



รายงานการศึกษากลุ่ม  
(Group Project)

เรื่อง การให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ  
เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพ  
กรณีศึกษา : โรงพยาบาลบางพลี

จัดทำโดย กลุ่มที่ 7 รุ่นที่ 87

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม  
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 87  
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.  
ประจำปี 2561  
ลิขสิทธิ์ของสำนักงาน ก.พ.



## รายงานการศึกษากลุ่ม (Group Project)

เรื่อง การให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐเพื่อเพิ่มคุณภาพ

การให้บริการด้านสุขภาพ

กรณีศึกษา : โรงพยาบาลบางพลี

จัดทำโดย กลุ่มที่ 7 รุ่นที่ 87

1. นายกิตติศักดิ์ จุลสำรวล
2. นางนภัสชล ทองสมจิตร
3. นางบุษกร ปราบณศักดิ์
4. นายสมศักดิ์ สุขจันทร์
5. นางสาวสิริรัตน์ วีรวิศาล
6. นายพินิจ กัลยาณมณีกร
7. นายไพโรจน์ พุทธิวิศิษฐ์
8. นางจิระภา ดวงดี
9. นายชัยพล สุขเอี่ยม
10. นายนำพล แดนพิพัฒน์
11. นางสาวณอม สุรวงศ์ตระกูล

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม

หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 87  
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.

ประจำปี 2561

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน



(หน้าอนุมัติ)  
สำนักงาน ก.พ.

เอกสารรายงานการศึกษากลุ่มนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม  
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรมของสำนักงาน ก.พ.

ลงชื่อ.....  
(.....)  
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....  
(.....)  
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....  
(.....)  
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....  
(.....)  
อาจารย์ที่ปรึกษา

## บทสรุปผู้บริหาร

การมีสุขภาพที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญพื้นฐานของการพัฒนาประเทศ การให้บริการด้านสาธารณสุขที่จะสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีจึงเป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพ ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 ให้สิทธิประชาชนในการได้รับการสาธารณสุขของรัฐที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง แต่ปัจจุบันระบบการสาธารณสุขของประเทศยังประสบปัญหาในเรื่อง การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึง คุณภาพการให้บริการ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของครัวเรือน วิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาลที่อยู่ในภาวะติดลบ เมื่อพิจารณาถึงสภาพปัญหาด้านสาธารณสุขที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการบริการสาธารณสุขประกอบด้วย การเข้าสู่สังคมสูงวัย อัตราการเป็นโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เพิ่มขึ้นจากพฤติกรรมบริโภคที่นิยมอาหารจำพวกแป้ง ไขมัน และน้ำตาลเพิ่มมากขึ้น เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่กระจุกตัวอยู่ในสถานพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และภาระทางการคลังของประเทศที่มีจำนวนสูงขึ้นทุกปี นอกจากนี้ ประเทศยังมีความจำเป็นที่จะต้องใช้งบประมาณการลงทุนเพื่อปรับโครงสร้างพื้นฐานอีกเป็นจำนวนมาก ประกอบกับการพัฒนาทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยมีอายุที่ยืนยาวทำให้ประเทศต้องเพิ่มภาระทางการคลัง มีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ความต้องการบุคลากร ทางแพทย์เพิ่มขึ้น ดังนั้น การที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงและได้รับการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยการร่วมลงทุนของภาครัฐและเอกชน **จากกรณีศึกษาการจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลบางพลี** ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่นำระบบความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในรูปแบบการร่วมทุน (Public-Private Partnership-PPP) โดยจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือดเพื่อให้บริการในโรงพยาบาลจนประสบผลสำเร็จและประชาชนมีความพึงพอใจในการได้รับการเป็นอย่างมาก มาใช้เป็นกรณีศึกษาให้กับโรงพยาบาลของรัฐอื่นๆ ได้ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการ จะช่วยให้ภาครัฐสามารถให้บริการทางการแพทย์ได้เพิ่มขึ้นโดยมีความคุ้มค่าทางการเงิน ประหยัดต้นทุนและบุคลากรในการดำเนินการ สำหรับภาคเอกชนจะได้มีโอกาสร่วมงานและเสนอแนะแนวทางกับภาครัฐเพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้มากขึ้น

สำหรับโจทย์และเป้าหมายหลักในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย **ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และมีคุณภาพ จากการร่วมลงทุนของรัฐและเอกชนบนพื้นฐานความยั่งยืนทางการเงินการคลัง**

กรณีศึกษาโรงพยาบาลบางพลี โดยการให้บริการโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยมีกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้กำกับดูแลและควบคุมคุณภาพ เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่รัฐจะใช้เป็นทางเลือกเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ซึ่งเป็นกรณีศึกษาจากโรงพยาบาลบางพลีเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารและการจัดการการร่วมลงทุนของรัฐและเอกชน จึงได้กำหนดแนวทางในการบรรลุเป้าหมายรอง ได้แก่

1. การศึกษาการจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลบางพลี ภายใต้ความร่วมมือภาครัฐและเอกชน

2. รูปแบบการร่วมทุนระหว่างรัฐและเอกชน (Public Private Partnership - PPP) เพื่อจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลของรัฐ

คณะผู้ศึกษา ได้วิเคราะห์การคิดเชิงกลยุทธ์ (strategic thinking) โดยการดึงตัวเองจากสถานการณ์เพื่อกำหนดความคิด (Mind Set) หรือมุมมองนอกกรอบ ของการจัดการเชิงกลยุทธ์ (Anatomy) ทั้งทางลึกและทางกว้าง และกำหนดวิธีการหรือแนวทางการพัฒนา (Methodology) รวมถึงจัดทำแผนที่กลยุทธ์ (strategic Map) ที่เป็นวิธีการในการสื่อสารกลยุทธ์ เพื่อช่วยให้บุคลากรทุกคนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกิดความเข้าใจในกลยุทธ์ขององค์กรโดยเชื่อมโยงการดำเนินงานสู่เป้าหมาย ซึ่งเป็นการคิดแบบไปข้างหน้า (Forward Thinking) ทำน้อย ได้เพิ่มมาก โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด เพื่อพัฒนาร่วมทุนของภาครัฐและเอกชนในการจัดตั้งศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้รูปแบบการร่วมทุนของรัฐและเอกชน (PPP) ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ในระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว ภายในระยะเวลา 4-5 ปี และเป็นแนวทางการพัฒนาสู่การร่วมทุนในการบริการด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคอื่นๆ

จากแนวคิดเชิงกลยุทธ์ดังกล่าว นำมาสู่การศึกษาการร่วมทุนของรัฐและเอกชน เพื่อเพิ่มศักยภาพและโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข เพื่อทำให้เกิดการดำเนินงานในธุรกิจเชิงรุกกับภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยพัฒนาศักยภาพด้านการสาธารณสุขใน 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านบริการสาธารณสุข เพื่อให้คนไทยได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง
2. ด้านบุคลากร มีการพัฒนาแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่เทคนิคเฉพาะโรค
3. ด้านประชาชนผู้เข้ารับบริการสามารถใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพในการรักษาและการดูแล เป็นการลดค่าใช้จ่ายในภาคครัวเรือน
4. ด้านภาวะทางการเงินของภาครัฐ เป็นการลดภาระงบประมาณในการจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือด
5. ด้านความมั่นคงทางการเงินของโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลลดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ และมีงบประมาณไปใช้จ่ายด้านการบริการสาธารณสุขอื่นๆ

กล่าวโดยสรุป คณะผู้ศึกษาต้องการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และมีคุณภาพ จากการร่วมลงทุนของรัฐและเอกชน บนพื้นฐานความยั่งยืนทางการเงินการคลัง โดยภาครัฐเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมลงทุนในการบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งในพัฒนาการบริการด้านสาธารณสุข โดยศึกษากรณีการร่วมทุนของโรงพยาบาลบางพลี ในการจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือด และนำรูปแบบการร่วมทุนภาครัฐและเอกชน (PPP) เพื่อพัฒนาเป็นวิธีการที่ทำให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุม ในการลดค่าใช้จ่ายของประชาชน มีความคุ้มค่าทางการเงินและไม่เป็นภาระของโรงพยาบาล และจะทำให้รัฐมีงบประมาณในการพัฒนาบริการสาธารณสุขในด้านอื่นๆ ต่อไป จากกรณีความสำเร็จดังกล่าวคณะผู้ศึกษาเห็นสมควรสรุปกรอบกลยุทธ์ในการดำเนินการเป็น 3 ระยะ โดยมีระยะสั้น (ภายใน 1 ปี) ผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ โรงพยาบาลของรัฐที่มีเอกชนร่วมลงทุนสามารถมีเงินทุนหมุนเวียนเพิ่มมากขึ้น และประชาชนในพื้นที่ดำเนินการสามารถเข้าถึงบริการด้านหัวใจ

และหลอดเลือด **ระยะปานกลาง (ภายใน 2-3 ปี)** ผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ ประชาชนในพื้นที่ดำเนินการสามารถเข้าถึงบริการด้านหัวใจและหลอดเลือด และโรงพยาบาลของรัฐที่มีเอกชนร่วมลงทุนสามารถเปิดดำเนินการได้ **ระยะยาว (ภายใน 5 ปี)** ผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจสามารถเข้าถึงบริการการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น และโรงพยาบาลของรัฐที่มีเอกชนร่วมลงทุนสามารถเปิดดำเนินการได้

**ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา** คือ **ประสิทธิภาพของผู้บริหารองค์กร** ผู้บริหารที่มีประสิทธิภาพย่อมทำให้การดำเนินการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และการบริหารของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน **ความร่วมมือของภาคเอกชน** ภาคเอกชนมีความสนใจในการที่จะเข้าร่วมลงทุนการดำเนินการจึงประสบความสำเร็จ **สถานที่สำหรับรองรับการดำเนินการ** ควรจะมีสถานที่ที่เพียงพอสำหรับรองรับการให้บริการด้วย **และหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการร่วมทุน** การกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขสัญญาที่เหมาะสม มีผลให้เอกชนตัดสินใจเข้าร่วมลงทุนในการบริการด้านสาธารณสุข

**ประโยชน์ที่จะได้รับในส่วนของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน**

**1. ประโยชน์ต่อภาครัฐ** การให้ภาคเอกชนเข้าร่วมลงทุนสามารถสนับสนุนการดำเนินงานของภาครัฐ จะช่วยสร้างความคุ้มค่าทางการเงินและช่วยประหยัดต้นทุนในการดำเนินการทางด้านสุขภาพได้และยังเป็นการแบ่งหน้าที่การบริหารความเสี่ยงที่จะได้รับจากความรู้ประสบการณ์จากภาคเอกชน

**2. ประโยชน์ต่อภาคเอกชน** การที่เอกชนเข้าร่วมลงทุนทางด้านสุขภาพในการให้บริการสาธารณะด้วยความมีประสิทธิภาพและในบางครั้งที่สภาพเศรษฐกิจเริ่มชะลอตัวจะถือว่าเป็นการสนับสนุนเศรษฐกิจของประเทศโดยการส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้าร่วมลงทุนกับภาครัฐ ทำให้ภาคเอกชนจะมีโอกาสเสนอแนะแนวทางในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**3) ประโยชน์ต่อประชาชน** ทำให้ประชาชนผู้รับบริการสามารถได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพในราคาที่เหมาะสมภายใต้เงื่อนไขการกำกับดูแลที่เหมาะสมของภาครัฐ

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษากลุ่มที่ 7 เรื่อง การให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพ กรณีศึกษา : โรงพยาบาลบางพลี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมหลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และมีคุณธรรม รุ่นที่ 87 วิทยาลัยนักบริหารสถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.ประจำปี 2561 ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้เป็นอย่างดี

คณะผู้ศึกษาต้องขอขอบพระคุณ ท่านอาจารย์ ดร.รัฐ ธนาดิเรก เป็นอย่างยิ่งที่ท่านกรุณาเสียสละเวลา ตั้งใจทุ่มเท ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และให้คำชี้แนะ กรอบแนวคิด ทฤษฎี กลยุทธ์ต่างๆ อย่างลึกซึ้งและเข้าใจง่าย เพื่อให้การจัดทำรายงานการศึกษามีคุณภาพและการนำเสนอเป็นไปอย่างมืออาชีพ และขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ นายธีรยุทธ์ หล่อเลิศรัตน์ และนายสุรพันธ์ ปุสสเด็จ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำต่างๆ ที่มีประโยชน์ระหว่างการนำเสนอความก้าวหน้าจนทำให้รายงานการศึกษาสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณะอาจารย์ที่ปรึกษา และท่านวิทยากรในหลักสูตรทุกท่านที่ได้ให้ความรู้คำแนะนำในหลายๆ ด้าน ซึ่งทำให้การศึกษาดำเนินไปอย่างมีทิศทางและมีความสมบูรณ์ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งคณะผู้ศึกษาวิจัยได้นำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์และวิทยากรทุกท่านเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะผู้จัดหลักสูตรและเจ้าหน้าที่ของวิทยาลัยนักบริหารสถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ. ทุกท่านที่มุ่งมั่นตั้งใจจัดการศึกษา และให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกอย่างดียิ่ง ทำให้คณะผู้ศึกษาสามารถจัดทำรายงานการศึกษาได้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ครบถ้วน ตลอดจนทำให้การอบรมหลักสูตร “นักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และมีคุณธรรม” สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรได้เป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้เข้ารับการอบรมในรุ่นที่ 87 สำหรับมิตรภาพและคำชี้แนะต่างๆ ที่ได้มอบให้คณะผู้ศึกษาตลอดช่วงเวลาอบรม

ทั้งนี้ ต้องขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางพลีทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี ทำให้รายงานฉบับนี้มีความครอบคลุมในด้านการบริหารจัดการทุกมิติ คณะผู้ศึกษาจึงขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

สุดท้ายนี้คณะผู้ศึกษา หวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนางานด้านบริการสาธารณสุขอย่างยั่งยืนต่อไป

คณะผู้ศึกษากลุ่มที่ 7  
เมษายน 2561

## สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	ซ
สารบัญ	ซ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
สารบัญแผนภูมิ	ฎ
1. สภาพทั่วไปของปัญหา	1
1.1 ความสำคัญของประเด็นที่ศึกษา	1
1.2 สถานการณ์ปัญหาจากอดีตถึงปัจจุบันที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนา	2
1.3 การดำเนินงานที่ผ่านมาของรัฐบาลในด้านสาธารณสุข	7
1.4 สรุปปัญหาและการดำเนินงานในอดีตที่ผ่านมา	8
2. การคาดการณ์ปัญหาและโอกาสการพัฒนาของประเทศในอนาคต	9
2.1 การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงและสถานะแวดล้อมในอนาคตที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการบริการสาธารณสุขของประเทศไทย	9
2.2 Potential Demand ในอนาคต	11
2.3 สรุปการคาดการณ์	12
2.4 นิยามศัพท์	12
3. แนวทางการพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ	14
3.1 การเชื่อมโยงผลการวิเคราะห์	14
3.2 โจทย์หรือเป้าหมายหลัก	14
3.3 กรณีศึกษา : การจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลบางพลี ภายใต้ความร่วมมือภาครัฐและเอกชน	17
4. การนำแนวทางบรรลุเป้าหมายไปสู่การปฏิบัติ	29
5. บทสรุป	38
5.1 สรุปในภาพรวม	38
5.2 บทเรียนที่ได้เรียนรู้จากการจัดทำรายงาน	39
บรรณานุกรม	41
คณะผู้จัดทำ	43



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1 : บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (ต่อประชากร 10,000 คน)	2
ตารางที่ 1.2 : อัตราการกระจายตัวของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย	3
ตารางที่ 1.3 : อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญต่อประชากร 1,000,000 คน	4
ตารางที่ 2.1 : เปรียบเทียบความชุก (ร้อยละ) ของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง ต่อโรคไม่ติดต่อของคนไทย พ.ศ.2547 พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2550 พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2558	10
ตารางที่ 2.2 : จำนวนเครื่องมือแพทย์ราคาแพง	10
ตารางที่ 2.3 : ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์	12
ตารางที่ 3.1 : โครงการภายใต้กิจการในแผนยุทธศาสตร์	20
ตารางที่ 3.2 : รูปแบบการสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างโรงพยาบาลบางพลีและโรงพยาบาลธนบุรี	23
ตารางที่ 3.3 : ตารางแสดงผลการให้การรักษผู้ป่วยตั้งแต่เปิดดำเนินการ	25
ตารางที่ 3.6 : ตารางแสดงร้อยละผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ Door to Balloon	26
ตารางที่ 3.7 : ตารางแสดงอัตราตายของผู้ป่วยที่มารับบริการ	26
ตารางที่ 3.8 : ตารางการประเมินความพึงพอใจ แยกแผนก ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลบางพลีปี 2559	26
ตารางที่ 4.1 : ปัจจัยในการพิจารณาเพื่อให้ได้ตามผลที่คาดหวัง ในระยะสั้น	31
ตารางที่ 4.2 : ปัจจัยในการพิจารณาเพื่อให้ได้ตามผลที่คาดหวัง ในระยะปานกลาง	33
ตารางที่ 4.3 : ปัจจัยในการพิจารณาเพื่อให้ได้ตามผลที่คาดหวัง ในระยะยาว	35

