

รายงานการวิจัย

บทบาทและการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

ต่อสภาวะก่อนและระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจ (พ.ศ. 2539-2544)

(Private Hospital Industry in Thailand after the Economic Crisis, 1996-2001)

วีระศักดิ์ พุทธาศรี

สมหญิง สายธนู

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ



ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขอย่างยิ่งที่ได้สนับสนุนทุนการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลของโครงการสำรวจโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2544

ขอขอบคุณโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งที่เอื้อเฟื้อด้านข้อมูล โดยเฉพาะผู้บริหารโรงพยาบาลที่ได้สละเวลาให้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ ทำให้งานวิจัยนี้มีความครบถ้วนมากขึ้น

ขอขอบคุณ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ได้ให้คำแนะนำที่มีคุณค่าในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนนักวิจัยและผู้ร่วมงานในสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศทุกท่าน ที่สนับสนุนการหาข้อมูลและการจัดส่งเอกสาร

ผู้วิจัย

ชื่อเรื่องวิจัย: บทบาทและการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยต่อสภาวะก่อนและระหว่าง

วิกฤติเศรษฐกิจ (พ.ศ. 2539-2544)

ผู้วิจัย: วีระศักดิ์ พุทธาศรี, สมหญิง สายธนู, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบวิกฤติเศรษฐกิจที่มีต่อธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงการปรับตัวและผลลัพธ์จากการดำเนินการ ข้อมูลจะประกอบด้วยเอกสารการดำเนินการ รายงานการเงินและการสัมภาษณ์ผู้บริหารของโรงพยาบาลตัวอย่าง 75 แห่ง ร่วมกับข้อมูลจากโครงการสำรวจโรงพยาบาลเอกชนปี พ.ศ. 2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ส่วนมุมมองของการกำหนดนโยบายได้จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง เช่น สมาคมโรงพยาบาลเอกชน สถาบันการเงิน และผู้ที่กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง โดยเก็บข้อมูลการดำเนินการของโรงพยาบาลได้ 29 แห่ง(38.6%) ร่วมกับข้อมูลโครงการสำรวจโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 326 แห่ง สัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลจำนวน 31 แห่ง(41.3%) ร่วมกับการวิเคราะห์รายงานการเงินของโรงพยาบาล 62 แห่ง(82.6%) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

ศักยภาพและการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2544 โรงพยาบาลเอกชนมีการกระจายหนาแน่นอยู่ในภาคกลางมากที่สุด รองลงมาคือกรุงเทพฯ โดยโรงพยาบาลขนาดไม่เกิน 50 เตียงมีจำนวนมากที่สุด(53.37%) มีจำนวนผู้ป่วยในมารับบริการเฉลี่ย 4,569 รายต่อแห่งและผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 181.94 ครั้งต่อแห่งต่อวัน จำนวนวันผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.55 วันต่อคน อัตราครองเตียงเฉลี่ยทั้งประเทศที่ 38.76% และระหว่าง ปี 2539-2543 มีการลดลงของจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

สถานการณ์ลงทุนและการเงินของโรงพยาบาลเอกชน ในปี 2543 โรงพยาบาลได้จดทะเบียนประกอบการในรูปบริษัทจำกัดหรือบริษัทจำกัด(มหาชน)มากที่สุด(72.09%) การลงทุนส่วนใหญ่จะอาศัยเงินลงทุนภายในประเทศ(92.64%) ผลการดำเนินการในปี พ.ศ. 2543 ในภาพรวมยังขาดทุนเฉลี่ย 9.50 ล้านบาทต่อโรงพยาบาล โดยมีเพียงโรงพยาบาลขนาดมากกว่า 200 เตียงเท่านั้นที่มีค่าเฉลี่ยรายได้เป็นบวก คือ 20.58 ล้านบาท สำหรับสภาพคล่องของธุรกิจ มีเพียงหนึ่งในสาม(35.48%)เท่านั้นที่มีค่าเงินทุนหมุนเวียน(Working Capital)เป็นบวก ซึ่งจะสอดคล้องกับค่าอัตราส่วนอัตราส่วนเงินสินทรัพย์หมุนเวียน(Current Ratio) อย่างไรก็ตามแม้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มากกว่า 200 เตียงจะมีเงินทุนหมุนเวียนติดลบมาก แต่ค่าอัตราส่วนสินทรัพย์หมุนเวียนจะดีกว่าโรงพยาบาลขนาดอื่นๆ สำหรับโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์เป็นหน่วยการลงทุนหมวดสุขภาพมีจำนวน 10 แห่ง (ไม่นับ 3 กลุ่มมีผลประกอบการต่ำกว่าที่ตลาดหลักทรัพย์กำหนดไว้ต้องอยู่ในหมวดบริษัทที่ต้องปรับปรุงกิจการ) พบว่ายอดขายที่เป็นการบริการรักษาพยาบาล ต้นทุนการบริการและกำไรขั้นต้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่กำไรสุทธิในช่วงเริ่มต้นวิกฤติเศรษฐกิจจะมียอดขายขาดทุนเป็นครั้งแรก แต่เมื่อถึงปี 2544 ยอดกำไรสุทธิเริ่มสูงขึ้นเป็นบวก โดยน่าจะมีผลร่วมจากโครงสร้างบัญชีและการแก้ไขจัดการลงทุน เช่นการปรับโครงสร้างหนี้ เป็นต้น ส่วนการลงทุนภาพรวมโรงพยาบาลเอกชนพบว่าจะมีสัดส่วนที่เป็นสินทรัพย์ถาวรมากกว่าส่วนทุน (Efficiency Ratio > 1.0) เนื่องมาจากการลงทุนสร้าง

อาคารและอุปกรณ์ไปมาก และได้ส่งผลกระทบกับเงินทุนหมุนเวียนของการดำเนินกิจการในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ

ผลกระทบและลักษณะการปรับตัวหลังจากวิกฤติเศรษฐกิจ มีจำนวนโรงพยาบาล 76.99% ที่ได้รับผลกระทบกับจำนวนผู้ป่วยใน รองลงมาเป็นผลกระทบต่อจำนวนผู้ป่วยนอก (69.33%) ซึ่งโรงพยาบาลขนาดเล็กจะได้รับผลกระทบของจำนวนผู้ป่วยมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่โดยเฉพาะกลุ่มที่จ่ายเงินค่ารักษาเองเนื่องจากกำลังซื้อของประชาชนลดลง และการลดสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการในการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลจำต้องลดพื้นที่บริการลดลงตามจำนวนผู้มารับบริการไปด้วยและหันมาสนใจกลุ่มประกันสังคมมากขึ้น โรงพยาบาลทุกขนาดต่างก็มีภาระหนี้สินที่มีดอกเบี้ยแทบทั้งสิ้น โดยเฉพาะปี 2541-2543 โรงพยาบาลขนาด 51-100 เตียงทั้งหมดต้องรับภาระดอกเบี้ยที่เกิดขึ้น โดยค่าเฉลี่ยของภาระดอกเบี้ยของโรงพยาบาลที่มีหนี้สินนั้นจะสูงขึ้นตามขนาดของโรงพยาบาล การปรับตัวที่เกิดขึ้นมีทั้งลดขนาดและปิดกิจการ หลังวิกฤติเศรษฐกิจหนึ่งปีเริ่มมีโรงพยาบาลบางแห่งลดขนาดจำนวนเตียงลง 6 แห่ง และมี 43 แห่งที่ขอปิดกิจการเลย ส่วนจำนวนบุคลากรในระบบไม่ได้ลดจำนวนมากนักเพียงแต่จะได้รับผลกระทบในเรื่องค่าตอบแทนเช่น การปรับลดเงินเดือน นอกจากนี้ยังมีการขยายบริการอื่นๆที่นิยมส่วนใหญ่เป็นการจัดชุดบริการแบบเหมาจ่ายเช่น การคลอด การตรวจสุขภาพ เป็นต้น

แนวโน้มการแข่งขันของธุรกิจ คู่แข่งรายใหม่ที่จะเข้ามาในอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นได้ค่อนข้างยากเพราะ อุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนใช้เงินลงทุนสูง ต้นทุนของการเริ่มผลิตสูง เช่น ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร และเครื่องมือแพทย์ อีกทั้งการหาแพทย์และการชักจูงแพทย์เข้ามาทำงานในโรงพยาบาลเอกชนเปิดใหม่ทำได้ยาก อาจเป็นโอกาสให้ผู้ป่วยเพิ่มอำนาจการต่อรองผู้ซื้อในอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนนั้นสูงขึ้น สื่อสารมวลชนและองค์กรต่างๆของรัฐบาลและเอกชนพยายามเพิ่มอำนาจการต่อของผู้ป่วยโดยการออกกฎหมาย กฎระเบียบเพื่อเพิ่มสิทธิของผู้ป่วย ภาวะการแข่งขันของโรงพยาบาลเอกชนจะเน้นเรื่องของภาพลักษณ์ที่ดีโดยเน้นที่การคัดเลือกแพทย์ที่มีคุณภาพทางด้านความรู้ความชำนาญ การทำการตลาดที่เหมาะสมจะทำให้ภาพลักษณ์ของคุณภาพการรักษาพยาบาลในสายตาของผู้ป่วยสูงขึ้น และส่วนใหญ่ยังคงจะมุ่งเน้นไปยังฐานลูกค้าที่มีระดับรายได้ปานกลางไปถึงสูงซึ่งเป็นกลุ่มที่ให้ความสำคัญต่อการบริการและความสะดวกสบาย ปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลต่ออุตสาหกรรม ประกอบด้วย พรบ.สุขภาพแห่งชาติ, พรบ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, นโยบายการเป็นศูนย์บริการสุขภาพของภูมิภาค, การเปิดเสรีทางการค้า เป็นต้น

ข้อเสนอเชิงนโยบายได้แก่ การใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน การกำหนดจำนวนและขนาดของโรงพยาบาลตามพื้นที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน การควบคุมเรื่องคุณภาพบริการจากแนวโน้มของค่าบริการราคาเดียวจากการเหมาจ่ายรายหัว มีหน่วยงานที่ให้คำแนะนำในการเข้าสู่ธุรกิจโรงพยาบาล การประสานงานเพื่อเพิ่มส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกัน และความเสมอภาคของการตรวจสอบและใช้นโยบายของรัฐ เช่น การรับรองคุณภาพบริการ จะต้องดำเนินการเท่าเทียมกันทั้งของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน โดยเน้นที่ประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองและได้รับประโยชน์สูงสุด

Research Title : Private industry in Thailand after the economic crisis, 1996-2001

Researchers : Weerasak Putthasri, Somying Saithanu, Viroj Tangcharoensathien

International Health Policy Program, Thailand

Abstract

This research aims to study an impact of economic crisis towards private hospital sector and their copying mechanism. Methodologies used were document research, questionnaire survey on throughput to 75 sample hospitals, in-depth interview of medical and non-medical directors and practicing physician in sample hospitals, financial analysts, key member in Private Hospital Association and related key policy makers. The response rate of questionnaire survey on sample hospitals and their financial statements and in-depth interview of private hospitals were 38.6%, 82.6% and 41.3% respectively.

In 2001, diffusion and utilization of private sector was crowded in central region and Bangkok, the capital city of Thailand. Hospitals having more than 50 beds absorbed a large share of private hospitals at 53.37%. Private hospital statistic services presented 4,569 of inpatients visit per hospital, 181.94 of outpatients visit per day per hospital and 38.76% of occupancy rate. The number of both inpatient visit and outpatient visit decreased during 1996-2001.

In 2000, 72.09% of private hospitals registered as company limited and public company limited. Source of fund were from local investment. Their operating loss per hospital was at 9.5 million Baht. However, large hospitals (≥ 200 beds) had operating profit at 20.58 million Baht. About one third of private hospitals, 35.48%, had positive working capital and current ratio. Though large hospitals had surplus working capital, their current ratios were better than other hospitals. There were ten hospitals registered in Stock Exchange of Thailand (SET) excluding three hospitals needed debts restructuring because their operating were under requirement of SET. Income (sale revenue) and cost from providing medical services and operating profit tended to increase continually in hospitals registered in SET. During economic crisis, however, they started to be difficulty with loss net profits. They coped with crisis by organization and/or debts restructuring leading to positive net profit in 2001. Since private hospitals invested more in fix assets than in equities their efficiency ration was > 1.0 and affected their working capital during the crisis.

Economic impacts toward private hospitals were decreasing in number of inpatients (76.99% of total private hospitals) and outpatients (69.33%). Small hospitals were affected more than large hospitals. Decreasing in consumers' purchasing power and civil service medical benefit scheme affected hospitals having main revenue from out-of-pocket. They had to lower ward services and be contracted hospital in Social Security Scheme. All private hospitals had interest burden especially in 1998-2001. Interest burden varied with the hospital size. The larger hospital was the more interest burdened.

Private hospitals' copings to economic crisis were down sizing and permanent shutdown. One year after crisis, 6 hospitals downed sizing and 43 hospitals shutdown. Number of medical and non-medical staffs decreased insignificantly but they received lower return. Most private hospitals increase their revenue by launching delivery package and medical check up.

New competitors were hard to entry to the private hospital industry due to high investment e.g. investment in technologies and medical staffs. This let purchasers had more purchasing power. Media, private agencies and government agencies tried to increase purchasing power through legislate regulation and laws e.g. declaration of patients rights. Competitive form among private hospitals were establishing public image through providing medical care by high expert physician. Expanding market by penetrating service to middle to higher economic group was conducted. External environment e.g. National Health Act, National Security Health Act, policy on center of regional health provision and Trade liberalization may affect the performance of private hospital sector.

We recommend having share resources between public and private sector, defining number and size of hospitals according to health needs are policy recommendations. There should be quality control of medical care under capitation, establishing organization to suggest investment for new entries and more coordination between public and private sectors in making policy decisions. Quality insurance program should be implement impartially between public and private sector by focusing on ultimate customer protection.

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	i
บทคัดย่อ	ii
Abstract	iv
สารบัญ	vi
สารบัญตาราง-ภาพ	vii
 บทที่ 1 บทนำ	 1
 บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
▪ วิกฤติเศรษฐกิจของประเทศไทย พ.ศ.2540	7
▪ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	8
▪ โรงพยาบาลเอกชน: บทบาทต่อระบบสุขภาพไทย	10
▪ โรงพยาบาลเอกชนกับวิกฤติเศรษฐกิจ	14
▪ การปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนหลังการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ	16
▪ นโยบายหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลเอกชน	23
 บทที่ 3 ผลการศึกษา	 27
▪ ศักยภาพและการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน	29
▪ สถานการณ์ลงทุนของโรงพยาบาลเอกชน	37
▪ โรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์	45
▪ ผลกระทบและลักษณะการปรับตัวหลังจากวิกฤติเศรษฐกิจ	53
▪ แนวคิด การดำเนินการ ผลกระทบและการปรับตัวของโรงพยาบาล	55
▪ กรณีศึกษา การดำเนินการ การลงทุนและผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ	70
 บทที่ 4 สรุปผลและอภิปรายผล	 88
 รายการอ้างอิง	 105
 ภาคผนวก	 107

สารบัญตาราง-ภาพ

ตารางที่ 1	โรงพยาบาลตัวอย่างจำแนกตามขนาดและระดับของผลผลิตมวลรวมจังหวัด	4
ตารางที่ 2	รูปแบบการให้บริการเมื่อเจ็บป่วย	8
ตารางที่ 3	พฤติกรรมกรรมการรับบริการและการเจ็บป่วยด้วยกรณีโรคทั่วไปก่อนและหลังวิกฤติเศรษฐกิจ	9
ตารางที่ 4	ร้อยละของปัญหาที่มีกพบบ่ยเวลาไปใช้บริการตามสถานพยาบาล	12
ตารางที่ 5	จำนวนผู้ประกันตนและโรงพยาบาลที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคม พ.ศ. 2538- 2545	14
ตารางที่ 6	ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน หน่วย : ร้อยละ	15
ตารางที่ 7	จำนวนแบบสอบถามการสำรวจโรงพยาบาลเอกชน 2544 จำแนกตามขนาดโรงพยาบาลและพื้นที่	27
ตารางที่ 8	จำนวนโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลและพื้นที่	28
ตารางที่ 9	จำนวนแบบสอบถาม จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลและพื้นที่	28
ตารางที่ 10	จำนวนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามพื้นที่ ประเภทและขนาดของโรงพยาบาล	29
ตารางที่ 11	จำนวนเตียงของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2543 จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล	30
ตารางที่ 12	จำนวนการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2543 จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล	31
ตารางที่ 13	จำนวนเฉลี่ยการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2539-2543	31
ตารางที่ 14	จำนวนวันป่วยของผู้ป่วยในและอัตราครองเตียงของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2539-2543	33
ตารางที่ 15	ราคาค่าเตียงโดยเฉลี่ยของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2543 จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล	34
ตารางที่ 16	จำนวนบุคลากรทั้งหมดของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2543 จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล	34
ตารางที่ 17	จำนวนเฉลี่ยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเต็มเวลาในปี 2539-2544 จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล	35
ตารางที่ 18	จำนวนการให้บริการอื่นๆในปี 2539-2544	36
ตารางที่ 19	การบริการตามระบบประกันสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล	37
ตารางที่ 20	จำนวนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทการจดทะเบียนประกอบการและพื้นที่	37
ตารางที่ 21	ลักษณะการลงทุนจากต่างประเทศในโรงพยาบาลเอกชน	38
ตารางที่ 22	จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนจาก BOI ระหว่าง พ.ศ.2533-2545	38
ตารางที่ 23	รายรับและรายจ่ายของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2543 จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล	39
ตารางที่ 24	การเปลี่ยนแปลงจำนวนโรงพยาบาลและเตียง ระหว่าง ปี พ.ศ. 2536-2543	39
ตารางที่ 25	การรายรับ รายจ่ายเฉลี่ยต่อโรงพยาบาล ระหว่าง ปี พ.ศ. 2540-2544	40
ตารางที่ 26	ภาระดอกเบี้ยของโรงพยาบาล ระหว่าง ปี พ.ศ. 2540-2544	41
ตารางที่ 27	หนี้สินหมุนเวียนและสินทรัพย์หมุนเวียนของโรงพยาบาล ระหว่าง ปี พ.ศ. 2540-2544	44
ตารางที่ 28	รายได้หลักและต้นทุนของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ระหว่าง ปี พ.ศ. 2537-2544	46
ตารางที่ 29	อัตราส่วนหมุนเวียน ของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์	49
ตารางที่ 30	อัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนทุนของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์	50
ตารางที่ 31	อัตราส่วนสินทรัพย์ถาวรต่อส่วนเจ้าของกิจการ ของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์	50
ตารางที่ 32	อัตราส่วนผลตอบแทนของยอดขาย ของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์	51
ตารางที่ 33	ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2543 ที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ	53
ตารางที่ 34	ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชน (2540-2543) ที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ	53
ตารางที่ 35	จำนวนการร้องเรียนการรับบริการของโรงพยาบาลเอกชน	54
ตารางที่ 36	รายละเอียดเงินกู้ยืมของบริษัท ประสิทธิภาพ จำกัด (มหาชน)และบริษัทย่อย 2544	83
ตารางที่ 37	รายงานการเงินของกลุ่มโรงพยาบาลพญาไท ณ ธันวาคม 2544	84
ตารางที่ 38	การรับบริการของผู้ประกันตน จำแนกตามปีและสถานบริการ	90

ภาพที่ 1 จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อโรงพยาบาล จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล	32
ภาพที่ 2 จำนวนรายผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อโรงพยาบาล จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล	32
ภาพที่ 3 รายได้หลัก ต้นทุนขาย กำไรขั้นต้น และกำไรสุทธิของโรงพยาบาลต่างๆ ปี พ.ศ. 2540-2544	42
ภาพที่ 4 สัดส่วนหมุนเวียนและความสามารถในการทำกำไรของโรงพยาบาลเอกชน ระหว่างปี 2540-2544	44
ภาพที่ 5 รายได้หลัก ต้นทุน กำไรขั้นต้นและกำไรสุทธิของโรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์	47
ภาพที่ 6 สัดส่วนของโครงสร้างรายจ่ายหลักของโรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์	48
ภาพที่ 7 อัตราส่วนของงบดุลโรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์ ระหว่างปี 2537-2544	52
ภาพที่ 8 การร้องเรียนของผู้มารับบริการ ระหว่างปี พ.ศ.2540-2543	54
ภาพที่ 9 แสดงเครือข่ายบริษัทโรงพยาบาลรามคำแหง จำกัด(มหาชน) ปี 2544	72
ภาพที่ 10 แสดงสัดส่วนการถือหุ้นของบริษัทที่เกี่ยวข้องกับบริษัทโรงพยาบาลรามคำแหง จำกัด ปี 2544	73
ภาพที่ 11 รายละเอียดเข้าถือหุ้นในกิจการโรงพยาบาล, การศึกษาและอื่น ๆ ของกลุ่มพญาไท 2544	81

บทที่ 1

บทนำ

1. หลักการและเหตุผล

รัฐบาลมีนโยบายให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการเสริมภาครัฐ เพื่อให้การบริการแก่ประชาชนได้อย่างเพียงพอและเป็นการแบ่งเบาภาระการรักษาพยาบาลไปจากภาครัฐ เช่น ส่งเสริมการลงทุนผ่านทางสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) การยกเว้นภาษีศุลกากรนำเข้าสินค้า หรืองบประมาณด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นไม่ทันกับความต้องการของประชาชน การให้สถานพยาบาลของรัฐพึ่งพาเงินรายได้จากการเก็บค่ารักษาโดยตรงจากผู้ป่วย การตรึงอัตราค่าจ้างและอัตราเงินเดือนของข้าราชการ ซึ่งนโยบายดังกล่าวเป็นการกระตุ้นและสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้น จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลเอกชนมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มจาก 23 โรงในปี พ.ศ. 2513 เป็น 473 โรงในปี พ.ศ. 2541 คิดเป็นอัตราการเพิ่มสูงขึ้นถึง 21 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และนอกเหนือจากนโยบายของรัฐดังกล่าวที่ส่งเสริมให้มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบคือ ความไม่พึงพอใจจากการบริการของรัฐที่ล่าช้า การตระหนักและให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชนที่มากขึ้น และการดำเนินการของโครงการประกันสังคม จึงถือได้ว่าการแบ่งเบาภาระของเอกชนจากภาครัฐ เป็นประโยชน์แก่ประชาชนและประเทศชาติอย่างยิ่ง โดยเฉพาะผู้ที่กำลังที่จะจ่ายเงินรักษาพยาบาลเองได้

แต่อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเสรีและก่อนที่รัฐจะวางแผนอย่างเป็นระบบหรือภาวะ *Laissez faire capitalism* ส่งผลให้มีจำนวนโรงพยาบาลเอกชนหนาแน่นให้กลุ่มเมืองและมากเกินไปเกินความต้องการของประชาชน (Over supply) เนื่องจากการขยายตัวของภาคเอกชนขึ้นอยู่กับการเติบโตของเศรษฐกิจเป็นสำคัญ ดังนั้นในภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันจึงส่งผลต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โรงพยาบาลเอกชนเองจึงหาทางออกโดยใช้กลยุทธ์และการปรับตัวต่างๆ ที่แตกต่างกันออกไปในการดำเนินงาน อีกทั้งระเบียบที่กำหนดเกี่ยวข้องกับสถานพยาบาล ส่วนใหญ่มิได้มีข้อความใดในกฎกระทรวงและพระราชบัญญัติสถานพยาบาลที่บัญญัติเพื่อการควบคุมมาตรฐานคุณภาพการบริการโดยเฉพาะขบวนการและผลลัพธ์ คงมีแค่กำหนดโครงสร้างเป็นส่วนใหญ่เท่านั้น ดังนั้น ไม่เพียงแต่บทบาทของภาคเอกชนในระบบบริการสาธารณสุขที่เปลี่ยนไป ยังรวมถึงผลลัพธ์จากการให้บริการอีกด้วย

2. คำถามการวิจัย

- 1) ลักษณะการเข้ารับการรักษาของครัวเรือนไทยในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในระหว่าง ปี พ.ศ. 2539 – 2544 เป็นอย่างไร
- 2) ผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจที่มีต่อโรงพยาบาลเอกชนในรูปของ รายได้ ต้นทุนในการดำเนิน
- 3) การปรับโครงสร้างหนี้ การควบคุมสินค้าคงคลัง และรูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ รวมถึงประสิทธิภาพในการปรับตัวเป็นอย่างไร

- 4) กลยุทธ์หรือกลไกในการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชน ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ต่างจังหวัด เป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบระหว่างขนาดของโรงพยาบาล ประเภทของเจ้าของเช่น บริษัทจำกัด กลุ่มเอกชนที่ไม่แสวงกำไร กลุ่มที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์
- 5) ประสิทธิภาพจากการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนต่อวิกฤตเศรษฐกิจตามขนาด ประเภทของ เจ้าของ ในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด เป็นอย่างไร
- 6) ผลจากการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชน ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขในประเทศไทย อย่างไร

3. วัตถุประสงค์

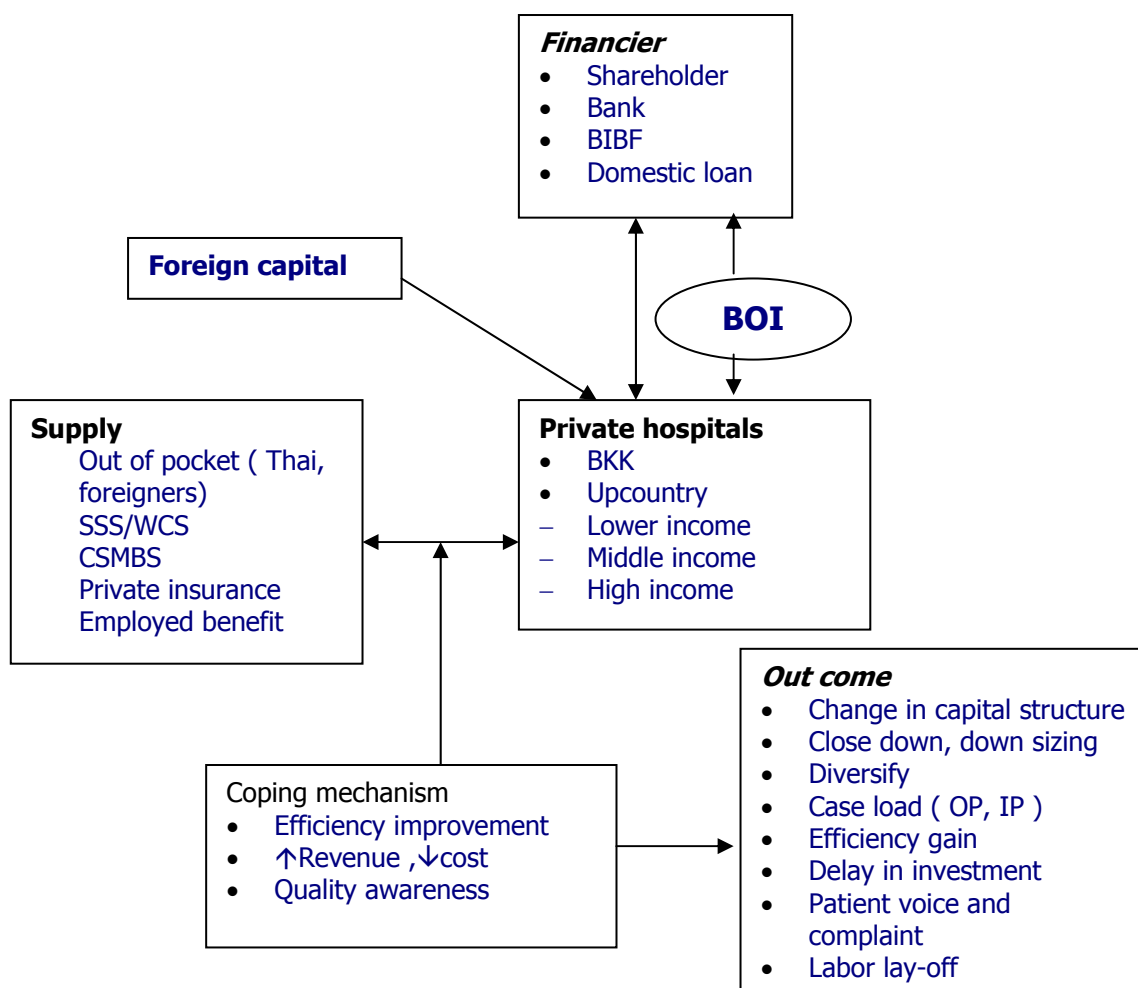
3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจที่มีต่อโรงพยาบาลเอกชน เช่น รายได้ รายจ่าย และกลยุทธ์ในการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินการอยู่ได้ รวมถึงผลลัพธ์จากการปรับตัวเช่น การปิดดำเนินการ การลดจำนวนเตียงในการให้บริการ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างผู้ถือหุ้น การปรับโครงสร้างหนี้ระหว่างโรงพยาบาล

3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่ออธิบายลักษณะการเปลี่ยนแปลงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนของครัวเรือนไทย ในระหว่างปี 2539-2544
- 2) เพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงส่วนแบ่งทางการตลาดในการให้การรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน ในระหว่างปี 2539-2544
- 3) เพื่ออธิบายกลยุทธ์การแข่งขันและการปรับตัวในการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชน เช่น การปรับโครงสร้างหนี้ รายได้ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน การควบคุมผลิตภัณฑ์ในสินค้าคงคลัง รวมถึงรูปแบบในการให้บริการการรักษา
- 4) เพื่อเปรียบเทียบกลยุทธ์การแข่งขันและการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตของโรงพยาบาลเอกชน ตามขนาดของโรงพยาบาล

4. กรอบแนวคิดวิจัย



5. ระเบียบวิธีวิจัย

ขอบเขตงานวิจัย เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด โดยแบ่งตามขนาดโรงพยาบาล (ตารางที่ 1) ประกอบด้วยการศึกษาโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในรูปมูลนิธิไม่แสวงผลกำไร และกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในรูปบริษัทจำกัด และอื่นๆ โดยรวมถึงศึกษาโรงพยาบาลที่เปิดดำเนินการก่อนปี พ.ศ.2539

ตัวอย่างศึกษา กลุ่มโรงพยาบาลตัวอย่าง 75 โรงพยาบาลที่ถูกคัดเลือกทำการศึกษา ตามสัดส่วนจำนวนเตียง โดยตั้งอยู่ใน 11 จังหวัดตัวอย่างตามระดับของผลผลิตมวลรวมจังหวัด (Gross Provincial Products) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โรงพยาบาลตัวอย่างจำแนกตามขนาดและระดับของผลผลิตมวลรวมจังหวัด

ระดับของ	จังหวัดตัวอย่าง	เตียง =<50		51- 100 เตียง		101-200 เตียง		>200 เตียง		total
GPP level	(ลำดับของ GPP)	จำนวน	Sample	ทั้งหมด	ตัวอย่าง	ทั้งหมด	ตัวอย่าง	ทั้งหมด	ตัวอย่าง	sample
กรุงเทพฯ	กรุงเทพ(1)	63	10	22	5	14	4	32	11	30
กลุ่ม GPP สูง	เชียงใหม่(10)	6	1	1	1	6	3	2	2	7
	สมุทรปราการ(4)	14	2	7	3	6	3	1	1	9
	ชลบุรี(3)	4	1	4	1	3	3	1	1	6
	สงขลา(8)	3	1	1	1	3	2			4
	ขอนแก่น(13)	5	2	2	1					3
กลุ่ม GPP กลาง	ราชบุรี(18)	14	2	2	1					3
	สุราษฎร์ธานี(16)	8	2	3	1			1	1	4
	ภูเก็ต (24)	3	1	2	1	1	1			3
	สิงห์บุรี(69)	4	2			1	1			3
กลุ่ม GPP ต่ำ	แพร่(66)	4	2	1	1					3
	รวม	128	26	45	16	34	17	37	16	75

ที่มา : คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

นิยาม

โรงพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลใด ๆ ซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้งและดำเนินการสถานพยาบาลตาม พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เพื่อประกอบการรักษาพยาบาลคนไข้หรือผู้ป่วย ซึ่งมีเตียงรับคนไข้ไว้ค้างคืน และจัดให้มีการวินิจฉัยโรค การศัลยกรรม ผ่าตัดใหญ่ (major surgery) และให้บริการด้านพยาบาลเต็มเวลา ในการวิเคราะห์จะจำแนกโรงพยาบาลออกเป็น 4 กลุ่ม: ไม่เกิน 50 เตียง, 51-100 เตียง, 101-200 เตียง, และมากกว่า 200 เตียง

ประเภทของโรงพยาบาลจำแนกไว้เป็น 2 ประเภท คือ โรงพยาบาลประเภททั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาลแผนปัจจุบัน ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่คนไข้ด้วยโรคทั่วไป มิได้จำกัดเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง กับโรงพยาบาลและสถานพยาบาลประเภทเฉพาะโรค ได้แก่ โรงพยาบาลและสถานพยาบาลแผนปัจจุบัน ซึ่งให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่คนไข้เฉพาะโรค โดยมีผู้ประกอบวิชาชีพโรคศิลป์แผนปัจจุบันในสาขาเฉพาะโรค ทำการรักษาโรคเฉพาะนั้น ๆ เช่น สาขาศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวช สูติ-นรีเวชวิทยา จักษุ โสต ศอ นาสิก จิตเวช ลาริงซ์วิทยา การผดุงครรภ์ เป็นต้น

ประเภทการจัดทะเบียนประกอบการของโรงพยาบาลเอกชน แบ่งออกเป็น

- ส่วนบุคคล
- ห้างหุ้นส่วนจำกัด
- บริษัทจำกัด, บริษัทจำกัด(มหาชน)
- อื่นๆ

ประเภทของการทำงานของบุคลากร บุคลากรเต็มเวลา หมายถึง ผู้ที่ทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ส่วนบุคลากรบางเวลา หมายถึง ผู้ที่ทำงานน้อยกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

วิธีวิจัย

- 1) ทำการทบทวนเอกสารการเข้ารับการรักษาของครัวเรือนไทยในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ระหว่างปี พ.ศ. 2539 – 2544
- 2) ทำการทบทวนเอกสารถึงการเปลี่ยนแปลงส่วนแบ่งทางการตลาดของโรงพยาบาลเอกชน ชน ระหว่างปี พ.ศ. 2539 – 2544 จาก รายงานข้อมูลสถานพยาบาลเอกชนของคณะกรรมการควบคุม การประกอบโรคศิลปะ
- 3) วิเคราะห์ข้อมูลสภาวะโรงพยาบาลเอกชนหลังวิกฤติเศรษฐกิจ โดยใช้ฐานข้อมูลโครงการสำรวจ โรงพยาบาลเอกชน 2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
- 4) ทำการวิจัยเอกสารของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง เช่น จำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย ใน โครงสร้างรายจ่ายในการดำเนินงาน ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน และเงินลงทุนในด้านอื่นๆ ระหว่างปี 2539-2544 โดยการใช้แบบสอบถามและเอกสารจากงบการเงินที่รายงานมายังกระทรวง พาณิชย
- 5) ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกนักวิเคราะห์จากสถาบันการเงินหรือธนาคารผู้ให้กู้ยืม ชมรมโรงพยาบาล เอกชน คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ เรื่องจำนวนและแนวโน้มการกู้ยืมเงินจาก สถาบันการเงินทั้งในและนอกประเทศ, การตระหนักถึงจำนวนโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการมากเกินไป ความต้องการของผู้บริโภค, การบริหารจัดการเงินกู้ภายในประเทศภายหลังค่าเงินบาทลอยตัว และ กลยุทธ์การปรับตัวและประสิทธิผลในการดำเนินงาน
- 6) ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารทั้งฝ่ายแพทย์และฝ่ายบริหารจัดการ ในเรื่องค่าใช้จ่ายในการ ดำเนินงาน กลยุทธ์ในการปรับตัว (เพิ่มรายได้ ลดค่าใช้จ่าย ปรับปรุงประสิทธิภาพในการทำงาน) ผลลัพธ์และประสิทธิผลของแต่ละกลยุทธ์ (การเปลี่ยนโครงสร้างผู้ถือหุ้น การร่วมลงทุนกับ ชาวต่างชาติ การระดมการลงทุน การให้บริการทางการแพทย์ในรูปแบบต่างๆ การเข้าร่วมเป็น โรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม การร่วมมือกับบริษัทประกัน ภาคเอกชน การปิดดำเนินการ การลดขนาดจำนวนเตียงการให้บริการ ภาระงาน (Caseload) การ ปลดพนักงาน และเสียงร้องจากผู้บริโภค) ระหว่างปี พ.ศ. 2539-2544

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ถึงข้อมูลดังต่อไปนี้

- จำนวนโรงพยาบาล จำนวนเตียง ของโรงพยาบาลเอกชนที่ยื่นจดทะเบียน และที่เปิดบริการ รวมถึงสัดส่วนจำนวนเตียงเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลรัฐ ระหว่างปี พ.ศ. 2539-2544
- จำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเงินที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการ ลงทุน ระหว่าง ระหว่างปี พ.ศ. 2533-2544
- จำนวนการให้บริการ (OP visit, IP visit) รายได้ของโรงพยาบาลเอกชนระหว่างปี 2539-2544
- จำนวนโรงพยาบาลที่ปิดดำเนินการ จำนวนโรงพยาบาลที่มีการลดขนาดจำนวนเตียง ระหว่างปี พ.ศ. 2539-2544

- ภาระงานของแพทย์ (OP visit, IP visit) ในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างปี พ.ศ. 2539-2544
- เสี่ยงร้องเรียนจากผู้บริโภค
- กลยุทธ์ในการปรับตัวอื่น ๆ รวมถึงผลลัพธ์จากการปรับตัวของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

6. ข้อจำกัดงานวิจัย

ความถูกต้องข้อมูลที่ได้จากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จะขึ้นกับความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลที่มี และความถูกต้องจากผู้ให้ข้อมูลเอง เพื่อให้ข้อมูลเหล่านี้มีความเชื่อถือมากที่สุดที่งานวิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ Key informants ร่วมด้วย

7. ระยะเวลาในงานปฏิบัติงานวิจัย

กิจกรรม	2545						2546				
	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.
1. จัดระดมสมอง	X										
2. จัดวิพากษ์โครงร่างงานวิจัย(peer review)	X										
3. ทบทวนวรรณกรรม		x	X								
4. รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ			X	X	X						
5. ออกแบบสัมภาษณ์					X						
6. สัมภาษณ์เชิงลึก KI						X	X				
7. สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่ม						X	X				
ร.พ. ตัวอย่าง											
8. วิเคราะห์ข้อมูลและทบทวนเอกสาร(เพิ่มเติม)								X	X		
9. สังเคราะห์ข้อมูล										X	X
10. จัดพิมพ์รายงานผล											X

8. งบประมาณ ได้รับบสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 378,000บาท

9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อแสดงภาวะปัจจุบันและการเปลี่ยนแปลงในโรงพยาบาลภาคเอกชน ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์และสำคัญในการวางแผนและลงทุนในการให้บริการทางการแพทย์
2. ใช้เป็นข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบายที่เหมาะสม ในการวางแผนทิศทางการดูแลสุขภาพโดยเอกชน

10. นักวิจัย

ผ.ศ.ท.พ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
 น.ส.สมหญิง สายธนู สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
 น.พ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

วิกฤติเศรษฐกิจของประเทศไทย พ.ศ. 2540

ตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2540 วิกฤติเศรษฐกิจของประเทศไทยเกิดจากปัญหาโครงสร้างและปัจจัยพื้นฐานในประเทศ มีการก่อหนี้ต่างประเทศระยะสั้นจำนวนมาก และการลงทุนที่ไม่ก่อให้เกิดผลตอบแทนที่คุ้มค่าของภาคเอกชน อาทิเช่น ธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ นอกจากนี้ โครงสร้างการผลิตที่อ่อนแอ และพึ่งพิงต่างประเทศเป็นหลัก และการเปิดเสรีทางการเงินโดยขาดการกำกับและตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ จนทำให้รัฐบาลต้องประกาศลดค่าเงินบาทในที่สุด ซึ่งตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมาค่าเงินบาทลดต่ำลงเหลือประมาณ 40 บาท/ดอลลาร์สหรัฐ ทำให้อัตราดอกเบี้ยเพิ่มขึ้นอย่างมาก ธุรกิจจำนวนมากล้มละลาย และต้องปิดกิจการ มีผู้ว่างงานเพิ่มเป็นจำนวนมากส่งผลให้รายได้ของครัวเรือนลดลง ในขณะที่รายจ่ายเพิ่มสูงขึ้น ภาวะเงินเฟ้อเพิ่มขึ้น รายได้ของรัฐและงบประมาณแผ่นดินลดลง รัฐจึงต้องกู้เงินจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF), ธนาคารโลก, และธนาคารพัฒนาเอเชียเพื่อนำเงินมาอัดฉีดในระบบกระตุ้นเศรษฐกิจ การจ้างงาน แก้ปัญหาสภาพคล่องของธุรกิจต่างๆ ระบบสุขภาพได้รับผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจไปเช่นกัน ได้แก่

ผลกระทบต่อสถานสุขภาพของประชาชน ทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพทางกาย และได้รับผลกระทบที่สามารถวัดได้ทันที กล่าวคือ เมื่อเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ ทำให้มีผู้ว่างงานมาก การหางานทำยิ่งยากขึ้น ทำให้คนมีความรู้สึกเครียด ในขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพบางอย่างมีแนวโน้มลดลง เช่น อัตราการป่วย/ตายจากการทำงาน ส่วนปัญหาสุขภาพทางกายอื่นๆ ไม่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

ผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพของประชาชน ทำให้ประชาชนไม่สามารถจ่ายค่าบริการที่สถานพยาบาล (ทั้งภาครัฐและเอกชน) ก็หันมาใช้บริการจากร้านขายยา หรือซื้อยากินเองมากขึ้น ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แสดงชัดเจนว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนที่ไปสถานบริการต่างๆ ลดลง แต่ที่ไปร้านขายยากลับเพิ่มขึ้น

ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเกิดวิกฤติเศรษฐกิจพบว่าอัตราเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ในมูลค่าจริง) ใน พ.ศ. 2540 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.07 และกลับมีค่าติดลบเป็นร้อยละ -5.02 ใน พ.ศ. 2541 จึงทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงเป็นครั้งแรก โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาครัฐลดลงในอัตราที่มากกว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาคเอกชน งบประมาณด้านสุขภาพของรัฐลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพของรัฐ ปรากฏว่าลดลงอย่างมาก จนกระทั่งงบประมาณใน พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2543 ในมูลค่าจริงน้อยกว่างบประมาณ ใน พ.ศ. 2539 เสียอีก

ผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข เมื่อเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ ประชาชนที่มีกำลังซื้อลดลงก็หันมาใช้บริการในสถานบริการของรัฐมากขึ้น เป็นเหตุให้สถานบริการของรัฐมีภาระที่มากขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะอยู่รักษาต่อในโรงพยาบาลสั้นลงด้วย ส่วนสถานบริการภาคเอกชน ที่ในช่วงที่เป็น

เศรษฐกิจแบบฟองสบู่ โรงพยาบาลเอกชนมีการขยายตัวอย่างมากจากจำนวนเตียงเพียง 9,974 เตียง และจำนวนแพทย์ 1,094 คน ใน พ.ศ. 2530 เป็น 29,945 เตียง และแพทย์ 3,244 คน ใน พ.ศ. 2540 หรือเพิ่มขึ้น 3 เท่าในช่วงเวลา 10 ปี รวมทั้งมีการแข่งขันการลงทุนด้านเทคโนโลยีที่สลับซับซ้อนและราคาแพง จะเห็นได้จากจำนวนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือ CT scan ที่เพิ่มเร็วมาก แต่เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ โรงพยาบาลเอกชนก็ต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับภาระหนี้สินต่างประเทศที่สูงขึ้นจากการกู้ยืมมาลงทุน อันเนื่องมาจากค่าเงินที่ลดลง ซึ่งกองการประกอบโรคศิลปะ ได้สำรวจเมื่อ พ.ศ. 2540 พบว่าภาระหนี้สินของโรงพยาบาลเอกชนที่เพิ่มขึ้นจากการปรับอัตราแลกเปลี่ยน (จาก 25 บาท ต่อดอลลาร์ เป็น 40 บาทต่อดอลลาร์ โดยประมาณ) มีราวหนึ่งหมื่นล้านบาท ประกอบกับกำลังซื้อของประชาชนลดลง การใช้บริการของประชาชนในสถานพยาบาลภาคเอกชน ซึ่งมีราคาสูงมากก็ลดลง จึงทำให้รายได้ของโรงพยาบาลเอกชนลดลง โรงพยาบาลเอกชนทั้งหลายจึงอยู่ในสถานะที่ลำบาก ขนาดรุนแรงที่สุดก็ปิดกิจการ และโรงพยาบาลเอกชนเกือบทุกแห่งต้องปิดตึกบางตึกหรือบางชั้น ต้องปรับลดพนักงานลง ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าในโรงพยาบาลเอกชนหนึ่งในสามอาจจะต้องปิดกิจการในปี 2543-2544

ผลกระทบต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ ภาครัฐเผชิญปัญหาสมองไหลสู่ภาคเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกำลังคนสาขาแพทย์ แต่หลังวิกฤตเศรษฐกิจเกิดภาวะสมองไหลกลับจากภาคเอกชนสู่ภาครัฐ สำหรับภาคเอกชน การจ้างกำลังคนด้านสุขภาพลดลงอย่างมากในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ โรงพยาบาลเอกชนเกือบทุกแห่งลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นลงด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ลดจำนวนคนทำงานลง ลดวันทำงานต่อสัปดาห์ ลดเงินเดือน ลดค่าตอบแทน ลดค่าเวรบางส่วน ลดและงดโบนัส เป็นต้น

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนไม่สามารถจ่ายค่าบริการที่สถานพยาบาล (ทั้งภาครัฐและเอกชน) ก็หันมาใช้บริการจากร้านขายยา หรือซื้อยากินเองมากขึ้น ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แสดงชัดเจนว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนที่ไปสถานบริการต่างๆ ลดลง แต่ที่ไปร้านขายยากลับเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่าสถานพยาบาลภาคเอกชนมีคนไข้ลดลงถึง ร้อยละ 20-70(ณรงค์ศักดิ์-อังคะสุพลา 2543; สุวิทย์-วิบูลผลประเสริฐ 2546)

ตารางที่ 2 รูปแบบการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย

พ.ศ.	2539	2541	2542	2544
ไม่ทำอะไร	0.5		3.9	5.4
รักษาแบบพื้นบ้าน	4.2	2.2	1.6	2.5
ซื้อยากินเอง	17.1	31.7	20.2	24.2
สถานื่อนามัย	34.5		19.2	17.4
รพ.ของรัฐ	19.4	44.1	30.5	34.8
คลินิก/รพ.เอกชน	24.2	22.0	23.8	15.0

ที่มา: (สุวิทย์-วิบูลผลประเสริฐ 2546)

บริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด ได้สำรวจความคิดเห็นของประชาชนในกรุงเทพฯระหว่างวันที่ 7-14 ตุลาคม 2541 จำนวน 1,155 คน สัปดาห์ระหว่างวันที่ 7-14 พฤศจิกายน 2541(โพลล์ศูนย์วิจัย

กสิกรไทย 2 5 4 1) พบว่ากรณีเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป จะมีสัดส่วนการรับรักษาโดยพบแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนลดลงจากทั้งเพศชายและหญิง ตรงข้ามกับโรงพยาบาลของรัฐมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความว่าความเจ็บป่วยของคนไทยลดลงแต่ประการใด ในตารางที่ 3 แสดงว่าความถี่ในการ

เจ็บป่วยกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังวิกฤติเศรษฐกิจ

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการมารับบริการและการเจ็บป่วยด้วยกรณีโรคทั่วไปก่อนและหลังวิกฤติเศรษฐกิจ

	ก่อน พ.ศ.2540		หลัง พ.ศ.2540	
	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย
ที่คลินิก	49.5%	39.3%	43.9%	28.0%
ที่โพลีคลินิก	9.0%	8.5%	9.6%	6.5%
ที่รพ.รัฐบาล	16.5%	25.6%	26.6%	41.0%
ที่รพ.เอกชน	23.1%	24.2%	17.6%	22.0%
อื่นๆ	1.9%	2.4%	2.3%	2.5%
ร้อยละของการเจ็บป่วยด้วยกรณีโรคทั่วไป				
มากกว่าเดือนละ 2-3 ครั้ง	5.3%	6.8%	5.4%	6.3%
เดือนละ 2-3 ครั้ง	11.4%	7.9%	10.1%	9.0%
2-3 เดือนครั้ง	40.7%	38.0%	40.8%	34.4%
ปีละ 2-3 ครั้ง	42.4%	46.6%	43.4%	49.7%
น้อยกว่าปีละ 2-3 ครั้ง	0.3%	0.7%	0.3%	0.7%

ที่มา: ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2541

ผลของการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจจะกระทบต่อสุขภาพทั้งระบบ โดย

1. ด้านอุปทาน (Supply side) จะมีการขยับของต้นทุนเองมาจากอัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ ผลกระทบนี้จะขึ้นกับสัดส่วนการผลิตที่เป็นการนำเข้าจากต่างประเทศ ในส่วนโรงพยาบาลภาครัฐจะประสบปัญหาการเงินจากการตัดงบประมาณ ส่วนภาคเอกชนจะมีรายได้จากลูกค้าที่เป็นชนชั้นกลางและกลุ่มมีรายได้สูงลดลงภาระหนี้สินภาครัฐโดยส่วนรวมส่งผลโดยตรงต่อการบริหารระบบการเงินการคลังของรัฐทำให้ภาครัฐ ทำให้ภาครัฐมีข้อจำกัดมากขึ้นในการจัดสรรทรัพยากรการเงินสำหรับบริการสาธารณะ มีการปรับสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ เช่น การยกเลิกสิทธิในการใช้บริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น (วรพล-พรหมิกบุตร 2545)
2. ด้านอุปสงค์ (Demand side) รายได้ลดลงและมีความเสี่ยงเรื่องการเงิน จากการตกงาน รายจ่ายครัวเรือนเพิ่มขึ้น (WHO 1998)

โรงพยาบาลเอกชน: บทบาทต่อระบบสุขภาพไทย

1

ปรัชญาและแนวคิดของภาคเอกชน

มีความเชื่อว่าการบริการของโรงพยาบาลเอกชนไม่ได้ด้อยไปกว่าโรงพยาบาลรัฐ หากแพทย์หรือผู้ให้บริการตระหนักตามหลักการ good clinical practice (Gallet and Nony 1990) และความเชื่อที่ว่าหากเอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ย่อมจะทำให้สถานะการณ์เกิดการพัฒนาคืบขึ้น ซึ่งเป็นความเชื่อในระบบเสรีนิยม แต่ดูเหมือนจะถูกแปลต่อไปว่าหมายถึงต้องใช้กลไกตลาดแบบเสรีด้วย จึงจะเกิดการดำเนินงานของกลไกตลาด ขณะเดียวกันอีกแนวคิดหนึ่งก็มีความเชื่อว่างานสาธารณสุขนั้น รัฐควรจะเข้ามาแทรกแซงไม่ให้ไปเป็นไปตามกลไกตลาดเหมือนการซื้อขายสินค้าและบริการอื่นๆ เพราะไม่เช่นนั้นจะไม่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคม เหตุผลที่รัฐต้องเข้าแทรกแซงหรือสนับสนุนในเรื่องสุขภาพ (สมศักดิ์-ชูณหรัตน์ 2540) ได้แก่

- การให้และการซื้อบริการ: ผู้จัดหรือผู้ให้บริการกับผู้ซื้อบริการมีข้อมูลความรู้ไม่เท่ากัน ไม่อาจตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง
- การจัดบริการที่เป็นสินค้าสาธารณะ: ผู้ได้ประโยชน์จำนวนหนึ่งไม่ยอมจ่าย หรือผู้ให้บริการทั่วไปอาจไม่ยากให้บริการบางอย่าง
- การตัดสินใจลงทุนเพื่อการให้บริการ: ประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการลงทุน เมื่อมองจากทางด้านธุรกิจ และมองจากด้านสุขภาพอาจไม่สอดคล้องกัน ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดการลงทุนและใช้ทรัพยากรเพื่อใช้ทรัพยากรไม่มีประสิทธิภาพได้
- การลงทุนเพื่อพัฒนาเทคโนโลยี: การลงทุนสูง และอาจจะไม่คุ้มหากเป็นไปตามกลไกเสรี อาจไม่เกิดการพัฒนาเท่าที่ควร
- การดำเนินธุรกิจเพื่อลดความเสี่ยง อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย หรือการให้บริการรักษาพยาบาล: การลดความเสี่ยงนำไปสู่ Moral Hazard และขาดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อการดำเนินการในลักษณะธุรกิจรับประกันความเสี่ยง
- ความเจ็บป่วยของประชาชนผู้ยากไร้: การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิพื้นฐานของทุกคน และไม่ควรถูกจำกัดด้วยเหตุผลใด

2. ข้อจำกัดของสถานพยาบาลของรัฐ

สถานพยาบาลของรัฐซึ่งเป็นผู้บริการรายใหญ่ จะมีปัญหาในการให้บริการ ซึ่งการปรับตัวจะขึ้นกับสภาพคล่องเงินบำรุงและปริมาณผู้ป่วย กับความสามารถในการปรับตัวเพื่อลดต้นทุนในการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้นทุนยาและวัสดุการแพทย์ และค่าตอบแทนบุคลากร ซึ่งเป็นต้นทุนหลัก การลดต้นทุนบริการอาจจะกระทบคุณภาพบริการได้ (วิโรจน์-ตั้งเจริญเสถียร 2542) และหลังเกิดวิกฤติเศรษฐกิจแล้วงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐได้ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพของรัฐ ปรากฏว่าลดลงอย่างมาก จนกระทั่งงบประมาณใน พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2543 ในมูลค่าจริงน้อยกว่างบประมาณ ใน พ.ศ. 2539 เสียอีก เท่ากับว่างบประมาณกระทรวงสาธารณสุขถอยหลังไปถึงกว่า 4 ปี(ณรงค์ศักดิ์-อังคาสกุลพลา 2543)

