

ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไทย พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๖ : ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

รศ. กรัณนิษฐ์วิวงศ์*

เพ็ญแข ลากยั้ง†

ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ‡

สมหญิง สายบุญ§

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษดิ์#

วิระศักดิ์ พุทธาศรี#

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการเติบโตที่ยั่งยืนของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไทย โดยมีผลกระทบทางลบที่น้อยที่สุดต่อสาธารณสุขของประเทศ. การศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ประกอบด้วย การวิเคราะห์เชิงพรรณนา ๒ ระยะ. ระยะที่ ๑ โดย ๑) การทบทวนวรรณกรรมด้านพัฒนาการธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนและผลกระทบ, นโยบายรัฐบาลและการกำกับของหน่วยงานทั้งในและต่างประเทศ ; ๒) เก็บข้อมูลทรัพยากรและการบริการของโรงพยาบาลเอกชน โดยส่งแบบสอบถามถึงโรงพยาบาลเอกชนกลุ่มตัวอย่างในทุกภาค (แบ่งตามจำนวนเตียงเป็น ๓ ระดับ คือ น้อยกว่า ๕๐, ๕๐-๑๐๐ และมากกว่า ๑๐๐ เตียง) ที่มีข้อมูลบริการในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๖ ซึ่งได้รับข้อมูลที่สมบูรณ์ ๕๖ แห่งจากที่ส่งไป ๖๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๓๓; ๓) วิเคราะห์ข้อมูลการเงินของโรงพยาบาลเอกชนที่ตอบกลับ โดยใช้ข้อมูลจากกระทรวงพาณิชย์ ร่วมกับข้อมูลจากตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. ระยะที่ ๒ การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ และจัดประชุมระดมสมอง ๒ ครั้ง เมื่อเดือนตุลาคม ๒๕๔๘ ในประเด็นทิศทางและแนวโน้มของโรงพยาบาลเอกชน ผลกระทบ และมาตรการนโยบายที่เป็นไปได้. ข้อค้นพบสำคัญจากการศึกษาสรุปได้ดังนี้: การเติบโตอย่างรวดเร็วของธุรกิจนี้เกิดขึ้นใน ๓ ทศวรรษที่ผ่านมา โดยสัมพันธ์ในทางเดียวกับภาวะเศรษฐกิจประเทศเกิดจากนโยบายรัฐที่ส่งเสริมการลงทุนของเอกชน. ผลประกอบการในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๖ พบว่ารายได้ของโรงพยาบาลในภูมิภาคมีแนวโน้มสูงขึ้น, โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของรายได้สูงกว่าขนาดเล็ก, โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครมีอัตราการเพิ่มขึ้นของรายได้มากกว่าโรงพยาบาลขนาดเดียวกันในภูมิภาค. ดังนั้น ควรมีมาตรการในการกำกับ ๓ มิติ คือ ค่าบริการ, ปริมาณและการกระจายของบริการ และคุณภาพบริการ. การพัฒนาโครงสร้างของระบบกำกับดูแลควรเป็นการผนวกบทบาทในส่วนที่ทำงานร่วมกันได้ของคณะกรรมการต่างๆ ซึ่งมีโครงสร้างคณะกรรมการระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่หลายชุด ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานประกันสังคม และอื่นๆ, แทนการพัฒนาโครงสร้างใหม่. การพัฒนาระบบกำกับควรค่อยเป็นค่อยไปโดยภาครัฐอาจเป็นผู้เริ่มแสวงหาความร่วมมือประสานกับองค์กรอื่นๆ. ที่สำคัญควรเน้นความสำคัญที่การสื่อสารสาธารณะเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจของประชาชน ซึ่งจะเป็นผู้กระตุ้นโรงพยาบาลเอกชน ที่สำคัญกว่าการบังคับใช้กฎหมายใดๆ.

คำสำคัญ: โรงพยาบาลเอกชนไทย, การพัฒนา, ข้อเสนอเชิงนโยบาย

*กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, †กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, ‡สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, เอสเอ็มทาวเวอร์, เขตพญาไท กรุงเทพฯ, §สถาบันวิจัยโภชนาการ, มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา นครปฐม, #สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี

Abstract Thai Private Hospital Business during 2000-2003 : Policy Recommendation for Sustained Development

Tares Krassanairawiwong*, Phengkhae Lapying†, Sirikiat Liangkobkit‡, Somying Saithanu§, Siriwan Pitayarangsarit#, Weerasak Putthasri#

*Medical Registration Division, Department of Health Services Support, Ministry of Public Health, Nonthaburi,

†Dental Health Division, Department of Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi, ‡Thai Health Promotion Foundation, SM Tower, Bangkok, §Institute of Nutrition, Mahidol University, Nakhon Pathom Province, #International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi

This study was carried out with the intention of obtaining and providing knowledge in developing policy to promote the growth of private hospitals with least negative effect on government health care. By studying the literature about private hospital segments and the impact of government policy together with questionnaires sent to most private hospitals in Thailand about their resources and services back to five years previously, the financial resources of the hospitals were analyzed using the data from the Ministry of Commerce and the Stock Exchange of Thailand. Quantitative data obtained by interviews were also analyzed. From these processes, we found that the rapid growth of private hospitals during the past three decades has a strong relationship with the economic status of the country. The Government's investment promotion policy has had both negative and positive impacts on the income of hospitals. Large-scale hospitals earn more income than small-scale hospitals. Hospitals in Bangkok earn more income than hospitals in rural areas. Three factors, namely price, quantity and quality, together with quality assurance by the Ministry of Public Health, the National Health Security Office and the Social Security Office synergized the working process to reform the health infrastructure of Thailand.

Key words: private hospital, developing sustained policy

ภูมิหลังและเหตุผล

ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมีมาเป็น ๑๐๐ ปี แต่เติบโตอย่างรวดเร็วในระยะ ๓ ทศวรรษที่ผ่านมาไป. ใน พ.ศ. ๒๕๑๕ มีเพียง ๒๘ แห่ง และเพิ่มเป็น ๔๗๓ แห่งใน พ.ศ. ๒๕๔๑ จำนวนเพียงรวมเพิ่มจาก ๒,๒๘๑ เป็น ๒๙,๓๖๑ เต็ม (๑). การเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนอย่างไม่มีการวางแผนนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการเติบโตทางเศรษฐกิจซึ่งเป็นนโยบายหลักของรัฐบาลในการพัฒนาประเทศ. โรงพยาบาลเอกชนในขณะนั้นเน้นสถานที่โอโง่งสะอาดสะดวกสบายและการต้อนรับสุภาพ สร้างความประทับใจได้ตั้งแต่วินาทีแรกที่บริการโรงพยาบาลภาครัฐสร้างความประทับใจในทางตรงกันข้าม ทั้งที่การรักษาและอุปกรณ์ได้มาตรฐานแต่ความสะดวกสบายและการต้อนรับด้อยกว่า ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่ำ (๒-๔) กว่าความพึงพอใจโรงพยาบาลเอกชน (๕,๖). การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเริ่มปรากฏเป็นรูปธรรมในสมัยรัฐมนตรี ดร.อาทิตย์

อุไรรัตน์ ในช่วง พ.ศ. ๒๕๓๖ - ๒๕๓๘ ที่เน้นการพัฒนาโครงสร้างบริการและการบริการในภาพลักษณ์บริการที่มีความสะดวกสบายและต้อนรับอบอุ่น.

การเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วใน พ.ศ. ๒๕๓๑ - ๒๕๔๐ ประกอบกับนโยบายรัฐบาลที่สนับสนุนบทบาทภาคเอกชน และแปรรูปกิจกรรมสาธารณสุขของรัฐให้เป็นกิจกรรมของเอกชนมากขึ้น, รวมทั้งการส่งเสริมของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน เป็นผลให้โรงพยาบาลเอกชนผุดขึ้นเป็นดอกเห็ดในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลซึ่งเป็นเขตเมือง ใน พ.ศ. ๒๕๓๖ - ๒๕๔๐. โรงพยาบาลเอกชนเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางการเงินช่วงวิกฤตเศรษฐกิจพ.ศ. ๒๕๔๐ เพราะปริมาณผู้ป่วยลดลงทันที. โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลเป็นกลุ่มที่เดือดร้อนมากที่สุดจากวิกฤตนี้. เพื่อให้รอดพ้นจากสถานการณ์วิกฤตนี้มีการใช้กลยุทธ์ต่างๆ (๗) เช่น ลดรายจ่าย, เข้าร่วมโครงการประกันสังคม, เสนอชุดบริการเฉพาะ เช่น การตรวจไขมันในเลือด, การคลอด, และการเปิดแผนก



เฉพาะสำหรับชาวต่างชาติ. ในช่วงนี้เกิดภาวะสมองไหลย้อนกลับไปที่ภาครัฐตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๐. ช่วง พ.ศ. ๒๕๔๑-๒๕๔๖ โรงพยาบาลเอกชนลดจำนวนเตียงลง ๔๓ แห่งและเลิกกิจการหรือเปลี่ยนเป็นคลินิก ๑๗๙ แห่ง^(๘) เพราะประสบปัญหาจากภาวะเศรษฐกิจ. ส่วนการเปลี่ยนแปลงใน พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นผลจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๔๖^(๙).

