

การจัดทำดัชนีวัดผลงานและการคำนวณงบประมาณ
เพื่อการจัดสรรให้กับโรงพยาบาลของรัฐในรูปองค์การมหาชน
(Performance Indicators and Budgeting for State Hospitals
as Public Organizations)

โดย

ศ.ดร.อภิชัย พันธเสน
ผศ.ดร.สมชาย สุขศิริเสรีกุล
ดร.อรสา ไชยวินทะ
ผศ.นพ.ชิต เพชรพิเชฐเขี้ยว
รศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ
พญ.บุญรัตน์ วราชาติ
คุณวนิดา แซ่อึ้ง
คุณอรุณี อรรถเวชกุล
คุณลัดดา วจิศักดิ์สิทธิ์

คณะที่ปรึกษา

นพ.ชาตรี บานชื่น
ผศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ
นพ.กมล วีระประดิษฐ์
นพ.วิหิต อรรถเวชกุล

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

การจัดทำดัชนีวัดผลงานและการคำนวณงบประมาณ
เพื่อการจัดสรรให้กับโรงพยาบาลของรัฐในรูปองค์การมหาชน
(Performance Indicators and Budgeting for State Hospitals
as Public Organizations)

โดย

ศ.ดร.อภิชัย พันธเสน
ผศ.ดร.สมชาย สุขสิริเสรีกุล
ดร.อรสา ไขวีนทะ
ผศ.นพ.ชิต เพชรพิเชฐเชียร
รศ.นพ.สงวนสิน รัตนเลิศ
พญ.บุญรัตน์ วราชาติ
คุณวนิดา แซ่อึ้ง
คุณอรุณี อรรถเวชกุล
คุณลัดดา วรกิจต์สิทธิ์

คณะที่ปรึกษา

นพ.ชาตรี บานชื่น
ผศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ
นพ.กมล วีระประดิษฐ์
นพ.วิฑิต อรรถเวชกุล

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

1 ตุลาคม 2541

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ให้การอุดหนุนแก่งานวิจัยชิ้นนี้ในด้านการเงิน รวมทั้งจัดหาที่ปรึกษาและประสานงานให้งานวิจัยนี้สามารถเริ่มดำเนินไปได้อย่างจริงจังจนได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะที่ปรึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประธานที่ปรึกษา นพ.ชาติรี บานชื่น ที่กรุณาให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่คณะผู้วิจัยมาโดยตลอด

คณะผู้วิจัยมีความหวังเป็นอย่างยิ่งที่จะได้เห็นผลงานวิจัยนี้นำไปสู่การปฏิบัติจริง กล่าวคือได้มีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว สามารถดำเนินการในลักษณะที่เป็นโครงการนำร่องของการเป็นองค์การมหาชน ซึ่งมีเงื่อนไขที่สำคัญนอกเหนือจากเงื่อนไขอื่น ๆ แล้ว คือเงื่อนไขที่งานวิจัยนี้พยายามตอบคำถาม คือ การมีดัชนีชี้วัดผลงานของโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง ประกอบกับหลักเกณฑ์ในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณ รวมทั้งความเป็นไปได้ที่จะสนับสนุนให้บุคลากรของโรงพยาบาลค่อย ๆ เปลี่ยนสถานะภาพจากข้าราชการประจำเป็นพนักงานขององค์การมหาชนทั้งหมดในที่สุด

ถ้าหากจะมีความคืบหน้าในสถานะภาพของความรู้ที่อยู่อำเภออุทิศให้แก่ประชาชนชาวไทย ซึ่งคณะผู้วิจัยคาดหวังว่าจะได้รับการสาธารณสุขที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการจากโรงพยาบาลที่เป็นองค์การมหาชน ส่วนข้อผิดพลาดทั้งหมดที่เกิดขึ้นคณะผู้วิจัยขอรับไว้ทั้งหมด

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ออกแบบมาในลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีผลประโยชน์เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณาจารย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และนักวิจัย วัตถุประสงค์เพื่อที่จะได้ตกลงร่วมกันในการที่จะทำให้ทุกฝ่ายได้ประโยชน์จากการปรับเปลี่ยนโรงพยาบาลของรัฐให้เป็นองค์กรมหาชน โดยผู้ที่ได้ประโยชน์ก็คือ รัฐบาลลดค่าใช้จ่ายลงในระยะยาว เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้รับผลตอบแทนที่ดีขึ้น และได้ทำหน้าที่ของตนได้อย่างมีความภาคภูมิใจ และมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ในขณะที่มหาชนควรจะได้รับผลประโยชน์จากการที่เสียค่าบริการต่ำลง ประสิทธิภาพของบริการรักษาพยาบาลดีขึ้น พร้อมทั้งได้บริการต้อนรับที่ดีขึ้น

ในงานวิจัยนี้ ใช้โรงพยาบาลสามแห่งเป็นกรณีศึกษาและเป็นการศึกษาเฉพาะกรณีของโรงพยาบาลทั้งสามโรงนี้เท่านั้น เนื่องจากในขณะที่ทำการศึกษามีเฉพาะโรงพยาบาลสามโรงนี้เท่านั้นที่พร้อมจะเป็นกรณีศึกษา เพราะมีความสนใจที่ต้องการจะปรับปรุงผลงานอันเนื่องมาจากการบริหารในรูปแบบใหม่ ทั้งสามโรงพยาบาลนั้นก็คือ โรงพยาบาลชุมชนบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร โรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ด้วย โรงพยาบาลเหล่านี้จึงเท่ากับเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิพร้อมกันไปด้วย

การปรับเปลี่ยนการบริหารจากราชการในปัจจุบันไปสู่รูปแบบใหม่ ที่เรียกว่า องค์กรมหาชนนั้น วัตถุประสงค์ที่สำคัญคือลดความด้อยประสิทธิภาพในการบริหารลง อันเนื่องมาจากการจัดสรรงบประมาณที่เน้นการควบคุมบังคับเข้าเป็นสำคัญ พร้อมทั้งระเบียบการบริหารงานบุคคลที่ไม่คล่องตัวเท่าที่ควร รูปแบบใหม่ก็คือ การปล่อยให้โรงพยาบาลมีความคล่องตัวในการบริหารทางการเงินและบุคลากร โดยรัฐจะเปลี่ยนมาเข้มงวดกับการตรวจสอบผลงานแทน ขณะเดียวกันก็ต้องผลิตบริการที่มีคุณภาพดีกว่าเดิม ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของการบริหารในรูปแบบใหม่ก็คือ รัฐทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการจากโรงพยาบาล โดยเน้นคุณภาพของบริการเป็นสำคัญ ซึ่งส่วนหนึ่งก็จะกระทำในลักษณะเป็นการทำสัญญาการซื้อบริการจากโรงพยาบาลและมีวิธีประเมินผลและตรวจสอบด้วยการใช้ดัชนีวัดผลงานประกอบกับเงื่อนไขในสัญญา โดยคาดว่าจะจะเป็นเครื่องจูงใจให้โรงพยาบาลในรูปแบบใหม่ให้บริการรักษาพยาบาลและบริการต้อนรับอย่างเต็มความสามารถ ขณะเดียวกันก็ต้องพยายามลดต้นทุนให้ต่ำที่สุด จากแนวคิดดังกล่าวนำไปสู่การกำหนดกลุ่มดัชนีวัดผลงานที่สำคัญ 6 กลุ่มคือ

1. บริการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพที่จัดทำโดยโรงพยาบาล (ในฐานะที่เป็นนโยบายสาธารณสุขใหม่ ที่มุ่งเน้นการยกระดับสุขอนามัยของประชาชน แทนการรักษาพยาบาลเป็นหลัก)
2. การเข้าถึงบริการของผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่อยู่ในสภาวะด้อยชั้น (เป็นลักษณะเฉพาะตัวของบริการสาธารณสุขของไทย เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีบริการประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมดของประเทศ)
3. คุณภาพของบริการรักษาพยาบาล (เป็นหลักการสากล)
4. ประสิทธิภาพของการบริหารงานภายใน (เป็นหลักการสากล สำหรับผู้บริหารในการติดตามผลงานของตนเอง เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพให้สูงขึ้น)
5. การฝึกอบรม และการวิจัยที่ให้ประโยชน์แก่สาธารณสุขชน (เพราะจำเป็นจะต้องมีการศึกษาวิจัย เพื่อรับความรู้จากแพทย์แผนตะวันตกให้เข้ากับบริบทของไทย พร้อมทั้งการฝึกอบรมที่สาธารณสุขชนเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์ เนื่องจากบริการทั้งหมดนี้มีลักษณะเป็นสินค้าสาธารณะ)
6. คุณภาพของบริการต้อนรับ

งบประมาณที่รัฐเคยจัดสรรให้โรงพยาบาลในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเงินเดือนและค่าตอบแทน งบวัสดุและครุภัณฑ์ งบอุดหนุนทั่วไป และงบช่วยเหลือพิเศษแก่ผู้มีรายได้น้อย ทั้งหมดจะนำมาบูรรวมกันเพื่อคำนวณให้เป็นเงินอุดหนุนก้อนเดียวโดยไม่มีการจำแนกรายละเอียดอย่างที่เคยทำมา เพราะเปลี่ยนมาควบคุมและตรวจสอบผลผลิตของโรงพยาบาลโดยใช้สัญญาและดัชนีวัดผลงานแทน

แต่เพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติจริง ในระยะ 5 ปีแรก มีข้อเสนอว่า งบประมาณที่จะจัดสรรให้โรงพยาบาลนั้น ควรจะอยู่ระหว่างร้อยละ 100 ถึง 115 ของค่าเฉลี่ยของงบประมาณที่โรงพยาบาลเคยได้รับ 3 ปีก่อนหน้าที ด้วยเหตุผลที่ว่า ถ้าโรงพยาบาลได้รับต่ำกว่าจากที่เคยได้รับก็คงจะไม่อยากเข้าร่วมโครงการ แต่ถ้าหากรัฐจะต้องจ่ายให้สูงเกินไป รัฐก็จะมีทรัพยากรที่จะทำเช่นนั้นได้ หลังจากนั้นได้กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อการซื้อบริการจากโรงพยาบาลของรัฐ ดังต่อไปนี้

1. ซื้อบริการส่งเสริมและป้องกัน (เนื่องจากเป็นนโยบายของรัฐบาล)
2. จ่ายสมทบให้กับโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายให้โรงพยาบาล คู่กับต้นทุนในการให้บริการรักษาพยาบาล (เพื่อเป็นหลักประกันในการ

เข้าถึงบริการของโรงพยาบาลของทุกคน โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถจ่ายได้
เอง

3. จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมและวิจัย (เนื่องจากการเป็นการผลิตสินค้าและ
บริการสาธารณะ)

เมื่อคำนวณด้วยหลักเกณฑ์ดังกล่าว หากพบว่าโรงพยาบาลใดควรจะได้รับเงิน
ต่ำกว่าร้อยละ 100 ก็จะมีจัดสรรให้ร้อยละ 100 แต่ถ้าสูงกว่าร้อยละ 115 ก็จะมีจ่ายให้เท่ากับร้อยละ
115 แต่ถ้าอยู่ระหว่างร้อยละ 100 ถึงร้อยละ 115 ก็จะมีจ่ายให้ตามตัวเลขที่คำนวณได้จริง

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนไปสู่รูปแบบใหม่ได้โดยไม่มีปัญหาเรื่อง
บุคลากร ได้มีการศึกษาว่า สมควรที่จะจ่ายเงินทดแทนแก่บุคลากรอย่างไร โดยทั่วไปบุคลากร
ทั้งหมดของโรงพยาบาลจะต้องมีสถานะภาพเป็นพนักงานแทนที่จะเป็นข้าราชการอย่างที่เคย
เป็นมาในอดีต ดังนั้น ในขั้นต้นข้าราชการของโรงพยาบาลทั้งหมดจะต้องย้ายสังกัดไปเป็นข้าราชการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยที่สาธารณสุขจังหวัดจะให้ยืมข้าราชการเหล่านี้มา
เป็นพนักงานของโรงพยาบาลในรูปแบบใหม่ ตัวผู้อำนวยการเอง ถ้าหากต้องการจะรักษา
สถานะภาพข้าราชการเอาไว้ ในช่วง 4 ปีแรกก็จะต้องมาทำหน้าที่ตามมติคณะรัฐมนตรีที่ให้ยืม
ตัวมาทำงาน ข้าราชการที่คาดว่าจะต้องการจะสละสถานะภาพมีสองประเภทคือ ประเภทที่มีอายุ
ราชการน้อย (ไม่เกิน 5 ปี) และผู้ที่มีอายุราชการเกิน 25 ปี ที่พร้อมจะออกเพื่อรับบำนาญ ใน
กรณีข้าราชการที่มีอายุราชการไม่ถึง 15 ปี คาดว่าการเพิ่มรายได้ให้สูงขึ้นกว่าเดิมร้อยละ 25 ถึง
35 ก็จะมีสูงพอที่จะจูงใจให้ออกจากสถานะภาพข้าราชการซึ่งอาจจะต้องเสียประโยชน์ชดเชย
อย่างอื่น (fringe benefit) ประมาณร้อยละ 13.5 ต่อไป ส่วนกรณีข้าราชการที่มีอายุราชการเกิน
25 ปี การรับราชการต่อไปเท่ากับได้รับเงินเดือนเพียงครั้งเดียวอยู่แล้ว ฉะนั้นถ้าลาออกและได้รับ
เงินเดือนในอัตราเดิมก็จะได้รับรายได้เพิ่มขึ้นที่ร้อยละ 50 ดังนั้น การจ่ายเงินเดือนเพิ่มอีกร้อย
ละ 10 สำหรับบุคลากรกลุ่มนี้น่าจะจูงใจพอแล้ว และถ้าหากผู้อำนวยการมีอายุราชการเกิน 25 ก็
จะช่วยให้ตัดสินใจลาออกจากสถานะภาพราชการได้ง่ายเช่นกัน สำหรับผู้อำนวยการนั้น ควรจะ
ได้รับเงินตอบแทนเพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100 หรือสองเท่าของเงินเดือนเดิม แต่งานวิจัยนี้
เสนอให้ได้รับสามเท่าของเงินเดือนเดิมเป็นอย่างน้อย แต่ขณะเดียวกันต้องระมัดระวังมิให้เงิน
เดือนของผู้อำนวยการห่างจากรองผู้อำนวยการมากเกินไป มิฉะนั้นจะเกิดปัญหาในการบริหาร

ถ้าหากจัดการในลักษณะนี้ โรงพยาบาลในรูปแบบใหม่จะต้องใช้เงินเพิ่มไม่เกิน
ร้อยละ 10 จากเดิม ถ้าหากโรงพยาบาลในรูปแบบใหม่ได้รับเงินเพิ่มระหว่างร้อยละ 10 ถึง 15 ก็
จะไม่มีปัญหาแต่อย่างใด และถึงแม้จะไม่ได้รับเพิ่ม จากลักษณะการบริหารทางการเงินที่คล่อง
ตัวมากขึ้นน่าจะช่วยให้โรงพยาบาลประหยัดได้ถึงร้อยละ 20 ซึ่งก็จะมีเงินพอจะจ่ายให้กับ
บุคลากรที่สละสถานะภาพข้าราชการได้โดยไม่มีปัญหา ส่วนกรณีการที่มีพนักงานสองประเภท
ในหน่วยงานเดียวกันในระยะเริ่มต้น อาจจะมีปัญหาข้าราชการยังคงทำงานแบบเดิมและเป็น

อุปสรรคต่อการบริหารงานในรูปแบบใหม่ ในกรณีเช่นนั้น โรงพยาบาลก็สามารถ “คืน” ข้าราชการเหล่านั้นไปที่สังกัดเดิม คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้

ผลจากการวิจัยดังกล่าว คาดว่าทั้งสามโรงพยาบาลจะพิจารณาปรับเปลี่ยนจากรูปแบบโรงพยาบาลของรัฐไปสู่รูปแบบใหม่ และถ้าหากโรงพยาบาลเหล่านี้สามารถพิสูจน์ได้ว่าการบริหารงานในรูปแบบองค์กรมหาชนทำให้มีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม อาจจะมีโรงพยาบาลอีกมากที่ต้องการปรับเปลี่ยนมาสู่รูปแบบใหม่ก็เป็นได้

Executive Summary

This research is designed as an action research emphasizing on participation from related stake holders, especially faculty members, hospital directors, related government officials of the Ministry of Public Health, hospital staffs and a team of researchers. The main purpose of such design is to reach a consensus on how to attain a win-win situation from a transformation of public hospitals into the new form of public organization.

Three hospitals are included in this study, as well as the study has been designed for the three hospital only. The three were selected out of necessity because they were the ones who volunteered to be case studies because they had keen interest to improve their performance through the new organizational form. Fortunately, they also represented hospitals of three levels. At a primary care, it is a community hospital of Ban Paew, Smutsakorn Province. At a secondary care, it is a general or central hospital of Haadyai, Songkhla Province. Prince of Songkhla is a tertiary hospital as well as a Medical School of the Prince of Songkhla University.

New budgeting approach has been explored for the three hospitals. Instead of basing on the existing system of allocation which is the major cause of inefficiency, as close supervision is applied for all items of inputs purchased as well as rigid system of personnel management. A new form of hospital, a public organization, will allow complete flexibility in inputs purchased as well as personnel management. However, in exchange for financial flexibility from the new form of administration, the hospitals must provide evidence for the improvement in quantity and quality of its performance. In other word, the new concept of budgeting of a public organization is for the government or its representative, a purchasing agent, only to insist on purchasing various forms of services at a specified quantity and quality from the hospital and not to concern on how the hospital organizes its own inputs. Apart from entering into agreement on items the government wishes to purchase, a set of performance indicators can be used to supplement the contract as additional justification for such form of financial support. Basically, an evaluation of performance indicators jointly agreed by a purchasing authority and the hospital also serves as an incentive measure to induce hospital to organize itself to provide the best care services as well as the best reception services at its minimum cost. The reward for such attempt is better pays for

the hospital's staffs who deserve them. As a result, a set of performance indicators based on 6 criteria has been proposed in this study. There are:

1. Health promotion and prevention of the hospital (as a new policy emphasizing on improving health status of a general public rather than the former emphasis on cure only).
2. Accessibility care services of the under privileged and those under critical conditions (specific feature of the Thai health care systems since full coverage of general health care by a compulsory health insurance is not available).
3. The quality of curing services (universal principle).
4. Efficiency of internal administration (universal principle for hospital administrators in order to monitor their own performance).
5. Training and research that benefit the general public (because western medicine is needed to be regularly improved within the context of domestic care, as well as to pay for the training costs that benefits the general public).
6. The quality of reception services.

Government budget allocated to the hospital in various forms such as salary and compensation, materials and heavy equipments, general grant, and special assistant to low income families. All will be dissolved into a single block to provide to a hospital without any detailed specification on each items as before. Because a purchasing agent or authority can control the hospital by a contract and the set of agreed performance indicators.

For practical purpose as the existence of budget constraint is a reality, the limit of 0 to 15 percent increase of the average budget of the recent three years must be set as a lower and upper limit for the expected government allocation. The lower limit is required simply because no hospital will not join this experiment if there is a risk involved in possible reduction from the existing budget. The upper limit of 15 percent is needed to ensure that the government actually has ability to pay. If such

upper limit has not been set, there is a good chance that the government will not have enough resource to pay for the new form of hospital.

After then, actual calculation of the budget for each hospital has been estimated. The new payment is based on three criteria.

1. Paying for the health promotion and prevention services (because it is the government policy).
2. Paying for those who cannot afford to pay the full costs collected by the hospital (to ensure equal accessibility to hospital services especially for those who cannot afford to pay).
3. Paying for training and research cost (because it is public goods).

After the calculation, the block grants from the government within the lower and upper limit are advised to be allocated to the three hospitals. The one estimated to gain beyond the upper limit will receive the upper limit of 115 percent of the previous average budget. The one estimated to receive below the lower limit of 100 percent, receives the lower limit of 100 percent. The one within the given range of 100 to 115 will receive the exact amount calculated. Examples of performance indicators and budget to be allocated to each hospital have been demonstrated in this research as part of the findings.

Lastly, in order to ensure that there will be no friction in personnel management during the transitional period. It is envisaged that two groups of personnel are likely to be more willing to change from their originally government official status to that of hospital employees, required by the new form of management. For the director of the hospital, such employment status is compulsory. The two groups anticipated to leave their existing government official status are those who have served only for a short period of time (up to 5 years in service), and those who have served more than 25 years and are eligible for the government pension. The two are more likely to accept the new status, if being induced by sufficient amount of pay rise. It is anticipated that the pay rise of 25 to 35 percent for a younger group will be attractive enough to compensate for the 13.5 percent loss from fringe benefits from the existing status. For those whose service already exceeds 25 years, have actually suffered from loss of earning foregone by 50 percent currently because they are eligible to draw a pension

half of the size of the existing salary upon their resignation from the service at any time. New employment of the same salary path will immediately increase annual earnings of this group by 50 percent. In this case, pay rise of 10 percent is sufficient to induce those persons from their regular services.

For the director, if he is not willing to sacrifice his government official status right away, he can be loaned to the hospital on a temporary basis upon the cabinet approval for one full term of 4 years. If his service age is higher than 25, it will be easier for him to resign from the regular service, completely. For the director, because of much more heavy responsibility by the new form of governance, he should be compensated by at least 100 percent on top of his existing salary. This study proposes that he should be paid additional sum of 200 percent on top of his salary to make the position attractive enough to compensate for much heavier responsibility. However, it should be cautioned that his scale should not be too much different from that of his deputies. Otherwise, the organization will not function orderly.

Given the proposed pay rise, the total amount of required expenditure increase is within 10 percent of the existing government budget. This 10 percent increase can be easily covered by the range of budget increase from 10 to 15 percent or else it can be easily covered by the increase in efficiency resulting from much more flexible management which is estimated to be increased by at least 20 percent. Clearly from the personnel management point of view, pay rise is also possible for a group of former government officials discussed above. The rest of them are allowed to maintain their government official status. However, they must be transferred from the hospital to that of the Provincial Health Office. Their presence at the hospital has the same status as the rest of the hospital's staff, employees. They are there on loan from Provincial Health Office. If the director is not satisfied with their performance, the persons can be "returned" to the Provincial Health Office.

This way, a smooth transformation of personnel from the existing system to the new form of organization will be ensured under the "win-win" situation which is the main purpose of this exercise. It is anticipated in this study that after this exercise the three hospitals namely Ban Paew, Hadd Yai and Prince of Songkhla will be transformed to the new form of administration of the public organization, because it is the main purpose for undertaking this participatory venture designed from the outset. It

is also anticipated that many more hospitals will follow the suit, after they have found out that the new form of hospital management is more appealing to them.

สารบัญเรื่อง

กิตติกรรมประกาศ	i
บทคัดย่อ	ii
Executive Summary	vi
สารบัญเรื่อง	xi
สารบัญแผนภูมิ	xiii
สารบัญตาราง	xiv
บทที่ 1 บทนำ	
แนะนำโครงการ	1
เน้นผลการปฏิบัติได้จริงเป็นหลัก	2
เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการ	3
ครอบคลุมเฉพาะสามโรงพยาบาลเท่านั้น	4
ประเด็นที่จะพิจารณาต่อไป	5
บทที่ 2 ภาพรวมและหลักการร่วมในการวิเคราะห์และวิจัย	6
ความนำ	6
ภาพรวมของบริการสาธารณสุข	8
ดัชนีชี้วัดผลงาน	12
การปรับใช้ดัชนีกับโรงพยาบาลสามระดับ	15
การคำนวณงบประมาณ	17
วิธีการคำนวณ	19
ข้อจำกัดในการจัดสรรจริง	22
การสร้างแรงจูงใจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ	23
การบริหารบุคลากร	27
บทสรุป	30
บทที่ 3 การจัดทำดัชนีชี้วัดผลงานโรงพยาบาล	33
ความเป็นมา	33
วัตถุประสงค์ของการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงาน	33
เหตุผลในการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงาน	34

หลักการในการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงาน	34
ขั้นตอนในการดำเนินการ	36
ข้อจำกัดในการจัดทำดัชนีชี้วัดโรงพยาบาล	36
โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ	37
ขั้นตอนในการดำเนินการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงานโรงพยาบาล	37
สรุป	84
บทที่ 4 การคำนวณการจัดสรรงบประมาณ	
สำหรับโรงพยาบาลที่จะเป็นองค์กรมหาชน	85
ภาคผนวก ก. คำจำกัดความของกิจกรรมย่อยในดัชนีชี้วัดและฐานข้อมูล	144
เอกสารอ้างอิง	150

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1	แสดงความสัมพันธ์ของระบบบริการสาธารณสุขในรูปแบบใหม่	10
แผนภูมิที่ 2	สรุปความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีชี้วัดผลงานกับการจัดสรรงบประมาณ	25
แผนภูมิที่ 3	แผนภูมิในการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงาน	35

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	การกระจายน้ำหนักของดัชนีวัดผลงานของโรงพยาบาล 3 แห่ง	17
ตารางที่ 2	วิธีการคำนวณงบประมาณโดยคิดจากต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาพยาบาล	21
ตารางที่ 3	วิธีการคำนวณงบประมาณโดยคิดจากดัชนีรวมของโรค	21
ตารางที่ 4	งบประมาณที่ควรได้รับเพิ่มเมื่อประเมินจากผลงานในปีที่ผ่านมา	24
ตารางที่ 5	ดัชนีชี้วัดโรงพยาบาลบ้านแพ้ว	40
ตารางที่ 6	ดัชนีชี้วัดโรงพยาบาลหาดใหญ่	41
ตารางที่ 7	ดัชนีชี้วัดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	42
ตารางที่ 8	การกระจายน้ำหนักของดัชนีวัดผลงานของโรงพยาบาล 3 แห่ง	44
ตารางที่ 9	ดัชนีชี้วัด (performance Indicators)	45
ตารางที่ 10	การกำหนดทิศทางของดัชนี	48
ตารางที่ 11	ดัชนีชี้วัด (performance Indicators) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	51
ตารางที่ 12	ดัชนีชี้วัด (performance Indicators) โรงพยาบาลหาดใหญ่	55
ตารางที่ 13	ดัชนีชี้วัด (performance Indicators) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	59
ตารางที่ 14	ตัวอย่างการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน	63
ตารางที่ 15	ดัชนีชี้วัด (performance Indicators) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	66
ตารางที่ 16	ดัชนีชี้วัด (performance Indicators) โรงพยาบาลหาดใหญ่	70
ตารางที่ 17	ดัชนีชี้วัด (performance Indicators) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	74
ตารางที่ 18	ตัวอย่างการคิดคะแนน	78
ตารางที่ 19	การคิดคะแนนดัชนีชี้วัดโรงพยาบาลหาดใหญ่	80
ตารางที่ 21	การกำหนดสัดส่วนของงบประมาณ สำหรับผลงานที่ตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาลของรัฐ	92
ตารางที่ 22	ภาพรวมของโครงสร้างแหล่งเงินเพื่อชดเชยต้นทุนการให้บริการ ของโรงพยาบาลของรัฐที่จะออกนอกระบบราชการ	93
ตารางที่ 23	รายการของบริการสุขภาพที่เป็นไปเพื่อตอบสนองนโยบาย ของสถานบริการสุขภาพของรัฐ จำแนกตามหมวดกิจกรรมที่แสดงผลงาน	94
ตารางที่ 24	การกำหนดค่าตอบแทนบุคลากรที่ใช้ในโรงพยาบาล	97
ตารางที่ 25	ต้นทุนต่อหน่วย	99
ตารางที่ 26	ภาพรวมของงบประมาณแผ่นดินที่โรงพยาบาลได้รับ และการใช้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลย้อนหลัง 3 ปี	101
ตารางที่ 27	งบประมาณที่รัฐจ่ายเพื่อซื้อบริการสุขภาพที่คำนวณจากต้นทุนต่อหน่วย และการให้บริการสุขภาพตามนโยบายของรัฐของโรงพยาบาลหาดใหญ่	102

ตารางที่ 28	ส่วนต่างของงบประมาณที่คำนวณได้กับงบประมาณเดิมที่ได้รับจัดสรร และสัดส่วนของค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นจากส่วนต่างนี้สำหรับโรงพยาบาลหาดใหญ่	103
ตารางที่ 29	ภาพรวมของโครงสร้างแหล่งเงินเพื่อชดเชยต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลหาดใหญ่	104
ตารางที่ 30	งบประมาณที่คำนวณจากต้นทุนต่อหน่วยและการให้บริการสุขภาพตามนโยบายของรัฐของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว	105
ตารางที่ 31	ส่วนต่างของงบประมาณที่คำนวณได้กับงบประมาณเดิมที่ได้รับจัดสรร และสัดส่วนของค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นจากส่วนต่างนี้สำหรับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว	106
ตารางที่ 32	ข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการคำนวณค่าตอบแทนแก่ข้าราชการที่จะออกนอกระบบราชการของโรงพยาบาลหาดใหญ่	107
ตารางที่ 33	การจำลองเหตุการณ์การจ่ายค่าตอบแทนข้าราชการกลุ่มที่มีอายุราชการน้อยกว่า 5 ปี และกลุ่มที่มีอายุราชการมากกว่า 25 ปี เพื่อเป็นแรงจูงใจในการออกจากระบบข้าราชการของโรงพยาบาลหาดใหญ่	108
ตารางที่ 34	ข้อมูลเบื้องต้นในการคำนวณค่าตอบแทนแก่ข้าราชการที่จะออกนอกระบบราชการของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว	109
ตารางที่ 35	การจำลองเหตุการณ์การจ่ายค่าตอบแทนข้าราชการกลุ่มที่มีอายุราชการน้อยกว่า 5 ปี และกลุ่มที่มีอายุราชการมากกว่า 25 ปี เพื่อเป็นแรงจูงใจในการออกจากระบบข้าราชการของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว	110
ตารางที่ 36	ต้นทุนของการให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ชุมชนและบริการป้องกันโรคที่ชุมชนของโรงพยาบาลบ้านแพ้วในช่วงปีงบประมาณ 2538 – 2540	111
ตารางที่ 37	งบประมาณที่รัฐจ่ายเพื่อซื้อบริการสุขภาพที่คำนวณจาก Cost per DRG (เฉพาะคนไข้ใน) ตามนโยบายของรัฐของโรงพยาบาลหาดใหญ่ (ข้อมูลปี 2539)	112
ตารางที่ 38	งบประมาณที่รัฐจ่ายเพื่อซื้อบริการสุขภาพที่คำนวณจาก Cost per DRG (เฉพาะคนไข้ใน) ตามนโยบายของรัฐของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (ข้อมูลปี 2539)	121
ตารางที่ 39	งบประมาณที่รัฐจ่ายเพื่อซื้อบริการสุขภาพที่คำนวณจาก Cost per DRG (เฉพาะคนไข้ใน) ตามนโยบายของรัฐของโรงพยาบาลสงขลา	123
ตารางที่ 40	การคำนวณงบประมาณที่ควรได้รับโดยคิดจากต้นทุนเฉลี่ยของการดำเนินงานตามนโยบายของรัฐของโรงพยาบาลหาดใหญ่	135

ตารางที่ 41	การคำนวณงบประมาณที่ควรได้รับโดยคิดจากต้นทุนเฉลี่ยของ การดำเนินงานตามนโยบายของรัฐของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว	136
ตารางที่ 42	งบประมาณที่รัฐอุดหนุนโรงพยาบาลเพื่อซื้อบริการให้กับผู้ถือบัตร ประกันสุขภาพ ผู้ถือบัตร สปร. และผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาล ได้ในกรณีก่อนปรับตัวเลข	137
ตารางที่ 43	งบประมาณที่รัฐอุดหนุนโรงพยาบาลเพื่อซื้อบริการให้กับผู้ถือบัตร ประกันสุขภาพ ผู้ถือบัตร สปร. และผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาล ได้ในกรณีปรับตัวเลข	140
ตารางที่ 44	ตัวอย่างแสดงยอดเงินงบประมาณที่โรงพยาบาลแต่ละโรงควรจะได้รับ ในปี 2541 ถ้าคิดตามหลักเกณฑ์การจัดสรรที่กำหนดไว้	142

บทที่ 1

บทนำ

แนะนำโครงการ

โครงการจัดทำดัชนีวัดผลงานและการคำนวณงบประมาณเพื่อการจัดสรรให้กับโรงพยาบาลของรัฐนี้ มีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติ (action research oriented) เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัยซึ่งส่วนหนึ่งเป็นบุคลากรจากภายนอกกระทรวงสาธารณสุข และนักวิจัยสมทบซึ่งเป็นอาจารย์ แพทย์ และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่ร่วมโครงการ คือ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และโรงพยาบาลชุมชนบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร และมีที่ปรึกษาซึ่งประธานคือ นพ.ชาติรี บานชื่น ซึ่งดำรงตำแหน่งรองอธิบดีกรมการแพทย์ ในช่วงที่ทำหน้าที่ประธานที่ปรึกษา และผู้อำนวยการของโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาโดยตำแหน่ง

การออกแบบงานวิจัยในลักษณะนี้ เหตุผลสำคัญก็คือ เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันทุก ๆ ฝ่าย เพื่อให้เกิดสถานการณ์ที่ทุกฝ่ายพอใจ โดยที่อย่างน้อยจะไม่มีผู้สูญเสียผลประโยชน์ (win-win situation) ซึ่งเป็นหลักการดำเนินงานที่จะช่วยให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงโดยทุกฝ่ายมีความสมัครใจอย่างแท้จริง ในขณะที่เดียวกันจะต้องรักษาผลประโยชน์ของสาธารณชนผู้เสียภาษี และจะต้องยึดเอาผลประโยชน์ของผู้ใช้บริการ คือผู้ที่มารับการรักษาจากโรงพยาบาลเป็นที่ตั้งด้วย ด้วยเหตุนี้การดำเนินงานในลักษณะที่เป็นความพยายามหาข้อยุติร่วมกัน (concensus) จากทุก ๆ ฝ่ายที่มีผลประโยชน์ร่วม โดยฝ่ายนักวิจัยจะเน้นการรักษาผลประโยชน์ของสาธารณชน และยึดเอาผลประโยชน์ของผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่ยังตกอยู่ในภาวะวิกฤติเป็นหลัก แต่ขณะเดียวกันก็ต้องไม่ให้แก่แต่ละโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการสูญเสียผลประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบในทางลบที่อาจจะตกแก่บุคลากรแต่ละคนของโรงพยาบาลนั้น จะยอมให้เกิดขึ้นไม่ได้ ซึ่งเชื่อว่าทั้งนักวิจัยสมทบ ประธานที่ปรึกษา และคณะที่ปรึกษา ซึ่งก็เป็นผู้อำนวยการในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ย่อมจะต้องยืนอยู่บนจุดยืนของผลประโยชน์ร่วมเดียวกัน แต่นำหนักที่ให้อาจจะแตกต่างกันบ้าง โดยเฉพาะผู้อำนวยการและนักวิจัยสมทบจากแต่ละโรงพยาบาลจะต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และความยุติธรรมในการใช้ดัชนีแต่ละตัวเป็นเครื่องมือในการชี้วัด ตลอดจนความยุติธรรมในการได้รับการจัดสรรงบประมาณด้วย

เนื่องจากผลของงานวิจัยนี้จะมีผลกระทบในด้านการแบ่งปันผลประโยชน์ ซึ่งเป็นประเด็นทาง “การเมือง” งานวิจัยนี้จึงยอมรับแต่แรกว่ามีชิ้นงานวิจัยที่เน้นประเด็น “วิชาการ” อย่างเดียวหรือเป็นหลักเหมือนเช่นงานวิจัยทั่วไป แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่าจะไม่มีการนำหลักเกณฑ์ทางวิชาการมาใช้ในการพิจารณาเลย ในความเป็นจริงหลักเกณฑ์ที่จะทำให้ทุกฝ่ายยอม

รับได้จะต้องเป็นหลักเกณฑ์ที่มีเหตุผลทางด้านวิชาการ และตั้งอยู่บนฐานข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง มิฉะนั้นจะมิได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย ส่วนที่เป็นประเด็นทาง “การเมือง” มีอยู่เพียงกรณีเดียว นั่นก็คือ คำตอบหรือข้อตกลงในเชิงปริมาณบางตัว มิได้เกิดจากการมีสูตรในการคำนวณที่ตายตัว แต่เกิดจากข้อตกลงร่วมกันของทุกฝ่ายว่าน่าจะเป็นตัวเลขที่เหมาะสม ความหมายของคำว่า “การเมือง” จึงมีแต่เพียงเท่านี้ และนักวิจัยย่อมไม่สามารถใช้อัตตวิจักษ์ได้เอง เพราะถ้าหากเป็นเช่นนั้นก็จะตีความว่านักวิจัยสามารถครอบงำภูมิปัญญาของที่ปรึกษาและนักวิจัยสมทบได้ ซึ่งนักวิจัยเองก็ไม่มีผลประโยชน์เช่นนั้น เนื่องจากไม่มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงกับโครงการนี้ และเชื่อว่าคณะที่ปรึกษาและนักวิจัยสมทบก็ไม่ยอมให้เป็นเช่นนั้นอย่างแน่นอน ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีลักษณะโน้มเอียงที่จะเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติเน้นการมีส่วนร่วมค่อนข้างจะสูง (participatory action research)

เน้นผลการปฏิบัติได้จริงเป็นหลัก

เนื่องจากโครงการนี้เป็นโครงการที่เน้นผลการวิจัยเพื่อนำไปใช้ปฏิบัติจริง เพราะต้องการให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงจริง คือถ้าหากบุคลากรส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง คือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลบ้านแพ้วเห็นสมควรว่าการปรับเปลี่ยนการบริหารงานจากรูปแบบปัจจุบันที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐไปสู่รูปแบบใหม่ที่เรียกว่า องค์กรมหาชน เป็นสิ่งที่ดีสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลในแง่ที่จะมีระบบที่เปิดโอกาสให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มความสามารถ สามารถบริการประชาชนได้ดีกว่าเดิม โดยที่ประชาชนก็จะได้รับบริการต้อนรับและบริการรักษาพยาบาลที่ดีขึ้นกว่าเดิม และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันรัฐก็ไม่จำเป็นต้องเพิ่มเงินอุดหนุนให้มากขึ้นเป็นพิเศษ เป็นกรณีที่ทุกคนได้รับประโยชน์อย่างชัดเจน ถ้าหากบุคคลเหล่านี้เห็นชอบที่ควรจะให้มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีกว่าดังกล่าว การเปลี่ยนแปลงจริงย่อมจะเกิดขึ้นได้

ด้วยเหตุนี้งานวิจัยนี้จึงจะเน้นความสามารถในการปฏิบัติได้จริงมาเป็นหลักในการพิจารณาในทุกกรณี เริ่มจากการคิดดัชนีที่จะนำมาใช้วัดจะต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่มีอยู่จริง และก่อให้เกิดแรงจูงใจในทิศทางที่ถูกต้อง ส่วนการคิดงบประมาณก็จะต้องคำนวณจากฐานยอดรวมของงบประมาณเดิมที่เคยได้รับ และงบประมาณที่จะคำนวณเพื่อการจัดสรรในรูปแบบใหม่ก็ต้องไม่สูงเกินความเป็นไปได้ของสภาพความเป็นจริงทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน ข้อเสนอทุก ๆ ข้อที่เสนอในงานวิจัยนี้จะต้องเป็นข้อเสนอที่ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกแห่งยอมรับว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้ ทั้งหมดนี้คือความหมายของการเน้นผลการปฏิบัติได้จริงเป็นหลัก ย่อมเป็นที่แน่นอนว่าในบรรดาข้อเสนอที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงทุกข้อที่ปรากฏอยู่อาจจะไม่มีข้อเสนอในบางเรื่องที่สามารถนำเสนอแตกต่างจากที่เสนอในงานวิจัยนี้ พร้อมทั้งสามารถปฏิบัติได้จริงได้ และอาจจะเป็นที่พึงประสงค์ของผู้ปฏิบัติมากกว่าก็เป็นไปได้ แต่ประเด็นเหล่านี้เป็นประเด็นของข้อเท็จจริงในทางปฏิบัติ ในกรณีเช่นนี้จุดยืนของงานวิจัยนี้จะไม่มีการกำหนดในลักษณะที่ตายตัวว่าจะต้องเป็นไปตามข้อเสนอของงานวิจัยนี้แต่เพียง

อย่างเดี่ยวเป็นอันขาด แต่จะเป็นการเสนอให้เริ่มมีการนำไปทดลองปฏิบัติก่อน เพราะข้อเสนอกทุกข้อในงานวิจัยนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้อยู่แล้ว แต่ถ้าหากเห็นว่าไม่เหมาะสมหรือเกิดอุปสรรคร้ายแรงในทางปฏิบัติ หรืออาจจะมีวิธีการปฏิบัติที่ดีกว่าก็ย่อมสามารถปรับแก้ได้ เพราะเป็นประเด็นของข้อเท็จจริงในทางปฏิบัติ ซึ่งเป็นประเด็นที่งานวิจัยนี้สนับสนุนโดยไม่มีข้อโต้แย้งแต่อย่างใด

เป็นเพียงส่วนหนึ่งของชุดโครงการ

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของชุดโครงการที่จะปรับเปลี่ยนระบบบริหารงานโรงพยาบาลของรัฐให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนจากรูปแบบเดิมไปสู่หน่วยงานของรัฐในรูปแบบใหม่ที่เรียกว่า องค์กรมหาชน โดยตั้งความหวังไว้ว่ารูปแบบใหม่จะมีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม และตอบสนองความต้องการของประชาชนมากขึ้นกว่าเดิม ขณะเดียวกันก็จะช่วยให้ผู้ที่ทำงานอยู่เดิมสามารถทำงานอย่างมีความสุขมากขึ้นกว่าเดิม ทั้งนี้โดยมีเงื่อนไขว่า การปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นจะต้องเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมดไปสู่ระบบบริหารจัดการบริการสาธารณสุขแบบใหม่มากขึ้น เน้นการใช้ชีวิตให้สอดคล้องกับการมีสุขภาพดี ซึ่งจะมีผลเช่นนั้นได้จะต้องเน้นการส่งเสริมและป้องกันให้มากขึ้นกว่าเดิม ซึ่งมักจะเน้นการรักษาเป็นหลัก และการฟื้นฟูสุขภาพเป็นรอง และเน้นการเพิ่มทางเลือกในการขอรับบริการสาธารณสุขของผู้เจ็บป่วยให้มากกว่าเดิม โดยมีจุดเน้นอยู่ที่ความเป็นมนุษย์ของคนไข้มากกว่า “โรค” หรือ อาการ “เจ็บป่วย” โดยที่ชุดโครงการปรับเปลี่ยนระบบบริหารโรงพยาบาลของรัฐที่กำลังกล่าวถึงอยู่นี้เป็นเพียงส่วนเล็ก ๆ ที่เน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลักเหมือนเดิม แต่เพียงเปลี่ยนจุดเน้นมาเป็นการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เงื่อนไขสำคัญของการปรับเปลี่ยนในครั้งนี้จะต้องไม่มีผลกระทบในทางลบต่อกรอบใหญ่ของระบบบริการสาธารณสุขใหม่ที่ได้กล่าวมาแล้ว นั่นก็คือจะต้องไม่ก่อให้เกิดผลตามมาเป็นการเน้นการรักษาเป็นหลักเหมือนเดิมหรือมากยิ่งขึ้นไปกว่าเดิม

ขณะเดียวกันในชุดโครงการปรับเปลี่ยนระบบบริหารงานของรัฐ โครงการนี้ก็เป็นเพียงหัวข้อวิจัยเพียง 2 หัวข้อจากบรรดาหัวข้อวิจัยทั้งหมดประมาณ 10 ข้อ ดังนั้น หัวข้อวิจัยนี้จึงออกแบบมาเพื่อตอบปัญหาที่ค่อนข้างจะเฉพาะเจาะจงลงไปว่าถ้าหากจะปรับเปลี่ยนโรงพยาบาลของรัฐจากระบบที่เป็นอยู่ที่เคยได้รับงบประมาณจำแนกเป็นแต่ละรายการที่เน้นการควบคุมปัจจัยนำเข้าเป็นหลัก มาเป็นการให้งบประมาณเป็นเงินก้อน (block grant) และหันมาตรวจสอบผลงาน (performance) ของโรงพยาบาลแทน เพื่อจะเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลสามารถบริหารเงินและบุคลากรอย่างคล่องตัวมากขึ้น ขณะเดียวกันก็สามารถผลิตผลงานได้ตามความคาดหวังของรัฐซึ่งเป็นผู้ซื้อบริการรายสำคัญรายหนึ่งเท่านั้นของโรงพยาบาล จะมีหลักการในการคิดวิธีจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลอย่างไร และควรจะมียอดเงินเท่าใด อีกทั้งจะมีวิธีวัดผลงานของโรงพยาบาลอย่างไร เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ซื้อหรือรัฐได้บริการจากโรง

พยาบาลกลับคืนมาคุ้มค่ากับเงินภาษีอากรที่ประชาชนจ่ายไป โดยรัฐเป็นผู้ทำหน้าที่แทนประชาชนดังกล่าว ขอบเขตของงานวิจัยชิ้นนี้จึงมีเพียงเท่านี้

