

การแปรสภาพโรงพยาบาลของรัฐ ให้เป็นเอกชน : บทวิเคราะห์เชิงนโยบาย Privatising Government Hospital : A Policy Analysis

■ **พ.วโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร**
สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
Dr. Viroj Tangcharoensathien
Bureau of Health Policy and Planning
Ministry of Public Health

การจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทยจำเป็นต้องได้รับการทบทวนเพื่อปรับปรุงพัฒนาหรือปฏิรูปขนานใหญ่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกต่อไป บทวิเคราะห์เชิงนโยบายนี้จะเป็นส่วนหนึ่งสำหรับการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถูกทิศทางสำหรับอนาคตต่อไป

บทนำ

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติระหว่าง 2524-2533 พบว่าครัวเรือนไทยมีอุปสงค์ต่อบริการการแพทย์เปลี่ยนแปลงไปค่อนข้างมาก เฉพาะระหว่างปี 2529-2533 รายจ่ายของครัวเรือนที่จ่ายให้บริการในโรงพยาบาลรัฐลดลงจากร้อยละ 50 เป็น 41 และจ่ายให้บริการในคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40 เป็น 50 อัตราเพิ่มของรายจ่ายเพื่อบริการสุขภาพในภาคเอกชนเพิ่มขึ้นร้อยละ 24 ต่อปี

การที่อุปสงค์ต่อบริการภาคเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นเพราะ

1. ครัวเรือนมีรายได้ การศึกษา และความต้องการบริการในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น การซื้อยามองน้อยลง
 2. การขยายตัวของบริการภาครัฐค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้น
 3. ความต้องการบริการเฉพาะทางมากขึ้น
 4. มีการขยายตัวของการประกันสุขภาพ
- นโยบายของรัฐในการกระตุ้นให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการการแพทย์ทั้งที่ชัดเจน เช่น การส่งเสริมการลงทุน การยกเว้นภาษี หรือนโยบายที่เป็นนัย ทั้งด้านการคลังและการจัดบริการ เช่น การเพิ่มงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการคุ้มครองกำลังของข้าราชการ มีผลในการสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้นและแปรกิจกรรมด้านสาธารณสุขของรัฐให้เป็นภาระของเอกชน (privatisation) มากขึ้นโดยปริยาย

ผู้กำหนดนโยบายจะต้องให้ความสำคัญกับบริการในสถานพยาบาลมากขึ้น เพราะเมื่อครัวเรือนมีรายได้สูงขึ้นจะมีอุปสงค์ต่อบริการเพิ่มขึ้นตามลำดับ

Dhiratayakinant (2532) ได้ให้คำจำกัดความของ privatisation ว่าหมายถึง การแปรรูปกิจกรรมของรัฐให้เป็นกิจกรรมเอกชน มีความหมายในรูปแบบดังนี้คือ

1. รัฐถอนตัวจากการให้บริการ (government withdrawal of services)
2. การขายกิจการของรัฐ (divestiture)
3. การร่วมลงทุนระหว่างรัฐกับเอกชน (joint public private ventures)
4. การจ้างเหมาบริการ (contracting out)
5. การให้สัมปทาน (franchising)
6. การประมูลดำเนินการ (farming out)
7. การให้เช่า (leasing)
8. การให้สิทธิบัตรและเงินอุดหนุน (voucher and grant)
9. การเก็บค่าบริการ (user charges)
10. การปล่อยให้มีการแข่งขันอย่างเสรี (liberalisation)

งานวิจัยของ Dhiratayakinant ซึ่งเน้นพิจารณาการแปรรูปของรัฐวิสาหกิจเป็นส่วนใหญ่ ได้นำเสนอกลยุทธ์ 5 แบบในการแปรรูปกิจกรรมของรัฐให้เป็นกิจกรรมเอกชน ดังนี้

1. รัฐแทรกแซงให้น้อยที่สุดและเพิ่มการแข่งขัน (เน้นรูปแบบที่ 10)
2. รัฐผลิตเองให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น (เน้นการใช้รูปแบบ 4, 5, 6, 7 และ 8)
3. รัฐลดภาระการจัดหาบริการ (เน้นการใช้รูปแบบ 1)
4. รัฐใช้หลักการพาณิชย์ในการให้บริการ (เน้นการใช้รูปแบบ 9)

5. รัฐเลิกเป็นเจ้าของกิจการหรือทรัพย์สิน (เน้นการใช้รูปแบบ 2 และ 3)

วัตถุประสงค์ของการแปรรูปกิจกรรมของรัฐเป็นเอกชน ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพ การให้เอกชนมีบทบาทพัฒนาเศรษฐกิจมากขึ้น การสนับสนุนให้มีการแข่งขันในระบบเศรษฐกิจ การลดการอุดหนุนและใช้กลไกตลาดและราคามากขึ้น การลดอัตราการขยายตัวของรายจ่ายภาครัฐ สร้างเงื่อนไขให้บริการภาครัฐสนองความต้องการของประชาชนมากขึ้น การลดโอกาสการแทรกแซงโดยนักการเมืองในกลไกบริหารของรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น (Dhiratayakinant)

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์และคณะ (2537) ได้รายงานบทบาทของภาคเอกชนในระบบสาธารณสุข โดยนำเสนอตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมในการขยายบทบาทของภาคเอกชน เช่น การจัดบริการทางด้านคลินิก (clinical services) และบริการอื่นที่ไม่ใช่บริการทางคลินิก (non clinical services) เป็นต้น

วัตถุประสงค์

บทความนี้จะพิจารณากรอบแนวคิดของบทบาทภาครัฐและเอกชนในระบบบริการสาธารณสุขทั้งด้านการคลัง และการจัดบริการ ข้ออภิปรายเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับสินค้าและบริการในระบบบริการสาธารณสุขซึ่งกลไกตลาดทำงานได้ไม่สมบูรณ์ วิเคราะห์สถานการณ์การแปรรูปบริการการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทย และนำเสนอกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงพยาบาลรัฐที่ควรจะแปรรูปให้เป็นเอกชน