รัฐบาลปัจจุบันประกาศนโยบายต้องการให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์แห่งเอเชีย (Medical Hub of Asia) โดยส่งเสริมทั้งการแพทย์ตะวันตกและการแพทย์พื้นบ้านเพื่อดึงดูดเงินตราต่างประเทศและกระตุ้นเศรษฐกิจประเทศหลังวิกฤตเศรษฐกิจ. กลุ่มเป้าหมายตามนโยบายนี้ คือ ชาวต่างชาติรายได้สูงที่สามารถจ่ายค่าบริการที่ต้องการได้อย่างเต็มที่. ในขณะที่เดียวกันประเทศพัฒนาบางแห่งก็ต้องการบริการการแพทย์ในต่างประเทศเพื่อขยายความครอบคลุมของระบบประกัน^(๑๐) จึงเป็นไปได้ว่าอุปสงค์ต่อบริการโรงพยาบาลเอกชนจะเพิ่มขึ้น และภาวะสมองไหลก็จะเกิดขึ้นอีกครั้ง ก่อให้เกิดผลกระทบกับภาครัฐและค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมระดับประเทศดังที่เคยเกิดขึ้นมาแล้ว และอาจจะรุนแรงกว่าเดิม เพราะโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มีการลงทุนตั้งต่อก่อนวิกฤตใน พ.ศ. ๒๕๔๐ ซึ่งในปัจจุบันยังใช้งานไม่เต็มที่ จึงสามารถนำทรัพยากรพื้นฐานส่วนเกินมาใช้ในการผลิตบริการเพิ่มได้โดยเสียเวลาไม่มาก.

โดยอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล ๒๕๔๑ มาตรา ๑๘ (...เพื่อประโยชน์แห่งการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทางสาธารณสุข รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศกำหนดจำนวนสถานพยาบาลที่จะอนุญาตให้ตั้ง หรือมีบริการทางการแพทย์บางประเภทในสถานพยาบาลในท้องที่ใดท้องที่หนึ่งได้^(๑๑). กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีข้อมูลสถานการณ์ภาคเอกชนที่เป็นปัจจุบันเพื่อติดตามภาวะคุกคามที่อาจเกิดกับภาคเอกชนเองและภาครัฐ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการเติบโตที่ยั่งยืนของภาคเอกชนในระยะยาว โดยไม่กระทบภาวะเศรษฐกิจและระบบ

สาธารณสุขของประเทศ. การศึกษาที่จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายที่เหมาะสมเพื่อการเติบโตที่ยั่งยืนของโรงพยาบาลเอกชนโดยมีผลกระทบต่อสาธารณสุขภาครัฐน้อยที่สุด และวิเคราะห์สถานการณ์การเงินธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๖.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา, วิเคราะห์ และศึกษากระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ.

ระยะที่ ๑ : การวิจัยแบบพรรณนา

(๑) ทบทวนวรรณกรรมในประเด็นการพัฒนาการและการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน และผลกระทบต่อกำลังคนสาธารณสุขภาครัฐ, นโยบายและการกำกับของรัฐบาลและผลที่เกิดกับโรงพยาบาลเอกชน ทั้งในและต่างประเทศ เช่น กรีซ สิงคโปร์ เดนมาร์ก อินเดีย ซิลี เม็กซิโก.

(๒) เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามประกอบด้วย

- ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล
- จำนวนบุคลากรทางการแพทย์
- จำนวนเตียงและห้องพิเศษ
- เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ
- ปริมาณการบริการ
- นโยบายและการพัฒนาศักยภาพในการขยายบริการ.

แบบสอบถามได้รับการทดสอบและปรับแก้ก่อนส่งไปยังโรงพยาบาลเอกชนเก็บข้อมูลย้อนหลัง ๕ ปี ในทุกภาค และจำแนกกลุ่มตามจำนวนเตียง (๑ - ๕๐, ๕๐ - ๑๐๐, > ๑๐๐ เตียง) รวม ๖๐ แห่ง ได้รับตอบกลับและมีข้อมูลสมบูรณ์พอ ๕๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๓๓.

(๓) วิเคราะห์การลงทุนและการเงินจากข้อมูลรายงานทางการเงิน พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๖ ของโรงพยาบาลเอกชนกลุ่มตัวอย่างจากกระทรวงพาณิชย์.

(๔) วิเคราะห์การลงทุนและการเงินจากข้อมูล

รายงานทางการเงิน พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๖ ของโรงพยาบาลที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย.

ระยะที่ ๒ : การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

(๑) สัมภาษณ์ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขด้านระบบบริการ, ผู้บริหารกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ, นักการธนาคาร, นักเศรษฐศาสตร์, ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน และตัวแทนวิชาชีพแพทย์ รวม ๑๒ คน ในประเด็นแนวโน้มการเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, ผลกระทบ และกรอบนโยบายที่เป็นไปได้.

(๒) จัดประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญด้านระบบบริการ และตัวแทนบริหารโรงพยาบาลเอกชน ในประเด็นทิศทางและแนวโน้มของโรงพยาบาลเอกชน, ผลกระทบและมาตรการนโยบายที่เป็นไปได้.

(๓) จัดประชุมระดมสมองระดับผู้บริหารด้านระบบบริการ, กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ และนักวิชาการ เพื่อวิจารณ์ผลการศึกษาและต่อยอดข้อเสนอเชิงนโยบายและปรับปรุงรายงานให้สมบูรณ์.

ระยะเวลาดำเนินการ สิงหาคม ๒๕๕๗ - ธันวาคม ๒๕๕๘.

สถิติที่ใช้

- เชิงปริมาณ : ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ยเลขคณิต.
- เชิงคุณภาพ : จัดกลุ่ม และวิเคราะห์เนื้อหา.

ผลการศึกษา

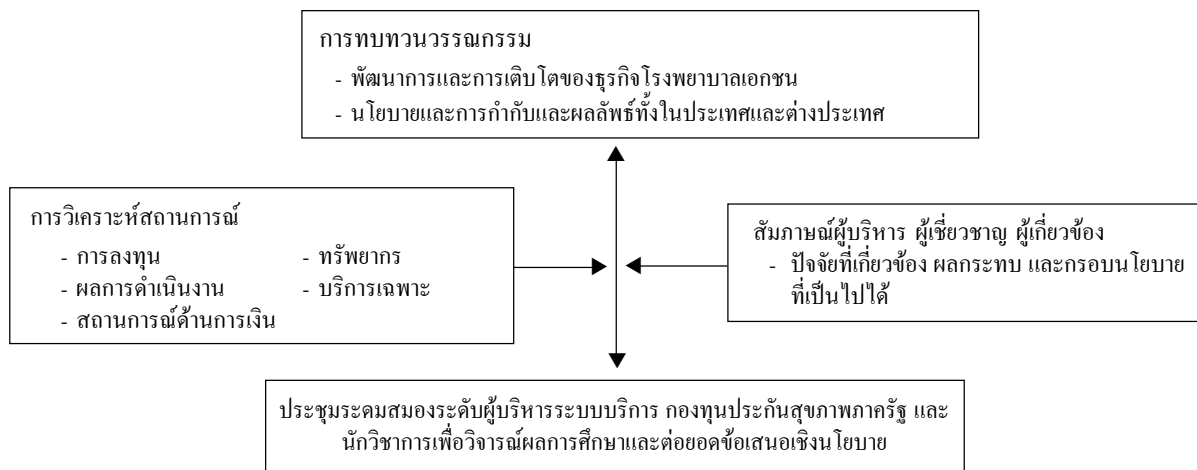
สาระสำคัญของผลการศึกษานูรณาการแบ่งเป็น ๔ ประเด็น ได้แก่ พัฒนาการและการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน, โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย, ผลกระทบ, และการดูแลกำกับ.

พัฒนาการและการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งภาครัฐไม่สามารถตอบสนองได้ด้วยสาเหตุหลัก คือ รัฐบาลมักขาดแคลนงบประมาณ^(๑๒-๑๔), ขาดธรรมาภิบาล, และขาดทักษะในการบริหารจัดการเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ ๆ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองกับความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนไปได้^(๑๒). ประการสุดท้ายคือ รัฐบาลมีแนวโน้มที่จะสนับสนุนภาคเอกชนด้วยวิธีทางต่าง ๆ กัน เช่น กลยุทธ์กฎหมาย, กลยุทธ์ภาษี ให้เข้าร่วมบริการในโครงการประกันสุขภาพภาครัฐหรือบริการป้องกันโรค, สนับสนุนวิชาชีพหรือบริการภาคเอกชน^(๑๕-๑๘).

อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลเอกชนที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้มีฐานะก็มีข้อดี รัฐบาลสามารถนำทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดไปให้บริการคนจนหรือผู้อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในสังคม^(๑๙). สิงคโปร์เป็นตัวอย่างที่น่าสนใจ

กรอบแนวคิดในการศึกษาและองค์ประกอบ สรุปแสดงได้ดังผังนี้





เพราะมีมาตรฐานบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง ขณะเดียวกันก็ประสบความสำเร็จในการเคลื่อนย้ายภาระที่หนักอึ้งของภาครัฐไปยังภาคเอกชน. ค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐลดลงจากร้อยละ ๕๐ ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดใน พ.ศ. ๒๕๐๘ เป็นร้อยละ ๒๕ ใน พ.ศ. ๒๕๔๓ บนหลักการของความรับผิดชอบส่วนบุคคล และการจ่ายร่วม. ผู้มีงานทำต้องรับผิดชอบค่ารักษาส่วนของเขาโดยออมในธนาคารไว้ก่อน แต่สามารถเพิ่มเงินสำหรับบริการระดับสูงขึ้นไปด้วยการซื้อประกันเอกชน. กองทุน Medifund รับผิดชอบในการรักษาคนจน และกองทุน Medishield ช่วยเหลือประชาชนไม่ให้ล้มละลายจากการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง. ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ Medisave ใช้จ่ายร้อยละ ๘ ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งประเทศ ขณะที่ Medishield และ Medifund ไม่ถึงร้อยละ ๒. ค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือมาจากสวัสดิการที่นายจ้างมีให้ร้อยละ ๓๕, การอุดหนุนจากรัฐบาลร้อยละ ๒๕, ประชาชนจ่ายเองอีกต่างหากร้อยละ ๒๕ ประกันเอกชนร้อยละ ๕. อย่างไรก็ตาม ต้องระลึกว่าสิงคโปร์ เป็นประเทศเล็กทำให้จัดการได้ง่าย, รายได้ต่อประชากรสูง, ประชาชนไว้วางใจรัฐบาล และไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเมืองและชนบท เหล่านี้เป็นบริบทเฉพาะทำให้แตกต่างจากประเทศอื่น ๆ^(๒๐).

โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยไม่อาจละเลยบทบาทของภาคเอกชนได้เช่นเดียวกับประเทศเสรีอื่น ๆ. การ

จัดกลุ่มการคลังและการบริการดังตารางที่ ๑^(๑๘) มักนำมาใช้ในอธิบายระบบผสมรัฐเอกชนให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น. ในประเทศไทยสวัสดิการข้าราชการเพื่อการรักษาพยาบาล (Civil Servant Medical Benefit Scheme : CSMBs) ใช้งบประมาณจากภาครัฐและให้บริการโดยภาครัฐเช่นกัน. ทั้งภาครัฐและเอกชนให้บริการตามสิทธิประโยชน์การแพทย์ในโครงการประกันสังคม (Social Security Scheme : SSS) แต่การคลังมาจากภาครัฐ (แม้ว่าผู้ประกันและนายจ้างจะร่วมจ่ายเงินสมทบกองทุน แต่ก็ เป็นไปตามกฎหมายซึ่งนับเป็นภาษีรูปแบบหนึ่ง). ส่วนโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme : UCS) ก็เป็นไปในทำนองเดียวกัน เพียงแต่การบริการส่วนใหญ่เป็นบริการภาครัฐ มีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการไม่มาก. การคลังจากภาคเอกชนอาจเป็นการทำประกันสุขภาพเอกชนหรือผู้ใช้บริการจ่ายเงินเอง ซึ่งมักใช้บริการจากภาคเอกชน. การคลังจากภาคเอกชนและใช้บริการจากภาครัฐเกิดขึ้นได้ในเขตชนบทที่ไม่มีบริการภาคเอกชนหรือในเขตเมืองที่มีโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียง.

ก. การเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเติบโตอย่างรวดเร็วในช่วง ๓ ทศวรรษที่ผ่านมา สัมพันธ์กับภาวะการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ. ในช่วงเวลานี้ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ๓ ครั้ง คือ พ.ศ. ๒๕๑๖, ๒๕๒๒-๒๕๒๓ และ ๒๕๔๐-๒๕๔๑. โดย ๒ ครั้งแรกเป็นวิกฤตการณ์น้ำมัน แต่

ตารางที่ ๑ กรอบแนวคิดของระบบผสมรัฐและเอกชนในประเทศไทย

การจัดบริการ	การคลัง	
	สถานพยาบาลภาครัฐ	สถานพยาบาลภาคเอกชน
ภาครัฐ	รัฐอุดหนุนงบประมาณและให้บริการฟรี: CSMBs, SSS, UCS	รัฐอุดหนุนงบประมาณและเปิดโอกาสให้เอกชนร่วมบริการ: SSS, UCS
ภาคเอกชน	รัฐบริการและเก็บค่าบริการจากบริษัทประกันเอกชนหรือเก็บจากผู้ให้บริการโดยตรง	เอกชนบริการและเก็บค่าบริการจากบริษัทประกันเอกชนหรือเก็บจากผู้ให้บริการโดยตรง

ที่มา : ปรับจาก Cocoyoc H.^(๑๘)

เฉพาะวิกฤต พ.ศ. ๒๕๔๐ ที่รู้จักกันไปทั่วโลกว่า โรคต้มยำกุ้ง ที่ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลเอกชนอย่างรุนแรง. โรงพยาบาลเอกชนทยอยปิดตัวลง ๒ ระยะ คือใน พ.ศ. ๒๕๔๑ และ พ.ศ. ๒๕๔๖. ใน พ.ศ. ๒๕๔๒ ผลจากการกู้เงินต่างประเทศในช่วง พ.ศ. ๒๕๓๘-๒๕๓๙ โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งไม่สามารถชำระหนี้ได้และหยุดกิจการ. โรงพยาบาลเอกชนยังคงลดลงและเหลืออยู่น้อยที่สุดใน พ.ศ. ๒๕๔๖ อันเป็นผลจากการบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุขรองรับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑. ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นต้นมา มีการจำแนกสถานพยาบาลภาคเอกชนตามโครงสร้างและศักยภาพบริการที่แท้จริง เช่น โรงพยาบาลเล็ก ๆ ที่ไม่มีผู้ป่วยในเลยต้องแจ้งยกเลิกและขออนุญาตเปิดใหม่เป็นคลินิก. เป็นที่น่าสังเกตว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น, โรงพยาบาลที่มีขนาด ๑-๓๐ เตียง ลดลงจากร้อยละ ๓๗ ของโรงพยาบาลทั้งหมดใน พ.ศ. ๒๕๔๕ เหลือร้อยละ ๒๙ ในพ.ศ. ๒๕๔๖ ทำนองเดียวกับกลุ่ม ๓๑-๑๐๐ เตียง ขณะที่โรงพยาบาลขนาด ๑๐๐ เตียงขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ ๑๘ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นร้อยละ ๒๙ ใน พ.ศ. ๒๕๔๖.

