

มุมมองวิจัยกรุงศรี:

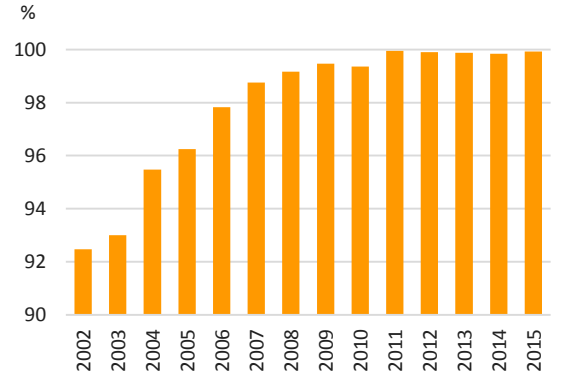
- ▶ รายได้ธุรกิจคาดว่าเติบโตอย่างต่อเนื่อง จากจำนวนผู้ป่วยในประเทศที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นตามแนวโน้มประชากรวัยสูงอายุที่ใส่ใจสุขภาพ กอปรกับจุดแข็งในแง่ของบริการดูแลผู้ป่วยต่างชาติที่เพิ่มจำนวนขึ้นต่อเนื่อง จากมาตรฐานการบริการทางการแพทย์ระดับโลกและค่าใช้จ่ายที่ต่ำเมื่อเทียบกับคู่แข่ง อีกทั้งความก้าวหน้าของการรวมกลุ่ม AEC ยังช่วยเพิ่มโอกาสทางการตลาดของโรงพยาบาลไทยจากความต้องการใช้บริการของกลุ่มผู้ป่วยที่มีกำลังซื้อสูงจากประเทศเพื่อนบ้าน
- ▶ การเร่งตัวของการลงทุนในโรงพยาบาลใหม่ๆ (ทั้งการขยายสาขา พื้นที่และเตียงรับผู้ป่วย) น่าจะส่งผลให้ภาวะการแข่งขันในธุรกิจรุนแรงขึ้น ซึ่งกลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะมีขีดความสามารถและศักยภาพในการแข่งขันสูงกว่า เนื่องจากมีความได้เปรียบจากประสิทธิภาพการจัดการทรัพยากรและค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า

ข้อมูลพื้นฐาน

“การบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข” เป็นการให้บริการที่มีความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต โดยภาครัฐจะมีบทบาทสำคัญในการสร้างระบบบริการสาธารณสุขพื้นฐานแก่ประชาชนในรูปแบบสวัสดิการ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage : UHC) ของไทยถือว่าเป็นหนึ่งในตัวอย่างที่ดีที่สุดของการมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ดีโดยไม่ต้องจ่ายแพง (Good Health at Low Cost) แม้ว่าประเทศไทยจะมีระดับรายได้ต่อหัวค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่นที่ใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเหมือนกัน

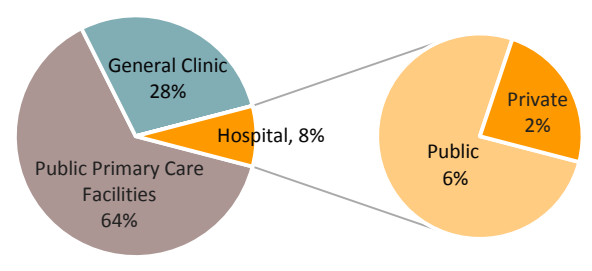
ในเดือน พ.ย. 2545 ประเทศไทยได้ประกาศใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีผลให้ปัจจุบัน ประชากรไทยสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างทั่วถึงผ่านระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ 3 กองทุนหลัก ได้แก่ 1) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (The Universal Coverage Scheme: UCS)^{1/} 2) กองทุนประกันสังคม (The Social Security Scheme: SSS)^{2/} และ 3) กองทุนสวัสดิการข้าราชการ (The Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBMS)^{3/} โดยประชากรไทยที่มีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น จาก 92.47% ในปี 2545 เป็น 99.78% ในปัจจุบัน และภาพรวมรายจ่ายสุขภาพของไทยยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง (EIU ประเมินว่ารายจ่ายสุขภาพของไทยในปี 2558 อยู่ที่ 649.7 พันล้านบาท แบ่งเป็นรายจ่ายสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชนในอัตราส่วน 80:20)

Figure 1: Universal Health Coverage in Thailand



Source: Bureau of Registration Administration, NHSO

Figure 2: Number of Healthcare Facilities in Thailand



Source: Bureau of Policy and Strategy, MOPH (October 2015)

Note:

1/ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (The Universal Coverage Scheme: UCS) หรือ สิทธิบัตรทอง หรือ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เริ่มในปี 2545 บริหารโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ถือเป็นกองทุนที่มีขนาดใหญ่ที่สุด โดยให้สิทธิในการรักษาพยาบาลกับประชาชนทั่วไปแบบไม่มีข้อจำกัด ครอบคลุมประชากรเกือบ 80% ของประเทศ ทั้งนี้ ผู้ใช้บัตรทองส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อย ผู้ทำงานนอกระบบ ผู้สูงอายุ และบุคคลที่ไม่เข้าเกณฑ์ให้บริการในกองทุนประกันสุขภาพอื่นๆ คิดเป็น 75% ของประชากรทั้งหมด โดยรัฐเป็นผู้จัดหาบริการทางการแพทย์ผ่านโรงพยาบาลรัฐและสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมเป็นพันธมิตรในโครงการ

