นกัน

กลุ่มลูกค้าสำคัญชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนไทย ได้แก่ ประเทศพม่า ญี่ปุ่น ตะวันออกกลาง ยุโรป และสหรัฐอเมริกา (เทวัญ ทะวงษ์ศรี, 2559) แต่ละปีโรงพยาบาลเอกชนจะมีรายได้จากกลุ่มลูกค้าต่างชาติเหล่านี้ในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สร้างรายได้ไม่ต่ำกว่าปีละ 40,000 ล้านบาท ทั้งนี้ ปี 2554 มีรายได้จากผู้ป่วยต่างชาติเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ปี 2558 มีรายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 27 และในปี 2560 นั้นคาดว่าจะมีรายได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 จากรายได้ทั้งหมดที่โรงพยาบาลได้รับ (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2560) นักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากตะวันออกกลาง คือกลุ่มลูกค้าที่น่าสนใจของโรงพยาบาล แม้ว่าในช่วงปี 2554-2558 กลุ่มนี้จะมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 2.6 ของจำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติทั้งหมดในประเทศไทย แต่กลับมีกำลังซื้อสูงและมีการใช้จ่ายในโรงพยาบาลสูงกว่าชาติอื่น (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2559)

ผลการศึกษาของ Ladki, Mikdashi, Fahed, & Abbas (2002) เกี่ยวกับพฤติกรรมการท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวจากตะวันออกกลาง ระบุว่า นักท่องเที่ยวกลุ่มนี้โดยปกติแล้วจะเดินทางเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ โดยมีจำนวนตั้งแต่ 14-21 คน หรือเดินทางเป็นกลุ่มเฉพาะผู้ชายจำนวน 8-12 คน ลักษณะเด่นที่น่าสนใจของชาวตะวันออกกลางคือ การให้ความเชื่อมั่นในชื่อเสียงการแพทย์ของไทย ซึ่งหากประเทศไทยคงความเชื่อมั่นและความไว้วางใจให้อยู่ในใจชาวตะวันออกกลางได้ก็จะนำไปสู่ความซื่อสัตย์ภักดีเสมือนกับการที่ลูกค้ามีความภักดีต่อตราสินค้า (Brand loyalty) หนึ่งๆ อันเป็นปัจจัยสำคัญนำไปสู่การตัดสินใจซื้อหรือเลือกใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย (มนัสนันท์ ธนาพุ่มเพ็ง และไกรชิต สุตะเมือง, 2557) นอกจากนี้การเดินทางมา

ประเทศไทยเพื่อตรวจรักษาโรคของชาวตะวันออกกลางจำนวนหนึ่งจะได้รับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพจากรัฐบาล/หน่วยงานต้นสังกัด (ไพฑูรย์ ไกรพรศักดิ์, 2553) ประกอบกับปัจจัยเกื้อหนุนอื่น ได้แก่ ความเป็นมิตรของคนไทย และการมีแหล่งท่องเที่ยวในประเทศจำนวนมาก ส่งผลให้ประเทศไทยเป็นหนึ่งในจุดหมายปลายทางที่ชาวตะวันออกกลางนิยมมาตรวจรักษาพร้อมกับนำครอบครัวเที่ยวในช่วงเวลาเดียวกัน (แผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ, 2557)

อย่างไรก็ตาม หลายประเทศในภูมิภาคเอเชีย เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย และอินเดียซึ่งเป็นประเทศคู่แข่งสำคัญของประเทศไทยต่างก็ชูจุดเด่นและศักยภาพทางการแพทย์ของตนเองเพื่อดึงดูดและรองรับชาวตะวันออกกลางให้เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศตนเองเช่นกัน โดยเฉพาะกลุ่มประเทศอ่าวที่ เป็นสมาชิกคณะมนตรีความร่วมมือรัฐอ่าวอาหรับ (Gulf Cooperation Council: GCC) ได้แก่ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ กาตาร์ คูเวต โอมาน และบาห์เรน (สาริกา คำสุวรรณ และรชชงพร โกมลเสวิน, 2557)

หากประเทศไทยต้องการครองตำแหน่งการเป็นศูนย์กลางบริการด้านแพทย์หรือบริการสุขภาพหรืออันดับ 1 ของโลกอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องมีการวิจัยศึกษาพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มลูกค้าสำคัญอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งศึกษาปัญหาและแนวทางการแก้ไขการบริการทางการแพทย์ของประเทศไทยกับลูกค้ากลุ่มนี้ โดยศึกษาทั้งในส่วนของผู้รับบริการ คือผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล และผู้ให้บริการ คือผู้ประกอบการธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน และผู้ประกอบการธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ชาวตะวันออกกลางใช้บริการเพราะนักท่องเที่ยวที่มาจากสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ทั้งด้านคุณภาพการบริการ ความซื่อสัตย์ภักดี ตลอดจนความพึงพอใจต่อ การบริการแตกต่างกัน (ธนกฤต สังข์เฉย, 2011)

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของชาวต่างชาติในประเทศไทยในอดีต มักเป็นการศึกษาเฉพาะมุมมองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจากหลายประเทศในภาพรวมเท่านั้น แต่ยังคงขาดงานวิจัยที่ให้ ข้อค้นพบเด่นชัดเกี่ยวกับพฤติกรรมและปัญหาของการใช้บริการทางการแพทย์ของชาวตะวันออกกลางในมิติของ ผู้ให้บริการ บทความวิจัยเรื่องนี้จึงต้องการนำเสนอข้อเท็จจริงโดยทำการศึกษาแบบเจาะลึกกลุ่มธุรกิจโรงพยาบาลและกลุ่มธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในฐานะผู้ให้บริการที่ใกล้ชิดกับลูกค้าจากตะวันออกกลาง ทั้งนี้เพื่อเติมเต็มผลการวิจัยที่ผ่านมาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นเพื่อได้ข้อเสนอแนะที่เป็นแนวทางในการวางแผนนโยบายของภาครัฐ รวมทั้งมีแนวทางในการส่งเสริมและปรับปรุงการบริการทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับศาสนา วัฒนธรรม และความต้องการที่แท้จริงของชาวตะวันออกกลาง อันจะสร้างความประทับใจสูงสุดให้แก่ผู้รับบริการ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของชาวตะวันออกกลางในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัญหาด้านการบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ตลอดจนแนวทางการแก้ไขปัญหา

## ทบทวนวรรณกรรม

### 1. แนวคิดเรื่องการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หรือการท่องเที่ยวทางการแพทย์ (Medical Tourism) เป็นรูปแบบของการเดินทางออกนอกประเทศของผู้คนที่อยู่อาศัยในอีกประเทศหนึ่งเพื่อไปท่องเที่ยวค้างแรมระยะยาว พร้อมกับบำบัดรักษาทางการแพทย์ ทันตกรรม และการผ่าตัดในอีกประเทศหนึ่งที่มีศักยภาพระดับสูงในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น หรือฟื้นฟูสุขภาพให้ดีขึ้น (Eva Ruka, 2015 & Hall, 2011) สามารถบริหารจัดการให้ผู้ป่วยและผู้ติดตามได้รับความสะดวกสบายในการบริการทางการแพทย์ที่รวดเร็วด้วยค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่า และคุณภาพการรักษาดีกว่าประเทศของตน พร้อมกับ

ได้ท่องเที่ยวในประเทศที่เป็นจุดหมายปลายทางของการรักษา (Lajevardi, 2016) การบริการทางการแพทย์ ได้แก่ การศัลยกรรมความงาม การทำฟัน การผ่าตัดหัวใจ การผ่าตัดด้านกระดูก การรักษาโรคอ้วน การแปลงเพศ การปลูกถ่ายอวัยวะ การผ่าตัดนัยน์ตา และการตรวจร่างกาย เป็นต้น กล่าวโดยสรุป การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง การที่นักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical travelers) จากประเทศที่มีรายได้สูง มีแรงจูงใจหรือวัตถุประสงค์หลักที่ชัดเจนในการเดินทางเพื่อรับบริการส่งเสริมสุขภาพและ/หรือบำบัดฟื้นฟูสุขภาพในต่างประเทศ (Jacek, 2012)

ปัจจุบันประเทศไทยได้รับการยอมรับว่าเป็นหนึ่งในจุดหมายปลายทางที่สำคัญของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่สำคัญของโลก โดยมีสิงคโปร์และมาเลเซียเป็นคู่แข่งสำคัญในภูมิภาคเอเชีย และมีชาวตะวันออกกลางเป็นกลุ่มลูกค้าที่สำคัญของประเทศไทย ปัจจัยเกื้อหนุนหลายประการที่ทำให้ประเทศไทยได้เปรียบประเทศคู่แข่งรายอื่น ได้แก่ การมีต้นทุน ค่ารักษาที่ต่ำกว่า การทำตลาดของโรงพยาบาลเอกชน การปรับสภาพแวดล้อมให้โรงพยาบาลเอกชนมีบรรยากาศคล้ายกับโรงแรม ความเป็นไทย และความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน เป็นต้น (Deloitte Center for Health Solution, 2008 และชาติรี ประกิตนทการ, 2555)

ดังนั้น การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical hub) ย่อมส่งผลให้จำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติที่ประสงค์เข้ารับการรักษาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นำมาซึ่งรายได้ กระตุ้นเศรษฐกิจของประเทศให้เติบโต ทั้งนี้ประเทศที่มีศักยภาพในการแข่งขันเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในแถบเอเชีย (Medical hub of Asia) ได้แก่ ประเทศไทย สิงคโปร์ มาเลเซีย เกาหลีใต้ และอินเดีย (ณัฐพล วุฒิรัชจร, 2559)

### 2. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์

ปัจจุบันชาวตะวันออกกลางในประเทศไทยมีวัตถุประสงค์การใช้บริการสุขภาพหลัก 2 ประเภท

- 1) ผู้ที่ตั้งใจมารักษาโดยส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยปาน

กลางหรือซับซ้อน และ2)ผู้ที่ตั้งใจเข้ามาตรวจสอบสุขภาพประจำปีในรูปของนักท่องเที่ยว (มณีศรีพันธุ์ลาภ, 2551) และยังพบว่า นักท่องเที่ยวที่เดินทางท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพสามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มที่ให้ความสำคัญกับความคุ้มค่าด้านราคา (Cost Effectiveness) 2) กลุ่มที่ให้ความสำคัญกับประสิทธิผลที่สูงสุด (Maximum Effectiveness) และ 3) กลุ่มที่ไม่เข้าร่วม (Non-Participating) หมายถึง ผู้ที่ร่วมเดินทางมากับนักท่องเที่ยวที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสุขภาพ (Yu & Ko , 2012) ส่วนงานวิจัยของพิมพา หิรัญกิตติ, ปณิศา มีจินดา สมชาย หิรัญกิตติ สุวิมล แม้นจริง และอุดม สายะพันธุ์ (2552) ศึกษาพฤติกรรมนักท่องเที่ยวเชิงบริการทางการแพทย์ของนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เดินทางมาใช้บริการในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ชาวอเมริกันส่วนใหญ่มารับบริการทาง ทันตกรรม รองลงมาคือ ตรวจสุขภาพประจำปี ศัลยกรรมพลาสติก เลสิก และการเปลี่ยนสะโพก หรือข้อเข่า ตามลำดับ

โดยทั่วไปแล้ว นักท่องเที่ยวต่างชาติที่เดินทางมาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยเพราะต้องการพักผ่อน ในประเทศไทยมากที่สุด รองลงมาคือ มีค่ารักษาถูกกว่า แพทย์และโรงพยาบาลมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับ มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย และมีมาตรฐานการให้บริการระดับโลก ประเด็นเรื่องของการใช้จ่ายในการรักษาที่นับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ชาวอเมริกันนิยมเดินทางมารับบริการทางการแพทย์ภายนอกประเทศ (พิมพา หิรัญกิตติ, ปณิศา มีจินดา สมชาย หิรัญกิตติ สุวิมล แม้นจริง และอุดม สายะพันธุ์, 2552) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Johnson & Garman (2010) ที่พบว่าผู้ป่วยต่างชาติและชาวอเมริกันที่มารับการรักษาในประเทศสหรัฐอเมริกาใช้เงินคนละประมาณ 11,513 เหรียญสหรัฐ ในขณะที่ชาวอเมริกันที่ไปรับการรักษาตัวนอกประเทศใช้จ่ายเพียงคนละ 1,722 เหรียญสหรัฐ ดังจะเห็นได้ว่าการไปรักษาตัวนอกประเทศเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากันถึงเจ็ดเท่า

อย่างไรก็ตาม Cohen (2010) ระบุว่า ปัญหาประการหนึ่งของนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เดินทางเข้ารับ

บริการทางการแพทย์ในต่างประเทศคือ การขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญในประเทศของตน และต้องรอคิวนานกว่าจะได้รับบริการ โดยเฉพาะกลุ่มชาวอเมริกันที่ไม่มีการประกันสุขภาพหรือมีแต่ไม่เต็มรูปแบบ รัฐบาลท้องถิ่นและบริษัทประกันในประเทศสหรัฐอเมริกาจึงสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มนี้ใช้บริการทางการแพทย์ในต่างประเทศ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Fukahori, Baba, Hioki, Monkong, Intrasombat & Malathum (2011) ที่พบว่า ชาวญี่ปุ่นสูงอายุนิยมมาพักอาศัยระยะยาวในประเทศไทย (Long Stay) เพื่อใช้บริการด้านการแพทย์และด้านสุขภาพในประเทศไทย โดยมากกว่าครึ่งระบุว่า การแพทย์ของไทยมีคุณภาพสูง แต่ในขณะเดียวกันก็พบความยากลำบากเรื่องการสื่อสารอันเนื่องมาจากอุปสรรคด้านภาษา