การพิจารณาความเป็นไปได้ของการปรับเปลี่ยนบุคลากรและอัตราเงินเดือนนั้นก็พิจารณาเท่าที่อยู่ในขอบเขตของความเป็นไปได้ในการคำนวณงบประมาณ จะไม่ก้าวล่วงไปถึงรายละเอียดในการบริหารจัดการและการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ รวมทั้งการจัดทำระบบบัญชีการเงิน การจัดการกับเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งเป็นหัวข้อวิจัยต่างหากในชุดโครงการนี้นอกเหนือไปจากงานวิจัยนี้

ดังนั้น ขอบเขตของงานวิจัยนี้จึงมุ่งตอบคำถามที่เกี่ยวกับงบประมาณและดัชนีวัดผลงาน รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสองเท่านั้น ส่วนคำถามหลักในเรื่องอื่นจะต้องหาจากงานวิจัยอื่นในชุดโครงการนี้

ครอบคลุมเฉพาะสามโรงพยาบาลเท่านั้น

การทำดัชนีวัดผลงานและการคำนวณเพื่อจัดสรรงบประมาณให้แต่ละโรงพยาบาล ถึงแม้จะมีหลักเกณฑ์กว้าง ๆ ที่อาจจะใช้ร่วมกับโรงพยาบาลอื่น ๆ เกือบทุกโรงพยาบาลที่ประสงค์จะเปลี่ยนสถานะภาพจากโรงพยาบาลของรัฐ มาเป็นองค์กรมหาชน แต่การทำดัชนีและการคำนวณเพื่อจัดสรรงบประมาณในรายงานวิจัยนี้ ทำเพื่อโรงพยาบาลที่แสดงความจำนงที่จะขอร่วมในโครงการวิจัย เนื่องจากต้องการศึกษาความเป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยนสถานะภาพของโรงพยาบาลทั้งสามแห่งดังที่ได้กล่าวนามไปแล้ว ดังนั้น ดัชนีวัดผลงานและตัวเลขที่เกิดจากการคำนวณเพื่อนำมาใช้เป็นดัชนี ตลอดจนงบประมาณที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งสมควรได้รับจัดสรรจึงเป็นเรื่องเฉพาะตัวของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งเท่านั้น และอาจจะจำเป็นต้องมีการปรับแก้ต่อไปภายหลังจากที่มีการทดลองนำไปใช้แล้วเกิดปัญหา หรือมีข้อมูลหรือความคิดที่ดีกว่าที่ได้เสนอในรายงานนี้

ดังนั้น โรงพยาบาลอื่น ๆ หรือกระทรวงสาธารณสุขเองอาจจะศึกษางานนี้ในฐานะเป็น “แนวคิด” เมื่อนำไปใช้กับกรณีอื่น ๆ ต่อไปก็ได้ แต่มีได้เสนอในฐานะที่เป็น “ข้อควรปฏิบัติ” สำหรับทุกโรงพยาบาลที่ต้องการจะปรับเปลี่ยนสถานะภาพในลักษณะนี้ และถ้าหากมีความคิดอย่างอื่นที่ดีกว่าภายหลัง โดยที่เจ้าของความคิดนั้นไม่ประสงค์จะสงวนสิทธิที่โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งในโครงการนี้จะนำไปใช้ทดลองปฏิบัติบ้างก็ได้

ส่วนสาเหตุที่เลือกโรงพยาบาลทั้งสามแห่งนั้นก็เพราะมีเพียงโรงพยาบาลสามแห่งในช่วงเริ่มโครงการในขณะนั้นเท่านั้นที่สมัครใจยอมเข้าร่วมโครงการ เนื่องจากเล็งเห็นแนวโน้มของความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หรืออาจจะกล่าวได้ว่า โรงพยาบาลทั้งสามแห่งมีวิสัยทัศน์ที่เล็งเห็นความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลง และมีความพร้อมในระดับหนึ่งที่จะเตรียมความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลง จึงได้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยตั้ง

กล่าว ดังนั้น ในกรณีนี้จึงไม่มีปัญหาการเลือกตัวอย่าง แต่เป็นจำนวนประชากรทั้งหมดที่มีอยู่ในขณะที่ทำการวิจัย เป็นประเด็นที่ทั้งผู้วิจัยและโรงพยาบาลทั้งสามแห่งเลือกที่จะทำงานร่วมกัน เพราะเห็นความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลงที่จะต้องเกิดขึ้นในอนาคตอย่างแน่นอน

ประเด็นที่จะพิจารณาต่อไป

ในบทที่สองจะกล่าวถึงภาพรวมและหลักการร่วมในการวิเคราะห์และวิจัย ซึ่งจะ เป็นบทสรุปหลักการวิเคราะห์ อีกทั้งหลักการดังกล่าวยังเป็นข้อเสนอที่ผ่านการประชุมพิจารณาหารือร่วมกันระหว่างนักวิจัย นักวิจัยสมทบ คณะที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกจำนวนหนึ่งแล้ว ซึ่งประกอบด้วยเงื่อนไขที่อาจจะนำไประบุในสัญญาการซื้อบริการจากโรงพยาบาล หลักเกณฑ์ในการกำหนดดัชนีชี้วัดผลงานและการให้น้ำหนัก ประกอบกับหลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณซึ่งจะต้องพิจารณาสัญญาการซื้อบริการจากโรงพยาบาลและดัชนีวัดผลงานประกอบด้วย บทนี้ออกแบบมาเป็นเสมือนหนึ่งสรุปย่อเพื่อผู้บริหารด้วย สำหรับผู้ที่ไม่ประสงค์จะทราบรายละเอียดหรือไม่มีเวลาเพียงพอ เนื่องจากในรายงานนี้มิได้ทำสรุปย่อสำหรับผู้บริหารไว้ในตอนต้นต่างหาก เพื่อลดปัญหาความซ้ำซ้อนของเนื้อเรื่อง ขณะเดียวกันประเด็นที่นำมาพิจารณาในงานวิจัยนี้ ส่วนใหญ่ล้วนเป็นประเด็นทาง “การเมือง” ซึ่งก็มี “ผู้ได้” มากได้น้อยแตกต่างกันไป ถ้าหากอ่านอย่างย่อจนเกินไปจะเกิดปัญหาและเข้าใจไม่ถูกต้องได้ จึงจำเป็นต้องทำสรุปย่อสำหรับผู้บริหารที่มีความยาวพอสมควร ถึงกระนั้นก็ยังมิมีปัญหาจึงต้องอธิบายความเป็นมา ลักษณะของโครงการในบทที่ 1 นี้ด้วย เพื่อความเข้าใจที่ชัดเจนยิ่งขึ้น แต่ถ้าผู้บริหารไม่มีเวลาก็ขอเพียงแต่อ่านบทสรุปของบทที่ 2 ก็คือบทสรุปของผู้บริหารในความหมายที่เข้าใจกันโดยทั่วไป บทที่ 3 จะพิจารณารายละเอียดประกอบผลการคำนวณดัชนีวัดผลงาน บทที่ 4 ซึ่งเป็นบทสุดท้ายจะพิจารณารายละเอียดตลอดจนขั้นตอนในการคำนวณเพื่อพิจารณาจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลที่เป็นองค์การมหาชน ดังนั้น บทที่ 3 และ บทที่ 4 จึงเหมาะสำหรับผู้ที่สนใจในการวิเคราะห์และการคำนวณในรายละเอียดของเรื่องที่เกี่ยวข้อง โดยไม่มีการสรุป เพราะการสรุปนั้นอยู่ในบทที่ 2 อยู่แล้ว

ส่วนผู้ที่สนใจที่จะคำนวณงบประมาณและจัดทำดัชนีวัดผลงานขึ้นมาเองสามารถศึกษาได้จากคู่มือ ซึ่งจัดพิมพ์ต่างหากจากรายงานนี้แล้ว

บทที่ 2

ภาพรวมและหลักการร่วมในการวิเคราะห์และวิจัย

ความนำ

การศึกษาเพื่อจัดทำดัชนีชี้วัดผลงาน (Performance Indicators) และการคำนวณงบประมาณเพื่อจ่ายให้กับโรงพยาบาลของรัฐนั้น มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้เป็นแนวทางในการทำสัญญาซื้อบริการจากโรงพยาบาลของรัฐ โดยหน่วยงานราชการหรือหน่วยงานจัดซื้อที่เกี่ยวข้อง (ในกรณีนี้คือ กระทรวงสาธารณสุข หรือ Hospital Authority) เพื่อใช้เป็นโครงการนำร่องในการทดลองให้โรงพยาบาลที่มีความพร้อมดำเนินงานในลักษณะองค์การมหาชนซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงสถานะภาพจากการเป็นหน่วยงานราชการจากที่เคยเป็นอยู่เดิม โดยมีความคาดหวังว่าโรงพยาบาลในโครงการนำร่องเหล่านี้จะสามารถบริหารงบประมาณและบุคลากรได้คล่องตัวยิ่งกว่าเดิม ซึ่งก็จะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพดียิ่งขึ้นกว่าเดิม มีบริการต้อนรับดีกว่าที่เป็นมาในอดีต ขณะเดียวกันก็สามารถให้ผลตอบแทนแก่บุคลากรของโรงพยาบาลได้สูงขึ้นกว่าเดิม ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรของโรงพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพิ่มคุณภาพของบริการให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในด้านของการจัดสรรงบประมาณ คือจัดสรรงบประมาณให้เป็นจำนวนรวม เปลี่ยนจากระบบการจัดสรรงบประมาณที่เคยจำแนกตามการจัดสรรปัจจัยนำเข้า โรงพยาบาลสามารถออกกฎระเบียบเกี่ยวกับการใช้เงินของตนเองได้ เปิดโอกาสให้โรงพยาบาลมีความคล่องตัวในการบริหารบุคลากรของโรงพยาบาลได้มากขึ้นกว่าเดิม ความคล่องตัวในการบริหารด้านการเงินและบุคลากรที่โรงพยาบาลจะได้รับเพิ่มขึ้น จะต้องแลกกับการตรวจสอบผลงานของโรงพยาบาลให้เป็นไปตามสัญญาระหว่างหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ในการจัดซื้อบริการกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล ดังนั้น งบประมาณโดยรวมจากรัฐที่มอบให้กับโรงพยาบาลก็คือ จำนวนเงินที่รัฐจ่ายให้กับโรงพยาบาลเพื่อซื้อบริการตามที่ได้ตกลงกันไว้นั่นเอง

ลักษณะดังกล่าวจึงเป็นการเปลี่ยนแนวคิดที่สำคัญ จากที่รัฐบาลเคยทำหน้าที่ควบคุมการใช้จ่ายงบประมาณและควบคุมการว่าจ้างตลอดจนการปฏิบัติราชการของบุคลากรอย่างเข้มงวด มาเป็นการซื้อบริการจากโรงพยาบาลเป็นสำคัญ โดยเน้นปริมาณและคุณภาพของบริการเป็นหลัก เหมือนกับกรณีที่หน่วยงานของรัฐทำสัญญาจ้างเหมาให้ธุรกิจเอกชนดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของทางราชการในกรณีทั่ว ๆ ไป เช่น กรณีการสั่งซื้อสินค้าจากภาคธุรกิจเอกชน หรือการว่าจ้างให้ภาคธุรกิจเอกชนจัดปลูกสร้างสิ่งก่อสร้างให้ โดยที่ทางราชการจะเป็นฝ่ายกำหนดมาตรฐานและคุณภาพของสินค้าที่พึงประสงค์ เปิดโอกาสให้บริษัทเอกชนเสนอราคาสินค้าตามคุณภาพที่กำหนด ทางฝ่ายราชการก็จะคัดเลือกธุรกิจของเอกชนที่เสนอขายสินค้าตามมาตรฐานและคุณภาพที่กำหนดที่เสนอราคาต่ำที่สุด ซึ่งก็มีความหมายว่าหน่วยราชการ

จะมีโอกาสซื้อสินค้าที่มีคุณภาพตรงตามมาตรฐานโดยมีราคาต่ำที่สุด โดยทางราชการมิได้ตามไปควบคุมว่าธุรกิจเอกชนเหล่านั้นจะมีการสั่งซื้อวัตถุดิบ หรือจัดการผลิตสินค้านั้นอย่างไร มีกระบวนการในการจ้างบุคลากรของบริษัทอย่างไร ทางราชการสนใจเพียงแต่จะได้รับสินค้าหรือบริการตามมาตรฐานและคุณภาพที่ตกลงกันไว้เท่านั้น ซึ่งก็หมายความว่าหน่วยงานที่ทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณของรัฐให้กับโรงพยาบาล จะเลิกเข้าไปกำกับควบคุมในรายละเอียดของการปฏิบัติงานในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งของการด้อยประสิทธิภาพในการบริหารจัดการโรงพยาบาลของรัฐในอดีต แต่ถ้าหากหน่วยงานกลางของรัฐยังพึงประสงค์จะกำหนดนโยบายในด้านใดเฉพาะด้านก็ยังคงจะทำได้ โดยการจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลเพื่อการนั้น ๆ โดยมีข้อตกลงที่ระบุไว้ในสัญญาอย่างชัดเจน พร้อมกับมีดัชนีชี้วัดผลสำเร็จของงานเหล่านั้นอย่างชัดเจนประกอบด้วย ส่วนการแทรกแซงการปฏิบัติหน้าที่ของโรงพยาบาลตามความ “จำเป็น” และ/หรือ ตามความ “เหมาะสม” เป็นครั้งคราวจะด้วยเหตุผลทางการเมืองหรือเหตุผลอื่นใด จะทำไม่ได้อีกต่อไป

ในกรณีนี้ ถ้าหากเปรียบเทียบบริการจากโรงพยาบาลของรัฐเสมือนสินค้าหรือบริการที่ธุรกิจเอกชนผลิตจำหน่าย การซื้อบริการจากโรงพยาบาลของรัฐ หน่วยงานที่จัดซื้อจะสนใจเฉพาะปริมาณและคุณภาพของบริการตามที่ได้มีการตกลงไว้เท่านั้น โดยมีข้อกำหนดเกี่ยวกับปริมาณ คุณภาพ ตลอดจนมาตรฐานของบริการที่ชัดเจนตามที่ได้มีการตกลงกันทั้งสองฝ่าย ดัชนีชี้วัดผลงาน (Performance Indicators) จะทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของข้อกำหนดที่เกี่ยวกับปริมาณ ตลอดจนคุณภาพและมาตรฐานของบริการ ซึ่งจะแนบอยู่ในท้ายสัญญาของการซื้อขายบริการดังกล่าว ระหว่างหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดซื้อกับผู้อำนวยการของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจจะมีการระบุเงื่อนไขรายละเอียดเพิ่มเติมที่ไม่จำเป็นต้องระบุไว้ในดัชนีชี้วัดผลงานก็เป็นได้ เป็นต้นว่า (1) โรงพยาบาลที่จะขอมีสถานภาพเป็นองค์กรมหาชนจะต้องได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันที่ทำการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเสียก่อน (เพื่อให้มั่นใจได้ว่าโรงพยาบาลเหล่านั้นต้องการเน้นคุณภาพมากกว่าผลกำไรในเบื้องต้น) (2) โรงพยาบาลจะต้องไม่พยายามดำเนินการให้มีกำไรเกินกว่าร้อยละ 5 ของต้นทุนในการบริหารโรงพยาบาลทั้งหมด (เพื่อให้โรงพยาบาลเน้นคุณภาพและความเป็นธรรมของการให้บริการมากกว่าการแสวงหากำไร) (3) โรงพยาบาลจะต้องมีค่าใช้จ่ายส่วนที่เป็นเงินตอบแทนบุคลากรไม่เกินกว่าร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (เพื่อป้องกันมิให้โรงพยาบาลเน้นการเพิ่มเงินเดือนและเงินตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมากเกินไป) (4) โรงพยาบาลจะต้องมีเตียงคนไข้ในสำหรับผู้ป่วยสามัญไม่ต่ำกว่าจำนวนที่กำหนด (เพื่อให้หลักประกันในด้านบริการรักษาพยาบาลเพียงพอแก่ผู้ที่มีรายได้น้อย) (5) โรงพยาบาลจะต้องไม่ปฏิเสธการรักษาอย่างน้อยในเบื้องต้นของคนไข้ทุกคนที่เข้ามาขอรับบริการ

(เพื่อป้องกันมิให้โรงพยาบาลปฏิเสธที่จะไม่รับรักษาผู้ที่มีรายได้น้อย)¹ ข้อเสนอทั้งหมดนี้เป็นเพียงตัวอย่างเท่านั้น อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเป็นการตกลงกันระหว่างผู้ซื้อและผู้ขายบริการ ตัวอย่างเช่น ในข้อที่ (3) หากโรงพยาบาลมีความจำเป็นที่จะต้องจ่ายเงินตอบแทนให้แก่เจ้าหน้าที่เกินกว่าร้อยละ 50 อาจจะต้องร้องโดยการรับประกันว่าจะไม่เก็บค่ารักษาพยาบาลสูงไปกว่าอัตราที่สามารถยอมรับได้จากทุกฝ่าย หรือในกรณีที่พบว่าหลักการในข้อ (5) เพียงพอโดยไม่จำเป็นต้องมีข้อ (4) ให้ซ้ำซ้อนอีกก็อาจจะตัดข้อ (4) ออกไปก็ได้

วัตถุประสงค์ของการกำหนดเงื่อนไขเหล่านี้ก็เพื่อเป็นกรอบให้โรงพยาบาลเห็นการให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้มาใช้บริการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักความเสมอภาค (equity) ในการเข้าถึงบริการ (accessibility) ของผู้ต้องการใช้บริการตามมาตรฐานที่กำหนดอย่างเท่าเทียมกันทุกคน

โดยที่โรงพยาบาลจะต้องไม่มุ่งเน้นแสวงหากำไร หรือมีเจตน์ก็เน้นการเพิ่มรายได้ให้แก่บุคลากรของตนเองเป็นหลัก พร้อมทั้งจะต้องไม่ปฏิเสธที่จะให้บริการสุขภาพแก่ผู้มีรายได้น้อย เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการตามมาตรฐานขั้นต่ำที่กำหนดให้แก่ทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน เหตุที่ต้องกำหนดเงื่อนไขดังกล่าวเพิ่มเติมไว้ในสัญญา ก็เพราะว่าไม่ต้องการลดน้ำหนักความสำคัญของดัชนีชี้วัดตัวอื่น เนื่องจากเกณฑ์ทั้งหมดที่กล่าวมานี้เป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับจะต้องใช้ต่อรองให้ทุกโรงพยาบาลจะต้องยอมรับอยู่แล้ว โดยที่ตัวดัชนีชี้วัดผลงานที่จะนำเสนอต่อไปนี้ เสนอให้ใช้เฉพาะกับโรงพยาบาลเพียง 3 โรง ที่นำมาเป็นกรณีศึกษาเท่านั้น ทั้งนี้ เพราะการทำดัชนีชี้วัดนั้นจะต้องมีลักษณะเป็นการออกแบบเพื่อเป็นข้อตกลงเฉพาะตัวสำหรับโรงพยาบาลแต่ละโรง และจำเป็นจะต้องมีการปรับแก้ตามนโยบายที่เปลี่ยนแปลงไปหรือการเปลี่ยนจุดเน้นในการวัดหรือจุดเน้นในการซื้อบริการประกอบกับความเหมาะสมในการนำดัชนีแต่ละตัวไปใช้ชี้วัดในสภาพความเป็นจริง ดังนั้น ดัชนีชี้วัดผลงานของแต่ละโรงพยาบาลในทางปฏิบัติจริงจะต้องมีการปรับแก้อยู่เสมอเพื่อความเหมาะสม โดยเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ซื้อและผู้ขายบริการ

ภาพรวมของบริการสาธารณสุข

แนวคิดในการปรับปรุงประสิทธิภาพในการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่จะนำเสนอ มีสถานภาพเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรวมในการยกระดับคุณภาพและประสิทธิภาพโดยรวมของบริการสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย บริการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟู

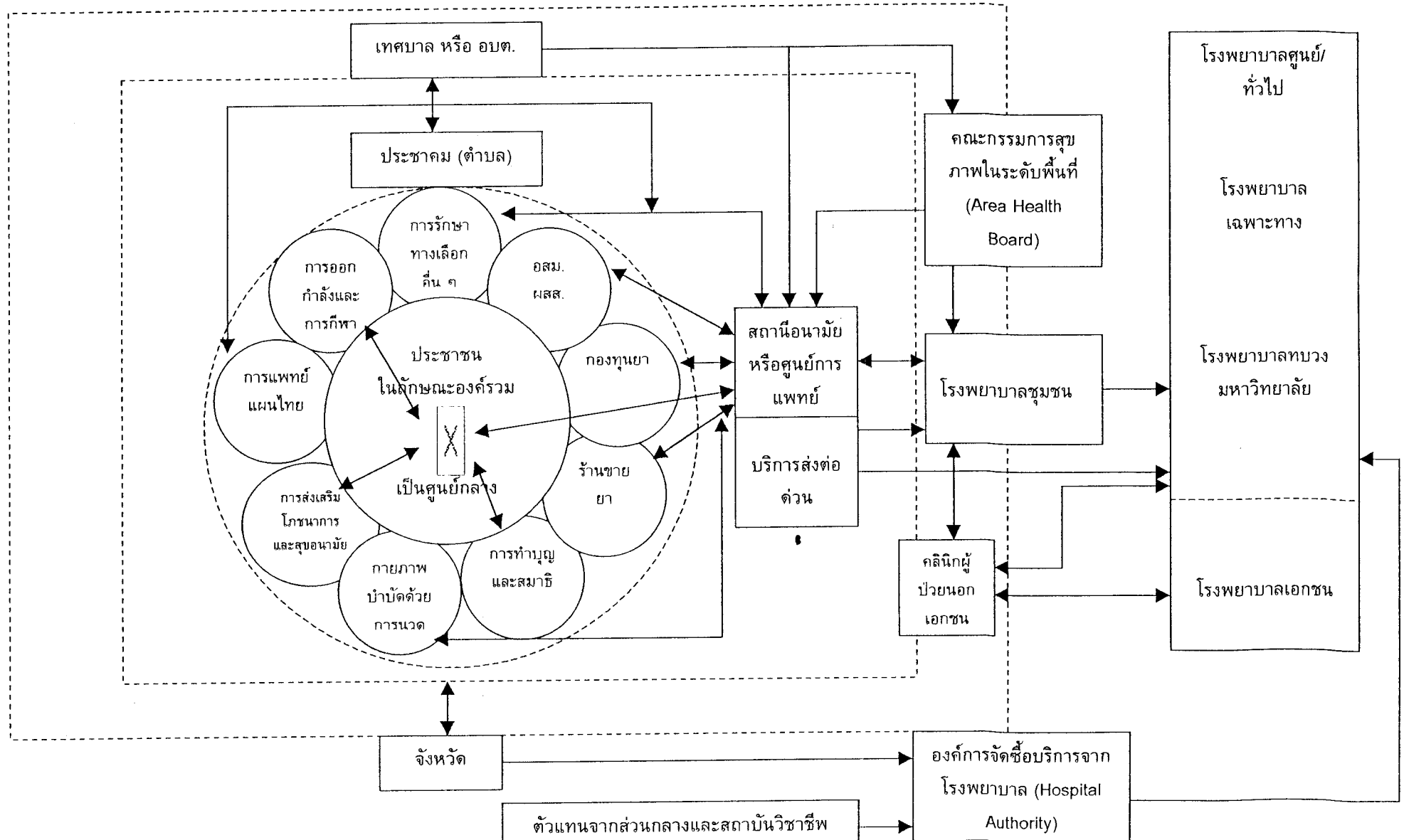
¹ ตัวเลขการกำหนดกำไรไม่เกินร้อยละ 5 นั้นเป็นการนำตัวอย่างจากกรณีของประเทศสิงคโปร์มาเทียบเคียง ส่วนตัวเลขค่าใช้จ่ายที่เป็นเงินตอบแทนบุคลากรศึกษาจากงบประมาณตอบแทนบุคลากรของโรงพยาบาลที่ได้ศึกษา ซึ่งอยู่ในระดับกว่าร้อยละ 40 เล็กน้อย การกำหนดตัวเลขร้อยละ 50 ก็เป็นการคำนวณเมื่อค่าตอบแทนที่จะต้องจ่ายเพิ่มขึ้น แต่ขณะเดียวกันจะต้องมีการพิจารณาลดจำนวนบุคลากรลงประกอบด้วย

สุขภาพ ซึ่งโดยปกติระบบโรงพยาบาลทั้งระบบจะเน้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพเป็นหลัก ส่วนบริการส่งเสริมและป้องกันจะเป็นรอง ส่วนจุดเน้นบริการแต่ละแบบจะหนักแน่นเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับว่าโรงพยาบาลเหล่านั้นมีสถานภาพเช่นใด ถ้าหากเป็นโรงพยาบาลชุมชนก็จะเน้นบริการรักษาขั้นปฐมภูมิเป็นหลัก และเน้นบริการส่งเสริมและป้องกันในสัดส่วนที่สูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ที่จะต้องเน้นบริการรักษาขั้นทุติยภูมิเป็นหลัก ในขณะที่โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยต้องเน้นบริการรักษาขั้นตติยภูมิและการวิจัยและพัฒนาเป็นหลัก เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม สำหรับแนวคิดของบริการสาธารณสุขแนวใหม่ ประกอบกับผลงานวิจัยจากข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์ที่ได้รับการยอมรับทั่วโลกแล้วมีข้อสรุปว่า บริการส่งเสริมและป้องกันนั้นมีต้นทุนต่ำและช่วยส่งผลในแง่ประสิทธิภาพของบริการสุขภาพโดยรวมดีกว่าการเน้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูแต่เพียงอย่างเดียว เพื่อให้สถานพยาบาลซึ่งเคยมีจุดเน้นที่การรักษาพยาบาลเป็นหลัก หันมาให้ความสนใจงานส่งเสริมและป้องกันมากขึ้น จำเป็นที่จะต้องกำหนดนโยบายและมีเครื่องมือที่จะสร้างแรงจูงใจให้สถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ หันมาให้ความสนใจกับการส่งเสริมและป้องกันเพิ่มมากขึ้น

โดยที่ความสัมพันธ์ของระบบบริการสาธารณสุขทั้งระบบอาจจะสรุปโดยแผนภูมิที่ 1 ที่แสดงระบบบริการสาธารณสุขในรูปแบบใหม่โดยย่อ ดังต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของระบบบริการสาธารณสุขในรูปแบบใหม่



จากภาพจะเห็นได้ว่าระบบโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลทบวงมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชน เป็นเพียงส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขในรูปแบบใหม่เท่านั้น ที่เหลือและมีความสำคัญยิ่งกว่าคือ ประชาคมสุขภาพในระดับตำบล หรือในเขตเทศบาล ซึ่งมีจุดเชื่อมที่สำคัญคือสถานีนอนามัยหรือศูนย์การแพทย์ ซึ่งควรจะเป็นจุดให้บริการเกือบทุกรูปแบบ แต่กลับมีความอ่อนแอมากที่สุดในระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมในขณะนี้ นอกจากนี้ควรจะมีคลินิกผู้ป่วยนอกของเอกชนที่จะช่วยรับภาระการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกที่ไม่เน้นโรคเฉพาะทาง เพื่อลดความแออัดยัดเยียดและการดูแลผู้ป่วยนอกทั่วไปจากโรงพยาบาล

ที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ ในภาพข้างบนนี้ยังประกอบด้วยโรงพยาบาลเอกชนอีกด้วย ซึ่งควรจะเน้นความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคเฉพาะทางที่ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยเป็นหลัก เพื่อเสริมการให้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐแทนที่จะเป็นการแข่งขันกัน ถึงแม้ในการศึกษาค้างนี้จะเริ่มที่โรงพยาบาลของรัฐเป็นหลัก แต่จุดมุ่งหมายที่แท้จริงนั้นต้องการจะช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลของรัฐให้มีลักษณะคล้ายธุรกิจของเอกชน แต่ประเด็นที่ต้องการจะเน้นก็คือ ไม่ต้องการให้โรงพยาบาลของรัฐดำเนินการในลักษณะเป็นการแสวงหากำไร อีกทั้งเน้นการให้บริการทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีรายได้น้อยหรือผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลเอกชน อีกทั้งยังมีวัตถุประสงค์ที่จะให้โรงพยาบาลของรัฐมีส่วนช่วยในการแทรกแซงตลาดคือตรึงอัตราค่าบริการในตลาด ซึ่งมีสัดส่วนของโรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้ให้บริการในลักษณะที่เป็นการแข่งขันกับการให้บริการโดยโรงพยาบาลของรัฐอีกส่วนหนึ่ง เพื่อมิให้อัตราค่ารักษาพยาบาลสูงจนเกินไป ถ้าหากจะปล่อยให้บริการทั้งหมดดำเนินการโดยธุรกิจเอกชน

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในเรื่องนี้มิได้เน้นเฉพาะที่ประเด็นโรงพยาบาลของรัฐ แต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น ถ้าหากโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีข้อสมมติฐานว่าได้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพดีแล้ว ต้องการจะรับความสนับสนุนทางการเงินเช่นเดียวกับโรงพยาบาลของรัฐภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน ในกรณีที่โรงพยาบาลเอกชนดำเนินการบำบัดรักษาในลักษณะที่เป็นการแข่งขันแทนที่จะเป็นการเสริมบริการจากโรงพยาบาลของรัฐที่ขาดหายไป ทั้งนี้ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดมีสภาพการแข่งขันอย่างมีความเป็นธรรมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีต่อผู้ใช้บริการก็เป็นการสมควรอย่างยิ่งที่รัฐจะให้การสนับสนุน ดังนั้น ในระยะยาววิธีการดังกล่าวจึงมิได้จำกัดอยู่เฉพาะสถานพยาบาลของรัฐ แต่รวมไปถึงสถานพยาบาลของเอกชนด้วยเช่นกัน

ดัชนีชี้วัดผลงาน (Performance Indicators)

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น ดัชนีชี้วัดผลงานในกรณีนี้ทำหน้าที่เสมือนรายละเอียดของมาตรฐานและคุณภาพของบริการที่โรงพยาบาลจะเป็นผู้ผลิตและจำหน่ายให้แก่หน่วยงานจัดซื้อ ซึ่งทำหน้าที่แทนหน่วยงานของรัฐ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีรายละเอียดให้เป็นที่พอใจของทั้งผู้ซื้อและผู้ขายบริการให้พอเหมาะพอดีกับงบประมาณที่ได้รับ นั่นก็คือ ควรจะให้โรงพยาบาลผลิตบริการและรัฐเป็นผู้ซื้อบริการในราคาที่ยุติธรรมแก่ทั้งสองฝ่าย

เนื่องจากงานในลักษณะนี้เป็นงานใหม่และเพิ่งจะเริ่มดำเนินการเป็นครั้งแรกในประเทศไทย อีกทั้งจะต้องพิจารณาจากข้อเท็จจริงของความจำกัดทางด้านข้อมูล ตลอดจนความจำกัดของเวลาและทรัพยากรเพื่อใช้ในการศึกษา อีกทั้งจะต้องให้ได้ดัชนีซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ของทุก ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับผู้ที่ต้องปฏิบัติหน้าที่โดยตรง ดังนั้น จึงเป็นการยากที่จะหวังผลให้ดัชนีมีความสมบูรณ์ตั้งแต่เบื้องต้นแรก และในความเป็นจริงชุดตัวเลขดังกล่าวจะต้องมีการปรับแก้เป็นระยะเมื่อพบข้อบกพร่องหรือมีดัชนีตัวอื่นที่ใช้ทำหน้าที่ได้ดีกว่า โดยหลักการ การมีดัชนีเพียงน้อยตัวแต่สามารถวัดผลงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมเป็นสิ่งที่ดีที่พึงปรารถนา เพราะสามารถตรวจสอบผลงานได้ง่ายและลดความเป็นไปได้ที่จะเกิดกรณีความขัดแย้งภายในระหว่างตัวดัชนีที่ต่างกัน ขณะเดียวกันก็ต้องเน้นหนักในประเด็นความต้องการของผู้ซื้อ (คือรัฐ) เป็นหลัก แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องเป็นเงื่อนไขที่ผู้ขาย (โรงพยาบาล) มีความพอใจหรือยอมรับได้ การซื้อและการขายจึงจะเกิดขึ้น

อย่างไรก็ตามในฐานะที่เป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินการในลักษณะเช่นนี้ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเริ่มศึกษาจากประสบการณ์ของการทำดัชนีชี้วัดในต่างประเทศ แล้วนำผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องตลอดจนผลของการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าน่าจะนำมาปรับใช้ได้ในกรณีของประเทศไทย จึงจะนำดัชนีเหล่านั้นมาปรับใช้ ภายใต้ข้อจำกัดของการมีข้อมูลภายในประเทศด้วย

เป็นที่น่าสังเกตว่า ดัชนีชี้วัดที่จัดทำในต่างประเทศส่วนใหญ่เป็นการทำขึ้นเพื่อให้เกิดเป็นมาตรฐานกลาง (โปรดดูกรณีตัวอย่างของดัชนีชี้วัดผลงานของโรงพยาบาลในประเทศออสเตรเลียในเอกสารอ้างอิง) เพื่อให้โรงพยาบาลใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาเพื่อพิจารณาปรับระดับมาตรฐานการดำเนินงานของตนเองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถลดต้นทุนในการดำเนินงานลงซึ่งอาจจะมิใช่ประเด็นที่ผู้ซื้อพึงประสงค์ก็ได้ อย่างไรก็ตามการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบริการสุขภาพย่อมเป็นหัวใจสำคัญของการบริหารโรงพยาบาลในรูปแบบใหม่ของไทย ดังนั้น การวัดการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลและประสิทธิภาพการบริหารงานภายในของโรงพยาบาล จึงควรจะเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่น่าไปเป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลรัฐด้วย นอกจากนั้นการวัด

ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลยังเป็นประเด็นสำคัญของการให้บริการในการรักษาพยาบาล ผู้เจ็บป่วย ซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่าบริการ “ต้อนรับ” ซึ่งเป็นบริการที่สำคัญรองลงมา แต่ผู้ใช้บริการสามารถตรวจสอบได้ด้วยตนเอง ต่างกับคุณภาพของบริการรักษาซึ่งผู้ใช้บริการไม่มีความรู้เพียงพอในการตรวจสอบ การกำหนดประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลไว้ในดัชนีวัดผลงานนอกจากจะเป็นการช่วยยกประสิทธิภาพในการทำงานของโรงพยาบาลแล้ว ยังเป็นมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภคที่สำคัญอีกด้วย

สำหรับกรณีของประเทศไทย นอกจากประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลและประสิทธิภาพในการบริหารงานภายในแล้ว ลักษณะที่เป็นประเด็นเฉพาะตัวในกรณีของประเทศไทยก็คือ บริการส่งเสริมและป้องกัน ซึ่งเป็นนโยบายในการที่จะเน้นบริการสาธารณสุขแนวใหม่ที่จะสร้างความตระหนักให้แก่โรงพยาบาลในการปรับทิศทางของการให้บริการ โดยมีได้เน้นเฉพาะการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะต้องเน้นการส่งเสริมและป้องกันในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกับบริการที่หน่วยงานอื่น ๆ จะจัดทำ อย่างน้อยในแง่ของการสนับสนุนและการให้บริการทางวิชาการ นอกเหนือจากการให้บริการส่งเสริมและป้องกันโดยตรง นอกจากบริการส่งเสริมและป้องกันแล้ว หน้าที่หลักที่สำคัญสำหรับบริการโรงพยาบาลของไทยก็คือ การสร้างความเป็นธรรมในการเปิดโอกาสให้มีการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจและผู้ที่ตกอยู่ในภาวะวิกฤติ หน้าที่เช่นนี้ในประเทศที่มีการประกันสุขภาพขึ้นต่อครอบครัวประชากรทั้งหมดไม่มีความจำเป็นจะต้องเน้นและให้ความสำคัญ เพราะประชาชนทุกคนมีโอกาสที่จะเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโดยมาตรการประกันสุขภาพขึ้นต่อกันอยู่แล้ว ดังนั้น ดัชนีชี้วัดที่มีลักษณะเด่นของไทยก็คือ การส่งเสริมและป้องกัน และการเข้าถึงบริการของผู้ด้อยโอกาสในทางเศรษฐกิจและผู้ที่ตกอยู่ในภาวะวิกฤติ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้การเข้าถึงบริการของผู้ด้อยโอกาสและผู้ตกอยู่ในสภาวะวิกฤติจะมีความสำคัญมาก แต่ก็ไม่จำเป็นต้องให้น้ำหนักมากสำหรับดัชนีนี้ เนื่องจากสามารถกำหนดไว้ในเงื่อนไขสัญญาฉบับกับโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในข้อ (4) และ ข้อ (5) และที่สำคัญว่านั้นสามารถใช้การจัดสรรงบประมาณเป็นเครื่องมือในการจูงใจให้โรงพยาบาลปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าวได้อีกทางหนึ่งด้วย ซึ่งจะกล่าวต่อไปเมื่อมีการพิจารณาในเรื่องงบประมาณ

ดัชนีที่สำคัญอีกสองกลุ่มที่ควรจะนำมาพิจารณาประกอบด้วยสำหรับประเทศไทยก็คือ บริการฝึกอบรมและวิจัยและพัฒนา และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ สำหรับบริการฝึกอบรมและวิจัยและพัฒนานั้น เกิดจากข้อเท็จจริงที่ว่า โรงพยาบาลเป็นจำนวนมากทำหน้าที่ในการฝึกอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรจากภายนอกหรือสาธารณสุขชนโดยทั่วไป ซึ่งมีใช่เป็นการฝึกอบรมบุคลากรภายในเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานอันเป็นผลประโยชน์ของโรงพยาบาลเอง การฝึกอบรมในลักษณะเช่นนี้ สาธารณชนเป็นผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ ในขณะที่สถานพยาบาลจะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายดังกล่าว เพื่อความเป็นธรรมแก่สถานพยาบาลและเพื่อ

ป้องกันมิให้สถานพยาบาลต้องไปลดมาตรฐานและคุณภาพในการให้บริการแก่ประชาชนลง ในขณะเดียวกันในระบบการรักษาพยาบาลของไทยที่ได้อาศัยความรู้จากการแพทย์แผนตะวันตกเป็นหลัก มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียานวิจัยของไทยเอง ที่จะต้องประยุกต์ใช้ความรู้เหล่านั้นให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการวิจัยที่จะมีการประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ให้สอดคล้องกับการแพทย์แผนตะวันตก และวิถีชีวิตแบบไทยด้วย เพื่อให้เกิดความประสานกลมกลืนและมีประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลสูงสุด ด้วยเหตุนี้ งานวิจัยและพัฒนาในโรงพยาบาลทุกระดับจึงมีความสำคัญมาก ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยและพัฒนาเหล่านั้น โดยปกติจะมีการเผยแพร่ในวงกว้างโดยไม่มีการสงวนลิขสิทธิ์หรือมีการจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา การดำเนินงานในลักษณะเช่นนี้จึงเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องให้การส่งเสริมและจัดให้มีมีความสำคัญในอันดับสูงด้วยเช่นกัน

ประเด็นสุดท้ายเป็นเรื่องความต้องการของผู้ใช้บริการโดยเฉพาะ นอกจากจะต้องการประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการรักษาพยาบาลแล้ว ผู้ใช้บริการยังต้องการบริการต้อนรับที่มีคุณภาพดี เป็นต้นว่า ทัศนคติอันดีของผู้ที่ให้บริการต้อนรับ ความรวดเร็วในการให้บริการ ความสะดวกในการรับบริการ เป็นต้น ลักษณะเช่นนี้มักจะพบเห็นได้จากการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งจะต้องแข่งขันในด้านการให้บริการต้อนรับเพื่อดึงดูดลูกค้าเป็นหลักอยู่แล้ว ในเมื่อโรงพยาบาลของรัฐจำเป็นจะต้องแข่งขันกับโรงพยาบาลเอกชนในทุก ๆ ด้าน จึงมีความจำเป็นต้องมีมาตรการจูงใจที่จะให้โรงพยาบาลของรัฐ ปรับปรุงคุณภาพการให้บริการต้อนรับให้เป็นที่พอใจของผู้ใช้บริการด้วยเช่นกัน

โดยสรุป สำหรับกรณีของประเทศไทยในสถานการณ์ปัจจุบัน และเฉพาะในกรณีศึกษาของโรงพยาบาลสามโรงที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ควรมีดัชนีหลักที่ใช้วัดผลงานของสถานพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. การส่งเสริมและป้องกัน (ในฐานะที่เป็นนโยบายของรัฐ)
2. การเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ (ลักษณะเฉพาะตัวของบริการสาธารณสุขในประเทศไทย)
3. ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล (หลักการสากล)
4. ประสิทธิภาพของการบริหารภายใน (หลักการสากลและเพื่อผลประโยชน์ของผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐและประโยชน์ในการตรวจสอบ)
5. การฝึกอบรม วิจัยและพัฒนา (เป็นหน้าที่ที่โรงพยาบาลถูกเรียกร้อง และความจำเป็นเพื่อยกระดับคุณภาพการรักษาพยาบาลทั้งระบบในบริบทของประเทศไทย)

6. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ซื้อ)

ดัชนีทั้งหมดนี้คือดัชนีที่จะนำมาใช้ในงานศึกษานี้ หลังจากที่ผ่านมากระบวนการสังเคราะห์โดยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นนี้ทั้งหมด

การปรับใช้ดัชนีกับโรงพยาบาลสามระดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการทดลองกับโรงพยาบาล 3 โรงพยาบาล ซึ่งแตกต่างกันสามระดับ คือ

1. โรงพยาบาลชุมชน อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร (เน้นการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ)
2. โรงพยาบาลศูนย์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา (เน้นการรักษาพยาบาลระดับทุติยภูมิ)
3. โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา (เน้นการรักษาพยาบาลระดับตติยภูมิ)

เหตุผลก็เพื่อที่จะให้มีโรงพยาบาลประเภทต่าง ๆ หลายประเภทเพื่อใช้ศึกษาเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของโรงพยาบาลสามระดับในการปรับใช้ตัวดัชนีชีวิตหลักทั้ง 6 ตัว เนื่องจากจุดเน้นของโรงพยาบาลทั้งสามระดับต่างกัน โดยที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว เน้นการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ จึงจำเป็นจะต้องเน้นมาตรการส่งเสริมและป้องกันเป็นพิเศษ ซึ่งหมายความว่าต้องมีประชากรที่จะต้องรับผิดชอบในงานส่งเสริมและป้องกันที่แน่นอนจำนวนหนึ่ง (จำนวนประชากรที่ปรากฏในทะเบียนราษฎรของอำเภอบ้านแพ้วทั้งหมด) และเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลในระดับต้นจึงต้องเน้นการเข้าถึงบริการให้มากเป็นพิเศษ ส่วนด้านประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลและประสิทธิภาพของการบริหารภายใน ถึงแม้จะมีความสำคัญเช่นกัน แต่น้ำหนักโดยเปรียบเทียบก็ต้องลดน้อยกว่าโรงพยาบาลอีกสองระดับที่อยู่เหนือขึ้นไปดังที่ได้กล่าวมาแล้ว โรงพยาบาลชุมชนควรจะมีการเน้นการฝึกอบรมและดูงานด้วยส่วนงานวิจัยและพัฒนาถึงแม้จะมีความจำเป็นเช่นกัน แต่ขีดความสามารถที่จะดำเนินงานในลักษณะดังกล่าวจะต่ำกว่าโรงพยาบาลที่เหลือในระดับที่สูงกว่า ส่วนความพอใจของผู้ใช้บริการก็เป็นประเด็นที่สำคัญมากอีกประเด็นหนึ่ง เพราะเป็นด้านหน้าของการรักษาพยาบาลในระบบโรงพยาบาลทั้งหมด

สำหรับโรงพยาบาลหาดใหญ่นั้นจะเน้นงานส่งเสริมและป้องกันไว้สัดส่วนที่น้อยกว่าโรงพยาบาลชุมชนบ้านแพ้ว แต่จะมีสัดส่วนของงานดังกล่าวมากกว่าโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขั้นตติยภูมิ การเข้าถึงบริการในระยะยาวควรจะลดน้ำหนักลงมา

เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนบ้านแพ้ว เพราะควรจะเน้นบริการส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับล่างเป็นสำคัญ ประเด็นปัญหาการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลในระดับนี้ จึงควรมีความสำคัญลดลง นอกจากนี้ประเด็นของการเข้าถึงบริการจะถูกควบคุมโดยตัวเลขงบประมาณซึ่งจะกล่าวในตอนต่อไปอยู่แล้ว ประเด็นที่จะเริ่มมีความสำคัญมากของโรงพยาบาลในระดับนี้ก็คือประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะต้องมีน้ำหนักมากที่สุดเมื่อเทียบกับดัชนีตัวอื่น ๆ ส่วนความพอใจของผู้ใช้บริการนั้น ควรจะมีน้ำหนักตรงกลางระหว่างโรงพยาบาลบ้านแพ้วและโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

สำหรับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จุดเน้นที่สำคัญควรเป็นประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลและการฝึกอบรมและวิจัยพัฒนาเป็นหลัก ส่วนดัชนีตัวอื่น ๆ นั้นน่าจะมีความสำคัญรองลงมา เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิตั้งกล่าว

