

โครงการศึกษากรอบความร่วมมือระหว่าง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และภาคเอกชน

Public-Private Partnership in health sector : collaborative framework for Ministry of Public Health's hospitals and private sector

งานวิจัยโดย
จอมขวัญ โยธาสุมทร
พัทธนา เอ็งบริบูรณ์พงศ์
ยศ ตีระวัฒนานนท์



การศึกษานี้เป็นความร่วมมือระหว่างสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร : 0-2590-4549, 0-2590-4374-5

โทรสาร : 0-2590-4369

Website : www.hitap.net

E-mail : hitap@hitap.net



พิมพ์ครั้งที่ 1 มิถุนายน 2553

จำนวน 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด

119/138 ถ.ติวานนท์ ซ.3 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร : 0-2525-1121, 0-2525-4669-70 โทรสาร : 0-2525-1272

E-mail : graphico__sys@yahoo.com

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข โดยความร่วมมือจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามงานวิจัยชิ้นนี้จะประสบความสำเร็จไม่ได้หากขาดผู้สนับสนุนในด้านต่างๆ ทั้งการให้ข้อมูล ความร่วมมือ การประสานงานสำหรับการเก็บข้อมูล และการอำนวยความสะดวกในเรื่องต่างๆ จากหลายฝ่าย ดังนั้น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สำนักบริหารหนี้สาธารณะ กระทรวงการคลัง มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค สมาคมโรงพยาบาลเอกชน กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อรายงานฉบับนี้ และ นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี และ ดร.อภिरดา ชินประทีปสำหรับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรายงาน

คณะผู้วิจัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ ประชากร และวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีส่งผลให้ความต้องการบริการด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น และมีความซับซ้อนยิ่งขึ้นเกินกว่าที่ภาครัฐหรือเอกชนจะตอบสนองได้ จึงเป็นที่มาของแนวคิดการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพิ่มศักยภาพของบริการโดยผนวกจุดแข็งของทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าด้วยกัน ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลายและซับซ้อนนี้ (2) เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าหรือการสร้างระบบการแข่งขันเพื่อให้ประชาชนมีทางเลือก (3) สร้างความยั่งยืนของบริการสุขภาพที่พร้อมด้วยศักยภาพและประสิทธิภาพ

การศึกษาวิจัยนี้ดำเนินงานโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อกำหนดกรอบว่าด้วยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและภาคเอกชน เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับโรงพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุขในการสร้างร่วมมือกับภาคเอกชน โดยการวิจัยนี้ประกอบด้วยการทบทวนวรรณกรรม การสำรวจพื้นที่ การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนในช่วงเดือนกุมภาพันธ์จนถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2552 ได้ข้อสรุปดังนี้

ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานเอกชนมีอยู่เกือบทุกแห่งในประเทศ ทั้งนี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทได้แก่ ความร่วมมือด้านบริการ ทั้งบริการสุขภาพและบริการทั่วไป และความร่วมมือด้านโครงสร้าง โดยความร่วมมือด้านบริการสุขภาพเป็นส่วนที่มีความชัดเจนและได้รับความนิยมมากที่สุด ตั้งแต่ระดับเล็ก เช่น การที่เอกชนนำเครื่องตรวจทางห้องปฏิบัติการมามอบให้โรงพยาบาลใช้โดยมีเงื่อนไขให้ซื้อน้ำยากับบริษัทนั้นๆ จนถึงระดับใหญ่ เช่น การจัดตั้งศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือการจัดตั้งศูนย์ไตเทียมในโรงพยาบาลรัฐ สำหรับความร่วมมือด้านบริการทั่วไปที่เป็นที่นิยมได้แก่ การให้ภาคเอกชนรับผิดชอบงานด้านรักษาความสะอาดและความปลอดภัย

ส่วนความร่วมมือด้านโครงสร้างที่พบได้แก่ การที่ภาคเอกชนมาจัดสร้างอาคารหรือปรับปรุงโครงสร้างให้กับโรงพยาบาลภาครัฐ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ยังเป็นไปในลักษณะที่มีได้แสวงหากำไร เช่น ธนาคารหรือวัดมอบเงินเพื่อสร้างอาคารผู้ป่วย จัดซื้อเครื่องมือแพทย์หรือปรับปรุงสถานที่ซึ่งขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ระหว่างผู้บริจาคและผู้บริหารของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารในโรงพยาบาลภาครัฐต้องการสร้างร่วมมือกับภาคเอกชนที่แสวงหากำไรในด้านโครงสร้างเนื่องจากเชื่อว่ามีประสิทธิภาพสูงกว่า ไม่จำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคลและจะตรงกับพันธกิจของโรงพยาบาลมากกว่า

ทั้งหมดนี้ยังไม่มียุทธศาสตร์หรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชน สำหรับโรงพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดผลเสียดังนี้

- (1) ประชาชนเสียโอกาสจากการใช้ประโยชน์ของบริการที่จะเกิดขึ้น
- (2) เกิดความหลากหลายและไม่ชัดเจนในทางปฏิบัติ
- (3) ขาดความโปร่งใสและระบบตรวจสอบ
- (4) ขาดอำนาจในการต่อรองของโรงพยาบาลภาครัฐในการทำสัญญาหรือกำหนดกรอบความร่วมมือกับภาคเอกชน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนวทางเพื่อพิจารณาความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนว่าควรประกอบไปด้วยเงื่อนไข 8 ข้อดังนี้

- (1) โรงพยาบาลภาครัฐมีข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้าง เช่น มีความจำเป็นในการขยายสถานที่หรือข้อจำกัดที่เกี่ยวกับงานบริการที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยทรัพยากรของภาครัฐที่มีอยู่ได้
- (2) เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ จำเป็น และเร่งด่วนสำหรับประชาชนหรือผู้ป่วย
- (3) มีแรงจูงใจหรือมีแนวโน้มที่ภาคเอกชนสนใจมาร่วมลงทุน
- (4) เกิดขึ้นบนความร่วมมือ ความสมัครใจของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในการที่จะให้เกิดความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน
- (5) มีระบบการดำเนินงานและตรวจสอบที่โปร่งใส มีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสียอย่างรอบด้าน ทั้งในโรงพยาบาล ชุมชน และหน่วยงานในระดับสูงขึ้นไป
- (6) ต้องเสริมสร้างศักยภาพ หรือเพิ่มประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืนในระยะยาวแก่ระบบบริการ
- (7) ไม่มีการเลือกปฏิบัติระหว่างประชาชนหรือผู้ป่วยในแต่ละระบบประกันสุขภาพ
- (8) ต้องมีการเปิดเผยสัญญาหรือรายละเอียดของความร่วมมือต่อสาธารณะ ดังเช่น ระบบฐานข้อมูลของการจัดซื้อยา เพื่อความโปร่งใสและสะดวกในการตรวจสอบ

การศึกษาในขั้นนี้ยังไม่ครอบคลุมประเด็นทางด้านกฎหมาย ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาว่ามีความสำคัญและเกี่ยวข้องและควรพิจารณาในรายละเอียดในขั้นต่อไป เนื่องด้วยกฎระเบียบและกฎหมายหลายฉบับในปัจจุบัน เช่น พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ กฎกระทรวงการคลัง ยังไม่เอื้ออำนวยหรือเปิดโอกาสให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน

อย่างไรก็ตามหลังจากผู้วิจัยได้นำเสนอกรอบความร่วมมือดังกล่าวต่อคณะทำงานความร่วมมือฯ ซึ่งที่ประชุมเสนอให้ผู้วิจัยจัดทำกรณีศึกษาเพื่อประยุกต์ใช้กรอบนโยบายความร่วมมือที่เสนอเพื่อให้เกิดความชัดเจนในทางปฏิบัติ จึงได้มีการคัดเลือกกรณีศึกษาเรื่องความร่วมมือในเรื่องเครื่องมือแพทย์ราคาแพงขึ้นมาเป็นตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลต้องการจัดหาเครื่องมือแพทย์ราคาแพงเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการวินิจฉัยและรักษา แต่งบประมาณมีจำกัด ไม่สามารถตอบสนองความต้องการ

ทั้งหมดได้ นอกจากนี้เครื่องมือแพทย์ยังมีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีที่รวดเร็ว และต้องการความเชี่ยวชาญของบุคลากรในการดูแลรักษาเครื่องมือซึ่งการจัดซื้ออาจไม่เหมาะสม ในปัจจุบันโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักใช้วิธีการเช่าเครื่องมือแพทย์เหล่านี้จากภาคเอกชนซึ่งเป็นการดำเนินการนอกกรอบ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาถึงความเป็นไปได้ โดยมีการจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงนิติกรจากส่วนกลาง และนำมาซึ่งข้อเสนอให้ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขประสานไปยังผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงมหาดไทยเพื่อเสนอให้ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบอำนาจในการจัดซื้อ จัดจ้าง และเช่าเครื่องมือแพทย์ราคาแพง โดยรวมถึงการดำเนินการโดยวิธีพิเศษให้แก่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด โดยต้องมีระบบสนับสนุน กำกับ ติดตามเพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างโปร่งใส มีประสิทธิภาพ นำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อรัฐและประชาชน

Executive Summary

At present a continuous social, economic, demographic and scientific technology change has resulted in an increased demand for health care services. This demand has become more complicated than either the public or private sectors can deal with. This is why an idea of public-private partnership has been introduced as an answer. The benefits of a partnership are 1) strengthening health care service capacity by combining the strengths of both public and private sectors, 2) supporting more effective use of resources and creating a competitive atmosphere so that choices are available for users, and 3) initiating the sustainability of health care services that have enhanced capacity and efficiency.

This study was conducted by the Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health (MoPH) to develop a collaborative framework for the MoPH of Thailand and the private sector. This is because there is no clear policy or practical guidelines available for hospitals under the MoPH. Literature reviews, surveys, interviews, and focus groups among stakeholders were performed during the period February to March, 2009.

It was revealed that public and private collaborations were found in most hospitals and that they can be divided into two groups, namely collaborations on services and on construction. Health care and non-health care related services were the most popular and obvious form of collaborations adopted by several MoPH hospitals. At a micro level, for example, a private company offered a laboratory test machine for a hospital with the condition that the hospital has to purchase laboratory substances from that company. At a macro level, we can observe private partners investing in CT scanners and hemodialysis treatment centres in public hospitals.

Collaborations on construction, namely public hospital building construction or renovation by the private sector, were performed on a not-for-profit basis; for example, a local bank or temple makes a donation to construct a patient hospital ward building. This kind of contribution is largely dependent on interpersonal relationships between donors and hospital administrators. In these cases, collaborations between hospitals and for-profit private companies are likely to be more efficient and relevant to the needs of hospitals.

Currently, there is no clear policy or guidance to support such a collaboration which subsequently creates a number of drawbacks, namely (1) lost opportunities to benefit from services that should be available, (2) variations in and unclear practices, (3) no transparent administration and monitoring system, and (4) an absence of bargaining power from the public side in determining a reasonable contract. As a result of these drawbacks, a proposed set of principles for future policy development needs to be considered. They are:

- (1) Public hospitals face limitations regarding construction or services that cannot be solved by available resources
- (2) Selected collaborative works must be very important, needed, and urgent for the population or patients
- (3) There is demand from the private sector for the collaborative works
- (4) There is support and willingness from administrators and practitioners in the hospital
- (5) Selected collaborative works should be conducted with transparency and in an efficient manner with participation from all stakeholders
- (6) Collaborations help strengthen capacity or efficiency of the hospital and are sustainable in the long run
- (7) Selected collaborative works should not create selective actions between patients from different health insurance schemes
- (8) Collaborative contracts must be made available for inspection from the public

This study has not yet covered the laws and regulations which are considered important and relevant to the determination of a public-private partnership policy. At present there are a number of laws and regulations that do not support collaboration, for example, the Practice of the Art of Healing Act B.E. 2550, the Medical Device Act and the ministerial regulations of the Ministry of Finance.

Subsequent to the presentations of the proposed framework for public-private partnership to a committee for the development of public private partnership of the MoPH, it was proposed that an in-depth study for the development of a clear policy needs to be carried out. Thus, a case study of expensive medical devices was selected. Findings revealed that hospitals are forced to provide expensive medical devices to meet the requirements of standard practices. However, limited budgets do not allow hospitals to meet all these requirements. Moreover, the rapid advance of technology and demand for human resources for

maintenance purposes suggests it might not be appropriate for public hospitals to own the technologies. As a result, most hospitals employ rental options for expensive medical devices which are not supported by current regulations. Consultation meetings among stakeholders therefore were organized to find possible ways out of this problem. The final recommendation is that provincial governors transfer the purchasing, hiring and renting roles regarding expensive medical devices to Provincial Health Officers. This action should be operated along with a support system which includes control and monitoring processes. This is to facilitate the transparent and efficient application of a public-private partnership policy that will hopefully in turn bring about the utmost benefits to both the government and the Thai population.

สารบัญ

บทที่ 1 ที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย.....	1
บทที่ 2 วิธีการศึกษา.....	4
2.1 กรอบการศึกษา	4
2.2 ระเบียบวิธีวิจัย.....	5
บทที่ 3 แนวคิดและทฤษฎีความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน.....	8
3.1 แนวคิดของการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน	8
3.2 เงื่อนไขความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน	9
3.3 รูปแบบของความร่วมมือ.....	10
3.3.1 ความร่วมมือด้านบริการทั้งบริการสุขภาพและบริการทั่วไป.....	11
3.3.2 ความร่วมมือด้านโครงสร้างพื้นฐาน.....	12
บทที่ 4 สถานการณ์ปัจจุบันและกรณีศึกษาของความร่วมมือที่พบ	17
4.1 สถานการณ์ปัจจุบัน	17
4.2 กรณีศึกษาและบทเรียน.....	18
4.2.1 เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computer Tomography หรือ CT scan)	18
4.2.2 ศูนย์ไตเทียม	21
4.2.3 บุคลากรทางการแพทย์	22
4.2.4 อาคารสถานที่.....	24
4.2.5 ทัศนสาธารณสุข	26
4.2.6 การผ่าตัดต่อกระดูก.....	28

บทที่ 5 การอภิปรายและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	30
5.1 อภิปรายผลการศึกษา	30
5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายว่าด้วยกรอบของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านสุขภาพ	32
5.3 ข้อจำกัดของการศึกษา.....	34
บทที่ 6 บทส่งท้าย	35
เอกสารอ้างอิง	38

บทที่ 1 ที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

ระบบสุขภาพในทุกประเทศทั่วโลกประกอบด้วยผู้ให้บริการในภาครัฐบาลและเอกชนโดยมีสัดส่วนและศักยภาพแตกต่างกันตามระบอบสังคม เศรษฐกิจ และวิถีการบริหารจัดการของระบบสุขภาพในแต่ละประเทศนั้นๆ โดยในประเทศที่รัฐบาลมีทรัพยากรเพียงพอหรือต้องการควบคุมบริการสุขภาพให้พร้อมด้วยความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน กรณีนี้ศักยภาพของระบบบริการสุขภาพทางภาครัฐมักโดดเด่นกว่าภาคเอกชน เช่น ในประเทศอังกฤษ คิวบา หรือเวียดนาม ส่วนประเทศที่รัฐบาลขาดทรัพยากร ขาดศักยภาพ หรือมีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของผู้ให้บริการภาคเอกชนมากกว่าในกรณีเช่นนี้ผู้ให้บริการภาคเอกชนจะมีบทบาทโดดเด่นกว่าผู้ให้บริการในภาครัฐ เช่น สหรัฐอเมริกา หรือหลายประเทศในแถบลาตินอเมริกาและแอฟริกา ทั้งนี้เป็นที่ยอมรับและมีหลักฐานว่าไม่มีประเทศใดในโลกที่มีผู้ให้บริการภาครัฐหรือเอกชนแต่เพียงฝ่ายเดียว [1]

สำหรับประเทศไทย ในอดีตผู้ให้บริการภาคเอกชนมีบทบาทสูงในระบบสุขภาพจนกระทั่งปี พ.ศ. 2521 เมื่อองค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” (Health for All) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ให้รัฐบาล องค์กรนานาชาติ และประชาชนทุกคนร่วมกันทำให้ประชากรโลกทั้งหมดสามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุขทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจภายในปี พ.ศ. 2543 [2,3] ซึ่งเป็นที่มาของ “การสาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care) ซึ่งประกอบด้วย การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็น ปฏิบัติได้ง่าย อิงหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ใช้กลวิธีและเทคโนโลยีที่ได้รับการยอมรับในสังคม และประการสำคัญประชาชนทุกคนในทุกครัวเรือนสามารถเข้าถึงบริการเหล่านั้นได้ ซึ่งรวมถึงการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งในการดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการมีส่วนร่วมจากชุมชนมิใช่เฉพาะบุคลากรสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว [4] ทำให้เกิดการตื่นตัวของรัฐบาลไทยในการลงทุนเพื่อขยายศักยภาพของผู้ให้บริการภาครัฐในท้องถิ่นส่วนภูมิภาค ด้วยการสร้างสถานอนามัยในเกือบทุกตำบลและโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละอำเภอ นับเป็นรากฐานสำคัญของระบบบริการภาครัฐจวบจนถึงปัจจุบัน

จากรายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2549 [5] พบว่า ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนกระจายอยู่ตามภูมิภาคต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 22 ของโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศ ทั้งนี้สัดส่วนของโรงพยาบาลเอกชนสูงสุดในภาคใต้คิดเป็นร้อยละ 25 รองลงมาได้แก่ภาคกลาง (รวมกรุงเทพมหานคร) และภาคเหนือคิดเป็นร้อยละ 23 เท่ากัน ภาคตะวันออกและเฉียงเหนือมีสัดส่วนของโรงพยาบาลเอกชนต่ำที่สุดคิดเป็นร้อยละ 19 นอกจากนี้ยังพบว่ามีสถานบริการสุขภาพในภาคเอกชนในรูปแบบของร้านขายยาและคลินิกกระจายอยู่ทั่วประเทศจำนวน 15,425 และ 16,800 แห่งตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าจำนวนร้านขายยาและคลินิกส่วนใหญ่

ร้อยละ 70 กระจายอยู่ในส่วนภูมิภาค ในด้านบุคลากรทางการแพทย์พบว่าแพทย์ร้อยละ 22 ทันตแพทย์ร้อยละ 48 และเภสัชกรร้อยละ 47 ปฏิบัติงานเต็มเวลาอยู่ในภาคเอกชน

ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขพบว่าเครื่องมือแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพงมีแนวโน้มกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่และภาคเอกชน โดยพบว่าเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanner) จำนวน 282 เครื่องหรือคิดเป็นร้อยละ 82 เป็นของภาคเอกชน เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) จำนวน 30 เครื่องหรือคิดเป็นร้อยละ 67 เป็นของภาคเอกชน เครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram) จำนวน 106 เครื่องหรือคิดเป็นร้อยละ 70 อยู่ในภาคเอกชน[5] จะเห็นได้ว่าศักยภาพของผู้ให้บริการสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทยมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพประชาชนและยังมิถูกใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ ทำให้เกิดการสูญเสียโอกาสในการพัฒนาสถานะสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพในภาคเอกชนยังถูกจัดได้ว่ามีการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ และมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ดีกว่าระบบบริการในภาครัฐ อย่างไรก็ตามระบบบริการสุขภาพภาคเอกชนอาจถูกมองได้ว่ามีความต้องการที่จะแสวงหากำไร ซึ่งอาจนำมาซึ่งการให้ทรัพยากรบางอย่างมากเกินไปหรือเกินพอดี และมุ่งแต่ตอบสนองความต้องการของผู้มีอำนาจในการจ่ายเท่านั้น [6]

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ ประชากร และวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ส่งผลให้ความต้องการบริการด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละประเทศเพิ่มสูงขึ้นและมีความซับซ้อนมากขึ้นกว่าที่ผู้ให้บริการภาครัฐหรือเอกชนจะตอบสนองได้อย่างครบถ้วน หลายประเทศทั่วโลกจึงให้ความสำคัญกับการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพิ่มศักยภาพของบริการโดยผนวกจุดแข็งของสองระบบเข้าด้วยกัน ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลายและซับซ้อน (2) เพิ่มประสิทธิภาพ การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า หรือการสร้างระบบแข่งขันเพื่อให้ประชาชนมีทางเลือก (3) สร้างความยั่งยืนของบริการสุขภาพที่เพียบพร้อมด้วยศักยภาพและประสิทธิภาพ [7]

อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยยังไม่เคยมีนโยบายหรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านสุขภาพอย่างชัดเจนจนสามารถนำไปสู่มาตรฐานในการปฏิบัติ การศึกษาวิจัยนี้ดำเนินงานโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดกรอบว่าด้วยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและภาคเอกชน โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยดังต่อไปนี้

1. เพื่อเข้าใจแนวคิดและปรัชญาของการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในระบบบริการสาธารณสุข
2. ทบทวนกรณีศึกษาของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านการสาธารณสุขในต่างประเทศ เพื่อเข้าใจกลวิธี จุดเด่นและจุดด้อย

3. ทบทวนสถานการณ์ของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านการสาธารณสุขในบริบทของประเทศไทย
4. เพื่อร่างกรอบว่าด้วยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน และผ่านการรับฟังความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้งจากภาครัฐและเอกชน

บทที่ 2 ของรายงานอธิบายถึงระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษาทั้งการทบทวนวรรณกรรมและการสำรวจพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลจริง ทั้งนี้ผลการศึกษาแยกออกเป็นสองส่วน โดยส่วนที่หนึ่งรายงานในบทที่ 3 ถึงผลการทบทวนวรรณกรรมในด้านกรอบแนวคิดและทฤษฎีความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน และบทที่ 4 รายงานผลการสำรวจสถานพยาบาลของรัฐที่มีความร่วมมือกับภาคเอกชน รวมถึงกรณีศึกษาต่างๆ และผลการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องและสัมมนากลุ่ม บทที่ 5 เป็นการอภิปรายผลและเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการสร้างกรอบความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน และบทส่งท้ายที่เสนอกรณีศึกษาการพัฒนากรอบนโยบายความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนที่เป็นรูปธรรม

บทที่ 2 วิธีการศึกษา

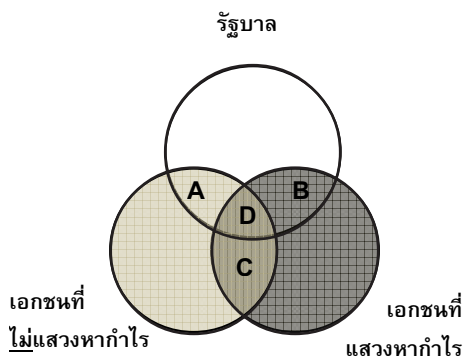
2.1 กรอบการศึกษา

ทั้งนี้จากนิยาม “ภาคเอกชน” หมายรวมถึง องค์กรหรือบุคคลที่มีได้ทำงานในภาครัฐการ ซึ่งรวมทั้งภาคเอกชนที่แสวงหากำไรและไม่แสวงหากำไร ดังนั้นหากพิจารณากรอบความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน น่าจะพอจำแนกได้เป็น 3 สถานะ (ดังรูปที่ 1) ได้แก่ ความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนที่แสวงหากำไร และความร่วมมือสามฝ่ายทั้งรัฐและเอกชนที่แสวงหากำไรและเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร

พบว่าสำหรับประเทศไทยภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรจำนวนมากมีบทบาทสำคัญในการสร้างความร่วมมือกับภาครัฐ เช่น มูลนิธิ วัดหรือพระภิกษุสงฆ์ และผู้มีฐานะบริจาคสิ่งของ พื้นที่ หรือสิ่งปลูกสร้างให้แก่โรงพยาบาล หรือแม้กระทั่งเกิดความร่วมมือกับองค์กรนานาชาติที่ไม่แสวงหากำไรในการจัดบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามเนื่องจากความร่วมมือกับภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรมักเป็นไปในลักษณะไม่มีข้อผูกพันหรือลักษณะให้เปล่า ปรารถจากข้อตกลงผลประโยชน์เกี่ยวเนื่อง จึงมักไม่เกิดปัญหาในการดำเนินการยกเว้นเฉพาะในบางกรณี

ดังนั้นกรอบของการวิจัยนี้จึงเน้นศึกษาเฉพาะบริบทของความร่วมมือที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาคเอกชนที่แสวงหากำไร (ในสองกรณีหลัง ส่วน B และ D ในรูปที่ 1)

รูปที่ 1 แสดงกรอบความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน



2.2 ระเบียบวิธีวิจัย

เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยทั้ง 4 ข้อดังได้ระบุไว้ในบทที่ 1 นักวิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม สืบหาพื้นที่ สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และจัดสัมมนากลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.2.1 ทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศเพื่อทราบแนวคิดและหลักในการพัฒนานโยบายความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านการสาธารณสุขทั้งในระดับนานาชาติและระดับประเทศ โดยให้ความสำคัญกับการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในประเทศกำลังพัฒนา ทั้งนี้ผู้วิจัยเลือกวรรณกรรมจากฐานข้อมูล “PubMed” “Google” และห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (<http://library.hsri.or.th/>) รวมถึงจากคำบอกเล่าของผู้เกี่ยวข้องระหว่างการศึกษาหรือสัมมนากลุ่ม โดยวรรณกรรมที่เลือกต้องระบุวัตถุประสงค์ หลักการ แนวคิด หรือตัวอย่างของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในประเทศกำลังพัฒนา ผู้วิจัยได้สังเคราะห์องค์ความรู้และสรุปเนื้อหาเพื่อนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นหมวดหมู่ในบทที่ 3 ของรายงานฉบับนี้

2.2.2 ศึกษาบริบทของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย โดยการสำรวจพื้นที่และสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งนี้พื้นที่ตัวอย่างและผู้ถูกสัมภาษณ์มีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) ตามกรอบที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ ได้แก่

- ก) พื้นที่ที่มีความพร้อมหรือมีแนวโน้มว่ามีความต้องการของภาคเอกชนในการสร้างความร่วมมือ ได้แก่ โรงพยาบาลในเขตเมืองของจังหวัดขนาดใหญ่ 1 จังหวัดในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคตะวันออก
- ข) พื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัดและอาจไม่มีความต้องการของภาคเอกชนในการสร้างความร่วมมือ ได้แก่ พื้นที่ในเขตอำเภอเล็ก ห่างไกลจากตัวจังหวัดในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องตั้งแต่ระดับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจำนวน 8 คน (จากภาครัฐ 5 ท่านและเอกชน 3 ท่าน) แพทย์จำนวน 4 คน (จากภาครัฐและเอกชนอย่างละ 2 ท่าน) พยาบาลและเจ้าหน้าที่จำนวน 4 คน ผู้ป่วยที่มาใช้บริการจำนวน 4 คน ผู้จัดการและเจ้าหน้าที่ขององค์กรภาคเอกชนที่มาร่วมความร่วมมือกับสถานพยาบาลในภาครัฐจำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 24 คน จากสถานพยาบาลของรัฐและหน่วยงานเอกชนจำนวน 7 แห่งใน 4 จังหวัดข้างต้น ระยะเวลาในการสำรวจพื้นที่และสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในช่วงเดือนกุมภาพันธ์จนถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2552

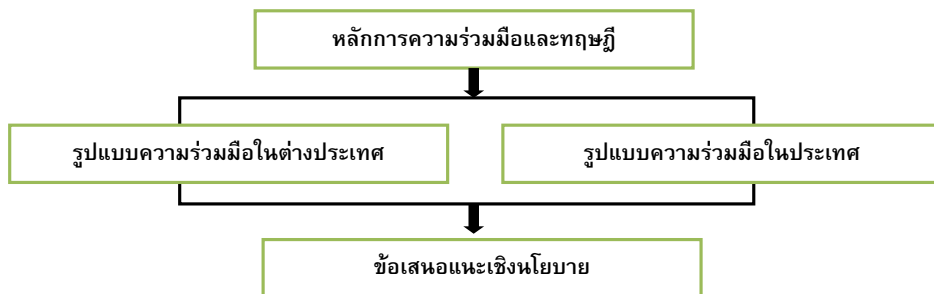
ประเด็นในการสัมภาษณ์ตัวอย่างแต่ละกลุ่มประกอบด้วย

- กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ แนวคิด ที่มาที่ไปของการสร้างร่วมมือกับภาคเอกชน (ที่ดำเนินการไปแล้ว) รายละเอียดของข้อตกลงและวิธีการบริหารจัดการ ผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหาในอนาคต
- แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความเห็นและทัศนคติต่อความร่วมมือที่เกิดขึ้น ผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหาในอนาคต
- ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ได้แก่ การรับรู้บริการที่ตนเองได้รับเกิดจากความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน ประสบการณ์ที่ได้รับจากบริการ และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาบริการดังกล่าว
- ผู้จัดการและเจ้าหน้าที่ขององค์กรภาคเอกชน ได้แก่ ที่มาที่ไปของการสร้างร่วมมือกับภาครัฐ รายละเอียดของข้อตกลงและวิธีการบริหารจัดการ ผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหาในอนาคต

ผู้ถูกสัมภาษณ์จะได้รับการบอกเล่าและเอกสารเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย การสัมภาษณ์จะถูกบันทึกด้วยเครื่องบันทึกเสียงเพื่อการสรุปและสังเคราะห์โดยนักวิจัย โดยมีการแบ่งเป็นประเด็นต่างๆ ตามหัวข้อการสัมภาษณ์และกรณีศึกษาและรายงานในบทที่ 4 ของรายงานฉบับนี้

2.2.3 นักวิจัยสังเคราะห์องค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรม การสำรวจพื้นที่ และสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการสร้างร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านสาธารณสุข หลังจากนั้นได้มีการจัดประชุมผู้มีส่วนได้-เสีย ได้แก่ ผู้บริหารจากส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ผู้แทนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค สำนักบริหารหนี้สาธารณะ กระทรวงการคลัง สำนักบริหารสาธารณสุขภูมิภาค (สบภ.) บริษัทเครื่องมือแพทย์ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน แพทย์ชนบท สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ณ ห้องประชุมโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ในวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2552 เพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายว่ามีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงหรือไม่

รูปที่ 2 กรอบและขั้นตอนในการศึกษา



บทที่ 3 แนวคิดและทฤษฎีความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน

3.1 แนวคิดของการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน

การพัฒนาของเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงค่านิยมและทัศนคติของผู้ให้และผู้รับบริการ ทำให้เกิดความต้องการบริการทางสุขภาพและสังคมที่เพิ่มขึ้น และมีความซับซ้อนยิ่งขึ้นเกินกว่าที่ระบบสุขภาพจากภาครัฐหรือเอกชนเพียงระบบเดียวจะตอบสนองได้ [7] ซึ่งเป็นที่มาของแนวคิดการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยมีวัตถุประสงค์ซึ่งสรุปได้ดังนี้

(1) เพื่อเพิ่มศักยภาพ

เกิดขึ้นตามความเชื่อหรือแนวคิดที่ว่าระบบสุขภาพของภาครัฐมีจุดเด่นคือ ความมั่นคงเพราะเป็นรัฐสวัสดิการ ทำให้สามารถจัดบริการฟรีหรือมีราคาต่ำเพราะไม่ต้องการแสวงหากำไร แต่ก็มีจุดด้อยคือมักยึดติดกับกฎระเบียบยากต่อการเปลี่ยนแปลงทำให้ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของคนในสังคมที่เปลี่ยนไป เช่น บริการทั่วไปมักจัดขึ้นเฉพาะเวลาราชการ มีกฎระเบียบค่อนข้างมากในการให้บริการและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลในแต่ละระดับ (ทั้งนี้เพราะผู้จัดบริการภาครัฐมีภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากกว่าผู้ให้บริการในภาคเอกชน) ขณะที่ภาคเอกชนมักมีความยืดหยุ่นที่ดีกว่า พยายามตอบสนองต่อความต้องการและข้อจำกัดของประชาชน เช่น มีบริการทั้งในและนอกเวลาราชการ หรือมีบริการที่หลากหลายรูปแบบตามความต้องการของผู้รับบริการ

การสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนจะช่วยเสริมศักยภาพของบริการสุขภาพโดยการผนวกจุดแข็งของทั้งสองระบบเข้าด้วยกัน ทำให้ระบบสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลายและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งมีความยั่งยืน

(2) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ

จุดเด่นของระบบบริการภาคเอกชนคือความมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เพราะไม่มีระบบอุดหนุนโดยรัฐและต้องการควบคุมต้นทุนให้ต่ำที่สุดเพื่อทำกำไร ในทางตรงกันข้ามระบบบริการภาครัฐที่มักแยกการบริหารจัดการทรัพยากรออกจากระบบค่าตอบแทนของผู้ปฏิบัติงาน มักเป็นสาเหตุให้ผู้ปฏิบัติงานขาดแรงจูงใจในการประหยัดทรัพยากรหรือใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพด้วยการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนสามารถเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบตั้งแต่การสร้างระบบแข่งขันเพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการสุขภาพจากภาครัฐและเอกชน โดยกระตุ้นให้ระบบบริการทั้งภาครัฐและเอกชน

พยายามปรับตัวให้สามารถแข่งขันกันได้ จนถึงการผนวกบริการเข้าด้วยกันโดยใช้จุดแข็งของแต่ละฝ่ายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการให้บริการ

(3) เพื่อความยั่งยืนและเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพ

หากสามารถเพิ่มศักยภาพบริการในภาครัฐให้สูงขึ้นและมีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลให้บริการสุขภาพภาครัฐเป็นที่ยอมรับและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปได้ตลอดเวลา บริการสุขภาพดังกล่าวย่อมมีความมั่นคงและยั่งยืน กลายเป็นจุดแข็งของระบบสุขภาพของประเทศ

Sharma[8] กล่าวถึงเงื่อนไขสำคัญของการเกิดความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนซึ่งรวมถึง การสร้างความเชื่อมั่น ลดความหวาดระแวงของทั้งสองฝ่ายซึ่งเป็นหัวใจของความสำเร็จ เพราะหากปราศจากความเชื่อมั่นแล้ว ภาครัฐมักจะสร้างกฎระเบียบขั้นตอนในการตรวจสอบอย่างรัดกุม ซึ่งสุดท้ายทำให้ความร่วมมือที่เกิดขึ้นไม่บรรลุเป้าประสงค์ของการสร้างประสิทธิภาพเพราะความร่วมมือดังกล่าวจะมีต้นทุนที่สูง ไม่บรรลุเป้าประสงค์ของการเพิ่มศักยภาพเพราะเกิดข้อจำกัดจำนวนมากต่อภาคเอกชน และไม่บรรลุเป้าประสงค์ในเรื่องความยั่งยืนเพราะความร่วมมือดังกล่าวมิได้สร้างประโยชน์สูงสุดแก่สังคม [9]

จากการทบทวนวรรณกรรมความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนเกิดขึ้นได้ในหลายมิติ [10] เช่น ใช้ขอบเขตทางภูมิศาสตร์ในการแบ่ง สามารถจำแนกได้เป็น ความร่วมมือในระดับชาติหรือนานาชาติ ระดับท้องถิ่นและภูมิภาค หากใช้วัตถุประสงค์ของความร่วมมือเป็นตัวกำหนดสามารถแบ่งได้เป็นความร่วมมือในเชิงการพัฒนาผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ เช่น The International AIDS Vaccine Initiative (IAVI) ความร่วมมือเพื่อเพิ่มการเข้าถึงของบริการด้านสุขภาพ เช่น โครงการความร่วมมือภายใต้ความช่วยเหลือ Global Fund ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข โครงการรักษ์ไทย และ Population Health International (PHI) หรือความร่วมมือเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริหารจัดการ เช่น The Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) หรือสร้างความร่วมมือเพื่อผลักดันและให้การศึกษากับสังคม และการสร้างความร่วมมือเพื่อการกำกับดูแลคุณภาพและบริการ เช่น The International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use (ICH)

3.2 เงื่อนไขความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน

แม้ว่าการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนดังที่กล่าวในข้างต้นจะมีข้อดีหลายประการ อย่างไรก็ตาม Nishtar [11] ได้วิเคราะห์ข้อพึงระวังในการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในประเด็นต่างๆ ดังนี้

(1) การมุ่งหน้าไปสู่จุดมุ่งหมายหรือเป้าประสงค์ร่วมกัน

ภาครัฐและเอกชนย่อมมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันในการดำเนินงาน เป้าประสงค์ของระบบสุขภาพในภาครัฐโดยทั่วไปมีเพื่อบริการประชาชนและสร้างความเท่าเทียมเสมอภาคแก่สังคม ในขณะที่เป้าหมายของภาคเอกชนจะเป็นไปได้หลายรูปแบบ เอกชนที่ไม่แสวงหากำไรมักมีจุดมุ่งหมายในทางสังคมเฉพาะเรื่องซึ่งอาจมีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามความสนใจ ขณะที่เอกชนซึ่งแสวงหากำไรอาจมีพันธกิจหลักในการสร้างรายได้เพื่อความอยู่รอด อย่างไรก็ตามเมื่อมีการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องร่วมกันตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนและเห็นพ้องร่วมกัน ซึ่งจะทำให้ในระหว่างการทำงานจะไม่ถูกฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งโน้มนำไปยังเป้าประสงค์ของตนเอง

(2) ผลประโยชน์ทับซ้อน

หลายความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนมักมีจุดเริ่มต้นจากความตั้งใจที่จะแก้ปัญหาสังคม อย่างไรก็ตามแรงจูงใจและพื้นฐานทางความคิดและวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเอกชนที่แสวงหากำไรที่ต้องพึ่งพารายได้เพื่อความอยู่รอด รวมทั้งผลประโยชน์ก้อนใหญ่ที่เกิดขึ้นย่อมทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำให้การดำเนินการมีความผันแปรไปจากความตั้งใจเดิมที่กำหนดไว้คือเพื่อสาธารณประโยชน์ บุคคลที่เกี่ยวข้องจึงต้องพึงระวังเสมอเรื่องการป้องกันการเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน อันนำมาซึ่งการเห็นประโยชน์สุขของบุคคลเหนือสาธารณประโยชน์ เช่น เจ้าหน้าที่ในภาครัฐปฏิบัติในทางที่เอื้อประโยชน์ให้แก่บุคคลหรือภาคเอกชนโดยจงใจและเกิดการเสียประโยชน์ของสังคมโดยรวม

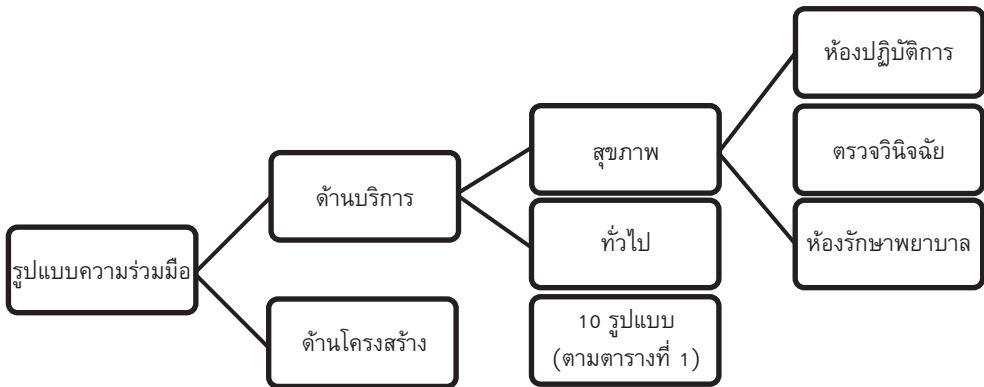
(3) เกิดการแยกส่วนของระบบสุขภาพ

เพราะความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนมักจะไม่ทำทุกเรื่อง แต่จะเลือกเฉพาะบางบริการหรือบางกรณีที่มีปัจจัยอันสมควรและสามารถเห็นผลได้ชัดเจน เช่น การบริการทันตกรรมบางประเภท ในกรณีของระบบประกันสังคมที่ให้ออกคนเข้ามาจัดบริการให้ แต่ไม่ได้เชื่อมโยงไปถึงการให้ความรู้ด้านสุขศึกษาและทันตกรรมป้องกันในประชากรกลุ่มเดียวกัน หรือการบริการให้การรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ออกคนเข้ามาจัดบริการให้ แต่ไม่ได้รวมถึงการรักษาโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทดแทนไตที่มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งทำให้เกิดระบบสุขภาพที่แยกส่วนและไม่สอดคล้องประสานสอดคล้องกับระบบสุขภาพโดยรวม สุดท้ายอาจส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการที่ไม่ครบถ้วนและไม่เหมาะสม

3.3 รูปแบบของความร่วมมือ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความร่วมมือระหว่างภาครัฐและหน่วยงานเอกชนในระบบสุขภาพสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

รูปที่ 3 รูปแบบความร่วมมือ



3.3.1 ความร่วมมือด้านบริการทั้งบริการสุขภาพและบริการทั่วไป

สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทย่อยๆ ได้แก่

- (1) ความร่วมมือด้านห้องปฏิบัติการและการตรวจวินิจฉัย
เป็นความร่วมมือเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาในด้านการตรวจวินิจฉัยโรค เช่น การให้ยืมเครื่องตรวจเลือดของบริษัทเอกชนแก่โรงพยาบาลรัฐโดยมีเงื่อนไขให้จัดซื้อน้ำยาตรวจเลือดของบริษัทตนเอง การจัดตั้งศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยเอกชนเป็นผู้ลงทุนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และภาครัฐลงทุนสถานที่และให้ใช้อาคาร สาเหตุสำคัญของความร่วมมือประเภทนี้เนื่องจากเครื่องมือทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีราคาแพงและมีการเปลี่ยนแปลงตามเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับสถานการณ์ปัจจุบันที่รัฐประสบปัญหางบประมาณที่จำกัดทำให้ขาดแคลนงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์เหล่านี้ให้แก่โรงพยาบาลของรัฐ
- (2) ความร่วมมือด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ
เป็นความร่วมมือเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วย เช่น การจัดตั้งศูนย์ไตเทียมโดยเอกชนในโรงพยาบาลของรัฐ หรือการให้เอกชนผ่าตัดต่อกระดูกให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งสาเหตุของความร่วมมือประเภทนี้ได้แก่ การขาดแคลนงบประมาณในการลงทุนหรือข้อจำกัดด้านบุคลากรในภาครัฐ ทำให้ต้องการใช้ประโยชน์จากศักยภาพที่เหลือในภาคเอกชนสำหรับให้บริการแก่ผู้ป่วย

(3) ความร่วมมือด้านบริการทั่วไป

เป็นความร่วมมือที่มีอยู่เป็นจำนวนมากที่สุด เนื่องจากเป็นบริการที่มุ่งลดภาระและสนับสนุนบริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบของการซื้อบริการจากเอกชน เช่น รักษาความสะอาด ความปลอดภัย รวมถึงบริการทำอาหารให้กับโรงพยาบาล เนื่องจากบุคลากรในโรงพยาบาลมีจำกัด ดังนั้นการซื้อบริการเหล่านี้จึงเป็นไปเพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และเป็นการซื้อความเชี่ยวชาญเฉพาะจากเอกชน เช่น กรณีบริการรักษาความปลอดภัย

3.3.2 ความร่วมมือด้านโครงสร้างพื้นฐาน

เป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนโดยมีเป้าหมายเพื่อจัดหาหรือดำเนินการสร้างสิ่งก่อสร้างให้ภาครัฐ ให้แหล่งชุมชน หรือบริการอื่นๆ ซึ่งข้อตกลงนี้เป็นลักษณะของการแบ่งปันความเสี่ยงต่างๆ ทั้งความเสี่ยงด้านการลงทุน ความรับผิดชอบและกำไร หรือสิ่งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตร่วมกัน [11] เหตุผลที่ทำให้เกิดความร่วมมือลักษณะนี้มีหลากหลายเหตุผลและหลากหลายลักษณะของความร่วมมือ อาทิเช่น ความร่วมมือของภาครัฐและเอกชนในด้านการเงิน การออกแบบ การก่อสร้าง การดำเนินการจัดการ การบำรุงรักษาสินทรัพย์ซึ่งเป็นทั้งสิ่งก่อสร้างและบริการของรัฐ จะเห็นได้ว่าความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนมีหลากหลายลักษณะ จากการทบทวนคู่มือการจัดทำความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนของประเทศแคนาดา ซึ่งมีความครอบคลุมและครบถ้วนในหลายมิติ [10] พบว่าความร่วมมือดังกล่าวสามารถจำแนกได้ตามลักษณะดังนี้

(1) การดำเนินการและการบำรุงรักษา (Operations and Maintenance)

ความร่วมมือในลักษณะนี้มีลักษณะสำคัญคือ รัฐทำสัญญาให้เอกชนรับผิดชอบในการดำเนินการและบำรุงรักษาสินทรัพย์ โดยกรรมสิทธิ์ของสินทรัพย์นั้นยังคงเป็นของรัฐบาล ลักษณะนี้มีข้อดีคือเป็นการเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการดำเนินการ เนื่องจากมีความยืดหยุ่นในการดำเนินการเน้นการประหยัดงบประมาณ แต่มีข้อจำกัดเนื่องจากหากเอกชนผิดสัญญา รัฐจำเป็นต้องดำเนินการต่อด้วยตัวเองหรือหาเอกชนรายอื่นๆ เข้ามารับดำเนินการแทน ดังนั้นรัฐจำเป็นต้องสำรองงบประมาณส่วนหนึ่งไว้เพื่อดำเนินการหากมีปัญหาในการดำเนินการของเอกชน

(2) การออกแบบและก่อสร้าง (Design - Build)

ลักษณะสำคัญได้แก่ รัฐทำสัญญาให้เอกชนออกแบบ จัดหา ติดตั้ง รวมถึงการก่อสร้างอาคาร สิ่งปลูกสร้าง หรืองานวิศวกรรมอื่นๆ โดยทั่วไปเอกชนในฐานะผู้รับจ้างจะต้องออกแบบ จัดหา และติดตั้งตามความต้องการของรัฐหรือผู้ว่าจ้าง เมื่อสร้างเสร็จ กรรมสิทธิ์จะตกเป็นของผู้ว่าจ้างในการบริหารจัดการ ลักษณะนี้มีข้อดีในด้านที่รัฐจะได้รับประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับเอกชน และเอกชนนั้นมีความยืดหยุ่นในการจัดซื้อจัดหามากกว่าภาครัฐ ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพ ประหยัด

งบประมาณ และสร้างสรรค์นวัตกรรม อีกทั้งรัฐยังสามารถกระจายความเสี่ยงไปสู่ภาคเอกชน การดำเนินงานในลักษณะนี้มีข้อจำกัดเรื่องรัฐต้องจัดหาสิ่งจูงใจให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมมือ และรัฐจำเป็นต้องควบคุมกำกับกับการก่อสร้างให้มีคุณภาพ เพราะถ้าหากเอกชนลงทุนในการก่อสร้างต่ำแล้ว อาจเป็นสาเหตุให้รัฐต้องเพิ่มงบประมาณในการบริหารจัดการอีกด้วย

(3) การดำเนินการแบบเบ็ดเสร็จ (Turnkey Operation)

ลักษณะสำคัญได้แก่ รัฐต้องจัดหางบประมาณเพื่อให้เอกชนออกแบบ ก่อสร้าง และดำเนินการจัดการสินทรัพย์ของรัฐภายในช่วงระยะเวลาที่กำหนด เมื่อดำเนินการตามสัญญาแล้ว เอกชนต้องโอนกิจการคืนให้รัฐต่อไป ลักษณะนี้มีข้อดี โดยรัฐโอนหรือกระจายความเสี่ยงด้านการก่อสร้างให้เอกชน รัฐทำหน้าที่เพียงแค่ควบคุมการออกแบบและกำกับดูแลด้านคุณภาพ ซึ่งรัฐจะได้รับประโยชน์จากการดำเนินการดังกล่าว เนื่องจากเอกชนสามารถบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว แต่มีข้อจำกัด เนื่องจากรัฐต้องจัดหาสิ่งจูงใจให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมมือ และรัฐอาจเกิดความเสี่ยงด้านการเงินได้ เพราะหากรัฐต้องการเพิ่มเติมนอกเหนือจากในสัญญา รัฐต้องจัดหางบประมาณในการดำเนินการดังกล่าว

(4) การเพิ่มเติมบริการ (Wrap Around Addition)

ลักษณะสำคัญได้แก่ รัฐให้เอกชนลงทุนในด้านการเงินหรือสิ่งก่อสร้างที่เพิ่มเติมขึ้นมาจากสิ่งก่อสร้างเดิมของรัฐ จากนั้นเอกชนจะดำเนินการบริหารสินทรัพย์นั้นตามระยะเวลาที่กำหนด แล้วจึงโอนคืนให้รัฐ หรือเมื่อได้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า ลักษณะนี้มีข้อดีคือ รัฐไม่ต้องจัดหางบประมาณในการลงทุน และไม่ต้องแบกรับภาระความเสี่ยงทางการเงิน เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน เพิ่มความยืดหยุ่นในการดำเนินการ ประหยัดเวลา และรัฐจะได้รับสิ่งก่อสร้างของเอกชนคืนเมื่อครบตามสัญญา แต่ข้อจำกัดของความร่วมมือในลักษณะนี้คือ รัฐมีความซับซ้อนในการจัดหาสิ่งจูงใจให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมมือ และหากรัฐต้องการตกแต่งเพิ่มเติมอาจจะทำได้ยาก หรือรัฐอาจต้องซื้อสิ่งก่อสร้างอื่นๆ ของเอกชนหากเอกชนสร้างเพิ่มเติมนอกเหนือจากสัญญา

(5) การเช่าซื้อ (Lease - Purchase)

ลักษณะสำคัญได้แก่ รัฐให้เอกชนรับภาระในการออกแบบและหาแหล่งเงินทุน รวมถึงเอกชนต้องก่อสร้างเองทั้งหมด เมื่อแล้วเสร็จเอกชนต้องเช่าสิ่งก่อสร้างนั้นเพื่อไปดำเนินการเองตามระยะเวลาที่กำหนด หรือเอกชนอาจขอซื้อต่อจากรัฐบาลได้ กรณีเช่นนี้มักเกิดจากการที่รัฐต้องการสินทรัพย์หรือบริการใหม่ แต่ไม่มีงบประมาณในการดำเนินการ ข้อดีของความร่วมมือในลักษณะนี้คือ รัฐไม่ต้องจัดหางบประมาณในการลงทุนและอาศัยเอกชนเข้ามาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในการก่อสร้าง ทั้งนี้เอกชนต้องสร้างสินทรัพย์ให้ดีที่สุดเพื่อให้คุ้มค่ากับการใช้งาน โดยมูลค่าของสินทรัพย์จะคุ้มค่ากับค่าเช่า แต่ข้อจำกัดคือ หากเอกชนเช่าซื้อจะทำให้รัฐขาดการควบคุมสินทรัพย์หรือบริการนั้นๆ

(6) การแปรสถานะเป็นเอกชนชั่วคราว (Temporary Privatization)

ลักษณะสำคัญได้แก่ รัฐโอนกรรมสิทธิ์ในสินทรัพย์ให้เอกชนเพื่อให้เอกชนนำไปพัฒนา ปรับปรุงตามระยะเวลาที่ตกลงกันไว้ และเอกชนจะโอนกรรมสิทธิ์ในสินทรัพย์คืนให้รัฐเมื่อครบกำหนดตามสัญญา หรือเมื่อได้รับผลตอบแทนที่คุ้มค่ากับการลงทุน ข้อดีคือ รัฐสามารถควบคุมมาตรฐานของเอกชน ภายใต้เงื่อนไขของสัญญา การโอนสินทรัพย์ดังกล่าวคืนให้รัฐจะทำให้รัฐลดค่าใช้จ่ายได้ ในขณะที่เอกชนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการก่อสร้างและบริหารสินทรัพย์ได้ แต่มีข้อจำกัดคือ เนื่องจากรัฐจะขาดการควบคุมสินทรัพย์นั้นอย่างชั่วคราว รัฐจึงต้องพิจารณาสัญญาให้ดีที่สุด แต่สัญญาดังกล่าวจะไม่สามารถรองรับเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงอาจมีปัญหาในเรื่องบุคลากรด้วยเช่นกัน