2/ กองทุนประกันสังคม (The Social Security Scheme: SSS) เป็นระบบสวัสดิการสังคม เริ่มขึ้นเมื่อปี 2533 บริหารโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน มีขนาดใหญ่อันดับ 2 รองจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้การดูแลกับสมาชิกในกองทุนที่เรียกว่า “ผู้ประกันตน” ซึ่งครอบคลุม 10% ของประชากรทั้งหมด งบประมาณได้มาจากการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนจาก 3 ฝ่ายคือ ผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล โดยสมาชิกสามารถใช้บริการสถานพยาบาลได้ทั้งของรัฐและเอกชนที่ร่วมโครงการ โดยสำนักงาน ใช้วิธีเหมาจ่ายให้กับโรงพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตนที่ขอเข้าใช้สิทธิในโรงพยาบาลในแต่ละปี

3/ กองทุนสวัสดิการข้าราชการ (The Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBMS) เป็นกองทุนสวัสดิการที่รัฐจัดขึ้นตั้งแต่ปี 2506 โดยใช้เงินภาษีสมทบเข้ากองทุนและให้สิทธิกับข้าราชการและครอบครัวสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลให้กับบุคคลในครอบครัวได้โดยไม่ต้องจ่ายเงินสมทบใดๆ คิดเป็นผู้ให้บริการเกือบ 10% ของประชากรทั่วประเทศ โดยสามารถใช้บริการได้ทั้งสถานพยาบาลรัฐและเอกชน

Figure 3: Basic Characteristics of the Three Main Public Health Insurance Schemes in Thailand

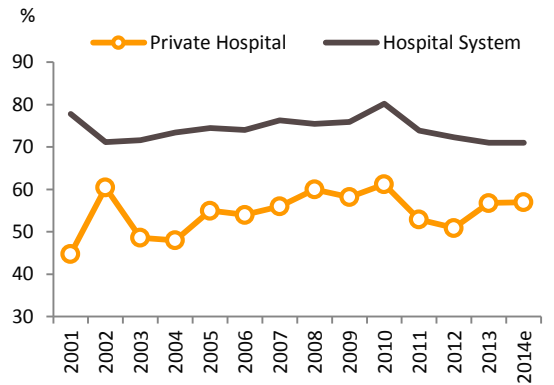
Employment	Contributions, Coverage	Entry Condition(s)	Health Insurance Scheme	Type of Payment	Benefit Package	Claim, Reimbursement	Related Organizations or Systems	Note
Government employees and their dependents (parents, spouse and up to 3 children <21 year old.)	5m people (8%)	-	CSMBS	Fee-for-service Diagnostic-related-group (DRG) method for in-patient (IP) Per item with ceiling for out-patient (OP)	OP and IP services at any public health care facilities, except for PP Service	1. When direct payment was set up, hospital claim through the CSMBS. 2. Without direct payment setup, the patients can reimburse through their affiliated office.	1. Hospitals 2. Central office of Health Information(CH) 3. CSMBS 1. Patients' affiliated office 2. Patients' affiliated office 3. CFMS system 4. CSMBS	Service cost reimbursement at private health facilities is limited and only for accident or emergency threaten to life.
Formal private employment	Government, Employers, and Employees 9.6 m people (15%)*	>= 3-month of contributions, and up to 6 months after unemployed	SSS	Capitation DRG method with global budget for IP	OP and IP service at main contractor or sub contractors, or refer as need, except for PP services	1. No reimbursement for basic package included in capitation. 2. Reimbursement for IP and additional vertical programs	1. Hospitals 2. SSO provincial branch office Information(CH) 3. SSO	Service cost reimbursement at private health facilities is limited and only as needed.
		Less than 7-month of contributions	UCS for pregnancy			3. Patient reimburses for emergency services out of service network.	1. Patients 2. SSO provincial branch office 3. SSO	
		Within the first 3-month of contributions	UCS	All claim and reimbursements are managed under the UCS scheme.				
Unemployed, or other informal sector workers	Government 47.6 m people(76%)* + Non-registered qualified citizens	Do not have any other government health benefit.	USC	Capitation DRG method with global budget for IP	OP and IP service at primary care contractor, or refer as need Health promotion and disease prevention (PP) programs for all citizens	1. No reimbursement for basic package included in capitation. 2. Reimbursement for IP and additional vertical programs	1. Hospitals 2. Central office of Health Information(CHI) on some vertical programs 3. The ministry of public health(MOPH) on PP programs 4. National Health Security Office (NHSO)	When they are eligible to UCS, the first service is covered and register is required at the health facilities. (only registered UCS are count for government budget allocation.)

Source: Journal of the Thai Medical Informatics Association, 2015

บริการสาธารณสุขของภาครัฐมีพัฒนาการขึ้นมากและสามารถครอบคลุมประชากรเกือบทั้งประเทศ โดยรัฐบาลมีการขยายสถานพยาบาลศูนย์อนามัยและโรงพยาบาลต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ทำให้จำนวนสถานพยาบาลทั่วประเทศอยู่ที่กว่า 17,000 แห่ง โดยสัดส่วน 70% เป็นสถานพยาบาลของรัฐ แต่หากแยกพิจารณาตามขนาดและความสามารถในการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล พบว่าเป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิในสัดส่วนถึง 92% ซึ่งรวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและสถานีอนามัยราว 11,000 แห่ง และคลินิกเอกชนประมาณ 4,900 แห่ง ขณะที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ อาทิ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ มีจำนวนเพียง 1,300 แห่ง โดยสัดส่วน 75% ในกลุ่มนี้หรือประมาณ 976 แห่ง เป็นโรงพยาบาลในสังกัดรัฐ กระทรวงสาธารณสุข สังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ และกทม. และอีก 25% หรือ 343 แห่งเป็นโรงพยาบาลเอกชน