จากข้อเสนอโดยคณะผู้วิจัยและผ่านการปรึกษาหารือของคณะที่ปรึกษาตลอดจนนักวิจัยสมทบ ในที่สุดที่ประชุมได้เสนอให้มีการใช้น้ำหนัก สำหรับโรงพยาบาลทั้งสามระดับในลักษณะที่แสดงไว้ในตารางข้างล่างนี้ อย่างไรก็ตาม ขอให้เข้าใจร่วมกันในขั้นต้นว่าข้อเสนอดังกล่าวเป็นข้อเสนอเชิงทดลองปฏิบัติในเบื้องต้น ภายหลังจากได้ลงมือปฏิบัติโดยใช้น้ำหนักดังกล่าวแล้ว หากหน่วยงานที่รับผิดชอบเห็นว่า การกระจายน้ำหนักยังไม่มีความเป็นธรรมต่อการปฏิบัติงานของตนก็อาจจะปรับแก้ได้ตามความเหมาะสมภายหลัง ขอให้ผู้อ่านได้เข้าใจเพิ่มเติมอีกว่าการกระจายน้ำหนักของดัชนีที่กล่าวมานี้ถึงแม้จะมีเหตุผลทางวิชาการและข้อเท็จจริงสนับสนุนดังที่ได้อธิบายไว้ข้างต้นในระดับหนึ่งแล้ว แต่การตกลงในขั้นสุดท้ายจะต้องเป็นการตกลงเห็นพ้องร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง (consensus) เนื่องจากไม่มีสูตรสำเร็จในการคำนวณที่จะใช้ในการกระจายน้ำหนักในทางปฏิบัติจริง ผู้ที่มีสิทธิในการต่อรองมากกว่าผู้อื่นก็คือผู้ให้บริการ แต่ก็ย่อมขึ้นอยู่กับความเห็นพ้องของผู้ขายด้วย ลักษณะดังกล่าวจะใช้อัตวิสัยของใครคนใดคนหนึ่งมาตัดสินไม่ได้เป็นอันขาด

โดยสรุปที่ประชุมมีความเห็นให้แต่ละโรงพยาบาลมีการกระจายน้ำหนักของดัชนีชี้วัดผลงานของแต่ละแห่ง ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 : การกระจายน้ำหนักของดัชนีวัดผลงานของโรงพยาบาล 3 แห่ง

ดัชนีชี้วัด	โรงพยาบาล บ้านแพ้ว	โรงพยาบาล หาดใหญ่	โรงพยาบาล สงขลานครินทร์
การป้องกันและส่งเสริม	25	15	10
การเข้าถึงบริการ	20	10	10
ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล	20	40	40
ประสิทธิภาพภายในระบบ	5	10	10
การฝึกอบรม และวิจัยและพัฒนา	10	10	20
ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	20	15	10
รวม	100	100	100

การคำนวณงบประมาณ

งบประมาณที่จะจัดสรรให้แก่โรงพยาบาลแต่ละแห่งนั้น เปรียบเสมือนราคาค่าซื้อบริการที่รัฐจะจ่ายซื้อบริการจากโรงพยาบาลตามมาตรฐานและคุณภาพที่ได้ตกลงกันไว้ โดยที่งบประมาณดังกล่าวเป็นยอดเงินรวม ซึ่งไม่จำเป็นจะต้องสะท้อนลักษณะคุณภาพและมาตรฐานอย่างหนึ่งอย่างใดโดยตรง แต่เป็นราคาที่ประเมินจากคุณภาพและมาตรฐานของสินค้าหรือบริการโดยรวม เปรียบเสมือนการซื้อสินค้าที่มีได้มีการแยกชิ้นส่วนจำหน่าย การซื้อจึงเป็นการซื้อสินค้าทั้งชิ้น ในฐานะที่เป็นหน่วยเดียว มิใช่เป็นการแยกซื้อชิ้นส่วนประกอบแต่ละชิ้น อย่างไรก็ตามถ้าหากสามารถจำแนกชิ้นส่วนแต่ละชิ้นและประเมินราคาออกมาได้เหมือนการที่ซื้อคอมพิวเตอร์ การคำนวณงบประมาณในลักษณะแยกส่วนก็จะยิ่งก่อให้เกิดความรอบคอบในการคำนวณราคาและสะท้อนข้อเท็จจริงมากขึ้น

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากทุกโรงพยาบาลยังไม่มีประสบการณ์ในการทำบัญชีต้นทุนที่ละเอียดอย่างแท้จริง อีกทั้งความไม่ต่อเนื่องในการมีค่าใช้จ่ายในส่วนที่เกี่ยวกับค่าที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง งบประมาณที่จะคำนวณให้กับโรงพยาบาลจะไม่รวมงบที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง ถ้าหากโรงพยาบาลมีความจำเป็นจะต้องใช้งบประมาณประเภทนี้จะต้องติดต่อขอตั้งงบประมาณกับสำนักงบประมาณเป็นคราว ๆ ไป ส่วนเงินที่จะนำมาคำนวณเป็นรายได้ของโรงพยาบาลจากรัฐนั้น จะรวมงบประมาณที่โรงพยาบาลได้รับจากรัฐบาลในรูปแบบต่าง ๆ ไม่รวม

งบที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง ซึ่งได้แก่ งบประมาณในหมวดเงินเดือนและค่าตอบแทน งบวัสดุ และครุภัณฑ์ของโรงพยาบาล งบอุดหนุนทั่วไป งบอุดหนุนในการซื้อยาและเวชภัณฑ์ และงบประมาณสำหรับสงเคราะห์ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย (สปร.) ซึ่งปัจจุบันมีชื่อเรียกว่างบการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นต้น เงินทั้งหมดดังกล่าวที่โรงพยาบาลได้รับในรูปแบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันถือว่าเป็นยอดเงินอุดหนุนทั้งหมดที่โรงพยาบาลได้รับจากรัฐ สำหรับรูปแบบที่เปลี่ยนไปจะไม่มีงบประจำแยกยอดเงินออกเป็นรายละเอียดในลักษณะดังกล่าว แต่จะคำนวณเป็นยอดเงินรวม (block grant) โดยคำนวณจากมูลค่าบริการแต่ละชนิดที่รัฐควรจะต้องเป็นผู้จ่าย เป็นต้นว่า งบประมาณเพื่อการส่งเสริมและป้องกันในสถานะที่เป็นนโยบายของรัฐที่จะให้โรงพยาบาลหันมาสนใจงานส่งเสริมและป้องกันมากขึ้น งบประมาณที่ชดเชยให้กับโรงพยาบาลที่ต้องแบกรับภาระต้นทุนอันเนื่องจากการให้บริการผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงอยู่ในภาวะวิกฤติ งบประมาณที่ชดเชยให้แก่บริการฝึกอบรม วิจัยและพัฒนา ซึ่งผลประโยชน์ตกอยู่กับสาธารณสุขชน เป็นต้น

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาแล้ว การคำนวณเพื่อการจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลในรูปแบบใหม่นี้ จะคำนวณในลักษณะการซื้อบริการของโรงพยาบาลโดยรัฐ ซึ่งมีรายการใหญ่ ๆ ที่รัฐจะจัดซื้อเพียง 3 รายการและจะมีการจำแนกรายการให้เห็นได้ชัดในสัญญา โดยที่โรงพยาบาลเองสามารถจะปรับเปลี่ยนการใช้จ่ายเงินได้ตามความเหมาะสม แต่จะต้องมีผลงานตามที่ได้ระบุไว้ในสัญญา รายการที่รัฐจะจัดซื้อจากโรงพยาบาล มีดังนี้

1. บริการส่งเสริมและป้องกันโรค (เนื่องจากเป็นนโยบายของรัฐบาล)
2. การซื้อบริการรักษาพยาบาลให้แก่บุคคลทุกคนที่โรงพยาบาลรับรักษา แต่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้คุ้มกับต้นทุนของการให้บริการของโรงพยาบาล เนื่องจากบุคคลเหล่านั้นเป็นผู้ด้อยโอกาสในทางเศรษฐกิจ และ/หรือ ผู้ที่ยังคงอยู่ในภาวะวิกฤติ เพื่อเป็นหลักประกันในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ ฉบับ พ.ศ.2540 บุคคลเหล่านี้ได้แก่ ผู้ถือบัตร สปร. บัตรประกันสุขภาพ และผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เท่าที่ผ่านการพิจารณาของเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล และผู้ประสบอุบัติเหตุต้องเข้ารับการรักษาฉุกเฉินโดยไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ในภายหลัง (ทั้งนี้ เพื่อเป็นหลักประกันการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่ยังคงอยู่ในภาวะวิกฤติ)
3. การซื้อบริการฝึกอบรม และวิจัยและพัฒนา ที่ต้นทุนของการฝึกอบรมและวิจัยและพัฒนาดังกล่าวตกอยู่กับสถานพยาบาลและผู้ที่ได้รับประโยชน์คือ

สาธารณสุขโดยทั่วไป และเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการ
สาธารณสุขโดยรวม (เนื่องจากมีผลดีต่อสาธารณสุขในระยะยาว)

นอกเหนือจากสามรายการนี้ ไม่มีเหตุผลอันพึงควรที่รัฐจะต้องเป็นผู้จ่ายเงินเพื่อ
ซื้อบริการจากโรงพยาบาล เป็นต้นว่าในกรณีผู้ถือบัตรประกันสังคม ซึ่งจ่ายเงินให้สถานพยาบาล
ค้ำหนุนในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ค้ำ
ต้นหนุนการให้บริการของรัฐ ดังนั้น จึงเป็นกรณีปกติที่รายได้จากรัฐที่โรงพยาบาลจะได้รับเป็น
เพียงส่วนหนึ่งของงบประมาณในการดำเนินการผลิตบริการของโรงพยาบาลทั้งหมด อย่างไรก็ตาม
ตาม มีหลักการในการคิดงบประมาณเพื่อซื้อบริการจากโรงพยาบาลของรัฐเพิ่มเติม ดังนี้ กล่าว
คือไม่ว่าจะใช้วิธีการใดในการคำนวณ ยอดเงินที่โรงพยาบาลควรได้รับจากรัฐจะต้องไม่น้อยกว่า
เดิม มิฉะนั้นก็จะไม่เกิดแรงจูงใจให้โรงพยาบาลเข้าสู่ระบบใหม่ แต่ขณะเดียวกันยอดเงินดังกล่าว
จะต้องไม่สูงเกินกว่ายอดงบประมาณที่โรงพยาบาลเคยได้รับมากนัก เพราะมิฉะนั้นแล้วรัฐจะไม่มี
เงินจ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในปัจจุบัน

วิธีการคำนวณ

ในงานศึกษานี้จะมีการคำนวณงบประมาณที่โรงพยาบาลมีสิทธิในการขอรับจาก
รัฐ จะมีการทดลอง 2 วิธี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ที่ไม่
สามารถจ่ายได้ค้ำต้นหนุนของการให้บริการ นั่นก็คือ การคำนวณจากต้นทุนค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย
ของคนไข้นอกและคนไข้ในต่อหนึ่งรายคูณด้วยจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายเงินค่า
รักษาพยาบาลค้ำต้นหนุนของโรงพยาบาล แล้วหักด้วยยอดเงินที่โรงพยาบาลได้รับชดเชย ซึ่ง
ประกอบด้วยเงิน สปร. และเงินจากการขายบัตรสุขภาพ ส่วนต่างของยอดเงินทั้งสองยอดคือ
ยอดเงินที่โรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บเพิ่มจากรัฐ ส่วนในกรณีที่คนไข้ประกันสังคมและคนไข้ที่
สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เต็มจำนวน ไม่มีเหตุผลใด ๆ ที่รัฐจะต้องให้เงินอุดหนุนแก่โรง
พยาบาลเพิ่มขึ้น

อีกวิธีหนึ่งจะคำนวณโดยใช้ดัชนีรวมของโรค (Composite Index) ซึ่งมีหน่วยวัด
เป็น Diagnosis Related Group (DRG) ซึ่งจะสะท้อนความยากง่ายในการรักษาโรคนั้น
ประกอบด้วยต้นทุนในการบำบัดรักษาตามความยากง่าย เป็นต้น การคำนวณโดยใช้ดัชนี
ดังกล่าวจะคำนวณเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้เต็มจำนวน แล้วหักด้วยยอด
เงินที่ได้รับจาก สปร. และเงินจากการขายบัตรประกันสุขภาพ

ในการซื้อบริการส่งเสริมและป้องกันก็จะจ่ายตามปริมาณและคุณภาพของการ
ให้บริการนั้น ๆ ต่อประชากรกลุ่มเป้าหมายในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล เช่น ในกรณี
ของโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มประชากรเป้าหมายก็คือประชากรทั้งหมดที่มีทะเบียน
ราษฎรอยู่ในอำเภอที่อยู่ในความรับผิดชอบทั้งหมดของโรงพยาบาลชุมชนนั้น ๆ

สำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประชากรกลุ่มเป้าหมายก็คือ ผู้ที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลและกลุ่มเป้าหมายที่โรงพยาบาลเป็นผู้กำหนด เช่น เด็กนักเรียนในโรงเรียน และคนงานในโรงงาน เป็นต้น

ในกรณีบริการฝึกอบรมและวิจัยและพัฒนา นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับข้อตกลงระหว่างรัฐและโรงพยาบาลว่า จะให้โรงพยาบาลฝึกอบรมและทำงานวิจัยและพัฒนาในเรื่องใดบ้างและมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่องานวิจัยและพัฒนาแต่ละชิ้นเป็นจำนวนเงินเท่าใด

โดยปกติยอดเงินในสองรายการนี้คือ ยอดเงินค่าซื้อบริการส่งเสริมและป้องกัน ยอดเงินค่าซื้อบริการฝึกอบรมและวิจัยและพัฒนา ควรจะสะท้อนหน้าหนักของดัชนีชี้วัดผลงานของโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลชุมชนควรจะมีงบประมาณในการส่งเสริมและป้องกันเท่ากับร้อยละ 25 ของงบประมาณทั้งหมด ที่เหลือคือร้อยละ 65 เป็นค่าซื้อบริการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ที่ไม่สามารถจ่ายให้โรงพยาบาลให้คุ้มต้นทุนในการดูแลรักษา ส่วนอีกร้อยละ 10 เป็นงบประมาณเพื่อการฝึกอบรมและวิจัยและพัฒนา ในกรณีของโรงพยาบาลชุมชน การกำหนดจำนวนประชากรให้โรงพยาบาลรับผิดชอบและตั้งงบประมาณสำหรับการส่งเสริมและป้องกันให้ในสัดส่วนที่สูง เพื่อเป็นแรงจูงใจให้โรงพยาบาลให้บริการสุขภาพในเชิงรุก และเป็น การช่วยลดปริมาณงานของโรงพยาบาลเองในกรณีที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วย เพราะถ้าหากประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลมีสุขภาพดี ย่อมทำให้ความจำเป็นในการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลลดลง เป็นผลสำคัญที่จะช่วยในการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลได้ด้วย

จากตัวเลขของการกระจายน้ำหนักของดัชนีชี้วัดผลงานดังที่ได้กล่าวมาแล้ว โรงพยาบาลศูนย์ควรจะได้รับงบประมาณยอดส่งเสริมและป้องกันร้อยละ 15 ของงบประมาณทั้งหมด และร้อยละ 10 ของงบประมาณทั้งหมดเป็นงบฝึกอบรมและวิจัยและพัฒนา ที่เหลือร้อยละ 75 เป็นค่าซื้อบริการรักษาพยาบาลโดยรัฐแก่ผู้ที่ไม่สามารถจ่ายให้โรงพยาบาลคุ้มต้นทุนของการรักษาพยาบาล ส่วนในกรณีของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย งบส่งเสริมและป้องกันควรจะเป็นร้อยละ 10 ของงบประมาณทั้งหมด และอีกร้อยละ 20 เป็นงบวิจัยและพัฒนา ที่เหลือร้อยละ 70 เป็นงบประมาณสมทบให้กับผู้ที่ไม่สามารถจ่ายได้เองครบตามจำนวน

ดังนั้น หลังจากคำนวณงบประมาณค่ารักษาพยาบาลด้วยวิธีคิดต้นทุนคนไข้นั้น และนอก ประกอบกับการคิดตามวิธี DRG แล้ว โรงพยาบาลต่าง ๆ ควรจะได้รับงบประมาณ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 : วิธีการคำนวณงบประมาณโดยคิดจากต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาพยาบาล (วิธีที่ 1)

หน้าที่	โรงพยาบาล บ้านแพ้ว (ร้อยละ)	โรงพยาบาล หาดใหญ่ (ร้อยละ)	โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ (ร้อยละ)
การป้องกันและส่งเสริม	25	15	10
สนับสนุนผู้ป่วยที่ด้อยโอกาสในทาง เศรษฐกิจและผู้ที่ตกอยู่ในภาวะ วิกฤติ (คิดตามต้นทุนคนไข้นอกและ คนไข้ในต่อหน่วย)	65	75	70
ฝึกอบรม วิจัยและพัฒนา	10	10	20
รวม	100	100	100

ตารางที่ 3 : วิธีการคำนวณงบประมาณโดยคิดจากดัชนีรวมของโรค (DRG) (วิธีที่ 2)

หน้าที่	โรงพยาบาล บ้านแพ้ว (ร้อยละ)	โรงพยาบาล หาดใหญ่ (ร้อยละ)	โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ (ร้อยละ)
การป้องกันและส่งเสริม	25	15	10
สนับสนุนผู้ป่วยที่ด้อยโอกาสในทาง เศรษฐกิจและผู้ที่ตกอยู่ในภาวะ วิกฤติ (คิดโดยหลัก DRG)	65	75	70
ฝึกอบรม วิจัยและพัฒนา	10	10	20
รวม	100	100	100

โปรดสังเกตว่ายอดเงินงบประมาณที่คิดได้จาก 2 วิธีที่กล่าวมาแล้วจะไม่เท่ากัน ส่วนต่างที่สำคัญเกิดจากการคิดต้นทุนของการรักษาพยาบาลที่ต่างกัน (คิดตามต้นทุนต่อหน่วยของคนไข้ในและคนไข้นอก และคิดตามวิธี DRG) ความแตกต่างดังกล่าวจะช่วยให้ได้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาว่าวิธีคิดงบประมาณในแบบใดน่าจะเป็นวิธีคิดที่เหมาะสมที่สุด

ข้อจำกัดในการจัดสรรจริง

ในการจัดสรรงบประมาณตามความเป็นจริงอย่างน้อยในระยะ 5 ปีแรกจะต้องพิจารณาความเป็นไปได้ในความเป็นจริงประกอบด้วย นั่นคือ ไม่ว่าผลการคำนวณจะออกมาเป็นเช่นไร งบประมาณที่จะต้องจัดสรรให้แต่ละโรงพยาบาลจะต้องไม่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของงบประมาณในระยะ 3 ปี (2539-2541) ที่โรงพยาบาลเคยได้รับ เพราะถ้าหากผลการคำนวณแล้วปรากฏว่าโรงพยาบาลควรจะได้รับการจัดสรรงบประมาณลดลง ก็จะไม่มีการจัดสรรงบประมาณในโครงการนำร่องซึ่งเป็นโครงการทดลอง ดังนั้น งบประมาณขั้นต่ำที่จะจัดสรรจริงจะต้องไม่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา

ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากงบประมาณที่คำนวณได้ใหม่สูงกว่าค่าเฉลี่ยเกินร้อยละ 15 โอกาสที่จะไม่ได้รับการจัดสรรตามผลการคำนวณจะมีมาก เพราะรัฐจะไม่มีงบประมาณจ่ายให้ในความเป็นจริง ดังนั้น ไม่ว่าผลการคำนวณจะออกมาเป็นเช่นใด งบประมาณที่โรงพยาบาลจะได้รับการจัดสรรในความเป็นจริงจะอยู่ระหว่างร้อยละ 100 ถึงร้อยละ 115 ของค่าเฉลี่ยของงบประมาณที่โรงพยาบาลแต่ละโรงได้รับในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา

ถ้าเช่นนั้นก็จะมีความถามว่า มีประโยชน์ในการคำนวณงบประมาณตามวิธีที่ 1 และวิธีที่ 2 อย่างไร คำตอบก็คือเพื่อหาวิธีคำนวณงบประมาณให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริง ในขณะที่เดียวกันก็สามารถนำมาปฏิบัติได้จริงให้มากที่สุด เพราะในกรณีที่ผลการคำนวณปรากฏชัดออกมาว่า รัฐจะต้องจ่ายให้โรงพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลอยู่ในระหว่างร้อยละ 100 ถึงร้อยละ 115 ของค่าเฉลี่ยของงบประมาณ 3 ปี ก็สามารถนำตัวเลขที่ได้จากการคำนวณมาใช้ได้ทันที อย่างเช่นในกรณีที่ผลการคำนวณได้ค่า 105 หรือ 112 เป็นต้น

แต่ถ้าหากผลการคำนวณแตกต่างกันไปมาก เป็นหน้าที่ที่ทั้งโรงพยาบาลจะต้องพยายามปรับค่าใช้จ่ายให้ลดลงมา เพราะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพที่ไม่ดีของการให้บริการ ในขณะที่เดียวกันก็อาจจะมีความจำเป็นที่จะต้องค่อย ๆ ปรับงบประมาณของรัฐให้สูงขึ้น เพื่อให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากขึ้น เพื่อว่าภายหลังจาก 5 ปีไปแล้วทุกโรงพยาบาลควรจะได้รับการจัดสรรงบประมาณตามที่ควรจะเป็น เพื่อความยุติธรรมแก่ทุก ๆ ฝ่าย ดังนั้น การคำนวณงบประมาณตามวิธีการทั้งสองที่กล่าวมาแล้วมีความหมายและมีความจำเป็นเพื่อการปรับเปลี่ยนในระยะยาว

ในกรณีของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เนื่องจากมีเงื่อนไขพิเศษเพิ่มขึ้นในกรณีที่โรงพยาบาลจำเป็นต้องเปิดบริการการรักษาโรคที่ยาก แต่ไม่สามารถจัดได้ค้ำทุมน เนื่องจากมีการใช้บริการไม่เต็มที่ถึงแม้ว่าผู้ใช้บริการจะต้องรักษาค่าบริการจะต้องชำระค่ารักษา ค้ำทุมนค่าบริการของโรงพยาบาลแล้วก็ตาม แต่โรงพยาบาลก็ยังจำเป็นต้องเปิดทำการรักษาด้วย เหตุผลของการเปิดให้มีการเข้าถึงบริการรักษาโรคที่ยากเหล่านั้นแก่ประชาชนทุกคน รวมทั้ง ความจำเป็นที่โรงพยาบาลจะต้องติดตามความรู้และความก้าวหน้าในการรักษาโรคยาก ถึงแม้ จะไม่ค้ำทุมน อย่างไรก็ตาม ในกรณีนี้จำเป็นจะต้องมีดัชนีวัดผลงานกำกับเป็นข้อเตือนใจให้ผู้ บริหารพยายามลดค่าใช้จ่ายดังกล่าวในระยะยาวด้วย (โปรดดูรายละเอียดหน้า 137-138)***

การสร้างแรงจูงใจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ

ในการคำนวณงบประมาณที่จะจ่ายให้โรงพยาบาลแต่ละปี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในปีต่อไปภายหลังจากที่ได้มีการประเมินผลจากดัชนีชี้วัดผลงานแล้ว เพื่อเป็นการจูงใจให้โรงพยาบาลพยายามปรับปรุงประสิทธิภาพในการดำเนินงานให้สูงมากขึ้นควรมีมาตรการจูงใจ โดยการปรับงบประมาณให้เพิ่มมากขึ้นหรืองบประมาณลดลง โดยพิจารณาผลการดำเนินงานที่ สำคัญ 2 ส่วน

ส่วนแรกพิจารณาจากผลงานและประสิทธิภาพของการให้บริการ ได้แก่ดัชนีรวม ตั้งแต่ข้อ 1-5 ที่พิจารณา

1. ส่งเสริมและป้องกัน
2. การเข้าถึงบริการ
3. ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล
4. ประสิทธิภาพในการบริหารภายใน
5. การฝึกอบรม และวิจัยและพัฒนา

ส่วนที่สองพิจารณาจากความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ คือดัชนีในข้อ 6

เพื่อส่งเสริมให้สถานพยาบาลพยายามปรับปรุงผลงานและประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการอยู่เสมอ และเป็นการลงโทษโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานไม่ดี ควรที่จะชั่งบประมาณเป็นมาตรการสร้างแรงจูงใจทั้งทางบวกและทางลบ จึงสมควรที่จะกำหนดให้แต่ละโรงพยาบาลได้รับงบประมาณเพิ่มหรือลดตามผลการประเมินดัชนีชี้วัดผลงานภายหลังจากที่มีการประเมินประจำปีด้วย โดยมีข้อเสนอว่าการให้ผลตอบแทนการเพิ่มประสิทธิภาพนั้นจะอยู่ระหว่างร้อยละ -5 ถึง +5 ของยอดงบประมาณที่คำนวณออกมาได้ ส่วนผลตอบแทนคุณภาพ

ของบริการที่วัดจากความพอใจของผู้ใช้บริการให้อยู่ระหว่างร้อยละ -2 ถึง +2 ซึ่งก็เท่ากับว่าโรงพยาบาลอาจจะได้รับงบประมาณเพิ่มสูงสุดร้อยละ 7 และอาจจะถูกทำโทษโดยถูกลดงบประมาณสูงสุดร้อยละ -7 จึงน่าจะเป็นอัตราส่วนที่พอเหมาะ ไม่เป็นการให้แรงจูงใจสูงเกินไปนักจนเกิดความกดดันแก่ผู้ปฏิบัติงานมากเกินไป และไม่สร้างผลกระทบในทางลบมากจนโรงพยาบาลไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในปีต่อไปตามสมควรได้

เนื่องจากในการคำนวณค่าจากดัชนีรวมหลังจากมีการถ่วงน้ำหนักแล้วจะมีค่าระหว่าง 1 ถึง 5 โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 3 ดังนั้นการพิจารณาให้แรงจูงใจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการจึงควรมีลักษณะดังนี้

ตารางที่ 4 : งบประมาณที่ควรได้รับเพิ่มเมื่อประเมินจากผลงานในปีที่ผ่านมา

(ร้อยละของการคำนวณงบประมาณที่จะจัดสรรให้ตามปกติ)

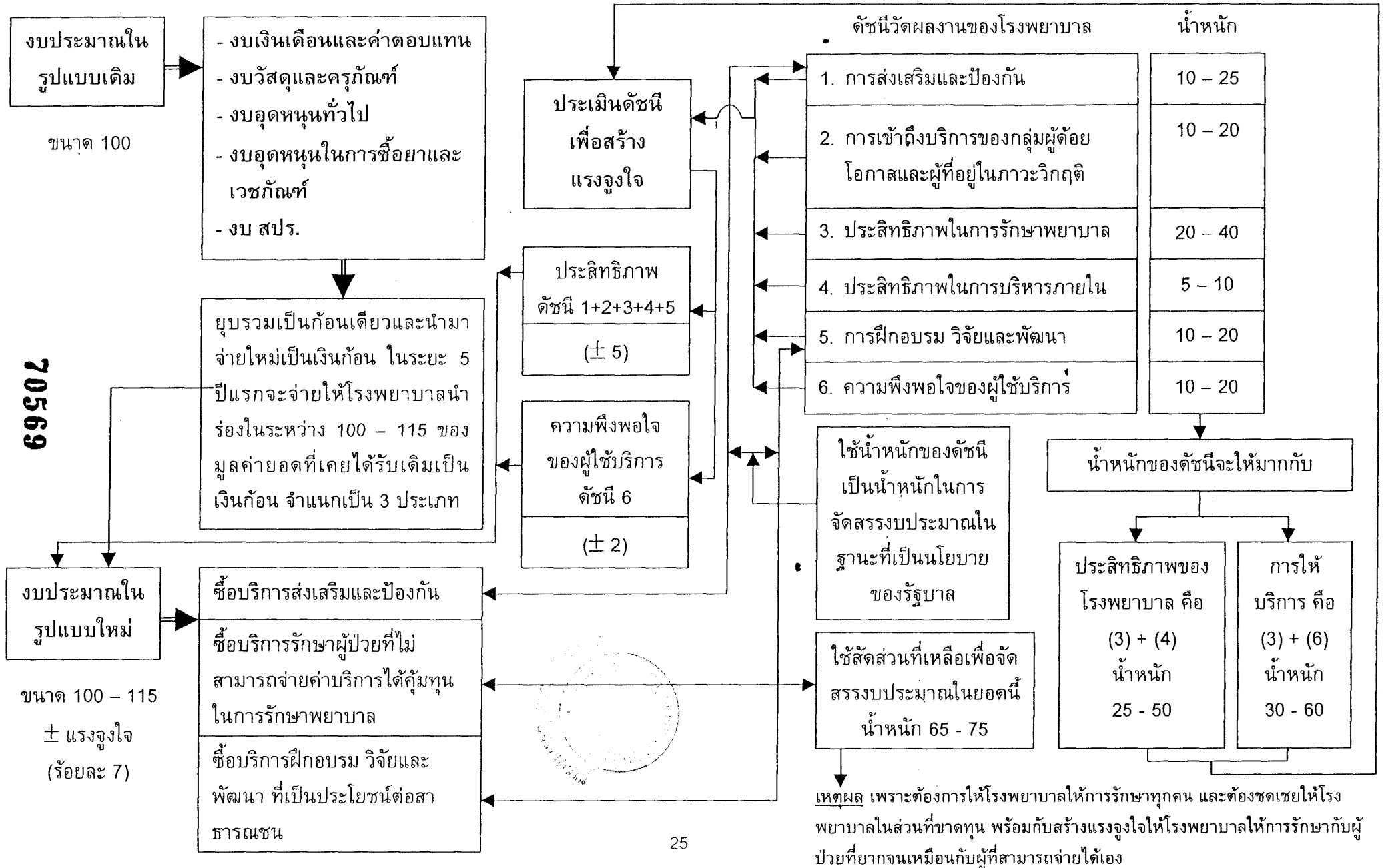
คะแนนจากการประเมิน	ประสิทธิภาพ	ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ
A (1)	5.0	2.0
B (2)	2.5	1.0
C (3)	0.0	0.0
D (4)	-2.5	-1.0
E (5)	-5.0	-2.0

คาดว่ามาตรการดังกล่าวจะมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้โรงพยาบาลปรับปรุงประสิทธิภาพในการทำงานและเพิ่มคุณภาพในการให้บริการแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการปรับเปลี่ยนสถานภาพของโรงพยาบาลจากที่เคยเป็นหน่วยงานของรัฐมาเป็นองค์กรมหาชนดังกล่าว

สรุปความสัมพันธ์ระหว่างงบประมาณและดัชนีวัดผลงาน

ที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดอาจจะแสดงถึงแนวคิดของการสังเคราะห์ที่มีการตกลงร่วมกันระหว่างนักวิจัยและโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ดังที่ได้นำมาแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 : สรุปความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีหมวดผลงานกับการจัดสรรงบประมาณ



งบประมาณในรูปแบบเดิม มีการให้เป็นงบประมาณต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นการควบคุมปัจจัยนำเข้าเป็นหลัก ได้แก่ งบเงินเดือนและค่าตอบแทน งบวัสดุและครุภัณฑ์ งบอุดหนุนในการซื้อยาและเวชภัณฑ์ และงบอุดหนุนทั่วไป ส่วนที่อาจจะเรียกได้ว่าเป็นการซื้อผลผลิตจริง ๆ แต่เพียงประการเดียวก็คืองบ สปร. ซึ่งเป็นการซื้อบริการให้ผู้ด้อยโอกาส ในการคำนวณเพื่อจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลในรูปแบบใหม่ จะรวมเงินทั้งหมดให้เป็นก้อนเดียว โดยมีเงื่อนไขใน 5 ปีแรกจะจ่ายให้โรงพยาบาลระหว่างร้อยละ 100 ถึง 115 ของยอดงบประมาณที่เคยได้รับ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้เข้าร่วมโครงการและไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายแก่รัฐบาลมากเกินไป

งบประมาณในรูปแบบใหม่ จะเน้นการซื้อบริการเป็นหลัก บริการที่สำคัญคือ

1. บริการส่งเสริมและป้องกัน (เป็นนโยบายเพื่อให้สอดคล้องกับการจัดการสาธารณสุขแนวใหม่)
2. ซื้อบริการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้คุ้มต้นทุนในการรักษาพยาบาล (เพื่อเป็นหลักประกันของการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลของทุกคน) และให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการได้โดยไม่ต้องรับภาระขาดทุน
3. ซื้อบริการฝึกอบรม วิจัยและพัฒนา (ในส่วนที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณสุข เพราะเป็นสินค้าสาธารณสุข รัฐจะต้องเป็นผู้จ่ายเนื่องจากจะไม่มีปัจเจกชนเป็นผู้รับภาระ เพราะมีผู้ร่วมรับผลประโยชน์หลายคน)

สัดส่วนของงบประมาณในบริการที่ (1) และ (3) สามารถให้น้ำหนักเท่ากับที่ให้กับดัชนีวัดผลงานของโรงพยาบาล ที่เหลือเป็นการซื้อบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายบริการได้คุ้มต้นทุนในการรักษาพยาบาล ซึ่งไม่จำเป็นจะต้องถูกควบคุมโดยน้ำหนักของดัชนี เพราะเป็นกรณีของข้อเท็จจริงที่พิสูจน์ได้ ส่วนน้ำหนักของดัชนีที่เหลือควรจะเน้นการกระจายไปสู่ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ และความพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่โรงพยาบาลพึงจะถูกประเมิน

ดัชนีวัดผลงานของโรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 6 หมวดตามที่ได้กล่าวมาแล้ว คือ (1) การส่งเสริมและป้องกัน (2) การเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่ยังตกอยู่ในภาวะวิกฤติ (3) ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล (4) ประสิทธิภาพในการบริหารภายใน (5) การฝึกอบรม วิจัยและพัฒนา (6) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ น้ำหนักในข้อ (1) และ (5) สามารถนำไปใช้เป็นน้ำหนักของการจัดสรรงบประมาณในฐานะที่เป็นนโยบายและสินค้าสาธารณสุขตามลำดับ โดยดัชนีที่สำคัญที่สุดของโรงพยาบาล ก็คือในข้อ (3) ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล ซึ่ง

อาจจะจำแนกออกได้เป็นประสิทธิภาพของโรงพยาบาล หรือ (3) + (4) และประสิทธิภาพของการให้บริการ คือ (3) + (6) ซึ่งมีความสำคัญสำหรับผู้ใช้บริการมาก โดยเฉพาะ (3) + (6) ถือว่าเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคที่สำคัญ โดยที่ผู้บริโภคไม่มีทางรู้ได้ในกรณีของข้อ (3) จึงเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของประชาชนจะต้องทำหน้าที่แทน ดังนั้น โรงพยาบาลที่เน้นการรักษาพยาบาลในขั้นทุติยภูมิและตติยภูมิ จะต้องเน้นการวัดด้วยดัชนีนี้ (ข้อ 3) เป็นหลัก

การประเมินผล เมื่อมีตัวชี้วัดย่อยและให้น้ำหนักแก่ดัชนีทั้งหมดแล้ว ควรจะมีการประเมินผลเพื่อสร้างแรงจูงใจ ถ้าหากโรงพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ด้วยดีก็จะมีแรงจูงใจเป็นบวก ถ้าหากปฏิบัติหน้าที่ยังไม่ดีพอ แรงจูงใจก็จะเป็นลบ เพื่อเร่งให้โรงพยาบาลจะต้องทำการปรับปรุง ตัวเลขที่ประเมินแบ่งเป็น 2 พวก คือ ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน จากข้อ (1) ถึง (5) โดยมีข้อ (3) เป็นข้อที่มีน้ำหนักมากที่สุด และเพื่อจูงใจให้โรงพยาบาลเร่งให้บริการต้อนรับ จึงแยกข้อ (6) ออกมาเป็นกรณีพิเศษ ซึ่งมีน้ำหนักที่จะให้เป็นลักษณะเงินตอบแทนพิเศษแก่โรงพยาบาล (± 7) ซึ่งโรงพยาบาลมีสิทธิที่จะนำเงินที่ได้รับเพิ่มขึ้นไปจ่ายเป็นเงินตอบแทนให้เจ้าพนักงานของโรงพยาบาลในกรณีที่ค่าตอบแทนที่เจ้าพนักงานของโรงพยาบาลยังต่ำกว่าที่กำหนดไว้ในสัญญา (เช่นกรณีตัวอย่างที่ระบุไว้ว่าไม่เกินร้อยละ 50 ถ้าหากโรงพยาบาลยังจ่ายค่าตอบแทนให้เจ้าพนักงานไม่ถึงระดับนี้ อาจจะใช้เงินดังกล่าวไปเพิ่มค่าตอบแทนให้ได้ มิฉะนั้น อาจจะต้องนำไปใช้เพื่อปรับปรุงคุณภาพด้านอื่น ๆ เพื่อช่วยให้เจ้าพนักงานของโรงพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ได้สะดวกยิ่งขึ้น) น้ำหนักที่ได้จากการประเมินดัชนีดังกล่าวจะไปรวมกับวิธีการคิดงบประมาณให้กับโรงพยาบาลในปีต่อไป (คือ 100 ถึง 115 ± 7)

การบริหารบุคลากร

ถึงแม้ว่าในข้อตกลงของงานวิจัยนี้จะมีได้มีข้อกำหนดที่เกี่ยวกับการศึกษาการบริหารบุคลากรโดยตรง แต่เนื่องจากงานดังกล่าวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการบริหารจัดการโรงพยาบาลในรูปแบบองค์กรมหาชน อีกทั้งการบริหารบุคลากรมีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับการจัดการงบประมาณ ด้วยเหตุผลดังกล่าว งานศึกษานี้จะพิจารณาประเด็นการบริหารบุคคลในส่วนที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

หลักสำคัญในการบริหารบุคคลนั้น จำเป็นที่จะต้องมีให้มีผู้ใดสูญเสียประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลง อย่างน้อยบุคคลที่ไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงสถานภาพจากการเป็นข้าราชการ ควรจะมีสถานะภาพคงเดิม ส่วนผู้ที่พร้อมที่จะเปลี่ยนไปสู่ระบบใหม่ควรจะมีสถานะภาพดีกว่าเดิม อย่างน้อยในด้านผลตอบแทน เพื่อให้ทุกฝ่ายไม่ต้องได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ที่มีการเปลี่ยนระบบใหม่ข้าราชการทุกคนจะย้ายจากสังกัดการเป็นข้าราชการของโรงพยาบาลแต่ละแห่งไปเป็นข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขโดยเป็นข้าราชการประจำหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด และเพื่อความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ผู้อำนวยการที่มีส่วนริเริ่มก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ควรได้รับการทาบทามเป็นบุคคลแรกให้ไปเห็นผู้อำนวยการ

ของโรงพยาบาลที่เป็นองค์การมหาชน ส่วนสถานะภาพของผู้อำนวยการควรจะเป็นพนักงานหรือข้าราชการย่อมขึ้นกับความตกลงใจของตัวผู้อำนวยการเอง ถ้าหากจะคงสภาพข้าราชการไว้จะต้องได้รับอนุมัติโดยมติคณะรัฐมนตรีให้มาทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการชั่วคราว ซึ่งมีระยะเวลาจ้างงานคงที่ 4 ปี หลังจากนั้นถ้าหากจะเป็นต่อก็จำเป็นจะต้องลาออกจากหน้าที่ราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าผู้อำนวยการมีอายุราชการเกิน 25 ปีขึ้นไป ก็จะช่วยให้สามารถตัดสินใจลาออกจากระบบราชการได้ง่าย เงินเดือนของผู้อำนวยการในระบบใหม่จะต้องเพิ่มขึ้นจากเดิมไม่ต่ำกว่าหนึ่งเท่าตัว เนื่องจากหน้าที่ความรับผิดชอบที่มีเพิ่มมากขึ้น

ส่วนข้าราชการคนอื่น ๆ นั้น ต้องแล้วแต่ความสมัครใจของแต่ละบุคคล แต่คาดว่าบุคคลที่มีแนวโน้มจะสมัครเข้าอยู่กับระบบใหม่ คือข้าราชการที่มีอายุการทำงานระหว่าง 1-5 ปี เพราะมีอายุทำงานยังไม่มาก เงินเดือนในระบบราชการยังคงต่ำ และผลประโยชน์จากการเป็นข้าราชการก็ไม่มากเท่าที่ควร ได้มีการคำนวณแล้วว่าค่าตอบแทนในลักษณะบำเหน็จบำนาญ ค่าเล่าเรียนบุตร ค่าพัฒนาบุคลากร ค่าเช่าบ้าน รวมกันแล้วจะเฉลี่ยได้ประมาณร้อยละ 13.5 ของเงินเดือนที่ได้รับ ดังนั้น ถ้าหากข้าราชการเหล่านี้ได้รับเงินเดือนสูงขึ้นระหว่างร้อยละ 25-35 ของเงินเดือนเดิมน่าจะเป็นแรงจูงใจที่ดีพอ ข้าราชการอีกประเภทหนึ่งที่มีแนวโน้มจะตัดสินใจออกจากระบบราชการได้ง่ายก็คือผู้ที่มีอายุการทำงานมากกว่า 25 ปี โดยปกติผู้ที่มีอายุการทำงานมากกว่า 25 ปีนั้นตามข้อเท็จจริงก็ควรจะได้รับเงินเดือนเพียงครึ่งเดียวของที่เคยได้รับ ทั้งนี้เพราะเมื่อลาออกจากราชการแล้วย่อมมีสิทธิที่จะได้รับบำนาญครึ่งหนึ่งของเงินเดือนเดิม ดังนั้น ถ้าหากลาออกจากราชการแล้วยังคงทำงานในหน้าที่เดิม บุคลากรเหล่านี้จะได้รับเงินมากกว่าเดิมอีกร้อยละ 50 ดังนั้นสำหรับคนกลุ่มนี้การให้แรงจูงใจโดยเพิ่มเงินเดือนประจำตำแหน่งจากเดิมร้อยละ 10 ก็จะเป็นแรงจูงใจที่สูงพอจะให้ออกจากระบบราชการแล้ว

ดังนั้น จึงคาดได้ว่าบุคลากรเหล่านี้อาจจะไม่อยู่ในระบบราชการ ภายใต้การบริหารในรูปแบบใหม่

1. ผู้อำนวยการ (ขึ้นกับการตัดสินใจของผู้อำนวยการเองในช่วง 4 ปีแรก แต่จะต้องมาเป็นด้วยมติคณะรัฐมนตรี) จะได้รับเงินเดือนเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 100
2. ผู้ที่มีอายุราชการระหว่าง 1-5 ปี จะได้รับเงินเดือนเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ถึงร้อยละ 35
3. ผู้ที่มีอายุราชการ 26 ปีขึ้นไป จะได้รับเงินเดือนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10

คำถามจึงมีอยู่ว่าถ้าหากโรงพยาบาลมีงบประมาณเท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้นไม่เกินร้อยละ 15 จะมีเงินจ้างบุคลากรเหล่านี้ในอัตราดังกล่าวได้หรือไม่ จากการศึกษาข้อมูลของโรง

พยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าในสัดส่วนของผู้ที่มีอายุราชการดังกล่าวรวมกับเงินเดือนผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่เป็นองค์การมหาชนจะต้องจ่ายเงินเพิ่มไม่เกินร้อยละ 5 ของงบประมาณที่เคยได้รับ ดังนั้น ถ้าหากโรงพยาบาลได้รับงบประมาณจากการคำนวณใหม่ตั้งแต่ร้อยละ 5 ขึ้นไป คือเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 15 ของค่าเฉลี่ยสามปี (2538-2541) ก็สามารถจะดำเนินการตามแผนการดังกล่าวได้อย่างไม่มีปัญหา แต่ถ้าหากคำนวณออกมาแล้วพบว่าโรงพยาบาลจะต้องได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นไม่ถึงร้อยละ 5 จะดำเนินการตามแผนการดังกล่าวได้หรือไม่ คำตอบก็คือมีแนวโน้มของความเป็นไปได้สูง ทั้งนี้ โดยมีข้อสมมติเพิ่มเติม ดังนี้

1. สมมติให้โรงพยาบาลประหยัดได้เพิ่มขึ้นจากงบจัดซื้อ ซึ่งเกิดจากการตัดขั้นตอนที่ย่างยากซับซ้อน ทำให้สามารถซื้อยาและวัสดุครุภัณฑ์ต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้นและได้ราคาต่ำกว่าเดิม ทำให้ประหยัดได้ร้อยละ 10 ของงบประมาณในหมวดนี้ ซึ่งมีประมาณร้อยละ 50 ของงบประมาณ ก็เท่ากับประหยัดได้ร้อยละ 5 ของงบประมาณทั้งหมด เท่ากับเงินเดือนที่จะต้องใช้จ่ายเพิ่มขึ้น
2. สมมติให้โรงพยาบาลประหยัดในหมวดนี้ได้ร้อยละ 20 ซึ่งก็ยังคงความเป็นไปได้มากเช่นกัน ก็จะทำให้สามารถประหยัดงบประมาณโดยรวมได้ทั้งสิ้นร้อยละ 10 ซึ่งก็มากกว่ายอดที่จะเป็นจะต้องใช้จ่ายเพิ่มขึ้น
3. สมมติว่าโรงพยาบาลสามารถประหยัดค่าจ้างบุคลากรลงได้อีกร้อยละ 10 อันเกิดจากมีข้าราชการที่เสียชีวิต เกษียณอายุ หรือลาออกไปประกอบอาชีพอื่น โดยที่โรงพยาบาลไม่จำเป็นต้องจ้างเจ้าหน้าที่มาทดแทน เพราะสามารถลดจำนวนบุคลากรลงได้จากการปรับรูปแบบการบริหารจัดการให้มีความคล่องตัวขึ้น ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นในการทำงานลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารภายใน ขั้นตอนในการจัดซื้อ จัดจ้าง ทำบัญชี และการทำงานตามระเบียบราชการอื่น ๆ ที่ไม่มีความจำเป็น ก็จะทำให้สามารถประหยัดรายจ่ายโดยรวมได้ ร้อยละ 5

