

ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจาก
ประเทศสมาชิก AEC+3



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต
วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจาก
ประเทศสมาชิก AEC+3

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต

วันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ.2560



.....
พันช์ณภัทร์ เสวตภาณุวงศ์

Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ณัฐสิทธิ์ เกิดศรี

Ph.D.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
ดร. ดวงพร อภาศิริปี่, Ph.D.

คณบดี

วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ตฤณ ชนานุศักดิ์

Ph.D.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์เรื่อง “ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจากประเทศสมาชิก AEC+3” ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ตลอดระยะเวลาในการจัดทำงานวิจัยได้รับความช่วยเหลือและความอนุเคราะห์ของบุคคลหลายท่าน ซึ่งผู้มีพระคุณท่านแรกที่ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคือ ดร.พันธันภัทร์ เสวตภาณวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาในการจัดทำสารนิพนธ์ครั้งนี้ ซึ่งได้ให้คำแนะนำด้วยความเอาใจใส่ทุกขั้นตอน ให้ความช่วยเหลือในการตรวจทานแก้ไขเนื้อหา รวมถึงชี้แนะแนวทางการจัดทำทุกกระบวนการ เพื่อให้สารนิพนธ์ฉบับนี้ สมบูรณ์ที่สุด

ขอบพระคุณบิดามารดาและครอบครัว ผู้อยู่เบื้องหลังความสำเร็จที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจสำคัญมาโดยตลอด ขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย ที่ทำให้สามารถนำความรู้ที่ได้นำมาปรับใช้ในการทำงานและงานวิจัยเล่มนี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น 18B ทุกคน รวมถึงเพื่อนๆ พี่ๆ และน้องๆ ที่ช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ ทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจมา ตลอดจนผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่ช่วยเหลือและสละเวลามาในการให้ข้อมูลอย่างเต็มที่ งานวิจัยเล่มนี้จะเกิดขึ้นและสำเร็จไม่ได้ถ้าไม่ได้ความช่วยเหลือจากทุกท่านที่กล่าวมาข้างต้น

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าสารนิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจจะทำการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต หรือเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์เพื่อเตรียมความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจากประเทศสมาชิก AEC+3 หากมีข้อผิดพลาดประการใด ผู้วิจัยขออภัยไว้ และขออภัยมา ณ ที่นี้

สมชาย บุญอินทร์

ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจากประเทศสมาชิก
AEC+3

A STRATEGIC READINESS OF THAI PRIVATE HOSPITAL TO SERVE CLIENT FROM
AEC+3 COUNTRIES

สมชาย บุญอินทร์ 5850366

กจ.ม.

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: พันธุ์ภัทร์ เสวตภาณุวงศ์, Ph.D., รองศาสตราจารย์ณัฐสิทธิ์
เกิดศรี, Ph.D., ตฤณ รัตนาศักดิ์, Ph.D.

บทคัดย่อ

สารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นการศึกษาความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจากประเทศสมาชิก AEC+3 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา เปรียบเทียบ และเป็นแนวทางในการพัฒนาความพร้อมเชิงกลยุทธ์ในโรงพยาบาลเอกชนของไทย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลของความพร้อมเชิงกลยุทธ์ในโรงพยาบาลเอกชนของไทยและประเด็นเชิงกลยุทธ์ที่มีความสำคัญมากที่สุด ต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย สามารถเรียงลำดับความพร้อมได้ดังนี้ 1. การรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ เนื่องจากผู้นำมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดทิศทางของโรงพยาบาล 2. ด้านโครงสร้างพื้นฐานโรงพยาบาล (Infrastructure) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนไทยส่วนใหญ่เป็นระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิจึงได้รับการรับรองมาตรฐานทำให้การลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานพร้อมต่อการรองรับผู้มารับบริการทางการแพทย์ 3. ด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image) พบว่าโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค 4. ด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) ของพนักงานและโรงพยาบาล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีเป้าหมายขององค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญในระดับสูง ส่งผลให้ระดับความพร้อมยังไม่เป็นที่พึงพอใจ และ 5. ด้านความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม (First mover)

คำสำคัญ : ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ / โรงพยาบาลเอกชนไทย / AEC+3

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อ	ค
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 บทนำ	1
1.2 วัตถุประสงค์งานวิจัย	4
1.3 คำถามงานวิจัย	4
1.4 กรอบแนวคิดงานวิจัย	5
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
1.6 อธิบายคำศัพท์และความหมาย	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	8
2.1 แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
2.1.1 การจัดการเชิงกลยุทธ์ในการบริหารโรงพยาบาล	8
2.1.1.1 ความสำคัญของการจัดการเชิงกลยุทธ์	9
2.1.1.2 ลักษณะสำคัญของการจัดการเชิงกลยุทธ์	11
2.1.2 กลยุทธ์การเข้าสู่ตลาดเป็นรายแรก	13
2.1.3 กรอบคิดด้านความสามารถเชิงพลวัต (Dynamic capability)	14
2.1.4 แนวคิดเกี่ยวกับฐานทรัพยากรขององค์กร (Resource base view)	15
2.1.5 ทฤษฎีฐานความรู้ขององค์กร (Knowledge-Based Theory)	17
2.1.6 แนวคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (Image)	18
2.1.7 ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน+3	20
2.1.8 แนวคิดและทฤษฎีความพร้อมและการเตรียมความพร้อม	22
2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	
วิธีดำเนินการวิจัย	25
3.1 ประชากร	25
3.2 กลุ่มตัวอย่าง	25
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	26
3.4 การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	29
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	29
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	30
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด	34
3.8 การวัดความเที่ยงตรงของผลการวิเคราะห์ข้อมูล	34
บทที่ 4	
ผลการวิจัย	35
4.1 ผลของการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 โรงพยาบาลสามารถแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลได้ 3 ระดับ วัดจากจำนวนเตียงจดทะเบียนของโรงพยาบาล	35
4.2 ผลของความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในประเทศสมาชิก AEC+3 ของกลุ่มตัวอย่าง	36
4.2.1 ผลของความพร้อมด้านการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ	36
4.2.1.1 ระยะเวลาการเห็นช่องทาง หรือ โอกาสทางธุรกิจ	36
4.2.1.2 การรับรู้โอกาส และ อุปสรรค	37
4.2.1.3 การเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล	40
4.2.2 ผลของความพร้อมด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) ของพนักงานและโรงพยาบาล 38	41
4.2.2.1 การเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) ของพนักงานและโรงพยาบาล	41
4.2.2.2 จุดเด่นของพนักงานในโรงพยาบาล	43
4.2.3 ผลของความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานโรงพยาบาล (Infrastructure)	44

สารบัญ(ต่อ)

4.2.3.1 การปรับเปลี่ยน/ปรับปรุง สินทรัพย์ (assets)	หน้า
4.2.3.2 การปรับเปลี่ยนกระบวนการภายใน โรงพยาบาล (organization and process)	44 45
4.2.4 ผลของความพร้อมด้านภาพลักษณ์ โรงพยาบาล (Image)	
4.2.4.1 ความโดดเด่นของ โรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการ	47
4.2.4.2 ผู้รับบริการในชนชาติ AEC+3 ที่เข้ารับบริการที่ โรงพยาบาลมากที่สุดเป็นอันดับแรก	47 49
4.2.4.3 ระดับความพึงพอใจและการกลับมาใช้ซ้ำ	
4.2.5 ผลของความพร้อมด้านความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม (First mover)	49 51
4.2.5.1 ความเร็วในการเรียนรู้ของ โรงพยาบาล (learning curve)	
4.2.5.2 การสร้างความขาดแคลนภายในอุตสาหกรรม โรงพยาบาล	51
4.2.5.3 ด้านพันธมิตรในต่างประเทศกลุ่ม AEC+3	52
4.3 ผลของระดับความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านต่างๆของ โรงพยาบาล	53
เอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในประเทศสมาชิก AEC+3 ของ กลุ่มตัวอย่าง	55
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	58
5.1 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล	58
5.1.1 ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ใน โรงพยาบาลเอกชนของไทยและประเด็น เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญมากที่สุด ต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของ ประเทศสมาชิก AEC+3	58
5.1.2 เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของ โรงพยาบาลเอกชน ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็กต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของ ประเทศสมาชิก AEC+3	61
5.1.3 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความพร้อมในการเข้าถึง กลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3 ของ โรงพยาบาลเอกชนไทย	63

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
5.2 ข้อเสนอแนะ	65
5.2.1 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร	65
5.2.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต	66
บรรณานุกรม	67
ประวัติผู้วิจัย	71



สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงตัวอย่างคำถามโดยเรียงระดับความพร้อมของ โรงพยาบาลของท่าน จากระดับความพร้อม 1-5	27
2	แสดงการนำข้อมูลมาบันทึก และแยกส่วนประกอบเพื่อหาคุณสมบัติที่ ต้องการเปรียบเทียบ	30
3	แสดงการแยกส่วนประกอบของข้อมูลเป็น 5 ส่วน จากคุณสมบัติความ พร้อม 5 ด้าน	31
4	แสดงการเปรียบเทียบคุณสมบัติข้อมูลแต่ละชุดแยกตามส่วนประกอบ	32
5	แสดงการจำแนกข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์คำหลัก (Domain)	33
6	แสดงการระยะเวลาการรับรู้ของ โรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด	37
7	แสดง โอกาสที่ผู้นำรับรู้ของ โรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด	38
8	แสดงการรับรู้อุปสรรคของผู้นำของ โรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด	39
9	แสดงการเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมความพร้อมของ โรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด	41
10	แสดงการเตรียมความพร้อมด้านด้านองค์ความรู้ของพนักงานและ โรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด	42
11	แสดงจุดเด่นของพนักงานใน โรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด	44
12	แสดงการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุง สินทรัพย์ (assets) ใน โรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด	45
13	แสดงการปรับเปลี่ยนกระบวนการภายใน โรงพยาบาล (organization and process) ทั้ง 3 ขนาด	47
14	แสดงความโดดเด่นของ โรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการของ โรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด	48

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตาราง		หน้า
15	แสดงผู้รับบริการในชนชาติ AEC+3 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมากที่สุดเป็นอันดับแรกของโรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด	49
16	แสดงระดับความพึงพอใจและการกลับมาใช้ซ้ำของโรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด	50
17	แสดงความเร็วในการเรียนรู้(learning curve)ของ โรงพยาบาล ทั้ง 3 ขนาด	52
18	แสดงการสร้างความปลอดภัยภายในอุตสาหกรรมโรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด	53
19	แสดงพันธมิตรในต่างประเทศกลุ่ม AEC+3 ของ โรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด	55
20	แสดงผลสรุปความพร้อมของโรงพยาบาลเอกชนไทยแต่ละขนาด	63
21	แสดงแนวทางในการพัฒนาความพร้อมในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3 ของโรงพยาบาลเอกชนไทย	61

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงกรอบแนวคิดที่จะศึกษา	5
2	แสดงระดับความพร้อมของโรงพยาบาล	29
3	แสดงระดับความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทย	56
4	แสดงความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยตามขนาดของโรงพยาบาล	57
5	ผลการวิเคราะห์ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ในโรงพยาบาลเอกชนของไทย และประเด็นเชิงกลยุทธ์ที่มีความสำคัญมากที่สุด ต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3	61
6	แสดงความพร้อมของโรงพยาบาลแต่ละขนาด	65

บทที่ 1

บทนำ

1.1 บทนำ

ประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในการให้บริการทางการแพทย์ ดังเห็นได้จากการเติบโตอย่างต่อเนื่องของอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนของไทย โดยปี 2558 ที่ผ่านมารัฐกิจโรงพยาบาลเอกชนมีการเติบโตเพิ่มขึ้นสะท้อนจากผลประกอบการของรัฐกิจโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ส่วนใหญ่มีการปรับตัวเพิ่มขึ้น โดยมีรายได้รวมจำนวน 1.3 แสนล้านบาท เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.5 และมีกำไรสุทธิกว่า 1.6 หมื่นล้านบาท เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.9 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า (เทวัญ ทะวงษ์ศรี, 2559) และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยกว่าร้อยละ 10.0 ต่อปี (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2558) นอกจากนี้ยังสามารถดึงดูดผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการถึง 1.2 ล้านครั้ง ซึ่งร้อยละ 80 เดินทางมาจากญี่ปุ่น ตะวันออกกลาง จีน ยุโรป และ เมียนมาร์ อีกร้อยละ 20 เป็นต่างชาติที่มาลงทุนในประเทศไทย อาทิ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ (บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์, 2559) นำรายได้เข้าประเทศปีละ 14,00 ล้านบาท (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2556) รายได้ของรัฐกิจโรงพยาบาลเอกชนที่มาจากกลุ่มคนไข้ต่างชาติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25 ของรายได้ทั้งหมดของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2554 เป็นกว่าร้อยละ 30 ในปี 2558 และคาดว่าแนวโน้มดังกล่าวจะยังคงมีอย่างต่อเนื่อง (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2559) นอกจากนี้อุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนไทยยังเป็นอุตสาหกรรมที่มีบทบาทสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ “โมเดลประเทศไทย 4.0” ในส่วนของอุตสาหกรรมใหม่ (The New S-Curves) ในด้านอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, มกราคม 2560) และยังคงรับกับการเป็น “ศูนย์กลางทางการแพทย์ภูมิภาคอาเซียน” หรือ “Medical Hub” ของประเทศซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 ด้วยเหตุผลในเชิงเทคโนโลยีและความสามารถของบุคลากร ทำให้โรงพยาบาลในประเทศไทยประสบความสำเร็จในการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเทียบเท่ากับกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ในขณะที่อัตราค่าบริการต่ำกว่าโดยเปรียบเทียบ

การเปิด “ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน” หรือ สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (The Association of South East Asian Nations : ASEAN) อย่างเป็นทางการในวันที่ 1 มกราคม 2559 ที่ผ่านมารวมประกอบด้วย 10 ชาติสมาชิกอาเซียน ซึ่งได้แก่ ประเทศไทย ประเทศเมียนมา ประเทศมาเลเซีย ประเทศอินโดนีเซีย ประเทศฟิลิปปินส์ ประเทศสิงคโปร์ ประเทศเวียดนาม

ประเทศลาว ประเทศกัมพูชา และประเทศบรูไน จึงเป็นโอกาสในการขยายสินค้าและบริการ และเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันและเพิ่มขีดความสามารถของอุตสาหกรรมภายในประเทศได้ (สุดา เขมาทานต์,2556)

ประกอบกับการเพิ่มของประเทศนอกกลุ่มอาเซียนอีก 3 ประเทศ ตามกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนกับประเทศนอกกลุ่มอีก 3 ประเทศกลายเป็น “กลุ่มอาเซียน+3 (ASEAN+3, ASEAN Plus 3)” โดยรวมกับประเทศจีน ประเทศญี่ปุ่น และประเทศเกาหลีใต้ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในระดับอนุภูมิภาคเอเชียตะวันออก และเพื่อนำไปสู่การจัดตั้งชุมชนเอเชียตะวันออก (East Asian Community) โดยทั้ง 13 ประเทศมีประชากรรวมทั้งสิ้นกว่า 2,000 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรของทั้งโลก และมีผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ หรือ GDP ถึง 9 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ (ร้อยละ 16 ของ GDP รวมทั้งโลก) ในขณะที่ยอดทรัพย์สินที่เป็นเงินทุนสำรองระหว่างประเทศสูงถึง 3.6 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ โดยตัวเลขทางเศรษฐกิจเหล่านี้ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า “อาเซียน+3” จะมีบทบาทเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่จะพัฒนาเศรษฐกิจให้มีความก้าวหน้าต่อไปในอนาคต(สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย/กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ/กระทรวงการต่างประเทศ)

กลุ่มเป้าหมายหลักในอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนของไทย ประกอบไปด้วย ผู้รับบริการจากหลายเชื้อชาติได้แก่ เมียนมาร์ ญี่ปุ่น ตะวันออกกลาง และยุโรป ในขณะที่กลุ่มเป้าหมายใหม่ที่มีโอกาสเติบโตสูง ได้แก่ อาเซียน (CLMV) และจีน(ศูนย์วิจัยกสิกรไทย,2558) จะเห็นได้ว่านอกจากโอกาสจากประเทศกลุ่มสมาชิกประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนแล้ว ยังมีประเทศที่จัดในกลุ่มอาเซียน+3 ซึ่งได้แก่จีนที่มีแนวโน้มการเข้ามารับการรักษาและตรวจสุขภาพสุขภาพในโรงพยาบาลของประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น ส่วนคนไข้ชาวญี่ปุ่นที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลยังโรงพยาบาลเอกชนของไทยก็มีแนวโน้มเติบโตเพิ่มขึ้นจากเดิมที่อยู่ประมาณปีละ 2 แสนคน ภายหลังจากที่ประเทศไทยได้มีการลงนามความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจระหว่างไทยกับญี่ปุ่น (Japan-Thailand Economic Partnership Agreement : JTEPA) เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2550 ทำให้ชาวญี่ปุ่นมีแนวโน้มที่จะต้องการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนของไทยมากขึ้น (กรุงเทพธุรกิจ,2550) และโรงพยาบาลยังเป็นปัจจัยหนึ่งของการเลือกที่พักอาศัยในประเทศไทยของชาวญี่ปุ่นด้วย (อริสรามน์เสวี,2556)

การลดลงของผู้รับบริการทางการแพทย์จากประเทศกลุ่มตะวันออกกลาง จากผลกระทบการแก้ปัญหาการขาดแคลนผู้ป่วยในรัฐบาลของ 6 ประเทศสมาชิกสภาความร่วมมืออ่าวอาหรับ โดยรัฐบาลของ 6 ประเทศสมาชิกสภาความร่วมมืออ่าวอาหรับ (The Cooperation Council for the Arab States of the Gulf: CCASG หรือที่รู้จักอีกชื่อหนึ่งว่า Gulf Cooperation Council: GCC) ที่ยอมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้กับพลเมืองแต่ละรายเดินทางไปรักษาตัวในต่างแดน ส่งผลให้

ผู้ป่วยชาวอาหรับให้ความสนใจเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในภูมิภาคเอเชียมากขึ้น โดยคนไข้จากสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ (UAE) เพียงประเทศเดียวที่เดินทางไปรักษาตัวในต่างประเทศมากถึง 7,000 ราย ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มประเทศสมาชิกสภาความร่วมมืออ่าวอาหรับ พยายามที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว ที่เรียกกันว่าเป็นปัญหาขาดแคลนผู้ป่วย โดยได้ตั้งคณะกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ขึ้นมา เพื่อตรวจสอบคนไข้แต่ละราย ที่ต้องการเดินทางไปรักษาตัวในต่างแดน และเริ่มแก้ไขปัญหาโดยการจัดตั้งศูนย์การแพทย์ และลงทุนด้านการเรียนการสอนทางการแพทย์ ตามมหาวิทยาลัยต่างๆ ในภูมิภาค รวมถึงโครงการก่อสร้างโรงพยาบาลพร้อมการนำเข้าผู้บริการทางการแพทย์ และนายแพทย์ เข้ามาในภูมิภาค เพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย(กรุงเทพธุรกิจ,2558) ซึ่งกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้คนไข้ในกลุ่มตะวันออกกลางมีแนวโน้มที่ลดลง

ถึงแม้ว่าภูมิภาคอาเซียนจะมีความเติบโตทางเศรษฐกิจค่อนข้างสูงและอยู่ในเขตภูมิประเทศเดียวกัน แต่ก็ยังมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านการเมืองการปกครอง วัฒนธรรม ภาษา ศาสนา ความขัดแย้งทางประวัติศาสตร์ ซึ่งก็เป็นปัจจัยให้อุตสาหกรรมในประเทศไทยต้องปรับตัวเพื่อรองรับความแตกต่าง ซึ่งธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนใน 2559 มีแนวโน้มขยายตัวอย่างต่อเนื่องตามทิศทางการขยายตัวของเศรษฐกิจที่มีแนวโน้มปรับตัวดีขึ้นและการเติบโตของกลุ่มผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามาทั้งรูปแบบของการรักษาและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การแข่งขันของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนยังคงมีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จึงต้องมีการปรับกลยุทธ์ทางธุรกิจในด้านอื่นๆ นอกเหนือจากการสร้างเครือข่ายพันธมิตรทางธุรกิจและการควบรวมกิจการเพื่อสร้างความแข็งแกร่งสำหรับรองรับการแข่งขันที่เพิ่มขึ้นดังกล่าว อาทิ การสร้างความแตกต่างให้กับธุรกิจ เช่น จัดตั้งศูนย์การแพทย์เฉพาะทางเจาะตลาดกลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจน และการให้บริการแบบครบวงจรประกอบกับการรักษาด้วยแพทย์ที่มีฝีมือ และบริการด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย(เทวัญ ทะวงษ์ ศรี,2559) นอกจากนี้ในประเทศในภูมิภาคอาเซียนต่างกำลังพยายามผลักดันให้ตนเองกลายเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) นอกจากประเทศไทยแล้วยังมีประเทศอื่นที่ถือเป็นคู่แข่งที่สำคัญของไทย ได้แก่ สิงคโปร์และมาเลเซีย ซึ่งแต่ละประเทศต่างชูจุดเด่นและศักยภาพทางการแพทย์ของตนเองเพื่อดึงดูดและรองรับกับตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) ให้เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศของตนเอง (ศูนย์วิจัยกสิกร,2559)

ด้วยกระแสการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ซึ่งเป็นที่นิยมมาตั้งแต่ปี 2556 ทำให้องค์กรต่างๆ ให้ความสำคัญและทำการศึกษาวิจัยถึงความพร้อมขององค์กรต่อการเข้าสู่การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน แต่จากการศึกษาพบว่ายังมีงานวิจัยน้อยชิ้นที่ศึกษาความพร้อมต่อการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนบวกสาม หรือ AEC+3 โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชน

จากความสำเร็จของอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนและ กลยุทธ์ในการตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้บริโภคในกลุ่มประเทศสมาชิกAEC+3 รวมถึงการปรับตัวของชาติอาหรับ จึงนำมาซึ่ง “คำถาม” สำคัญที่ว่าโรงพยาบาลเอกชนไทยมีความพร้อมเชิงกลยุทธ์ที่จะใช้ประโยชน์จากตลาดที่เต็มไปด้วยโอกาสอันหลากหลาย และรับมือกับอุปสรรคภายในประเทศสมาชิกAEC+3 นั้นอย่างไร

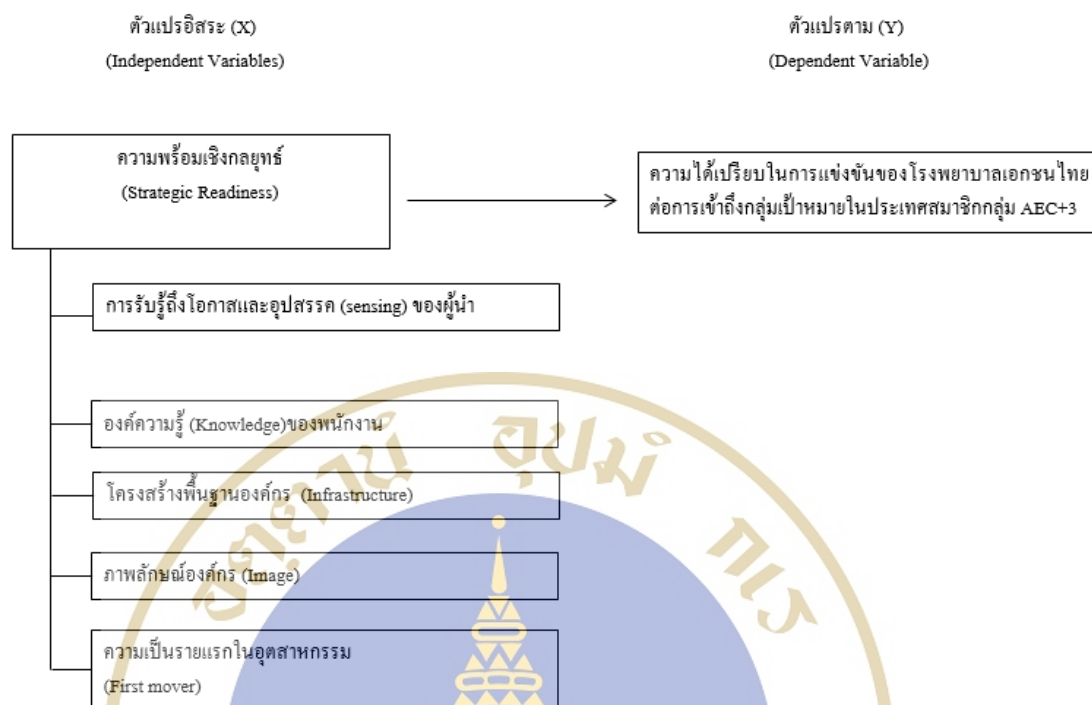
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมเชิงกลยุทธ์ในโรงพยาบาลเอกชนของไทยและประเด็นเชิงกลยุทธ์ที่ให้ความสำคัญมากที่สุด ต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3
2. เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็กต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความพร้อมในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3 ของโรงพยาบาลเอกชนไทย

1.3 คำถามงานวิจัย

1. อะไรคือปัจจัยความพร้อมเชิงกลยุทธ์ที่โรงพยาบาลเอกชนไทยให้ความสำคัญมากที่สุดในการเตรียมความพร้อมการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3
2. ในการประเมินความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทย ขนาดของโรงพยาบาลเอกชนไทยส่งผลต่อความพร้อมเชิงกลยุทธ์หรือไม่อย่างไร
3. อะไรคือแนวทางการเตรียมความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจากประเทศสมาชิก AEC+3