อย่างไรก็ตาม จากความสามารถในการรับผู้ป่วยของสถานพยาบาลและโรงพยาบาลของรัฐที่จำกัด จาก 1) อัตราการครองเตียง (Bed Occupancy rate) ที่ใช้วัดความสามารถในการให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในสถานพยาบาลรัฐ ซึ่งน่าจะอยู่ในระดับสูงเกินกว่าระดับ 80% และ 2) ความแออัดในการเข้ารับบริการกรณีเป็นผู้ป่วยนอก ซึ่งทั้งไม่สะดวกและเสียเวลารอคิวนาน ทำให้มีช่องว่างทางการตลาดสำหรับโรงพยาบาลเอกชนจากการให้บริการที่ยังไม่พอเพียงในสถานพยาบาลของรัฐ

Figure 4: Bed Occupancy Rate (BOR)



Source: MOPH

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลเอกชนในไทยยังได้รับอานิสงส์จากการยอมรับในระดับสากลว่าประเทศไทยเป็นหนึ่งในจุดหมายของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หรือท่องเที่ยวสุขภาพ “Medical Tourism” เนื่องจากมีข้อได้เปรียบทางการแข่งขันในด้านคุณภาพการบริการและอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ถูกกว่าในแถบอเมริกาเหนือ (สหรัฐฯ) และสิงคโปร์ ซึ่งปัจจุบันสถานพยาบาลของไทยที่ได้รับการรับรองในระดับมาตรฐานสากล โดยเฉพาะ “มาตรฐาน JCI” (Joint Commission International accreditation) มีถึง 42 แห่ง สูงกว่าในประเทศคู่แข่งหลักในภูมิภาค ทั้งอินเดีย สิงคโปร์ หรือมาเลเซีย ที่มีอยู่ 23 แห่ง 10 แห่ง และ 17 แห่งตามลำดับ นอกจากนี้ รัฐบาลยังได้มีมาตรการเพิ่มเติม อาทิ การยกเว้นการตรวจลงตรา (VISA) และการทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ฯลฯ เพื่อจูงใจผู้ป่วยต่างชาติ/ผู้สูงอายุต่างชาติเข้าใช้บริการมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีศักยภาพสูง อาทิ 1) ผู้ป่วยต่างชาติและครอบครัวจากกลุ่มประเทศสมาชิกคณะมนตรีความร่วมมือรัฐอ่าวอาหรับ (Gulf Cooperation Council: GCC) ที่มี 6 ประเทศ ได้แก่ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ กาตาร์ คูเวต โอมาน บาห์เรน และซาอุดีอาระเบีย 2) กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย และ 3) กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุจากทวีปยุโรปและญี่ปุ่น จากปัจจัยหนุนข้างต้นจึงเป็นโอกาสของโรงพยาบาลเอกชนไทยในการขยายตลาดผู้ป่วยต่างชาติด้วย ซึ่งจากการที่ผู้ป่วยต่างชาติเป็นกลุ่มมีกำลังซื้อสูงและมักใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยในประเทศ ทำให้เป็นผลดีต่อรายได้ของโรงพยาบาลเอกชนไทย

โครงสร้างธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนของไทย แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มตามจำนวนเตียง ซึ่งเป็นเครื่องชี้ความสามารถในการให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ประกอบด้วย

- **โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (มีจำนวนเตียงผู้ป่วยมากกว่า 200 เตียง)** มักตั้งอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล และหัวเมืองหลัก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการกระจุกตัวของประชากรที่มีกำลังซื้อปานกลาง-สูง ทั้งผู้ป่วยคนไทยและต่างชาติ ปัจจุบันมีจำนวน 30 แห่ง หรือคิดเป็นสัดส่วนประมาณ 10% ของจำนวนโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด แต่โรงพยาบาลกลุ่มนี้มีจำนวนเตียงผู้ป่วยรวมถึง 28% ของจำนวนเตียงทั้งหมด หรือมีจำนวนประมาณ 9,500 เตียง บ่งชี้ถึงความสามารถในการให้บริการผู้ป่วย และโอกาสการรับรู้รายได้ที่สูง
- **โรงพยาบาลขนาดกลาง (มีจำนวนเตียงผู้ป่วย 31 - 200 เตียง)** มีจำนวนประมาณ 240 แห่ง (สัดส่วน 72%) มีจำนวนเตียงรวมประมาณ 23,500 เตียง (สัดส่วน 70%)
- **โรงพยาบาลขนาดเล็ก (มีจำนวนเตียงผู้ป่วย 1-30 เตียง)** มีจำนวนประมาณ 60 แห่ง มีจำนวนเตียงประมาณ 1,100 เตียง (สัดส่วน 17.6% และ 3.2% ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาจากขนาดและผลประกอบการของโรงพยาบาลเอกชน จะพบว่า **ขนาดของกิจการมีผลต่อทิศทางการดำเนินธุรกิจโรงพยาบาลในปัจจุบัน และเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความได้เปรียบในการแข่งขันและการทำกำไรสำหรับกิจการ** โดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลในเครือจะมีความได้เปรียบจากขนาด ฐานเงินทุนที่แข็งแกร่ง การมีเครือข่ายสาขามาก มีความยืดหยุ่นสูงในการทำตลาดทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ อีกทั้งสามารถรับแรงกดดันจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดีกว่า นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาข้อเท็จจริงของโครงสร้างรายได้ของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ภายหลังจากมีการซื้อ-ควรวมกิจการระหว่างกันในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ฯ (SET) ทั้งขนาดใหญ่และขนาดกลางที่อยู่ในเครือของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีรายได้สูงถึง 65-70% ของตลาดรวม