สำหรับประเทศไทยปัญหาและความท้าทายของการให้บริการทางการแพทย์กับชาวต่างชาติคือ ปัญหาการเปิดเผยข้อมูลเพื่อสร้างความสามารถในการแข่งขันโดยรวม รวมทั้งปัญหาการขาดการส่งเสริมการแข่งขันอย่างจริงจังและต่อเนื่องของภาครัฐ แม้ว่าประเทศไทยจะมีแผนยุทธศาสตร์รองรับแต่ยังคงพบปัญหาการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการของชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการเพิ่มขึ้นทุกปี (ภาคภูมิ ทิพคุณ และแพรว ศิริพรกิตติ, 2557:1) จากการรายงานการศึกษาเพื่อเพิ่มศักยภาพทางการตลาดสำหรับกลุ่มนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพโดยบริษัท มาร์เก็ตไวส์ จำกัด (2553) พบว่า นักท่องเที่ยวมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนในความเป็นมิตร มีอัตรายาคัย มารยาท และคุณภาพในระดับสูง แต่มีบางประเด็นที่ควรได้รับการแก้ไข เช่น อัตราค่ารักษาพยาบาล ความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล ความสะดวกของขั้นตอนการตรวจลงตรา (Visa) เข้าประเทศ และความปลอดภัยภายในประเทศ เป็นต้น ส่วนข้อเรียกร้องหลักของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางที่ต้องการให้มีการปรับปรุงแก้ไขคือ การอำนวยความสะดวกด้านพิธีกรรมทางศาสนา และการรับเรื่องร้องทุกข์เป็นภาษาอังกฤษ การคมนาคมขนส่งที่

สะดวก การปรับปรุงป้ายภาษาอังกฤษในการเดินทาง อาทิ บนสามล้อเครื่อง และค่าบริการทางการแพทย์ที่มีราคาสูงขึ้นมาก (ไพฑูริย์ ไกรพรศักดิ์ และณัฏฐาภรณ์ เลียมจรัสกุล, 2553)

### 3. ปัจจัยที่กำหนดมุมมองของผู้ใช้บริการทางการแพทย์

มุมมอง หรือ การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการสร้างความหมาย โดยการคัดเลือก จัดกระทำ และตีความหมาย คน วัตถุ เหตุการณ์ และปรากฏการณ์อื่นอย่างต่อเนื่อง (Wood, 2009) ดังนั้นการรับรู้ของผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยจึงเป็นกระบวนการแปลความหมายข้อมูลด้านการบริการทางการแพทย์ และด้านสุขภาพ ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยร่วมกันหลายประการ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการเลือกการบริการ (Selective Factors) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยทางการแพทย์ (คุณภาพการบริการ อุปกรณ์ทันสมัย ค่ารักษาและค่าเดินทาง การสื่อสาร การบริการก่อนและหลังการรักษา และความสามารถในการเข้าถึงการบริการ) (Mona, Suzanne, & Rohit, 2011) และ 2) กิจกรรมการท่องเที่ยว (ความน่าสนใจของโปรแกรมการท่องเที่ยว ความงดงามทางธรรมชาติ และอาหาร) (Yu & Ko, 2012)

2. ปัจจัยด้านความสะดวกสบาย (Conveniences) ประกอบด้วย (1) ด้านการให้บริการทางการแพทย์และการดูแล (การบริการทั้งก่อนและหลังการรักษา อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ความมั่นใจในคุณภาพทางการแพทย์ และผลที่ต้องการ การจัดการอุบัติเหตุทางการแพทย์) (Mona, Suzanne, & Rohit, 2011) (2) การพักรักษาตัวและค่าใช้จ่าย (ความยากลำบากในการเข้าพัก ค่าใช้จ่ายด้านการท่องเที่ยว ค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์) และ (3) ข้อมูลข่าวสารและการประกัน (การสื่อสาร การประกัน การรวบรวมข้อมูลข่าวสาร)

3. ปัจจัยด้านการรักษาทางการแพทย์ (Medical Factors) ประกอบด้วย (1) การผ่าตัดใหญ่ (การผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง โรคของผู้สูงอายุและการพักผ่อน มะเร็ง การรักษาด้วยยาจีน) และ (2) การผ่าตัดย่อย (การทำ

ศัลยกรรมความงาม การทำฟัน การวัดสายตาและประกอบแว่น โรคเฉพาะสตรีทางระบบสืบพันธุ์ และการทำคลอด) (Yu & Ko, 2012)

4. ปัจจัยด้านการมีสุขภาพดีและความใส่ใจในสุขภาพ (Well-Being & Healthcare) ประกอบด้วย (1) การให้บริการความงามและการดูแลสุขภาพ (โปรแกรมการดูแลผิวและอาหารที่รับประทาน โปรแกรมการวินิจฉัยโรค สปา การนวด การบำบัดด้วยน้ำทะเล) และ (2) การพักผ่อนที่สัมพันธ์กับไลฟ์สไตล์ และการรักษาทางจิต (การดูแลเพื่อการฟื้นฟู การดูแลทางจิต) (Yu & Ko, 2012)

5. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ (Service Provider) ประกอบด้วย แพทย์ผู้รักษา และบุคลากรที่ให้บริการอื่นๆ โดยความรู้ความเชี่ยวชาญของแพทย์เฉพาะทางมีความสำคัญสูงสุด รองลงมา ได้แก่ ทักษะคน ความเอาใจใส่ และอัธยาศัย อันดีของบุคลากรผู้ให้บริการ รวมถึงความคุ้นเคยกับบุคลากรที่ให้บริการ (Mona, Suzanne, & Rohit, 2011)

6. ปัจจัยด้านอื่นๆ (Other Attributes) ได้แก่ ชื่อเสียงของโรงพยาบาล สถานที่ตั้ง ประสบการณ์ในอดีต คำแนะนำจากผู้ใกล้ชิด (ครอบครัว เพื่อน แพทย์) (Mona, Suzanne, & Rohit, 2011)

นอกจากนี้ Jacek (2012) พบว่า การที่ผู้ป่วยเดินทางไปยังต่างประเทศเพื่อเข้ารับการรักษาทางการแพทย์มาจากปัจจัย 2 ประการคือ คุณภาพการให้บริการที่ดีกว่า (Better Quality) และค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า (Lower Cost) ส่วนงานวิจัย ของ Ehrbeck et al., 2008 ระบุว่า ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์สำคัญกว่าราคา ในการค้นหาข้อมูลการรักษาพยาบาลทางการแพทย์จากแหล่งข้อมูลออนไลน์ชาวอเมริกันส่วนใหญ่จะพึงพาหน่วยงานด้านลูกค้าสัมพันธ์ในโรงพยาบาลต่างประเทศเป็นหลัก รองลงมาคือตัวแทนบริษัทท่องเที่ยวทางการแพทย์ งานวิจัยออนไลน์ คำแนะนำของแพทย์ที่คุ้นเคย ครอบครัวและเพื่อน ตามลำดับ ขณะที่ Moghimehfar & Nasr-Esfahani (2011) ระบุว่า สามักรรยาชาวตะวันออกกลางใช้ปัจจัยเรื่องค่า

ใช้ง่าย ระยะทาง ความเชี่ยวชาญของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ความน่าสนใจของแหล่งท่องเที่ยว รวมทั้งข้อจำกัดด้านกฎหมาย และศีลธรรม เป็นองค์ประกอบเลือกประเทศปลายทางเพื่อใช้บริการสุขภาพ

## วิธีการวิจัย

งานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เรื่องนี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล (In-Depth Interviews) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) แบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามวัตถุประสงค์การวิจัย คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลักในงานวิจัย คือ ผู้มีประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติงานไม่ต่ำกว่า 10 ปี ในสถานประกอบการ/เป็นผู้บุกเบิก/เปิดตลาดผู้ป่วยชาวตะวันออกกลางในประเทศไทยซึ่งเป็นที่รู้จักและได้รับการยอมรับในวงกว้าง มีความคุ้นเคยและใกล้ชิดกับชาวตะวันออกกลางที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล เคยศึกษา/ทำงานในตะวันออกกลางมีความเข้าใจในพฤติกรรมและวัฒนธรรมของชาวตะวันออกกลางเป็นอย่างดีจึงเชื่อได้ว่าข้อมูลที่ได้นั้นตรงความจริง แต่ในปัจจุบันจำนวนโรงพยาบาลและธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในประเทศไทยที่เปิดให้บริการสุขภาพกับชาวตะวันออกกลางและประสบความสำเร็จมีจำนวนไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงกำหนดผู้ให้ข้อมูลหลักเป็น 2 กลุ่ม คือ

**กลุ่มที่ 1** ผู้ให้ข้อมูลหลักจากธุรกิจโรงพยาบาลจำนวน 12 คน คือ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริการทางการแพทย์ ได้แก่ ผู้บริหาร/แพทย์/นักการตลาดจำนวน 6 คน และล่ามภาษาอารบิกจำนวน 6 คน จากโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำในประเทศไทย 6 แห่ง คือ โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ โรงพยาบาลเวชธานี โรงพยาบาลพญาไท 4 โรงพยาบาลปิยะเวท และโรงพยาบาลสุขุมวิท โรงพยาบาลเหล่านี้มีนโยบายเปิดตลาดรับลูกค้าจากตะวันออกกลาง เป็นโรงพยาบาลที่ชาวตะวันออกนิยมเข้าใช้บริการเป็นอันดับต้นๆ มีอุปกรณ์ทางการแพทย์อันทันสมัย มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหลายสาขา และมีการบริการที่สะดวกรวดเร็ว

**กลุ่มที่ 2** ผู้ให้ข้อมูลหลักจากธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ จำนวน 5 คน คือ ผู้ประกอบการบริษัทนำเที่ยวและไกด์นำเที่ยว ธุรกิจหลักของผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้ไม่ใช่งานบริการด้านสุขภาพ แต่เป็นการให้บริการเสริมจากธุรกิจท่องเที่ยวที่ทำอยู่ อาทิเช่น การเป็นตัวแทน (Agent) ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้นเพื่อจัดส่งลูกค้าชาวตะวันออกกลางให้กับโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

เครื่องมือวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ใช้คำถามปลายเปิดโดยถามเกี่ยวกับ 1) พฤติกรรมการใช้บริการด้านการแพทย์ ประเภทของกลุ่มลูกค้าที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ ประเภทของการบริการทางการแพทย์ที่เลือกใช้ อนุสัยส่วนตัวต่อการใช้บริการด้านการแพทย์ การเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ เหตุผลการเลือกประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทาง และปัจจัยสำคัญในการเลือกโรงพยาบาลเพื่อรับบริการทางการแพทย์ และ 2) ปัญหาการบริการทางการแพทย์ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการตลอดจนแนวทางการแก้ไข ได้แก่ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมและวัฒนธรรมอาหรับ ค่ารักษาพยาบาล การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากสถานทูต ภาษาและการสื่อสารกับชาวตะวันออกกลาง ตลอดจนนโยบายการดำเนินงานของภาครัฐในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ประกอบการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทำโดยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ งานวิจัยเรื่องนี้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล จำนวน 2 ครั้ง จากผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 17 คน ครั้งที่ 1 สัมภาษณ์กลุ่มธุรกิจโรงพยาบาล 9 คน และกลุ่มผู้ประกอบการธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 4 คน ครั้งที่ 2 สัมภาษณ์กลุ่มธุรกิจโรงพยาบาล 3 คน และกลุ่มธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 1 คน นักวิจัยใช้ชุดคำถามเดียวกันกับการสัมภาษณ์ครั้งแรก และมีการถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์ทางการเมืองและเศรษฐกิจใน



ภูมิภาคตะวันออกเฉียงกลางที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของชาวตะวันออกเฉียงกลางในการใช้บริการด้านการแพทย์ในประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อให้ผลการวิจัยเรื่องนี้มีคุณสมบัติยิ่งขึ้น การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง นักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ และผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมดมาสรุปคำตอบที่ละคน จากนั้นนำมาจัดกลุ่มคำตอบ วิเคราะห์ และสรุปผลวิจัยตามประเด็นที่ศึกษา (Thematic Analysis) แล้วนำมาสรุป และอภิปรายผลในรูปของความเรียง

## ผลการวิจัย

ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยและการอภิปรายผลเป็น 2 ส่วน คือ (1) พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ และ (2) ปัญหาด้านการบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยต่อผู้รับบริการชาวตะวันออกเฉียงกลางและแนวทาง การแก้ไข มีดังนี้

### ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์

#### 1.1 ลักษณะของชาวตะวันออกเฉียงกลางที่เดินทางมารับบริการทางการแพทย์

ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกรายระบุตรงกันว่า ชาวตะวันออกเฉียงกลางนิยมเดินทางมารับบริการทางการแพทย์เป็นครอบครัวใหญ่มีทั้งเด็ก พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ผู้หญิงจะไม่เดินทางโดยลำพังหรือร่วมเดินทางกับผู้ชาย หากไม่ได้มาเป็นครอบครัวก็จะมากับคู่ครอง และมักหาโอกาสท่องเที่ยวก่อน ระหว่าง หรือหลังจากการพบแพทย์ ลักษณะการท่องเที่ยวที่ทำได้ง่ายที่สุดคือ การจับจ่ายซื้อของ (Shopping) เดินเล่นในศูนย์การค้า (Shopping Mall) หรือร้านค้าแผงลอยริมทางเดิน และหากมีเวลาหรือไม่ได้เจ็บป่วยหนักก็จะเดินทางไปท่องเที่ยวในต่างจังหวัดด้วย