ดังนั้น คาดได้ว่าจากการที่ประสิทธิภาพในการบริหารการจัดซื้อจัดจ้างเพิ่มขึ้น จะช่วยให้โรงพยาบาลที่เป็นองค์การมหาชนสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้อย่างต่ำ ตั้งแต่ร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 15 ซึ่งก็จะช่วยให้สามารถนำเงินดังกล่าวมาจ่ายเป็นเงินเดือนบุคลากรของผู้ที่อยู่ในระบบใหม่ได้ โดยไม่มีอุปสรรคใด ๆ และถ้าหากจะนำประเด็นที่โรงพยาบาลอาจจะได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 15 จากที่เคยได้รับอยู่เดิม เนื่องจากแต่เดิมนิรรัฐจัดสรรให้น้อยเกินไปก็ยิ่งเห็นได้ว่าไม่มีปัญหาในการเพิ่มเงินเดือนให้แก่บุคลากรในอัตราดังกล่าวอย่างแน่นอน

ในการปฏิบัติจริงผลที่จะได้รับย่อมอาจจะเปลี่ยนแปลงได้มาก ขึ้นกับความสามารถเฉพาะตัวของผู้อำนวยการ และแรงจูงใจที่จะช่วยให้ผู้อำนวยการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพ

สิทธิภาพ ทั้งนี้ เพราะการเพิ่มประสิทธิภาพ ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มรายได้ให้ผู้ปฏิบัติงาน ลดจำนวน ผู้ปฏิบัติงาน เพิ่มเวลาการทำงาน หรือเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่แต่ละ คนเป็นประเด็นปัญหาที่ละเอียดอ่อน และมีตัวแปรประกอบมากมายที่อยู่นอกเหนือการควบคุม ของกระบวนการวิจัย และอยู่นอกเหนือขอบเขตของงานวิจัยนี้ ถึงแม้จะมีชุดโครงการวิจัยที่ ศึกษาประเด็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหาร และลดค่าใช้จ่ายซึ่งมีข้อพิสูจน์ว่าสามารถทำ ได้จริง แต่เมื่อนำมาสู่การปฏิบัติจริงผลอาจจะไม่เป็นเช่นนั้น เนื่องจากปัจจัยสำคัญขึ้นอยู่กับ ลักษณะเฉพาะตัวของผู้อำนวยการ ประกอบกับปัจจัยแวดล้อมที่จะช่วยให้ผู้อำนวยการสามารถ ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ หน้าที่ของงานวิจัยนี้เป็นเพียงการชี้ประเด็นความ เป็นไปได้ภายใต้เงื่อนไขปัจจัยที่ได้อธิบายไว้แล้ว เนื่องจากเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในด้านการจัด การที่เกี่ยวกับบุคลากร เพราะถ้าหากไม่สามารถจัดการให้บุคลากรได้รับความพอใจได้ตามสม ควร การทำดัชนีชี้วัดและการคำนวณงบประมาณที่ได้ยกมาเป็นประเด็นสำคัญในการพิจารณา ก็จะไม่มีความหมายอะไร จึงอาจจะสรุปได้ว่า โดยทั่วไปแล้วไม่น่าจะมีปัญหาหากโรงพยาบาลใน รูปแบบใหม่จำเป็นต้องเพิ่มเงินเดือนให้ผู้อำนวยการอีกหนึ่งเท่าตัวเป็นอย่างน้อย (ซึ่งในความ เห็นของคณะผู้วิจัยคิดว่าควรจะเป็น 2 ถึง 3 เท่าตัวเป็นอย่างน้อย) แต่มีข้อสังเกตว่า ถ้าเงิน เดือนผู้อำนวยการต่างจากรองผู้อำนวยการมากจะมีปัญหากับรองผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่คน อื่น ๆ ตามลำดับ ส่วนพนักงานทุกคนที่มีอายุการทำงานไม่เกิน 5 ปี เพิ่มเงินเดือนให้อีกร้อยละ 35 สำหรับผู้ที่ขอเข้ามาทำงานในระบบใหม่ กับข้าราชการที่มีอายุการทำงาน 26 ปีเป็นต้นไป แล้วขอออกจากสถานภาพการเป็นข้าราชการและต้องการได้รับการจ้างต่อจนเกษียณอายุ แต่ถ้า มีผู้อำนวยการที่มีความสามารถ และสามารถบริหารบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับ ได้ของบุคลากรเป็นส่วนใหญ่ ผลตอบแทนที่สูงกว่านี้ย่อมมีทางเป็นไปได้เช่นกัน

อาจจะมีคำถามต่อไปว่า จะมีปัญหาในด้านการบริหารบุคลากรหรือไม่ เมื่อต้อง มีการบริหารข้าราชการสองระบบ คำตอบก็คืออาจจะมีอุปสรรคอยู่บ้างในตอนต้น แต่ภายหลัง จากระบบได้ดำเนินไปเป็นคู่ขนานอย่างดีแล้วก็ไม่น่าจะมีปัญหา ในกรณีที่มิมีข้าราชการภายใต้ การดูแลของผู้อำนวยการไม่ทำหน้าที่ตามที่ควรจะเป็น ผู้อำนวยการย่อมมีเหตุผลเพียงพอที่จะ ขอให้ย้ายข้าราชการเหล่านั้นเข้าไปประจำที่สาธารณสุขจังหวัดได้ เพราะทุกคนเป็นข้าราชการ ของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดโดยปกติอยู่แล้ว

ส่วนประเด็นในเรื่องคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเรื่อง ของการบริหารล้วน ๆ ไม่มีส่วนใดเกี่ยวข้องกับงบประมาณและไม่อยู่ในข้อตกลงของ งานวิจัยนี้ จึงไม่มีการพิจารณาหรือมีข้อเสนอที่เกี่ยวกับเรื่องนี้แต่ประการใด

บทสรุป

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติที่มีวัตถุประสงค์ที่จะก่อให้เกิดการปรับ เปลี่ยนการบริหารงานของโรงพยาบาลของรัฐ จากการเป็นหน่วยงานราชการที่ทำหน้าที่ในการ

ผลิตบริการสุขภาพให้มาเป็นองค์การมหาชนที่เป็นของรัฐ แต่มิใช่เป็นหน่วยงานของระบบราชการตามปกติ คือสามารถกำหนดรูปแบบการบริหารงบประมาณและบุคลากรของตนเองให้มีความคล่องตัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ และเพิ่มคุณภาพของการให้บริการต่อประชาชนโดยทั่วไป โดยที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลก็จะได้เงินเดือนตอบแทนในอัตราที่สูงขึ้นเป็นการจูงใจให้ทำงานโดยมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นในลักษณะที่เรียกว่าทุกฝ่ายได้รับประโยชน์ (win-win Situation) ทั้งนี้ โดยเริ่มดำเนินการกับโรงพยาบาลที่เตรียมพร้อมจะเข้าโครงการนำร่อง เพื่อเตรียมดำเนินการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจริง ทั้งนี้ที่มีการผ่านร่างพระราชบัญญัติองค์การมหาชน

สำหรับโรงพยาบาลที่เตรียมความพร้อมเพื่อเข้าโครงการนำร่องนี้ ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และโรงพยาบาลที่เป็นคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา หลักการสำคัญที่เปลี่ยนไปคือให้โรงพยาบาลเหล่านี้มีความคล่องตัวในการบริหารทางการเงินและบุคลากรของตนเอง สามารถออกระเบียบการใช้เงินและระเบียบบริหารบุคลากรในส่วนที่เป็นพนักงานของโรงพยาบาลได้เอง โดยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล โดยที่โรงพยาบาลจะได้รับสัญญาจ้างจากหน่วยงานจัดซื้อบริการโดยชำระเงินเป็นยอดรวม ซึ่งอาจจะมีการชำระครั้งเดียวล่วงหน้าในแต่ละปี หรือมีการทยอยจ่ายเป็นงวด ๆ ตามความเหมาะสม เพื่อแลกเปลี่ยนกับความคล่องตัวในการบริหารงาน โรงพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดในสัญญา พร้อมทั้งสามารถวัดผลงานได้ตามที่ปรากฏในดัชนีวัดผลงานที่เป็นเอกสารแนบต่อท้ายในสัญญา ซึ่งก็มีลักษณะเช่นเดียวกับกรณีที่หน่วยงานของทางราชการจะทำสัญญาจัดซื้อหรือจัดจ้างเอกชนให้จำหน่ายสินค้าหรือบริหารทางด้านสุขภาพ

งานวิจัยนี้จึงเน้นประเด็นที่สำคัญสองเรื่อง คือ การสร้างดัชนีชี้วัดผลงานของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ประกอบกับการคำนวณงบประมาณที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลแต่ละแห่ง แต่ในขณะเดียวกันก็มีข้อเสนอเพื่อที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างจริงจัง และเป็นไปอย่างไม่มีอุปสรรค นั่นก็คือจะต้องดำเนินการในลักษณะที่จะไม่มีบุคลากรที่ทำงานอยู่แล้วในโรงพยาบาลแต่ละแห่งเสียผลประโยชน์ อย่างเลวที่สุดก็คือมีสถานภาพทุกอย่างเหมือนเดิม และสำหรับผู้ที่พร้อมจะเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลในรูปแบบใหม่ก็ต้องได้รับผลประโยชน์เพิ่มขึ้น เพื่อก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะให้บุคลากรที่เหลือปฏิบัติตาม

เนื่องจากการทำงานให้บังเกิดผลจริงนั้นเป็นงานที่มีความละเอียดอ่อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อความรู้สึกของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง งานนี้จึงจะต้องเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกฝ่ายอย่างกว้างขวาง ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้ทุกคนมีข้อมูลข่าวสารที่ตรงกัน สามารถนำไปอ้างอิงต่อได้โดยไม่ผิดเพี้ยน เกิดเป็นความร่วมมือแทนที่จะเป็นแรงต้านทานหรือต่อต้าน

การรีบเร่งทำงานวิจัยนี้ให้แล้วเสร็จภายใน 4 เดือน คือแล้วเสร็จบริบูรณ์ภายในวันที่ 30 กันยายน 2541 ก็เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีเวลาร่างพระราชกฤษฎีการองรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน (โดยที่วุฒิสภาได้อนุมัติผ่านร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ในวาระแรกแล้ว เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม ที่ผ่านมา) พร้อมทั้งจะต้องมีเวลาสำหรับการร่างสัญญาเพื่อใช้ในการประเมินผลงานของผู้อำนวยการและโรงพยาบาลด้วย โดยหวังผลที่จะให้สามารถเริ่มงานได้จริงทันปีงบประมาณ 2542

ถึงแม้ว่างานนี้จะใช้ระยะเวลาเพียง 4 เดือน แต่ก็ได้พยายามทำงานให้มีคุณภาพดีที่สุดภายใต้เงื่อนไขของเวลาและข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยที่ถึงแม้ว่างานชิ้นนี้จะมีเวลามากกว่านี้ ก็คาดว่าผลงานคงจะไม่ดีกว่านี้มากนัก เพราะนักวิจัยทุกคนได้พยายามทำหน้าที่ของตนเต็มความสามารถแล้ว อีกทั้งงานในลักษณะดังกล่าวจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปพร้อมกับการเรียนรู้ที่ได้จากผลการปฏิบัติเพิ่มขึ้น มีการปรับแก้ไขข้อบกพร่องเป็นระยะอย่างต่อเนื่องซึ่งจะทำให้ก็ต้องมีประสบการณ์จากการทดลองนำไปปฏิบัติจริงในระยะหนึ่งแล้ว คณะผู้วิจัยจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลจากการวิจัยเชิงปฏิบัติในครั้งนี้จะช่วยให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงตามมาอย่างแท้จริง โดยที่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเป็นผลดีแก่ทั้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและประชาชนผู้รับบริการรวมทั้งสามารถประหยัดงบประมาณเพื่อการสาธารณสุขของรัฐในระยะยาวได้ด้วยในที่สุด

บทที่ 3

การจัดทำดัชนีชี้วัดผลงานโรงพยาบาล

ความเป็นมา

การวัดผลงานจัดได้ว่าเป็นส่วนสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการบริหารงาน (Total Quality Management) ผู้บริหารงาน ตลอดจนผู้ควบคุมงานมีหน้าที่จะต้องรู้ว่าเมื่อไรอย่างไร และกิจกรรมใด ที่ควรจะมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงจะทำได้ก็ต่อเมื่อมีความรู้ มีข้อมูลที่เหมาะสมเป็นฐาน อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าดัชนีชี้วัดผลงานไม่ใช่เรื่องใหม่สำหรับภาครัฐกิจเอกชน แต่ปัจจุบันก็ยังไม่มีความมาตรฐานสากลที่จะใช้ในการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงานและคงไม่อาจคาดหวังว่าจะมีขึ้นในอนาคต เพราะเป็นเรื่องของการออกแบบเฉพาะตัวของแต่ละหน่วยงาน เพื่อใช้ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด และจะต้องมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงของปัญหา ตลอดจนสถานการณ์แวดล้อมอยู่ตลอดเวลา สำหรับด้านบริการสาธารณสุขในประเทศไทย จัดได้ว่าดัชนีชี้วัดผลงานโรงพยาบาลเป็นเรื่องใหม่ที่ยังไม่มีการดำเนินการมาก่อน การจัดทำในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักในการที่จะให้โรงพยาบาลได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาลเป็นเงินก้อนแทนการจัดสรรงบประมาณตามประเภทปัจจัยนำเข้า และเพื่อช่วยให้มีการประเมินว่าค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด จึงต้องมีการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงานเพื่อช่วยให้ผู้ที่ให้เงินสามารถตรวจสอบผลงานได้ว่า เงินงบประมาณที่ให้ไปมีการใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่าที่สุดหรือไม่ ขณะเดียวกันก็จะช่วยให้ผู้บริหาร ตลอดจนเจ้าหน้าที่ขององค์กรได้เห็นภาพรวมในการทำหน้าที่ของตน และพยายามปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพสูงยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงาน

ดัชนีชี้วัดผลงานเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้หน่วยงาน/องค์กร เข้าใจงาน บริหารงาน และพัฒนาคุณภาพงาน ของหน่วยงาน/องค์กรนั้นๆ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ของหน่วยงาน/องค์กรนั้นๆ ดัชนีวัดผลงาน มุ่งเน้นที่ผลงาน (outcome) แตกต่างจากดัชนีชี้วัดใน Hospital Accreditation ที่มุ่งเน้นกระบวนการ (Process)

หน่วยวัดดัชนีชี้วัดผลงาน อาจอยู่ในรูปของหน่วยวัดเดี่ยว (Single-dimensional units) เช่น เวลาที่ใช้ดำเนินการ งบประมาณที่ใช้ จำนวนรายงาน จำนวนครั้งที่เกิดการผิดพลาด เป็นต้น หน่วยวัดดัชนีชี้วัดผลงาน อาจอยู่ในรูปของหน่วยที่แสดงหลายมิติ (Multi-dimensional units) เช่น จำนวนค่าใช้จ่ายต่อวัน จำนวนคนไข้นอกต่อแพทย์ 1 คน อัตราการครองเตียง อัตราตายคลอด ดัชนีวัดผลงานที่ดี ก็คือดัชนีวัดผลงานที่สามารถสื่อความหมาย

เหตุผลในการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงาน

ถ้าไม่มีการวัดผลงาน ผู้บริหารงานก็ไม่สามารถควบคุมกำกับงานได้ ถ้าผู้บริหารไม่สามารถควบคุมกำกับงานได้ ผู้บริหารงานก็ไม่สามารถบริหารงานได้ ไม่สามารถตัดสินใจได้ ดังนั้นการวัดผลงานจึงมีความสำคัญในประเด็นดังต่อไปนี้

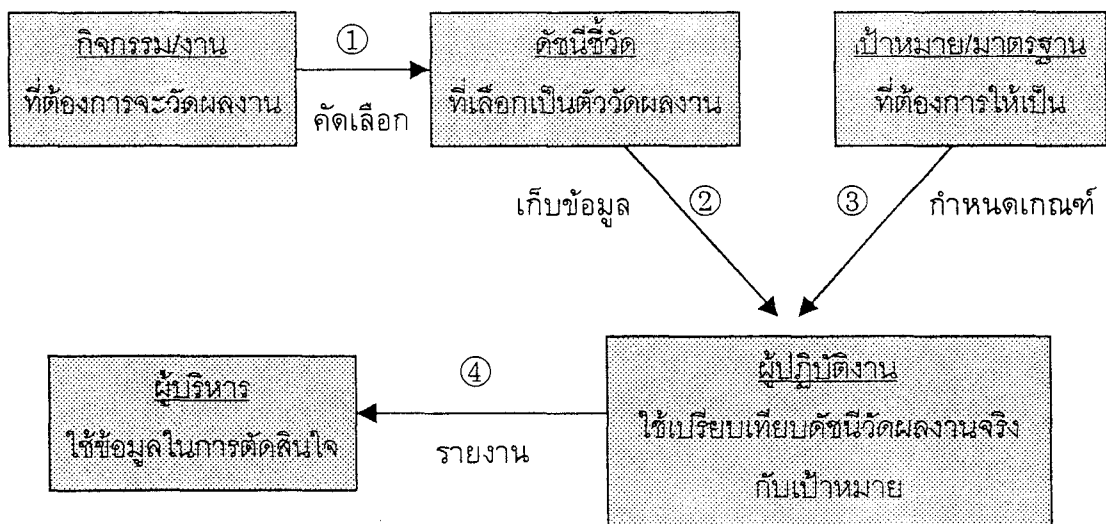
1. การควบคุมกำกับงาน
2. การประเมินความสำเร็จ วางงานได้ดำเนินการไปได้ดีเพียงใด หรือการปรับปรุงงานให้ได้ผลดีอย่างไร
3. การพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง
4. การประเมินการบริหารจัดการว่าบรรลุวัตถุประสงค์เพียงใด มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพียงใด

หลักการในการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงาน

หลักการสำคัญในการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงานให้ประสบความสำเร็จ คือ

1. วัดเฉพาะในเรื่องที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นลูกค้าหรือผู้รับบริการ ที่มีผลกระทบต่อความพอใจของผู้รับบริการ
2. ผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรมีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดทำดัชนีชี้วัด และนำไปใช้ประโยชน์

แผนภูมิที่ 3 : แผนภูมิในการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงาน



ขั้นตอนในการดำเนินการ

จากแผนภูมิการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงาน สามารถกำหนดขั้นตอนการดำเนินการ
ได้ดังนี้

1. แปลงนโยบาย วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ของหน่วยงาน/องค์การ เป็นดัชนีชี้วัดผลงาน
2. เลือกข้อมูลดิบที่จะใช้จัดทำดัชนีวัดผลงาน จัดเก็บข้อมูล และกำหนดความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล
3. กำหนดเกณฑ์มาตรฐานที่ต้องการ เพื่อใช้เปรียบเทียบกับข้อมูลที่เก็บได้จริง
4. รายงานผล

ข้อจำกัดในการจัดทำดัชนีชี้วัดโรงพยาบาล

เนื่องจากการจัดทำดัชนีชี้วัดที่ดีนั้น จะต้องได้รับความยินยอมพร้อมใจ และการสนับสนุนจากสมาชิกของหน่วยงาน/องค์การนั้นๆ ตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติงานระดับต่างๆ ที่จะร่วมกันพัฒนา และใช้ดัชนีชี้วัดผลงานที่กำหนดขึ้น ซึ่งต้องอาศัยการลงทุนทั้งเวลาและทรัพยากรในการให้ความรู้และอบรม ตลอดจนการจัดระบบข้อมูลสนับสนุน

การจัดทำดัชนีชี้วัดผลงานของโรงพยาบาลในโครงการนี้ มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาในการดำเนินการจัดทำ เพราะมีวัตถุประสงค์จะนำออกใช้ให้ทันกับการพิจารณาพระราชบัญญัติองค์กรมหาชน ดังนั้นในขั้นต้นจึงพยายามที่จะจำกัดข้อมูลที่จะนำมาใช้เป็นดัชนีชี้วัดผลงาน ที่เน้นเฉพาะข้อมูลที่มีอยู่แล้ว ไม่ใช้ข้อมูลที่จะต้องอาศัยการจัดเก็บใหม่หรือข้อมูลที่อาศัยการสำรวจใหม่ที่จะต้องใช้ระยะเวลาอันยาวนาน อย่างไรก็ตาม เวลาที่มีใช้เป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงานดังกล่าวอย่างแท้จริง เนื่องจากการจะได้ดัชนีชี้วัดผลงานที่ดีนั้น จะต้องมีการทดลองนำมาใช้และปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้นอยู่ตลอดเวลา จึงไม่มีทางเป็นไปได้ที่จะให้ได้ผลงานที่สมบูรณ์ตั้งแต่ครั้งแรกโดยไม่มีการนำมาทดลองปฏิบัติดูก่อน

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการทดลองกับโรงพยาบาล 3 แห่ง ซึ่งมีความแตกต่างกันใน 3 ระดับ คือ

1. ระดับโรงพยาบาลชุมชน คือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเน้นการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ
2. ระดับโรงพยาบาลศูนย์ คือ โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งเน้นการรักษาพยาบาลระดับทุติยภูมิ
3. ระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย คือ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งเน้นการรักษาพยาบาลระดับตติยภูมิ

เหตุผลในการเลือกโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เนื่องจากเพื่อให้มีโรงพยาบาลประเภทต่าง ๆ หลายประเภท เพื่อใช้ศึกษาเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของโรงพยาบาล 3 ระดับ

ขั้นตอนในการดำเนินการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงานโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนเอกสารวิชาการ

คณะผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารวิชาการเกี่ยวกับการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงานที่ดำเนินการในหลายประเทศ เช่น ออสเตรเลีย แคนาดา และสหรัฐอเมริกา ตลอดจนการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงานที่มีการดำเนินการในประเทศไทย เช่น องค์กรโทรศัพท์ องค์กรเภสัชกรรม การประปา เป็นต้น

ตัวอย่าง ดัชนีชี้วัดผลงานของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศออสเตรเลีย (140 ดัชนีชี้วัด) ซึ่งแบ่งออกเป็น 13 กลุ่ม โดยจะแสดงตัวอย่าง 5 กลุ่มที่สำคัญ ดังนี้

- 1) Indicator : Profit
Profit before Depreciation, Interest/Case (\$)
- 2) Indicator : Quality
Re-admission (%)

- 3) Indicator : Casemix
Casemix Index - All Patients
- 4) Indicator : Revenue
Revenue/Case (\$)
- 5) Utilization
Occupancy - All Beds (%)

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมเพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับเป้าหมายเชิงนโยบาย

คณะผู้วิจัยได้จัดประชุมเพื่อหาข้อสรุปในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ นโยบาย วัตถุประสงค์ ประสงค์ ที่จะมีส่วนสำคัญในการจัดทำดัชนีชี้วัดผลงานสำหรับโรงพยาบาลแต่ละระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละระดับจะให้บริการในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ เป็นหลักเช่นเดียวกัน ส่วนจุดเน้นบริการแต่ละแบบจะหนักแน่นเพียงใดขึ้นอยู่กับว่าโรงพยาบาลเหล่านั้นมีสถานภาพเช่นใด ถ้าหากเป็นโรงพยาบาลชุมชนก็จะเน้นบริการรักษาชั้นปฐมภูมิเป็นหลัก และเน้นบริการส่งเสริมและป้องกันในสัดส่วนที่สูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่จะต้องเน้นบริการรักษาชั้นทุติยภูมิเป็นหลัก ในขณะที่โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยต้องเน้นบริการรักษาชั้นตติยภูมิตั้งแต่การวิจัยและพัฒนาเป็นหลัก

เมื่อได้ข้อสรุปในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและวัตถุประสงค์ ประกอบกับการทบทวนเอกสารต่าง ๆ จึงได้กำหนดดัชนีหลักที่ใช้วัดผลงานของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เป็น 6 หมวดดังนี้

1. การส่งเสริมและป้องกัน (ในฐานะที่เป็นนโยบายของรัฐ)
2. การเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ (ลักษณะเฉพาะตัวของบริการสาธารณสุขในประเทศไทย)
3. ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล (หลักการสากล)
4. ประสิทธิภาพของการบริหารภายใน (หลักการสากลและเพื่อผลประโยชน์ของผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐ และประโยชน์ในการตรวจสอบ)

5. การฝึกอบรม วิจัยและพัฒนา (เป็นหน้าที่ที่โรงพยาบาลถูกเรียกร้อง และ ความจำเป็นเพื่อยกระดับคุณภาพการรักษาพยาบาลทั้งระบบในบริบทของ ประเทศไทย)
6. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ซื้อ)

ขั้นตอนที่ 3 นำเสนอรูปแบบ/วัตถุประสงค์/นโยบาย

คณะผู้วิจัยได้นำเสนอรูปแบบ/วัตถุประสงค์/นโยบาย ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ พร้อมกับตัวอย่างดัชนีชี้วัดที่มีการใช้ในประเทศอื่น และดัชนีชี้วัดที่คณะผู้วิจัยเห็นว่าเหมาะสมดังตารางต่อไปนี้ ให้ที่ประชุมร่วมกันพิจารณา ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้วิจัย และโรงพยาบาลที่อยู่ในโครงการ ทำการวิจารณ์และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง แก้ไข ตลอดจนตรวจสอบความเป็นไปได้ในการหาข้อมูลที่ต้องการ

ตารางที่ 5 : ดัชนีชี้วัด (Performance Indicators) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	น้ำหนัก
1. การส่งเสริมและป้องกัน	<ul style="list-style-type: none"> ● ประชากรที่มีสุขภาพดี/ประชากรทั้งหมด ● ประเภทของบริการส่งเสริมทั้งหมดต่อปี ● ประเภทของบริการป้องกันทั้งหมดต่อปี ● จำนวนประชากรที่ได้รับผลจากบริการส่งเสริมโดยตรง ● จำนวนประชากรที่ได้รับผลจากบริการป้องกันโดยตรง ● ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมและป้องกันต่อหัวประชากร ● ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมและป้องกันต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด ● ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมและป้องกันต่อวัน 	
2. การเข้าถึง	<ul style="list-style-type: none"> ● สัดส่วนการคุ้มครองผู้มีรายได้น้อยต่อประชากรทั้งหมด ● ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกต่อการมาพบแพทย์ 1 ครั้ง เทียบกับรายได้ของผู้มีรายได้น้อย ● ค่าใช้จ่ายในการป่วย 1 ครั้งเทียบกับรายได้ของผู้มีรายได้น้อย 	
3. ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> ● อัตราการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องในการตรวจครั้งแรก ● อัตราการเข้ารับการรักษาอีกภายหลังจากการรักษาไปแล้ว ● อัตราส่วนการกลับมาหลังผ่าตัด ● การดูแลผู้ป่วยนอกต่อวันโดยเฉลี่ยเทียบกับสมรรถนะของโรงพยาบาล ● อัตราการใช้อุปกรณ์การแพทย์และยาต่อวันต่อยอดสำรอง ● จำนวนวันของคนไข้ในโดยเฉลี่ย 	
4. ประสิทธิภาพภายในระบบ	<ul style="list-style-type: none"> ● จำนวนการรับคนไข้ส่งต่อจากสถานพยาบาลที่ต่ำกว่า ● ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนไข้ที่รับส่งต่อจากระดับที่ต่ำกว่า 	
5. การฝึกอบรม วิจัยและพัฒนา	<ul style="list-style-type: none"> ● จำนวนการฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์ต่อปี ● จำนวนการฝึกอบรมนักศึกษาพยาบาลต่อปี ● จำนวนการฝึกอบรมอื่นๆ 	
5. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างของประชากร ● การใช้เวลาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของคนไข้นอก/ครั้ง 	
รวม		100

ตารางที่ 6 : ดัชนีชี้วัด (Performance Indicators) โรงพยาบาลหาดใหญ่

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	น้ำหนัก
1. การส่งเสริมและป้องกัน	<ul style="list-style-type: none"> ● จำนวนประเภทบริการป้องกันและส่งเสริมทั้งหมดต่อปี ● จำนวนประชากรที่ได้รับการป้องกันและส่งเสริม ● จำนวนคนไข้ที่ได้รับคำแนะนำในการป้องกันและส่งเสริมเทียบกับคนไข้ทั้งหมด 	
2. การเข้าถึง	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกต่อการมาพบแพทย์ 1 ครั้ง/ราย ได้เฉลี่ยของประชากรที่มีรายได้ต่ำ ● ค่าใช้จ่ายต่อหัวคนไข้ใน 1 คนต่อการรักษา 1 ครั้ง/รายได้เฉลี่ยของประชากรที่มีรายได้ต่ำ ● จำนวนเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยนอก ● จำนวนเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยใน 	
3. ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> ● อัตราการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องในการตรวจครั้งแรก ● อัตราการเข้ารับการรักษาอีกภายหลังจากการรักษาไปแล้ว ● อัตราส่วนการกลับมาหลังผ่าตัด ● การดูแลผู้ป่วยนอกต่อวันโดยเฉลี่ยเทียบกับสมรรถนะของโรงพยาบาล ● การดูแลผู้ป่วยในต่อวันโดยเฉลี่ยเทียบกับสมรรถนะของโรงพยาบาล ● เวลาห้องผ่าตัดที่ว่างจากการใช้ ● ดัชนีรวมกรณีการเจ็บป่วยต่าง ๆ ● ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวัน ● ค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาต่อวัน ● ค่าใช้จ่ายสนับสนุนอื่นๆ ● ยาและอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ทั้งปีเทียบกับจำนวนที่เก็บไว้ทั้งหมด 	
4. ปสภ.ภายในระบบ	<ul style="list-style-type: none"> ● จำนวนผู้ป่วยที่รับ-ส่งต่อจากสถานพยาบาลที่ต่ำกว่า 	
5. การฝึกอบรม วิจัยและพัฒนา	<ul style="list-style-type: none"> ● จำนวนการฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์ต่อปี ● จำนวนการฝึกอบรมนักศึกษาพยาบาลต่อปี ● จำนวนการฝึกอบรมอื่นๆ 	
6. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างของประชากร ● การใช้เวลาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของคนไข้/ครั้ง 	
รวม		100

ตารางที่ 7 : ดัชนีชี้วัด (Performance Indicators) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	น้ำหนัก
1. การส่งเสริมและป้องกัน	<ul style="list-style-type: none"> • บริการวิจัยค้นคว้าเพื่อการส่งเสริมและป้องกัน (ครั้ง) • จำนวนคนไข้ที่ได้รับการส่งเสริมและป้องกันต่อปี 	
2. การเข้าถึง	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกต่อการมาพบแพทย์ 1 ครั้ง • ค่าใช้จ่ายต่อหัวของผู้ป่วยในหนึ่งคนต่อการรักษา 1 ครั้ง • จำนวนเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยนอก/จำนวนผู้ป่วยสงเคราะห์ทั้งหมด • จำนวนเงินสงเคราะห์ผู้ป่วยใน/จำนวนผู้ป่วยสงเคราะห์ทั้งหมด • จำนวนผู้ป่วยนอกรายได้ตั้งแต่ 0-3,000 บาท/เดือน • ผู้ป่วยในรายได้ตั้งแต่ 0-3,000 บาท/เดือน 	
3. ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> • อัตราเฉลี่ยของคนไข้ผ่าตัดที่จำหน่ายภายใน 7 วัน • การดูแลผู้ป่วยนอกต่อวันโดยเฉลี่ยเทียบกับสมรรถนะ รพ. • การรับผู้ป่วยในใหม่ต่อวันเทียบกับสมรรถนะของ ร.พ. • เปอร์เซนต์การใช้เครื่องมือแพทย์ • อัตราการใช้อุปกรณ์การแพทย์และยาต่อวันต่อยอดสำรอง • จำนวนวันของคนไข้ในโดยเฉลี่ย • อัตราการตายคลอด • จำนวนคนไข้หนัก • จำนวนเตียง • ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวัน • ค่าใช้จ่ายสนับสนุนอื่น ๆ ต่อวัน 	
4. ประสิทธิภาพภายในระบบ	<ul style="list-style-type: none"> • จำนวนการรับคนไข้ส่งต่อจากสถานพยาบาลที่ต่ำกว่า • ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนไข้ที่รับส่งต่อจากระดับที่ต่ำกว่า 	
5. การฝึกอบรมวิจัย และพัฒนา	<ul style="list-style-type: none"> • จำนวนการฝึกอบรมนักศึกษาต่อปี • จำนวนเรื่องของการวิจัยต่อปี • จำนวนงานวิจัยที่สำเร็จตามโครงการต่อปี • ค่าใช้จ่ายในการวิจัยต่อโครงการ • ค่าใช้จ่ายในการวิจัยต่อโครงการที่สำเร็จผลต่อปี 	
6. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	<ul style="list-style-type: none"> • เวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วย • ผลสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างของประชากร • การใช้เวลาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของคนไข้/ครั้ง 	
รวม		100

ขั้นตอนที่ 4 การปรับดัชนีชี้วัด ให้นำหนักกิจกรรมหลักและเตรียมการ จัดเก็บข้อมูล

โรงพยาบาลแต่ละแห่งทำการปรับดัชนีชี้วัดให้มีความเหมาะสม ให้นำหนักกิจกรรมหลักที่ใช้วัดผลงานของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งน้ำหนักที่ให้ในแต่ละกิจกรรมหลักของแต่ละโรงพยาบาลจะไม่เท่ากัน เนื่องจากจุดเน้นของโรงพยาบาลทั้ง 3 ระดับมีความแตกต่างกัน โดยที่

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว เน้นการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ จึงจำเป็นต้องเน้นมาตรการส่งเสริมและป้องกันมากเป็นพิเศษ ซึ่งหมายความว่าต้องมีประชากรที่รับผิดชอบในงานส่งเสริมและป้องกันที่แน่นอนจำนวนหนึ่ง (จำนวนประชากรที่ปรากฏในทะเบียนราษฎรของอำเภอบ้านแพ้วทั้งหมด) และเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลในระดับต้นจึงต้องเน้นการเข้าถึงบริการให้มากเป็นพิเศษ ส่วนด้านประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล และประสิทธิภาพของการบริหารภายใน ถึงแม้จะมีความสำคัญเช่นกัน แต่นำหนักโดยเปรียบเทียบก็ต้องลดน้อยกว่าโรงพยาบาลอีกสองระดับที่อยู่เหนือขึ้นไป โรงพยาบาลระดับนี้ควรจะมีการเน้นการฝึกอบรมและดูงานด้วย แต่งานวิจัยและพัฒนาถึงแม้จะมีความจำเป็นเช่นกัน แต่ขีดความสามารถที่จะดำเนินงานในลักษณะดังกล่าวจะต่ำกว่าโรงพยาบาลในระดับที่สูงกว่า ส่วนความพอใจของผู้ใช้บริการก็เป็นประเด็นที่สำคัญมากอีกประเด็นหนึ่ง เพราะเป็นด้านหน้าของการรักษาพยาบาลในระบบโรงพยาบาลทั้งหมด

โรงพยาบาลหาดใหญ่ เน้นงานส่งเสริมและป้องกันในสัดส่วนที่น้อยกว่าโรงพยาบาลบ้านแพ้ว แต่จะมากกว่าโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ การเข้าถึงบริการในระยะยาวควรลดน้ำหนักลงมาเมื่อเทียบกับบ้านแพ้ว เพราะควรจะเน้นบริการส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับล่างเป็นสำคัญ ประเด็นที่จะเริ่มมีความสำคัญมากของโรงพยาบาลในระดับนี้คือ ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลจะต้องมีน้ำหนักมากที่สุดเมื่อเทียบกับดัชนีตัวอื่นๆ ส่วนความพอใจของผู้ใช้บริการควรจะมีน้ำหนักตรงกลางระหว่างโรงพยาบาลบ้านแพ้วและโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จุดเน้นที่สำคัญควรเป็นประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล และการฝึกอบรม วิจัยและพัฒนา เป็นหลัก ส่วนตัวอื่นๆ น่าจะมีความสำคัญรองลงมา

จากการนำเสนอโดยคณะผู้วิจัย และผ่านการพิจารณาจากคณะที่ปรึกษา ตลอดจนนักวิจัยสมทบ ที่ประชุมได้มีการเสนอนำหนักของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ซึ่งข้อเสนอดังกล่าวเป็นข้อเสนอเชิงทดลองปฏิบัติเบื้องต้น ภายหลังจากได้ลงมือปฏิบัติแล้ว หากหน่วยงานเห็นว่าการกระจายน้ำหนักยังไม่มีความเป็นธรรมต่อการปฏิบัติงาน อาจปรับแก้ได้ตามความเหมาะสม ในภายหลัง ซึ่งได้มีการกระจายน้ำหนักดัชนีชี้วัดผลงานของโรงพยาบาลแต่ละแห่งไว้ดังนี้

ตารางที่ 8 : การกระจายน้ำหนักดัชนีวัดผลงานของโรงพยาบาล 3 แห่ง

ดัชนีชี้วัด	ร.พ. บ้านแพ้ว	ร.พ. หาดใหญ่	ร.พ.สงขลานครินทร์
1. การส่งเสริมและป้องกัน	25	15	10
2. การเข้าถึง	20	10	10
3. ประสิทธิภาพในการรักษา พยาบาล	20	40	40
4. ประสิทธิภาพภายในระบบ	5	10	10
5. การฝึกอบรม วิจัยและพัฒนา	10	10	20
6. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	20	15	10
รวม	100	100	100

ขั้นตอนที่ 5 การให้น้ำหนักกิจกรรมย่อย

หลังจากที่คณะผู้วิจัยได้ข้อตกลงเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง และน้ำหนักรวมของแต่ละกิจกรรมหลักแล้ว จึงได้ให้คะแนนในแต่ละกิจกรรมย่อยในส่วนที่คาดว่าจะเก็บข้อมูลนั้นๆ ได้ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 : ดัชนีชี้วัด (Performance Indicators)

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ร.พ.บ้านแพ้ว	ร.พ.หาดใหญ่	ร.พ.สงขลานครินทร์
1. การส่งเสริมและป้องกัน	1.1 บริการวิจัย คั่นคว่ำ เพื่อการส่งเสริมและป้องกัน (ครั้ง)	-	-	5
	1.2 จำนวนครั้งที่ให้การส่งเสริมและป้องกัน(ครั้ง)	10	10	5
	1.3 จำนวนครั้งการตรวจคัดกรองผู้ป่วย (ครั้ง)	-	5	-
	1.4 ความครอบคลุมการส่งเสริมและป้องกัน/ประชากรทั้งหมด (%)	10	-	-
	1.5 คุณภาพของบริการส่งเสริมและป้องกัน (ผู้ประเมินเป็นคนนอก)	5	-	-
	รวม		25	15
2. การเข้าถึง	2.1 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยร้องเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการต่อปี (ครั้ง)	4	2	1
	2.2 สัดส่วนประชากรที่รู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการต่อประชากรทั้งหมด (%)	4	-	-
	2.3 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (%)	4	2	1
	2.4 จำนวนผู้ป่วยในที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (%)	4	2	1
	2.5 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ไม่มีสวัสดิการใดๆต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด (%)	4	2	2
	2.6 จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ราย)	-	1	3
	2.7 จำนวนคนไข้หนัก (ราย)	-	1	2
	รวม		20	10

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ร.พ.บ้านแพ้ว	ร.พ.หาดใหญ่	ร.พ.สงขลานครินทร์
3. ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล	3.1 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษา(re-admission)ภายใน 7 วัน(%)	5	-	5
	3.2 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษาหลังผ่าตัด(re-operation)ภายใน 7 วัน (%)	-	5	-
	3.3 จำนวนวันของคนไข้ในโดยเฉลี่ย(length of stay) (วัน)	5	5	5
	3.4 จำนวนเตียงต่อแพทย์หนึ่งคน (เตียง)	-	4	-
	3.5 จำนวนเตียงต่อพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคน (เตียง)	-	4	-
	3.6 อัตราการผ่าตัดที่ปลอดภัย (%)	5	4	5
	3.7 อัตราตายปลอดภัย (%)	5	4	5
	3.8 ผู้ป่วยที่ออกจากร.พ.โดยการหลบหนีหรือไม่ยินยอมอยู่	-	-	5
	3.9 DRG index	-	4	10
	3.10 Mortality rate (%)	-	4	-
	3.11 Nosocomial Infection rate (%)	-	3	-
	3.12 Surgical wound infection (%ของ NI)	-	3	5
	รวม	20	40	40
4. ประสิทธิภาพภายในระบบ	4.1 เวลาห้องผ่าตัดที่ว่างจากการใช้ (ชม./วัน)	-	1	1
	4.2 อัตราการใช้วัสดุอุปกรณ์การแพทย์และยาต่อเดือนต่อยอดสำรอง (เดือน)	1	1	2
	4.3 มูลค่าการใช้จ่ายตามบัญชียาหลัก/มูลค่าการใช้จ่ายยาทั้งหมด (%)	1	1	1
	4.4 อัตราการครองเตียง (%)	2	2	1
	4.5 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย (บาท)	-	1	1

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ร.พ.บ้านแพ้ว	ร.พ.หาดใหญ่	ร.พ.สงขลานครินทร์
	4.6 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (บาท)	-	1	1
	4.7 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (บาท)	-	1	-
	4.8 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย (บาท)	-	1	-
	4.9 จำนวนคนไข้ที่รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่ต่ำกว่า (ราย)	1	1	1
	4.10 ยอดเงินอุดหนุนบริการพิเศษที่จัดได้ไม่คุ้มทุน (บาท)	-	-	2
	รวม	5	10	10
5. การฝึกอบรม วิจัย และ พัฒนา	5.1 จำนวนการฝึกอบรมนักศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข (คน)	5	2	-
	5.2 จำนวนเรื่องการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข (เรื่อง)	5	3	7
	5.3 อัตรางานวิจัยที่สำเร็จตามโครงการ/ปี (%)	-	-	7
	5.4 คุณภาพงานวิจัย (ผู้ประเมินเป็นคนนอก) (A-E)	-	-	6
	5.5 ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการพัฒนาชุมชน (ค่าตอบแทนแพทย์และ พยาบาลที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศ บาล) (บาท)	-	5	-
	รวม	10	10	20
6. ความพึงพ พอใจของผู้ใช้ บริการ	6.1 ผลการสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างของประชากร(%)	10	5	5
	6.2 การใช้เวลาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก/ครั้ง (ชั่วโมง)	10	5	3
	6.3 เวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วย (นาที)	-	5	2
	รวม	20	15	10
	รวม	100	100	100

ขั้นตอนที่ 6 การกำหนดทิศทางของดัชนีล่วงหน้า

ก่อนที่จะมีการจัดเก็บข้อมูล จะต้องมีการตกลงกันถึงทิศทางของดัชนีว่าเป็นไปในทางทิศใดถึงจะดี และทิศทางใดไม่ดี เพื่อให้แน่ใจว่าดัชนีที่เก็บได้จะไปสร้างแรงจูงใจที่ไม่เบี่ยงเบนไปจากวัตถุประสงค์ เป้าหมาย หรือนโยบายที่กำหนดไว้ (ไม่ให้ดัชนีสร้างแรงจูงใจในทางที่ผิดซึ่งจะเป็นดัชนีที่ไม่ดี) ทิศทางโดยทั่วไปใน ระยะสั้น สำหรับดัชนีแต่ละตัวจะต้องระบุให้ชัดเจนและให้แน่ใจว่าถ้าตัวเลขมากขึ้นจึงจะดี หรือลดลงจึงจะดี และบางตัวจะมีตัวเลขเป้าหมายที่ดีที่สุด (optimal) ถ้ามากเกินไปก็ไม่ได้น้อยไปก็ไม่ได้ ผู้สร้างดัชนีจะต้องสามารถระบุดัชนีเหล่านี้ให้ชัดเจนแต่เริ่มต้น ใน ระยะปานกลางและระยะยาว ดัชนีทุกตัวควรเป็นตัวเลขเป้าหมายที่ดีที่สุดที่แน่นอน (optimal) เพราะการจะทำให้ตัวเลขเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่อถึงจุดหนึ่งจะมีต้นทุนสูงเกินไป ประสิทธิภาพโดยรวมจะลดลง ดังนั้น จึงต้องกำหนดตัวเลขที่ดีที่สุดเอาไว้และถ้าหากดัชนีบางตัวเริ่มคงที่ที่สุดที่ดีที่สุดในระยะหนึ่งก็อาจจะไม่มีความจำเป็นที่จะใช้เป็นตัวชี้วัด องค์กรจะต้องมองหาดัชนีตัวอื่นที่ต้องการจะให้มีการปรับปรุงมาเป็นตัวดัชนีชี้วัดใหม่ต่อไป ดังที่ได้แสดงไว้ในตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 10 : การกำหนดทิศทางของดัชนี