(7) การเช่าซื้อ/ซื้อ พัฒนาและดำเนินการ (Lease - Develop - Operate or Buy - Develop - Operate)

ลักษณะสำคัญได้แก่ เอกชนซื้อหรือเช่าซื้อสินทรัพย์จากรัฐบาล เพื่อทำการปรับปรุงหรือพัฒนาเพื่อดำเนินการใดๆ ซึ่งข้อตกลงในการโอนสินทรัพย์ขึ้นอยู่กับข้อตกลงตามสัญญา ข้อดีคือ หากรัฐจำเป็นต้องขายกิจการให้เอกชน จะทำให้รัฐมีรายได้เพิ่มขึ้น แต่มีข้อจำกัดคือ รัฐจะขาดการควบคุมสินทรัพย์หรือบริการที่เกิดขึ้น รัฐไม่สามารถกำหนดราคาค่าบริการได้หากบริการดังกล่าวเป็นกรรมสิทธิ์ของเอกชน เกิดความเสี่ยงในการคงอยู่ของสินทรัพย์หรือบริการ และรัฐไม่สามารถกำหนดความต้องการของประชาชนในอนาคตได้

(8) การสร้าง โอน และดำเนินการ (Build - Transfer - Operate)

ลักษณะสำคัญได้แก่ รัฐทำสัญญากับเอกชนเพื่อให้เอกชนเป็นผู้ลงทุน โดยเอกชนต้องจัดหาเงินทุนก่อสร้างสินทรัพย์หรือบริการ เมื่อแล้วเสร็จเอกชนต้องโอนสินทรัพย์นั้นคืนให้กับรัฐ แต่อย่างไรก็ตาม เอกชนจะได้สิทธิ์ในการเข้าไปดำเนินการในรูปของสัญญาเช่าสิทธิ์การใช้สินทรัพย์หรือบริการจนกว่าจะครบกำหนด ข้อดีของความร่วมมือในลักษณะนี้คือ รัฐจะได้รายรับจากค่าเช่าของเอกชน อีกทั้งรัฐไม่ต้องเสียงบประมาณในการก่อสร้างหรือดำเนินการในสินทรัพย์นี้ รัฐยังเป็นเจ้าของกิจการโดยดำเนินการเองหรือจ้างเอกชนให้ดำเนินการตามสัญญาได้ แต่ข้อจำกัดคือ หากเอกชนประสบปัญหาทางการเงินหรืออยู่ในสภาพล้มละลาย จะทำให้รัฐต้องแบกรับภาระในการดำเนินการสินทรัพย์เอง

(9) การสร้าง เป็นเจ้าของ ดำเนินการ และโอนกิจการ (Build - Own - Operate - Transfer)

ลักษณะสำคัญได้แก่ รัฐร่วมมือกับเอกชน โดยให้เอกชนจัดหาแหล่งเงินทุน ออกแบบ ก่อสร้าง ได้สิทธิ์เป็นเจ้าของ โดยเอกชนได้สิทธิ์เข้าไปบริหารจัดการ แต่เมื่อครบกำหนดตามสัญญา เอกชนต้องโอนสินทรัพย์หรือบริการนั้นคืนให้รัฐ ความร่วมมือในลักษณะนี้มีข้อดีคือ รัฐมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณที่จำกัด ในขณะที่เอกชนมีแหล่งเงินทุน ดังนั้นรัฐจึงได้ประโยชน์จากส่วนนี้ รัฐสามารถกระจายความเสี่ยงให้กับเอกชน แต่ทั้งนี้สินทรัพย์จะมีอายุการใช้งานที่คุ้มทุน ดังนั้นเอกชนจะเลือก

กำหนดระยะเวลาที่ต้องใช้งานให้คุ้มค่า อาจทำให้เป็นข้อจำกัดของรัฐที่สินทรัพย์นั้นอาจเป็นภาระของรัฐในอนาคต อย่างไรก็ตามกรรมสิทธิ์ของสินทรัพย์นั้นยังคงเป็นของรัฐต่อไป

(10) การสร้าง เป็นเจ้าของ และดำเนินการ (Build - Own - Operate)

ลักษณะสำคัญได้แก่ รัฐทำสัญญากับเอกชนให้เอกชนก่อสร้าง เป็นเจ้าของ และดำเนินการในหน่วยบริการของรัฐแห่งใหม่ หรือรัฐโอนกิจการในหน่วยบริการของรัฐให้แก่เอกชน ซึ่งเอกชนส่วนใหญ่จะต้องจัดหาแหล่งเงินทุนเอง และไม่มีข้อตกลงในการโอนสินทรัพย์คืนให้รัฐบาล ซึ่งสิ่งที่จูงใจให้เอกชนเข้ามาร่วมลงทุนกับรัฐในลักษณะนี้คือ สิทธิตามกฎหมายในระยะยาว ข้อดีของความร่วมมือนี้นั้นคือ รัฐจะไม่ต้องดำเนินการในการออกแบบก่อสร้าง แต่รัฐต้องทำหน้าที่ในการควบคุมกำกับดูแล สร้างกฎระเบียบเพื่อเป็นการควบคุมการดำเนินงานของเอกชน อีกทั้งรัฐจะได้รับภาษีจากเอกชน เป็นการเพิ่มรายได้ให้กับภาครัฐ แต่ข้อจำกัดคือ การที่สินทรัพย์หรือบริการนั้นต้องตกเป็นของเอกชน และเอกชนอาจจะได้รับประโยชน์หากสินทรัพย์หรือบริการนั้นไม่มีคู่แข่งในตลาด และรัฐไม่มีกลไกในการตรวจสอบหรือกำหนดราคาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่าลักษณะของความร่วมมือนี้นั้นระหว่างรัฐและเอกชนในด้านโครงสร้างมีหลายรูปแบบ ตารางที่ 1 ได้สรุปลักษณะสำคัญและชี้ให้เห็นว่า ความร่วมมือแบบแรก (การดำเนินการและการบำรุงรักษา) ภาครัฐมีส่วนสำคัญและเป็นผู้ควบคุมปัจจัยต่างๆ มากที่สุด และบทบาทของภาครัฐจะลดน้อยลงไปเรื่อยๆ ในรูปแบบความร่วมมือประเภทต่อๆ มา จนกระทั่งรูปแบบสุดท้าย (การสร้าง เป็นเจ้าของ และดำเนินการ) ที่ภาคเอกชนมีบทบาทสูงที่สุด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะของรูปแบบความร่วมมือของภาครัฐแต่ละเอกเทศ

หัวข้อในการพิจารณา	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Oper & Main	Design- Build	Turnkey	Wrap	Lease-Purc	Temporary	Lease/Buy	BTO	BOOT	BOO
1. กำหนดรูปแบบ	รัฐบาล	รัฐบาล	รัฐบาล	รัฐบาล	รัฐบาล	รัฐบาล	รัฐบาล	รัฐบาล	เอกชน	เอกชน
2. หาแหล่งเงินทุน	รัฐบาล	รัฐบาล	รัฐบาล	รัฐบาล	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน
3. ออกแบบ	รัฐบาล	เอกชน	รัฐบาล	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน
4. ก่อสร้าง	รัฐบาล	เอกชน	รัฐบาล	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน
5. กรรมสิทธิ์เมื่อสร้างเสร็จ	รัฐบาล	รัฐบาล	เอกชน	เอกชน	รัฐบาล	รัฐบาล	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน
6. ดำเนินงาน	เอกชน	รัฐบาล	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน
7. บำรุงรักษา	เอกชน	รัฐบาล	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน
8. กรรมสิทธิ์ระหว่างดำเนินงาน	รัฐบาล	รัฐบาล	เอกชน	เอกชน	รัฐบาล	รัฐบาล	เอกชน	เอกชน	เอกชน	เอกชน
9. กรรมสิทธิ์เมื่อสิ้นสุดสัญญา	รัฐบาล	รัฐบาล	รัฐบาล	รัฐบาล	เอกชน/รัฐบาล	รัฐบาล	รัฐบาล	รัฐบาล	เอกชน/รัฐบาล	เอกชน
					(ขึ้นอยู่กับข้อตกลง)				(ขึ้นอยู่กับข้อตกลง)	

ที่มา: Ministry of Municipal Affairs [10] เปรียบเรียงโดยคณะผู้วิจัย

หมายเหตุ รูปแบบของความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน เรียงลำดับตามความเป็นภาคีรัฐจนถึงภาคเอกชน

บทที่ 4 สถานการณ์ปัจจุบันและกรณีศึกษาของความร่วมมือที่พบ

4.1 สถานการณ์ปัจจุบัน

จากการสำรวจพื้นที่และสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทำให้ทราบว่าในปัจจุบันมีความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับภาคเอกชนในหลายลักษณะและมีอยู่เกือบทุกแห่ง ทั้งนี้พบว่าความร่วมมือด้านการตรวจวินิจฉัยและบริการทั่วไปมีจำนวนมากที่สุด กล่าวคือ โรงพยาบาลทุกแห่งที่นักวิจัยทำการสำรวจ มีเครื่องมือตรวจเลือดของเอกชนมาตั้งให้บริการโดยโรงพยาบาลต้องจัดซื้อน้ำยาตรวจจากบริษัทที่นำเครื่องมือดังกล่าวมาให้ และโรงพยาบาลทุกแห่งมีการจ้างเหมาบริษัทเอกชนในการทำความสะอาดพื้นที่ในโรงพยาบาล ทั้งนี้โรงพยาบาลบางแห่งยังว่าจ้างบริษัทเอกชนให้รับผิดชอบงานรักษาความปลอดภัยและจราจร

สำหรับประเด็นที่น่าสนใจคือ โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งในเขตเมืองของจังหวัดขนาดใหญ่หรือพื้นที่ที่มีแนวโน้มว่ามีความต้องการของภาคเอกชนในการสร้างความร่วมมือ นักวิจัยพบว่ามี การสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนที่แสวงหากำไรในลักษณะโครงการใหญ่ เช่น การสร้างศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือ CT scan การตั้งศูนย์บริการทดแทนไต (ล้างไตด้วยการฟอกเลือด) ทั้งนี้ผู้บริหารโรงพยาบาลเหล่านี้ล้วนมีเหตุผลที่น่าสนใจในการสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชน ซึ่งจะได้อธิบายรายละเอียดในกรณีศึกษาด้านล่าง อย่างไรก็ตามเนื่องจากไม่มีนโยบายที่ชัดเจนจากส่วนกลางในเรื่องความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน ทำให้การสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนของโรงพยาบาลเหล่านี้เกิดปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ได้แก่

- ภาครัฐมีอำนาจในการต่อรองกับภาคเอกชนน้อย เพราะโรงพยาบาลรัฐขาดทั้งข้อมูล (การทำข้อตกลงของโรงพยาบาลอื่นๆ) การสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือหน่วยงานส่วนกลาง จากการที่ข้อตกลงดังกล่าวเป็นการดำเนินการระหว่างโรงพยาบาลรัฐกับเอกชนโดยมิได้มีการรับรองอย่างเป็นทางการ ทำให้โรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะเสียเปรียบในการทำข้อตกลงกับภาคเอกชน ขาดอำนาจในการต่อรองในเรื่องผลตอบแทนระยะเวลาของความร่วมมือและการบังคับใช้ข้อตกลง เช่น กรณีศึกษาที่ผู้วิจัยค้นพบในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งที่ต้องการนำเครื่อง CT scan จากภาคเอกชนเข้ามาให้บริการเนื่องจากเครื่อง CT scan มีราคาแพงและโรงพยาบาลไม่มีงบประมาณในการจัดซื้อ ทางโรงพยาบาลจึงทำสัญญากับบริษัทเอกชนโดยจ่ายค่าตอบแทนให้เป็นรายผู้ป่วย อย่างไรก็ตามเนื่องด้วยต้นทุนของเครื่องและการติดตั้งมีราคาสูง หากโรงพยาบาลสามารถให้ความมั่นใจแก่ภาคเอกชนได้ว่า จะให้บริการเป็นระยะเวลานาน เช่น 4-5 ปีขึ้นไปจะทำให้เอกชนสามารถเฉลี่ยต้นทุนค่าเครื่องและค่าติดตั้งได้ในระยะเวลานาน ทำให้ต้นทุนค่าบริการต่อผู้ป่วยต่ำลง แต่เนื่องจากโรงพยาบาลมีข้อจำกัด ไม่สามารถทำสัญญาในลักษณะนั้นกับเอกชนได้ (เพราะผิดระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม) โรงพยาบาลแห่งนั้นจึงทำได้

เพียงสัญญากับบริษัทเครื่องมือแพทย์ว่าจะใช้บริการอย่างน้อย 1 ปี ส่งผลให้บริษัทเอกชนเรียกเก็บค่าใช้จ่ายต่อรายผู้ป่วยสูง

- ขาดระบบตรวจสอบรายรับที่เกิดขึ้น เพราะพบว่ารายรับที่เกิดขึ้นจากบริการที่เป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน มักไม่มีรายงานรายละเอียดของรายรับ เงินส่วนใหญ่รวมอยู่ในส่วนของเงินบำรุงของโรงพยาบาล ทำให้ยากแก่การตรวจสอบจากส่วนกลางหรือผู้เกี่ยวข้อง
- เกิดความหลากหลายในทางปฏิบัติ หรืออีกนัยหนึ่งก็คืออาจทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติระหว่างผู้ป่วยแต่ละสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ จากกรณีศึกษาจะพบว่าโรงพยาบาลบางแห่งมีการสร้างข้อตกลงกับเอกชนในการเอื้อประโยชน์ให้ผู้ป่วยบางสิทธิมีแนวโน้มที่จะได้รับประโยชน์จากบริการที่เกิดขึ้นมากกว่าผู้ป่วยบางสิทธิ ซึ่งอาจทำให้เกิดความไม่เสมอภาคเท่าเทียมระหว่างผู้ป่วย
- สุดท้ายหากพิจารณาเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลบางแห่งในเขตพื้นที่ลักษณะเดียวกันหรือพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด พบว่าการขาดนโยบายที่ชัดเจนจากส่วนกลางทำให้ประชาชนเสียประโยชน์ เพราะผู้บริหารโรงพยาบาลอาจไม่มีแรงจูงใจหรือไม่ต้องการดำเนินงานที่ไม่ได้รับการยอมรับจากส่วนกลางในการสร้างความร่วมมือกับเอกชน ทำให้โรงพยาบาลเหล่านั้นไม่สามารถจัดหาเทคโนโลยีการวินิจฉัยหรือการรักษาที่มีประโยชน์แก่ผู้ป่วย

ดังนั้นการมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชนย่อมทำให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนและระบบสุขภาพโดยรวม อย่างไรก็ตามก่อนที่จะวางกรอบและแนวทางการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนได้อย่างเหมาะสม จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษารายละเอียดของความร่วมมือที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ดังกรณีศึกษาทั้ง 6 กรณีในส่วนต่อไป

4.2 กรณีศึกษาและบทเรียน

4.2.1 เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computer Tomography หรือ CT scan)

CT scan เป็นเครื่องมือที่ใช้การถ่ายภาพรังสีด้วยคลื่นเอกซเรย์ สามารถสร้างภาพตามแนวตัดและแนวขวาง เป็นภาพ 3 มิติของอวัยวะที่ต้องการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยใช้คอมพิวเตอร์ความละเอียดสูงในการเปลี่ยนแปลงสัญญาณภาพ คุณภาพของภาพจะชัดเจนกว่าการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ แต่ด้อยกว่าการสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging หรือ MRI) วิธีการวินิจฉัยแบบนี้จะทำให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถี่ถ้วนรวดเร็วและปลอดภัย ในปัจจุบัน CT scan นับเป็นเครื่องมือตรวจวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยหลายกลุ่ม นับตั้งแต่ผู้ป่วยอุบัติเหตุจนถึงผู้ป่วยเนื้องอกในหลายอวัยวะ ดังนั้นจึงมีความต้องการใช้เครื่อง CT scan จากแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

อย่างไรก็ตามเนื่องจากเป็นเทคโนโลยีขั้นสูงและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจึงทำให้เครื่อง CT scan มีราคาแพงและมีค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาสูง ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำคัญต่อภาครัฐในการจัดซื้อและบำรุงรักษาเครื่องมือชนิดนี้ นอกจากนี้ในการดำเนินงานยังต้องอาศัยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ เช่น รังสีแพทย์ ซึ่งปัจจุบันมีปริมาณไม่เพียงพอในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปหลายแห่ง ในอดีตราคาเครื่อง CT scan แพงมาก บริษัทเอกชนมักจัดตั้งศูนย์ CT scan เพื่อให้บริการแก่โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐตามหัวเมืองใหญ่ให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยมารับการตรวจด้วยเครื่อง CT scan แต่ภายหลังราคาของเครื่อง CT scan ลดลงมาพอสมควร ประกอบกับโรงพยาบาลหลายแห่ง เห็นว่าการมีเครื่องมือดังกล่าวเป็นการยกระดับภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลให้มีมาตรฐานและความพร้อมในการรักษาโรค จึงมีการนำเข้าและติดตั้งเครื่อง CT scan ในโรงพยาบาลหลายแห่ง ศูนย์ CT scan จึงค่อยๆ หมดความนิยมและปิดตัวลงไป