3. สถานการณ์ของโรงพยาบาลเอกชน อดีตถึงปัจจุบัน

โรงพยาบาลภาคเอกชนขยายตัวอย่างรวดเร็วในช่วงปี 2530-2540 หากนับจำนวนโรงพยาบาลจะเป็นภาครัฐ 77% ส่วนในแง่จำนวนเตียงจะเป็นภาครัฐ 90%(สมศักดิ์-สุนทรศรี 2540) ซึ่งความต้องการลงทุนโรงพยาบาลขึ้นกับสถานการณ์ลงทุนของประเทศ เทคโนโลยีและความต้องการของผู้รับบริการ (Bridges and Sperling 2001) อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นองค์กรไม่แสวงหากำไรจะมีขนาดเล็กลง โดยสัดส่วนเตียงลดลง 12.4% (ปี 2535) และ 7.1% (ปี 2540) (Tangcharoensathien 1993) อย่างไรก็ตามที่ผ่านมา มีประเด็นต่างๆที่กล่าวถึงสถานการณ์ของการลงทุนภาคเอกชนไว้ เช่น

1.ความเหมาะสมของการกระจายอุปกรณ์เทคโนโลยี เช่น CT scanners หรือ MRI รวมทั้งการใช้งานที่ไม่สอดคล้องกับความจำเป็น

2.ความคาดหวังของสังคม เนื่องจากราคารับบริการของโรงพยาบาลเอกชนจะสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐ ทำให้ความคาดหวังของผู้รับบริการมักจะสูงตามไปด้วย มีคำร้องเรียนที่ผ่านแพทยสภาและสื่อสารมวลชน และการฟ้องร้องเรื่องการบริการที่มีแนวโน้มสูงขึ้น อาจเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลสูงขึ้นเนื่องจากการสั่งซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์มาจากต่างประเทศ นอกจากนี้เวชภัณฑ์ที่ต้องใช้วัตถุดิบ อุปกรณ์เครื่องจักรที่ใช้ในการผลิต และบรรจุภัณฑ์ที่สั่งซื้อมาจากต่างประเทศ เช่น น้ำเกลือต้องสั่งซื้อเกลือมาจากต่างประเทศ ก็จะมีราคาสูงขึ้นเช่นเดียวกัน โรงพยาบาลที่กู้เงินจากต่างประเทศหรือในประเทศก็ต้องเสียดอกเบี้ยเงินกู้ที่มีอัตราสูงขึ้น ภาระอันหนักหน่วงนี้โรงพยาบาลเอกชนจะต้องได้รับการแบ่งเบาจากรัฐบาลและประชาชนผู้ใช้บริการ แนวโน้มของโรงพยาบาลเอกชนในอนาคตอันใกล้นี้ก็คือ จะต้องมีการเพิ่มอัตราค่าบริการดังที่มีโรงพยาบาลบางแห่งได้วางแผนการขึ้นค่าบริการเอาไว้ล่วงหน้าแล้ว เช่น โรงพยาบาลพญาไท โรงพยาบาลวิชัยยุทธ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลสมิติเวช โรงพยาบาลพระราม 9 และโรงพยาบาลกรุงเทพ เป็นต้น การเพิ่มค่าบริการเพียงเพื่อเพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาลโดยไม่ปรับปรุงบริการจะทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรมขึ้นได้ เพราะในปัจจุบันแพทย์ตามโรงพยาบาลเอกชนใช้เวลาให้กับผู้ป่วยน้อยมากอยู่แล้ว ผู้ป่วยได้พบแพทย์คนละ 2-3 นาทีเท่านั้นเอง สาเหตุสำคัญก็เนื่องจากแพทย์ต้องใช้เวลาในการเดินทางเพื่อไปทำงานหลายแห่งทำให้ไม่มีเวลามากพอกับงานในแต่ละแห่งมากนัก(จิรพัฒน์ ม่วงโพธิ์ 2540)

ปัญหาที่พบจากการจัดบริการคือ ค่ารักษาพยาบาลที่บิดเบือนไป เช่น สูงเกินความเป็นจริง ผู้จัดบริการกระตุ้นอุปสงค์ ระบบการจ่ายเงินที่ต่างกันจะส่งอิทธิพลยังรูปแบบของพฤติกรรมของการบริการแทบทั้งสิ้น การขาดนโยบายและทิศทางที่แน่นอนเกี่ยวกับสถานพยาบาลเอกชนนั้น เกิดการไหลออกของบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมแล้วจากภาครัฐ ต้นทุนสังคม ต้นทุนการลงทุนเทคโนโลยีราคาแพง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์จะเปลี่ยนเป็นการจ่ายต่างตอบแทนในเชิงพาณิชย์มากขึ้นนั้นได้ส่งผลให้มีคดีย้องเรียนและฟ้องร้องสูงขึ้นตามมา สิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างเลียงไม่ได้ เช่น การพัฒนารูปแบบการจ่าย มีนโยบายที่เข้มแข็ง องค์กรวิชาชีพต้องเพิ่มบทบาทในการดูแลปัญหาในแง่จริยธรรมมากขึ้น(Pitayarangsarit S 2001)

โดยความเป็นจริงแล้วการจ่ายค่าบริการเกินกว่าที่ควรจะเป็น(Overcharge) เกิดได้ทั้งการบริการภาครัฐและเอกชน โดยผลของรูปแบบการจ่ายและการกำกับดูแล เช่นกรณีของ พรบ.คุ้มครอง

อุบัติเหตุรถยนต์หรือสวัสดิการรักษายาบาลของราชการ ค่ารักษายาบาลมักจะใกล้เคียงกับที่เพดานสูงสุดกำหนดไว้ เช่น กองทุนทดแทนกำหนด 30,000 บาท และพรบ.คุ้มครองอุบัติเหตุรถยนต์ กำหนดไว้ที่ 50,000 บาท เป็นต้น

ความล้มเหลวของกลไกตลาดเนื่องมาจากระดับของข้อมูลข่าวสารที่มี กระนั้นอุปสงค์ก็อาจเป็นปัจจัยกำหนดราคาค่าบริการ เช่น ในการสำรวจโรงพยาบาลเอกชน 16 แห่งในกรุงเทพฯ ก่อนวิกฤติเศรษฐกิจปี 2540 และปี 2543 พบว่าอัตราค่าบริการผ่าตัดคลอด (cesarean services) ลดลง 19% (ลดจาก 50,100 ลงมา 40,500 บาท) และการคลอดปกติราคาลดลง 29% (จาก 36,000 มาที่ 25,300 บาท) (Bhatiasavi 1997, Yenjittr 2000). (Pitayarangsarit S 2001)

โพลล์ศูนย์วิจัยธนาคารกสิกรไทยได้สำรวจความคาดหวังและปัญหาที่มักพบในการไปรับบริการการในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน โดยผู้มารับบริการคำนึงถึงเวลาที่เสีย และการบริการต่างๆที่ไม่ใช่บริการแพทย์โดยตรง (โพลล์ศูนย์วิจัยกสิกรไทย 2541)

ตารางที่ 4 ร้อยละของปัญหาที่มักพบบ่อยเวลาไปใช้บริการตามสถานพยาบาล

	หญิง	ชาย
เสียเวลามาก	28.30%	31.30%
ใช้คำพูดไม่สุภาพ	8.10%	5.20%
ราคาแพง	7.90%	8.00%
บริการไม่ประทับใจ	7.50%	7.80%
บุคลากรมารยาทไม่ดี	2.80%	1.30%
บุคลากรไม่เพียงพอ	2.60%	1.90%
รักษาไม่ได้ผล	2.50%	2.40%
สถานที่สกปรก	1.90%	1.50%
ขาดความเสมอภาคในการ	1.80%	2.60%
เดินทางไม่สะดวก	1.50%	2.20%

ที่มา: ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2541

สำหรับสถานการณ์ของโรงพยาบาลเอกชนในแง่ของผู้บริโภค โพลล์ของบริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัดชี้คุณภาพของบริการโรงพยาบาลเอกชนมีผลมาจากปัจจัยต่างๆกล่าวคือ บุคลากร อาคาร สถานที่ที่ให้บริการ ยาและอุปกรณ์ในการรักษายาบาล ปัจจัยทั้งสามอย่างเมื่อเปรียบเทียบกับแล้ว บุคลากรในการให้บริการเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุด รองลงมาคือสถานที่ที่ให้บริการ และบุคลากรในการรักษายาบาล บุคลากรในการให้บริการรวมถึงเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติ เจ้าหน้าที่จ่ายยา เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี เจ้าหน้าที่โภชนาการ พนักงานขับรถและเข็นรถ ฯลฯ ส่วนบุคลากรในการรักษาหมายถึงแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด เป็นต้น ประชาชนต้องการความสะดวกสบายจากสถานที่ที่ให้บริการและความสะดวกรวดเร็วจากเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ ในส่วนของอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษา โรงพยาบาลเอกชนได้พยายามเพิ่มเครื่องมือเครื่องใช้ในการตรวจรักษาให้มีความทันสมัยมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การเก็บข้อมูลของผู้ป่วยด้วยระบบคอมพิวเตอร์จะช่วยให้การตรวจวินิจฉัยโรคถ้าหากมีการใช้คอมพิวเตอร์ก็สามารถกระทำได้ด้วยความสะดวกมากยิ่งขึ้น (จิรพัฒน์ ม่วงโพธิ์ 2540)

3. อุทากที่เกิน อัตราการครองเตียงที่ต่ำ และอัตราการใช้เครื่องราคาแพงที่ยังไม่ถึงจุดเหมาะสม เช่น อัตราเฉลี่ยการใช้เครื่อง MRI ในปี 2539 เป็น 861 รายต่อปีในภาคเอกชน และ 1,081 ในภาครัฐ ขณะที่ความสามารถสูงสุดสามารถให้บริการได้ถึง 2,500 รายต่อปี (Hanvoravongchai, et al 1999).

4. การสนับสนุนการลงทุนของ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (The Board of Investment of Thailand—BOI) นับจากปี 2516 การลงทุนธุรกิจโรงพยาบาลได้รับการจูงใจโดยมาตรการภาษีและมีการขยายการลงทุนอย่างต่อเนื่อง แต่เริ่มมีการชะลอลงไปตั้งแต่กลางปี 2540 และระยะหลัง BOI มีมาตรการจัดเขตให้เกิดแรงจูงใจให้มีการลงทุนนอกกรุงเทพมหานครมากขึ้น (Pitayangsarit S 2001) โดยคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนได้กำหนดเงื่อนไขที่จะส่งเสริมกิจการสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 50 เตียงขึ้นไป และในต่างจังหวัดที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 25 เตียงขึ้นไป จากเงื่อนไขของจำนวนเตียงจะเห็นได้ว่า การจะได้รับการส่งเสริมนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพราะถ้าหากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่มากก็จะต้องใช้เงินทุนมาก และถ้าขอรับการส่งเสริมเกิน 500 ล้านบาทขึ้นไปก็จะต้องทำการศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการ (Feasibility Study) เสนอคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนด้วย เป็นที่น่าสังเกตว่า โรงพยาบาลเอกชนได้รับการส่งเสริมจำนวนน้อยมากทั้งๆที่ได้รับการส่งเสริมเป็นจำนวนเงินเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2532-2534 แต่ตั้งแต่ปี 2533-2534 มีจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการส่งเสริมน้อยลงและยังไม่มีโรงพยาบาลที่ได้รับการส่งเสริมตั้งแต่ปี 2535 ตามเอกสารล่าสุดจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน โดยที่โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครได้รับการส่งเสริมเพิ่มจาก 358 ล้านบาทเป็น 519 ล้านบาทโดยเฉลี่ยสำหรับโรงพยาบาลในต่างจังหวัดได้รับการส่งเสริมเพิ่มจาก 69 ล้านบาทเป็น 233 ล้านบาทโดยเฉลี่ย การที่โรงพยาบาลเพียงไม่กี่แห่งได้รับการส่งเสริมในแต่ละปีอาจจะเป็นเพราะว่า การลดหย่อนภาษีอากรเข้าสำหรับเครื่องจักรไม่ได้รับความสนใจจากนักลงทุน จึงควรยกเว้นภาษีอากรเข้าเครื่องจักรให้กับเขตการลงทุนทุกเขตส่งเสริมการลงทุน หรืออาจจะเป็นเพราะโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้วิธีเช่าหรือเช่าซื้อเครื่องมือเครื่องจักรแทนที่จะสั่งซื้อจากต่างประเทศ นอกจากนี้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาษีเงินได้นิติบุคคลน่าจะเป็นปัญหาที่นักลงทุนต้องพยายามรักษาผลประโยชน์เอาไว้ การยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคลในเขตส่งเสริมการลงทุนทุกเขตแล้วพยายามที่จะนำส่วนที่ยกเว้นนี้ไปลดหย่อนในค่ารักษาพยาบาลก็จะทำให้ค่ารักษาพยาบาลต่ำลงจนกระแสรักษาธุรกิจในปัจจุบัน และประการสุดท้ายก็คือ คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนควรมีนโยบายที่จะสนับสนุนให้มีการลงทุนจากต่างประเทศ โดยมีการประสานงานระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชนในการดำเนินธุรกิจ เช่น ศูนย์บริการผู้สูงอายุชาวต่างประเทศ เป็นต้น ก็จะเป็นแนวทางในการช่วยส่งเสริมสภาพคล่องภายในประเทศได้ทางหนึ่งด้วย (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย 2540)..

โรงพยาบาลเอกชนกับวิกฤติเศรษฐกิจ

รายรับลดลง: จากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 มาจนถึงปัจจุบัน ประชาชนที่มีรายได้น้อย มีรายได้ไม่พอที่จะซื้อบริการจากโรงพยาบาล เลือกใช้วิธีซื้อยารักษาตนเองมากขึ้น และถ้าจำเป็นจริงๆ จะใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐมากกว่าของเอกชน ทำให้โรงพยาบาลเอกชนประสบปัญหารายได้ลดลง บางโรงพยาบาลต้องลดจำนวนเตียงลง 1 ใน 3 และแก้ปัญหาโดยการเข้าร่วมในกองทุนประกันสังคม และงดใช้จ่ายจากต่างประเทศที่มีราคาแพง เปลี่ยนมาใช้ยาในบัญชียาหลักเพิ่มมากขึ้น(ทวีศักดิ์-สุททวาทิน) และเมื่อเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ โรงพยาบาลเอกชนก็ต้องประสบปัญหาภาระหนี้สินต่างประเทศที่สูงขึ้นจากการกู้ยืมมาลงทุน อันเนื่องจากค่าเงินที่ลดลง ซึ่งกองการประกอบโรคศิลปะ ได้สำรวจเมื่อ พ.ศ. 2540 พบว่าภาระหนี้สินของโรงพยาบาลเอกชนที่เพิ่มขึ้นจากการปรับอัตราแลกเปลี่ยน (จาก 25 บาท ต่อดอลลาร์ เป็น 40 บาทต่อดอลลาร์ โดยประมาณ) มีราวหนึ่งหมื่นล้านบาท ประกอบกับกำลังซื้อของประชาชนลดลง การใช้บริการของประชาชนในสถานพยาบาลภาคเอกชน ซึ่งมีราคาสูงมากก็ลดลง จึงทำให้รายได้ของโรงพยาบาลเอกชนลดลง โรงพยาบาลเอกชนทั้งหลายจึงอยู่ในสถานะที่ลำบาก ขนาดรุนแรงที่สุดก็ปิดกิจการ และโรงพยาบาลเอกชนเกือบทุกแห่งต้องปิดตึกบางตึกหรือบางชั้น ต้องปรับลดพนักงานลง ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าในโรงพยาบาลเอกชนหนึ่งในสามอาจจะต้องปิดกิจการในปี 2543-2544 ดังนั้นโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ โดยเฉพาะที่มีเครือข่ายโรงพยาบาลหลายแห่งเกือบทั้งหมด จึงต้องพยายามปรับตัวกันขนานใหญ่ เช่น เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพภายใต้ พรบ.ประกันสังคม ปรับปรุงการตลาดโดยมุ่งขายบริการเป็น package(ณรงค์ศักดิ์-อังคาสกุลพลา 2543) ซึ่งพบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2542 มีโรงพยาบาลเอกชนขอเข้าร่วมระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ประกันตนและโรงพยาบาลที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคม พ.ศ. 2538- 2545

	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545
จำนวนสถานประกอบการ	73,604	82,582	90,656	93,093	100,360	107,228	110,814	290,494
จำนวนผู้ประกันตน(ล้านคน)	5.81	5.59	6.08	5.42	5.68	5.81	5.87	6.88
จำนวนสถานพยาบาล	189	198	196	205	231	244	261	268
สถานพยาบาลหลัก								
โรงพยาบาลรัฐ	126	126	127	127	128	130	133	136
โรงพยาบาลเอกชน	63	72	69	78	103	114	128	132
สถานพยาบาลเครือข่าย	-	-	-	-	1,730	1,756	2,048	2,250

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

อย่างไรก็ดี พบว่าวิกฤติเศรษฐกิจมีผลกระทบต่อโรงพยาบาลระดับบนน้อยกว่าโรงพยาบาลระดับล่าง เนื่องจากโรงพยาบาลพวกแรกมักมุ่งเน้นคนไข้คนไทยที่มีรายได้สูง ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนระดับล่างมีปัญหามาจากการที่ยอดคนไข้ลดลงมาก เนื่องจากคนไข้กลุ่มนี้หันไปใช้บริการจากโรงพยาบาลรัฐซึ่งถูกกว่า ส่งผลให้จำนวนคนไข้ในโรงพยาบาลเอกชนลดลงร้อยละ 40 ในช่วงครึ่งแรกของปี 2541 ขณะที่จำนวนคนไข้ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐบาลเพิ่มขึ้นในจำนวนใกล้เคียงกัน (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย 2541)

รายจ่ายและต้นทุนเพิ่มขึ้น: ธุรกิจโรงพยาบาลรวมถึงธุรกิจใหม่ที่จะเกิดขึ้นและธุรกิจที่ดำเนินการอยู่แล้วโดยทั่วไปธุรกิจโรงพยาบาลมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 อย่างคือ ตัวโรงพยาบาล เครื่องมือเครื่องใช้และอุปกรณ์การแพทย์ และยารักษาโรคและเวชภัณฑ์ต่างๆ ธุรกิจใหม่จะต้องลงทุนเป็นจำนวนมากในการก่อสร้างตัวโรงพยาบาล ยิ่งไปกว่านั้นถ้ามีการซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ก็就会有ค่าใช้จ่ายเพื่อลงทุนในด้านนี้เพิ่มขึ้น แต่ถ้าเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ใช้วิธีการเช่าซื้อจะทำให้โรงพยาบาลใหม่ไม่จำเป็นต้องลงทุนด้วยเงินเป็นจำนวนมาก สำหรับธุรกิจโรงพยาบาลที่ดำเนินการอยู่แล้ว ถ้าหากไม่มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับตัวโรงพยาบาลและ/หรือเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ ต้นทุนหลักๆจะเกี่ยวข้องกับยารักษาโรคและเวชภัณฑ์ต่างๆ กอปรกับต้นทุนในการดำเนินการเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์เช่นนี้ธุรกิจยารักษาโรคและเวชภัณฑ์ตลอดจนธุรกิจเครื่องมือและอุปกรณ์วิทยาศาสตร์การแพทย์นับได้ว่าได้รับผลกระทบจากอัตราแลกเปลี่ยนมากกว่าองค์ประกอบส่วนอื่นๆของธุรกิจโรงพยาบาลโดยเฉพาะในส่วนที่นำเข้าจากต่างประเทศ(ศูนย์วิจัยกสิกรไทย 2540)

นอกจากอัตราการแลกเปลี่ยนมีผลโดยตรงต่อการกู้เงินจากต่างประเทศในการดำเนินการโรงพยาบาลแล้ว แต่ละปัจจัยข้างกลางยังได้รับผลกระทบจากอัตราแลกเปลี่ยนซึ่งนับได้ว่ามีผลทางอ้อมต่อโรงพยาบาลได้แก่

- ต้นทุนการผลิตยารักษาโรคในส่วนที่นำเข้าจากต่างประเทศ ร้อยละ 31.93
- ต้นทุนการผลิตเครื่องมือและอุปกรณ์วิทยาศาสตร์และการแพทย์ในส่วนที่นำเข้าจากต่างประเทศ ร้อยละ 30.46
- ต้นทุนการผลิตเคมีภัณฑ์ในส่วนที่นำเข้าจากต่างประเทศ ร้อยละ 29.22
- ต้นทุนไฟฟ้าในส่วนที่นำเข้าจากต่างประเทศ ร้อยละ 27.41
- ต้นทุนการผลิตเคมีภัณฑ์ในส่วนที่กักเก็บจากสถาบันการเงินในประเทศ ร้อยละ 3.39
- ต้นทุนการผลิตเครื่องมืออุปกรณ์วิทยาศาสตร์การแพทย์ในส่วนที่กักเก็บจากสถาบันการเงินในประเทศ ร้อยละ 2.15(ศูนย์วิจัยกสิกรไทย 2540)

ตารางที่ 6 ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน หน่วย : ร้อยละ

ปัจจัย	ต้นทุนต่างประเทศ	ต้นทุนในประเทศ
<u>ผลทางตรง</u>		
แรงงาน		+1.04
ภาษี		+0.48
<u>ผลทางอ้อม</u>		
ต้นทุนยารักษาโรค	+13.35	
เคมีภัณฑ์	+15.14	
เครื่องมือและอุปกรณ์	+13.87	
การแพทย์อื่นๆ		

ที่มา : ฝ่ายวิจัยเศรษฐกิจจุลภาค บริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด

จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนจะมีต้นทุนเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.14 และถ้าเงินบาทอ่อนตัว 25 สตางค์จะมีผลทำให้ต้นทุนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.05 (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย 2540)

ภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเป็นดอกเบี้ยเงินกู้ โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่เสียดอกเบี้ยเพิ่มขึ้นทุกปีถึงแม้ว่าอัตราดอกเบี้ยเงินกู้ได้เริ่มลดลงในช่วงครึ่งปีหลังของปี 2541 โดยที่อัตราดอกเบี้ยเงินกู้เฉลี่ยสำหรับลูกค้าชั้นดีคิดเป็นร้อยละ 13.396 ร้อยละ 13.583 และร้อยละ 14.417 ในปี 2539 ปี 2540 และปี 2541 ตามลำดับ แต่ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์โดยส่วนใหญ่มีภาระรายจ่ายด้านดอกเบี้ยเพิ่มขึ้นมาก นอกจากนี้เงินทุนที่กู้มาจากต่างประเทศก็ต้องเสียเปรียบอัตราแลกเปลี่ยนเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน ซึ่งก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องชำระดอกเบี้ยเงินกู้เพิ่มขึ้นตลอดมา โดยที่อัตราแลกเปลี่ยนอยู่ที่ระดับ 25 บาทต่อดอลลาร์สหรัฐ 31 บาทต่อดอลลาร์สหรัฐ และ 41 บาทต่อดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2539 ปี 2540 และปี 2541 ตามลำดับ(จรรยาพร 2542)

นอกจากนี้ ผลกระทบต่อเนื่องของวิกฤติโรงพยาบาลเอกชน ได้ส่งผลกระทบต่อธุรกิจที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ด้วย เช่น ตลาดเครื่องมือการแพทย์ยังคงมีแนวโน้มซบเซาอันเนื่องมาจากวิกฤติเศรษฐกิจและการมีอุปทานเกินโรงพยาบาลที่มีอยู่ล้นประสพปัญหาการขาดสภาพคล่องทางการเงิน.(Source: US Dept of State FY2000 Country Commercial Guide)

การปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนหลังการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ

เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะซบเซาของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ขณะที่มีการต้องแบกรับดอกเบี้ยไว้จำนวนมาก ตลอดจนต้นทุนการดำเนินการที่สูงขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายด้านเวชภัณฑ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ปรับตัวสูงขึ้นจากเงินบาทที่อ่อนค่าลง ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่งต่างพากันหาหนทางปรับตัวเพื่อความอยู่รอดอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน เริ่มตั้งแต่การลดต้นทุนที่ไม่จำเป็นลงทุกรูปแบบ และหาทางสร้างรายได้ด้วยการให้บริการใหม่ๆ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. ลดจำนวนเตียงลง เพื่อลดค่าใช้จ่าย รวมทั้งชะลอการลงทุนใหม่ เนื่องจากสถานการณ์ในขณะนี้ไม่เหมาะต่อการขยายการให้บริการ
2. ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรด้วยการลดจำนวนพนักงาน ลดเวลาทำงาน ลดเงินเดือนและค่าเบี้ยเลี้ยงพิเศษ ตลอดจนขอลดค่าบริการของแพทย์ลง เพื่อจะได้ไม่ต้องผลักภาระค่าใช้จ่ายให้แก่คนไข้ด้วยการปรับค่าบริการให้สูงขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรของโรงพยาบาล (รวมแพทย์ พยาบาลและอื่นๆ) นับเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงที่สุด โดยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 56 ของต้นทุนทั้งหมดของโรงพยาบาล ในขณะที่เป็นค่าใช้จ่ายด้านยาร้อยละ 26 ค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดอื่นๆ ร้อยละ 11 และค่าใช้จ่ายด้านสาธารณูปโภคและการซ่อมแซม ร้อยละ 7
3. ลดค่าใช้จ่ายในการสต็อกยา ด้วยการสั่งซื้อยาแบบสั่งซื้อเมื่อใช้ (Just-in-time system) ทำให้ช่วยลดภาระด้านนี้ลงได้มาก
4. มีโรงพยาบาลเอกชนจำนวนไม่น้อยหันเข้าสู่ระบบประกันสังคม เพื่อเพิ่มรายได้เข้าโรงพยาบาล
5. โรงพยาบาลจำนวนมากหันมาพัฒนาระบบมาตรฐานการให้บริการเพื่อนำไปสู่ระบบ ISO9002 เช่น โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลในเครือธนบุรี โรงพยาบาลรามคำแหง โรงพยาบาลลานนา เชียงใหม่ เป็นต้น

6. โรงพยาบาลหลายแห่งหันมาจัดแคมเปญในลักษณะของการตรวจรักษาแบบเหมาจ่ายเป็นแพ็คเกจ ในราคาพิเศษ โดยจะเห็นโฆษณาตามหน้าหนังสือพิมพ์ ระบุราคาค่าห้องพักเมื่อใช้บริการ รักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และค่าตรวจรักษาที่ถูกกลงมาก เช่นค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ และการคลอดบุตร เป็นต้น
7. เจาะกลุ่มลูกค้าเฉพาะมากขึ้นด้วยการพัฒนาการให้บริการแบบเฉพาะทาง เช่นการเป็นศูนย์โรคหัวใจของโรงพยาบาลกรุงเทพ และโรงพยาบาลพญาไท ศูนย์บริการความงามครบวงจรของโรงพยาบาลยันฮี รวมถึงศูนย์โรคสมอง ทางเดินปัสสาวะ ไต หู คอ จมูก ตา ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และศูนย์รักษาสมองโดยไม่ต้องผ่าตัด (ศูนย์แก้มมาไนท์) เป็นต้น นอกจากนี้ โรงพยาบาลบางแห่ง กำลังหันมาให้บริการด้านอาหารเพื่อสุขภาพ การนวดฝ่าเท้า การบริหารร่างกาย การรับเลี้ยงเด็ก และคนชราอีกด้วย
8. การหันไปเจาะกลุ่มคนใช้ชาวต่างชาติอย่างจริงจัง ซึ่งหลายโรงพยาบาลได้ทำแล้ว เช่น โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลพญาไท โรงพยาบาลวิภาวดีเคเค และโรงพยาบาลปิยะเวท เป็นต้น(ศูนย์วิจัยกิจการไทย 2541)

การลดต้นทุน จากการสำรวจส่วนห้องตรวจปฏิบัติการของโรงพยาบาล 45 แห่ง พบว่าการควบคุมต้นทุนเป็นนโยบายที่สำคัญมาก มี 43 แห่งที่มีมาตรการประหยัดการใช้ไฟฟ้า มีโรงพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับการใช้งานวัสดุที่ไม่จำเป็น(รวมทั้งวัสดุที่ใช้แล้วไม่สามารถนำกลับมาใช้ได้อีก) น้ำและโทรศัพท์ ร้อยละ 80, 80 และ 87 ตามลำดับ นอกเหนือจากการควบคุมต้นทุนงบลงทุน (capital cost) อื่นๆและการตัดภาระรายจ่ายบุคลากรที่ทำนอกเวลาลง มีมาตรการเรื่องจัดซื้อและลดการเก็บเข้าคลังของวัสดุ โดย 23 แห่งได้เปลี่ยนจัดซื้อวัสดุที่มีราคาถูกลงแต่มีคุณภาพใกล้เคียงกัน การจัดซื้อเป็นงวดใหญ่พร้อมกันจะมีอำนาจต่อรองเรื่องราคาได้ (Sirisali, Vattanaviboon et al. 1999)

การประหยัดคือการรักษาการผลิตที่ใช้ต้นทุนต่ำ การประหยัดสามารถทำได้หลายวิธี เริ่มจากการตรวจสอบสินค้าคงคลังเพื่อให้แน่ใจว่ามีสินค้าอยู่เพียงพอกับความต้องการ ไม่เกินความต้องการ ถ้าหากมีการขาดเหลือก็จะสามารถสั่งสินค้าเข้ามาใหม่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สินค้าดังกล่าวได้แก่ ยา รักษาโรคและเวชภัณฑ์ เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ เครื่องเขียน เครื่องนุ่งห่มสำหรับผู้ป่วย ฯลฯ การสร้างพันธมิตรทางธุรกิจ (Business Alliance) เป็นการรวมกันระหว่างโรงพยาบาลเอกชนเพื่อจะได้ลงทุนร่วมกัน สิ่งของร่วมกัน เพื่อจะได้สิ่งของที่ละมากๆและจะได้ราคาถูก อีกอย่างหนึ่งก็คือเมื่อรวมกันแล้วก็อาจจะตั้งเป็นบริษัทใหม่ขึ้นมาเพื่อนำเข้าจากต่างประเทศ เช่นเคมีภัณฑ์ ยารักษาโรค และเวชภัณฑ์ หรือผลิตสินค้าดังกล่าวขึ้นมาใช้กับโรงพยาบาลในกลุ่มก็ได้ การประหยัดรายจ่ายรักษาโรคและเวชภัณฑ์อาจดำเนินการได้อีกอย่างหนึ่ง โดยการสั่งซื้อยารักษาโรคและเวชภัณฑ์จากองค์การเภสัชกรรมซึ่งจะทำให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพและมีราคาถูก อย่างไรก็ตามได้มีการโต้แย้งว่าการให้มีการค้าขายภายในประเทศอย่างเสรีนั้น จะทำให้บริษัทผลิตยาของเอกชนผลิตยาที่มีราคาถูกโดยการลดคุณภาพลงด้วย ซึ่งระบบการตรวจสอบในเรื่องนี้ยังไม่พร้อมสำหรับหน่วยงานที่รับผิดชอบ แต่สำหรับเรื่องนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควรจะต้องมีความพร้อมและมีการเข้มงวดกวดขันอย่างเต็มที่ในเรื่อง

คุณภาพของยาและเวชภัณฑ์ถ้าหากจะมีนโยบายที่เปิดให้ตลาดยารักษาโรคและเวชภัณฑ์มีการค้ากันอย่างเสรี

การรวมกลุ่มกันหลายโรงพยาบาลก็อาจจะเลือกโรงครัวหรือโรงอาหารที่มีกำลังการผลิตสูงเพื่อผลิตอาหารสำหรับผู้ป่วยออกไปส่งตามโรงพยาบาลในกลุ่มเหมือนกับการทำอาหารส่งให้สายการบินต่างๆ การดำเนินการดังกล่าวก็จะเป็นการประหยัดกำลังแรงงาน พลังงานไฟฟ้า และน้ำประปา เพราะการทำงานแต่ละครั้งมีปริมาณมาก การประหยัดอีกอย่างหนึ่งก็คือ การใช้บริการของมืออาชีพเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัย และการเช่ารถ ยานพาหนะต่างๆ ตลอดจนพนักงานขับรถ ซึ่งจะทำให้สามารถว่าจ้างได้ตามจำนวนที่ต้องการตามความจำเป็นนอกจากนี้ยังเป็นการประหยัดต้นทุนในด้านสวัสดิการของพนักงานให้กับโรงพยาบาลอีกด้วย การให้บริการอย่างประหยัดเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจก็คือ ต้องให้บริการด้วยอัธยาศัยไมตรีอันดี มีบริการที่ยิ้มแย้มแจ่มใส โดยไม่ต้องเพิ่มต้นทุนค่าใช้จ่าย

การลดการจ้างงานด้านสุขภาพเป็นอีกมาตรการที่ชัดเจนอย่างมากในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ โรงพยาบาลเอกชนเกือบทุกแห่งลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นลงด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ลดจำนวนคนทำงาน ลดวันทำงานต่อสัปดาห์ ลดเงินเดือน ลดค่าตอบแทน ลดค่าเวรบางส่วน ลดและงดโบนัส เป็นต้น (ณรงค์ศักดิ์-อังคะสุพลา 2543)

การปรับปรุงองค์กร การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของโรงพยาบาลเพื่อลดขั้นตอนเช่น การใช้ระบบคอมพิวเตอร์ออนไลน์ (On-line) ก็สามารถตรวจรักษาผู้ป่วยโดยมีประวัติของผู้ป่วยอยู่ในระบบคอมพิวเตอร์แล้วไม่ว่าผู้ป่วยจะไปรักษาโรงพยาบาลใดซึ่งอยู่ในกลุ่มเดียวกัน จะช่วยประหยัดเวลาของผู้ป่วยและประหยัดเงินในการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการเดินทางอีกด้วย ควรมีผู้ที่คอยติดต่อกับทางธนาคารเพื่อดูอัตราแลกเปลี่ยนในกรณีที่ต้องชำระหนี้จากต่างประเทศ นอกจากนี้ก็ต้องมีการตรวจสอบอัตราแลกเปลี่ยนของประเทศเพื่อนบ้านเพราะอาจมีผลกระทบต่ออัตราแลกเปลี่ยนภายในประเทศเช่นเดียวกัน การปรับปรุงการให้บริการควรแยกเป็นศูนย์รักษาเฉพาะทาง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์โรคทางเดินอาหาร ศูนย์โรคทางสมอง ศูนย์โรคทรวงอก ศูนย์โรคมะเร็ง ศูนย์โรคกระดูก ศูนย์สุขภาพจิต ศูนย์ควบคุมน้ำหนัก ศูนย์ดวงตา ศูนย์วางแผนครอบครัว ศูนย์เด็กอ่อน ศูนย์เด็กวัยก่อนเรียน ศูนย์เด็กวัยเรียน ศูนย์เด็กวัยรุ่น ศูนย์วัยหนุ่มสาว ศูนย์ผู้สูงอายุ ศูนย์บำบัดยาเสพติด ฯลฯ การมีศูนย์รักษาและส่งเสริมสุขภาพเฉพาะทางมีความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับปรุงบุคลากรไปพร้อมๆ กัน ดังนั้นจะต้องมีการฝึกอบรมและสร้างผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือเปิดรับบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เพราะแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะใช้บริการจากผู้เชี่ยวชาญนั้นมีสูงขึ้นเพื่อให้คุ้มค่ากับบริการที่จะต้องเสียแต่ละครั้ง การมีบุคลากรที่ไม่มีประสิทธิภาพก็ต้องปลดออกซึ่งเป็นวิธีการขั้นสุดท้ายในการปรับปรุงให้องค์กรมีประสิทธิภาพสูงสุด(ศูนย์วิจัยกสิกรไทย 2540)

การขยายกลุ่มเป้าหมายต่างชาติ การให้ความสนใจในการเจาะตลาดคนไข้ชาวต่างชาติ โดยอาศัยสถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมตลอดถึงบุคลากร และผู้เชี่ยวชาญแขนงต่างๆ ที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดเป็นการดีที่โรงพยาบาลเอกชนซึ่งเป็นธุรกิจที่กำลังประสบภาวะซบเซาอย่างหนักด้วยจำนวนเตียงที่ว่างลงกว่าร้อยละ 40 อันเป็นผลมาจากพิษเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้ป่วยหันไปรับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐกันมากขึ้นในปัจจุบัน ทางออกดังกล่าวเท่ากับเป็นการยิงปืนนัดเดียวได้นกสองตัว เพราะนอกจากจะเป็นช่องทางหารายได้ใหม่ให้แก่ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนแล้ว ยังเป็น

แหล่งที่มาของรายได้เงินตราต่างประเทศเพื่อเยียวยาภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงินของระบบเศรษฐกิจไทยได้อีกทางหนึ่ง โดยอาศัยข้อได้เปรียบด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถ เป็นที่ยอมรับของนานาประเทศว่ามีฝีมือไม่ด้อยไปกว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในประเทศพัฒนาแล้วทั้งหลาย ขณะที่ค่าบริการด้านสุขภาพของไทยกลับมีราคาถูกโดยได้รับผลดีจากเงินบาทที่อ่อนค่าลงเป็นสำคัญ (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย 2541)

กลุ่มชาวต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทยในลักษณะต่าง ๆ เป็นกลุ่มลูกค้าเป้าหมายของโรงพยาบาลเอกชน โดยนอกจากโปรแกรมการตรวจสุขภาพทั่วไปแก่นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่มีระยะเวลาพำนักในประเทศไทยช่วงสั้น ๆ ที่หลายโรงพยาบาลเริ่มทำตลาดด้วยการร่วมมือกับบริษัทนำเที่ยวแล้ว ยังสามารถเจาะตลาดกลุ่มนักลงทุนและนักธุรกิจ ตลอดจนคณะทูตานุทูตชาวต่างชาติและครอบครัวที่มีระยะเวลาพำนักในประเทศไทยยาวนานกว่าอีกด้วย นอกจากนี้ เป็นที่น่ายินดีว่าล่าสุดคณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้มีการขยายอายุวีซ่าชาวญี่ปุ่นสูงอายุให้สามารถเข้ามาพำนักในเมืองไทยได้นานถึง 1 ปี เพื่อเป็นการรองรับตลาดกลุ่มผู้เกษียณอายุที่ต้องการเข้ามาพักผ่อนในประเทศไทยเป็นเวลานาน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุญี่ปุ่นนิยมเดินทางมาท่องเที่ยวในเมืองไทย และเป็นกลุ่มที่มีกำลังซื้อสูง อันนับเป็นช่องทางนำเงินตราต่างประเทศเข้ามายังประเทศไทยได้อีกทางหนึ่ง (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย 2541)

นับว่าช่วงเวลานี้นับเป็นโอกาสเหมาะของหลายโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการเจาะตลาดลูกค้าชาวต่างชาติ เนื่องจากมีปัจจัยเกื้อหนุนหลายประการ คือ

- ผลจากการเปลี่ยนระบบอัตราแลกเปลี่ยนจากระบบตะกร้าเงิน มาเป็นระบบอัตราแลกเปลี่ยนแบบลอยตัวตั้งแต่วันที่ 2 กรกฎาคม 2540 ทำให้ค่าบริการด้านการแพทย์ของประเทศไทยถูกลงมากในสายตาของชาวต่างชาติ ยกตัวอย่างเช่น ค่าบริการตรวจสุขภาพของไทยที่ถูกกว่าญี่ปุ่น 2 เท่า ขณะที่ถูกกว่าในสิงคโปร์ 3 เท่า ยุโรป 5 เท่า และถูกกว่าในสหรัฐอเมริกาถึง 8 เท่า
- ประเทศไทยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแขนงต่าง ๆ ที่มีฝีมือเป็นที่ยอมรับของนานาประเทศ เพียงแต่เรายังด้อยด้านการประชาสัมพันธ์ ทำให้อาจไม่เป็นที่รู้จักของชาวต่างประเทศเท่าที่ควร เทียบกับสิงคโปร์ที่ประสบความสำเร็จในการประชาสัมพันธ์ ทำให้เป็นที่รู้จักโดยทั่วไป
- ท่าเลที่ตั้งของประเทศไทยอยู่ใจกลางภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทำให้มีความได้เปรียบประเทศสิงคโปร์ และฮ่องกง ซึ่งเป็นคู่แข่งของไทยทางด้านบริการทางการแพทย์อยู่มาก เมื่อประกอบกับข้อได้เปรียบในเรื่องราคา และการมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแขนงต่าง ๆ อยู่มาดั่งได้กล่าวแล้ว ทำให้ไทยมีโอกาสเป็นศูนย์กลางการให้บริการด้านสุขภาพในภูมิภาคนี้ได้ไม่ยาก
- การดึงชาวต่างชาติให้เข้ามาใช้บริการตรวจสุขภาพในประเทศไทย ถือเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการส่งเสริมการท่องเที่ยวที่มีแนวโน้มความเป็นไปได้สูง โดยล่าสุดทางการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยเองได้เร่งผลักดันให้มีการดึงนักท่องเที่ยวในลักษณะโครงการผู้สูงอายุหรือผู้เกษียณอายุเข้ามาบำบัดตามโรงพยาบาลต่าง ๆ พร้อมกับท่องเที่ยวไปด้วย โดยพิจารณาให้เปลี่ยนวีซ่าจากคนผ่านหรือท่องเที่ยวเป็นประเภทอยู่ชั่วคราวปีต่อปีโดยเฉพาะคนญี่ปุ่น คนจีนในอินโดนีเซีย มาเก๊า และจีน ให้เข้ามาอยู่ในประเทศไทยได้ 1 ปี แต่ต้องฝากเงินในธนาคารไทยไม่น้อยกว่า 3 ล้านบาท ซึ่งคาดว่าโครงการนี้จะนำเงินเข้าประเทศได้ไม่ต่ำกว่า 5 หมื่นล้านบาท

- คนไทยมีนิสัยของการชอบให้บริการ มีความอ่อนหวาน ยิ้มแย้มและเป็นมิตร ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นจุดเด่นในการให้บริการด้านสุขภาพซึ่งต้องการการดูแล และการเอาใจใส่เป็นพิเศษได้เป็นอย่างดี(ศูนย์วิจัยกิจการไทย 2541)

โดยความจริงแล้วการให้บริการด้านสุขภาพแก่ชาวต่างชาติของโรงพยาบาลเอกชนไทย มีมาก่อนหน้านี้แล้ว โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีทำเลที่ตั้งอยู่ในย่านที่มีชาวต่างชาติอาศัยอยู่มาก เช่น โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และโรงพยาบาลวิภาวดี-อิกเคะ บนถนนพัฒนาการ ซึ่งเพิ่งเปิดให้บริการไปในช่วงปลายปี 2540 ที่ผ่านมา เป็นต้น โดยเฉพาะ 2 โรงพยาบาลหลังนี้เน้นการให้บริการด้านสุขภาพแก่ชาวญี่ปุ่นเป็นหลัก นอกจากนี้ โรงพยาบาลกรุงเทพที่หาดใหญ่ ก็ให้บริการคนไข้ที่มาจากมาเลเซีย และอินโดนีเซียด้วย อย่างไรก็ตาม ความชอบเราทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน ทำให้โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่เคยสนใจทำตลาดชาวต่างประเทศมาก่อนได้เริ่มหันมาสนใจตลาดนี้มากขึ้น และสำหรับโรงพยาบาลที่มีคนไข้ต่างชาติอยู่แล้วอย่างโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ก็ได้หันมาทำตลาดนี้อย่างเป็นจริงเป็นจังมากขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าเมื่อเดือนกรกฎาคม 2541 ที่ผ่านมา ทางโรงพยาบาลได้ร่วมกับบริษัท ไทยสินเธิ์กซ์เพรส จำกัด จัดโปรแกรมสุขภาพพิเศษสำหรับนักท่องเที่ยวญี่ปุ่นที่เดินทางเข้ามายังประเทศไทย ใช้ชื่อว่าโปรแกรม “Amazing Healthcare” โดยนักท่องเที่ยวจะใช้เวลาคืนแรกในประเทศไทย เข้าพัก ณ ห้องรับรองที่หรูหราที่สุดของโรงพยาบาล โดยจะได้รับการตรวจสุขภาพตามโปรแกรมที่ออกแบบเป็นพิเศษ เช่นการตรวจสุขภาพทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอ็กซเรย์ อัลตราซาวนด์ การตรวจสมรรถภาพของหัวใจ การตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มแรก ตรวจฟัน ตา หู คอ จมูก นอกจากนี้ โปรแกรมดังกล่าวยังรวมถึงอาหารค่ำแบบไทย อาหารกลางวันแบบญี่ปุ่น และสำหรับผลการตรวจสุขภาพทางโรงพยาบาลจะจัดพิมพ์เป็นภาษาญี่ปุ่นและนำส่งให้นักท่องเที่ยวในวันเดินทางกลับประเทศ ทั้งนี้จะมีล่าม และแพทย์ที่พูดภาษาญี่ปุ่นได้คอยประจำอยู่ที่โรงพยาบาล ยิ่งไปกว่านั้น เป็นที่น่าสังเกตว่า ทางโรงพยาบาลยังได้เน้นให้บริการคนไข้ต่างชาติโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านมากขึ้น โดยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีคนไข้ทั้งจากสิงคโปร์ พม่า เวียดนาม บังคลาเทศ และ เนปาล มาใช้บริการรวมกว่า 130,000 คน ทำให้มีสัดส่วนคนไข้ต่างชาติเพิ่มเป็นร้อยละ 25 ในช่วง 6 เดือนแรกปี 2541 เทียบกับร้อยละ 13 ในช่วงเดียวกันปี 2540 และส่งผลให้มีรายได้จากคนไข้ต่างชาติเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24-27 ของรายได้ทั้งหมดของโรงพยาบาล

นอกจากโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์แล้ว ทางโรงพยาบาลปิยะเวท ก็กำลังดำเนินการก่อสร้าง Retirement Complex เพื่อไว้รองรับคนไข้ชาวต่างชาติโดยเฉพาะอีกด้วย ยิ่งไปกว่านั้น ทางโรงพยาบาลพญาไทซึ่งเพิ่งเปิดตัว “ศูนย์หัวใจพญาไท” โดยร่วมมือกับ Harvard Medical International U.S.A ให้บริการเกี่ยวกับหัวใจด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ครบวงจร ตั้งแต่การป้องกันโรคหัวใจ การตรวจรักษา และการติดตามผลเป็นระยะ ก็คาดว่าจะเป็ศูนย์กลางของการป้องกันและรักษาโรคหัวใจในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้ไม่ช้านี้อีกด้วย

การขยายการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนสู่ลูกค้าชาวต่างชาติ ทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอก ซึ่งมีจุดเน้นของการให้บริการด้านการตรวจเช็คสุขภาพ หรือผู้ป่วยในที่ต้องค้างคืนที่โรงพยาบาลเพื่อทำการตรวจรักษา นับเป็นสิ่งที่น่าสนใจของผู้ประกอบการธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ในภาวะที่ต้องการรายได้เข้ามาเสริมสร้างสภาพคล่องให้แก่ธุรกิจของตน แต่ไม่ใช่ว่าโรงพยาบาลทุกแห่งจะทำได้ทั้งหมด เนื่องจากต้องมีความพร้อมทางด้านพื้นฐานไว้รองรับหลายประการ เช่น การให้บริการที่น่าประทับใจ การประสานงานที่ดี ความพร้อมทางด้านภาษา และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ รวมทั้งการรู้จักประชาสัมพันธ์เน้นจุดเด่นของการให้บริการให้มากขึ้น ตลอดจนเร่งพัฒนาการให้บริการให้ได้มาตรฐานสากล เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้นับว่าเป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จของการให้บริการคนไข้ชาวต่างชาติที่จะละเลยไม่ได้(ศูนย์วิจัยกสิกรไทย 2541)

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ในสภาวะเศรษฐกิจซบเซา โรงพยาบาลเอกชนมีปัญหาด้านสภาพคล่องทางการเงิน เนื่องจากประชาชนจะมีความระมัดระวังในการใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะซื้อยาจากร้านขายยาเพราะจะได้ไม่ต้องเสียค่าตรวจรักษา ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นก็จะไปรักษาตามคลินิกเพื่อเป็นการตรวจรักษาเบื้องต้นว่ามีโรคร้ายแรงอะไรหรือไม่ โดยไม่ต้องนอนพักรักษา ซึ่งจะทำให้ต้องเสียค่าห้องพักรักษาเพิ่มขึ้นด้วย และผู้ป่วยบางส่วนที่เคยใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนก็จะลดค่าใช้จ่ายโดยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐแทน ผู้ที่ป่วยหนักหรือมีโรคประจำตัวที่มีอาการร้ายแรงเท่านั้นที่จะยอมรักษาดูแลในโรงพยาบาลเอกชน นอกจากจะเป็นผู้ที่มีรายได้สูงหรือเป็นผู้ที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากการประกันสุขภาพ เช่น พนักงานโรงงานและบริษัท ซึ่งอาจจะมียกย่องส่งตัวให้เข้าไปพักรักษาในโรงพยาบาล ก็จะไปใช้สิทธิ์ในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน จากปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น ทำให้โรงพยาบาลเอกชนขาดสภาพคล่องทางการเงิน เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนต้องมีรายจ่ายเป็นประจำอยู่แล้ว เช่น เงินเดือนและค่าจ้าง พนักงาน พยาบาล ผดุงครรภ์ และ แพทย์ กอปรกับบางโรงพยาบาลก็ต้องชำระเงินกู้ทั้งในและต่างประเทศเป็นงวดๆ ควบคู่ไปด้วย ปัญหาด้านสภาพคล่องทางการเงินทำให้ผู้บริหารต้องมีประสิทธิภาพในการบริหารเงิน โดยพยายามเร่งสร้างสภาพคล่องให้เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลเพื่อให้มีเงินเข้ามามากกว่าเงินออก การบริหารการเงินให้มีประสิทธิภาพมีข้อควรคำนึงถึงก็คือ ไม่นำเงินไปลงทุนในระยะยาว เนื่องจากการลงทุนในระยะยาวอาจจะได้ผลไม่คุ้มค่า การที่อัตราเงินเฟ้อเพิ่มสูงขึ้นอยู่ตลอดเวลาทำให้เม็ดเงินที่มีค่าอยู่ในขณะนี้จะมีค่าน้อยลงในระยะยาวตามอัตราดอกเบี้ยเงินกู้ที่เพิ่มสูงขึ้น ไม่ลงทุนเพื่อเก็งกำไรจากอสังหาริมทรัพย์ การนำเงินไปลงทุนกับธุรกิจอสังหาริมทรัพย์จะต้องลงทุนเป็นจำนวนมากและต้องใช้เวลานานกว่าธุรกิจนี้จะฟื้นตัวขึ้นมาได้อีก ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลานานถึง 5 ปีหรือ 8 ปี ไม่ลงทุนเพื่อเก็งกำไรในตลาดหลักทรัพย์ ขณะนี้ตลาดหลักทรัพย์มีแนวโน้มที่อยู่ในขาลง ซึ่งการนำเงินไปลงทุนเพื่อเก็งกำไรดังกล่าวอาจจะทำให้ขาดทุนได้ในระยะสั้น กว่าตลาดหลักทรัพย์จะฟื้นตัวก็อาจจะใช้เวลานานซึ่งอาจจะไม่ทันการกับความจำเป็นที่จะต้องใช้จ่ายเงินในระยะสั้น ไม่ให้กู้เงินนอกตลาดที่เรียกว่าตลาดมืด ในสภาวะเศรษฐกิจเช่นปัจจุบัน มีผู้ต้องการกู้เงินจากนอกตลาดเป็นจำนวนมาก แต่การขาดสภาพคล่องทางการเงินและธุรกิจ กอปรกับการไม่มีหลักประกันในการกู้เงิน อาจจะทำให้เงินที่ให้กู้ไปนั้นตกอยู่กับนักลงทุนที่อาจจะเกิดการล้มละลายทางธุรกิจหรือนำไปลงทุนในระยะยาวและไม่สามารถเรียกเงินทุนกลับคืนมาได้ ไม่กู้เงินจากต่างประเทศในระยะสั้นๆ เพราะในขณะนี้อัตราดอกเบี้ยเงินกู้สูง

ตลอดเวลา ก็จะมีความเสี่ยงเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาเช่นเดียวกัน การกู้เงินในระยะสั้นมาแล้วก็ควรจะได้มีการเจรจาต่อลงเพื่อขอยืดเวลาการชำระหนี้ออกไป หรือเปลี่ยนแปลงสัญญาเงินกู้ให้เป็นหนี้ระยะยาว เพื่อจะได้มีการผ่อนชำระจำนวนน้อยลง

โรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์

สถานการณ์ของโรงพยาบาลเอกชนในแง่ของผู้ประกอบการ ปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนมี 479 แห่ง แต่มีเพียง 13 กลุ่มโรงพยาบาลเท่านั้นที่จดทะเบียนอยู่ในตลาดหลักทรัพย์ โรงพยาบาลเอกชนซึ่งรวมอยู่ในหมวดการแพทย์ (health care services) ของตลาดหลักทรัพย์ได้รับผลตอบแทนเงินปันผลคิดเป็นสัดส่วนมากกว่าหมวดอื่นๆ กล่าวคือ ในปี 2538 ได้รับผลตอบแทนเงินปันผลสูงเป็นอันดับที่ 7 และในปี 2539 ได้เลื่อนขึ้นมาเป็นอันดับที่ 3 ส่วนในปีนี้คาดว่าผลตอบแทนเงินปันผลก็จะได้รับอยู่ในอันดับสูงอีกเช่นเดียวกัน โดยตั้งแต่เดือนมีนาคม เมษายน พฤษภาคม และมีกุมภาพันธ์ โรงพยาบาลเอกชนได้รับผลตอบแทนเงินปันผลร้อยละ 7.96, 9.02, 10.58, และ 10.99 ตามลำดับและเมื่อสิ้นเดือนมิถุนายนมีเงินทุนหมุนเวียนอยู่ในตลาดหลักทรัพย์ภายใต้หมวดการแพทย์ประมาณ 5,378.7 ล้านบาท อย่างไรก็ตามการการลงทุนสร้างโรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่งนอกจากจะต้องมีพื้นที่อันกว้างขวางแล้วยังต้องใช้งบประมาณจำนวนมากตั้งแต่ 850 ล้านบาทจนถึง 2,500 ล้านบาทขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาลและอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในโรงพยาบาล ผลการดำเนินงานในปีนี้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจสำหรับโรงพยาบาลบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลสมิติเวชมีรายได้ถึง 1,500 ล้านบาท(จีพพัฒน์ ม่วงโพธิ์ 2540)