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ทิศทาง
1. การส่งเสริมและป้องกัน	1.1 บริการวิจัย คั่นคว่า เพื่อการส่งเสริมและป้องกัน (ครั้ง)	มากดี
	1.2 จำนวนครั้งที่ให้การส่งเสริมและป้องกัน(ครั้ง)	มากดี
	1.3 จำนวนครั้งการตรวจคัดกรองผู้ป่วย (ครั้ง)	มากดี
	1.4 ความครอบคลุมการส่งเสริมและป้องกัน/ประชากรทั้งหมด (%)	optimum
	1.5 คุณภาพของบริการส่งเสริมและป้องกัน (ผู้ประเมินเป็นคนนอก)	A – E
2. การเข้าถึง	2.1 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยร้องเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการต่อปี (ครั้ง)	น้อยดี
	2.2 สัดส่วนประชากรที่รู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการต่อประชากรทั้งหมด (%)	มากดี
	2.3 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (%)	มากดี
	2.4 จำนวนผู้ป่วยในที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (%)	มากดี
	2.5 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ไม่มีสวัสดิการใดๆต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด (%)	มากดี
	2.6 จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ราย)	มากดี
	2.7 จำนวนคนไข้หนัก (ราย)	มากดี

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ทิศทาง
3. ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล	3.1 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษา(re-admission)ภายใน 7 วัน (%)	น้อยดี
	3.2 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษาหลังผ่าตัด(re-operation)ภายใน 7 วัน (%)	น้อยดี
	3.3 จำนวนวันของคนไข้ในโดยเฉลี่ย(length of stay) (วัน)	น้อยดี
	3.4 จำนวนเตียงต่อแพทย์หนึ่งคน (เตียง)	Optimum
	3.5 จำนวนเตียงต่อพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคน (เตียง)	Optimum
	3.6 อัตราการฆ่าห้องคลอด (%)	Optimum
	3.7 อัตราตายคลอด (%)	Optimum
	3.8 ผู้ป่วยที่ออกจากร.พ. โดยการหลบหนีหรือไม่ยินยอมอยู่	น้อยดี
	3.9 DRG index	Optimum
	3.10 Mortality rate (%)	น้อยดี
	3.11 Nosocomial Infection rate (%)	น้อยดี
	3.12 Surgical wound infection (%ของ NI)	น้อยดี
4. ประสิทธิภาพภายในระบบ	4.1 เวลาห้องผ่าตัดที่ว่างจากการใช้ (ชม./วัน)	น้อยดี
	4.2 อัตราการใช้วัสดุอุปกรณ์การแพทย์และยาต่อเดือนต่อยอดสำรอง (เดือน)	Optimum
	4.3 มูลค่าการใช้จ่ายตามบัญชียาหลัก/มูลค่าการใช้จ่ายทั้งหมด (%)	มากดี
	4.4 อัตราการครองเตียง (%)	Optimum
	4.5 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย (บาท)	น้อย หรือ Optimum
	4.6 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (บาท)	น้อย หรือ Optimum
	4.7 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (บาท)	น้อย หรือ Optimum
	4.8 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย (บาท)	น้อย หรือ Optimum
	4.9 จำนวนคนไข้ที่รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่ต่ำกว่า (ราย)	มากดี
	4.10 ยอดเงินอุดหนุนบริการพิเศษที่จัดได้ไม่คุ้มทุน (บาท)	น้อยดี

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ทิศทาง
5. การฝึกอบรม วิจัย และ พัฒนา	5.1 จำนวนการฝึกอบรมนักศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข (คน)	มากที่สุด
	5.2 จำนวนเรื่องการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข (เรื่อง)	Optimum 10%
	5.3 อัตรางานวิจัยที่สำเร็จตามโครงการ/ปี (%)	มากที่สุด
	5.4 คุณภาพงานวิจัย (ผู้ประเมินเป็นคนนอก)	A – E
	5.5 ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการพัฒนาชุมชน (ค่าตอบแทนแพทย์ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ณ ศูนย์บริการสา ธารณสุขของเทศบาล) (บาท)	มากที่สุด
6. ความพึงพอ ใจของผู้ใช้ บริการ	6.1 ผลการสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างของประชากร(%)	
	6.2 การใช้เวลาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก/ครั้ง (ชั่วโมง)	น้อยดี
	6.3 เวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วย (นาที)	น้อยดี

ขั้นตอนที่ 7 จัดเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้ข้อตกลงเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดและน้ำหนักแล้ว ได้ส่งกลับไปยังโรงพยาบาลแต่ละแห่งทำการจัดเก็บข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง และคาดการณ์อีก 2 ปีข้างหน้า ซึ่งได้มีการประชุมคณะที่ปรึกษาและคณะนักวิจัยเพื่อติดตามความคืบหน้า รวมทั้งมีการปรับปรุงอีกหลายครั้ง ท้ายที่สุดที่ประชุมเห็นสมควรให้รับตารางดัชนีชี้วัดของทั้ง 3 โรงพยาบาลให้มีความเหมือน/ใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยในแต่ละกิจกรรมหลักจะมีกิจกรรมย่อยที่เหมือนกันหรือต่างกันเพียงเล็กน้อย เพื่อความสะดวกในการพิจารณา ดังตารางที่ 11-13

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	2538	2539	2540	2541*	2542	น้ำหนัก
1. การส่งเสริมและป้องกัน	1.1 ความครอบคลุมการส่งเสริมและป้องกัน /ประชากรทั้งหมด(%)						10
	1.2 จำนวนครั้งที่ให้การส่งเสริมและป้องกัน(ครั้ง)	15,274	16,960	18,330	19,971	21,536	10
	1.3 คุณภาพของบริการส่งเสริมและป้องกัน(ผู้ประเมินเป็นคนนอก)						5
	รวม						25
2. การเข้าถึง	2.1 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยร้องเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการต่อปี (ครั้ง)	3	3	3	2	2	4
	2.2 สัดส่วนประชากรที่รู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการต่อประชากรทั้งหมด (%)	64	66	73	78	82	4
	2.3 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (%)	58	39	26	41	41	4
	2.4 จำนวนผู้ป่วยในที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (%)	21	10	12	14	14	4
	2.5 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ไม่มีสวัสดิการใดๆต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด (%)						4
	2.6 จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ราย)						
	2.7 จำนวนคนไข้หนัก (ราย)						
รวม						20	

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	2538	2539	2540	2541*	2542	น้ำหนัก
3. ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล	3.1 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษา(re-admission)ภายใน 7 วัน(%)						5
	3.2 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษาลงผ่าตัด(re-operation)ภายใน 7 วัน (%)						
	3.3 จำนวนวันของคนไข้ในโดยเฉลี่ย(length of stay) (วัน)	3.8	3.8	4.5	3.7	3.9	5
	3.4 จำนวนเตียงต่อแพทย์ (เตียง)						
	3.5 จำนวนเตียงต่อพยาบาลวิชาชีพ (เตียง)						
	3.6 อัตราการผ่าตัดคลอด (%)						5
	3.7 อัตราตายคลอด (%)						5
	3.8 ผู้ป่วยที่ออกจาก ร.พ. โดยการหลบหนีหรือไม่ยินยอมอยู่ (%)						
	3.9 DRG index						
	3.10 Mortality rate (%)						
	3.11 Nosocomial Infection rate (%)						
	3.12 Surgical wound infection (%ของ NI)						
	รวม						20

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	2538	2539	2540	2541*	2542	น้ำหนัก
4. ประสิทธิภาพภายในระบบ	4.1 เวลาห้องผ่าตัดที่ว่างจากการใช้ (ชม./วัน)						1
	4.2 อัตราการใช้วัสดุอุปกรณ์การแพทย์และยาต่อเดือนต่อยอดสำรอง (เดือน)						1
	4.3 มูลค่าการใช้ยาตามบัญชียาหลัก/มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด (%)	-	-	60	52	52	2
	4.4 อัตราการครองเตียง (%)	111	131	113	94	112	
	4.5 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย (บาท)						
	4.6 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (บาท)						
	4.7 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (บาท)						
	4.8 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย (บาท)						
	4.9 จำนวนคนไข้ที่รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่ต่ำกว่า (ราย)	392	1,453	689	845	845	1
	4.10 ยอดเงินอุดหนุนพิเศษสำหรับบริการที่จัดได้ไม่คุ้มทุน (บาท)						5
	รวม						

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	2538	2539	2540	2541*	2542	น้ำหนัก
5. การฝึกอบรม วิจัย และ พัฒนา	5.1 จำนวนการฝึกอบรมนักศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข (คน)	75	102	104	134	153	5
	5.2 จำนวนเรื่องการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข (เรื่อง)						5
	5.3 อัตรางานวิจัยที่สำเร็จตามโครงการ/ปี (%)						
	5.4 คุณภาพงานวิจัย (ผู้ประเมินเป็นคนนอก) (A – E)						
	5.5 ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการพัฒนาชุมชน (ค่าตอบแทน แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ณ ศูนย์ บริการสาธารณสุขของเทศบาล) (บาท)						
	รวม						10
6. ความพึงพอ ใจของผู้ใช้ บริการ	6.1 ผลการสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างของประชากร (%)	79.50	76.35	72.25	75.88	76.00	10
	6.2 การใช้เวลาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก/ครั้ง (ชั่วโมง)	1.3	1.15	1	0.75	0.75	10
	6.3 เวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วย (นาที)						
	รวม						20
	รวม						100

ตารางที่ 12 : ดัชนีชี้วัด (Performance Indicators) โรงพยาบาลหาดใหญ่

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	2538	2539	2540	2541*	2542	น้ำหนัก
1. การส่งเสริมและป้องกัน	1.1 บริการวิจัย คั่นคว่า เพื่อการส่งเสริมและป้องกัน (ครั้ง)						
	1.2 จำนวนครั้งที่ให้การส่งเสริมและป้องกัน(ครั้ง)	48,556	44,073	40,116	35,896	31,676	10
	1.3 จำนวนครั้งการตรวจคัดกรองผู้ป่วย (ครั้ง)			6,276	6,276	6,276	5
	รวม						15
2. การเข้าถึง	2.1 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยร้องเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการต่อปี (ครั้ง)	2	2	3	2.5	2.5	2
	2.2 สัดส่วนประชากรที่รู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการต่อประชากรทั้งหมด (%)						
	2.3 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (%)			25.37	25.37	25.37	2
	2.4 จำนวนผู้ป่วยในที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (%)			44.71	44.71	44.71	2
	2.5 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ไม่มีสวัสดิการใดๆต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด (%)		24.20	8.62	16.41	16.41	2
	2.6 จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ราย)			16,180	16,180	16,180	1
	2.7 จำนวนคนไข้หนัก (ราย)	122	115	109	99	90	1
	รวม						10

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	2538	2539	2540	2541*	2542	น้ำหนัก
3. ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล	3.1 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษา(re-admission)ภายใน 7 วัน(%)						
	3.2 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษาหลังผ่าตัด(re-operation) ภายใน 7 วัน (%)			0.72	0.65	0.60	5
	3.3 จำนวนวันของคนไข้ในโดยเฉลี่ย(length of stay) (วัน)	6	6	6	6	6	5
	3.4 จำนวนเตียงต่อแพทย์ (เตียง)			9	9	9	4
	3.5 จำนวนเตียงต่อพยาบาลวิชาชีพ (เตียง)			2.7	2.7	2.7	4
	3.6 อัตราการผ่าตัดคลอด (%)	16.7	18.0	19.8	21.4	23.0	4
	3.7 อัตราตายคลอด (%)	2.19	2.08	1.49	1.15	1.00	4
	3.8 ผู้ป่วยที่ออกจาก ร.พ. โดยการหลบหนีหรือไม่ยินยอมอยู่ (%)						
	3.9 DRG index			1.026			4
	3.10 Mortality rate (%)			3.48	3.5	3.5	4
	3.11 Nosocomial Infection rate (%)			3.91	3.2	3.2	3
	3.12 Surgical wound infection (%ของ NI)			6.4	5	5	3
	รวม						40

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	2538	2539	2540	2541*	2542	น้ำหนัก
4. ประสิทธิภาพภายในระบบ	4.1 เวลาห้องผ่าตัดที่ว่างจากการใช้ (ชม./วัน)				4.9	4.9	1
	4.2 อัตราการใช้วัสดุอุปกรณ์การแพทย์และยาต่อเดือนต่อยอร์ดสำรอง (เดือน)	9.77	7.24	4.79	3.5	2.5	1
	4.3 มูลค่าการใช้จ่ายตามบัญชียาหลัก/มูลค่าการใช้จ่ายทั้งหมด (%)	36.8	35.21	43.50	38.5	38.5	1
	4.4 อัตราการครองเตียง (%)	101.45	98.52	98.03	99	99	2
	4.5 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย (บาท)	32	34	35.75	38	40	1
	4.6 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (บาท)	14.5	15	15.25	16	16.77	1
	4.7 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (บาท)			15.01	15.01	15.01	1
	4.8 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย (บาท)			35.40	35.40	35.40	1
	4.9 จำนวนคนไข้ที่รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่ต่ำกว่า (ราย)	8,131	8,520	9,345	9,954	10,561	1
	4.10 ยอดเงินอุดหนุนพิเศษสำหรับบริการที่จัดได้ไม่คุ้มทุน (บาท)						
	รวม						10

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	2538	2539	2540	2541*	2542	น้ำหนัก
5. การฝึกอบรม วิจัย และ พัฒนา	5.1 จำนวนการฝึกอบรมนักศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข (คน)	753	737	740	743	743	2
	5.2 จำนวนเรื่องการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข (เรื่อง)	10	10	10	10	10	3
	5.3 อัตรางานวิจัยที่สำเร็จตามโครงการ/ปี (%)						
	5.4 คุณภาพงานวิจัย (ผู้ประเมินเป็นคนนอก) (A - E)						
	5.5 ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการพัฒนาชุมชน (ค่าตอบแทน แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ณ ศูนย์ บริการสาธารณสุขของเทศบาล) (บาท)		631,900	1,378,200	1,378,200	1,378,200	5
	รวม						
6. ความพึงพอใจของผู้ใช้ บริการ	6.1 ผลการสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างของประชากร (%)				75	75	5
	6.2 การใช้เวลาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก/ครั้ง (ชั่วโมง)				2.16	2.16	5
	6.3 เวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วย (นาที)			30	30	30	5
	รวม						15
	รวม						100

ตารางที่ 13 : ดัชนีชี้วัด (Performance Indicators) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	2538	2539	2540	2541*	2542	น้ำหนัก
1. การส่งเสริมและป้องกัน	1.1 บริการวิจัย คั่นคว่ำ เพื่อการส่งเสริมและป้องกัน (ครั้ง)	139	159	144	144	152	5
	1.2 จำนวนครั้งที่ให้การส่งเสริมและป้องกัน(ครั้ง)	3,622	3,696	4,212	4,300	4,400	5
	1.3 จำนวนครั้งการตรวจคัดกรองผู้ป่วย (ครั้ง)						
	รวม						10
2. การเข้าถึง	2.1 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยร้องเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการต่อปี (ครั้ง)						1
	2.2 สัดส่วนประชากรที่รู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการต่อประชากรทั้งหมด (%)						
	2.3 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (%)	2.04	2.05	2.24	2.34	2.44	1
	2.4 จำนวนผู้ป่วยในที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (%)	14.38	16.08	15.08	15.33	15.33	1
	2.5 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ไม่มีสวัสดิการใดๆต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด (%)						2
	2.6 จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ราย)	9,566	8,059	8,764	8,796	8,796	3
	2.7 จำนวนคนไข้หนัก (ราย)	1,053	1,168	1,696	1,700	1,800	2
	รวม						10

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	2538	2539	2540	2541*	2542	น้ำหนัก
3. ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล	3.1 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษา(re-admission)ภายใน 7 วัน(%)						5
	3.2 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษาหลังผ่าตัด(re-operation)ภายใน 7 วัน (%)						
	3.3 จำนวนวันของคนไข้ในโดยเฉลี่ย(length of stay) (วัน)	9.92	9.52	9.24	9.0	8.5	5
	3.4 จำนวนเตียงต่อแพทย์ (เตียง)						
	3.5 จำนวนเตียงต่อพยาบาลวิชาชีพ (เตียง)						
	3.6 อัตราการผ่าตัดคลอด (%)	27.97	29.38	29.93	30.91	31.89	5
	3.7 อัตราตายคลอด (%)	6.65	6.63	5.21	4.49	3.77	5
	3.8 ผู้ป่วยที่ออกจากร.พ.โดยการหลบหนีหรือไม่ยินยอมอยู่ (%)	0.14	0.09	0.08	0.10	0.10	5
	3.9 DRG index	1.30	1.29	1.30	1.30	1.30	10
	3.10 Mortality rate (%)						
	3.11 Nosocomial Infection rate (%)						
	3.12 Surgical wound infection (%ของ NI)						5
	รวม						40

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	2538	2539	2540	2541*	2542	น้ำหนัก
4. ประสิทธิภาพภายในระบบ	4.1 เวลาห้องผ่าตัดที่ว่างจากการใช้ (ชม./วัน)	1.07	0.81	0.49	0.50	0.40	1
	4.2 อัตราการใช้วัสดุอุปกรณ์การแพทย์และยาต่อเดือนต่อยอดสำรอง (เดือน)	1.98	2.01	1.72	1.92	1.70	2
	4.3 มูลค่าการใช้จ่ายตามบัญชียาหลัก/มูลค่าการใช้จ่ายทั้งหมด (%)		31	32	36	40	1
	4.4 อัตราการครองเตียง (%)	84.89	85.89	83.37	75.00	80.00	1
	4.5 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย (บาท)						1
	4.6 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (บาท)						1
	4.7 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (บาท)						
	4.8 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย (บาท)						
	4.9 จำนวนคนไข้ที่รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่ต่ำกว่า (ราย)			1,342	1,400	1,500	1
	4.10 ยอดเงินอุดหนุนพิเศษสำหรับบริการที่จัดได้ไม่คุ้มทุน (บาท)				85,809,497	85,809,497	2
	รวม						10

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	2538	2539	2540	2541*	2542	น้ำหนัก
5. การฝึกอบรม วิจัย และ พัฒนา	5.1 จำนวนการฝึกอบรมนักศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข (คน)						
	5.2 จำนวนเรื่องการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข (เรื่อง)	48	50	46	48	48	7
	5.3 อัตรางานวิจัยที่สำเร็จตามโครงการ/ปี (%)	0.48	0.44	0.15	0.21	0.21	7
	5.4 คุณภาพงานวิจัย (ผู้ประเมินเป็นคนนอก) (A – E)						6
	5.5 ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการพัฒนาชุมชน (ค่าตอบแทน แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ณ ศูนย์ บริการสาธารณสุขของเทศบาล) (บาท)						
	รวม						
6. ความพึงพอใจของผู้ใช้ บริการ	6.1 ผลการสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างของประชากร (%)						5
	6.2 การใช้เวลาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก/ครั้ง (ชั่วโมง)			2.18	2.18	2.18	3
	6.3 เวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วย (นาที)	9.93	10.62	12.27	13.44	14.61	2
	รวม						10
	รวม						100

ขั้นตอนที่ 8 การกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน

หลังจากที่ได้ข้อมูลครบทั้ง 5 ปีแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน ซึ่งดำเนินการโดยใช้ข้อมูลปี 2542 มาเป็นเกณฑ์ปกติที่จะใช้ในการคำนวณ โดยแบ่งเกณฑ์ออกเป็น 5 ระดับ คือ A, B, C, D และ E ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตารางที่ 14 : ตัวอย่างการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน

ข้อมูลของโรงพยาบาล ก. มีดังนี้

กิจกรรมย่อย	2538	2539	2540	2541*	2542*
1.1 จำนวนครั้งที่ให้การส่งเสริมและป้องกัน (ราย)	3,000	3,300	3,500	3,800	4,000
1.2 จำนวนผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถสรุปสาเหตุได้แน่นอน/คนไข้ในทั้งหมด (ราย)	20	15	22	19	19
1.3 อัตราการครองเตียง	101	97	98	99	99

เมื่อนำมาจัดทำเกณฑ์การให้ลำดับคะแนนจะเป็นดังนี้

กิจกรรมย่อย	A (ดีมาก)	B (ดี)	C (ปกติ)	D (ต่ำกว่าปกติ)	E (ต่ำมาก)
1.1 จำนวนครั้งที่ให้การส่งเสริมและป้องกัน (ราย)	4,400 (ข้อมูลปี2542 คูณด้วย 1.10)	4,200 (ข้อมูลปี2542 คูณด้วย 1.05)	4,000 (ข้อมูลปี 2542)	3,800 (ข้อมูลปี2542คูณ ด้วย 0.95)	3,600 (ข้อมูลปี2542 คูณด้วย 0.90)
1.2 จำนวนผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถสรุปสาเหตุได้แน่นอน/คนไข้ในทั้งหมด (ราย)	17 (ข้อมูลปี2542 คูณด้วย 0.90)	18 (ข้อมูลปี2542 คูณด้วย 0.95)	19 (ข้อมูลปี 2542)	20 (ข้อมูลปี2542คูณ ด้วย 1.05)	21 (ข้อมูลปี2542 คูณด้วย 1.10)
1.3 อัตราการครองเตียง	100	100 ±10	100±15	100±20	100±25

จากตัวอย่างดังกล่าว อธิบายได้ดังนี้

ช่อง C จะเป็นข้อมูลของปี 2542

ช่อง B จะเป็นข้อมูลของปี 2542 นำมาดำเนินการต่อโดย

คุณด้วย 1.05 ในกรณีที่หากมีจำนวนข้อมูลที่เพิ่มมากขึ้น แล้วจะมีผลดีต่อโรงพยาบาล/ผู้รับบริการ (ตามตัวอย่างในกิจกรรมย่อย ข้อ 1.1)

คุณด้วย 0.95 ในกรณีที่หากมีจำนวนข้อมูลที่เพิ่มมากขึ้น แล้วจะมีผลเสียต่อโรงพยาบาล/ผู้รับบริการ (ตามตัวอย่างในกิจกรรมย่อย ข้อ 1.2)

ช่อง A จะเป็นข้อมูลของปี 2542 นำมาดำเนินการต่อโดย

คุณด้วย 1.10 ในกรณีที่หากมีจำนวนข้อมูลที่เพิ่มมากขึ้น แล้วจะมีผลดีต่อโรงพยาบาล/ผู้รับบริการ

คุณด้วย 0.90 ในกรณีที่หากมีจำนวนข้อมูลที่เพิ่มมากขึ้น แล้วจะมีผลเสียต่อโรงพยาบาล/ผู้รับบริการ

ช่อง D จะเป็นข้อมูลของปี 2542 นำมาดำเนินการต่อโดย

คุณด้วย 1.05 ในกรณีที่หากมีจำนวนข้อมูลที่เพิ่มมากขึ้น แล้วจะมีผลดีต่อโรงพยาบาล/ผู้รับบริการ

คุณด้วย 0.95 ในกรณีที่หากมีจำนวนข้อมูลที่เพิ่มมากขึ้นแล้วจะมีผลเสียต่อโรงพยาบาล/ผู้รับบริการ

ช่อง E จะเป็นข้อมูลของปี 2542 นำมาดำเนินการต่อโดย

คุณด้วย 1.10 ในกรณีที่หากมีการดำเนินการมากขึ้น แล้วจะมีผลดีต่อโรงพยาบาล/ผู้รับบริการ

คุณด้วย 0.90 ในกรณีที่หากมีการดำเนินการมากขึ้น แล้วจะมีผลเสียต่อโรงพยาบาล/ผู้รับบริการ

สำหรับกิจกรรมย่อยบางประเภท เช่น อัตราการครองเตียง อัตราการใช้วัสดุอุปกรณ์การแพทย์และยาต่อยอดสำรอง หากบริหารจัดการแล้วเป็นไปตามที่กำหนด คืออัตราการครองเตียง หาก เท่ากับ 100% ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับ A อัตราการใช้วัสดุอุปกรณ์การแพทย์และยาต่อยอดสำรอง หากเท่ากับ 2 เดือน (ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ 2

เดือน) ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับ A เช่นเดียวกัน จะถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพภายในระบบ และจะลดหลั่นกันไปตามความเหมาะสม ดังตารางที่ 15 - 17

หมายเหตุ การให้คะแนนโดยการเพิ่มหรือลดครั้งละ 5 หรือ 10% โดยทั่วไปถือว่าเป็นวิธีการที่ไม่ดี แต่ก็ใช่วิธีการที่ดีที่สุดในกรณีที่มีข้อมูลจำกัด โดยที่อัตราการเปลี่ยนแปลงควรจะเสนอเป็นอัตราที่ยอมรับได้โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และไม่ควรเป็นอัตราที่ผู้วิจัยกำหนดเอาเอง แต่ถ้าหากมีข้อมูลย้อนหลังมาเพียงพอ อัตราเพิ่มหรือลดจากตัวเลขเฉลี่ยตรงกลาง (C) ควรจะให้ค่าดัชนีเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard score) จะได้ไม่จำเป็นต้องมีข้อถกเถียงตามมาภายหลัง

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	A	B	C	D	E	น้ำหนัก
1. การส่งเสริม และป้องกัน	1.1 ความครอบคลุมการส่งเสริมและป้องกันประชากรทั้งหมด(%)	100	90	80	70	60	10
	1.2 จำนวนครั้งที่ให้การส่งเสริมและป้องกัน(ครั้ง)	23,690	22,613	21,536	20,459	19,382	10
	1.3 คุณภาพของบริการส่งเสริมและป้องกัน (ผู้ประเมินเป็นคนนอก)						5
	รวม						25
2. การเข้าถึง	2.1 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยร้องเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการต่อปี (ครั้ง)	0	1	2	3	4	4
	2.2 สัดส่วนประชากรที่รู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการต่อประชากรทั้งหมด (%)	95	90	82	75	70	4
	2.3 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (%)	45.1	43.05	41.0	38.95	36.90	4
	2.4 จำนวนผู้ป่วยในที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (%)	15.4	14.7	14	13.3	12.60	4
	2.5 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ไม่มีสวัสดิการใดๆต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด (%) *						4
	2.6 จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ราย)						
	2.7 จำนวนคนไข้หนัก (ราย)						
	รวม						20

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	A	B	C	D	E	น้ำหนัก
3. ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล	3.1 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษา(re-admission)ภายใน 7 วัน(%)	0.6	0.8	1	1.5	2	5
	3.2 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษาหลังผ่าตัด(re-operation)ภายใน 7 วัน (%)						
	3.3 จำนวนวันของคนไข้ในโดยเฉลี่ย(length of stay) (วัน)	3.51	3.71	3.90	4.10	4.29	5
	3.4 จำนวนเตียงต่อแพทย์ (เตียง)						
	3.5 จำนวนเตียงต่อพยาบาลวิชาชีพ (เตียง)						
	3.6 อัตราการผ่าตัดคลอด (%)	28.7	30.3	31.89	33.48	35.1	5
	3.7 อัตราตายคลอด (%)	3.4	3.58	3.77	3.96	4.15	5
	3.8 ผู้ป่วยที่ออกจากร.พ.โดยการหลบทะเน่หรือไม่มียินยอมอยู่ (%)						
	3.9 DRG index						
	3.10 Mortality rate (%)						
	3.11 Nosocomial Infection rate (%)						
	3.12 Surgical wound infection (%ของ NI)						
	รวม						20

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	A	B	C	D	E	น้ำหนัก
4. ประสิทธิภาพภายในระบบ	4.1 เวลาห้องผ่าตัดที่ว่างจากการใช้ (ชม./วัน)						
	4.2 อัตราการใช้วัสดุอุปกรณ์การแพทย์และยาต่อเดือนต่อยอดสำรอง (เดือน)	2	2 ± 0.5	2 ± 1	2 ± 1.5	2 ± 2	1
	4.3 มูลค่าการใช้ยาตามบัญชียาหลัก/มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด (%)	65	60	52	45	40	1
	4.4 อัตราการครองเตียง (%)	100	100 ± 10	100 ± 15	100 ± 20	100 ± 25	2
	4.5 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย (บาท)						
	4.6 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (บาท)						
	4.7 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (บาท)						
	4.8 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย (บาท)						
	4.9 จำนวนคนไข้ที่รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่ต่ำกว่า (ราย)	930	888	845	803	760	1
	4.10 ยอดเงินอุดหนุนพิเศษสำหรับบริการที่จัดได้ไม่คุ้มทุน (บาท)						
	รวม						5

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	A	B	C	D	E	น้ำหนัก
5. การฝึกอบรม วิจัย และ พัฒนา	5.1 จำนวนการฝึกอบรมนักศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข (คน)	170	160	153	145	138	5
	5.2 จำนวนเรื่องการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข (เรื่อง) *						5
	5.1 อัตรางานวิจัยที่สำเร็จตามโครงการ/ปี (%)						
	5.2 คุณภาพงานวิจัย (ผู้ประเมินเป็นคนนอก) (A – E)						
	5.3 ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการพัฒนาชุมชน (ค่าตอบแทน แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ณ ศูนย์ บริการสาธารณสุขของเทศบาล) (บาท)						
	รวม						10
6. ความพึงพอใจ ของผู้ใช้ บริการ	6.1 ผลการสำรวจความพึงพอใจในกลุ่มตัวคร่ำงของประชากร (%)	>90	80	76	70	65	10
	6.2 การใช้เวลาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก/ครั้ง (ชั่วโมง)	0.65	0.70	0.75	0.80	0.85	10
	6.3 เวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วย (นาที)						
	รวม						20
	รวม						100

* ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการร่วม

ตารางที่ 16 : ดัชนีชี้วัด (Performance Indicators) โรงพยาบาลหาดใหญ่

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	A	B	C	D	E	น้ำหนัก
1. การส่งเสริมและป้องกัน	1.1 บริการวิจัย คั่นคว่ำ เพื่อการส่งเสริมและป้องกัน (ครั้ง)						
	1.2 จำนวนครั้งที่ให้การส่งเสริมและป้องกัน(ครั้ง)	34,844	33,260	31,676	30,092	28,508	10
	1.3 จำนวนครั้งการตรวจคัดกรองผู้ป่วย (ครั้ง)	6,900	6,590	6,276	5,962	5,648	5
	รวม						15
2. การเข้าถึง	2.1 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยร้องเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการต่อปี (ครั้ง)	1	2	2.5	3	3.5	2
	2.2 สัดส่วนประชากรที่รู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการต่อประชากรทั้งหมด (%)						
	2.3 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (%)	27.91	26.64	25.37	24.10	22.83	2
	2.4 จำนวนผู้ป่วยในที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (%)	49.18	46.95	44.71	42.47	40.24	2
	2.5 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ไม่มีสวัสดิการใดๆต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด (%)	18.05	15.34	16.41	15.59	14.77	2
	2.6 จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ราย)	17,798	16,989	16,180	15,371	14,562	1
	2.7 จำนวนคนไข้หนัก (ราย)	99	94.5	90	85.5	81	1
	รวม						10

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	A	B	C	D	E	น้ำหนัก
3. ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล	3.1 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษา(re-admission)ภายใน 7 วัน(%)						
	3.2 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษาหลังผ่าตัด(re-operation)ภายใน 7 วัน (%)	0.54	0.57	0.60	0.63	0.66	5
	3.3 จำนวนวันของคนไข้ในโดยเฉลี่ย(length of stay) (วัน)	5.4	5.7	6	6.3	6.6	5
	3.4 จำนวนเตียงต่อแพทย์ (เตียง)	8.10	8.55	9	9.45	9.9	4
	3.5 จำนวนเตียงต่อพยาบาลวิชาชีพ (เตียง)	2.43	2.57	2.7	2.84	2.97	4
	3.6 อัตราการฆ่าห้องคลอด (%)	20.70	21.85	23.00	24.15	25.30	4
	3.7 อัตราตายคลอด (%)	0.90	0.95	1.00	1.05	1.10	4
	3.8 ผู้ป่วยที่ออกจากร.พ. โดยการหลบหนีหรือไปยินยอมอยู่ (%)						
	3.9 DRG index	1.129	1.072	1.026	0.975	0.923	4
	3.10 Mortality rate (%)	3.1	3.3	3.5	3.7	3.9	4
	3.11 Nosocomial Infection rate (%)	2.8	3.0	3.2	3.4	3.6	3
	3.12 Surgical wound infection (%ของ NI)	4.5	4.75	5.0	5.25	5.5	3
	รวม						40

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	A	B	C	D	E	น้ำหนัก
4. ประสิทธิภาพภายในระบบ	4.1 เวลาห้องผ่าตัดที่ว่างจากการใช้ (ชม./วัน)	4.41	4.66	4.9	5.15	5.39	1
	4.2 อัตราการใช้วัสดุอุปกรณ์การแพทย์และยาต่อเดือนต่อยอดสำรอง (เดือน)	2	2 ± 0.5	2 ± 1	2 ± 1.5	2 ± 2	1
	4.3 มูลค่าการใช้ยาตามบัญชียานหลัก/มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด (%)	45	40	38.5	35	30	1
	4.4 อัตราการครองเตียง (%)	100	100 ± 10	100 ± 15	100 ± 20	100 ± 25	2
	4.5 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย (บาท)	32	34	35.75	38	40	1
	4.6 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (บาท)	14.5	15	15.25	16	16.77	1
	4.7 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (บาท)	13.5	14.2	15.01	15.76	17.34	1
	4.8 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย (บาท)	31.86	33.63	35.40	37.17	38.94	1
	4.9 จำนวนคนไข้ที่รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่ต่ำกว่า (ราย)	11,617	11,089	10,561	10,033	9,029	1
	4.10 ยอดเงินอุดหนุนพิเศษสำหรับบริการที่จัดได้ไม่คุ้มทุน (บาท)						
	รวม						10

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	A	B	C	D	E	น้ำหนัก
5. การฝึกอบรม วิจัย และ พัฒนา	5.1 จำนวนการฝึกอบรมนักศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข (คน)	817	780	743	705	669	2
	5.2 จำนวนเรื่องการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข (เรื่อง)	12	11	10	9	8	3
	5.1 อัตรางานวิจัยที่สำเร็จตามโครงการ/ปี (%)						
	5.2 คุณภาพงานวิจัย (ผู้ประเมินเป็นคนนอก) (A – E)						
	5.3 ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการพัฒนาชุมชน (ค่าตอบแทน แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ณ ศูนย์ บริการสาธารณสุขของเทศบาล) (บาท)	1,516,020	1,447,110	1,378,200	1,309,290	1,240,380	5
	รวม						10
6. ความพึงพอใจของผู้ใช้ บริการ	6.1 ผลการสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างของประชากร (%)	>90	80	75	70	65	5
	6.2 การใช้เวลาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก/ครั้ง (ชั่วโมง)	1.94	2.05	2.16	2.27	2.38	5
	6.3 เวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วย (นาที)	25	27	30	35	40	5
		รวม					
	รวม						100

ตารางที่ 17 : ดัชนีชี้วัด (Performance Indicators) โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	A	B	C	D	E	น้ำหนัก
1. การส่งเสริมและป้องกัน	1.1 บริการวิจัย คั่นคว่ำ เพื่อการส่งเสริมและป้องกัน (ครั้ง)	165	160	152	145	140	5
	1.2 จำนวนครั้งที่ให้การส่งเสริมและป้องกัน(ครั้ง)	4,840	4,620	4,400	4,180	3,960	5
	1.3 จำนวนครั้งการตรวจคัดกรองผู้ป่วย (ครั้ง)						
	รวม						10
2. การเข้าถึง	2.1 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยร้องเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการต่อปี (ครั้ง)						1
	2.2 สัดส่วนประชากรที่รู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการต่อประชากร ทั้งหมด (%)						
	2.3 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (%)	2.68	2.56	2.44	2.32	2.20	1
	2.4 จำนวนผู้ป่วยในที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (%)	16.86	16.10	15.33	14.56	13.80	1
	2.5 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ไม่มีสวัสดิการใดๆต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด (%)						2
	2.6 จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ราย)	9,676	9,236	8,796	8,356	7,916	3
	2.7 จำนวนคนไข้หนัก (ราย)	1,980	1,890	1,800	1,710	1,620	2
	รวม						10

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	A	B	C	D	E	น้ำหนัก
3. ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล	3.1 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษา(re-admission)ภายใน 7 วัน(%)	0.6	0.8	1	1.5	2	5
	3.2 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษาหลังผ่าตัด(re-operation)ภายใน 7 วัน (%)						
	3.3 จำนวนวันของคนไข้ในโดยเฉลี่ย(length of stay) (วัน)	7.7	8.1	8.5	8.9	9.4	5
	3.4 จำนวนเตียงต่อแพทย์ (เตียง)						
	3.5 จำนวนเตียงต่อพยาบาลวิชาชีพ (เตียง)						
	3.6 อัตราการผ่าตัดที่คลออด (%)	28.7	30.3	31.89	33.48	35.1	5
	3.7 อัตราตายคลออด (%)	3.4	3.58	3.77	3.96	4.15	5
	3.8 ผู้ป่วยที่ออกจาก ร.พ. โดยการหลบหนีหรือไม่ยินยอมอยู่ (%)	0.09	0.095	0.1	0.105	0.11	5
	3.9 DRG index	1.43	1.37	1.3	1.24	1.17	10
	3.10 Mortality rate (%)						
	3.11 Nosocomial Infection rate (%)						
	3.12 Surgical wound infection (%ของ NI)	4.5	4.75	5.0	5.25	5.5	5
	รวม						40

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	A	B	C	D	E	น้ำหนัก
4. ประสิทธิภาพภายในระบบ	4.1 เวลาห้องผ่าตัดที่ว่างจากการใช้ (ชม./วัน)	0.35	0.37	0.40	0.43	0.45	1
	4.2 อัตราการใช้วัสดุอุปกรณ์การแพทย์และยาต่อเดือนต่อยอดสำรอง (เดือน)	2	2 ± 0.5	2 ± 1	2 ± 1.5	2 ± 2	2
	4.3 มูลค่าการใช้ยาตามบัญชียาหลัก/มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด (%)	48	44	40	36	32	1
	4.4 อัตราการครองเตียง (%)	100	100 ± 10	100 ± 15	100 ± 20	100 ± 25	1
	4.5 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย (บาท)	32	34	35.75	38	40	1
	4.6 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (บาท)	14.5	15	15.25	16	16.77	1
	4.7 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย (บาท)						
	4.8 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย (บาท)						
	4.9 จำนวนคนไข้ที่รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่ต่ำกว่า (ราย)	1,625	1,575	1,500	1,425	1,350	1
	4.10 ยอดเงินอุดหนุนพิเศษสำหรับบริการที่จัดได้ไม่คุ้มทุน (บาท)	77,443,070	81,519,022	85,809,497	90,099,971	94,604,965	2
	รวม						10

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	A	B	C	D	E	น้ำหนัก
5. การฝึกอบรม วิจัย และ พัฒนา	5.1 จำนวนการฝึกอบรมนักศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข (คน)						
	5.2 จำนวนเรื่องการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข (เรื่อง)	53	50	48	46	43	7
	5.1 อัตรางานวิจัยที่สำเร็จตามโครงการ/ปี (%)	23	22	21	20	19	7
	5.2 คุณภาพงานวิจัย (ผู้ประเมินเป็นคนนอก) (A - E)						6
	5.3 ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการพัฒนาชุมชน (ค่าตอบแทน แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ณ ศูนย์ บริการสาธารณสุขของเทศบาล) (บาท)						
	รวม						20
6. ความพึงพอใจ ของผู้ใช้ บริการ	6.1 ผลการสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวกลางประชากร (%)	>90	80	75	70	65	5
	6.2 การใช้เวลาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก/ครั้ง (ชั่วโมง)	1.96	2.07	2.18	2.29	2.40	3
	6.3 เวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วย (นาที)	13.15	13.88	14.61	15.34	16.07	2
	รวม						10
	รวม						100

ขั้นตอนที่ 9 การคิดคะแนน

นำข้อมูลของปี 2540 มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้เป็น 5 ระดับดังกล่าวข้างต้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตารางที่ 18 : ตัวอย่างการคิดคะแนน

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	A = 1 (2538)	B = 2 (2539)	C = 3 (2540)	D = 4 (2541*)	E = 5 (2542*)	น้ำหนัก
1. กิจกรรม ก.	1.1 จำนวนครั้งที่ให้การส่งเสริมและป้องกัน (ราย)	(3,000) 4,400	(3,300) 4,200	(3,500) 4,000	(3,800) 3,800	(4,000) 3,600	3 0.15
รวม					•		0.15
2. กิจกรรม ข.	2.1 จำนวนผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถสรุปสาเหตุได้แน่นอน/คนไข้ในทั้งหมด (ราย)	(20) 17	(15) 18	(22) 19	(19) 20	(19) 21	4 0.20
	2.2 อัตราการครองเตียง	(101) 100	(97) 100±10	(98) 100±15	(99) 100±20	(99) 100±25	6 0.12
รวม							0.32

อธิบายได้ดังนี้

ดูข้อมูลของปี 2540 ในแต่ละกิจกรรมย่อย เปรียบเทียบกับเกณฑ์ ตามตัวอย่าง ตัวเลขในวงเล็บคือ ข้อมูลในแต่ละปี ตั้งแต่ปี 2538 - 2542 เทียบกับเกณฑ์ที่ได้จัดทำไว้(ตัวเลขที่ไม่มีวงเล็บ)

ในกิจกรรมย่อย 1.1 จะเห็นว่าข้อมูลในปี 2540 คือ 3,500 ซึ่งจะไปตกในเกณฑ์ E ซึ่ง = 5 นำไปคูณกับน้ำหนักของกิจกรรมย่อยที่กำหนดไว้คือ $3/100$ (หารด้วย 100 เนื่องจากน้ำหนักรวมทั้งหมดของทุกกิจกรรมคือ 100) จะได้คะแนน = 0.15 เนื่องจากกิจกรรมหลัก ก. มีเพียง 1 กิจกรรมย่อย ดังนั้นคะแนนรวมในกิจกรรม ก. คือ 0.15

ในกิจกรรมย่อย 2.1 จะเห็นว่าข้อมูลในปี 2540 คือ 22 ซึ่งจะไปตกในเกณฑ์ E ซึ่ง = 5 นำไปคูณกับน้ำหนักของกิจกรรมย่อยที่กำหนดไว้คือ $4/100$ (หารด้วย 100 เนื่องจากน้ำหนักรวมทั้งหมดของทุกกิจกรรมคือ 100) จะได้คะแนน = 0.20

ในกิจกรรมย่อย 2.2 จะเห็นว่าข้อมูลในปี 2540 คือ 98 ซึ่งจะไปตกในเกณฑ์ B ซึ่ง = 2 นำไปคูณกับน้ำหนักของกิจกรรมย่อยที่กำหนดไว้คือ $6/100$ (หารด้วย 100 เนื่องจากน้ำหนักรวมทั้งหมดของทุกกิจกรรมคือ 100) จะได้คะแนน = 0.12

เนื่องจากกิจกรรมหลักในข้อ 2 คือกิจกรรม ข. มี 2 กิจกรรมย่อย จึงนำคะแนนที่ได้ในกิจกรรมย่อย 2.1 มารวมกับ 2.2 จะได้คะแนนรวมของกิจกรรมหลักในข้อ 2 คือกิจกรรม ข. = $0.20 + 0.12 = 0.32$

ดำเนินการตามวิธีเช่นนี้จนครบทุกกิจกรรมหลัก แล้วนำคะแนนในทุกกิจกรรมหลักมารวมกัน ก็จะเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในการประเมินผลงานของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งตัวเลขรวมที่ได้ออกมา ก็จะทราบว่าโรงพยาบาลนั้นๆ อยู่ในระดับใด คือ ดีมาก ดี ปกติ ต่ำกว่าปกติ และต่ำมาก ต่อไป

ซึ่งได้ใช้ข้อมูลของโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นตัวอย่างในการคิดคะแนนดังตารางที่ 19 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 19 : การคิดคะแนนดัชนีชี้วัด (Performance Indicators) โรงพยาบาลหาดใหญ่

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ข้อมูลปี 2540	ข้อมูลปี 2540 เทียบกับเกณฑ์	น้ำหนัก	ระดับ × น้ำหนัก	คะแนน
1. การส่งเสริม และป้องกัน	1.1 บริการวิจัย ค้นคว้า เพื่อการส่งเสริมและป้องกัน (ครั้ง)					
	1.2 จำนวนครั้งที่ให้การส่งเสริมและป้องกัน(ครั้ง)	40,116	1	10	1 × 0.1	0.10
	1.3 จำนวนครั้งการตรวจคัดกรองผู้ป่วย (ครั้ง)	6,276	3	5	3 × 0.05	0.15
	รวม			15		0.25
2. การเข้าถึง	2.1 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยร้องเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการต่อปี (ครั้ง)	3	4	2	4 × 0.02	0.08
	2.2 สัดส่วนประชากรที่รู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการต่อประชากรทั้งหมด (%)					
	2.3 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (%)	17.29	3	2	3 × 0.02	0.06
	2.4 จำนวนผู้ป่วยในที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (%)	27.08	3	2	3 × 0.02	0.06
	2.5 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ไม่มีสวัสดิการใดๆต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด (%)	8.62	5	2	5 × 0.02	0.1
	2.6 จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ราย)	16,180	3	1	3 × 0.01	0.03
	2.7 จำนวนคนไข้หนัก (ราย)	109	1	1	1 × 0.01	0.01
	รวม			10		0.34