จากการศึกษาในพื้นที่พบว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่หลายแห่งและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีการทำข้อตกลงร่วมกับบริษัทเอกชนในการติดตั้งเครื่อง CT scan ในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งนี้นอกเหนือจากการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยแล้ว พบว่าการมีเครื่อง CT scan ในโรงพยาบาลรัฐ เป็นการลดต้นทุนเมื่อเทียบกับการส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจที่ศูนย์ CT scan หรือโรงพยาบาลเอกชน และทำให้ผู้ป่วยบางกลุ่มที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจสามารถใช้สิทธิการตรวจได้สะดวกยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลเหล่านี้ยังได้รับส่วนแบ่งค่าตอบแทนจากบริษัทเอกชนแล้วแต่ข้อตกลงที่มีความแตกต่างกันค่อนข้างมากในแต่ละโรงพยาบาล เช่น บางแห่งได้รับส่วนแบ่งร้อยละ 10-20 ของค่าตรวจที่เรียกเก็บได้จากผู้ป่วยหรือระบบประกันสุขภาพจากการตรวจ CT scan หรือบางแห่งก็ไม่ได้ส่วนแบ่งเป็นรายผู้ป่วย แต่มีข้อตกลงว่าบริษัทเอกชนจะให้เงินเหมาจ่ายค่าที่และอาคารสถานที่แก่โรงพยาบาลเป็นรายปี

ส่วนใหญ่ภายใต้เงื่อนไขความร่วมมือในกรณีนี้เอกชนจะเป็นผู้รับผิดชอบต้นทุนค่าเครื่อง CT scan ค่าบำรุงรักษาเครื่อง ค่าไฟฟ้า เจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมเครื่อง และการอ่านผลการตรวจ ซึ่งกรณีหลังมีทั้งการว่าจ้างรังสีแพทย์ในโรงพยาบาลนั้นๆ เป็นผู้อ่านผลการตรวจ หรือจ้างรังสีแพทย์จากโรงพยาบาลอื่นในต่างจังหวัดเป็นผู้อ่านผลการตรวจ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับต้นทุนและการมีรังสีแพทย์ในโรงพยาบาลเหล่านั้นหรือไม่ พบว่าโรงพยาบาลบางแห่งผู้บริหารต้องการติดตั้งเครื่อง CT scan จากภาคเอกชน ส่วนหนึ่งเพราะต้องการดึงให้รังสีแพทย์อยู่ทำงานต่อไปในโรงพยาบาลนั้น เพราะหากไม่มีเครื่อง CT scan รังสีแพทย์อาจรู้สึกว่าตนเองทำงานได้ไม่เต็มศักยภาพ ขาดความท้าทาย และยังเป็นการเสริมรายได้ที่ต่ำของการทำงานในโรงพยาบาลรัฐเมื่อเทียบกับภาคเอกชนของรังสีแพทย์ซึ่งมีขนาดแคลนทั้งระบบ

สำหรับบทบาทของโรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่มีความรับผิดชอบในการจัดหาพื้นที่ อาคาร และอำนวยความสะดวกในการทำเอกสารเบิกจ่ายสำหรับระบบประกันสุขภาพ โดยมักออกไปเสร็จในนาม

ของโรงพยาบาล (แทนที่จะเป็นใบเสร็จของบริษัทเอกชน) อย่างไรก็ตามพบว่าโรงพยาบาลบางแห่งมีข้อตกลงที่จะแบกรับความเสี่ยงในการลงทุนจากบริษัทเอกชนด้วย เช่น โรงพยาบาลกำหนดจำนวนผู้ป่วยขั้นต่ำต่อปีที่จะให้เอกชนตรวจวินิจฉัย หรือกำหนดราคาค่าตรวจ CT scan ขั้นต่ำไว้ อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ประกันตนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจเบิกค่าตรวจ CT scan จากกองทุนจังหวัดได้น้อยกว่าราคาที่โรงพยาบาลตกลงไว้กับเอกชนส่งผลให้โรงพยาบาลขาดทุน

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดเชื่อว่าความร่วมมือดังกล่าวสามารถแบ่งเบาภาระของรัฐบาลในการลงทุนเพื่อจัดซื้อเครื่องมือราคาแพงนี้ รวมถึงการบำรุงรักษาซึ่งจะลดความเสี่ยงของการลงทุนได้ ที่สำคัญโรงพยาบาลหลายแห่งยังสามารถต่อรองกับเอกชนได้ในเรื่องของคุณลักษณะหรือรุ่นของเครื่อง CT scan เพื่อให้ตรงกับความต้องการของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งจะแตกต่างจากกรณีที่มีการจัดซื้อจากส่วนกลางของรัฐบาลที่ผู้ใช้มักไม่สามารถกำหนดคุณลักษณะของเครื่องมือแพทย์ที่ต้องการได้ ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐหลายแห่งยังให้ความเห็นว่าการเกิดความร่วมมือดังกล่าวยังสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้บริหารพิจารณาว่าการมีเครื่อง CT scan ในโรงพยาบาลยังทำให้รังสีแพทย์และแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ สามารถทำงานได้สะดวก และดึงดูดให้บุคลากรเหล่านี้ทำงานในโรงพยาบาลรัฐต่อไปอีกด้วย

ข้อดีอีกประการของการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในกรณีของเครื่องมือแพทย์ราคาแพง เช่น CT scan ก็คือ กลไกตลาดจะช่วยทำให้ไม่เกิดการลงทุนที่ซ้ำซ้อนหรือเกิดการกระจุกตัวของเครื่องมือดังกล่าวจำนวนมากในพื้นที่เดียวกันที่มีความต้องการใช้จำกัด

อย่างไรก็ตามความร่วมมือในกรณีศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาเพื่อพัฒนาการดำเนินงานในอนาคต ได้แก่ 1) ข้อมูลและระบบสนับสนุนให้โรงพยาบาลรัฐสามารถสร้างข้อตกลงหรือเงื่อนไขกับเอกชนได้อย่างเสมอภาคและเท่าเทียม ดังที่พบว่าโรงพยาบาลบางแห่งมีข้อตกลงต่อยกกว่าโรงพยาบาลบางแห่งมาก ทั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าเกิดจากการขาดข้อมูลข้อตกลงที่โรงพยาบาลอื่นๆ ได้ทำ หรือระบบสนับสนุนให้โรงพยาบาลเหล่านี้มีเงื่อนไขในการต่อรองกับเอกชนได้มากขึ้น 2) ความโปร่งใสในการบริหารจัดการค่าตอบแทนและการเบิกจ่าย เนื่องจากเงินรายได้ที่โรงพยาบาลรัฐได้จากเอกชนนั้นมิได้เป็นทางการ (เช่นเดียวกับความร่วมมือที่เกิดขึ้นซึ่งมิได้เป็นทางการเช่นกัน) ทำให้ระบบรายงานการเงินอยู่นอกเหนือระบบตรวจสอบของหน่วยงานจากส่วนกลางและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ เป็นช่องว่างจากการตรวจสอบ จึงจำเป็นต้องปรับปรุงให้มีระบบบริหารจัดการด้านการเงินอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส 3) นอกจากนี้ยังมีข้อกังวลจากแพทย์ในโรงพยาบาลที่ถูกสัมภาษณ์ในเรื่องของการใช้เครื่องมือดังกล่าวเกินความจำเป็น เพราะมีความสะดวกคล่องตัวหรือมีแรงจูงใจที่ต้องการสร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาลหรือตนเองของแพทย์บางกลุ่ม (ในกรณีที่เอกชนสร้างระบบให้มีแรงจูงใจจากผู้ส่งใช้)

4.2.2 ศูนย์ไตเทียม

ไตวายคือ ภาวะที่ไตไม่สามารถทำงานขับของเสียออกจากร่างกาย หากไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งในสามวิธีต่อไปนี้ผู้ป่วยจะเสียชีวิตลงในเวลา 3-6 เดือน การรักษาเหล่านั้นได้แก่ การจัดของเสียผ่านทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) การรักษาด้วยเครื่องไตเทียมหรือการฟอกเลือด (hemodialysis) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต เรียกว่า “การรักษาทดแทนไต” ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ อย่างไรก็ตามเทคโนโลยีการรักษาทั้งสามนี้มีต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงมากโดยเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ในปัจจุบันระบบประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ให้สิทธิแก่ผู้ประกันตนในการรับการรักษาทดแทนไต

จากข้อมูลของสมาคมโรคไต [12] เมื่อปี พ.ศ. 2548 พบว่า ศูนย์ไตเทียมที่ให้บริการรักษาทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดซึ่งเป็นวิธีที่นิยมมากที่สุดมีจำนวนกว่า 300 แห่งทั่วประเทศ ในจำนวนนี้ 151 แห่งหรือคิดเป็นร้อยละ 50 เป็นของภาคเอกชน รายงานดังกล่าวยังระบุว่าศักยภาพของสถานพยาบาลของรัฐในการให้บริการรักษาทดแทนไตยังไม่เพียงพอ ดังนั้นภายหลังจากการประกาศครอบคลุมการรักษาทดแทนไตของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อปี พ.ศ. 2550 จึงพบว่าโรงพยาบาลรัฐหลายแห่งพยายามขยายศักยภาพในการให้บริการดังกล่าว

จากการสำรวจพื้นที่ของงานวิจัยเรื่องความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนชิ้นนี้พบว่า มีโรงพยาบาลแห่งหนึ่งได้สร้างความร่วมมือกับเอกชนในการตั้งศูนย์ไตเทียมของเอกชนในโรงพยาบาลรัฐ โดยเอกชนเป็นผู้ลงทุนเครื่องไตเทียมและอุปกรณ์เสริมทุกชนิด บุคลากร และระบบสนับสนุนอื่นๆ เช่น ระบบน้ำ ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐสนับสนุนพื้นที่ อาคาร และระบบพื้นฐานที่ใช้ร่วมกัน ได้แก่ Oxygen pipeline ทั้งนี้เอกชนได้อุดหนุนค่าตอบแทนให้แก่โรงพยาบาลคิดเป็นค่าตอบแทนร้อยละ 15 ของค่าบริการที่ศูนย์ไตเทียมเรียกเก็บได้จากผู้ป่วยหรือระบบประกันสุขภาพต่อครั้ง (ซึ่งส่วนแบ่งจะแตกต่างกันตามสวัสดิการของผู้ป่วยแต่ละคน) เป็นที่น่าสังเกตว่าโรงพยาบาลดังกล่าวได้มีหน่วยไตเทียมของโรงพยาบาลเองอยู่ก่อนหน้าแล้ว และมีปริมาณความต้องการบริการสูงเกินกว่าความสามารถของหน่วยไตเทียมของโรงพยาบาลจะรองรับได้ และผู้บริหารไม่ต้องการให้โรงพยาบาลลงทุนเพิ่มขึ้นในการขยายหน่วยไตเทียม แต่เลือกที่จะให้เอกชนเป็นผู้เข้ามาดำเนินการในการจัดตั้งศูนย์ไตเทียมของเอกชนแทน

เช่นเดียวกับกรณีศึกษาการลงทุนเครื่องตรวจ CT scan ความร่วมมือดังกล่าวส่งผลให้รัฐไม่ต้องลงทุนในการจัดซื้อและบำรุงรักษาเครื่องไตเทียมที่มีราคาสูง และยังสามารถเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษาทดแทนไตได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าภาคเอกชนมีศูนย์ไตเทียมเอกชนในโรงพยาบาลของรัฐแห่งนี้ช่วยเพิ่มรายได้ให้แก่อายุรแพทย์ของโรงพยาบาลเมื่อมาดูแลผู้ป่วยในศูนย์ไตเทียมของเอกชน

สำหรับข้อพิจารณาสำคัญในกรณีศึกษานี้ได้แก่

1) ความเหมาะสมในการให้เอกชนมาลงทุนในกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่ำ (ต่อการขาดทุน) จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารของโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่มีความร่วมมือกับเอกชนในเรื่องดังกล่าวพบว่า โรงพยาบาลเหล่านั้นต้องการเป็นผู้ลงทุนบริการรักษาทดแทนได้ด้วยตนเองเพราะมีความเสี่ยงในการขาดทุนน้อย และได้ผลตอบแทนคืนในระยะเวลาอันสั้น เอกชนจึงต้องการลงทุนเพราะเชื่อว่าสามารถทำกำไรได้อย่างแน่นอน การร่วมลงทุนกับโรงพยาบาลของรัฐจะเพิ่มโอกาสในการค้นหาผู้ป่วย และเพิ่มศักยภาพในการให้บริการของเอกชนได้อย่างครบวงจร เช่น บริการผ่าตัดเตรียมเส้นเลือด การรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดและโรคร่วมของผู้ป่วยไต

2) ความเสี่ยงในการเลือกปฏิบัติของศูนย์ไตเทียมเอกชนกรณีผู้ป่วยที่มีสวัสดิการรักษายาบาลที่แตกต่างกัน เพราะแต่ละระบบประกันสุขภาพให้สิทธิในการเบิกค่าฟอกเลือดที่แตกต่างกัน จึงอาจเป็นแรงจูงใจให้ศูนย์ไตเทียมเอกชนต้องการให้บริการแก่ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการที่ให้อัตราการเบิกจ่ายที่สูงกว่า (ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ) ส่งผลให้ศักยภาพของบริการฟอกเลือดที่เพิ่มขึ้นอาจไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยในสวัสดิการอื่นๆ เท่าที่ควร อย่างไรก็ตามปัญหาเดียวกันนี้อาจเกิดขึ้นได้หากบริการฟอกเลือดเป็นของรัฐเองด้วย

3) พบว่าเอกชนต้องการลงทุนเฉพาะบริการฟอกเลือด ขณะที่ไม่ให้บริการล้างช่องท้องทั้งที่นโยบายระดับชาติส่งเสริมให้มีการขยายบริการล้างช่องท้องเป็นลำดับแรก เพราะมีความคุ้มค่าและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในบริบทของไทยมากกว่าการฟอกเลือด [13] ดังนั้นการสร้างความร่วมมือดังกล่าว จึงอาจส่งผลให้เกิดการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ผิดทิศทาง

4) ภาครัฐควรมีระบบการควบคุมคุณภาพของบริการนี้กับศูนย์ไตเทียมในภาคเอกชนด้วย เพราะพบว่าศูนย์ไตเทียมของเอกชนที่เกิดขึ้นยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแตกต่างจากหน่วยไตเทียมของโรงพยาบาลเดียวกัน ตรงจุดนี้จึงน่าจะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกันของโรงพยาบาลรัฐและภาคเอกชนในการเร่งสร้างมาตรฐานด้านคุณภาพของบริการที่เกิดจากความร่วมมือทั้งสองฝ่าย และควรมีการกำหนดในข้อตกลงล่วงหน้าด้วย

4.2.3 บุคลากรทางการแพทย์

เป็นที่ทราบกันดีว่าค่าตอบแทนของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในภาครัฐต่ำกว่าค่าตอบแทนของบุคลากรที่มีลักษณะเดียวกันที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชนอยู่หลายเท่าตัว จากการศึกษาของภูษิต ประครองสาย และคณะ [14] พบว่าแพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติทั้งในและนอกราชการมีรายได้เป็น 2.2 เท่าของแพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติเฉพาะในภาครัฐ จึงพบว่าแพทย์ในภาครัฐตัดสินใจทำเวชปฏิบัติเพิ่มเติมในโรงพยาบาลเอกชนหรือเปิดคลินิกส่วนตัวนอกเวลาราชการเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 69 ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาครัฐทั้งหมด

ปัจจัยอีกประการที่สนับสนุนการทำให้เกิดเวชปฏิบัตินอกราชการของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นข้าราชการได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้านในภาคเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์บาง

สาขา เช่น รังสีแพทย์ จิตแพทย์ วิทยุแพทย์ ศัลยแพทย์ทั่วไป และศัลยแพทย์เฉพาะทาง เนื่องจากมีจำนวนแพทย์เหล่านี้ไม่มากในประเทศไทย และมีกำลังการผลิตค่อนข้างน้อยทำให้โรงเรียนแพทย์ส่วนใหญ่ถูกบังคับให้รับแพทย์ฝึกหัดเฉพาะที่มีต้นสังกัดจากโรงพยาบาลรัฐ ส่งผลให้แต่ละปีมีแพทย์เฉพาะทางจำนวนไม่มากที่ปราศจากข้อผูกมัดเรื่องการชดเชยทุนในโรงพยาบาลรัฐและสามารถทำงานในโรงพยาบาลเอกชนโดยอิสระได้ เมื่อประมาณความต้องการหรืออุปสงค์มีมากแต่อุปทานมีน้อย จึงเป็นกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนที่กำหนดค่าตอบแทนสูงแก่ผู้ที่มาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนทั้งแบบเต็มเวลาและบางเวลา เพื่อดึงดูดแพทย์ในภาครัฐให้มาทำงานในภาคเอกชน จากรายงานของกฤษฎิตถะ คณะ [14] ชี้ให้เห็นว่าค่าตอบแทนจากการปฏิบัติงานบางเวลาในภาคเอกชนสามารถเพิ่มรายได้ให้แก่แพทย์ในภาครัฐถึง 1.2 เท่าของค่าตอบแทนที่ได้จากภาครัฐทั้งที่งานในภาครัฐถือเป็นงานหลัก (full-time work)