ข. ปัจจัยสัมพันธ์กับการเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

จากข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยข้อมูลเชิงคุณภาพมาจากการประชุมระดมสมองผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนและรัฐบาล นักวิชาการ และผู้บริหารหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางในวันที่ ๗ และ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๔๘ ณ กองการประกอบโรคศิลปะ ได้ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนจำแนกเป็น ปัจจัยเชิงบวกและลบ.

ปัจจัยเชิงบวก

๑. นโยบายรัฐบาลที่เน้นการเติบโตและเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ ประกอบกับแนวนโยบายที่เน้นบทบาทภาคเอกชนและจำกัดการขยายตัวภาครัฐ.

๒. ก่อน พ.ศ. ๒๕๔๑ ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ รวมถึงตำรวจและบุตร สามารถเบิกค่ารักษาจากโรงพยาบาลเอกชนได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง

จากสวัสดิการรักษายาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน.

๓. ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ โครงการประกันสังคมเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิซึ่งมักเป็นโรงพยาบาลขนาด ๑๐๐ เตียงขึ้นไป เป็นสถานพยาบาลหลักในการดูแลผู้ป่วยประกันตน โรงพยาบาลที่ต้องการเข้าร่วมโครงการจึงต้องพัฒนาศักยภาพด้านการแพทย์. ในพ.ศ. ๒๕๓๔ โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการเพียง ๑๘ แห่งเพิ่มเป็น ๒๗ แห่ง ในปีถัดมา จนเป็น ๑๓๒ แห่ง ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ สะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลเอกชนต่างพอใจกับรายได้จึงเสนอตัวเข้าร่วมในโครงการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว.

๔. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลรัฐมีภาระงานบริการเพิ่มขึ้นอย่างมากทันที เพราะฐานประชากรในความดูแลเพิ่มขึ้นทันที (ซึ่งใน พ.ศ. ๒๕๔๖ คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๗ ของประชากรประเทศและจัดอุปสรรคด้านการเงินทำให้ผู้มีสิทธิเข้าถึงบริการค่าใช้จ่ายสูง) ขณะที่ไม่มีบริการรับโครงการบริหาร, บริการและบุคลากรให้สอดคล้องรองรับภาระงาน. ข้าราชการและผู้จ่ายเงินเองที่ใช้บริการโรงพยาบาลรัฐบาลเป็นประจำ และรู้สึกถึงความไม่สะดวกในการใช้บริการซึ่งหนาแน่นขึ้น จึงเปลี่ยนไปใช้บริการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่ได้รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน หรือโรงพยาบาลเอกชน.

๕. การเติบโตทางเศรษฐกิจส่งผลให้ประชาชนมีกำลังจ่ายสำหรับบริการที่สะดวกสบายขึ้น แม้แต่กลุ่มสิทธิข้าราชการเองก็ใช้บริการผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้นจากร้อยละ ๑๓.๖ ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็น ๑๖.๕ ใน พ.ศ. ๒๕๔๖^(๒) โดยอาจจ่ายเงินเองหรือใช้สิทธิประกันสุขภาพเอกชน เพราะไม่สามารถเบิกค่าบริการเอกชนจากสวัสดิการข้าราชการเพื่อการรักษาพยาบาลได้.

๖. จากวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. ๒๕๔๐ โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งในกรุงเทพมหานคร พบว่าชาวต่างประเทศที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยและในประเทศเพื่อนบ้าน เป็นกลุ่มลูกค้าเป้าหมายใหม่ที่สามารถทดแทนคนไทยชนชั้นกลางได้เป็นอย่างดี. โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการทำตลาดใหม่นี้. กลุ่มผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เพิ่มขึ้นนี้ทำให้เกิดความต้องการบริการเฉพาะทางมากขึ้น เป็น



โอกาสให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่พัฒนาทักษะความสามารถ เพื่อความเป็นเลิศในการรักษามากขึ้น.

ปัจจัยเชิงลบ

๑. วิกฤตเศรษฐกิจโดยเฉพาะเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๐ ภาวะตกงานทำให้ความสามารถในการจ่ายของชนชั้นกลางลดลง. คนกลุ่มนี้เคยเป็นลูกค้าหลักของโรงพยาบาลเอกชน.

๒. ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๑ ผู้มีสิทธิข้าราชการไม่สามารถเบิกค่าบริการแบบผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลเอกชนได้อีกต่อไป ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ.

๓. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการในระยะที่ประเทศไทยยังไม่ฟื้นตัวจากวิกฤตเศรษฐกิจ มีผลให้ผู้ใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชนลดลงชัดเจน. แม้ว่าในปีถัดมาจะมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งกลับไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าโครงการนี้สามารถตอบสนองผู้มีสิทธิได้ในระดับหนึ่ง มีผู้ได้รับประโยชน์จากโครงการนี้ โดยเฉพาะเมื่อมีรายได้ไม่แน่นอนหรือลดลง.

ค. การดำเนินงานโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

ข้อมูลในการวิเคราะห์ส่วนนี้ได้จากโรงพยาบาลเอกชนที่ตอบกลับแบบสอบถาม ๕๖ แห่งจากที่ส่งไปทั้งหมด ๖๐ แห่งในทุกภาคซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๙๓.๓๓. ในจำนวนที่ตอบกลับนี้จำแนกเป็น กลุ่มเล็ก กลาง และใหญ่ ตามจำนวนเตียง ได้แก่ กลุ่ม ๑-๕๐, ๕๑-๑๐๐ และมากกว่า ๑๐๐ เตียง ตามลำดับ.

ในภาพรวม อัตราการครองเตียงตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๓ มีทิศทางเพิ่มขึ้น และลดลงเล็กน้อยใน พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗. ในกลุ่มขนาดเดียวกัน โรงพยาบาลนอกกรุงเทพมหานคร มีอัตราการครองเตียงมากกว่าในกรุงเทพมหานคร ยกเว้นกลุ่มขนาด ๑-๕๐ เตียง อัตราของโรงพยาบาลขนาดเล็กนอกกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ ๓๐. อัตราการครองเตียงระดับต่ำสะท้อนถึงความด้อยประสิทธิภาพของการลงทุนในแผนกผู้ป่วยใน (จำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าจำนวนเตียงมาก). โดยทั่วไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีประสิทธิภาพมากกว่าขนาดกลางและเล็ก ยกเว้นกลุ่มขนาดกลางนอก

กรุงเทพมหานครที่มีอัตราการครองเตียงสูงที่สุดระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๖ และลดลงใน พ.ศ. ๒๕๔๗. อัตราการครองเตียงที่ลดลงใน พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗ ไม่ใช่ผลจากราคาน้ำมันซึ่งเริ่มสูงขึ้นปลาย พ.ศ. ๒๕๔๗ ดังตารางที่ ๒.

ง. การเงินของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

ข้อมูลการเงินของโรงพยาบาลเอกชน ๕๖ แห่งใน พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๖ ได้จากกระทรวงพาณิชย์ และวิเคราะห์ใน ๔ ด้านคือ ผลประกอบการ (รายได้, กำไรขั้นต้น และการจ่ายดอกเบี้ย), สภาพคล่อง, ความสามารถในการทำกำไร, และสภาพหนี้สิน.

- ผลประกอบการ

รายได้จากบริการของโรงพยาบาลเอกชนแต่ละกลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเพิ่มอย่างชัดเจนใน พ.ศ. ๒๕๔๖ เช่นเดียวกับกำไรขั้นต้น (= รายได้จากบริการ-ต้นทุนบริการ) แม้ว่าโรงพยาบาลหลายแห่งขาดทุนใน พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๕ (เพราะอัตราดอกเบี้ยเงินกู้สูง) แต่ก็กลับมามีผลประกอบการเป็นบวกใน พ.ศ. ๒๕๔๖. เป็นที่น่าสังเกตว่า ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ โรงพยาบาลขนาดกลางมีกำไรขั้นต้นมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่อันเป็นผลเนื่องจากการปรับโครงสร้างหนี้แล้วเสร็จ ทำให้สถานะการเงินดีขึ้นทันที.

- สภาพคล่อง

ใน พ.ศ. ๒๕๔๓ โรงพยาบาลขนาดเล็กในภาคเหนือและกลางและโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในภาคใต้ยังคงมีสภาพคล่องคือเงินทุนหมุนเวียนสุทธิเฉลี่ยเป็นบวก และอัตราส่วนทุนหมุนเวียนเฉลี่ยมากกว่า ๑. โรงพยาบาลขนาด ๕๑-๑๐๐ เตียงในภาคเหนือ มีอัตราส่วนทุนหมุนเวียนเฉลี่ยสูงมากเนื่องมาจากโรงพยาบาลมีหนี้สินหมุนเวียนน้อยมาก (๓,๐๐๐ บาท) เมื่อเทียบกับทรัพย์สินหมุนเวียน (๑๕ ล้านบาท) ส่งผลให้อัตราส่วนแสดงสภาพคล่องอยู่ในเกณฑ์สูง.