โรงพยาบาลที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์มีผลประกอบการที่ดีขึ้นภายหลังจากที่ได้พ้นฝ่าวิกฤติเศรษฐกิจมาระยะหนึ่งแล้ว ผลประกอบการของโรงพยาบาลเอกชนขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญคือรายได้จากการรักษาพยาบาล รายจ่ายประจำได้แก่ เงินเดือนพนักงาน ค่าใช้จ่ายในสำนักงาน ค่าใช้จ่ายเพื่อชำระดอกเบี้ยเงินกู้ ต้นทุนของค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการลงทุนโดยเฉพาะการปลูกสร้างสิ่งถาวร อาทิ ค่าก่อสร้างอาคารสถานที่ ฯลฯ ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้ชะลอลงเกือบทุกโรงพยาบาล สำหรับส่วนที่เป็นรายได้จากการรักษาพยาบาล ในปี 2539 โรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์เพียง 2 แห่งเท่านั้นที่มีรายได้จากการรักษาพยาบาลลดลงจากปีก่อน แต่ในปี 2540 โรงพยาบาลเอกชน 6 แห่งมีรายได้ต่ำกว่าปี 2539 และปี 2541 โรงพยาบาลเอกชน 10 แห่งมีรายได้จากการรักษาพยาบาลน้อยกว่าปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่ากำลังซื้อของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลได้ลดลงอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ปี 2540 ซึ่งรัฐมีนโยบายลดสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ การปิดกิจการของบริษัทต่างๆ การลดเงินเดือนของพนักงาน และการว่างงานของผู้ใช้แรงงานซึ่งได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้กำลังซื้อของผู้บริโภคได้ถดถอยลงอย่างต่อเนื่อง(จีพพัฒน์ ม่วงโพธิ์ 2542)

นโยบายหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลเอกชน

นโยบายด้านเศรษฐกิจของประเทศไทยได้สนับสนุนแนวคิดของระบบตลาดทุนเสรีนิยม(free market capitalism) เช่น BOI สนับสนุนมาตรการยกเว้นภาษีการลงทุนและการนำเข้า(five-year corporate tax and import duty exemptions) และโรงพยาบาลเอกชนบางส่วนสามารถเข้ามาซื้อขายในตลาดหลักทรัพย์ได้ (Pitayarangsarit S 2001) และยิ่งกว่านั้นกองประกอบโรคศิลปอำนาจความสะดวกเรื่องการขอเปิดโรงพยาบาลใหม่และการขยายกิจการ โดยมีหลักการเรื่องการกระจายไม่มากนัก ไม่มีนโยบายที่กำกับดูแลเรื่องจำนวนเตียง บุคลากร และการใช้เทคโนโลยีราคาแพง การแสวงหากำไรเป็นปัจจัยขับเคลื่อนการลงทุนประกอบธุรกิจในเมืองที่มีกำลังจ่ายสูง แม้ว่าจะมีการช้อนทับกับสถานพยาบาลของรัฐที่มีอยู่แล้วก็ตาม (Pitayarangsarit S 2001) อย่างไรก็ตามการลงทุนของต่างชาติจะอยู่ภายใต้กฎหมาย Foreign Business Act of 1999, ที่ระบุงการลงทุนของผู้ที่ไม่ใช่สัญชาติไทยสามารถลงทุนถือหุ้นได้ไม่เกินครึ่งหนึ่งของทุนประกอบการ

โรงพยาบาลเอกชนควรถือว่าเป็นหน่วยย่อยของระบบบริการสุขภาพของประเทศด้วย ต้องคำนึงถึงการลงทุนใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่าและประโยชน์สูงสุด ระบบสุขภาพควรเปิดโอกาสให้เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยเฉพาะคนยากจน ทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องมีระบบการจัดการที่ดี โปร่งใสและสังคมตรวจสอบได้(good governance, transparency and accountability to public) (Pitayarangsarit S 2001) น.พ.สุรวงศ์ อัมพันธ์วงศ์ นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน กล่าวว่า ศักยภาพของภาคเอกชน หรือ โรงพยาบาลเอกชน ขณะนี้มีจำนวนเตียงอยู่ไม่ต่ำกว่า 40,000 เตียง ถ้าคิดเป็นเงินลงทุน 1 เตียง ประมาณ 1-2 ล้าน เงินลงทุนนั้นที่ลงทุนไปแล้วก็ไม่ต่ำกว่า 50,000 ล้านบาท คิดว่าเป็นเตียงที่มีประโยชน์ในการนำมาบริการสุขภาพอันนี้ได้ เงินทุนตอนนี้ประเมินคร่าวๆ จาก รพ. เอกชนที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ มี เอ็นพีแอล อยู่ประมาณ 100,000 ล้านบาท นอกจากนั้นภาคเอกชนจะอยู่รอดได้แล้ว เขายังสามารถจะจ่ายภาษีกลับไปให้รัฐบาล อันนี้เป็นรายได้อันหนึ่งที่คาดหวัง (นสพ. กรุงเทพธุรกิจ, 25 ก.ย.2542)

พระราชบัญญัติประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2545 ได้ระบุถึงมาตรการที่เกี่ยวข้องกับสถานพยาบาล ซึ่งหมายรวมถึงโรงพยาบาลรัฐและเอกชนด้วย จะต้องมีการควบคุมเรื่องราคาค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และการกำกับคุณภาพการบริการมากขึ้น นอกเหนือจากที่มีกองประกอบโรคศิลปปะที่เคยเป็นฝ่ายรับผิดชอบเท่านั้น

ผลกระทบของนโยบายระบบประกันสุขภาพเอกชน(Private health insurance) กรณีศึกษาของออสเตรเลีย พบว่าประกันสุขภาพเอกชนมีบทบาทสำคัญต่อการคลังของโรงพยาบาลอย่างยิ่ง อดีตที่กังวลกับการเพิ่มขึ้นของการบริการสุขภาพสาธารณะในโรงพยาบาลรัฐที่อาจทำให้ปัญหาการคงอยู่หรือแทบล้มละลาย(undoubtedly collapse) ตรงกันข้ามหลังจากที่ระบบประกันเอกชนมีบทบาทมากขึ้น แนวโน้มการเข้ามารับบริการภาครัฐเริ่มลดลงตามลำดับ จนถึงขั้นที่อาจจะเกิดปัญหาเรื่องรายได้ลดลงตามไปด้วยเช่นกัน (Sullivan, Redpath et al. 2002)

นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคกับโรงพยาบาลเอกชน

การประกาศโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือรับรู้กันในนามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค นั้น ช่วงแรกของการได้รับสิทธิ์เพื่อเข้าใช้บริการของประชาชนจะถูกจำกัดอยู่เฉพาะสถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่กำหนดตามที่อยู่ในทะเบียนบ้าน และกระจุกตัวอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการในระยะแรกประสบปัญหาการได้รับงบประมาณล่าช้าและขอออกจากโครงการเสียส่วนใหญ่ แต่คาดว่าจะมีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการนี้มากขึ้น เพื่อเพิ่มโอกาสในการขยายฐานลูกค้าใหม่ที่แต่เดิมไม่มีกำลังซื้อมากนักและรักษาฐานลูกค้าเก่าที่ไม่มีสวัสดิการด้านสุขภาพและไปใช้บริการ 30 บาทรักษาทุกโรคแทน อย่างไรก็ตาม สำหรับโรงพยาบาลที่มีลูกค้าหลักอยู่ระดับบน มีการลงทุนในเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยและการตกแต่งสถานที่ให้หรูหรา มีต้นทุนสูง คาดว่าจะไม่เข้าร่วมโครงการนี้ เนื่องจากรายได้ที่ได้รับไม่คุ้มกับต้นทุน แต่จะหันไปเน้นการทำตลาดลูกค้าเฉพาะโรคและลูกค้าจากต่างประเทศแทน(ธนาคารกรุงศรีอยุธยาจำกัด(มหาชน) 2545)

รพ.เอกชน ขานรับนโยบายประกันสุขภาพระบบใหม่ 30 บาทรักษาทุกโรค ระบุมี รพ.เอกชนร่วม 120 แห่ง พร้อมเข้าร่วมทันทีรอเพียงกติการัฐที่ชัดเจน ด้านนักวิชาการด้านแรงงานแนะรัฐบาลขยายกลุ่มไปที่ครอบครัวของผู้ใช้แรงงานก่อนกลุ่มข้าราชการ ที่ได้สิทธิพิเศษรักษาโรงพยาบาลรัฐฟรีอยู่แล้ว น.พ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ จากสมาคมโรงพยาบาลเอกชน กล่าวถึงกรอบของโครงการ 30 บาท ที่กระทรวงเสนอมานี้ว่า โรงพยาบาลเอกชนคุ้นเคยกับระบบประกันสังคมอยู่แล้ว รพ.เอกชน ก็ต้องมีการปรับตัวเพิ่มให้เกิดความรวดเร็วได้มากขึ้น "เราเป็น รพ.เอกชน จะต้องรอรัฐบาลว่า จะให้เข้าร่วมเมื่อไหร่ จะต้องขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ซึ่งปกติแล้ว ภาคเอกชนจะต้องถามว่ารัฐบาลจะให้เราเข้าร่วมได้เมื่อไหร่ เข้าร่วมหรือไม่ ก็ต้องขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละแห่ง แต่ขอยืนยันว่าพร้อม และคุณภาพประชาชนรู้ดีอยู่แล้ว แต่มีความหลากหลาย และมีคุณภาพเพียงพอ และเหมาะสมกับสภาพการณ์" (นสพ.กรุงเทพธุรกิจ, 25 ก.ย.2542)

การเคลื่อนย้ายคนไข้จากโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งกลุ่มที่มีสิทธิและไม่มีสิทธิ 30 บาท เมื่อโรงพยาบาลรัฐมีปริมาณผู้ใช้บริการมาก อาจประกอบกับความไม่มั่นใจในคุณภาพเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ทำให้โรงพยาบาลเอกชนมีผู้รับบริการมากขึ้นด้วย (ฝ่ายวิจัยไทย-บริษัทหลักทรัพย์เอบีเอ็นแอมโรเอเชีย 2003) ขณะที่ น.พ.สุวงศ์ อัมพพันธุ์วงศ์ นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ให้ความเห็นของการเข้ามามีบทบาทของภาคเอกชน "ภาครัฐทำโครงการ 30 บาทขึ้นมา คนจะแห่ไปใช้บริการของรัฐมากขึ้น และมองเห็นว่า ภาครัฐไม่สมควรจะสร้างตึกเพิ่มขึ้นมาอีก ควรจะใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งหมดนี้อย่างมีคุณค่าอย่างเสมอภาค และทัดเทียมกัน และเมื่อนั้นนโยบายของพรรคไทยรักไทยจะนำไปสู่ความสำเร็จ และทำให้ประชาชนมีความสุข" (นสพ.กรุงเทพธุรกิจ, 25 ก.ย.2542)

การบริการสุขภาพของประเทศอื่น ๆ: สถานการณ์และแนวโน้ม

ในระดับภูมิภาคอาเซียนนี้ สิงคโปร์ มาเลเซียและไทย ต่างก็มีความประสงค์จะเป็นศูนย์กลางบริการรักษาพยาบาลในภูมิภาค ซึ่งหมายถึงประชาชนในภูมิภาคสามารถเลือกรับการรักษาในที่ที่มีข้อเสนอที่ดีที่สุด การบริการเสริมอื่น ๆ จะมีส่วนดึงดูดใจในการรับบริการได้ด้วย (CHENG 2001) รัฐบาลไทยมีแผนที่จะพัฒนาธุรกิจโรงพยาบาล พร้อมส่งเสริมการตลาดท่องเที่ยวพร้อมกับการบริการสุขภาพ ซึ่งต้องมีการเตรียมพร้อมของบุคลากร อุปกรณ์ที่ทันสมัย (The BangkokPost, 1 เม.ย.2546) โดยไทยมีวิทยาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าทันสมัย แต่มีต้นทุนการรักษาในระดับที่ต่ำ ความคาดหวังของรัฐบาลมิได้มุ่งหวังแต่จะได้เงินทุนไหลจากธุรกิจโรงพยาบาลเท่านั้น แต่หวังจะได้ธุรกิจการท่องเที่ยวพ่วงเข้ามาด้วย โดยชาวนี้นำผลดีต่อธุรกิจโรงพยาบาลที่มีความพร้อมและให้บริการคนไข้ในต่างประเทศอยู่แล้ว โดยเฉพาะโรงพยาบาลในย่านสุขุมวิท ได้แก่ ร.พ.บำรุงราษฎร์ ร.พ.สมิติเวช และ ร.พ.กรุงเทพ (ฝ่ายวิจัยไทย บริษัทหลักทรัพย์เอบีเอ็นเอ็มโรเอเชีย 2003)

สิงคโปร์, ได้พยายามพัฒนาขีดความสามารถให้มีคุณภาพขั้นสูง โดยคาดหวังจะเป็นแหล่งบริการที่สำคัญในภูมิภาค สิงคโปร์มีรูปแบบการจัดบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ภาครัฐมีสัดส่วนบริการงานปฐมภูมิ (primary health care) 20% และบริการในโรงพยาบาล (hospital care) 80% (Source: US Department of State FY2001 Country Commercial Guide) และสิงคโปร์ ได้มีนโยบายศูนย์บริการสุขภาพเช่นกัน แต่เน้นหนักที่ประเด็นความทันสมัยของเทคโนโลยี (The BangkokPost, 1 เม.ย.2546)

มาเลเซีย, ในสองทศวรรษที่ผ่านมา มีการเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนอย่างต่อเนื่อง ในปี 2523 มีโรงพยาบาล 50 แห่ง จำนวน 2000 เตียง แต่พอปี 2541 มีโรงพยาบาล 216 แห่ง จำนวนเตียงรวม 9060 เตียง (ประมาณ 21 % ของจำนวนเตียงทั้งหมดในประเทศ) โรงพยาบาลเอกชนจะกระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง เช่น Klang Valley, Penang และ Malacca เป็นต้น (Source: US Department of State FY2001 Country Commercial Guide) โดยมาเลเซีย ได้สนับสนุนนโยบายบริการสุขภาพควบคู่กับการท่องเที่ยว โดยกำหนดแนวนโยบายของ “health-care tourists” ด้วย (The BangkokPost, 1 เม.ย.2546)

อินโดนีเซีย, มีการบริโภคยาค่อนข้างต่ำประมาณ \$4 เหรียญต่อคนในปี 2543 (ขณะที่ประเทศอื่นๆในอาเซียนใช้จ่ายสูงกว่านี้ เช่น ฟิลิปปินส์ \$6, ไทยและมาเลเซีย \$11 เหรียญต่อคน เป็นต้น) การบริโภคที่ต่ำนี้อาจมาจากค่าบริการการแพทย์สูงเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้และกำลังซื้อประชาชนจำนวนมากยินดีที่จะใช้บริการแบบดั้งเดิมเพราะสะดวกและราคาถูก นับจากวิกฤติเศรษฐกิจปี 2540 กำลังซื้อและการบริโภทยิ่งต่ำลงไปอีก ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนยังไม่กระตือรือร้นมากนักแต่จะเป็นที่สนใจของนักลงทุนต่างประเทศหากภาวะวิกฤติคลี่คลายลง (Source: US Department of State FY2001 Country Commercial Guide)

ฟิลิปปินส์, ได้รับผลกระทบจากอัตราแลกเปลี่ยนเงินท้องถิ่น ค่าเสื่อมของค่าเงินเปโซ (Peso) ส่งผลต่อหนี้สินและการลงทุน โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการบำรุงรักษาเครื่องมือและวัสดุสิ้นเปลืองที่มีอยู่ให้ได้ประโยชน์สูงสุดแทนการลงทุนใหม่ๆ (Source: US Department of State FY2001 Country Commercial Guide)

ออสเตรเลีย, ส่วนใหญ่เป็นการบริการภาครัฐ (ประมาณ 75%) การใช้บริการเฉลี่ย 1 วันนอนต่อคนต่อปี (one bed day) อัตราการเจ็บป่วย 300 admissions ต่อประชากรหนึ่งพันคน เฉลี่ย 4 วันนอน (length of stay)(Duckett 2002) ประชาชนจะมียังคงพึ่งพาการบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐเป็นสำคัญ แม้ว่าองค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐจะมีความเข้มแข็งก็ตาม(Surrao, Taylor et al. 2002)

เกาหลีใต้, การบริโภคสินค้าบริการสุขภาพ(วัดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพครัวเรือน)ได้รับผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ การบริการที่กลุ่มลูกค้ามีรายได้สูงจะได้รับผลกระทบน้อยกว่ากลุ่มรายได้ต่ำ (Yang, Prescott et al. 2001)

อินเดีย, มีการลงทุนจากต่างชาติในโรงพยาบาลเอกชนค่อนข้างมาก โดยการสำรวจความเห็นของผู้รับบริการ ไม่ได้แตกต่างด้านความพอใจในโรงพยาบาลที่มีต่างชาติมาลงทุน แต่มีความคาดหวังจากคุณภาพการบริการที่สูงและแน่นอนไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้หมด (Gupta 2001)

บังคลาเทศ, นโยบายที่ให้โรงพยาบาลเอกชนดำเนินการโดยมีรายรับจากผู้มารับบริการโดยไม่มีการสนับสนุนจากรัฐเลยนั้น (โดยอาศัยกลไกตลาด) คุณภาพการบริการเป็นจุดขายที่เสนอให้สอดคล้องกับความคาดหวังของประชาชน (Andaleeb 2000)

บทที่ 3

ผลการศึกษา

ในการวิเคราะห์ศึกษาข้อมูลจะแบ่งการนำเสนอออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1. ศักยภาพและการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน
 - ส่วนที่ 2. สถานการณ์ลงทุนของโรงพยาบาลเอกชน
 - ส่วนที่ 3. โรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์
 - ส่วนที่ 4. การปรับตัวและลักษณะการปรับตัวหลังจากวิกฤติเศรษฐกิจ
 - ส่วนที่ 5. แนวคิด การดำเนินการ ผลกระทบและการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชน
 - ส่วนที่ 6. กรณีศึกษา การดำเนินการ การลงทุนและผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ
- ข้อมูลทั้งหมดที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ มีที่มาและรายละเอียดของข้อมูลจาก

- การวิเคราะห์ข้อมูลสถานะโรงพยาบาลเอกชนภายหลังวิกฤติเศรษฐกิจ โดยใช้ฐานข้อมูลจากโครงการสำรวจโรงพยาบาลเอกชน 2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเก็บข้อมูลจากการส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ และมีจำนวนโรงพยาบาลที่ตอบกลับ 326 แห่ง
- ตารางที่ 7 จำนวนแบบสอบถามการสำรวจโรงพยาบาลเอกชน 2544 จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล

เขตพื้นที่	จำนวน	จำนวนเตียงของโรงพยาบาล			
	(แห่ง)	<50	51-100	101-200	>200
กรุงเทพฯ	62	20	16	16	10
ภาคกลาง	122	69	32	18	3
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	61	33	17	7	4
ภาคเหนือ	45	27	13	4	1
ภาคใต้	36	25	6	5	
รวม	326	174	84	50	18

- ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 คน ประกอบด้วย นักวิเคราะห์จากสถาบันการเงิน นักวิเคราะห์จากธนาคารพาณิชย์ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน กองการประกอบโรคศิลปะ
- ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารทั้งฝ่ายแพทย์และฝ่ายบริหารการจัดการโรงพยาบาลจำนวน 31 โรงพยาบาล ประกอบด้วย
 - โรงพยาบาลขนาดไม่เกิน 50 เตียง: บางบอน, เยาวลักษณ์, เซนต์คาลอส, เชียงใหม่ใกล้หมอ, แพร์คริสเตียน, พัทยเวชสงขลา, มิซันภูเก็ต
 - โรงพยาบาลขนาด 51-100 เตียง: แพร์พร้อมมิตร, แมคเคนเชียงใหม่, ซานคามิลโลราชบุรี, มิตรภาพสามัคคีสงขลา, ราชพฤกษ์ขอนแก่น, กรุงเทพพระประแดง
 - โรงพยาบาลขนาด 101-200 เตียง: สุขุมวิท, พญาไท 3, ปิยะมินทร์สมุทรปราการ, พญาไทศรีราชา, เซ็นทรัลเชียงใหม่เมมโมเรียล, เชียงใหม่ราม 2, กรุงเทพภูเก็ต, กรุงเทพหาดใหญ่, ราษฎร์ยินดีสงขลา, มิซันกรุงเทพฯ

➤ โรงพยาบาลขนาด >200เตียง: รามคำแหง, ธนบุรี, เซนต์หลุยส์, เกษมราษฎร์ราชินี, สำโรงสมุทรปราการ, เชียงใหม่ราม1, แมคคอร์มิคเชียงใหม่, บางประกอก3

- ทำการวิจัยเอกสารของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ได้รับแบบสอบถามกลับมาที่สามารถใช้วิเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 29 ชุด จากจำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด 75 ชุด คิดเป็น 38.6%

ตารางที่ 8 จำนวนโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลและพื้นที่

เขตพื้นที่	จำนวน	จำนวนเตียง			
		<50	51-100	101-200	>200
กรุงเทพฯ	9	2		2	5
ภาคกลาง	5	2	2	1	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2		2		
ภาคเหนือ	8	2	2	2	2
ภาคใต้	5	1	1	3	
รวม	29	7	7	8	7

- โครงสร้างรายจ่ายในการดำเนินงานและเงินลงทุนได้จากเอกสารจากงบการเงินของโรงพยาบาล เอกชนจากรายงานที่รายงานต่อกระทรวงพาณิชย์ ซึ่งสามารถเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบได้จำนวน 62 แห่ง จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 75 แห่ง

ตารางที่ 9 จำนวนแบบสอบถาม จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลและพื้นที่

เขตพื้นที่	จำนวน (แห่ง)	จำนวนเตียงของโรงพยาบาล			
		<50	51-100	101-200	>200
กรุงเทพฯ	29	10	5	2	12
ภาคกลาง	16	5	2	7	2
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6	2	4		
ภาคเหนือ	7	2	2	2	1
ภาคใต้	4	1	1	2	
รวม	62	20	14	13	15

- กรณีศึกษา โรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง ในประเด็นการดำเนินการ การลงทุน รวมถึงผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ ตลอดจนทิศทางการลงทุนในอนาคต โดยใช้กรณีศึกษาของโรงพยาบาลรามคำแหง โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลสมิติเวช และโรงพยาบาลพญาไท เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่จะสะท้อนภาพการลงทุนได้ดีและข้อมูลที่ได้จากรายงานประจำปีของโรงพยาบาลและตลาดหลักทรัพย์ค่อนข้างครบถ้วน

ศักยภาพและการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน

จากการสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2544 พบว่าโรงพยาบาลเอกชน ตัวอย่างที่ตอบกลับจำนวนรวม 326 แห่ง มีการกระจายหนาแน่นอยู่ในภาคกลางมากที่สุดจำนวน 122 แห่ง รองลงมาคือกรุงเทพฯ 62 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะโรคจะอยู่ในกรุงเทพฯ มากที่สุด 10 แห่ง หรือ 38.5% ของจำนวนโรงพยาบาลเฉพาะโรคทั้งหมด โรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า 100 เตียงขึ้นไปจะอยู่ที่ภาคกลางและกรุงเทพมหานครรวมกันจำนวน 47 แห่งจาก 68 แห่งทั่วประเทศ โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีขนาดมากกว่า 200 เตียงส่วนใหญ่จะกระจุกอยู่ที่กรุงเทพฯ หากพิจารณาตามขนาดของโรงพยาบาลทั้ง 326 แห่ง นอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลขนาดไม่เกิน 50 เตียงมีจำนวนมากที่สุดคือ 53.37% รองลงมาเป็นขนาด 51-100 เตียง 25.77% รายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามพื้นที่ ประเภทและขนาดของโรงพยาบาล

เขตพื้นที่	ประเภท			ขนาดเตียง			
	ทั่วไป	เฉพาะโรค	รวม	<50	51-100	101-200	>200
กรุงเทพฯ	52	10	62	20	16	16	10
ภาคกลาง	117	5	122	69	32	18	3
ภาคเหนือ	56	5	61	33	17	7	4
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	43	2	45	27	13	4	1
ภาคใต้	32	4	36	25	6	5	
รวม	300	26	326	174	84	50	18
ร้อยละ	92.02	7.98		53.37	25.77	15.34	5.52

หากพิจารณาศักยภาพด้านจำนวนเตียงสามัญและพิเศษที่จะสามารถให้บริการผู้ป่วยในได้นั้น ในปี 2543 มีจำนวนเตียงสามัญและเตียงพิเศษรวมกันทั้งสิ้น 23,622 เตียง โดยสัดส่วนเตียงที่อยู่ในโรงพยาบาลขนาด 101-200 เตียงมากที่สุดคือ 29.44% (6,954 เตียง) รองลงมาคือโรงพยาบาลขนาด 51-100 เตียงเป็น 27.94% (6,601 เตียง) ขณะที่โรงพยาบาลขนาด <50 เตียงที่มีจำนวนแห่งมากที่สุดกลับมีสัดส่วนเตียงเพียง 19.66% (4,645 เตียง) ของจำนวนเตียงรวมทั้งหมดเท่านั้น และหากนับเฉพาะจำนวนเตียงสามัญและเตียงพิเศษแล้ว จะมีจำนวนเตียงเฉลี่ย เป็น 26.70, 78.58, 139.08, และ 301.22 เตียงในกลุ่มโรงพยาบาล <50, 51-100, 101-200, และ >200 เตียงตามลำดับ

ตารางที่ 11 จำนวนเตียงของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2543 จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล

	จำนวนรวม	ขนาดโรงพยาบาล			
		<50	51-100	101-200	>200
●โรงพยาบาล(แห่ง)	326	174	84	50	18
●จำนวนเตียง(รวม)					
เฉพาะเตียงสามัญ	9,951	2,293	2,896	3,034	1,728
เฉพาะเตียงพิเศษ	13,671	2,352	3,705	3,920	3,694
ทั้งสามัญและพิเศษ	23,622	4,645	6,601	6,954	5,422
●เฉลี่ยต่อ ร.พ.					
เฉพาะเตียงสามัญ	33.39	14.70	36.66	65.96	101.65
เฉพาะเตียงพิเศษ	44.39	14.98	44.11	80.00	205.22
ทั้งสามัญและพิเศษ	72.46	26.70	78.58	139.08	301.22
●เตียงอื่นๆ(รวม)					
เตียงผ่าตัด	810	260	117	228	120
เตียงคลอด	684	163	97	242	107
เตียงสังเกตอาการ	1,108	298	274	257	132
เตียงผู้ป่วยอาการหนัก	1,743	578	92	497	397
●เฉลี่ยต่อ ร.พ.					
เตียงผ่าตัด	2.88	3.25	1.14	4.75	6.67
เตียงคลอด	2.59	2.09	0.94	5.04	5.94
เตียงสังเกตอาการ	4.40	4.73	2.66	6.59	8.80
เตียงผู้ป่วยอาการหนัก	8.00	7.71	0.89	10.14	23.35

ในปี 2543 มีจำนวนผู้ป่วยในมารับบริการจำนวนรวม 1,452,795 ราย เฉลี่ย 4,569 รายต่อ ร.พ. โดยโรงพยาบาลขนาด 51-100 เตียงมีสัดส่วนนี้สูงที่สุด 32.78%(476,330 ราย) รองลงมาเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาด 101-200 เตียง 30.54% (443,746 ราย) โดยหากพิจารณาการให้บริการคนต่างชาติ พบว่า โรงพยาบาลเอกชนมีผู้ป่วยในที่เป็นต่างชาติ 5.62% (81,655 ราย) ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด โดยโรงพยาบาลขนาด 51-100 เตียงมีสัดส่วนนี้มากที่สุดคือ 8.12% รองลงมาเป็นขนาด >200 เตียง เป็น 6.80%

กรณีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนทั้งระบบสามารถให้บริการผู้ป่วยนอกได้ 21.18 ล้านครั้ง เฉลี่ย 66,407 ครั้งต่อ ร.พ. หรือเฉลี่ย 181.94 ครั้งต่อ ร.พ.ต่อวัน หากจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลที่มีสัดส่วนสูงสุดคือ โรงพยาบาลขนาด 101-200 เตียง, ขนาด 51-100 เตียง, และขนาด >200 เตียงตามลำดับ ส่วนที่เป็นผู้ป่วยนอกต่างชาติมี 5.92% โดยโรงพยาบาลขนาด 101-200 เตียงมีจำนวนและสัดส่วนที่สูงที่สุด 535,137 ครั้งหรือ 7.34%

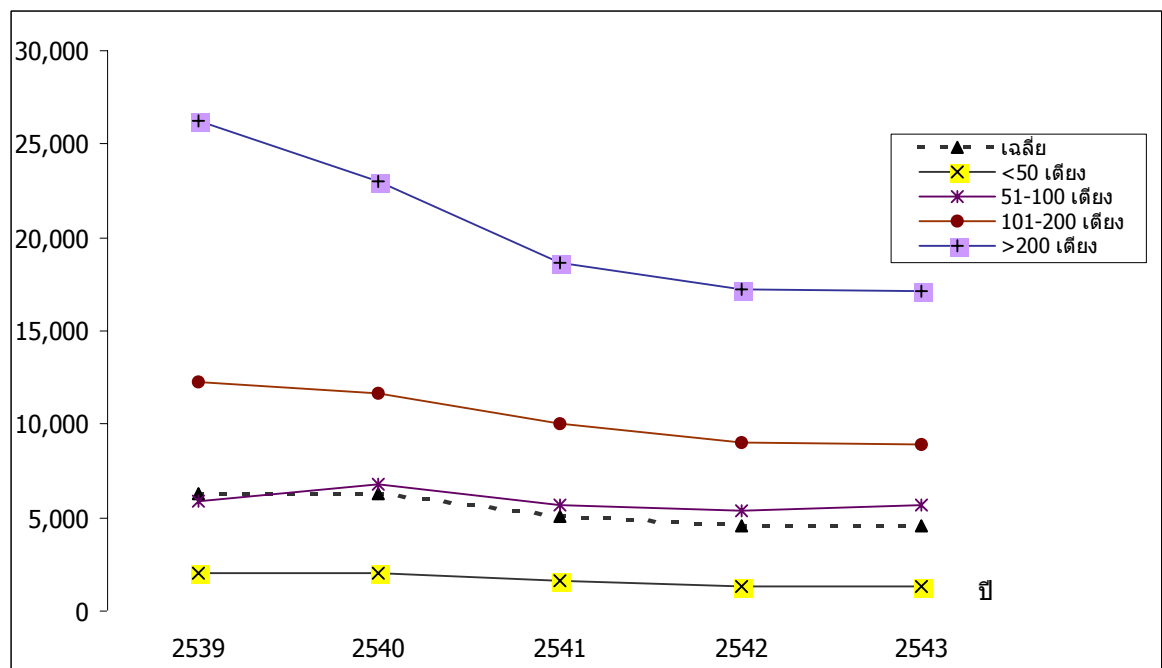
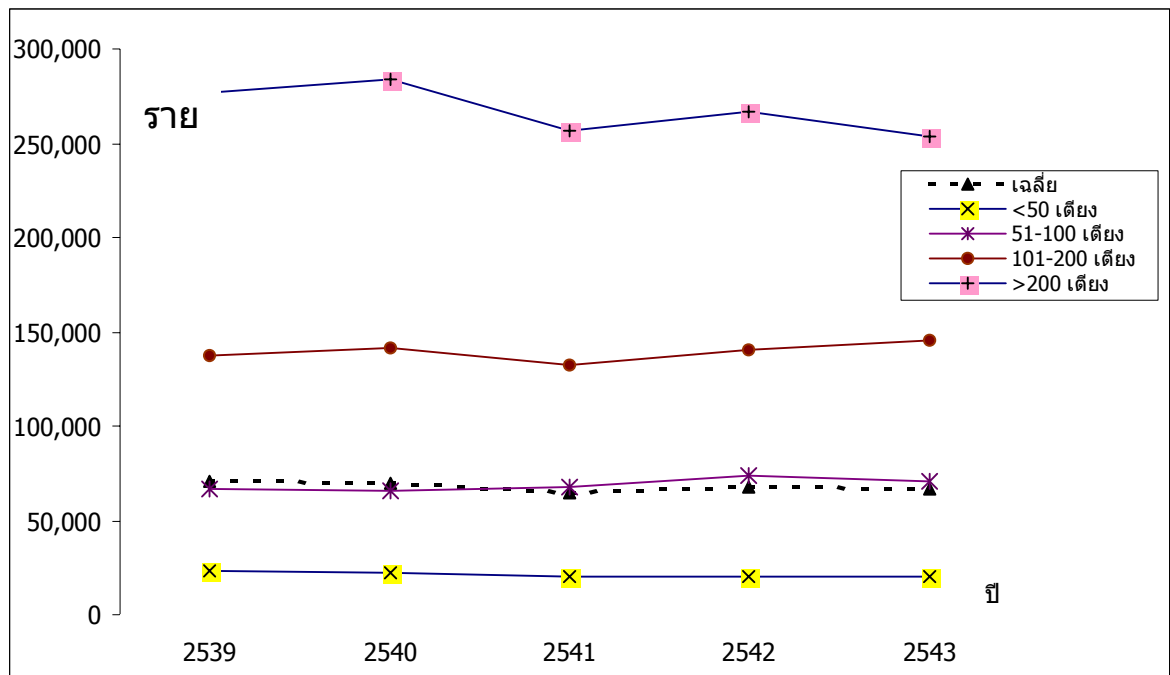
ตารางที่ 12 จำนวนการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2543 จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล

	จำนวนรวม	ขนาดโรงพยาบาล			
		<50	51-100	101-200	>200
●โรงพยาบาล(แห่ง)	326	174	84	50	18
●ผู้ป่วยในรวม(ราย)	1,452,795	224,546	476,330	443,746	308,173
คนไทย	1,371,140	215,689	437,640	430,580	287,231
คนต่างชาติ	81,655	8,857	38,690	13,166	20,942
%ผู้ป่วยต่างชาติ	5.62	3.94	8.12	2.97	6.80
●ผู้ป่วยนอกรวม(ครั้ง)	21,183,881	3,351,736	5,979,478	7,289,944	4,562,723
คนไทย	19,930,589	3,233,192	5,698,994	6,754,807	4,243,596
คนต่างชาติ	1,253,292	118,544	280,484	535,137	319,127
%ผู้ป่วยต่างชาติ	5.92	3.54	4.69	7.34	6.99
●ผู้ป่วยเฉลี่ยต่อ ร.พ.					
ผู้ป่วยใน (ราย)	4,569	1,353	5,671	8,875	17,121
ผู้ป่วยนอก(ครั้ง)	66,407	20,070	71,184	145,799	253,485
ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย/วัน	181.94	54.99	195.03	399.45	694.48

การเปลี่ยนแปลงจำนวนการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 เป็นต้นมาพบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกลดลงจาก 70,953 ครั้ง ในปี 2539 เหลือ 66,407 ครั้งในปี 2543 โดยที่โรงพยาบาลทุกขนาดมีการลดลงของจำนวนผู้ป่วยนอกเหมือนกันหมดเช่นเดียวกันกับการลดลงของจำนวนผู้ป่วยใน ตารางที่ 13 จำนวนเฉลี่ยการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2539-2543

	จำนวนรวม	ขนาดโรงพยาบาล			
		<50	51-100	101-200	>200
●ปี พ.ศ.2539					
ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย(ครั้ง)	70,953	23,454	66,880	137,866	276,785
ผู้ป่วยในเฉลี่ย (ราย)	6,305	2,018	5,857	12,251	26,238
●ปี พ.ศ.2540					
ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย(ครั้ง)	70,024	22,086	65,750	141,308	283,699
ผู้ป่วยในเฉลี่ย (ราย)	6,250	2,015	6,828	11,685	23,037
●ปี พ.ศ.2541					
ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย(ครั้ง)	65,096	20,605	67,897	131,958	256,849
ผู้ป่วยในเฉลี่ย (ราย)	5,017	1,605	5,643	9,990	18,678
●ปี พ.ศ.2542					
ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย(ครั้ง)	67,409	19,838	73,608	140,495	267,076
ผู้ป่วยในเฉลี่ย (ราย)	4,564	1,330	5,397	9,050	17,272
●ปี พ.ศ.2543					
ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย(ครั้ง)	66,407	20,070	71,184	145,799	253,485
ผู้ป่วยในเฉลี่ย (ราย)	4,569	1,353	5,671	8,875	17,121

ภาพที่ 1 จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อโรงพยาบาล จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล



ภาพที่ 2 จำนวนรายผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อโรงพยาบาล จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล

หากจำแนกตามปี พบว่าในปี พ.ศ. 2543 จำนวนวันป่วยนอนโรงพยาบาล (Length of stay) เฉลี่ย 4.55 วันต่อคน โดยโรงพยาบาล <50 เตียงเฉลี่ยสูงสุด 6.58 วัน โดยแนวโน้มวันป่วยนอนเฉลี่ยมีการปรับลดลงเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา ซึ่งมีลักษณะคล้ายกันในทุกขนาดโรงพยาบาล

อัตราครองเตียง(Occupancy Rate) ซึ่งได้จากการคำนวณโดยใช้จำนวนวันป่วยทั้งปีหารด้วยจำนวนเตียงและ 365 วัน ค่าที่คำนวณได้ในปี พ.ศ. 2543 เฉลี่ยทั้งประเทศที่ 38.76% โรงพยาบาลขนาด 51-100 เตียงมีอัตราการครองเตียงสูงสุด 45.54% ส่วนโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กกว่า 50 เตียงมีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยต่ำสุดเพียง 34.86% เท่านั้น

ตารางที่ 14 จำนวนวันป่วยของผู้ป่วยในและอัตราครองเตียงของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2539-2543

	เฉลี่ยรวม	ขนาดโรงพยาบาล			
		<50	51-100	101-200	>200
●จำนวนโรงพยาบาล	326	174	84	50	18
●จำนวนวันป่วยเฉลี่ย(วัน)					
พ.ศ. 2539	6.86	9.85	3.14	2.91	4.11
พ.ศ. 2540	6.59	9.86	2.85	3.02	3.78
พ.ศ. 2541	6.79	9.83	3.27	3.08	3.62
พ.ศ. 2542	7.05	10.32	3.35	3.02	3.60
พ.ศ. 2543	4.55	6.58	2.79	2.52	3.45
●อัตราการครองเตียง(%)					
พ.ศ. 2539	65.12	64.48	64.35	67.52	67.58
พ.ศ. 2540	63.63	61.42	64.98	68.08	65.02
พ.ศ. 2541	56.07	53.64	59.33	60.56	51.68
พ.ศ. 2542	49.14	44.92	55.71	53.40	48.76
พ.ศ. 2543	38.76	34.86	45.54	37.39	39.75

โรงพยาบาลแต่ละแห่งจะกำหนดราคาค่าเตียง(ที่ไม่รวมค่าอาหารหรือบริการการแพทย์อื่นๆ) โดยเฉลี่ยแล้วห้องพิเศษราคา 1,711 บาท ห้องเดี่ยวปรับอากาศ 887 บาท ห้องเดี่ยวพัสดม 482 บาท เป็นต้น (รายละเอียดตามตารางที่ 15) โดยมีที่น่าสังเกตว่าโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ขึ้นราคาค่าเตียงจะสูงขึ้นตามไปด้วย

ตารางที่ 15 ราคาค่าเตียงโดยเฉลี่ยของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2543 จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล

(หน่วย : บาท)	จำนวนรวม	ขนาดโรงพยาบาล			
		<50	51-100	101-200	>200
●ห้องพิเศษ	1,711	1,209	1,876	1,814	2,842
●ห้องเดี่ยว					
ห้องปรับอากาศ	887	707	970	1,098	1,418
ห้องพัดลม	482	432	637	429	729
●ห้องรวม					
ห้องปรับอากาศ	476	400	479	520	709
ห้องพัดลม	242	239	247	258	224
●ห้องผู้ป่วยหนัก	1,303	981	1,379	1,397	1,971

บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะวัดศักยภาพของสถานบริการได้เช่นกัน พบว่าในปี 2543 ภาคโรงพยาบาลเอกชนมีแพทย์ 10,949 คน และ พยาบาล 12,281 คน เข้ามาร่วมให้การรักษายาบาลในโรงพยาบาลเอกชน (ในปี 2543 ทั้งประเทศมีแพทย์ 18,025 คนและพยาบาล 70,987 คน¹)

ดัชนีอีกกลุ่มหนึ่งที่จะชี้คุณภาพของการรักษายาบาลและศักยภาพการดูแลผู้ป่วยของสถานพยาบาล คือจำนวนเตียงหรือผู้ป่วยต่อแพทย์ โดยสถานการณ์ปี 2543 พบว่า

- สัดส่วนเตียงต่อแพทย์เต็มเวลา เฉลี่ยแพทย์หนึ่งคนต่อ 14.19 เตียง ซึ่งใกล้เคียงกันทุกขนาดโรงพยาบาล
- สัดส่วนผู้ป่วยต่อแพทย์ แพทย์หนึ่งคนจะรับผิดชอบผู้ป่วยนอกประมาณ 10.45 ราย และจะรับผิดชอบผู้ป่วยในเฉลี่ยวันละ 0.78 คน
- สัดส่วนเตียงต่อพยาบาลเต็มเวลา เฉลี่ยแล้ว 8.49 เตียงต่อพยาบาลหนึ่งคน โดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีแนวโน้มของสัดส่วนนี้ดีกว่า(ต่ำกว่า)โรงพยาบาลขนาดเล็ก

ตารางที่ 16 จำนวนบุคลากรทั้งหมดของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2543 จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล

(หน่วย : คน)	รวม	เฉลี่ย	ขนาดโรงพยาบาล			
			<50	51-100	101-200	>200
เจ้าหน้าที่ระดับบริหาร						
■ ผู้อำนวยการ, รอง, ผู้ช่วย	931	2.91	1.97	3.37	4.24	5.83
■ หัวหน้าฝ่าย, แผนก, ดึก, ผู้ตรวจ	4,957	17.21	6.36	18.17	37.28	43.61
เจ้าหน้าที่รักษายาบาล						
■ แพทย์	10,949	34.65	9.89	38.90	75.34	128.94
■ ทันตแพทย์	957	6.21	3.41	4.43	7.59	13.17

¹ ข้อมูลจาก รายงานทรัพยากรสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2544

■ พยาบาลวิชาชีพ	12,281	38.50	12.10	39.62	81.28	159.39
■ พยาบาลเทคนิค	1,205	5.85	3.99	6.58	8.89	10.00
■ ผู้ช่วยพยาบาล	3,956	16.55	6.42	11.93	26.44	84.40
■ พนักงานผู้ช่วยเหลือพยาบาล	11,339	41.84	13.41	46.32	83.17	141.73
■ ผดุงครรภ์	324	6.61	3.05	3.33	3.45	44.50
■ พนักงานพยาบาลอื่น ๆ	996	12.94	5.15	10.46	29.92	40.00
เจ้าหน้าที่บริการทางการแพทย์						
■ นักรังสีการแพทย์/จันท.เอ็กซเรย์	1,186	4.22	2.58	4.43	6.80	8.33
■ นักกายภาพบำบัด	477	2.58	1.52	2.51	3.02	4.44
■ นักเทคนิคการแพทย์	1,014	4.09	2.11	3.62	6.34	11.17
■ เภสัชกร	1,358	5.05	1.73	5.06	8.04	18.44
■ โภชนาการ	297	1.86	1.60	1.66	2.00	2.88
■ พนักงานบริการการแพทย์อื่น ๆ	3,711	21.58	7.47	17.54	29.08	75.25
สัดส่วนเตียง/แพทย์เต็มเวลา		14.19	13.48	14.18	15.11	18.11
สัดส่วนเตียง/แพทย์บางเวลา		7.82	9.26	7.63	5.00	6.15
จำนวนผู้ป่วยนอก/แพทย์/วัน		10.45	12.69	8.46	7.35	8.56
สัดส่วนผู้ป่วยใน/แพทย์/วัน		0.76	0.82	0.75	0.57	0.76
สัดส่วนเตียง/พยาบาลวิชาชีพเต็มเวลา		8.49	9.22	8.77	6.96	5.42
สัดส่วนเตียง/พยาบาลวิชาชีพบางเวลา		7.21	5.68	7.02	11.15	10.08
สัดส่วนผู้ป่วยใน/พยาบาลวิชาชีพ/วัน		0.48	0.50	0.46	0.47	0.35

ตารางที่ 17 จำนวนเฉลี่ยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเต็มเวลาในปี 2539-2544 จำแนกตามขนาด รพ.

(หน่วย : คน)	จำนวน โรงพยาบาล	เฉลี่ย (คน)	ขนาดโรงพยาบาล			
			<50	51-100	101-200	>200
แพทย์เต็มเวลา						
■ 2539	18	12.28	4.33	6.67	12.25	25.20
■ 2540	10	10.30	4.50	6.50	11.00	25.00
■ 2541	11	10.36	4.25	7.00	13.00	25.00
■ 2542	13	9.38	4.00	6.75	13.50	24.00
■ 2543	13	9.62	3.80	6.75	15.50	24.00
■ 2544	24	15.79	3.57	6.80	14.86	43.20
พยาบาลเต็มเวลา						
■ 2539	16	45.94	5.83	10.50	23.75	146.00
■ 2540	10	38.00	7.50	12.00	22.67	135.00
■ 2541	11	37.73	7.25	14.50	24.33	142.00
■ 2542	12	38.50	7.00	13.00	35.67	144.00
■ 2543	12	39.83	6.00	15.00	41.00	143.00

■ 2544	23	56.65	4.67	15.50	56.50	152.20
--------	----	-------	------	-------	-------	--------

จำนวนแพทย์เต็มเวลาเฉลี่ยต่อโรงพยาบาลในระยะ 6 ปีที่ผ่านมาไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนัก โดย ณ ปี 2544 โรงพยาบาลขนาดไม่เกิน 50 เตียง, 51-100 เตียง, 101-200 เตียง และมากกว่า 200 เตียง มีค่าเฉลี่ยแพทย์เต็มเวลาเป็น 3.57, 6.80, 14.86, และ 43.20 คนตามลำดับ ซึ่งมีค่าไม่ต่างกันมากนักกับการสำมะโนโรงพยาบาลเอกชน ปี 2535 ของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ ซึ่งพบว่า โรงพยาบาลขนาดต่ำกว่า 51 เตียง, 51-100 เตียง, และ 101-250 เตียง มีค่าเป็นเฉลี่ยแพทย์เต็มเวลาเป็น 3, 8, และ 15 คนตามลำดับ

เช่นเดียวกันกับจำนวนพยาบาลวิชาชีพเต็มเวลา มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ (ยกเว้นโรงพยาบาลขนาดไม่เกิน 50 เตียงมีจำนวนลดลงในปี 2544) ค่าเฉลี่ยนี้ต่ำกว่าการสำมะโนของโรงพยาบาลเอกชนปี 2535 ซึ่งพบว่า โรงพยาบาลขนาดต่ำกว่า 51 เตียง, 51-100 เตียง, และ 101-250 เตียง มีค่าเป็นเฉลี่ยพยาบาลวิชาชีพเต็มเวลาเป็น 10, 13, และ 57 คนตามลำดับ

ตารางที่ 18 จำนวนการให้บริการอื่นๆในปี 2539-2544

	ปี พ.ศ	N	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2535*
การรักษา									
จำนวนผู้ป่วยหนัก(ICU)	8		702.38	757.86	709.38	643.90	637.82	487.44	713
จำนวนผู้ป่วยผ่าตัด	13		2,032.92	2,081.67	1,708.10	1,242.62	1,188.71	1,594.12	1,550
คลอดบุตรทั้งหมด	16		408.75	295.75	279.92	182.85	193.69	251.29	238
สัดส่วนการผ่าตัดหน้าท้องต่อการคลอดทั้งหมด			52.98%	42.53%	45.61%	51.36%	44.70%	59.58%	53%
บริการทันตกรรม	7		3,511.29	3,301.50	3,796.00	3,719.13	3,171.71	4,098.87	5,818
การส่งเสริมป้องกัน									
วัคซีน BCG ปี	8		662.38	640.50	424.50	322.86	361.00	317.31	440
วัคซีน DPT/OPV	3		2,556.67	3,814.00	3,672.00	3,556.33	3,078.33	1,345.88	1,000
การฝากครรภ์	6		461.17	375.80	257.60	173.00	175.33	413.54	1,025
การวางแผนครอบครัว	3		1,463.00	346.00	252.00	309.00	805.50	708.83	682
การให้บริการ/เครื่อง									
Ultra-sonography	20		1,404.00	1,461.25	1,392.30	1,119.82	1,248.91	1,831.75	
CT-scan	12		945.60	860.50	753.86	754.33	714.67	572.17	
X-ray	12		3,799.31	4,632.30	6,677.42	3,582.71	3,899.89	5,864.83	

ปี 2535* เป็นการเปรียบเทียบผลจากการสำมะโนโรงพยาบาลเอกชนปี 2535 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2538)

ดัชนีการให้บริการอื่นๆที่สำคัญในการรักษาพยาบาลและส่งเสริมป้องกัน อาทิเช่น พบการลดลงของจำนวนการรักษาทั้งประเภทผู้ป่วยหนัก(ICU), ผู้ป่วยผ่าตัด, การคลอดบุตร, และการบริการทันตกรรม ในช่วงปี 2540-2543 โดยเฉพาะสัดส่วนการคลอดโดยการผ่าตัดหน้าท้องต่อการคลอดทั้งหมด ลดลงต่ำกว่า 50% ในช่วงปี 2540-2543 แต่ถึงปี 2544 กลับมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็น 59.58% ขณะที่การสำมะโนปี 2535 พบจำนวน 53% สอดคล้องกับการสำรวจแบบแผนการคลอดของหญิงไทย 2533-2539 ที่พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี 2539 การคลอดในโรงพยาบาลเอกชนจะมีอัตรา

ผ่าตัดคลอดสูงถึง 51% (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ 2540) การส่งเสริมป้องกันโรคและการวางแผนครอบครัว มีทิศทางให้การบริการที่ลดลงเหมือนกับการรักษา ยกเว้นการให้วัคซีน DPT/OPV กลับมีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างเห็นชัดเจน

ในปี 2543 โรงพยาบาลเอกชนนอกเหนือจากรายได้ที่มาจากการจ่ายค่าบริการโดยตรง(out of pocket)จากผู้รับบริการแล้ว ยังมีบทบาทในการบริการตามระบบประกันสุขภาพอีกด้วย โดย 73.01% ของโรงพยาบาลเอกชน ทั้งหมดให้บริการในระบบประกันสุขภาพ มีเพียง 26.99% เท่านั้นที่ไม่มีบริการประกันสุขภาพใดๆ เป็นที่น่าสังเกตว่า ร้อยละของจำนวนโรงพยาบาลที่ให้บริการจะสูงในโรงพยาบาลขนาด 51-200 เตียง จำนวนของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพ เรียงจากมากมาน้อยคือ กองทุนทดแทนแรงงาน การประกันสุขภาพเอกชน และกองทุนประกันสังคม เป็น 198, 187, และ 161 แห่งตามลำดับ

ตารางที่ 19 การบริการตามระบบประกันสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล

	โรงพยาบาล		% ตามขนาดของโรงพยาบาล (เตียง)			
	จำนวน	(%)	<50	51-100	101-200	>200
●โรงพยาบาล(แห่ง)	326		174	84	50	18
ไม่มีบริการเลย	88	26.99	41.38	10.71	6.00	22.22
มีบริการ	238	73.01	58.62	89.29	94.00	77.78
■ ประกันสังคม	161	49.39	37.36	63.10	74.00	33.33
■ กองทุนเงินทดแทน	198	60.74	42.53	77.38	92.00	72.22
■ ประกันสุขภาพเอกชน	187	57.36	42.53	71.43	84.00	61.11

สถานการณ์ลงทุนและการเงินของโรงพยาบาลเอกชน

ในปี 2543 โรงพยาบาลทั้ง 326 แห่ง ได้จดทะเบียนประกอบการในรูปบริษัทจำกัดหรือบริษัทจำกัด(มหาชน)มากที่สุด คือ 235 แห่ง (72.09%) น้อยที่สุดคือในรูปห้างหุ้นส่วนจำกัด เพียงจำนวน 13 แห่งหรือ 3.99% โดยทุกภาคพื้นที่จะมีลักษณะและสัดส่วนที่คล้ายกันนี้

ตารางที่ 20 จำนวนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทการจดทะเบียนประกอบการและพื้นที่

เขตพื้นที่	ประเภท บริษัทจำกัด,				
	ส่วนบุคคล	ห้างหุ้นส่วนจำกัด	บริษัทจำกัด(มหาชน)	อื่นๆ	รวม
กรุงเทพฯ	2	1	53	6	62
ภาคกลาง	18	4	85	15	122
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6	1	37	1	45
ภาคเหนือ	9	2	42	8	61
ภาคใต้	10	5	18	3	36
รวม	45	13	235	33	326
	13.80%	3.99%	72.09%	10.12%	

การลงทุนส่วนใหญ่จะอาศัยเงินลงทุนภายในประเทศ โดย 92.64% ของโรงพยาบาลเอกชนไม่พบเงินลงทุนจากต่างประเทศเลย โรงพยาบาลในกรุงเทพฯจะมีการลงทุนจากต่างประเทศมากกว่าที่อื่นๆ ซึ่งมี 14 แห่ง (22.58%) การลงทุนจากต่างประเทศจะพบมากในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่กว่า โดยประเทศที่เข้ามาลงทุนมากที่สุดคือ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ยุโรป และอเมริกา เป็นร้อยละ 25.0, 19.4, 11.1, 11.1, และ 5.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 21 ลักษณะการลงทุนจากต่างประเทศในโรงพยาบาลเอกชน

เขตพื้นที่	ไม่มี (%)		มีการลงทุนจากต่างประเทศ				
			รวม	ขนาดเตียง			
				<50	51-100	101-200	>200
กรุงเทพฯ	48	77.42	14	1	5	3	5
ภาคกลาง	117	95.90	5	-	2	1	2
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	42	93.33	3	-	3		
ภาคเหนือ	59	96.72	2	-	-	1	1
ภาคใต้	36	100.00	-	-	-	-	-
รวม	302	92.64	24	1	10	5	8