## สารบัญภาพ

ภาพที่ 1.1 : สรุปสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลรัฐ	6
ภาพที่ 2.1 : การคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทย	9

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1.1 : ข้อมูลงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556-2561	5
แผนภูมิที่ 1.2 : สัดส่วนงบประมาณด้านสาธารณสุขต่องบประมาณของประเทศ	5
แผนภูมิที่ 1.3 : ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2556-2561	5
แผนภูมิที่ 3.1 : การพัฒนาความร่วมมือร่วมกับภาคเอกชนในรูปแบบการร่วมลงทุนด้านสาธารณสุข	15
แผนภูมิที่ 3.2 : สภาพปัญหาโรงพยาบาลบางพลี	17
แผนภูมิที่ 3.4 : กรอบแนวคิดความร่วมมือภาครัฐ และเอกชนในการจัดตั้งศูนย์สวนหัวใจ และหลอดเลือดโรงพยาบาลบางพลี	19
แผนภูมิที่ 3.5 : กระบวนการพัฒนาในการจัดตั้งศูนย์สวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลบางพลี	25
แผนภูมิที่ 3.6 : แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ทำหัตถการทั้งหมด	25
แผนภูมิที่ 3.7 : แสดงสัดส่วนสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้มารับบริการ	25
แผนภูมิที่ 3.8 : ขั้นตอนการดำเนินการขอประเมินศูนย์หัวใจ	27

## บทที่ 1

### สภาพทั่วไปของปัญหา

#### 1.1 ความสำคัญของประเด็นที่จะศึกษา

การมีสุขภาพที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญพื้นฐานของการพัฒนาประเทศ ซึ่งสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nation Development Programme : UNDP) ได้นำปัจจัยด้านสุขภาพมาเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index : HDI) ซึ่งสอดคล้องกับ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ขององค์การสหประชาชาติที่ได้กำหนดเป้าหมายทางด้านสุขภาพไว้ว่าประชาชนจะต้องมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงอายุ และมีเป้าหมายย่อยอีก 13 เป้าหมายที่จะต้องบรรลุในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) เนื่องจากประเทศที่มีพลเมืองมีสุขภาพที่ดี มีสติปัญญา สามารถคิดอย่างมีเหตุผล มีความคิดอย่างสร้างสรรค์ มีความสามารถในการเรียนรู้ มีทักษะการประกอบอาชีพ มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจจะเป็นกำลังสำคัญสำหรับการพัฒนาประเทศ ดังนั้น เพื่อเป็นการวางรากฐานของการพัฒนาประเทศจึงจำเป็นต้องเริ่มจากการส่งเสริมให้คนในประเทศมีสุขภาพดีเป็นลำดับแรก

การให้บริการด้านสาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีและเป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ให้สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ ดังนี้

มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

มาตรา 48 สิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตรย่อมได้รับความคุ้มครองและช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพและบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขตามวรรณหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ได้บัญญัติเกี่ยวกับสุขภาพและหลักการสำคัญของระบบสุขภาพไว้ดังนี้

ข้อที่ 1 สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคน ทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และในสังคมวงกว้าง ตลอดจนได้รับการสนับสนุนให้มือนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี

ข้อที่ 4 ระบบสุขภาพ จะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมาภิบาล ความรู้และปัญญา

## 1.2 สถานการณ์ปัญหาจากอดีตถึงปัจจุบันที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนา

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน พบว่ามีประเด็นปัญหาที่สำคัญ 5 ประการ ที่จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนา ประกอบด้วย

1) การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึง ปัจจุบันประเทศไทยมีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเฉลี่ยต่อประชากร 10,000 คน ดังนี้ แพทย์ 3.9 คน พยาบาลและผดุงครรภ์ 20.8 คน ทันตแพทย์ 2.6 คน และเภสัชกร 1.3 คน ซึ่งเป็นระดับที่น้อยกว่าประเทศสิงคโปร์ บรูไน และมาเลเซีย ดังตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 : บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (ต่อประชากร 10,000 คน)

ประเทศ	การผลิตต่อประชากร 10,000 คน (คน)			
	แพทย์	พยาบาล และผดุงครรภ์	ทันตแพทย์	เภสัชกร
	2549-2556			
บรูไน	15.0	77.3	2.3	1.2
กัมพูชา	2.3	7.9	0.2	1.0
อินโดนีเซีย	2.0	13.8	1.0	1.0
ลาว	1.8	8.8	0.4	1.2
มาเลเซีย	12.0	32.8	3.6	4.3
เมียนมา	6.1	10.0	0.7	-
ฟิลิปปินส์	-	-	-	8.9
สิงคโปร์	19.2	63.9	3.3	3.9
<b>ไทย</b>	<b>3.9</b>	<b>20.8</b>	<b>2.6</b>	<b>1.3</b>
เวียดนาม	11.6	11.4	-	3.1

ที่มา : World Health Statistics 2014, World Health Organization (WHO)

นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านความไม่สมดุลของการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ จะเห็นได้จากความหนาแน่นของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร สูงกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณ 5-10 เท่า โดยมีการกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์หรือกำลังคนด้านสาธารณสุขหนาแน่นในภาคกลาง (กรุงเทพมหานครและจังหวัดภาคกลางที่ไม่ใช่กรุงเทพมหานคร) มีจำนวนถึง 85,340 คน (ในกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค) ทั้งนี้ เมื่อดูอัตรากำลังแล้วจำนวนภาพรวมทั้งประเทศคือ 207,869 คน หรือเทียบอัตราการกระจุกตัวอยู่ที่ร้อยละ 41.05 จากบุคลากรทั้งประเทศ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 : อัตราการกระจายตัวของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย

อัตราการกระจายตัวบุคลากรสาธารณสุข ในปี 2557 (คน)					
ภาค	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล วิชาชีพ	พยาบาล เทคนิค
รวมทั้งประเทศ	30,565	6,577	11,892	150,085	8,748
กรุงเทพมหานคร	7,885	955	2,076	28,088	3,618
ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)	4,740	1,320	2,092	27,105	902
ภาคเหนือ	8,191	1,685	3,293	35,559	1,489
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6,248	1,630	2,826	37,017	1,871
ภาคใต้	3,501	987	1,605	22,316	868

ที่มา : รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557

หมายเหตุ : บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการให้บริการทางการแพทย์ ทั้งด้านการรักษาและการให้บริการทางด้านอื่น ๆ เช่น เภสัชกร

2) **คุณภาพการให้บริการ** จากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ส่งผลให้เกิดปัญหาสืบเนื่องมาที่ด้านคุณภาพการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการจากสถานพยาบาลของรัฐซึ่งมักจะต้องใช้เวลาในการรอพบแพทย์ การขาดบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางสำหรับการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การขาดเครื่องมือที่ทันสมัยเนื่องจากมีราคาสูงหรือมีเทคโนโลยีขั้นสูงที่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการให้บริการ เช่น เครื่องฟอกไต เครื่องฉายรังสี เครื่องเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็ก เครื่องสวนหัวใจ ผ่าตัดหลอดเลือด เป็นต้น ทำให้การให้บริการยังไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญต่อประชากรพบว่าโดยเฉลี่ยประเทศไทยมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญน้อยกว่าประเทศสิงคโปร์ มาเลเซียและบรูไน รายละเอียดตามตารางที่ 1.3

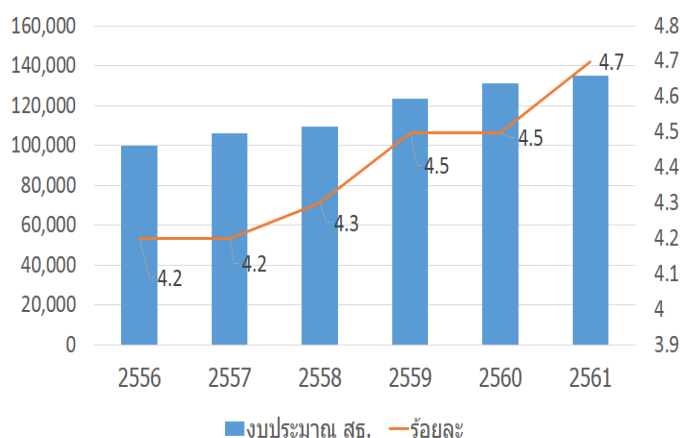
ตารางที่ 1.3 : อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญต่อประชากร 1,000,000 คน

อุปกรณ์ทางการแพทย์	เครื่องเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ (CT Scan)	เครื่องเอกซเรย์ คลื่นแม่เหล็ก ไฟฟ้า (MRI)	เครื่องตรวจ เต้านม (Mammogra phy)	เครื่องฉาย รังสี (Radiation therapy)
ค่าเฉลี่ยของ OECD (กลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว)	25.3	14.8	176.7	7.2
ไทย	7.5	2.2	44.4	1
อินโดนีเซีย	8.9	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	0.2
ฟิลิปปินส์	1.1	0.3	13.1	0.2
เมียนมา	0.1	0.1	0.7	0.1
มาเลเซีย	6.4	2.9	86.7	1.4
สิงคโปร์	8.9	7.8	127.7	3.5
ลาว	0.7	0	0	0
กัมพูชา	1.2	0.1	ไม่มีข้อมูล	0.1
บรูไน	7.2	2.4	91.9	ไม่มีข้อมูล
เวียดนาม	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	0.4

ที่มา : 1. OECD Health Statistic 2016  
2. Health at a Glance Asia/Pacific 2016

3) **ภาระทางการคลัง** ในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2561 กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จากจำนวน 99,788.20 ล้านบาท หรือร้อยละ 4.2 ของงบประมาณรวมของประเทศเพิ่มเป็น 134,894 ล้านบาท หรือร้อยละ 4.7 ของงบประมาณในปี 2561 และเมื่อพิจารณางบประมาณด้านสาธารณสุขของทั้งประเทศโดยรวม จะพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 61,508 ล้านบาท หรือร้อยละ 7.7 ของงบประมาณรวมในปี พ.ศ. 2541 เป็น 153,825.4 ล้านบาท หรือร้อยละ 9.3 ของงบประมาณในปี 2551 และเพิ่มขึ้นเป็น 302,057 ล้านบาทหรือร้อยละ 10.4 ในปี2561 ซึ่งคิดเป็นการเพิ่มขึ้น 5 เท่า ในรอบ 20 ปี ตามแผนภูมิที่ 1.1 และ 1.2

**แผนภูมิที่ 1.1 : ข้อมูลงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556-2561**



**แผนภูมิที่ 1.2 : สัดส่วนงบประมาณด้านสาธารณสุขต่องบประมาณของประเทศ**

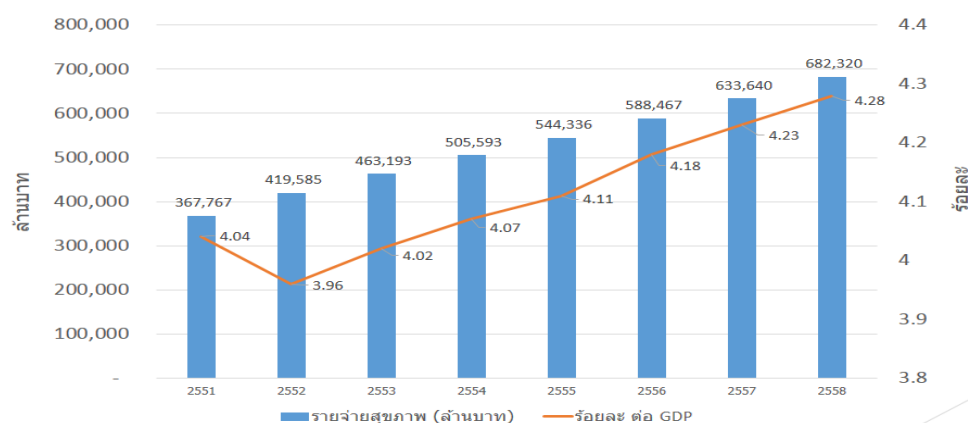
ปี	ร้อยละ
2541	7.7
2551	9.3



ที่มา : สำนักงบประมาณ

4) ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของครัวเรือน จะพบว่าเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นจาก 367,767 ล้านบาทในปี 2551 เป็น 682,320 ล้านบาท ในปี 2558 และสัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือนต่อ GDP เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.04 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 4.28 ในปี 2558 ตามแผนภูมิที่ 1.3

**แผนภูมิที่ 1.3 : ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2556-2561**



ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข



5) วิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาล ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2560 พบว่าโรงพยาบาลที่มีปัญหาการเงินมีทั้งสิ้น 558 แห่งจาก 896 แห่ง เป็นโรงพยาบาลชุมชน 494 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 52 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 12 แห่ง โดยในจำนวนนี้เป็นโรงพยาบาลที่มีวิกฤตการเงินในระดับสูงสุด 87 แห่ง โดยข้อมูล ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2560 โรงพยาบาลของรัฐมีเงินบำรุงติดลบรวมทั้งสิ้น 12,701 ล้านบาท หากพิจารณาเฉพาะในปี 2560 พบว่า มีโรงพยาบาลรัฐถึง 382 แห่งที่มีผลการดำเนินการขาดทุน โดยมียอดขาดทุนสุทธิรวม 3,160 ล้านบาท ตามภาพที่ 1.1

ภาพที่ 1.1 : สรุปสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลรัฐ



### 1.3 การดำเนินงานที่ผ่านมาของรัฐบาลในด้านสาธารณสุข

รัฐบาลได้ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพไทยครั้งใหญ่ที่สำคัญเมื่อปี 2545 เพื่อให้ประชาชนชาวไทยได้รับการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง เป็นธรรม มีประสิทธิภาพ และคุณภาพ และลดปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย โดยการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีการจัดระบบประกันสุขภาพไทยเป็น 3 ระบบ ได้แก่

1. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีข้าราชการอยู่ในระบบ 4.97 ล้านคน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยคนละ 12,397.66 บาท งบประมาณเฉลี่ยปีละ 60,000 ล้านบาท โดยรัฐบาลอุดหนุนร้อยละ 100

2. ระบบประกันสังคม ครอบคลุมผู้ประกันตนประมาณ 10.33 ล้านคน งบประมาณเฉลี่ยคนละ 2,857.37 บาท งบภาพรวมทั้งหมดปีละ 29,508.48 ล้านบาท ถือเป็นสวัสดิการทางสังคม รัฐบาลอุดหนุนร้อยละ 33 ส่วนที่เหลือเป็นเงินสมทบของผู้ประกันตนและนายจ้าง โดยเข้ารับบริการได้ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่เป็นคู่สัญญา มีสำนักงานประกันสังคม (สปส.) เป็นหน่วยงานดูแล

3. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ครอบคลุมประชาชนทั่วไป 48 ล้านคน งบประมาณรายหัวเฉลี่ยในการรักษายาบาล ประมาณ 2,217.48 บาทต่อคน งบภาพรวมที่กระจายไปยังโรงพยาบาลในสิทธิบัตรทองเฉลี่ย 107,814.12 ล้านบาท รัฐอุดหนุนร้อยละ 100 โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้ที่โรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่เป็นคู่สัญญา มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานดูแล

จากการดำเนินการดังกล่าว ทำให้คนไทยมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมกว่าร้อยละ 99.9 โดยอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 73.8 ระบบประกันสังคมร้อยละ 16.7 และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 7.1 ขณะที่กลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีหลักประกันทางรายได้มั่นคงขึ้น และมีความครอบคลุมมากขึ้น แต่เนื่องจากการบริหารจัดการงบประมาณด้านบริการสุขภาพของ 3 หน่วยงานอยู่ภายใต้กฎหมายที่แตกต่างกัน มีการกำหนดวิธีการจ่ายเงินและอัตราการจ่ายค่าบริการที่แตกต่างกัน ส่งผลให้สถานพยาบาลจัดบริการแก่ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบแตกต่างกัน ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการจัดงบประมาณสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขในแต่ละกลุ่มประชากร โดยเปรียบเทียบงบประมาณที่ได้ในปี พ.ศ. 2557 ดังนี้ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้งบประมาณ 12,534 บาท/คน/ปี ในขณะที่ระบบประกันสังคมใช้งบประมาณเฉพาะด้าน 3,276 บาท/คน/ปี และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้งบประมาณเป็นอัตราเหมาจ่าย 2,922 บาท/คน/ปี นอกจากนี้ ในระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบข้างต้นนั้น ยังพบปัญหาความไม่เท่าเทียมของระบบหลักประกันสุขภาพ โดยวิธีการและอัตราการจ่ายเงินสถานพยาบาล ระหว่าง 3 กองทุนหลัก มีความแตกต่างกัน โดยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้การจ่ายตามปริมาณการใช้บริการ (Fee for Service) สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นระบบปลายเปิด ทำให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ในขณะที่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคม ใช้วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งทำให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า นอกจากนี้การคุ้มครองสิทธิการรับรู้สิทธิการเข้าถึงบริการ คุณภาพการบริการ การเยียวยาความเสียหายต่อผู้ป่วย มาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งยังมีความแตกต่างกันระหว่าง 3 กองทุน รวมถึงยังมีความท้าทายในเรื่องของประสิทธิภาพการใช้จ่ายของแต่ละกองทุนและคุณภาพบริการ ซึ่งถึงแม้จะมีระบบ

การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลโดยหน่วยงาน แต่ทั้งสองประเด็นก็ยังขาดการประเมินอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม การปรับระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ เป็นการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของครัวเรือนในภาพรวมเป็นอย่างมาก โดยในช่วงปี พ.ศ. 2537 - 2544 ก่อนที่จะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายจ่ายเพื่อสินค้าและบริการสุขภาพส่วนบุคคลมาจากภาคเอกชนเป็นหลัก คือ ประมาณร้อยละ 47.9 ของรายจ่ายสุขภาพรวม ขณะที่ภาครัฐมีส่วนแบ่งประมาณร้อยละ 27.3 เท่านั้น แต่ภายหลังปี พ.ศ. 2545 ภาครัฐมีส่วนแบ่งเพิ่มขึ้นจนเป็นร้อยละ 51.0 ในปี พ.ศ. 2555 ส่วนภาคเอกชนมีส่วนแบ่งเพียงร้อยละ 18.4

ในประเด็นของบุคลากรทางการแพทย์นั้น รัฐบาลได้ดำเนินมาตรการต่าง ๆ เพื่อจูงใจบุคลากรด้านสาธารณสุขทั้งที่เป็นตัวเงิน เช่น การเพิ่มค่าตอบแทนต่าง ๆ ให้กับกลุ่มวิชาชีพโดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ และที่ไม่เป็นตัวเงิน เช่น การพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐาน โอกาสในการศึกษา/ฝึกอบรม มาตรการด้านสังคม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ายังมีปัญหาการโยกย้ายของกลุ่มแพทย์และทันตแพทย์ ซึ่งเกิดจากความไม่พึงพอใจในระบบการบริหารจัดการความต้องการการศึกษาต่อ ภาระงานที่มากเกินไป และรายได้ซึ่งต่ำกว่าภาคเอกชนมาก ทั้งนี้ การสร้างแรงจูงใจด้านการเงินนั้น จำเป็นจะต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดปัญหาความไม่เท่าเทียมในกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ ปัญหาความแตกต่างในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของประชาชนในแต่ละพื้นที่ ทั้งการกระจายตัวของแพทย์และการกระจายตัวของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ในระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งแสดงถึงการกระจายตัวของทรัพยากรทางการแพทย์ที่ยังคงไม่เท่าเทียมกันในแต่ละภูมิภาค

#### 1.4 สรุปปัญหาและการดำเนินงานในอดีตที่ผ่านมา

ถึงแม้ว่ารัฐบาลได้เร่งระดมทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดมาปรับปรุงการให้บริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน โดยการปฏิรูประบบการให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ซึ่งการดำเนินนโยบายดังกล่าว นับว่าประสบผลสำเร็จในการขยายความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขยังคงดำรงอยู่ นอกจากนี้ ยังมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขและการกระจุกของบุคลากรสาธารณสุขในบางพื้นที่ เช่น กรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ ในขณะที่บางเขตพื้นที่ยังไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง รวมถึงปัญหาด้านการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลไม่เพียงพอ และความสามารถในการบริหารจัดการทางการเงินของโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งเกิดภาระหนี้สินจากค่าใช้จ่ายต่างๆ ส่งผลต่อภาวะวิกฤติทางการเงินของโรงพยาบาล

## บทที่ 2

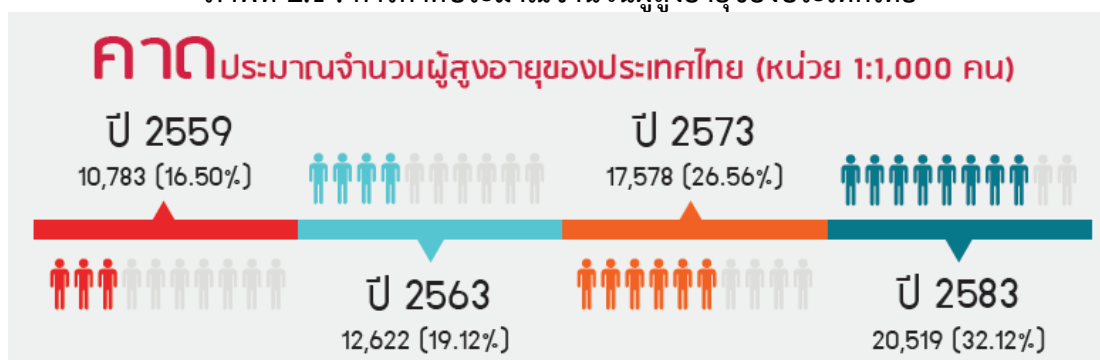
### การคาดการณ์ปัญหาและโอกาสการพัฒนาของประเทศไทยในอนาคต

#### 2.1 การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงและสภาวะแวดล้อมในอนาคตที่จะส่งผลต่อสุขภาพและการบริการสาธารณสุขของประเทศไทย

คณะผู้ศึกษาได้พิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งผลต่อระบบสุขภาพและการให้บริการสาธารณสุขของไทย ได้ดังนี้

**2.1.1 การเข้าสู่สังคมสูงวัย** จะทำให้สัดส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ จากการสำรวจพบว่าประชากรในกลุ่มวัยเด็กมีแนวโน้มจะลดลงอย่างรวดเร็วจาก 11.79 ล้านคนในปี 2558 เหลือเพียง 8.17 ล้านคนในปี 2583 ส่วนกลุ่มวัยทำงานมีแนวโน้มลดลงจาก 43.0 ล้านคน เป็น 35.2 ล้านคน ในช่วงเวลาเดียวกัน ขณะเดียวกันกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.3 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) ในปี 2558 เป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 อัตราการพึ่งพิงจะสูงขึ้นประชากรวัยแรงงาน ต้องแบกรับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยในปี 2553 มีประชากรวัยแรงงาน 5 คนแบกรับภาระดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และคาดการณ์ว่าในปี 2583 จะเหลือประชากรวัยแรงงานเพียง 1.7 คน แบกรับภาระดูแลผู้สูงอายุ 1 คน

ภาพที่ 2.1 : การคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทย



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

**2.1.2 การเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases : NCD)** ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การบริโภคอาหารจำพวกแป้ง ไขมันและน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งการขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมและการมีน้ำหนักตัวเกิน จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังของคนไทยอายุ 15-74 ปี ในปี พ.ศ. 2547 พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2553 และ 2558 พบว่าความชุกของการมีภาวะน้ำหนักเกิน เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 15.3 (พ.ศ. 2547) เป็นร้อยละ 30.5 (พ.ศ. 2558) - ความชุกของการมีภาวะอ้วน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.6 (พ.ศ. 2547) เป็นร้อยละ 7.5 (พ.ศ. 2558) - ความชุกของประชาชนที่เป็นความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.0 (พ.ศ. 2547) เป็นร้อยละ 15.3 (พ.ศ. 2558) - ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.2 (พ.ศ. 2547) เป็นร้อยละ 8.3 (พ.ศ. 2558) รายละเอียดตามตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 : เปรียบเทียบความชุก (ร้อยละ) ของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อของคนไทย พ.ศ.2547 พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2550 พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2558

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง	2547	2548	2550	2553	2558
ภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย $\geq$ 25-30 กก./ม <sup>2</sup> )	15.3	16.1	19.1	21.3	30.5
ภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย $\geq$ 30 กก./ม <sup>2</sup> )	2.6	3	3.7	4.4	7.5
ประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	8	8.3	9.4	9.1	15.3
ประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน	3.2	3.7	3.9	4.2	8.3
ประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)	0.8	0.9	1.1	1.6	0.7
ประชาชนที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด	1.1	1.1	1.5	1.6	0.8

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ข้อมูลความชุกของโรคได้มาจากการซักประวัติการป่วย จึงเป็นข้อมูลเฉพาะผู้ที่รู้ตัวตนเองป่วยด้วยโรคแล้วเท่านั้น

**2.1.3 การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์** ถึงแม้จะมีการพัฒนาเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการรักษาโรคจำนวนมาก เช่น เครื่องสลายนิว เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้าหรือเครื่องเอ็มอาร์ไอ (Magnetic Resonance Imaging) และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammography) แต่ส่วนใหญ่ยังมีการกระจายตัวอยู่ในสถานพยาบาลภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ และโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครมากกว่า โรงพยาบาลในภูมิภาค ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 : จำนวนเครื่องมือแพทย์ราคาแพง

เครื่องมือแพทย์	จำนวนแบ่งตามภูมิภาค(ร้อยละ)		จำนวนแบ่งตามสถานบริการ (ร้อยละ)	
	กรุงเทพมหานคร	ภูมิภาค	ภาครัฐ	ภาคเอกชน
เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์	161 (32.5)	335 (67.5)	178 (35.9)	318 (64.1)
เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า	47 (50.5)	46 (49.5)	34 (36.6)	59 (63.4)
เครื่องตรวจมะเร็งเต้านม*	149 (36.9)	255 (63.1)	175 (43.3)	229 (56.7)
เครื่องอัลตราซาวด์**	486 (19.3)	2,030 (80.7)	1,906 (75.8)	610 (24.2)

หมายเหตุ: \*ข้อมูลจากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ใน พ.ศ. 2555

\*\*ข้อมูลจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ใน พ.ศ. 2553

จำนวนและการกระจายตัวของเครื่องมือแพทย์ราคาแพงส่งผลต่อประสิทธิภาพการใช้และการเข้าถึงบริการเครื่องมือแพทย์เหล่านี้ โดยพบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อย และไม่มีหลักประกันสุขภาพ มีโอกาสเข้าถึงเครื่องมือแพทย์ราคาแพงน้อยกว่าผู้มีรายได้สูงและมีหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ มีโอกาสเข้าถึงเครื่องมือแพทย์ราคาแพงมากที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่า เครื่องมือแพทย์ราคาแพงเหล่านี้ยังมีการใช้ประโยชน์ไม่เต็มประสิทธิภาพทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน เนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร ทำให้มีจำนวนผู้ที่เข้าถึงและได้ใช้เครื่องมือแพทย์ราคาแพงน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับประสิทธิภาพและค่าใช้จ่ายในการลงทุนที่สูงมาก

**2.1.4 ความเสี่ยงจากภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทยและของโลก** การก้าวเข้าสู่เศรษฐกิจยุคใหม่ (New Normal) จะทำให้ภาวะการแข่งขันรุนแรงขึ้น ซึ่งส่งผลต่ออัตราการเจริญเติบโตของประเทศ (GDP) ผลประกอบการของภาคธุรกิจและการจัดเก็บรายได้ภาครัฐ ซึ่งมีแนวโน้มที่สถานะทางการคลังของประเทศจะมีความตึงตัวมากขึ้น เนื่องจากประเทศไทยยังมีความจำเป็นต้องใช้งบประมาณในการลงทุนในระบบโครงสร้างพื้นฐานด้านอื่นๆ อีกมาก เช่น โครงการรถไฟความเร็วสูงเพื่อขยายเส้นทางคมนาคมเพื่อเชื่อมโยงกับประเทศในภูมิภาคในระยะเวลาดังกล่าวนี้รวม 4 เส้นทางคือ กรุงเทพฯ-เชียงใหม่, กรุงเทพฯ-หนองคาย, กรุงเทพฯ-ระยอง, กรุงเทพฯ-หัวหิน รวมต้องใช้งบประมาณ 1.3-1.4 ล้านล้านบาท และยังมีความจำเป็นต้องใช้งบประมาณเพื่อการลงทุนการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (EEC) อีกเป็นจำนวนล้านล้านบาท จึงคาดว่าในอนาคตประเทศไทยจะต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของการใช้จ่ายงบประมาณ ซึ่งอาจจะกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนในประเทศ

## 2.2 Potential Demand ในอนาคต

จากการวิเคราะห์สถานการณ์/ปัจจัยข้างต้น ทำให้คาดการณ์ได้ว่าจำนวนของผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจะมีมากขึ้น ประกอบกับการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ จะทำให้ผู้ป่วยจะมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ดังนั้น จะส่งผลดังต่อไปนี้

2.2.1 เพิ่มภาระทางการคลังของประเทศ เนื่องจากภาครัฐจะต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น และใช้ระยะเวลานานขึ้น

2.2.2 ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยของครัวเรือนจะสูงขึ้นเช่นกัน ในภาวะที่ประเทศไทยอยู่ในภาวะสังคมสูงวัย ส่งผลให้ประชากรวัยแรงงานต้องมีการเลี้ยงดูกลุ่มประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น จากการประมาณการรายจ่ายสุขภาพระหว่างปี พ.ศ. 2556- 2565 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2565 นอกจากนี้ จากผลการศึกษาการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. 2559 - 2565 พบว่าการคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพของกองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติเพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 1.8 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2556 ไปเป็นร้อยละ 2.4 ในปี พ.ศ. 2565 และรายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพต่อรายจ่ายของรัฐบาล ในปี พ.ศ. 2565 คิดเป็นร้อยละ 15.6

2.2.3 ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น และจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ คณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้า ภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้คาดการณ์ความต้องการในปี 2569 และเสนอแนะให้คงอัตราการผลิตแพทย์และทันตแพทย์ไว้เท่าเดิม แต่ควรเพิ่มการผลิตพยาบาล วิชาชีพและเภสัชกร เพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต ความต้องการบุคลากรปรากฏในตารางที่ 2.3

### ตารางที่ 2.3 : ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์

คาดประมาณความต้องการและจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพที่จะมีในปี 2569				
	คาดประมาณความต้องการ ปี 2569			คาดประมาณจำนวน กำลังคนที่จะมี ปี 2569
	วิธีที่ 1	วิธีที่ 2	วิธีที่ 3	
1.แพทย์	30,610-37,620	34,913-41,437		62,779
2.พยาบาล	194,205-237,870	215,565		180,992 <sup>1</sup> – 193,048 <sup>2</sup>
3.ทันตแพทย์	16,457-20,546	19,677-20,955	16,557	17,415 (18,675)
4.เภสัชกร	14,020-17,135	47,786-64,700	-	39,913 <sup>3</sup>

ที่มา : คณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้า ภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ , 2559

### 2.3 สรุปการคาดการณ์

จากการวิเคราะห์บริบทการเปลี่ยนแปลงในอนาคตที่สำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทย ได้แก่ การเข้าสู่สังคมสูงวัย ซึ่งจะทำให้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่ขณะเดียวกันปัญหาด้านสุขภาพที่จะต้องให้การดูแลมากขึ้น และลักษณะของโรคมะเร็งและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่จะทำให้เกิดภาวะติดบ้านติดเตียงมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายทั้งของภาครัฐและครัวเรือน ประกอบกับการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ที่จะทำให้คุณภาพการให้บริการด้อยลง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงระบบการให้บริการสุขภาพ ซึ่งรวมถึงกลไกในการให้บริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนคนไทยได้รับการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพ มีความเป็นธรรม เท่าเทียม โดยหาทางเลือกในการให้บริการในรูปแบบใหม่ ตลอดจนพัฒนาการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนไทย และตอบสนองต่อสถานการณ์แวดล้อมที่เปลี่ยนไป ตามที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ได้ให้แนวทางว่าระบบสุขภาพของประเทศที่ดีต้องเป็นระบบที่เป็นธรรม (equity) มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล คุณภาพบริการดี และมีความยั่งยืนทางการคลังเพื่อให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพที่ดี

### 2.4 นิยามศัพท์

สุขภาพ	หมายถึง	ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550)
ระบบสุขภาพ	หมายความว่า	ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 )
บริการสาธารณสุข	หมายความว่า	บริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคภัยไข้เจ็บที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน (พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 )

ทั่วถึง	หมายถึง	ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ทุกสิทธิ์การรักษาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ จากในสถานพยาบาลของภาครัฐและเอกชน
เป็นธรรม	หมายถึง	ประชาชนทุกกลุ่มได้รับการรักษาพยาบาลในแบบเดียวกันได้อย่างเท่าเทียมกัน
คุณภาพ	หมายถึง	ประชาชนทุกคนได้รับการรักษาและบริการตามมาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์และมีอัตราการตายต่ำ
ความยั่งยืนทางการเงิน	หมายถึง	การดำเนินงานระบบการเงินในระยะยาวและเป็นระบบ สามารถสร้างรายได้และมีเงินหมุนเวียนมากพอ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการด้านการรักษาโดยสร้างวิกฤติทางการเงินต่อสถานพยาบาล



### บทที่ 3

## แนวทางการพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ

### 3.1 การเชื่อมโยงผลการวิเคราะห์

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันและวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมในอนาคต จะเห็นได้ว่าปัญหาด้านการสาธารณสุขของประเทศต้องได้รับการพัฒนาเพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนคนไทย ที่ผ่านมาการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของประชาชนประสบกับปัญหา จำนวนโรงพยาบาลต่อประชากร และเตียงผู้ป่วยมีไม่เพียงพอต่อการบริการประชาชน บุคลากรทางการแพทย์กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร และการกระจายตัวอยู่ในเมืองใหญ่ในภูมิภาค ทำให้โรงพยาบาลบางแห่งประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ถึงแม้ว่ารัฐบาลทุกสมัยได้ทุ่มเทงบประมาณในการสร้างและขยายการบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องแต่ประสบปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ อีกทั้ง ประชาชนที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพทั้งที่เป็นโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่ส่งผลต่อภาวะด้านสุขภาพของคนไทยและมีอัตราการตายแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำเป็นต้องมีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะ รวมถึงเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการวินิจฉัยและการรักษาโรค รวมถึงการขาดเงินหมุนเวียนในการจัดหาเวชภัณฑ์ และค่าตอบแทนทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาคครัวเรือนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้รัฐต้องแบกรับภาระทางการเงินที่ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก

### 3.2 โจทย์หรือเป้าหมายหลัก

สำหรับโจทย์และเป้าหมายหลักในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

**ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และมีคุณภาพ**  
**จากการร่วมลงทุนของรัฐและเอกชน บนพื้นฐานความยั่งยืนทางการเงินการคลัง**

#### การวิเคราะห์แนวทางการพัฒนา

เป้าหมายหลักของการสาธารณสุขในการพัฒนาบริการสาธารณสุขในบรรลุเป้าหมายในระยะ 4-5 ปี โดยประเทศไทยจำเป็นต้องดำเนินการพัฒนาเพื่อให้ประชาชนไทยได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง เป็นธรรมและมีคุณภาพ รวมทั้งมีความยั่งยืนทางการเงินการคลัง โดยการพัฒนาความร่วมมือร่วมกับภาคเอกชนในรูปแบบการร่วมลงทุนเพื่อให้บริการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษาโรงพยาบาลบางพลี โดยการให้บริการโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยมีกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้กำกับดูแลและควบคุมคุณภาพ เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่รัฐจะใช้เป็นทางเลือกเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว

แผนภูมิที่ 3.1 : การพัฒนาความร่วมมือร่วมกับภาคเอกชนในรูปแบบการร่วมลงทุนด้านสาธารณสุข



### ความเชื่อมโยงของการพัฒนา

จากแผนภูมิข้างต้น จะเห็นได้ว่าการ นโยบายด้านสาธารณสุข ซึ่งคณะผู้ศึกษาให้ความสำคัญของการบริการทางสาธารณสุข โดยการให้ความสำคัญในการพัฒนา ทั้งระดับนโยบาย คือการบูรณาการระดับชาติ การปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมมากำหนดนโยบายทิศทางเป้าหมาย ยุทธศาสตร์และวางแผนในระยะยาวในด้านสาธารณสุข โดยพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ เพื่อสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม เพื่อเร่งกระจายโอกาสการพัฒนา และสร้างความมั่นคงให้ทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำไปสู่สังคมที่เสมอภาคและเป็นธรรม โดยการเพิ่มศักยภาพให้กับโรงพยาบาลในการพัฒนาการบริการสาธารณสุข ซึ่งการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาดังที่กล่าวมาแล้ว เพื่อให้การบริการทางสาธารณสุขอย่างทั่วถึง โดยการพัฒนาการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข การมีบุคลากรทางแพทย์และเครื่องมือที่ทันสมัย การลดค่าใช้จ่ายของภาคครัวเรือนในการรักษาและดูแลผู้ป่วย การลดภาระทางการเงินของภาครัฐ และโรงพยาบาลมีความมั่นคงทางการเงิน โดยรัฐและเอกชนร่วมลงทุน ซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนาและดำเนินการสำเร็จในระยะ 4-5 ปีข้างหน้า และจะทำให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถให้บริการสาธารณสุขโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นกรณีศึกษาจากโรงพยาบาลบางพลีเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารและการจัดการการร่วมลงทุนของรัฐและเอกชน จึงได้กำหนดแนวทางในการบรรลุเป้าหมายรอง ได้แก่

1. การศึกษาการจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลบางพลี ภายใต้ความร่วมมือภาครัฐและเอกชน

2. รูปแบบการร่วมทุนระหว่างรัฐและเอกชน (Public Private Partnership - PPP) เพื่อจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลของรัฐ

### การกำหนดแนวทางการพัฒนา

คนผู้ศึกษา ได้วิเคราะห์การคิดเชิงกลยุทธ์ (strategic thinking) โดยการดึงตัวเองจากสถานการณ์เพื่อกำหนดความคิด (Mind Set) หรือมุมมองนอกกรอบ ของการจัดการเชิงกลยุทธ์ (Anatomy) ทั้งทางลึกและทางกว้าง และกำหนดวิธีการหรือแนวทางการพัฒนา (Methodology) รวมถึงจัดทำแผนที่กลยุทธ์ (strategic Map) ที่เป็นวิธีการในการสื่อสารกลยุทธ์เพื่อช่วยให้บุคลากรทุกคนและผู้มีส่วนได้ผู้เสียเกิดความเข้าใจในกลยุทธ์ขององค์กรโดยเชื่อมโยงการดำเนินงานของสู่เป้าหมาย ซึ่งเป็นการคิดแบบไปข้างหน้า (Forward Thinking) ทำน้อย ได้เพิ่มมาก โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด เพื่อพัฒนาร่วมทุนของภาครัฐและเอกชนในการจัดตั้งศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้รูปแบบการร่วมทุนของรัฐและเอกชน (PPP) ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ในระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว ภายในระยะเวลา 4-5 ปี และเป็นแนวทางการพัฒนาสู่การร่วมทุนในการบริการด้านสาธารณสุข ในการรักษาโรคอื่นๆ (ดร.รัฐ ธนาติเรก, เอกสารประกอบการบรรยาย)

จากแนวคิดเชิงกลยุทธ์ดังกล่าว นำมาสู่การศึกษาการร่วมทุนของรัฐและเอกชน เพื่อเพิ่มศักยภาพและโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข เพื่อทำให้เกิดการดำเนินงานในธุรกิจเชิงรุกกับภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยพัฒนาศักยภาพด้านการสาธารณสุขใน 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านบริการด้านสาธารณสุข เพื่อให้คนไทยได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง เป็นธรรมชาติ ลดความเหลื่อมล้ำของการให้บริการและสิทธิในการรักษาพยาบาล และพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ และมีความต่อเนื่อง มีการจัดตั้งศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือดรองรับผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาล และผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมารับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยที่ใช้บริการมีความพึงพอใจและไว้วางใจ ในคุณภาพของการรักษา

2. ด้านบุคลากร มีการพัฒนาแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่เทคนิคเฉพาะโรค โดยส่งเสริมโอกาสทางการศึกษา และอบรม ให้มีความเชี่ยวชาญ และสามารถควบคุมและประกันคุณภาพการรักษาของเอกชนที่มาลงทุนในการจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือด

3. ด้านประชาชนผู้เข้ารับบริการสามารถใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพในการรักษาและการดูแล เป็นการลดค่าใช้จ่ายในภาคครัวเรือน

4. ด้านภาวะทางการเงินของภาครัฐ เป็นการลดภาระงบประมาณในการจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือด ถึงแห่งละ 50 ล้านบาท โดยการพัฒนาการร่วมทุนด้านสาธารณสุขได้วางเป้าหมายในระยะ 5 ปี จะมีเป้าหมายการจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือด จำนวน 12 แห่ง ทำให้ประหยัดงบประมาณ 600 ล้านบาท

5. ด้านความมั่นคงทางการเงินของโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลลดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ทั้งด้านค่าตอบแทนบุคลากร ค่าเครื่องมือแพทย์และค่าใช้จ่ายอื่นๆ และมีงบประมาณไปใช้จ่ายด้านการบริการด้านสาธารณสุขอื่นๆ

### 3.3 กรณีศึกษา : การจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลบางพลี ภายใต้ความร่วมมือภาครัฐและเอกชน

โรงพยาบาลบางพลี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 200 เตียง มีพื้นที่รับผิดชอบคือ อำเภอบางพลี และอำเภอบางเสาธง มีประชากรในอำเภอบางพลีทั้งสิ้น 249,113 คน และอำเภอบางเสาธง 100,000 คน และมีประชากรแฝงที่มาทำงานจากทั่วทุกภาค รวมทั้งสิ้นประมาณ 500,000 คน

โรงพยาบาลบางพลีเดิมเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงได้รับการยกฐานะเป็นขนาด 150 เตียง ในปี 2552 เพื่อรองรับการเจริญเติบโตของเมืองอันมีผลสืบเนื่องจากการเปิดสนามบินสุวรรณภูมิ ในปี 2549 จากนั้นได้รับงบประมาณในการสร้างตึก 9 ชั้นขนาด 250 เตียง แต่ไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณอื่นในด้านครุภัณฑ์การแพทย์ ตลอดจนการจำกัดการเพิ่มข้าราชการตามนโยบาย Zero Growth ของรัฐบาลทำให้โรงพยาบาลขาดแคลนทั้งบุคลากรและงบประมาณจำนวนมาก จนกระทั่งโรงพยาบาลเกิดวิกฤตการเงินการคลังระดับ 7 ซึ่งถือเป็นระดับสูงสุด ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งหมายรวมถึงแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร ตลอดจน นักกายภาพบำบัดและ นักเทคนิคการแพทย์ ลาออกจากการทำงานในโรงพยาบาล เป็นจำนวนมาก ซึ่งปัจจัยหลักของการลาออก มี 2 ส่วน คือ ภาระงานที่หนักมาก และการไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ กล่าวคือเป็นลูกจ้างชั่วคราว ภาวะวิกฤตต่างๆ ดำเนินไปเรื่อยๆ ท่ามกลางความวิตกกังวลของผู้เกี่ยวข้อง ผู้อำนวยการและนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดได้พยายามหาทางแก้ไข แต่ก็เป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก โดยได้มีการจ้างพยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลรัฐอื่นๆ มาทำงานในโรงพยาบาล โดยให้ค่าตอบแทนมากกว่าปกติ ประมาณ 1.8 เท่า ซึ่งก็สามารถแก้ไขปัญหาได้ในระดับหนึ่ง แต่ทำให้เกิดความรู้สึกเหลื่อมล้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับพยาบาลที่ประจำโรงพยาบาล และวิกฤตการเงินก็ยิ่งเลวร้ายลงตามลำดับ

#### แผนภูมิที่ 3.2 : สภาพปัญหาโรงพยาบาลบางพลี



ในปี 2554 โรงพยาบาลได้ประชุมร่วมกับทีมเพื่อวางแผนหาแนวทางแก้ไขการเกิดปัญหาดังกล่าว โดยมีพันธกิจในการที่จะต้องจัดให้มีบริการทางการแพทย์ที่ประชาชนเข้าถึงได้มีความเท่าเทียม และมีมาตรฐานการแพทย์ที่ดีพร้อมทั้งแก้วิกฤตการเงินการคลัง

### แผนภูมิที่ 3.3 : แนวทางการแก้วิกฤตการเงินการคลัง

เพิ่มรายได้	ลดรายจ่าย	พัฒนาระบบ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพิ่มบริการทางการแพทย์</li> <li>- เพิ่มยอดบริการห้องพิเศษ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประหยัดทรัพยากร</li> <li>- ลดค่าแรง</li> <li>- จัดซื้อให้ถูกลง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบจัดเก็บรายได้</li> <li>- ระบบจัดซื้อ</li> <li>- ระบบบริการทางการแพทย์</li> <li>- พัฒนาคอน</li> </ul>

การให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลจึงเป็นแนวคิดหนึ่ง ซึ่งเดิมก็ได้มีการทำอยู่บ้างแล้ว คือการจ้างแพทย์และพยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชนเข้ามาทำงาน นอกจากนั้น การจ้างเหมาอื่น ๆ เช่นการจ้างซักผ้า จ้างทำความสะอาด ก็ได้มีการดำเนินอยู่เช่นเดียวกัน แต่ปัญหาหลักของโรงพยาบาลในขณะนั้นคือปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรทั้งทางด้านการเงินและบุคลากร จึงได้วางแผนในการเริ่มการจ้างเหมาบริการในรูปแบบที่แตกต่างไป โดยให้ภาคเอกชนเป็นผู้ลงทุนทั้งหมดทั้งด้านครุภัณฑ์ การแพทย์อุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งบุคลากรที่เข้ามาทำงานเช่นแพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ โดยโรงพยาบาลจะจ่ายเงินให้ตามผลงานที่เกิดขึ้นจริง

#### 1. การจ้างเหมาบริการทางการแพทย์

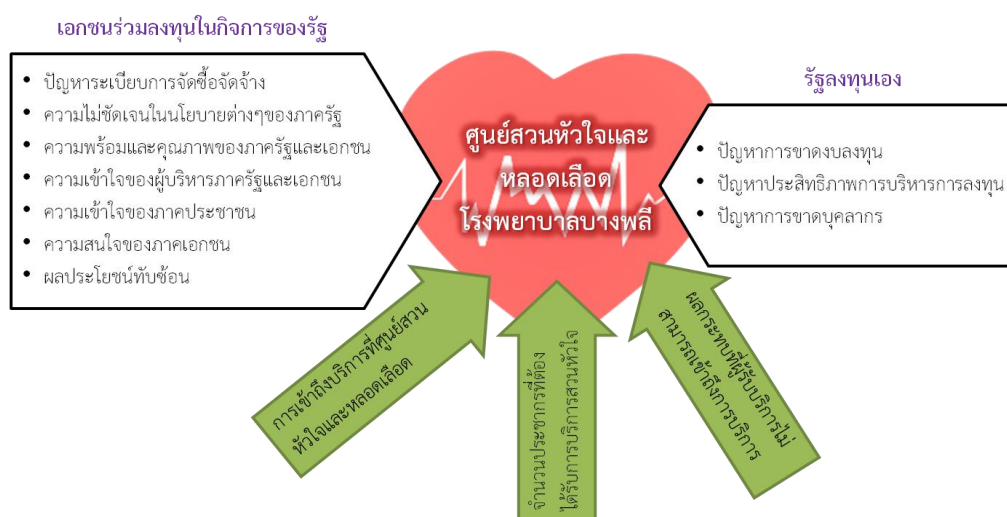
การจ้างเหมาบริการในช่วงแรกของโรงพยาบาลบางพลี คือ เรื่องการเอกซเรย์ระบบ PACS (Picture Archiving and Communication System) หรือ Digital X Ray ซึ่งเป็นการใช้ระบบเทคโนโลยี และการลงทุนด้านการเงินประมาณ 3-5 ล้านบาท และจำเป็นต้องมีรังสีแพทย์ที่จะต้องอ่านฟิล์ม หากโรงพยาบาลจะมีรังสีแพทย์เองต้องใช้เวลา 4-5 ปี ในการที่จะมีได้ ซึ่งไม่ทันต่อความต้องการต่อมา คือการฟอกไต Hemodialysis รูปแบบที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่เคยดำเนินการมาก่อน คือ การเช่าเครื่องฟอกไต จากภาคเอกชนรวมทั้งระบบน้ำ เนื่องจากโรงพยาบาลมักจะมีแพทย์อายุรกรรมโรคไตและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการฟอกไตเป็นของตัวเอง เพียงแต่ขาดเงินลงทุนแต่โรงพยาบาลบางพลีขาดแคลนทั้งเงินลงทุน และบุคลากรทางการแพทย์จึงได้ดำเนินการโดยวิธีจ้างเหมาบริการโดยให้ภาคเอกชนลงทุน ทั้งในส่วนเครื่องฟอกไต ระบบน้ำ อายุรแพทย์โรคไต พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ตลอดจนบุคคลกรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

#### 2. การจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลบางพลี

จากการที่โรงพยาบาลบางพลีต้องรับผิดชอบประชากรประมาณ 5 แสนคน ทำให้มีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวนมากที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และไม่สามารถหาโรงพยาบาลที่รับส่งต่อได้ เนื่องจาก ทางจังหวัดสมุทรปราการ ไม่มีโรงพยาบาลภาครัฐใดที่สามารถให้บริการสวนหัวใจและหลอดเลือดได้ (PCI: Percutaneous Coronary Intervention, CAG: Coronary Angiography) โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่โรงพยาบาลบางพลีต้องส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวน 385 ราย ทั้งนี้ในการส่งต่อผู้ป่วย ไปยังโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร พบว่า มีปัญหายุ่งยากและซับซ้อนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งนอกเวลาราชการ มักจะได้รับการปฏิเสธการส่งต่อ เนื่องจากเตียงเต็มหรือไม่เปิดให้บริการนอกเวลาราชการ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ที่ไม่ทันท่วงที โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นสิทธิ์สวัสดิการข้าราชการ ที่ไม่สามารถส่งต่อไปรับการรักษา

ในโรงพยาบาลเอกชนได้ ในขณะที่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพจะมีโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่เข้าร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีศักยภาพในการสวนหัวใจและหลอดเลือดได้ด้วยข้อจำกัดดังกล่าว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในระบบสิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิอื่นๆ ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที ทางทีมผู้บริหารโรงพยาบาลบางพลีจึงได้พยายามนำแนวคิดเรื่องการจ้างเหมาบริการ มาเป็นพื้นฐานในการให้บริการภาครัฐแนวใหม่ภายใต้ความเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาคเอกชนและภาครัฐ ทั้งนี้โรงพยาบาลบางพลี ที่ได้รับงบประมาณในการสร้างอาคาร 9 ชั้น ซึ่งมีขนาด 250 เตียงยังมีพื้นที่ที่ยังไม่ถูกใช้งาน เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรและอุปกรณ์การแพทย์ โดยพื้นที่ว่างดังกล่าวเช่น เตียงผู้ป่วยจำนวน 60 เตียง ห้องผ่าตัดจำนวน 4 ห้อง ICU และยังมีพื้นที่ว่างอื่นๆ ที่จะจัดสรรให้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือด หากมีภาคเอกชนที่สนใจจะร่วมลงทุน โดยมีโรงพยาบาลธนบุรีให้ความสนใจในเบื้องต้น