1.4 กรอบแนวคิดงานวิจัย



ภาพที่ 1 : แสดงกรอบแนวคิดที่จะศึกษา

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางให้ผู้บริหารโรงพยาบาลใช้พิจารณาการวางแผน ปรับปรุง และพัฒนาองค์กรให้มีความพร้อมต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3 ได้
2. ผลจากการวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจในการเตรียมความพร้อมเชิงกลยุทธ์ต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3 ได้
3. ผลจากการวิจัยในครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลให้ผู้ลงทุนใช้เพื่อดูความพร้อมของโรงพยาบาลขนาดต่างๆ ในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3 ได้ เพื่อประกอบการตัดสินใจลงทุนได้

1.6 อธิบายคำศัพท์และความหมาย

1.6.1 ความพร้อม คือ ลักษณะที่มีคุณสมบัติครบตามต้องการ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

1.6.2 ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ ที่กล่าวถึงงานวิจัยชิ้นนี้ หมายถึง ความพร้อม 5 ด้านดังนี้

1.6.2.1 ความพร้อมของผู้นำด้านการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค ซึ่งภาวะผู้นำ มีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กรเป็นอย่างมากเพราะเป็นปัจจัยที่ทำให้องค์กรมีชีวิตชีวา และสามารถที่จะดำรงอยู่ได้ นอกจากนี้ ภาวะผู้นำยังช่วยพัฒนาองค์กรไปในทิศทางใหม่ ๆ ที่องค์กรต้องการมุ่งไปสู่ทิศทางนั้นได้ (Bennis and Nanus, 1985) การกำหนดกลยุทธ์ (Strategies) เป็นหน้าที่และบทบาทของผู้บริหารหรือผู้นำ โดยการนำเป้าหมายมากำหนดนโยบาย เพื่อให้ทราบทิศทางของการดำเนินงานขององค์กรว่า ควรจะเป็นไปในทิศทางใด ซึ่งการที่จะได้ทิศทางของการดำเนินงานที่ถูกต้องและชัดเจนนั้น ผู้บริหารจะต้องพิจารณาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกขององค์กรซึ่งจะทำให้องค์กรได้เปรียบทางการแข่งขันทางธุรกิจ

1.6.2.2 ความพร้อมโรงพยาบาลต่อความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม เนื่องจากการเข้าสู่ตลาดเป็นรายแรกช่วยเปิดโอกาสให้ธุรกิจมีความได้เปรียบในด้าน โครงสร้างต้นทุนที่ต่ำกว่า อันเนื่องมาจากผลกระทบบด้านเส้นโค้งประสบการณ์ (experience curve effect) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ระดับธุรกิจที่ใช้เพื่อการแข่งขันที่มีความสำคัญ เพื่อเป็นหลักประกันในการสร้างและพัฒนาไปสู่ความได้เปรียบทางการแข่งขัน

1.6.2.3 ความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล ที่ให้ความสำคัญหรือมุ่งเน้นที่ทรัพยากร (resources)และความสามารถในการจัดการกับทรัพยากร (capabilities) ภายในองค์กร ที่ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพในการสร้างความสำเร็จได้เปรียบของการแข่งขัน(Barney, 1991)

1.6.2.4 ความพร้อมด้านองค์ความรู้ของพนักงาน เนื่องจากทรัพยากรเป็นปัจจัยสำคัญในการผลิต ดังนั้น การสร้างกระบวนการจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับมนุษย์ ส่งผลให้เกิดการสร้างความรู้ได้เปรียบในการแข่งขันภายในอุตสาหกรรมเดียวกัน(Curado & Bontis, 2006)

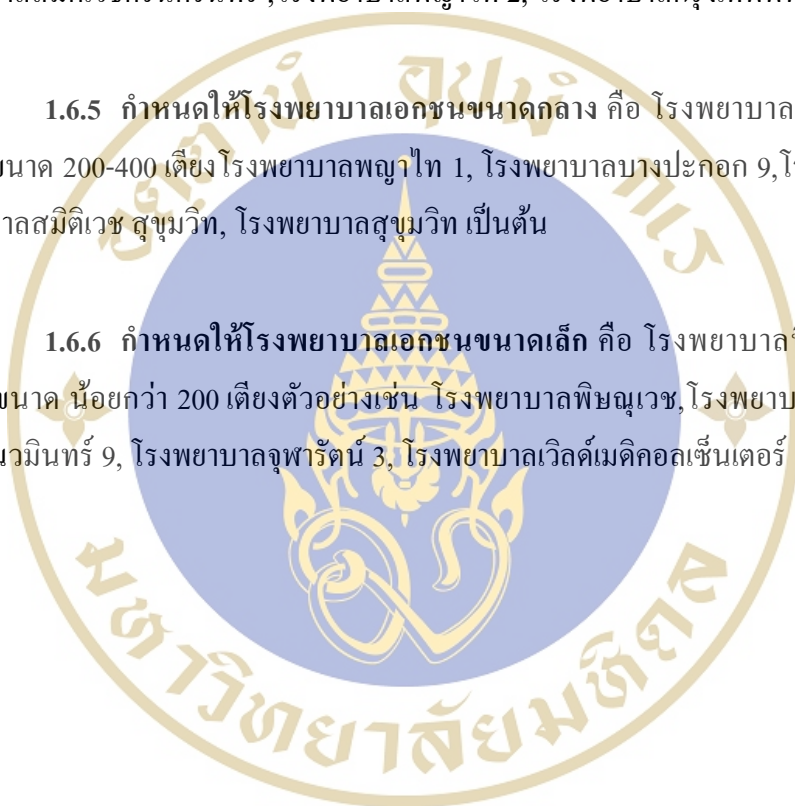
1.6.2.5 ความพร้อมด้านภาพลักษณ์ โรงพยาบาลต่อกลุ่มเป้าหมาย เนื่องภาพลักษณ์ หรือตราสินค้า เป็นทรัพย์สินที่สำคัญที่สุดอันหนึ่งของธุรกิจ ทั้งนี้เพราะมูลค่าของตราสินค้ามีแต่จะเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปและจะเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ (พิรยา เศรษฐพัฒน์, 2550)

1.6.3 ประเทศสมาชิกกลุ่ม AEC+3 คือกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกสมาคมประชาชาติเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หรืออาเซียน 10 ประเทศ ได้แก่ ไทย เมียนมาร์ มาเลเซีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ เวียดนาม ลาว กัมพูชา และบรูไน กับประเทศนอกกลุ่มอาเซียนอีก 3 ประเทศ ได้แก่ จีน เกาหลีใต้ และญี่ปุ่น (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง, 2558)

1.6.4 กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ คือ โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงจดทะเบียนขนาด 400 เตียงขึ้นไป ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, โรงพยาบาลกรุงเทพ, โรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์, โรงพยาบาลพญาไท 2, โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา เป็นต้น

1.6.5 กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนขนาดกลาง คือ โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงจดทะเบียนขนาด 200-400 เตียง โรงพยาบาลพญาไท 1, โรงพยาบาลบางปะกอก 9, โรงพยาบาลวิภาวดี, โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท, โรงพยาบาลสุขุมวิท เป็นต้น

1.6.6 กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก คือ โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงจดทะเบียนขนาด น้อยกว่า 200 เตียง ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลพิษณุเวช, โรงพยาบาลปากน้ำโพ, โรงพยาบาลนวมินทร์ 9, โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3, โรงพยาบาลเว็ลด์เมดิคอลเซ็นเตอร์ เป็นต้น



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำ เอาแนวคิด ทฤษฎีเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

2.1.1 การจัดการเชิงกลยุทธ์ในการบริหารโรงพยาบาล

กลยุทธ์(ดร.วรางคณา ผลประเสริฐ, 2553)มีความหมายเหมือนคำว่ายุทธศาสตร์ เดิมใช้ใน ความหมายที่เกี่ยวข้องกับการรบมาจากภาษาอังกฤษว่า “Strategy” ใช้ครั้งแรกในวงการทหารและ การทำสงคราม หมายถึง การวางแผนยุทธศาสตร์และการบัญชาการรบเพื่อเอาชนะศัตรู มีรากศัพท์ มาจากภาษากรีก ว่า“Strategos” หมายถึงการบัญชาการกองทัพ (Generalship) ด้วยจุดหมายต้องการ พิชิตศัตรู

สำหรับความหมายของการจัดการเชิงกลยุทธ์ (Strategic management) นั้น ได้มีผู้ให้ ความหมายหลากหลายดังนี้

Pearce และ Robison (2009) การจัดการเชิงกลยุทธ์ คือชุดของการตัดสินใจ และการ กระทำที่ส่งผลให้เกิดการจัดทำแผนและการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

Robbin และ Coulter (2002) ได้ให้ความหมาย การจัดการเชิงกลยุทธ์ว่า หมายถึงกลุ่ม ของการตัดสินใจและดำเนินการเพื่อปั่งชี้ผลการดำเนินงานในระยะยาวขององค์กร

Pitts และ Lei (2000) กล่าวว่า การจัดการเชิงกลยุทธ์เป็นความคิด แผนงานและการ กระทำที่องค์กรนำมาใช้ก่อให้เกิดผลสำเร็จได้เปรียบคู่แข่ง

Schermerhorn (2002) กล่าวว่า การจัดการเชิงกลยุทธ์เป็นแผนแม่บทหรือแผนปฏิบัติที่มีความสำคัญสำหรับองค์กรเพื่อใช้ในการกำหนดทิศทาง การดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายเกิดประโยชน์ในการแข่งขัน

ดังนั้น การจัดการเชิงกลยุทธ์จึงเป็นการบริหารอย่างมีระบบที่ต้องอาศัยวิสัยทัศน์ของผู้นำและอาศัยการวางแผนอย่างมีขั้นตอน โดยผ่านการตัดสินใจและประเมินแล้วว่าเหมาะสมกับองค์กร และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง อันจะนำความสำเร็จมาสู่องค์กรได้

ในภาคธุรกิจแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการเชิงกลยุทธ์ได้เริ่มเข้ามาใน ค.ศ. 1910 ที่โรงเรียนธุรกิจของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard Graduate School of Business Administration) โดยในระยะเริ่มแรกนั้น เป็นวิชาเลือกสำหรับนักศึกษาด้านบริหารธุรกิจในปีสุดท้าย โดยใช้ชื่อว่า “นโยบายธุรกิจ (Business Policy)” ต่อมาในปี ค.ศ. 1920 วิชานี้ก็กลายเป็นวิชาบังคับสำหรับนักศึกษาด้านบริหารธุรกิจ ผู้เปรียบเสมือนเป็นครูและผู้พัฒนาวิชานี้เป็นคนแรกได้แก่ Arch W. Shaw ผู้ซึ่งได้รับการแต่งตั้งเป็น “Lecturer on Business Policy” วัตถุประสงค์เริ่มแรกของการสอนวิชานโยบายธุรกิจที่ฮาร์วาร์ดนี้ก็เพื่อให้นักศึกษาได้มีโอกาสศึกษาปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจริงในธุรกิจโดยที่ปัญหาต่างๆ เหล่านี้เมื่อได้ผ่านการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบแล้วสามารถนำไปสู่การจัดทำเป็นนโยบายธุรกิจที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานได้ในอนาคต ซึ่งก็นำสู่การตั้งชื่อวิชาว่า นโยบายทางธุรกิจ

สำหรับในภาคบริการสุขภาพของประเทศไทยนั้น ได้เริ่มมีการนำหลักการจัดการเชิงกลยุทธ์มาใช้ในภาคเอกชนในช่วงก่อนปี 2544 หลังจากนั้นมีการปรับระบบบริการสุขภาพโดยใช้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงมีการปฏิรูประบบการบริหารจัดการจากเงินภาครัฐ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2540 ในหมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชาวไทย ในมาตรา 52 ระบุว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายกำหนดและหมวด 5 ว่าด้วยนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ในมาตรา 22 ระบุว่า รัฐต้องจัดและส่งเสริมสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ส่งผลให้องค์กรที่ให้บริการสุขภาพไม่ว่าจะเป็นภาคเอกชน หรือรัฐบาลจะต้องนำหลักการจัดการเชิงกลยุทธ์เข้ามาใช้ในการบริหารองค์กรเพื่อนำพาองค์กรให้พ้นภาวะวิกฤตและประสบความสำเร็จ

2.1.1.1 ความสำคัญของการจัดการเชิงกลยุทธ์

ในการบริหารองค์กรในปัจจุบันเป็นที่ตระหนักดีว่า การดำเนินธุรกิจมีการแข่งขันค่อนข้างสูง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารจะต้องอาศัยขั้นเชิงในการบริหารที่เหนือกว่า อาศัยความว่องไวในการปรับตัวให้ทันต่อภาวะการแข่งขันที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การจัดการเชิงกลยุทธ์จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้นักบริหารกำหนด

ทิศทางขององค์กร วิเคราะห์สภาพแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในองค์กร ช่วยกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับองค์กร เพื่อที่จะนำกลยุทธ์เหล่านั้นไปประยุกต์ ปฏิบัติและควบคุมประเมินผลการดำเนินการขององค์กรได้ กลยุทธ์การบริหารที่ทรงประสิทธิภาพนั้นจะต้องดีพร้อมสมบูรณ์ตามความหมายของการบริหารทั้งสองอย่าง คือ การมีประสิทธิภาพ(effectiveness) ที่สามารถกำหนดเป้าหมายที่ดีและสามารถบรรลุผลสำเร็จในเป้าหมายนั้น ๆ ได้และการมีประสิทธิภาพ (efficiency) ที่สามารถทำสำเร็จในเป้าหมายเหล่านั้น โดยมีต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุดด้วย หรือถ้ากล่าวอย่างสรุป กลยุทธ์การบริหารที่ทรงประสิทธิภาพนั้นจะต้องสร้างประสิทธิผลและประสิทธิภาพให้เกิดขึ้นได้ ทุกแห่งทุกมุม ทั้งในแง่ของรายกลุ่มบุคคล (ทีมงาน) และตลอดทั้งองค์กรด้วย การจัดการเชิงกลยุทธ์มีความสำคัญต่อการดำเนินงานขององค์กรดังนี้

- ช่วยให้องค์กรมีกรอบและทิศทางที่ชัดเจน โดยกำหนดวิสัยทัศน์ภารกิจและวัตถุประสงค์ขององค์กรอย่างเป็นระบบ ดังนั้นการจัดการเชิงกลยุทธ์จึงเป็นสิ่งกำหนดทิศทางขององค์กร จะเป็นแนวทางในการบังคับใช้ทรัพยากรขององค์กรได้อย่างเหมาะสม

- ช่วยให้ผู้บริหารคิดอย่างเป็นระบบ โดยการพิจารณาถึงปัจจัยสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร ทำให้ผู้บริหารสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม การตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงนั้น ทำให้นักบริหารสามารถกำหนดวัตถุประสงค์และทิศทางการทำงานอย่างเป็นรูปธรรมสอดคล้องกับสถานะความเปลี่ยนแปลงได้

- ช่วยสร้างความพร้อมให้องค์กรในการกำหนดวิธีการหรือแนวทางในการดำเนินงานและกิจกรรมต่างๆขององค์กร องค์กรจะต้องทำการวิเคราะห์และประเมินปัจจัยต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกองค์กรเพื่อคิดค้นแนวทางในการดำเนินงานที่เหมาะสมที่สุดท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ นำไปสู่การจัดการความเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ทำให้องค์กรมีการเตรียมความพร้อมในการรับกับสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลง รวมทั้งช่วยเตรียมความพร้อมและพัฒนาบุคลากรที่อยู่ภายในองค์กรเนื่องจากการพัฒนาเชิงกลยุทธ์จะต้องมีการสร้างความเข้าใจและแนวทางในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับกับความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นของสภาวะแวดล้อมและคู่แข่ง

- ช่วยสร้างประสิทธิภาพในการแข่งขัน ความได้เปรียบทางการแข่งขันนี้สามารถเกิดขึ้นจากการนำเสนอสินค้าและบริการที่มีคุณภาพ การนำเสนอสินค้าและบริการที่มีคุณค่าเหมาะสมกับราคา การจัดการเชิงกลยุทธ์จึงเป็นความพยายามในการแข่งขันกันกับศักยภาพของตนเอง หรือในเชิงเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นๆ เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายตามความคาดหวังของผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จะช่วยสร้างประสิทธิภาพและศักยภาพในการแข่งขันให้แก่องค์กรและเสริมสร้างการพัฒนาขีดความสามารถทางการบริหารของนักบริหาร

- ช่วยให้งานเกิดความสอดคล้องในการปฏิบัติหน้าที่ เนื่องจากมีการกำหนดกลยุทธ์ การประยุกต์ใช้และการตรวจสอบควบคุมไว้อย่างชัดเจน ทำให้เกิดความเข้าใจ

ตรงกันและเกิดความร่วมมือโดยเฉพาะความเข้าใจในวัตถุประสงค์ขององค์กร อีกทั้งจะช่วยให้มีการจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกันกับการบริหารองค์การในส่วนต่างๆ นอกจากนี้แล้วการจัดการเชิงกลยุทธ์ยังช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องในองค์กรเข้าใจภาพรวมโดยเฉพาะเป้าหมายในการดำเนินการให้สามารถจัดลำดับการดำเนินงานตามลำดับความสำคัญเร่งด่วนได้

- ช่วยให้องค์กรมีมุมมองที่ครอบคลุม โดยคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การจัดการเชิงกลยุทธ์เป็นวิธีการบริหารที่คำนึงถึงปัจจัยภายในและภายนอก ซึ่งหมายความรวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับองค์กร เช่น เจ้าหน้าที่ ประชาชน ผู้รับบริการและคู่แข่ง ซึ่งบุคคลเหล่านั้นล้วนมีความคาดหวังต่อองค์กรแตกต่างกัน หากองค์กรสามารถตอบสนองความคาดหวังดังกล่าวได้จะทำให้บุคคลเหล่านั้นให้การสนับสนุน หรือให้ความร่วมมือในการดำเนินการ ในทางกลับกันหากองค์กรละเลยความคาดหวังดังกล่าวอาจเกิดความเคลื่อนไหวที่ส่งผลกระทบต่อองค์กร เช่น การฟ้องร้องหรือการหยุดงาน เป็นต้น

2.1.1.2 ลักษณะสำคัญของการจัดการเชิงกลยุทธ์

ในการบริหารหรือการจัดการทั่วไป หน้าที่ของผู้บริหารจะประกอบด้วย การวางแผน(Planning) การจัดการองค์กร (Organizing) การชี้นำ (Leading) และการควบคุมประเมินผล(Evaluating and Controlling) หน้าที่ดังกล่าวจะคล้ายคลึงกับหน้าที่การบริหารตามแนวคิดของการจัดการเชิงกลยุทธ์แต่ความแตกต่างจะอยู่ที่ การจัดการเชิงกลยุทธ์จะพิจารณาและคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยภายนอกองค์กรเช่น สภาพแวดล้อมภายนอก สภาพเศรษฐกิจ กฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ คู่แข่งขันและการสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขัน เป็นต้น การบริหาร โดยทั่วไปจะเน้นหนักที่การบริหารภายในองค์กรมากกว่าในขณะที่การจัดการเชิงกลยุทธ์จะเน้นหนักที่การแข่งขันระหว่าง องค์กรต่างๆ เพื่อสร้างความได้เปรียบในระยะยาว ส่วนการบริหารงานโดยทั่วไปจะมุ่งเน้นการสร้างความได้เปรียบในระยะสั้น โดยให้ความสำคัญต่อผลการดำเนินงานทางการเงินและการจัดการองค์กรภายในเป็นหลักการจัดการเชิงกลยุทธ์จะทำให้ผู้บริหารตระหนักถึงแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมซึ่งอาจก่อให้เกิดโอกาสหรือข้อจำกัด รวมทั้งมีส่วนช่วยให้ผู้บริหารสามารถ สร้างแนวคิดในการปรับปรุงทรัพยากรต่าง ๆ ภายในองค์กรให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ดังนั้นการจัดการเชิงกลยุทธ์เป็นเครื่องมือสำคัญของนักบริหารสมัยใหม่ เพราะการจัดการเชิงกลยุทธ์จะเกี่ยวข้องกับอนาคตในระยะยาวขององค์กรทั้งหมดจะนำไปสู่การเพิ่มโอกาสของความสำเร็จและความล้มเหลวขององค์กรได้ เสน่ห์และความท้าทายของการจัดการเชิงกลยุทธ์อยู่ที่การศึกษา วิเคราะห์และประเมินสภาพการณ์เพื่อการวางแผนและผลักดันกลยุทธ์ไปสู่เป้าหมาย ซึ่งลักษณะสำคัญของการจัดการเชิงกลยุทธ์ มีดังนี้

- เป็นการบริหารที่มุ่งเน้นถึงอนาคต (Future - Oriented) การจัดการเชิงกลยุทธ์เป็นการบริหารที่มุ่งเน้นอนาคต โดยการสร้างหรือกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และวัตถุประสงค์ขององค์กรอย่างเป็นระบบ โดยการคาดการณ์แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงที่น่าจะเกิดขึ้นในอนาคต และนำมาปรับทิศทางการทำงาน เพื่อให้องค์กรมีทิศทางและเป้าหมายที่ชัดเจน ซึ่งจะแตกต่างจากการบริหารวันต่อวันอันเป็นการมุ่งแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม วิสัยทัศน์ พันธกิจและวัตถุประสงค์กำหนดไว้นั้น ไม่จำเป็นต้องมีลักษณะที่คงที่เสมอไป สามารถปรับเปลี่ยนได้เพื่อให้สอดคล้องกับสภาวะแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป

- เป็นการบริหารที่มุ่งเน้นการจัดการต่อการเปลี่ยนแปลงขององค์กร (Change -Oriented) การจัดการเชิงกลยุทธ์มุ่งเน้นความสำคัญ ต่อการจัดการการเปลี่ยนแปลงขององค์กรทั้งระบบ ซึ่งครอบคลุมโครงสร้างขององค์กร เทคโนโลยี บุคลากรและทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อให้สอดคล้องและเกื้อหนุนต่อยุทธศาสตร์ขององค์กรและสามารถผลักดันให้องค์กรบรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

- เป็นการบริหารองค์กรแบบองค์รวม (Holistic Approach) การจัดการเชิงกลยุทธ์มุ่งเน้นที่ภาพรวมทั้งหมดขององค์กร มากกว่าการพิจารณาองค์กรแบบแยกส่วน เป็นการบริหารที่ มุ่งเน้นการบรรลุถึงเป้าหมายโดยรวมขององค์กรทั้งหมด และยังมีการถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์นโยบาย และกลยุทธ์จากระดับบนลงสู่ระดับล่าง เพื่อให้ทิศทางการทำงาน ขององค์กรเป็นไปในทิศทางที่นำไปสู่จุดหมายเดียวกัน ในการจัดการเชิงกลยุทธ์นั้นการถ่ายทอดเจตนารมณ์เชิงกลยุทธ์ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายโดยรวมขององค์กร

- เป็นการบริหารองค์กรที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ในการดำเนินงาน (Result – Based Focus) การจัดการเชิงกลยุทธ์เป็นการบริหารที่มุ่งเน้น และให้ความสำคัญต่อผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยมีการระบุเป้าหมาย วัตถุประสงค์รวมทั้งตัวชี้วัดผลการดำเนินงานอย่างชัดเจน มีการประสานและหล่อหลอมทรัพยากรไปใช้ในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ และประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กรที่ตั้งไว้โดยเป็นวัตถุประสงค์ที่ตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในองค์กร

- เป็นการบริหารที่ให้ความสำคัญต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับองค์กร (Stakeholder -Oriented) การจัดการเชิงกลยุทธ์เป็นการบริหารที่มุ่งเน้นและคำนึงถึงความต้องการขององค์กรและความสำคัญของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับองค์กรหลายกลุ่ม เช่น ลูกค้าชุมชน หน่วยงานของรัฐที่ควบคุม เป็นต้น ผู้บริหารมีความจำเป็นต้องวิเคราะห์ความต้องการของฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องขณะเดียวกันต้องคำนึงถึงและสามารถจัดลำดับความสำคัญที่เหมาะสมในการสนองตอบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับองค์กรทั้งหมดอีกด้วย

- เป็นการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการวางแผนระยะยาว (Long – Range Planning) การจัดการเชิงกลยุทธ์และการตัดสินใจทางด้านกลยุทธ์ มักจะมีความเกี่ยวข้องของหรือมีผลต่อทิศทางการดำเนินงานในระยะยาวขององค์กร

2.1.2 กลยุทธ์การเข้าสู่ตลาดเป็นรายแรก

กลยุทธ์การเข้าสู่ตลาดเป็นรายแรก (first-mover of preemptive strategy) เป็นกลยุทธ์ระดับธุรกิจที่ใช้เพื่อการแข่งขันที่มีความสำคัญ เพื่อเป็นหลักประกันในการสร้างและพัฒนาไปสู่ความได้เปรียบทางการแข่งขัน

การเข้าสู่ตลาดก่อน หมายถึง การที่ธุรกิจตัดสินใจเลือกทางเลือกที่จะเป็นรายแรกในการเข้าสู่ตลาดและเป็นผู้พัฒนาตลาดขึ้นมาเองโดยทั่วไปธุรกิจที่เลือกกลยุทธ์การเข้าสู่ตลาดเป็นรายแรกจะเป็นธุรกิจซึ่งประสบผลสำเร็จในด้านนวัตกรรม โดยสามารถคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ ในเชิงผลิตภัณฑ์ ความคิด เทคโนโลยี และต้องการจะได้รับประโยชน์จากนวัตกรรมที่ได้พัฒนาขึ้น โดยการผลิตเพื่อจำหน่ายในตลาด

