

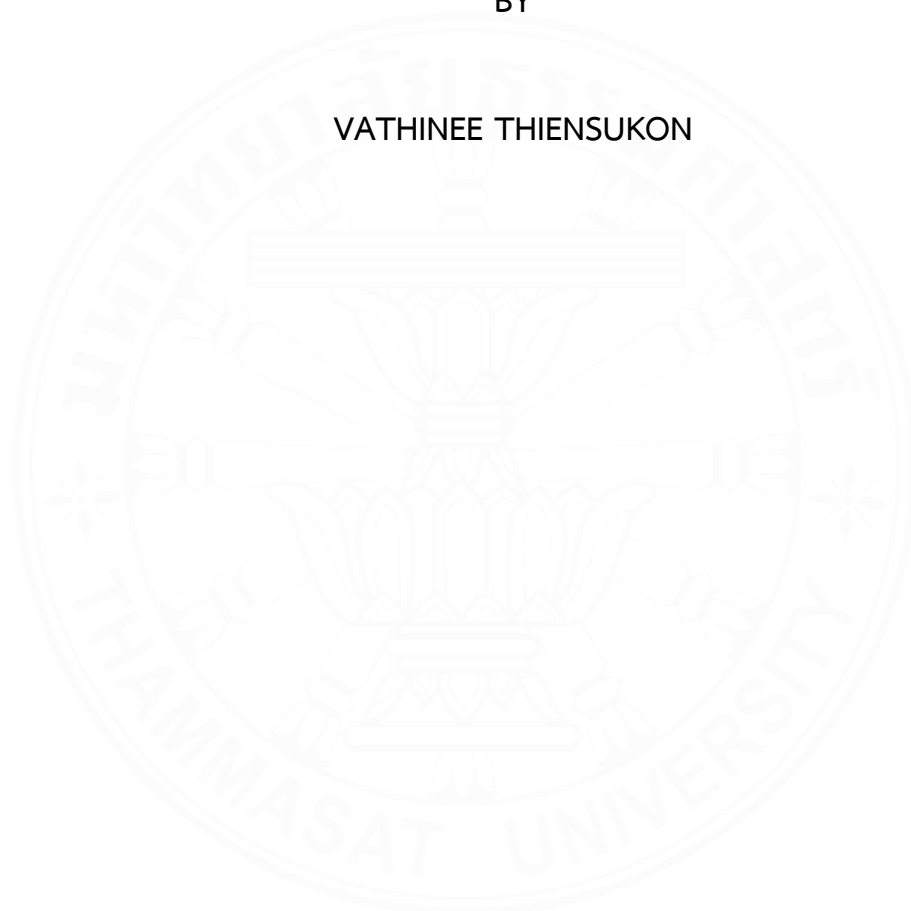
วาทีนี เจริญสุขคนธ์

Ref. code: 25655905304068KCI

TRANSITIONING AN AUTONOMOUS UNIVERSITY HOSPITAL
TO A SPECIAL SYSTEM SERVICE AGENCY
THROUGH NEOLIBERALISM

BY

VATHINEE THIENSUKON



A DISSERTATION SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF
DOCTOR OF PHILOSOPHY
SOCIAL POLICY
FACULTY OF SOCIAL ADMINISTRATION
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2022

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

ดุขฉุฉนัฟนั

ของ

วาทนั เชียร์สุคนั

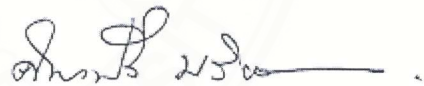
เร่อง

การเปล่ยนผ่านร้งพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงาน
บรการระบบพเศษภายใต้นวคดเสรีนิยมใหม่

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุขฉุฉนับัณฑิต สาขาวิชานโยบายสังคม

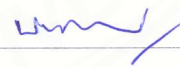
เมื่อ วันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2566

ประธานกรรมการดุขฉุฉนั



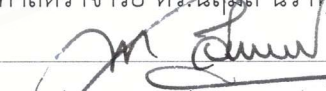
(รองศาสตราจารย์ ศักดิ์ศรี บริบาลบรรพตเขตต์)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาดุขฉุฉนัหลัก



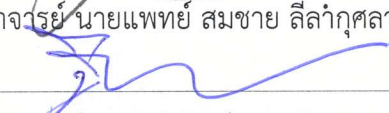
(ศาสตราจารย์ ดร.นฤมล นิราทร)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาดุขฉุฉนัร่วม



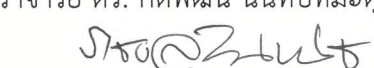
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สมชาย ลีลากุลสงวงศ์)

กรรมการดุขฉุฉนั



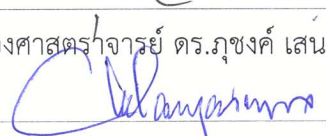
(ศาสตราจารย์ ดร. กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์)

กรรมการดุขฉุฉนั



(รองศาสตราจารย์ ดร.อุษงค์ เสนานุช)

คณบดี



(รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา ขลายนนาวิน)

หัวข้อคุณสมบัติ	การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสรี นิยมใหม่
ชื่อผู้เขียน	วาทีณี เจริญสุขคนธ์
ชื่อปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (นโยบายสังคม)
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	นโยบายสังคม สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร.นฤมล นิราทร
อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์ร่วม	ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สมชาย ลีลากุลดวงศ์
ปีการศึกษา	2565

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง “การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานและผลกระทบจากการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์มุมมอง 2 ขั้ว ระหว่างแนวคิดสังคมประชาธิปไตย (Social Democracy) กับ แนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberal) เพื่อหาจุดสมดุลของการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ในการคงไว้ซึ่งสวัสดิการสังคมและความสามารถในการแข่งขัน การศึกษาใช้การวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ จำนวน 16 คน ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า กระบวนการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษ ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ กระทำโดยการจัดตั้งของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ มีสถานะเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศิริราช แต่มีรูปแบบการบริหารแบบเอกชนถือเป็นบริการที่เข้าข่ายทำให้สุขภาพเป็นสินค้าระดับหนึ่ง แต่มีการนำรายได้กลับเข้ามากระจายซ้ำ ภายใต้แนวคิดการเป็นผู้รับและผู้ให้ เป็นการแก้ปัญหาการขาดทุนของโรงพยาบาลทำให้สามารถเลี้ยงตัวเองได้ ส่งผลให้โรงพยาบาลของรัฐมีงบประมาณสามารถให้บริการรักษาผู้ป่วยที่ยากไร้ได้ เป็นการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของภาครัฐ อีกทั้งยังสามารถแก้ปัญหาสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐบาลไปสู่โรงพยาบาลเอกชนได้

องค์ความรู้ใหม่ซึ่งเป็นข้อค้นพบจากการศึกษานี้ ยังชี้ให้เห็นถึงระบบบริหารพิเศษที่มีกลไกการกระจายซ้ำทางเลือก (Alternative redistribution mechanism) ที่ประสบความสำเร็จในการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมของศิริราชซึ่งเป็นการผลิตซ้ำทางอุดมการณ์ความเป็นธรรมในสังคมในการผลิตแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการปลูกฝังคุณธรรม จรรยาบรรณที่จะทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม

กล่าวได้ว่าการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นทางเลือกของกลไกการกระจายอำนาจ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองของนโยบายสำคัญของโรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นวิธีการจัดการที่วางพื้นที่ของสุขภาพเป็นสิทธิไม่ใช่สินค้า ไว้ที่ระบบเดิมที่มีอยู่ และสร้างการบริหารจัดการหน่วยงานพิเศษ (hybrid management) เพราะมีอุปสงค์ต่อการบริการที่ดีเยี่ยม โดยคนไข้จ่ายค่าบริการที่สูงกว่า อธิบายได้ว่าเป็นการยอมรับว่าสุขภาพเป็นสินค้าระดับหนึ่ง ทั้งนี้การเป็นสินค้าของบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ไม่ได้หมายความว่าความถึงการสูญเสียอุดมการณ์หรือลดทอนคุณภาพลง แต่เป็นการนำมากระจายอำนาจ เพื่อรักษาระบบไว้

ข้อเสนอเชิงนโยบายคือการกำหนดนโยบายสังคม (policy implications) สนับสนุนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ให้มีอิสระด้านการเงินและการจัดการ เป็นการส่งเสริมการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำและการเข้าถึงการรักษาพยาบาลและยังทำให้โรงพยาบาลอยู่รอดโดยการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ ในขณะเดียวกันรักษาอุดมการณ์ก่อตั้งของโรงพยาบาลศิริราช

คำสำคัญ: โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ, หน่วยงานบริการระบบพิเศษ, การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ, แนวคิดเสรีนิยมใหม่, การปฏิรูประบบสุขภาพ

Dissertation Title	TRANSITIONING AN AUTONOMOUS UNIVERSITY HOSPITAL TO A SPECIAL SYSTEM SERVICE AGENCY THROUGH NEOLIBERALISM
Author	Vathinee Thiensukon
Degree	Doctor of Philosophy (Social Policy)
Major Field/Faculty/University	Social Policy Faculty of Social Administration Thammasat University
Dissertation Advisor	Professor Narumol Nirathron, Ph.D.
Dissertation Co-Advisor	Professor Somchai Leelakusolvong, M.D.
Academic Year	2022

ABSTRACT

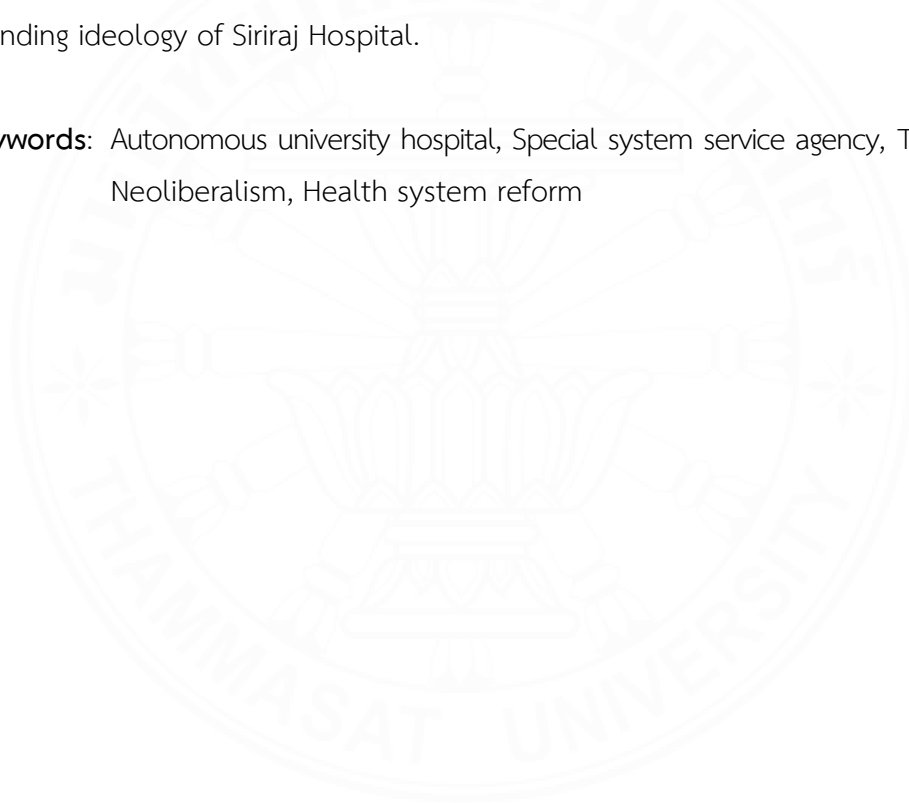
This research explored operations and effects of transitioning the autonomous Siriraj Piyamaharajkarun Hospital (SiPH) from two perspectives, social democracy and neoliberalism, to balance public hospital management by the neoliberal concept of maintaining social welfare and competition. Qualitative research was done with data collected by in-depth interviews. Samples were administrators and staff at SiPH, Bangkok, operated by the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital of Mahidol University. Results were that transitioning from an autonomous university hospital to a special system service agency under neoliberalism was managed by SiPH, a university hospital with a private management model. It was considered that service partially falls into a health category with products at a certain level, with income reintroduced into distribution. The concept of being a recipient and giver resolves the loss problem of public hospital management in self-sustainability. That way, public hospitals may treat indigent patients, resolving disparities in access to health service as well as the brain drain of medical personnel from public to private hospitals.

Results also point to a special administrative system with a successful alternative redistribution mechanism in the cultural reproduction of Siriraj Hospital. This reproduction of social justice ideology produced doctors and nurses cultivating ethics to benefit the public. In this context, SiPH management is an alternative

redistribution mechanism, developed to meet key Siriraj Hospital policy demands. This management approach establishes healthcare as a right, not a commodity. It also creates a special demand for excellent service for which patients pay higher service fees by accepting health as a first class commodity. This SiPH health service product does not mean losing ideals or sacrificing quality, but redistributes part of the original service system to preserve the entire structure.

The policy implications support autonomous university hospital financial and management independence, resolving inequalities in access to medical care and helping hospitals survive by increasing service efficiency while maintaining the founding ideology of Siriraj Hospital.

Keywords: Autonomous university hospital, Special system service agency, Transitioning, Neoliberalism, Health system reform



กิตติกรรมประกาศ

ดุชฎินิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงของคณาจารย์ทุกท่านในคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสังคม ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และชี้แนะแนวทางทั้งด้านวิชาการและด้านอื่นๆ ตลอดระยะเวลาในการศึกษา

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. นฤมล นิราทร กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์หลัก ที่คอยดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำปรึกษา และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทั้งในด้านวิชาการและแนวทางในการพัฒนาการทำดุชฎินิพนธ์เป็นอย่างดีเยี่ยม ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สมชาย ลีลากุลวงศ์ กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา และให้เสนอมุมมองที่ดีในหลากหลายมิติ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการทำดุชฎินิพนธ์อย่างเป็นระบบ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ศักดิ์ศรี บริบาลบรรพตเขตต์ ประธานกรรมการดุชฎินิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.กิตติพัฒน์ นนทปัทมเดชกุล กรรมการดุชฎินิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.อุษงค์ เสนานุช กรรมการดุชฎินิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและชี้แนะสิ่งที่เป็นประโยชน์เพื่อให้ดุชฎินิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ ในหลักสูตรปริญญาเอก สาขาวิชานโยบายสังคม รุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 2 ทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และสนับสนุนในทุกเรื่องแก่ผู้ศึกษาเป็นอย่างดี รวมทั้ง พี่ตวง เจ้าหน้าที่หลักสูตรปริญญาเอก สาขาวิชานโยบายสังคมทุกท่าน สำหรับการส่งเสริมและสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในทุกเรื่องตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่สมรัก คุณพ่อสุนทร เรือนไทย ผู้มีพระคุณสูงสุด และสมาชิกในครอบครัว คุณ ธนัท ด.ช. กันตพงษ์ และ ด.ญ. พิมพวรีย์ เจริญสุคนธ์ ที่คอยห่วงใยและเป็นที่กำลังใจเสมอมาจนทำให้ดุชฎินิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้ศึกษาหวังว่าดุชฎินิพนธ์ฉบับนี้จะมีประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่เกี่ยวข้องศึกษาต่อไป

วาทีณี เจริญสุคนธ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญตาราง	(13)
สารบัญภาพ	(15)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามในการศึกษา	11
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	11
1.4 ขอบเขตการศึกษา	11
1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา	11
1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา	12
1.5 นิยามศัพท์	13
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ	14
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	15
2.1 การเปลี่ยนผ่านการบริหารจัดการโรงพยาบาล	16
2.1.1 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ (Autonomous University Hospital)	20
2.1.2 ที่มาของการจัดตั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ	21
2.1.3 ความหมายของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ	23

	(7)
2.1.4 คุณลักษณะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ	24
2.1.5 ภารกิจของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ	24
2.1.6 โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์	30
2.1.6.1 ความเป็นมาของโรงพยาบาล	30
2.1.6.2 โครงสร้างการบริหารองค์กร	35
2.1.6.3 การบริหารจัดการองค์กร	37
2.1.6.4 สิ่งอำนวยความสะดวก	38
2.1.6.5 ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)	38
2.2 แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ	40
2.2.1 แนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism)	40
2.2.2.1 ประวัติศาสตร์ความเป็นมาของเสรีนิยมใหม่	41
2.2.2.2 นิยามและความหมายของเสรีนิยมใหม่: ข้อถกเถียงที่หลากหลาย	44
2.2.2 การปฏิรูประบบสุขภาพ (Health System Reform)	50
2.2.3 แนวคิดการจัดการภาคีสาธารณะแบบใหม่ (New Public Governance- NPG)	65
2.2.3.1 วิวัฒนาการของแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐ	677
(1) การบริหารสาธารณะแบบดั้งเดิม (Traditional Public Administration - TPA)	677
(2) การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management - NPM)	688
(3) การบริหารจัดการสาธารณะแนวใหม่ (New Public Governance - NPG)	711
2.2.4 แนวคิดการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลเป็นสินค้า (Commodification) และแนวคิดการลดฐานะความเป็นสินค้าของชีวิตมนุษย์ (Decommodification)	822
2.2.5 แนวคิดการลงทุนทางสังคม (Social Investment)	844
2.2.5.1 การให้นิยามและความหมายแนวคิดการลงทุนทางสังคม	844
2.2.5.2 ความเป็นมาของการลงทุนทางสังคม (Social Investment)	844
2.2.5.3 องค์ประกอบของการลงทุนทางสังคม	866
2.2.6 แนวคิดการเปลี่ยนผ่าน (Transition)	888
2.2.6.1 นิยาม	888

	(8)
2.2.6.2 ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน	899
2.2.7 แนวคิดสังคมประชาธิปไตย (Social Democracy)	899
2.3 ผลกระทบด้านต่างๆ ของการจัดตั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ	90
2.3.1 ผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบของการเปลี่ยนสถานภาพเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐในมิติเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง	911
2.3.1.1 มิติเศรษฐกิจ	911
(1) การทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้า (The Commodification of Health Care)	911
(2) ความขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma)	922
2.3.1.2 มิติสังคม	944
(1) การส่งตรวจที่เกินความจำเป็น (Over investigation)	944
(2) ราคาขายที่เกินมาตรฐาน (Drug prices that exceed the standard)	966
2.3.1.3 มิติการเมือง	977
(1) การปฏิรูประบบสุขภาพ	988
(2) ปัญหาสมองไหล (Brain Drain)	999
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	1011
2.4.1 รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ	1011
2.4.2 ปัจจัยที่นำไปสู่การเปลี่ยนผ่านการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ	1033
2.4.3 ผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ	1055
2.5 กรอบคิดที่ใช้ในการวิจัย	1099
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา	1111
3.1 วิธีการศึกษาเอกสารและการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม	1122
3.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก	1122
3.2.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก	1122
3.2.2 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Inclusion Criteria)	1133
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย	1133

3.4 กระบวนการและขั้นตอนในการวิจัย	1133
3.4.1 การสร้างเครื่องมือ	113
3.4.2 การตรวจสอบเครื่องมือ	114
3.4.3 การทดลองเครื่องมือ	114
3.4.4 เสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม	114
3.4.5 การเข้าสู่พื้นที่ในการวิจัย	114
3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	1155
3.5.1 วิธีการเข้าถึงข้อมูล	1155
3.5.2 การรวบรวมข้อมูล	1155
3.5.3 ความเชื่อถือได้ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	1155
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล	1166
3.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูล	1166
3.6.2 การตรวจสอบข้อมูล	1177
3.6.3 การนำเสนอ	1188
3.7 จริยธรรมการวิจัย	1188
3.7.1 กระบวนการขอคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย	1188
3.7.2 ความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ	1199
3.7.3 กระบวนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล	1199
บทที่ 4 การดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ภายใต้แนวคิด เสรีนิยมใหม่	1211
4.1 การดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)	1222
4.1.1 จุดเริ่มต้นในการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)	1222
4.1.1.1 ปัจจัยภายนอก	1222
(1) การนำมหาวิทยาลัยของรัฐออกนอกระบบ	1222
(2) ปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจ (Economic crisis)	1244
(3) ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub)	1255
4.1.1.2 ปัจจัยภายใน	1266
(1) แนวคิดของผู้นำในการนำรูปแบบการบริหารจัดการแบบเอกชน (Privatization) มาปรับใช้ในองค์การภาครัฐ	1266

(2) การสร้าง The Heart by Siriraj เพื่อแก้ปัญหาการบริหารจัดการ	1277
(3) ปัญหาภาวะสมองไหล	1288
4.1.2 โครงสร้างของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)	1299
4.1.2.1 คณะกรรมการบริหารมี 2 บอร์ด	1299
4.1.2.2 องค์การไม่แสวงกำไร (Nonprofit organization)	1344
4.1.2.3 รูปแบบกิจการเพื่อสังคม (Social Enterprise)	1355
4.1.2.4 การบริหารจัดการที่ผสมผสาน (Hybrid Management)	1366
4.1.2.5 การลงทุนทางสังคม (Social Investment) เพื่อการกระจายซ้ำทางสังคม	1388
4.1.3 งบประมาณของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)	1399
4.1.4 ทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)	1411
4.1.5 ผลประกอบการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)	1455
4.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)	1477
4.2.1 การใช้สิทธิเบิกได้ในของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)	1488
4.2.2 ความคิดต่างเกี่ยวกับก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)	15050
4.2.2.1 การต่อต้านวัฒนธรรม (Against Culture) ที่ตั้งงามของโรงพยาบาลศิริราช	15050
4.2.2.2 คนศิริราชเป็นอนุรักษ์นิยม (Conservative)	1511
4.2.2.3 การผลิตซ้ำทางวัฒนธรรม	1544
4.2.2.4 ศิริราชมีมลทิน มีโอกาสเป็นแพทย์พาณิชย์ได้	1555
4.2.3 จุดสมดุลของความเห็นต่างเกี่ยวกับก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)	1566
บทที่ 5 ผลกระทบการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	1599
5.1 ผลกระทบจากการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่	1599
5.1.1 ภาวะสมองไหล (Brain drain)	1599

5.1.2 การส่งตรวจที่เกินมาตรฐาน (Over investigate)	1644
5.1.2.1 ความต้องการของผู้ใช้บริการ (Service users)	1655
5.1.2.2 ความรู้ความสามารถของแพทย์จำกัด	1677
5.1.2.3 ยืนยันการวินิจฉัยเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ (Service Users)	1677
5.1.3 ราคาที่เกินมาตรฐาน	1711
5.1.4 ผลกระทบจากการทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้า	1755
5.1.5 ประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma)	1788
5.1.6 การนำแนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนไปใช้ในโรงเรียนแพทย์ ส่งผลดีผลเสียต่อการผลิตแพทย์อย่างไร	1822
5.2 ความคาดหวังต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)	1866
5.2.1 โรงพยาบาลอ้างอิง (Reference Hospital)	1866
5.2.2 ความยั่งยืน (Sustainability)	1877
5.3 การนำการบริหารจัดการในแง่ของแนวคิดเสรีนิยมใหม่	1899
5.4 ผลกระทบต่อสวัสดิการสังคมว่าสังคมจะได้ประโยชน์จากการเปลี่ยนผ่าน	1933
บทที่ 6 อภิปรายผลการวิจัย	2099
6.1 การดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ภายใต้แนวคิด เสรีนิยมใหม่	2099
6.1.1 จุดเริ่มต้นในการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)	2099
6.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)	2111
6.2.1 ความเห็นต่างเกี่ยวกับก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาล ศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)	211
6.2.2 การสร้างจุดสมดุลของโรงพยาบาลศิริราชและศิริราช ปิยมหาราชการุณย์	211
6.2.3 การใช้สิทธิเบิกได้ของโรงพยาบาลศิริราชและศิริราช ปิยมหาราชการุณย์	2114
6.2.4 สุขภาพเป็นสิทธิไม่ใช่สินค้า	214
6.3 ผลกระทบการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ได้แก่ แพทย์และพยาบาล	215

	(12)
6.4 การบริหารจัดการหน่วยงานพิเศษ (Hybrid Management)	219
6.4.1 การนำแนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนมาประยุกต์ใช้กับการบริหารจัดการแบบรัฐบาล	2211
6.5 การลงทุนทางสังคม (Social Investment) เพื่อการกระจายซ้ำทางสังคม	2266
6.6 การผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมของศิริราช	2288
6.7 กลไกทางเลือกในการกระจายซ้ำ (Alternative Redistribution Mechanism)	2322
บทที่ 7 สรุปและข้อเสนอแนะ	2366
7.1 สรุปผลการศึกษา	2366
7.2 ข้อเสนอแนะ	2377
7.2.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย	2377
7.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	2377
7.2.3 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ	238
7.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป	238
รายการอ้างอิง	239
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองการพิจารณาอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในคน	249
ภาคผนวก ข เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information Sheet)	250
ภาคผนวก ค หนังสือขอเข้าเก็บข้อมูลวิจัย	2544
ภาคผนวก ง หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)	258
ภาคผนวก จ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้บริหาร/ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ	26060
ประวัติผู้เขียน	262

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.1 สถานะเงินบำรุงโรงพยาบาลศูนย์ 12 แห่ง (ติดลบ) ปี พ.ศ. 2559-2560	4
1.2 ผลการเบิกจ่ายงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำแนกตามรายการ ปีงบประมาณ 2562	5
2.1 การแบ่งประเภทสถานพยาบาลตามศักยภาพของการให้บริการทางการแพทย์ ภายใต้สังกัดกระทรวงต่างๆ ของโรงพยาบาลรัฐบาล	17
2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ	26
2.3 การปรับตัวของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ	29
2.4 ลำดับเหตุการณ์สำคัญของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์	34
2.5 การดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ปี พ.ศ. 2555-2563	39
2.6 องค์ประกอบหลักด้านการเมืองและด้านการเศรษฐกิจของเสรีนิยมใหม่	45
2.7 การเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของรูปแบบระบบสุขภาพ	533
2.8 การจัดตั้งองค์การมหาชนตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 ทั้งสิ้น 36 แห่ง	59
2.9 โรงพยาบาลในกำกับของรัฐในต่างประเทศ	62
2.10 ผลกระทบจากการเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Impact of Autonomy Hospital)	63
2.11 หลักสำคัญของการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ 7 ประการ ในทัศนะของ Christopher Hood	70
2.12 การเปรียบเทียบแนวคิดการบริหารสาธารณะระหว่าง 3 แนวคิด คือ TPA NPM และ NPG	72
2.13 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบราชการ	74
2.14 การทบทวนวรรณกรรมการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลในกำกับของรัฐภายใต้แนวคิด เสรีนิยมใหม่	106
2.15 การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐตามการรับรู้ของผู้รับบริการ	107
2.16 การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงาน	108
3.1 สรุปวิธีการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย	120

4.1	ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2563	146
5.1	อัตราการลาออกของแพทย์ผู้เข้าศึกษาในระดับหลังปริญญาระหว่างปี พ.ศ. 2554-2564	1644
5.2	ราคาค่าบริการทางการแพทย์และราคาเทียบโรงพยาบาลคู่เทียบ	170
5.3	รายการราคาขายยาและราคาเทียบโรงพยาบาลคู่เทียบ	174
5.4	ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ	199
5.5	ผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบแพทย์และพยาบาล จากการมีการบริหารจัดการระบบพิเศษ	205
6.1	รูปแบบการดำเนินงานและผลกระทบของการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่	218
6.2	การเปรียบเทียบการดำเนินการบริหารจัดการองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชนและการบริหารจัดการหน่วยงานระบบพิเศษ	221
6.3	ข้อดีและข้อเสียของการบริหารจัดการหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (Hybrid Management System)	222
6.4	การเปรียบเทียบแนวคิดการบริหารสาธารณสุขระหว่าง 4 แนวคิด คือ TPA NPM NPG และ HMS	224

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
2.1 วิวัฒนาการการจัดตั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ	21
2.2 โครงสร้างของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2563	32
2.3 โครงสร้างการบริหารองค์กรโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ พ.ศ. 2563	36
2.4 กรอบแนวคิดองค์ประกอบเสริมใหม่ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงองค์การ	477
2.5 การปฏิรูประบบราชการ. โดย การปฏิรูประบบราชการ: ยุทธศาสตร์สำคัญของการเปลี่ยนแปลง	58
2.6 โครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐแห่งแรกของประเทศไทย	64
2.7 กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการองค์การภาครัฐ	81
2.8 การให้เจ้าหน้าที่เคลื่อนไปมาระหว่างวัตถุประสงค์ในเชิงพาณิชย์ (Commercial) กับวัตถุประสงค์เพื่อชุมชน (Community)	86
2.9 การลงทุนทางสังคม (Social Investment) เพื่อการผลิตซ้ำทางสังคม	877
2.10 กรอบแนวคิดการวิจัย	11010
4.1 โครงสร้างการบริหารองค์กรโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ พ.ศ. 2565	131
4.2 โครงสร้างของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ พ.ศ. 2565	132
6.1 การสร้างจุดสมดุลของของโรงพยาบาลศิริราชและศิริราช ปิยมหาราชการุณย์	2133
6.2 การบริหารจัดการหน่วยงานพิเศษ (Hybrid Management)	21920
6.3 ลักษณะร่วมของหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (HMS) กับ แนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM) และ การบริหารจัดการสาธารณะแนวใหม่ (NPG)	226
6.4 การผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมของศิริราช	229
6.5 กระบวนการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมศิริราช	231
6.6 กลไกทางเลือกในการกระจายซ้ำ (Alternative redistribution mechanism)	234

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) เป็นหัวข้อที่ถูกกล่าวถึงอย่างกว้างขวาง เนื่องจากเชื่อมโยงกับการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และมิติชีวิตความเป็นอยู่ เป็นการอธิบายระบบเศรษฐกิจเชื่อมกับการดำเนินชีวิตของมนุษย์แทบทุกด้าน (Brown, 2006) เป็นแนวคิดที่อยู่ในกลุ่มของทฤษฎีการพัฒนากระแสหลัก รากฐานของปรัชญาและความคิดของฝ่ายขวา ซึ่งมีความเชื่อว่าแนวคิดเสรีนิยมใหม่ คือแนวคิดที่เน้นสิทธิของปัจเจกชนและความเท่าเทียมกัน ทุกคนมีเสรีภาพในการลงทุนและแสวงหากำไรจากธุรกิจ เป็นการลดอำนาจและบทบาทของรัฐในการเข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจการของเอกชนโดยรัฐมีหน้าที่ดูแลไม่ให้เกิดกีดกันและกีดกัน (Harland & Harms, 2007) การตั้งข้อสังเกตจากนักคิดที่มีชื่อเสียงส่วนใหญ่เห็นว่าอิทธิพลของแนวคิดเสรีนิยมใหม่ก่อให้เกิดการปฏิรูปเศรษฐกิจที่ทำให้เศรษฐกิจของประเทศเจริญเติบโตแต่ในทางกลับกันการเจริญเติบโตนั้นก่อให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคมตามมา

หลักการนี้ขยายไปภาคส่วนของสวัสดิการสังคมภาครัฐเช่นกัน ถือเป็นจุดเปลี่ยนที่ส่งผลให้มีการสร้างเงื่อนไขกระบวนการดูแลสุขภาพให้กลายเป็นสินค้า (The commodification of health care) เปลี่ยนประชาชนให้ไปเป็นผู้บริโภค ด้วยการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดของรัฐและประชาชนจากเดิมที่การบริการด้านสุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนได้กลายเป็นการบริโภคสินค้านำไปสู่ความไม่เท่าเทียมที่มากขึ้นและการเข้าถึงระบบสุขภาพลดลง (Chapman, 2016) ทำให้การดูแลสุขภาพถูกมองว่าเป็นสินค้าแทนที่จะเป็นสิทธิมนุษยชน (Pellegrino, 1999)

นอกจากอิทธิพลของแนวคิดเสรีนิยมใหม่ยังพบว่า สถานะการแข่งขันในโลกที่มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศอย่างรวดเร็ว รวมทั้งระบบการบริหารจัดการแบบโครงสร้างเดิมที่ขาดประสิทธิภาพ ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนวิธีคิดใหม่เมื่อการดูแลสุขภาพและการรักษาโรคเปลี่ยนรูปแบบใหม่เป็นการลงทุนกับชีวิตเป็นการนำเอาแนวคิดเสรีนิยมใหม่ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคนและสังคม รวมถึงการมีสุขภาพดีและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ถูกเปลี่ยนให้เป็นสินค้าที่มีราคาจึงต้องเผชิญกับปัญหาความเหลื่อมล้ำและความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม

องค์กรต่างๆ ต้องปรับตัวและแสวงหาวิธีบริหารจัดการใหม่ๆ เพื่อให้สามารถผ่านวิกฤติที่เผชิญอยู่ในปัจจุบันและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น (สุดารัตน์ ตานพิพัฒน์, 2553) รวมทั้งปัญหาจากการทำงานของหน่วยงานภาครัฐที่ผ่านมา พบว่า ยังมีความล่าช้าไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนที่ต้องการบริการที่สะดวกรวดเร็ว ได้ตามเป้าหมาย (อัษฎางค์ ตรีณะชัยดีกุล

และ อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2555) เพื่อให้องค์การสามารถพัฒนาวิธีการหรือกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ รัฐจึงมีนโยบายปฏิรูประบบราชการในปี พ.ศ. 2545 โดยเริ่มจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการบริหารภาครัฐและปรับปรุงโครงสร้างส่วนราชการ มีการนำหลักการบริหารงานภาครัฐแนวใหม่ (New public management) เข้ามาประยุกต์ใช้ในระบบราชการของไทย (พัชรภรณ์ บุญมี, 2552)

อาจกล่าวได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารภาครัฐไปสู่รูปแบบการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่เป็นการเปลี่ยนผ่าน (Transition) ของระบบบริหารภาครัฐในรูปแบบหนึ่งที่เป็น การตอบสนองของบุคคลหรือองค์การในช่วงระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง (Meleis, 1986) ซึ่งอาจเป็น การเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการ นโยบาย และแนวทางปฏิบัติ เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนผ่าน จึงสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง (Change) การปรับตัว (Adaptation) และเชื่อมโยงโดยตรงกับ พัฒนาการ (บุญมี ภูตานัจ, 2556) ในปี ค.ศ. 1994 Schumacher and Meleis ได้เสนอคุณสมบัติ ทัวไปของการเปลี่ยนผ่าน (Universal properties of transition) ว่าการเปลี่ยนผ่านเป็น กระบวนการ ซึ่งครอบคลุมถึงการพัฒนา การผ่านหรือการเคลื่อนจากภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่ง และหากเป็นการเปลี่ยนแปลงในองค์การจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่

ในส่วนของการเปลี่ยนผ่านตามระบบองค์การ Meleis and Trangenstein (1994) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเป็นผลมาจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ สังคม การเมือง เศรษฐกิจหรือปัจจัยภายในองค์การเช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างซึ่งมีผลต่อบุคลากร ในองค์การ (ภัทรมนัส มณีจิระปราการ, 2560) สำหรับประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบาย การปรับรื้อระบบราชการโดยการลดจำนวนข้าราชการ ส่งผลกระทบต่อการบรรจุตำแหน่งของข้าราชการ ตัวอย่างเช่น ปัญหาไม่มีอัตราในการบรรจุพยาบาลจบใหม่ ในปี พ.ศ. 2560 เครือข่ายพยาบาลวิชาชีพ ลูกจ้างชั่วคราว ได้ออกมาเคลื่อนไหวผ่านสังคมออนไลน์ว่าจะลาออกในวันที่ 30 กันยายน 2560 เพื่อแสดงความไม่พอใจที่มีมติจากรัฐบาลออกมา (เชิดชู อริยศรีวัฒนา, 2560) ซึ่งส่งผลกระทบต่อ สถานพยาบาล และการบริหารจัดการบุคลากร รวมทั้งนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการส่งเสริมให้ประเทศ ไทยเป็นศูนย์กลางในการรักษาพยาบาล (Medical Hub) ที่จะช่วยดึงดูดผู้คนจากทั่วโลกมารับ การรักษาพยาบาลในประเทศไทย ทำให้รับรู้ปัญหาสมองไหล (Brain drain) เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชน ดึงดูดแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งกระทรวง สาธารณสุขต้องสูญเสียแพทย์และพยาบาลไปให้โรงพยาบาลเอกชนเป็นจำนวนมากทุกๆ ปี เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่า ผลจากนโยบายส่งเสริมการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนส่ง ผลกระทบเชิงระบบต่อแพทย์พยาบาลเกิดปัญหาสมองไหล จากโรงพยาบาลรัฐไปยังโรงพยาบาลเอกชน สอดคล้องกับการศึกษาของ อิงครัต แพททริคค์ สีเขียวสุขวงกุ (2556) พบว่า จากสถิติการลาออก ของแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขไทย วิชาชีพแพทย์กำลังอยู่ในขั้นวิกฤต เกิดการขาดแคลนแพทย์

ในระบบราชการไทยมีปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ ตัวเลขระหว่างปี พ.ศ. 2552-2556 มีจำนวนมากถึง 3,367 คน จากการบรรจุเข้ารับราชการในช่วงเวลาเดียวกันรวมทั้งสิ้น 6,968 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 48.32

นอกจากอิทธิพลจากแนวคิดเสรีนิยมใหม่ที่เป็นปัจจัยภายนอกที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายในก็เป็นตัวผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนผ่านการบริหารจัดการขององค์การภาครัฐ เช่นกัน ตัวอย่างการปฏิรูประบบราชการทำให้มีการปรับโครงสร้างระบบราชการ เนื่องจากในอดีตองค์การสวัสดิการสังคมภาครัฐเป็นหน่วยงานของรัฐที่ดำเนินงานด้านการจัดสวัสดิการสังคมซึ่งมีรูปแบบการบริหารแบบระบบราชการ (Bureaucracy) เกิดขึ้นในช่วง ค.ศ. 1900-1950 (อรุณี สันฐิตวิณัย, 2559) โดยมีพัฒนาการมาจากนักสังคมวิทยาและให้ความสำคัญกับองค์การของ Max Weber (1947) เป็นบุคคลแรกที่เสนอแนวคิดเกี่ยวกับโครงสร้างองค์การในรูปแบบระบบราชการ (Bureaucracy) ในทัศนะของ Max Weber เชื่อว่าเป็นระบบการบริหารระบบหนึ่งที่ยิมนำไปใช้ในองค์การขนาดใหญ่ที่มีคนจำนวนมาก โดยมีคุณลักษณะเด่นประกอบด้วยโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญ 7 ประการดังนี้ 1. หลักลำดับชั้น (Hierarchy) 2. หลักความรับผิดชอบ (Responsibility) 3. หลักแห่งความสมเหตุสมผล (Rationality) 4. การมุ่งสู่ผลสำเร็จ (Achievement Orientation) 5. หลักการทำให้เกิดความแตกต่างหรือความชำนาญเฉพาะด้าน (Differentiation, Specialization) 6. หลักระเบียบวินัย (Discipline) และ 7. ความเป็นวิชาชีพ (Professionalization)

จากการสังเคราะห์งานวิจัยและบทความทางวิชาการ พบว่า มีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับการบริหารรูปแบบระบบราชการ (Bureaucracy) ที่มีระบบการทำงานเป็นขั้นเป็นตอน ต้องใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจ ปัญหา ทำให้ระบบงานล่าช้า (Red tape) นำไปสู่การปฏิรูประบบราชการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบงาน หากมองปัญหานโยบายสังคมด้านสุขภาพที่เป็นกระแสอยู่ในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งระบบคือ ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล การทำกระบวนการรักษาพยาบาลให้เป็นสินค้า การส่งตรวจที่เกินจำเป็น (Over investigation) ปัญหาราคาพยาบาลที่เกินมาตรฐานและค่ารักษาพยาบาลแพงของโรงพยาบาลเอกชนนั้นเป็นปัญหาที่ภาครัฐต้องเข้ามาควบคุมดูแล

อีกทั้งปัญหาวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาลรัฐส่งผลให้การเงินของโรงพยาบาลมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายรับ (ตารางที่ 1.1) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดจากรายรับจากรัฐบาลที่จ่ายรายหัวในส่วนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน้อยกว่ารายจ่าย คือ เงินที่โรงพยาบาลใช้จ่ายในการดำเนินกิจการต่างๆ ของโรงพยาบาลเช่น ค่ารักษาประชาชน ค่ายา ค่าอุปกรณ์การแพทย์ อานนท์ ศักดิ์วรวิชญ์ (2561) พบว่า โรงพยาบาล 18 แห่ง เกิดวิกฤตบัญชีติดลบขาดสภาพคล่องในช่วงไตรมาสที่ 4 ปี พ.ศ. 2559-2560 (ตารางที่ 1.1) ปัญหาการขาดทุนติดต่อกันมาเป็นเวลานานทำให้โรงพยาบาลรัฐเป็นหนี้ค่ายาและค่าแรงงานบุคลากร ไม่มีเงินซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อรักษาชีวิตคนไข้และประชาชน

สถานการณ์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่าปัญหาวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาลไม่ได้เพิ่งเกิดแต่เป็นมานานแล้วและกำลังเข้าขั้นวิกฤต เนื่องจากความจำกัดของงบประมาณจากรัฐบาลที่จ่ายรายหัวในส่วนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีปัญหาการบริหารจัดการงบประมาณ ในขณะที่โรงพยาบาลที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน ยกตัวอย่างโรงพยาบาลใหญ่ๆ ที่เป็นโรงเรียนแพทย์ รับคนไข้จากทั่วประเทศ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงขึ้น เช่น โรงพยาบาลศิริราช ขาดทุนปีหนึ่งจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเงิน 700 ล้านบาท โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ขาดทุน 500 ล้านบาทต่อปี รองลงมาคือ โรงพยาบาลราชวิถีขาดทุน 400 ล้านบาทต่อปี (อานนท์ ศักดิ์วีระวิทย์, 2561)

ตารางที่ 1.1

สถานะเงินบำรุงโรงพยาบาลศูนย์ 12 แห่ง (ติดลบ) ปี พ.ศ. 2559-2560

ลำดับ	โรงพยาบาล	เงินติดลบปี พ.ศ. 2559 (บาท)	เงินติดลบ พ.ศ. 2560 (บาท)
1	สระบุรี	-294,289,457.82	-321,634,060.98
2	พระนั่งเกล้า	-292,497,105.55	-354,861,819.79,
3	ขอนแก่น	-275,296,735.72	-214,496,095.26
4	อุดรดิตถ์	-242,851,740.98	-277,309,807.12
5	สุราษฎร์ธานี	-214,559,405.78	-219,763,110.42
6	สกลนคร	-209,286,300.14	-225,108,499.20
7	พิจิตร	-192,313,999.93	-156,276,504.10
8	พะเยา	158,358,272.87	-164,916,152.44
9	เจ้าพระยายมราช	-151,782,422.92	-199,674,356.52
10	หัวหิน	-98,662,612.61	-194,427,004.47
11	ประจวบคีรีขันธ์	-83,560,473.10	-102,510,172.77
12	พระพุทธบาท	-72,986,258.68	-115,929,672.96

ที่มา: สมาพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป, 2560.

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นแสดงถึงปัจจัยภายในที่เกิดจากการบริหารจัดการในระบบราชการที่ไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีความซับซ้อนมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าสาเหตุของปัญหาที่ทำให้โรงพยาบาลรัฐขาดทุนไม่ได้เกิดจากการบริหารจัดการโรงพยาบาลในระบบราชการเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีสาเหตุจากการขาดทุนรายรับที่ได้จากรัฐบาลที่จ่ายรายหัวใน

ส่วนของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไม่เท่ากับรายจ่ายที่โรงพยาบาลใช้ไปกับการรักษาพยาบาลคนไข้และประชาชน (ตารางที่ 1.2)

ตารางที่ 1.2

ผลการเบิกจ่ายงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำแนกตามรายการปีงบประมาณ 2562

งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ล้านบาท (Million Baht)	งบที่ได้รับ (Budget)	เบิกจ่าย (Disbursement)	ส่วนต่าง (Difference)
1. งบบริการสาธารณสุขเหมาจ่ายรายหัว (Medical services capitation)	119,130,265	117,779,344	1,350,921
2. ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ (HIV/AIDS patients)	3,046,315	3,659,017	-617,702
3. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (Chronic Renal Failure Patients)	8,281,796	8,962,422	-680,626
4. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Disease Patients)	1,135,025	1,131,303	3,722
5. พื้นที่กันดารเสี่ยงภัย (Budget for risk & Remote Area)	1,490,288	1,490,288	0
6. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Dependency elderly service)	916,800	545,517	371,283
7. บริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (Primary care)	268,264	234,384	33,880

ที่มา: รายงานการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. ปีงบประมาณ 2562. จาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562.

นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่เกิดจากปัจจัยภายนอกของกระแสการพัฒนา แรงกดดันที่ผ่านมานำไปสู่การปรับโครงสร้างโรงพยาบาลในหลายประเทศทั่วโลก โดยมีกลยุทธ์การปฏิรูปที่นำโดยตลาดเหล่านี้ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพในการบริหารจัดการโรงพยาบาล ส่งผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบต่อคุณภาพของการบริการและความเท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการ ถ้าภาครัฐปรับบทบาทให้เป็นผู้ควบคุมนโยบายเปลี่ยนบทบาทจากผู้จัดการ (Provider) มาเป็นผู้ควบคุมติดตาม

(Regulator) รวมทั้งการแปรรูปแบบการบริหารจัดการภาครัฐไปเป็นรูปแบบการจัดการแบบเอกชน (Privatization) ซึ่งถือเป็นการบริหารจัดการโรงพยาบาลในแง่มุมมองของแนวคิดเสรีนิยมใหม่

จากประเด็นดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (การบริหารจัดการองค์การแบบผสมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน (Private-public mixed management)) ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ที่พิจารณาในเชิงเศรษฐกิจเชื่อมกับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ให้ความสำคัญในระบบตลาดเสรีมากที่สุดและลดบทบาทของรัฐให้เหลือน้อยที่สุด ผู้ศึกษาเชื่อว่าในมุมมองของแนวคิดเสรีนิยมใหม่หลักการนี้จะเป็นทางออกในการแก้ปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น

ในทางกลับกันหากมองในมุมมองนโยบายสังคม (Social Policy) มุ่งเน้นความอยู่ดีมีสุข (Well Being) หรือสวัสดิภาพของพลเมือง การบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐที่มีแนวคิดแบบสังคมประชาธิปไตย (Social democracy) ที่เชื่อว่าความเป็นธรรมทางสังคมคือการให้หลักประกันอย่างน้อยขั้นต่ำกับประชาชนทุกคนและเห็นว่าสวัสดิการสังคมมีความหมายกว้างและให้ประชาชนทุกคนในสังคม ซึ่งหากมองผลกระทบเชิงระบบต่อสวัสดิการสังคมว่าสุดท้ายแล้วสังคมจะได้อะไรจากการเปลี่ยนผ่านนี้มีการนำแนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนไปใช้ในโรงเรียนแพทย์ส่งผลดีผลเสียต่อการผลิตแพทย์อย่างไรจะทำให้โรงพยาบาลอยู่รอดหรือทำให้เกิดระบบแพทย์พาณิชย์กับการสร้างจิตสำนึกกับจริยธรรมอย่างไร

ดังนั้นการมองบริการสุขภาพเป็นสิทธิหรือสินค้า จึงเป็นคำถามที่ต้องการจากการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้ศึกษาเลือกโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่เพื่อสังคมแต่กลับโดดตัวเข้าไปในตลาดการแข่งขันตามแนวคิดของเสรีนิยมใหม่ โดยยอมรับในระบบการบริการแบบ 2 มาตรฐาน คือ การให้บริการแบบโรงพยาบาลเอกชนสำหรับผู้มีฐานะและในแบบการบริการสวัสดิการของรัฐที่มีไว้สำหรับคนยากจน เป็นการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลที่มีทั้งราคารัฐบาลและราคาเอกชนเพื่อเป็นทางเลือกให้กับประชาชนที่พร้อมจะจ่ายเพื่อแลกกับความสะดวกสบายที่จะได้รับ (Chapman, 2014)

การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการทำความเข้าใจแนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) กับแนวคิดการปฏิรูประบบระบบสุขภาพ ผ่านการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงในไทย แล้วมาวิเคราะห์กับปัญหาและผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง โดยอิทธิพลจากแนวคิดเสรีนิยมใหม่นำมาสู่การอภิปรายแนวทางและข้อคิดเห็นการบริหารจัดการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ซึ่งการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่เริ่มต้นช่วงวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 โดยมีข้อตกลงระหว่างรัฐบาลกับธนาคารพัฒนาเอเชีย (ADB) ข้อตกลงดังกล่าวกำหนดไว้ว่า มหาวิทยาลัยของรัฐทุกแห่งต้องเปลี่ยนสถานภาพเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐภายในปี พ.ศ. 2545 (พัชราภรณ์ บุญมี, 2552)

ผู้ศึกษาได้นำคุณลักษณะที่สำคัญของแนวคิดเสรีนิยมใหม่ในประเด็นการถ่ายโอนการผลิตจากภาครัฐบาลไปสู่ภาคเอกชน (Privatization) และการลดขนาดและบทบาทภาครัฐให้เป็นเพียงผู้ควบคุม (Deregulation) มาทำการศึกษาวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจถึงสาเหตุและผลกระทบที่เกิดจากการออกนอกระบบราชการซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น การให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในรัฐวิสาหกิจและการที่รัฐวิสาหกิจนำวิธีการบริหารจัดการแบบเอกชนมาปรับใช้ นอกจากนี้หน่วยงานของรัฐบางหน่วยงานซึ่งมิใช่รัฐวิสาหกิจอาจแปรรูปไปจากเดิม โดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการแบบเอกชนมากขึ้น แต่กฎหมายยังถือว่าเป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐ เช่น การนำมหาวิทยาลัยออกนอกระบบราชการมาเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ (วินัย ผลเจริญ, 2563) เป็นตัวอย่างหนึ่งของการถ่ายโอนการผลิตไปสู่ภาคเอกชนที่แม้ในทางหลักการจะมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความคล่องตัวและความเป็นอิสระในการดำเนินการบริหารจัดการภาครัฐก็ตาม

จากข้อมูลทีกล่าวถึงการที่มหาวิทยาลัยต่างๆ ของรัฐบาลออกนอกระบบราชการไปอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐส่งผลให้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในสังกัดมหาวิทยาลัยดังกล่าว เปลี่ยนสถานะเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐด้วยเช่นกัน ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา (2563) ระบุว่าปัจจุบันมีสถาบันอุดมศึกษาในกำกับของรัฐ จำนวน 26 แห่ง ในจำนวนนี้มีมหาวิทยาลัยของรัฐ 4 แห่ง ที่ผ่านสภานิติบัญญัติแห่งชาติเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ คือ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยทักษิณและมหาวิทยาลัยบูรพา (พัชรภรณ์ บุญมี, 2552) การปรับเปลี่ยนมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐนั้นทำให้ต้องปรับเปลี่ยนระบบการบริหารและการจัดการภายในมหาวิทยาลัยของรัฐเดิมที่เป็นระบบราชการไปเป็นการบริหารจัดการตนเองโดยอยู่ในการกำกับของรัฐ

การแปรสภาพดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารงานไปด้วย เพื่อให้มีอิสระในการบริหารจัดการจากระบบราชการมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ทองชุมสิน (2551) กล่าวว่า การเปลี่ยนสถานภาพของมหาวิทยาลัยมาเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐเป็นการที่มหาวิทยาลัยของรัฐเปลี่ยนระบบการบริหารและการจัดการภายในมหาวิทยาลัย จากเดิมที่เป็นระเบียบราชการบังคับใช้ไปเป็นการบริหารจัดการตนเองแต่อยู่ในกำกับของรัฐที่มีความเป็นอิสระมากขึ้น ทำให้การบริหารบุคคลและระเบียบการเบิกจ่ายเงินต่างจากระบบราชการเดิม

ปัจจุบันมีมหาวิทยาลัยของรัฐหลายแห่งสนองตอบนโยบายการปฏิรูปการศึกษาดังกล่าวและดำเนินการเปลี่ยนสถานภาพมาเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐเพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษา พ.ศ. 2542 เช่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีผลทำให้โรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้การบริหาร กำกับ ดูแลของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบการบริหารองค์การให้สอดคล้องกับการบริหารงานในรูปแบบใหม่ กลายเป็นโรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ (สุดารัตน์ ตานพิพัฒน์, 2553) ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐมีจำนวน 21 แห่ง ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นต้น

ในการศึกษารั้วนี้จะศึกษาโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ สังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษที่ดำเนินการขับเคลื่อนภารกิจภายใต้โครงสร้างและยุทธศาสตร์ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นสถานพยาบาลของราชการ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 แต่มีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งแตกต่างไปจากสถานพยาบาลของราชการทั่วไปเพื่อให้เป็นศูนย์กลางการแพทย์ที่ให้บริการดูแล รักษาและให้คำปรึกษาอย่างครบวงจร ด้วยมาตรฐานระดับสากล JCI (Joint Commission International) และเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลรัฐในการบริหารจัดการที่เป็นเลิศ ด้วยรูปแบบวิธีการบริหารพิเศษเพื่อให้มีรายได้ที่เลี้ยงตัวเองอย่างยั่งยืน นับเป็นโรงพยาบาลเอกชนในเครือ โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งแรกในประเทศไทย โดยมีเป้าหมายทางการสร้างรายได้เพื่อเพิ่มผลประโยชน์ของสังคม นั่นคือการมอบรายได้คืนกลับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการยกระดับคุณภาพชีวิต เพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แก่ประชาชนทั่วไปของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกของประเทศไทยที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยยากไร้

อาจกล่าวได้ว่า การมอบรายได้คืนกลับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลถือเป็นการกระจายซ้ำ (Redistribution) ทางสังคมในรูปแบบหนึ่ง จากการวิเคราะห์แนวคิดทฤษฎีทางสังคมของการผลิตซ้ำทางสังคมโดยนักคิดทฤษฎีที่ศึกษาเรื่องนี้เป็นอย่างดี เช่น Pierre Bourdieu, Anthony Giddens และ Jürgen Habermas ซึ่งจากการสืบค้นข้อมูลพบว่า มีความสอดคล้องกับการแสดงออกถึงอิทธิพลของสื่อ แนวคิด “ผู้รับ” และ “ผู้ให้” ซึ่งเป็นการผลิตซ้ำทางสังคม ในสิ่งที่มนุษย์สร้าง และทำเป็นแบบแผนมายาวนาน เช่นโรงพยาบาลศิริราช ที่ทำหน้าที่ผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมของการสร้างบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอุดมการณ์เดียวกันในการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม แต่ก็มีปัญหาการขาดทุนในการบริหารจัดการจึงเป็นสาเหตุให้ต้องก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ มาเพื่อหารายได้จากคนรวยไปให้ผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งการบริจาคข้อมูลนิติด้วยที่เป็นการกระจายซ้ำแบบปากต่อปากที่มีประสิทธิภาพมาก

จุดเริ่มต้นการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ มีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เมื่อการปฏิรูประบบราชการส่งผลให้รัฐบาลมีแนวคิดผลักดันมหาวิทยาลัยออกนอกระบบ โดยให้มหาวิทยาลัยอยู่ด้วยตัวเองได้ ซึ่งมหาวิทยาลัยมหิดลเป็นหนึ่งในที่ต้องออกจากระบบ แต่ด้วยความเป็น

มหาวิทยาลัยแพทย์ การที่จะหารายได้เพิ่มเพื่อมาอุดหนุนนั้นค่อนข้างเป็นปัญหา เพราะไม่สามารถเพิ่มค่าเรียนของนักศึกษาแพทย์และพยาบาลได้ รวมไปถึงเพิ่มค่ารักษาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีรายได้ไม่มาก จึงหาทางออก โดยการเพิ่มช่องทางการบริการทางการแพทย์เพื่อสามารถหารายได้เพิ่ม เบื้องต้นได้มีการเปิดทดลองแยกบริการในส่วนของศูนย์โรคหัวใจ (The Heart by Siriraj) ก่อนโดยเริ่มในปี พ.ศ. 2549 และการศึกษาดูงานจากที่ต่างๆ เช่น ศูนย์ Advance Diagnostic Imaging Center (AIMC) โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว Mu-Inter เป็นต้น จนได้บทสรุปรูปแบบของ Siriraj Piyamaharajkarun Hospital (SiPH) รวมทั้งการนำแนวคิดรูปแบบการบริหารจัดการจากระบบบริการของเครื่องบิน ที่แบ่งเป็น 3 ระดับมาประยุกต์เป็น 1) Siriraj hospital-regular service 2) After-office-hour clinic และ 3) Siriraj Piyamaharajkarun ซึ่งรูปแบบเหล่านี้จะเหมือนกับเครื่องบินที่มีระยะเวลาในการบินที่มีจำนวนชั่วโมงในการขึ้นลงเท่ากัน ดังนั้น มาตรฐานการแพทย์ที่จะเท่าเทียมกันด้วยการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาลอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลที่กำกับดูแลทั้งโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์ แต่แตกต่างกันตรงความสะดวกสบายที่โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ให้บริการด้วยความสะดวกรวดเร็วกว่า (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2561)

จึงได้เริ่มดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ในปี พ.ศ. 2553 รวมระยะเวลาก่อตั้งจนถึงปัจจุบันเป็นเวลา 10 กว่าปี การดำเนินการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นรูปแบบเดียวกับโรงพยาบาลเอกชน แต่ไม่แสวงหากำไร ยึดมั่นจริยธรรม ผลประกอบการที่ได้ทั้งหมด นำกลับไปพัฒนาในเชิงทางการแพทย์ ช่วยเหลือผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช และใช้พัฒนาเพื่อให้โรงพยาบาลศิริราชเป็นสถาบันการแพทย์ชั้นนำในเอเชีย ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมีความพิเศษ เพราะเป็นทั้งผู้รับและผู้ให้ในเวลาเดียวกัน ขณะที่การบริหารจะแยกส่วนออกจากโรงพยาบาลศิริราชเดิม วัตถุประสงค์การก่อตั้ง คือ 1. เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว 2. เพื่อเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ 3. สามารถดำเนินการเลี้ยงตัวเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน 4. นำรายได้จากการดำเนินงานคืนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ด้อยโอกาส 5. เพื่อเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลของรัฐในการบริหารจัดการที่เป็นเลิศ โดยใช้ประสบการณ์และองค์ความรู้ของศิริราชเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำเนินการ 6. เพื่อเพิ่มแรงจูงใจซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ให้คงอยู่ในระบบต่อไป (<https://www.SiPH-hospital.com/th/home>) โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ จึงเป็นทางเลือกใหม่ที่ตอบสนองความต้องการของกลุ่มประชาชนที่มีกำลังทรัพย์ ยินดีและสามารถจ่าย ค่ารักษาพยาบาลในราคาที่สูงขึ้น เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและบริการที่สะดวกรวดเร็วมากขึ้น รวมทั้งยังเป็นทางรอดของโรงพยาบาลรัฐในการบริหารจัดการให้สามารถคงอยู่ได้ในยุคแห่งการแข่งขัน

จะเห็นได้ว่าการปฏิรูประบบราชการและการใช้กลไกตลาดไปสู่การมีพันธะแบบเครือข่ายที่มีภาคส่วนต่างๆ ที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วม จะเป็นการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำและการเข้าถึงการรักษาพยาบาลและยังทำให้โรงพยาบาลอยู่รอดโดยการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ คือการให้โรงพยาบาลรัฐบาลออกนอกกรอบมีอิสระด้านการเงินและการจัดการ โดยการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการและทัศนคติของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ในการให้บริการผู้ป่วย

ผู้ศึกษาเชื่อว่าการค้นหาคำตอบเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (SiPH management) ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ เป็นการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ที่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศิริราช แต่มีรูปแบบการบริหารแบบเอกชนถือเป็นบริการที่เข้าข่ายสุขภาพเป็นสินค้า (Commodification) ระดับหนึ่ง แต่เพราะปลายทางมีการไหลกลับเข้ามากระจายซ้ำ (Redistribution) มีแนวคิดการเป็นผู้รับและผู้ให้ ซึ่งหมายถึง ผู้ที่เข้ารับการรักษาก็ได้รับบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศได้มาตรฐานสากลและเป็นผู้ให้โดยรายได้หลังหักค่าใช้จ่ายจะนำส่งคืนให้กับคณะแพทยศาสตร์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ที่โรงพยาบาลศิริราช จะเป็นการแก้ปัญหาคาดทุนของการบริหารจัดการโรงพยาบาลภาครัฐให้สามารถเลี้ยงตัวเองได้ ส่งผลให้โรงพยาบาลรัฐสามารถให้บริการรักษาผู้ป่วยที่ยากไร้ได้ เป็นการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของภาครัฐ อีกทั้งยังสามารถแก้ปัญหาสมองไหล (Brain drain) ของบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐบาลไปสู่โรงพยาบาลเอกชนได้ เนื่องจากมีนโยบายด้านบุคลากรที่มาปฏิบัติงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เช่น อาจารย์แพทย์จากโรงพยาบาลศิริราชมีสิทธิ์ไปปฏิบัติงานในเวลาราชการได้ไม่เกินร้อยละ 15 ของชั่วโมงทำงานใน 1 สัปดาห์ ส่วนพยาบาลสามารถสมัครเป็นพยาบาล Part time เพื่อหารายได้พิเศษเพิ่ม

ดังนั้นคำตอบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างความชัดเจนในการกำหนดนโยบายเพื่อแก้ปัญหาคาดทุนของโรงพยาบาลรัฐบาล ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ นำไปสู่ความอยู่ดีกินดีของประชาชนชาวไทย ซึ่งเป็นรูปแบบองค์การที่จะแก้ปัญหาสังคมโดยใช้มุมมอง 2 ขั้ว ระหว่างแนวคิดสังคมประชาธิปไตย (Social Democracy) กับ แนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberal) เพื่อหาจุดสมดุลของการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ในการคงไว้ซึ่งสวัสดิการสังคมและการแข่งขัน อีกทั้งสามารถนำไปปรับใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสังคมได้ในอนาคต

1.2 คำถามในการศึกษา

1. การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่มีการดำเนินงานอย่างไร
2. การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่ส่งผลต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ได้แก่ แพทย์และพยาบาลอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่
2. เพื่อศึกษาผลกระทบการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ได้แก่ แพทย์และพยาบาล

1.4 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาเรื่องการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษ ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่ แบ่งขอบเขตการศึกษาออกเป็น 2 ด้าน คือ

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

1. เพื่อศึกษาการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่ ใน 5 มิติ ได้แก่ 1) มิติโครงสร้าง ได้แก่ อาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม เครื่องมือทันสมัยและสิ่งอำนวยความสะดวก 2) มิติกระบวนการแนวทางการปฏิบัติงาน การตลาด และหารายได้ การตรวจรักษา การนัดพบแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากพยาบาล และการมีเจ้าหน้าที่ต้อนรับช่วยเหลือดูแล 3) มิติการบริหารงานบุคคล ได้แก่ การได้รับสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ เงินเดือนและค่าตอบแทน การวางแผนกำลังคน การพัฒนาบุคลากร การสรรหา การบรรจุแต่งตั้ง และการพ้นจากตำแหน่ง 4) มิติการบริหารงบประมาณและทรัพย์สินการกำหนดระบบบริหารการเงิน การงบประมาณ และทรัพย์สิน ซึ่งรวมถึงการวางแผน การจัดหา การจัดสรร และการใช้ทรัพยากร

กำหนดระเบียบวิธีและกฎเกณฑ์ต่างๆ 5) มิติความรับผิดชอบต่อสาธารณะ (Public Accountability) ความเสมอภาค (Equity) ปัญหาความเท่าเทียมและการเข้าถึงบริการ

2. ศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (SiPH management) ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ได้แก่ แพทย์และพยาบาล ใน 4 ประเด็น 1) ประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma) 2) การส่งตรวจที่เกินความจำเป็น (Over investigate) และราคาขายที่เกินมาตรฐาน 3) การเปลี่ยนรูปแบบการดูแลสุขภาพให้กลายเป็นสินค้า (The commodification of Health Care) และ 4) ภาวะสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านเวลาและการเข้าถึงข้อมูล ผู้ที่มีความเข้าใจและสามารถให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้องมีจำกัด ตลอดจนองค์ความรู้ในการจัดการพัฒนาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐเป็นเรื่องใหม่ในประเทศไทยผู้วิจัยจึงเลือกให้โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นพื้นที่การศึกษา เนื่องจากโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ มีการเปลี่ยนผ่านการบริหารจัดการจากเดิมในรูประบบราชการเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐและใช้พระราชกำหนดมหาวิทยาลัยมหิดลใน พ.ศ. 2550 ส่งผลให้โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดลเปลี่ยนสภาพด้วยเช่นกัน รวมทั้งพื้นที่โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นพื้นที่ซึ่งอยู่ในภาวะการเปลี่ยนผ่านจากอดีตจนถึงปัจจุบัน เป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในประเทศไทยที่มีประวัติยาวนาน

รายงานการศึกษานี้ เป็นการมุ่งการศึกษาในส่วนของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ตั้งอยู่ เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ริมฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยา ตรงข้ามกับมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ท่าพระจันทร์) เป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐที่มีการบริหารจัดการองค์การแบบผสมระหว่างภาครัฐและเอกชน จึงเป็นทางเลือกใหม่ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีกำลังทรัพย์ สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลในราคาที่สูงขึ้น เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและบริการที่สะดวกรวดเร็วมากขึ้น

โดยผู้ศึกษารวบรวมข้อมูล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้บริหารองค์การที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและดูแลองค์การโดยรวม กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มแพทย์และพยาบาล (ผู้จัดการส่วนศูนย์ต่างๆ และระดับปฏิบัติการ) ซึ่งทำงานในโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ อย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป

1.5 นิยามศัพท์

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ (Autonomous University Hospital) หมายถึง โรงพยาบาลศิริราชซึ่งดำเนินการภายใต้มหาวิทยาลัยที่รัฐตั้งขึ้น คณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยเป็นผู้ควบคุมการบริหารงานและการดำเนินการ ตลอดจนให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน มีการบริหารจัดการในรูปแบบใหม่ที่อิสระและความคล่องตัวในการบริหารจัดการ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super Tertiary Care) ที่ให้บริการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งเป็นแหล่งศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์และการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ของทุกสาขาวิชาชีพ

หน่วยงานบริการระบบพิเศษ (SiPH management) หมายถึง โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชารุณย์ (SiPH) ที่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศิริราช มีรูปแบบการบริหารแบบเอกชน และมีแนวคิดการเป็นผู้รับและผู้ให้ ซึ่งหมายถึงผู้ที่เข้ารับการรักษาคือได้รับบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศได้มาตรฐานสากล และเป็นผู้ให้โดยนำส่งรายได้หลังหักค่าใช้จ่ายให้คณะแพทยศาสตร์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ที่โรงพยาบาลศิริราช

การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานขององค์กรเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษใน 5 มิติ ได้แก่ 1) มิติโครงสร้าง 2) มิติกระบวนการ 3) มิติการบริหารงานบุคคล 4) มิติการบริหารงบประมาณและทรัพย์สิน 5) มิติความรับผิดชอบต่อสาธารณะ ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลและองค์กรใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma) 2) การเปลี่ยนแนวคิดการดูแลสุขภาพให้กลายเป็นสินค้า (The commodification of Health Care) 3) การส่งตรวจที่เกินความจำเป็น (Over investigation) และราคายาที่เกินมาตรฐาน และ 4) ภาวะสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์ (Brain drain)

แนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) หมายถึง แนวคิดการจัดการเศรษฐกิจ ที่ทำให้ทุกสิ่งทุกอย่างมีมูลค่าวัดได้ด้วยเงิน แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ เพื่อให้มนุษย์มีความเป็นอยู่ที่ดี โดยมีคุณลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความสัมพันธ์เชิงตลาด การเปิดเสรีทางเศรษฐกิจ เช่น การถ่ายโอนการผลิตจากภาครัฐบาลไปสู่ภาคเอกชน (Privatization) 2) บทบาทของรัฐในรูปแบบใหม่ วินัยการเงินการคลัง (Fiscal Discipline) เป็นการลดรายจ่ายภาครัฐ เพื่อเพิ่มบทบาทของภาคเอกชน การลดการควบคุมและลดการกำกับ (Deregulation)

การปฏิรูประบบสุขภาพ (Health Systems Reform) หมายถึง การเปลี่ยนแปลง การดำเนินการของภาคสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การแข่งขันของระบบบริการด้านสุขภาพ นำไปสู่ความยั่งยืนมีองค์ประกอบหลัก 6 ประการ คือ 1. ระบบบริการสุขภาพ (Service Delivery) 2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) 3. ระบบการเงินการคลังค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing) 4. ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Health Information) 5. การเข้าถึงเวชภัณฑ์วัคซีนและเทคโนโลยีที่จำเป็น (Medical Products, Vaccines & Technologies) 6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) หมายถึง คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล รองผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายพยาบาลรวมทั้งแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทำให้เข้าใจในการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐให้มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน
2. ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อภาครัฐในการสนับสนุนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ
3. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบริหารจัดการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐและสร้างองค์ความรู้ใหม่ในบริบทของแต่ละองค์การ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้า อาศัยแนวคิด ทฤษฎีที่สำคัญ เพื่อนำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาและวิเคราะห์รวมทั้งอธิบายผลการศึกษา ประกอบด้วย

2.1 การเปลี่ยนผ่านการบริหารจัดการโรงพยาบาล

2.1.1 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

2.1.2 ที่มาของการจัดตั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

2.1.3 ความหมายของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

2.1.4 คุณลักษณะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

2.1.5 ภารกิจของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

2.1.6 โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์

2.2 แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

2.2.1 แนวคิดเสรีนิยมใหม่

2.2.2 แนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ

2.2.3 แนวคิดการบริหารจัดการสาธารณะแนวใหม่

2.2.4 แนวคิดทำให้การดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลเป็นสินค้าและการลดฐานะ

ความเป็นสินค้า

2.2.5 แนวคิดการลงทุนทางสังคม

2.2.6 แนวคิดการเปลี่ยนผ่าน

2.2.7 แนวคิดสังคมประชาธิปไตย

2.3 ผลกระทบของการจัดตั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

2.3.1 ผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบของการเปลี่ยนสถานภาพเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐในมิติเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง

2.3.1.1 มิติเศรษฐกิจ: ผลกระทบจากการทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลเป็นสินค้า

2.3.1.2 มิติสังคม: ผลกระทบทางสังคมโดยรวม เช่น ประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม การรักษาเกินมาตรฐาน และราคาเกินมาตรฐาน

2.3.1.3 มิติการเมือง: การปฏิรูประบบสุขภาพและปัญหาสมองไหล (Brain Drain)

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 การเปลี่ยนผ่านการบริหารจัดการโรงพยาบาล

การสร้างโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน ถือเป็นการจัดสวัสดิการสังคมในรูปแบบหนึ่ง ซึ่งในอดีตการจัดสวัสดิการสังคมมีพัฒนาการมาเป็นเวลานานตั้งแต่กฎหมายความยากจน (Poor Law) ในยุคพระราชินี Elizabeth แห่งประเทศอังกฤษ ที่ตราขึ้นในปี พ.ศ. 2377 ถือเป็นกฎหมายสวัสดิการสังคมฉบับแรกของโลกที่เป็นเครื่องมือการแปลงนโยบายสวัสดิการสังคมไปสู่การปฏิบัติ (พงษ์เทพ สันติกุล, 2560)

ในอดีตการจัดสวัสดิการสังคมภาครัฐจะมีภาคเอกชนเข้าร่วมด้วยในรูปแบบองค์กรไม่แสวงหากำไรหรือมูลนิธิต่างๆ เช่นมูลนิธิ Rockefeller ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2456 โดย John Davison Rockefeller มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความอยู่ดีมีสุขของมนุษยชาติทั่วโลก โดยเฉพาะการส่งเสริมด้านสาธารณสุข ความรู้ทางการแพทย์ และความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การวิจัยทางสังคมทั่วโลก ความสัมพันธ์ระหว่างมูลนิธิ Rockefeller กับประเทศไทย เริ่มตั้งแต่สมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวในปี พ.ศ. 2464 โดยรัฐบาลไทยมอบหมายให้สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนกทำหน้าที่ผู้แทนในการประสานงานกับมูลนิธิ Rockefeller และทรงรับตำแหน่งประธานกรรมการโรงพยาบาลศิริราช เพื่อดำเนินการปรับปรุงการบริหารจัดการ โดยได้รับความช่วยเหลือจากมูลนิธิ Rockefeller นับว่าเป็นการวางรากฐานการแพทย์ไทยให้เจริญก้าวหน้าเท่าเทียมกับต่างประเทศจนถึงปัจจุบัน (MGR Online, 2017)

ก่อนที่ระบบการแพทย์และสาธารณสุขดั้งเดิมไทยจะถูกเปลี่ยนเป็นการแพทย์แผนปัจจุบันแบบวิทยาศาสตร์ การดูแลรักษาการป่วยไข้กระทำกันในครอบครัวโดยสมาชิกที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากรุ่นสู่รุ่น (นิธิ เอียวศรีวงศ์, 2545) ความพยายามพัฒนาการแพทย์ให้ทันสมัยเกิดขึ้นพร้อมกับการพัฒนาประเทศให้ทันสมัย สำหรับประเทศไทยมูลเหตุการจัดตั้งโรงพยาบาลแห่งแรกเกิดจากปัญหาวิกฤตการณ์อหิวาตกโรคระบาดครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. 2424 ส่งผลให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลรัฐแห่งแรกคือ โรงพยาบาลศิริราชพยาบาล โดยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (ภูจิต ประครองสาย, 2559) เปิดดำเนินการตั้งแต่วันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2431 ตามพระราชดำริในพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว โดยใช้ที่ดินส่วนหนึ่งของวังหลัง มาเป็นที่สร้างโรงพยาบาล ชาวบ้านจึงนิยมเรียกว่า “โรงพยาบาลวังหลัง” ในระหว่างการสร้างโรงพยาบาลนั้น สมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอเจ้าฟ้าศิริราชสุขุภักดิ์ได้สิ้นพระชนม์ลง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้เรือโรงเรียนและเครื่องใช้ต่างๆ ในงานพระเมรุนำไปสร้างโรงพยาบาลและพระราชทานนามโรงพยาบาลว่า โรงพยาบาลศิริราชพยาบาล เป็นจุดเริ่มต้นของการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบันในประเทศไทย (สมรรัตน์ จารุลักษณะนันท์ และ อรุณช เกี้ยวข้อง, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐของไทยแสดงให้เห็นว่าบริการสุขภาพในประเทศไทยนั้นสามารถแบ่งตามศักยภาพของการให้บริการทางการแพทย์ได้เป็น 3 ระดับ (ชาญกิจ อ่านทอง, 2558) คือ 1) ระดับปฐมภูมิ คือ สถานบริการผู้ป่วยนอกสำหรับการรักษาทั่วไป เช่น สถานพยาบาลขนาดเล็ก 2) ระดับทุติยภูมิ คือ สถานบริการในระดับที่มีศักยภาพในการรักษาสูงขึ้น ให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และรักษาโรคที่ซับซ้อนมากขึ้น 3) ระดับตติยภูมิ คือ สถานบริการหรือโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการรักษาที่ครบวงจรในโรคเฉพาะทางและโรคที่มีความซับซ้อนสูงพร้อมด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย โดยบริการทั้ง 3 ระดับนี้ ในส่วนของภาครัฐสามารถแบ่งประเภทตามศักยภาพของการให้บริการทางการแพทย์ภายใต้สังกัดกระทรวงต่างๆ ของโรงพยาบาลรัฐบาล (ตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1

การแบ่งประเภทสถานพยาบาลตามศักยภาพของการให้บริการทางการแพทย์ภายใต้สังกัดกระทรวงต่างๆ ของโรงพยาบาลรัฐบาล

ระดับ/การดำเนินงานภายใต้สังกัดกระทรวง	เนื้อหา/ตัวอย่าง	ระดับปฐมภูมิ (Primary Care)	ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care)	ระดับตติยภูมิ (Tertiary Care)
1. กระทรวงสาธารณสุข	1.1 โรงพยาบาลส่วนกลางจะขึ้นตรงต่อการแพทย์เช่น โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเฉพาะทาง		√	
	1.2 โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค เช่น			
	- โรงพยาบาลทั่วไป (รพ.ท.) มีจำนวนเตียง 120-500 เตียง		√	
	- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นสถานีนอนาถและโรงพยาบาลเฉพาะทาง	√		
	- โรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลมนารมย์		√	
2. กระทรวงกลาโหม	องค์กรหลักที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพกำลังพลทหารในการปฏิบัติการกิจเพื่อความมั่นคงของประเทศชาติและเป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาล เช่น โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า			

ตารางที่ 2.1

การแบ่งประเภทสถานพยาบาลตามศักยภาพของการให้บริการทางการแพทย์ภายใต้สังกัดกระทรวงต่างๆ
ของโรงพยาบาลรัฐบาล (ต่อ)

ระดับ/การดำเนินงาน ภายใต้สังกัดกระทรวง	เนื้อหา/ตัวอย่าง	ระดับปฐมภูมิ (Primary Care)	ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care)	ระดับตติยภูมิ (Tertiary Care)
3. กระทรวงศึกษาธิการ	เป็นโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยและโรงเรียนแพทย์ของคณะแพทยศาสตร์ในประเทศไทยมีอยู่ 23 แห่ง เช่น 1. โรงพยาบาลศิริราช 2. ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก 3. โรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่ 4. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 5. โรงพยาบาลรามาธิบดี 6. โรงพยาบาลรามาธิบดีจิกิรินถนุพันธ์ 7. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล 8. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 9. โรงพยาบาลกัลยาณิวัฒนาการุณย์ 10. โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 11. ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพ รัตนราชสุดาฯ 12. ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน 13. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ 14. โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ 15. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี 16. โรงพยาบาลสุทธาเวช 17. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อุบลราชธานี 18. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา 19. โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง 20. โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ 21. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา 22. โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ 23. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า			✓
4. กระทรวงมหาดไทย	เป็นโรงพยาบาลในสังกัดของ กรุงเทพมหานคร มีอยู่ทั้งหมด 12 แห่ง คือ 1. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล 2. โรงพยาบาลกลาง 3. โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 4. โรงพยาบาลตากสิน 5. โรงพยาบาลบางนากรุงเทพมหานคร 6. โรงพยาบาลหลวงพ่อ ทวีศักดิ์ ชุตินธโรฤทธิศ 7. โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี 8. โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ 9. โรงพยาบาล ผู้สูงอายุ บางขุนเทียน 10. โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 11. โรงพยาบาล คลองสามวา 12. โรงพยาบาลกลาง		✓	

ที่มา: ดัดแปลงมาจาก ชาญกิจ อานทอง, 2558.

ในปี พ.ศ. 2540 มีการปฏิรูประบบราชการซึ่งเป็นการปฏิรูประบบการบริหารราชการแผ่นดินและพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับการพัฒนาการเมือง การบริหาร เศรษฐกิจ และสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างระบบการบริหารและการบริการภาครัฐที่รวดเร็ว เสมอภาค และเป็นธรรม มีความสามารถในการให้บริการและพัฒนา และให้มีการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วรเดช จันทรศร, 2540) จึงได้มีการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลของรัฐไปเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐขึ้นเพื่อสนองนโยบายดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษา มีความสนใจการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐไปเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐโดยมีคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยนั้นๆ เป็นผู้ควบคุมการบริหารงานและดำเนินการ ตลอดจนให้บริการต่างๆ ทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน (มาลีวรรณ เกษตรทัต, 2545) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีการบริหารจัดการในรูปแบบใหม่ที่แตกต่างกันไปจากเดิม (พัชรภรณ์ บุญมี, 2552) เกิดขึ้นภายหลังจากรัฐบาลมีนโยบายปฏิรูประบบการศึกษา โดยการเปลี่ยนสถานภาพมหาวิทยาลัยในสังกัดของรัฐให้ออกนอกระบบราชการเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ เพื่อความคล่องตัว ความเป็นอิสระในการบริหารงาน และการปฏิบัติการกิจที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ นำไปสู่ความเป็นเลิศและเสรีภาพทางวิชาการ (สุดารัตน์ ตานพิพัฒน์, 2553)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐมีจำนวน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปัจจุบันมีมหาวิทยาลัยของรัฐหลายแห่งสนองตอบนโยบายการปฏิรูปการศึกษาดังกล่าว และดำเนินการเปลี่ยนสถานภาพมาเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐเพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษา พ.ศ. 2542 เช่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีผลทำให้โรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้การบริหาร กำกับ ดูแลของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบการบริหารองค์การให้สอดคล้องกับการบริหารงานในรูปแบบใหม่ กลายเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ (สุดารัตน์ ตานพิพัฒน์, 2553)

เพื่อความเข้าใจในบริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐจึงจำเป็นต้องกล่าวถึง วิวัฒนาการการจัดตั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ที่มาของการจัดตั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ความหมายคุณลักษณะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ และภารกิจของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

2.1.1 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ (Autonomous University Hospital)

ที่มาของการจัดตั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ เริ่มจากนโยบายเรื่องการพัฒนามหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐในแผนอุดมศึกษาระยะยาว 15 ปี (พ.ศ. 2533-2547) คือ รัฐบาลให้สนับสนุนการปฏิรูปความสัมพันธ์ระหว่างสถาบันอุดมศึกษาระดับปริญญาตรีกับรัฐ โดยพัฒนาสถาบันอุดมศึกษาของรัฐในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยที่มีอยู่แล้ว ให้มีความอิสระ คล่องตัว มีประสิทธิภาพ และสามารถบรรลุความเป็นเลิศทางวิชาการ โดยปรับเปลี่ยนเป็นมหาวิทยาลัยที่มีอยู่เดิมเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งแรกในปี พ.ศ. 2541 คือ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ต่อมา มีการปฏิรูปการศึกษาทั้งระบบครั้งใหญ่ ในปี พ.ศ. 2542 มีการตราพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ มาตรา 36 มีเนื้อหาว่า ให้สถานศึกษาของรัฐที่จัดการศึกษาระดับปริญญาเป็นนิติบุคคลและอาจจัดเป็นส่วนราชการหรือเป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐให้สถานศึกษาดังกล่าวดำเนินการโดยอิสระ สามารถพัฒนาระบบบริหารและการจัดการที่เป็นของตนเอง มีความคล่องตัว มีเสรีภาพทางวิชาการ และอยู่ภายใต้การดูแลของสภาสถานศึกษา ตามกฎหมายว่าด้วยการจัดตั้งสถานศึกษานั้นๆ (วิจิตร ศรีสอาน, 2559)

ในการปฏิรูปการศึกษาไทยในยุคปฏิรูปการปกครองระหว่างปี พ.ศ. 2549-2551 รัฐบาลให้ความสำคัญกับการศึกษาและเห็นความจำเป็นที่จะต้องปฏิรูปการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 โดยขอให้มหาวิทยาลัยที่มีความพร้อมและมีความต้องการเปลี่ยนแปลงสถานภาพให้เสนอร่างพระราชบัญญัติต่อรัฐบาล ซึ่งพบว่า มีมหาวิทยาลัยของรัฐที่สนองตอบการปฏิรูปดังกล่าวทั้งหมด 7 แห่ง เรียงตามลำดับวันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ดังต่อไปนี้ (วิจิตร ศรีสอาน, 2555)

1. มหาวิทยาลัยมหิดล (16 ตุลาคม พ.ศ. 2550)
2. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ (6 ธันวาคม พ.ศ. 2550)
3. มหาวิทยาลัยบูรพา (9 มกราคม พ.ศ. 2551)
4. มหาวิทยาลัยทักษิณ (5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551)
5. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551)
6. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (6 มีนาคม พ.ศ. 2551)
7. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง (6 มีนาคม

พ.ศ. 2551)

การเปลี่ยนแปลงสถานภาพมาเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐดังกล่าวส่งผลทำให้โรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้การบริหาร กำกับและดูแลของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบการบริหารองค์การให้สอดคล้องกับการบริหารงานในรูปแบบใหม่ กลายเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ เช่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย)

มหาวิทยาลัยมหิดล (โรงพยาบาลศิริราช และ โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์, โรงพยาบาลรามาธิบดี) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่)

2.1.2 ที่มาของการจัดตั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

การเปลี่ยนสถานภาพเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐมีที่มาจากจากการปรับเปลี่ยนมหาวิทยาลัยที่เป็นส่วนราชการ ไปเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2541 ส่งผลให้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการภายในองค์การเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและเปลี่ยนสถานะไปเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ (สุดารัตน์ ชูจิตต์, 2553)

นอกจากแผนอุดมศึกษาข้างต้นการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาลรัฐยังได้รับอิทธิพลจากการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2540-2544 พระราชบัญญัติการศึกษา พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติการปรับปรุงกระทรวงทบวง กรม พ.ศ. 2545 (อัชมน วรณพิน, 2553) โดยมีเนื้อหาวิวัฒนาการการจัดตั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐตามภาพที่ 2.1 ดังนี้

ภาพที่ 2.1

วิวัฒนาการการจัดตั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ.



จากภาพที่ 2.1 สรุปได้ว่าการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลรัฐนั้นนอกจากแผนการปฏิรูปอุดมศึกษาข้างต้น ยังได้รับอิทธิพลจากแผนการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นการปฏิรูประบบราชการในลักษณะองค์รวม เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบบริหารงานทุกส่วนของภาครัฐให้ไปสู่รูปแบบการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ที่เน้นการทำงานโดยยึดหลักผลลัพธ์ของงานเป็นสำคัญ โดยมีการถ่ายโอนงานจากภาครัฐส่วนกลางและเพิ่มอิสระในการบริหารงานให้แก่หน่วยย่อยๆ ต่างๆ ให้สามารถดำเนินงานได้ตามพันธกิจและภาระหน้าที่ของตนที่ให้ไว้กับสังคมได้ จากแผนนี้จะเห็นได้ว่าการปฏิรูประบบราชการ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ นำไปสู่การแปรรูปเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยภายใต้การกำกับของรัฐ โดยมีคุณลักษณะดังนี้ 1) การให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนโดยยึดผลสำเร็จของงานเป็นหลัก 2) การลดการควบคุมจากส่วนกลางและเพิ่มอิสระการบริหารให้แก่หน่วยงานด้วยการยกย่องพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัย เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการองค์การที่มีความเป็นอิสระ คล่องตัวและมีอำนาจตัดสินใจเบ็ดเสร็จภายในองค์การ 3) การกำหนด วัตถุประสงค์และให้รางวัลแก่ผลการดำเนินงานทั้งในระดับองค์การและระดับบุคคล โดยใช้หลักบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-Based Management) ดังนั้นหน่วยงานและบุคคลต้องมีแผนงานพัฒนาการประเมินผลและการตรวจสอบที่มีลักษณะโปร่งใส ชัดเจนตรวจสอบได้ เพื่อให้เกิดการบริหารภายในโรงพยาบาลที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว ฉับไวในการดำเนินงานที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้

ในปี พ.ศ. 2542 มีพระราชบัญญัติการศึกษา โดยมีสาระสำคัญว่าด้วยเรื่องการจัดสถานบริการด้านการศึกษาในระดับปริญญาให้มีสถานภาพเป็นนิติบุคคล รวมถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบและวิธีการบริหารภายในสถาบันที่มีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม การเมือง และเศรษฐกิจในยุคปัจจุบัน มีมาตราที่เกี่ยวข้อง 4 มาตรา ดังนี้ มาตรา 21 มาตรา 36 มาตรา 59 มาตรา 62 สรุปได้ว่า 4 มาตราที่กล่าวมาข้างต้นนั้นมีประเด็นการดำเนินการได้อย่างอิสระมีความคล่องตัว มีเสรีภาพทางวิชาการ มีระบบการตรวจสอบ ติดตามและประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถตรวจสอบได้ด้วยความโปร่งใส

ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 มีพระราชบัญญัติการปรับปรุงกระทรวงทบวง กรม มีสาระสำคัญ คือ ระบบราชการจะต้องมีการปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นไปของสังคม โดยการปรับปรุงส่วนราชการทั้งระบบ ปรับอำนาจ หน้าที่ของส่วนราชการขึ้นใหม่และปรับปรุง การบริหารงานโดยจัดส่วนราชการที่ปฏิบัติงานสัมพันธ์กันรวมกันไว้เป็นกลุ่มงานเดียวกัน หรือจัดในรูปกลุ่มภารกิจเพื่อกำหนดเป้าหมาย และทิศทางการทำงานร่วมกันได้อย่างมีเอกภาพและเกิดประสิทธิภาพ จากข้อมูลของแผนการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2540-2544 พระราชบัญญัติการศึกษา พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติการปรับปรุงกระทรวงทบวง กรม พ.ศ. 2545 แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานภาครัฐมุ่งหวังให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานของภาครัฐให้มีอิสระ คล่องตัว และยึดผลสัมฤทธิ์ของงาน ซึ่งโรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐเป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีการเปลี่ยนสถานภาพ เพื่อให้โรงพยาบาลให้บริการแก่ประชาชนตามพันธกิจที่ไว้ได้อย่างเต็มความสามารถ

2.1.3 ความหมายของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

ทศนา บุญทอง (2543) เสนอว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการบริหารงานขึ้นอยู่กับมหาวิทยาลัยนั้นๆ แบ่งสายบังคับบัญชาออกเป็นภาควิชาต่างๆ และหน่วยงานย่อยๆ ภายในภาควิชาโดยมีผู้บริหารระดับต้น คือ หัวหน้าภาควิชาเป็นผู้บริหารจัดการงานต่างๆ ภายในภาควิชาการบริหารงานทั้งหมดขึ้นอยู่กับคณบดี คณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยนั้น เพื่อที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานบริการสุขภาพ สำหรับการให้บริการในระดับสูง ทำการตรวจรักษาโรคและให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ที่ต้องใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย สอดคล้องกับ พัทธการณ บุนนิก (2552) ให้ความหมายของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐหมายถึง โรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการบริหารงานขึ้นอยู่กับคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยที่ได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณของรัฐ แต่มีระบบการจัดการบริหารองค์การของตนเองอย่างอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ

เช่นเดียวกับ สุภารัตน์ ดานพิพัฒน์ (2553) และ ธัชมน วรรณพิน (2553) ได้ให้ความหมายของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยภายใต้การกำกับของรัฐ ว่าเป็นสถานบริการสุขภาพที่มีมหาวิทยาลัยของรัฐ จัดตั้งขึ้นโดยคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยเป็นผู้ควบคุมการบริหารดำเนินการและเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่ให้บริการซับซ้อน มีการบริหารจัดการองค์การที่มีอิสระภายใต้การควบคุมพระราชบัญญัติของมหาวิทยาลัยและยังคงมีบทบาทหน้าที่เหมือนโรงพยาบาลตติยภูมิที่ให้บริการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งเป็นแหล่งศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์และการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ของทุกสาขาวิชาชีพ ส่วนจรรยา เลหาวิช (2552) กล่าวว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยภายใต้การกำกับของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลของสถาบันอุดมศึกษาของรัฐที่มีการบริหารจัดการอิสระแยกจากระบบราชการ (Autonomous university) แต่ยังได้รับเงินอุดหนุนทั่วไป (Block grant) ที่รัฐบาลจัดสรรให้เป็นรายปีโดยตรง เพื่อใช้จ่ายตามความจำเป็นในการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ขององค์กร และเพื่อประกันคุณภาพการศึกษาและการบริการทางการแพทย์

สรุปได้ว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลที่มหาวิทยาลัยของรัฐตั้งขึ้น ที่มีการบริหารงานขึ้นอยู่กับคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยนั้นๆ เป็นผู้ควบคุมการบริหารงานและการดำเนินการ ตลอดจนให้บริการต่างๆ ทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่มีการบริหารจัดการในรูปแบบใหม่ที่มีอิสระและความคล่องตัวในการบริหารจัดการ และยังเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super Tertiary Care) ที่ให้บริการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริม

สุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งเป็นแหล่งศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์และการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ของทุกสาขาอาชีพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการวิจัยครั้งนี้มากขึ้นผู้ศึกษาจึงกล่าวถึงคุณลักษณะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐในหัวข้อต่อไป

2.1.4 คุณลักษณะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

จากการรวบรวมสรุปจากงานวิจัยมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐมีคุณลักษณะสำคัญมี 4 ด้าน คือ 1) ด้านบริการ 2) ด้านการจัดการศึกษา 3) ด้านวิชาการและการวิจัย 4) ด้านการบริหารจัดการ (พัชรภรณ์ บุญมี, 2552; สุภารัตน์ ตานพิพัฒน์, 2553; ัชนน วรรณพิน, 2553)

1. เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยนั้นๆ เป็นผู้ควบคุมการบริหารงานและดำเนินการมีจำนวนเตียงให้บริการตั้งแต่ 360-2,630 เตียง
2. ให้บริการด้านการแพทย์ที่มีคุณภาพและทันสมัยได้มาตรฐานสากล โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
3. ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วยและผลกระทบความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน รุนแรงที่ต้องการได้รับการดูแลรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
4. เป็นแหล่งวิจัยพัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ การรักษา มีการรักษาทางไกลที่ผ่านสื่อเทคโนโลยี
5. เป็นสถานศึกษาและแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาหลายสาขา
6. มีการบริหารจัดการที่ดีเป็นอิสระ คล่องตัวมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.1.5 การกิจของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

จากการศึกษาของ พัชรภรณ์ บุญมี (2552) เกี่ยวกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ การกิจของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐของแต่ละแห่งมี 4 ด้าน คือ 1) ด้านการจัดการศึกษา สามารถผลิตบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลรวมทั้งสาขาอื่นๆ ที่มีความรู้ความสามารถ มีคุณธรรม มีศักยภาพที่เหมาะสมกับสังคมไทยและสามารถแข่งขันในระดับสากลได้ 2) ด้านวิชาการและการวิจัยมีการผลิตงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับสากล 3) ด้านบริการ ให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ บริการเป็นเลิศในระดับแนวหน้าของภูมิภาคเอเชียโดยเน้นบริการระดับตติยภูมิ และ 4) ด้านการบริหาร มีการบริหารจัดการที่ดีได้อย่างอิสระคล่องตัวไม่มีติดระบบราชการ

การศึกษาของ ัชนน วรรณพิน (2553) ในประเด็นของการจัดองค์การโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ระบุว่า การปฏิรูประบบราชการ ทำให้หน่วยงานของภาครัฐต้องปรับขนาดให้เล็กลงแต่สามารถให้บริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพ จึงมีการเปลี่ยนแปลงการจัดระบบงานในองค์การหลายด้าน ดังนี้

1) มีสถานภาพเป็นหน่วยงานของรัฐและเป็นนิติบุคคลแต่ไม่เป็นส่วนราชการ และไม่เป็นรัฐวิสาหกิจ

2) รายได้ของมหาวิทยาลัยส่วนหนึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐเป็นเงินก้อนแบบรายปี (Block grants) ในลักษณะหมวดเงินอุดหนุนทั่วไป

3) มีอำนาจหน้าที่และภารกิจรับผิดชอบที่ชัดเจนเพื่อลดความซ้ำซ้อน

4) การบริหารจัดการภาระงานตามพันธกิจ มีความเป็นอิสระ คล่องตัวและมีอำนาจตัดสินใจ เบ็ดเสร็จภายในองค์กร เป็นไปตามกลไกของสภามหาวิทยาลัย ภายใต้กรอบพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยนั้นๆ ได้แก่ การกำหนดระเบียบข้อบังคับทั่วไปในการจัดองค์การกำหนดระเบียบข้อปฏิบัติ (การเงิน บัญชี การให้บริการสาธารณะ การจัดสวัสดิการ การจัดซื้อจัดจ้าง การควบคุมตรวจสอบคุณภาพ ประสิทธิภาพในองค์กร)

5) ใช้หลักการบริหารจัดการที่ดี (Good Governance) ในการบริหารงานภายในมหาวิทยาลัย เช่น การออกระเบียบ ข้อบังคับและแนวทางในการดำเนินงานทั่วไปของมหาวิทยาลัย

6) มีระบบตรวจสอบการทำงานที่โปร่งใส ทั้งจากหน่วยงานภายใน (ตามที่สภามหาวิทยาลัยวางระเบียบและกลไกในการตรวจสอบและติดตามผลการดำเนินงานของมหาวิทยาลัย) และจากหน่วยงานภายนอก

จากเนื้อหาที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐเป็นการบริหารจัดการรูปแบบใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านโครงสร้างและการบริหารจัดการภายในเพื่อความอิสระ คล่องตัว สามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรมมีความโปร่งใสในการบริหารงานเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและเป็นระบบที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐสามารถสรุปนิยามความหมายการบริหารจัดการและการให้บริการ การเมือง การมีส่วนร่วมของชุมชน การบริหารบุคคลและทรัพยากร ผลกระทบด้านบวกและลบหลังการแปรรูปตามตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

หัวข้อ	องค์ประกอบ	Kamal R et al., 2000	เจเด็จ ธรรมธัชอารี, 2544	ปรีดา ทัดนประเดิษฐ์ และคณะ, 2544	ศุภดี คันทา, 2544	ภาณุมาศ ไกรสัย, 2545	Lydia Savage, 2004	M. Ramesh, 2008	Juhwan Oh et a., 2011	Oliver Tiemann, 2012	กิตติพงษ์ เกียรติวัชร, 2559	Ramamonjirivelo et al., 2018	นฤพนธ์ ดั่งวิเศษ, 2561
นิยาม	โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Autonomous Hospital)	✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓		✓
	โรงพยาบาลอิสระภายใต้การกำกับของภาครัฐ (Hospital Authority)												
	แปรรูปโรงพยาบาลของรัฐ (The Privatization of Public Hospitals)	✓					✓		✓	✓		✓	
การบริหาร จัดการ/ การให้บริการ	ความรับผิดชอบต่อประชาชนในการให้บริการ		✓										
	ความคล่องตัวในการบริหารจัดการและความเป็นอิสระในการตัดสินใจของผู้บริหาร										✓		✓
การเมือง	การตอบสนองนโยบายการเมือง		✓								✓		
การมีส่วนร่วม ของชุมชน	การนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาลในรูปของ คณะกรรมการ		✓										
การบริหาร ทรัพยากร	การจัดสรรทรัพยากรที่ขาดแคลนอย่างมีประสิทธิภาพ		✓		✓					✓			

ตารางที่ 2.2

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ (ต่อ)

หัวข้อ	องค์ประกอบ	Kamal R et al., 2000	เจด็จ ธรรมธัชชอริ, 2544	ปรีดา พัฒนประเดษฐ์ และคณะ, 2544	ศุภดี คันทธา, 2544	ภาณุมาศ ไกรสัย, 2545	Lydia Savage, 2004	M. Ramesh, 2008	Juhwan Oh et a., 2011	Oliver Tiemann, 2012	กิตติพงษ์ เกียรติวัชร, 2559	Ramamonjarivelo et al., 2018	นฤพนธ์ ดั่งวิเศษ, 2561
การบริหาร บุคคล	การลดอัตราส่วนพนักงานในทุกประเภท				√					√			
	การลดความซ้ำซ้อนในการบริหาร		√		√								
	การกระจายทรัพยากรบุคคล		√		√								
ค่าตอบแทน	การจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นตามผลการปฏิบัติงาน	√	√									√	
	ความไม่แน่นอนของการจ้างงานการแข่งค่าหรือลดค่าจ้าง								√				
ผลกระทบด้าน บวกหลังการ แปรรูป	สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ผลผลิตเพิ่มขึ้น												
	ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานที่เพิ่มขึ้น	√			√				√	√		√	√
	การดูแลสุขภาพของประชาชนที่มีคุณภาพและการปฏิบัติที่ดีด้านแรงงาน						√						
ผลกระทบด้าน ลบหลังการ แปรรูป	ทำให้ภาระงานของผู้ทำงานในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเกิดผลเสียต่อ								√				
	ประสิทธิภาพการทำงาน												
	ภารกิจการกุศลเพื่อรับใช้คนด้อยโอกาสลดลง	√											

จากตารางที่ 2.2 สรุปได้ว่านักวิชาการส่วนใหญ่ใช้คำว่าโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Autonomous Hospital) ในการสื่อถึงการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาลรัฐไปเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ มีการปรับการบริหารจัดการแบบระบบราชการไปเป็นการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัวและความเป็นอิสระรวมทั้งสามารถตัดสินใจในการบริหารจัดการเอง เน้นประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานที่เพิ่มขึ้นจัดบริการที่มีคุณภาพราคายุติธรรมได้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการมากขึ้น แต่ผลกระทบด้านลบหลังการแปรรูป คือ ทำให้ภาระงานในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเกิดผลเสียต่อประสิทธิภาพการทำงาน และภารกิจบริการสาธารณะเพื่อรับใช้ผู้ด้อยโอกาส ลดลง

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐที่เป็นโรงเรียนแพทย์ที่ดำเนินการภายใต้โครงสร้างของมหาวิทยาลัยที่ออกนอกกรอบในช่วงเวลาใกล้เคียงกันคือ มหาวิทยาลัยมหิดลออกนอกกรอบวันที่ 16 ตุลาคม 2550 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยออกนอกกรอบวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551 และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ออกนอกกรอบวันที่ 6 มีนาคม 2551 (ตารางที่ 2.3)

ตารางที่ 2.3

การปรับตัวของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

โรงเรียนแพทย์/ ออกนอกกระบวน	หน่วยบริการทาง การแพทย์	การปรับตัว	รูปแบบการดำเนินงาน	วัตถุประสงค์	การเบิกจ่ายค่า รักษา
1. มหาวิทยาลัยมหิดล (16 ต.ค.2550)	โรงพยาบาลศิริราช	โรงพยาบาลศิริราช ปียมหาราชการณย์	โรงพยาบาลของรัฐแห่งแรกที่มีรูปแบบ การบริหารและบริการแบบเอกชน โดย ยึดหลัก “คืนรายได้จากการดำเนินงาน กลับสู่คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไป ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ และพัฒนาสู่ระดับสากล	1. เพื่อเฉลิมพระเกียรติรัชการที่5 2. เพื่อเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ 3. สามารถดำเนินการเลี้ยงตัวเองได้อย่างยั่งยืน 4. นำรายได้จากการดำเนินงานกลับคืน โรงพยาบาลศิริราช 5. เพื่อเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลรัฐ 6. เพื่อเพิ่มแรงจูงใจและรักษาบุคลากรไว้ในระบบ	เบิกได้แต่ต้อง สำรองจ่ายก่อน
	โรงพยาบาล รามาธิบดี	อาคารสมเด็จพระ เทพรัตน	รูปแบบบริหารจัดการอย่างมี ประสิทธิภาพ สามารถสร้างรายได้เพื่อ พัฒนาตนเองและสนับสนุนพันธกิจอื่น	เพื่อเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในวโรกาสที่สมเด็จพระ เทพรัตนราชสุดาฯ เจริญพระชนมายุ ครบ 3 รอบ	เบิกได้ตาม สวัสดิการของรัฐ
		สถาบันการแพทย์ จักรีนฤดินทร์	รูปแบบของโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาล และสถานที่วิจัย	1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข 2. เพื่อเป็นการขยายมหาวิทยาลัย	เบิกได้ตาม สวัสดิการของรัฐ
2. จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย (6 ก.พ. 2551)	โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ - สภากาชาดไทย	อาคาร “ภูมิสิริมัง คลานุสรณ์”	รูปแบบของโรงพยาบาลระดับคลินิกพ ริเมียมในราคาที่คนไทยทุกคนชั้นพึง จ่ายได้	1. เพื่อเฉลิมพระเกียรติ รัชกาลที่ 9 2. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Excellence Center) ที่มีความเปรียบพร้อมด้วยบริการทาง การแพทย์ตามมาตรฐานสากลที่ทันสมัย และ ครบวงจรแบบเบ็ดเสร็จ (One-Stop Service)	เบิกได้ตาม สวัสดิการของรัฐ
3. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (6 มี.ค. 2551)	โรงพยาบาล มหาราชนคร เชียงใหม่ (สวนดอก)	ศูนย์ศรีพัฒน์	รูปแบบการบริหารงานแบบคล่องตัว บริหารจัดการการเงินด้วยศักยภาพของ องค์การโดยไม่ใช้งบประมาณแผ่นดิน	เพื่อเป็นต้นแบบของโรงพยาบาลรัฐในการบริหาร จัดการองค์การแบบคล่องตัวโดยไม่ของบจาก ภาครัฐ	เบิกได้แต่ต้อง สำรองจ่ายก่อน

2.1.6 โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์

ก่อนจะอธิบายโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ผู้ศึกษาจะกล่าวถึงรากฐานของแนวคิดในการก่อตั้งเริ่มต้นจากโรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในประเทศไทยในประเด็น 1) ความเป็นมาของโรงพยาบาล 2) โครงสร้างการบริหารองค์กร 3) การบริหารจัดการองค์กร 4) สิ่งอำนวยความสะดวก และ 5) ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

2.1.6.1 ความเป็นมาของโรงพยาบาล

ภายใต้พระราชปณิธานของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนกที่ว่า

“True success is not in the learning, but in its application to the benefit of mankind. I do not want you to be only a doctor but I also want you to be a man.”

“ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ลาภ ทรัพย์ และเกียรติยศจะตกมาแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งวิชาชีพไว้ให้บริสุทธิ์”

จากพระราชปณิธานของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนกที่ให้ไว้กับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อยึดเป็นแนวทางหลักปฏิบัติในการดำเนินชีวิตของโรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในประเทศไทย เปิดดำเนินการในวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2431 ตามพระราชดำริในพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว โดยใช้ที่ดินส่วนหนึ่งของวังหลัง มาเป็นที่สร้างโรงพยาบาล ชาวบ้านจึงนิยมเรียกว่า “โรงพยาบาลวังหลัง” ในระหว่างการสร้างโรงพยาบาลนั้น สมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอเจ้าฟ้าศิริราชสุขุมพันธุ์ได้สิ้นพระชนม์ลง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้เรือโรงเรียนและเครื่องใช้ต่างๆ ในงานพระเมรุนำไปสร้างโรงพยาบาลและพระราชทานนามโรงพยาบาลว่า โรงพยาบาลศิริราชพยาบาล ดังความตอนหนึ่งของพระราชหัตถเลขา ดังนี้

“ภายหลังเกิดวิบัติเคราะห์ร้ายลูกซึ่งเป็นที่ยรักตาย เป็นที่สลดใจ ด้วยการรักษาไข้เจ็บ เห็นว่าแต่ลูกเราพิทักษ์รักษาเพียงนี้ ยังได้ความทุกข์เวทนาแสนสาหัส ลูกราษฎรที่อนาถาทั้งปวงจะได้ความลำบากทุกข์เวทนาประการใด ยิ่งทำให้มีความปรารถนาที่จะให้มีโรงพยาบาล”

จึงเป็นการเริ่มต้นของยุคโรงพยาบาลศิริราชพยาบาลในปี พ.ศ. 2432 ยุคโรงเรียนแพทยากรเริ่มมีการจัดสอนวิชาแพทย์อย่างฝรั่ง (แผนปัจจุบัน) ณ โรงพยาบาลศิริราชพยาบาล และในปี พ.ศ. 2440 สมเด็จพระนางเจ้าเสาวภาผ่องศรีพระบรมราชินีได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สร้างเป็นโรงเรียนราชแพทยาลัยในวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2443 และได้มีการปรับปรุง

การศึกษาแพทย์ด้วยความร่วมมือกับมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ และต่อมาในยุคโรงเรียนราชแพทยาลัยปี พ.ศ. 2464 ได้มีการเปลี่ยนชื่อจากคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นคณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล สังกัดมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2477 ยุคมหาวิทยาลัย แพทยศาสตร์ซึ่งเป็นช่วงที่มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้รับการสถาปนาขึ้น โดยแยก คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ จากจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย มาตั้งเป็นมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในช่วงนี้ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้จัดตั้งและโอนคณะต่างๆ มากมาย ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์เชียงใหม่ จนกระทั่งถึงยุคมหาวิทยาลัยมหิดลในปี พ.ศ. 2512 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ปรับปรุง มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ให้เป็นมหาวิทยาลัยที่สมบูรณ์ โดยจัดตั้งเป็นมหาวิทยาลัยขึ้นใหม่ เรียกว่า “มหาวิทยาลัยมหิดล” ดังโครงสร้างของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (ภาพที่ 2.2)

โครงสร้างของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2565.



โรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมืองและสังคมประสบปัญหาการขาดทุนมาเป็นเวลานาน ซึ่งมีสาเหตุจากหลายปัจจัย ซึ่งประเด็นหลัก คือ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลกระทบต่อการเงินการคลังของโรงพยาบาล เพราะรัฐบาลมีงบประมาณจำกัดในส่วนของการรักษาพยาบาล แต่โรงพยาบาลกลับต้องให้การรักษาอย่างเต็มที่และดีที่สุดกับผู้ป่วย ในขณะที่โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเหมือนกันทั่วโลก อายุขัยเฉลี่ยของของคนไทยเพิ่มจากอายุ 60 ปี เพิ่มเป็น 73 ปี หมายถึง โรคแทรกซ้อนที่จะเพิ่มขึ้น การใช้ยาเพิ่มขึ้น ขณะที่งบประมาณจำกัด เพื่อคงไว้ซึ่งอุดมการณ์ที่มุ่งเน้นการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและยากไร้ ให้เข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมจึงต้องมีการปรับตัวในการอยู่รอด ประกอบกับการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับประชาชนในปี พ.ศ. 2540 มีการปฏิรูประบบราชการ และการปฏิรูประบบสุขภาพ อีกทั้งพบว่าในปี พ.ศ. 2550 พระราชกำหนดมหาวิทยาลัยมหิดลออกนอกระบบ ส่งผลให้โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดลเปลี่ยนสภาพไปเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดลและมีมติจากคณะรัฐมนตรีให้จัดตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ถือเป็นต้นแบบโรงพยาบาลรัฐ ที่มีการบริหารและการให้บริการแบบโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นโรงพยาบาลของรัฐสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งอยู่ที่ เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร คณะรัฐมนตรีมีมติให้ใช้พื้นที่ของการรถไฟแห่งประเทศไทยวันที่ 11 มกราคม 2553 และพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าให้สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีเสด็จพระราชดำเนินแทนพระองค์ทรงประกอบพิธีวางศิลาฤกษ์อาคารโครงการพัฒนาศิริราชสู่สถาบันการแพทย์ชั้นเลิศ ในเอเชียอาคเนย์และพระราชทานนามว่า อาคารปิยมหาราชการุณย์ และในวันที่ 6 กรกฎาคม 2553 ได้จัดตั้งเป็น “โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ”

วิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ คือ เป็นโรงพยาบาลที่มีคนศรัทธามากที่สุดในประเทศ ส่วนพันธกิจ เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศ เพื่อนำประโยชน์กลับคืนสู่ศิริราชและสังคม ร่วมกับค่านิยมขององค์การ (Core Values of SiPH) ที่เป็นเหมือนกรอบความคิดหลัก ดังนี้ S = ความรวดเร็วในการให้บริการ (Sense of Speed) i = ความซื่อสัตย์ (Integrity) P = ความเป็นมืออาชีพ (Professional) H = การบริการอบอุ่นแบบครอบครัว (Homey Hospitality)

อาจกล่าวได้ว่า โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศิริราช โดยมีรูปแบบการบริหารโรงพยาบาลที่แตกต่างจากโรงพยาบาลศิริราช และมีแนวคิดที่สำคัญคือการเป็น

ผู้รับและผู้ให้ ซึ่งหมายถึง ผู้ที่เข้ารับการรักษาก็ได้รับบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศ และมีมาตรฐานในระดับสากล นอกจากนี้ยังเป็นผู้ให้โดยรายได้หลังหักค่าใช้จ่าย จะนำส่งคืนให้กับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเพื่อสนับสนุนพันธกิจต่างๆ ของคณะ เช่น ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ขาดแคลนทุนทรัพย์

ตารางที่ 2.4

ลำดับเหตุการณ์สำคัญของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์

พ.ศ.	เหตุการณ์
2431	โรงพยาบาลศิริราชเปิดดำเนินการในวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2431
2432	ยุครโรงเรียนแพทยากรเริ่มมีการจัดสอนวิชาแพทย์อย่างฝรั่ง (แผนปัจจุบัน)
2433	ตั้งคณะแพทย์
2512	ยุคมหาวิทยาลัยมหิดล
2546	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้รับความเห็นชอบตามมติคณะรัฐมนตรี ใช้สิทธิเหนือพื้นดินของการรถไฟแห่งประเทศไทยเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2546
2549	เปิดศูนย์หัวใจ (The Heart by Siriraj)
2551	พิธีวางศิลาฤกษ์อาคารโครงการพัฒนาศิริราชสู่สถาบันการแพทย์ชั้นเลิศในเอเชียอาคเนย์ บริเวณสถานีรถไฟธนบุรี (เดิม) เขตบางกอกน้อย เมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2551
2552	ได้รับพระราชทานนามพื้นที่โครงการว่าสยามินทร์ราชและพระราชทานนามอาคารโรงพยาบาลว่าอาคารปิยมหาราชการุณย์
2553	ก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์
2555	โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เปิดดำเนินการในวันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2555
2556	โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ได้รับมาตรฐาน JCI
2557	โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ได้รับ CCPC CKR Certification
2558-2559	โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ได้รับ ISO: IT, ISO: laboratory
2560	โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ได้รับ 1st JCI Re-accreditation
2561	- โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ได้รับ CCPC CKR Re-Certification - โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ได้รับ ISO: IT Management System, ISO: laboratory safety
2562-2563	โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ได้รับ 2nd JCI Re-accreditation

2.1.6.2 โครงสร้างการบริหารองค์กร

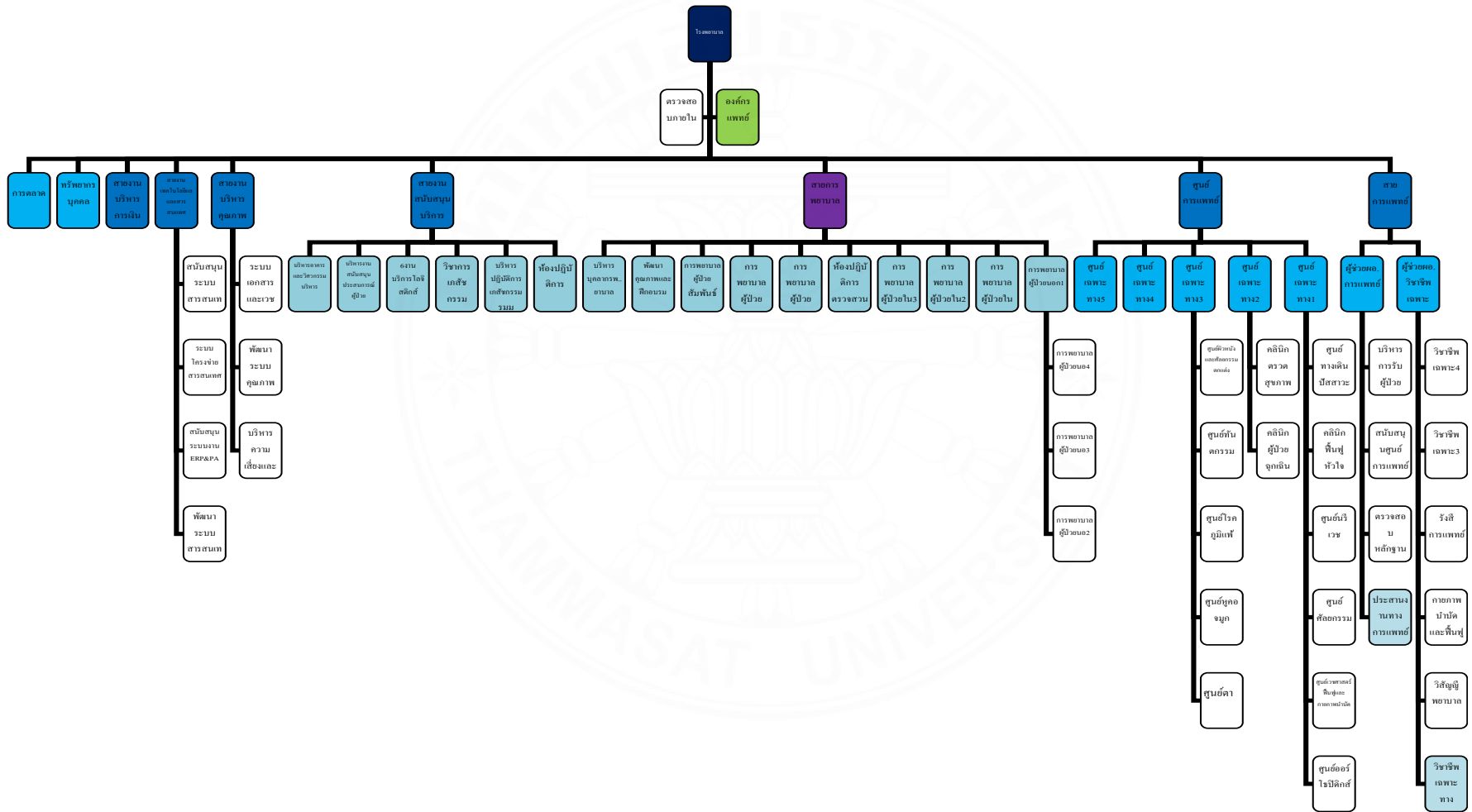
การบริหารองค์กรของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ประกอบด้วย
ผู้บริหาร 8 ตำแหน่ง คือ

- 1) คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- 3) รองผู้อำนวยการ สายงานบริหารการเงิน
- 4) รองผู้อำนวยการ ศูนย์การแพทย์และสายการแพทย์
- 5) รองผู้อำนวยการ สายงานเทคโนโลยีสารสนเทศ
- 6) รองผู้อำนวยการ สายงานบริหารคุณภาพ
- 7) รองผู้อำนวยการ สายงานสนับสนุนบริการ
- 8) หัวหน้าพยาบาล สายการพยาบาล

จากเนื้อหาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าโครงสร้างการบริหารองค์กรโรงพยาบาล
ศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ แม้จะมีการบริหารจัดการแยกส่วนออกจากโรงพยาบาลศิริราช โดยใช้
รูปแบบการบริหารจัดการแบบเอกชนแต่ก็ยังอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณบดี คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล (ภาพที่ 2.3)

ภาพที่ 2.3

โครงสร้างการบริหารองค์กรโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ พ.ศ. 2563.



2.1.6.3 การบริหารจัดการองค์การ

การบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH Model) ถือเป็นต้นแบบโรงพยาบาลรัฐ ที่การบริหารและการให้บริการแบบโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งการนำแนวคิดรูปแบบการบริหารจัดการจากระบบบริการของเครื่องบิน ที่แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) การรักษาทั่วไป (Siriraj hospital-regular service) 2) คลินิกพิเศษ (After-office-hour clinic) 3) หน่วยงานบริการระบบพิเศษ (SirirajPiyamaharajkarun) ซึ่งรูปแบบเหล่านี้จะเหมือนกับเครื่องบินที่มีระยะเวลาในการบินที่มีจำนวนชั่วโมงในการขึ้นลงเท่ากัน ดังนั้น มาตรฐานการแพทย์ที่ให้ จะเท่าเทียมกันด้วยการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาลอยู่ภายใต้การกำกับดูแล ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลที่กำกับดูแลทั้งโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ แต่แตกต่างกันที่ความสะดวกสบายที่โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ให้บริการด้วยความสะดวกรวดเร็วกว่าภายใต้แนวคิด “ผู้รับ และ ผู้ให้” ในเวลาเดียวกัน ซึ่งอธิบายได้ว่า

ผู้รับ คือ การได้รับบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศด้วยคุณภาพศิริราช มาตรฐานระดับสากลโดยทีมแพทย์ศิริราช พยาบาลและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง พร้อมเทคโนโลยี ทันสมัยปลอดภัยมีประสิทธิภาพสูง

ผู้ให้ คือ การนำรายได้ส่วนหนึ่งจากการรักษาจะคืนกลับสู่คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลเพื่อนำไปช่วยเหลือผู้ป่วยที่ด้อยโอกาสโรงพยาบาลศิริราชและกิจการต่างๆ ของ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อยกระดับมาตรฐานการแพทย์ไทยสู่ระดับเอเชีย

นอกจากนี้โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ยังมีบริษัทคู่สัญญา ซึ่งเป็นบริษัทที่ได้มีการทำสัญญาร่วมกับโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เพื่อรับบริการ มีสิทธิประโยชน์สำหรับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของแต่ละบริษัทนั้นๆ ได้แก่ การไฟฟ้านครหลวง ธนาคารแห่งประเทศไทย ธนาคารไทยพาณิชย์ บริษัทสตาร์บัคส์ คอฟฟี่ (ประเทศไทย) จำกัด สิงคโปร์แอร์ไลน์ บริษัท ปตท. จำกัด สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส บริษัทปูนซิเมนต์ไทย จำกัด (มหาชน) และบริษัทในเครือ เป็นต้น อีกทั้งยังมีบริษัทคู่สัญญาประกันชีวิต ได้แก่ บริษัทไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) บริษัททิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) บริษัทเทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) บริษัทเอไอเอ จำกัด เป็นต้น ในส่วนของกิจกรรมเพื่อสังคม ได้แก่ โครงการอาสาสมัครใจเพื่อบริจาคโลหิต โครงการ SiPH walk for the People โครงการจิตอาสาทำดีเพื่อสังคม โครงการออมเพื่อให้ตามรอยพ่อ โครงการทุกการรักษาคืนกลับศิริราช (Proud to Pay) จิตอาสาบริจาคสิ่งของให้ชุมชนช่วงโควิด (Proud to share) และโครงการไม่รับถุง ยาเปลี่ยนเป็นหน้ากากให้น้องๆ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ยึดมั่นในมาตรฐานการรักษาที่เน้นคุณธรรม จริยธรรมและความถูกต้องในการรักษาผู้ป่วยเป็นสำคัญพร้อมทั้งคำนึงถึงความคุ้มค่าของผู้รับบริการ ขณะเดียวกันยังดำรงไว้ซึ่งแนวคิดในการเป็นผู้รับบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศและผู้นำประโยชน์คืนกลับศิริราชและสังคมส่วนรวมอย่างแท้จริง (www.SiPHhospital.com)

2.1.6.4 สิ่งอำนวยความสะดวก

ภายในโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ มีห้องพักผู้ป่วยให้บริการเลือกโดยแบ่งได้ 5 ประเภท คือ 1) ห้องขนาดมาตรฐาน (Deluxe Room) ขนาด 33 ตารางเมตร เน้นการใช้งานที่คล่องตัว ภายในประกอบด้วยห้องผู้ป่วย มุมรับรองแขก มุมห้องรับประทานอาหารอยู่ในห้องเดียวกัน พร้อมห้องน้ำ 1 ห้อง 2) ห้องพิเศษขนาดใหญ่ (Executive Room) ขนาดพื้นที่ 120 ตารางเมตร ตกแต่งสวยงามมีทิวทัศน์ริมแม่น้ำ มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครันภายในห้องประกอบด้วยห้องผู้ป่วย 1 ห้อง พื้นที่ห้องรับแขกรับประทานอาหาร 1 ห้อง ห้องพักผ่อน 1 ห้องพร้อมห้องน้ำ 1 ห้อง 3) ห้องพักขนาดใหญ่พิเศษ (Premier Suite) ขนาด 138.38 ตารางเมตร มีทิวทัศน์ริมแม่น้ำ มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน เพิ่มความสะดวกสบายด้วยพื้นที่ห้องรับแขกรับประทานอาหาร 1 ห้อง ห้องพักผ่อน 1 ห้องพร้อมห้องน้ำ 2 ห้อง 4) ห้องพักขนาดใหญ่พิเศษ (Royal Suite) พื้นที่กว้างถึง 255 ตารางเมตร ห้องพักออกแบบสำหรับผู้ป่วยเด็กโดยเฉพาะ ขนาด 33 ตารางเมตร อุปกรณ์ทุกชิ้นได้รับการห่อหุ้มพิเศษเพื่อความปลอดภัยสำหรับเด็ก ภายในประกอบด้วยห้องผู้ป่วย มุมรับรองแขก มุมห้องรับประทานอาหาร พร้อมห้องน้ำ 1 ห้อง

นอกจากนี้ยังมีสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้มารับบริการมากมาย ได้แก่ 1) ร้านอาหารและเครื่องดื่ม เช่น Auntie Anne's, Squeeze, Coffee 'D'Oro, Black Canyon Coffee Food World, MK Restaurant, Yayoi Restaurant, Hakata Ramen, Starbucks Coffee, Puff & Pie, Mezzo Coffee, Baskin-Robbins และ Cafe Amazon เป็นต้น 2) ร้านค้า เช่น Golden Place U-Store, HealthyMax, Vora Visions Mom & Me 3) ธนาคาร และ 4) อื่นๆ เช่น คลินิกอายุรเวชแพทย์แผนไทยประยุกต์ สวนสมุนไพรเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา และพิพิธภัณฑ์ศิริราช ร้านอาหารและเครื่องดื่มที่กล่าวมาข้างต้นบริจาคกำไรทั้งหมดให้กับศิริราชเพื่อนำไปใช้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้

2.1.6.5 ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

ช่วงเวลาปี พ.ศ. 2553-2563 โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เปิดให้บริการมีข้อมูลผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2563 มีผู้ป่วยนอก (OPD) ทั้งหมด 3,506,347 คน จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยใน (IPD) ทั้งหมด 111,803 คน รายได้ส่วนหนึ่งที่เข้าโรงพยาบาลแห่งนี้ จะส่งกลับคืนสู่ “คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล” เพื่อนำไปใช้ดำเนินการ

“โรงพยาบาลศิริราช” และช่วยเหลือผู้ป่วยที่ด้อยโอกาส ตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ได้ส่งมอบเงินคืน “คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล” เป็นจำนวนเงิน 3,035 ล้านบาท เพื่อใช้ในกิจการของคณะแพทย์ และช่วยเหลือผู้ป่วยด้อยโอกาส ([www. SiPH hospital.com](http://www.SiPHhospital.com))

ตารางที่ 2.5

ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ปี พ.ศ. 2555-2563

ปี พ.ศ.	ผู้ป่วยนอก (คน)	ผู้ป่วยใน (คน)	จำนวนเตียงเปิด ให้บริการ (เตียง)	รายได้ (ล้านบาท)	คืนให้ศิริราช (ล้านบาท)
2555	29,527	1,232	64	-	-
2556	148,141	5,445	104	-	50
2557	234,299	7,868	150	-	125
2558	323, 256	11,719	211	-	200
2559	462,425	13,981	265	3,314.26	250
2560	476,545	15,178	270	3,791.74	250
2561 *โครงการออม เพื่อให้ตามรอย พ่อ	555,998	17,248	284	4,698.18	450 +111
2562 *โครงการออม เพื่อให้ตามรอยพ่อ	633,937	19,764	289	5,423.69	735 +130
2563	642,219	19,368	333	5,777.9	734
Total	3,506,347	111,803	333	23,005.7	3,035

อาจกล่าวได้ว่า ภายใต้หลักคิดของเสรีนิยมใหม่การให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและเน้นเรื่องการแปรรูปรัฐวิสาหกิจ โดยการแปรรูปรัฐวิสาหกิจให้เป็นองค์กรเอกชน นำรูปแบบการบริหารจัดการแบบเอกชนมาปรับใช้เพื่อหารายได้ ส่งผลให้เกิดความอยู่รอดของโรงพยาบาลรัฐ แสดงให้เห็นว่าในแง่ของการบริหารจัดการจึงต้องมี 2 แนวทางเพื่อความสมดุล แนวทางที่ 1 หากอธิบายตามปรัชญาแนวคิดเสรีนิยมใหม่การบริหารจัดการแบบเอกชนที่เน้นการทำการกำไร ให้บริการที่สะดวกรวดเร็ว มีสถานที่ให้บริการที่หรูหรามีระดับเป็นการสร้างรายได้ให้กับองค์กรทำให้เกิดการพัฒนาบริการทางด้านสุขภาพที่ได้เป็นเลิศและมีมาตรฐานสากล ตัวอย่างเช่น การให้บริการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ที่เน้นตอบสนองความต้องการ

ของผู้รับบริการที่ต้องการความสะดวกสบาย รวดเร็ว มีสถานที่ให้บริการที่สะอาดได้มาตรฐานระดับสากล (JCI) มีระบบการจ่ายยาที่ใช้เทคโนโลยีล้ำสมัยเพื่อความถูกต้อง

ในทางกลับกัน หากอธิบายตามแนวคิดสังคมประชาธิปไตย (Social Democracy) ที่สนับสนุนรัฐสวัสดิการมุ่งเน้นลดความเหลื่อมล้ำ จากการแปรรูป (Privatization) การบริหารจัดการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปให้มีบริการที่ดี รวดเร็วแต่ต้องแลกมาด้วยราคาที่คิดเป็นมูลค่าตามแนวคิดของเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) นำไปสู่ความเหลื่อมล้ำทางสังคมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เนื่องจากคนที่ไม่สามารถจ่ายได้ไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ได้ถึงแม้จะมีสิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคมก็ตามทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในสังคม

2.2 แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

ในหัวข้อนี้จะกล่าวถึง แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) แนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ และแนวคิดการบริหารจัดการสาธารณะ (NPG) แนวคิดการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลเป็นสินค้า (Commodification) และแนวคิดการลดฐานะความเป็นสินค้าของชีวิตมนุษย์ (Decommodification) แนวคิดการลงทุนทางสังคม (Social Investment) แนวคิดการเปลี่ยนผ่าน และแนวคิดสังคมประชาธิปไตย (Social Democracy)

2.2.1 แนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism)

กระแสแนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) คือ การมองในเชิงเศรษฐกิจ ไม่ว่าจะเป็นการอธิบายการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และมิติชีวิตความเป็นอยู่ เป็นการอธิบายระบบเศรษฐกิจเชื่อมกับการดำเนินชีวิตของมนุษย์แทบทุกด้าน (Brown, 2015) ทำให้ทุกสิ่งอย่างมีมูลค่าที่วัดได้ด้วยเงินและมองในเชิงความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจนั้น จะทำให้มนุษย์มีความเป็นอยู่ที่ดี Well Being (Harvey, 2005) เป็นแนวคิดที่อยู่ในกลุ่มของทฤษฎีการพัฒนากระแสหลัก รากฐานของปรัชญาและความคิดของฝ่ายขวา คือ ความเชื่อแบบเสรีนิยมและอนุรักษนิยม ความเชื่อแบบเสรีนิยมให้ความสำคัญกับเสรีภาพของบุคคลโดยปราศจากการแทรกแซงของรัฐ ความเชื่อนี้เชื่อมโยงไปสู่การเชื่อในกลไกตลาดและลัทธิทุนนิยม ส่วนรากฐานของปรัชญาอนุรักษนิยมเป็นที่มาของการให้ความสำคัญกับหลักการทางศาสนา และจารีตประเพณี โดยสิ่งเหล่านี้นำมาซึ่งระเบียบและคุณลักษณะเฉพาะของสังคม เพื่อเสถียรภาพของสังคมการจัดช่วงชั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นคนในช่วงชั้นล่างต้องให้ความเคารพต่อกลุ่มผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ใช้อำนาจ (สุรพล ปธานวนิช, 2547)

ความเชื่อดังกล่าวนำไปสู่การเชื่อมั่นในกลไกตลาดและระบอบทุนนิยม รวมทั้งปราศจากการแทรกแซงจากรัฐในเรื่องสวัสดิการสังคมซึ่งควรเป็นหน้าที่ของระบบการตลาด โดยมีคุณลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ 1. ความสัมพันธ์เชิงตลาด (การเปิดเสรีทางเศรษฐกิจ เช่น การถ่ายโอนการผลิตจากภาครัฐบาลไปสู่ภาคเอกชน (Privatization) 2. บทบาทของรัฐในรูปแบบใหม่ วินัยการคลัง (Fiscal Discipline) เป็นการลดรายจ่ายภาครัฐ เพื่อเพิ่มบทบาทของภาคเอกชน การลดการควบคุมและลดการกำกับ (Deregulation) 3. ความรับผิดชอบของปัจเจก (Property rights) (Williamson, 1989)

2.2.2.1 ประวัติศาสตร์ความเป็นมาของเสรีนิยมใหม่

หากกล่าวถึงประวัติศาสตร์ความเป็นมาของเสรีนิยมใหม่ (Neoliberal) จากการสืบหาฐานคิดของแนวคิดเสรีนิยมใหม่ พบว่า เสรีนิยมใหม่เกิดขึ้นในประเทศออสเตรเลียในปี ค.ศ. 1940 โดย Frederick August Von Hayek เป็นผู้นำเสนอแนวคิดดังกล่าวในยุคแรกๆ และปรากฏในหนังสือเรื่อง The Road to Serfdom ได้รับความนิยมอย่างมาก (Jones, 2012) เสรีนิยมใหม่มีการพัฒนามาจากแนวคิดเสรีนิยมคลาสสิก (Classical Liberal) ตั้งแต่ศตวรรษที่ 17 โดย John Locke เป็นนักปรัชญาที่กล่าวว่า “มนุษย์ทุกคนล้วนมีความต้องการเสรีภาพ หากไร้ซึ่งเสรีภาพมนุษย์และสังคมก็ไม่สามารถอยู่รอดได้” การขยายตัวของแนวคิดเสรีนิยมคลาสสิกได้พัฒนาขึ้นในศตวรรษที่ 19 โดยนักคิดของสำนักการรู้แจ้งทางปัญญาแห่งสกอตแลนด์ เช่น Adam Smith และนักเศรษฐศาสตร์การเมือง เช่น David Ricardo ที่ยึดมั่นในตลาดเสรีที่มีการแข่งขันอย่างสมบูรณ์และระบบเศรษฐกิจที่ปราศจากการแทรกแซงของรัฐ มีความเชื่อว่าแนวคิดเสรีนิยม คือแนวคิดที่เน้นสิทธิของปัจเจกชนและความเท่าเทียมกัน ซึ่งทุกคนมีเสรีภาพในการลงทุนและแสวงหากำไรจากธุรกิจ เป็นการลดอำนาจและบทบาทของรัฐในการเข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจการของเอกชนโดยรัฐมีหน้าที่ดูแลไม่ให้ละเมิดกฎหมายและเก็บภาษีเท่านั้น (Prechel Harms, 2007)

ในปี ค.ศ. 1929 ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำครั้งใหญ่ ที่เรียกว่า The Great Depression ส่งผลให้แนวคิดเสรีนิยมเสื่อมถอย (รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์, 2548) กลไกตลาดไม่สามารถปรับระบบเศรษฐกิจให้เข้าสู่ดุลยภาพได้ พร้อมกับการเกิดขึ้นของแนวคิดเคนส์เซียน (Keynesian) โดย John Maynard Keynes ที่มีแนวคิดสำคัญ คือ รัฐบาลต้องมีบทบาทในการรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจมีการจัดตั้งสถาบันที่ทำหน้าที่ควบคุมกิจกรรมทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศ เช่น ธนาคารโลก (The World Bank) องค์การการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary fund-IMF) รวมไปถึงข้อตกลงทั่วไปทางภาษีศุลกากรและการค้า (The General Agreement on Tariffs and Trade-GATT) ภายหลังได้กลายเป็นรากฐานขององค์การการค้าระหว่างประเทศ (World Trade Organization-WTO) การจัดตั้งสถาบันข้างต้นเป็นผลมาจากการประชุมเพื่อสร้างระเบียบทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศที่ เบรตตัน วูดส์ (Bretton Woods) และได้พัฒนาไปเป็นสถาบันเบรตตัน

วูดส์ (Bretton Woods Institutions) ที่ทำหน้าที่เผยแพร่แนวคิดเคนส์เซียนไปยังประเทศอื่น (Harvey, 2007)

ในช่วงทศวรรษ 1970 แนวคิดเคนส์เซียนได้มาถึงจุดสิ้นสุดของการเป็นแนวคิดกระแสหลักเป็นผลมาจากวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจที่มีสาเหตุจากการเพิ่มขึ้นของราคาน้ำมัน (Oil Shocks) ทั้งสองครั้ง เป็นผลทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจที่เรียกว่า ปัญหาฝืดเฟ้อ (Stagflation) และนำไปสู่การวางงาน ปัญหาเศรษฐกิจดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าแนวคิดเคนส์เซียนไม่สามารถแก้ปัญหาเศรษฐกิจได้ จึงนำไปสู่การกลับมาของแนวคิดเสรีนิยมในรูปแบบใหม่ ที่เรียกว่า อุดมการณ์เสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) ให้กลับมาเป็นแนวความคิดทางการเมืองและตั้งอยู่บนฐานความเชื่อว่า “การอยู่ดีมีสุขของมนุษย์ นั้นคือ เสรีภาพของปัจเจกบุคคลอีกครั้ง” (Harvey, 2007) จึงเป็นที่มาของอุดมการณ์เสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) ที่ได้รับการสนับสนุนจากนักคิดสองท่าน คือ Frederick August Von Hayek และ Milton Friedman ที่ให้ความสำคัญต่อเสรีภาพทางเศรษฐกิจของปัจเจกชนลัทธิเสรีนิยมสมัยใหม่ (Neoliberalism) ได้ลงรากปักหลักในสังคมเศรษฐกิจโลก เมื่อ Ronald Reagan เข้ารับตำแหน่งประธานาธิบดีของสหรัฐอเมริกา และการยึดครองอำนาจการบริหารของ Margaret Thatcher อุดมการณ์เสรีนิยมสมัยใหม่ก็แผ่อิทธิพลปกคลุมโลกนับแต่นั้นเป็นต้นมา

อิทธิพลจากแนวคิดของ Frederick August Von Hayek ในปี ค.ศ. 1980 ที่มีความเชื่อเรื่องเสรีภาพเป็นนโยบายที่เน้นการแข่งขันของตลาดและ Frederick August Von Hayek ยังได้รับการยอมรับในฐานะนักปรัชญาการเมืองที่มีงานเขียนสำคัญมากมายเกี่ยวกับ ปัจเจกชนนิยม เสรีภาพ และยังได้รับรางวัลโนเบลสาขาสันติภาพใน ค.ศ. 1974 ซึ่งอิทธิพลดังกล่าวนี้ทำให้เกิดแนวคิดเสรีนิยมใหม่ที่ใช้ในการปฏิรูปเศรษฐกิจและในปี ค.ศ. 1989 John Williamson เป็นอาจารย์มหาวิทยาลัยชาวอังกฤษที่อพยพเข้าไปในสหรัฐอเมริกาและมีความสนใจในเรื่องเศรษฐศาสตร์การเงินและเศรษฐศาสตร์ระหว่างประเทศ โดยมีความเชื่อเรื่องเสรีภาพในโลกตลาดเช่นเดียวกับ Frederick August Von Hayek (1944) ได้เสนอว่าการที่รัฐเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับระบบเศรษฐกิจ ทำให้เสรีภาพของประชาชนถูกจำกัด ดังนั้นรัฐควรมีหน้าที่ในการบัญญัติและบังคับใช้ระบบกฎหมายที่มีความเหมาะสมและเคารพในหลักการของเสรีภาพส่วนบุคคลเพื่อปกป้องระบบการแข่งขันและเปิดโอกาสให้ปัจเจกชนมีปฏิสัมพันธ์ในระบบเศรษฐกิจได้อย่างเสรี

ในเวลาต่อมา John Williamson เขียนบทความทางวิชาการเรื่องนโยบาย 10 ชุด สำหรับการปฏิรูประบบเศรษฐกิจในละตินอเมริกาที่มีเนื้อหา ประกอบไปด้วย วินัยทางการคลัง (Fiscal Discipline) การจัดลำดับความสำคัญของรายจ่ายรัฐบาล (Reordering Public Expenditure Priorities) การปฏิรูปภาษีอากร (Tax Reform) การเปิดเสรีอัตราดอกเบี้ย (Liberalizing Interest Rates) อัตราแลกเปลี่ยนแข่งขัน (A Competitive Exchange Rate) การเปิดเสรีด้านการค้า

ระหว่างประเทศ (Trade Liberalization) การลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศ การถ่ายโอนการผลิตจากภาครัฐบาลไปสู่ภาคเอกชน (Privatization) การลดการควบคุม ลดการกำกับสถาบันการเงิน (Deregulation) และกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สิน (Property Rights) ซึ่งเดิมฉันทามติวอชิงตัน (Washington Consensus) ไม่ได้เป็นนโยบายเป็นแนวคิด 10 ชุด ที่ใช้ในการพัฒนาเศรษฐกิจในละตินอเมริกาเท่านั้น กระทั่งต่อมาในปี ค.ศ. 2003 จึงได้รับการยอมรับจากสถาบันผลิตความคิด (Think Tanks) ในนครวอชิงตัน ดี.ซี. มีความเห็นร่วมกันว่าเป็นนโยบายที่เหมาะสมสำหรับการปฏิรูปเศรษฐกิจ ในวงการเศรษฐกิจและการเมืองของโลก

อาจกล่าวได้ว่า ฉันทามติวอชิงตันเป็นชุดนโยบายที่มีพื้นฐานจากลัทธิเสรีนิยมใหม่ โดยไม่เชื่อมั่นว่ากลไกราคาสามารถแก้ปัญหาพื้นฐานทางเศรษฐกิจ ได้ถือกำเนิดจากบทความ “What Washington Means by Policy Reform” โดย John Williamson ที่นำเสนอต่อที่ประชุมทางวิชาการเรื่องการปรับโครงสร้างเศรษฐกิจในละตินอเมริกาในปี ค.ศ. 1990 ต่อมาฉันทามติวอชิงตันถูกผลักดันให้เป็นนโยบายระดับโลกแทนที่แนวนโยบายแบบเคนส์ ซึ่งสิ้นสุดลงเนื่องจากเกิดภาวะการว่างงานและภาวะเงินเฟ้อ จะเห็นได้ว่าการจะดำเนินรูปแบบของเสรีนิยมใหม่จะต้องมีการจัดทำนโยบายออกมาขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจ ซึ่งใช้ในการปฏิรูปเศรษฐกิจนั้น ได้มีการปรับแนวคิดเดิมของ John Williamson มาใช้เป็นเครื่องมือหรือกลไกทางการเมือง โดยเริ่มต้นจากชุดนโยบายในภาคปฏิบัติของนโยบายเศรษฐกิจ 10 ชุด ซึ่งเกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1989 โดยนักเศรษฐศาสตร์ตลาดเสรีอย่าง John Williamson ที่นำเสนอ 10 ชุด ที่ใช้ในการปฏิรูประบบเศรษฐกิจในละตินอเมริกา และพัฒนามาเป็นฉันทามติวอชิงตัน ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ. 1990 มาตรฐานดังกล่าวได้พัฒนาไปเป็นกรอบการพัฒนาเศรษฐกิจที่เหมาะสมในระดับโลกและแปรสภาพไปเป็นนโยบายเศรษฐกิจโลก

เมื่อพิจารณาความเหมือนและความต่างระหว่างอุดมการณ์เสรีนิยมแบบเก่ากับอุดมการณ์เสรีนิยมใหม่จากช่วงเวลาของปรากฏการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า อุดมการณ์เสรีนิยมใหม่เป็นการนำแนวคิดระบบตลาดเสรีมาใช้อย่างสุดขีดและทำการปรับเปลี่ยนหลักการของอุดมการณ์เสรีนิยมแบบเก่า ในหลายด้านทำให้อุดมการณ์เสรีนิยมใหม่มีความแตกต่างจากอุดมการณ์เสรีนิยมแบบเก่าหลายประการ ในที่นี้จะขอยกมาอธิบายเฉพาะ 2 ประเด็นสำคัญ คือ ประเด็นแรกเป็นการมองสิ่งใดก็ตามในเชิงเศรษฐกิจของอุดมการณ์เสรีนิยมแบบเก่าจะมองเฉพาะเมื่ออยู่ในพื้นที่ทางเศรษฐกิจเท่านั้น แต่เมื่ออยู่ในพื้นที่ทางสังคม ครอบครัว การเมืองมนุษย์ก็จะมีตัวตนแบบอื่นที่แตกต่างกันออกไป

แต่ในขณะที่อุดมการณ์เสรีนิยมใหม่จะมองในเชิงเศรษฐกิจไม่ว่าจะเป็นการอธิบายการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และมิติชีวิตความเป็นอยู่เชื่อมโยงกับระบบเศรษฐกิจในทุกพื้นที่ และในทุกเวลา ประเด็นที่สอง อุดมการณ์เสรีนิยมแบบเก่าเชื่อในกลไกตลาดและการลดบทบาทใน

การกำกับควบคุมของภาครัฐ แต่ในขณะที่อุดมการณ์เสรีนิยมใหม่เชื่อว่าภาครัฐมีบทบาทหน้าที่ในการอำนวยความสะดวก ให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริมและสนับสนุนตลาดด้วยทุกวิถีทางเพื่อให้การแข่งขันเกิดขึ้นและดำเนินต่อไปได้ ซึ่งไม่ใช่การเข้าไปแทรกแซงตลาดและไม่ใช่การเข้าไปกำกับควบคุมกลไกตลาดโดยตรง เช่น การออกกฎหมาย นโยบายสนับสนุนการลงทุน การลดกฎเกณฑ์ที่ขวางกีดตลาดรวมทั้งการแปรรูปรัฐวิสาหกิจ (Brown, 2015)

การศึกษาประเด็นต่อไปคือการให้นิยามและความหมายของเสรีนิยมใหม่ และข้อถกเถียงที่หลากหลายของนักคิดที่ได้ให้ความหมายของเสรีนิยมใหม่เพื่อนำมาใช้สร้างกรอบแนวคิดของเสรีนิยมใหม่ในการศึกษาบทความชิ้นนี้

2.2.2.2 นิยามและความหมายของเสรีนิยมใหม่: ข้อถกเถียงที่หลากหลาย

จากการศึกษาพบว่า มีนักคิดได้ให้ความหมายของเสรีนิยมใหม่ที่หลากหลายทั้งในเชิงปรัชญา อุดมการณ์ แนวคิด ทฤษฎีและวาทกรรม โดยวาทกรรมจะกล่าวถึงความคิดที่ว่า การขยายตลาดและกลไกตลาดจะทำให้ความเป็นอยู่ของมนุษย์ดีขึ้น ทำให้เสรีนิยมใหม่ก้าวขึ้นสู่ความเป็นใหญ่ในฐานะวาทกรรมกระแสหลัก (รุ่งตะวัน อ่วมอินทร, 2558) ส่วนแนวคิดทฤษฎีจะมีลักษณะเป็นคำหรือกลุ่มคำที่เป็นนามธรรมมาจากข้อเสนอของนักปรัชญาการเมือง ที่มุ่งแสวงหากฎเกณฑ์พฤติกรรมทางการเมืองที่เน้นบทบาทและหน้าที่ของรัฐเพื่อสนับสนุนสิทธิเสรีภาพปัจเจกบุคคลและยังเป็นเหตุผลหรือแนวคิดทางเศรษฐกิจการเมืองที่สำคัญ (Venugopal, 2015; Springer, 2010)

ในขณะที่นักคิดส่วนใหญ่มองว่าเป็นอุดมการณ์ ที่มีผลต่อกระบวนการทางการเมืองไม่ใช่ทฤษฎีที่อธิบายถึงเหตุการณ์เชิงประจักษ์รวมทั้งยังเป็นอุดมการณ์ที่มีอิทธิพลต่อการสร้างโลกในยุคนี้ (Prechel & Harms, 2007; Thorsen & Lie, 2006) และในความหมายเชิงปรัชญาได้กล่าวถึง เสรีนิยมใหม่ว่า ปรัชญาในการดำรงอยู่และการดำเนินงานของตลาดที่มีความสัมพันธ์ในการผลิตสินค้าและบริการรวมทั้งการดำเนินงานของตลาดหรือโครงสร้างที่คล้ายคลึงกันในตลาดซึ่งทำหน้าที่เป็นแนวทางและความเชื่อของมนุษย์ และยังหมายถึง ปรัชญาการเมืองของกลุ่มเสรีนิยมใหม่ที่จะสร้างความแตกต่างให้กับยุโรปในปัจจุบัน (Martinez & Garcia, 2005; Biebricher, 2013)

จากการให้นิยามและความหมายเสรีนิยมใหม่ที่กล่าวมาข้างต้นผู้ศึกษาสรุปว่าแนวคิดเสรีนิยมใหม่ คือ แนวคิดการจัดการเศรษฐกิจเชื่อมกับการดำเนินชีวิตของมนุษย์แทบทุกด้าน ทำให้ทุกสิ่งอย่างมีมูลค่าที่วัดได้ด้วยเงินและมองในเชิงความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจนั้น จะทำให้มนุษย์มีความเป็นอยู่ที่ดี จึงนำไปสู่การวิเคราะห์หาค่าประกอบหลักของเสรีนิยมใหม่ที่ใช้ในการปฏิรูประบบเศรษฐกิจและการเมือง เพื่อให้เห็นถึงแนวคิดของนักวิชาการที่กล่าวถึงองค์ประกอบหลักด้านการเมืองและเศรษฐกิจของเสรีนิยมใหม่และเป็นการตอกย้ำให้เห็นว่าองค์ประกอบที่นักวิชาการได้อธิบายมานั้นมีความสัมพันธ์กับนโยบาย 10 ชุด ที่ใช้ในการปฏิรูประบบเศรษฐกิจและมีผลต่อ

การเปลี่ยนแปลงภาครัฐ ซึ่งได้ปรับมาใช้คำว่าฉันทามติวอชิงตันในปัจจุบัน เช่น ในด้านการเมือง กล่าวถึงการลดการกำกับของรัฐ การแปรรูปรัฐไปสู่อเอกชนส่วนในด้านเศรษฐกิจจะกล่าวถึงโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจ อัตราแลกเปลี่ยนการแข่งขัน การเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศ เป็นต้น

จากการประมวลของผู้ศึกษาพบว่า นักคิดและนักวิชาการได้ศึกษาถึงองค์ประกอบหลักด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับ การผลิต (Production) การกระจาย (Distribution) การเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศ (Trade Liberalization) การบริโภค (Consumption) สินค้าและบริการ (Service and Goods) โครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจ (Infrastructure) และอัตราแลกเปลี่ยนการแข่งขัน (Competitive Exchange) ในส่วนของประเด็นการเมืองของเสรีนิยมใหม่พบองค์ประกอบหลัก คือ ประชาธิปไตย (Democracy) ความเท่าเทียมกัน (Equality) เป็นส่วนใหญ่ อำนาจ (Authority/Power) เสรีภาพ (Freedom) ความยุติธรรม (Justice) การลดการกำกับของรัฐ (Deregulation) และการแปรรูปรัฐไปสู่อเอกชน (Privatization) ดังตารางที่ 2.6

ตารางที่ 2.6

องค์ประกอบหลักด้านการเมืองและด้านการเศรษฐกิจของเสรีนิยมใหม่

นักคิด/ นักวิชาการ	รายละเอียด	Hayek (1970)	Friedman (1980)	Harvey (2005)	Martinez & Garcia (2005)	Prechel (2007)	Bresser - Pereira (2009)	Springer (2010)	Venugopal (2015)	Hashimoto (2014)	Undurraga (2015)	Keynan (2016)
องค์ประกอบหลักด้านการเมือง	ประชาธิปไตย (Democracy)	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓
	ความเท่าเทียมกัน (Equality)	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓
	อำนาจ (Authority/Power)			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
	เสรีภาพ (Freedom)	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓		
	ยุติธรรม (Justice)	✓		✓			✓	✓				
	การลดการกำกับของรัฐ (Deregulation)		✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	การแปรรูปรัฐไปสู่อเอกชน (Privatization)		✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ตารางที่ 2.6

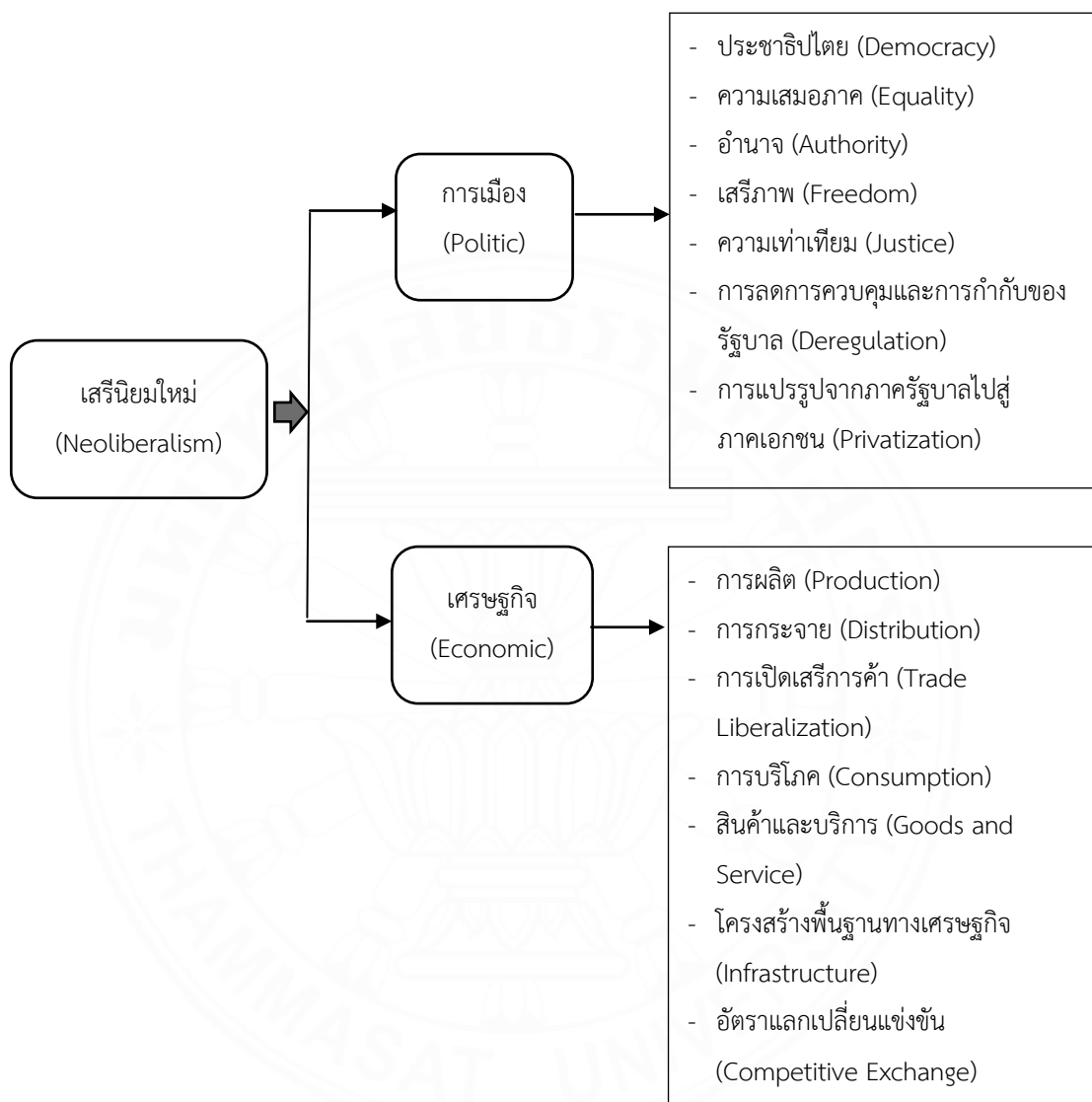
องค์ประกอบหลักด้านการเมืองและการเศรษฐกิจของเสรีนิยมใหม่ (ต่อ)

นักคิด/ นักวิชาการ	รายละเอียด	Hayek (1970)	Friedman (1980)	Harvey (2005)	Martinez & Garcia (2005)	Prechel (2007)	Bresser - Pereira (2009)	Springer (2010)	Venugopal (2015)	Hashimoto (2014)	Undurraga (2015)	Keynan (2016)
องค์ประกอบหลักด้านการเศรษฐกิจ	อัตราแลกเปลี่ยนการแข่งขัน (Competitive Exchange)	√				√			√			√
	การกระจาย (Distribution)					√			√	√	√	
	การเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศ (Trade Liberalization)			√				√	√			
	การผลิต (Production)				√	√		√	√	√		
	การบริโภค (Consumption)		√						√			
	สินค้าและบริการ (Service and Goods)				√	√				√		
	โครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจ (Infrastructure)					√			√			

จากเนื้อหาข้างต้นผู้ศึกษาอธิบายถึงนิยามและประวัติศาสตร์ความเป็นมาของแนวคิดเสรีนิยมใหม่ เพื่อนำมาสร้างกรอบแนวคิดของเสรีนิยมใหม่ ดังภาพที่ 2.4

ภาพที่ 2.4

กรอบแนวคิดองค์ประกอบเสรีนิยมใหม่ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงองค์การ



โดยภาพรวมจากการศึกษาความหมาย และองค์ประกอบของเสรีนิยมใหม่ พบว่า นักคิดและนักวิชาการส่วนใหญ่ให้ความหมายเสรีนิยมใหม่ว่าเป็นอุดมการณ์ทางเศรษฐกิจและการเมือง โดยมีความเชื่อที่มีแบบแผนเกี่ยวกับหลักการและคุณค่าทางการเมืองโดยมุ่งหมายกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ ทางการเมืองและการปกครอง เป็นการเห็นพ้องและยอมรับว่าสิ่งต่างๆ ที่อุดมการณ์เสรีนิยมใหม่กำหนดขึ้นมาเป็นสิ่งที่ถูกต้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ (Heywood, 2003) ถึงแม้อุดมการณ์เสรีนิยมใหม่จะเติบโตในประเทศที่เน้นเสรีภาพแบบประชาธิปไตยอย่างสหรัฐอเมริกา แต่ในประเทศที่เน้นการเมืองภายใต้ระบอบเผด็จการที่เน้นเรื่องอำนาจของภาครัฐ ได้ยอมรับและนำแนวคิดหรือนโยบายไปใช้เช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาของ วรศักดิ์ มัทธโนบล (2557) ที่ศึกษา

การพัฒนาเศรษฐกิจการเมืองของจีนในช่วงแรกตั้งอยู่บนฐานความคิดแบบลัทธิสังคมนิยมในยุคของเหมาเจ๋อตงเป็นผู้นำสูงสุด ในเวลาต่อมาเติ้งเสี่ยวผิงขึ้นเป็นผู้นำสูงสุดได้ชูนโยบายการปฏิรูปและเปิดประเทศที่ได้รับอิทธิพลจากอุดมการณ์เสรีนิยมใหม่ และมีคำที่สะท้อนแนวคิดเสรีนิยมใหม่ คือ “ไม่ว่าจะเป็นแมวดำหรือแมวเหลืองก็ตาม มันย่อมเป็นแมวดีเสมอตราบเท่าที่ยังจับหนูได้” หมายความว่าไม่ว่าจะเป็นแนวคิดหรือลัทธิใดก็ตาม หากทำให้เศรษฐกิจดีขึ้นได้ แนวคิดหรือลัทธินั้นมีประโยชน์

จากแนวคิดเรื่องเสรีนิยมใหม่ที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้เห็นว่าถึงแม้อุดมการณ์เสรีนิยมใหม่จะเติบโตในประเทศที่เน้นเสรีภาพแบบประชาธิปไตย เช่น สหรัฐอเมริกา แต่หากเป็นแนวคิดที่ยอมรับและสามารถทำให้เศรษฐกิจดีขึ้นได้ก็สามารถนำแนวคิดหรือนโยบายไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทในประเทศอื่นได้เช่นกัน สำหรับประเทศไทยอุดมการณ์เสรีนิยมใหม่ได้เริ่มเข้ามาตั้งแต่ พ.ศ. 2523-2531 สมัยพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรีช่วงเวลานั้นเกิดวิกฤต Oil Shock ทำให้มีการปรับโครงสร้างเศรษฐกิจเกิดขึ้นภายใต้การควบคุมดูแลจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ในเวลาต่อมาเสรีนิยมใหม่ได้รุ่งเรืองและมีอิทธิพลต่อระบบเศรษฐกิจและการเมืองของไทยเป็นอย่างมากในสมัยของนายอานันท์ ปันยารชุน ซึ่งมีการเปิดเสรีทางเศรษฐกิจ เช่น การเปิดเสรีทางการเงิน ลดการกำกับและควบคุมภาคการเงิน ยกเลิกนโยบายควบคุมอัตราแลกเปลี่ยน และส่งเสริมการลงทุนให้มีความเป็นเสรีมากขึ้น

ในปี พ.ศ. 2540 ได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างของสถาบันหลักต่างๆ เช่น การปฏิรูปการเมือง การปฏิรูประบบราชการ การกระจายอำนาจ การขยายตัวของสิทธิและการมีส่วนร่วมของพลเมือง และที่สำคัญ คือ การปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมีการประกาศ พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติด้านสุขภาพ มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพปี พ.ศ. 2543 เป็น “ธรรมนูญด้านสุขภาพ” ของไทยฉบับแรก ยุทธศาสตร์สำคัญ คือ การสร้างความรู้และความเคลื่อนไหวสังคม เพื่อให้เกิดกลไกการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืนในอนาคต (การสาธารณสุขไทย, 2548)

นอกจากอิทธิพลของแนวคิดเสรีนิยมใหม่ที่ทำให้ห้วงการสวัสดิการสังคมเปลี่ยนแปลงไปสู่การปรับตัวมีอีกปัจจัย ตัวอย่างเช่น ปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของตัวองค์การ กระแสโลกาภิวัตน์ ความก้าวหน้าของวิทยาการ เทคโนโลยี การถ่ายเทของประชากรและเงินทุนข้ามพรมแดน การรวมกลุ่มของประเทศที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน เป็นต้น

งานวิจัยเกี่ยวกับการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐในยุคเสรีนิยมใหม่นั้น เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543-จนถึง 2561 พบว่า การศึกษาของ ศุภติ คันธา (2544) เกี่ยวกับโรงพยาบาลในกำกับของรัฐที่ดำเนินการรูปแบบองค์การมหาชนเพียงแห่งเดียว คือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว เกิดขึ้นจากกระแสสำคัญ 2 ด้าน คือ กระแสด้านการปฏิรูประบบราชการและกระแสด้านภาวะวิกฤติ

เศรษฐกิจของประเทศไทยที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2540 ที่ต้องกู้เงินมาแก้ปัญหาสภาพคล่องในประเทศ โดยแลกเปลี่ยนกับการให้โรงพยาบาลภาครัฐออกนอกระบบ คือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

สอดคล้องกับการศึกษาของ จเด็จ ธรรมธัชอารี และคณะ (2544)

เกี่ยวกับกระบวนการออกนอกระบบราชการขององค์การมหาชน กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ที่พบว่า กระบวนการออกนอกระบบของโรงพยาบาลบ้านแพ้วมีขั้นตอนที่สำคัญเกิดขึ้น ซึ่งโดยประเด็นน่าสนใจ ได้แก่ 1. การลดความซ้ำซ้อนในการบริหารเช่นการให้เอกชนเข้าร่วมในการจ่ายยา 2. การกระจายทรัพยากรในด้านบุคลากร เช่น เพิ่มจำนวนบุคลากรในแผนกบัญชีและประชาสัมพันธ์และลดคนครัวและคนงานบางประเภท 3. การเพิ่มประสิทธิภาพ เช่น มีอิสระในการบริหารบุคคลทำให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดบุคลากรและการจ่ายค่าตอบแทนตามผลปฏิบัติงาน 4. ความรับผิดชอบต่อประชาชนมีความชัดเจนในการให้บริการและการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค 5. การเมือง พบว่า ก่อนออกนอกระบบมีทั้งผู้ที่เห็นด้วยและคัดค้านทำให้เกิดความล่าช้าในการออกนอกระบบแต่เมื่อเปลี่ยนรัฐบาลใหม่ที่สนับสนุนการออกนอกระบบทำให้ความร่วมมือในทุกระดับชัดเจนขึ้น และ 6. การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยนำชุมชนเข้ามีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาลในรูปของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเอกชนและมีการทำงานร่วมกับภาคประชาสังคม คือ โรตารี

เช่นเดียวกับการศึกษาของ กิตติพงษ์ เกียรติวัชรชัย (2559) ที่สังเคราะห์รูปแบบการจัดการองค์การมหาชนในประเทศไทย พบว่า องค์การมหาชนในประเทศไทยนำรูปแบบองค์การมหาชนประเทศฝรั่งเศสและประเทศอังกฤษมาใช้ในระยะเริ่มแรก ต่อมาได้มีการนำแนวคิดองค์การมหาชนในกลุ่มประเทศยุโรปมาใช้ ส่วนความต้องการรูปแบบการจัดการองค์การมหาชน เกิดขึ้นเพราะรัฐมีภารกิจใหม่ๆ เกี่ยวกับกิจกรรมการให้บริการสาธารณะมากขึ้น ซึ่งภารกิจเหล่านี้จำเป็นต้องการความคล่องตัวในการบริหารจัดการและความเป็นอิสระในการตัดสินใจของผู้บริหารองค์การ และรูปแบบการจัดการองค์การมหาชนในประเทศไทย ควรแบ่งกลุ่มองค์การมหาชนตามภารกิจหลักขององค์การเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ได้แก่ กลุ่มที่ 1 องค์การมหาชนที่มีภารกิจในการบริการสาธารณะ กลุ่มที่ 2 องค์การมหาชนที่มีภารกิจและกำหนดเวลาเฉพาะ กลุ่มที่ 3 องค์การมหาชนที่มีภารกิจเพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐบาล ส่วนข้อเสนอเชิงนโยบายว่ารัฐควรพิจารณาถึงเหตุผลและความจำเป็นในการจัดตั้งองค์การมหาชนให้มีบทบาทและภารกิจที่ไม่ซ้ำซ้อนกับภาครัฐ ยังมีการศึกษาของ ขอนนฤพนธ์ ดั่งวิเศษ (2561) เป็นการอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมและวัฒนธรรมในระบบสุขภาพและการรักษาโรคในสังคมโลกสมัยใหม่พบว่า ความรู้ทุนนิยมทางการแพทย์แบบตะวันตกมีอิทธิพลอย่างสูงต่อการให้นิยามและความหมายการมีชีวิตที่ดีของมนุษย์ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีมาร์กซิสต์ แนวคิดพหุนิยมและแนวคิดBiopoliticsในการวิพากษ์วัฒนธรรมในระบบสุขภาพ

ในขณะที่การศึกษาของ Kamal et al. (2000) การบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐในยุคเสรีนิยมใหม่ด้วยการแปรรูปโรงพยาบาลของรัฐ (The Privatization of Public Hospitals) ให้เป็นเอกชนทำให้การบริการกุศลเพื่อรับใช้คนด้อยโอกาสลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Juhwan et al. (2011) พบว่า การแปรรูปโรงพยาบาลของรัฐให้เป็นเอกชนทำให้มีการลดพนักงานเพื่อเป็นการจำกัดงบประมาณแต่ส่งผลให้ภาระงานของคนงานในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเกิดผลเสียต่อประสิทธิภาพการทำงานตามมา

กล่าวโดยสรุปแนวคิดเสรีนิยมใหม่เป็นแนวคิดที่ใช้อธิบายเศรษฐกิจและการเมือง การจะดำเนินรูปแบบของเสรีนิยมใหม่จะต้องมีการจัดทำนโยบายเพื่อขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจ เชื่อมโยงกันในส่วนของการหลักการสำคัญเช่นการแปรรูปเป็นเอกชน (Privatization) การลดบทบาทภาครัฐ (Deregulation) และนโยบายการคลังการเงิน จะเป็นการแก้ปัญหาเศรษฐกิจและทำให้มนุษย์มีความเป็นอยู่ที่ดี การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐในยุคเสรีนิยมใหม่ ที่ส่งผลกระทบต่อสิทธิสุขภาพและการบริหารโรงพยาบาลรัฐเป็นการทำความเข้าใจแนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) ที่เชื่อว่าการแปรรูป การลดข้อบังคับและการแข่งขัน 3 คุณลักษณะนี้รวมกัน จะช่วยแก้ปัญหาของระบบการบริหารจัดการแบบราชการที่ล่าช้า ให้มีประสิทธิภาพขึ้นเพื่อส่งเสริมความเท่าเทียมและลดต้นทุนต่างๆ ลง รวมทั้งแนวคิดการเปลี่ยนแปลงทุกอย่างให้เป็น สิ้นค้า” (Commodification of Everything) จะทำให้เกิดตลาดเสรีและการแข่งขันจะนำไปสู่ความอยู่ดีกินดี ซึ่งหลักการนี้ขยายไปภาคส่วนของสวัสดิการสังคมและการดูแลสุขภาพเช่นกัน ซึ่งจะเห็นได้จากการปฏิรูประบบราชการ

2.2.2 การปฏิรูประบบสุขภาพ (Health System Reform)

“Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity”

คำจำกัดความเรื่องสุขภาพขององค์การอนามัยโลกให้ไว้ในปี ค.ศ. 1948 คือสุขภาพเป็นสภาวะที่มีความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่เพียงแต่การปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น คำจำกัดความนี้เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปของนานาประเทศ ที่แสดงให้เห็นว่าเรื่องสุขภาพไม่ใช่เรื่องของการไม่เจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการสร้างระบบบริการที่มีความปลอดภัย มีคุณภาพ มีความเป็นธรรมตอบสนองความต้องการของประชาชน (การสาธารณสุขไทย 2554-2558) ทำให้กระแสการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลกในปัจจุบัน องค์การต่างๆ แสวงหาการบริหารจัดการที่ดี (Good governance) ทั้งนี้เพื่อให้องค์การมีความพร้อมสำหรับการแข่งขันในเวทีระดับต่างๆ ของโลก (ชนิดา ทองมณเฑาะ และ สุวิทย์ ธนียวัน, 2555) ความต้องการในการปฏิรูปองค์การต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่ดีหรือมีความเป็นธรรมมาภิบาลมากยิ่งขึ้น ในปี ค.ศ. 2007 องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดว่าระบบสุขภาพจะต้องมีเป้าหมายวัตถุประสงค์

พื้นฐาน 4 ประการ คือ 1) ช่วยเหลือสุขภาพของประชาชนดีขึ้น (improved Health) 2) ตอบสนองความคาดหวังของประชาชน (responsiveness) 3) การปกป้องประชาชนจากปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเจ็บป่วย (social and financial risk protection) 4) ความมีประสิทธิภาพ (improved efficiency)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดองค์ประกอบหลัก 6 ส่วน หรือ Health System Building Blocks คือ การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยก็ได้ใช้แนวคิดขององค์การอนามัยโลกในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย และได้เพิ่มเติมองค์ประกอบที่ 7 คือ ระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System) อีกด้วย มีดังนี้ 1) ระบบบริการ (Service Delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information) 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Products, Vaccines & Technologies) 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing) 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership / Governance) 7) ระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System)

ท่ามกลางกระแสการปฏิรูปด้านต่างๆ ในโลกที่ผ่านมา กระแสการเคลื่อนไหวการปฏิรูประบบสุขภาพในต่างประเทศเกิดขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ คือ การสร้างและขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ ยกตัวอย่างประเทศในทวีปตะวันตก คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่นำแนวคิดเสรีนิยมใหม่มาใช้ในการแก้ปัญหาเศรษฐกิจและทำให้มนุษย์มีความเป็นอยู่ที่ดีด้วยการนำนโยบายการแปรรูปเป็นเอกชน (Privatization) การลดบทบาทภาครัฐ (Deregulation) และนโยบายการคลังการเงิน ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงที่สุดในโลก มีระบบสุขภาพตั้งอยู่บนการประกันสุขภาพเป็นหลัก โดยมีระบบการประกันที่มีรูปแบบหลากหลายมาก ประชากรส่วนใหญ่ใช้ประกันเอกชน ปัจจุบันรัฐบาลให้หลักประกันสุขภาพแก่บุคคลบางกลุ่มในสังคมโดยผ่าน 2 โครงการหลัก คือ 1. โครงการ Medicare ครอบคลุมบุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และ 2. โครงการ Medicaid ครอบคลุมผู้มีรายได้น้อยและเด็กในครอบครัวยากจนที่มีผู้ปกครองคนเดียวและรายได้น้อย การปฏิรูปเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและควบคุมค่าใช้จ่ายในปี ค.ศ. 1980 ในช่วงเศรษฐกิจตกต่ำที่มีปัญหาการใช้จ่ายภาครัฐจนทำให้งบประมาณติดลบอย่างมหาศาล ส่วนหนึ่งเป็นเพราะรัฐสทบเงินและดูแล Medicare fund ซึ่งมีภาระทางการเงินสูงมาก ความพยายามที่จะทำงบประมาณแบบสมดุล ทำให้ต้องตัดงบประมาณในทุกเรื่องรวมไปถึงงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพด้วย จึงเกิดการผลักดันให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ แต่ต่อมาในช่วงปี ค.ศ. 1990 เศรษฐกิจของประเทศเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง ทำให้รัฐบาลจัดเก็บภาษีได้มากขึ้น แรงกดดันในการปฏิรูประบบสุขภาพจึงลดลง (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2543)

ในขณะที่การศึกษาของ Rego, Nunes, and Costa (2010) เกี่ยวกับการบริหารโรงพยาบาลเพื่อวิเคราะห์การนำรูปแบบการจัดการแบบเอกชนมาใช้ในการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐบาลในประเทศโปรตุเกสที่ใช้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (Public Health Insurance) ในรูปแบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) พบว่า ในปี ค.ศ. 2002 ได้มีการศึกษาการบริหารจัดการองค์การแบบผสมระหว่างภาครัฐและเอกชน (Private-public mixed management) ผลการศึกษาพบว่า การนำกระบวนการตลาดและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กรมาปรับใช้ เช่นความเป็นอิสระในการบริหารจัดการ (Autonomy) และการรวมองค์การของโรงพยาบาลของรัฐมีผลกระทบเชิงบวกในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศโปรตุเกส

ส่วนประเทศในทวีปเอเชียผู้ศึกษายกตัวอย่างประเทศมาเลเซียที่มีบริการสาธารณสุขที่ดีเมื่อเทียบกับประเทศในภูมิภาคเดียวกัน ประเทศมาเลเซียใช้เงินงบประมาณในการจัดการสวัสดิการสาธารณสุขให้กับประชาชน ผู้ใช้บริการเสียค่าใช้จ่ายเพียงส่วนเดียว สำหรับผู้ด้อยโอกาสหรือผู้ด้อยโอกาสจะได้รับบริการฟรี โดยที่ไม่มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ภาระด้านเศรษฐกิจของรัฐบาลเพิ่มมากขึ้นจนต้องเริ่มดำเนินการปฏิรูประบบสาธารณสุขตั้งแต่ช่วงแผนพัฒนาประเทศฉบับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1981-1985 กำหนดให้ศึกษางานบริการของโรงพยาบาลสามารถว่าจ้างเอกชนทำงานบริการได้ มีนโยบายเสริมอีกอย่างคือสนับสนุนให้จัดตั้งสถานบริการทางการแพทย์ของเอกชนด้วยหวังว่าผู้ที่มีฐานะดีจะไปใช้บริการหวังว่าจะทำให้ภาระค่าใช้จ่ายรัฐบาลลดลง แต่กลับทำให้สมองไหลแพทย์ออกไปทำงานให้ภาคเอกชนมากขึ้น (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2543)

ในปี ค.ศ. 1992 ได้มีการแปรรูปสถาบันหัวใจแห่งชาติ (Coporatization of Health Institute) เพื่อให้แพทย์คงอยู่กับภาครัฐบาล ต่อมาในปี ค.ศ. 1997 ได้มีการแปรรูป (Privatization) ด้วยการจ้างเอกชนทำกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวกับบริการรักษาพยาบาล (Contract out) ในโรงพยาบาล 71 แห่งและมีเป้าหมายให้ครบทุกแห่งภายในปี ค.ศ. 2000 ตามแผนพัฒนาประเทศฉบับที่ 7 แต่เกิดกระแสคัดค้านการแปรรูปอย่างกว้างขวางจากสมาคมวิชาชีพและองค์การทางสาธารณสุขทำให้รัฐบาลต้องยุติแผนการแปรรูปในโรงพยาบาลที่เหลืออยู่ในปี ค.ศ. 1999 เนื่องจากถึงแม้จะมีแผนการศึกษาการจัดระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ก็ยังไม่มีการดำเนินการ และการแปรรูปไม่มีระบบการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน ทำให้ประชาชนต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากขึ้นกว่าเดิม เกิดความไม่เท่าเทียม จนทำให้ประชาชนร่วมกับองค์การภาครัฐบาลเพื่อคัดค้านแผน การแปรรูป (อาทร รวีไพบูลย์, 2543)

เช่นเดียวกับประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีขนาดเล็ก ประชาชนโดยทั่วไปมีฐานะทางเศรษฐกิจดี ประชาชนมีการศึกษาดี ปัจจุบันมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภาคบังคับ และสำหรับค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพของผู้ยากไร้ในสังคมผ่านระบบกองทุนที่มีวัตถุประสงค์ต่างกัน

แต่เสริมกัน 3 กองทุน คือ Medisave, Medishield และ Medifund กองทุนเหล่านี้นี้บริหารโดยรัฐบาลมีระบบประกันสุขภาพของเอกชนแต่เป็นเพียงส่วนน้อย ประชาชนรับผิดชอบภาระบริการผู้ป่วยนอกเองและร่วมจ่ายบริการผู้ป่วยใน หากกล่าวถึงภาพรวมปัญหาบบสุขภาพก่อนการปฏิรูปพบว่า มีปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่สูงขึ้นและความต้องการของประชาชนที่ซับซ้อนขึ้น ร่วมกับความต้องการลดภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพกับระบบภาษี ทำให้ประเทศสิงคโปร์มีการปฏิรูป 2 ช่วง คือ การปฏิรูปเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพในปี ค.ศ. 1955-1984 และการปฏิรูประบบบริหารโรงพยาบาลในปี ค.ศ. 1984-1998 (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2543)

จากการเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของรูปแบบระบบสุขภาพในต่างประเทศเพื่อมาปรับใช้ในบริบทของสังคมไทย เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพพบว่า สามารถแบ่งรูปแบบของระบบประกันสุขภาพออกเป็น 4 ประเภท ดังตารางที่ 2.7 (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2543)

ตารางที่ 2.7

การเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของรูปแบบระบบสุขภาพ

รูปแบบของระบบประกันสุขภาพ/ ประเทศ	รายละเอียด	ไทย	ญี่ปุ่น	มาเลเซีย	สิงคโปร์	ออสเตรเลีย	นิวซีแลนด์	เยอรมนี	สหรัฐอเมริกา	สหราชอาณาจักร
1. การจัดแบ่งตามโครงสร้างการจัดการ	ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (Public Health Insurance)	ประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance)	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
		โครงการประกันสังคม (Social Security Scheme)	✓					✓		
		สวัสดิการของการจ้างงาน (Employment Medical Benefits)							✓	
	ระบบประกันสุขภาพภาคเอกชน (Private Health Insurance)	การประกันสุขภาพเอกชนภาคบังคับ								
		การประกันสุขภาพตามกลุ่มการจ้างงานเอกชน				✓			✓	✓
		การประกันสุขภาพเอกชนตามอัตราชุมชน		✓						
		การประกันเอกชนตามอัตราความเสี่ยง								

ตารางที่ 2.7

การเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของรูปแบบระบบสุขภาพ (ต่อ)

รูปแบบของระบบประกันสุขภาพ/ประเทศ	รายละเอียด	ไทย	ญี่ปุ่น	มาเลเซีย	สิงคโปร์	ออสเตรเลีย	นิวซีแลนด์	เยอรมนี	สหรัฐอเมริกา	สหราชอาณาจักร
2. การจัดแบ่งตามการรวบรวมเงินสำรองและกลุ่มเป้าหมาย	ระบบประกันแบบอิงประชากร (Population-based Insurance)					√	√			√
	ระบบประกันแบบอิงการจ้างงาน (Employment based Insurance)		√	√	√			√	√	
	ระบบประกันแบบอิงชุมชน (Community-based Insurance)		√							
	การประกันแบบอิงความเสี่ยง (Risk-based Insurance)									
3. การจัดแบ่งตามสิทธิในการเลือกเข้าร่วม	การประกันสุขภาพแบบบังคับ (Mandatory Health Insurance)		√		√	√		√		√
	การประกันสุขภาพแบบสมัครใจ (Voluntary Health Insurance)	√		√					√	
4. การจัดแบ่งตามจำนวนระบบประกัน	ระบบเดียว					√	√			
	ระบบคู่ขนาน (Sickness Funds)							√		
	ระบบซ้อน					√				
	ระบบผสมแบบขนานและแบบซ้อน									
	หลายระบบ	√		√						

ที่มา: ดัดแปลงจาก เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2543.

ในภาพรวมกระบวนการปฏิรูปของประเทศต่างๆ เริ่มจากการขยายตัวทั้งในด้านความครอบคลุมประชากรและสิทธิประโยชน์ในระยะแรกและตามด้วยการปฏิรูปเพื่อลดค่าใช้จ่ายซึ่งรวมถึงการจำกัดสิทธิประโยชน์และมาตรการทางด้านการคลังและการปรับองค์การอื่นๆ ในขณะที่

ผลการปฏิรูปไม่ได้มีเพียงผลบวกด้านเดียวในบางประเทศเช่นประเทศสิงคโปร์พบปัญหาสมองไหล คือ แพทย์จากโรงพยาบาลรัฐย้ายออกไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ เนื่องจากค่าตอบแทนที่สูงกว่า

หากกล่าวถึง การปฏิรูประบบสุขภาพในต่างประเทศ ประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพของรัฐที่เข้มแข็ง คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ ประเทศนอร์เวย์ และประเทศสวีเดน มีรายละเอียด ดังนี้

1) ประเทศสหรัฐอเมริกาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพถึงร้อยละ 17.9 ของ GDP โดยมีระบบประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกาเป็นระบบประกันของเอกชน แต่ก็ไม่มีหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนได้เกินกว่าร้อยละ 90 (วิชัย โชควิวัฒน์, 2558) จากการศึกษาพบว่า ไม่มีการจัดการระบบเพื่อการส่งเสริมสาธารณสุขสำหรับทุกคนอย่างเป็นระบบที่ดีพอ ทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเผชิญกับบริการสุขภาพของเอกชนที่ไม่มีประสิทธิภาพและมีราคาแพง ซึ่งเกิดจากปัญหาของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ไม่เท่าเทียมกัน (Asymmetric Information) ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์

การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาได้เริ่มตั้งแต่สมัย Edward Kennedy ซึ่งทำงานเรื่องปฏิรูปสุขภาพมายาวนาน ต่อมาประธานาธิบดี Bill Clinton ในปี พ.ศ. 2536-2544 ได้ทำการปฏิรูประบบสุขภาพมายาวนาน 8 ปีแต่ก็ล้มเหลว ในเวลาต่อมาสมัยประธานาธิบดี Barack Obama ได้ประกาศนโยบายปฏิรูปสุขภาพโดยการสนับสนุนกฎหมาย Obama Care ซึ่งสามารถครอบคลุมประชากรได้ราวร้อยละ 80 เท่านั้น โดยยังมีประชากรราว 45 ล้านคนที่ไม่มีประกันสุขภาพและมีประกันสุขภาพก็เป็น ประกันสุขภาพของเอกชน

2) ประเทศอังกฤษในอดีตมีการบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานโดยเอกชนที่กระจุกกระจาย ไม่มีสถาบันใดที่เป็นหลักในการจัดระบบสุขภาพ ในปี ค.ศ. 1911 รัฐบาลได้ออกกฎหมายที่ชื่อว่า National Insurance Act โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้บริการสุขภาพกับชนชั้นกรรมาชีพของประเทศ แต่กฎหมายนี้ไม่ครอบคลุมบุตรหรือภรรยาของผู้ใช้แรงงาน ต่อมาในปี ค.ศ. 1942 Sir William Beveridge ได้เสนอรายงาน Beveridge Report ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการจะให้มียระบบสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด จนกระทั่งรัฐมนตรีสาธารณสุขของพรรคแรงงาน คือ นาย Aneurin Bevan เจรจาและต่อรองกับแพทย์ และผลักดันกฎหมาย National Health Service (NHS) ได้สำเร็จเมื่อปี ค.ศ. 1946

ในปี ค.ศ. 1948 มีการจัดตั้ง National Health Service (NHS) เป็นระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ โดยจะจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการปฐมภูมิแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งหน่วยบริการแต่ละแห่งจะได้รับงบประมาณคงที่ตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ โดยจะต้องให้บริการและรับผิดชอบคนไข้ทุกคนในเขตพื้นที่ตามที่รัฐกำหนด ยึดหลักการการจัดระบบสุขภาพที่ให้บริการฟรีอย่างครอบคลุมทั้งหมดกับประชากรทั้งประเทศอย่างเสมอภาค ถึงแม้จะเป็นการให้บริการ

สุขภาพฟรีกับประชาชน แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นคือเงินที่จะใช้ในการสนับสนุนการให้บริการไม่เพียงพอร่วมกับเทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญขึ้น มีราคาสูง และความต้องการของประชาชนมีมากขึ้น นำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพในปี ค.ศ. 1974 โดยใช้หลักของการบริหาร แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ ต่อมาในปี ค.ศ. 1979-1983 ในสมัยนายกรัฐมนตรี Margaret Thatcher ซึ่งมีความเชื่อว่า สถาบันของรัฐหรือระบบราชการเป็นระบบที่ไร้ประสิทธิภาพ ถ้าจะให้รัฐมีการบริหารจัดการที่ดีจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปใช้รูปแบบของเอกชนหรือระบบการตลาดมากขึ้น โดยมุ่งหวังที่จะเพิ่มประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของเสรีนิยมใหม่ ซึ่งเป็นการนำเอาความคิดทางระบบธุรกิจเพื่อมาประยุกต์กับองค์กรของรัฐ และพยายามที่จะสนับสนุนให้มีการแข่งขัน กลยุทธ์ที่ใช้ในการปฏิรูปครั้งนี้คือ กระจายอำนาจให้ระดับปฏิบัติเป็นอิสระมากขึ้น มีขั้นตอนน้อยลง สร้างการแข่งขันขึ้นภายในการจัดระบบเงินสนับสนุนใหม่ และการลดอำนาจแพทย์เสริมสร้างความแข็งแกร่งของ Primary Care ให้มากขึ้น (ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, 2544)

3) ประเทศนอร์เวย์และสวีเดนเป็นประเทศในกลุ่มประเทศนอร์ดิกที่มีระบบประกันสุขภาพของรัฐที่เข้มแข็ง โดยมีคุณลักษณะสำคัญของระบบสาธารณสุขคือการผสมผสานระหว่าง “ระบบประกันสุขภาพแบบกองทุนเดียว” กับ “กลไกของตลาดที่มีโครงสร้างการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล” ของประชาชนที่เหมาะสม โดยไม่มีระบบประกันสุขภาพเอกชนเข้ามาบิดเบือนกลไกตลาด และมีรัฐบาลกลางจะเป็นผู้กำหนดนโยบายในการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

ปัจจุบันมีชาวสวีเดนประมาณร้อยละ 4 ที่ใช้ประกันสุขภาพเอกชนและมีส่วนร่วมจ่ายเบี้ยประกันในอัตราต่ำ เนื่องจากชาวสวีเดนมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมในทุกช่วงวัยอยู่แล้ว จากการสำรวจในปี 2013 พบว่า มีชาวนอร์เวย์ร้อยละ 10% และชาวสวีเดนเพียงร้อยละ 6 เท่านั้น ที่ได้รับรายงานว่าเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพเนื่องจากสาเหตุด้านค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม เมื่อใดที่สวีเดนเริ่มให้ประชาชนจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพที่มากขึ้นเพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงบริการที่ดีกว่าจะเป็นจุดเริ่มของการบิดเบือนต้นทุนในระบบสาธารณสุขซึ่งจะแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว

สรุปได้ว่าการปฏิรูประบบสุขภาพในต่างประเทศมีหลายปัจจัยทั้งปัจจัยภายในเช่นอิทธิพลทางการเมือง และโครงสร้างการบริหารจัดการและปัจจัยภายนอกที่สำคัญ คือ อิทธิพลทางเศรษฐกิจ แนวคิดเสรีนิยมใหม่ ที่นำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งการปฏิรูป มิได้ทำให้ทุกอย่างดีขึ้นอย่างที่คาดหวัง แต่ถ้ามองอย่างเป็นธรรม แนวทางนี้ไม่ได้ทำให้สถานการณ์แย่ลงแต่เป็นการลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานของประชาชนอย่างทั่วถึง เพื่อความเป็นอยู่ที่ดี

ในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย พัฒนาการของแนวคิดทางด้านการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย เริ่มจากการปฏิรูประบบราชการ พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 และโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Autonomous Hospital) ซึ่งมีเนื้อหาดังต่อไปนี้ (ภาณุมาศ ไกรสัย, 2545)

1) การปฏิรูประบบราชการ ในอดีตการพัฒนาระบบราชการไทยถึงแม้จะมีการปรับปรุงมาเป็นระยะก็ไม่ทันกับพัฒนาของโลก จากการวิเคราะห์ของ รุ่ง แก้วแดง (อ้างถึงใน ภาณุมาศ ไกรสัย, 2545) ในช่วง พ.ศ. 2524-2537 พบปัญหาการปฏิรูประบบราชการไทย คือ การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถเข้าไปปฏิรูปงานภายในระบบราชการได้ทำให้เกิดความล้มเหลว เกิดการเปรียบเทียบกับภาคเอกชน ที่มีการบริการมีคุณภาพมากกว่า รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม ก่อให้เกิดการขยายตัวของระบบการค้าและการเคลื่อนไหวของเงินทุนแบบเสรี ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างธุรกิจเอกชน หน่วยงานราชการ และองค์การการเมืองมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ทำให้องค์การภาครัฐจำเป็นต้องเพิ่มประสิทธิภาพและความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบสุขภาพระหว่างปี พ.ศ. 2513-2523 ที่เน้นการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านการบริการสุขภาพระดับอำเภอและตำบล ตลอดจนการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพ โดยมีนโยบายที่มุ่งเน้นการเพิ่มขีดความสามารถของประเทศ โดยการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ และการกระจายบุคลากรเหล่านั้นไปยังพื้นที่ชนบทและพื้นที่ขาดแคลน มีการเพิ่มงบประมาณเพื่อขยายความครอบคลุมไปยังประชากรเป้าหมายกลุ่มต่างๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2518 จนกระทั่งสามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2561)

เท่าที่ผ่านมาการปรับและพัฒนาขององค์การภาครัฐมีข้อจำกัดและขาดความต่อเนื่อง สาเหตุมาจากปัจจัย 3 ประการ คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีการเจริญอย่างรวดเร็ว ทำให้ไม่เห็นความจำเป็นในการควบคุมและเข้มงวดการใช้จ่ายงบประมาณ ปัจจัยด้านการเมืองไม่มีนโยบายที่เด่นชัดออกมาผลักดันการปฏิรูประบบราชการ และปัจจัยด้านสังคมเนื่องจากการปฏิรูประบบราชการส่งผลกระทบต่อคนจำนวนมาก อาจเกิดการต่อต้านถ้าไม่ได้รับความชัดเจน โดยเฉพาะการปฏิรูประบบสุขภาพที่ยังขาดกรอบกระบวนการที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ทำให้เกิดปัญหาจากความด้อยประสิทธิภาพ ขาดระบบการประเมิน และมีช่องว่างระหว่างการปฏิบัติกับนโยบาย

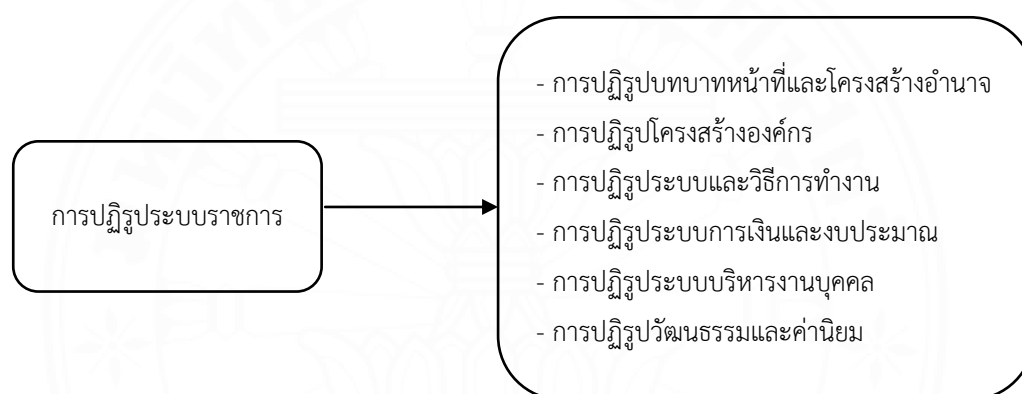
2) พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 ปัญหาล่าช้า ขั้นตอนที่ยุ่งยาก ขาดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ก่อให้เกิดภาระในรูปของงบประมาณที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ นำไปสู่การปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2540-2544 ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางและวิธีการปรับบทบาทโครงสร้าง ขนาด และวิธีการบริหารงบประมาณของหน่วยงานภาครัฐเพื่อให้เกิดรวดเร็ว ความคล่องตัว

ในการดำเนินงาน และเพื่อประโยชน์สูงสุดในการใช้ทรัพยากรและบุคลากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จึงเกิดพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542

การปฏิรูประบบราชการ คือ การเปลี่ยนรูปแบบของระบบราชการตั้งแต่ บทบาทหน้าที่ของรัฐ โครงสร้างอำนาจในระดับต่างๆ โครงสร้างรูปแบบองค์การระบบบริหารและ วิธีการทำงาน ระบบบริหารบุคคล กฎหมาย กฎระเบียบ วัฒนธรรมและค่านิยม เพื่อให้ระบบราชการ มีกลไกในการบริหารและจัดการประเทศให้สามารถแข่งขันในระดับโลกได้

ภาพที่ 2.5

การปฏิรูประบบราชการ. โดย การปฏิรูประบบราชการ: ยุทธศาสตร์สำคัญของการเปลี่ยนแปลง.



ที่มา: เบญจวรรณ สร้างนิทร, 2541.

อาจกล่าวได้ว่า องค์การมหาชนเป็นหน่วยงานของรัฐซึ่งมีภารกิจในการจัดทำ บริการสาธารณะรูปแบบที่สาม โดยแยกออกจากส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจตามวิธีการหนึ่งในการปฏิรูประบบราชการ (พ.ศ. 2540-2544) (ธีรพัฒน์ อังศุवाल, 2554) เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติการจัดตั้งองค์การมหาชน เนื่องจากการดำเนินงานตามนโยบายเพื่อจัดทำบริการ สาธารณะด้านใดด้านหนึ่งมักจะมีปัญหาความขัดแย้งในการดำเนินการ ความซับซ้อนของ ความรับผิดชอบในระหว่างส่วนราชการ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดความล่าช้าและไม่ยืดหยุ่นของ กฎระเบียบราชการ ดังนั้นเพื่อลดปัญหาและจัดให้มีการนำแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ มาปรับใช้ เพื่อลดปัญหาดังกล่าวและทำให้มีความคล่องตัว มีการใช้ประโยชน์ในทรัพยากร บุคลากร ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด (ราชกิจจานุเบกษา, 2535) ปี 2564 การจัดตั้งองค์การ มหาชนตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 มี 36 แห่ง ดังนี้

ตารางที่ 2.8

การจัดตั้งองค์การมหาชนตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 ทั้งสิ้น 36 แห่ง

ลำดับที่	องค์การมหาชน	ตัวย่อ	วันที่ออกนอกระบบ
1.	สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน	พอช.	27 ก.ค 43
2.	โรงเรียนมหิตลวิทยานุสรณ์	มหิตล	25 ส.ค. 43
3.	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	โรงพยาบาล บ้านแพ้ว	11 ก.ย. 43
4.	สำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ	สตอภ.	2 พ.ย. 43
5.	สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพ การศึกษา	สมศ.	3 พ.ย. 43
6.	ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร	คมส.	15 พ.ย. 43
7.	สถาบันระหว่างประเทศเพื่อการค้าและการพัฒนา	สคพ.	30 พ.ค. 44
8.	สำนักงานส่งเสริมการจัดประชุมและนิทรรศการ	สสปน.	27 ก.ย. 45
9.	สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร	สวก.	14 มี.ค. 46
10.	สถาบันบริหารกองทุนพลังงาน	สบพน.	26 มี.ค. 46
11.	องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษ เพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน	อพท.	2 มิ.ย. 46
12.	สำนักงานส่งเสริมอุตสาหกรรมซอฟต์แวร์แห่งชาติ	สอซช.	23 ก.ย. 46
13.	ศูนย์ส่งเสริมศิลปาชีพระหว่างประเทศ	ศ.ศ.ป.	31 ต.ค. 46
14.	สถาบันวิจัยและพัฒนาอัญมณีและเครื่องประดับ แห่งชาติ	สวอ.	31 ธ.ค. 46
15.	สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้	สปร.	4 พ.ค. 47
16.	สำนักงานความร่วมมือพัฒนาเศรษฐกิจกับประเทศ เพื่อนบ้าน	สพพ.	16 พ.ค. 48
18.	สถาบันวิจัยและพัฒนาพื้นที่สูง	สวพส.	14 ต.ค. 48
19.	สถาบันเทคโนโลยีนิวเคลียร์แห่งชาติ	สทน.	20 เม.ย. 49
20.	องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก	อบก.	16 ก.ค. 50
21.	สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ	สพภ.	19 ก.ย. 51
22.	สถาบันวิจัยแสงซินโครตรอน	สช.	20 เม.ย. 49

ตารางที่ 2.8

การจัดตั้งองค์การมหาชนตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 ทั้งสิ้น 36 แห่ง (ต่อ)

ลำดับที่	องค์การมหาชน	ตัวย่อ	วันที่ออกนอกระบบ
23.	สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำและการเกษตร	พอช.	27 ก.ค. 43
24.	สถาบันวิจัยดาราศาสตร์แห่งชาติ	สดร.	31 ธ.ค. 51
25.	สถาบันเทคโนโลยีป้องกันประเทศ	สทป.	31 ธ.ค. 51
26.	สำนักงานพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว	พกฉ.	22 มิ.ย. 52
27.	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	โรงพยาบาล	22 มิ.ย. 52
28.	หอภาพยนตร์	หภ.	22 มิ.ย. 52
29.	สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ	สนช.	1 ก.ย. 52
30.	สำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์แห่งชาติ	สรอ.	21 ก.พ. 54
31.	สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์	สพธอ.	21 ก.พ. 54
32.	สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ	สคช.	30 มี.ค. 54
33.	สถาบันบริหารจัดการธนาคารที่ดิน	บจธ.	10 พ.ค. 54
34.	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์	ศลช.	27 พ.ค. 54
35.	ศูนย์คุณธรรม	ศคธ.	9 มิ.ย. 54
36.	สถาบันเพื่อการยุติธรรมแห่งประเทศไทย	สธท.	13 มิ.ย. 54

ที่มา: พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542.

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น (ตารางที่ 2.8) แสดงให้เห็นว่าการปฏิรูประบบราชการที่มีการตรากฎหมายสำคัญที่เรียกว่า “พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542” และ “พระราชบัญญัติองค์กรมหาชน พ.ศ. 2542” ซึ่งเป็นกฎหมายที่มุ่งให้อำนาจแก่คณะรัฐมนตรีในการแปรรูปหน่วยงานภาครัฐเข้าสู่องค์กรมหาชน เป็นรูปแบบหนึ่งในการปฏิรูประบบราชการสอดคล้องกับแนวคิดเสรีนิยมในเรื่องการแปรรูปบริการของรัฐวิสาหกิจเป็นของภาคเอกชน และการลดการควบคุมของภาครัฐ

จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นตัวอย่างองค์การมหาชนที่มีการแปรรูปหน่วยงานภาครัฐรูปแบบหนึ่งของโรงพยาบาลรัฐไปสู่โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Autonomous Hospital) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการนำแนวคิดของเสรีนิยมใหม่มาปรับใช้ในการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐ งานวิจัยของ ดวงพร โสภกา (2544) โดยภาพรวมเห็นว่าการออกนอกระบบของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ตามการรับรู้ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการโดยเห็นว่าโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงในทาง

ที่ดีขึ้นทั้งมิติโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ส่วนปัจจัยผลักดันที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น เป็นปัจจัยภายในองค์กรมากกว่าปัจจัยภายนอกองค์กร

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Autonomous Hospital) หรือองค์การอิสระ ภายใต้การกำกับของรัฐ เป็นการแปรรูปหน่วยงานภาครัฐเข้าสู่องค์กรมหาชน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีการบริหารจัดการอิสระภายใต้การกำกับของรัฐที่ จุดเริ่มต้นของการเกิดโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสาธารณสุข ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการปฏิรูประบบราชการ เพื่อแก้ปัญหาของระบบราชการ เกิดจากปัญหาความล่าช้า การขาดประสิทธิภาพตอบสนองต่อการแก้ปัญหาของสังคมซึ่งมีผลกระทบต่อปัญหาทางสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหา แบ่งได้เป็น 4 สาเหตุหลัก คือ ตัวระบบราชการเอง สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี และแนวคิดในการจัดการของรัฐ (จเด็จ ธรรมธัชอารี และคณะ, 2544)

ในต่างประเทศมีการศึกษาของ Govindaraj และ Chawla (1996) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพที่ผ่านมากับโรงพยาบาลในกำกับของรัฐในประเทศกำลังพัฒนา พบว่า การปฏิรูประบบสุขภาพที่ใช้กับโรงพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันนั้น ที่มีการนำนโยบายอิสระ (Autonomy Policies) มีเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมการแข่งขัน (Encouragement of Competition) บรรลุการแบ่งแยก ระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ การปฏิรูปการบริหารจัดการและงบประมาณ (Managerial and Budgetary Reform) การกระจายอำนาจและเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านสุขภาพ (Decentralization and Increased Community Involvement in Health Management) การจัดสรรงบประมาณภาครัฐใหม่ให้มีประสิทธิภาพ (Reallocation of Public Sector Budgets)

ซึ่งเป็นการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนาทั้งหมด 5 ประเทศ คือ กานา เคนยา อินเดีย อินโดนีเซีย และซิมบับเว (Ghana Kenya, India, Indonesia and Zimbabwe) โดยมีเนื้อหา ดังตารางที่ 2.9

ตารางที่ 2.9

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐในต่างประเทศ

ประเทศ	โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ	เป็นอิสระตั้งแต่	เหตุผลในการเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ
Ghana	Korle Bu Hospital; Komfo Anokye Teaching Hospital	1987	ภาพลักษณ์สาธารณะที่ดีขึ้น การระดมทรัพยากร การปรับปรุงคุณภาพของการดูแล การเว้นระยะห่างจากรัฐบาล ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ
Kenya	Kenyatta National Hospital	1987	การระดมทรัพยากร การปรับปรุงคุณภาพของการดูแล ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ
India	Andhra Pradesh Vaidya Vidhan Parishad	1987	การระดมทรัพยากร ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ การเว้นระยะห่างจากรัฐบาล
Indonesia	Swadana Hospitals	1993	การระดมทรัพยากรการกู้คืนต้นทุน
Zimbabwe	Parienyatwa Hospital	1975	บทบัญญัติพิเศษสำหรับผู้บริโภคระดับสูง

ที่มา: Govindaraj and Chawla, 1996.