ข้ออภิปรายเชิงทฤษฎี

1. กรอบการวิเคราะห์

ความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและเอกชนในระบบบริการสาธารณสุขแสดงในแผนภูมิข้างล่าง

Financing	Service Provision	
	Public	Private
Public	(1) Government funding and provision, free at point of use: NHS services	(3) Service contracted to private providers
Private	(2) Supplementary direct user charges. Private beds in public hospitals	(4) Private health care funded by private insurance Health Maintenance Organisation

ที่มา : องค์การอนามัยโลก 2534

แบบที่ 1 รัฐจัดบริการและเป็นผู้จ่ายเงิน
 เช่น ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติของอังกฤษ โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย, โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ, โครงการประกันสุขภาพนักเรียนส.ป.ช. ของประเทศไทย

แบบที่ 2 รัฐจัดบริการ เอกชนหรือประชาชนเป็นผู้จ่ายเงิน

เช่น กรณีผู้ป่วยทั่วไปที่ไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ กรณีการนอนเตียงพิเศษของผู้ป่วยประกันสังคม

แบบที่ 3 เอกชนจัดบริการ รัฐเป็นผู้จ่ายเงิน

เช่น กรณีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของแคนาดา

แบบที่ 4 เอกชนจัดบริการ เอกชนหรือประชาชนเป็นผู้จ่ายเงิน

เช่น กรณีผู้มีประกันสุขภาพเอกชนใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน สวัสดิการที่นายจ้างจัดให้ลูกจ้าง กรณีประชาชนทั่วไปที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน กรณี Health Maintenance Organisation ในสหรัฐอเมริกา

การจะแปรสภาพกิจกรรมของสถานพยาบาลของรัฐให้เป็นกิจกรรมเอกชนนั้น หมายถึงการลดบทบาทของภาครัฐในการจัดบริการโดยตรงและลดบทบาทในการอุดหนุนและการสนับสนุนด้านการเงิน แต่รัฐจะต้องคงบทบาทของผู้วางกติกาและผู้กำกับ การตามกฎระเบียบและกติกา เพื่อประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร และคุณภาพบริการที่ดี

2. กลไกตลาดทำงานได้ไม่สมบูรณ์ (market failure)

ในทางเศรษฐศาสตร์ วัตถุประสงค์สำคัญที่สุดคือประสิทธิภาพ ในสภาพที่มีการแข่งขันสมบูรณ์ ผู้บริโภคมีข้อมูลข่าวสารสมบูรณ์ในการตัดสินใจเลือกสินค้าและบริการ ไม่มีสภาพการผูกขาดในด้านอุปทาน กลไกตลาดจะเป็นกลไกสำคัญในการปรับความสมดุลย์

ระหว่างอุปสงค์และอุปทานให้มีประสิทธิภาพสูงที่สุด อย่างไรก็ตาม นอกจากประสิทธิภาพแล้ว วัตถุประสงค์ทางสังคมที่สำคัญอีก 2 ประการ คือความเสมอภาคในการกระจายทรัพยากรและการเข้าถึงบริการ (equity) และเสรีภาพของประชาชน (liberty) กลไกตลาดอย่างเดียวไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ด้านความเสมอภาคได้

Le Grand et al (2529) ได้วิเคราะห์และนำเสนอปัญหาที่กลไกตลาดไม่สามารถทำงานได้สมบูรณ์ (market failure) โดยเฉพาะในภาคสาธารณสุข สภาพกลไกตลาดไม่สมบูรณ์แสดงเป็นปรากฏการณ์ดังนี้

รู้
ต้องลดบทบาทใน
การจัดบริการโดย
ตรงลง แต่ต้องคง
บทบาทของผู้วางกติกา
และกำกับดูแล

1. การเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน (uncertainty of demand) และบางครั้งค่ารักษาพยาบาลสูงมาก แม้ว่าการประกันสุขภาพเอกชนจะเข้ามาแก้ไขปัญหาค่าความไม่แน่นอนของโอกาสเจ็บป่วยโดยการเฉลี่ยความเสี่ยงก็ตาม แต่การประกันสุขภาพเอกชนก็มีปัญหาในตัวของมันเอง เช่น มีการใช้

บริการเกินจำเป็น มีการตั้งเบี้ยประกันตามระดับความเสี่ยงทำให้ปิดกั้นโอกาสผู้ที่มีความต้องการสูง

2. ผู้บริโภคบริการการแพทย์ไม่มีข้อมูลข่าวสารเพียงพอในการตัดสินใจเลือกซื้อบริการ

3. เกิดลักษณะผูกขาดเนื่องจากอุปทานสามารถกำหนดระดับและชนิดของอุปสงค์ได้ การแข่งขันในตลาดเสรีในบริการการแพทย์นั้นไม่ได้นำไปสู่ความมีประสิทธิภาพเสมอไป เช่น การแข่งขันกันเพื่อมีและใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีราคาแพงนั้น ทำให้มีการใช้เกินจำเป็น

4. ลักษณะการบริโภคบริการบางอย่างของปัจเจกชนมีผลดีต่อสังคมโดยรวม (external benefit) แต่ไม่จูงใจให้เอกชนเข้ามาดำเนินการเนื่องจากทำกำไรไม่ได้ และเห็นผลช้า

จะเห็นได้ว่า เงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ตลาดแข่งขันอย่างสมบูรณ์นั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้เสมอไปในบริการการแพทย์และสาธารณสุข รัฐจึงต้องเข้ามาปรับปรุงเพื่อปิดจุดอ่อนดังกล่าว