Marvin B.Lieberman, David B.Montgomery ,1988 กล่าวใน First mover Advantage ว่า การได้ประโยชน์จากการเป็นเจ้าของแรกในตลาดนั้นประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1.2.1 Technology leadership :ความเป็นผู้นำด้านเทคโนโลยี มีความได้เปรียบจาก 2 ส่วนด้วยกัน คือ 1) ประโยชน์จากประสบการณ์การเรียนรู้ (learning curve) องค์กรสามารถใช้ความรู้และประสบการณ์ที่ได้สั่งสมมาในการป้องกันอุตสาหกรรมได้โดยป้องกันการเข้ามาของผู้ลงทุนรายใหม่ในอุตสาหกรรม นอกจากนั้น ประสบการณ์การเรียนรู้ (learning curve) ยังช่วยให้องค์กรสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันที่ และ 2) ด้านการวิจัยและพัฒนา research and development (R&D) นวัตกรรมที่เกิดขึ้นใหม่สามารถสร้างความได้เปรียบทางด้านต้นทุนสำหรับผู้ที่ยังเข้าสู่อุตสาหกรรมรายใหม่ ถ้าองค์กรเป็นผู้ครอบครองเทคโนโลยี หรือ ประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นที่ต้องการ องค์กรก็จะสามารถที่รักษาส่วนแบ่งการตลาดได้ แต่การแพร่ของเทคโนโลยี อันมาจากการเคลื่อนย้ายแรงงาน งานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ได้รับเผยแพร่ การสื่อสารข้อมูลต่างๆ ตลอดจนการศึกษาทางวิศวกรรมแบบย้อนกลับ และการศึกษาดูงาน สามารถลดประโยชน์จากการเป็นผู้นำด้านเทคโนโลยีได้ ซึ่งเราสามารถป้องกันเทคโนโลยีอันเกิดจากการวิจัยและพัฒนาขององค์กรได้โดยการจดสิทธิบัตร แต่ด้วยการเปลี่ยนแปลงอันรวดเร็วของเทคโนโลยีทำให้เทคโนโลยีมีวงจรชีวิตสั้น จึงทำให้สิทธิบัตรที่ได้นั้นสามารถคุ้มครองผลประโยชน์องค์กรได้ในช่วงสั้นๆ

2.1.2.2 Preemption of scarce assets : การครอบครองทรัพยากรที่ตลาดแคลน องค์กรที่เข้าสู่ตลาดเป็นรายแรกสามารถเข้าถึงทรัพยากรที่ตลาดแคลนได้ก่อน อาจสามารถซื้อหรือต่อรองราคาหรือต่อรองกับซัพพลายเออร์ได้ในราคาที่ต่ำกว่าในฐานะที่เป็นผู้ผลิตเจ้าแรกที่ยังไม่มีคู่แข่ง โดยส่วนใหญ่องค์กรสามารถได้ประโยชน์จากการครอบครองทรัพยากรที่ตลาดแคลนได้ก่อนมากกว่าการประโยชน์จากการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ ซึ่งทรัพยากรที่ขาดแคลน นั้นมีทั้งทรัพยากรที่เป็นรูปธรรม และ กระบวนการทำงาน ซึ่งรวมถึง ตำแหน่งขององค์กรในพื้นที่ เช่น ตำแหน่งทำเลที่ตั้ง ตำแหน่งของสินค้าในตลาด หรือตำแหน่งช่องทางจัดจำหน่าย เป็นต้น

2.1.2.3 Switching cost and buyer choice under uncertainty องค์กรสามารถเข้าถึงตลาดและทรัพยากรในประเทศเป้าหมายได้ก่อนใครทำให้ตราสินค้าเป็นที่คุ้นหู คุ้นตา และคุ้นเคยกับองค์กรนั้น ทำให้ลูกค้าพร้อมที่จะเลือกสินค้านั้นก่อนสินค้าตัวอื่นๆ

ซึ่งประโยชน์จากการเข้าสู่ตลาดเป็นรายแรก ทั้ง 3 ปัจจัยนั้นสามารถทำให้องค์กรสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันภายในอุตสาหกรรมได้

2.1.3 กรอบแนวคิดด้านความสามารถเชิงพลวัต (Dynamic capability)

ความสามารถเชิงพลวัตเป็นกรอบแนวคิดด้านกลยุทธ์ (Teece, Pisano & Shuen, 1997; Teece, 2012) สร้างขึ้นภายใต้ทฤษฎีฐานทรัพยากรมุ่งบูรณาการทรัพยากรที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะที่สอดคล้องกับโอกาสในอนาคต (Barney, 1991) แนวคิดดังกล่าวเห็นว่าสภาพแวดล้อมไม่ได้คงที่แต่เป็นสภาพแวดล้อมที่ผันแปร องค์กรต้องพัฒนาความสามารถใหม่ เพิ่มหรือลดทรัพยากรใหม่ให้สอดคล้องกับความผันแปรนั้น (Teece, Pisano & Shuen, 1997) ความสามารถเชิงพลวัตไม่ใช่มุ่งปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมแต่มุ่งที่จะก้าวข้ามสภาพแวดล้อมเป็นความสามารถปรับตัวเพื่อก้าวข้ามการเปลี่ยนแปลง (Eisenhardt & Martin, 2000; Teece, 2007) ใช้ความสามารถในระดับองค์กร (Firm Level abilities) สร้างความสามารถใหม่ ใช้ทรัพยากรทั้งเก่าและใหม่ภายใต้การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ความสามารถเชิงพลวัต สามารถอธิบายได้ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพลวัต (Dynamic) คือ ความสามารถขององค์กรในการสร้างสิ่งใหม่ให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง และ 2) ด้านความสามารถ (Capability) คือ ใช้ทักษะและความรู้ใหม่ในการรวมกลุ่มทรัพยากร (Integration) ที่ทำเป็นประจำและต่อเนื่องให้เกิดความเชี่ยวชาญในงานนั้นๆ และปรับโครงสร้างใหม่ (Reconfiguring) ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมภายนอกที่เปลี่ยนแปลง สรุปแล้วความสามารถเชิงพลวัตคือความสามารถขององค์กรในการเชื่อมโยง ลดและสร้างทรัพยากรเพื่อให้เกิดสิ่งใหม่ภายใต้ความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงความสามารถเชิงพลวัตสามารถสรุปและนำมาสร้างตัวแปรแนวคิดมีองค์ประกอบ ดังนี้

2.1.3.1 ความสามารถเห็นโอกาส (Sensing) คือ ความสามารถในการเห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโอกาส เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจถึงการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การตอบสนองโอกาสนั้นๆ การเห็น โอกาสคือ ความสามารถหยั่งรื้ออนาคตเพื่อเปลี่ยนผ่าน ไปสู่การพัฒนาการพัฒนาความสามารถใหม่ (Teece, 2007; Teece, 2012)

2.1.3.2 ความสามารถเลือก (Seizing) คือความสามารถในการเลือกทรัพยากรให้ตรงกับเปลี่ยนแปลงของโอกาส เป็นความสามารถในการสะท้อนบทเรียนเก่าสู่บทเรียนใหม่ที่ดีกว่าเดิมเป็นการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ที่เฉพาะเจาะจงและได้จากการเลือกความรู้ที่สอดคล้องกับโอกาสที่เปลี่ยนแปลง อาทิ การเลือกที่จะเรียนรู้ทักษะให้ตรงกับเปลี่ยนแปลงของลูกค้า การเลือกเทคโนโลยีให้ตรงกับเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ฯลฯ (Teece,2012)

2.1.3.3 ความสามารถปรับเปลี่ยนทรัพยากร (Transforming) คือแนวคิดความสามารถในการปรับเปลี่ยนลดหรือเพิ่มทรัพยากรองค์กรให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวข้องกับความสามารถในการพัฒนาสร้างสรรค์ความสามารถใหม่ภายในองค์กร (Teece, 2012)

ในงานบริการ โดยเฉพาะ โรงพยาบาลพนักงานบริการต้องมีทักษะที่สอดคล้องกับงานบริการนั้น ๆ และเป็นทักษะที่นำไปสู่การยกระดับการทำงานหรือการเรียนรู้อย่างไม่หยุดนิ่ง (Mckelvie&Davidsson, 2009) กระบวนการผลิตบริการนั้น พนักงานต้องทราบความต้องการของลูกค้าก่อนแล้วจึงเริ่มให้บริการ

2.1.4 แนวคิดเกี่ยวกับฐานทรัพยากรขององค์กร (Resource base view)

ทรัพยากร (resources) หมายถึง สิ่งทั้งปวงอันเป็นทรัพย์ (ราชบัณฑิตยสถาน, , 2542) และในแง่เศรษฐศาสตร์จะมุ่งศึกษาเรื่องการจัดสรรทรัพยากรที่ขาดแคลน เพื่อศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์หรือเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และตอบสนองความต้องการของมนุษย์ที่ไม่มีขีดจำกัด โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับการดำรงชีพให้ดีขึ้น หรือกล่าวได้ว่าเป็นการศึกษาวิธีการเลือกใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด (scarcity resources) ให้เกิดความคุ้มค่าสูงสุดเพื่อตอบสนองความต้องการที่ไม่จำกัด (unlimited wants)

โดยธรรมชาติมนุษย์มีความต้องการตลอดเวลา และไม่มีที่สิ้นสุด แต่จำนวนสินค้าและบริการมีจำกัด ทำให้ขาดความสมดุลระหว่างสินค้า บริการ และความต้องการ จึงต้องเลือกตอบสนองความต้องการเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยมีต้นทุนต่ำสุดหรือกล่าวได้ว่า มนุษย์มีความต้องการที่ไม่จำกัดแต่ทรัพยากรมีจำกัด ทำให้เกิดความขาดแคลน และนำไปสู่การเลือก (choice) สินค้าและบริการ (goods and services) ที่มีอรรถประโยชน์สูงสุด (utility) คือ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคได้

Barney (1991) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับฐานทรัพยากรขององค์กร (Resource-Based View of the firm) หรือ RBV คือทรัพยากรที่องค์กรมีอยู่ มีส่วนสำคัญในการสร้างความสามารถในการแข่งขันที่ยั่งยืนได้ โดยทรัพยากรนั้นควรมีคุณลักษณะคือ มีคุณค่า (Value) หายาก (rare) ไม่สามารถทดแทนได้ง่าย (difficult to substitute) และยากที่คู่แข่งจะลอกเลียนแบบได้ (imitate) มิฉะนั้นองค์กรจะสามารถแข่งขันได้เพียงชั่วคราว ดังนั้น RBV จึงเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้วิเคราะห์เชิงลึกว่า ทรัพยากรที่องค์กรครอบครองอยู่นั้นเป็นพื้นฐานในการกำหนดผลการดำเนินงานขององค์กรอันนำไปสู่ความได้เปรียบในการแข่งขันที่ยั่งยืนของธุรกิจหรือไม่ แนวคิดเกี่ยวกับทรัพยากรหมายถึง ทรัพย์สิน (assets) ความสามารถ (capabilities) กระบวนการขององค์กร (Organizational processes) คุณลักษณะของธุรกิจ (Firm attributes) ข้อมูล (information) ความรู้ (Knowledge) ที่ถูกควบคุมโดยองค์กร และองค์กรนำไปใช้ในการดำเนินกลยุทธ์เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพ (efficiency) และประสิทธิผล (effectiveness) อย่างไรก็ตาม Barney และคณะ (2001) อธิบายว่าความได้เปรียบในการแข่งขันขององค์กรจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยทรัพยากรและความสามารถขององค์กรที่มีคุณสมบัติ 4 ประการดังกล่าวข้างต้น แล้วองค์กรยังควรพิจารณาทรัพยากรและความสามารถขององค์กรที่แบ่งออกเป็นทรัพย์สินที่จับต้องได้ และทรัพย์สินที่จับต้องไม่ได้ (tangible and intangible assets) รวมถึงทักษะในการบริหารขององค์กร

RBV มีพื้นฐานมาจากแนวคิดที่เรียกว่า Endogenous Growth หรือ “การเติบโตขององค์กรนั้น จะต้องมาจากการจัดการเชิงกลยุทธ์ในด้านทรัพยากรของผู้ประกอบการเพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน” โดยผู้ประกอบการควรมองหาโอกาสทางธุรกิจที่เกิดขึ้นใหม่ จากการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ต้องเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจที่อยู่ในอุตสาหกรรมเดียวกัน และนำมาซึ่งความสามารถในการแข่งขันทรัพยากรและความสามารถหลักขององค์กร เกิดการพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว แบ่งออกเป็นทรัพยากรที่มีตัวตน เช่น อุปกรณ์วัสดุดิบ เป็นต้น ส่วนทรัพยากรที่ไม่มีตัวตน ซึ่งเป็นทรัพย์สินทางความรู้ที่สำคัญและสร้างมูลค่าให้กิจการ เช่น ทักษะ ความรู้ เป็นต้น (Wernerfelt, 1984, pp. 171-180)

RBV เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญหรือมุ่งเน้นที่ทรัพยากร (resources) และความสามารถในการจัดการกับทรัพยากร (capabilities) ภายในองค์กร ที่ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพในการสร้างความได้เปรียบของการแข่งขันในยุคสังคมเศรษฐกิจฐานความรู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล องค์กร และระดับโลก ซึ่งมาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและข้อมูลสารสนเทศ องค์กรจึงต้องเรียนรู้ความสัมพันธ์ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็วกว่าคู่แข่ง โดยการพิจารณาทรัพยากรภายในองค์กรที่ถือเป็นจุดอ่อนหรือจุดแข็ง และใช้ทรัพยากรที่เป็นจุดแข็ง ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงและความต้องการตามสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร ที่ถือเป็น

โอกาสหรืออุปสรรค และแก้ไขหรือปรับปรุงทรัพยากรที่เป็นจุดอ่อนขององค์กร (Barney, 1991, pp. 99-103)

Birger Wernerfelt ได้ศึกษาเรื่อง A resource-based view of the firm ในปี (1984) พบว่าการเติบโตขององค์กรนั้น จะต้องมาจากการจัดการเชิงกลยุทธ์ในด้านทรัพยากรของผู้ประกอบการเพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน” โดยผู้ประกอบการควรมองหาโอกาสทางธุรกิจที่เกิดขึ้นใหม่ จากการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ต้องเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจที่อยู่ในอุตสาหกรรมเดียวกัน และนำมาซึ่งความสามารถในการแข่งขันทรัพยากรและความสามารถหลักขององค์กร เกิดการพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว แบ่งออกเป็น ทรัพยากรที่มีตัวตน เช่น อุปกรณ์วัตถุดิบ เป็นต้น ส่วนทรัพยากรที่ไม่มีตัวตน ซึ่งเป็นทรัพย์สินทางความรู้ที่สำคัญและสร้างมูลค่าให้กิจการ เช่น ทักษะ ความรู้ เป็นต้น

Robert M. Grant ได้ศึกษาเรื่อง Toward a knowledge-based theory of the firm ในปี 1996 พบว่า การประยุกต์ ใช้ความรู้และทักษะด้านทรัพยากรที่มีอยู่ในองค์กร ในการผลิตสินค้าและบริการ ทำให้องค์กรสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน อันเกิดจากความสามารถในการคิดค้นผลิตภัณฑ์ใหม่ และกระบวนการหรือปรับปรุงสิ่งที่มีอยู่ให้มากขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.5 ทฤษฎีฐานความรู้ขององค์กร (Knowledge-Based Theory)

ทฤษฎีฐานความรู้ขององค์กร (Knowledge-Based Theory) และมุมมองการจัดการฐานความรู้ (Knowledge-Based View) มีการพัฒนาและวิวัฒนาการไปเป็นทฤษฎีมุมมองด้านพื้นฐานด้านทรัพยากร (Resource-Based View) จนเกิดเป็นการจัดการเชิงกลยุทธ์ด้านความรู้ภายในองค์กร โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การประยุกต์ ใช้ความรู้และทักษะด้านทรัพยากรที่มีอยู่ในองค์กร เพื่อการผลิตสินค้าและบริการที่ทำให้องค์กรสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันจากความสามารถในการคิดค้นผลิตภัณฑ์ใหม่ และกระบวนการหรือปรับปรุงสิ่งที่มีอยู่ให้มากขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ (Grant, 1996)

ทฤษฎีฐานความรู้ขององค์กร (Knowledge-Based Theory) เป็นทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ที่ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อให้สามารถแยกความแตกต่าง และสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันภายในอุตสาหกรรมเดียวกัน โดยมีองค์ประกอบสำคัญ คือ สร้างกระบวนการจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับมนุษย์ ซึ่งทำให้เกิดทรัพยากรที่เป็นปัจจัยสำคัญในการผลิต และส่งผลต่อความแตกต่างของสินทรัพย์ หรือผลการดำเนินงานระหว่างองค์กร ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถในการใช้และพัฒนาความรู้ภายในองค์กร เพื่อสร้างการถ่ายทอดความรู้และสร้างความได้เปรียบในการ

แข่งขันจากสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากจากกระแสโลกาภิวัตน์และเทคโนโลยี (Curado & Bontis, 2006)

มุมมองการจัดการฐานความรู้ (Knowledge-Based View) เป็นการจัดเก็บองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กรและความรู้นั้นสามารถสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันได้อย่างยั่งยืน จากการทำงานที่เป็นเลิศ (best practices) บทเรียนจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาในอดีต (lesson learned) รวมทั้งแนวทางการแก้ปัญหา (solution-bases) หรือกรณีปัญหา (case-bases) โดยเก็บไว้ไว้ในระบบฐานความรู้เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถค้นหา และใช้ความรู้ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication Technology) ได้อย่างดี

2.1.6 แนวคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ (Image)

ภาพลักษณ์ (Image) มีความสำคัญต่อการประชาสัมพันธ์มาก เนื่องจากประชาสัมพันธ์เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์และเป็นงานที่มีส่วนเสริมสร้างภาพลักษณ์ต่อหน่วยงานสถาบันหรือองค์กรให้มีภาพลักษณ์ที่ดี (Good Image) ต่อความรู้สึกนึกคิดของประชาชน เพื่อผลแห่งชื่อเสียงความเชื่อศรัทธาจากประชาชนที่มีต่อองค์กรหรือสถาบัน (วิรัช ลภีรัตนกุล, 2540)

ความหมายของคำว่า ภาพลักษณ์ จึงหมายถึง ภาพที่เกิดขึ้นในใจ (Mental Picture) ของคนเรา อาจเป็นภาพที่มีต่อสิ่งมีชีวิตหรือไม่มีก็ได้ เช่น ภาพที่มีต่อบุคคล (Person) องค์กร (Organization) ฯลฯ และภาพดังกล่าวนี้อาจจะเป็นภาพ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เราสร้างขึ้นแก่จิตใจเราหรืออาจเป็นภาพที่เราสร้างขึ้นเองก็ได้

Kotler (2000, p. 533) ประมวลารยด้านการตลาดอธิบายถึงคำภาพลักษณ์ (Image) ว่าเป็นองค์รวมของความเชื่อความคิดและความประทับใจที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งทัศนคติและการกระทำใดๆ ที่คนเรามีต่อสิ่งนั้นจะมีความเกี่ยวพันอย่างสูงกับภาพลักษณ์ต่อสิ่งนั้นๆ

Jefkins (1993, pp. 21-22) นักประชาสัมพันธ์ชาวอังกฤษได้อธิบายภาพลักษณ์ต่อองค์กรธุรกิจไว้ว่า ภาพลักษณ์ต่อบริษัทหรือภาพลักษณ์ต่อองค์กรธุรกิจ (Corporate Image) คือภาพขององค์กรใดองค์กรหนึ่ง ซึ่งหมายรวมทุกสิ่งทุกอย่างเกี่ยวกับองค์กรที่ประชาชนรู้จักเข้าใจและมีประสบการณ์ในการสร้างภาพลักษณ์ต่อองค์กรนั้นส่วนหนึ่งกระทำได้โดยอาศัยการนำเสนออัตลักษณ์ขององค์กร (Corporate Identity) ซึ่งปรากฏแก่สายตาคนทั่วไปได้ง่าย เช่น สัญลักษณ์ เครื่องแบบ ฯลฯ

การสร้างภาพลักษณ์ เป็นแนวคิดที่องค์กรธุรกิจต่างตระหนักถึงความสำคัญอย่างสูง โดยพยายามพัฒนากลยุทธ์การสร้างภาพลักษณ์อย่างเป็นระบบ จากเดิมที่อาศัยการประชาสัมพันธ์เป็นเครื่องมือหลัก มาเป็นการประยุกต์และผสมผสานกลยุทธ์การสื่อสารหลากหลายรูปแบบ โดยใช้

เทคนิควิธีต่าง ๆ อย่างเป็นเอกภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสู่เป้าหมายภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ขององค์กร โดยแบ่งภาพลักษณ์ออกเป็น 6 ลักษณะคือ

2.1.6.1 ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่ถูกจำลองขึ้นมา (An Image is Synthetic) ไม่ได้เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ แต่เกิดจากการวางแผนที่ประกอบกันขึ้นมา เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์บางอย่างที่กำหนดไว้ เช่น วัตถุประสงค์ของการประชาสัมพันธ์ ดังนั้น ภาพลักษณ์จึงเกิดจากการวางแผนประชาสัมพันธ์การกำหนดกระบวนการและกลยุทธ์ต่าง ๆ เป็นอย่างดี และขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับองค์กร สินค้าหรือบริการที่ประชาชนได้รับ และสิ่งเหล่านั้นก่อตัวขึ้นเป็นความประทับใจ ซึ่งอาจจะเป็นความประทับใจที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ แล้วแต่พฤติกรรมขององค์กรหรือการผลิตสินค้าหรือให้บริการขององค์กร

2.1.6.2 ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่เชื่อถือได้ (An Image is Believable) เป็นการสร้างภาพในใจของคนเราเกี่ยวกับบุคคลองค์กร สถาบันหรือสิ่งต่าง ๆ ให้มั่นคงเป็นที่ยอมรับโดยอยู่พื้นฐานของความน่าเชื่อถือ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุด การสร้างภาพลักษณ์จะไม่เกิดผลใดๆถ้าไม่มีความน่าเชื่อถือในบุคคลหรือองค์กร สถาบันนั้นๆ

2.1.6.3 ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่อยู่นิ่งและรับรู้ได้ (An Image is Passive) ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่ต้องไม่ขัดแย้งกับความเป็นจริง ถึงแม้ว่าภาพลักษณ์จะไม่ใช่ความเป็นจริง แต่ภาพลักษณ์จะต้องถูกนำเสนออย่างสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกับความเป็นจริง นั่นคือปรัชญา นโยบายการดำเนินงาน การประพฤติปฏิบัติรวมทั้งคุณภาพของสินค้าและบริการ

2.1.6.4 ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเจน (An Image is Vivid and Concrete) ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นจากสิ่งที่เป็นนามธรรมให้เป็นสิ่งที่เป็นรูปธรรม ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นการสร้างจินตนาการรูปธรรมเพื่อให้ตอบสนองดึงดูดใจ และความรู้สึกทางอารมณ์ได้อย่างชัดเจนต่อกลุ่มประชาชน จะต้องชัดเจน ง่ายต่อการเข้าใจและจดจำ และมีความแตกต่างจากกันทำให้สื่อความหมายได้ครบถ้วนตามต้องการ

2.1.6.5 ภาพลักษณ์ต้องเป็นสิ่งที่ถูกทำให้ดูง่ายแก่การเข้าใจและแตกต่าง (An Image is Simplified) ซึ่งต้องชัดเจน ง่ายแก่การทำความเข้าใจและจดจำมีความแตกต่างที่โดดเด่น แต่สื่อความหมายได้ครบถ้วนตามต้องการ เช่น เครื่องหมาย (Logo) คำขวัญ (Slogan) ซึ่งก็คือการสร้าง ภาพลักษณ์ให้มีความโดดเด่นแตกต่างนั่นเอง

2.1.6.6 ภาพลักษณ์มีความหมายและแวมุม (An Image is Ambiguous) เป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ กล่าวคือ เราสามารถเปลี่ยนจากภาพลักษณ์ที่ดีเป็นภาพลักษณ์ที่ไม่ดี หรือเปลี่ยนจากภาพลักษณ์ที่ไม่ดีเป็นภาพลักษณ์ที่ดีได้ อันเนื่องมาจากสภาพการณ์ภายในหรือปัจจัยภายนอกองค์กรมากระทบ ดังนั้นองค์กรต่าง ๆ จึงต้องมีการสำรวจภาพลักษณ์ปัจจุบันขององค์กรอย่างสม่ำเสมอเพื่อจะได้ทราบว่าภาพลักษณ์ต่อองค์กรเป็นอย่างไร รวมถึงสินค้าและบริการ

ด้วยเพื่อจะได้ส่งเสริมและรักษา หรือแก้ไขภาพลักษณ์ที่ดีให้อยู่คู่องค์กร สินค้าและบริการตลอดไป ภาพลักษณ์ในบางครั้งอาจเป็นสิ่งที่ดูเหมือนกำกวม มีลักษณะที่กำกึ่งระหว่างความคาดหวังกับความ เป็นจริงมาบรรจบกัน

สรุปว่า ภาพลักษณ์จะเป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นมาอย่างมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความประทับใจ เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และถูกยอมรับจากสาธารณชน ซึ่งภาพลักษณ์จะมีส่วนผสมทั้ง มิติส่วนตัว (Private) และมิติสาธารณะ (Public) เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์เฉพาะตัว (Private Image) โดย ที่มีส่วนร่วมกันในเรื่องของความเป็นภาพลักษณ์สาธารณะ (Public Image)

2.1.7 ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน+3

กรอบความร่วมมืออาเซียน+3 เริ่มต้นขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2540 ในช่วงที่เกิดวิกฤตทาง การเงินในภูมิภาคเอเชียตะวันออก โดยผู้นำของประเทศสมาชิกอาเซียนและผู้นำของจีน ญี่ปุ่น และ สาธารณรัฐเกาหลี ได้พบหารือกันเป็นครั้งแรกที่กรุงกัวลาลัมเปอร์ เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2540 นับ จากนั้น ได้มีการจัดประชุมสุดยอดอาเซียน+3 ขึ้นทุกปีในช่วงเดียวกับการประชุมสุดยอดอาเซียน กรอบความร่วมมืออาเซียน+3 เริ่มเป็นรูปร่างภายหลังการออกแถลงการณ์ร่วมว่าด้วยความร่วมมือ เอเชียตะวันออกเมื่อปี พ.ศ.2542 และการจัดตั้งกลุ่มวิสัยทัศน์เอเชียตะวันออก รุ่นที่ 1 (East Asia Vision Group I – EAVG I) ในปี พ.ศ. 2542 เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ความร่วมมือในเอเชียตะวันออก โดยในปี พ.ศ. 2544 EAVG I ได้มีข้อเสนอ ให้จัดตั้งประชาคมเอเชียตะวันออก (East Asian community - EAc) และกำหนดมาตรการความร่วมมือด้านต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การจัดตั้งประชาคม เอเชียตะวันออก (East Asian community - EAc)