จากตารางที่ 2.9 โรงพยาบาลในกำกับของรัฐใน 5 ประเทศ ส่วนใหญ่เริ่มเป็นอิสระตั้งแต่ 1987 และมีการบริการของสิ่งอำนวยความสะดวกระดับ Tertiary โดยมีเหตุผลในการเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐแบ่งได้ 7 ข้อ เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ 1) การระดมทรัพยากร 2) ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ 3) การเว้นระยะห่างจากรัฐบาล 4) การปรับปรุงคุณภาพของการดูแล 5) ภาพลักษณ์สาธารณะที่ดีขึ้น 6) การกู้คืนต้นทุน และ 7) บทบัญญัติพิเศษสำหรับผู้บริโภคระดับสูง ซึ่งใช้เกณฑ์การประเมิน (Evaluative Criteria) ผลกระทบจากการเป็นอิสระดังนี้ 1) ประสิทธิภาพ (Efficiency) 2) คุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของประชาชน (Quality of Care and Public Satisfaction) 3) ความรับผิดชอบ (Accountability) 4) ส่วนของผู้ถือหุ้น (Equity) และ 5) การระดมทรัพยากร (Resource Mobilization) โดยวัดเป็นระดับของผลกระทบ (Levels of Impact) 4 ระดับ คือ ผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Impact) ไม่มีการเปลี่ยนแปลง (No Change) มีการปรับปรุงบางอย่าง (Some Improvement) และการปรับปรุงที่สำคัญ (Substantial Improvement) มีรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2.10

ตารางที่ 2.10

ผลกระทบจากการเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Impact of Autonomy Hospital)

เกณฑ์การประเมิน (Evaluation Criteria)	ระดับของผลกระทบ (Levels of Impact)			
	ผลกระทบ ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Impact)	ไม่มีการ เปลี่ยนแปลง (No Change)	การปรับปรุง บางด้าน (Some Improvement)	การปรับปรุงที่ สำคัญ (Substantial Improvement)
1. ประสิทธิภาพ (Efficiency)		Zimbabwe, Ghana	India, Kenya	
2. คุณภาพการดูแลและ ความพึงพอใจของ ประชาชน (Quality of Care and Public Satisfaction)		Ghana, Kenya	India, Ghana	
3. ความรับผิดชอบ (Accountability)	Zimbabwe	Ghana, Kenya, India,		
4. ส่วนของผู้ถือหุ้น (Equity)	Zimbabwe, Ghana			
5. การระดมทรัพยากร (Resource Mobilization)			Zimbabwe, Ghana, Kenya	India

ที่มา: Govindaraj and Chawla, 1996.

สำหรับประเทศไทยโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Autonomous Hospital) จัดตั้งขึ้นบนพื้นฐานของความต้องการ ที่จะให้มีการพัฒนาระบบการบริหารงานภายในโรงพยาบาลรัฐให้มีประสิทธิภาพ และพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ การบริหารโรงพยาบาลในกำกับของรัฐเป็นไปตามข้อกำหนดของพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- สร้างโรงพยาบาลรัฐที่มีประสิทธิภาพในการบริหารงาน และการให้บริการแก่ประชาชน
- ประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้น โดยรัฐยังคงให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ที่ควรต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือของรัฐ

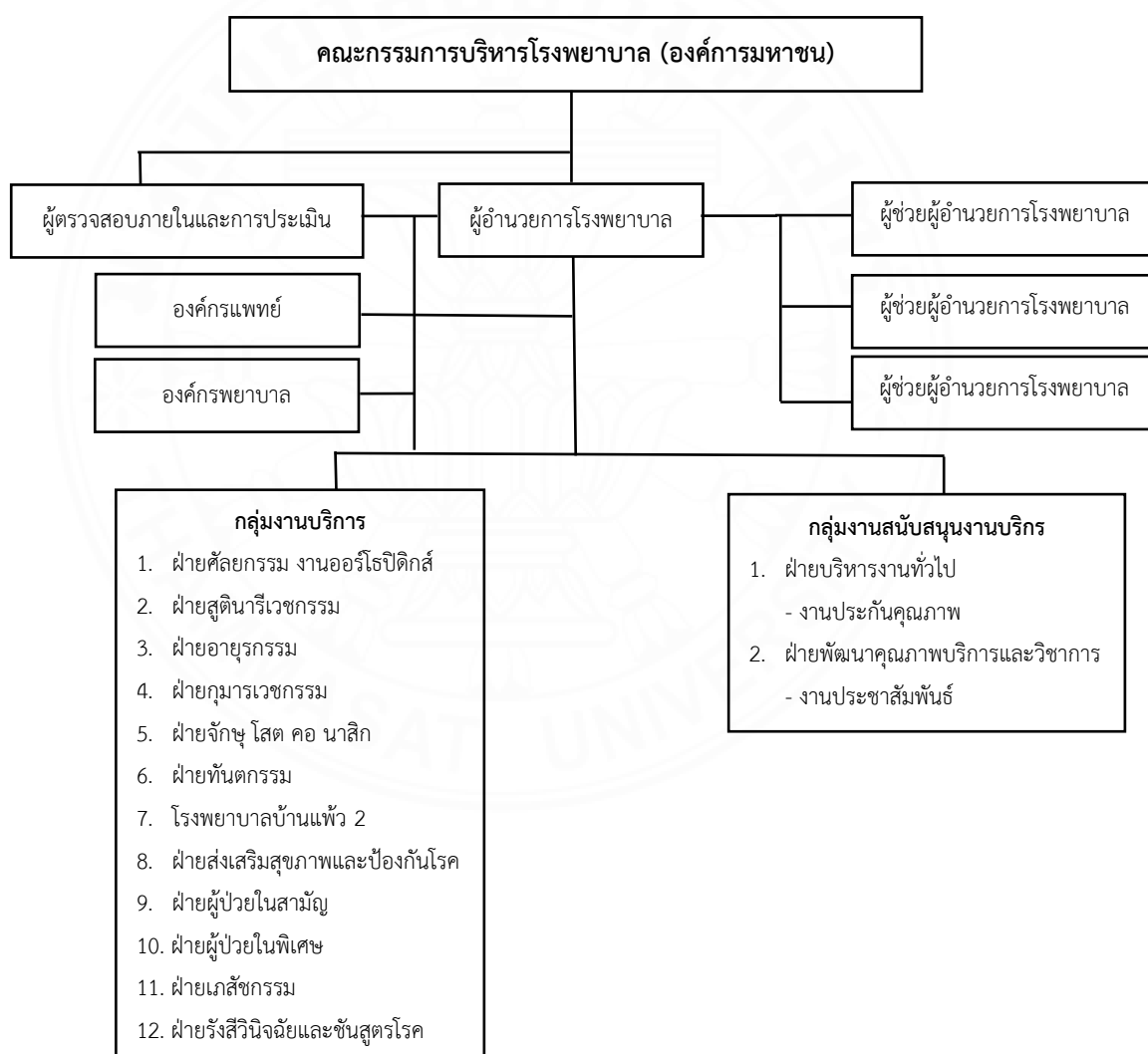
- ประชาชนเข้ามามีบทบาทมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อบริหารจัดการโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการที่ตรงกับความต้องการของประชาชน

- การบริหารจัดการมีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้

โครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Autonomous Hospital) แห่งแรกของประเทศไทย คือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว มีลักษณะดังภาพ

ภาพที่ 2.6

โครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐแห่งแรกของประเทศไทย.



หมายเหตุ

- หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลเดิม ปรับเปลี่ยนเป็นผู้อำนวยการรับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ
- องค์กรพยาบาลและองค์กรแพทย์เป็นองค์กรอิสระ เป็นสายประสานในการสร้างบริหารโรงพยาบาล
- ฝ่ายต่างๆ ของกลุ่มงานบริการมีผู้จัดการฝ่ายที่อาจเป็นแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพควบคุมดูแล

จากข้อมูลที่กำลังมาข้างหน้า แสดงให้เห็นว่าการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งภายนอก และในประเทศไทยมีวัตถุประสงค์หลักเช่นเดียวกัน คือ เพื่อการสร้างและขยายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าและการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ เป็นการตอบสนองต่อสังคมที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะสังคมที่ประชาชนมีความรู้มากขึ้น สังคมมีขนาดใหญ่ขึ้น มีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น การอภิบาล ระบบสุขภาพไม่สามารถจำกัดอยู่เฉพาะการบริหารจัดการโดยรัฐเท่านั้น ประชาชนที่รับรู้ข้อมูล ข่าวสาร ธุรกิจที่มีคุณธรรม องค์กรอิสระต่างๆ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการต่างๆ ล้วนเข้ามามีบทบาท ในการอภิบาลมากขึ้น ส่วนปฏิรูประบบการบริหารโรงพยาบาลรัฐนั้นก็มีการนำการบริหารจัดการ องค์กรแบบผสมระหว่างภาครัฐและเอกชน (Private-public mixed management) มาปรับใช้ใน องค์กรภาครัฐ ซึ่งมีทั้งผลกระทบด้านบวกและผลกระทบด้านลบ หากต้องการนำมาปรับใช้ในบริบท ของประเทศไทยต้องหาจุดสมดุลที่เหมาะสมที่ต้องศึกษาต่อไป

สรุปได้ว่า โรงพยาบาลในกำกับของรัฐมีลักษณะการบริหาร คือ การพัฒนาระบบ บริหารที่ต่างจากระบบราชการเดิม ให้มีความคล่องตัวเน้นผลงานและประสิทธิภาพ ไม่มุ่งแสวงหากำไร ให้บริการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน รับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและ พันฟูสุขภาพ สนับสนุนการสาธารณสุขและกิจการอื่นๆ ตามนโยบายของรัฐบาลเพื่อตอบสนอง ความต้องการของชุมชน โดยได้รับงบประมาณแลกกับบริการที่จัดให้ประชาชน ส่วนการบริหาร ภายในโรงพยาบาล รัฐบาลจะให้บริการอย่างอิสระผู้บริหารโรงพยาบาลมีอำนาจและรับผิดชอบด้านการ บริหารบุคคลและการเงินอย่างเต็มที่ แต่สามารถตรวจสอบได้ มีระบบฐานข้อมูลและการบัญชีที่ดี และเงินงบประมาณที่เหลือจากการบริหารที่มีประสิทธิภาพและประหยัดก็ไม่ต้องคืนคลังเหมือนเดิม สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลต่อไปได้ ดังนั้นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Autonomous Hospital) จึงเป็นการบริหารงานโรงพยาบาลในรูปแบบใหม่ที่มีความคล่องตัว ในการบริหารงาน และการบริการประชาชนที่ได้ประสิทธิภาพประสิทธิผล แต่ไม่ใช่การบริหารธุรกิจที่มุ่งเน้นกำไร หรือ มุ่งเน้นการหารายได้เพื่อเลี้ยงตนเองเพราะยังได้รับงบประมาณจากรัฐ

ในการอธิบายปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงในไทยโดยเชื่อมโยงกับแนวคิด การจัดการองค์กรภาครัฐ แล้วมาวิเคราะห์กับปัญหาและผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง โดยอิทธิพลจากแนวคิดเสรีนิยมใหม่นำมาสู่การอภิปรายทางรอดของการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐ ด้วยการนำแนวคิดการบริหารจัดการสาธารณะแนวใหม่ (New Public Governance-NPG) มาปรับ ใช้ให้เข้ากับบริบทของหน่วยงานภาครัฐทำความเข้าใจกับแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐ แนวใหม่เป็นสิ่งสำคัญ ผู้ศึกษาขอเสนอในหัวข้อต่อไป โดยมีเนื้อหาดังต่อไปนี้

2.2.3 แนวคิดการจัดการภาคีสาธารณะแบบใหม่ (New Public Governance- NPG)

การจัดการภาครัฐในแบบเดิมๆ ที่เคยปฏิบัติกันไม่สามารถตอบสนองต่อ การแก้ไขปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปได้ โดยเฉพาะไม่สามารถสนองต่อความต้องการของประชาชน

ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และหากมองตามหลักของเศรษฐศาสตร์คือการที่ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัดการแก้ปัญหาดังกล่าวคือการทำอะไรจึงจะสามารถจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดนี้ให้เพียงพอและ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของคนที่มีความต้องการไม่จำกัดให้ได้มากที่สุด มีประโยชน์สูงสุดและคุ้มค่ามากที่สุด (ไททัศน์ มาลา, 2561) ดังนั้นจึงได้มีการนำแนวคิดการจัดการปกครองสาธารณะแนวใหม่ (NPG) มาปรับใช้ในองค์การภาครัฐ รวมทั้งเพื่อแก้ปัญหาสาธารณะในปัจจุบันมีความซับซ้อนเกินกว่าภาครัฐจะสามารถจัดการให้ลุล่วงได้เพียงฝ่ายเดียว

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการสาธารณะในช่วงกว่า 100 ปีที่ผ่านมา นักรัฐประศาสนศาสตร์ที่สำคัญคนหนึ่ง คือ Osborne (2010) ได้อธิบายผ่านประวัติศาสตร์ว่า พัฒนาการของการบริหารจัดการสาธารณะ สามารถจำแนกออกเป็น 3 แนวคิด คือ 1) ระบบการบริหารสาธารณะแบบดั้งเดิม (Traditional Public Administration-TPA) 2) ระบบการจัดการสาธารณะแนวใหม่ (New Public Management-NPM) และ 3) ระบบการจัดการภาคีสาธารณะแนวใหม่ (New Public Governance-NPG) (สมศักดิ์ สามัคคีธรรม และ ปรีดา วาณิชภูมิ, 2556) ซึ่งแนวคิดการจัดการภาคีสาธารณะแบบใหม่ (NPG) มีรากฐานมาจากทฤษฎีเครือข่าย (Network Theory) และทฤษฎีสถาบัน (Institutional Theory)

สอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ สามัคคีธรรม (2561) อธิบายว่าแนวคิดการจัดการภาคีสาธารณะแบบใหม่ (New Public Governance-NPG) ที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 21 เป็นแนวคิด มองว่าการจัดการสาธารณะแบบเดิมที่รัฐเป็นผู้ดำเนินนโยบายและให้บริการสาธารณะโดยประชาชนเป็นผู้รับบริการนั้น ไม่สอดคล้องกับบริบทในปัจจุบันที่ประกอบด้วยความซับซ้อนของพหุรัฐ (plural state) ซึ่งหมายถึง ความร่วมมือแบบพหุภาคีในการดำเนินนโยบายและให้บริการสาธารณะร่วมกัน ส่วน ไททัศน์ มาลา (2561) เสนอว่า แนวคิดการจัดการปกครองสาธารณะแนวใหม่ (NPG) เป็นเครื่องมือเชิงมนทัศน์ที่จะช่วยขยายความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลายของสังคมโลก ความซับซ้อนของปัญหาและความต้องการ ที่ทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการ เป็นการเปิดโอกาสให้เกิดความร่วมมือกันของทุกๆ ภาคส่วนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายและการส่งมอบบริการสาธารณะหรือกิจกรรมสาธารณะอื่นๆ อีกทั้งเป็นการประสานความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) แต่ละฝ่ายนำทรัพยากรออกมาใช้เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ของส่วนรวม และการจัดการความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการร่วมกันทำระหว่างเครือข่ายต่างๆ เพื่อเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจและความเข้มแข็งให้กับประชาชนและท้องถิ่นต่อไป

2.2.3.1 วิวัฒนาการของแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐ

จุดเริ่มต้นของแนวคิดการบริหารจัดการองค์การภาครัฐเริ่มต้นจากแนวคิดระบบราชการ (Bureaucracy) คือ การจัดองค์การ ซึ่งมีกลไกการบริหารของกลุ่มชน โดยมีผู้นำใช้อำนาจตามกฎหมายปกครอง บังคับบัญชาผ่านระบบราชการ การอธิบายถึงรูปแบบการบริหารแบบระบบราชการ (Bureaucracy) ตามแนวคิดของ Weber (1947) จะประกอบด้วย โครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญ 7 ประการ ดังนี้ 1. หลักลำดับชั้น (Hierarchy) 2. หลักความรับผิดชอบ (Responsibility) 3. หลักแห่งความสมเหตุสมผล (Rationality) 4. การมุ่งสู่ผลสำเร็จ (Achievement Orientation) 5. หลักการทำให้เกิดความแตกต่างหรือความชำนาญเฉพาะด้าน (Differentiation, Specialization) 6. หลักระเบียบวินัย (Discipline) 7. ความเป็นวิชาชีพ (Professionalization) ถือว่าเป็นระบบการบริหารระบบหนึ่งที่ยิมนำไปใช้ในองค์การขนาดใหญ่ที่มีคนจำนวนมาก

การบริหารรูปแบบระบบราชการ (Bureaucracy) ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าไร้ประสิทธิภาพ ขาดความยืดหยุ่นและเสื่อมถอยลงตามลำดับ ไม่สามารถตอบสนองกับบริบทโลกของเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองในปัจจุบันได้ องค์การภาครัฐ จึงต้องปรับตัว เกิดการพัฒนาของแนวคิดการบริหารจัดการองค์การภาครัฐ อย่างต่อเนื่อง สามารถจำแนกออกเป็น 3 แนวคิดหลักโดย Osborne (2010) ที่เปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจนของทั้ง 3 แนวคิด (สมศักดิ์ สามัคคีธรรม และ ปรีดา วานิชภูมิ, 2556) คือ

(1) การบริหารสาธารณะแบบดั้งเดิม (Traditional Public Administration -TPA)

การบริหารจัดการภาครัฐแนวเก่า (Old Public Management-OPM) หรือจะใช้คำว่า การบริหารงานภาครัฐ (Public Administration - PA) มีกำเนิดในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 จนถึงปลายปี ค.ศ. 1979 แนวคิดนี้มุ่งเน้นการออกแบบโครงสร้าง กระบวนการทำงานขององค์การ การกำหนดนโยบายและน่านโยบายไปปฏิบัติ (สุรศักดิ์ ชะมารัมย์, 2560) แนวคิดนี้มองว่างานสาธารณะเป็นภารกิจของ องค์การของรัฐจะต้องจัดโครงสร้างแบบศูนย์รวมอำนาจ (Centralization) แบ่งงานออกเป็นแผนกย่อยๆ (Departmentalization) จัดสายการบังคับบัญชาเป็นลำดับชั้น (Hierarchy) เน้นการทำงานโดยยึดถือกฎระเบียบอย่างเข้มงวด (Formalization) การแยกการบริหาร (Separation of Administration) และระบบกำลังใจในการทำงาน (Morale System) เป็นต้น แต่มีข้อจำกัดคือให้ความสำคัญต่อองค์การมากกว่าจะนึกถึงตัวบุคคล (Organization without Man) แนวคิดนี้ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าไร้ประสิทธิภาพ ขาดความยืดหยุ่นและเสื่อมถอยลงตามลำดับแต่ไม่ได้ดับสลายเพียงแต่ถูกลดบทบาทลงและมีการปรับตัวเพื่อความอยู่รอด

ในปี ค.ศ. 1980 กลุ่มผู้นำทางการเมืองตระหนักถึงความไม่ยั่งยืนของระบบการรวมอำนาจในการให้บริการสาธารณะและปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจโลกที่มีความผันผวนอย่างต่อเนื่อง ทำให้นักวิชาการและนักปฏิบัติการต้องหาแนวทางการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ จึงเป็นการปฏิรูประบบการบริหารจัดการภาครัฐแนวเก่า (สมพงษ์ เกศานุช และคณะ, 2560) เพื่อแก้ปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นจึงมีการนำแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management - NPM) เป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของการบริหารปกครองที่นำรูปแบบการบริหารจัดการภาคเอกชนซึ่งเน้นในกลไกตลาด การแข่งขัน ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการทำงาน รวมไปถึงการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่ามากที่สุดเข้ามาเป็นหลักในการกำหนดแนวคิด (ปกรณ ศิริประกอบ, 2560)

(2) การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management-NPM)

แนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ เริ่มต้นในช่วงปลาย ค.ศ. 1980 เกิดจากการนำ 2 แนวคิดหลัก คือ แนวคิดเศรษฐศาสตร์สถาบันใหม่ (New Institutional Economics) ที่มองการเมืองเปรียบเสมือนปรากฏการณ์ทางการตลาด และอีกแนวคิด คือ แนวคิดการจัดการนิยม (Managerialism) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการปฏิรูปการบริหารภาครัฐโดยการนำเอาวิธีการหรือเทคนิคต่างๆ ของภาคเอกชนมาใช้ (สมพงษ์ เกศานุช และคณะ, 2560) เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นเพื่อต้องการลดบทบาทและขนาดของภาครัฐที่ใหญ่โตมาก การเข้าไปแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจ The Great Depression ในช่วงปี ค.ศ. 1929 โดยนำรูปแบบการบริหารจัดการภาคเอกชนซึ่งเน้นกลไกตลาด การแข่งขัน ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน รวมไปถึงการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่ามากที่สุดเข้ามาเป็นค่านิยมหลักในการกำหนดแนวคิด (ปกรณ ศิริประกอบ, 2558, น. 43)

แนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM) มีวัตถุประสงค์หลัก คือ ต้องการปรับปรุงประสิทธิภาพของภาคราชการ โดยใช้วิธีการบริหารแบบเอกชนและมุ่งประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคม ตามหลักความรับผิดชอบตรวจสอบได้ (Accountability) ความโปร่งใส (Transparency) การเปิดเผย (Openness) ความยุติธรรม (Fairness) และความเสมอภาค (Equity) แนวคิดนี้เป็นการนำความรู้และประสบการณ์จากการจัดการธุรกิจเอกชนมาประยุกต์ใช้อย่างจริงจัง เช่นการนำตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานหลัก (Key Performance Indicators-KPI) ส่งเสริมภาวะผู้นำแบบผู้ประกอบการ (Entrepreneurial Leadership) กระจายอำนาจให้หน่วยงานย่อยมีอิสระเทียบได้กับองค์การเอกชนที่มุ่งประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Decentralization) และให้รัฐลดบทบาทการกำกับลงเพื่อให้หน่วยงานทำงานได้คล่องตัวภายใต้การแข่งขันที่มากขึ้น (Deregulation)

สอดคล้องกับ Hood (1991) จากบทความที่มีชื่อว่า A Public Management for all Season ที่เสนอว่าเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการตลาด (Market) ในขณะที่ Boston (2011) ก็มีความเห็นเช่นเดียวกันว่าแนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่สนับสนุนการแปลงสภาพองค์การภาครัฐให้เป็นบริษัท (Corporatization) การเน้นการทำให้เป็นการค้า (Commercialization) การให้เอกชนเข้าปฏิบัติหน้าที่แทนรัฐ (Privatization) และการลดค่าใช้จ่ายและสาเหตุที่ภาครัฐต้องเลือกเส้นทางนี้ก็เนื่องมาจากสถานะเศรษฐกิจที่เติบโตช้า การเป็นหนี้สาธารณะเป็นจำนวนมาก รัฐจึงต้องทำทุกวิถีทางในการประหยัดงบประมาณ และ Hood ได้ให้คำจำกัดความเชิงทฤษฎีของการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM) ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะสำคัญ 7 ประการ ดังนี้ 1. การจัดการองค์การสาธารณะแบบมืออาชีพ 2. มาตรฐานที่ชัดเจนและมีตัวชี้วัดผลงาน 3. เพิ่มการเน้นที่การควบคุมผลลัพธ์ 4. การเปลี่ยนไปสู่การแยกย่อยหน่วยงานในระบบราชการ 5. การเปลี่ยนไปสู่การแข่งขันที่มากขึ้นในระบบราชการ 6. เน้นรูปแบบการบริหารจัดการที่ใช้ในภาคเอกชน และ 7. เน้นวินัยและความมั่งคั่งในการใช้ทรัพยากรในระบบราชการ (ปกรณ ศิริประกอบ, 2558, น. 5)

จะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM) เป็นแนวคิดพื้นฐานของการบริหารจัดการภาครัฐ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆ ของภาครัฐและยุทธศาสตร์ด้านต่างๆ เป็นรูปธรรม โดยยึดแนวทางในการให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน ลดการควบคุมจากส่วนกลาง เพิ่มอิสระแก่หน่วยงานส่วนภูมิภาคพัฒนาระบบการบริหาร ที่มุ่งผลสัมฤทธิ์มีระบบสนับสนุนทางด้านบุคลากรและเทคโนโลยี และมุ่งเน้นการแข่งขันระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับเอกชน (สมพงษ์ เกศานุช และคณะ, 2560) ถึงแม้ว่าแนวคิดนี้จะถูกจัดให้เป็นตัวแบบที่นำไปใช้ในการปฏิรูประบบราชการในหลายประเทศ และถือเป็นแบบหลักในการบริหารจัดการภาครัฐของประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย แต่ในขณะที่ Hood (1991) มีมุมมองที่แตกต่างว่าแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่เป็นเสมือน “จักรพรรดิที่ทรงสวมอาภรณ์ใหม่” ตามนิทานของ Hans Christian Anderson เป็นเพียงเหล่าเก่าในชุดใหม่แต่จุดอ่อนและระบบปัญหาระบบราชการก็ยังคงอยู่ เช่น การบริหารภาครัฐแนวใหม่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายของภาครัฐแต่กลับเป็นการเพิ่มระบบการรายงานผล หรือการที่สนับสนุนสินค้าสาธารณะจากระบบราชการที่ถูกกลบและตีขึ้นแต่ในความเป็นจริงกลับเป็นการเอื้อประโยชน์ให้กับคนบางกลุ่มเช่น ข้าราชการระดับสูง เป็นต้น

ตารางที่ 2.11

หลักคำคัญของการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ 7 ประการ ในทัศนะของ Christopher Hood

ข้อ	หลักสำคัญ	ความหมาย	การให้เหตุผล
1	การจัดการองค์การ สาธารณะแบบมืออาชีพ	ผู้บริหารระดับสูงมีอิสระใน การจัดการและมีอำนาจใน การตัดสินใจ	การตรวจสอบได้ต้องการบทบาทที่ ชัดเจนของความรับผิดชอบไม่ใช่ การกระจายอำนาจ
2	มาตรฐานที่ชัดเจนและมี ตัวชี้วัดผลงาน	มีคำจำกัดความเป้าหมายและ ตัวชี้วัดความสำเร็จ	การตรวจสอบได้คือการมีเป้าหมาย ที่เขียนไว้ ประสิทธิภาพ คือ การมองไปที่เป้าหมาย
3	เพิ่มการเน้นที่การควบคุม ผลลัพธ์	การแจกจ่ายทรัพยากรและ การให้รางวัลมีการเชื่อมกับ ผลการปฏิบัติงาน	มีความต้องการที่จะเน้นที่ เป้าหมายมากกว่ากระบวนการ
4	การเปลี่ยนไปสู่การแยกย่อย หน่วยงานในระบบราชการ	ปรับบทบาทราชการไปสู่ หน่วยงานเชิงพาณิชย์ซึ่งมี การจัดการตามผลผลิตด้วย งบประมาณที่มอบให้และมี การบริหารแบบความเป็นอิสระ ต่อกัน	ทำให้หน่วยงานบริหารได้มีการ แยกกฎระเบียบ และการผลิตใช้ สัญญาหรือการให้แฟรนไชส์ทั้ง ภายในและภายนอกระบบราชการ
5	การเปลี่ยนไปสู่การแข่งขัน ที่มากขึ้นในระบบราชการ	การใช้สัญญาตามระยะเวลาและ กระบวนการประมูลสาธารณะ	การมีคู่แข่งคือกุญแจไปสู่ค่าใช้จ่าย ที่น้อยลงและมาตรฐานที่ดีขึ้น
6	เน้นรูปแบบการบริหาร จัดการที่ใช้ในภาคเอกชน	การปรับเปลี่ยนจากรูปแบบ การจัดการแบบเข้มงวดตาม ระเบียบแบบแผนและจริยธรรม ของการบริการสาธารณะไปสู่ การใช้จ่าย การจ้างงาน กฎ การประชาสัมพันธ์ที่มีความ ยืดหยุ่นขึ้น	ความจำเป็นที่จะต้องนำเครื่องมือ ทางการบริหารจากภาคเอกชนที่ ได้รับการพิสูจน์แล้วมาใช้ในภาค ราชการ
7	เน้นวินัยและความมั่งคั่ง ในการใช้ทรัพยากรในระบบ ราชการ	การตัดค่าใช้จ่าย เพิ่มวินัยใน การทำงานจำกัดค่าธุรกรรมทาง ธุรกิจ	จำเป็นต้องตรวจสอบความต้องการ ทรัพยากรของภาครัฐและทำงาน มากขึ้นด้วยทรัพยากรที่น้อยลง

ที่มา: ดัดแปลงจาก Christopher Hood, 1991.

จากข้อมูลข้างต้นผู้ศึกษามีความเห็นว่แนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่มีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน โดยมีจุดแข็ง คือ การใช้หลักการลงทุนร่วมกับภาคเอกชนในลักษณะหุ้นส่วน การเปิดให้กลไกการตลาดเข้าทำงานแทนรัฐ และการที่รัฐหารายได้ผ่านการลงทุนและการจัดเก็บค่าธรรมเนียมทำให้การบริหารจัดการภาครัฐมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในทางกลับกันแนวคิด NPM ก็มีจุดอ่อนคือไม่สนใจการมีส่วนร่วมของประชาชนและมีการเรียนแบบองค์การเอกชนที่สร้างแต่ความพึงพอใจให้กับลูกค้า เป็นประโยชน์ระยะสั้นแนวคิดนี้จึงขาดการมองเป้าหมายระยะยาวในการพัฒนางานสาธารณะ (ปรกรณ์ ศิริประกอบ, 2558)

เป็นที่มาของการบริหารจัดการสาธารณะแนว คือ การบริหารจัดการที่มีรูปแบบเป็นความสัมพันธ์ระหว่างองค์การที่เป็นเครือข่ายที่รวมการจัดตั้งบริการสาธารณะโดยเน้นที่การกระจายอำนาจและการแข่งขันไปพร้อมกัน ซึ่งเป็นการแก้จุดอ่อนของการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM)

(3) การบริหารจัดการสาธารณะแนวใหม่ (New Public Governance-NPG)

เริ่มต้นศตวรรษที่ 21 แนวคิดนี้มุ่งเน้นการบริหารจัดการของเครือข่าย (Network) การนำนโยบายไปปฏิบัติ การส่งมอบบริการสาธารณะในรูปแบบของสถาบันและเครือข่าย และการเจรจาต่อรองในเรื่องค่านิยม ความหมายและความสัมพันธ์ (สุรศักดิ์ ชะมารัมย์, 2560) แนวคิดนี้มองว่าองค์การดำรงอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมที่มีการเจรจาต่อรองเกี่ยวกับสิ่งที่มีคุณค่า การสร้างและกำหนดความหมายและความสัมพันธ์เป็นระบบธรรมชาติที่เปิดต่อสิ่งแวดล้อมโดยใช้อำนาจที่กระจายและต่อสู้หรือต่อรองระหว่างกัน จากการศึกษาสรุปได้ว่า การบริหารจัดการสาธารณะแนวใหม่ คือ เครื่องมือทางความคิดที่มีศักยภาพเพื่อให้เข้าใจความซับซ้อนและผลสะท้อนของความจริงเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้บริหารภาครัฐ (สมศักดิ์ สามัคคีธรรม และ ปรีดา วานิชภูมิ, 2559)

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวคิดการบริหารจัดการสาธารณะแนวใหม่มากขึ้นผู้ศึกษาจึงขอย้อนไปถึงที่มาทางการให้ความหมาย การกำกับดูแล (Governance) ผลการศึกษาของ Osborne (2010) พบว่า นักวิชาการใช้คำว่า Governance ใน 3 ความหมายที่แตกต่างกัน คือ 1. บรรษัทภิบาล (Corporate Governance) หมายถึง ระบบที่นำการดำเนินงานแบบเอกชนมาใช้เพื่อทำให้มีประสิทธิภาพและตรวจสอบได้ 2. ธรรมภิบาล (Good Governance) หมายถึงระบบที่นำการดำเนินงานที่มีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า ยุติธรรมและตรวจสอบได้ และ 3. การบริหารจัดการสาธารณะแนวใหม่ (New Public Governance-NPG) หมายถึงการบริหารจัดการที่มีรูปแบบเป็นความสัมพันธ์ระหว่างองค์การที่เป็นเครือข่ายที่รวมการจัดตั้งบริการสาธารณะโดยเน้นที่

การกระจายอำนาจและการแข่งขันไปพร้อมกัน (สมศักดิ์ สามัคคีธรรม และ ปรีดา วานิชภูมิ, 2559) ซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องปัญหาความสามารถในการรับผิดชอบและการขาดผู้นำเครือข่าย

องค์ประกอบของแนวคิดการบริหารจัดการสาธารณะแนวใหม่ มีดังต่อไปนี้

1) การกระจายอำนาจสู่รัฐบาลท้องถิ่นและภาคประชาสังคม (Decentralization to Local Governments and Civil Society) ทั้งอำนาจทางการเมืองและทรัพยากร (Devolution of Political Authority and Resources) รวมทั้งการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรที่ไม่ใช่ของรัฐ เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในงานสาธารณะมากยิ่งขึ้น 2) ภาครัฐเป็นผู้รับผิดชอบหลัก แต่รัฐจะไม่ผูกขาดงานสาธารณะไว้แต่เพียงผู้เดียว ภาคประชาสังคมและชุมชนสามารถเข้าร่วมในการดำเนินงานและให้บริการสาธารณะ 3) รูปแบบการดำเนินงานของ NPG ก็คือการทำงานในรูปแบบเครือข่าย อันประกอบด้วยภาคีอันหลากหลาย เช่น องค์กรธุรกิจเอกชน ชุมชน เป็นต้น

โดยภาพรวมของระบอบการจัดการทั้ง 3 แบบ มีเป้าหมายในการพัฒนาองค์กรเพื่อให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางและนำไปสู่การกินดีอยู่ดีของประชาชน (ตารางที่ 2.12)

ตารางที่ 2.12

การเปรียบเทียบแนวคิดการบริหารสาธารณะระหว่าง 3 แนวคิด คือ TPA NPM และ NPG

กระบวนทัศน์/ องค์ประกอบที่สำคัญ	การบริหารสาธารณะ แบบดั้งเดิม (TPA)	การบริหารจัดการภาครัฐ แนวใหม่ (NPM)	การบริหารจัดการสาธารณะ แนวใหม่ (NPG)
จุดเริ่มต้น	ช่วงปลายศตวรรษที่ 19	ช่วงปลายทศวรรษ 1970s	เริ่มต้นศตวรรษที่ 21
รากฐานที่มาของ ทฤษฎี	รัฐศาสตร์และนโยบาย สาธารณะ	ศาสตร์ด้านการจัดการ (Rational/Public Choice Theory and Management)	สังคมวิทยาองค์กรและทฤษฎี เครือข่าย
ธรรมชาติของรัฐ	รัฐรวม (Unitary State)	รัฐกำกับ (Disaggregated State)	รัฐแบบพหุ (Complexities of the Plural State)
หน่วยในการ วิเคราะห์	ระบบการเมือง	องค์กรและการจัดการ	องค์กรดำรงอยู่ภายใต้ สภาพแวดล้อม
คุณค่าที่มุ่งเน้น / ให้ ความสำคัญ	ระบบนโยบายและการ นำนโยบายไปปฏิบัติ	การจัดการภายใน องค์กร/นำเข้าและ ส่งออกบริการ	ธรรมาภิบาลระหว่างองค์กร (Inter-Organizational Governance)/กระบวนกร บริการและผลลัพธ์

ตารางที่ 2.12

การเปรียบเทียบแนวคิดการบริหารสาธารณะระหว่าง 3 แนวคิด คือ TPA NPM และ NPG (ต่อ)

กระบวนทัศน์ / องค์ประกอบที่สำคัญ	การบริหารสาธารณะแบบดั้งเดิม (TPA)	การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM)	การบริหารจัดการสาธารณะแนวใหม่ (NPG)
กลไกในการกำกับดูแล	การจัดการลำดับชั้นตามสายบังคับบัญชา	กลไกตลาดและการทำสัญญาแบบคลาสสิกและนีโอคลาสสิก	ความไว้วางใจหรือสัญญาที่เกี่ยวข้อง (Trust or Relational Contracts)
ค่านิยมพื้นฐาน	จริยธรรมภาครัฐ (Public Sector Ethos)	ประสิทธิภาพในการแข่งขันและกลไกตลาด	บรรษัทใหม่ (Neo-Corporatist)
แนวคิดหลัก	งานสาธารณะเป็นกิจของรัฐ องค์การของรัฐจะต้องจัดโครงสร้างการบริหาร	ควรนำความรู้และประสบการณ์จากการจัดการธุรกิจเอกชนมาประยุกต์ใช้อย่างจริงจัง	การเข้าร่วมดำเนินงานสาธารณะของภาคประชาสังคม ภาคธุรกิจ ชุมชนองค์กร พัฒนาเอกชนและกลุ่มผลประโยชน์วิชาชีพต่างๆ
บทบาทของผู้บริหารภาครัฐ	ผู้ให้บริการที่เป็นกลางให้อย่างเท่าเทียมกันมีมาตรฐานเชื่อถือได้	ผู้ประกอบการสาธารณะที่มีการแข่งขัน ทำหน้าที่กำกับทิศทาง	ผู้ประสานงานเครือข่ายและกำกับทิศทาง
ทัศนคติต่อประชาชนผู้ใช้บริการ	เป็นผู้รับบริการที่เฉื่อยชา (Passive Clients)	ลูกค้าหรือผู้บริโภคสินค้าที่กระตือรือร้น (Active Customers)	เป็นภาคีที่ร่วมผลิตบริการอย่างเสมอภาค
อุดมคติต่อบริการที่ให้แก่ประชาชน	บริการที่เท่าเทียมกันและเป็นมาตรฐานเดียวกัน (Equal and Standard Service Deliveries)	บริการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด (Maximum Satisfaction of Service Deliveries)	บริการที่เกิดจากการต่อรองและยอมรับร่วมกัน (Service Derived from Joint Negotiation and Acceptance)

ที่มา: ดัดแปลงจาก Stephen P. Osborne, 2010.

อาจกล่าวได้ว่า การปฏิรูปการบริหารระบบราชการมิใช่เป็นสิ่งที่ใหม่หลายประเทศในโลกต่างก็มีการปฏิรูประบบราชการให้เอื้อต่อการพัฒนาประเทศ ซึ่งมีวิธีการหลายรูปแบบ จึงต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบภายในของแต่ละประเทศด้วย โดยแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูป

ระบบราชการที่หลายประเทศต่างก็มีการนำมาปรับใช้มีอยู่ 5 แนวความคิด ได้แก่ (เฉลิมพงศ์ มีสมนัย และ ไตรรัตน์ โภคพลากรณ์ และคณะ, 2551)

ตารางที่ 2.13

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบราชการ

หัวข้อ/แนวคิด	เนื้อหา
1. แนวความคิดการประดิษฐ์คิดค้นระบบใหม่ (Reinventing Government)	1. รัฐบาลควรมีบทบาทในการเป็นผู้กำกับดูแลโดยลดบทบาทผู้ปฏิบัติ 2. การให้อำนาจแก่ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการดูแลตนเอง 3. การสร้างระบบการแข่งขัน 4. การเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบ 5. การจัดสรรงบประมาณโดยมุ่งเน้นการบรรลุเป้าหมาย 6. การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ 7. การจัดหาทรัพยากรให้มากกว่าการใช้ 8. การมุ่งเน้นการป้องกันมากกว่าการแก้ไขปัญหา 9. การกระจายอำนาจ 10. การเปลี่ยนการบริหารแบบผูกขาดเป็นการแข่งขันในระบบตลาด
2. แนวความคิดเกี่ยวกับการปรับรื้อระบบใหม่ (Reengineering)	1. การเปลี่ยนแปลงเกิดจากผู้บริหารระดับสูงที่มีอำนาจตัดสินใจทางการบริหารขององค์กร 2. การเปลี่ยนแปลงต้องพิจารณาทั้งระบบโดยภาพรวม 3. การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ตามเพื่อลดต้นทุนการผลิต 4. มีการรวมงานที่มีลักษณะเหมือนกันเข้าด้วยกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อนและลดต้นทุนการบริหาร 5. ลดการตรวจสอบและการควบคุมให้น้อยลง และมีความยืดหยุ่นในกระบวนการปฏิบัติงานเพื่องานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้
3. แนวความคิดเกี่ยวกับการลดกำลังคนภาครัฐ (Downsizing)	เป็นแนวคิดในการลดขนาดกำลังคนในภาครัฐ เนื่องจากการนำเทคโนโลยี เครื่องมือ เครื่องใช้สมัยใหม่มาใช้ในการทำงานทดแทนกำลังคน ในขณะที่ยังคงมีการจ้างคนอยู่ ทำให้เกิดภาวะคนล้นงาน แนวคิดดังกล่าวจึงมีการนำมาใช้ ก่อให้เกิดผลดีหลายประการ เช่น ทำให้รูปแบบโครงสร้างขององค์กรมีลักษณะแบบราบ มีชั้นการบังคับบัญชาน้อยลง ทำให้เกิดการกระจายอำนาจ มีการบริหารจัดการที่รวดเร็วและคล่องตัว

ตารางที่ 2.13

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบราชการ (ต่อ)

หัวข้อ/แนวคิด	เนื้อหา
4. แนวคิดเกี่ยวกับการแปรรูปองค์การภาครัฐ (Privatization)	1. การจัดตั้งองค์การมหาชน เป็นองค์การทำภารกิจเพื่อสาธารณชน โดยไม่มุ่งหวังกำไร และภารกิจดังกล่าวยังไม่ให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินการ เนื่องจากเป็นบริการภาครัฐขั้นพื้นฐาน 2. การแปรรูปองค์การภาครัฐให้เป็นเอกชน เป็นภารกิจของภาครัฐที่ไม่มีผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ เช่น การตรวจสอบบัญชี การออกแบบอาคารหรือสิ่งก่อสร้าง 3. การแปรรูปองค์การรัฐวิสาหกิจให้เป็นองค์การเอกชน เป็นการแก้ปัญหาที่องค์การรัฐวิสาหกิจประสบอยู่ในปัจจุบัน คือ ผลการปฏิบัติงานยืดยาวของระบบราชการ ซึ่งไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในการจัดตั้งเป็นหน่วยงานรัฐวิสาหกิจได้ ดังนั้น แนวทางในการขจัดปัญหาดังกล่าวจึงเป็นการแปรรูปให้เป็นหน่วยงานเอกชน แต่ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขของการไม่มีการผูกขาด โดยภาครัฐจะเป็นผู้ควบคุมให้เกิดการแข่งขันโดยเสรี 4. การทำสัญญาให้เอกชนรับจ้างเหมาดำเนินการ เป็นแนวคิดที่ลดบทบาทขององค์การภาครัฐลงจากผู้ปฏิบัติมาเป็นผู้ควบคุมระดับนโยบาย วิธีนี้จะให้เอกชนเป็นคู่สัญญากับภาครัฐในการผลิตสินค้าและบริการ ซึ่งเป็นการสร้างงานให้ภาคเอกชนและประชาชนมากขึ้น
5. แนวคิดเกี่ยวกับธรรมาภิบาล (Good Governance)	เป็นแนวคิดที่ได้รับการผลักดันจากธนาคารโลก ที่มุ่งเน้นให้ระบบการบริหารงานของราชการได้รับความเชื่อถือและศรัทธาจากประชาชนอย่างแท้จริง ตลอดจนยังผลให้ประเทศพัฒนาไปในทิศทางที่พึงประสงค์ได้ ซึ่งสาระสำคัญของแนวความคิดนี้ประกอบด้วย 1) ความรับผิดชอบต่อสังคม 2) การพร้อมที่จะรับการตรวจสอบได้ตลอดเวลา 3) ความโปร่งใส 4) การกระจายอำนาจ 5) การให้อำนาจแก่ประชาชน 6) การมีส่วนร่วม 7) หลักนิติธรรม 8) การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และ 9) หลักจริยธรรม

ที่มา: ดัดแปลงจาก ปกรณ์ ศิริประกอบ, 2560.

สำหรับประเทศไทยพัฒนาการในการบริหารจัดการของประเทศไทยมีจุดเริ่มต้นจากรูปแบบการบริหารครอบครัว ในลักษณะพ่อปกครองลูก คือ พระมหากษัตริย์เป็นบิดาของราษฎรมีหน้าที่ให้ความคุ้มครอง ป้องกันภัยและส่งเสริมความสุขให้แก่ราษฎร ต่อมาในสมัยอยุธยาจนถึงพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว ประเทศไทยได้ยึดรูปแบบการบริหารประเทศแบบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ที่อำนาจอธิปไตยเป็นของพระมหากษัตริย์เพียงพระองค์เดียว

จุดเปลี่ยนของการบริหารราชการไทยเริ่มในสมัยสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้มีการปรับปรุงและปฏิรูปการบริหารราชการให้มีความทันสมัยตามอารยประเทศตะวันตก ในปี พ.ศ. 2475 มีการปฏิรูประบบราชการอีกครั้ง และได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญอันเป็นกฎหมายสูงสุดในการปกครองประเทศ รวมทั้งสิ้น 19 ฉบับ (พิธีสิทธิ์ คำวนศิลา และ ธีรเชลิม สุทธิพงศ์ ประชา, 2559) ได้มีการบัญญัติเกี่ยวกับด้านสาธารณสุข ไว้ในราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้บัญญัติด้านสาธารณสุข ไว้ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ส่วนที่ 9 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ และหมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ส่วนที่ 4 แนวนโยบายด้านศาสนา การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรมในการปฏิรูปครั้งนี้มีการรวบอำนาจการบริหารมาอยู่ระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข ในปี พ.ศ. 2540 เกิดปัญหาวิกฤติทางเศรษฐกิจทั่วโลกเพื่อให้ทันกับสภาวะการแข่งขันในเวทีเศรษฐกิจโลก และเพื่อความอยู่รอดของประเทศ ส่งผลให้มีการปฏิรูประบบราชการไทยตามแนวทางของการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ เป็นการปฏิรูปโครงสร้างโดยผ่านกระบวนการทางกฎหมาย แต่ไม่ได้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากโครงสร้างและรูปแบบการทำงานของระบบราชการ ส่งผลให้ประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 และจำเป็นต้องยื่นขอรับความช่วยเหลือทางการเงินจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ ทำให้ประเทศไทยสูญเสียความเป็นอิสระในการบริหารระบบเศรษฐกิจและได้มีการปฏิรูประบบราชการอีกครั้ง

ในปี พ.ศ. 2542 ในสมัยรัฐบาล ชวน หลีกภัย มีการตราพระราชบัญญัติองค์กรมหาชน และออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดีแต่ยังไม่ก้าวหน้าเนื่องจากใช้ระบบราชการ และเมื่อ พตท.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี โดยมีนโยบายหลักในการปฏิรูประบบราชการให้สอดคล้องกับแนวทางการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (พิธีสิทธิ์ คำวนศิลา และ ธีรเชลิม สุทธิพงศ์ ประชา, 2559) ซึ่งการปฏิรูประบบราชการดังกล่าวมีการตรากฎหมายสำคัญ ที่เรียกว่า “พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542” และ “พระราชบัญญัติองค์กรมหาชน พ.ศ. 2542” ซึ่งเป็นกฎหมายที่มุ่งให้อำนาจแก่คณะรัฐมนตรีในการแปรรูปหน่วยงานภาครัฐเป็นองค์กรมหาชน เป็นรูปแบบหนึ่งในการปฏิรูประบบราชการ ซึ่งเนื้อหาสำคัญที่พระราชบัญญัติองค์กรมหาชน พ.ศ. 2542 สรุได้ 3 ด้าน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542)

1. ด้านการบริหารบุคลากร เจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติงานในองค์กรมหาชนไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการแต่มีสถานะเป็น “พนักงานองค์กรมหาชน” มีสัญญาว่าจ้างคราวละไม่เกิน 4 ปี ทั้งนี้ข้าราชการมีทางเลือก 3 ทาง คือ ลาออกจากงานสมัครเป็นลูกจ้างขององค์กรมหาชน หรือ ลาออกชั่วคราว 1-4 ปีเพื่อทดลองทำงานในองค์กรมหาชน หรือเป็นราชการยืมตัวคือยืนยันจะเป็นข้าราชการในระบบเดิม เจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างที่สมัครใจสามารถแจ้งงานต่อผู้บังคับบัญชา แต่ทุกคนต้องผ่านการคัดเลือกหรือการประเมินตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดและยังได้บำเหน็จตามสิทธิทุกประการ ผลตอบแทนจะไม่ได้น้อยกว่าที่กำหนดในกฎหมายแรงงานสัมพันธ์ ส่วนผู้อำนวยการองค์กรมหาชนมาจากการแต่งตั้งโดยคณะกรรมการบริหารเป็นผู้แต่งตั้ง (ถอดถอน) มีวาระกำหนดดำรงตำแหน่ง 4 ปีและอยู่ไม่เกิน 2 วาระ

2. ด้านโครงสร้างการบริหารงาน องค์กรมหาชนมีลักษณะการบริหารงานแบบคานอำนาจและแบ่งหน้าที่เบ็ดเสร็จภายใน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการกระจายอำนาจและการปฏิรูประบบราชการ ผู้มีอำนาจสูงสุดในการบริหารองค์กร คือคณะกรรมการบริหารองค์กร ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้มาจากการคัดเลือก ประกอบด้วย ผู้แทนของส่วนราชการ ผู้แทนชุมชนและผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งไม่ใช่ข้าราชการ มีผู้อำนวยการและเลขานุการรวมทั้งสิ้นไม่เกิน 11 คน วาระในการดำรงตำแหน่งไม่เกิน 4 ปีและอยู่ไม่เกิน 2 วาระคณะกรรมการบริหารองค์กรมีหน้าที่ ในการกำหนดนโยบายการบริหารงานและให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานขององค์กรมหาชน ควบคุมดูแลการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนออกระเบียบข้อบังคับ

3. ด้านการกำกับดูแลและการดำเนินงานและการสนับสนุนด้านต่างๆ จากรัฐ องค์กรมหาชน ได้รับงบประมาณเงินอุดหนุนจากรัฐ และได้รับการกำหนดและมอบหมายจากรัฐให้ไปปฏิบัติ เพื่อให้บริการสาธารณะอันเป็นหน้าที่โดยตรงของภาครัฐ รัฐจึงจำเป็นต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินภารกิจเพราะองค์กรมหาชนไม่ใช่องค์กรที่ดำเนินการเพื่อแสวงหากำไร

ปัจจุบันคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (คป.สร.) ได้กำหนดเป้าประสงค์ในภาพรวมการปฏิรูปในระยะ 20 ปี ข้างหน้า ว่า “ประชาชนทุกภาคส่วนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวางระบบ ดูแลสุขภาพ ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ ภายใต้ระบบสาธารณสุขที่เป็นเอกภาพและการอภิบาลระบบที่ดี” สอดคล้องกับรายงานการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้ การปฏิรูปประเทศไทย เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2557 ได้มีการสรุปหลักการ ทิศทาง และแนวทางสำคัญ ของการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมีข้อเสนอในเรื่องการปฏิรูปและการอภิบาลระบบสุขภาพ ดังนี้ (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2557, น. 2-3)

1. ให้มีการบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่างๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดเอกภาพในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และสนับสนุนการทำงานซึ่งกันและกันอย่าง สร้างสรรค์ อันจะเป็นการลดการรวมศูนย์การอภิบาลระบบสุขภาพโดยรัฐ

2. กระจายอำนาจ ทุน และทรัพยากร ให้ชุมชนท้องถิ่นอย่างเพียงพอ เพื่อทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพ พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และจัดการงานด้านสุขภาพด้วยตนเองให้มากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อลดบทบาทของรัฐบาลส่วนกลางให้เป็นผู้สนับสนุนเท่าที่จำเป็น โดยส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งระดับชาติ และระดับชุมชนท้องถิ่นอย่างจริงจัง

3. ให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการจัดการภัยคุกคาม สุขภาพได้มากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการพัฒนาความเข้มแข็งของกิจกรรมสำคัญในชุมชน เช่นการจัดการกองทุนสุขภาพตำบล ระบบสวัสดิการชุมชน การดำเนินงานของสภาองค์กรชุมชนตำบล การดำเนินงานตามแผน ยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติว่าด้วยระบบสุขภาพะชุมชน รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพคนและองค์กรในทุกระดับ

4. กำหนดแผนและขั้นตอนการถ่ายโอนสถานพยาบาลของรัฐไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม และมีขีดความสามารถเหมาะสมโดยเร็วในระยะเวลาที่ชัดเจน และให้มีการติดตาม ประเมินผลสถานพยาบาล ที่ถ่ายโอนไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว รวมทั้งมีการศึกษารูปแบบการถ่ายโอนสถานบริการของรัฐ ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน

5. ปรับเปลี่ยนสถานบริการของรัฐให้เป็นระบบการบริหารจัดการที่คล่องตัว และให้มีการดำเนินการอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานบริการประชาชนให้ทั่วถึงและครอบคลุมทั่วประเทศ และลดภารกิจการบริหารจัดการของรัฐบาลกลางลง โดยให้การอุดหนุนทางการเงินที่เป็นธรรม ตามภาระที่สถานบริการแบกรับอยู่ตามปัจจัยต่างๆ เช่น ลักษณะการกระจายประชากร และภูมิประเทศ

6. มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งระบบสุขภาพชุมชนในระดับตำบล และระบบบริการสุขภาพ ผสมผสานในระดับอำเภอ (District Health Systems) ควบคู่กับการส่งเสริม เวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชน เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม รวมทั้งการดูแล สุขภาพระยะยาว (Long Term Care)

7. จัดให้มีการวางแผนระบบบริการสุขภาพ (Health Service Plan) ของประเทศให้มีความเสมอภาค ในด้านมาตรฐาน ที่ครอบคลุมการบริการสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชน ทุกระดับบริการ

อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงขององค์การ คือ การก้าวออกจากสิ่งที่เป็นอยู่เปลี่ยนไปสู่สิ่งที่แตกต่าง การค้นหาสิ่งที่เป็นต้นเหตุไปจนถึงปลายเหตุของการนำมา ซึ่งความเปลี่ยนแปลงนั้นมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภายในองค์การ จากข้อมูลที่กำลังมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการปฏิรูปองค์การภาครัฐนั้นมีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงขององค์การในการศึกษาของ Bosire (2012, pp. 21-35) สามารถแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงองค์การได้ 2 ปัจจัยสำคัญๆ คือ

1) ปัจจัยภายใน (Internal Factors) ได้แก่ การปรับเปลี่ยนระบบโครงสร้าง (Structure) กลยุทธ์ (Strategy) กระบวนการ (Process) เทคโนโลยี (Technology) วัฒนธรรม (Culture) การเมือง (Politics) ผู้นำ/บุคลากร (Leader/Staff)

2) ปัจจัยภายนอก (External Factors) ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงองค์การที่สำคัญได้แก่ สภาวะเศรษฐกิจ (Economic Conditions) คู่แข่งขัน (Competitor) เทคโนโลยี (Technology) การเมืองและกฎหมาย (Politics and Law) สังคมและประชากร (Society and Population) รวมทั้งอุดมการณ์เสรีนิยมใหม่

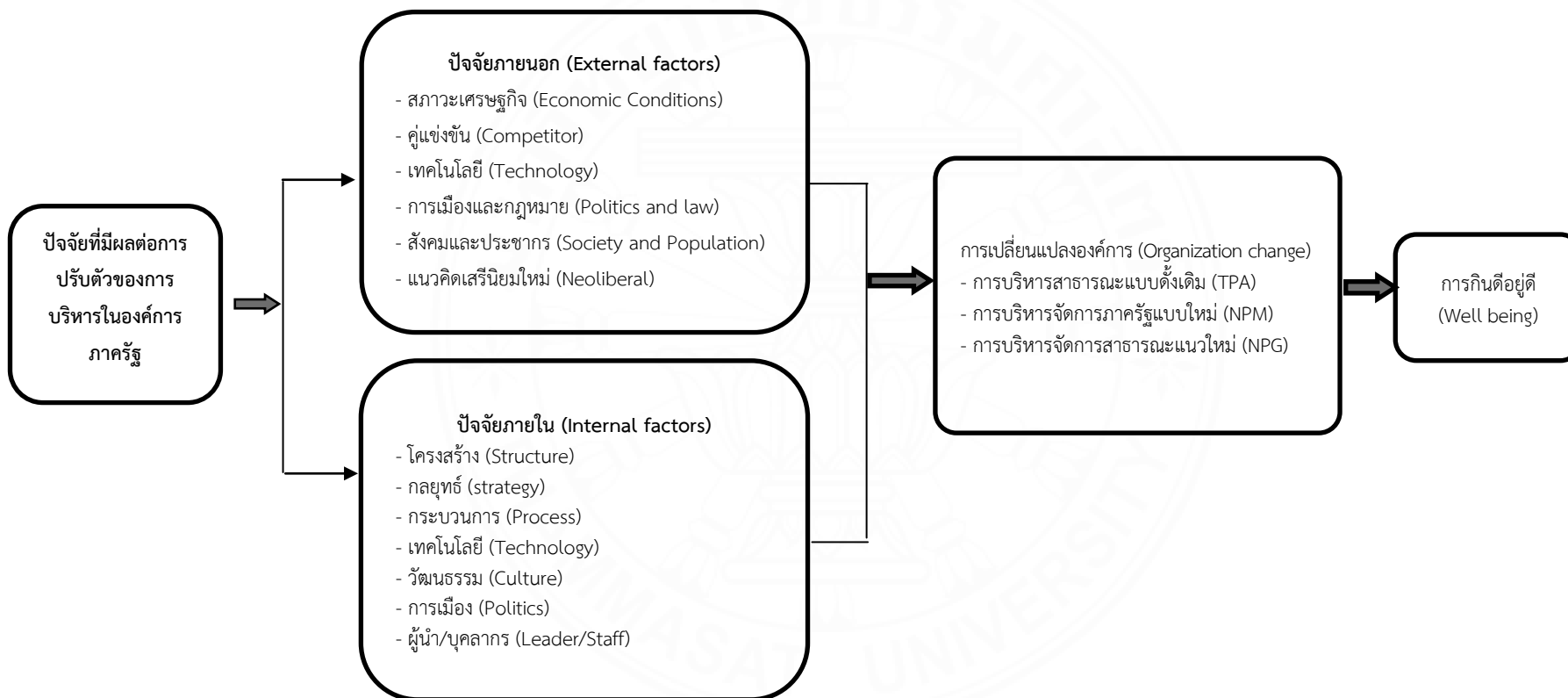
อาจกล่าวได้ว่างานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิรูประบบราชการส่วนใหญ่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2560 พบว่า ทศนคตที่มีต่อนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพและการนำนโยบายไปปฏิบัติส่วนใหญ่เห็นด้วยโดยเฉพาะประเด็นของการร่วมกันทำงานในรูปแบบสหวิชาชีพและการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามนโยบายเพื่อให้งานเกิดประสิทธิภาพ ตัวอย่างการศึกษาของ เกษร วงศ์มณี (2545) ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการก่อตั้งและดำเนินการโรงพยาบาลตำบล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการรับรู้ข่าวสาร มีความรู้ความเข้าใจ มีความต้องการรับการดูแลรักษาสุขภาพและมีความเชื่อถือศรัทธาในระดับสูง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการก่อตั้งและดำเนินการโรงพยาบาลได้แก่ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมด้านอายุ สถานภาพ การสมรส ระดับรายได้ การมีสถานะหรือตำแหน่งในชุมชนและความถี่ของการเจ็บป่วยโดยรวม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การรับรู้ข่าวสาร ความรู้ความเข้าใจ มีความต้องการรับการดูแลรักษาสุขภาพ และมีความเชื่อถือศรัทธาในโรงพยาบาลตำบลและการศึกษาของ พัทยาพร ยิ้มเที่ยง (2546) ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพและการนำนโยบายไปปฏิบัติ ศึกษาเฉพาะกรณี: โรงพยาบาลตรัง กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพและการนำนโยบายไปปฏิบัติส่วนใหญ่เห็นด้วยโดยเฉพาะประเด็นของการร่วมกันทำงานในรูปแบบสหวิชาชีพและการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามนโยบายเพื่อให้งานเกิดประสิทธิภาพ

ในขณะที่การศึกษาที่เกี่ยวกับตัวแปรความสำเร็จในการปฏิรูประบบราชการของ ธัญญา บรรจงรักษ์ (2550) เกี่ยวกับการปฏิรูประบบราชการ ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข: กรณีศึกษาโรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการของกลุ่มตัวอย่าง แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน พบว่า ระดับความสำเร็จของตัวแปรความสำเร็จในการปฏิรูประบบราชการของโรงพยาบาลพระประแดงประสบความสำเร็จค่อนข้างต่ำ มีความสัมพันธ์กับวิสัยทัศน์ของผู้นำ การใช้ทรัพยากรในการปฏิรูประบบราชการและการมีส่วนร่วมของบุคลากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิรูป คือ วิสัยทัศน์ของผู้นำ ทรัพยากร และการมีส่วนร่วมในการปฏิรูป

การศึกษาของเกี่ยวกับแนวคิดการปฏิรูประบบราชการในประเทศไทย พบว่า ระบบราชการไทยมีขนาดใหญ่โตเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการปฏิรูปโดยเฉพาะประเด็นเรื่อง ความมุ่งมั่นและขาดความจริงจังจริงจัง รวมทั้งผู้ที่มีหน้าที่และมีอำนาจยังขาดการรับฟังเสียงจาก นักวิชาการและประชาชนทำให้การปฏิรูประบบราชการไม่ประสบผลสำเร็จ ดังนั้น การปฏิรูประบบราชการของประเทศไทยนอกจากขึ้นอยู่กับระบบราชการแล้ว ยังขึ้นอยู่กับตัวผู้นำที่มีอิทธิพลครอบงำ และชี้้นำการประพฤติปฏิบัติงานราชการของข้าราชการทั้งหลายให้เป็นไปตามความคาดหวังของประชาชนโดยส่งเสริมสร้างแรงกระตุ้นให้ข้าราชการมีคุณธรรมจริยธรรมสำหรับการบริหารงาน มากยิ่งขึ้น ก็เพื่อความสงบสุข ความเรียบร้อยในบ้านเมือง ภาพลักษณ์ของข้าราชการในสายตาประชาชนก็จะดีตามไปด้วย

ภาพที่ 2.7

กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการองค์การภาครัฐ.



อย่างไรก็ตามถึงแม้แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่จะได้รับความนิยมและถูกนำมาใช้ในการจัดการภาครัฐของรัฐบาลหลายยุคจนถึงปัจจุบัน แต่ทฤษฎีในหลายประเด็น เช่นการศึกษาของ ชมพูนุช หุ่นาค (2560) ที่เสนอว่าแนวคิดดังกล่าวนี้เสมือน “จักรพรรดิที่สวมอาภรณ์ใหม่” หรือเรียกว่า “เหล่าเก่าในชุดใหม่” เนื่องจากเมื่อนำแนวคิดนี้มาปรับใช้แต่ปัญหาต่างๆ ที่เคยเกิดขึ้นในระบบการบริหารภาครัฐแบบเดิมยังคงเกิดขึ้น คือ ปัญหาความยุ่งยากในการจัดทำตัวชี้วัดในระบบการรายงานผล เพิ่มการใช้งบประมาณและทรัพยากรต่างในขณะเดียวกันยังเอื้อประโยชน์ให้กลุ่มข้าราชการระดับสูง และระดับกลางในการทุจริตคอร์รัปชัน

กล่าวโดยสรุปผู้ศึกษามีความเห็นว่แนวคิดการจัดการภาศึสาธารณะแบบใหม่ (NPG) เป็นวาทกรรมทางเลือก ที่เปิดมุมมองทั้งทางทฤษฎีและวิธีการปฏิบัติงานของภาครัฐให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้การบริหารภาครัฐแบบดั้งเดิมที่ใช้ระบบราชการและแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM) ที่ใช้ระบบตลาดในการบริหารงานมีจุดอ่อน และไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้จึงได้มีการนำแนวคิด NPG มาเป็นมุมมองในการวิเคราะห์และการทำความเข้าใจในกิจกรรมสาธารณะที่ไม่ได้มีภาครัฐเป็นเจ้าภาพผูกขาดอำนาจแต่เพียงฝ่ายเดียว ทั้งการกำหนดและการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ บริการสาธารณะที่มีภาคส่วนและตัวแสดงอื่นๆ นอกเหนือจากรัฐเข้ามามีส่วนร่วมด้วยทั้งสิ้น ทำให้กลายเป็นสังคมแบบพหุลักษณะ

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดกระบวนการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลเป็นสินค้า (Commodification) ที่ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดเสรีนิยมใหม่ที่ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านของการบริหารจัดการองค์การภาครัฐซึ่งจะอธิบายในหัวข้อต่อไป

2.2.4 แนวคิดการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลเป็นสินค้า (Commodification) และแนวคิดการลดฐานะความเป็นสินค้าของชีวิตมนุษย์ (Decommodification)

นโยบายเสรีนิยมใหม่เข้ามามีอิทธิพลต่อสังคมไทย ให้ระบบตลาดเข้ามาแสวงหาประโยชน์จากการทำให้ปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตกลายเป็นสินค้า (commodification of basic needs) ผ่านการแปรรูปเช่น การแปรรูปองค์การภาครัฐ การนำบริการทางสังคม การบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐเข้าสู่ระบบตลาด ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการทำให้ประชาชนหันมาพึ่งพาตนเอง การทำให้ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตรวมถึงสุขภาพกลายเป็นสินค้ากลายเป็นข้อจำกัดในการมีชีวิตอย่างมีคุณภาพ ในขณะที่แนวคิดเสรีนิยมใหม่ทำให้คนเชื่อว่าตลาดเป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์มีความเป็นอยู่ที่ดีและสวัสดิการของรัฐจะกระจายออกไปเมื่อระบบเศรษฐกิจเจริญเติบโต (วนุชประภา โมกข์ศาสตร์, 2561) แต่ในทางกลับกันทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสังคม

การศึกษาของ Chapman (2014) กล่าวถึงกลไกสำคัญของแนวคิดเสรีนิยมใหม่ หมายถึงการทำให้สุขภาพของมนุษย์เป็นสินค้าอย่างหนึ่งที่บุคคลจะต้องจ่ายเงินให้กับบริษัทประกันสุขภาพส่งผลให้ธุรกิจดังกล่าวเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ท่ามกลางการแปรรูปสถานพยาบาลให้มีการจัดการแบบธุรกิจและให้ภาคเอกชนเข้ามาบริหารจัดการมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินในการรักษาพยาบาลมากขึ้น การศึกษาความเหลื่อมล้ำทางสังคมในมิติสุขภาพ โดยการมองปัญหาของบริการสุขภาพในฐานะเป็นปัญหาสังคมอย่างหนึ่ง หากมองในมุมมองแนวคิด Marxist ที่มีเป้าหมายสำคัญในการอธิบายความแตกต่างทางชนชั้นบนฐานของการสะสมทุนทางสังคมที่ต่างกัน พบว่า คุณภาพชีวิตและสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยทางเศรษฐกิจของคนๆ นั้น แนวคิดดังกล่าวจึงวิพากษ์บริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อ การสร้างความเหลื่อมล้ำในบริการด้านสุขภาพ (นฤพนธ์ ดั้ววิเศษ, 2561) นอกจากนี้ยังมีปัญหาสมองโหลที่เกิดจากความต้องการบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากประเทศที่กำลังพัฒนาไปช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ร่ำรวยในประเทศตะวันตก เนื่องจากค่าตอบแทนที่ได้รับสูงกว่าการทำงานในประเทศ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางการแพทย์ และเกิดปัญหาการสูญเสียบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นในอนาคต

ในปัจจุบันวิกฤติจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ที่เกิดขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านสาธารณสุขนำไปสู่ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจระบบการดูแลสุขภาพที่เกิดจากอิทธิพลการนำแนวคิดเสรีนิยมใหม่ที่เชื่อในระบบตลาดและเปลี่ยนให้การดูแลสุขภาพเป็นสินค้า (Commodification) จะต้องใช้ระบบตลาดนำพาให้ความเป็นอยู่ชีวิตที่ดีมีคุณภาพ ในทางกลับกัน วิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดจากกลไกตลาดไม่สามารถทำงานได้ จึงนำไปสู่การกลับมาของแนวคิดการลดฐานะความเป็นสินค้าของชีวิตมนุษย์ (decommodification) มีฐานคิดจากรัฐสวัสดิการเป็นแนวคิดที่เน้นการสร้างระบบสวัสดิการไว้เข้มแข็ง มีการลงทุนกับระบบสุขภาพให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย และมีการวางระบบคุ้มครองทางสังคมและมีศักยภาพในการรับมือกับโรคระบาด (ธร ปิตติล, 2563)

การศึกษาของ Andersen (1990) พบว่า ประเทศที่มีความเชื่อในระบบตลาดมองว่าตลาดสามารถสร้างประสิทธิภาพและความเป็นธรรมได้ส่วนมากไม่ต้องการระบบสวัสดิการที่ครอบคลุมและมีระดับ decommodificationต่ำ ในขณะที่ประเทศที่ไม่ได้เชื่อมั่นในคุณค่าของระบบตลาดและให้ความสำคัญกับแนวคิดสิทธิทางสังคม (social rights) ที่เชื่อว่าทุกคนควรได้รับคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นพื้นฐานจะมีระดับของ decommodificationสูงกว่า

สรุปว่าผลกระทบที่เกิดจากกระบวนการเปลี่ยนสุขภาพให้เป็นสินค้าส่งผลให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำและปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพนั้นสามารถแก้ไขโดยการนำแนวคิดการลดฐานะความเป็นสินค้าของระบบนิเวศ (decommodification) มาปรับใช้ ซึ่งเป็นกลไกที่ช่วยให้มนุษย์มีชีวิตที่มีคุณภาพได้โดยไม่ผ่านระบบตลาดกลไกดังกล่าวคือระบบสวัสดิการ นอกจากแนวคิดการลดฐานะความเป็นสินค้าของระบบนิเวศ (decommodification) ที่ใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดจาก

อิทธิพลแนวคิดเสรีนิยมใหม่ยังมีแนวคิดการลงทุนทางสังคม (Social Investment) ที่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ที่จะนำเสนอต่อไป

2.2.5 แนวคิดการลงทุนทางสังคม (Social Investment)

การดำเนินความรับผิดชอบต่อสังคมของกิจการ หรือ Corporate Social Responsibility (CSR) ได้กลายเป็นบรรทัดฐาน (Norm) ในทุกองค์การทำให้องค์การธุรกิจที่ต้องการพัฒนาสร้างความแตกต่างและคุณค่าในรูปแบบใหม่ๆ พยายามแสวงหาเครื่องมือทางสังคมใหม่ๆ เพื่อมาตอบโจทย์การพัฒนาและหนึ่งในนั้น คือ การลงทุนทางสังคม ที่ปัจจุบัน ได้มีองค์การธุรกิจทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยหลายแห่ง นำมาใช้ในการสร้างคุณค่าทางสังคม นอกเหนือจากรูปแบบการบริจาคเพื่อการกุศล โดยมีฐานคิดมาจากทุนทางสังคม มีการศึกษาของอิมรอน โส๊ะสัน (2561) เกี่ยวกับการลงทุนทางสังคมประสบการณ์ทดลองนโยบายสาธารณะ ในประเทศนิวซีแลนด์ ที่เน้นไปที่นโยบายสังคม โดยให้ความสำคัญกับระบบสวัสดิการสังคม การบริการทางสังคม การกินดีมีสุข และพื้นที่ศึกษาเช่นการศึกษา ที่อยู่อาศัย สุขภาพ แรงงานและความมั่นคงทางสังคม

ซึ่งในการศึกษาค้างนี้จะนำแนวคิดการลงทุนทางสังคมอนุมาณกับการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ โดยเริ่มอธิบายจากการให้นิยาม ความเป็นมาและองค์ประกอบของการลงทุนทางสังคมเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษา

2.2.5.1 การให้นิยามและความหมายแนวคิดการลงทุนทางสังคม

คำว่าการลงทุนทางสังคม (Social Investment) อิมรอน โส๊ะสัน (2561) ให้นิยามว่า เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตผ่านระบบบริการทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้สารสนเทศและเทคโนโลยี เพื่อศึกษาความต้องการของประชาชนเกี่ยวกับการบริการสาธารณะ (Public service) จากนั้นนำผลที่ได้มาปรับปรุงระบบการให้บริการและเพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย สอดคล้องกับการศึกษาของ พิพัฒน์ ยอดพฤติการ (2560) อธิบายว่าเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมทั้งทางการเงินและในรูปแบบอื่นที่มีใช้ตัวเงินโดยสมัครใจ เพื่อช่วยเหลือชุมชนท้องถิ่น และสังคมในวงกว้าง ในการพัฒนาหรือจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่

สรุปได้ว่าการลงทุนทางสังคม (Social Investment) หมายถึง รูปแบบการให้การสนับสนุนทางการเงินและทรัพยากรที่มีใช้ตัวเงินเพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตผ่านระบบบริการทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเหลือประชาชน และสังคมในวงกว้าง ในการพัฒนาหรือจัดการกับปัญหาสังคมที่เผชิญอยู่โดยไม่เลือกปฏิบัติ

2.2.5.2 ความเป็นมาของการลงทุนทางสังคม (Social Investment)

แนวคิดทุนทางสังคมถูกกล่าวถึงครั้งแรกในปี ค.ศ. 1916 เป็นงานเขียนเรื่องราวแห่งความสำเร็จ (A Story of achievement) โดย Lyda Judson Hanifan และเป็นที่รู้จัก

ในแวดวงนักสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และนักเศรษฐศาสตร์ช่วงปี ค.ศ. 1980 ถึง 1990 จากงานเขียนของ Pierre Boudieu และ Robert Putnam (พลัฏฐ์ อำไพ, 2556)

สำหรับประเทศไทยแนวคิดการลงทุนทางสังคมเป็นที่รู้จัก จากวิกฤติเศรษฐกิจและสังคมที่ล่มสลายในปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา รัฐบาลและนักวิชาการมีการเสนอทางออกของสังคมเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน จึงได้เกิดโครงการที่ได้รับการช่วยเหลือทางด้านวิชาการและเงินกู้จากธนาคารโลกภายใต้โครงการลงทุนเพื่อสังคม (Social investment project-SIP) ประกอบด้วย 2 แนวทาง ได้แก่ 1) การจัดสรรให้กับโครงการที่มีประสิทธิภาพของภาครัฐตามแผนงานโครงการที่มีอยู่แล้วเพื่อแก้ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างรวดเร็ว และ 2) กระทรวงการคลังมอบหมายให้ธนาคารออมสินเป็นผู้บริหารจัดการกองทุน 2 กองทุน คือ กองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคม (Social investment fund-SIF) และกองทุนพัฒนาเมืองในภูมิภาค (Regional urban development fund) โดยมุ่งหวังเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม (ไมตรี อินทรีย์, 2560) สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจในปี ค.ศ. 2016 Global Sustainable Investment Review ของ Global Sustainable Investment Alliance (GSIA) ระบุว่า การเติบโตของการลงทุนที่มุ่งผลกระทบหรือเป็นการลงทุนเพื่อชุมชน (Impact/Community Investing) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อผลักดันให้เกิดการแก้ไขปัญหาสังคม

ในปี พ.ศ. 2553 UN Global Compact หน่วยงานในสังกัดองค์การสหประชาชาติ ได้ออกหลักการว่าด้วยการลงทุนทางสังคม หรือ Principles for Social Investment (PSI) 4 ข้อ คือ เป็นการลงทุนที่มุ่งประสงค์ (Purposeful) ให้เกิดผลดีแก่สังคม พร้อมให้ตรวจสอบ (Accountable) เอาใจใส่ (Respectful) และมีจริยธรรม (Ethical) การลงทุนทางสังคม ตามหลักการดังกล่าว เป็นการเข้ามีส่วนร่วมทั้งทางการเงินและในรูปแบบอื่นที่มีใช้ตัวเงินโดยสมัครใจ เพื่อช่วยเหลือชุมชนท้องถิ่น และสังคมในวงกว้าง ในการพัฒนาหรือจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ ด้วยเหตุที่ กิจกรรมการเข้าร่วมพัฒนาสังคมของภาคธุรกิจ ในยุคปัจจุบัน ไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้ อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาดระหว่างการพัฒนาในเชิงเศรษฐกิจกับการพัฒนาในเชิงสังคม แนวโน้มของการยอมรับความเกื้อกูลดังกล่าว ก่อให้เกิดรูปแบบของการพัฒนาใหม่ๆ ที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับการให้น้ำหนักที่เคลื่อนไปมาระหว่างวัตถุประสงค์ในเชิงพาณิชย์ (Commercial) กับวัตถุประสงค์เพื่อชุมชน (Community) ดังรูป

ภาพที่ 2.8

การให้น้ำหนักที่เคลื่อนไปมาระหว่างวัตถุประสงค์ในเชิงพาณิชย์ (Commercial) กับวัตถุประสงค์เพื่อชุมชน (Community).



ที่มา: พิพัฒน์ ยอดพฤติการ, 2560.

ภาพที่ 2.8 อธิบายเกี่ยวกับการลงทุนทางสังคมเชิงกลยุทธ์ (Strategic Social Investment) เป็นรูปแบบการให้การสนับสนุนทางการเงินและทรัพยากรที่มีใช้ตัวเงินแก่ชุมชน หรือกับประเด็นทางสังคมที่ต้องการแก้ไขหรือพัฒนา โดยเฉพาะกับชุมชนที่มีแหล่งดำเนินงานหรือสถานประกอบการตั้งอยู่ การลงทุนในรูปแบบนี้ แตกต่างจากการบริจาคในแบบให้เปล่า ตรงที่วัตถุประสงค์ของการลงทุน เป็นไปในทางที่สอดคล้องเป้าประสงค์ทางธุรกิจในระยะยาว คล้ายคลึงกับการให้การอุปถัมภ์ (Sponsorship) ที่ช่วยเสริมสร้างให้เกิดการรับรู้ภาพลักษณ์องค์กร

2.2.5.3 องค์ประกอบของการลงทุนทางสังคม

สามารถแบ่งออกเป็น 3 มิติได้แก่

1) ทุนเดิม (Stocks) หมายถึง คุณลักษณะที่สร้างสภาพแวดล้อมสำหรับความสัมพันธ์ทางสังคม ประกอบด้วยความเป็นปึกแผ่น ความไว้วางใจ กลุ่ม องค์กร เครือข่ายและความเชื่อมโยง 2) ช่องทาง (Channel) หมายถึง การไหลเวียนของผลประโยชน์ เป็นเครื่องมือหลักที่นำทุนเดิมมาใช้เพื่ออำนวยความสะดวกหรือเพิ่มผลผลิตของกิจกรรมที่ต้องการการทำงานร่วมกัน ประกอบด้วย ความร่วมมือและการกระทำรวมหมู่และการแบ่งข้อมูลและการสื่อสาร และ 3) ผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง พื้นที่ที่สำคัญที่ทุนทางสังคมถูกใช้ ประกอบด้วยความกลมเกลียวทางสังคมและการเสริมพลังทางสังคม (สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล, 2549)

ซึ่งในที่นี้ผู้ศึกษาอนุมานว่าโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ถือเป็นการลงทุนทางสังคม (Social Investment) ในรูปแบบหนึ่งที่สามารถสะท้อนให้เห็นวงจรการผลิตซ้ำทางสังคม ในสิ่งที่มนุษย์สร้าง และทำเป็นแบบแผนมายาวนาน เช่นโรงพยาบาลศิริราชเป็นทุนเดิม (Stocks) ที่ทำหน้าที่ผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมของการสร้างบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอุดมการณ์

เดียวกันในการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม แต่ก็มีปัญหาการขาดทุนในการบริหารจัดการจึงเป็นสาเหตุให้ก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ มาเพื่อหารายได้จากคนรวยไปรักษาผู้ด้อยโอกาสรวมทั้งการบริจาคที่เป็นการกระจายซ้ำ เช่น โครงการ “โครงการ Give to Live มีชีวิต คือ เพื่อให้ ให้เพื่อชีวิต”

ในขณะเดียวกันผู้รับบริการจะได้รับบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศ ด้วยคุณภาพศิริราช มาตรฐานระดับสากล โดยทีมแพทย์ศิริราช พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางพร้อมเทคโนโลยีทันสมัย ปลอดภัย มีประสิทธิภาพสูง และช่องทาง (Channel) คือ รายได้ส่วนหนึ่งจากการรักษาจะคืนกลับสู่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อนำไปช่วยเหลือผู้ป่วยด้อยโอกาสโรงพยาบาลศิริราชซึ่งถือว่าเป็นผลลัพธ์ (Outcome) ในการยกระดับคุณภาพชีวิตผ่านระบบบริการทางสังคมทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและนำไปสู่สุขภาวะที่ดี (ภาพที่ 2.9)

ภาพที่ 2.9

การลงทุนทางสังคม (Social Investment) เพื่อการผลิตซ้ำทางสังคม.



2.2.6 แนวคิดการเปลี่ยนผ่าน (Transition)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านเป็นทฤษฎีที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบและพัฒนาการโดยการเปลี่ยนผ่าน (transition) สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง (change) และการปรับตัว (adaptation) เป็นการตอบสนองของบุคคลในช่วงระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงของบุคคล องค์กร และสิ่งแวดล้อม อาทิเช่นการเปลี่ยนแปลงของนโยบาย และแนวทางปฏิบัติ เป็นต้น ส่งผลให้บุคคล และองค์กร ต้องปรับตัวจากสภาวะเดิมสู่สภาวะใหม่ การเปลี่ยนผ่าน จึงเป็นกระบวนการที่มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด ซึ่งในแต่ละระยะของการเปลี่ยนผ่าน ต้องเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน (บุญมี ภูตานัจว, 2556)

แนวคิดการเปลี่ยนผ่านอธิบายเป็น 2 หัวข้อหลัก คือ 1) นิยาม และ 2) ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน

2.2.6.1 นิยาม

นักวิชาการได้ให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านไว้มากมาย ได้แก่ Chick and Meleis (1986) ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนผ่านมีลักษณะเป็นกระบวนการโดยเป็นความรู้สึกของการเคลื่อนที่ (movement) การพัฒนา (development) และการผ่าน (flow) จากจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งไปอีกจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Schumacher and Meleis (1994) เสนอว่าการเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการพัฒนา การผ่านหรือการเคลื่อนจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่ง และการเปลี่ยนผ่านเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งต่ออัตลักษณ์ของตนเอง (identities) บทบาท (role) สัมพันธภาพ (relationships) ความสามารถ (abilities) และแบบแผนพฤติกรรม (patterns of behavior) เช่นเดียวกับบุญมี ภูตานัจว (2556) เสนอว่าการเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการที่มีระยะหรือขั้นตอน มีช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุด มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงและความแตกต่าง จุดวิกฤตและเหตุการณ์ การตระหนักรู้โดยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านประกอบด้วยเงื่อนไขด้านบุคคลชุมชน และสังคม

โดยสรุปแล้วการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลและองค์กรในช่วงระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงขององค์การภาครัฐ ซึ่งจากเดิมเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลและองค์กรต้องปรับตัวจากสภาวะเดิมสู่สภาวะใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง หน้าที่ นโยบาย กระบวนการ งบประมาณ แนวทางปฏิบัติ และการจัดการ

2.2.6.2 ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน

Chick and Melies (1986) ได้จำแนกการเปลี่ยนผ่านเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (developmental transition) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (situational transition) การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (health/illness transition) และการเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (organizational transition)

การศึกษาค้นคว้านี้มีเป้าหมายเพื่อนำเสนอทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านกับการประยุกต์ใช้อธิบายในการบริหารจัดการหน่วยงานบริการระบบพิเศษของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (organizational transition) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อชีวิตการทำงานของคนในองค์กรและผู้รับบริการ ดังเช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ นโยบาย และแนวทางปฏิบัติ

2.2.7 แนวคิดสังคมประชาธิปไตย (Social Democracy)

แนวคิดสังคมประชาธิปไตย (Social Democracy) เป็นแนวคิดทางเศรษฐกิจและการเมืองที่เสนอแนะแนวทางในการลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเท่าเทียมและความยุติธรรมทางเศรษฐกิจ มีรากฐานของปรัชญาและความคิดของฝ่ายซ้าย คือ การเป็นปฏิปักษ์กับลัทธิทุนนิยม การยึดมั่นในสังคมที่มีความเท่าเทียมและการให้ความสำคัญกับสังคมที่ปราศจากความแปลกแยก การเป็นปฏิปักษ์กับลัทธิทุนนิยม เป็นการไม่ยอมรับเศรษฐกิจในระบบตลาดรวมทั้งระบบอุตสาหกรรม เพราะเศรษฐกิจระบบนี้นำไปสู่การแบ่งสรรทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม ทำให้มนุษย์เกิดการแข่งขันและไม่สามารถใช้ศักยภาพธรรมชาติได้อย่างแท้จริง ดังนั้นจึงต้องจัดระบบทุนนิยมและเศรษฐกิจระบบตลาดแต่สร้างสรรค์สังคมที่เสมอภาค อิสระเสรีและความเท่าเทียม (สุรพล ปธานวนิช, 2547)

แนวคิดดังกล่าวมีอิทธิพลอย่างมากในแถบยุโรปตะวันตกในช่วงปี ค.ศ. 1950-1960 โดยเป็นแนวคิดที่ถือกำเนิดขึ้นมาเพื่อหาทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมและการผลิตแบบอุตสาหกรรม เพราะถึงแม้ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมจะนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าในด้านต่างๆ มากมาย แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าระบบทุนนิยมที่ให้ความสำคัญกับการทำงานของทุนและกลไกตลาดได้สร้างความไม่เท่าเทียมและทำให้เกิดการเอารัดเอาเปรียบกันระหว่างชนชั้นในสังคม แต่เมื่อเข้าสู่ปี ค.ศ. 1970 เกิดภาวะเศรษฐกิจตกต่ำทั่วโลกทำให้แนวคิดสังคมประชาธิปไตยเสื่อมความนิยมลงเพราะความสำเร็จของสังคมประชาธิปไตยนั้นจำเป็นต้องพึ่งพาสภาพเศรษฐกิจที่เติบโตต่อเนื่อง เพื่อให้รัฐมีงบประมาณมากพอจะใช้จ่ายเพื่อแทรกแซงเศรษฐกิจและสนับสนุนนโยบายด้านสวัสดิการ ปัญหาในช่วงนั้นทำให้สังคมประชาธิปไตยถูกมองว่าไม่สามารถหาทางออกจากภาวะวิกฤตดังกล่าวได้ ในขณะเดียวกันกระแสความคิดแบบเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) ก็ก้าวขึ้นมามีอิทธิพลมากขึ้น โดยความคิดแบบนี้เชื่อว่ารัฐต้องลดบทบาทต่างๆ ลงและปล่อยให้ระบบตลาดได้ทำงานอย่างเสรี (ภาณุวัฒน์ พันธุ์ประเสริฐ, 2560)

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าไม่ได้มีเพียงอิทธิพลของแนวคิดเสรีนิยมใหม่ที่ทำให้องค์การสวัสดิการสังคมเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่การปรับตัวยังมีอีก 3 แนวคิด คือ การปฏิรูประบบสุขภาพ แนวคิดการปฏิรูประบบราชการและแนวคิดการเปลี่ยนผ่าน (transition) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญทั้งปัจจัยภายในของตัวองค์การเอง ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กลยุทธ์ (strategy) กระบวนการ (Process) วัฒนธรรม (Culture) ผู้นำและบุคลากร ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ สภาพเศรษฐกิจ (Economic Conditions) คู่แข่งขัน (Competitor) กระแสโลกาภิวัตน์ ความก้าวหน้าของวิทยาการเทคโนโลยี (Technology) การเมืองและกฎหมาย (Politics and law) สังคมและประชากร (Society and Population) การถ่ายเทของประชากรและเงินทุนข้ามพรมแดน และการรวมกลุ่มของประเทศที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน เป็นต้น อิทธิพลที่เกิดจากแนวคิดทั้ง 4 แนวคิด นำไปสู่การบริหารจัดการรูปแบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพโดยการนำการบริหารจัดการแบบเอกชนมาปรับใช้

ผู้ศึกษาจึงนำเสนอผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบในมิติด้านต่างๆ ของการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐในหัวข้อต่อไป เพื่อเป็นสร้างความเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐและนำมาใช้ในการวิเคราะห์และอภิปรายผลในงานวิจัยครั้งนี้ซึ่งมีเนื้อหาในหัวข้อต่อไป

2.3 ผลกระทบด้านต่างๆ ของการจัดตั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

ผลกระทบจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2564 พบว่า การปรับองค์การมหาวิทยาลัยของรัฐไปเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐมีหลักสำคัญ คือ สถานภาพของมหาวิทยาลัยของรัฐในรูปแบบใหม่ที่ไม่ใช่ส่วนราชการ โดยรัฐจะให้งบประมาณสนับสนุนทั่วไป แต่มหาวิทยาลัยมีอิสระในการบริหารจัดการงบประมาณภายใต้การตรวจสอบของรัฐ ส่วนหลักการของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐถูกปรับให้มีความเป็นอิสระคล่องตัว และประสิทธิภาพการดำเนินงานสูง รวมทั้งเป็นการลดบทบาทรัฐให้เป็นเพียงผู้ควบคุม (นิชาภา ปัญจมาวัฒนา, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของสุตารัตน์ ตานพิพัฒน์ (2553) พบว่า ผลกระทบจากการเปลี่ยนสถานภาพเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐทำให้ระบบงานภายในองค์การต้องเปลี่ยนแปลงไปใน 4 ด้าน 1) การบริหารงานบุคคล 2) วิธีประเมินผลการปฏิบัติงานและความมั่นคงของการจ้างงาน 3) ระบบการบริหารงานและงบประมาณ 4) บริหารงานด้วยระบบบริหารแบบคุณธรรม

อาจกล่าวได้ว่า การปรับองค์การมหาวิทยาลัยของรัฐไปเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐมีหลักการสำคัญๆ 3 ประการ คือ 1) การมีอิสระในการบริหารวิชาการในการกำหนดนโยบายและกำหนดมาตรฐานทางวิชาการ 2) การมีอิสระในการบริหารงานบุคคลโดยมีการมีระบบการบริหารงานบุคคลที่เป็นของตนเองโดยมีสภาวิชาการ และคณะกรรมการบริหารงานบุคคลเป็นกลไกบริหาร และ

3) การมีอิสระในการบริหารการเงินโดยสภามหาวิทยาลัย กล่าวคือ หากมองในมิติเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองการเปลี่ยนสถานภาพเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐนั้นส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบคลเคล้ากันไป ผู้ศึกษาจึงนำเสนอผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบของการเปลี่ยนสถานภาพเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐในมิติเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองในหัวข้อต่อไปเพื่อการนำไปวิเคราะห์และตอบคำถามวิจัย

2.3.1 ผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบของการเปลี่ยนสถานภาพเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐในมิติเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง

เมื่อการดูแลสุขภาพและการรักษาโรค คือมิติใหม่ของการลงทุนกับชีวิต มนุษย์จะไม่มองชีวิตเป็นเพียงวัตถุทางธรรมชาติแต่จะมองชีวิตเป็นทรัพย์สินที่ต้องดูแลสอดคล้องกับระบบแนวคิดเสรีนิยมใหม่ที่สอนให้มนุษย์มองตนเองเป็นทรัพยากรหรือปัจจัยในการพัฒนาเศรษฐกิจ โดยมีคุณลักษณะที่สำคัญของแนวคิดเสรีนิยมใหม่ ได้แก่ 1. ความสัมพันธ์เชิงตลาดเป็นการเปิดเสรีทางเศรษฐกิจ เช่นการถ่ายโอนการผลิตจากภาครัฐบาลไปสู่ภาคเอกชน (Privatization) 2. บทบาทของรัฐในรูปแบบใหม่ โดยการลดการควบคุมและลดการกำกับ (Deregulation) เช่น วินัยการคลัง (Fiscal Discipline) เป็นการลดรายจ่ายภาครัฐ เพื่อเพิ่มบทบาทของภาคเอกชน 3. ความรับผิดชอบของปัจเจก (Property Rights) (Williamson, 1989)

จากเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาหาข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อหาความเชื่อมโยงและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และตอบโจทย์ข้อคำถามการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.1.1 มิติเศรษฐกิจ

(1) การทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้า (The Commodification of Health Care)

เมื่อการดูแลสุขภาพและการรักษาโรคเปลี่ยนรูปแบบใหม่เป็นการลงทุนกับชีวิตเป็นการนำเอาอุดมการณ์เสรีนิยมใหม่ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคนและสังคม รวมถึงการมีสุขภาพดีและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ถูกเปลี่ยนให้เป็นสินค้าที่มีราคา ซึ่งเป็นปัญหาที่รัฐบาลในประเทศต่างๆ เผชิญได้ สอดคล้องกับ McDonald and Ruiters (2012) อธิบายว่าการทำให้การบริการสุขภาพเป็นเรื่องทางธุรกิจ คือการทำให้สิทธิของการมีสุขภาพดีเป็นเรื่องทางเศรษฐกิจด้วย เช่นเดียวกับ Chapman (2014) ได้ตั้งข้อสังเกตว่าระบบสุขภาพตามแนวคิดเสรีนิยมใหม่ได้แบ่งมนุษย์เป็น 2 แบบ คือ 1) ผู้ที่มีเงินจ่ายให้กับการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งจะเข้าไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนที่มีแพทย์ที่เก่งเชี่ยวชาญและเครื่องมือการแพทย์ที่ทันสมัยครบถ้วน 2) คนยากจนหรือผู้ที่ไม่

เงิน ต้องเข้าไปรับบริการในโรงพยาบาลของรัฐที่ขาดแคลนแพทย์ พยาบาล และไม่มีเครื่องมือแพทย์ ที่เพียงพอ ทำให้ไม่ได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่ดี

การศึกษาของ Egharevba, Imhonopi, and Iruonagbe (2015) พบว่า ในประเทศไนจีเรียมีอัตราการตายของเด็กทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น เนื่องจากความล้มเหลวของ ระบบการแพทย์และสาธารณสุขในปี ค.ศ. 1980 เป็นต้น รัฐบาลไนจีเรียพยายามพัฒนาเศรษฐกิจตาม อุดมการณ์เสรีนิยมใหม่โดยโอนกิจการของรัฐไปให้ภาคเอกชนดำเนินงาน ทำให้เกิดช่องว่างระหว่าง คนรวยกับผู้ด้อยโอกาสมากขึ้น พบความเหลื่อมล้ำและขาดแคลนระบบสาธารณสุขูปโภคในหน่วยงาน ต่างๆ ของภาครัฐบาล (นฤพนธ์ ด้วงวิเศษ, 2561)

หากมองบนพื้นฐานของรัฐสวัสดิการที่ให้ความสำคัญกับสิทธิสุขภาพว่า เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการเข้าถึงระบบสุขภาพ ด้วยความเสมอภาคและไม่เลือกปฏิบัติในทางตรงกันข้ามอุดมการณ์เสรีนิยมใหม่มีแนวโน้มที่จะ ส่งเสริมมุมมองของการดูแลสุขภาพเป็นสินค้าที่มีราคา ความพร้อมใช้งานและการจัดจำหน่าย เช่นเดียวกับสินค้าอุปโภคบริโภคอื่นๆ และสนับสนุนการออกสู่ตลาด ซึ่งการเปลี่ยนรูปแบบการดูแลสุขภาพให้กลายเป็นสินค้าอุปโภคบริโภค (The commodification of Health Care) นำไปสู่ ความไม่เท่าเทียมที่มากขึ้นและการเข้าถึงระบบสุขภาพที่ลดลง

จากเนื้อหาที่กล่าวมาข้างต้นอาจกล่าวได้ว่าประเด็นความขัดแย้งดังกล่าว มีทั้งที่เห็นด้วยว่าจะทำให้การบริหารงานคล่องตัวมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและนำไปสู่ความเป็นเลิศทาง วิชาการมากกว่าระบบเดิม ในขณะที่ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย เชื่อว่ากระบวนการดูแลสุขภาพและการรักษา โรคไม่ใช่สินค้าและไม่ใช่แหล่งธุรกิจ การกิจที่สำคัญคือต้องรับผิดชอบต่อสังคมไม่ใช่หากำไร แสดงให้เห็น ถึงประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma)

(2) ความขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma)

ท่ามกลางการแข่งขันทางธุรกิจ องค์กรธุรกิจต่างมุ่งสร้าง ผลประกอบการ ให้ได้มากที่สุด เพื่อการเติบโตหรือความอยู่รอด หลายครั้งที่ผู้นำองค์กร ต้องเผชิญ คือ ความกดดัน ซึ่งเป็นความขัดแย้ง ระหว่างผลประโยชน์ของตนหรือของบริษัทที่ต้องการกับความถูกต้องที่ควรเป็น ซึ่งถือเป็นสิ่งที่สังคมรับรู้ และต้องการ ภาวะดังกล่าวเรียกว่า “Ethical dilemma” ซึ่งเป็นภาวะ กดดันที่ผู้นำต้องตัดสินใจเลือก อย่างใดอย่างหนึ่งระหว่างผลประโยชน์หรือคุณธรรม ซึ่งไม่อยู่ใน ทิศทางเดียวกัน สำหรับผู้นำที่ไม่มีคุณธรรมยอมเลือกผลประโยชน์ที่ตนพึงได้ก่อนแน่นอนแล้ว กลบเกลื่อนพรางตาสังคมในเรื่องความ ไม่ถูกต้องให้ผ่านพ้นไป

การให้ความหมายของนักวิชาการในประเด็นความขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma) มีความหลากหลาย เช่น Thomas และ Christopher (2009) เรียกว่าเป็นภาวะ กลืนไม่เข้าคายไม่ออกในทางจริยธรรม (Ethical Dilemma/Moral Dilemma) เป็นการอธิบาย

ถึงการยึดมั่นกับจริยธรรมอาจจะป้องกันปัญหาทางจริยธรรมนั้นได้ ส่วนอภิญา อินทรรัตน์ และคณะ (2558) ให้ความหมายประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมว่า เป็นสถานการณ์ที่มีความยุ่งยากในการตัดสินใจซึ่งอาจประกอบไปด้วยเหตุผลสำคัญที่สนับสนุนและต่อต้านการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือหมายถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกที่มีเหตุผลสนับสนุนและต่อต้านเท่าๆ กัน ส่วนการศึกษาของ กมลพิพัฒน์ ชนะสิทธิ์ และคณะ (2560) ในเรื่องการพัฒนาองค์การเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงานพัฒนาองค์การที่เป็นเหตุของภาวะกลืนไม่เข้าคายไม่ออกทางจริยธรรม ได้แก่ ความขัดแย้งของบทบาท (Role Conflict) และความไม่ชัดเจนของบทบาท (Role Ambiguity) ซึ่งนำไปสู่ผลที่เป็นภาวะกลืนไม่เข้าคายไม่ออกทางจริยธรรมที่ต้องมีการตัดสินใจในองค์การเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ได้แก่ 1. ความไม่เข้าใจกัน (Misrepresentation) 2. การนำข้อมูลขององค์การไปใช้ในทางที่ผิด (Misuse of Data) 3. การบังคับ (Coercion) 4. ความขัดแย้งเกี่ยวกับเป้าหมายและค่านิยม (Value and Goal Conflict) และ 5. การขาดไหวพริบในเชิงเทคนิค (Technical Ineptness)

หากพิจารณาในมุมมองสองข้อคือ แนวคิดสังคมประชาธิปไตย (Social democracy) มองว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิทธิ ในขณะที่มุมมองของแนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberal) มองว่าการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเป็นสินค้า สามารถอธิบายลักษณะทวิลักษณ์ Dualism ได้ดังนี้

1. ในมุมมองของแนวคิดสังคมประชาธิปไตย (Social democracy) การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชน ทุกคนไม่ว่ารวยหรือจน เชื่อชาติศาสนาใดๆ ก็ตาม ย่อมมีสิทธิเสมอกันในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รัฐต้องจัดบริการให้ดีที่สุดโดยมีความเหลื่อมล้ำน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แนวคิดนี้มองว่าการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นแนวคิดในการลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างสังคมที่มีความเท่าเทียมและยุติธรรม เป็นแนวคิดทางการเมืองฝ่ายซ้ายที่เชื่อว่าเสรีภาพของมวลชนจะทำให้สังคมเกิดความเท่าเทียม (Walzer, 1983) ดังที่ภาณุวัฒน์ พันธุ์ประเสริฐ (2560) ได้เสนอว่าแนวคิดสังคมประชาธิปไตยเป็นแนวทางในการลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างสังคมที่มีความเท่าเทียมและยุติธรรมทางเศรษฐกิจมากขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อสังคมและช่วยเหลือผู้ที่เสียเปรียบในระบบทุนนิยม ไม่คิดล้มล้างระบบทุนนิยมแต่ต้องการให้ทุนนิยมทำประโยชน์ให้กับสังคมโดยรวมและกระจายผลประโยชน์ได้ของทุนนิยมให้ทั่วถึงแก่ทุกคนมากขึ้น อีกทั้งยังสนับสนุนภาครัฐให้มีบทบาทแทรกแซงในระบบเศรษฐกิจ และเชื่อว่ารัฐจะต้องดำเนินนโยบายทางสังคมในเชิงคุ้มครองสวัสดิการพื้นฐานของประชาชน เช่น รัฐต้องอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการศึกษาและการรักษาพยาบาล เป็นต้น

2. มุมมองของแนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberal) มองว่าการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเป็นสินค้า การรับบริการด้านสุขภาพเป็นเหมือนการซื้อเสื้อผ้า สอดคล้องกับที่มองว่าบริการสุขภาพควรมีทั้งอย่างหรือสำหรับคนมีเงิน มีอย่างปานกลางสำหรับคนทำงาน และมีอย่างสังคมสงเคราะห์สำหรับคนยากผู้ด้อยโอกาส แม้ไม่มีเงินสังคมก็ควรได้รับการดูแลรักษา แต่ด้วยสิทธิประโยชน์ที่จำกัด เน้นไปที่การรักษาเพื่อการควบคุมโรคไม่ให้โรครบาดสู่สังคมส่วนใหญ่ และเพื่อการสงเคราะห์แบบให้ผู้ด้อยโอกาส คือให้แต่หากไม่พอก็ต้องยอมรับในชะตากรรม

2.3.1.2 มิติสังคม

แนวโน้มนกระแสโลกในปัจจุบันแนวคิดสิทธิสุขภาพ (The Right to Health) กำลังเป็นหัวข้อที่ถูกกล่าวถึงในสังคมทั้งภายในและภายนอกประเทศ เนื่องจากแนวคิดสิทธิสุขภาพดังกล่าวทำให้มองเห็นว่าปัญหาสุขภาพไม่เพียงแต่เป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้แต่เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับโครงสร้างทางสังคม แนวคิดสิทธิสุขภาพ (The Right to Health) มีฐานคิดมาจากการนำแนวคิดด้านสุขภาพ (Health) กับแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชน (Human Right) มาอธิบายร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sakellariou and Rotarou (2017) พบว่า สหประชาชาติและกฎหมายระหว่างประเทศกล่าวถึงสิทธิสุขภาพว่าเป็นการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่สำคัญของมนุษย์ทุกคนที่จะได้รับการดูแลรักษาและเข้าถึงการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานตามที่รัฐธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกระบุไว้ อย่างไรก็ตามทั้งแนวคิดด้านสุขภาพและแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชนต่างก็เป็นแนวคิดในการทำให้มนุษย์มีชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (ศรีประภา เพชรมีศรี, 2548)

ผลกระทบทางสังคมในภาพรวม ที่สะท้อนถึงปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านการบริหารจัดการภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อสวัสดิการสังคมในเรื่อง ประเด็นการส่งตรวจที่เกินความจำเป็น และราคายาที่เกินมาตรฐาน

(1) การส่งตรวจที่เกินความจำเป็น (Over investigation)

เนื่องจากสภาพสังคมในปัจจุบันที่ได้รับอิทธิพลแนวคิดเสรีนิยมใหม่ที่มองแบบวัตถุนิยมมาใช้ในการดำเนินชีวิตทำให้แพทย์มีแนวโน้มที่จะประกอบวิชาชีพโดยมุ่งแสวงหาทรัพย์สินเงินทองจนขาดจริยธรรม ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย และหากแพทย์จำนวนมากละทิ้งจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ประกอบวิชาชีพไร้มาตรฐาน ก่อให้เกิดการฟ้องร้องกันอย่างมากมาย ในที่สุดวิชาชีพแพทย์จะเสื่อมไม่มีเกียรติและศักดิ์ศรีอีกต่อไป (พนารัตน์ สิริคุณาลัย, 2554) นอกจากนี้เกิดจากการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาทำการตรวจรักษาหากมองในแง่ดี คือ ทำให้คุณภาพการตรวจรักษามีคุณภาพดีขึ้นลดอันตรายที่เกิดกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับประชาชนแต่ในอีกด้านหนึ่งเทคโนโลยีที่นำมาใช้เราไม่สามารถผลิตได้ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งทำให้การคิดราคากำไรต้นทุนขึ้นทำให้เกิดกระบวนการรักษาพยาบาลเป็นสินค้า

ตัวอย่างการส่งตรวจที่เกินความจำเป็น (over investigation) ในบางสถานการณ์การรักษาที่เกินกว่าข้อบ่งชี้ตามโรงพยาบาลเอกชนถูกคนไข้ยึดถือว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องและต้องทำ ทั้งๆ ที่การส่งตรวจนั้นเกินความจำเป็นและอาจส่งผลเสียต่อคนไข้มากกว่าผลดีที่ได้รับ และตัวอย่างเกี่ยวกับเรื่องนี้เช่น คนไข้อุบัติเหตุได้รับการกระทบที่ศีรษะ คนไข้รู้สึกตัวดีตลอด ไม่สลบ การตรวจทางระบบประสาททั้งหมดปกติ โดยปกติแล้วผู้ป่วยเช่นนี้ไม่จำเป็นต้องทำเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณสมอง (CT scan) เพราะอัตราการส่งตรวจแล้วได้ผลเป็นบวกนั้นต่ำมาก เทียบกับผลจากการรับรังสีและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลแล้วไม่คุ้มค่าจึงไม่ควรส่งตรวจ แต่ในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งจะผิดพลาดหรือไม่ครอบคลุมไม่ได้เพราะถ้าหลุดไปมีโอกาสโดนฟ้องร้องได้สูง ดังนั้นจึงต้องส่งตรวจทั้งหมดจึงทำให้เกิดมาตรฐานที่คนไข้และประชาชนส่วนหนึ่งยึดถือว่าถ้าเกิดกรณีแบบนี้ต้องส่งทำ CT scan เป็นสิ่งที่ถูกต้อง เกิดเป็นความเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างมาตรฐานทางการแพทย์ที่แพทย์ยึดถือ กับมาตรฐานที่ประชาชนคิดว่าควรจะเป็น

อีกกรณีหนึ่ง คือ การศึกษาของ อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว (2560) ในประเด็นข้อโต้แย้งสำคัญของการที่รัฐบาลจัดการรักษาฟรีให้แก่ประชาชนนำไปสู่การเข้ารับบริการที่ไม่จำเป็นหรือเกินความจำเป็น (unnecessary visit) จำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่ดูแลสุขภาพตัวเอง และเป็นภาระต่องบประมาณทางสาธารณสุขของประเทศ ขณะที่ในมุมมองของผู้ป่วยหรือประชาชนการมารับการรักษาพยาบาลไม่ใช่กิจกรรมเพื่อความสนุก การมาโรงพยาบาลเป็นเพราะความจำเป็นทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ในมุมมองของผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้มารับบริการโดยไม่มี ความจำเป็น แต่ระดับความจำเป็นในมุมมองของแพทย์จะมีความแตกต่างจากผู้ป่วยอยู่ที่ระดับ 40-50% ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการ สำหรับอาการนำที่ผู้ป่วยประเมินความจำเป็นสูงกว่าแพทย์ หน่วยงานที่บริหารจัดการระบบสาธารณสุขควรสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องการดูแลรักษาตนเองเบื้องต้นหากมีอาการนำดังกล่าวและออกแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยว่าควรดูแลรักษาตนเองอย่างไรก่อนมาโรงพยาบาล และแนวทางการประเมินเบื้องต้นว่าหากมีอาการอย่างไรที่สมควรต้องมาพบแพทย์

นอกจากนี้ ยังได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการในส่วนกลางและส่วนจังหวัดเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย กรณีมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น หรือการคิดค่าบริการรักษาพยาบาลสูงเกินสมควร เช่น ปวดท้อง คิดราคา 3 หมื่น หรือปวดหัว แต่ให้บริการทั้งตรวจตา วัดชีพจร ตรวจลิ้น ทำทีชีสแกน หรือคิดค่าชะงักจากการนำแพทย์มาให้บริการหลายคน เป็นต้น ซึ่งหากผู้บริโภคเห็นว่ามีการคิดราคาสูงเกินสมควรจริง และร้องเรียนเข้ามาและพบว่า ผิดจริง จะมีโทษจำคุกไม่เกิน 7 ปี ปรับไม่เกิน 140,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (พระราชบัญญัติธุรกิจ, 2562)

สรุปว่าประเด็นผลกระทบจากการส่งตรวจที่เกินความจำเป็น ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างมาตรฐานทางการแพทย์ที่แพทย์ยึดถือกับมาตรฐานที่ประชาชนคิดว่าควรจะเป็น ซึ่งในความเป็นจริงควรให้ภาครัฐเข้ามามีบทบาทในการควบคุมกำกับดูแลเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย

(2) ราคายาที่เกินมาตรฐาน (Drug prices that exceed the standard)

ในอดีตกฎระเบียบของภาครัฐกำหนดให้โรงพยาบาลรัฐต้องใช้จ่ายที่ผลิตจากหน่วยงานภาครัฐเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม หลังจากรัฐบาลประกาศใช้พระราชบัญญัติ การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 โดยมีผลบังคับใช้ในเดือนสิงหาคม 2560 ระบุให้องค์การเภสัชกรรม ซึ่งเป็นผู้ผลิตยาหลักของภาครัฐ เป็นผู้ประกอบการที่อยู่ในฐานะเดียวกับผู้ประกอบการรายอื่น ทำให้โรงพยาบาลรัฐไม่จำเป็นต้องซื้อยาจากองค์การเภสัชกรรมเป็นหลัก จึงเกิดการแข่งขันมากขึ้นระหว่างองค์การเภสัชกรรมและผู้ประกอบการเอกชน ซึ่งรวมถึงผู้ประกอบการจากต่างชาติที่ผลิตยาราคาถูกออกมาจำหน่าย เช่น อินเดียและจีน ทั้งนี้ สามารถแบ่งผู้ประกอบการในตลาดยาได้เป็น 2 กลุ่ม (นรินทร์ ตันไพบูลย์, 2563) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ องค์การเภสัชกรรม และโรงงานเภสัชกรรมทหาร เน้นผลิตยาชื่อสามัญ (Generic drug) จำหน่ายในประเทศ เพื่อทดแทนยานำเข้าจากต่างประเทศ

กลุ่มที่ 2 บริษัทยาภาคเอกชน แบ่งเป็น (1) บริษัทยาของคนไทย เป็นบริษัทที่คนไทยถือหุ้นใหญ่ ส่วนใหญ่จะเน้นผลิตยาชื่อสามัญทั่วไป และมีราคาไม่สูง เช่น บริษัทเบอร์ลินฟาร์มาซูติคอลอินดัสตรี บริษัทไทยนครพัฒนา บริษัทสยามฟาร์มาซูติคอล บริษัทไบโอฟาร์มเคมีคอล บริษัทสยามเภสัช เป็นต้น (2) บริษัทยาของต่างชาติ (Multinational companies: MNCs) ถือหุ้นส่วนใหญ่โดยต่างชาติ เป็นตัวแทนนำเข้ายาต้นตำรับหรือยาจดสิทธิบัตร (Original drug) มาจำหน่ายในราคาที่ค่อนข้างสูง และมีบางรายเข้ามาตั้งโรงงานผลิตยาสำเร็จรูป รายสำคัญคือ Pfizer Novartis GlaxoSmithKline Sanofi-Aventis และ Roche (นรินทร์ ตันไพบูลย์, 2563)

ปัจจุบันไทยมีกฎหมายที่ใช้บังคับเกี่ยวกับการผลิตยาในประเทศ 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติสิทธิบัตร (กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา) ซึ่งเป็นการคุ้มครองสิทธิให้แก่ผู้คิดค้นยา โดยมีกรมทรัพย์สินทางปัญญาเป็นหน่วยงานรับจดสิทธิบัตรยา และพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมซึ่งมีบทบัญญัติในส่วนที่เกี่ยวกับการผลิต นำเข้า ขาย และการตลาดยาในประเทศ โดยมีสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นหน่วยงานกำกับดูแล และรับผิดชอบในการออกใบอนุญาตและลงทะเบียนยาที่จะจำหน่ายในประเทศ (นรินทร์ ตันไพบูลย์, 2563)

จากการตรวจสอบข้อมูลราคา ยา พบว่า โรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง มี ส่วนต่างระหว่างราคาซื้อกับราคาขายตั้งแต่ 29.33% จนถึงสูงสุด 8,766.79% หรือมีส่วนต่างราคา ตั้งแต่ 10.83 บาท จนถึงสูงสุด 28,862 บาท และมีกำไรตั้งแต่ 47.73% ไปจนสูงสุด 16,566.67% โดยมีตัวอย่างยา เช่น ยา S_DOPROCT ราคายา 17 บาท ขายเฉลี่ย 148 บาท ขายสูงสุด 303 บาท ยา ORFARIN ราคายา 2 บาท ขายเฉลี่ย 13.75 บาท สูงสุด 36 บาท ยา XANDASE ราคายา 3 บาท ขายเฉลี่ย 6 บาท สูงสุด 20 บาท ยา AMPHOTERICIN-B ราคายา 452 บาท ขายเฉลี่ย 937 บาท ขายสูงสุด 2,200 บาท เป็นต้น เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว นายวิชัย โภชนกิจ อธิบดีกรมการค้าภายใน ประกาศ กกร. ฉบับที่ 52 พ.ศ. 2562 เรื่องการแจ้งราคา การกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขเกี่ยวกับการจำหน่ายยารักษาโรค เวชภัณฑ์ ค่าบริการรักษาพยาบาล บริการทางการแพทย์ และบริการอื่น ของสถานพยาบาลเมื่อวันที่ 29 พ.ค. 2562 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 30 พ.ค. 2562 เป็นต้นไป (ประชาชาติธุรกิจ, 2562)

ผลกระทบจากราคายาที่เกินมาตรฐาน เกิดจากการปล่อยให้มีการแข่งขันของตลาดยาอย่างเสรีตามแนวคิดของเสรีนิยมใหม่ส่งผลให้มีการจำหน่ายยาที่ราคาเกิน มาตรฐาน ผู้ศึกษาเห็นว่าควรให้ภาครัฐเข้ามามีบทบาทในการควบคุมกำกับดูแลราคายาที่เป็นกลาง ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย

2.3.1.3 มิติการเมือง

การจัดการกับปัญหาเชิงระบบแทนที่จะแก้ปัญหาเฉพาะส่วน สภาวะทาง เศรษฐกิจ อำนาจทางการเมืองของกลุ่มต่างๆ ในสังคม การสร้างความพร้อมทางการเมือง การเตรียม ความพร้อมทางเทคนิคเพื่อให้สามารถนำระบบใหม่ไปปฏิบัติอย่างได้ผล ตลอดจนการสื่อสารทาง นโยบายกับผู้ปฏิบัติ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2543) การปฏิรูปเป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของ ระบบที่มุ่งหมายในการสร้างระบบใหม่

การปรับปรุงระบบที่มีอยู่เดิมเพียงเฉพาะด้านนั้นไม่เพียงพอ เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์นี้ มีผลถึงการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของระบบและการจัดสรร ทรัพยากรใหม่ จึงย่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงส่วนได้ส่วนเสียของผู้เกี่ยวข้องภายใน ระบบ เมื่อผลประโยชน์ถูกรบกวน จึงอาจมีการดำเนินการเคลื่อนไหวทางการเมืองเพื่อสนับสนุนหรือ คัดค้านการเปลี่ยนแปลง (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2543) ประเทศส่วนใหญ่ใช้กฎหมายเป็น เครื่องมือในการปฏิรูป ในขณะที่บางประเทศใช้แผนแห่งชาติ การผ่านกฎหมายประกันสุขภาพไม่ได้ เป็นหลักประกันของการมีหลักประกันสุขภาพ การผลักดันในขั้นตอนการนำไปปฏิบัติมีความสำคัญต่อ การบรรลุผล ปัจจัยเชิงกระบวนการหลายประการมีส่วนในการเสริมความสำเร็จของการปฏิรูป เช่น การออกแบบที่สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม

หากมองผลกระทบของการจัดตั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐในมิติการเมืองมี 2 ประเด็นที่กล่าวถึงในการศึกษาคั้งนี้ คือ การปฏิรูประบบสุขภาพและปัญหาสมองไหล

(1) การปฏิรูประบบสุขภาพ

ในประเด็นการปฏิรูประบบสุขภาพจากการศึกษาทั้งภายในและภายนอกประเทศพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลด้านการเมืองตัวอย่างเช่นการศึกษาโรงพยาบาลในประเทศสิงคโปร์เสนอว่าหลังจากมีการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นแบบกองทุนแล้วแต่ก็ยังพบปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่สูงขึ้นภาครัฐบาลต้องการให้โรงพยาบาลมีการปรับปรุงประสิทธิภาพและคุณภาพรวมทั้งมีวินัยทางการเงินจึงได้มีการปรับโรงพยาบาลในระบบราชการเป็นโรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ บริหารภายใต้บริษัท Health Corporation of Singapore ซึ่งรัฐบาลเป็นเจ้าของ จากการแปรรูปร่างนั้นทำให้โรงพยาบาลมีอิสระในการบริหาร บริการ การเงิน บุคคล และอื่นๆ ขึ้นต่อคณะกรรมการบริหารซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบผลการดำเนินการของโรงพยาบาล (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของอาทร รวีไพบูลย์ (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิรูปสุขภาพของมาเลเซียมูลเหตุของการปฏิรูประบบสุขภาพเกิดจากปัญหาการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงมากของรัฐบาลและการพยายามที่แก้ปัญหาสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์ไปอยู่กับเอกชนที่มีค่าตอบแทนสูงกว่า

สำหรับประเทศไทย วิวัฒนาการของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1) ก่อนที่จะมีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุข การสาธารณสุขไทยเน้นในการรักษาโรคระบาดโดยการตั้งเป็นสถานบำบัดชั่วคราว จนถึงสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระประสงค์จัดตั้งโรงพยาบาลแห่งแรกขึ้นโดยพระราชทานพระนามว่า “โรงศิริราชพยาบาล” ให้การรักษาโรคแก่ราษฎรทั่วไปเมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2431

2) การสถาปนากระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2485 เพื่อให้มีศูนย์รวมการบริหารจัดการที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมในการดูแลระบบสุขภาพให้กว้างขวางมากขึ้นกว่าการรักษาโรคและให้มีการจัดการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเริ่มใช้เมื่อ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2504 การทำให้ประชากรมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ย่อมทำให้ประสิทธิภาพในการพัฒนาประเทศมากขึ้น จึงมีการขยายงานสาธารณสุขครอบคลุมในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ

4) ยุคปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงแนวคิดจากระบบสาธารณสุข (Public Health System) ไปสู่แนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health System) จึงทำให้เกิดแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่ายมากขึ้น เริ่มต้นจากการเกิดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขึ้นในปี พ.ศ. 2535 โดยมีการออกแบบให้มีลักษณะ “องค์กรอิสระในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข” ตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีการบริหารที่มีความยืดหยุ่นและมีความต่อเนื่อง ลักษณะการทำงานเป็นลักษณะภาคีเครือข่าย การดำเนินงาน สวรส. เป็นจุดเริ่มต้นให้เกิดองค์กรในลักษณะนี้ตามมา ได้แก่ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ในปี พ.ศ. 2543 และต่อมาปรับเป็นสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

จะเห็นได้ว่าการปฏิรูประบบราชการที่มีการตรากฎหมายสำคัญที่เรียกว่า พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติองค์กรมหชน พ.ศ. 2542 ซึ่งเป็นกฎหมายที่มุ่งให้อำนาจแก่คณะรัฐมนตรีในการแปรรูปหน่วยงานภาครัฐเข้าสู่องค์กรมหชน เป็นรูปแบบหนึ่งในการปฏิรูประบบราชการที่นำไปสู่ การปฏิรูประบบสุขภาพอาจกล่าวได้ว่าเป็นผลกระทบจากอิทธิพลในมิติด้านการเมือง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มุ่งประเด็นไปที่การปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ที่เน้นการบริหารจัดการองค์การแบบผสมระหว่างภาครัฐและเอกชน (Private-public mixed management) ด้วยการแปรรูปโรงพยาบาลรัฐไปสู่วิทยาลัยที่มีลักษณะเป็นเอกชน (Coporatisation) นั้นช่วยให้เกิดสมรรถนะการแข่งขันขององค์การ และทำให้องค์กรก้าวไปสู่เป้าหมายตามที่กำหนดไว้ได้ การกำหนดทิศทางองค์การ ควรคำนึงถึงผลกระทบที่มีต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมด้วย และสร้างการเติบโตอย่างยั่งยืนด้วยคุณภาพของการจัดการที่ดี

นอกจากปฏิรูประบบสุขภาพในเรื่องการปรับรูปแบบการดำเนินงานของโรงพยาบาลรัฐ เพื่อแก้ปัญหาการขาดทุนนั้นยังมีประเด็นปัญหานโยบายสังคมเรื่องปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และการแข่งขันในการรักษาพยาบาลจนนำไปสู่ภาวะสมองไหล (Brain drain) เป็นสถานการณ์ที่ใช้อธิบายถึงปัญหาการผลิตกำลังคนรองรับการให้บริการด้านการแพทย์ไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลภาครัฐถูกแรงดึงดูดจากโรงพยาบาลเอกชนด้วยค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในวิชาชีพที่สูงขึ้น ซึ่งขอเสนอในหัวข้อต่อไป

(2) ปัญหาสมองไหล (Brain Drain)

สถานการณ์ความขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลก บุคลากรเหล่านี้เมื่อไปทำงานหรือศึกษาในต่างประเทศแล้วกลายเป็นย้ายถิ่นถาวรอยู่ในประเทศเหล่านั้น ซึ่งหมายถึงปัญหาสมองไหล (Brain drain) ของประเทศบ้านเกิดนั่นเอง (กิตติภูมิ วิเศษศักดิ์, 2552) ปัจจุบันสัดส่วนของหมอต่อประชากรของไทย กระจุกตัว

ในบางพื้นที่ แต่ส่วนใหญ่ยังขาดแคลน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวลี แยมวงษ์ และคณะ (2538) พบว่า ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในประเทศไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะสมองไหลประกอบด้วย การศึกษาในระดับสูง การขาดแคลนแรงงาน การขาดโอกาสที่ดี และการอพยพแรงงาน สาเหตุดังกล่าวเป็นสาเหตุเชิงนโยบายและสาเหตุส่วนตัว เพื่อแสวงหาโอกาสในการศึกษา การงานและสวัสดิการที่มั่นคง ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ที่เปิดโอกาสในการสร้างมูลค่าให้กับตนเอง หากไม่แก้ไขหรือป้องกัน อาจทำให้ประเทศนั้นๆ เกิดภาวะสมองไหลไปอย่างน่าเสียดาย (พระศรีรัตนมณี และคณะ, 2561) สอดคล้องกับ นันทิยา ชูแก้ว (2536) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองไหลของพยาบาลวิชาชีพจากภาครัฐบาลไปสู่ภาคเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม มีปัจจัยเกี่ยวกับอาชีพคู่สมรส ความสะดวกในการเดินทางมาทำงาน ค่าตอบแทน สภาพแวดล้อมในการทำงาน และการนิเทศงาน มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองไหลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจุบันประเทศไทยมีโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน Joint Commission International: JCI Accreditation ของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 28 แห่ง ถือว่ามากที่สุดใ อาเซียนสะท้อนว่าโรงพยาบาลในประเทศไทยมีความโดดเด่นด้านมาตรฐานของสถานพยาบาล อีกทั้ง แพทย์ไทยยังได้รับการยอมรับด้านความสามารถในระดับสากลขณะที่อัตราค่าบริการยังต่ำกว่า ประเทศคู่แข่ง เช่น สิงคโปร์ ทำให้ประเทศไทยมีข้อได้เปรียบทำให้สามารถดึงดูดผู้ป่วยต่างชาติเข้ามา ใช้บริการรักษาพยาบาลได้มากที่สุดใเอเชีย เห็นได้จากสถิติในปี พ.ศ. 2553 ประมาณ 1.74 ล้านคน แต่ธุรกิจการรักษาพยาบาลของประเทศไทยก็ยังคงเผชิญกับปัญหาและต้องปรับตัว เนื่องจากยังมี ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และการแข่งขันในการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะกับประเทศสิงคโปร์และประเทศมาเลเซีย (พวงผกา มะเสนา และ ประณต นันทิยะกุล, 2557)

สรุปได้ว่าประเด็นผลกระทบจากปัญหาสมองไหลของบุคลากรสุขภาพ จากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนนั้นยังเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขในการหาแนวทางจูงใจให้บุคลากร สุขภาพจากภาครัฐไม่ไหลออกสู่ภาคเอกชนหรือเข้ามายังในเมืองทำให้เกิดสถานการณ์ความขาดแคลน บุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลท้องถิ่นและนำไปสู่ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษา พยาบาลของประชาชน

จากเนื้อหาที่กล่าวมาข้างต้นใประเด็นผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบ ของการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยใกำกับของรัฐภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ใมิติ เศรษฐกิจ สังคมและการเมือง สรุปได้ว่า ผลกระทบทางสังคมเช่น การส่งตรวจที่เกินความจำเป็น และ ราคายาที่เกินมาตรฐาน การเปลี่ยนผ่านโดยการนำรูปแบบการดำเนินงานแบบเอกชนมาปรับใช้กับ การบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐหากมองใแง่ดี คือ เป็นการสนองตอบนโยบายของรัฐใการช่วย

แบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลรัฐและช่วยลดงบประมาณภาครัฐแต่อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงที่เห็นได้ชัดคือปัญหาสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลของภาครัฐสู่ภาคเอกชน จากชนบทเข้าสู่เมือง รวมทั้งประเด็นการเสื่อมลงของคุณธรรมจริยธรรมของแพทย์ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ที่มีแนวโน้มว่าในอนาคตจากการเป็นผู้ให้ชีวิตให้ความช่วยเหลือรักษาประชาชนเปลี่ยนไปเป็นผู้ขายบริการทางการแพทย์เพื่อแลกกับเงิน

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนสถานภาพเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ไว้ ดังนี้

2.4.1 รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

นัทธมน วุฒานนท์ (2543) สรุปรูปแบบการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐมี 5 ด้าน คือ 1) ด้านโครงสร้างองค์การ 2) ด้านการบริหารการเงิน 3) ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล 4) ด้านบริการและ 5) ด้านการประเมินผลการดำเนินงานขององค์การ ในขณะที่ พิชราภรณ์ บุญมี (2552) เสนอว่า การบริหารองค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐประกอบด้วย 2 หมวดหลัก คือ

หมวดที่ 1 การบริหารการพยาบาล มีองค์ประกอบ 3 ด้าน

1. การจัดองค์การพยาบาล ประกอบด้วย 1) โครงสร้างองค์การเป็นแบบแบนราบ สายการบังคับบัญชาสั้นแต่ยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ 2) การมอบหมายงานที่เน้นการกระจายอำนาจ และใช้หลักธรรมาภิบาล 3) การจัดทรัพยากรมนุษย์ สรรหาทั้งผู้ระดับผู้บริหารสูงสุดและบุคลากรที่เข้ามาทำงานในองค์การตามคุณสมบัติที่ต้องการ พัฒนาให้เป็นคนดีและคนเก่ง 4) การจัดการงบประมาณและการบริหารวัสดุและอุปกรณ์โดยใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่าคุ้มทุน 5) การตลาดและการหารายได้ เน้นบริการที่ดี มีการสร้างรายได้เพิ่มจากการประชุมวิชาการ

2. การจัดบริการพยาบาล พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ สร้างสรรนวัตกรรมบริการ มีงานวิจัยรองรับ

3. การพัฒนาวิชาการและงานวิจัยเน้นความเป็นเลิศด้านวิชาการ งานวิจัยและการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย

หมวดที่ 2 การบริหารจัดการร่วมกับโรงพยาบาล มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ดังนี้

1. การพิจารณาเงินเดือนและค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับผลงานของบุคลากร

2. การบริหารวัสดุและอุปกรณ์ สนับสนุนให้พยาบาลมีส่วนในการจัดซื้อและเสนอแนวทางการเพิ่มมูลค่าของการใช้วัสดุและอุปกรณ์

3. การตลาดและหารายได้ สร้างบริการเชิงรุก เพิ่มให้บริการนอกเวลาราชการ มีระบบเร่งด่วนและเพิ่มบริการเสริมเพื่อสร้างรายได้

นอกจากนี้ยังมีงานของ นิลาวรรณ งามขำ (2557) ศึกษาเกี่ยวกับโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความมุ่งมั่นในการบริหารและการพัฒนาคุณภาพต่อผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรในประเทศไทย พบว่า การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล (Hospital Performance) โดยใช้เครื่องมือวัดของ Souza and Sequeira (2011) ทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการนำองค์กร (Leadership Outcomes) 2) ด้านผู้ให้บริการ (Patient Outcomes) 3) ด้านทรัพยากรบุคคล (Human Resource Outcomes) 4) ด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process Outcomes) 5) ด้านการเงิน (Financial Outcomes) รวมถึงความมุ่งมั่นในการบริหารของผู้บริหารของผู้บริหารองค์กรมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement) โดยใช้เครื่องมือวัดของ Souza และ Sequeira (2011) ทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ 1) การนำองค์กร (Leadership) 2) การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning) 3) การให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการ (Customer Focus) 4) ข้อมูลและการวิเคราะห์ (Information and Analysis) 5) การมุ่งเน้นบุคลากร (Workforce Focus) 6) การจัดการกระบวนการทำงาน (Process Management)

พวงผกา มะเสนา และ ประณต นันทิยะกุล (2557) วิจัยเรื่องการบริหารจัดการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ใช้การประเมินประสิทธิภาพขององค์กรตามกรอบแนวคิดของ McKinsey 7-S Framework (Peter & Waterman, 1982) ประกอบด้วยปัจจัย 7 ประการ ดังนี้ 1) กลยุทธ์ (Strategy) 2) โครงสร้างองค์กร (Structure) 3) ระบบการปฏิบัติงาน (System) 4) บุคลากร (Staff) 5) ทักษะ ความรู้ ความสามารถ (Skill) 6) รูปแบบการบริหารงาน (Style) และ 7) ค่านิยมร่วม (Shared Values) ทั้งนี้ยังกล่าวถึงหลักการให้บริการที่ดีของ Millet (1954) ที่ชี้ให้เห็นว่า การบริหารรัฐกิจนั้นสิ่งสำคัญ คือ การปฏิบัติงานด้วยการบริการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) การให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน เช่น การให้บริการของรัฐต้องไม่แบ่งแยกเพศ เชื้อชาติ ผิว หรือความยากจนและสถานะทางสังคม 2) การให้บริการอย่างรวดเร็วตรงต่อเวลา 3) การให้บริการอย่างเพียงพอ เช่น จำนวนคนที่เหมาะสมตามเวลา 4) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง คือ การให้บริการตลอดเวลา และมีการฝึกอบรมอยู่เป็นประจำ 5) การบริการอย่างก้าวหน้า เป็นการบริการที่มีความเจริญคืบหน้าด้านไปทางด้านคุณภาพของงาน

ยังมีการศึกษาของ กนก เรืองนาม (2558) ได้ทำวิจัยเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบ การให้บริการระหว่างโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดคุณภาพ การบริการของโรงพยาบาลต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน มี 3 ประเด็น ดังนี้ ประเด็นที่ 1 ปัจจัยสำคัญในการบริหารโรงพยาบาลเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก คือ ด้านชื่อเสียง ความพร้อมและด้านบรรยากาศและสิ่งแวดล้อม ประเด็นที่ 2 เกี่ยวกับการให้บริการต่อผู้ป่วย โดยภาพรวมเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก คือ สมรรถนะของการให้บริการ รองลงมาคือ ความเชื่อถือและไว้วางใจในการบริการและความกระตือรือร้นในการบริการตามลำดับ

สรุปได้ว่ารูปแบบการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐจาก งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการโรงพยาบาลพบว่า มีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ 1) ด้าน โครงสร้างองค์การ (Structure) 2) ด้านการบริหารการเงิน (Financial) 3) ด้านการบริหารทรัพยากร บุคคล (Human Resource) 4) ด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process) 5) การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning) และ 6) ด้านการประเมินผลการดำเนินงานขององค์การ ซึ่งผู้ศึกษานำมาใช้ในการ สร้างกรอบแนวคิดและวิเคราะห์ข้อมูล

2.4.2 ปัจจัยที่นำไปสู่การเปลี่ยนผ่านการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยใน กำกับของรัฐ

ดวงพร โสพา (2549) ศึกษาเรื่องผลกระทบของการออกนอกระบบราชการจาก โรงพยาบาลรัฐไปเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐต่อการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยผลักดันที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐเป็น ปัจจัยภายในองค์การมากกว่าปัจจัยภายนอกองค์การเช่นปัจจัยระดับการจัดการและระดับเทคนิค มากกว่าระดับสถาบันและนโยบาย สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชมน วรรณพิน (2553) ได้ศึกษา เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการเปลี่ยนสถานภาพเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ (Autonomous University Hospital) มีความเห็นว่าเป็นหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ ที่เกิดจาก การแปรรูปตามหลักนโยบายการบริหารภาครัฐแนวใหม่ ที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของงานเป็นหลัก เพื่อให้ ประชาชนได้รับบริการจากภาครัฐที่ดีและมีคุณภาพ ปัจจัยผลักดันที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่าน การบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐเป็นปัจจัยภายในองค์การมากกว่าปัจจัยภายนอก มีที่มาจากการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2540-2544 พระราชบัญญัติการปรับปรุง กระทรวง ทบวงกรม พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติการศึกษา พ.ศ. 2542

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของ ศิริรัตน์ ขาวสะอาด (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับต่อการปฏิรูประบบราชการกรณีศึกษาการยอมรับการเปลี่ยนแปลงสภาพเป็นมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐของข้าราชการ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ให้ความเห็นว่า ปัจจัยที่นำไปสู่การเปลี่ยนผ่านการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ คือ ความเจริญเติบโต

ทางเศรษฐกิจ การปรับเปลี่ยนระบบเศรษฐกิจมาเป็นระบบกลไกตลาด ความต้องการทรัพยากรมนุษย์ และข้อจำกัดทางด้านงบประมาณ

ในขณะที่ พิชราภรณ์ บุญมี (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาการบริหาร องค์การพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กล่าวว่าปัจจัยที่นำไปสู่การเปลี่ยนผ่าน การบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐเกิดจากการทำงานของหน่วยงานภาครัฐที่ผ่านมา มีความล่าช้าในการทำงาน ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ที่จะทำให้ประชาชน ได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็วจึงต้องมีการปฏิรูประบบราชการโดยการนำการบริหารจัดการภาครัฐ แนวใหม่ (New public management) กับการบริหารหลักบ้านเมืองที่ดีหรือธรรมาภิบาล (Good Governance) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธาณี ขามชัย (2562) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน พบว่า สามารถ แบ่งการพัฒนาบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐได้ 8 ด้าน คือ 1) ด้านเงินทุน เน้นให้โรงพยาบาล รัฐควรจะมีเพิ่มเงินทุนสนับสนุนด้านการรักษาจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติและปรับปรุงสิทธิเป็นแบบร่วมจ่ายตามความเหมาะสม รวมทั้งควรจะมีก่อตั้งมูลนิธิสนับสนุน เงินทุนด้านการรักษา 2) ด้านการจัดการ โรงพยาบาลรัฐควรจะมีร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการเงินทุน และเครื่องมือด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอ 3) ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม โรงพยาบาลรัฐควรจะมีร่วมพัฒนาแนวทางการให้การศึกษาและการฝึกอบรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค 4) ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลรัฐควรจะมีร่วมพัฒนาระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการติดต่อสื่อสารด้านการสร้างสุขภาพและการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึง การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ 5) ด้านการวัดผลงานหรือวัดผลสำเร็จ โรงพยาบาลรัฐควรจะมีร่วม พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการวัดผลงานหรือผลสำเร็จด้านการป้องกันโรค 6) ด้าน กลยุทธ์โรงพยาบาลรัฐควรจะมีประสานความร่วมมือจัดทำกลยุทธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค 7) ด้านระบบการทำงาน โรงพยาบาลรัฐควรจะมีพัฒนาระบบการทำงานเชิงรับภายใน โรงพยาบาลและเชิงรุกนอกโรงพยาบาล 8) ด้านบุคลากร โรงพยาบาลรัฐควรจะมีเสนอให้เพิ่มบุคลากร ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลอย่างเพียงพอ

สรุปได้ว่าปัจจัยที่นำไปสู่การเปลี่ยนผ่านการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยใน กำกับของรัฐจากการศึกษาส่วนใหญ่เสนอว่ามีทั้งปัจจัยภายในที่เกิดจากตัวองค์กรเองที่มีความล่าช้า มีขั้นตอนที่ยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าปัจจัยภายนอกที่เกิดจากความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และการปรับเปลี่ยนระบบเศรษฐกิจมาเป็นระบบกลไกตลาดซึ่งผู้ศึกษานำมาใช้ในการสร้างกรอบแนวคิด และวิเคราะห์ข้อมูล

2.4.3 ผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

ภัทรพร ยูบลพันธ์ (2558) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของผู้รับบริการต่อโรงพยาบาลเอกชน พบว่า สำหรับคุณภาพของบริการสุขภาพมีนักวิชาการหลายท่านและในหลายกลุ่มประเทศได้มีการพัฒนาและกำหนดองค์ประกอบของมิติคุณภาพของบริการสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีมิติคุณภาพของบริการสุขภาพที่มีความคล้ายกันในระดับหนึ่ง ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ความปลอดภัย (Safety) การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered) ด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and Information) และด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวก (Structure and Facility)

ธานี ขามชัย (2562) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน พบว่า ผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านการบริหารโรงพยาบาลรัฐไปเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Hospital Autonomy) ใช้เกณฑ์ 4 ข้อ ในการประเมินประสิทธิภาพของโรงพยาบาล คือ 1) ประสิทธิภาพ (efficiency) เช่น อัตราการเข้าพักรักษาและระยะเวลาเข้าพักรักษาโดยเฉลี่ย 2) ความเสมอภาค (equity) ปัญหาความเท่าเทียมและการเข้าถึง 3) ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ (Public Accountability) เช่น ความรับผิดชอบต่อทางการเงินของโรงพยาบาล 4) ส่วนของผู้ถือหุ้น (Equity) และ 5) การระดมทรัพยากร (Resource Mobilization) คุณภาพของการดูแลสามารถจัดสรรงบประมาณได้มากขึ้นจากงบประมาณของรัฐบาล

ในขณะที่ พัทธราภรณ์ บุญมี (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาการบริหารองค์การพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐพบว่า ผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐว่ามี 6 ด้าน คือ 1) โครงสร้างองค์การเป็นแบบแบนราบ สายการบังคับบัญชาสั้นแต่ยืดหยุ่น 2) เน้นการกระจายอำนาจและใช้หลักธรรมาภิบาล 3) การจัดทรัพยากรมนุษย์ 4) การจัดงบประมาณและการบริหารวัสดุและอุปกรณ์โดยใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่าคุ้มทุน 5) การตลาดและการหารายได้ เน้นบริการที่ดี 6) การพิจารณาเงินเดือนและค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับผลงานของบุคลากร

สรุปได้ว่าผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐจากการศึกษาส่วนใหญ่เสนอว่ามี 7 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวก (Structure and Facility) 2) ประสิทธิภาพ (efficiency) 3) ความเสมอภาค (Equity) ปัญหาความเท่าเทียมและการเข้าถึง 4) ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ (Public Accountability) 5) การจัดสรรงบประมาณ 6) การตลาดและการหารายได้ 7) เงินเดือนและค่าตอบแทน ซึ่งผู้ศึกษานำมาใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดและวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 2.14, 2.15, 2.16

ตารางที่ 2.14

การทบทวนวรรณกรรมการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลในกำกับของรัฐภายใต้แนวคิดเสริมริเริ่มใหม่

หัวข้อ	รายละเอียด	นันทมน วุฒธานนท์ (2543)	พัชราภรณ์ บุญมี (2550)	นิลาวรรณ งามจำ (2557)	พวงผกา มะเสนา และ ประณตนันท์ทิยะกุล (2557)	กนก เรืองนาม (2558)	ภัทรพร ยุบลพันธ์ (2558)	ธานี ขามชัย (2562)	Govindaraj and Chawla
รูปแบบการบริหาร โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยใน กำกับของรัฐ	ด้านโครงสร้างองค์กร	✓	✓		✓		✓		✓
	ด้านการบริหารการเงิน/การจัดการงบประมาณ และการบริหารวัสดุและอุปกรณ์โดยใช้ทรัพยากร ให้คุ้มค่าคุ้มทุน	✓	✓	✓	✓			✓	✓
	ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล	✓	✓	✓	✓			✓	✓
	ด้านบริการ	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
	ด้านการประเมินผลการดำเนินงานขององค์กร	✓	✓	✓	✓			✓	
	การตลาดและการหารายได้		✓						
	การมอบหมายงานที่เน้นการกระจายอำนาจ และใช้หลักธรรมาภิบาล		✓					✓	✓
ปัจจัยที่นำไปสู่ การเปลี่ยนผ่าน การบริหาร โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยใน กำกับของรัฐ	แนวคิดเสริมริเริ่มใหม่								
	แนวคิดการปฏิรูประบบราชการ (สุขภาพ)								✓
	แนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่								
	แนวคิดกระบวนการเปลี่ยนทุกอย่างให้เป็นสินค้า								
ผลกระทบที่เกิด จากการเปลี่ยน ผ่านการบริหาร โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยใน กำกับของรัฐ เกี่ยวกับการรับรู้ คุณภาพบริการ สุขภาพ	ด้านชื่อเสียงความพร้อมและบรรยากาศ, สิ่งแวดล้อม					✓			
	การเข้าถึงบริการ (Accessibility)					✓	✓		
	ด้านเงินทุน/ด้านการจัดการ				✓	✓			
	ด้านการให้การศึกษาและฝึกอบรม				✓		✓		
	ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ				✓		✓		
	ด้านการวัดผลงานหรือวัดผลสำเร็จ				✓				
	ด้านกลยุทธ์				✓				✓
	ด้านระบบการทำงาน/ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ (Efficiency) ความปลอดภัย (Safety)				✓	✓	✓		✓
	ด้านบุคลากร/สมรรถนะของการให้บริการ/ ความเชื่อถือและไว้วางใจในการบริการ				✓	✓	✓		
	การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง				✓		✓		

ตารางที่ 2.15

การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐตามการรับรู้ของผู้รับบริการ

หัวข้อ	รายละเอียด	คงพร โสกา (2544)	พัชรภรณ์ บุญมี (2550)	ศิริรัตน์ ขาวสะอาด	ธัชมน วรณพิน (2553)	ธำนิ ขามชัย (2562)
1. มิติ โครงสร้าง	1.1 ทรัพยากรบุคคล	- การบริหารอัตรากำลัง - การมีเจ้าหน้าที่ให้บริการเพียงพอ	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓
	1.2 สถานที่	- ที่นั่งรอตรวจเพียงพอ - ความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในอาคาร - สภาพแวดล้อมสวยงามร่มรื่น - ความสะอาดสบายของอาคารที่ใช้ - การมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัย	✓ ✓ ✓ ✓ ✓		✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓
2. มิติ กระบวนการ	2.1 ด้านเทคนิค	- พยาบาลให้คำแนะนำ - แพทย์ให้โอกาสในการบอกอาการ - แพทย์ให้เวลาในการซักถามและรับฟัง ปัญหา - ตรวจร่างกายละเอียด	✓ ✓ ✓ ✓	✓	✓	✓
	2.2 ด้านปฏิสัมพันธ์	- การมีเจ้าหน้าที่ต้อนรับช่วยเหลือและให้ความสะดวก - การพูดจาและมารยาทของพยาบาล - เจ้าหน้าที่อธิบายขั้นตอนการรักษา - การพูดจาและมารยาทของแพทย์ - การให้บริการตามคิว	✓ ✓ ✓ ✓ ✓		✓ ✓	✓ ✓
3. ผลลัพธ์	3.1 ความพอใจการรักษาพยาบาลและการเจ็บป่วย	✓			✓	✓
	3.2 การรู้สึกยอมรับและศรัทธาต่อโรงพยาบาล	✓			✓	✓
	3.3 โรงพยาบาลปรับปรุงตามที่ผู้รับบริการบอก	✓				
	3.4 การอยากกลับมาใช้บริการและการบอกต่อให้ผู้อื่นมารับบริการ ที่โรงพยาบาล	✓				✓
	3.5 การจัดทำกลยุทธ์ด้านการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเชิงรุก					✓
	3.6 มีแนวทางการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อการส่งต่อด้าน การรักษา	✓				✓

ตารางที่ 2.16

การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐตามการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงาน

หัวข้อ	รายละเอียด		ดวงพร โสภา (2544)	พัชรภรณ์ บุญมี (2550)	ศิริรัตน์ ขาวสะอาด	ธัชมน วรรณพิน (2553)	ธานี ขามชัย (2562)
1. มิติโครงสร้าง	1.1 ด้านทรัพยากรบุคคล	- การหมุนเวียนผู้ปฏิบัติงานและความเพียงพอของผู้ปฏิบัติงาน - สรรหาบุคลากรเข้ามาทำงานในองค์กรตามคุณสมบัติที่ต้องการ	✓		✓	✓	✓
	1.2 สถานที่, ครุภัณฑ์	- สนับสนุนให้มีส่วนร่วมการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ - ความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในอาคาร - สภาพแวดล้อมสวยงามและความสะดวกสบายของอาคารที่ใช้ - การมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัย	✓	✓	✓	✓	✓
	1.3 การเงิน	- การพิจารณาเงินเดือนค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับผลงานของบุคลากร - การได้รับสวัสดิการต่างๆ ที่เบิกกับโรงพยาบาล	✓	✓	✓		✓
	1.4 ด้านโครงสร้าง	- โครงสร้างองค์กรเป็นแบบแบนราบสายการบังคับบัญชาสั้น - การมอบหมายงานที่เน้นกระจายอำนาจใช้หลักธรรมาภิบาล	✓	✓	✓		✓
2. มิติกระบวนการ	ขั้นตอนการทำงาน	- มีระบบการบริหาร บุคคล การเงินและวิชาการเป็นอิสระคล่องตัวจากระบบราชการ	✓		✓		✓
3. ผลลัพธ์	พัฒนาคุณภาพบริการสู่ความเป็นเลิศ		✓	✓	✓	✓	✓
	สร้างสรรค์นวัตกรรมบริการ มุ่งานวิจัยรองรับ			✓	✓		✓

ที่มา: ดัดแปลงจาก ดวงพร โสภา (2544) และ ศิริรัตน์ ขาวสะอาด (2551).

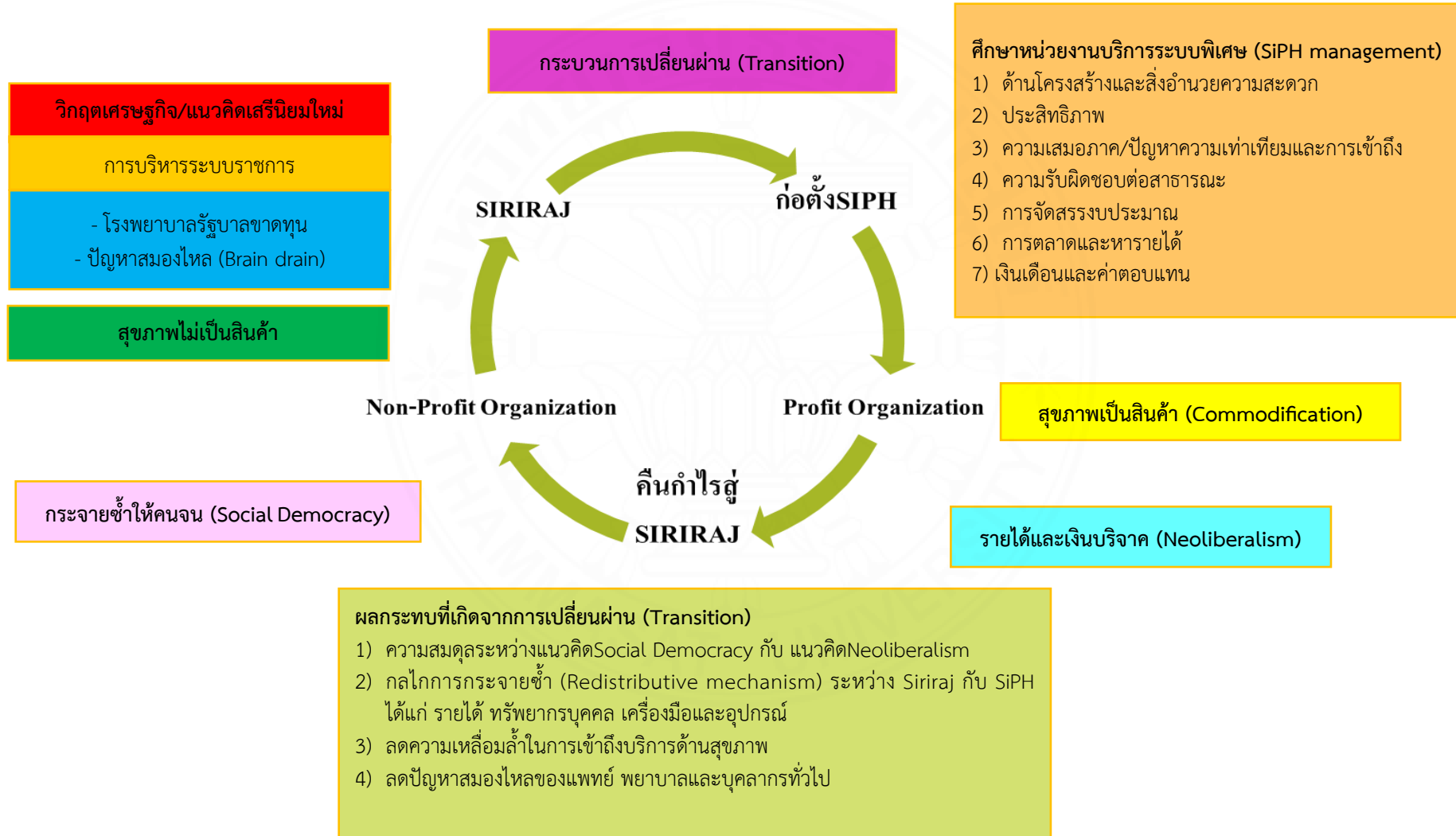
2.5 กรอบคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่” จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดหลัก 3 แนวคิด คือ แนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) แนวคิดการปฏิรูประบบราชการ แนวคิดการบริหารจัดการสาธารณะ (NPG) มาเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพที่ 2.10

กรอบแนวคิดการวิจัย.



บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่” มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญที่จะตอบคำถามการวิจัยที่กำหนดไว้ คือ 1. การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่มีการดำเนินงานอย่างไร และ 2. ผลกระทบการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ได้แก่ แพทย์และพยาบาลเป็นอย่างไร

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีรากฐานของวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ซึ่งเป็นการศึกษาถึงการที่บุคคลจะอธิบายสรรพสิ่ง ตลอดจนประสบการณ์ที่เขามีต่อสิ่งต่างๆ ผ่านการรับรู้ และการให้ความหมายและสามารถนำหลักการไปใช้ในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์สถานะความสมดุลขององค์การ มาประกอบการอภิปราย โดยใช้กรอบแนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberal) แนวคิดสังคมประชาธิปไตย (Social Democracy) และแนวคิดการผลิตซ้ำทางสังคม (Cultural reproduction) ในการตอบคำถามการวิจัยแต่ละข้อและใช้วิธีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบเชิงพรรณนาเป็นการจำแนกแยกแยะข้อมูล จัดข้อมูลออกมาเป็นกลุ่มให้เป็นไปในแนวทาง เพื่อตีความหมายการตอบคำถามการวิจัย

ผู้ศึกษาใช้วิธีการศึกษาวิจัยด้วยระเบียบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) การศึกษาเอกสาร (Document Study) และ 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เนื้อหาในบทนี้ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

- 3.1 วิธีการศึกษา
 - 3.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก
 - 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 3.4 กระบวนการและขั้นตอนในการวิจัย
 - 3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล
 - 3.7 จริยธรรมการวิจัย
- โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 วิธีการศึกษาเอกสารและการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม

การศึกษาวิจัยเรื่องการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ อยู่บนพื้นฐานของแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ที่มุ่งทำความเข้าใจการกระทำของบุคคล ความรู้สึกนึกคิด สิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทางสังคม และการตัดสินใจในการกระทำ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้น โดยเน้นความสำคัญของการตีความหมายของสิ่งที่ทำการศึกษา โดยมุ่งทำความเข้าใจของผู้ที่ประสบด้วยตนเอง นอกจากนี้ในด้านมุมมองธรรมชาติเกี่ยวกับความจริง เชื่อว่าความจริงมีหลายระดับ และเป็นสิ่งที่สร้างขึ้น ดังนั้นวิธีการศึกษาจึงต้องดูภาพรวมและใช้หลายวิธีการจึงจะได้ความจริง ด้านมุมมองความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับสิ่งที่ศึกษา ทั้งสองส่วนไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เป็นการบรรยายปรากฏการณ์และสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ตลอดจนศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่ออธิบายถึงการดำเนินงานของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่และผลกระทบจากการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ได้แก่ แพทย์และพยาบาล

3.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเจาะจงเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จากประชากรที่ศึกษา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ แพทย์และพยาบาล ผู้กำหนดนโยบายในการบริหารองค์กร จำนวน 6 คน และ กลุ่มที่ 2 คือ แพทย์และพยาบาล ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 10 คน เนื่องจากผู้วิจัยจำเป็นต้องกำหนดบุคคลเป้าหมายที่มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องที่ทำการศึกษา

3.2.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารองค์กรเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย จำนวน 6 ท่าน

1.1 ผู้บริหารของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 1 ท่าน

1.2 ผู้บริหารของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ จำนวน 1 ท่าน

1.3 รองผู้บริหารของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ จำนวน 3 ท่าน

1.5 หัวหน้าพยาบาลระดับบริหารที่นำนโยบายไปแจ้งกับผู้ปฏิบัติงานของ

โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ จำนวน 1 ท่าน

กลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 10 ท่าน

2.1 แพทย์ผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 2 ท่าน

2.2 แพทย์ผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ จำนวน 3 ท่าน

2.3 พยาบาลผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ จำนวน 5 ท่าน

3.2.2 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Inclusion Criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานเป็นผู้บริหารโดยมีระยะเวลาในการทำงานที่โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นเวลา 5 ปีขึ้นไปจำนวน 16 ท่าน และความสนใจในการให้การสัมภาษณ์

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสำหรับการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วยแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักใน 2 วัตถุประสงค์ คือ 1. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสริมใหม่ และวัตถุประสงค์ข้อที่ 2. ศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสริมใหม่ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ได้แก่ แพทย์และพยาบาล โดยแบบสัมภาษณ์นี้พัฒนามาจากประเด็นคำถามที่ได้รวบรวมจากการสอบคำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่องการเปลี่ยนผ่านจากเดิมเป็นการบริหารจัดการองค์การภาครัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษที่มีการบริหารจัดการแบบองค์การภาคเอกชน

3.4 กระบวนการและขั้นตอนในการวิจัย

กระบวนการและขั้นตอนในการวิจัยประกอบด้วยดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

3.4.1 การสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือในการวิจัยมาจากคำถามการวิจัยเพื่อแนวคำถามในการสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการศึกษาประเด็นคำถาม โดยมีรายละเอียดเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้ดำเนินการสร้างข้อคำถามเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนามาจากบทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างคำถามให้ครอบคลุมขอบเขตการวิจัย และเนื้อหาของคำถามเป็นคำถามปลายเปิด โครงสร้างคำถามในการสัมภาษณ์มีประเด็นหลักในการศึกษาจากการศึกษาข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ ผู้ศึกษาขอเสนอ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ด้านผู้บริหาร และด้านผู้ปฏิบัติงาน

3.4.2 การตรวจสอบเครื่องมือ

ดำเนินการตรวจสอบแบบสัมภาษณ์โดยคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาความเหมาะสมของข้อคำถาม และผู้วิจัยนำเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือของเครื่องมือและสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพตรงตามประเด็นที่ทำการศึกษา

3.4.3 การทดลองเครื่องมือ

ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มอื่นๆ แนะนำผลการทดสอบมาปรับปรุงแก้ไขแนวคำถามและแนวการสัมภาษณ์ก่อนที่จะนำไปใช้จริง

3.4.4 เสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

การวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้วิจัยดำเนินการส่งเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเอกสารประกอบการพิจารณาตามแบบฟอร์ม ดังที่ระบุไว้ในแบบโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information Sheet) และ หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) เป็นต้น เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการพิจารณารับรองแล้ว

3.4.5 การเข้าสู่พื้นที่ในการวิจัย

โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

เริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว สร้างความสัมพันธ์ และประสานงานกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยแนะนำตัวโดยการเปิดเผยบทบาท (Overt Role) ในฐานะนักศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่เป็นกรณีศึกษา เพื่อสร้างความสัมพันธ์

โดยปราศจากระยะห่างระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความสนิทสนมความไว้วางใจซึ่งกันและกัน อันจะนำมาซึ่งการเปิดเผยข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการศึกษา

3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการเข้าถึงข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น 2 ส่วน คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านเอกสาร และการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม

3.5.1 วิธีการเข้าถึงข้อมูล

ในขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะจดบันทึกสั้นๆ เฉพาะประเด็นที่สำคัญและเมื่อจบการสัมภาษณ์ จะทำการบันทึกข้อมูลอื่นทันที ข้อมูลจะถูกนำมาบันทึกและถอดเทปรายวัน เพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนเพื่อนำไปใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

3.5.2 การรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยเชิงคุณภาพในงานสวัสดิการสังคมที่มีประสิทธิภาพอย่างสูง ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างหรือแบบปลายเปิดนั้นถือว่าเป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่เหมาะสมที่สุด เนื่องจากมีความยืดหยุ่นและลื่นไหลไปตามสถานการณ์ได้ดีกว่า และไม่ได้มีข้อคำถามที่กำหนดตายตัว แต่จะมีลักษณะรวบรวมชุดของคำถามที่สำคัญๆ โดยศึกษาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติหรือผู้ปฏิบัติงาน โดยผู้วิจัยได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการองค์การภาครัฐ เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ และเป็นบุคคลที่ภาคประชาสังคมโดยทั่วไปให้การยอมรับ

การสัมภาษณ์ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้กับการสัมภาษณ์ที่มีลักษณะการสัมภาษณ์ที่ไม่มีรูปแบบที่แน่นอน แต่จะมีลักษณะผสมผสานระหว่างโครงสร้างข้อคำถามและการกำหนดประเด็นคำถามเป็นวิธีการเก็บข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่เหมาะสมกับการศึกษาค้นคว้า

3.5.3 ความเชื่อถือได้ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คำนึงถึงเรื่องความเชื่อถือได้ (Credibility) ของงานวิจัย อันจะเป็นการแสดงให้เห็นถึงการพรรณนาที่ถูกต้อง การตีความประสบการณ์ได้อย่างถูกต้อง หากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกันมาพิจารณาการพรรณนาแล้วจะทราบได้ว่าเป็นจริงอย่างที่เคยประสบมา หลังจากที่ได้เก็บข้อมูลแล้ว ได้นำมาตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ให้ครบถ้วนทั้งด้านความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของข้อมูลนี้ได้โดยมีการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการดังนี้

1) ผู้สัมภาษณ์สร้างความสัมพันธ์อันดีต่อผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย ซึ่งจะมีผลต่อความถูกต้องแม่นยำของข้อมูล

2) การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จดบันทึกอย่างละเอียดและอธิบายอย่างชัดเจนนำกลับไปให้ผู้ให้สัมภาษณ์ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

3) นำผลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ทั้งหมดมาจัดรวบรวมให้เป็นระเบียบ และเตรียมข้อมูล

โดยการใช้วิธีการวิเคราะห์ใจความสำคัญ (Thematic Analysis) คือ การถอดบทสัมภาษณ์ออกมาและทำความเข้าใจกับข้อมูลด้วยการอ่านซ้ำไปซ้ำมา แล้วจึงทำการใส่รหัสข้อมูลในประเด็นสำคัญ และทำการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อให้ได้ข้อสรุปจากการวิจัย

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการสำรวจค้นหา การสะท้อนความคิดเห็นและอธิบายประสบการณ์ของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย แสดงความสัมพันธ์เชิงความคิดและกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัต ดังนั้นการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมในการแสดงความเชื่อมโยง ซึ่งวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ อาศัยวิธีการตีความ (Interpretive Practice) สอดคล้องกับกระบวนการตรรกะของการศึกษาและมนทัศน์หรือทฤษฎีที่ได้ค้นคว้าไว้ การวิเคราะห์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการให้ความสนใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นประจักษ์อันเกิดขึ้นอย่างไร เป็นการเข้าไปทำความเข้าใจถึงมุมมองของบุคคล บุคคลมีการมองโลกอย่างไร ไม่ใช่เพียงแค่การดูว่าคนทำพฤติกรรมอย่างไร (กมลพรรณ พันพื้ง, 2553)

ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นผู้วิจัยต้องใช้ความสามารถของผู้วิจัยในการทำความเข้าใจและตีความภายใต้บริบทระบบสังคมและวัฒนธรรมได้ ดังนั้นผู้วิจัยในเชิงคุณภาพจึงต้องมีการดำเนินการเพื่อประเมินความแกร่งและความน่าเชื่อถือของการวิจัย เช่นการบันทึกสิ่งที่นักวิจัยได้กระทำเพื่อยืนยันการควบคุมอคติความลำเอียง การตรวจสอบโดยการกลับไปยืนยันกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

3.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลเอกสารและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยนำข้อมูลมาประมวลเข้าด้วยกันและจัดแบ่งประเภทข้อมูลออกเป็นประเด็นต่างๆ ตามวัตถุประสงค์และใช้วิธีการนำเสนอ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบเชิงพรรณนาเป็นการจำแนกแยกแยะข้อมูล จัดข้อมูลออกมาเป็นกลุ่มให้เป็นไปในแนวทาง เพื่อตีความหมายในการตอบคำถามการวิจัย ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติ ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 6 ขั้นตอน (กิตติพัฒน์ นนทปัทมดลย์, 2554) ดังนี้

- 1) การเตรียมข้อมูลจากการถอดเทป เป็นการบันทึกการสัมภาษณ์ที่เขียนออกมาเป็นบทจากการฟังเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์และจัดรูปแบบของเนื้อหา
- 2) การวางแผนการวิเคราะห์ เป็นการสะท้อนความคิดเห็นหรือการวิเคราะห์ที่มีต่อสถานการณ์แต่ละสถานการณ์ที่พบในข้อมูลอย่างลึกซึ้งทุกหน่วยของชุดข้อมูล ซึ่งมี 2 ขั้นตอน คือ การทำความเข้าใจกับข้อมูลการสัมภาษณ์ทั้งหมดในครั้งแรกและใช้การจดบันทึกเป็นเครื่องช่วยการวิเคราะห์ข้อมูลลงในแฟ้มข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์และพิมพ์ข้อมูลออกมาเป็นกระดาษ (Hard copy) เพื่อป้องกันการเสี่ยงที่จะสูญเสียข้อมูลเมื่ออุปกรณ์ชำรุด
- 3) การลงรหัสรอบที่หนึ่ง เป็นกระบวนการที่ผสมผสานการดำเนินการ 5 ประการเข้าด้วยกัน คือ การกำหนดหน่วยหรือชุดของความหมายของข้อมูลที่พบ การนำชุดความหมายนั้นไปจัดเข้าเป็นหมวดหมู่ กำหนดรหัสให้กับหมวดหมู่ที่สร้างขึ้น การทบทวนการจัดหมวดหมู่และการตัดสินใจที่จะยุติการลงรหัสรอบแรก
- 4) การลงรหัสรอบที่สอง เป็นการดำเนินงานที่มีลักษณะนามธรรมและเป็นการตีความหมายจากข้อมูลที่มีการจัดหมวดหมู่ในรอบแรกไปแล้ว ซึ่งการลงรหัสรอบที่ 2 ประกอบด้วย การดำเนินงาน 2 ประการ คือ การนำชุดของความหมายต่างๆ เข้าไปในหมวดหมู่และเปรียบเทียบหมวดหมู่ที่ได้สร้างไว้แล้ว
- 5) การแปลความหมายและการสร้างทฤษฎีอธิบาย เป็นขั้นตอนที่ให้ผลการวิเคราะห์ที่สำคัญที่สุด เป็นการวิเคราะห์จากระดับการลงรหัสระยะแรกๆ ดำเนินมาจนถึงระดับที่นักวิจัยสามารถสร้างประเด็นหลักและนำเสนอเป็นทฤษฎีได้
- 6) การประเมินความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ในทุกขั้นตอนของการวิจัยเชิงคุณภาพนักวิจัยพึงระลึกถึงความน่าเชื่อถือของการวิจัยตลอดเวลา เพราะเกณฑ์การพิจารณาแตกต่างจากการวิจัยเชิงปริมาณ ในการดำเนินงานเพื่อการประเมินความแกร่งและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยเชิงคุณภาพ มีสิ่งที่นักวิจัยพึงดำเนินการ 3 ประการ คือ การสร้างความเชื่อถือได้ของการวิจัย การบันทึกสิ่งที่นักวิจัยใช้เพื่อยืนยันความสม่ำเสมอของงานวิจัย และการบันทึกสิ่งที่นักวิจัยใช้เพื่อยืนยันการควบคุมอคติความลำเอียง

3.6.2 การตรวจสอบข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการจัดการความรู้ กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยชิ้นนี้ คือ บุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้แล้ว จากนั้น

นำประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง มาวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการจำแนกและจัดระบบข้อมูล (Typology and Taxonomy) ต่อไปโดยมีการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) คือ จะเก็บข้อมูลด้วยวิธีที่แตกต่างกัน 3 วิธี นั่นคือ ใช้วิธีการสังเกตการณ์ การสัมภาษณ์ และการใช้เอกสาร อีกทั้งข้อมูลเหล่านั้นยังมีที่มาแตกต่างกันทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ เวลา บุคคลและสถานที่ ดังนี้

1) ด้านเวลา คือ ในการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลในตัวแปรแต่ละตัวนั้น เก็บข้อมูลทั้งจากในเวลาที่ย้ายและแตกต่างกันไป ซึ่งได้ผลออกมาในทิศทางเดียวกัน

2) ด้านบุคคล คือ มีการเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่หลากหลายตำแหน่ง ทั้งระดับผู้บริหาร ระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

3) ด้านสถานที่ คือ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลครอบคลุมในสถานที่ปฏิบัติงาน ทั้งในปฏิบัติงานอาคาร และการลงพื้นที่

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบแล้วว่าเป็นข้อมูลที่ตรงกันทั้งสามกลุ่มมาจัดหมวดหมู่แล้วทำการตีความแปรความแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการพรรณนา (Descriptive Analysis) ตามหลักอุปนัย (Inductive Method)

3.6.3 การนำเสนอ

การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้วิจัยจะนำเสนอในรูปแบบของการพรรณนาและอภิปรายตามแนวคิด ทฤษฎีและกรอบแนวคิดการศึกษา โดยมีการนำเสนอในรูปแบบตารางแผนภาพประกอบเพื่อความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและความเข้าใจต่อประเด็นที่ทำการศึกษา

3.7 จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ขอการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และมหาวิทยาลัยมหิดลโรงพยาบาลศิริราช โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.7.1 กระบวนการขอคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย

ก่อนลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาได้จัดทำเอกสารขอความยินยอมในการเข้าไปเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ จากนั้นจะดำเนินการคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นผู้ศึกษาดำเนินการขอคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 16 คน เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย กิจกรรมการวิจัยเป็นรายบุคคลก่อนจะดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้าใจรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและยินยอมที่จะ

เข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) และดำเนินการศึกษาได้

3.7.2 ความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ

ก่อนการศึกษามีกระบวนการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้มีส่วนร่วมการวิจัย ซึ่งช่วยปกป้องความเป็นส่วนตัว และเป็นหลักประกันการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ นอกจากนี้ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ผู้ศึกษาเก็บรักษาอย่างดี ไม่นำไปเผยแพร่แก่สาธารณชน ข้อมูลต่างๆ ทั้งที่อยู่ในรูปเอกสาร อุปกรณ์บันทึกเสียงจะถูกทำลายหลังการวิจัยเสร็จสิ้นแล้วเป็นเวลา 3 วัน

3.7.3 กระบวนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

หลังการถอดเทปการสัมภาษณ์แล้วผู้ศึกษานำไปให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และหลังจากได้ผลการศึกษาแล้วนำไปให้ผู้ถูกสัมภาษณ์รับทราบผลการศึกษา



ตารางที่ 3.1

สรุปวิธีการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

มิติที่ศึกษา	วัตถุประสงค์การวิจัย	วิธีวิจัย	เครื่องมือที่ใช้	ประชากร	ตัวอย่าง	ผู้ให้ข้อมูล/ผู้ตอบ แบบสอบถาม
สาเหตุ	1. เพื่อศึกษาการดำเนินงาน โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราช การุณย์ (SiPH) ภายใต้แนวคิด เสริมนิยมใหม่	เชิงคุณภาพ	แบบสัมภาษณ์	ผู้กำหนดนโยบายในการ บริหารโรงพยาบาล	มหาวิทยาลัยใน กำกับของรัฐ 1 แห่ง	6 คน
ผลลัพธ์	2. เพื่อศึกษาผลกระทบการเปลี่ยน ผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็น โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราช การุณย์ ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่ต่อ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ได้แก่ แพทย์และพยาบาล	เชิงคุณภาพ	แบบสัมภาษณ์	ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ของโรงพยาบาล ได้แก่ - แพทย์ - พยาบาล	มหาวิทยาลัยใน กำกับของรัฐ 1 แห่ง	5 คน 5 คน

บทที่ 4

การดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่ ในบทนี้ผู้ศึกษาขอเสนอเรื่องราวของกระบวนการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษ ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่ กระทำโดยการจัดตั้งของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ มีสถานะเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดลเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศิริราช แต่มีรูปแบบการบริหารแบบเอกชนถือเป็นบริการที่เข้าข่ายสุขภาพเป็นสินค้าระดับหนึ่ง แต่มีการนำรายได้กลับเข้ามากระจายซ้ำ ภายใต้แนวคิดการเป็นผู้รับและผู้ให้ เป็นการแก้ปัญหาการขาดทุนของโรงพยาบาลภาครัฐให้สามารถเลี้ยงตัวเองได้ ส่งผลให้โรงพยาบาลของรัฐสามารถให้บริการรักษาผู้ป่วยที่ยากไร้ได้ เป็นการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของภาครัฐ

ผู้ศึกษาจะนำเสนอข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ การดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ดังนี้

4.1 การดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) เป็น 5 ประเด็น ดังนี้

- 4.1.1 จุดเริ่มต้นในการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)
- 4.1.2 โครงสร้างของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)
- 4.1.3 งบประมาณของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)
- 4.1.4 ทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)
- 4.1.5 ผลประกอบการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

4.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) 3 ประเด็น ดังนี้

- 4.2.1 การใช้สิทธิเบิกข้าราชการได้ในของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)
- 4.2.2 ความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

4.2.3 จุดสมดุลของคนคิดต่างเกี่ยวกับก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการศึกษาโดยนำบทสนทนาเฉพาะส่วนสำคัญที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ประกอบกับการศึกษาเอกสาร ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 การดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ มีรูปแบบวิธีการบริหารพิเศษเพื่อให้มีรายได้ที่เลี้ยงตัวเองอย่างยั่งยืน นับเป็นโรงพยาบาลเอกชนในเครือโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งแรกในประเทศไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มผลประโยชน์ของสังคม คือ การมอบรายได้คืนกลับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการยกระดับคุณภาพชีวิต เพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชน ผลการศึกษา ข้อมูลถึงการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

4.1.1 จุดเริ่มต้นในการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

การสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ จำนวน 16 ท่าน ในเรื่องของจุดเริ่มต้นในการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) เพื่อทราบถึงมุมมองของการบริหาร และความเห็นของผู้ปฏิบัติงานในทุกด้าน ซึ่งแบ่งได้เป็น ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในดังนี้

4.1.1.1 ปัจจัยภายนอก

(1) การนำมหาวิทยาลัยของรัฐออกนอกระบบ

สำหรับในประเด็นเรื่องการนำมหาวิทยาลัยของรัฐออกนอกระบบไปเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ จากเดิมที่ตามระเบียบราชการที่รัฐบังคับใช้กับทุกหน่วยงานไปเป็น การบริหารจัดการตนเอง มีความอิสระ คล่องตัวในการบริหารจัดการ ภายใต้การกำกับของภาครัฐ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า นักวิชาการจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้เสนอแนวคิดเรื่องการเพิ่มประสิทธิภาพของโรงพยาบาลด้วยการออกนอกระบบราชการเพื่อเพิ่มอิสระในการบริหารงาน แก่ผู้แทนธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชีย (Asian Development Bank-ADB) ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขเริ่มโครงการนำร่องแปรรูปโรงพยาบาลของรัฐไปสู่ระบบใหม่ที่มีความอิสระคล่องตัวกว่าเดิมแต่ยังอยู่ภายใต้ระบบเดิม (Re-regulate) ดังที่ผู้บริหารคนที่ 4 กล่าวว่า

... เนื่องจากที่เราออกนอกระบบไปเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐทำให้แหล่งที่มาของงบประมาณต่างๆ มันลดลงเราจำเป็นที่จะต้องอยู่ได้ด้วยตัวเอง เพราะถ้ายังบริหารแบบศิริราชเดิมที่เดิยมีแนวโน้มว่ารายรับเราจะไม่พอกับรายจ่าย จึงจำเป็น

จะต้องก่อตั้งโรงพยาบาลหรือการบริหารจัดการบางอย่างซึ่งหารายได้เพิ่มโดยไม่ต้อง
จ้องงบประมาณ มีการบริหารจัดการที่คล่องตัว เราเรียกว่า การบริหารจัดการระบบ
เอกชนภายใต้เงื่อนไขของภาครัฐเพราะว่า SiPH จะบริหารจัดการภายใต้ข้อบังคับของ
SiPH ที่ออกโดยสภามหาวิทยาลัย. . . (ผู้บริหารคนที่ 4, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

ส่วนผู้บริหารคนที่ 5 กล่าวว่า

. . . จริงๆ โฉมเดิมมีมาตั้งแต่ปี 2546 ซึ่งตอนนั้นรัฐบาลอยากให้หน่วยงานในกำกับของ
รัฐออกนอกระบบเพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายของรัฐที่ต้องแบกรับ เพิ่มความคล่องตัวให้
หน่วยงานคือสาเหตุแรกที่ทำให้หน่วยงานของรัฐโดยเฉพาะคณะแพทยศาสตร์ศิริราช
ถูกออกนอกระบบ ส่วนสาเหตุที่ 2 คือ ปัญหาในเรื่องของคู่แข่งของโรงพยาบาลต่างๆ
อยู่รอบกรุงเทพและปริมณฑล เริ่มมีการเปิดโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้นส่งผลให้รายได้
หรือคนไข้ก็มีโอกาสจะหายไปอยู่กับโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นใหม่ รวมทั้งบุคลากรก็จะถูก
ดึงไป ทำให้คณะฯต้องทำอะไรบางอย่าง ซึ่งคนบติในสมัยนั้นคือ อาจารย์ปิยะสกล
สกลสัตยาทร มีการพูดคุยกันว่าเราควรมี sector หนึ่งที่ดูแลคนไข้ที่พอสามารถแบกรับ
ภาระค่าใช้จ่าย และนำเงินส่วนนี้คืนสู่คณะแพทย์เพื่อเอารายได้นี้ไป support ภารกิจ
ของคณะในเรื่องของวิจัย การศึกษาและเรื่องของบริการ คือ ที่มาว่าทำไมต้องมี SiPH
ส่วนวัตถุประสงค์อีก 4 ข้อ 1. หารายได้ 2. เป็นหนึ่งใน 7 โครงการที่จะพาศิริราชสู่
ความเป็นเลิศในเอเชียอาคเนย์ 3. เพื่อช่วย maintain บุคลากรไว้ให้อยู่ในระบบไม่ให้
ไหลไปอยู่ระบบเอกชน 4. นำองค์ความรู้ที่เราได้จากการดำเนินงานคืนสู่คณะฯ และ
สังคม นั่นคือ วัตถุประสงค์หลัก 4 ข้อ . . . (ผู้บริหารคนที่ 5, สัมภาษณ์, 26 สิงหาคม
2564)

ส่วนผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่มีความเห็นว่าประเด็นของภาวะทางการเมืองส่งผล
ให้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายภาครัฐ เรื่องการออกนอกระบบ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนสถานภาพ
มหาวิทยาลัยของรัฐที่เป็นส่วนราชการไปเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ เพื่อแก้ปัญหางบประมาณ
ของภาครัฐลดลง โรงพยาบาลติดลบตัวแดง ทางผู้บริหารจึงต้องการหาทางรอดในสถานการณ์ดังกล่าว
ดังเช่นผู้ปฏิบัติคนที่ 7 กล่าวว่า

. . . โรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันเราได้รับงบประมาณจัดสรรจากรัฐบาล
ในการบริหารจัดการคณะแพทย์ต้องใช้เงินงบประมาณมาก ผู้บริหารสมัยก่อน คณบดี
หลายรุ่นเห็นว่าการจะใช้เงินงบประมาณของชาติอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอ ถึงแม้เราจะ
มีรายได้จากศิริราชมูลนิธิก็เป็นเงินจำนวนหนึ่งที่ประชาชนบริจาคให้แต่ว่าด้วยแนวคิด
ของผู้บริหารว่าถ้าเราสามารถเลี้ยงตัวเองได้โดยไม่ต้องหวังพึ่งรัฐบาลอย่างเดียวก็น่าจะ
เป็นสิ่งที่ดี . . . (ผู้ปฏิบัติคนที่ 7, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

การผลักดันให้มหาวิทยาลัยออกนอกระบบ ให้มีการบริหารจัดการแบบคล่องตัว เพื่อเลี้ยงตัวเองได้ นำไปสู่การก่อตั้ง SiPH ซึ่งเป็นการนำรูปแบบการบริหารจัดการแบบเอกชนมาปรับใช้ เป็นปัจจัยภายนอก ที่ได้รับอิทธิพลจากผลกระทบทางการเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายภาครัฐ ดังผู้ปฏิบัติการคนที่ 8 กล่าวว่า

. . . ในตอนนั้นคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลต้องออกนอกระบบ คือ การที่ทางศิริราชจะได้เงินสนับสนุนจากรัฐบาลบางส่วนศิริราชต้องเลี้ยงตัวเอง คนบติในสมัยนั้นคือ อาจารย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร มีแนวคิดที่เราสามารถเปิด private wing เพื่อป้องกันไม่ให้แพทย์ไปเอกชนและยังนำเงินรายได้ไปให้ศิริราชได้ . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 8, สัมภาษณ์, 27 สิงหาคม 2564)

จากปัญหาวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาลรัฐส่งผลให้การเงินของโรงพยาบาลมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายรับ ทำให้โรงพยาบาลรัฐขาดทุนเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศิริราชขาดทุนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเงิน 700 ล้านบาท ในขณะที่ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9 เห็นว่าโรงพยาบาลรัฐไม่ได้ขาดทุนแต่หากมองว่าเป็นการขาดทุนทางตัวเลขเท่านั้น ดังที่ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9 กล่าวว่า

. . . โรงพยาบาลรัฐขาดทุนอยู่แล้วเพราะเราได้เงิน subsidy (เงินอุดหนุน) จากรัฐบาล เช่นเราได้เงินเดือน เงินซื้ออุปกรณ์ เงินสร้างตึกเราก็ได้จากรัฐบาล ณ ตอนนี้มีรายได้จากค่ารักษาพยาบาลเข้ามากับเรามีรายจ่ายคือเงินเดือนซึ่งเป็นรายจ่ายส่วนใหญ่ ถ้าสมมุติว่าไม่มีเงินจากรัฐบาลมาช่วยหรือช่วยน้อยลงเช่นเรามีรายจ่าย 100 บาทแต่รัฐบาลช่วยเรา 30 บาท ทางคณะแพทยศาสตร์จ่ายเอง 70 บาท ถ้ามองว่าขาดทุนอาจจะเป็นขาดทุนทางตัวเลขเฉยๆ เพราะมันก็คือ “กระเป๋าซ้ายกระเป๋าขวา” ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลคนไข้ คือ เงินที่รัฐบาลให้มาใช้จ่ายคนไข้ . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

(2) ปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจ (Economic crisis)

ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ มีความเห็นว่าปัจจัยภายนอกที่สำคัญ คือ ปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจ (Economic crisis) เนื่องจากในปี พ.ศ. 2540 วิกฤติต้มยำกุ้ง และวิกฤติแฮมเบอร์เกอร์เป็นวิกฤติเศรษฐกิจที่มีต้นเหตุมาจากวิกฤติทางการเงิน (Financial crisis) ส่งผลให้เศรษฐกิจชะลอตัวอย่างรุนแรง จนทำให้เกิดการจ้างงานลดลง การลงทุนลดลงและมีหนี้เสียมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อองค์การภาครัฐต้องปรับตัว จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่าการนำมหาวิทยาลัยของรัฐออกนอกระบบไปเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐจะทำให้มหาวิทยาลัยจะมีอิสระและความคล่องตัวในการบริหารจัดการทั้งเรื่องการจัดกาทางการเงิน งบประมาณและการบริหารงานบุคคล ดังที่ผู้บริหารคนที่ 1 มีการกล่าวว่า

... โรงพยาบาลศิริราชออกนอกระบบไปเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ณ วันนั้น เราได้งบประมาณจากแผ่นดินประมาณ 30-40% ของรายรับโรงพยาบาลศิริราช แต่ล่าสุดเราได้ 17% คณะแพทย์ต้องหาเงินที่จะมาดำเนินงาน ประกอบกับสภาวะวิกฤติทางการเงิน (Financial crisis) ขึ้น โรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐจะทำการรักษาต่อไปได้หรือไม่ เพราะโรงพยาบาลศิริราชไม่สามารถที่จะลดคุณภาพได้ เพราะเป็นโรงเรียนแพทย์ถ้าเอาการเงิน (Finance) นำถ้าแพงทำไม่ได้เราต้องเอาคุณภาพ (Quality) ประกอบกับเป็นความอึดตัวของ การให้บริการทางการแพทย์ ตอนนั้นเรามีวิสัยทัศน์ (vision) ที่จะแข่งขันระดับนานาชาติ (Match international) เราน่าจะทำ National heart centre แข่งกับสิงคโปร์ เราก็ปรึกษาคณบดี ในตอนนั้น คือ อาจารย์ ปิยะสกล สกลสัตยาทร ท่านให้ทำแบบทูอินวันได้ไหม คือ ทำทั้ง National heart center และ Excellent Center และได้ก่อตั้ง The Heart by Siriraj ถือเป็นโครงการนำร่อง (Pilot Project) ... (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

(3) ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub)

ปัจจัยภายนอกที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การเปลี่ยนแปลงนโยบายของภาครัฐที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านขององค์การ เช่น ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ เนื่องจากประเทศไทยประสบวิกฤติเศรษฐกิจเมื่อ พ.ศ. 2540 ภาครัฐบาลเห็นโอกาสในการแก้ปัญหาเศรษฐกิจและเพิ่มรายได้ให้กับประเทศจากการให้บริการชาวต่างชาติ (ธรรมรัตน์ มะโรหะบุตร, 2561) สอดคล้องกับความเห็นของผู้บริหารคนที่ 6

... ด้วยความเปลี่ยนแปลงของนโยบายภาครัฐตั้งแต่เราจะเป็น Medical Hub ประมาณสิบกว่าปีที่แล้ว ในตอนนั้นทางคณะแพทย์เป็นผู้นำทางด้านวงการทางสาธารณสุขเราจะตอบโจทย์ว่าจะเป็ศูนย์กลาง Excellence Center ประกอบกับเราผ่านช่วงปัญหาวิกฤติฟองสบู่แตก ร่วมกับการที่ภาครัฐลดการสนับสนุนและปัญหาการขาดทุนจากนโยบาย 30 บาทเราเบิกไม่ได้เต็มจำนวนอยู่แล้ว เราเป็นโรงเรียนแพทย์เราให้การรักษาโดยไม่คิดถึงการขาดทุน เราเป็นคนไข้ที่หนักมากค่ารักษาพยาบาลมากกว่าเงินที่ภาครัฐให้มา ... (ผู้บริหารคนที่ 6, สัมภาษณ์, 14 ตุลาคม 2564)

จะเห็นได้ว่าผู้บริหารทั้ง 3 ท่านมีความเห็นไปในทางเดียวกันว่าปัจจัยภายนอกในประเด็นปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงของนโยบายของภาครัฐเป็นจุดเริ่มต้นในการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยะมหาราชากรณย์ ในมุมมองที่เป็นไปทางเดียวกัน โดยมีข้อมูลสนับสนุนผลการศึกษาศาของชาญณรงค์ สังข์ยุทธ์ และคณะในปี 2557 เสนอว่าปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจในช่วงปี พ.ศ. 2540 เมื่อโรงพยาบาลเอกชนประสบปัญหาเศรษฐกิจ เพราะมีจำนวนผู้ป่วยชาวไทยมาใช้บริการน้อยลงทำให้จำนวนเตียงที่ขยายเพิ่มถึงร้อยละ 173.5 ในระหว่างปี 2534-2542 กลายเป็น

ภาระทางการเงิน จึงมองหาลูกค้าชาวต่างประเทศ ในเวลาต่อมารัฐบาลซึ่งนำโดยพรรคไทยรักไทยได้กำหนดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ว่าการสนับสนุนธุรกิจบริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพสำหรับชาวต่างประเทศ เป็นการเพิ่มสมรรถนะและขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

ต่อมาในปี พ.ศ. 2546 รัฐบาลได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี (พ.ศ. 2547-2551) เป็นการสนับสนุนนโยบายเพื่อให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติอย่างเต็มตัวและแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้สานต่อในระยะที่สอง โดยใช้ชื่อว่า แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ พ.ศ. 2553-2557 โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การพัฒนาบริการรักษาพยาบาล ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ระดับโลก (Thailand is the excellent Medical Hub the world) ความสำเร็จของภาคเอกชน จุดประกายให้รัฐบาลเกิดแนวคิดพัฒนาโรงพยาบาลของรัฐบาลทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงเรียนแพทย์ให้สามารถเข้าสู่การให้บริการสุขภาพในตลาดโลก ซึ่งโครงการพัฒนาศิริราชสู่สถาบันแพทย์ชั้นนำในเอเชียอาคเนย์ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ในวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2546

4.1.1.2 ปัจจัยภายใน

(1) แนวคิดของผู้นำในการนำรูปแบบการบริหารจัดการแบบเอกชน (Privatization) มาปรับใช้ในองค์การภาครัฐ

นอกจากปัจจัยภายนอกยังมีปัจจัยภายในเป็นจุดเริ่มต้นในการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ผู้บริหารส่วนใหญ่ มีความเห็นว่าเป็นประเด็นแนวคิดของผู้นำมีความสำคัญในการพัฒนาองค์การจากเดิมเป็นการบริหารแบบระบบราชการ (Bureaucracy) ที่ผ่านมายังมีความล่าช้าไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนที่ต้องการการได้รับความสะดวกรวดเร็ว รัฐจึงมีนโยบายปฏิรูประบบราชการ มีการนำหลักการบริหารงานภาครัฐแนวใหม่เข้ามาประยุกต์ใช้ รวมทั้งการนำรูปแบบการบริหารจัดการแบบเอกชน (Privatization) มาปรับใช้ในองค์การภาครัฐเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ผู้บริหารคนที่ 2 ที่กล่าวว่า

... ในตอนนั้น อาจารย์ ปิยะสกล สกลสัตยาทร ท่านอยากทำศิริราชอีกรูปแบบหนึ่ง ท่านอยากสร้างโรงพยาบาลที่เป็นแบบ Privatization แล้วเอาผลประโยชน์ไปเลี้ยงศิริราช ซึ่งอาจจะเป็นโมเดล The Heart ก็ได้แต่เป็นโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่บังเอิญมากที่ตรงนี้เป็นที่รถไฟซึ่งตอนนั้นทางรถไฟจะให้นักธุรกิจเช่า ตอนนั้นผมบดีเข้าไปคุยกับรัฐบาลในยุคนั้นแล้วรัฐบาลเห็นด้วยกับโครงการ จึงยกพื้นที่นี้ให้ศิริราชแต่สัญญาเช่า คือ 99 ปี ต่อเมื่อไหร่ก็ได้ ก็เท่ากับให้เราเป็นความโชคดีของศิริราชเกิดแนวคิดนี้ขึ้น. . . (ผู้บริหารคนที่ 2, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับผู้บริหารคนที่ 3 กล่าวว่า

... แนวทางการทำงานที่ SiPH ต้องยอมรับว่าโรงพยาบาล SiPH ถือกำเนิดมาจากโรงพยาบาลศิริราชด้วยแนวความคิดที่ว่าศิริราชเองจะไม่สามารถอยู่ได้โดยใช้งบประมาณแผ่นดินได้ตลอดไป คงต้องมีส่วนหนึ่งที่เรารายได้ที่จะมาเสริม ในขณะที่รายได้ของงบประมาณแผ่นดินลดลง ... (ผู้บริหารคนที่ 3, สัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2564)

จะเห็นได้ว่าผู้บริหารทั้งสองท่านมีมุมมองเช่นเดียวกัน คือ การที่หน่วยงานในกำกับของรัฐออกนอกระบบเพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐ เพิ่มความคล่องตัว และสามารถเลี้ยงตัวเองได้นั้นเป็นจุดเริ่มต้นในการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ และการนำแนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนมาปรับใช้ในองค์กรภาครัฐก็เป็นทางรอดทางหนึ่งเช่นกัน ถือเป็นการนำแนวคิดเสรีนิยมใหม่ เป็นการปฏิรูปเศรษฐกิจให้เจริญเติบโตแต่ในทางกลับกัน การเจริญเติบโตนั้นก่อให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคมตามมา

นอกจากนั้นยังมีความเห็นของผู้ปฏิบัติการเกี่ยวกับแนวคิดผู้นำที่ได้รับตำแหน่งอยู่ในช่วงเวลานี้คือ อาจารย์ปิยะสกล สกลสัตยาทรมีแนวคิดเพื่อช่วยเหลือแพทย์และองค์การให้อยู่รอดได้ในสถานการณ์ดังกล่าว ดัง ผู้ปฏิบัติการคนที่ 4 กล่าวว่า

... เริ่มต้นจากผู้บริหารโรงพยาบาล คือ อาจารย์ ปิยะสกล สกลสัตยาทร มองว่าค่าตอบแทนของศิริราชมันมีไม่มากพอทำให้บุคลากรต้องดิ้นรนไปทำงานข้างนอกทำให้เกิดปัญหาสมองไหลได้ จึงมีการคุยกันว่าเราจะสร้างระบบคลินิกพิเศษนอกเวลาและสร้างระบบ SiPH ขึ้นมาเป็นแหล่งให้บุคลากรมีรายได้ ถ้ามันมีรายได้มากพอเหลือนำเงินมาช่วยศิริราชเพราะศิริราชออกนอกระบบในแง่ของการเงินรัฐบาลก็จะสนับสนุนเราน้อยลงเรื่อยๆ เราต้องอยู่ได้ด้วยตัวเอง ซึ่งศิริราชก็มีคนไข้นาตาเยอะ ทุกยุคทุกสมัยคนบดก็บอกเสมอว่าเราเป็นโรงพยาบาลของแผ่นดินเราจะไม่ปฏิเสธคนไข้ต้องยอมรับว่าส่วนหนึ่งคนไข้ก็ไม่สามารถจ่ายได้ ซึ่งถ้าเรายังต้องเลี้ยงตัวเองโดยที่ยังมีภาระค่าใช้จ่ายที่เยอะเราก็จำเป็นต้องหาแหล่งเงินมาสนับสนุน ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 4, สัมภาษณ์, 15 กันยายน 2564)

(2) การสร้าง The Heart by Siriraj เพื่อแก้ปัญหาการบริหารจัดการ

จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติการ พบว่า เพื่อแก้ปัญหการบริหารจัดการจึงมีการสนับสนุนการสร้าง The Heart by Siriraj (Private sector) เพื่อเป็นโครงการนำร่องการบริหารจัดการแบบเอกชนมาปรับใช้ในองค์กรภาครัฐอย่างโรงพยาบาลศิริราชดังที่ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1 กล่าวว่า

... หลังจากโครงการนำร่องคือ The Heartby Siriraj และได้มีโครงการก่อตั้ง SiPH โดยเชิญให้ อ.ประดิษฐ์ มาดูแลและนำทีมจาก The Heartby Siriraj ทั้งหมดมาดำเนินการต่อที่ SiPH เป็นโรงพยาบาล world class ต้องคุณใช้อีกกลุ่มหนึ่งช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่านตอนนั้นเราเริ่มการเป็น Privatization เล็กๆ นำร่องให้ศิริราชรู้ว่ามันมีคนไข้ที่เข้าถึงการบริการแบบนี้และมีคนไข้กลุ่มหนึ่งที่มทุนทรัพย์ช่วยเหลือศิริราชได้. . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1, สัมภาษณ์, 31 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับผู้ปฏิบัติการคนที่ 2} 3 และ 6 กล่าวว่า

... เริ่มจากการที่โรงพยาบาลศิริราชมีโปรเจก The Heartby Siriraj ซึ่งดำเนินงานมาก่อนที่จะเปิด SiPH ประมาณ 7-8 ปีได้ หมอคิดว่ามันเป็นมิติใหม่ของวงการสาธารณสุขแบบรัฐบาลเพราะเมื่อหันมามองในยุคปัจจุบันในประเด็นการจัดสรรงบประมาณไม่ทั่วถึงในระบบสาธารณสุข ซึ่งโรงพยาบาลในกลุ่ม Tertiary Care (ระบบหน่วยบริการระดับตติยภูมิ) มีคนไข้ที่มารักษาจำนวนมากถึงแม้จะใช้เงินจากศิริราชมูลนิธิเข้าไปสนับสนุน ตัวเลขมันก็จะสูงขึ้นทุกปี งบประมาณจากภาครัฐที่จ่ายมาไม่เคยเพียงพอกับการให้การดูแลผู้ป่วย เพราะฉะนั้นโรงพยาบาลถูกสร้างขึ้นในโมเดลของ SiPH ก็เหมือนเป็นตัวช่วยทำให้การที่โรงพยาบาลของรัฐในระดับโรงเรียนแพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนจำนวนที่เราช่วยได้ก็จะมากขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน. . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 2, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

“SiPH เป็นโรงพยาบาลนำร่องก่อนที่จะเปิด SiPH เค้าเปิดศูนย์โรคหัวใจ The Heart มา 5 ปีเป็นโมเดลที่เค้าจะพัฒนาโรงพยาบาลคล้ายว่าเป็นรพเอกชนที่อยู่ในรัฐ โครงการนำร่องนี้มีผู้บริหารเป็นแพทย์ศูนย์โรคหัวใจ จึงเป็นจุดเริ่มต้นในการก่อตั้ง SiPH โดยผู้บริหารยกทีมมาจาก The Heart” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 3, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2564)

(3) ปัญหาภาวะสมองไหล

นอกจากนี้ยังมีปัญหาภาวะสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐไปยังโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งโรงพยาบาลศิริราชผลิตแพทย์ที่มีความรู้ ความสามารถจึงเป็นที่ต้องการของโรงพยาบาลเอกชนดังเช่นผู้บริหารคนที่ 4 กล่าวว่า “โรงพยาบาลเอกชนมีการดึงตัวแพทย์ต่างๆ เก่งๆ จะถูกดึงตัวไปโรงพยาบาลเอกชนเป็นลักษณะสมองไหลแบบดึงไปเต็มตัวและบางเวลา แพทย์ไม่ว่าจะระดับไหนก็ตามต้องการมีรายได้เสริมมีความต้องการทำงานเอกชน” (ผู้บริหารคนที่ 4, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9 กล่าวว่า “จุดประสงค์การก่อตั้ง SiPH ตอนแรกจะไม่ใช้โรงพยาบาลเอกชนจะเป็น excellent center แต่ช่วงนั้นมีปัญหาสมองไหลผู้บริหาร

ก็เลยคิดว่าถ้าปรับให้เป็นโรงพยาบาลเอกชนก็จะดีให้ staff ไม่ให้ออกไปอยู่เอกชน” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

ดังนั้นผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการในประเด็นจุดเริ่มต้นในการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) พบว่า มีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่เป็นจุดเริ่มต้นในการก่อตั้ง SiPH ปัจจัยภายนอก คือ ภาวะเศรษฐกิจ และภาวะทางการเมืองส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายของภาครัฐสำคัญ 2 ประเด็น คือ การนำมหาวิทยาลัยออกนอกระบบ ไปเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐและการพัฒนาบริการรักษาพยาบาลประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ส่วนปัจจัยภายในมี 3 ประเด็น คือ แนวคิดของผู้นำ และปัญหาการจัดการระบบราชการที่มีความล่าช้าไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชน รวมทั้งปัญหาสมองไหลจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนเนื่องจากได้ค่าตอบแทนที่ดีกว่า

4.1.2 โครงสร้างของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

การดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ในเรื่องโครงสร้างจากข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยการบริหารโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เพื่อให้เกิดความคล่องตัว โปร่งใส และตรวจสอบได้ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 24 (2) แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550 สภามหาวิทยาลัยมหิดล ในการประชุมครั้งที่ 448 เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2554 ได้ออกข้อบังคับไว้ในหมวดที่ 1 ข้อความทั่วไป ข้อ 5 ว่าวัตถุประสงค์ในการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) มีดังนี้ 1) เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวพระราชทานกำเนิดคณะ 2) เพื่อเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในการให้บริการให้บริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจรมุ่งเน้นการบริการที่เป็นเลิศและมีมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล 3) เพื่อพัฒนาการศึกษาต่อเนื่องด้านการแพทย์ การวิจัย พัฒนา สร้างองค์ความรู้ และนวัตกรรมใหม่ด้านสุขภาพ โดยสนับสนุน เชื่อมโยงและบูรณาการกับโรงพยาบาลศิริราช 4) เพื่อเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลของรัฐในการบริหารจัดการที่เป็นเลิศ โดยใช้ประสบการณ์และองค์ความรู้ของคณะเป็นพื้นฐานสำคัญ 5) เป็นสถานที่ปฏิบัติงานเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ปฏิบัติงานและสามารถธำรงรักษาไว้ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์

ผลการศึกษาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ เรื่องโครงสร้างของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ประกอบด้วย 5 ประเด็น ดังนี้

4.1.2.1 คณะกรรมการบริหารมี 2 บอร์ด

ส่วนข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดลด้านการบริหารและการดำเนินการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ได้ออกข้อบังคับไว้ใน หมวดที่ 2 ว่าด้วยการบริหารและการดำเนินการโรงพยาบาล ให้มีคณะกรรมการสองคณะ ได้แก่ คณะกรรมการอำนวยการคณะหนึ่ง และคณะกรรมการบริหารคณะหนึ่ง ดังที่ผู้บริหารคนที่ 1 กล่าวว่า

... โครงสร้างบอร์ดบริหารมีคณบดีเป็นประธานและมีบุคคลภายนอกมาเป็นบอร์ด
 อำนวยการคนแรก คือ คนที่ตั้งโรงพยาบาลเก่งที่สุด คือ อาจารย์ประเสริฐ ได้เชิญ
 ผู้บริหาร MK มาเป็นบอร์ดอำนวยการ ซึ่งผมในฐานะผู้ทำงานในบอร์ดบริหารก็มีอยู่ 2
 บอร์ด คือ บอร์ดอำนวยการและบอร์ดบริหาร เราอยู่ภายใต้คณะแพทยศาสตร์เราต้อง
 รายงานคณะกรรมการคณะเป็นระยะอันนี้ คือ โครงสร้างของเรา เราพยายามหาอะไรที่
 สมดุลเพราะหากว่าเราไม่ยึดโยงกับศิริราชเลยมันจะเกิดการหยุดชะงัก (disruption)
 แต่ถ้าเรายึดโยงกับศิริราชมากเกินไปเราก็จะขาดความคล่องตัว เพราะฉะนั้นเราก็
 พยายามที่จะยึดโยงพอสมควร แต่เราพบว่า ส่วนที่ยึดโยงที่สำคัญที่สุดไม่ใช่โครงสร้างอยู่
 ที่จิตสำนึกและจิตใจของคนเราต้องเข้าใจว่าที่มาที่ไปเป็นอย่างไร เรามีความแตกต่างแต่
 เราอยู่ในรุ่มเดียวกัน ... (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

และสอดคล้องกับผู้บริหารคนที่ 2 ที่กล่าวว่า

... มีคณะกรรมการมีบอร์ดแยกออกมาจากคณะไม่เกี่ยวกับคณะเลย เราคิดว่าเราจะ
 ทำแบบเอกชน เราก็ไปขอคนที่เขาเก่งๆ ที่เขาทำธุรกิจเชิญมาเป็นบอร์ดเรา อาจารย์คน
 แรก คือ รศ.ดร.จิรายุ อิศรางกูร ณ อยุธยาเมื่อก่อนเป็นผู้บริหารระดับสูงธนาคารไทย
 พาณิชย์ ซึ่งท่านเป็นองคมนตรีคนปัจจุบัน คนที่สอง คือ คุณฤทธิ ธีระโกเมน เป็น
 นักธุรกิจประสบความสำเร็จ เป็นเจ้าของกิจการ และวิศวกร เป็นประธานกรรมการ
 บริษัท เอ็มเค เรสโตรองต์ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน) ที่มีมุมมองด้าน service คนที่สามเรา
 เชิญ ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ ท่านเด่นทางด้านกฎหมายเพราะเราอยากรู้ว่าที่เราทำนั้น
 มันผิดกฎหมายไหม. . . (ผู้บริหารคนที่ 2, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

ผู้บริหารทั้งสองท่านมีการมองว่าโครงสร้างของโรงพยาบาลศิริราช
 ปิยมหาราชการุณย์ ควรมีคณะกรรมการสองคณะ ได้แก่ คณะกรรมการอำนวยการคณะหนึ่ง และ
 คณะกรรมการบริหารคณะหนึ่งซึ่งสอดคล้องตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดล การบริหาร
 โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เพื่อให้เกิดความคล่องตัว โปร่งใส และตรวจสอบได้ในมาตรา
 24 (2) แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550 โดยให้คณบดีแต่งตั้งคณะกรรมการ
 อำนวยการประกอบด้วย 1) คณบดี เป็นประธาน 2) ผู้แทนจากคณะกรรมการประจำคณะ
 ซึ่งคณะกรรมการประจำคณะเป็นผู้คัดเลือกจำนวนหกคนเป็นกรรมการ 3) รองคณบดีที่กำกับดูแลงาน
 ด้านการคลังคณะ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เป็นกรรมการ 4) ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้
 ความชำนาญ และประสบการณ์หรือเป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านโรงพยาบาล

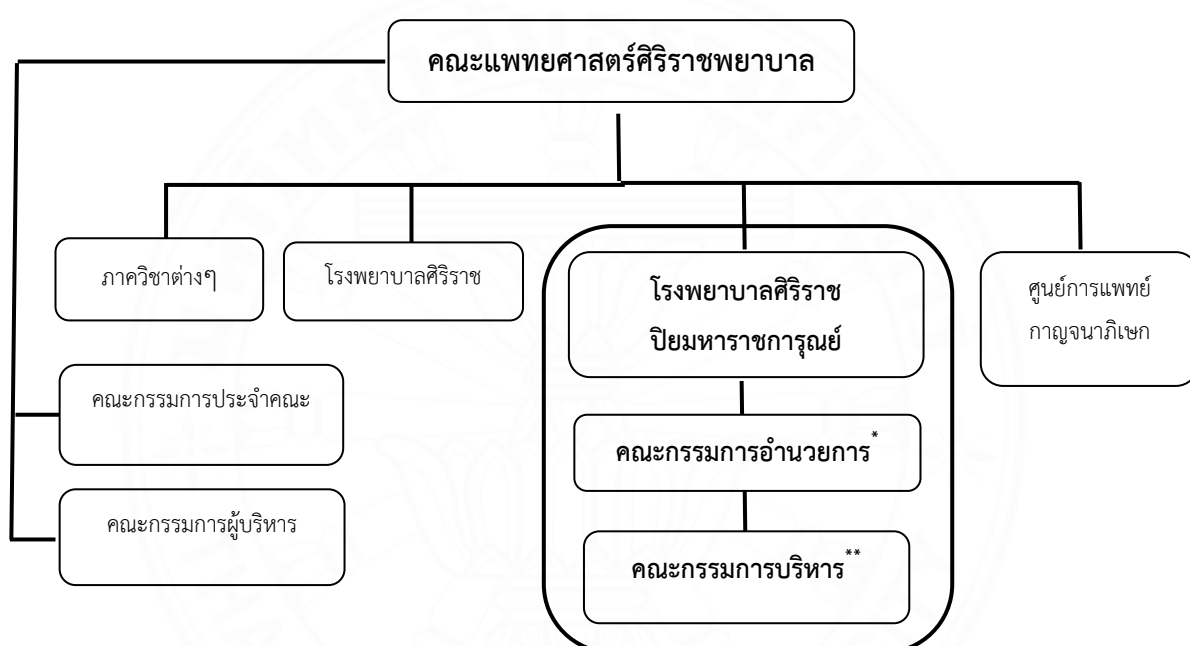
ด้านธุรกิจ ด้านกฎหมาย ด้านสังคม และด้านการเงิน จากหน่วยงานที่
 ไม่ได้สังกัดคณะ ซึ่งคณบดีเป็นผู้เสนอชื่อ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประจำคณะ จำนวน

ไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่เกิน 5 คน เป็นกรรมการ 5) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นกรรมการและเลขานุการ

กรรมการอำนวยการ มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี มีรายละเอียดดังภาพที่ 4.1

ภาพที่ 4.1

โครงสร้างการบริหารองค์กรโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ พ.ศ. 2565.