ในการเก็บข้อมูลทั้ง 2 ครั้งได้ข้อมูลตรงกันว่า กลุ่มลูกค้าจากตะวันออกเฉียงกลางที่ทำรายได้ให้กับโรงพยาบาลเป็นอันดับต้นๆ ยังคงเป็นลูกค้าจากกลุ่มประเทศ GCC เช่นเดิม ซึ่งคือ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ โอมาน บาห์เรน คูเวต กาตาร์ สอดคล้องกับผลวิจัยของไพฑูรย์ ไกรพรศักดิ์ (2553) ที่พบว่า กลุ่มประเทศ GCC

เป็นลูกค้าหลักที่สำคัญของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพราะมีกำลังใช้จ่ายในโรงพยาบาลสูงกว่าลูกค้ากลุ่มอื่น โดยปกติลูกค้าจากตะวันออกเฉียงกลางจะเดินทางมาท่องเที่ยวและตรวจรักษาสุขภาพมากที่สุดในช่วงกลางเดือน พฤษภาคม-สิงหาคม เพราะในเวลานั้นภูมิภาคตะวันออกเฉียงกลางจะมีอากาศร้อนจัดและมีความชื้นสูง (แต่เป็นฤดูฝนในประเทศไทย) ในเดือนพฤษภาคม (ปิดภาคการศึกษาปลายปี) ชาวตะวันออกเฉียงกลางจำนวนมากจะเดินทางมาประเทศไทยพร้อมกับครอบครัวเพื่อท่องเที่ยวพร้อมกับตรวจรักษาสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ลูกค้ากลุ่มนี้จะเริ่มลดน้อยลงในกลางเดือนตุลาคม ส่วนปลายเดือนธันวาคม (ปิดภาคการศึกษากลางปี) ชาวตะวันออกเฉียงกลางก็จะกลับมาเยือนประเทศไทยอีกครั้ง

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในตะวันออกเฉียงกลางนับจากเกิดวิกฤตการณ์ราคาน้ำมันปรับตัวลดลงอย่างรวดเร็วและรวดเร็วตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ปี 2558 จนถึงปัจจุบัน พบว่า กลุ่มประเทศในภูมิภาคตะวันออกเฉียงกลางซึ่งส่วนใหญ่พึ่งพารายได้จากการค้าน้ำมัน มีจำนวนผู้ป่วยเดินทางมาประเทศไทยเพื่อรับบริการทางการแพทย์ลดน้อยลงอย่างเห็นได้ชัดเพราะรัฐบาลพยายามให้ประชาชนรักษาตัวภายในประเทศให้มากที่สุด หากแพทย์ไม่สามารถรักษาได้จึงจะส่งไปรักษาในต่างประเทศ แต่ค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลให้เป็นสวัสดิการแก่ประชาชนก็จะถูกจำกัดลงด้วย ขณะเดียวกันชาวตะวันออกเฉียงกลางก็มีการปรับลดการใช้จ่ายลงในทุกด้านเช่นกัน ทั้งในส่วนของค่ารักษา การใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การท่องเที่ยว การจับจ่ายซื้อของ และที่เห็นได้ชัดคือพักอาศัยในประเทศไทยสั้นลง

#### 1.2 ประเภทของกลุ่มลูกค้าจากตะวันออกเฉียงกลางที่เข้ารับบริการทางการแพทย์

ชาวตะวันออกเฉียงกลางที่เข้ามาใช้บริการจากโรงพยาบาล แบ่งตามการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้ 6 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มที่ชำระค่าใช้จ่าย วางแผน และเลือกโรงพยาบาลด้วยตนเอง ลูกค้ากลุ่มนี้มีฐานะปานกลาง และร่ำรวย มีความพร้อมทางการเงิน และเป็นกลุ่มลูกค้าที่เข้ามาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมากกว่าลูกค้า

กลุ่มอื่นๆ (2) กลุ่มลูกค้าจากสำนักพระราชวัง ได้แก่ ราชวงศ์ ข้าราชการบริหาร ครอบครัวหรือญาติที่ทำงานในวัง กลุ่มนี้จะมีค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลมากที่สุดเพราะได้รับสวัสดิการค่ารักษาสูง (3) กลุ่มลูกค้าที่ใช้ประกันสุขภาพของรัฐบาล เช่น ข้าราชการกระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย และมูลนิธิต่างๆ (4) กลุ่มลูกค้าที่ใช้ประกันสุขภาพของบริษัทเอกชน (5) กลุ่มลูกค้าที่ใช้ประกันสุขภาพส่วนตัว เป็นกลุ่มที่มีการใช้บริการโรงพยาบาลในประเทศไทยน้อยที่สุด และ (6) กลุ่มลูกค้าจากสถานทูต เป็นกลุ่มที่มีกำลังการใช้จ่ายมากเพราะรัฐบาลจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้ค่ารักษาเฉลี่ยต่อคนประมาณ 1-2 ล้านบาท

### 1.3 ประเภทของการบริการทางการแพทย์ที่เลือกใช้

ชาวตะวันออกกลางที่มาตรวจรักษาในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นโรคที่มีความซับซ้อนหรือโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของผู้รักษา หรือเป็นโรคที่ประเทศต้นทางในตะวันออกกลางรักษาไม่ได้ เช่น โรคกระดูก จากอุบัติเหตุทางรถยนต์ กระดูกเสื่อม กระดูกทับเส้นประสาท เป็นต้น รองลงมาคือ โรคแทรกซ้อน เช่น เบาหวาน ความดัน และโรคหัวใจ นอกจากนี้คือ การรักษาโรคมะเร็ง โรคสมอง โรคระบบประสาท โรคระบบทางเดินอาหาร การผ่าตัด (เปลี่ยนตับ ปลูกถ่ายไขกระดูก) การผ่าตัดคีัลยกรรมจากอุบัติเหตุ และการทำกายภาพบำบัด เป็นต้น โรคที่มีความซับซ้อนเหล่านี้จะช่วยสร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาลอย่างมากเพราะการบำบัดรักษาต้องใช้เวลาและมีค่าใช้จ่ายสูงมาก เช่นโรคมะเร็งในระยะที่ 3 หรือมะเร็งระยะสุดท้าย ค่ารักษาประมาณ 2-3 ล้านบาท ส่วนการทำสเต็มเซลล์มีค่าใช้จ่ายประมาณ 5-6 ล้านบาท สำหรับประเภทของการบำบัดรักษาที่ได้รับความนิยมสูงขึ้นในปัจจุบันคือ คีัลยกรรม เลเซอร์ และ ทริทเม้นท์ แต่การทำคีัลยกรรมของชาวตะวันออกกลางส่วนใหญ่ทำเพื่อลดมากกว่าเพิ่มขนาด เช่น การผ่าตัดเพื่อลดขนาดของเต้านม ผ่าตัดเพื่อลดความโค้งงอของงูมูก ลดขนาดปีกงูมูก ดูดไขมันตามร่างกาย คีัลยกรรมตกแต่งจากอุบัติเหตุ และ การสูญเสียอวัยวะจากโรคร้าย

เช่น การเสริมหน้าอกหลังจากผ่าตัดมะเร็ง เป็นต้น

### 1.4 อุปนิสัยส่วนตัวของชาวตะวันออกกลางในการใช้บริการด้านการแพทย์

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 2 กลุ่มกล่าวถึงอุปนิสัยส่วนตัวที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของชาวตะวันออกกลางตรงกันว่า ชาวตะวันออกกลางที่มาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยมีความคาดหวังจากการบริการสูง ขอให้คนบริการในทุกด้าน “อยากได้อะไรต้องได้” หากต้องจ่ายแพงก็จะเรียกร้องการบริการเต็มที่ มีนิสัยชอบขอความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล ล่าม และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล) ตั้งแต่เรื่องเล็กจนถึงเรื่องใหญ่เพื่ออำนวยความสะดวกให้ เช่น ให้ช่วยจองตั๋วเครื่องบิน จัดหารถรับ-ส่ง แนะนำโรงพยาบาล/แพทย์เฉพาะทาง จัดหาที่พัก ดำเนินการเรื่องการต่อวีซ่า จัดทำประวัติคนไข้ และทำนัดหมายเพื่อพบแพทย์ เป็นต้น

ชาวตะวันออกกลางจะให้ความสำคัญกับการบริการทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่เข้ามาในโรงพยาบาลควรต้องมีเจ้าหน้าที่พูดคุยทักทาย ช่วยทำบัตรคนไข้ มีเจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล และให้คำแนะนำว่าควรพบแพทย์ด้านใด จากอุปนิสัยดังกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนให้ข้อคิดเห็นตรงกันว่า “จากการบริการที่เป็นเลิศทำให้ประเทศไทยเกิดความได้เปรียบทางการแข่งขันเพราะบุคลากรทางการแพทย์ของไทยมีวัฒนธรรมของการเป็นผู้ให้บริการที่ดี มีความอดทนอดกลั้นสูง และเอาใจใส่คนไข้ดีกว่าชาติอื่นๆ” ขณะเดียวกันชาวตะวันออกกลางส่วนใหญ่ที่เข้ารับการตรวจรักษาในประเทศก็รู้สึกประทับใจ และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่กลับมาใช้บริการอีกครั้งในโรงพยาบาลเดิม/แพทย์และล่ามคนเดิม ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลักจากโรงพยาบาลบอกว่า คนไข้จากตะวันออกกลางมักกล่าวว่า “ไม่มีที่ไหนดีเหมือนประเทศไทย ไม่ว่าจะเคยไปตรวจรักษาที่ประเทศใดก็ต้องกลับมาที่ประเทศไทยอีก”

นอกจากนี้ยังพบว่า ชาวตะวันออกกลางจะรู้สึกสนิทใจและเชื่อถือมุสลิม/ผู้ที่นับถือศาสนาเดียวกันมากกว่า ผู้ให้บริการจากต่างศาสนา ลูกค้ายุคนี้มี ความ

ผูกพันกับผู้ให้บริการ (ล่ามอารบิก หมอ และพยาบาล) ขณะที่ชาติอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์ในลักษณะนี้ “หากใครใคร่จะเชื่อใจและให้ใจเต็มร้อย” เป็นชาติใจดีที่ให้ผลตอบแทนสูงจากความพอใจ หากประทับใจการบริการใดๆ เป็นพิเศษก็จะให้เงินพิเศษ (Tip) สูงกว่าชาติอื่นมาก ล่ามอารบิกให้ข้อมูลว่า “ลูกค้าอาหรับเคยนำเงินใส่ซองให้แพทย์สูงถึงหลักแสนบาท และให้ล่ามหลายหมื่น เพราะพอใจบริการและผลการรักษา บางคนให้เงินล่ามฟรีๆ ไปทำฮัจญ์หลายแสนบาท ชื่อของที่ระลึกให้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสินค้าแบรนด์เนมที่มีมูลค่า เช่น น้ำหอม โทรศัพท์มือถือ นาฬิกาข้อมือ Rolex และรถยนต์”

### 1.5 การเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ของไทย

ผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาล ระบุว่า ก่อนการเดินทางมาใช้บริการด้านการแพทย์ในประเทศไทย ชาวตะวันออกกลางจะค้นหาข้อมูลและเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์จากการแนะนำบอกต่อของคนรู้จักที่มีประสบการณ์มากที่สุด รองลงมาคือสื่ออินเทอร์เน็ต โดยค้นข้อมูลจาก Google เว็บไซต์สุขภาพของอาหรับ ตรวจสอบวิธีการรักษาจาก YouTube อ่านกระทู้ของคนอาหรับที่พูดคุยแนะนำเกี่ยวกับรักษาพยาบาลในประเทศไทย สอบถามข้อมูลจากหน่วยงานของโรงพยาบาลไทยที่ตั้งอยู่ในต่างประเทศ เช่น โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และเวซธานี หรือสอบถามจากล่ามภาษาอารบิก ที่สนิทสนมในประเทศไทย รวมทั้งบริษัทตัวแทนนำเที่ยวที่มีบริการให้คำปรึกษาด้านการแพทย์ในประเทศต้นทาง เป็นต้น

นอกจากนี้ ชาวตะวันออกกลางจำนวนหนึ่งจะหาข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข สถานทูต และแพทย์ในโรงพยาบาลในตะวันออกกลางที่ตนเองตรวจรักษา ส่วนสังคมเครือข่ายที่ชาวตะวันออกกลางนิยมใช้อย่างแพร่หลายคือ WhatsApp และ Instagram แต่ไม่นิยมใช้ Line ในปัจจุบันเมื่อมีการใช้สมาร์ตโฟนอย่างแพร่หลายในภูมิภาคตะวันออกกลาง การรับส่งข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ป่วยก็สะดวกสบายมากขึ้น โดยเห็นได้จากผู้ป่วยจำนวนมาก

ขอความช่วยเหลือจากล่ามที่สนิทกันให้นำภาพและข้อมูลอาการเจ็บป่วยของตนเองที่ส่งผ่านโทรศัพท์มือถือไปขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลของไทยก่อนตัดสินใจเดินทางมารักษา ในงานวิจัยเรื่องนี้อย่างยิ่งกว่า จากช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงแหล่งข้อมูลทางการแพทย์โดยตรงได้ง่ายขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากเปลี่ยนพฤติกรรมมารับ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยไม่เชื่อข้อมูลหรือคำแนะนำจากแหล่งข่าวสารเดียวอีกต่อไป การสนใจชาวตะวันออกกลางให้เชื่อหรือตัดสินใจจึงทำได้ยากขึ้นกว่าเดิมหากขาดข้อมูลสนับสนุนทางการแพทย์ที่ดีพอ

### 1.6 เหตุผลของการเลือกประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางของการบริการทางการแพทย์

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากธุรกิจโรงพยาบาลและธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้ข้อมูลไว้ดังนี้

1.6.1 ชาวตะวันออกกลางเชื่อมั่นว่าประเทศไทยมีมาตรฐานทางการแพทย์สูงเป็นอันดับต้นๆ ของโลก วินิจฉัยโรคได้แม่นยำ รวดเร็ว มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีการบริการดี รักษาได้ครบวงจร สะอาด สะดวกสบาย และขั้นตอนการรักษามีความปลอดภัยสูง