3. บทบาทของรัฐบาล

ในการแก้ไขปัญหากลไกตลาดทำงานไม่สมบูรณ์นั้น รัฐบาลสามารถอาศัยกลไกต่าง ๆ 3 ประการคือ

1. กำกับดูแลและแก้ไขปัญหา ได้แก่ การควบคุมคุณภาพของการประกอบวิชาชีพและการประกอบโรคศิลปะ โดยการรับรองหลักสูตรและออกใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

2. ดำเนินการแทรกแซงตลาดโดยตรง โดยการจัดบริการ เพื่อแก้ไขปัญหาของการผูกขาดตลาด

3. ใช้มาตรการทางด้านการเงินเพื่ออุดหนุนหรือเก็บภาษี ทั้งนี้เพื่อแก้ไขปัญหาค่าความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย ปัญหา external benefit และความไม่เสมอภาคในสังคม

สำหรับการแปรสภาพกิจกรรมของรัฐให้เป็นกิจกรรมเอกชนในระบบบริการสาธารณสุขนั้น มุ่งเน้นการปรับปรุงด้านประสิทธิภาพการดำเนินการของภาครัฐมากกว่า

4. จุดอ่อนของบริการโรงพยาบาลรัฐ

เจตคติของผู้บริหารภาครัฐไม่ต้องสนใจและสนองความต้องการของประชาชนโดยการปรับปรุงบริการของตนก็ได้ ทั้งนี้เพราะว่า รัฐเป็นผู้อุดหนุนงบประมาณประจำปี รายได้จากผู้ป่วยเป็นรายได้เสริมผู้บริหารโรงพยาบาลบริหารตามระเบียบทางราชการซึ่งมุ่งควบคุมค่าใช้จ่ายมากกว่าการปฏิบัติตามภาระบทบาทของ "ความเป็นโรงพยาบาล" เจตคติของบุคลากรผู้ให้บริการ ยิ่งบริการดี คนป่วยยิ่งมาก งานยิ่งหนัก เงินเดือนเท่าเดิม เพราะรายได้ของบุคลากรไม่ได้แปรผันตามปริมาณของผู้ป่วย โรงพยาบาลของรัฐทั้งหมดจ่ายค่าตอบแทนแพทย์เป็นเงินเดือน แตกต่างจากโรงพยาบาลเอกชนซึ่งจ่ายตามปริมาณงาน

งานวิจัยปริมาณงานของโรงพยาบาลรัฐพบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อแพทย์และต่อพยาบาลในภาครัฐสูงกว่าภาคเอกชน และในระหว่าง

โรงพยาบาลภาครัฐต่างสังกัดก็มีความแตกต่างของภาระงานค่อนข้างกว้าง (วิโรจน์ 2535) การที่ผู้ป่วยมากกว่าอัตรากำลังบุคลากรของโรงพยาบาล การจัดระบบไหลเวียนของผู้รับบริการโรงพยาบาลไม่ดี ทำให้เกิดแถวคอยยาวมาก นอกจากนี้ยังมีการลัดแถวคอยสำหรับผู้ป่วยที่รู้จักกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล โรงพยาบาลรัฐจึงอาจจะกล่าวได้ว่าเป็นที่พึ่งของคนยากจน (ที่ไม่ดีนัก) มีความไม่พอใจทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

การแปรสภาพกิจกรรมของโรงพยาบาลของรัฐไปสู่กิจกรรมเอกชนนั้น จะต้องกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบริการโรงพยาบาลของรัฐให้มีประสิทธิภาพ สอนองความต้องการของผู้ใช้บริการ

สถานการณ์ การ privatise ระบบ บริการสาธารณสุขไทย

1. บทบาทของรัฐบาล ในด้านการคลัง สาธารณสุขลดลง

ข้อมูลจาก World Development Report 2536 แสดงให้เห็นว่า รัฐบาลไทยลดต้นทุนการกระจายสุขภาพ ไปสู่ครัวเรือน โดยครัวเรือนจ่ายค่าบริการเมื่อไปรับบริการยังสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนถึงร้อยละ 78 ของรายจ่ายเพื่อสุขภาพทั้งหมด การวิเคราะห์พบว่าสัดส่วนที่ครัวเรือนจ่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาในภูมิภาคนี้ ครัวเรือนไทยมีส่วนร่วมออกค่าใช้จ่ายสำหรับการเจ็บป่วยสูงเป็นรองจากฮ่องกง ซึ่งจ่ายร้อยละ 80

จากการวิเคราะห์เอกสารงบประมาณปี 2537 ของสำนักงบประมาณ แสดงให้เห็นว่าสำนักงบประมาณมีนโยบายให้โรงพยาบาลรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุขใช้เงินรายได้ของตนประกอบเข้ามาอยู่ระหว่างร้อยละ 24 ถึง 64 ในปี 2536 และระหว่างร้อยละ 24 ถึง 52 ในปี 2537

โรงพยาบาลของรัฐ
เป็นที่พึ่งของคน
ยากจน (ที่ไม่ดีนัก)
มีความไม่พอใจทั้งฝ่าย
ผู้ให้บริการและผู้
ใช้บริการ

การวิเคราะห์รายจ่ายประจำปีของโรงพยาบาลระดับจังหวัดและโรงพยาบาลระดับชุมชนทั่วประเทศในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า โรงพยาบาลจ่ายจากเงินบำรุงระหว่างร้อยละ 40 ถึง 45 ของรายจ่ายทั้งหมด ดังนั้น เงินบำรุงจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการของโรงพยาบาลรัฐ (กระทรวงสาธารณสุข 2535 ก และ 2535 ข)