ในภาพรวม โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีเงินทุนหมุนเวียนสุทธิเฉลี่ยเป็นผลลบ แสดงถึงความต้องการเงินทุนหมุนเวียนเข้ามาเสริมสภาพคล่องของการดำเนินการ และมีอัตราส่วนทุนหมุนเวียนเฉลี่ยต่ำกว่า ๑ เท่าแสดงว่ามีสินทรัพย์

ตารางที่ ๒ อัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๗

โรงพยาบาล		๒๕๔๓	๒๕๔๔	๒๕๔๕	๒๕๔๖	๒๕๔๗
๑-๕๐ เตียง	- กทม.	NA	๒๘.๕๑	๓๒.๗๔	๓๗.๒๗	๓๖.๓๕
	- นอก กทม.	๒๖.๑๓	๒๖.๐๐	๒๘.๕๒	๒๘.๕๔	๒๕.๔๗
๕๑-๑๐๐ เตียง	- กทม.	NA	NA	๒๖.๗๓	๓๒.๖๕	๓๑.๓๕
	- นอก กทม.	NA	๔๐.๓๒	๔๑.๗๖	๔๑.๑๘	๓๗.๑๕
>๑๐๐ เตียง	- กทม.	๓๖.๓๑	๓๗.๖๗	๓๘.๕๘	๔๒.๘๔	๔๐.๗๘
	- นอก กทม.	๓๗.๐๐	๓๕.๐๕	๓๕.๕๑	๔๓.๒๓	๔๒.๑๕

หมายเหตุ : NA = Not available

หมุ่เงินน้อยกว่าหนี้สินหมุ่เงิน และอาจส่งผลให้เกิดปัญหาการชำระหนี้ระยะสั้นได้.

มีข้อสังเกตว่าโรงพยาบาลขนาดมากกว่า ๑๐๐ เตียง ในกรุงเทพมหานคร แม้ว่าจะมีอัตราส่วนแสดงสภาพคล่องติดลบในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๕ ก็ตาม แต่กิจการกลับมามีสภาพคล่องที่ดีขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๔๖ คือมีเงินทุนหมุ่เงินสุทธิเป็นบวกและอัตราส่วนทุนหมุ่เงินมากกว่า ๑ เท่า.

- ความสามารถในการทำกำไร

ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในทุกพื้นที่มีกำไรสุทธิเพิ่มขึ้นชัดเจนเมื่อเทียบกับ ๒ ปีแรก และลดลงใน พ.ศ. ๒๕๔๖ ยกเว้นในกรุงเทพมหานครและภาคเหนือซึ่งมีอัตราส่วนกำไรสุทธิที่สุทธ้อยู่ ๑๓.๘๗. ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ โรงพยาบาลขนาดกลางในกรุงเทพมหานครแสดงผลกำไรสูงสุด คือ ๓๕.๗๐ บาท จากค่าบริการ ๑๐๐ บาท.

- สภาพหนี้สิน

โรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ และขนาดเล็กในภาคใต้มีอัตราส่วนหนี้สินต่อทุน (debt to equity ratio หรือ D:E) เป็นลบเพราะทุนหรือส่วนของผู้ถือหุ้นมีค่าเป็นลบ. ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ อัตราส่วนเป็นบวกแต่ค่ายังคงสูง (มากกว่า ๑) เนื่องจากสภาพหนี้สินส่วนจากการกู้ยืมสูง ต่างจากโรงพยาบาลในภาคเหนือที่อัตราส่วนนี้ต่ำกว่า ๑ แสดงถึงการประกอบกิจการมีการกู้ยืมต่ำ.

ผลกระทบ

สาระส่วนใหญ่เป็นผลจากการประชุมระดมสมองใน

วันที่ ๗ และ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๔๘. ผลกระทบจากการเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนที่สำคัญคือผลกระทบต่อบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐโดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ และค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวม.

- ต่อบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐ

แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ จากโรงพยาบาลอำเภอและจังหวัด (ปัจจุบันคือ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป) ถูกดึงดูดเข้าไปสู่โรงพยาบาลเอกชนซึ่งผุดขึ้นเป็นดอกเห็ดในเขตเมืองโดยเฉพาะอย่างยิ่งกรุงเทพมหานคร. จำนวนโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้น ประมาณ ๓.๓ เท่าภายในเวลา ๑๐ ปี. จำนวนแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ลาออกเทียบเท่ากับจำนวนแพทย์ที่เข้ารับราชการใหม่ในแต่ละปีเพิ่มจากร้อยละ ๘ ใน พ.ศ. ๒๕๓๗ เป็นร้อยละ ๓๐ ในเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๔๐. ก่อนฟองสบู่แตกสถานการณ์ขาดแคลนแพทย์รุนแรงมากขึ้น โรงพยาบาลชุมชน ๒๑ แห่ง ไม่มีแพทย์ประจำ. อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มจาก ๗.๑ ต่อ ๑ ใน พ.ศ. ๒๕๓๒ เป็น ๑๕.๓ ต่อ ๑ ใน พ.ศ. ๒๕๔๑. ภาระการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่เพิ่มอย่างมากขึ้นเป็นปัจจัยผลสำคัญที่ซ้ำเติมให้แพทย์ลาออกจากโรงพยาบาลชุมชน.

- ต่อรายจ่ายสุขภาพและการลงทุน

มีการแข่งขันกันในเรื่องการลงทุนด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง เครื่องมือและยาใหม่ ๆ และอาจเกิดภาวะส่งเสริมให้มีการใช้เครื่องมือให้มากเพื่อการคืนทุนโดยเร็วและกำไรสูงสุด เช่นเดียวกับที่เคยเกิดกับเครื่องมือราคาแพงก่อนหน้านี้ เช่น