1.6.2 ประเทศไทยมีความปลอดภัย ไม่กีดกันเรื่องศาสนา อีกทั้งนโยบายของรัฐบาลไทยเอื้อประโยชน์ต่อ ชาวตะวันออกกลางให้เดินทางเข้าประเทศไทยได้ง่ายขึ้น อาทิ การยกเว้นวีซ่าให้กลุ่มประเทศอ่าวอาหรับ (GCC) 6 ประเทศ ที่เดินทางมาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย และสามารถพักอาศัยในประเทศไทยได้สูงสุด 90 วัน ในทางตรงกันข้ามการเดินทางไปรักษาในยุโรปและสหรัฐอเมริกาโดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากเหตุการณ์วินาศกรรม 9/11อาจไม่ปลอดภัยสำหรับชาวตะวันออกกลางที่แต่งตัวลักษณะคล้ายมุสลิมเพราะจะถูกตรวจค้นอย่างเข้มงวด มีการกีดกัน กลั่นแกล้ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัญหาการเมืองระหว่างประเทศ และอคติที่ชาวยุโรปและอเมริกันมีต่อโลกมุสลิมว่า “มุสลิมเป็นกลุ่มหัวรุนแรง เป็นผู้ก่อการร้าย ขอบก่อกวนวุ่นวาย”

1.6.3 ค่าบริการทางการแพทย์ของไทยต่ำกว่าหลายประเทศในยุโรป สหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ และมาเลเซีย เมื่อเปรียบเทียบราคากับการบริการด้านการแพทย์ในระดับมาตรฐานเดียวกัน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลักจากโรงพยาบาลยกตัวอย่างให้เห็นว่า “โรงพยาบาลเอกชนในประเทศซาอุดีอาระเบียระดับ Tertiary Care มีความหรูหราเหมือนพระราชวัง มีมาตรฐานการรักษาที่ดี มีแพทย์จากทั่วโลก และมีอุปกรณ์การแพทย์ทันสมัยมากที่สุดแห่งหนึ่งของโลก แต่ค่าตรวจรักษาแพงกว่าประเทศไทยมาก เฉพาะค่าตรวจเพียงอย่างเดียวอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 500 Riyal หรือประมาณ 4,000 บาทไทย”

1.6.4 ประเทศไทยมีค่าครองชีพต่ำกว่าประเทศคู่แข่งที่มีความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์หลายเท่าตัว แม้ว่าในปัจจุบันค่าครองชีพในประเทศไทยจะสูงขึ้นกว่าเดิมมากแต่ก็ไม่สูงเท่ากับประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ เยอรมัน สิงคโปร์ และมาเลเซีย ซึ่งเป็นประเทศที่ชาวตะวันออกกลางนิยมไปตรวจรักษา

1.6.5 คนไทยเป็นเจ้าบ้านที่ดี เป็นมิตรกับชาวต่างชาติ มีบริการล่ามภาษาอารบิกในโรงพยาบาลทำให้รู้สึกสบายใจเมื่อต้องการความช่วยเหลือ หรือติดต่อสื่อสารกับแพทย์ ทั้งยังมีโอกาสได้พบเพื่อนจากตะวันออกกลางมากมายในประเทศไทยจึงรู้สึกเหมือนอยู่ในประเทศตนเอง

## 1.7 ปัจจัยสำคัญในการเลือกโรงพยาบาลเพื่อรับบริการทางการแพทย์

ผลการวิจัยนี้คือเสียงสะท้อน (Feedback) จากผู้รับบริการผ่านทางผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลของลูกค้านักชาวตะวันออกกลาง ทั้งนี้พบว่า ชาวตะวันออกกลางจะพิจารณาจากปัจจัยหลายประการในการเลือกโรงพยาบาลเพื่อรับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

1.7.1 ชื่อเสียงของโรงพยาบาล และชื่อเสียงของแพทย์จากประสบการณ์ตรงหรือการบอกเล่าจากญาติพี่น้องที่มารักษาแล้วหายจากอาการป่วย

1.7.2 ความเฉพาะทางของแพทย์/โรงพยาบาล แพทย์มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค ตัวอย่างเช่น

โรงพยาบาลกรุงเทพ หรือที่ชาวตะวันออกกลางเรียกว่า “Royal Hospital” ชาวตะวันออกกลางมองว่าเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง มีชื่อเสียงด้านการรักษาโรคหัวใจ และเบาหวาน และโรงพยาบาลเวชธานี มีชื่อเสียงการรักษาโรคกระดูก ชาวตะวันออกกลางรู้จักในนาม “King of Bone” โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ มีชื่อเสียงในด้านกุมารเวช กายภาพ กระดูกสันหลัง

1.7.3 อัตราค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสม ผู้ป่วยชนชั้นกลางจากตะวันออกกลางและผู้ป่วยที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเองจะนำปัจจัยเรื่องค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังการรักษามาเป็นเกณฑ์เลือกใช้บริการโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามนับจากปี 2556 เป็นต้นมา โรงพยาบาลเอกชนเปิดตลาดรับกลุ่มลูกค้าจากตะวันออกกลางมากขึ้น ประกอบกับมีการควบรวมกิจการของเครือโรงพยาบาลกรุงเทพเพื่อให้บริการแก่ลูกค้าระดับกลาง และสร้างทางเลือกให้กับชาวตะวันออกกลางมากขึ้น บางรายจึงเลือกรักษาในโรงพยาบาลระดับ Mass เพราะมองว่าการรักษายังมีคุณภาพเช่นเดิมแต่มีค่าใช้จ่ายถูกกว่า โดยยอมรับเงื่อนไขที่ว่า “ความหุรหุรต่างๆและการให้บริการที่ไม่จำเป็นก็จะลดลงไปด้วย”

1.7.4 การตอบใบรายงานทางการแพทย์ (Medical Report) ของโรงพยาบาล โดยก่อนการรับบริการทางการแพทย์ชาวตะวันออกกลางจะส่งใบรายงานทางการแพทย์เพื่อปรึกษาแพทย์จากโรงพยาบาลหลายแห่งก่อน จากนั้นจึงเปรียบเทียบแนวทางการรักษาและราคาของแต่ละโรงพยาบาล แล้วเลือกโรงพยาบาลที่มีข้อเสนอทั้งแนวทางในการรักษาและค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมที่สุด

1.7.5 การได้รับคำแนะนำจากสถานทูต บริษัทตัวแทนของโรงพยาบาล (Agency) และบริษัทท่องเที่ยว ทั้งนี้พบว่า สถานทูตของแต่ละประเทศในตะวันออกกลางมีอิทธิพลอย่างมากในการขึ้นาคำความคิดของประชาชนในฐานะที่มีประสบการณ์ มีหน้าที่ลงนามเอกสารส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาในต่างประเทศ ชาวตะวันออกกลางจึงมักเลือกโรงพยาบาลจากรายชื่อที่สถานทูตจัดเตรียมไว้ให้

และผู้ป่วยบางรายจะขอคำแนะนำจากสถานทูตให้เลือกรักษาโรงพยาบาลในประเทศไทย นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับคำแนะนำจากบริษัทท่องเที่ยวและบริษัทตัวแทนโรงพยาบาล (Agency) ทั้งในประเทศและต่างประเทศสามารถเปลี่ยนการตัดสินใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อีกด้วย

1.7.6 คำแนะนำจากกลุ่มอาหรับที่สนิทสนมในงานวิจัยชี้ให้เห็นว่าหากเปรียบเทียบกันในกลุ่มของผู้ให้บริการโรงพยาบาลเอกชนแล้ว กลุ่มภาษาอาหรับจะมีความสนิทสนมกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมากที่สุด เพราะชาวตะวันออกกลางกลุ่มนี้มักขอความช่วยเหลือจากกลุ่มในด้านต่างๆ ทั้งการตรวจรักษาและเรื่องส่วนตัว เช่น ผ่าตัดของ ว่าจ้างให้พาไปเที่ยวช่วยแนะนำแหล่งท่องเที่ยว ปกป้องเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และขอให้ช่วยเหลือแพทย์/โรงพยาบาล เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ชาวตะวันออกกลางกับกลุ่มอาหรับจำนวนมากจึงพัฒนาความสัมพันธ์จากลูกค้ากลายเป็นเพื่อนสนิท และยังคงติดต่อคบหากับกลุ่มแม้ว่าจะกลับประเทศแล้วก็ตาม

## ส่วนที่ 2 ปัญหาด้านการบริการทางการแพทย์ในประเทศและแนวทางการแก้ไข

ผลการวิจัยในส่วนนี้เป็นการนำเสนอเฉพาะปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์ของผู้รับบริการและ ผู้ให้บริการในประเทศไทย ตลอดจนแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว มีรายละเอียดดังนี้

### 2.1 ปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมุสลิมจากตะวันออกกลางและวัฒนธรรมอาหรับ

ในงานวิจัยเรื่องนี้พบว่า กลุ่มลูกค้าชาวตะวันออกกลาง หรือ “ชาวอาหรับ” ของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยเกือบทั้งหมดคือ มุสลิม (ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม) ซึ่งมุสลิมทุกคนจะยึดถืออิสลามเป็นแนวทางการดำเนินชีวิต และมีการปฏิบัติสืบทอดต่อกันมาจนกลายเป็นวัฒนธรรม ด้วยเหตุนี้ ชาวตะวันออกกลางจึงมีลักษณะพิเศษแตกต่างจากชนชาติอื่น การพยาบาลผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการมุสลิมและอาหรับจึงต้องคำนึงถึงหลักการทางศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วยด้วย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษากลับพบว่าภาครัฐและผู้ให้บริการทางการแพทย์ (ผู้ที่ไม่ใช่มุสลิม) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ให้

บริการรายใหม่ยังขาดความเข้าใจหรือหลงลืมเรื่องดังกล่าวหลายประเด็นต่อไปนี้

มุสลิมจะไม่ทักทายผู้ที่นับถือศาสนาอื่นว่า “อัสลามมูอาลัยกุม” ดังนั้น การที่แพทย์หรือพยาบาลพยายามสร้างความประทับใจโดยทักทายด้วยคำว่า “อัสลามมูอาลัยกุม” กับมุสลิมจึงอาจไม่ได้รับการตอบกลับ หรือบางคนเลี่ยงตอบกลับด้วยคำทักทายอื่นเพื่อเป็นการรักษามารยาท ทุกๆวันมุสลิมทุกคนต้องละหมาด (สวดมนต์) วันละ 5 ครั้ง (5 เวลา) ฉะนั้น ผู้ให้บริการทุกคนในโรงพยาบาลควรสามารถแนะนำทางไปห้องละหมาดให้ผู้ป่วยได้ ในการเยี่ยมไข้ของแพทย์และพยาบาลก็เช่นกันควรรองนผู้ป่วยเสร็จสิ้นการละหมาดและอนุญาตให้เข้าห้อง นอกจากนี้ หากต้องการเยี่ยมผู้ป่วยต้องเคาะประตูเสียก่อน และเว้นช่วงเวลาให้คนใช้เตรียมตัวให้พร้อมและปกปิดร่างกายให้มิดชิด

การตรวจอวัยวะของอวัยวะของผู้หญิง โดยเฉพาะผู้หญิงอาหรับสูงอายุหรือผู้หญิงโสด เช่น ตรวจภายใน รีดสีดวงทวาร ตรวจเต้านม หรือการอัลตราซาวด์ต้องขออนุญาตคนไข้เสียก่อนเพราะในความคิดของผู้หญิงอาหรับร่างกายทั้งหมดคือสิ่งพึงสงวนที่ต้องปกปิด ยกเว้นใบหน้าและฝ่ามือที่เปิดเผยได้ ดังนั้นคนไข้บางคนอาจร้องขอให้แพทย์เพศเดียวกันมาตรวจรักษา เช่น การร้องขอให้แพทย์ผู้ชายตรวจผู้ป่วยชาย และให้แพทย์ผู้หญิงตรวจผู้ป่วยหญิง ผู้หญิงจะไม่ชอบให้เพศตรงกันข้ามสัมผัสหรือจ้องมองร่างกายเพราะมองว่าไม่ให้เกิดเกียรติ กลุ่มผู้ชายจะถูกปฏิเสธจากคนไข้ในการแปลการรักษาในแผนกสูตินารีเวช หรือซักถามเรื่องอวัยวะที่ปกปิดในร่างกาย รวมถึงเรื่องประจำเดือน

ชาวตะวันออกกลางที่เคร่งครัดแต่เข้าใจผิดเรื่องการถือศีลอดจะไม่อนุญาตให้ฉีดยา เจาะเลือด หรือให้น้ำเกลือในขณะที่ถือศีลอดเพราะเข้าใจว่าทำให้เสียการถือศีลอดในครั้งนั้น บางคนปฏิเสธรับประทานยาแก้ไอ เช่น ไบโซวอล เพราะมองว่ามีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (ศาสนาอิสลามห้ามดื่มแอลกอฮอล์) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักจากกลุ่มโรงพยาบาลที่มีความรู้ด้านศาสนา มองว่าเป็นความเชื่อที่ผิด “หากเป็นการรักษาและไม่ทำให้เมา

ศาสนาที่อนุโลมให้รับประทานเพื่อรักษาโรคได้” บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องมีความรู้เรื่องนี้อย่างละเอียดเพื่อจะได้อธิบายให้คนไข้เข้าใจ ยอมรับ และปฏิบัติตาม

นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องการทำศัลยกรรมในอิสลาม เพราะอิสลามห้ามทำศัลยกรรมทุกประเภทโดยปราศจากความจำเป็น/ทำเพื่อความสวยงามให้ดูหนุ่มสาวขึ้น เช่น การดึงหน้า ฉีดโบท็อกซ์ หรือฉีดฟิลเลอร์เพื่อลบบรอยเหี่ยวย่น อย่างไรก็ตาม การทำศัลยกรรมเพื่อรักษาโรคเป็นที่อนุมัติในอิสลามว่าทำได้ เช่น การฉีดสเตมเซลล์รักษาโลหิตเพื่อให้ง่ายสร้างเซลล์ขึ้นมาใหม่ต่อสู้กับโรค หรือการทำศัลยกรรมจากอุบัติเหตุเพื่อลดปมด้อย และสามารถใช้อวัยวะในร่างกายได้ดีขึ้น ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่แนะนำมุสลิมให้ทำศัลยกรรมจึงเป็นการจูงใจที่ขัดกับความเชื่อของอิสลาม

## 2.2 ค่ารักษาพยาบาลสูงเกินจริง

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้ความเห็นว่า ชาวตะวันออกกลางตั้งคำถามว่า “ทำไมค่ารักษาพยาบาลของประเทศไทยจึงสูงกว่าบางประเทศในแถบยุโรปทั้งที่ไทยมีค่าครองชีพต่ำกว่า” ขณะที่แพทย์จากโรงพยาบาลให้ความเห็นว่า ค่ารักษาพยาบาลไม่ใช่ประเด็นสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่สิ่งสำคัญยิ่งกว่าคือ “คุณภาพการรักษา” เพราะส่วนใหญ่ผู้เข้ารับการรักษามีฐานะดี และในหลายกรณีได้รับการสนับสนุนด้านค่ารักษาพยาบาลจากรัฐบาลในประเทศต้นทางโดยค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าปกติอาจมาจากค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ ที่โรงพยาบาลมีให้เป็นกรณีพิเศษ เช่น การบริการล่ามอาหาร บริการบริการรถรับส่งจากสนามบิน/ที่พัก การบริการภาชนะเครื่องครัวสำหรับอาหารฮาลาล เป็นต้น ส่วนผู้ประกอบการโรงพยาบาลรายอื่นให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า หากมีการแข่งขันด้านราคา (Pricing) ผู้ป่วยจะตั้งคำถามเรื่องคุณภาพการรักษาเพราะการบริการทางการแพทย์เป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วย

สำหรับมุมมองอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยล่ามอารบิก และผู้ประกอบการนำเที่ยว ให้ข้อคิดเห็นว่า ค่ารักษาพยาบาลเป็นประเด็นสำคัญมากสำหรับลูกค้า

จากตะวันออกกลางบางกลุ่ม โดยเฉพาะเมื่อ “คุณภาพการรักษาพยาบาลเท่าเดิมแต่ต้องจ่ายค่าบริการสูงขึ้น” แม้ผู้ป่วยบางรายจะได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจากรัฐบาลแต่บางรายต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง “ชาวโอมานบางคนต้องขายอูฐ ขายรถยนต์ หรือที่ดินเพื่อชำระค่าใช้จ่ายให้กับโรงพยาบาล” และปัจจุบันชาวตะวันออกกลางจะมีกระบวนการตัดสินใจละเอียด/ช้าซ้อนขึ้นก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บางรายขอต่อรองค่ารักษา หรือเดินทางกลับประเทศเพื่อขอไปตัดสินใจก่อน ซึ่งหากเปรียบเทียบกับก่อนเกิดวิกฤติการณ์ราคาน้ำมันตกต่ำ ผู้ป่วยหลายรายที่มาตรวจสุขภาพโดยไม่ตั้งใจมารักษาแต่เมื่อตรวจพบความผิดปกติใดๆ ก็จะต้องตัดสินใจรักษาทันทีโดยไม่กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายผู้ประกอบการโรงพยาบาลให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า แนวทางการแก้ไขปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลแพงที่เป็นรูปธรรม และไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ประกอบการธุรกิจโรงพยาบาล คือการเพิ่มการบริการให้เหมาะสมกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บ เพื่อให้ผู้ป่วยรักษาเกิดความประทับใจ “เหมือนสายการบินของสิงคโปร์แอร์ไลน์มีการบริการที่เรียกว่า “Wow Service” เน้นการบริการที่เหนือความคาดหวังของผู้โดยสารทำให้สามารถเรียกเก็บค่าบริการที่สูงขึ้นได้”

## 2.3 ปัญหาด้านทักษะการใช้ภาษาอารบิกของล่ามและการสื่อสารกับชาวตะวันออกกลาง

ปัจจุบันมีผู้ป่วยชาวตะวันออกกลางประมาณร้อยละ 20 ที่สามารถสื่อสารภาษาอังกฤษด้วยบทสนทนาทั่วไป และสามารถอธิบายอาการเจ็บป่วยให้กับแพทย์โดยไม่ต้องใช้ล่ามช่วยแปล ส่วนอีกร้อยละ 80 คือผู้ที่ไม่สามารถสนทนาโดยใช้ภาษาอังกฤษได้ คนกลุ่มนี้คือผู้สูงอายุ มาจากชนบท หรือมีการศึกษาน้อย ส่วนผู้ที่มาจากเมืองหลวง/เมืองใหญ่ จะสามารถสื่อสารได้ทั้งภาษาอารบิกและภาษาอังกฤษ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจะรู้สึกมั่นใจมากกว่าเมื่อสื่อสารกับแพทย์โดยผ่านล่ามที่ใช้ภาษาอารบิกได้ดี ดังนั้น ล่ามจึงมีบทบาทสำคัญที่สุดในการสื่อสารกับผู้ป่วย เป็นตัวกลางที่เชื่อมระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวโรคและแนวทางการรักษา

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยเรื่องนี้แสดงให้เห็นว่า ปัจจุบันประเทศไทยกำลังประสบปัญหาขาดแคลนล่ามผู้เชี่ยวชาญภาษาอารบิกเพื่อการแพทย์ รวมถึงปัญหาการใช้ภาษากลาง-ภาษาถิ่นในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย เนื่องจากล่ามอาหรับส่วนใหญ่จะคุ้นเคยกับการใช้ภาษากลางที่เรียกว่า “อารบิกฟูซาบ” ซึ่งเป็นภาษาของคัมภีร์อัลกุรอานที่ใช้ในราชการ แต่บางกรณีก็ไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเพราะชาวตะวันออกกลางจำนวนไม่น้อยจะใช้ภาษาถิ่นซึ่งมีสำเนียงแตกต่างจากภาษาอารบิกฟูซาบ ดังนั้น ล่ามที่ไม่คุ้นเคยกับสำเนียงภาษาถิ่นอาจแปลผิดหรือแปลไม่ครบถ้วนส่งผลให้ผู้ป่วยจากตะวันออกกลางไม่เชื่อถือการแปลในครั้งนั้น ล่ามจากโรงพยาบาลรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “ลูกค้าอาหรับต่อว่า และแสดงความไม่พึงพอใจในการแปลของล่าม” ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวผู้ให้ข้อมูลหลักของทั้ง 2 กลุ่ม เห็นตรงกันว่า โรงพยาบาลควรจัดอบรมล่ามภาษาอารบิกที่ใช้ทางการแพทย์เพื่อเพิ่มทักษะทางวิชาชีพให้กับล่าม ทั้งยังเป็นผลดีต่อการให้บริการผู้ป่วยในทุกด้าน

#### 2.4 ปัญหานโยบายการดำเนินงานของภาครัฐในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ประกอบการ

ผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาลมองว่า นโยบาย Medical Hub เกิดจากการที่รัฐบาลเห็นประโยชน์จากความสำเร็จของภาคเอกชนจึงให้การสนับสนุนเพื่อสร้างรายได้เข้าประเทศ แม้วานโยบายดังกล่าวมีส่วนขับเคลื่อนโรงพยาบาลเอกชนให้สามารถเปิดตลาดกลุ่มลูกค้าต่างชาติได้มากขึ้นแต่ก็ถือว่ายังได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐน้อยมาก เพราะการเติบโตของธุรกิจด้านการแพทย์เกือบทั้งหมดเกิดจากการบริหารจัดการของโรงพยาบาลเอกชน นอกจากนี้ นโยบายและการส่งเสริมต่างๆ ที่รัฐบาลได้ดำเนินการไปแล้วนั้นไม่ว่าจะเป็นเรื่องการยกเว้นวีซ่า การขยายระยะเวลาพักอาศัยเป็น 90 วัน การจัดโรดโชว์ และกิจกรรมอื่นๆ ยังพบกัอุปสรรคปัญหาหลายประการ ผลการศึกษาเรื่องนี้ได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะกับหน่วยงานรัฐบาลเพื่อให้การดำเนินการต่างๆ มีประสิทธิภาพมากขึ้นดังนี้

1) การจัดนิทรรศการและโรดโชว์ในประเทศต่างๆ เช่น การจัดโรดโชว์ Medical Tourisms และ Medical Hub ที่คูโบ ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศคูเวตโดยกรมส่งเสริมการส่งออก มีการชักชวนโรงพยาบาล โรงแรม และบริษัททัวร์หลายๆ แห่งร่วมกันจัดแสดงโรดโชว์เพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศไทยถือเป็น การสิ้นเปลืองงบประมาณโดยเปล่าประโยชน์ แม้เจตนาของรัฐบาลต้องการช่วยประชาสัมพันธ์ธุรกิจให้กับภาคเอกชน แต่รัฐบาลไม่ได้มีการศึกษาถึงผลสัมฤทธิ์ที่จะเกิดขึ้นจากการจัดงาน กิจกรรมในลักษณะดังกล่าวว่าจึงไม่มีประสิทธิผลในการจูงใจลูกค้าให้เข้ามาติดต่อสอบถามหรือเยี่ยมชมบูธของโรงพยาบาล “สังเกตได้จากมีผู้เยี่ยมชมบูธของแต่ละโรงพยาบาลเพียงวันละ 4-5 คนเท่านั้น และลูกค้าที่มานางาก็ไม่ได้ตั้งใจจะมาใช้บริการจากตรงนี้”

2) นโยบายการยกเว้นวีซ่าสำหรับกลุ่มประเทศ GCC 6 ประเทศ ช่วยเอื้อประโยชน์ทางธุรกิจให้แก่โรงพยาบาล ขณะที่คนไข้จากตะวันออกกลางก็ได้รับประโยชน์จากนโยบายดังกล่าวเช่นกัน เป็นการผ่อนปรนเพื่อให้ผู้ป่วยหนักได้รับโอกาสในการรักษาที่ดีขึ้น แต่การออกวีซ่านั้นมีขั้นตอนยุ่งยากและมีเงื่อนไขมากมาย เช่น ต้องทำเรื่องส่งตัวผู้ป่วยจากรัฐบาล ต้องแจ้งกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงต่างประเทศ ต้องมีการรับรองวงเงินการรักษาพยาบาล อนุญาตให้มีคนเฝ้าไข้ได้ 4 คน แต่ต้องเป็นชาติอาหรับ (ประเทศกลุ่ม GCC 6 ประเทศ) เท่านั้น หากบางครอบครัวนำคนรับใช้สัญชาติอื่นติดตามมา เช่น อินเดีย ฟิลิปปินส์ หรืออินโดนีเซีย ก็จะมีกฎเกณฑ์เงื่อนไขและต้องขอวีซ่าอีกแบบหนึ่ง รวมถึงมีการกำหนดระยะเวลาพำนักในประเทศ ฯลฯ ผู้ประกอบการจากโรงพยาบาลระบุว่า “เข้าใจมุมมองของรัฐบาลว่าต้องการรักษาความปลอดภัยให้กับประเทศแต่ควรยกเว้น ผ่อนผันให้เป็นบางกลุ่ม และควรลดขั้นตอนที่ยุ่งยากลงบ้าง”

3) นโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์กับชาวตะวันออกกลางนั้น

ผู้ประกอบการโรงพยาบาลมองว่ายังไม่เป็นรูปธรรม เพราะคณะทำงานที่ต้องประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในตะวันออกกลาง เช่น สถานทูต และกระทรวงสาธารณสุข ยังขาดประสบการณ์ไม่เข้าใจวัฒนธรรมอาหาร และเนื่องมีการโยกย้ายตำแหน่งบ่อยครั้งการทำงานจึงไม่ต่อเนื่อง

4) ผู้ประกอบการโรงพยาบาลมองว่า ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและบริษัทท่องเที่ยว ณ ปัจจุบันเป็นการลงทุนที่ไม่คุ้มค่า เพราะกลุ่มลูกค้าหลักที่เข้ามาใช้บริการของโรงพยาบาลคือผู้ป่วยที่มุ่งการรักษาเป็นหลักไม่ใช่กลุ่มนักท่องเที่ยวที่มีจุดหมายเพื่อท่องเที่ยว นอกจากนี้ การขอพวงโปแกรมตรวจเช็คสุขภาพ (Health Check-Up Packages) เข้ากับโปรแกรมท่องเที่ยว (Package Tours) ของบริษัทท่องเที่ยวก็ไม่ใช่ที่ยอมรับ เพราะโรงพยาบาลไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากข้อเสนอนี้ สำหรับรูปแบบความร่วมมือกันระหว่างบริษัททัวร์กับโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จจะเป็นในลักษณะของบริษัทท่องเที่ยวทำหน้าที่เป็นบริษัทตัวแทน (Agency) ของโรงพยาบาล แนะนำลูกค้าหรือส่งต่อลูกค้าให้กับโรงพยาบาลโดยโรงพยาบาลจ่ายค่าตอบแทนให้

“แต่หากเป็นลักษณะของบริษัททัวร์ที่ทำทัวร์อยู่แล้วเห็นช่องทางในการเพิ่มรายได้ แล้วติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อส่งคนเข้ามาตรวจเช็คสุขภาพ หรือเข้ารับการรักษาที่ทางโรงพยาบาล หรืออีกกรณีหนึ่งคือบริษัททัวร์ติดต่อเข้ามากับโรงพยาบาลขอวางแผนพับหรือเสนอโปรแกรมท่องเที่ยว ทางโรงพยาบาลมองว่าไม่ได้เสียหายอะไรก็สามารถทำได้”

## สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

### 1. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของชาวตะวันออกกลางในประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นจุดหมายปลายทางของการให้บริการทางการแพทย์ในกลุ่มมุสลิมจากตะวันออกกลาง โดยเฉพาะกลุ่มประเทศ GCC ซึ่งได้แก่ ประเทศสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ โอมาน คูเวต กาตาร์ และบาห์เรน (ยกเว้นซาอุดีอาระเบีย) ถือเป็นกลุ่มลูกค้าหลักที่สำคัญ

ของธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในประเทศไทย แม้ว่าผู้ใช้บริการทางการแพทย์จากประเทศเหล่านี้จะมีจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใช้บริการทางการแพทย์จากภูมิภาคอื่นๆ แต่หากพิจารณาจากการใช้จ่ายของชาวตะวันออกกลางแล้วการมาเยือนเพียงช่วงเวลาสั้นๆ เพียง 3 เดือน กลับนำรายได้แพร่สะพัดสู่ธุรกิจหลายกลุ่ม อาทิ ธุรกิจด้านการแพทย์ ธุรกิจท่องเที่ยว ธุรกิจที่พัก และธุรกิจศูนย์กลางค้า ซึ่งมากกว่ารายได้ที่ได้รับจากกลุ่มนักท่องเที่ยวจากยุโรป อเมริกา และนักท่องเที่ยวจากภูมิภาคอื่นๆ ตลอดทั้งปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่เศรษฐกิจของไทยซบเซาจำนวนผู้ป่วยชาวไทยและกำลังการใช้จ่ายในโรงพยาบาลจะลดน้อยลงตามกระแสเศรษฐกิจอย่างเห็นได้ชัด แต่การเดินทางมาประเทศไทยเพื่อตรวจรักษาโรคของกลุ่มลูกค้าจากตะวันออกกลางสามารถช่วยเติมเต็มรายได้ที่ขาดหายไปให้กับโรงพยาบาลได้มาก เนื่องจากส่วนใหญ่มาตรวจรักษาโรคเรื้อรัง หรือโรคที่รักษายาก สอดคล้องกับผลวิจัย ของมณิศรีพันธุ์ลาภ (2551) ที่พบว่า ผู้ป่วยชาวตะวันออกกลางที่ใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นมีความเจ็บป่วยในระดับปานกลางหรือเป็นโรคที่ซับซ้อน ดังนั้นการตรวจรักษาโรคเหล่านี้จึงมีค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงมากซึ่งหากโรงพยาบาลใดสามารถตอบสนองต่อความต้องการทั้งด้านการรักษาและการบริการทางการแพทย์ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะให้ความสำคัญกับคุณภาพการรักษา (อาการเจ็บป่วยดีขึ้นหรือหายขาด) มากกว่าค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไป ดังผลวิจัยของ Ehrbeck et al. (2008) ที่พบว่า ผู้ป่วยจะตระหนักถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ว่ามีความสำคัญกว่าราคาค่ารักษา

ชาวตะวันออกกลางที่เดินทางมาประเทศไทยจะเป็นกลุ่มใหญ่ มีครอบครัวหรือญาติเป็นผู้ติดตามดูแล ส่วนใหญ่มีเป้าหมายท่องเที่ยวต่อจากการรับบริการทางการแพทย์ ผู้หญิงจะมากับสามีหรือคนในครอบครัวเท่านั้นเพราะหลักการของอิสลามไม่อนุญาตให้ชายหญิงที่ไม่ได้เป็นสามีภรรยา กัน หรือไม่ใช่คนในครอบครัวเดียวกันเดินทางไปสถานที่ต่างๆ ด้วยกันทั้งแบบเปิดเผย



และไม่เปิดเผย สอดคล้องกับผลศึกษาของดาลีเซห์ ยะดี นภัสนันท์ วินิจวรกิจกุล และปรเมษฐ์ บุญนาศิริกิจ (2557) ที่พบว่า นักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางที่มาประเทศไทยส่วนใหญ่นิยมเดินทางมาพร้อมกับครอบครัวมากกว่าการเดินทางโดยลำพัง ด้วยทบทวนวิถีชีวิตของอิสลามไม่อนุญาตให้สตรีเดินทางโดยลำพังหรือเดินทางโดยปราศจากมะฮอรอม (ผู้ปกครอง)

การเดินทางมาประเทศไทยมักมาในช่วงปิดภาคการศึกษาของเด็กๆ หรือช่วงฤดูร้อนของตะวันออกกลาง (ตรงกับฤดูฝนของไทย) เพื่อหนีอากาศร้อนจัดมายังประเทศที่มีอากาศเย็นสบาย พฤติกรรมการเดินทางดังกล่าวช่วยเติมเต็มรายได้ช่วงนอกฤดูกาลท่องเที่ยว (Low-Season) ให้กับประเทศไทยได้มาก และขณะที่มาใช้บริการทางการแพทย์ก็มักจะหาเวลาว่างเพื่อท่องเที่ยว และซื้อปิ้งด้วย สอดคล้องกับผลวิจัยของไพฑูรย์ ไกรพรศักดิ์ และณัฐฐาภรณ์ เลียมจรัสกุล (2553) ที่พบว่า ผู้ใช้บริการทางการแพทย์จากตะวันออกกลางจำนวนไม่น้อยมีเป้าหมายเพื่อท่องเที่ยว และจับจ่ายใช้สอยซื้อสินค้าจากประเทศไทยในช่วงเวลาเดียวกันกับการรับบริการทางการแพทย์ ทุกๆ ปี เมื่อเข้าสู่ช่วงเดือนรอมฎอนหรือเทศกาลถือศีลอด หากไม่มีความจำเป็นชาวตะวันออกกลางจะไม่เดินทางไกลหรือเดินทางออกนอกประเทศเพราะต้องปฏิบัติศาสนกิจตลอด 1 เดือนเต็ม ส่งผลให้ช่วงเวลาเหล่านี้มีชาวตะวันออกกลางมาตรวจรักษาและท่องเที่ยวในประเทศไทยค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งนับตั้งแต่ปลายปี 2558 เป็นต้นมา ภูมิภาคตะวันออกกลางต้องเผชิญปัญหาเศรษฐกิจจากราคาน้ำมันตกต่ำ เป็นผลให้ชาวตะวันออกกลางมีการใช้จ่ายอย่างระมัดระวัง มีการเดินทางมาประเทศไทยเพื่อท่องเที่ยวและตรวจรักษาสุขภาพน้อยลงมาก ทั้งนี้ก็เพราะประชาชนในหลายประเทศถูกตัดสวัสดิการค่ารักษา ในขณะที่เดียวกันรัฐบาลก็พยายามส่งเสริมให้ประชาชนตรวจรักษาภายในประเทศให้มากที่สุด อย่างไรก็ตาม หากประเทศไทยต้องการจัดโปรแกรมสุขภาพและโปรแกรมการท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมการขาย ก็ควรจัดให้ตรงกับวันหยุดสำคัญ หรือฤดูร้อนที่ชาว

ตะวันออกกลางนิยมเดินทางออกนอกประเทศ และที่สำคัญควรหลีกเลี่ยงจัดโปรแกรมส่งเสริมการขายต่างๆ ในช่วงเดือนรอมฎอน

จากการศึกษาข้างอีกพบว่า การที่ชาวตะวันออกกลางเดินทางออกนอกประเทศเพื่อตรวจรักษาสุขภาพเป็นเพราะ พวกเขาไม่เชื่อถือการแพทย์ในประเทศตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มประเทศอ่าวอาหรับ (GCC) ได้แก่ ประเทศสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ คูเวต กาตาร์ และโอมาน ซึ่งมีมาตรฐานทางการแพทย์ค่อนข้างต่ำ แพทย์ขาดความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคเฉพาะทาง และจากประสบการณ์ด้านลบของคนไข้ที่ให้ข้อมูลว่า แพทย์จำนวนมากวินิจฉัยโรคผิด หรือไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ ทั้งนี้ภายหลังจากเหตุการณ์ 9/11 ผู้ใช้บริการทางการแพทย์จากโลกมุสลิม โดยเฉพาะชาวตะวันออกกลางเปลี่ยนจุดหมายปลายทางการรักษาจากยุโรปและสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศไทย ด้วยเหตุผลสำคัญคือ ประเทศไทยมีความปลอดภัย ไม่มีการแบ่งแยกสีผิวและศาสนา เป็นมิตรกับชาวต่างชาติ มีค่าครองชีพและค่าบริการทางการแพทย์ต่ำกว่าหลายประเทศที่มีศักยภาพทางการแพทย์ เมื่อมาประเทศไทยจึงรู้สึกคุ้มค่าเพราะสามารถทำกิจกรรมได้หลายอย่างพร้อมๆ กัน คือนอกจากได้ตรวจรักษาสุขภาพแล้วยังได้ท่องเที่ยวและจับจ่ายซื้อของอีกด้วย โดยมีให้เลือกหลายระดับจากราคาถูกไปจนถึงราคาแพง ก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ชาวตะวันออกกลางจะสืบค้นข้อมูลสำคัญต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับชื่อเสียงของโรงพยาบาล ความเฉพาะทางของแพทย์ และแนวทางการรักษาโรค ฯลฯ ทั้งนี้ สมาร์ทโฟนช่วยให้ การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับโรงพยาบาลมีความสะดวกยิ่งขึ้น สื่อสังคมเครือข่ายที่ได้รับความนิยมในตะวันออกกลาง ได้แก่ WhatsApp และ Instagram แม้กระแสรูใช้สื่อใหม่จะได้รับความนิยมมากขึ้นแต่สื่อบุคคลยังเป็นสื่อที่มีอิทธิพลต่อการโน้มน้าวใจผู้คนมากที่สุด และเป็นสื่อที่มีความน่าเชื่อถือมากกว่าสื่อประเภทอื่น ทั้งนี้เป็นเพราะผู้รับบริการกลุ่มนี้มองว่าผู้ที่นำข่าวสารมาเผยแพร่คือมุสลิม เป็นพี่น้อง เครือญาติ เพื่อน และ

ลุ่มที่สนิทกัน บุคคลเหล่านี้จึงมีความหวังดีและจริงใจ ส่วนผู้ให้ข้อมูลจากสถานทูตคือผู้นำความคิดเห็นที่มีประสบการณ์ตรงในการให้คำปรึกษาและส่งผู้ป่วยไปรักษาในต่างประเทศ

ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม ผู้ให้บริการซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ต้องเข้าใจอุปนิสัยที่เป็นเอกลักษณ์ของชาวตะวันออกกลาง และพฤติกรรมที่แตกต่างจากชาติอื่น รวมทั้งต้องใช้ความอดทนสูงในการสร้างความพึงพอใจให้กับคนอาหรับเช่นกัน การให้บริการอย่างเต็มที่ด้วยความซื่อสัตย์และจริงใจจะสร้างความประทับใจให้กับชาวตะวันออกกลางได้มาก และมีการบอกต่อความประทับใจนั้นไปยังคนรู้จักในวงกว้างให้กลับมาใช้บริการซ้ำในโรงพยาบาลเดิม แพทย์หรือล่ามคนเดิมที่พวกเขาประทับใจ รวมถึงช่วยแนะนำลูกค้าใหม่ให้โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ ผู้ประกอบการจึงควรจัดอบรมให้บุคลากรมีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจในหลักปฏิบัติของอิสลามและวัฒนธรรมของลูกค้าในแต่ละประเทศ สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้นำความคิด (ระดับท้องถิ่น และระดับประเทศ) ของแต่ละประเทศ เพื่อใช้ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลในการสร้างความเชื่อมั่นและตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลปลายทางในการตรวจรักษา นอกจากนี้ ควรมีบุคลากรที่มีความสามารถในการสร้างและออกแบบเนื้อหา มีทักษะเป็นนักเล่าเรื่อง (Story Telling) ผ่านสื่อสมัยใหม่ และเว็บไซต์ที่กำลังได้รับความนิยมในภูมิภาคตะวันออกกลางเพื่อเพิ่มช่องทางการตลาด และเพิ่มประสิทธิภาพความรวดเร็วในการสื่อสารระหว่างกลุ่มลูกค้ากับโรงพยาบาลให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อในแบบดั้งเดิม

โดยทั่วไป ชาวตะวันออกกลางจะเลือกโรงพยาบาลจากชื่อเสียงของโรงพยาบาล ชื่อเสียงของแพทย์ และความเฉพาะทางของโรงพยาบาล ในงานวิจัยเรื่องนี้สะท้อนให้เห็นว่า จุดขายของโรงพยาบาลเกิดจากการวางตำแหน่ง (Positioning) โรงพยาบาลให้อยู่ในใจของลูกค้าแล้วนำจุดเด่นที่ถูกพัฒนาจนกระทั่งกลายเป็น

จุดแข็งที่ดีที่สุดในประเทศ หรือเป็นสิ่งที่ลูกค้าประทับใจ (Top of Mind) นำมาเป็นจุดขาย จากนั้นจึงสื่อสารจุดขายนั้นออกไปยังสาธารณชน นอกจากนี้ชาวตะวันออกกลางยังพิจารณาจากคำรักษาที่เกิดขึ้นจริง การตอบใบรายงานทางการแพทย์ (Medical Report) ที่สมเหตุสมผล รวมทั้งการได้รับคำแนะนำที่ดีจากเครือข่าย กลุ่มเพื่อน คำแนะนำจากสถานทูต ล่ามอารบิกที่สนิทสนม บริษัทตัวแทนของโรงพยาบาล (Agency) และบริษัทท่องเที่ยว เป็นต้น ล่ามภาษาอารบิกเป็นสื่อบุคคลที่สามารถเข้าถึงกลุ่มลูกค้าจากตะวันออกกลางได้ดีที่สุด เพราะล่ามเป็นมุสลิมเหมือนกัน สามารถสื่อสารภาษาเดียวกันได้ ชาวอาหรับจึงให้ความไว้วางใจ และขอความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ การตอบกลับใบรายงานทางการแพทย์จากโรงพยาบาลก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน หากสามารถอธิบายแนวทางการรักษาได้ชัดเจน รวดเร็ว และให้ข้อเสนอที่คุ้มค่าคุ้มราคาก็จะสามารถดึงดูดใจให้กลายเป็นลูกค้าของโรงพยาบาลได้เช่นกัน