อาจกล่าวได้ว่า รัฐบาลได้มีนโยบายโดยปริยายผ่านทางนโยบายการคลังภาครัฐ โดยลดการอุดหนุนบริการโรงพยาบาลรัฐลงโดยให้ประชาชนรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลประมาณครึ่งหนึ่งของความต้องการ

2. บทบาทของรัฐในการจัดบริการ ลดลง

การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของจำนวนเตียงภาครัฐและเอกชนมีความแตกต่างกัน ภาครัฐขยายตัวช้ากว่าเอกชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพฯ การขยายเตียงของรัฐไม่ทันกับความต้องการที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นผลพวงจากนโยบาย privatise ด้านงบประมาณของรัฐบาลโดยตรง การเปลี่ยนสัดส่วนผสมในด้านอุปทานเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับอุปสงค์ต่อบริการโรงพยาบาล (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนเตียงภาครัฐและเอกชนในกรุงเทพฯและต่างจังหวัดในปี 2534

พื้นที่	จำนวนเตียง		ประชากรต่อเตียงทั้งหมด
	ภาครัฐ	ภาคเอกชน	
กรุงเทพฯ	16,565	5,139	259
ต่างจังหวัด	65,410	6,738	712

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 2 งบประมาณเพื่อสุขภาพและจำนวนเตียงภาครัฐและเอกชน ระหว่างปี 2530-2536

ปีงบประมาณ	ภา ค รั ฐ			ภา ค เ ก ข ชน		ท้ ง ป ร ะ เ ท ศ		
	งบประมาณสาธารณสุข	เตียงภาครัฐ	%เพิ่มต่อปี	เตียงเอกชน	%เพิ่มต่อปี	เตียงทั้งหมด	%เพิ่มต่อปี	ประชากรต่อเตียง
2530	10,051	77,580	1.8	9,974	21.8	87,554	3.7	615
2531	10,959	79,227	2.2	9,075	(0.9)	88,352	0.9	622
2532	12,448	80,437	1.5	9,545	5.2	89,982	1.8	623
2533	18,047	80,259	(0.2)	10,481	9.8	90,740	0.8	601
2534	22,706	81,965	2.1	11,877	13.3	93,852	3.4	607
2535	24,640	85,920	4.8	13,477	13.5	99,397	5.9	580
2536	31,786	89,865	4.6	15,577	15.6	105,442	6.1	553

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 2 แสดงภาพรวมของเตียงภาครัฐและเอกชนทั้งกรุงเทพฯและต่างจังหวัด ทำให้เห็นภาพนโยบายโดยปริยายของรัฐต่อการ privatise บริการโรงพยาบาลที่ผ่านมา

3. บุคลากรการแพทย์กับนโยบาย privatisation

รัฐเปิดโอกาสให้แพทย์ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว (private practice) ในเวลาราชการแพทย์ทำหน้าที่เป็นแพทย์ในภาครัฐ ช่วงเช้า หักค่า และวันหยุดราชการ เป็นแพทย์ภาคเอกชน ดังนั้น จึงมีความสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออกระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ภาครัฐและเอกชนต่างก็พึ่งพาอาศัยกันและกันมาโดยตลอด

นอกจากการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนผสมระหว่างภาครัฐและเอกชน (public private mix) เชิงกายภาพ เช่น จำนวนเตียง จำนวนโรงพยาบาล และการคลังแล้ว การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนด้านบุคลากรภาครัฐและเอกชน (public private mix in manpower) ที่มีความสำคัญมากขึ้นในระยะ 4-5 ปีที่ผ่านมา

จากจำนวนแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ระหว่างปี 2529-2532 แพทย์ภาครัฐเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 23 ขณะที่แพทย์ภาคเอกชนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 101 สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนพยาบาลในภาครัฐและเอกชนนั้นไม่รวดเร็วเท่ากับสายงานแพทย์

ความแตกต่างของรายได้เป็นปัจจัยหลักอันหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนผสมของบุคลากรในสองภาครายได้ภาครัฐที่ต่ำมากในปัจจุบันเป็นปัจจัยหลักของการลาออกของแพทย์และวิชาชีพอื่น ๆ ไปสู่เอกชน จากงานของสมศักดิ์และคณะ (2535) พบว่านอกจากจะมีความแตกต่างของรายได้แล้ว แพทย์ภาครัฐยังทำงานหนักกว่าภาคเอกชน

จากการวิเคราะห์ income and working profile ของแพทย์ภาครัฐสังกัดต่าง ๆ และเอกชนแล้วพอจะกล่าวโดยสรุป คือ (ก) แพทย์ภาครัฐทำงานหนักกว่า (ข) แพทย์ภาครัฐรายได้น้อยกว่า (ค) ปริมาณงานของภาครัฐต่างสังกัดกันมีความแตกต่างกัน (ง) ความแตกต่างเหล่านี้เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสัดส่วนแพทย์ภาครัฐและภาคเอกชน เป็นสาเหตุสำคัญของการลาออกของแพทย์ไปอยู่เต็มเวลาที่เอกชน และเป็นสาเหตุที่สำคัญในการทำงาน

ไม่เต็มกำลังความสามารถของแพทย์ภาครัฐเพื่อบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ (จ) สถานการณ์การลาออก จะยิ่งทำให้ภาระงานของแพทย์ที่เหลืออยู่ในโรงพยาบาลรัฐหนักมากขึ้น

การเปลี่ยนสัดส่วนผสมของบุคลากรทางการแพทย์เป็นภาพสะท้อนที่ชัดเจน และจะมีผลกระทบรุนแรงต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศทั้งภาครัฐและเอกชน ข้อเท็จจริงที่ผู้เขียนนำเสนอในตอนนี้เป็นผลของนโยบาย privatisation

โรงพยาบาลรัฐที่เป็นข้อปฏิบัติโดยปริยายและเป็นเพราะการที่รัฐบาลไทยไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องนี้