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ข้อมูลปี 2540	ข้อมูลปี 2540 เทียบกับเกณฑ์	น้ำหนัก	ระดับXน้ำหนัก	คะแนน
3. ประสิทธิภาพในการ รักษาพยาบาล	3.1 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษา(re-admission)ภายใน 7 วัน (%)					
	3.2 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษาหลังผ่าตัด(re-operation)ภายใน 7 วัน (%)	0.72	5	5	5×0.05	0.25
	3.3 จำนวนวันของคนไข้ในโดยเฉลี่ย(length of stay) (วัน)	6	3	5	3×0.05	0.15
	3.4 จำนวนเตียงต่อแพทย์ (เตียง)	9	3	4	3×0.04	0.12
	3.5 จำนวนเตียงต่อพยาบาลวิชาชีพ (เตียง)	2.7	3	4	3×0.04	0.12
	3.6 อัตราการฆ่าห้องคลอด (%)	19.8	1	4	1×0.04	0.04
	3.7 อัตราตายคลอด (%)	1.49	5	4	5×0.04	0.2
	3.8 ผู้ป่วยที่ออกจากร.พ.โดยการหลบหนีหรือไม่ยินยอมอยู่ (%)					
	3.9 DRG index	1.026	3	4	3×0.04	0.12
	3.10 Mortality rate (%)	3.48	3.1	4	3.1×0.04	0.124
	3.11 Nosocomial Infection rate (%)	3.91	5	3	5×0.03	0.15
	3.12 Surgical wound infection (%ของ NI)	6.4	5	3	5×0.03	0.15
	รวม			40	5×0.03	1.424

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ข้อมูลปี 2540	ข้อมูลปี 2540 เทียบกับเกณฑ์	น้ำหนัก	ระดับXน้ำหนัก	คะแนน
4. ประสิทธิภาพภายในระบบ	4.1 เวลาห้องผ่าตัดที่ว่างจากการใช้ (ชม./วัน)	-	3	1	3×0.01	0.03
	4.2 อัตราการใช้วัสดุอุปกรณ์การแพทย์และยาต่อเดือนต่อยอดสำรอง (เดือน)	4.79	5	1	5×0.01	0.05
	4.3 มูลค่าการใช้ยาตามบัญชียาหลัก/มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด (%)	43.50	1.7	1	1.7×0.01	0.017
	4.4 อัตราการครองเตียง	98.03	2	2	2×0.02	0.04
	4.5 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย	35.75	3	1	3×0.01	0.03
	4.6 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย	15.25	3	1	3×0.01	0.03
	4.7 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย	15.01	3	1	3×0.01	0.03
	4.8 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย	35.40	3	1	3×0.01	0.03
	4.9 จำนวนคนไข้ที่รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่ต่ำกว่า (ราย)	9,345	4.5	1	3×0.01	0.045
	รวม			10	4.5×0.01	0.272

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	ข้อมูลปี 2540	ข้อมูลปี 2540 เทียบกับเกณฑ์	น้ำหนัก	ระดับXน้ำหนัก	คะแนน
5. การฝึกอบรม วิจัย และ พัฒนา	5.1 จำนวนการฝึกอบรมนักศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข (คน)	740	3.08	2	3.08×0.02	0.062
	5.2 จำนวนเรื่องการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข (เรื่อง)	10	3	3	3×0.03	0.09
	5.1 อัตรงานวิจัยที่สำเร็จตามโครงการ/ปี					
	5.2 คุณภาพงานวิจัย (ผู้ประเมินเป็นคนนอก)					
	5.3 ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการพัฒนาชุมชน (ค่าตอบแทนแพทย์และ พยาบาลที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ของเทศบาล)	1,378,200	3	5	3×0.05	0.15
	รวม			10		0.302
6. ความพึงพอ ใจของผู้ใช้ บริการ	6.1 ผลการสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างของประชากร(%)	75	3	5	3×0.05	0.15
	6.2 การใช้เวลาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก/ครั้ง (ชั่วโมง)	2.16	3	5	3×0.05	0.15
	6.3 เวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วย (นาที)	30	3	5	3×0.05	0.15
		รวม			15	
	รวม			100		3.038

สรุป

การจัดทำดัชนีชี้วัดผลงานโรงพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ที่จะให้โรงพยาบาลและคณะผู้บริหารใช้เป็นเครื่องมือในการเริ่มต้นดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารงานและการบริการ เมื่อโรงพยาบาลจะปรับเปลี่ยนการทำงานไปสู่รูปแบบขององค์การมหาชนต้องออกนอกระบบเป็นโรงพยาบาลในระบบใหม่ (Corporatization)

เนื่องจากเรื่องดัชนีชี้วัดเป็นเรื่องใหม่ และยังไม่มีความมาตรฐานสากล ตลอดจนมีความหลากหลายในคำจำกัดความ ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของแต่ละหน่วยงาน และมีการปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมกับช่วงเวลาและสภาพข้อเท็จจริงของปัญหา อย่างไรก็ตาม การจัดทำระบบข้อมูลที่เหมาะสม เป็นเรื่องสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการใช้ประโยชน์จากการวัดผลงาน ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า บางหน่วยงานยังต้องปรับปรุงแก้ไขระบบข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้ เพราะเป็นปัจจัยสำคัญเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารงานของหน่วยงานนั้น ๆ เอง

บทที่ 4

การคำนวณการจัดสรรงบประมาณ สำหรับโรงพยาบาลที่จะเป็นองค์การมหาชน

การคำนวณงบประมาณในการซื้อบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลรัฐที่จะออกจากระบบราชการ เป็นไปตามการปรึกษาและข้อมูลที่รวบรวมโดยนักวิจัยสมทบที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตารางที่ 21-26 แสดงภาพรวมของงบประมาณที่โรงพยาบาลได้รับ และข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการคำนวณการจัดสรรงบประมาณ ส่วนตารางที่ 27-44 แสดงผลการคำนวณการจัดสรรงบประมาณ

ตารางที่ 21 แสดงสัดส่วนของงบประมาณสำหรับกิจกรรมที่สำคัญแต่ละกลุ่มที่ตอบสนองนโยบายของโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งพบได้ว่าโรงพยาบาลทั้งสามแห่งยังต้องใช้เงินบำรุงมาอุดหนุนไขว้สำหรับกิจกรรมที่รัฐควรที่จะสนับสนุนอย่างเต็มที่ (ร้อยละร้อย) เนื่องจากโรงพยาบาลเหล่านี้ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินเต็มที่จากรัฐจึงทำให้ต้องหากเงินบำรุงชดเชย ซึ่งมีสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ร้อยละ 41 ถึง 53 (ดูตารางที่ 22)

ตารางที่ 23 แสดงรายการของบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งจะยึดถือปฏิบัติตามกิจกรรมแต่ละประเภทที่สะท้อนถึงผลงานและต้นทุนของการดำเนินกิจกรรมทั้งหกประเภท รายละเอียดของตารางที่ 23 สามารถนำมาใช้ในการร่างสัญญา (contract) เพื่อให้โรงพยาบาลผลิตและให้บริการสุขภาพเพื่อดำเนินกิจกรรมประเภทต่างๆ

รายละเอียดของคำตอบแทนบุคลากร หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทน จำนวนผู้ได้รับค่าตอบแทน และสัดส่วนของคำตอบต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโรงพยาบาลทั้งสามแห่งแสดงไว้ในตารางที่ 24 โดยทั่วไปคำตอบแทนของโรงพยาบาลรัฐคิดเป็นร้อยละ 41 ถึง 47 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ซึ่งสะท้อนถึงความจริงที่ว่าแรงงานเป็นสัดส่วนใหญ่ในการดำเนินให้บริการสุขภาพ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนไปสู่รูปแบบองค์การมหาชนของโรงพยาบาลรัฐ คาดว่าจะมีผลในทางที่ทำให้บุคลากรของโรงพยาบาลจะต้องทำงานอย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ซึ่งจะมีผลทำให้บุคลากรเหล่านี้ได้รับค่าตอบแทนเพื่อเป็นแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้นตามไปด้วย

ตารางที่ 25 แสดงต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมหลัก 6 ประเภทหลักของโรงพยาบาลทั้งสาม ซึ่งได้แก่ แผนกบริหารจัดการ แผนกสนับสนุนการบริการ แผนกคนไข้นอก แผนกคนไข้ใน แผนกป้องกันโรค และแผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลหาดใหญ่ถือได้ว่ามีข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยที่สมบูรณ์ที่สุด (แม้ว่าต้นทุนต่อหน่วยยังไม่รวม capital cost ไว้) เนื่องจากได้พัฒนาการประมาณการต้นทุนต่อหน่วยของการให้

บริการในแผนกต่างๆมาก่อนแล้วถึง 2 ปีด้วยกัน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการส่วนหนึ่งซึ่งไม่อาจครอบคลุมทุกแผนก นอกจากนี้ หน่วยที่ใช้วัด (บาทต่อวัน) ก็ไม่สอดคล้องกับหน่วยที่ต้องการใช้ (บาทต่อราย) ต้นทุนของโรงพยาบาลบ้านแพ้วอาศัยข้อสมมุติมากกว่าโรงพยาบาลแห่งอื่น เนื่องจากไม่มีข้อมูลที่รวบรวมไว้ได้มากเพียงพอ

แม้ว่าโรงพยาบาลหาดใหญ่มีข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุดในหมู่โรงพยาบาลที่เลือกมาศึกษาวิจัยครั้งนี้ โรงพยาบาลหาดใหญ่ก็ไม่มีข้อมูลละเอียดพอที่จะบ่งบอกได้ถึงต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่างๆ ของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ ผู้ถือบัตรสปร. ผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้แต่รับการสงเคราะห์ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องสร้างข้อสมมุติขึ้นมาเพื่อที่จะทำให้การคำนวณดำเนินต่อไปได้ การคำนวณครั้งนี้จะสมมุติให้เป็น 3 กรณี คือ

1. การประมาณการขั้นต่ำโดยใช้ค่า first quartile
2. การประมาณการขั้นปานกลางโดยใช้ค่า median
3. การประมาณการขั้นสูงโดยใช้ค่า third quartile

กล่าวคือ เมื่อนำต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการแผนกต่างๆ ในแผนกคนไข้นอกมาเรียงลำดับจากน้อยไปมากแล้วก็เลือกค่า first quartile, median และ third quartile ขึ้นมา กระทำอย่างนี้เช่นกันกับแผนกคนไข้ใน ส่วนแผนกสนับสนุนการบริการที่มี observation น้อยมาก ก็ใช้ median เพียงค่าเดียว

ตารางที่ 26 รายงานข้อมูลกิจกรรมที่สำคัญ 3 กลุ่มของโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง นั่นคือ งบประมาณที่ได้รับจัดสรรการใช้บริการสุขภาพของกิจกรรมที่รัฐพึงปรารถนาที่จะสนับสนุน และงบประมาณการฝึกอบรมและวิจัย (กล่าวคือ ใ้ทั้งงบประมาณชุดเซย์ต้นทุนทั้งหมด) ซึ่งเป็นข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี การคำนวณจะใช้ค่าเฉลี่ยของ 3 ปีนี้เพื่อที่จะขจัดความผิดพลาดของข้อมูลในบางปีที่มีสาเหตุที่เป็นกรณีพิเศษซึ่งไม่ควรที่จะนำมาพิจารณาด้วย

ตารางที่ 27 แสดงผลของการคำนวณงบประมาณที่รัฐพึงจ่ายให้กับโรงพยาบาลหาดใหญ่เพื่อซื้อบริการพื้นฐาน จะเห็นได้ว่างบประมาณขั้นต่ำที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ควรได้รับจากการซื้อบริการของรัฐ คือ 213.93 ล้านบาท งบประมาณขั้นกลาง คือ 286.73 ล้านบาท และงบประมาณขั้นสูง คือ 370.75 ล้านบาท เมื่อเทียบกับงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี จะพบว่า โรงพยาบาลควรได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นอย่างน้อยเป็น 25.0 ล้านบาท อย่างปานกลางเป็น 97.8 ล้านบาท และอย่างสูงเป็น 181.9 ล้านบาท หรือคิดเป็น 13%, 52% และ 96% ตามลำดับ (ดูตารางที่ 28)

หากนางบประมาณที่ได้รับเพิ่มเติมทั้งหมดมาจัดสรรให้เป็นค่าตอบแทนบุคลากรของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 41 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดแล้วจะพบว่า ค่าตอบแทนที่บุคลากรได้รับเพิ่มขึ้นอย่างต่ำเป็นร้อยละ 5.3 อย่างปานกลางเป็นร้อยละ 21.4 และอย่างสูงเป็นร้อยละ 39.5

การออกจากระบบราชการของโรงพยาบาลจะก่อให้เกิดการประหยัดจากการจัดซื้อจัดจ้าง (การบริหารจัดการภายใน) และการประหยัดจากบุคลากร (การบริหารงานบุคคล) ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลมีต้นทุนที่ต่ำลงไปอีก หากนางบประมาณที่ประหยัดได้มาจัดสรรเป็นค่าตอบแทนแก่บุคลากรของโรงพยาบาลแล้วก็จะเท่ากับว่าค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่อาจคำนวณผลของการประหยัดจากการจัดซื้อจัดจ้าง (การบริหารจัดการภายใน) และการประหยัดจากบุคลากร (การบริหารงานบุคคล) ได้ จึงได้แต่เพียงสมมุติตัวเลขของการประหยัดทั้งสองแบบให้เป็นร้อยละ 10 และ 20 ตามลำดับ ดังนั้น จะเห็นได้ในตารางที่ 28 ว่าเมื่อพิจารณาประเด็นต่างๆ เหล่านี้แล้ว ค่าตอบแทนแก่บุคลากรชั้นต่ำอาจเพิ่มสูงถึงร้อยละ 17.6 ซึ่งเป็นกรณีที่เป็นไปได้มากที่สุดภายใต้สภาวะเศรษฐกิจถดถอยของประเทศไทยในปัจจุบัน

ตารางที่ 29 แสดงให้เห็นภาพรวมของโครงสร้างแหล่งเงินจากการได้รับงบประมาณที่ชดเชยต้นทุนของกิจกรรมที่รัฐพึงปรารถนาให้โรงพยาบาลกระทำ ในกรณีงบประมาณชั้นต่ำ สัดส่วนของงบประมาณแผ่นดินของโรงพยาบาลจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 62 ส่วนในกรณีชั้นกลางและชั้นสูงจะเพิ่มเป็นร้อยละ 83 และร้อยละ 108 ตามลำดับ

ผลของการศึกษาสามารถแสดงให้เห็นได้ว่าหากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในรูปขององค์การมหาชน โดยที่รัฐบาลจะซื้อบริการสุขภาพในกิจกรรมที่รัฐพึงสนับสนุนตามที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ถ้าหากบุคลากรทั้งหมดของโรงพยาบาลขอออกนอกระบบราชการจะได้ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นเป็นอย่างน้อยร้อยละ 5.34 และอาจเพิ่มได้สูงถึงร้อยละ 17.63 ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจทางการเงินที่สูงกว่าแรงจูงใจทั้งหมดที่คำนวณเป็นตัวเงินได้จากระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งแตกต่างกับความมั่นคงที่มีอยู่ในปัจจุบัน ส่วนต่างที่เพิ่มอาจจะยังไม่คุ้มสำหรับบุคลากรที่ต้องการออกนอกระบบราชการ แต่ถ้าหากมีบุคลากรเพียงบางส่วนที่ต้องการจะออกจากระบบราชการ บุคลากรที่ยังอยู่ในระบบราชการก็จะไม่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น (นั่นคือ รัยเงินเดือนเหมือนเดิมและมีฐานะเป็นข้าราชการอย่างเดิม) แต่บุคลากรที่ออกจากระบบราชการก็จะได้รับค่าตอบแทนสูงกว่าร้อยละ 5.34 หรือ ร้อยละ 17.63 อย่างแน่นอน เนื่องจากสัดส่วนของผู้ที่ออกนอกระบบน้อยลงทำให้ตัวหารของเงินจำนวนนี้ลดลง

ตารางที่ 30 แสดงผลการคำนวณงบประมาณที่รัฐพึงจ่ายให้กับโรงพยาบาลบ้านแพ้วเพื่อซื้อบริการพื้นฐาน งบประมาณที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วควรได้รับจากการซื้อบริการของรัฐคือ 25.9 ล้านบาท หากนางบประมาณที่ได้รับเพิ่มเติมทั้งหมดมาจัดสรรเป็นค่าตอบแทนบุคลากรของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่ง

มีสัดส่วนเป็นร้อยละ 47 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดแล้วจะพบว่า ค่าตอบแทนที่บุคลากรได้รับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 55.9 เมื่อคำนึงถึงการประหยัดจากการจัดซื้อจัดจ้าง (การบริหารจัดการภายใน) และการประหยัดจากบุคลากร (การบริหารงานบุคคล) แล้วจะพบว่า ค่าตอบแทนบุคลากรอาจสูงไปถึงร้อยละ 70 (ดูตารางที่ 31)

ข้อมูลค่าตอบแทนและจำนวนข้าราชการที่มีอายุการทำงาน 1-5 ปี 6-25 ปี และ 26 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งแสดงในตารางที่ 32 แสดงให้เห็นว่า ข้าราชการส่วนใหญ่ (2 ใน 3) มีอายุ 6-25 ปี และได้รับค่าตอบแทนในสัดส่วนเดียวกัน ตารางที่ 33 จำลองเหตุการณ์การจ่ายค่าตอบแทนข้าราชการกลุ่มที่มีอายุราชการน้อยกว่า 5 ปี ในอัตราที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 และ 35 ตามลำดับ ขณะที่จ่ายค่าตอบแทนข้าราชการกลุ่มที่มีอายุราชการมากกว่า 25 ปี ในอัตราที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 การจ่ายค่าตอบแทนในอัตราดังกล่าวเป็นเพียงร้อยละ 22 และ ร้อยละ 28.3 ของงบประมาณขั้นต่ำที่ได้รับเพิ่มขึ้น นั่นหมายความว่า การเพิ่มค่าตอบแทนสำหรับข้าราชการที่มีอายุการทำงาน 1-5 ปี และมากกว่า 25 ปี ด้วยอัตราเพิ่มข้างต้นอยู่ในวิสัยที่สามารถกระทำได้ด้วยวงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพิ่มเติม เช่นเดียวกันตารางที่ 34 และ 35 แสดงข้อมูลและการคำนวณค่าตอบแทนของข้าราชการกลุ่มอายุการทำงาน 1-5 ปี 6-25 ปี และ 26 ปีขึ้นไปของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว การจ่ายค่าตอบแทนในอัตราเพิ่มดังกล่าวเป็นร้อยละ 18.8 และร้อยละ 26.3 ของงบประมาณที่ได้รับเพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงความเป็นไปได้ในการกระทำดังกล่าว

ตารางที่ 36 แสดงต้นทุนของการให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ชุมชนและบริการป้องกันโรคของโรงพยาบาลบ้านแพ้วในช่วงปีงบประมาณ 2538-2540 เพื่อคำนวณการจ่ายงบประมาณต่อหัว (capitation) สำหรับการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและบริการป้องกันโรคแก่ประชากรในอำเภอบ้านแพ้ว (90,000 คน โดยประมาณ) จากการคำนวณในตารางนี้ ต้นทุนของบริการทั้งสองประเภทซึ่งสามารถกำหนดเป็นงบประมาณต่อหัวเป็น 57.46 บาท หรือคิดเป็นงบประมาณทั้งหมดต่อปีสำหรับกิจกรรมดังกล่าวเป็น 5,171,400 บาท

ตารางที่ 37, 38 และ 39 แสดงถึงผลการคำนวณงบประมาณที่รัฐจ่ายเพื่อซื้อบริการสุขภาพที่คำนวณบนพื้นฐานของวิธี DRG ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว และโรงพยาบาลสงขลาฯ ตามลำดับ โปรดสังเกตว่า ข้อมูล DRG ที่โรงพยาบาลทั้งสามแห่งได้รวบรวมและนำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูล DRG ของผู้ป่วยใน (ข้อมูล DRG ของผู้ป่วยนอกยังมิได้มีการจัดเก็บ เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนเฉลี่ยต่อ DRG ของทั้งสามโรงพยาบาลแล้วจะพบว่า โรงพยาบาลบ้านแพ้วมีต้นทุนเฉลี่ยต่อ DRG สูงกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ถึงร้อยละ 57 และสูงกว่าโรงพยาบาลสงขลาฯ ร้อยละ 103 ซึ่งแสดงถึงปัญหาถ้าหากจะใช้ตัวเลข DRG มาเป็นฐานในการคำนวณการจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาล ในขณะนี้จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาตัวเลขดังกล่าวให้อยู่ในมาตรฐานเดียวกันกับโรงพยาบาลทั้งหมดทั่วประเทศในอนาคตก่อน แล้วจึงสมควรนำตัวเลขดังกล่าวมาใช้

ตารางที่ 40 และ 41 แสดงการคำนวณงบประมาณที่โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลบ้านแพ้วควรได้รับจากวิธีการคำนวณแบบต้นทุนต่อคนไข้นอกและคนไข้นอกตามสัดส่วนที่ได้กำหนดไว้ในแต่ละโรงพยาบาล เมื่อหักรายรับที่ได้จากโครงการสปร. และโครงการบัตรประกันสุขภาพแล้ว โรงพยาบาลหาดใหญ่ควรได้รับงบประมาณดำเนินการเป็น 210.55 ล้านบาท และโรงพยาบาลบ้านแพ้วควรได้รับงบประมาณดำเนินการเป็น 22.51 ล้านบาท โดยที่เมื่อเทียบกับงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจริงย้อนหลัง 3 ปี โรงพยาบาลหาดใหญ่ได้รับอีก 21.66 ล้านบาท หรือร้อยละ 11.5 ซึ่งอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดไว้ว่า งบประมาณที่เพิ่มขึ้นไม่เกินร้อยละ 15 แต่โรงพยาบาลบ้านแพ้วได้รับเพิ่มอีก 10.68 ล้านบาทหรือร้อยละ 90 ซึ่งเกินกว่าเงื่อนไขดังกล่าว ดังนั้น งบประมาณที่เป็นไปได้ในแต่ละปีที่เพิ่มขึ้นจึงเป็นเพียงร้อยละ 15 นั่นคือ ปีแรกของการออกนอกระบบของโรงพยาบาลบ้านแพ้วควรได้รับงบประมาณเพิ่มร้อยละ 15 หรือ 1,775,253 บาท

สาเหตุสำคัญที่มีผลออกมาเช่นนี้ก็เพราะว่าโรงพยาบาลบ้านแพ้วจำเป็นต้องได้รับงบประมาณในด้านการศึกษาดูแลสุขภาพของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบต่อหัวเต็มตามพื้นที่ตามนโยบายการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพให้แก่ประชากรทุกคนในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งควรจะเป็นนโยบายใหม่ของรัฐในอนาคต โดยที่แต่เดิมนั้นโรงพยาบาลบ้านแพ้วดูแลเฉพาะผู้ที่มารับบริการจากโรงพยาบาลโดยตรงเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ถ้าหากมีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board) ในภายหลัง และถ้าหากมีการปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการของสถานอนามัยในพื้นที่ได้ดีกว่าเดิม การจัดสรรงบประมาณตามข้อเสนอสมควรจะเปลี่ยนแปลงไปอีกตามข้อเท็จจริงในภายหลัง

ตารางที่ 42 สรุปวิธีการคำนวณงบประมาณที่รัฐอุดหนุนโรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา โดยแจกแจงตัวเลขของแต่ละรายการที่สำคัญให้เห็นอย่างชัดเจน เนื่องจากความจำกัดของงบประมาณของรัฐที่เป็นอยู่ในขณะนี้และในอนาคตอันใกล้ รัฐจึงไม่อาจที่จะเพิ่มงบประมาณได้เกินร้อยละ 15 ของงบประมาณเดิม ฉะนั้น ตารางที่ 43 ได้แสดงการคำนวณงบประมาณที่เป็นไปได้ที่รัฐอุดหนุนโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง ต้นทุนของการรักษาพยาบาลคนไข้นอก คนไข้นอก และ DRG ต่อรายของโรงพยาบาลทั้งสามจะสามารถนำมาใช้ในการคำนวณงบประมาณที่ให้กับโรงพยาบาลตามจำนวนคนไข้นอก คนไข้นอก และ DRG ที่จะเกิดขึ้นในปีต่อไปได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าต้นทุนของการรักษาพยาบาลคนไข้นอกต่อรายของโรงพยาบาลบ้านแพ้วคำนวณได้เพียง 94 บาท (ต่ำที่สุด) ขณะที่โรงพยาบาลสงขลาเป็น 2,171 บาท (สูงที่สุด) ต้นทุนของการรักษาพยาบาลคนไข้นอกและ DRG ต่อรายของโรงพยาบาลบ้านแพ้วควรถูกจำกัดให้ต่ำเพียง 388 บาท โดยที่รับรักษาเฉพาะกรณีคนไข้ที่รักษาได้ไม่ยาก และจะส่งต่อในกรณีที่การรักษามีความยุ่งยากและสลับซับซ้อน ขณะที่โรงพยาบาลหาดใหญ่จะสูงได้ถึง 5,300 บาท เนื่องจากโอกาสที่ส่งต่อไปโรงพยาบาลระดับอื่นมีน้อย

ตารางที่ 44 แสดงวิธีการคิดงบประมาณของโรงพยาบาลในโครงการวิจัยนี้ ซึ่งประกอบด้วยยอดที่ควรได้รับ คิดในกรณีตัวอย่างของปี 2541 ซึ่งก็จะเป็นตัวเลขที่แตกต่างจากข้อเท็จจริงของงบประมาณ

ที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งได้รับจัดสรร แต่อย่างน้อยก็จะให้หลักการและเหตุผลในการคิดว่าควรจะมีที่มาและที่ไปอย่างไร ซึ่งเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลที่จะต้องปรับการคำนวณค่าใช้จ่ายคนไข้นอกและคนไข้ใน ตลอดจนจนวนตัวเลข DRG ให้ได้มาตรฐานใกล้เคียงกัน อย่างน้อยสามารถเทียบเคียงได้กับของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้นต่อไป

ส่วนในกรณีของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ และจำเป็นต้องเน้นการเข้าถึงบริการรักษาโรคยาก เช่น โรคมะเร็ง โรคทางสมองที่มีความซับซ้อน และโรคหัวใจที่จำเป็นต้องมีเครื่องมือทันสมัยรักษา เป็นต้นโรคเหล่านี้อาจจะมิต้นทุนของเครื่องมือที่จะนำมาช่วยในการใช้บำบัดสูง ทำให้ไม่สามารถจะเก็บค่ารักษาพยาบาลได้คุ้มค่า แม้จากผู้มีรายได้สูง เนื่องจากไม่มีโอกาสใช้เครื่องมือเต็มประสิทธิภาพ ในกรณีนี้ โรงพยาบาลควรได้รับการสนับสนุนในฐานะที่เป็นการลงทุนในการให้ความรู้ ค้นคว้าและวิจัย ตลอดจนการเข้าถึงบริการรักษาโรคยาก แต่ก็ควรจะมีข้อจำกัดเกี่ยวกับลักษณะของโรคที่มีความยากที่ควรจะได้รับ การสนับสนุน และมีข้อจำกัดในเงื่อนไข มิฉะนั้นโรงพยาบาลอาจจะใช้เป็นข้ออ้างในการขอรับการสนับสนุนโดยไม่มีที่สิ้นสุด อันเป็นที่มาของการด้อยประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีกรณีเช่นนี้ปรากฏอยู่ในดัชนีวัดผลงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพในการบริหารภายในของโรงพยาบาลเอาไว้ด้วย เพื่อเป็นเครื่องเตือนใจที่จะให้ผู้บริหารโรงพยาบาลปรับปรุงต่อไป ให้ขอรับความช่วยเหลือจากรัฐในส่วนที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้น

เนื่องจากโรงพยาบาลนารองในการศึกษาคั้งนี้มีข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์และการจัดสรรงบประมาณในอนาคตอันใกล้ที่มีความจำกัดมาก ซึ่งเป็นผลมาจากวิกฤตการณ์เศรษฐกิจที่ประเทศไทยเผชิญอยู่ ข้อจำกัดสำคัญๆของการศึกษาวิจัยครั้งนี้อาจสรุปได้ดังนี้คือ

1. การศึกษาคั้งนี้มีข้อสมมุติว่า ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยและ DRG ต่อรายที่มีอยู่และรวบรวมโดยโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ซึ่งใช้ในการคำนวณงบประมาณคั้งนี้มีความเชื่อถือได้ระดับหนึ่ง เนื่องจากข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาไม่ได้มีรายละเอียดเป็นต้นทุนต่อบริการ แต่มีเพียงต้นทุนต่อหน่วยในระดับแผนก ดังนั้นจึงใช้ต้นทุนต่อหน่วยใน 6 แผนกหลักของโรงพยาบาลมาใช้ ซึ่งได้แก่
 1. แผนกบริหารจัดการ
 2. แผนกสนับสนุนการบริการ
 3. แผนกคนไข้นอก
 4. แผนกคนไข้ใน
 5. แผนกป้องกันโรค
 6. แผนกส่งเสริมสุขภาพ

ข้อมูล DRG ที่แต่ละโรงพยาบาลนำมาใช้ในการคำนวณก็มีความแตกต่างกัน และครอบคลุมโรคและคนไข้ในสัดส่วนที่น้อยมาก (จาก DRG ทั้งหมด 490 รายการ) นั่นคือ

- ข้อมูล DRG ที่โรงพยาบาลสงขลาครอบคลุม 340 รายการ (คิดเป็นร้อยละ 69) โดยมีคนไข้จำนวน 19,562 ราย
- ข้อมูล DRG ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ครอบคลุม 250 รายการ (คิดเป็นร้อยละ 51) โดยมีคนไข้จำนวน 11,297 ราย
- ข้อมูล DRG ที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วครอบคลุม 54 รายการ (คิดเป็นร้อยละ 11) โดยมีคนไข้จำนวน 9,163 ราย

2. งบประมาณที่คำนวณได้จะไม่ไปเกี่ยวข้องกับงบประมาณที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง
3. โรงพยาบาลต้องได้รับงบประมาณไม่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของงบประมาณในระยะ 3 ปี ย้อนหลังที่เคยได้ ด้วยเกรงว่าการได้งบประมาณที่ต่ำกว่านี้แล้วจะไม่มีโรงพยาบาลแห่งใดประสงค์จะออกจากระบบราชการ แต่ก็จะได้งบประมาณเพิ่มขึ้นไม่เกินร้อยละ 15 ของค่าเฉลี่ยงบประมาณเนื่องจากรัฐจะไม่มียกงบประมาณเพียงพอที่จะจ่ายให้ได้จริง

กิจกรรม	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว			โรงพยาบาลหาดใหญ่			โรงพยาบาลสงขลานครินทร์		
	แหล่งเงิน			แหล่งเงิน			แหล่งเงิน		
	สัดส่วนจากแหล่งเงิน ต่างๆ ที่เป็นอยู่	สัดส่วนจากแหล่งเงิน ที่ควรจะเป็น	ความเห็น หรือเหตุ ผล	สัดส่วนจากแหล่ง เงินต่างๆ ที่เป็นอยู่	สัดส่วนจากแหล่ง เงินที่ควรจะเป็น	ความเห็น หรือเหตุผล	สัดส่วนจาก แหล่งเงินต่างๆ ที่ เป็นอยู่	สัดส่วนจาก แหล่งเงินที่ควร จะเป็น	ความเห็น หรือเหตุผล
1. การส่งเสริมและป้องกัน	งบประมาณ 100%	งบประมาณ 100%		งบประมาณ 90% เงินบำรุง 10%	งบประมาณ 90% เงินบำรุง 10%	เนื่องจากมีกิจกรรมการ ส่งเสริมป้องกันโรค เช่น วัคซีนบางชนิดไม่ได้อยู่ใน รพ. แต่ผู้รับบริการมี ความประสงค์จะฉีด	งบประมาณ 80% เงินรายได้ 20%	เงินงบประมาณ 90% เงินรายได้ 10%	<ul style="list-style-type: none"> ควรเพิ่มงบประมาณในการส่งเสริมและป้องกันเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีทำให้ลดงบประมาณจ่ายในแผนการรักษาพยาบาล ส่วนที่เป็นการวิจัยและอบรมที่ส่งเสริมควรใช้เงินรายได้
2. การเข้าถึง	งบประมาณ 80% เงินบำรุง 20%	งบประมาณ 100%		งบประมาณ 30% เงินบำรุง 70%	งบประมาณ 100%	รัฐควรจัดสรรให้ผู้ที่ สังคมต้องช่วยเหลือซึ่ง ได้รับการรักษาพยาบาล ที่ครอบคลุม น่าจะมี Co- payment สำหรับเวช ภัณฑ์ที่อยู่นอกบัญชียา หลัก หรือในกรณีที่มารับ บริการฉุกเฉินตอน	เงินงบประมาณ 20% เงินรายได้ 77% เงินมูลนิธิ 3%	งบประมาณ 100%	รัฐควรสนับสนุนผู้ที่มีราย ได้น้อยตลอดถึงผู้ด้อย โอกาส
3. การฝึกอบรมและการวิจัยและ พัฒนา	เงินบำรุง 80% สนับสนุนจาก มหาวิทยาลัย 20%	เงินบำรุง 20% สนับสนุนจาก มหาวิทยาลัย 80%		งบประมาณ 15% เงินบำรุง 85%	งบประมาณ 15% เงินบำรุง 85%	ยังไม่รวมโครงการผลิต แพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ถ้ามีควรเป็นเงินงบ ประมาณ 50% เงินบำรุง 50% (รวมงบพัฒนา อาจารย์, ค่าใช้จ่ายต่อหัว ของนักศึกษาแพทย์)	งบประมาณ 21% เงินรายได้ 29% เงินสนับสนุน จากแหล่งอื่นๆ ทั้งในและนอก ประเทศ 50%	งบประมาณ 90% เงินรายได้ 10%	รัฐควรสนับสนุนการวิจัย ในส่วนนี้เต็มที่

ตารางที่ 22 : ภาพรวมของโครงสร้างแหล่งเงินเพื่อชดเชยต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐที่จะออกนอกงบประมาณราชการ

รายการ	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	โรงพยาบาลหาดใหญ่	โรงพยาบาลสงขลาครินทร์
	% ของปี พ.ศ. 2540	% ของปี พ.ศ. 2540	% ของปี พ.ศ. 2540
งบประมาณแผ่นดิน	36.6	55	59.31
เงินบำรุง	52.68	45	40.56
เงินบริจาคและดอกผล	10.72	-	0.31

กิจกรรม	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	โรงพยาบาลหาดใหญ่	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
1. รายการของบริการสุขภาพในหมวดการส่งเสริมและป้องกัน	1.1 การควบคุมและป้องกันโรค (ส่วนกลาง 100%) 1.2 การส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก (งานประมาณส่วนกลาง 100%) 1.3 การสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน(งานประมาณส่วนกลาง 100%) 1.4 การวางแผนครอบครัว(งานประมาณส่วนกลาง 100%) 1.5 การศึกษาประชาชนสัมพันธ์(งานประมาณส่วนกลาง 100%)	1.1 การอนามัยแม่และเด็ก <ul style="list-style-type: none"> • การดูแลก่อนคลอด ประกอบด้วย การบริการคลินิกฝากครรภ์, บริการคลินิกโภชนาการแก่หญิงมีครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพโภชนาการ • การดูแลหลังคลอด ได้แก่ การบริการคลินิกตรวจหลังคลอด, การดูแลหญิงหลังคลอดที่มีภาวะสุขภาพโภชนาการ • การดูแลเด็ก 0-5 ปี มีบริการคลินิกโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน 1.2 การโภชนาการ <ul style="list-style-type: none"> • เฝ้าระวังและติดตามโภชนาการเด็ก 0-5 ปี • ติดตามดูแลเด็กขาดสารอาหารระดับ 1-3 • โภชนาการในโรงเรียน 1.3 งานอนามัยในโรงเรียน <ul style="list-style-type: none"> • ตรวจสอบสุขภาพนักเรียน • ให้ความรู้แก่เด็กป่วย • ให้ความรู้ในโรงเรียน • ให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง • ทัศนศึกษาในโรงเรียน 1.4 การทันตสาธารณสุข <ul style="list-style-type: none"> • ให้บริการทันตกรรมป้องกันและส่งเสริมทันตสาธารณสุขในสถานบริการ ได้แก่ หญิงมีครรภ์, เด็กวัยก่อนเรียน 1.5 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	1.1 การอนามัยแม่และเด็ก <ul style="list-style-type: none"> 1.1.1 การดูแลก่อนคลอด ได้แก่ การบริการคลินิกฝากครรภ์ 1.1.2 การดูแลหลังคลอด ได้แก่ การบริการตรวจหลังคลอด, การวางแผนครอบครัว 1.1.3 การดูแลเด็ก 0-5 ปี บริการฉีดวัคซีนให้ภูมิคุ้มกันโรค 1.2 การโภชนาการ <ul style="list-style-type: none"> 1.2.1 ให้ความรู้ทางโภชนาการในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1.2.2 ให้ความรู้ทางโภชนาการในผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง 1.3 ดูแลป้องกันโรคแก่บุคลากร <ul style="list-style-type: none"> 1.3.1 การทดสอบ TB 1.3.2 ค่าจริงสีปอด 1.3.3 ฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี 1.4 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค <ul style="list-style-type: none"> 1.4.1 พืชสมุนไพร
2. รายการบริการสุขภาพในหมวดการเข้าถึง	หมวดการเข้าถึงทางการเงิน 2.1 โครงการอัตราประกันสุขภาพ 2.2 โครงการบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย หมวดการเข้าถึงทางภูมิศาสตร์ 2.3 บริการศูนย์รพช.รับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	2.1 โครงการบัตรสุขภาพ 2.2 โครงการบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย 2.3 การให้บริการตรวจที่คลินิกแพทย์ในโครงการประกันสังคม 2.4 การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่	2.1 การให้บริการผู้ป่วยในโครงการประกันสังคม 2.2 การให้บริการผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยและผู้ป่วยที่สมควรได้รับความช่วยเหลือตามความเหมาะสม 2.3 จัดกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยคลินิกเฉพาะโรค

<p>3. รายการของบริการสุขภาพในหมวดประสิทธิภาพการรักษายา</p>	<p>2.4 โครงการสุขภาพที่เริ่มต้น (Home Health Care) 2.5 โครงการคลินิกทั่วไปใกล้บ้าน (G P Clinic)</p> <p>3.1 การบริการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดบริการคลินิกตรวจโรคทั่วไปในวันหยุดราชการ - จัดบริการคลินิกเฉพาะโรคโดยแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขา - จัดบริการรักษาผู้ป่วยนอกทั่วไป-นอกเวลาราชการถึง 24.00น. ทุกวัน - บริการห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง - จัดบริการเอกซเรย์ภายในโรงพยาบาล - จัดบริการคลินิกฝังเข็ม - จัดบริการแพทย์แผนไทย <p>3.2 การจัดให้บริการผู้ป่วยใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดบริการห้องผู้ป่วยหนัก - จัดบริการผู้ป่วยศัลยกรรม 24 เตียง - จัดบริการผู้ป่วยสามัญ 56 เตียง - จัดบริการห้องผู้ป่วยพิเศษเตียงทั่วไป 30 ห้อง <p>3.3 จัดบริการเตรียมพร้อมห้องผ่าตัดตลอด 24 ชั่วโมงทุกสาขา</p>	<p>3.1 การบริการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก</p> <ul style="list-style-type: none"> ● จัดบริการคลินิกตรวจโรคทั่วไปทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ ● จัดบริการคลินิกเฉพาะโรคโดยแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขา ● จัดบริการรักษาผู้ป่วยนอกทั่วไปนอกเวลาราชการถึง 20.30 น. ทุกวัน ● บริการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง <p>3.2 บริการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในโครงการสุขภาพที่ดี</p> <p>เริ่มที่บ้านในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทและหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยจิตตารมณ์ผิดปกติที่คิดเชื่อก่อน</p> <p>3.3 จัดบริการผู้ป่วยใน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● จัดบริการห้องผู้ป่วยสามัญ ● จัดบริการห้องผู้ป่วยพิเศษ ● จัดบริการห้องผู้ป่วยหนัก ● จัดบริการหน่วยบริบาลทารก 	<p>3.1 จัดบริการคลินิกทั่วไป โดยจัดเหลื่อมเวลาราชการตั้งแต่ 08.00น.-16.00น.</p> <p>3.2 จัดขยายเวลาบริการผู้ป่วยโดยเริ่มตรวจตั้งแต่ 8.00น.</p> <p>3.3 ขยายความสามารถของบริการห้องผ่าตัด ให้สามารถใช้ประโยชน์สูงสุด</p> <p>3.4 เพิ่มห้องพิเศษทั่วไปอีก 20 ห้อง ให้สามารถรองรับความต้องการของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น</p> <p>3.5 ปรับปรุงสถานที่หอผู้ป่วยหนักให้สามารถรองรับผู้ป่วยหนักได้ 24 เตียง</p> <p>3.6 จัดบริการผู้ป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง</p>
<p>4. รายการของบริการสุขภาพในหมวดประสิทธิภาพภายในระบบ</p>	<p>4.1 มีกระบวนการมาตรฐานการรักษายาตามแนวทาง Hospital Accreditation</p> <p>4.2 มีแผนรองรับอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล</p> <p>4.3 มีระบบการรับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและส่งต่อที่รวดเร็ว</p> <p>4.4 มีระบบบริหารห้องฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง</p> <p>4.5 มีระบบการตรวจชิ้นเนื้อและ X-Ray ตลอดจน X-Ray คอมพิวเตอร์ 24 ชั่วโมง</p> <p>4.6 มีระบบรายงานทางกรแพทย์และการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง</p>	<p>4.1 การจัดระบบ Referral System ที่ถูกระบบ</p> <p>4.2 การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยตมมาตรฐานการรักษายา 12 โรค</p> <p>4.3 มีระบบการป้องกันอัคคีภัยที่ปลอดภัย</p> <p>4.4 มีระบบการทำงานที่ถูกต้องตามหลักอาชีวเวชกรรม</p>	<p>4.1 ปรับระบบงานให้มีคุณภาพ โดยลดข้อจำกัดของการทำงานตามเวลาราชการ</p> <p>4.2 เสริมสร้างคุณภาพของบุคลากรเน้นด้านความเชี่ยวชาญในวิชาชีพและความสามารถในการบริหารจัดการและการทำงานเป็นทีม</p> <p>4.3 ให้การรักษาพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนระดับสูงที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ในภาคใต้</p> <p>4.4 เป็นแหล่งค้นคว้าวิจัย เพื่อสร้างองค์ความรู้ทางการแพทย์ของอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรทางการแพทย์สาขาต่างๆ</p>

และวิจัยและพัฒนา	นักศึกษาพยาบาลศาสตร์และคณะผู้ทรงคุณวุฒิ	บุคลากรอื่น ๆ 120 คน	
6. รายการบริการสุขภาพในหมวดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	<p>สูง 10 คน</p> <ul style="list-style-type: none"> - นักศึกษาพยาบาลผดุงครรภ์ 20 คน - นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 30 คน - นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 24 คน - นักศึกษาแพทย์ศาสตร์ 15 คน - นักเรียนมัธยมศึกษาในโครงการศึกษาแพทย์ของคณะแพทย์ศาสตร์ศิริราช 22 คน - นักศึกษาเภสัชกร 7 คน 	<ul style="list-style-type: none"> • นักศึกษาแพทย์ปีที่ 6 จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีละ 2 รุ่น รุ่นละ 15 คน • นักศึกษาพยาบาลจักษุศาสตร์พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ • นักศึกษาพยาบาลจักษุศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชนบุรี สงขลา • นักศึกษาผู้ช่วยเภสัชกร จักษุศาสตร์การสาธารณสุข สุราษฎร์ธานี • นักศึกษาเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์จากคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล • แพทย์ประจำบ้านสาขากุมารเวชศาสตร์ ตามโครงการร่วมผลิตแพทย์ขนาดใหญ่-จุฬาลงกรณ์ 	<p>5.3 ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง สาขากุมารเวช, โสต นาสิก ลาริงซ์, ออร์โธปิดิกส์, รังสีวิทยา, ท้ว ไป, วิสัญญีวิทยา, สูติศาสตร์, ศัลยศาสตร์, ประสาท ศัลยศาสตร์, ออร์โธปิดิกส์</p> <p>6.1 จัดเจ้าหน้าที่คอยแนะนำการให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการ</p> <p>6.2 ปรับปรุงสถานที่การให้บริการผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</p> <p>6.3 จัดบริการยาโดยประกันคุณภาพเวลารอรับบริการยาไม่เกิน 15 นาที</p> <p>6.4 สร้างระบบรับฟังความคิดเห็นและประเมินผลความพึงพอใจของการบริการผู้ป่วย</p> <p>6.5 จัดระบบสื่อสารการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่รอตรวจและผู้ป่วยอื่น</p>