*คณะกรรมการอำนวยการ ประกอบด้วย

- คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นประธาน
- รองคณบดีที่ฝ่ายการคลังคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เป็นกรรมการ
- ผู้แทนจากกรรมการคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลที่ได้รับคัดเลือกจำนวน 6 ท่าน เป็นกรรมการ
- ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญไม่เกิน 5 ท่าน เป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นกรรมการและเลขานุการ

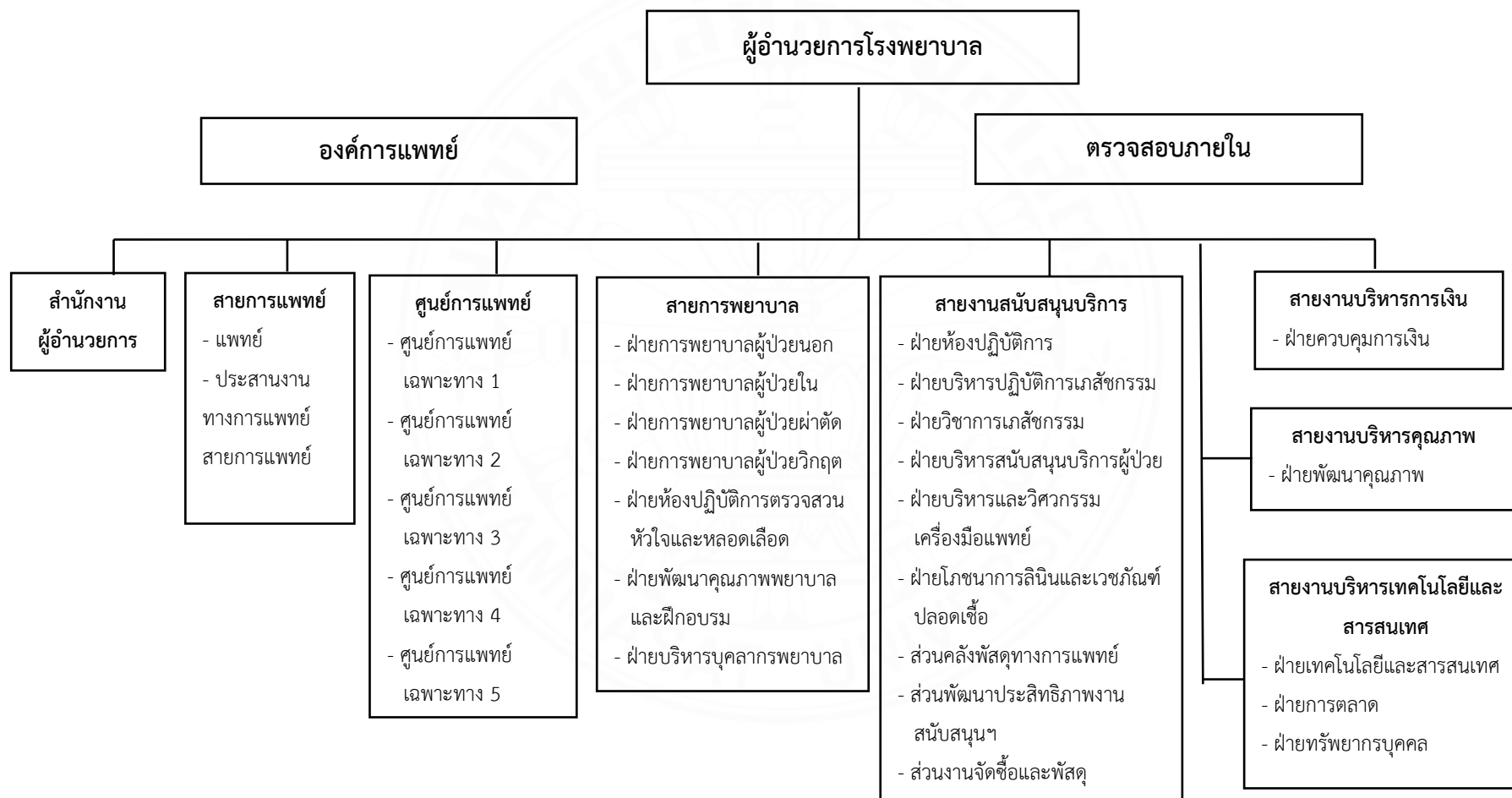
**คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ประกอบด้วย

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธาน
- รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวนไม่เกิน 5 ท่าน เป็นกรรมการ
- ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวนไม่เกิน 5 ท่าน เป็นกรรมการ (ให้คณะกรรมการบริหาร แต่งตั้งกรรมการคนหนึ่งเป็นเลขานุการ)

ที่มา: ข้อบังคับมหาวิทยาลัยว่าด้วยการบริหารโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พ.ศ. 2554 ประกาศ ณ วันที่ 26 พฤษภาคม 2554

ภาพที่ 4.2

โครงสร้างของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ พ.ศ. 2565.



ส่วนมุมมองของผู้ปฏิบัติงานที่เห็นด้วยกับการนำการบริหารแบบเอกชน มาปรับใช้ในโรงพยาบาลรัฐบาลแต่ควรแยกออกจากกันให้ชัดเจนเพื่อสะดวกในการบริหารจัดการต่อไปดังเช่นผู้ปฏิบัติการคนที่ 4 กล่าวว่า

... พี่เป็นคนหนึ่งที่เห็นด้วยกับการบริหารจัดการแบบนี้ที่ควรแยกออกจากศิริราช อย่างสิ้นเชิงไม่ควรมารวมกัน และตั้งแต่วันแรกที่เรเปิดโรงพยาบาลเราชี้แจงกับสังคมแล้วว่า การบริการที่ตรงนี้นั้นคุณภาพเหมือนศิริราชในแง่ของมาตรฐานทางการแพทย์ แต่ที่คุณต้องจ่ายเพิ่มเป็นเพราะว่าคุณได้รับบริการที่ luxury คือ คุณได้รับการบริการที่รวดเร็วกว่า เป็นมิตรมากกว่า มีสิ่งให้อำนวยความสะดวกสบายมากกว่า สิ่งแวดล้อมที่ดีกว่า แต่คุณได้รับการทางการแพทย์เหมือนกัน และการที่คุณจ่ายมากกว่านั้น เราก็นำกลับมาให้กับคนฝั่งนี้กับคนที่ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาเหมือนกับแนวคิดของ SiPH คือ การเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ มันทำให้เราตอบโจทย์ของสังคมได้ว่าเราคิดแพงเพื่ออะไร “อย่าลืมว่าสิ่งที่คนไข้ต้องการเวลาก้าวมาที่โรงพยาบาลไม่ใช่ความหรูหราไม่ใช่ความสะดวกสบาย แต่มันคือ การต้องการบริการทางการแพทย์ที่รักษาหายนั่นคือหัวใจหลัก แต่หัวใจรองที่คุณจะได้ คือ ความสะดวกสบาย ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 4, สัมภาษณ์, 15 กันยายน 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5 กล่าวว่า

... ผมคิดว่ามันต้องแยกจากกันแบบนี้ครับ คือ มันต้องแยกจากกันเพราะถ้าอยู่ในระบบเดียวกันทั้งหมดมันก็จะลำบากตรงที่ว่า เช่น คนไข้เข้ามา SiPH เค้าน่าจะรับรู้ว่าเป็นเอกชนถ้ามันอยู่ในระบบเดียวกันหมดมันจะแยกยากหมายความว่าคนไข้ไม่ได้ตั้งใจจะมาด้วยระบบเอกชน เช่น โรงพยาบาล รัฐมีได้อยู่ 3 ตัว ซึ่งถ้ามันอยู่ในพื้นที่เดียวกันแล้ว คนไข้บางคนเค้าไม่รู้ที่จริงเค้าไม่ต้องการจ่ายในระบบเอกชนแต่พอตัวโรงพยาบาลมันแยกออกจากกันมันจะช่วยทำให้เค้ารู้อยู่แล้วว่าถ้ามา SiPH จะเป็นการบริหารจัดการอีกแบบหนึ่ง ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

ผู้ปฏิบัติการทั้งสองท่านมีความเห็นว่าควรแยกการบริหารจัดการของ โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ที่นำรูปแบบการบริหารแบบเอกชน ออกจากโรงพยาบาลศิริราชที่เป็นโรงเรียนแพทย์ที่มีการบริหารแบบรัฐบาล

... การบริหาร private wing มีปัญหาเพราะยังอยู่ภายใต้ศิริราชที่มีกฎระเบียบขั้นตอน ซึ่งเป็นการปรับจากรัฐบาลทำให้โอกาสการคิดนอกกรอบมันน้อยลง ซึ่งตอนทีไปใช้ทุนผมไปที่อเมริกาเป็น private hospital คือ เมโยคลินิกเค้าคือโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่หวังกำไรไม่ใช่โรงเรียนแพทย์ staff ไม่ต้องไปฝึกที่ไหนเลยเพราะรายได้ในเวลาเพียงพอที่จะเลี้ยงครอบครัวได้เลย มีเวลาทำงานวิจัย ส่วนในประเทศอังกฤษเป็น

โรงเรียนแพทย์ภายใต้มหาวิทยาลัยค่ายของศิริราชที่มีคลินิกนอกเวลา . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 8, สัมภาษณ์, 27 สิงหาคม 2564)

4.1.2.2 องค์การไม่แสวงกำไร (Nonprofit organization)

นอกจากนั้นผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารส่วนใหญ่มองว่าโครงสร้างของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นรูปแบบขององค์การไม่แสวงกำไร (Nonprofit organization) เป็นองค์การที่มีลักษณะเป็นอิสระจากองค์การภาครัฐและเอกชน แต่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสังคม วิถีชีวิตและสวัสดิภาพความเป็นอยู่ของประชาชน ถือเป็นองค์การภาคที่สาม (third sector) ที่มีส่วนในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ อันเป็นสาธารณประโยชน์ต่อสังคมร่วมกับภาครัฐและภาคเอกชน โดยดำเนินงานที่เน้นการปกครองตนเอง ภายใต้วัตถุประสงค์สาธารณะ ซึ่งไม่เน้นการแสวงหาผลกำไร อาศัยเครือข่ายความร่วมมือและอาสาสมัคร เป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานขององค์การ (วุฒิชัย อารักษ์โพธิ์วงศ์, พรชัย เทพปัญญา และ สมบูรณ์ ศิริสรธรศิริ, 2560) ผู้บริหารคนที่ 1 กล่าวว่า

“เราเป็น Nonprofit organization ซึ่งไม่ใช่ไม่เอากำไร แต่กำไรไม่ได้เข้าผู้ถือหุ้น กำไรอยู่ที่เดิมไม่แบ่งออก ซึ่งกำไรนี้คืนไปในรูปแบบการพัฒนา เรียกว่า Social Enterprise (กิจการเพื่อสังคม) กำไรเราไม่ได้แบ่งผู้ถือหุ้น ผู้ถือหุ้น คือ คณะแพทย์ ถือว่าเป็น Nonprofit organization” (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

ส่วนผู้บริหารคนที่ 6 กล่าวว่า

. . . เราเป็นเอกชนจริงแต่เราไม่ได้ค้ากำไรเรายังอยู่ในโครงสร้าง nonprofit organization เราหาเงินจริงแต่ผู้บริหารไม่มีใครร่ำรวยขึ้นเงินที่ได้มาเราไปให้คนไข้ของศิริราช คือมันเป็นภาพผู้รับและผู้ให้ที่เราโปรยเป็นแนวคิดของเรา เราตั้งจุดมุ่งหมายของโรงพยาบาลไว้อยู่แล้วว่าเราจะคิดค่าบริการต่างๆ ไม่เกิน 75% เช่น ค่ายา เป็นต้น ถ้าจำได้ในยุคหนึ่งที่ DF (doctor free) ค่าแพทย์ ค่ารักษาพยาบาลในภาคเอกชนสามารถตั้งราคาเท่าไรก็ได้ จนกระทั่งช่วงสองสามปีมานี้กระทรวงพาณิชย์เข้ามาขอเราเป็นฐานเป็นอ้างอิงเข้ามาสอบถามราคายา ต้องมีความเป็นธรรมและเริ่มจัดลำดับโรงพยาบาลสีเขียว หมายถึง โรงพยาบาลที่มีราคายาสมเหตุสมผล . . . (ผู้บริหารคนที่ 6, สัมภาษณ์, 14 ตุลาคม 2564)

นอกจากนี้ในมุมมองของผู้ปฏิบัติการที่เห็นด้วยกับการนำการบริหารจัดการพิเศษ ที่มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการแบบเอกชนแต่ยังอยู่ภายใต้ระบบระเบียบของคณะแพทยศาสตร์มาปรับใช้เป็นการพัฒนาองค์การในรูปแบบหนึ่งที่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่กล่าวมาดังเช่นผู้ปฏิบัติการคนที่ 1 กล่าวว่า

... เป็นการบริหารจัดการพิเศษ ภายใต้ระบบมหาวิทยาลัยระเบียบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นระเบียบพัสดุจัดซื้อหรือระเบียบของ HR บางส่วน อ้างอิงในเรื่องวินัยแต่ถ้าเป็นโครงสร้างของฐานเงินเดือนก็จะใช้อ้างอิงของกึ่งเอกชน เพื่อให้แข่งขันกับคนอื่นได้ เราก็อยากได้คนเก่งเข้ามาจูงใจในการทำงาน และดูรายได้โดยรวมของบุคลากรว่าเค้าสามารถอยู่ได้ไหม แต่ไม่ได้มากจนทำให้วัฒนธรรมบางอย่างเปลี่ยน การที่เอาองค์กรราชการที่มีความดี มีคุณธรรม จริยธรรมที่สั่งสมมานานการเติมกำไรไปมากๆ จิตใจคนก็จะเปลี่ยนได้ เราเป็นองค์กรแบบไม่แสวงหากำไรคือ มันเป็นเหมือนกับองค์กรที่เป็นของสาธารณะชนแบบไม่แสวงหากำไรแล้วต้องทำกำไรนะไม่ใช่ไม่ทำกำไร ทำกำไรแค่พออยู่ได้ไม่ได้เน้นกำไรจนทำให้จิตใจของคนที่เข้ามาเปลี่ยนทิศไป เพราะเราบริการเรื่อง health care เราก็อยากให้ culture หรือ DNA ของคนในเรื่องเชิงคุณธรรมหรือศีลธรรม ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1, สัมภาษณ์, 31 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 10 กล่าวว่า

“ผมเห็นด้วยกับการเปลี่ยน Know how ให้เป็นกำไร การนำรูปแบบการบริหารจัดการแบบเอกชนมาปรับใช้ในภาครัฐบาลเพราะสุดท้ายแล้วกำไรที่ได้ส่งไปให้ศิริราช ” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 10, สัมภาษณ์, 24 สิงหาคม 2564)

จะเห็นได้ว่าถึงแม้ผลการศึกษาแสดงว่า SiPH เป็นองค์กรไม่แสวงกำไร (Nonprofit organization) คือ องค์กรที่สร้างขึ้นโดยถูกต้องตามกฎหมายหรือเป็นองค์กรทางสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบริการ แต่ไม่สามารถเป็นแหล่งรายได้ กำไร หรือแหล่งเงินทุนอื่นๆ ให้กับผู้ก่อตั้ง ควบคุม หรือให้การสนับสนุนด้านการเงิน ถึงแม้SiPHมีรูปแบบการบริหารแบบเอกชน ซึ่งสังคมมองว่า SiPH แสวงหากำไรแต่เนื่องจากเพราะปลายทางมีการกระจายซ้ำโดยการนำกำไรส่งกลับคืนโรงพยาบาลศิริราชเพื่อสังคม

4.1.2.3 รูปแบบกิจการเพื่อสังคม (Social Enterprise)

นอกจากนั้นจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารคนที่ 1 มีการกล่าวถึง กิจการเพื่อสังคม (Social Enterprise) ในปี 2553 สำนักงานส่งเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติได้ให้นิยามของกิจการเพื่อสังคม (Social Enterprise) ว่าเป็นกิจการที่มีรายได้จากการขาย การผลิตสินค้าหรือการให้บริการที่ถูกตั้งขึ้น เพื่อเป้าหมายอย่างชัดเจน ตั้งแต่แรกเริ่ม หรือมีการกำหนดเพิ่มเติม หรือปรับเปลี่ยนเป้าหมาย ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน สังคม และ/หรือสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก โดยไม่ได้มีเป้าหมายในการสร้างกำไรสูงสุดต่อผู้ถือหุ้นและเจ้าของเท่านั้น

ผู้บริหารทั้งสองท่านมีการมองว่าโครงสร้างของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นองค์กรไม่แสวงกำไร ผู้วิจัยวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์ พบว่า SiPH เป็นองค์กรที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือรัฐบาลในที่นี้ คือ โรงพยาบาลศิริราชเป็นการผสมผสาน (Hybrid

management) ระหว่างองค์การธุรกิจและองค์การราชการ โดยการทำงานมีความยืดหยุ่นคล่องตัว ภายใต้การบริหารของภาครัฐ สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากเอกสารบัญชีองค์กรไม่แสวงหากำไรของ ประเทศไทย พ.ศ. 2549-2551 ได้กำหนดกรอบแนวคิดและนิยามองค์กรไม่แสวงหากำไรไว้ตามระบบ บัญชีประชาชาติ พ.ศ. 2536 ว่าเป็นองค์กรที่ตั้งขึ้นโดยถูกต้องตามกฎหมายหรือเป็นองค์กรทางสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตสินค้าและบริการ แต่ไม่สามารถเป็นแหล่งรายได้ กำไร หรือแหล่งเงินทุน อื่นๆ ให้กับผู้ก่อตั้ง ควบคุม หรือให้การสนับสนุนด้านการเงิน ในทางปฏิบัติ กิจกรรมการผลิตของ องค์กรเหล่านี้สามารถก่อให้เกิดทั้งกำไรและขาดทุน แต่ผลกำไรนั้นไม่สามารถแบ่งปันไปให้หน่วย สถาบันอื่น และจากคำนิยามองค์กรไม่แสวงหากำไรของ John Hopkins University กล่าวว่า เป็นการ จัดตั้งองค์กรอย่างเป็นระบบ มีโครงสร้างการดำเนินงาน โดยมีเป้าหมายหรือขอบเขตการดำเนินงานที่ ชัดเจนไม่แสวงหากำไรและไม่แบ่งปันผลกำไร ไม่มีเป้าหมายในเชิงพาณิชย์ สามารถมีส่วนเกินจากการ ประกอบการ (Surplus) ได้ แต่จะต้องไม่มีการแบ่งปันผลกำไร เป็นองค์กรที่มีลักษณะแยกออกจาก หน่วยงานรัฐบาล แต่องค์กรเหล่านี้สามารถรับการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐบาลได้ รวมทั้งมี บุคลากรของภาครัฐร่วมในคณะกรรมการขององค์กรได้ ดังที่ ผู้บริหารคนที่ 4 มีการกล่าวว่า

... ในความเห็นผมเรื่องโครงสร้างมีข้อดีในเรื่องผลประโยชน์ส่วนใหญ่มุ่งกลับ ศิริราช และเจ้าของก็ยังเป็นของคณะแพทยศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดลไม่ใช่ว่า กระจายหุ้นไปให้คนอื่น ไม่ใช่เอกชนที่กระจายหุ้นไปให้ผู้ถือหุ้นและนำผลประโยชน์ไปให้ผู้ถือหุ้น เพราะฉะนั้นต้นทุนมาจากรัฐบาลก็จริงแต่ถ้าใครก็คืนรัฐไม่ใช่กำไรเข้า กระเป๋า ... (ผู้บริหารคนที่ 4, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

4.1.2.4 การบริหารจัดการที่ผสมผสาน (Hybrid Management)

... ในปัจจุบันผมมองว่าเราค่อนข้างเอกเทศสามารถบริหารจัดการโดยส่วนใหญ่ได้ด้วย ตนเอง เพราะฉะนั้นการดำเนินการก็จะไม่ถูกติดล๊อคด้วยระบบราชการเดิมๆ หรือด้วย ระบบระเบียบบางอย่างที่ครอบเราไว้ทำให้ยับยั้งตัวยากซึ่งอันนี้ ก็คือ จุดแข็งของ SiPH ที่ทำให้โรงพยาบาลภาครัฐอื่นๆ ที่ยากจะมีโมเดลที่คล้าย SiPH ก็ยังเกิดไม่ได้ ด้วย ความที่เรา Spin off ออกมาเราก็มีระเบียบการบริหารจัดการในแบบของเราเองอันนี้ คือ จุดแข็งของเรา ที่ผมคิดว่าโรงพยาบาลอื่นที่เป็นโรงพยาบาลรัฐเหมือนกันยัง ไม่สามารถกล้าในการทำให้ระเบียบออกมาเป็น Autonomous ได้ ... (ผู้บริหารคนที่ 5, สัมภาษณ์, 26 สิงหาคม 2564)

ผู้บริหารทั้งสองท่านมองว่าการเป็นองค์กรแยกออกจากหน่วยงานรัฐบาล องค์กรเหล่านี้สามารถก่อให้เกิดกำไร แต่ผลกำไรนั้นไม่สามารถแบ่งปันไปให้หน่วยสถาบันอื่น ซึ่งต่าง จากภาคเอกชนที่กระจายหุ้นไปให้ผู้ถือหุ้นและนำผลประโยชน์ไปให้ผู้ถือหุ้น อย่างไรก็ตาม หากวิเคราะห์ในอีกมุมมองหนึ่งจะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการที่ผสมผสาน (Hybrid management)

ระหว่างองค์การธุรกิจและองค์การราชการนั้นมีข้อด้อยที่ทำให้ระบบบางอย่างมีขั้นตอนเช่นเดียวกับระบบราชการ เช่น ระบบจัดซื้อจัดจ้างที่ต้องขึ้นอยู่กับคณะกรรมการมหาวิทยาลัยมหิดล ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 3 กล่าวว่า

. . . เนื่องจากมันไม่ใช่รูปแบบของเอกชนเต็มตัว ข้อแรกเมื่อเราไปเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลเอกชนสิ่งที่เราแตกต่างกับเขา ก็คือ รูปแบบของการดำเนินการเรายังอยู่ภายใต้กฎระเบียบของคณะกรรมการศิริราชพยาบาลและมหาวิทยาลัยมหิดล เพราะฉะนั้นก็จะมีกฎระเบียบบางอย่างที่ทำให้ความคล่องตัวไม่คล่องตัวเหมือนโรงพยาบาลเอกชน เรื่องของค่าใช้จ่าย ผลตอบแทนเราก็ไม่สามารถทำได้เหมือนโรงพยาบาลเอกชน ได้ความคาดหวังของเจ้าหน้าที่เองก็จะมีคาดหวัง เป็นช่องว่างของเอกชน เราเองต้องพยายามทำส่วนนี้ให้กลมกลืนกัน . . . (ผู้บริหารคนที่ 3, สัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2564)

อย่างไรก็ตามการบริหารจัดการรูปแบบหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (SiPH management) เป็นการบริหารจัดการแบบเอกชนแต่อยู่ภายใต้โครงสร้างเดียวกับรัฐบาล ถึงแม้การบริหารจัดการมีอิสระ มีความคล่องตัวเพื่อแก้ปัญหาการทำงานล่าช้าแบบภาครัฐ แต่มีโอกาสที่จะกลับไปบริหารจัดการแบบเดิมได้เนื่องจากองค์การยังอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 5 มีการกล่าวว่า

. . . ประเด็นที่ผมมองว่าเป็นปัญหา คือ โครงสร้าง และการบริหารจัดการ เพราะเดิมปฏิบัติแบบคล่องตัวแต่ต้องมาถูกลากลงด้วยกฎอะไรบางอย่างเพราะฉะนั้นความเร็วของการทำงานน้อยลงเมื่อเทียบกับสมัยก่อน อันนี้คือ ตัวโครงสร้าง ถัดมาในการบริหารจัดการอันนี้ผมไม่รู้ว่ามันดีหรือไม่ดีนะ คือ บังเอิญว่าผมเป็นคนสมัยใหม่ผมก็จะมีภารกิจความรู้และการบริหารจัดการใหม่ ทำให้ผมเห็นวิธีการบริหารจัดการอะไรใหม่ๆ เห็นแนวคิดหรือภาวะผู้นำใหม่เพราะฉะนั้นมันก็เลยมีความยาก พอเรามาเจอบริหารจัดการแบบเดิมๆ ทำให้มี conflict เหมือนเด็กจบออกมาทำไมยังทำแบบนี้อยู่ ผมว่าปัญหาเกิดจากโครงสร้างองค์กรมันค่อนข้าง Bureaucratic มันคือ ระบบราชการเมื่อก่อนไม่ได้ระบบราชการขนาดนี้แต่พอบริหารไปเรื่อยๆ ก็เริ่มเป็นราชการมากขึ้นเรื่อยๆ ผมก็ไม่รู้มันเกิดอะไรขึ้น โครงสร้างเดิมไม่ได้หลาย Hierarchy ขนาดนี้มันเกิดความซับซ้อนขึ้นเรื่องง่ายๆ กลายเป็นเรื่องยาก เรื่องบางเรื่องสื่อสารกันแบบเดียวก็เสร็จแล้วแต่ต้องสื่อสารผ่านหลายกระบวนการ มีการอนุมัติหลายขั้นตอนมันก็เลยถูกกลืนเข้าระบบข้าราชการแบบเดิม culture ของ Hierarchy culture ของ centralize เรื่อง culture ของการ fix mindset พอมันเริ่มมากขึ้นการจะเปลี่ยนในอนาคตมันจะเริ่มยาก. . . (ผู้บริหารคนที่ 5, สัมภาษณ์, 26 สิงหาคม 2564)

ส่วนมุมมองของผู้ปฏิบัติการในประเด็นการนำรูปแบบการบริหารจัดการที่ผสมผสาน (Hybrid management) ระหว่างระบบเอกชนและระบบราชการในรูปแบบของหน่วยงานบริการระบบพิเศษของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ จึงมีทั้งจุดแข็งและจุดด้อยที่ต้องการพัฒนาเพื่อปรับให้เกิดความสมดุลระหว่างการแข่งขันและการทำเพื่อสังคม ดังเช่นผู้ปฏิบัติการคนที่ 2 กล่าวว่า

...สำหรับหมอดิฉันเป็นมิติใหม่ของวงการสาธารณสุขแบบรัฐบาลเพราะเมื่อหันมามองในยุคปัจจุบันในประเด็นการจัดสรรงบประมาณมันไม่ได้ทั่วถึงในระบบสาธารณสุขและอีกอย่างก็คือโรงพยาบาลที่อยู่ในมหาวิทยาลัยเป็นโรคกลุ่มระบบหน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) เราจะรู้ว่าคนไข้ที่มารักษาก็ใช้เงินจากศิริราชมูลนิธิ ตัวเลขมันก็จะสูงขึ้นทุกปี งบประมาณจากภาครัฐที่จ่ายมาไม่เคยเพียงพอกับการให้การดูแลผู้ป่วย เพราะฉะนั้นโรงพยาบาลถูกสร้างขึ้นในโมเดลของ SiPH ก็จะเป็นเหมือนตัวช่วยให้การที่โรงพยาบาลของรัฐในระดับโรงเรียนแพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนจำนวนที่เราช่วยได้ก็จะมากขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน. . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 2, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

4.1.2.5 การลงทุนทางสังคม (Social Investment) เพื่อการกระจายข้าทาง

สังคม

โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นการลงทุนทางสังคม (Social Investment) ในรูปแบบหนึ่ง จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนมากเห็นว่าวัตถุประสงค์การก่อตั้ง SiPH เป็นการนำการบริหารจัดการแบบเอกชนมาปรับใช้เพื่อช่วยสนับสนุนโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐดำเนินการรับผิดชอบต่อสังคมด้วยการทำหน้าที่รักษาผู้ป่วยทุกคน โดยเฉพาะผู้ป่วยยากไร้ไม่มีค่ารักษาพยาบาล ดังเช่นผู้ปฏิบัติการคนที่ 6 กล่าวว่า

...ช่วงแรกก็มีเสียงว่าทำไมจะรักษาเฉพาะคนที่จ่ายได้ ตอนแรกก็ไม่เข้าใจ แต่ก็มีอาจารย์ประดิษฐ์ที่พูดแนวคิดให้ฟังว่าเราจะเปิดโอกาสให้คนที่มีศักยภาพการชำระเงินได้เพื่อที่เข้าถึงบริการที่รวดเร็วและสะดวกขึ้น แทนที่คนกลุ่มนี้จะไปใช้บริการที่เอกชนอื่นก็ดึงคนกลุ่มนี้มารักษาที่ SiPH และส่วนต่างกลับคืนศิริราชพอเราได้ฟังก็เข้าใจมากขึ้น. . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 6, สัมภาษณ์, 10 ตุลาคม 2564)

ดังนั้นผลการศึกษาในเรื่องโครงสร้างของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการดำเนินการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นคณะกรรมการบริหารมี 2 บอร์ด รูปแบบการบริหารจัดการที่ผสมผสาน (Hybrid Management) แต่เป็นองค์กรไม่แสวงกำไร (Nonprofit organization) ยึดมั่นจริยธรรมผลประโยชน์ที่ได้นั้นทั้งหมดจะนำกลับไปพัฒนาในเชิงทางการแพทย์ ช่วยเหลือผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช ถือเป็นการลงทุนทาง

สังคม (Social Investment) เพื่อการกระจายข้าทางสังคมและใช้พัฒนาเพื่อให้โรงพยาบาลศิริราช เป็นสถาบันการแพทย์ชั้นนำในเอเชีย ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมีความพิเศษ เพราะเป็นทั้งผู้รับและผู้ให้ ในเวลาเดียวกัน ในขณะที่การบริหารจะแยกส่วนออกจากโรงพยาบาลศิริราชเดิม

4.1.3 งบประมาณของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

จากข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดลในปี พ.ศ. 2554 ว่าด้วยการบริหารโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในหมวดที่ 3 เรื่อง การเงิน การบัญชี และการพัสดุ ให้มีกองทุนโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อใช้จ่ายในการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาล โดยเงินกองทุนประกอบด้วย 1) เงินรายได้ที่ได้มาจากการดำเนินงานของโรงพยาบาล 2) เงินจากงบประมาณแผ่นดินที่ได้รับจัดสรรผ่านคณะ 3) เงินรายได้ที่ได้รับจัดสรรจากเงินรายได้ของคณะ 4) เงินหรือทรัพย์สินที่ได้รับจากการบริจาค หรือสนับสนุนจากภายนอกคณะ 5) ดอกผลหรือผลประโยชน์อันเกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุนตามข้อ 1) ถึง 4) เงินกองทุนเป็นเงินที่ไม่ต้องส่งกองคลังมหาวิทยาลัยมหิดล แต่ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของเงินรายได้คณะและมหาวิทยาลัย โดยให้ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายมีอำนาจอนุมัติเบิกจ่ายเงินกองทุน ภายในขอบเขตและวงเงินตามที่คณะบดีกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการอำนวยการ และจัดทำบัญชีเพื่อรายงานทางการเงินประจำเดือนต่อคณะบดีทุกเดือน และเสนอรายงานทางการเงินที่ผ่านการตรวจสอบของสภามหาวิทยาลัยภายใน 120 นับตั้งแต่วันสิ้นปีงบประมาณ ดังที่ ผู้บริหารคนที่ 1 กล่าวว่า

... เราใช้ขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้างเช่นเดียวกับศิริราช แต่เรามีการจัดซื้อจัดจ้างที่เร็วมากเพราะเรามีงบประมาณเฉพาะเจาะจงแบบฉุกเฉิน เราก็เริ่มมีการบริหารจัดการงบล่วงหน้า เราจึงใช้คำว่าโรงพยาบาลของรัฐที่มีการบริหารจัดการแบบพิเศษเพราะไม่มีโรงพยาบาลไหนทำแบบนี้ เช่น บุคลากรเราจัดการคล้ายเอกชน ในขณะเดียวกันระเบียบจัดซื้อจัดจ้างใช้แบบรัฐบาล ซึ่งระบบงบประมาณเราก็ชัดเจนเราไม่รับงบประมาณจากรัฐบาล และตอนนี้เราส่งกลับไปให้ศิริราชอย่างเดียว ประมาณ 3,000 พันล้าน ในวันนั้นเราดำเนินงาน (operate) ด้วยเงินหมื่นสองพันล้าน ได้รัฐบาลสี่พันล้านเราหาเองแปดพันล้าน ก็ช่วยเราหนึ่งในสาม พอโตขึ้นมาเรื่อยๆ รัฐบาลก็ไม่ให้งบประมาณ มันเป็นความเสี่ยง (risk) ของเรา ก็เลยเป็นที่มาที่ไปของโปรเจกต์ SiPH ... (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

ผู้บริหารคนที่ 1 ให้ความเห็นในทิศทางเดียวกันกับผู้บริหารคนที่ 4 ซึ่งให้ความเห็นเกี่ยวกับการบริหารจัดการงบประมาณของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ที่อยู่ภายใต้ข้อบังคับของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

... ช่วงที่มหาวิทยาลัยออกนอกนอกระบบไปเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ มีทั้งข้อดีข้อเสีย ข้อดีที่เห็นชัดๆ เลยเรื่องการรับบุคลากรใหม่ สามารถบรรจุคนได้เลยเพราะไม่ใช่ข้าราชการไม่ต้องไปขอตำแหน่งข้าราชการเราก็บริหารจัดการเอง ส่วนรายได้ที่ได้จากการดำเนินการก็เข้าเงินรายได้คณะเราสามารถใช้จ่ายได้โดยไม่ต้องไปรอรัฐบาลภายใต้อธิการบดีเท่านั้นมันก็คล่องตัวขึ้น ... (ผู้บริหารคนที่ 4, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับผู้บริหารคนที่ 6 กล่าวว่า

... มีอยู่สองสิ่งที่เราไม่สามารถตัดตัวออกจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชได้เลย คือการจัดซื้อจัดจ้างเรายังต้องอยู่ภายใต้การจัดซื้อจัดจ้างของภาครัฐรวมทั้งเรื่องการบริหารจัดการบุคลากร เรื่องแรงงบประมาณเราทำตามกรมบัญชีกลางทุกอย่างแต่ขั้นตอนการทำงานของเรานั้นจะสั้นกว่าทำให้การบริหารจัดการของเราสั้นขึ้นแต่การจัดซื้อจัดจ้างทุกอย่างอยู่ภายใต้กรมบัญชีกลาง ... (ผู้บริหารคนที่ 6, สัมภาษณ์, 14 ตุลาคม 2564)

ด้วยเหตุนี้การบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ในส่วนของการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารจัดการบุคลากรจึงต้องดำเนินการภายใต้คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดลว่าด้วยการบริหารโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ในปี พ.ศ. 2554 ที่กล่าวมาข้างต้น อย่างไรก็ตามมีความเห็นต่างในประเด็นนี้ว่าไม่เห็นด้วยเพราะเห็นว่าการบริหารจัดการงบประมาณที่ตั้งไว้ในอนาคตที่ใช้เวลานานนั้นเมื่อถึงเวลาอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการของสถานการณ์ในตอนนั้น ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 5 กล่าวว่า

... ผมว่าเรื่องการวางแผนงบประมาณค่อนข้างโอเคนะ ถึงแม้ว่าเราจะมีภาระของงบประมาณพุ่งไปกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ต้องวางแผนงบประมาณล่วงหน้า 3 ปี ซึ่งมองว่าการมองอนาคตล่วงหน้าไกลเกิน พอเวลาเกิดขึ้นจริงแล้ว งบประมาณที่เรามองไว้นั้นอาจจะไม่ใช่แต่อย่างน้อยเรามีความยืดหยุ่น คือ เราใช้เงินรายได้ของตัวเอง เพราะฉะนั้นการจะโยกงบของบเพิ่มมันก็เลยยังสะดวกกว่าของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งยังติดอยู่กับระบบของข้าราชการ สำหรับผมประเด็นเรื่องงบประมาณไม่ค่อย ... (ผู้บริหารคนที่ 5, สัมภาษณ์, 26 สิงหาคม 2564)

จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติการในด้านการบริหารการเงิน/การจัดการงบประมาณและการบริหารวัสดุและอุปกรณ์ พบว่า เป็นงบประมาณตั้งต้นจากรัฐบาลในการบริหารจัดการองค์กร และสามารถที่จะประหยัดงบประมาณใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่าและสามารถเลี้ยงดูองค์การให้อยู่รอดและนำเงินส่งกลับโรงพยาบาลศิริราช เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้

... งบประมาณช่วงแรก ถ้าเรามองว่าจริงๆ แล้ว SiPH คือการลงทุนทั้งระบบและชื่อเสียง คือ ชื่อเสียงคือความเป็นศิริราชต้องรักษามันไว้มันเป็นมูลค่าที่แพงมากถ้าเทียบกับความหมายในปัจจุบันก็คือแบรนด์ มันหาไม่ได้นะแล้วแบรนด์ชื่อเสียงที่อยู่ในใจมันก็ถูกสะสมด้วยครูบาอาจารย์สมัยเก่าที่ทำคุณงามความดีมาจนเป็นสถาบันการแพทย์ที่ทุกคนยอมรับ อีกทั้งผู้ให้การรักษา ผู้ให้การผลิตคนในหลากหลายวิชาชีพ สิ่งสำคัญอันนี้มันหาค่าไม่ได้ การบริหารที่ดีคือการหาอะไรมาเติมแล้วต้องไม่ทำให้ brand เสื่อมการที่เราทำให้มันเสื่อมเหมือนกับการที่เราเป็นคนรุ่นใหม่ไม่ควรจะบริหารจนคุณค่าเดิมที่เป็นที่พึ่งของประชาชนหายไป ส่วนด้านงบประมาณเหมือนกับศิริราชเองก็มีงบประมาณที่ได้จากหลวง อาจจะเป็นการลงทุนครั้งยิ่งใหญ่เหมือนการมีลูกคนหนึ่งเค้าคิดว่าเค้าน่าจะบริหารจัดการตรงนี้ได้ เพื่อเรียนรู้ความรู้ใหม่ในการบริหารจัดการองค์กรและสามารถที่จะประหยัดงบประมาณ ทำอย่างไรในการบริหารจัดการทรัพยากรในช่วงตั้งต้นเงินตั้งต้นที่พ่อแม่ให้เงินขวัญถุงมาและสามารถเลี้ยงดูนำเงินคืนพ่อแม่ได้ ก็อาจจะต้องเป็นสายน้ำให้พ่อแม่ได้บางส่วน คือเกิดขึ้นมาได้เพราะพ่อแม่ลงทุนให้ต้องprotectทั้งชื่อเสียง และงบประมาณบางส่วนรัฐบาลให้กับเรา. . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1, สัมภาษณ์, 31 สิงหาคม 2564)

ดังนั้น ผลการศึกษาเรื่องงบประมาณของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ที่ได้จากการสัมภาษณ์และเอกสารจากข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดลในปี พ.ศ. 2554 ว่าด้วยการบริหารโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลสอดคล้องกันคือเรื่อง การเงิน การบัญชีและการพัสดุ จัดให้มีกองทุนโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อใช้จ่ายในการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลแต่อยู่ภายในขอบเขตและวงเงินตามที่ณบดีกำหนดและจัดทำบัญชีและเสนอรายงานทางการเงินที่ผ่านการตรวจสอบของสภามหาวิทยาลัย

4.1.4 ทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

ในช่วงแรกของการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เบื้องต้นได้มีการเปิดทดลองบริการในส่วนของศูนย์โรคหัวใจ (The Heart by Siriraj) โดยทีมแพทย์ที่ดำเนินงานเป็นชุดเดียวกันทำให้การบริหารจัดการมีความต่อเนื่องดังเช่นผู้บริหารคนที่ 1กล่าวว่า

... จาก The Heart มาเป็น SiPH สภามหาวิทยาลัยให้เราเขียนนโยบายของเราเอง ไม่ว่าจะบริหารบุคคล (HR) จัดซื้อจัดจ้าง แต่เค้าไม่ยอม เราเจอเจออยู่เป็นปีได้กฎหมายมาเล่มหนึ่งสุดท้ายเราขอ HR ในส่วนบุคลากร และสวัสดิการเราดูแลเอง เราต้องการให้มีรากฐานจากศิริราชเหมือนกันเราก็ก็นไปหาที่สุดดี บอกว่าขอพยาบาล พี่สตุ๊ ก็พามา 10 คน ซึ่งก็เป็นหัวหน้าจากส่วนต่างๆ เพราะเราต้องการพยาบาลศิริราชมาชุดหนึ่งเพื่อหล่อหลอม คือ ต้องเป็นเพื่อนกันเติบโตมาด้วยกัน เมื่อทำงานที่แตกต่างยังคุยกันได้

เพราะฉะนั้นสืบปีรากฐาน connection ยังเป็นเพื่อนกันอยู่ . . . (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

และผู้บริหารคนที่ 2 กล่าวว่า

. . . ตอนนั้นผมคิดว่าเราต้องมีทรัพยากรบุคคล (Human resources: HR) ที่เข้มแข็งเราจ้างที่ปรึกษา (consultant) ในแต่ละทีมมานำเราแต่ความคิดเป็นของเรา เช่น consultant ที่เกี่ยวข้องกับการวิสัยทัศน์พันธกิจ การ deploy strategy (วางกลยุทธ์) consultant ที่เกี่ยวกับ HR เพื่อ set core value (ค่านิยมหลัก) เราต้องเริ่มต้นจากฐานให้แน่น . . . (ผู้บริหารคนที่ 2, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

ผู้บริหารทั้งสองท่านมีความเห็นตรงกันว่าต้องมีทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลศิริราชมารับเป็นรากฐานให้กับโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เพื่อให้มีวัฒนธรรมเดียวกันโดยการส่งต่อทั้งด้านจริยธรรมจากรุ่นสู่รุ่นถือเป็นการผลิตซ้ำอุดมการณ์ผ่านการอบรมพนักงานใหม่ทุกคนให้มีวัฒนธรรมเดียวกันดังเช่นผู้บริหารคนที่ 3 กล่าวว่า

. . . ผมว่าเป็นช่วงผ่องถ่าย คนที่มาทำจริงๆ ด้วยความเข้าใจวัตถุประสงค์ในการตั้งโรงพยาบาลก็จะเข้าใจ ว่าเรามาทำเพื่ออะไรแต่สิ่งที่ผมเห็นชัดเจนจากประสบการณ์ในการทำงานโรงพยาบาลเอกชนบางส่วนที่ไปช่วยการตรวจผู้ป่วยนอกที่เห็นชัดเจนว่าบริบทหรือมุมมองของบุคลากรที่เกิดขึ้นหรือบุคลากรที่เป็นส่วนช่วยจากฝั่งศิริราชก็จะมีมุมมองในเรื่องของการทำธุรกิจที่ผมเชื่อว่าแตกต่างจากมุมมองที่เป็นโรงพยาบาลเอกชนเต็มตัว เพราะจะเป็นมุมมองที่เราดูเพื่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดให้กับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและกับสังคม เพราะฉะนั้นมุมมองที่จะเกิดจะเป็นมุมมองที่คำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและกับประชาชนในการที่จะให้การดูแลรักษาเป็นหลัก . . . (ผู้บริหารคนที่ 3, สัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2564)

นอกจากนั้นยังมีพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550 ในมาตรา 24 (2) กล่าวถึงข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดลว่าด้วยการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ว่าด้วยการบริหารงานพนักงานมหาวิทยาลัยมาใช้บังคับยกเว้นการกำหนดอัตราเงินเดือน ค่าจ้าง เงินเพิ่ม เงินรางวัล ค่าตอบแทน การประเมินผลปฏิบัติงาน สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ต่างๆ ให้เป็นไปตามคณะกรรมการอำนวยการกำหนด ส่วนเรื่องของผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ประกอบด้วย 2 รูปแบบ คือ 1) ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเต็มเวลา (full time) และ 2) ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดหน่วยงานอื่นของคณะ ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณบดีให้มาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล (part time) ให้ถือเป็นการปฏิบัติงานของมหาวิทยาลัย โดยเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกำหนด

ผู้บริหารคนที่ 4 กล่าวว่า “... ให้แพทย์ที่ศิริราชสามารถไปทำงานที่ SiPH ในเวลาราชการได้ 5 ชั่วโมงที่เหลือนอกเวลาไม่เป็นไร ... (ผู้บริหารคนที่ 4, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564) และผู้บริหารคนที่ 6 กล่าวว่า “... ในเรื่องของบุคลากรอยู่ภายใต้ระเบียบการควบคุมของ คณะแพทย์เช่นกันมืออย่างเดียวนั่น คือ เรื่องของค่าตอบแทนที่ติดตัวออกมา เรายังใช้ค่าตอบแทน ของศิริราชเป็นพื้นฐานของเรา ...” (ผู้บริหารคนที่ 6, สัมภาษณ์, 14 ตุลาคม 2564)

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารคนที่ 4 และ 6 จะเห็นได้ว่าทั้ง 2 ท่านมองว่า การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ อยู่ภายใต้ระเบียบ การควบคุมของคณะแพทย์เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศิริราช ยกเว้นการกำหนดอัตราเงินเดือน ค่าจ้าง เงินเพิ่ม เงินรางวัล ค่าตอบแทน การประเมินผลปฏิบัติงาน สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ต่างๆ ให้เป็นไปตามคณะกรรมการอำนวยการกำหนดสอดคล้องกับพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550 ในมาตรา 24 (2) ซึ่งเป็นข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดลว่าด้วยการบริหารโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์

อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีการอบรมพนักงานใหม่ให้มีอุดมการณ์เดียวกัน มีวัฒนธรรม ที่ดีมีรากฐานที่แข็งแรงแต่ก็ยังพบปัญหาที่ต้องมีการประเมินผลและตรวจสอบ เนื่องจาก ดังที่ผู้บริหาร คนที่ 5 กล่าวว่า

... เราไม่มี direction ของ HR ที่ชัดเจน เพราะมันเกิดจาก strategy ใหญ่ของโรงพยาบาล มันทำทุกอย่างมันก็เลยไม่ได้มี focus เพราะฉะนั้นการจะมีโครงสร้าง HR ที่ดีนั้นมันก็เลย ไม่ได้ถูกการพูดถึงเราก็ก็นึกไม่รู้ว่าพัฒนาไปในทิศทางไหนอย่าง competency ก็ต้อง สอดคล้องกับ vision ของโรงพยาบาลว่าอีก 5 ปีข้างหน้า เราจะเดินไปทางไหน ยกตัวอย่างถ้าเราจะไปทางเทคโนโลยี ดังนั้น competency ของ HR จะต้องมีการ IT ต่างคนก็คิดของตัวเอง ไม่รู้ว่ามันจะไปเข้ากับของโรงพยาบาล มันอาจจะแย้งกันเองก็ได้ นะ เพราะฉะนั้นในตอนี้ direction ของ HR ไม่ชัดเจนการจะไป focus การพัฒนา ก็จะไม่ค่อยหลักๆ เราไปทำเกี่ยวกับระบบของ software ของ HR เช่นระบบการจ่ายเงิน การจัดตารางเวร เพราะฉะนั้นถ้า competency ไม่สอดคล้องกับทิศทางของ โรงพยาบาลมันก็เลยไม่ได้ถูกการวางรากฐานให้ดีมันก็จะมามีปัญหาอยู่ ... (ผู้บริหารคนที่ 5, สัมภาษณ์, 26 สิงหาคม 2564)

ด้วยเหตุนี้ในการจัดการทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราช การุณย์ (SiPH) จึงต้องมีการประเมินสมรรถนะ (competency) ของบุคลากรในเรื่องของทักษะ ความรู้ความสามารถ รวมทั้งพฤติกรรม คุณลักษณะและทัศนคติที่บุคลากรจำเป็นต้องมีเพื่อปฏิบัติงานได้ อย่างมีประสิทธิภาพตามเป้าหมายขององค์กร ในมุมมองของผู้ปฏิบัติในเรื่องการทรัพยากรบุคคลของ

โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ส่วนมากกล่าวถึงการนำเวลาราชการมาทำงานที่โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ดังที่ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1 กล่าวว่า

... เรื่องนโยบายเกี่ยวกับแพทย์ให้มาทำงานที่ SiPH ได้เฉพาะจำนวนชั่วโมงไม่มาก ทางโรงพยาบาลก็ต้องคิดว่าทำอะไรโรงพยาบาลเปิดบริการได้ 24 ชม. และที่ 7 วัน SiPH ต่างจากศิริราชแล้ว คือ รัฐบาลเปิดจันทร์ถึงศุกร์ทรัพยากรของประเทศก็ใช้ได้แค่ จันทร์ถึงศุกร์เวลา 8.00-16.00 น. แต่ก็มีมีการเปลี่ยนแปลงช่วงออกนอกกระบวนมามีคลินิก พิเศษนอกเวลามันก็ยืดเวลาการใช้ทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นคน อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมไปถึงเวลาสองทุ่มแต่เราเปลี่ยนกระบวนการทางความคิดของคนศิริราชใหม่ว่าเราสามารถเปิด 24 ชม. ได้นะทั้ง 7 วัน คือ ถ้าเราทำเหมือนเดิมเราก็อยู่เหมือนเดิมแต่เรากำลังเปลี่ยนคนอีกกลุ่มหนึ่งที่มีแนวความคิดว่าการบริการให้ประชาชนได้เข้าถึง สามารถเข้าถึงได้ตลอด 7 วัน 24 ชม. การเปิดโรงพยาบาลตลอดมันถึงจะตอบสนองความต้องการของคนไข้ได้ กลุ่มหนึ่งก็คนไข้เองเขาก็จะมาเลือกแพทย์เลือกความเชี่ยวชาญ เพราะกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีทุนทรัพย์กำลังจ่ายค่าคงเลือกสิ่งที่ดีที่สุดใช้เวลาจัดสรรเพื่อให้ตรงเวลากับเวลาของผู้เชี่ยวชาญที่รักษาเค้า การขยายก็มีไปตามศูนย์ตามความสำคัญของโรคที่มีก็ทยอยเปิดในแต่ละปี เราจะเปิดศูนย์อะไรจะมีการประสานงานระหว่างภาควิชาว่าจะมีแพทย์มาออกตรวจไหม ก็จะมีตัวแทนจากภาควิชาหรือหัวหน้าภาค ซึ่งเป็น Key person มาช่วยดูแลเกี่ยวกับคน เครื่องมือเราจะนัดประชุมเป็นเหมือน committed (คณะกรรมการในการเตรียมพร้อม) ดู 4M เป็นหลัก Man management money Method ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1, สัมภาษณ์, 31 สิงหาคม 2564)

ส่วนผู้ปฏิบัติการคนที่ 9 กล่าวว่า

... มีการตั้งหลักเกณฑ์ว่าถ้าหากจะไปทำในเวลาราชการจะต้องเป็นเวรหยุดไม่มีหน้าที่ในเวลาราชการถึงจะไปทำได้ และไม่ให้มีการ request ในเวลาราชการ และให้แพทย์ที่ศิริราชสามารถไปทำงานที่ SiPH ในเวลาราชการได้ 5 ชั่วโมงที่เหลือ นอกเวลาไม่เป็นไรช่วงแรกก็จะขลุกขลักหน่อย แต่พออาจารย์รุ่นเก่าเกษียณไปก็เริ่มมีแพทย์ไปทำงานเพิ่มขึ้น จึงเป็นที่มาในการเลือกแพทย์ที่จบจากศิริราชแล้วมาทำที่ SiPH แต่ก็มีอาจารย์ผู้ใหญ่หลายท่านไม่ไปเค้ายืนยันที่จะไม่ทำ โดยให้เหตุผลว่าเงินของประชาชนเอามาทำไรจะเข้าใครไม่รู้ละ ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

อย่างไรก็ตามก็ยังมีประเด็นว่าจะอย่างไรให้เกิดความสมดุล ดังที่ผู้ปฏิบัติคนที่ 4 กล่าวว่า

... วันที่เราเริ่มรับนโยบายมาจากคณะ เราจะอย่างไรให้เกิดความพอดีไม่ถูกครหา หรือมีคนพูดว่าเราไปหาผลประโยชน์ สภามหาวิทยาลัยตั้งกฎว่าอาจารย์ศิริราชจะไปทำที่ SiPH ในเวลา เช่น ราชการได้ไม่เกิน 5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ นอกเสียจากลาพักร้อนไป

เพราะเราถือว่าพักร้อนเป็นเหตุผลส่วนตัว ถ้ามีอะไรผิดปกติจะมีการรายงาน (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 4, สัมภาษณ์, 15 กันยายน 2564)

นอกจากนั้นยังมีผู้ปฏิบัติคนที่ 6 กล่าวถึงเรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ได้รับนั้นมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนอย่างไร ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 6 กล่าวว่า

... เรื่องของค่าตอบแทนเราจะเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนอยู่ในอัตราไหนอย่างไร คือ ไม่ได้สูงเกินไปไม่ได้ต่ำเกินไป ซึ่งแบ่งออกเป็นสองก้อน คือ เงินเดือนและค่าตอบแทนพิเศษ และเรื่องสิทธิป่วยลาวันหยุดก็อยู่กลางๆ อาจจะมีต่างกันในเรื่องวันหยุดต่างๆ เราจะมีประกาศของเราเอง ส่วนสวัสดิการแล้วก็ใช้พื้นฐานแบบเอกชนร่วมกับใช้สิทธิประกันสังคม ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 6, สัมภาษณ์, 10 ตุลาคม 2564)

ดังนั้นผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์และข้อมูลจากเอกสารข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหิดลว่าด้วยการบริหารโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เรื่องการบริหารงานพนักงานมหาวิทยาลัยมาใช้กับบุคคลของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ซึ่งยกเว้นการกำหนดอัตราเงินเดือน ค่าจ้าง เงินเพิ่ม เงินรางวัล ค่าตอบแทน การประเมินผลปฏิบัติงาน สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ต่างๆ ให้เป็นไปตามคณะกรรมการอำนวยการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ การกำหนด ส่วนเรื่องของผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ประกอบด้วย 2 รูปแบบ คือ 1) ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเต็มเวลา (full time) และ 2) ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดหน่วยงานอื่นของคณะ ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะบดีให้มาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล (part time) ให้ถือเป็นการปฏิบัติงานของมหาวิทยาลัย โดยเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกำหนด คือ 5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

4.1.5 ผลประกอบการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งแรกในประเทศไทยที่ได้รับการรับรองคุณภาพในการรักษาและการให้บริการมาตรฐานระดับสากล JCI (Join Commission International) ในวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2556 และยังคงสานต่อปณิธาน ผู้รับ (มาตรฐานทางการแพทย์ศิริราช) และผู้ให้ (ทุนทรัพย์คืนกลับศิริราชและสังคม) ถือเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ และนำเงินรายได้คืนกลับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อนำไปช่วยเหลือผู้ป่วยที่ด้อยโอกาสโรงพยาบาลศิริราช และสนับสนุนการดำเนินงานของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยเปิดบริการตั้งแต่ ปี 2555 ถึงปี 2563 (www.si.mahidol.ac.th)

ตารางที่ 4.1

ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2563

ปีงบประมาณ (พ.ศ.)	OPD (Case)	IPD (Case)	Revenue (Million Bath)	รายได้คืนศิริราช (Million Bath)
2555	29,527	1,232	264.50	-
2556	148,141	5,445	1,270.16	50
2557	234,299	7,868	1,817.75	125
2558	323,257	11,719	2,643.49	200
2559	426,417	13,981	3,314.26	250
2560	476,413	15,178	3,791.74	250
2561	555,998	17,248	4,698.18	450
2562	633,957	19,764	5,423.69	735
2563	636,394	19,368	5,779.17	734
รวม	3,464,403	111,803	27,366.94	2,794

จากตารางที่แสดงผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2563 ได้ 2,794 ล้านบาท สะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาองค์กรให้ยั่งยืน (Sustainable Organization) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้หมายถึงการยืนหยัดอย่างต่อเนื่องในการให้บริการทางด้านสุขภาพระยะยาวมีวิสัยทัศน์ที่มองการณ์ไกลไม่ได้หวังผลระยะสั้นแต่เป็นการวางรากฐานให้องค์กรเติบโตในระยะยาว และการที่องค์กรจะเติบโตได้ในระยะยาวที่ตินั้น ต้องมีรากฐานที่แข็งแกร่ง ดังเช่นโรงพยาบาลศิริราชที่มีวัฒนธรรมทางการรักษาผู้ป่วยมายาวนานเป็นร้อยปี มีการวางแผนที่มองการณ์ไกล ตลอดจนคนในองค์กรให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนองค์กรไปในทิศทางวางไว้อย่างดีเยี่ยม รวมทั้งสังคมยังส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรเจริญเติบโตและก้าวไปข้างหน้าอย่างไม่หยุดยั้ง ซึ่งเห็นได้จากผลประกอบการระยะเวลา 10 ปี และมีการนำรายได้คืนให้โรงพยาบาลศิริราชตลอดระยะเวลาที่โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เปิดดำเนินการดังที่ผู้บริหารคนที่ 2 มีการกล่าวว่า

... เราสร้างแนวคิดศรัทธามาจาก Love and trust มีกลยุทธ์ Strategic Goals 5 ด้าน 1. World-Class Tertiary Care 2. High Level of Integrity & Ethic 3. Homey hospital 4. Customer Centric 5. Viability & Sustainability ในแต่ละด้านคุณต้องวัดได้ เช่น ในห้าปีนี้ต้องได้ JCI วัดจาก CSI อยู่ได้อย่างยั่งยืนวัดจากผลประกอบการคุณเปลี่ยนจากความฝันเป็นสิ่งที่จับต้องได้ ... (ผู้บริหารคนที่ 2, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

ผลการศึกษาในเรื่องผลประกอบการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) พบว่า ผลประกอบการหลังหักค่าใช้จ่ายแล้ว ส่วนใหญ่ส่งกลับคืนศิริราชทุกปีตั้งแต่เริ่มก่อตั้ง จนถึงปัจจุบันดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9 และ 10 กล่าวว่า

... ในความเห็นผมมีข้อดีในเรื่องผลประกอบการส่วนใหญ่กลับคืนศิริราช และเจ้าของก็ยังเป็นของคณะแพทยศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดลไม่ใช่กระจายหุ้นไปให้คนอื่น ไม่ใช่เอกชนที่กระจายหุ้นไปให้ผู้ถือหุ้นและนำผลประกอบการไปให้ผู้ถือหุ้น เพราะฉะนั้น ต้นทุนมาจากรัฐบาลก็จริงแต่ถ้าใครก็คืนรัฐไม่ใช่กำไรเข้ากระเป๋า ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

... ผมเห็นด้วยกับการนำรูปแบบการบริหารจัดการแบบเอกชนมาปรับใช้ในภาครัฐบาล เพราะสุดท้ายแล้วกำไรที่ได้ส่งไปให้ศิริราช. . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 10, สัมภาษณ์, 24 สิงหาคม 2564)

จากผลประกอบการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ตลอดระยะเวลา 10 ปี รายได้คืนให้โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 2,794 ล้านบาท แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานบริการระบบพิเศษที่มีการบริหารจัดการแบบเอกชนสามารถแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึงเนื่องจากมีการบริหารงานมาเป็นเวลา 10 ปีและมีรายได้เลี้ยงตัวเองและส่งกลับไปช่วยผู้ป่วยที่ยากไร้ของโรงพยาบาลศิริราชได้

4.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก

4.2.1 การใช้สิทธิเบิกได้ในของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

4.2.2 คนที่คิดต่างเกี่ยวกับก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

4.2.3 จุดสมดุลของคนเห็นต่างเกี่ยวกับก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

ผลการศึกษาเป็น ดังนี้

4.2.1 การใช้สิทธิเบิกได้ในของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

จากประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิเบิกได้ในของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ที่มีมายาวนานว่า SiPH มีสถานะเป็นสถานพยาบาลของทางราชการหรือไม่ และมีวิธีปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลอย่างไร กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้วเห็นว่า โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นสถานพยาบาลของทางราชการ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 แต่มีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งแตกต่างไปจากสถานพยาบาลทางราชการทั่วไป ค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเรียกเก็บสามารถนำมาเบิกจากทางราชการได้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด แต่โดยที่ SiPH ไม่ได้จัดทำระบบเพื่อรองรับวิธีการปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการ ทำให้ผู้ที่เข้ารับรักษาพยาบาลต้องสำรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลไปก่อน และนำหลักฐานมายื่นขอใช้สิทธิเบิกเงินจากส่วนราชการต้นสังกัด ดังที่ผู้บริหารคนที่ 1 มีการกล่าวว่า

... การใช้สิทธิเบิกได้เบิกไม่ได้อันนี้เป็นสงครามครูเสดสิบปี มีคนตั้งคำถามว่าทำไมเบิกไม่ได้ ตอนตั้ง The Heart ก็เบิกไม่ได้ ถ้าใช้สิทธิเบิกได้จะไม่ Stable ถ้าเราเบิกได้เราจะต่างอะไรกับโรงพยาบาลศิริราช กรมบัญชีกลางเข้ามาหาเรา ว่าเมื่อไหร่จะเบิกได้สักที เราก็อธิบายโมเดลให้ฟังว่าเพราะอะไร และพยายามหาทางออกในที่สุดเราก็หาทางออกได้ว่าทำไมเราเบิกไม่ได้เพราะเราไม่ได้รับงบประมาณแผ่นดิน เราจะให้เบิกได้บางส่วนเพราะเราเองประมาณรัฐบาลช่วงแรกหกพันล้านแรกมาเพราะฉะนั้นเราจะให้เบิกได้ในส่วนที่น้อยๆ จำเป็นเบิกได้ในคนไข้บางส่วนถ้าเป็นคนไข้ในเบิกได้น้อยมาก โดยการสำรองจ่ายและเบิกจากต้นสังกัดเอง คนมาดูงานที่โรงพยาบาล SiPH เป็นร้อยทุกคนอยากทำอะไรอย่างเรา แต่เค้าไม่ทำเพราะเราไม่เบิกเพราะเราไม่รับงบประมาณ ทุกโรงพยาบาลมาจอตเลยเพราะเป็นอัตราเสี่ยงที่สูง คนที่จะทำอะไรอย่างเราได้มันต้องระดับโรงเรียนแพทย์ที่มีศักยภาพและคนไข้ที่เบิกไม่ได้ต้องเดินมาหา ในขณะที่คนไข้สามารถเดินไปโรงพยาบาลเอกชนได้ และทำไมต้องมาที่เราเพราะเราขาย “ความเป็นศิริราช” ... (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้บริหารคนที่ 6 กล่าวว่า

... เราชัดเจนในเรื่องการใช้สิทธิที่ SiPH เราใช้อยู่เป็นสิทธิประกันชีวิตและจ่ายเองเราคงไม่สร้างศิริราชสอง เราต้องการความเป็น excellence ที่สามารถควบคุมจำนวนคนไข้และประสิทธิภาพได้และรับทราบว่าสามารถเข้ามารักษาที่เราได้บ้าง เราได้นำกำไรคืนกลับสู่ศิริราชลำสังคมได้ ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 6, สัมภาษณ์, 10 ตุลาคม 2564)

นอกจากนั้นทางกรมบัญชีกลางได้รับแจ้งถึงประเด็นดังกล่าว และแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบว่า โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นโรงพยาบาลของรัฐ แต่เนื่องจากโรงพยาบาลไม่ได้จัดทำระบบเพื่อรองรับวิธีการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงกับกรมบัญชีกลาง จึงทำให้ผู้มีสิทธิต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อน แล้วจึงนำใบเสร็จรับเงินมายื่นขอเบิกเงินจากส่วนราชการต้นสังกัด ซึ่งทำให้ผู้มีสิทธิไม่ได้รับความสะดวกจึงได้กำหนดแนวทางการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพื่อให้ได้รับความสะดวกรวดเร็วมากขึ้น โดยทางกรมบัญชีกลางได้หารือร่วมกับโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เพื่อกำหนดแนวทางเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเงินให้ผู้มีสิทธิที่เข้ารับการรักษาพยาบาลโดยจำแนกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) ประเภทผู้ป่วยนอก ผู้มีสิทธิต้องแจ้งกับโรงพยาบาลฯ ให้ลงรหัสรายการอัตราค่าบริการสาธารณสุข แล้วนำไปยื่นเบิกที่ส่วนราชการต้นสังกัด โดยให้ส่วนราชการพิจารณาอนุมัติการเบิกเงินได้ตามสิทธิที่กระทรวงการคลังกำหนด

2) ประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจะจัดทำแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาลตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด เพื่อให้ผู้มีสิทธินำมายื่นขอเบิกเงินต่อส่วนราชการต้นสังกัด เพื่อขออนุมัติต่อกรมบัญชีกลาง โดยกรมบัญชีกลางจะทำหน้าที่คำนวณเงินค่ารักษาพยาบาลแทนหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อนำไปจ่ายชดเชยให้กับผู้มีสิทธิต่อไป ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 5 กล่าวว่า

... แนวคิดของโรงพยาบาล คือ เราจะไม่รับเงินจากรัฐบาลเพราะเราต้องการอยู่ได้ด้วยตนเอง เราได้รับเงินแค่ก้อนแรกก้อนเดียวในการสร้างตึกหลังจากนั้นเราจะไม่รับเพราะถ้าเรางบประมาณจากรัฐบาลเราก็ไม่ต่างจากโรงพยาบาลรัฐบาล และการทำแบบนี้ทำให้เราคุยกับกรมบัญชีกลางได้เพราะตอนแรกกรมบัญชีกลางต้องการให้เราเบิกได้ พอเราบอกว่าเราไม่ได้รับงบประมาณจากรัฐบาลเค้าก็ตกใจ ดังนั้นเราก็เลยขอว่าเราจะไม่มีการเบิกจ่ายตรงนะและถ้าคนไข้มาใช้บริการที่นี้ให้นำใบเสร็จไปเบิกเองจะเบิกได้แค่ไหนอยู่ที่ต้นสังกัดของตนเอง ... (ผู้บริหารคนที่ 5, สัมภาษณ์, 26 สิงหาคม 2564)

จะเห็นได้ว่าการแสดงจุดยืนเรื่องการใช้สิทธิเบิกข้าราชการหรือสิทธิสวัสดิการสังคมของรัฐนั้นไม่สามารถใช้ได้โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) เพื่อให้เกิดความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลศิริราชที่สามารถใช้สิทธิสวัสดิการของรัฐได้และ SiPH มีการบริหารจัดการแบบเอกชน จะได้รับความสะดวกสบาย รวดเร็ว แต่ส่วนเกินที่ผู้มารับบริการจ่ายไปเราได้ผลประโยชน์นั้นคืนให้กับโรงพยาบาลศิริราชเพื่อรักษาผู้ป่วยยากไร้ต่อไป ดังเช่นผู้ปฏิบัติการคนที่ 6 กล่าวว่า

“เราชัดเจนในเรื่องการใช้สิทธิที่ SiPH เราใช้อยู่เป็นสิทธิประกันชีวิตและจ่ายเอง เราคงไม่สร้างศิริราชสอง เราต้องการความเป็นexcellence ที่สามารถควบคุมจำนวนคนไข้และประสิทธิภาพได้และรับทราบว่าจะสามารถเข้ามารักษาที่เราได้บ้าง เราได้นำกำไรคืนกลับสู่ศิริราชและสังคมได้” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 6, สัมภาษณ์, 10 ตุลาคม 2564)

ดังนั้นผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าไม่สามารถใช้สิทธิสวัสดิการสังคมของรัฐทั้ง 3 ประเภท คือ สวัสดิการถ้วนหน้า ประกันสังคมและข้าราชการ เบิกจ่ายรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) แต่สามารถสำรองจ่ายเป็นเงินสดและนำไปค่ารักษาพยาบาลไปเบิกกับต้นสังกัดเอง

4.2.2 ความคิดต่างเกี่ยวกับก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ในเรื่องความคิดต่างเกี่ยวกับก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) พบว่า มี 4 ประเด็นดังนี้

4.2.2.1 การต่อต้านวัฒนธรรม (Against Culture) ที่ตั้งของโรงพยาบาลศิริราช

ในประเด็นความคิดคิดต่างเกี่ยวกับก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ของผู้บริหารที่เป็นการต่อต้านวัฒนธรรม (against culture) ที่ตั้งของโรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นโรงพยาบาลของแผ่นดิน ผู้บริหารคนที่ 1 กล่าวว่า

... ระยะแรกค่านะเยอะ แต่เราเรียนรู้ที่จะผ่านมันมา มีความขัดแย้งมากอย่างแรก คือ การต่อต้านวัฒนธรรม (against culture) การที่เราจะมีกำไร แพทย์สามารถคิด DF (doctor fee) หรือค่าตรวจได้ตอนแรกๆ เปิดโรงพยาบาลมีคนไข้มาไว้อย่างไร ใช้งบประมาณรัฐบาล เงินภาษีของประชาชนมาทำได้อย่างไร พยาบาลเรา อธิบายให้คนไข้ฟังว่า คุณตารักษาที่โรงพยาบาลศิริราชรีเปลา่ ศิริราชจะเริ่มแจ้งแล้วนะ อีกหน่อยไม่มี ศิริราชแล้วคุณตาจะไปรักษาที่ไหน รัฐบาลมีงบไม่พอเราจึงต้องมี SiPH เพื่อนำเงินไปสนับสนุนศิริราช และคุณตาจะได้ไปใช้สิทธิที่ศิริราชได้ไงเมื่อคนไข้เข้าใจ ก็บอกว่าจะพาญาติมารักษาที่ SiPH ให้เยอะๆ เลย การเปลี่ยนทัศนคติยากเราต้องใช้เวลาและความเข้าใจด้วยในที่สุดก็ค่อยๆ ดีขึ้นเรื่อยๆ ... (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้บริหารคนที่ 4 กล่าวว่า

... มีคนคิดต่างเยอะมากด้วยความที่คนในคณะเอง มีคนกลุ่มที่เห็นต่างเพราะเค้ามองว่าเงินส่วนหนึ่งมาใช้สร้างตึกนี้เป็นเงินของรัฐบาล ซึ่งมันก็ควรจะเอาไปดูแลคนไข้ที่อยู่ในระบบ เช่น 30 บาท ประกันสังคมอันนี้ฝั่งกลุ่มแรกคือคณะแพทย์เอง ส่วนอีกกลุ่มที่

ออกมาแล้วก็ทำร้ายพวกเรากันเองก็โง่ดีบ้าง เล่าให้คนไข้ฟังบ้าง กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มคนไข้ก็มองคล้ายๆ กับกลุ่มแรก ว่าโรงพยาบาลนี้เกิดมา “เพื่อทำตัวคล้ายๆ โรบินฮูด คือ การเอาเงินจากผู้มีกำลังทรัพย์กลับมาช่วยคนไข้” เพราะฉะนั้นคนไข้จะเข้าใจส่วนของคนในคณะอาจารย์ประดิษฐ์เดินสายพบภาควิชาบ่อยมาก เพื่อสื่อสารวัตถุประสงค์อธิบายให้ทุกคนเข้าใจว่าสร้างมาเพื่ออะไรและพยายามทำผลประกอบการให้มันดี พยายามคืนเงินคณะให้เป็นรูปธรรมให้จับต้องได้ว่าเราทำเพื่อตอบวัตถุประสงค์ก็ค่อยๆ เข้าใจผมว่าในปัจจุบันความเข้าใจ SiPH ในมุมมองของคนศิริราชน่าจะดีขึ้นเยอะ อาจจะมีส่วนน้อยที่เห็นต่าง . . . (ผู้บริหารคนที่ 5, สัมภาษณ์, 26 สิงหาคม 2564)

4.2.2.2 คนศิริราชเป็นอนุรักษนิยม (Conservative)

นอกจากนั้นยังมีมุมมองว่าคนศิริราชเป็นอนุรักษนิยม (conservative) มองว่า มันไม่ควรจะมีการใช้เวลาใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมาใช้ในโรงพยาบาล SiPH จะมีความรู้สึกว่าการประโยชน์ที่เกิดขึ้นจาก SiPH นั้น จะมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับบุคลากรที่อยู่ทำงานในส่วน of คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ดังที่ ผู้บริหารคนที่ 3 กล่าวว่า

. . . มันมีแน่นอนเพราะว่าคนศิริราชเป็นแบบอนุรักษนิยมสุดๆ (conservative) จะมองว่าเราทำงานของในส่วนราชการแล้วทำไมถึงจะมีสิทธิมาทำ มันมีสองส่วน คือ ส่วนหนึ่ง ก็คือ การจ้างงานของ SiPH และส่วนหนึ่งก็เป็นบุคลากรทั้งการแพทย์พยาบาล และฝ่ายสนับสนุนที่ยืมตัวหรือมีส่วนมาทำงานร่วมหรือทำงานเพิ่มเติมที่ SiPH คนที่เห็นด้วยก็จะเข้าใจในบริบทว่ามันจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนถ่ายในการใช้บุคลากรร่วมกันในบางประเด็นให้เกิดรูปแบบหรือองค์กรที่เราคิดอยู่ในตอนต้นให้เป็นจริงได้แต่ในส่วนของคนอนุรักษนิยมสุดๆ (conservative) มองว่ามันไม่ควรจะมีการใช้เวลาใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมาใช้ในโรงพยาบาล SiPH จะมีความรู้สึกว่าการประโยชน์ที่เกิดขึ้นจาก SiPH นั้น จะมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับบุคลากรที่อยู่ทำงานในส่วน of คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมากน้อยเพียงใด จะมีประเด็นการต่อต้านอยู่พอสมควร เนื่องจากว่าไม่เข้าใจในบริบทและไม่เข้าใจในรูปแบบขององค์กร ไม่เข้าใจในตัวผู้บริหาร ไม่เข้าใจในรูปแบบของการดำเนินการ อันนี้เราต้องใช้เวลา . . . (ผู้บริหารคนที่ 3, สัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2564)

ผู้บริหารคนที่ 2 กล่าวว่า

. . . เราก็คิดว่าศิริราชต้องเห็นดีกับเราด้วย แต่หาใช่ไม่เพราะคนศิริราช คือ คน conservative พอเริ่มทำสิ่งที่เราได้เรียนรู้ คุณต้องตั้งวิสัยทัศน์พันธกิจให้ได้ ตั้งวิสัยทัศน์เพื่อเป็นแรง motivate ส่วนพันธกิจ stakeholder ต้องยอมก่อน ไปอธิบายทุกครั้งถูกถล่มทุกครั้งมีคำถามว่าทำไมต้องทำ ไม่มีใครเห็นด้วย ไม่ใช่ไม่เห็นด้วยนะ

ตัวอย่างเดียว เค้าบอกว่าจะทำไปทำไมให้คนรวย ทำไมเราต้องทำให้คนรวยคนศิริราช ถูกสอนมาแบบนั้น คุณยังให้เกิดเรื่องก็ได้คนเราพอตอบมาได้มันจะโกรธ ผมถามว่าถ้าคลินิกพิเศษนอกเวลาแยกคนรวยกับผู้ด้อยโอกาสไหมคงดีกันแน่ เลยถามว่าเพียงเรามีพิเศษกับธรรมดาไหมแสดงว่าไม่เท่ากัน . . . (ผู้บริหารคนที่ 2, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

ผู้บริหารทั้งสองท่านมีความเห็นเดียวกันว่าคนศิริราช คือ คนอนุรักษ์นิยม (conservative) มองว่าเมื่อเรามีปณิธานที่ส่งต่อกันมาจากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นในการทำเพื่อสังคมไม่ได้ แสวงหากำไรเป็นแนวคิดที่ดีแล้ว ดังพระราชโอวาทแห่งบรมราชชนก พระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทยที่ปรากฏเป็นลายพระหัตถ์ คือ “ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่งลภทรรพและเกียรติยศตกมาแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งวิชาชีพไว้ให้บริสุทธิ์” แต่ในขณะที่คนศิริราชอีกกลุ่มมองว่าเป็นการพัฒนาองค์การให้อยู่รอดในสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต อาจเป็นทางออกของปัญหาการติดหนี้ของโรงพยาบาลรัฐได้และคงไว้ซึ่งสวัสดิการสังคมให้ผู้ยากไร้ ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 4 กล่าวว่า

. . . ผมบอกไม่ได้เป็นตัวเลขแต่มีแน่นอน ที่ได้ยินตอนนั้น คือ เรื่องที่ว่าในเมื่อบุคลากร รับเงินเดือนจากศิริราชแล้วอยู่ๆ จะมาทำที่ SiPH แล้วจะมีค่า DF มันจะเป็นการใช้เวลาเดียวกันแล้วได้ผลประโยชน์สองทาง ระบบราชการไม่อนุญาตให้เกิดแบบนี้อยู่แล้วนั่น คือ ประเด็นใหญ่ที่คนข้างนอกเค้ามองกัน ศิริราชออกข่าวหรือคนรับรู้ว่าศิริราชคนใช้ มหาศาล OPD IPD แน่น แต่ยังไม่พออาจารย์มีหน้าที่ทั้งสอนวิจัยและบริการผู้ป่วย และ บริหารอีกแล้วอยู่ๆ พอมีที่นี่ ในเมื่อบอกที่ศิริราชคนใช้แล้วทำไมแพทย์ยังมีเวลามา ทำที่นั่นนี่คือสิ่งที่คนนอกมอง . . . (ผู้บริหารคนที่ 4, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

นอกจากนี้ในมุมมองของผู้ปฏิบัติการของคนที่ยึดติดเกี่ยวกับก่อตั้งและ การบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ในประเด็นว่าภาพลักษณ์เป็น ของรัฐบาลไม่มีภาพของเอกชนดังนั้นพอเราทำ business model ก็จะมีคนกลุ่มหนึ่งที่บอกว่ามัน ไม่เหมาะกับ tradition ของศิริราชโรงพยาบาลของรัฐแต่มีการเรียกเก็บเงินเช่นเดียวกับโรงพยาบาล เอกชน ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 2 กล่าวว่า

. . . จริงๆ คนเห็นต่างมันก็มีตั้งแต่ตอนสร้างตึกแต่เราไม่รู้สึกรเพราะมันมีเหตุผลที่ควรทำ แต่มันก็เป็นเรื่องธรรมดาที่มีคนเห็นต่างว่า “ในเมื่อเราเป็นโรงพยาบาลของรัฐแต่มี การเรียกเก็บเงินเช่นเดียวกับโรงพยาบาลเอกชน” คือ จะมีความเห็นออกมาในแนวๆ นั้น ตอนอยู่ The Heartแรงต้านเยอะกว่านี้ แพทย์บางท่านก็ไม่มาดูแลคนไข้ที่ The Heartเลย การที่เค้าเห็นต่างเค้าจะมองว่าเราจะคิดค่าใช้จ่ายเป็นธุรกิจก็ไม่เคยไปนั่งคุย กับคนที่ไม่มาทำที่ SiPH แต่เราก็พยายามทำให้คำตอบมันขึ้นอยู่กับว่าเราเลือกที่จะมอง

แบบไหนเราทำให้ไม่เป็นธุรกิจก็ได้มันขึ้นอยู่กับตัวแพทย์ตัวบริบทของโรงพยาบาลว่าเราเป็นอย่างไร ถ้าเรามองว่าเราจะเป็นสิ่งหนึ่งที่ค้ำยันการสาธารณสุข เรากำหนดราคาที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยที่มันควรจะเป็นมันจะเป็นอ้างอิงและช่วยสังคมมันไม่ใช่ด้านลบเพียงอย่างเดียว . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 2, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

ผู้ปฏิบัติการคนที่ 7 กล่าวว่า

. . . ในมุมมองของคนนอกคนคิดต่างก็เยอะคนไม่เห็นด้วยก็มีแน่นอนว่าศิริราชมีภาพลักษณ์เป็นของรัฐบาลไม่มีภาพของเอกชนดังนั้นพอเราทำ business model ก็จะมีคนกลุ่มหนึ่งที่บอกว่ามันไม่เหมาะกับ tradition ของศิริราช แต่สุดท้ายแล้วด้วยความพยายามและอดทนของผู้คนที่ชี้แจงให้ทุกคนได้ทราบว่าเรายังยึดมั่นใน High standard และเราก็ไม่ได้นำเวลางานประจำในเวลาของรัฐบาลใช้ในทางที่ไม่ถูกต้องและสุดท้ายแล้วผลประกอบการที่เราได้มันกลับไปคืนสู่ศิริราชดังนั้นถ้าเอาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชเป็นที่ตั้งคนก็เริ่มที่จะเข้าใจมากขึ้นมันก็เป็นแนวคิดที่ดีเป็นผลดีกับแพทย์เป็นการเพิ่มพูลรายได้ให้กับแพทย์แทนที่แพทย์ท่านหนึ่งจะต้องวิ่งไปโรงพยาบาลเอกชนหลายๆ โรงพยาบาล . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 7, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

บางส่วนมองว่าเป็นการขัดแย้งทางความคิดมีความเห็นว่าจะรักษาเฉพาะคนไข้มีเงินถึงจะเข้ามาใช้บริการที่ SiPH ได้ดังที่ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9 กล่าวว่า

. . . ตอนนั้นก็จะมีคนเห็นด้วยไม่เห็นด้วย เพราะมันมีการขัดแย้งทางความคิดเนื่องจากอาจารย์ผู้ใหญ่ของภาควิชาศัลยศาสตร์เค้าจะเห็นว่าเงินที่เอาไปตรงนั้นของรัฐบาลแต่เอามาเป็นเอกชน หาผลประโยชน์ให้แพทย์เค้าก็ไม่ได้เห็นด้วย บางคนก็กลัวเรื่องฟ้องร้องเพราะถ้าผ่าตัดที่ศิริราชจะอยู่ภายใต้คณะแพทย์เค้าไม่สามารถฟ้องแพทย์โดยตรงได้ก็จะฟ้องไปทางคนบดี แต่ถ้าไปทำที่ SiPH จะเหมือนเอกชนถ้าฟ้องร้องก็จะไปที่ตัวแพทย์เอง บางคนก็รู้สึกว่ามันจำเป็นต้องไปถ้าไปทำเอกชนแล้วคนไข้จะมองว่าไม่ดี ทำฝั่งศิริราชก็ยาวถ้าเดินข้ามไปผ่าได้เลย ประชาชนจะมองว่าหมอไม่ดี . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

ผู้ปฏิบัติการคนที่ 6 และ 7 กล่าวว่า

. . . มีคนไม่เห็นด้วยอยู่เยอะในความหมายที่ว่าคนไข้มีเงินถึงจะเข้ามาใช้บริการได้ ถ้าถามตัวพี่เองตอนแรกก็ไม่ค่อยเข้าใจว่าทำไมรักษาแต่คนที่จ่ายได้ แต่พอมีการอธิบายจากผู้บริหาร เช่น อาจารย์ประดิษฐ์ได้อธิบายว่าการที่เราเปิด SiPH เพื่อเปิดโอกาสให้คนที่จ่ายได้เข้ามาใช้บริการที่มีคุณภาพมากขึ้น ตอนแรกก็มีคนถามว่ามาอยู่ SiPH ทำโรงพยาบาลที่มีแต่คนมีเงินแล้วปณิธาน . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 6, สัมภาษณ์, 10 ตุลาคม 2564)

. . . ในมุมมองของคนนอกคนคิดต่างก็เยอะคนเห็นด้วยก็มีแน่นอนว่าศิริราชมี
 ภาพลักษณ์เป็นของรัฐบาลไม่มีภาพของเอกชนดังนั้นพอเราทำ business model ก็จะมี
 คนกลุ่มหนึ่งที่บอกว่ามันไม่เหมาะกับ tradition ของศิริราชแต่สุดท้ายแล้วด้วยความ
 พยายามและอดทนของผู้นำที่ชี้แจงให้ทุกคนได้ทราบว่าเรายังยึดมั่นใน High
 standart และเราก็ไม่ได้นำเวลางานประจำในเวลาของรัฐใช้ในทางที่ไม่ถูกต้องและ
 สุดท้ายแล้วผลประโยชน์ที่เราได้มันกลับไปคืนสู่ศิริราชดังนั้นถ้าเอาคณะ
 แพทยศาสตร์ศิริราชเป็นที่ตั้งคนก็เริ่มที่จะเข้าใจมากขึ้นมันก็เป็นแนวคิดที่ดีเป็นผลดีกับ
 แพทย์เป็นการเพิ่มพูลรายได้ให้กับแพทย์แทนที่แพทย์ท่านหนึ่งจะต้องวิ่งไปโรงพยาบาล
 เอกชนหลายๆ โรงพยาบาล. . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 7, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

4.2.2.3 การผลิตซ้ำทางวัฒนธรรม

อย่างไรก็ตามในความต่างนั้นก็มีความที่เห็นด้วยว่าโรงพยาบาลศิริราชมี
 การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม (culture) มาพอสมควรเพื่อความอยู่รอดแต่ก็ยังคงไว้ซึ่งวัฒนธรรมอันดี
 งานที่ส่งกันจากรุ่นสู่รุ่น เป็นการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมในรูปแบบหนึ่ง ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1
 กล่าวว่า

. . . มีความคิดที่แตกต่างกัน บางทีมาที่นี้ก็จัดสรรคนแล้วว่าคนที่มีธรรมชาติแนวคิดวิธี
 คิดสมัยใหม่ ศิริราชก็มีการเปลี่ยนแปลง culture มาพอสมควรเพราะเกิดมาร้อยกว่าปี
 ตามที่ได้ออกนอกกรอบเปิดคลินิกนอกเวลาก็ทำมาแล้ว ซึ่งเป็นวิสัยทัศน์ของผู้นำที่
 ท่านอาจารย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร มองเห็นการพัฒนาองค์กรที่มีอายุเป็นร้อยปี ไปอีก
 ส่วนหนึ่งเดิมเราก็ไม่ได้บริหารทรัพยากรคน สิ่งของ เวลาราชการ ทั้งที่งบประมาณที่ได้จาก
 รัฐบาล การเปิดคลินิกพิเศษนอกเวลาทำให้คนเริ่มจะเปลี่ยนวัฒนธรรมการบริการ
 ระบบ service Mind แต่ยังคงอยู่ในพื้นที่ของรัฐบาลอยู่ หลังจากนั้นพอเปลี่ยนมุมมองมา
 เป็น SiPH เปลี่ยนมาเป็น Privatization ถึงแม้จะผู้บริหารหรือทีมงานบางส่วนยังเป็น
 ราชการอยู่ ต้องศึกษาต้องอบรมเปลี่ยนแปลง ใช้คนครึ่งหนึ่งเป็นคนศิริราชเพราะเรา
 อยากได้ความดีความเก่งเพื่อส่วนรวมส่วนหนึ่งมันได้จากศิริราช ผลักดันไปข้างหน้า
 การเลือกคนจะคัดคนที่ภาวะผู้นำและมองการณ์ไกลทำให้มันเกิดโรงพยาบาลนี้ให้ได้
 แล้วอีกส่วนหนึ่งจะคัดคนเอกชนมาบ้างที่มีประสบการณ์หรือองค์ความรู้บางอย่างมา
 ประทับกัน ตอนนั้นก็ได้หัวหน้าแต่ละจุดที่มาจากเอกชนแต่อะไรที่เป็นทางการแพทย์ก็
 จะมาจากศิริราชไม่ว่าจะเป็นพยาบาลหรือแพทย์. . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1, สัมภาษณ์,
 31 สิงหาคม 2564)

ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5 กล่าวว่า

... ตอนแรกที่โรงพยาบาลเปิดก็ไม่ค่อยเห็นด้วย พอเราดำเนินการมาช่วงหนึ่งและโดยเฉพาะสถานการณ์โควิดอย่างนี้เราจะเห็นประโยชน์ของ SiPH เพราะว่าโดยปกติต้องยอมรับว่าในประเทศไทยหรือต่างประเทศทุกคนไม่มีคำว่าเท่าเทียมถึงแม้จะเป็นในอเมริกาก็ตาม เพราะว่าอย่างในอเมริการะดับถ้าเราถือประกันที่มีความคุ้มครองสูงเราก็สามารถไปรับบริการบริการที่ดีกว่าแทนที่เราจะไปรับ โรงพยาบาล ที่รับ Medicare เราก็สามารถเลือกไปหาคุณหมอที่เป็นโรงพยาบาลใหญ่หรือสถาบันการแพทย์ใหญ่ได้ด้วยตัวประกัน cover พอกลับมาดูในประเทศเราก็เหมือนกันที่เรามีประกันพื้นฐานที่ทุกคนมีไม่ว่าจะเป็นข้าราชการ สามสิบบาทประกันสังคมนี้ก็เทียบได้กับ Medicare Medicaid หมายความว่า ทุกคนมีโรงพยาบาลรองรับหมดแต่ว่าหลังจากนั้นมันจะเป็นตัวที่ทุกคนสามารถจ่ายพิเศษได้ ในส่วนของศิริราชผมคิดว่าเรามี SiPH เพื่อเป็นทางเลือกให้ประชาชน เช่น คนไข้คลินิกพิเศษก็เป็นคนไข้ที่สามารถจ่ายได้แต่ไม่สามารถไปโรงพยาบาลเอกชนได้ ในขณะที่คนไข้ที่มา SiPH คือ กลุ่มคนที่สามารถไปเอกชนได้เลย ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

อาจกล่าวได้ว่าการก่อกำเนิด SiPH มีใช้เพื่อแก้ปัญหาการเงินและปัญหาสมองไหลเพียงเท่านั้น แต่เป็นการการผลิตซ้ำวัฒนธรรมศิริราชในรูปแบบหนึ่งอีกทั้งเป็นการเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าและพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นความภาคภูมิใจและความจงรักภักดีอย่างลึกซึ้งถึงพระมหากรุณาธิคุณของพระมหากษัตริย์ รวมถึงพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ที่พระราชทานความกรุณาที่หาที่สุดมิได้

4.2.2.4 ศิริราชมีมลทิน มีโอกาสเป็นแพทย์พาณิชย์ได้

นอกจากนั้นผลการศึกษายังพบความเห็นที่ว่า การเปลี่ยนผ่านนี้ทำให้ศิริราชมีมลทินมีโอกาเป็นแพทย์พาณิชย์ได้ ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 4 กล่าวว่า

... มีเยอะมากเพราะมีทั้งบุคลากรที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกลุ่มที่เห็นด้วยก็จะบอกว่าดีแล้วไม่ยากให้บุคลากรต้องเดินทางไปทำงานข้างนอก แต่กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยเค้ามองว่าตรงนี้เหมือนจะทำให้ศิริราชมีมลทิน การที่เราเปิด SiPH เหมือนดูว่าเราเห็นแก่เงินเหมือนเราเอาเปรียบสังคมหรือเปล่า รัฐบาลให้เงินเรา เงินภาษีประชาชนให้เรามาแต่เราเอาเงินไปลงทุนสร้างตึกเอาตึกนั้นมาหารายได้” ก็แล้วแต่มุมมองอาจารย์บางผู้ด้วยโอกาสปานนี้แล้วเค้ายังไม่มาทำงานที่ SiPH เลย เอาเข้าจริงแสดงว่ามีคนเห็นด้วยมากกว่าคนไม่เห็นด้วย แต่เค้าก็ไม่ได้ถือป้ายประท้วงแต่กลับหลังเราเค้าก็ดำ ไม่มีใครต่อต้านชัดเจน แต่ก็ก็มีบางคนที่กลืนน้ำลายตัวเองปากบอกไม่เห็นด้วยแต่ก็ยังมาทำที่ SiPH อยู่เลย เรามีกฎว่าถ้าใครไม่ใช่อาจารย์ที่ศิริราชไม่มีสิทธิไปทำที่ SiPH และถ้าคุณ

ลาออกจากศิริราชไปแล้วคุณก็ไม่มีสิทธิทำงานที่ SiPH แต่ถ้าคุณเกษียณคุณยังมีสิทธิมาทำที่ SiPH ได้ เหมือนที่เราลำบากมาด้วยกันจะสุขก็สุขด้วยกัน . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 4, สัมภาษณ์, 15 กันยายน 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 10 กล่าวว่า “. . . มีโอกาสเป็นแพทย์พาณิชย์ได้ บางคนคิดว่าพอเป็นเอกชนอะไรก็ไปดูแลคนไข้ในประเด็นความพึงพอใจเพราะแพทย์บางคนก็ไม่ได้คิดว่าต้องไปทำแบบนั้น” . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 10, สัมภาษณ์, 24 สิงหาคม 2564)

ดังนั้นผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่าคนบางส่วนที่ไม่เห็นด้วยกับการก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) เนื่องจากรัฐบาลให้เงินจากภาษีประชาชนเพื่อไปสร้าง SiPH แต่กลับมหารายได้ เป็นการต่อต้านวัฒนธรรม (against culture) ที่ตั้งงามของโรงพยาบาลศิริราชที่ทำหน้าที่รักษาผู้ป่วยที่ยากไร้ ทำให้ศิริราชมีมลทินมีโอกาสเป็นแพทย์พาณิชย์ได้

4.2.3 จุดสมดุลของความเห็นต่างเกี่ยวกับก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

การที่โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) สามารถก่อตั้งและบริหารจัดการมาเป็นเวลาสิบกว่าปีนั้น มีอุปสรรคปัญหามากมาย สิ่งสำคัญ คือ การสร้างจุดสมดุลของคนคิดต่างโดยทางผู้บริหารใช้วิธีเข้าไปอธิบายวัตถุประสงค์ แนวคิดที่จะพัฒนาองค์การให้อยู่รอดในทุกสถานการณ์ โดยใช้โมเดลที่สำคัญ คือ การบริการบนเครื่องบิน จะเห็นได้ว่าจุดสมดุลของคนคิดต่างเกี่ยวกับก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) คือ การที่ผู้บริหารเข้าไปอธิบายให้เห็นถึงรูปแบบของหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (SiPH) ซึ่งมีโมเดลที่ผู้บริหารคิดขึ้นมา คือ โมเดลเครื่องบิน มี economy class (ชั้นประหยัด) business class (ชั้นธุรกิจ) และชั้น first class (ชั้นหนึ่ง) ศิริราช (SI) เหมือนเครื่องบินลำหนึ่ง คุณภาพทางการแพทย์ (medical quality) คือ ตารางการบินถึงพร้อมกัน ออกพร้อมกันแต่ว่าความสะดวกสบายต่างกัน ผู้โดยสารเป็นคนเลือก ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 1 กล่าวว่า

. . . มีโมเดลอยู่สองสามอันนะที่เราคิดขึ้นมา คือ 1) โมเดลเครื่องบิน มี economy class (ชั้นประหยัด) business class (ชั้นธุรกิจ) และชั้น first class (ชั้นหนึ่ง) ศิริราช (SI) เหมือนเครื่องบินลำหนึ่ง คุณภาพทางการแพทย์ (medical quality) คือ ตารางการบินถึงพร้อมกัน ออกพร้อมกัน ตกตายพร้อมกัน แต่ว่าความสะดวกสบายไม่เหมือนกันแล้วใครเป็นคนเลือก ผู้โดยสารเป็นคนเลือก 2) ร้านขายหมูปิ้ง อาจารย์ครับมีลูกสามคนให้เงินลูกเดือนละห้าพัน แต่มีลูกคนโตบอกว่าขอเงินแสนนึงจะไปเปิดร้านขายหมูปิ้ง และถ้าขอแสนนึงแล้วจะไม่ขออีกเลย ถ้าเกิดขายหมูปิ้งกำไรจะแบ่งอาจารย์ด้วย คือ Concept SiPH เราได้งบประมาณจากรัฐมาหกพันล้านหลังจากนั้นเราไม่เคยขออีกเลย

บริหารจนมีกำไร แล้วกำไรนั้นคืนสู่ศิริราช และยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลต้องจ่าย ... (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้บริหารคนที่ 2 กล่าวว่า

... การบริการเป้าหมาย คือ ต้องเหมือนกัน ตัวอย่างเช่น เป็นเครื่องบินลำหนึ่งบินจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เริ่มต้นต้องปลอดภัยไว้ก่อน บริการดีไม่ตีค้อย่างกัน คำถามคือว่าทำไมเครื่องบินมี 3 class ไม่เห็นมีใครบนเลย คน Economy ไม่เห็นมีใครบน Business class และ First class เลย ในขณะที่ First class จ่ายเงินแพงกว่า 4 เท่า ไม่มีใครบน แต่เราต้องการทุก segment เพื่อให้ธุรกิจเราไปต่อได้ ถ้าอยากได้ดีก็ต้องแพงมาก เพื่อนำเงินมาหล่อเลี้ยงองค์กร เป้าหมายและคุณภาพไม่ต่าง ไม่ว่าจะผ่าไส้ติ่งที่ศิริราชหรือ SiPH ก็เหมือนกัน คุณมาโรงพยาบาลคุณต้องการอะไรคุณต้องการหายคุณบิน คุณอยากถึงอย่างปลอดภัย ถ้าถูกเชิญมาคุณก็ไปศิริราชคุณก็ได้ห้องฉุกเฉินแบบสามัญเพราะส่วนต่างคุณมีเท่านั้น ถ้ามารักษาที่ SiPH ต้องจ่ายเพิ่มขึ้นแต่ได้ความสะดวกสบายจากห้องพิเศษ สิ่งได้รับต่างกัน คือ กำไรที่ได้ส่งกลับคืนศิริราชไม่ได้เข้าสู่ถือหุ้นแต่กลับไปช่วยสังคม ผมว่าโมเดลนี้ไม่มีอีกแล้วในประเทศ ... (ผู้บริหารคนที่ 2, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