ในการประชุมสุดยอดอาเซียน+3 ครั้งที่ 9 ที่กรุงกัวลาลัมเปอร์ ในปี พ.ศ.2548 ผู้นำได้ ลงนามในปฏิญญากัวลาลัมเปอร์ว่าด้วยการประชุมสุดยอดอาเซียน+3 (Kuala Lumpur Declaration on the ASEAN+3 Summit) ซึ่งกำหนดให้การจัดตั้งประชาคมเอเชียตะวันออกเป็นเป้าหมายระยะยาว และให้กรอบอาเซียน+3 เป็นกลไกหลักเพื่อดำเนินไปสู่เป้าหมายดังกล่าว นอกจากนี้ ในโอกาส ครบรอบ 10 ปีของกรอบอาเซียน+3 ในปี 2550 ได้มีการออกแถลงการณ์ร่วมว่าด้วยความร่วมมือ เอเชียตะวันออก ฉบับที่ 2 และแผนงานความร่วมมืออาเซียน+3 (พ.ศ.2550-2560) ซึ่งระบุถึงแนวทาง ความร่วมมือในประเด็นต่าง ๆ ภายใต้กรอบอาเซียน+3

ปัจจุบันความร่วมมือในกรอบอาเซียน+3 ครอบคลุมความร่วมมือต่าง ๆ มากกว่า 20 สาขา ภายใต้กรอบการประชุมในระดับต่าง ๆ ประมาณ 60 กรอบการประชุม ซึ่งประเทศไทยให้ ความสำคัญต่อการส่งเสริม ความเชื่อมโยงในภูมิภาค ตลอดจนผลักดันการดำเนินการตามแผน แม่บทว่าด้วยความเชื่อมโยงระหว่างกันในอาเซียน (Master Plan on ASEAN Connectivity - MPAC)

ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการเป็นประชาคมอาเซียน การรวมตัวกันในภูมิภาค และการลดช่องว่างด้านการพัฒนา โดยที่ประชุมสุดยอดอาเซียน+3 สมัยพิเศษ เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ที่กรุงพนมเปญ ได้รับรองแถลงการณ์ผู้นำว่าด้วยความเป็นหุ้นส่วนความเชื่อมโยงอาเซียน+3 (Leaders' Statement on ASEAN Plus Three Partnership on Connectivity) ตามข้อริเริ่มของไทย

2.1.7.1 ความร่วมมือภายในกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน+3

ความร่วมมือด้านการเงิน ความร่วมมือด้านการเงินภายใต้มาตรการริเริ่มเชียงใหม่ (Chiang Mai Initiative - CMI) ซึ่งริเริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2543 นับเป็นสาขาความร่วมมือที่มีความก้าวหน้ามากที่สุดภายใต้กรอบความร่วมมืออาเซียน+3 โดยมีพัฒนาการที่สำคัญ ได้แก่

การจัดตั้ง “CMI Multilateralisation (CMIM)” หรือมาตรการริเริ่มเชียงใหม่ไปสู่การเป็นพหุภาคี เมื่อวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ.2553 ซึ่งมีวงเงิน 120,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เพื่อเป็นกลไกช่วยรักษาเสถียรภาพทางการเงินในภูมิภาค ซึ่งต่อมา ที่ประชุมรัฐมนตรีคลังและผู้ว่าธนาคารกลางอาเซียน+3 (ASEAN Plus Three Finance Ministers and Central Bank Governors' Meeting) ครั้งที่ 15 ที่กรุงมะนิลา เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ.2555 ได้ขยายวงเงิน CMIM เป็น 240,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และเพิ่มสัดส่วนการให้ความช่วยเหลือที่ไม่เชื่อมโยง (de-link) กับเงื่อนไขการให้ความช่วยเหลือของกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund - IMF) จากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ.2555 และพิจารณาทบทุนเพิ่มสัดส่วนขึ้นเป็นร้อยละ 40 ในปี พ.ศ.2557 ในส่วนของไทย ล่าสุดที่ประชุมร่วมรัฐสภาเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ.2555 ได้เห็นชอบกรอบการเจรจาเพิ่มประสิทธิภาพ CMIM ซึ่งเสนอโดยกระทรวงการคลัง เพื่อให้ไทยสามารถปฏิบัติตามมติข้างต้นของที่ประชุมรัฐมนตรีคลังและผู้ว่าธนาคารกลางอาเซียน+3 ครั้งที่ 15 และเห็นชอบให้ธนาคารแห่งประเทศไทยเพิ่มวงเงินผูกพันเงินทุนสำรองระหว่างประเทศจาก 4,552 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เป็น 9,104 ล้านดอลลาร์สหรัฐ

การจัดตั้งสำนักงานวิจัยเศรษฐกิจมหภาคอาเซียน+3 (ASEAN+3 Macroeconomic Research Office - AMRO) ที่สิงคโปร์ เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2554 เพื่อทำหน้าที่เฝ้าระวังวิเคราะห์ และประเมินติดตามสถานะเศรษฐกิจในภูมิภาคและสนับสนุน CMIM (www.amro-asia.org) โดยล่าสุดเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ.2555 สำนักงานเศรษฐกิจการคลังได้จัดประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดท่าทีไทยสำหรับการพิจารณาร่าง AMRO Treaty เพื่อยกระดับสถานะของ AMRO เป็นองค์กรระหว่างประเทศ ซึ่งมีข้อพิจารณาเรื่องเอกสิทธิ์และความคุ้มกันทางการทูตแก่ AMRO และบุคลากรของ AMRO โดยกระทรวงการคลังอยู่ระหว่างการเจรจารายละเอียดกับประเทศสมาชิกอาเซียน+3

การจัดตั้งหน่วยงานค้ำประกันสินเชื่อและการลงทุน (Credit Guarantee and Investment Facility - CGIF) มีลักษณะเป็นกองทุนที่อยู่ภายใต้การดูแลของธนาคารพัฒนาเอเชีย (Asian

Development Bank - ADB) ซึ่งทำหน้าที่เป็นทรัสต์ (trustee) โดย CGIF มีวงเงินเริ่มต้น 700 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เพื่อสนับสนุนการออกพันธบัตรของภาคเอกชน โดยที่ประมุขรัฐมนตรีคลังและและผู้อำนวยการกลางอาเซียน+3 ครั้งที่ 15 ได้เห็นชอบให้เริ่มดำเนินโครงการค้ำประกัน (guarantee programme) ของ CGIF ตาม Asian Bond Markets Initiative (ABMI) New Roadmap+

ความมั่นคงทางอาหาร ที่ประชุมสุดยอดอาเซียน+3 ครั้งที่ 12 เมื่อวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2552 ที่อำเภอชะอำ หัวหิน ได้รับรองแถลงการณ์ชะอำ-หัวหินว่าด้วยความมั่นคงด้านอาหารและการพัฒนาพลังงานชีวภาพในกรอบอาเซียน+3 (Cha-am Hua Hin Statement on ASEAN Plus Three Cooperation on Food Security and Bio-Energy Development) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือด้านอาหารและพลังงาน รวมถึงข้อเสนอการจัดตั้งระบบสำรองข้าวฉุกเฉินอาเซียน+3 (ASEAN Plus Three Emergency Rice Reserve - APTERR) ซึ่งต่อมาได้มีการลงนามความตกลง APTERR เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2554 ที่กรุงจาการ์ตา และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ.2555 ปัจจุบันสำนักงานเลขานุการ APTERR อย่างไม่เป็นทางการ 3 ตั้งอยู่ที่ตั้งอยู่ที่สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยล่าสุด ที่ประชุมรัฐมนตรีอาเซียน+3 ด้านเกษตรและป่าไม้ครั้งที่ 12 เมื่อวันที่ 28 กันยายน 2555 ได้เห็นชอบกับข้อเสนอของไทยในการเป็นที่ตั้งสำนักงานเลขานุการถาวรของ APTERR ถาวร โดยมีเงื่อนไขว่า ไทยจะต้องดำเนินการภายในที่เกี่ยวข้องให้เสร็จสิ้นในโอกาสแรก

กองทุนความร่วมมืออาเซียน+3 (ASEAN Plus Three Cooperation Fund - APTCF) จัดตั้งขึ้นเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ.2552 เพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ในกรอบอาเซียน+3 โดยมีเงินทุนเริ่มต้น 3 ล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยใช้อัตราส่วนการสมทบ 3:3:3:1 (จีน:ญี่ปุ่น:กต.:อาเซียน) ล่าสุด เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.2555 ประเทศสมาชิกอาเซียน+3 อยู่ระหว่างการหารือการสมทบเงินเพิ่มเติม (Replenishment)

2.1.8 แนวคิดและทฤษฎีความพร้อมและการเตรียมความพร้อม

คำว่า“พร้อม” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นคำ “วิเศษณ์” ที่มีความหมายว่าครบถ้วน ส่วนคำว่า “ความพร้อม” เป็นคำ นามซึ่งจะมีความหมายว่า ความครบถ้วนหรือมีทุกอย่างครบแล้ว “ความพร้อม” เป็นคำแสดงกิริยาร่วมหรือในเวลาเดียวกันหรือในทำนองนั้น เช่น ไปพร้อมกัน ถึงพร้อมกัน โดยปริยายหมายความว่าครบครัน (ครบครัน) หมายถึง พร้อมเพรียง ไม่ขาดเหลือ บริบูรณ์เช่น งานพร้อม ดีพร้อม เตรียมพร้อมเสร็จ เช่น พร้อมแล้ว

ความหมายของความพร้อม (readiness)

เด็อนใจ เศรษฐศาสตร์ ได้ให้ความหมายว่าความพร้อม หมายถึงสภาพแห่งความเจริญงอกงามและการพัฒนาการอย่างสูงสุดของบุคคลทั้งกาย สมองอารมณ์และสังคม

กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ ได้ให้ความหมายว่าความพร้อม หมายถึงความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ มีความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดทางด้านร่างกาย ได้แก่วุฒิภาวะ (Maturity) ซึ่งหมายถึงการเจริญเติบโตอย่างเต็มที่ของอวัยวะของร่างกายทางด้านจิตใจ ได้แก่ความพอใจที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือพอใจที่จะกระทำ

บรรจบ จันท์เจริญ (อ้างอิงในบุญจมาศ วัชรโรภาส, 2545) ได้ให้ความหมายว่า ความพร้อม หมายถึงสภาวะหรือลักษณะของบุคคลที่กระทำ กิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง โดยมีสภาพการเตรียมความถนัดความพอใจหรือความกระตือรือร้นเพื่อตอบสนองต่อกิจกรรมนี้ ๆ ให้บรรลุผลสำเร็จซึ่งเกิดจากวุฒิภาวะประสบการณ์และอารมณ์

จึงสรุปความหมายของความพร้อมได้ดังนี้ ความพร้อม หมายถึง สภาพของบุคคลที่มีวุฒิภาวะแรงจูงใจและประสบการณ์เดิมสูงพอที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ให้สะดวก การเตรียมความพร้อม หมายถึง การเตรียมตัวก่อนกระทำการหรือทำงานที่จะทำหรือได้รับมอบหมายเป็นการทำความเข้าใจในงานที่จะทำศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับงานและหน่วยงานที่เข้าร่วมปฏิบัติในทุกๆ ด้านรวมทั้งกฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ สิ่งต่างๆเหล่านี้ถ้ามีการศึกษาเตรียมการรัดกุมมาก มีความเข้าใจระบบและงานมากก็จะมีความพร้อมมาก

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นุชนาถ จันทราวุฒิกร (2559) ศึกษาความพร้อมด้านการตลาดและกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยในการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน โดยศึกษารวบรวมข้อมูลทุกิติภูมิของโรงพยาบาลเอกชนซึ่งจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยจำนวน 9 แห่ง และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร โรงพยาบาลเอกชนไทยจำนวน 4 แห่ง พบว่า โรงพยาบาลเอกชนไทยขนาดใหญ่ ได้แก่ เครือโรงพยาบาลกรุงเทพและบำรุงราษฎร์ มีความมุ่งหมายและมีความพร้อมสำหรับการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน มากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก ขณะที่อุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนมีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนเรื่องผลิตภัณฑ์หรือการบริการ เนื่องจากธรรมชาติของรูปแบบธุรกิจที่เป็นการให้บริการทางการแพทย์ไม่สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาได้มากเท่าไรนัก เว้นแต่เพียงการปรับเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ด้วย การสร้างชื่อเสียงในฐานะศูนย์การแพทย์

เฉพาะทาง เพื่อปรับให้เข้ากับโรคที่มีผู้ป่วยเป็นกันมากในแต่ละประเทศ และกลยุทธ์การสร้าง
ตัวแทนในต่างประเทศจะพบได้เฉพาะในเครือโรงพยาบาล และโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่านั้น

Chantal Herberholz and Siripen Supakankunti (2013) ศึกษาเรื่อง การท่องเที่ยวเชิง
การแพทย์ในประเทศมาเลเซีย สิงคโปร์และไทย (MEDICAL TOURISM IN MALAYSIA,
SINGAPORE AND THAILAND) โดยการรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เอกสารนโยบาย
รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญใน 3 ประเทศ ผลที่ได้ทำให้ทราบว่าขนาดของโรงพยาบาล
เอกชนในประเทศมาเลเซียและสิงคโปร์มีขนาดใหญ่ใกล้เคียงกัน แต่ในขณะที่ประเทศไทย
โรงพยาบาลเอกชนมีขนาดเล็กกว่าโดยเปรียบเทียบ และสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยกับ
อุตสาหกรรมทางการแพทย์ในประเทศไทยมีจำกัดมากกว่า เรื่องนโยบายสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิง
การแพทย์พบว่าประเทศมาเลเซียและสิงคโปร์ได้รับการสนับสนุนอย่างมาก แต่ประเทศไทยได้รับ
การสนับสนุนเป็นบางส่วน และเมื่อพิจารณาเชื้อชาติของผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ารับการรักษจาก
โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง พบว่าที่ประเทศมาเลเซียและสิงคโปร์ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในแถบพื้นที่
ใกล้เคียง แต่ประเทศไทยมีผู้ป่วยจากทั่วทุกมุมโลก



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งแนวทางในการศึกษาวิจัยมุ่งประเมินความพร้อมของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3 โดยมุ่งศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนไทยทั้งที่ผ่านมาตรฐาน Joint Commission International (JCI) ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล(Hospital Accreditation) และยังไม่ผ่านมาตรฐาน โดยงานวิจัยนี้มีรูปแบบวิธีการศึกษาดังนี้

1.7 ประชากร

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลปฐมภูมิด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยประชากรในการศึกษานี้คือ โรงพยาบาลเอกชนไทย แยกโรงพยาบาลตามขนาดเตียงจดทะเบียนได้เป็น 3 ขนาด ได้แก่

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ คือ โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงจดทะเบียนขนาด 400 เตียงขึ้นไป ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, โรงพยาบาลกรุงเทพ, โรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์, โรงพยาบาลพญาไท 2, โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา เป็นต้น

โรงพยาบาลขนาดกลาง คือ โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงจดทะเบียนขนาด 200-399 เตียง ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลพญาไท 1, โรงพยาบาลบางปะกอก 9, โรงพยาบาลวิภาวดี, โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท, โรงพยาบาลสุขุมวิท เป็นต้น

โรงพยาบาลขนาดเล็ก คือ โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงจดทะเบียนขนาดน้อยกว่า 200 เตียง ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลพิษณุเวช, โรงพยาบาลปากน้ำโพ, โรงพยาบาลนวมินทร์ 9, โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3, โรงพยาบาลเว็ลด์เมดิคอลเซ็นเตอร์ เป็นต้น

3.2 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีวัตถุประสงค์ (Purposive Sampling Criteria) เพื่อให้เกิดโอกาสในการทำความเข้าใจรูปแบบความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลขนาด

ใหญ่ 5 แห่ง ขนาดกลาง 5 แห่ง ขนาดเล็ก 5 แห่ง แห่งละ 1 คน และได้กำหนดกรอบการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้บริหารของโรงพยาบาลเอกชนที่มีความรู้ความเข้าใจในแนวทางด้านการจัดการเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ซึ่งทำงานด้าน การตลาด การวางแผนองค์กร กลยุทธ์ ทรัพยากรมนุษย์ หรือด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นบทคำถามสัมภาษณ์ปลายเปิด ที่ประกอบไปด้วย 5 หัวข้อ 13 คำถาม และการให้คะแนนเรียงลำดับความพร้อมภายในโรงพยาบาล ดังนี้

หัวข้อที่ 1 การรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ

1. เหตุการณ์ใดที่ทำให้เรามอง เห็นช่องทาง หรือ โอกาสทางธุรกิจ เพื่อเข้าสู่การเตรียมความพร้อมขององค์ต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจาก AEC+3
2. การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิด โอกาสและอุปสรรคอย่างไรต่อโรงพยาบาล
3. ปัจจุบันองค์กรมีการเปลี่ยนแปลงใดบ้างที่จัดทำขึ้นแล้วเพื่อ เตรียมความพร้อมของ องค์ต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจาก AEC+3

หัวข้อที่ 2 องค์ความรู้ (Knowledge) ของพนักงาน

1. ท่านได้เตรียมความพร้อมของพนักงานอย่างไรบ้าง ต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจาก AEC+3 เช่น การอบรมความรู้ต่างๆ หรือ ความสามารถทางภาษาที่ 3 ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจาก AEC+3
2. จุดเด่นของพนักงานในโรงพยาบาลของท่านคืออะไร (โปรดระบุความเชี่ยวชาญ)

หัวข้อที่ 3 โครงสร้างพื้นฐาน โรงพยาบาล (Infrastructure)

1. ทางโรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุง สินทรัพย์ (assets)ใดบ้างเพื่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายใน AEC+3 เช่น อาคาร ห้องรับรอง ศูนย์อาหาร ความหลากหลายของภาษาที่ใช้ในป้าย
2. ทางโรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการภายในองค์กร (organization and process) ใดบ้างเพื่อการเข้าถึงเป้าหมายกลุ่ม AEC+3 เช่น การเพิ่มแผนกต้อนรับภาษาต่างๆ ทีมบริการลูกค้าสัมพันธ์ กลุ่มAEC+3

หัวข้อที่ 4 ภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image)

1. ในมุมมองผู้มาใช้บริการท่านคิดว่า โรงพยาบาลของท่าน มีความโดดเด่นเรื่องอะไร เช่น การรักษาและการบริการ รวมถึงโฆษณาของโรงพยาบาล เป็นต้น

2. ท่านคิดว่า ผู้รับบริการชนชาติใดใน AEC+3 ที่นึกถึงโรงพยาบาลของท่านเป็นอันดับแรก

3. ถ้าโรงพยาบาลมีการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของลูกค้า ท่านคิดว่าโรงพยาบาลของท่านมีภาพลักษณ์อย่างไร ในแง่ของมีระดับความพึงพอใจ การกลับมาใช้บริการซ้ำ และถ้าผู้ให้บริการเปลี่ยนการรักษาจากโรงพยาบาลของท่านไปโรงพยาบาลอื่น ผู้ให้บริการต้องรู้สึกเสียดยอะไรบ้าง

หัวข้อที่ 5 ความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม(First mover)

1. ท่านคิดว่าความเร็วในการเรียนรู้ของโรงพยาบาล (learning curve) สามารถสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน หรือ ผลกระทบด้านใดต่อผู้ให้บริการในกลุ่มประเทศสมาชิก AEC+3 ได้อย่างไร

2. โรงพยาบาลมีสร้างความขาดแคลน เช่น การจดสิทธิบัตร ทรัพย์สินทางปัญญา (สูตรยา หรือ ตัวยา) ครอบครองทรัพยากรที่หายาก(แพทย์ วิชาการรักษา หรือแผนกที่มีเฉพาะของโรงพยาบาลนี้ที่เดียว) หรือนวัตกรรมในการรักษาและบริการ(ระบบหุ่นยนต์) หรือไม่อย่างไร

3. โรงพยาบาลมีพันธมิตรนอกประเทศ ในกลุ่ม AEC+3 หรือไม่อย่างไร เช่น การเปิดสาขาในต่างประเทศ และเปิดสาขาไปแล้วกี่ประเทศ

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างคำถามโดยเรียงระดับความพร้อมของโรงพยาบาลของท่าน จากระดับความพร้อม 1-5

ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ (Strategic Readiness)	การรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรคของผู้นำ (sensing)	องค์ความรู้ของพนักงาน (Knowledge)	โครงสร้างพื้นฐานองค์กร (Infrastructure)	ภาพลักษณ์องค์กร (Image)	ความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม (First mover)
ระดับความพร้อม					

ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความพร้อมของโรงพยาบาลต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในประเทศสมาชิก AEC+3 ซึ่งเกณฑ์การประเมินความพร้อมเชิงกลยุทธ์ดังกล่าว ผู้วิจัยนำเสนอ เพื่อเป็นคุณค่าของงานวิจัยชิ้นนี้ ซึ่งมีระดับคะแนนความพร้อม 0 - 5 คะแนน เป็นรายดัชนี อภิปรายความหมายได้ดังนี้

ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความพร้อมของโรงพยาบาลต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในประเทศสมาชิก AEC+3 ซึ่งเกณฑ์การประเมินความพร้อมเชิงกลยุทธ์ดังกล่าว ผู้วิจัยนำเสนอ เพื่อเป็นคุณค่า

ของงานวิจัยชิ้นนี้ ซึ่งมีระดับคะแนนความพร้อม 0 - 5 คะแนน เป็นรายดัชนี อภิปรายความหมายได้ ดังนี้

ระดับคะแนน 5 มีความพร้อมสูง

มีความพร้อมครบ 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ , องค์ความรู้ (Knowledge)ของพนักงาน, โครงสร้างพื้นฐานองค์กร (Infrastructure),ความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม(First mover),ภาพลักษณ์องค์กร (Image)

ระดับคะแนน 4 ค่อนข้างพร้อม

มีความพร้อมครบ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ , องค์ความรู้ (Knowledge)ของพนักงาน, โครงสร้างพื้นฐานองค์กร (Infrastructure), ความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม(First mover)

ระดับคะแนน 3 เกือบที่จะพร้อมแล้ว

มีความพร้อมครบ 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ , องค์ความรู้ (Knowledge)ของพนักงาน, โครงสร้างพื้นฐานองค์กร (Infrastructure)

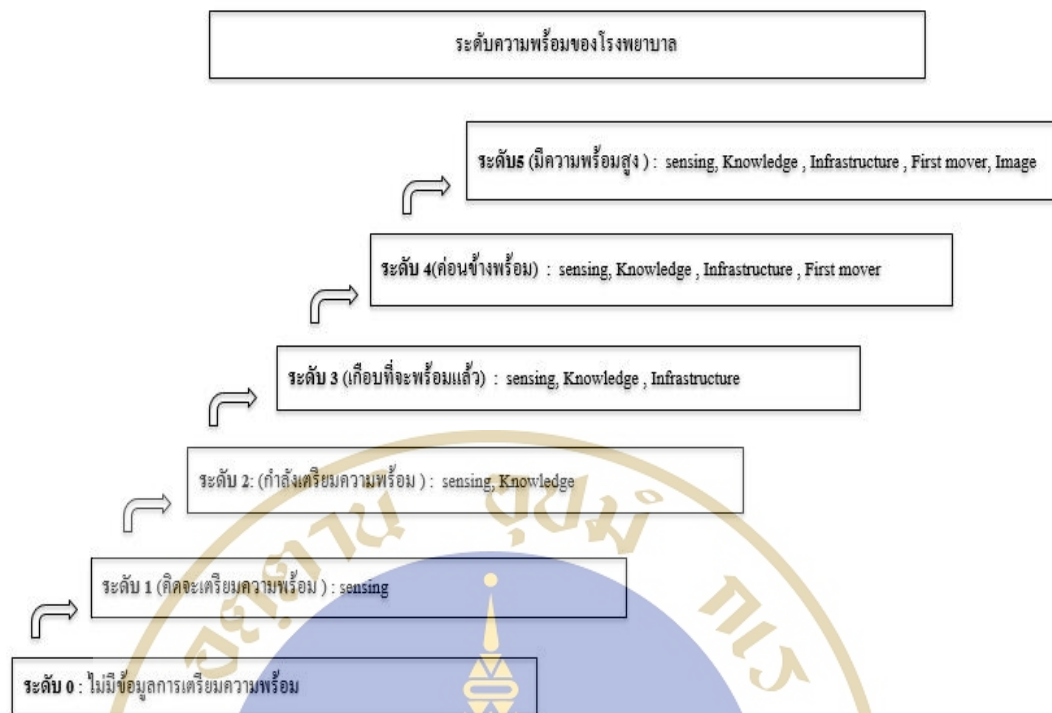
ระดับคะแนน 2 กำลังเตรียมความพร้อม

มีความพร้อมครบ 2 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ , องค์ความรู้ (Knowledge)ของพนักงาน

ระดับคะแนน 1 คิดจะเตรียมความพร้อม

มีความพร้อมครบ 1 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ

ระดับคะแนน 0 ไม่มีข้อมูลของการเตรียมความพร้อม



ภาพที่ 2 แสดงระดับความพร้อมของโรงพยาบาล

3.4 การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ก่อนการนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ ไปใช้สัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการทดสอบความน่าเชื่อถือของของเครื่องมือ โดยใน ไปขอคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์มหาวิทยาลัยที่มีความเชี่ยวชาญด้าน โรงพยาบาล หรือ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข หรือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการลงทุน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของแบบสัมภาษณ์