ตารางที่ ๓ กลยุทธ์การดูแลกำกับโรงพยาบาลเอกชนในประเทศต่าง ๆ*

มิติ	กลยุทธ์	ประเทศ
ควบคุมราคา	● กำหนดค่าบริการภาคเอกชน	อิหร่าน: กระทรวงสาธารณสุขกำหนดค่าบริการและการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ฮังการี: ระบบประกันจ่ายให้สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนราคาเดียวกัน แทนซาเนีย: มีแผนจัดทำอัตราค่าบริการ
	● ต่อรองอัตราเงินเดือน	ซิมบับเว: เงินเดือนพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนถูกกำหนดโดยรัฐบาลและสภาวิชาชีพ
ควบคุมปริมาณและการกระจาย	● ผ่านกลยุทธ์การจ่ายเงิน	ไนจีเรีย: กลยุทธ์การจ่ายเงินของโครงการประกันสุขภาพเป็นเหมาจ่ายและจ่ายร่วม โดยผู้ให้บริการ เพื่อลดแรงจูงใจในการบริการมากเกินไป ฮังการี: กลยุทธ์การจ่ายเงินของประกันสุขภาพโครงการใหม่เป็นเหมาจ่าย ร่วมกับการจ่ายพิเศษ
	● พื้นที่ตั้งสถานพยาบาลเอกชน	แทนซาเนีย: จะตั้งสถานพยาบาลเอกชนใหม่ต้องได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขโดยพื้นที่ที่ตั้ง เป็นเงื่อนไขสำคัญในการพิจารณาออกใบอนุญาต มาเลเซีย: กำลังพิจารณาออกกฎหมายพิจารณาที่ตั้ง อิหร่าน: มีเกณฑ์ในการอนุญาตตั้งสถานพยาบาลเอกชนและที่ตั้ง
	● การสั่งยา	ซิมบับเว: มีกฎหมายจำกัดการจ่ายยาโดยแพทย์เอกชน
	● การลงทุน	มาเลเซีย: กำลังพิจารณากฎหมายควบคุมการลงทุนเครื่องมือและอาคาร
	● จำนวนการรักษา	อิหร่าน: กำลังพิจารณาการกำกับจำนวนการรักษาใน ๑ วัน
	● จำนวนแพทย์	อิหร่าน: ทำสัญญาขั้นแรกกับแพทย์เป็นระยะ ๕ ปี
คุณภาพ	● การตรวจสอบและออกใบอนุญาต	หลายประเทศเห็นด้วยกับการต่อใบอนุญาตและการมีอำนาจตรวจสอบสถานพยาบาลเอกชน (ชิลี มาเลเซีย ไนจีเรีย โมแซมบิก ซิมบับเว และแทนซาเนีย) แทนซาเนีย: ใช้ขนาดโรงพยาบาลและประเภทบุคลากรที่ต้องมี เป็นแนวทาง
	● การติดตามคุณภาพ	ไนจีเรีย: ติดตามคุณภาพโดยองค์กรวิชาชีพ ซิมบับเว: ทบทวนการรักษา (ไม่ระบุชื่อหมอ) ร่วมกันโดยสภาวิชาชีพ ศรีลังกา: ติดตามคุณภาพโดยแพทย์สภาและคณะกรรมการพิจารณา อิหร่าน: คณะกรรมการพิจารณา มาเลเซีย: กำลังพิจารณาการตรวจสอบคุณภาพการรักษา
	● ข้อร้องเรียน	ซิมบับเว: ข้อร้องเรียนการรักษาเป็นเรื่องสาธารณะ มีหน่วยงานเอาผิดการรักษาที่ผิดพลาด ไนจีเรีย: ประกาศข้อร้องเรียนการรักษาและการรักษาที่ผิดพลาดมีโอกาสถูกฟ้องร้อง
	● การเข้าถึงบริการ	อิหร่าน: โรงพยาบาลเอกชนต้องสำรองเตียงให้ผู้ป่วยยากจนร้อยละ ๓ อินโดนีเซีย: โรงพยาบาลเอกชนต้องสำรองเตียงให้ผู้ป่วยยากจนร้อยละ ๒.๕ เม็กซิโก: ทุกโรงพยาบาลต้องรับผู้ป่วยฉุกเฉินโดยไม่คำนึงถึงฐานะการเงินของผู้ป่วย
	● ยา	ไนจีเรีย: อนุญาตเฉพาะยาที่จำเป็นเพื่อควบคุมการนำเข้า มีการติดตามคุณภาพยา ซิมบับเว: ติดตามคุณภาพยา
	● การฝึกอบรม	รัฐบาลหลายประเทศควบคุมหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับบุคลากรทั้งภาครัฐและเอกชน มาเลเซีย: กำลังต่องให้ภาคเอกชนรับผิดชอบการฝึกอบรมและหลักสูตร

*ที่มา : ปรับจาก Cocoyoc H. (๒๐)

ตารางที่ ๔ ข้อเสนอแนะในส่วนผลกระทบและการดูแลกำกับโรงพยาบาลเอกชนจากที่ประชุมและการทบทวนวรรณกรรม*

มิติ	กลยุทธ์	มาตรการปัจจุบัน	มาตรการที่เสนอในการศึกษานี้
ค่าบริการ	■ เปิดประกาศค่าบริการ	กำหนดให้สถานพยาบาลติดประกาศค่าบริการและการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ	• ควรจัดกลุ่มอัตราค่าบริการตามระดับโรงพยาบาล (เล็ก กลาง ใหญ่) และจัดทำเป็นข้อมูลสาธารณะเพื่อช่วยประชาชนในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ
	■ กำหนดอัตรากำไร		• กำหนดอัตรากำไรที่เหมาะสมทั้งในภาครัฐและเอกชน เช่น ให้มีค่ายาในอัตรากำไรไม่เกินร้อยละ X
	■ ควบคุมตัวเอง		• จัดทำดัชนีราคาบริการการแพทย์
ปริมาณและการกระจาย	■ ผ่านกลยุทธ์การจ่ายเงิน	โครงการประกันสังคมใช้การจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่าย ร่วมกับการให้โบนัสตามปริมาณบริการ เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการ	• โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควร ใช้การจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่าย ร่วมกับการให้โบนัสตามปริมาณบริการ เพื่อจูงใจให้โรงพยาบาลบริการ เป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ
	■ การลงทุนใหม่		• ประเมินต้นทุนประสิทธิผลเทคโนโลยีใหม่ๆ (การรักษา เครื่องมือ ยา) ก่อนอนุญาตให้ใช้ทั้งในภาครัฐและเอกชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการลงทุนของประเทศ • ภาครัฐและเอกชนใช้เครื่องมือราคาแพงและทรัพยากรอื่นๆ (ห้องผ่าตัด เตียง บุคลากร) ร่วมกัน โดยคิดราคาที่เหมาะสม
	■ จำนวนวิชาชีพ	แพทย์และทันตแพทย์ที่เพิ่งจบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยภาครัฐต้องทำงานในภาครัฐ ๓ ปี	• การรับบุคลากรสาธารณสุขในภาครัฐต้องสัมพันธ์กับภาระงานและ โครงสร้างพื้นฐานในการบริการต้องสัมพันธ์กับประเภทและจำนวนบุคลากร • โรงพยาบาลเอกชนควรรับภาระในการลงทุนฝึกฝนแพทย์เฉพาะทางและทีมงาน
คุณภาพ	■ การตรวจและออกใบอนุญาต	กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้สถานพยาบาลเอกชนต่อใบอนุญาตทุกปี และมีการตรวจสถานพยาบาลโดยกระทรวงฯ และกองทุนประกันสังคม	• สื่อสารให้สังคมและประชาชนทราบเกี่ยวกับมาตรฐานสถานพยาบาลและข้อกำหนดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง • สร้างกลยุทธ์ให้ประชาชนสะท้อนข้อเสนอแนะหรือข้อร้องเรียน สถานพยาบาลได้ในทุกระดับ
	■ ติดตามคุณภาพ	สภาวิชาชีพติดตามดูแลคุณภาพบริการกองทุนประกันตรวจสอบข้อมูลการรักษา	• มีกลยุทธ์ให้วิชาชีพพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง เช่น การต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
	■ ประกันคุณภาพ	การประกันคุณภาพบริการโรงพยาบาลและไอเอสโอ (ISO)	• การประกันคุณภาพระบบต่าง ๆ ควรบูรณาการหรือหาจุดร่วมในการประเมินสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และยังเป็นภาระรองรับการประกันคุณภาพระดับนานาชาติด้วย
	■ การร้องเรียน	ร้องเรียนปัญหาจากการรักษาได้ที่กองทุนประกัน สภาวิชาชีพ หรือศาล	• ขึ้นกับกลยุทธ์ของแต่ละกองทุนประกันสังคม • สร้างกลยุทธ์แก้ปัญหาจากบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับผู้ไม่มีสิทธิหรือไม่ใช้สิทธิประกันใดๆ
	■ ยา	สถานพยาบาลภาครัฐใช้บัญชียาหลักเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบยา	• สนับสนุนให้โรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนใช้ยาตามบัญชียาหลักเพื่อประสิทธิภาพของระบบยาประเทศ ยาราคาแพงต้องผ่านการรับรองก่อน
	■ การฝึกอบรม	กระทรวงการศึกษาควบคุมหลักสูตรการฝึกอบรมทั้งภาครัฐและเอกชน	• โรงพยาบาลเอกชนควรร่วมรับภาระการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางและทีมบุคลากรเพื่อลดภาระภาครัฐ

*ที่มา : กรอบมาตรการ ปรับจาก Cocoyoc H.^(๒๐)



เครื่องสลายนิว, เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์.

การดูแลกำกับ

การดูแลกำกับโรงพยาบาลเอกชนในประเทศต่าง ๆ มีความหลากหลาย จากตารางที่ ๓ เป็นการสรุปประสบการณ์ของต่างประเทศ ได้แก่ ซิลี เม็กซิโก ไนจีเรีย โมแซมบิก ซิมบับเว แทนซาเนีย อิหร่าน ฮังการี อินโดนีเซีย ศรีลังกา และมาเลเซีย มีกลยุทธ์การกำกับ ๓ มิติ คือ ราคา, ปริมาณ, และคุณภาพ ซึ่งสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด. รัฐบาลส่วนใหญ่สนับสนุนภาคเอกชนมากกว่าจะควบคุม. หัวใจของการกำกับมักเป็นการออกไปอนุญาตและตรวจสอบ ขณะที่วิชาชีพและผู้บริโภคเน้นในมิติคุณภาพ ดังตารางที่ ๓.