ตารางที่ 22 จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนจาก BOI ระหว่าง พ.ศ.2533-2545

ปี	ภาค					ขนาดโรงพยาบาล(เตียง)				รวม
	กทม.	กลาง	ออก/เหนือ	เหนือ	ใต้	<50	51-100	101-200	>200	
2533	5	4	3	4	1	4	9	2	2	17
2534	7	6	2	2	1	1	6	7	4	18
2535	6	9	1	2	1	1	6	6	6	19
2536	9	13	3	4	1	3	13	11	3	30
2537	3	7	8	2	5	4	8	11	2	25
2538	7	13	9	3	1	5	12	8	8	33
2539	3	8	4	4	2	4	6	7	4	21
2540	2	3	1	3	1	5	3	0	2	10
2541		1				1				1
2542										0
2543	1	1				1	1			2
2544		2	1			1	1	1		3
2545		2					1	1		2

ที่มา สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

อุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชน เป็นกิจการที่อยู่ในข่ายได้รับการสนับสนุนการลงทุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน โดยพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา มีจำนวนโรงพยาบาลที่ขอรับการสนับสนุนการลงทุนเพิ่มขึ้น จนถึงปี พ.ศ. 2540 ที่มีวิกฤติเศรษฐกิจทำให้จำนวนการขอสนับสนุนการลงทุนเริ่มลดลงมาก เหลือเพียง 2-3 แห่งต่อปีเท่านั้น โดยเฉพาะปี พ.ศ. 2542 ไม่มีการสนับสนุนการลงทุนเลยแม้แต่แห่งเดียว แต่มีข้อน่าสังเกตว่าเขตที่ได้รับการนิยมนามากที่สุดอยู่ในเขตภาคกลางมากกว่าภูมิภาคอื่นๆ

ผลการดำเนินการของโรงพยาบาลเอกชนในปี พ.ศ. 2543 โรงพยาบาลเอกชนในภาพรวมยังขาดทุนเฉลี่ย 9.50 ล้านบาทต่อโรงพยาบาล โดยมีเพียงโรงพยาบาลขนาดมากกว่า >200 เตียงเท่านั้นที่มีค่าเฉลี่ยรายได้เป็นบวก คือ 20.58 ล้านบาท

ตารางที่ 23 รายรับและรายจ่ายของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2543 จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล หน่วย : ล้านบาท

(หน่วย : ล้านบาท)	โรงพยาบาลทุกแห่ง		ขนาดโรงพยาบาล			
	รวม	เฉลี่ย	<50	51-100	101-200	>200
รายรับ						
▪จากการรักษาพยาบาล	28,683.76	87.99	15.07	82.68	197.12	514.49
▪เงินอุดหนุน บริจาค อื่นๆ	1,934.70	11.38	1.92	6.33	12.19	60.50
รายจ่าย						
▪รายจ่ายบุคลากร	9,225.13	28.30	6.01	28.23	58.49	160.21
▪ค่ายา เวชภัณฑ์	12,165.23	37.32	6.20	30.97	86.35	231.52
▪ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	5,345.30	24.26	6.91	21.06	38.30	85.51
▪ค่าดอกเบี้ย	4,140.66	18.99	4.22	17.41	26.91	77.17
ผลต่างรายรับ-รายจ่าย	-257.86	-9.50	-6.35	-8.66	-0.74	20.58

โรงพยาบาลเอกชนมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. 2541 (หลังวิกฤติเศรษฐกิจหนึ่งปี) เริ่มมีโรงพยาบาลบางแห่งลดขนาดจำนวนเตียงลง 6 แห่ง และมี 43 แห่งที่ขอปิดกิจการเลย ตั้งแต่นั้นจนถึงปี พ.ศ. 2543 การขอเปิดกิจการใหม่มีจำนวนลดลง และยังมีบางแห่งที่ขอขยาย/ลดกิจการบ้าง แต่ภาพรวมของจำนวนเตียงรวมมีอัตราที่เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 24 การเปลี่ยนแปลงจำนวนโรงพยาบาลและเตียง ระหว่าง ปี พ.ศ. 2536-2543

ปี	จำนวน	เปิดกิจการใหม่		เพิ่มขนาด		ลดขนาด		ปิดกิจการ		จำนวนเพิ่ม/ลดสุทธิ	
		แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง
2536	263	31		14						45	0
2537	398	35		15						50	0
2538	357	52		19						71	0
2539	430	39		18						57	0
2540	491	29		19						48	0
2541	473	23	1028	16	1662	6	155	43	757	-10	1778
2542	471	10	386	14	408	5	90	11	276	8	428
2543	456	11	560	2	120	6	248	11	185	-4	247

ที่มา กองประกอบโรคศิลป์ 2544

ผลการประกอบการและสถานการณ์การเงิน

จากข้อมูลรายงานการเงินและเงินลงทุนของโรงพยาบาลจำนวน 62 แห่ง จากงบการเงินของโรงพยาบาลเอกชนจากรายงานที่ได้ส่งให้กระทรวงพาณิชย์ พบว่า

รายรับของโรงพยาบาล หมายถึงรายได้หลักที่เกิดจากการดำเนินการให้บริการรักษาพยาบาล ตั้งแต่ปี 2540 รายได้หลักของโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น ปริมาณของรายได้ขึ้นกับขนาดการผลิตหรือขนาดของจำนวนเตียงด้วย โดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ย่อมมีรายได้มากกว่า รายได้ของโรงพยาบาลขนาดเล็ก โดยโรงพยาบาลขนาดเล็กกว่า 50 เตียง ได้เริ่มลดในปี 2543 ขณะที่โรงพยาบาลขนาดอื่นๆ ไม่ได้มีแนวโน้มลดลง

ค่าใช้จ่าย หมายถึงต้นทุนค่าใช้จ่ายต่างๆ ในที่นี้จะคิดเฉพาะต้นทุนขาย (cost of sales) เท่านั้น ส่วนเรื่องการบริหารจัดการหรือค่าเสื่อมราคาจะยังไม่นำมาคิด เนื่องจากต้องการสะท้อนรายจ่ายตรงที่เป็นการรักษาพยาบาลเท่านั้น พบว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับรายได้หลัก เช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลขนาดเล็กจะมีต้นทุนขายลดลงหลังปี 2543 เช่นกัน

กำไรขั้นต้น(Gross Profit) หมายถึงส่วนของรายการขายที่สูงกว่าต้นทุนขาย ซึ่งจะมีทิศทางการเปลี่ยนแปลงสอดคล้องกับรายได้หลักและต้นทุนขาย ขณะที่กำไรขาดทุนสุทธิ(Net Profit or Net Loss) ซึ่งจะเป็นกำไรขั้นสุดท้ายที่หักค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ต้นทุนการบริหาร ค่าเสื่อมราคา ค่าดอกเบี้ยและภาษี เป็นต้น พบว่าภาพรวมของทุกโรงพยาบาลเฉลี่ยแล้วขาดทุนมาตลอด ยกเว้นในปี 2544 ที่เป็นยอดกำไร 14.05 ล้านบาท โดยโรงพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า 200 เตียง มียอดขาดทุนเฉลี่ยสูงสุด 300.14 ล้านบาทที่ปี 2540 กลับมาทำกำไรเฉลี่ย 91.99 ล้านบาทที่ปี 2544 ขณะที่โรงพยาบาลขนาดอื่นยังคงมีค่าเฉลี่ยขาดทุนอยู่แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

ตารางที่ 25 การรายรับ รายจ่ายเฉลี่ยต่อโรงพยาบาล ระหว่าง ปี พ.ศ. 2540-2544 หน่วย: ล้านบาท

ปี พ.ศ.	รวม	ขนาดของโรงพยาบาล			
		<50	51-100	101-200	>200
รายรับ					
2540	254.77	29.63	135.42	172.75	644.96
2541	252.27	49.86	138.61	188.59	613.83
2542	247.52	44.67	137.94	178.79	647.85
2543	268.24	22.65	143.19	202.30	784.94
2544	326.06	25.55	183.53	240.12	906.80
รายจ่าย					
2540	165.09	17.36	99.53	122.26	394.06
2541	163.10	35.79	98.42	132.81	370.96
2542	165.07	33.47	95.98	126.07	417.98
2543	174.63	16.99	100.56	141.57	478.95
2544	207.26	16.94	129.25	162.12	555.17

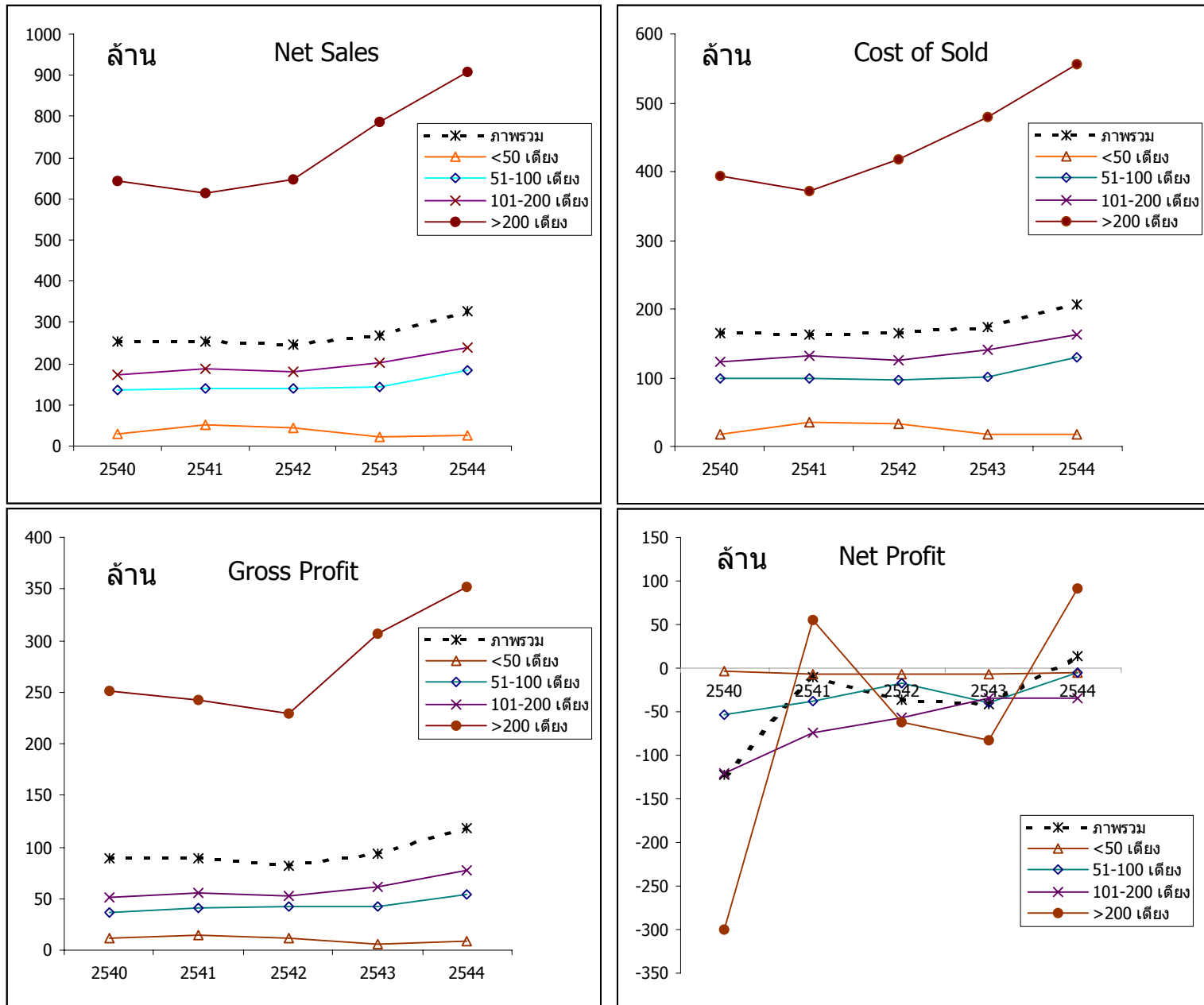
กำไรขั้นต้น					
2540	89.68	12.27	35.89	50.49	250.90
2541	89.17	14.07	40.19	55.77	242.87
2542	82.45	11.19	41.95	52.72	229.86
2543	93.61	5.66	42.63	60.74	305.98
2544	118.80	8.61	54.28	78.00	351.63
กำไรสุทธิ					
2540	-122.98	-4.03	-53.01	-120.83	-300.14
2541	-10.22	-7.18	-37.44	-74.70	54.74
2542	-36.50	-6.81	-17.50	-57.05	-62.53
2543	-40.59	-6.54	-39.69	-34.59	-81.92
2544	14.05	-4.40	-4.96	-34.29	91.99

ตารางที่ 26 ภาระดอกเบี้ยของโรงพยาบาล ระหว่าง ปี พ.ศ. 2540-2544

ปี พ.ศ.	รวม	ขนาดของโรงพยาบาล			
		<50	51-100	101-200	>200
ร้อยละโรงพยาบาลที่มีภาระดอกเบี้ย (%)					
2540		45.00	92.86	76.92	93.33
2541		45.00	100.00	76.92	93.33
2542		50.00	100.00	92.31	93.33
2543		55.00	100.00	92.31	86.67
2544		40.00	85.71	92.31	86.67
ค่าเฉลี่ยดอกเบี้ยโรงพยาบาล (ล้านบาท)					
2540	44.52	3.41	26.61	39.28	91.33
2541	69.53	11.08	49.18	70.89	126.47
2542	52.95	9.79	33.24	56.84	100.15
2543	46.35	9.51	21.70	49.13	101.50
2544	42.56	11.62	19.16	43.49	82.34

เหตุผลที่นำดอกเบี้ยจ่ายมาแสดงด้วยเนื่องจากเงินจำนวนนี้ไม่ใช่ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ แต่เป็นค่าใช้จ่ายทางการเงินที่เกิดจากการจัดหาเงินทุนมาดำเนินการธุรกิจ ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีภาระหนี้สินกับสถาบันการเงิน โดยโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กกว่า 50 เตียงจะมีภาระดอกเบี้ยจากการกู้ยืมเพียงครึ่งหนึ่ง ขณะที่โรงพยาบาลขนาดอื่นจะมีภาระหนี้สินที่มีดอกเบี้ยแทบทั้งสิ้น โดยเฉพาะปี 2541-2543 โรงพยาบาลขนาด 51-100 เตียงทั้งหมดต้องรับภาระดอกเบี้ยที่เกิดขึ้น โดยค่าเฉลี่ยของภาระดอกเบี้ยของโรงพยาบาลที่มีหนี้สินนั้นจะสูงขึ้นตามขนาดของโรงพยาบาล โดยในปี 2541 จะเป็นช่วงที่โรงพยาบาลทุกขนาดแบกรับดอกเบี้ยสูงที่สุดที่น่าสังเกตคือการลดลงของดอกเบี้ยในปี 2544 ของโรงพยาบาลขนาดที่ >200 เตียงสอดคล้องกับการกลับมาทำไรสุทธิของโรงพยาบาลด้วย

ภาพที่ 3 รายได้หลัก ต้นทุนขาย กำไรขั้นต้น และกำไรสุทธิของโรงพยาบาลต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2544



ระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจ (2539-2544)

เงินทุนหมุนเวียน มีความหมายกับความสามารถดำรงอยู่ของการประกอบธุรกิจมาก โดยจะพิจารณา สินทรัพย์หมุนเวียน(Current Assets) ซึ่งรวมหมายถึงเงินสดและสินทรัพย์ที่คาดว่าจะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในระยะหนึ่งปีได้ และหนี้สินหมุนเวียน(Current liabilities) หมายถึงภาระผูกพันเจ้าหนี้การค้า หรือเงินกู้ระยะสั้นที่ต้องชำระภายในหนึ่งปี

ดัชนีที่นักการเงินใช้ในการวัดสภาพคล่องของธุรกิจ โดยหากอัตราส่วนยิ่งสูงจะบอกถึงสภาพคล่องที่ดีของบริษัท ซึ่งอาจจะแสดงถึงความสามารถในการรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นหรือความสามารถในการดำรงอยู่นั่นเอง

➤ เงินทุนหมุนเวียน(Working Capital) =สินทรัพย์หมุนเวียน - หนี้สินหมุนเวียน

➤ อัตราส่วนสินทรัพย์หมุนเวียน(Current Ratio)=สินทรัพย์หมุนเวียน/หนี้สินหมุนเวียน

พบว่าโรงพยาบาลเอกชนของไทยมีอัตราส่วนนี้ไม่ค่อยดีนัก ในช่วงปี 2540-2544 นี้มีโรงพยาบาลเพียงหนึ่งในสาม(หรือไม่เกิน 35.48%)เท่านั้นที่มีค่าเงินทุนหมุนเวียนเป็นบวก โดยเฉลี่ยแล้วอยู่ที่ -131.34 ถึง -239.21 พันบาท โดยโรงพยาบาลขนาดเล็กจะมีร้อยละของโรงพยาบาลที่มีเงินทุนหมุนเวียนเป็นบวกมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งจะสอดคล้องกับค่าอัตราส่วนสินทรัพย์หมุนเวียน (ในตาราง 27) อย่างไรก็ตามแม้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มากกว่า 200 เตียงจะมีเงินทุนหมุนเวียนติดลบมาก แต่ค่าอัตราส่วนสินทรัพย์หมุนเวียนจะดีกว่าโรงพยาบาลขนาดอื่นๆ

➤ อัตราส่วนผลตอบแทนของยอดขาย (Rate of return on Sales Ratio)

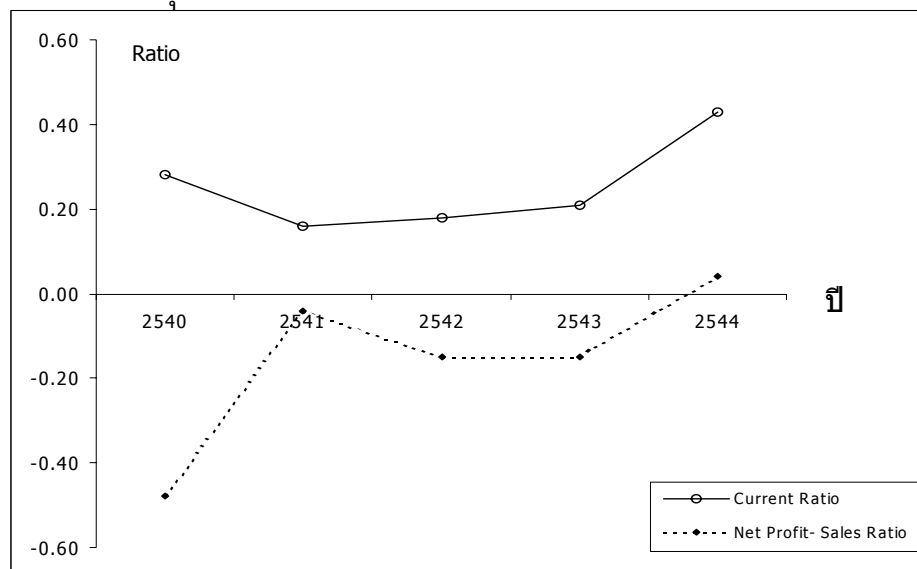
= กำไรสุทธิ / ยอดขายสุทธิ

เป็นความสามารถในการทำกำไรของบริษัท อย่างไรก็ตามดัชนีนี้อาจไม่ได้ชี้อะไรมากนัก เนื่องจากระหว่าง ปี พ.ศ. 2540-2544 เป็นช่วงที่โรงพยาบาลเอกชนมีกำไรสุทธิเป็นลบแม้ว่าจะมียอดขายเพิ่มขึ้นก็ตาม จนถึงปี 2544 จึงเริ่มมีค่าเป็นบวก

ตารางที่ 27 หนี้สินหมุนเวียนและสินทรัพย์หมุนเวียนของโรงพยาบาล ระหว่าง ปี พ.ศ. 2540-2544

ปี พ.ศ.	รวม	ขนาดของโรงพยาบาล			
		<50	51-100	101-200	>200
% โรงพยาบาลที่มี Working Capital>0					
2540	25.81	40.00	35.71	23.08	0.00
2541	24.19	45.00	21.43	15.38	6.67
2542	29.03	45.00	28.57	30.77	6.67
2543	35.48	45.00	35.71	23.08	33.33
2544	35.48	45.00	21.43	30.77	40.00
Working Capital(เฉลี่ย)					
2540	-143.24	-15.06	-136.63	-105.64	-426.15
2541	-203.83	-31.46	-194.42	-118.96	-557.48
2542	-239.21	-34.70	-228.17	-323.52	-537.17
2543	-213.10	-41.81	-203.27	-332.01	-496.77
2544	-131.34	-41.13	-125.28	-372.07	-114.86
Current Ratio(เฉลี่ย)					
2540	0.28	0.25	0.53	0.37	0.21
2541	0.16	0.21	0.18	0.27	0.13
2542	0.18	0.20	0.20	0.16	0.18
2543	0.21	0.11	0.42	0.16	0.22
2544	0.43	0.15	0.36	0.16	0.61
Net Profit-Sales Ratio					
2540	-0.48	-0.14	-0.39	-0.70	-0.47
2541	-0.04	-0.14	-0.27	-0.40	0.09
2542	-0.15	-0.15	-0.13	-0.32	-0.10
2543	-0.15	-0.29	-0.28	-0.17	-0.10
2544	0.04	-0.17	-0.03	-0.14	0.10

ภาพที่ 4 สัดส่วนหนี้สินหมุนเวียนและความสามารถในการทำกำไรของโรงพยาบาลเอกชน ระหว่างปี 2540-2544



โรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์

บริษัทมหาชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับโรงพยาบาลเอกชนเป็นหน่วยการลงทุนหมวดสุขภาพ ที่นำมาวิเคราะห์มีจำนวนทั้งสิ้น 10 บริษัท ประกอบด้วย

ชื่อผู้ประกอบการ	Stock Code
1 AIKCHOL HOSPITAL PUBLIC COMPANY LIMITED	AHC
2 BANGKOK DUSIT MEDICAL SERVICES PUBLIC COMPANY LIMITED	BGH
3 KRUNGTHON HOSPITAL PUBLIC COMPANY LIMITED	KDH
4 CHIANG MAI MEDICAL SERVICES PUBLIC COMPANY LIMITED	LNH
5 MAHACHAI HOSPITAL PUBLIC COMPANY LIMITED	M-CHAI
6 WATTANA KARNPAET PUBLIC COMPANY LIMITED	NEW
7 NONTHAVEJ HOSPITAL PUBLIC COMPANY LIMITED	NTV
8 RAMKHAMHAENG HOSPITAL PUBLIC COMPANY LIMITED	RAM
9 SAMITVEJ PUBLIC COMPANY LIMITED	SVH
10 VIBHAVADI MEDICAL CENTER PUBLIC COMPANY LIMITED	VIBHA

ส่วนอีก 3 กลุ่มคือ กลุ่มโรงพยาบาลพญาไท โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และ โรงพยาบาลศิรินครี อยู่ในช่วงการปรับปรุงกิจการและปรับโครงสร้างหนี้ โดยมีผลประกอบการต่ำกว่าที่ตลาดหลักทรัพย์กำหนดไว้ (โดยจัดอยู่ในหมวดปรับปรุงกิจการของตลาดหลักทรัพย์) ไม่นำมารวมพิจารณา เนื่องจากความสมบูรณ์ของข้อมูล

จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการลงทุน โดยการเข้าตลาดหลักทรัพย์ของกลุ่มธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน อาจมีแรงจูงใจต่างๆ เช่น ต้องการแสดงว่าการบริหารโปร่งใส สิทธิพิเศษด้านภาษี โดยพบว่าการลงทุนกลุ่มนี้จะมีลักษณะ

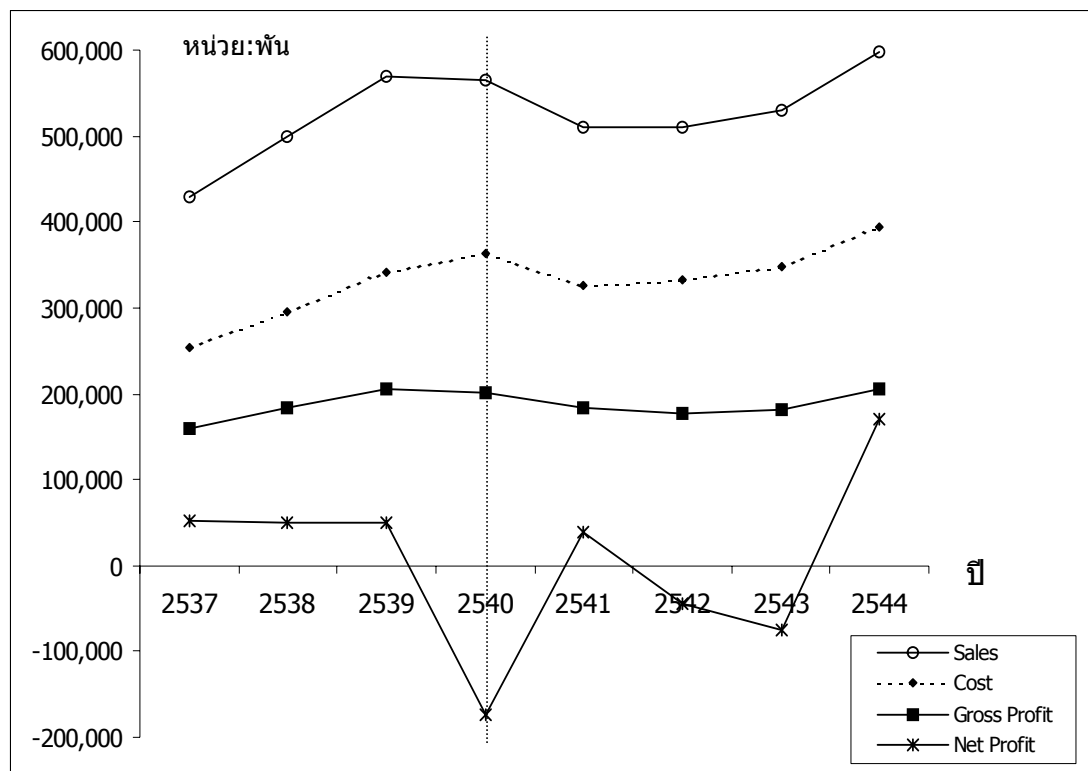
- ธุรกิจนี้เป็นการประกอบกิจการของกลุ่มวิชาชีพ คนอื่นๆเข้ามาลำบาก อาจมีบางแห่งที่ผู้เป็นเจ้าของ asset กับผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นคนละบริษัท อาจต้องการความปลอดภัยของการลงทุน และบางแห่งการปรับโครงสร้างหนี้ทำให้ต้องตัดทรัพย์สินเป็นการลงทุนของเจ้าหนี้แทน
- การถือหุ้นมักเป็นกลุ่มวิชาชีพเอง เครือญาติ ผู้เข้าถือหุ้นอาจมีเหตุผลอื่นประกอบ เช่น การได้รับส่วนลดพิเศษจากการรับบริการ
- ความสำเร็จของการประกอบการ เชื่อว่าขึ้นกับ ชื่อเสียงเดิม skill ของการบริหาร
- การลงทุนกลุ่มนี้ได้รับความสนใจไม่มาก หากเทียบการลงทุนกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มสถาบันการเงิน กลุ่มพลังงาน เป็นต้น
- ในอดีตกลุ่มนี้มีการกู้ยืมจากต่างประเทศค่อนข้างมาก ทำให้สถานการณ์ปัจจุบันต้องมีภาระเรื่องดอกเบี้ย หนี้สิน และการปรับโครงสร้างหนี้
- ธุรกิจนี้มีลักษณะเป็น cost plus ภาระจะอยู่ที่งบลงทุน ส่วนต้นทุนยา เวชภัณฑ์ ค่าแพทย์ จะบวกไว้ในค่ารักษาพยาบาลตรงๆ

ตารางที่ 28 รายได้หลักและต้นทุนของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ระหว่าง ปี 2537-2544 (พันบาท)

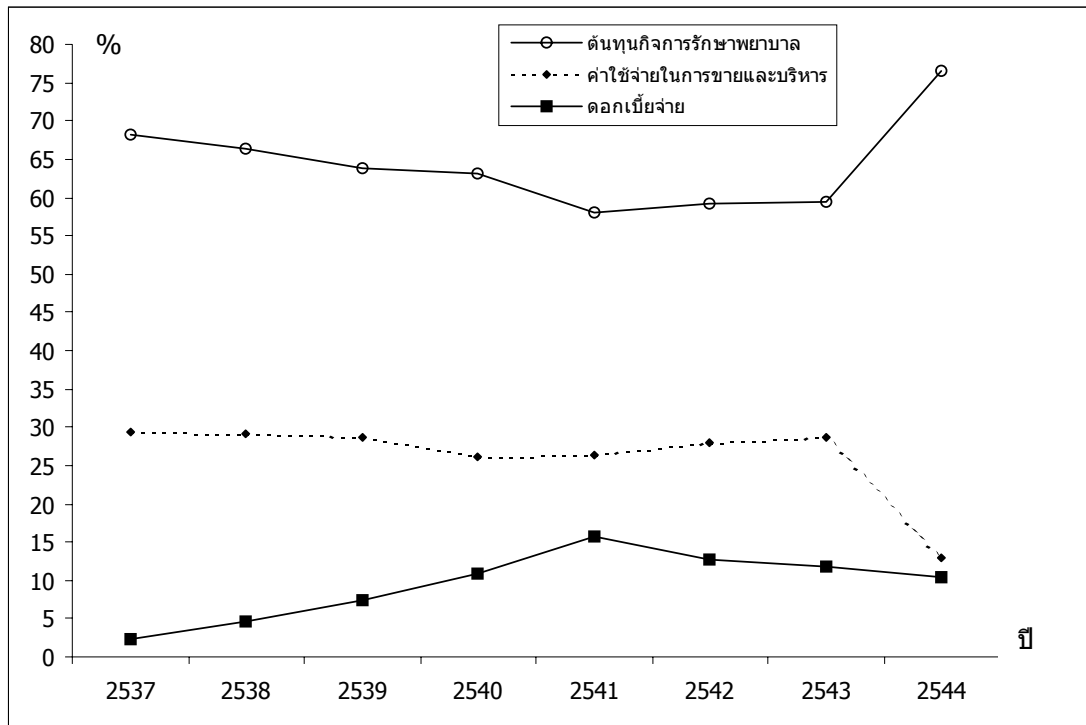
ปี พ.ศ.	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544
รายได้หลัก								
AHC	-	-	-	321,834	303,261	280,183	303,921	360,726
BGH	875,961	1,063,248	1,322,035	1,471,703	1,354,524	1,469,896	1,544,368	1,816,507
LNH	174,722	211,132	235,107	229,716	190,049	167,426	163,487	191,152
M-CHAI	167,767	163,263	210,711	215,275	216,968	207,268	214,259	225,723
NEW	98,669	112,424	107,888	88,865	61,479	54,005	58,303	70,236
KDH	299,177	313,172	334,668	315,113	260,995	235,283	239,066	258,357
NTV	365,614	440,684	516,135	527,928	400,217	384,658	420,086	476,728
RAM	550,355	621,837	740,241	796,758	713,508	732,191	747,446	823,982
SVH	976,401	1,129,147	1,160,424	1,155,510	1,135,873	1,129,642	1,156,014	1,292,386
VIBHA	359,152	435,619	495,967	518,816	464,108	431,418	441,660	470,800
เฉลี่ย	429,758	498,947	569,242	564,152	510,098	509,197	528,861	598,660
ต้นทุนบริการ								
AHC	-	-	-	266,075	230,656	223,742	244,468	276,577
BGH	552,068	659,168	829,501	929,876	811,896	898,812	928,224	1,106,212
LNH	126,945	150,742	164,269	172,430	147,004	140,254	133,417	142,717
M-CHAI	30,396	25,873	41,903	157,695	154,867	157,339	161,418	166,607
NEW	52,764	63,708	63,784	62,146	45,778	41,508	48,028	59,292
KDH	201,934	213,940	230,852	221,191	185,098	168,342	170,934	174,269
NTV	243,002	294,024	350,542	359,275	291,918	291,897	319,938	350,381
RAM	374,219	424,370	498,553	550,982	493,534	507,797	534,759	601,691
SVH	434,155	505,035	546,843	546,188	567,397	580,605	606,216	717,930
VIBHA	264,039	327,366	351,728	361,044	327,017	309,103	322,636	344,630
เฉลี่ย	253,280	296,025	341,997	362,690	325,517	331,940	347,004	394,031
กำไรขั้นต้น								
AHC	-	-	-	55,759	72,605	56,441	59,453	84,150
BGH	323,893	404,080	492,534	541,827	542,628	571,084	616,144	710,295
LNH	47,777	60,390	70,838	57,286	43,045	27,172	30,070	48,435
M-CHAI	137,371	137,390	168,808	57,580	62,101	49,929	52,841	59,116
NEW	45,905	48,716	44,104	26,719	15,701	12,497	10,275	10,944
KDH	97,243	99,232	103,816	93,922	75,897	66,941	68,132	84,088
NTV	122,612	146,660	165,593	168,653	108,299	92,761	100,148	126,347
RAM	176,136	197,467	241,688	245,776	219,974	224,394	212,687	222,290
SVH	542,246	624,112	613,581	609,322	568,476	549,037	549,798	574,456
VIBHA	95,113	108,253	144,239	157,772	137,091	122,315	119,024	126,170
เฉลี่ย	158,830	182,630	204,520	201,462	184,582	177,257	181,857	204,629
กำไรสุทธิ								
AHC				-17,742	43,474	20,673	24,224	42,360
BGH	128,413	114,374	140,679	-43,419	-207,696	7,669	180,379	207,100
LNH	12,995	20,617	17,562	5,262	-20,057	-47,628	-14,096	-23,048
M-CHAI	27,108	29,032	29,146	1,357	5,128	994	12,905	21,505
NEW	22,348	25,043	15,558	-14,003	-39,470	-38,389	-15,450	-11,561
KDH	27,678	18,905	15,971	-6,628	6,240	2,375	894	3,761
NTV	62,470	70,133	92,521	88,348	40,079	28,402	38,026	44,992
RAM	77,685	60,250	79,409	-258,638	108,499	-110,873	-212,893	95,205
SVH	86,623	108,212	29,744	-1,365,646	341,335	-318,973	-769,636	1,308,715
VIBHA	20,094	9,102	35,829	-132,291	103,494	18,014	6,051	20,370
เฉลี่ย	51,713	50,630	50,713	-174,340	38,103	-43,774	-74,960	170,940

จากตารางที่ 28 พบว่ายอดขายที่เป็นการบริการรักษาพยาบาล ต้นทุนการบริการและกำไรขั้นต้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีช่วงที่ลดลงเล็กน้อยในปี 2540 ก็ตาม แต่สำหรับกำไรสุทธิซึ่งมีปัจจัยการบริหารและการลงทุนอื่นๆเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยนั้น ไม่ได้สัมพันธ์กับกำไรขั้นต้นโดยตรง ในช่วงเริ่มต้นวิกฤติเศรษฐกิจจะมียอดขายทุนเป็นครั้งแรก ซึ่งเป็นปีที่มี ยอดขาดทุนเฉลี่ยสูงที่สุด แต่เมื่อถึงปี 2544 ยอดกำไรสุทธิเริ่มสูงขึ้นเป็นบวก โดยน่าจะมีผลจากโครงสร้างบัญชีและการแก้ไขจัดการลงทุน เช่นการปรับโครงสร้างหนี้ เป็นต้น

ภาพที่ 5 รายได้หลัก ต้นทุน กำไรขั้นต้นและกำไรสุทธิของโรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์



ภาพที่ 6 สัดส่วนของโครงสร้างรายจ่ายหลักของโรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์



หากเราพิจารณาโครงสร้างรายจ่ายหลักซึ่งประกอบด้วยต้นทุนกิจการรักษาพยาบาล, ค่าใช้จ่ายในการขายและบริหาร, และค่าจ่ายดอกเบี้ย พบว่าสัดส่วนของรายจ่ายต้นทุนกิจการรักษาพยาบาลจะสูงที่สุดระหว่าง 60-80% รองลงมาเป็นค่าใช้จ่ายในการขายและบริหารมีแนวโน้มคงที่ประมาณ 30% มาตลอดจนถึงปี 2544 จะลดลงเหลือ 13% ส่วนค่าจ่ายดอกเบี้ยจะเพิ่มขึ้นจาก 2.2% ในปี 2537 ขึ้นเป็น 15.7% ในปี 2541 หลังจากนั้นได้ลดลงอย่างช้าๆจนถึง 10.5% ในปี 2544

สมการงบดุล(Balance Sheet Equation)

$$\text{สินทรัพย์} = \text{หนี้สิน} + \text{ส่วนทุน}$$

- **สินทรัพย์(Assets)** หมายถึงทรัพยากรของบริษัทที่จะให้ประโยชน์แก่บริษัทในอนาคต แบ่งออกเป็นสินทรัพย์หมุนเวียน(Current Assets) ซึ่งรวมถึงเงินสดและสินทรัพย์ที่คาดว่าจะนำมาใช้ประโยชน์ภายในระยะเวลาหนึ่งปี และสินทรัพย์ถาวร (Fixed Assets) ได้แก่ เครื่องมือ ที่ดิน อุปกรณ์ เครื่องมือหักด้วยเงินชดเชยและค่าเสื่อมราคาแล้ว
- **หนี้สิน(Liabilities)** คือภาระผูกพันที่บริษัทมีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งทำให้บริษัทต้องนำสินทรัพย์ของบริษัทมาจ่ายชำระภาระผูกพันนั้น โดยแบ่งออกเป็น หนี้สินหมุนเวียน ที่ต้องจ่ายเจ้าหนี้หรือเงินกู้ระยะสั้นภายในหนึ่งปี และหนี้สินไม่หมุนเวียน ได้แก่ เงินกู้ยืมระยะยาว
- **ส่วนทุนหรือส่วนของผู้ถือหุ้น(Shareholders' Equity)** ประกอบด้วยทุนเรือนหุ้นที่เป็นทุนที่ผู้ถือหุ้นนำมาลงในบริษัท ทุนส่วนเกิน และกำไรสะสมของบริษัท

ความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้นหรือสภาพคล่องของธุรกิจ (Liquidity Ratio)

➤ อัตราส่วนหมุนเวียน (Current Ratio) = สินทรัพย์หมุนเวียน / หนี้สินหมุนเวียน ซึ่งโดยทั่วไปแล้วสินทรัพย์หมุนเวียนควรมีค่ามากกว่าหนี้สินหมุนเวียนสองเท่า ถ้าหากต่ำเกินไปอาจเกิดปัญหาการชำระหนี้ทันตามเวลาที่กำหนด จากตารางที่ 27 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์มีค่าอัตราส่วนหมุนเวียนเฉลี่ยต่ำมากไม่ถึง 1 โดยเฉพาะช่วงปี 2540-2543 มีค่าอยู่ที่ 0.18-0.21 เท่านั้น มีเพียง AHC, BGH, NTV ที่มีค่าหรือแนวโน้มของอัตราส่วนมากกว่าหนึ่ง

ตารางที่ 29 อัตราส่วนหมุนเวียน ของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์

ปี พ.ศ.	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544
AHC	0.48	0.55	0.71	0.33	0.95	1.19	1.25	1.56
BGH	0.45	1.11	0.76	0.81	0.08	0.87	0.28	1.49
LNH	3.11	1.82	0.34	0.73	1.30	0.48	0.23	0.31
M-CHAI	0.16	0.80	1.13	0.88	1.17	0.79	0.94	0.57
NEW	0.88	0.23	0.97	0.63	0.33	0.30	0.82	0.91
KDH	1.05	0.42	0.39	0.26	0.26	0.35	0.43	0.57
NTV	1.36	1.73	0.97	1.53	1.29	1.14	0.77	1.78
RAM	0.29	0.19	0.15	0.14	0.11	0.10	0.18	0.19
SVH	0.41	3.68	1.54	0.03	0.03	0.06	0.06	1.68
VIBHA	0.20	0.60	0.49	0.33	0.33	0.58	0.65	0.64
เฉลี่ย	0.48	1.23	0.70	0.21	0.12	0.21	0.18	0.95

➤ อัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนของผู้ถือหุ้นหรือทุน (Debt to Net Worth Ratio or Debt-Equity Ratio) เป็นการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างเงินทุนที่ได้จากการกู้ยืมและส่วนที่มาจากเจ้าของกิจการ เป็นดัชนีที่ใช้วัดความสามารถที่จะดำรงอยู่ในระยะยาวของบริษัท

Debt to Net Worth Ratio = หนี้สินทั้งหมด / ส่วนของผู้ถือหุ้น

โดยทั่วไปถ้าอัตราที่สูงมากเกินไป บริษัทจะมีความเสี่ยงต่อการล้มละลายสูง จะทำให้เจ้าหนี้เกิดความต้องการที่จะเข้ามาบริหารธุรกิจแทน ตรงข้ามหากมีอัตราส่วนที่ต่ำจะมีความเสถียรภาพของความปลอดภัยในระบบการเงินระยะยาว และอาจบ่งบอกถึงประสิทธิภาพการบริหารจัดการแบบอนุรักษ์นิยมได้เช่นกัน

โดยภาพรวมแล้วโรงพยาบาลเอกชนมีค่านี้ไม่สูงนัก โดยมีค่ามากกว่าหนึ่งในช่วงปี 2540-2543 โรงพยาบาลที่มีค่ามากกว่าหนึ่ง เช่น BGH, NEW, RAM, และ SVH โดยเฉพาะ SVH ตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมาจะมีความเสี่ยงของการล้มละลายสูงมาก โดยในปี 2543 มีค่าเป็นลบ(-5.42)เนื่องจากส่วนทุนเป็นลบ ต้องมีการปรับโครงสร้างหนี้แปลงเป็นทุนทำให้อัตราส่วนในปี 2544 เริ่มดีขึ้น(ตารางที่ 30)

ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร(Efficiency Ratio)

➤ อัตราส่วนสินทรัพย์ถาวรต่อส่วนเจ้าของกิจการ (Fixed Asset Net Worth Ratio)

= สินทรัพย์ถาวร / ส่วนเจ้าของกิจการหรือทุน

ความสำคัญของสินทรัพย์ถาวรเป็นปัจจัยบ่งบอกให้เราทราบว่าเงินทุนจำนวนเท่าไรที่จมอยู่กับทรัพย์สินที่มีสภาพคล่องต่ำ ซึ่งธุรกิจขนาดเล็กโดยทั่วไปควรมีเงินจมอยู่กับสินทรัพย์ถาวรไม่เกิน 75%

หากมีสัดส่วนที่สูงอาจจะทำให้มีปัญหาเรื่องเงินทุนหมุนเวียนที่จะนำมาใช้ดำเนินการ เช่นอาจนำไปใช้ในการสร้างอาคารขนาดใหญ่หรือประเภทที่ดิน

โดยภาพรวมโรงพยาบาลเอกชนจะมีสัดส่วนที่เป็นสินทรัพย์ถาวรมากกว่าส่วนทุน (ค่าที่มากกว่า 1.0) เนื่องจากมีการลงทุนสร้างอาคารและอุปกรณ์ไปมาก และได้ส่งผลกระทบต่อเงินทุนหมุนเวียนของการดำเนินการในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ(ตารางที่ 31)

ตารางที่ 30 อัตราส่วนหนี้สินต่อส่วนทุนของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์

ปี พ.ศ.	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544
AHC	0.50	0.72	0.66	0.80	0.48	0.38	0.26	0.18
BGH	0.49	0.69	0.98	1.48	1.30	1.50	1.26	1.01
LNH	0.15	0.21	0.32	0.76	0.72	0.70	0.76	0.64
M-CHAI	2.42	1.02	0.45	0.58	0.46	0.41	0.29	0.30
NEW	0.70	0.71	0.82	1.25	1.50	1.88	2.60	2.47
KDH	0.44	0.66	0.70	0.68	0.50	0.36	0.46	0.63
NTV	0.19	0.43	0.24	0.25	0.21	0.17	0.17	0.09
RAM	1.22	1.59	1.68	2.22	1.82	2.12	1.66	1.36
SVH	0.27	1.25	1.34	5.66	5.58	19.29	-5.42	1.91
VIBHA	0.42	0.56	0.47	0.96	0.68	0.61	0.62	0.54
เฉลี่ย	0.47	0.84	0.90	1.66	1.41	1.62	1.90	0.99

ตารางที่ 31 อัตราส่วนสินทรัพย์ถาวรต่อส่วนเจ้าของกิจการ ของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์

ปี พ.ศ.	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544
AHC	1.36	1.55	1.46	1.58	1.27	1.14	1.06	0.90
BGH	1.37	1.45	1.79	2.21	2.22	2.26	2.00	1.80
LNH	0.69	0.83	1.21	1.52	1.46	1.60	1.65	1.47
M-CHAI	3.17	1.70	1.28	1.36	1.26	1.19	1.13	1.18
NEW	1.46	1.63	1.50	1.96	2.25	2.55	3.10	2.96
KDH	1.23	1.52	1.56	1.57	1.41	1.26	1.35	1.46
NTV	0.93	1.12	1.12	1.10	1.08	1.06	1.04	0.93
RAM	2.00	2.40	2.50	3.02	2.67	2.94	2.53	2.27
SVH	1.16	1.41	1.91	6.49	6.40	19.19	-4.12	2.48
VIBHA	1.36	1.41	1.38	1.85	1.58	1.50	1.52	1.43
เฉลี่ย	1.31	1.47	1.68	2.45	2.28	2.41	2.64	1.77

ความสามารถในการทำกำไร (Profitability Ratio)

➤ อัตราส่วนผลตอบแทนของยอดขาย (Rate of return on Sales Ratio)

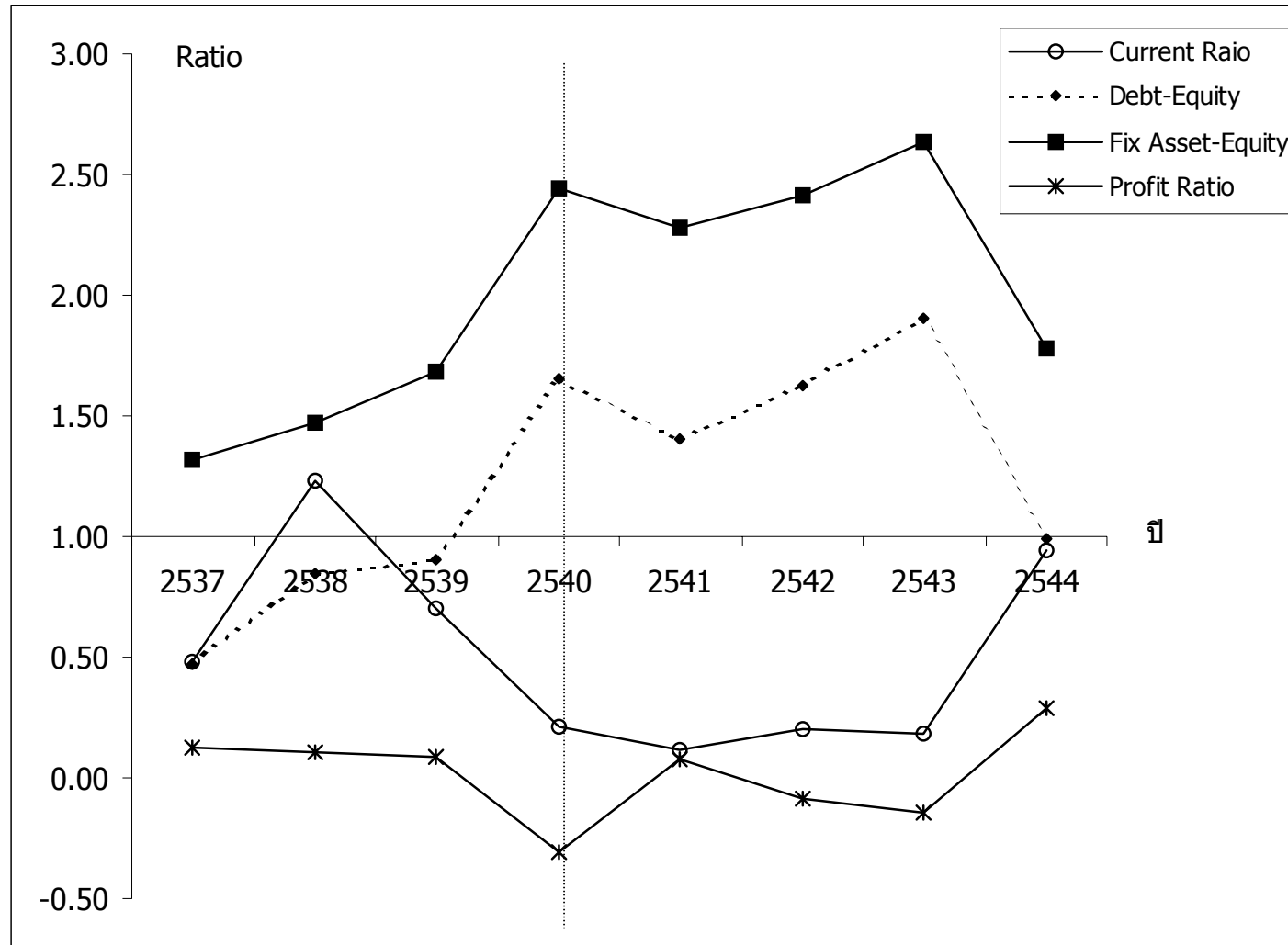
$$= \text{กำไรสุทธิ} / \text{ยอดขายสุทธิ}$$

เป็นการวิเคราะห์ถึงผลกำไรสุทธิที่มาจากการขายนั้นมีจำนวนมากน้อยเท่าไร อีกทั้งบ่งบอกความสามารถในการบริหารค่าใช้จ่ายของเจ้าของกิจการ มาตรฐานที่ยอมรับขึ้นกับประเภทธุรกิจ โดยปกติแล้วถ้าอัตราส่วนสูงจะเป็นการดี นับจากปี 2537 เป็นต้นมา ภาพรวมของโรงพยาบาลเอกชนความสามารถในการทำกำไรต่ำมาก โดยเฉพาะบางส่วนมีค่าเป็นลบเนื่องจากขาดทุนสุทธิ แม้ว่ายอดขายจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแล้วก็ตาม

ตารางที่ 32 อัตราส่วนผลตอบแทนของยอดขาย ของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์

ปี พ.ศ.	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544
AHC	-	-	-	-0.06	0.14	0.07	0.08	0.12
BGH	0.15	0.11	0.11	-0.03	-0.15	0.01	0.12	0.11
LNH	0.07	0.10	0.07	0.02	-0.11	-0.28	-0.09	-0.12
M-CHAI	0.16	0.18	0.14	0.01	0.02	0.00	0.06	0.10
NEW	0.23	0.22	0.14	-0.16	-0.64	-0.71	-0.26	-0.16
KDH	0.09	0.06	0.05	-0.02	0.02	0.01	0.00	0.01
NTV	0.17	0.16	0.18	0.17	0.10	0.07	0.09	0.09
RAM	0.14	0.10	0.11	-0.32	0.15	-0.15	-0.28	0.12
SVH	0.09	0.10	0.03	-1.18	0.30	-0.28	-0.67	1.01
VIBHA	0.06	0.02	0.07	-0.25	0.22	0.04	0.01	0.04
เฉลี่ย	0.12	0.10	0.09	-0.31	0.07	-0.09	-0.14	0.29

ภาพที่ 7 อัตราส่วนของงบดุลโรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์ ระหว่างปี 2537-2544



ผลกระทบและลักษณะการปรับตัวหลังจากวิกฤติเศรษฐกิจ

จากการสำรวจโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 326 แห่ง โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าโรงพยาบาลตอบว่าวิกฤติเศรษฐกิจมีผลกระทบต่อโรงพยาบาลมากถึงมากที่สุด โดยภาพรวมกระทบกับจำนวนผู้ป่วยในมากที่สุด (76.99%) รองลงมาเป็นจำนวนผู้ป่วยนอก(69.33%) และค่าสาธารณูปโภค(68.71%) ตามลำดับ โรงพยาบาลขนาดเล็กจะได้รับผลกระทบของจำนวนผู้ป่วยมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ตารางที่ 33 ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2543 ที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ

	โรงพยาบาล	ขนาดโรงพยาบาล			
	ทุกแห่ง	<50	51-100	101-200	>200
●โรงพยาบาล(แห่ง)	326	174	84	50	18
ผู้ป่วยนอก	69.33	76.44	69.05	56.00	38.89
ผู้ป่วยใน	76.99	81.03	75.00	68.00	72.22
ค่าจ้าง เงินเดือน	63.19	66.09	60.71	60.00	55.56
ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล	67.18	67.82	67.86	64.00	66.67
ค่าแพทย์	54.91	57.47	53.57	52.00	44.44
ค่าดอกเบี้ย	57.06	50.57	69.05	62.00	50.00
ค่าสาธารณูปโภค	68.71	66.09	76.19	62.00	77.78
ค่าบริการอื่นๆ	57.98	56.90	63.10	52.00	61.11
ผลกำไร	67.18	66.67	70.24	62.00	72.22

ผลกระทบของวิกฤติเศรษฐกิจหากจำแนกเป็นปี พบว่า ปี พ.ศ. 2540 ที่เกิดวิกฤติเศรษฐกิจใหม่ ได้ได้ส่งผลกระทบต่อประกอบการมากหนัก และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2542, 2543 เป็น 78.83% และ 76.69% ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กจะได้รับผลกระทบเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีผลกระทบต่อการประกอบการลดลง หากพิจารณาตามภูมิภาคแล้วพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในสถานที่ตั้งของโรงพยาบาล

ตารางที่ 34 ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชน (2540-2543) ที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ

	2540	2541	2542	2543
●-รวมโรงพยาบาล	165	240	257	250
	50.61	73.62	78.83	76.69
●ขนาดโรงพยาบาล				
< 50 เตี้ย	47.70	71.84	81.03	82.18
51 - 100 เตี้ย	59.52	80.95	82.14	77.38
101 - 200 เตี้ย	46.00	64.00	70.00	66.00
มากกว่า 200 เตี้ย	50.00	83.33	66.67	50.00
●เขตพื้นที่				
กรุงเทพฯ	48.39	62.90	66.13	62.90
ภาคกลาง	51.64	74.59	81.97	80.33
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	55.56	82.22	80.00	80.00
ภาคเหนือ	49.18	80.33	86.89	81.97
ภาคใต้	47.22	66.67	75.00	75.00