### แผนภูมิที่ 3.4 : กรอบแนวคิดความร่วมมือภาครัฐ และเอกชนในการจัดตั้งศูนย์สวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลบางพลี



การกำหนดให้ศูนย์สวนหัวใจและหลอดเลือดให้มีศักยภาพและบุคลากร ดังนี้

1. ศักยภาพการของการให้บริการ ได้แก่ การแก้ไขหลอดเลือดผ่านสายสวนหลอดเลือด (CAG /PCI) การขยายลิ้นหัวใจไมตรีลด้วยบอลูน (PBMV) และการแก้ไขหัวใจเต้นผิดจังหวะและใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (RF ablation, PPM, AICD, CRT) รวมถึงการผ่าตัดบายพาส (CABG) และการผ่าตัดซ่อมลิ้นหัวใจและโรคหัวใจตั้งแต่กำเนิด

2. อัตรากำลังบุคลากร จำนวน 55 คน ทั้งแบบทำงานเต็มเวลา และนอกเวลา ได้แก่ แพทย์และเจ้าหน้าที่ด้าน Cardio-Intervention Cardio-Med CVT RN NA นักเทคโนโลยีหัวใจ นักบัญชี และเจ้าหน้าที่เช็ค stock

### 3. วิธีการและขั้นตอนดำเนินงานสร้างความเป็นหุ้นส่วน

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายการร่วมลงทุนของภาคเอกชนในกิจการของรัฐ  
ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 : โครงการภายใต้กิจการในแผนยุทธศาสตร์

กิจการพัฒนาด้านยาและครุภัณฑ์การแพทย์	กิจการโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข
<b>Phase I (มีนาคม-กรกฎาคม 2559)</b>	<b>Phase I (มีนาคม 2559-เมษายน 2560)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- อุปกรณ์การตรวจทางรังสีวินิจฉัยด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง (สำนักงานปลัดกระทรวง)</li> <li>- อุปกรณ์สำหรับศูนย์ไตเทียม (สำนักงานปลัดกระทรวง)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หอผู้ป่วยพิเศษและอาคารจอดรถ (สำนักงานปลัดกระทรวง)</li> <li>- ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (สำนักงานปลัดกระทรวง)</li> <li>- ศูนย์กักแยกโรค (กรมควบคุมโรค)</li> </ul>
<b>Phase II (มิถุนายน-ตุลาคม 2559)</b>	<b>Phase II (มิถุนายน 2559-กันยายน 2560)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- อุปกรณ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (สำนักงานปลัดกระทรวง)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ศูนย์การแพทย์ระดับตติยภูมิ (สำนักงานปลัดกระทรวง)</li> <li>- ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว</li> <li>- ระบบกำจัดขยะและน้ำเสีย</li> </ul>

#### 3.1 การร่วมทุนระหว่างรัฐและเอกชน (Public Private Partnership - PPP)

เป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาประเทศโดยเฉพาะการดำเนินโครงการสาธารณูปโภคพื้นฐาน ที่ต้องใช้เงินลงทุนมหาศาลและใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อน ซึ่งภาครัฐจำเป็นต้องอาศัยภาคเอกชนเข้าร่วมดำเนินงานในกิจการดังกล่าว นอกจากนี้หลายประเทศใช้ PPP ในการผลิตบริการสาธารณะ ทั้งด้านการศึกษาและสาธารณสุข ด้วยเหตุนี้ PPP จึงเป็นทางเลือกสำคัญในอนาคตที่ภาครัฐจะต้องนำมาใช้จัดการโครงการขนาดใหญ่และบริการสาธารณะ ขณะที่ภาคเอกชนมีประสิทธิภาพในการดำเนินการมากกว่า ทั้งในแง่ของการออกแบบ การก่อสร้าง การบริหารจัดการ การดูแลรักษา ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นที่มาของการลดบทบาทภาครัฐลงและเพิ่มบทบาทให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นผู้ดำเนินการผลิตสินค้าบริการสาธารณะแทน

การที่รัฐจะตัดสินใจให้เอกชนเข้าร่วมลงทุน มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพิ่มศักยภาพในการลงทุนโครงการภาครัฐ
2. ถ่ายโอนความเสี่ยงให้ภาคเอกชน เช่น ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการ ความเสี่ยงด้านการก่อสร้าง ความเสี่ยงด้านการพัฒนาโครงการ ความเสี่ยงด้านกฎหมาย เป็นต้น
3. เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ซึ่งการให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในรูปแบบของโครงการ PPP จะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพให้กับโครงการภาครัฐ

สรุปได้ว่า เหตุผลหลักที่ทำให้รัฐเลือกรูปแบบโครงการ PPP นั้น มีอยู่สองเรื่อง กล่าวคือ

- (1) รัฐบาลงบประมาณในการลงทุน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคเอกชนมาร่วมลงทุนด้วย และ
- (2) ภาคเอกชนทำงานได้มีประสิทธิภาพมากกว่ารัฐ ดังนั้น ถ้าให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตบริการสาธารณะด้วยน่าจะทำให้เกิดประสิทธิภาพมากกว่า

### 3.2 รูปแบบของการดำเนินโครงการร่วมทุนระหว่างรัฐและเอกชน

การจำแนกรูปแบบของการดำเนินโครงการร่วมทุนระหว่างรัฐและเอกชน สามารถจำแนกได้โดยใช้ระดับการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในโครงการรัฐ และการแบ่งบทบาทความรับผิดชอบระหว่างรัฐและเอกชน การเป็นเจ้าของสินทรัพย์เมื่อโครงการแล้วเสร็จ (Asset Ownership) ดังนี้

1. Design-Build รัฐเป็นผู้ว่าจ้างเอกชนให้ออกแบบและก่อสร้างโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณูปโภค หลังจากก่อสร้างแล้วเสร็จ รัฐจะเป็นเจ้าของและรับหน้าที่ในการบริหารจัดการ
2. Turnkey Operation รัฐเป็นผู้จัดหาแหล่งเงินทุนและกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ โดยให้เอกชนรับผิดชอบในงานออกแบบก่อสร้างและดำเนินโครงการ และรัฐเป็นเจ้าของ
3. Lease Purchase รัฐว่าจ้างเอกชนให้ดำเนินการออกแบบก่อสร้างรวมทั้งหาแหล่งเงินทุน เอกชนจะให้รัฐเช่าทรัพย์สินของโครงการ สิทธิความเป็นเจ้าของโครงการจะถูกถ่ายโอนให้รัฐ
4. Lease or Buy Develop Operate เอกชนเช่าซื้อหรือซื้อทรัพย์สินโครงการจากรัฐเพื่อดำเนินการปรับปรุง เอกชนได้สิทธิในการดำเนินการภายในช่วงระยะเวลาหนึ่งจนกระทั่งคืนทุน
5. Build Transfer Operate (BTO) รัฐว่าจ้างเอกชนในการหาแหล่งเงินทุนและก่อสร้างโครงการถูกโอนไปให้กับรัฐ หน่วยงานรัฐให้เอกชนดำเนินการเช่าซื้อทรัพย์สินของจนเอกชนคืนทุน
6. Build Own Operate Transfer (BOOT) เอกชนได้รับสิทธิเต็มทีในการหาแหล่งเงินทุนก่อสร้าง ดำเนินงาน บำรุงรักษา บริหารจัดการและจัดเก็บค่าบริการ เอกชนได้รับสิทธิช่วงระยะเวลาหนึ่งจนกระทั่งได้รับผลตอบแทนที่เหมาะสม และสิทธิต่าง ๆ จะโอนกลับไปยังภาครัฐ
7. Build Own Operate (BOO) รัฐอาจโอนความเป็นเจ้าของหรือว่าจ้างให้เอกชนจัดหาแหล่งเงินก่อสร้างดำเนินการโครงการ และเอกชนเป็นเจ้าของทรัพย์สินในโครงการดังกล่าว

### 3.3 การร่วมทุนระหว่างรัฐและเอกชนกับระบบสาธารณสุขในต่างประเทศ

การร่วมลงทุนในกิจการของรัฐหรือ Public Private Partnership หรือ PPP ในต่างประเทศนั้น ได้นำมาใช้กับระบบสาธารณสุขของประเทศในหลายประเทศซึ่งเริ่มตั้งแต่การพัฒนาด้านอาคาร เช่น สร้างโรงพยาบาลใหม่ การบริการสนับสนุนรวมทั้งระบบสารสนเทศและการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อเป็นการลดภาระด้านค่าใช้จ่ายเพื่อนำเงินงบประมาณของรัฐไปใช้ในด้านอื่น เช่น ค่าตอบแทนบุคลากรแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ดังตัวอย่าง ดังนี้โรงพยาบาลสตรี (Royal Women Hospital) ในเมืองเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งในปี 2003 โรงพยาบาลเริ่มประสบปัญหาอย่างรุนแรงในด้านอาคารและห้องตรวจผู้ป่วยเนื่องจาก จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น รัฐบาลของมลรัฐวิกตอเรีย และกระทรวงบริการมนุษย์ของรัฐจึงได้มีแผนสร้างอาคารโรงพยาบาล 9 ชั้น 160 เตียง เตียงทารก 60 เตียง ห้องคลอด 17 ห้อง ห้องผ่าตัด 6 ห้อง จึงได้ประกาศให้เอกชนเข้าร่วมลงทุนในการขยายโรงพยาบาลสตรีที่เมืองเมลเบิร์นแห่งนี้ บริษัท Bilfinger Berger Group บริษัทยักษ์ใหญ่อันดับการก่อสร้างเข้าร่วมลงทุนในครั้งนี้ โดยรูปแบบการร่วมลงทุนเป็นแบบ Designed, Built, Finance and Operating Contracts เป็นระยะเวลา 25 ปีระหว่างปี 2008-2033 แต่เนื่องจาก Bilfinger Berger Group ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญด้านการให้บริการทางการแพทย์ จึงมีการให้สัญญาต่อไปยังบริษัท United KFPW เพื่อจัดการด้านสาธารณูปโภคและบริการสนับสนุน เช่น ดูแลสถานที่ การให้คำแนะนำและรับเรื่องร้องทุกข์ การรักษาความปลอดภัย การทำความสะอาดและการจอดรถ โดยภาครัฐเป็นผู้ให้บริการการรักษาตัวชีวิตความสำเร็จของโครงการคือรัฐไม่ต้องใช้เงินค่าก่อสร้างสูงถึง 250 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย



และผู้ป่วยและญาติมีพึงพอใจในการให้บริการ รัฐคุชราต (Gujarat) ในประเทศอินเดียมีปัญหาเรื่องการเสียชีวิตของมารดาและการอนามัยสำหรับเด็กในพื้นที่ห่างไกลชุมชนเมือง ปี 2006 รัฐบาลรัฐคุชราตจึงตกลงกับเครือข่ายสตูดินารีแพทย์เอกชนทั่วไปในให้บริการในพื้นที่ห่างไกลเพื่อให้บริการอนามัยด้านการทำคลอดแก่มารดาในพื้นที่ห่างไกลที่มีอัตราการตายของมารดาและทารกสูง โดยเริ่มจาก 5 อำเภอ ซึ่งประชากรเป็นจำนวนถึง 43% ที่อยู่ใต้เส้นความยากจน รัฐคุชราตได้มีข้อตกลงกับเครือข่ายแพทย์เอกชนในรูปแบบของ Service Contracting Out คือการกำหนดตกลงกับเครือข่ายแพทย์เอกชนในการให้การคลอดแก่สตรีและการกำหนดค่าตอบแทนแก่แพทย์ตามจำนวนกรณีของคนไข้ (ไม่ใช่ตามจำนวนคนไข้หรือจำนวนครั้งที่คนไข้มาพบ) โครงการประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูงโดยมีผู้ใช้บริการการทำคลอดเพิ่มขึ้นถึง 59% เฉลี่ยคนไข้ 238 คนต่อแพทย์ 1 คนในปีแรกไม่มีมารดาเสียชีวิต ทารกเสียชีวิตเพียงคน 13 จากเฉลี่ยปีละประมาณ 120 คนเมื่อยังไม่มีโครงการนี้ ขณะนี้รัฐคุชราตได้ขยายโครงการนี้ไปทั้งรัฐ

ประเทศแอฟริกาใต้ซึ่งมีขนาดทางเศรษฐกิจเท่ากับประเทศไทย รัฐบาลของรัฐได้เปิดให้คลินิกเอกชนเข้าร่วมโครงการพีพีพีในรูปแบบ Service Contracting Out ในเขตชานเมือง โดยหุ้นส่วนภาคเอกชนคือคลินิกเอกชนทั่วไปโดยภารกิจการให้บริการคือการรักษาพยาบาลและการจ่ายยาโดยแพทย์เพื่อเสริมการทำงานของคลินิกภาครัฐในเขตชานเมืองและมีข้อตกลงจ่ายค่าบริการให้คลินิกเอกชนที่ร่วมโครงการแบบ fee-for-service ตามเงื่อนไขร่วมกับใบสั่งยาต่อไป ทั้งนี้ หน่วยงานรัฐมีการควบคุมโดยการประเมินผลโดยสำรวจทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและการสนทนากลุ่มกับชุมชน ทั้งนี้พบว่าต้นทุนต่อครั้งบริการของคลินิกเอกชนที่ร่วมโครงการใกล้เคียงกับคลินิกของรัฐแต่รัฐสามารถประหยัดเงินงบประมาณการว่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ให้มาทำงานกับภาครัฐได้

จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้านการร่วมลงทุนของภาคเอกชนในกิจการของรัฐ คณะผู้ศึกษาจึงได้ศึกษารูปแบบการสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างโรงพยาบาลบางพลีและโรงพยาบาลธนบุรี เบื้องต้นได้กำหนดไว้ 2 รูปแบบ โดยมีรายละเอียดการเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสีย ดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 : รูปแบบการสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างโรงพยาบาลบางพลีและโรงพยาบาลธนบุรี

รูปแบบความเป็นหุ้นส่วน	ข้อดี	ข้อเสีย
1. โรงพยาบาลบางพลีให้โรงพยาบาลธนบุรีเข้าพื้นที่และดำเนินการให้บริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลธนบุรีเป็นผู้ลงทุนทั้งหมด ทั้งอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ โดยเอกชนเป็นผู้แบกรับความเสี่ยงจากการลงทุน กำไรและความคุ้มค่า</li> <li>- โรงพยาบาลบางพลีมีรายได้จากการให้เข้าพื้นที่/สถานที่</li> <li>- โรงพยาบาลบางพลีมีความพร้อมทางด้านสถานที่ (รวมถึงเตียงผู้ป่วยไอซียู ซีซียู และห้องผ่าตัด) ที่เกิดจากการขยายตัวของโรงพยาบาลเพื่อรองรับบริการที่เพิ่มขึ้น สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลอยู่ใกล้กับกรุงเทพฯ ทำให้แพทย์โรคหัวใจเดินทางไป-กลับได้สะดวก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลธนบุรีต้องทำการเช่าพื้นที่กับกรมธนารักษ์โดยตรง เช่นเดียวกับร้านสะดวกซื้อที่เปิดในโรงพยาบาล</li> <li>- โรงพยาบาลธนบุรีมีสิทธิ์และอำนาจในการบริหารจัดการรวมถึงกำหนดอัตราค่าบริการ ด้วยตนเอง</li> <li>- อาจมีปัญหาเรื่องการควบคุมคุณภาพการให้บริการ รวมถึงการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนต่าง ๆ</li> <li>- ไม่สามารถตรวจสอบรายละเอียดการให้บริการ รวมถึงควบคุมการใส่สายสวนหัวใจอย่างเหมาะสมผลได้</li> </ul>
2. วิธีการจ้างเหมาบริการจากโรงพยาบาลธนบุรี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลบางพลีมีความพร้อมทางด้านสถานที่ รวมถึงเตียงผู้ป่วยไอซียู ซีซียู และห้องผ่าตัด เพื่อรองรับบริการที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน โรงพยาบาลทั่วไปขนาด 200 เตียง</li> <li>- สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลอยู่ใกล้กับกรุงเทพฯ ทำให้แพทย์โรคหัวใจเดินทางไป-กลับได้สะดวก</li> <li>- โรงพยาบาลบางพลีมีงบประมาณที่เพียงพอทั้งจากงบรับรองค่ารายหัวประชากร แรงงานต่างด้าว และผู้ที่จ่ายเงินเอง</li> <li>- การดำเนินงานจะทำในนามของโรงพยาบาลบางพลี โดยโรงพยาบาลธนบุรีเป็นผู้ลงทุนทั้งหมด ทั้งอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล โดยเอกชนเป็นผู้แบกรับความเสี่ยงจากการลงทุน</li> <li>- โรงพยาบาลบางพลีไม่เสี่ยงต่อการขาดทุนหรือเสียผลประโยชน์ และช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร และเพิ่มศักยภาพการให้บริการ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม</li> <li>- โรงพยาบาลบางพลีสามารถตรวจสอบการให้บริการและควบคุมการใส่สายสวนหัวใจอย่างเหมาะสมผล เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับการตรวจวินิจฉัยจากอายุรแพทย์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขั้นตอนการจ้างเหมาบริการมีความซับซ้อนและใช้เวลานาน</li> </ul>