กิจกรรม	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	โรงพยาบาลหาดใหญ่	โรงพยาบาลสงขลาครินทร์
1. อัตราค่าตอบแทน	<ol style="list-style-type: none"> เงินเดือน 9,569,235.50 บาท ค่าล่วงเวลา 2,700,000 บาท เงินค่าวิชาชีพ 37,800 บาท 	<ol style="list-style-type: none"> เงินเดือน <ul style="list-style-type: none"> จากเงินงบประมาณ 143,530,751.06 จากเงินบำรุง 19,890,413.81 เงินตอบแทนพิเศษ <ul style="list-style-type: none"> ค่าตอบแทนการปฏิบัติกรด้วยกรรักษาพยาบาล 30,233.161 ค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ 2,608,785 เงินเพิ่มพิเศษแพทย์ 92,000 เงินตอบแทนไม่ปฏิบัติวิชาชีพพิเศษส่วนตัว <ul style="list-style-type: none"> เงินงบประมาณ 3,710,000 เงินบำรุง 7,151,672 	<ol style="list-style-type: none"> เงินเดือน 245.23 ล้านบาท ค่าจ้างประจำ 50.68 ล้านบาท ค่าจ้างชั่วคราว 12.87 ล้านบาท ค่าตอบแทนสาขาขาดแคลน 61.62 ล้านบาท ค่าอยู่เวร 46.60 ล้านบาท ค่าตอบแทนคลินิกนอกเวลา 10.40 ล้านบาท เงินสมนาคุณ 8.77 ล้านบาท ค่าล่วงเวลา 2.90 ล้านบาท ค่าสอนพิเศษ 2.57 ล้านบาท สมนาคุณโครงการพัฒนางาน 2.51 ล้านบาท อื่นๆ 1.44 ล้านบาท
2. หลักเกณฑ์ในการจ่ายค่าตอบแทน	<ol style="list-style-type: none"> เงินเดือน จ่ายตามวุฒิ เงินค่าตอบแทนพิเศษ จ่ายตามวุฒิ และตามการทำงน เงินค่าวิชาชีพ จ่ายตามวุฒิ 	<ol style="list-style-type: none"> เงินเดือน จ่ายตามวุฒิ เงินค่าตอบแทนพิเศษ ตามระเบียบกระทรวงการคลัง เงินเพิ่มพิเศษแพทย์ ตามระเบียบการจ่ายของสาขาขาดแคลน เงินตอบแทนไม่ปฏิบัติวิชาชีพส่วนตัว <ul style="list-style-type: none"> แพทย์ 10,000 บาท / เดือน ทันตแพทย์ 10,000 บาท / เดือน เภสัชกร 5,000 บาท / เดือน เงินค่าวิชาชีพ ตามหลักเกณฑ์ของกพ. และกระทรวงการคลัง 	<ol style="list-style-type: none"> เงินเดือนค่าจ้าง จ่ายตามวุฒิ ประสบการณ์การทำงาน ประสิทธิภาพของบุคลากร เงินค่าตอบแทนสาขาขาดแคลน จ่ายตามความขาดแคลนและความจำเป็นตามสาขาวิชาชีพ เงินตอบแทนอื่นๆ จ่ายตามวุฒิ, คุณภาพ, ภาระงาน, โครงการพัฒนางาน, ความเสี่ยง, ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
3. จำนวนผู้ที่ได้รับค่าตอบแทนในอัตราค่าตอบแทนต่างๆ ในปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2540)	<ol style="list-style-type: none"> เงินเดือน <ul style="list-style-type: none"> ข้าราชการ 139 คน คิดเป็น 36.55% ลูกจ้างประจำ 32 คน คิดเป็น 38.71% ลูกจ้างชั่วคราว (เงินประกันสังคม) 45 คน คิดเป็น 5.15% ลูกจ้างชั่วคราว (เงินบำรุง) 82 คน คิดเป็น 6.08% 	<ol style="list-style-type: none"> เงินเดือน <ul style="list-style-type: none"> ข้าราชการ 367 คน 39.86% ของงบประมาณ ลูกจ้างประจำ 333 คน 10.14% ของงบประมาณ ลูกจ้างชั่วคราว 400 คน 3.21% ของงบประมาณ 8.75% ของเงินบำรุง เงินตอบแทนพิเศษ 32.841 ล้านบาท (เงินบำรุงและงบประมาณจาก EMS) 32.723 ล้านบาท 	<ol style="list-style-type: none"> เงินเดือน <ul style="list-style-type: none"> ข้าราชการ 1,861 คน คิดเป็น 55.04% ลูกจ้างประจำ 684 คน คิดเป็น 11.37% ลูกจ้างชั่วคราว 298 คน คิดเป็น 2.89% ค่าตอบแทนอื่นๆ <ul style="list-style-type: none"> ค่าตอบแทนสาขาขาดแคลน 13.83% ค่าอยู่เวร 10.46%

	<p>2. เงินค่าวิชาชีพ</p> <ul style="list-style-type: none"> • นายแพทย์ 8 1 ท่าน คิดเป็น 44.44% • นายแพทย์ 7 และพยาบาล 7 2 ท่าน คิดเป็น 55.46% 	<ul style="list-style-type: none"> • รังสีแพทย์ 1 คน • วิทยุเสียงแพทย์ 2 คน <p>รวม 92,000 บาท คิดเป็น 0.04 % ของเงินบำรุง</p> <p>4. เงินตอบแทนไม่ปฏิบัติวิชาชีพส่วนตัว</p> <ul style="list-style-type: none"> • แพทย์ 45 คน * 10,000 = 450,000 บาท • ทันตแพทย์ 5 คน * 10,000 = 50,000 บาท • เกษัชกร 9 คน * 5,000 = 45,000 บาท <p>รวม 7,861,672 บาท คิดเป็น 1.58% ของเงินทั้งหมด</p> <p>5. เงินค่าวิชาชีพ(รวมในเงินเดือนจากงบประมาณ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • แพทย์ 41 คน • พยาบาล 74 คน • ทันตแพทย์ 4 คน • เกษัชกร 4 คน 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่าล่วงเวลา 0.65% • ค่าสอนพิเศษ 0.58% • สมนาคุณโครงการพัฒนางาน 0.56% • อื่นๆ 0.32%
4. สัดส่วนของค่าตอบแทนต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด	47.03%	41.10%	44.56%

กิจกรรม	ราคาต่อหน่วย	ราคาต่อหน่วย	ราคาต่อหน่วย
1. แผนกบริหารจัดการ	10.49 บาท/ราย	1.82 บาท / ราย	6,124 บาท / วัน
2. แผนกสนับสนุนการบริการ	40.63 บาท/ราย	M = 562 บาท / ผู้ป่วย 1 ราย ⁴	31,575 บาท / วัน
3. แผนกคนไข้นอก	195.54 บาท/ราย	L = 214 บาท / ผู้ป่วย 1 ราย ⁴ M = 312 บาท / ผู้ป่วย 1 ราย ⁴ H = 604 บาท / ผู้ป่วย 1 ราย ⁴	68 บาท / ผู้ป่วย 1 คน / วัน
4. แผนกคนไข้ใน	935.47 บาท/ราย	L = 6,116 บาท / ผู้ป่วย 1 ราย ⁴ M = 10,031 บาท / ผู้ป่วย 1 ราย ⁴ H = 13,399 บาท / ผู้ป่วย 1 ราย ⁴	11,713 บาท / วัน
5. แผนกป้องกันโรค	142.35 บาท/ราย	103 บาท / ผู้ป่วย 1 ราย	53 บาท / ผู้ป่วย 1 คน / วัน
6. แผนกส่งเสริมสุขภาพ			1,348 บาท / วัน

หมายเหตุ : 1. การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลบ้านแพ้วอาศัยข้อมูลที่มีค่าดังต่อไปนี้

- ก. ตึกสมเด็จย่า 90 พรรษา มีพื้นที่ 1,830 ตรม. ราคา 50,000,000 บาท ราคา/ปี 1,250,000 บาท/ปี ราคาต่อตรม./ปี 258.80 บาท
- ข. ตึกกาญจนาภิเษก มีพื้นที่ 3,600 ตรม. ราคา 62,000,000 บาท ราคา/ปี 1,550,000 บาท/ปี ราคาต่อตรม./ปี 430.56 บาท
- ค. ตึกส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีพื้นที่ 2,731 ตรม. ราคา 2,402,000 บาท ราคา/ปี 60,050 บาท/ปี ราคาต่อตรม./ปี 21.99 บาท
- ง. อายุการใช้งานของแต่ละตึกเป็น 40 ปี

แผนกที่ครอบคลุมในการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว มีดังนี้คือ

- แผนกบริหารจัดการ (889.67 ตรม.) ได้แก่ ฝ่ายบริหารทั่วไป
- แผนกสนับสนุนการบริการ (5937 ตรม.) ได้แก่ ห้องผ่าตัด, ห้องคลอด, วิทยาลัยวิทยา, ห้อง LAB, เกศกรรม, ห้องบัตร, เวิร์ป, ฝ่ายโภชนาการ, ฝ่ายซักฟอก
- แผนกคนไข้นอก (1704 ตรม.) ได้แก่ ห้องตรวจ, ศัลยกรรมทั่วไป, ทันตกรรม, อุบัติเหตุ
- แผนกคนไข้ใน (3125.5 ตรม.) ได้แก่ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม, หอผู้ป่วยอายุรกรรม, หอผู้ป่วยศัลยกรรม, หอผู้ป่วยพิเศษ 3, หอผู้ป่วยพิเศษ
- แผนกส่งเสริมและป้องกันโรค (2731 ตรม.) ได้แก่ แผนกส่งเสริมสุขภาพ, แผนกสุขภาพจิตและป้องกัน, แผนกกายภาพ

2. แผนกที่ครอบคลุมในการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีดังนี้คือ

- แผนกบริหารจัดการ ได้แก่ ฝ่ายธุรการ, ฝ่ายการเงินและบัญชี, ฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา, ฝ่ายวิชาการ, ฝ่ายโภชนาการ, ฝ่ายการพยาบาล, หน่วยจ่ายกลาง, หน่วยซักฟอก, ฝ่ายประชาสัมพันธ์
- แผนกสนับสนุนการบริการ ได้แก่ ห้องผ่าตัด, ห้องคลอด, วิทยาลัยวิทยา, รังสีวิทยา, พยาธิวิทยา, กายวิภาค, พยาธิวิทยาคลินิก, เวชกรรมฟื้นฟู, เกศกรรม, เวชกรรมสังคม
- แผนกคนไข้นอก ได้แก่ OPD อายุรกรรม, กุมารเวชกรรม, สูติ-นรีเวชกรรม, ศัลยกรรมทั่วไป, ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ, ศัลยกรรมตกแต่ง, ศัลยกรรมประสาท, ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์, จักษุ ศัลยกรรม, นาสิก, ทันตกรรม, อุบัติเหตุ

และฉุกเฉิน

- แผนกผู้ป่วยใน ได้แก่ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 หอ, อายุรกรรม 3 หอ, นรีเวชกรรม 1 หอ, สูติกรรม 2 หอ, ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 2 หอ, ศัลยกรรม 6 หอ
- แผนกป้องกันโรค ได้แก่ คลินิกฝากครรภ์

ต้นทุนต่อหน่วยคิดเฉพาะ Labor cost และ Material cost เท่านั้น ยังไม่รวม Capital cost

3. แผนกที่ครอบคลุมในการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีดังนี้คือ

- แผนกบริหารจัดการ ได้แก่ งานธุรการ โรงพยาบาลไม่รวมค่าเครื่องใช้มูลค่า 1,809,328 บาท, ค่าสถานที่, ค่าซ่อม, ค่าวัสดุที่เบิกใช้จากคลังพัสดุ และค่าสาธารณูปโภคบางส่วน

แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ได้แก่ งานเวชภัณฑ์กลาง ไม่รวมค่าครุภัณฑ์ มูลค่า 26.59 ล้านบาท, ค่าสถานที่ และค่าสาธารณูปโภค

แผนกคนไข้ นอก ได้แก่ OPD ทั่วไป มีห้องบุลเฉพาะเงินเดือน ค่าตอบแทน และค่าวัสดุ น้ยา ส่วนอื่นๆ ไม่มีห้องบุล

แผนกคนไข้ใน ได้แก่ หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม ไม่รวมค่าครุภัณฑ์ มูลค่า 816,580 บาท, ค่าสถานที่, ค่าซ่อม และค่าไฟฟ้าบางส่วน

แผนกป้องกันโรค ได้แก่ Well baby มีห้องบุลเฉพาะเงินเดือน ค่าตอบแทน และค่าวัสดุ น้ยา ส่วนอื่นๆ ไม่มีห้องบุล

แผนกส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ หน่วยวางแผนครอบครัว ไม่รวมค่าครุภัณฑ์ มูลค่า 460,970 บาท, ค่าสถานที่, ค่าสาธารณูปโภค, ค่าซ่อม และเงินเดือนค่าตอบแทนของคณะแพทย์ เนื่องจากแพทย์ปฏิบัติงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับหน่วย

งานนี้เพียงบางส่วน

4. L คือค่า First quartile

M คือค่า Median

H คือค่า Third quartile

รายการ	โรงพยาบาลกันแพ้ว				โรงพยาบาลหาดใหญ่				โรงพยาบาลสงขลาพรหม			
	2538	2539	2540	ค่าเฉลี่ย	2538	2539	2540	ค่าเฉลี่ย	2538	2539	2540	ค่าเฉลี่ย
1. งบประมาณแผ่นดินที่ได้รับ												
1.1 งบประมาณดำเนินงาน (ไม่รวมค่าที่ดินและสิ่ง ปลูกสร้าง) (บาท)	7,795,460	14,267,809	13,441,800	11,835,023	178,948,725.75	180,097,025.52	207,623,179.73	188,889,643.66	388,621,900	462,956,422	474,265,577	441,947,966.33
1.2 ค่าที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง (รวมครุภัณฑ์) (บาท)	*	*	*	*	4,250,000	4,744,000	62,117,070	23,703,690	126,088,000	185,064,740	119,753,575	143,635,438.33
2. การใช้บริการสุขภาพ									5,097	5,766	5,274	5,379
2.1 การส่งเสริมป้องกัน (ราย)	9,282	16,994	18,252	14,842.66	43,466	39,384	36,007	39,619				
2.2 การให้บริการสุขภาพ สำหรับผู้ถือบัตรประกัน สุขภาพ (ราย OPD และ ราย IPD)	OPD : 68,836 IPD : 3,772	OPD : 33,002 IPD : 3,171	OPD : 30,808 IPD : 3,042	OPD : 44,215 IPD : 3,328	*	OPD : 30,084 IPD : 3,631	OPD : 46,986 IPD : 6,732	OPD : 38,535 IPD : 5,182	*	*	*	*
2.3 การให้บริการสุขภาพ สำหรับผู้ถือบัตร สงเคราะห์ สป.ร. (ราย OPD และ ราย IPD)	OPD : 2,619 IPD : 540	OPD : 3,819 IPD : 567	OPD : 7,798 IPD : 540	OPD : 4,745 IPD : 549	OPD : 60,826 IPD : 9,660	OPD : 55,699 IPD : 9,453	OPD : 51,269 IPD : 8,314	OPD : 55,931 IPD : 9,142				
2.4 การให้บริการสุขภาพ สำหรับผู้ไม่สามารถจ่าย ค่ารักษาพยาบาลได้และ ไม่มีสวัสดิการหรือ ประกันสุขภาพโดย แต่ ผ่านนักสังคมสงเคราะห์ ของโรงพยาบาล (ราย OPD และ ราย IPD)	OPD : 23,465 IPD : 3,188	OPD : 26,941 IPD : 2,467	OPD : 7,798 IPD : 1,570	OPD : 19,401 IPD : 2,410	*	*	OPD : 8,615 IPD : 1,689	OPD : 8,615 IPD : 1,689	OPD : 8,352 IPD : 3,144	OPD : 8,424 IPD : 3,624	OPD : 9,588 IPD : 3,696	OPD : 8,788 IPD : 3,488
3. งบประมาณการฝึกอบรมและ วิจัย (บาท)	*	*	*	*	3,218,606	3,602,961	4,348,868	3,723,478	*	*	*	*

หมายเหตุ : * ไม่มีข้อมูล

ตารางที่ 27 : งบประมาณที่รัฐจ่ายเพื่อซื้อบริการสุขภาพที่คำนวณจากต้นทุนต่อหน่วยและการให้บริการสุขภาพตามนโยบายของรัฐของโรงพยาบาลขนาดใหญ่

รายการ	งบประมาณขั้นต่ำ (บาท)	งบประมาณชั้นกลาง (บาท)	งบประมาณชั้นสูง (บาท)
1. การส่งเสริมป้องกันโรค	4,080,757	4,080,757	4,080,757
2. การให้บริการสุขภาพผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ	OPD : 8,246,490 IPD : 31,693,112	OPD : 12,022,920 IPD : 51,980,642	OPD : 23,275,140 IPD : 69,433,618
3. การให้บริการสุขภาพผู้ถือบัตรสปร.	OPD : 11,969,234 IPD : 55,912,472	OPD : 17,450,472 IPD : 91,703,402	OPD : 33,782,324 IPD : 122,493,658
4. การให้บริการสุขภาพผู้ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้	OPD : 1,843,610 IPD : 10,329,924	OPD : 2,687,880 IPD : 16,942,359	OPD : 5,203,460 IPD : 22,630,911
5. บริหารจัดการ	288,859	288,859	288,859
6. สนับสนุนการบริการ	89,197,268	89,197,268	89,197,268
7. การฝึกอบรมและวิจัย*	372,348	372,348	372,348
รวม	213,933,074	286,726,907	370,757,343

หมายเหตุ : * เนื่องจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไม่มีข้อมูลของค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมและวิจัยที่ก่อให้เกิดผลประโยชน์แก่สาธารณะ จึงสมมุติให้ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายการฝึกอบรมและวิจัยเฉลี่ย

ตารางที่ 28 : ส่วนต่างของงบประมาณที่คำนวณได้กับงบประมาณเดิมที่ได้รับจัดสรร* และสัดส่วนของค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นจากส่วนต่างนี้สำหรับโรงพยาบาลหาดใหญ่

รายการ	การประมาณการขั้นต่ำ	การประมาณการขั้นกลาง	การประมาณการขั้นสูง
งบประมาณที่ควรได้รับเพิ่มขึ้น (บาท)	25,044,430	97,837,263	181,867,699
คิดเป็นเปอร์เซ็นต์	13%	52%	96%
กรณี 1 : สัดส่วนของค่าตอบแทนที่จะได้รับเพิ่มจากเดิม	5.34%	21.37%	39.46%
กรณี 2 : กรณี 1+ ประหยัดจากการจัดซื้อจัดจ้าง (บริหารจัดการ) 10%	9.43%	25.42%	43.46%
กรณี 3 : กรณี 1+ ประหยัดจากการจัดซื้อจัดจ้าง (บริหารจัดการ) 20%	13.53%	29.52%	47.56%
กรณี 4 : กรณี 1+ ประหยัดจากการจัดซื้อจัดจ้าง (บริหารจัดการ) 20% และประหยัดจากบุคลากรได้ 10%	17.63%	33.62%	51.66%

หมายเหตุ : * พิจารณาเฉพาะงบประมาณดำเนินการ

ตารางที่ 29 : ภาพรวมของโครงสร้างแหล่งเงินเพื่อชดเชยต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลหาดใหญ่

รายการ	การประมาณการขั้นต่ำ	การประมาณการขั้นกลาง	การประมาณการขั้นสูง
งบประมาณเดิม	55%	55%	55%
งบประมาณจากการคำนวณ	62%	83%	108%

ตารางที่ 30 : งบประมาณที่คำนวณจากต้นทุนต่อหน่วยและการให้บริการสุขภาพตามนโยบายของรัฐ
และ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

รายการ	งบประมาณที่คำนวณได้ (บาท)
1. การส่งเสริมป้องกันโรค	2,112,901
2. การให้บริการสุขภาพผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ	11,759,045
3. การให้บริการสุขภาพผู้ถือบัตร สปร.	1,441,410
4. การให้บริการสุขภาพผู้ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้	6,048,155
5. บริหารจัดการ	938,761
6. สนับสนุนการบริการ	3,636,019
รวม	25,936,291

ตารางที่ 31 : ส่วนต่างของงบประมาณที่คำนวณได้กับงบประมาณเดิมที่ได้รับจัดสรร* และสัดส่วนของค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นจากส่วนต่างนี้สำหรับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

รายการ	การประมาณการขั้นกลาง
งบประมาณที่ควรได้รับเพิ่มขึ้น	14,101,268
คิดเป็นเปอร์เซ็นต์	119%
กรณี 1 : สัดส่วนของค่าตอบแทนที่ได้รับเพิ่มจากเดิม	55.93%
กรณี 2 : กรณี 1+ ประหยัดจากการจัดซื้อจัดจ้าง (บริหารจัดการ) 10%	60.63%
กรณี 3 : กรณี 1+ ประหยัดจากการจัดซื้อจัดจ้าง (บริหารจัดการ) 20%	65.33%
กรณี 4 : กรณี 1+ ประหยัดจากการจัดซื้อจัดจ้าง (บริหารจัดการ) 20% และประหยัดจาก บุคลากรได้ 10%	70.03%

หมายเหตุ : *พิจารณาเฉพาะงบประมาณดำเนินการ

ตารางที่ 32 : ข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการคำนวณค่าตอบแทนแก่ข้าราชการที่จะออกนอกระบบราชการของ
โรงพยาบาลหาดใหญ่

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. ค่าตอบแทนทั้งหมดสำหรับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลในปัจจุบัน (บาทต่อปี)	744,840	-
2. จำนวนข้าราชการที่มีอายุการทำงาน 1-5 ปี ในขณะนี้ (คน)	148	19.5
3. ค่าตอบแทนทั้งหมดสำหรับข้าราชการที่มีอายุการทำงาน 1-5 ปีในขณะนี้ (บาทต่อปี)	15,560,760	12.0
4. จำนวนข้าราชการที่มีอายุการทำงาน 6-25 ปีในขณะนี้ (คน)	553	72.9
5. ค่าตอบแทนทั้งหมดสำหรับข้าราชการที่มีอายุการทำงาน 6-25 ปีในขณะนี้ (บาทต่อปี)	97,758,828	75.4
6. จำนวนข้าราชการที่มีอายุการทำงานตั้งแต่ 26 ปีขึ้นไปในขณะนี้ (คน)	58	7.6
7. ค่าตอบแทนทั้งหมดสำหรับข้าราชการที่มีอายุการทำงานตั้งแต่ 26 ปีขึ้นไปในขณะนี้ (บาทต่อปี)	16,298,760	12.6

หมายเหตุ : 1. จำนวนข้าราชการทั้งหมดเป็น 759 คน

2. ค่าตอบแทนทั้งหมด 129,618,348 บาท

ตารางที่ 33 : การจำลองเหตุการณ์ (Simulation) การจ่ายค่าตอบแทนข้าราชการกลุ่มที่มีอายุราชการน้อยกว่า 5 ปี และกลุ่มที่มีอายุราชการมากกว่า 25 ปี เพื่อเป็นแรงจูงใจในการออกจากระบบข้าราชการของโรงพยาบาลหาดใหญ่

กรณีที่สมมุติ	ค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น (บาทต่อปี)	สัดส่วนของค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นเทียบกับค่าตอบแทนเดิมทั้งหมด (%)	สัดส่วนของค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นเทียบกับงบประมาณขั้นต่ำที่ได้เพิ่มขึ้น* (%)
ข้าราชการกลุ่มที่มีอายุการทำงาน 1-5 ปี ได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม 25% และกลุ่มที่มีอายุการทำงานมากกว่า 25 ปี ได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม 10%	5,520,066	4.3	22.0
ข้าราชการกลุ่มที่มีอายุการทำงาน 1-5 ปี ได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม 35% และกลุ่มที่มีอายุการทำงานมากกว่า 25 ปี ได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม 10%	7,076,142	5.5	28.3

หมายเหตุ : * งบประมาณขั้นต่ำที่ได้รับเพิ่มขึ้นเป็น 25,044,430 บาท

ตารางที่ 34 : ข้อมูลเบื้องต้นในการคำนวณค่าตอบแทนแก่ข้าราชการที่จะออกนอกระบบราชการของ
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. ค่าตอบแทนทั้งหมดสำหรับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (บาทต่อปี)	1,080,000	-
2. จำนวนข้าราชการที่อายุการทำงาน 1-5 ปีในขณะนี้ (คน)	76	51
3. ค่าตอบแทนทั้งหมดสำหรับข้าราชการที่มีอายุการทำงาน 1-5 ปี ในขณะนี้ (บาทต่อปี)	10,596,600	39
4. จำนวนข้าราชการที่มีอายุการทำงาน 6-25 ปีขณะนี้ (คน)	73	49
5. ค่าตอบแทนทั้งหมดสำหรับข้าราชการที่มีอายุการทำงาน 6-25 ปี ในขณะนี้ (บาทต่อปี)	16,570,320	61
6. จำนวนข้าราชการที่มีอายุการทำงานตั้งแต่ 26 ปีขึ้นไป	ไม่มี	-
7. ค่าตอบแทนทั้งหมดสำหรับข้าราชการที่มีอายุการทำงานตั้งแต่ 26 ปีขึ้นไปในขณะนี้ (บาทต่อปี)	ไม่มี	-

หมายเหตุ : 1. จำนวนข้าราชการทั้งหมด 149 คน

2. ค่าตอบแทนทั้งหมด 27,166,920 บาท

ตารางที่ 35 : การจำลองเหตุการณ์ (Simulation) การจ่ายค่าตอบแทนข้าราชการกลุ่มที่มีอายุราชการน้อยกว่า 5 ปี และกลุ่มที่มีอายุราชการมากกว่า 25 ปี เพื่อเป็นแรงจูงใจในการออกจากระบบข้าราชการของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

กรณีที่สมมุติ	ค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น (บาทต่อปี)	สัดส่วนของค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นเทียบกับค่าตอบแทนเดิมทั้งหมด (%)	สัดส่วนของค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นเทียบกับงบประมาณขั้นต่ำที่ได้เพิ่มขึ้น* (%)
ข้าราชการกลุ่มที่มีอายุการทำงาน 1-5 ปี ได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม 25% และกลุ่มที่มีอายุการทำงานมากกว่า 25 ปี ได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม 10%	2,649,150	9.8	18.8
ข้าราชการกลุ่มที่มีอายุการทำงาน 1-5 ปี ได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม 35% และกลุ่มที่มีอายุการทำงานมากกว่า 25 ปี ได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม 10%	3,708,810	13.7	26.3

หมายเหตุ : * งบประมาณขั้นต่ำที่ได้รับเพิ่มขึ้นเป็น 14,101,268 บาท

ตารางที่ 36 : ต้นทุนของการให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ชุมชนและบริการป้องกันโรคที่ชุมชนของโรงพยาบาล
บ้านแพ้วในช่วงปีงบประมาณ 2538-2540

รายการ	ปี 2538	ปี 2539	ปี 2540	เฉลี่ย 3 ปี
1. ต้นทุนการให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ชุมชน* (บาท)	118,220***	254,685****	508,225	-
2. ต้นทุนการให้บริการป้องกันโรคที่ชุมชน (บาท)**	10,500***	11,050****	12,460****	-
3. จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบการให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ชุมชน (คน)	9,094	10,382	13,450	10,975
4. จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบการให้บริการป้องกันโรคที่ชุมชน (คน)	1,150	1,000	1,200	1,117
5. ต้นทุนการให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ชุมชนเป็น 46.31 บาทต่อคน*****				
6. ต้นทุนการให้บริการป้องกันโรคที่ชุมชนเป็น 11.15 บาทต่อคน*****				

หมายเหตุ : * รายการการออกไปให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ชุมชน ได้แก่

1. งานอนามัยโรงเรียน
2. งานสำรวจชุมชน
3. งาน Home Health Care

** กิจกรรมงานป้องกัน ได้แก่

1. สอบสวนโรคอุจจาระร่วง ติดตามผู้สัมผัสโรค
2. สอบสวนโรคไข้เลือดออก ควบคุมการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านที่เกิดโรค
3. สำรวจควบคุมลูกน้ำยุงลายและจ่ายทรายอะเบทตามหมู่บ้าน
4. สำรวจสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน ส้วม น้ำ ขยะ
5. สำรวจเด็กที่รับวัคซีนในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ

*** การคำนวณต้นทุนของปี 2538 และ 2539 ต่ำกว่าปี 2540 มาก เนื่องจากไม่ได้รวมข้อมูลเงินเดือนและสาธารณูปโภคไว้เนื่องจากไม่มีข้อมูล

**** ไม่ได้รวมต้นทุนแรงงานไว้ด้วย

***** ใช้ต้นทุนของปี 2540 ในการคำนวณเพราะเป็นปีที่ข้อมูลสมบูรณ์ที่สุด

ตารางที่ 37 : งบประมาณที่รัฐจ่ายเพื่อซื้อบริการสุขภาพที่คำนวณจาก Cost per DRG (เฉพาะคนไข้ใน) ตามนโยบายของรัฐของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ข้อมูลปี 2539)

DRG	จำนวนราย	น้ำหนักโดยเปรียบเทียบ	การให้บริการผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ	การให้บริการผู้ถือบัตรสปร.	การให้บริการผู้ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้
1	12	3.87	66,873.60	81,734.40	16,718.40
2	14	14.91	300,585.60	367,382.40	75,146.40
3	1	2.88	4,147.20	5,068.80	1,036.80
4	9	2.3	29,808.00	36,432.00	7,452.00
6	1	0.48	691.20	844.80	172.80
8	2	1.06	3,052.80	3,731.20	763.20
9	10	1.84	26,496.00	32,384.00	6,624.00
11	16	1.38	31,795.20	38,860.80	7,948.80
12	29	1.92	80,179.20	97,996.80	20,044.80
13	2	1.41	4,060.80	4,963.20	1,015.20
14	209	1.47	442,411.20	540,724.80	110,602.80
15	10	0.67	9,648.00	11,792.00	2,412.00
17	42	0.45	27,216.00	33,264.00	6,804.00
19	9	0.73	9,460.80	11,563.20	2,365.20
20	81	1.92	223,948.80	273,715.20	55,987.20
21	2	0.36	1,036.80	1,267.20	259.20
23	8	1.46	16,819.20	20,556.80	4,204.80
25	337	0.39	189,259.20	231,316.80	47,314.80
28	5	1.27	9,144.00	11,176.00	2,286.00
29	9	0.6	7,776.00	9,504.00	1,944.00
32	145	0.27	56,376.00	68,904.00	14,094.00
35	21	1.03	31,147.20	38,068.80	7,786.80
36	2	0.89	2,563.20	3,132.80	640.80
37	4	0.99	5,702.40	6,969.60	1,425.60

38	2	0.48	1,382.40	1,689.60	345.60
39	117	0.99	166,795.20	203,860.80	41,698.80
40	18	0.73	18,921.60	23,126.40	4,730.40
41	2	0.3	864.00	1,056.00	216.00
42	13	0.82	15,350.40	18,761.60	3,837.60
43	7	0.1	1,008.00	1,232.00	252.00
44	14	0.79	15,926.40	19,465.60	3,981.60
45	4	0.75	4,320.00	5,280.00	1,080.00
47	119	0.48	82,252.80	100,531.20	20,563.20
49	2	2.76	7,948.80	9,715.20	1,987.20
50	3	0.64	2,764.80	3,379.20	691.20
51	4	0.58	3,340.80	4,083.20	835.20
52	10	0.93	13,392.00	16,368.00	3,348.00
53	6	0.64	5,529.60	6,758.40	1,382.40
55	14	0.48	9,676.80	11,827.20	2,419.20
59	32	0.39	17,971.20	21,964.80	4,492.80
63	13	1.16	21,715.20	26,540.80	5,428.80
64	58	1.69	141,148.80	172,515.20	35,287.20
66	1	0.45	648.00	792.00	162.00
69	73	0.62	65,174.40	79,657.60	16,293.60
71	9	0.32	4,147.20	5,068.80	1,036.80
72	25	0.48	17,280.00	21,120.00	4,320.00
74	2	0.55	1,584.00	1,936.00	396.00
75	2	2.36	6,796.80	8,307.20	1,699.20
77	3	0.92	3,974.40	4,857.60	993.60
78	1	2.62	3,772.80	4,611.20	943.20
80	182	0.8	209,664.00	256,256.00	52,416.00
82	53	1.77	135,086.40	165,105.60	33,771.60
83	1	0.96	1,382.40	1,689.60	345.60

88	303	1.06	462,499.20	565,276.80	115,624.80
90	572	0.75	617,760.00	755,040.00	154,440.00
93	11	0.7	11,088.00	13,552.00	2,772.00
95	7	0.64	6,451.20	7,884.80	1,612.80
97	448	0.5	322,560.00	394,240.00	80,640.00
100	70	0.34	34,272.00	41,888.00	8,568.00
102	73	0.7	73,584.00	89,936.00	18,396.00
105	11	6.06	95,990.40	117,321.60	23,997.60
107	2	4.7	13,536.00	16,544.00	3,384.00
108	3	5.64	24,364.80	29,779.20	6,091.20
111	8	2.78	32,025.60	39,142.40	8,006.40
113	1	3.06	4,406.40	5,385.60	1,101.60
117	5	1.35	9,720.00	11,880.00	2,430.00
119	2	0.71	2,044.80	2,499.20	511.20
122	16	1.12	25,804.80	31,539.20	6,451.20
126	4	2.43	13,996.80	17,107.20	3,499.20
127	154	1.01	223,977.60	273,750.40	55,994.40
128	5	0.95	6,840.00	8,360.00	1,710.00
129	3	0.58	2,505.60	3,062.40	626.40
131	27	0.58	22,550.40	27,561.60	5,637.60
133	74	0.52	55,411.20	67,724.80	13,852.80
134	215	0.42	130,032.00	158,928.00	32,508.00
136	93	0.55	73,656.00	90,024.00	18,414.00
139	29	0.79	32,990.40	40,321.60	8,247.60
140	34	0.63	30,844.80	37,699.20	7,711.20
142	24	0.13	4,492.80	5,491.20	1,123.20
143	11	0.27	4,276.80	5,227.20	1,069.20
145	110	0.77	121,968.00	149,072.00	30,492.00
149	19	1.6	43,776.00	53,504.00	10,944.00

151	10	1.28	18.432.00	22.528.00	4.608.00
152	1	1.48	2.131.20	2.604.80	532.80
153	5	1.02	7.344.00	8.976.00	1.836.00
155	48	1.48	102.297.60	125.030.40	25.574.40
158	10	0.49	7.056.00	8.624.00	1.764.00
160	15	0.62	13.392.00	16.368.00	3.348.00
162	90	0.44	57.024.00	69.696.00	14.256.00
165	32	1.29	59.443.20	72.652.80	14.860.80
167	304	0.77	337.075.20	411.980.80	84.268.80
169	17	0.56	13.708.80	16.755.20	3.427.20
171	15	1.16	25.056.00	30.624.00	6.264.00
173	65	2.15	201.240.00	245.960.00	50.310.00
175	147	1.03	218.030.40	266.481.60	54.507.60
176	2	1.46	4.204.80	5.139.20	1.051.20
178	182	0.62	162.489.60	198.598.40	40.622.40
179	6	1.1	9.504.00	11.616.00	2.376.00
181	39	0.81	45.489.60	55.598.40	11.372.40
185	214	0.92	283.507.20	346.508.80	70.876.80
192	3	4.97	21.470.40	26.241.60	5.367.60
194	21	2.25	68.040.00	83.160.00	17.010.00
196	2	2.45	7.056.00	8.624.00	1.764.00
198	6	0.94	8.121.60	9.926.40	2.030.40
201	5	3.29	23.688.00	28.952.00	5.922.00
202	71	1.2	122.688.00	149.952.00	30.672.00
203	46	1.27	84.124.80	102.819.20	21.031.20
204	7	2.52	25.401.60	31.046.40	6.350.40
205	13	1.42	26.582.40	32.489.60	6.645.60
206	80	1.09	125.568.00	153.472.00	31.392.00
208	60	1.94	167.616.00	204.864.00	41.904.00

209	1	3.98	5,731.20	7,004.80	1,432.80
211	10	2.16	31,104.00	38,016.00	7,776.00
213	1	1.96	2,822.40	3,449.60	705.60
215	4	2.59	14,918.40	18,233.60	3,729.60
219	5	0.91	6,552.00	8,008.00	1,638.00
222	1	0.91	1,310.40	1,601.60	327.60
224	3	0.62	2,678.40	3,273.60	669.60
225	7	0.74	7,459.20	9,116.80	1,864.80
227	8	0.66	7,603.20	9,292.80	1,900.80
228	1	0.94	1,353.60	1,654.40	338.40
229	1	0.54	777.60	950.40	194.40
231	9	0.93	12,052.80	14,731.20	3,013.20
234	17	1.07	26,193.60	32,014.40	6,548.40
235	17	1.12	27,417.60	33,510.40	6,854.40
236	5	0.85	6,120.00	7,480.00	1,530.00
237	4	1.05	6,048.00	7,392.00	1,512.00
238	10	1.16	16,704.00	20,416.00	4,176.00
239	36	1.66	86,054.40	105,177.60	21,513.60
241	18	0.78	20,217.60	24,710.40	5,054.40
242	17	1.26	30,844.80	37,699.20	7,711.20
243	93	0.66	88,387.20	108,028.80	22,096.80
245	14	0.5	10,080.00	12,320.00	2,520.00
246	34	0.57	27,907.20	34,108.80	6,976.80
247	29	0.53	22,132.80	27,051.20	5,533.20
251	30	0.43	18,576.00	22,704.00	4,644.00
254	54	0.43	33,436.80	40,867.20	8,359.20
256	32	0.63	29,030.40	35,481.60	7,257.60
258	1	0.94	1,353.60	1,654.40	338.40
259	1	0.96	1,382.40	1,689.60	345.60

261	5	0.66	4,752.00	5,808.00	1,188.00
264	3	1.56	6,739.20	8,236.80	1,684.80
266	3	0.67	2,894.40	3,537.60	723.60
267	1	0.6	864.00	1,056.00	216.00
268	1	0.72	1,036.80	1,267.20	259.20
270	24	0.67	23,155.20	28,300.80	5,788.80
273	76	0.67	73,324.80	89,619.20	18,331.20
275	20	0.54	15,552.00	19,008.00	3,888.00
276	2	0.57	1,641.60	2,006.40	410.40
278	116	0.57	95,212.80	116,371.20	23,803.20
284	80	0.45	51,840.00	63,360.00	12,960.00
290	8	0.9	10,368.00	12,672.00	2,592.00
291	1	1	1,440.00	1,760.00	360.00
293	1	1.07	1,540.80	1,883.20	385.20
294	282	1.36	552,268.80	674,995.20	138,067.20
297	62	0.54	48,211.20	58,924.80	12,052.80
301	58	1.02	85,190.40	104,121.60	21,297.60
303	1	2.86	4,118.40	5,033.60	1,029.60
304	1	2.37	3,412.80	4,171.20	853.20
305	8	1.62	18,662.40	22,809.60	4,665.60
307	22	1.01	31,996.80	39,107.20	7,999.20
309	7	1	10,080.00	12,320.00	2,520.00
313	3	1.1	4,752.00	5,808.00	1,188.00
316	109	1.72	269,971.20	329,964.80	67,492.80
319	15	1.6	34,560.00	42,240.00	8,640.00
321	20	0.65	18,720.00	22,880.00	4,680.00
324	38	0.69	37,756.80	46,147.20	9,439.20
326	15	0.43	9,288.00	11,352.00	2,322.00
329	7	0.42	4,233.60	5,174.40	1,058.40

332	331	0.64	305,049.60	372,838.40	76,262.40
339	3	0.6	2,592.00	3,168.00	648.00
345	1	0.69	993.60	1,214.40	248.40
347	15	2.21	47,736.00	58,344.00	11,934.00
349	5	0.38	2,736.00	3,344.00	684.00
350	13	0.56	10,483.20	12,812.80	2,620.80
352	18	0.52	13,478.40	16,473.60	3,369.60
353	3	1.46	6,307.20	7,708.80	1,576.80
355	1	1.11	1,598.40	1,953.60	399.60
359	16	1.01	23,270.40	28,441.60	5,817.60
360	5	0.68	4,896.00	5,984.00	1,224.00
364	3	0.33	1,425.60	1,742.40	356.40
365	1	1.1	1,584.00	1,936.00	396.00
367	89	1.15	147,384.00	180,136.00	36,846.00
368	6	0.5	4,320.00	5,280.00	1,080.00
369	64	0.55	50,688.00	61,952.00	12,672.00
370	2	0.97	2,793.60	3,414.40	698.40
371	168	0.85	205,632.00	251,328.00	51,408.00
373	782	0.3	337,824.00	412,896.00	84,456.00
374	117	0.48	80,870.40	98,841.60	20,217.60
376	15	0.36	7,776.00	9,504.00	1,944.00
378	11	0.6	9,504.00	11,616.00	2,376.00
379	1	0.2	288.00	352.00	72.00
380	33	0.38	18,057.60	22,070.40	4,514.40
381	11	0.6	9,504.00	11,616.00	2,376.00
382	6	0.1	864.00	1,056.00	216.00
383	7	0.49	4,939.20	6,036.80	1,234.80
384	7	0.39	3,931.20	4,804.80	982.80
386	10	3.6	51,840.00	63,360.00	12,960.00

387	53	1.8	137,376.00	167,904.00	34,344.00
388	103	1.14	169,084.80	206,659.20	42,271.20
389	192	1.43	395,366.40	483,225.60	98,841.60
390	90	1.43	185,328.00	226,512.00	46,332.00
391	67	0.22	21,225.60	25,942.40	5,306.40
392	1	3.19	4,593.60	5,614.40	1,148.40
394	1	0.64	921.60	1,126.40	230.40
395	180	0.89	230,688.00	281,952.00	57,672.00
397	28	0.88	35,481.60	43,366.40	8,870.40
399	97	2.13	297,518.40	363,633.60	74,379.60
401	1	2.18	3,139.20	3,836.80	784.80
402	1	1.81	2,606.40	3,185.60	651.60
404	68	0.75	73,440.00	89,760.00	18,360.00
414	4	0.71	4,089.60	4,998.40	1,022.40
416	49	2.62	184,867.20	225,948.80	46,216.80
420	314	0.66	298,425.60	364,742.40	74,606.40
421	165	0.58	137,808.00	168,432.00	34,452.00
423	73	1.13	118,785.60	145,182.40	29,696.40
424	3	0.61	2,635.20	3,220.80	658.80
425	37	0.72	38,361.60	46,886.40	9,590.40
426	1	0.63	907.20	1,108.80	226.80
427	20	0.46	13,248.00	16,192.00	3,312.00
429	78	0.3	33,696.00	41,184.00	8,424.00
430	26	0.8	29,952.00	36,608.00	7,488.00
431	1	0.34	489.60	598.40	122.40
432	7	0.74	7,459.20	9,116.80	1,864.80
435	30	0.5	21,600.00	26,400.00	5,400.00
436	18	0.36	9,331.20	11,404.80	2,332.80
441	7	2.33	23,486.40	28,705.60	5,871.60

442	1	2.3	3,312.00	4,048.00	828.00
443	24	1.62	55,987.20	68,428.80	13,996.80
445	136	0.73	142,963.20	174,732.80	35,740.80
450	77	0.67	74,289.60	90,798.40	18,572.40
455	27	0.43	16,718.40	20,433.60	4,179.60
457	1	2.13	3,067.20	3,748.80	766.80
459	5	2.31	16,632.00	20,328.00	4,158.00
460	26	1.23	46,051.20	56,284.80	11,512.80
461	40	1.63	93,888.00	114,752.00	23,472.00
462	1	0	-	-	-
464	162	0.22	51,321.60	62,726.40	12,830.40
466	27	0.58	22,550.40	27,561.60	5,637.60
467	61	0.18	15,811.20	19,324.80	3,952.80
469	1	0	-	-	-
470	2	0	-	-	-
473	106	3.29	502,185.60	613,782.40	125,546.40
477	1	1.2	1,728.00	2,112.00	432.00
479	2	1.43	4,118.40	5,033.60	1,029.60
482	3	2.44	10,540.80	12,883.20	2,635.20
483	4	5.71	32,889.60	40,198.40	8,222.40
487	4	1.7	9,792.00	11,968.00	2,448.00
489	11	1.99	31,521.60	38,526.40	7,880.40
490	44	1.18	74,764.80	91,379.20	18,691.20
รวม	11,297.00		14,331,470.40	17,516,241.60	3,582,867.60
รวมทั้งหมด			16,252,202	28,671,871	5,297,177
รวมทั้งสิ้น					50,221,250

หมายเหตุ : 1) ค่า RW (Relative Weight) = 1 เป็น 8,000 บาท

2) ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อ DRG เป็น 3,136.28 บาท

ตารางที่ 38 : งบประมาณที่รัฐจ่ายเพื่อซื้อบริการสุขภาพที่คำนวณจาก Cost per DRG (เฉพาะคนไข้ใน) ตามนโยบายของรัฐของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (ข้อมูลปี 2539)