## 2. ปัญหาด้านการบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ตลอดจนแนวทางการแก้ไขปัญหา

ประเทศไทยประสบกับปัญหาการให้บริการทางการแพทย์แก่กลุ่มลูกค้าจากตะวันออกกลางหลายด้าน ดังนี้

ประการแรก เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะบุคลากรใหม่และผู้ที่ไม่ใช่มุสลิมยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับความแตกต่างเรื่องศาสนา (อิสลาม) และวัฒนธรรม (อาหรับ) ในหลายครั้งชาวตะวันออกกลางในฐานะลูกค้าของโรงพยาบาลจึงเกิดความรู้สึกอึดอัด และโกรธเคืองผู้ให้บริการ โลกอาหรับในภูมิภาคตะวันออกกลางแม้จะมีพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่กว้างใหญ่ครอบคลุมพื้นที่หลายประเทศแต่ความเชื่อ ความศรัทธาในอิสลามจะเป็นตัวกำหนดทัศนคติ การดำเนินชีวิต และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกเหมือนกันหลายอย่าง เช่น คนใช้ผู้หญิงจะไม่อนุญาตให้ล่ามผู้ชายแปลเกี่ยวกับอวัยวะฟังสงวน ในช่วงถือศีลอดผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการรับประทานยาตั้งแต่ดวงอาทิตย์ขึ้นจนกระทั่งดวงอาทิตย์ตก การแนะนำคนใช้

มุสลิมให้ทำคัลยกรรมเพื่อความงามถือเป็นการทำบาป เพราะละเมิดคำสั่งของพระเจ้า เป็นต้น กรณีดังกล่าวนี้ ผู้ประกอบธุรกิจและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษกับตัวแปรสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ/ความล้มเหลวในการดำเนินธุรกิจ

ประการที่ 2 คือ ปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลสูงเกินจริง ซึ่งเกิดจากประเทศไทยไม่มีนโยบายควบคุมการคิดราคาการรักษา ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยคิดอัตราค่ารักษากับผู้ป่วยต่างชาติแพงมาก มีการปรับขึ้นราคาการรักษาในทุกๆปี ผู้ป่วยหลายรายจึงต้องเดินทางกลับประเทศหรือรักษาในประเทศอื่นๆ ดังนั้น รัฐบาลควรควบคุมราคาค่ารักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด โดยกำหนดค่ารักษาพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเพื่อป้องกันไม่ให้โรงพยาบาลเอกชนค่ากำไรเกินควร หรือเรียกค่าใช้จ่ายจากลูกค้าสูงสุดตามกำลังที่เห็นว่าจะจ่ายได้ สำหรับชาวตะวันออกกลางบางกลุ่มที่ไม่ได้มีฐานะร่ำรวย ราคาที่เป็นธรรมเหมาะสมกับคุณภาพการบริการที่ได้รับยังเป็นเรื่องจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อกลุ่มประเทศในตะวันออกกลางเกิดปัญหาความผันผวนของราคาน้ำมันดิบที่ลดต่ำลง การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่แพงมากก็ยิ่งมีผลกระทบต่อชาวตะวันออกกลางที่พยายามลดการใช้จ่ายอย่างเห็นได้ชัด ดังที่ไพฑูริย์ ไกรพรศักดิ์ และณัฐภรณ์ เสียมจรสกุล (2553) ที่ระบุว่า นักท่องเที่ยวจากตะวันออกกลางมีความอ่อนไหวที่สูงมากต่อการขึ้นลงของรายได้เมื่อเทียบกับนักท่องเที่ยวจากประเทศอื่นๆ และเข้ามาใช้บริการสุขภาพในไทยเพราะเห็นว่าราคาถูกและมีค่าครองชีพค่อนข้างต่ำ

ประการที่ 3 คือ ปัญหาด้านทักษะการใช้ภาษาอารบิกของล่ามใหม่ที่มักไม่คุ้นเคยกับภาษาอารบิกที่เป็นภาษาท้องถิ่น ซึ่งเป็นสาเหตุของการแปลการวินิจฉัยโรคของแพทย์ผิดพลาด การจัดอบรมภาษาอารบิก (ภาษากลางและภาษาถิ่น) เพื่อใช้งานทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ล่ามเกิดความมั่นใจในการสื่อสารมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษากันต์สินี ก้นทะวงศ์วาร และคณะ (2558) ที่ชี้ให้เห็นว่า

ประเทศไทยยังขาดผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาต่างประเทศที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยต่างชาติโดยเฉพาะภาษาอาหรับและภาษาอังกฤษ

ประการสุดท้าย คือ ปัญหานโยบายการดำเนินงานของภาครัฐในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ประกอบการ ผลวิจัยชี้ชัดว่า บางนโยบายและกิจกรรมบางประเภทไม่สามารถสนองต่อความต้องการที่แท้จริงหรือหาทางออกในการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ประกอบการได้อย่างเหมาะสม อาทิเช่น นโยบาย Medical Hub เป็นความสำเร็จที่เริ่มจากภาคเอกชน (โรงพยาบาล) โดยภาคเอกชนมองว่าภาครัฐมีส่วนน้อยมากในการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว สำหรับการส่งเสริมต่างๆ จากรัฐบาล เช่น การจัดโรดโชว์เพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศไทยในต่างประเทศก็ไม่ได้ได้รับความสนใจจากผู้เข้าร่วมงานเช่นกัน ส่วนการยกเว้นวีซ่าสำหรับกลุ่มประเทศ GCC 6 ประเทศ ผู้ประกอบการมองว่าเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนมีขั้นตอนยุ่งยาก ขาดความยืดหยุ่นในกรณีขออนุญาตเป็นผู้ติดตาม สอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐพัชร ภูมิโรจน์ และนราศรี ไวนิชกุล (2559) ที่พบว่า ผู้ป่วยต่างชาติประสบความยุ่งยากของการต่อวีซ่าเพื่อเพิ่มเวลาในการพำนักในประเทศไทย

ในการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์นานาชาติตามเป้าหมายของรัฐบาล ภาครัฐจึงต้องศึกษาความต้องการและปัญหาของผู้ประกอบการอย่างจริงจังโดยการลงพื้นที่สำรวจเพื่อให้ทราบถึงแก่นแท้ในทุกมิติของปัญหา จนสามารถวางแผนนโยบายที่เป็นประโยชน์ตรงความต้องการที่แท้จริงของผู้ประกอบการ แต่ยังคงต้องรักษาผลประโยชน์ให้กับผู้ป่วยโดยการควบคุมราคาไม่ให้โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วยแพงเกินจริง ขณะเดียวกันภาครัฐควรพัฒนาและปรับปรุงสิ่งที่เกื้อหนุนต่อการบริการสุขภาพไปพร้อมๆ กัน เช่น การพัฒนาประเทศให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่ทรงคุณค่า มีความคุ้มค่าของราคา มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินสินทรัพย์ใน ประเทศไทย และใช้การโฆษณาประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อที่เหมาะสมในหลายรูปแบบ เพื่อสร้างการรับรู้และดึงดูด

ใจนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้มาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับหน่วยงานรัฐบาล

1. ภาครัฐควรส่งเสริมตลาดท่องเที่ยวเชิงสุขภาพโดยการขยายวีซ่าให้กับประเทศอื่นๆ นอกเหนือจากกลุ่ม GCC 6 ประเทศ เพราะปัจจุบันประเทศในกลุ่ม GCC ที่รัฐบาลไทยยกเว้นวีซ่าล้วนแต่เป็นประเทศขนาดเล็กมีจำนวนประชากร ไม่มาก เช่น ประเทศกาตาร์ มีประชากรเพียง 2 ล้านคน บาเรนห์ ประมาณ 1.3 ล้านคน คูเวต 2.6 ล้านคน โอมาน 3.1 ล้านคน และสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ 5.4 ล้านคน แต่ขณะที่หลายประเทศในตะวันออกกลาง รวมทั้งประเทศในแถบแอฟริกายังไม่ได้รับการยกเว้นวีซ่าทั้งที่ประเทศเหล่านี้ที่มีศักยภาพทางการเงินและมีประชากรจำนวนมาก ได้แก่ ประเทศอิรัก ซึ่งมีประชากรประมาณ 31.8 ล้านคน อิหร่าน 79 ล้านคน เยเมน 25.1 ล้านคน อียิปต์ 85 ล้าน และซูดาน 35.9 ล้านคน ซึ่งหากสามารถขยายวีซ่าให้กับประเทศเหล่านี้ก็จะช่วยเพิ่มจำนวนนักท่องเที่ยวและผู้ป่วย ทั้งยังเป็นการอำนวยความสะดวกให้เดินทางเข้ามาประเทศไทยได้สะดวกขึ้น

2. ภาครัฐควรประสานความร่วมมือกับผู้ประกอบการธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทุกภาคส่วนเพื่อร่วมประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโรงพยาบาล โรงแรม สถานที่ละหมาด สถานที่ท่องเที่ยว และร้านอาหารฮาลาลให้สามารถเข้าถึงกลุ่มนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้จริง หากทุกธุรกิจสามารถแบ่งปันข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับสถานที่ตั้ง รายละเอียด/จุดเด่นของธุรกิจ และเส้นทางการเดินทาง ค่าใช้จ่าย และการส่งเสริมการขายในขณะนั้นก็จะช่วยขยายรายได้จากนักท่องเที่ยวคนเดียวกันจากธุรกิจหนึ่งไปสู่อีกธุรกิจหนึ่งได้มากขึ้น

3. รัฐบาลควรควบคุมราคาด้านการบริการสุขภาพของประเทศไทยให้อยู่ในระดับที่ชาวต่างชาติและชาวไทย ยอมรับได้ เพราะปัจจุบันชาวตะวันออกกลางมีประเทศทางเลือกเพื่อใช้บริการสุขภาพมากขึ้น การแก้ไขปัญหาด้านราคา ที่สูงเกินจริง

อย่างจริงจังจะช่วยให้ประเทศไทยมีมาตรฐานในการให้บริการที่เหมาะสมและเป็นธรรมต่อชาวต่างชาติ

4. รัฐบาลควรสนับสนุนและเพิ่มช่องทางการศึกษาภาษาอารบิกแก่ผู้ประกอบการและผู้สนใจทั่วไป เพื่อเปิดโอกาสให้เรียนรู้จนสามารถใช้ติดต่อกับลูกค้าชาวตะวันออกกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะในงานวิจัยระบุว่าเหตุผลสำคัญประการหนึ่งที่มีผู้ป่วยเลือกเดินทางมารับบริการสุขภาพในไทยคือประเทศไทยมีบริการล่ามภาษาอารบิก นอกจากนี้ ควรอบรมเพิ่มเติมเรื่องการดูแล การปฏิบัติตัวกับกลุ่มนักท่องเที่ยวมารยาทที่เหมาะสม วัฒนธรรมอาหรับ การใช้ชีวิต และพฤติกรรมการท่องเที่ยว

5. รัฐบาลไทยควรประสานความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในตะวันออกกลาง เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์ การบริหารจัดการ และด้านการค้นคว้าวิจัยต่างๆ เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างประเทศ และสร้างความเชื่อมั่นด้านการรักษาพยาบาลในประเทศไทยดังเช่นรัฐบาลสิงคโปร์ที่ทำแล้วประสบความสำเร็จ

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับโรงพยาบาล

1. โรงพยาบาลควรสร้างจุดเด่นของการบริการทางแพทย์ในสาขาเฉพาะทางให้เป็น Top of Mind หรือ Brand ที่อยู่ในใจผู้บริโภค เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การรักษาโรคระเร็งและข้อ หรือศัลยกรรมตกแต่ง เพื่อเป็นการสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับโรงพยาบาลในระยะยาว

2. ควรมุ่งการรักษาที่ดีมีคุณภาพมากกว่าเน้นเรื่องธุรกิจ หรือการแสวงหาผลกำไรเกินควร เพราะในปัจจุบันผู้ป่วยจากตะวันออกกลางเริ่มมีการเปรียบเทียบคุณภาพของการรักษากับค่าใช้จ่ายเพื่อใช้เป็นองค์ประกอบในการตัดสินใจเลือกเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาวะเศรษฐกิจขาลงในตะวันออกกลางผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสภาพความคล่องตัวทางการเงินน้อยลง และกลุ่มผู้ป่วยจำนวนมากถูกลดสวัสดิการการรักษาทำให้คนกลุ่มนี้กลับไปรักษาในประเทศของตนเอง หรือเดินทางไปรักษาในประเทศอื่นๆ

ที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงกว่า

3. ควรมีการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับชั้นในสถานพยาบาลที่ให้บริการกับชาวตะวันออกกลางอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเรียนรู้ถึงธรรมเนียมปฏิบัติ วัฒนธรรม ศาสนา ของผู้เข้ามาใช้บริการมุสลิมได้อย่างเหมาะสม และควรขยายการศึกษาไปยังมหาวิทยาลัยที่มีการเรียนการสอนคณะแพทยศาสตร์และพยาบาลศาสตร์ทั่วประเทศ