นอกจากอธิบายให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลให้เข้าใจแล้วทีมผู้บริหารต้องอธิบายให้สังคมเข้าใจถึงผลกระทบต่อประชาชนที่มาใช้บริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลศิริราช ดังที่ผู้บริหารคนที่ 3 กล่าวว่า

... ในส่วนของผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาล SiPH ก็จำเป็นต้องชี้แจงทำความเข้าใจให้กับบุคลากรที่อยู่ในฝั่งของผู้ไม่เห็นด้วยในหลักการดังกล่าว และนอกจากนั้นต้องทำการชี้แจงให้กับสังคมได้เข้าใจด้วยว่าทำไมเราถึงมีรูปแบบการบริหารงานในลักษณะแบบนี้เกิดขึ้นใกล้ๆ กับโรงพยาบาลหลักซึ่งเป็นโรงพยาบาลศิริราช โดยที่พยายามทำให้เกิดผลประโยชน์ที่จะเป็นผลประโยชน์ทับซ้อนให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด ที่ประชาชนจะรู้สึกว่ามันไปทำการให้เค้ามีส่วนที่จะเสียผลประโยชน์ ในเรื่องของการได้รับบริการหรือการได้รับการดูแลรักษาให้น้อยลงกว่าเดิม ... (ผู้บริหารคนที่ 3, สัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2564)

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) จะมีแนวคิดที่ตืออย่างใดก็มีจุดอ่อนเหมือนกัน ดังเช่นผู้บริหารคนที่ 3 กล่าวว่า

... ปัญหาและอุปสรรคเนื่องจากไม่ใช่รูปแบบของเอกชนเต็มตัว ข้อแรกสิ่งที่เราแตกต่างคือ รูปแบบของการดำเนินการเรายังอยู่ภายใต้กฎระเบียบของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและกัมหาวิทยาลัยมหิดล เพราะฉะนั้นก็จะมีกฎระเบียบบางอย่างที่ทำให้

ไม่คล่องตัวเหมือนโรงพยาบาลเอกชน เรื่องของค่าใช้จ่าย ผลตอบแทนเราก็ไม่สามารถทำได้เหมือนโรงพยาบาลเอกชนได้ แพทย์ที่มาให้บริการยังมีความเป็นอาจารย์สูงก็จะมีภาพลักษณ์ของการในลักษณะของวิชาการแต่ไม่ได้เข้าใจในตัวคนไข้ทั้งหมด เนื่องจากคนไข้ที่เข้ามารับบริการแบบเอกชนต้องการความพึงพอใจเป็นอย่างมากสิ่งนี้จะในช่วงผ่องถ่าย บุคลากรที่มาทำงานที่ SiPH มีความเข้าใจภาพของบริบททั้งเอกชนด้วยกับส่วนต่างที่เค้าต้องจ่าย แต่จุดแข็งที่ชัดเจนของเรา เรื่องของวิชาการและศีลธรรมที่เราต้อง maintain ไว้และภาพของมุมมองถึงผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นน่าจะกลับไปปรับใช้คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลกับประชาชนที่ให้นานี้ถือเป็นจุดแข็งของเรา . . . (ผู้บริหารคนที่ 3, สัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2564)

. . . พี่จำคำพูดอาจารย์ชาญได้ตั้งแต่วันเปิดโรงพยาบาลได้ว่า อะไรที่ศิริราชมี SiPH มีได้แต่อะไรที่ศิริราชไม่มี SiPH ต้องไม่มี SiPH จะไม่ทำตัวล้าศิริราช ซึ่งพี่เห็นด้วยเพราะอย่างที่เราบอกสังคมไว้ว่าถ้ามาตรฐานของศิริราชจะดีกว่า SiPH นิดหน่อยเรายอมรับได้เพราะถือว่าเป็นโรงเรียนแพทย์ต้องมีการพัฒนาเพื่อแข่งขันกับโรงเรียนแพทย์อื่นเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทยแต่ SiPH จะมาล้าศิริราชไม่ได้นะ. . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 4, สัมภาษณ์, 15 กันยายน 2564)

ดังนั้นจุดสมดุลของคนคิดต่างเกี่ยวกับก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) คือ การที่ผู้บริหารเข้าไปอธิบายในด้านบริการถึงรูปแบบของหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (SiPH) ซึ่งเป็นรูปแบบองค์การที่จะแก้ปัญหาสังคมโดยใช้มุมมอง 2 ขั้วระหว่างแนวคิดสังคมประชาธิปไตยกับแนวคิดเสรีนิยมใหม่ เพื่อหาจุดสมดุลของการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ในการคงไว้ซึ่งสวัสดิการสังคมและการแข่งขัน รวมทั้งยังสามารถแก้ปัญหาสมองไหลและงบประมาณที่ได้จากภาครัฐบาลลดลง

อีกทั้งศิริราชก็มีการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมมาพอสมควรเพราะเริ่มตั้งแต่การมหาวิทยาลัยได้ออกนอกระบบมีการเปิดคลินิกพิเศษนอกเวลาก็ทำมาแล้ว ซึ่งเป็นวิสัยทัศน์ของผู้นำที่ทันท่วงทีเห็นการพัฒนาองค์กรที่มีอายุเป็นร้อยปี การเปิดคลินิกพิเศษนอกเวลาทำให้คนเริ่มจะเปลี่ยนวัฒนธรรมการบริการในพื้นที่ของรัฐบาล ต่อมาพอเปลี่ยนมุมมองมาเป็น SiPH เปลี่ยนมาเป็น Privatization ถึงแม้จะผู้บริหารหรือทีมงานบางส่วนยังเป็นราชการอยู่ แต่ต้องใช้คนครึ่งหนึ่งเป็นคนศิริราชเพราะเราอยากได้ความดีความเก่งและวัฒนธรรมศิริราชที่ทำเพื่อส่วนรวม การเลือกคนจะคัดคนที่ภาวะผู้นำและมองการผลักดันทำให้มันเกิดโรงพยาบาลนี้ให้ได้

บทที่ 5

ผลกระทบการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช

ปียมหาราชการณย์ ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หลังจากที่ได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปียมหาราชการณย์ (SiPH) ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่แล้ว ในบทที่ 5 นี้ ผู้ศึกษานำเสนอผลกระทบจากการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช ปียมหาราชการณย์ ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ได้แก่ แพทย์และพยาบาล มี 6 ประเด็น คือ 1) ภาวะสมองไหล (Brain drain) 2) การส่งตรวจที่เกินมาตรฐาน (Over investigate) 3) ราคายาที่เกินมาตรฐาน 4) ผลกระทบจากการทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้า 5) ประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma) และ 6) การนำแนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนไปใช้ในโรงเรียนแพทย์ส่งผลดีผลเสียต่อการผลิตแพทย์อย่างไร

นอกจากนั้นผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นถึง 3 ประเด็น คือ ความคาดหวังต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปียมหาราชการณย์ (SiPH) การนำการบริหารจัดการในแง่ของแนวคิดเสรีนิยมใหม่จะเป็นทางรอดของโรงพยาบาลรัฐ และผลกระทบต่อสวัสดิการสังคมว่าสุดท้ายแล้วสังคมจะได้อะไรจากการเปลี่ยนผ่าน

5.1 ผลกระทบจากการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่

5.1.1 ภาวะสมองไหล (Brain drain)

หากจะกล่าวถึงปัญหาภาวะสมองไหลในการศึกษานี้ ว่าเป็นการเคลื่อนย้ายกำลังคนจากภาครัฐจากโรงเรียนแพทย์ไปยังภาคเอกชน จะทำให้เกิดปัญหาขาดกำลังคนในการดูแลสุขภาพทางด้านสุขภาพของประชาชนภาคีรัฐบาล จากผลการศึกษา พบว่า ผลกระทบจากการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่สามารถช่วยแก้ปัญหาภาวะสมองไหล (Brain drain) ได้ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 1 กล่าวว่า

... สามารถแก้ได้แน่นอน ในสมัยก่อนเกิดภาวะสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์ เพราะว่าตอนที่ผมกลับมาจากเรียนที่อเมริกาตอนนั้น 20-30 ปี การผ่อนรถคันหนึ่งประมาณ 19,000 บาท แต่เงินเดือนแพทย์ในตอนนั้น 11,000 บาท ไม่เพียงพอที่จะดูแลครอบครัวได้ มันทำให้เราต้องไปทำที่โรงพยาบาลเอกชน พอมี SiPH เราก็ไม่ต้องไป

ทำที่เอกชน ตั้งแต่สมัยคลินิกพิเศษนอกเวลาแล้ว ถ้าเราไปทำเอกชนได้ค่า DF และกำไร ผู้ถือหุ้นของโรงพยาบาลเอกชนได้ แต่ทำคลินิกพิเศษนอกเวลาของศิริราชแพทย์ได้ค่า DF และกำไรเป็นของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นโมเดลที่ทำให้แพทย์เราไม่ไปที่อื่น ยกเว้นว่าไปอยู่แล้วเพราะมีคนไข้เก่ายู่ เป็นคนที่ช่วยเราในยามที่เราลำบาก มันสะดวกกับแพทย์ในตอนนี้เพราะมีเคสหลัง 16.00 น. ก็เดินมาทำพอมิเคสด่วนก็เดินกลับไปดู ทำให้ชีวิตง่ายขึ้นลดเวลาไม่ต้องเดินทาง ในตอนนี้แพทย์ก็มีทั้งคลินิกพิเศษและ SiPH ปัญหาของเราสวนทางกับเอกชนคือคนไข้ล้นระบบ . . . (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้บริหารคนที่ 2 กล่าวว่า

. . . สามารถแก้ปัญหาสมองไหลได้ ปัญหา คือ เราผลิตแพทย์น้อยไปโรงพยาบาลเอกชน เปิดไม่มีแพทย์โรงพยาบาลตาย แพทย์เก่งมีอุดมการณ์โดนให้เงินเพิ่มขึ้น 10 เท่า การเปิดคลินิกพิเศษเพื่อหารายได้ส่วนหนึ่งถ้าเค้ายังรักศิริราชอยากเป็นครูอยากเป็นหมอ มีรายได้เลี้ยงครอบครัวได้ก็ไม่ได้ไป สามารถแก้ปัญหาระบบสมองไหลป้องกันได้แน่นอน . . . (ผู้บริหารคนที่ 2, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

จะเห็นได้ว่าการมีหน่วยงานบริการระบบพิเศษไม่ได้เพียงแก้ปัญหาสมองไหลได้ ยังทำให้ชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์เกิดความสมดุล คือ เดิมอาจารย์ส่วนหนึ่งที่ไปทำงานโรงพยาบาลเอกชนแต่ตั้งแต่เราตั้ง SiPH เวลาที่เหลือของอาจารย์จากตอนเย็นๆ จะต้องออกไปตรวจที่อื่นก็มาออกตรวจที่ SiPH ได้แค่เดินข้ามถนนก็สามารถมาดูผู้ป่วยซึ่งทำให้เค้าลดระยะเวลาการติดกับการเดินข้ามมาตรวจที่ SiPH ส่งผลให้สามารถสร้างผลงานวิจัยที่ดีเพื่อใช้ในการพัฒนาต่อไป ดังเช่นผู้บริหารคนที่ 3 กล่าวว่า

. . . ไม่น่าเชื่อว่าการก่อตั้ง SiPH เดิมที่เรามีภาวะสมองไหลไปโรงพยาบาลเอกชนหลายๆ โรงพยาบาลที่มีชื่อเสียง ปัจจุบันสมองไหลเราน้อยมากเพราะว่าอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลอาจจะมีรายได้อยู่ระดับหนึ่งและก็มีอาจารย์บางส่วนคิดว่าถ้ามีการหารายได้เพิ่มเติมก็จะสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมกับสภาวะของเค้า เดิมเองอาจารย์ส่วนหนึ่งที่ไปทำงานโรงพยาบาลเอกชนแต่ตั้งแต่เราตั้ง SiPH เวลาที่เหลือของอาจารย์จากตอนเย็นๆ จะต้องออกไปตรวจที่อื่นก็มาออกตรวจที่ SiPH ได้แค่เดินข้ามถนนก็สามารถมาดูผู้ป่วย ซึ่งทำให้เค้าลดระยะเวลาการติดกับการเดินข้ามมาตรวจที่ SiPH และมากกว่านั้นระบบที่เราทำอยู่ก็คล้ายๆ กับระบบที่ทำอยู่ในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ในทำนองเดียวกันของฝ่ายการพยาบาล ในช่วงแรกๆ เราก็พยาบาลก็โดนซื้อตัวไปโรงพยาบาลเอกชน แต่ปัจจุบันเรายังมีพยาบาลที่ยังอยากทำงานกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและอยากหา

รายได้เพิ่มก็มาทำงานที่ SiPH ได้ ก็ทำให้ตัวปัญหาสมองไหลของแพทยพยาบาล และสายการสนับสนุนทั่วไปก็น้อยลงกว่าเดิม แต่สายการสนับสนุนยังมีการดึงตัวอยู่พอสมควร เพราะว่าเมื่อเราผลิตบุคคลมีคุณภาพก็มีความต้องการ และข้อจำกัดของเราที่จะแข่งเรื่องราคาในโรงพยาบาลเอกชนบางที่ก็จะใช้ตัวเงินมาเป็นตัวหลักในการที่จะดึงสายการสนับสนุนของเราออกไป . . . (ผู้บริหารคนที่ 3, สัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้บริหารคนที่ 4 และ 5 กล่าวว่า

. . . ผมตอบในส่วนของแพทย์นะครับก็แน่นอนตอบคำถาม ข้อ 1. ว่าคุณภาพของแพทย์ดีขึ้น เพราะถ้าไม่มี SiPH ผมต้องทำเอกชนอยู่ดีเช่นผมต้องไปแถวสมิติเวชต้องอยู่เวรทั้งคืนและตอนเช้าต้องมาให้ทัน 8.00 น. แต่ในขณะที่เดินข้ามถนนมาทำที่ SiPH ผมเลิกทำเอกชนอื่นหมดเลยมาทำที่ SiPH ที่เดียวต่อให้หลายคนที่ทำอยู่เค้ามีเหตุผลว่าคนใช้ต้องการแพทย์ท่านนี้ก็เลยจำเป็นต้องไปอยู่ 2.ผมคิดว่าพอโตขึ้นยังทำงานหลายอย่างโอกาสที่จะได้ทำหัตถการก็น้อยลงแต่ผมยังต้องการเก็บรักษาทักษะการเป็นแพทย์ไว้ผมก็ได้จาก SiPH และสุดท้ายรายรับที่เพิ่มขึ้นคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นบริหารจัดการเวลาได้มากขึ้น . . . (ผู้บริหารคนที่ 4, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

. . .ผมว่าได้เพราะโมเดลนี้ก็พิสูจน์อยู่แล้วว่าอาจารย์แพทย์เดิมจะต้องไปหารายได้เสริมจากรพเอกชนอื่นๆ ด้วยระบบเงินเดือนของภาครัฐที่ไม่พอแต่ตอนนี้มี SiPH อยู่ใกล้ๆ และในเวลาใช้ได้อีก 5 ชม. แค่นั่งข้ามถนนไป ผมว่าเค้ามีชีวิตที่ดีขึ้นไม่ต้องขับรถไปไกลเพื่อไปหารายได้ ดังนั้นก็ไม่ต้องย้ายออกจากศิริราช ส่วนกลุ่มอื่นเช่นพยาบาลก็มีทางให้เลือกจะทำฝั่งนี้หรือทำฝั่งโน้นเพราะมันก็ช่วยลดปัญหาได้เยอะนะในความคิดผม. . . (ผู้บริหารคนที่ 5, สัมภาษณ์, 26 สิงหาคม 2564)

ในทางกลับกันภายใต้ความสะดวกในการเดินทางมาออกตรวจ ช่วยลดระยะเวลาการเดินทางแต่มีบางคนก็ไปทำอย่างเดียวเลยทำให้งานทางศิริราชลดลงไม่มีประสิทธิภาพ ดังเช่นผู้บริหารคนที่ 6 กล่าวว่า

. . . สมองไหลน้อยลง อาจารย์บางท่านก็ไม่ทำที่อื่นเลย เพราะว่าไปเอกชนที่อื่นต้องขับรถออกไปใช้เวลาเดินทางแต่ SiPH อยู่ใกล้ๆ แค่นั่งข้ามถนนไปและอีกส่วนคือผลกำไรเข้าคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผลเสียก็มีอาจารย์บางคนก็ไปทำอย่างเดียวเลยทำให้งานทางศิริราช drop ลง . . . (ผู้บริหารคนที่ 6, สัมภาษณ์, 14 ตุลาคม 2564)

ส่วนผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติการส่วนมากเห็นด้วยว่าเหตุผลในการก่อตั้ง SiPH ซึ่งเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษที่มีการบริหารจัดการแบบเอกชนสามารถช่วยแก้ปัญหาภาวะสมองไหลได้ ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1 กล่าวว่า

... ช่วยนะพอมันมีโมเดลหลายๆ แบบ ศิริราชเรียนรู้ในเวลางาน ขยายออกไปนอกเวลา แต่ตอนนี้เรา กำลังเรียนรู้ระบบเอกชน มันเป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านในยุค globalization มันควรจะมีการเรียนรู้ระบบการบริหารจัดการภายใต้ภาพลักษณ์ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ที่ภาครัฐสามารถปรับตัว ถ้าเราเป็นองค์กรเอกชน ยืนมาได้ 130 ปี ก็เก่งมากแล้ว และเราเป็นองค์กรรัฐที่ปรับให้มันทันสมัยกับภาวะปัจจุบันมัน globalization โรงพยาบาล เอกชนมันงอกเยอะ และชอบเอาบุคลากรทางการแพทย์ของเราไปแต่ถ้าเราทำเราได้ความรู้ และได้คนใช้อีกกลุ่มหนึ่งและเราก็ได้รายได้ส่วนหนึ่ง ส่งไปให้คณะแพทยศาสตร์ ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1, สัมภาษณ์, 31 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9 กล่าวว่า

... จุดประสงค์การก่อตั้ง SiPH ตอนแรกจะไม่ใช้โรงพยาบาลเอกชนจะเป็น excellent center แต่ช่วงนั้นมีปัญหาสมองไหลผู้บริหารก็เลยคิดว่าถ้าปรับให้เป็นโรงพยาบาล เอกชนก็จะดึงให้ staff ไม่ให้ออกไปอยู่เอกชน ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

ผู้ปฏิบัติการคนที่ 7 และผู้ปฏิบัติการคนที่ 9 ที่เห็นด้วยว่าเป็นการลดปัญหาสมองไหลจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนอีกทางหนึ่ง ดังเช่นผู้ปฏิบัติการคนที่ 7 และ 9 กล่าวว่า

... ผมว่าได้เยอะเพราะว่าโดยก่อนหน้านั้นแพทย์ที่ศิริราชเวลาหารายได้จากโรงพยาบาล เอกชนต่างๆ จะต้องมีการเดินทางที่ลำบากทำให้หมอเหนื่อยล้าจากการเดินทางแต่ถ้ามี SiPH มันใกล้ๆ กัน ทำให้มีเวลาในการดูแลคนไข้ ลดปัญหาการเดินทางและมีรายได้เพิ่ม ถึงแม้ว่าจะไม่สูงเท่าเอกชนที่อื่น ทำให้ลดโอกาสการมีสมองไหลไปโรงพยาบาลเอกชน ได้ค่อนข้างเยอะ ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 3, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 7 กล่าวว่า "... ได้แน่นอนเพราะเพียงแค่เราเดิน ข้ามถนนมานั่นก็เหมาะกับคนยุคปัจจุบัน ..." (ผู้ปฏิบัติการ คนที่ 7, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

รวมทั้งผู้ปฏิบัติการคนที่ 9 กล่าวว่า เห็นด้วยว่าภาวะสมองไหลน้อยลง

... ข้อดี คือ สมองไหลน้อยลง อาจารย์บางท่านก็ไม่ทำที่อื่นเลยเพราะว่าไปเอกชนที่อื่น ต้องขับรถออกไปใช้เวลาเดินทางแต่ SiPH อยู่ใกล้ๆ แค่เดินข้ามถนนไปและอีกส่วน คือ ผล กำไรเข้าคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผลเสียก็มีอาจารย์บางคนก็ไปทำอย่างเดียวยเลย ทำให้งานทางศิริราช drop ลง ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

ยังมีมุมมองของผู้ปฏิบัติการคนที่ 4 ที่เห็นว่ากรณี SiPH สามารถช่วยแก้ปัญหา แก่ได้แน่นอน และยังทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นมากอีกด้วย

... ในสมัยที่เพิ่งจบใหม่ๆ จะต้องดิ้นรนไปอยู่เวรนอกโรงพยาบาลไปไกลๆ แต่ในยุค ปัจจุบันน้องไม่ต้องทำอย่างนั้นเลยแค่หารายได้จากคลินิกพิเศษที่ศิริราชและ SiPH น้อง

อยู่ได้ แม้แต่โรงพยาบาลใกล้ๆ นื่องยังไม่ไปเลยเพราะฉะนั้นถามว่าเป็นคำตอบว่า
แก้ปัญหาสมองไหลได้ไหมตอบว่าได้ คุณภาพชีวิตเค้าได้แค่เดินข้ามถนนไปทำงาน
แทนที่ต้องฝ่าจลาจลไปทำงาน . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 4, สัมภาษณ์, 15 กันยายน
2564)

แต่ในขณะที่ผู้ปฏิบัติการบางส่วนมีความเห็นว่าช่วยแก้ปัญหาสมองไหลได้บ้าง
เพราะว่าแต่ละคนมีความต้องการที่แตกต่างกันไม่เท่ากัน ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 2 กล่าวว่า

. . . หอม มองว่ามันก็กันได้ส่วนหนึ่งที่มีความพอใจไม่ได้สูงมากนัก ยังชอบที่จะมีทั้งส่วน
ที่ดูแลผู้ป่วยที่เค้าเป็นฝ่ายให้เพียงอย่างเดียว การอยู่ฝั่งศิริราชมันก็จะมีความสุขอีก
แบบหนึ่ง คือ เป็นความสุขที่ไม่ต้องคิดมากที่ทำไปอย่างเดียวทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นและหาย
จากโรคเค้าก็รอดตาย ไม่ต้องคิดเรื่องผลประโยชน์ทำอย่างเดียว . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่
2, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5 และ 10 กล่าวว่า

. . . คิดว่าได้ในระดับหนึ่งเพราะว่าถ้าเราเทียบกับสถาบันอื่นเค้าก็จะมีปัญหาหลายที่มี
รายได้เพียงพอและสามารถเลี้ยงครอบครัวได้ ซึ่งสุดท้ายก็ต้องลาออกไปเป็น full time
เอกชน ซึ่งจริงๆ แล้วอาจารย์หลายคนเค้าอาจจะไม่ต้องการย้ายไปเอกชนจริงๆ
แต่เนื่องจากเค้าไม่สามารถ maintain รายได้ให้พอกับรายจ่ายในปัจจุบันแต่พอเป็น
ระบบนี้ มันก็ดีกว่าตรงที่ว่าเราสามารถ practise ได้หลายระดับได้คือเราสามารถรักษา
คนไข้พื้นฐานได้ คนไข้คลินิกพิเศษได้และคนไข้ SiPH ได้ ต้องยอมรับว่าจำนวนเคสของ
แต่ละคนไม่เท่ากันสามารถ maintain รายได้ได้ เคสไม่เยอะเค้าก็ไม่สามารถ maintain
รายได้ได้ . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

“ผมคิดว่ากลไกแบบนี้คือการสามารถใช้เวลาราชการมาทำงานที่ SiPH มันช่วย
ได้ในระดับหนึ่งเพราะว่ามันเป็นเรื่องของบุคคล ผมคิดว่า SiPH มีจุดดึงดูด คือ สามารถแก้ปัญหานี้
ได้” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 10, สัมภาษณ์, 24 สิงหาคม 2564)

ส่วนผู้ปฏิบัติการคนที่ 8 มีความเห็นเช่นเดียวกับผู้ปฏิบัติการคนที่ 10 ว่าช่วยได้
ระดับหนึ่งแต่ในที่สุดก็ต้องไปเอกชน “. . . ผมว่าช่วยได้บางส่วนเพราะถ้าคนที่ปัญหาการเงินก็เลือก
ที่จะไปเอกชนอยู่ดี . . .” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 8, สัมภาษณ์, 27 สิงหาคม 2564)

ผลการศึกษาผลกระทบการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาล
ศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ได้แก่
แพทย์และพยาบาล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็นว่าสามารถช่วยแก้ปัญหาภาวะสมองไหลได้
มีบางส่วนที่เห็นว่าช่วยได้ระดับหนึ่งเพราะเนื่องจากความต้องการและภาระของแต่ละคนแตกต่างกัน

โดยมีข้อมูลสนับสนุนผลการศึกษาจากอัตราการลาออกของแพทย์ผู้เข้าศึกษาในระดับหลังปริญญา ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2565 ดังตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1

อัตราการลาออกของแพทย์ผู้เข้าศึกษาในระดับหลังปริญญา ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2564

ปี (พ.ศ.)	จำนวนเต็ม (คน)	จำนวนลาออก (คน)
2554	1,001	7
2555	1,001	12
2556	1,013	9
2557	1,039	12
2558	1,094	9
2559	1,144	9
2560	1,239	5
2561	1,214	8
2562	1,244	7
2563	1,266	1
2564	1,283	6

ที่มา: งานการศึกษาระดับหลังปริญญา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2565.

5.1.2 การส่งตรวจที่เกินมาตรฐาน (Over investigate)

ผลกระทบการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ในประเด็นการส่งตรวจที่เกินมาตรฐาน (over investigate) ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่าการส่งตรวจที่เกินมาตรฐานจะไม่เกิดขึ้นเพราะแพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยอยู่บนพื้นฐานข้อบ่งชี้ที่คนไข้ควรจะได้รับ รวมทั้งการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมในเรื่องจริยธรรม ดังเช่น พระราชโอรสของพระบรมราชชนก พระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทยตรัสสอนต่อนิสิตเตรียมแพทย์ปริญญารุ่นที่ 2 “อาชีพแพทย์นั้นมีเกียรติ แพทย์ที่ดีไม่ร่ำรวย แต่ไม่อดตาย ถ้าใครอยากร่ำรวยควรเป็นอย่างอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ อาชีพแพทย์ต้องยึดมั่นในอุดมคติ คือ เมตตา กรุณา”

ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารคนที่ 1 กล่าวว่า “ผมคิดว่าการ over investigate คงไม่มีเวลาเพราะเคสก็แค่ normal เยอะมากแล้ว ไม่มีเวลากินข้าวแล้ว เรามีระบบในการตรวจสอบ” (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

ผู้บริหารคนที่ 3 และ 5 กล่าวว่า

... เราไม่มีทางทราบว่าเขาทำเกินความจำเป็นเลยหรือเปล่าแต่เราทราบว่าจุดยืนของ SiPH คือ เราอยากทำให้เป็นโรงพยาบาลอ้างอิงหรือเป็น reference hospital มากกว่า ในความหมายของเรา คือ เราจะทำอย่างไรที่มีการตรวจเพิ่มเติมในส่วนที่มันเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย ต้องยอมรับว่าในปัจจุบันวิทยาการ การตรวจเพิ่มเติมนั้นมีความทันสมัยมากและมีความก้าวหน้าตลอดเวลา การตรวจค้นเพิ่มเติม ณ เวลานั้นอาจจะเหมาะสมก็ได้ เราคงไม่ไปก้าวล่วง ว่าโรงพยาบาล A, B, C มีการตรวจมากมายเกินความจำเป็น แต่เราเองมีปณิธานชัดเจนว่าเราจะพยายามตรวจในส่วน of SiPH นั้นมันเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายเท่าที่เขาควรจะได้รับ การตรวจ คือ พุดง่าย ๆ ว่าอยากให้ เป็น reference hospital ถ้าโรงพยาบาลอื่นเห็นว่าแนวทางนี้เป็นสิ่งที่ถูกต้องและทำตาม SiPH นั้นเป็นสิ่งที่คาดหวัง ... (ผู้บริหารคนที่ 3, สัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2564)

“เราโชคดีที่มีชื่อแบรนด์ศิริราชอยู่เพราะฉะนั้นความ trust ของคนไข้ยังเชื่ออยู่ ว่าไม่น่าที่จะ overtreatment overinvestigate เหมือน private sector ถ้าเราทำไม่ดีรุ่นลูกรุ่นหลาน เราก็คงอยู่ไม่ได้” (ผู้บริหารคนที่ 5, สัมภาษณ์, 26 สิงหาคม 2564)

นอกจากนี้ยังพบว่า มีข้อมูลการพิจารณาถึงการส่งตรวจที่เกินมาตรฐาน แบ่งได้ 3 ประเด็นดังนี้

5.1.2.1 ความต้องการของผู้ใช้บริการ (Service users)

หากพิจารณาการส่งตรวจที่เกินมาตรฐานไม่ได้ขึ้นอยู่กับมาตรฐานการรักษาเพียงอย่างเดียว แต่หากมีการแปรผันตามความต้องการของผู้มารับบริการ ถ้าเป็นเช่นนั้นทำให้การส่งตรวจที่เกินมาตรฐานมีโอกาสที่จะเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับ ผู้บริหารคนที่ 4 กล่าวว่า

... การส่งตรวจที่เกินมาตรฐานไม่ได้เป็นสิ่งที่เห็นว่าเป็นอยู่แล้ว แพทย์ทำงานอยู่บนพื้นฐานของวิชาการไม่ว่าจะการตรวจวินิจฉัยการรักษาหรือการฟื้นฟูสภาพทุกอย่างจะอยู่บนพื้นฐานข้อบ่งชี้ที่คนไข้ควรจะได้รับอยู่แล้วไม่ว่าจะเป็น over investigate over treatment โดยพื้นฐานแล้วตัวผมเป็นวิสัญญีจะไม่ค่อยเจออะไรตรงนี้มาก เราก็จะคุยกันว่าด้วยความที่ SiPH เป็นระบบที่ถึงเอกชนแพทย์บางท่านก็ไม่ได้รู้สึกสบายใจเหมือนกันที่จะต้องส่งตรวจแต่ถามว่าทำไมต้องส่งตรวจคนไข้มีความคาดหวังสูง คนไข้อาจจะได้ข้อมูลที่ไม่ใช่หลักทางการแพทย์เพราะเรารู้อยู่แล้วว่าคนดู social online คนเปิดหนังสืออ่านซึ่งถูกผิดไม่รู้ หรืออาจเป็นความรู้สึกว่าผมกลัวจะเป็นมะเร็งขอ scan ทั่วตัวได้ไหม ถ้าเราเป็นแพทย์เราต้องอธิบายแล้วเชื่อไม่เชื่อจะทำไม่ทำอีกเรื่องหนึ่งและถ้าเราอยู่เอกชนแบบนี้ แพทย์จะดูคนไข้บอกว่าพูดไปก็เท่านั้น ส่งตรวจไปดีกว่าเบิกได้ เบิกไม่ได้ค่อยว่ากันแต่แน่นอนมันก็เสี่ยงต่อการพยากรณ์ซึ่งมันก็จะมีประเด็นพวกนี้

over investigate ผมเชื่อว่าความเป็นแพทย์พื้นฐานของทุกคนไม่มีใครทำเป็น routine ต้องมีเหตุผลอะไรบางอย่างที่จำเป็นต้องทำ . . . (ผู้บริหารคนที่ 4, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

ในขณะที่มีผู้ปฏิบัติการส่วนหนึ่งเห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่จะมีการส่งตรวจที่เกินมาตรฐานเนื่องจากความต้องการของผู้ป่วยและการที่แพทย์ต้องการยืนยันผลการฟ่องร้อง ดังเช่นผู้ปฏิบัติการคนที่ 2 กล่าวว่า

. . . ในประเด็นกันการส่งตรวจมันขึ้นอยู่กับว่าจะพูดแทนทุกคนคงลำบากเพราะว่าในยุคปัจจุบันต้องยอมรับว่าการแพทย์ของเราเข้าสู่ยุคของการฟ่องร้องค่อนข้างเยอะแล้วมันก็มีหลายกรณีที่เข้าสู่กระบวนการฟ่องร้องหรือกระบวนการทางศาลว่าทำไมในที่ๆ ตรวจได้ทำไมถึงไม่ตรวจทำให้การรักษาล่าช้าส่งผลให้ผลการดูแลรักษาคุณภาพหรือเสียชีวิตมันก็มีแบบนี้ในที่ๆ ส่งตรวจได้บางครั้ง ก็จะมีการส่งตรวจที่ดูเกินจำเป็นแต่ของ SiPH มีระบบตรวจสอบอยู่ สิ่งที่เราตรวจสอบได้ผ่านทางหลายช่องทางจนมาถึงโรงพยาบาล ส่วนเรื่องการส่งตรวจที่เกินจำเป็นตั้งแต่หมอทำงานความเสี่ยงมากก็ไม่เคยเจอเรื่องเรียนแนวๆ เรื่องนี้เลย . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 2, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 7 กล่าวว่า

. . . มันก็มีข้อมูลที่มีความเป็นไปได้จริงเพราะว่า 1. การตัดสินใจว่ามันจะต้องส่งตรวจมากน้อยแค่ไหน แน่นอนว่าแพทย์ทุกคนต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความรู้และความเหมาะสมในอาการของคนไข้แต่ละรายแต่ก็มีคนไข้บางรายที่ต้องใช้การตรวจวินิจฉัยเพื่อเพิ่มเติมและด้วยความที่เป็นระบบโรงพยาบาลเอกชนการสั่งและทำมันเร็วจะไม่เหมือนกับโรงพยาบาลรัฐบาล คำกล่าว การส่งตรวจที่เกินจำเป็นนั้นก็ก็เป็นก็มีส่วนจริง. . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 7, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

ยังมีผลการศึกษาของผู้ปฏิบัติการที่เห็นว่ามีโอกาสเป็นไปได้เนื่องจาก SiPH มีการดำเนินการแบบเอกชนผู้ที่มารับการบริการต้องจ่ายเงินมากกว่าไปรักษาที่โรงพยาบาลรัฐบาลดังนั้นไม่ควรมีการผิดพลาดเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 10 กล่าวว่า

. . . ผมเข้าใจว่าบริบทที่มีตัวเงินเข้ามาเกี่ยวคนไข้คิดว่าถ้าจ่ายเงินแล้วจะต้องได้ต้องไม่พลาดเพราะฉะนั้นแนวทางที่จะเป็นการส่งตรวจที่เกินจำเป็นมันก็มากขึ้นไปด้วย ” อาจจะไม่ได้ตั้งใจและการส่งตรวจเพื่อป้องกันความผิดพลาด ส่วนรายคาในโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปรายคาเป็นตัวที่หาทำแบบเสี่ยงไม่ได้ . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 10, สัมภาษณ์, 24 สิงหาคม 2564)

5.1.2.2 ความรู้ความสามารถของแพทย์จำกัด

นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาที่แสดงว่าการส่งตรวจที่เกินมาตรฐาน เนื่องจากความรู้ความสามารถของแพทย์จำกัด และไม่ยากให้เกิดความผิดพลาด ผู้ป่วยมีความคาดหวังสูง เนื่องจากจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากถ้ามีการผิดพลาดมีโอกาสโดนฟ้องร้องโรงพยาบาลและแพทย์ ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 2 กล่าวว่า

... เอกชนทำการส่งตรวจที่เกินมาตรฐานแน่ แต่ไม่ได้ผลกำไรเพราะหมอไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียยกเว้นถ้านโยบายแยเหมือนsaleขายของคือขายเยอะแล้วได้ยอด เพราะฉะนั้นถ้าจริยธรรมเราถูกต้อง แพทย์ได้รายได้จากการตรวจไม่ได้เงินจากการส่งตรวจ เพราะฉะนั้นการส่งตรวจที่เกินมาตรฐานจะไม่เกิดขึ้นยกเว้นความรู้ความสามารถของหมอนั้นน้อย เพราะแค่กลัวพลาด โรงพยาบาลเอกชนคิดแพงคนไข้คาดหวังถ้าผิดเมื่อไหร่เค้าฟ้อง โรงพยาบาลเค้าจะฟ้องแพทย์ด้วยเพราะคนไข้ก็ทำให้เกิดด้วย คนไข้มีความคาดหวังเกิดจากคนไข้ฟ้องหมอต้องป้องกันตัวด้วยการส่งตรวจ โรงพยาบาลบังคับให้เราทำการส่งตรวจที่เกินมาตรฐานไม่ได้แต่คนไข้บังคับเราได้ ... (ผู้บริหารคนที่ 2, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

5.1.2.3 ยืนยันการวินิจฉัยเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ (Service Users)

จะเห็นได้ว่า การส่งตรวจที่เกินจำเป็นนั้นมีประเด็นของการผ่าตัดไส้ติ่ง ซึ่งจากข้อมูลของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า ในการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยลักษณะทางคลินิก (clinical manifestation) คือ อาการและการตรวจพบเป็นหลัก ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการสืบค้นทางรังสีวิทยา (radiologic investigation) หรือการตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ มีความจำเป็นน้อย มีประโยชน์เฉพาะในผู้ป่วยบางรายที่ลักษณะทางคลินิกไม่ชัดเจนเท่านั้น แต่ในปัจจุบันต้องมีการประเมินด้วยการตรวจ อัลตราซาวด์ หรือตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ด้วยเครื่อง CT SCAN เพื่อยืนยันว่าจำเป็นต้องผ่าตัด ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 6 กล่าวว่า

... ในส่วนของการส่งตรวจที่เกินจำเป็นมันเป็นเส้นบางๆ เช่น การตรวจว่าเป็นไส้ติ่งอีกเสบต้องผ่าไหมสมัยก่อนใช้แค่การกดหน้าท้องแต่สมัยนี้ CT scan มันบอกว่าการส่งตรวจที่เกินจำเป็นไหมถ้าคิดว่าการส่งตรวจนั้นเป็นความปลอดภัยของคนไข้ก็สามารถทำได้พี่ถึงบอกว่ามันเป็นเส้นบางๆ ถ้าในอดีตจะบอกว่าการส่งตรวจที่เกินจำเป็นแต่ในยุคนี้ พี่พร้อมจ่ายและสั่งทำ CT แล้วเห็นว่าเป็นพีย่อมจ่ายเพราะฉะนั้นมันบอกยาก ... (ผู้บริหารคนที่ 6, สัมภาษณ์, 14 ตุลาคม 2564)

ผลการศึกษาในส่วนของผู้ปฏิบัติการ พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่าไม่มีการส่งตรวจที่เกินจำเป็นเนื่องจากว่าแพทย์ที่มาปฏิบัติงานที่ SiPH เป็นแพทย์ที่จบจากมหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้รับการส่งต่อของวัฒนธรรม จริยธรรมอันดีงามของแพทย์รวมทั้ง SiPH ยังดำเนินการภายใต้ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1

... โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ก็ต้องทำกำไรแต่ว่าภายใต้มันต้องมีองค์ภาครัฐเข้าไปควบคุมราคาไม่ว่าจะเป็น over investigate และราคายาที่เกินมาตรฐานซึ่งจริงๆ แล้ว รัฐบาลก็เริ่มทำมาปีสองปีแล้ว ส่วนมาตรฐานใน SiPH เองนั้นเป็นบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ก็เป็นครูบาอาจารย์ไม่ว่าจะเป็น over investigate และราคายาที่เกินมาตรฐานก็ต้องมีการเฝ้าระวังมันแทบจะมองไม่เห็น มีการสุ่มตรวจ โดยผู้บริหารจะมีการตรวจสอบว่าการ investigate นั้นครอบคลุมกับการรักษาหรือเปล่าส่วนใหญ่ก็มีการตรวจสอบ หรือแม้แต่บริษัทประกันปัจจุบันก็มีการตรวจสอบ กรมบัญชีกลางก็ตรวจสอบ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1, สัมภาษณ์, 31 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับผู้ปฏิบัติการคนที่ 3 ที่กล่าวว่า

“เนื่องจาก SiPH ดูแลผู้ป่วยที่มีรายได้มันเป็นลักษณะกึ่งรัฐบาลกึ่งเอกชน ไม่ใช่เอกชนเสียทีเดียว เพราะฉะนั้นการส่งตรวจไม่ได้เกินมาตรฐานจะอยู่ระดับกลางๆ อยู่ระหว่างเอกชนและรัฐบาลโดยที่จะอิงตามหลักวิชาการในความคิดผมมันจะเป็นรูปแบบนี้” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 3, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2564)

สอดคล้องกับผู้ปฏิบัติการคนที่ 4 และ 5 กล่าวว่า

“การส่งตรวจที่เกินจำเป็นก็ไม่มีนะ เพราะว่าแพทย์ทุกคนที่มาทำ SiPH ยังคงใช้มาตรฐาน เช่นเดียวกับศิริราช แพทย์ทุกคนส่งตรวจตามเหตุผลที่ควรจะเป็นแต่เราก็มีองค์กรแพทย์คอยตรวจสอบความผิดปกติ เราอยู่กันอย่างพี่น้องเราเตือนกันได้ถ้าเตือนไม่ได้ก็เอาชื่อออกจาก SiPH” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 4, สัมภาษณ์, 15 กันยายน 2564)

“แต่ผมคิดว่า SiPH การส่งตรวจที่เกินจำเป็นไม่มีนะเพราะเราจะได้รับการดูแลมาตรฐานศิริราชแต่ได้ความสะดวกสบายมากขึ้น” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

และสอดคล้องกับผู้ปฏิบัติการคนที่ 6 และ 9 กล่าวว่า

“ยังไม่เคยร้องเรียนเนื่องจากเราใช้แพทย์ full time, part time ที่จบจากศิริราชอยู่แล้วซึ่งใช้มาตรฐานเดียวกันกับศิริราชในการรักษา” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 6, สัมภาษณ์, 10 ตุลาคม 2564)

... เท่าที่ดูไม่ได้ส่งตรวจเกินจำเป็นนะเพราะอาจารย์ที่ไปทำเป็นอาจารย์ศิริราชและจริงๆ แล้วเกิดเรื่องอะไรก็ยังมีอยู่ภายใต้คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คือ อาจารย์ก็ไม่ได้รู้สึกเหมือนเอกชนแท้ๆ เพราะเค้าทำเพื่อคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คนที่ไปทำจริงๆ ก็ช่วยเหลือคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพราะว่าค่า DF แพทย์ก็ไม่ได้เยอะมากแต่เค้าก็ทำให้ผลประโยชน์มันดีขึ้น ผมว่าการส่งตรวจก็ตรงไปตรงมาตามแผนการรักษา อาจารย์ส่วนใหญ่ก็เป็นอาจารย์ศิริราชทำที่ศิริราชอย่างไรที่ SiPH ก็ทำเช่นเดียวกันใช้มาตรฐานเดียวกัน ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

การรักษาโรคไส้ติ่งอักเสบไม่สามารถรักษาได้ด้วยการให้ยา การรักษาที่เหมาะสมที่สุดคือการผ่าตัดไส้ติ่งให้เร็วที่สุด โดยแพทย์จะประเมินจากการซักประวัติอาการของผู้ป่วย ตรวจร่างกาย และตรวจเลือดกับตรวจปัสสาวะ ซึ่งในปัจจุบันสามารถตรวจเพิ่มเติมด้วยการวินิจฉัยทางรังสี (CT Appendix) เพื่อผลการวินิจฉัยที่แม่นยำขึ้นก่อนการผ่าตัด เพราะว่าการผ่าตัดจะช่วยหยุดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะไส้ติ่งแตกซึ่งจะทำให้ยากต่อการรักษา จะเห็นได้ว่าการส่งผู้ป่วยไปตรวจ CT Appendix นั้น อาจกล่าวได้ว่าเป็นการส่งตรวจที่เกินจำเป็นได้ ซึ่งในอดีตการตรวจวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยลักษณะทางคลินิก คืออาการและการตรวจพบเป็นหลัก แต่ในปัจจุบันต้องมีการประเมินด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ หรือตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ด้วยเครื่อง CT SCAN เพื่อยืนยันว่าจำเป็นต้องผ่าตัด ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 8 กล่าวว่า “... การส่งตรวจที่เกินจำเป็น ตัวอย่างเช่นการผ่าตัดไส้ติ่งต้องทำการส่งตรวจ CT scan หรือไม่ผมคิดว่าอยู่ที่สถานการณ์นั้น ...” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 8, สัมภาษณ์, 27 สิงหาคม 2564)

ดังนั้นผลการศึกษาเรื่องผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านในประเด็นของการส่งตรวจที่เกินมาตรฐานนั้น ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการส่วนใหญ่เห็นว่าไม่เกินมาตรฐานเนื่องจากมีมาตรฐานการแพทย์เกี่ยวกับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช แต่ก็มีผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการบางส่วนเห็นว่า การส่งตรวจที่เกินมาตรฐานนั้นเกิดจาก 1. ยืนยันการวินิจฉัยเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ 2. ความต้องการของผู้รับบริการและ 3. ความรู้ความสามารถของแพทย์น้อย ซึ่งจากข้อมูลอ้างอิงของราคาค่าบริการทางการแพทย์และราคาเหมาจ่ายโรงพยาบาลคู่เทียบ จากส่วนงานวิเคราะห์การเงินทางคลินิกของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เพื่อสนับสนุนผลการศึกษาในประเด็นการส่งตรวจที่เกินมาตรฐาน แสดงให้เห็นว่าราคาค่าบริการทางการแพทย์ของ SiPH เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลคู่เทียบแล้วพบว่า ราคาต่ำกว่าดังตารางที่ 5.2 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5.2

ราคาค่าบริการทางการแพทย์และราคาเทียบโรงพยาบาลคู่เทียบ

รายการค่าบริการทางการแพทย์	ราคาที่รัฐให้ โรงพยาบาล เอกชนเบิก (UCEP)	โรงพยาบาล ศิริราช ปิยะฯ (บาท)	โรงพยาบาล บำรุงราษฎร์ (บาท)	โรงพยาบาล กรุงเทพ (บาท)
1. การถ่ายภาพรังสีด้วยเครื่องเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์บริเวณสมอง (CT Brain: noncontrast study)	750-14,475	7,300	9,720	11,265
2. การถ่ายภาพรังสีด้วยเครื่องเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์บริเวณสมอง และฉีดสารทึบ รังสี (CT Brain with contrast study)	750 - 24,417	7,250	12,940	14,080
3. การถ่ายภาพรังสีด้วยเครื่องเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์บริเวณทรวงอก (CT Chest)	1,050 - 23,950	9,100	16,740	17,690
4. การถ่ายภาพรังสีด้วยเครื่องเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์บริเวณช่องท้องส่วนบน (CT Upper Abdomen)	1,050 - 23,950	8,700	17,820	17,690
5. การถ่ายภาพรังสีด้วยเครื่องเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์บริเวณช่องท้องทั้งหมด (CT Whole Abdomen)	1,725 - 35,820	15,100	32,995	30,360
6. การตรวจโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง ผ่านทะลุเข้าสู่อวัยวะภายในเพื่อจับภาพ อวัยวะหรือส่วนต่างๆ ภายในร่างกาย (US (Portable))	40 - 10,640	2,250	2,270	9,500
7. การถ่ายภาพเอ็กซเรย์ระบบทางเดิน อาหารส่วนต้น โดยการกลืนสารทึบรังสี แบเรียม (Barium study of upper GI tract)	270 - 7,150	4,300	4,580	5,880

ที่มา: ส่วนงานวิเคราะห์การเงินทางคลินิกของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ และระบบ
ค้นหาเปรียบเทียบราคาและค่าบริการทางการแพทย์กรมการแพทย์, 2565.

5.1.3 ราคาขายที่เกินมาตรฐาน

จากการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาโรงพยาบาลเอกชนตั้งราคาขายยา เวชภัณฑ์ สูงเกินสมควรอย่างมาก ตั้งแต่ 30-300% ของราคาต้นทุน รัฐบาลเข้ามาควบคุมโดยให้โรงพยาบาล เอกชนส่งข้อมูลราคาซื้อขายให้กรมการค้าภายใน อีกทั้งกระทรวงพาณิชย์ ได้จัดกลุ่มโรงพยาบาล เอกชนทั้ง 351 แห่ง ออกเป็น 3 กลุ่ม โดยประเมินจากราคาซื้อ-ขายยากว่า 3,000 รายการ ดังนี้

1. กลุ่มโรงพยาบาลสีเขียว คือ กลุ่มโรงพยาบาลที่คิดราคาขายไม่แพง หรือแบบอนุเคราะห์ผู้ป่วย มีทั้งหมด 214 แห่งทั่วประเทศ รวมถึงกรุงเทพฯ ด้วย (ราคาขายจะถูกกว่าราคาเฉลี่ยของยาประเภท เดียวกันของแต่ละโรงพยาบาล)
2. กลุ่มโรงพยาบาลสีเหลือง คือ กลุ่มที่คิดราคาขายระดับกลางๆ มี 64 แห่ง
3. กลุ่มโรงพยาบาลสีแดง คือ คิดราคาขายแบบสูงมาก หรือแบบสุดโต่ง มีทั้งหมด 73 แห่ง ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 1 กล่าวว่า

... ไม่มีทางแน่นอน ราคาขายเราถูกที่สุดในประเทศไทยกรมการค้าภายในจะสำรวจ ราคาขาย เราส่งราคาขายไปและดูราคาขายของ SiPH แพงกว่าศิริราช ทำให้เรามีโอกาสดู ราคาขายของทั่วประเทศ โรงพยาบาลธนบุรีที่ถูกกว่าเรา 1 บาท คือ ยา pravac นอกนั้น ราคาขายเราถูกที่สุด คู่เทียบเราตอนนั้น คือ โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลบำรุง ราษฎร์สมิติเวช ธนบุรี และเจ้าพระยา นี่คือรอบแรก ต่อมารอบสองประกาศรายชื่อ โรงพยาบาลสีเขียวคือโรงพยาบาลที่ราคาดีอยู่ในเกณฑ์สมดุลที่แรกคือ SiPH รองลงมา คือ เซนต์หลุย ... (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

ในทำนองเดียวกับ ผู้บริหารคนที่ 4 กล่าวว่า

... ราคาขายในช่วงสามสี่ปีหลังมาระบบของ RDU (rational drug use) คือ ระบบการ ใช้จ่ายที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ และยา original หรือยานำเข้าราคามันต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทกับคนไข้กับโรงพยาบาลและที่สำคัญ คือ นโยบายในการคิดค่ายา แม้แต่ค่า รักษาพยาบาลทั่วไปก็ตาม สำหรับ SiPH นโยบายเราชัดเจนอยู่แล้วเราเก็บแพงในที่นี้ คือ แพงกว่าศิริราชโดยเหตุผลที่เรามีต้นทุนที่สูงกว่าเรามีบริการที่สูงกว่าแน่นอนทั้งหมด จะคำนวณและเข้าสู่ตรรกะออกมาเป็นราคาขายแพงกว่าศิริราชแต่ไปเทียบกับโรงพยาบาล เอกชน ผมมั่นใจว่า 90 กว่า% ของยาที่มียอดขายสูงๆ ราคาขายที่ SiPH ไม่ได้สูงกว่า โรงพยาบาลเอกชนอื่นๆแน่นอน เพราะเราเห็นข้อมูลอยู่จากตอนที่มีการควบคุมราคา ยาโดยกระทรวงพาณิชย์เค้ามายกตัวเลขเราไปพบว่า เราไม่ได้สูงกว่าที่อื่นเลย) ... (ผู้บริหารคนที่ 4, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

รวมทั้งผู้บริหารคนที่ 5 กล่าวว่า เห็นด้วยกับรายได้ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่มา จากค่ายาและเวชภัณฑ์

... ราคาขายของ SiPH เท่าที่ผมสำรวจเกือบๆ มากกว่า 90% ราคาขายเราไม่ได้แพงกว่าใครเลยเราต่ำสุดด้วยซ้ำเพราะฉะนั้นอันนี้สบายใจได้ราคาขายเราไม่ได้แพงกว่าโรงพยาบาลอื่น เรื่องยาเราไม่ได้มีปัญหา และรายได้ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่มาจากค่ายา เพราะถ้าเราเพิ่มในส่วนของค่าแพทย์หรือค่าอื่นเพื่อเสริมรายได้เดิมเช่นถ้าถูกเพิ่มค่ายา 1500 บาท แต่แพทย์บริการเท่าเดิมคนไข้ก็ไม่น่าจะรับได้ เหมือนโรงพยาบาลเอกชนในต่างประเทศคนไข้เขาก็ถูกหล่อหลอมมาด้วยวิธีการแบบนี้จ่ายเฉพาะค่า DF ส่วนยาไปซื้อข้างนอกแต่ของเราถูกหล่อหลอมมาด้วยวิธีการจ่ายค่า DF ถูกๆ และมาจ่ายค่ายาแพงอันนั้น คือ สิ่งที่ประชาชนต้องปรับตัวเอง เช่นกัน ... (ผู้บริหารคนที่ 5, สัมภาษณ์, 26 สิงหาคม 2564)

ในทางกลับกันผลการศึกษาของทีมผู้บริหารส่วนน้อยที่เห็นว่ามีโอกาสที่ราคาขายจะสูงเกินมาตรฐานเนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนอยู่ได้เพราะโรงพยาบาลได้กำไรจากค่ายาและค่า Lab ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 2 กล่าวว่า

... ราคาที่เกินมาตรฐานไม่มีใครตอบได้เช่นหนูไปซื้อยาที่ร้านขายยาเพราะมันถูกแต่ร้านขายยาไม่ได้ลงทุนอะไรมาก ตอนนั้นคนไข้ซื้อยาที่ SiPH แค่อัปเดตผมตอบว่าถ้าคุณลองคิดดูเวลาที่คุณเข้ามาในโรงพยาบาลมีที่จอดรถคุณมีความปลอดภัยสูง มีที่เก็บข้อมูลคุณไว้ถ้าคุณป่วยจะไปร้านขายยาหรือจะมาที่เรามีหมอทุกอย่างเป็นผลประโยชน์ที่คุณได้แต่คุณต้องจ่ายส่วนนี้ เพราะโรงพยาบาลอยู่ได้เพราะโรงพยาบาลได้กำไรจากค่ายาและค่า Lab ความน่ารักของคนไข้ช่วงโควิดเค้าโทรมาเพื่อซื้อยาเดิมแทนการมารักษาที่โรงพยาบาล และอีกอย่างหนึ่งร้านขายยาไม่ได้มีระบบควบคุมคุณภาพของยาทั้งหมดอายุก็ไม่ใช้ ร้านขายยาผมไม่รู้ การจะคุมราคาขายจะลำบากเนื่องจากขนาดโรงพยาบาลไม่เท่ากัน แต่คุณต้องประกาศราคาขาย เหมือนการกินอาหารของอร่อยแต่แพงกว่าคนยังแห่ไปกิน หลักการเดียวกัน คุณต้องมีทางเลือกให้เค้า SiPH เป็นทางเลือกหนึ่ง ... (ผู้บริหารคนที่ 2, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

สำหรับผลการศึกษาในเรื่องผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เห็นว่าราคาขายไม่เกินมาตรฐานดังเช่น ผู้ปฏิบัติคนที่ 2, 3, 4 กล่าวว่า

“ไม่เกินนะเนื่องจากราคาขายเราถูกเลยนะ คนไข้ก็จะบอกว่าถูกกว่าข้างนอกแน่นอนส่วนถ้าเปรียบกับศิริราชอาจจะสูงกว่าเล็กน้อยแต่ต้องมองว่าหากรวมค่าบริหารจัดการโดยรวมแล้วหมอมองว่ามันเป็น object value จริงๆ ราคาขายก็มีมาตรฐานของเค้า และก็มีตรวจสอบอยู่เป็นระยะๆ” (ผู้ปฏิบัติคนที่ 2, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

“ผมว่าราคาขายไม่เกินนะเพราะเราไม่ได้ทำอะไรซะทีเดียว SiPH จะอยู่ระหว่างเอกชนและรัฐบาลซึ่งผมว่าเป็นแนวคิดของผู้บริหารที่เค้าไม่ต้องการให้เป็นเอกชนเต็มตัวและก็ได้

เป็นรัฐบาลเต็มตัวมันเป็นการผสมกันระหว่างรัฐบาลกับเอกชน” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 3, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2564)

“พี่คิดว่าไม่เกินนะเพราะพี่ก็เป็นคณะกรรมการด้วย ตอนที่เรารั้งราคาเราไปสืบโรงพยาบาลเอกชนตั้งแต่อันดับต้นๆ จนถึงปลายๆ แล้วเราก็กำหนดว่าจะไม่เกิน 80% ของราคายาบำรุงเพราะถ้าถามว่าเราเอาเปรียบในแง่ราคายาไหมไม่ะ” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 4, สัมภาษณ์, 15 กันยายน 2564)

“ในทางกลับกันกำไรส่วนหนึ่งจากราคา ยา ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 8 กล่าวว่า . . . ราคายาที่เกินมาตรฐานนั้นผมคิดว่ากำไรส่วนหนึ่งได้จากราคา” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 8, สัมภาษณ์, 27 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9 กล่าวว่า

“ถ้ามองว่าเป็นการขายบริการเค้าไม่มีค่าบริการเค้ามีแต่ค่ายาที่จะได้กำไรเยอะๆ เราก็ต้องเพิ่มไปในค่ายา ซึ่งจริงๆ มันก็คือ ค่าบริการนั่นแหละ ถ้าเอาค่ายาออกมาและคิดค่าบริการ เช่น มีที่จอดรถ มีคนดูแล มีสถานที่ที่กว้างขวางไม่ได้แอด คนที่ไปก็อยากได้บริการที่มันดีกว่าเพราะเค้าพร้อมจ่าย” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

ผู้ปฏิบัติการคนที่ 10 เห็นด้วยเช่นกัน กล่าวว่า “. . . ราคายาในโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปราคาเป็นตัวที่หากำไรแบบเลี้ยวไม่ได้ . . .” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 10, สัมภาษณ์, 24 สิงหาคม 2564)

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการส่วนใหญ่ เห็นว่าราคายาของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ นั้น ไม่เกินมาตรฐานอยู่ในกลุ่มที่จัดลำดับโรงพยาบาลสีเขียว และมีผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการส่วนน้อยเห็นว่าราคายาเป็นตัวที่หากำไร โดยมีข้อมูลอ้างอิงของราคาขายยาและราคาเทียบโรงพยาบาลคู่เทียบ จากส่วนงานวิเคราะห์การเงินทางคลินิกของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เพื่อสนับสนุนผลการศึกษาดังตารางที่ 5.3

ตารางที่ 5.3

รายการราคาขายยาและราคาเหมาจ่ายโรงพยาบาลคู่เทียบ

ลำดับ	ชื่อยา/ขนาดยา	โรงพยาบาล ศิริราช ปิยมะฯ (บาท)	โรงพยาบาล บำรุงราษฎร์ (บาท)
1	Keytruda 25 mg/4 ml	121,368	190,200
2	Avastin inj 100 mg/4ml	11,841	24,800
3	Tecentriq 1200mg/20ml (Atezoizumab)	80,828	181,500
4	Prolia inj 60 mg/ml 1 ml	15,351	25,100
5	Albumin 5% inf 250 ml (Albutein)	2,679	8, 90
6	Opdivo inj 100mg/10ml (+Set)	73,227	104,700
7	Zavicefta inj (cefaz 2g+avbac 0.5g)	6,382	9,510
8	Omegacin IV inj 300 mg	1,430	2,680
9	Herceptin SC inj 600 mg	33,741	157,800
10	Eloxatin inj 50 mg/10ml (soln)	20,018	26,900
11	Acoxia tab 90 mg	53	176
12	Pneumococcal Vac 0.5 ml (Prevnar)	3,113	5,390
13	Alimata inj 500 mg	49,156	75,600
14	Eylea inj 40 mg/ml	42,939	100,00
15	Keppra tab 500 mg	70	187
16	Prevacid FDT tab30 mg (Lansoprazole)	68	238
17	Lyrica cap 75 mg	35	206
18	Neurontin cap 300 mg	41	108
19	Nimbex inj 2 mg/ml 5 ml	383	980
20	Augmentin tab 1 g (A875+C125mg)	56	142

ที่มา: ส่วนงานวิเคราะห์การเงินทางคลินิกของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ และระบบค้นหาเปรียบเทียบราคายาและค่าบริการทางการแพทย์กรมการค้ำภายใน, 2565.

5.1.4 ผลกระทบจากการทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้า

ผลกระทบจากแนวคิดเสรีนิยมใหม่ที่เชื่อว่าตลาดเป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์มีความเป็นอยู่ที่ดีและสวัสดิการของรัฐจะกระจายออกไปเมื่อระบบเศรษฐกิจเจริญเติบโตเข้ามามีอิทธิพลต่อสังคมไทย ภาครัฐให้ระบบตลาดเข้ามาแสวงหาประโยชน์จากการทำให้ปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตกลายเป็นสินค้า (commodification of basic needs) ผ่านการแปรรูปรัฐวิสาหกิจให้เป็นของเอกชน (privatization) เช่น การแปรรูปองค์การภาครัฐ การบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐเข้าสู่ระบบตลาด ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการทำให้ประชาชนหันมาพึ่งพาตนเอง ดังนั้นการทำให้ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตรวมถึงสุขภาพกลายเป็นสินค้า ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสังคม ผลการศึกษาในส่วนของผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่าผลกระทบการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้า ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 1 กล่าวว่า

... ผมมองว่ามันอาจจะดีไหมเมเนตัมกลับด้วยนะ จริงๆ มันเป็นสินค้าอยู่แล้วเพราะว่ามันคือโรงพยาบาลเอกชน ถ้าเกิดคุณดูการเปลี่ยนแปลงในปี พ.ศ. 2546 มีโรงพยาบาลเอกชนสักประมาณหกสิบโรงพยาบาล สิบปีผ่านไปมีโรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้น 100 โรงพยาบาล เพราะฉะนั้นเราอยากให้โรงพยาบาลรัฐบริหารจัดการแบบเอกชนเพื่อให้เกิดทางเลือกอีกแบบหนึ่งเพื่อค้ำยันโรงพยาบาลเอกชนให้อยู่ ... (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

ในทำนองเดียวกับเดียวกับ ผู้บริหารคนที่ 3 กล่าวว่า

... การมองในส่วนนี้เป็นสินค้าก็จริง อย่าลืมว่าการประกอบวิชาชีพในเรื่องของเกี่ยวกับโรงพยาบาลมันจะมีความแตกต่างในเรื่องของธุรกิจที่เป็นการขายสินค้าอยู่บางส่วน เพราะว่ามันมีเรื่องของ การดูแลผู้ป่วย หมายถึง การดูแลชีวิตของเขาเข้ามาเกี่ยวข้องมันจะไม่เหมือนกับการดูแลวัตถุทั่วไปแต่อย่างไรงี้ดี การดูแลผู้ป่วยมันก็เป็นให้บริการ การบริการมีการแข่งขันแต่มันต้องมีความถูกต้องของวิชาการและยืนอยู่บนความถูกต้องของมนุษยธรรมและกึ่งศีลธรรมที่ควรพึงมีพึงทำ ... (ผู้บริหารคนที่ 3, สัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2564)

แต่ในทางกลับกันหากเปรียบเทียบธุรกิจโรงพยาบาลกับธุรกิจทั่วไป ก็มีความต่างในประเด็นของการดูแลรักษาชีวิตคนกับการดูแลวัตถุสิ่งของอุปโภคบริโภคอยู่เพราะการรักษาชีวิตต้องมีจรรยาบรรณวิชาชีพ ยืนบนความถูกต้องของมนุษยธรรมและกึ่งศีลธรรม ดังที่ ผู้บริหารคนที่ 4 กล่าวว่า

... ลึกๆ คือ ไม่เห็นด้วยแต่เราอยู่ภายใต้ประเทศ รัฐธรรมนูญ กฎหมายเดียวกันไม่ว่ามันจะมาด้วยเรื่องการเมืองกฎหมายออกมาแล้วก็ต้องปฏิบัติตามยกเว้นว่าถ้าบังเอิญมีโอกาสเข้าไปผลักดันก็จะเข้าไปให้ความเห็นว่าไม่ใช่สินค้า จะตีความแค่ว่าคนไข้เป็นลูกค้าเราให้บริการทางการแพทย์และคนไข้จ่ายเงินเราและมองว่าเป็นสินค้าถ้าเมื่อไหร่มีการแลกเปลี่ยนกับเงินนั่นคือสินค้าผมว่าไม่ใช่ ... (ผู้ปฏิบัติหน้าที่ 4, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

นอกจากนี้ผลการศึกษาในส่วนของผู้ปฏิบัติการ ส่วนใหญ่เห็นว่าการนำการบริหารจัดการแบบเอกชนทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้า ดังเช่น ผู้ปฏิบัติหน้าที่ 9 กล่าวว่า

... มันก็อาจจะมองแบบนั้นได้แต่มันก็มีโรงพยาบาลเอกชนอยู่ คือ SiPH ไม่ใช่เอกชนที่เพิ่งเกิดขึ้นแห่งแรกมันมีโรงพยาบาลเอกชนที่มีอยู่เต็มไปหมดเพราะฉะนั้นคนไข้ที่ไปรับบริการที่เอกชนคิดอยู่แล้วว่าการมองบริการสุขภาพเป็นสินค้าแต่อันนี้เป็นเพิ่มทางเลือกให้กับคนกลุ่มนี้ ว่าถ้าคุณมารักษาที่โรงพยาบาล SiPH รายได้หรือผลกำไรไม่ได้กลับไปยังผู้ถือหุ้นแต่กลับไปยังคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แทนที่เค้าจะจ่ายโรงพยาบาลเอกชนที่มีผู้ถือหุ้นเค้าก็มาจ่ายที่ SiPH และได้รับบริการคุณภาพที่ใกล้เคียงกัน ... (ผู้ปฏิบัติหน้าที่ 9, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

ในทำนองเดียวกับ ผู้ปฏิบัติหน้าที่ 6 กล่าวว่า

... พี่ว่าเค้ามองก็ไม่ผิดนะในมุมมองปัจจุบันอาจจะมองว่าเป็นสินค้า เช่น โปรแกรมการตรวจสุขภาพที่แข่งขันกันอยู่ถ้าคุณภาพดีใครก็อยากใช้และซื้อมากกว่าเพราะมีตัวเลือกมากขึ้นประชาชนก็ได้ประโยชน์มากกว่า ... (ผู้ปฏิบัติหน้าที่ 6, สัมภาษณ์, 10 ตุลาคม 2564)

ในขณะที่ผู้ปฏิบัติการบางส่วนยอมรับมีโอกาสทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้า แต่โดยทั้งหมดขึ้นอยู่กับว่าการบริหารจัดการที่ดีมีแนวคิดที่ดีและยังสามารถเป็นทางเลือกหนึ่งให้กับประชาชนเพิ่มขึ้นจากเดิม ดังเช่น ผู้ปฏิบัติหน้าที่ 1 กล่าวว่า

... พอมาใช้ในรูปแบบเอกชนคำว่าสินค้าเลยถูกนำมาใช้ในการบริหารจัดการพิเศษ แต่จริงๆ แล้วเป็นการบริการคนไข้ในรูปแบบหนึ่งซึ่งจริงๆ ในภาครัฐก็คืออันเดียวกัน perception ใช้คำว่าสินค้าในเชิงเอกชนจริงๆ มันและบริการทางการแพทย์ ไม่ใช่สินค้าเป็นบริการการรักษาการดูแลเพื่อนมนุษย์ช่องทางหนึ่ง ... (ผู้ปฏิบัติหน้าที่ 1, สัมภาษณ์, 31 สิงหาคม 2564)

ในทำนองเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 3 กล่าวว่า

... มันก็มีโอกาสแต่โดยทั้งหมดมันคงขึ้นกับแนวคิดของ SiPH ที่ดีเพียงแต่ว่าผู้ปฏิบัติมันต้องมีทั้งส่วนที่ใช้ SiPH เพื่อหาเงินและใช้ SiPH ที่ไม่ต้องการเงินเหมือนกับแพทย์ที่ทำงานเพื่อหาเงินและแพทย์ที่ทำเพราะช่วยศิริราชมันคงต้องมีผสมกัน มันไม่มีทางที่จะออกมาเป็นพิมพ์เดียวกันเพราะทุกคนไม่เหมือนกัน นิสัยก็ไม่เหมือนกัน โดยปกติการดูแลสุขภาพในสมัยก่อนมันจะเป็นการบริการด้วยใจ ด้วยความสัมพันธ์ที่ระหว่างคนไข้กับหมอ ในปัจจุบันหมอมันมากขึ้นทัศนคติของคนในสังคมจะเปลี่ยนไปตามกาลเวลา จากสังคมที่มองจิตใจเป็นหลักก็ไปมองที่ราคาการมองเป็นตัวเงินมากขึ้นตามโลกที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอันนี้เราคงจะห้ามยาก ในปัจจุบันหมอก็ดูเหมือนเป็นการบริการสุขภาพมากกว่าความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้แน่นอนมันต้องเป็นอย่างนั้น เพียงแต่ว่าหมอก็มีหลายแบบ มันคงเป็นแนวคิดทางผู้รับบริการและผู้ให้บริการเยอะขึ้น แต่ก็มีบางส่วนที่ความสัมพันธ์ที่ดีก็มียุ่มนคงลดลงจากสมัยก่อนและมันคงจะลดลงไปเรื่อยๆ แต่ก็คงทำอะไรไม่ได้ เพราะเป็นแนวคิดที่เปลี่ยนไปตามยุคสมัยและก็ของคนละ generation . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 3, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2564)

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาของผู้ปฏิบัติการบางส่วนไม่เห็นด้วยกับการทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้าเนื่องจากมองว่าเป็นการลดความเป็นมนุษย์ลง เช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 6 กล่าวว่า

... พี่ว่าเค้ามองก็ไม่ผิดนะในมุมมองปัจจุบันอาจจะมองว่าเป็นสินค้า เช่น โปรแกรมการตรวจสุขภาพที่แข่งขันกันอยู่ถ้าคุณภาพดีใครก็อยากใช้และซื้อมากกว่าเพราะมีตัวเลือกมากขึ้นประชาชนก็ได้ประโยชน์มากกว่า . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 6, สัมภาษณ์, 10 ตุลาคม 2564)

ในทำนองเดียวกับผู้ปฏิบัติการคนที่ 10 กล่าวว่า

... ผมไม่ชอบการมองเป็นสินค้าเป็นการลดความเป็นคนลง เปรียบเทียบกับการไปร้านอาหาร 5 ดาวก็ต้องได้รับบริการแบบ 5 ดาว ถ้าคิดเป็นสินค้าประเด็นความเท่าเทียมกันไม่ได้แน่นอน หากมองถึงความเท่าเทียมกันทางบริการทางการแพทย์ภาครัฐจะมีได้มากกว่า . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 10, สัมภาษณ์, 24 สิงหาคม 2564)

ยังมีผลการศึกษาของผู้ปฏิบัติการคนที่ 5 ที่ได้รับประสบการณ์ที่ทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพกลายเป็นสินค้า ถึงแม้จะอยู่ในประเทศที่เจริญและเสรีแล้วก็ตามแต่ในส่วนลึกก็อยากให้การดูแลสุขภาพเป็นสิทธิที่ทุกคนควรได้รับอย่างเท่าเทียมกัน ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5 กล่าวว่า

... อย่างที่เรียนไว้ตอนต้นว่ามันเป็นทุกที่ในโลกที่ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันจริง เช่น อเมริกาผมรู้เพราะว่าช่วงที่ผมไปเรียนที่อเมริกาผมมีปัญหาต้องไปหมอเราถือประกันที่มันไม่ดีมันก็กลายเป็นว่ากว่าจะเจอหมอประมาณ 3-4 อาทิตย์กว่า จะนัดหมอได้ถึงแม้จะบอกว่าเป็นประเทศที่มีเสรีภาพแล้วก็ตามมันก็ไม่เป็นทุกอย่างที่มีเสรีภาพจริง เพราะฉะนั้นผมคิดว่าการบริการสุขภาพมันต้องมีพื้นที่ที่ทุกคนได้รับแต่เหื่อนจากนั้นมันก็ต้องเป็นสิทธิที่เค้าจะเลือก ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ผลการศึกษาผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการส่วนมากมองว่าผลกระทบจากการเปลี่ยนผ่านที่กล่าวมาข้างต้นนั้นทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้าแต่มีผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการส่วนน้อยอยากให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสิทธิดั้งเดิม

5.1.5 ประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma)

ในปัจจุบันมีการแข่งขันทางธุรกิจ ทุกองค์การธุรกิจต่างมุ่งสร้าง ผลประกอบการ ให้ได้มากที่สุด เพื่อการเติบโตหรือความอยู่รอด หลายครั้งที่ผู้นำองค์กร ต้องเผชิญ คือ ความกดดัน ซึ่งเป็นความขัดแย้ง ระหว่างผลประโยชน์ของตนหรือของบริษัทที่ต้องการกับความถูกต้องที่ควรเป็น ซึ่งถือเป็นสิ่งที่สังคมรับรู้ และต้องการผลการศึกษาของผู้บริหารในประเด็นการขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma) ของแพทย์และพยาบาลที่มาปฏิบัติงานที่ SiPH นั้นส่วนมากเห็นว่าไม่มีประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma) ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 1 กล่าวว่า

... ถ้ารู้ก็อยู่ไม่ได้เรามีการทำ audit เช่น ดูจากจำนวนผู้ป่วยที่มาทำหัตถการถ้าเป็น normal เยอะก็ต้องตรวจสอบ อีกอย่างมันเป็นธรรมชาติถ้าคุณมีคนไข้ที่เยอะพอคุณจะไม่ไปทำอะไรสุมสี่สุมห้าหรือหก เช่นคุณมีคนไข้รอทำหัตถการอยู่ 120 คน คุณจะเลือกทำเฉพาะคนไข้ที่จำเป็นต้องทำเท่านั้น ผมคิดว่าเราให้ความสำคัญกับตรงนี้ที่สุด เราคิดรอบด้าน และสุดท้ายเราเอาชีวิตนำอยู่แล้ว เราเป็นแพทย์และพยาบาลระหว่างเงินกับชีวิตเราต้องเลือกชีวิตก่อนเพราะเงินหาเมื่อไหร่ก็ได้ ... (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

ในทำนองเดียวกับ ผู้บริหารคนที่ 2 กล่าวว่า

... ผมว่าไม่ขัดแย้งเชิงจริยธรรมอยู่ที่บริบทที่เรา set ไว้ยกตัวอย่างเช่น 1. เราไม่ลดการบริการที่ศิริราช 2. มาตรฐานการรักษาต้องอันเดียวกันจะไม่ย้อนแย้ง จะย้อนแย้งเรื่องเดียวคือความเสมอภาค คือ การเป็นโรงพยาบาลของแผ่นดินต้องมีความเสมอภาคเรากำลังทำความเสมอภาคให้มันดีขึ้น ขึ้นพื้นฐานของทั้งประเทศต้องเท่ากัน ศิริราชดูเหมือนใหญ่ แต่ศิริราช คือ ส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ คุณคิดว่าเราใหญ่เพราะเราอยู่ในศิริราชแต่จริงๆ แล้วเราเป็นแค่ส่วนหนึ่ง เพราะฉะนั้นความเท่าเทียมขั้นพื้นฐานไม่ใช่เรา ความเท่าเทียมขั้นพื้นฐานรัฐบาลควรเป็นคนกำหนด เช่น รัฐบาลตั้ง 30

บาทรักษาทุกโรคขึ้นนั้น และคือ การที่รัฐบาลสร้างความเท่าเทียมขั้นพื้นฐานให้แล้ว แต่นั่นคือ นโยบายที่สำคัญ 30 บาทเข้าถึงทุกโรค นั่นคือ กลยุทธ์ที่ถูกต้องแต่คุณเลือกไม่ได้ว่าจะเข้าโรงพยาบาลไหน แต่สำหรับผมศิริราชก็ไม่เท่าเทียมเวลาพบกับปฏิบัติไม่เท่ากันสักอย่าง แต่เรากำลังจะเอาคนที่ไม่เท่าเทียมมาอยู่ที่นี่มาใช้ที่ SiPH ให้เท่าเทียมกัน อยากใช้บริการที่สะดวกรวดเร็วที่มีให้คุณไม่ต้องไปแย่ง คนที่มีรายได้น้อยจะได้ไปถึงศิริราชเร็วขึ้น ในความรู้สึกผมว่าไม่ขัดแย้งเชิงจริยธรรม สิ่งที่ทำให้เค้ามารักษาที่ SiPH เพราะมาตรฐานศิริราชและต้องการความสะดวกสบาย . . . (ผู้บริหารคนที่ 2, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

นอกจากนั้นยังมีผู้บริหารคนที่ 3 ที่เห็นว่าไม่มีประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma) เนื่องจากอาจารย์ที่มาทำงานที่ SiPH ไม่ว่าจะมาเป็นอาจารย์จากศิริราชหรือแพทย์ full time ก็จะมีรูปแบบการทำงานที่ไม่แตกต่างกันกับอาจารย์ที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพราะการทำงานขึ้นกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กฎระเบียบใช้ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพราะฉะนั้นสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นการทำงาน การดูแลผู้ป่วย จริยธรรม ศีลธรรมต่างๆ ได้รับการปกป้องดูแล ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 3 กล่าวว่า

. . . เนื่องจากตัวบุคคลเองเป็นอาจารย์ในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเป็นเรื่องที่เราถนัดค่อนข้างมากเพราะฉะนั้นอาจารย์ที่มาทำงานที่ SiPH ไม่ว่าจะมาเป็นอาจารย์จากศิริราชหรือแพทย์ full time ก็จะมีรูปแบบการทำงานที่ไม่แตกต่างกันกับอาจารย์ที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพราะอย่าลืมว่าการทำงานของเรานี้ยังต้องขึ้นตรงกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กฎระเบียบหลายๆ อย่างเรายังใช้ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพราะฉะนั้นสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นการทำงาน การดูแลผู้ป่วย จริยธรรม ศีลธรรมต่างๆ ได้รับการปกป้องดูแลและยังขึ้นตรงต่อคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและกัมมหาวิทยาลัยมหิดล . . . (ผู้บริหารคนที่ 3, สัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2564)

ในขณะที่มีผู้บริหารคนที่ 4 มีความเห็นว่ามีโอกาสเป็นประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma) เพราะการนำการบริหารจัดการแบบเอกชนที่เน้นรูปแบบการแข่งขันทางการตลาดนั้นเป็นสีเทาเพราะโรงพยาบาลรัฐบาลความเป็นโรงพยาบาลของประชาชนที่สามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกัน ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 4 กล่าวว่า

. . . ชื่อนั้นบอกแล้วว่า dilemma มันเป็นสีเทา ผมก็ยังเชื่อว่าทุกวันนี้ก็ยังมีคนเชื่อว่ามันเป็นสีเทาไม่ได้เป็นระบบที่ถูกต้องเพียงแต่ว่าด้วยระยะเวลาที่มันเกิดขึ้นและก็ต้องเน้นว่าระบบการวัด Performance ที่ชัดเจนของมหาวิทยาลัยถ่ายทอดมาถึงคณะและภาควิชาที่แต่ละคนสังกัดอยู่ด้วย output outcome ของงานที่แท้จริงจับต้องได้ HR

ออกเป็นประกาศว่าอะไรนับเป็นเวลาและอะไร ไม่นับเป็นเวลา พุดง่าย ๆ คือ พร้อมจะประกาศ (declare) กับสังคมได้ทั้งหมด แล้ว output outcome คือ สิ่งที่ผมสัญญากับคณะว่าทำงานด้านวิจัย 10% คำว่า 10% จะบอกเลยว่าในสองปีงบประมาณผมต้องม้งานวิจัยเป็นชื่อแรกชื่อร่วมหนึ่งเรื่องหรือในสามปีต้องมีชื่อแรกหนึ่งเรื่อง เพราะฉะนั้นจริงๆ แล้วเราอย่าไปมองว่า แปดโมงเช้าผมต้องสอนก่อนผมต้องทำวิจัย 11 โมง ตราบใดก็ตามที่บุคลากรสัญญากับมหาวิทยาลัยไว้ใน 1 ปีผมจะทำ output outcome ออกมาอะไรได้บ้างและเวลาอื่นทุกงานผมไม่เสีย สรุปร่าย ๆ คือ ว่าต่อให้มาทำงานที่ SiPH งานที่ศิริราชก็ไม่เสีย คือ PA ที่ออกมาชัดเจนตอนที่ประเมิน . . . (ผู้บริหารคนที่ 4, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

ความเห็นนี้สอดคล้องผู้บริหารคนที่ 5 มีความเห็นว่ามีโอกาสเกิดประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมได้เนื่องจากแพทย์ที่ลิ้มความเป็นอาจารย์แพทย์ ดังเช่นผู้บริหารคนที่ 5 กล่าวว่

. . . มีประเด็นเดียวคือถ้าแพทย์ที่มาทำที่นี่ enjoy กันเกินไปเพราะเค้าใช้เวลาราชการมา 5 ชม. ตามสัญญาถ้าเพราะฉะนั้นถ้าเค้ามาแล้วใช้เวลาเยอะเกินหรือลิ้มความเป็นอาจารย์แพทย์ overinvestigate overcharge และใช้เวลาที่เยอะเกินกว่าที่รัฐหรือคณะให้มาอันนี้ก็เป็นความเสี่ยงของจริยธรรมของแพทย์และมันจะส่งผลลัพธ์กับมาที่โรงพยาบาล นั่นคือ ความเสียหายชื่อเสียงของโรงพยาบาล จริงอาจจะเป็นแค่แพทย์บางคนที่ทำ overtreatment overinvestigate overcharge และสุดท้ายภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลเสียไปเพราะเอกชนมันพร้อมที่จะโดน blame อยู่แล้ว ถ้าคุณ overcharge overtreatment ผมว่าอันนี้ คือ ความเสี่ยงที่จะหากำไรแบบโรงพยาบาลเอกชน แต่บังเอิญเราโชคดีที่มีชื่อแบรนด์ศิริราชอยู่เพราะฉะนั้นความ trust ของคนไ้ยังเชื่ออยู่ว่าไม่น่าที่จะ หากำไรเหมือน private sector ถ้าเราทำไม่ดี รุ่นลูกรุ่นหลานเราก็คงอยู่ไม่ได้ อีกข้อหนึ่งที่ผมคิดว่ามันจะเป็นประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมที่บางที่เราคิดไม่ถึงคืองานที่มีประสิทธิภาพ ในเงินเดือน 100% ที่คนไข้ให้เรามาทุกวันนี้เราทำงานยังไม่คุ้มกับเงิน เราลองจับเวลาการทำงานว่าเราทำงานกี่ชั่วโมงที่เหลือเราไปเบรกเราไปกินน้ำกินข้าวเราคุยกันเดินไปประชุมเดินไปขึ้นลิฟและจริงๆ มันก็เปอร์เซ็นต์ที่มันออกดอกออกผลทั้งหมด 8 ชม. ต่อวัน เพราะฉะนั้นถ้าเรามีสิ่งตรงนี้อยู่มันตระหนกอยู่ ถอยหลังกลับไปเป็นภาคราชการที่คนทุกคนชอบ มันเป็นแบรนด์นะ การทำงานเข้าขามเย็นขาม เป็นการคอร์รัปชันเวลาราชการการคอร์รัปชันเงินเดือนที่เค้าให้มาไม่คุ้ม นั่นคือ สิ่งที่มีความเสี่ยงในมุมของผมในอนาคตมันก็กลับไปที่การบริหารจัดการนั่นแหละ ถ้าเราสร้าง Mindset ให้น้องสร้างพลังงานให้น้องอยากทำงานเค้าจะบ้าทำงานเชื่อผมซิ

อาจจะทำงานหามรุ่งหามค่ำไม่สนใจเวลาหลับเวลานอน . . . (ผู้บริหารคนที่ 5, สัมภาษณ์, 26 สิงหาคม 2564)

ผลการศึกษาของผู้ปฏิบัติการในประเด็นการขัดแย้งเชิงจริยธรรม พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าไม่มีประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมเพราะจากวัตถุประสงค์ของการก่อตั้ง SiPH และการที่ได้รับการส่งต่อของวัฒนธรรมอันดีงาม ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 2 กล่าวว่า

. . . ส่วนตัวเป็นคนที่ไม่เอาเรื่องเงินทองกับการรักษามาเกี่ยวข้องกัน เช่น คนไข้มาด้วยอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะเราก็จะอธิบายโรควิธีการรักษาเราก็จะถามคนไข้ว่าหลังจากได้ฟังคุณหมอเล่าแล้วจะเลือกการรักษาแบบไหนพอเค้าเลือกแล้วจะมีแผนค่าใช้จ่ายมาคุยเพื่อประเมินและถ้าไม่ไหวเราก็ส่งระบบเข้าศิริราชแต่เราก็จะบอกผู้ป่วยว่าสิ่งที่เค้าต้องเจอคืออะไรบ้าง เช่น ต้องไปต่อคิว ความสะดวกสบายลดลงแตกต่างกันแต่สิ่งที่ได้เหมือนกันคือบริการจากแพทย์และทีมที่ดูแลมาตรฐานเดียวกัน สำหรับหมอว่าไม่มีประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมเรารู้สึกว่าเราไม่ได้จะรวยเพราะเรื่องอย่างนี้ไม่ต้องเอาเงินมายุ่งยากสบายใจกว่า . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 2, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติงานคนที่ 7 กล่าวว่า

. . . ไม่มีนะถ้าดูจากวัตถุประสงค์ของการตั้งมันไม่ขัดแย้งเชิงจริยธรรมและไม่ได้ผิดเป้าหมายของโรงพยาบาล เพราะก็ยังเป็นโรงพยาบาลของแผ่นดินอยู่แล้ว และนี่ก็เป็น unit ที่เค้าก่อตั้งเพื่อเปิดรับกลุ่มคนไข้ที่เค้าสามารถจ่ายได้ที่สามารถต้องการความสะดวกสบายมากขึ้นเราก็กังอยู่ในจริยธรรมการแพทย์แต่เพียงเปิดรับกลุ่มคนไข้กว้างขึ้น . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 7, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติงานคนที่ 10 กล่าวว่า

“ผมว่าถ้าเราเป็น DNA เดียวกันมันจะไม่เกิดขึ้น ผมมองว่าเป็นคนที่มีไอเดียเดียวกันมีโอกาสเกิดน้อยเปรียบได้กับแม่มีรกที่เชื่อมเด็กกับลูก เกิดมาก็กินนมแม่การที่ลูกจะนอกกรอบก็จะน้อย เราจะมองเห็นคล้ายๆ กันว่าควรหรือไม่ควร” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 10, สัมภาษณ์, 24 สิงหาคม 2564)

จากความเห็นของผู้ปฏิบัติงานคนที่ 10 สะท้อนให้เห็นถึงการวิเคราะห์การผลิตซ้ำทางวัฒนธรรม (Culture reproduction) เป็นความเชื่อ ค่านิยมที่ได้รับการยอมรับจากสมาชิกในสังคมส่วนใหญ่ จะคงอยู่และถูกนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในหมู่คณะอย่างต่อเนื่องและสืบทอดไปยังรุ่นสู่รุ่น (ดวงพร คงพิกุล, 2555) เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1 ที่มองว่าการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรม (Culture reproduction) เปรียบเสมือนชื่อเสียง ความเป็นศิริราชเป็นมูลค่าที่แพงมากถ้าเทียบกับความหมายในปัจจุบัน ก็คือ แบรินด์ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1 กล่าวว่า

... ถ้าเรามองว่าจริงๆ แล้ว SiPH คือ การลงทุนทั้งระบบและชื่อเสียง คือ ชื่อเสียง คือ ความเป็นศิริราชต้องรักษามันไว้มันเป็นมูลค่าที่แพงมากถ้าเทียบกับความหมายในปัจจุบันก็คือแบรนด์ มันหาไม่ได้แล้วแบรนด์ชื่อเสียงที่อยู่ในใจมันก็ถูกสะสมด้วยครูบาอาจารย์สมัยเก่าที่ทำคุณงามความดีมาจนเป็นสถาบันการแพทย์ที่ทุกคนยอมรับ อีกทั้งผู้ให้การรักษา ผู้ให้การผลิตคนในหลากหลายวิชาชีพ สิ่งสำคัญอันนี้มันหาค่าไม่ได้ การบริหารที่ดีคือการหาอะไรมาเติมแล้วต้องไม่ทำให้ brand เสื่อมการที่เราทำให้มันเสื่อมเหมือนกับการที่เราเป็นคนรุ่นใหม่ไม่ควรจะบริหารจนคุณค่าเดิมที่เป็นที่พึ่งของประชาชนหายไป ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1, สัมภาษณ์, 31 สิงหาคม 2564)

ในขณะที่ผู้ปฏิบัติการบางคนเห็นว่ามีโอกาสที่จะเกิดประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม ถ้าไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด ที่ตั้งไว้เป็นแบบอย่างที่ดีภายใต้คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5 กล่าวว่า

... มันขึ้นอยู่กับว่าผู้ปฏิบัติงานว่าต้องทำงานในเวลาเต็มที่ หรือเราไม่เคยเอาคนไข้จากในเวลางานมาทำนอกเวลางานและเอาคนไข้ในเวลาจากศิริราชมา SiPH ถ้าทุกคนทำแบบนี้ก็จะมีปัญหา มันจะมีปัญหาก็คือเมื่อถ้าเราไม่ทำในเวลาหรือทำในเวลาน้อยเรากลับมาทำ SiPH หรือคลินิกพิเศษนอกเวลาอย่างเดียวนั้นก็จะมีปัญหา ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 4 เห็นว่าการที่ประชาชนมาตรวจที่โรงพยาบาลศิริราชแล้วไม่ได้คิวหรือคิวนานแต่พอข้ามไป SiPH ได้คิวเลย กล่าวว่า “... ประชาชนมาตรวจที่ศิริราชไม่ได้คิวแต่พอข้ามไป SiPH ได้คิวเลยประเด็นถ้าจ่ายเงินเองได้คิวเร็ว ...” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

ดังนั้นผลการศึกษาในประเด็นการขัดแย้งเชิงจริยธรรมทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการส่วนใหญ่มีความเห็นว่าไม่มีประเด็นการขัดแย้งเชิงจริยธรรม เนื่องจากการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรม (Culture reproduction) และมีผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการบางส่วนเห็นว่ามีการขัดแย้งเชิงจริยธรรมเนื่องจากการที่ประชาชนมาตรวจที่โรงพยาบาลศิริราชแล้วไม่ได้คิวหรือคิวนานแต่พอข้ามไป SiPH ได้คิวเลย ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเป็นทางเลือกหรือช่องทางหนึ่งให้กับประชาชนที่มีรายได้พอที่จะจ่ายเพื่อแรกกับระยะเวลาที่ต้องเสียไปและเงินส่วนเกินนั้นยังส่งต่อให้กับผู้ป่วยที่ยากไร้ได้อีก

5.1.6 การนำแนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนไปใช้ในโรงเรียนแพทย์ส่งผลดีผลเสียต่อการผลิตแพทย์อย่างไร

ผลการศึกษาในประเด็นการนำแนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนไปใช้ในโรงเรียนแพทย์ส่งผลดีผลเสียต่อการผลิตแพทย์อย่างไร จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร พบว่า ส่วนใหญ่

มีความเห็นว่าไม่มีผลเสียต่อการผลิตแพทย์มีผลดีในแง่ของการสร้างความสมดุลระหว่างการแข่งขันกับการทำเพื่อสังคม ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 1 กล่าวว่า

... มันเป็นดาบสองคม คือ ต้อง balance ให้ได้เป็นที่เรานี้แหละ ถ้าคุณไม่ทำอะไรเลยเมื่อคุณจบออกมาแล้วถ้าไม่อยู่ศิริราชก็ไปเอกชนอยู่ดี เค้าจะไม่มีอะไรให้เปรียบเทียบคุณไม่ได้เตรียมตัวเค้าคุณโยนเค้าให้ไปปรับตัวเองแต่ถ้าคุณมีระบบให้เค้าเห็นว่าการพึ่งพิงกันของทั้งสามส่วนและหน้าที่ของเราต้องทำให้สมดุลกัน เค้าจะเข้าใจมันมากขึ้นในรูปแบบทุนนิยม อันที่สองมันเป็นเรื่องของ generation gap ตอนนี้เรามีปัญหากับนักศึกษาเพราะเค้ามีความคิดอีกแบบ เราก็คิดอีกแบบไม่ใช่ว่าของเราถูกแต่เราอาจจะผิดก็ได้นะต้องเตรียมความรู้ให้เค้า ถ้ามาระบบนี้สมบูรณ์ใหม่ก็ยังไม่สมบูรณ์ ... (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้บริหารคนที่ 4 กล่าวว่า

... ไม่มีผลเสียเพราะพันธกิจของคณะแพทย์ คือ เราผลิตแพทย์จำนวนหรือโควตาในการผลิตแพทย์แต่ละปีไม่ได้มีเรื่องการบริการผู้ป่วยที่ SiPH เข้าไปเป็นตัวกระทบเลยเพราะเค้ามีนโยบายอยู่แล้วว่าปีนี้สาขานี้สอนได้เท่าไรเช่นขึ้นอยู่กับจำนวนเตียงจำนวนคนไข้ จำนวนอาจารย์ที่จะคุมเค้า แต่ละราชวิทยาลัยของวิชาชีพต่างๆ เค้าคุมอยู่แล้วไม่ได้เกี่ยวเลยว่างานบริการคนไข้เพิ่มเติมไม่ว่าจะเป็นคลินิกพิเศษนอกเวลาหรือที่ SiPH ก็ตามทำให้จำนวนแพทย์จะเพิ่มขึ้นหรือลดลง ไม่มีแต่ทางอ้อมนิดนึงแน่นอนละอาจารย์ที่มาทำงานที่ SiPH ในเวลาราชการอาจจะถูกกวนเวลาเช่นสมมุติผมสอนๆ อยู่มีการโทรมารายงานเคสถ้าผมไม่บริหารจัดการเวลาให้ตีผมหยุดสอนมารับเรื่องคนไข้ที่ SiPH ก่อนถ้ามันเยอะมากๆ กระทบการเรียนการสอนแน่นอน มันขึ้นอยู่กับว่าแพทย์จะบริหารจัดการอย่างไรแต่ไม่เยอะ ... (ผู้บริหารคนที่ 4, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

อีกทั้งยังมีผู้บริหารคนที่ 3 มีความเห็นว่ามิชชั่นจะได้เห็นชีวิตจริงหลังจากที่เค้าจบแพทย์แล้วว่าจะมีแพทย์อยู่สองส่วน คือ ในส่วนที่เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ดังเช่นผู้บริหารคนที่ 3 กล่าวว่า

... ผมว่านักเรียนแพทย์จะได้เห็นชีวิตจริงหลังจากที่เค้าจบแพทย์แล้วว่าจะมีแพทย์อยู่สองส่วน คือ ในส่วนที่เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน อันนี้ก็จะขึ้นอยู่กับข้อมูลการเปรียบเทียบเสริมว่ามีรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยในสองโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างไรบ้าง แต่สิ่งที่เหมือนกันเลยที่เค้าควรจะต้องมีคือจริยธรรมในความเป็นแพทย์ที่ต้องไม่ได้แตกต่างกันในการดูแลผู้ป่วยทั้งในฝั่งของโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งสิ่งนี้เป็นสิ่งที่เราต้องส่งเสริม นักเรียนแพทย์เองอาจมีผลกระทบหรือความเห็นในส่วน of โรงพยาบาลเอกชนยังลำบากอยู่เพราะเค้ายังไม่จบมาเป็นแพทย์

เต็มตัว เพราะฉะนั้นสิ่งที่เค้าเห็นมุมมองที่เค้าเห็นผมว่าอาจจะมีผลกระทบในส่วนนี้ชัดเจนเท่ากับในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จุดประสงค์หลักของเค้า คือการฝึกฝนให้เป็นแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถ เป็นแพทย์ที่ดีมากกว่าแต่ในการใช้ชีวิตหลังจากที่จบมาเป็นแพทย์แล้วนั้นก็ไปอีกบริบทหนึ่งซึ่งมันคงจะไปเหมาะสมสำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดมากกว่าที่จะเห็นมุมมองในส่วนนี้ ได้เห็นรายละเอียดเพิ่มเติมมากขึ้น . . . (ผู้บริหารคนที่ 3, สัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2564)

ในขณะที่มีผู้บริหารคนที่ 2 มีความเห็นว่ามีผลเสียในแง่ของภาพลักษณ์เพราะโรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลรัฐบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของแผ่นดินที่ทำเพื่อประชาชนรักษาผู้ป่วยที่ยากไร้แต่ในปัจจุบันกลับมีหน่วยงานที่มีการดำเนินงานแบบเอกชนขึ้นมาส่งผลให้ภาพลักษณ์ดั้งเดิมมีคุณค่าลดลง ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 2 กล่าวว่า

. . . เราไม่เคยคิดแต่เป็นคำถามที่ดี มันคงมีผลในแง่ของภาพลักษณ์ เพราะถ้าเค้ามาเรียนที่โรงพยาบาลของแผ่นดินแบบดั้งเดิมเค้าอาจจะรู้สึกคุณค่าลดลง ผมว่ามีผลในภาพลักษณ์แต่หน้าที่ของคณะแพทย์ต้องชี้แจงว่าเรามี 3 โรงพยาบาลต้องตอบเค้าตั้งแต่เริ่มต้นไม่ต้องให้เค้าถาม ถ้าคุณตอบคำถามว่าเป็นเครื่องบินลำหนึ่งว่ามีหลายบทบาทผมว่าไม่มีปัญหาต้องให้เค้าเข้าใจก่อน ถ้าเป็นผมกตัญญูงานประจำต้องครบถ้าคุณสอนไม่ได้มาตรฐานนักเรียนบ่น ไม่ทำวิจัย ผมจะให้มีคณะกรรมการตรวจสอบแต่ละแผนก สีขาว สีดำ สีเทา สีหนึ่งสีที่ลำบากคือสีเทาที่ทำให้ทะเลาะกัน ดังนั้นควรทำสีเทาให้มันวัดได้ . . . (ผู้บริหารคนที่ 2, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

ส่วนผู้บริหารคนที่ 6 มองว่าการนำแนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนไปใช้ในโรงเรียนแพทย์ไม่ได้ส่งผลดีผลเสียต่อการผลิตแพทย์ ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 6 กล่าวว่า “. . . ไม่กระทบเพราะที่ SiPH ไม่ส่งผลทั้งด้านดีและด้านลบ . . .” (ผู้บริหารคนที่ 6, สัมภาษณ์, 14 ตุลาคม 2564)

นอกจากนี้ผลการศึกษาของผู้ปฏิบัติการในประเด็นการนำแนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนไปใช้ในโรงเรียนแพทย์ส่งผลดีผลเสียต่อการผลิตแพทย์อย่างไรรั้น พบว่า ผู้ปฏิบัติการส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าไม่ได้ส่งผลกระทบเพราะนักเรียนเพราะนักเรียนไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนหรือฝึกปฏิบัติที่ SiPH ดังเช่นผู้ปฏิบัติการคนที่ 3 กล่าวว่า “. . . ผมคิดว่าไม่เพราะว่าการ practice มันแยกซึ่งส่วน SiPH จะเป็น parttime ของศิริราชเท่านั้นเอง โดยที่นักศึกษาแพทย์จะไม่เข้ามายุ่งเกี่ยวโดยทั้งหมดไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับการผลิตแพทย์ในปัจจุบัน . . .” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 3, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2564) เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 4 กล่าวว่า

. . . เนื่องจาก SiPH เราไม่ได้มีการเรียนการสอนเพราะฉะนั้นในแง่ของการผลิตแพทย์นั้นไม่มีผลอยู่แล้ว แม้แต่แพทย์ที่มาเรียนต่อเฉพาะทางก็จะได้มาทำที่ SiPH แต่ก็ขึ้นอยู่กับอาจารย์ที่สอนนักศึกษาว่าจะอธิบายให้นักศึกษาแพทย์เข้าใจถึงรูปแบบ

การบริหารแบบเอกชนมาใช้ และในส่วนที่เวลาที่เค้าเรียนนั้นไม่ถูกระทบ เพราะเราให้อาจารย์ไปไม่เกินอาทิตย์ละ 5 ชั่วโมง และด้วยการประกันคุณภาพการศึกษามันก็ทำให้อาจารย์ทำตามกฎระเบียบที่ได้ให้สัญญาไว้กับโรงพยาบาล มีการติดตามผลงานกันตลอดมีการทำ PA ของอาจารย์แต่ละคน คือ สอนทำวิจัยได้ตามที่กำหนดไว้หรือเปล่า เพราะฉะนั้นก็คิดว่าคุณภาพการเรียนการสอนไม่มีผล . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 4, สัมภาษณ์, 15 กันยายน 2564)

ยังมีผู้ปฏิบัติการคนที่ 9 ที่เห็นด้วยว่าไม่ได้ส่งผลกระทบเพราะนักเรียนไม่ได้เข้าไปในส่วนของ SiPH ดังเช่นผู้ปฏิบัติการคนที่ 9 กล่าวว่า “. . . ส่วนใหญ่ไม่ได้ส่งผลกระทบเพราะนักเรียนไม่ได้เข้าไปในส่วนของ SiPH ไม่เกี่ยวข้องกันเลยจะมีก็แค่ staff ที่ไม่สามารถควบคุมเวลาไปทำแต่จริงๆ แล้วเค้ามีระเบียบของเค้า คือ คุณไปทำในเวลาราชการได้แค่ 5 ชม. ถ้าทำตามระเบียบนี้คงไม่มีปัญหา . . .” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 6 กล่าวว่า “. . . พิจารณามันไม่เกี่ยวข้องกันเพราะ SiPH ไม่ได้ให้นักศึกษาแพทย์มาฝึก ก็ไม่ได้ส่งผลกระทบใดๆ ต่อการผลิตแพทย์ . . .” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 6, สัมภาษณ์, 10 ตุลาคม 2564)

ในขณะที่ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5 มองว่ามีข้อดี คือ อาจารย์แพทย์มีเวลาให้ความรู้ นักศึกษาแพทย์มากกว่าเดิมเพราะไม่ต้องเสียเวลาออกไปทำโรงพยาบาลเอกชนไกลๆ