DRG	น้ำหนักโดยเปรียบเทียบ	จำนวนราย	การให้บริการผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ	การให้บริการผู้ถือบัตรสปร.	การให้บริการผู้ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้
14	1.47	114.00	412,917.12	68,372.60	298,962.72
16	1.85	65.00	296,296.00	49,062.00	214,526.00
24	0.45	24.00	26,611.20	4,406.40	19,267.20
39	0.99	19.00	46,347.84	7,674.48	33,557.04
60	0.43	58.00	61,452.16	10,175.52	44,492.96
68	0.76	7.00	13,108.48	2,170.56	9,490.88
79	1.79	232.00	1,023,249.92	169,434.24	740,859.52
82	1.77	3.00	13,083.84	2,166.48	9,473.04
91	0.56	236.00	325,642.24	53,921.28	235,773.44
93	0.70	77.00	132,809.60	21,991.20	96,157.60
97	0.50	236.00	290,752.00	48,144.00	210,512.00
101	0.93	36.00	82,494.72	13,659.84	59,728.32
102	0.70	32.00	55,193.60	9,139.20	39,961.60
122	1.12	70.00	193,177.60	31,987.20	139,865.60
133	0.52	114.00	146,065.92	24,186.24	105,755.52
134	0.42	333.00	344,615.04	57,062.88	249,510.24
135	0.86	4.00	8,476.16	1,403.52	6,136.96
159	1.08	3.00	7,983.36	1,321.92	5,780.16
178	0.62	144.00	219,985.92	36,426.24	159,275.52
188	1.82	1,547.00	6,937,490.56	1,148,740.32	5,022,923.36
202	1.20	17.00	50,265.60	8,323.20	36,393.60
203	1.27	3.00	9,387.84	1,554.48	6,797.04
208	1.94	9.00	43,021.44	7,123.68	31,148.64
226	1.34	160.00	528,281.60	87,475.20	382,489.60
259	0.96	4.00	9,461.76	1,566.72	6,850.56
266	0.16	3.00	1,182.72	195.84	856.32
284	0.45	213.00	236,174.40	39,106.80	170,996.40
294	1.36	268.00	898,078.72	148,707.84	650,232.32
296	0.94	63.00	145,918.08	24,161.76	105,648.48

300	1.71	55.00	231,739.20	38,372.40	167,785.20
316	1.72	10.00	42,380.80	7,017.60	30,684.80
323	1.40	25.00	86,240.00	14,280.00	62,440.00
350	0.56	30.00	41,395.20	6,854.40	29,971.20
353	1.42	62.00	216,930.56	35,920.32	157,063.36
358	1.31	62.00	200,126.08	33,137.76	144,896.48
366	2.68	9.00	59,431.68	9,840.96	43,030.08
373	0.30	1,527.00	1,128,758.40	186,904.80	817,250.40
380	0.38	59.00	55,242.88	9,147.36	39,997.28
384	0.39	174.00	167,207.04	27,686.88	121,062.24
389	1.43	2.00	7,047.04	1,166.88	5,102.24
390	1.43	365.00	1,286,084.80	212,955.60	931,158.80
395	0.89	5.00	10,964.80	1,815.60	7,938.80
398	2.86	34.00	239,599.36	39,673.92	173,476.16
419	0.95	1,536.00	3,595,468.80	595,353.60	2,603,212.80
421	0.58	159.00	227,230.08	37,625.76	164,520.48
423	1.13	42.00	116,941.44	19,363.68	84,668.64
425	0.72	122.00	216,437.76	35,838.72	156,706.56
429	0.30	5.00	3,696.00	612.00	2,676.00
430	0.80	58.00	114,329.60	18,931.20	82,777.60
442	2.30	234.00	1,326,124.80	219,585.60	960,148.80
443	1.62	346.00	1,381,121.28	228,692.16	999,967.68
449	0.56	46.00	63,472.64	10,510.08	45,955.84
489	1.99	93.00	456,012.48	75,508.56	330,164.88
490	1.18	9.00	26,167.68	4,332.96	18,946.08
รวม		9,163.00	23,859,675.84	3,950,790.48	17,275,025.04
รวมทั้งหมด			16,375,057.92	2,701,294.11	11,858,139.90
รวมทั้งสิ้น					30,934,491.93

หมายเหตุ : 1) ค่า RW (Relative Weight) = 1 เป็น 8,000 บาท

2) ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วย 4,920.39 บาท

ตารางที่ 39 : งบประมาณที่รัฐจ่ายเพื่อซื้อบริการสุขภาพที่คำนวณจาก Cost per DRG (เฉพาะคนไข้ใน)
ตามนโยบายของรัฐของโรงพยาบาลสงขลาฯ

DRG	จำนวนราย	น้ำหนักโดย เปรียบเทียบ	การให้บริการผู้ถือบัตร สปร.และผู้ที่ไม่สามารถ จ่ายค่ารักษาพยาบาลได้
1	65	3.87	484,988.40
2	7	3.83	51,689.68
3	21	2.88	116,605.44
4	10	2.30	44,344.00
6	3	0.48	2,776.32
8	11	1.06	22,480.48
9	17	1.84	60,307.84
10	1	2.27	4,376.56
11	23	1.38	61,194.72
12	60	1.92	222,105.60
13	8	1.41	21,747.84
14	139	1.47	393,948.24
15	21	0.67	27,126.96
16	17	1.85	60,635.60
17	7	0.45	6,073.20
19	20	0.73	28,148.80
20	41	1.92	151,772.16
21	2	0.36	1,388.16
23	3	1.46	8,444.64
24	1	0.45	867.60
25	23	0.39	17,294.16
26	69	0.27	35,918.64
29	16	0.60	18,508.80
30	7	0.59	7,962.64

34	3	1.29	7,461.36
35	44	1.03	87,376.96
36	23	0.89	39,466.16
37	11	0.99	20,995.92
38	8	0.48	7,403.52
39	717	0.99	1,368,552.24
40	22	0.73	30,963.68
41	16	0.30	9,254.40
42	66	0.82	104,343.36
43	25	0.40	19,280.00
44	28	0.79	42,647.36
46	16	0.75	23,136.00
47	33	0.48	30,539.52
48	18	0.52	18,046.08
49	23	2.76	122,389.44
50	19	0.64	23,444.48
51	3	0.58	3,354.72
52	35	0.93	62,756.40
53	76	0.64	93,777.92
54	15	0.63	18,219.60
55	75	0.48	69,408.00
57	38	0.74	54,215.36
58	12	0.20	4,627.20
59	2	0.39	1,503.84
60	12	0.48	11,105.28
61	1	0.77	1,484.56
62	20	0.81	31,233.60
63	21	1.16	46,966.08
64	102	1.69	332,348.64

65	17	0.46	15,076.96
66	6	0.45	5,205.60
67	1	0.84	1,619.52
69	39	0.51	38,347.92
70	132	0.28	71,258.88
71	19	0.32	11,722.24
72	2	0.48	1,850.88
73	41	0.64	50,590.72
74	11	0.55	11,664.40
75	22	2.36	100,101.76
78	2	2.62	10,102.72
79	12	1.79	41,413.44
80	40	0.80	61,696.00
81	3	0.82	4,742.88
82	100	1.77	341,256.00
85	2	1.15	4,434.40
86	12	0.70	16,195.20
87	21	1.56	63,161.28
88	95	1.06	194,149.60
89	5	1.19	11,471.60
90	40	0.75	57,840.00
91	155		0.00
93	3	0.70	4,048.80
95	5	0.64	6,169.60
96	12	0.69	15,963.84
97	53	0.50	51,092.00
98	86	0.38	63,007.04
100	20	0.34	13,110.40
101	1	0.93	1,793.04

102	37	0.70	49,935.20
111	5	2.78	26,799.20
113	9	3.06	53,097.12
114	7	2.45	33,065.20
119	11	0.71	15,057.68
120	12	2.04	47,197.44
121	14	1.58	42,647.36
122	145	1.12	313,107.20
123	6	1.37	15,848.16
124	2	1.18	4,550.08
126	13	2.43	60,905.52
127	1	1.01	1,947.28
128	14	0.95	25,642.40
130	2	0.90	3,470.40
131	35	0.58	39,138.40
132	1	0.73	1,407.44
133	16	0.52	16,040.96
134	15	0.42	12,146.40
135	6	0.86	9,948.48
136	49	0.55	51,959.60
137	42	0.62	50,205.12
138	4	1.98	15,269.76
139	11	0.79	16,754.32
144	12	1.72	39,793.92
145	67	0.77	99,465.52
146	1	2.58	4,974.24
147	14	1.64	44,266.88
148	1	3.20	6,169.60
149	7	1.60	21,593.60

152	1	1.48	2,853.44
153	15	1.02	29,498.40
154	1	3.63	6,998.64
155	87	1.48	248,249.28
156	25	1.72	82,904.00
157	3	0.92	5,321.28
158	116	0.49	109,587.52
159	1	1.08	2,082.24
160	12	0.62	14,344.32
161	8	0.72	11,105.28
162	84	0.44	71,258.88
163	84	0.64	103,649.28
164	1	2.27	4,376.56
165	28	1.29	69,639.36
166	5	1.38	13,303.20
167	201	0.77	298,396.56
169	22	0.56	23,752.96
170	6	2.72	31,464.96
171	41	1.16	91,695.68
172	7	4.11	55,468.56
173	106	2.15	439,391.20
175	22	1.03	43,688.48
176	3	1.46	8,444.64
177	2	0.78	3,007.68
178	5	0.62	5,976.80
179	2	1.10	4,241.60
181	32	0.81	49,973.76
182	10	0.56	10,796.80
183	105	0.42	85,024.80

184	302	0.22	128,096.32
185	16	0.65	20,051.20
186	2	0.83	3,200.48
187	13	1.02	25,565.28
189	53	0.92	94,009.28
190	18	1.03	35,745.12
191	2	5.99	23,097.44
192	5	4.97	47,910.80
194	6	2.25	26,028.00
197	14	1.92	51,824.64
198	75	0.94	135,924.00
199	22	2.05	86,952.80
200	11	2.81	59,594.48
201	16	3.29	101,489.92
202	75	1.20	173,520.00
203	69	1.27	168,950.64
204	13	2.52	63,161.28
205	4	1.42	10,951.04
206	42	1.09	88,263.84
207	9	2.29	39,736.08
208	54	1.94	201,977.28
213	4	1.96	15,115.52
215	35	2.59	174,773.20
216	3	0.71	4,106.64
217	2	2.77	10,681.12
227	3	0.66	3,817.44
231	52	0.93	93,238.08
235	5	1.21	11,664.40
236	7	0.85	11,471.60

237	2	1.05	4,048.80
238	5	1.16	11,182.40
239	24	1.66	76,811.52
240	5	1.60	15,424.00
241	29	0.78	43,611.36
242	10	1.26	24,292.80
243	73	0.66	92,891.04
245	8	0.50	7,712.00
246	6	0.57	6,593.76
247	11	0.53	11,240.24
248	15	0.63	18,219.60
249	6	0.63	7,287.84
251	10	0.43	8,290.40
252	7	0.35	4,723.60
254	25	0.43	20,726.00
255	5	0.46	4,434.40
256	6	0.63	7,287.84
260	5	0.96	9,254.40
261	35	0.94	63,431.20
262	45	0.66	57,261.60
264	54	1.98	206,141.76
269	2	0.72	2,776.32
270	59	1.71	194,515.92
273	12	1.08	24,986.88
274	15	0.67	19,376.40
275	57	1.11	121,984.56
276	9	0.54	9,370.08
277	1	0.57	1,098.96
278	41	1.19	94,067.12

279	37	0.57	40,661.52
281	19	0.65	23,810.80
282	2	0.42	1,619.52
284	30	0.34	19,665.60
287	1	0.74	1,426.72
290	163	2.49	782,517.36
294	80	1.25	192,800.00
296	1	1.07	2,062.96
297	10	1.35	26,028.00
298	7	0.94	12,686.24
299	12	0.54	12,493.44
300	5	0.57	5,494.80
301	102	1.35	265,485.60
302	1	1.71	3,296.88
303	62	1.02	121,926.72
304	30	7.54	436,113.60
305	90	2.86	496,267.20
309	2	2.37	9,138.72
315	19	1.67	61,175.44
316	147	2.59	734,047.44
318	2	1.65	6,362.40
319	20	1.79	69,022.40
320	8	1.60	24,678.40
321	71	1.01	138,256.88
322	50	0.65	62,660.00
323	179	0.64	220,871.68
324	26	1.40	70,179.20
326	3	0.67	3,875.28
327	2	0.43	1,658.08

328	1	0.54	1,041.12
331	1	1.04	2,005.12
332	42	0.64	51,824.64
333	66	0.82	104,343.36
336	20	1.73	66,708.80
337	55	1.32	139,972.80
338	19	1.57	57,512.24
339	23	0.60	26,606.40
340	13	0.42	10,526.88
341	21	0.99	40,083.12
343	1	0.05	96.40
344	1	1.71	3,296.88
346	1	2.51	4,839.28
347	17	2.21	72,434.96
348	3	0.68	3,933.12
349	8	0.38	5,861.12
350	3	0.56	3,239.04
352	22	0.52	22,056.32
353	12	1.46	33,778.56
355	15	1.11	32,101.20
356	13	0.83	20,803.12
357	228	1.20	527,500.80
358	23	1.31	58,090.64
359	87	1.01	169,413.36
360	4	0.68	5,244.16
361	24	0.49	22,673.28
363	7	0.79	10,661.84
364	13	0.33	8,271.12
365	60	1.10	127,248.00

366	13	2.68	67,171.52
367	185	1.15	410,182.00
368	13	0.50	12,532.00
369	40	0.55	42,416.00
370	25	0.97	46,754.00
371	483	0.85	791,540.40
372	1	0.00	0.00
373	1594	0.00	0.00
374	6	0.00	0.00
376	7	0.36	4,858.56
377	2	0.80	3,084.80
378	3	0.60	3,470.40
379	14	0.20	5,398.40
380	10	0.38	7,326.40
381	30	0.60	34,704.00
382	194	0.10	37,403.20
383	73	0.49	68,964.56
384	168	0.39	126,322.56
386	19	3.60	131,875.20
387	1	1.80	3,470.40
389	52	1.45	143,366.08
390	35	1.00	67,480.00
391	2190	0.22	928,910.40
392	2	1.36	5,244.16
394	9	1.29	22,384.08
395	33	0.89	56,625.36
396	53	0.48	49,048.32
397	59	0.88	100,101.76
398	3	2.86	16,542.24

399	35	2.13	143,732.40
400	6	2.17	25,102.56
401	2	2.18	8,406.08
402	5	1.81	17,448.40
403	8	1.68	25,912.32
404	72	0.75	104,112.00
405	56	1.24	133,880.32
408	16	1.05	32,390.40
410	41	0.00	0.00
411	2	0.43	1,658.08
412	1	0.00	0.00
414	13	0.71	17,795.44
415	4	3.60	27,763.20
416	26	2.62	131,335.36
417	3	1.19	6,882.96
418	14	0.95	25,642.40
420	21	0.66	26,722.08
421	35	0.58	39,138.40
422	245	0.22	103,919.20
423	61	1.13	132,897.04
425	7	0.61	8,232.56
426	2	0.72	2,776.32
427	6	0.63	7,287.84
428	2	0.46	1,773.76
429	17	0.71	23,270.96
430	132	0.30	76,348.80
431	1	0.74	1,426.72
434	3	0.38	2,197.92
435	33	2.33	148,243.92

443	1	1.62	3,123.36
445	10	1.10	21,208.00
446	13	0.73	18,296.72
447	1	0.67	1,291.76
448	10	0.48	9,254.40
449	1	0.34	655.52
450	69	0.56	74,497.92
451	39	0.67	50,378.64
452	2	0.34	1,311.04
453	6	1.10	12,724.80
455	9	0.43	7,461.36
460	4	1.23	9,485.76
461	7	1.63	21,998.48
464	4	0.22	1,696.64
467	53	0.18	18,393.12
468	3391	2.49	16,279,241.52
473	46	2.42	214,624.96
479	4	3.29	25,372.48
483	5	5.71	55,044.40
484	5	6.57	63,334.80
485	99	3.26	622,242.72
486	30	3.39	196,077.60
487	31	1.70	101,605.60
488	4	4.17	31,850.56
489	44	1.99	168,815.68
490	230	1.18	523,259.20
รวม	19562	415.44	40,410,128.08

หมายเหตุ : 1) ค่า RW (Relative Weight) = 1 มีเงิน 8,000 บาท

2) ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วย = 2,429.81

3) จากจำนวนคนไข้ในที่รับบริการไป รุปสปร.จำนวน 3,488 ราย ต้นทุนทั้งหมดสำหรับผู้ช่วยสปร.จึงเป็น 8,475,177 บาท

ตารางที่ 40 : การคำนวณงบประมาณที่ควรได้รับโดยคิดจากต้นทุนเฉลี่ยของการดำเนินงานตามนโยบายของรัฐ
ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่

หน้าที่	ร้อยละของงบประมาณที่กำหนดให้	งบประมาณที่ควรได้รับจัดสรรตามวิธีต้นทุนต่อคนไข้นอกและคนไข้ในจากการประมาณการขั้นต่ำ
การป้องกันและส่งเสริม	15	31,582,847
สนับสนุนผู้ป่วยที่ด้อยโอกาสในทางเศรษฐกิจและผู้ตกอยู่ในภาวะวิกฤติ*	75	157,914,236
ฝึกอบรม วิจัย และพัฒนา	10	21,055,232
รวม	100	210,552,315

หมายเหตุ : *หักงบประมาณโครงการสปร.ที่ได้จากรัฐและงบประมาณของโครงการบัตรประกันสุขภาพที่ได้รับจากสนง.ประกันสุขภาพและรายได้จากการขายบัตรประกันสุขภาพ (รวมที่ได้รับจัดสรรจากสสจ.) เฉลี่ย 3 ปี ย้อนหลังคิดเป็น 51,566,733 บาท

ตารางที่ 41 : การคำนวณงบประมาณที่ควรได้รับโดยคิดจากต้นทุนเฉลี่ยของการดำเนินงานตามนโยบายของรัฐ
ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

หน้าที่	ร้อยละของงบ ประมาณที่กำหนดให้	งบประมาณที่ควรได้รับจัดสรรตามวิธีคั่น ทุนต่อคนไข้นอกและคนไข้ในจากการ ประมาณการขั้นต่ำ
การป้องกันและส่งเสริม	25	5,628,788
สนับสนุนผู้ป่วยที่ด้อยโอกาสในทาง เศรษฐกิจและผู้ตกอยู่ในภาวะวิกฤติ*	65	14,634,849
ฝึกอบรม วิจัย และพัฒนา	10	2,251,515
รวม	100	22,515,152

หมายเหตุ : * หักงบประมาณโครงการสปร.ที่ได้จากรัฐและงบประมาณของโครงการบัตรประกันสุขภาพที่ได้รับ
จากสนง.ประกันสุขภาพและรายได้จากการขายบัตรประกันสุขภาพ (รวมที่ได้รับจัดสรรจากสนง.
ประกันสุขภาพ) เฉลี่ย 3 ปี ย้อนหลังคิดเป็น 9,188,541 บาท

ตาราง 42 : งบประมาณที่รัฐอุดหนุนโรงพยาบาล เพื่อซื้อบริการให้กับผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ ผู้ถือบัตร
สปร. และผู้ที่ไม่สามารถจ่าย ค่ารักษาพยาบาลได้ในกรณีก่อนปรับตัวเลข

รายการ	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	โรงพยาบาลหาดใหญ่	โรงพยาบาลสงขลาฯ
1) จำนวนคนไข้นอก	68,361	103,081	8,788
2) จำนวนคนไข้ใน	6,287	16,013	3,488
3) ต้นทุนคนไข้นอกต่อราย	236	776	-
4) ต้นทุนคนไข้ในต่อราย	976	6,678	-
5) ต้นทุน DRG ต่อราย	4,920	3,136	2,430
6) ค่าใช้จ่ายคนไข้นอก [(1) x (3)]	16,133,196	79,990,856	-
7) ค่าใช้จ่ายคนไข้ใน [(2) x (4)]	6,136,112	106,934,814	-
8) ค่าใช้จ่ายคนไข้ใน คำนวณโดย DRG [(2) x (5)]	30,932,040	50,216,768	8,475,840
9) ค่าใช้จ่ายคำนวณโดย ต้นทุนคนไข้นอกและใน [(6) + (7)]	22,269,308	186,925,670	-

รายการ	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	โรงพยาบาลหาดใหญ่	โรงพยาบาลสงขลาฯ
10) ค่าใช้จ่ายคำนวณ โดย DRG [(6) + (8)]	47,065,236	130,207,624	-
11) งบประมาณ สปร. และ บัตรประกันสุขภาพที่ได้รับจากรัฐ	9,188,541	51,566,733	-
12) เงินอุดหนุนจากรัฐที่ควรเพิ่มขึ้นเพื่อชดเชยต้นทุน คำนวณ โดยวิธีต้นทุนคนไข้นอกและใน [(9) - (11)]	13,080,767	135,358,937	-
13) เงินอุดหนุนจากรัฐที่ควรเพิ่มขึ้น เพื่อชดเชยต้นทุน คำนวณ โดยวิธี DRG [(10) - (11)]	37,876,695	78,640,891	-
14) ยอดเงินอุดหนุนการบริการส่งเสริม และป้องกันคำนวณโดยวิธีต้นทุนคนไข้นอกและใน	8,565,118	45,119,646	-

รายการ	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	โรงพยาบาลหาดใหญ่	โรงพยาบาลสงขลาฯ
15) ขอดเงินอุดหนุนฝึก อบรมวิจัยและพัฒนา คำนวณ โดยวิธีต้นทุน คนไข้นอกและใน	3,426,048	18,047,858	-
16) ขอดเงินงบประมาณรวม โดยวิธีต้นทุนคนไข้นอก และใน [(12) + (14) + (15)]	25,071,933	198,526,441	-
17) ขอดเงินอุดหนุนการ บริการส่งเสริม และ ป้องกัน คำนวณ โดยวิธี DRG	18,102,012	26,213,630	-
18) ขอดเงินอุดหนุนปี อบรมวิจัยและพัฒนา คำนวณ โดยวิธี DRG	7,240,805	10,485,452	-
19) ขอดเงินงบประมาณรวม โดยวิธี DRG [(13) + (17) + (18)]	63,219,512	115,339,973	-

ตาราง 43 : งบประมาณที่รัฐอุดหนุนโรงพยาบาลเพื่อซื้อบริการให้กับผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ

ผู้ถือบัตร สปร. และผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ในกรณีปรับตัวเลข*

รายการ	โรงพยาบาล บ้านแพ้ว	โรงพยาบาล หาดใหญ่	โรงพยาบาล สงขลาฯ****
(1) งบประมาณที่ปรับตัวเลขแล้ว	13,610,276	198,526,441	39,363,576
(2) ยอดเงินอุดหนุนการบริการส่งเสริม และ ป้องกันที่ปรับตัวเลขแล้ว	3,402,569	29,778,966	3,936,558
(3) ยอดเงินอุดหนุนฝึกอบรมวิจัย และพัฒนา ที่ปรับตัวเลขแล้ว	1,361,028	19,852,644	7,872,715
(4) ยอดเงินอุดหนุนการรักษาพยาบาลที่ ปรับตัวเลขแล้ว	8,846,679	148,894,831	27,554,503
(5) ต้นทุนของการรักษาพยาบาลคน ไข้นอก**	6,409,055	64,024,777	19,078,863
(6) ต้นทุนของการรักษาพยาบาลคน ไข้นอก**	2,437,624	84,870,054	8,475,840
(7) ต้นทุนของ DRG***	2,437,624	58,068,984	8,475,840
(8) ต้นทุนของการรักษาพยาบาลคน ไข้นอกต่อราย	94	621	2,171
(9) ต้นทุนของการรักษาพยาบาลคน ไข้นอกต่อราย	388	5,300	2,430
(10) ต้นทุนของ DRG ต่อราย	388	3,626	2,430

หมายเหตุ : * กรณีนี้เป็นกรณีที่งบประมาณอยู่ระหว่างร้อยละ 100 - 115 ของค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้ในปี

พ.ศ. 2538- 2540 นั่นคือ กรณีที่คำนวณได้เกินร้อยละ 115 ก็จะใช้ตัวเลขร้อยละ 115 เป็นหลัก

** ใช้สัดส่วนของค่าใช้จ่ายคน ไข้นอก และคน ไข้นอกคำนวณโดยต้นทุนคน ไข้นอก และ ในจากตาราง ก. มากำหนด สัดส่วนค่าใช้จ่ายคน ไข้นอก และคน ไข้นอกในตารางนี้

- *** ใช้สัดส่วนของค่าใช้จ่ายคนไข้นอก และคนไข้ในคำนวณ โดยต้นทุน DRG ในตาราง ก.มากำหนด สัดส่วนค่าใช้จ่ายคนไข้นอกและคนไข้ในในตารางนี้ เนื่องจากต้นทุนของ DRGของโรงพยาบาล บ้านแพ้ว สูงเกินงบ ประมาณ ที่ปรับตัวเลขแล้ว จึงสมมุติให้ต้นทุนการรักษาพยาบาลคนไข้นอก คงไว้อย่างเดิม ดังนั้นต้นทุนของDRG ของโรงพยาบาลบ้านแพ้วจึงต้องลดลงมา
- **** เนื่องจากงบประมาณส่วนใหญ่ของ โรงพยาบาลสงขลาเป็นไปเพื่อการเรียนการสอน และฝึกอบรม วิจัย ซึ่งไม่ สามารถแยกออกจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงได้ใช้ข้อสมมุติที่สำคัญ ดังต่อไปนี้
- 1) โรงพยาบาลสงขลาฯ มีต้นทุนการผลิตแพทย์คนละ 400,000 บาทต่อปี จำนวน 700 คน
 - 2) งบประมาณร้อยละ 30 ที่ได้รับจัดสรรเป็นการวิจัยทางการแพทย์ และฝึกอบรมแพทย์ สำหรับสถาบันอื่น ๆ
 - 3) งบประมาณที่ปรับตัวเลขแล้วจะเท่ากับงบประมาณที่ได้รับเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา หักด้วย ข้อ 1) และ 2)
 - 4) ใช้ต้นทุนของ DRG ตามที่เกิดขึ้นจริง และให้เท่ากับต้นทุนการรักษาพยาบาลคนไข้ใน
 - 5) ต้นทุนของการรักษาพยาบาลคนไข้นอก คิดจากส่วนต่างของยอดเงินอุดหนุนการรักษาพยาบาลที่ปรับตัวเลข แล้วกับต้นทุนของ DRG

ตารางที่ 44 : ตัวอย่างแสดงยอดเงินงบประมาณที่โรงพยาบาลแต่ละโรงควรจะได้รับในปี 2541 ถ้าคิดตามหลักเกณฑ์การจัดสรรที่ได้กำหนดไว้

	โรงพยาบาล บ้านแพ้ว	โรงพยาบาล หาดใหญ่	โรงพยาบาล สงขลานครินทร์
การป้องกันและส่งเสริม	3,402,569	31,582,847	16,195,000
การสนับสนุนผู้ป่วยที่ด้อยโอกาสในทาง เศรษฐกิจและผู้ที่พักอยู่ในภาวะวิกฤติ	8,846,679	157,914,236	27,554,503
การสนับสนุนบริการรักษาพิเศษที่ไม่สามารถ จัดได้คุ้มทุน	-	-	85,809,497
ฝึกอบรม วิจัย และพัฒนา	1,361,028	21,055,232	32,398,000
รวม	13,610,276	210,552,315	161,948,000

- หมายเหตุ
1. โรงพยาบาลบ้านแพ้วได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 เนื่องจากผลการคำนวณงบประมาณที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วควรจะได้รับ (ตารางที่ 41) สูงกว่าค่าเฉลี่ยเกินร้อยละ 15 ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีการสนับสนุนไขว้ให้แก่ผู้ด้อยโอกาสจากเงินบำรุง และเงินบริจาค ตลอดจนดอกผลของเงินบริจาค ประกอบกับจะต้องทำหน้าที่ในการป้องกันและส่งเสริมเพิ่มมากขึ้นจากที่เคยได้รับ
 2. โรงพยาบาลหาดใหญ่ได้รับตามหลักเกณฑ์ที่คำนวณได้ (ตามตารางที่ 40) เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอยู่ระหว่างร้อยละ 100 ถึงร้อยละ 115 พอดี คือเพิ่มขึ้นร้อยละ 112 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการคำนวณต้นทุนของโรงพยาบาลหาดใหญ่ที่ค่อนข้างจะสอดคล้องกับความเป็นจริงมากที่สุด เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีข้อมูลสมบูรณ์มากที่สุด
 3. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์คำนวณโดยคิดค่าใช้จ่ายนักศึกษาแพทย์ต่อหัวต่อปี 400,000 บาท (ซึ่งนับว่าค่อนข้างสูงมาก) จากจำนวน 700 คน ซึ่งจะได้ค่าใช้จ่าย 280,000,000 บาท และเนื่องจากโรงพยาบาลสงขลาฯ มียอดเงินที่ช่วยสงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจและผู้ตกอยู่ในภาวะวิกฤติเพียง 27,554,503 บาท โดยที่รัฐจะต้องให้การสนับสนุนบริการรักษาพยาบาลพิเศษที่ไม่สามารถจัดได้คุ้มทุน เช่น การรักษามะเร็ง เป็นต้น 85,809,497 บาท ซึ่งโรงพยาบาลอื่นไม่มียอดค่าใช้จ่ายเช่นนี้ งบประมาณทั้งหมดที่คิดให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์จึงคิดค่าเฉลี่ย 3 ปี (2538 - 2540) หรือเพียงร้อยละ 100 เป็นจำนวนเงิน 441,947,966 บาท เมื่อหักต้นทุนสำหรับนักศึกษาแพทย์แต่ละคนต่อปีออกไปแล้ว (280,000,000 บาท) จึงเหลืองบประมาณรวมของโรงพยาบาลเพียง 161,948,000 บาท และมียอดอื่น ๆ ตามที่ปรากฏในตารางที่ 44 ดังกล่าว

ทั้งหมดเป็นการแสดงวิธีการคิดงบประมาณของโรงพยาบาลในโครงการวิจัยนี้ ซึ่งประกอบด้วยยอดที่ควรจะได้รับ คิดในกรณีตัวอย่างของปี 2541 ซึ่งก็จะเป็นตัวเลขที่แตกต่างจากข้อเท็จจริงของงบประมาณที่โรงพยาบาลแต่ละโรงได้รับการจัดสรร แต่อย่างน้อยก็จะให้หลักการและเหตุผลในการคิดว่าควรมีที่มาและที่ไปอย่างไร ซึ่งเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลที่จะต้องปรับการคำนวณค่าใช้จ่ายคนไข้นอกและคนไข้ใน ตลอดจนตัวเลข DRG ให้ได้มาตรฐานใกล้เคียงกัน อย่างน้อยสามารถเทียบเคียงได้กับของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้นต่อไป

ส่วนในกรณีของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ และจำเป็นจะต้องเน้นการเข้าถึงบริการรักษาโรครายก เช่น โรคมะเร็ง หรือ เอ็ดส์ โรคทางสมองที่มีความสลับซับซ้อน และโรคหัวใจที่จำเป็นต้องมีเครื่องมือทันสมัย โรคเหล่านี้อาจจะมิตันทุนของเครื่องมือที่จะนำมาช่วยในการใช้บำบัดสูง ทำให้ไม่สามารถจะเก็บค่าบริการพยาบาลได้คุ้มค่า แม้จากผู้มีรายได้สูง เนื่องจากไม่มีโอกาสใช้เครื่องมือเต็มประสิทธิภาพ ในกรณีนี้ โรงพยาบาลควรได้รับการสนับสนุนในฐานะที่เป็นการลงทุนในการให้ความรู้ ค้นคว้าและวิจัย ตลอดจนการเข้าถึงบริการรักษาโรครายก แต่ก็ควรมีข้อจำกัดเกี่ยวกับลักษณะของโรคที่มีความยากที่ควรจะได้รับบริการสนับสนุน และมีข้อจำกัดในเงื่อนไขเวลา มิฉะนั้นโรงพยาบาลอาจจะใช้เป็นข้ออ้างในการขอรับการสนับสนุนโดยไม่มีที่สิ้นสุด อันเป็นที่มาของการด้อยประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นจะต้องมีกรณีเช่นนี้ปรากฏอยู่ในดัชนีวัดผลงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพในการบริหารภายในของโรงพยาบาลเอาไว้ด้วย เพื่อเป็นเครื่องเตือนใจที่จะให้ผู้บริหารโรงพยาบาลปรับปรุงต่อไป ให้ขอรับความช่วยเหลือจากรัฐในส่วนที่จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น

ภาคผนวก ก.

คำจำกัดความของกิจกรรมย่อยในดัชนีชี้วัด
และฐานข้อมูล

คำจำกัดความของกิจกรรมย่อยในดัชนีชี้วัด (Performance Indicators) และฐานข้อมูล

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	คำจำกัดความ	ฐานข้อมูล
1. การส่งเสริมและป้องกัน	1.1 บริการวิจัย คั่นคว่า เพื่อการส่งเสริมและป้องกัน (ครั้ง)	● จำนวนครั้งของการให้บริการ เพื่อการศึกษา วิจัย คั่นคว่า เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	1.2 จำนวนครั้งที่ให้การส่งเสริมและป้องกัน(ครั้ง)	● จำนวนครั้งที่ให้บริการในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การตรวจครรภ์ การตรวจสุขภาพเด็กดี การบริการวางแผนครอบครัว เป็นต้น	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	1.3 จำนวนครั้งการตรวจคัดกรองผู้ป่วย (ครั้ง)	● จำนวนครั้งที่ให้บริการในการตรวจเพื่อคัดกรองโรค เช่น การ Screen PKU และ TSH ในเด็กเกิดใหม่	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	1.4 ความครอบคลุมการส่งเสริมและป้องกัน/ประชากรทั้งหมด (%)	● จำนวนประชากรที่ได้รับการส่งเสริมและป้องกันต่อจำนวนประชากรทั้งหมด คูณด้วย 100	● วิเคราะห์จากข้อมูลที่มีอยู่
	1.5 คุณภาพของบริการส่งเสริมและป้องกัน (ผู้ประเมินเป็นคนนอก)	● ผลการประเมินคุณภาพของบริการส่งเสริมและป้องกัน	● การประเมินผล
2. การเข้าถึง	2.1 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยร้องเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการต่อปี (ครั้ง)	● จำนวนครั้งที่มีการร้องเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลในแต่ละปี	● รวบรวมจากข้อมูลที่มีอยู่ ● สร้างฐานข้อมูลใหม่
	2.2 สัดส่วนประชากรที่รู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการต่อประชากรทั้งหมด (%)	● จำนวนประชากรที่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการของโรงพยาบาลต่อจำนวนประชากรทั้งหมด คูณด้วย 100	● สสำรวจ

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	คำจำกัดความ	ฐานข้อมูล
	2.3 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (%)	● จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มีบัตร สปร. + จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มีบัตรประกันสุขภาพ + จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่ได้รับการสงเคราะห์ ต่อจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกทั้งหมด คูณด้วย 100	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	2.4 จำนวนผู้ป่วยในที่มีบัตร สปร./บัตรประกันสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต่อจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (%)	● จำนวนผู้ป่วยในที่มีบัตร สปร. + จำนวนผู้ป่วยในที่มีบัตรประกันสุขภาพ + จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการสงเคราะห์ ต่อจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด คูณด้วย 100	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	2.5 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ไม่มีสวัสดิการใดๆต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด (%)	● ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกที่ไม่มีสวัสดิการใดๆ+ค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยในที่ไม่มีสวัสดิการใดๆ ต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโรงพยาบาล	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	2.6 จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ราย)	● จำนวนรายผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมดในโรงพยาบาลในแต่ละปี	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	2.7 จำนวนคนไข้หนัก (ราย)	● จำนวนรายผู้ป่วยหนักทั้งหมดในโรงพยาบาลในแต่ละปี	● รวบรวมจากรายงานปกติ
3. ประสิทธิภาพในการรักษา	3.1 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษา(re-admission)ภายใน 7 วัน(%)	● จำนวนผู้ที่ต้องกลับเข้ามา รับการรักษาอีกครั้งภายใน 7 วันหลังจากที่ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต่อจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด	● วิเคราะห์จากข้อมูลที่มีอยู่ ● สร้างฐานข้อมูลใหม่
พยาบาล	3.2 อัตราส่วนการกลับเข้ารับการรักษาลงผ่าตัด (re-operation)ภายใน 7 วัน (%)	● จำนวนผู้ที่ต้องกลับเข้ามารับการรักษากันอีกครั้งภายใน 7 วันหลังผ่าตัด ต่อจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด	● วิเคราะห์จากข้อมูลที่มีอยู่ ● สร้างฐานข้อมูลใหม่
	3.3 จำนวนวันของคนไข้ในโดยเฉลี่ย(length of stay)	● จำนวนวันโดยเฉลี่ยต่อผู้ป่วยใน 1 คนที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลจนจำหน่าย ต่อปี	● รายงานปกติ

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	คำจำกัดความ	ฐานข้อมูล
	3.4 จำนวนเตียงต่อแพทย์	● จำนวนเตียงทั้งหมดของโรงพยาบาลต่อจำนวนแพทย์ทั้งหมด ต่อปี	● รายงานปกติ
	3.5 จำนวนเตียงต่อพยาบาลวิชาชีพ	● จำนวนเตียงทั้งหมดของโรงพยาบาลต่อจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ต่อปี	● รายงานปกติ
	3.6 อัตราการฆ่าห้องคลอด (%)	● จำนวนผู้ฆ่าห้องคลอดต่อจำนวนผู้คลอดทั้งหมด คูณ 100	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	3.7 อัตราตายคลอด	● จำนวนทารกที่ตายในครรภ์และตายภายใน 7 วันหลังคลอดต่อจำนวนการเกิดมีชีพพันคน	● รายงานปกติ
	3.8 ผู้ป่วยที่ตกจากร.พ. โดยการหลบนีหรือไมยบิน ยอมอยู่	● จำนวนผู้ที่หลบนีออกจากโรงพยาบาลหรือไมยบินยอมรับการรักษาต่อปี	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	3.9 DRG index	● ดัชนีรวมแสดงภาวะความรุนแรงของโรคที่คนไข้มารับบริการในโรงพยาบาล	● การวิจัย
	3.10 Mortality rate	● จำนวนผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลต่อจำนวนคนไข้ในทั้งหมด คูณ 100	● รายงานปกติ
	3.11 Nosocomial Infection rate	● จำนวนคนไข้ที่ติดเชื้อภายหลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาลต่อจำนวนคนไข้จำหน่ายใน 1 เดือน คูณ 100	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	3.12 Surgical wound infection (%ของ NI)	● จำนวนบาดแผลที่ติดเชื้อจากการผ่าตัด ต่อจำนวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล คูณ 100	● รวบรวมจากรายงานปกติ

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	คำจำกัดความ	ฐานข้อมูล
4. ประสิทธิภาพ ภายในระบบ	4.1 เวลาห้องผ่าตัดที่ว่างจากการใช้ (ชม./วัน)	● จำนวนชั่วโมงของห้องผ่าตัดที่ว่างใน 1 วัน เฉลี่ยใน 1 ปี	● สำรอง
	4.2 อัตราการใช้วัสดุอุปกรณ์การแพทย์และยาต่อเดือนต่อยอดสำรอง (เดือน)	● จำนวนการใช้วัสดุอุปกรณ์การแพทย์และยาใน 1 เดือน ต่อจำนวนวัสดุอุปกรณ์ที่สำรองใน 1 เดือน เฉลี่ยใน 1 ปี	● รายงานปกติ
	4.3 มูลค่าการใช้ยาตามบัญชียาหลัก/มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด (%)	● ค่าใช้จ่ายในการใช้ยาตามบัญชียาหลักใน 1 ปี ต่อค่าใช้จ่ายในการใช้ยาทั้งหมดใน 1 ปี คูณ 100	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	4.4 อัตราการครองเตียง	● $\frac{\text{จำนวนคนไข้ใน} \times \text{จำนวนวันของคนไข้ในโดยเฉลี่ย} \times 100}{\text{จำนวนเตียงทั้งหมด} \times 365 \text{ วัน}}$	● รายงานปกติ
	4.5 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย	● ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใน 1 ราย เฉลี่ยใน 1 ปี	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	4.6 ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย	● ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยนอก 1 ราย เฉลี่ยใน 1 ปี	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	4.7 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย	● ค่าใช้จ่ายด้านการสาธารณูปโภคในการดูแลผู้ป่วยนอก 1 ราย เฉลี่ยใน 1 ปี	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	4.8 ค่าสาธารณูปโภคต่อวันต่อผู้ป่วยใน 1 ราย	● ค่าใช้จ่ายด้านการสาธารณูปโภคในการดูแลผู้ป่วยใน 1 ราย เฉลี่ยใน 1 ปี	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	4.9 จำนวนคนไข้ที่รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลที่ต่ำกว่า (ราย)	● จำนวนรายคนไข้ที่โรงพยาบาลรับการส่งต่อมาจากสถานพยาบาลในระดับที่ต่ำกว่าใน 1 ปี	● รวบรวมจากรายงานปกติ

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	คำจำกัดความ	ฐานข้อมูล
5. การฝึกอบรม วิจัย และพัฒนา	5.1 จำนวนการฝึกอบรมนักศึกษาด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (คน)	● จำนวนรายนักศึกษาผู้เข้าอบรมด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่อปี	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	5.2 จำนวนเรื่องการวิจัยทางการแพทย์และสา ธารณสุข (เรื่อง)	● จำนวนเรื่องของการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขใน 1 ปี	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	5.3 อัตรางานวิจัยที่สำเร็จตามโครงการ/ปี	● จำนวนงานวิจัยที่สำเร็จตามโครงการต่อจำนวนงานวิจัยทั้งหมดใน 1 ปี	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	5.4 คุณภาพงานวิจัย (ผู้ประเมินเป็นคนนอก)	● ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัย	● การประเมินผล
	5.5 ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการพัฒนาชุมชน (ค่าตอบแทนแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานนอก เวลาราชการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศ บาล)	● ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการพัฒนาชุมชนใน 1 ปี	● รวบรวมจากรายงานปกติ
6. ความพึงพอ ใจของผู้ใช้ บริการ	6.1 ผลการสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ของประชากร%	● ผลการสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างของประชากร โดยคิด คะแนนเป็นร้อยละ	● ผลการสำรวจของเดิม ● สำรวจใหม่
	6.2 การใช้เวลาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย นอก/ครั้ง (ชั่วโมง)	● จำนวนเวลาเป็นชั่วโมงโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกตั้งแต่เริ่มติดต่อที่ห้อง บัตรจนกระทั่งได้รับยา	● ผลการสำรวจของเดิม ● สำรวจใหม่
	6.3 เวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วย (นาที)	● จำนวนเวลาเป็นนาทีโดยเฉลี่ยตั้งแต่ยื่นใบสั่งยาจนกระทั่งได้รับยา	● ผลการสำรวจของเดิม ● สำรวจใหม่

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมย่อย	คำจำกัดความ	ฐานข้อมูล
5. การฝึกอบรม วิจัย และพัฒนา	5.1 จำนวนการฝึกอบรมนักศึกษาด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (คน)	● จำนวนรายนักศึกษาผู้เข้าอบรมด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่อปี	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	5.2 จำนวนเรื่องการวิจัยทางการแพทย์และสา ธารณสุข (เรื่อง)	● จำนวนเรื่องของการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขใน 1 ปี	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	5.3 อัตรางานวิจัยที่สำเร็จตามโครงการ/ปี	● จำนวนงานวิจัยที่สำเร็จตามโครงการต่อจำนวนงานวิจัยทั้งหมดใน 1 ปี	● รวบรวมจากรายงานปกติ
	5.4 คุณภาพงานวิจัย (ผู้ประเมินเป็นคนนอก)	● ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัย	● การประเมินผล
	5.5 ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการพัฒนาชุมชน (ค่าตอบแทนแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานนอก เวลาราชการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศ บาล)	● ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการพัฒนาชุมชนใน 1 ปี	● รวบรวมจากรายงานปกติ
6. ความพึงพอ ใจของผู้ใช้ บริการ	6.1 ผลการสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ของประชากร%	● ผลการสำรวจความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างของประชากร โดยคิด คะแนนเป็นร้อยละ	● ผลการสำรวจของเดิม ● สำรวจใหม่
	6.2 การใช้เวลาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย นอก/ครั้ง (ชั่วโมง)	● จำนวนเวลาเป็นชั่วโมงโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกตั้งแต่เริ่มติดต่อกับห้อง บัตรจนกระทั่งได้รับยา	● ผลการสำรวจของเดิม ● สำรวจใหม่
	6.3 เวลาเฉลี่ยในการรอรับยาของผู้ป่วย (นาที)	● จำนวนเวลาเป็นนาทีโดยเฉลี่ยตั้งแต่ยื่นใบสั่งยาจนกระทั่งได้รับยา	● ผลการสำรวจของเดิม ● สำรวจใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. A Guide to the Development and Use of Performance Indicators, 1996. Canadian Council on Health Service Accreditation.
2. Performance Indicator Comparison Service : Sample Report. April, 1995. Australian Private Hospitals Association.
3. ดัชนีชี้วัดผลงานองค์กรเภสัชกรรม
4. ดัชนีชี้วัดผลงานของหน่วยงานในองค์กรโทรศัพท์
5. ดัชนีชี้วัดผลงานของหน่วยงานในการประปา