การร้องเรียนจากการรับบริการ

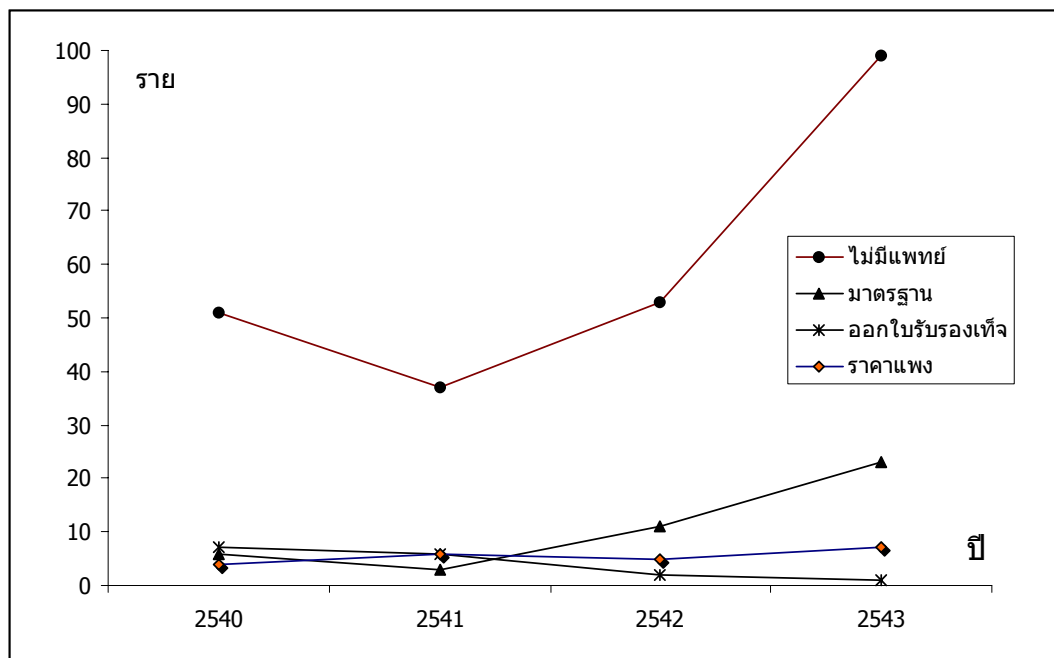
ประเด็นที่อาจจะได้รับผลจากการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ จากการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลไม่สามารถที่จะนำมาคำนวณเป็นเชิงปริมาณได้ชัดเจนนัก แต่ข้อมูลที่น่าจะเทียบเคียงได้เป็นข้อมูลจากกองประกอบโรคศิลปะ เป็นการแสดงการร้องเรียนของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในช่วง 2540-2543 พบว่าส่วนใหญ่เป็นการร้องเรียนที่ไม่มีแพทย์บริการอย่างเพียงพอ รองลงมาเป็นมาตรฐานการบริการ และเรื่องราคา แนวโน้มของการร้องเรียนมีจำนวนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง(ตารางที่ 35)

ตารางที่ 35 จำนวนการร้องเรียนการรับบริการของโรงพยาบาลเอกชน

ปี พ.ศ.	ไม่มีแพทย์	มาตรฐาน	ออกไปรับรองเท็จ	ราคาแพง
2540	51	6	7	4
2541	37	3	6	6
2542	53	11	2	5
2543	99	23	1	7
รวม	240	43	16	22

Source: MRD และ Thailand Health Profile modified from Sara Bennett and VT.,1994 Active Consumer or Passive Patient

ภาพที่ 8 การร้องเรียนของผู้มารับบริการ ระหว่างปี พ.ศ.2540-2543



แนวคิด การดำเนินการ ผลกระทบและการปรับตัวของโรงพยาบาล

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลทั้งผู้อำนวยการฝ่ายบริหารหรือผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์ จำนวน 31 แห่ง จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลเป็น โรงพยาบาลจำนวนไม่เกิน 50 เตียง, 51-100 เตียง, 101-200 เตียง และ มากกว่า 200 เตียง โดยการวิเคราะห์จะนำเสนอแนวคิดหรือวิสัยทัศน์ของการก่อตั้งและบริการรักษาพยาบาล ผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ รูปแบบของการปรับตัว และโรงพยาบาลกับนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. กลุ่มโรงพยาบาลขนาดไม่เกิน 50 เตียง

ปรัชญา วิสัยทัศน์และ
ทิศทางของโรงพยาบาล
จากอดีต ปัจจุบันและ
อนาคต

โรงพยาบาลขนาดไม่เกิน 50 เตียงนี้มักจะเป็นธุรกิจการลงทุนของครอบครัวและเครือญาติ โดยจะตั้งอยู่ในพื้นที่ที่การบริการภาครัฐหรือรพ. เอกชนไม่ทั่วถึง ให้การบริการประชาชนกลุ่มที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลเป็นหลัก เน้นความเป็นสถานพยาบาลที่ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก บริการรวดเร็วมากกว่าการสร้างระบบบริการที่มีขั้นตอนซับซ้อน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชุมชน ส่วนมากจะเป็นคู่สัญญากับโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า เช่น สวัสดิการประกันสังคม ด้วยเหตุผลที่สามารถจัดบริการในต้นทุนที่ต่ำ นอกจากนี้โรงพยาบาลยังได้ภาพพจน์ที่ดีจากการได้เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และการมีโอกาสนในการขยายฐานผู้ป่วยเพิ่มอีกด้วย แต่ปัจจัยที่อาจเป็นภาวะคุกคามคือหากมีโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาดใหญ่และต้นทุนสูงมาลงทุนสร้างโรงพยาบาลในพื้นที่เดียวกัน

“โรงพยาบาลเป็นกิจการของครอบครัว คุณแม่เป็นคนเริ่มก่อตั้ง โดยเปิดเป็นเฉพาะทางสูติกรรม”

“การลงทุนครั้งแรก จดทะเบียน 5 ล้านบาท โดยแบ่งเป็นการถือหุ้นของคนในครอบครัวเองเป็น 5 หุ้น”

“ไม่ได้เคยวางแผนการตลาดหรือกลุ่มเป้าหมายใดๆเป็นหลัก แต่ใช้ความซื่อสัตย์และให้ความเป็นกันเองในการให้บริการรักษาเพราะกลุ่มลูกค้าเป็นผู้ที่อาศัยในย่านนี้”

“กลุ่มลูกค้าเป็นคนกลุ่มรายได้ปานกลางจนถึงระดับล่างที่อาศัยอยู่หรือทำงานใกล้กับรพ. หรือเป็นกลุ่มลูกค้าโรงงานขนาดเล็กที่มีจำนวนคนงาน 10-50 คน”

“จุดแข็งของรพ.คือเรื่องของทำเลที่อยู่ในตัวเมือง ราคาที่ไม่แพง ระยะทางใกล้สะดวกในการเดินทาง”

“ภายหลังจากเปิดได้ 2-3 ปี เริ่มมีรพ.เกิดใหม่ขึ้นมาและ share ส่วนแบ่งทางการตลาด ใช้วิธีการปรับลดราคาเพื่อแข่งขันกับคู่แข่ง”

“ได้ออกหน่วยแพทย์ฟรีในพื้นที่ที่อยู่ใกล้รพ. ,ให้ความรู้กับโรงเรียนหรือหน่วยงานต่างๆ เมื่อมีการร้องขอ หรือร่วมกับ สสจ. เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก หรือ C P R ,ให้ทุนนักเรียนพยาบาล”

“เป็น Subcontractor ให้กับรพ.....ในปี 2542 และเพิ่มรพ.....ในปี 2543 แรงจูงใจและสาเหตุที่เข้าไปในโครงการนี้ คือเมื่อพิจารณา ต้นทุนและค่าใช้จ่ายก็พอมีกำไรบ้าง ค่าตอบแทนที่ได้จากการส่งต่อจะได้รับส่วนแบ่ง 120 บาท / 1

ผลกระทบต่างๆจาก
สภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ
ของประเทศ

Case OPD และ 1,300 / 1 Case IPD อีกทั้งยังต้องการเรื่องภาพพจน์สำหรับผู้ป่วยว่าเป็นสาขาส่วนหนึ่งของขนาดใหญ่ และยังเห็นว่าเป็นผลพลอยได้ในการขยายฐานลูกค้า เช่นหากแม่มารักษา ครอบครัวนั้นก็อาจจะมาใช้บริการที่นี่”

- การลงทุนและสภาวะการเงิน: เนื่องจากการลงทุนเป็นการระดมทุนของครอบครัวและญาติ ทำให้โรงพยาบาลไม่ได้มีการดอกเบี้ยหรืออัตราแลกเปลี่ยนเงินมากนัก การลงทุนซื้ออุปกรณ์ที่ผ่านมาบางอย่างยังไม่ได้มีการใช้อย่างเต็มศักยภาพ กระนั้นยังมีโรงพยาบาลบางแห่งที่คิดว่าเป็นโอกาสของการขยายการก่อสร้างเพราะเห็นว่าโรงพยาบาลอื่นชะลอการลงทุน

“เป็นการดำเนินกิจการในครอบครัว ไม่เคยดำเนินธุรกรรมใดๆกับสถาบันการเงินหรือธนาคาร จึงไม่มีปัญหาจากหนี้สินและอัตราดอกเบี้ยที่สูงขึ้นนั้นเลย แต่จากการลงทุนครั้งนี้ทำให้ต้องใช้เงินของครอบครัวที่สะสมมาหมด”

“ช่วงเศรษฐกิจตกต่ำเงินสนับสนุนบริจาคลดลงแต่ไม่มากนัก แต่ที่กระทบคือรายได้จากดอกเบี้ยเงินฝากลดลงไปอย่างมาก”

“บางอย่างไม่ได้จุกจุกทุนเลย เช่น Ultrasound ที่ซื้อมาก็เนื่องจากการเสนอของแพทย์ทางด้านสูติเอง โดยคิดค่าตรวจจากคนไข้ 500 บาท แต่ให้แพทย์ 200 และ รพ ได้ 300 บาท ปัจจุบันผู้ป่วยคลอดก็แทบจะไม่มี มีแต่การฝากครรภ์เท่านั้น และส่วนมากผู้ป่วยก็จะไปคลอดที่บ้านเกิดเอง”

“มีประสบการณ์การบริหารจากวิกฤติเศรษฐกิจเมื่อ 20 ปีที่แล้วโดยใช้วิธีการสวนกระแส ขณะที่คนอื่นชะลอการลงทุน รพ....ใช้โอกาสนี้ขยายกิจการ เมื่อพ้นวิกฤติเศรษฐกิจก็เริ่มได้เร็วกว่าที่อื่น จากประสบการณ์นั้นนำมาใช้กับวิกฤติครั้งนี้เช่นกัน โดยขยายพื้นที่ไปด้านหลัง และพบว่าวิกฤติครั้งนี้มีความรุนแรงและยาวนานกว่าครั้งนั้นมาก”

- จำนวนผู้รับบริการ: เกือบทุกโรงพยาบาลมีผู้มารับบริการลดลงเนื่องจากกำลังซื้อของประชาชนลดลง และการลดสวัสดิการรักษายาของข้าราชการในการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน

“ช่วงก่อนวิกฤติเศรษฐกิจ OPD ประมาณ 200/วัน ปัจจุบันลดลงเหลือประมาณ 140 คน/วัน”

“จำนวนผู้รับบริการลดลงอย่างมาก(ประมาณ 50%) ทำให้กระทบกับรายได้ประสพผลขาดทุนเนื่องจากไม่มีเงินที่แน่นอนจากประกันสังคมมาอุดหนุนเลย”

“ผู้ป่วยทางสูตินรีเวชและศัลยศาสตร์ลดลงมาก โดยอาจมีมาตรวจวิเคราะห์ที่นี้แต่จะไปรับการรักษาที่รพ.ของรัฐ”

- การจ้างงานบุคลากร: บางส่วนมีการปรับลดกำลังคนลง และไม่มีนโยบายรับคนเพิ่มเติม การลดภาระค่าใช้จ่ายด้านแรงงานมีทั้งการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายและการจ้างงาน

“ใช้วิธีการลดจำนวนพนักงานลงเนื่องจากเห็นว่าเป็นค่าใช้จ่ายประมาณ 50-

60%ของรายจ่ายทั้งหมดเป็นค่าตอบแทนบุคลากร (เช่น พยาบาล แม่บ้าน) ไม่รับพนักงานเพิ่มขึ้น ลดเงินเดือนสำหรับพนักงานที่เงินเดือน > 10,000 บาท หรือแม้แต่ลดค่าเวรแพทย์เวรในลงซึ่งส่วนใหญ่เป็น resident”

“อัตราจ้างแพทย์ยังคงให้เป็น salary อย่างเดิมเนื่องจากปฏิบัติกันมานาน เปลี่ยนแปลงยาก ในอนาคตคงเปลี่ยนให้ตามปริมาณงาน

ไม่ได้มีการปลดพนักงานเลย แต่ใช้มาตรการประหยัดและไม่เพิ่มเงินเดือนพนักงาน”

“เดิมรพ.มีปริมาณพนักงานน้อยอยู่แล้ว จะใช้วิธีจ้างพยาบาล Part time แทนส่วนที่ขาด”

- การร้องเรียนของผู้รับบริการ: การร้องเรียนมักไม่ใช่เรื่องทางการแพทย์ แต่จะเป็นเรื่องของการบริการที่ล่าช้า เรื่องอาหารที่บริการ ซึ่งแก้ไขโดยใช้วิธีอธิบายให้คนไข้ให้เข้าใจ

การปรับตัวและผลลัพธ์

การปรับตัวโรงพยาบาลขนาดเล็กและบริหารโดยหุ้นส่วนจำกัด ทำให้ค่อนข้างรวดเร็ว มีทั้งนโยบายการควบคุมต้นทุน รายจ่าย และการจัดชุดส่งเสริมการขาย เช่น การจัดชุดบริการตรวจสุขภาพ เป็นต้น

“มีนโยบายการควบคุมต้นทุนยา (แต่แพทย์ยังคงมีอิสระในการจ่ายยา)”

“Period การ stock ยาจะ short มากขึ้น ยาที่มีราคาแพงมากก็จะ stock น้อย โดยมีผู้ที่คอยควบคุมในหลักการ หรือในรายการที่เป็นเงินจำนวนมาก”

“Review item ยาสำหรับ Social Security Scheme ทุกเดือน (ให้สิทธิการจ่ายขึ้นอยู่กับแพทย์ แต่มีการจัดตั้ง committee ที่มีแพทย์เป็นสมาชิกอยู่ด้วย) แต่การจ่ายยาก็ไม่ได้แตกต่างไปจาก ผู้ป่วยกลุ่มอื่น”

“ลดการใช้สาธารณูปโภค เช่น ไฟฟ้า น้ำประปา (โดยหันไปใช้น้ำบาดาลแทน) ลดการใช้ document”

“จัดชุดเหมาจ่าย เรื่องการคลอด การตรวจสุขภาพ คิดว่าได้ผลดีเพราะผู้ป่วยจะประมาณค่าใช้จ่ายล่วงหน้าได้”

“จัดชุด Check up สุขภาพลด 10%”

“จะจัดชุดบริการให้สอดคล้องกลุ่มคนไข้ที่เป็นโรงงาน มักมีอาการอ่านเพลียจากการทำงานหนัก มี package ให้น้ำเกลือนอนพักและคิดในราคาที่ต่ำกว่าราคาปกติ ก็ใช้ได้ผลบ้าง”

“เนื่องจากเป็นรพ.ขนาดเล็ก ชุดการส่งเสริมการขายจึงไม่มีอะไรซับซ้อนมาก แต่ปรับตัวโดยเข้าเป็น subcontractor และ ออกหน่วยแพทย์ชุมชน”

ทิศทางการดูแลด้านมาตรฐานบริการ

ระบบประกันคุณภาพที่ใช้มีทั้ง ISO และ Hospital Accreditation (HA) โดยมีเหตุผลของการเลือกดำเนินการตามศักยภาพ ส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสำคัญมากนัก แต่ยังต้องมีการจัดทำเนื่องจากจะเป็นการต้องทำให้เหมือนกับสถานพยาบาลอื่นๆ อย่างไรก็ตามทุกโรงพยาบาลจะให้ความสำคัญกับระบบการควบคุมคุณภาพการบริการการแพทย์อยู่แล้ว เช่น ระบบการฆ่าเชื้อ เป็นต้น

“รพ.ได้รับ ISO 9002 มาแล้ว 2 ปี และอยู่ระหว่างการดำเนินการขอ HA”

“เป็นจุดหนึ่งที่จะรับรองและเป็นจุดขายได้บ้าง แต่ให้ความสำคัญว่าเป็นแนวทางการพัฒนาโดยเฉพาะการทำงานของบุคลากร”

“เป็นการทำตามกระแส เป็นแรงบังคับและสิ่งกระตุ้นจากภายนอก มอง HA เป็นเหมือนเชลล์ชวนชิม คน approach เรื่องนี้เป็นผู้สอนเองและประเมินเอง ทำเหมือนเป็นการค้า”

“เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายเป็นคนระดับล่างเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งไม่มีความเข้าใจในเรื่องของมาตรฐาน คุณภาพ หรือแม้แต่ ISO Hospital Accreditation คืออะไร จึงไม่กระทบ โรงพยาบาลเลย โรงพยาบาลเพียงแต่ทำกิจกรรม 5 ส. เท่านั้น”

“มีระบบควบคุมมาตรฐานคุณภาพ เช่น การทำ Spore test ของเครื่องอบไธเชื้ออย่างสม่ำเสมอ”

“ประเทศไทยเร่งนโยบายด้านมาตรฐานมากเกินไปหรือไม่ การทำ HA จะต้องใช้เงินลงทุนมาก ในขณะที่รพ.สร้างนี้สร้างขึ้นมาอย่างรีบด่วนหลายๆ อย่างยังไม่พร้อม “

การเข้าร่วมในนโยบาย ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โรงพยาบาลบางส่วนมีความพร้อมและเข้าร่วมเป็นเครือข่ายคู่สัญญาในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่พบข้อสังเกตว่า ประชาชนที่มีสิทธิ์จะเป็นพื้นที่ที่ไกลโรงพยาบาลออกไป ไม่ใช่ในพื้นที่รอบโรงพยาบาลที่เป็นคนไข้ที่มาและจ่ายค่ารักษาเองอยู่แล้วบางส่วน โรงพยาบาลบางส่วนที่ยังไม่เข้าร่วมให้เหตุผลของความไม่ชัดเจนของระบบ และปัญหาเรื่องการบริหารบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานส่งเสริมป้องกันในพื้นที่

“เป็น Subcontractor โดยได้รับค่ารักษา 100 บาท/ครั้ง จะทำให้โรงพยาบาลขยายเครือข่ายผู้รับบริการมากขึ้น โดยไม่มีผลกระทบด้านรายได้จากผู้ให้บริการเดิมด้วย”

“เคยเข้า pioneer โครงการ UC เป็นเวลา 4 เดือน ประสบปัญหาเรื่องของการ management เช่นกรณีผู้ป่วย refer ไปรักษาที่อื่นและต้องตามไปจ่ายค่ารักษา หรือแม้แต่ที่ PCU เองที่มีเจ้าหน้าที่ข้าราชการ แต่ภายใต้การบังคับบัญชาของสสจ. แต่ต้องมารับเงินเดือนจากรพ.เอกชน มักมีปัญหาเรื่องการส่งการ”

“ยังไม่มีนโยบายด้านนี้เพราะเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่สามารถทำให้ต้นทุนการผลิตต่ำได้เหมือน รพ.ขนาดใหญ่อื่นๆ”

“หากกฎระเบียบมีความชัดเจนมากกว่านี้ และเปิดเสรีและสามารถแข่งขันได้ก็พร้อมจะเข้าร่วม ปัจจุบันจึงไม่คิดว่าจะเข้าร่วม เนื่องจาก capacity ต่ำกว่ามาก และ quota ก็ได้เพียง 5,000 คน”

“ภาคเอกชนคงแข่งขันกับภาครัฐด้วยความลำบาก เนื่องจากเอกชนต้องลงทุนเองหมดทุกอย่างและค่อนข้างสูง และไม่พร้อมผลที่จะเข้าร่วมโครงการ แต่ก็มีผลกระทบจาก 30 บาท จากมีแต่คนไข้ฝากห้อง แต่ไปคลอดที่รพ.อื่นแทน”

2. กลุ่มโรงพยาบาลขนาด 51- 100 เตียง

ปรัชญา วิสัยทัศน์และ
ทิศทางของโรงพยาบาล
จากอดีต ปัจจุบันและ
อนาคต

โรงพยาบาลได้เข้ามามีบทบาทการให้บริการประชาชน เนื่องจาก
โรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะคนไข้ที่ต้องการ
เตียงนอนพัก ได้รับการตอบสนองจากประชาชนเป็นอย่างดี บางแห่งอาจ
มีจุดขายที่เครื่องมือที่ทันสมัย โดยการระดมทุนมีทั้งมาจากกลุ่มแพทย์ใน
ท้องถิ่นเป็นหลักด้วยเหตุผลของการดึงบุคลากรแพทย์เข้ามาให้บริการ
บางส่วนยังระดมทุนจากสถาบันการเงินเพิ่มเติมด้วยเช่นกัน

“ร.พ.รัฐไม่เพียงพอ เกิดระบบคิวที่ยาว อีกประการเนื่องจากรพ.เอกชน
ในช่วงนั้นยังมีน้อย เริ่มแรกเปิดที่ 70 เตียง occupancy rate 100% ช่วงปี
2538-39 คู่แข่งที่สำคัญคือรพ.รัฐ”

“ระดมทุนจากกลุ่มแพทย์ เป็นหลักโดยไม่มีนายทุนหรือผู้ถือหุ้นหลัก”

“ระดมทุนจาก ผู้ถือหุ้น 30-40 ล้าน debts จากธนาคารในพื้นที่ 30-40 ล้าน (
TMB interest 12% และ BIBF ผ่าน KTB ด้วย interest 6.8% คืนทุก 3
เดือน)”

“ระยะแรกมีรายได้และเป็นที่ยอมรับ เพราะมีศูนย์ CT scan”

“Position เป็นกลุ่ม C⁺ ถึง A⁻ ส่วนกลุ่ม A จะไปรักษาที่..... เนื่องจากยังไม่มี
จุดขายสำหรับกลุ่มนี้”

ผลกระทบต่างๆจาก
สภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ
ของประเทศ

- การลงทุน: ปัญหาส่วนใหญ่จะเป็นการลงทุนในอดีต ที่ต้องรับภาระค่า
เสื่อมราคาค่อนข้างมาก บางโรงพยาบาลเริ่มมีพันธมิตรการร่วมทุน
ทั้งจากสถาบันการเงิน และกลุ่มเครือโรงพยาบาลขนาดใหญ่

“ปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลในเครือ..... (มีข้อดีที่มีอำนาจการต่อรองและการ
พัฒนาคุณภาพ) และมีบรรษัทเงินทุนเข้ามาร่วมทุนด้วย “วางเป้าว่าจะเข้า
เป็นหนึ่งในเครือรพ..... (ได้เจรจาไปแล้ว อยู่ระหว่างรอผล)”

“ถึงแม้ว่าไม่มีหนี้สิน แต่ผลประกอบการลดลง รายได้ลดลง 50% ของช่วง
เศรษฐกิจเฟื่องฟู ทุกวันนี้เป็นการขาดทุนค่าเสื่อม”

- สภาวะการเงิน: โรงพยาบาลมีปัญหาของรายได้ที่ลดลงส่งผลต่อ
สภาพคล่องและสถาบันเงินทุนที่ให้สินเชื่อ แต่ก็มีบางแห่งที่ไม่ได้รับ
ผลกระทบแง่ลบจากการลดค่าเงินโดยตรง

“Re finance และกู้เพิ่มหลายครั้ง (เป็น NPL ช่วงสั้นๆ) โดยมี ธ.กสิกรไทย
เป็นสถาบันการเงินหลัก”

“รายได้ลดลง ตรงข้ามกับช่วงแรกที่ก่อตั้งมีกำไรมากจนสามารถปันผลให้ผู้
ถือหุ้นได้ถึง 75%”

“ไม่ค่อยได้รับผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจมากนัก เงินบริจาคไม่ได้ลดลง
เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นที่อยู่เครือเดียวกัน อีกทั้งยังได้กำไรจากอัตราแลกเปลี่ยน”

- จำนวนผู้รับบริการ: ผู้มารับบริการลดลงโดยเฉพาะผู้ป่วยนอก สัดส่วน
ของผู้มารับบริการที่จ่ายเงินเองและข้าราชการที่มีการเปลี่ยนแปลง
สิทธิในการรักษาที่เอกชนลดลงมาก ขณะที่กลุ่มประกันสุขภาพ

	เอกชนมีความสำคัญมากขึ้น “คนไข้ลดลงราว 50% โดยเป็น OPD 30%” “สัดส่วนเดิมเป็นกลุ่มข้าราชการ 40%, จ่ายเอง 40 %, ประกันสังคม 20% แต่หลังวิกฤติ กลุ่มข้าราชการเหลือ 10%, จ่ายเอง 20%, ประกันสังคม 30 % และประกันสุขภาพเอกชนเพิ่มเป็น 30+ %” “คนไข้ในลดลงไปประมาณ 50% แต่คนไข้นอกเพิ่มขึ้นเล็กน้อย, และกลุ่ม walk in ลดลง สวนทางกับต้นทุนที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะค่าเวชภัณฑ์”
	● การจ้างงานบุคลากร: ส่วนใหญ่จะไม่ลดคนลง แต่ใช้การลดต้นทุนโดยตัดสวัสดิการต่างๆลง และลดเงินเดือนในกลุ่มที่มีเงินเดือนสูง “ไม่ได้ปลดหรือลดคนงานลง แต่ปรับสวัสดิการและเงินเดือนพนักงานลง โดยเฉพาะ ผอ. หัวหน้าฝ่ายต่างๆ” “ไม่จ้างพนักงานเพิ่มหากมีการลาออกไป, ยุบ ward และให้เจ้าหน้าที่ไปทำงานด้านอื่นเช่นฝ่ายธุรการ”
การปรับตัวและผลลัพธ์	● การร้องเรียนของผู้รับบริการ: พบไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการร้องเรียนพฤติกรรมเจ้าหน้าที่ให้บริการ เริ่มมีการส่งเสริมการขายบ้างแต่ผลรายรับน้อยมาก มาตรการพัฒนาธุรกิจด้านการตลาด เช่น สื่อสารกับแพทย์เพื่อ promote บริการทางการแพทย์มากขึ้น จ้างกลุ่มลูกค้า VIP และประกันเอกชนมากขึ้น “ผลของการดำเนินงาน package ต่างๆ เช่น ตรวจสุขภาพปกติไม่เข้าเป้า, ตรวจตับ ประสบผลสำเร็จดีมาก, เนื่องจากไม่มีสถิติแพทย์ จึงไม่ได้ทำ package คลอดเลย”
ทิศทางการดูแลด้านมาตรฐานบริการ	ส่วนใหญ่จะเริ่มจาก ISO9002 และพัฒนามาเป็น HA มากขึ้นโดยมีเหตุผลเพราะคำนึงถึงการพัฒนาบุคลากร การบริการคนไข้ต่างๆ อีกทั้งปัจจัยหนุนจากข้อกำหนดหรือเงื่อนไขบางอย่าง เช่น การเข้าร่วมเป็นคู่สัญญากับกองทุนประกันสังคม ต้องผ่านข้อกำหนดเบื้องต้นนี้ด้วย เป็นต้น และเป็นการสร้างชื่อเสียงในชุมชนได้เป็นอย่างดี ส่วนบางแห่งที่ยังพัฒนาได้ไม่มากให้เหตุผลของความพร้อมด้านบุคลากรและงบประมาณ ดำเนินการ “มีนโยบายของกลุ่มโรงพยาบาล” “เชื่อว่าเป็นกระแส โดยเฉพาะ ISO เข้าใจว่า concept ของ ISO ก่อนข้างเป็น general ไม่ลงลึก” “เห็นว่า ISO เหมาะกับอุตสาหกรรมมากกว่างานบริการทางการแพทย์” “ค่าใช้จ่ายในการพัฒนามาตรฐานดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายมาก โดยเฉพาะที่ต้องส่งคนไปอบรม” “..ก็ยังไม่พร้อมเนื่องจากคนน้อย ส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมก็ยังไม่สามารถทำอะไรได้มากนัก”
การเข้าร่วมในนโยบาย	โรงพยาบาลที่เข้าร่วม ผลในช่วงแรกจะทำให้ cash flow เป็นบวก

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เนื่องจากมีต้นทุนจมที่ลงทุนไปแล้ว ในปีถัดไปอาจมีค่าลดลงได้โดยหากมีผู้รับบริการที่เกินศักยภาพปัจจุบัน ซึ่งส่งผลทำให้ต้องมีการลงทุนเพิ่มใหม่ ทุกที่จะมีปัญหาเรื่องการประสานงานของระบบ โดยเฉพาะการบริหารจัดการข้ามหน่วยงานรัฐและเอกชน

“ปัจจุบันเป็น CUP ด้วย มีจำนวนรับผิดชอบประมาณ 28,000 คน”

“UC สำหรับ OP visit ประมาณ 70% และ IP ที่ประมาณ 30%”

“...ความยุ่งยากกับการกำกับดูแลสถานื่อนามัย ที่ต้องจ่ายเงินให้แต่ไม่สามารถควบคุมหรือกำกับการทำงานให้เป็นไปในทิศทางที่กำหนดไว้”

“ปัญหาความพร้อมด้าน IT เกิดการปรับตัวไม่ทัน, รูปแบบการบริหารงานแบบมูลนิธิมี Audit system ยังไม่เหมาะสม ซึ่งแต่เดิมไม่มีการตรวจเช็คมาก่อน”

3. กลุ่มโรงพยาบาลขนาด 101- 200 เตียง

ปรัชญา วิสัยทัศน์และ
ทิศทางของโรงพยาบาล
จากอดีต ปัจจุบันและ
อนาคต

โรงพยาบาลกลุ่มนี้ จะเข้ามาเติมด้วยเหตุผลของการขาดโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานเป็นที่น่าเชื่อถือ โดยเฉพาะหัวเมืองใหญ่ ประกอบกับประชาชนมีเศรษฐกิจฐานะและการศึกษาดี มีความต้องการและกำลังซื้อสูงเพิ่มมากขึ้น ขณะที่การบริการสาธารณสุขภาครัฐยังไม่สามารถสนองตอบความต้องการได้อย่างเพียงพอและทั่วถึง บางพื้นที่ที่เป็นเขตท่องเที่ยวจะมีกลุ่มลูกค้าจากชาวต่างประเทศซึ่งคิดมูลค่าไม่น้อยให้กับโรงพยาบาล การระดมทุนจะใช้ทุนท้องถิ่น(โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์) อาจมีเงินทุนจากเครือข่ายและแหล่งทุนจากสถาบันการเงินเพิ่มเติม การขาดแคลนแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางไม่ใช่ปัญหาหลัก เพราะมักจะมีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลศูนย์อยู่ใกล้เคียง ที่มีแพทย์เฉพาะทางอย่างเพียงพอทั้งการจ้างบางเวลาหรือลักษณะที่ปรึกษา การที่โรงพยาบาลเอกชนตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ จะเป็นปัจจัยเกื้อกูลกัน เช่น ไม่ต้องลงทุนเทคโนโลยีที่มีราคาแพงมากหรือต้องจ้างผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสามารถเป็นแหล่งเตียงผู้ป่วยในหรือผู้ที่ต้องการพักฟื้น ที่โรงพยาบาลรัฐไม่สามารถได้เพียงพอ การตัดสินใจเข้าร่วมกองทุนประกันสังคมหรือไม่ขึ้นกับนโยบายหรือกลุ่มลูกค้าที่ต้องการแต่รายได้จากส่วนนี้สามารถเป็นรายได้สำคัญที่แน่นอนของโรงพยาบาลด้วย

“โรงพยาบาลมีแนวคิดจากเดิมที่ได้ดำเนินการบริษัท HMO (Health Maintenance Organization) ซึ่งเป็นบริษัทประกันสุขภาพ ต้องการที่จะทำโรงพยาบาลที่ครบวงจร”

“มีโรงเรียนแพทย์ มีแพทย์จำนวนมากปัญหาเรื่องการขาดแคลนแพทย์จึงมี

ไม่มากนัก แม้ไม่มีแพทย์ Full time ทางด้าน Specialist แต่ให้เป็น consultant แทน เพราะการคมนาคมสะดวกเดินทางมาง่าย”

“ระดมทุนโดยจากผู้ถือหุ้น จากกรุงเทพฯเป็นหุ้นใหญ่ ทุนท้องถิ่นประมาณ 33-40% และบางส่วนจาก BIBF”

“เป็นเมืองท่องเที่ยว ประมาณ 20% เป็นชาวต่างประเทศ โดย 30% ของรายได้ทั้งหมด เป็นรายได้จากต่างประเทศ”

“ร่วมโครงการปทส.ในปี 2537 เพื่อให้มีเงินมาไหลเวียนในกิจการ ซึ่งปัจจุบันได้ไค้ด้าที่ประมาณ 20,000 คน ต้นทุนในการให้บริการสำหรับกลุ่มนี้ไม่เยอะ เนื่องจากเป็นกลุ่ม healthy”

“ไม่เข้าร่วมโครงการประกันสังคมและ UC เนื่องเป็นการรักษาภาพลักษณ์ เน้นการบริการให้กับผู้ป่วยระดับกลางขึ้นไป และการจัดบริการให้กลุ่ม out of pocket หรือ private insurance ได้ตรงตามความได้ง่ายกว่า”

“ให้บริการทั่วไปและไม่เน้นที่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ เช่น ด้านหัวใจ แพทย์ที่ต้องใช้แพทย์และเครื่องมือที่มีราคาแพง อาจรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แต่มาพักฟื้นที่โรงพยาบาลเราได้”

ผลกระทบต่างๆจาก
สภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ
ของประเทศ

- การลงทุนและสภาวะการเงิน: โรงพยาบาลที่มีการระดมทุนที่กู้จากสถาบันการเงินจะได้รับผลกระทบกับวิกฤตินี้โดยตรง ทั้งอัตราดอกเบี้ย อัตราแลกเปลี่ยน และความมั่นคงของสถาบันการเงินนั้นๆด้วย

“ระดมทุนโดยการกู้ยืมธนาคารศรีนคร 50% อีก 50% จากผู้ถือหุ้น ปัจจุบันยังอยู่ในระหว่างการจัดโครงสร้างกับ SCIB และไม่สามารถส่งดอกเบี้ยและเงินต้นได้ตามเวลาที่กำหนด”

“เงินทุนสร้างรพ.ส่วนหนึ่งจากการกู้เงินจากสถาบันการเงินในประเทศไทย ซึ่งต่อมาถูก take over โดยสถาบันการเงินต่างประเทศ”

“แม้ว่าจะมีการลงทุนส่วนหนึ่งมาจาก foreign debts และได้รับผลกระทบโดยตรงจาก baht devalued แต่ด้วยจำนวนคนไข้ที่เพิ่มขึ้น ทำให้สามารถชำระได้ตรงตามงวดมาตลอดถือเป็นลูกค้าชั้นดี (มีการลดหนี้เพิ่มทุนด้วย) เป็น NPL อยู่ประมาณ 3-4 ปี”

“มีรายจ่ายประจำเดือนละ 5 ล้านบาทขณะที่มีรายรับประมาณ 4 ล้านบาท”

“อยู่ในระหว่างการปรับโครงสร้างหนี้ โดยสิทธิขาดอยู่ในการดำเนินการของ Price Water House Cooper”

“ได้รับผลกระทบจากสภาวะการเงินเพราะมีการระดมทุนบางส่วนจากต่างประเทศ (ผ่านที่ HongKong Bank) ทำให้มีภาระหนี้สินเพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงค่าเงิน”

“ปัญหาที่เห็นได้จากการลงทุนที่ผิดพลาดในอดีตเช่น MRI ซึ่งหากไม่มีการลงทุนที่ผิดพลาดจะมีเงินเหลือมากกว่านี้อีก”

- จำนวนผู้รับบริการ: โดยทั่วไปแล้วจำนวนผู้มารับบริการลดลง และสัดส่วนของผู้มารับบริการที่จ่ายเงินเองลดลง

“ก่อนหน้านี้ประมาณ 75% เป็นกลุ่มจ่ายเงินเอง เป็นประกันสังคม 25% ปัจจุบันกลับกัน สัดส่วนประกันสังคมเพิ่มเป็น 45%, กลุ่มทั่วไป 30%, และกลุ่ม 30 บาทอีก 23%

“วันที่ 31 ธค. 2540 มีคนไข้นอนอยู่ที่นี้เพียง 1 เตียง ซึ่งถือว่าเป็นผลกระทบ

ที่แรงมาก”

“จำนวนคนไข้ลดลงอย่างมาก การนอนรพ.เปลี่ยนแปลง เห็นได้ชัดจากจำนวนวันนอนลดลง occupancy rate ลดลงเช่นเดียวกัน”

- การจ้างงานบุคลากร: การลดพนักงานลงทำได้ไม่สะดวก เนื่องจากต้องคงจำนวนตามกฎหมายสถานพยาบาลกำหนด อีกทั้งบางแห่งเป็นนโยบายที่จะรักษาภาพพจน์ของโรงพยาบาลไว้ โรงพยาบาลจะหันไปเน้นเข้มข้นที่มาตรการเรื่องสวัสดิการมากกว่า โดยค่าตอบแทนหากมีการลดจะมีเป้าหมายที่กลุ่มที่มีเงินเดือนสูงๆก่อน เช่น ผู้บริหารหรือแพทย์ เป็นต้น

“การลดพนักงานลงค่อนข้างทำได้ลำบาก เนื่องจากต้องมีเจ้าหน้าที่ตามที่พรบ.สถานพยาบาลกำหนดไว้ และโดยนโยบายเองแล้วก็ไม่นิยมที่จะลดจำนวนเตียงเพราะต้องการรักษาภาพพจน์”

“โรงพยาบาลมีอาคารสูงถึง 12 ชั้น เปิดดำเนินการจริงเพียง 3 ชั้นเท่านั้น จึงยังไม่มีการใช้เต็มศักยภาพการลงทุน”

“สวัสดิการที่เคยให้ทั้งครอบครัว ลดลงโดยให้ครอบครัวหันมาใช้บัตรทองหรือ ประกันสังคมแทน

“ใช้วิธีค้างเงินเดือนพนักงาน ประมาณ 15% ไม่ได้ลดในส่วนค่าตอบแทนแพทย์ แต่เปลี่ยนระบบค่าตอบแทนจากระบบเงินเดือนเป็น Doctor Fee ทั้งหมด”

“ลดเงินเดือนของผู้บริหารและแพทย์ (ประมาณ 20%) เป็นอันดับแรกก่อน (ทีมแพทย์ให้ความร่วมมือดีมาก) และต่อมามีโครงการ voluntary early retire พนักงาน (มีผู้เข้าร่วมไม่มากนัก) และลดเงินเดือนพนักงานในช่วงต่อมา แต่หลังจาก 5 ปีให้หลังผลประกอบการดีขึ้น จึงได้คืนเงินในส่วนที่ลดลงให้ แต่ไม่มีการขึ้นเงินเดือน”

- การร้องเรียนของผู้รับบริการ: การร้องเรียนมักจะเป็นเรื่องการบริการที่ไม่รุนแรงนัก ส่วนใหญ่ไม่ใช่เรื่อง malpractice แต่เป็นเรื่องการ communicate มากกว่า ซึ่งโดยปกติแล้วคนไข้ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนจะมีความคาดหวังจากการบริการที่สูงกว่าสถานพยาบาลภาครัฐ โรงพยาบาลอาจจะมีระบบคัดกรองโดยให้ร้องเรียนโดยตรง, จัดพนักงานรับแจ้งเหตุ, ระบบการรายงานทุกเดือนเพื่อวัดผลการปฏิบัติงานส่ง ผอ.โดยตรง แนวทางการแก้ไขต้องรับทำความเข้าใจและช่วยในการเหลือนำรักษาพยาบาลในบางกรณี

“การร้องเรียนมีเกิดขึ้นบ้าง แต่ที่เป็นปัญหามากคือผู้ให้ข้อมูลไม่ใช่ผู้รู้จริง การร้องเรียนส่วนมากไม่เกี่ยวกับมาตรฐานทางการแพทย์ (เชื่อว่าส่วนหนึ่งจากแพทย์มีเวลาให้กับผ.ป.มาก) แต่เกี่ยวกับ high expectation”

“การร้องเรียนเป็นเรื่องค่ารักษาแพง ใช้วิธีการอธิบายรายละเอียด ส่วนใหญ่ก็ได้ผลดี ตัว price list ของกระทรวงพาณิชย์ก็ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทราบค่า

การปรับตัวและผลลัพธ์	รักษาก่อนล่วงหน้าได้” มีมาตรการในการรวมกลุ่มกับโรงพยาบาลอื่นๆจัดซื้อยาาร่วมกัน การเปลี่ยนทีมบริหารเดิมออก โดยให้ความสำคัญกับ พนักงานแพทย์ต้องอยู่ได้ เจ้าของต้องอยู่ได้ และต้องได้ค่าบริหารที่เหมาะสม ตามลำดับ การควบคุมต้นทุนเป็นนโยบายที่สำคัญของโรงพยาบาลทุกแห่ง และเนื่องจากกำลังซื้อในประเทศลดลง โรงพยาบาลที่มีศักยภาพเพียงพอทำเลที่ตั้งอยู่ใจกลางเมือง หรืออยู่ใกล้กับโรงแรมดังๆจะหันไปหากลุ่มลูกค้าต่างชาติ โดยใช้การตลาดทำสัญญากับโรงแรม, บริษัททัวร์ บริษัทประกันสุขภาพหรือแม้แต่ตามสายการบิน โดยโรงพยาบาลเองก็จะเตรียมความพร้อมด้านภาษาให้กับบุคลากร โรงพยาบาลบางแห่งจะร่วมประชาสัมพันธ์กับกรมส่งเสริมการค้าเพื่อทำตลาดโดยตรงกับลูกค้าชาวตปท. แนวโน้มของทัวร์สุขภาพจะมากขึ้น เช่น การทำฟัน ในอนาคตจะขยายการทำ hip replacement, ผ่าตัดเปลี่ยนเพศ ซึ่งในบางประเทศถือว่าทำแล้วผิดกฎหมาย นอกจากนี้ยังมีการขยายบริการอื่นๆ เช่น ศัลยกรรมความงาม จัดเป็นชุดบริการ แม้แต่แพทย์แผนไทยยังมีโอกาสที่จะนำเสนอได้ในสถานพยาบาลเอกชนด้วย การเพิ่มบริการหลังการขาย โดยเป็น Home health care เช่น home call ติดตาม case ภายหลังการรักษาแทนการตั้งรับแบบเดิม “มีกรรมการประหยัดจ่าย เป็นผู้พิจารณาตัวเลข ควบคุมต้นทุน โดยเฉพาะค่าสาธารณูปโภค(ลดได้ประมาณ 10,000 บาท/เดือน)” “ชุดบริการ เช่น การคลอด ศูนย์ความงาม ตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจมะเร็ง ได้รับการต้อนรับที่ดีเพราะค่าบริการราคาถูกกว่าปกติ แม้ว่าPackage คลอด ซึ่งไม่ได้ผลเท่าไรนัก มักเจอปัญหาที่ Unexpected จากการคลอด และมีเรื่องร้องเรียนตามมา” “ศัลยกรรมตกแต่งความงาม เช่น ทำจมูก ตาสองชั้น ฯลฯ ที่ไม่ต้องใช้ความชำนาญมาก” “มีนโยบายที่จะทำแพทย์แผนไทยโดยร่วมกับเขต10 แต่ยังติดปัญหาไม่เป็นที่ยอมรับของแพทย์ไทย” “รับสมัครสมาชิกเพื่อรักษาจำนวนคนไข้ไม่ให้ตก พร้อมกับการบริการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยรายปี”
ทิศทางการดูแลด้านมาตรฐานบริการ	โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีความเห็นว่าการเริ่มต้นที่ระบบ ISO จะเป็นการเริ่มต้นที่ดี แล้วจึงขยับมาทำ Hospital Accreditation แต่มีแนวโน้มของความเห็นว่า ระบบ HA น่าจะเหมาะสมเพราะจะเกี่ยวข้องกับการบริการแพทย์และผู้ป่วยโดยตรง เป็นระบบที่สามารถปรับให้สอดคล้องกับการบริการของโรงพยาบาล บางโรงพยาบาลใช้วิกฤติครั้งนี้เป็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพเนื่องจากมีคนไข้ค่อยๆน้อยและไม่ปล่อยเวลาโดยเปล่า

ประโยชน์ อย่างไรก็ตามก็ยังมีบางแห่งที่คิดว่าการทำระบบรับรองคุณภาพไม่ได้มีผลต่อพฤติกรรมของผู้มารับบริการหรือคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลเลย

“เริ่มจากการทำ ISO 9002 ก่อนการทำ Hospital Accreditation การนำมาใช้ให้ได้ผลและช่วยด้านการจัดการอยู่ที่การ apply ให้เหมาะสมกับบริการทางการแพทย์”

“เคยเริ่มจาก Hospital Accreditation แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากบุคลากรยังขาดความพร้อม จึงหันมาทำ ISO ซึ่งก็ได้รับการ certified” “ชาวบ้านไม่เข้าใจ ISO, Hospital Accreditation ขอเพียงแต่รักษาหาย คิดว่าแนวคิดเรื่องคุณภาพส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของกระแสความนิยม อยากให้รัฐบาลลองเปรียบเทียบคุณภาพการรักษาระหว่างรัฐและเอกชนและจะเห็นถึงความแตกต่าง”

การเข้าร่วมในนโยบาย ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจด้วยเหตุผลเพื่อให้มีการ Flow ของเงินไหลเวียน บางโรงพยาบาลมองว่าโครงการนี้เพราะต้องการตอบสนองนโยบายรัฐและยังเป็นแหล่งรายได้สำคัญ ทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้นโดยไม่ต้องรับพนักงานเพิ่ม เนื่องจากยังบริการได้ไม่เต็มเท่าศักยภาพที่มี ทั้งกำลังคนและสถานที่ ลงทุนเพิ่มเพียงเปิดคลินิกที่เป็น PCU ใกล้ชุมชนเท่านั้น การจัดบริการบางโรงพยาบาลจัดแยกแผนก 30 บาทออกจาก OPD และ IPD ทั่วไป ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ปะปนกับผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองทั่วไปแต่จะต้องไม่ทำให้ผู้มารับบริการรู้สึกว่าการบริการที่มีสองมาตรฐาน มีบางท้องถิ่นที่มีอุปสรรคจากการกำหนด Zoning ซึ่งอาจจะไม่ได้จำนวนผู้ลงทะเบียนที่จุดคุ้มทุน พบโรงพยาบาลหนึ่งแห่งที่เคยเข้าร่วมและมีอุปสรรคจากความไม่พร้อมและได้ถอนตัวจากโครงการภายหลัง

อย่างไรก็ดีโครงการนี้ โครงการนี้ทำให้โรงพยาบาลเอกชนมีรายได้มากขึ้นทางอ้อม เพราะโรงพยาบาลรัฐจะค้ำคั่งมากขึ้น จะมีผู้กำลังจ่ายบางส่วนหันมารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน

“ขยายรับบัตรทอง ทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้น เดือนละ 2 ล้านบาท และกำลังขยายจำนวนรับที่เขต...”

“จากการทำ unit cost ต้องได้กลุ่มบัตรทองประมาณ 25,000 คนจึงจะอยู่ได้ ปัจจุบันได้ที่ 12,000 คน”

“โรงพยาบาลไม่มีนโยบายรับ 30 บาท เพราะคิดว่าจะทำให้การบริการเดิมคุณภาพลดลง เพราะมีจำนวนประกันสังคมมากอยู่แล้ว”

“ไม่มีนโยบายเรื่องนี้ จึงไม่เข้าร่วมด้วยอย่างแน่นอน”

“เนื่องจากว่าเป็นโครงการที่ใหม่สำหรับทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นรพ.เองหรือกระทรวงสาธารณสุข มีปัญหาขึ้นเนื่องจากความไม่เข้าใจของทุกฝ่ายเป็นผลให้เกิดปัญหาและมีข่าวและฟ้องร้อง ถัดมาจึงไม่เซ็นสัญญาเข้าร่วม เพราะ

นอกจากจะทำให้ขาดทุนและเสียชื่อเสียงและเสียสุขภาพจิต”

4. กลุ่มโรงพยาบาลขนาดมากกว่า 200 เตียง

ปรัชญา วิสัยทัศน์และ
ทิศทางของโรงพยาบาล
จากอดีต ปัจจุบันและ
อนาคต

ดำเนินการมีทั้งการเติบโตจากขนาดเล็กๆก่อน ภายหลังจึงได้มีการขยายกิจการขึ้น และที่มีความพร้อมทางการเงินและหุ้นส่วนที่มองเห็นโอกาสทางธุรกิจ เช่น การดำเนินการในหัวเมืองใหญ่บริการโรคที่ต้องอาศัยความซับซ้อนในการรักษา โดยไม่ต้องเดินทางเข้ามารักษาที่กรุงเทพฯ กลุ่มผู้ป่วยจึงเน้นไปที่ผู้มีรายได้ระดับสูง อีกทั้งภาครัฐไม่สามารถสนองความต้องการได้ บางโรงพยาบาลอาศัยการเป็นโรงพยาบาลในเครือข่าย ทำให้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพการบริหารงานและการบริหารจัดการซื้อมีระบบได้เร็ว

“เป็นรพ.ในเครือ..... มีอิสระในการบริหารเต็มที่ (ยกเว้นในเรื่องการตัดสินใจที่ต้องอาศัยเงินลงทุนจำนวนมาก) แต่จะมีการร่วมมือกันในด้านการจัดซื้อ และการวางแผนงาน เพื่อลดต้นทุนในการดำเนินงาน”

“ปัจจัยที่เปิดรพ. เพราะมีเงินเหลือจากการระดมทุนของรพ.....เมื่อเข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ (จากราคาตลาดที่สูงกว่าที่คาด)”

“ไม่เห็นรูปแบบที่เป็นธุรกิจที่กำไรสูงสุด แต่ให้สามารถอยู่ได้โดยผูกมัดกับชุมชน เลือกทำเลที่ตั้งโดยดูว่าในขณะนั้นยังไม่มีรพ. ช่วงแรกของการเปิดธุรกิจมีการให้รักษาฟรีบ้าง และมีการขยายตัวได้มาเรื่อยๆ”

“จุดขายอยู่ที่การบริการที่ไม่เสื่อมล้ากันระหว่างประเภทของผู้ป่วยในทางการแพทย์ ไม่ได้มาซึ่งความสามารถทางการตลาดแต่เป็นลักษณะบอกปากต่อปาก”

“จำนวน OP visit ประมาณ 400 คน/วัน หลังจากเปิดดำเนินงานไม่กี่ปี ผลประกอบการดีมาถึงขนาด OP Visit ประมาณ 500 คน Admission ประมาณ 250 เตียง ซึ่ง Full capacity จนต้องขยายรพ.เพิ่มขึ้น”

ผลกระทบต่างๆจาก
สภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ
ของประเทศ

- การลงทุน: มีทั้งการลงทุนจากหุ้นส่วนและระดมการทุนจากสถาบันการเงินทั้งในและต่างประเทศ

“ระดมทุนโดย 50% จากผู้ถือหุ้น และ จากการกู้ยืมเงินจาก 50% Foreign Bank (TFB เป็นผู้ค้ำประกัน) รวม 800 ล้านบาท”

- สภาวะการเงิน: รายรับจะลดลงอย่างมาก โรงพยาบาลที่มีรายรับจากการเข้าร่วมในโครงการประกันสังคม ซึ่งจะมีรายรับที่แน่นอนกว่าโรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วม โรงพยาบาลที่มีการกู้จากสถาบันการเงินจะต้องแบกรับดอกเบี้ยที่ปรับตัวขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกู้ยืมจากต่างประเทศจะต้องแบกรับภาระจากความผันผวนของอัตราแลกเปลี่ยนเพิ่มอีกด้วย

“การกู้ยืมเงินต่างชาติเสียมากกว่า Exchange rate”

“รายได้ประมาณ 43% จากระบบ Capitation ให้บริการปศ.และเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) อีก 57% ได้จากกลุ่ม out of

pocket”

“2 ปีแรก 2541-42 ยังไม่กระทบ คิดว่าส่วนหนึ่งเป็นรพ.มูลนิธิจึงคิดราคาไม่แพง ตั้งแต่ 2542 เป็นต้นมา รายได้เริ่มลดลง และเริ่มขาดทุน (แต่เดิมที่เงินในกองทุนมูลนิธิมีจำนวนไม่มากนัก) ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (50% salary, 30% drug and medical supply, 20% others) เหลือกำไรในการบริหารงานไม่มากนัก”

“ไม่มี income ที่มาจาก capitation เลยเพราะโรงพยาบาลไม่ได้ตั้งเป้าหมายที่กลุ่มนี้”

- จำนวนผู้รับบริการ: จำนวนผู้รับบริการลดลงอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกลุ่มที่จ่ายเงินค่ารักษาเอง โรงพยาบาลต้องลดพื้นที่บริการลดลงตามจำนวนผู้มารับบริการไปด้วย อย่างไรก็ตามก็ดีปัญหาที่พบหลังจากแต่ละโรงพยาบาลหันมาสนใจกลุ่มประกันสังคมมากขึ้นทำให้มีการแข่งขันกันสูงขึ้นไปอีก

“ไม่ได้รับประกันสังคม ปี 2538-39 เป็นกลุ่มประกันเอกชน 40% จ่ายเงินเอง 55-60 % ข้าราชการ 5% ปัจจุบัน Op Visit อยู่ที่ 600 คน/วัน แต่ในช่วง 2541-42 การลดลงของกลุ่ม Out of pocket ลดลงในอัตราที่มากกว่ากลุ่มประกัน เป็นผลให้สัดส่วนเปลี่ยนแปลงไปมาก โดยกลุ่มประกันมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจาก 40 ไปเป็น 60-70 % ในทางตรงข้ามกลุ่ม ผ.ป. Out of pocket เหลือเพียง 30% (ส่วนหนึ่งจากกลุ่มนี้หันไปซื้อประกันสุขภาพมากขึ้น)”

“แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าเตียง ICU มีอัตราครองเตียงสูงสุดเมื่อเทียบกับ ward อื่นๆ (ประมาณ 15 เตียง/วัน – total 24 เตียง- โดยมี income ประมาณวันละ 20,000 บาท/วัน) มาตลอด (ให้ความเห็นว่าหากป่วยหนักจริง ผ.ป.จึงมารพ.)”