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 13 คน ขณะสัมภาษณ์มีการบันทึกเสียงร่วมด้วย จากนั้นนำบทสัมภาษณ์ที่ได้รับมาตรวจสอบความสมบูรณ์และจัดหมวดหมู่ของบทให้สัมภาษณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ลงรหัส (Coding) และจัดหมวดหมู่ในบทสัมภาษณ์
2. จัดโครงสร้างข้อมูลใหม่ เพื่อตรวจสอบกับข้อเสนอแนะ และทฤษฎี
3. นำข้อมูลที่ได้ไปประมวลผลโดยการพรรณนา

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์คำหลัก (Domain) คือ การจำแนกจัดกลุ่มคำพูดหนึ่งให้อยู่ภายใต้คำอีกชุดหนึ่ง ซึ่งคำดังกล่าวนี้มีความหมายครอบคลุมคำชุดนั้น ๆ หรือ อาจกล่าวได้ว่า การวิเคราะห์คำหลัก เป็นการจัดกลุ่มคำพูดหนึ่งให้อยู่ร่วมกันโดยอาศัยลักษณะความสัมพันธ์บางอย่างของคำแต่ละคำที่นำมาใช้จัดกลุ่ม (รัชนีระ บัวสนธิ์, 2551 : 197-219)

หลังจากสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 โรงพยาบาลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจึงทำการถอดเทปเป็นบทสนทนาและนำข้อมูลที่ได้มาบันทึกลงในตารางบทสนทนา จากนั้นจึงอ่านอย่างละเอียดเพื่อทำการจับและแยกประเด็นต่างๆที่เป็นประเด็นสำคัญให้ครบถ้วน จึงจะสามารถทำการให้รหัสแบบเปิด (Open coding) ได้ โดยทำการจับกลุ่มรหัสแบบเปิด (Open coding) ที่มีความคล้ายคลึงกันเพื่อความสะดวกในการเชื่อมโยงลำดับความคิด โดยมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกข้อมูล (ที่ทำการวิเคราะห์จัดกลุ่มหรือ กำหนดชื่อข้อมูลแล้ว) ที่จะนำมาแยกส่วนประกอบเพื่อหาคุณสมบัติที่ต้องการเปรียบเทียบ ซึ่งมาจากการสัมภาษณ์ข้อมูลทั้งหมด 12 ชุด เช่น ในหัวข้อ โครงสร้างพื้นฐานโรงพยาบาล (Infrastructure) คำถามว่า “ทางโรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุง สินทรัพย์ (assets) ใดบ้างเพื่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายใน AEC+3 เช่น อาคาร ห้องรับรอง ศูนย์อาหาร ความหลากหลายของภาษาที่ใช้ในป้าย”

ตารางที่ 2 แสดงการนำข้อมูลมาบันทึก และแยกส่วนประกอบเพื่อหาคุณสมบัติที่ต้องการเปรียบเทียบ

S1	ไม่มีการปรับเปลี่ยนเพื่อ AEC มีแต่การปรับปรุงทั่วไป เช่น สร้างตึกขนาดใหญ่เพื่อรองรับต่อความต้องการ จัดทำป้ายและแผ่นโฆษณาเป็น 2 ภาษาทั้งไทยและเมียร์มาร์ ซึ่งทำเป็นบางส่วน
S2	ปรับปรุงแผนกให้มีความเฉพาะทางมากขึ้น เช่น CATLAB MRI เพื่อรองรับลูกค้าที่ต้องการความเฉพาะทางมากขึ้น เนื่องจากคิดว่า คนไข้ชาติ AEC+3 ที่เข้ามารักษาที่เราต้องเป็นคนไข้หนัก ต้องการความเฉพาะทางในการรักษา กำลังเตรียมการขยายตึกเพื่อรองรับให้ผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น
S3	ขยายขนาดโรงพยาบาล
S4	มีการขยายอาคาร โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เพิ่มรองรับผู้รับบริการที่มีมากขึ้น
S5	ไม่มีการขยายโรงพยาบาล แต่มีการการจัดทำแผ่นพับให้ข้อมูลหลายๆภาษา
M1	มีป้าย มีโบว์ลิ่ง ที่เป็นภาษาอังกฤษ และภาษา AEC เช่น เมียร์มาร์ ส่วนการปรับเปลี่ยนด้านอาคารก็มีการปรับ look ต่างๆให้ modern ขึ้น
M2	1. ทำพื้นที่ห้องรับรองลูกค้าต่างชาติ ตามธรรมเนียมปฏิบัติ 2. จัดทำพื้นที่ห้องละหมาดตามหลักศาสนา และห้องพระ

ตารางที่ 2 แสดงการนำข้อมูลมาบันทึก และแยกส่วนประกอบเพื่อหาคุณสมบัติที่ต้องการ
เปรียบเทียบ (ต่อ)

M3	รีโนเวตโรงพยาบาลใหม่ทั้งภายในและภายนอก โดยใช้เวลาประมาณ 2 ปี ขณะนี้ทำมาได้ 1 ปีแล้ว
M4	มีการแยก คนไข้แต่ละชาติ แยกตาม ward มีการจัดตกแต่งห้องตามสไตล์ของแต่ละชาติ มีอาหารที่หลากหลายเชื้อชาติ มีป้ายบอกเป็นภาษาอังกฤษ แต่ใน ward ในแต่ละประเทศจะมีภาษาของประเทศนั้นๆ กำลังสร้าง long stay เพื่อรองรับผู้ป่วยชาวญี่ปุ่น
M5	เราไม่ปรับอะไรเลย เพราะปรับเพื่อรองรับ global ไปแล้ว
L1	ปรับปรุงภายในให้มีความทันสมัย และทางโรงพยาบาลเป็น cultural diversity อยู่แล้ว คือ มีห้องละมดเพื่อรองรับความหลากหลายของศาสนา ทุก activities ของพนักงานจะได้รับการต้อนรับอย่างเสมอภาคทุกเชื้อชาติ มีโครงการสอนภาษาให้พนักงาน เช่น ภาษาเม็กซิกัน ภาษาอังกฤษ เป็นต้น มีแผนก MCO ที่มีอยู่ก่อนแล้ว โดยทีมแพทย์ที่มาจากหลายเชื้อชาติ เพื่อให้ดูแลคนไข้ในชาติของตนเอง แต่แพทย์เหล่านี้ไม่ได้ทำหน้าที่รักษาคนไข้เป็นเพียง coordinator เพื่อให้การรักษาในคนไข้ต่างชาติเรียบร้อยขึ้น
L2	มีการ renovate แพนคต่าง ปรับปรุงแพนกล้อมให้ใหญ่ขึ้น
L3	ไม่ได้ปรับเพื่อ AEC โดยเฉพาะเป็นการออกแบบโดยรวม เหมือนเป็นการปรับบ้านใหม่มากกว่า แต่เป็น plan อยู่ยังไม่ได้ลงมือทำจริง ถ้าจะมีปรับก็เป็นแผนกอาหารที่เริ่ม เมนูพิเศษในแต่ละวัน เช่น อาหารญี่ปุ่น

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์แยกส่วนประกอบข้อมูลแต่ละชุด โดยพิจารณาว่าจะแยกส่วนประกอบของข้อมูลเป็น 5 ส่วน จากคุณสมบัติความพร้อม 5 ด้าน เช่น

ตารางที่ 3 แสดงการแยกส่วนประกอบของข้อมูลเป็น 5 ส่วน จากคุณสมบัติความพร้อม 5 ด้าน

หัวข้อ	
การรับรู้ (sensing)	เห็นช่องทาง หรือ โอกาสทางธุรกิจ เมื่อไหร่ เหตุการณ์ที่รับรู้
	โอกาสที่รับรู้
	อุปสรรค
	การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล
องค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge)	องค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge)ของพนักงานและโรงพยาบาล
โครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure)	จุดเด่นของพนักงาน ระบุความเชี่ยวชาญ
	assets
	organization and process

ตารางที่ 3 แสดงการแยกส่วนประกอบของข้อมูลเป็น 5 ส่วน จากคุณสมบัติความพร้อม 5 ด้าน(ต่อ)

การสร้างภาพลักษณ์ (Image)	ความโดดเด่นของโรงพยาบาล
	ชนชาติ AEC+3 ที่มีรักษามากที่สุด
	ระดับความพึงพอใจ การกลับมาใช้บริการซ้ำ
การเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม (First mover)	learning curve
	การสร้างความขาดแคลน
	พันธมิตรนอกประเทศ ในกลุ่ม AEC+3

ขั้นตอนที่ 3 จดรายชื่อข้อมูลและส่วนประกอบที่จะแยกข้อมูลชุดนั้น ๆ ไว้ในกระดาดบันทึก

ขั้นตอนที่ 4 จัดทำตารางเปรียบเทียบคุณสมบัติข้อมูลแต่ละชุดแยกตามส่วนประกอบและใส่คุณสมบัติข้อมูลแต่ละชุดแยกตามส่วนประกอบลงในตาราง ถ้าคุณสมบัติของข้อมูลและส่วนประกอบใดขาดหายไปอาจต้องเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เช่น หัวข้อการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ สามารถแบ่งได้ดังตาราง ดังนี้

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคุณสมบัติข้อมูลแต่ละชุดแยกตามส่วนประกอบ

เนื้อหา		
หัวข้อ	หัวข้อ	รายละเอียด
sensing	เห็นช่องทาง หรือ โอกาสทางธุรกิจ เมื่อไหร่ เหตุการณ์ที่รับรู้	รับรู้มาแล้วกี่ปี
		ไทยเริ่มเปิด AEC
		Plan ว่าจะเปิด AEC
	โอกาสที่รับรู้	ได้ลูกค้ามากขึ้น
		รับบุคคลากรต่างชาติ
		บุคคลากรไม่เพียงพอ
	อุปสรรค	ภาษา
		วัฒนธรรมที่แตกต่าง
		กฎหมาย AEC ยังไม่เสร็จ
		การคมนาคม
	เตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล	เตรียมคุณภาพพนักงาน เช่น ภาษา ความรู้ มาตรฐาน
		เพิ่มบุคคลากร
		ขยายพื้นที่โรงพยาบาล
		ปรับ operation ของโรงพยาบาล
		ปรับพื้นที่โรงพยาบาล
	ปรับภาพลักษณ์โรงพยาบาล	

ขั้นตอนที่ 5 จำแนกข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์คำหลัก (Domain) โดยพิจารณาความเหมือนและความแตกต่างแยกตามโรงพยาบาล เช่น ในหัวข้อหัวข้อที่ 3 โครงสร้างพื้นฐานโรงพยาบาล (Infrastructure) (ตามตารางที่) และสร้างข้อสรุปที่ได้จากการเปรียบเทียบโดยบรรยายโยงให้เห็นคุณสมบัติของข้อมูลตามส่วนประกอบนั้น ๆ และนำข้อมูลของคำหลักที่สกัดได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ร้อยละ โดยแยกเป็นการวิเคราะห์เป็น 2 ระดับ คือ

1. ระดับภาพรวมทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาล ใช้สถิติเชิงพรรณนาความถี่ร้อยละโดยข้อมูลที่วิเคราะห์เปรียบเทียบ คือ กลุ่มโรงพยาบาลทั้งสิ้น 13 โรงพยาบาล เช่น ผลของความพร้อมด้านการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ พบว่าผู้นำของกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนไทยเห็นโอกาสของการเพิ่มจำนวนผู้รับบริการในโรงพยาบาลที่มากขึ้นเหมือนกัน 100.00% และมีบางส่วนเห็นโอกาสในการจ้างงานจากบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศสมาชิก AEC 30.77%

2. ระดับแยกขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนาความถี่ร้อยละโดยข้อมูลที่วิเคราะห์เปรียบเทียบ คือ กลุ่มโรงพยาบาลขนาดนั้นๆ เช่น โรงพยาบาลขนาดเล็ก มีกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ 5 โรงพยาบาล ดังตัวอย่าง ผลของความพร้อมด้านการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ โรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่าผู้นำเห็นโอกาสของการเพิ่มจำนวนผู้รับบริการในโรงพยาบาลที่มากขึ้น 100.00% การจ้างงานจากบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศสมาชิก AEC 20.00%

ตารางที่ 5 แสดงการจำแนกข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์คำหลัก (Domain)

เนื้อหา	รพ.ขนาดเล็ก					รพ.ขนาดกลาง					รพ.ขนาดใหญ่		
	Ss 1	Ss 2	Ss 3	Ss 4	Ss 5	Ms 1	Ma 2	Ms 3	Ms 4	Ms 5	Ls 1	Ls 2	Ls 3
สร้างตึกใหม่	1	1	1	1					1	1			
ระบบสื่อสาร เช่น ป้าย แผ่นพับ	1				1	1			1	1			
renovete ภายใน		1				1	1	1	1	1	1	1	1
เพิ่ม/ขยายแผนกใหม่ เช่น ลำม cashere	1				1	1	1		1		1	1	1
สร้างเครือข่ายโรงพยาบาล		1		1							1		
ผลประโยชน์ด้านพนักงาน				1		1	1	1		1			

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด

ใช้การวิเคราะห์โดยการจำแนกชนิดข้อมูล(Typological Analysis) โดยการจำแนกข้อมูลในระดับจุลภาคด้วยวิธีการวิเคราะห์คำหลัก (Domain Analysis) จากคำหลักที่สกัดได้จากการสัมภาษณ์ จากนั้นนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดบรรยายด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)

3.8 การวัดความเที่ยงตรงของผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้จะวัดความเที่ยงตรง โดยถามความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในด้านอุตสาหกรรมโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 ท่าน ตัวอย่างเช่น อาจารย์มหาวิทยาลัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรงพยาบาล หรือ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข หรือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการลงทุน เป็นต้น ถ้าผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นสนับสนุนผลการวิเคราะห์ข้อมูล 2 ใน 3 ท่าน ถือว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นที่ยอมรับ



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจากประเทศสมาชิก AEC+3 มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่ทำงานด้านการบริหารของโรงพยาบาลเอกชนไทยที่มีความรู้ความเข้าใจในแนวทางการจัดการเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ซึ่งทำงานด้าน การตลาด การวางแผนองค์กรและกลยุทธ์ทรัพยากรมนุษย์ หรือด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลโรงพยาบาลละ 1 ท่าน จำนวน 15 โรงพยาบาลเพื่อศึกษาความพร้อมเชิงกลยุทธ์ในโรงพยาบาลและประเด็นกลยุทธ์ที่โรงพยาบาลให้ความสำคัญมากที่สุดต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาระดับความพร้อมของโรงพยาบาลแต่ละขนาด ทำให้ทราบระดับความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาลต่อไป

4.1 ผลของการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 โรงพยาบาลสามารถแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลได้ 3 ระดับ วัดจากจำนวนเตียงจดทะเบียนของโรงพยาบาล ซึ่งสามารถแบ่งระดับขนาดโรงพยาบาลและลงรหัสได้ดังนี้

โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ที่มีจำนวนเตียงจดทะเบียนขนาดตั้งแต่ 400 เตียงขึ้นไป จำนวน 3 โรงพยาบาล คือ Large size 1(Ls1), Large size2(Ls2), Large size3(Ls3),

โรงพยาบาลเอกชนขนาดกลาง ที่มีจำนวนเตียงจดทะเบียนขนาดตั้งแต่ 200- 399 เตียง จำนวน 5 โรงพยาบาล คือ Medium size 1(Ms1), Medium size2(Ms2), Medium size3(Ms3), Medium size3(Ms4), และ Medium size 5(Ms5)

โรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก ที่มีจำนวนเตียงจดทะเบียนขนาด น้อยกว่า 200 เตียง จำนวน 5 โรงพยาบาล คือ Small size 1(Ss1), Small size2(Ss2), Small size3(Ss3), Small size3(Ss4), และ Small size 5(Ss5)

ผลจากการสังเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอข้อมูลในส่วน of โรงพยาบาลผ่านรหัสที่กำหนดไว้ข้างต้นแทนการกล่าวชื่อโรงพยาบาล

4.2 ผลของความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจากประเทศสมาชิก AEC+3 ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตามเครื่องมือวัดความความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจากประเทศสมาชิก AEC+3 ในงานวิจัยนี้ ประกอบไปด้วยความพร้อม 5 ด้าน และสามารถแบ่งระดับความพร้อมออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. ความพร้อมด้านการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ
2. ความพร้อมด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) ของพนักงานและ

โรงพยาบาล

3. ความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน โรงพยาบาล (Infrastructure)
4. ความพร้อมด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image)
5. ความพร้อมด้านความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม (First mover)

โดยการให้ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจากประเทศสมาชิก AEC+3 สามารถสังเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

4.2.1 ผลของความพร้อมด้านการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ

การรับรู้โอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ เป็นความสามารถในการเห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโอกาส เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจถึงการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การตอบสนองโอกาสนั้นๆ การเห็นโอกาสคือ ความสามารถหยั่งรู้อนาคตเพื่อเปลี่ยนผ่านไปสู่การพัฒนาการพัฒนามาความสามารถใหม่ (Teece, 2007; Teece, 2012) ถือเป็นก้าวแรกของการเตรียมความพร้อมในองค์กร ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนไทยสามารถระบุความพร้อมด้านการรับรู้ของผู้นำได้ผ่าน 3 หัวข้อคำถาม คือ

4.2.1.1 ระยะเวลาการเห็นช่องทาง หรือ โอกาสทางธุรกิจ เพื่อเข้าสู่การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจาก AEC+3 เมื่อใด พบว่าผู้นำรับรู้การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2 ปี 6 เดือน ก่อนเปิด AEC อย่างเป็นทางการ หรือ ในช่วงปี พ.ศ.2557 แต่วิเคราะห์ตามขนาดของโรงพยาบาลแล้ว พบความแตกต่างดังนี้

โรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่าผู้นำรับรู้การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2 ก่อนเปิด AEC หรือ ในช่วงปี พ.ศ.2558 ซึ่งสามารถระบุได้ว่า การรับรู้เกิดในช่วงเปิด AEC อย่างเป็นทางการ

“...เรารับรู้มานานแล้วเนื่องจาก MD ของเราเป็นประธานหอการค้าก็ได้รับรู้เรื่องการเปิด AEC ที่เหตุเด่นชัดก็อยู่ในช่วง ปี 58 ที่เรามีการออกไปตลาด ออกบูท ที่แม่สอด เมียร์มาร์ ลาว”

Ss2

โรงพยาบาลขนาดกลาง พบว่าผู้นำรับรู้การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3 ปี 6 เดือนก่อนเปิด AEC หรือ ในช่วงปี พ.ศ.2556 ซึ่งสามารถระบุได้ว่าการรับรู้เกิดในช่วงก่อนเปิด AEC อย่างเป็นทางการ

“...ผู้นำเห็น โอกาส และสนใจอย่างจริงจังเมื่อ ประมาณ 3 ปีที่แล้ว ให้ฝ่ายการตลาดจัดทำ Roadmap ของ AEC ขึ้น เพื่อให้ทุกคนเห็นภาพรวมของโอกาส อย่างแท้จริง”

Ms5

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าผู้นำรับรู้การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3 ปี ก่อนเปิด AEC หรือ ในช่วงปี พ.ศ.2557 ซึ่งสามารถระบุได้ว่าการรับรู้เกิดในช่วงก่อนเปิด AEC อย่างเป็นทางการ

“...เริ่มตั้งแต่เมื่อ 2-3 ปีก่อนที่เมืองไทยเริ่มประกาศเข้าสู่ AEC”

Ls1

ตารางที่ 6 แสดงการระยะเวลาการรับรู้ของโรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด

ระยะเวลาการรับรู้		
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดกลาง	โรงพยาบาลขนาดเล็ก
3 ปี ก่อนเปิด AEC หรือ ในช่วงปี พ.ศ.2557	3 ปี 6 เดือนก่อนเปิด AEC หรือ ในช่วงปี พ.ศ.2556	2 ปี ก่อนเปิด AEC หรือ ในช่วง ปี พ.ศ.2558

4.2.1.2 การรับรู้ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้นำสามารถวิเคราะห์โอกาสและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นต่อโรงพยาบาลอย่างไร

การรับรู้โอกาส พบว่าผู้นำของกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนไทยเห็นโอกาสของการเพิ่มจำนวนผู้รับบริการในโรงพยาบาลที่มากขึ้นเหมือนกัน 100.00% และมีบางส่วนเห็นโอกาสในการจ้างงานจากบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศสมาชิก AEC 30.77% แต่วิเคราะห์ตามขนาดของโรงพยาบาลแล้ว พบความแตกต่างดังนี้

โรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่าผู้นำเห็นโอกาสในการจ้างงานจากบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศสมาชิก AEC 20.00%

“...มองเห็นโอกาสต่อธุรกิจทำให้เราได้ลูกค้ามากขึ้น เห็น โอกาสการจ้างงานของอาชีพพยาบาลต่างชาติแต่ให้มาอยู่ใต้การควบคุมของพยาบาลไทย”

Ss1

โรงพยาบาลขนาดกลาง พบว่าผู้นำเห็นโอกาสในการจ้างงานจากบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศสมาชิก AEC 40.00%

“...เห็น โอกาสของจำนวนผู้รับบริการที่มากขึ้น การจ้างบุคลากรในประเทศเพื่อนบ้านซึ่งมีราคาถูกกว่า”

Ms4

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าผู้นำเห็นโอกาสในการจ้างงานจากบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศสมาชิก AEC 33.33%

“...เป็น โอกาสในการได้แรงงานต่างชาติเข้ามาช่วยเสริมบุคลากรใน โรงพยาบาล และได้ลูกค้าต่างชาติเพิ่มมากขึ้น”

Ls1

ตารางที่ 7 แสดง โอกาสที่ผู้นำรับรู้ของ โรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด

โอกาส		
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดกลาง	โรงพยาบาลขนาดเล็ก
-เพิ่มจำนวนผู้รับบริการใน โรงพยาบาล 100.00% - จ้างบุคลากรทางการแพทย์ ของประเทศสมาชิก AEC 33.33%	-เพิ่มจำนวนผู้รับบริการใน โรงพยาบาล 100.00 -จ้างบุคลากรทางการแพทย์ ของประเทศสมาชิก AEC 40.00%	-เพิ่มจำนวนผู้รับบริการใน โรงพยาบาล 100.00% -จ้างบุคลากรทางการแพทย์ ของประเทศสมาชิก AEC 20.00%

การรับรู้อุปสรรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลเอกชนไทยส่วนใหญ่รับรู้อุปสรรคด้านภาษาของบุคลากรเหมือนกัน 100 % นอกจากนั้นให้น้ำหนักไปที่จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอที่ 46.15% ด้านความไม่แน่นอนของกฎหมาย AEC และ AEC+3 15.38% ด้านความแตกต่างด้านวัฒนธรรม 15.38% และอุปสรรคด้านการคมนาคม 7.69% ซึ่งสามารถจำแนกรับรับรู้อุปสรรคตามขนาดของโรงพยาบาลได้ดังนี้

โรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่าการรับรู้อุปสรรคด้านภาษาของบุคลากร 100 % จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ 60.00% ความความแตกต่างด้านวัฒนธรรม 40.00% ด้านความไม่ชัดเจนของกฎหมาย AEC และAEC+3 20.00% และด้านการคมนาคม20.00%

“...อุปสรรค คือ ด้านภาษาในการสื่อสาร แต่ก็ยังมีพนักงานต่างชาติ ด้านพยาบาลชาวฟิลิปปินส์ มาช่วยสื่อสารให้ การเดินทาง เนื่องจากการคมนาคมยังไม่มีเส้นทางตรงสู่จังหวัด”

Ss2

โรงพยาบาลขนาดกลาง พบว่าการรับรู้อุปสรรคด้านภาษาของบุคลากร 100 %จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ 40.67% และด้านความไม่ชัดเจนของกฎหมาย AEC และ AEC+3 20.00%

“...อุปสรรค ด้านกฎหมาย AEC ยังคลุมเครือทำให้การลงทุนยังไม่ชัดเจน ด้านภาษาของบุคลากรที่ต้องสื่อสาร”

Ms4

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าการรับรู้อุปสรรคด้านภาษาของบุคลากร 100 % และจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ 33.33%

“...อุปสรรคยังเป็นภาษา ยังต้องให้พนักงานอบรมในส่วนภาษาที่ 3 กันอยู่”

Ls3

ตารางที่ 8 แสดงการรับรู้อุปสรรคของผู้นำของ โรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด

อุปสรรค		
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดกลาง	โรงพยาบาลขนาดเล็ก
-รับรู้อุปสรรคด้านภาษาของบุคลากร 100 % -จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ 33.33%	-รับรู้อุปสรรคด้านภาษาของบุคลากร 100 % -จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ 40.67% -ด้านความไม่ชัดเจนของกฎหมาย AEC และAEC+3 20.00%	-รับรู้อุปสรรคด้านภาษาของบุคลากร 100 % -จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ 60.00% -ความความแตกต่างด้านวัฒนธรรม 40.00% -ด้านความไม่ชัดเจนของกฎหมาย AEC และ AEC+3 20.00% -ด้านการคมนาคม20.00%

4.2.1.3 จากการรับรู้การเปลี่ยนแปลง รวมถึงโอกาสและอุปสรรค ผู้นำเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจาก AEC+3 อย่างไร

การเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนไทยส่วนใหญ่ให้น้ำหนัก การเตรียมความพร้อมด้านความสามารถของพนักงาน (competency) 46.15% การขยายขนาดโรงพยาบาล 38.46% การเตรียมความพร้อมด้านการเพิ่มจำนวนบุคลากร และการปรับปรุงระบบการดำเนินงาน(operation)ของโรงพยาบาล 30.77% การปรับปรุงพื้นที่โรงพยาบาล และการปรับปรุงภาพลักษณ์โรงพยาบาล 15.38% ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลมีการให้น้ำหนักที่แตกต่างตามขนาดของโรงพยาบาลดังนี้

โรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่าการเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล โดยให้น้ำหนักการเตรียมความพร้อมด้านการเพิ่มความสามารถของพนักงาน (competency) และการขยายขนาดโรงพยาบาล 60.00% การเพิ่มจำนวนบุคลากรและปรับปรุงระบบการดำเนินงาน(operation)ของโรงพยาบาล 40.00% การปรับภาพลักษณ์โรงพยาบาล 20.00%

“...เตรียมความพร้อมด้านภาษาของพนักงาน โดยเฉพาะภาษาอังกฤษและภาษาเมียร์มาร์ มีแผนการสร้างบุคลากร โดยการรับสมัครผู้ที่จบชั้น ม.6 เมื่อเรียนต่อผู้ช่วยพยาบาล และเตรียมสร้างตึกใหม่ขนาด 5 ชั้นจำนวน 60 เตียง”

Ss1

โรงพยาบาลขนาดกลาง พบว่าการเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล โดยให้น้ำหนักการเตรียมความพร้อมด้านการขยายขนาดโรงพยาบาล การปรับปรุงระบบการดำเนินงาน(operation)ของโรงพยาบาล การปรับปรุงพื้นที่โรงพยาบาล 40.00% และด้านการเพิ่มจำนวนบุคลากร ความสามารถของพนักงาน(competency) 20.00%

“...การรับเจ้าหน้าที่ต่างชาติเข้าทำงานในโรงพยาบาล (เวียดนาม ฟิลิปปีนส์ เมียร์มาร์ จีน ญี่ปุ่น) เพื่อบริการลูกค้าในชาตินั้นๆ รีโนเวตโรงพยาบาลใหม่ทั้งภายในและภายนอก”

Ms3

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าการเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล โดยให้น้ำหนักการเตรียมความพร้อมด้านความสามารถของพนักงาน(competency) 66.67% และการเพิ่มจำนวนบุคลากร การปรับปรุงระบบการดำเนินงาน(operation)ของโรงพยาบาล การปรับปรุงภาพลักษณ์โรงพยาบาล 33.33%

“...ส่งเสริม medical tourism มีการ branding โรงพยาบาลให้อยู่ในระดับโลก มีการเตรียมเทคโนโลยีสมัยใหม่ให้ทันเทีมกับในระดับโลก การเตรียมความพร้อมด้าน competency ของพนักงาน โดยจัดตั้ง academy เพื่อ การ training พนักงาน ให้พนักงานอยู่ระดับ professional”

Ls1

ตารางที่ 9 แสดงการเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด

การเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล		
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดกลาง	โรงพยาบาลขนาดเล็ก
-เพิ่ม competency 66.67% -การเพิ่มจำนวนบุคลากร 33.33% -การปรับปรุงระบบการ ดำเนินงาน(operation)ของ โรงพยาบาล33.33% -การปรับimage 33.33%	-ด้านการขยายขนาด โรงพยาบาล 40.00% -การปรับปรุงระบบการ ดำเนินงาน(operation)ของ โรงพยาบาล 40.00% -การปรับปรุงพื้นที่ โรงพยาบาล 40.00% -ด้านการเพิ่มจำนวนบุคลากร และ เพิ่มcompetency 20.00%	-เพิ่ม competency และการ ขยายขนาดโรงพยาบาล 60.00% -การเพิ่มจำนวนบุคลากรและ operation 40.00% -การปรับimage 20.00%

4.2.2 ผลของความพร้อมด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) ของพนักงานและโรงพยาบาล

องค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) ของพนักงานและโรงพยาบาล การจัดการฐานความรู้ของพนักงานและโรงพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญ สามารถก่อให้เกิดเป็นการจัดการเชิงกลยุทธ์ด้านความรู้ภายในองค์กร โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การประยุกต์ ใช้ความรู้และทักษะด้านทรัพยากรที่มีอยู่ภายในองค์กร เพื่อการผลิตสินค้าและบริการที่ทำให้องค์กรสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันจากความเชี่ยวชาญ การบริการ รวมถึงกระบวนการหรือปรับปรุงสิ่งที่มีอยู่ให้ดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ (Grant, 1996,; Theriou, Aggelidis, & Theriou, 2009)

4.2.2.1 การเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) ของพนักงานและโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง ต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจาก AEC+3

การเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge)ของพนักงานและโรงพยาบาลพบว่ากลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลเอกชนไทยส่วนใหญ่เตรียมความพร้อมด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค ด้านภาษาของพนักงาน 69.23% ความรู้ด้านวัฒนธรรมของแต่ละ

ละเชื้อชาติ 30.77% และความรู้ด้านมาตรฐานต่างๆภายในโรงพยาบาล 15.30% ซึ่งมีความแตกต่างตามขนาดของโรงพยาบาลดังนี้

โรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่าการเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge)ของพนักงานและโรงพยาบาลด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค 100% ด้านภาษาของพนักงาน 60.00%ด้านมาตรฐานต่างๆภายในโรงพยาบาล 40.00% และความรู้ด้านวัฒนธรรมของแต่ละเชื้อชาติ 20.00%

“...ตอนนี้กำลังเตรียมตั้งแพทย์ที่เก่งๆเข้าร่วมทีม เมื่อได้แพทย์แล้วก็จะมีการเพิ่มพนักงานให้มากขึ้น การหาล่ามด้านภาษาพร้อมสอนภาษาพนักงาน”

Ss3

โรงพยาบาลขนาดกลาง พบว่าการเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge)ของพนักงานและโรงพยาบาลด้านภาษาของพนักงาน 80.00% ด้านวัฒนธรรมของแต่ละเชื้อชาติ 60% และความพร้อมด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค 40.00%

“...จัดอบรมให้พนักงานทุกแผนกในโรงพยาบาลเข้าฟังการอบรมเรื่อง วัฒนธรรม ประเพณี หรือธรรมเนียมต่างๆ ของแต่ละชาติ ทำคู่มือภาษาง่ายๆ ใช้สำหรับการสื่อสารเบื้องต้น ให้แก่เจ้าหน้าที่ทั่วไปในโรงพยาบาล”

Ms2

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าการเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge)ของพนักงานและโรงพยาบาลด้านความพร้อมด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค และด้านภาษาของพนักงาน 66.67%

“...ด้านความเชี่ยวชาญเรามีอยู่แล้ว แต่เตรียมด้านภาษา”

Ls2

ตารางที่ 10 แสดงการเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ของพนักงานและโรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด

การเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ของพนักงานและโรงพยาบาล		
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดกลาง	โรงพยาบาลขนาดเล็ก
-ความพร้อมด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค 66.67% -ด้านภาษาของพนักงาน 66.67%	-ด้านภาษาของพนักงาน 80.00% -ด้านวัฒนธรรมของแต่ละเชื้อชาติ 60% -ความพร้อมด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค 40.00%	-ด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค 100% -ด้านภาษาของพนักงาน 60.00% -ด้านมาตรฐานต่างๆภายในโรงพยาบาล 40.00% -ความรู้ด้านวัฒนธรรมของแต่ละเชื้อชาติ 20.00%

4.2.2.2 จุดเด่นของพนักงานในโรงพยาบาลของท่านคืออะไร

จุดเด่นของพนักงานในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนของไทยมีจุดเด่นด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคของพนักงาน 100% และจุดเด่นด้านบริการ 76.92% ซึ่งสามารถแยกความแตกต่างได้จากขนาดของโรงพยาบาลได้ดังนี้

โรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่ามีจุดเด่นของพนักงานในโรงพยาบาลด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคของพนักงาน 100% (ส่วนใหญ่มีเชี่ยวชาญน้อยกว่า 5 โรค) และจุดเด่นด้านบริการ 40.00%

“...มีแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค specialist และ subspecialist เช่น โรคหัวใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบติดยาเสพติด การบริการที่รวดเร็วไม่รอนานเหมือนรัฐบาล”

Ss1

โรงพยาบาลขนาดกลาง พบว่ามีจุดเด่นของพนักงานในโรงพยาบาลด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคของพนักงาน 100% (ส่วนใหญ่มีเชี่ยวชาญมากกว่า 5 โรค) และจุดเด่นด้านบริการ 100.00%

“...มองด้านการบริการที่เป็นกันเอง เป็นระบบพี่น้อง ครอบครัว และแพทย์ค่อนข้างเก่ง มีความเชี่ยวชาญ รวมถึงฝีมือของพนักงานแผนกต่างๆ โรงพยาบาลมีความโดดเด่นด้านโรคไตเพราะว่า เราได้รับการรับรอง JCI ด้านไตเป็นที่แรกของโลก และโรคหัวใจ ระบบประสาท เบาหวาน”

Ms1

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่ามีจุดเด่นของพนักงานในโรงพยาบาลด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคของพนักงาน 100% (มีความเชี่ยวชาญทุกระดับ คือ เชี่ยวชาญน้อยกว่า 5 โรค เชี่ยวชาญมากกว่า 5 โรค และเชี่ยวชาญทุกโรค) และจุดเด่นด้านบริการ 100.00%

“...เราเชี่ยวชาญทุกด้าน ไม่แค่แพทย์ที่เป็น specialist อย่างเดียว ทุกวิชาชีพต้องเป็น specialist ด้วย เช่น ในห้องผ่าตัด ต้องมีทีมพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละด้านของการผ่าตัด รวมถึงเครื่องมือในการผ่าตัด และผู้ช่วยพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ เพื่อให้สอดคล้องกับความเชี่ยวชาญของแพทย์ด้วย เช่น พยาบาลเชี่ยวชาญด้านผ่าตัดกระดูกสันหลัง เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดสะโพก ทีมเภสัชกรที่เชี่ยวชาญด้านโรคไต ด้านคนไข้ฉุกเฉิน มีพยาบาล clinical nurse coordinator (CNC) ที่ดูแลคนไข้แต่ละรายมากที่สุดในประเทศไทย การบริการด้วยความเป็นเลิศ”

Ls1

ตารางที่ 11 แสดงจุดเด่นของพนักงานในโรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด

จุดเด่นของพนักงานในโรงพยาบาล		
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดกลาง	โรงพยาบาลขนาดเล็ก
-ความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคของพนักงาน 100% (มีความเชี่ยวชาญทุกระดับ -จุดเด่นด้านบริการ 100.00%	-ความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคของพนักงาน 100% (ส่วนใหญ่มีเชี่ยวชาญมากกว่า 5 โรค) -จุดเด่นด้านบริการ 100.00%	-ความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคของพนักงาน 100% (ส่วนใหญ่มีเชี่ยวชาญน้อยกว่า 5 โรค) -จุดเด่นด้านบริการ 40.00%

4.2.3 ผลของความพร้อมด้าน โครงสร้างพื้นฐาน โรงพยาบาล

(Infrastructure)

ความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน โรงพยาบาล (Infrastructure) สามารถอธิบายได้จากแนวคิดเกี่ยวกับฐานทรัพยากรขององค์กร (Resource base view) ซึ่งอธิบายว่าทรัพยากรหมายถึงทรัพย์สิน (assets) ความสามารถ (capabilities) กระบวนการขององค์กร (Organizational processes) คุณลักษณะของธุรกิจ (Firm attributes) ข้อมูล (information) ความรู้ (Knowledge) ที่ถูกควบคุมโดยองค์กร และองค์กรนำไปใช้ในการดำเนินกลยุทธ์เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพ (efficiency) และประสิทธิผล (effectiveness), Barney (1991) โดยโรงพยาบาลสามารถเตรียมความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานได้โดย 2 กระบวนการ คือ

4.2.3.1 การปรับเปลี่ยน/ปรับปรุง สินทรัพย์ (assets) ใดบ้างเพื่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายใน AEC+3

กลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลเอกชนไทยเตรียมความพร้อมด้านการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุง สินทรัพย์ (assets) โดยส่วนใหญ่เน้นการปรับปรุงโรงพยาบาลใหม่(renovation) 69.23% การสร้างอาคารโรงพยาบาลเพิ่ม 46.15% และ การปรับเปลี่ยนป้ายให้ข้อมูลเป็นภาษาอื่นใน AEC+3 38.46% ซึ่งสามารถแยกความแตกต่างของการเตรียมความพร้อมด้านการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุง สินทรัพย์ (assets)ตามขนาดของโรงพยาบาลได้ดังนี้

โรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่าความพร้อมด้านการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงสินทรัพย์ (assets) โดยส่วนใหญ่เน้นการสร้างอาคาร โรงพยาบาลเพิ่ม 80% การปรับเปลี่ยนป้ายให้ข้อมูลเป็นภาษาอื่นใน AEC+3 40.00% และการการปรับปรุงโรงพยาบาลใหม่(renovation) 20.00% “...ปรับปรุงแผนกให้มีความเฉพาะทางมากขึ้น เช่น CATLAB MRI เพื่อรองรับลูกค้าที่ต้องการความเฉพาะทางมากขึ้น เนื่องจากคิดว่า คนไข้ชาติ AEC+3 ที่เขามารักษาที่เราต้องเป็นคนไข้หนัก

ต้องการความเฉพาะทางในการรักษา และกำลังเตรียมการขยายเตียงเพื่อรองรับให้ผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น”

Ss2

โรงพยาบาลขนาดกลางเล็ก พบว่าความพร้อมด้านการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุง สินทรัพย์ (assets) โดยส่วนใหญ่เน้นการการปรับปรุงโรงพยาบาลใหม่(renovation) 100% การปรับเปลี่ยนป้ายให้ข้อมูลเป็นภาษาอื่นใน AEC+3 60.00% และการการสร้างอาคารโรงพยาบาลเพิ่ม 40.00%

“...มีการแยก คนไข้แต่ละชาติ แยกตาม ward มีการจัดตกแต่งห้องตามสไตล์ของแต่ละชาติ มีอาหารที่หลากหลายเชื้อชาติ มีป้ายบอกเป็นภาษาอังกฤษ แต่ใน ward ในแต่ละประเทศจะมีภาษาของประเทศนั้นๆ กำลังสร้าง long stay เพื่อรองรับผู้ป่วยชาวญี่ปุ่น”

Ms4

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าความพร้อมด้านการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงสินทรัพย์ (assets) โดยส่วนใหญ่เน้นการการปรับปรุงโรงพยาบาลใหม่(renovation) 100%

“...มีการ renovate แขนงต่าง ปรับปรุงแผนกต่างให้ใหญ่ขึ้น”

Ls2

ตารางที่ 12 แสดงการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุง สินทรัพย์ (assets) ในโรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด

การปรับเปลี่ยน/ปรับปรุง สินทรัพย์ (assets)		
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดกลาง	โรงพยาบาลขนาดเล็ก
- Renovation 100%	- Renovation 100% - การปรับเปลี่ยนป้ายให้ข้อมูลเป็นภาษาอื่นใน AEC+3 60.00% - การการสร้างอาคารโรงพยาบาลเพิ่ม 40.00%	-การสร้างอาคาร โรงพยาบาลเพิ่ม 80% -การปรับเปลี่ยนป้ายให้ข้อมูลเป็นภาษาอื่นใน AEC+3 40.00% -Renovation 20.00%

4.2.3.2 โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการภายในโรงพยาบาล (organization and process) ได้บ้างเพื่อการเข้าถึงเป้าหมายกลุ่ม AEC+3

การปรับเปลี่ยนกระบวนการภายในโรงพยาบาล (organization and process) พบว่ากลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลเอกชนไทย ให้ความสำคัญในการเพิ่ม/ขยายหน่วยรับบริการต่างๆ(Department) 61.54% การสร้างแรงจูงใจให้พนักงานด้วยระบบต่างๆ 38.46% และการ

สร้างเครือข่ายโรงพยาบาล 23.08% ซึ่งการปรับเปลี่ยนกระบวนการภายในโรงพยาบาล (organization and process) มีความแตกต่างตามขนาดของโรงพยาบาลดังนี้

โรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่าการปรับเปลี่ยนกระบวนการภายในโรงพยาบาล (organization and process) ให้ความสำคัญในการเพิ่ม/ขยายหน่วยรับบริการต่างๆ (Department) และการสร้างเครือข่ายโรงพยาบาล 40.00% การสร้างแรงจูงใจให้พนักงานด้วยระบบต่างๆ 20.00%

“...การบริหารจัดการเปลี่ยนจากการเป็นโรงพยาบาลเดี่ยว ผู้บริหารที่สร้างเครือข่าย เพื่อลดต้นทุน และมีการแชร์ความรู้ เทคโนโลยี รวมถึงแพทย์”

Ss1

โรงพยาบาลขนาดกลาง พบว่าการปรับเปลี่ยนกระบวนการภายในโรงพยาบาล (organization and process) ให้ความสำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้พนักงานด้วยระบบต่างๆ 80.00% และการเพิ่ม/ขยายหน่วยรับบริการต่างๆ (Department) 60.00%

“...ไม่ได้ปรับอะไรมากมาย แต่จะเน้นให้พนักงานเรียนรู้ภาษา เพิ่มค่าตอบแทนด้านภาษาโดยเฉพาะภาษาอังกฤษ ถ้าผู้มีตำแหน่งสูงๆ ไม่ผ่านภาษาอังกฤษอาจจะต้องถูกตัดเงินเดือน”

Ms5

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าการปรับเปลี่ยนกระบวนการภายในโรงพยาบาล (organization and process) ให้ความสำคัญในการเพิ่ม/ขยายหน่วยรับบริการต่างๆ (Department) 100.00% และการสร้างเครือข่ายโรงพยาบาล 33.33%

“...มีจุด one stop service ของชาติต่างอยู่ก่อนแล้ว เช่น ญีปุ่น อาหรับ เมียร์มาร์ และเพิ่งเปิดของกัมพูชา เพื่อให้บริการคนไข้ในแต่ละชาติตั้งแต่กระบวนการแลกรับเลย ด้านการเงินทางโรงพยาบาลมีการรองรับทุกสกุลเงินเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพื่อความสะดวกของผู้มาใช้บริการ นอกจากนั้นเรายังมีเสริมกับโรงพยาบาลพันธมิตรอีก”

Ls1

ตารางที่ 13 แสดงการปรับเปลี่ยนกระบวนการภายในโรงพยาบาล (organization and process) ทั้ง 3 ขนาด

การปรับเปลี่ยนกระบวนการภายในโรงพยาบาล (organization and process)		
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดกลาง	โรงพยาบาลขนาดเล็ก
- ความสำคัญในการเพิ่ม/ขยายหน่วยรับบริการต่างๆ (Department) 100.00%	- การสร้างแรงจูงใจให้พนักงานด้วยระบบต่างๆ 80.00%	-การเพิ่ม/ขยายหน่วยรับบริการต่างๆ(Department) 40.00%
-การสร้างเครือข่ายโรงพยาบาล 33.33%	-การเพิ่ม/ขยายหน่วยรับบริการต่างๆ(Department) 60.00%	-การสร้างเครือข่ายโรงพยาบาล 40.00%
		-การสร้างแรงจูงใจให้พนักงานด้วยระบบต่างๆ 20.00%

4.2.4 ผลของความพร้อมด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image)

ด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image) ภาพลักษณ์ถูกนำมาพิจารณาเป็นองค์ประกอบประการหนึ่งในการบริหาร ช่วยเอื้อให้องค์กรธุรกิจดำเนินไปได้อย่างก้าวหน้าและมั่นคง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับธุรกิจขนาดใหญ่ซึ่งเกี่ยวข้องกับกลุ่มประชาชนจำนวนมาก นอกจากนี้ ภาพลักษณ์ ยังเป็นวิถีที่ประชาชนรับรู้เกี่ยวกับบริษัทหรือผลิตภัณฑ์ของบริษัท และภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลายประการภายใต้การควบคุมของธุรกิจ (Kotler,2000:296) ซึ่งสามารถจำแนกภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image) ได้ 3 หัวข้อคำถามดังนี้

4.2.4.1 ในมุมมองผู้มาใช้บริการโรงพยาบาลมีความโดดเด่นเรื่องอะไร

ความโดดเด่นของโรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลเอกชนไทย ให้ความสำคัญของความโดดเด่นเรื่องผลการรักษาพยาบาล 84.68% และความโดดเด่นเรื่องคุณภาพของการบริการ 53.85% ซึ่งความโดดเด่นของโรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการมีความแตกต่างตามขนาดของโรงพยาบาลดังนี้

โรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่าให้ความสำคัญความโดดเด่นของโรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการในด้านผลการรักษาพยาบาล 80.00%และคุณภาพของการบริการ 40.00%

“...เป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งแรกในจังหวัด มีแพทย์เฉพาะทางเยอะที่สุดในจังหวัด เช่น การผ่าตัดหัวใจแบบ open heart เราก็สามารถทำได้ รวมถึงบริการที่ดีมี เนื่องจากเรามีโครงการ care you with our heart ให้พนักงานใช้เป็นแนวทางในการบริการ”

Ss2

โรงพยาบาลขนาดกลาง พบว่าให้ความสำคัญความโดดเด่นของโรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการในด้านผลการรักษาพยาบาล 80.00% และคุณภาพของการบริการ 60.00%

“...ความเป็น International การบริการดี แพทย์มีฝีมือ ผลการรักษาดี มีการปรับโภชนาการของตัวเองจากเดิมที่เด่นในเรื่องของการรักษาเด็ก และแผนกสูตินารี ก็จะเพิ่มในเรื่องของความงาม โดยจะเปิดศูนย์ความงามที่ทันสมัยและใหญ่เพื่อมาจับตลาดกลุ่มคนทำงานและสูงวัย ศูนย์นี้จะให้บริการทั้งด้านเลเซอร์ ศัลยกรรมพลาสติก”

Ms3

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าให้ความสำคัญความโดดเด่นของโรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการในด้านผลการรักษาพยาบาล 100.00% และคุณภาพของการบริการ 66.67%

“...เด่นเรื่องบริการ เพราะ ความเร็ว waiting time น้อย เรื่องเทคโนโลยี เช่น application ที่สามารถจองวันเวลา คุณหมอได้เอง เน้นเรื่องการอบรมพฤติกรรมบริการสำหรับพนักงาน มีทีมที่คุณดูแลบริการ โดยเฉพาะและความเฉพาะทางของแพทย์ที่เห็นผลการรักษาที่ดี”

“...เด่นเรื่องบริการ เพราะ ความเร็ว waiting time น้อย เรื่องเทคโนโลยี เช่น application ที่สามารถจองวันเวลา คุณหมอได้เอง เน้นเรื่องการอบรมพฤติกรรมบริการสำหรับพนักงาน มีทีมที่คุณดูแลบริการ โดยเฉพาะและความเฉพาะทางของแพทย์ที่เห็นผลการรักษาที่ดี”

LS3

ตารางที่ 14 แสดงความโดดเด่นของโรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการของโรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด

ความโดดเด่นของโรงพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการ		
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดกลาง	โรงพยาบาลขนาดเล็ก
- ผู้รับบริการในด้าน ผลการรักษาพยาบาล 100.00%	- ผู้รับบริการในด้าน ผลการรักษาพยาบาล 80.00%	-ด้านผลการรักษาพยาบาล 80.00%
-คุณภาพของการบริการ 66.67%	-คุณภาพของการบริการ 60.00%	-คุณภาพของการบริการ 40.00%

4.2.4.2 ผู้รับบริการชนชาติใดใน AEC+3 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมากที่สุดเป็นอันดับแรก

ผู้รับบริการในชนชาติ AEC+3 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมากที่สุดเป็นอันดับแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลเอกชนไทย มีผู้รับบริการจากประเทศเมียร์มาร์ 46.15% ประเทศจีน 38.41% และประเทศลาว 7.69% ซึ่งมีความแตกต่างตามขนาดโรงพยาบาลดังนี้

โรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่าผู้รับบริการในชนชาติ AEC+3 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือประเทศเมียร์มาร์ 60.00% และประเทศลาว 20.00%

“...ชาติที่มารักษากับเรามากที่สุด คือ เมียร์มาร์ เนื่องจากอยู่ใกล้กัน และที่ประเทศเมียร์มาร์ การแพทย์ยังไม่พัฒนาเท่าบ้านเรา”

Ss1

โรงพยาบาลขนาดกลาง พบว่าผู้รับบริการในชนชาติ AEC+3 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือประเทศจีน 60.00% และประเทศเมียร์มาร์ 40.00%

“...จีน เนื่องจากโรงพยาบาลมีศักยภาพด้านความทันสมัย ความสำเร็จสูงสุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และชาวจีนกำลังมีความต้องการมี 2 nd child”

Ms2

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าผู้รับบริการในชนชาติ AEC+3 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือประเทศจีน 66.33% และประเทศเมียร์มาร์ 33.33%

“...จีนเป็นส่วนใหญ่เป็นเชิง มาตรฐานสุขภาพมากกว่า แต่มีญี่ปุ่น เกาหลี เมียร์มาร์ ลาว บ้างประปราย”

Ls3

ตารางที่ 15 แสดงผู้รับบริการในชนชาติ AEC+3 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมากที่สุดเป็นอันดับแรกของโรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด

ผู้รับบริการในชนชาติ AEC+3 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมากที่สุดเป็นอันดับแรก		
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดกลาง	โรงพยาบาลขนาดเล็ก
- ประเทศจีน 66.33%	- ประเทศจีน 60.00%	-ประเทศเมียร์มาร์ 60.00%
-ประเทศเมียร์มาร์ 33.33%	-ประเทศเมียร์มาร์ 40.00%	-ประเทศลาว 20.00 %

4.2.4.3 โรงพยาบาลของท่านมีภาพลักษณ์อย่างไร ในแง่ของมีระดับความพึงพอใจ และการกลับมาใช้บริการซ้ำ

ระดับความพึงพอใจและการกลับมาใช้ซ้ำ ของกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาล เอกชนไทย พบว่ามีระดับความพึงพอใจและการกลับมาใช้ซ้ำสูง(มากกว่า 80%) ที่ 61.54% และระดับความพึงพอใจและการกลับมาใช้ซ้ำปานกลาง(ระหว่าง 50-80%) ที่ 38.46% ซึ่งมีระดับความแตกต่างตามขนาดของโรงพยาบาลดังนี้

โรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่าระดับความพึงพอใจและการกลับมาใช้ซ้ำปานกลาง(ระหว่าง 50-80%) ที่ 60.00% และระดับความพึงพอใจและการกลับมาใช้ซ้ำ สูง(มากกว่า 80%) ที่ 40.00%

“...CSI 90 % การกลับมา การกลับมาใช้ซ้ำสูง ส่วนใหญ่เป็นลูกค้าประจำ”

Ss2

โรงพยาบาลขนาดกลาง พบว่าระดับความพึงพอใจและการกลับมาใช้ซ้ำสูง(มากกว่า 80%) ที่ 60.00% และระดับความพึงพอใจและการกลับมาใช้ซ้ำปานกลาง(ระหว่าง 50-80%) ที่ 40.00%

“...การกลับมาใช้ซ้ำเป็น Indicator หนึ่ง ปัจจุบัน 87 % ลูกค้ามีความประทับใจ มีการบอกต่อแนะนำผู้อื่น”

Ms2

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าระดับความพึงพอใจและการกลับมาใช้ซ้ำสูง(มากกว่า 80%) ที่ 100.00%

“...ความพึงพอใจระดับ 9/10”

Ls2

ตารางที่ 16 แสดงระดับความพึงพอใจและการกลับมาใช้ซ้ำของโรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด

ระดับความพึงพอใจและการกลับมาใช้ซ้ำ		
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดกลาง	โรงพยาบาลขนาดเล็ก
- สูง(มากกว่า 80%) ที่ 100.00%	- สูง(มากกว่า 80%) ที่ 60.00% -ปานกลาง(ระหว่าง 50-80%) ที่ 40.00%	-ปานกลาง(ระหว่าง 50-80%) ที่ 60.00% -สูง(มากกว่า 80%) ที่ 40.00%

4.2.5 ผลของความพร้อมด้านความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม (First mover)

กลยุทธ์การเข้าสู่ตลาดเป็นรายแรก (first-mover of preemptive strategy) เป็นกลยุทธ์ระดับธุรกิจที่ใช้เพื่อการแข่งขันที่มีความสำคัญ เพื่อเป็นหลักประกันในการสร้างและพัฒนาไปสู่ความได้เปรียบทางการแข่งขัน ซึ่งสามารถความสามารถด้านการเข้าสู่ตลาดเป็นรายแรกสามารถแยกโดย 3 หัวข้อคำถามดังนี้

4.2.5.1 ความเร็วในการเรียนรู้ของโรงพยาบาล (learning curve) สามารถสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน หรือ ผลกระทบต่อผู้รับบริการในกลุ่มประเทศสมาชิก AEC+3 ได้อย่างไร

ความเร็วในการเรียนรู้ของ โรงพยาบาล (learning curve) สามารถสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันในอุตสาหกรรมโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนของไทยส่วนใหญ่ไม่ใช้ความเร็วในการเรียนรู้ของโรงพยาบาล (learning curve) ในการสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน 58.85% และใช้ความเร็วในการเรียนรู้ของโรงพยาบาล (learning curve) ในการสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน 46.15% ซึ่งสามารถแยกความแตกต่างได้ตามขนาดของโรงพยาบาลได้ดังนี้

โรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่าไม่ใช้ความเร็วในการเรียนรู้ของโรงพยาบาล (learning curve) ในการสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน 80.00% และใช้ความเร็วในการเรียนรู้ของโรงพยาบาล (learning curve) ในการสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน 20.00%

“...ยังไม่สร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน เนื่องจากเรายังไม่ใช่รายแรกในทุกๆด้านของอุตสาหกรรมในโรงพยาบาล”

Ss2

โรงพยาบาลขนาดกลาง พบว่าไม่ใช้ความเร็วในการเรียนรู้ของโรงพยาบาล (learning curve) ในการสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน 60.00% และใช้ความเร็วในการเรียนรู้ของโรงพยาบาล (learning curve) ในการสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน 40.00%

“...ยังไม่ค่อยกระทบเท่าไร แต่เราเตรียมการที่รองรับเท่านั้นยังไม่ใช้ผู้นำ”

Ms1

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าใช้ความเร็วในการเรียนรู้ของโรงพยาบาล (learning curve) ในการสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน 100.00%

“...เรามีระบบ operation ที่เข้มแข็ง มีองค์ความรู้ที่เข้มแข็ง จากประสบการณ์ในอดีตทำให้เราเตรียมความพร้อมไว้อยู่ก่อนแล้ว ทำให้เมื่อเจอปัญหาอะไรเข้าเราสามารถรับมือได้ เช่น โรคระบาดที่เข้ามา

ทางโรงพยาบาลก็สามารถจัดการและควบคุมได้ในเวลาอันรวดเร็ว คู่มือการเรียนรู้ของพนักงานที่ปรับเป็นระบบ digital learning”

Ls1

ตารางที่ 17 แสดงความเร็วในการเรียนรู้(learning curve)ของโรงพยาบาล ทั้ง 3 ขนาด

ความเร็วในการเรียนรู้(learning curve)ของโรงพยาบาล		
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดกลาง	โรงพยาบาลขนาดเล็ก
- ใช้สร้างความรู้ได้เปรียบเทียบในการแข่งขัน 100.00%	- ไม่ใช้สร้างความรู้ได้เปรียบเทียบในการแข่งขัน 60.00% - ใช้สร้างความรู้ได้เปรียบเทียบในการแข่งขัน 40.00%	- ไม่ใช้สร้างความรู้ได้เปรียบเทียบในการแข่งขัน 80.00% - ใช้สร้างความรู้ได้เปรียบเทียบในการแข่งขัน 20.00%

4.2.5.2 โรงพยาบาลมีการสร้างความขาดแคลนภายในอุตสาหกรรมหรือไม่อย่างไร

การสร้างความขาดแคลนภายในอุตสาหกรรมโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการสร้างความขาดแคลนด้านการดึงแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียง 46.15% สร้างความขาดแคลนโดยใช้เทคโนโลยี 38.46% ไม่มีการสร้างความขาดแคลน 23.08% สร้างความขาดแคลนโดยผ่านมาตรฐานโรงพยาบาล 15.35% และสร้างความขาดแคลนด้านชื่อเสียงโรงพยาบาล 15.35% ซึ่งมีความแตกต่างตามขนาดของโรงพยาบาลดังนี้

โรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่าไม่มีการสร้างความขาดแคลน 40.00% และสร้างความขาดแคลนด้านชื่อเสียงโรงพยาบาล 40.00% ด้านการดึงแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียง 40.00% และใช้เทคโนโลยี 20.00%

“...ภายในจังหวัดของเรามีเราแพทย์ที่มีชื่อเสียงมากที่สุด ทำให้เป็นที่ต้องการจากโรงพยาบาลรอบข้าง และเราก็เป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งแรกของจังหวัด ทำให้ใครๆก็นึกถึงชื่อเสียงของเราก่อน”

Ss1

โรงพยาบาลขนาดกลาง พบว่าสร้างความขาดแคลนโดยใช้เทคโนโลยี 60.00% สร้างความขาดแคลนโดยผ่านมาตรฐานโรงพยาบาล 40.00% ด้านการดึงแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียง 20.00% ไม่มีการสร้างความขาดแคลน 20.00%

“...ใช้กลยุทธ์ดึงแพทย์ที่เก่งๆมาไว้ที่เรามีกล้องผ่าตัดเล็กที่ทันสมัยที่สุดในประเทศ”

Ms4

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าการสร้างความขาดแคลนโดยการดิ่งแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียง 100.00%และ สร้างความขาดแคลนโดยใช้เทคโนโลยี 33.33%

“...มีระบบการจัดยาด้วยหุ่นยนต์ (Swisslog) ที่มีความแม่นยำสูง เพราะเราเห็นความสำคัญของ patient safety ทำให้มีความแม่นยำสูง ไม่เกิดความผิดพลาด มีทีมแพทย์และสหวิชาชีพที่เก่ง”

Ls1

ตารางที่ 18 แสดงการสร้างความขาดแคลนภายในอุตสาหกรรมโรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด

การสร้างความขาดแคลนภายในอุตสาหกรรมโรงพยาบาล		
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดกลาง	โรงพยาบาลขนาดเล็ก
-การดิ่งแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียง 100.00% -ใช้เทคโนโลยี 33.33%	- ใช้เทคโนโลยี 60.00% -สร้างความขาดแคลนโดยผ่านมาตรฐานโรงพยาบาล 40.00% -ด้านการดิ่งแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียง 20.00% -ไม่มีการสร้างความขาดแคลน 20.00%	-ไม่มีการสร้างความขาดแคลน 40.00% -สร้างความขาดแคลนด้านชื่อเสียงโรงพยาบาล 40.00% -การดิ่งแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียง 40.00% -ใช้เทคโนโลยี 20.00%

4.2.5.3 โรงพยาบาลมีพันธมิตรนอกประเทศ ในกลุ่ม AEC+3 หรือไม่
อย่างไร

ด้านพันธมิตรในต่างประเทศกลุ่ม AEC+3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนของไทยให้ความสำคัญกับการสร้างพันธมิตรโดยสร้างศูนย์ประสานงาน/คลินิกในประเทศเมียร์มาร์ 46.15% ใช้เครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลในเครือ 30.77% สร้างศูนย์ประสานงาน/คลินิกในประเทศกัมพูชา ไม่มีพันธมิตร มีเครือข่ายจัดส่งผู้ป่วยจากประเทศญี่ปุ่น (Agency) มีเครือข่ายจัดส่งผู้ป่วยจากประเทศเมียร์มาร์(Agency) 23.08% สร้างศูนย์ประสานงาน/คลินิกในประเทศลาว 15.08% และสร้างศูนย์ประสานงาน/คลินิกในประเทศจีน 7.69% ซึ่งสามารถแยกความแตกต่างได้ตามขนาดของโรงพยาบาลได้ดังนี้

โรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่า ไม่มีพันธมิตร 60.00% และสร้างศูนย์
ประสานงาน/คลินิกในประเทศเมียร์มาร์ มีเครือข่ายจัดส่งผู้ป่วยจากประเทศเมียร์มาร์(Agency)
40.00% และสร้างศูนย์ประสานงาน/คลินิกในประเทศลาว 20.00%

“...ศูนย์ประสานงานและประชาสัมพันธ์เมืองเมียวดีเพื่อ refer คนไข้จากเมียร์มาร์มาสู่ไทย แต่ไม่
สามารถเปิดคลินิกได้ เนื่องจากผู้ว่าราชการจังหวัดของที่นี่ไม่อนุญาต ไม่อยากให้ใครมาแข่งกับ
โรงพยาบาลรัฐบาล มีศูนย์กู้ภัยของเมียร์มาร์ที่ทำ contract กับ โรงพยาบาลในการส่งคนไข้ให้
โรงพยาบาล มี Agency ในประเทศเมียร์มาร์ ที่คอยพาและดูแลคนไข้ตลอดการเดินทางมารักษา”

Ss1

โรงพยาบาลขนาดกลาง พบว่า สร้างศูนย์ประสานงาน/คลินิกในประเทศ
กัมพูชา สร้างศูนย์ประสานงาน/คลินิกในประเทศเมียร์มาร์ มีเครือข่ายจัดส่งผู้ป่วยจากประเทศญี่ปุ่น
(Agency) 60.00% ใช้เครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลในเครือ 40.00% สร้างศูนย์ประสานงาน/คลินิกใน
ประเทศลาว สร้างศูนย์ประสานงาน/คลินิกในประเทศจีน มีเครือข่ายจัดส่งผู้ป่วยจากประเทศเมียร์
มาร์(Agency) 20.00%

“...มีโรงพยาบาลพันธมิตร 2 ประเทศและมี Agency 4 ประเทศโรงพยาบาลในเครือเปิดโรงพยาบาล
สาขาในประเทศเพื่อนบ้าน (เมียร์มาร์ กัมพูชา) และขยายสาขาในจังหวัดที่อยู่ติดชายแดนเพื่อรองรับ
ผู้ป่วยที่เดินทางเข้ามารับการรักษาในไทย”

Ms3

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่า ใช้เครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลในเครือ
66.67% และสร้างศูนย์ประสานงาน/คลินิกในประเทศเมียร์มาร์ 66.67%

“...ส่วนของที่นี้เอง ยังมีใช้เอง แต่เครือข่ายของโรงพยาบาลมีไปเปิด ที่ กัมพูชา เมียร์มาร์ ”

Ls3

“...มี clinic diagnosis center clinic ที่ ย่างกุ้งเมียร์มาร์ ในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นเพื่อส่งต่อให้
โรงพยาบาลเพื่อให้คนไข้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น”

Ls1

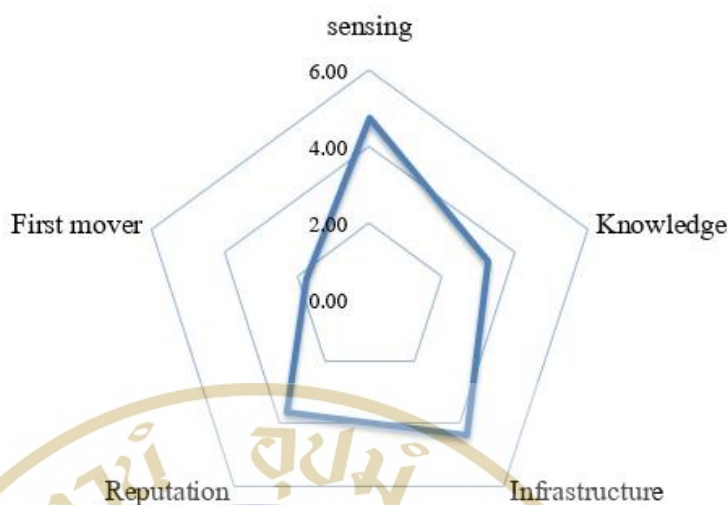
ตารางที่ 19 แสดงพันธมิตรในต่างประเทศกลุ่ม AEC+3 ของโรงพยาบาลทั้ง 3 ขนาด

พันธมิตรในต่างประเทศกลุ่ม AEC+3		
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดกลาง	โรงพยาบาลขนาดเล็ก
-ใช้เครือข่ายร่วมกับ โรงพยาบาลในเครือ 66.67% -สร้างศูนย์ประสานงาน/คลินิก ในประเทศเมียร์มาร์ 66.67%	- ศูนย์ประสานงาน/คลินิกใน ประเทศกัมพูชา 60.00% -ศูนย์ประสานงาน/คลินิกใน ประเทศเมียร์มาร์ 60.00% -เครือข่ายจัดส่งผู้ป่วยจาก ประเทศญี่ปุ่น(Agency) 60.00% -ใช้เครือข่ายร่วมกับ โรงพยาบาลในเครือ 40.00% -ศูนย์ประสานงาน/คลินิกใน ประเทศลาว 20.00% - ศูนย์ประสานงาน/คลินิกใน ประเทศจีน 20.00% -เครือข่ายจัดส่งผู้ป่วยจาก ประเทศเมียร์มาร์(Agency) 20.00%	-ไม่มีพันธมิตร 60.00% -ศูนย์ประสานงาน/คลินิกใน ประเทศเมียร์มาร์ 40.00% -มีเครือข่ายจัดส่งผู้ป่วยจาก ประเทศเมียร์มาร์(Agency) 40.00% -ศูนย์ประสานงาน/คลินิกใน ประเทศลาว 20.00%

4.3 ผลของระดับความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านต่างๆของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในประเทศสมาชิก AEC+3 ของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนไทย พบว่าโรงพยาบาลเอกชนไทยให้คะแนนความพร้อมต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในประเทศสมาชิก AEC+3 โดยการเตรียมความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำเฉลี่ย 4.73 คะแนน ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านโครงสร้างพื้นฐานโรงพยาบาล (Infrastructure) เฉลี่ย 4.36 คะแนน ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image) เฉลี่ย 3.64 คะแนน ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) ของพนักงานและโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.27 คะแนน ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม (First mover) เฉลี่ย 1.73 คะแนน ซึ่งสามารถแยกระดับคะแนนได้ตามขนาดโรงพยาบาลได้ดังนี้

ระดับความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทย



ภาพที่ 3 แสดงระดับความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทย

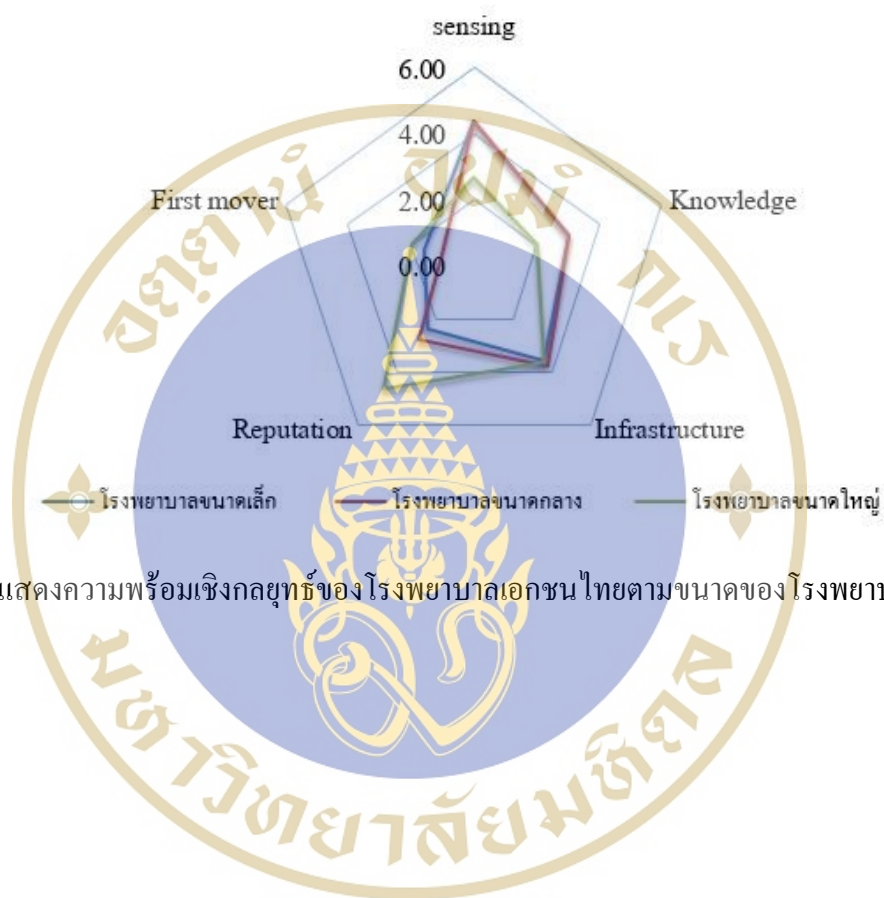
โรงพยาบาลขนาดเล็ก พบว่าให้คะแนนความพร้อมต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในประเทศสมาชิก AEC+3 โดยการเตรียมความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำเฉลี่ย 4.40 คะแนน ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านโครงสร้างพื้นฐานโรงพยาบาล (Infrastructure) เฉลี่ย 3.60 คะแนน ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) ของพนักงานและโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.00 คะแนน ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image) เฉลี่ย 2.40 คะแนน ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม (First mover) เฉลี่ย 1.60 คะแนน

โรงพยาบาลขนาดกลาง พบว่าให้คะแนนความพร้อมต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในประเทศสมาชิก AEC+3 โดยการเตรียมความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำเฉลี่ย 4.40 คะแนน ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านโครงสร้างพื้นฐานโรงพยาบาล (Infrastructure) เฉลี่ย 3.80 คะแนน ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) ของพนักงานและโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.00 คะแนน ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image) เฉลี่ย 2.80 คะแนน ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม (First mover) เฉลี่ย 1.00 คะแนน

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าให้คะแนนความพร้อมต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในประเทศสมาชิก AEC+3 โดยการเตรียมความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image) เฉลี่ย 4.66 คะแนน ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านโครงสร้างพื้นฐานโรงพยาบาล (Infrastructure) 3.66 คะแนน ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing)

ของผู้นำเฉลี่ย 2.66 คะแนน ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image)เฉลี่ย 2.00 คะแนน และความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม(First mover) เฉลี่ย 2.00 คะแนน

ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยตามขนาดของ
โรงพยาบาล



ภาพที่ 4 แสดงความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยตามขนาดของโรงพยาบาล

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจากประเทศสมาชิก AEC+3 มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความพร้อมเชิงกลยุทธ์ในโรงพยาบาลเอกชนของไทยและประเด็นเชิงกลยุทธ์ที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3 เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็กต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3 และเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความพร้อมในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3 ของโรงพยาบาลเอกชนไทย ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีการเก็บข้อมูลปฐมภูมิด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ โรงพยาบาลเอกชนไทย แยกโรงพยาบาลตามขนาดเพียงจดทะเบียนได้เป็น 3 ขนาด ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบมีวัตถุประสงค์ (Purposive Sampling Criteria) เพื่อให้เกิดโอกาสในการทำความเข้าใจรูปแบบความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 3 แห่ง ขนาดกลาง 5 แห่ง และขนาดเล็ก 5 แห่ง แห่งละ 1 คน ซึ่งกำหนดกรอบการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้บริหารของโรงพยาบาลเอกชนที่มีความรู้ความเข้าใจในแนวทางด้านการจัดการเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ซึ่งทำงานด้าน การตลาด การวางแผนองค์กร กลยุทธ์ ทรัพยากรมนุษย์ หรือด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยตรง ซึ่งสามารถสรุปผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและข้อเสนอแนะได้ ดังนี้

5.1.1 ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ในโรงพยาบาลเอกชนของไทยและประเด็นเชิงกลยุทธ์ที่มีความสำคัญมากที่สุด ต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3

พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนของไทยให้ความสำคัญด้านการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำในระดับสูงสุด เนื่องจากหน้าที่ของผู้บริหารจะประกอบด้วย การวางแผน(Planning) การจัดการองค์กร (Organizing) การชี้นำ (Leading) และการควบคุมประเมินผล (Evaluating and Controlling) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับอนาคตในระยะยาวขององค์กรทั้งหมดสามารถนำไปสู่การเพิ่มโอกาสของความสำเร็จและความล้มเหลวขององค์กรได้ ซึ่งการรับรู้(sensing) ของผู้นำมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดทิศทางของโรงพยาบาล โดยโอกาสที่กลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาลเอกชนของไทยมองเห็นจากกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3 คือโอกาสในการเพิ่มขึ้นของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลและโอกาสในการรับบุคลากรจากประเทศสมาชิก AEC เข้ามาทำงานกับโรงพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่าทั้ง 13 ประเทศมีประชากรรวมทั้งสิ้นกว่า 2,000 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรของทั้งโลก และมีผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ หรือ GDP ถึง 9 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ (ร้อยละ 16 ของ GDP รวมทั้งโลก) ในขณะที่อุตสาหกรรมที่เป็นเงินทุนสำรองระหว่างประเทศสูงถึง 3.6 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ โดยตัวเลขทางเศรษฐกิจเหล่านี้ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า “อาเซียน+3” จะมีบทบาทเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่จะพัฒนาเศรษฐกิจให้มีความก้าวหน้าต่อไปในอนาคต(สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย/กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ/กระทรวงการต่างประเทศ) และสอดคล้องกับมติการเคลื่อนย้ายอาชีพเสรีในประเทศสมาชิก AEC ที่รับรองมาตรฐานการเคลื่อนย้ายไปทำงานในประเทศแถบอาเซียนได้ทันที ไม่มีการปิดกั้น อาชีพที่ได้ตกลงไว้คือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล บัญชี สถาปนิก วิศวกร เป็นต้น ซึ่งการรับบุคลากรจากประเทศสมาชิก AEC เข้ามาทำงานในฐานะแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลนั้นกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลได้กำหนดเงื่อนไขให้อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของวิชาชีพของประเทศไทย เนื่องจากประเทศไทยยังมีกฎหมายการประกอบวิชาชีพที่ต้องมีใบประกอบโรคศิลปะของประเทศไทยก่อนจึงจะสามารถประกอบวิชาชีพโรคศิลปะได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย และอุปสรรคสำคัญที่กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนของไทยรับรู้คืออุปสรรคด้านภาษา ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจสำนักงานจัดอันดับทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ EF (Education First) ที่ได้เสนอรายงานดัชนีทักษะการใช้ภาษาอังกฤษครั้งที่ (5th EF English Proficiency Index (EF EPI) พบว่า ประเทศไทยมีทักษะการใช้ภาษาอังกฤษอยู่ในระดับที่ 62 จาก 70 ประเทศที่สำรวจ หรือระดับที่ 6 จาก 8 ประเทศที่สำรวจในอาเซียน