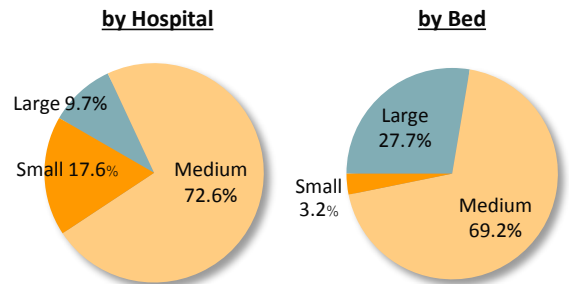
โครงสร้างรายได้ของโรงพยาบาล รายได้จากค่ายามีสัดส่วนสูงสุดถึง 35.2% รองลงมาคือ รายได้จากบริการทางการแพทย์ 20.0% รายได้จากการวิเคราะห์ผลจากห้องปฏิบัติการและห้องเอกซเรย์ 13.7% รายได้จากห้องพักผู้ป่วย 8.5% และรายได้อื่นๆ 22.6%

Figure 5: Comparison Medical Treatment Costs

Procedure :	United States	India	Thailand	Singapore
Coronary Angioplasty	28,200 \$	5,700 \$	4,200 \$	13,400 \$
Heart Bypass	123,000 \$	7,900 \$	15,000 \$	17,200 \$
Hip Replacement	40,364 \$	7,200 \$	17,000 \$	12,000 \$
Gastric Bypass	25,000 \$	7,000 \$	16,800 \$	13,700 \$
Hysterectomy	15,400 \$	3,200 \$	3,650 \$	10,400 \$
Lasik (2 eyes)	4,000 \$	1,000 \$	2,310 \$	3,800 \$
Dental Implant	2,500 \$	900 \$	1,720 \$	2,700 \$
Breast Implant	6,400 \$	3,000 \$	3,500 \$	8,400 \$

Source: medicaltourism.com (2015)

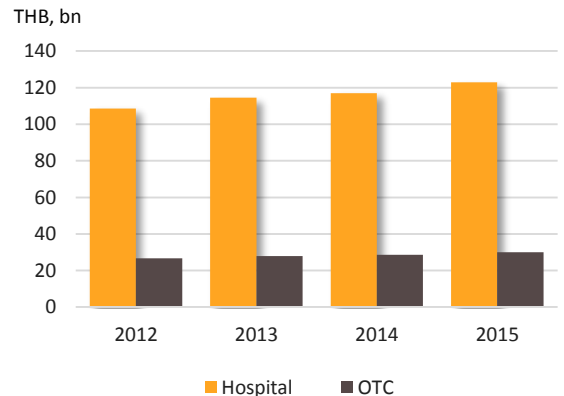
Figure 6: Share of Private Hospital (2014)



Source: MOPH, compiled by Krungsri Research

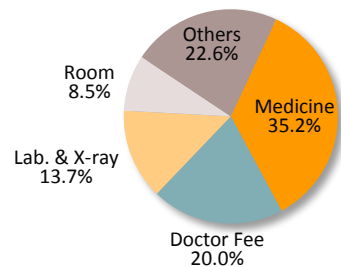
Note : small size => 1-30 beds
medium size => 31-200 beds
large size => more than 200 beds

Figure 7: Thai Pharmaceutical Distribution Market



Source: BMI, 2Q16

Figure 8: Revenue Structure



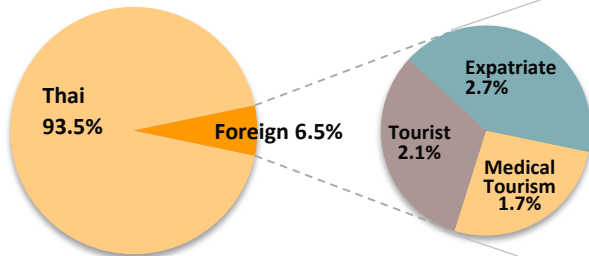
Source: NSO

Note: Data from NSO was published in 2013, based on a survey conducted in 2011

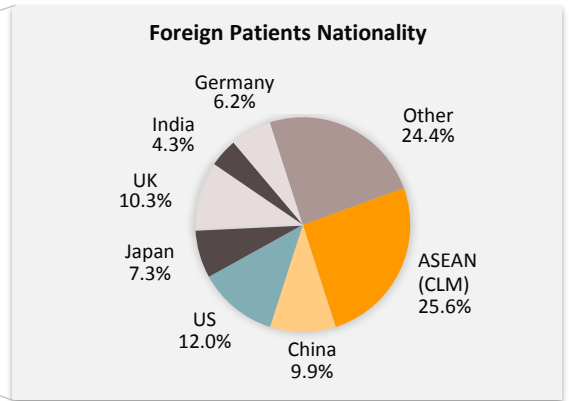
โครงสร้างกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล สัดส่วน 93.5% เป็นผู้ป่วยคนไทย และที่เหลือ 6.5% เป็นผู้ป่วยต่างชาติ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ตามการเติบโตของจำนวนชาวต่างชาติที่ทำงานและพำนักนอกบ้านเกิด (Expatriate) ทั้งต่างชาติที่ทำงานในไทยและทำงานในประเทศเพื่อนบ้าน และ การเติบโตของกลุ่มนักท่องเที่ยวและนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Tourist & Medical tourist) ซึ่งปัจจุบันมีสัดส่วนถึงเกือบ 60% ของตลาดผู้ป่วยต่างชาติ

ผลประกอบการกิจการโรงพยาบาลเอกชนในแง่ความสามารถในการรับรู้รายได้และการทำกำไรของธุรกิจไม่ค่อยได้รับผลกระทบจากภาวะแวดล้อมทั้งเศรษฐกิจในประเทศและเศรษฐกิจโลกมากนักเมื่อเทียบกับธุรกิจอื่นๆ ที่เน้นตอบสนองต่อการบริโภคเช่นเดียวกัน เนื่องจากเป็นธุรกิจที่ตอบสนองของความต้องการบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น ทำให้ความต้องการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง อีกทั้งโรงพยาบาลยังสามารถพลิกภาวะต้นทุนของกิจการไปยังผู้ป่วยได้ต่อ ทำให้อัตราการทำกำไรของธุรกิจอยู่ในเกณฑ์ดี ประมาณ 10-15%