4. บทบาทของสำนักงาน

คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) รับผิดชอบส่งเสริมการลงทุนแก่โรงพยาบาล โรงแรม และงานวิจัยเพื่อพัฒนา โดยเริ่มส่งเสริมการลงทุนเมื่อ พ.ศ.2519 เป็นต้นมา ในปัจจุบันสิทธิประโยชน์ที่โรงพยาบาลที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนจะได้รับได้แก่การยกเว้นภาษีศุลกากรนำเข้าเครื่องมือแพทย์เป็นเวลา 5 ปี การยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคลเป็นเวลา 5 ปี สำหรับโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค ส่วนโรงพยาบาลในกรุงเทพฯจะได้รับสิทธิยกเว้นศุลกากรนำเข้าอุปกรณ์การแพทย์เป็นเวลา 5 ปีเท่านั้น

รายได้ภาครัฐที่ต่ำมาก เป็นปัจจัยหลักของการลาออกของแพทย์และวิชาชีพอื่นไปสู่เอกชน และแพทย์ภาครัฐต้องทำงานหนักกว่าแพทย์ภาคเอกชน

นอกจากอุปสงค์ต่อบริการภาคเอกชนมากขึ้นแล้ว BOI เข้ามามีบทบาทต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนเตียงโรงพยาบาลเอกชน กล่าวคือ BOI จะให้การส่งเสริมการลงทุนแก่โรงพยาบาลขนาดไม่น้อยกว่า 50 เตียง ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลสร้างใหม่หรือการขยายโรงพยาบาลเดิมที่มีอยู่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า BOI ไม่เคยปฏิเสธโครงการที่เสนอเข้ามาเลย ทั้งนี้เพราะเงื่อนไขต่างๆของ BOI เป็นเงื่อนไขทั่วไปที่ผู้ประกอบการทุกรายทำได้อยู่แล้ว

ดังนั้นการเพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลเอกชนจึงเพิ่มขึ้นคราวละไม่น้อยกว่า 50 เตียง และโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ได้รับการส่งเสริมการลงทุน จึงกล่าวสรุปได้ว่า BOI มีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้โรงพยาบาลเอกชนเติบโตอย่างรวดเร็วในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม แม้ในปัจจุบัน BOI จะยังไม่มีนโยบายทบทวนการส่งเสริมการลงทุนโรงพยาบาลเอกชนว่าควรจะเป็นไปในทิศทางใด ผู้เขียนมีความเห็นว่า

1. แม้ว่า BOI จะหยุดการส่งเสริมการลงทุนโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลเอกชนก็ยังเติบโตต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง ทั้งนี้เพราะว่าโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่สามารถคืนทุนในระยะเวลาอันรวดเร็วและมี profit margin กว้าง ตลาดยังไม่อิ่มตัวเพราะมีอุปสงค์ต่อบริการโรงพยาบาลเอกชน

2. สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการส่งเสริมการลงทุนคือการยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคลเป็นเวลา 5 ปี นั้น โรงพยาบาลในกรุงเทพไม่ได้รับ คงได้แต่การยกเว้นภาษีศุลกากรนำเข้าสินค้าและเครื่องมือแพทย์เท่านั้น ซึ่งในส่วนนี้ไม่เป็นแรงจูงใจนักเพราะว่านโยบายภาษีของกรมศุลกากรให้การยกเว้นภาษีนำเข้าเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงเช่นเครื่องมือเกี่ยวกับเอกซเรย์อยู่แล้ว

การแปรสภาพโรงพยาบาลรัฐให้เป็นกิจกรรมเอกชน

แม้ว่ารัฐบาลได้ดำเนินการ privatise ระบบบริการสาธารณสุขโดยให้เอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในด้านการคลัง การจัดบริการ การพัฒนาบุคลากรการแพทย์ ดังได้วิเคราะห์แล้วในตอนที่ผ่านมา โรงพยาบาล

รัฐก็ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับใช้กลไกของเอกชน (private mechanism) เพื่อปรับปรุงระบบบริหารระบบบริการให้สนองต่อวัตถุประสงค์ของ privatisation กล่าวคือ

1. มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการบริหารและการใช้ทรัพยากร
2. ปลอดภัยของพันธุการต่าง ๆ และสนับสนุนให้มีการแข่งขันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ
3. ลดการอุดหนุนและใช้กลไกราคามากขึ้น
4. ลดอัตราการขยายตัวของรายจ่ายภาครัฐ
5. สร้างเงื่อนไขให้โรงพยาบาลของรัฐสนองความต้องการของผู้ใช้บริการมากขึ้น

ดังนั้นการแปรสภาพจึงมีหลายระดับ ตั้งแต่การปฏิรูปเล็กน้อย จนกระทั่งการเปลี่ยนแปลงอย่างสิ้นเชิง ผู้เขียนจึงขออาศัยบางรูปแบบของการแปรสภาพฯ ที่ศาสตราจารย์ไกรยุทธ (Dhiratayakinant 2532) ได้เสนอไว้มาปรับใช้กับโรงพยาบาลของรัฐบาลดังนี้

1. การจ้างเหมาบริการ

พื้นฐานความคิดของการจ้างเหมาบริการคือระดับการผลิตที่เกิดการประหยัดและต้นทุนต่ำ (economy of scale) ถ้าปริมาณงานน้อยไม่คุ้มที่จะลงทุนหาคนและเครื่องมือในการดำเนินการเอง การจ้างเหมาให้เอกชนเข้าดำเนินการอย่างเป็นระบบ เช่นการที่โรงพยาบาลรัฐบาลหลาย ๆ แห่งรวมตัวกันเพื่อประมูลจ้างดำเนินการจะมีประสิทธิภาพดีกว่าการดำเนินการเอง นอกจากนี้ยังมีปริมาณมากเพียงพอที่จะดึงดูดการลงทุนของภาคเอกชน