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยนี้พบว่าผู้บริหารส่วนใหญ่ทราบดีว่ามีบุคลากรปฏิบัติงานในภาคเอกชน ทั้งนี้ในทัศนคติของผู้บริหารคิดว่าเป็นเรื่องที่เหมาะสมหากไม่รบกวนภาระงานราชการ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีกฎเกณฑ์หรือระเบียบอย่างเป็นทางการหรือลายลักษณ์อักษรเพื่อควบคุมบุคลากรของตนในการปฏิบัติงานในภาคเอกชน ทั้งแพทย์และผู้บริหารเห็นพ้องต้องกันว่ากรมมีทางเลือกดังกล่าวเป็นการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรอยู่ในภาครัฐต่อได้ทั้งที่รับค่าตอบแทนต่ำ เพราะได้รับการชดเชยจากรายได้ที่ได้รับจากภาคเอกชนในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ นอกจากนี้ผู้ถูกสัมภาษณ์ยังพิจารณาว่าการปฏิบัติงานของแพทย์ในภาคเอกชนน่าจะส่งผลดีต่อสังคมโดยรวม เพราะทำให้แพทย์ที่ขาดแคลนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ เป็นการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการได้มากขึ้น ทั้งในผู้ป่วยภาครัฐ (เพราะแพทย์ยังไม่ลาออกไปสู่ภาคเอกชน) และผู้ป่วยในภาคเอกชน (เพราะมีแพทย์สาขาที่ขาดแคลนมาปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ)

อย่างไรก็ตามพบว่าทั้งจากการสัมภาษณ์และผลการวิจัยที่ผ่านมา หลายฝ่ายเชื่อว่ามีการใช้เวลาทำงานในภาครัฐไปกับภาคเอกชน (public-time corruption) ของบุคลากรที่ทำเวชปฏิบัติทั้งสองที่ เพราะในหลายกรณีเป็นการยากที่จะหลีกเลี่ยง เช่น สูติแพทย์ที่รับฝากครรภ์ในภาคเอกชนอาจจำเป็นต้องออกไปปฏิบัติงานในภาคเอกชนทั้งที่เป็นเวลาราชการในกรณีมีผู้ป่วยเร่งด่วนฉุกเฉิน หรือในบางครั้งแพทย์ในภาครัฐก็มิได้มีภาระงานตลอดเวลาราชการจึงทำให้ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องอยู่ในโรงพยาบาลรัฐและอาจใช้เวลาดังกล่าวไปปฏิบัติงานในภาคเอกชน นอกจากนี้การปฏิบัติงานในภาคเอกชนของแพทย์บางท่านอาจทำให้เกิดปัญหาการละเลยผู้ป่วยในภาครัฐ เพราะเวลาและประสิทธิภาพในการทำงานของแพทย์มีจำกัด เมื่อต้องใช้เวลาและกำลังในการปฏิบัติงานในภาคเอกชนย่อมส่งผลให้เกิดการลดลงของประสิทธิภาพในการทำงานในภาครัฐ เพราะมีแรงจูงใจและความเสี่ยงในการถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องต่ำกว่าและมีระบบการตรวจสอบที่น้อยกว่า

ยศและคณะ [15-17] รายงานว่าการปฏิบัติงานของสตูดิโอแพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติทั้งภาครัฐและเอกชนส่งผลให้เกิดความแตกต่างของมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยคลอด เช่น มีอัตราการผ่าตัดคลอดแตกต่างกันอย่างมากระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน และผู้ป่วยคลอดในโรงพยาบาลรัฐที่มีการฝากครรภ์พิเศษกับสตูดิโอแพทย์ในคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนมาก่อน จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารยังพบว่าการใช้ทรัพยากรของภาครัฐ เช่น ห้องผ่าตัดไปในการให้บริการผู้ป่วยที่แพทย์เคยดูแลในภาคเอกชนโดยโรงพยาบาลรัฐเป็นผู้แบกรับภาระต้นทุนที่เกี่ยวกับกิจกรรมดังกล่าว

กล่าวโดยสรุป ความร่วมมือของภาครัฐและเอกชนในเรื่องการแบ่งปันทรัพยากรบุคคลมีอยู่มายาวนานและมีข้อดีและข้อเสียทั้งกับแพทย์ ผู้ป่วย โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนและสังคมโดยรวม อย่างไรก็ตาม จากงานวิจัยนี้ดูเหมือนว่าโรงพยาบาลภาครัฐและผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบเชิงลบมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ทั้งจากการสูญเสียเวลาและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของแพทย์ การแบกรับต้นทุนแฝงที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของแพทย์ในภาคเอกชน และการถูกละเลยหรือถูกปฏิบัติสองมาตรฐานของผู้ป่วยในภาครัฐ ปัญหาดังกล่าวอาจได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้นได้หากมีกฎเกณฑ์หรือหลักปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นธรรมกับทุกฝ่าย หรือมีระบบจ่ายค่าตอบแทนจากภาคเอกชนให้แก่ภาครัฐอย่างเหมาะสมหากมีการใช้ประโยชน์ของบุคลากรหรือทรัพยากรภาครัฐเพื่อภาคเอกชน รวมทั้งมีระบบการตรวจสอบที่สม่ำเสมอและเชื่อถือได้

4.2.4 อาคารสถานที่

จากงานวิจัยนี้พบว่าโรงพยาบาลในภาครัฐหลายแห่งได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรในด้านสุขภาพ เช่น มูลนิธิ พระสงฆ์¹ ชนาคกร ในการปรับปรุงและก่อสร้างอาคารสถานที่ซึ่งมักอยู่ในรูปของการให้เปล่า ซึ่งไม่ตรงกับรูปแบบที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 3 ทั้งนี้เพราะความร่วมมือในลักษณะดังกล่าวเป็นไปด้วยเจตนารมณ์ของการบริจาคโดยที่เอกชนมิได้ต้องการแสวงหาประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ จะมีเพียงประโยชน์โดยอ้อมที่อาจเกิดขึ้น เช่น เป็นการประชาสัมพันธ์ตนเองหรือองค์กร การได้รับสิทธิพิเศษจากโรงพยาบาลในฐานะผู้อุปถัมภ์เป็นครั้งคราว อย่างไรก็ตามลักษณะของการบริจาคอาคารสถานที่ดังกล่าวก็มีข้อจำกัดหลายประการดังนี้

(1) ต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริจาคและโรงพยาบาลหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล จึงเป็นไปได้ยากที่โรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีความขาดแคลนและมีความต้องการจะได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชน เป็นที่น่าสังเกตว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่ได้รับการสนับสนุนในลักษณะนี้จะเป็นโรงพยาบาลในเขตเมืองที่มีความเจริญ ทำให้ประชาชนมีความสามารถในการให้การสนับสนุน

¹ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่พบว่า โรงพยาบาลหลายแห่งได้รับการสนับสนุนจากพระสงฆ์ในการเรียเงินทุนเพื่อนำมาปรับปรุงโรงพยาบาล รวมถึงสร้างอาคารเฉพาะของพระสงฆ์

(2) การสนับสนุนในลักษณะนี้ต้องใช้เวลาดังแต่การเตรียมการ การระดมเงินทุนซึ่งมีความไม่แน่นอน เช่น กรณีโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือใช้เวลาในการระดมเงินทุนถึง 5 ปีกว่าจะสามารถสร้างอาคารผู้ป่วยในมูลค่า 15 ล้านบาทสำเร็จได้

(3) ในบางครั้งเอกชนผู้บริจาคอาจมีส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางของการลงทุนเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ที่ได้ตั้งไว้ ซึ่งอาจไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของโรงพยาบาลนั้นๆ เช่น ต้องการสร้างเฉพาะอาคารผู้ป่วยพิเศษทั้งที่โรงพยาบาลควรขยายอาคารผู้ป่วยในทั่วไปหรือผู้ป่วยนอก ทำให้ความร่วมมือดังกล่าวไม่เกิดประโยชน์สูงสุดกับโรงพยาบาลและประชาชนที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารในโรงพยาบาลพบว่า ความร่วมมือกับภาคเอกชนที่แสวงหากำไรในเรื่องอาคารสถานที่ยังไม่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลตัวอย่าง ผู้บริหารมีความเห็นที่หลากหลายเกี่ยวกับการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านนี้ ส่วนหนึ่งเห็นด้วยหากจะเปิดโอกาสให้เอกชนเข้ามาร่วมลงทุนด้านอาคารสถานที่ในโรงพยาบาลของรัฐโดยมีการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเหมาะสม เช่น ผู้บริหารท่านหนึ่งในโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความสนใจที่จะให้เอกชนมาสร้างอาคารผู้ป่วยในเพื่อให้โรงพยาบาลเช่าอาคารเปล่า หรือให้ภาคเอกชนลงทุนทั้งอาคารสถานที่และบุคลากรประจำหอผู้ป่วยใน แล้วโรงพยาบาลซื้อบริการจากภาคเอกชนอีกต่อหนึ่ง ทั้งนี้โรงพยาบาลดังกล่าวมีอัตราการครองเตียงมากกว่าร้อยละ 90 และเคยทำเรื่องขอการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขหลายครั้งในการสร้างอาคารผู้ป่วยในแต่ยังไม่เคยได้รับการสนับสนุน

ผู้บริหารบางท่านพิจารณาว่าการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านอาคารสถานที่อาจเป็นไปได้ยากเพราะโอกาสของภาคเอกชนที่จะแสวงหากำไรเป็นไปได้น้อยและขาดแรงจูงใจของโรงพยาบาลในภาครัฐที่จะสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชน เช่น การสร้างอาคารจอดรถในโรงพยาบาลชุมชนไม่น่าจะทำได้ เพราะมีความต้องการน้อยจากประชาชน เพราะผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่มิได้ใช้รถยนต์ส่วนตัว และหากมีการเรียกเก็บค่าจอดรถ ผู้บริหารโรงพยาบาลอาจถูกต่อต้านสำหรับการสร้างอาคารผู้ป่วยใน ผู้บริหารบางท่านมองว่าอาจเป็นภาระแก่โรงพยาบาล หากมีความร่วมมือกับภาคเอกชนในการก่อสร้างอาคารผู้ป่วยในให้ แต่โรงพยาบาลมิได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมในด้านบุคลากร เช่น แพทย์และพยาบาลทำให้เป็นการเพิ่มภาระงานแก่เจ้าหน้าที่ที่มีอยู่เดิม

จากรายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ในรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2548-2550 [5] พบว่าอัตราครองเตียงของโรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับอัตราครองเตียงของโรงพยาบาลในภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยพบว่าอัตราครองเตียงของโรงพยาบาลเอกชนในช่วงปี พ.ศ. 2546 และ 2548 คิดเป็นร้อยละ 49 และ 55 ตามลำดับ ขณะที่อัตราครองเตียงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสูงถึงร้อยละ 83 และ 81 ตามลำดับ ทั้งนี้สัดส่วนจำนวนเตียงในโรงพยาบาลเอกชนเมื่อเทียบกับจำนวนเตียงในโรงพยาบาลทั้งหมดในเขตกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 40 รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง

คิดเป็นร้อยละ 22 ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนจำนวนเตียงในโรงพยาบาลเอกชนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9 แต่ปัญหาเรื่องการขาดแคลนเตียงผู้ป่วยในกลับพบว่ามี ความรุนแรงสูงที่สุด กล่าวคือ อัตราครองเตียงทั้งหมดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับอัตราครองเตียงรวมของทั้งประเทศที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 73 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความต้องการลงทุนของภาคเอกชนอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการของภาครัฐในการขยายบริการให้มีความทั่วถึงและเท่าเทียมของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการพิจารณา นโยบายความร่วมมือในด้านนี้

กล่าวโดยสรุป การสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านอาคารสถานที่อาจเป็นไปได้เฉพาะบางสถานพยาบาลที่มีความพร้อม และมีแผนการขยายขนาดของสถานพยาบาลแต่ติดขัดเรื่องงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐเท่านั้น ความต้องการส่วนใหญ่มักเกี่ยวกับการสร้างอาคารผู้ป่วยใน ขณะที่การสนับสนุนเรื่องอาคารจอดรถอาจไม่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ยกเว้นโรงพยาบาลในเขตเมืองที่มีข้อจำกัดในด้านพื้นที่และผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ใช้รถยนต์ส่วนตัว ข้อดีของการสร้างความร่วมมือดังกล่าวทำให้รัฐบาลหรือโรงพยาบาลไม่ต้องใช้งบประมาณลงทุนขนาดใหญ่และมีความคล่องตัวและรวดเร็ว สามารถตอบสนองความต้องการของโรงพยาบาลที่ต้องการเพิ่มศักยภาพในระยะเวลายันสั้นและโรงพยาบาลจะมีความคล่องตัว สามารถสร้างข้อตกลงกับภาคเอกชนเพื่อสร้างอาคารสถานที่ให้ตรงกับความต้องการและเหมาะสมกับบริบท ต่างจากการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐที่มักกำหนดรูปแบบของอาคารสถานที่มาในลักษณะตายตัว หากมีการสร้างความร่วมมือและมีสัญญาที่เหมาะสม (ทางเลือกของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านอาคารสถานที่ที่จะนำเสนอในบทต่อไป) จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อทั้งรัฐและเอกชน และที่สำคัญต่อผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลรัฐ

อย่างไรก็ตามความร่วมมือดังกล่าวอาจส่งผลเสียได้ในบางกรณี โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจนำไปสู่การเลือกปฏิบัติ หรือให้บริการเฉพาะกลุ่มคนไข้ ทั้งนี้เพราะความต้องการและแรงจูงใจของผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐหลายแห่งอาจเป็นไปในเรื่องการสร้างอาคารผู้ป่วยพิเศษ เพื่อเป็นการสร้างรายได้ให้แก่โรงพยาบาลและตอบสนองต่อผู้ป่วยที่มีเศรษฐฐานะดีที่ต้องการใช้บริการโรงพยาบาลรัฐทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างโรงพยาบาล การสร้างความร่วมมือด้านอาคารสถานที่กับภาคเอกชนยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลที่อยู่ในเขตทุรกันดาร เพราะการลงทุนอาจไม่มีความคุ้มค่าในมุมมองของภาคเอกชน

4.2.5 ท้นตสาธารณสุข

ปัญหาขาดแคลนบุคลากรในด้านทันตกรรมในโรงพยาบาลรัฐเป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการรักษามีปริมาณมากทำให้งานด้านการป้องกันและควบคุมปัญหาทันตสาธารณสุข เช่น การตรวจคัดกรองปัญหาทันตกรรมในเด็กวัยเรียน ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างครบถ้วนเหมาะสม ในขณะเดียวกันพบว่าร้อยละ 60 ของทันตแพทย์ที่ทำงานในภาคเอกชนซึ่งมักมีเวลาว่างในช่วงเวลา

ราชการ เพราะงานในคลินิกเอกชนมักมีปริมาณมากช่วงนอกเวลาราชการ ด้วยเหตุนี้จึงเป็นที่มาของแนวคิดของการสร้างความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในด้านทันตกรรม โดยมีแนวคิดคล้ายกับระบบประกันสังคมที่ปัจจุบันอนุญาตให้ผู้ประกันตนสามารถใช้บริการด้านทันตกรรมในโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชนได้อย่างมีเงื่อนไขคือ ผู้ประกันตนมีสิทธิเข้ารับบริการบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลใดก็ได้ ในกรณีถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน โดยสำรองเงินจ่ายไปก่อนและนำหลักฐานมาขอเบิกเงินคืนได้ในอัตราไม่เกิน 250 บาท/ครั้ง บิลไม่เกิน 500 บาท และมีสิทธิใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอะคริลิก (พลาสติก) 1-5 ซี่ ในวงเงินไม่เกิน 1,200 บาท ตั้งแต่ 6 ซี่ขึ้นไปจะเบิกได้ไม่เกิน 1,400 บาท ภายในระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่วันที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอะคริลิก [18]

ในมุมมองของภาครัฐกลุ่มคนที่เริ่มประเด็นการสร้างความร่วมมือในเรื่องทันตสาธารณสุขกับเอกชนมีความเชื่อว่า ความร่วมมือดังกล่าวจะกระตุ้นให้เกิดการใช้ทรัพยากรบุคคล (ทันตแพทย์) ที่มีอยู่ในภาคเอกชนอย่างคุ้มค่า และเชื่อว่างานทันตกรรมโรงเรียนที่ประกอบด้วยการให้สุศึกษา ตรวจคัดกรอง อุดฟันหรือถอนฟัน และการเคลือบหลุมร่องฟัน น่าจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีเพราะไม่มีความหลากหลายในด้านแนวทางการรักษา ต้นทุนของบริการไม่สูงเมื่อเทียบกับงานทันตกรรมในผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ให้บริการสามารถประมาณต้นทุนและควบคุมงบประมาณได้

อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์ทันตแพทย์ในภาคเอกชนกลับพบมุมมองที่แตกต่างคือ ทันตแพทย์ในภาคเอกชนไม่ต้องการแบกรับความเสี่ยงใดๆ เลย ดังนั้นข้อเสนอของความร่วมมือกับภาครัฐจึงต้องไม่ใช้การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว เอกชนต้องการให้รัฐบาลจ่ายตามรายการกิจกรรมที่เกิดขึ้นจริงและสามารถเรียกเก็บเงินส่วนเกินจากผู้ใช้บริการได้ในกรณีที่มีการรักษาที่นอกเหนือจากการบริการทันตกรรมพื้นฐาน เช่น ที่ปฏิบัติในกรณีประกันสังคม นอกจากนั้นยังมีประเด็นในด้านการให้ความสำคัญกับคุณภาพของการบริการและความสะดวกในการทำงาน เนื่องจากทันตแพทย์เอกชนที่เปิดคลินิกนั้นมีอุปกรณ์เครื่องมือในการดำเนินการที่คลินิกของตนอย่างครบถ้วน และไม่สะดวกในการลงพื้นที่ไปในโรงเรียนเนื่องจากไม่มีความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ ต่างจากแนวทางที่เคยปฏิบัติในงานทันตกรรมโรงเรียนที่ผู้ให้บริการในภาครัฐ (จำเป็นหรือจำใจต้องทำ) มีความยืดหยุ่นกว่า โดยไปให้บริการถึงสถานศึกษา ดังนั้นหากมีความร่วมมือในด้านทันตกรรมโรงเรียน ทันตแพทย์ในภาคเอกชนเสนอให้เป็นการคัดกรองที่สถานศึกษาและมารักษาที่คลินิกของตน

ประการสุดท้ายทันตแพทย์ในภาคเอกชนมักมีค่าตอบแทนสูง ดังนั้นจึงมีค่าเสียโอกาสของเวลาในการมาทำงานให้กับรัฐที่สูงเช่นกัน หากรัฐต้องการดึงบุคลากรเหล่านี้เข้ามาจะต้องสามารถสร้างแรงจูงใจที่มากพอ อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์พบว่าแรงจูงใจดังกล่าวอาจไม่จำเป็นต้องอยู่ในรูปของตัวเงินเสมอไป เช่น ทำให้ทันตแพทย์เหล่านั้นเกิดความภาคภูมิใจว่ามีส่วนช่วยเหลือสังคม

4.2.6 การผ่าตัดต้อกระจก

โรคต้อกระจกเป็นปัญหาสำคัญของภาวะตาบอดในคนไทย การผ่าตัดนำเลนส์แก้วตาที่ขุ่นมัว บดบังการมองเห็นออก เป็นทางเลือกในการรักษาที่เหมาะสมที่สุดในปัจจุบัน โดยปกติจักษุแพทย์ผู้ให้ การรักษา มักใส่เลนส์แก้วตาเทียมให้แก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยให้การมองเห็นคมชัดมากขึ้นหลังการผ่าตัด อย่างไรก็ตามปริมาณจักษุแพทย์ที่มีน้อยประกอบกับประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีผู้ป่วยต้อกระจกที่ตกค้างไม่ได้รับการผ่าตัดจำนวนมาก ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในแต่ละปีมี ผู้สูงอายุเป็นโรคต้อกระจกรายใหม่ประมาณ 60,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยจากต้อกระจกที่รอรับการ ผ่าตัดกว่า 100,000 คนทั่วประเทศ หรือโดยเฉลี่ยผู้ป่วยแต่ละรายต้องใช้เวลาในการรอผ่าตัดกว่า 3 ปี [19]

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้ดำเนินโครงการผ่าตัดต้อกระจกในระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยต้อกระจกในระบบประกันสุขภาพดังกล่าว 40,000 คน ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาอย่างรวดเร็ว ในโครงการดังกล่าวผู้ให้บริการต้องดำเนินการ ตั้งแต่การคัดกรองค้นหาผู้ป่วย ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย ผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ และดูแลต่อเนื่องหลังการผ่าตัด ทั้งนี้ สปสช. อนุญาตให้หน่วยบริการทั้งของรัฐและเอกชนเข้าร่วมโครงการ [19]

ทั้งนี้ สปสช. ได้กำหนดเงื่อนไขของผู้ให้บริการว่าในการวินิจฉัย การรักษา รวมถึงการวางแผนการรักษา นั้นต้องดำเนินการโดยจักษุแพทย์ นอกจากนั้นองค์กรใดที่เข้าร่วมโครงการดังกล่าวต้องมี จักษุแพทย์และมีศักยภาพในการทำผ่าตัดได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ และสามารถประสานงาน เพื่อให้เกิดการค้นหาผู้ป่วยในชุมชนและการดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด นอกจากนั้นต้องให้การรักษามือผู้ป่วย ตามแนวเวชปฏิบัติที่คณะกรรมการฯ กำหนดและมีมาตรฐานตามที่ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แนะนำ โดยมีแนวทางการจ่ายค่าตอบแทนค่าบริการสำหรับการผ่าตัดต้อกระจกแบบแบ่งจ่ายเป็นสองงวด งวดแรกจ่าย ให้ร้อยละ 80 ของค่าบริการเหมาจ่ายที่กำหนดไว้ (7,000 บาท) คือ 5,600 บาทเมื่อมีการลงข้อมูลการ ผ่าตัดในโปรแกรมที่ สปสช. กำหนดให้ และงวดที่สองจ่ายค่าบริการคงเหลือคือ 1,400 บาท เมื่อมีการ ติดตามหลังการผ่าตัด 1 เดือน [19] โครงการดังกล่าวเริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา

จากการทบทวนฐานข้อมูลของสำนักงานกลางสารสนเทศพบว่า หลังจากเริ่มดำเนินโครงการ ดังกล่าว อัตราการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากจาก 72,981 รายในปี พ.ศ. 2548 เป็น 84,862 รายในปี พ.ศ. 2549 [20] โดยส่วนใหญ่เป็นการ ดำเนินงานของสถานพยาบาลเอกชน อย่างไรก็ตามพบว่าการดำเนินงานของสถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ มักมุ่งเน้นไปที่การให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยจำนวนมากโดยขาดการควบคุมคุณภาพ พบว่า สถานพยาบาลเอกชนบางแห่งให้การผ่าตัดผู้ป่วยต้อกระจกที่ยังไม่สมควร หรือบางกรณีก็ไม่ได้ปฏิบัติตาม สัญญาในการตรวจติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัดด้วยการวัดความรับผิดชอบให้ผู้ป่วยไปตรวจติดตาม ที่โรงพยาบาลรัฐ ปัญหาที่ร้ายแรงคือคุณภาพของบริการไม่มีการควบคุมที่ดีทำให้มีผู้ป่วย

เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดจำนวนมาก ทั้งการติดเชื้อหลังการผ่าตัด ปัญหาเลนส์ผิดตำแหน่ง บางรายมีปัญหาแทรกซ้อนขั้นรุนแรงและโรงพยาบาลเอกชนไม่สามารถรับผิดชอบให้การรักษาได้ ต้องส่งต่อให้โรงพยาบาลรัฐอื่นๆ เป็นผู้แบกรับภาระและค่าใช้จ่าย จนมีการร้องเรียนไปยัง สปสช. และมีการระงับการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งเป็นการชั่วคราว

ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยนักวิจัยในโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพที่พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกในสถานพยาบาลเอกชนในระหว่างปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 มีอัตราการติดเชื้อในลูกตาจากการผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐบาลถึง 3 เท่า [20] ซึ่งสะท้อนปัญหาของการควบคุมคุณภาพบริการของสถานบริการเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ

กรณีศึกษาทั้ง 6 กรณีได้แก่ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ศูนย์ไตเทียม บุคลากรทางการแพทย์ อาคารสถานที่ ทันตสาธารณสุข และการผ่าตัดต่อกระดูก ได้แสดงให้เห็นถึงข้อดี ข้อด้อย และข้อพึงระวังในการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านการสาธารณสุข ทั้ง 6 กรณีศึกษาครอบคลุมความร่วมมือในทุกประเภททั้งด้านบริการและอาคารสถานที่ ในบทต่อไปผู้วิจัยได้ถอดบทเรียนของกรณีศึกษาเหล่านี้เพื่อใช้ประกอบการเสนอกรอบความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและภาคเอกชน

บทที่ 5 อภิปรายและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.1 อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความจำเป็นและความสำคัญของการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มศักยภาพ ประสิทธิภาพ และความยั่งยืนของระบบสุขภาพในการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นและมีความซับซ้อน อย่างไรก็ตามความร่วมมือดังกล่าวควรวางอยู่บนพื้นฐานที่สำคัญคือ

- (1) การกำหนดเป้าประสงค์ร่วมกันที่ชัดเจนเพื่อสาธารณประโยชน์ ขณะเดียวกันก็มีการแบ่งปันประโยชน์ให้กับภาคเอกชนอย่างเหมาะสม
- (2) การมีระบบป้องกันและตรวจสอบการเกิดผลประโยชน์ทับซ้อนอันนำมาซึ่งการเห็นประโยชน์ของบุคคลเหนือสาธารณประโยชน์
- (3) ป้องกันการแยกส่วนของระบบสุขภาพเพื่อมิให้เกิดกิจกรรมที่เกิดความร่วมมือกับภาคเอกชนแปลกแยก ขาดความเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพของรัฐโดยรวม

ในปัจจุบันความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานเอกชนมีอยู่ทุกแห่งที่นักวิจัยทำการสำรวจ ทั้งนี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทได้แก่ (1) ความร่วมมือด้านบริการ ทั้งบริการตรวจและวินิจฉัยโรค ความร่วมมือด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ และความร่วมมือด้านบริการทั่วไป และ (2) ความร่วมมือด้านโครงสร้าง เช่น การก่อสร้างและให้ใช้อาคารสถานที่ อย่างไรก็ตามความร่วมมือด้านบริการเป็นส่วนที่มีความชัดเจนและได้รับความนิยมมากที่สุด มีตั้งแต่ระดับเล็ก เช่น การให้ภาคเอกชนรับผิดชอบงานด้านรักษาความสะอาด ความปลอดภัย การที่เอกชนนำเครื่องตรวจทางห้องปฏิบัติการมามอบให้โรงพยาบาลใช้โดยมีเงื่อนไขให้ชื่อนำยาตรวจวินิจฉัยจากบริษัทนั้นๆ จนถึงระดับใหญ่ เช่น การจัดตั้งศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือศูนย์ไตเทียมในโรงพยาบาลรัฐ

ความร่วมมือด้านโครงสร้างที่พบได้แก่ การที่ภาคเอกชนมาจัดสร้างอาคารหรือปรับปรุงโครงสร้างให้กับโรงพยาบาลภาครัฐ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ยังเป็นไปในลักษณะที่มีได้แสวงหากำไร เช่น ธนาคารหรือวัดมอบเงินเพื่อสร้างอาคารผู้ป่วย จัดซื้อเครื่องมือแพทย์ หรือปรับปรุงสถานที่ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ระหว่างผู้บริจาค และผู้บริหารของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามพบว่ามีผู้บริหารในโรงพยาบาลภาครัฐต้องการสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนที่แสวงหากำไรในด้านโครงสร้าง เพราะเชื่อว่ามีประสิทธิภาพสูงกว่า ไม่จำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และจะตรงกับพันธกิจของโรงพยาบาลมากกว่า

จากกรณีศึกษาเรื่องเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ศูนย์ไตเทียม อาคารสถานที่ บุคลากรทาง การแพทย์ ทันตสาธารณสุข และการผ่าตัดต่อกระดูก สะท้อนให้เห็นจุดแข็ง จุดอ่อน และข้อพึงระวัง ในการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านต่างๆ ดังนี้

- เอกชนมีความสนใจร่วมลงทุนเพื่อจัดหาเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงให้แก่โรงพยาบาลรัฐ ซึ่งหากเครื่องมือแพทย์เหล่านั้นมีความจำเป็นเหมาะสมกับโรงพยาบาลก็จะเป็นประโยชน์ในการ เพิ่มศักยภาพของบริการในภาครัฐในการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน (ประชาชน เป็นผู้ได้ประโยชน์) ขณะเดียวกันรัฐก็ไม่มี ความจำเป็นในการลงทุนขนาดใหญ่ ซึ่งจะช่วยลด ต้นทุนการบริหารจัดการในการจัดหา จัดสรร และบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์เหล่านั้น และยัง ช่วยลดความเสี่ยงในการลงทุนที่ซ้ำซ้อนไม่ตรงกับความต้องการของพื้นที่
- มีแนวโน้มที่ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนจะนำมาซึ่งการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างไม่ เสมอภาคซึ่งเป็นสิ่งที่พึงระวัง เนื่องจากเป็นธรรมชาติของระบบบริการสุขภาพในภาครัฐที่ จะต้องให้การดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเท่าเทียม
- เอกชนมีแนวโน้มที่จะเลือกสร้างความร่วมมือกับภาครัฐในบริการหรือโครงสร้างที่มีความเสี่ยง ต่ำและมีผลตอบแทนสูง หรือในพื้นที่ที่มีกำลังซื้อสูง ซึ่งอาจขัดแย้งกับเป้าประสงค์ของภาครัฐที่ ต้องการลดความเสี่ยงในการลงทุนขนาดใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูง และต้องการเสริมสร้างศักยภาพ ของบริการในพื้นที่ที่มีความขาดแคลนหรือมีทรัพยากรจำกัด
- มีแรงจูงใจหลายประการที่จะทำให้บุคลากรในภาครัฐสนับสนุนการสร้างความร่วมมือระหว่างรัฐ และเอกชนในด้านสุขภาพ เช่น บุคลากรที่ทำงานในภาครัฐมักได้รับประโยชน์ในรูปของ ค่าตอบแทนที่เพิ่มสูงขึ้นจากการร่วมมือกับภาคเอกชน หรือเป็นการเพิ่มศักยภาพหรือ ขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสะดวกในการ ทำงาน สิ่งเหล่านี้ยังมีส่วนช่วยในการดึงดูดบุคลากรให้ปฏิบัติงานอยู่ในภาครัฐได้ยาวนานขึ้น
- ในทางตรงกันข้ามอาจเป็นการยากในการดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์จากภาคเอกชนให้มา ปฏิบัติงานในภาครัฐ เพราะบุคลากรเหล่านั้นมักมีปรัชญาและทัศนคติต่อการทำงานแตกต่างจาก ผู้ปฏิบัติงานในภาครัฐ เช่น เน้นความสะดวกและคุณภาพงานในแต่ละชิ้นมากกว่าเน้นการ ให้บริการแก่คนจำนวนมากอย่างทั่วถึง นอกจากนี้บุคลากรในภาคเอกชนยังมีวิธีการทำงาน และต้นทุนค่าเสียโอกาสสูง ทำให้ต้องมีแรงจูงใจมากในการดึงให้มาร่วมทำงานกับภาครัฐ
- ระบบควบคุมและตรวจสอบการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดและจริงจังมีความจำเป็นอย่างมาก เพื่อป้องกันและลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและ เอกชน เช่น การโน้มน้าวให้มีการใช้บริการเกินความจำเป็นหรือให้บริการที่มีคุณภาพต่ำ ทั้งนี้มีความควรปล่อยให้ประชาชนผู้ใช้บริการเป็นผู้ตรวจสอบเพียงฝ่ายเดียว เพราะประชาชนมักขาด ข้อมูลและความรู้ที่จำเป็นในการตรวจสอบ

- มีปัญหาหลายประการเกิดขึ้นจากการไม่มีนโยบายด้านความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนอย่างชัดเจน ดังต่อไปนี้
 - หน่วยงานภาครัฐมีอำนาจในการต่อรองกับภาคเอกชนน้อย เพราะโรงพยาบาลรัฐขาดทั้งข้อมูล (การทำข้อตกลงของโรงพยาบาลอื่นๆ) การสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือหน่วยงานส่วนกลาง จากการที่ข้อตกลงดังกล่าวเป็นการดำเนินการระหว่างโรงพยาบาลรัฐกับเอกชนโดยมิได้มีการรับรองอย่างเป็นทางการ ทำให้โรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะเสียเปรียบในการทำข้อตกลงกับภาคเอกชน ขาดอำนาจในการต่อรองในเรื่องผลตอบแทน ระยะเวลาของความร่วมมือ และการบังคับใช้ข้อตกลง
 - ขาดระบบตรวจสอบรายรับที่เกิดขึ้น เพราะพบว่ารายรับที่เกิดขึ้นจากบริการที่เป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน มักไม่มีรายงานรายละเอียดของรายรับ เงินส่วนใหญ่รวมอยู่ในส่วนของเงินบำรุงของโรงพยาบาล ทำให้ยากแก่การตรวจสอบจากส่วนกลางหรือผู้เกี่ยวข้อง
 - เกิดความหลากหลายในทางปฏิบัติ หรืออีกนัยหนึ่งก็คืออาจทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติระหว่างผู้ป่วยแต่ละสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ จากกรณีศึกษาจะพบว่าโรงพยาบาลบางแห่งมีการสร้างข้อตกลงกับเอกชนในการเอื้อประโยชน์ให้ผู้ป่วยบางสิทธิมีแนวโน้มที่จะได้รับประโยชน์จากบริการที่เกิดขึ้นมากกว่าผู้ป่วยบางสิทธิ ซึ่งอาจทำให้เกิดความไม่เสมอภาคเท่าเทียมระหว่างผู้ป่วย
 - สุดท้ายหากพิจารณาเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลบางแห่งในเขตพื้นที่ลักษณะเดียวกันหรือพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด พบว่าการขาดนโยบายที่ชัดเจนจากส่วนกลางทำให้ประชาชนเสียประโยชน์ เพราะผู้บริหารโรงพยาบาลอาจไม่มีแรงจูงใจหรือไม่ต้องการดำเนินงานที่ไม่ได้รับการยอมรับจากส่วนกลางในการสร้างความร่วมมือกับเอกชน ทำให้โรงพยาบาลเหล่านั้นไม่สามารถจัดหาเทคโนโลยีการวินิจฉัยหรือการรักษาที่มีประโยชน์แก่ผู้ป่วย