Figure 9: Patient Structure



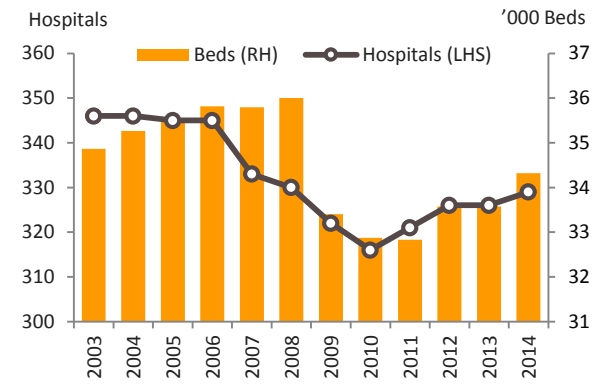
Sources: NSO, MOC, MOPH
Note: Data from NSO was published in 2013, based on a survey conducted in 2011



สถานการณ์ที่ผ่านมา

ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนของไทยในอดีตมีการลงทุนเกินตัวจนเกิดอุปทานส่วนเกินสูง หรือมีจำนวนเตียงผู้ป่วยมากเกินความต้องการ ทำให้ประสบภาวะวิกฤตรุนแรงในปี 2540 (อัตราครองเตียง หรือ Bed Occupancy Rate อยู่ระดับต่ำเพียง 40%) จนมีการทยอยลดขนาดกิจการหรือปิดกิจการไปหลายแห่ง ทั้งโรงพยาบาลขนาดเล็กและสาขาของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จนเมื่อ 5-6 ปีที่ผ่านมา กระแสการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเริ่มกลับมาเร่งขึ้นอีกครั้ง แต่เป็นไปอย่างระมัดระวัง เพื่อลดความเสี่ยงจากปัญหาอุปทานล้นตลาดเช่นในอดีต และปัญหาแย่งชิงแพทย์และพยาบาล ซึ่งอาจมีผลให้ผลตอบแทนจากการลงทุนอยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่จึงเป็นการควบรวมกิจการ (M&A) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการมากกว่าการขยายจำนวนโรงพยาบาลหรือจำนวนเตียง ส่งผลให้โครงสร้างของตลาดโรงพยาบาลเอกชนเปลี่ยนแปลงไปเน้นรูปแบบของกิจการขนาดใหญ่ที่มีเครือข่ายจำนวนมาก

Figure 10: Number of Private Hospitals and Beds



Source: MOPH

นอกจากนี้ ในช่วงหลายปีที่ผ่านมายังเป็นช่วงแห่งการยกระดับประสิทธิภาพและมาตรฐานการบริการของโรงพยาบาลเอกชนไทย เนื่องจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไม่เพียงเน้นกลยุทธ์ M&A แต่ยังมีการลงทุนปรับปรุงมาตรฐานการบริการต่อเนื่อง อาทิ การลงทุนศูนย์รักษาโรคซับซ้อน การขยายเครือข่ายกับพันธมิตรต่างประเทศ การขยายสาขา/สร้างโรงพยาบาลแห่งใหม่ เพื่อแตกแบรนด์รับกลุ่มผู้ป่วยใหม่ๆ รวมทั้งการขยายการลงทุนไปตามเมืองชายแดนเพื่อรองรับผู้ป่วยจากประเทศเพื่อนบ้าน และขยายลงทุนในเมืองที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวหลัก ส่วนโรงพยาบาลขนาดกลาง-เล็กที่ไม่ถูกรวมกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่และที่ไม่มีเครือข่ายสาขา (Stand-alone) ก็เร่งปรับตัว/ประสิทธิภาพของโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มขีดความสามารถและสร้างการแข่งขันรองรับแรงกดดันจากการแข่งขันของโรงพยาบาลในเครือข่ายของรายใหญ่และเตรียมรับความต้องการที่เพิ่มขึ้นจากการเปิด AEC

ความต้องการการดูแลสุขภาพในกลุ่มของผู้ป่วยต่างชาติ ยังคงมีการเติบโตดี จากจุดแข็งมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์และความคุ้มค่าเงินในการใช้บริการเมื่อเทียบกับประเทศอื่นในภูมิภาค โดยในปีที่ผ่านมาประเมินว่าผู้ป่วยต่างชาติจะเติบโต 8%YoY หรือมีผู้ป่วยต่างชาติมาใช้บริการราว 1.5 ล้านคน แต่สำหรับกลุ่มผู้ป่วยในประเทศซึ่งค่อนข้างอ่อนไหวกับราคามากกว่ายังคงระมัดระวังการใช้จ่าย ทำให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลในเครือต้องปรับกลยุทธ์การแข่งขันมาเน้นตลาดระดับกลาง-ล่างมากขึ้น โดยใช้กลยุทธ์ราคาและเสนอขายแพ็คเกจโปรแกรมการรักษา ทำให้การแข่งขันรุนแรงและโรงพยาบาลขนาดกลาง-เล็กที่ไม่มีเครือข่ายสาขาซึ่งเสียเปรียบจากขนาดและมีต้นทุนดำเนินการสูงกว่า ดำเนินธุรกิจได้ยากขึ้น