4. สื่อบุคคลหรือการสื่อสารแบบปากต่อปากสามารถจูงใจให้ชาวตะวันออกกลางเดินทางมารับบริการสุขภาพในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น เพราะชาวตะวันออกกลางให้ความเชื่อถือสื่อประเภทนี้มากที่สุด ดังนั้นการเปิดตลาดในระยะแรก รัฐบาลควรมุ่งทำตลาดในลักษณะของ “การทำตลาดแบบบอกต่อ” กับกลุ่มผู้นำของแต่ละประเทศ หรืออาจเชื่อมสัมพันธ์ไมตรีในลักษณะของการแลกเปลี่ยนและการให้ความช่วยเหลือเป็นต้น ผู้นำประเทศที่ชาวตะวันออกกลางส่วนใหญ่ให้ความเชื่อถือ ได้แก่ ผู้นำของหน่วยงานทหาร หน่วยงานตำรวจ สถานทูต และกระทรวงสาธารณสุข

5. ล่ามภาษาอารบิกในทุกโรงพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีโอกาสใกล้ชิดสนทนากับผู้รับบริการจากตะวันออกกลางมากที่สุด ดังนั้นการฝึกฝนให้ล่ามภาษาอารบิกเป็นมากกว่าล่าม กล่าวคือ มีทักษะของการเป็น นักประชาสัมพันธ์ที่ดีจะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อธุรกิจของโรงพยาบาล

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาทัศนคติและความพึงพอใจของกลุ่มลูกค้าอาหรับจากกลุ่มประเทศ GCC ที่เดินทางมาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย เนื่องจากลูกค้ากลุ่มนี้เป็นลูกค้าหลักที่ทำรายได้จำนวนมากให้กับโรงพยาบาลเอกชน และควรศึกษาทั้งจากมุมมองของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการทางการแพทย์เพื่อจะได้ข้อเท็จจริงในแง่มุมต่างๆ เพียงพอต่อการวางนโยบายที่เหมาะสมสำหรับภาครัฐและเอกชนให้สามารถนำเสนอบริการที่น่าพึงพอใจของนักท่องเที่ยวกลุ่มนี้ได้

2. การวิจัยครั้งต่อไปอาจเปรียบเทียบแนวโน้ม (Trend Analysis) ความคิดเห็น ความต้องการ และความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางที่มีต่อประเทศไทยเพื่อศึกษาปรากฏการณ์ในระยะยาว

#### เอกสารอ้างอิง

- กันต์สินี กันทะวงศ์วาร, อัครพงศ์ อ้นทอง และ มิ่งสรรพ์ ขาวสะอาด. (2558). ความสามารถในการแข่งขันของอุตสาหกรรม การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (เมดิคัล). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.).
- กมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์ เทอร์เนอร์ และ ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบรมันน์. (2557). พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติในประเทศไทย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23 (1).
- กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (2559). ประชุมเชิงวิชาการและแถลงข่าวเรื่อง รายงานภาวะเศรษฐกิจท่องเที่ยว ฉบับที่ 3. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2560, จาก [http://www.mots.go.th/mobile\\_detailphp?cid=56&nid=7618](http://www.mots.go.th/mobile_detailphp?cid=56&nid=7618)
- ชาติรี ประกิตนันทการ. (2555). Hospital. กรุงเทพฯ: คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เทวีญู ทะวงษ์ศรี. (2559). ธุรกิจโรงพยาบาล. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2560, จาก <http://www.gsb.or.th/getattachment/a55e0bb2-842e-4f62-9350-dcb8c-8cfd2f2/Paper-ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน.aspx>
- ณัฐพล วุฒิรักขจร. (2559). ประเทศไทยกับการพัฒนาเป็น Medical hub of Asia. สืบค้นเมื่อ 26 เมษายน 2560, จาก [https://www.gsb.or.th/getattachment/58a1c42f-18c9-4836-9763-5048dae898b3/Hot-Issue\\_%E0%B9%80%E0%B8%A1%E0%B8%94%E0%](https://www.gsb.or.th/getattachment/58a1c42f-18c9-4836-9763-5048dae898b3/Hot-Issue_%E0%B9%80%E0%B8%A1%E0%B8%94%E0%)

- B8%84%E0%B8%AD%E0%B8%A5%  
E0%B8%AE%E0%B8%9A-final.aspx  
ณัฐพัชร มณีโรจน์ และนราศรี iveauณิชกุล. (2559).  
ความสามารถในการแข่งขันของการท่องเที่ยว  
เชิงการแพทย์ในประเทศไทย. วารสารชาติ, 29  
(1). 197-215.
- ดาสิทธิ์ ยะดี, นกัสนันท์ วินิจวรวิจักกุล,  
และประเมษฐ์ บุญนาศิริกิจ. 2557. พฤติกรรม  
การใช้บริการการท่องเที่ยวของ นักท่องเที่ยว  
ชาวตะวันออกกลางในเขตกรุงเทพมหานคร.  
วารสารวิชาการการท่องเที่ยวไทยนานาชาติ, 10  
(2). 1-13.
- ธนกฤต สังข์เฉย (2554). ความแตกต่างทางมิติ  
วัฒนธรรมกับพฤติกรรมการท่องเที่ยว. จุลสาร  
วิชาการท่องเที่ยว อีเล็กทรอนิกส์, ฉบับที่ 2  
เมษายน-มิถุนายน 2554. สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม  
2555, จาก [http://www.etatjournal.com/  
web/etat-tourism-journal/311-cross-cul-  
tural-differences-tourist-behavior](http://www.etatjournal.com/web/etat-tourism-journal/311-cross-cultural-differences-tourist-behavior)
- ปิยะนุช สถาพงศ์ภักดี. (2559). ธุรกิจโรงพยาบาล  
เอกชน. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2560, จาก  
[https://www.krungsri.com/bank/getme-  
dia/c1c6a542-0fad-440fbd4b-  
2bad5501378d/IO\\_Hospital\\_2016\\_TH.  
aspx](https://www.krungsri.com/bank/getmedia/c1c6a542-0fad-440fbd4b-2bad5501378d/IO_Hospital_2016_TH.aspx)
- แผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่าง  
ประเทศและสุขภาพ. (2557). ประเทศไทยบน  
ถนนสู่ศูนย์กลางสุขภาพ นานาชาติ. นนทบุรี:  
เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- บริษัทมาร์เก็ตไวส์ จำกัด. 2553. สรุปสาระสำคัญ  
โครงการศึกษาเพื่อเพิ่มศักยภาพทางการตลาด  
สำหรับกลุ่มนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและ  
โครงการสำรวจพฤติกรรมและความพึงพอใจ  
ของนักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศ กลุ่มสุขภาพ  
ความงาม. e-TAT Tourism Journal 4/2543:  
1-21.
- พิมพา หิรัญกิตติ, ปณิศา มีจินดา, สมชาย หิรัญกิตติ,  
สุวิมล แม้นจริง , และอุดม สายะพันธ์. (2552).  
การศึกษาพฤติกรรมกรรมการท่องเที่ยวเชิงบริการ  
ทางการแพทย์ของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ.  
(รายงานการวิจัย). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัย  
เทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- ภาคภูมิ ทิพคุณ และแพรว ศิริพรกิตติ. (2557). TRF  
Policy Brief การเพิ่มศักยภาพการเป็น  
ศูนย์กลางสุขภาพของไทย. กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.].
- มณิศรี พันธูลาภ, นพรัตน์ จวงพุ่ม ,และ  
สิริอนงค์ ปิยะสันติวงศ์. (2553). นโยบายและ  
การให้บริการทางด้านสุขภาพของกลุ่ม  
ประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย.  
(รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุน  
สนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- มนัสนันท์ ธนาพุ่มเพ็ง และไกรชิต สุตตะเมือง. (2557).  
ปัจจัยการตลาดเชิงบูรณาการที่มีผลต่อการ  
ตัดสินใจซื้ออากาแฟสตาร์ บัคส์ของผู้บริโภคในเขต  
กรุงเทพและปริมณฑล. วารสารเกษตรศาสตร์  
ธุรกิจประยุกต์, 2(9). 17-28.
- ไพฑูรย์ ไกรพรศักดิ์ และณัฐธราภรณ์ เลียมจรัสกุล.  
(2553). โครงการวิเคราะห์อุปสงค์ต่อการท่อง  
เที่ยวของกลุ่มนักท่องเที่ยว จากต่างประเทศ  
และจากกลุ่มประเทศตะวันออกกลางใน  
ประเทศไทย. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์  
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2559). Medical Tourism  
ยังโตต่อเนื่องเปิดโอกาสโรงพยาบาลเอกชน  
ขยายฐานลูกค้าต่างชาติ. กระแส ทรรศน์, 22  
(2721). สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2560, จาก  
[http://portal.settrade.com/brokerpage/  
IPO/Research/upload/200000292045/  
2721.pdf](http://portal.settrade.com/brokerpage/IPO/Research/upload/200000292045/2721.pdf)

- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2560). โรงพยาบาลเอกชน ยังโต ต่อเนื่องจากลูกค้าต่างชาติ ขณะที่ตลาดคนไทย เติบโตขึ้นจํากัดด้าน กำลังซื้อ. สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2560, จาก <https://www.kasikornresearch.com/th/K-EconAnalysis/Pages/ViewSummary.aspx?docid=36173>
- ศูนย์อาเซียนศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2557). ไทยกับการเป็นศูนย์กลางด้านบริการสุขภาพของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน. ในการสัมมนา TU-ASEAN Forum ครั้งที่ 8 ไทยกับการเป็นศูนย์กลางของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ภาค 2, หน้า 61-88. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สาริกา คำสุวรรณ และรศชงพร โกมลเสวิน. (2557). โครงการภาพลักษณ์ด้านการท่องเที่ยวที่ผูกโยงกับสุขภาพของประเทศไทยในมุมมองของนักท่องเที่ยวชาวตะวันตก. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุน การวิจัย (สกว.) และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.).
- ASEAN Information Center. (2015). Thailand: ASEAN's medical hub. Retrieved July 10, 2015, from [http://www.asean thai.net/english/ewt\\_news.php?nid=37&filename=index](http://www.asean thai.net/english/ewt_news.php?nid=37&filename=index)
- Cohen, I. G. (2010). Protecting Patients with Passports: Medical Tourism and the Patient Protective-Argument. *Iowa Law Reviews*, 95(5).
- Deloitte Center for Health Solution. (2008). *Medical Tourism: Consumers in Search of Value*. Washington, DC, USA
- Ehrbeck, T., Guevara, C., & Mango, P.D. (2008). Mapping the Market for Medical Tourism. *McKinsey Quarterly*, May, 1-11.
- Eva Ruka. (2015). *Medical Tourism*. [Electronic version]. Retrieved March 20, 2017, from [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/9/5/CH1161/CMS1182951248070/hope\\_medical\\_tourism\\_september\\_2015.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/9/5/CH1161/CMS1182951248070/hope_medical_tourism_september_2015.pdf)
- Faul, F. (2009). *G\* Power Version 3.1.2*. Universitat Kiel, Germany.
- Fukahori, H., Baba, Y., Hioki, F., Monkong, S., Intarasombat, P., & Malathum, P. (2011). Healthcare services for Japanese elderly long-staying in Thailand from the perspective of the patient and healthcare providers: A survey study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2), e168-e173. doi: 10.1016/j.archger.2010.08.007
- Gill, H., & Singh, N. (2011). Exploring the factors that affect the choice of destination for medical tourism. *Journal of Service Science and Management (JSSM)*, 4(3), 315-324.
- Hall, C.M. (2011). Health and medical tourism: a kill or cure for global public health?. *Tourism Review*, 66(1/2), 4-15.
- Jacek, K. (2012). Global Medical Tourism Management: A Needed Research Agenda? [Article]. *Advances in Management*, 5(1), 5-7.
- Johnson, T. J., & Garman, A. N. (2010). Impact of medical travel on imports and exports of medical services. *Health Policy*, 98 (2-3), 171-177. doi:10.1016/j.healthpol.2010.06.006

- Ladki, S. M., Mikdashi, T. S., Fahed, W., & Abbas, H. (2002). Arab tourists and the Lebanese vacation ownership industry: a quality of life perspective. *International Journal of Hospitality Management*, 21(3), 257-265. doi: 10.1016/s0278-4319(02)00022-1
- Lajevardi, M. (2016). A Comprehensive Perspective on Medical Tourism Context and Create a Conceptual Framework. [Electronic version]. *Journal of Tourism & Hospitality*, 5: 236. doi:10.4172/2167-0269.1000236.
- Lee, E. (2009, October 13). Hospital eager for external vetting. *South China Morning Post* 1.Mona, A.-A., Suzanne, C. M., & Rohit, P. (2011). Hospital ability to attract international patients: a conceptual framework. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 5(3), 205-221. doi:10.1108/175061211111172211
- Moghimehfar, F., & Nasr-Esfahani, M. (2011). Decisive factors in medical tourism destinations choice: a case study of Isfahan, Iran and fertility treatments. *Tourism Management*, 32, 1431-1434.
- Wilson, A. R. A. (2011). Foreign Bodies and National Scales: Medical Tourism in Thailand. [Article]. *Body & Society*, 17(2/3), 121-137. doi: 10.1177/1357034x11400923
- Wood, J. T. (2009). *Interpersonal Communication: Everyday Encounters*. Connecticut: Cengage Learning.
- Yu, J.Y., & Ko, T.G. (2012). A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management*, 33, 80-88.

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง “โครงการภาพลักษณ์ด้านการท่องเที่ยวที่ผูกโยงกับสุขภาพของประเทศไทยในมุมมองของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลาง” ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ภายใต้ชุดโครงการวิจัยการศึกษารูปสงค์ต่อการท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลาง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการสนับสนุนด้านเวลาการทำวิจัยจากคณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