เมื่อพิจารณาข้อดี ข้อเสียของทั้ง 2 รูปแบบ ที่ดำเนินการโดยวิธีจ้างเหมาบริการโรงพยาบาลธนบุรีมาเป็นผู้ให้บริการทั้งหมด โรงพยาบาลบางพลีจึงได้นำรูปแบบความเป็นหุ้นส่วนดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลของรัฐ โดยปรึกษากับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งได้เห็นชอบในหลักการ ภายใต้งบประมาณดำเนินงานจ้างเหมา 50 ล้านบาท ซึ่งเป็นอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัดในการอนุมัติ หลังจากนั้นจึงทำข้อกำหนดของผู้ว่าจ้าง/ร่างขอบเขตงาน (Term of Reference : TOR) และประกาศสรรหาผู้มีคุณสมบัติเสนอราคาซึ่งได้ศูนย์หัวใจโรงพยาบาลธนบุรีเป็นผู้รับจ้างเหมา ตามแผนภูมิที่ 3.5

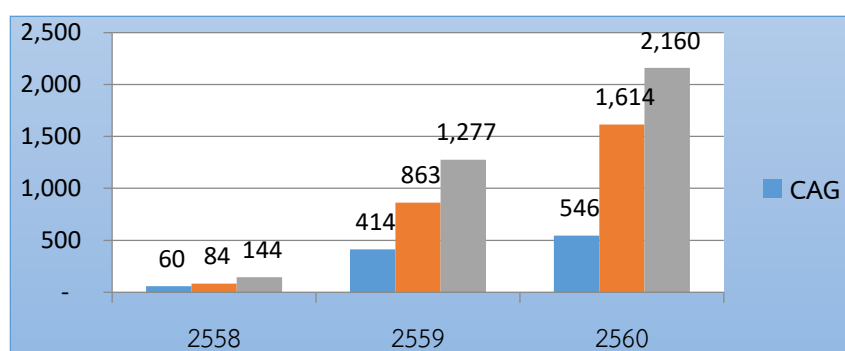
แผนภูมิที่ 3.5 : กระบวนการพัฒนาในการจัดตั้งศูนย์สวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลบางพลี



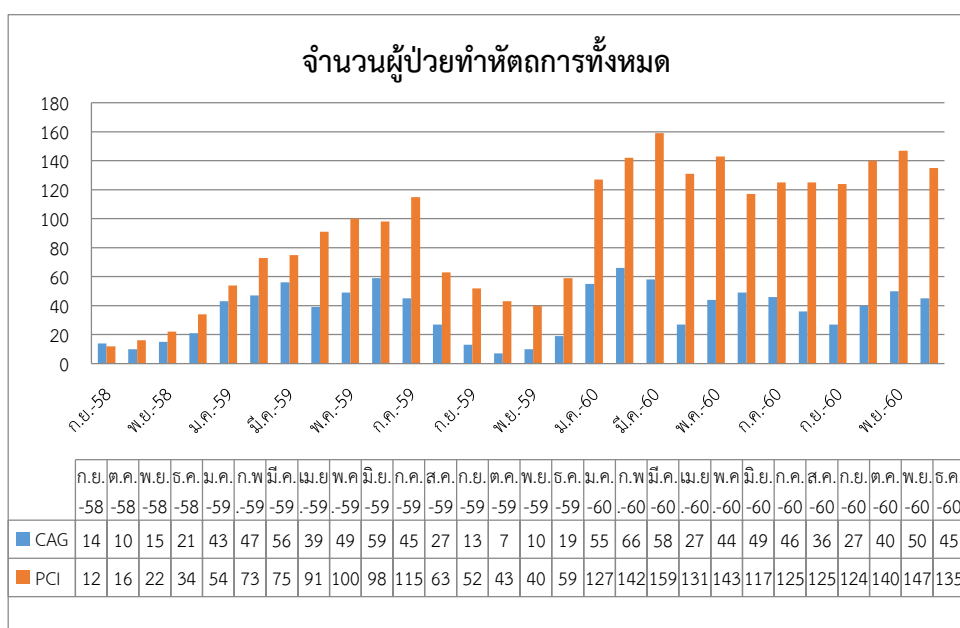
ตารางที่ 3.3 : ตารางแสดงผลการให้การรักษาผู้ป่วยตั้งแต่เปิดดำเนินการ

ประเภท	ปี 2558 (4 เดือน)	ปี 2559	ปี 2560
CAG	60	414	5,46
PCI	84	863	1,614
CAG + PCI	144	1,277	2,160

แผนภูมิที่ 3.6 : แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ทำหัตถการทั้งหมด



แผนภูมิที่ 3.7: แสดงสัดส่วนสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้มารับบริการ



ประเภทสิทธิ	จำนวนผู้รับบริการ
เบิกได้ / จ่ายตรง	33.14%
บัตรทอง	63.24%
สิทธิประกันสังคม	3.10%
เงินสด	0.39%
ต่างด้าว	0.13%

ตารางที่ 3.6 : ตารางแสดงร้อยละผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ Door to Balloon

ปี	จำนวนผู้ป่วย STEMI	Door to Balloon time (ภายใน 90 นาที)	ร้อยละผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ (%)
2558 (4 เดือน)	22	17	77.00
2559	229	209	91.00
2560	136	127	93.00

ตารางที่ 3.7 : ตารางแสดงอัตราการตายของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

ประเภท / ปี		2558	2559	2560
Elective Case	- จำนวน (ราย)	144	1,196	2,072
	- ตาย(ราย)	0	1	14
	- อัตราตาย (%)	0	0.08	0.68
Emergency Case	- จำนวน (ราย)	23	136	235
	- ตาย(ราย)	1	11	22
	- อัตราตาย (%)	4.35	8.09	9.36
รวม	- จำนวน (ราย)	167	1,332	2,307
	- ตาย(ราย)	1	12	36
	- อัตราตาย (%)	1.67	0.90	0.67

### 3.4 การสอบถามความคิดเห็นของประชาชนผู้ใช้บริการที่เข้ารับบริการด้านสาธารณสุข การสวนหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 100 คน ดังตาราง

ตารางที่ 3.8 : ตารางการประเมินความพึงพอใจ แยกแผนก ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลบางพลีปี 2559

ลำดับ	แผนก	เดือน/ปี	อัตราความพึงพอใจ
1	OPD	มค.-ธค. 2559	81.16
2	CCU	มค.-ธค. 2559	95.92
3	Cath Lab	มค.-ธค. 2559	97.87
4	Ward	มค.-ธค. 2559	92.92

จะเห็นได้ว่าประชาชนมีความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการ มีความมั่นใจในการรักษา เชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ในการรักษาโรคที่ และมีความคุ้มค่าทางการเงิน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 92

### 4. การรับรองมาตรฐานด้านการรักษาพยาบาล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เข้าตรวจมาตรฐานการบริการรักษาผู้ป่วยหัวใจนี้แล้วตามขั้นตอนในแผนภูมิที่ 4 และได้ผ่านการประเมิน ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลรับรักษาผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ที่ผ่านมายังได้เรียนปรึกษากับโรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขอความร่วมมือให้ช่วยมาตรวจมาตรฐานการบริการผู้ป่วยโรคหัวใจของโรงพยาบาล

แผนภูมิที่ 3.8 : ขั้นตอนการดำเนินการขอประเมินศูนย์หัวใจ



โรงพยาบาลบางพลีจะทำหน้าที่เป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนต่าง ๆ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด (ค่า RW) และส่งจ่ายให้กับโรงพยาบาลธนบุรีตามราคาที่ตกลงกันในสัญญา โดยมีรายละเอียดของประมาณการด้านการเงิน ผลจำนวนผู้มารับบริการ และผลการขอรับรองมาตรฐานการรักษาพยาบาล

4.1 การประมาณการผลด้านการเงิน จากการให้บริการฉีดสี (CAG) และการใส่สายสวนหัวใจ (PCI) ประมาณ 200 รายต่อเดือน จะมีรายรับจากการให้บริการจากกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลต่างๆ ประมาณปีละ 200 ล้านบาท โดยโรงพยาบาลบางพลีจะจ่ายให้โรงพยาบาลธนบุรี ร้อยละ 90 ของ RW และคาดว่าโรงพยาบาลธนบุรีจะคืนทุนค่าครุภัณฑ์และปรับปรุงอาคาร (ประมาณ 40 ล้านบาท) ภายใน 3 ปี และโรงพยาบาลบางพลีจะมีรายรับประมาณปีละ 20 ล้านบาท

4.2 ผลจำนวนผู้มารับบริการศูนย์หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลบางพลีสามารถเปิดดำเนินการได้ในเดือนสิงหาคม 2558 ถึง ธันวาคม 2560 ได้ให้บริการฉีดสี (CAG) และใส่สายสวนหัวใจ (PCI) ให้กับผู้ป่วยแล้วกว่า 2,000 ราย ทำให้ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดฉุกเฉินได้รับการใส่สายสวนหัวใจโดยทันที ช่วยผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้น สำหรับผลการรักษาพบว่า ระยะเวลา Door to Balloon (ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการสวนหัวใจภายใน 90 นาที) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันบรรลุเป้าหมาย มีอัตราเสียชีวิตเฉลี่ยร้อยละ 0.67 ในปีพ.ศ.2560

## 5. ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการดำเนินงาน

5.1 สัญญาในการให้ดำเนินโครงการของภาคเอกชนเป็นสัญญาระยะสั้นขาดแรงจูงใจในความร่วมมือจากภาคเอกชน

5.2 นับแต่มี พรบ.การให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ พ.ศ.2556 ทำให้สับสนว่ากรณีการตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือดเป็นการจัดซื้อจัดจ้างตาม พรบ.จัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ.2560 หรือต้องใช้ พรบ.การให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ พ.ศ.2556 ซึ่งขณะนี้โรงพยาบาลบางพลีได้ทำเรื่องไปยังกระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอดำเนินการเรื่องการจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือดในรูปแบบ PPP แต่ยังไม่มีความคืบหน้า

5.3 การรับรองมาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลที่ต้องผ่านความเห็นชอบจาก สปสช. ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการค่อนข้างนาน

5.4 ความรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและอาญากรณีเกิดความเสียหายจากบริการทางการแพทย์

5.5 ความล่าช้าในการเบิกจ่ายเงินของภาครัฐให้แก่เอกชน

5.6 หากขาดธรรมาภิบาลที่ดีจะมีปัญหาเรื่องการตรวจและรักษาที่เกินความเหมาะสม

5.7 กรณีผู้ป่วยที่มีโรคร่วม (co-morbidity) ที่ไม่ใช่โรคหัวใจ โดยปกติทางโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบ แต่เนื่องจากมีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำให้มีข้อโต้แย้งด้านการเงิน

5.8 ระบบสำรองยาและเวชภัณฑ์

กล่าวโดยสรุป คณะผู้ศึกษาต้องการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั่วถึงและเป็นธรรม และมีคุณภาพ จากการร่วมลงทุนของรัฐและเอกชน บนพื้นฐานความยั่งยืนทางการเงินการคลัง โดยภาครัฐเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีร่วมทุนในการบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งในพัฒนาการบริการด้านสาธารณสุข โดยศึกษากรณีการร่วมทุนของโรงพยาบาลบางพลี ในการจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือด และนำรูปแบบของร่วมทุนภาครัฐและเอกชน (PPP) เพื่อพัฒนาซึ่งเป็นวิธีการที่ทำให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุม ในการลดค่าใช้จ่ายของประชาชน มีความคุ้มค่าทางการเงินและไม่เป็นภาระของโรงพยาบาล และจะทำให้รัฐมีงบประมาณในการพัฒนาบริการสาธารณสุขในด้านอื่น ๆ ต่อไป

## บทที่ 4

### การนำแนวทางบรรลุเป้าหมายไปสู่การปฏิบัติ

การให้เอกชนเข้ามาร่วมลงทุนในกิจการของรัฐเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพ ในกรณีของโรงพยาบาลบางพลีเห็นได้ว่าเป็นตัวอย่างการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จอย่างแท้จริง การนำแนวทางของโรงพยาบาลบางพลีไปใช้กับกรณีของโรงพยาบาลอื่นจึงสมควรที่จะกำหนดกลยุทธ์ ในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในทางปฏิบัติ โดยคณะผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการคิดเชิงกลยุทธ์ (Strategic Thinking) โดยการตั้งตัวเองจากสถานการณ์เพื่อกำหนดความคิด (Mind Set) หรือมุมมอง นอกกรอบของการจัดการเชิงกลยุทธ์ (Anatomy) ทั้งทางลึกและทางกว้าง และกำหนดวิธีการหรือ แนวทางการพัฒนา (Methodology) รวมถึงจัดทำแผนที่กลยุทธ์ (Strategic Map) ที่เป็นวิธีการ ในการสื่อสารกลยุทธ์ เพื่อช่วยให้บุคลากรทุกคนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกิดความเข้าใจในกลยุทธ์ขององค์กร โดยเชื่อมโยงการดำเนินงานสู่เป้าหมาย ซึ่งเป็นการคิดแบบไปข้างหน้า (Forward Thinking) ในลักษณะของ การทำเพิ่มน้อย ได้เพิ่มมาก โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด เพื่อพัฒนาการร่วมทุนของภาครัฐและเอกชน (PPP) ในการจัดตั้งศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม และสามารถนำไปเป็นแนวทาง การพัฒนาในระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว จากกรณีความสำเร็จดังกล่าว คณะผู้ศึกษาเห็นสมควร สรุปกรอบกลยุทธ์ในการดำเนินการเป็น 3 ระยะ โดยมีระยะเวลาหนึ่งปี ระยะเวลาสองถึงสามปี และระยะเวลาตั้งแต่ห้าปีขึ้นไป ตามที่ปรากฏในตาราง และหากดำเนินการได้ตามที่กำหนดไว้ก็จะสามารถ แก้ไขปัญหาการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลอื่นๆได้

#### ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา

1. **ประสิทธิภาพของผู้บริหารองค์กร** จากกรณีศึกษาความร่วมมือภาครัฐและเอกชน ในการจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลบางพลี ในบทที่ 3 จะเห็นได้ว่าเดิมโรงพยาบาลก็เกิดวิกฤต ทางการเงินในระดับสูงสุด แต่จากการที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ได้พยายามหาทางแก้ไขในหลายทาง จนในที่สุดก็ได้มีการนำแนวคิดการให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมลงทุน ในการจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือด โดยให้เอกชนลงทุนทั้งด้านครุภัณฑ์การแพทย์ อุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งบุคลากรที่เข้ามาทำงาน เช่น แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ โดยโรงพยาบาลจะจ่ายเงิน ให้ตามอัตราที่ตกลงกันตามจำนวนผลงานที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งทำให้โรงพยาบาลบางพลีสามารถเพิ่มการถึงบริการ ให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ โดยไม่เป็นภาระงบประมาณของโรงพยาบาล และเป็นส่วนหนึ่ง ที่ทำให้ฐานะการเงินของโรงพยาบาลดีขึ้น แสดงให้เห็นว่า ผู้บริหารที่มีประสิทธิภาพย่อมทำให้การดำเนินการ รักษาพยาบาลผู้ป่วย และการบริหารของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน

2. **ความร่วมมือของภาคเอกชน** ในการดำเนินการของโรงพยาบาลบางพลีแสดงให้เห็นว่า ภาคเอกชนมีความสนใจในการที่จะเข้ามาร่วมลงทุน การดำเนินการจึงประสบความสำเร็จ ดังนั้น การนำตัวอย่างดังกล่าวไปใช้ในกรณีของโรงพยาบาลอื่น ภาครัฐก็จะต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ภาคเอกชน ได้รับทราบหลักเกณฑ์เงื่อนไขต่างๆ รวมทั้งมีข้อเสนอที่เป็นการจูงใจเอกชนให้เข้ามาดำเนินการ ด้วยเพราะหากในไม่มีข้อเสนอที่น่าสนใจเอกชนก็อาจจะไม่เข้ามาดำเนินการ



**3. สถานที่สำหรับรองรับการดำเนินการ** ในการดำเนินการดังกล่าวโรงพยาบาลควรจะมีสถานที่ที่เพียงพอสำหรับรองรับการให้บริการด้วย เพราะสถานที่สำหรับการดำเนินการเป็นต้นทุนที่มีมูลค่าสูง หากต้องลงทุนเพิ่ม อาจทำให้เอกชนไม่สนใจที่จะเข้าร่วมดำเนินการ

**4. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการร่วมทุน** การกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขสัญญาที่เหมาะสมมีผลให้เอกชนตัดสินใจเข้าร่วมลงทุน เช่น ระยะเวลาของสัญญา เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐได้รับการจัดสรรงบประมาณเป็นรายปี การให้เอกชนร่วมลงทุนในบริการทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง โดยจัดทำสัญญาระยะเวลาสั้นไม่เกิน 1 ปี อาจไม่จูงใจให้เอกชนเข้าร่วมลงทุน