ทั้งนี้ ภาพรวมธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไทยในช่วงที่ผ่านมาเติบโตค่อนข้างดี โดยอัตราการขยายตัวของรายได้สูงกว่าอัตราการขยายตัวของ GDP มาโดยตลอด ภาพรวมธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน (พิจารณาจากข้อมูล 16 โรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์ฯ เป็นตัวแทนของตลาด) ยังคงขยายตัวดีต่อเนื่องตามการเติบโตในตลาดผู้ป่วยในประเทศและผู้ป่วยต่างชาติ แต่เริ่มมีอัตราชะลอตัวบ้างจากการเข้ามาแข่งขันของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ โดยในปี 2558 รายได้ขยายตัว 10.6% YoY กำไรสุทธิขยายตัว 10.8% YoY แต่มีอัตรากำไรสุทธิ (Net Profit Margin) ค่อนข้างทรงตัวที่ 13.9%

Figure 11: Performance of Thai Private Hospitals

	GDP Growth (%)	Sales		Net Profit		Net Profit Margin %
		THB, m	% YoY	THB, m	% YoY	
2006	5.0	38,394	31.5	3,938	24.7	10.3
2007	5.4	44,511	15.9	4,543	15.4	10.2
2008	1.7	50,204	12.8	4,883	7.5	9.7
2009	-0.7	51,724	3.0	5,261	7.7	10.2
2010	7.5	55,376	7.1	6,304	19.8	11.4
2011	0.8	71,374	28.9	9,127	44.8	12.8
2012	7.2	89,570	25.5	15,098	65.4	16.9
2013	2.7	98,995	10.5	13,330	-11.7	13.5
2014	0.8	110,327	11.4	15,296	14.7	13.9
2015	2.8	121,987	10.6	16,944	10.8	13.9

Note: Data based on 16 firms registered on the SET
Source: SET

▲ แนวโน้มอุตสาหกรรม

ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมีแนวโน้มขยายตัวต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยหนุนจาก:

- การเพิ่มขึ้นกลุ่มคนชนชั้นกลางที่มีอำนาจซื้อสูง

คาดการณ์เติบโตของเศรษฐกิจและรายได้ของประชากร โดยเฉพาะในกลุ่มชนชั้นกลาง^{4/} จะหนุนความต้องการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง อัตราการใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาลเอกชนของคนไทยต่อ GDP ที่อยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ จะเป็นโอกาสในการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน

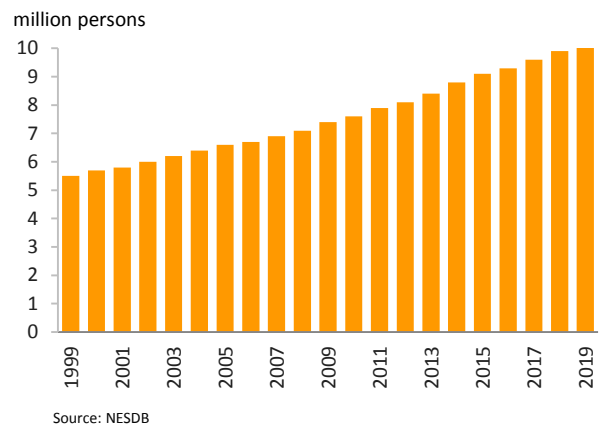
- ประชากรสูงอายุที่ต้องการการดูแลและรักษาพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก

ในระยะยาว สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) จะเป็นปัจจัยหนุนความต้องการใช้บริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยและเทคโนโลยีขั้นสูงมากขึ้น จากสัดส่วนผู้สูงอายุ (วัย 65 ปีขึ้นไป) ที่ยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มประชากรอายุมากกว่า 85 ปีที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก จะมีความต้องการบริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมากอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีอัตราของการเจ็บป่วยสูงและเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ทั้งนี้ จากการคาดการณ์ของ สศช. ระบุว่า จำนวนผู้สูงอายุอายุมากกว่า 60 ปี จะเพิ่มขึ้นจาก 9.1 ล้านคนในปัจจุบัน เป็น 10.3 ล้านคนในปี 2562

- การขยายตัวของชุมชนเมือง

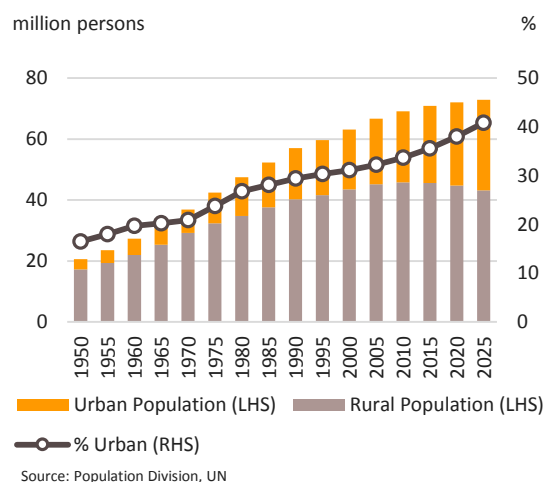
จากข้อมูลของสหประชาชาติ (United Nation: UN) คาดการณ์ว่าระดับความเป็นเมือง (Urbanization Rate) ของไทยจะขยายตัวจาก 35.6% ในปี 2558 เป็น 40.7% ในปี 2568 สะท้อนว่าความเป็นเมืองที่เจริญและกระจายตัวกว้างขึ้น จะเป็นโอกาสในการขยายการให้บริการทางการแพทย์มากขึ้นในพื้นที่ต่างจังหวัดที่จะเร่งตัวขึ้นในอนาคตเมื่อเทียบกับความต้องการใช้บริการในกรุงเทพฯ และปริมณฑลที่ค่อนข้างอิ่มตัว

Figure 12: Trend of 60+ Population in Thailand



Source: NESDB

Figure 13: Urbanization Rate of Thailand



Source: Population Division, UN

4/ Euromonitor International คาดการณ์ว่าจำนวนชนชั้นกลางในไทยจะเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยในปี 2020 ครึ่งเรือนที่มีรายได้มากกว่า 15,000 เหรียญสหรัฐฯ จะมีมากถึง 6 ล้านครึ่งเรือน

● อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังของคนไทยมีมากขึ้น

จำนวนผู้ป่วยและการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCD)^{5/} อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคปอดบวม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในไทยและประเทศอาเซียนอื่นๆ ซึ่งในส่วนของผู้ป่วยในประเทศไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรค อาทิ มีอัตราการสูบบุหรี่ค่อนข้างสูง อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงถึง 6.5 ลิตรต่อคนต่อปี การบริโภคน้ำตาลสูงที่สุดในอาเซียน เป็นต้น ทำให้คาดว่าความต้องการใช้บริการทางการแพทย์จะเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง

● การปรับปรุงคุณภาพการรักษาพยาบาล และจุดแข็งด้านราคาค่าบริการทางการแพทย์ของไทยที่ยังคงดึงดูดผู้ป่วยต่างชาติ

ความต้องการใช้บริการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยต่างชาติ คาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องและหนุนให้ตลาดโรงพยาบาลเอกชนในประเทศ จากปัจจัยต่อไปนี้:

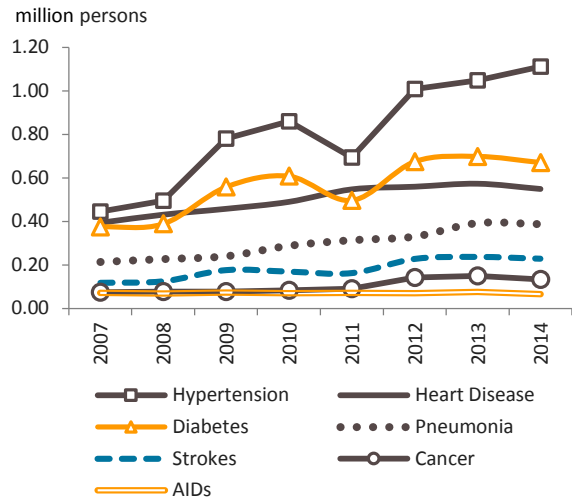
1) ไทยได้รับการยอมรับว่าเป็นหนึ่งในประเทศศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของโลก เนื่องจากโรงพยาบาลของไทยมีความก้าวหน้าและมีความพร้อมของศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง โดยเฉพาะการรักษาโรคเรื้อรัง (อาทิ โรคหัวใจ กระจก มะเร็ง เป็นต้น) รวมทั้งศูนย์ดูแลและบริบาลผู้ป่วยสูงอายุ

2) จากการศึกษาของทีมงานผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอาเซียน เรื่อง "ความคืบหน้าของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภูมิภาคอาเซียน" ระบุว่า ความครอบคลุมของการให้บริการสุขภาพของรัฐในกลุ่มประเทศ CLMV ยังอยู่ในระดับต่ำ (ลาวอยู่ที่ระดับ 15% กัมพูชา 24% เวียดนาม 65% และไม่มีข้อมูลของประเทศเมียนมาร์) หรืออาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่า โครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพในกลุ่มประเทศ CLMV ยังไม่เพียงพอและยังมีช่องว่างอีกมาก ดังนั้น ผลจากการสร้างความร่วมมือตามกรอบ AEC และการเปิดให้มีการเดินทางข้ามพรมแดนที่เสรีมากขึ้น จะเอื้อให้กลุ่มลูกค้าผู้ป่วยจาก CLMV สามารถเข้าถึงการรักษาทางการแพทย์ในไทยได้สะดวกและง่ายขึ้น จึงเป็นการเพิ่มโอกาสทางธุรกิจที่สำคัญแก่โรงพยาบาลไทย

อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลเอกชนของไทยจะยังคงเผชิญการแข่งขันที่รุนแรง ทั้งนี้ การขยายการลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลไทยในช่วงที่ผ่านมา จะทำให้มีจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จึงมีแนวโน้มที่ผู้ประกอบการโรงพยาบาลเอกชนต้องแข่งขันสูงขึ้นทั้งด้านราคา การมีแพ็คเกจ และการออกไประดมรักษาพยาบาลเฉพาะ รวมทั้งการแย่งชิงบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ โรงพยาบาลเอกชนยังต้องแข่งขันกับกลุ่มคลินิกนอกเวลาของโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลในเครือ โรงเรียนแพทย์ (เช่น โรงพยาบาลปิยมหาราชการุณย์ในเครือศิริราช และศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนของโรงพยาบาลรามาริบัติ) ที่มีข้อได้เปรียบในการแข่งขัน ทั้งแง่ของชื่อเสียง เทคโนโลยีทางการแพทย์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จากสภาพการแข่งขันข้างต้นจะเป็นแรงกดดันต่อผลการดำเนินงานทางการเงินของโรงพยาบาลเอกชนให้มีอัตรากำไรชะลอลง อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลขนาดกลาง-เล็กที่ไม่มีเครือข่ายสาขาอาจมีกำไรลดลง

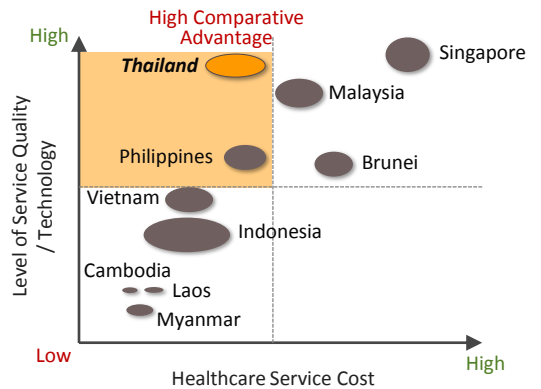
ในระยะปานกลาง-ระยะยาว ธุรกิจโรงพยาบาลจะเผชิญการแข่งขันที่รุนแรงจากการรุกเข้าสู่ธุรกิจของทุนอาเซียนที่ได้รับประโยชน์จาก AEC ซึ่งสามารถถือครองหุ้นโรงพยาบาลในไทยได้ในสัดส่วนถึง 70% โดยเฉพาะนักลงทุนจากแหล่งทุนประเทศสิงคโปร์และมาเลเซียที่มีประสบการณ์ในการเข้าซื้อธุรกิจนี้ในต่างประเทศหลายแห่ง