สำหรับประเทศไทยมาตรการในการกำกับมีทั้งในมิติของค่าบริการ ปริมาณการกระจาย และคุณภาพ มีกลวิธีที่หลากหลาย และมีมาตรการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (พ.ศ. ๒๕๔๘) รวมทั้งมีข้อเสนอมาตรการเพิ่มเติมจากการศึกษาในครั้งนี้เพิ่มขึ้นในหลายประเด็น เช่น มิติค่าบริการ, เสนอจัดทำดัชนีราคาบริการทางการแพทย์, มิติปริมาณและการกระจาย ควรมีหน่วยงาน หรือโครงสร้างระดับประเทศ ประเมินเทคโนโลยีใหม่ ๆ. ในส่วนการประกันคุณภาพระบบต่าง ๆ ควรบูรณาการหรือหาจุดร่วมในการประเมินสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และยังเป็นการรองรับการประกันคุณภาพระดับนานาชาติ รายละเอียดตามตารางที่ ๔.

วิจารณ์

การเติบโตอย่างรวดเร็วของธุรกิจนี้เกิดขึ้นใน ๓ ทศวรรษที่ผ่านมา โดยสัมพันธ์ในทางเดียวกับภาวะเศรษฐกิจประเทศ. ใน พ.ศ. ๒๕๔๑ บางแห่งปิดตัวลงเพราะล้มละลายจากการมีหนี้ต่างประเทศ (พ.ศ. ๒๕๓๘-๒๕๓๙) และการลดค่าเงินบาทในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. ๒๕๔๐ และหลายแห่งแม้ว่าไม่มีหนี้ต่างประเทศแต่ได้รับผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจ. ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ บางแห่งปิดตัวลงสืบเนื่องจากผลของกฎกระทรวงสาธารณสุขของรับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ที่สถานพยาบาลต้องดำเนินการในชื่อที่ตรงตาม

โครงสร้างและศักยภาพบริการตามความเป็นจริง.

ปัจจัยที่ช่วยให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเติบโตและมีผลตอบแทนที่ดีในอดีต ได้แก่ นโยบายรัฐบาลที่สนับสนุนภาคเอกชนและสนับสนุนการลงทุน, อัตราดอกเบี้ยที่ต่ำ, โครงการประกันสังคม, ความคับคั่งที่โรงพยาบาลภาครัฐจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การเพิ่มจำนวนของผู้รับบริการชาวต่างชาติ และการขยายตัวของเศรษฐกิจของประเทศ สะท้อนว่าบริการเอกชนสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนกลุ่มหนึ่งได้อย่างดี และคนกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามกาลเวลา. อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยที่มีผลต่อการเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนบ้าง ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจที่ชะงักงันหรือถดถอย, การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ตอบสนองต่อผู้มีสิทธิมากขึ้น ทั้งในด้านความครอบคลุมเชิงปริมาณและการขยายสิทธิประโยชน์.

ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๖ ผลประกอบการโรงพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มดี อันเป็นผลมาจากการปรับโครงสร้างหนี้แล้วเสร็จทำให้สถานะเงินดีขึ้นทันที. รายได้ของโรงพยาบาลในภูมิภาคมีแนวโน้มสูงขึ้น, โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีรายได้สูงกว่าขนาดเล็ก, โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครมีรายได้มากกว่าโรงพยาบาลขนาดเดียวกันในภูมิภาค, รองลงมาคือโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ต้นทุนขายและค่าใช้จ่ายมีทิศทางเดียวกับรายได้. ผลการดำเนินงานดีขึ้นมีกำไรเพิ่มขึ้นหรือขาดทุนสุทธิลดลง, หลายโรงพยาบาลเริ่มกลับมามีผลกำไร ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งในกรุงเทพมหานครและภูมิภาคมีผลประกอบการกำไรสุทธิทิศทางดอกเบี้ยจ่ายและหนี้สินลดลงเช่นเดียวกับโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์. ด้านสภาพคล่องส่วนใหญ่ยังต้องการเงินทุนหมุนเวียนเข้ามาเสริมสภาพคล่องอยู่. ในกลุ่มโรงพยาบาลขนาดเดียวกัน, โรงพยาบาลนอกกรุงเทพมหานครมีประสิทธิภาพการลงทุนแผนกผู้ป่วยในมากกว่า ในกรุงเทพมหานคร ยกเว้นกลุ่ม ๑-๕๐ เตียง. จากอัตราการครองเตียงและการให้ผลตอบแทนแก่ผู้ลงทุน โรงพยาบาลขนาดใหญ่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มดีกว่าขนาดกลางและเล็ก แต่โรงพยาบาลขนาดเล็กในกรุงเทพมหานครใช้ประโยชน์จาก

สินทรัพย์เพื่อก่อให้เกิดรายได้และกำไรได้ดีที่สุด.

สำหรับโรงพยาบาลที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๖ ทั้งรายได้และกำไรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น, อัตรากำไรสุทธิร้อยละ ๗-๑๓, กิจกรรมส่วนใหญ่มีความสามารถในการจ่ายดอกเบี้ยซึ่งดอกเบี้ยจ่ายมีแนวโน้มลดลงตลอด เนื่องจากในระยะเวลาที่ศึกษาอัตราดอกเบี้ยมีทิศทางลดลงและกิจกรรมส่วนใหญ่มีหนี้สินลดลงซึ่งบางแห่งเป็นเพราะปรับโครงสร้างหนี้กับสถาบันการเงินเสร็จแล้ว. ด้านสภาพคล่องของโรงพยาบาลกลุ่มนี้อยู่ในเกณฑ์ดีพอใช้มีสินทรัพย์หมุนเวียนเพียงพอชำระหนี้ระยะสั้น.

ในประเด็นผลกระทบต่ออนุคลากรสาธารณสุขภาครัฐ แม้ว่าโรงพยาบาลเอกชนจะดำเนินงานโดยคำนึงถึงต้นทุน และปรับตัวได้อย่างรวดเร็วในสถานการณ์ต่าง ๆ แต่มุมมองในด้านการทำกำไรไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของสังคม ส่งผลให้เกิดภาวะสมองไหลจากภาครัฐไปสู่เอกชนในภาวะเศรษฐกิจเฟื่องฟู. เพื่อลดปัญหาสมองไหลดังกล่าวมีข้อเสนอให้ภาคเอกชนมีส่วนรับภาระในเรื่องการพัฒนาบุคลากร อาจเป็นการจ่ายคืนให้หน่วยงานต้นสังกัด หรือจัดตั้งเป็นกองทุนเฉพาะ รวมทั้งให้ความสำคัญกับการพัฒนาการบริหารจัดการและการงบประมาณภาครัฐทั้งในด้านความพอเพียงและการจัดสรรที่เป็นธรรมระหว่างหน่วยงานและกลุ่มวิชาชีพ. รายจ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทั้งในระดับบุคคลและระดับประเทศอาจไม่ใช่สาระสำคัญ และไม่เป็นปัญหา แต่อาจมีผลตามมาอย่างอื่นเช่น การนำเข้าเทคโนโลยีจากประเทศอื่น ๆ. บริการมีหลายมาตรฐานหรือหลายราคา ซึ่งอาจกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศในด้านประสิทธิภาพ คุณภาพ หรือมาตรฐาน.

ข้อมูลจากการศึกษาแสดงว่าการลงทุนในภาคเอกชนมี ปัญหาประสิทธิภาพเช่นกัน ดังนี้

๑. ประสิทธิภาพของเอกชนเป็นจริงในด้านรายได้และกำไร แต่ในแง่การใช้ทรัพยากรอาจไม่แตกต่างจากภาครัฐ. ค่าบริการที่สูงกว่าทำให้คืนทุนได้เร็วและอัตรากำไรที่สูงไม่ใช่เพราะต้นทุนต่ำ.

๒. แนวคิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันหรือระบบรัฐผสม

เอกชน มักเกิดขึ้นในเวลาต้องการความช่วยเหลือเป็นรูปธรรมจากรัฐบาลเพื่อรักษาระดับรายได้ไม่ให้ลดลง. แต่การลงทุนเพิ่มมักเกิดขึ้นในภาวะที่มองเห็นโอกาสทางธุรกิจ และไม่ต้องการให้ภาครัฐเข้ามาควบคุม.