### **ประโยชน์ที่ได้รับในส่วนของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน**

**1) ประโยชน์ต่อภาครัฐ** การให้ภาคเอกชนเข้าร่วมลงทุนสามารถสนับสนุนการดำเนินงานของภาครัฐ จะช่วยสร้างความคุ้มค่าทางการเงินและช่วยประหยัดต้นทุนในการดำเนินการทางด้านสุขภาพได้ และยังเป็นการแบ่งหน้าที่การบริหารความเสี่ยงที่จะได้รับจากความรู้ประสบการณ์จากภาคเอกชน รวมถึงความสามารถในการบริหารจัดการระบบงบประมาณของภาครัฐในกรณีที่ภาครัฐได้พิจารณาถึงความคุ้มค่าทางการเงินแล้วเห็นว่า มีความเหมาะสมที่จะให้เอกชนร่วมดำเนินการจะทำให้ภาครัฐสามารถจัดสรรงบประมาณไปลงทุนในโครงการอื่นๆตามความจำเป็นและเหมาะสมมากขึ้น รวมทั้งทำให้ภาครัฐสามารถเปิดให้บริการทางการแพทย์ได้เพิ่มขึ้นในระยะเวลาที่รวดเร็ว โดยไม่เป็นภาระงบประมาณ และไม่ต้องเพิ่มจำนวนบุคลากรภาครัฐ

**2) ประโยชน์ต่อภาคเอกชน** การที่เอกชนเข้าร่วมลงทุนทางด้านสุขภาพในการให้บริการสาธารณสุขด้วยความมีประสิทธิภาพและในบางครั้งที่สภาพเศรษฐกิจเริ่มชะลอตัว (Economic Downturn) จะถือว่าเป็นการสนับสนุนเศรษฐกิจของประเทศโดยการส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้าร่วมลงทุนกับภาครัฐ ทำให้ภาคเอกชนจะมีโอกาสเสนอแนะแนวทางในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**3) ประโยชน์ต่อประชาชน** การให้บริการสาธารณสุขของภาคเอกชน ทำให้ประชาชนผู้รับบริการสามารถได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพในราคาที่เหมาะสมภายใต้เงื่อนไขการกำกับดูแลที่เหมาะสมของภาครัฐ

เมื่อได้วิเคราะห์ประโยชน์ที่จะได้จากการนำระบบการให้บริการด้านสุขภาพจากกรณีของโรงพยาบาลบางพลีจะเห็นได้ว่า จะช่วยแก้ปัญหาของรัฐบาลที่จะจัดสรรงบประมาณที่มีอยู่จำกัดมาปรับปรุงการให้บริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในประเทศไทยได้ และยังส่งผลให้ประชาชนได้รับความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้มากยิ่งขึ้น ดังที่กล่าวในบทที่ 1 หากนำแนวทางนี้ไปใช้ให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่ก็จะเป็นการช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุข รวมถึงเจ้าหน้าที่ด้านวิชาชีพอื่นๆ และบุคลากรที่ไม่ใช่สายวิชาชีพด้วย เช่น ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนั้นยังช่วยบรรเทาภาระหนี้สินของโรงพยาบาลจากค่าใช้จ่าย ได้แก่ เวชภัณฑ์ ยา และค่าตอบแทนต่างๆ และจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในอนาคตตามที่กล่าวในบทที่ 2 ที่พบว่าจำนวนของผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจะมีมากขึ้นประกอบกับการพัฒนาทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยจะมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น และการเข้าสู่สังคมสูงวัยซึ่งจะทำให้คนมีชีวิตรุนแรงขึ้น ย่อมเป็นเพิ่มภาระทางการคลังของประเทศที่รัฐบาลจะต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยของครัวเรือนจะสูงขึ้นเช่นกัน ดังนั้น การให้ภาคเอกชนเข้ามาให้บริการทางด้านสุขภาพย่อมทำให้เกิดประโยชน์ต่อทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

### กลยุทธ์การดำเนินงาน ในระยะสั้น (ระยะเร่งด่วน ภายใน 1 ปี)

ผลที่คาดว่าจะได้รับในระยะสั้น

1. ประชาชนในพื้นที่ดำเนินการสามารถเข้าถึงบริการด้านหัวใจและหลอดเลือด
  - KPI 1.1 ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการรักษามากกว่าร้อยละ 80
  - KPI 1.2 ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราการตายจากการรักษาน้อยกว่าร้อยละ 5
2. โรงพยาบาลของรัฐที่มีเอกชนร่วมลงทุนสามารถมีเงินทุนหมุนเวียนเพิ่มมากขึ้น
  - KPI 2.1 เอกชนสามารถเข้าร่วมลงทุนกับโรงพยาบาลของรัฐเพิ่มขึ้น 1 แห่ง

ตารางที่ 4.1 : ปัจจัยในการพิจารณาเพื่อให้ได้ตามผลที่คาดหวัง

การดำเนินงาน	ปัจจัยความสำเร็จ	ภาครัฐ	ภาคเอกชน	ประชาชน
ต้นทาง	ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ (PPP)	1. หน่วยงานภาครัฐ (โรงพยาบาลของรัฐ) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดมความคิดเห็น เพื่อกำหนดแนวทาง/นโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานตามรูปแบบ PPP	1. ผู้บริหารโรงพยาบาล เอกชนทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน PPP กับโรงพยาบาลของรัฐ	-
		2. หน่วยงานภาครัฐ ถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานตามรูปแบบ PPP ให้กับโรงพยาบาลของรัฐและผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน		
กลางทาง	โรงพยาบาลของรัฐ/เอกชนสนใจเข้าร่วมลงทุนด้านสุขภาพ	1. ผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐที่มีความพร้อมศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับระเบียบ ข้อกฎหมาย ขั้นตอนในการให้เอกชนเข้าร่วมลงทุน PPP	1. ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนที่มีความสนใจศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับระเบียบกฎหมาย ขั้นตอนในการให้เอกชนเข้าร่วมลงทุน PPP	
		2. หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องปรับปรุงกฎหมายให้เหมาะสมหรืออำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน PPP	2. โรงพยาบาลเอกชนที่สนใจและมีความพร้อมเข้าร่วมลงทุนเสนอแผนงาน/โครงการต่อผู้มีอำนาจพิจารณา	
		3. โรงพยาบาลของรัฐที่สนใจให้เอกชนเข้าร่วมลงทุนเสนอแผนงาน/โครงการต่อผู้มีอำนาจพิจารณา		

การดำเนินงาน	ปัจจัยความสำเร็จ	ภาครัฐ	ภาคเอกชน	ประชาชน
ปลายทาง	เอกชนเข้าร่วม ลงทุนกับ โรงพยาบาล ของรัฐ	1. โรงพยาบาลของรัฐที่ ได้รับการพิจารณา จัดเตรียมรายละเอียด ความพร้อมรายละเอียด แผนงาน เพื่อเชิญ โรงพยาบาลเอกชนเข้า ร่วมลงทุน	1. โรงพยาบาลของ เอกชนที่ได้รับการ พิจารณาจัดเตรียม รายละเอียดความพร้อม รายละเอียดแผนงาน เพื่อเสนอเข้าร่วมลงทุน กับโรงพยาบาลของรัฐ	1. ประชาชน รับทราบและ สามารถเข้า รับบริการ สุขภาพจาก โรงพยาบาล ของรัฐที่ เอกชนร่วม ลงทุนได้
		2. โรงพยาบาลของรัฐ สามารถลงนามให้เอกชน ร่วมลงทุนได้	2. โรงพยาบาลเอกชน ระดมแหล่งทุน/ทรัพยากร ตามกฎหมาย ระเบียบ เงื่อนไข เพื่อเข้าร่วม ลงทุนในกิจการของรัฐ	2. ประชาชน มีความพึง พอใจต่อการ ให้บริการ สุขภาพจาก โรงพยาบาล ของรัฐที่ เอกชนร่วม ลงทุน
		3. เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ให้กับ ประชาชนในพื้นที่เข้ารับ บริการสุขภาพที่เอกชน ร่วมลงทุน	3. โรงพยาบาลของ เอกชนสามารถลงนาม เข้าร่วมลงทุนกับ โรงพยาบาลของรัฐ	

### กลยุทธ์การดำเนินงาน ในระยะปานกลาง (ภายใน 2-3 ปี)

ผลที่คาดว่าจะได้รับในระยะสั้น

1. ประชาชนในพื้นที่ดำเนินการสามารถเข้าถึงบริการด้านหัวใจและหลอดเลือด
  - KPI 1.1 ผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดในเวลาที่เหมาะสมร้อยละ 100
  - KPI 1.2 ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราการตายจากการรักษาน้อยกว่าร้อยละ 5
  - KPI 1.3 ผู้รับบริการ/ญาติโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความพึงพอใจจากการรักษามากกว่าร้อยละ 80
2. โรงพยาบาลของรัฐที่มีเอกชนร่วมลงทุนสามารถเปิดดำเนินการได้
  - KPI 2.1 ประเทศไทยมีศูนย์หัวใจที่เพียงพอต่อการให้บริการโรคหัวใจและหลอดเลือด

### ตารางที่ 4.2 : ปัจจัยในการพิจารณาเพื่อให้ได้ตามผลที่คาดหวัง

การดำเนินงาน	ปัจจัยความสำเร็จ	ภาครัฐ	ภาคเอกชน	ประชาชน
ต้นทาง	1. กฎระเบียบมีความเหมาะสมต่อการให้เอกชนเข้าร่วมลงทุน	1) กระทรวงสาธารณสุข รวบรวมปัญหา อุปสรรค จากระยะต้น	1) ศึกษากฎระเบียบ ข้อกำหนด ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมร่วมลงทุน	-
		2) กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปรับปรุงแก้ไขข้อจำกัด และกำหนดมาตรการ สร้างแรงจูงใจ	2) เข้าร่วมรับฟังการ ประชาสัมพันธ์ของ ภาครัฐ	
		3) กระทรวงสาธารณสุข จัดทำคู่มือการร่วมลงทุน ระหว่างภาครัฐและ เอกชน	3) ให้ข้อเสนอแนะแก่ ภาครัฐ	
	2. ภาครัฐและ เอกชนมีความเข้าใจ ในการร่วมลงทุน	1) อบรมให้บุคลากร ภาครัฐและภาคเอกชน ให้ทราบหลักการ แนวทางเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินการ	ศึกษาหลักเกณฑ์ แนวทางและเงื่อนไขใน การเข้าร่วมลงทุนกับ โรงพยาบาลของรัฐ	
		2) ประชาสัมพันธ์ให้ โรงพยาบาลของรัฐและ เอกชนทราบถึง หลักเกณฑ์แนวทางการ เข้าร่วมลงทุน		

การดำเนินงาน	ปัจจัยความสำเร็จ	ภาครัฐ	ภาคเอกชน	ประชาชน
กลางทาง	โรงพยาบาลของรัฐ/ เอกชนสนใจเข้าร่วมลงทุนด้าน สุขภาพ	1) โรงพยาบาลของรัฐที่มีความพร้อมประกาศเชิญชวนภาคเอกชนเข้าร่วมลงทุน	1) ภาคเอกชนศึกษาความเป็นไปได้และประเมินความเสี่ยงในการร่วมลงทุน	
		2) คัดเลือกเอกชนที่ยื่นข้อเสนอเข้าร่วมลงทุนและลงนามในสัญญาการเข้าร่วมลงทุน	2) ภาคเอกชนที่สนใจและความพร้อมเข้าร่วมลงทุนยื่นข้อเสนอแผนการดำเนินงานเข้าร่วมลงทุนและลงนามในสัญญาการเข้าร่วมลงทุน	
ปลายทาง	มีศูนย์หัวใจและหลอดเลือดที่ภาคเอกชนเข้าร่วมดำเนินการเปิดให้บริการในพื้นที่อย่างน้อยภาคละ 1 แห่ง (รวม 6 แห่ง)	1) โรงพยาบาลของรัฐตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ	1) เอกชนเปิดให้บริการแก่ประชาชนที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด	

### กลยุทธ์การดำเนินงาน ในระยะยาว (ภายใน 5 ปี)

ผลที่คาดว่าจะได้รับในระยะยาว

1. ผู้ป่วยโรคหัวใจสามารถเข้าถึงบริการการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น  
KPI 1.1 เข้าถึงบริการทางการแพทย์ทั่วถึง เป็นธรรม และมีมาตรฐาน
2. โรงพยาบาลของรัฐที่มีเอกชนร่วมลงทุนสามารถเปิดดำเนินการได้  
KPI 2.1 มีความร่วมมือของโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนในด้านต่างๆ เช่น ศูนย์มะเร็ง ศูนย์ผ่าตัดส่องกล้อง
3. ประเทศชาติสามารถปฏิรูประบบกำลังคนด้านสุขภาพมีความมั่นคงทางการคลังด้านสุขภาพ

### ตารางที่ 4.3 : ปัจจัยในการพิจารณาเพื่อให้ได้ตามผลที่คาดหวัง

การดำเนินงาน	ปัจจัยความสำเร็จ	ภาครัฐ	ภาคเอกชน	ประชาชน
ต้นทาง	มีเอกชนเข้าร่วมลงทุนในศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลของรัฐอย่างน้อย 12 แห่ง	1) กระทรวงสาธารณสุข ประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา		-
		2) กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปรับปรุงวิธีการใหม่ๆ ในการเข้าร่วมลงทุน เช่น การประมูล	ศึกษากฎระเบียบ ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมร่วมลงทุนให้ข้อเสนอแนะแก่ภาครัฐ	
		3) หน่วยงานภาครัฐปรับปรุงมาตรการจูงใจใหม่ๆ เช่น มาตรการทางภาษี และอัตราค่าตอบแทนในการเข้าร่วมลงทุน		
		4) กระทรวงสาธารณสุข ปรับปรุงคู่มือการร่วมลงทุนระหว่างภาครัฐและเอกชน		
		5) กระทรวงสาธารณสุข ประชาสัมพันธ์ผลสำเร็จของการดำเนินงานที่ผ่านมา	เข้าร่วมรับฟังการประชาสัมพันธ์ของภาครัฐภาคเอกชน	
		6) โรงพยาบาลของรัฐที่มีความพร้อมประกาศเชิญชวนภาคเอกชนเข้าร่วมลงทุน	ประเมินความคุ้มค่าและยื่นข้อเสนอแผนการดำเนินงาน เข้าร่วมลงทุนและลงนามในสัญญาการเข้าร่วมลงทุน	ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการให้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐที่เอกชนร่วมลงทุน

การดำเนินงาน	ปัจจัยความสำเร็จ	ภาครัฐ	ภาคเอกชน	ประชาชน
กลางทาง	ภาคเอกชนให้ความสนใจในเข้าร่วมดำเนินการในกิจการสาธารณสุขด้านอื่น	1) ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อเชิญชวนเอกชนที่สนใจให้เข้าร่วมโครงการ	1) ภาคเอกชนศึกษาความเป็นไปได้และประเมินความเสี่ยงในการร่วมลงทุน	
		2) คัดเลือกเอกชนที่ยื่นข้อเสนอเข้าร่วมลงทุนและลงนามในสัญญาการเข้าร่วมลงทุน	2) ภาคเอกชนที่สนใจและมีความพร้อมเข้าร่วมลงทุนยื่นข้อเสนอแผนการดำเนินงานเข้าร่วมลงทุนและลงนามในสัญญาการเข้าร่วมลงทุน	ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการให้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐที่เอกชนร่วมลงทุน
ปลายทาง	ภาคเอกชนเข้าร่วมดำเนินการในบริการสาธารณสุขอื่นๆ เช่น ศูนย์รักษาโรคมะเร็ง ศูนย์ตรวจเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) และโรคไม่ติดต่ออื่นๆ ฯลฯ	โรงพยาบาลของรัฐตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ	เอกชนเปิดให้บริการสาธารณสุขอื่นๆ แก่ประชาชน	ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการให้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐที่เอกชนร่วมลงทุน

## ปัจจัยเสี่ยงในการนำแนวทางให้บรรลุเป้าหมาย

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความสำเร็จของการให้เอกชนร่วมลงทุนกับภาครัฐมีดังนี้

1. ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการทำ PPP เนื่องจากการให้เอกชนเข้าร่วมลงทุนกับภาครัฐเป็นเรื่องใหม่ที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในส่วนผู้ปฏิบัติอาจไม่เข้าใจในกระบวนการปฏิบัติ
2. ความชัดเจนของระเบียบการให้เอกชนใช้พื้นที่ของราชการ การร่วมลงทุนในลักษณะนี้จะมีรายละเอียดที่แตกต่างกันไปแล้วแต่กรณี จึงอาจทำให้ระเบียบที่มีอยู่เดิมไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดข้อสงสัย หรือไม่สามารถตัดสินใจได้ ทำให้การดำเนินการล่าช้าหรือไม่เกิดผล
3. เงื่อนไขสัญญาและระยะเวลาในการร่วมทุน อาจไม่เอื้ออำนวยให้เอกชนเข้าร่วมลงทุน เช่น ระยะเวลาของการร่วมทุนที่สั้นเกินไป อาจทำให้ไม่คุ้มทุน และไม่จูงใจให้เอกชนเข้าร่วมลงทุน
4. ความพร้อมด้านสถานที่ของโรงพยาบาลที่จะให้เอกชนเข้าร่วมลงทุน เนื่องจากปัจจุบันโรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งใช้พื้นที่ในอาคารเต็มประสิทธิภาพอยู่แล้ว ทำให้ไม่มีพื้นที่ว่างเพียงพอในการให้เอกชนเข้าร่วมทุนจัดบริการทางการแพทย์ การของบประมาณเพื่อก่อสร้างอาคารเพิ่มก็ต้องใช้เวลานานหรือไม่อาจทำได้ในบางโรงพยาบาล