Figure 14: No. of Patients in Thailand (by disease)



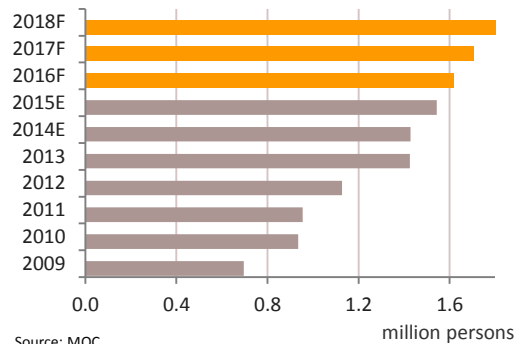
Source: MOPH

Figure 15: Competitiveness of Thai Private Hospital vs. Others in ASEAN Countries



Source: MFA

Figure 16: Number of Foreign Patients



Source: MOC
Note: Forecasted by Krungsri Research

Note:

5/ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCD) หมายถึง โรคที่ไม่ติดต่อ หรือไม่ถ่ายทอด และอาจหมายถึง โรคเรื้อรัง ซึ่งต้องใช้เวลานานในการรักษาและฟื้นตัวช้า ทั้งนี้ โรงพยาบาลกรุงเทพ รายงานว่า 73% ของการเสียชีวิตของคนไทยเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งไทยมีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกซึ่งอยู่ที่ 63% ซึ่งน่าจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

วิจัยกรุงศรี

สมประวิณ มันประเสริฐ

พรพรรณ โภคย์สุพัทธ์

ที่ปรึกษาและหัวหน้าทีมวิจัยเศรษฐกิจ

หัวหน้าฝ่ายวิจัยเชิงกลยุทธ์

ทีมวิจัยเศรษฐกิจ

- ศรันต์ สุนันท์สถาพร
- สุจิต ชัยวิชัยชาติ
- จุไรลักษณ์ พลศรี
- สร้อยสนธิ หล่อสุวรรณกุล
- ก้องภพ วงศ์แก้ว
- ปกักร กิจเจริญการกุล

หัวหน้าทีมวิเคราะห์เศรษฐกิจเชิงกลยุทธ์

หัวหน้าทีมพยากรณ์เศรษฐกิจ และวิเคราะห์ความเสี่ยงมหภาค

เศรษฐกิจอาวุโส

เศรษฐกิจ

ผู้ช่วยนักวิเคราะห์

ผู้ช่วยนักวิเคราะห์

ทีมวิจัยอุตสาหกรรม

- เชษฐชดา เชื้อสุวรรณ
- จุมพล กล้วยไม้งาม
- ตลบลักษณ์ ธนดิษฐ์สุวรรณ
- พูลสุข นิลกิจศรานนท์
- ปิยะนุช สถาพงศ์ภักดี
- นรินทร์ ตันไพบูลย์
- พุทธชาติ ลุนคำ
- นิรติศัย ทุมวงษา
- วรณา ยงพิศาลภพ
- วาริรัตน์ เพชรสีช่วง
- รัชฎา เลียงจันทร์
- พัชรา กลิ่นชวนชื่น

หัวหน้าทีมวิจัยอุตสาหกรรม

นักวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์

นักวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ (Financial Sectors: Thailand & CLMV)

นักวิเคราะห์อาวุโส (Healthcare, ICT, Transportation & Logistics, Modern Trade)

นักวิเคราะห์ (Industry Risk Ratings Scoring and Reporting)

นักวิเคราะห์ (Power Generation, Biofuel, Chemical & Plastic Products)

นักวิเคราะห์ (Tourism Sectors, Real Estate in Upcountry)

นักวิเคราะห์ (Construction Contractor, Construction Materials)

นักวิเคราะห์ (Automobile, Electronics & Electrical Appliances, Beverages)

นักวิเคราะห์ (Agricultural Products, Food)

นักวิเคราะห์ (Oil & Gas, Petrochemicals, Industry Scenario Analysis)

นักวิเคราะห์ (Real Estate in BMR)

ทีมพัฒนางานวิจัย

- อภากร นพรัตน์ภรณ์
- ธนัชชา ทรัพย์สินอำนาจ

นักวิเคราะห์

ผู้ช่วยนักวิเคราะห์

ทีมบริหารระบบข้อมูลวิจัย

- สุรัชนี สมประสงค์
- ธมณ เสริญสุขสกุล
- เชิดศักดิ์ ศรีชัยตัน
- วงศกร แก้วอุตทั้ง

เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

เจ้าหน้าที่ระบบข้อมูลวิจัย

เจ้าหน้าที่ระบบข้อมูลวิจัย

สนใจสมัครรับอีเมลได้ที่ krungsri.research@krungsri.com

คำสงวนสิทธิ์

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นจากแหล่งข้อมูลที่เปิดเผยต่อสาธารณชนที่น่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตาม วิจัยกรุงศรีมิอาจรับรองความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลดังกล่าวได้ ทั้งนี้ขอคิดเห็นที่ปรากฏเป็นความคิดเห็นของวิจัยกรุงศรี ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับ บมจ. ธนาคารกรุงศรีอยุธยา และขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงความเห็น หรือประมาณการต่างๆ โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า