5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายว่าด้วยกรอบของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้และเสนอแนวทางในการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านสุขภาพ ว่าควรประกอบไปด้วยเงื่อนไขสำคัญ 8 ประการดังนี้ (ตามรูปที่ 4)

รูปที่ 4 เงื่อนไขความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน



- (1) มีข้อจำกัดของโรงพยาบาลภาครัฐในด้านโครงสร้างหรืองานบริการที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยทรัพยากรของภาครัฐที่มีอยู่ได้
- (2) เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ จำเป็น และเร่งด่วนสำหรับประชาชนหรือผู้ป่วย
- (3) มีแรงจูงใจหรือแนวโน้มที่ภาคเอกชนสนใจมาร่วมลงทุน
- (4) มีความพร้อม ความสนใจของผู้บริหารและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในการที่จะให้เกิดความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน
- (5) มีระบบการดำเนินงานและการตรวจสอบที่โปร่งใส มีประสิทธิภาพจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างรอบด้าน ทั้งในโรงพยาบาล ชุมชน และหน่วยงานในระดับสูงขึ้นไป
- (6) ความร่วมมือที่เกิดขึ้นต้องเสริมสร้างศักยภาพหรือเพิ่มประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืนในระยะยาวแก่ระบบบริการ
- (7) ต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติระหว่างประชาชนหรือผู้ป่วยในแต่ละระบบประกันสุขภาพ
- (8) ต้องมีการเปิดเผยสัญญาหรือรายละเอียดของความร่วมมือต่อสาธารณะดังเช่นระบบฐานข้อมูลของการจัดซื้อยาเพื่อความโปร่งใสและสะดวกในการตรวจสอบ

ทั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาว่า 1) การสร้างความร่วมมือด้านการลงทุนเครื่องมือแพทย์ราคาแพงที่มีความจำเป็น มีความคุ้มค่าในการใช้ในเวชปฏิบัติ และมีความขาดแคลนในภาครัฐ เป็นสิ่งที่ควรสนับสนุนเป็นลำดับต้นๆ 2) การจัดซื้อบริการของภาคเอกชนในลักษณะเช่นเดียวกับการผ่าตัดต่อกระดูกก็เป็นสิ่ง

ที่ควรพิจารณาให้มีความสำคัญในลำดับต่อมาหากตรงกับเงื่อนไขข้างต้นทั้ง 8 ประการ อย่างไรก็ตาม จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพที่ดีและรัดกุมเพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น เช่นที่เกิดกับการเฝ้าศึกษา 3) สำหรับความร่วมมือด้านอาคารสถานที่ก็เป็นสิ่งที่เป็นไปได้และน่าจะเกิดประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันที่รัฐบาลมีข้อจำกัดในด้านการลงทุนขนาดใหญ่ อย่างไรก็ตาม เรื่องดังกล่าวสามารถดำเนินการในหลายรูปแบบดังที่นำเสนอในบทที่ 3 ผู้วิจัยพิจารณาว่ารูปแบบที่เหมาะสมคือให้เอกชนเป็นผู้ลงทุนแต่ภาครัฐมีสิทธิ์ในการควบคุมรูปแบบ ออกแบบ และถือครองกรรมสิทธิ์ของสิ่งปลูกสร้างเมื่อสิ้นสุดสัญญา (แบบที่ 5 หรือ 6) อย่างไรก็ตามเนื่องจากยังขาดข้อมูลและประสบการณ์ในเรื่องนี้จึงควรที่จะมีการศึกษาในเชิงลึกต่อไป

นอกจากนี้ปัญหาพื้นฐานที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งในเรื่องการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและเอกชนคือ ไม่มีหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบในการในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว สาเหตุหนึ่งคือนโยบายความร่วมมือฯ ยังไม่มีการระบุเป้าหมายจำเพาะที่มีความชัดเจน ซึ่งการขาดผู้รับผิดชอบหลักนี้เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนงานดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติได้

5.3 ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ยังไม่ครอบคลุมประเด็นทางด้านกฎหมาย ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาว่ามีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับเพราะกฎระเบียบ ตลอดจนกฎหมายหลายฉบับในปัจจุบัน เช่น พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ กฎกระทรวงการคลัง ยังไม่เอื้ออำนวยหรือเปิดโอกาสให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนเท่าที่ควร หากต้องการสร้างหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในด้านความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน ควรที่จะมีการวิจัยในประเด็นด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียดรอบคอบในโอกาสต่อไป

บทที่ 6 บทส่งท้าย

ภายหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ทีมวิจัยได้มีโอกาสเสนอผลการศึกษาข้างต้นแก่ คณะทำงานพัฒนาการจัดระบบสาธารณสุขบนความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 ซึ่งที่ประชุมมีมติเห็นชอบและเสนอให้ทีมวิจัยพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับ ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถนำไปใช้ในเชิงนโยบายและ ปฏิบัติ ในการนี้คณะทำงานเสนอให้ทีมผู้วิจัยคัดเลือกประเด็นเพื่อดำเนินการเป็นตัวอย่าง คณะทำงาน และนักวิจัยได้ตกลงคัดเลือกเรื่อง **ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการณีเครื่องมือแพทย์ ราคาแพง**มาดำเนินการเป็นลำดับแรก เพราะเห็นว่าในปัจจุบันแนวทางการวินิจฉัยและรักษาที่กำหนด โดยราชวิทยาลัยต่างๆ มักเกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องมือแพทย์ราคาแพง ทำให้โรงพยาบาลต้องพยายาม ในการจัดหาเครื่องมือแพทย์เหล่านั้นเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการวินิจฉัยและรักษาที่กำหนดขึ้น และ ยังเป็นการป้องกันการฟ้องร้องและดำเนินคดีทางการแพทย์ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ประกอบกับ งบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงมีอยู่จำกัด ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการ ของโรงพยาบาลที่มีอยู่ทั้งหมดได้ นอกจากนี้เครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงมักมีการพัฒนาด้านเทคโนโลยี ที่รวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติและความสามารถ มีความต้องการความเชี่ยวชาญของบุคลากรใน การดูแลรักษาเครื่องมือ ซึ่งการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์เหล่านี้อาจไม่มีความเหมาะสม ในปัจจุบัน โรงพยาบาลส่วนใหญ่มักใช้วิธีการเช่าเครื่องมือแพทย์เหล่านี้จากภาคเอกชน ซึ่งรวมถึงการบำรุงรักษา บริการที่เกี่ยวข้อง เช่น การอ่านผลการตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญ และการปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนเครื่องมือ แพทย์ให้มีความทันสมัย

ในการนี้ทีมวิจัยจึงได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้บริหาร และบุคลากรที่เกี่ยวข้องใน โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และภาคเอกชน เพื่อประยุกต์ใช้กรอบความร่วมมือในเรื่อง เครื่องมือแพทย์ราคาแพง โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการได้ดำเนินการในจังหวัดหนึ่งในเขต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างวันที่ 21-24 กันยายน พ.ศ. 2552 ซึ่งได้ข้อสรุปจากการประชุมดังนี้

1. เหตุใดการจัดหาเครื่องมือแพทย์ราคาแพงมาใช้ในโรงพยาบาลรัฐบาลในลักษณะการเช่า หรือเช่าซื้อจากภาคเอกชนจึงมักไม่ปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

โรงพยาบาลไม่มีฐานะเป็นนิติบุคคลจึงไม่มีอำนาจทำนิติกรรมใดๆ อำนาจในการทำนิติกรรมของ หน่วยงานในภาครัฐในส่วนภูมิภาคอยู่ที่ผู้ว่าราชการจังหวัด อย่างไรก็ตามผู้ว่าราชการจังหวัด สามารถมอบอำนาจนั้นๆ ให้กับผู้อื่นได้ ที่ผ่านมามักมีการมอบอำนาจในเรื่องการจัดซื้อ จัดจ้าง

ให้กับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (นพ.สสจ.) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลในวงเงินจำกัดและไม่รวมถึงวิธีการเช่า จึงไม่สามารถดำเนินการจัดหาเครื่องมือแพทย์ราคาแพงได้

ในทางปฏิบัติคณะนักวิจัยพบว่าโรงพยาบาลจัดหาเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงมักไม่ปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม เนื่องจาก

(1) การปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม มีความไม่คล่องตัว เพราะการจัดหาเครื่องมือแพทย์ต้องดำเนินการโดยผู้ว่าราชการจังหวัด เนื่องจากมีวงเงินสูงกว่าที่ผู้ว่าฯ ได้มอบอำนาจไว้ให้กับ นพ.สสจ. และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ความไม่คล่องตัวดังกล่าวได้แก่ ระยะเวลาและขั้นตอนในการดำเนินการที่มีความซับซ้อนและล่าช้า

(2) ระบบการจัดหาตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ไม่เอื้อต่อการได้มาซึ่งเครื่องมือแพทย์ที่ผู้ใช้ต้องการ เพราะในทางปฏิบัติ ระเบียบดังกล่าวกำหนดให้ได้มาซึ่งพัสดุที่มีราคาต่ำที่สุด ซึ่งในกรณีเครื่องมือแพทย์เหล่านี้มักมีรายละเอียดในด้านคุณสมบัติและประเด็นทางเทคนิคที่จำเป็นต้องนำมาพิจารณาประกอบเพื่อให้ได้มาซึ่งเครื่องมือแพทย์ที่เหมาะสมกับสถานพยาบาลและบุคลากรที่สถานพยาบาลเหล่านั้นมีอยู่

(3) เมื่อพิจารณาเหตุผลในข้อที่สองจะพบว่าวิธีการจัดซื้อ จัดจ้าง โดยวิธีพิเศษน่าจะมีความเหมาะสมในบางกรณี เช่น กรณีที่โรงพยาบาลมีประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือแพทย์บางชนิด/ยี่ห้อมาก่อนแล้ว หรือมีการลงทุนในการติดตั้งหรือวางระบบที่รองรับเครื่องมือแพทย์บางชนิด/ยี่ห้อไว้แล้ว อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ว่าฯ มักไม่ใช้วิธีดังกล่าวเพราะอาจขาดข้อมูลทางเทคนิคและไม่มี ความมั่นใจว่าการดำเนินวิธีการจัดซื้อ จัดจ้าง โดยวิธีพิเศษจะเกิดความโปร่งใส ทำให้โรงพยาบาลไม่เสนอเรื่องการจัดซื้อ จัดจ้าง โดยวิธีพิเศษไปยังผู้ว่าฯ

2. หากต้องการแก้ไขปัญหาเพื่อให้การจัดหาเครื่องมือแพทย์ราคาแพงดังกล่าวเป็นไปอย่างถูกต้องตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม จะมีแนวทางอย่างไร

จากการประชุมกลุ่มและสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องพบว่า แนวทางที่อาจเป็นไปได้ได้แก่ การเสนอให้ผู้ว่าฯ มอบอำนาจในการจัดซื้อ จัดจ้าง และเช่าเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง² โดยรวมถึงการดำเนินการโดยวิธีพิเศษให้แก่ นพ.สสจ. ทั้งนี้แนวทางดังกล่าวจะเอื้อประโยชน์แก่โรงพยาบาลในการลดขั้นตอน และได้เครื่องมือแพทย์ที่ตรงกับคุณสมบัติที่ต้องการ นอกจากนี้ยังเป็นการลดภาระงาน

² เครื่องมือแพทย์ที่มีราคาตั้งแต่สองล้านบาทขึ้นไป เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่อง mammogram เครื่องตรวจ lab ต่างๆ เป็นต้น

และความเสี่ยงให้แก่ผู้ว่าฯ ในการดำเนินการจัดหาเครื่องมือแพทย์ที่ตนเองขาดข้อมูลเพียงพอ สำหรับการตัดสินใจ

3. ควรมีระบบการสนับสนุน กำกับ ติดตาม เพิ่มเติมอย่างไรเพื่อให้การจัดหาซื้อเครื่องมือแพทย์ตามข้อ 2 เป็นไปอย่างโปร่งใส มีประสิทธิภาพ นำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อรัฐและประชาชน

- (1) มีการตั้งคณะกรรมการเพื่อวางแผนจัดหาเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงในระดับจังหวัด ซึ่งประกอบไปด้วยผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด โดยคณะกรรมการมีหน้าที่วางแผนและตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชนิด และการกระจายของ เครื่องมือแพทย์ให้มีความเหมาะสมกับสถานพยาบาลและความต้องการในจังหวัดนั้น
- (2) มีระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อเผยแพร่สัญญาที่โรงพยาบาลทุกแห่งทำกับภาคเอกชน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถตรวจสอบสัญญาเหล่านั้นและเป็นข้อมูลอ้างอิงแก่ คณะกรรมการตามข้อ 1 ใช้ในการดำเนินการ ซึ่งจะทำให้เกิดประสิทธิภาพแก่ระบบราชการ
- (3) แนวทางที่เสนอนี้ถูกออกแบบให้มีการคานอำนาจระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่ ต้องการใช้เครื่องมือแพทย์เหล่านั้นกับนายแพทย์ สสจ. ซึ่งไม่ได้มีผลประโยชน์ใดๆ โดยตรง และยังเอื้อประโยชน์ให้มีการมองเห็นภาพรวมของการกระจายเครื่องมือแพทย์ในระดับจังหวัด ให้มีความเหมาะสม ไม่เกิดความซ้ำซ้อนหรือกระจุกตัวของเครื่องมือแพทย์
- (4) ในระยะแรกของการดำเนินงาน ควรมีจังหวัดนำร่องเพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งหากพบปัญหาและอุปสรรคจะได้ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาในระยะต่อไป

ในขั้นต่อไปที่มวิจยมีแผนสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือรองผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนถึงข้อคิดเห็นและความเป็นไปได้ของการนำข้อเสนอแนะนี้ไปใช้ในการปฏิบัติจริง นอกจากนี้ที่มวิจยมีแผนที่จะนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายกรณีความร่วมมือระหว่างภาครัฐและ เอกชนเรื่องเครื่องมือแพทย์ราคาแพง เสนอต่อผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาถึง ความเป็นไปได้ในการให้การสนับสนุนและประสานงานกับกระทรวงที่เกี่ยวข้องในลำดับต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization: **The world health report 2000: health systems: improving performance**. Geneva: WHO; 2000.
2. World Health Organization: **Global Strategy for Health for All by year 2000**. Geneva: WHO; 1981.
3. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: การประเมินนโยบาย และยุทธศาสตร์การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543. กรุงเทพฯ; 2544.
4. World Health Organization: **Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care**. Geneva: WHO; 1978.
5. กระทรวงสาธารณสุข: รายงานการสาธารณสุขไทยปี **2548-2550**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
6. Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V, Tantivess S, Mills A: **Health sector regulation in Thailand: recent progress and the future agenda**. *Health Policy* 2003, **63**(3):323-338.
7. Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Wistow G: **Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries**. *Health Policy* 2003, **65**(3):227-241.
8. Sharma S, Dayaratna V: **Creating conditions for greater private sector participation in achieving contraceptive security**. *Health Policy* 2005, **71**(3):347-357.
9. Widdus R: **Public-private partnerships for health: their main targets, their diversity, and their future directions**. *Bulletin of the World Health Organization* 2001, **79**(8):713-720.
10. Ministry of Municipal Affairs: **Public private partnership: a guide for local government**. British Columbia: Ministry of Municipal Affairs; 1990.
11. Nishtar S: **Public - private 'partnerships' in health - a global call to action**. *Health Res Policy Syst* 2004, **2**(1):5.
12. TRT Registry Subcommittee: **TRT Registry Annual Report 2005**. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand; 2005.
13. ภูษิต ประครองสาย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิรัช เกษมทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ถนอม สุภาพร, จิตปราณี วาศวิท: ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2549, **15**(4):617-631.

14. Prakongsai P, Tantivess S, Tangcharoensathien V: **Dual Practice among public medical doctors in Thailand**. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2006.
15. ยศ ตีระวัฒนานนท์, ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, จงกล เลิศเขียรธำรง, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร: การทำนายโอกาสของการผ่าตัดคลอดบุตรสำหรับหญิงไทย กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 29 แห่ง วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545, 11(5):630-637.
16. ยศ ตีระวัฒนานนท์, จุติมา สุนทรสังข์, สัญญา ศรีรัตนนา, ปรศนี ทิพย์โสถิตย์, วัชรารัฐ ไร่ไพบุลย์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร: ผลดี ผลเสีย การฝากครรภ์พิเศษในโรงพยาบาลของรัฐ วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546 12(4):496-508.
17. ยศ ตีระวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สัญญา ศรีรัตนนา, ปรศนี ทิพย์โสถิต: แบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยในรอบ 12 ปี (พ.ศ. 2533-2544) วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546 12(1):1-18.
18. ลิขธิปไตยชนกรณีนันทนกรรม [\[http://www.sso.go.th/\]](http://www.sso.go.th/)
19. สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ: แนวทางการบริหารจัดการโครงการพัฒนาผู้มีปัญหาด้านสายตา อันเนื่องมาจากเลนส์ตาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2551. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2551.
20. รักมณี บุตรชน, กัลยา ตีระวัฒนานนท์, ชนิตา เลิศพิทักษ์พงศ์, ชีระ ศิริสมุด, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อรุษา ฉายเกล็ดแก้ว: ผลการศึกษาเบื้องต้น โครงการศึกษาความคุ้มค่าของการใส่เลนส์นิ่มเมื่อเทียบกับเลนส์แข็งในการผ่าตัดต้อกระจกในบริบทของประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2552.