๓. แนวคิด “ภาครัฐและเอกชนควรอยู่ภายใต้กฎหมายเดียวกันและใช้มาตรฐานเดียวกันในการกำกับตรวจสอบ” (พระราชบัญญัติสถานพยาบาลบังคับใช้กับภาคเอกชนเท่านั้น) เป็นที่ยอมรับในมิติคุณภาพ. แต่เนื่องจากภาครัฐและเอกชนมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานแตกต่างกัน จึงควรได้รับการสอดส่องดูแลเน้นหนักแตกต่างกัน เช่น ภาครัฐส่วนใหญ่มีปัญหาการบริหารจัดการองค์กร, ระบบบริการ และงบประมาณดำเนินงานที่ด้อยประสิทธิภาพ จึงควรได้รับการสนับสนุนติดตามกำกับเพิ่มเติมในประเด็นนี้. ขณะที่ภาคเอกชนมีกำไรมากขึ้น การกำกับจึงควรมุ่งเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างค่าบริการ, ความจำเป็นในการบริการ และคุณภาพบริการเชิงผลลัพธ์ แทนการตรวจเฉพาะโครงสร้างบริการเพียงอย่างเดียว เพื่อขยายขอบเขตการคุ้มครองผู้บริโภคและป้องกันไม่ให้ค่าบริการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (การแข่งขันของโรงพยาบาลเอกชนไม่ได้ทำให้ค่าบริการลดลง).

เพื่อให้มีการลงทุนที่มีประสิทธิภาพ ควรมีหน่วยงานหรือโครงสร้างระดับประเทศประเมินเทคโนโลยีใหม่ ๆ โดยพิจารณาต้นทุนประสิทธิผลทั้งด้านการรักษา, เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ และยา แล้วจึงอนุญาตให้ใช้ได้แพร่หลาย.

จากการทบทวนวรรณกรรม และการประชุมระดมสมอง มีข้อเสนอให้มีระบบกำกับ เพื่อให้การพัฒนาไม่เกิดผลกระทบทางลบน้อยที่สุดต่อระบบบริการสุขภาพภาครัฐและประเทศ ดังนี้

โครงสร้างของระบบกำกับดูแลสถานพยาบาล

๑. คณะกรรมการระดับชาติ ประกอบด้วยตัวแทนทั้งภาครัฐและเอกชน วิชาชีพ ประชาชน ท้องถิ่น และนักวิชาการ โดยมีบทบาทกำกับดูแลสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และสร้างระบบการมีส่วนร่วมของภาครัฐและเอกชน.

- พัฒนากลยุทธ์แก้ปัญหาจากบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับผู้ไม่มีสิทธิประกันใด ๆ.

- ใช้ข้อร้องเรียนเป็นบทเรียนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาล.

ระบบยา มีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลรัฐและเอกชนใช้ยาตามบัญชียาหลัก เพื่อประสิทธิภาพของระบบยาระดับประเทศ. ยาราคาแพงชนิดใหม่ต้องผ่านกระบวนการประเมินและรับรองก่อน.

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. การพัฒนาโครงสร้างของระบบกำกับดูแลควรเป็นการผนวกบทบาทในส่วนที่ทำงานร่วมกันได้ของคณะกรรมการต่าง ๆ ซึ่งอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานประกันสังคม และอื่น ๆ แทนการพัฒนาโครงสร้างใหม่ โดยมีบทบาทกำกับดูแลสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน สร้างระบบการมีส่วนร่วมของภาครัฐและเอกชน.

๒. การพัฒนาระบบกำกับในมิติค่าบริการ, ปริมาณและการกระจายของบริการและสถานพยาบาล และคุณภาพบริการแบบค่อยเป็นค่อยไป อาจเริ่มในด้านที่เป็นผลประโยชน์ร่วมหรือมีความขัดแย้งน้อยที่สุด เช่น การพัฒนาระบบประกันคุณภาพ โดยภาครัฐอาจเป็นผู้เริ่มแสวงหาความร่วมมือประสานกับองค์กรอื่น ๆ. ที่สำคัญควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารสาธารณะเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจของประชาชนซึ่งเป็นผู้กระตุ้นโรงพยาบาลเอกชนที่สำคัญกว่าการบังคับใช้กฎหมายใด ๆ สร้างและพัฒนากลวิธีให้ประชาชนสะท้อนข้อเสนอนะหรือร้องเรียนเกี่ยวกับสถานพยาบาลได้ทั้งในระดับท้องถิ่นและส่วนกลาง, สนับสนุนให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในจังหวัดและพื้นที่ใกล้เคียงอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด.

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข ๒๕๔๒-๒๕๔๓. ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร: องค์การ

สงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ๒๕๔๕. หน้า ๒๗๕.

๒. ปิยวรรณ ประคุณคงชัย. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรัฐ : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๓๓.

๓. ศุภชัย คุณารัตนพุกภัย, ดวงสมร บุญผดุง. การศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการด้านรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป. รายงานการวิจัย; ๒๕๓๒.

๔. วิภา ครุวงศ์พิศัญกุล. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการของโรงพยาบาลรามารัตน์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๒๕.

๕. วันดี เขียมจิตรศิริพงษ์. ปัจจัยทางสังคมวิทยาของผู้ป่วยนอกที่ไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเชิงธุรกิจในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๒๘.

๖. สุมนา ตั้งคณะสิงห์, วไลพร ภาควิชาการ, มหาสารคาม, วิชาภาษาอังกฤษ. การศึกษาและวิเคราะห์การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย. รายงานการวิจัย คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๒๖.

๗. วีระศักดิ์ พุทธาศรี, สมหญิง สายธนู, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. บทบาทและการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยต่อสภาวะก่อนและระหว่างวิกฤต เศรษฐกิจ (พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๔๔). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๖.

๘. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, Pachanee CA, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษดิ์, เหมพิสุทธิ P. International service trade and its implications for human resources for health: a case study of Thailand. Hum Resour Health 2004; 2:10. download from <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/10> access on 15 September 2005.

๙. กองการประกอบโรคศิลป์. ข้อมูลการต่อทะเบียนโรงพยาบาลเอกชน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; ๒๕๔๖.

๑๐. Personnel Division, Office of the Permanent Secretary, MOPH. Referred by สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, เพ็ญไพบุลย์ P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors. in Thailand: four decades of experience (table 2). Human Resources for Health 2003.

๑๑. กองการประกอบโรคศิลป์. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ พร้อมด้วย กฎกระทรวง ประกาศกฎกระทรวง และระเบียบกฎกระทรวงที่ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑. นนทบุรี: ไทภูมิ; ๒๕๔๑.

๑๒. Figueras J, Mckee M, Cain J, Lessof S. Overview in Health systems in transition: learning from experience. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

๑๓. Kutty V R. Historical analysis of the development of health care facilities in Kerala State, India. Health Policy and planning 2000;15:103-9.



๑๔. Rocha JS, Simoes BJ. Study on public and private hospitals care on a population basis, 1989-1996. *Rev Saude Publica* 1999;33:44-54.
๑๕. Tamez S, Bodek C, Eibenschutz C. Public and private : insurance companies and medical care in Mexico. *Cad Saude Publica* 1995; 11:579-87. Epub 2003 Sep.
๑๖. Brown L, Barnett JR. Is the corporate transformation of hospitals creating a new hybrid health care space? A case study of the impact of co-location of public and private hospitals in Australia. *Soc Sci Med* 2004;58:427-44.
๑๗. Barraclough S. The growth of corporate private hospitals in Malaysia: policy contradictions in health system pluralism. *Int J Health Serv* 1997;27:643-59.
๑๘. Cocoyoc H. Interregional meeting on the public/private mix in national health systems and the role of ministry of public health 22-26 July 1991. World Health Organization, Geneva.
๑๙. World Health Organization. Public/private sector partnerships for health: role of governments. Reports of a regional consultation Jakarta, Indonesia; 17-19 December 1997; New Delhi: 1998.
๒๐. Lim Meng-Kin. Shifting the burden of health care finance: a case study of public-private partnership in Singapore. *Health Policy* 2003;69:83-92.
๒๑. จิตปราณี วาศวิท, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กัญจนา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัชรนฤมล, นวรัตน์ โอปนพันธ์. อนามัยและสวัสดิการคนไทย หลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่ ๑ เรื่องการเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพ และการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของคนไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* ๒๕๔๗;๑๑:๔๒๘-๓๕.