. . . คือ น่าจะไม่มีนะครับ แต่อาจจะมีข้อดีข้อเสียได้ในสมัยก่อนมันจะมีปัญหาว่าถ้าสมมติแพทย์มาเอกชนเยอะเราจะเสียเวลาช่วงเช้าไปค่อนข้างเยอะพอมี SiPH มันตัดเวลาการเดินทางออกไปทำให้เรามีเวลามากขึ้นการที่มีการแยกออกมาชัดเจนทำให้คนไข้ในเวลาที่คุณนักศึกษาแพทย์ต้องเรียนรู้มีมากขึ้น . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 8 มีความเห็นว่ามีผลดีกับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดที่เรียนจบแพทย์แล้วมาเรียนเพิ่มในสาขาที่สนใจสามารถมาทำงานที่ SiPH ได้ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 8 กล่าวว่า “. . . ผมว่าไม่มีผลกับนักเรียนแพทย์แต่มีผลกับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเค้ามีพบ. อยู่แล้วนอกจากเค้าจะได้ income และได้ความรู้ ผมว่าผลเป็นเชิงบวก . . .” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 8, สัมภาษณ์, 27 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 10 ที่มีความเห็นว่ามีผลต่อการผลิตแพทย์ ดังเช่นผู้ปฏิบัติการคนที่ 10 กล่าวว่า “. . . ผมคิดว่าไม่มีผล แต่ผมคิดว่า DNA เดียวกันมันจะเป็นการประเมินว่าเค้าจะทำงานได้ดีหรือไม่ ในกรณีที่อาจารย์แพทย์ได้เห็นนักเรียนตั้งแต่ต้นจนจบเป็นแพทย์ว่าควรรับมาทำงานที่ SiPH . . .” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 10, สัมภาษณ์, 24 สิงหาคม 2564)

ดังนั้นผลการศึกษาของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่าไม่ส่งผลดีและผลเสียต่อการผลิตแพทย์ แต่มีบางคนเห็นว่ามียผลดีต่อนักเรียนแพทย์ในประเด็นการได้มเห็นการบริหารจัดการทั้งแบบเอกชนและแบบรัฐบาล แต่ในขณะบางคนมีความเห็นว่าส่งผลเสียทางด้านภาพลักษณ์ที่ทำให้มีคุณค่าลดลง

5.2 ความคาดหวังต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารในประเด็นความคาดหวังต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) พบว่า ผู้บริหารมีความเห็นว่าส่วนใหญ่อยากให้เป็นโรงพยาบาลอ้างอิง แบ่งข้อมูลได้ 2 ประเด็น ดังนี้

5.2.1 โรงพยาบาลอ้างอิง (Reference Hospital)

ผู้บริหารคนที่ 3 กล่าวว่า

... อยากให้เป็น reference hospital โดยภาพรวมนั้นก็ต้องถือว่าเราช่วยสังคมของการดูแลผู้ป่วยให้มีการยกระดับมาตรฐานได้ดีขึ้น มีการให้บริการที่กว้างขวางมากขึ้นและน่าจะเป็นตัวอย่างสำคัญอันที่จะเป็น reference hospital ทั้งในเรื่องของการดูแลผู้ป่วย เรื่องของการตั้งราคา ยา เรื่องของการใช้สื่บค้นเพิ่มเติม เรื่องของมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยว่าเป็น reference hospital ให้กับโรงพยาบาลเอกชนหรือถ้าเป็นไปได้ความหวัง คือเป็น reference hospital ให้กับโรงพยาบาลต่างประเทศว่าโรงพยาบาลเอกชนที่ควรเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยนั้นควรจะมีรูปแบบอย่างไร ซึ่งการที่จะทำให้องค์กรยั่งยืนนั้น ผมเชื่อว่าผลกระทบในมุมกว้างแบบนี้ สังคมนั้นเป็น direction ที่จะทำให้มีคุณภาพของคนในสังคมนั้นดีขึ้น แล้วก็ทำให้ตัวองค์กรให้การบริการนั้นยังสามารถยืนหยัดอยู่ได้ด้วยตัวขององค์กรเอง มีการพึงพาทั้งการใช้ทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรของประเทศชาติในลักษณะของงบประมาณหรือในส่วนอื่นที่เป็นส่วนสนับสนุนนั้นลดน้อยลงและน่าจะเป็นแบบอย่างของการทำให้องค์กรสุขภาพหลายองค์กรนั้นเป็นแนวทางในการที่จะหาวิธีทางที่จะทำให้ตัวองค์กรนั้นยั่งยืน โดยที่ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาในส่วนองรัฐบาลมากกว่าที่เป็นอยู่ทุกๆ ที่เป็นองค์กรของรัฐบาล น่าจะเป็นรูปแบบของการ transform เป็นแบบอย่างที่ดีในอนาคต ... (ผู้บริหารคนที่ 3, สัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้บริหารคนที่ 6 กล่าวว่า

“เพราะฉะนั้น SiPH ก็เป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่สามารถเป็น reference ให้กับภาครัฐตั้งราคาของภาคเอกชนไม่ให้สูงเกินไป เพราะถ้าคุณตั้งราคาให้สูงเกินไปแต่คุณภาพของ SiPH เป็นที่ยอมรับในเรื่องการรักษาพยาบาล นอกจากบางโรงพยาบาลที่รับคนไข้ต่างประเทศ” (ผู้บริหารคนที่ 6, สัมภาษณ์, 14 ตุลาคม 2564)

5.2.2 ความยั่งยืน (Sustainability)

ส่วนผู้บริหารคนที่ 1 มีความเห็นด้วยว่าอยากให้เป็นโรงพยาบาลอ้างอิง (reference hospital) และเป็น The last opinion ถือเป็นการคานอำนาจโรงพยาบาลเอกชนในรูปแบบหนึ่ง ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 1 กล่าวว่า

... The last opinion “เราคานอำนาจโรงพยาบาลเอกชน ตอนนั้นเราอยากเป็น The last opinion ตอนนั้นคนไข้เอาแฟ้มประวัติมาถามว่าต้องผ่าตัดหัวใจดีไหม ผมบอกว่ารอได้ยังไม่ถึงเวลา ผู้ป่วยถามว่าทำไมที่อื่นทำ การเกิดขึ้นมาของ SiPH มันเป็นการค้ายัน เพราะคนเราจะมีคำถามว่าต้องทำไหม เราตีมากแตกต่างกันมาก เช่น การผ่าตัดหัวใจที่บำรุงราษฎร์ 5 ล้านแต่ที่เรา 7 แสนบาท ที่ SiPH เราเทียบดูราคาโรงพยาบาลห้าดาว และมาลดต่ำลงประมาณ 80-85% ของโรงพยาบาลเอกชน ทำให้เค้าต้องดูเรา สมัยก่อนเราเหลือบมองเข้าแต่สมัยนี้เค้าต้องมองเราเพราะว่าเราจะอ้างอิง (reference hospital) ได้ เรา drain คนไข้เค้าออกมาเยอะเหมือนกัน เราจะทำระบบสุขภาพมันดีขึ้นและแพทย์เรามีทีมในการ audit แพทย์ เพื่อป้องกันการทุจริตจริยธรรม คาดหวังว่าเราจะรักษาไว้ (maintain sustain) จุดท้าทาย (challenge) ความเชื่อของเราต้องไม่เปลี่ยนแปลง ... (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

ในขณะที่ผู้บริหารคนที่ 2 ดังเช่น การรักษาบุคลากรให้มีไปอยู่โรงพยาบาลเอกชนผู้บริหารคนที่ 2 กล่าวว่า

... ในอนาคตโรงพยาบาลเอกชนจะเพิ่มมากขึ้น บุคลากรของเราถ้าแค่ศิริราช สุดท้ายก็ดึงไปอยู่เอกชน ทำไมเราไม่ maintain คนเหล่านั้นให้อยู่ในเราแล้วเอากำไรนั้นมากลับคืนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล การทำ Privatization เพื่อนำผลประโยชน์การคืนศิริราช เนื่องจากศิริราชต้องใช้งบประมาณจากรัฐบาลอย่างเดียวไม่ได้หา ซึ่งเราก็ไม่รู้ว่าเราจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคตทำไมเราไม่ทำให้มัน settle และเราไม่ได้ใช้ product อื่นเลย ใช้สิ่ง (product) ที่เรามีคือความชำนาญ เพียงแต่ย้ายที่ให้มันสะดวกขึ้น ... (ผู้บริหารคนที่ 2, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

นอกจากนี้ผลการศึกษาของผู้ปฏิบัติการในประเด็นความคาดหวังต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเป็นแบบอย่างขององค์กรภาครัฐที่สร้างหน่วยงานขึ้นมา (SiPH) อยู่ภายใต้คณะแพทยศาสตร์ศิริราช ซึ่งสามารถเลี้ยงตัวเองได้และทำให้เกิดกำไรและนำกำไรส่งกลับคืนศิริราชเพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ยากไร้ ดังเช่นผู้ปฏิบัติการคนที่ 2 กล่าวว่า

... สำหรับหมอดิฉันมันเป็นมิติใหม่ของวงการสาธารณสุขแบบรัฐบาลเพราะเมื่อหันมามองในยุคปัจจุบันในประเด็นการจัดสรรงบประมาณมันไม่ได้ทั่วถึงในระบบสาธารณสุขและอีกอย่างก็คือโรงพยาบาลที่อยู่ในมหาวิทยาลัยเป็นโรคกลุ่ม Tertiary Care (ระบบหน่วยบริการระดับตติยภูมิ) ค่อนข้างเยอะมาก เราจะรู้เลยว่าคนไข้ที่มารักษาค่าใช้จ่ายเงินจากศิริราชมูลนิธิเข้าไปสนับสนุน ตัวเลขมันก็จะสูงขึ้นทุกปี งบประมาณจากภาครัฐที่จ่ายมาไม่เคยเพียงพอกับการให้การดูแลผู้ป่วย เพราะฉะนั้นโรงพยาบาลถูกสร้างขึ้นในโมเดลของ SiPH ก็จะเป็นเหมือนตัวช่วยทำให้การที่โรงพยาบาลของรัฐในระดับโรงเรียนแพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนจำนวนที่เราช่วยได้ก็จะมากขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน หมอมองว่าประโยชน์ในแง่องค์กร ในแง่ของสังคมภาพรวมมันอาจจะเริ่มต้นแบบของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐได้ลองดำเนินกิจการที่ใกล้เคียงกันไปแล้วหลายแห่งคิดว่าเค้าก็คงได้ประโยชน์ใกล้เคียงไม่แตกต่าง ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 2, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1 มีความเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงย่อมดีเสมอ ดังเช่นผู้ปฏิบัติการคนที่ 1 กล่าวว่า

... พี่ว่ามันก็เป็นแบบอย่างขององค์กรภาครัฐไม่ว่าจะเป็นการรถไฟ ปรชณีย์ ว่าการเปลี่ยนแปลงมันดีเสมอสิ่งที่เราตัดสินใจเปลี่ยนแสดงว่าของบางอย่างมันไม่ดีนะเราเลยตัดสินใจที่จะเปลี่ยนและก็สามารถที่จะบริหารทรัพย์สินของรัฐบาลบางให้ได้ประโยชน์ต่อประชาชนสูงสุด ไม่ว่าแพทย์ที่เราส่งเรียนหรือผลิตออกมา เค้าสามารถมองแพทย์คนนี้ว่าสามารถคืนความรู้ต่างๆ ให้กับประชาชนได้อันนี้มันสำคัญกว่า คือเราไม่สามารถบริหารแบบเดิมได้ถ้าเราวิวัฒนาการของคนเป็นเด็ก วัยรุ่น เป็นผู้ใหญ่ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงไปยังผู้สูงอายุ องค์กรก็เหมือนกันถ้าเราสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์สำหรับการเปลี่ยนแปลงดีเสมอ เพราะสิ่งเก่ามันมีบางอย่างที่ทำให้เราหยุด ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1, สัมภาษณ์, 31 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับผู้ปฏิบัติการคนที่ 7 กล่าวว่า

... คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ก็ยังเป็นโรงพยาบาลของรัฐอยู่แต่สร้างหน่วยงานขึ้นมาหน่วยงานหนึ่งเรียกว่า SiPH ที่อยู่ภายใต้คณะแพทยศาสตร์ศิริราช

พยาบาล ที่สามารถเลี้ยงตัวเองได้และทำให้เกิดกำไรได้เพื่อเอากำไรส่งกลับคืนศิริราช เพื่อใช้ในการพัฒนาต่อไป มันคือ private section ที่เงินไม่ได้ออกไปไหนยังอยู่ในคณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อาจารย์คิดว่ามันเป็นไอเดียที่ดีมาก . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 7, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

ดังนั้นผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการส่วนใหญ่มีความเห็นว่าความคาดหวังต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) อยากให้เป็น โรงพยาบาลอ้างอิง (reference hospital) ให้กับโรงพยาบาลเอกชน เพื่อเป็นการคานอำนาจ ไม่ให้มีการทำผิดมาตรฐานการดูแลรักษาทางด้านสาธารณสุขและมีบางส่วนมีความเห็นว่าเป็นการรักษาคนศิริราชไม่ให้ไปอยู่โรงพยาบาลเอกชน

5.3 การนำการบริหารจัดการในแง่ของแนวคิดเสรีนิยมใหม่

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารในประเด็นการนำการบริหารจัดการในแง่ของแนวคิดเสรีนิยมใหม่จะเป็นทางรอดของโรงพยาบาลรัฐ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเป็นทางรอดของโรงพยาบาลรัฐบาลและสามารถยืนหยัดอยู่ได้ด้วยตัวขององค์กรเองได้ ดังเช่นผู้บริหารคนที่ 1 กล่าวว่า “การที่ศิริราชสร้าง SiPH ทำให้เกิดความยืดหยุ่นของศิริราช ทุกวันนี้เราขึ้นอยู่กับขาทั้งสองข้างของ SI และ SiPH” (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้บริหารคนที่ 3 กล่าวว่า

. . . เชื่อว่าผลกระทบในมุมกว้างแบบนี้จะทำให้มีคุณภาพของคนในสังคมนั้นดีขึ้น แล้วก็ทำให้ตัวองค์กรให้บริการนั้นยังสามารถยืนหยัดอยู่ได้ด้วยตัวขององค์กรเอง มีการพึ่งพาทั้งการใช้ทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรของประเทศชาติในลักษณะของงบประมาณหรือในส่วนอื่นที่เป็นส่วนสนับสนุนนั้นลดน้อยลงและน่าจะเป็นแบบอย่างของการทำให้องค์กรสุขภาพหลายองค์กรนั้นเป็นแนวทางในการที่จะหาวิธีทางที่จะทำให้องค์กรนั้นยั่งยืนโดยที่ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาในส่วนของรัฐบาลมากกว่าที่เป็นอยู่ทุกๆ ที่เป็นองค์กรของรัฐบาล น่าจะเป็นรูปแบบของการ transform เป็นแบบอย่างที่ดีในอนาคต . . . (ผู้บริหารคนที่ 3, สัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้บริหารคนที่ 6 กล่าวว่า

“เป็นทางรอดนะถ้าผู้บริหารเข้มแข็ง ถ้าไรขาดทุนของศิริราช ศิริราชไม่ต้องหาเงิน แต่เดิมศิริราชทำอะไรต้องระวังไปหมดเราจะทำไงดีรัดเข็มขัดจำกัดการซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์แต่ตอนนี้ได้เงินสนับสนุนจาก SiPH ทำให้หายใจโล่งขึ้น” (ผู้บริหารคนที่ 6, สัมภาษณ์, 14 ตุลาคม 2564)

ในขณะที่ผู้บริหารคนที่ 2 มองว่าการนำการบริหารจัดการในแง่ของแนวคิดเสรีนิยมใหม่จะเป็นทางรอดของโรงพยาบาลรัฐแต่ไม่มีโรงพยาบาลไหนทำเพราะเนื่องจากมีรัฐบาลให้งบประมาณอยู่ ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 2

... การทำ Privatization เพื่อนำผลประกอบการคืนศิริราช เนื่องจากศิริราชต้องใช้งบประมาณจากรัฐบาลอย่างเดียวไม่ได้หา ซึ่งเราก็ไม่รู้ว่าเราจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคตทำไมเราไม่ทำให้มัน settle และเราไม่ได้ใช้ product อื่นเลย ใช้สิ่ง (product) ที่เรามีความชำนาญ เพียงแต่ย้ายที่ให้มันสะดวกขึ้นแต่จะไม่มีใครทำเพราะรัฐบาลอุ้มตลอดแต่รัฐบาลจะเจ๊งไปเรื่อย และไม่มีการบริหารจัดการเป็นระบบ มีคนมาดูงานเยอะมากแต่ไม่มีคนทำเพราะเค้าไม่เดือดร้อนเราไม่เดือดร้อนแต่เราอยากทำให้เป็นโมเดลในอนาคต ... (ผู้บริหารคนที่ 2, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้บริหารคนที่ 4 มองว่าผลประกอบการที่ส่งให้โรงพยาบาลศิริราช เป็นการแสดงให้เห็นว่าการนำการบริหารจัดการในแง่ของแนวคิดเสรีนิยมใหม่จะเป็นทางรอดของโรงพยาบาลรัฐ ดังเช่นผู้บริหารคนที่ 4 กล่าวว่า

“outcome ที่เห็นผมว่ามันช่วย ก็คือ เราปันกำไรส่วนหนึ่งไปให้ศิริราชเกือบทุกปี มันช่วยอยู่แล้วครับ” (ผู้บริหารคนที่ 4, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

ในขณะที่ผู้บริหารคนที่ 5 มีความเห็นต่างไปว่าถ้ายังมีการบริหารจัดการแบบเอกชนในรูปแบบเดิมอาจไม่ใช่ทางรอดของโรงพยาบาลควรมีการนำการบริหารจัดการแบบใหม่ๆ มาร่วมกันบริหารจะสามารถช่วยให้องค์กรพัฒนาและยั่งยืน ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 5 กล่าวว่า

... ผมมองว่าตอนนี้เราพึ่งรายได้หลักแค่นี้ถ้าพลาดเราหยุดเลยนะมันจะแจ้งการจะขยายมันไม่ได้เพราะทุกวันนี้อุตสาหกรรมที่มันโตเร็วเพราะมัน scale up เพราะฉะนั้นการสร้างตึกต้องใช้เวลานานมาก ผมมองว่าเราไม่ควรยึดติดกับ business โมเดลเดิมๆ อย่างเดียว เพื่อลดความเสี่ยงในอนาคตแล้วก็ยังสามารถ scale up เพื่อสร้างรายได้ให้คณะองค์กรได้ สุดท้ายเราก็จะนำเงินคืนคณะแพทย์ลดลงเรื่อยๆ วิธีการ คือ การเพิ่มราคาเพื่อให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สุดท้ายภาระกลับไปอยู่ที่คนไข้ ปัญหาอยู่ที่กลยุทธ์ว่าจะอยู่กับ business โมเดลเดิมๆ หรือจะรับเป็นที่ปรึกษาตัวอย่าง Agile คือ กระบวนการที่ช่วยให้ทำงานได้เร็วขึ้นโดยลดการทำงานที่เป็นขั้นตอนและงานด้านเอกสารลงและมุ่งเน้นการในทีมให้มากขึ้นเพื่อร่วมการพัฒนา พร้อมนำมาทดสอบและเก็บผลตอบรับเพื่อกลับไปแก้ไขปรับปรุงและตอบโจทย์ผู้ใช้งานมากขึ้น ... (ผู้บริหารคนที่ 5, สัมภาษณ์, 26 สิงหาคม 2564)

นอกจากนี้ผลการศึกษาในส่วนของผู้ปฏิบัติการ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การนำการบริหารจัดการในแง่ของแนวคิดเสรีนิยมใหม่จะเป็นทางรอดของโรงพยาบาลรัฐ ดังเช่นผู้ปฏิบัติการคนที่ 2 กล่าวว่า

... ช่วยแน่นอนเพราะค่าใช้จ่ายที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมันสูงขึ้นทุกปีและงบประมาณจากภาครัฐลดลง และด้วยเทคโนโลยีเพราะฉะนั้นงบประมาณที่รัฐบาลหามาให้ไม่เพียงพอ และการที่มีโมเดลแบบ SiPH ระบบบริการสาธารณสุขแบบศิริราชเราจะเป็นฟันเฟืองให้ศิริราชขับเคลื่อนไปได้และอยู่รอดแต่เราไม่สามารถบอกได้ว่าโรงพยาบาลทุกที่จะสามารถบริหารจัดการได้แบบนี้ ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 2, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 3 กล่าวว่า

... คิดว่าเป็นทางรอดที่ดีที่สามารถแก้ปัญหาเงินรายได้ที่ติดลบสามารถหล่อเลี้ยงตัวเองได้ แต่ว่าโมเดลจะลำบากเหมือนกันตรงที่ SiPH มันอยู่ระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชนดังนั้นการบริการที่ไม่เท่ากับเอกชนคนไข้ก็อาจจะไม่ประทับใจมากเหมือนไปที่โรงพยาบาลเอกชนเต็มตัวดังนั้นโมเดลนี้มันจะใช้ได้เฉพาะโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยศรัทธาของผู้รับบริการ ดังนั้นส่วนใหญ่โมเดลนี้จะใช้ได้ดีกับคณะแพทยศาสตร์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นจุฬา รามา ที่เป็นโรงเรียนแพทย์แต่ถ้าไปใช้กับโรงพยาบาลต่างจังหวัดต่างๆ โมเดลนี้จะใช้ได้หรือเปล่ายังตอบไม่ได้เนื่องจากว่าส่วนใหญ่ที่คณะแพทย์จะมีหมอที่เก่งๆ เยอะคนไข้มีความศรัทธาเยอะเค้าจึงใช้โมเดลนี้อยู่รอด ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 3, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2564)

รวมทั้งผู้ปฏิบัติการคนที่ 7 มีความเห็นว่าเป็นทางรอดเช่นเดียวกับผู้ปฏิบัติการ คนที่ 2 และ 3 และสามารถแก้ปัญหาที่โรงพยาบาลรัฐติดหนี้ ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 7 กล่าวว่า

... เป็นทางรอดของโรงพยาบาลรัฐแก้ปัญหาการเงินได้มากขึ้นในขณะนี้ถ้าเราติดหนี้ทุกปีก็ทำให้การทำงานของเรากำกัฏปัญหาที่โรงพยาบาลรัฐติดหนี้เนื่องจากเราให้บริการที่ดีที่สุดที่เราจะทำได้แต่เราเบิกไม่ได้เช่นคนไข้เป็นนิ่วเราทำ ERCPเราใช้อุปกรณ์มากเพื่อรักษาให้ดีที่สุดแต่เราเบิกไม่ได้มันก็เลยติดหนี้ตัวเอง ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 7, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9 กล่าวว่า

... เป็นทางรอดทางหนึ่งได้ ถ้ารัฐบาลไม่ให้เงินอุดหนุน ปกติโรงพยาบาลรัฐขาดทุนอยู่แล้วเพราะเราได้เงิน subsidy (เงินอุดหนุน) จากรัฐบาล เช่นเราได้เงินเดือนจากรัฐบาลเงินซื้ออุปกรณ์เราก็ได้จากรัฐบาล เงินสร้างตึกเราก็ได้จากรัฐบาลที่นี้ถ้ามองว่าขาดทุนเนี่ยขาดทุนตรงไหน ณ ตอนนี้เรามีรายได้จากข้าราชการพยาบาลเข้ามากับเรามีรายจ่าย

คือเงินเดือนซึ่งเป็นรายจ่ายส่วนใหญ่ ถ้าสมมุติว่าไม่มีเงินจากรัฐบาลมาช่วยหรือช่วยน้อยลงเช่นเรามีรายจ่าย 100 บาท แต่รัฐบาลช่วยเรา 30 บาท ทางคณะแพทยศาสตร์จ่ายเอง 70 บาท ถ้ามองว่าขาดทุนอาจจะเป็นขาดทุนทางตัวเลขเฉยๆ แต่คณะไม่ได้เสียเงินไปเช่นคณะอาจจะมองว่าถ้าไม่มีเงินจากรัฐบาลมาเราก็จ่ายไป เช่น ขาดทุน 30 บาท รักษาทุกโรค หรือถ้ามีเงินของรัฐบาลมาเราก็มารักษาเพราะมัน ก็คือ “กระเป๋าส่ายกระเป๋าชวา” ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลคนไข้คือเงินที่รัฐบาลให้มาใช้จ่ายคนไข้ . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

อย่างไรก็ตามผู้ปฏิบัติการบางส่วนมีความเห็นว่าการมี SiPH ช่วยแก้ปัญหาได้ระดับหนึ่งแต่ไม่สามารถอยู่ได้ยั่งยืน การมีศิริราชมูลนิธิก็เป็นทางรอดอีกทางได้เช่นกัน ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5 กล่าวว่า

. . . ผมคิดว่ามันจะได้ระดับหนึ่งแต่ไม่สามารถ maintain ตัวโรงพยาบาลหลักได้เพราะว่ามันขึ้นอยู่กับขนาดตัวโรงพยาบาลที่เราสร้างขึ้นใหม่ อย่าง SiPH มีประมาณ 200 กว่าเตียง จะไปครอบคลุมโรงพยาบาลหมื่นกว่าเตียงมันเป็นไปไม่ได้อยู่แล้วคือขนาดของตัวโรงพยาบาลหลักกับขนาดของโรงพยาบาลที่สร้างขึ้นใหม่เป็นแบบเอกชนมันไม่สมดุลกันหมายความว่า มันคงช่วยส่วนหนึ่งแต่ส่วนหลักคงยังไม่ได้ . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

เช่นเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 8 กล่าวว่า

. . . ผมมองว่า private wing เป็นทางรอดทางหนึ่ง แต่ไม่ใช่ทางเดียวปัจจุบันรัฐบาลสนับสนุนโรงพยาบาลน้อยมากการมีศิริราชมูลนิธิก็เป็นทางรอดอีกทาง ซึ่งในหลายโรงพยาบาลก็เริ่มมีมูลนิธิเช่นกัน ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์มันสูงขึ้นอย่างรัฐใช้หลัก 30 บาท คุณไม่สามารถใช้ copayment ได้เลย คือ รัฐบาลจ่ายตาม DRG เท่านั้นที่เหลือโรงพยาบาลจ่ายจริงๆ แล้วทางรอดของโรงพยาบาลและเป็นทางรอดของสาธารณสุขในประเทศไทยต้องเป็น copay อย่างไม่มีทางเลือก หลักการ 30 บาทรักษาทุกโรคดีเพราะในต่างประเทศเค้าใช้มาแล้วดีแต่ของเราที่มันไม่ดีเพราะเราไป spoil และไม่โปร่งใส ความจริงในเขตนี้มีคนไข้ 30 บาทรักษาทุกโรค ก็คนทางรัฐประเมินว่าค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปีประมาณ 1,300 บาทจะได้รับเป็นเงินก้อนไปบริหารจัดการค่าบุคลากรที่โรงพยาบาลติดลบเพราะเงินก้อนนี้เพราะรัฐบาลบอกให้มาแล้วค่าเงินเดือนบุคลากรค่าน้ำค่าไฟคุณไปหักเองนะโรงพยาบาลถึงติดลบทุกโรงพยาบาลต้องมาเรียนสรุป DRG การแก้ไขต้องเป็น copayment . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 8, สัมภาษณ์, 27 สิงหาคม 2564)

นอกจากนั้นโรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลของแผ่นดินที่ช่วยเหลือสังคมมาตลอด ไม่ว่าสถานการณ์จะเป็นอย่างไรการมี SiPH ก็เป็นทางรอดทางหนึ่งดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 4 กล่าวว่

... ด้วยความที่เราเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่ไม่เคยปฏิเสธคนไข้เลย เราเป็นโรงพยาบาลของแผ่นดินใครตกทุกข์ได้ยากเราช่วยหมดถึงแม้ในช่วงโควิดต้องมีการผ่าตัดก็ต้องทำเพราะคนไข้ไม่มีที่ไป คือ ถ้าเราพร้อมเรารับหมดเราต้องผ่าตลอดเคสโควิดตลอดเพราะที่อื่นไม่รับ ไม่ว่าสถานการณ์ใดๆ ศิริราชก็พร้อมที่จะรับดูแลคนที่ตกทุกข์ได้ยากเพราะการจะทำแบบนี้ไปเรื่อยๆ เรากินบุญเก่าไม่ไหวใช้เงินในกระเป๋าวันหนึ่งก็ต้องมีวันหมดไป มันก็เสี่ยงไม่ได้ที่เราต้องหารายได้มาสนับสนุนนี้เราก็ไม่ได้มองว่ามันทุจริต มันคือรายได้สุจริตนะเราแจ้งกับคนไข้ว่าเราเบิกไม่ได้นะ ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 4, สัมภาษณ์, 15 กันยายน 2564)

ในขณะที่ผู้ปฏิบัติการคนที่ 10 มีความเห็นต่างว่าการนำการบริหารจัดการแบบเอกชนมาใช้นั้นไม่ใช่ทางรอดของโรงพยาบาลศิริราชแต่เป็นการร่วมจ่าย (copayment) ระหว่างประชาชนกับภาครัฐบาลจะเป็นทางรอด ดังเช่นผู้ปฏิบัติการคนที่ 10 กล่าวว่

... ผมยอมรับว่าโอเคดีแต่ยังไม่ใช่ทางรอดของศิริราช ผมคิดว่าระบบสุขภาพควรรับสภาพความเป็นจริงการที่เงินได้จากรัฐสนับสนุนไม่ได้เราต้องอยู่ให้ได้ ผมยกตัวอย่างโรงพยาบาลประเทศญี่ปุ่นที่เค้าออกนอกกระบวนนั้นก็ยังได้รับงบประมาณจากรัฐแต่คนญี่ปุ่นในวัยทำงานต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพทุกเดือนเข้ากองทุน และต้องร่วมจ่ายระบบ 30 บาท ที่เรารับมาจากประเทศอังกฤษก็ทำได้ไม่ดี ผมคิดว่าถ้าประชาชนไม่ช่วยจ่ายเลยมันคงเป็นปัญหา ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 10, สัมภาษณ์, 24 สิงหาคม 2564)

ดังนั้นผลการศึกษาในประเด็นการนำการบริหารจัดการในแง่ของแนวคิดเสรีนิยมใหม่จะเป็นทางรอดของโรงพยาบาลรัฐ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการแสดงให้เห็นว่าเป็นทางรอดของโรงพยาบาลรัฐ แต่มีบางส่วนมีความเห็นว่าไม่ใช่ทางรอดและเสนอว่าควรมีมูลนิธิและการร่วมจ่าย (Copayment) ระหว่างประชาชนกับภาครัฐบาล

5.4 ผลกระทบต่อสวัสดิการสังคมได้ะไรจากการเปลี่ยนผ่าน

ผลการศึกษาในด้านผลกระทบต่อสวัสดิการสังคมว่าสุดท้ายแล้วสังคมจะได้ะไรจากการเปลี่ยนผ่านนี้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร พบว่า ส่วนใหญ่มองว่าการทำให้องค์การเติบโตอย่างยั่งยืน (Triple Bottom Line) และสามารถสร้างกลยุทธ์นำเงินไปช่วยผู้ด้อยโอกาสได้ เป็นการ

ช่วยส่งเสริมการบริการที่กว้างขวางมากขึ้นและเป็น reference hospital ทั้งในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยของการตั้งราคา ยา ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 1 กล่าวว่า

... “Triple Bottom Line” คือ การทำให้ธุรกิจเติบโตอย่างยั่งยืน “ระบบ Health care ขึ้นอยู่กับ research and development ก้าวแรกเป็นเรื่องของ Administration และ distribution เราต้องทำให้ระบบมันนุ่มนวลมีประสิทธิภาพและอยู่ได้ ปัญหาตอนนี้ คือ เราไม่มีการสร้าง Innovation ใหม่ ๆ เราเป็น copy & paste ในสมัยผมเด็กๆ การผ่าตัดหัวใจต้องไปอเมริกา เราก็มีการพัฒนาเราได้ขั้นแรกเราทำให้โรงพยาบาลได้รับ JCI เราสามารถดูแลคนของเราได้ เราสามารถบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพได้ เราสามารถทำให้คนมีเงินมารักษาและสามารถทำกลยุทธ์นำเงินไปช่วยผู้ด้อยโอกาสได้ ระบบ Health care ในอเมริการันด้วย ระบบ Privatization โรงพยาบาลต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น Harvard University และ Mayo Hospital มีความสมดุลทั้งในการผลิตแพทย์และทำ research ไม่เหมือนเราแต่เราอยากเป็นแบบ Mayo Hospital ส่วนที่คล้ายเราคือ UCLA เค้านจะมีมหาวิทยาลัยอยู่ในโรงพยาบาล UCLA wing ผมไม่รู้ว่าจะอนาคตจะเป็นอย่างไร แต่ว่าโรงพยาบาลในต่างประเทศเปลี่ยนไปเป็น Privatization แต่ว่าเมื่อปี 1960 เป็น Public ผมก็ไม่รู้เราจะเปลี่ยนไปเป็นแบบนี้หรือไม่ รู้ว่าระบบ Health care ในอนาคตจะเป็นอย่างไร สังเกตว่า “private hospital อยากทำ Education hospital และ medical school ส่วน Public hospital ก็อยากจะทำ special wing” เป็นความหลากหลายของระบบ Health care หากคุณมองย้อนไปสิบอันดับแรกของโรงพยาบาลใน USA เป็น private hospital การที่ศิริราชสร้าง SiPH ทำให้เกิดความยืดหยุ่นของศิริราชทุกวันนี้เราขึ้นอยู่กับขาทั้งสองข้างของ SI และ SiPH ... (ผู้บริหารคนที่ 1, สัมภาษณ์, 18 สิงหาคม 2564)

ในทำนองเดียวกับ ผู้บริหารคนที่ 3 กล่าวว่า

... โดยภาพรวมนั้นก็ต้องถือว่าเราช่วยสังคมของการดูแลผู้ป่วยให้มีการยกระดับมาตรฐานได้ดีขึ้น มีการให้บริการที่กว้างขวางมากขึ้นและน่าจะเป็นตัวอย่างสำคัญอันที่จะเป็น reference hospital ทั้งในเรื่องของการดูแลผู้ป่วย เรื่องของการตั้งราคา ยา เรื่องของการใช้สื่อบันเพิ่มเติม เรื่องของมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยว่าเป็น reference hospital ให้กับโรงพยาบาลเอกชนหรือถ้าเป็นไปได้ความหวัง คือ เป็น reference hospital ให้กับโรงพยาบาลต่างประเทศว่าโรงพยาบาลเอกชนที่ควรเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยนั้นควรจะมีรูปแบบอย่างไร ... (ผู้บริหารคนที่ 3, สัมภาษณ์, 17 สิงหาคม 2564)

นอกจากนี้ผู้บริหารบางส่วนมีความเห็นว่าการมี SiPH เป็นทางเลือกทางหนึ่งให้กับประชาชนที่มีกำลังจ่ายได้มาใช้บริการด้านสุขภาพรวมทั้งประโยชน์ทางสังคมของคนที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายเพราะว่าทาง SiPH มอบกำไรคืนให้กับคณะฯ เพื่อใช้รักษาผู้ป่วยยากไร้ ดังเช่น ผู้บริหารคนที่ 4 กล่าวว่า

... สุดท้ายแล้วสิ่งที่สังคมจะได้ คือ 1. มีโรงพยาบาลเพิ่มอีก 300 กว่าเตียง คำตอบชัดเจนอยู่แล้วผู้ป่วยมีโอกาสในการรับบริการที่สูงขึ้น 2. ผู้ที่มีกำลังจ่ายต้องการรับบริการอีกหนึ่งระดับและจ่ายได้ไม่เดือดร้อนหรือมีสิทธิสวัสดิการด้านสุขภาพซึ่งมันครอบคลุมอยู่ทำให้มีทางเลือกเพิ่มมากขึ้น 3. สังคมได้รับบริการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของศิริราชโดยไม่ต้องไปเข้าระบบศิริราช 4. เราชี้นำสังคม ตัวอย่างราคาของเราเราให้ตามข้อบ่งชี้ และตามหลักการทางการแพทย์ เพราะฉะนั้นผู้ป่วยหรือสังคมจะได้รับบริการทางการแพทย์ภายใต้มาตรฐาน JCI ช่วงโควิดปัญหาการเข้าถึงมีแน่นอนแต่เรามีช่องทางอื่นเช่นศิริราชให้เข้าแน่นอน ... (ผู้บริหารคนที่ 4, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

ในทำนองเดียวกับ ผู้บริหารคนที่ 6 กล่าวว่า “... สังคมจะได้รับการบริการที่ดีขึ้นทั้งสองส่วน ทั้งคนที่รวยที่สุดคนปานกลาง เป็นทางเลือกสำหรับคนรวย และสำหรับผู้ด้อยโอกาสก็จะได้รับบริการทางด้านสุขภาพที่ดี ...” (ผู้บริหารคนที่ 6, สัมภาษณ์, 14 ตุลาคม 2564)

ผู้บริหารคนที่ 5 มีความเห็นเช่นเดียวกันว่านอกจากจะเป็นทางเลือกให้กับผู้มีรายได้แล้วยังสามารถ transfer knowledge หรือ Knowhow ให้กับศิริราชและให้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ได้เช่นเรื่อง การได้รับมาตรฐานระดับโลก JCI ผู้บริหารคนที่ 5 กล่าวว่า

... ผมว่าเดิมด้วยชื่อเสียงของศิริราชมีคนอยากจะมารักษาที่นี่เยอะแต่คนที่มีรายได้ส่วนหนึ่งเค้าไม่ยอมมาเพราะเค้าไม่ยอมไปเบียดบังเวลาของคนที่มีปัญหาทางการเงินเค้าก็เลยไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนที่พอใกล้เคียง และบางคนเค้ารู้สึกว่เมื่อไปใช้บริการที่ศิริราชมีปัญหาเรื่องความไม่สะดวกสบายเพราะฉะนั้นการก่อตั้งของ SiPH ที่ดูแลเคส private จะตอบโจทย์ของคนไข้ที่ไม่ต้องไปเบียดบังคนยากไร้ ก็ได้รับการรักษาที่ศิริราช และก็บริการที่นี้ก็สะดวกสบายกว่าไปใช้บริการที่ศิริราชเพราะฉะนั้นในมุมมองของคนที่มีฐานะดีตอบโจทย์สังคมในข้อนี้ได้ ถัดมาสังคมของคนที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายเพราะว่าเรามอบกำไรคืนให้กับคณะฯ อย่างน้อยมันอาจจะไม่เยอะเมื่อเทียบกับเปอร์เซ็นต์ค่าใช้จ่ายของศิริราชทั้งหมดแต่มันก็เป็นเงินรายได้ที่ออกไปใช้กับคณะฯ ไปดูแลคนที่ด้อยโอกาสไปปรับปรุงเรื่องงานวิจัยสังคมจะได้ตรงส่วนนี้แหละ ... (ผู้บริหารคนที่ 5, สัมภาษณ์, 26 สิงหาคม 2564)

ในส่วนของผลการศึกษาผู้ปฏิบัติการ พบว่า ส่วนใหญ่มองว่าเป็นทางเลือกให้กับประชาชนผู้ปฏิบัติการคนที่ 4 กล่าวว่า

. . . มันทำให้คนไข้มีทางเลือก เช่น ในสมัยก่อนคนรวยอยากได้รักษากับอาจารย์ที่ศิริราชเค้าต้องไปสืบทว่าอาจารย์ออกตรวจที่ไหนบ้าง แต่ตอนนี้ไม่ต้องแล้วอยากตรวจอาจารย์ท่านนี้ก็มา SiPH มันก็ทำให้สังคมมีทางเลือกที่ดีขึ้น ถ้าเราจ่ายได้ก็ไม่ควรมาเบียดคนไข้ของศิริราช แต่เค้าจ่ายมากแต่เงินนั้นก็กลับไปช่วยผู้ป่วยที่ยากไร้ได้ ซึ่งต่างจากโรงพยาบาลเอกชนอื่น . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 4, สัมภาษณ์, 15 กันยายน 2564)

ในการทำงานเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5 กล่าวว่า

. . . เราสามารถแยกคนไข้กลุ่มหนึ่งที่เค้าสามารถจ่ายได้ออกจากคนไข้พื้นฐานที่เค้าไม่สามารถจ่ายได้เพราะฉะนั้นคนไข้กลุ่มนี้ จากเดิมไปรักษาที่ศิริราชในเวลาราชการ มันไปเบียดบังช่วงเวลาคนไข้ที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้แล้วคนกลุ่มนี้ก็เข้าไปในระบบปกติ ผมคิดว่ามันเป็นการแยกคนกลุ่มที่จ่ายได้ออกเพราะจากเดิมคนกลุ่มนี้ จะมีคนที่สามารถฝากได้มันก็เลยไปรักษาในระบบปกติมันมาใช้แหล่งเดียวกัน แต่คราวนี้พอมีทางเลือกมากขึ้นเช่นเป็นนอกเวลาราชการซึ่งค่าใช้จ่ายก็อยู่ระดับกลาง เมื่อมี SiPH ที่มีค่าใช้จ่ายที่แพงขึ้นและคนกลุ่มนี้ สามารถจ่ายได้อยู่แล้ว คือมันไปรวมอยู่ในระบบเดียวกัน ซึ่งพอมี SiPH มันมีข้อดี ส่วนข้อด้อยมันก็จะมีความเหลื่อมล้ำทางสังคมมากขึ้น คือ คนที่สามารถจ่ายได้ก็จะได้รับการรักษาที่รวดเร็วกว่าซึ่งมันก็เป็นข้อด้อยของระบบที่มันแยกออกมา . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 5, สัมภาษณ์, 13 สิงหาคม 2564)

ผู้ปฏิบัติการคนที่ 8 มีความเห็นเช่นเดียวกันว่า SiPH เป็นทางเลือกให้กับประชาชนที่มีรายได้แต่ต้องการความสะดวกรวดเร็ว อาจกล่าวได้ว่า ต้องการมาตรฐานการรักษาแบบโรงเรียนแพทย์แต่ต้องการความรวดเร็วแบบเอกชน ดังเช่น กล่าวว่า ผู้ปฏิบัติการคนที่ 8

. . . ถ้าในมุมมองผู้บริหารก็จะทำให้มีทางเลือกมากขึ้นตัวอย่างง่ายๆ คือ คนต้องการเข้าหา specialist ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียนแพทย์ คนภายนอกต้องคิดว่าคนเยอะเสียเวลา สิ่งที่เค้าซื้อ คือ เวลาและความสบายเช่นรอ 3 ชม. เค้าเอาเวลานี้ไปทำเงินได้เยอะกว่า คนต้องการเอกชนต้องการความสบายที่ไม่ไปเพราะหมอไม่เก่ง เอกชนก็เลยซื้อตัวแพทย์เอาไปเป็นแม่เหล็ก พอเรามี private wing คือ สังคมต้องการเจออาจารย์แพทย์ศิริราชแต่ไม่ต้องการรับบริการแบบรัฐบาล SiPH จึงตอบโจทย์ความต้องการของประชาชน . . . (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 8, สัมภาษณ์, 27 สิงหาคม 2564)

ในขณะที่ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1 มีความเห็นว่าการบริหารจัดการแบบ SiPH มีรูปแบบเช่นเดียวกับธุรกิจเพื่อสังคม (Social enterprise) เป็นกิจการที่มีจุดมุ่งหมายหลักในการแก้ไขปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยใช้กลไกการบริหารจัดการที่ดีของภาคธุรกิจมาบวกกับความรู้และนวัตกรรมสังคม มีความยั่งยืนทางการเงินจากรายได้หลักที่มาจากสินค้าหรือบริการโดยไม่ต้องพึ่งพาเงินบริจาค

และมีการนำผลกำไรที่เกิดขึ้นไปลงทุนซ้ำเพื่อขยายผลกระทบทางสังคมที่เกิดขึ้น ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1 กล่าวว่า

... จากการพัฒนาการของศิริราชมมา 3 phase แล้วจะเป็น public คลินิกพิเศษนอกเวลา และอีกส่วนหนึ่งเป็น private สังคมได้อะไรกลับมามองว่าสุขภาพของคนบางกลุ่มเท่าที่มีกำลังจ่ายต่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความเชี่ยวชาญได้มากขึ้น จริงๆ มีประโยชน์กับบางคนที่ไม่ต้องบินไปรักษาที่ต่างประเทศ บางคนแค่เจอหมอในเมืองไทยรักษาในเมืองไทยรายได้ก็เข้าประเทศอยู่ในเมืองไทย เราไม่ได้เสียดุลการค้าให้ต่างประเทศ มีคนรวยอีกมากที่บินไปรักษาต่างประเทศอีกเยอะหรือจะเอาหมอต่างประเทศมารักษา กลับมองว่านั่นคือ ประโยชน์อีกมุมหนึ่งทำให้คนไข้กลุ่มหนึ่งสามารถที่จะเข้าถึง สามารถเอาทุนทรัพย์บางส่วนช่วยสังคมจริงๆ มันคล้ายๆ Social enterprise มันเป็นเหมือนกับการ set มารบบหนึ่ง คนมีกำลังจ่าย และเงินที่ได้กลับไปช่วยอีกส่วนหนึ่งที่มีกำลังจ่ายน้อย พี่กลับมามองว่ามันเป็นประโยชน์ ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 1, สัมภาษณ์, 31 สิงหาคม 2564)

ในขณะที่ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9 มองว่ามีข้อเสียว่าโรงพยาบาลศิริราชจะมาหาผลประโยชน์กับคนไข้ ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9 กล่าวว่า

... ข้อเสีย คือ อาจจะทำให้คนมองโรงพยาบาลรัฐเป็นอีกอย่างหนึ่ง ศิริราชจะมาหาผลประโยชน์กับคนไข้ จะคิดแบบเอกชนเลยใช้ไหมอาจจะทำให้ผลกระทบต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์ขององค์กรได้” หรือถ้าสมมุติบริหารจัดการได้ไม่ดีเช่นเดินมาฝั่งศิริราชรอ 3 เดือนแต่พอเข้ามา SiPH ทำได้เลยแพทย์คนเดียวกัน อาจจะเป็นผลเสียได้ ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 9, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

ในการทำงานเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 3 กล่าวว่า

... การเปลี่ยนผ่านแบบหนึ่งโรงพยาบาลสองระบบถ้าในทางตรงประชาชนไม่ได้อะไรเลยเพราะประชาชนที่มีฐานะก็ไปหาหมอที่ดีได้ไม่จำเป็นต้องมี SiPH การได้รับการรักษาก็คงเหมือนกัน แต่ประชาชนจะได้ผลทางอ้อมเพราะการมี SiPH ไปสมทบให้ศิริราชดีขึ้นแน่นอนพอเรามีเงินที่เยอะขึ้น การรักษาต่างก็จะดีขึ้นเพราะมีเครื่องมือใหม่ๆ มาใช้งานวิจัย ทำให้คณะแพทยศาสตร์มีการยอมรับมากขึ้น อันนี้จะเป็นจุดที่ทำให้คนไข้ อาจจะได้ผลประโยชน์จากการมี SiPH ในภายหลัง ซึ่งมันได้เป็นโดยตรงเสียทีเดียวเป็นทางอ้อมๆ ในความคิดผม ... (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 3, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2564)

นอกจากนี้ยังมีผู้ปฏิบัติการมองว่าสังคมก็จะได้ตามปณิธานของโรงพยาบาลเรานำกำไรส่วนหนึ่งคืนสู่ศิริราชและสังคม ดังเช่น ผู้ปฏิบัติการคนที่ 6 กล่าวว่า “... สังคมก็จะได้ตามปณิธานของโรงพยาบาลเรานำกำไรส่วนหนึ่งคืนสู่ศิริราชและสังคม ซึ่งศิริราชก็ตอบแทนสังคมในการรักษา

ผู้ป่วยอนาถาและผู้ป่วย30บาท เป็นผู้นำด้านสาธารณสุขการออกหน่วยฉีดวัคซีน . . .” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 6, สัมภาษณ์, 10 ตุลาคม 2564)

ในการทำงานเดียวกับ ผู้ปฏิบัติการคนที่ 7 กล่าวว่า

“สังคมก็ได้การบริการที่ดีขึ้นที่รวดเร็วขึ้นถ้ามองในแง่ของผู้ใช้บริการแต่ถ้ามองในแง่ของผู้ให้บริการทางจิตใจตามแนวคิดการเป็นผู้รับกับผู้ให้ถ้าเค้าจ่ายมากแต่เงินตรงนั้นก็ส่งกลับไปให้ผู้ป่วยยากไร้ได้” (ผู้ปฏิบัติการคนที่ 7, สัมภาษณ์, 20 สิงหาคม 2564)

ดังนั้นผลการศึกษาของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ผลกระทบต่อสวัสดิการสังคมว่าสุดท้ายแล้วสังคมจะได้อะไรจากการเปลี่ยนผ่านนี้ จากการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่าสุดท้ายแล้วสังคมจะได้แนวทางการทำให้องค์การเติบโตอย่างยั่งยืน (Triple Bottom Line) และเป็นรูปแบบธุรกิจเพื่อสังคม (Social interprice) มีจุดมุ่งหมายหลักในการแก้ไขปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยใช้กลไกการบริหารจัดการที่ดีของภาคธุรกิจกับกลยุทธ์นำเงินไปช่วยผู้ด้อยโอกาสได้ถือเป็นการช่วยสังคมของการดูแลผู้ป่วยให้มีการยกระดับมาตรฐานการให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่กว้างขวางมากขึ้นและเป็นโรงพยาบาลอ้างอิง (reference hospital) ทั้งในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยและเรื่องของการตั้งราคายา แต่มีบางส่วนที่มีความเห็นว่าข้อเสียคืออาจจะทำให้คนมองโรงพยาบาลรัฐหาผลประโยชน์กับคนไข้ได้

ในภาพรวมสามารถสรุปผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการเป็นตารางที่ 5.4 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5.4

ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ

หัวข้อ	องค์ประกอบ	ผู้บริหารคนที่						ผู้ปฏิบัติการคนที่									
		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. จุดเริ่มต้นในการก่อตั้ง SiPH	1.1 การออกนอกระบบไปเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ	✓	✓		✓	✓	✓				✓	✓			✓	✓	✓
	1.2 Financial crisis	✓					✓										
	1.3 การสร้างโรงพยาบาลที่เป็นแบบ Privatization ทำให้องค์กรอยู่รอดได้	✓	✓	✓	✓		✓										
	1.4 โครงการนำร่อง The Heart by Siriraj	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓			
	1.5 งบประมาณแผ่นดินลดลง					✓	✓										
	1.6 นโยบาย Medical hub						✓										
2. รูปแบบ	2.1 Nonprofit organization	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
	2.2 Social Enterprise	✓															
3. การดำเนินงาน	3.1 โครงสร้าง																
	3.1.1 คณะกรรมการบริหารมี 2 บอร์ด คือ คณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการบริหาร	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
	3.1.2 การบริหารจัดการพิเศษ (Privatization) ภายใต้ระบบมหาวิทยาลัย							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	3.2 งบประมาณ																
	3.2.1 ได้รับงบประมาณจากรัฐบาลในปี พ.ศ. 2553	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	3.2.2 การจัดซื้อจัดจ้างแบบรัฐบาล	✓	✓	✓	✓		✓										
	3.3 ทรัพยากรบุคคล																
	3.3.1 บริหารจัดการเรื่องการรับบุคลากรและค่าตอบแทน สวัสดิการของบุคลากร	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
	3.3.2 กำหนดให้ตำแหน่งหัวหน้าเป็นบุคลากรจากศิริราช (ทุนมนุษย์ศิริราช)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	3.4 ผลประกอบการ																
	3.4.1 ส่งกลับไปให้ศิริราชหลังหักค่าใช้จ่ายกระจายซ้ำให้คนยากไร้	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ตารางที่ 5.4

ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ (ต่อ)

หัวข้อ	องค์ประกอบ	ผู้บริหารคนที่						ผู้ปฏิบัติการคนที่									
		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน	4.1 การใช้สิทธิเบิกได้																
	4.1.1 การสำรองจ่ายและเบิกจากต้นสังกัด	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
	4.2 ความเห็นต่าง																
	4.2.1 วัฒนธรรมต่อต้าน (against culture)	√															
	4.2.2 คนศิริราชเป็นคนอนุรักษ์นิยม (conservative) ทำให้ต้องทำให้คนรวย/เอาเปรียบสังคม ศิริราชมีมลทิน	√	√	√	√						√			√		√	
	4.2.3 ไม่ควรใช้เวลาที่เกี่ยวข้องกับของคณะแพทยมาใช้ใน SIPH มีความรู้สึกว่ามีผลประโยชน์ทับซ้อน					√	√										
	4.2.4 ปฏิเสธการมาออกตรวจที่ SIPH							√	√	√		√	√		√	√	√
	4.3 จุดสมดุลของความเห็นต่าง																
	4.3.1 แนวคิดโมเดลเครื่องบิน	√	√	√	√	√	√										
	4.3.2 แนวคิดร้านขายหมูปิ้ง	√	√	√													
	4.3.3 การบริการมีการแข่งขันแต่ต้องมีความถูกต้องของวิชาการและความถูกต้องของมนุษยธรรมและศีลธรรมที่ควรพึงมี			√			√										

ตารางที่ 5.4

ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ (ต่อ)

หัวข้อ	องค์ประกอบ	ผู้บริหารคนที่						ผู้ปฏิบัติการคนที่									
		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. ผลกระทบ การเปลี่ยนผ่าน	5.1 ภาวะสมองไหล (Brain drain)																
	5.1.1 ช่วยแก้ปัญหาได้																
	5.1.1.1 ทำให้ชีวิตง่ายขึ้นลดเวลาไม่ต้องเดินทาง							✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓
	5.1.2 ช่วยได้ระดับหนึ่ง	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
	5.1.3 ไม่ช่วยแก้ปัญหา											✓			✓		
	5.2 การส่งตรวจที่เกินมาตรฐาน (over investigate)																
	5.2.1 มี			✓								✓			✓		
	5.2.2 ไม่มี	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓
	5.3 ราคายาที่เกินมาตรฐาน																
	5.3.1 มี											✓			✓	✓	✓
	5.3.2 ไม่มี				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓			
	5.3.2.1 โรงพยาบาลสีเขียวคือโรงพยาบาลที่ราคาอยู่ในเกณฑ์สมมูล	✓	✓	✓													
	5.4 ผลกระทบจากการทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้า																
	5.4.1 เป็นสินค้าเพราะเป็นโรงพยาบาลเอกชน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓						
	5.4.2 ไม่เป็นสินค้า								✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
	5.5 ประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma)																
	5.5.1 มี					✓										✓	
	5.5.2 ไม่มี	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓

ตารางที่ 5.4

ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ (ต่อ)

หัวข้อ	องค์ประกอบ	ผู้บริหารคนที่						ผู้ปฏิบัติการคนที่									
		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. ผลกระทบ การเปลี่ยนผ่าน	5.6 ความคาดหวังต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)																
	5.6.1 The last opinion	✓															
	5.6.2 Reference hospital	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓		
	5.6.3 Sustainability	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓				✓	✓
	5.6.4 resolve brain drain	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓
	5.7 เป็นทางรอดให้กับโรงพยาบาลรัฐ																
	5.7.1 เป็น	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	5.7.2 ไม่เป็น																✓
	5.8 การนำแนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนไปใช้ในโรงเรียนแพทย์ส่งผลดีผลเสียต่อการผลิตแพทย์อย่างไร																
	5.8.1 ผลดี																
	5.8.1.1 มีระบบพึงพิงระหว่างรูปแบบทุนนิยมและทำเพื่อสังคม	✓															
	5.8.1.2 ได้เห็นชีวิตจริงหลังจากที่จบแพทย์แล้วว่าจะมีแพทย์ในส่วนที่เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน		✓	✓													
	5.8.2 ผลเสีย: มีผลในแง่ของภาพลักษณ์รู้สึกคุณค่าลดลง				✓	✓	✓						✓				
	5.8.3 ไม่มีผล							✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓

ตารางที่ 5.4

ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ (ต่อ)

หัวข้อ	องค์ประกอบ	ผู้บริหารคนที่						ผู้ปฏิบัติการคนที่									
		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. ผลกระทบ การเปลี่ยนผ่าน	5.9 ผลกระทบต่อสวัสดิการสังคมว่าสุดท้ายแล้วสังคมจะได้อะไร																
	5.9.1 การทำให้ธุรกิจเติบโตอย่างยั่งยืน (Triple Bottom Line)	√															
	5.9.2 ทำให้องค์กรสามารถยืนอยู่ด้วยตัวขององค์กรเอง		√	√	√	√											
	5.9.3 เป็นทางเลือกการได้รับบริการทางด้านสุขภาพที่ดี	√							√	√							
	5.9.4 สามารถควบคุมราคาของโรงพยาบาลเอกชนได้						√				√	√			√		
	5.9.5 Social Enterprise							√					√	√		√	√

ที่มา: ประมวลผลจากการทบทวนวรรณกรรม.

ตารางที่ 5.4 แสดงถึงผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ ใน 5 ประเด็น ดังนี้ 1.จุดเริ่มต้นในการก่อตั้ง SiPH พบว่า ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ ส่วนใหญ่เห็นว่าการออกนอกระบบไปเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ รองลงมาเป็นการเริ่มต้นของผู้บริหารในการสร้างโครงการนำร่อง The Heart by Siriraj แนวคิดผู้บริหารสร้างโรงพยาบาลที่เป็นแบบ Privatization ทำให้องค์กรอยู่รอดได้ และนโยบายภาครัฐบาลที่จะเป็น Medical hub และ 2. รูปแบบการบริหารเป็นแบบ องค์กรไม่แสวงกำไร 3. การดำเนินงานพบว่า โครงสร้างของ SiPH มีคณะกรรมการบริหาร 2 ชุด คือ คณะกรรมการอำนวยการและ คณะกรรมการบริหาร ได้รับงบประมาณจากรัฐบาล ในปี พ.ศ. 2553 เพียงครั้งเดียวแต่มีการจัดซื้อจัดจ้างแบบรัฐบาล SiPH มีการบริหารจัดการเรื่องการรับบุคลากรและค่าตอบแทน สวัสดิการของบุคลากรเองและผลประกอบการส่งกลับไปให้ศิริราช หลังหักค่าใช้จ่ายแล้ว 4.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพบว่า ปัญหาการไม่สามารถใช้สิทธิเบิกได้ ปัญหาความเห็นต่างส่วนมากเห็นว่าทำไมเราต้องทำให้คนรวยเป็นการใช้เงินภาษีของประชาชนมาดูแลคนร่ำรวยอย่างเดียว 5. ผลกระทบการเปลี่ยนผ่านพบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่าช่วยแก้ปัญหาภาวะสมองไหลได้ ไม่มีการส่งตรวจที่เกินมาตรฐานและราคายาไม่เกินมาตรฐาน ส่วนผลกระทบจากการทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้าพบว่า ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นสินค้า เพราะเป็นโรงพยาบาลเอกชน ไม่มีประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma) และเป็นทางรอดให้กับโรงพยาบาลรัฐ

นอกจากนั้นผู้วิจัยยังพบข้อมูลที่ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เกี่ยวกับแพทย์และพยาบาลที่ได้รับผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จากการมีการบริหารจัดการระบบพิเศษนี้ อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันหรือไม่ และการได้รับผลประโยชน์หรือผลอันไม่พึงประสงค์นี้มีผลต่อการสั่นคลอนอุดมการณ์ และวัฒนธรรมของโรงพยาบาลจากศิริราช ซึ่งมีฐานคิดสังคมประชาธิปไตยพระราชดำริของสมเด็จพระปิตาอย่างไร โดยจะนำเสนอเป็นตารางให้เห็นถึงผลกระทบจากการมีการบริหารจัดการระบบพิเศษขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 หัวข้อ คือ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ดังตารางที่ 5.5

ตารางที่ 5.5

ผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบแพทย์และพยาบาล จากการมีการบริหารจัดการระบบพิเศษ

หัวข้อ	รายละเอียด	ผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อแพทย์และพยาบาล	
		เชิงบวก	เชิงลบ
1. มิติโครงสร้าง	1.1 ด้านโครงสร้าง	- มีการบริหารจัดการที่คล่องตัว - โครงสร้างองค์กรเป็นแบบแบนราบสายการบังคับบัญชาสั้น - การมอบหมายงานที่เน้นกระจายอำนาจใช้หลักธรรมาภิบาล	- การบริหาร private wing มีปัญหาเพราะยังอยู่ภายใต้ศิริราชที่มีกฎระเบียบขั้นตอน ซึ่งเป็นการปรับจากรัฐบาลทำให้โอกาสการคิดนอกกรอบมันน้อยลง
	1.2 ด้านทรัพยากรบุคคล	- SiPH กำหนดอัตราเงินเดือน ค่าจ้าง เงินเพิ่ม เงินรางวัล ค่าตอบแทน การประเมินผลปฏิบัติงาน สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ต่างๆ ตามผลงาน - สามารถหมุนเวียนผู้ปฏิบัติงานและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานได้ดี - สรรหาบุคลากรเข้ามาทำงานในองค์กรตามคุณสมบัติที่ต้องการ	- เรื่องสิทธิป่วยลาวันหยุดจะมีต่างกับศิริราชในเรื่องวันหยุดต่างๆ จะมีประกาศของ SiPH ซึ่งจะหยุดตามที่รัฐบาลประกาศ
	1.3 ด้านการเงิน, คุรุภัณฑ์	- ขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้างเช่นเดียวกับศิริราชแต่เรามีการจัดซื้อจัดจ้างที่เร็วกว่าเพราะเรามีงบประมาณเฉพาะเจาะจงแบบฉุกเฉิน - สนับสนุนให้มีส่วนร่วมการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ - การพิจารณาเงินเดือนค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับผลงานของบุคลากร - การได้รับสวัสดิการต่างๆ ที่เบิกกับโรงพยาบาล	- มีขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้างเช่นเดียวกับศิริราชทำให้ต้องใช้เวลานาน - ถูกมองว่าทำงานไม่หนักแต่ค่าตอบแทนมากกว่าคนศิริราช
	1.4 สถานที่, อุปกรณ์เครื่องมือ	- มีสิ่งอำนวยความสะดวกสบายมากกว่า - ความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในอาคาร - สภาพแวดล้อมสวยงามและความสะดวกสบายของอาคารที่ใช้ - การมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัย	- ต้องมีการดูแลความพร้อมใช้ของเครื่องมือและอุปกรณ์มากกว่าเนื่องจากผู้รับบริการมีความคาดหวังเพราะจ่ายค่ารักษาสูงกว่า

ตารางที่ 5.5

ผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบแพทย์และพยาบาล จากการมีการบริหารจัดการระบบพิเศษ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด	ผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อแพทย์และพยาบาล	
		เชิงบวก	เชิงลบ
2. มิติกระบวนการ	2.1 ระบบการบริหาร บุคคล การเงินและวิชาการเป็นอิสระ คล่องตัวจากระบบราชการ	- ประชาชนได้รับบริการที่ luxury - ได้การบริการที่รวดเร็วกว่า เป็นมิตรมากกว่า - ได้รับบริการทางการแพทย์มาตรฐานเดียวกับศิริราช	- ได้รับแรงกดดันจากผู้รับบริการมากกว่าเนื่องจาก ผู้รับบริการมีความคาดหวังเพราะจ่ายค่ารักษาสูงกว่า - ได้รับความเครียดจากการประเมินตรวจสอบการทำงาน เพื่อให้ได้มาตรฐานหลายด้าน
	2.2 มีประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma)	- ชื่อแบรนด์ศิริราชเพราะฉะนั้นความ ไว้วางใจของคนไข้ยังอยู่	- เอาเงินของประชาชนเอามาทำอะไร - ไปหาผลประโยชน์ - การต่อต้านวัฒนธรรม (against culture) - คนศิริราชเป็นแบบอนุรักษ์นิยม (conservative) - ทำให้ศิริราชมีมลทิน
	2.3 กระบวนการดูแลสุขภาพ เป็นสินค้า (The commodification of Health Care)	- ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมกัน	- มีโอกาสเป็นแพทย์พาณิชย์ได้ - การที่เราเปิด SiPH เหมือนดูว่าเราเห็นแก่เงิน เหมือนเรา เอาเปรียบสังคมเช่นถ้ามีเงินก็ได้ผ่าตัดเลยแต่ถ้าใช้สิทธิ เบิกทางศิริราชต้องรอคิวแพทย์
	2.4 ราคายาเกินมาตรฐาน	- โรงพยาบาลเอกชนอยู่ได้เพราะได้กำไรจากค่ายาและค่า Lab ส่วนต่างที่เสียส่วนเกินแลกกับความสะดวกรวดเร็ว	- ราคาแพงกว่าศิริราช
	2.5 การส่งตรวจที่เกินความ จำเป็น (Over investigate)	- แพทย์ทุกคนที่มาทำ SiPH ใช้มาตรฐานเดียวกับศิริราช - เกิดจากคนไข้ฟ้อง หมอต้องป้องกันตัวด้วยการส่งตรวจ ยืนยันการวินิจฉัยเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ	- ทำให้เกิดการเปรียบเทียบการรักษาของแพทย์และ พยาบาล

ตารางที่ 5.5

ผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบแพทย์และพยาบาล จากการมีการบริหารจัดการระบบพิเศษ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด	ผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อแพทย์และพยาบาล	
		เชิงบวก	เชิงลบ
3. ผลลัพธ์	3.1 เป็นโรงพยาบาลอ้างอิง (reference hospital)	- พัฒนาคุณภาพบริการสู่ความเป็นเลิศ - สร้างสรรค์นวัตกรรมบริการ มุ่งงานวิจัยรองรับ	
	3.2 แก้ปัญหาสมองไหลของบุคลากร ทางการแพทย์ (Brain drain)	- แก้ปัญหาสมองไหลได้ - รายรับที่เพิ่มขึ้นคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นบริหารจัดการเวลาได้มากขึ้น - รู้สึกดีเพราะรายได้ส่วนหนึ่งส่งไปให้คณะแพทยศาสตร์เหมือนได้ช่วยสังคม	- ช่วยได้บางส่วนเพราะถ้าคนที่มีปัญหาการเงินก็เลือกที่จะไปเอกชน - มีบางคนก็ไปทำอย่างเดียวยุติทำให้งานทางศิริราชลดลงไม่มีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่าผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จากการมีการบริหารจัดการระบบพิเศษนี้ สะท้อนให้เห็นถึงการมองกระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้าในระดับหนึ่งทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ เนื่องจากมีคำกล่าวว่า สำหรับประชาชนจ่ายแพงกว่าจะได้รับการรักษาที่เร็วกว่า เพียงแค่เดินข้ามถนนมา ส่วนแพทย์และพยาบาลมีอัตราการลาออกลดลงเนื่องจากสามารถมาทำงานเพื่อหารายได้เพิ่มได้ไม่ต้องเดินทางไกลแต่จะได้รับแรงกดดันทั้งการมองจากสังคมบางส่วนว่าเป็นแพทย์พาณิชย์หรือทำให้ศิริราชมีมลทิน แต่เพราะปลายทางส่งคืนกำไรให้กับโรงพยาบาลศิริราชเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยยากจนที่มารับบริการศิริราช เป็นความภาคภูมิใจที่ได้ส่งต่อวัฒนธรรมศิริราชในเรื่องจริยธรรมที่สั่งมาจากรุ่นสู่รุ่นมาตลอดระยะเวลาร้อยกว่าปีเพื่อสังคมอย่างยั่งยืนต่อไป

ดังนั้นการได้รับผลประโยชน์หรือผลอันไม่พึงประสงค์ที่กล่าวมาข้างต้นนี้ไม่ได้สั่นคลอนอุดมการณ์และวัฒนธรรมของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งมีฐานคิดสังคมประชาธิปไตยพระราชดำริของสมเด็จพระปิตดาฯ การมี SiPH สามารถแก้ปัญหาสมองไหล (brain-drain) ได้ เนื่องจากทำให้แพทย์และพยาบาลที่มาทำงานมีรายได้ ทำให้แพทย์ พยาบาลที่มีความชำนาญมีชื่อเสียง ให้ยังรักติดต่ององค์กร และองค์กรก็ได้ประโยชน์จากการเพิ่มชื่อเสียงและกิตติคุณขององค์กร (แบรนด์) ศิริราชให้มีความมั่นคงและอยู่ในอันดับต้นๆ ของคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ และทั้งสองอย่างวนเวียนให้ประโยชน์ต่อกันและกันในรูปแบบของกลไกการกระจายซ้ำสวัสดิการสังคมที่เจริญงอกงามและยั่งยืนทั้งองค์กรและบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล

บทที่ 6

อภิปรายผลการวิจัย

ในบทที่ 4 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ซึ่งได้มีการวิเคราะห์ถึงการบริหารจัดการหน่วยงานพิเศษ (Hybrid Management) และแนวคิดการปฏิรูประบบราชการ ส่วนในบทที่ 5 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาผลกระทบ การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ภายใต้ แนวคิดเสรีนิยมใหม่ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สำหรับบทที่ 6 นี้ผู้วิจัยมีการนำเสนอผลการศึกษามุมมองที่ 4 และ 5 มาวิเคราะห์ การวิเคราะห์ทำให้เกิดเป็นองค์ความรู้ และข้อค้นพบใหม่ สามารถสรุปได้ 7 ประเด็น คือ

- 6.1 การดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่
- 6.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)
- 6.3 ผลกระทบการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders)
- 6.4 การบริหารจัดการหน่วยงานพิเศษ (Hybrid Management)
- 6.5 การลงทุนทางสังคม (Social Investment) เพื่อการกระจายซ้ำทางสังคม
- 6.6 การผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมของศิริราช
- 6.7 กลไกทางเลือกในการกระจายซ้ำ (Alternative Redistribution Mechanism)โดยมีเนื้อหาดังต่อไปนี้

6.1 การดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่

6.1.1 จุดเริ่มต้นในการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารทั้ง 6 ท่าน สามารถสรุปได้ว่า จุดเริ่มต้นในการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) นั้นมีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยภายใน ที่สำคัญคือภารกิจที่โรงพยาบาลศิริราชต้องออกนอกระบบไปเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ และวิสัยทัศน์ผู้บริหารในต่อนั้น มีนโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ส่วนปัจจัยภายนอก คือ สถานการณ์วิกฤติทางการเงิน (Financial crisis) หากกล่าวถึงการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) สามารถวิเคราะห์เป็นประเด็นได้ 4

ประเด็นสำคัญดังนี้ 1) โครงสร้างของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) 2) งบประมาณของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) 3) ทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) และ 4) ผลประกอบการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า โครงสร้างของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) มีการบริหารโดยให้มีคณะกรรมการสองคณะ ได้แก่ คณะกรรมการอำนวยการคณะหนึ่ง และคณะกรรมการบริหารคณะหนึ่ง รูปแบบของการดำเนินการเรายังอยู่ภายใต้กฎระเบียบของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและมหาวิทยาลัยมหิดล เพราะฉะนั้นจะมีกฎระเบียบบางด้านที่ทำให้ความคล่องตัวต่างจากโรงพยาบาลเอกชน ในด้านของระบบงบประมาณ SiPH ไม่รับงบประมาณจากรัฐบาล ระบบจัดซื้อจัดจ้างเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ใช้ขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้างเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศิริราช แต่ SiPH มีระบบการจัดซื้อจัดจ้างที่มีงบประมาณแบบผูกเงินที่วางแผนไว้ล่วงหน้า ในส่วนภาพรวมทรัพยากรบุคคลด้าน การจัดหาบุคลากร ค่าตอบแทนและสวัสดิการของบุคลากรทาง SiPH ดูแลบริหารจัดการเองโดยไม่ต้องอยู่ภายใต้คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในส่วนของผลประกอบการมีการส่งกลับไปให้ศิริราชทุกปีเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2563 คิดเป็นระยะเวลา 10 ปี ที่โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เปิดให้บริการมา มีข้อมูลผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2563 รายได้ส่วนหนึ่งที่เข้าโรงพยาบาล จะส่งกลับคืนสู่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อนำไปใช้ดำเนินการโรงพยาบาลศิริราชและช่วยเหลือผู้ป่วยที่ด้อยโอกาส ตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ได้ส่งมอบเงินคืนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเป็นจำนวนเงิน 3,035 ล้านบาท เพื่อใช้ในกิจการของคณะแพทย์ และช่วยเหลือผู้ป่วยด้อยโอกาส

ข้อมูลข้างต้นยืนยันว่าโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) เป็นโรงพยาบาลของรัฐที่มีการบริหารจัดการแบบพิเศษ หรือเรียกว่าเป็นระบบการบริหารจัดการแบบไฮบริด (Hybrid Management System) นับว่าเป็นการนำจุดเด่นของทั้งการบริหารจัดการแบบรัฐบาลที่มีชื่อเสียงความศรัทธาที่ทำให้สังคมมายาวนานและการบริหารจัดการแบบเอกชนที่สะดวกรวดเร็ว มาใช้ในระบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดรูปแบบการบริการสุขภาพที่ยืดหยุ่น สามารถปรับให้เข้ากับบริบทของผู้รับบริการและสถานที่ได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เป็นการแก้ปัญหาคอขวดและการเข้าถึงบริการสุขภาพ อีกทั้งยังสามารถแก้ปัญหาสมองไหล (Brain drain) ของบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐบาลไปสู่โรงพยาบาลเอกชน และสอดคล้องกับโลกในยุคปัจจุบัน เป็นการบริหารจัดการแบบผสมผสานระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ทำให้สามารถดำเนินการได้สะดวก และให้ทางเลือกกับผู้รับบริการในการเลือกรูปแบบการบริการที่เหมาะสมกับตัวเอง

6.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) สามารถวิเคราะห์เป็นประเด็นได้ 3 ประเด็นสำคัญดังนี้ 1) ความเห็นต่างเกี่ยวกับก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาล ศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ 2) จุดสมมูลของคนคิดต่างเกี่ยวกับก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ 3) การใช้สิทธิเบิกได้ในของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ 4) สุขภาพเป็นสิทธิไม่ใช่สินค้า

6.2.1 ความเห็นต่างเกี่ยวกับก่อตั้งและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานพบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ นั้น มีขึ้นตั้งแต่การก่อตั้งมีคนที่ไม่เห็นต่าง คนศิริราชเป็นแบบอนุรักษ์นิยม (conservative) จะมองว่าเป็นองค์กรในส่วนราชการแล้วทำไมถึงมาแสวงหากำไร เช่น แพทย์สามารถคิด DF (doctor fee) หรือค่าตรวจได้ ข้อมูลที่ได้จากผู้บริหารคนที่ 1 กล่าวว่ามีคนไข้มากล่าวว่า “ทำไมเราต้องทำให้คนรวย” “ใช้งบประมาณรัฐบาล เงินภาษีของประชาชนมาทำยังงี้ได้อย่างไร” ทางผู้บริหารต้องใช้การอธิบายการตอบคำถามเป็นเวลาหลายปีจึงจะเข้าใจแต่คนที่มีความเห็นต่างก็จะไม่มาทำงานที่ SiPH ส่วนคนที่เข้าใจก็จะมาช่วยออกตรวจที่ SiPH

การลดความเห็นต่างที่เกิดขึ้น โดยการที่ผู้บริหารเข้าไปอธิบายให้เห็นถึงรูปแบบของหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (SiPH) ซึ่งมีโมเดลอยู่สองแบบที่คิดขึ้นมา คือ 1) โมเดลเครื่องบินมี economy class (ชั้นประหยัด) business class (ชั้นธุรกิจ) และชั้น first class (ชั้นหนึ่ง) “ศิริราช (SI) เหมือนเครื่องบินลำหนึ่ง คุณภาพทางการแพทย์ (medical quality) คือ ตารางการบินถึงพร้อมกัน ออกพร้อมกันแต่ความสะอาดสบายต่างกัน ผู้โดยสารเป็นผู้เลือก และอีกโมเดล คือ ร้านขายหมูปิ้ง มีเนื้อหาเกี่ยวกับว่า “ชายคนหนึ่งมีลูกสามคนให้เงินลูกเดือนละห้าพัน แต่มีลูกคนโตบอกว่าขอเงินแสนจึงจะไปเปิดร้านขายหมูปิ้ง และถ้าขอแสนนี้แล้วจะไม่ขออีกเลย ถ้าเกิดขายหมูปิ้งกำไรจะแบ่งด้วย” เป็นแนวคิดการบริหารจัดการของ SiPH คือ SiPH ได้งบประมาณจากรัฐมาหักปันล้านหลังจากนั้นไม่ได้ขออีกเลย เมื่อบริหารจนมีกำไร แล้วกำไรนั้นคืนสู่ศิริราช และยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลต้องจ่ายด้วย

6.2.2 การสร้างจุดสมมูลของโรงพยาบาลศิริราชและศิริราช ปิยมหาราชการุณย์

การวิเคราะห์การสร้างจุดสมมูลของของโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นการวิเคราะห์ถึงมุมมอง 2 ขั้ว ระหว่างแนวคิดสังคมประชาธิปไตย (Social Democracy) กับแนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberal) เพื่อหาจุดสมมูลของการบริหารจัดการ

โรงพยาบาลรัฐภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ในการคงไว้ซึ่งสวัสดิการสังคมและการแข่งขัน จากกรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการสร้างจุดสมดุลของของโรงพยาบาลศิริราชและศิริราชปิยมหาราชการุณย์ คือ การนำแนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนที่เน้นการแข่งขันทางการตลาดแต่เพราะปลายทางมีการไหลกลับเข้ามากระจายซ้ำจากผลประกอบการที่ส่งกลับไปให้กับคณะแพทยศาสตร์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ที่โรงพยาบาลศิริราช จะเป็นการแก้ปัญหาการขาดทุนของการบริหารจัดการโรงพยาบาลภาครัฐให้สามารถเลี้ยงตัวเองได้ ส่งผลให้โรงพยาบาลรัฐสามารถให้บริการรักษาผู้ป่วยที่ยากไร้ได้ เป็นการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของภาครัฐบาล

หากมองในมุมของการให้ความหมายสวัสดิการสังคมจำแนกเป็นความหมายกว้างและความหมายแคบของ กิติพัฒน์ นนทปัทมดุลย์ กล่าวว่า ความหมายกว้างหมายถึงการมองว่า สวัสดิการหรือสวัสดิภาพของประชาชน มีนัยถึงความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) อย่างน้อย 7 ประการ ซึ่งสะท้อนการดูแลสวัสดิการประชาชนอย่างถ้วนหน้าตามคติของปรัชญาสังคม สังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม การปลดปล่อยความเหลื่อมล้ำสู่ความยั่งยืน สอดคล้องกับแนวคิดสังคมประชาธิปไตย (Social Democracy) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เปรียบได้กับโรงพยาบาลศิริราช ส่วนความหมายแคบของสวัสดิการสังคม คือการมองสวัสดิการเป็นกิจกรรมที่เน้นเพียงแค่การบรรเทาทุกข์ชั่วคราว อันเป็นนัยของลัทธิเศรษฐกิจเสรีนิยมใหม่ (Neo-Liberalism) หรือแนวคิดขวาใหม่ (the New Right) ที่เน้นการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว เปรียบได้กับโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ดังภาพที่ 6.1 สะท้อนให้เห็นว่าการสร้างสวัสดิการสังคมภายใต้อุดมการณ์เสรีนิยมใหม่โดยการแบ่งตามทฤษฎีกระแสหลักที่ใช้ในการวิเคราะห์นโยบายสังคมโดยสามารถแบ่งเป็น 2 ฝ่าย คือ

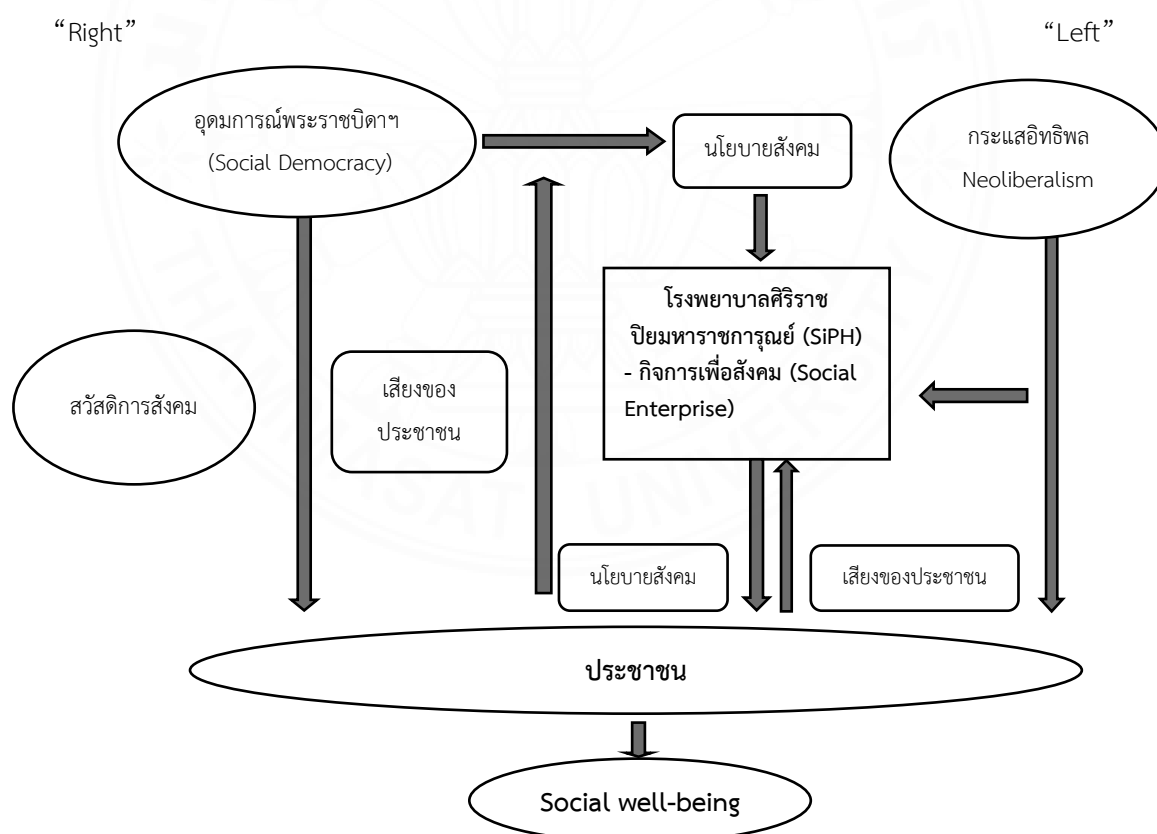
1. แบ่งฝ่ายซ้าย (Left Wing Approaches) โดยมีรากฐานความคิดของมาร์กซิสต์ (Marxist) และแนวคิดสังคมประชาธิปไตย (Social Democracy) ซึ่งมีแนวคิดทางการเมืองที่พยายามปฏิรูปทุนนิยมเพื่อสร้างความเป็นธรรม ยึดมั่นในสังคมที่มีความเท่าเทียมกันและสวัสดิการสังคมมีความหมายกว้างและให้ประชาชนทุกคนในสังคมโดยไม่ต้องใช้ Means test จากภาพที่ 6.2 แสดงถึงการที่ภาครัฐบาลมีหน้าที่สร้างนโยบายสวัสดิการสังคมให้กับประชาชนโดยตรงแต่ในทางกลับกันของลูกศรที่ชี้ขึ้นจากประชาชนไปยังภาครัฐเป็นการแสดงถึงเสียงของประชาชนที่บอกร้องความต้องการที่จะให้รัฐจัดตั้งนโยบายสังคมในแบบที่ประชาชนต้องการเพื่อความกินดีอยู่ดี

2. ส่วนฝ่ายขวา (Right Wing Approaches) มีรากฐานความคิดของความเชื่อแบบเสรีนิยมและอนุรักษนิยมความเชื่อแบบเสรีนิยมให้ความสำคัญกับเสรีภาพของบุคคลโดยปราศจากการแทรกแซงของรัฐบาล ซึ่งเป็นการบริหารจัดการโดยใช้กลไกการตลาดเป็นหลักการขึ้นพื้นฐานทางนโยบายของแนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) คือการจำกัดบทบาทของรัฐไป

พร้อมกับการส่งเสริมบทบาทของตลาดและภาคเอกชนในการจัดสรรและควบคุมทรัพยากรทางเศรษฐกิจ เพื่อให้ระบบเศรษฐกิจสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและเสถียรภาพแต่ในขณะที่มีมุมมองด้านสวัสดิการสังคมเน้นการบรรเทาทุกข์สังคมสงเคราะห์เป็นการแจกจ่ายของชั่วคราวด้วยเหตุนี้ในส่วนของการดำเนินการนั้นมีแนวคิดหลักคือการบริหารจัดการให้ดำรงอยู่ได้ ร่วมกับการช่วยภาครัฐสร้างสวัสดิการแก่ประชาชนเพื่อสร้างสรรค์ชีวิตที่ดีขึ้น มีผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) จึงเป็นกระบอกเสียงระหว่างภาครัฐกับประชาชนในการสร้างความสมดุลกันเพื่อการดำรงอยู่ในทุกยุคทุกสมัยสามารถอธิบายด้วยภาพที่ 6.1 แสดงการสร้างจุดสมดุลของของโรงพยาบาลศิริราชและศิริราช ปิยมหาราชการุณย์

ภาพที่ 6.1

การสร้างจุดสมดุลของของโรงพยาบาลศิริราชและศิริราช ปิยมหาราชการุณย์.



ดังนั้นแนวทางการสร้างจุดสมดุลของของโรงพยาบาลศิริราชและศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ จึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการเป็นต้นแบบขององค์การภาครัฐในการนำการบริหารจัดการแบบเอกชนมาปรับใช้เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยงานภาครัฐให้ได้ อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม โดยเน้นการสร้างความร่วมมือ การควบคุมและการตรวจสอบระหว่าง หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาการทำงานด้านการจัดสวัสดิการสังคม เพื่อ สร้างการกินดีอยู่ดีมีสุข และมีสิทธิให้แก่ประชาชน รวมทั้งเป็นการแก้ปัญหาภาวะสมองไหลจาก องค์การภาครัฐไปยังภาคเอกชนได้อีกด้วย

6.2.3 การใช้สิทธิเบิกได้ในของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)

ประเด็นการใช้สิทธิเบิกของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า มีคนตั้งคำถามว่าทำไมเบิกไม่ได้ เนื่องจาก ทางโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ มีการบริหารจัดการแบบเอกชน รวมทั้งไม่ได้รับ งบประมาณแผ่นดินจากภาครัฐหลังจากช่วงแรกตอนก่อตั้งโรงพยาบาล ทำให้สามารถเบิกได้บางส่วน เช่น ยาจำเป็นเบิกได้ในคนไข้นอกส่วนถ้าเป็นคนไข้ในเบิกได้น้อยมาก โดยต้องสำรองจ่ายและเบิกจาก ต้นสังกัดเอง แนวทางนี้โดยการสนับสนุนจากกรมบัญชีกลางว่า โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหารา ชการุณย์ (SiPH) เป็นสถานพยาบาลของทางราชการ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ รักษา พยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม แต่มีวัตถุประสงค์การจัดตั้งที่แตกต่างไปจาก สถานพยาบาลของทางราชการทั่วไป ค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเรียกเก็บสามารถนำมาเบิก จากทางราชการได้ ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด แต่โดยที่โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ มิได้จัดทำระบบเพื่อรองรับวิธีการปฏิบัติในด้านการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล จากทางราชการ และได้เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงกับกรมบัญชีกลาง (กรมบัญชีกลาง, 2560)

6.2.4 สุขภาพเป็นสิทธิไม่ใช่สินค้า

ในการดำเนินองค์การอย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคมนั้น องค์การสามารถใช้ แนวทางหรือแนวคิดที่มีหลากหลายให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละองค์การ ซึ่งมีปัจจัย ในการพิจารณาที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นลักษณะโครงสร้างปรัชญาในการดำเนินงาน วิสัยทัศน์และ พันธกิจ ตลอดจนค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร โรงพยาบาลศิริราชก็เช่นกัน จุดเริ่มต้นของอุปสงค์ นโยบาย (policy demand) ที่นำไปสู่การก่อตั้ง SiPH มี 2 ประเด็นใหญ่ คือ การแสวงหาหนทาง แก้ปัญหาสมองไหลและการแก้ปัญหาการขาดแคลนเงินงบประมาณ นโยบายบัตรทอง 30 บาท ทำให้ คนไข้มีจำนวนมากอันเป็นผลจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กล่าวคือ แนวคิดสุขภาพเป็นสิทธิ อันเป็นอุดมการณ์ของ Social Democracy ส่งผลกระทบต่อฐานะการเงินของโรงพยาบาลศิริราช การพัฒนา SiPH สามารถแก้ปัญหา 2 เรื่อง ทั้งนี้ โรงพยาบาลศิริราชมีต้นทุนเดิมคือ ภาพลักษณ์ที่ดี คือมีบุคลากรที่มีคุณภาพและชื่อเสียงที่สั่งสมมายาวนานและมีพื้นที่เข้าทางารถไฟ วิธีการจัดการที่

วางพื้นที่ของสุขภาพเป็นสิทธิไม่ใช่สินค้าไว้ที่ระบบเดิมที่มีอยู่ และสร้างระบบพิเศษ (hybrid management) เพราะมีอุปทานของการบริการที่ดีเยี่ยม โดยคนไข้อยอมจ่ายค่าบริการที่แพงกว่า SiPH ประเด็นนี้กล่าวได้ว่า สุขภาพเป็นสินค้าในระดับหนึ่ง

การเป็นสินค้าของบริการสุขภาพที่ SiPH ไม่ใช่แปลว่า SiPH ต้องสูญเสียอุดมการณ์ หรือว่าระบบเดิมที่มีอยู่ถูกลดทอนลง แต่เป็นการนำส่วนเกินมากระจายซ้ำให้กับส่วนที่เป็นระบบบริการเดิม เพื่อการคงไว้ของระบบทั้งหมด กลไกนี้ถือเป็นกลไกการกระจายซ้ำ (redistribution) ในระบบของการบริหารจัดการ โรงพยาบาลศิริราช แต่ดำเนินการในระดับ intermediate ไม่ใช่ระดับประเทศอาจไม่ใช่เรื่องของการสร้างสมดุล แต่เป็นการยอมรับสุขภาพเป็นสิทธิไม่ใช่สินค้าซึ่งมีรากฐานมาจาก แนวคิดสังคมประชาธิปไตย (Social Democracy) โดยการเห็นช่องทางที่จะนำจุดแข็งที่ โรงพยาบาลศิริราชมาพัฒนาในครรลองของเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) โดยสามารถคงไว้ซึ่งอุดมการณ์ของพระราชบิดาฯ และ เป็นการผสมผสานของทั้งสองอุดมการณ์แนวคิด เพื่อแก้ไขปัญหาสองเรื่องได้ลงตัว แต่ระมัดระวังไม่ให้เสียอุดมการณ์ของศิริราชที่มีมานาน

6.3 ผลกระทบการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราช ภายใต้อุดมการณ์ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ได้แก่ แพทย์และพยาบาล

จากการสัมภาษณ์สามารถจัดประเด็นสำคัญได้ 7 ประเด็น ดังนี้ 1) ภาวะสมองไหล (Brain drain) 2) การส่งตรวจที่เกินมาตรฐาน (over investigate) 3) ราคาขายที่เกินมาตรฐาน 4) ผลกระทบจากการทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้า 5) ประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma) 6) การนำแนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนไปใช้ในโรงเรียนแพทย์ส่งผลดีผลเสียต่อการผลิตแพทย์อย่างไร และ 7) ความคาดหวังต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ผู้วิจัยวิเคราะห์ประเด็นดังกล่าวโดยมีเนื้อหา ดังนี้

1) ภาวะสมองไหล (Brain drain) จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร 6 คน และผู้ปฏิบัติงาน 10 คน ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ให้เห็นถึงผลกระทบการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ภายใต้อุดมการณ์ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) พบว่า สามารถแก้ปัญหาภาวะสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์ได้เนื่องจากเป็นการเพิ่มรายได้เสริมและยังสะดวกกับแพทย์เพราะถ้ามีคนไข้ที่ต้องทำหัตถการหรือรอพบแพทย์หลังเวลา 16 น. ก็เดินข้ามถนนมาทำพอมมีคนไข้ฉุกเฉินหรือด่วนก็เดินกลับไปดูที่ศิริราช ทำให้ชีวิตง่ายขึ้น ลดเวลาไม่ต้องเดินทาง

อาจกล่าวได้ว่าการที่โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) สามารถแก้ไข ปัญหาสมองไหลได้ย่อมส่งผลถึงรายได้สวัสดิการของแพทย์ พยาบาลที่มีความชำนาญมีชื่อเสียง ให้ยัง ักติดต่อองค์กร และองค์กรก็ได้ประโยชน์จากการเพิ่มชื่อเสียงและกิตติคุณขององค์กร (แบรนด์) ให้มี ความมั่นคงและอยู่ในอันดับต้นๆ ของคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ และทั้งสองอย่างวนเวียนให้ ประโยชน์ต่อกันและกันในรูปแบบของ Loop ที่เจริญงอกงามและยั่งยืน ทั้งองค์กรและบุคลากรทาง การแพทย์และพยาบาล

2) การส่งตรวจที่เกินมาตรฐาน (over investigate) ส่วนประเด็นการส่งตรวจที่เกิน มาตรฐาน (over investigate) นั้นพบว่า การส่งตรวจที่เกินมาตรฐานจะไม่เกิดขึ้นถ้าแพทย์มี จริยธรรมถูกต้อง และแพทย์ได้รายได้จากการตรวจผู้ป่วยไม่ได้เงินจากการส่งตรวจ ซึ่งการส่งตรวจ ก็ตรงตามแผนการรักษา แพทย์ส่วนใหญ่ก็เป็นอาจารย์ศิริราชรักษาผู้ป่วยที่ศิริราชอย่างไรการรักษาที่ SiPH ก็ทำเช่นเดียวกันใช้มาตรฐานเดียวกัน ยกเว้นความรู้ความสามารถของหมอนั้นน้อย เพราะเค้า กลัวพลาดโดนฟ้องร้องจึงมีการตรวจที่ครอบคลุมแผนการรักษา

3) ราคายาที่เกินมาตรฐาน ในประเด็นราคายาที่เกินมาตรฐานนั้นจากผลการศึกษา พบว่า ราคายาของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ไม่เกินมาตรฐานเนื่องจากมี การสำรวจราคาจากกรมการค้าภายในแสดงรายชื่อโรงพยาบาลสีเขียวคือโรงพยาบาลที่ราคาดี อยู่ในเกณฑ์สมดุล คือ SiPH

4) ผลกระทบจากการทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้า ประเด็นที่สำคัญอีก ประเด็น คือ ผลกระทบจากการทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้า จากผลการศึกษาพบว่า มีทั้งผู้ที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย สามารถสรุปได้ดังนี้ คือ การมองในส่วนนี้เป็นสินค้าก็จริง แต่อย่าลืม ว่าการประกอบวิชาชีพในเรื่องของเกี่ยวกับโรงพยาบาลจะมีความแตกต่างในเรื่องของธุรกิจที่เป็น การขายสินค้าเพราะมีเรื่องของการดูแลผู้ป่วยหมายถึงการดูแลชีวิตเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งจะ ไม่เหมือนกับการดูแลวัตถุทั่วไปแต่อย่างไรก็ตาม การดูแลรักษาผู้ป่วยก็เป็นการให้บริการในรูปแบบ หนึ่งที่มีการแข่งขันแต่ต้องมีความถูกต้องของวิชาการและยืนอยู่บนความถูกต้องของมนุษยธรรมและ ศีลธรรม

อาจกล่าวได้ว่าต้นทางของอุปสงค์นโยบาย (policy demand) ที่นำไปสู่ การก่อตั้ง โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) มีสองประเด็นหลัก คือ การแก้ปัญหาสมองไหลและ การแก้ปัญหาคาดแคลนเงินงบประมาณ เพราะนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีคนไข้ จำนวนมากแต่โรงพยาบาลศิริราชมีรายได้ไม่พอเพียง กล่าวคือ แนวคิดสุขภาพเป็นสิทธิ อันเป็น อุดมการณ์ของ Social Democracy ส่งผลกระทบต่อฐานะการเงินของ โรงพยาบาลศิริราช ทำให้มี การพัฒนา โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ขึ้นมา ซึ่งสามารถแก้ปัญหา 2 ประเด็นไป ได้ ทั้งนี้ โรงพยาบาลศิริราช มีต้นทุนเดิมคือ แบรินด์ที่ดีมีบุคลากรมีคุณภาพและชื่อเสียงที่สั่งสมมา

ยาวนานและมีพื้นที่ที่การรถไฟให้เช่า วิธีการจัดการที่วางพื้นที่ของสุขภาพเป็นสิทธิไม่ใช่สินค้าไว้ที่ระบบเดิมที่มีอยู่ และสร้างระบบพิเศษ (hybrid management) เพราะมีอุปสงค์ของการบริการที่ดีเยี่ยม โดยคนไข้ยอมจ่ายค่าบริการที่แพงกว่าในประเด็นนี้ผู้วิจัยยอมรับว่า สุขภาพเป็นสินค้าระดับหนึ่ง

ถึงแม้ว่าการเป็นสินค้าของบริการสุขภาพที่ โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ไม่ใช่แปลว่าต้องสูญเสียอุดมการณ์ ไม่ได้หมายความว่าระบบเดิมที่มีอยู่ถูกทอดทิ้งคุณภาพลงไป แต่เป็นกลไกการนำส่วนเกินมากระจายซ้ำให้กับส่วนที่เป็นระบบบริการเดิม เพื่อการคงไว้ซึ่งระบบทั้งหมดจะเห็นว่ากลไกการกระจายซ้ำ (redistribution) ในระบบของการบริหารจัดการ โรงพยาบาลศิริราชแต่ดำเนินการในระดับ intermediate ไม่ใช่ระดับประเทศ

5) ประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma) นอกจากนี้ยังมีประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma) จากการเก็บข้อมูลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่าไม่มีประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรมเพราะว่าอยู่ที่บริบทที่เราตั้งไว้ และการทำงานของเรที่ SiPH ยังขึ้นตรงกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กฎระเบียบหลายๆ อย่างเรายังใช้ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพราะฉะนั้นสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นการทำงาน การดูแลผู้ป่วย จริยธรรม ศีลธรรมต่างๆ ได้รับการปกป้องดูแลและยังขึ้นตรงต่อคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดลและการที่มีผู้ป่วยมารักษาที่ SiPH เพราะผู้ป่วยอยากได้มาตรฐานศิริราชและต้องการความสะดวกสบายแบบเอกชน ในขณะที่มีบางส่วนที่เห็นว่าเป็นประเด็นขัดแย้ง คือ การที่ประชาชนมาตรวจที่ศิริราชแล้วไม่ได้คิวแต่พอข้ามไป SiPH ได้คิวเลยสะท้อนให้เห็นว่าถ้าจ่ายเงินเองจะได้คิวเร็วกว่า

6) การนำแนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนไปใช้ในโรงเรียนแพทย์ส่งผลดีผลเสียต่อการผลิตแพทย์อย่างไร ยังมีประเด็นที่ต้องกล่าวถึง คือ การนำแนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนไปใช้ในโรงเรียนแพทย์ส่งผลดีผลเสียต่อการผลิตแพทย์อย่างไรจากผลการศึกษา พบว่า คนส่วนใหญ่เห็นว่าไม่เกี่ยวข้องกันเพราะนักศึกษาแพทย์ไม่ได้มาขึ้นปฏิบัติการที่ SiPH แต่มีบางส่วนเห็นว่ามีผลในแง่ของภาพลักษณ์ เพราะถ้ามาเรียนที่โรงพยาบาลของแผ่นดินแบบตั้งจะรู้สึกคุณค่าลดลงมีผลในภาพลักษณ์ แต่หน้าที่ของคณะแพทยฯต้องชี้แจงว่าเรามี 3 โรงพยาบาลต้องสอนและอธิบายตั้งแต่เริ่มต้น

7) ความคาดหวังต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ในประเด็นความคาดหวังต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ส่วนใหญ่อยากให้เป็นโรงพยาบาลอ้างอิง (reference hospital) ทั้งในเรื่องของการดูแลผู้ป่วย เรื่องของการตั้งราคา เรื่องของการใช้สื่อบันเพิ่มเติ่ม เรื่องของมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยว่าเป็น โรงพยาบาลอ้างอิง (reference hospital) ให้กับโรงพยาบาลเอกชนหรือถ้าเป็นไปได้ความหวังคือเป็น โรงพยาบาลอ้างอิง (reference hospital) ให้กับโรงพยาบาลต่างประเทศว่าโรงพยาบาลเอกชนที่ควรเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยนั้นควรจะมีรูปแบบอย่างไร ซึ่งการที่จะทำให้องค์กรยั่งยืนนั้น จะทำให้มีคุณภาพของคนในสังคมนั้นดีขึ้น ทำให้

องค์กรสามารถยืนหยัดอยู่ได้ด้วยตัวขององค์กรเอง มีการพึ่งพาทั้งการใช้ทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรของประเทศชาติในลักษณะของงบประมาณหรือในส่วนอื่นที่เป็นส่วนสนับสนุนนั้นลดน้อยลงและมีบางส่วนที่คาดหวังว่าจะเป็น The last opinion ในการคานอำนาจโรงพยาบาลเอกชนและคาดหวังว่าเราจะรักษาไว้ (maintain sustain) จุดท้าทาย (challenge) คือ ความเชื่อที่จะทำเพื่อสังคมต้องไม่เปลี่ยนแปลง ดังตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1

รูปแบบการดำเนินงานและผลกระทบของการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่

หัวข้อ	รายละเอียด	ความเห็น ผู้บริหาร (6 คน)		ความเห็น ผู้ปฏิบัติการ (10 คน)	
		เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย
1. รูปแบบ การบริหาร โรงพยาบาล SiPH	1.1 ด้านโครงสร้างองค์กรมีคณะกรรมการบริหาร 2 ชุด คือ คณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการบริหาร	6	0	10	0
	1.2 รูปแบบองค์กรไม่แสวงหากำไร (Nonprofit organization)	6	0	10	0
	1.3 ดำเนินงานโดยใช้ยุทธศาสตร์แบบกลไกตลาดเพื่อเป้าหมายทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social Enterprise)	6	0	10	0
	1.4 ด้านการบริหารการเงิน/งบประมาณและการบริหารวัสดุอุปกรณ์: โดยใช้หลักการเดียวกับโรงพยาบาลศิริราช	6	0	10	0
	1.5 ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล: SiPH มีการบริหารจัดการเรื่องการรับบุคลากรและค่าตอบแทน สวัสดิการของบุคลากรเอง	6	0	10	0
	1.6 ด้านการให้บริการ: สามารถให้บริการตลอด 24 ชม. ทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ	6	0	10	0
	1.7 ด้านการประเมินผลการดำเนินงานขององค์กร: รายได้หลังหักค่าใช้จ่ายส่งกลับคืนโรงพยาบาลศิริราช	6	0	10	0

ตารางที่ 6.1

รูปแบบการดำเนินงานและผลกระทบของการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ (ต่อ)

หัวข้อ	รายละเอียด	ความเห็น ผู้บริหาร (6 คน)		ความเห็น ผู้ปฏิบัติการ (10 คน)	
		เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย
2. ผลกระทบ ที่เกิดจาก การเปลี่ยน ผ่านการ บริหาร โรงพยาบาล SiPH	2.1 สามารถแก้ปัญหาภาวะสมองไหล (Brain drain)	6	0	8	2
	2.2 มีปัญหาการส่งตรวจที่เกินมาตรฐาน (over investigate)	1	5	4	6
	2.3 มีปัญหาราคายาเกินมาตรฐาน	3	3	4	6
	2.4 ผลกระทบจากการทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็น สินค้า	6	0	7	3
	2.5 ไม่มีประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma)	5	1	9	1
	2.6 การบริหารแบบ SiPH เป็นทางรอดให้กับโรงพยาบาลรัฐ	6	0	9	1
	2.7 การนำแนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนไปใช้ใน โรงเรียนแพทย์ส่งผลกระทบต่อการผลิตแพทย์	3	3	1	9

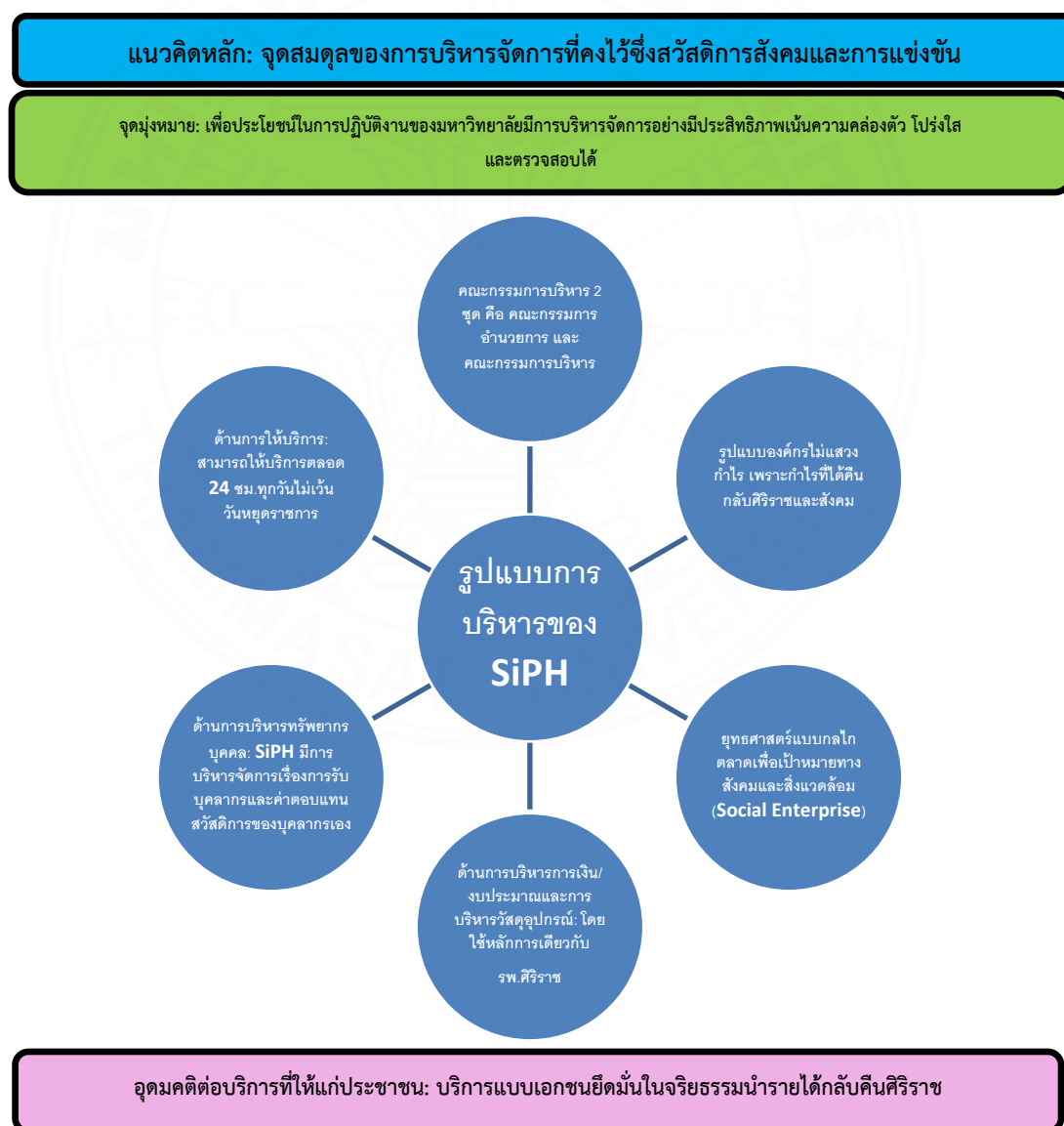
6.4 การบริหารจัดการหน่วยงานพิเศษ (Hybrid Management)

ความต้องการของประชาชนผู้รับบริการและสังคมที่เปลี่ยนแปลงอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากกระแสโลกาภิวัตน์ อุดมการณ์เสรีนิยม ปัญหาวิกฤตทางการเงิน เป็นต้น ทำให้การให้บริการสาธารณะซึ่งเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของภาครัฐต้องปรับตัวให้ทันต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โรงพยาบาลศิริราชก่อตั้ง โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) สร้างระบบการบริหารจัดการแบบเอกชน เพื่อนำผลกำไรคืนให้กลับโรงพยาบาลศิริราช ในขณะที่ยังรักษาอุดมการณ์การก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราชไว้ กล่าวได้ว่าโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) เป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษ(Hybrid management) ที่ผสมผสานแนวคิดตลาด มีรูปแบบการบริหารแบบเอกชน เป็นทั้งผู้รับและผู้ให้ ซึ่งหมายถึงผู้ที่เข้ารับการรักษาก็จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศได้มาตรฐานสากล และเป็นผู้ให้โดยรายได้หลังหักค่าใช้จ่ายจะนำส่งคืนให้กับคณะแพทยศาสตร์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ที่โรงพยาบาลศิริราช ในขณะที่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการส่วนใหญ่เห็นว่า โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) เป็นองค์กรไม่แสวงหากำไรที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อผลิตสินค้าบริการหรือทำงานเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ามีความย้อนแย้ง เนื่องจากโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) มีการบริหารจัดการ

แบบเอกชนและคิดค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลทั่วไป แต่มีแนวคิดหลักด้านการสร้างจุดสมดุลของการบริหารจัดการที่คงไว้ซึ่งสวัสดิการสังคมและการแข่งขันภายใต้อุดมการณ์ของการก่อตั้ง คือ บริการแบบเอกชน แต่ยึดมั่นในจริยธรรมนำรายได้กลับคืนให้โรงพยาบาลศิริราช รวมทั้งการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพเน้นความคล่องตัว โปร่งใสและตรวจสอบได้ เป็นการปรับตัวเพื่อให้ดำรงอยู่ได้ท่ามกลางภาวะด้านการเงินที่เพิ่มขึ้นและสภาพแวดล้อมสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป (ภาพที่ 6.2)

ภาพที่ 6.2

การบริหารจัดการหน่วยงานพิเศษ (Hybrid Management).