บริการที่ไม่ใช่บริการทางคลินิกเช่นบริการอาหาร ซักฟอก ตัดเย็บ ทำความสะอาด ซ่อมบำรุง และพิมพ์สิ่งพิมพ์ต่างๆ สามารถจ้างเหมาบริษัทเอกชนดำเนินการได้ โดยเปิดซองประกวดราคาหรือดำเนินการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ ในเรื่องนี้โรงพยาบาลรัฐหลายแห่งได้ดำเนินการไปแล้ว แต่ยังไม่มีการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์ ซึ่งจะทำให้การจ้างเหมาบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีทิศทางที่ชัดเจนขึ้น ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงนโยบายที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ควรกระทำ

สำหรับบริการคลินิกนั้น โรงพยาบาลรัฐอาจจ้างเหมาให้อเอกชนมาดำเนินการ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับเครื่องมือราคาแพง เช่น CT scanner เครื่องสลายนิว ซึ่งการดำเนินงานของรัฐที่ผ่านมามีการใช้เครื่องมือไม่คุ้มกับศักยภาพและความสามารถในการทำงาน (ประสิทธิภาพต่ำ)

การจ้างเหมาบริการสำหรับบริการบางประเภท ซึ่งต้องการกำลังคนที่มีความชำนาญการสูงอาจทวีความสำคัญมากขึ้นในอนาคต เช่น บริการทางห้องชันสูตร การตรวจทางพยาธิวิทยา การตรวจวินิจฉัยโรคพิเศษต่าง ๆ การฉายรังสีรักษามะเร็ง การฝังแร่รักษามะเร็ง ฯลฯ เพราะว่าแม้โรงพยาบาลรัฐบาลจะสามารถลงทุนซื้อเครื่องมือผลิตบริการเองได้ แต่ก็ไม่สามารถรักษากำลังคนไว้เพื่อทำงานเหล่านี้ได้

ในอดีต ความสามารถของเอกชนในการดำเนินการจ้างเหมา ขึ้นกับปริมาณรวมของบริการที่ต้องการในพื้นที่หนึ่ง ๆ การรวมตัวกันของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดหรือพื้นที่ชัดเจนหนึ่ง ๆ จะช่วยให้การจ้างเหมาบริการทางคลินิกมีความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติมากขึ้น

ดังนั้น การวิเคราะห์และประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์ และการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงิน การวิเคราะห์ปริมาณการผลิต ณ จุดคุ้มทุน จึงมีความสำคัญมากในการตัดสินใจว่าจะลงทุนผลิตบริการเองหรือดำเนินการจ้างเหมาให้อเอกชนดำเนินการ

2. การตลาดภายใน

การตลาดภายในมีลักษณะคล้ายกับการจ้างเหมา มาก ต่างกันที่เป็นการซื้อบริการจากภาครัฐหรือโรงพยาบาลรัฐด้วยกัน เช่น บริการชันสูตรทางห้องปฏิบัติการซึ่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ให้บริการเป็นต้น การตลาดภายในนั้นเป็นกลไกการวางแผนรวมของโรงพยาบาลภาครัฐที่มีประสิทธิภาพ โดยวิเคราะห์ความพร้อม ศักยภาพและความสามารถของแหล่งผลิต

บริการที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้เกิด economy of scale ของแหล่งผลิตเหล่านั้น โดยโรงพยาบาลรัฐอื่น ๆ เลิกทำการผลิตบริการเหล่านั้น ผู้เขียนเห็นว่า การตลาดภายในยังเป็นมาตรการที่ไม่มีประสิทธิภาพนัก เพราะว่าการผลิตบริการยังอยู่ภายใต้กลไกของรัฐที่ขาดประสิทธิภาพ จึงน่าจะเป็นเพียงมาตรการเฉพาะหน้าเท่านั้น

3. การเก็บค่าบริการ

ข้อเท็จจริงคือโรงพยาบาลรัฐมีการเก็บค่าบริการอยู่แล้ว การปรับค่าบริการให้สะท้อนต้นทุนมากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยใช้บริการอย่างมีเหตุมีผลมากขึ้น พบว่าบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ที่ให้ยาฟรีนั้น ประชาชนที่ไม่ได้ป่วยก็มารับยา เมื่อได้ยาไปแล้วก็ใช้บ้าง ไม่ได้ใช้บ้าง ดังนั้นราคาเป็นกลไกสำคัญที่สุดในการปรับพฤติกรรมของผู้บริโภค โดยที่ผู้บริโภคเห็นอรรถประโยชน์คุ้มกับต้นทุนและมีความยินดีที่จะเสียค่าบริการเหล่านั้น

ข้อพึงระวังคือรัฐบาลจะต้องมีกลไกที่มีประสิทธิภาพในการยกเว้นแก่คนจนและผู้ด้อยโอกาสในสังคมให้สามารถเข้าถึงบริการได้โดยที่ไม่ปล่อยให้ราคาเป็นกำแพงขวางกั้น

4. การปลดปล่อยพันธนาการ

กฎระเบียบการบริหารงานโรงพยาบาลนั้นมาจากหลายแหล่ง เช่น ระเบียบพัสดุ ระเบียบเงินบำรุง ระเบียบกระทรวงการคลัง ฯลฯ กฎระเบียบเหล่านี้เป็นไปเพื่อการควบคุมมิให้เกิดการทุจริตกฎระเบียบมีลักษณะ "วัวหายล้อมคอก" จึงปรากฏคอกมากมายหลายชั้นเป็นพันธนาการ มิให้มีความสะดวกในการดำเนินการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและเอื้ออำนวยต่อการแข่งขัน ทั้งนี้เพราะว่าในอดีตที่ผ่านมาข้าราชการที่ไม่ดีก็จ้องที่จะทุจริตอยู่รำไป ผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐก็มีประสบการณ์การบริหารงานเพื่อมิให้ผิดระเบียบ มากกว่า

การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์มีความสำคัญมากต่อการตัดสินใจว่ารัฐควรผลิตบริการนั้นๆเองหรือควรจ้างเหมาให้อเอกชนดำเนินการ

เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน กฎระเบียบเหล่านี้มักจะไม่ได้ผลในการป้องกันทุจริต เพราะกล่าวกันว่าระเบียบมีไว้เพื่อให้เสียระเบียบ เสียมากกว่า

5. การร่วมลงทุนระหว่างรัฐกับเอกชน

การร่วมลงทุนระหว่างรัฐหรือเอกชน หรือการที่เอกชนลงทุนซื้อเครื่องมือเพื่อมาจัดบริการในโรงพยาบาลของรัฐแล้วแบ่งผลกำไรระหว่างกัน ทำให้รัฐไม่ต้องลงทุนผลิตบริการเอง งบประมาณสามารถนำไปใช้กับกิจกรรมอื่นที่มีความสำคัญกว่า ประเด็นสำคัญในเรื่องนี้คือ การวิเคราะห์ต้นทุน ผลได้ และการแบ่งผลประโยชน์ที่ยุติธรรมระหว่างภาครัฐและเอกชน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีได้ให้บริษัทเอกชนลงทุนซื้อและจัดตั้งเครื่องสลายนิ่วบริการแก่ผู้ป่วย พบว่าอัตราการใช้บริการสูงกว่าโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมาก (วิโรจน์และคณะ 2537)

6. การขายและการให้เช่า (sale and leasing)

เครื่องมือแพทย์ราคาแพงที่มีอัตราการใช้งานต่ำสมควรจะได้ขายหรือให้เช่า เครื่องสลายนิ่วของกระทรวงสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือบางจังหวัดกำลังประสบกับปัญหากับการที่ศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะลาออกไปอยู่ภาคเอกชน จึงไม่มีผู้ใช้เครื่อง ทำให้เครื่องมือราคาแพงไม่ได้ใช้งานตามกำลังความสามารถ ทางออกคือการให้บริษัทเอกชน หรือกลุ่มแพทย์เช่าเพื่อไปจัดบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งผู้เขียนเชื่อว่าจะสามารถบริหารได้มีประสิทธิภาพมากกว่าในระบบราชการ การให้เช่าห้องผ่าตัดนอกเวลาราชการ การให้เช่าสถานที่ ห้องประชุม เครื่องมือโสตทัศนูปกรณ์ต่างๆของรัฐ ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรมีประสิทธิภาพมากขึ้นทั้งสิ้น

7. การให้เงินอุดหนุน

การให้เงินอุดหนุนโรงพยาบาลมูลนิธิที่ไม่หวังกำไร เช่น โรงพยาบาลหัวเฉียว โรงพยาบาลมิชชั่น โรงพยาบาลแมคคอมมิค ฯลฯ ในการจัดบริการฟรีแก่คนจน ซึ่งโรงพยาบาลเหล่านี้ได้รับการอุดหนุนโดยไม่ต้องเสียภาษีเงินได้นิติบุคคล เนื่องจากจดทะเบียนเป็น

มูลนิธิ แทนที่รัฐจะขยายโรงพยาบาล หรือลงทุนสร้างโรงพยาบาลแห่งใหม่ เช่น กรุงเทพมหานครกำลังจะสร้างโรงพยาบาลแห่งใหม่ ก็อาจจะใช้วิธีอุดหนุนโดยตรงเพื่อให้โรงพยาบาลไม่หวังกำไรเหล่านี้ขยายบริการ หรือขยายสาขาของโรงพยาบาลการอุดหนุนให้มีคลินิกเอกชนที่ไม่หวังกำไรตั้งบริการที่เป็น primary care ขึ้นในย่านชุมชนต่าง ๆ โดยความร่วมมือกันระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครหรือเทศบาล เป็นต้น

8. การจัดระบบบริการให้สนองความต้องการของประชาชน

คลินิกภาคค่ำในโรงพยาบาลรัฐเป็นบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนที่ไม่มีเวลาไปใช้บริการในเวลาราชการ การศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2534) พบว่าข้าราชการไม่สามารถไปใช้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลรัฐในเวลาราชการได้ และมักไปใช้บริการในภาคค่ำที่สถานบริการเอกชน

การจัดระบบการไหลเวียนของบริการให้มีประสิทธิภาพ การสำรวจทัศนคติของผู้ใช้บริการอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินระบบบริการให้สนองตอบความต้องการของผู้ใช้บริการนั้นเป็นกลไกที่ภาคเอกชนทำอยู่ตลอดเวลาในการพัฒนาคุณภาพของตนเอง โรงพยาบาลรัฐสมควรได้ปรับใช้กลไกเหล่านี้ในการจัดระบบบริการของตนให้มากและชัดเจนยิ่งขึ้น

9. ความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชน

ความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านทรัพยากรมนุษย์ การปลดปล่อยพันธุนาการเพื่อให้แพทย์, พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาลของรัฐสามารถทำงานกึ่งเวลา (official part time) อย่างเป็นทางการในภาคเอกชนได้โดยไม่ต้องลาออกเต็มตัว รวมทั้งการกำหนดเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เหมาะสมในเรื่องค่าตอบแทนที่โรงพยาบาลรัฐจะจ่ายให้แพทย์ให้สมกับเวลาที่ทำงานให้กับโรงพยาบาลรัฐ ผู้เขียนเชื่อว่ามาตรการนี้จะช่วยแก้ไขปัญหการลาออกของบุคลากรและใช้ทรัพยากรมนุษย์ที่ขาดแคลนเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