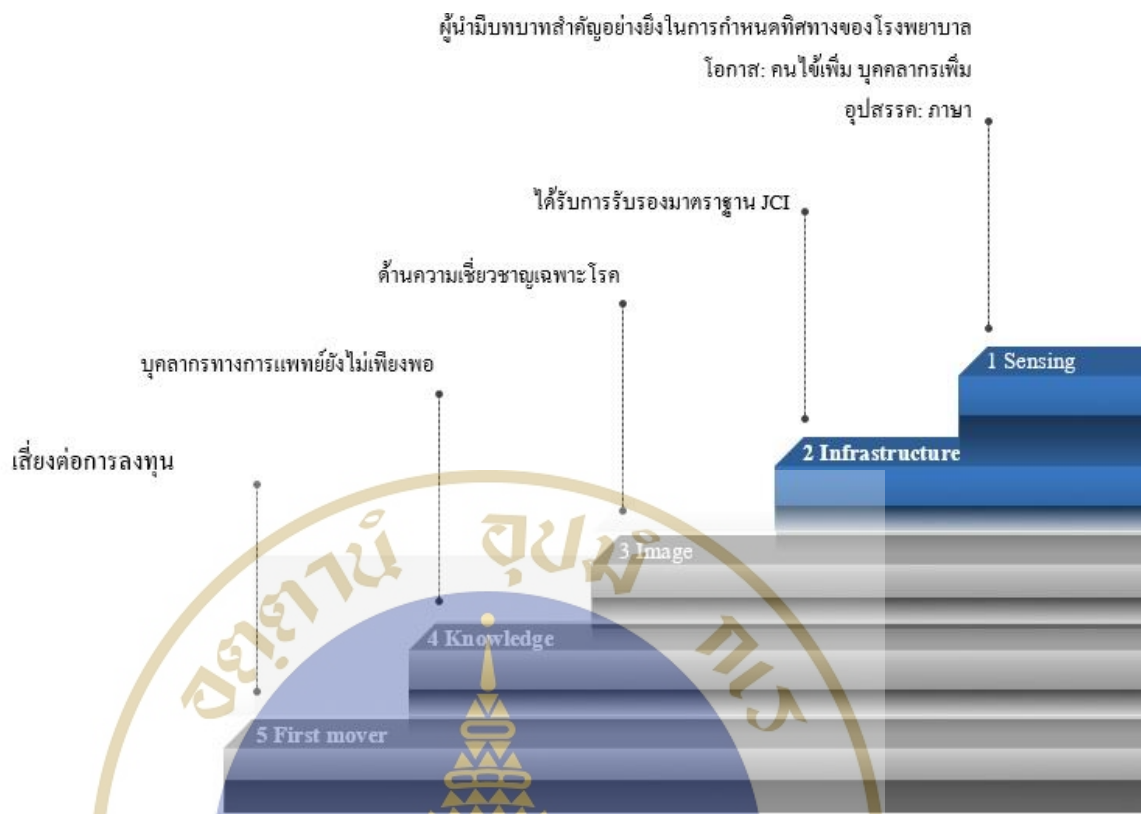
ด้านความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านโครงสร้างพื้นฐานโรงพยาบาล (Infrastructure) กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนของไทยให้ความสำคัญในอันดับที่ 2 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนไทยส่วนใหญ่เป็นระดับตติยภูมิหรือตติยะภูมิ และโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการรับรองมาตรฐาน JCI หรือ Joint Commission International ซึ่งเป็นองค์กรอิสระที่ไม่หวังผลกำไรของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ทำหน้าที่รับรองคุณภาพสถานพยาบาล ทำให้การลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานพร้อมต่อการรองรับผู้มารับบริการทางการแพทย์

ด้านความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image) กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนของไทยให้ความสำคัญในอันดับที่ 3 โดยพบว่าโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคเป็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับ เทวัญ ทเวงษ์สรในรายงานสถานการณ์และแนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรมไตรมาส 2 ปี 2559ของศูนย์วิจัยเศรษฐกิจ ธุรกิจและเศรษฐกิจฐานรากธนาคารออมสิน ที่พบว่าโรงพยาบาลเอกชนไทยได้มีการปรับกลยุทธ์เพื่อรองรับ

กลุ่มลูกค้าต่างชาติ โดยเปิดศูนย์แพทย์เฉพาะทางเพิ่มมากขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าในปัจจุบัน และข้อได้เปรียบด้านบริการของตามแบบวัฒนธรรมไทยโรงพยาบาลเอกชนไทย

ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) ของพนักงานและโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนของไทยมีความพร้อมน้อย เนื่องจากการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการในอุตสาหกรรมโรงพยาบาล การวางแผนจัดอบรมเพิ่มทักษะความเชี่ยวชาญในแต่ละวิชาชีพภายในโรงพยาบาลจึงไม่มีความแน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับนุชนาถ ,2557 ศึกษาความพร้อมด้านการตลาดและกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทย ในการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนพบว่าอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนมีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนเรื่องผลิตภัณฑ์หรือการบริการ เนื่องจากธรรมชาติของรูปแบบธุรกิจที่เป็นการให้บริการทางการแพทย์ไม่สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาได้มากเท่าไรนัก เว้นแต่เพียงการปรับเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ด้วย การสร้างชื่อเสียงในฐานะศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง เพื่อปรับให้เข้ากับโรคที่มีผู้ป่วยเป็นกันมากในแต่ละประเทศ และกลุ่มตัวอย่างมีเป้าหมายขององค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญในระดับสูง ซึ่งปัจจุบันกำลังอยู่ในช่วงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับความพร้อมยังไม่เป็นที่พึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง

ด้านความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม (First mover) พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนของไทยมีความพร้อมน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับนุชนาถ ,2557 ศึกษาความพร้อมด้านการตลาดและกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยในการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนพบว่าอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนมีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนเรื่องผลิตภัณฑ์หรือการบริการ เนื่องจากธรรมชาติของรูปแบบธุรกิจที่เป็นการให้บริการทางการแพทย์ไม่สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาได้มากเท่าไรนัก เว้นแต่เพียงการปรับเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ด้วย การสร้างชื่อเสียงในฐานะศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง เพื่อปรับให้เข้ากับโรคที่มีผู้ป่วยเป็นกันมากในแต่ละประเทศ และกลุ่มตัวอย่างมีเป้าหมายขององค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญในระดับสูง แต่ด้วยแพทย์เฉพาะทางยังไม่เพียงพอต่อความต้องการทำให้แต่ละโรงพยาบาลต้องดึงแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ และด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ราคาสูงส่งผลให้โรงพยาบาลมีความเสี่ยงในการลงทุนกับเครื่องมือแพทย์จึงไม่สามารถซื้อเครื่องแพทย์ที่ทันสมัยไว้ได้ และกลยุทธ์การสร้างพันธมิตรทางธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนไทย ส่งผลให้การพัฒนาความพร้อมด้านความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรมของกลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดหนดโดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นผู้นำ



ภาพที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ในโรงพยาบาลเอกชนของไทยและประเด็นเชิงกลยุทธ์ที่มีความสำคัญมากที่สุด ต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3

5.1.2 เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็กต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3

5.1.2.1 ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดเล็กให้ความสำคัญด้านการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ มากกว่ากลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เนื่องจากระบบการบริหารงานเป็นแบบที่ผู้นำ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) หรือเจ้าของโรงพยาบาลกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์ นโยบาย และกลยุทธ์เป็นการดำเนินการจากระดับบนลงสู่ระดับล่างภายใต้การตัดสินใจ (Decision Making) ของผู้นำเพียงคนเดียว แต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีระบบบริหารงานภายใต้ฝ่ายบริหารซึ่งตัดสินใจ (Decision Making) โดยคณะกรรมการ ตัดสินใจเห็นชอบร่วมกัน และหรือผู้นำของโรงพยาบาลขนาดใหญ่บางแห่งจำเป็นต้องตัดสินใจภายใต้ความเห็นชอบของโรงพยาบาลในเครือ

5.1.2.2 ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) ของพนักงานและโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดเล็กให้

ความพร้อมด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) ของพนักงานและโรงพยาบาล มากกว่า กลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เนื่องจากมุมมองด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาล ขนาดเล็กซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในระดับภูมิภาคส่งผลให้ด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญอยู่ในระดับสูง ในเขตภูมิภาค ส่วนโรงพยาบาลขนาดกลางให้ความสำคัญกับความเชี่ยวชาญของแพทย์จึงใช้ กลยุทธ์การดึงแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญมาร่วมงานด้วย แต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีทีมแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญอยู่แล้ว จึงให้ความสำคัญกับองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ที่ ด้านอื่นๆ เพื่อให้การรักษาพยาบาลมีความเชี่ยวชาญทุกระดับ ทำให้ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ ด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) ของพนักงานและโรงพยาบาล มีความแตกต่างกัน

5.1.2.3 ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้าน โครงสร้างพื้นฐาน โรงพยาบาล (Infrastructure) พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ และขนาดกลาง มีความพร้อมด้าน โครงสร้างพื้นฐาน โรงพยาบาลมากน้อยตามลำดับ แต่อยู่ในระดับใกล้เคียงกัน เนื่องจากโรงพยาบาล ขนาดเล็กส่วนใหญ่ตั้งอยู่ส่วนภูมิภาค จึงเทียบระดับความพร้อมในส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลกลางมี ความพร้อมระดับสูงเนื่องมีการลงทุนจากการเติบโตอย่างต่อเนื่องของอุตสาหกรรมโรงพยาบาลและ มียังสามารถในการขยายพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความพร้อม สูงอยู่แล้วแต่ไม่สามารถเพิ่มขนาดอีกด้วยข้อจำกัดด้านพื้นที่

5.1.2.4 ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image) พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความพร้อมด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image) มากกว่า โรงพยาบาลขนาดกลางและเล็กอย่างชัดเจน เนื่องจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความเชี่ยวชาญทาง การแพทย์และเผยแพร่สู่ระดับนานาชาติมากกว่าและให้ความสำคัญกับการลงทุนในการสร้าง ภาพลักษณ์ในระดับนานาชาติ เช่น การส่งทีมแพทย์เป็นวิทยากรในระดับนานาชาติ การจัดการ อบรมที่มีการเชิญแพทย์ระดับนานาชาติมาอบรมภายใน โรงพยาบาล การส่งทีมแพทย์ออกหน่วยคัด กรองประชาชนในประเทศเพื่อนบ้าน เป็นต้น ส่วนโรงพยาบาลขนาดกลางยังเป็นที่รู้จัก ภายในประเทศและขนาดเล็กเป็นที่รู้จักในส่วนภูมิภาค ซึ่งใช้การสร้างภาพลักษณ์โดยส่งทีมแพทย์ ไปคัดกรองประชาชนในประเทศเพื่อนบ้าน หรือการบอกต่อโดยผู้ใช้บริการ และด้วยข้อจำกัดด้าน งบประมาณในการสร้างภาพลักษณ์

5.1.2.5 ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม (First mover) พบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความพร้อมมากกว่าโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาด เล็ก แต่ทั้ง 3 ขนาดยังมีความพร้อมด้านความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจาก โรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดเล็กยังคงรอให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นผู้นำก่อน ด้วยข้อจำกัด ด้านงบประมาณและนโยบายพันธมิตรที่ต้องรอนโยบายส่วนกลางจากโรงพยาบาลผู้นำ และ โรงพยาบาลขนาดใหญ่มองความพร้อมด้านความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรมเปรียบเทียบกับ

โรงพยาบาลในระดับสากลอื่นๆ ทำให้พบว่าโรงพยาบาลเอกชนของไทยยังช้ากว่าโรงพยาบาลในระดับสากล เช่น สิงคโปร์ อินเดีย หรือ จีน เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปคือ โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ส่วนใหญ่มักมีความพร้อมอยู่ในระดับค่อนข้างพร้อมถึงมีความพร้อมสูง โรงพยาบาลขนาดกลางส่วนใหญ่มีความพร้อมอยู่ในระดับเกือบที่จะพร้อมถึงค่อนข้างพร้อม และโรงพยาบาลขนาดเล็กส่วนใหญ่มีความพร้อมอยู่ในระดับกำลังเตรียมความพร้อมถึงเกือบที่จะพร้อม

ตารางที่ 20 แสดงผลสรุปความพร้อมของโรงพยาบาลเอกชนไทยแต่ละขนาด

สรุปความพร้อมของโรงพยาบาลเอกชนไทยแต่ละขนาด		
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดกลาง	โรงพยาบาลขนาดเล็ก
ค่อนข้างพร้อม- มีความพร้อมสูง	เกือบที่จะพร้อม- ค่อนข้างพร้อม	กำลังเตรียมความพร้อม - เกือบที่จะพร้อม

5.1.3 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความพร้อมในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3 ของโรงพยาบาลเอกชนไทย

จากผลการวิจัยทำให้เห็นว่า กลุ่มอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเอกชนของไทย มีความพร้อมเชิงกลยุทธ์ในด้านการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ และด้าน โครงสร้างพื้นฐาน โรงพยาบาล (Infrastructure) แล้ว แต่ยังมีความพร้อมในระดับที่แตกต่างกันซึ่งสามารถปรับเพื่อพัฒนาความพร้อมให้ก้าวสู่ความทันสมัยของด้านกลยุทธ์ซึ่งสามารถอธิบายได้ 3 หัวข้อดังนี้

5.1.3.1 ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความพร้อมด้านนี้ในระดับสูง การพัฒนาโดยส่วนใหญ่เน้นที่ บุคลากรด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่แพทย์ เช่น พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักรังสีเทคนิค นักกิจกรรมบำบัดผู้ช่วยพยาบาล และอื่นๆ ให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ โรคมากขึ้น เพื่อให้กระบวนการทำงานร่วมกับแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ส่วนโรงพยาบาลขนาดกลางการพัฒนาองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ โดยเน้นขยายความเฉพาะทางให้สามารถรักษาโรคเฉพาะทางได้ครอบคลุม และโรงพยาบาลขนาดเล็กการพัฒนาองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ โดยเน้นขยายความเฉพาะทางให้สามารถรักษาโรคเฉพาะทางให้มากขึ้น

5.1.3.2 ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image) ชื่อเสียงและคุณภาพการรักษาพยาบาลทำให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ ส่งผลให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความพร้อมด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image) ในระดับสูง ซึ่ง

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้รับการยอมรับภายในประเทศแล้วการพัฒนาความพร้อมด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image) สามารถส่งเสริมให้มีภาพลักษณ์ให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ และโรงพยาบาลขนาดเล็กได้รับการยอมรับในส่วนของภูมิภาคการพัฒนาความพร้อมด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image) สามารถส่งเสริมให้มีภาพลักษณ์ให้เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศต่อไป

5.1.3.3 ความพร้อมเชิงกลยุทธ์ด้านความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม (First mover) เนื่องจากการลงทุนในต่างประเทศมีข้อจำกัดมากมาย เช่น กฎระเบียบข้อบังคับของแต่ละประเทศ งบประมาณการลงทุน และอื่นๆ การพัฒนาความพร้อมด้านความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม (First mover) สามารถมุ่งเน้นให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่เร่งพัฒนาด้วยข้อได้เปรียบด้านภาพลักษณ์ในระดับนานาชาติ เพื่อเป็นแนวทางให้กับโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดเล็ก

ตารางที่ 21 แสดงแนวทางในการพัฒนาความพร้อมในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3 ของโรงพยาบาลเอกชนไทย

แนวทางในการพัฒนาความพร้อมในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของประเทศสมาชิก AEC+3 ของโรงพยาบาลเอกชนไทย		
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	โรงพยาบาลขนาดกลาง	โรงพยาบาลขนาดเล็ก
knowledge : ขยายเนวกว้าง Image : ระดับภูมิภาค First mover : good follower	knowledge : ขยายเนวกว้าง Image : ระดับประเทศ First mover : good follower	knowledge : ขยายเนวกว้าง Image : ระดับภูมิภาค First mover : good follower

องค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) ของพนักงานและโรงพยาบาล

High	โรงพยาบาล ขนาดกลาง	โรงพยาบาล ขนาดใหญ่
Low	โรงพยาบาล ขนาดเล็ก	

ด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image)

ภาพที่ 6 แสดงความพร้อมของโรงพยาบาลแต่ละขนาด

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

5.2.1.1 โรงพยาบาลขนาดเล็กควรพัฒนาองค์ความรู้ด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคให้มากขึ้น โรงพยาบาลขนาดกลางควรขยายความเฉพาะทางให้ครอบคลุมทุกโรค โรงพยาบาลขนาดใหญ่เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันในระดับนานาชาติ

5.2.1.2 แนวทางการการพัฒนาความพร้อมของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายประเทศสมาชิก AEC+3 สามารถพิจารณาเป็น 5 หัวข้อดังนี้

- ด้านการรับรู้ถึงโอกาสและอุปสรรค (sensing) ของผู้นำ เมื่อผู้นำรับรู้โอกาสและอุปสรรคแล้วควรสื่อสาร (Communication) การรับรู้นั้นสู่พนักงานให้รวดเร็วและครอบคลุม เพื่อให้รับทราบวิธีการดำเนินงานเดียวกันทั้งองค์กร

- ด้านองค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ (Knowledge) ทักษะด้านความรู้ความเชี่ยวชาญของบุคลากรภายในประเทศของไทยได้รับมาตรฐานในระดับสากล เราควรเร่งการก้าวผ่านอุปสรรคที่สำคัญของบุคลากรไทย คือ ด้านภาษา เพื่อให้เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายในประเทศสมาชิก AEC+3

- ด้านโครงสร้างพื้นฐานโรงพยาบาล (Infrastructure) ควรพัฒนารูปแบบหรือโครงสร้างเพื่อปรับให้เข้ากับความแตกต่างด้านวัฒนธรรมของแต่ละเชื้อชาติของกลุ่มเป้าหมายในประเทศสมาชิก AEC+3

- ด้านภาพลักษณ์โรงพยาบาล (Image) ควรรวมกลุ่มเพื่อพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีชื่อเสียงในหมวดสุขภาพ (category branding)

- ด้านความเป็นรายแรกในอุตสาหกรรม (First mover) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ควรเป็นผู้บุกเบิกในประเทศต่างๆให้เร็วขึ้น เพื่อเป็นแนวทางให้กับโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดเล็ก

5.2.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

5.2.2.1 หลังจากที่ได้มีการศึกษาความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจากประเทศสมาชิก AEC+3 ทำให้เห็นมุมมองความพร้อมของโรงพยาบาลเอกชนไทยอย่างไรบ้าง ในส่วนของหัวข้อในการศึกษาครั้งต่อไป เราควรศึกษาความต้องการของผู้บริการในประเทศสมาชิก AEC+3 เพื่อให้ทราบความต้องการของผู้บริโภค เพื่อเป็นประโยชน์ในการกำหนดกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทย

5.2.2.2 หลังจากที่ได้มีการศึกษาความพร้อมเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจากประเทศสมาชิก AEC+3 ทำให้เห็นมุมมองความพร้อมของโรงพยาบาลเอกชนไทยในขนาดต่างๆอย่างไรบ้าง ในส่วนของหัวข้อในการศึกษาครั้งต่อไป เราควรศึกษาแนวทางการปรับขนาดพัฒนาอย่างยั่งยืนของโรงพยาบาลแต่ละขนาด เพื่อเป็นประโยชน์ในการกำหนดกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยขนาดต่างๆต่อไป

บรรณานุกรม

- Barney, J.B. (1991). Firm resources and sustainable competitive advantage. *Journal of Management*, 17, 99-120.F
- Barney, J.B. (1991). Firm resources and sustainable competitive advantage. *Journal of Management*, 17, 99-120.
- Barney, J.B., Wright, M., & Ketchen Jr., D.J. (2001). The resource-based view of the firm: Ten years after 1991. *Journal of Management*, 27(6), pp. 625-641.
- Bennis W. and Nanus B. (1985). *Leaders : The strategies for taking change*. New York: Harper and Row
- Chantal Herberholz1 & Siripen Supakankunti .(2013). *MEDICAL TOURISM IN MALAYSIA, SINGAPORE AND THAILAND* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
- Coulter, Mary. (2002). *Strategic Management in Action*. New Jersey : Prentice Hall.
- Curado, C. and Bontis, N. (2006), "The knowledge based-view of the firm and its theoretical precursor", *International Journal of Learning and Intellectual Capital*, Vol. 3 No. 4, pp. 367-81.
- Curado, C. and N. Bontis. (2006). "The knowledge based-view of the firm and its theoretical precursor", *International Journal of Learning and Intellectual Capital*, 3, 4, 367-381
- Eisenhardt, K. M. & Martin, J. A. (2000). Dynamic Capabilities: What Are They?. *Management Journal*, 21(10/11), 1105-1121.
- Jefkins, Frank. (1993). *Planned Press and Public Relations*, 3rd ed. Great Britain: Alden Press.
- Kotler, Philip .(2000). *Marketing Management*, 10th edition. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Lieberman, Marvin B. & David B. Montgomery. (1988). "First-mover advantages." *Strategic Management Journal* 9:41-58.
- McKelvie, A., Davidsson, P., (2009), From resource base to dynamic capabilities: an investigation of new new firms, *British Journal of Management*, V.20, pp.63-80

บรรณานุกรม(ต่อ)

- Pearce, John A. , & Robinson, Richard B. (2009) . Strategic management: Formulation,implementation and control. (11thed.). Boston: McGrawHill.F
- Pitts, R. A. & Lei,D. (2000). Strategic Management: Building and Sustaining Competitive Advantage. (2 ed.) USA: South – Western College
- Robert M. Grant (1996). Toward a knowledge-based theory of the firm. Strategic Management Journal,17,pp.109-122.
- Schermerhorn, J. R. (2000). Management (7th ed). New York: John Wiley & Sons.
- Teece, D. (2007). Explicating dynamic capabilities: The nature and microfoundations of (sustainable) enterprise performance. Strategic Management Journal, 28 (13), 1319–1350.
- Teece, D. J. (2012). Dynamic capabilities: Routines versus entrepreneurial action. Journal of Management Studies, 49 (8), 1395-1401.
- Teece, D.J., Pisano, G. and Shuen, A. (1997). Dynamic Capabilities and Strategic Management. Strategic Management Journal, 18(7), pp.509-553
- Wernerfelt, B. (1984). A Resource-based View of the firm. Strategic Management Journal, 5(2), pp. 171-180.
- Wernerfelt, B. (1984). A Resource-based View of the firm. Strategic Management Journal,5(2), pp. 171-180.
- กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ.(2540). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- กรุงเทพธุรกิจ .(2559). อหรับเร่งพัฒนานวการแพทย หวังคนป่วยเล็กใช้บริการเอเชีย, 2 กุมภาพันธ์ 2559.
http://www.hiso.or.th/health/data/html/shownews.php?news_id=339&names=13
- กรุงเทพธุรกิจ. (2550). โรงพยาบาลเอกชน ข้อตกลง JTEPA ดันคนไข้ชาวญี่ปุ่นโต, 11 พฤษภาคม 2550.
<http://www.thaifta.com/engfta/News/tabid/156/ctl/Details/mid/609/ItemID/2664/Default.aspx>

บรรณานุกรม(ต่อ)

- เตือนใจ เศรษฐศักดิ์โก. (2521). แบบฝึกความพร้อมทางการเรียน. กรุงเทพฯ: วัฒนาพานิช.
- เทวัญ ทวงษ์ศรี. (2559). รายงานสถานการณ์และแนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรม ไตรมาส 2 ปี 2559 หน่วยวิจัยธุรกิจกลุ่มอสังหาริมทรัพย์และก่อสร้างส่วนวิจัยธุรกิจและอุตสาหกรรม. ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจธุรกิจและเศรษฐกิจฐานราก ธนาคารออมสิน.
- นุชนาด จันทราวุฒิกร (2559).ศึกษาความพร้อมด้านการตลาดและกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยในการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์)
- แหล่งความรู้ประชาคมอาเซียน.(2553). ความร่วมมืออาเซียน+3. สืบค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2559, จาก <http://www.trang.psu.ac.th/asean/?p=409>
- บรรจบ จันท์เจริญ. (2542). ความพร้อมในการบริหารจัดการของผู้บริหารระบบบำบัดน้ำเสียในโรงพยาบาลชุมชน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์. (2559). การเปิดประชุมบุคลากรโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน . สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=79936
- เบญจมาศ วัชโรภาส. (2545). ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในการให้บริการอินเทอร์เน็ตในจังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา
- พีรยา เศรษฐพัฒน์(2550), ความสำเร็จของการสร้างแบรนด์สินค้า.สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2559, จาก [https://ctumkt.wordpress.com/..](https://ctumkt.wordpress.com/)
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). พจนานุกรมฉบับ ราชบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุคส์พับลิเคชั่นส์
- วรางคณา ผลประเสริฐ .(2553). การจัดการเชิงกลยุทธ์การบริหารโรงพยาบาล. ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการเชิงกลยุทธ์ หน่วยที่1 หน้า11-13 นนทบุรี. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช .
- วิรัช ลภีรัตนกุล.(2540). การประชาสัมพันธ์ ฉบับสมบูรณ์,พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

บรรณานุกรม(ต่อ)

- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2559, 24 กุมภาพันธ์). โรงพยาบาลเอกชนปี' 59 ตลาดคนไข้ในประเทศ
แข่งขันสูงแนะเพิ่มลูกค้าจากกลุ่มประกันสุขภาพ. กระแสทรรศน์ ฉบับที่ 2706.
[https://www.kasikomresearch.com/th/K-
EconAnalysis/Pages/ViewSummary.aspx?docid=34981](https://www.kasikomresearch.com/th/K-EconAnalysis/Pages/ViewSummary.aspx?docid=34981)
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย(2558, 4 กุมภาพันธ์). โรงพยาบาลเอกชนปี' 58 มูลค่าตลาดทะลุแสนล้านบาท
จับตา Medical Tourism & EXPAT มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น .กระแสทรรศน์ ฉบับที่ 2587.
[https://www.kasikomresearch.com/th/k-
econanalysis/pages/ViewSummary.aspx?docid=33653](https://www.kasikomresearch.com/th/k-econanalysis/pages/ViewSummary.aspx?docid=33653)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2560) .สรุปไทยแลนด์ 4.0 .สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2560 , จาก
http://ict.moph.go.th/upload_file/files/f458b9e53681c00be9b974f6f22e8f76.pdf
- สุดา เขมาทนต์, บทบาทของประเทศไทยในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน(2556, 23 สิงหาคม),
นักวิชาการพาณิชย์ชำนาญการพิเศษกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ .กรุงเทพฯ.
<http://www.dmr.go.th/download/asean.pdf> .
- อริสรา มนต์เสวี (2556).การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันโดยอาศัยระบบการสนับสนุนและตัดสินใจเพื่อ
เลือกที่อยู่อาศัยสำหรับชาวญี่ปุ่น : กรณีศึกษาอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี .ปริชญานี
พนต์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.กรุงเทพฯ