6.4.1 การนำแนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนมาประยุกต์ใช้กับการบริหารจัดการ แบบรัฐบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้อธิบายผ่านตารางที่ 6.2 แสดงถึง
การเปรียบเทียบการดำเนินการบริหารจัดการองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชนและการบริหารจัดการ
หน่วยงานระบบพิเศษ

ตารางที่ 6.2

การเปรียบเทียบการดำเนินการบริหารจัดการองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชนและการบริหารจัดการหน่วยงาน
ระบบพิเศษ

หัวข้อ	การบริหารจัดการ แบบรัฐบาล	การบริหารจัดการ แบบเอกชน	การบริหารจัดการหน่วยงาน ระบบพิเศษ
1. จุดมุ่งหมาย	เพื่อประโยชน์สาธารณะ และกระจาย ผลประโยชน์ให้ ประชาชนอย่างเท่า เทียม (Equity)	เพื่อผลประโยชน์ของ องค์กรเป็นหลักเน้น ประสิทธิภาพ (Efficiency) และสร้าง ความสามารถในการ แข่งขัน (Competitive)	เพื่อประโยชน์ในการ ปฏิบัติงานของมหาวิทยาลัยมี การบริหารจัดการอย่างมี ประสิทธิภาพเน้นความ คล่องตัว โปร่งใสและ ตรวจสอบได้
2. ระยะเวลา	ขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงของ การเมืองทำให้เห็นผลช้า	อยู่ในตำแหน่งบริหาร นานกว่าทำให้สามารถให้ ความสำคัญกับการวิจัย และการพัฒนา	มีวาระการดำรงตำแหน่งคราว ละสองปีแต่อาจได้รับแต่งตั้ง ใหม่อีกได้
3. อำนาจใน การบริหาร	ติดขัดในเรื่องกฎระเบียบ ของหน่วยงานทำให้ การดำเนินการถูกจำกัด	มีสิทธิอำนาจอย่างเต็มที่ ในการบริหารงาน องค์กรของตนเอง	ดำเนินงานภายใต้คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
4. วิธีการ ทำงาน	ทำงานภายใต้ กฎระเบียบอย่าง เคร่งครัด	ทำงานโดยมุ่ง เป้าประสงค์ขององค์กร มากกว่า	เป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัด คณะแพทย์ฯ เพื่อให้เป็น ศูนย์กลางทางการแพทย์ใน การบริการด้านสุขภาพอย่าง ครบวงจร
5. อิทธิพลจาก ปัจจัยภายนอก	ถูกจำกัดจากสังคมและ ถูกวิพากษ์วิจารณ์	ไม่ได้รับความสนใจจาก สังคมและสื่อมวลชน	ถูกจำกัดจากสังคมและถูก วิพากษ์วิจารณ์

จะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการหน่วยงานระบบพิเศษมีจุดมุ่งหมายเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงานของมหาวิทยาลัยมีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพเน้นความคล่องตัว โปร่งใส และตรวจสอบได้ โดยมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสองปีแต่อาจได้รับแต่งตั้งใหม่ก็ได้ ส่วนอำนาจในการบริหารนั้น มีการดำเนินงานภายใต้คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งมีวิธีการทำงานเป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในการบริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจร และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกด้วยการถูกจับตาจากสังคมและถูกวิพากษ์วิจารณ์

อย่างไรก็ตามถึงแม้การบริหารจัดการหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (Hybrid Management System) มีข้อดีในเรื่อง 1. การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมีความคล่องตัว โปร่งใส และตรวจสอบได้ 2. มีแนวคิดการสร้างจุดสมดุลของการบริหารจัดการที่คงไว้ซึ่งสวัสดิการสังคมและการแข่งขัน 3. สามารถแก้ปัญหาสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์และ 4. เป็นทางเลือกในการจัดสวัสดิการสังคมให้แก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ แต่จากผลการศึกษาพบว่า มีข้อเสียที่ต้องปรับดังนี้ 1. การบริหารจัดการในเรื่องการจัดซื้อจัดจ้างอุปกรณ์ทางการแพทย์ยังใช้ระบบเดียวกับราชการมีความซับซ้อนหลายขั้นตอนทำให้เกิดความล่าช้า 2. การใช้เวลาราชการมาปฏิบัติงานที่ SIPH ถูกมองจากสังคมว่าไม่ถูกต้องถึงแม้จะเป็นระเบียบที่ออกมาจากคณะแพทย์ฯ 3. วาระการดำรงตำแหน่งของผู้บริหารคราวละสองปีส่งผลให้มีการปรับตัวระหว่างรอยต่อการรับช่วงบริหารมีความไม่ต่อเนื่อง และ 4. การนำงบประมาณมาใช้ยังมีความล่าช้าต้องผ่านคณะกรรมการ 2 บอร์ด 5. ค่าบริการมีราคาสูงเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลศิริราช 6. ไม่สามารถใช้สิทธิสวัสดิการของรัฐเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ดังตารางที่ 6.3

ตารางที่ 6.3

ข้อดีและข้อเสียของการบริหารจัดการหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (Hybrid Management System)

หัวข้อ	ข้อดี	ข้อเสีย
1. โครงสร้าง	- การบริหารงานโรงพยาบาลในรูปแบบใหม่ที่มีความคล่องตัว - การบริหารธุรกิจที่มุ่งแสวงหากำไร - กิจการเพื่อสังคม	- การบริหารงานภายใต้คณะฯยังมีขั้นตอนทำให้ขาดความคล่องตัวเรื่องการจัดซื้อจัดจ้างอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์
2. การบริหารงบประมาณการเงิน	- มีระบบฐานข้อมูลและการบัญชีที่ดีตรวจสอบได้ - เงินงบประมาณที่เหลือจากการบริหารที่มีประสิทธิภาพและประหยัดไม่ต้องคืนคลังเหมือนเดิม - สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลต่อไปได้	- การนำงบประมาณมาใช้ยังมีความล่าช้าต้องผ่านคณะกรรมการ 2 บอร์ด

ตารางที่ 6.3

ข้อดีและข้อเสียของการบริหารจัดการหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (Hybrid Management System) (ต่อ)

หัวข้อ	ข้อดี	ข้อเสีย
3. การบริหารบุคคล	- ผู้บริหารโรงพยาบาลมีอำนาจและรับผิดชอบด้านการบริหารบุคคลอย่างเต็มที่ในเรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ให้งานสามารถให้สิทธิของสวัสดิการของรัฐก่อนได้ รวมทั้งยังใช้สิทธิประกันชีวิตที่ SiPH จัดโปรแกรมตามอายุงานให้	- มีการเปรียบเทียบค่าตอบแทนของบุคลากร SiPH ได้มากกว่าโรงพยาบาล ศิริราช เช่น เงินโบนัส - การใช้เวลาราชการมาปฏิบัติงานที่ SiPH ถูกมองจากสังคมว่าไม่ถูกต้อง
4. การบริการประชาชน	- ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว - ให้การบริการประชาชน ทุกวัน ตลอด 24 ชม. - ให้บริการการรักษาพยาบาลด้วยอาจารย์ระดับโรงเรียนแพทย์ที่มีความชำนาญการเฉพาะโรค - ให้บริการการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานCI - ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ สนับสนุนการสาธารณสุขและกิจการอื่นๆ ตามนโยบายของรัฐบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน	- ค่าบริการมีราคาสูงเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลศิริราช - ไม่สามารถใช้สิทธิสวัสดิการของรัฐเบิกค่ารักษาพยาบาลได้
5. สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก	- สถานที่สวยงาม สะอาด ได้มาตรฐานมีร้านอาหาร ร้านขายเครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ให้บริการ	- มีค่าใช้จ่ายในการดูแลอาคารสถานที่สูง

นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแนวคิดการบริหารจัดการองค์การภาครัฐของ Stephen P. Osborne ที่อธิบายถึงการพัฒนาของแนวคิดการบริหารจัดการองค์การภาครัฐสามารถจำแนกออกเป็น 3 แนวคิดหลัก คือ 1. แนวคิดการบริหารสาธารณะแบบดั้งเดิม (Traditional Public Administration-TPA) 2. แนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM) และ 3. การบริหารจัดการสาธารณะแนวใหม่ (New Public Governance-NPG) เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจนของทั้ง 3 แนวคิด รวมทั้งผู้วิจัยได้วิเคราะห์หน่วยงานบริการระบบพิเศษ (Hybrid Management

System) กับแนวคิดการบริหารจัดการองค์การภาครัฐ มาอธิบายดังตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบแนวคิดการบริหารสาธารณะระหว่าง 4 แนวคิด คือ TPA NPM NPG และ HMS ดังนี้

ตารางที่ 6.4

การเปรียบเทียบแนวคิดการบริหารสาธารณะระหว่าง 4 แนวคิด คือ TPA NPM NPG และ HMS

กระบวนการทัศน์ / องค์ประกอบที่สำคัญ	การบริหารสาธารณะแบบดั้งเดิม (TPA)	การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM)	การบริหารจัดการสาธารณะแนวใหม่ (NPG)	หน่วยงานบริการระบบพิเศษ (Hybrid Management System)
1. การเริ่มต้น	ค.ศ. 1900	ค.ศ. 1970	ค.ศ. 2001-2010	ค.ศ. 2010-ปัจจุบัน
2. รากฐานที่มาของทฤษฎี	รัฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ	ศาสตร์ทางด้านการจัดการ	สังคมวิทยาองค์กรและทฤษฎีเครือข่าย	เสรีนิยมใหม่และสังคมประชาธิปไตย
3. บทบาทของผู้บริหารภาครัฐ	ผู้ให้บริการที่เป็นกลางให้อย่างเท่าเทียมกันมีมาตรฐานเชื่อถือได้	ผู้ประกอบการสาธารณะที่มีการแข่งขัน ทำหน้าที่กำกับทิศทาง	ผู้ประสานงานเครือข่ายและกำกับทิศทาง	กำกับทิศทางและตรวจสอบ
4. ธรรมชาติของรัฐ	รัฐรวม	รัฐกำกับ	รัฐแบบพหุนิยม	รัฐแบบพหุนิยม
5. หน่วยในการวิเคราะห์	ระบบการเมือง (Political System)	องค์กรและการจัดการ	องค์กรดำรงอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อม	องค์กรดำรงอยู่และปรับตัว
6. ฐานค่า (Value Base)	จริยธรรมภาครัฐ	การแข่งขันและกลไกตลาด	นักธุรกิจใหม่ (Neo-Corporatist)	การเป็นผู้รับและผู้ให้
7. แนวคิดหลัก	มองว่างานสาธารณะเป็นกิจของรัฐ องค์กรของรัฐจะต้องจัดโครงสร้าง	ควรนำความรู้และประสบการณ์จากการจัดการธุรกิจเอกชนมาประยุกต์ใช้	การเข้าร่วมดำเนินงานสาธารณะของภาคประชาสังคม ภาคธุรกิจ ชุมชน	จุดสมดุลของการบริหารจัดการที่คงไว้ซึ่งสวัสดิการสังคมและการแข่งขัน
8. อุดมคติต่อบริการที่ให้แก่ประชาชน	บริการที่เท่าเทียมกันและเป็นมาตรฐานเดียวกัน	บริการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด	บริการที่เกิดจากการต่อรองและยอมรับร่วมกัน	บริการแบบเอกชน ยึดมั่นในจริยธรรมนำรายได้กลับคืนสู่รัฐ

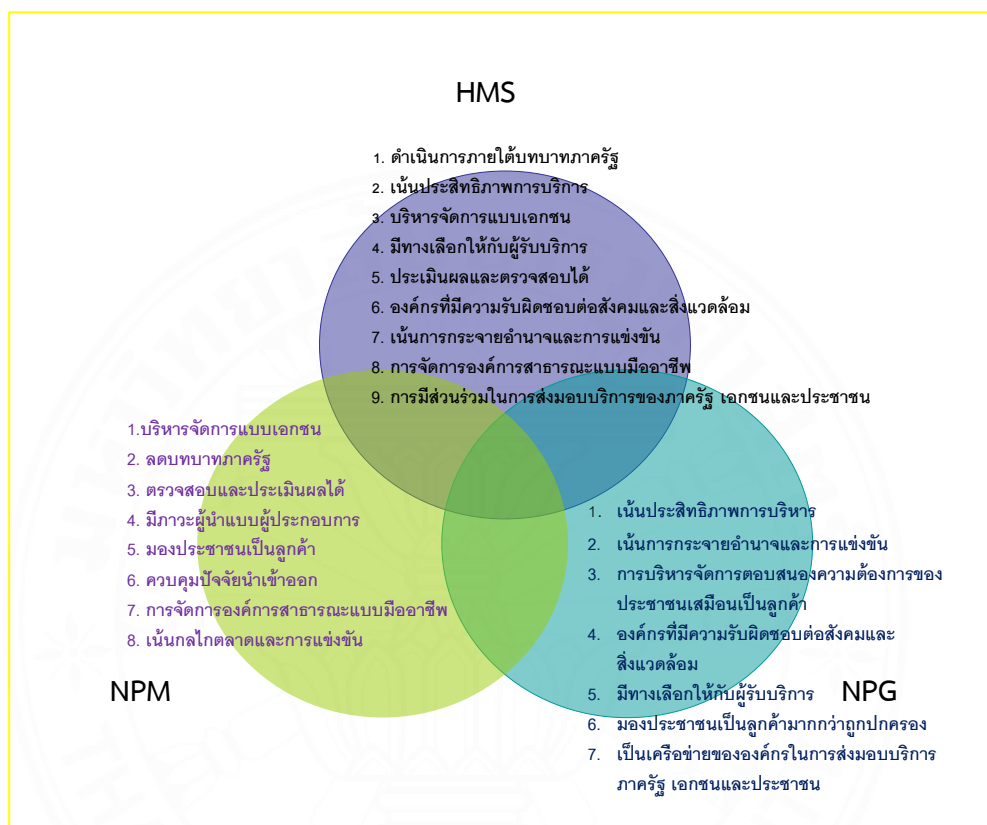
ที่มา: ดัดแปลงจากการเปรียบเทียบแนวคิดการบริหารสาธารณะระหว่าง 3 แนวคิด. จาก Stephen P. Osborne, 2010.

จะเห็นว่าหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (Hybrid Management System) มีการเริ่มต้นกระบวนทัศน์ในปี ค.ศ. 2010-ปัจจุบัน มีรากฐานที่มาจากทฤษฎีแนวคิดเสรีนิยมใหม่และสังคมประชาธิปไตย โดยมีบทบาทของผู้บริหารภาครัฐในการกำกับทิศทางและตรวจสอบ เป็นรัฐบาลพหุนิยม และมีกลไกที่ใช้ในการกำกับดูแลเป็นกลไกตลาด ความศรัทธาและความไว้วางใจ ซึ่งมีแนวคิดหลักคือจุดสมดุลของการบริหารจัดการที่คงไว้ซึ่งสวัสดิการสังคมและการแข่งขัน มีฐานรากมาจากการเป็นผู้รับและผู้ให้ อีกทั้งอุดมคติต่อบริการที่ให้แก่ประชาชนคือการบริหารแบบเอกชน ยึดมั่นในจริยธรรมนำรายได้กลับคืนสู่รัฐ ด้วยเหตุนี้ จึงสรุปได้ว่าลักษณะร่วมของหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (HMS) กับ แนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM) คือ 1. บริหารจัดการแบบเอกชน 2. เน้นการกระจายอำนาจ 3. สามารถตรวจสอบและประเมินผลได้ 4. เน้นประสิทธิภาพการบริการ 5. การจัดการองค์การสาธารณะแบบมืออาชีพ ส่วนลักษณะร่วมของหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (HMS) กับ และการบริหารจัดการสาธารณะแนวใหม่ (NPG) คือ 1. การบริหารจัดการที่มีรูปแบบเป็นความสัมพันธ์ระหว่างองค์การที่เป็นเครือข่ายที่รวมการจัดตั้งบริการสาธารณะ 2. เน้นองค์การที่กระจายอำนาจและลงทุนทางสังคมไปพร้อมกัน 3. องค์การที่มีความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม 4. การบริหารจัดการตอบสนองความต้องการของประชาชนเสมือนเป็นลูกค้า 5. เป็นทางเลือกให้กับผู้รับบริการ

จะเห็นว่าลักษณะร่วมของการบริหารทั้ง 3 รูปแบบ คือ การบริหารจัดการแบบเอกชนเน้นที่การกระจายอำนาจและการแข่งขันไปพร้อมกัน การบริหารจัดการตอบสนองความต้องการของประชาชนเสมือนเป็นลูกค้า โดยผู้วิจัยอธิบายผ่านภาพที่ 6.1 แสดงลักษณะร่วมของหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (HMS) กับ แนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM) และการบริหารจัดการสาธารณะแนวใหม่ (NPG) ดังนี้

ภาพที่ 6.3

ลักษณะร่วมของหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (HMS) กับ แนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM) และ การบริหารจัดการสาธารณะแนวใหม่ (NPG).



ดังนั้นแนวคิดการสร้างจุดสมดุลของการบริหารจัดการที่คงไว้ซึ่งสวัสดิการสังคมและการแข่งขันถือเป็นการพัฒนาแนวคิดการบริหารจัดการองค์การภาครัฐในรูปแบบหนึ่ง และเป็นทางเลือกหรือแนวทางในการจัดสวัสดิการสังคมให้แก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6.5 การลงทุนทางสังคม (Social Investment) เพื่อการกระจายอำนาจสังคม

การลงทุนเพื่อสังคมมีเป้าหมายเพื่อสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนและขยายผลได้ จึงเป็นการลงทุนและการสร้างความเติบโตในกิจการเพื่อสังคม (Social Enterprise) ซึ่งเป็นรูปแบบองค์กรที่ใช้วิธีทางธุรกิจมาดำเนินการบนพื้นฐานของระบบตลาดที่มุ่งตอบสนองความต้องการทางสังคมโดยผลิตสินค้าและบริการที่ตลาดมีความต้องการเพื่อสร้างผลกระทบ

เชิงบวกต่อสังคมแทนที่จะเน้นสร้างผลกำไร (อนันตชัย ยุธประถม และคณะ, 2557) อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดการลงทุนทางสังคม (Social Investment) เป็นการให้การสนับสนุนทางการเงินและทรัพยากรที่มีใช้ตัวเงินเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตผ่านระบบบริการทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเหลือประชาชน และสังคมในวงกว้าง ในการพัฒนาหรือจัดการกับปัญหาสังคมที่เผชิญอยู่โดยไม่เลือกปฏิบัติ

ผู้วิจัยนำแนวคิดการลงทุนทางสังคม มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานของหน่วยงานบริการระบบพิเศษ (Hybrid Management System) ซึ่งเป็นการร่วมลงทุนโดยความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐและกิจการเพื่อสังคม (Social Enterprise) หรือองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร (Non-profit Organization) โดยในการศึกษารั้งนี้คือ โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นการนำรูปแบบการบริหารแบบเอกชนมาปรับใช้ในโรงพยาบาลรัฐ โดยใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้ความชำนาญและอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ร่วมกันในการพัฒนาบริการด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐาน การลงทุนรูปแบบนี้สามารถสร้างผลตอบแทนทางการเงินให้กับองค์กรภาครัฐ

ถือเป็นบริการที่เข้าข่ายสุขภาพเป็นสินค้าระดับหนึ่งแต่เพราะปลายทางมีการไหลกลับเข้ามากระจายซ้ำ มีแนวคิดผู้รับและผู้ให้ ซึ่งหมายถึง ผู้รับบริการจะได้รับบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศ ด้วยคุณภาพศิริราช มาตรฐานระดับสากล โดยทีมแพทย์ศิริราช พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง พร้อมเทคโนโลยีทันสมัย ปลอดภัย มีประสิทธิภาพสูง และช่องทาง (Channel) คือ รายได้ส่วนหนึ่งจากการรักษาจะคืนกลับสู่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อนำไปช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยโอกาสโรงพยาบาลศิริราชซึ่งถือว่าเป็นผลลัพธ์ (Outcome) ในการยกระดับคุณภาพชีวิตผ่านระบบบริการทางสังคมทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและนำไปสู่การกินดีมีสุข (Well-being)

จากข้อมูลที่กำลังมาข้างหน้าแสดงให้เห็นถึงแนวคิดการเป็นผู้ให้และผู้รับของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ถือเป็นกระจายซ้ำจากคนรวยไปให้ผู้ด้อยโอกาส ซึ่งผู้ศึกษาเห็นว่าสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนา (Development) เป็นทฤษฎีการกระจายรายได้และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ (Redistribution with Economic Growth Theory) ซึ่งเน้นการกระจายรายได้ควบคู่กับการระดมทุน และขึ้นอยู่กับมาตรการต่างๆ ทางด้านประชากร ความเท่าเทียมกันทางสังคม ทฤษฎีนี้ไม่เห็นด้วยกับทฤษฎีฝนหล่นจากฟ้า (Trickle down effect theory) ทฤษฎีนี้นำมาใช้ในการพัฒนาชุมชนได้เป็นอย่างดีเพราะเป็นการมุ่งการกระจายผลของการพัฒนาไปสู่กลุ่มคนที่พึ่งตนเองไม่ได้

ด้วยเหตุนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าการลงทุนทางสังคม (Social Investment) เพื่อการกระจายซ้ำทางสังคม หมายถึงการที่โรงพยาบาลศิริราชให้ทรัพยากรบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยกับโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นการลงทุนทางสังคม (Social Investment) เพื่อทำกำไรเป็นรายได้และเงินบริจาค ส่งคืนให้กับโรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นช่องทาง (Channel)

กระจายซ้ำให้กับผู้ป่วยที่ยากไร้ได้รับสวัสดิการสังคมมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นำไปสู่การวิเคราะห์การดำเนินการของ โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ที่มีการบริหารจัดการแบบเอกชนซึ่งเป็นการอาศัยระบบตลาดสุขภาพ ที่ตั้งอยู่บนฐานคิดแนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) เพื่อการวิเคราะห์ทางเลือกของการสร้างกลไกการกระจายซ้ำ (Alternative redistribution mechanism) ซึ่งจะอธิบายในหัวข้อต่อไป

6.6 การผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมของศิริราช

ข้อค้นพบสำคัญได้จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาครั้งนี้ คือ การผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมของศิริราช อธิบายได้ว่าเป็นการผลิตซ้ำทางสังคมวัฒนธรรม (social cultural reproduction) โดยการถ่ายทอดค่านิยมอุดมการณ์ของชนชั้นนำ ในครอบครัวและโรงเรียน เป็นตัวการสำคัญที่มีอำนาจให้ปัจเจกเกิดการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมดังเช่นคำปณิธานของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ซึ่งเป็นพระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทยที่ดำรงไว้ว่า

“True success is not in the learning, but in its application to the benefit of mankind.”

“I do not want you to be only a doctor but I also want you to be a man.”

“ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตน เป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ลามกทรัพย์และเกียรติยศ จะตกมาแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งวิชาซีฟไว้ให้บริสุทธิ์”

ซึ่งในอดีตโรงเรียนแพทย์คือหัวใจสำคัญของระบบบริการสุขภาพ เพราะมีหน้าที่ในการผลิตแพทย์ออกมาทำหน้าที่เป็นแพทย์ที่ดีของสังคม มีจริยธรรม มีความรู้ มีเหตุผล มีความรับผิดชอบ เข้าใจสภาพสังคมและที่สำคัญคือ มีความเห็นอกเห็นใจในเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน พยายามให้ทุกคนพ้นจากความเจ็บป่วยไม่ว่ารวยหรือจน คุณธรรมและจริยธรรมจึงเป็นที่ยอมรับจากทุกคน ทุกฝ่ายว่ามีความสำคัญมากที่สุดในการทำให้องค์กร หน่วยงาน และประเทศชาติขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมองเพื่อส่วนรวมด้วยคุณธรรม จริยธรรม ตามแนวทางแห่งพระราชปณิธานของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรมพระบรมราชชนก จะทำให้ทุกฝ่ายทำงานได้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น

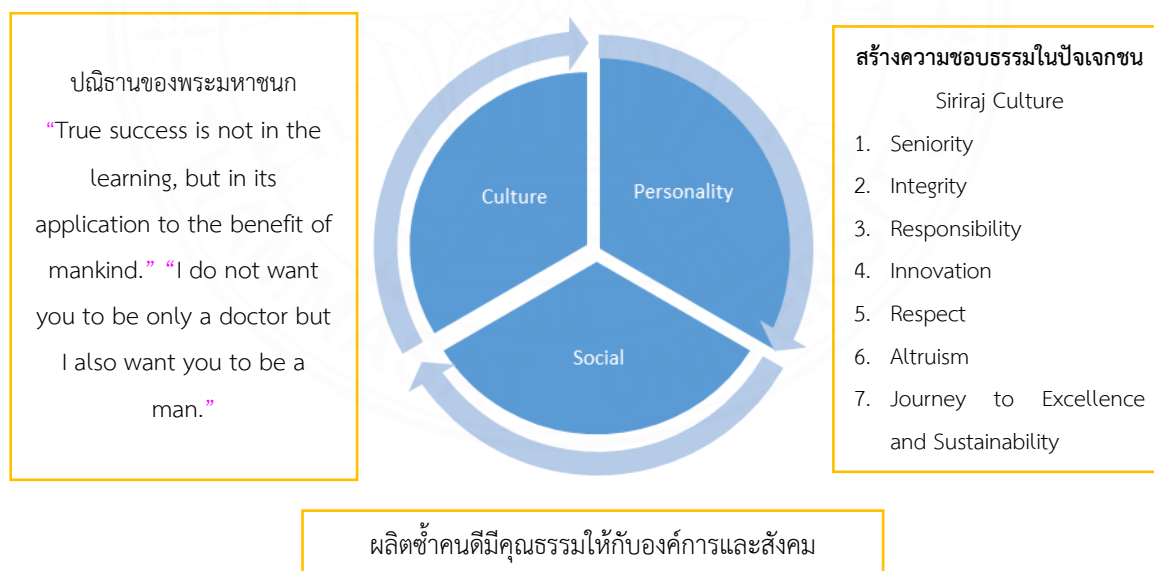
ในขณะที่แนวคิดการดำเนินการของ โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ที่มีการบริหารจัดการแบบเอกชน ที่ต้องการผลกำไรเพื่อใช้ในการดำเนินการและคืนให้กลับโรงพยาบาลศิริราช รวมทั้งผลการศึกษาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการส่วนใหญ่ พบว่าเป็นองค์กรไม่แสวงหากำไร ซึ่งผู้วิจัยมองว่ามีความย้อนแย้ง เนื่องจากผู้วิจัยมองว่าเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรในรูปแบบพิเศษเพราะปลายทางส่งคืนกลับให้โรงพยาบาลศิริราชเพื่อไปช่วยผู้ป่วยที่ยากไร้ จึงทำให้การบริหารจัดการรูปแบบนี้เป็นแบบพิเศษ ที่แสดงออกถึงความแตกต่างของแนวคิดที่ต้องการทำเพื่อสังคมแต่ก็ต้องการความอยู่รอดขององค์กรทางธุรกิจ ซึ่งมีการวิพากษ์กันของสอง

แนวคิดคือแนวคิดเสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) มีความเชื่อเรื่องทุนนิยมมองด้านวัตถุนิยม มองว่าการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเป็นสินค้า ซึ่งค้านกับแนวคิดสังคมประชาธิปไตย (Social Democracy) ซึ่งเป็นแนวทางการเมืองที่พยายามปฏิรูปทุนนิยมภายในโครงสร้างรัฐและเศรษฐกิจ มีการสร้างรัฐสวัสดิการโดยรัฐเก็บภาษีในอัตราก้าวหน้าเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

อาจกล่าวได้ว่าการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมของศิริราชเป็นการผลิตซ้ำทางอุดมการณ์ ความเป็นธรรมในสังคม ในการผลิตแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการปลูกฝังเมล็ดพันธุ์ที่อุดมไปด้วยปุ๋ย ที่เรียกว่าคุณธรรม จรรยาบรรณนั้นจะทำให้เกิดการเจริญเติบโตของงามทางวัฒนธรรมทางสังคมที่จะทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม ดังพระราชปณิธานของพระมหากษัตริย์ที่ต้องการสอนแพทย์ให้เป็นมนุษย์ ถึงแม้เมล็ดพันธุ์ที่อุดมไปด้วยปุ๋ยที่เรียกว่าคุณธรรม นั้นจะไปตกที่ไหนก็จะงอกงามและผลิตต้นกล้า แห่งความดีต่อไปตราบนานเท่านาน ซึ่งสามารถถ่ายทอดออกมาเป็นภาพที่ 6.3 แสดงการผลิตซ้ำทาง วัฒนธรรมของศิริราช

ภาพที่ 6.4

การผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมของศิริราช.



จากภาพที่ 6.4 แสดงการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมของศิริราชสะท้อนให้เห็นถึงการดำเนินรอยตามปณิธานของพระมหากษัตริย์และวัฒนธรรมศิริราช (Siriraj Culture) เป็นคำที่ใช้เรียกวัฒนธรรมองค์กรของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงลักษณะของ ค่านิยม ความเชื่อ รวมทั้งพฤติกรรมในการทำงานและการดำเนินชีวิต ของ “คนศิริราช” ที่ได้รับการปลูกฝัง หล่อหลอม และยึดถือปฏิบัติ สืบทอดกันมาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนกลายเป็นเอกลักษณ์

ของ “คนศิริราช” ซึ่งประกอบด้วย 7 ประการ คือ 1) Seniority (รักกันดุจพี่น้อง) 2. Integrity (ซื่อสัตย์ ถูกต้อง เชื่อถือได้) 3. Responsibility (รับผิดชอบ มีประสิทธิภาพ ตรงต่อเวลา) 4. Innovation (คิดสร้างสรรค์) 5. Respect (ให้เกียรติ เอาใจเขามาใส่ใจเรา) 6. Altruism (คำนึงถึงประโยชน์ของผู้อื่นและส่วนรวมเป็นที่ตั้ง) 7. Journey to excellence and sustainability (มุ่งมั่นพัฒนาสู่ความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน) (<https://www.si.mahidol.ac.th/division/culture>) เพื่อให้บุคลากรของ ศิริราชทุกคนเข้าใจและนำไปปฏิบัติจึงใช้การนำองค์ประกอบทั้ง 7 ประการมาแต่งเป็นเพลงวัฒนธรรมศิริราช คือ

“ศิริราชคือพี่น้อง ความถูกต้องเรายึดมั่น รับผิดชอบร่วมกัน คิดสร้างสรรค์ ร่วมพัฒนา ใฝ่ใจ ให้เกียรติกัน ประโยชน์มันเพื่อประชา มุ่งมั่นสู่บรรคา เลิศคุณค่าอย่างยั่งยืน”

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ สังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทางเลือกใหม่ ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในปัจจุบัน ที่สามารถรับภาระค่าบริการทางการแพทย์ได้ด้วยตนเองในระดับหนึ่งโดยไม่ต้องพึ่งสวัสดิการจากภาครัฐ โดยเน้นการบริหารที่มีประสิทธิภาพสูง เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ได้รับการที่สะดวกรวดเร็วเช่นเดียวกับบริการของโรงพยาบาลเอกชน มีการดูแลใกล้ชิดในบรรยากาศอบอุ่นเหมือนครอบครัวเดียวกัน และมั่นใจในความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาลศิริราช และเพื่อเป็นช่องทางเพิ่มรายได้ให้กับบุคลากร เพื่อรักษาบุคลากรไว้ในระบบ โดยโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ได้มีวัฒนธรรมองค์การที่เรียกว่า วัฒนธรรมศิริราช (Siriraj Culture) เพื่อเป็นหลักยึดด้านจิตใจที่สำคัญที่ทำให้คนในองค์กรคิดและทำงานต่างๆ ไปในแนวทางเดียวกัน รวมถึงปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการและองค์การ

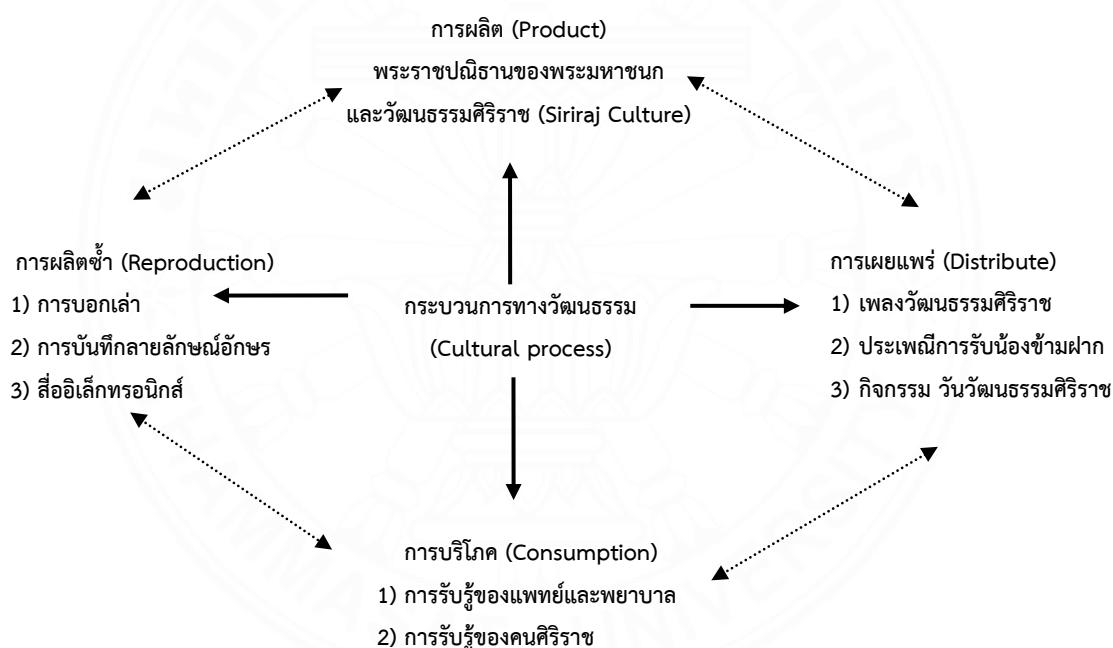
การผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมของศิริราช สอดคล้องกับแนวคิดของ Raymond William (1981) นักคิดสำนักวัฒนธรรมนิยม ได้อธิบายถึงการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมว่าวัฒนธรรมต่างๆ ล้วนถูกผลิตขึ้นอยู่ตลอดเวลา และหากวัฒนธรรมนี้ไม่ได้รับการผลิตซ้ำเพื่อสืบทอดในครั้งต่อไป ทำให้วัฒนธรรมดังกล่าวสูญหายไป ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่ากระบวนการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมเป็นกระบวนการที่รองรับความยั่งยืนของวัฒนธรรมองค์การ เพื่อให้องค์การพัฒนายั่งยืนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ (เปรมจิตต์ มีวันดี, 2548)

จากการศึกษาการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมของศิริราชสามารถนำมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ตามแนวคิดของ กาญจนา แก้วเทพ และ สมสุข หินวิมาน (2551) ผ่านกระบวนการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมของศิริราช จากองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการผลิต คือการพิจารณาว่าวัฒนธรรมได้รับการผลิตและสร้างความหมายขึ้นมาได้อย่างไร ใครเป็นผู้ผลิตทางวัฒนธรรม และสร้างสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมอย่างไร 2) ด้านการเผยแพร่ คือการพิจารณาว่าผู้ผลิตวัฒนธรรมดำเนินการ

เผยแพร่วัฒนธรรมให้เป็นที่รู้จักกันในองค์การอย่างไร 3) ด้านการบริโภค คือการพิจารณาว่าสมาชิก รับรู้วัฒนธรรมที่ถูกเผยแพร่อย่างไรและ 4) ด้านการผลิตซ้ำ คือการพิจารณาว่าวัฒนธรรมถูกผลิตซ้ำ ต่อเนื่องเพื่อให้ดำรงอยู่อย่างไร ซึ่งการผลิตซ้ำสามารถทำได้โดยการสื่อสารผ่านตัวบุคคลหรือการใช้ สื่อเทคโนโลยี ด้วยวิธีต่างๆ เช่น การบอกเล่า การบันทึกลายลักษณ์อักษรและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ การผลิต การเผยแพร่ การบริโภคและการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรม สามารถสรุปเป็นแผนภาพที่ 6.5 ดังนี้

ภาพที่ 6.5

กระบวนการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมศิริราช.



ที่มา: ดัดแปลงจาก กระบวนการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรม. จาก กาญจนา แก้วเทพ และ สมสุข หินวิมาน, 2551.

จากภาพแสดงให้เห็นว่าผลการวิเคราะห์การผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมศิริราช สามารถสรุปได้ดังนี้ 1) การผลิต สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ได้ให้พระราชปณิธานและวัฒนธรรมศิริราช (Siriraj Culture) เพื่อสืบสานพระราชปณิธาน ให้กับคนศิริราชว่าความสำเร็จที่แท้จริงอยู่ที่การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เพื่อประโยชน์สุขแก่มวลมนุษยชาติ ส่วนคำว่าวัฒนธรรมศิริราช เป็นคำที่ใช้เรียกวัฒนธรรมองค์กรของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่บอกถึงลักษณะของ ค่านิยม ความเชื่อ รวมทั้งพฤติกรรมในการทำงานและการดำเนินชีวิตของคน

ศิริราชที่ได้รับการปลูกฝัง หล่อหลอม และยึดถือปฏิบัติ สืบทอดกันมาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจน กลายเป็นเอกลักษณ์ของคนศิริราช 2) การเผยแพร่ พระราชปณิธานของพระมหากษัตริย์และ วัฒนธรรมศิริราช (Siriraj Culture) ผ่านทางเพลงวัฒนธรรมศิริราช ประเพณีการรับน้องข้ามฝากและ กิจกรรมวันวัฒนธรรมศิริราช 3) การบริโภค การรับรู้วัฒนธรรมศิริราชที่ถูกเผยแพร่และได้ปฏิบัติ จากรุ่นสู่รุ่น และ 4) การผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมศิริราชมีการผลิตซ้ำอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการดังนี้ 1) การบอกเล่า 2) การบันทึกลายลักษณ์อักษรและ 3) สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ทั้ง 3 วิธี เป็นการสืบทอดให้ วัฒนธรรมองค์การและอนุรักษ์วัฒนธรรมศิริราชให้ยังคงพบเห็นในปัจจุบัน

ในทางกลับกัน แนวคิดเรื่องการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมในความเห็นของ Pierre Bourdieu ในปี ค.ศ. 1970 มีความเห็นว่าการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรม เป็นการผลิตซ้ำความไม่เสมอภาคถูกนำกลับมาใช้อีกผ่านระบบการศึกษาและสถาบันทางสังคม สอดคล้องกับการอธิบาย ความหมายการผลิตซ้ำของ Marx ว่าเป็นการผลิตของระบบทุนนิยมซึ่งเป็นการผลิตซ้ำ ความไม่เท่าเทียมกันในสังคม นำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกันทางชนชั้นระหว่างกลุ่มคน ดังนั้นการผลิตซ้ำ จึงเป็นการผลิตของระบบทุนนิยมที่ไม่ได้สร้างเพียงแค่ตัวสินค้าหรือมูลค่า แต่ยังผลิตซ้ำความสัมพันธ์ ทางอำนาจของทุนนิยม (รุ่งนภา ยรรยงเกษมสุข, 2550) ทั้งนี้หากวิเคราะห์โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ซึ่งแม้จะอยู่ภายใต้ร่มของศิริราชแต่มีการบริหารจัดการแบบเอกชน ถ้าวัน ใดโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ขยายการบริการจนเล็ก หรือลบเลือน ระบบบริการ เดิมที่เน้นสุขภาพเป็นสิทธิ จนสูญหายไป โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ก็คงเป็น เสรีนิยมใหม่ (Neoliberalism) เต็มตัว วันนั้นคงไม่พ้นเป็นแพทย์พาณิชย์ แต่การดำรงอยู่ของทั้งสอง ส่วน จะกลายเป็นวัฒนธรรมใหม่ของ โรงพยาบาลศิริราชที่เมื่อก่อนไม่มีโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) และประชาคมศิริราชจะผลิตซ้ำวัฒนธรรมชุดนี้ เพื่อธำรงความสมดุลของ ทั้งสองปรัชญาแนวคิดอย่างไร ผู้วิจัยนำเสนอหัวข้อต่อไป

6.7 กลไกทางเลือกในการกระจายซ้ำ (Alternative Redistribution Mechanism)

แนวคิดการบริหารโรงพยาบาลศิริราชเป็นโครงสร้างที่มั่นคง สืบทอดมาหลายชั่วอายุคน ที่ปลูกจิตสำนึกเรื่องคุณธรรม จริยธรรมในการประกอบวิชาชีพด้วยโดยใช้ความเป็นมืออาชีพใน การรักษาบริการให้กับประชาชนบนแนวคิดหลักคุณธรรมและจริยธรรมซึ่งมีความสอดคล้องกับ การผลิตซ้ำทางสังคมของ Anthony Giddens นักสังคมวิทยาชาวอังกฤษที่มีชื่อเสียงในยุคหลัง สงครามโลก ที่เห็นว่าชีวิตเชิงสังคมเป็นไปมากกว่าการกระทำของปัจเจกที่ไม่เป็นระเบียบแต่ก็ไม่ได้ถูก กำหนดเพียงอย่างเดียวจากพลังทางสังคม จากการวิเคราะห์ทฤษฎีทางสังคมเรื่อง ระเบียบและ การผลิตซ้ำทางสังคม (Structuration) ของ Anthony Giddens เกี่ยวกับความเป็นมนุษย์และ

โครงสร้างสังคมมีความสัมพันธ์กันและเป็นการกระทำของปัจเจกชนที่เข้าไปเข้ามาจนก่อให้เกิดโครงสร้างทางสังคม คือ จารีตประเพณี สถาบัน หลักศีลธรรม ที่สัมพันธ์กับการผลิตซ้ำของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีคุณธรรมจรรยาบรรณในการประกอบอาชีพ โดยมีแนวความคิดการเห็นประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง และสอดคล้องกับคำบอกต่อของ Anthony Giddens ที่ว่า สังคมมีเพียงรูปแบบและรูปแบบได้เพียงแค่มีผลกระทบต่อมนุษย์ ดังนั้นโครงสร้างจึงถูกผลิตและผลิตซ้ำในสิ่งที่มนุษย์กระทำ (Giddens & Pierson, 1998, p. 77) ซึ่งเป็นการส่งต่อแนวความคิดการทำความดีเรียกว่า วัฒนธรรมศิริราช (Siriraj Culture) จะถูกส่งต่อจากแพทย์รุ่นหนึ่งสู่แพทย์รุ่นน้องสืบทอดจนลูกหลานเป็นการผลิตซ้ำทางสังคมโดยยึดหลัก Rule and Resources คือโครงสร้างและการกระทำนำไปสู่การผลิตซ้ำทางด้านการยอมรับเรื่องคุณธรรมจรรยาบรรณ

หากมองด้านสวัสดิการสังคมแล้วข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นการค้นพบระบบบริหารพิเศษที่มีกลไกการกระจายซ้ำทางเลือก (Alternative redistribution mechanism) ที่ประสบความสำเร็จ และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อการนำไปใช้พัฒนานโยบายสังคมที่สอดคล้องกับสถานะแวดล้อมของนโยบายสังคมในประเทศไทย ซึ่งมีนัยสำคัญต่อรูปแบบการกำหนดนโยบายสังคม (policy implications) ที่นับเป็นตัวอย่างของการรื้อสร้างแบบแผนของรัฐสวัสดิการตามคติของสังคมประชาธิปไตย ที่อาจจะพิจารณาได้ว่าเป็นวงจรการผลิตซ้ำทางสังคม ที่เป็นแบบแผนมายาวนาน เช่น โรงพยาบาลศิริราช ที่ทำหน้าที่ผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมของการสร้างบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอุดมการณ์เดียวกันในการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม แต่ก็มีปัญหาการขาดทุนในการบริหารจัดการจึงเป็นสาเหตุให้ต้องก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ มาเพื่อหารายได้จากคนรวยไปให้ผู้ด้อยโอกาสรวมทั้งการบริจาคที่เป็นการกระจายซ้ำแบบปากต่อปาก ดังเช่น โครงการ Give to Live มีชีวิต คือ เพื่อให้ ให้เพื่อชีวิต

การเปลี่ยนจากกรอบค่านิยมแบบสังคมนิยมไปเป็นกรอบค่านิยมแบบเสรีนิยมใหม่ เพื่อเสนอว่าในโลกร่วมสมัย ปัจเจกบุคคลเหล่านั้นคือความรับผิดชอบอนาคตของตนเองรวมกับความไม่มั่นคงในรูปแบบของความเสี่ยงที่สำคัญของระบอบประชาธิปไตยในสังคม ชุมชน การกระจายซ้ำความเท่าเทียมและสวัสดิการ สามารถกำหนดใหม่ได้ในลักษณะที่สอดคล้องกับความต้องการทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองของระบบทุนนิยมร่วมสมัย การสร้างระบบบริหารพิเศษที่มีกลไกการกระจายซ้ำทางเลือก รูปแบบใหม่ดำเนินการในรูปแบบที่สนับสนุนเศรษฐกิจตลาดแบบผสมผสาน เป็นการผนึกกำลังระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคส่วนต่างๆ จึงเป็นการปฏิรูปการกระจายซ้ำด้วยการถ่ายโอนทรัพยากรจากคนรวยไปสู่คนในรูปแบบหนึ่งที่ จากบทความของ Paul Cammack (2004) ที่เสนอว่า Anthony Giddens ยอมรับอย่างแท้จริงว่ารัฐบาลในปัจจุบันต้องทำงานร่วมกับตลาดไม่ใช่ต่อต้านฝ่ายซ้ายต้องทำความคุ้นเคยกับตลาดด้วยบทบาทของธุรกิจในการสร้างความมั่งคั่งและความจริงที่ว่าเงินทุนส่วนตัวมีความสำคัญต่อการลงทุนทางสังคม

ภาพที่ 6.6

กลไกทางเลือกในการกระจายซ้ำ (Alternative redistribution mechanism).



จากภาพที่ 6.6 อธิบายให้เห็นการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงแนวคิดการดำเนินงานของ SiPH หรือเรียกว่าระบบบริหารพิเศษที่มีกลไกทางเลือกในการกระจายซ้ำ (Alternative redistribution mechanism) สอดคล้องกับแนวทางขากลาง (central right) หรืออาจจะเรียกว่า ซ้ายใหม่ (The New Left) หรือ ทางสายที่สาม (The Third Way) ของ Anthony Giddens ที่เสนอว่าการแบ่งแนวคิดออกเป็นฝ่ายซ้ายและฝ่ายขวาได้หมดลงไปแล้วเพราะในบริบทของโลกาภิวัตน์ทำให้ทั้งฝ่ายซ้ายและขวามีเนื้อหาทางความคิดที่สามารถประนีประนอมได้ แนวทางที่สามจึงเป็นรัฐสวัสดิการที่มีลักษณะเป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการจัดสวัสดิการที่เน้นให้ประชาสังคม

ชุมชนเป็นผู้จัดสวัสดิการสังคมหลัก และทำให้เกิดสวัสดิการที่มีระบบตลาดภายในที่ผู้รับบริการอยู่ในฐานะผู้ซื้อ รัฐเป็นผู้ขาย โดยมีสวัสดิการเป็นสินค้า

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลไกทางเลือกในการกระจายซ้ำ พบว่า มีงานวิจัยของ Patmawati bte Hj Ibrahim (2001) เสนอว่า ชะกาดเป็นระบบสวัสดิการของชาวมุสลิม มีลักษณะเป็นทางเลือกของกลไกการกระจายซ้ำในเชิงวัฒนธรรมหรือเชิงประเพณีนิยม เป็นหนึ่งในกลไกที่มีประสิทธิภาพที่สุดในอิสลาม เพื่อจัดการกับปัญหาความยากจนและความไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นกลไกการแจกจ่ายต่อเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียช่วยคนขัดสนและยากจนในสังคม หรือกล่าวได้ว่าเป็นการกระจายทรัพยากรจากคนรวยสู่ผู้ด้อยโอกาส แต่ในขณะที่การบริหารจัดการของ SiPH เป็นทางเลือกของกลไกการกระจายซ้ำ ที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อตอบสนองของนโยบายสำคัญของโรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นวิธีการจัดการที่วางพื้นที่ของสุขภาพเป็นสิทธิไม่ใช่สินค้า ไว้ที่ระบบเดิมที่มีอยู่ และสร้างระบบพิเศษ (hybrid management) เพราะมีอุปสงค์ของการบริการที่ดีเยี่ยม โดยคนไข้ยอมจ่ายค่าบริการที่แพงกว่า อธิบายได้ว่าเป็นการยอมรับว่าสุขภาพเป็นสินค้าระดับหนึ่ง การเป็นสินค้าของบริการสุขภาพที่ SiPH ไม่ใช่แปลว่าต้องสูญเสียอุดมการณ์ ไม่ได้หมายความว่าระบบเดิมที่มีอยู่ถูกลดทอนคุณภาพลงไป แต่เหมือนการนำส่วนเกินมากระจายซ้ำให้กับส่วนที่เป็นระบบบริการเดิมเพื่อการคงไว้ของระบบทั้งหมดสะท้อนให้เห็นกลไกการกระจายซ้ำ (redistribution) ในระบบของการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช

จะเห็นได้ว่าด้วยกรอบการทำงานรูปแบบใหม่นี้ จุดอ้างอิงที่สำคัญเพิ่มเติมของระบอบประชาธิปไตยในสังคม ชุมชน การแจกจ่ายซ้ำ ความเท่าเทียมกัน และสวัสดิการ สามารถกำหนดใหม่ในลักษณะที่เข้ากันได้กับความต้องการทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองของระบบทุนนิยมร่วมสมัย (Cammack, 2004) ทั้งนี้กลไกทางเลือกในการกระจายซ้ำ (Alternative redistribution mechanism) ของ SiPH นั้นมีความสอดคล้องกับรูปแบบสวัสดิการพหุลักษณะ (Welfare Pluralism) เน้นพลังของภาคประชาสังคม โดยรัฐเพิ่มประสิทธิภาพการทุนสร้างการพัฒนาและความเป็นธรรมในสังคมและเปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่างๆ คือ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในสังคมเข้ามารับผิดชอบสวัสดิการสังคมของประชาชน

บทที่ 7

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง “การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่ และเพื่อศึกษาผลกระทบการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการในโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ จำนวน 16 ราย ซึ่งนำมาสู่ข้อค้นพบและผลการวิจัย โดยจากผลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

7.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษ ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่ทำให้เกิดข้อค้นพบจากข้อมูลการสัมภาษณ์และข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถช่วยยืนยันได้ว่ากระบวนการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษ ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่ เป็นการบริหารจัดการของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ที่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศิริราช แต่มีรูปแบบการบริหารแบบเอกชน ถือเป็นบริการที่เข้าข่ายสุขภาพเป็นสินค้าระดับหนึ่ง แต่เพราะปลายทางมีการไหลกลับเข้ามากระจายซ้ำ มีแนวคิดการเป็นผู้รับและผู้ให้ ซึ่งหมายถึงผู้ที่เข้ารับการรักษาก็จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศได้มาตรฐานสากล และเป็นผู้ให้โดยรายได้หลังหักค่าใช้จ่ายจะนำส่งคืนให้กับคณะแพทยศาสตร์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ที่โรงพยาบาลศิริราช จะเป็นการแก้ปัญหาการขาดทุนของการบริหารจัดการโรงพยาบาลภาครัฐให้สามารถเลี้ยงตัวเองได้ ส่งผลให้โรงพยาบาลรัฐสามารถให้บริการรักษาผู้ป่วยที่ยากไร้ได้ เป็นการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของภาครัฐ อีกทั้งยังสามารถแก้ปัญหาสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐบาลไปสู่โรงพยาบาลเอกชนได้ เนื่องจากมีนโยบายด้านบุคลากรที่มาปฏิบัติงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์

ดังนั้นคำตอบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างความชัดเจนในการกำหนดนโยบายเพื่อแก้ปัญหาการขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐบาล ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ นำไปสู่ความอยู่ดีกินดีของประชาชนชาวไทย ซึ่งเป็นรูปแบบองค์การที่จะแก้ปัญหา

สังคมโดยใช้มุมมอง 2 ขั้ว ระหว่างแนวคิดสังคมประชาธิปไตยกับแนวคิดเสรีนิยมใหม่ เพื่อหาจุดสมดุลของการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ในการคงไว้ซึ่งสวัสดิการสังคมและการแข่งขัน อีกทั้งสามารถนำไปปรับใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสังคมได้ในอนาคต

7.2 ข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง “การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่” ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะได้ดังนี้

7.2.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ และข้อเสนอแนะสำหรับศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

7.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ผลการศึกษานี้มีนัยสำคัญต่อรูปแบบการกำหนดนโยบายสังคม (policy implications) ที่เป็นตัวอย่างของการรื้อสร้างแบบแผนของรัฐสวัสดิการตามคตินิยมของสังคมประชาธิปไตย ซึ่งเป็นการค้นพบกลไกทางเลือกในการกระจายซ้ำ (Alternative redistribution mechanism) ที่ประสบความสำเร็จ และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อการนำไปใช้พัฒนานโยบายสังคมที่สอดคล้องกับสถานะแวดล้อมของนโยบายสังคมในประเทศไทย

2) เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายต่อภาครัฐในการสนับสนุนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ให้มีอิสระด้านการเงินและการจัดการ เป็นการส่งเสริมการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำ และการเข้าถึงการรักษาพยาบาลและยังทำให้โรงพยาบาลอยู่รอดโดยการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ โดยการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการและทัศนคติของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ในการให้บริการผู้ป่วย

3) เป็นการสร้างความชัดเจนในการกำหนดนโยบายเพื่อแก้ปัญหาการขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐบาล ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ นำไปสู่ความอยู่ดีกินดี ซึ่งเป็นรูปแบบองค์การที่จะแก้ปัญหาสังคมโดยใช้มุมมอง 2 ขั้ว ระหว่างแนวคิดสังคมประชาธิปไตยกับแนวคิดเสรีนิยมใหม่ เพื่อหาจุดสมดุลของการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ในการคงไว้ซึ่งสวัสดิการสังคมและการแข่งขัน อีกทั้งเป็นการสร้างความยั่งยืนขององค์กรและระบบสวัสดิการสุขภาพให้กับประชาชน

7.2.3 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

- 1) หน่วยงานภาครัฐควรมีการส่งเสริมการนำแนวคิดการบริหารจัดการหน่วยงานพิเศษ (Hybrid Management) ไปใช้กำหนดนโยบาย
- 2) การส่งเสริมให้เกิดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐให้มีอิสระด้านการเงินและการจัดการอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดการบริหารจัดการแบบเอกชนมาปรับใช้ในโรงพยาบาลรัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

7.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษามุมมองของประชาชนที่มารับบริการของโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เพื่อเป็นการเปรียบเทียบผลกระทบจากการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ของ เพื่อให้เห็นมุมมองหรือทิศทางเพื่อใช้ในการบริหารจัดการองค์การให้มีประสิทธิภาพและป้องกันภาวะสมองไหล
2. ควรมีการนำเสนอเกี่ยวกับแนวคิดผู้นำที่ริเริ่มกระบวนการก่อร่างสร้างตัวในการสร้างการบริหารจัดการพิเศษซึ่งเป็นการบริหารรูปแบบใหม่

รายการอ้างอิง

หนังสือ

- กาญจนา แก้วเทพ และ สมสุข หินวิมาน. (2551). *สายธารแห่งนักคิดทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองกับการสื่อสาร ศึกษา*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- กิตติพัฒน์ นนทปัทมคุลย์. (2554). *การวิจัยเชิงคุณภาพในสวัสดิการสังคม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดวงพร โสภา. (2544). *ผลกระทบของการออกนอกระบบราชการจากโรงพยาบาลรัฐเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐต่อการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัมม วรรณพิน. (2553). *ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มพนักงานมหาวิทยาลัยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยภายใต้กำกับของรัฐ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤพนธ์ ตัววิเศษ. (2557). *อำนาจของลัทธิเสรีนิยมใหม่ ชาติพันธุ์กับเสรีนิยมใหม่*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- เบญจวรรณ สร้างนิทร. (2541). *การปฏิรูประบบราชการ: ยุทธศาสตร์สำคัญของการเปลี่ยนแปลง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการปฏิรูประบบราชการ สำนักงาน ก.พ.
- ปกรณ์ ศิริประกอบ. (2558). *3 พาราไดม์ทางรัฐประศาสนศาสตร์: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปปฏิบัติจริง*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปกรณ์ ศิริประกอบ. (2560). *3 พาราไดม์ทางรัฐประศาสนศาสตร์ แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปปฏิบัติจริง (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงษ์เทพ สันติกุล. (2558). *องค์การและการบริหารจัดการสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พัชรารณ บัญมี. (2552). *การศึกษาการบริหารองค์การพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภูษิต ประคองสาย. (2559). *การสาธารณสุขไทย 2554-2558*. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- รังสรรค์ ณะพรพันธุ์. (2548). *โลกาภิวัตน์กับสังคมเศรษฐกิจไทย*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะเศรษฐศาสตร์, ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง.
- รุ่งตะวัน อ่วมอินทร์. (2558). *มองเสรีนิยมใหม่ในมุมมองมานุษยวิทยา*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

- วรเดช จันทรศร. (2540). *การพัฒนาาระบบราชการไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี, คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ.
- วรศักดิ์ มหัทธโนบล. (2557). *เศรษฐกิจการเมืองจีน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วินัย ผลเจริญ. (2563). *โลกาภิวัตน์เสรีนิยมใหม่กับความพ่ายแพ้ของประเทศไทย*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, วิทยาลัยการเมืองการปกครอง, โครงการผลิตและเผยแพร่ตำรา และผลงานวิชาการ.
- สุรพล ปธานวนิช. (2547). *นโยบายสังคม เส้นทางสู่รัฐสวัสดิการ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรศักดิ์ ชะมารัมย์. (2552). *การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่: กระแสหลักของการเปลี่ยนแปลงในการบริหารงานภาครัฐ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- อนันตชัย ยुरประณม, จรัสวรรณ กิตติสุนทรากุล, วิชญ์พล บัญชาชีวะชัย, เสาวพร วิทยะถาวร, นริรัตน์ สันธยาดี และ จิวิสา ติทยานนท์. (2557). *การพัฒนาอย่างยั่งยืน*. กรุงเทพฯ: วนิดาการพิมพ์.
- อรุณี สันธิติวณิชย์. (2559). *ฐานปรัชญาของระบบราชการในอุดมคติ*. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, คณะรัฐศาสตร์.
- อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว (2560). *โครงการความจำเป็นในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

บทความวารสาร

- กนก เรืองนาม. (2558). การศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการระหว่างโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา*, 9(2).
- กมลพิพัฒน์ ชนะสิทธิ์, เฉลิมชัย กิตติศักดิ์นาวิน และ นลินันธุ์ ดีสวัสดิ์. (2560). จริยธรรมในการตัดสินใจกับการพัฒนาองค์กร. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*, 11(26), 142-155.
- กิตติภูมิ วิเศษศักดิ์. (2552). โครงการสมองไหลกลับ: การดำเนินงานจากสมองไหลกลับสู่สมองไหลเวียน. *วารสารวิจัยทรัพยากรมนุษย์*, 4(1), 3-12.
- ชนิดา ทองมณโฑ และ สุวิทย์ ธนียวัน. (มกราคม-มิถุนายน 2555). ความเป็นนธรรมาภิบาลของโรงพยาบาลเอกชนในปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร. *วารสารบริหารการศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร*, 2(2).
- ชมพูนุช หุ่นนา. (2560). การจัดการภาครัฐใหม่: การเปลี่ยนแปลงเพื่อสร้างผลิตภาพสูงสุด. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์. (ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์)*, 7 (3).

- ไททัศน์ มาลา. (2561). การจัดการปกครองสาธารณะแนวใหม่ (New Public Governance: NPG): แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการจัดการปกครองท้องถิ่น. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 8(1), 179-194.
- ธานี ขามชัย. (2560). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน: ศึกษากรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี. *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 11(1), 163-189.
- นฤพนธ์ ดัวงวิเศษ. (2561). ทุนนิยมโลกของการแพทย์สมัยใหม่กับการปลูกเสกชีวิตและสุขภาพของมนุษย์. *วารสารมนุษยวิทยา*, 1(1), 43-76.
- บุญมี ภูด่านจัว. (2556). ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน: การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลครอบครัว. *วารสารการพยาบาล*, 28(4).
- พระศรีรัตนมณี, พระครูปลัดเถรานุวัตร, และ สมปอง สีชมพู (2561). กลยุทธ์การป้องกันภาวะสมองไหลยุคการเปลี่ยนแปลง Thailand 4.0. *วารสารราชภัฏเพชรบูรณ์สาร*.
- พลัฎฐ์ อำไพ. (2556). ทุนทางสังคมท่ามกลางภัยพิบัติ: กรณีศึกษาภาวะอุทกภัยของตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2544. *วารสารวิจัยสังคม*, 36(2).
- พวงผกา มะเสนา และ ประณต นันทียะกุล. (2557). การบริหารจัดการการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 4(1), 89-101.
- ภัทรพร ยุบลพันธ์. (2558). การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของผู้รับบริการต่อโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 26(3).
- ภัทรมนัส มณีจิระปรการ. (2560). ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน: การประยุกต์ใช้ในงานวิจัยทางการพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(2), 52-60.
- ศิริรัตน์ ขาวสอาด. (2551). การยอมรับต่อการปฏิรูประบบราชการกรณีศึกษาการยอมรับการเปลี่ยนแปลงสภาพเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐของข้าราชการคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. *วารสารเวชบันทึกศิริราช*, 1(3).
- สมศักดิ์ สามัคคีธรรม และ ปรีดา วานิชภูมิ. (2556). การจัดการภาคีสาธารณะแนวใหม่: ความหมายและนัยสำคัญ. *วารสารเศรษฐศาสตร์การเมือง*, 1(1), 183-214.
- สมศักดิ์ สามัคคีธรรม. (2561). การจัดการประชุมชนบนพื้นฐานของการจัดการภาคีสาธารณะแบบใหม่ในภาคตะวันออก. *วารสารพัฒนาสังคม*, 20(1), 41-55.
- สุดารัตน์ ชูจิตต์. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย บรรยาการองค์การกับผลผลิตของงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 23(3) c.1.

- อภิญา อินทรรัตน์ และคณะ. (2558). การวิจัยและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล: การประยุกต์ใช้การวิเคราะห์เรื่องเล่าจากประสบการณ์. *วารสารครุศาสตร์*, 43(2), 123-140.
- อัษฎา ศิระชัยดีกุล และ อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกสถานภาพการเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มข้าราชการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(1).
- อิงครัต แพททริค สี่เขียวสุขวงกุ. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกของแพทย์ในระบบราชการของโรงพยาบาลในประเทศไทย. *วารสารบัณฑิตศึกษา มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(1), 183-209.

วิทยานิพนธ์

- กมลพรรณ พันพื้ง. (2553). *อัตลักษณ์ การเสริมพลังอำนาจ และการกำหนดวิถีชีวิตตนเอง: การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการในสังคมไทย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.
- กิตติพงษ์ เกียรติวัชรชัย. (2559). *การสังเคราะห์รูปแบบการจัดการองค์การมหาชนในประเทศไทย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). มหาวิทยาลัยศิลปากร, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาการจัดการ.
- จริยา เลหาวิช. (2552). *การทำงานพิเศษของพยาบาลภายใต้ระบบความสัมพันธ์หญิงชาย: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). มหาวิทยาลัยมหิดล, บัณฑิตวิทยาลัย.
- ชวลี แยมวงษ์, ประทุม สร้อยวงศ์, เสริมศรี สันคติ, สุนิสา มหาสิทธิวัฒน์ และ อัญชลี ประเสริฐ. (2538). *การพยาบาลผู้เกี่ยวข้องกับภาวะขาดแคลนพยาบาล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). มหาวิทยาลัยมหิดล, บัณฑิตวิทยาลัย.
- ดวงพร คงพิกุล. (2555). *การผลิตซ้ำทุนทางวัฒนธรรม: กรณีศึกษาโรงเรียนพระหฤทัยคอนแวนต์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, คณะพัฒนาสังคม.
- นัทธมน วุฒานนท์. (2543). *รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์.
- นันทยา ชูแก้ว. (2536). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองไหลของพยาบาลวิชาชีพจากภาครัฐบาลไปสู่ภาคเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, บัณฑิตวิทยาลัย.

- นิลารรณ งามขำ. (2557). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความมุ่งมั่นในการบริหารและการพัฒนาคุณภาพต่อผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรในประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, บัณฑิตวิทยาลัย.
- เปรมจิตต์ มีวันดี. (2548). วาทกรรมการผลิตซ้ำ และการนำเสนอแนวคิดทางการเมืองในรายการนายกทักษิณคุยกับประชาชน. (วิทยานิพนธ์ปริญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย.
- พิชามญช์ ก้อนทอง. (2559). การจัดสวัสดิการชุมชนโดยใช้ทุนทางสังคมของชุมชนชาวไทยเชื้อสายมอญบ้านศาลาแดงเหนือ ตำบลเชียงรากน้อย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม
- ภาณุมาศ ไกรสัย. (2545). การจัดองค์การพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปในกำกับของรัฐ. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์.
- รุ่งนภา ยรรยงเกษมสุข. (2550). ชนชั้นนำในการเมืองไทยปัจจุบัน: การศึกษากระบวนการผลิตซ้ำทุนวัฒนธรรมตามแนวปีแอร์ บูร์ดิเอด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะรัฐศาสตร์, สาขาวิชารัฐศาสตร์.
- ศุภิตี คันธา. (2544). การรับรู้และความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าสู่โรงพยาบาลในกำกับของรัฐของบุคลากรโรงพยาบาลสงขลา. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข.
- สิริรัตน์ บำรุงกรณ์. (2561). สวัสดิการสำหรับผู้ได้รับผลกระทบและผู้ได้รับความเสียหายอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, สาขาการบริหารสังคม.
- สุดาร์ตน์ ตานพิพัฒน์. (2553). การศึกษาตัวชี้วัดการบริหารทุนมนุษย์ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์.
- อมรรัตน์ ทองชุมสิน. (2551). กระบวนการตัดสินใจเปลี่ยนสถานภาพ จากข้าราชการเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, บัณฑิตวิทยาลัย.

เอกสารอื่นๆ

- กิตติพัฒน์ นนทปัทมดลย์. (2550). *รัฐสวัสดิการ: เครื่องมือสร้างความเป็นธรรมในสังคม*. เอกสารประกอบการเสวนาทางวิชาการ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จเด็จ ธรรมธัชอารี, แพร จิตตินันท์, และ มยุรี ธนะทิพานนท์. (2544). *กระบวนการออกจากระบบราชการขององค์การมหาชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านแพ้ว*. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชาญกิจ อ่างทอง. (2558). *การศึกษาความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนของ คนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. (การค้นคว้าอิสระปริญญาโท). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิจิตร ศรีสอาน. (2555). *มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐจากแนวคิดสู่แนวปฏิบัติ* (พาวเวอร์ พอยท์). สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- ศรีประภา เพชรหมศรี. (2548). *สิทธิในสุขภาพ: จากเสรีนิยมใหม่ สู่ชุมชนนิยม*. รายงานวิจัย ฉบับสมบูรณ์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สิริรัตน์ บำรุงภรณ์, กิตติพัฒน์ นนทปัทมดลย์ และ ศรีสมภาพ จิตรภิมศรี. (2561). *รูปแบบสวัสดิการ พหุลักษณะในจังหวัดชายแดนภาคใต้ภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบ: กรณีผู้ได้รับ ความเสียหาย*. การประชุมวิชาการด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ระดับชาติ ครั้งที่ 1.

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

- เชิดชู อริยศรีวัฒนา. (2560). *การจัดอัตรากำลังบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นจาก <https://www.thaipublica.org/churdchoo4> Translate this page
- ธีรพัฒน์ อังศุवाल. (2554). *องค์กรมหาชน: ผลผลิตจากการปฏิรูประบบราชการตามแผนแม่บท การปฏิรูประบบราชการ (พ.ศ. 2540-2544)*. สืบค้นจาก <https://www.academia.edu> > องค์กรมหาชน_ผลผลิตจา...
- ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (2544). *การปฏิรูประบบสุขภาพกรณีศึกษาประเทศอังกฤษ (ฉบับรวม)*. สืบค้นจาก www.sem100library.in.th > opac > Catalog > BibItem
- นรินทร์ ต้นไพบูลย์. (2563). *แนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรม ปี 2563-2565: อุตสาหกรรมยา*. สืบค้นจาก www.krungsri.com > Chemicals > io-pharmaceuticals-20-th
- ประชาชาติธุรกิจ. (2562). *กกร.ออกประกาศแจ้งราคายา เวชภัณฑ์ และอื่นๆ มีผลบังคับใช้แล้ว*. สืบค้นจาก www.prachachat.net >

- พนารัตน์ สิริคุณาลัย. (2554). *Medical Ethics in OB-GYN - Med.CMU*. สืบค้นจาก <https://www.w1.med.cmu.ac.th>obgyn>
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. (2561). รายงานผลการศึกษาคณะกรรมการวิสามัญศึกษารูปแบบการปฏิรูปโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก <https://bmc.go.th>wp-content>uploads>2020/06>
- พิพัฒน์ ยอดพฤติการ. (2560). *Social Investment: ลงทุนให้ (โลก) กำไร*. สืบค้นจาก <https://mgronline.com>...>Green Vision>
- ภาณุวัฒน์ พันธุ์ประเสริฐ. (2560). *สังคมประชาธิปไตย: ทางเลือกที่ยังเป็นไปได้ของประเทศไทย*. สืบค้นจาก <http://www.themomentum.co>social-democrac>
- โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ . (2564). *ความเป็นมา*. สืบค้นจาก <https://www.SiPHhospital.com/th/home>
- วณูชประภา โมกข์ศาสตร์. (2561). *การศึกษาการลดผลกระทบจากการที่แรงงานถูกทำให้กลายเป็นสินค้า*. สืบค้นจาก <https://www.car.chula.ac.th>display7>
- วิจิตร ศรีสอ้าน. (2559). *มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ: นวัตกรรมการบริหารมหาวิทยาลัยในประเทศไทย*. สืบค้นจาก www.wichitlikhit.com>wp-content>uploads>2017/11
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2558). *ระบบสุขภาพสหรัฐอเมริกา*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org>content>2015/07>
- สมรรัตน์ จารุลักษณะนันท์ และ อรณุช เกี้ยวข้อง. (2555). *การกำเนิดโรงเรียนแพทย์ในประเทศไทย*. สืบค้นจาก anesthai.org>public>rcat>Documents>journal
- สมัชชา สุขภาพแห่งชาติ. (2557). *สมัชชาสุขภาพเสนอ 5 ข้อปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้ปฏิรูปประเทศ*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org>content>2014/06>
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2563). *ที่ตั้งสถาบันอุดมศึกษา (Excel)-สำนักงานปลัดกระทรวง*. สืบค้นจาก <http://www.mua.go.th>university-2>
- อานนท์ ศักดิ์วรวิชญ์. (2561). *เงินบำรุงติดลบ โรงพยาบาลรัฐกำลังจะเจ๊ง “ก้าวคนก้าวของพี่ตูน” กับ “ก้าวไม่พ้น”*. สืบค้นจาก <http://www.mgronline.com>daily>detail>
- อิมรอน โส๊ะสัน. (2561). *“การลงทุนทางสังคม” ประสบการณ์ทดลองนโยบายสาธารณะ*. สืบค้นจาก <https://deepsouthwatch.org>node>
- MGR Online. (24 มีนาคม 2560). *รื้อคดีเฟลเลอร์ นำการแพทย์ตะวันตกสู่ไทย*. สืบค้นจาก <https://mgronline.com/daily/detail/9600000029863>

Books

- Biebricher, T. (2013). *Critical Theories of the State: Governmentality and the Strategic-Relational Approach*. John Wiley & Son.
- Bosire, E. SA. (2012). *Factors Influencing Management of Change in public sector organization in KENYA*. (Master's Research Project). University of Nairobi.
- Boston, J. (2011). Basic NPM Ideas and Their Development. In T. Christensen & P. Laegreid (Eds), *The Ashgate Research Companion in Public Management* (Chapter 1, pp. 17-32). Ashgate.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction A Social Critique of the Judgement of Taste* (R. Nice, Trans.). Havard University Press.
- Friedrich, H. (2007). [1944]. *The Road to Serfdom*. University of Chicago Press.
- Harvey, D. (2005). *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford University Press.
- Hayek, F. A. (1944). *The Road to Serfdom*. Routledge.
- McDonald, D. A., & Greg, R (Eds.). (2012). *Alternatives to Privatization: Public Options for Essential Services in the GlobalSouth*. HSRC Press.
- Osborne, S. P. (2010a). *Introduction: The (New) Public Governance: A Suitable Case for Treatment ?*. In *The New Public Governance ? : Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. Routledge.
- Walzer, M. (1983). *Spheres of justice*. Basic Books.
- Williams, R. (1963). *Culture and Society*. Penguin, Harmonds-worth.

Articles

- Brown, W. (2006). American Nightmare: Neoliberalism, Neoconservatism, and De-Democratization. *Political Theory*, 34(6), 690-714. <https://sxpoltics.org/uploads/2018/05/Wend>
- Chapman, A. (2014). The Impact of Reliance on Private Sector, Health Services on the Right to Health. *Health and Human Rights Journal*, 16(1), 122-134.
- Chris, A. (2006). Financial Literacy in Ontario: Neoliberalism, Pierre Bourdieu and the Citizen. *Journal for Critical Education Policy Studies*, 9(1), 189-214.

- Hashimoto, T. (2014). Discourses on Neoliberalism in Japan. *Eurasia Border Review*, 5(2), 99-119. <http://hdl.handle.net/2115/57859>.
- Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons?, *Public Administration*, 69, 3-19.
- Martinez, E., & Garcia, A. (2005). *Neoliberalism : Originals, theory, definition*. web. inter.nl.net/users/Paul.Treanor/neoliberalism.html
- Rego, G., Nunes, R., & Costa, J. (2010). The challenge of corporatisation: the experience of Portuguese public hospitals. *Eur J Health Econ*, 11(4), 67-81.
- Sakellariou, D., & Rotarou, E. S. (2017). The effects of neoliberal policies on access to healthcare for people with disabilities. *International Journal for Equity in Health*, 16, 199.
- Saltman, R. B., & Young, D. W. (1981). The Hospital Power Equilibrium: An Alternative View of the Cost Containment Dilemma. *J Health Polit Policy Law*, 6(3), 391-418. Doi: [org/10.1215/03616878-6-3-391](https://doi.org/10.1215/03616878-6-3-391)
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal for Nurs Scholarsh*, 26(2), 119-127.
- Springer, S. (2010). Neoliberal discursive formations : On the contours of subjectivation good governance and symbolic violence in post transitional Cambodia. *Environment and planning D: Society and Space*, 28, 931-350.
- Undurraga, T. (2015). Neoliberalism in Argentina and Chile: common antecedents, divergent paths. *Revista social politic*, 11-34. DOI 10. 1590/1678-987315235502.
- Venugopal, R. (2015). Neoliberalism as concept. *Economy and society*, 44(2), 1-17. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03085147.2015.1013356>

Electronic Media

- Bresser-Pereira, L. C. (2009). Assault on the state and on the market : neoliberalism and economic theory. *Estudos Avancados*, 23, 7-21. Revieted from www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142009000200002&script=sci_arttext...

- Cammack, P. (2004). *Giddens's way with words in The Third Way and beyond*.
 Revieted from <https://doi.org/10.7765/9781526137883.00016>
- Chapman, A. R. (2016). *human rights and the challenge of neoliberal policies*.
 Revieted from <https://www.amazon.com/Global-Health-...>
- Chick, N., & Meleis, A.I. (1986). Transitions: A nursing concern. In Chinn PL (Ed.),
Nursing research methodology: Issues and Implantation (pp. 237-257).
 Revieted from <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- Desai, K. R., Lukas, C.V., & Young, G. J. (2000). *Public Hospitals: Privatization and Uncompensated Care*. Revieted from <https://www.healthaffairs.org/doi/abs>
- Hale, S., Leggett, W., & Martell, L. (2004). *The Third Way and beyond: Criticisms, futures, alternatives*. Revieted from <https://www.manchesteropenhive.com/supplemental>
- Ibrahim, P. (2001). *Zakat as an Alternative Redistribution Mechanism: A Review*.
 Revieted from <https://mjs.um.edu.my/article/download>
- Juhwan Oh, Jin-Seok Lee, & Yong-Jun Choi. (2011). *Truggle against Privatization: A Case History in the Use of Comparative Performance Evaluation of Public Hospitals*. Revieted from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Lydia, S. (2004). *Public Sector Unions Shaping Hospital Privatization: The Creation of Boston Medical Center*. Revieted from <https://doi.org/10.1068/a34172>.
- Martinez, E., & Garcia, A. (2005). *Neoliberalism : Originals, theory, definition*.
 Revieted from web.inter.nl.net/users/Paul.Treanor/neoliberalism.html
- Prechel, H., & Harms, J. (2007). *Politics and Neoliberalism: Theory and Ideology*.
 Revieted from <https://www.researchgate.net/publication>
- Ramesh, M. (2008). *Autonomy and Control in Public Hospital Reforms in Singapore*.
 Revieted from <https://doi.org/10.1177/0275074007301041>
- Ramamonjjarivelo, Z., Weech-Maldonado, R., & Hearld, L. (2018). *The Privatization of Public Hospitals: Its Impact on Financial Performance*. Revieted from
<https://doi.org/10.1177/1077558718781606>

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองการพิจารณาอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในคน



หนังสือรับรองการพิจารณาอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์
99 หมู่ที่ 18 อ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทร. 0-2564-4440-79 ต่อ 1804, โทรสาร 0-2564-3937

รหัสโครงการวิจัยที่ 079/2564 หนังสือรับรองเลขที่ 069/2564
ชื่อโครงการวิจัย การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษ
ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่
ชื่อผู้วิจัย นางวาทีณี เสือสุคนธ์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 14 กรกฎาคม 2564
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information Sheet) ฉบับที่ 2 วันที่ 14 กรกฎาคม 2564
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) ฉบับที่ 2 วันที่ 14 กรกฎาคม 2564

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์ ได้พิจารณาอนุมัติด้าน
จริยธรรมการวิจัยในคนให้ดำเนินการวิจัยขั้นต้นได้

ลงชื่อ.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. อนุสรณ์ อนุโน)

ประธานคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....
(อาจารย์ สิทธิโชค ขาวไร่เงิน)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง: วันที่ 23 กรกฎาคม 2564 วันหมดอายุการรับรอง: วันที่ 23 กรกฎาคม 2565

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า 23 กรกฎาคม 2565

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้:

1. ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เพื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วัน
พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ให้เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่
ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการ ภายใน 5
วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย และบทคัดย่อผลการวิจัย เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ภาคผนวก ข

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information Sheet)
(สำหรับอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ชื่อโครงการ การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงาน
บริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่

ชื่อผู้วิจัย นางวาทีณี เจริญสุขคนธ์

ที่อยู่ 99/75 หมู่ 1 ต. อ้อมเกร็ด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทรศัพท์ 094-8854691

E-mail ning2601@hotmail.com

ชื่อผู้ร่วมในโครงการวิจัย - ไม่มี -

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานและได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ โดยเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบายและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาองค์กร ในการบริหารจัดการที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัวเพื่อนของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

1. เหตุที่ต้องทำวิจัยและเหตุผลที่ต้องการศึกษาในคน

เนื่องจากผู้วิจัยมีความสนใจในการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการศึกษาเอกสาร เพื่อรับทราบความคิดเห็นของผู้บริหารในระดับนโยบาย ผู้บังคับบัญชา ผู้กำกับดูแล และผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เพื่อสร้างความชัดเจนในการกำหนดนโยบายเพื่อแก้ปัญหาการขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐบาล ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ นำไปสู่ความอยู่ดีกินดีของประชาชนชาวไทย ซึ่งเป็นรูปแบบองค์การที่จะแก้ปัญหาสังคม เพื่อหา

จุดสมดุลของการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ในการคงไว้ซึ่งสวัสดิการสังคมและการแข่งขัน อีกทั้งสามารถนำไปปรับใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสังคมได้ในอนาคต ดังนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษาในคน ในฐานะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

2. วัตถุประสงค์ของโครงการ

2.1 เพื่อศึกษาการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่

2.2 เพื่อศึกษาผลกระทบการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ได้แก่ แพทย์และพยาบาล

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานเป็นผู้บริหารโดยมีระยะเวลาในการทำงานที่โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป และมีความสนใจในการให้การสัมภาษณ์

3. ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ

3.1 ผลการศึกษานี้จะทำให้เข้าใจในการบริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3.2 ผลการศึกษานี้จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสังคม เช่น ภาครัฐ ประชาสังคม ภาครัฐกิจเอกชน มูลนิธิ องค์การธุรกิจเพื่อสังคม นำความรู้ที่ได้ไปขยายผลต่องานสวัสดิการสังคมด้านต่างๆ ได้

3.3 ผลการศึกษานี้จะเกิดข้อเสนอเชิงนโยบายต่อภาครัฐในการสนับสนุนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ

3.4 เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบริหารจัดการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐและสร้างองค์ความรู้ใหม่ในบริบทของแต่ละองค์กรต่อ

4. จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 16 คน

5. ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น 1 ปี (สิงหาคม 2564-สิงหาคม 2565)

6. หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วจะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบคำถาม ตามแนวการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งประกอบด้วยคำถาม จำนวน 7 ข้อ เป็นการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ประมาณ 60 นาที

7. ข้อมูลที่ได้จากการตอบของท่านในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูลส่วนตัวของท่านในการบันทึกข้อมูล โดยวิธีการบันทึกเสียง และจะดำเนินการทำลายข้อมูลบ่งชี้ตัวบุคคลกรณีที่ข้อมูลอยู่ในไฟล์อิเล็กทรอนิกส์จะทำการลบข้อมูลทั้งหมดภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ภายในระยะเวลา 1 ปี

8. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ท่านอาจรู้สึกอึดอัด หรืออาจรู้สึกไม่สบายใจอยู่บ้างกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัย หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่ประการใด

9. ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ผู้ที่มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลของท่านจะมีเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 สาขา สังคมศาสตร์ เท่านั้นและจะดำเนินการทำลายข้อมูลเอกสาร/แผ่น CD/ ไฟล์ ตลอดจนข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับท่านภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ภายในระยะเวลา 1 ปี

10. หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย นักวิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบ

11. การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อไปยังนางวาทีณี เจริญสุขนธ์ บ้านเลขที่ 99/75 หมู่ 1 ต.อ้อมเกร็ด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 หมายเลขโทรศัพท์ 094-8854691 ได้ตลอดเวลา

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบต่อท่านแต่ประการใด
6. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและเอกสารใบยินยอม ที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

7. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ.ชุดที่ 2 สาขาสังคมศาสตร์ หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 สาขาสังคมศาสตร์ งานวางแผนและบริหารงานวิจัย กองบริหารการวิจัย อาคารโดมบริหาร ชั้น 3 ห้อง 316 โทรศัพท์ 0-2564-4440-79 ต่อ 1804 โทรสาร 0-2564-3937



ภาคผนวก ค
หนังสือขอเข้าเก็บข้อมูลวิจัย



ศูนย์ระบบทางเดินอาหาร สายการพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการณย์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
โทร.02-419-2476 โทรสาร.02-419-2398

วันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2564

เรื่อง ขอเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการณย์

เนื่องจาก ข้าพเจ้านางวาทีณี เอียร์สุคนธ์ นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชานโยบายสังคม ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ได้ทำวิจัยเรื่องการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

1. เพื่อศึกษาการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการณย์(SIPH)ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่
2. เพื่อศึกษาผลกระทบการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลศิริราชไปเป็นโรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการณย์(SIPH)ภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ได้แก่ แพทย์และพยาบาล

ในการศึกษารั้งนี้ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้บริหารองค์การที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและดูแลองค์การโดยรวม จำนวน 6 คนและ กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มแพทย์และพยาบาล (ผู้จัดการส่วนศูนย์และระดับปฏิบัติการ) ซึ่งต้องทำงานในโรงพยาบาลอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป จำนวน 10 คน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับการศึกษาจากเอกสาร (Document Study) เช่น โครงสร้างองค์การ นโยบาย ผลการดำเนินงาน การจัดสรรงบประมาณ แนวทางการปฏิบัติงาน การตลาดและสวัสดิการ ค่าตอบแทน ซึ่งใช้ระยะเวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 2 เดือน จะเริ่มระหว่างเดือน กรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ.2564

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไป

☒ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

วาทีณี เอียร์สุคนธ์

(นางวาทีณี เอียร์สุคนธ์)

พยาบาลชำนาญการพิเศษ

(ศ.คลินิก พญ.ดร.ศิริกมลสาร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการณย์

2 WANGLANG Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. +66 2419 2667-72
Fax. +66 2411 0162

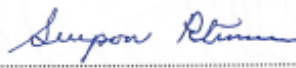
Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval

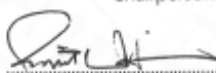
COA no. Si 549/2021

Protocol Title(English) : The transition of the autonomous university hospital to a special system service agency under the neoliberal concept.
Protocol Title(Thai) : การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่
SIRB Protocol No. : 506/2564(IRB2)
Principal Investigator/Affiliation: Mrs.Vathinee Thiensukon / Faculty of Journalism and Mass Communication, Thammasat University
Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital
Duration of research : 1 year 5 months
Approval date : July 13, 2021
Expired date : July 12, 2022

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full compliance with international guidelines for human research protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)


(Assoc. Prof. Siriporn Pitimana-aree, M.D.)
Chairperson

16 JUL 2021
date


(Prof. Dr. Prasit Watanapa, M.D., Ph.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

19 JUL 2021
date

Approval includes :

1. SIRB submission form, version 1.1 date July 13, 2021
2. Proposal
3. Proposal Synopsis
4. Participant information sheet, version 2 date July 10, 2021
5. Informed consent form, version 2 date July 10, 2021
6. In-depth interview guide
7. Advertisement for recruitment
8. Curriculum vitae

Page 1 / 2

หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2341/3,800 แผ่น/ก.บ.57/92667/Med.10023252/3060/Med.

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Consent Form)

เอกสารหมายเลข 3ข

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยใน
กำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสรีนิยมใหม่

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความ
เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น
ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่
เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์
จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นาง วาทีนิ เจริญสุคนธ์ บ้านเลขที่ 99/75 หมู่ 1
ต.อ้อมเกร็ด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทรศัพท์ 02-4192476, 094-8854691

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ต้องการ
ปรึกษาปัญหา ข้อกังวล มีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร. 0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการ
เข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุ
เหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต
และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็น
รายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้
โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับสำเนาหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้า
ร่วมในการวิจัยไว้แล้ว 1 ฉบับ

เอกสารหมายเลข 3ข



ฉบับที่...2... วันที่ 10 กรกฎาคม 2564

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร อ่านหนังสือไม่ออก มีพยานซึ่งไม่มีส่วนได้เสียอยู่ด้วยตลอดระยะเวลาที่มีการให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พยานขอยืนยันว่าข้อมูลในหนังสือแสดงเจตนายินยอมหรือข้อมูลที่ได้รับและเอกสารอื่นได้รับการอธิบายอย่างถูกต้อง และผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือผู้แทนโดยชอบธรรมแสดงว่าเข้าใจรายละเอียดต่างๆ พร้อมทั้งให้ความยินยอมโดยสมัครใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....
(.....)



ภาคผนวก ง

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

เอกสารหมายเลข 3ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง การเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐไปเป็นหน่วยงานบริการระบบพิเศษภายใต้แนวคิดเสริมนิยมใหม่

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย
รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของ
การวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไข
หากเกิดอันตรายขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียด
อยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้า
โครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึง
ประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นาง วาทีณี เจริญสุคนธ์ บ้านเลขที่
99/75 หมู่ 1 ต.อ้อมเกร็ด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทรศัพท์ 02-4192476,094-8854691

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ต้องการปรึกษาปัญหา ข้อกังวล มีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ
ติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72
โทรสาร 0 2411 0162

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือดออกจากวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับสำเนาหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมในการวิจัยไว้แล้ว 1 ฉบับ

ลงชื่อ..... ผู้ร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ..... หัวหน้าโครงการวิจัย

(นางวาทีณี เจริญสุขคนธ์)

วันที่.....

ภาคผนวก จ

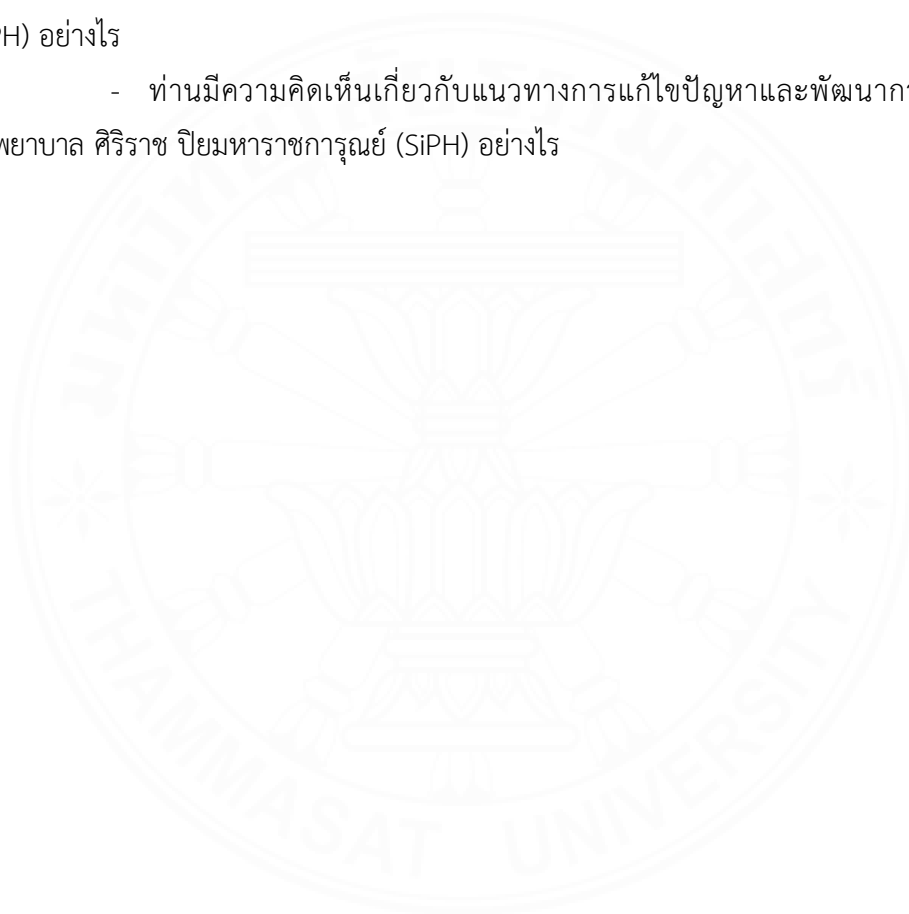
แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้บริหาร/ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

1. แนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์: ผู้บริหาร

- ท่านมีบทบาทอย่างไรในโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)
- ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ทั้งในเรื่องของโครงสร้าง การบริหารจัดการ งบประมาณ บุคลากร ระบบงาน ผลลัพธ์ของงาน และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ท่านมีนโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) อย่างไร
- ท่านมีความคาดหวังต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) อย่างไร
- ท่านคิดว่าปัจจุบันการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) มีปัญหาอย่างไร
- ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) อย่างไร
- ท่านมีความคิดเห็นต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) อย่างไรทั้งในเรื่องของ
 - 1) ผลกระทบจากการทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพเป็นสินค้า (The commodification of Health Care)
 - 2) ประเด็นขัดแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemma)
 - 3) การส่งตรวจที่เกินความจำเป็น (Over investigate) และราคายาที่เกินมาตรฐาน
 - 4) การปฏิรูประบบสุขภาพและภาวะสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์ (Brain drain)

2. แนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์: ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

- ท่านมีบทบาทอย่างไรในโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH)
- ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) ทั้งในเรื่องของโครงสร้าง การบริหารจัดการ งบประมาณ บุคลากร ระบบงาน ผลลัพธ์ของงาน และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ท่านมีความคาดหวังต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) อย่างไร
- ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาล ศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ (SiPH) อย่างไร



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล	วาทีณี เรียร์สุคนธ์
วันเดือนปีเกิด	26 มกราคม 2521
วุฒิการศึกษา	ปีการศึกษา 2543: พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2557: วารสารศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ตำแหน่ง	พยาบาลชำนาญการพิเศษประจำศูนย์ส่องกล้อง ระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์
ประสบการณ์ทำงาน	2543-2552: พยาบาลปฏิบัติงานประจำห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช 9 ปี 2552-2557: พยาบาลปฏิบัติงาน ประจำศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลศิริราช 5 ปี 2559-2565: พยาบาลชำนาญการพิเศษ ประจำศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ 6 ปี