10. รัฐถอนตัวออกจากการให้บริการ

รูปแบบการ privatise โรงพยาบาลของรัฐแบบนี้เป็นการปฏิวัติระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขโดยสิ้นเชิง (radical reform) ในรูปแบบนี้ รัฐถอนตัวออกจากการให้บริการโดยสิ้นเชิง โดยให้โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลที่ไม่หวังกำไร ไม่ขึ้นกับสังกัดใด ๆ ไม่ได้อยู่ในระบบราชการ มีลักษณะเป็น public non-government hospital โรงพยาบาลเหล่านี้จะประมูลเพื่อจัดบริการแก่ประชาชนจากรัฐบาล (จะเป็นกระทรวงสาธารณสุขหรือกระทรวงการคลังหรือ financing agents อื่น ๆ ก็ได้) รายรับของโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับกำไรเพื่อให้บริการแก่ประชาชนในขอบเขตที่ขีดเงิน ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพบริการ การจัดระบบบริการให้สนองความต้องการของประชาชน การลดต้นทุนการผลิต การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจะติดตามมา

คณะกรรมการบริหารซึ่งประกอบด้วยตัวแทนของรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และผู้แทนประชาชนจะเป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล รัฐบาลอาจจะจัดสรรเงินทุนประเดิมและหรืองบประมาณประจำปีให้คณะกรรมการบริหารจะจ้างผู้บริหารโรงพยาบาลมืออาชีพ แพทย์ พยาบาล ไม่ได้เป็นข้าราชการ มีระบบการจ่ายเงินตอบแทนที่มีประสิทธิภาพ รัฐบาลไม่ได้เป็นเจ้าของโรงพยาบาล รัฐจะไม่ทำหน้าที่ผลิตบริการการแพทย์ รัฐจะเหลือเพียงแต่บทบาทเป็นผู้ซื้อบริการ ลักษณะเช่นนี้เป็นการแยกภาระของรัฐบาลระหว่างผู้ซื้อบริการ (financing role) และการจัดหรือขายบริการ (service provision) ออกจากกันอย่างเด็ดขาด เรียกว่า purchaser provider split ภายใต้บริบทเช่นนี้ จะเกิดสภาพการแข่งขัน และเกิดประสิทธิภาพสูงขึ้น

สรุป

การปรับปรุง พัฒนาหรือปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของประเทศเป็นเรื่องใหญ่ ที่ต้องอาศัยองค์ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง (right understanding) จึงหวังว่าข้อเสนอเชิงนโยบายในบทความนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถูกต้องทิศทางสำหรับอนาคตของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข (2535ก) รายงานประจำปีของโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปทั่วประเทศ ประจำปีงบประมาณ 2535 กรุงเทพฯ: กองโรงพยาบาลภูมิภาค
- กระทรวงสาธารณสุข (2535ข) รายงานประจำปีของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศประจำปีงบประมาณ 2535 กรุงเทพฯ : กองสาธารณสุขภูมิภาค
- ถวิล วิสุทธจินดา.2530. พิภพอัถราศุลกากร ระบบฮาร์โมนิซ์ตามพระราชกำหนดพิภพอัถราศุลกากร พ.ศ. 2530 กรุงเทพฯ:ไทยมิตรการพิมพ์.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2535) ภาระงานของแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพฯ : กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุกัลยา คงสวัสดิ์, พินทุสร เหมพิสุทธ์ (2537) สถานการณ์เครื่องสลายนิวไนในประเทศไทย รายงานการวิจัย กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2537) บทบาทของภาคเอกชนในระบบสาธารณสุขไทย เอกสารนำเสนอในที่ประชุมสัมมนาเรื่อง "แนวทางในการสร้างระบบความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน" ณ ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล วันที่ 6 มกราคม 2537
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ประดิษฐ์ วงษ์คนธารัตนกุล, อนุวัฒน์ ศุภยุติกุล และคณะ (2535) การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ที่เหมาะสมสำหรับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย กรุงเทพฯ : แพทยสภา
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2524) รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ทัวราชอาณาจักรปี 2524 สำนักสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2529) รายงานการสำรวจ
ภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนทั่วราชอาณาจักร ปี 2529 สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนัก
นายกรัฐมนตรี กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2531) รายงานการสำรวจ
ภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนทั่วราชอาณาจักร ปี 2531 สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนัก
นายกรัฐมนตรี กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
อักษรไทย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2533) รายงานการสำรวจ
ภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนทั่วราชอาณาจักร ปี 2533 กรุงเทพมหานคร: สำนัก
งานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2534) รายงานการสำรวจ
ภาวะการครองชีพของข้าราชการพลเรือน พ.ศ.
2534 กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนัก
นายกรัฐมนตรี

Dhiratayakinant K (1989). Privatisation: an Analysis
of the Concept and Its Implementation
in Thailand. Bangkok: Thailand Develop-
ment Research Institute Foundation,
Policy Study No. 2

Le Grand J and Robinson R (1986). The Economics
of Social Problems, the Market versus
the State. London: Macmillan.

Myer CN, Mongkolsmai D, Causino N (1985).
Financing health services and medical
care in Thailand (mimeograph). Papers
prepared for the United States Agency
for International Development, Bangkok.

World Health Organisation (1991) A report on
the Interregional Meeting on The Public/
Private Mix in National Health Systems
and the Role of Ministries of Health.
Hacienda Cocoyoc, State of Morelos,
Mexico, 22-26 July 1991.

World Bank (1994) Investing in Health, the 1993
World Development Report. Oxford:
Oxford University Press.