“จากวิกฤตเศรษฐกิจยุบไป 2 ward แต่เปลี่ยนไปเป็น OPD แทน โดยมีจำนวน OPD ประมาณ 100 คน/วัน trend จำนวนวันนอนน้อยลง อัตราการครองเตียงอยู่ที่ประมาณ 80% เท่านั้น (แต่ก็ให้ความเห็นว่า การเข้ารักษามีลักษณะเป็น seasonal รวมด้วย)”

“จำนวนผู้ประกันตนลดลงจากเดิมจาก แส่นกว่าคนสาเหตุส่วนหนึ่งจากการมีรพ.เพิ่มขึ้นมากและshare ส่วนแบ่งทางการตลาดกัน”

- การจ้างงานบุคลากร: เน้นมาตรการลดค่าตอบแทนและสวัสดิการมากกว่าการลดจำนวนคน ส่วนการรับเข้าจะเข้มงวดมากกว่า ในกลุ่มแพทย์ที่สามารถปรับค่าตอบแทนจากเงินเดือนประจำมาเป็นจ่ายตามค่าธรรมเนียมแพทย์มากขึ้น บางโรงพยาบาลจะมีมาตรการเพิ่มขึ้นในการตรวจผู้ป่วยประกันสังคมที่โรงพยาบาลได้เงินมาจำนวนหนึ่ง เพื่อจะได้จ่ายค่าแพทย์มากเกินไป ไม่จูงใจให้แพทย์ทำมากได้มากแต่จะจ่ายให้แพทย์ในอัตราที่เหมาะสมเป็น semi-capitation โดยใช้ doctor-share เป็นตัวจูงใจ เช่น กรณีที่มีแพทย์ 2 คนดูคนไข้

“ไม่ได้ปลดพนักงาน,แต่ไม่ได้จ่าย bonus , ไม่มีการขึ้นเงินเดือนจนกระทั่งถึง

ต้นปี 45 ผลประกอบการเริ่มดีขึ้นและเริ่มปรับเงินเดือนขึ้นรวมถึงการให้ reward สำหรับพนักงานที่ good performance ทำความเข้าใจกับพนักงานโดยแสดงตัวเลขผลประกอบการ”

“ลดค่าใช้จ่ายโดยเน้นมาที่อัตราค่าตอบแทนแพทย์ เปลี่ยนจากเดิมที่ให้เป็น Fix salary ไปเป็นระบบ Doctor Fee”

“ค่าตอบแทนเดิมแพทย์ได้รับ 80% จาก DF 20 % เป็นส่วนของรพ แต่มีปัญหาเรื่องภาษีซึ่งแพทย์ต้องรายงานว่าได้เต็ม 100 จึงเปลี่ยนมาเป็น 99% ให้แพทย์ ส่วนที่เหลือ 1% ให้เป็นค่าเช่าสถานที่เพื่อผลประโยชน์ทางด้านภาษี ส่วนแพทย์เวรในได้ค่าตอบแทนคืนละ 3,000 บาท/คืน”

“ไม่เพิ่มบุคลากร ยกเว้นพยาบาล และพวก paramedical staff”

- การร้องเรียนของผู้รับบริการ: ปัญหามักเป็นเรื่องการไม่พอใจพนักงานในเรื่องมารยาทการให้บริการ และแก้ไขโดยการปรับความเข้าใจ บางแห่งจะใช้กลไกการกำกับเชิงคุณภาพเจาะตามประเภทของผู้ป่วย

การปรับตัวและผลลัพธ์

โรงพยาบาลจะให้ความสำคัญกับรายได้ที่คงที่แน่นอน เช่น กลุ่มประกันสังคม โดยปัญหาเรื่องหนี้สินจากการกู้ยืมยังเป็นประเด็นหลักที่ทำให้ต้องมีกระบวนการประណหนี้ ยืดระยะเวลาการใช้หนี้ การบริหารที่เน้นประสิทธิภาพเรื่องการจัดซื้อรวม การลดพื้นที่บริการที่ไม่จำเป็นลง เพื่อเป็นการลดต้นทุน การขยายบริการอื่นๆเพิ่มขึ้นพบบ้าง เช่น การบริการแพทย์แผนไทย สมุนไพร การบริหารให้มีแพทย์อย่างเพียงพอตลอดเวลา เพิ่มจุดขายในการเป็นโรงพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางมากขึ้น

“เริ่มเข้าโครงการ ปกส. ในปี 2540 (มีผู้จำนวนผู้ประกันตนประมาณ 10,000 คน) ซึ่งเป็นผลให้คนไข้ ปกส.มีสัดส่วนอยู่ที่ประมาณ 60-70 % และจำนวน OP เพิ่มขึ้นมาเป็น 150 IP ที่ประมาณ 20 เตียง ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ประกันตนอยู่ที่ 20,000 คน ซึ่งเริ่มเป็นปัญหาเนื่องจากจำนวนพนักงานไม่เพียงพอ ค่าแรงเพิ่มขึ้น การแข่งขันสำหรับประกันสังคมค่อนข้างรุนแรงมาก”

“ปี 2544-45ใช้วิธีการเจรจาประណหนี้เลื่อนการจ่ายหนี้ โดย TFB ใช้หนี้ให้แทน (และรพ.มาใช้หนี้ต่อ) โดยกำหนดว่า 60% Profit margin จ่ายเงินต้น

“ปี 40-42 ปิด ward ประมาณ 50-60% ของจำนวนเตียงทั้งหมด”

“วางตำแหน่ง Market differentiate ให้แตกต่างจากคู่แข่งโดยวางตำแหน่งเป็น high specialty เช่น open heart และเปิด special clinic เช่น endocrine clinic, Rheumatoid clinic”

“Package การคลอดไม่ประสบผลสำเร็จนัก เนื่องจากส่วนหนึ่งต้องมีการจำกัดค่าใช้จ่าย ซึ่งแพทย์เจ้าของไข้เองก็ไม่พอใจเท่าใดนักแต่ก็คิดว่าประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าสนใจคือ การตรวจร่างกาย”

“เป็นแกนระหว่างรพ.10 โรงเพื่อจัดซื้อยาและวัสดุการแพทย์ร่วมกัน”

“ทำแพทย์แผนไทยอายุเวช นวดเพื่อสุขภาพและคลายเครียดด้วยสมุนไพร”

	“เหมาจ่ายรายโรค เหมาคลอด เห็นว่าเป็นการตอบสนองเป็น reactive เป็นไปตามกระแส ทางรพ.คิดว่าอยู่ได้เนื่องจากการบริหารภายในที่เข้มแข็ง” “แรกเริ่มจำนวน Full time staff จัดให้ขึ้นเวรเต็มทีระหว่าง 8.00-20.00 น. แต่ต่อมาต้องการให้มีความแตกต่างไปจากคู่แข่งว่า หากมา รพ.จะสามารถพบแพทย์ได้ตลอด 24 ชม.ซึ่งแต่เดิมทีเวรตึกจะเป็นแพทย์ residence ภายหลังจากเปิดบริการภาค night คนไขในช่วงนี้เพิ่มขึ้น 30%”
ทิศทางการดูแลด้านมาตรฐานบริการ	โรงพยาบาลขนาดใหญ่จะมีการรับรองตามระบบ ISO ทำให้พนักงานได้เรียนรู้และมีความพร้อมในการพัฒนาระบบ Hospital Accreditation ต่อได้ง่าย บางแห่งให้ความสำคัญกับ Hospital Accreditation ไม่มากนัก เห็นว่าเป็นกระแสมีผลและเกิดในรพ.ของรัฐมากกว่า โดยเฉพาะด้านประสิทธิภาพที่ให้การ utilization ที่ต่างกัน
การเข้าร่วมในนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า	“ทางรพ.ก็ได้เน้นทั้ง ISO และ Hospital Accreditation โดยประยุกต์ให้เข้ากับโรงพยาบาล โฉนส่วนตัวแล้วงานคุณภาพควรยืนบนพื้นฐาน ISO ก่อน” โรงพยาบาลที่เข้าร่วม มีเหตุผลของการมีรายได้ที่คงที่แน่นอนจำนวนหนึ่ง และเป็นโอกาสขยายลูกค้าทั้งจำนวนและการบริการอื่นๆที่ไม่ได้อยู่ในชุดบริการ ขณะที่ผู้ที่ไม่เข้าร่วมเพราะความไม่แน่ใจเรื่องแนวทางปฏิบัติและการคืนทุนเนื่องมาจากลักษณะของผู้มีสิทธิต่างจากผู้ป่วยประกันสังคม “เข้าร่วมในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ ม.ย.-ก.ย.2544 โดยได้โควตาที่ 15,000 คน เพื่อเติมส่วนแบ่งทางการตลาดที่คิดว่าหายไป โดยทำ PCU นอกรพ. 2 แห่ง” “โครงการ ปกส.ค่อนข้างประสบผลสำเร็จเพราะเป็นกลุ่มวัยทำงานและ Healthy และไม่เข้าใช้บริการเท่าใดนัก ในขณะที่โครงการ 30 บาท ส่วนมากเป็น ผ.ป.กลุ่มชรา (ด้วยโรคเบาหวานและความดัน) และเด็ก (รวมๆแล้วประมาณ 150 คน/วัน) ซึ่งทำให้มีค่าใช้จ่ายมากและยังเป็นปัญหาอยู่” “ยังไม่นำเข้าร่วม เพราะความไม่แน่นอนของกฎระเบียบภาครัฐที่มีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย”

กรณีศึกษา การดำเนินการ การลงทุนและผลกระทบ

ศึกษากรณีของโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายจำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลรามคำแหง โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลสมิติเวช และโรงพยาบาลพญาไท ซึ่งแหล่งข้อมูลในการศึกษาได้จาก:

- ◆ ข้อมูลตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย www.set.or.th, www.settrade.com, www.sec.or.th,
- ◆ ข้อมูลการวิเคราะห์การลงทุน ของบริษัทหลักทรัพย์ทิสโก จำกัด (www.tisco.com), บมจ.หลักทรัพย์เอบีเอ็นแอมโรเซีย (www.ast.co.th), และอื่นๆ เช่น www.worldsec.com เป็นต้น
- ◆ เอกสารส่งพิมพ์อื่นๆ เช่น หนังสือพิมพ์ เอกสารประกาศโฆษณา

ก. กรณีศึกษา โรงพยาบาลรามคำแหง

บริษัท โรงพยาบาลรามคำแหง จำกัด (มหาชน) ประกอบธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ประเภท General Hospital ขนาด 300 เตียง ให้บริการรักษาพยาบาลโรคทั่วไปทุกสาขา โรงพยาบาลกำหนดกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย คือ ผู้ที่อาศัยอยู่ใน บริเวณใกล้เคียงพร้อมทั้งการทำสัญญาการให้บริการกับบริษัทต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริษัทที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาล โดยมีกลยุทธ์การแข่งขันคือ

- 1.โรงพยาบาลจะเน้นในด้านภาพพจน์การให้บริการด้านต่าง ๆ ได้ครบทุกสาขาไม่เจาะจงสาขาด้านใดเป็นพิเศษ โดยทางโรงพยาบาลจะให้การบริการตรวจรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ไม่ใช่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งจะทำให้การบริการรักษามีประสิทธิภาพและถูกต้องแม่นยำกว่า
- 2.โรงพยาบาลให้ส่วนลดแก่ลูกค้าประจำของโรงพยาบาลที่สมัครเป็นสมาชิกของโรงพยาบาลรามคำแหง 10 % สำหรับผู้ที่จ่ายเงินสด และ 7.5 % สำหรับผู้ที่จ่ายด้วยบัตรเครดิต

ข้อได้เปรียบและเสียเปรียบของโรงพยาบาลเมื่อเทียบกับคู่แข่ง

ข้อได้เปรียบ

- 1.ทำเลที่ตั้งของโรงพยาบาล โรงพยาบาลรามคำแหงตั้งอยู่บนถนนรามคำแหง ซึ่งเป็นศูนย์กลางของชุมชนย่านผู้อยู่อาศัยหนาแน่นมากที่สุดชุมชนหนึ่งโดยมีสถานที่สำคัญๆ ล้อมรอบได้แก่ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ตลาดคลองจั่น, แพลตบางกะปิ, ชุมชนเขตตลาดพร้าว, บจก.โอสภสภาคึกเฮงหยู, บจก. ไทยน้ำทิพย์, ห้างสรรพสินค้าต่างๆ
2. การบริการการรักษา โรงพยาบาลรามคำแหงจะเน้นการให้บริการการรักษาโดยเฉพาะทางด้านคุณภาพ กล่าวคือ การใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขานั้นในการรักษาคนไข้จึงมีผลทำให้ผลการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพดีกว่าการใช้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทำการตรวจรักษาขั้นต้นก่อนแล้วจึงให้แพทย์เฉพาะสาขาดูแลรักษาอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งจะทำให้คนไข้ต้องเสียค่าใช้จ่าย และระยะเวลาในการรักษาเพิ่มขึ้น

3. ราคาอยู่ในระดับมาตรฐาน โรงพยาบาลมีนโยบายที่จะกำหนดราคาให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยุติธรรม และเป็นไปตามมาตรฐานของตลาด ทั้งนี้โดยคำนึงถึงประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณนั้นซึ่งมีฐานะการเงินอยู่ในระดับปานกลาง

4. หอพักพยาบาล ขณะนี้โรงพยาบาลมีหอพักพยาบาลอยู่ในบริเวณเดียวกับโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการเพิ่มความสะดวกสบายให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากในธุรกิจการประกอบกิจการโรงพยาบาล บุคลากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ดังนั้นการที่โรงพยาบาลมีหอพักพยาบาลจะเป็นการเพิ่มแรงจูงใจที่จะสามารถเหนี่ยวรั้งบุคลากรไว้ได้ทางหนึ่ง

5. ภาพพจน์ (Image) โรงพยาบาลรามคำแหงได้เปิดให้บริการรักษาพยาบาลแก่บุคคลทั่วไป ตั้งแต่ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2531 จำนวนคนไข้ของโรงพยาบาลก็เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ การที่โรงพยาบาลมีคนไข้จำนวนมากในแต่ละวัน ก็ส่งผลให้มีแพทย์จำนวนมากมาติดต่อขอทำงานที่นี้ ทำให้ทางโรงพยาบาลสามารถคัดเลือกเฉพาะแพทย์ที่มีความรู้ ความสามารถดีให้กับโรงพยาบาลได้ การที่โรงพยาบาลมีแพทย์ดี พนักงานดี บริการเยี่ยม ทำให้ภาพพจน์ของโรงพยาบาลดีกว่าโรงพยาบาลที่เพิ่งเปิดใหม่ในบริเวณใกล้เคียง

6. ด้านบุคลากร โรงพยาบาลรามคำแหงได้เปิดดำเนินการมา 13 ปีแล้ว จำนวนคนไข้ของโรงพยาบาลก็เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้โรงพยาบาลรามคำแหงเป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและความมั่นคงสูงโรงพยาบาลหนึ่งทำให้มีพนักงานจำนวนมากมาสมัครงานที่นี้ ทางโรงพยาบาลจึงมีโอกาสดึงดูดบุคลากรที่ดีมาทำงานให้กับโรงพยาบาล

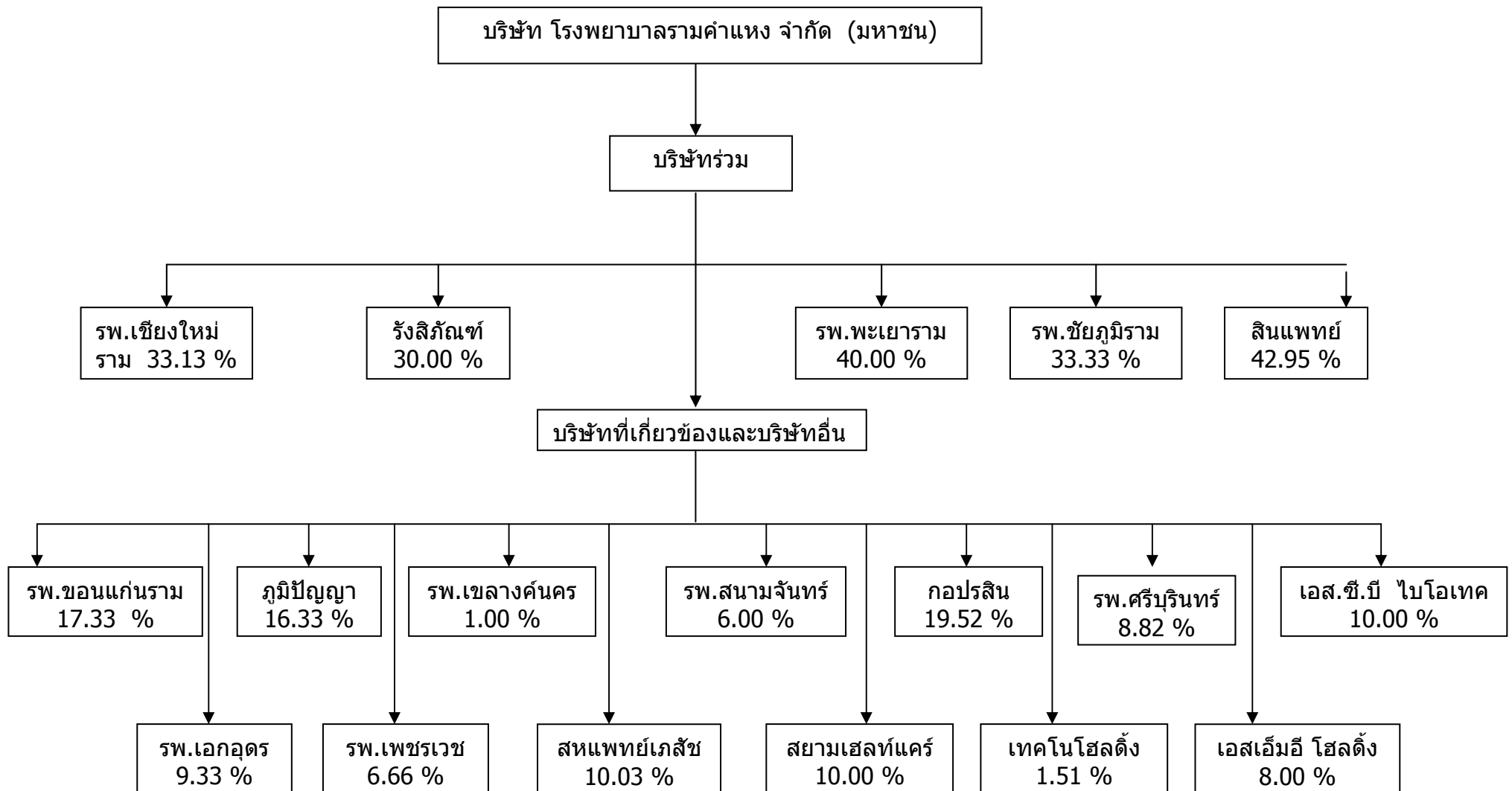
ข้อเสียเปรียบ

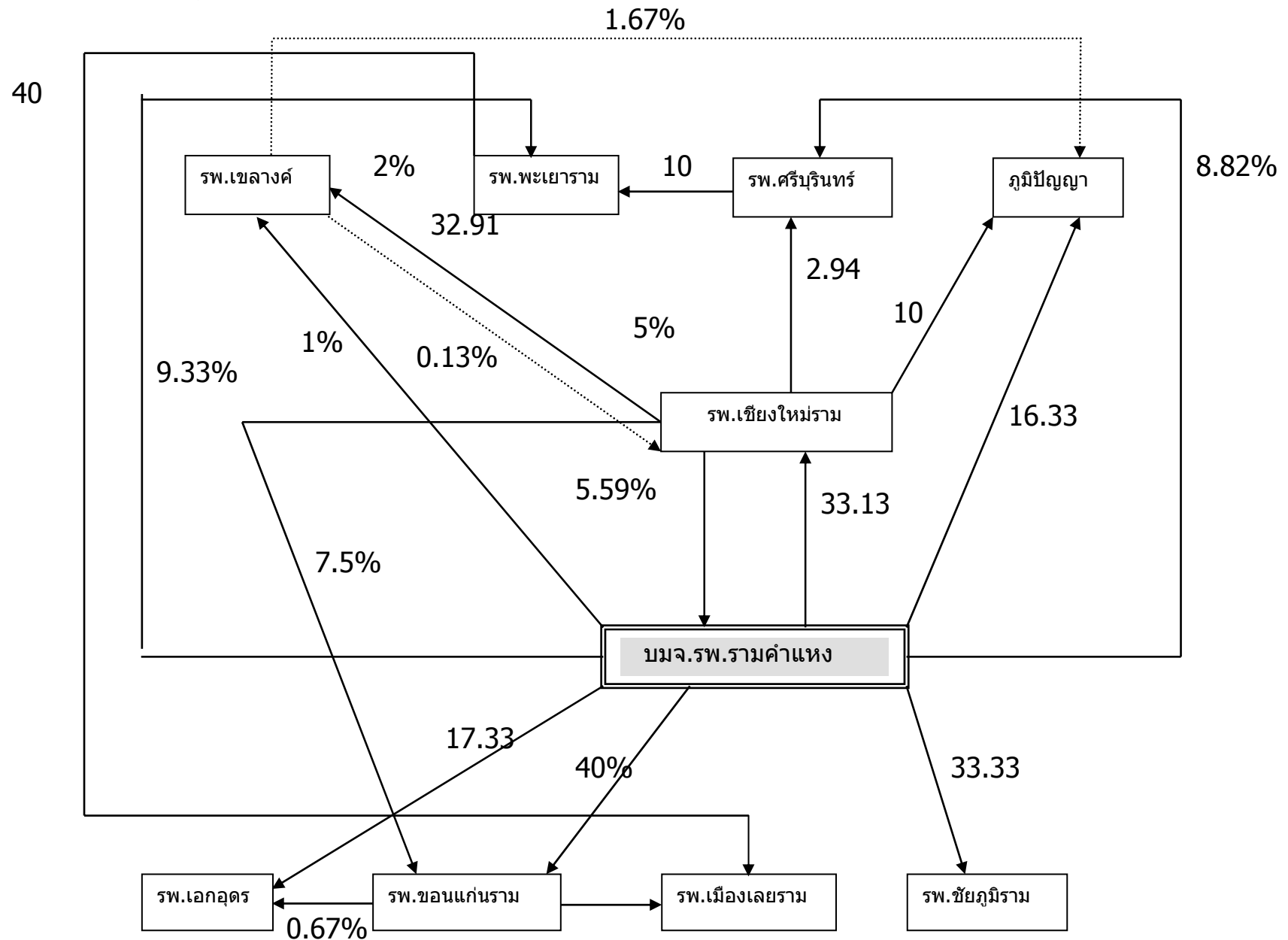
1. ด้านการจราจร เนื่องจากชุมชนดังกล่าวเป็นชุมชนที่มีผู้อยู่อาศัยหนาแน่น ดังนั้นจึงส่งผลในเรื่องของการจราจรที่ติดขัดด้วย อย่างไรก็ดีตามทางกรุงเทพมหานครได้มีโครงการแก้ไขโดยการตัดถนนสายใหม่ พร้อมทั้งการสร้างสะพานลอยซึ่งช่วยลดปัญหาการจราจรได้มาก

สถานการณ์การลงทุน

กลุ่มบริษัทร่วมและบริษัทในเครือที่ประกอบธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเหมือนกัน(ภาพที่ 8, 9) ทางบริษัท โรงพยาบาลรามคำแหง จำกัด (มหาชน) จะส่งกรรมการบางท่านเข้าร่วมบริหารในรูปแบบของการให้คำปรึกษาและแนะนำ ผู้บริหารของบริษัทร่วมจะมีอิสระในการวางนโยบายและแผนการตลาดในพื้นที่ของตนเอง ทางบริษัทร่วมและบริษัทในเครือจะส่งคนไข้ให้แก่กันก็ต่อเมื่อบริษัทร่วมและบริษัทในเครือนั้นมีเครื่องมือไม่พร้อมในการรักษาคนไข้ให้ได้ นอกจากนี้มีบริษัท โรงพยาบาลรามคำแหง จำกัด (มหาชน) เป็นศูนย์กลางในการช่วยส่งซื้ออุปกรณ์แพทย์, ยา และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ให้กับบริษัทในเครือ ทำให้บริษัท มีอำนาจต่อรองในการสั่งซื้อสูง เพราะว่าสั่งซื้อทีละจำนวนมาก ๆ กลุ่มบริษัทร่วมและบริษัทในเครือที่ประกอบธุรกิจเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลมีอยู่ 2 แห่ง คือ บริษัท รังสิมันท์ จำกัด ประกอบธุรกิจขายเครื่องมือแพทย์และซ่อมเครื่องมือแพทย์ และ บริษัท สหแพทย์ จำกัด ทำการผลิตและจำหน่ายยา บริษัททั้งสองนี้จะทำการขายและให้บริการกับโรงพยาบาลในเครือ โดยจะคิดราคากับโรงพยาบาลในเครือในราคาพิเศษ ถูกกว่าราคาโรงพยาบาลทั่วไป

ภาพที่ 9 แสดงเครือข่ายบริษัทโรงพยาบาลรามคำแหง จำกัด (มหาชน) ปี พ.ศ. 2544





บทบาทและการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ต่อสภาวะก่อนและระหว่างวิกฤติเศรษฐกิจ (2539-2544)

ผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ

สืบเนื่องจากในปี 2540 - 2541 ที่เกิดภาวะเศรษฐกิจตกต่ำอย่างรุนแรง สถาบันการเงินมีปัญหาไม่ยอมปล่อยสินเชื่อให้กับลูกค้า ทำให้ทางโรงพยาบาลขาดเงินทุนหมุนเวียน ทางโรงพยาบาลจึงแก้ไขวิกฤตการณ์โดยการกู้เงินจากคณะบุคคล, บุคคลใกล้ชิด และบุคคลที่เกี่ยวข้องกัน เช่น แพทย์ โดยให้อัตราดอกเบี้ยประมาณ MLR-2 และมีระยะเวลากู้ 3 เดือน เมื่อครบกำหนดแล้วจะเรียกคืนหรือฝากต่อก็ได้ ทางโรงพยาบาลได้ทำการกู้เงินประเภทนี้ตั้งแต่นั้นมาจนถึงทุกวันนี้ และส่งผลดีต่อโรงพยาบาลคือ ทำให้โรงพยาบาลเสียต้นทุนดอกเบี้ยจ่ายต่ำกว่ากู้จากสถาบันการเงิน เนื่องจากสถาบันการเงินส่วนใหญ่จะคิดอัตราดอกเบี้ยประมาณ MLR

บริษัทได้กู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินภายในประเทศเป็นจำนวนประมาณ 700 ล้านบาท และได้มีการเจรจาปรับปรุงโครงสร้างหนี้ตั้งแต่ปี 2542 และถึงปี 2544 ได้ปรับปรุงโครงสร้างหนี้เสร็จเรียบร้อยแล้ว และได้มีการชำระดอกเบี้ยและเงินต้นบางส่วนแล้ว นอกจากนี้บริษัทได้ให้เงินกู้ยืมแก่บริษัทร่วม 4 แห่ง ณ ปี 2544 ได้ปรับปรุงโครงสร้างหนี้แล้ว 2 แห่ง อีก 2 แห่งยังไม่ได้ปรับปรุงโครงสร้างหนี้

บริษัทที่ได้ปรับปรุงโครงสร้างหนี้แล้ว 2 แห่ง ดังนี้

1. บริษัท โรงพยาบาลขอนแก่นราม จำกัด ณ 31 ธันวาคม 2544 เป็นหนี้ค้างชำระเงินต้น 176.67 ล้านบาท ได้ปรับปรุงโครงสร้างหนี้ 1 มิถุนายน 2544 โดยจะผ่อนชำระเงินต้นและดอกเบี้ยทั้งหมดภายใน 10 ปี
2. บริษัท โรงพยาบาลพะเยาราม จำกัด ณ 31 ธันวาคม 2544 เป็นหนี้ค้างชำระเงินต้น 90.83 ล้านบาท ดอกเบี้ย 24.9 ล้านบาท ได้ปรับปรุงโครงสร้างหนี้ 12 ตุลาคม 2544 โดยจะผ่อนชำระเงินต้นและดอกเบี้ยทั้งหมดภายใน 10 ปี

บริษัทที่ยังไม่ได้ปรับปรุงโครงสร้างหนี้มี 2 แห่ง ดังนี้

1. บริษัท โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม จำกัด ณ 31 ธันวาคม 2544 เป็นหนี้ค้างชำระเงินต้น 124.67 ล้านบาท ดอกเบี้ย 34.14 ล้านบาท เนื่องจากในปี 2544 ทางโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม อยู่ในกระบวนการปรับปรุงโครงสร้างหนี้กับเจ้าหนี้ 3 ราย คือ ธนาคารทหารไทย, ธนาคารกรุงไทย และ บริษัท เงินทุนอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย ยังไม่เสร็จเรียบร้อย คาดว่าจะเสร็จในปี 2545 เมื่อทางโรงพยาบาลเชียงใหม่ ราม ปรับปรุงโครงสร้างหนี้กับสถาบันการเงินเรียบร้อยแล้ว ทางโรงพยาบาลรามคำแหงก็จะปรับปรุงโครงสร้างหนี้กับทางโรงพยาบาลเชียงใหม่รามทันที โดยยึดแนวทางเดียวกับการปรับปรุงโครงสร้างหนี้ที่ทางโรงพยาบาลเชียงใหม่ ราม ทำกับสถาบันการเงินเป็นเกณฑ์ ในการชำระหนี้ตามแผนการปรับปรุงโครงสร้างหนี้ของโรงพยาบาลรามคำแหงกับโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม ถ้าไม่สามารถทำได้ครบ 100 % คาดว่าจะสามารถทำได้ไม่ต่ำกว่า 70 % ส่วนที่เหลืออีก 30 % จะแปลงหนี้เป็นทุน
2. บริษัท โรงพยาบาลเมืองเลยราม จำกัด ณ 31 ธันวาคม 2545 เป็นหนี้ค้างชำระเงินต้น 114.46 ล้านบาท ดอกเบี้ย 32.68 ล้านบาท ผลประกอบการของทางโรงพยาบาลเมืองเลยราม ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ค่อยจะดี จึงคาดว่าหนี้ทั้งหมดจะต้องแปลงเป็นทุนในอนาคต

ผลกระทบจากนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค

ถ้านโยบายนี้เป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายและประสบความสำเร็จ ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนจะได้รับผลกระทบอย่างแน่นอน จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับของคนไข้ที่มารักษาโรงพยาบาลแห่งนั้น ถ้าเดิมมีคนไข้ที่อยู่ในระดับ High class ก็จะได้รับผลกระทบกระท่อนน้อย, ระดับ Middle class จะได้รับผลกระทบกระท่อนปานกลาง, ระดับ Low class จะได้รับผลกระทบกระท่อนมาก โดยโรงพยาบาลรามคำแหงมีคนไข้ระดับ Middle class แต่ปัจจุบันโรงพยาบาลรามคำแหงยังไม่ได้รับผลกระทบกระท่อนจากนโยบาย 30 บาท

โครงการในอนาคต

ขณะนี้บริษัทไม่มีโครงการที่จะขยายทุนหรือร่วมลงทุน มีแต่การพัฒนาธุรกิจที่มีอยู่ให้ดีขึ้น ในอนาคต 2-3 ปี จากนี้ไป ทางบริษัทไม่มีนโยบายในการลงทุนในบริษัทย่อย หรือบริษัทร่วมแต่อย่างใด แต่ทางบริษัท คงจะวางกลยุทธ์ที่จะพัฒนาโรงพยาบาลในเครือที่ร่วมทุนอยู่แล้วให้สามารถทำรายได้ให้มากขึ้น โดยใช้ทรัพย์สินที่ได้ลงทุนอยู่แล้วให้เกิดประโยชน์มากขึ้น อย่างไรก็ตามก็อาจมีการลงทุนของบริษัทเครือข่าย เช่น มีนาคม 2546 บริษัท โรงพยาบาลสินแพทย์ จำกัด ซึ่งเป็นบริษัทในเครือของโรงพยาบาลรามคำแหง (โรงพยาบาลรามคำแหงถือหุ้นในโรงพยาบาลสินแพทย์ 42.95%) ได้ซื้อหุ้นสามัญของบริษัท โรงพยาบาลวิภาวดี จำกัด (มหาชน) เป็น 11.83 % เป็นต้น

ข. กรณีศึกษา โรงพยาบาลกรุงเทพ

บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) ก่อตั้งขึ้นโดยกลุ่มคณะแพทย์ เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2515 ด้วยทุนจดทะเบียนเริ่มแรก 10 ล้านบาท ภายใต้ชื่อ “บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด” และมีสถานประกอบการตั้งอยู่บนเนื้อที่ 9 ไร่เศษ ในซอยศูนย์วิจัย 7 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะดำเนินการสถานพยาบาลเอกชนภายใต้ชื่อ “โรงพยาบาลกรุงเทพ”

สถานการณ์การลงทุน

ปัจจุบันบริษัทมีภาระหนี้เงินกู้ต่างประเทศ เพียง 3.69 ล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่งเงินกู้ดังกล่าว บริษัทได้จัดทำสัญญาซื้อขายเงินตราต่างประเทศล่วงหน้าไว้แล้ว จำนวน 2.45 ล้านเหรียญสหรัฐ เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากความไม่แน่นอนของอัตราแลกเปลี่ยนในอนาคต ซึ่งแม้ว่าจะไม่ครอบคลุมภาระหนี้เงินกู้ทั้งหมด แต่จะเห็นได้ว่าจำนวนเงินกู้ส่วนที่เหลือนั้นมีจำนวนไม่มากนักและไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อภาระการดำเนินงานของกิจการ

นอกจากจากการดำเนินธุรกิจด้านการรักษาพยาบาลในนาม โรงพยาบาลกรุงเทพ แล้ว ปัจจุบันบริษัทยังได้ขยายการดำเนินงานโดยการลงทุนในบริษัทต่างๆ ที่ดำเนินธุรกิจด้านการรักษาพยาบาลและธุรกิจที่เกี่ยวข้องกัน โดย ปี 2545 นิติบุคคลที่บริษัทถือหุ้นโดยตรงตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป มีจำนวน 10 บริษัท ดังนี้

บริษัท	ประเภทธุรกิจ	การถือหุ้น (%)
1. บริษัท เนชั่นแนล เฮลท์แคร์ ซิสเต็มส์ จำกัด	ห้องทดลอง, บริการรพพยาบาล	99.99
2. บริษัท ไปโอ โมเลกุลลาร์ แลบบอราทอรีส์ จำกัด	ห้องทดลองชีวโมเลกุล	99.99
3. บริษัท โรงพยาบาลกรุงเทพพระประแดง จำกัด	โรงพยาบาลเอกชน 145 เตียง	79.00
4. บริษัท สหแพทย์เภสัช จำกัด	ผลิตและจำหน่ายยา	49.98
5. บริษัท วัฒนเวช จำกัด	โรงพยาบาลเอกชน 200 เตียง	48.00
6. บริษัท โรงพยาบาลกรุงเทพ พัทยา จำกัด	โรงพยาบาลเอกชน 200 เตียง	41.94
7. บริษัท ตราดเวชกิจ จำกัด	โรงพยาบาลเอกชน 150 เตียง	38.20
8. บริษัท สมิตีเวช จำกัด (มหาชน)	โรงพยาบาลเอกชน 275 เตียง	36.79
9. บริษัท อุดรพัฒนา จำกัด	โรงพยาบาลเอกชน 350 เตียง	10.00
10. บริษัท บีเอ็นเอช เมดิเคิล เซ็นเตอร์ จำกัด	โรงพยาบาลเอกชน 250 เตียง	50.00

จากการร่วมทุนดังกล่าวทำให้กลุ่มโรงพยาบาลกรุงเทพมีเครือข่ายกระจายทั่วภูมิภาคโดยกลุ่มลูกค้ามีทั้งชาวไทยและต่างประเทศ โดยสัดส่วน 77:23 สำหรับชาวต่างประเทศจะเป็นชาวญี่ปุ่นมากที่สุดถึง 65% ที่เหลือมาจากประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะเพื่อนบ้านที่มีพัฒนาการแพทย์ไม่มากนัก เช่น บังคลาเทศ เขมร และ พม่า เป็นต้น

พื้นที่ให้บริการ	โรงพยาบาล	การร่วมถือหุ้น
สุขุมวิท อโศก	รพ.สมิตีเวช สุขุมวิท	36.79%
สีลม สาทร	รพ.บีเอ็นเอช	50.00%
กรุงเทพมหานครนอก	รพ.สมิตีเวช ศรีนครินทร์	36.79%
สมุทรปราการ	รพ.กรุงเทพพระประแดง	79.00%
ตะวันออก	รพ.สมิตีเวช ศรีราชา	(บริษัทร่วมของ สมิตีเวช จำกัด)
	รพ.กรุงเทพพัทยา	41.94%
	รพ.ตากสินจันทบุรี	48.00%
	รพ.กรุงเทพตราด	38.20%
ตะวันออก/เหนือ	รพ.เอกอุดร	10.00%
ใต้	รพ.กรุงเทพภูเก็ต	(บริษัทร่วมของ รพ.กรุงเทพพัทยา)
	รพ.กรุงเทพหาดใหญ่	(บริษัทร่วมของ รพ.กรุงเทพพัทยา)

ทั้งนี้ การประกอบธุรกิจของบริษัท บริษัทย่อย และบริษัทร่วม มีความสัมพันธ์กันดังนี้

1. บริษัทย่อยและบริษัทร่วม ที่ประกอบธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเหมือนกัน จะมีลักษณะต่างฝ่ายต่างประกอบธุรกิจด้านการรักษาพยาบาลในพื้นที่แต่ละแห่ง และมีการบริหารงานในลักษณะของ Profit Center อย่างไรก็ตามทางกลุ่มอาจมีการส่งต่อผู้ป่วยในระหว่างเครือข่ายในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการการรักษาพยาบาลโดยแพทย์พิเศษเฉพาะทาง

2.บริษัทย่อยและบริษัทร่วมที่ประกอบธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล เช่น ธุรกิจผลิตยา หรือธุรกิจห้องทดลอง (Lab) จะให้ดำเนินธุรกิจเพื่อให้บริการแก่บริษัทภายนอกทั่วไป และเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้แก่โรงพยาบาลในเครือข่าย โดยมีการคิดค่าบริการระหว่างกันในราคาตลาด

โครงการในอนาคต

โรงพยาบาลได้รับประโยชน์จากสถานะเศรษฐกิจที่เริ่มฟื้นตัวและนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค โดยเฉพาะประเด็นหลังคนไข้บางส่วนไหลทะลักจากโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการสุขภาพของรัฐ เพราะไม่มั่นใจในบริการ เป็นผลให้ปริมาณคนไข้ในและนอกเตียงโตขึ้นเรื่อย ๆ

โรงพยาบาลกรุงเทพย่างก้าวขึ้นสู่ทศวรรษที่ 4 ซึ่งคาดว่าจะเริ่มต้นด้วยการฟื้นตัวของเศรษฐกิจโลกหลังจากที่ได้หดตัวลดลงถึงจุดต่ำสุดแล้วเมื่อ 4 ปีที่ผ่านมา การแข่งขันของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนก็จะกลับมาสู่สถานะเดิม และผู้ที่จะสามารถแข่งขันอยู่ในอุตสาหกรรมได้จะต้องเป็นกลุ่มที่มีการบริหารจัดการที่ดี สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลิตภัณฑ์ใหม่ให้กับผู้รับบริการ ดังนั้นโรงพยาบาลกรุงเทพจึงได้มีแผนงานใหม่ที่จะเพิ่มการบริการให้กว้างออกไป คือ

- ศูนย์จัดซื้อกลาง เนื่องด้วยเครือข่ายโรงพยาบาลกรุงเทพ และเครือข่ายพันธมิตรมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ปริมาณการใช้ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลืองทั้งหลาย จะมียอดการใช้สูงขึ้น การจัดซื้อร่วมกันจะทำให้ได้ของใช้ที่มีคุณภาพสูงเป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีอำนาจต่อรองสูงเพื่อให้ได้เวชภัณฑ์ราคาต่ำกว่าผู้อื่น เป็นการประหยัดงบประมาณโดยรวมในแต่ละปีมูลค่านับเป็นร้อยล้าน
- ศูนย์ห้องปฏิบัติการ จะเป็นที่รวบรวมเครื่องมือตรวจทางพยาธิวิทยาที่ทันสมัยล่าสุดสามารถรายงานผลสิ่งส่งตรวจจำนวนมากอย่างแม่นยำ และรวดเร็วสนองความต้องการของโรงพยาบาลในเครือข่ายได้ทั้งหมด ในราคาที่ต่ำกว่าการที่แต่ละโรงพยาบาลจะดำเนินการเอง เนื่องจากประหยัดทั้งกำลังคน วัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลือง น้ำยา เวลา ได้มากในแต่ละวัน นั่นคือลดค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการนั่นเอง
- ศูนย์รถพยาบาล ประชาชนทั้งที่อาศัยอยู่ในเมืองหลวง และต่างจังหวัด มีปัญหาในการลำเลียงผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลในกรณีที่มีอาการหนัก ต้องการแพทย์ หรือพยาบาลร่วมดูอาการไปด้วย ขณะนำส่ง โรงพยาบาลกรุงเทพจึงเริ่มโครงการนำร่องด้วยการรับผู้ป่วยที่จะมารักษาตัวในโรงพยาบาลกรุงเทพ ในราคาเพียง 100 บาท เป็นการแนะนำบริการ แล้วจะขยายขึ้นเป็นศูนย์รถพยาบาล ที่สามารถรับส่งผู้ป่วยได้มาก กว้างขวาง รวดเร็วขึ้น ไปจนถึงการมีรถพยาบาลฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งมีแพทย์ที่สามารถให้การรักษาคนไข้ได้ในรถ Mobile CCU นั้นได้เลย จะเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจได้ทันการ
- ระบบสารสนเทศ (IT Online) เป็นระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งติดต่อเชื่อมเป็นโครงข่ายกับโรงพยาบาลในเครือข่ายและโรงพยาบาลพันธมิตร โดยใช้ระบบเดียวกันเพื่อติดต่อสื่อสาร ส่งผลต่อผู้ป่วยจะสามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเครือข่ายอย่างต่อเนื่องได้สะดวกทุกโรงพยาบาล เพราะแพทย์ทุกโรงพยาบาลสามารถดูประวัติการรักษาได้ ติดต่อจัดซื้อ ตรวจสอบภายในจากส่วนกลาง

ติดต่องานบริหาร และงานวิชาการ งานคุณภาพบริการที่แม่นยำและรวดเร็ว ช่วยงานระบบบัญชี ระบบงานบุคคล และงานบริการผู้ป่วย เป็นมาตรฐานเดียวกันทุกโรงพยาบาลในเครือ

- ศูนย์บริการข้อมูลโรงพยาบาลกรุงเทพ (Call Center) เป็นศูนย์ที่จะให้คำปรึกษา แนะนำ และทำการนัดหมาย ให้ผู้ป่วยได้พบกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคของผู้ป่วยแต่ละคนอันจะก่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่ถูกต้อง และเหมาะสม เป็นการประหยัดทั้งเวลา และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ค. กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมิติเวช

บริษัท สมิติเวช จำกัด (มหาชน) ก่อตั้งโดยกลุ่มนักธุรกิจและกลุ่มแพทย์ จัดทะเบียนเป็นบริษัท จำกัด ในนามของ “บริษัท สุขุมวิทเวชกิจ จำกัด” เมื่อปี 2519 ประกอบธุรกิจโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท และ โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ โดยโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท เป็นโรงพยาบาล ขนาด 275 เตียง ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ครบทุกสาขาโดยคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พร้อมทั้งอุปกรณ์การรักษาที่ทันสมัย ครบวงจร มีบริการพิเศษด้านกุมารเวชศาสตร์ จัดเป็นรูปสถาบันกุมารเวช ซึ่งให้บริการในแต่ละสาขาย่อยแก่ผู้ป่วยเด็ก และศูนย์สุขภาพสตรี ที่ให้บริการและรับปรึกษาด้านสูติ-นรีเวช ซึ่งโรงพยาบาลได้ผ่านการรับรองเป็น “โรงพยาบาลสายสัมพันธ์ แม่-ลูก” โดยกระทรวงสาธารณสุข องค์การยูนิเซฟ และองค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนพฤษภาคม 2542 ส่วน โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 400 เตียง ให้บริการตรวจรักษาได้ ครบทุกสาขาแพทย์ มีศูนย์มะเร็งที่พร้อมด้วยเครื่องตรวจวินิจฉัยและบำบัดโรคที่ได้มาตรฐานทัดเทียม กับต่างประเทศ และศูนย์กุมารเวช ซึ่งเป็นสถาบันดูแลสุขภาพของเด็กแบบครบวงจร รวมถึงด้านการ พัฒนาการของเด็กทุกระยะ

กลุ่มลูกค้าของบริษัทฯ มีฐานะปานกลาง ถึงค่อนข้างดี ส่วนใหญ่อาศัยในบริเวณสุขุมวิท และ ด้านตะวันออกของกรุงเทพฯ รวมทั้งมีผู้ใช้บริการจากต่างจังหวัดด้านชายฝั่งทะเลตะวันออก เช่น จังหวัดสมุทรปราการ ชลบุรี จันทบุรี ระยอง และจังหวัดอื่นๆ เช่น ราชบุรี นครราชสีมา ภูเก็ต เป็นต้น นอกจากกลุ่มลูกค้าในประเทศแล้ว บริษัทฯ มีลูกค้าชาวต่างประเทศที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย และ ลูกค้าชาวต่างประเทศที่อาศัยอยู่ในต่างประเทศและเดินทางมาใช้บริการของบริษัทฯ ได้แก่ ชาวญี่ปุ่น เกาหลี อเมริกา ยุโรป อินเดีย เนปาล กัมพูชา ภูฐาน เป็นต้น

สถานการณ์การเงินกับวิกฤติเศรษฐกิจ

ภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำในประเทศส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของบริษัทอย่างมาก ในปี 2543 บริษัทมีการเปลี่ยนผู้ถือหุ้นใหญ่และฝ่ายบริหาร โดยในเดือนสิงหาคม 2544 บริษัทได้ลงนามใน บันทึกข้อตกลงเพื่อการปรับโครงสร้างหนี้สำหรับเงินกู้ยืมทั้งหมดกับสถาบันการเงิน ซึ่งเป็นเจ้าหนี้ของ บริษัท งบการเงินนี้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ทางเศรษฐกิจในปัจจุบันที่ประเมินโดยผู้บริหารที่มีต่อ

ฐานะทางการเงินของบริษัท ผลกระทบที่แท้จริงอาจแตกต่างจากการประเมินของผู้บริหารในปัจจุบันและผลแตกต่างดังกล่าวอาจมีสาระสำคัญ

ตามที่บริษัทได้กู้ยืมเงินจากกลุ่มสถาบันการเงินต่างประเทศในปี 2537 จำนวน 2 ล้านเหรียญสหรัฐ และในปลายปี 2538 อีกจำนวน 55 ล้านเหรียญสหรัฐ เพื่อก่อสร้างโรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ ซึ่งการก่อสร้างได้แล้วเสร็จและเริ่มเปิดดำเนินงานในปลายปี 2540 เป็นต้นมา นั้น เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในปี 2541 และ 2542 ที่ส่งผลกระทบต่อฐานะทางการเงินและอัตราการเติบโตทางธุรกิจของบริษัท โดยเฉพาะโครงการโรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ ซึ่งบริษัทได้พยายามแก้ไขปัญหา เจริญปรับปรุงโครงสร้างหนี้กับกลุ่มเจ้าหนี้มาโดยตลอด จนกระทั่งในเดือนสิงหาคม 2544 บริษัท ได้เจรจาทันทีกับข้อตกลงในการประนีประนอมหนี้กับกลุ่มเจ้าหนี้ต่างประเทศเป็นผลสำเร็จ และบริษัท ได้ชำระหนี้เงินกู้ยืมคืนให้แก่เจ้าหนี้ต่างประเทศตามเงื่อนไขในข้อตกลงครบถ้วนทั้งจำนวน โดยบริษัท ได้ทำสัญญากู้ยืมเงินระยะยาวกับธนาคารพาณิชย์ในประเทศแห่งหนึ่ง จำนวน 1,700 ล้านบาท มีระยะเวลาชำระคืน 10 ปี เพื่อปรับโครงสร้างหนี้ดังกล่าว รวมทั้งการแปลงสกุลเงินตราในการกู้ยืมจากเหรียญสหรัฐเป็นเงินบาทอีกด้วย ดังนั้น ความเสี่ยงด้านอัตราแลกเปลี่ยนจากการกู้ยืมเงินสกุลต่างประเทศจึงหมดไป

จากกรณีธนาคารต่างประเทศ 15 ราย ฟ้องร้องทางแพ่งต่อบริษัท ตามข้อบังคับของธนาคารแห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2543 โดยโจทก์เรียกร้องเงินต้นและดอกเบี้ยค้างชำระจำนวน 65 ล้านเหรียญสหรัฐ นั้น และในเดือนสิงหาคม 2544 เจ้าหนี้ทั้ง 15 ราย ได้ถอนฟ้องบริษัท และศาลได้จำหน่ายคดีออกจากสารบบความเรียบร้อยแล้ว

จากการที่บริษัท มีความจำเป็นต้องปรับลดจำนวนพนักงานเพื่อให้เหมาะสมกับโครงสร้างขององค์กรและโครงสร้างรายได้ ในเดือนพฤศจิกายน 2543 บริษัท ได้เลิกจ้างพนักงาน รวม 161 ราย โดยบริษัทได้จ่ายเงินชดเชยตามกฎหมายให้แก่พนักงานที่ถูกเลิกจ้าง อย่างไรก็ตาม มีพนักงานจำนวน 73 ราย ในจำนวนพนักงานดังกล่าว ได้ฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายเพิ่มเติมจากบริษัท ต่อศาลแรงงาน (สมุทรปราการ) เป็นจำนวนเงินรวมทั้งสิ้น 20,426,552 บาท ซึ่งต่อมาในเดือนเมษายน 2544 บริษัท และพนักงานทั้ง 73 ราย ได้ตกลงประนีประนอมกัน และศาลแรงงานได้พิพากษาตามยอมเรียบร้อยแล้ว

การปรับปรุงโครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาล จะมีตัวแทนมาจากผู้เข้ามาถือหุ้นของโรงพยาบาล และทำให้โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นตัวอย่างของผู้บริหารที่มาจากต่างชาติ เช่น นายลี โคโซ เป็นกรรมการผู้จัดการ นายจอร์ท เอ็ดเวิร์ด กลีสัน เป็นผู้จัดการทั่วไปบริหารโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้บริษัทเครือข่ายร่วมถือหุ้นยังได้ประโยชน์ร่วมกันจากการดำเนินธุรกิจมีรายการระหว่างกัน เช่น

ชื่อบริษัทคู่สัญญา	ลักษณะรายการ
บมจ. กรุงเทพดุสิตเวชการ	- ให้บริการบริหารงานจัดซื้อ - รับบริการตรวจวิเคราะห์ - ใช้บริการซักอบรีดและเช่าอุปกรณ์การแพทย์บางอย่าง
บมจ. โรงพยาบาลรามคำแหง	- ให้บริการตรวจวิเคราะห์

	- ใช้บริการซักอบรีด
บจก. รวมแพทย์ศัลยกรรม	- ใช้บริการตรวจวิเคราะห์
บจก. บีเอ็นเอช เมดิเคิล เซ็นเตอร์	- ใช้บริการตรวจวิเคราะห์
	- ใช้บริการซักอบรีด
บจก. โรงพยาบาลกรุงเทพพญาไท	- ใช้บริการอบแก๊สเวชภัณฑ์การแพทย์

แผนการดำเนินการในอนาคต

โรงพยาบาลได้ ตั้ง วิสัยทัศน์ (VISION) ที่ “บริษัท มุ่งมั่นที่จะเป็นผู้นำของโรงพยาบาลระดับแนวหน้าของประเทศไทยที่ให้บริการทางการแพทย์ที่ครบวงจรด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและจริยธรรม เพื่อเป็นที่ยอมรับและเกิดความพึงพอใจสูงสุดของผู้มารับบริการ แพทย์ บุคลากร ผู้ถือหุ้น และชุมชน” โดยในระยะ 3 ปี (2543-2545) จะ

- ปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการและพัฒนา Product ใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มรายได้ โดยรักษาลูกค้าเดิมและเพิ่มลูกค้าใหม่ (New Patients) รวมทั้งเพิ่มอัตราผู้ป่วยใน (Admission Rate) ขยายฐานลูกค้าต่างประเทศที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยและต่างประเทศ
- ร่วมมือกับโรงพยาบาลพันธมิตรในเครือข่ายเพื่อพัฒนารูปร่วมกัน พัฒนารูปแบบการให้บริการใหม่เพื่อเพิ่มรายได้อื่นๆ (Non Patient Revenue) และปรับลดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานทุกด้าน โดยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
- พัฒนาด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลและการให้บริการทุกด้านให้ได้ตามมาตรฐานสากล ทั้ง ISO 9002 และ Hospital Accreditation
- ในปี 2544 บริษัทฯ ไม่มีนโยบายลงทุนในบริษัทย่อยและบริษัทร่วม

ง. กรณีศึกษา โรงพยาบาลพญาไท

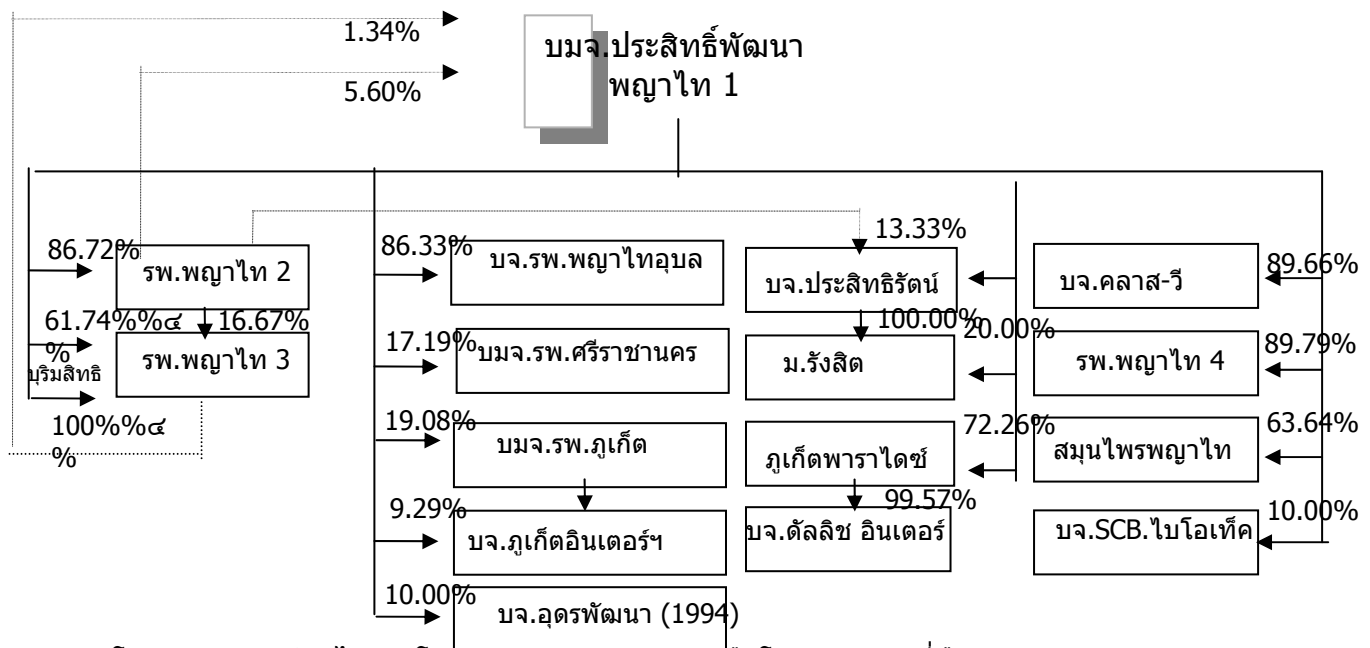
บริษัท ประสิทธิ์พัฒนา จำกัด (มหาชน) ได้ก่อตั้งขึ้นโดย นายประสิทธิ์ อุไรรัตน์ ด้วยทุนจดทะเบียน 10 ล้านบาท เริ่มเปิดกิจการเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2519 ภายใต้ชื่อ “โรงพยาบาลพญาไท” เริ่มด้วยจำนวนเตียงคนไข้ 106 เตียง รองรับคนไข้ได้ประมาณวันละ 300 คน โรงพยาบาลได้ประสบผลสำเร็จและได้ขยายตัวต่อมาโดยการซื้อที่ดินเพิ่ม และก่อสร้างอาคารเพิ่ม ได้ขยายกิจการโรงพยาบาลและเปิดโรงพยาบาลในเครือแห่งที่สอง คือ โรงพยาบาลพญาไท 2 ที่ถนนพหลโยธิน ในวันที่ 22 กรกฎาคม 2530 และ โรงพยาบาลพญาไท 3 ที่ถนนเพชรเกษม ธนบุรี ในวันที่ 4 ตุลาคม 2539 โรงพยาบาลพญาไท 1, 2, 3 ดำเนินกิจการภายใต้กลุ่มโรงพยาบาลพญาไท ซึ่งมีทีมบริหารงานและหลักการดำเนินธุรกิจเดียวกัน แต่ก็มีคามยืดหยุ่นในการที่แต่ละโรงพยาบาลสามารถกำหนดมาตรการ และกลยุทธ์ต่างๆ ให้เป็นไปตามสภาพการแข่งขันที่เหมาะสมกับแต่ละโรงพยาบาล

ได้ตามสมควร นอกจากนั้น บริษัทยังได้ขยายกิจการออกไปยังต่างจังหวัด ทั้งในลักษณะร่วมลงทุน และร่วมบริหารจัดการ เช่น โรงพยาบาลพญาไทอุบล โรงพยาบาลพญาไทภูเก็ต โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา ในช่วงระยะเวลานี้ ทางบริษัทได้ขยายกิจการออกไปยังธุรกิจอื่นๆ ด้วย เช่น ธุรกิจการศึกษา อสังหาริมทรัพย์ และธุรกิจเกษตรอุตสาหกรรม ฯลฯ ภายหลังการเข้าจดทะเบียนเป็นสมาชิกในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย เมื่อปลายเดือนพฤศจิกายน 2536

ข้อได้เปรียบของโรงพยาบาลพญาไท ดังนี้

- 1) ตั้งอยู่ในย่านชุมชน การสัญจรในมาสะดวก
- 2) เป็นโรงพยาบาลมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ คอยบริการอย่างทั่วถึงโดยโรงพยาบาลจะเน้นบริการที่สร้างความประทับใจแก่ผู้มาใช้บริการและเตรียมพร้อมทุกด้านเพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉิน
- 3) มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ และทันสมัยพร้อมทั้งมีแผนการพัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์ดังกล่าวให้มีความทันสมัยตลอดเวลา
- 4) มีโรงพยาบาล 3 แห่งในกรุงเทพ (โรงพยาบาลพญาไท 1, 2 และ 3) ที่ร่วมมือกันในการให้บริการ

ภาพที่ 11 รายละเอียดเข้าถือหุ้นในกิจการโรงพยาบาล, การศึกษาและอื่น ๆ ของกลุ่มพญาไท 2544



ธุรกิจโรงพยาบาลหลัก ได้แก่ โรงพยาบาลของตนเองหรือโรงพยาบาลที่ถือหุ้นเกิน 20% และเปิดดำเนินการ ประกอบด้วย โรงพยาบาลพญาไท 1, บริษัท โรงพยาบาลพญาไท 2 จำกัด, บริษัท โรงพยาบาลพญาไท 3 จำกัด บริษัทที่เกี่ยวข้องกันที่ไม่ได้ถูกรวมในหัวข้อนี้จัดอยู่ในประเภทบริษัทที่เกี่ยวข้องกันที่ไม่ใช่บริษัทหลัก เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของแผนฟื้นฟูกิจการของบริษัท ประสิทธิ์พัฒนา จำกัด (มหาชน) และมีแผนการที่จะขายบริษัทที่เกี่ยวข้องกันที่ไม่ใช่บริษัทหลักเหล่านี้ภายในอนาคตอันใกล้ โดยกลุ่มนี้ยังมีภาระหนี้สินที่ดินสิ่งก่อสร้างกับสถาบันการเงิน

ที่ดินพร้อมสิ่งปลูกสร้าง	มูลค่าตามบัญชี (ล้านบาท)	หลักประกัน/ภาระผูกพัน
โรงพยาบาลพญาไท 1	262.96	ติดจำนอง ธ. กรุงศรีอยุธยา วงเงิน 550 ล้านบาท
โรงพยาบาลพญาไท 2	493.00	ติดจำนอง ธ. กรุงเทพ วงเงิน 870 ล้านบาท
โรงพยาบาลพญาไท 3	246.00	ติดจำนอง ธ. กรุงเทพ วงเงิน 800 ล้านบาท
<u>ธุรกิจโรงพยาบาลอื่น</u> ได้แก่ กลุ่มโรงพยาบาลที่บริษัทเข้าร่วมกับนักธุรกิจท้องถิ่นหรือกลุ่มอื่นโดยบริษัทเข้าร่วมบริหารร่วมลงทุน ให้ความช่วยเหลือทางด้านเทคนิคการบริหาร หรือ โรงพยาบาลที่ไม่ใช่โรงพยาบาลหลัก ซึ่งจะถูกจำหน่ายในอนาคตอันใกล้ภายใต้แผนฟื้นฟูกิจการของบริษัท ประกอบด้วย		
■ บริษัท โรงพยาบาลพญาไทอุบล จำกัด ปิดกิจการในวันที่ 31 สิงหาคม 2544 ■ บริษัท โรงพยาบาลศรีราชานคร จำกัด (มหาชน) มีส่วนร่วมในการบริหารและอยู่ในคณะกรรมการของโรงพยาบาลพญาไทศรีราชา แต่ไม่มีอำนาจควบคุมงานบริหาร ■ บริษัท โรงพยาบาลภูเก็ท จำกัด (มหาชน) ปิดกิจการในวันที่ 1 เมษายน 2543 ■ บริษัท ภูเก็ตอินเตอร์เนชั่นแนล ฮอสปิเทล จำกัด เป็นผู้ถือหุ้น แต่ไม่มีอำนาจควบคุมงานบริหาร ■ บริษัท อุดรพัฒนา (1994) จำกัด เป็นผู้ถือหุ้น แต่ไม่มีอำนาจควบคุมงานบริหาร		
<u>ธุรกิจการศึกษา</u> ได้แก่ กลุ่มที่บริษัทประสิทธิ์พัฒนา จำกัด (มหาชน) ได้ลงทุนเพื่อพัฒนาบุคลากรมาช่วยสนองตอบความต้องการบุคลากรของธุรกิจโรงพยาบาลและความต้องการของสังคม ประกอบด้วย		
■ บริษัท ประสิทธิ์วิรัตน์ จำกัด ดำเนินกิจการ มหาวิทยาลัยรังสิต ผู้ถือหุ้นของบริษัทเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่ของบริษัทนี้ ■ บริษัท ภูเก็ตพาราไดซ์ จำกัด ดำเนินกิจการโรงเรียนนานาชาติของ บริษัท ดัลลิส อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล จำกัด บริษัทนี้ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมงานบริหารโดยบริษัท ประสิทธิ์พัฒนา จำกัด (มหาชน) ตามเงื่อนไขในการปรับโครงสร้างหนี้กับเจ้าหนี้รายใหญ่ของบริษัท ภูเก็ตพาราไดซ์ จำกัด		
<u>ธุรกิจอื่น ๆ</u> ได้แก่ กลุ่มธุรกิจอื่น ประกอบด้วย		
■ บริษัท คลาสสิ จำกัด ปัจจุบันโครงการนี้สร้างขึ้นเพื่อจุดประสงค์ในการพัฒนาธุรกิจให้เป็นสำนักงานและที่พักอาศัย แต่โครงการก่อสร้างหยุดชะงักลง และขณะนี้บริษัทอยู่ในภาวะหนี้สินล้นพ้นตัว ■ บริษัท โรงพยาบาลพญาไท 4 (ถนนเพชรบุรี) จำกัด ไม่ได้ดำเนินการ และโครงการ ได้ถูกยกเลิก ■ บริษัท สมุนไพรพญาไท จำกัด มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับการผลิตอาหารเสริมจากผลิตภัณฑ์สมุนไพร แต่ยังไม่ได้เริ่มดำเนินการ บริษัท เอส.ซี.บี.ไบโอเทค จำกัด เป็นบริษัทร่วมลงทุนเพื่อสนับสนุนโครงการวิจัยค้นคว้าวัคซีนรักษาโรคเอดส์ ร่วมกับบริษัท เอส.ซี.บี.เทคโนโลยี จำกัด ซึ่งเป็นบริษัทในเครือของธนาคารไทยพาณิชย์ และกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ ขณะนี้ยังไม่ได้ดำเนินการ จึงยังไม่มีรายได้ และมีผลขาดทุนสะสม ทำให้บริษัทไม่ได้รับผลประโยชน์จากการลงทุนนี้		

ผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจและการปรับตัว

การขยายกิจการไปยังธุรกิจอื่น ๆ ก่อให้เกิดการกู้ยืมเงินตราต่างประเทศซึ่งในขณะนั้นมีดอกเบี้ยต่ำกว่าเงินกู้ในประเทศเป็นจำนวนมาก เมื่อรัฐบาลได้ประกาศการลอยตัวของค่าเงินบาทในปี 2540 บริษัท ได้รับผลกระทบอย่างหนัก ในการที่เงินบาทลดค่าลงถึง 57 บาท ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง และ ธนาคารเจ้าหนี้ได้ทำการแปลงสกุลหนี้จากสกุลต่างประเทศ เป็นสกุลบาททำให้หนี้เพิ่มสูงขึ้น กอปรกับอัตราดอกเบี้ยปรับสำหรับการผิดนัดชำระหนี้ที่สูงเกินความสามารถที่บริษัทจะรับได้ ทำให้บริษัทต้องหยุดการจ่ายดอกเบี้ยในเดือนธันวาคม 2540 และดำเนินการเจรจาปรับปรุงโครงสร้างหนี้กับบรรดาเจ้าหนี้ทั้งหมดของบริษัท

ตารางที่ 36 รายละเอียดเงินกู้ยืมของบริษัท ประสิทธิ์พัฒนา จำกัด (มหาชน)และบริษัทย่อย 2544

ชื่อผู้กู้	สถาบันการเงิน	หน่วย: พันบาท		หน่วย: US\$		หน่วย: พันเยน		ยอดรวม (พันบาท)
		เงินต้น	ดอกเบี้ย	เงินต้น	ดอกเบี้ย	เงินต้น	ดอกเบี้ย	
บมจ. ประสิทธิ์	Arab Banking			18,000	8,625			1,181,077
บมจ. ประสิทธิ์	Citybanks			36,000	14,723			2,250,057
บมจ. ประสิทธิ์	ธนาคาร BNP			1,500	508			89,074
บมจ. ประสิทธิ์	ธนาคาร OCBC			3,000	1,695			208,269
บมจ. ประสิทธิ์	ธนาคาร OCBC					220,000	52,703	92,465
บมจ. ประสิทธิ์	ธนาคาร BFCE					2,184,300	294,560	840,505
บมจ. ประสิทธิ์	Societe Generale			1,983	560			112,807
บมจ. ประสิทธิ์	ธ.กรุงศรีอยุธยา	32,923	8,802					41,725
บมจ. ประสิทธิ์	ธ.กรุงศรีอยุธยา	79,829	49,514					129,343
บมจ. ประสิทธิ์	ธ.กรุงศรีอยุธยา	961,200	632,573					1,593,773
บมจ. ประสิทธิ์	ธ.กรุงศรีอยุธยา	200,000	129,160					329,160
บมจ. ประสิทธิ์	ธ.ทหารไทย	30,000	12,119					42,119
รพ.พญาไท 2	ธ.กรุงเทพ	247,500	136,341	15,921	10,341			1,548,819
รพ.พญาไท 2	ธ.กรุงเทพ	47,500	-					47,500
รพ.พญาไท 3	ธ.กรุงเทพ	1,047,742	745,965					1,793,707
รพ.พญาไท 3	ธ.กรุงศรีอยุธยา	854,400	562,492					1,416,892
	รวมทั้งสิ้น (บาท)	3,501,094	2,276,966	76,404	36,452	2,404,300	347,263	11,717,292

ตารางที่ 37 รายงานการเงินของกลุ่มโรงพยาบาลพญาไท ณ ธันวาคม 2544

รายการ (หน่วย : พันบาท)	2542	2543	2544
รวมสินทรัพย์	11,387,399	4,503,415	4,336,855
รวมหนี้สินหมุนเวียน	12,583,030	11,417,317	12,095,731
รวมหนี้สินไม่หมุนเวียน	(1,385,932)	2,948,468	2,871,776
ขาดทุนสะสมเกินทุน	190,300	(9,862,370)	(10,630,653)
อัตราส่วนสภาพคล่อง(Liquidity ratio)	0.06	0.08	0.07
อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์	-10.01%	-111.58%	-15.29%
อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ถาวร	-10.26%	-130.03%	-13.58%
กิจการ บริษัท โรงพยาบาลพญาไท 2 จำกัด			
รายได้จากการขาย	946,662	979,892	1,031,130
กำไร (ขาดทุน) สุทธิ	(70,366)	(368,880)	(69,715)
กิจการ บริษัท โรงพยาบาลพญาไท 3 จำกัด			
รายได้จากการขาย	409,720	445,271	481,874
กำไร (ขาดทุน) สุทธิ	(327,260)	(376,269)	(383,843)

นอกเหนือจากข้อมูลทางการเงินข้างต้น บริษัท โรงพยาบาลพญาไท 2 จำกัด ยังค้ำประกัน เจ้าหนี้บางรายของบริษัท ประสิทธิ์พัฒนา จำกัด (มหาชน) เป็นวงเงิน 54 ล้านบาทเหรียญสหรัฐ เนื่องจาก บริษัท ประสิทธิ์พัฒนา จำกัด (มหาชน) มีปัญหาทางการเงิน และขาดสภาพคล่อง บริษัท โรงพยาบาลพญาไท 2 จำกัด จึงมีภาระหนี้สินที่เกิดจากการค้ำประกันดังกล่าวข้างต้น ทำให้บริษัทเกิดการขาดสภาพคล่อง และศาลล้มละลายกลางได้แต่งตั้งบริษัท ไพรัชวอเตอร์เฮาส์คูเปอร์ส คอร์ปอเรทีฟ สตรัคเจอร์ริง จำกัด ให้เป็นผู้บริหารแผนฟื้นฟูกิจการบริษัท โรงพยาบาลพญาไท 2 จำกัด เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2544

บริษัท โรงพยาบาลพญาไท 3 จำกัด อยู่ในสภาพหนี้สินล้นพ้นตัว นอกจากนี้ บริษัท ประสิทธิ์พัฒนา จำกัด (มหาชน) ได้ค้ำประกันเงินกู้ของ บริษัท โรงพยาบาลพญาไท 3 จำกัด เป็นวงเงิน 16 ล้านบาทเหรียญสหรัฐ และ 1,047 ล้านบาท และในวันที่ 4 กรกฎาคม 2544 ศาลล้มละลายกลาง ได้แต่งตั้งบริษัท ไพรัชวอเตอร์เฮาส์คูเปอร์ส คอร์ปอเรทีฟ สตรัคเจอร์ริง จำกัด ให้เป็นผู้บริหารแผนฟื้นฟูกิจการ ของบริษัท โรงพยาบาลพญาไท 3 จำกัด

บริษัท ได้ว่าจ้างบริษัทหลักทรัพย์เมอริล ลินช์ ภัทร จำกัด เข้ามาเป็นที่ปรึกษาทางการเงินในปี 2540 และได้เปลี่ยนมาเป็น บริษัท KS Consultants ในปี 2541 และบริษัทได้ลงนามภายใต้กระบวนการปรับปรุงโครงสร้างหนี้ ภายใต้การควบคุมของคณะกรรมการส่งเสริมการปรับปรุงโครงสร้างหนี้เอกชนของธนาคารแห่งประเทศไทย ในเดือนเมษายน 2542 และได้ว่าจ้างบริษัท PricewaterhouseCoopers Financial Advisory Services Ltd. เข้ามาเป็นที่ปรึกษาทางการเงินในวันที่ 22 มิถุนายน 2542

เนื่องจากภาระหนี้ของบริษัทมีเป็นจำนวนมากและความซับซ้อนของโครงสร้างหนี้จากการที่มี เจ้าหนี้หลายรายที่เป็นทั้งเจ้าหนี้เงินกู้ไทยและเจ้าหนี้เงินกู้ต่างประเทศ จึงก่อให้เกิดความยากลำบากเป็นอย่างยิ่งในการเจรจาปรับปรุงโครงสร้างหนี้อย่างแท้จริง อีกทั้งเจ้าหนี้และลูกหนี้ไม่คุ้นเคยกับ

ขั้นตอนในการปรับปรุงโครงสร้างหนี้อย่างแท้จริง รวมทั้งรัฐบาลไม่ได้สนับสนุนอย่างจริงจัง จึงก่อให้เกิดความล่าช้า และยุ่งยากในการเจรจากับเจ้าหนี้ ทำให้บริษัทไม่สามารถดำเนินการปรับปรุงโครงสร้างหนี้ได้ตามเงื่อนไขของ CDRAC อย่างไรก็ตามบริษัทได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหนี้และได้ยื่นขอฟื้นฟูกิจการต่อศาลล้มละลายกลาง คำร้องขอฟื้นฟูกิจการได้รับการอนุมัติจากศาลล้มละลายกลาง และศาลล้มละลายกลางได้แต่งตั้ง บริษัท ไพรัช วอเตอร์เฮาส์คูเปอร์ส คอร์ปอเรท รีสตรัคเจอร์ริ่ง จำกัด เป็นผู้ทำแผนของบริษัทและบริษัทย่อยอีกสองบริษัท คือ บริษัท โรงพยาบาลพญาไท 2 จำกัด และบริษัท โรงพยาบาลพญาไท 3 จำกัด เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2543

ศาลล้มละลายกลางได้อนุมัติแผนฟื้นฟูกิจการของบริษัท ประสิทธิ์พัฒนา จำกัด(มหาชน)ในวันที่ 9 กรกฎาคม 2544 บริษัท โรงพยาบาลพญาไท 2 จำกัด ในวันที่ 2 กรกฎาคม 2544 และบริษัท โรงพยาบาลพญาไท 3 จำกัด ในวันที่ 4 กรกฎาคม 2544 เจ้าหนี้ได้มีมติยอมรับแผนฟื้นฟูกิจการของบริษัท ซึ่งประกอบด้วยปรับปรุงโครงสร้างใน 3 ส่วน คือ การปรับปรุงโครงสร้างหนี้ การปรับปรุงโครงสร้างองค์กร และการปรับปรุงโครงสร้างการบริหาร

ในส่วนของการปรับปรุงโครงสร้างหนี้ ได้มีการปรับจำนวนหนี้ให้เท่าเทียมกับจำนวนที่จะชำระให้แก่เจ้าหนี้ของบริษัทในอนาคต ส่วนที่เหลือจะได้รับการแปลงเป็นทุนและยกหนี้ให้ โดยในที่สุดเจ้าหนี้จะเข้ามาถือในสัดส่วน 80 % ของทุนหลังการเพิ่มทุน และผู้ถือหุ้นปัจจุบันจะถือในสัดส่วน 20 % ในการดำเนินการตามแผนการปรับปรุงโครงสร้างการบริหาร คณะกรรมการเจ้าหนี้ได้แต่งตั้ง Mr. Darryl Maytom ผู้ซึ่งมีประสบการณ์ในการบริหารงานโรงพยาบาลในประเทศออสเตรเลียมากกว่า 18 ปี มาดำรงตำแหน่งประธานเจ้าหน้าที่บริหารของบริษัทและกลุ่มโรงพยาบาลพญาไท และเป็นที่ปรึกษาให้การปรับปรุงและการพัฒนาคุณภาพทางการบริหาร เพื่อที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารงานของโรงพยาบาล

โดยสถานการณ์ทางการเงินบีบบังคับบริษัทให้เปลี่ยนแปลงระบบการทำงาน ระบบการบริหาร และทัศนคติการบริหาร ซึ่งรวมถึงการนำโปรแกรมการบริหารและระบบข้อมูลสารสนเทศใหม่มาใช้ มีการฝึกอบรมพนักงานเพื่อปรับปรุงให้พวกเขาสามารถทำงานในระบบการทำงานใหม่ได้ ทำให้พนักงานทุกระดับมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าขององค์กร การบริหารจะต้องอาศัยฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้เพื่อทำการตัดสินใจ และวิธีการปฏิบัติงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ต้องมีความโปร่งใส พนักงานทุกระดับต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุงโครงสร้าง รวมทั้งพนักงานทุกคนจะต้องยกระดับตนเองและพัฒนาปรับปรุงไปพร้อมกับบริษัทด้วย

โครงสร้างของบริษัทในอนาคตจะต้องมีความคล่องตัวในการบริหารโดยจัดสรรบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมและมีการลดขั้นตอนการดำเนินงานที่ไม่จำเป็นออกไป รวมทั้งพัฒนาระบบการสื่อสารเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการติดต่อประสานงาน ทางด้านการพัฒนาบุคลากรจะพัฒนาและฝึกอบรมให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการบริหารและพัฒนาองค์กร

ในส่วนอื่นๆ ของการบริหารจะมีการประหยัด และลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นทุกรูปแบบ และสร้างระบบต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น ระบบต้นทุนของคำรักษาบริการต่างๆ ระบบทางบัญชี ระบบการวิเคราะห์และประเมินผล และระบบงบประมาณค่าใช้จ่ายของแต่ละหน่วยงาน ส่งเสริมให้เกิด

ศูนย์ต้นทุน และศูนย์กำไร การปรับระบบการบริหารสินค้าคงคลังและระบบการจัดซื้อโดยการรวมศูนย์กลางการจัดซื้อไว้ที่บริษัทแม่ เพื่อความสะดวกในการจัดซื้อและประสานงาน ระบบการทำงานประมาณแบบรายเดือนและรายปีได้ถูกนำมาใช้

ระบบใหม่ที่สำคัญที่จะนำมาใช้คือ ระบบข้อมูลสารสนเทศที่จะเชื่อมโยงส่วนต่างๆ เข้าด้วยกัน และการรวบรวมข้อมูล เพื่อให้เกิดความสะดวกในการวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงานของทุกฝ่าย นอกจากนี้ หน่วยงานด้านการตลาดจะได้รับการพัฒนาและให้ความสำคัญมากขึ้น โดยจัดให้มีผู้อำนวยการด้านการตลาดที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ในการที่จะนำบริษัทไปสู่ยุคโลกาภิวัตน์ ไปสู่การแข่งขันเพื่อที่จะเพิ่มส่วนแบ่งตลาดในประเทศและขยายตลาดต่างประเทศในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ และไปสู่เป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ดีที่สุด

การให้บริการไม่เหมือนธุรกิจการผลิตที่จะต้องมีวัตถุดิบ แต่อาจเทียบได้กับยา และวัสดุทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลจะต้องจ่ายให้กับคนไข้ที่เป็นลูกค้า ซึ่งบริษัทขายยาขนาดใหญ่มีเพียงไม่กี่ราย แต่เนื่องจากบริษัทเครือพญาไทมีจำนวนถึง 6 แห่งในปัจจุบัน จึงมีอำนาจต่อรองกับบริษัทยาได้ดีพอสมควร การซื้อยาของบริษัทเพื่อมาให้บริการแก่คนไข้ มีทั้งยาภายในประเทศ และยาต่างประเทศ ยาภายในประเทศหมายถึง ยาเลียนแบบซึ่งผลิตโดยโรงงานในประเทศ ส่วนยาต่างประเทศหมายถึง ยาต้นแบบจากบริษัทผู้ทำวิจัยอาจจะจะเป็นยาที่สั่งเข้ามา หรือยาที่ผลิตขึ้นภายในประเทศ โดยใช้มาตรฐานในการผลิตเช่นเดียวกับยาสั่งเข้า สัดส่วนการซื้อยาภายในประเทศและยาต่างประเทศวัดตามมูลค่าการสั่งซื้อเท่ากับ 11.29 % และ 88.71 % ตามลำดับ

สำหรับกลยุทธ์ในด้านราคาค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากกลุ่มโรงพยาบาลพญาไทเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีจำนวนเตียงรวมทั้งกลุ่มมากกว่า 1,000 เตียง จึงมีฐานลูกค้าในระดับกว้าง คือ ตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับสูง ดังนั้นกลยุทธ์ในด้านราคาจึงเป็นเรื่องของความคุ้มค่า ระหว่างคุณค่าของสิ่งที่ได้รับมากกว่าการใช้กลยุทธ์ราคาต่ำหรือกลยุทธ์การตัดราคาหรือลดราคาหรือกล่าวได้ว่า กลุ่มโรงพยาบาลพญาไท จะเน้นการพัฒนาคุณภาพของแพทย์และการให้บริการเพื่อให้คุ้มค่ากับค่ารักษาพยาบาลที่ลูกค้าจ่ายมากกว่าเรื่องราคาต่ำโดยไม่รักษาคุณภาพ เนื่องจากสิ่งที่ลูกค้าที่ใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนต้องการ คือ ราคาที่สมเหตุสมผลระหว่างค่ารักษาพยาบาลและการบริการที่คนไข้ได้รับหรือความรู้สึกคุ้มค่าเงินของลูกค้านั่นเอง

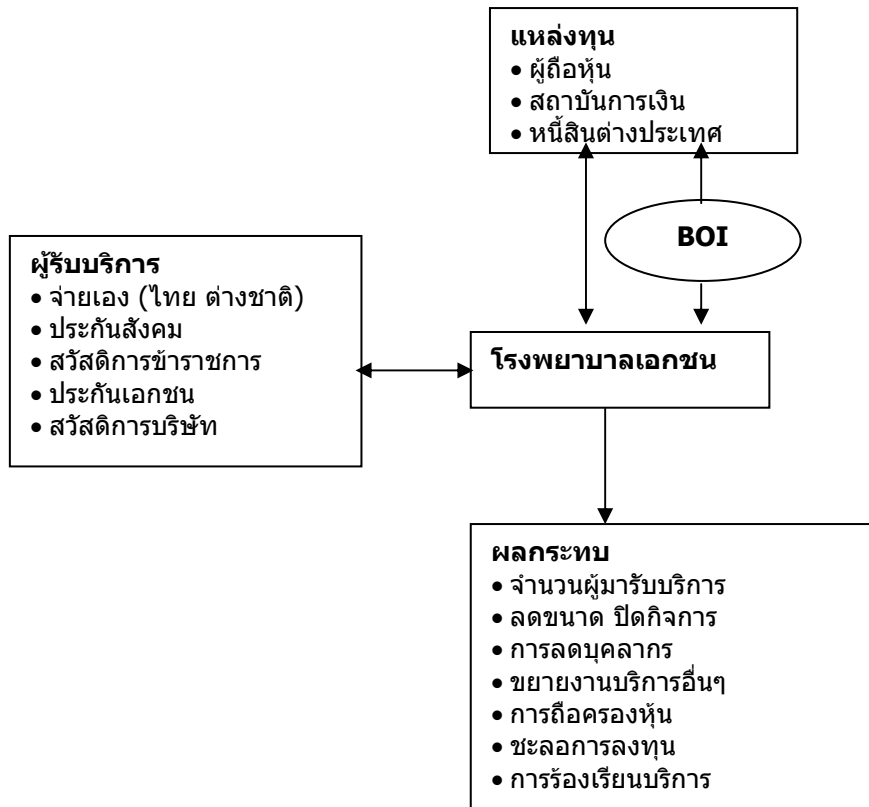
ในปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งได้มีการทำการตลาด โดยมีการโฆษณาประชาสัมพันธ์มากขึ้น กลุ่มโรงพยาบาลพญาไทก็เช่นเดียวกัน ได้มีการวางแผนการตลาดเพื่อเพิ่มการจดจำในตราโรงพยาบาลพญาไทในกลุ่มผู้บริโภคให้มากขึ้น และสร้างความยึดติดในชื่อเสียงของโรงพยาบาล (Brand loyalty) ให้อยู่ในใจผู้บริโภคตลอดเวลา โดยการเพิ่มข้อมูลข่าวสารจากโรงพยาบาลให้ออกเผยแพร่สู่สาธารณชนมากขึ้น ทั้งในด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและการให้บริการที่หลากหลายมากขึ้น เนื่องจากทางกลุ่มโรงพยาบาลพญาไทมีการวางแผนที่จะพัฒนาการให้บริการใหม่ ๆ อย่างน้อยปีละ 6 โครงการ ในกลุ่มลูกค้ากลุ่มต่าง ๆ เพื่อสร้างความแปลกใหม่ และเพิ่มความหลากหลายของการให้บริการให้แก่กลุ่มลูกค้าของโรงพยาบาลพญาไท เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้ากลุ่มต่าง ๆ ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ปัจจุบันโรงพยาบาลพญาไทมีสัญญาการบริการรักษาพยาบาลกับบริษัทต่าง ๆ โดยบริษัท โรงพยาบาลพญาไท 1 จำกัด มีจำนวน 2,800 บริษัท, บริษัท โรงพยาบาลพญาไท 2 จำกัด มีจำนวน 2,905 บริษัท และบริษัท โรงพยาบาลพญาไท 3 จำกัดมีจำนวน 2,060 บริษัท นอกจากนี้ เพื่อสะท้อนถึงความเป็นผู้นำในตลาดโรงพยาบาลเอกชน ในปี 2545 นี้ กลุ่มโรงพยาบาลพญาไท จะดำเนินการปรับปรุงด้านบรรยากาศภายในโรงพยาบาล โดยจะมีการปรับปรุงการตกแต่งภายในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ซึ่งจะเริ่มทำการปรับปรุงตั้งแต่ต้นปี 2545 เพื่อให้พัฒนาคุณภาพการบริการและตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มลูกค้าที่มีมากขึ้นและยกระดับภาพพจน์ของโรงพยาบาลให้สูงขึ้นเพื่อสามารถแข่งขันในด้านบริการได้อย่างเต็มที่

บทที่ 4

สรุปผลและอภิปรายผลการศึกษา

กรอบการอธิบายผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อโรงพยาบาลเอกชน



แหล่งทุนและลักษณะการลงทุน

- ผู้ถือหุ้น** โรงพยาบาลเอกชนไทยส่วนใหญ่เป็นการถือหุ้นของกลุ่มวิชาชีพและระดมทุนจากหุ้นส่วนและสถาบันการเงินในประเทศเป็นหลัก โรงพยาบาลขนาดกลางขึ้นไปเริ่มมีการลงทุนจากต่างประเทศ โดยเฉพาะโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ จะมีการลงทุนจากต่างประเทศมากกว่าที่อื่นๆ ประเทศที่เข้ามาลงทุนมากที่สุดคือ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ยุโรป และสหรัฐอเมริกา ธุรกิจนี้มีลักษณะเป็น cost plus ภาระจะอยู่ที่บลงทุน ส่วนต้นทุนยา เวชภัณฑ์ ค่าแพทย์ จะบวกไว้ในค่าบริการพยาบาลตรงๆ การลงทุนกลุ่มนี้ได้รับความสนใจไม่มาก หากเทียบการลงทุนกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มสถาบันการเงิน กลุ่มพลังงาน เป็นต้น ธุรกิจนี้เป็นการประกอบกิจการของกลุ่มวิชาชีพ คนอื่นๆ เข้ามาลำบาก อาจมีบางแห่งที่ผู้เป็นเจ้าของ asset กับผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นคนละบริษัท อาจต้องการความปลอดภัยของการลงทุน และบางแห่งการปรับโครงสร้างหนี้ทำให้ต้องตัดทรัพย์สินเป็นการลงทุนของเจ้าหนี้แทน การถือหุ้นมักเป็นกลุ่มวิชาชีพเอง เครือญาติ ผู้เข้าถือหุ้นอาจมีเหตุผลอื่นประกอบ เช่น การได้รับส่วนลดพิเศษจากการรับบริการ ในอดีตกลุ่มนี้มีการกั๊กยืมจากต่างประเทศค่อนข้างมาก ทำให้สถานการณ์ปัจจุบันต้องมีภาระเรื่อง ดอกเบี้ย หนี้สิน และการปรับ

โครงสร้างหนี้ จากข้อมูลทำให้พบว่าบางโรงพยาบาลเอกชนมีการขยายการลงทุนในธุรกิจที่ไม่ใช่การรักษาพยาบาล เช่น อสังหาริมทรัพย์ ที่มีค่าตอบแทนสูงในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่แต่ก็เป็นตัวจุดสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลหลังวิกฤติเศรษฐกิจ ในการประกอบธุรกิจการเปลี่ยนแปลงผู้ถือหุ้นหรือการเพิ่มทุน เป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งที่จะทำเมื่อองค์กรขาดความมั่นคงทางการเงิน เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือต่อผู้ใช้บริการและการเพิ่มทุนใหม่ ทำให้สามารถบริหารงานต่อไปได้(โชคชัย ปัญญาวัฒน์ 2541)

- **สถาบันการเงิน** ที่ให้กู้ยืม ในอดีตมีการส่งเสริมการลงทุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนเป็นจำนวนมาก จนถึงปี พ.ศ. 2540 ที่มีวิกฤติเศรษฐกิจทำให้จำนวนการขอสนับสนุนการลงทุนเริ่มลดลงมาก เฉลี่ยเพียง 2-3 แห่งต่อปีเท่านั้น โดยเฉพาะปี พ.ศ. 2542 ไม่มีการสนับสนุนการลงทุนเลยแม้แต่แห่งเดียว
- **หนี้สินต่างประเทศ** แม้ว่าการลงทุนส่วนใหญ่จะอาศัยเงินลงทุนภายในประเทศ ซึ่ง 92.64% ของโรงพยาบาลเอกชนไม่พบเงินลงทุนจากต่างประเทศเลย โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ จะมีการลงทุนจากต่างประเทศมากกว่าที่อื่นๆ ซึ่งมี 14 แห่ง (22.58%) การลงทุนจากต่างประเทศจะพบมากในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่กว่า โดยประเทศที่เข้ามาลงทุนมากที่สุดคือ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ยุโรป และอเมริกา การมีหนี้สินจากต่างประเทศทำให้กิจการมีภาระจากการผันผวนของค่าเงินบาท

ผู้รับบริการและแหล่งรายได้

- **รายรับของโรงพยาบาล** โดยรายได้หลักมาจากการขายบริการรักษาพยาบาล ซึ่งในปี 2543 มีจำนวนผู้ป่วยในมารับบริการเฉลี่ย 4,569 รายต่อ ร.พ. โดยโรงพยาบาลขนาด 51-100 เตียงมีสัดส่วนนี้สูงที่สุด 32.78% รองลงมาเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาด 101-200 เตียง 30.54% และมีผู้ป่วยในที่เป็นต่างชาติ 5.62% (81,655 ราย) ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด โดยโรงพยาบาลขนาด 51-100 เตียงมีสัดส่วนนี้มากที่สุดคือ 8.12% รองลงมาเป็นขนาด >200 เตียง เป็น 6.80% ทั้งระบบจะมีผู้ป่วยนอกชาวต่างชาติ 5.92% ผู้มารับบริการประเภทนี้มีเหตุผลสำคัญคือคุณภาพของการบริการ การต้อนรับที่ดี ไม่ต้องคอยรับบริการนานและความสะดวกในการมาใช้บริการ(กุศล สุนทรชาติ. 2539)
- **ประกันสังคม** รายรับจากประกันสังคมเป็นรายได้ที่คงที่แน่นอนทำให้รายได้โรงพยาบาลหันมาสนใจการทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคมมากขึ้น ยกเว้นโรงพยาบาลที่มีนโยบายบริการลูกค้าที่มีรายได้สูงเท่านั้น บทบาทของโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการผู้ประกันตนมีสัดส่วนที่มากกว่าโรงพยาบาลของรัฐด้วยซ้ำ

ตารางที่ 38 การรับบริการของผู้ประกันตน จำแนกตามปีและสถานบริการ

	2539	2540	2541	2542	2543	2544
ผู้ป่วยนอก(ครั้ง/ปี)	1.34	1.52	1.46	2.15	2.04	2.51
รพ.รัฐบาล	1.17	1.44	1.4	2.07	1.85	2.37
รพ.เอกชน	1.45	1.59	1.5	2.22	2.18	2.6
ผู้ป่วยใน(ราย/ปี)	0.03	0.034	0.032	0.043	0.043	0.046
รพ.รัฐบาล	0.029	0.032	0.031	0.041	0.042	0.041
รพ.เอกชน	0.031	0.035	0.033	0.043	0.044	0.05

- **สวัสดิการข้าราชการ** หลังวิกฤติเศรษฐกิจการจำกัดสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการในสถานพยาบาลเอกชน ทำให้จำนวนผู้รับบริการยิ่งลดน้อยลงไป ทำนองเดียวกับผู้ที่จ่ายเงินค่ารักษาเอง
- **ประกันเอกชน** เป็นอีกแหล่งรายได้โดยร้อยละ 57.36 ของโรงพยาบาลเอกชนมีรายได้จากระบบประกันนี้ และถือเป็นแหล่งรายได้ที่มีโอกาสขยายตัวโดยเฉพาะในเขตเมืองที่มีค่าเฉลี่ยของรายได้สูง ส่วนสวัสดิการบริษัทเป็นรายได้ที่โรงพยาบาลทำสัญญากับบริษัทโดยตรง มีผลต่อการขยายฐานลูกค้ามากขึ้น

ผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจและการปรับตัว

- **จำนวนผู้มารับบริการ** เกือบทุกโรงพยาบาลมีผู้มารับบริการลดลงโดยเฉพาะกลุ่มที่จ่ายเงินค่ารักษาเอง เนื่องจากกำลังซื้อของประชาชนลดลง และการลดสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการในการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมมาใช้บริการที่ไม่จำเป็นลดลงและถ้าหากว่า จะต้องเป็นผู้ป่วยในก็จะเลือกสถานพยาบาลของรัฐที่มีค่าใช้จ่ายถูกกว่า (Tangcharoensathien, Harnvoravongchai et al. 2000) ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนต้องลดพื้นที่บริการลดลงตามจำนวนผู้มารับบริการไปด้วย อย่างไรก็ตามปัญหาที่พบหลังจากแต่ละโรงพยาบาลหันมาสนใจกลุ่มประกันสังคมมากขึ้นทำให้มีการแข่งขันกันสูงขึ้นไปอีก
- **ผลประกอบการ** ภาพรวมของทุกโรงพยาบาลเฉลี่ยแล้วขาดทุนมาตลอด ยกเว้นในปี 2544 ที่เป็นยอดกำไร 14.05 ล้านบาท โดยโรงพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า 200 เตียง มียอดขาดทุนเฉลี่ยสูงสุด 300.14 ล้านบาทที่ปี 2540 กลับมาทำกำไรเฉลี่ย 91.99 ล้านบาทที่ปี 2544 ขณะที่โรงพยาบาลขนาดอื่นยังคงมีค่าเฉลี่ยขาดทุนอยู่แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น
- **โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์** 3 กลุ่มคือ กลุ่มโรงพยาบาลพญาไท โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และ โรงพยาบาลศิริรินทร์ ได้ถูกจัดอยู่ในหมวดการปรับปรุงกิจการและปรับโครงสร้างหนี้เพราะมีผลประกอบการต่ำกว่าที่ตลาดหลักทรัพย์กำหนดไว้
- **ภาระดอกเบี้ย** โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีภาระหนี้สินกับสถาบันการเงิน โดยโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กกว่า 50 เตียงจะมีภาระดอกเบี้ยจากการกู้ยืมเพียงครั้งหนึ่ง ขณะที่โรงพยาบาลขนาดอื่นจะมีภาระหนี้สินที่มีดอกเบี้ยแทบทั้งสิ้น โดยเฉพาะปี 2541-2543 โรงพยาบาลขนาด 51-100 เตียง

ทั้งหมดต้องรับภาระดอกเบี้ยที่เกิดขึ้น โดยค่าเฉลี่ยของภาระดอกเบี้ยของโรงพยาบาลที่มีหนี้สินนั้น จะสูงขึ้นตามขนาดของโรงพยาบาล

- **สภาพคล่องของธุรกิจ** พบว่าโรงพยาบาลเอกชนของไทยมีเงินทุนหมุนเวียน(Working Capital)ไม่ค่อยดีนัก ในช่วงปี 2540-2544 นี้มีโรงพยาบาลเพียงหนึ่งในสาม(หรือไม่เกิน 35.48%)เท่านั้นที่มีค่าเงินทุนหมุนเวียนเป็นบวก อย่างไรก็ตามแม้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มากกว่า 200 เตียงจะมีเงินทุนหมุนเวียนติดลบมาก แต่ค่าอัตราส่วนสินทรัพย์หมุนเวียน(Current Ratio) จะดีกว่าโรงพยาบาลขนาดอื่นๆ
- **การขยายบริการอื่น ๆ** พบไม่มากนักที่นิยมส่วนใหญ่เป็นการจัดชุดบริการแบบเหมาจ่ายเช่น การคลอด การตรวจสุขภาพ เป็นต้น
- **ลดขนาด ปิดกิจการ** หลังวิกฤติเศรษฐกิจหนึ่งปีเริ่มมีโรงพยาบาลบางแห่งลดขนาดจำนวนเตียงลง 6 แห่ง และมี 43 แห่งที่ขอปิดกิจการเลย ตั้งแต่นั้นจนถึงปี พ.ศ. 2543 การขอเปิดกิจการใหม่มีจำนวนลดลง และยังมีบางแห่งที่ขอขยาย/ลดกิจการบ้าง แต่ภาพรวมของจำนวนเตียงรวมมีอัตราที่เพิ่มขึ้น
- **การลดบุคลากร** จำนวนบุคลากรในระบบไม่ได้ลดจำนวนมากนัก เพียงแต่คนในระบบจะได้รับผลกระทบในเรื่องค่าตอบแทนบ้าง เช่น การปรับลดเงินเดือน การชะลอการจ่าย เป็นต้น
- **ชะลอการลงทุน** โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังผลิตไม่เต็มศักยภาพที่มี ทั้งพื้นที่ จำนวนเตียงที่ได้ลงทุนไปก่อนหน้าแล้ว จึงยังไม่พบการขยายการลงทุนมากนัก จะมีบ้างในเครือข่ายโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เข้าซื้อกิจการธุรกิจโรงพยาบาลอื่นและธุรกิจที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการรักษาพยาบาล
- **การร้องเรียนบริการ** การร้องเรียนมักเกิดกับโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าภาครัฐซึ่งเกิดจากความคาดหวังในการได้รับบริการที่สูงกว่า ส่วนใหญ่เป็นการร้องเรียนที่ไม่มีแพทย์บริการอย่างเพียงพอ รองลงมาเป็นมาตรฐานการบริการ และเรื่องราคา แนวโน้มของการร้องเรียนมีจำนวนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สรุปสถานการณ์ของธุรกิจโรงพยาบาลในสภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ

1) สุขภาพและสภาวะทางเศรษฐกิจ เป็นที่แน่ชัดและทราบกันอยู่แล้วว่า เรื่องสุขภาพนั้นจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ อย่าง อาทิเช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม สภาวะแวดล้อม ความต้องการของแต่ละคนและระบบการรักษาพยาบาลที่มีอยู่ ด้วยความสัมพันธ์กันของสุขภาพและสภาวะทางเศรษฐกิจดังกล่าวข้างต้น ทำให้การดูแลรักษาสุขภาพก็ขึ้นกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ ซึ่งหมายถึง เมื่อผู้คนมีรายได้ที่ดี การดูแลสุขภาพก็จะดีขึ้นด้วย

ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้คนมีรายได้ที่ลดลง การดูแลสุขภาพก็จะลดลงไปตามปัจจัยของแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับรายได้ที่แท้จริงของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งถ้ามีรายได้สูง ถึงแม้จะมีอัตราส่วนการลดลงในรายได้บางส่วน การดูแลสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ก็ยังคงดีอยู่ แต่ถ้ารายได้แท้จริงต่ำ ถึงแม้จะมีอัตราส่วนการลดลงในรายได้เพียงเล็กน้อย การดูแลสุขภาพก็จะลดลงตามไปด้วย ดังนั้นเมื่อเกิด

สภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ กลุ่มที่มีรายได้น้อยจะเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบในเรื่องของสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง

2) ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ในเรื่องสุขภาพในช่วงสภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ สิ่งที่มีผลต่อสุขภาพเป็นอย่างมากในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจนั้น คือ การลดลงของรายได้ของแต่ละบุคคล ซึ่งทำให้กำลังซื้อน้อยลง และประกอบกับการที่สินค้าและบริการมีราคาสูงขึ้น อันเนื่องมาจากสภาวะเงินเฟ้อ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

- ผลกระทบต่อสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยและกลุ่มประชากรที่ว่างงาน จะเห็นได้ชัดว่าในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ผลกระทบจะตกอยู่ที่สุขภาพทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก โดยเฉพาะเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม จะมีปริมาณเพิ่มขึ้น หรือเด็กที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ก็จะมีปริมาณเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มประชากรดังกล่าวข้างต้นมีรายได้น้อยลง ทำให้การใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพน้อยตามลงด้วย ทางด้านจิตใจ จะถูกกระทบโดยตรงในกลุ่มที่ว่างงาน เนื่องจากจะไม่มีรายได้เพียงพอที่จะใช้จ่ายในเรื่องของสุขภาพ ซึ่งทั้งนี้สามารถดูได้จากอัตราการเพิ่มขึ้นของสภาพความเครียดทำให้เกิดหลาย ๆ กรณีในเรื่องของการฆ่าตัวตายเพราะภาวะกดดัน

- ความต้องการในการดูแลสุขภาพจากสถานพยาบาลจะลดลงโดยเฉพาะในสถานพยาบาลเอกชน เนื่องจากกลุ่มคนส่วนใหญ่จะหันมารักษาสภาพด้วยตัวเอง เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดกำลังซื้อลดลง การใช้บริการในสถานพยาบาลโดยเฉพาะในส่วน of โรงพยาบาลเอกชนก็จะลดลงตาม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาของรายได้ที่ลดลงของธุรกิจสถานพยาบาลเอกชน ทั้งนี้เมื่อประกอบกับสภาวะทางการเงินของสถานพยาบาลเอกชนแต่ละแห่ง ก็ยิ่งทำให้สถานพยาบาลเอกชน ประสบกับปัญหาความยุ่งยากในการประกอบการ คือ อาจจะประสบสภาวะขาดทุน หรือธุรกิจไม่มีอัตราการเจริญเติบโต

- เมื่อรายได้ลดลง กำลังซื้อก็ลดลงตาม ทำให้กลุ่มคนพยายามที่จะหันไปใช้บริการของร้านขายยาเพื่อรักษาสภาพ แทนที่จะไปใช้บริการที่สถานพยาบาล ที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่า จากการเปลี่ยนพฤติกรรมเช่นนี้ ทำให้จำนวนคนไข้ในสถานพยาบาลเอกชนลดลงถึง 20-70% ในปี 2543 แต่ในทางกลับกัน คนส่วนใหญ่จะหันไปรับบริการจากร้านขายยามากกว่าที่จะใช้บริการตามสถานพยาบาล หรือถ้าจะเลือกใช้สถานพยาบาลก็จะเลือกสถานพยาบาลที่เป็นของรัฐมากกว่าของเอกชน เนื่องจากค่าใช้จ่ายต่ำกว่า

ผลพวงของเศรษฐกิจขาลงส่งผลให้ผู้ป่วยหันไปใช้บริการโรงพยาบาลรัฐมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยระดับกลางและระดับล่าง ทำให้โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครมีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 15-20 วิกฤตเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้ป่วยระดับกลางและระดับล่างตลอดจนข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจต้องเปลี่ยนไปรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ พฤติกรรมการรักษาพยาบาลของคนกรุงเทพฯ ขณะนี้เปลี่ยนแปลงไปบ้าง โดยที่ผู้ป่วยระดับกลางและต่ำจะซื้อยามาเองเมื่อเจ็บป่วย แต่หากมีอาการหนักต้องนอนค้างคืน มีแนวโน้มที่จะไปรับบริการที่โรงพยาบาลรัฐมากขึ้น สำหรับผู้ป่วยระดับสูงยังคงรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน แต่บางส่วนก็หันไปใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐเพื่อ

ประหยัดค่าใช้จ่าย ดังนั้นจึงดูเหมือนว่าโรงพยาบาลเอกชนมีผู้ป่วยมารับบริการลดลง อย่างไรก็ตามวิถีวิกฤตเศรษฐกิจครั้งนี้ก็มีเพียงผลกระทบที่เป็นบวก อาทิเช่น

เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจไม่ได้หมายถึงระบบสุขภาพจะแย่ลงตามไปด้วย ในทางกลับกัน ระบบสุขภาพซึ่งถือเป็นพื้นฐานสำคัญของรัฐบาล จะถูกดูแลและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในส่วนของชนบทที่รายได้ของกลุ่มคนส่วนใหญ่จะลดลง จึงเป็นการบังคับโดยทางอ้อม ที่ทางรัฐบาลจะต้องเข้าไปดูแลเป็นพิเศษ (อาทิเช่น โครงการ 30 บาท ซึ่งเป็นนโยบายการของรัฐบาลชุดปัจจุบัน) ในช่วงปี 2521-2530 ก็เกิดวิกฤตเศรษฐกิจเช่นกัน อันเนื่องมาจากวิกฤตการณ์น้ำมันในครั้งนั้น ถึงแม้ว่ากลุ่มคนจะมีรายได้ที่ลดลง มีภาวะเงินเฟ้อ แต่ระบบสุขภาพไม่ได้แย่ตาม แต่กลับดีขึ้นเพราะรัฐบาลมุ่งเน้นในการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบให้ดีขึ้นทั้งในส่วนของชนบทและส่วนตัวเมือง

การใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในทางกลับกันในช่วงสภาวะเศรษฐกิจดี บางครั้งก็อาจจะมีปัญหาเรื่องระบบสุขภาพ ในช่วงปี 2531 – 2540 ประเทศไทยมีสภาวะเศรษฐกิจที่ดี มีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่สูง งบประมาณของรัฐในส่วนของระบบสุขภาพก็สูงขึ้นจาก 4.2% ในปี 2530 เป็น 7.7% ในปี 2541 ซึ่ง ประมาณ 38.7% มาจากงบดังกล่าวได้ถูกใช้ไปในการลงทุนและการพัฒนาสถานพยาบาล ในส่วนของตัวอาคาร อุปกรณ์ การพัฒนาบุคลากรถึงแม้จะมีการลงทุนและพัฒนาเพิ่มขึ้นในส่วนของระบบสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกัน ก็ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายมหาศาล ซึ่งเมื่อเทียบกับรายได้ประชาชาติแล้วยังมีอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายที่มากกว่าอัตราการเติบโตของรายได้ประชาชาติ ทั้งนี้เนื่องมาจากการนำเข้ายาจากต่างประเทศ รวมไปถึงการซื้อเทคโนโลยี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของสถานพยาบาลเอกชน

จำนวนเตียง ในธุรกิจสถานพยาบาลเอกชน ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว (2531-2540) ข้างต้น จำนวนเตียงของสถานพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นจาก 9,974 เตียง ในปี 2531 เป็น 29,945 เตียงในปี 2540 จำนวนแพทย์ได้เพิ่มขึ้นจาก 1,094 คน ในปี 2531 เป็น 3,244 คน ในปี 2540 ทั้งนี้ทำให้อัตราส่วนของจำนวนเตียงของสถานพยาบาลเอกชน เพิ่มขึ้นจาก 11.4% เป็น 22.6% อัตราส่วนของแพทย์เอกชนเพิ่มขึ้นจาก 11.4% เป็น 19.6% ในช่วงเวลาเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีอัตราการเจริญเติบโตของจำนวนเตียงและแพทย์ในช่วงเวลาดังกล่าว แต่ถ้าเมื่อพิจารณาจาก อัตราการใช้เตียงก็มีเพียงแค่ 40% เท่านั้น ซึ่งหมายความว่าปริมาณเตียงที่มีมากเกินไปความต้องการใช้

การลงทุนในด้านเทคโนโลยี และการนำเข้ายาซึ่งเป็นการลงทุนที่สูงมาก เป็นช่วงเวลาที่แข่งขันกันสูงระหว่างสถานพยาบาลด้วยกัน มีการขยายธุรกิจอย่างไม่มีการควบคุม เกิดการรักษาที่มุ่งเน้นแต่เรื่องของการเพิ่มรายได้ ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียในเรื่องของภาพพจน์ และการคิดค่าใช้จ่ายที่ไม่เป็นธรรมหรือสูงโดยใช่เหตุ

บุคลากรการแพทย์ ในช่วงเวลาดังกล่าวก็ยังส่งผลให้แพทย์เข้ามาทำงานในตัวเมืองมากกว่า ทำให้เกิดการขาดแคลนแพทย์ในชนบท จึงเป็นช่วงที่การใช้จ่ายสูงแต่ไม่ได้เพื่อการรักษาสุขภาพ

แนวโน้มการตลาดและภาวะการแข่งขันของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน

ภาวะการแข่งขันในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำตั้งแต่ปี 2541 ปริมาณผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยผู้ใช้บริการส่วนหนึ่งหันไปใช้บริการของโรงพยาบาลรัฐบาลแทน เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า รวมทั้งการใช้บริการในโครงการประกันสังคมของภาครัฐ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องปรับปรุงประสิทธิภาพในการดำเนินงาน เพิ่มคุณภาพของการบริการ และลดต้นทุนในการดำเนินงาน ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในด้านการตลาด เพื่อรักษาสัดส่วนลูกค้าไว้ และเพิ่มปริมาณลูกค้าใหม่ให้มากที่สุด โรงพยาบาลเอกชนต่างๆ พัฒนารูปแบบการให้บริการแบบเหมาจ่าย หรือ Package มาเสนอให้แก่ผู้ใช้บริการอย่างกว้างขวาง เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศและเอื้ออำนวยแก่ผู้ใช้บริการในเชิงประหยัด

และในปี 2544 รัฐบาลได้ปรับนโยบายด้านสาธารณสุขใหม่ โดยให้โรงพยาบาลรัฐบาลบริหารงานด้วยตนเองอย่างอิสระ รวมทั้งนโยบายประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เป็นผลให้โรงพยาบาลเอกชนต้องปรับเปลี่ยนกลยุทธ์และกำหนดแนวทางในการบริหารใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลดังกล่าว ซึ่งส่งผลให้ภาวะการแข่งขันโดยรวมของ Health Care Business ทวีความรุนแรงขึ้น

ความจริงเกี่ยวกับการแข่งขันในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน เช่น

- คู่แข่งรายใหม่ที่จะเข้ามาในอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นได้ค่อนข้างยาก เพราะอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนใช้เงินลงทุนสูง ต้นทุนของการเริ่มผลิตสูง เช่น ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร และเครื่องมือแพทย์ อีกทั้งการหาแพทย์และซีกงแพทย์เข้ามาทำงานในโรงพยาบาลเอกชนเปิดใหม่ทำได้ยาก
- การแข่งขันที่รุนแรงของอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนทำให้ผู้ป่วยมีอำนาจการต่อรองผู้ซื้อในอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนนั้นสูงขึ้น เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยใช้บริการเอกชนค่อนข้างมาก การเปลี่ยนการรักษาไปโรงพยาบาลเอกชนอื่นทำได้ง่าย และต้นทุนไม่สูง สื่อสารมวลชนและองค์กรต่างๆ ของรัฐบาลและเอกชน พยายามเพิ่มอำนาจการต่อรองของผู้ป่วยโดยการออกกฎหมายกฏระเบียบ เพื่อเพิ่มสิทธิของผู้ป่วย
- อำนาจการต่อรองของผู้ขายในอุตสาหกรรมโรงพยาบาลค่อนข้างต่ำ เนื่องจากมียาและเวชภัณฑ์เลียนแบบมากมายทั้งในและนอกประเทศ ทำให้การจัดหายาและเวชภัณฑ์ที่มีราคาถูกลงจากต่างประเทศง่าย

ภาวะการแข่งขันของโรงพยาบาลเอกชนมีการแข่งขันกันสูงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของภาพลักษณ์และการบริการที่จะสร้างความพึงพอใจสูงสุดให้กับผู้มาใช้บริการ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนเสริมที่สำคัญอย่างยิ่งนอกเหนือไปจากคุณภาพของแพทย์ อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้คิดราคาที่เหมาะสมและรวดเร็วถูกต้อง ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโรงพยาบาลเอกชน คือ ภาพลักษณ์ (Image) ที่ดีที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้ามารักษาในโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากคุณภาพการรักษายาบาลของโรงพยาบาลแต่ละโรงนั้นไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้โดยตรง ทำให้ความยืดหยุ่นของอุปสงค์

(elasticity of demand) สูง ผู้ป่วยสามารถทนต่อการเปลี่ยนแปลงของราคาได้ดี โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่สามารถสร้างภาพลักษณ์ได้ดี ภาพลักษณ์ที่ดีของอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนที่ดีเกิดขึ้นจาก

- คุณภาพของแพทย์ โรงพยาบาลใดสามารถคัดเลือกแพทย์ที่มีคุณภาพทางด้านความรู้ความชำนาญ คุณภาพในการมีศิลปการรักษาพยาบาล ย่อมทำให้ได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วย
- การทำการตลาดที่เหมาะสม การทำการตลาดที่เหมาะสมจะทำให้ภาพลักษณ์ของคุณภาพการรักษาพยาบาลในสายตาของผู้ป่วยสูงขึ้น เช่น การออกหนังสือวารสารโรงพยาบาลเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บและการแนะนำวิธีการรักษา การจัดอบรมและสัมมนาโรคต่าง ๆ โดยให้ผู้ที่สนใจเข้าร่วมฟังภายในโรงพยาบาล
- คู่แข่งขันในธุรกิจ การลงทุนต้องพิจารณาจากประเด็นที่สำคัญคือ ตำแหน่งที่ตั้งของโรงพยาบาล และกลุ่มลูกค้าเป้าหมายของโรงพยาบาล ซึ่งจะเชื่อมโยงถึงราคาสินค้าและ บริการที่ผู้ป่วยต้องรับภาระ คู่แข่งขันจะพิจารณาจากที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงกัน กลุ่มลูกค้าเป้าหมายระดับใกล้เคียงกัน และลักษณะของการรักษาพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน เป็นต้น
- โรงพยาบาลเอกชนโดยส่วนใหญ่ยังคงจะมุ่งเน้นไปยังฐานลูกค้าที่มีระดับรายได้ปานกลางไปถึงสูง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ให้ความสำคัญต่อการบริการและความสะดวกสบาย

การศึกษาของความเห็นของผู้รับบริการในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่จะเลือกการรับบริการ “โรงพยาบาลที่ดี” มีปัจจัยคล้ายกัน คือควรจะต้องมีการรักษาที่ครบวงจร มีแพทย์ดูแลอย่างต่อเนื่องและการปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่ที่จัดบริการ(Tangcharoensathien, Bennett et al. 1999) ลองดูตัวอย่างการวิเคราะห์การแข่งขัน ที่จัดทำโดยโรงพยาบาลรามคำแหง ได้พิจารณาจากปัจจัยความสำเร็จของผู้ประกอบธุรกิจในอุตสาหกรรมโรงพยาบาลและปัจจัยอื่นบางอย่างจะสามารถเปรียบเทียบความสามารถในการแข่งขันของบริษัท และบริษัทคู่แข่งดังนี้ (โดยคะแนน 5-หมายถึงดีที่สุด, 1-หมายถึงควรปรับปรุง)

- 1) โรงพยาบาลรามคำแหง
- 2) โรงพยาบาลกรุงเทพ
- 3) โรงพยาบาลพระรามเก้า
- 4) โรงพยาบาลลาดพร้าว
- 5) โรงพยาบาลเวชธานี
- 6) โรงพยาบาลปิยะเวท
- 7) โรงพยาบาลศรีสยาม

ปัจจัยที่ใช้พิจารณา	รพ.1	รพ.2	รพ.3	รพ.4	รพ.5	รพ.6	รพ.7
■ ความสามารถในการหาแพทย์และบุคลากร	5	5	3	2	2	2	1
■ การตลาดที่เหมาะสม	4	4	4	2	3	2	2
■ ภาพลักษณ์ของคุณภาพการให้บริการ	4-5	5	4	2	3	3	2
■ ความแข็งแกร่งด้านการเงินและรายได้	4	5	3	2	1	1	1
■ จำนวนแพทย์และบุคลากรที่มีคุณภาพ	5	5	4	2	2	2	1

จากรายงานของศูนย์วิจัยกสิกรรมไทย จำกัด การขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศในปี 2544 มีตัวเลขประมาณการเท่ากับ 3.5% ต่ำกว่าในปี 2543 ซึ่งมีการขยายตัว 4.0% ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากการขยายตัวด้านธุรกิจท่องเที่ยวและการส่งออก (ขยายตัว 10.32% และ 7% ตามลำดับ) ในส่วนของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน อาจกล่าวได้ว่ามีสภาพขึ้นลงตามสถานะเศรษฐกิจของประเทศ ถึงแม้ว่าในระยะ 1-2 ปีที่ผ่านมา จะมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่ค่อนข้างคงที่ คือ 3-4% แต่ในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน คาดว่า จะยังไม่มีมีการขยายตัวมากนัก เนื่องจากกลุ่มผู้บริโภคที่ใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนยังคงจำกัดอยู่ในกลุ่มระดับกลางถึงบน จึงทำให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนขยายตัวยาก โรงพยาบาลจึงพยายามต้องแข่งขันกันอย่างมาก เพื่อแย่งชิงลูกค้าในกลุ่มเดียวกัน ด้วยกลยุทธ์การให้บริการที่ตอบสนองความพึงพอใจลูกค้าสูงสุด

ภาวะการแข่งขันของโรงพยาบาลเอกชนเข้มข้นขึ้นมาก ในปัจจุบันคงจะเห็นได้จากข่าวสารข้อมูลทางโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่ง ได้ขยายการลงทุนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและขยายการให้บริการให้มากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์, โรงพยาบาลธนบุรี เป็นต้น

สำหรับการโฆษณาประชาสัมพันธ์จะทำให้ในลักษณะปากต่อปาก หรือฝากลงข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ ซึ่งการโฆษณาเชิงธุรกิจ เหมือนธุรกิจอื่นทำได้ยาก เนื่องจากมีกฎข้อบังคับของแพทยสมาคมให้ทำการโฆษณาอย่างสุจริตหรือเผยแพร่ เสนอเงื่อนไขส่วนลดพิเศษ หรือกิจกรรมส่งเสริมการขายในลักษณะชักจูงให้ผู้ป่วยมาใช้บริการ ดังนั้นที่ผ่านมาจึงใช้กลยุทธ์ทางการตลาดทางอ้อม ในปัจจุบันภายหลังเกิดวิกฤตการณ์ทางด้านเศรษฐกิจ โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งพยายามใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อรักษาสวนแบ่งการตลาด สร้างฐานลูกค้าของตนโดยรับสมัครสมาชิกถาวร การเสนอรูปแบบบริการแบบเหมาจ่าย การให้บริการชุมชนเพื่อสร้างภาพพจน์ที่ดี การเสนอบริการที่แตกต่าง (Product Differentiation) การเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณลักษณะพิเศษ มีจุดเด่นพิเศษ การร่วมมือกับโรงพยาบาลต่างประเทศ หรือในประเทศเพื่อให้บริการที่ดีมีประสิทธิภาพการเน้นการให้บริการแบบครบวงจร (One Stop Service) ฯลฯ การแข่งขันทางการตลาดจะทวีความรุนแรงมากขึ้น แต่ก็ยังอยู่ในกรอบที่แพทยสมาคมมีกฎระเบียบหรือแนวทางที่ให้ไว้

ปัจจัยภายนอกที่อาจมีผลต่ออุตสาหกรรม

กฎหมาย ปัจจุบันกฎหมายประกันสังคมได้พัฒนาไปอย่างรวดเร็วแนวโน้มของกฎหมายฉบับนี้มีแนวโน้มที่จะพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถรักษาในโรงพยาบาลเอกชนที่มีคุณภาพการรักษายาบาลที่ดีขึ้นกว่าปัจจุบัน เนื่องจากแนวโน้มที่สูงขึ้นของจำนวนเงินที่โรงพยาบาลได้รับและคามอิสระในการเลือกโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาโดยตัวผู้ป่วยเอง ประกอบกับอาจมีการพิจารณาให้บริษัทประกันเอกชนเข้ามาเป็นตัวกลางดูแลระหว่างสำนักประกันสังคมและโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเป็นโอกาส ให้โรงพยาบาลเอกชนที่มีกลุ่มลูกค้าเป้าหมายอยู่ในระดับกลาง อาจสามารถเข้าดูแลผู้ป่วยประกันสังคมได้ ขณะเดียวกันอาจเป็นอุปสรรคของ โรงพยาบาลที่มีกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายระดับล่าง เนื่องจากการเข้ามาแข่งขันแย่งผู้ป่วยประกันสังคมจากโรงพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายระดับกลาง

นโยบายการเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ โดยประเทศไทยมีความมุ่งมั่นที่จะส่งเสริมการท่องเที่ยว พร้อมกับการบริการสุขภาพ ซึ่งต้องมีการเตรียมพร้อมของบุคลากร อุปกรณ์ที่ทันสมัย (The BangkokPost, 1 เม.ย.2546) กระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ เมื่อวันที่ 27 ม.ค. 2546 ซึ่งอาศัยความร่วมมือของภาครัฐทุกหน่วยงานให้ไทยเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลในภูมิภาคนี้ให้เร็วที่สุด (นสพ.กรุงเทพธุรกิจ, 28 ก.พ.2546) ขณะเดียวกันที่กลุ่มทุนขนาดใหญ่เริ่มเข้ามาสู่การลงทุนในโรงพยาบาลขนาดใหญ่โดยเชื่อว่าธุรกิจนี้มีโอกาสสร้างมูลค่าเพิ่มและแนวโน้มกำไรดีขึ้นเรื่อยๆ (ประชาชาติธุรกิจ, 22 มี.ค.2546) โดยผลกระทบที่อาจตามมาคือ การแย่งชิงทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรแพทย์ที่จะไหลเข้าสู่ภาคเอกชนอย่างรวดเร็วแบบช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่

การเปิดเสรีทางการค้า และผลกระทบจาก World Trade Organization โดยข้อกำหนดของ General Agreement on Trade in Services (GATS) ได้แบ่งระดับของการเปิดเสรีบริการสุขภาพไว้ 4 ระดับ(mode) คือ 1.)การค้าบริการข้ามพรมแดน(cross border supply)การรักษาโดยผ่านเทคโนโลยี tele-medicine 2.)การซื้อบริการในต่างประเทศ(consumption abroad) ผู้ป่วยจากประเทศหนึ่งเข้ามารับการรักษายาบาลในอีกประเทศหนึ่ง 3.)การตั้งหน่วยธุรกิจบริการ(commercial presence)เป็นการเคลื่อนย้ายเงินลงทุนเพื่อเข้ามาดำเนินการสถานพยาบาลในอีกประเทศหนึ่ง 4.)การขยายบริการของบุคคลธรรมดา(presence of nature persons)เป็นการอนุญาตให้บุคลากรแพทย์เข้ามาประกอบวิชาชีพได้(WHO 2002) โดยปัจจุบันการลงทุนในภาคเอกชนของไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งธุรกิจโรงพยาบาลและบริการสุขภาพอื่นๆ แม้ว่าประเทศไทยยังไม่เปิดเสรีด้านสุขภาพโดยตรง แต่ประเด็นนี้ได้ถูกนำเสนอเพื่อหาข้อตกลงโดยกระทรวงพาณิชย์หลายครั้งแล้วเช่นกัน ซึ่งจะมีประเด็นการเคลื่อนย้ายเงินลงทุนและการประกอบวิชาชีพของบุคลากรสุขภาพ หากดำเนินการเปิดเสรีเต็มที่อาจจะประสบปัญหาการเข้าถึงบริการของคนไทยที่อาจลดน้อยลง ความรู้สึกของความเท่าเทียมในการเข้ารับบริการและการแย่งชิงทรัพยากรสุขภาพ(วิทยาลัยการสาธารณสุข 2542)

ภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทย ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในภาวะเศรษฐกิจถดถอย ภาวะดังกล่าวมีผลให้การให้เงินกู้จากสถาบันการเงินต่ออุตสาหกรรม โรงพยาบาลเอกชนที่มีการแข่งขันสูงลำบากมากขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ที่เข้ามาเป็นคู่แข่งรายใหม่เกิดขึ้นได้ยาก และอัตราการเติบโตของรายได้ต่อหัวของประชาชนลดลง ทำให้ราคามีผล ต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น

คลินิกพิเศษในโรงพยาบาลของรัฐและสถานบริการอื่นๆ ปัจจุบันโรงพยาบาลของรัฐเริ่มมีการพัฒนาตัวเองเพื่อแข่งกับโรงพยาบาลเอกชน เช่น การมีคลินิกพิเศษให้บริการในช่วงหลังเวลาทำงานของแพทย์, โรงพยาบาลของรัฐ และโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค อย่างไรก็ตามการให้บริการดังกล่าวยังติดขัดในเรื่องของระบบราชการที่ไม่คล่องตัว หรือคุณภาพของการรักษา ส่วนสถานบริการอื่นๆ เช่น ร้านขายยา, คลินิก อาจมีผลกับโรงพยาบาลเอกชนที่มีกลุ่มลูกค้าเป้าหมายระดับกลางและระดับล่าง อย่างไรก็ตามพฤติกรรมผู้บริโภคของผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเลือกหาบริการด้านสุขภาพที่ดีขึ้นภายใต้ราคาที่ยุติธรรม ในปี 2541 ประเทศไทยมีเศรษฐกิจตกต่ำมากสินค้าทดแทนเหล่านี้จึงเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อรายได้ของโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น

การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจุบันบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีความขาดแคลนโดยรวม ตั้งแต่แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เกษษกร นักตรวจวิเคราะห์ นักกายภาพ และอื่นๆ รวมทั้งผู้บริหารในธุรกิจนี้ โดยเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในวิชาชีพสูง ดังนั้น การสรรหาและคัดเลือกบุคลากร ก็เป็นปัจจัยหนึ่งในการดำเนินงาน มาตราการพัฒนาศูนย์การ ให้ความรู้ และทักษะแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง สวัสดิการที่เหมาะสมสร้างขวัญและกำลังใจให้พนักงาน เพื่อให้พนักงานมีความรักองค์กรและอยู่ปฏิบัติงานเป็นเวลานาน

การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและอุปกรณ์การแพทย์ เทคโนโลยีและวิวัฒนาการในการผลิต อุปกรณ์การแพทย์ได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งเทคโนโลยีใหม่ๆ สามารถช่วยให้การตรวจวิเคราะห์วินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำ และมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามอุปกรณ์ดังกล่าวมีราคาสูงและมีค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลงทุนของบริษัท แต่เพื่อให้สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม บริษัทฯ ได้มีมาตรการในการพิจารณาและวิเคราะห์ คุณสมบัติ ประโยชน์จากการใช้งาน และความคุ้มค่าของอุปกรณ์ก่อนการลงทุนทุกครั้ง

บทบาทขององค์กรหรือสถาบันที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน

1.สถาบันการเงิน ธนาคารพาณิชย์ไทยปัจจุบันมี 13 แห่ง โดย 9 แห่งมีการประกอบธุรกิจ วิเทศธนกิจ มีสำนักงานวิเทศธนกิจ (BIBF) อีก 6 แห่ง มีบริษัทเงินทุนอีก 19 แห่ง ทำให้การระดมทุน ประกอบธุรกิจโรงพยาบาลได้สะดวกทั้งทุนในและต่างประเทศ ก่อนวิกฤติเศรษฐกิจสถาบันการเงินมี อิทธิพลต่อการเพิ่มจำนวนสถานพยาบาลมากเพราะการกู้ยืมเงินลงทุนสะดวก ดอกเบี้ยต่ำ โดยใน มุมมองของนักวิเคราะห์สินเชื่อจากสถาบันการเงิน เชื่อว่าการทำธุรกิจรักษาพยาบาลมีความเสี่ยงต่ำ หากไม่ขยายธุรกิจไปยังหน่วยอื่นที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ธุรกิจสังหาริมทรัพย์

2.สมาคมโรงพยาบาลเอกชน ตั้งอยู่ที่อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัด ใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กทม. มีจำนวนสมาชิกรวม 202 โรงพยาบาล ปัจจุบันนายกสมาคม คือ นายแพทย์สุรพงศ์ อำพันวงษ์ การรวมกลุ่มไม่ได้มีเหตุผลของการควบคุมกำกับ แต่การรวมกันทำให้ มีอำนาจการต่อรองในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์มากกว่าการแข่งขัน และมีทิศทางการทำตลาดไป ในทางเดียวกันโดยเฉพาะการเจาะกลุ่มต่างชาติ

3.กองประกอบโรคศิลปะ เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทการขึ้นทะเบียนและต่อทะเบียน สถานพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งการขอขยายหรือปิดกิจการด้วย โดยดำเนินการตามกฎหมาย ว่าด้วยสถานพยาบาลและกำหนดที่เกี่ยวข้อง นอกจากนั้นยังดูแลกฎหมายการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2538 คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ได้อนุมัติกรอบอัตรากำลังกองการประกอบโรคศิลปะใหม่ โดยปรับโครงสร้างเป็นดังนี้ คือ งานธุรการ ฝ่ายการประกอบโรคศิลปะ กลุ่มงานพัฒนา ฝ่าย สถานพยาบาล อัตรากำลัง 43 คน (ปัจจุบันถูกจัดให้อยู่ในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) การดำเนินการ จะมีกรรมการตรวจสอบสถานพยาบาลประจำปี โดยความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ เช่น สภาวิชาชีพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และหน่วยงานอื่นๆในกระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบัน กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดให้มีและรายงาน หลักฐานเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาลและผู้ป่วย และเอกสารอื่นที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้กำหนดให้มีการรายงานผลการรักษาพยาบาลที่ได้ในรอบปี แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลนี้ไม่ได้ใช้ในการควบคุมกำกับโรงพยาบาลเอกชน โดยผู้ใช้ข้อมูลนี้คือสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์

4.สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้สนับสนุนและดำเนินการให้โรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน มีระบบการรับรองคุณภาพ “Hospital Accreditation (HA)” นอกเหนือจากการทำระบบคุณภาพ ISO ที่นิยมในอุตสาหกรรมหรือบริการอื่นๆ โดยฝ่ายส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพมีหน้าที่สร้างความตื่นตัวที่จะพัฒนาคุณภาพให้เกิดขึ้น, พัฒนาที่ปรึกษาด้านคุณภาพ, ให้แนวทางและคำปรึกษาแก่โรงพยาบาล, จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างโรงพยาบาล, จัดทำโปรแกรมทดสอบความพร้อมให้แก่โรงพยาบาล และศึกษาวิจัยเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ ส่วนฝ่ายพัฒนามาตรฐานมีหน้าที่ประเมินความจำเป็นและความต้องการ ในการจัดทำและปรับปรุงมาตรฐาน เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล, ประสานงานและทำหน้าที่เลขานุการกิจให้แก่คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ ในการจัดทำมาตรฐานวิชาชีพและส่งเสริมการนำไปใช้ และฝ่ายประสานการประเมินมีหน้าที่พัฒนาผู้ประเมิน, ประสานการประเมินและรับรอง, เฝ้าระวังหลังการรับรอง และจัดทำฐานข้อมูลโรงพยาบาล

5.สำนักงานประกันสังคม การจัดตั้งกองทุนประกันสังคม เพื่อสร้างหลักประกันและความมั่นคงในการดำรงชีวิตให้แก่ประชาชน โดยการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข ร่วมกันรับผิดชอบต่อสังคมด้วยการออมและเสียสละเพื่อส่วนรวมมีหลักการสำคัญ ที่มุ่งให้ประชาชนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือตนเอง และครอบครัวในยามที่ไม่มีรายได้ รายได้ลดลงหรือมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น โดยไม่เป็นภาระให้ผู้อื่นและสังคม การประกันสังคมจึงเป็นมาตรการหนึ่งซึ่งก่อให้เกิดความมั่นคงในชีวิต พ.ร.บ.ประกันสังคมเริ่มมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2533 กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปและในภายหลังได้ขยายออกไปเป็นสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป เมื่อวันที่ 2 เดือนกันยายน 2536 และขยายไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2545 เป็นต้นไป ในปี 2545 มีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการรวม 132 แห่ง นับว่าสำนักงานประกันสังคมเป็นกลุ่มผู้ซื้อรายใหญ่โดยเฉพาะเรื่องการใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวเพื่อควบคุมรายจ่ายสุขภาพในภาพรวม และกองทุนทดแทนผู้ไร้แรงงานก็มีกระบวนการกำหนดเพดานราคาของรายการรักษาพยาบาลเพื่อไม่ให้มีค่ารักษาพยาบาลที่เป็น Fee for services ไม่ให้สูงเกินไป

6.สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสุขภาพ เป็นหน่วยงานภายในสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งสำนักงานขึ้นมา เมื่อวันที่ 24 ตุลาคม 2534 ในระยะแรกสำนักงานประกันสุขภาพ ได้รับมอบหมายให้เป็นศูนย์กลางในการประสานงาน และการสนับสนุนงานทางวิชาการแก่หน่วยงาน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่จัดบริการสาธารณสุข แก่ผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม และที่ดำเนินการบัตรสุขภาพซึ่งเป็นแบบหนึ่งของโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ปัจจุบันภารกิจของสำนักงานคือ ขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพให้แก่ผู้ที่ไม่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดให้ พัฒนาชุด

สิทธิประโยชน์ให้ได้มาตรฐานเท่าเทียมกัน บริหารจัดการทั้งด้านการเงินการคลังและการให้สิทธิแก่กลุ่มเป้าหมาย ทุกปีจะต้องทำข้อตกลงกับโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่ต้องการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานนี้จะมีบทบาทที่ทำให้มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่มากของภาคเอกชนมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ (ยกเว้นโรงพยาบาลที่มีกลุ่มเป้าหมายลูกค้าระดับสูงที่ไม่เข้าร่วมโครงการ)

7.สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (The Board of Investment of Thailand—BOI) ได้การจูงใจการลงทุนธุรกิจโรงพยาบาลโดยมาตรการภาษี และมีการขยายการลงทุนอย่างต่อเนื่อง และมีมาตรการจัดเขตให้เกิดแรงจูงใจให้มีการลงทุนนอกกรุงเทพมหานคร (Pitayangsarit S 2001) โดยคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนได้กำหนดเงื่อนไขที่จะส่งเสริมกิจการสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 50 เตียงขึ้นไป และในต่างจังหวัดที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 25 เตียงขึ้นไป จากเงื่อนไขของจำนวนเตียงจะเห็นได้ว่าการจะได้รับส่งเสริมนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพราะถ้าหากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่มากก็ต้องใช้เงินทุนมาก และถ้าขอรับการส่งเสริมเกิน 50 ล้านบาทขึ้นไปก็ต้องทำการศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการเสนอคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนด้วย

8.สภาวิชาชีพ เช่น แพทยสภา ทันตแพทยสภา หรือสภาพยาบาล เพื่อที่จะคุ้มครองประชาชนโดยใช้มาตรการตามอำนาจหน้าที่กำกับและควบคุมการประกอบวิชาชีพ เป็นผู้มีบทบาทหากมีการฟ้องร้องในการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ

ข้อเสนอทางนโยบาย

ในปัจจุบัน สังคมไทยมีการวิพากษ์ถึงความเหมาะสมของการเปิดเสรีการค้าด้านการบริการสุขภาพ ความเหมาะสมของการเข้าตลาดหลักทรัพย์ของธุรกิจเอกชน ตลอดจนการดำเนินการตามกลไกของตลาดเสรีของธุรกิจโรงพยาบาล แต่หากจะประยุกต์หลักการและบทบาทของรัฐและเอกชนน่าจะมีหลักการสำคัญ ดังนี้ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ 2540)

➤ รัฐไม่ควรเน้นบทบาทการเป็นเจ้าของหรือบริหารจัดการสถานพยาบาลต่างๆ ควรให้เอกชนมีบทบาทมากขึ้น

➤ ควรมีการดำเนินมาตรการทางกฎหมาย ทางการเงินงบประมาณ รวมทั้งกลไกการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ ภาครัฐจะต้องมีกลไกที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดบริการในลักษณะต่างๆ และสามารถเข้าไปควบคุมหรือแทรกแซงเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนได้ เช่น

- การจัดสรรงบประมาณเพื่อให้มีบริการสาธารณสุขต่างๆ และซื้อบริการจากภาคเอกชนในราคาที่เหมาะสม โดยมีการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ
- หน้าที่หลักของรัฐคือ ออกกฎระเบียบเพื่อควบคุมพฤติกรรมและราคา รวมทั้งคุณภาพของการให้บริการ โดยอาศัยการต่อรองระหว่างหน่วยที่ซื้อบริการที่ทำหน้าที่แทนประชาชนกับผู้จัดบริการ
- รัฐควรมีมาตรการต่างๆ ที่จะส่งเสริมให้ภาคเอกชนมีแรงจูงใจในการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพด้วย

- รัฐอาจคงหน้าที่การบริการที่ควบคุมการระบาดของโรค การป้องกันโรค หรือการรักษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มที่รัฐคุ้มครองดูแล และยังประโยชน์เป็นทางเลือกให้ประชาชน ส่งผลให้เป็นการควบคุมพฤติกรรมภาคเอกชนทางอ้อม

➢ การใช้เทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้ค่าใช้จ่ายและต้นทุนด้านสุขภาพทั้งระบบสูงขึ้น รัฐควรมีมาตรการนโยบายเกี่ยวกับเทคโนโลยีที่เหมาะสมตามความจำเป็นไม่ให้เกิดความสูญเปล่าและขาดประสิทธิภาพการใช้งาน ขณะเดียวกันรัฐควรสนับสนุนการลงทุนและวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีด้วยเช่นกัน

➢ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข รัฐต้องสนับสนุนเครือข่ายหรือองค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบและคุ้มครองผู้บริโภค เช่น แพทยสภา (ศุภชัย คุณารัตนพฤษ 2540) องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์

รัฐควรมีนโยบายในด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นการสร้างความรู้สึที่ดีให้เกิดขึ้นแก่ผู้ประกอบการและผู้บริโภค ได้แก่ 1) การควบคุมคุณภาพของโรงพยาบาลเอกชนโดยให้แพทยสมาคมเข้าไปดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของแพทย์และเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการดำเนินการในแต่ละแผนกของโรงพยาบาลว่ามีคุณภาพสูงต่ำเพียงใดโดยการให้คะแนน หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้มาใช้ในการจัดอันดับของโรงพยาบาล ทำให้ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการในแต่ละแผนกได้อย่างถูกต้องตามความถนัดของแพทย์และเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ที่มีอยู่ 2) การควบคุมค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนเพื่อไม่ให้โรงพยาบาลขึ้นค่ารักษาพยาบาลได้อย่างอิสระโดยไม่มีขอบเขตจำกัด รัฐควรที่จะกำหนดค่ารักษาพยาบาลสูงสุดที่โรงพยาบาลจะคิดจากประชาชนได้ในบริการแต่ละอย่าง ก็จะเป็นการป้องกันการค้ำกำไรเกินควรของโรงพยาบาลเอกชน 3) การยกเว้นภาษีให้กับภาคเอกชนในการที่จะนำเข้าเครื่องจักรที่ใช้ในการผลิตเวชภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์ วัตถุดิบในการผลิตเวชภัณฑ์ ตลอดจนสารเคมีรังสีเพื่อใช้ในการสวนหัวใจ และเครื่องมือเครื่องใช้ในทางการแพทย์จากต่างประเทศ โดยไม่ต้องคำนึงว่าจะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือขนาดเล็กและจะมีสถานที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครหรือต่างจังหวัด เพื่อเป็นการลดต้นทุนซึ่งเป็นปัจจัยการดำเนินธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชน(จิรพัฒน์ ม่วงโพธิ์ 2540) และ 4.)ที่สำคัญทุกฝ่ายต้องตระหนักร่วมกันว่านโยบายสุขภาพจะต่างจากนโยบายสาธารณะอื่นที่มีลักษณะของผลกระทบภายนอกและความไม่เท่ากันของข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ(Bennett S 1994)

กลุ่มโรงพยาบาลภาคเอกชนได้เคยสะท้อนความต้องการข้อมูลในการลงทุน ต้องการให้มีการปฏิบัติอย่างเสมอภาคระหว่างโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ต้องการความร่วมมือในการใช้เครื่องมือพิเศษในโรงพยาบาลรัฐได้สะดวก การเข้ามามีส่วนร่วมในการผลิตและเป็นที่ฝึกงานของนักศึกษาด้านสุขภาพด้วย และที่สำคัญอาจมีองค์กรกลางที่เข้ามากำกับดูแลโรงพยาบาลเอกชนเพราะสมาคมโรงพยาบาลเอกชนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่นี้ได้ตามกฎหมาย(กองประกอบโรคศิลปะ 2538)

จากการศึกษาสถานการณ์และผลการทบทวนของสภาวะวิกฤติเศรษฐกิจต่อโรงพยาบาลเอกชนนั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอประเด็นที่ควรได้รับการพิจารณาเป็นนโยบายที่เกี่ยวข้อง เช่น

1) ควรมีมาตรการที่สนับสนุนการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ในความเป็นจริงบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์มักจะทำงานทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ในทางปฏิบัติ

แล้วแพทย์สามารถใช้ทรัพยากรต่างๆทั้งรัฐและเอกชนในดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว แต่ขาดมาตรการที่ชัดเจน เรื่องการใช้เตียงและเครื่องมือราคาแพงบางอย่างที่มีอยู่ในโรงพยาบาลเอกชนร่วมกัน ปัญหาจากห้อง ผ่าตัดไม่เพียงพอ เตียงไม่เพียงพอน่าจะลดน้อยลงไป สิ่งที่จะต้องเตรียมการคือระบบการจ่ายที่จูงใจ สนับสนุนให้มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ตัวอย่างของการปฏิบัติจะเป็นการร่วมมือและตกลงกันเอง ระหว่างหน่วยงาน เช่น สถาบันมะเร็งใช้โรงพยาบาลพญาไทสำหรับการพักฟื้นผู้ป่วยที่มารักษา มะเร็ง เป็นต้น

2) การกำหนดจำนวนและขนาดของโรงพยาบาลตามพื้นที่สอดคล้องกับความต้องการของ ประชาชน แม้ว่าการดำเนินธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนต้องพิจารณากำลังซื้อของประชาชนในพื้นที่ก็ตาม (ศกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย 1992) ซึ่งใน พรบ.สถานพยาบาลปี 2541 มาตราที่ 18 บัญญัติไว้ว่า “เพื่อ ประโยชน์ของการคุ้มครองผู้บริโภคทางสาธารณสุข รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของกรรมการมีอำนาจ ประกาศกำหนดจำนวนสถานพยาบาลที่จะอนุญาตให้ตั้ง หรือมีการบริการทางการแพทย์บางประเภทใน สถานพยาบาลในท้องที่ใดท้องที่หนึ่งได้” เป็นมาตรการที่ให้ข้อมูลก่อนการตัดสินใจในการลงทุนของ เอกชนที่ต้องมีความเสี่ยงสูงหากเปิดดำเนินการในพื้นที่หนาแน่นแล้ว นอกจากการกำหนดระดับความ เหมาะสมของภาคเอกชนแล้วสถานพยาบาลของรัฐก็ควรรวมอยู่ในมาตรการนี้เช่นกัน เพื่อลดการลงทุน ของรัฐในพื้นที่ที่ภาคเอกชนลงทุนอย่างเพียงพอแล้ว

3) มาตรการด้านราคา นอกเหนือจากกลไกราคาตลาดแล้ว อาจมีราคาแทรกแซงบ้าง อย่างไรก็ดี แนวโน้มของราคาเดี่ยว(Single price) จากการเหมาจ่ายรายหัวของนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกองทุนสำนักงานประกันสังคมได้ทำให้โรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากหันมาให้ความสำคัญของ นโยบายลดต้นทุนการผลิต โดยผู้ที่สามารถควบคุมต้นทุนให้ต่ำกว่าจะได้รับส่วนต่างของรายรับมากขึ้น ดังนั้นมาตรการที่สำคัญมากคือการควบคุมเรื่องคุณภาพบริการ

มาตรการด้านราคา ได้มีกฎกระทรวงว่าด้วยการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล อัตราค่าบริการพยาบาลค่าบริการและสิทธิของผู้ป่วย พ.ศ. ๒๕๔๕ โดยข้อ ๓ “ให้ผู้รับอนุญาตแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับอัตราค่าบริการพยาบาล และค่าบริการที่ สถานพยาบาลต้องแสดงตามมาตรา ๓๓ วรรคหนึ่ง ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานพยาบาลที่ ได้รับอนุญาต โดยจัดทำเป็นแผ่นประกาศ แผ่นพับ เป็นเล่มหรือแฟ้มเอกสาร หรือโปรแกรม คอมพิวเตอร์ แสดงให้ผู้ป่วยทราบ และจัดทำแผ่นป้ายให้อ่านได้ชัดเจนด้วยอักษรไทยขนาดความสูงไม่ น้อยกว่าสิบเซนติเมตร แสดงให้ผู้ป่วยทราบว่า จะสอบถามอัตราค่าบริการพยาบาลและค่าบริการของ สถานพยาบาลได้ที่ใด โดยแสดงไว้ในที่ที่เห็นได้ชัดเจน” สำหรับความคิดเรื่องกำหนดราคากลาง สำหรับโรงพยาบาลเอกชนนั้น คงทำได้ยากเพราะต้นทุนโรงพยาบาลแตกต่างกันมากและอาจมีการเรียก เก็บค่าอย่างอื่นเพิ่มเติมอีกได้ เช่นกัน(กองประกอบโรคศิลปะ 2538) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลได้บทบาทด้านคุณภาพบริการ

4) การประสานงานในรูปแบบของกรรมการที่มาจากผู้ออกนโยบาย ผู้จัดบริการภาครัฐ และ ภาคเอกชน เพื่อเพิ่มส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกัน โดยต้องตระหนักว่าการดำเนินการของฝ่ายใดย่อม ส่งผลกระทบบต่อระบบโดยรวมทั้งสิ้น เช่น การขยายของธุรกิจเอกชน จะดึงทรัพยากรบุคคลจากรัฐส่งผล

ต่อการกระจายภาครัฐในเขตภูมิภาค หรือการจำกัดการใช้สวัสดิการของข้าราชการในการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ส่งผลตรงต่อรายรับของเอกชนเช่นกัน โดยภาคีที่ควรจะมีบทบาทที่สำคัญประกอบด้วย กองประกอบโรคศิลปะ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค องค์กรวิชาชีพ ร่วมกับหน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล คือ สำนักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงการคลัง เป็นต้น ที่สำคัญคือการกำหนดทิศทางและความเหมาะสมของนโยบายที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย ที่ปัจจุบันระบบเอกชนใกล้เคียงกับของสหรัฐอเมริกาที่ การอยู่รอดของธุรกิจต้องอยู่ที่ผลกำไร ใช้งบประมาณในต้นทุนลงทุน(Capital cost)สูง ทำให้ปัจจัยเหล่านี้อาจผลักดันให้มีการใช้บริการเกินความจำเป็นได้ ขณะเดียวกันที่การบังคับใช้กฎหมายของสังคมไทยค่อนข้างอ่อนแอ(Bennett S 1994)

5) สร้างองค์กรหรือหน่วยงานที่สนับสนุนและให้คำปรึกษาของการลงทุน ปัจจุบันมีการสนับสนุนการลงทุนของธุรกิจจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน ที่ควรจะเน้นที่การกระจายการลงทุนในภูมิภาค เช่นกันกับภาครัฐก็ควรกระจายงบประมาณการลงทุนไปที่ภูมิภาคเช่นกัน การสนับสนุนการลงทุนในการซื้อเครื่องมือราคาแพงควรมีหน่วยงานที่มีบทบาทในการประเมินการใช้ร่วมด้วย เช่น ส่วนงานประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ กรมการแพทย์ เป็นต้น และนอกเหนือจากการส่งเสริมการลงทุนนี้แล้วยังไม่มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้ข้อมูลแก่ผู้ที่กำลังจะลงทุน แม้กระทั่งกองประกอบโรคศิลปะจะมีบทบาทตอนที่การก่อสร้างสถานที่แล้วเสร็จพร้อมที่จะเปิดดำเนินการแล้วเพียงมาขออนุญาตเปิดสถานพยาบาลเท่านั้น(กองประกอบโรคศิลปะ 2538)ซึ่งถือว่าไม่ทันการในการให้คำปรึกษา

6) ความเสมอภาคของการตรวจสอบและใช้นโยบายของรัฐ เช่น การรับรองคุณภาพบริการจะต้องดำเนินการเท่าเทียมกันทั้งของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน โดยเน้นที่ประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองและได้ประโยชน์สูงสุด โดยปัจจุบันการดำเนินการของกองประกอบโรคศิลปะมีอำนาจตามกฎหมายดูแลเพียงสถานพยาบาลเอกชนเท่านั้น

อุปสรรคและข้อเสนอแนะการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ จะพบอุปสรรคในขั้นตอนการเก็บข้อมูล โดยการศึกษาข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ 75 โรงพยาบาล แต่ได้แบบสอบถามที่ตอบกลับที่มีความสมบูรณ์ในการวิเคราะห์เพียง 29 ชุด (38.6%) เท่านั้น ทำให้ต้องใช้ข้อมูลดิบของจากโครงการสำรวจโรงพยาบาลเอกชน 2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเก็บข้อมูลจากการส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ และมีจำนวนโรงพยาบาลที่ตอบกลับ 326 แห่ง เป็นอีกข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ใหม่ประกอบการศึกษานี้

ส่วนการศึกษาโครงสร้างรายจ่ายในการดำเนินงานและเงินลงทุนจากเอกสารจากงบการเงินของโรงพยาบาลเอกชนจากรายงานที่รายงานต่อกระทรวงพาณิชย์ แม้จะสามารถเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบได้จำนวน 62 แห่ง(กำหนดไว้ 75 แห่ง) แต่ลักษณะการจัดทำบัญชีของโรงพยาบาลบางแห่งมีรูปแบบที่ไม่เหมือนกันทำให้ประสบปัญหาสามารถวิเคราะห์ดัชนีการเงินได้จำกัด เช่นกัน ซึ่งส่งผลต่อการศึกษากฎนี้ตัวอย่างของ 4 โรงพยาบาลล้วนต้องมาจากกลุ่มที่มีข้อมูลในตลาดหลักทรัพย์ที่สามารถสืบค้นข้อมูลได้ครบถ้วนมากกว่า

การศึกษาเกี่ยวกับโรงพยาบาลเอกชนและการกำหนดนโยบายในอนาคต ควรให้สมาคมโรงพยาบาลเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยมากขึ้น อาจเข้าร่วมเป็นผู้วิจัยหรือเป็นเจ้าของโครงการ นอกเหนือจากเดิมที่เป็นเพียงการเข้าร่วมให้ข้อมูลเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการยอมรับและจะส่งผลต่อความสำเร็จของการกำหนดนโยบายต่อไปด้วย และการศึกษาในอนาคตควรจะทำการศึกษาผู้ประกอบการภาคเอกชนอีกกลุ่มคือคลินิกขนาดเล็กที่มีบทบาทต่อการให้บริการสุขภาพมาก(Nittayaramphong S 1994)

รายการอ้างอิง

- Andaleeb, S. S. (2000). "Public and private hospitals in Bangladesh: service quality and predictors of hospital choice." *Health Policy Plan* 15(1): 95-102.
- Bridges, J. F. and P. Sperling (2001). "Increasing the efficiency and flexibility of capital funding for public and private hospitals." *Aust Health Rev* 24(2): 55-62.
- CHENG, M. (2001). "Inside The Battle For Asia's Sick Rich." *Asia Week* 16 Nov 2001.
- Duckett, S. J. (2002). "Australian hospital services: an overview." *Aust Health Rev* 25(1): 2-18.
- Gallet, M. and P. Nony (1990). "Private hospital and phase I." *Fundam Clin Pharmacol* 4 Suppl 2: 215s-219s.
- Gupta, I. (2001). COMMERCIAL PRESENCE IN THE HOSPITAL SECTOR UNDER GATS A CASE STUDY OF INDIA. DELHI, INSTITUTE OF ECONOMIC GROWTH.
- Pitayarangsarit S, W. S., Tangcharoensathien V, (2001). Policy framework towards private health sector in Thailand.
- Sirisali, K., P. Vattanaviboon, et al. (1999). "Thai clinical laboratory responsible to economic crisis." *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 30 Suppl 3: 54-6.
- Sullivan, N., R. Redpath, et al. (2002). "Public hospitals: who's looking after you? The difficulties in encouraging patients to use their private health insurance in public hospitals." *Aust Health Rev* 25(3): 6-14.
- Surrao, S., G. Taylor, et al. (2002). "Hospital funding and services in Queensland." *Aust Health Rev* 25(1): 99-120.
- Tangcharoensathien, V., Khongswatt, S., Tantigate, N (1993). The 1992 private hospital census in Thailand. Bangkok, Health Systems Research Institute.
- WHO (1998). HEALTH IMPLICATIONS OF THE ECONOMIC CRISIS IN THE SOUTH-EAST ASIA REGION. Bangkok, Report of a regional consultation Bangkok, Thailand,.
- Yang, B. M., N. Prescott, et al. (2001). "The impact of economic crisis on health-care consumption in Korea." *Health Policy Plan* 16(4): 372-85.
- จิรพัฒน์ ม่วงโพธิ์ (2540). โรงพยาบาลเอกชน...ในกระแสเศรษฐกิจซบเซา, ศูนย์วิจัยธนาคารกสิกรไทย.
- จิรพัฒน์ ม่วงโพธิ์ (2542). โรงพยาบาลเอกชน : ส่อแววใส...ในปีกระต่าย.
- ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา (2543). การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพหลังวิกฤตเศรษฐกิจ.
- ทวีศักดิ์ สุททกวาทิน การปฏิรูประบบการจัดการ เพื่อรองรับการประกันสุขภาพในประเทศไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ธนาคารกรุงศรีอยุธยาจำกัด(มหาชน) (2545). "โรงพยาบาลเอกชน ยังไม่ฟื้นภาวะวิกฤติ." *วารสารเศรษฐกิจวิเคราะห์*: 14-21.
- ฝ่ายวิจัยไทย บริษัทหลักทรัพย์เอบีเอ็นแอมโรเอเชีย (2003). "ทิศทางการตลาดสุขภาพนี้." *ABN AMRO (www.ast.co.th)* 7(437): 1-9.
- โพลล์ศูนย์วิจัยกสิกรไทย (2541). การรักษายาพยาบาลยามเจ็บป่วยในยุคไอเอ็มเอฟ.
- วรพล พรหมิกบุตร (2545). "ระบบบริการสาธารณสุขหลังวิกฤติเศรษฐกิจไทย: บทบาทและข้อเสนอความคิด."

- วิโรจน์-ตั้งเจริญเสถียร (2542). การวิจัยเพื่อการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการระยะที่ 2 พ.ศ.2540-2541. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย (2540). ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน : ต้นทุนสูงขึ้น...ตามบาทลอยตัว.
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย (2541). โรงพยาบาลเอกชนฝ่าวิกฤติ : ชุบชีวิต...พิชิตตลาดชาวต่างชาติ.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2540). "รัฐและเอกชนเพื่อสุขภาพ: แนวคิด ข้อควรระวังและข้อเสนอ." วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 5(4): 271-281.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2546). ชุดโครงการศึกษาเพื่อติดตามสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพในภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ. กรุงเทพฯ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์: 74.

ภาคผนวก
แบบสอบถามสถานพยาบาล : โรงพยาบาลเอกชน

เรื่อง “บทบาทและการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย
ในสภาวะก่อนและระหว่างวิกฤตเศรษฐกิจ”

การสำรวจนี้เพื่อต้องการทราบข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชนที่มีบทบาทสำคัญต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ เพื่อพัฒนา
นโยบายที่เอื้อต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนและการพัฒนาความร่วมมือของสถานพยาบาลเอกชนกับนโยบายสุขภาพถ้วน
หน้า โดยข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะใช้ประมวลผลในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลของโรงพยาบาลและความคิดเห็นของท่านจะถูกปิดเป็นความลับ
แบบสอบถามมีทั้งสิ้น 7 หน้ากระดาษ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1.ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2.จำนวนบุคลากรการแพทย์

ส่วนที่ 3.จำนวนเตียงและห้องพิเศษ

ส่วนที่ 4.เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ

ส่วนที่ 5.ปริมาณการบริการ

ส่วนที่ 6.นโยบายและการบริการอื่นๆ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล

1.ชื่อสถานพยาบาล.....

2.สถานที่ตั้ง ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

GROUP[]

4.ประเภทผู้ป่วย

() ทั่วไป () เฉพาะ () อื่นๆ(ระบุ).....

TYPE[]

5.จำนวนเตียงที่ขออนุญาตจดทะเบียนครั้งแรก เตียง

RE-BED1[][][]

-เพิ่ม/ลดเป็น เตียง เมื่อ พ.ศ.

RE-BED2[][][]

-เพิ่ม/ลดเป็น เตียง เมื่อ พ.ศ.

RE-BED3[][][]

-เพิ่ม/ลดเป็น เตียง เมื่อ พ.ศ.

RE-BED4[][][]

6.จำนวนเตียงที่เปิดให้บริการจริงแรกเริ่ม เตียง

BED1[][][]

-เพิ่ม/ลดเป็น เตียง เมื่อ พ.ศ.

BED2[][][]

-เพิ่ม/ลดเป็น เตียง เมื่อ พ.ศ.

BED3[][][]

-เพิ่ม/ลดเป็น เตียง เมื่อ พ.ศ.

BED4[][][]

7.การจัดทะเบียนประกอบการเป็น

() ประเภทบุคคลทั่วไป () ประเภทนิติบุคคล () ประเภทมหาชน

H-TYPE1[]

8.ลักษณะของกิจการ

() เป็น รพ.เดี่ยว () เป็น รพ.ในเครือของ

H-TYPE2[]

ส่วนที่ 3 จำนวนเตียงและห้องพิเศษ

ก.จำนวนเตียงของโรงพยาบาล

ประเภทเตียง	พ.ศ.2539	พ.ศ.2540	พ.ศ.2541	พ.ศ.2542	พ.ศ.2543	พ.ศ.2544
เตียงผู้ป่วยสามัญ						
เตียงผู้ป่วยสังเกตอาการ						
เตียงผู้ป่วยพิเศษ						
เตียงบริบาลผู้ป่วยหนัก(ICU)						
เตียงผ่าตัด						
เตียงคลอด						

ข.ลักษณะและจำนวนห้องพิเศษ

ประเภทเตียง	พ.ศ.2539		พ.ศ.2540		พ.ศ.2541		พ.ศ.2542		พ.ศ.2543		พ.ศ.2544	
	จำนวน	ราคา/ เตียง*	จำนวน	ราคา/ เตียง*	จำนวน	ราคา/ เตียง*	จำนวน	ราคา/ เตียง*	จำนวน	ราคา/ เตียง*	จำนวน	ราคา/ เตียง*
1.ห้องพิเศษรวม												
ชนิด เตียง/ห้อง												
ชนิด เตียง/ห้อง												
ชนิด เตียง/ห้อง												
ชนิด เตียง/ห้อง												
2.ห้องพิเศษเดี่ยว												
แบบ												
แบบ												
แบบ.....												
แบบ.....												

*หมายถึงราคาเตียงหรือค่าห้องนั้น (ที่ไม่รวมค่าอาหารและค่ารักษาพยาบาลซึ่งจะขึ้นกับแต่ละ case)

ส่วนที่ 4 เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ

ปัจจุบันท่านมีเครื่องมือการแพทย์เหล่านี้หรือไม่ จำนวนเท่าใด

ประเภทเครื่องมือ	จำนวน เครื่อง	ปี พ.ศ.. ที่เริ่มใช้	จำนวนการใช้เครื่อง ณ พ.ศ.ต่างๆ (ครั้ง/ปี)					
			2539	2540	2541	2542	2543	2544
1.Ultra-sonography		เครื่อง 1 เครื่อง 2 เครื่อง 3 เครื่อง 4						
2.Computerized Tomographic Scanner		เครื่อง 1 เครื่อง 2 เครื่อง 3 เครื่อง 4						
3.Magnetic Resonance Imaging		เครื่อง 1 เครื่อง 2 เครื่อง 3 เครื่อง 4						
4.Extracorporeal Shock Wave Lithotripter		เครื่อง 1 เครื่อง 2 เครื่อง 3 เครื่อง 4						
5.X-ray machine		เครื่อง 1 เครื่อง 2 เครื่อง 3 เครื่อง 4						

ส่วนที่ 6 นโยบายและการบริการอื่นๆ

ช่วงปี พ.ศ. 2539-2544 โรงพยาบาลของท่านได้มีการจัดชุดบริการ Campaign/Package ใดๆ หรือขยายการบริการด้านอื่นๆ หรือไม่

() ไม่มีเลย

() มี

ระยะเวลา.	รายการที่จัดบริการ Campaign/Package, ขยายการบริการด้านอื่นๆ

หมายเหตุ กรุณาระบุชื่อ เป้าหมาย ระยะเวลา และราคา ในการเข้าร่วมกับการจัดบริการนั้นด้วย

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้กรอกแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามอย่างครบถ้วน