## แนวทางบริหารความเสี่ยงสู่ความสำเร็จ

สำหรับความเสี่ยงที่มีผลต่อความสำเร็จของการให้เอกชนร่วมลงทุนกับภาครัฐ มีอยู่ 4 ประการ เป็นความเสี่ยงจากปัจจัยภายในของภาคส่วนราชการเอง มีแนวทางบริหารความเสี่ยง ดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านความเข้าใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการทำ PPP ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข จะต้องทำการประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ทั้งฝ่ายบริหารและฝ่ายปฏิบัติการ ได้เห็นประโยชน์ ของการทำ PPP ตลอดจนแนวทางในการดำเนินการ พร้อมกับยกตัวอย่างกรณีโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เป็นต้นแบบ หรือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอาจทำเป็นคู่มือแนวทางการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาลที่ประสงค์จะดำเนินการ
2. ความเสี่ยงด้านความชัดเจนของระเบียบการให้เอกชนใช้พื้นที่ของราชการ ผู้บริหารของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขควรประสานงานกับกรมธนารักษ์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำรายละเอียดของระเบียบการในส่วนนี้ให้ชัดเจน หรือผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องศึกษากฎระเบียบเรื่องการใช้พื้นที่ของราชการ เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปอย่างถูกต้องชัดเจน
3. ความเสี่ยงด้านการกำหนดเงื่อนไขสัญญาและระยะเวลาในการร่วมทุน หากภาครัฐสามารถกำหนดเงื่อนไขให้เป็นมาตรฐาน และมีระยะเวลาที่เหมาะสมจะเอื้ออำนวยและจูงใจให้เอกชนเข้าร่วมลงทุน
4. ความเสี่ยงด้านความพร้อมด้านสถานที่ของโรงพยาบาลที่จะให้เอกชนเข้าร่วมลงทุน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องสำรวจความพร้อมด้านสถานที่ก่อนที่จะเสนอให้เอกชนเข้าร่วมลงทุน หรืออาจกำหนดใน TOR ว่าเอกชนจะต้องลงทุนด้านสถานที่ด้วย
5. การดำเนินงานโดยใช้ต้นแบบของโรงพยาบาลบางพลีจะต้องระวังในเรื่องของการนำไปใช้ ที่อาจเกิดการนำไปใช้แบบผิดๆ (abuse) เช่น การเปิดศูนย์โรคหัวใจที่มากจนเกินความจำเป็นซึ่งอาจจะทำให้มีการแย่งผู้ป่วย หรือนำกรณีที่ไม่เหมาะสมมาทำการรักษาที่เรียกว่าเป็น Supply increase demand



## บทที่ 5

### บทสรุป

#### 5.1 สรุปในภาพรวม

การมีสุขภาพที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญพื้นฐานของการพัฒนาประเทศ การให้บริการด้านสาธารณสุขที่จะสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีจึงเป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพ ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 ให้สิทธิประชาชนในการได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง แต่ปัจจุบันระบบการสาธารณสุขของประเทศไทยยังประสบปัญหาในเรื่อง การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ และความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึง คุณภาพการให้บริการ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของครัวเรือน วิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาลที่อยู่ในภาวะติดลบ เมื่อพิจารณาถึงสภาพปัญหาด้านสาธารณสุขที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการบริการสาธารณสุขประกอบด้วย การเข้าสู่สังคมสูงวัยอัตราการเป็นโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เพิ่มขึ้นจากพฤติกรรมบริโภคที่นิยมอาหารจำพวกแป้ง ไขมัน และน้ำตาลเพิ่มมากขึ้น การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่กระจายตัวอยู่ในสถานพยาบาลเอกชนและอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร และภาระทางการคลังของประเทศที่มีจำนวนสูงขึ้นทุกปี นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีความจำเป็นที่จะต้องใช้งบประมาณการลงทุนเพื่อปรับโครงสร้างพื้นฐานอีกเป็นจำนวนมาก ประกอบกับการพัฒนาทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยมีอายุที่ยืนยาวทำให้ประเทศต้องเพิ่มภาระทางการคลังของประเทศ มีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ดังนั้น การที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ด้วยการร่วมลงทุนของภาครัฐและเอกชน โดยนำกรณีศึกษาการจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลบางพลี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่นำระบบความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในรูปแบบการร่วมทุน (Public-Private Partnership-PPP) เพื่อจัดตั้งศูนย์หัวใจและหลอดเลือดมาให้บริการในโรงพยาบาล จนประสบผลสำเร็จและประชาชนมีความพึงพอใจในการได้รับบริการเป็นอย่างมาก มาใช้เป็นกรณีศึกษาให้กับโรงพยาบาลของรัฐอื่นๆได้ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการ จะช่วยให้ภาครัฐสามารถให้บริการทางการแพทย์ได้เพิ่มขึ้นโดยมีความคุ้มค่าทางการเงิน ประหยัดต้นทุน และบุคลากรในการดำเนินการ สำหรับภาคเอกชนจะได้มีโอกาสร่วมงานและเสนอแนะแนวทางกับภาครัฐ เพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และในส่วนของประชาชนจะสามารถเข้ารับบริการได้มากขึ้น

## 5.2 บทเรียนที่ได้เรียนรู้จากการจัดทำรายงาน

### • ความท้าทายในการบูรณาการความคิดจากสมาชิกในกลุ่ม

คณะผู้ศึกษามีสมาชิกในกลุ่มจำนวน 11 คน ที่มาของสมาชิกแตกต่างกัน โดยแต่ละคนมาจากหน่วยงานที่มีภารกิจที่ไม่เหมือนกันทั้งสายงานอาชีพ วุฒิทางการศึกษา บริบทการทำงาน อายุที่ต่างกัน วัฒนธรรมขององค์กรรวมถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Differences) นอกจากนี้สมาชิกแต่ละคนปฏิบัติหน้าที่ราชการทั้งด้านบริหารและด้านวิชาการ โดยดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสำนัก ผู้อำนวยการกอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ และหัวหน้าส่วนราชการในระดับจังหวัด ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาระดับหัวหน้าหน่วยงานที่มีผู้ใต้บังคับบัญชาตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป มีภาวะผู้นำ สมรรถนะ และทักษะในการทำงานที่แตกต่างกัน รวมทั้งมีองค์ความรู้ในวิชาชีพที่หลากหลาย เมื่อมีโอกาสได้เข้ามาทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม (Group project) และต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม (Teamwork) ตามหลักสูตรนักบริหารระดับสูง ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม จึงทำให้เกิดประเด็นท้าทายในการทำงาน ดังนี้

1. การพิจารณาเสนอหัวข้อในการศึกษา เนื่องจากบทบาทหน้าที่ ความรู้และประสบการณ์ของสมาชิกในคณะผู้ศึกษาแตกต่างกัน จึงเป็นความท้าทายที่กลุ่มจะต้องเลือกหัวข้อที่จะศึกษา โดยได้มีการระดมความคิดเห็นร่วมกัน เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาในปัจจุบันและอนาคต จากข้อมูลและประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งสมาชิกได้เสนอความเห็นในหลากหลายหัวข้อในมุมมองที่ต่างกัน และสุดท้ายได้ตัดสินใจร่วมกันในการเลือกหัวข้อศึกษาที่เห็นว่า เป็นปัญหาสำคัญของประเทศและมีความเชื่อมโยงกับภารกิจของสมาชิกในกลุ่ม

2. เมื่อได้หัวข้อในการศึกษาแล้ว ได้มีการกำหนดแผนการศึกษา โดยแบ่งงานกันรับผิดชอบตามหัวข้อย่อยที่กำหนด ซึ่งก็เป็นความท้าทายเนื่องจากสมาชิกมีข้อจำกัดเรื่องเวลาและภารกิจของหน่วยงาน เมื่อต่างคนต่างการวิเคราะห์ตามประเด็นที่รับผิดชอบ ข้อมูลที่ได้จึงไม่เชื่อมโยงกันและมีเป็นจำนวนมาก ทำให้ต้องจัดสรรเวลาเพื่อนัดประชุมหารือกัน รวมทั้งส่งข้อมูลให้กันผ่านช่องทางต่างๆ เช่น Line กลุ่ม และ Email เพื่อทำให้การทำงานเป็นทีมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ความคิดเห็นที่หลากหลายนำไปสู่ประเด็นความเห็นที่ไม่ตรงกัน เพื่อมิให้กลายเป็นความขัดแย้งทางความคิด สมาชิกในกลุ่มจึงได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากมุมมองต่างๆ มีการเปิดใจรับฟังให้เกียรติเคารพความเห็นและเหตุผลของกันและกัน ร่วมคิดร่วมทำร่วมรับผิดชอบ ร่วมตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีที่สุดแล้วลงมือทำ และที่สำคัญคือได้รับคำแนะนำกรอบการศึกษาอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และการหาหรือระดมความคิดเห็นกันอย่างต่อเนื่องทำให้บรรยากาศในการทำงานเป็นไปอย่างราบรื่นก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกในกลุ่มฯ

4. การติดตามและประเมินผลการทำงานเป็นทีม ซึ่งต้องดำเนินการเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยมีการทบทวนเป้าหมายและวิธีการซึ่งมีแก้ไขเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่ต้องปรับเปลี่ยนไปตามเหตุการณ์และเงื่อนไขที่กำหนด รวมทั้งมีการสรุปประเด็นในแต่ละครั้ง และกำหนดผู้รับผิดชอบประสานรวบรวมการดำเนินการในแต่ละส่วน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และได้ผลงานตามเป้าหมายที่กำหนด

● การเชื่อมโยงแนวทางการพัฒนาตนเอง (IS) ให้เข้ากับการนำข้อเสนอในรายงานกลุ่มไปปฏิบัติ (GP)

1. แนวคิดการจัดทำนโยบาย โดยการทำงานจะต้องมีการกำหนดทิศทางและนโยบายภาครัฐ การจัดทำแผนงาน โดยใช้ข้อมูล สถานการณ์หรือบริบท และนำมาวิเคราะห์ กำหนดผลลัพธ์โดยมุ่งประชาชนเป็นเป้าหมาย และในการทำงานต้องมีการบูรณาการร่วมกันเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและตอบสนองต่อประชาชน โดยเป็นการคิดที่เป็นระบบ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และกำหนดเป้าหมายการทำงานทั้งในปัจจุบันและอนาคตบนพื้นฐานของข้อมูลบริบทที่เปลี่ยนแปลงเพื่อขับเคลื่อนองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ .....

2. การบริหารการเปลี่ยนแปลง โดยการเป็นผู้นำในการค้นหาแนวทางการดำเนินการด้วยวิธีใหม่ ซึ่งการร่วมลงทุนระหว่างรัฐและเอกชนในการให้บริการด้านสาธารณสุขนั้น เป็นแนวความคิดใหม่ที่จะช่วยลดข้อจำกัดและแก้ไขสถานการณ์ปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบันให้ดีขึ้น ทั้งนี้ ต้องมีการปรับตัวและมีความยืดหยุ่นอยู่เสมอ เพื่อจะได้สามารถกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง

3. การสื่อสารที่มีประสิทธิผล เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย และสร้างความมั่นใจให้กับโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในการตัดสินใจเข้าร่วมดำเนินการด้วยวิธีการร่วมลงทุน รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งต้องใช้ทักษะในการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดความคิดและโน้มน้าวใจ เพื่อให้ข้อเสนอได้รับการยอมรับและนำไปปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพในราคาที่เป็นธรรม

4. การพัฒนาสู่นวัตกรรมกระบวนการทำงาน ทำให้สามารถนำไปปรับใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ กระบวนการ หรือพัฒนางานของหน่วยงานได้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งมีแนวทางจากการศึกษาค้นคว้าและวิเคราะห์ข้อมูล ได้มีการเชื่อมโยงแนวคิด เหตุและผล เพื่อนำไปคิดวิเคราะห์ กำหนดแผนกลยุทธ์ ตัดสินใจดำเนินการ และประเมินผล เพื่อให้ตอบสนองต่อผู้รับบริการซึ่งคือประชาชนเป็นหลัก

## บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2554-2558

กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พฤษภาคม 2559)  
แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข. (พ.ศ. 2560 -2579)

กระทรวงสาธารณสุข คณะทำงานจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2558) บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2555

มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง (Fiscal Policy Research Institute Foundation : FPRI)  
(7 ตุลาคม 2556) การคลังสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ.

รัฐ ธนาดิเรก. (2561) เอกสารประกอบการบรรยายหลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์  
และคุณธรรม รุ่นที่ 87 วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.

### ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

โครงการรถไฟความเร็วสูง เชื่อมต่อ 3 สนามบิน แบบไร้รอยต่อ เอกสารออนไลน์

<http://www.eeco.or.th/> สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2561

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 เอกสารออนไลน์

[https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload\\_files/Statute\\_on\\_the\\_national\\_health\\_system\\_591219.pdf](https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/Statute_on_the_national_health_system_591219.pdf) สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2561

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ เอกสารออนไลน์

[www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals](http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals)  
สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2561

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เอกสารออนไลน์

<http://www.nesdb.go.th/download/plan12> สืบค้นเมื่อ 18 มกราคม 2561

พระราชบัญญัติการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ พ.ศ. ๒๕๕๖ เอกสารออนไลน์

<http://www.mof.go.th/home/projectM/accmaster/doc4/PPP/PPP56.pdf>  
สืบค้นเมื่อ 18 มกราคม 2561

รายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2542 (WHO The world health report 1999 - making  
a difference) [www.who.int/whr/1999/en/](http://www.who.int/whr/1999/en/) สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2561

รายงานการะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ

ระหว่างประเทศ 2558 [http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/  
report\\_BOD\\_2556.pdf](http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/report_BOD_2556.pdf) สืบค้นเมื่อ 29 มีนาคม 2561

รายงานสุขภาพคนไทย 2560 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารออนไลน์  
<http://www.thaihealthreport.com/index2560-10> สืบค้นเมื่อ 29 มีนาคม 2561

ร่างพระราชบัญญัติ เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก พ.ศ. .... เอกสารออนไลน์  
<https://www.eeco.or.th/> สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2561

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 เอกสารออนไลน์  
<http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/040/1.PDF> สืบค้นเมื่อ 21 มกราคม 2561

รับสังคมผู้สูงอายุ! TDRI คาดอีก 15 ปี คนไทยอาจใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงถึง 2.2 ล้านล้านบาท เอกสารออนไลน์  
<https://today.line.me/th/article/> สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2561

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) เอกสารออนไลน์ [www.nesdb.go.th](http://www.nesdb.go.th) สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2561

สังคมสูงวัยในประเทศไทย: ชี้ปัญหาความต้องการทางสุขภาพที่แท้จริงของผู้สูงอายุยากจน เอกสารออนไลน์  
<http://www.worldbank.org/th/news/press-release/2016/04/08/aging-in-thailand-addressing-unmet-health-needs-of-the-elderly-poor> สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2561

ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เอกสารออนไลน์  
<https://www.hsri.or.th/researcher/media/issue/detail/5440> สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2561

อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร เอกสารออนไลน์  
<http://www.eec.marketingbangkok.net/> สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2561

World Health Statistics 2014, World Health Organization (WHO) : รายงานทรัพยากรสาธารณสุข  
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557 เอกสารออนไลน์  
[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2014/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/)  
สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2561

### คณะผู้จัดทำ

1. **ชื่อ-สกุล** นายกิตติศักดิ์ จุลสำรวล รหัสนี้ 87010  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองนิติบัญญัติ  
สังกัด สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
2. **ชื่อ-สกุล** นางนภัสชล ทองสมจิตร รหัสนี้ 87016  
ตำแหน่ง ผู้เชี่ยวชาญด้านแบบจำลองเศรษฐกิจ  
สังกัด สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
3. **ชื่อ-สกุล** นางบุษกร ปราบณศักดิ์ รหัสนี้ 87023  
ตำแหน่ง ธารักษ์พื้นที่สมุทรสาคร  
สังกัด กรมธารักษ์
4. **ชื่อ-สกุล** นายสมศักดิ์ สุขจันทร์ รหัสนี้ 87046  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองนโยบายและแผนการใช้ที่ดิน  
สังกัด กรมพัฒนาที่ดิน
5. **ชื่อ-สกุล** นางสาวสิริรัตน์ วีรวิศาล รหัสนี้ 87057  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานขนส่งสินค้า  
สังกัด กรมการขนส่งทางบก
6. **ชื่อ-สกุล** นายพินิจ กัลยาณมณีกร รหัสนี้ 87071  
ตำแหน่ง สถิติจังหวัดนนทบุรี  
สังกัด สำนักงานสถิติแห่งชาติ
7. **ชื่อ-สกุล** นายไพโรจน์ พุทธิวิศิษฐ์ รหัสนี้ 87089  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดนครราชสีมา  
สังกัด กรมคุมประพฤติ
8. **ชื่อ-สกุล** นางจิระภา ดวงดี รหัสนี้ 87101  
ตำแหน่ง สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดนครปฐม  
สังกัด กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน
9. **ชื่อ-สกุล** นายชัยพล สุขเอี่ยม รหัสนี้ 87105  
ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักงานรัฐมนตรี  
สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม
10. **ชื่อ-สกุล** นายนพพล แดนพิพัฒน์ รหัสนี้ 87113  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางพลี  
สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
11. **ชื่อ-สกุล** นางสาวณอม สุรวงศ์ตระกูล รหัสนี้ 87130  
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักวิจัยและการตรวจเงินแผ่นดิน  
สังกัด สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน