

ระบบบริหารงานโรงพยาบาลรัฐกับโรงพยาบาลเอกชน:

**การบริหารจัดการทางการเงินและธุรกิจ
สำหรับโรงพยาบาลรัฐที่จะบริหารอย่างอิสระ**

**Management of public and private hospitals:
Financial and business opportunities for
the autonomous hospitals**

ศุภสิทธิ์ วรรณารุณทัย

ชาญวิทย์ ทรัพย์

จเด็จ ธรรมธัชอารี

วินัย ลีสมีทธิ

Supasit Pannarunothai

Chanvit Tharathep

Jadej Thamathatcharee

Vinai Leesmidt

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ดำเนินการโดย ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี

ISBN 974-299-008-5

มีนาคม 2542

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อ

Executive summary

สารบัญ

บทที่ 1 ระบบบริหารงานของโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน	1
♦ วัตถุประสงค์การศึกษา	1
♦ วิธีวิจัย	1
♦ ผลการศึกษา	2
♦ นโยบาย พันธกิจ และวิสัยทัศน์ (Policy , Mission and Vision) ของโรงพยาบาล	2
♦ โครงสร้างการบริหารและสายการบังคับบัญชา (Organisational Structure and Line of Command)	5
♦ นิยามของอำนาจการบังคับบัญชา	6
♦ โครงสร้างองค์กรและบริหาร	6
♦ กรรมการบริหารโรงพยาบาล	12
♦ การวางแผนและการบริหารจัดการ โรงพยาบาลรัฐและเอกชน	13
- การวางแผนการดำเนินงาน	13
- การบริการพัสดุ	14
- การงบประมาณ	16
- การบริหารจัดการบุคคลและค่าตอบแทน	18
♦ สรุป	26
♦ ข้อเสนอแนะ	27
- นโยบายการบริหารและการบริการ	27
- โครงสร้างองค์กร	28
- การบริหารด้านการพัสดุ	30
- การจัดอัตรากำลังและการสร้างระบบค่าตอบแทน	30
- การบริหารบุคคล	31
บทที่ 2 ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน	32
♦ ข้อมูลของระบบสารสนเทศ (Information of the Information System)	32
♦ ความสนใจในการลงทุนกับระบบสารสนเทศ	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
◆ ปัจจัยนำเข้า	32
- มูลค่าการลงทุนกับระบบสารสนเทศ	32
- การกระจายค่าใช้จ่ายในการลงทุน	33
- ชนิดของระบบ	34
◆ กระบวนการของระบบ (Process)	35
◆ ทรัพยากรที่ใช้ในระบบสารสนเทศ	35
- การกระจายของทรัพยากร	35
- ระบบงานผู้ป่วยนอก	36
- ระบบงานผู้ป่วยใน	36
- ระบบงานสนับสนุนอื่น ๆ	37
- ระบบลงทะเบียนและห้องบัตร	37
- ระบบงานเภสัชกรรม	38
- ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร	39
- ระบบพัสดุและคลังยา	39
- ระบบจัดซื้อ	39
◆ ระบบบัญชี	39
- บุคลากรด้านสารสนเทศ	40
◆ ผลที่ได้ของระบบ (Output)	41
- ประสิทธิภาพของระบบงานรวม	41
- ความคุ้มค่าผลตอบแทนของระบบงานที่ลงทุนไป	41
- ตัวชี้วัดในการวัดประสิทธิภาพในการทำงาน	41
◆ ข้อเสนอสำหรับ Information System ของ ร.พ.อิสระ จากความเห็นของร.พ.ต่าง ๆ	42
◆ อภิปรายผล	43
◆ ข้อเสนอแนะสำหรับระบบสารสนเทศของ ร.พ.อิสระ	
- แนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศในร.พ.อิสระ	45
◆ วัตถุประสงค์ของระบบสารสนเทศ	48
บทที่ 3 ระบบบัญชีและการเงินในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน	51
◆ ระบบบัญชีหน่วยงานย่อยที่ใช้ในระบบราชการปัจจุบัน	51
- ข้อกำหนดพิเศษในระบบบัญชีราชการ	52
- ระบบบัญชีสำหรับส่วนราชการผู้เบิกในภูมิภาค	52

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
- รูปแบบระบบบัญชีหน่วยงานย่อยของรัฐบาล	56
- ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานทางบัญชี	57
- การควบคุม	57
◆ ระบบบัญชีของธุรกิจเอกชน	58
- รูปแบบทางบัญชีของโรงพยาบาลเอกชน	58
- การวัดผลการปฏิบัติงานทางบัญชี	60
- การตรวจสอบและควบคุม	60
- นโยบายทางการเงินบัญชี	60
◆ โครงสร้างของระบบบัญชีของโรงพยาบาลเอกชน	61
◆ รูปแบบบัญชีสำหรับโรงพยาบาลที่ไม่หวังผลกำไร	65
◆ ตัวชี้วัดทางการเงินและบัญชี	69
◆ การวิเคราะห์ต้นทุนการบริการ	74
◆ การจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาล	78
ระบบบัญชีที่ใช้ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน	84
◆ โครงสร้างทางบัญชีและพื้นฐานทางการเงินของโรงพยาบาล	85
◆ การจัดการเงินสด	85
◆ ระบบการจัดการเรื่องลูกหนี้ของโรงพยาบาล	86
◆ การจัดการคลังวัสดุและยา	86
◆ การลงทุนในสินทรัพย์ถาวร	87
◆ การจัดการเกี่ยวกับเจ้าหนี้	87
◆ ระบบการตรวจสอบ	88
◆ สัญญานเตือนภัยในทางบัญชี	88
◆ การนำเข้าข้อมูลทางการเงินมาใช้ในการบริหาร	88
◆ การคิดต้นทุนในการให้บริการ	89
รูปแบบทางการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลอิสระที่ควรจะเป็นจากการประชุมกลุ่ม	90
◆ ระบบบัญชีที่ควรเป็น	90
◆ การได้มาซึ่งทุนในการดำเนินงานของโรงพยาบาล	90
◆ โครงสร้างของทุน	90
◆ การจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาล	91
◆ การบริหารสินทรัพย์	91

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
◆ การจัดการพัสดุ	91
◆ การบริหารเจ้าหน้าที่และลูกหนี้ของโรงพยาบาล	91
◆ การคิดต้นทุนของโรงพยาบาล	91
◆ ระบบการควบคุมภายในและภายนอก	92
◆ สัญญาณเตือนภัยในทางการเงินและบัญชีเพื่อการตรวจสอบ	92
◆ การวัดประสิทธิผลของการปฏิบัติงานโดยใช้ข้อมูลทางบัญชี	92
◆ ปัจจัยที่มีผลทำให้ระบบที่วางไว้ในโรงพยาบาลอิสระไม่ประสบความสำเร็จ	92
◆ ข้อเสนอแนะของผู้วิจัยในส่วนของระบบบัญชีและการเงินของโรงพยาบาลอิสระ	93
◆ นโยบายทางการเงิน	93
◆ โครงสร้างระบบบัญชีหลักของโรงพยาบาลอิสระ	94
◆ ระบบบัญชีกองทุน	97
◆ รายงานทางการเงิน	98
◆ อัตราส่วนทางการเงิน	98
◆ การคิดต้นทุนของโรงพยาบาล	101
◆ ระบบการตรวจสอบ	101
◆ หัวข้อที่ควรพิจารณาและทำการวิจัยต่อไป	102
บทที่ 4 สาระห่อข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับโรงพยาบาลรัฐอิสระ	103
◆ ข้อจำกัดของผลการวิจัยและการตีคุณค่า	103
◆ กรอบข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	104
◆ เอกสารอ้างอิง	107
◆ Glossary	109

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1 ค่าร้อยละเปรียบเทียบปริมาณกิจกรรมการบริการในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน	5
ตารางที่ 1.2 เปรียบเทียบคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลรัฐและเอกชน	13
ตารางที่ 1.3 เปรียบเทียบอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่และการให้บริการในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน	20
ตารางที่ 1.4 ค่าตอบแทนย้อนหลัง 5 ปี ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน	22
ตารางที่ 1.5 ค่าตอบแทนจ่ายตามสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐและเอกชนปี พ.ศ. 2540	24
ตารางที่ 1.6 เปรียบเทียบเงินเดือนและค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน	25
ตารางที่ 2.1 ค่าลงทุน ค่าบำรุงรักษาระบบ ชนิดของระบบเครือข่าย และจำนวนเตียง ของร.พ. ต่าง ๆ รวมปี 2536-2540	33
ตารางที่ 2.2 ค่าใช้จ่ายในการลงทุนตามกลุ่ม Hardware, Software และการเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่าง โรงพยาบาล 2	34
ตารางที่ 2.3 จำนวนเครื่องและจำนวนเตียงของ ร.พ.	35
ตารางที่ 2.4 การกระจายของเครื่องไปยังจุดบริการต่างๆ	36
ตารางที่ 2.5 จำนวนเครื่องที่บริการผู้ป่วยนอก (ทะเบียนและพยาบาลห้องตรวจ)ผู้ป่วยนอก และจำนวนเตียง	38
ตารางที่ 2.6 จำนวนเครื่องที่ให้บริการเภสัชกรรม กับจำนวนผู้ป่วยนอก และจำนวนเตียง	38
ตารางที่ 2.7 ระบบงานที่ติดตั้งใน ร.พ. ตั้งแต่ 50% ของกลุ่มตัวอย่างขึ้นไป	40
ตารางที่ 2.8 จำนวนบุคลากรด้านสารสนเทศ จำนวนเครื่องคอมพิวเตอร์และจำนวนเตียง	41
ตารางที่ 4.1 กรอบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับโรงพยาบาลอิสระหรือไม่ปรับสถานภาพ	105

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 โครงสร้างและสายบังคับบัญชาโรงพยาบาลรัฐ กระทรวงสาธารณสุข	7
ภาพที่ 1.2 โครงสร้างและสายบังคับบัญชาตามลักษณะการปฏิบัติงาน	8
ภาพที่ 1.3 โครงสร้างและสายบังคับบัญชาโรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ	9
ภาพที่ 1.4 โครงสร้างและสายบังคับบัญชาโรงพยาบาลรัฐ สังกัดคณะแพทยศาสตร์	10
ภาพที่ 1.5 โครงสร้างและสายบังคับบัญชาโรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไร	11
ภาพที่ 1.6 โครงสร้างและสายบังคับบัญชาโรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไร	12
ภาพที่ 1.7 โครงสร้างและสายบังคับบัญชาโรงพยาบาลรัฐที่บริหารอิสระ	29
ภาพที่ 3.1 จำนวนเตียงกับจำนวนเครื่องคอมพิวเตอร์	35

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่กรุณาให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม และสละเวลาในการเข้าประชุมกลุ่ม ณ กระทรวงสาธารณสุข และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และต้อนรับคณะผู้วิจัยเป็นอย่างดี เพื่อออกเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในพื้นที่

- โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
- โรงพยาบาลตากลี
- โรงพยาบาลเสนา
- โรงพยาบาลหนองคาย
- โรงพยาบาลสมุทรสาคร
- โรงพยาบาลขอนแก่น
- โรงพยาบาลหาดใหญ่
- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
- โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
- โรงพยาบาลชลประทาน
- โรงพยาบาลโรงงานยาสูบ
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- โรงพยาบาลหัวเฉียว
- โรงพยาบาลมหาชัย
- โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี
- โรงพยาบาลรามคำแหง
- โรงพยาบาลกรุงเทพฯ
- โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

นอกจากนี้ขอขอบคุณข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์จากผู้ทรงคุณวุฒิที่วิจารณ์ ผลการวิจัยฉบับร่าง จนได้รายงานผลการวิจัยที่ปรากฏต่อหน้าท่านนี้ และขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

ศุภสิทธิ์ พรธรรุโณทัย

ชาญวิทย์ ทรัพย์

จเด็จ ธรรมธัชอารี

วินัย ลีสมีทธิ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลรัฐและเอกชนล้วนเป็นส่วนประกอบในระบบบริการทางการแพทย์ และ สาธารณสุขในประเทศไทย ลักษณะเด่น ความเหมือน และความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลรัฐกับเอกชน มีความสำคัญในการทำให้องค์กรทั้งสองสามารถบริการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและบรรลุเป้าหมายขององค์กร การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระบบการบริหารจัดการ ระบบข้อมูลข่าวสารและระบบบริหารการเงินของโรงพยาบาลรัฐ และเอกชน เพื่อ สังเคราะห์เป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลรัฐที่จะบริหารงานอย่างอิสระ การวิจัยนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัย 3 อย่างผสมผสานกัน ได้แก่ การส่งแบบสอบถาม ประชุมกลุ่ม และ การสัมภาษณ์เจาะลึก กับผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้บริหารการเงิน ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ที่คัดเลือกอย่างเจาะจง

ระบบบริหารจัดการของโรงพยาบาลรัฐ ต้นตัวในการเขียนวิสัยทัศน์ นโยบายและพันธกิจ ที่ครอบคลุมบริการสาธารณสุขอย่างผสมผสาน ตามกระแสการรับรองคุณภาพบริการโรงพยาบาล ส่วนโรงพยาบาลเอกชนมีคณะกรรมการบริษัท/คณะกรรมการบริหารมูลนิธิ ที่วางนโยบายให้คณะผู้บริหารโรงพยาบาลดำเนินการ และคอยติดตามประเมินผลการบริหารตามนโยบาย โรงพยาบาลรัฐบาลบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ สามารถจัดรูปองค์กร ให้กรรมการคณะแพทยศาสตร์และสภามหาวิทยาลัย เป็นกรรมการระดับนโยบาย ที่ทำให้การบริหารคล่องตัวได้ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลรัฐ มีโครงสร้างใหญ่ เพราะใช้หลักการเป็นตัวแทนของหน่วยงาน แต่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเอกชน มีขนาดเล็กกว่า รับผิดชอบต่องานมากกว่า และให้ความสำคัญกับ ผู้บริหารทางการเงิน และข้อมูลสารสนเทศ

โรงพยาบาลรัฐ สนใจพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ ไม่น้อยกว่าโรงพยาบาลเอกชน แต่การพัฒนาในโรงพยาบาลรัฐ มักขาดการมองภาพรวมหรือผลที่คาดว่าจะได้รับ และคณะผู้บริหารไม่ได้ใช้ข้อมูลจากระบบเพื่อการบริหารมากเท่ากับ ผู้บริหารในภาคเอกชน ทั้งที่บุคลากรด้านสารสนเทศ ในภาครัฐและภาคเอกชน มีจำนวนที่ไม่ต่างกันและไม่ขึ้นกับขนาดของโรงพยาบาล โรงพยาบาลรัฐมักเน้นระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารและการรายงาน ส่วนโรงพยาบาลเอกชนเน้นทั้งการบริการและการเงินเพื่อบริหารความอยู่รอดหรือผลกำไรทางธุรกิจ แต่ไม่สนใจข้อมูลทางคลินิกในภาพรวมเท่าที่ควร

ในด้านการบริหารการเงิน โรงพยาบาลเอกชนมีบุคลากรด้านนี้มากกว่าโรงพยาบาลรัฐ 3-4 เท่า โดยมีความรับผิดชอบสูง ตั้งแต่การตั้งเป้าหมายการให้บริการ และรายได้เมื่อต้นปี พร้อมกับการประเมินรายได้ตามเป้าหมายเป็นรายงวด ระบบบัญชีในภาคเอกชน จึงเป็นเครื่องมือสำคัญของการรับรู้ต้นทุน งบดุล กำไร-ขาดทุน สภาพคล่องทางการเงิน และความอยู่รอดทางการเงิน และเป็นเครื่องมือของการตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก ขณะที่การบริหารการเงินในภาครัฐ แม้จะมีการศึกษาเรื่องต้นทุนอย่างละเอียดในโรงพยาบาลบางแห่ง แต่ระบบบัญชียังเป็นในรูปแบบบัญชีเงินสด เพื่อการควบคุมตามระเบียบราชการ ซึ่งใช้ประเมินประสิทธิภาพทางการเงินไม่ได้

ดังนั้นโรงพยาบาลรัฐที่จะบริหารงานอย่างอิสระ จึงควรให้ความสำคัญกับการจัดรูปองค์กรบริหาร ที่มี การควบคุมระดับนโยบายที่ใกล้ชิดโรงพยาบาล โดยให้บริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมผสมผสาน มีคณะกรรมการบริหารที่รับผิดชอบต่อการบริหารอย่างเต็มที่ทั้งด้านการบริหารบุคลากรและการเงิน โรงพยาบาลนี้ต้องมีระบบสารสนเทศที่เอื้อการบริการที่รวดเร็ว มีคุณภาพ และได้ข้อมูลที่แม่นยำตรงเพื่อช่วยการตัดสินใจเชิงบริหารที่มีประสิทธิภาพ และวางแผนบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ทั้งนี้ระบบบริหารการเงินต้องออกแบบให้สามารถชี้สถานะภาพทางธุรกิจ เพื่อสามารถตอบคำถามต้นทุนของการให้บริการ ประสิทธิภาพของบริการ และความอยู่รอดทางการเงิน โดยไม่เน้นที่การแสวงกำไร เพราะแปลงเงินอุดหนุนจากรัฐเป็นรายได้จากการขายบริการ

Management of public and private hospitals: Financial and business opportunities for the autonomous hospitals

Executive Summary

Introduction

Types of ownership do influence the objectives and behaviours of the hospitals, however both the public and private hospitals play significant roles in the Thai health system. They sometimes compete and sometimes cooperate in delivering hospital care. They share similarities and at the same time differ in achieving their objectives. Their strengths and weaknesses originate from types of ownership. For example, private hospitals manage to maximise consumer's satisfaction, while maximise profit through achieving production efficiency. Public hospitals manage to respond to central policies, to comply with rules and regulations, and to act according to appropriate medical practice.

Quick responses to answer why the public and private hospitals are so different: the public hospitals bear no burden on labour costs because all salaries are provided out of government budget. They do not pay taxes on profit because they do not have profit. They do not pay interests on loans because they are not allowed to borrow long term loan. Because public hospitals receive quite stable budget from the government, they are expected to provide free care to the poor without limitations, so overcrowding is common scene at public hospitals. On the other hand, private hospitals manage everything on true costs. In order to survive, private hospitals must make surplus.

Market failure in health care triggers the imbalance of demand and supply. Private sectors tend to create unnecessary demand to maximise profits. Public sectors tend to be paternalistic and not respond to consumer's needs. Combining the strengths from both sectors to reduce the weaknesses is the strategies to attain the social objectives in health care.

Under the economic crisis in Thailand, private hospitals adapt themselves to the shrinking demand for private hospitals, or the shift of demand from private to public hospitals. Public hospitals also face reduction of income because they are told to provide free care to the unemployed as the result of economic bust. Public hospitals' inefficiencies need to be remedied to survive the rough economic period. There is a tendency that the government will let some public hospitals to be autonomous so that they will be more cost conscious and be more efficient like the private counterparts.

Private hospitals are more adaptive to economic hardship because they have good financial information to forecast their business cycle. Some of the financial reports like the balance sheet, the profit and loss report, the cash flows, are fundamental accounting tools in private sectors which public hospitals have never paid attention to. Deficiency in basic financial indicators will blind public hospitals to survive.

The new government policy to turn 'bureaucratic' public hospitals into 'autonomous' public hospitals needs evidence to support what kind of autonomous we would like to see in the hospital setting. This research is one in a package of research activities that looks at financial management and business opportunities of the autonomous hospitals. The research questions address on how hospital ownership influences hospital policies, how personnel and financial management helps achieve the specified policies, and what information is crucial to monitor the policy changes. By comparing the practices in some of the public and private hospitals, the policy guidelines can be drawn up.

Objectives

- To compare the managerial systems between public and private hospitals, in order to pinpoint strengths and weaknesses between the two sectors in the following features:
 - Management for the main services, e.g. outpatients, inpatients, special services,
 - Personnel management
 - Consumer relationship and community relationship,
 - Sources of income, financial management and indicator to survive the business,
 - Cost structure and cost recovery of detailed activities,
 - Information system for good management.
- To analyse crucial conditions for business and financial management of private hospitals to survive
- To recommend the prototype in terms of input, process and information system to operate under the new autonomous hospitals.

Methods

This study employed both quantitative and qualitative research methods. First, a set of questionnaires was developed and mailed to selected public and private hospitals. The questionnaires asked on inputs and outputs of the hospitals from 1993 to 1997. The questionnaires also included some questions on the processes of works and future scenario on the general management and financial management.

After the return of the questionnaires, qualitative research techniques were used to complement the results. First, group discussions of the hospital directors and finance managers were held. Second, a selected number of hospitals were visited on site to give better information on how the hospitals were run, at the management committee, financial bodies and the information systems.

Sample size

The public and private hospitals included in this study were selected on the ground that they represent all varieties of ownership.

The public hospitals included hospitals under:

- The Ministry of Public Health (MOPH), of various sizes; i.e. Ban Paew, Takhli, Sena, Nongkhai, Samut Sakhon, Khon Kaen, Hat Yai.
- The teaching university; i.e. Songklanagarind.
- Other ministries; i.e. Vachira (under the Bangkok Metropolitan Administration, also teaching), Chulprathan (under the Ministry of Agriculture).
- The state enterprise; i.e. Tobacco.
- The independent organisation; i.e. Chulalongkorn (under the Thai Red Cross, also teaching).

Private hospitals included all varieties of private:

- Private not for profit; i.e. Hua Chiew, St. Louis.
- Private for profit; i.e. Rajyindee, Sirirot.
- Private listed under the public limited company; i.e. Ramkamhaeng, Bangkok, Bumrungrat, Mahachai.

Time frame

This research started since July and ended in December 1998.

Conceptual framework

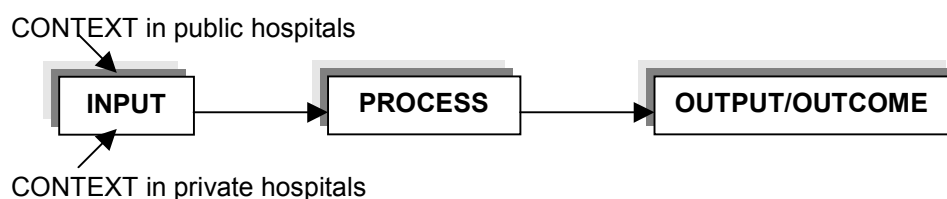


Figure 1 Conceptual framework of the study

The framework for this research is to compare the input-process-output/outcome of the public and private hospitals (see figure 1) by 5 main features described in table 1. The context in the different types of ownership is fundamental in outlining inputs and processes. Output and outcome at the hospital and community levels will be used to justify specified goals of the hospitals. The research will synthesise the prototype for the autonomous hospital for these main features.

Table 1 Features for comparison of public and private hospitals

Features	Public hospital	Private hospital	Research areas
Policy, target of the management, community participation, partnership and competition	The aim is to target all pop groups, esp the poor. The management is appointed at the central level. Less community participation	The aim is for profit. The management is selected from shareholders or the owners of the business.	The management is crucial for achieving organisation's target. How to respond to community needs? How to make public and private hospitals be partnership in providing high cost care, not to compete?
Personnel management, relationship with efficiency and quality, the full-time and part-time system, pay scale, promotion and devotion to the organisation.	Compliance to rules and regulation. Pay scales for personnel are set to the rules not reflect productivity.	Recruitment policy is set by the management. Pay scales set by market mechanisms and reflect productivity. Recruit lower qualified personnel to achieve cost control.	How to develop loyalty to the organisation, to work with courtesy, to help the underprivileged, to achieve efficiency and quality? What are the impacts of turning to pay scales to the same as private sectors?
Financial management, transparency and indicators of financial performance	Use the budget by items, raise revenue and use revenue more flexibly, complement with other sources of funding, e.g. the social security, donation.	Manage under business rules, interest oriented both on deposits and loans. Cash flows are crucial for liquidity and at year end produces the balance sheet.	What indicators shareholders or owners used to monitor performance, growth and bankruptcy. Which parts tend to be hidden, and use of audit system.
Cost structure and cost recovery of detailed activities, measure to increase sale, reduce cost and achieve economies of scale	Provide services according to specialists available, not considering health problems in the community and market.	The main aim is to recover all cost, anything not profitable will be contracted out, all resources be use efficiently, use community approach to go to the market.	What are the main methods of costing in public and private hospitals? Cost recovery in public and private hospitals, availability of services and profit taking.

Information system, flows of services, output/outcome of the system, information for precise decision making, worthiness of information system.	Each hospital develops on its own interest and on its staff availability, focus on patient registry and reporting to the MOPH	Information needs on financial data and patient billing system, less emphasis on clinical data	How information helps in decision making? Market differentiation, service facilitator? Which part of information needs urgent development?
---	---	--	--

Results

The response rate for the study was very good in terms of number of hospitals. Eighteen out of 20 hospitals responded in one or another way; i.e. 14 returned the questionnaires, 18 participated in focus group discussions and 5 field visits. Only 2 private hospitals did not respond due to weak follow up. The results will present in 3 main findings, general management, financial and accounting systems, and information system.

General management

In terms of the visions and missions, most public hospitals were able to show comprehensively written statements on visions and missions because the central ministry asked them to write and it was the starting period of hospital accreditation. Private hospitals joined both the hospital accreditation movements and the ISO certification because the ISO had international reputation.

The functions of public hospitals are comprehensive from curative to preventive, promotive and rehabilitative services. The extension functions beyond these are training and education of health personnel and health research. Private hospitals to some extent provide care other than curative services, e.g. immunisation, antenatal care, health education, etc., but they do not count them as prevention and promotion in the returned questionnaires. In-depth interviews showed that private hospitals now move to more health promotive and preventive service outside the hospital, as these services can generate income and image. And instead of dismissing health personnel, they create new services to relocate their work force.

The public hospitals usually have big hospital management team as compared to the private hospitals. In one public hospital the member of the team is as high as 41, but the member in private hospital is less than 10. However, the private hospital has the 'hospital board' to function as policy decision maker, while most public hospitals have no such board, because main policies are already prescribed by the central ministry. However, Ban Paew Hospital has set up a hospital board, which consists of community leaders and hospital management team, and the teaching hospital has the Faculty committee working partly as a hospital board.

The hospital boards in private hospitals play active roles especially in making policy decisions on long-term investments. The board members are liable to debts incurred if the hospitals go bankruptcy. The hospital directors are delegated with the power to manage cash in the sum of 100,000 baht at a time. If any purchase exceeds this limit, an assigned member from the hospital board must cosign to take responsibility. The hospital directors do not see this limit as a means to rid of full authority, rather it is a good check-balance system, and the hospital boards are helpful especially in the not-for-profit hospital.

Management in private hospitals is a 3 tier system; from the hospital board to the hospital management team and the operating unit. This design keeps a good balance between span and length of control. In public hospitals, in the absence of the hospital board, the hospital management team is too big and there are many operating units. The organisational structure is so flat. Many times, they create functional units or committees to carry out

specific jobs, this practice creates a dual authority and inhibits good coordination between units.

All levels of management in private hospitals are responsible for their assigned roles. The hospital board in not-for-profit hospital was receptive to criticism that the hospital was taking high profit. The board forced the hospital management team to reduce charges on medicine. In other private hospitals, the hospital management team will quickly warn any personnel who did not give good considerations to their clients.

Recruitment of personnel in private hospitals adopts mix values of ethics and paternalistic. This is very obvious in not-for-profit hospital. Many people working in the operating units are the relatives of the hospital board. However, the board will not interfere if the people working there do not behave accordingly. The heads of the operating units have authorities in assigning job, monitor and evaluate performance. The director of the non-for-profit hospital who had worked for decades in the MOPH commented that sacking a misdeed person in private sector needed a lot of courage from head of unit and the management team, because it was the direct interaction between subordinate and leader. Preventive measure should be put in place rather than letting it become inevitable to sack.

Payment policy is very crucial for productivity of personnel. The public hospitals have to pay salaries according the civil service commission's table. What they can do is to add additional payments; e.g. non-private practice allowance, workload for extra-office hours, etc. One teaching hospital is successful in setting up their own pay scales that reflect quality and quantity of work and have annual evaluation for more than 5 years. This is made possible by having the University Council as a policy board, and the management team manages under the principle of ability to pay. The staff, therefore, helps the management team in achieving the financial goals.

The social security scheme has created another source of finance to the hospitals. The management of this fund is flexible enough that some public hospitals can recruit non-civil servant full-time physicians on a performance related pay basis. Many public hospitals use the social security fund to top-up some preferred service; e.g. family medicine. Innovations in these payments must be evaluated systematically under a good accounting system to achieve specified productivity.

Information system

In the information era, all hospitals are struggling with their information system to keep up with advances in information technology. Many hospitals, public and private, had put high investments on the central processing unit with less emphasis on training of people. Information system often crashes with the working environment at the operating level and the system never comes in place.

Acquisition of the information system is from two approaches, the self-reliance and the contracting out. Both approaches need at least 1-2 system administrators and 3-4 supervisors to run the services. It is hard for a self-reliance hospital to write up all application software with this number of staff.

The most common modules operating in the public and private hospitals are patient registration, outpatient consultation room, finance, pharmacy, laboratory and radiology units. A few hospitals have put emphasis on inpatient services. On average one terminal at outpatient service serves 20,000 clients a year, and one terminal at the pharmacy unit serves about 30,000 visits a year. It is observed that no hospitals have fully put all the services on-line.

Hospitals with finance and account modules try to link purchasing system, inventory and finance together. The good modules here can be seen from the system used in the not-for-profit hospital. It is because the system is developed in-house by an accountant turned information technologist, with a team of programmers. Some private hospitals do not achieve

this target, and many financial indicators have to be calculated semi-automatically, by transferring data to a spread sheet software. No public hospitals have a full system of accrual basis account, even Samut Sakhon has attempted to.

No hospitals have demonstrated how cost-effective is the information system. They responded qualitatively that the waiting time for services has been shortened, workload per person has increased without any delays and repetitions of data entry reduced. There is no proof that how accurate the system is after reduction of redundancies.

Financial and accounting systems

As noted that the number of people working in finance and account units of private hospitals are far more than the number working in public hospitals, this is a good reflection that private hospitals put emphasis on generating income to survive and grow. Not only in terms of number, the qualification of finance officers in private hospitals is higher than in public hospitals.

The expected roles from finance officers in private hospitals are higher. At the beginning of the year, finance officers must forecast the volume of next year sales. Each quarter, they monitor the cash flows, evaluate the plan and give warning signs to the hospital management team if anything is unpredictable. At the end of the day, they monitor cash flows, account receivable and account payable. At the end of the year, they produce profit and loss account and the balance sheet of the hospitals.

On the other hand, expectations from finance officers in public hospitals are limited. The accounting rules are set centrally and every public organisation must follow. These accounting rules are used to monitor the correctness of budget spending. Public accounts are a cash-based system. At the end of the day, finance officers in public hospitals report only cash received and cash spent. The system is less likely to pin point inefficiency of the hospitals.

Some public hospitals are able to accomplish unit cost study through cost accounting and allocation of costs from non-revenue and revenue producing cost centres to patient service units by simultaneous equation. Private hospital costing methodology is not that complex. By business oriented, they measure the costs of their profit centres and cost centres. The not-for-profit hospital showed their experiences of related the incomes with the costs of individual operating units. Arguments arise when these cost recovery rates were used as measurement of efficiency. Patient service units argued that profit centres (e.g. laboratory) could not make any profit if patients were not admitted to their wards.

Cost and output are two related issues. Public hospitals are keen to measure their clinical outputs but not the costs of services. Private hospitals on the other hand are keen to measure costs of services. If hospitals are to be paid according to their outputs, public hospitals need to set up good cost accounting procedures.

The directors of private hospitals use financial reports to support decision-making. They insist that the account should be an accrual basis. They also criticised public insurers, e.g. the workmen's compensation fund, that they never know exact liabilities if they only used cash-based accounts. Cash receivable is crucial for private hospitals if they have high debtors and cannot turn debt into revenue. Balance sheet tells them the changes of assets and liabilities, where profit-loss statement shows their overall performance. Within the economic crisis, cash flow is a good tool for controlling costs. Debt equity ratio is a good monitor of external finance.

Auditing system is a must for checking the correctness of the system. Private hospitals are obliged to submit their financial reports to the Ministry of Commerce. The private hospitals listing under the stock exchange market must produce the reports to share holders. Before publishing, the accounts must be certified by the certified public accountants. Hospital

directors valued the audit system as a means to gain credibility, especially the hospitals under stock exchange market. If their accounts were approved by high qualified accountants, it is easier for them to raise equity. Hospital accountants in both public and private hospitals valued that the process ensured transparency and provided warning signs if anything would go wrong.

Recommendations

The general management

It is recommended that for the management of the autonomous hospital:

A. Management policy and services

- The autonomous hospital should be a not-for-profit organisation and be self-reliance on the sale of services. The high capital budgets for medical equipment and buildings should be specified explicitly from the central government allocation.
- The services of the autonomous hospital should cover all ranges of health services: curative, promotive, preventive and rehabilitative care. Research for health development and training of health-related personnel are also necessary functions of the autonomous hospital according to level and location.

B. Organisational structure

- The structure of the autonomous hospital should consist of 3 main-line management or hierarchies to balance between the span and length of control. The three levels are: top management (the hospital board), middle management (the hospital management team) and the operating unit.
- The hospital board provides the hospital policies, and monitor policy implementation. The hospital director and some members of the hospital management team should be present at the hospital board. Other members of the hospital board are partly appointed by the MOPH and partly recruited from the community or the local authorities. The hospital board has a clearly specified period of work.
- The hospital management team are headed by the hospital director. The team is responsible for day to day management on finance, inventory and personnel. The management team manages according to policies set by the hospital board. The team members are selected by the director and serve the same time frame as the director.
- The operating units are the smallest functional bodies by professions and functions; e.g. general administration, finance, nursing, medicine, etc. Heads of the units are delegated power to manage personnel and operating budget.
- Reduce the dual authorities by removing interference to the main-line authority. Some members of the hospital board should be assigned some responsibilities to monitor policies on the national and community health to ensure that the national and community health policies are taken care of.
- Though the main organisational structure is limited to a 3-tier structure, at some times, a working unit is set up to solve emerging problems. This kind of working unit is to counteract the broad span of control, however, it must be clearly spelt out how to coordinate with other units and how to report to the hospital management team.

C. Inventory management

- The government decentralises the management of equipment acquisition to the hospital board and the hospital director accordingly. Transparency and flexibility are the main principles for acquisition of high cost inputs for the autonomous hospital. The ceiling of budget to be disposed by the director is not the main issue of ensuring honesty and good quality purchase. Community audit process should be strengthened.

- The hospital board should be assigned to monitor the value of money in acquiring high cost investment. There should be no central guidelines to which hospitals should have what equipment. This matter is to be determined locally.
- The hospital board plays a direct role in proposing long-term investments of the autonomous hospital to the MOPH to get the approval of budget.
- Internal and external auditors are the mechanisms to prove transparency of the system.
- There should be a document outlining delegation of power on inventory management to the hospital board, the director and the inventory officer.

D. Staffing and payment systems

- The level of staffing and payment is determined on the ground of workload, quality of work and work experiences. The payment should also set on the lights of feed-back from the community or clients. The payment should be designed to encourage workers to work with loyalty and courtesy. Payments should be balanced between rewards, welfare and punishment.
- The payment should be adjustable to the socioeconomic conditions, and comparable to pay scales in the private sector.
- The payment should be mixed between a salary basis and a performance-related basis. The mix should be adjusted according to professions, e.g. physician's payments are biased to a performance-related basis while nurse's payments are based on salary basis plus a performance-related basis.

E. Personnel management

- The management of personnel must be just, transparent and flexible. The recruitment, transfer, punishment and dismissal must be protected from unethical external and internal interference. The evaluation of personnel must be based on sound indicators and be done periodically by internal and external evaluators. The personnel management must be balanced between ethical and paternalistic systems. When the power is decentralised to heads of operating unit, preventive measure should be in place rather than using penalty approach. The hospital board and the hospital director have full authority in the appointment, transfer and recruiting the hospital management team. The heads of units have full authority in recruiting and transferring the members of the operating team.
- The autonomous hospital should put emphasis on recruiting qualified personnel on finance and accounting, law and information technology.

The information system

To facilitate the management of autonomous hospital, information system is a fundamental infrastructure. The good information system must generate reports that help make good decisions. In order to lay down the hospital information system for the first autonomous hospital in February 1999, it is recommended that:

The hospital should take the opportunity to assemble the software modules with good performance from various sources, e.g. outpatient, inpatient, account, inventory, drug inventory, management. First of all, the objectives of having information system must be clearly specified. After the modules have been put together, the performance of the system be evaluated, to set policies of expanding to other hospitals.

At the same time, the central level must be responsible for outlining a comprehensive set of standard data, especially clinical data and resource uses, so that information from each hospital can be compared. This will lead to the comparison of performance indicators amongst autonomous hospitals. Data elements should include clinical data for grouping into DRG, nursing information, patient history and physical examination, investigations and results for pathology and radiology.

Developing one hospital to have such a comprehensive system is not easy. The following steps will help as a checklist for setting up information system in a new autonomous hospital:

The objective of information system

1. To increase quality of providing services; e.g. quick service, reduce redundancies, minimise errors.
2. Increase efficiency in financing; cut cost, increase revenue.
3. Generate comprehensive data for deriving the performance indicators, at the levels of individual providers, departments and hospital.
4. Data from each hospital are comparable in terms of performance, output, and can be used for resource allocation.
5. The investment on information system must be efficient in terms of returned benefits.
6. The information system must cover all important sections, to achieve management efficiency. These modules include outpatient, inpatient, clinical information system, financing, accounting and purchasing system and management information system.

Input

1. The investment should be kept at minimum, e.g. PC LAN with netware or Window NT as the network operating system. The freeware like Linux is recommended for the hospital that the IT personnel can handle it as netware emulator, because this environment runs without user license fees. By quick estimation, initial investment in an autonomous hospital of 500 beds should not exceed 9 million baht, for 300-500 bed, the investment not more than 6 million baht and below 300 beds, initial investment not more than 5 million baht.
2. A short cut to success, the autonomous hospital should adopt good software modules from various hospitals. The new software development will be kept at the minimum level.
3. Investment costs should not exceed the returned benefit from the system.
4. Personnel development is the most cost effective investment for long term.
5. The central level must lay out the standard data set.

Process

1. There must be a central body, specifying standard data for autonomous hospitals to exchange and compare.
2. Working terminals in the hospital should be distributed as much as possible to let each unit responsible for its own data. Encourage online transaction processing and office automation. The number of working terminals in each unit must be appropriate, not to many.
3. Information system covers main areas in the hospital; i.e. clinical data, services, finance, and inventory. When the system is in place in all units, the next step is to reduce redundancies and shift to on line transaction in stead of paper.
4. Clinical information must contain activities delivered, provider, recipient, time and other relevant aspects, to be used as performance indicators
5. The use of high cost technology must be recorded properly in order to use it for technology assessment, and assessing cost effectiveness.
6. The modules on purchasing, inventories (general and drug) and accounting should be linked to exchange data. However, those who work in these modules must be separated in their units. Inventory should be linked with services, to automatically debit the items in the main stock
7. There should be 1-2 system administrators to oversee the information policy and about 3 supervisors to run the system.

Accounting systems of the autonomous hospital:

The new accounting system of the autonomous hospital must:

1. Respond to the need to estimate costs of providing care in order to facilitate fair resource allocation.
2. Use the accrual accounting basis to monitor efficiency.
3. Generate financial reports in order to assist management and planning.
4. Be used for auditing.

The main accounting structure consists of account receivable, account payable, pay role, inventory, fund accounts and financial reports for management.

Account receivable consists of 3 main sources,

1. The government budgets for curative, promotive and preventive services by the block grant.
2. Income from the sale of services, both from the out-of-pocket payment and the prepayment schemes, like the social security.
3. Donations from supporters of the hospitals which can be divided into donation for general purpose and for specific purpose.

At the end of the day, the hospital management will know how much the revenue in cash and how much in credit.

Account payable consists of regular payments on materials, public utilities and others.

Pay role consists of salary payment, doctor fee and other work related payment. The labour costs will be allocated to the related cost centres where services are provided.

Inventory consists of the purchase of drugs and other materials, the acquisition of equipment and building spaces.

Fund account consists of the funds for specific purpose and funds for general purpose.

Financial reports must be produced daily and on a specified period. Financial reports for management purposes include daily revenue by departments and by items of sales, account receivable, and account payable, financial ratios, etc. Periodic financial reports include balance sheet, profit and loss report, cash flows and changes of funds.

Financial indicators (ratios) that should be produced:

- Liquidity ratio: current ratio, Quick ratio
- Activity ratio: Account receivable turnover, inventory turnover, plant asset turnover, total asset turnover
- Debt servicing: debt ratio, interest coverage ratio, fixed charge coverage
- Profitability ratio: profit margin on sale, return on asset, return on equity

Accounting policies

- Accrual basis, Weighted average, Depreciation: by straight- line technique for building 5-20 years, equipment 2-10 years, office equipment 5 years, vehicles 5 years and others according to the revenue department.

Cost study

The applications for cost studies are three folds:

- Costing for hospital planning. In costing study, small hospital units are divided into the revenue producing, non-revenue producing cost centres, and patient service unit. When compared the cost with output of each unit, the hospital management team can manage the cost and output to be more efficient.
- Costing for determining standard price. Insurers are moving to prospective payment system, they contract for some services on a standard price schedule, e.g. DRG. Costing study will help hospital determine what price is acceptable.
- Costing for proper resource allocation. Especially costing on preventive and promotive services which the central government would like to contract with hospitals on a fee-for-service basis.

Auditing system for the autonomous hospital consists of both internal and external audits.

Internal auditors should be appointed for the correctness of accounting process. Internal auditors are reportable to the director for effective changes after recommendations. External auditors can be from 2 sources. The certified public accountants as used by the private hospitals or the auditor general and finally, the financial report be disclosed to public. The second level is the contractor, i.e. the government. This consists of general financial report disclosed to public: balance sheet, profit/loss report, changes of capital and financial ratio.

บทที่1 ระบบบริหารงานโรงพยาบาลรัฐกับโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลรัฐและเอกชนล้วนเป็นส่วนประกอบในระบบบริการทางการแพทย์ และ สาธารณสุขในประเทศไทย ภายใต้ระบบสาธารณสุขโดยรวม โรงพยาบาลรัฐและเอกชนต่างมีการบริการทั้งที่เหมือนและแตกต่างกัน การเหมือนและแตกต่างของการบริการในโรงพยาบาลรัฐ และเอกชนย่อมต้องมีการบริหารจัดการขององค์กรที่สอดคล้องกับการให้บริการนั้นๆ กล่าวคือโรงพยาบาลรัฐและเอกชนจะมีการบริหารจัดการองค์กรที่มีความเหมือนและแตกต่างกันด้วย ภายใต้ความเหมือนและแตกต่างนั้นๆ ย่อมก่อให้เกิดข้อดีและข้อด้อยในการบริการที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ในระยะที่มีกระแสเรียกร้องทั้งภายในองค์กร และ กระแสการปฏิรูประบบสาธารณสุขจากต่างประเทศ ที่ต้องการให้โรงพยาบาลของรัฐบริหารอย่างอิสระมากขึ้น การศึกษาเปรียบเทียบการบริหารจัดการของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนเพื่อพิจารณาข้อดีและข้อด้อยที่มีอยู่ในทั้งสองระบบย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญต่อการปรับปรุงโรงพยาบาลรัฐที่จะมีการบริหารที่เป็นอิสระภายใต้บริบทของการบริหารของประเทศไทยมากขึ้น

รายงานผลการวิจัยฉบับนี้ แบ่งเนื้อหาของการนำเสนอเป็น 4 บท โดย 3 บทแรก กล่าวถึง ระบบบริหารงานของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ระบบข้อมูลข่าวสาร และระบบบริหารการเงินการบัญชี โดยละเอียด ส่วนบทสุดท้ายเป็นการอภิปรายผลโดยรวม และการนำข้อเสนอแนะในแต่ละด้านไปใช้

สำหรับการศึกษาเปรียบเทียบการบริหารของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนจำเป็นต้องศึกษาถึงองค์กรโดยรวม มิใช่เพียงการศึกษาแต่โครงสร้างองค์กรเท่านั้น เพราะภายใต้โครงสร้างองค์กรนั้นๆย่อมมีความสัมพันธ์ภายในขององค์กร อันประกอบด้วยเป้าหมายโดยรวมขององค์กร ความสัมพันธ์ภายในของโครงสร้างองค์กร โดยเฉพาะความสัมพันธ์ของบุคลากรและทรัพยากรด้านการเงินในองค์กร อีกทั้งความสัมพันธ์ภายนอกองค์กรต่อสภาพแวดล้อมภายนอก และ ชุมชน (Collins 1994)

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบระบบบริหารงานระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชนว่ามีการจัดการบริหารองค์ประกอบหลักๆ เหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร? วิธีการบริหารมีจุดแข็งและจุดอ่อนต่างกันอย่างไร? และด้วยเหตุใด? ในด้านต่อไปนี้
 - นโยบายเป้าหมายการบริการ
 - โครงสร้างการบริหารและการบริการหลักๆ
 - ระบบการบริหารจัดการด้านพัสดุ
 - ระบบการบริหารงานบุคคลและค่าตอบแทน
2. เพื่อเสนอแนะตัวแบบการดำเนินงานทั้งส่วนปัจจัยนำเข้า (inputs) และกระบวนการ (process)ที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลรัฐที่เป็นอิสระเพื่อการวิจัยปฏิบัติการในขั้นต่อไป

วิธีวิจัย

การวิจัยใช้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

เชิงปริมาณ เป็นการเปรียบเทียบเชิงพรรณนา และ การวิเคราะห์ทางสถิติเบื้องต้น เช่น ร้อยละ เป็นต้น ในด้านโครงสร้างองค์กร การบริการ ระบบบริหาร ทั้งการบริหารจัดการ การบริหารพัสดุ และการบริหารบุคคล โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างทั้งโรงพยาบาลรัฐ และ เอกชน รวม 20 แห่ง จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี

เชิงคุณภาพ เป็นการประชุมกลุ่มย่อยผู้บริหาร โรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน รวมทั้งการสัมภาษณ์เจาะลึก

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่มาเปรียบเทียบดังนี้

- โรงพยาบาลรัฐของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตากลิ โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลสมุทรสาคร
- โรงพยาบาลรัฐสังกัดนอกกระทรวงสาธารณสุข 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชลประทาน
- โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ ทบวงมหาวิทยาลัย 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
- โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลยาสูบ
- โรงพยาบาลองค์กรอิสระ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- โรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไร 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลหัวเฉียว
- โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี
- โรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลรามคำแหง และโรงพยาบาลมหาชน1

โรงพยาบาลที่ไม่ได้ตอบแบบสอบถาม และตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ประกอบด้วยโรงพยาบาลรัฐและเอกชนรวม 4 แห่ง

ผลการศึกษา

แบบสอบถามที่จัดส่งให้แก่โรงพยาบาลในกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษาเปรียบเทียบ ข้อมูลที่ได้รับตอบกลับบางส่วนไม่ครบถ้วนโดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนซึ่งอาจเป็นข้อมูลที่ไม่ได้มีการเก็บบันทึกในรายละเอียดและบางข้อมูลเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเปิดเผยเนื่องจากเป็นข้อมูลการแข่งขันเชิงธุรกิจ อย่างไรก็ตามในการประชุมกลุ่มและสัมภาษณ์เจาะลึกได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้บริหาร โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำมาเสนอเปรียบเทียบตามกลุ่มของโรงพยาบาลได้ตามรายละเอียดหัวข้อต่อไปนี้

นโยบาย พันธกิจ และ วิสัยทัศน์ (Policy, Mission and Vision) ของโรงพยาบาล

ในส่วนโรงพยาบาลรัฐ ได้มีการกำหนดนโยบาย พันธกิจ และวิสัยทัศน์ ที่กว้างขวางและครอบคลุมในภาพรวมกว้างๆ ที่มุ่งเน้นเพื่อสาธารณสุข ทั้งในด้านการบริหาร บริการ และวิชาการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ซึ่งมีรายละเอียดเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลเอกชนได้ดังนี้

ด้านการบริหาร

โรงพยาบาลรัฐได้กำหนดการบริหารเพื่อให้บริการแก่ประชาชนโดยรวม เน้นการพัฒนาให้เกิดการบริหารที่มีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาการวางแผนและกำหนดนโยบาย เพื่อแก้ปัญหา สาธารณสุขสำหรับทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี โดยการร่วมมือกับภาครัฐ และองค์กรเอกชน กำหนดให้มีการพัฒนาบุคลากรให้เกิดขวัญกำลังใจเพื่อมีความสุขในการทำงาน ให้เกิดการพัฒนางานที่รับผิดชอบ ส่วนโรงพยาบาลเอกชนมีนโยบายการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้มารับบริการซึ่งเป็นลูกค้ามีสุขภาพที่ดีและหายจากการเจ็บป่วย ไม่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เน้นการบริหารเพื่อประสิทธิภาพในการกักตุนและสร้างกำไร หรือไม่ขาดทุน ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงกำไรมีนโยบายการบริหารที่ต้องการประสิทธิภาพไม่ทำกำไรแต่สามารถอยู่รอดด้วยการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอง เป็นการดำเนินธุรกิจที่ไม่แสวงกำไร

ด้านการบริการ

โรงพยาบาลรัฐกำหนดนโยบายด้านการบริการให้มีการบริการแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เน้นการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ด้อยโอกาส ให้มีการบริการที่ครอบคลุมทั่วถึง การบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ โดยให้มีการพึ่งตนเองของชุมชนและบุคคล โรงพยาบาลเอกชนเองมีการเน้นการบริการเป็นหัวใจที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการและสร้างความประทับใจในการกลับมาใช้บริการอีก รวมทั้งการชักนำผู้อื่นมารับบริการในโรงพยาบาลในคราวต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้างมาตรฐานการบริการโดยการรับรองจากองค์กรที่มีมาตรฐาน เช่น ISO 9000 เป็นต้น เพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นทางการตลาดและการลงทุน

ด้านวิชาการ

โรงพยาบาลรัฐมีการกำหนดวิสัยทัศน์ในการวิจัยทางการแพทย์ และ สาธารณสุข พร้อมกับให้ความร่วมมือในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ เทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย โรงพยาบาลเอกชนจะเน้นการพัฒนาการวิชาการเพื่อเป็นการพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการโดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลและการสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้มารับบริการ ไม่มีนโยบายการร่วมหรือผลิตบุคลากรทางการแพทย์และไม่มีนโยบายการวิจัยค้นคว้าในวิชาการเพราะเป็นการลงทุนสูงและไม่สร้างผลกำไรที่วางวัตถุประสงค์ไว้ในส่วนของผู้ลงทุน การพัฒนาด้านเทคโนโลยีหรือเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย มีเพื่อสร้างศักยภาพในการแข่งขันทางธุรกิจสุขภาพมากกว่าการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ

วิสัยทัศน์ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

โรงพยาบาลรัฐได้มีการนำองค์ความรู้ทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมากำหนดนโยบายการบริหารให้เกิดประสิทธิภาพ รวมทั้งการดูแลการจัดเก็บรายได้ ควบคุมราคาค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลในคณะแพทยศาสตร์ได้นำองค์ความรู้ทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมากำหนดนโยบายด้านการเงินการคลังเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับ ให้โรงพยาบาลได้ก้าวไปสู่การบริหารที่เป็นอิสระ (autonomous) ได้มีการจัดทำนโยบายการสร้างความเป็นธรรมในการให้ค่าตอบแทน บริหารการเงินให้เกิดประสิทธิภาพ ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่เกิดประโยชน์ สร้างขวัญและกำลังใจแก่บุคลากรในเรื่องสวัสดิการและค่าตอบแทน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและการประกันคุณภาพ และการทำงานเป็นทีม โรงพยาบาลเอกชนเน้นการบัญชีและระบบการเงินที่เกี่ยวข้องกับการลงทุน โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ใน

ตลาดหลักทรัพย์ มีการสร้างวิสัยทัศน์ด้านการลงทุนและการมีกำไรขาดทุนมากเป็นพิเศษ วิสัยทัศน์ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเน้นการลงทุน เก่งกำไรและยอดการขายบริการเพื่อสร้างกำไร

นโยบายเฉพาะองค์กร

นอกจากนโยบายที่เป็นภาพรวมกว้างๆแล้ว ยังมีบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลแต่ละประเภทที่มีนโยบายลักษณะเฉพาะดังนี้

โรงพยาบาลรัฐที่อยู่ในการดูแลของกระทรวงอื่นๆกำหนดนโยบายเพื่อการรักษาพยาบาลแก่บุคลากรในหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อเป็นการสร้างสวัสดิการและขวัญกำลังใจโดยจัดให้มีการบริการประกอบด้วยบริการผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

โรงพยาบาลรัฐที่เป็นส่วนหนึ่งขององค์กรอิสระเพื่อการกุศลมุ่งเน้นการบริการที่ไม่แสวงกำไร ให้การบริการโดยรวมผสมผสานโดยให้มีการบริการที่มีมาตรฐาน คุณภาพ ครอบคลุมทั่วถึง และประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ วรรณะ สถานะทางเศรษฐกิจ สังคมและลัทธิทางการเมือง ให้มีการผลิตบุคลากร การวิจัยและร่วมมือประสานงานกับองค์กรอื่นๆทั้งภาครัฐและเอกชน

โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจมีการกำหนดนโยบายเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นหลักเพื่อเป็นการสร้างสวัสดิการแก่เจ้าหน้าที่และครอบครัวในหน่วยงานต้นสังกัด และอาจขยายโอกาสเป็นการดำเนินงานทางธุรกิจที่เป็นรายได้เสริมแก่หน่วยงานต้นสังกัด

โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงกำไรสร้างการบริการที่มีคุณภาพและไม่มุ่งแสวงหากำไร ให้บริการเพื่อสร้างความเป็นธรรม ไม่กำหนดเรื่องเชื้อชาติ เพศ และฐานะ ทางสังคม เศรษฐกิจ พัฒนาการบริการทั้งแบบตะวันตกและตะวันออกผสมผสานกัน พร้อมกับการพัฒนาและผลิตบุคลากรและเทคโนโลยีที่ทันสมัย

โรงพยาบาลเอกชนที่แสวงกำไรเป็นการบริการเชิงธุรกิจที่เน้นด้านคุณภาพและได้มาตรฐาน เพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการ และสร้างผลกำไรที่พึงพอใจแก่ผู้ลงทุน พัฒนาเทคโนโลยีด้านข้อมูลสารสนเทศและด้านการบริการเพื่อสร้างแรงดึงดูดแก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาล รวมทั้งมีการใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการบริหารให้มีประสิทธิภาพในการสร้างกำไรและป้องกันการขาดทุน

ผลกระทบของนโยบายองค์กรต่อการบริการ

แนวทางการกำหนด นโยบาย พันธกิจ และ วิสัยทัศน์ ย่อมส่งผลให้เกิดการบริการ การดำเนินงานและกิจกรรมทางด้านการแพทย์ที่แตกต่างกัน ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม สามารถแสดงถึงผลกระทบที่เกิดจากการกำหนดนโยบาย พันธกิจ และ วิสัยทัศน์ ได้ ดังตารางที่ 1.1 ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีการบริการที่ผสมผสานในกิจกรรมทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ การผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การวิจัยค้นคว้าเพื่อสร้างความก้าวหน้าทางวิชาการ เพียงแต่สัดส่วนร้อยละของกิจกรรมทั้งหมดมีความแตกต่างกัน ตามศักยภาพของโรงพยาบาลในระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ที่ขนาดเตียงแตกต่างกัน และโรงพยาบาลศูนย์ที่มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือ อุปกรณ์และบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรัฐสังกัดนอก กระทรวง สาธารณสุข และ เอกชน มีการบริการเน้นทางการรักษาพยาบาลมากกว่ากระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการป้องกันโรค และ ส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขนับว่ามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ที่การให้บริการทางการแพทย์และการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพสูง ตั้งแต่ 15% จนถึง 30% ในขณะที่โรงพยาบาลประเภทอื่นๆ ที่สังกัดนอกกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีการให้

บริการสูงเพียง10% ของปริมาณงานบริการในโรงพยาบาลนั้นๆ โรงพยาบาลสังกัดคณะแพทยมีความสำคัญของการเป็นสถานศึกษาอบรมแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆจึงทำให้การวิจัยค้นคว้าเป็นกิจกรรมที่สำคัญซึ่งเป็นร้อยละที่สูงกว่าโรงพยาบาลประเภทอื่นๆ คิดเป็น10%ของกิจกรรมทั้งหมดที่โรงพยาบาลสังกัดคณะแพทยดำเนินการ ในส่วนโรงพยาบาลเอกชนไม่มีการดำเนินงานทางด้านการวิจัยค้นคว้าเลย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลเอกชนที่แสวงกำไรมีการกำหนดกิจกรรมทางการแพทย์เป็นการรักษาพยาบาล100% ซึ่งสภาพความเป็นจริงแล้วโรงพยาบาลเอกชนที่แสวงกำไรเองนั้นยังมีการบริการด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะยังมีการให้บริการวัคซีนป้องกันโรค การฝากครรภ์ และการบริการกายภาพบำบัดเป็นต้น ซึ่งการบริการดังกล่าวอาจเป็นผลจากการตีความว่าเป็นการรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และอาจเพราะการให้บริการที่นอกเหนือการรักษาพยาบาลนั้นๆเป็นการบริการเสริมและมีปริมาณน้อยที่ไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายหลักของโรงพยาบาลเอกชนที่ แสวงกำไร

ตารางที่ 1.1 คำร้อยละเปรียบเทียบปริมาณกิจกรรมการบริการในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน

ประเภทกิจกรรม	โรงพยาบาล กระทรวง สาธารณสุข	โรงพยาบาล นอกกระทรวง สาธารณสุข	โรงพยาบาล องค์กรอิสระ เพื่อการกุศล	โรงพยาบาล คณะแพทย์	โรงพยาบาล รัฐวิสาหกิจ	โรงพยาบาล เอกชน ไม่แสวงกำไร	โรงพยาบาล เอกชน ธุรกิจ
รักษาพยาบาล	35% - 80%	60%	80%	60%	90%	50%	98%
ส่งเสริมสุขภาพ	5% - 30%	5%	3%	2%	5%	10%	1%
ป้องกันโรค	5% - 15%	5%	3%	5%	3%	10%	1%
ฟื้นฟูสมรรถภาพ	5% - 15%	10%	3%	3%	2%	15%	-
ผลิตและฝึกหัดบุคลากร	2.5% - 20%	5%	3%	15%	-	10%	-
วิจัยทางการแพทย์	1% - 5%	5%	3%	10%	-	-	-
อื่นๆเช่นบริการสังคม	-	5%	-	-	-	-	-
รวม	100%*	100%	100%	100%	100%	100%	100%

หมายเหตุ: * เป็นคำร้อยละปริมาณกิจกรรมการบริการของแต่ละ โรงพยาบาลซึ่งคำร้อยละที่แสดงจะแตกต่างกันไปตามศักยภาพจำนวนเตียงโรงพยาบาล บุคลากร และเป็นการเปรียบเทียบปริมาณงานในแต่ละ โรงพยาบาล ซึ่งเมื่อรวมกันจะเป็นปริมาณงานทั้งสิ้น 100%

โครงสร้างการบริหารและสายการบังคับบัญชา (Organisational Structure and Line of Command)

การศึกษาเพื่อให้เข้าใจถึงรายละเอียดการบริหารงานในโรงพยาบาล จำเป็นต้องเข้าใจถึงโครงสร้าง และ สายการบังคับบัญชาในแต่ละ โรงพยาบาล เพราะจะทำให้สามารถเข้าใจถึงความสัมพันธ์ภายในโรงพยาบาลนั้นๆทั้งในด้านการบริหารจัดการและการบริการ

การศึกษาโครงสร้างโรงพยาบาลสามารถพิจารณาได้ง่ายขึ้น ถ้าแสดงโครงสร้างให้เห็นได้ในรูปแบบของแผนภูมิองค์กร (organisation chart) เพราะจะแสดงให้เห็นถึงอำนาจการบังคับบัญชาได้เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามแผนภูมิโครงสร้างองค์กรก็ยังไม่สามารถระบุหรือแสดงให้เห็นความสัมพันธ์อันอกรูปแบบ (informal organisational structure or functional structure)ภายในองค์กรได้

ภายใต้โครงสร้างเดียวกันของโรงพยาบาลอาจมีสายการบังคับบัญชาที่ผสมผสานหลายรูปแบบ ที่สำคัญๆที่ต้องให้ความสนใจเพราะอาจมีผลทำให้โรงพยาบาลนั้นๆเกิดข้อดีและข้อด้อยในการบริหารงานขึ้นได้ ความสัมพันธ์ภายในโรงพยาบาลในลักษณะอำนาจการบังคับบัญชา(authority relationship) ที่สำคัญ และ ต้องศึกษาให้เข้าใจประกอบด้วย

3 รูปแบบที่สำคัญได้แก่ อำนาจการบังคับบัญชาหลัก (main-line managerial authority) อำนาจการประสานงาน (coordinating authority) และ อำนาจการนิเทศงาน (supervisory authority) นอกเหนือจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ที่น่าสนใจและน่าศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงการอยู่ร่วมในองค์กรของระบบงานโรงพยาบาลคือ ความสัมพันธ์ในด้านวิชาชีพเฉพาะ (professional authority) และความสัมพันธ์การบริหารที่มีการบังคับบัญชาคู่ (dual authority)

อย่างไรก็ตามแผนภูมิโครงสร้างและสายการบังคับบัญชาจำเป็นต้องมีการแสดงข้อมูลประกอบในโครงสร้างนั้นๆ เนื่องจากแผนภูมิดังกล่าวไม่สามารถบ่งบอกรายละเอียดได้ครบถ้วนสมบูรณ์ทุกประการ

นิยามของอำนาจการบังคับบัญชา

อำนาจการบังคับบัญชาหลัก (main-line managerial authority) เป็นอำนาจการบังคับบัญชาโดยตรงของผู้บังคับบัญชาที่อยู่ในระดับสูงกว่ามีต่อผู้ใต้บังคับบัญชาที่อยู่ในระดับต่ำกว่า เพื่อให้มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและสามารถบรรลุเป้าหมายขององค์กรที่ตั้งไว้ อำนาจดังกล่าวจะเกี่ยวข้องกับบทบาทที่สำคัญในองค์กรนั้นๆ ได้แก่ อำนาจในการบรรจุแต่งตั้งโยกย้ายเจ้าหน้าที่ อำนาจในการกำหนดบทบาทและมอบหมายการทำงาน อำนาจในการประเมินผลงานและให้คะแนนให้โทษ อำนาจในการส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

อำนาจการประสานงาน (coordinating authority) เป็นอำนาจของการประสานงานติดต่อในหน่วยงานภายในและภายนอกองค์กร เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นองค์กรที่มีการจัดแบ่งออกเป็นหน่วย แผนก และฝ่ายตามลักษณะงานและความเฉพาะตามความสามารถและชำนาญในวิชาชีพ โดยในแต่ละหน่วย แผนก และฝ่ายมีการจัดการบริการให้แก่ประชาชนในจุดมุ่งหมายเดียว จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดบทบาทในการประสานงานเพื่อรับและถ่ายทอดข้อมูลในการบริการ รวมทั้งการตรวจสอบการปฏิบัติงานนั้นๆด้วย และภายใต้ความเป็นลักษณะเฉพาะของการชำนาญด้านวิชาชีพ ย่อมมีความสำคัญของการมีอำนาจจากการให้บริการโดยเฉพาะของวิชาชีพนั้นๆ ที่เรียกว่า professional authority

อำนาจการนิเทศงาน (supervisory authority) เป็นอำนาจที่ได้รับมอบหมายต่อจากผู้มีอำนาจหลักขององค์กรในการบังคับบัญชาในการดำเนินงานที่กระทำเป็นประจำวัน ซึ่งจะครอบคลุมในเรื่องที่เกี่ยวกับการสนับสนุนเทคนิคการบริการ รวมทั้งการตรวจสอบ ทางด้านเทคนิค จริยธรรม และ กฎหมาย อีกทั้งการสนับสนุนทั่วไป

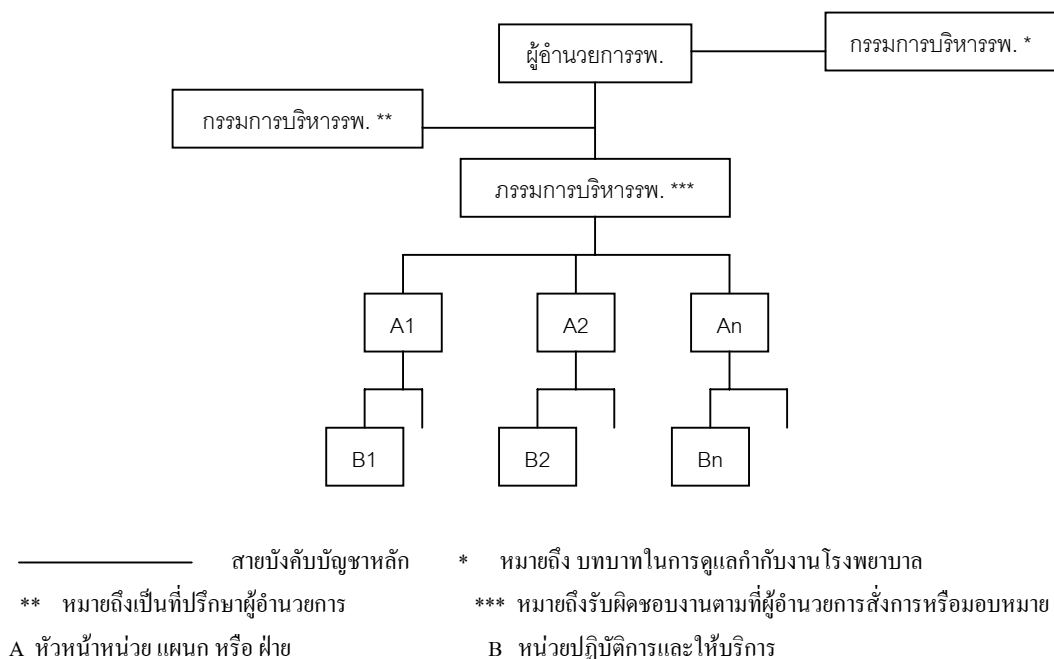
จากการที่โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่มีความหลากหลายของการบังคับบัญชาย่อมนำไปสู่การเกิดการบังคับบัญชาคู่ (dual authority) ซึ่งหากไม่มีขอบเขตการแบ่งแยกมอบหมายงานที่ชัดเจนย่อมนำไปสู่การขัดแย้ง (conflict) ของการทำงาน และก่อให้เกิดความสับสนของผู้ใต้บังคับบัญชาได้ง่าย ซึ่งจะทำให้เกิดการบริหารจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพและไม่ประสบความสำเร็จต่อวัตถุประสงค์ขององค์กรที่วางไว้ทั้งในส่วนที่เป็นนโยบาย พันธกิจ และวิสัยทัศน์

โครงสร้างองค์กรและการบริหาร

จากการศึกษาโครงสร้าง และ การบังคับบัญชาในโรงพยาบาลประเภทต่างๆกัน สามารถแยกสรุปโครงสร้างและความสัมพันธ์ในการบริหารของโรงพยาบาลประเภทนั้นๆได้ดังข้างล่าง

โครงสร้างการบริหารงาน และ สายการบังคับบัญชาของโรงพยาบาลรัฐ มีการกำหนดรูปแบบที่คล้ายคลึงกันตามระบบราชการ การแตกต่างกันนั้น เป็นความแตกต่างจากภารกิจหลักของกระทรวงหรือองค์กรต้นสังกัด ในประเด็นโครงสร้างการบริหารนั้น ได้มีการจัดแบ่งระดับโครงสร้างโรงพยาบาลที่สำคัญเพื่อการบริหาร เป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ระดับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและกรรมการบริหารโรงพยาบาล ระดับหัวหน้าหน่วยงานภายในโรงพยาบาล และระดับปฏิบัติการ สายการบังคับบัญชาหลักจะอยู่ภายใต้การกำกับควบคุมของผู้บริหาร ผ่านทางหัวหน้างานภายในโรงพยาบาล สายการนิเทศงานแฝงอยู่ในสายการบังคับบัญชาหลัก สายการประสานงานไม่มีการระบุชัดเจนในแผนภูมิการบริหารงาน (ภาพที่ 1.1)

ภาพที่ 1.1 โครงสร้างและสายบังคับบัญชาโรงพยาบาลรัฐ กระทรวงสาธารณสุข

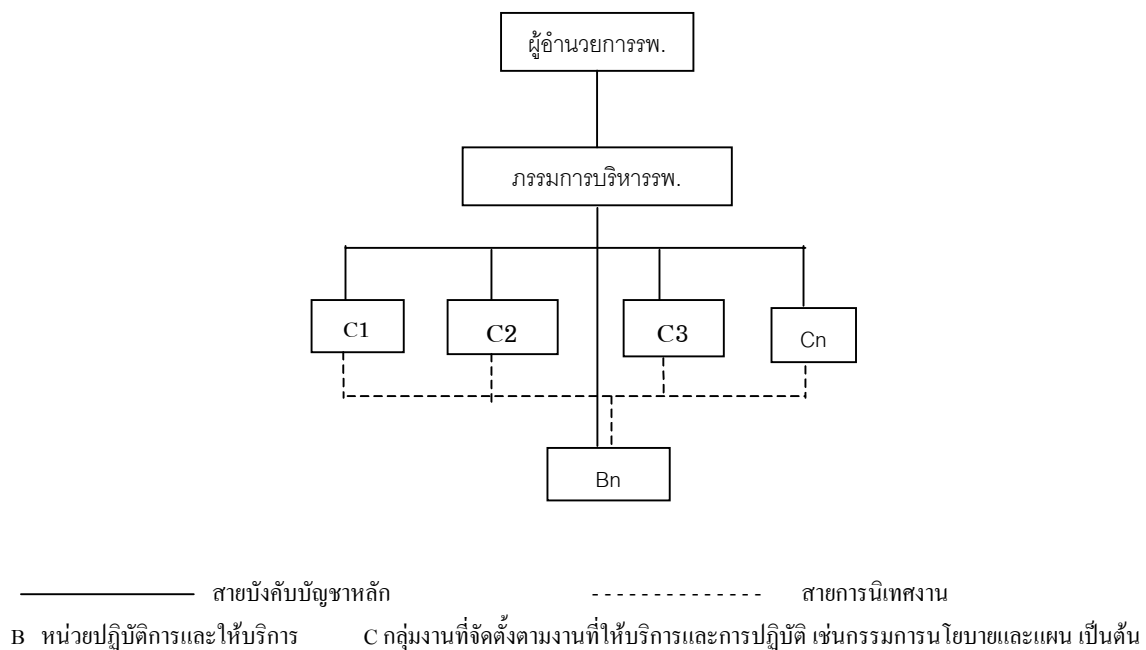


โครงสร้างโรงพยาบาลรัฐที่ไม่เป็นทางการ เช่น คณะกรรมการวางแผนนโยบายและประเมินผล คณะกรรมการพัฒนาบุคลากร เป็นต้นนั้น ได้มีการพยายามจัดตั้งในแต่ละโรงพยาบาลตามแนวทางนโยบายและภารกิจบริการของโรงพยาบาลนั้นๆ โครงสร้างไม่ใช่ทางการดังกล่าวเหล่านี้มักเกิดจากแนวคิดของผู้บริหารจึงอยู่ภายใต้การดูแลควบคุมกำกับโดยตรงจากผู้อำนวยการ (ภาพที่ 1.2) โครงสร้างที่ไม่เป็นทางการเหล่านี้จะอ้างอิงถึงอำนาจการประสานงาน (coordinating authority) เป็นการรวมกลุ่มงานที่มีกิจกรรมบริการที่คล้ายคลึงกันเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดองค์รวมของการบริหารบริการที่จัดให้มีในโรงพยาบาลนั้นๆ โครงสร้างการบริหารงานที่ไม่เป็นทางการนี้มักมีการเปลี่ยนแปลงไม่ยั่งยืน และความสำเร็จของโครงสร้างที่ไม่เป็นทางการนั้นจะมีความแปรผันกับภาวะผู้นำของผู้บริหารที่เป็นผู้กำหนด ซึ่งพบว่าเป็นความพยายามที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลในการสร้างเครือข่ายการประสานงานที่ต้องการให้งานโครงการพิเศษบรรลุความสำเร็จ และมักเป็นการจัดตั้งที่ไม่ถาวร

โรงพยาบาลในแต่ละองค์กรที่มาจากต้นสังกัดแตกต่างกันแม้โครงสร้างจะคล้ายคลึงกัน ก็มีการกำหนดการเรียกชื่อระดับการบริหารแตกต่างกันออกไป เช่นกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะผู้บริหารโรงพยาบาล กรรมการบริหาร ผู้อำนวยการ ผู้จัดการ กรรมการผู้จัดการ เป็นต้น ซึ่งหากจะนำมาเปรียบเทียบย่อมสร้างความสับสนให้ผู้ศึกษา ดังนั้นเพื่อต่อการพิจารณาเปรียบเทียบ โครงสร้างการบริหารในโรงพยาบาลอาจกำหนดการรับผิดชอบในการบริหารที่มีขอบเขตแบ่งแยกกันออกเป็นระดับๆที่สำคัญ คือ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล หมายความว่าคณะกรรมการที่มีบทบาทหน้าที่ ที่สำคัญในการดูแลบริหารจัดการงานประจำที่มีการดำเนินงานในโรงพยาบาลนั้นๆ โดยมีการวางแผนเป้าหมายการดำเนินงานเป็นนโยบายเรียบร้อยแล้ว ซึ่งอาจกล่าวอีกอย่างได้ว่ากรรมการบริหารโรงพยาบาลทำหน้าที่บริหารจัดการการบริการที่เป็นงานประจำที่โรงพยาบาลนั้นๆมีการกิจกำหนดไว้ เช่นบริหารบุคคล บริหารงบประมาณ เป็นต้น เพื่อให้เกิดการบริการของโรงพยาบาลขึ้น แต่ถ้าในส่วนที่เป็นการดูแลกำกับด้านนโยบายของโรงพยาบาลเป็นความรับผิดชอบของคณะกรรมการอีกชุดต่างหาก ซึ่งอาจเรียกชื่อรวมทั่วๆไปว่าเป็นกรรมการโรงพยาบาล กรรมการโรงพยาบาล ในที่นี้เป็นคำไม่เฉพาะเจาะจง เป็นคำสามัญที่ใช้เพื่อแสดงว่ากรรมชุดนี้มีบทบาทด้านนโยบาย และอาจมีการเรียกชื่อ

อื่นๆที่คล้อยจอง เช่นกรรมการบริหารโรงพยาบาลของโรงพยาบาลหัวเฉียวที่มีบทบาทกำหนดนโยบายคล้ายกรรมการโรงพยาบาล แต่ คณะผู้บริหารโรงพยาบาลหัวเฉียวจะทำหน้าที่รับผิดชอบด้านการบริหารโรงพยาบาลทุกอย่าง ดังเช่นเป็นกรรมการบริหารโรงพยาบาลของรัฐทั้งกระทรวงสาธารณสุข และ อื่นๆ

ภาพที่ 1.2 โครงสร้างและสายบังคับบัญชาตามลักษณะการปฏิบัติงาน(Functional Structure)
โรงพยาบาลรัฐ กระทรวงสาธารณสุข



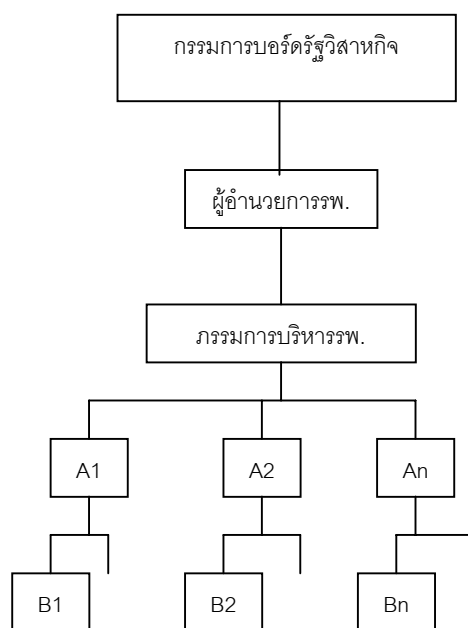
จากคำถามที่กำหนดโดยพิจารณาจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการทั้งสองที่กล่าวแล้ว พบว่าโรงพยาบาลของรัฐกระทรวงสาธารณสุขนั้น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลแม้จะมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการงานประจำในโรงพยาบาลนั้นๆแล้ว ยังทำหน้าที่ในการจัดทำนโยบายในการดำเนินงานด้วยคล้ายเหมือนรับผิดชอบเป็นกรรมการโรงพยาบาลไปด้วย แต่หากพิจารณาจริงๆจากกล่าวได้ว่าคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลนั้น แม้จัดทำนโยบายก็เป็นเพียงกำหนดนโยบายให้เป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาแล้ว จึงอาจแย้งได้ว่าไม่ได้มีบทบาทเป็นกรรมการโรงพยาบาลจริงๆ นอกจากนั้นอำนาจการบริหารยังเป็นการมอบอำนาจมาจากกระทรวงสาธารณสุข จึงกล่าวได้ว่าการบริหารจัดการโรงพยาบาลเป็นอำนาจที่เบ็ดเสร็จในผู้อำนวยการมากกว่าจะเป็นอำนาจของกรรมการบริหารโรงพยาบาล อันเป็นการแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้นเป็นแบบอย่างการกระจายอำนาจแบบมีการรวมศูนย์จากส่วนกลาง ตามรูปแบบการปกครองขององค์กรรัฐในประเทศไทย ที่เรียกว่า prefectoral deconcentration of health care system (Mills et al 1990, Chamnanpan 1997)

เนื่องจากอำนาจการบริหารจัดการ การบังคับบัญชา ในตัวผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบจากต้นสังกัดค่อนข้างมาก จึงทำให้การรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลต่างๆมีแตกต่างกันตามการกระจายอำนาจในโรงพยาบาลนั้นๆ โดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลอาจมีบทบาทตั้งแต่ให้คำปรึกษาและกำกับการบริหารจัดการของผู้อำนวยการ และ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จนถึงบทบาทเป็นเพียงให้คำแนะนำอย่างเดียวจนอยู่ภายใต้การกำกับของผู้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

เอง ดังแสดงในภาพที่ 1.1 อย่างไรก็ตามผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล โดยตำแหน่ง และมีบทบาทอย่างสูงในกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะผู้นำของ ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจมีการจัดโครงสร้างการบริหารและสายบังคับบัญชาคล้ายคลึงโรงพยาบาลรัฐ กระทรวงสาธารณสุข แตกต่างที่โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจมีการบริหารองค์กรรัฐวิสาหกิจ ซึ่งทำหน้าที่เป็นกรรมการ โรงพยาบาล ให้การดูแลควบคุมผู้อำนวยการและกรรมการบริหารโรงพยาบาลโดยตรงอีกระดับ (ภาพที่ 1.3)

ภาพที่ 1.3 โครงสร้างและสายบังคับบัญชาโรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ



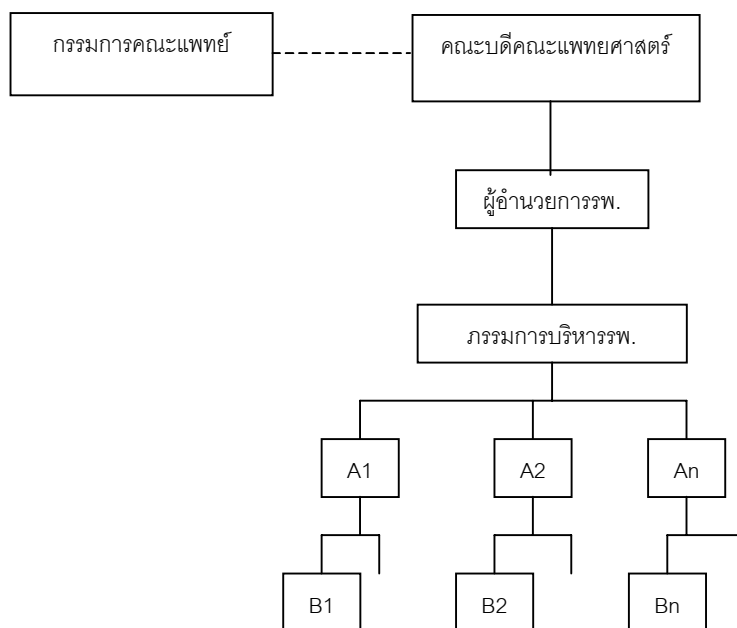
_____ สายบังคับบัญชาหลัก

A หัวหน้าหน่วย แผนก หรือ ฝ่าย

B หน่วยปฏิบัติการและให้บริการ

โรงพยาบาลรัฐสังกัดคณะแพทยนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการคณะ แพทย์ เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานหนึ่งในคณะแพทย์ที่มีคณบดีเป็นผู้มีอำนาจการบังคับบัญชาที่สูงกว่า และ คณบดีเป็นประธานกรรมการบริหารคณะแพทย์โดยตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นกรรมการหนึ่งในกรรมการ บริหารคณะแพทย์เท่านั้น แต่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานกรรมการบริหารโรงพยาบาล ดังนั้นคณะกรรมการ บริหารคณะแพทย์ ทำหน้าที่เหมือนกรรมการโรงพยาบาลที่ดูแลกำกับด้านนโยบายและช่วยเหลือการดำเนินงานของโรง พยาบาล ที่อยู่ภายใต้การดูแลกำกับ ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล (ภาพที่ 1.4) กรรมการบริหารโรงพยาบาล รับ ผิดชอบการดำเนินงานของโรงพยาบาล ทั้งส่วนการบริการรักษาพยาบาล และการเรียนการสอน โดยประสานงานกับ ภาควิชาที่มีอาจารย์แพทย์มาปฏิบัติงานให้บริการกับผู้ป่วย และสอนนักศึกษาแพทย์ไปพร้อมๆกัน นอกจากนี้ยังมีบท บาทสำคัญในการดูแลการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตั้งแต่ แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาลจน ถึงคนงานลูกจ้าง เพื่อสร้างความเป็นธรรมและแรงจูงใจในการทำงาน

ภาพที่ 1.4 โครงสร้างและสายบังคับบัญชาโรงพยาบาลรัฐ สังกัดคณะแพทยศาสตร์



————— สายบังคับบัญชาหลัก

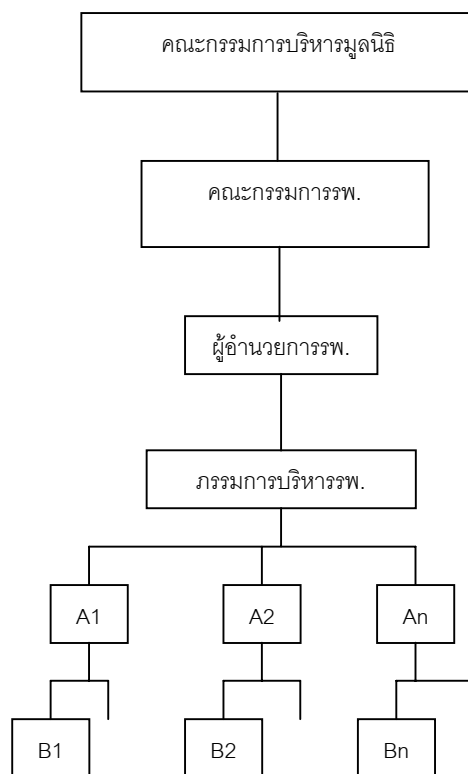
A หัวหน้าหน่วย แผนก หรือ ฝ่าย

B หน่วยปฏิบัติการและให้บริการ

โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงกำไร (ภาพที่ 1.5) มีกรรมการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกรรมการบอร์ด ดูแลกำกับคณะผู้บริหารโรงพยาบาล ในด้านนโยบายและการเงิน พร้อมกับการสนับสนุนในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารและการบริการในโรงพยาบาล บทบาทดังกล่าวเป็นบทบาทสำคัญของกรรมการโรงพยาบาลนั่นเอง ผู้อำนวยการและ คณะผู้บริหารโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าหน่วยงานในโรงพยาบาลดูแลกำกับการบริหารและการบริการทุกอย่างในโรงพยาบาล โดยทำหน้าที่เสมือนกรรมการบริหารโรงพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐ ที่ดูแลรับผิดชอบการบริหาร และการบริการซึ่งเป็นกิจกรรมประจำ ทุกอย่างในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเอกชนที่แสวงกำไรมีกรรมการบอร์ดหรือกรรมการบริษัทเป็นผู้ดูแลควบคุมกิจการโรงพยาบาล โดยการควบคุมกำกับผ่านมาทางกรรมการบริหารบริษัทสู่ระดับผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือกรรมการผู้จัดการ กรรมการผู้จัดการอาจเป็นประธานกรรมการบริหารบริษัทหรือเป็นเพียงกรรมการคนหนึ่งในคณะกรรมการบริหารบริษัทก็ได้ กรณีที่กรรมการผู้จัดการเป็นประธานกรรมการบริหารบริษัทจะมีการแต่งตั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพิ่มอีกหนึ่งระดับ หากกรรมการผู้จัดการเป็นเพียงกรรมการในคณะกรรมการบริหารบริษัท ก็อาจจะทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลไปพร้อมๆ กัน (ภาพที่ 1.6) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่ากรรมการบริหารบริษัทเปรียบได้เป็นเหมือนกรรมการ โรงพยาบาล

ภาพที่ 1.5 โครงสร้างและสายบังคับบัญชาโรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไร



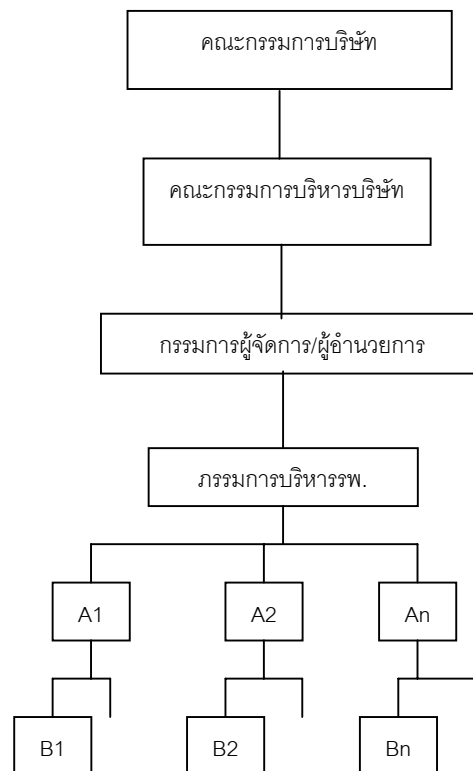
_____ สายบังคับบัญชาหลัก

A หัวหน้าหน่วย แผนก หรือ ฝ่าย

B หน่วยปฏิบัติการและให้บริการ

โครงสร้างและสายการบังคับบัญชาของโรงพยาบาลดังกล่าวทั้งหมดข้างต้น สามารถชี้ให้เห็นว่า กรรมการบริหารโรงพยาบาล และกรรมการโรงพยาบาลซึ่งทำหน้าที่บอร์ดบริหารมีความสำคัญในการบริหารโรงพยาบาลอย่างยิ่ง กรรมการบอร์ดนั้นต้องการรายละเอียดในการศึกษาต่อไปซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ครอบคลุม ผลการศึกษาจึงจะสรุปได้ครอบคลุมเพียงคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญในการบริหารโรงพยาบาลมากเช่นกันเพราะเป็นคณะผู้บริหารที่กำหนดบทบาทการบริหารโรงพยาบาลได้อย่างมาก โดยการกำหนดแผนงาน โครงการตามแนวนโยบายที่องค์กรนั้นๆตั้งขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการจัดการบริการ การควบคุมมาตรฐานและคุณภาพการบริการ การเงินและค่าตอบแทน รวมทั้งการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ภาพที่ 1.6 โครงสร้างและสายบังคับบัญชาโรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไร



_____ สายบังคับบัญชาหลัก

A หัวหน้าหน่วย แผนก หรือ ฝ่าย

B หน่วยปฏิบัติการและให้บริการ

กรรมการบริหารโรงพยาบาล

กรรมการบริหารโรงพยาบาลเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของโครงสร้าง และ สายการบังคับบัญชาของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน การศึกษากรรมการบริหารโรงพยาบาลจะต้องพิจารณาในประเด็นที่สำคัญในด้านส่วนประกอบของคณะกรรมการ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ การจัดตั้ง และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อันเป็นประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารของโรงพยาบาล รายละเอียดการศึกษาพอสรุปได้ดัง ตารางที่ 1.2

จากการศึกษาเปรียบเทียบพบว่า โรงพยาบาลรัฐมีการกำหนดให้จัดตั้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ที่มาจากตำแหน่งการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งองค์กรรัฐเป็นองค์กรที่มีขนาดใหญ่ จึงทำให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลมีจำนวนมากเป็นสองถึงสามเท่าของโรงพยาบาลเอกชน ที่มีจำนวนกรรมการบริหารโรงพยาบาลเฉพาะที่จำเป็นต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลเท่านั้น จึงเป็นข้อสังเกตว่าการที่มีกรรมการจำนวนมากอาจไม่มีประสิทธิภาพในการทำงาน เพราะความใหญ่ของทีมงาน และสร้างความสับสนเปลืองของทรัพยากรบุคคล นอกจากนี้การดำรงตำแหน่งของกรรมการแต่ละคนในกรรมการบริหารโรงพยาบาลภาครัฐไม่ได้ขึ้นอยู่กับวาระของกรรมการบริหารโรงพยาบาล กลับขึ้นอยู่กับตำแหน่งงานในระบบราชการที่กำหนดไว้ ซึ่งการโยกย้ายอาจสร้างปัญหาการไม่ต่อเนื่องของการดำเนินงานได้

ตารางที่ 1.2 เปรียบเทียบคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน

ลักษณะสำคัญ	โรงพยาบาล กระทรวง สาธารณสุข	โรงพยาบาลรัฐ นอกกระทรวง สาธารณสุข	โรงพยาบาล องค์กรอิสระ เพื่อการกุศล	โรงพยาบาล คณะแพทย์	โรงพยาบาล รัฐวิสาหกิจ	โรงพยาบาล เอกชน ไม่แสวงกำไร	โรงพยาบาล เอกชน เพื่อธุรกิจ
จำนวนกรรมการ (คน)	20 – 34	21	41	12 หรือ มากกว่า	23	5	7 หรือ มากกว่า
วิธีดำเนินการ จัดตั้ง	ผอ.รพ.เสนอ ชื่อ ให้ผู้มี อำนาจแต่งตั้ง เช่น ผู้ว่าราชการ จังหวัด	ผอ.รพ.เสนอ ชื่อ ให้ผู้มี อำนาจแต่งตั้ง เช่น อธิบดี	ผอ.รพ.เสนอ ชื่อ ให้คณะ กรรมการ บริหารองค์กร เช่น สภาทนาย ไทยแต่งตั้ง	ผอ.รพ.เสนอ ชื่อ ให้คณะบดี แต่งตั้งตาม ตำแหน่งที่ กำหนด	ผอ.รพ.เสนอ ชื่อ ให้ประธาน องค์กร เช่น ประธานโรง งานยาสูบแต่งตั้ง	ผอ.รพ.เสนอ ชื่อ ให้ประธาน กรรมการมูลนิธิ แต่งตั้ง	ผอ.รพ.เสนอ ชื่อ ให้ประธาน กรรมการ บริษัทแต่งตั้ง
ประธาน กรรมการ	ผอ.รพ.	ผอ.รพ.	ผอ.รพ.	ผอ.รพ.	ผอ.รพ.	ผอ.รพ.	กรรมการ ผู้จัดการ
บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ	ทำแผน /บริหารบุคคล /ประเมินผล /ประสานงาน /จัดสรร ทรัพยากร	ทำแผน /บริหารบุคคล /วางแผนงบประมาณ	กำหนดแผน งานและดำเนิน งานตาม นโยบายของ องค์กรการ กุศล	จัดทำแผนการ บริการ ตาม นโยบายคณะ /ประสานงาน กับภาควิชา และหน่วย บริการ	จัดบริการให้ สอดคล้องกับ นโยบายและ แผนงานของ องค์กร รัฐวิสาหกิจ	บริหารการเงิน พัสดุ และ บุคคลเพื่อการ บริการที่มีคุณภาพ ตาม นโยบายมูลนิธิ	รับผิดชอบการ บริหารและวางแผนการตลาด การบริการเพื่อ การสร้างกำไร
คุณสมบัติ กรรมการ	หัวหน้าแผนก ฝ่าย และหน่วย บริการ	หัวหน้าแผนก ฝ่ายและหน่วย บริการ	หัวหน้าแผนก ฝ่าย และหน่วย บริการ	หัวหน้าแผนก ฝ่าย และหน่วย บริการ	หัวหน้าแผนก ฝ่าย และหน่วย บริการ	หัวหน้าแผนก ฝ่าย และหน่วย บริการ	หัวหน้าแผนก ฝ่าย และหน่วย บริการ
วาระคณะ กรรมการ	กำหนด ตาม วาระตำแหน่ง ราชการ	กำหนด ตาม วาระตำแหน่ง ราชการ	4 ปี ตามวาระ ตำแหน่ง	2 ปี	กำหนด ตาม วาระตำแหน่ง งานปกติ	กำหนด ตาม วาระตำแหน่ง งานปกติ	1 – 2 ปี ตามระเบียบ บริษัท

การกำหนดวาระที่ชัดเจนอาจสร้างเงื่อนไขที่ดีในการสร้างแรงจูงใจที่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เมื่อเข้ามาดำเนินงานต้องมีการกำหนดแผนงานเป้าหมายให้ชัดเจนตามกำหนดวาระที่มี เช่น โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินธุรกิจ ซึ่งจะสามารถใช้การกำหนดเวลาที่มีเพื่อประเมินผลงาน ดังนั้นการไม่มีกำหนดเวลา และ การไม่ชัดเจนของวาระการทำงานย่อมไม่สร้างแรงจูงใจ หรือ ผลักดันให้เกิดผลงาน และ ขาดความกระตือรือร้นในการทำงานได้

การวางแผนและการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

ประเด็นสำคัญที่ศึกษาเปรียบเทียบในเรื่องการวางแผนและบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลักๆ ได้แก่ การวางแผน การบริหารพัสดุ การงบประมาณและการบริหารบุคคลและค่าตอบแทน

การวางแผนการดำเนินงาน

โรงพยาบาลรัฐทั้งในส่วนที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ สังกัดคณะแพทย์ และองค์กรอิสระ มีการวางแผนการดำเนินงานของโรงพยาบาลโดยใช้คณะกรรมการวางแผน เพื่อการจัดทำแผนงานโครงการของโรงพยาบาลนั้นๆ คณะกรรมการวางแผนอาจเป็นคณะเดียวกันกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล หรือ เป็นคณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการวางแผนที่จัดตั้งขึ้นต่างหากนี้

จะต้องส่งแผนให้กรรมการบริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบในการประมวลแผนงานเข้าด้วยกัน พร้อมกับให้ความเห็นชอบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะเป็นประธานการพิจารณาแผนก่อนจะมีการอนุมัติเห็นชอบเพื่อเสนอให้ผู้บริหารระดับสูงกว่าพิจารณาต่อไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจมีหรือไม่มีที่ปรึกษาในการวางแผนก็ได้ เช่น โรงพยาบาลคณะแพทย์เองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานคณะกรรมการวางแผน และคณะกรรมการวางแผนเป็นชุดเดียวกับกรรมการบริหารโรงพยาบาล โดยมีคณะบดีคณะแพทย์เป็นที่ปรึกษาในการจัดทำแผนโรงพยาบาล ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดทำแผนโดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานจัดทำแผนงานโครงการตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่มีที่ปรึกษา กรณีที่โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่มีขนาดใหญ่มากๆและมีการดำเนินงานที่ต้องรับผิดชอบมากได้มีการจัดตั้งหน่วยงานพิเศษที่ทำหน้าที่ในการวางแผนนโยบายและแผนงานโครงการในโรงพยาบาลนั้นๆ ได้แก่หน่วยงานที่เรียกว่าสำนักนโยบายและแผน และได้นำแผนงานโครงการที่จัดทำนี้ไปดำเนินการจัดทำแผนงบประมาณต่อไป การวางแผนโดยคณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นเฉพาะกิจเพื่อจัดทำก่อนให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลพิจารณากลับกรองและเห็นชอบมักประกอบด้วยหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องเช่น หัวหน้าแผนกที่ให้บริการ หัวหน้าฝ่ายบริหาร และการเงิน เป็นต้น และนักวิชาการจากงานที่เกี่ยวข้อง เช่นนายแพทย์ เกษชกร เป็นต้น กรอบการวางแผนครอบคลุมการดำเนินงานทั้งหมด ตั้งแต่งานตามนโยบายกระทรวงที่มอบหมาย งานบริการ การจัดหารุภัณฑ์การแพทย์ งบประมาณ งานเวชภัณฑ์ การก่อสร้าง และการเจ้าหน้าที่

โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงกำไรได้มีการจัดทำแผนงานโครงการ โดยคณะผู้บริหารโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่คล้ายกรรมการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ และมีข้อมูลในการดำเนินงานของโรงพยาบาลและเข้าใจการดำเนินงานพร้อมทั้งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างดี แผนงานโครงการที่จัดทำจะส่งไปให้กรรมการบริหารโรงพยาบาลให้ความเห็นชอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวางแผนงบประมาณในส่วนที่องค์กรมูลนิธินโยบายให้การสนับสนุน เช่นการกำหนดวงเงินเพื่อการสงเคราะห์ผู้ป่วยอนาถาและยากไร้

โรงพยาบาลเอกชนที่แสวงกำไรนั้น ในการวางแผนการดำเนินงานเป็นการรับผิดชอบของผู้บริหาร ที่จะวางแผนในการที่สร้างกำไรให้แก่โรงพยาบาล การวางแผนในโรงพยาบาลธุรกิจเน้นการดำเนินงานที่แข่งขันเชิงธุรกิจการตลาดเพื่อขายบริการสุขภาพ

การวางแผนการบริการ ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชนพิจารณานั่นเรื่องการบริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ ดังนั้นในการวางแผนการบริการนอกจากเป็นการวางแผนให้สามารถตอบสนองต่อการรับบริการของผู้ป่วยแล้ว ยังมีการดำเนินการวางแผนเพื่อควบคุมปรับปรุงคุณภาพการบริการโดยอาศัยหลักการของ hospital accreditation, quality assurance หรือ ISOเป็นต้น โรงพยาบาลเอกชนเพื่อการธุรกิจเน้นหลักการของISO เพราะองค์กรประเมินเป็นองค์กรที่ได้รับการยอมรับ เพื่อเป็นปัจจัยที่นำเสนอทางการธุรกิจ

การบริหารพัสดุ

การจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ในโรงพยาบาลรัฐ มีระเบียบว่าด้วยการพัสดุเป็นข้อบังคับในการดำเนินงาน ซึ่งกำหนดให้ดำเนินการในรูปคณะกรรมการ ในขั้นตอนการประเมินความต้องการและการเลือกสรรวัสดุครุภัณฑ์นั้นๆ มีการนำผู้ที่มีความรู้ และ ผู้มีความต้องการครุภัณฑ์นั้น เข้ามาเป็นกรรมการ เพื่อให้ได้ของที่มีคุณภาพ และถูกต้องตรงตามความต้องการของหน่วยงานหรือฝ่ายนั้นๆ กรรมการที่ดำเนินการเรื่องพัสดุอาจเป็นคณะเดียวกับกรรมการบริหารโรงพยาบาล หรือมีการจัดตั้งตามที่เห็นว่าเหมาะสม ซึ่งคณะกรรมการจะมีจำนวนน้อยลงในขนาดพอเหมาะ เพื่อสามารถดำเนินงานได้คล่องตัวและรวดเร็ว จำนวนกรรมการจึงไม่คงที่แต่ต้องตรงตามที่ระเบียบกำหนด กรรมการที่ดำเนินการและรับผิดชอบเรื่องพัสดุนี้อาจมีการแต่งตั้งแบ่งออกเป็นคณะต่างๆตามลักษณะของวัสดุครุภัณฑ์ เช่นกรรมการจัดหาครุภัณฑ์การ

แพทย์ กรรมการจัดหาพัสดุทั่วไปเป็นต้น การวางแผนการก่อสร้างและการจัดหาครุภัณฑ์การแพทย์ที่มีราคาแพงเป็นการจัดทำคำขอตามกรอบที่กำหนดโดยต้นสังกัด โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขกำหนดกรอบการวางแผนและทำเรื่องขอจัดทำจะถูกกำหนดให้สำนักงบประมาณให้ความเห็นชอบ และอนุมัติทั้งหลักการและวงเงิน ส่วนโรงพยาบาลคณะแพทย์การวางแผนได้มีการคำนึงถึงนโยบายเพื่อการศึกษา คั่นคว้าและวิจัยเข้ามาร่วมพิจารณา ไม่ได้วางขอบข่ายการวางแผนเพียงเพื่อการบริการ หรือ หวังผลการกำไร ขาดทุน

การวิเคราะห์ความคุ้มทุนนักการเงินการบัญชีของโรงพยาบาลรัฐไม่มีบทบาทในการวิเคราะห์ความคุ้มทุนด้านกำไรขาดทุน การคุ้มทุนคำนึงถึงการให้บริการแก่ประชาชนที่มารับบริการ ซึ่งมักเกิดปัญหาการแข่งขันกับโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่พอใจ และเกิดการขาดประสิทธิภาพเรื่องการลงทุนเพื่อการบริการ เพราะเกิดการลงทุนซ้ำซ้อนอย่างไม่จำเป็น เนื่องจากขาดการประสานงานในการกำหนดนโยบาย เพื่อการลงทุนในการบริการทางการแพทย์ที่ราคาแพง กรณีที่เกิดขึ้นบ่อยๆ เช่น ในจังหวัดเดียวกันมีการลงทุนเรื่องครุภัณฑ์ทางการแพทย์ราคาแพงซ้ำซ้อนกัน โดยไม่จำเป็น เหตุผลของการขาดการประสานงาน อาจมีสาเหตุมาจากความไม่เข้าใจในบทบาทการบริการ ขาดการสร้างเครือข่ายการบริการ และระเบียบทางราชการที่ไม่เอื้ออำนวยให้เกิดความคล่องตัว

โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจนั้น ไม่มีระเบียบกำหนดกรรมการดำเนินงานในการบริหารพัสดุที่ชัดเจน ใช้อ้างอิงระเบียบการบริหารพัสดุของทางราชการและเป็นการรับผิดชอบของผู้อำนวยการ หรือบุคคล หรือคณะที่ผู้อำนวยการมอบหมาย

โรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไรนั้น มีการดำเนินการเรื่องพัสดุในรูปคณะกรรมการ โดยกรรมการจะมีผู้เกี่ยวข้องต้องการครุภัณฑ์นั้น และ ผู้มีความรู้ความสามารถ มาร่วมเป็นกรรมการพิจารณาจัดหา กรรมการจัดหาพัสดุอาจคัดเลือกมาจากหัวหน้าหน่วยงานที่ต้องการสิ่งนั้น หรือเลือกจากสายวิชาชีพที่มีความรู้เกี่ยวกับพัสดุนั้นๆดี เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เกษตรกร เป็นต้น การจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ราคาแพงมีการวางแผนโดยการพิจารณาจากการต้องการของผู้ใช้โดยเฉพาะแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย และความคุ้มในการให้บริการโดยไม่ได้คำนึงเรื่องการทำกำไรขาดทุน มีการพิจารณาความคุ้มของการลงทุนโดยนักการเงินการบัญชีเพื่อเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้บริหารระดับสูงขึ้นไปเพื่อพิจารณาอนุมัติ อย่างไรก็ตามยังขาดการประสานงานในการวางแผนการใช้ครุภัณฑ์ที่มีราคาแพงกับส่วนราชการและเอกชนที่เกี่ยวข้อง อาจเพราะว่าเพื่อเป็นแสดงถึงความพร้อมในการให้บริการของโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพการบริการ การใช้เครื่องมือดังกล่าวได้คุ้มค่าน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นกับการได้รับความร่วมมือในการใช้สอยจากแพทย์ผู้รักษาพยาบาล ซึ่งความร่วมมือเหล่านี้ส่วนหนึ่งมีปัจจัยเรื่องการผลิตตอบแทนจากการใช้เครื่องมือดังกล่าว นอกเหนือจากผลตอบแทนจากการปฏิบัติงานตามปกติที่เกี่ยวข้อง และ การควบคุมกำกับให้มีการใช้สอยเครื่องมืออื่นๆให้คุ้มค่า ไม่สามารถทำได้เพราะการเคารพในการตัดสินใจเรื่องการรักษาพยาบาล อันเป็นอำนาจการตัดสินใจในหลักการวิชาชีพที่เรียกว่า professional authority นั่นเอง ในกรณีเวชภัณฑ์ยาและไม่ใช่ยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีการมอบหมายให้ดำเนินการแก่เภสัชกรที่ดูแลการบริหารคลังเวชภัณฑ์เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ โดยการนำระบบสารสนเทศทางคอมพิวเตอร์มากำกับดูแลเพื่อการดำเนินงานที่รวดเร็วแม่นยำ และตรวจสอบได้ โดยมีพื้นฐานการทำงานที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ทุกขั้นตอน

โรงพยาบาลเอกชนที่แสวงกำไรมีการบริหารจัดการ และดำเนินการด้านเวชภัณฑ์โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจทำหน้าที่รับผิดชอบเพียงผู้เดียว ในกรณีเช่นนี้ที่ผู้อำนวยการนั้นๆต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถดียิ่ง และมีความโปร่งใสเป็นที่ยอมรับของผู้ลงทุนและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โดยการดำเนินการของผู้อำนวยการตั้งอยู่บนพื้นฐานของการไว้วางใจ ในความบริสุทธิ์ และจริงใจ รวมทั้งมีการตรวจสอบราคาวัสดุและเวชภัณฑ์ และต้นทุนการบริการโดยทั่วไปโรงพยาบาลเอกชนที่แสวงกำไรมีการจัดหาเวชภัณฑ์โดยมีการตกลงการจัดซื้อในลักษณะการซื้อรวมใน

ปริมาณที่มากขึ้นทั้งปี เพราะการซื้อรวมเพื่อให้มีปริมาณการซื้อที่มาก สามารถต่อรองราคาให้ต่ำและสามารถลดต้นทุน ทั้งราคาและการดำเนินงานด้านการจัดซื้อ โรงพยาบาลเอกชนเพื่อธุรกิจบางแห่ง อาจมีการบริหารพัสดุด้านเวชภัณฑ์โดยการจัดตั้งบริษัทเครือข่ายเพื่อดำเนินการด้านซื้อขายเวชภัณฑ์ โดยเน้นเพื่อเป็นการบริการแก่โรงพยาบาลในเครือข่าย ไม่ดำเนินการธุรกิจด้านยาเพื่อกำไรเช่นบริษัททั่วไป ด้วยเหตุผลเพื่อเป็นการลดต้นทุนด้านรายา ลดต้นทุนการส่งยาเพื่อคงคลังในปริมาณที่มากเกินไปซึ่งทำให้เกิดการลงทุนที่ไม่ก่อกำไร และยังเป็นการตรวจสอบความโปร่งใสของการดำเนินงานด้านเวชภัณฑ์

ในส่วนที่ต้องมีการลงทุนในโครงการที่มีมูลค่าใช้จ่ายสูง เพื่อการก่อสร้าง และจัดหาครุภัณฑ์การแพทย์ที่มีเทคโนโลยีที่สูง โรงพยาบาลเอกชนที่แสวงกำไรจะคำนึงเรื่องการคืนทุนและการสร้างกำไร โดยมีการวิเคราะห์จากนักการเงินการบัญชี โดยการเห็นชอบจากกรรมการบริหารบริษัท การลงทุนเครื่องมือทางการแพทย์ที่ราคาแพง มักคำนึงถึงการแข่งขันเชิงธุรกิจ เพื่อสร้างแรงดึงดูดเรื่องมาตรฐานการบริการทางการแพทย์แก่ผู้ต้องการมารับบริการ โดยไม่ได้คำนึงปัจจัยอื่นมากนัก (Bennett 1997) การจัดหาครุภัณฑ์ที่สามารถใช้ร่วมกันในหลายๆหน่วยบริการ มีการกำหนดในการใช้สอยร่วมกัน เพื่อการประหยัดต้นทุนและเป็นการใช้สอยให้เกิดประโยชน์ และประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งในโรงพยาบาลรัฐเองสามารถดำเนินการได้เช่นกันแต่ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากขาดการประสานงานและความรู้สึกที่เหนียวแน่นของการเป็นเจ้าของและผู้ที่ต้องรับผิดชอบดูแลเครื่องมืออื่นๆ ในกรณีที่มีการต้องการเครื่องมือที่มีลักษณะเฉพาะในสาขาวิชาชีพที่ไม่สามารถใช้สอยร่วมกับสาขางาน หรือหน่วยงาน หรือฝ่ายอื่นๆในโรงพยาบาล โรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไรบางแห่งอาจทำความตกลงให้เป็นบทบาทความรับผิดชอบของผู้ให้บริการในสาขาวิชาชีพนั้นๆ เพื่อเป็นการขยายและให้บริการที่มีคุณภาพตามที่ต้องการ เช่นแพทย์และทันตแพทย์ที่มาให้บริการหรือขายบริการในโรงพยาบาลเอกชนเพื่อธุรกิจ สามารถนำอุปกรณ์บางอย่างที่เฉพาะมาเองเพื่อเป็นการให้บริการผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลไม่ต้องจัดหาเครื่องมือเหล่านั้นมา เป็นการลด ต้นทุนโรงพยาบาล และสามารถให้ค่าตอบแทนการบริการแก่แพทย์หรือทันตแพทย์นั้นๆได้เต็มที่ที่ต้องการ

การงบประมาณ

โรงพยาบาลรัฐมีการจัดทำงบประมาณโดยคณะกรรมการ ซึ่งอาจเป็นกรรมการชุดเดียวกับกรรมการบริหารโรงพยาบาล หรือมีการจัดตั้งขึ้นใหม่โดยคัดเลือกจากหัวหน้าหน่วยงานในโรงพยาบาลและตัวแทนสาขาวิชาชีพเช่นแพทย์ทันตแพทย์ พยาบาลเป็นต้น หัวข้อการจัดทำงบประมาณจะมีการจัดแบ่งตามรายการงบประมาณที่รัฐกำหนดจัดไว้ในแต่ละปี เช่นหมวดค่าตอบแทน หมวดค่าสาธารณูปโภคเป็นต้น บางโรงพยาบาลมีการจัดหัวข้อหมวดหมู่งบประมาณตามลักษณะของโครงการกิจกรรม เช่นงบประมาณด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านพัฒนาบุคลากรเป็นต้น

โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์มีการจัดทำงบประมาณโดยคณะกรรมการบริหารของคณะแพทย์และมีคณบดีเป็นประธาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นกรรมการคนหนึ่งในการจัดสรรงบประมาณลงสู่หน่วยงานและหน่วยบริการในโรงพยาบาลสังกัดคณะแพทย์ เพียงแต่ในการจัดทำ งบประมาณ จะมีที่ปรึกษาคณบดีมาร่วมในการจัดงบประมาณในแต่ละครั้ง เนื้อหาการกำหนดงบประมาณใช้การกำหนดตามหัวข้องบประมาณส่วนราชการ เช่น หมวดค่าตอบแทนใช้สอยค่าสาธารณูปโภค เป็นต้น

โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจมีการจัดทำงบประมาณโดยฝ่ายที่ต้องการของงบประมาณจัดทำคำขอขึ้นมาให้ฝ่ายบัญชีรวบรวมตรวจสอบความถูกต้องเพื่อให้ผู้อำนวยการเสนอขอต่อประธานและกรรมการบริหารองค์กรรัฐวิสาหกิจนั้นๆ เพื่อให้ความเห็นชอบและอนุมัติ หัวข้อการจัดทำงบประมาณใช้การอ้างอิงตามหัวข้องบประมาณส่วนราชการดังที่กล่าวมาแล้ว

ภาคเอกชนนั้น โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงกำไร มีคณะกรรมการโรงพยาบาลที่ดำเนินการจัดทำงบประมาณเสนอต่อประธานและคณะกรรมการบริหารมูลนิธิเพื่อพิจารณาอนุมัติงบประมาณนั้นๆ งบประมาณที่จัดทำไม่มีกำหนดเป็นหมวดหมู่ชัดเจนเหมือนโรงพยาบาลรัฐ เป็นเพียงการขอกำหนดวงเงินงบประมาณการใช้จ่ายประจำปีจากเงินบำรุงและเงินงบประมาณสนับสนุนที่ทางองค์กรมูลนิธิสามารถอุดหนุนเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยอนาถาและยากจน การขอใช้งบประมาณจากเงินบำรุงเป็นการขอกำหนดวงเงินบำรุงที่จะสามารถมาเป็นยอดเงินเพื่อสร้างสภาพคล่องในการบริหารโรงพยาบาล เช่นเมื่อสิ้นงบประมาณโรงพยาบาลมียอดเงินบำรุงเหลือเท่าไรต้องมีการรายงานแก่กรรมการบริหารมูลนิธิและการจัดทำงบประมาณก็เป็นการขออนุมัติยอดเงินที่คงเหลือเพื่อมาสร้างสภาพคล่องเพื่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลต่อไป โดยการดำเนินงานนั้นไม่ต้องการให้เกิดกำไรแต่ต้องสามารถเลี้ยงตัวและสามารถอุดหนุนเพื่อดำเนินงานต่อไปได้ ในส่วนเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยอนาถานั้นหากมีเหลือจ่ายก็ต้องส่งคืนแก่มูลนิธิ ซึ่งการดำเนินงานด้านสนับสนุนผู้ป่วยอนาถานี้เป็นบทบาทความรับผิดชอบของงานสังคมสงเคราะห์ที่ต้องดูแลกำกับและตรวจสอบ ซึ่งอาจต้องมีการตรวจสอบโดยการเยี่ยมบ้าน ด้านการบริหารงบประมาณและการเงินนั้น โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงกำไรมีการกำหนดวงเงินการอนุมัติใช้จ่ายแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลของทางราชการ วงเงินที่กำหนดจะมีวงเงินตายตัวที่สามารถใช้จ่ายเพื่อการจัดหาวัสดุสำหรับการบริหารจัดการในงานประจำของโรงพยาบาลเท่านั้น รวมทั้งมีการกำหนดอำนาจการอนุมัติจ่ายเงินที่มีขั้นตอนของอำนาจการบริหารและให้มีการตรวจสอบ เช่นโรงพยาบาลมูลนิธิกำหนดไว้เพียงวงเงินไม่เกินหนึ่งแสนบาทในขณะที่โรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุขสามารถอนุมัติเงินได้ในวงเงินมากกว่าหนึ่งแสนและอาจเป็นล้าน อย่างไรก็ตามก็ไม่ได้ทำให้การดำเนินงานเพื่อการจัดซื้อจัดจ้างมีอุปสรรคเพราะผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม่มีความจำเป็นที่ต้องจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพงๆ เนื่องจากการได้รับการลงทุนจากมูลนิธิและกรรมการมูลนิธิเองเป็นผู้ดำเนินการจัดหา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรับผิดชอบบริหารการเงินเฉพาะด้านวัสดุที่ไม่ต้องวงเงินที่สูงมาก และวงเงินที่สามารถอนุมัติสอดคล้องกับความจำเป็นที่ต้องใช้จัดหาวัสดุจึงมีความคล่องตัวเพียงพอในการดำเนินการ และไม่มีปัญหาการจัดซื้อวัสดุ จึงไม่มีความจำเป็นที่ต้องหลบหลีกการดำเนินงานทางระเบียบ ในการจัดซื้อจัดจ้าง เช่น การแบ่งจ้างแบ่งซื้อ ซึ่งทำให้เกิดการตรวจสอบได้ง่ายและโปร่งใส นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบการบริหารการเงิน โดยการกำหนดผู้มีอำนาจในการอนุมัติเงินไว้เป็นขั้น และระดับของผู้บริหารตามจำนวนวงเงิน เช่นวงเงินที่สูงกว่าหนึ่งแสน หากมีความจำเป็นต้องดำเนินการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยังสามารถเสนอให้ประธานกรรมโรงพยาบาล หรือผู้ได้รับมอบอำนาจ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลกำกับเรื่องการเงินมาร่วมอนุมัติสั่งจ่ายด้วย โดยทั่วไปแล้วการมาร่วมสั่งจ่ายเป็นเพียงเพื่อการถ่วงดุลเท่านั้น โดยไม่เคยต้องตรวจสอบ กรณีที่วงเงินไม่เกินอำนาจผู้อำนวยการโรงพยาบาลตามที่กำหนด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามารถสั่งจ่ายได้โดยการมีกรรมการจากคณะผู้บริหารโรงพยาบาลหรือกรรมการบริหารโรงพยาบาลนั่นเอง อย่างน้อยอีกหนึ่งคนมาร่วมอนุมัติเซ็นชื่อร่วมสั่งจ่าย การสั่งจ่ายเงินที่ได้รับอนุมัติไม่มีการกำหนดหมวดเงินที่เข้มงวดจนไม่สามารถจ่ายข้ามหมวดดังเช่นในหมวดเงินงบประมาณของทางราชการ ที่มีการกำหนดหมวดเงินเข้มงวดมากจนไม่คล่องตัว อย่างไรก็ตามการกำหนดที่ชัดเจนเข้มงวดก็มีข้อดีที่สามารถตรวจสอบได้ง่ายและติดตามดูแลได้ง่ายและเป็นการป้องกันการจ่ายเงินที่ไม่เหมาะสมและไม่โปร่งใสเพื่อการแสวงหาผลประโยชน์

โรงพยาบาลเอกชนของมูลนิธินั้นแม้มีนโยบายเพื่อการดำเนินงานธุรกิจที่ไม่แสวงกำไรนั้น แท้จริงมีการสร้างกำไรเพียงแต่กำไรที่เกิดจากการบริการในโรงพยาบาลนั้นเป็นการสร้างรายได้เพื่อเลี้ยงและสนับสนุนด้านการเงินให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินงานอยู่ได้ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าโรงพยาบาลที่สังกัดมูลนิธิเองอาจเป็นโรงพยาบาลที่ยังมีการแสวงกำไรเพียงแต่ไม่ใช้กำไรเพื่อการดำเนินธุรกิจกำไรขาดทุน ดังนั้นโรงพยาบาลรัฐที่ต้องการบริหารอย่างอิสระต้องมี

การกำหนดนโยบายด้านการดำเนินงานของโรงพยาบาลว่าเป็นการดำเนินงานเช่นไร? มีการดำเนินงานไม่ใช้ธุรกิจแต่ต้องการสร้างกำไรหรือไม่อย่างไร? และไม่แสวงกำไรจะมีการตรวจสอบอย่างไร?

โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ไม่มีการจัดงบประมาณ มีเพียงประมาณการและคาดการณ์ล่วงหน้าในเรื่องการขายบริการ การควบคุมงบประมาณใช้การตรวจสอบเรื่องกำไรขาดทุนเป็นรายเดือน รายงวด และรายปี การดูแลงบประมาณใช้ระบบบัญชีการเงินในการตรวจสอบ ดูแลกำกับ ในการจัดทำงบประมาณมีการรายงานเรื่องการงบดุลกำไรขาดทุน การค้างชำระหนี้และการสูญเสียหนี้ที่ไม่สามารถเก็บค่าบริการ การจัดทำงบประมาณมีการวิเคราะห์โดยนักการเงินการบัญชี และวัตถุประสงค์หลักของการจัดทำงบประมาณเป็นการรายงานสถานะการเงินของโรงพยาบาลเพื่อการปันผลจ่ายค่าตอบแทนและเพื่อมุ่งใจการระดมทุนจากผู้ถือหุ้น การอนุมัติงบประมาณในการลงทุนมีการเสนอเพื่อการเห็นชอบจากประธานและกรรมการบริหารบริษัท เนื่องจากการลงทุนจะเกิดการก่อหนี้โดยการกู้เงินซึ่งต้องมีการพิจารณาเรื่องค่าตอบแทน ความคุ้มทุน และการสร้างกำไรขาดทุน สิ่งสำคัญอย่างยิ่งก็คือการร่วมลงทุนโดยการกู้เงินของโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์นั้น กรรมการบริหารบริษัทและผู้อำนวยการโรงพยาบาลซึ่งเป็นกรรมการคนหนึ่งในคณะกรรมการบริหารบริษัท ต้องร่วมรับผิดชอบในการเป็นผู้กู้และผู้ค้ำประกันการกู้ของโรงพยาบาลด้วยตามระเบียบของการลงทุนในตลาดหลักทรัพย์ เพื่อเป็นข้อผูกมัดในการดูแลผลประโยชน์ให้ผู้ถือหุ้นอื่นๆ และเป็นการป้องกันการบริหารอย่างไม่รับผิดชอบของผู้บริหารโรงพยาบาล งบประมาณที่จัดทำที่ไม่ได้กำหนดหมวดหมู่เหมือนทางราชการ ทำให้สามารถใช้จ่ายได้อย่างคล่องตัว ซึ่งเป็นข้อดีกว่าทางราชการ แต่ก็มีข้อต้องระวังที่ไม่สามารถตรวจสอบได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่มีความโปร่งใสของการจัดซื้อจัดจ้าง การตรวจสอบงบประมาณโดยที่ไม่มีการกำหนดหมวดหมู่งบประมาณอย่างชัดเจนนั้น จะตรวจสอบถูกต้องจำเป็นต้องมีระบบข้อมูลที่รวบรวมทั้งผู้ทำหน้าที่ด้านการเงินการบัญชี ต้องมีความรู้ความสามารถ ที่จะวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผู้บริหารได้อย่างถูกต้อง

การบริหารจัดการบุคคลและค่าตอบแทน

โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่จัดบริการโดยใช้ทรัพยากรบุคคลในสาขาวิชาชีพต่างๆเป็นหลักและเป็นจำนวนมากเมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรบริการอื่นๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องศึกษาถึงข้อดีและด้อยของระบบบริหารจัดการเรื่องบุคลากรสาขาวิชาชีพต่างๆ ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ประเด็นที่น่าสนใจศึกษาจะประกอบด้วยการศึกษาถึง จำนวนปริมาณและสัดส่วนของสาขาวิชาชีพของบุคลากรในโรงพยาบาลที่สัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และ สัมพันธ์กับผลงานการให้บริการในโรงพยาบาล รวมไปถึงการรับภาระของโรงพยาบาลในการที่ต้องจ่ายเงินทั้งค่าเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นๆ เพื่อให้มีการบริการที่ดีและมีคุณภาพ รวมทั้งสร้างขวัญกำลังใจ และสร้างแรงจูงใจในการทำงาน อย่างไรก็ตามการศึกษาเรื่องผลของค่าตอบแทนต่อคุณภาพการบริการนั้น ต้องศึกษาละเอียด และ ต้องการทั้งเวลาและข้อมูลที่ดี ซึ่งอาจไม่สามารถแสดงรายละเอียดได้ชัดเจนมากนักจากการศึกษาครั้งนี้ การศึกษานี้ได้พยายามศึกษาแนวทางการบริหารจัดการงานบุคลากรที่เกี่ยวข้องตั้งแต่แนวทางการบรรจุแต่งตั้ง การสร้างขวัญและกำลังใจ การประเมินผลการปฏิบัติงาน การดำเนินการทางวินัย การสอบสวนและการลงโทษ รวมทั้งแนวทางการให้ค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน

ประเภทและสัดส่วนบุคลากรในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

ตัวอย่างโรงพยาบาลที่ศึกษาเรื่องการบริหารบุคคล ประกอบด้วยโรงพยาบาลตัวแทนกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ โรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไร และโรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไร รวมทั้งสิ้น 4 แห่ง เนื่องจากโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆขาดความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ใช้ศึกษาเปรียบเทียบ

สำหรับโรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุขนอกจากการพิจารณาคัดเลือกจากความสมบูรณ์ของข้อมูลที่มีแล้ว ยังพิจารณาถึงบทบาทการดำเนินงานในโรงพยาบาล ซึ่งการบริการโรงพยาบาลที่ศึกษานั้นต้องมีการให้บริการครอบคลุม ทั้ง ด้านการรักษาพยาบาลซึ่งอย่างต่ำมีการบริการในระดับทุติยภูมิ (secondary medical care) ถึงระดับตติยภูมิ (tertiary medical care) และการมีส่วนร่วมในการเป็นสถานที่ฝึกหัดร่วมผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่นเป็นโรงพยาบาลร่วมผลิตแพทย์ เป็นต้น ประเภทของบุคลากรที่กำหนดมาศึกษาเปรียบเทียบใช้ประเภทบุคลากรที่มีหน้าที่ให้การบริการโดยตรงต่อผู้ป่วยและเป็นหน่วยที่มีการให้บริการที่สามารถสร้างรายได้แก่โรงพยาบาล ดังนั้นการศึกษาประเภทบุคลากรด้านวิชาชีพจึงจะพิจารณาสายวิชาชีพที่สำคัญได้แก่สาขางานแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและพนักงานทางสายวิชาชีพด้านเทคนิคการแพทย์และรังสีเทคนิค ส่วนวิชาชีพอื่น ๆ นำมาเพื่อการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

จากการศึกษาเปรียบเทียบอัตราค่าลงเจ้าหน้าที่ในตารางที่ 1.3 พบว่าแพทย์และพยาบาลเป็นสายวิชาชีพที่มีปริมาณมากกว่าสายวิชาชีพอื่นๆ ในทุกโรงพยาบาล แม้ว่าความสำคัญจะไม่สามารถเปรียบเทียบระหว่างสายวิชาชีพ สิ่งที่ น่าสนใจในโรงพยาบาลเอกชนทั้งแสงและไม่แสงค่าโรนั้นพบว่า มีจำนวนเจ้าพนักงานด้านการเงินและบัญชีที่มากกว่าโรงพยาบาลภาครัฐอย่างชัดเจน โดยจำนวนเจ้าพนักงานดังกล่าวสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐ สองถึงสามเท่า และมีพฤติกรรมการศึกษาระดับปริญญาตรีจนถึงระดับปริญญาโท ซึ่งอาจมีสาเหตุจากหน้าที่ที่รับผิดชอบ เพราะนักการเงินการบัญชีของโรงพยาบาลเอกชนจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถ และบทบาทสำคัญในการวิเคราะห์การเงินการบัญชีเพื่อให้ข้อมูลในการตัดสินใจของผู้บริหารได้ ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐโดยเฉพาะโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการทำงานของบุคลากรทางการเงินการบัญชีที่เป็นการลงรายการบัญชีประจำวัน มากกว่าจะมีบทบาทในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการบริหารและตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาล อีกทั้งการกำหนดรูปแบบบัญชีที่ตายตัวของส่วนราชการ การที่มีบทบาทและปริมาณคนที่น้อยกว่างานที่ต้องทำ จึงไม่สร้างแรงจูงใจในการทำงานเท่าที่ควร

จากการเปรียบเทียบ ประเภทบุคลากรกับบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ (ตารางที่ 1.3) พบว่า แพทย์ โรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบการบริการผู้ป่วยในด้วยภาระที่สูงกว่าโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ โดยแพทย์หนึ่งคนในโรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุข ต้องดูแลผู้ป่วยใน 16 เตียง ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนแสงค่าโรรับผิดชอบเพียง 5 เตียง คิดเป็นความแตกต่างสูงถึง 3 เท่า และสูงเป็น 5 เท่าของแพทย์โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ ซึ่งแพทย์หนึ่งคนรับผิดชอบเตียงผู้ป่วยในเพียง 3 เตียง แพทย์โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสงค่าโรมีภาระความรับผิดชอบเตียงผู้ป่วยในที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุข โดยรับผิดชอบ 10 เตียงต่อแพทย์หนึ่งคน

การพิจารณาความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยในอาจพิจารณาเปรียบเทียบ ปริมาณการให้บริการที่เกิดขึ้นจริง (ตารางที่ 1.3) พบว่า แพทย์โรงพยาบาลเอกชนไม่แสงค่าโร มีการให้บริการผู้ป่วยใน ที่เกือบใกล้เคียงกับแพทย์ โรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุข โดยแพทย์หนึ่งคนในโรงพยาบาลเอกชนไม่แสงค่าโร ให้บริการดูแล ผู้ป่วยใน 379 คนต่อปี ในขณะที่โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขให้บริการมากกว่าเล็กน้อย คิดเป็นคนที่ใช้ 474 คนต่อแพทย์หนึ่งคน โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจมีการบริการที่น้อยมากเพียง 77 คนต่อแพทย์หนึ่งคนเท่านั้น โรงพยาบาลเอกชนแสงค่าโรไม่มีข้อมูลแสดงการเปรียบเทียบ เนื่องจากเหตุผลทางธุรกิจที่ไม่ต้องการเปิดเผย อย่างไรก็ตามประมาณการได้ว่า การบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนแสงค่าโร จำนวนไม่น่าจะมากเกินกว่าการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุข ที่การบริการให้แก่คนทุกชนชั้นสถานะ โดยเฉพาะผู้ป่วยในที่ยากจน ได้รับการรักษาพยาบาลไม่คิดมูลค่า ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนมีการกำหนดค่าบริการทางแพทย์ที่สูงกว่าภาครัฐ และผู้รับบริการต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งอาจจ่ายด้วยตนเอง หรือโดยบุคคลที่สาม เช่น บริษัทประกัน ก็ตาม

ตารางที่ 1.3 เปรียบเทียบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และการให้บริการในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

รายการเปรียบเทียบ	รพ.กระทรวง สาธารณสุข	รพ.รัฐ วิสาหกิจ	รพ.เอกชน ไม่แสวงกำไร	รพ.เอกชน แสวงกำไร
จำนวนเตียงผู้ป่วยใน	800	120	537	300
อัตรากำลัง: -จำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด	1589	309	(Full time) 1468	(Full time) 738
-แพทย์	94	32	51	60
-ทันตแพทย์	8	4	6	7
-เภสัชกร	23	5	8	6
-พยาบาลวิชาชีพและเทคนิค	478	109	298	127
-เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	10	10	26	39
-เจ้าหน้าที่อื่นๆรวมทั้งลูกจ้างชั่วคราว	986	149	1079	498
ผลงานการให้บริการ:				
-ผู้ป่วยนอก(ราย/ปี)	285,999	100,027	343,549	Na
-ผู้ป่วยใน(คน/ปี)	44,530	2,450	19,354	Na
-ผู้ป่วยคลอด(ราย/ปี)	3,223	106	3,537	Na
-ผ่าตัดใหญ่(ราย/ปี)	14,570	525	5,090	Na
สัดส่วนประเภทเจ้าหน้าที่:				
-แพทย์:เตียงผู้ป่วยใน	1:16	1:3	1:10	1:5
-พยาบาล:เตียงผู้ป่วยใน	1:1.6	1:1.1	1:1.8	1:2.4
-แพทย์:พยาบาล	1:5	1:3.4	1:5.8	1:2
-แพทย์:ผู้ป่วยนอก(ราย/ปี)	1:3,043	1:3,125	1:6,736	Na
-แพทย์:ผู้ป่วยใน(คน/ปี)	1:474	1:77	1:379	Na
-พยาบาล:ผู้ป่วยใน(คน/ปี)	1:93	1:22	1:65	Na

สำหรับการบริการผู้ป่วยนอกของแพทย์ (ตารางที่ 1.3) พบว่าโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงกำไรมีการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจเป็นสองเท่า โดยแพทย์โรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไรหนึ่งคนตรวจรักษา ผู้ป่วยนอกถึง 6,736 คนต่อปี ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุข และรัฐวิสาหกิจ แพทย์หนึ่งคนให้บริการผู้ป่วยนอกเพียง 3,043 คน และ 3,125 คน ตามลำดับ กรณีที่โรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไรแพทย์หนึ่งคน มีผลผลิตการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสูงอาจเพราะแรงจูงใจในการทำงาน ที่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ต่อผู้ป่วยแต่ละรายที่ให้บริการ จึงผลักดันให้แพทย์พยายามตรวจผู้ป่วยนอกเพื่อให้ปริมาณมากๆ เพื่อจะได้มีค่าตอบแทนที่มากด้วย จากการที่มีค่าตอบแทนสำหรับผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการรักษาพยาบาลแต่ละราย เป็นแรงจูงใจให้แพทย์แต่ละคนไม่มีการกำหนดปริมาณผู้ป่วยที่ต้องการตรวจรักษาเพียง 20 ราย ต่อวัน เปลี่ยนแปลงเป็นไม่จำกัดจำนวนและเวลาการทำงาน อย่างไรก็ตามแม้ผลผลิตการทำงานสูงขึ้นแต่อาจสร้างปัญหาของคุณภาพการบริการ เพราะแพทย์เองจะใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายลดลง แม้จะมีการป้องกันแก้ไขโดยการกำหนดเวลาที่แพทย์ต้องให้แก่ผู้ป่วยก็ตาม ก็ไม่สามารถควบคุมและประกันด้านคุณภาพการบริการได้จริง โรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไรเองมีการกำหนดค่าตอบแทนเช่นเดียวกับโรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไร แต่ไม่มีรายงานจำนวนผู้ป่วยนอกที่ชัดเจนเป็นข้อเปรียบเทียบได้ ซึ่งอาจสูงหรือมากกว่าโรงพยาบาลรัฐที่ไม่มีแรงจูงใจเช่นนี้

จำนวนพยาบาลเปรียบเทียบกับจำนวนเตียงนอนผู้ป่วยใน (ตารางที่ 1.3) พบว่าโรงพยาบาลเอกชนแสงคำไรมีพยาบาลที่รับภาระต่อเตียงผู้ป่วยใน ที่อัตราส่วนสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐ กระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชนไม่แสงคำไร โดยพยาบาลหนึ่งคนรับผิดชอบ 2 เตียงถึง 3 เตียงผู้ป่วยใน ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชนไม่แสงคำไรรับผิดชอบน้อยกว่าโรงพยาบาลเอกชน โดยพยาบาลหนึ่งคนในโรงพยาบาลรัฐ กระทรวง สาธารณสุขรับผิดชอบดูแลเตียง 1 ถึง 2 เตียง การที่พยาบาลโรงพยาบาลเอกชนแสงคำไรมีภาระในการดูแลรับผิดชอบต่อเตียงผู้ป่วยในที่สูงส่วนสูงๆ ดูเหมือนว่ามีการทำงานที่มีประสิทธิภาพสูงกว่า หรืออาจเพราะเตียงที่ใช้ให้ผู้ป่วยเข้านอนพักรักษาตัวอาจใช้ไม่หมด และไม่เต็มที่จะกำหนดจำนวนพยาบาลตามข้อเท็จจริงไม่ใช่ตัวเลขที่คำนวณอย่างเดียว นอกจากนี้ อาจมาจากการที่มีการตอบแทนในการทำงานอยู่เวร จึงทำให้การที่จำนวนพยาบาลน้อยกว่าที่ควรเป็นการจูงใจให้ทำงานนอกเวลาทำให้มีการอยู่เวรนอกเวลามากขึ้นเป็นการสร้างรายได้ที่เพิ่มขึ้น จึงไม่จำเป็นต้องมีจำนวนพยาบาลมากเกินไป การตรวจสอบการใช้สอยเตียงว่าเต็มหรือไม่ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องนำมาเปรียบเทียบกับอัตราครองเตียง เพื่อดูปริมาณการทำงานที่แท้จริงของแพทย์และพยาบาล ซึ่งการศึกษารุ่นนี้ไม่มีข้อมูลที่โรงพยาบาลเอกชนเพื่อธุรกิจจะนำมาเปรียบเทียบ ด้วยเหตุผลที่ได้กล่าวไว้แล้ว

พิจารณาการให้บริการผู้ป่วยในของพยาบาล (ตารางที่ 1.3) ก็มีความสอดคล้องกับ สัดส่วนของจำนวนพยาบาลกับจำนวนเตียงผู้ป่วยในที่เปรียบเทียบไว้ และไปในทิศทางเดียวกัน โดยโรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุข กับโรงพยาบาลเอกชนเพื่อคำไร มีปริมาณงานที่ใกล้เคียงกัน และสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ ส่วนของโรงพยาบาลเอกชนเพื่อธุรกิจคำไรไม่มีข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในมาเปรียบเทียบ

สัดส่วนของแพทย์ต่อพยาบาลนั้น (ตารางที่ 1.3) โรงพยาบาลเอกชนแสงคำไรมีสัดส่วน แพทย์ต่อพยาบาลเพียง 1 : 2 แต่ โรงพยาบาลเอกชนไม่แสงคำไร และ โรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุขมีพยาบาลต่อแพทย์ เป็น 5 : 1 ซึ่งคิดเป็น 2 เท่าของโรงพยาบาลเอกชนที่แสงคำไร

จำนวนพยาบาลที่นำมาเปรียบเทียบ ไม่ได้กำหนดรายละเอียดการทำงานที่แท้จริง ซึ่งอาจทำให้มีความคลาดเคลื่อนอยู่บ้าง เช่น พยาบาล หรือ แพทย์บางคนอาจไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยแต่ปฏิบัติงานเป็นหัวหน้างานที่บริหาร อย่างไรก็ตามก็ถือการคลาดเคลื่อนนี้ว่ามีไม่มาก

เงินเดือนและค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่สาขาวิชาชีพต่างๆในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

การศึกษาเปรียบเทียบค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนมีประเด็นที่ศึกษาสำคัญ 2 ประการ คือจำนวนค่าตอบแทนที่จ่ายในระยะเวลาย้อนหลัง 5 ปี กับอัตราค่าตอบแทนที่จ่ายในปี พ.ศ.2540 ที่ผ่านมาแล้ว เพื่อเปรียบเทียบการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน สำหรับเป็นแนวทางการวางแผน และการกำหนดค่าตอบแทนที่เหมาะสมแก่บุคลากรทางภาครัฐ ซึ่งกล่าวกันมากกว่าภาครัฐมีการจ่ายค่าตอบแทนที่ต่ำกว่าภาคเอกชน

การศึกษาเปรียบเทียบค่าตอบแทนที่จ่ายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ใช้ข้อมูลที่สมบูรณ์จากโรงพยาบาลตัวแทนของโรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ โรงพยาบาลคณะแพทย์ โรงพยาบาลเอกชนทั้งที่แสงและ ไม่แสงคำไร รวม 5 แห่ง เพื่อแสดงเปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนเงินสำหรับค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น ย้อนหลัง 5 ปี โดยการศึกษาเปรียบเทียบสามารถแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่ช่วงปี พ.ศ. 2536-2538 และปี พ.ศ. 2538-2540 เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ในการเปรียบเทียบไม่สามารถศึกษาเปรียบเทียบไขว้กันระหว่างโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง โดยเฉพาะโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เนื่องจากข้อมูลค่าตอบแทนของโรงพยาบาลรัฐทั้งโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข และ คณะแพทย์เป็นค่าตอบแทนที่ไม่ได้รวมเงินเดือนประจำ แต่ค่าตอบแทนของโรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ และ เอก

ชนทั้งแสง และไม่แสงกำไร เป็นค่าเงินเดือนรวมกับค่าตอบแทนอื่นๆที่พึงได้ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนแสงกำไรเอง สายอาชีพแพทย์ และบางสายงานการคิดค่าตอบแทนไม่มีเงินเดือน แต่เป็นการคิดค่าตอบแทนตามปริมาณงานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอก ใน และ การทำหัตถการ ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจในการบริการทั้งปริมาณและคุณภาพ ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐมีอัตราเงินเดือนที่ตายตัว และ เป็นบัญชีเงินเดือนที่ใช้ร่วมกับข้าราชการหน่วยอื่นๆทั่วประเทศตามระบบราชการของกรรมการข้าราชการพลเรือน

ผลการศึกษาการเปรียบเทียบการจ่ายค่าตอบแทนย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ถึง พ.ศ. 2540 รวม 5 ปี พบว่า (ตารางที่ 1.4) ช่วงปี พ.ศ. 2536-2538 นั้น โรงพยาบาลรัฐกระทรวง สาธารณสุข และ โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์มีอัตราค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2538 จากฐานค่าตอบแทนของปี พ.ศ.2536 และ 2537 เป็น 44% และ 48% ตามลำดับ ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจและโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสงกำไร มีสัดส่วนการเพิ่มในช่วงเวลาเดียวกันจากปี พ.ศ.2536 ถึงปี พ.ศ.2538 เป็น 24% และ 30% การเพิ่มขึ้นรวดเร็วของค่าตอบแทนภาครัฐเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงระเบียบการจ่ายค่าตอบแทน และขณะเดียวกันเป็นระยะที่เศรษฐกิจฟองสบู่กำลังเฟื่องฟู และภาวะค่าครองชีพของข้าราชการที่เงินเดือนต่ำกว่าภาคเอกชน ที่ทำให้เกิดปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ลาออกไปปฏิบัติงานในภาคเอกชนที่เรียกว่าสมองไหล การเปลี่ยนแปลงการจ่ายค่าตอบแทน ซึ่งต้องได้รับความยินยอมจากกระทรวงการคลังจึงได้รับอนุมัติได้ไม่ยาก ทำให้เกิดการเพิ่มการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษแก่แพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆขึ้นอย่างมาก เช่น มีการจ่ายค่าตอบแทนเงินช่วยเหลือพิเศษแก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลโดยไม่ทำเวชปฏิบัติ หรือคลินิกส่วนตัวอีกคนละหนึ่งหมื่นบาทต่อเดือน การจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานด้านรักษาพยาบาลนอกเวลา แก่แพทย์โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเดิมไม่มีแต่มีเพียงได้รับการจ่ายเงินเบี่ยเฉลี่ยหมาจ่าย 2,000 บาท ถึง 2,200 บาทต่อเดือนเท่านั้น โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์มีการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ ที่ปฏิบัติหน้าที่รักษาพยาบาลนอกเวลาราชการเพิ่มขึ้น ทั้งค่าตอบแทนที่เหมาะสมเป็นเวรผลัด และค่าตอบแทนตามปริมาณงานที่ทำหัตถการ สายงานอื่นๆ เช่น ทันตแพทย์มีการจ่ายค่าตอบแทน สำหรับการปฏิบัติงานคลินิคนอกเวลา สายงานพยาบาล และบุคลากรสายงานอื่นๆ เช่น เจ้าพนักงานเภสัชกรรมมีการเพิ่มค่าตอบแทนในทำนองเดียวกัน (สุกสิทธิ์ พรธรรมา โนทัยและคณะ 2539) ซึ่งการเพิ่มค่าตอบแทนนี้ บางส่วนก่อให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการ แต่ก็สร้างปัญหาในด้านการให้บริการ ที่มีแนวโน้มการให้การรักษาพยาบาลที่ก่อให้เกิดผลเพิ่มค่าตอบแทน เช่น ทำให้อัตราการรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการสูงขึ้นและบางกรณีอาจไม่สมควร แต่ไม่สามารถดูแลกำกับได้เท่าที่ควร ทำให้เกิดความขัดแย้งในการบริหารและเกิดการลอกเลียน แก่ผู้ตั้งใจปฏิบัติงานคืออยู่แล้ว

ตารางที่ 1.4 ค่าตอบแทนย้อนหลัง 5ปีในโรงพยาบาลรัฐและ เอกชน

ประเภทโรงพยาบาล	พ.ศ.2540 (ล้านบาท)	พ.ศ.2539 (ล้านบาท)	พ.ศ.2538 (ล้านบาท)	พ.ศ.2537 (ล้านบาท)	พ.ศ.2536 (ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม ปี38-40	อัตราเพิ่ม ปี36-38	อัตราเพิ่ม ปี36-40
รพ.กระทรวงสาธารณสุข*	37.20	33.45	32.80	25.13	22.75	13.41%	44.18%	63.52%
รพ.รัฐวิสาหกิจ**	62.77	59.07	58.34	48.66	46.71	7.59%	24.9%	34.38%
รพ.คณะแพทย์*	132.05	104.74	90.36	60.87	-	46.14%	48.45% (a)	116.92% (b)
รพ. เอกชน 'ไม่' แสงกำไร**	164.08	155.94	139.79	117.24	107.20	17.38%	30.40%	53.06%
รพ.เอกชนแสงกำไร**	112.90	103.05	84.49	-	-	33.63%	-	-

หมายเหตุ: (a) หมายถึง การเพิ่มในปี พ.ศ. 2537 ถึง ปี พ.ศ.2538

(b) หมายถึง การเพิ่มในปี พ.ศ.2537ถึงปี พ.ศ.2540

* หมายถึงค่าตอบแทนที่ไม่รวมเงินเดือน

** หมายถึงค่าตอบแทนที่รวมเงินเดือนด้วย

โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์มีข้อมูลที่สามารถแสดงให้เห็น การเพิ่มขึ้นของค่าตอบแทนเพียงช่วงเวลา ปี พ.ศ. 2537-2538 เพียงปีเดียวนั้น เหตุผลของการเพิ่มขึ้นของค่าตอบแทนคล้ายกับโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข อันเนื่องมาจากภาวะเศรษฐกิจค่าครองชีพ และการเฟื่องฟูของเศรษฐกิจฟองสบู่ และการเกิดสมองไหลการเพิ่มค่าตอบแทนของโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์มีความคล่องตัวมากกว่าโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ที่ระบียบการจ่ายค่าตอบแทนเป็นการแก้ไขโดยหน่วยงานของมหาวิทยาลัย อาศัยความเป็นอิสระจากระบบราชการที่การแก้ไขระบียบเป็นอำนาจของมหาวิทยาลัยที่ออก และแก้ไขระบียบการจ่ายค่าสมนาคุณแก่อาจารย์มหาวิทยาลัย โดยการแก้ไขค่าตอบแทนสามารถแก้ไขได้ ทั้งในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานและสร้างความเป็นธรรมในการจ่ายค่าตอบแทน ได้แก่การแก้ไขเพิ่มเติมการจ่ายเงินเดือนอาจารย์แพทย์ การเพิ่มเติมจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติราชการด้านรักษาพยาบาลนอกเวลา การเพิ่มเติมการจ่ายค่าตอบแทนผู้จัดทำโครงการพัฒนางานในคณะแพทย์ และการจ่ายเงินสมนาคุณแก่บุคลากรสาขาขาดแคลน

ช่วงปี พ.ศ. 2536 ถึงปี พ.ศ. 2538 นั้น สำหรับโรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไร ไม่มีข้อมูลที่มาศึกษาเปรียบเทียบได้

ช่วงปี พ.ศ. 2538 ถึงปี พ.ศ. 2540 นั้น โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์มีการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นโดยเทียบกับค่าตอบแทนของปี พ.ศ. 2536 ในสัดส่วนที่สูงสุดโดยเพิ่มขึ้นอีก 46% ใกล้เคียงกับการเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2537 ถึงปี พ.ศ. 2538 โรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุขมีการสัดส่วนการเพิ่มอย่างมากถึง 44% โรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไร มีการจ่ายเพิ่มจากเดิม 33% ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไร และโรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ มีการเพิ่มขึ้น ในอัตราที่ลดลง 2 ถึง 3 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาปี พ.ศ. 2536 ถึง พ.ศ. 2538 โดยโรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไรมีสัดส่วนการเพิ่มอีก 17% และโรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจมีการเพิ่มน้อยที่สุดเพียง 7% เท่านั้น

การเพิ่มขึ้นของค่าตอบแทนโรงพยาบาลรัฐ กระทรวงสาธารณสุข อย่างสูง ในช่วงปี พ.ศ. 2536 ถึงปี พ.ศ. 2540 นั้น อาจเป็นเหตุผลจากการเปลี่ยนแปลงการจ่ายค่าตอบแทนโดยเฉพาะสำหรับสายงานพยาบาล ที่มีการกำหนดการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ปฏิบัติงานเวรภัยคือที่เป็นการปฏิบัติงานปกติ ไม่ใช่การปฏิบัติงานนอกเวลาเวรที่มีการจ่ายค่าล่วงเวลาอยู่แล้ว

เมื่อเปรียบเทียบตลอดระยะเวลา ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2536 ถึงปี พ.ศ. 2540 โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มีสัดส่วนการเพิ่มของการจ่ายค่าตอบแทนสูงสุด ถึง 116% โรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มขึ้น 63% โรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไร เป็น 53% และ โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ เพิ่มขึ้นที่สุดเพียง 34% การที่โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ มีการเพิ่มค่าตอบแทนที่ไม่สูงนักอาจเพราะว่าโรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ นั้นมีการจ่ายค่าตอบแทนที่สูงอยู่เดิมแล้วโดย สามารถพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบ ค่าตอบแทนเป็นรายสาขาวิชาชีพ ซึ่งจะมีการนำเสนอต่อไป

หากศึกษาเปรียบเทียบการจ่ายค่าตอบแทน แยกระหว่างประเภทสาขาวิชาชีพ โดยพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างสาขาแพทย์ และพยาบาล ซึ่งเป็นสาขาวิชาชีพหลักในการให้บริการผู้ป่วยใน เทียบกับสาขาวิชาชีพอื่นๆ รวมทั้งทันตแพทย์ เภสัชกร และอื่นๆ รวมกัน ในโรงพยาบาลตัวแทน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ และโรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไร (ตารางที่ 1.5) พบว่าสายงานแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไรได้รับค่าตอบแทนสูงมากกว่าโรงพยาบาลอื่นๆ คิดเป็น ประมาณ 35% ของค่าตอบแทนที่จ่ายทุกสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุข มีการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์เป็นประมาณ 25%ของการจ่ายค่าตอบแทนทั้งหมด โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจจ่ายค่าตอบแทนแพทย์สัดส่วนเพียง 20% ซึ่งน้อยกว่าทุกประเภทโรงพยาบาล ทางตรงกันข้ามโรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจมีการจ่ายค่าตอบแทนสายงานพยาบาลสูงสุด คิดเป็น 40% ของการจ่ายค่าตอบแทนทั้งหมด โรงพยาบาลรัฐกระทรวง สาธารณสุข ก็มีการจ่ายค่าตอบแทนพยาบาลสูงกว่าสายงานแพทย์ คิดเป็น 35% ของการจ่ายค่าตอบแทน

แทนทั้งหมด โรงพยาบาลเอกชนแสงกำไรมีการจ่ายค่าตอบแทน แก่สายงานพยาบาลน้อยกว่าสายงานแพทย์ เพียง 23% ของการจ่ายค่าตอบแทนทั้งหมดที่จ่ายในโรงพยาบาล พอจะสรุปในภาพรวมกว้างๆ ได้ว่ามีการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ ในโรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุขประมาณหนึ่งในสี่ หรือ 25% ของการจ่ายค่าตอบแทนทั้งหมด โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจประมาณหนึ่งในห้า หรือ 20% ของการจ่ายค่าตอบแทนทั้งหมด และโรงพยาบาลเอกชนแสงกำไรเป็นหนึ่งในสาม หรือ 34% ของมูลค่าการจ่ายค่าตอบแทนทั้งหมดในโรงพยาบาล ในส่วนของโรงพยาบาลรัฐกระทรวงสาธารณสุข นั้น ไม่ได้รวมเงินเดือนที่มีการจ่ายเป็นประจำทุกเดือน ซึ่งถ้านำมารวมอาจจะทำให้ค่าตอบแทนรวมสูงกว่า หรือ ต่ำกว่า สัดส่วนที่แสดงไว้ใน ตารางที่ 1.5 นี้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณจำนวนแพทย์และพยาบาล และ อัตราเงินเดือนที่ได้รับ

ตารางที่ 1.5 ค่าตอบแทนจ่ายตามสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐและเอกชนปี พ.ศ. 2540

สาขาวิชาชีพ	รพ.รัฐกระทรวงสาธารณสุข		รพ.รัฐวิสาหกิจ		รพ.เอกชนแสงกำไร	
	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%
-แพทย์	9.72	26.13	12.10	19.28	38.67	34.25
-พยาบาล	13.29	35.57	25.67	40.90	26.52	23.35
-สาขาวิชาชีพอื่นๆ รวมทั้ง ทันตแพทย์ และ เภสัชกร	14.18	38.13	25.00	39.83	47.71	42.26
รวม	37.19	100	62.77	100	112.90	100

หากนำมูลค่าตอบแทนสายวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลมารวมกัน จะพบว่าทุกโรงพยาบาลจะมีมูลค่าการจ่ายค่าตอบแทน ของสายวิชาชีพแพทย์และพยาบาล มากกว่าครึ่งหนึ่ง หรือ 50% ของค่าตอบแทนที่จ่ายทั้งหมดที่ต้องจ่ายในโรงพยาบาล

การศึกษาอัตราค่าเงินตอบแทนแยกรายสาขาอาชีพ สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1.6 โดย โรงพยาบาลที่มีข้อมูลครบ สามารถศึกษาเปรียบเทียบ ประกอบด้วย โรงพยาบาลรัฐ กระทรวง สาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวง และแสวงกำไร รวม 4 แห่ง การศึกษาได้พิจารณา ค่าตอบแทนในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการของหน่วยบริการหลักในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ทั้งพยาบาลวิชาชีพและเทคนิค พนักงานเทคนิคการแพทย์ พนักงานรังสีเทคนิค และสายงานสนับสนุนการบริการสำคัญ ได้แก่ พนักงานการเงิน การบัญชี การศึกษาพบว่า อัตราค่าตอบแทนสำหรับโรงพยาบาลรัฐ กระทรวง สาธารณสุข มีอัตราที่ต่ำสุด ทุกประเภท สาขาวิชาชีพ คิดเป็นครึ่งหนึ่งของค่าตอบแทนของโรงพยาบาลเอกชนแสงกำไรโดยเฉพาะสายงาน แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลที่เป็นสายงานหลักของการให้บริการ

ตารางที่ 1.6 เปรียบเทียบเงินเดือนและค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

ประเภทเจ้าหน้าที่	รพ.รัฐ กระทรวง สาธารณสุข	รพ.รัฐวิสาหกิจ	รพ.เอกชน ไม่แสวงกำไร	รพ.เอกชน แสวงกำไร
ค่าตอบแทน(บาท/เดือน)				
แพทย์	8180 – 27980	15090 – 62080	100,000*	50,000 – 300,000
ทันตแพทย์	8260 – 19840	17990 – 52990	80,000*	27,000 - 150,000
เภสัชกร	7197 – 17083	7640 – 49910	18000 – 55000	18399 – 31229
พยาบาล	5255 – 19680	7640 – 21620	9000 – 20000	14281 – 27720
เจ้าพนักงานเทคนิคการแพทย์	6680 – 19005	7640 – 35960	5300 – 25000	14281 - 29381
เจ้าพนักงานรังสีเทคนิค	7880 – 17880	4880 – 35960	5000 – 20000	10417 – 29160
พนักงานบัญชีและการเงิน	5200 – 15540	6810 – 46950	5500 – 25000	5326 – 20963
เจ้าหน้าที่อื่นๆ	4200 – 14040	4880 - 21620	5000 – 15000	5310 – 27000
	หมายเหตุ: เป็นค่าตอบแทนรวมกับเงินเดือนตามบัญชีอัตราเงินเดือนข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2538		หมายเหตุ: * หมายถึง ค่าเฉลี่ย	

ค่าตอบแทนที่มีความแตกต่างกันมาก ระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุขกับโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่แสวงกำไรนั้น แพทย์และทันตแพทย์มีค่าตอบแทนที่มากคิดเป็น 4-10 เท่าตัวของโรงพยาบาลรัฐ (ตารางที่ 1.6) ในโรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไรนั้นมีการจ่ายค่าตอบแทนสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เพราะการตั้งเงินเดือนนั้นใช้ประเมินนอกจากความรู้ที่กำหนดโดยคุณสมบัติทั่วไป แล้วยังมีการพิจารณาเรื่องความสามารถและประสิทธิภาพการทำงาน เช่น สายงานพยาบาลนั้น หากมีคุณสมบัติครบ ได้แก่ การมีใบปริญญารับรองคุณวุฒิด้านความรู้ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพด้านพยาบาล ก็จะได้รับเงินเดือนสูงกว่าระบบราชการคิดเป็น ประมาณ ขั้นที่ 2 ของเงินเดือนข้าราชการบรรจุใหม่ในกระทรวงสาธารณสุข ผู้ที่มีประสบการณ์ได้ผ่านการปฏิบัติงานมาก่อน เมื่อมาสมัครและได้รับคัดเลือกให้ทำงานสามารถนำอัตราเงินเดือนที่ได้รับมาก่อนมาตั้งจ่ายได้เลย ในส่วนระดับผู้บริหารและหัวหน้างานการตั้งเงินเดือนใช้การต่อรอง โดยพิจารณาความเหมาะสมกับความสามารถและประสบการณ์ที่มี การจัดตั้งเงินเดือนค่าตอบแทนดังกล่าวนี้ ย่อมสร้างการคล่องตัวและแรงจูงใจในการเลือกสรรบุคคลเข้ามาทำงาน และสร้างจิตสำนึกในการรักษองค์กรมากขึ้น นอกจากนี้การต่อรองการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่บุคลากรสายวิชาชีพอื่นๆ ยังมีความคล่องตัวที่สามารถต่อรองโดยการนำผลการปฏิบัติงานมาพิจารณา อย่างไรก็ตามการที่มีการจ่ายค่าตอบแทนที่หลากหลาย และไม่คงที่ ทำให้เกิดปัญหาได้ถ้าไม่มีการบริหารจัดการที่ดี โดยเฉพาะการเป็นผู้นำของผู้บริหารและกรรมการบริหารโรงพยาบาลที่จะมีการเจรจาต่อรอง การรวบรวมข้อมูลเพื่อการดำเนินงานงบประมาณจะลำบากและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอย่างมาก และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาด้านระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศโดยระบบคอมพิวเตอร์

งานการบุคลากรด้านการบรรจุแต่งตั้ง การประเมินผลการทำงาน การสอบสวนการทำผิด รวมถึงการสร้างขวัญกำลังใจ โรงพยาบาลรัฐและเอกชน มีแนวทางการดำเนินงานคล้ายคลึงกันในช่วงตอนการปฏิบัติและวิธีการ โดยการดำเนินงานใช้รูปแบบกรรมการ คณะกรรมการที่แต่งตั้งให้ดำเนินงานรับผิดชอบ มีการแต่งตั้งตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล โดยมีหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องและหัวหน้างานบุคลากรร่วมเป็นกรรมการในคณะนั้นๆ แล้วแต่ประเด็นที่

ดำเนินงาน เช่น การรับสมัคร บรรจุ แต่งตั้ง จะมีเป็นหัวหน้างานที่ต้องการรับเจ้าหน้าที่ใหม่นั้นๆ มาร่วมเป็นกรรมการ เพื่อให้สามารถคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสมที่สุดกับงานที่จะทำ มีการฝึกทดลองงานในเวลาที่กำหนด โรงพยาบาลเอกชนที่แสวงกำไรจะมอบหมายให้หัวหน้างานนั้นๆ มีอำนาจในการคัดเลือกเจ้าหน้าที่ที่หน่วยนั้นๆต้องการ และให้ดูแลกำกับการทำงาน รวมทั้งการประเมินการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มเงินเดือนค่าจ้าง รวมทั้งการเสนอขอเท็จจริงการทำงานเพื่อประกอบการพิจารณาความผิดต่อคณะกรรมการสอบสวนเมื่อเกิดการกระทำผิดขึ้นมา

การสร้างขวัญกำลังใจ มีการจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ในภาครัฐมีการประกันความเจ็บป่วยที่ดีกว่าภาคเอกชนโดยให้ความคุ้มครองที่กว้างขวางกว่า ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนจะมีการคุ้มครองการเจ็บป่วยโดยระบบประกันสังคม อย่างไรก็ตามทั้งภาครัฐและภาคเอกชนได้มีการสร้างความมั่นคงในอนาคตการทำงาน ซึ่งโรงพยาบาลรัฐจะเป็นรูปธรรมมากกว่าโรงพยาบาลเอกชน ที่ความมั่นคงของอนาคตการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่มีความผูกพันกับอนาคตการดำเนินงานของธุรกิจโรงพยาบาล และอาจด้วยเหตุผลนี้ ที่ทำให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอกชนต้องมีการแข่งขันการทำงานทั้งภายในโรงพยาบาล และระหว่างโรงพยาบาลเอกชนด้วยกัน การสร้างขวัญกำลังใจในการทำงานโรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไร มีการนำวัฒนธรรมตะวันออกชาวจีนมาผสมผสาน เช่น การอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่และครอบครัวที่เจ็บป่วย โดยโรงพยาบาลเองแบกรับภาระค่าใช้จ่าย มีการให้รางวัลในวาระนักขัตฤกษ์ เช่น การจ่ายอั่งเปาคล้ายการให้โบนัสเป็นเงิน 2-3 เท่าของเงินเดือน เป็นต้น นอกจากนี้โรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไรมีการใช้ระบบอุปถัมภ์เพื่อสร้างและพัฒนาคำเนินงานโรงพยาบาล เช่น ผู้บริหารระดับสูงในองค์กรได้ช่วยเหลือในการจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ ที่โรงพยาบาลต้องการ โดยการประสานงานและขอความช่วยเหลือจากเพื่อนและญาติมิตร ที่มีการดำเนินการธุรกิจดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาลสามารถจัดหาพัสดุมาด้วยราคาที่ต่ำและคุณภาพดี เป็นการประหยัดต้นทุนโรงพยาบาล ซึ่งระบบอุปถัมภ์เป็นสิ่งที่พบเห็นได้ในวัฒนธรรมตะวันออกโดยเฉพาะประเทศไทย เพียงแต่นำมาปฏิบัติสามารถสร้างให้เกิดผลดีและมีประโยชน์ต่อส่วนรวมมากน้อยอย่างไรนั้น ต้องมีระบบคุณธรรมมาเป็นตัวร่วมในการนำมาใช้ให้เกิดผลดีแก่องค์กรและส่วนรวม โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงกำไรจึงเป็นตัวอย่างในทางสร้างสรรค์ ที่ยอมรับว่าระบบอุปถัมภ์เองสามารถช่วยการบริหารได้อย่างดี หากมีปัจจัยด้านคุณธรรมมาร่วมพิจารณากลับกรอง

สรุป

จากการศึกษาเปรียบเทียบพบว่า โดยรวมโครงสร้างและการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐและเอกชนมีโครงสร้างที่คล้ายคลึงกันในด้านโครงสร้างหลักขององค์กรแม้ในรายละเอียดมีความแตกต่างกันเนื่องจากนโยบาย เป้าหมายขององค์กรต้นสังกัด นโยบายด้านการบริหารและบริการนั้นทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนมีการจัดการบริการที่ต้องการให้การบริการได้มาตรฐานและมีคุณภาพ ซึ่งผลลัพธ์ของการบริการที่ดีมีประสิทธิภาพจะนำไปสู่การตอบแทนแก่โรงพยาบาล ผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินงานโรงพยาบาลรัฐเป็นการก่อให้เกิดผลประโยชน์ทางสังคม ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงกำไร แต่สำหรับโรงพยาบาลเอกชนที่แสวงกำไรการก่อผลประโยชน์เน้นที่ก่อรายได้ตัวเงินที่ก่อกำไรแก่หน่วยงานโดยเฉพาะผู้ลงทุน

การศึกษาโครงสร้างการบริหารสำหรับการศึกษาครั้งนี้แม้จะได้ข้อมูลที่เปรียบเทียบกว้างขวางหลายประการก็ตาม ก็ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียดและในประเด็นอื่นๆที่ไม่ครอบคลุม ที่สำคัญได้แก่การเชื่อมโยงของโครงสร้างการบริหารกับหน่วยงานต้นสังกัดที่อยู่ในระดับที่สูงกว่า และหน่วยงาน องค์กรอื่นๆทั้งในแนวดิ่งและแนวราบ อันได้แก่การเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง การเชื่อมต่อของโครงสร้างยังรวมไปถึงการเชื่อมต่อในลักษณะเครือข่ายกับองค์กรเอกชนและชุมชน

ภายในโครงสร้างและการเชื่อมโยงของโครงสร้างโรงพยาบาลนั้น ยังมีประเด็นที่ควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของการกระจายอำนาจการบริหารจัดการ จากการศึกษาที่มีข้อมูลบางประการที่ชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลแสวงท่าไรมีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการเรื่องคนให้แก่หัวหน้างานระดับปฏิบัติการ เช่น หัวหน้าคิกผู้ป่วยใน ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ก่อให้เกิดการทำงานที่อิสระและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งการตอบคำถามต้องการศึกษาเพิ่มเติมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลรัฐที่มีความซับซ้อนของการทำงานและขั้นตอนระเบียบการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเรื่องการบริหารจัดการด้านพัสดุและเงิน โรงพยาบาลเอกชนแสวงท่าไรคล้ายมีความเข้มงวดการใช้จ่ายและการดำเนินงานงานพัสดุมากกว่าโรงพยาบาลรัฐ ทั้งๆที่ขั้นตอนการปฏิบัติมีระเบียบวิธีปฏิบัติคล้ายโรงพยาบาลรัฐแต่ไม่เคร่งครัดเหมือนโรงพยาบาลรัฐ

เรื่องค่าตอบแทนการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลรัฐมีการให้ผลตอบแทนด้านตัวเงินเป็นค่าตอบแทนที่ต่ำสุดเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ โรงพยาบาลคณะแพทย์ โรงพยาบาลเอกชนทั้งแสวงและไม่แสวงท่าไร แต่ขณะเดียวกันสวัสดิการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรัฐกลับมีรูปแบบเป็นระเบียบที่ชัดเจน จึงเกิดคำถามว่าทั้งสองประเด็นมีความสัมพันธ์ที่สร้างความสมดุลให้แก่ระบบราชการจริงหรือไม่? และควรจัดให้ข้อดีของการจ่ายค่าตอบแทนกับการจัดสวัสดิการทั้งสองประการมาสัมพันธ์กันอย่างไร? ให้มีความสมดุลพอเหมาะ เพื่อให้เกิดการกระตุ้นให้มีการทำงานที่มีผลดีและมีประสิทธิภาพสูงสุดในโรงพยาบาลรัฐที่จะมีการบริหารที่อิสระมากขึ้น และสร้างความรักองค์กรให้เกิดในทีมงานของโรงพยาบาลอิสระนั้นๆ การประเมินผลการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เป็นสิ่งที่การศึกษาครั้งนี้ไม่ครอบคลุม เพราะการประเมินผลการปฏิบัติงานนั้น ต้องการรายละเอียดที่มาก จึงจำเป็นต้องเวลาและข้อมูลที่มีรายละเอียดอย่างดีสมควรแยกศึกษาเป็นการเฉพาะต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเปรียบเทียบข้อดี และ ข้อด้อยระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ในด้านการบริหารจัดการ พอสรุปข้อเสนอแนะสำหรับโรงพยาบาลรัฐ ที่จะมีการบริหารที่เป็นอิสระได้ดังนี้

1. นโยบายการบริหารและการบริการ

1.1 โรงพยาบาลรัฐอิสระควรมีนโยบายด้านการบริหาร ที่สามารถหารายได้เพื่อการอยู่รอดของโรงพยาบาลแต่ต้องไม่มีการแสวงหากำไรแบบธุรกิจภาคเอกชน ต้องกำหนดนโยบายที่ไม่มุ่งหวังทางธุรกิจ ในขณะที่เดียวกันรัฐต้องกำหนดการสนับสนุนให้ชัด โดยเฉพาะการลงทุนที่ต้องการงบประมาณมากๆ เช่น การก่อสร้าง และ การลงทุนด้าน ครุภัณฑ์ที่มีราคาแพง หรือ แม้แต่การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดำเนินงานของโรงพยาบาล ในกรณีที่โรงพยาบาลเองไม่สามารถจัดหารายได้เพียงพอที่จะบริหารและดำเนินการ ซึ่งขณะเดียวกันรัฐบาลจำเป็นต้องกำหนดแนวทางปฏิบัติและตรวจสอบได้อย่างชัดเจน

1.2 นโยบายด้านการบริการ ควรครอบคลุมการบริการทั้ง การรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ การวิจัยเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข และ การร่วมมือในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การกำหนดบทบาทที่กล่าวมานี้ จำเป็นต้องกำหนดให้ชัดเจนตามศักยภาพของโรงพยาบาล ตามระดับของ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ นโยบายการบริการควรเป็นการจัดการบริการเพื่อสังคม ต้องกำหนดนโยบายการบริการที่ไม่แสวงกำไรแต่สามารถดำเนินการบริการอยู่ได้ โดยการที่อนุญาตให้มีรายได้ที่จะทำให้โรงพยาบาลดำเนินกิจกรรมได้ด้วยตนเอง การดำเนินงานต้องมีการติดตามให้เกิดความสมดุลทั้งการบริหาร

จัดการและการบริการ เช่น การกำหนดเพดานของผลตอบแทนด้านกำไร โดยเฉพาะการกำหนดปรับเปลี่ยนผลของราคาค่าบริการเป็นต้น

2. โครงสร้างองค์กร

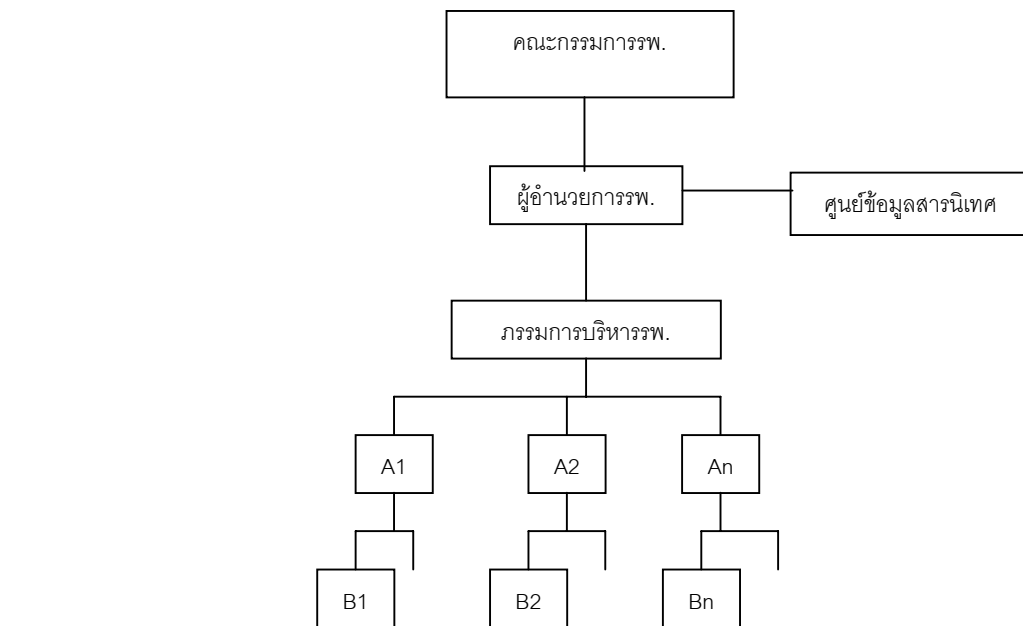
โครงสร้างองค์กรควรประกอบด้วยสายบังคับบัญชาหลักๆ สามระดับ (Hierarchies) เพื่อลดขั้นตอนการบังคับบัญชาที่ยาวเกินไป รวมทั้งลดขั้นตอนการประสานงาน และการถ่ายรับข้อมูลในแนวดิ่ง ที่สายการบังคับบัญชายาวเกินไป ความจำเป็น สายบังคับบัญชาหลักๆ ควรประกอบด้วย (ภาพที่ 1.7)

2.1 ระดับบนสุดคือกรรมการโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นกรรมการบอร์ดที่กำหนดนโยบาย ติดตาม ดูแลกำกับ และ ประเมินผล การปฏิบัติงานตามนโยบาย กรรมการโรงพยาบาลควรมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเข้าร่วมเป็นกรรมการ ร่วมกับกรรมการอื่นๆ ที่มาจากการเลือกสรรโดยกระทรวงสาธารณสุข ชุมชน และ องค์กรท้องถิ่น โดยมีวาระการดำเนินงานกำหนดชัดเจน

2.2 ระดับกลางรองลงมา คือกรรมการบริหารโรงพยาบาล โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธานกรรมการ มีหน้าที่บริหารโรงพยาบาลทุกอย่างทั้งทางด้าน การเงิน การพัสดุ การบริหารบุคคล และ อื่นๆ ให้ประสบผลสำเร็จตามที่กำหนดเป็นนโยบายและอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกรรมการโรงพยาบาล การเลือกทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลควรมีการกระจายอำนาจให้ผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้เลือกสรร และมีวาระการดำเนินงานเท่าวาระผู้อำนวยการ กล่าวคือ กรรมการบริหารโรงพยาบาลมีวาระการดำรงตำแหน่ง ในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลอย่างมีกำหนดแน่นอน และเมื่อสิ้นสุดวาระกรรมการบริหารโรงพยาบาลแล้ว ก็สามารถกลับมารับตำแหน่งที่เคยปฏิบัติงานอยู่เดิม

2.3 ระดับล่างสุดควรเป็นระดับหน่วยปฏิบัติการที่ประกอบด้วย ฝ่ายที่บริการ สนับสนุนบริการ และ สายงานตามสายวิชาชีพที่ให้บริการ เช่น ฝ่ายบริหาร ฝ่ายการเงิน ฝ่ายพยาบาล แผนกอาชีวกรรม เป็นต้น โดยมีหัวหน้างาน ฝ่ายแผนก ดูแลกำกับงานภายใต้การบังคับบัญชาของผู้บริหารโรงพยาบาล ควรมีการกระจายอำนาจการบริหารงบประมาณ และ การบริหารบุคคลบางส่วนลงไปสู่ระดับหัวหน้างาน เช่น การจัดบุคลากรให้เหมาะสมกับงาน ทั้งจำนวน ปริมาณ เจ้าหน้าที่ การคัดเลือกบุคลากรเพื่อปฏิบัติหน้าที่ การพิจารณาความดีความชอบ และ การลงโทษในเบื้องต้น โดยมีการรายงานอย่างต่อเนื่องให้ผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กรรมการบริหารโรงพยาบาล และ กรรมการโรงพยาบาล ได้ มีข้อมูลและตรวจสอบได้ โดยเฉพาะมีระบบการประเมินผลปฏิบัติงานที่ชัดเจน

ภาพที่ 1.7 โครงสร้างและสายบังคับบัญชาโรงพยาบาลรัฐที่บริหารอิสระ



_____ สายบังคับบัญชาหลัก

A หัวหน้าหน่วย แผนก หรือ ฝ่าย

B หน่วยปฏิบัติการและให้บริการ

2.4 ควรลดสายบังคับบัญชาที่แทรกในระหว่างสายการบังคับบัญชาหลัก เพื่อลดขั้นตอนการประสานงาน ความสับสนในการประสานงาน และ จากการบังคับบัญชาคู่ (dual authorities) การมอบหมาย และ กระจายอำนาจควรมี การวางแผน และกำหนดขอบเขตให้ชัดเจน ในโครงสร้างการบังคับบัญชาควรมีการกำหนดให้ คณะกรรมการโรงพยาบาล เป็นทีมงานที่สามารถกำหนดนโยบายการบริหารและบริการได้ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและอิสระในการบริการ ให้ตรง ตามที่ ชุมชนต้องการ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลควรมีบทบาทในการให้ข้อมูลสำหรับใช้กำหนดนโยบาย ใน คณะกรรมการโรงพยาบาล และมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการในโรงพยาบาลทุกอย่างอย่างเป็นอิสระ แต่ตอบ สนองต่อนโยบายกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการโรงพยาบาล และ ความต้องการของชุมชน

2.5 การกำหนดระดับสายบังคับบัญชาแม้จะมีสามระดับหลักๆ แต่ควรมีความยืดหยุ่นตามสภาพความเล็ก ใหญ่ และ ความซับซ้อนของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ขนาดโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป อาจ ต้องมีการจัดระบบการบังคับบัญชา ที่มีการรวมกลุ่มการปฏิบัติงานเพื่อลดการ กระจายการควบคุมในแนวนอน (span of control) ที่กว้างเกินไป ซึ่งอาจทำให้การดูแลกำกับไม่ดีพอและไม่ทั่วถึง การกำหนดเพื่อแทรกการบังคับบัญชาที่จัดเพิ่ม ต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์การจัดแทรก ขอบเขตการบังคับบัญชา และ การกระจายอำนาจ รวมทั้งการรายงานต่อ ระดับสูงกว่าให้ชัดเจน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกีดกันการประสานงานและการดำเนินงาน

2.6 ควรมีศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของผู้บริหารโรงพยาบาล หรือ กรรมการบริหาร โรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย โดยศูนย์ข้อมูลสารสนเทศนี้ มีบทบาทในการสนับสนุนข้อมูลเพื่อการวางแผนระดับ นโยบายให้แก่ผู้บริหาร

3. การบริหารด้านการพัสดุ

3.1 รัฐโดยกระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทในการกำหนดแนวทาง การพัฒนาโรงพยาบาลโดยเฉพาะการลงทุน ด้านก่อสร้าง ด้านครุภัณฑ์ และ เทคโนโลยีที่ราคาแพง ในขณะที่เดียวกันควรมีการกระจายอำนาจการบริหารพัสดุสู่โรงพยาบาล ให้แก่คณะกรรมการโรงพยาบาล และกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความคล่องตัว แต่สร้างเกณฑ์ การตรวจสอบและรายงานที่ตรวจสอบได้โปร่งใส ระเบียบพัสดุควรมีความคล่องตัวในการดำเนินงาน ใช้การตรวจสอบ และ แข่งขัน แทนการกำหนดวิธีการและขั้นตอนการดำเนินงานที่ถูกต้องแต่อาจไม่โปร่งใส วงเงินการอนุมัติไม่ใช่แนวทาง การแก้ปัญหาทั้งด้านคุณภาพและความซื่อสัตย์ ควรใช้แนวทางการตรวจสอบโดยชุมชน และสังคม ร่วมกับการ ตรวจสอบทางเอกสาร

3.2 กรรมการโรงพยาบาลในฐานะบอร์ดบริหารโรงพยาบาล ควรมีบทบาทในการดูแลกำหนดคุณสมบัติของ ครุ ภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง ส่วนการดำเนินงานเพื่อให้ได้มาซึ่งพัสดุนั้นเป็นกิจกรรมทางการปฏิบัติควรกระจายอำนาจให้ผู้ อำนวยการโรงพยาบาล และ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลดำเนินการ ไม่ควรมีการกำหนดกรอบ และ คุณสมบัติ ของครุภัณฑ์ที่ต้องการ ในลักษณะรวมศูนย์ อำนาจการพิจารณากรอบ และ คุณสมบัติครุภัณฑ์ รวมทั้งแนวทางการ ปฏิบัติ ควรให้อำนาจการดำเนินงานที่คล่องตัว แต่ตรวจสอบได้ แก่กรรมการโรงพยาบาล

3.3 กรรมการบริหารโรงพยาบาล ควรมีบทบาทสำคัญในการพิจารณา และ ประเมินการลงทุนด้านสิ่งก่อสร้าง เครื่องมือที่ทันสมัยราคาแพง และ เทคโนโลยีสมัยใหม่ โดยเป็นการเสนอข้อมูลด้านความสำคัญ และ จำเป็นในการลง ทุน เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจแก่กรรมการโรงพยาบาล และกระทรวงสาธารณสุข ไว้พิจารณาในภาพรวมทั้ง ประเทศต่อไป

3.4 การบริหารจัดการด้านพัสดุ ควรมีการตรวจสอบโดยผู้ตรวจสอบภายในและภายนอก โดยมีการกำหนดจุดมุ่ง หมายในการตรวจสอบ ระยะเวลาการตรวจสอบ และตัวชี้วัดที่ใช้ตรวจสอบไว้ชัดเจน

3.5 การกระจายอำนาจการดำเนินงานทางพัสดุ ควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติให้อำนาจแก่ กรรมการโรง พยาบาล และ กรรมการบริหารโรงพยาบาล ให้ชัดเจน โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นอำนาจการดำเนินงานของผู้บริหาร โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่พัสดุ

4. การจัดอัตรากำลังและการสร้างระบบค่าตอบแทน

4.1 การกำหนดอัตรากำลังและค่าตอบแทน ควรใช้เกณฑ์ปริมาณและคุณภาพงาน และประสิทธิภาพการทำงาน แทนการกำหนดเพื่อจัดระบบงานที่โครงสร้างดี แต่ไม่มีประสิทธิภาพการดำเนินงานและยากที่จะตรวจสอบประเมินการ ปฏิบัติงาน การกำหนดอัตรากำลังไม่ควรพิจารณาเพื่อการก้าวหน้าในระบบขึ้นเงินเดือนตามระบบราชการเท่านั้น การ สร้างระบบจ่ายค่าตอบแทนต้องคำนึงถึงผลการปฏิบัติงานทั้งคุณภาพและปริมาณงาน พร้อมกับสร้างกลไกป้องกันการ ทำลายระบบด้วยขบวนการประเมินผลที่ดี มีระบบ และเป็นธรรม ควรมีระบบการรับฟังข้อคิดเห็นจากชุมชนและสังคม รวมทั้งมีการตรวจสอบซึ่งกันและกันภายในโรงพยาบาล และระหว่างโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ระบบการจ่ายค่า ตอบแทนควรมีการกำหนดที่เป็นรูปธรรมที่สามารถให้เกิดความมั่นคงแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้วยความตั้งใจ ขยันและ รักองค์กร การจัดระบบการจ่ายค่าตอบแทนควรมีความสอดคล้องกับระบบการจัดสวัสดิการ และ การลงโทษ ซึ่งหากเกิด ความไม่สมดุลย่อมก่อให้เกิดอุปสรรคในการบริหารจัดการ อันนำไปสู่การบริการที่ขาดคุณภาพและประสิทธิภาพ และ ขาดความเป็นธรรม

4.2 การพิจารณากำหนดค่าตอบแทนควรมีความคล่องตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม มีการพิจารณาแนวโน้มตลาดในการกำหนดการจ่ายค่าตอบแทนเพื่อให้มีความเป็นธรรมเท่าเทียมกับภาคเอกชน และสร้างแรงจูงใจการทำงาน

4.3 การจ่ายค่าตอบแทนควรมีระบบการจ่ายผสมผสาน ทั้งการจ่ายลักษณะเงินเดือนและค่าตอบแทนตามปริมาณงาน ทั้งนี้ต้องดูความเหมาะสมและความสมดุล รวมทั้งลักษณะงานตามสาขาวิชาชีพ เช่น สายงานแพทย์ควรมีการจ่ายค่าตอบแทนตามผลงาน ในขณะที่สายงานพยาบาลควรมีการผสมผสานทั้งค่าจ้างเงินเดือนและค่าตอบแทน เป็นต้น

5. การบริหารบุคคล

5.1 ระบบการบริหารงานบุคคลต้องมีความโปร่งใสเป็นธรรม และต้องเกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการ ตั้งแต่ การสมัคร คัดเลือก โยกย้ายและลงโทษ และ เลิกจ้าง ควรมีระบบป้องกันการแทรกแซงจาก อิทธิพลภายนอกและในโรงพยาบาลที่ทำลายระบบคุณธรรมที่ดี โดยเฉพาะควรมีระบบการประเมินการปฏิบัติงานที่มีตัวชี้วัดชัดเจน มีวิธีการที่โปร่งใสมีคุณธรรม มีระยะเวลาที่กำหนดชัดเจนสม่ำเสมอ และ ประกอบด้วยผู้ประเมินทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล และมีความเป็นธรรม การบริหารบุคคลควรมีการกระจายอำนาจลงสู่ระดับหัวหน้าปฏิบัติการ และควรใช้แนวทางการป้องกันมากกว่าการลงโทษและแก้ปัญหาที่ติดตามมา การบริหารงานบุคคลควรมีการกระจายอำนาจให้กรรมการโรงพยาบาล และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการ แต่งตั้ง โยกย้าย และ คัดเลือกทีมงานบริหารของกรรมการบริหารโรงพยาบาล ในขณะที่หัวหน้างานควรมีบทบาทสำคัญในการ คัดเลือกและจัดตั้งทีมงานปฏิบัติการที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการปรับเปลี่ยน โยกย้ายทีมงานตามเหตุผลที่เหมาะสม

5.2 ทีมงานในการบริหารงาน และ การบริการของโรงพยาบาลรัฐที่เป็นอิสระควรให้ความสำคัญแก่นุเคราะห์ทางการเงินและบัญชี นักกฎหมาย และ ผู้มีความรู้ทางด้านสารสนเทศ ซึ่งจะสามารถสร้างเสริมงานทั้ง ด้านการบริหารและบริการ มีประสิทธิภาพ และคุณภาพสูงขึ้น

บทที่ 2 ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน

ในบทนี้ นำเสนอผลการศึกษาเปรียบเทียบระบบข้อมูลสารสนเทศระหว่างโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน โดยเริ่มจากข้อมูลที่แต่ละโรงพยาบาลตอบแบบสอบถามกลับ ได้แก่ ข้อมูลของระบบสารสนเทศ การลงทุนในระบบสารสนเทศ ด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลที่ได้จากระบบ ข้อมูลเหล่านี้ ได้ทำการทดสอบความเข้าใจตรงกัน เมื่อคณะผู้วิจัยได้ไปเยี่ยม ณ โรงพยาบาลที่สนใจ จากนั้นเป็นการนำเสนอความเห็นจากโรงพยาบาลต่างๆ ในด้านระบบสารสนเทศ สำหรับโรงพยาบาลรัฐที่จะเป็นอิสระ และสุดท้ายเป็นข้อเสนอแนะในการลงทุนด้านระบบสารสนเทศ สำหรับโรงพยาบาลรัฐที่จะเป็นอิสระ

ข้อมูลของระบบสารสนเทศ (Information of the Information System)

ข้อมูลของระบบสารสนเทศ มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากสามารถใช้ประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของระบบสารสนเทศ ในเชิงเปรียบเทียบระหว่างก่อนการใช้ระบบ และหลังการใช้ระบบ รวมทั้งเป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินการ พัฒนาระบบสารสนเทศในองค์กร จากการศึกษาพบว่า

โรงพยาบาล 7 แห่ง มีข้อมูลของระบบสารสนเทศอยู่ในเกณฑ์ดี และมี 1 โรง เป็นร.พ.มูลนิธิ อยู่ในเกณฑ์ดีมาก ขณะที่ โรงพยาบาล 4 แห่ง มีข้อมูลส่วนนี้เพียงบางส่วนและไม่สามารถนำมาใช้ประเมินผลที่ได้จากการปรับเปลี่ยนระบบมาใช้ระบบสารสนเทศได้

การเปรียบเทียบนี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างร.พ.ของรัฐกับร.พ.เอกชน เนื่องจากทั้งในส่วนที่มีข้อมูล และไม่มีข้อมูลมีทั้งร.พ.ของรัฐ และร.พ.เอกชน แสดงให้เห็นว่าการมีข้อมูลของระบบสารสนเทศขึ้นกับผู้บริหารของร.พ.ว่าจะให้ความสนใจหรือไม่ มากกว่า

ความสนใจในการลงทุนกับระบบสารสนเทศ

ร.ร.แพทย์ ร.พ.เอกชนและร.พ.มูลนิธิให้ความสนใจที่จะใช้ระบบคอมพิวเตอร์มาก่อน ร.พ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ ร.ร.แพทย์ 2 แห่ง เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2532 และปี 2535 ขณะที่ร.พ.เอกชน และร.พ.มูลนิธิเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2534 ส่วนร.พ.รัฐในสังกัดกระทรวงเริ่มดำเนินการจริงจัง ตั้งแต่ 2536 เป็นต้นมา และดำเนินการจริงจังปี 2538-2539 เป็นส่วนใหญ่ ร.พ.รัฐวิสาหกิจจะให้ความสนใจดำเนินการช้าที่สุด

ปัจจัยนำเข้า (Input)

มูลค่าการลงทุนกับระบบสารสนเทศ

ร.พ.เอกชน และร.ร.แพทย์มีมูลค่าการลงทุนสูงกว่ากลุ่มอื่น โดยลงทุนเกินกว่า 20 ล้านบาท โดยเฉพาะร.พ.เอกชนที่แสวงหาผลกำไร จะมีการลงทุนในส่วนนี้จำนวนมาก ในส่วนร.พ.มูลนิธิ มีการลงทุนเกินกว่า 5 ล้านบาท ร.พ.รัฐวิสาหกิจบางแห่งลงทุน 5 ล้านบาท ขณะที่ร.พ.รัฐในกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีแห่งใดรายงานการลงทุนเกินกว่า 5 ล้านบาท (ดูตารางที่ 2.1) เป็นที่น่าสังเกตว่าร.พ.เสนา ซึ่งมีชื่อเสียงด้าน Information System มีการลงทุนจำนวนไม่มากนัก (น้อยกว่า 2 ล้านบาท) เมื่อแบ่งการได้มาของระบบสารสนเทศของร.พ.ต่าง ๆ มี 3 วิธี ดังนี้

1. จ้างบริษัท Computer มาดำเนินการติดตั้งระบบทั้งหมด หรือบางส่วน ให้สอดคล้อง กับระบบของร.พ. ได้ แก่ร.พ.เอกชนส่วนใหญ่ และร.พ.แพทย์บางแห่ง กลุ่มนี้มีแนวโน้มลงทุนสูงมาก เมื่อเทียบกับวิธีการอื่น ๆ และระบบงานมักไม่สนองตอบความต้องการของร.พ. ได้อย่างเพียงพอ เนื่องจากบริษัทไม่เข้าใจระบบงาน ของร.พ.
2. กระทรวงสาธารณสุขแจกจ่ายโปรแกรมให้ และร.พ.จัดซื้อ Hardware และระบบเครือข่ายเอง ได้แก่ร.พ. รัฐในสังกัดสาธารณสุขกลุ่มนี้มักมีระบบงานไม่ครอบคลุมจุดบริการต่าง ๆ ทั้งหมด แต่จะมุ่งเน้นไปยัง การเก็บข้อมูลเพื่อส่งรายงานให้ส่วนกลาง ส่วนใหญ่ลงทุนจำนวนไม่มาก
3. ร.พ.พัฒนาระบบงานขึ้นเอง ลงทุนไม่มาก ระบบงานก็จะตอบสนองความต้องการได้เป็นอย่างดี แต่ส่วน ใหญ่ยังไม่ครอบคลุมทุกระบบงาน ขึ้นอยู่กับผู้พัฒนาเช่น นักบัญชีเป็นผู้พัฒนา ระบบบัญชีก็จะสมบูรณ์ เป็นต้น

ตารางที่ 2.1 ค่าลงทุน ค่าบำรุงรักษาระบบ ชนิดของระบบเครือข่าย และจำนวนเตียง ของร.พ.ต่างๆ รวมปี 2536-2540

ร.พ.	ค่าใช้จ่ายในการลงทุนช่วง 5 ปี 2536-2540 (บาท)	ค่าบำรุงรักษาระบบ ปี 2536-2540 (บาท)	ชนิดของระบบเครือ ข่าย	จำนวนเตียง
รามคำแหง	30,000,000	>12,000,000	Unix	200
ราษฎร์ยินดี	NA	NA	Unix	120
จุฬา	27,454,666	9,456,745	Unix	1,433
สงขลานครินทร์	NA	NA	PC LAN	750
หัวเฉียว	8,787,689	<10,000	PC LAN	536
ขอนแก่น	NA	NA	PC LAN	800
หนองคาย	1,951,400	1,500	PC LAN	324
เสนา	1,209,285	8,369	PC LAN	120
ตากสิน	614,500	14,581	PC LAN	90
ยาสูบ	5,000,000	NA	PC LAN	120

การกระจายค่าใช้จ่ายในการลงทุน

ค่าใช้จ่ายด้าน Hardware และ Networking เป็นค่าใช้จ่ายหลักในการลงทุนของทุก ร.พ. รัฐในสังกัดกระทรวงสา ธารณสุขมีค่าใช้จ่ายด้าน Software ต่ำ เนื่องจากได้รับโปรแกรมจากกระทรวง ร.พ.หนองคายและร.พ.ตากสิน มีค่าใช้จ่าย ด้านการเชื่อมโยงเครือข่ายสูงมาก เกินกว่าครึ่งของการลงทุนทั้งหมด (ดูตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.2 ค่าใช้จ่ายในการลงทุนตามกลุ่ม Hardware, Software และการเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างร.พ.2

ร.พ.	%ค่าใช้จ่าย Hardware	%ค่าใช้จ่าย Software	%ค่าใช้จ่าย Network	ค่าใช้จ่ายในการลงทุนช่วง 5 ปี 2536-2540 (บาท)
รามคำแหง	NA	NA	NA	30,000,000
ราษฎร์อินดี	NA	NA	NA	NA
จุฬา	80%	5%	14%	27,454,666
สงขลานครินทร์	NA	NA	NA	NA
หัวเฉียว	83%	10%	6%	8,787,689
ขอนแก่น	NA	-	NA	NA
หนองคาย	44%	-	55%	1,951,400
เสนา	95%	4%	-	1,209,285
ตากสิน	40%	-	60%	614,500
ยาสูบ	NA	NA	NA	5,000,000

ชนิดของระบบ Information System และการบำรุงรักษาระบบ

ร.พ.แพทยและร.พ.เอกชนที่ลงทุนมาก่อนปี 2535 มักใช้ระบบ Minicomputer ซึ่งเป็นการรวมศูนย์ประมวลผล (Centralised processing) และตัวลูกข่าย ทำหน้าที่เป็นเพียง Dumb terminal ซึ่งจะเห็นได้ว่าระบบนี้ใช้ทรัพยากรในการบำรุงรักษาระบบสูงมาก (>1 ล้านบาทต่อปี) ขณะที่ร.พ.ส่วนใหญ่หลังจากนั้นจะลงทุนด้วยระบบ PC LAN ซึ่งใช้ Netware และ Windows NT เป็นแม่ข่าย พบว่าใช้จ่ายค่าบำรุงรักษาระบบน้อย เมื่อเทียบกับระบบเก่า แสดงให้เห็นว่าการลงทุนเมื่อ Technology ยังไม่ลงตัวจะทำให้ใช้ทรัพยากรสูงมาก มีข้อสังเกตที่น่าสนใจอยู่ที่ร.พ.เอกชนแห่งหนึ่งที่ลงทุนในระบบเดิมมาแล้วเป็นเงิน ถึง 30 ล้านบาท และพบว่าไม่ตอบสนองความต้องการ ยังคงจะลงทุนอีกมากกว่า 10 ล้านบาท ในระบบแบบเดิม อย่างไรก็ตามพบว่าร.พ.ต่างๆ ที่ลงทุนกับระบบสารสนเทศ ไม่สามารถระบุข้อมูลต้นทุนแฝงที่มาจากระบบ เช่น ค่า Sticker และแบบพิมพ์ต่างๆ เลย ยกเว้นร.พ.มูลนิธิแห่งเดียว ที่มีข้อมูลนี้ แต่ก็มีปริมาณการใช้น้อยมาก เมื่อเทียบกับระบบงานที่ควรจะเป็น แสดงให้เห็นว่าระบบงานมิได้มีลักษณะเป็น Online processing

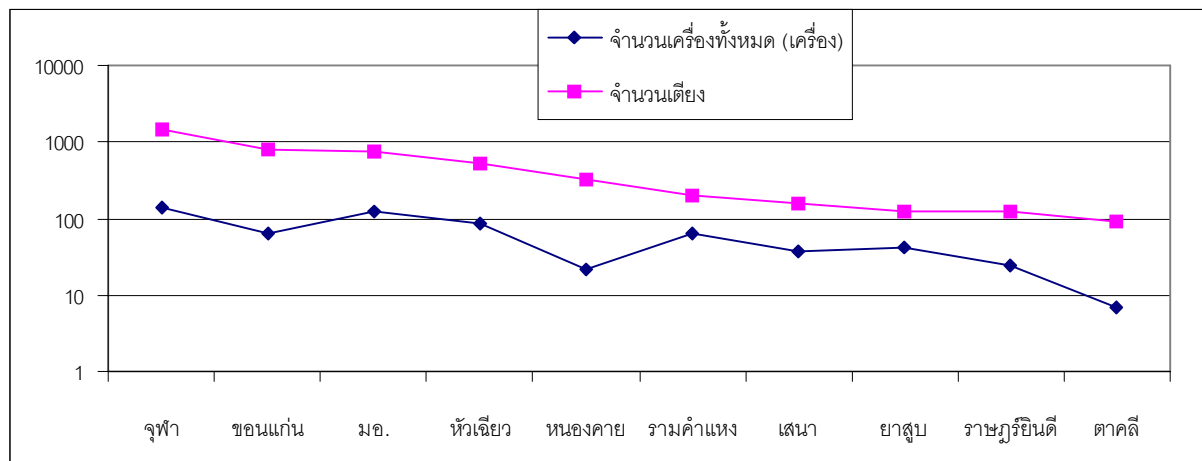
การอบรมบุคลากรเพิ่มเติม

ไม่มีร.พ.แพทย ร.พ.เอกชน และร.พ.มูลนิธิใด ให้ความสนใจกับการอบรมบุคลากร ต่อเนื่อง โดยสังเกตจากการที่ไม่มีค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ ขณะที่ร.พ.รัฐ เช่น เสนา และหนองคาย มีค่าใช้จ่ายด้านการฝึกอบรมเพิ่มเติม แต่เป็นจำนวนน้อยมาก (<10,000 บาทใน 5 ปี) แสดงให้เห็นว่าความสนใจด้านการสร้างบุคลากรของหน่วยงานเหล่านี้มีจำกัดอยู่มาก

กระบวนการของระบบ (Process)

ทรัพยากรที่ใช้ในระบบสารสนเทศ

จำนวนคอมพิวเตอร์ยังมีจำนวนมาก ยิ่งทำให้การบันทึกข้อมูลสะดวก และรวดเร็วมากขึ้น เนื่องจากสามารถทำงานได้พร้อมกัน หลายจุด อย่างไรก็ตามหากไม่มีการออกแบบวิเคราะห์ระบบอย่างเหมาะสม อาจแสดงว่าร.พ.นั้นใช้ทรัพยากรอย่างไม่คุ้มค่า พบว่าร.พ.รัฐวิสาหกิจ แห่งหนึ่งซึ่งมีจำนวนคอมพิวเตอร์จำนวนมาก เมื่อเทียบกับขนาดของร.พ. (รูปที่ 3.1 และตารางที่ 3.3)



ภาพที่ 3.1 จำนวนเตียงกับจำนวนเครื่องคอมพิวเตอร์

ตารางที่ 2.3 จำนวนเครื่องและจำนวนเตียงของร.พ.

ร.พ.	จำนวนเครื่องทั้งหมด (เครื่อง)	จำนวนเตียง
จุฬา	139	1,433
ขอนแก่น	63	800
สงขลานครินทร์	125	750
หัวเฉียว	86	536
หนองคาย	21	324
รามคำแหง	64	200
เสนา	36	160
ยาสูบ	41	120
ราษฎร์ยินดี	25	120
ตาคลี	7	90

การกระจายของทรัพยากร

จำนวนเครื่องคอมพิวเตอร์ทุกร.พ.จะมีจำนวนมากที่สุดในห้องบัตร และห้องยา ยกเว้นร.พ.ยาสูบ ซึ่งมีเครื่องจำนวนมากที่หน้าห้องตรวจ ในร.พ.มูลนิธิมีการกระจายไปยังหน่วยงานต่าง ๆ มากมาย เกือบครบทุกหน่วย

ระบบงานผู้ป่วยนอก

ร.พ.ทุกแห่ง ทุกประเภทจะมีระบบผู้ป่วยนอก ในส่วนของร.พ.เอกชน ร.พ.มูลนิธิ และร.พ.แพทย์ จะมีระบบผู้ป่วยนอก ที่มีเครื่องคอมพิวเตอร์ทั้งที่ห้องบัตร และพยาบาลหน้าห้องตรวจ ขณะที่ร.พ.รัฐ เพียงแห่งเดียวเท่านั้นที่มีระบบที่พยาบาลหน้าห้องตรวจ ส่วนร.พ.รัฐวิสาหกิจ คือร.พ.ยาสูบ มีเครื่องคอมพิวเตอร์ที่หน้าห้องตรวจจำนวนมาก ถึง 11 เครื่องขณะที่มีเครื่องที่ห้องบัตรเพียง 2 เครื่องเท่านั้น และยังเป็นร.พ.แห่งเดียวในการศึกษานี้ที่มีเครื่องที่ห้องตรวจแพทย์ แต่มีเพียง 1 เครื่อง เท่านั้น (ดูตารางที่ 2.4)

ตารางที่ 2.4 การกระจายของเครื่องไปยังจุดบริการต่าง ๆ

ร.พ.	เวชระเบียน	หน้าห้องตรวจ	ห้องตรวจ	รายงาน	ติดผู้ป่วย	Nurse	Doctor	อื่นๆ	ห้องยา	Lab	X-ray	ห้องผ่าตัด	ห้องคลอด	อุบัติเหตุ	การเงิน	บุคลากร	พัสดุ	รายงานผู้ป่วยใน	รวมทั้งหมด เครื่อง	จำนวนเตียง
จุฬา	22	31	0	0	4	0	0	0	17	12	15	0	0	6	25	3	4	0	139	1433
	16%	22%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	12%	9%	11%	0%	0%	4%	18%	2%	3%	0%	100%	
สงขลา นครินทร์	12	21	0	0	2	28	0	0	12	20	10	2	1	1	7	0	4	5	125	750
	10%	17%	0%	0%	2%	22%	0%	0%	10%	16%	8%	2%	1%	1%	6%	0%	3%	4%	100%	
หัวเฉียว	6	7	0	2	1	24	0	2	7	4	1	3	1	1	15	2	5	5	86	536
	7%	8%	0%	2%	1%	27%	0%	2%	8%	5%	1%	3%	1%	1%	17%	2%	6%	6%	100%	
รามคำแหง	10	8	0	0	14	0	0	0	7	3	3	2	2	2	7	2	4	0	64	200
	16%	13%	0%	0%	22%	0%	0%	0%	11%	5%	5%	3%	3%	3%	11%	3%	6%	0%	100%	
ราษฎร์อินดี	3	2	0	0	3	3	0	0	2	1	1	1	1	1	3	1	2	1	25	120
	12%	8%	0%	0%	12%	12%	0%	0%	8%	4%	4%	4%	4%	4%	12%	4%	8%	4%	100%	
ขอนแก่น	13	11	0	0	7	0	0	0	8	5	3	3	0	2	5	1	2	3	63	800
	21%	17%	0%	0%	11%	0%	0%	0%	13%	8%	5%	5%	0%	3%	8%	2%	3%	5%	100%	
หนองคาย	7	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	1	2	2	3	0	21	324
	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	29%	0%	0%	0%	0%	5%	10%	10%	14%	0%	100%	
เสนา	6	0	0	0	6	0	0	0	8	4	2	1	1	1	3	1	2	1	36	120
	17%	0%	0%	0%	17%	0%	0%	0%	22%	11%	6%	3%	3%	3%	8%	3%	6%	3%	100%	
ดาคี	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7	90
	43%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	29%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	14%	14%	100%	
ยาสูบ	2	11	1	1	6	0	0	1	4	3	2	1	1	1	3	0	3	1	41	120
	5%	26%	2%	2%	14%	0%	0%	2%	10%	7%	5%	2%	2%	2%	7%	0%	7%	2%	100%	

ระบบงานผู้ป่วยใน

ร.พ.เอกชน ร.พ.มูลนิธิ รร.แพทย์ และร.พ.รัฐวิสาหกิจ มีระบบงานผู้ป่วยใน ส่วนร.พ.รัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีเพียงบางแห่งที่มี ซึ่งน้อยมาก ส่วนใหญ่ไม่มีระบบผู้ป่วยใน เป็นที่น่าสังเกตว่ารร.แพทย์ ที่มีจำนวนเตียงถึง 1,400 เตียง มีเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในระบบผู้ป่วยในเพียง 4 เครื่อง เท่านั้น อย่างไรก็ตามระบบผู้ป่วยในของร.พ.เอกชน ร.พ.มูลนิธิและรร.แพทย์บางแห่ง ส่วนใหญ่มีเพียง Information system สำหรับการควบคุมพัสดุ และเวชภัณฑ์เท่านั้น สำหรับระบบผู้ป่วยในของร.พ.รัฐที่มีก็จะจำกัดเพียงแค่ข้อมูลคลินิกจำนวนน้อยเท่านั้น เช่นวินิจฉัยโรค แพทย์เจ้าของไข้ ดึกผู้ป่วยที่ผู้ป่วยอยู่ก่อนกลับบ้าน วันที่ Admit และวันที่ Discharge เป็นต้น ไม่สามารถเก็บข้อมูลในระดับกิจกรรมที่มีการบริการต่อผู้ป่วยได้ ทำให้ไม่สามารถนำ Information เหล่านี้มาใช้เป็น Performance indicators ได้

ระบบงานสนับสนุนอื่น ๆ

ระบบห้องตรวจ Lab และห้องตรวจทางรังสีวิทยามีครบในร.พ.เอกชนทุกแห่ง รวมทั้งร.พ.มูลนิธิ และรร.แพทย์ แต่เป็นที่น่าสนใจถึงแม้มีระบบงานเหล่านี้ ร.พ.ก็ยังต้องใช้ใบส่งตรวจที่เป็นกระดาษ และรายงานผลพิมพ์ลงกระดาษเช่นเดียวกับร.พ.ที่ยังไม่มีระบบงานเหล่านี้ แสดงว่าระบบที่มีอยู่ยังไม่สามารถใช้ให้เกิดประสิทธิภาพและประหยัดได้อย่างเต็มที่ ขณะที่ร.พ.ของรัฐมีเพียงบางแห่งที่มีระบบเหล่านี้ พบว่ารร.แพทย์ มีจำนวนเครื่องในระบบห้องตรวจ, Lab และห้องตรวจทางรังสีวิทยาจำนวนมาก เมื่อเทียบกับร.พ.อื่นๆ แสดงถึงภาระงานที่มากกว่าร.พ.ระดับอื่น ๆ และยังพบว่าร.พ.เอกชนจะมีครบถ้วนในส่วนของ LR (ห้องคลอด) OR (ห้องผ่าตัด) และ ER (ห้องฉุกเฉิน) ขณะที่รร.แพทย์ เช่น จุฬาลงกรณ์ ไม่มีระบบที่ OR และ LR ส่วนสงขลานครินทร์ ถึงแม้จะมีจำนวนอย่างละ 1 เครื่องซึ่งไม่น่าจะเพียงพอ เมื่อดูภาระงาน ในส่วนร.พ.รัฐสังกัดสาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีระบบ LR, OR หรือมีก็จำนวนน้อยเมื่อเทียบกับภาระงาน

ระบบลงทะเบียนและห้องบัตร

ค่าเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกกับผลรวมจำนวนเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ห้องบัตรและห้องตรวจ พบว่ามีความแตกต่างกันมากในระหว่างระบบงานต่าง ๆ ในแต่ละร.พ.ตามตารางที่ 2.5

ระบบงานส่วนใหญ่เก็บข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย และข้อมูลวินิจฉัยและแพทย์ผู้ตรวจของผู้ป่วยนอก รวมทั้งระบบนัด โดยใช้เครื่องที่ห้องบัตร และหรือพยาบาลหน้าห้องตรวจ จะเห็นได้ว่า ร.พ.ยาสูบใช้เครื่องที่ห้องบัตรและพยาบาลหน้าห้องตรวจ จำนวนมากเท่ากับร.พ.มูลนิธิซึ่งมีจำนวนเตียงมากกว่าถึง 3-4 เท่า ขณะที่สงขลานครินทร์ ใช้เครื่องจำนวนมากกระจายไปตามพยาบาลหน้าห้องตรวจ ทำให้สัดส่วนการบริการผู้ป่วยต่อเครื่องต่ำกว่าที่อื่นๆ เช่นเดียวกับที่ร.พ.ขอนแก่น แสดงว่าระบบงานในร.พ.เหล่านี้ต้องการทรัพยากรสูงกว่า เมื่อเทียบกับ ร.พ. อื่น ๆ ในตาราง

ตารางที่ 2.5 จำนวนเครื่องที่บริการผู้ป่วยนอก (ทะเบียนและพยาบาลห้องตรวจ) ผู้ป่วยนอก และจำนวนเตียง

ร.พ.	จำนวนเครื่อง	จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกต่อเครื่องต่อปี	จำนวนเตียง
ยาสูบ	13	NA	120
รามคำแหง	18	NA	200
ราษฎร์ยินดี	6	NA	120
สงฆานครินทร์	33	10,332	750
ขอนแก่น	24	12,994	800
หัวเฉียว	13	21,885	536
เสนา	6	22,010	160
จุฬา	53	22,299	1,433
ตากสิน	3	26,192	90
หนองคาย	7	26,873	324

ระบบงานเภสัชกรรม

จากตารางที่ 2.6 นำสังเกตว่าระบบงานที่ห้องยาร.พ.เสนา ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์จำนวน 8 เครื่อง ซึ่งมากกว่าร.พ.มูลนิธิ ที่มีเพียง 7 เครื่อง ทั้งที่มีจำนวนผู้ป่วยนอกน้อยกว่ากันถึง 3 เท่า ขณะที่จำนวนเตียงก็น้อยกว่ากันถึง 4 เท่า และร.พ.หนองคาย ที่ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ 6 เครื่องในห้องยา ขณะที่จำนวนผู้ป่วยนอก ร.พ.หนองคายมากกว่าเสนาจำนวนเล็กน้อย เมื่อเทียบกับร.พ.เอกชนที่มีจำนวนเตียงเท่ากันใช้เครื่องที่ห้องยาเพียง 2 เครื่อง อาจสรุปได้ว่าระบบงานเภสัชกรรมของร.พ.มูลนิธิ และร.พ.เอกชน ใช้ทรัพยากรน้อยกว่าร.พ.รัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่นำมาเปรียบเทียบกันพบว่าร.พ.รัฐในสังกัดสาธารณสุขมักใช้เครื่องจำนวนมากที่ห้องบัตร และเภสัชกรรม ขณะที่ไม่มีการกระจายของเครื่องไปยังจุดอื่น ๆ เท่าที่ควร เนื่องจากห้องบัตรและเภสัชกรรมถูกกำหนดให้เป็นแหล่งเก็บข้อมูล เพื่อส่งรายงาน ไปยังส่วนกลาง ทำให้ต้องมีเจ้าหน้าที่จำนวนมาก และใช้เครื่องคอมพิวเตอร์จำนวนมาก เพื่อบันทึกข้อมูลที่เกิดจากจุดบริการอื่นๆ ด้วย เนื่องจากระบบงานไม่กระจายไปยังจุดอื่นๆ

ตารางที่ 2.6 จำนวนเครื่องที่ใช้ให้บริการเภสัชกรรม กับจำนวนผู้ป่วยนอก และจำนวนเตียง

ร.พ.	เภสัชกรรม	จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกต่อเครื่องต่อปี	เตียง
ยาสูบ	4	NA	120
รามคำแหง	18	NA	200
ราษฎร์ยินดี	6	NA	120
สงขลานครินทร์	12	28,413	750
ขอนแก่น	8	38,982	800
หัวเฉียว	7	40,645	536
เสนา	8	16,507	160
จุฬา	17	69,523	1,433
ตากสิน	2	39,288	90
หนองคาย	6	31,352	324

ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร

ระบบงานเหล่านี้มีทั้งร.พ.เอกชน ร.พ.มูลนิธิ รร.แพทย์ ร.พ.รัฐวิสาหกิจ และร.พ.รัฐในสังกัดสาธารณสุข แต่จำนวนเครื่องที่ใช้ในระบบเหล่านี้พบว่า ร.พ.เอกชน และร.พ.มูลนิธิ จะใช้จำนวนมากกว่าร.พ.รัฐ ในสังกัดสาธารณสุข เมื่อเปรียบเทียบจำนวนเตียงที่ใกล้เคียงกัน

ระบบพัสดุและคลังยา

ร.พ.รัฐ ในสังกัดสาธารณสุขส่วนใหญ่ ไม่มีระบบพัสดุและคลังยาที่เชื่อมโยงการตัดยอดพัสดุและคลังยาจากหน่วยบริการ เช่นห้องยาผู้ป่วยนอก และห้องยาผู้ป่วยใน หรือระบบการตัดยอดพัสดุจากตึกผู้ป่วยใน ทำให้การควบคุมพัสดุและคลังยาทำได้ยาก เนื่องจาก หน่วยพัสดุควบคุมคลังพัสดุ กลุ่มงานเภสัชกรรมควบคุมคลังเวชภัณฑ์ ขณะที่ระบบคอมพิวเตอร์ที่ระบบพัสดุในร.พ.รัฐ ก็จำกัดวงอยู่แต่ในหน่วยพัสดุ ขาดความเชื่อมโยง หรือคลังเวชภัณฑ์ในร.พ.รัฐ ก็จำกัดวงอยู่แต่ในกลุ่มงานเภสัชกรรม ทำให้ไม่สามารถควบคุมได้อย่างแท้จริง เนื่องจากเจ้าหน้าที่หน่วยงานเดียวบันทึกข้อมูลพัสดุและเวชภัณฑ์ทั้งเข้าและออกจากคลัง ต่างจากร.พ.เอกชนส่วนใหญ่ ซึ่งระบบพัสดุ และคลังยาส่วนใหญ่เชื่อมโยงกับหน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลตัดยอดพัสดุและเวชภัณฑ์ออกจากคลังเวชภัณฑ์และพัสดุ ดังนั้นหน่วยพัสดุและคลังเวชภัณฑ์จะบันทึกข้อมูลเฉพาะการจัดหาเพิ่มเท่านั้น

ระบบจัดซื้อ

ระบบจัดซื้อของร.พ.เอกชนแยกจากหน่วยพัสดุชัดเจน แต่มีการเชื่อมโยงข้อมูลเข้าหากัน ทั้งนี้ก่อผลคืออย่างยิ่งในการควบคุมราคาพัสดุและเวชภัณฑ์ ขณะเดียวกัน ก็เป็นการแยกความรับผิดชอบการติดต่อกับบริษัทต่าง ๆ ออกมาจากหน่วยพัสดุและเภสัชกรรม อย่างไรก็ตามการจัดระบบงานลักษณะนี้จะเพิ่มงานจำนวนมากหากไม่ใช้ระบบ Computerised information system ในส่วนร.พ.รัฐไม่มีหน่วยจัดซื้อ แต่จะดำเนินการโดยหน่วยพัสดุโดยตรง และการจัดซื้อเวชภัณฑ์ส่วนใหญ่ก็ดำเนินการด้วยกลุ่มงานเภสัชกรรมโดยตรง การควบคุมราคาพัสดุและเวชภัณฑ์ให้ได้ราคาต่ำสุดและมีคุณภาพสูงสุดจึงทำได้ยาก

ระบบบัญชี

ระบบบัญชีของร.พ.เอกชนส่วนใหญ่มีการวางระบบ Information เชื่อมโยงกับการจัดซื้อ คลังพัสดุและคลังเวชภัณฑ์ เป็นส่วนใหญ่ ระบบงานสามารถตรวจสอบการก่อหนี้ได้อย่างทันทีทันใด รวมทั้งมีระบบบัญชีครบถ้วนต่างจากร.พ.รัฐ อย่างไรก็ตามร.พ.เอกชนหลายแห่งยังมี Information ของระบบบัญชีไม่ครบถ้วน ทำให้ต้องทำด้วยระบบมือเสริมเป็นที่น่าสนใจว่าระบบบัญชีที่ครบถ้วนอยู่ในร.พ.มูลนิธิซึ่งลงทุนระบบ Information system น้อยกว่าร.พ.เอกชนส่วนใหญ่มาก ทั้งนี้ระบบบัญชีที่สมบูรณ์นี้ได้นำระบบงานโดยบริษัทบัญชีมาตรฐาน และวิเคราะห์ระบบโดยหัวหน้าหน่วยคอมพิวเตอร์ซึ่งเป็นนักบัญชี และมีทีมบุคลากรของร.พ.ช่วยกันเขียนโปรแกรมระบบงาน ตามที่ได้วางระบบไว้ อย่างไรก็ตามระบบบัญชีนี้เป็นระบบที่ใช้ทรัพยากรน้อยและให้ผลตอบแทนสูงคุ้มค่า

ระบบบัญชีของร.พ.รัฐทุกแห่งยังไม่มีระบบบัญชีที่สมบูรณ์ และไม่เอื้ออำนวยให้มีการจัดหาทรัพยากรที่มีคุณภาพในราคาถูก มีประสิทธิภาพเท่าร.พ.เอกชน

ลำดับความสำคัญของระบบงานต่าง ๆ ในการศึกษา

ตารางที่ 2.7 แสดงให้เห็นความถี่ของระบบงานต่าง ๆ ในร.พ.ที่สำรวจพบว่า ระบบงานที่มีการติดตั้งและใช้งานในร.พ.ต่าง ๆ เกินกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนร.พ.ในรายงานนี้ พบว่าระบบงานที่ทุกแห่งติดตั้งและดำเนินการมี 3 ระบบงาน คือ ระบบเวชระเบียน ระบบเภสัชกรรม และระบบพัสดุ ระบบงานที่มีความสำคัญรองลงมาคือ ระบบเก็บเงิน และระบบงานอุบัติเหตุ จากนั้นก็เป็นระบบรังสีวิทยา ระบบห้องปฏิบัติการ ระบบรายงานผู้ป่วยใน

ตารางที่ 2.7 ระบบงานที่ติดตั้งใน ร.พ. ตั้งแต่ 50% ของกลุ่มตัวอย่างขึ้นไป

ระบบงาน	จำนวนร.พ.ที่ติดตั้ง	%
ระบบเวชระเบียน	10	100%
ระบบงานเภสัชกรรม	10	100%
ระบบงานพัสดุ	10	100%
ระบบเก็บเงิน	9	90%
ระบบงานอุบัติเหตุ	9	90%
ระบบรังสีวิทยา	8	80%
ระบบห้องปฏิบัติการ	8	80%
ระบบรายงานผู้ป่วยใน	8	80%
ระบบผู้ป่วยใน	7	70%
ระบบบุคลากร	7	70%
ห้องผ่าตัด	6	60%
พยาบาลหน้าห้องตรวจ	6	60%
ห้องคลอด	5	50%

บุคลากรด้านสารสนเทศ

จำนวนผู้บริหารระบบ ในร.พ.แต่ละแห่งมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก แต่จำนวนผู้ดูแลระบบพบว่ามีจำนวน 3-4 คน ในร.พ.ทุกแห่ง ทั้งร.พ.รัฐและร.พ.เอกชน รวมทั้งร.พ.แพथ์ ที่มีขนาดต่าง ๆ กัน หากมีรายงานจำนวนผู้ดูแลระบบ มักมีจำนวน 3-4 คน ยกเว้นร.พ.เอกชนในส่วนภูมิภาค ที่มีผู้ดูแลระบบเพียงคนเดียว

ตารางที่ 2.8 จำนวนบุคลากรด้านสารสนเทศ จำนวนเครื่องคอมพิวเตอร์และจำนวนเตียง

ร.พ.	บุคลากรสารสนเทศ	จำนวนเครื่อง	เตียง
ตากสิน	3	7	90
ยาสูบ	-	25	120
ราษฎร์ยินดี	3	41	120
เสนา	4	36	160
รามคำแหง	4	64	200
หนองคาย	-	21	324
หัวเฉียว	4	86	536
สงขลานครินทร์	-	125	750
ขอนแก่น	4	63	800
จุฬา	4	139	1,433

ผลที่ได้ของระบบ (Output)

ประสิทธิภาพของระบบงานรวม

ร.พ.รัฐและเอกชนส่วนใหญ่เห็นว่า ในส่วนของความรวดเร็วและเวลาที่ใช้ในการให้บริการ รวดเร็วขึ้นเพียงเล็กน้อย ในส่วนของความถูกต้องเชื่อถือได้ของข้อมูล และรายงานดีขึ้นอย่างมาก ความซ้ำซ้อนของข้อมูลลดลงชัดเจน อย่างไรก็ตามผลการสำรวจไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณยืนยัน เป็นแต่เพียงความรู้สึกของผู้ใช้ระบบ

ร.พ.แพथ์ บางแห่งพบว่าระบบสารสนเทศสามารถรองรับปริมาณงานบริการมากขึ้น ร.พ.มูลนิธิสามารถลดจำนวนเจ้าหน้าที่ในบางจุดบริการลงได้ สามารถให้บริการรวดเร็วขึ้นอย่างชัดเจน เก็บข้อมูลได้มากขึ้นโดยใช้เนื้อที่น้อยลง

ความคุ้มค่า ผลตอบแทนของระบบงานที่ลงทุนไป

ไม่มีร.พ.ใดในการศึกษานี้แสดงให้เห็นความคุ้มค่าในลักษณะก่อให้เกิดกำไร หรือลดต้นทุนอย่างชัดเจน หลังจากใช้ระบบ Computer-Based Information System แต่ร.พ.ทุกแห่งมีความเห็นตรงกันว่า ข้อมูลที่ถูกต้องรายงานรวดเร็วทันเวลา ทำให้เกิดความคุ้มค่าในการลงทุน

ร.พ.รัฐในสังกัดสาธารณสุข บางแห่งระบุชัดเจนว่า การลงทุนกับระบบสารสนเทศไม่มีผลต่อกำไรขาดทุนของหน่วยงานและ ระยะสั้นไม่คุ้มค่า ระยะยาวน่าจะคุ้มค่า อย่างไรก็ตามระบบเครือข่ายของร.พ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนี้ไม่ครอบคลุมจุดต่างๆ มากเท่ากับร.พ.ประเภทอื่นๆ

เนื่องจากข้อมูลของระบบข้อมูลข่าวสารของรพ.ต่าง ๆ ในการศึกษานี้มีไม่ครบถ้วน จึงไม่สามารถสรุปเรื่องนี้ได้อย่างชัดเจน

ตัวชี้วัดในการวัดประสิทธิภาพในการทำงาน

ร.พ.ส่วนใหญ่มีข้อเสนอว่าการวัดประสิทธิภาพของระบบงานควรใช้ตัวชี้วัดดังต่อไปนี้คือ

1. ความคุ้มค่า กำไร ขาดทุน
2. สามารถให้ผลผลิตเพิ่มขึ้น
3. ปริมาณงานในหน่วยงานย่อย รายได้และต้นทุนในหน่วยงานย่อย
4. ต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost)
5. DRG
6. ประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลัง

ข้อเสนอสำหรับ Information System ของ ร.พ.อิสระ จากความเห็นของร.พ.ต่าง ๆ

ข้อมูลส่วนนี้ เป็นข้อคิดเห็นจากโรงพยาบาลต่างๆ ต่อคำถามว่า ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาลรัฐที่เป็นอิสระควรเป็นเช่นไร

Input

1. ควรกำหนดให้มีมาตรฐานข้อมูลเดียวกันทั่วประเทศ เพื่อประโยชน์ในการรายงานหรือเปรียบเทียบกันระหว่างร.พ.
2. ผู้บริหารร.พ.ในร.พ.อิสระควรให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่
3. มีการฝึกอบรมผู้ใช้งานให้เข้าใจประโยชน์ และความสำคัญ รวมทั้งวิธีการใช้งานอย่างละเอียด เพื่อให้สามารถใช้งานและทำให้ระบบข้อมูลถูกต้อง
4. จัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอ ทั้ง Hardware, Software, Peopleware ทั้งนี้ควรศึกษาจำนวนทรัพยากรที่เหมาะสมในแต่ละหน่วย เพื่อมิให้มีการใช้ทรัพยากรสิ้นเปลือง

Process

1. ระบบงานเป็น Online Transaction คือบันทึกข้อมูลขณะทำงาน มิใช่ทำงานแบบเดิม แล้วกรอกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ย้อนหลัง
2. ระบบงานควรครอบคลุมทุกจุดบริการสมบูรณ์แบบ
3. มีองค์กรอิสระรับผิดชอบเรื่องข้อมูลข่าวสาร ในภาพรวมของร.พ.อิสระทั้งหมด
4. มีระบบตรวจสอบข้อมูลทั้งภายในและภายนอก
5. ผู้บริหารเข้าใจความสำคัญของสารสนเทศและนำไปใช้ตัดสินใจบริหารงานได้จริง

Output

1. งานบริการรวดเร็ว ไม่มีกิจกรรมซ้ำซ้อน สามารถให้บริการได้ทันเวลา ผู้ป่วยพึงพอใจ
2. คุณภาพการให้บริการดีขึ้น ไม่มีความผิดพลาดในการให้บริการ
3. ระบบสารสนเทศสามารถออกรายงานครบถ้วน ทันเวลา และตรงตามความต้องการของผู้ใช้ข้อมูล
4. ระบบข้อมูลถูกต้องเชื่อถือได้
5. สามารถนำข้อมูลไปทำต้นทุนการให้บริการและกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนระบบบัญชีของร.พ.ได้
6. สามารถนำข้อมูลไปทำดัชนีชี้วัดการทำงานของบุคลากร ผลงานของกลุ่มงานและฝ่ายต่างๆ ได้ รวมทั้งผลงานรวมของทั้งร.พ.

อภิปรายผล

เมื่อเปรียบเทียบระบบสารสนเทศระหว่างร.พ.รัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, ร.พ.รัฐวิสาหกิจ, รร.แพทย์, ร.พ.เอกชน และร.พ.มูลนิธิ พบว่ามีความแตกต่างกันหลายประการ ดังนี้

1. Information of the Information System พบว่าร.พ.มูลนิธิมีข้อมูลในส่วนนี้สมบูรณ์ที่สุด ซึ่งทำให้มีแนวโน้มการใช้ระบบ Information System ได้คุ้มค่า เกิดประสิทธิภาพได้มากที่สุด และมีการปรับตัวให้สอดคล้องกับงานได้มากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับร.พ.อื่น ๆ ที่ขาดข้อมูลในส่วนนี้ หากข้อมูลในส่วนนี้มีครบทุกร.พ. ก็จะสามารถนำมาเปรียบเทียบระหว่างร.พ. และระหว่างระบบ เพื่อหาข้อสรุปว่าระบบแบบใดให้ผลตอบแทนได้สูงสุด สนับสนุนให้เกิดคุณภาพของงานบริการได้ดีที่สุด อย่างไรก็ตามร.พ.มูลนิธิ ยังมีจุดอ่อนเช่นเดียวกับ ร.พ.เอกชนอื่นๆ คือ ไม่มีข้อมูลทางคลินิกอย่างเพียงพอ ทั้งนี้เนื่องจากความสนใจมุ่งไปที่การควบคุมคลัสเตอร์และคลังพัสดุ และระบบบัญชี มากกว่า
2. Input ของระบบ
 - 2.1. มีแนวโน้มว่าร.พ.เอกชน และร.พ.แพทย์มีความสนใจที่จะลงทุนก่อนร.พ.อื่น ๆ และใช้ทรัพยากรไปในระบบ Information System จำนวนมาก ขณะที่ผลตอบแทนที่ได้รับ จากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ไม่สามารถแสดงความแตกต่างกันระหว่างร.พ.ที่มีการลงทุน จำนวนมากหรือน้อยเหล่านี้
 - 2.2. สามารถสรุปได้ว่าระบบงานที่ใช้การประมวลผลแบบ Centralised Processing (ใช้ Mini, Mainframe Computer) มีแนวโน้มจะใช้ทรัพยากรสูงในการลงทุน และใช้ค่าบำรุงรักษาสูงกว่าระบบที่เป็น PC LAN ซึ่งเป็นแนวโน้มการลงทุนในระยะหลัง นอกจากนี้จำนวน WorkStation ที่ใช้ในการทำงานในระบบงานที่มีราคาแพงก็มีได้มีจำนวนมากกว่าระบบที่มีราคาถูกกว่า ซึ่งระบบที่มีจำนวนเครื่องสำหรับกรอกข้อมูลจำนวนมาก และกระจายทั่วถึง น่าจะกระจายการกรอกข้อมูลไปมากกว่า ทำให้คุณภาพของข้อมูล และความรวดเร็วในการให้บริการดีขึ้น
 - 2.3. ร.พ.รัฐในสังกัดสาธารณสุข 2 แห่งมีค่าใช้จ่ายในการติดตั้งเครือข่ายในสัดส่วนที่สูงมากทั้งที่เชื่อมโยงแค่ห้องยา และห้องบัตร ขณะที่ร.พ.อื่น ๆ เสียค่าใช้จ่ายในส่วนนี้น้อยกว่า โดยใช้วิธีการติดตั้งเดินสายเอง ซึ่งการติดตั้งเครือข่าย เดินสายเชื่อมโยงเอง เป็นวิธีการที่ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านเครือข่ายได้มาก ขณะที่ร.พ. 2 แห่งที่ลงทุนส่วนนี้มาก ระบบงานยังคงเดิม เนื่องจากเครือข่ายไม่ครอบคลุมการให้บริการมากพอ ร.พ.ยังสรุปเรื่องผลตอบแทนการลงทุนว่า ระบบไม่สามารถให้ผลตอบแทนเป็นรายรับคุ้มค่ากับที่ลงทุนไปได้

- 2.4. ร.พ.ที่ติดตั้งระบบคอมพิวเตอร์ที่ออกแบบโดยทีมพัฒนาภายในร.พ. ในรายงานนี้มี 2 แห่ง พบว่าผู้ใช้งานและผู้บริหารมีความพึงพอใจในระบบสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับระบบคอมพิวเตอร์ที่ได้มาด้วยวิธีการอื่นๆ เช่นเดียวกับรายงานจาก ร.พ.มะเร็งซึ่งมีระบบงานผู้ป่วยนอก ที่ออกแบบระบบโดยทีมพัฒนา ภายในร.พ. อย่างไรก็ตาม ระบบงานที่ออกแบบโดยทีมพัฒนาในร.พ. มักจะมีจุดเด่น ในงานบางอย่าง แต่ก็มีข้อจำกัดคือไม่ครอบคลุมงานทั้งหมดที่ระบบสารสนเทศของร.พ.ควรครอบคลุม แต่จะขึ้นอยู่กับความสนใจของทีมพัฒนา เช่น ร.พ.หัวเฉียว มีระบบสารสนเทศด้านการเงิน การบัญชี และคลังวัสดุ คลังยา สมบูรณ์ เนื่องจากหัวหน้าทีมพัฒนาเป็นนักบัญชี ร.พ.มะเร็งก็มีระบบบริการผู้ป่วยนอกสมบูรณ์ เพราะมีแพทย์ เป็นผู้พัฒนาเป็นต้น
 - 2.5. ระบบงานที่ร.พ.ทุกแห่งติดตั้งและดำเนินการ คือระบบเวชระเบียน ระบบงานเภสัชกรรม และระบบพัสดุ ทั้งนี้ระบบเวชระเบียน เป็นจุดเริ่มต้นของการให้บริการ และเก็บรวบรวมข้อมูลทะเบียนประวัติของผู้ป่วย ซึ่งไม่ว่าร.พ.จะมีวัตถุประสงค์ในการติดตั้งระบบสารสนเทศ เพื่อข้อมูลทางคลินิก หรือ เพื่อเก็บข้อมูล การเงิน ก็มักเริ่มต้นจากเวชระเบียนเสมอ ระบบงานเภสัชกรรมและระบบพัสดุ ก็มีความสำคัญมากสำหรับ ร.พ. เพื่อให้ได้ข้อมูลแหล่งรายรับของร.พ.ที่ถูกต้องสมบูรณ์ และรวดเร็วทันเหตุการณ์ อาจสรุปได้ว่าทุกแห่งเห็นความสำคัญและจะลงทุนในระบบงานทั้งสามส่วนนี้ก่อนระบบงานอื่น ๆ
 - 2.6. ร.พ.ทุกแห่งให้ความสนใจในการพัฒนาบุคลากรต่อน้อยมาก ซึ่งส่วนนี้จะนำไปสู่การพัฒนาระบบที่ดีกว่า และคุ้มค่ากว่าในอนาคต ดังนั้นจึงพบว่าร.พ.ส่วนใหญ่ยังไม่พอใจกับระบบงานที่ใช้อยู่ในร.พ. แต่ก็ไม่สามารถบอกได้ว่าหากมีการปรับเปลี่ยนจะปรับเปลี่ยนอย่างไรให้เหมาะสม และคุ้มค่าที่เป็นอยู่ ขณะเดียวกัน ในระบบที่ใช้อยู่ทุกร.พ. สามารถใช้ทรัพยากรลงทุนน้อยกว่าที่ได้ลงทุนไปแล้วได้ทุกระบบ โดยให้ผลลัพธ์ไม่น้อยไปกว่าเดิม
3. Process
- 3.1. ในการทำงานของร.พ.เอกชน ร.พ.มูลนิธิ รร.แพทย์ และร.พ.รัฐวิสาหกิจบางแห่ง พบว่าระบบงานครอบคลุมจุดบริการต่างๆ มากกว่า ร.พ.ของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้ระบบงานหลักอยู่ในห้องบัตร และงานเภสัชกรรม ซึ่งหากมีการเชื่อมโยงกัน ยิ่งมาก ก็ยิ่งลดงานซ้ำซ้อนลงได้มาก และเกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลมากขึ้น นอกจากนี้ร.พ.เอกชนและร.พ.มูลนิธิ จะมีระบบงานครอบคลุมไปถึงตึกผู้ป่วย ต่างจากร.พ.รัฐในสังกัดสาธารณสุข ที่ระบบงานส่วนใหญ่จะอยู่ที่ห้องบัตร และเภสัชกรรม ซึ่งการที่ร.พ.รัฐในสังกัดสาธารณสุข จำกัดระบบสารสนเทศไว้เฉพาะจุดทำให้ต้องใช้เครื่องจำนวนมากในจุดนั้น และต้องทุ่มเททรัพยากรลงไปที่หน่วยงานนั้นจำนวนมาก เพื่อบันทึกข้อมูลที่เกิดจากการทำงานของหน่วยงานอื่นๆ ซึ่งไม่ทำให้เกิดผลดีในการทำงาน และไม่สามารถลดงานซ้ำซ้อนและความผิดพลาดลงได้มากเท่าที่ควรจะเป็น อีกทั้งทำให้การใช้ทรัพยากรไม่คุ้มค่า อย่างไรก็ตาม การกระจายและความครอบคลุมของระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ในร.พ.เอกชน เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยน้อยมาก
 - 3.2. ระบบงานของร.พ.เอกชน รร.แพทย์ มุ่งเน้นไปที่การลงทะเบียนและควบคุมการใช้ทรัพยากร ซึ่งพบว่า ข้อมูลทางคลินิก เช่นการวินิจฉัย หรือหัตถการ มีจำกัดมาก หรือบางแห่งไม่มี ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลด้านการเงิน การบัญชีและพัสดุ ต่างจากระบบงานของร.พ.รัฐ ในสังกัดสาธารณสุข ที่มุ่งไปที่ข้อมูลทางคลินิก เพื่อส่งรายงาน ส่วนกลาง ทำให้ระบบงานทั้งร.พ.รัฐและร.พ.เอกชนส่วนใหญ่ ยังไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงานทางคลินิก เพื่อให้คุณภาพบริการดีขึ้นและคุณภาพข้อมูลทางคลินิกดีขึ้น

- 3.3. ระบบทุกแห่งยังมีลักษณะเป็น Batch processing มากกว่าจะทำงานแบบ Online transaction ซึ่งสังเกตจากค่ากระดาษ Form ต่าง ๆ และค่า Sticker ซึ่งจะใช้มากในระบบงานที่เป็น Online transaction ร.พ.ในการศึกษานี้ร.พ.ต่าง ๆ ใช้ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้น้อยมาก ระบบงานแบบ Batch processing นี้ทำให้ไม่สามารถลดจำนวนผู้ให้บริการลงได้ และไม่สามารถลดความผิดพลาดจากระบบงานแบบ Manual เช่น การจ่ายยาผิดเนื่องจากอ่านลายมือไม่ออก หรือการเก็บเงินไม่ครบเนื่องจากไม่เขียนค่าใช้จ่ายลงใบสั่งยา เป็นต้น ร.พ.ส่วนใหญ่ จึงสรุปว่า ระบบงานไม่ได้ให้ผลตอบแทนในแง่ของการเก็บเงินได้มากขึ้น หรือทำกำไรได้มากขึ้น ทั้งนี้จะมีสาเหตุมาจากการวิเคราะห์และออกแบบระบบไม่ละเอียดสมบูรณ์เพียงพอ อีกทั้งระบบการเก็บข้อมูลการลงทุน และการบำรุงรักษาระบบ ตลอดจนผลตอบแทนที่ได้เพิ่มขึ้น ยังไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถแสดงความคุ้มค่า หรือไม่คุ้มค่าออกมาได้
 - 3.4. โรงพยาบาลหลายแห่งมีค่าใช้จ่ายด้าน Software ต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับค่า Hardware ที่ลงทุนไป ซึ่งโดยทั่วไปค่าใช้จ่ายด้าน Software ควรจะมีมูลค่าประมาณ 25-40% ของ Hardware ในขณะที่ร.พ. ในรายงานนี้ลงทุน Software จำนวน 4-18% ของการลงทุนในส่วน Hardware
4. Output ของระบบงาน
- 4.1. ความเร็วในการให้บริการ และระยะเวลารอคอยลดลงไม่มากนัก เนื่องจากระบบงานในการศึกษาทั้งหมดเป็นระบบ Batch processing ทำให้ขั้นตอนในการให้บริการไม่แตกต่างจากระบบมือ หรือแตกต่างเพียงเล็กน้อยจึงไม่สามารถลดความเร็วในการให้บริการลงได้ชัดเจน อย่างไรก็ตามมีรายงานจากร.พ.รัฐบาลแห่งที่ใช้ระบบงาน Online transaction processing สามารถแสดงระยะเวลาที่ให้บริการลดลงอย่างมากหลังจากใช้ระบบสารสนเทศมาช่วยในการให้บริการ
 - 4.2. ความถูกต้องของข้อมูล และรายงานต่าง ๆ รวดเร็วขึ้นมาก และมีความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้นมาก เนื่องจากฐานข้อมูลอยู่ในระบบคอมพิวเตอร์ สามารถเรียกใช้ได้ทันทีทันใดต่างจากระบบเดิมที่ต้องรวบรวมจากทะเบียนที่บันทึกไว้
 - 4.3. ความคุ้มค่าของระบบงานยังไม่มีข้อมูลชัดเจน ร.พ.ทุกแห่งในรายงานนี้ไม่สามารถรายงานความคุ้มค่าที่เป็นตัวเลขเชิงปริมาณได้ ขณะที่ทุกแห่งอ้างว่าความถูกต้องของข้อมูล และรายงานที่ได้รับอย่างรวดเร็ว ก็ทำให้เกิดความคุ้มค่าในเชิงคุณภาพมากขึ้น ในส่วนนี้ไม่มีความแตกต่างระหว่างร.พ.รัฐ และร.พ.เอกชน อย่างไรก็ตามในแง่ของประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นทั้งผลผลิต และกระบวนการบริการที่มีคุณภาพมากขึ้นน่าจะทำได้ผลตอบแทนเป็นปริมาณเปรียบเทียบให้เห็นชัดได้ เช่นรายงานจากร.พ.มะเร็งรักษ์ที่พบว่าสามารถเก็บเงินได้เพิ่มมากขึ้นจนคุ้มค่า และกำไรภายในระยะเวลาไม่กี่เดือน รวมทั้งสามารถลดเวลารอคอยในการบริการผู้ป่วยนอกจาก 61 นาที เหลือเพียง 36 นาทีต่อคน(ชาญวิทย์ ทรัพย์ 2538)
 - 4.4. มีข้อจำกัดในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่ม และภายในกลุ่มเดียวกัน เนื่องจากใช้ระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลไม่เหมือนกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับระบบสารสนเทศของร.พ.อิสระ

แนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศในร.พ.อิสระ

ระบบสารสนเทศที่จะนำไปใช้ในงานต่างๆในร.พ.อิสระ จำเป็นต้องเป็นระบบงานที่มีประสิทธิภาพดีกว่าระบบ Manual ที่ใช้อยู่ในร.พ.ที่อยู่ในระบบราชการปัจจุบัน ในแง่ของคุณภาพบริการ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของระบบงาน รวมทั้งผลดำเนินการในรูปของการลดรายจ่าย และเพิ่มรายรับโดยปิดจุดรั่วไหล ทั้งนี้ร.พ.ต้องไม่เพิ่มภาระแก่ประชาชน ระบบต้องออกรายงานเพื่อช่วยในการตัดสินใจ และการบริหารจัดการ ขณะเดียวกัน ระบบงานต้องเป็นระบบราคาถูกที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เกิดประโยชน์สูงสุด คุ้มทุนภายในระยะเวลาอันสั้น และต้องใช้เวลาพัฒนาอย่างรวดเร็วให้ทันใช้ภายในระยะเวลาจำกัด เนื่องจากเงื่อนไขของธนาคารพัฒนาเอเซียที่จะต้องมีร.พ.อิสระของรัฐภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2542 นี้ เป็นต้นแบบ อย่างน้อย 1 แห่ง แนวทางดำเนินการเพื่อให้ได้ระบบงานที่มีประสิทธิภาพ ราคาถูก อย่างรวดเร็ว มีแนวทางพิจารณาดังนี้

วางแผนรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลระบบสารสนเทศในร.พ. รพ.ควรเก็บข้อมูลการดำเนินการในด้านต่าง ๆ ในแง่ของค่าใช้จ่ายด้านต่าง ๆ ของรพ. ปริมาณงานและคุณภาพในการให้บริการ เช่นจำนวนผู้ป่วยต่อวัน เวลาเฉลี่ยในการให้บริการ จำนวนเจ้าหน้าที่ในแต่ละแผนกหรือกลุ่มงาน ก่อนเริ่มลงทุนกับระบบสารสนเทศ และเก็บข้อมูลงบประมาณลงทุน การติดตั้งบำรุงรักษา จำนวนบุคลากรที่ใช้เพิ่มขึ้น หรือลดลง รวมทั้งปริมาณงานและคุณภาพในการให้บริการ ระหว่างการติดตั้ง และหลังจากติดตั้งระบบสมบูรณ์แล้ว ทั้งนี้หากสามารถประเมินความพึงพอใจของบุคลากรในระบบ และความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังการติดตั้งระบบ ก็จะทำให้การประเมินผลระบบสามารถประเมินได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

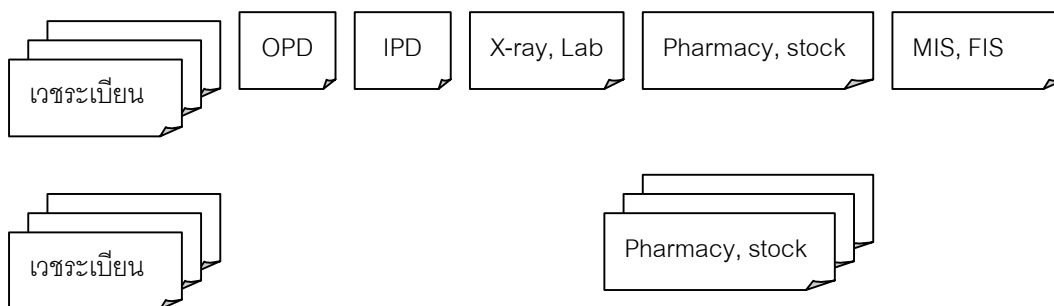
การเลือกพัฒนาระบบงานขึ้นมาเองโดยคณะของร.พ. ทำให้ได้ระบบงานตรงตามที่ร.พ.ต้องการ แต่มี ร.พ.น้อยแห่งที่มีศักยภาพในการพัฒนาระบบสารสนเทศด้วยตนเอง และร.พ.ที่สามารถพัฒนาระบบเครือข่ายได้ก็มักมีข้อจำกัดในการพัฒนา เนื่องจากความสามารถในการพัฒนาระบบของร.พ.จะไม่ครอบคลุมทุกระบบงาน ซึ่งทำให้ร.พ.ที่มีความสามารถเหล่านี้จะมีข้อเสียในระบบงานเฉพาะระบบใดระบบหนึ่งเป็นส่วนใหญ่ เช่น ร.พ.มะการักษ์มีข้อเสียเรื่องระบบงานผู้ป่วยนอก ร.พ.หัวเฉียวมีระบบการเงิน บัญชี และพัสดุ เป็นต้น นอกจากนี้มาตรฐานในการเก็บข้อมูล และการรายงานเข้าสู่ส่วนกลางมักไม่ได้รับการตอบสนองต่อระบบงานที่พัฒนาขึ้นมาเองเหล่านี้ เนื่องจากปัญหาเรื่องการใช้เครื่องมือพัฒนางานของผู้วิเคราะห์ระบบ และผู้เขียนโปรแกรมระบบงานของแต่ละแห่งมีความถนัด และชำนาญเครื่องมือที่แตกต่างกัน ทำให้ระบบฐานข้อมูลมีความแตกต่างกัน และไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

สำหรับร.พ.อิสระที่จะเกิดขึ้นใหม่ เป็นโอกาสดีที่จะทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการที่มีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐานเดียวกัน โดยพัฒนาร.พ.ต้นแบบขึ้น วิเคราะห์และออกแบบระบบให้มีระบบงานครอบคลุม ระบบบริการคลินิก ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ระบบบัญชี พัสดุ และคลังเวชกรรม ระบบบริหาร แนวทางในการพัฒนาควรกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน จากนั้นควรเลือกระบบงานที่มีอยู่ในร.พ.ต่าง ๆ ที่มีข้อเสีย ทุกแห่ง แล้วเปรียบเทียบข้อดีข้อเสีย รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการลงทุน และค่าบำรุงรักษา ตลอดจนผลตอบแทนที่ได้จากระบบงาน นำระบบงานเด่นของแต่ละแห่ง รวบรวมเป็นระบบงานรวม สำหรับร.พ.อิสระ หากมีระบบงานใดที่ยังไม่มี หรือประสิทธิภาพ และคุณภาพไม่เพียงพอ ก็พัฒนาขึ้นใหม่ ให้สอดคล้องเชื่อมโยงกับระบบงานที่มีประสิทธิภาพเหล่านั้น และเมื่อสมบูรณ์พร้อมและนำไปใช้งานได้ผลดี แล้วจึงขยายผลไปยังร.พ.อื่น ๆ ต่อไป

หากมีงบประมาณและเวลาในการดำเนินการจำกัด ทำให้มีทรัพยากรในระยะแรกเริ่มน้อย ทั้งในส่วน Hardware, Software และ Peopleware ร.พ.อิสระ ควรเริ่มต้นดำเนินการวิเคราะห์ระบบ และออกแบบระบบทั้งหมดให้

สมบูรณ์ก่อน Senn (1989) เพื่อให้ระบบทั้งหมดสามารถเชื่อมต่อสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จะทำให้ลดงานและ
 คุ่มค่าต่อการลงทุน จากนั้นจึงเริ่มติดตั้งในระบบเวชระเบียนก่อน แล้วพิจารณาเลือกแนวทางในการติดตั้งระบบงานต่าง
 ๆ ซึ่งมี 2 แนวทางดังภาพที่ 2.2

ภาพที่ 2.2 ทางเลือกในการติดตั้งระบบ (Implementation) เมื่อมีทรัพยากรจำกัด



แนวทางที่ 1 ติดตั้งระบบเวชระเบียนทั้งหมด ให้รองรับงานทั้งหมดได้ก่อน จากนั้นก็พิจารณา ติดตั้งระบบทุก
 ระบบ เพื่อรองรับงานในกลุ่มงานหรือแผนกที่มีความพร้อม เพียง 1 กลุ่มงานก่อน เพื่อให้ใช้ทรัพยากรน้อย แนวทางนี้มี
 ข้อดีในการติดตั้ง สามารถทำการทดสอบ และปรับปรุงระบบให้สอดคล้องกับความต้องการได้ดี รวมทั้งสามารถกำหนด
 การทำงานให้เป็น Online Transaction Processing ได้ และแต่ละ Modules จะได้รับการปรับปรุงให้ทำงานร่วมกัน อย่าง
 มีประสิทธิภาพ ผลเสียคือระบบจะให้ข้อมูลเฉพาะส่วนที่ติดตั้งแล้วเท่านั้น การได้ข้อมูลทั้งหมดต้องรอการติดตั้ง
 ครบถ้วน อย่างไรก็ตามจากคำแนะนำของ UK Audit Commission(1995), US Institute of Medicine(1991) และ
 National Health Service Management Executive ของประเทศอังกฤษ(1992) ต่างเน้นถึงความสำคัญของ Clinical
 Information System โดยเน้นฐานข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลเป็นหลัก

แนวทางที่ 2 ติดตั้งระบบเวชระเบียนทั้งหมด ให้รองรับงานทั้งหมดได้ก่อน แล้วติดตั้ง ระบบเภสัชกรรม และ
 ระบบพัสดุ ทั้งหมด เมื่อสมบูรณ์ แล้ว จึงไปติดตั้งระบบอื่น ๆ ที่ระบบ ผู้บริหารองค์กรส่วนใหญ่มักเลือกแนวทางนี้
 เนื่องจากต้องการควบคุมค่าใช้จ่าย แต่มักก่อปัญหา เนื่องจากระบบงานที่แยกโคดเดี่ยวทำให้ต้องทำงานในลักษณะ Batch
 Processing ไม่สามารถปรับเปลี่ยนระบบการทำงานเป็น Automation ได้ เมื่อลงระบบใหม่ ก็จะต้องปรับปรุงระบบที่ติด
 ตั้งอยู่ก่อนให้รองรับกับระบบที่ติดตั้งใหม่ ทำให้เกิดการแก้ไข ตลอดการทำงาน แต่มีผลดีในแง่ของการตอบสนองข้อมูล
 เฉพาะเรื่องสำหรับใช้ในการบริหารได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่ลงระบบ แต่แนวทางนี้จะส่งผลเสียในการพัฒนา Clinical
 Information System ซึ่งดังที่มีรายงานจากต่างประเทศ (Bleich et al 1985, Wyatt 1995, Simpson and Gardner 1998)

การเลือกแนวทางการติดตั้งขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละรพ. อย่างไรก็ตามหากพิจารณาในแง่ประสิทธิ
 ภาพ ประสิทธิภาพในการใช้ระบบข้อมูลข่าวสารแล้ว การเลือกแนวทางที่ 1 น่าจะเป็นแนวทางที่ให้ผลดีมากกว่า

ขณะเดียวกัน ส่วนกลางที่จะรับผิดชอบร.พ.อิสระเหล่านี้ต่อไปในอนาคต จำเป็นต้องกำหนดมาตรฐานข้อมูล
 ให้ครบถ้วน ทุกระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการผู้ป่วย ซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องมีระบบข้อมูลที่สอดคล้องกัน ทั้ง
 หมด เพื่อนำไปใช้ในการประเมินความสามารถเปรียบเทียบกันในแต่ละร.พ. และเป็นประโยชน์ในการกำหนด
 Performance indicators สำหรับเจ้าหน้าที่ในร.พ. และระหว่างกลุ่มงาน นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการ
 จัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม หรือการจัดกลุ่มอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในการจัดสรรทรัพยากรระหว่างร.พ.ต่างๆ และภายใน

ร.พ. การกำหนดมาตรฐานข้อมูลนี้ควรครอบคลุมข้อมูลทางคลินิกที่จำเป็นต้องใช้ทั้งหมด เช่นข้อมูลที่ใช้ในระบบการพยาบาลผู้ป่วย (Nursing care information system) การบันทึกผลการตรวจร่างกายซักประวัติผู้ป่วย ข้อมูลที่ใช้ในระบบตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลที่ใช้ในระบบงานรังสีวิทยา เป็นต้น

มาตรฐานข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้ต้องใช้เวลาในการพัฒนาตามสมควร เพื่อให้ระบบงานในร.พ.สามารถดำเนินไปได้ ควรกำหนดระยะเวลาในการใช้มาตรฐานข้อมูล เป็นขั้นตอนให้ชัดเจน และอย่างน้อยควรมีกฎเกณฑ์ และแนวทางพัฒนาที่ชัดเจน และในระยะเริ่มต้นอาจใช้ข้อมูลที่นำมาจากระบบต่าง ๆ ไปก่อน เพื่อให้ร.พ.ต้นแบบสามารถมีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ นำไปใช้ได้อย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์ของระบบสารสนเทศ (Objective of Information System) (Whiting-Okeefe et al 1985, Lock 1996, Gardner 1997)

1. เพิ่มคุณภาพในการให้บริการ เช่นรวดเร็วขึ้น ลดงานซ้ำซ้อน ลดความผิดพลาด ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นได้ในเชิงปริมาณอย่างชัดเจน
2. เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลัง เช่น ลดต้นทุน หรือเก็บเงินได้ครบถ้วนมากขึ้น สามารถแสดงให้เห็นในเชิงปริมาณได้อย่างชัดเจน
3. ข้อมูลครบถ้วนเพียงพอ และสามารถนำไปใช้เป็น Performance indicators ได้ทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่มงานหรือฝ่าย และระดับโรงพยาบาล
4. ข้อมูลที่ได้มาในแต่ละโรงพยาบาลสามารถนำมาใช้แลกเปลี่ยนระหว่างโรงพยาบาลเพื่อเปรียบเทียบ Performance, Output, และสามารถนำไปใช้ในการจัดสรรทรัพยากรโดยส่วนกลางได้
5. การลงทุนในเรื่อง Information System ของร.พ.อิสระ ต้องไม่สูงเกินกว่าผลตอบแทนที่จะได้รับกลับคืนมา
6. ระบบสารสนเทศครอบคลุมระบบงานใหญ่ที่สำคัญทั้งหมดของร.พ. เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ระบบบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน (Clinical information system) ระบบบัญชี จัดซื้อ พัสดุและคลังเวชภัณฑ์ (Financing, Accounting and Purchasing System) ระบบบริหาร (Management information system)

Input

1. จากการศึกษาพบว่าระบบงานที่มีราคาถูกหรือแพง ไม่มีความแตกต่างกันในแง่ของผลตอบแทนของระบบ ดังนั้นควรเลือกระบบงานที่มีราคาถูกที่สุด เช่น PC LAN สำหรับระบบปฏิบัติการที่เป็น Network operating system ส่วนใหญ่ใช้ Netware และ Window NT อย่างไรก็ตามระบบทั้งสองมีค่าใช้จ่ายตามจำนวนผู้ใช้งาน ซึ่งหากมีบุคลากรด้าน IT ที่มีความรู้ด้านระบบปฏิบัติการ Linux ที่เป็น Freeware อาจเลือกใช้ Linux ซึ่งมี Free utility ทำให้แม่ข่ายทำงานเป็น Netware emulator โดยไม่จำกัดจำนวนผู้ใช้ ก็จะได้ระบบงานที่มีประสิทธิภาพสูง และต้นทุนต่ำที่สุด หากพิจารณาการลงทุนจากข้อมูลของร.พ.ในการศึกษานี้ เปรียบเทียบระหว่างงานบริการ และการใช้ทรัพยากรพบว่าร.พ.หัวเฉียว มีการลงทุนสมเหตุสมผลมากที่สุด และมีการกระจายระบบคอมพิวเตอร์ครอบคลุม เกือบทุกจุด การบำรุงรักษาง่าย และผู้บริหาร รวมทั้งผู้ใช้งานพอใจ แต่ยังขาดข้อมูลทางคลินิก อย่างไรก็ตามอาจใช้แนวทางของร.พ.นี้เป็นต้นแบบในการลงทุนด้านเครือข่าย และการลงทุนด้าน Hardware ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของระบบ ซึ่งพอจะประมาณได้ว่า หากมีการลงทุนอย่างคุ้มค่าสมเหตุผล สำหรับร.พ.ที่มีขนาด 500 เตียง ไม่ควรลงทุนเกินกว่า 9 ล้านบาท สำหรับร.พ.ที่มีขนาดเล็กกว่านี้ เช่นร.พ. 300-500 เตียง ไม่ควรลงทุนเกิน 6 ล้านบาท และร.พ.ที่มีขนาดต่ำกว่า 300 เตียง ไม่ควรลงทุนเกิน 5 ล้านบาท

2. ปัญหาที่สำคัญที่สุดในระบบ Information system ของร.พ.ต่างๆ คือขาดการวิเคราะห์และออกแบบระบบอย่างละเอียดถี่ถ้วนสมบูรณ์ จากการศึกษาพบว่าการพัฒนาระบบงานขึ้นมาใช้ในร.พ. เป็นทางเลือกที่ทำให้ได้ประสิทธิภาพสูง เช่นระบบบัญชีของร.พ.มูลนิธิ หรือระบบผู้ป่วยนอกของร.พ.มะเร็งรักษ์ที่ไม่ได้อยู่ในรายงานการศึกษา นี้ เนื่องจากมีการวิเคราะห์และออกแบบระบบได้สอดคล้องกับความต้องการ อย่างไรก็ตาม มีร.พ.น้อยแห่งที่จะมีศักยภาพในการพัฒนาระบบงานเองได้ สำหรับการจ้างบริษัทคอมพิวเตอร์ดำเนินการติดตั้งและออกแบบระบบให้ทั้งหมด สำหรับเฉพาะร.พ.นั้นๆ จากรายงานนี้พบว่าไม่มีตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ เป็นที่พอใจของผู้ใช้และผู้บริหารเลย การใช้ระบบงานที่ออกแบบโดยส่วนกลางในร.พ.รัฐสังกัดสาธารณสุข มักเป็นระบบเก็บข้อมูลเพื่อส่งรายงานมากกว่าระบบที่จะช่วยลดภาระงานและเพิ่มคุณภาพของงาน ทำให้เกิดการระงับการร.พ.มากขึ้น ขณะที่การใช้ทรัพยากรในระบบเหล่านี้มักไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เช่นมีเครื่องคอมพิวเตอร์ในจุดที่ใช้เก็บข้อมูลได้แก่ห้องบัตรและห้องยาจำนวนมากกว่าปกติ ดังนั้นร.พ.อิสระจึงควรมีต้นแบบในการพัฒนา โดยนำแนวทางของร.พ.ที่ประสบผลสำเร็จแล้วมาใช้ เช่นคัดแปลงระบบบัญชีจาก ร.พ.มูลนิธิเป็นต้น ส่วนแนวทางการจ้างบริษัทดำเนินการให้คงต้องพิจารณารายละเอียดของระบบงาน และดูผลงานที่เคยดำเนินการในร.พ.อื่น ๆ ว่าประสบความสำเร็จตอบสนองความต้องการของผู้ใช้หรือไม่อย่างไร
3. ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการจัดหาติดตั้งระบบสารสนเทศ รวมทั้งค่าบริหารจัดการ บำรุงรักษาระบบ ต้องไม่สูงเกินกว่า ค่าตอบแทนที่ได้คืนมาจากการที่ระบบมีประสิทธิภาพ และผลผลิตมากขึ้น ซึ่งจะสามารถประเมินได้ เมื่อมีการเก็บข้อมูลการเงิน การบริการ บุคลากรและการลงทุนครบถ้วนทั้งก่อน หลัง และระหว่างการลงทุน
4. การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องจะเป็นผลดีในการพัฒนาระบบระยะยาว และสามารถเลือกใช้ระบบงานที่มีความคุ้มค่า (Cost effective) สูงสุดได้
5. ส่วนกลางจะต้องมีบทบาทในการกำหนดมาตรฐานของข้อมูลที่เป็นต้องใช้ในโรงพยาบาลรัฐที่เป็นอิสระ เพื่อให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างโรงพยาบาล รวมทั้งสามารถเปรียบเทียบกันและกันในแง่มุมต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการจัดสรรทรัพยากร และการวิเคราะห์หวั้จ้ยได้ในที่สุด

Process

1. จัดให้มีหน่วยงานส่วนกลาง รับผิดชอบมาตรฐานข้อมูล เพื่อให้โรงพยาบาลอิสระทุกแห่งใช้มาตรฐานข้อมูลร่วมกัน และสามารถแลกเปลี่ยนกันเพื่อเปรียบเทียบกันได้
2. โรงพยาบาลอิสระต้องมีจำนวนเครื่องมากเพียงพอ และกระจายไปทุกหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการกระจายกันรับผิดชอบข้อมูล และเกิดการทำงานแบบ Online transaction processing ในลักษณะ Office automation อย่างไรก็ตามต้องคำนึงถึงจำนวนเครื่องในแต่ละจุดบริการให้มีจำนวนพอเหมาะ ไม่มากเกินไป
3. ระบบข้อมูลควรครอบคลุมข้อมูลคลินิก ข้อมูลการบริการ ข้อมูลการเงิน คลังพัสดุและคลังยา ให้ครบถ้วนทั้งร.พ. และเมื่อระบบสารสนเทศครอบคลุมทุกจุดแล้วควรพิจารณาปรับเปลี่ยนระบบงานให้ลดงานซ้ำซ้อนลง และปรับเปลี่ยนการสื่อสารผ่านกระดาษเป็นการสื่อสารผ่านสายแทน อย่างไรก็ตามในภาวะที่มีงบประมาณและระยะเวลาจำกัด พบว่า ร.พ.ควรลงทุนในระบบหลัก ๆ ก่อน ได้แก่ ระบบเวชระเบียน ระบบยา และระบบพัสดุ
4. ข้อมูลคลินิกควรบันทึกรวมไปถึง Activities ทั้งผู้ให้บริการและรับบริการรวมทั้งเวลา และข้อมูลอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในการทำ Performance indicators
5. การใช้เทคโนโลยีราคาแพงควรมีระบบข้อมูลบันทึกการใช้อย่างละเอียด เพื่อประโยชน์ในการประเมินการใช้เทคโนโลยี (Technology assessment) ตลอดจนประเมินความคุ้มค่า (Cost effectiveness) ของเทคโนโลยีนั้นๆ ได้

6. ระบบข้อมูลการจัดซื้อ คลังพัสดุ และคลังเวชภัณฑ์ บัญชี ควรเชื่อมโยงกัน และส่งข้อมูลถ่ายทอดเข้าหากัน ทั้งนี้ ควรมีบุคลากรแยกกันรับผิดชอบคนละหน่วยงาน และระบบคลังควรต้องเชื่อมโยงกับงานบริการ เพื่อตัดยอดการใช้เวชภัณฑ์ออกจากคลังโดยหน่วยบริการ
7. บุคลากรผู้ดูแลระบบ ควรมี Administrator 1-2 คน เป็นผู้บริหารนโยบายด้านระบบสารสนเทศ และมี Supervisor ประมาณ 3 คน ทำหน้าที่ดูแลระบบทั่วไป จากการศึกษาพบว่าบุคลากรจำนวนนี้สามารถรองรับระบบสารสนเทศได้ทุกขนาดของรพ.

บทที่ 3 ระบบบัญชีและการเงิน ในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน

ในสภาวะเศรษฐกิจที่ถดถอยของประเทศไทย ได้มีการประเมินว่าส่วนหนึ่งมาจากระบบราชการที่มีโครงสร้างที่ไม่คล่องตัวและระบบราชการที่ไม่เอื้อต่อการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ โดยส่วนหนึ่งของความไม่มีประสิทธิภาพนั้น มาจากระบบการทำงานที่มีขั้นตอนมากมายและรูปแบบการทำงานที่ซ้ำซ้อน ซึ่งมีผู้กล่าวถึงความไม่มีประสิทธิภาพเมื่อเทียบกับภาคเอกชนว่าภาคเอกชนมีการแข่งขันสูงทำให้ต้องพัฒนาตัวเองในการทำธุรกิจเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพอย่างสูงสุด

ในส่วนของโรงพยาบาลรัฐที่ผ่านมามีหน้าที่หลักในการให้บริการแก่ประชาชนใน 4 ด้านหลักคือ

1. งานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ
2. งานทางด้านการรักษาพยาบาล
3. งานทางด้านการฟื้นฟูสุขภาพ
4. งานทางด้านการป้องกันโรคต่างๆ

ที่ผ่านมารัฐเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณด้านการเงินให้แก่โรงพยาบาลของรัฐในการให้บริการประชาชนทั่วประเทศ ทำให้บรรยากาศการแข่งขันในธุรกิจโรงพยาบาลมีไม่มากนัก ต่อมาเมื่อสภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทยมีการขยายตัวอย่างมากผู้บริโภคมีความต้องการในบริการทางด้านสุขภาพที่มีคุณภาพโดยเฉพาะในด้านการบริการ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้มารับบริการ ทำให้เกิดกิจการโรงพยาบาลเอกชนขึ้นมากมายและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคได้ในระดับหนึ่ง

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 โรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งได้เริ่มมีการปรับปรุงระบบการให้บริการเพื่อสนองความต้องการของผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้นทำให้ภาพพจน์ของโรงพยาบาลรัฐหลายแห่งดีขึ้นในสายตาประชาชนผู้มารับบริการ ซึ่งบางส่วนของพัฒนาต้องใช้งบประมาณค่อนข้างสูง ผลที่เกิดขึ้นคือ โรงพยาบาลหลายแห่งมีผู้มารับบริการมากขึ้น บางแห่งก็มีเงินบำรุงมากขึ้น บางแห่งก็ประสบกับภาวะทางการเงินเนื่องจากการลงทุนในเรื่องของการปรับปรุงโรงพยาบาล

เมื่อสภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทยมีปัญหาทำให้กิจการโรงพยาบาลเอกชนหดตัวผู้รับบริการในโรงพยาบาลรัฐมีจำนวนมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีฐานะยากจน ซึ่งเป็นหน้าที่ของรัฐที่พึงช่วยเหลือเกื้อกูล เกิดปัญหาในการที่รัฐจะสนับสนุนงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลต่างๆ จึงได้เกิดแนวคิดในการปรับปรุงรูปแบบโรงพยาบาลของรัฐให้มีความเป็นอิสระในการบริหารทั้งในด้านการจัดการและในด้านการเงินโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการ และถ้าเป็นไปได้สามารถลดภาระในการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐลง

เงื่อนไขทางการเงินและระบบการเงินและบัญชีของภาครัฐเป็นประเด็นหนึ่งที่มีการพูดคุยกันว่ายังไม่มีความพร้อมในการที่จะใช้กับระบบโรงพยาบาลที่มีความเป็นอิสระมากขึ้น เพื่อให้เห็นภาพรูปแบบทางการเงินและวิธีการทางการเงินได้ละเอียดยิ่งขึ้น จึงได้สรุปเรื่องทางการเงินและบัญชีในส่วนสำคัญดังนี้

1. รูปแบบบัญชีของหน่วยงานย่อยที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นระบบบัญชีที่กำหนดขึ้นโดยกระทรวงการคลังให้มีการใช้เหมือนกันทั่วประเทศ
2. รูปแบบบัญชีของธุรกิจเอกชน

3. รูปแบบบัญชีที่ใช้อยู่ในหน่วยงานที่ไม่หวังผลกำไร เช่น โรงพยาบาลมูลนิธิต่างๆ ซึ่งรูปแบบบัญชีจะเป็นรูปแบบวิธีบัญชีเงินกองทุน (Fund Accounting) โดยแบ่งบัญชีตามแหล่งเงินที่ได้รับ
4. ตัวชี้วัดทางการเงินและบัญชี
5. ต้นทุนการให้บริการ
6. การจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาล

1 ระบบบัญชีหน่วยงานย่อยที่ใช้ในระบบราชการปัจจุบัน

โรงพยาบาลของรัฐมีการใช้รูปแบบทางบัญชี 2 แบบ ที่สำคัญคือ รูปแบบทางบัญชีสำหรับส่วนราชการผู้เบิกในส่วนภูมิภาคซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และระบบบัญชีสำหรับหน่วยงานย่อย ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน

1.1 ข้อกำหนดพิเศษในระบบบัญชีราชการ ข้อกำหนดพิเศษในระบบบัญชีราชการที่ต่างจากระบบเอกชนที่สำคัญมี 3 ประการ คือ

- **ระบบบัญชีใช้เกณฑ์เงินสด (Cash basis)** ซึ่งหมายความว่า จะบันทึกรายการในบัญชีก็ต่อเมื่อมีการรับเงินหรือจ่ายเงินเกิดขึ้นเท่านั้น หากยังไม่มีมีการรับจ่ายเงินก็ไม่ต้องลงบัญชี ฉะนั้นตามระบบหลักเงินสด (Cash basis) จะไม่มีการลงรายการในบัญชีเกี่ยวกับรายรับค้างรับ รายจ่ายค้างจ่าย นอกจากนั้นหลักเงินสดถือว่ารายรับในปีงบประมาณใดก็ถือว่าเป็นรายได้ของปีงบประมาณนั้น ส่วนที่ยังเก็บไม่ได้ไม่ต้องตั้งบัญชีลูกหนี้ เช่นเดียวกับรายจ่ายที่เมื่อมีการจ่ายเงินเกิดขึ้นในปีงบประมาณใดให้ถือว่าเป็นรายจ่ายของปีงบประมาณนั้น เงินงบประมาณรายจ่ายของปีงบประมาณใดที่เบิกไม่ทันในปีงบประมาณนั้นให้เป็นอันพับไป
- **ไม่บันทึกรายการทรัพย์สินในบัญชี** รายจ่ายของส่วนราชการในการซื้อทรัพย์สินหรือจ้างทำของ ไม่มีการเปิดบัญชีทรัพย์สินขึ้น และไม่มีการคิดค่าเสื่อมราคาทรัพย์สิน (Depreciation) และไม่มีการเปิดบัญชีส่วนของเจ้าของทุน (Ownership account) ทั้งนี้เนื่องจากถือว่ารายจ่ายของส่วนราชการที่เกิดขึ้นในแต่ละปีงบประมาณเป็นรายจ่ายทั้งสิ้น การจดบันทึกรายการเกี่ยวกับทรัพย์สินของส่วนราชการใช้วิธีควบคุมโดยการจัดทำบัญชีวัสดุหรือทะเบียนครุภัณฑ์ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ หรือในส่วนที่ดินและสิ่งก่อสร้างเมื่อมีการจัดซื้อก็ดำเนินการขึ้นทะเบียนเป็นที่ราชพัสดุของกระทรวงการคลัง
- **ไม่แสดงผลกำไร ขาดทุน** เนื่องจากส่วนราชการดำเนินการโดยไม่มีวัตถุประสงค์ในการแสวงหากำไร ฉะนั้น เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ส่วนราชการไม่ต้องจัดทำบัญชีกำไรขาดทุนเพื่อแสดงผลการดำเนินงาน แต่อย่างไรก็ตาม หากต้องการจะทราบผลการดำเนินงานก็จะใช้วิธีการประเมินผลโดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามแผนงานโครงการที่ได้กระทำสำเร็จ

1.2 ระบบบัญชีสำหรับส่วนราชการผู้เบิกในภูมิภาค ซึ่งในที่นี้ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

ระบบบัญชีสำหรับส่วนราชการผู้เบิกในภูมิภาค ได้กำหนดให้มีสมุดบันทึกรายการเป็น 2 ลักษณะ คือ

- สมุดบันทึกรายการขั้นต้น เพื่อใช้ในการบันทึกรายการบัญชีทุกครั้งที่มีรายการเกิดขึ้นก่อนที่จะผ่านรายการบัญชี ไปยังบัญชีแยกประเภทที่เกี่ยวข้องต่อไป สมุดรายการขั้นต้นประกอบด้วยสมุด 3 เล่มคือ สมุดเงินสด สมุดเงินฝากธนาคาร และใบโอน(ใช้แทนสมุดรายวันทั่วไป)
- สมุดบันทึกรายการขั้นปลาย เป็นสมุดบันทึกที่เกิดภายหลังจากที่มีการลงรายการในสมุดบันทึกรายการขั้นต้น ซึ่งในสมุดบันทึกรายการขั้นปลายจะมีการแยกประเภทบัญชีเป็นบัญชีแยกประเภท และในเวลาเดียวกันก็จะต้องนำหลักฐานไปบันทึกรายการในบัญชีย่อยและ/หรือทะเบียนที่กรมบัญชีกลางกำหนดด้วย สมุดบันทึกรายการขั้นปลายจะแยกเป็น 3 ลักษณะ คือ
 - บัญชีแยกประเภท (Ledgers)
 - บัญชีย่อย (Subsidiary ledgers)
 - ทะเบียน (Memorandum books)

1.2.1 บัญชีแยกประเภท (Ledgers) บัญชีแยกประเภททั่วไปจะถูกเปิดขึ้นตามลักษณะหรือประเภทของแต่ละรายการบัญชี ซึ่งจะแสดงถึงสภาพความเป็น รายได้ รายจ่าย ทรัพย์สิน หนี้สิน และทุน ในแต่ละบัญชีแยกประเภทในทางปฏิบัติส่วนราชการผู้เบิกในส่วนภูมิภาคจะเปิดบัญชีแยกประเภทขึ้นตามชื่อบัญชีที่กรมบัญชีกลางกำหนด แต่ถ้าหากมีรายการบัญชีใดเกิดขึ้นมีลักษณะรายการไม่เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ส่วนราชการผู้เบิกในภูมิภาคสามารถที่จะเปิดบัญชีแยกประเภทขึ้นตามความเหมาะสมได้ หรือจะขอให้กรมบัญชีกลางกำหนดชื่อบัญชีแยกประเภทให้ก็ได้

1.2.2 บัญชีย่อย (Subsidiary ledgers) เนื่องจากบัญชีแยกประเภทต่างๆ ในระบบบัญชีของส่วนราชการผู้เบิกในภูมิภาคที่ได้กล่าวมาแล้วจะมีลักษณะเป็นบัญชีคุมหรือบัญชีรวม ฉะนั้น จึงจำเป็นจะต้องมีบัญชีย่อยประกอบเพื่อบันทึกข้อมูลหรือรายละเอียดตามที่ต้องการ และเพื่อประโยชน์ในการจัดทำรายงานตามที่กระทรวงการคลังกำหนด ด้วยเหตุนี้บัญชีย่อยจะต้องบันทึกรายการควบคู่ไปกับบัญชีแยกประเภทที่เป็นบัญชีคุมเสมอ ดังนั้น ยอดเงินในบัญชีย่อยรวมกันจะเท่ากับยอดเงินในบัญชีแยกประเภทที่เป็นบัญชีคุม หากไม่เท่ากันก็ให้ตั้งข้อสังเกตว่าคงมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นในบัญชีแยกประเภทที่เป็นบัญชีคุมหรือในบัญชีย่อยที่เกี่ยวข้อง เช่น บัญชีรายจ่ายตามแผนงาน งานและโครงการ เป็นบัญชีคุม และทะเบียนรายจ่ายตามแผนงาน งานและโครงการเป็นบัญชีย่อย บัญชีเงินรายได้แผ่นดิน เป็นบัญชีคุม บัญชีย่อยเงินรายได้แผ่นดินเป็นบัญชีย่อย แบบของบัญชีย่อยจะต้องทำตามแบบที่กรมบัญชีกลางกำหนด ถ้าหากมิได้กำหนดแบบไว้และจำเป็นจะต้องเปิดบัญชีย่อยขึ้น ก็ให้ใช้แบบบัญชีแยกประเภทเป็นแบบในบัญชีย่อยแทนได้

แบบของบัญชีย่อยที่กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง กำหนดไว้ในระบบบัญชีของส่วนราชการผู้เบิกในส่วนภูมิภาค มีดังนี้

- ทะเบียนรายจ่ายตามแผนงาน งานและโครงการ
- ทะเบียนรายจ่ายงบกลาง
- บัญชีย่อยเงินรายได้แผ่นดิน
- บัญชีย่อยเงินรายได้แผ่นดินนำส่งคลัง
- บัญชีย่อยที่ใช้แบบบัญชีแยกประเภท 3 ช่อง

1.2.3 ทะเบียนคุม (Memorandum books) เพื่อประโยชน์ในการควบคุมการเบิกจ่ายเงินทางราชการให้เป็นไปอย่างรัดกุมและมีประสิทธิภาพ และเพื่อประโยชน์ในการจัดทำรายงานให้ถูกต้องตามที่กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังกำหนด ตลอดจนการป้องกันการทุจริตทางการเงิน กระทรวงการคลังได้กำหนดสมุดทะเบียนที่มีลักษณะเป็นการควบคุมขึ้นเท่าที่จำเป็นเฉพาะเรื่อง เพื่อให้ส่วนราชการผู้เบิกในภูมิภาคจัดทำไว้เป็นหลักฐานของทางราชการ เช่น ทะเบียนคุมฎีกาเบิกจ่ายเงิน เพื่อควบคุมและเร่งรัดการจ่ายเงินงบประมาณ ให้เสร็จสิ้นภายในกำหนด 15 วันทำการนับจากวันรับเงินจากคลัง แบบทะเบียนและวิธีการบันทึกราชการ ถือปฏิบัติตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

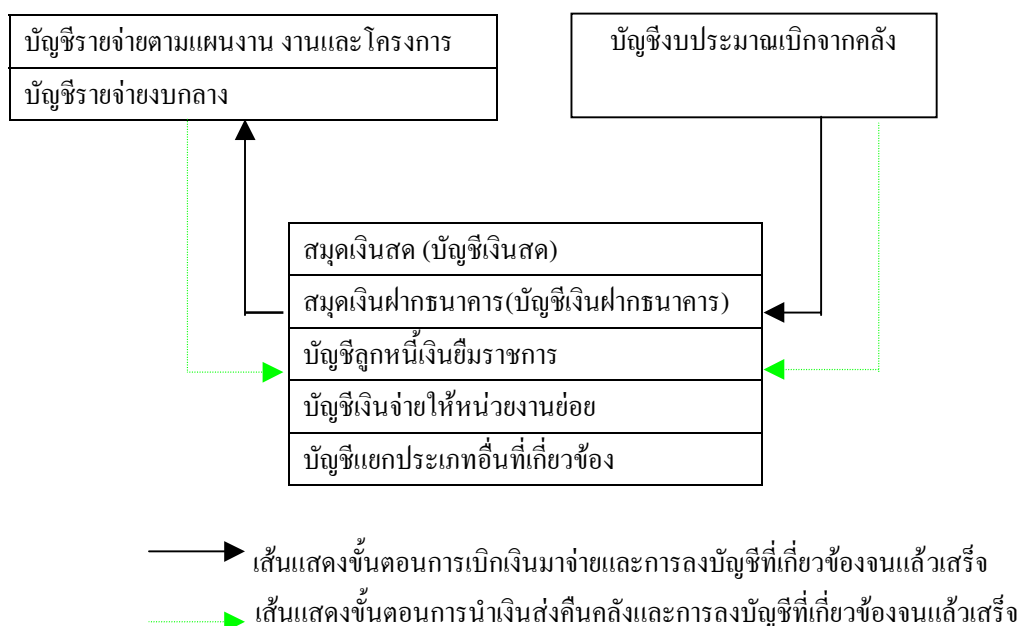
แต่อย่างไรก็ตาม ส่วนราชการผู้เบิกในภูมิภาคใดประสงค์จะจัดทำสมุดทะเบียน เพื่อประโยชน์ในการควบคุมเกี่ยวกับการเงินเป็นการภายในที่จะกระทำได้ตามความจำเป็น และความเหมาะสม ก็สามารถกระทำได้

สมุดทะเบียนที่กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังกำหนดให้ส่วนราชการผู้เบิกในภูมิภาคจัดทำมีดังนี้คือ

- ❑ ทะเบียนคุมเงินประจำงวดส่วนจังหวัด
- ❑ ทะเบียนคุมหลักฐานขอเบิก
- ❑ ทะเบียนคุมฎีกาเบิกจ่ายเงิน
- ❑ ทะเบียนคุมเงินทศรองราชการ
- ❑ บัญชีขอยืมเงินมัดจำประกันสัญญา
- ❑ ทะเบียนรับเช็ค
- ❑ ทะเบียนคุมรับโอนขายบิลเงินทศรองราชการเพื่อจ่ายตามเงินกู้ต่างประเทศ

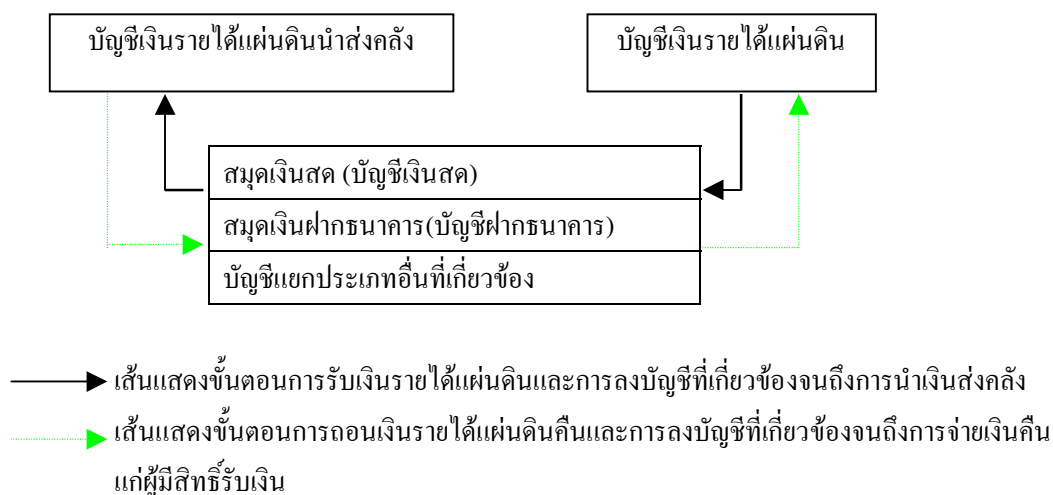
1.2.4 การบันทึกรายการทางบัญชี เป็นการดำเนินการบันทึกรายการบัญชีในสมุดบันทึกรายการขั้นต้น และในสมุดบันทึกรายการขั้นปลาย ตามลำดับเหตุการณ์ทางการเงินที่เกิดขึ้นทุกครั้งตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งจบสมบูรณ์ภายในรอบระยะเวลาบัญชี สามารถแบ่งการบันทึกรายการเป็น 3 หัวข้อตามเงินที่ได้รับคือ เงินงบประมาณ เงินรายได้แผ่นดิน และเงินนอกงบประมาณ

❖ วงจรการจัดทำบัญชีงบประมาณ



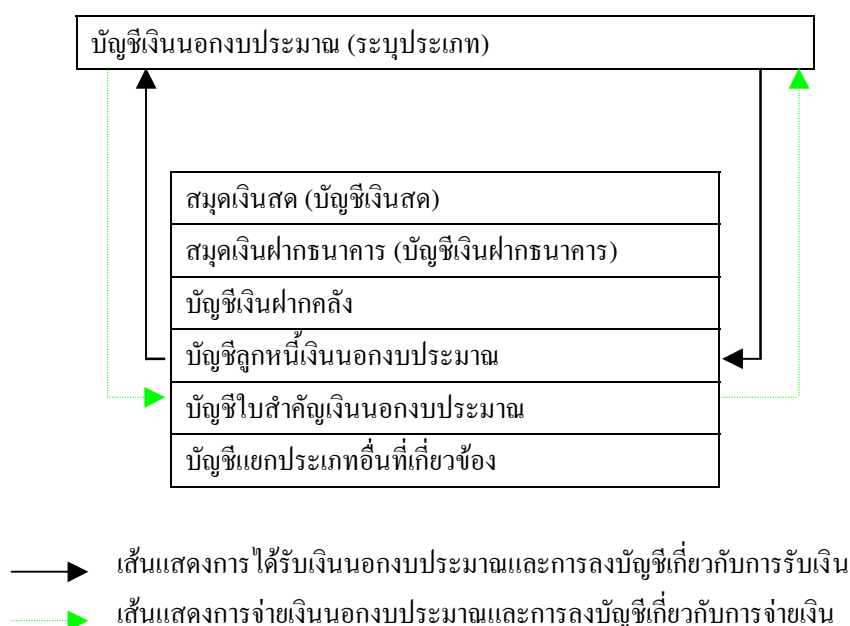
จากแผนภาพข้างต้นจะพบว่า เงินงบประมาณที่เบิกจากคลัง จะเท่ากับ เงินงบประมาณที่จ่ายสำหรับปีงบประมาณเดียวกันเมื่อได้บันทึกการบัญชีเสร็จสมบูรณ์แล้ว และจะเป็นผลให้ยอดเงินในบัญชีรายจ่ายตามแผนงาน งานและโครงการ บวกกับ บัญชีรายจ่ายงบกลาง จะเท่ากับ ยอดเงินในบัญชีเงินงบประมาณเบิกจากคลัง สำหรับปีงบประมาณนั้น

❖ วงจรการจัดทำบัญชีเงินรายได้แผ่นดิน



จากแผนภาพพบว่าเงินรายได้แผ่นดินที่ได้รับ จะเท่ากับ เงินรายได้แผ่นดินที่นำส่งคลัง จึงเป็นผลให้ยอดเงินในบัญชีเงินรายได้แผ่นดิน จะเท่ากับ ยอดเงินในบัญชีเงินรายได้แผ่นดินนำส่งคลัง เมื่อได้นำเงินรายได้แผ่นดินที่ได้รับส่งคลังครบถ้วนแล้ว

❖ วงจรการจัดทำบัญชีเงินนอกงบประมาณ



เมื่อส่วนราชการผู้เบิกในภูมิภาคได้รับเงินนอกงบประมาณให้เปิดบัญชีแยกประเภทเงินนอกงบประมาณ (ระบุชื่อหรือประเภท) ไว้เป็นรายบัญชี ตามประเภทของเงินนอกงบประมาณตามวัตถุประสงค์ และเมื่อมีรายได้เกิดขึ้นอันเป็นประเภทเดียวกับเงินนอกงบประมาณประเภทนั้นอีก ก็ให้นำไปสมทบไว้ในบัญชีเดียวกันนั้น เมื่อมีการจ่ายเงินตามวัตถุประสงค์ของเงินนอกงบประมาณนั้น ก็ให้นำไปหักออกจากบัญชีเงินนอกงบประมาณเดียวกัน

1.2.5 วิธีจัดทำรายงานทางการเงิน (Financial report) การจัดทำรายงานการเงินของส่วนราชการผู้เบิกถือเป็นการสรุปผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่าย เงินนอกงบประมาณ และการจัดเก็บเงินรายได้แผ่นดิน โดยรวบรวมจากผลการปฏิบัติการทางบัญชีในช่วงระยะเวลาแต่ละเดือน และในช่วงรอบระยะเวลาหนึ่งปีงบประมาณ ฉะนั้น ประโยชน์ของรายงานการเงิน คือ สามารถทราบผลการดำเนินการเบิกจ่ายเงิน สามารถทราบฐานะการเงินทุกประเภทและฐานะเงินประจำงวดคงเหลือทุกระยะ นอกจากนั้นยังใช้รายงานการเงินเป็นเครื่องชี้วัดผลงานที่ได้ดำเนินการไปแล้ว และสามารถนำไปเปรียบเทียบและเพื่อการวางแผนในขั้นต่อไปด้วย

ประเภทรายงานการเงินที่ส่วนราชการผู้เบิกจะต้องจัดทำขึ้น มีดังต่อไปนี้

- รายงานเงินคงเหลือประจำวัน
- รายงานเงินประจำงวดส่วนจังหวัด
- รายงานยอดบัญชีแยกประเภททั่วไป
- รายงานเงินรายจ่ายตามแผนงาน งานหรือโครงการ
- รายงานเงินรายจ่ายงบกลาง
- รายงานฐานะเงินงบประมาณรายจ่ายปีก่อน
- รายงานเงินรายได้แผ่นดิน
- รายงานลูกหนี้เงินทดรองราชการ
- รายงานลูกหนี้เงินยืมราชการ
- รายงานลูกหนี้เงินนอกงบประมาณ
- รายงานเงินนอกงบประมาณ
- รายงานเงินให้กู้ยืม

1.3.รูปแบบระบบบัญชีหน่วยงานย่อยของรัฐบาล แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

1. **สมุดเงินสด** ซึ่งเป็นระบบบัญชีคู่ และแบ่งเป็นบัญชีย่อย 4 ส่วนคือ บัญชีเงินสด,บัญชีเงินงบประมาณ,บัญชีเงินรายได้แผ่นดิน,บัญชีเงินนอกงบประมาณ ทำหน้าที่เป็นสมุดบันทึกรายการขึ้นต้นและเป็นสมุดบันทึกรายการขึ้นปลายด้วยรายการรับจ่ายเงินสดทุกชนิดต้องมีการลงในสมุดเงินสด โดยด้านซ้ายของสมุดเป็นด้านของรายรับ ด้านขวาเป็นด้านของรายจ่ายและแต่ละด้านมีการแยกเป็นบัญชีย่อย 4 บัญชีดังกล่าวข้างต้น
2. **สมุดทะเบียน** มีไว้สำหรับควบคุมกำกับกับการเบิกจ่ายเงินตามประเภทต่างๆโดยมีทะเบียน 7 เล่ม คือ
 1. ทะเบียนคุมเงินงบประมาณ
 2. ทะเบียนคุมเงินรายได้แผ่นดิน
 3. ทะเบียนคุมเงินนอกงบประมาณ

4. สมุดคู่มือเบิกเงินเพื่อจ่ายในราชการ
5. ทะเบียนคุมหลักฐานขอเบิก
6. ทะเบียนคุมเอกสารทางตัวเงิน
7. สมุดคู่ฝาก
8. รายงานการเงินที่ต้องส่งให้ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินเพื่อการตรวจสอบ มีวัตถุประสงค์ เพื่อประโยชน์ในการควบคุมและตรวจสอบเกี่ยวกับฐานะการเงินของหน่วยงานย่อย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ
 1. รายงานเงินคงเหลือประจำวัน
 2. รายงานประเภทเงินคงเหลือประจำเดือน

รายงานดังกล่าวทั้งสองเป็นการเก็บตัวเลขที่ได้จากทะเบียนคุมเงินงบประมาณ ทะเบียนคุมเงินรายได้แผ่นดิน และทะเบียนคุมเงินนอกงบประมาณเมื่อสิ้นวันทำการ และวันสุดท้ายของเดือนแต่ละเดือนยอดคงเหลือของเงินในทะเบียนคุมแต่ละเล่มจะเท่ากับรายการบัญชีแต่ละประเภทในสมุดเงินสดและเมื่อรวมเงินทุกประเภทในสมุดเงินสดเข้าด้วยกันจะเท่ากับเงินสดคงเหลือตามรายงานเงินคงเหลือประจำวัน ณ.วันสิ้นเดือนพอดี

1.4 ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานทางบัญชี

ในหน่วยงานของราชการไม่มีการกำหนดการประเมินผลการปฏิบัติงานทางบัญชีเพื่อนำมาใช้ในการประเมินอย่างชัดเจน โดยที่ไม่มีการนำตัวเลขทางบัญชีมารายงานเป็นรายงานทางการเงินอย่างในธุรกิจทั่วไปที่มีการนำตัวเลขทางบัญชีมาสรุปเป็นรายงานทางการเงิน ซึ่งประกอบด้วย งบดุล งบกำไรขาดทุน และงบกระแสเงินสด ผู้บริหารในโรงพยาบาลของรัฐจึงมีหน้าที่ในการดูแลความถูกต้องของการใช้จ่ายงบประมาณให้ตรงกับหมวดเงินต่างๆและเป็นไปตามแผนการใช้งบประมาณนั้นๆ ในส่วนของเงินบำรุงการใช้จ่ายต้องเป็นไปตามระเบียบกาใช้เงินบำรุง ซึ่งในปัจจุบันเป็นระเบียบการใช้จ่ายเงินบำรุงของหน่วยบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2536

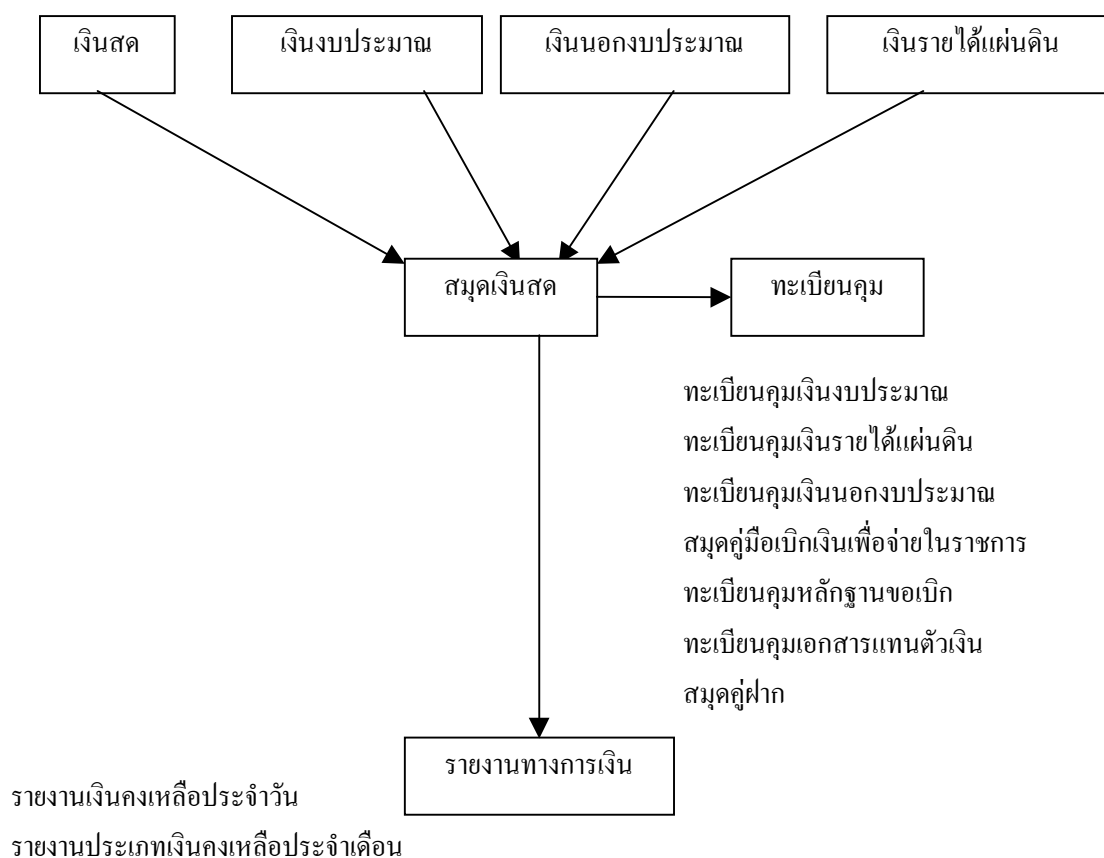
1.5. การควบคุม

ในระบบราชการมีการควบคุมโดยหน่วยงาน สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน(สตง). เป็นผู้ตรวจสอบในเรื่องของความถูกต้องตามระเบียบที่กฎหมายกำหนด และต้องมีการส่งรายงานเงินคงเหลือประจำเดือนให้ สตง. ตรวจสอบ โดยสามารถแบ่งการควบคุมเป็น 2 แนวคือ

1. การควบคุมโดยปฏิบัติตามระเบียบ
2. การควบคุมโดยใช้รายงานทางการเงิน ซึ่งประกอบด้วย รายงานเงินคงเหลือประจำวัน , รายงานเงินคงเหลือประจำเดือน, รายงานการรับจ่ายเงินบำรุงสถานบริการสาธารณสุข, งบการเงินบำรุงสถานบริการสาธารณสุข, งบเดือนเงินบำรุงสถานบริการสาธารณสุข

โดย การตรวจนับเงินประจำวัน และตรวจสอบการลงรายการในสมุดเงินสด

รูปแบบการปฏิบัติของหน่วยงานย่อยทางบัญชี



2. ระบบบัญชีของธุรกิจเอกชน

2.1 รูปแบบทางบัญชีของโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลเอกชนสามารถแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งได้ เป็น โรงพยาบาลที่ตั้งมาเพื่อหวังผลกำไร และโรงพยาบาลที่ตั้งขึ้นมาโดยไม่หวังผลกำไร เช่น โรงพยาบาลมูลนิธิ ต่างๆ รูปแบบทางบัญชีของโรงพยาบาลเอกชนในส่วนของโรงพยาบาลที่ตั้งขึ้นเพื่อหวังผลกำไร ได้มีการวางระบบบัญชี ที่คล้ายกับบริษัททั่วไป คือ

มีระบบบัญชีย่อยได้แก่

- ระบบขาย/ลูกหนี้
- ระบบซื้อ/เจ้าหนี้
- ระบบสินค้าคงเหลือ
- ระบบบัญชีแยกประเภท
- ระบบเงินเดือน/ค่าแรง

โดยการบันทึกรายการทางบัญชีอาจจะมีการผ่านรายการจากสมุดรายวันขั้นต้นต่างๆ เช่น สมุดรายวันซื้อ สมุดรายวันขาย สมุดเงินสด และสมุดรายวันทั่วไป ไปยังสมุดบัญชีแยกประเภทแล้วสรุปเป็นรายงานทางการเงิน ซึ่งจากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี ธุรกิจเอกชนหลายแห่ง ได้มีการนำเอาระบบคอมพิวเตอร์เข้ามามีส่วนช่วยในการบันทึกการทางบัญชีต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และรวดเร็วในการบันทึกบัญชี การบันทึกการ

การทางบัญชี สามารถที่จะบันทึกรายการผ่านไปยังบัญชีแยกประเภทได้โดยตรง โดยไม่ต้องผ่านสมุดรายวันขึ้นต้นต่างๆ ก็ได้ (ซึ่งการกระทำดังกล่าวเป็นไปในทางปฏิบัติเพราะในการทำบัญชีที่เป็นที่ยอมรับวิธีดังกล่าวจะตรวจสอบไม่ได้เมื่อมีการลงรายการผิด)

การจัดทำรายงานทางการเงิน โดยทั่วไปประกอบด้วย งบดุล, งบกำไรขาดทุนและงบกระแสเงินสด โดยส่วนใหญ่จะมีรูปแบบของระบบบัญชีคือ มี บัญชีย่อยของส่วนต่างๆ ที่ทำมาตลอดปี และเมื่อถึงรอบบัญชีที่กำหนดก็จะมีการทำรายงานทางการเงินของบริษัท

ในรูปแบบทางบัญชีของเอกชน ในงบดุลประกอบด้วยส่วนของผู้ถือหุ้น ส่วนของสินทรัพย์ และ ส่วนของหนี้สิน

ส่วนของสินทรัพย์แบ่งเป็นสินทรัพย์หมุนเวียนและสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน สินทรัพย์หมุนเวียนส่วนใหญ่มักจะใช้ในกิจการประจำวัน เช่น เงินสดและเงินฝากธนาคาร เงินลงทุนระยะสั้น ลูกหนี้การค้า นอกจากนั้นในส่วนสินทรัพย์หมุนเวียนอื่น ยังประกอบด้วย เงินทดรองจ่าย ค่าใช้จ่ายจ่ายล่วงหน้า เป็นต้น ส่วนสินทรัพย์ไม่หมุนเวียนส่วนใหญ่มักจะอยู่ในรูปของที่ดิน สิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์ทางการแพทย์

การลงทุนในกิจการอื่นๆ เช่นการที่บริษัทใช้เงินลงทุนในบริษัทอื่น และการที่บริษัทมีตราสินค้าที่มีชื่อเสียง ในกรณีดังกล่าวถือเป็นสินทรัพย์ของกิจการด้วยส่วนหนึ่ง

ส่วนหนี้สิน แบ่งเป็นหนี้สินระยะสั้น,หนี้สินระยะยาว และหนี้สินอื่นๆซึ่งสามารถแยกการพิจารณาได้ดังนี้คือ

- ◆ หนี้สินระยะสั้น (Current liability) เป็นหนี้สินซึ่งมีข้อตกลงในการชำระหนี้ภายในรอบระยะเวลาบัญชีนั้นๆ โดยส่วนใหญ่จะเป็น 1 ปี โดยปกติกิจการมักใช้สินทรัพย์หมุนเวียนในการชำระหนี้สินหมุนเวียน ในส่วนของหนี้สินระยะสั้นนี้ได้แก่ เจ้าหนี้การค้า ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย เงินกู้ระยะสั้น รวมถึงการออกหุ้นกู้ระยะสั้นของบริษัทที่มีกำหนดชำระหนี้สินภายในรอบบัญชีนั้นๆ
- ◆ หนี้สินระยะยาว (Long-term liability) เป็นหนี้สินที่มีกำหนดชำระเกินกว่า 1 ปีหรือรอบบัญชีของกิจการนั้นๆ ได้แก่ เงินกู้ระยะยาว หุ้นกู้ระยะยาว เป็นต้น
- ◆ หนี้สินระยะยาวอื่นๆ (Other long-term liability) เป็นหนี้สินที่บริษัทมีภาระที่จะต้องจ่ายนอกเหนือจากหนี้สินระยะยาวที่กล่าวแล้วข้างต้น เช่น ภาษีค้างจ่าย ค่าบำนาญ บำนาญ เป็นต้น

ในส่วนของผู้ถือหุ้น สำหรับโรงพยาบาลที่หวังผลกำไรชัดเจนจะมีการระดมทุนจากผู้ถือหุ้น หรือหากเป็นบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ก็จะมีขายหุ้นแก่ประชาชนทั่วไป และมีการจัดทำกำไรสะสมของบริษัทเพื่อเป็นทุนใช้ในการขยายกิจการต่อไป ในส่วนของโรงพยาบาลที่ไม่หวังผลกำไร ส่วนของผู้ถือหุ้นส่วนหนึ่งจะเป็นการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่จัดตั้งขึ้นและส่วนหนึ่งอาจจะได้จากการระดมทุนเช่นเดียวกัน

บริษัทบางแห่งโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริษัทในตลาดหลักทรัพย์ จะมีการทำงบกระแสเงินสดเพื่อให้รู้การเคลื่อนไหวของเงินสดของบริษัทและมีการทำแผนการใช้จ่ายเงินสดเพื่อสะดวกในการติดตามการใช้เงินสดของบริษัท

2.2 การวัดผลการปฏิบัติงานทางบัญชี

ในการวัดผลของการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลเอกชนมีความนิยมนิยามวัดผลทั้งทางด้านงบดุล ทางด้านงบกำไรขาดทุนและทางด้านผลของการวิเคราะห์อัตราส่วนต่างๆ ทางบัญชี โดยนำมาเปรียบเทียบกับคู่แข่งในตลาด หรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่องค์กรตั้งไว้

2.3.การตรวจสอบและควบคุม

ในการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานทางบัญชีของบริษัทเอกชนทุกแห่ง กฎหมายกำหนดให้ต้องมีผู้ตรวจสอบบัญชีรับใบอนุญาตตรวจสอบบัญชีในรอบบัญชีนั้นๆ และทำรายงานให้แก่ กระทรวงพาณิชย์ในกรณีที่บริษัทนั้นไม่ใช่เป็นบริษัทที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ ส่วนบริษัทที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์จะต้องมีการตรวจสอบบัญชีจากผู้ตรวจสอบบัญชีรับใบอนุญาตที่ตลาดหลักทรัพย์กำหนดและนำเสนอต่อคณะกรรมการตลาดหลักทรัพย์ โดยมีการเผยแพร่ต่อผู้ถือหุ้นต่อไป

2.4. นโยบายทางการเงินบัญชี

ข้อสมมุติของการบัญชีมีหลายอย่างในกิจการธุรกิจใดๆ ก็แล้วแต่ จะต้องมียุทธศาสตร์พื้นฐานที่สำคัญคือ

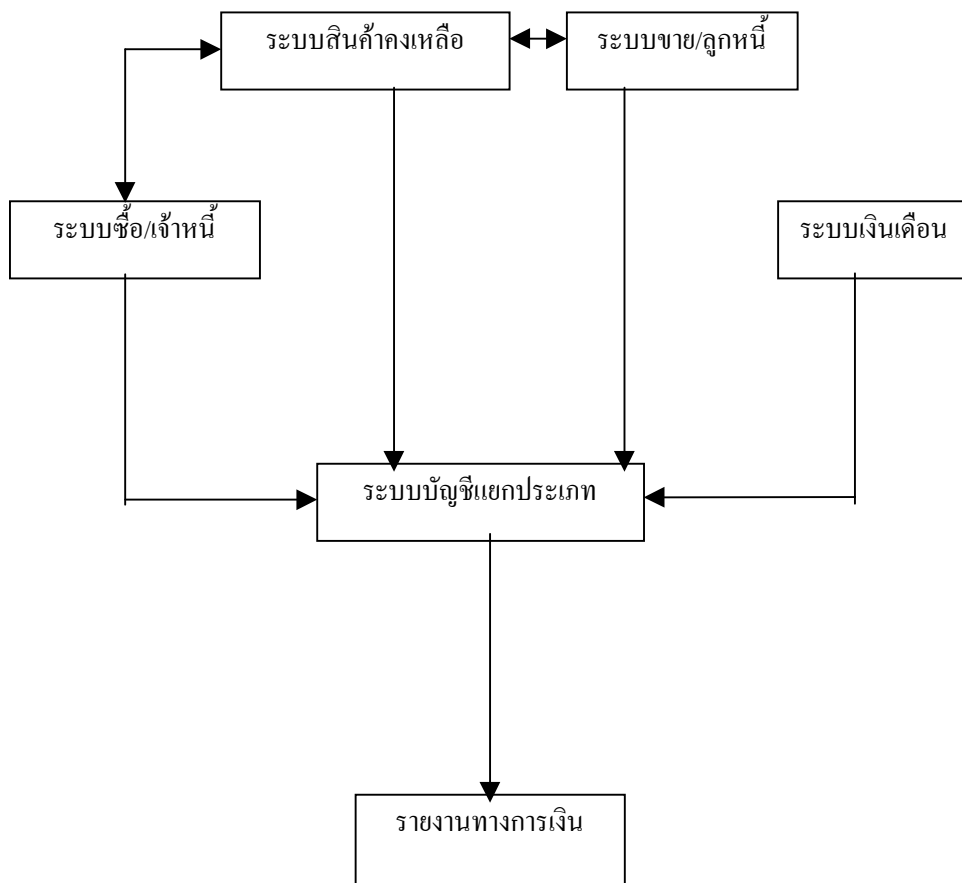
- ❖ หลักความดำรงอยู่ของกิจการ เป็นหลักการที่ต้งว่ากิจการที่ต้งขึ้นมาย่อมมีวัตถุประสงค์ที่จะดำรงอยู่โดยไม่มีกำหนด กล่าวคือ หากไม่มีเหตุจำเป็นอย่างอื่นแล้ว กิจการที่ต้งขึ้นมาย่อมจะดำเนินงานต่อเนื่องกันไปอย่างน้อยก็นานพอที่จะดำเนินงานตามแผนและข้อผูกพันที่ได้ทำไว้จนสำเร็จ
- ❖ หลักความสม่ำเสมอ การใช้บการเงินสำหรับระยะเวลาหนึ่ง บางครั้งอาจเพียงพอในการตัดสินใจแต่บการเงินสำหรับระยะเวลาหลายๆช่วงติดต่อกันไปย่อมจะมีความหมายและให้ประโยชน์แก่ผู้ใช้ได้ดีกว่า การเปรียบเทียบบการเงินสำหรับระยะเวลาที่แตกต่างกัน ย่อมจะเกิดผลและมีประโยชน์ต่อเมื่องบการเงินนั้นๆ ได้จัดทำขึ้นโดยอาศัยมาตรฐานการบัญชีเดียวกัน ฉะนั้นการปฏิบัติบัญชีของกิจการหนึ่งๆจึงต้องยึดหลักความสม่ำเสมอ กล่าวคือ เมื่อเลือกใช้การปฏิบัติบัญชีวิธีใดแล้ว จะต้องใช้วิธีนั้นโดยตลอด แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่า จะเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติบัญชีมิได้เลย เพราะเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมในธุรกิจ ย่อมเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา
- ❖ หลักเงินค้าง ในการคำนวณกำไรและขาดทุนสำหรับงวด นักบัญชีต้องคำนึงถึงรายได้และค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เป็นของงวดนั้น และแยกส่วนที่ไม่เป็นของงวดนั้นออก ตามวิธีการบัญชีที่ถือเกณฑ์เงินสด จำนวนเงินที่จ่ายไปทั้งหมดสำหรับงวดอาจถือได้ว่า เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น แต่ตามหลักการบัญชีเงินค้าง รายได้ถือว่าเกิดขึ้นเมื่อกระบวนการก่อให้เกิดรายได้ได้สำเร็จแล้วและการแลกเปลี่ยนได้เกิดขึ้นแล้วโดยใช้หลักการจับคู่ค่าใช้จ่ายกับรายได้เพื่อให้ได้มาซึ่ง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสำหรับงวด แม้จะยังไม่มีการรับเงินและจ่ายเงินก็ตาม

- ❖ หลักการเปิดเผยข้อมูลอย่างเพียงพอ กิจกรรมมีหน้าที่เปิดเผยข้อมูลการเงินที่สำคัญทั้งหมดต่อผู้ใช้งบการเงินในเรื่องการเปิดเผยข้อมูลนี้ไม่มีกฎเกณฑ์ที่แน่นอนว่าการเปิดเผยอย่างเพียงพอ ควรมีลักษณะอย่างไร โดยทั่วไปนักบัญชีจะตัดสินโดยถือหลักว่า ถ้าไม่เปิดเผยแล้ว จะเป็นเหตุให้ผู้ใช้งบการเงินหลงผิดหรือไม่ ความเห็นจึงอาจแตกต่างกันได้มากกว่ารายการใดบ้างที่ควรเปิดเผย ดังนั้น หลักเกณฑ์ที่ควรนำมาใช้คือ เมื่อสงสัยให้เปิดเผย

ทั้งหมดนี้เป็นข้อสมมติฐานเบื้องต้นที่กิจการพึงมี ในกรณีที่ข้อสมมติฐานฐานของการบัญชีดังกล่าวได้ถือปฏิบัติอยู่แล้ว ในงบการเงิน การเปิดเผยข้อสมมติดังกล่าวไม่จำเป็นอีก หากไม่ได้ถือปฏิบัติตามนั้น ก็ควรเปิดเผยเรื่องนี้ให้ทราบพร้อมด้วยเหตุผล

นอกจากนั้นการทำบัญชีของกิจการใดๆ ต้องมีการใช้สมมติฐานทางบัญชีที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ซึ่งในประเทศไทย สมาคมนักบัญชีและผู้สอบบัญชีรับอนุญาตแห่งประเทศไทย เป็นผู้กำหนด

โครงสร้างของระบบบัญชีของโรงพยาบาลเอกชน



ตัวอย่างงบดุลที่ใช้ในกิจการธุรกิจเอกชน

งบดุล (Balance sheet)

ณ วันที่.....

สินทรัพย์ (Assets)

สินทรัพย์หมุนเวียน (Current assets)

เงินสดและเงินฝากธนาคาร (Cash on hand and at Banks) xxx

ลูกหนี้ (Accounts receivable) xxx

สินค้าคงเหลือ (Inventory) xxx

สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น (Others current assets) xxx

รวมสินทรัพย์หมุนเวียน (Total current assets) xxx

ที่ดิน อาคาร และอุปกรณ์ (Property, Plant and Equipment) xxx

สินทรัพย์อื่น (Others assets) xxx

รวมสินทรัพย์ (Total assets) xxx

หนี้สินและส่วนของผู้ถือหุ้น (Liabilities and Shareholders' Equity)

หนี้สินหมุนเวียน (Current liability)

เงินเบิกเกินบัญชีและเงินกู้ยืมจากธนาคาร xxx

(Bank overdrafts and Bank Loans)

เจ้าหนี้ (Accounts Payable) xxx

ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย (Accounts expenses) xxx

หนี้สินหมุนเวียนอื่น (Other current liabilities) xxx

รวมหนี้สินหมุนเวียน (Total current liabilities) xxx

เงินกู้ยืมระยะยาว (Long-term Loan) xxx

รวมหนี้สิน (Total Liabilities) xxx

ส่วนของผู้ถือหุ้น (Shareholders' Equity)

ทุน (Capital) xxx

กำไรสะสม (Retained Earnings) xxx

รวมส่วนผู้ถือหุ้น (Total shareholders' equity) xxx

รวมหนี้สินและส่วนผู้ถือหุ้น (Total liabilities and shareholders' equity) xxx

ตัวอย่างงบกำไร-ขาดทุนที่ใช้ในกิจการธุรกิจเอกชน

งบกำไร ขาดทุน (Income statement)

รายได้ (Revenue)

รายได้ค่าบริการ (Service Revenue)	xxx	
รายได้อื่นๆ (Other income)	xxx	
รายได้รวม (Total Revenue)	<u>xxx</u>	

ค่าใช้จ่าย (Expenses)

ต้นทุนการบริการ (Cost of Service)	xxx	
ค่าใช้จ่ายในการบริหาร (Administrative Expense)		xxx
ดอกเบี้ยจ่าย (Interest Expense)	xxx	
ค่าใช้จ่ายรวม (Total Expense)	<u>xxx</u>	

กำไรสุทธิ (Net Profit)

xxx

ตัวอย่างงบกระแสเงินสดที่ใช้ในการธุรกิจเอกชน

งบกระแสเงินสด
สำหรับปีสิ้นสุดวันที่

กระแสเงินสดจากกิจกรรมดำเนินงาน	xxx
กำไร(ขาดทุน)สุทธิ	xxx
รายการปรับกระทบกำไร(ขาดทุน)สุทธิให้เป็นเงินสดสุทธิ	xxx
ที่ได้จากกิจกรรมดำเนินงาน	xxx
ค่าเสื่อมราคาและรายการตัดบัญชี	xxx
กำไร(ขาดทุน)จากการจำหน่ายทรัพย์สิน	xxx
สินทรัพย์ดำเนินงาน ลดลง(เพิ่มขึ้น)	
ลูกหนี้การค้า	xxx
สินค้าคงเหลือ	xxx
สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น	xxx
หนี้สินดำเนินงาน เพิ่มขึ้น(ลดลง)	
เจ้าหนี้การค้า	xxx
หนี้สินหมุนเวียนอื่น	xxx
เงินสดสุทธิได้จากกิจกรรมดำเนินงาน	<u>xxx</u>
กระแสเงินสดจากกิจกรรมลงทุน	
เงินลงทุนระยะสั้นลดลง	xxx
ขายทรัพย์สินถาวร	xxx
ซื้อทรัพย์สินถาวร	xxx
สินทรัพย์อื่นลดลง	xxx
เงินสดสุทธิใช้ไปในกิจกรรมลงทุน	<u>xxx</u>
กระแสเงินสดจากกิจกรรมจัดหาเงิน	
เงินเบิกเกินบัญชีธนาคารลดลง	xxx
เงินกู้ระยะยาวจากธนาคารลดลง	xxx
หนี้สินระยะยาว เพิ่มขึ้น	xxx
จ่ายเงินปันผล	xxx
เงินสดสุทธิใช้ไปในกิจกรรมจัดหาเงิน	<u>xxx</u>

3. รูปแบบบัญชีสำหรับโรงพยาบาลที่ไม่หวังผลกำไร

รูปแบบทางบัญชี ในกิจการของโรงพยาบาลของรัฐที่ดำเนินการอยู่ขณะนี้ มีจุดประสงค์หลักเพื่อบริการประชาชน โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย แต่เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐมีผู้มารับบริการประเภทที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ทำให้โครงสร้างของเงินทุนของกิจการมีความแตกต่างกัน ทำให้ในการตั้งราคาค่าบริการต้องคำนึงถึงต้นทุนในการดำเนินงาน ซึ่งที่ผ่านมาระบบการคิดค่าบริการรัฐจะเป็นผู้กำหนดเอง และมีการให้เงินอุดหนุนแก่ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน

ในระบบบัญชีเงินกองทุน (Fund Accounting) นั้น เงินกองทุนแต่ละประเภทจะถือว่าเป็นหน่วยบัญชีหน่วยหนึ่งซึ่งมี สินทรัพย์ หนี้สิน และเงินทุนของตนเองตามหลักบัญชีคู่และแยกจากกองทุนอื่น

วิธีเงินกองทุนของโรงพยาบาลอาจแบ่งแยกเงินกองทุนได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ประเภทไม่จำกัดวัตถุประสงค์ของการใช้ (Unrestricted) กับประเภทจำกัดวัตถุประสงค์ในการใช้ (Restricted) โดยที่หากเงินที่ได้รับมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการใช้อย่างชัดเจนก็จะอยู่ในประเภทของบัญชีที่กำหนดวัตถุประสงค์ตามนั้น

นอกจากนั้นการแบ่งกองทุนยังอาจแบ่งเป็นลักษณะต่างๆ ได้ 5 ลักษณะคือ

- 1) กองทุนดำเนินงาน (Operating fund) กองทุนนี้จัดตั้งขึ้นเพื่อรับและจ่ายเงิน เกี่ยวกับการดำเนินงานประจำวันทั่วไป รวมทั้งรับและจ่ายเงินที่ไม่สามารถจัดอยู่ในกองทุนอื่นได้ กองทุนนี้มีลักษณะเหมือนกับกองทุนทั่วไป ที่ใช้ในกิจการของรัฐบาลหรือเทศบาล บางครั้งเรียกว่า General fund หรือ Current fund
- 2) กองทุนสำหรับวัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific purpose fund) กองทุนนี้จัดตั้งขึ้นเพื่อรับและจ่ายเงินตามวัตถุประสงค์เฉพาะที่กำหนดไว้ในกองทุน จะนำไปใช้ผิดไปจากวัตถุประสงค์ไม่ได้ ตัวอย่างของกองทุนชนิดนี้ได้แก่ กองทุนการรักษาพยาบาล กองทุนวิจัย เป็นต้น
- 3) กองทุนบริจาค (Endowment fund) กองทุนนี้จัดตั้งขึ้นเพื่อรวบรวมทรัพย์สินที่ได้รับจากการบริจาคที่เรียกว่า เงินต้น เพื่อนำไปหารายได้สำหรับใช้จ่ายให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน
- 4) กองทุนทรัพย์สินถาวร (Plant fund) จัดตั้งขึ้นเพื่อจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สินของโรงพยาบาลดังนี้
 - ทรัพย์สินถาวร เช่น ที่ดิน อาคาร เครื่องมือ และค่าเสื่อมราคาสะสม
 - หนี้สินระยะยาว ที่เกี่ยวข้องกับทรัพย์สินถาวร
 - ทรัพย์สินที่มีไว้เพื่อเจตนาที่จะต่อเติมหรือเปลี่ยนแทนทรัพย์สินถาวร
 - ทรัพย์สินสุทธิที่มีไว้นำมาลงทุน ในทรัพย์สินถาวร โดยโรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ
- 5) กองทุนก่อสร้าง (Construction fund) มีหน้าที่ในการจัดหาทรัพย์สินถาวรและก่อสร้างโครงการ กองทุนนี้ไม่จำเป็นต้องตั้งขึ้นโดยอาจใช้กองทุนทรัพย์สินถาวรแทนได้ แต่ในกรณีที่มีจำนวนเงินเกี่ยวข้องมากควรมีกองทุนนี้

งบการเงินของโรงพยาบาลประกอบด้วย

- งบดุล
- งบรายได้และค่าใช้จ่ายของเงินกองทุนที่ไม่ระบุวัตถุประสงค์เฉพาะ
- งบแสดงการเปลี่ยนแปลงเงินกองทุน
- งบแสดงการเปลี่ยนแปลงฐานะทางการเงิน
- หมายเหตุประกอบงบการเงิน

การบัญชีกองทุนและการรับรู้รายได้ (Funding accounting and revenue recognition)

การรับรู้รายได้และรายจ่ายของโรงพยาบาลจะแสดงงบกำไรขาดทุนซึ่งยอมรับ 2 วิธีคือ

- 1 Single income statement method
- 2 Consolidate income statement method

Single income statement method

- ทรัพย์สินที่ได้รับจากการบริจาคที่กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ โดยเฉพาะให้บันทึกเพิ่มเติมในกองทุนต่าง ๆ
- ทรัพย์สินที่ได้รับจากการบริจาค ที่ไม่ได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้โดยเฉพาะให้บันทึกไว้ในกองทุนดำเนินงาน

หลักในการบันทึกบัญชีมีดังนี้

- 1 รายได้รายจ่ายจากกองทุนอื่น นอกจากกองทุนดำเนินงาน จะไม่นำมาพิจารณาหากำไรสุทธิหมายความว่า ถ้าไรสุทธินั้นคิดจากรายได้ และรายจ่ายของกองทุนดำเนินงานเพียงฝ่ายเดียว ส่วนกองทุนอื่นๆนั้นให้นำไปบันทึกไว้ในบัญชีเงินกองทุน (Fund Balance) ของกองทุนนั้นๆ
 - 2 กองทุนอื่นๆ นอกจากกองทุนดำเนินงานจะจัดทำงบแสดงการเปลี่ยนแปลงของเงินกองทุน แต่ไม่จัดทำงบกำไรขาดทุน
 - 3 บัญชีรายได้ที่โอนมาจากกองทุนต่างๆ อาจจะปรากฏในงบกำไร ขาดทุนก็ได้
- ในกรณีที่รายได้ของกองทุน สำหรับวัตถุประสงค์จะต้องโอนไปให้กองทุนดำเนินงานในภายหลัง วิธีบันทึกบัญชีอาจจะบันทึกไว้ในกองทุนที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะโดยตรงแล้วโอนรายได้สุทธิไปยังกองทุนดำเนินงานที่หลัง หรือบันทึกไว้ในกองทุนดำเนินงานเลยก็ได้

Consolidate income statement method

- 1 แต่ละกองทุนต้องบันทึกรายได้และรายจ่ายเอง
 - 2 จำนวนเงินนั้นจะต้องแสดงกำไรของกองทุนและกำไรสะสมของโรงพยาบาลด้วย
- วิธีดังกล่าวจะยอมรับเมื่อยอดกำไรรวมนั้นเป็นยอดเดียวกันกับที่ปรากฏในยอดกำไรขาดทุนของกองทุน

ดำเนินการ

ตัวอย่างงบดุลของโรงพยาบาล
ณ.วันที่

สินทรัพย์

สินทรัพย์หมุนเวียน	xxx
เงินลงทุน	xxx
ที่ดิน อาคาร และอุปกรณ์	xxx
สินทรัพย์อื่น	<u>xxx</u>
รวมสินทรัพย์	xxx

หนี้สินและเงินกองทุน

หนี้สินหมุนเวียน	xxx
หนี้สินระยะยาว	xxx
หุ้นกู้ระยะยาว	xxx
หนี้สินอื่นๆ	xxx

กองทุน

กองทุนไม่จำกัดวัตถุประสงค์	xxx
กองทุนจำกัดวัตถุประสงค์	xxx
รวมหนี้สินและเงินกองทุน	<u>xxx</u>

ตัวอย่างงบกำไรขาดทุนของโรงพยาบาล
วันที่
งบกำไรขาดทุนของกิจกรรมดำเนินการ

รายได้

รายรับจากผู้ป่วย	
จากบริษัทประกัน	xxx
จากประกันสังคม	xxx
งบประมาณ (Subsidy)	xxx
เงินบริจาค (Donation)	xxx
รายรับอื่นๆ	xxx
รายรับรวม	<u>xxx</u>

ค่าใช้จ่าย

เงินเดือน	xxx
ค่าอุปกรณ์	xxx
ค่าเสื่อมราคา	xxx
อื่นๆ	xxx
รายจ่ายรวม	<u>xxx</u>
รายรับ (รายจ่าย) สุทธิ	<u>xxx</u>

งบกำไรขาดทุนที่ไม่ได้เกิดจากการดำเนินการ

รายรับ

รายรับจากการลงทุนในตราสาร	xxx
ดอกเบี้ยรับ	xxx
รายรับอื่นๆ	xxx
รายรับรวม	<u>xxx</u>

รายจ่าย

ประชาสัมพันธ์	xxx
ค่าบริหารจัดการ	xxx
รายจ่ายรวม	<u>xxx</u>
รายรับ (รายจ่าย) สุทธิ	<u>xxx</u>

4. ตัวชี้วัดทางการเงินและบัญชี

ในการประเมินฐานะทางการเงินของธุรกิจ ประสิทธิภาพ และความสามารถในการหากำไรของธุรกิจทั่วไป ตัวชี้วัดทางการเงินและบัญชี หรือ อัตราส่วนทางการเงินมีความสำคัญเนื่องจากการพิจารณาจากกำไรขาดทุนตัวเดียวในการประเมินฐานะทางการเงิน ประสิทธิภาพ และความสามารถในการหากำไรของธุรกิจนั้นไม่ค่อยมีความหมายนัก แต่เมื่อมีการนำมาวิเคราะห์เบื้องต้นแล้วจึงจะมีความหมายทั้งต่อผู้บริหารและผู้ใช้งบการเงินทั่วไป

ในการวิเคราะห์ตัวชี้วัดทางการเงินและบัญชี สิ่งที่มีความสำคัญคือวัตถุประสงค์ของผู้วิเคราะห์ว่าต้องการอะไรในการวิเคราะห์ และควรจะมีการเปรียบเทียบกับข้อมูลในอดีตหรือเปรียบเทียบกับคู่แข่งในกิจการเดียวกัน โดยทั่วไปในการวิเคราะห์จะแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ส่วนที่สำคัญเพื่อใช้ในการบริหารประกอบด้วย

1. อัตราส่วนวิเคราะห์ความคล่องตัว (Liquidity ratio) ประกอบด้วย

$$1.1 \text{ อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน} = \frac{\text{สินทรัพย์หมุนเวียน}}{\text{หนี้สินหมุนเวียน}}$$

(Current ratio)

สินทรัพย์หมุนเวียน คือ เงินสด และสินทรัพย์ที่อาจขายหรือแปลงสภาพเป็นเงินสดหรือใช้บริโภคให้หมดไป ภายในวัฏจักรการดำเนินงานตามปกติของธุรกิจซึ่งปกติใช้ 1 ปี

หนี้สินหมุนเวียน คือ หนี้สินที่ต้องชำระภายในเวลารอบบัญชีซึ่งปกติใช้ 1 ปี

อัตราส่วนดังกล่าวหากมีค่ามากแสดงว่ามีความคล่องตัวมาก เช่นมีค่ามากกว่าหนึ่งแสดงว่าองค์กรนั้นมีสินทรัพย์ที่สามารถจ่ายหนี้ระยะสั้นได้อย่างดี

$$1.2 \text{ อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว} = \frac{\text{เงินสด} + \text{เงินลงทุนชั่วคราว} + \text{ลูกหนี้}}{\text{หนี้สินหมุนเวียน}}$$

(Quick ratio)

อัตราส่วนดังกล่าวมีความแตกต่างกับ Current ratio ตรงที่ไม่ได้นำสินทรัพย์หมุนเวียนทั้งหมดมาคำนวณโดยไม่ได้นำสินค้างเหลือมาคิดเนื่องจากสินค้างเหลืออาจจะไม่สามารถเปลี่ยนเป็นเงินสดได้อย่างรวดเร็วพอ

อัตราส่วนดังกล่าวหากมีค่ามากแสดงว่ามีความคล่องตัวมากเช่นเดียวกับ Current ratio

2. อัตราส่วนวิเคราะห์ความสามารถในการใช้สินทรัพย์ (Activity ratio)

$$2.1 \text{ อัตราการหมุนของลูกหนี้} = \frac{\text{ยอดขายเชื่อในรอบปี}}{\text{ลูกหนี้เฉลี่ย}}$$

(Account receivable turnover)

ยอดขายเชื่อในรอบปี หมายถึง จำนวนเงินที่ขายเชื่อทั้งหมดในรอบปี

ลูกหนี้เฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของจำนวนเงินที่มีลูกหนี้ต้นปีและปลายปี
อัตราส่วนดังกล่าว บ่งบอกถึงจำนวนรอบของลูกหนี้ในรอบปี ซึ่งเมื่อนำไปหารจากจำนวนวันในหนึ่งปี
จะได้จำนวนวันที่เก็บหนี้ได้โดยเฉลี่ย

$$2.2 \text{ อัตราการหมุนของสินค้า} = \frac{\text{ต้นทุนขาย}}{\text{สินค้าคงเหลือถัวเฉลี่ย}}$$

(Inventory turnover)

ต้นทุนขาย หมายถึง ต้นทุนขายของสินค้าในรอบปี
สินค้าคงเหลือถัวเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของสินค้าต้นปีและปลายปี
อัตราส่วนดังกล่าวเมื่อนำไปหารจำนวนวันในหนึ่งปีจะได้ค่าที่แสดงจำนวนวันที่สินค้าอยู่ในคลังสินค้า
โดยเฉลี่ย

$$2.3 \text{ อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวร} = \frac{\text{ยอดขาย}}{\text{ค่าเฉลี่ยสินทรัพย์ถาวรต้นปีและปลายปี}}$$

(Fixed asset turnover)

ยอดขาย หมายถึง ยอดขายสินค้าในรอบปี
ค่าเฉลี่ยสินทรัพย์ถาวร หมายถึง ค่าเฉลี่ยของสินทรัพย์ถาวรซึ่งคือ อาคาร ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง
อัตราส่วนดังกล่าวควรพิจารณาเปรียบเทียบกับผลงานในอดีต เช่นหากค่าดังกล่าวมีค่าเพิ่มขึ้นในปีต่อๆ
มาแสดงว่ามีการขยายตัวของยอดขายมากขึ้นซึ่งน่าจะเป็นในช่วงของกิจการที่กำลังมีการขยายตัว

$$2.4 \text{ อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์รวม} = \frac{\text{ยอดขาย}}{\text{ค่าเฉลี่ยสินทรัพย์รวม}}$$

(Total asset turnover)

ค่าเฉลี่ยสินทรัพย์รวมหมายถึง มูลค่าเฉลี่ยของสินทรัพย์รวมทั้งหมด
อัตราส่วนดังกล่าวมักใช้พิจารณาร่วมกับอัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวร ซึ่งหากค่าอัตราหมุนเวียน
ของสินทรัพย์รวมมีค่าเพิ่มขึ้นและอัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวรเพิ่มขึ้นด้วยแสดงว่าส่วนหนึ่งเป็นผลจากการ
ที่มีการขยายตัวของยอดขายที่มีผลมาถึงอัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์รวม

3.อัตราส่วนวิเคราะห์ความสามารถในการก่อหนี้

$$1.3 \text{ อัตราส่วนแห่งนี้} = \frac{\text{หนี้สินรวม}}{\text{สินทรัพย์รวม}}$$

(Debt ratio)

หนี้สินรวม หมายถึง หนี้สินระยะสั้น และหนี้สินระยะยาวรวมกัน
สินทรัพย์รวม หมายถึง สินทรัพย์รวมทั้งหมดทั้งสินทรัพย์หมุนเวียนและสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน
(ได้แก่ สินทรัพย์ถาวรและสินทรัพย์อื่นๆ)

อัตราส่วนดังกล่าวหากมีค่าต่ำจะยิ่งดีเนื่องจากองค์กรดังกล่าวมีสินทรัพย์ที่สามารถมาทดแทนหนี้ได้เมื่อถึงเวลาต้องใช้นี้

$$1.4 \text{ อัตราส่วนความสามารถในการจ่ายดอกเบี้ย} = \frac{\text{กำไรจากการดำเนินงาน}}{\text{ดอกเบี้ย}}$$

(Interest coverage ratio)

กำไรจากการดำเนินงาน หมายถึง กำไรที่ยังมิได้หักดอกเบี้ยและภาษี
ดอกเบี้ย หมายถึง จำนวนเงินค่าดอกเบี้ยที่ต้องจ่ายในรอบบัญชีนั้น

อัตราส่วนดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าหากตัวเลขมีค่าสูงแสดงว่าองค์กรยังมีความสามารถในการทำกำไรที่เพียงพอในการชำระค่าดอกเบี้ยได้ ซึ่งอัตราส่วนดังกล่าวอาจจะเปรียบเทียบกับบริษัทอื่นในอุตสาหกรรมเดียวกัน

$$1.5 \text{ อัตราส่วนความสามารถในการจ่ายค่าใช้จ่ายทางการเงิน} = \frac{\text{กำไรจากการดำเนินงาน}}{\text{ดอกเบี้ยจ่าย} + \frac{\text{เงินปันผล}}{(1-\text{อัตราภาษี})}}$$

(Fixed charge coverage)

อัตราส่วนดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับอัตราส่วนความสามารถในการจ่ายดอกเบี้ยแต่มีการรวมถึงการจ่ายเงินปันผลด้วยการแปลงผลก็เช่นเดียวกับอัตราส่วนความสามารถในการจ่ายดอกเบี้ย

4. อัตราส่วนวิเคราะห์ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Profitability ratio)

$$4.1 \text{ ผลตอบแทนต่อยอดขาย} = \frac{\text{กำไรสุทธิ}}{\text{ยอดขาย}}$$

(Profit margin on sale)

อัตราส่วนดังกล่าวมักคำนวณเป็นค่าเปอร์เซ็นต์ หากมีค่ามากแสดงว่ามีอัตราส่วนของผลกำไรมาก (กำไรอาจเป็นกำไรก่อนหรือหลังการหักภาษี)

$$4.2 \text{ ผลตอบแทนต่อสินทรัพย์รวม} = \frac{\text{กำไรสุทธิ}}{\text{สินทรัพย์รวม}}$$

(Return on asset)

อัตราส่วนดังกล่าวเป็นการวัดการใช้สินทรัพย์เพื่อก่อให้เกิดผลกำไรซึ่งค่าดังกล่าวหากมีค่าสูงแสดงว่ามีการใช้สินทรัพย์เพื่อก่อให้เกิดผลกำไรได้เป็นอย่างดี

$$4.3 \text{ ผลตอบแทนต่อทุนส่วนของผู้ถือหุ้น} = \frac{\text{กำไรสุทธิ}}{\text{ทุนส่วนของผู้ถือหุ้นสามัญ}}$$

(Return on equity)

อัตราส่วนดังกล่าวเป็นการวัดความสามารถในการหาผลตอบแทนจากเงินลงทุนเฉพาะส่วนของผู้เป็นเจ้าของว่าได้มากน้อยเพียงใดหากมีค่ามากแสดงว่ามีการใช้ทุนในการหาผลกำไรได้ดี

มีการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงานในทางการเงินของระบบการประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกาซึ่งเรียกว่า Health Maintenance organization(HMO) พบว่ามีการใช้อัตราส่วนที่สำคัญในการประเมินผลการปฏิบัติงาน 33 อัตราส่วนซึ่งแยกเป็น¹

การวัด	Liquidity	12	อัตราส่วน
	Efficiency	14	อัตราส่วน
	Composition	2	อัตราส่วน
	Capitalization	2	อัตราส่วน
	Profitability	3	อัตราส่วนซึ่งมีอัตราส่วนที่น่าสนใจดังนี้คือ

Indicator	Ratio title	Definition	Norm
Liquidity	Current ratio	Current assets divided by current liability	>1.00
	Quick ratio	Cash and equivalent divided by current liability	>0.25
Efficiency	Health care delivery expence percent	Total medical and hospital expences divided by revenue	<85%
	Administrative expence percent	Total administrative expence divided by revenue	<20%
Composition	Recievables to current assets	Premium receivables divided by currint assets	<75%
	Cash to current assets	Premium receivables divided by current assets	>25%
Capitalization	Total debt ratio	Total subordinated debt divided by net assets	<75%
	Debt service coverage	Net income plus depreciation and interest devided by annual principal and interest charges	>3.00
Profitability	Net profit margin	Net income divided by revenue	>2%

ประโยชน์ที่ได้จากการวิเคราะห์อัตราส่วนดังกล่าว ในการศึกษาพบว่ามิประโยชน์ต่อผู้ใช้ประโยชน์ในกลุ่มต่างๆคือ

กลุ่มโรงพยาบาลที่ HMO เข้าไปใช้บริการได้มีโอกาสทราบถึงสัญญาณเตือนภัยล่วงหน้าว่าผลการประกอบการของ HMO เป็นอย่างไร เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบในการทำสัญญากับ HMO เพื่อรับผู้ประกันต่อไป

กลุ่มแพทย์ สามารถที่จะตรวจสอบสถานะของ HMO นั้นเพื่อประโยชน์ในการทำสัญญากับ HMO นั้นๆต่อไป

¹ Assessing the financial performance of health maintenance organizations :Tools and techniques by Joseph S. Coyne, Dr.P.H.

กลุ่มผู้เอาประกันจะได้รับรู้ถึงผลการปฏิบัติงานของ HMO นั้นเพื่อช่วยในการเลือกประกันกับบริษัทประกันต่างๆ นั้น

กลุ่มธนาคารและสถาบันการเงิน การที่สถาบันการเงินได้รับทราบถึงผลการปฏิบัติงานนั้นจะมีผลต่อการปล่อยสินเชื่อและประเมินโครงการเมื่อเทียบกับคู่แข่งอื่นๆ ด้วย

จะเห็นว่าการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยใช้อัตราส่วนทางการเงินนั้นมีส่วนช่วยให้ผู้ใช้ทราบความเป็นไปขององค์กรทั้งในองค์กรเองและเปรียบเทียบกับคู่แข่ง ซึ่งขึ้นอยู่กับกิจการและวัตถุประสงค์ของการนำข้อมูลนั้นๆ ไปใช้

ได้มีความพยายามที่จะศึกษาถึงตัวชี้วัดเพื่อชี้ถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวในธุรกิจ โดยเฉพาะตัวชี้ทางการเงินเพื่อจะได้มีการประเมินความอยู่รอดของธุรกิจนั้น ตั้งแต่ปี 1976 สหรัฐอเมริกาได้มีการนำระบบประกันสุขภาพมาใช้เมื่อปี 1990 ได้มีการสำรวจพบว่ามี HMO 65% ที่สามารถทำกำไรได้ ส่วนอีก 35% ประสบกับภาวะขาดทุน นอกจากนั้นยังพบว่าในส่วนที่สามารถทำกำไรได้นั้นเป็นองค์กรที่ตั้งขึ้นใหม่มากกว่า 55% และพบว่าองค์กรที่ขาดทุนนั้นขาดการวางแผนทางด้านเงินทุนที่ดีและขาดประสบการณ์ในการบริหาร

มีการศึกษาถึงภาวะล้มละลายทางธุรกิจโดยย้อนไปดูถึงอัตราส่วนทางการเงินหลายปีก่อนที่บริษัทนั้นๆ จะล้มละลาย (ศึกษาโดย Edward Altman) พบว่า การใช้อัตราส่วนทางการเงินตัวใดตัวหนึ่งมาเพื่อวิเคราะห์ภาวะเสี่ยงนั้นไม่สามารถทำนายภาวะนั้นได้ แต่หากมีการนำอัตราส่วนทางการเงินหลายๆ ตัวมาวิเคราะห์เพื่อหาคะแนนมาตรฐานพบว่าสามารถทำนายภาวะก่อนล้มละลายได้ ซึ่งอัตราส่วนทางการเงินที่นำมาวิเคราะห์นั้น ได้แก่ ผลตอบแทนต่อสินทรัพย์รวม(Return on asset) ,ความต่อเนื่องของรายได้,สภาพคล่องทางการเงิน (Liquidity) ,ความสามารถในการชำระหนี้ (Debt service coverage) ,กำไรสะสม,และสัดส่วนการใช้หนี้

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาถึงภาวะล้มละลายของบริษัทในตลาดหลักทรัพย์ซึ่งใช้อัตราส่วนทางการเงินและขนาดขององค์กรเป็นปัจจัยอิสระ พบว่าการใช้ตัวแปรหลายๆ ตัวประเมินภาวะความเสี่ยงต่อความล้มละลายขององค์กรได้ผลน่าเชื่อถือ และอัตราส่วนทางการเงินที่มีผลต่อภาวะล้มละลายได้แก่ อัตราส่วนวิเคราะห์ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Profitability ratio) และภาวะขาดทุนย้อนหลังของบริษัทนั้น²

เมื่อพิจารณาถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในธุรกิจการให้บริการนั้นมีผู้เสนอเพื่อแบ่งความเสี่ยงที่ใช้พิจารณาได้ 5 องค์ประกอบคือ

1. ความเสี่ยงจากรายได้ (Revenue risk) เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการทำขายรายได้ผิดโดยในธุรกิจบริการนั้นรายได้ส่วนใหญ่มาจากผู้รับบริการซึ่งโครงสร้างรายได้เมื่อเทียบกับในอดีต จะเปลี่ยนไปโดยผู้จ่ายเงินมักจะเป็นองค์กรอื่นที่ไม่ใช่ตัวผู้รับบริการโดยตรง
2. ความเสี่ยงในการดำเนินงาน (Operating risk) เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้จ่ายในการดำเนินการนั้น เช่น ค่าใช้จ่ายสำหรับการบริหาร ค่าแรงงานแพทย์ เป็นต้น ซึ่งต้องพิจารณาเปรียบเทียบกับคู่แข่งในธุรกิจนั้นๆ
3. ความเสี่ยงทางธุรกิจ (Business risk) เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในธุรกิจนั้นหรือมองอีกภาพหนึ่งเป็นการรวม ที่เกิดจากรายได้ และความเสี่ยงในการดำเนินงานมาพิจารณาร่วมกัน ว่ารายได้ต่อค่าใช้จ่ายซึ่งค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานนั้นเป็นค่าใช้จ่ายประจำว่าจะสามารถทำให้ธุรกิจอยู่รอดได้หรือไม่

² แบบจำลองและสัญญาณเตือนภัยภาวะล้มละลายของบริษัทในประเทศไทย โดย ดร.เอกชัย นิตยาเกษตรวัฒน์

4. ความเสี่ยงทางการเงิน (Financial risk) เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการกู้เงินเพื่อมาลงทุนในธุรกิจนั้น โดยที่ต้องพิจารณาถึงความสามารถในการคืนหนี้ให้แก่ผู้กู้ ซึ่งขึ้นอยู่กับรายรับของธุรกิจนั้น ธุรกิจที่ใช้เงินกู้ในการดำเนินกิจการมาจะมีความเสี่ยงมากขึ้น
5. ความเสี่ยงรวม (Total risk) เป็นความเสี่ยงที่ธุรกิจนั้นจะสามารถทำกำไรสุทธิเมื่อหักค่าใช้จ่ายแล้วเป็นอย่างไร เนื่องจากในธุรกิจบางอย่างที่รายได้ที่เข้ามาเยอะแต่เมื่อหักค่าใช้จ่ายซึ่งมีมากแล้วเหลือกำไรรวมน้อยธุรกิจนั้นก็ถือว่ามีความเสี่ยงสูงเช่นกัน

ดังนั้นในการพิจารณาถึงความเสี่ยงขององค์กรต้องพิจารณาถึงความเสี่ยงของธุรกิจควบคู่ไปกับการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานทางการเงินการบัญชี เพื่อที่จะทำให้สามารถบอกได้ว่าธุรกิจนั้นจะสามารถอยู่รอดได้หรือไม่ อย่างไร³

5. การวิเคราะห์ต้นทุนการบริการ

ในการประกอบกิจการใดก็ตามแต่มีความจำเป็นที่ผู้ประกอบการจะต้องรู้จักต้นทุนของสินค้าหรือบริการที่มีเพื่อใช้ในการวางแผนในการจัดทำค่าใช้จ่ายในแต่ละปี และเพื่อประโยชน์ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้เหมาะสมกับต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง อีกทั้งการกำหนดราคาสินค้าเพื่อให้สอดคล้องกับต้นทุนที่เกิดขึ้นก็มีความสำคัญต่อผู้ประกอบการเพื่อก่อให้เกิดกำไรกับกิจการ

รูปแบบการแบ่งการวัดต้นทุนมีอยู่หลายแบบ เช่น แบ่งเป็น ต้นทุนสำหรับงวด และต้นทุนผลิตภัณฑ์ หรือแบ่งเป็นต้นทุนผันแปรและต้นทุนคงที่ นอกจากนั้นอาจจะแบ่งเป็นต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นแบ่งเป็นแบบใดก็ตามวัตถุประสงค์ในการแบ่ง เพื่อให้ผู้บริหารสามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวในการวางแผนและการจัดทำงบประมาณหรือเพื่อกำหนดราคาสินค้าและบริการให้เหมาะสมทั้งสิ้น

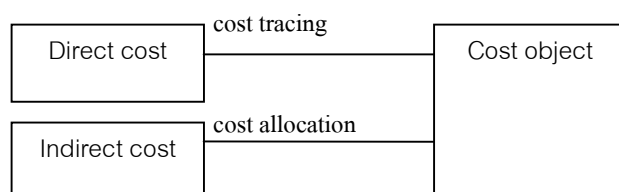
ในการคิดต้นทุนของกิจการเพื่อให้ทราบถึงต้นทุนของสินค้าและบริการ มีองค์ประกอบที่สำคัญในการนำมาคิดต้นทุนอยู่ 3 องค์ประกอบคือ

1. วัสดุทางตรง (Direct material) คือวัสดุที่เข้าไปเป็นส่วนสำคัญของผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป เช่น การเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป ผ้าเป็นวัสดุทางตรงของการผลิต วัสดุทางตรงของผลิตภัณฑ์อาจมีมากกว่าหนึ่งอย่างก็ได้ หากผลิตภัณฑ์นั้นจำเป็นต้องใช้วัสดุหลายอย่างเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ เช่น การผลิตช็อกโกแลต ต้องใช้ทั้งน้ำตาล นม และโกโก้ เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ก็ถือเป็นวัสดุทางตรงทั้งสามอย่าง
2. แรงงานทางตรง (Direct labor) คือ ต้นทุนแรงงานที่ใช้ในการผลิตโดยสามารถติดตามได้โดยตรงจากการที่ต้องใช้แรงงานกี่ชั่วโมง กี่นาทีในการผลิตผลิตภัณฑ์นั้น เช่น การเย็บเสื้อหนึ่งตัวต้องใช้เวลาในการเย็บแขนเสื้อ เข้าตัว เข้าปก เข้าแขน จนประกอบเข้าเป็นตัวเสื้อก็ชั่วโมงแล้วคูณอัตราค่าจ้างต่อชั่วโมงก็จะได้ต้นทุนในการผลิตเสื้อซึ่งเป็นแรงงานทางตรง

³ Insolvency in managed care organisation: financial indicators by Keith E.Boles

3. โสหุ้การผลิต (Manufacturing overhead) ประกอบด้วยต้นทุนการผลิตทั้งหมดนอกเหนือจากวัสดุทางตรงและแรงงานทางตรง ดังนั้นโสหุ้การผลิตจึงรวมเอาต้นทุนต่างๆไว้ เช่น วัสดุทางอ้อม แรงงานทางอ้อม ของใช้สิ้นเปลือง ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าเสื่อมราคา ค่าประกันภัย เป็นต้น⁴

สำหรับกิจการที่ให้บริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจการโรงพยาบาลมีแบบแผนของระบบการคิดต้นทุนที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันเป็นดังนี้คือ



Cost object คือ หน่วยของต้นทุนที่มีการแยกไว้เพื่อประโยชน์ในการวัด

Direct cost คือ ต้นทุนที่มีผลต่อหน่วยต้นทุนโดยตรง เช่น ค่าแรงงานที่เกิดขึ้นในส่วนของการให้บริการโดยตรง

Indirect cost คือ ต้นทุนที่มีผลต่อหน่วยต้นทุนแต่ไม่ได้เกิดขึ้นโดยตรง เช่น ค่าจ้างเงินเดือนของผู้บริหารซึ่งไม่ได้มีส่วนในการให้บริการโดยตรงแต่ต้องมีเพื่อทำให้องค์กรดำเนินกิจการได้⁵

ได้มีการศึกษาในเรื่องของการคิดต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วย และหาต้นทุนต่อหน่วย(Unit cost) ของหน่วยต่างๆในโรงพยาบาล โดยในการวิเคราะห์ต้นทุนนั้นได้แบ่งขั้นตอนเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้คือ⁶

1. จำแนกและจัดกลุ่มหน่วยงานต้นทุน (Cost center identification and grouping) โดยแบ่งหน่วยงานต่างๆออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1.1 กลุ่มหน่วยงานที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-revenue producing cost center : NRPPCC) หมายถึง หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการบริหารจัดการ หรือช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆ โดยมิได้เรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยโดยตรง หน่วยงานประเภทนี้ประกอบด้วยฝ่ายต่างๆ เช่น ฝ่ายบริหาร งานพัสดุ ฝ่ายการเงินและการบัญชี งานประชาสัมพันธ์ เป็นต้น
- 1.2 กลุ่มหน่วยงานที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue producing cost center : RPCC) หมายถึง หน่วยงานที่มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ต่างๆ และมีการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยโดยตรงประกอบด้วยฝ่ายต่างๆ เช่น งานรังสีวินิจฉัย งานเภสัชกรรม งานชันสูตร งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู งานห้องผ่าตัด เป็นต้น

⁴ การบัญชีบริหาร โดย ศ.เสนาะ ดิยาวี, ร.ศ. กิ่งกนก พิทยานุคุณ

⁵ Cost accounting by Charles T.Horngren, George Foster, Srikant M.Datar

⁶ การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดย ภิรมย์ กมลรัตนกุล บติ ธาระมัน, สุกัลยา คงสวัสดิ์, จิราวรรณ วรรณเวก

1.3 กลุ่มหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วย (Patient service : PS) หมายถึงแผนกต่างๆ ที่ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโดยตรง เช่น แผนกผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม สูติรีเวช นรีเวชกรรม เป็นต้น

ในการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยบริการของแผนกต่าง ๆ นั้นจะคำนวณจากต้นทุนโดยตรงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน PS รวมกับต้นทุนทางอ้อมที่กระจายมาจากหน่วยงานที่เป็นผู้กระจายต้นทุน ไปให้หน่วยงานอื่นจนหมดว่า Transient Cost Centres (TCCs) ซึ่งในที่นี้จะหมายถึง NRPPC และ RPCC ส่วนหน่วยงานที่เป็นผู้รับต้นทุนมาทั้งหมดจะเรียกว่า Absorbing Cost Center (ACC) ซึ่งในที่นี้หมายถึง หน่วยงาน PS

2. การหาต้นทุนโดยตรงของแต่ละหน่วยงาน (Direct cost determination) ต้นทุนโดยตรง (Direct cost : DC) ของแต่ละหน่วยงานได้จากผลรวมของต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost : CC) ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost : MC) และต้นทุนค่าแรงงาน (Labour cost : LC) ดังนี้

$$\text{Total direct cost(TDC)} = \text{CC} + \text{MC} + \text{LC}$$

ต้นทุนค่าลงทุน ได้แก่ ค่าเสื่อมราคาประจำปีของอาคาร สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และครุภัณฑ์สำนักงาน โดยคิดค่าเสื่อมราคาตามวิธีที่กำหนด

ต้นทุนค่าวัสดุ ได้แก่ มูลค่าวัสดุทุกชนิดที่แต่ละหน่วยงานเบิกไปใช้ในช่วงเวลาที่กำหนด ได้แก่ วัสดุสำนักงาน วัสดุงานบ้าน วัสดุทันตกรรม วัสดุก่อสร้าง รวมทั้ง ค่าสาธารณูปโภคทุกชนิด

ต้นทุนค่าแรงงาน ได้แก่ ผลตอบแทนที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ ทั้งในรูปของเงินเดือนค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา เบี้ยเลี้ยงและสวัสดิการอื่นๆที่ได้รับ

3. กำหนดเกณฑ์ในการกระจายต้นทุน (Allocation criteria determination) เป็นการกำหนดเกณฑ์ที่เหมาะสมในการกระจายต้นทุนจากหน่วยงาน NRPPC และ RPCC ไปยังหน่วยงานอื่น

4. คำนวณต้นทุนทั้งหมดของแต่ละหน่วยงาน (Full cost determination) เมื่อได้ต้นทุนโดยตรงและเกณฑ์การกระจายต้นทุนของแต่ละหน่วยงานแล้ว ก็ใช้วิธีการจัดสรรแบบสมการเส้นตรง (Simultaneous Equation Method) กระจายต้นทุนโดยตรงของหน่วยงาน NRPPC และ RPCC ไปเป็นต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost : IDC) ของหน่วยงานอื่นตามเกณฑ์การกระจายต้นทุนที่เหมาะสม ขณะเดียวกันก็รับต้นทุนที่หน่วยงานอื่นกระจายมาให้ โดยที่ต้นทุนส่วนที่รับมาใหม่นี้ก็จะถูกกระจายกลับออกไปตามสัดส่วนเดิม จนกระทั่งถึงจุดสมดุล กล่าวคือไม่มีต้นทุนเหลืออยู่ที่ TCC อื่นเลย ซึ่งผลสุดท้ายต้นทุนทุกส่วนของโรงพยาบาลจะกระจายมาตกที่หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยในแต่ละแผนก โดยถือว่ากิจกรรมต่างๆ ในโรงพยาบาลเกิดขึ้นเพื่อให้บริการผู้ป่วยทั้งสิ้น

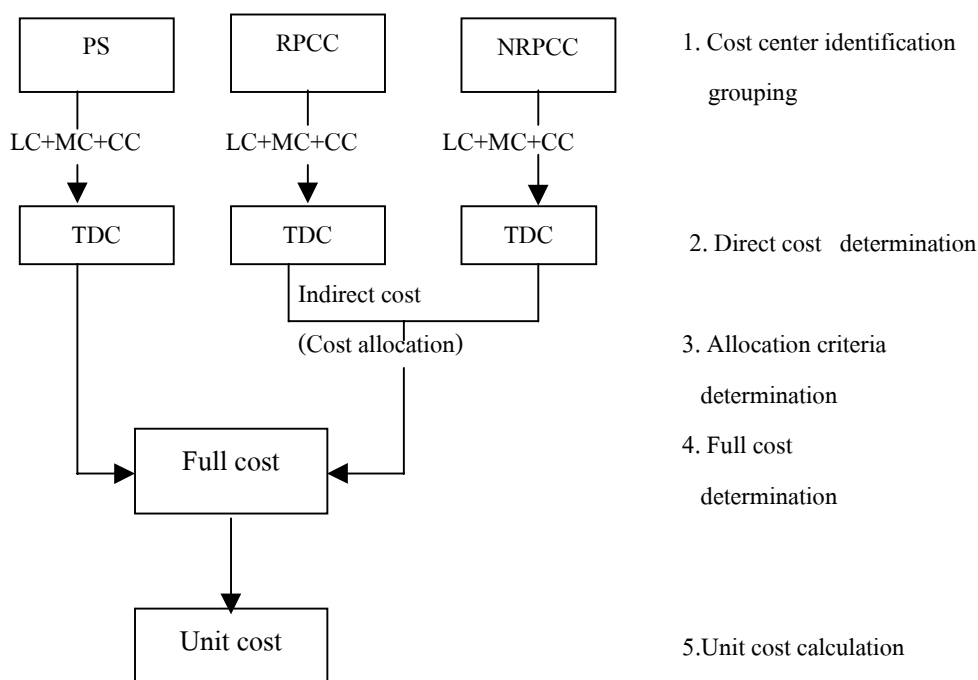
หากพิจารณาต้นทุนโดยตรงของหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วย (PS) และต้นทุนทางอ้อมที่กระจายมาจากกลุ่มหน่วยงาน ที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้(NRPPC) ในโรงพยาบาลของรัฐจะเห็นว่าเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นระหว่างการให้บริการผู้ป่วยแต่ไม่ได้เรียกเก็บค่าบริการ (Charge) จากผู้ป่วย มีผู้เรียกต้นทุนส่วนนี้ว่า “ต้นทุนจากการให้บริการทั่วไป” (Routine service cost : RSC) ดังนี้

$$\text{Full cost (ของแผนกต่างๆที่ให้บริการผู้ป่วย)} = \text{RSC} + \text{RPCC}$$

5. การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit cost calculation) เมื่อทราบต้นทุนทั้งหมด (Full cost) ในการให้บริการตรวจรักษา ของแผนกต่างๆ และจำนวนครั้งทั้งหมดที่ผู้ป่วยนอกมาใช้บริการยังแผนกนั้นๆ ในช่วงหนึ่งที่ทำารรักษา การคำนวณต้นทุนต่อครั้งทำได้โดยคำนวณดังนี้

$$\text{ต้นทุนต่อหน่วยบริการ} = \frac{\text{ต้นทุนทั้งหมดในการให้บริการของแผนกนั้นๆ}}{\text{จำนวนครั้งทั้งหมดที่คนไข้มารับบริการที่แผนกนั้น}}$$

แผนภาพแสดงขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการ



PS : Patient service

RPCC : Revenue producing cost centre

NRPPCC: Non-revenue producing cost centre

LC : Labour cost ,MC =Material cost,CC= Capital cost

TDC : Total direct cost

อย่างไรก็ตามในการคิดต้นทุนในการให้บริการจะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการนำข้อมูลไปใช้ เช่น ในส่วนของการบริหารมีความต้องการข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการกำหนดราคาค่าบริการ การควบคุมต้นทุน และการวิเคราะห์กำไร ขาดทุนของโรงพยาบาล

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจ่ายเงินเป็นค่าบริการทางการแพทย์จากหน่วยงานเฉพาะ เช่น Medicare, Medicaid, Blue cross ทำให้วัตถุประสงค์ของการนำข้อมูลต้นทุนไปใช้ในการจ่ายเงินทดแทนให้กับโรงพยาบาล หน่วยงานดังกล่าวจะเป็นผู้กำหนดนโยบายการคิดต้นทุน การแบ่งกลุ่ม Cost centre นโยบายการกระจายต้นทุน ซึ่งต่างจากประเทศไทยที่ยังไม่มีหน่วยงานใดมากำหนดนโยบายในการคิดต้นทุนเพื่อกำหนดการจ่ายเงินทดแทนในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล³

มีตัวอย่างการนำวิธีการคิดต้นทุนดังกล่าวมาคิดต้นทุนของโรงพยาบาล ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน⁸ และระดับโรงพยาบาลจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความพยายามในการนำการคิดต้นทุนซึ่งใช้นโยบายในการคิดเหมือนกันมาใช้ในการคำนวณต้นทุนของโรงพยาบาลจังหวัดหลายแห่งและทำอย่างต่อเนื่องติดต่อกัน เพื่อประโยชน์ในการเปรียบเทียบต้นทุนที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังสามารถหาความคุ้มทุนของแต่ละศูนย์กำไรได้อีกด้วย⁹

6. การจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาล

ในการจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลมีคำถามว่าโรงพยาบาลควรจะมีรูปแบบ ในการได้รับงบประมาณเป็นอย่างไร และมีวิธีการใดในการจัดสรรงบประมาณ เพื่อสุขภาพได้มีการแบ่งวิธีการได้มา ซึ่งงบประมาณของโรงพยาบาลอยู่ 4 วิธีที่สำคัญคือ

1. จากรัฐบาล ซึ่งมีข้อเสียคือ คุณภาพการให้บริการไม่ดีเท่าที่ควรและมักจะขาดแคลนในส่วนของการให้บริการเพราะไม่มีการแข่งขันในการให้บริการ
2. ผู้ป่วยเป็นผู้จ่ายค่ารักษาเอง มักมีข้อเสียการได้รับบริการจะไม่เท่าเทียมกันขึ้นอยู่กับรายได้ของแต่ละบุคคล
3. การประกันสุขภาพ ประกอบด้วยการประกันภัยภาคเอกชนและการประกันสังคมซึ่งเป็นการบังคับให้ผู้ประกันตนต้องมีทุกคนซึ่งมีข้อเสียคือทำให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์หาช่องทางในการให้บริการที่เกินความจำเป็นเพื่อให้ได้ค่าประกันสูงขึ้นหรือถ้าเป็นการที่ผู้ให้บริการรับเงินเป็นก้อนจากการประกันก็อาจจะให้บริการที่ไม่ดีพอเพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณของสถานพยาบาลนั้นๆ
4. ได้รับจัดสรรจากชุมชน มักใช้ได้ดีในกรณีที่เป็นกรให้บริการเพื่อป้องกันโรคต่างๆ เช่น การที่ชุมชนมีการจัดการในการให้บริการวัคซีนแก่คนที่อยู่ในชุมชน¹⁰

⁷ Financial control in health care by David W. Young

⁸ คู่มือการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชน โดย สุกัลยา คงสวัสดิ์

⁹ ต้นทุนต่อหน่วยบริการโดยวิธีบัญชีต้นทุนของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 9 แห่ง ปี 2539-2540 โดย ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัช อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ

¹⁰ Cooperative Health care: A Comprehensive strategy to finance health care for developing nation by William C. Hsiao

ในส่วนวิธีการในการจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก ได้สรุปหลักการในการจัดงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลไว้เป็น 7 อย่างคือ

1. Fee for service เป็นการจ่ายค่าบริการให้ตามรายการแต่ละรายการของการให้บริการ รวมถึงการวินิจฉัยโรค การรักษา และค่ายา
2. Case payment เป็นการจ่ายค่าบริการให้ตามแบบชุดของการให้บริการซึ่งจะไม่ระบุรายการเป็นแต่ละรายการเหมือนการจ่ายแบบ Fee for service ซึ่งการแบ่งเป็นกลุ่มนี้อาจจะไม่สามารถสะท้อนถึงต้นทุนที่แท้จริงของทุกรายการ ซึ่งระบบที่นิยมกันในปัจจุบันที่นำมาใช้โดยเฉพาะกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน คือระบบ DRGs โดยได้มีการพัฒนาการใช้ในสหรัฐอเมริกาในช่วงทศวรรษ 1970s ในโครงการ Medicare ซึ่งเป็นโครงการที่ให้แก่วัยสูงอายุของสหรัฐอเมริกา
3. Daily charge เป็นการคิดค่าใช้จ่ายให้แก่โรงพยาบาลในอัตราคงที่ของผู้ป่วยที่ได้รับบริการในโรงพยาบาล
4. Flat rate (Bonus payment) เป็นการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลในข้อตกลงของการให้บริการเฉพาะ เช่น การจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลในการให้บริการทางด้านการป้องกันโรค
5. Capitation เป็นการจ่ายค่าบริการโดยคิดอัตราต่อหัวประชากรที่แพทย์หรือโรงพยาบาลนั้นดูแล มักจะมีการปรับอัตราในแต่ละปี และอัตราแต่ละโรงพยาบาลที่จะได้รับจะไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับประชากรที่รับผิดชอบ เช่นกรณีผู้สูงอายุในการคิดงบประมาณ โรงพยาบาลจะได้รับงบประมาณในอัตราที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น
6. Salary เป็นการจ่ายค่ารักษาให้แก่ผู้ให้บริการเป็นรายปีโดยที่ไม่เกี่ยวข้องกับปริมาณงานที่ทำ หรือต้นทุนในการให้บริการของผู้ให้บริการ
7. Global budget เป็นการวางแผนการจัดทำงานงบประมาณโดยพิจารณาจากงานความรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่จะเกิดขึ้นและประเมินงบประมาณในภาพรวมโดยมีตัวเลขงบประมาณที่จะขอ โดยโรงพยาบาลมีอิสระในการบริหารงบประมาณที่ได้รับ¹¹

ในประเทศไทยปัจจุบันมีหลักประกันสุขภาพที่ใช้อยู่ 9 ชนิด คือ⁴

- 1.สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ แหล่งที่มาของเงินได้จากภาษีรายได้ผ่านทางงบประมาณแผ่นดิน การเบิกเงินสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้เต็มจำนวนข้าราชการในโรงพยาบาลของรัฐ
2. โครงการบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยโดยที่ผู้ที่มีสิทธิได้รับบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยหากเป็นคนโสดต้องมีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือนหากเป็นครอบครัวต้องมีรายได้น้อยกว่า 2800 บาทต่อเดือน แหล่งที่มาของเงินได้จากงบประมาณแผ่นดิน โดยจัดสรรผ่านจังหวัดไปสู่โรงพยาบาลต่างๆ
3. โครงการบัตรผู้สูงอายุ โดยผู้ที่จะได้บัตรต้องเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปแหล่งเงินได้จากงบประมาณเช่นเดียวกัน โดยจัดสรรผ่านทางจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ

¹¹ Evaluation of recent changes in the financing of health services by WHO Technical Report Series 829 P.37

¹² การคลังสาธารณสุขไทย โดย ร.ศ.ดร. วัฒนา สุวรรณแสง จันทิโรทัย

4. โครงการประกันสุขภาพนักเรียน ครอบคลุมเด็กนักเรียนชั้นประถมถึงมัธยมศึกษาตอนต้น แหล่งที่มาของงบประมาณได้มาจากงบประมาณแผ่นดิน โดยได้รับจัดสรรเป็นรายหัวโดยได้ 22 บาทต่อหัวของเด็กนักเรียน
5. กองทุนทดแทนแรงงาน ครอบคลุมการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานเป็นการที่นายจ้างหรือผู้ประกอบการเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนทดแทนฝ่ายเดียวในอัตรา 0.2-3 เปอร์เซ็นต์ ของค่าจ้าง โดยอัตราที่สมทบนี้ขึ้นอยู่กับความเสี่ยงของแต่ละอุตสาหกรรม โรงพยาบาลจะได้รับค่าใช้จ่ายตามที่ย่ำจริงแต่ไม่เกิน 30,000 บาทในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง
6. กองทุนประกันสังคม ครอบคลุมการเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดจากการทำงานตามพระราชบัญญัติประกันสังคม โดยได้รับเงินมาจากสามแหล่ง คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ซึ่งจ่ายสมทบในอัตรา 1.5 เปอร์เซ็นต์ของค่าจ้าง การจัดสรรเงินจะจัดสรรให้แก่โรงพยาบาลแม่ข่ายโดยได้รับต่อรายหัว 1,000 บาทต่อคนต่อปี
7. โครงการบัตรสุขภาพ เป็นการให้หลักประกันแก่ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันอื่น โดยขายให้แก่ผู้ซื้อในราคา 500 บาท ต่อครอบครัวทั้งหมด 5 คน สิทธิการได้รับบริการไม่จำกัดต่อครั้ง ส่วนเงินที่จ่ายแก่โรงพยาบาลจะจ่ายตามงบประมาณที่ได้รับ
8. การประกันสุขภาพเอกชน เป็นการประกันโดยผู้เอาประกันซื้อกรมธรรม์เพื่อคุ้มครอง โดยจ่ายค่าบริการในระบบ Fee for service
9. การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ โดยโรงพยาบาลจะได้รับเงินตามที่ย่ำจริงแต่ไม่เกินวงเงินที่กำหนดในกฎหมาย

เมื่อพิจารณาถึงเปอร์เซ็นต์ ของค่าใช้จ่ายในแต่ละกลุ่มของแหล่งเงินพบว่าค่าใช้จ่ายของภาคเอกชนยังเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดของรายจ่ายเพื่อสุขภาพ¹³

Source of finance	1984	1986	1987
Public source	27.9	26.0	24.2
MOPH	17.4	15.3	14.1
Other ministries	6.9	6.5	6.0
Public employee Medical benefits	3.6	4.2	4.1
Workmen's compensation fund	0.5	0.4	0.4
State enterprise employee medical benefits	0.8	0.9	0.8
Private insurance	0.8	0.7	0.7
Foreign aid	0.8	0.8	0.7
Private household	69.3	71.2	73.2
Total Percent	100.0	100.0	100.0
Million Baht	53,032.9	62,099.9	67,771.3

ในประเทศไทยในปัจจุบันมีสัดส่วนของโรงพยาบาลรัฐต่อโรงพยาบาลเอกชน เท่ากับ 70:30 และแหล่งเงินที่นำมาใช้ในเรื่องการบริหารสาธารณสุขได้มาจากทั้งภาษีประชาชน และบางส่วนจากประกันสังคม นอกจากนี้

¹³ Health care financing in Thailand by Viroj Tangcharoensathien p.6

นั้นบางส่วนยังได้มาจากการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ ในส่วนของการจ่ายเงินเป็นค่าบริการนั้นมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับประเภทของผู้รับบริการดังแผนภาพ¹⁴

Scheme	Source of finance	Responsible agency	Method of paying providers
1.Public assistance	General tax	MOPH	Global budgeting
2.Government Employee	General tax	Mo Finance	Fee for service retrospective
3.Compulsory insurance	Payroll tax +Employer contribution +Tax subsidy	Social security office	Capitation, fixed fee for Maternity,fee schedule for extra-contractual services
4.Voluntary insurance	Flat premium +Tax subsidy	MOPH	Mixed

จากตารางระบบที่เป็นสวัสดิการของรัฐบาลนั้น งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรให้สถานพยาบาลของรัฐทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขโดยวิธีการ Global budgeting โดยอาศัยน้ำหนัของการบริการในปีที่ผ่านมาเป็นหลัก งบกลางคำรักษาพยาบาลสำหรับสวัสดิการของข้าราชการและครอบครัวนั้นมีลักษณะเป็นการเบิกย้อนหลัง สำหรับบริการผู้ป่วยนอก โดยข้าราชการจ่ายไปก่อนและเบิกภายหลัง ส่วนคำรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยในนั้น โรงพยาบาลของรัฐเบิกตรงจากสำนักคลังจังหวัดหรือกรม

ได้มีการศึกษาการจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลในประเทศต่างๆ 7 ประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา แคนาดา ฝรั่งเศส สวีเดน เยอรมัน เนเธอร์แลนด์ และอังกฤษโดยดูจากการจัดสรรในแผนกผู้ป่วยในซึ่งสามารถสรุปได้ดังแผนภาพดังนี้¹⁵

¹⁴ ทุกข์ สมุทัยในระบบสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพคนไทย โดย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

¹⁵ Hospital financing in seven countries by Miriam M.Wiley,Mary A. Lascheber, Hellen Gelband

ประเทศ	แหล่งเงินหลัก สำหรับผู้ป่วยใน	วิธีการจัดสรรเงิน สำหรับการบริการผู้ ป่วยใน	ลักษณะความเป็น เจ้าของในสัดส่วน ภายในประเทศ	หลักการจ่ายเงิน สำหรับผู้ป่วยใน และแพทย์ผู้ให้การ รักษา
แคนาดา	ภาษีทั่วไป (ภาษีที่ ได้จากท้องที่และรัฐ บาลบางส่วน)	Prospective global budget	Public 100%	Fee for service
อังกฤษ	ภาษีทั่วไป(จากรัฐ บาลโดยตรง)	Activity based financing	Public 91.3% Private 8.7%	Salary
ฝรั่งเศส	ประกันสังคม (จากการตัดจากเงิน เดือน)	Prospective budget	Public and Public affiliated 75% Private non profit 5% Private for profit 19%	Salary
เยอรมนี	ประกันสังคม(จาก เงินเดือนและ ประกันของภาคเอกชน)	Prospective flexible budget	Public 62.3% Private non profit 33.9% Private for profit 3.8%	Salary
เนเธอร์แลนด์	ประกันสังคม(จาก เงินเดือนและ ประกันเอกชน)	Prospective functional budget	Public 15% Private non profit 85%	Fee for service
สวีเดน	ภาษีทั่วไป(รัฐบาล)	Prospective hospital department budget some Activity based financing	Public nearly 100%	Salary
สหรัฐอเมริกา	ประกันสังคม(จาก เงินเดือนและ ประกันเอกชน)	Activity based budget	Public 18.2% Private non profit 71% Private for profit 10.8%	Fee for service

จากแผนภาพจะพบว่า การได้มาซึ่งงบประมาณสำหรับโรงพยาบาลต่าง ๆ นั้นมักจะมาจาก 2 แหล่งที่สำคัญคือ จากภาษีประชาชนโดยตรง และจากการประกันสังคม ซึ่งประเทศที่ใช้เงินจากภาษีประชาชนส่วนใหญ่ โรงพยาบาลจะเป็นของรัฐ เนื่องจากรัฐมีความคิดว่าการดูแลในเรื่องสุขภาพของประชาชนเป็นหน้าที่ของรัฐ เช่น ประเทศแคนาดา อังกฤษ สวีเดน ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกือบ 100 % เป็นของรัฐ

ในส่วนของการจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลประกอบด้วย 2 วิธีที่สำคัญ คือ วิธี Prospective budget และ Activity based budget

การจัดสรรแบบ Prospective budget เป็นภาพรวมของการจัดสรร โดยมีการประเมินว่าในโรคกลุ่มต่างๆ จะมีการจัดสรรงบประมาณอย่างไร ที่สำคัญ คือ ระบบ DRG (Diagnostic related group) ที่ใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกาในการจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุ (Medicare) กรณีที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน จากเดิมที่มีการจัดงบประมาณแบบ Retrospective budget (เป็นการจัดสรรให้ตามข้อมูลที่โรงพยาบาลเสนอมา) ซึ่งพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากโรงพยาบาลสามารถเบิกค่ารักษาที่ใช้ไปกับผู้ป่วยได้เต็มตามจำนวนมีผลทำให้มีการใช้การตรวจ และการรักษาเกินความจำเป็น

หลักการของระบบ DRG ใช้หลักการในการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่คาดว่าจะมาใช้บริการที่คล้ายคลึงกันไว้ด้วยกัน การจัดกลุ่มนี้ต้องสามารถนำไปใช้กับโรงพยาบาลต่างๆ ได้เหมือนหรือใกล้เคียงกัน และต้องมีความหมายในการสื่อต่อกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ ผู้ที่ไม่ได้เป็นแพทย์ กลุ่ม DRG มีคุณลักษณะที่สำคัญ คือ ต้องมีความคล้ายคลึงกันทางคลินิก (Homogeneous) มีการจัดกลุ่มผู้ป่วยไว้เป็นแต่ละกลุ่มโดยใช้ข้อมูลในใบสรุปประวัติผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มต้องมีปริมาณมากพอในการที่จะบริหารจัดการได้ ในการจัดกลุ่มควรได้ผลลัพธ์ใกล้เคียงกัน กรณีที่ใช้บริการในโรงพยาบาลต่างกัน¹⁶

ส่วนการจัดสรรงบประมาณแบบ Activity based budget พิจารณากิจกรรมของโรงพยาบาลเพื่อประเมินงบประมาณที่โรงพยาบาลนั้นๆ จะได้รับและจัดสรรงบประมาณให้ เช่น ในประเทศอังกฤษซึ่งการจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาล รัฐบาลจะพิจารณาจากหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ขนาดของประชากร อายุ การกระจายของประชากรในพื้นที่ และนำมาคำนวณและจัดงบประมาณให้และประเมินผลจากกิจกรรมที่ดำเนินการที่กำหนดไว้

¹⁶ รายงานผลการวิจัย การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดย สุกชัย คุณารัตนพฤกษ์, สุกสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์

ระบบบัญชีที่ใช้ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

คณะผู้วิจัยได้ทำการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบรูปแบบทางการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน โดยใช้วิธีการส่งแบบสอบถามเพื่อให้โรงพยาบาลตัวอย่างตอบกลับ และมีการอภิปรายกลุ่มโดยแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มผู้ที่ทำหน้าที่ในทางการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลนั้นๆ โดยโรงพยาบาลตัวอย่างประกอบด้วย

- โรงพยาบาลหาดใหญ่
- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
- โรงพยาบาลขอนแก่น
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- โรงพยาบาลหนองคาย
- โรงพยาบาลตากสิน
- โรงพยาบาลชลประทาน
- โรงพยาบาลเสนา
- โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
- โรงพยาบาลราชบุรี
- โรงพยาบาลยาสลบ
- โรงพยาบาลหัวเฉียว
- โรงพยาบาลกรุงเทพ
- โรงพยาบาลรามคำแหง
- โรงพยาบาลมหาชัย

กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวแบ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5 แห่งคือ โรงพยาบาลหาดใหญ่, โรงพยาบาลเสนา, โรงพยาบาลตากสิน, โรงพยาบาลหนองคาย, โรงพยาบาลขอนแก่น

โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ด้วยได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โรงพยาบาลรัฐในสังกัดกระทรวงเกษตร และสหกรณ์ ได้แก่ โรงพยาบาลชลประทาน

โรงพยาบาลที่เป็นรัฐวิสาหกิจ ได้แก่ โรงพยาบาลยาสลบ

โรงพยาบาลในรูปแบบมูลนิธิ ได้แก่ โรงพยาบาลหัวเฉียว

โรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ, โรงพยาบาลราชบุรี, โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, โรงพยาบาลรามคำแหง, โรงพยาบาลมหาชัย

ผลการอภิปรายและแบบสอบถามที่ตอบกลับสามารถสรุปประเด็นที่มีความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลรัฐ, โรงพยาบาลเอกชน และบางส่วนของรูปแบบโรงพยาบาลรัฐอิสระที่ควรจะเป็นในประเด็นต่างๆดังนี้คือ

1. โครงสร้างทางบัญชีและพื้นฐานทางการบัญชีของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลรัฐ โครงสร้างทางบัญชีจะเป็นไปตามแบบที่กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง กำหนด กล่าวคือ

ในส่วนของโรงพยาบาลชุมชนรูปแบบโครงสร้างจะเป็นระบบบัญชีที่ใช้ในหน่วยงานย่อย

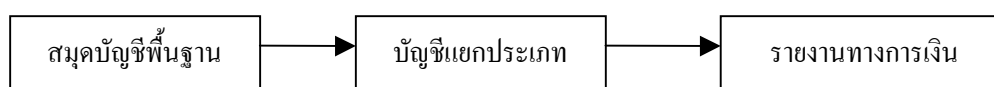
โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่มีโครงสร้างทางบัญชีที่ใช้กับส่วนราชการภูมิภาค ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

โรงพยาบาลเอกชน มีโครงสร้างทางระบบบัญชีแบบกิจการเอกชน ประกอบด้วยสมุดบัญชีพื้นฐานที่สำคัญ 4 ส่วนคือ

- ❑ บัญชีแยกประเภท
- ❑ บัญชีคุมลูกหนี้ เจ้าหนี้
- ❑ บัญชีเงินสดรับ จ่าย
- ❑ บัญชีคุมทรัพย์สิน สินค้าคงเหลือ

บางแห่งจะแยกเป็นสมุดรายวัน แสดงรายการ รับ ขาย ซื้อสินค้า และจ่ายสินค้า ซึ่งอยู่บนพื้นฐานสมุดบัญชีเดียวกัน และจากสมุดประจำวันจะแยกไปสู่บัญชีแยกประเภท และจึงผ่านกระบวนการทำงบทดลอง แล้วจึงทำรายงานทางการเงินซึ่งประกอบด้วย งบดุล งบกำไร ขาดทุน และงบกระแสเงินสดโดยการทำงานการเงินดังกล่าวเป็นไปตามกฎหมายบริษัท ที่จะต้องทำงบดังกล่าวส่วนหนึ่ง และผู้บริหารในองค์กรใช้อีกส่วนหนึ่ง

โครงสร้างระบบบัญชีของโรงพยาบาลเอกชน



ส่วนโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยงานของหน่วยงานหลักอื่นจะมีการทำบัญชีซึ่งแยกเป็นส่วนย่อยของหน่วยงานนั้น เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลยาสวามีระบบบัญชีที่แยกเป็นรายรับ รายจ่าย เท่านั้น การทำงานการเงินต่างๆ จะไปรวมกับหน่วยงานเบื้องบน เช่น โรงพยาบาลยาสวามีจะส่งรายงานทางการเงินเพื่อรวมกับองค์การยาสวามีในการทำงานการเงิน เพราะส่วนหนึ่งเป็นเพราะโรงพยาบาลถูกตั้งมาเพื่อบริการเจ้าหน้าที่ในโรงงานยาสวามีเท่านั้น ไม่ได้ให้บริการแก่ผู้ป่วยทั่วไป

2. การจัดการเงินสด

ทุกโรงพยาบาลทั้งในส่วนของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน มีนโยบายในการเก็บเงินสดไว้ใช้เพื่อให้พอเพียงและไม่มีเงินสดเหลือในมือมากเกินไปจนมีความจำเป็นในการใช้จ่ายประจำโดยดูจากประมาณการรับเงิน และประมาณการที่จะจ่ายเงินในแต่ละวัน

ในโรงพยาบาลของรัฐจะมีระเบียบเพื่อการเก็บเงินสดไว้ในมือ และส่วนใหญ่จะนำเงินสดที่เหลือใช้ฝากธนาคาร บางแห่งนำฝากแบบประจำ 3-6 เดือน เพื่อให้ได้ดอกเบี้ยที่มากกว่า

3. ระบบการจัดการเรื่องลูกหนี้ของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลรัฐ ลูกหนี้ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลจะเป็นหนี้ที่เกิดจากการให้บริการ เช่น หนี้ค่ารักษาพยาบาลคนไข้ต้นสังกัด หนี้เงินทุนกองทุนเงินทดแทน หนี้จากการเรียกเก็บจากบริษัทประกันภัยต่างๆ บางโรงพยาบาลมีหน่วยงานเฉพาะในการพิจารณาอายุหนี้ของลูกหนี้และการติดตามเรียกเก็บหนี้ และมีมาตรการในการเรียกเก็บหนี้โดยเฉพาะ เช่น โรงพยาบาลขอนแก่นจะมีมาตรฐานการเรียกเก็บหนี้ของเงินแต่ละประเภทให้ผู้ปฏิบัติงานได้ใช้ บางแห่งจะมีการรายการหนี้คงค้างให้กับผู้บริหารทราบ

โรงพยาบาลเอกชน ในการก่อหนี้ผู้่อานวยการจะได้รับมอบอำนาจในการก่อหนี้ผูกพัน เช่น โรงพยาบาลหัวเฉียวได้รับมอบอำนาจ 100,000 บาท เช่นเดียวกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แต่ก็มีผลคล่องตัว

กรณีลูกหนี้ของโรงพยาบาลมีผู้รับผิดชอบในการติดตามหนี้โดยพิจารณาถึงอายุของหนี้ และมีมาตรการติดตามโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีนักกฎหมายเป็นที่ปรึกษาในการติดตามหนี้ ส่วนโรงพยาบาลมูลนิธิมีการมอบอำนาจในการอนุมัติหนี้ เช่น โรงพยาบาลหัวเฉียวมีการมอบอำนาจในการให้การสงเคราะห์แก่ผู้มีรายได้น้อย โดยจะเบิกคืนจากมูลนิธิเต็มจำนวนที่มีหนี้อยู่

4. การจัดการคลังวัสดุและยา

โรงพยาบาลรัฐ

ในการบริหารคลังวัสดุมีนโยบายในการกำหนดคลังวัสดุว่าไม่ให้มีมูลค่าคลังสูงเกินไปโดยกำหนดว่าไม่ให้มีมูลค่าเกินกว่าการใช้ที่เดือนโดยส่วนจะพยายามไม่ให้คลังวัสดุเกินสองเดือน

- การจัดหาวัสดุและยาจะใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีด้วยการพัสดุในการจัดซื้อ
- มีการวางแผนการจัดซื้อโดยถ้าเป็นยาจะมีคณะกรรมการยาของโรงพยาบาลเพื่อกำหนดมาตรฐาน, ราคา, บางแห่งกำหนดจุดที่จะสั่งซื้อให้กับหน่วยสั่งซื้อด้วย
- การตรวจรับจะมีกรรมการตรวจรับเพื่อตรวจสอบจำนวนและคุณภาพสินค้า
- การจัดเก็บมีการแยกเก็บตามคุณสมบัติและมีการกำหนด Minimum stock และ Maximum stock
- การเบิกจ่ายใช้ระบบ First in-First out และมีหลักฐานการเบิกที่สามารถตรวจสอบได้ ในส่วนของยามีการสุ่มยาเพื่อตรวจสอบคุณภาพซึ่งแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาลบางแห่งตรวจ 2 ครั้งต่อปี บางแห่งจะน้อยกว่า
- มีการตรวจสอบคลังวัสดุและยาเพื่อดูปริมาณสินค้าคงเหลืออย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อปี

ข้อด้อยในการใช้ระเบียบพัสดุในการจัดซื้อจัดจ้าง ได้แก่ การที่ไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบได้เนื่องจากเกิดความไม่คล่องตัว เช่น การสั่งซื้อสั่งจ้าง ในกรณีจำนวนเงินไม่เกิน 100,000 บาทซึ่งเป็นการจัดซื้อจัดจ้างโดยการตกลงราคา ในทางระเบียบการจัดซื้อจะต้องผ่านการอนุมัติจากผู้มีอำนาจ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้่อานวยการโรงพยาบาลจะมีอำนาจในการอนุมัติในวงเงินดังกล่าว ในทางปฏิบัติจะมีการสั่งซื้อสั่งจ้างก่อนการอนุมัติของผู้่อานวยการเพราะจะได้ไม่ต้องรอการอนุมัติจากผู้่อานวยการ ดังนั้น การใช้ Accrual basis ในส่วนนี้จะเป็นการที่เจ้าหน้าที่พัสดุได้ทำการก่อหนี้แล้ว โดยปกติผู้่อานวยการจะยินดีเซ็นอนุมัติย้อนหลังให้ เพื่อให้เกิดความคล่องตัว เหตุดังกล่าวเกิดจากการที่ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจในทางราชการจะมอบอำนาจต่ออีกไม่ได้

โรงพยาบาลเอกชน

มีการกำหนดนโยบายในส่วนของบริษัทสินค้าคงเหลือที่ต้องการ กรรมการบริหารจะเป็นผู้กำหนดราคา ร้านค้าที่จะซื้อให้แก่ผู้ซื้อ จุดที่จะสั่งซื้อ(Reorder point)มีการกำหนดปริมาณการสั่งซื้อแต่ละครั้ง และในการสั่งซื้อผู้สั่งจะต้องขออนุมัติผู้มีอำนาจตามลำดับที่คณะกรรมการมอบไว้จึงจะซื้อได้ บางโรงพยาบาลจะมีรายงานการสั่งซื้อสรุปให้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในแต่ละเดือน มีการนับสินค้าคงเหลืออย่างน้อยทุก 6 เดือน บางโรงพยาบาลมีการตรวจสอบคลังวัสดุค่อนข้างบ่อยเพื่อป้องกันการผิดพลาด เช่น โรงพยาบาลหัวใจมีการตรวจสอบคลังวัสดุทุกเดือน ซึ่งช่วยให้ความผิดพลาดมีน้อย ส่วนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการตรวจเพิ่มเติม นั้นไม่มากกว่าเดิม

5. การลงทุนในสินทรัพย์ถาวร

โรงพยาบาลรัฐ มีการสำรวจความต้องการครุภัณฑ์ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง เพื่อให้กรรมการบริหารพิจารณาความจำเป็น โดยดูหลักเกณฑ์สำหรับครุภัณฑ์และอาคารว่าถึงเกณฑ์ที่กำหนดในการขอซื้อทดแทน หรือปริมาณงานมีมากพอที่จะทำการจัดซื้อใหม่หรือไม่ ในการจัดซื้อมีสองส่วนคือใช้เงินงบประมาณและใช้จากเงินบำรุงของโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลรัฐบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในการจัดหาครุภัณฑ์ที่มีราคาแพงบางครั้งจะดูเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการเรียนการสอนเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการการเรียนการสอนแก่นักศึกษาแพทย์ด้วย

โรงพยาบาลเอกชน มีการพิจารณาถึงความคุ้มค่าของการลงทุนในสินทรัพย์นั้นๆ และพิจารณาถึงตลาดว่ามีความต้องการอย่างไร เช่น มีความต้องการในการที่โรงพยาบาลเอกชนต้องมีเครื่องตรวจเอกซเรย์สมองซึ่งดูแลแล้วอาจจะไม่คุ้มกับการลงทุนแต่เพื่อให้สามารถแข่งขันได้ก็จำเป็นต้องซื้อ โดยการพิจารณาจะขึ้นอยู่กับกรรมการบริหารเป็นสำคัญ

6. การจัดการเกี่ยวกับเจ้าหนี้

โรงพยาบาลรัฐ มีการวางแผนการก่อหนี้และการชำระหนี้ถ้าเป็นเงินงบประมาณจะจ่ายเงินทันทีเมื่อได้รับเงินมา ส่วนเงินบำรุงจะขึ้นอยู่กับเงื่อนไขที่กำหนดไว้

เจ้าหนี้ของโรงพยาบาลเป็นเจ้าหนี้ที่เกิดจากการให้เครดิตในการซื้อสินค้าเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีการก่อหนี้ระยะยาวหรือการลงทุนในระยะยาวโดยการกู้หนี้ยืมสินมาใช้

โรงพยาบาลเอกชน มีการวางแผนการก่อหนี้ทั้งหนี้สินระยะสั้น และหนี้สินระยะยาว บางแห่งพิจารณาถึงอัตราส่วนของหนี้ต่อทุนและอัตราส่วนสภาพคล่องเพื่อให้ผู้บริหารได้รับทราบ ส่วนเงื่อนไขการชำระหนี้จะพยายามต่อรองเพื่อให้ได้เงื่อนไขการชำระหนี้ที่นานขึ้นโดยส่วนใหญ่จะพิจารณาเงื่อนไขการให้ Credit ว่าเงื่อนไขกับส่วนลดเงินสดอย่างไหนดีกว่ากันและจะจ่ายเงินเมื่อครบกำหนดที่ตกลงกันได้

ในการลงทุนในการก่อหนี้ระยะยาวส่วนใหญ่เป็นการลงทุนในสินทรัพย์ถาวร เช่น เครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงมีการประเมินผลการลงทุนโดยดูอัตราการคืนทุนส่วนหนึ่งเพื่อใช้ในการกำหนดราคาในการให้บริการ

7. ระบบการตรวจสอบ

โรงพยาบาลรัฐ มีระบบการตรวจสอบทั้งการตรวจสอบภายในหน่วยงานเองและการตรวจสอบจากภายนอก การตรวจสอบภายในส่วนของขั้นตอนการปฏิบัติงานจะมีการกำหนดให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละงานมีหลายคน เพื่อป้องกันการทุจริต หรือมีการตั้งคณะกรรมการตรวจนับเงินและกรรมการเก็บรักษาเงินตามที่ทางการกำหนด มีการตั้งผู้ตรวจสอบภายในของโรงพยาบาล บางแห่งใช้ผู้ตรวจสอบภายในของจังหวัดที่ตั้งขึ้น การตรวจสอบจากภายนอกโรงพยาบาลของรัฐมีการตรวจสอบจาก สำนักตรวจเงินแผ่นดินมาตรวจสอบประมาณปีละหนึ่งครั้ง ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่ามิมีประโยชน์ในเรื่องของการตรวจสอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติทางบัญชี เพื่อให้ถูกต้องที่สุด

โรงพยาบาลเอกชน การตรวจสอบภายในนั้น ไม่ชัดเจนในการจัดตั้งส่วนใหญ่จะมีหัวหน้าแผนกบัญชีเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องต่างๆ เนื่องจากบางแห่งเห็นว่าจ้างผู้ตรวจสอบเพิ่มเป็นการเพิ่มรายจ่ายของโรงพยาบาล ดังนั้นการตรวจสอบส่วนใหญ่จะเป็นการตรวจสอบจากระบบงานเดิม เช่น มีการตรวจสอบคลังวัสดุ มีการตรวจนับเงินประจำวัน

ส่วนการตรวจสอบภายนอก มีการจ้างผู้ตรวจสอบบัญชีจากภายนอกซึ่งส่วนนี้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดว่าจะต้องมีผู้ตรวจสอบบัญชีได้รับอนุญาตเข้ามาตรวจสอบและรับรองงบการเงินของโรงพยาบาล โรงพยาบาลบางแห่งยอมเสียค่าใช้จ่ายที่สูงในการจ้างผู้ตรวจสอบบัญชีภายนอกที่มีชื่อเสียงเนื่องจากจะมีผลต่อการกู้เงินจากสถาบันการเงินซึ่งจะได้รับการพิจารณากู้เงินง่ายขึ้น

8. สัญญาณเตือนภัยในทางบัญชี

โรงพยาบาลรัฐ บางโรงพยาบาลมีการตรวจสอบโดยการดูรายได้ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นโดยพิจารณาจากการที่รายจ่ายมากกว่ารายรับถือว่าเป็นข้อที่ต้องระวัง นอกจากนั้นการที่มี สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินมาตรวจสอบและได้ให้ข้อทักท้วงไว้ถือเป็นสัญญาณเตือนภัยให้ผู้บริหารได้ตระหนักถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหรือต้องแก้ไขในเรื่องนั้นๆเพื่อให้เกิดความถูกต้องก็ถือว่าเป็นสัญญาณเตือนภัยอย่างหนึ่ง

โรงพยาบาลเอกชน มีรายงานทางการเงินสำหรับผู้บริหารโดยเฉพาะพร้อมทั้งคำอธิบายเพื่อให้ผู้บริหารเข้าใจ องค์ประกอบในรายงานนั้นประกอบด้วยยอดรายได้เมื่อเทียบกับรายได้ที่คาดการณ์ไว้ และยอดค่าใช้จ่ายโดยวิเคราะห์ตามแบบของการคิดต้นทุนเพื่อให้ผู้บริหารได้ใช้เป็นข้อมูลในการปรับนโยบายเพื่อให้ได้ต้นทุนที่เหมาะสม นอกจากนั้นบางแห่งมีการนำเสนอข้อมูลในการดูแลผลตอบแทนจากการลงทุนในสินทรัพย์ประเภทต่างๆ เช่น การลงทุนในเทคโนโลยีที่มีราคาแพงเพื่อช่วยเตือนผู้บริหารในการวางแผนเพื่อให้สามารถใช้สินทรัพย์นั้นให้คุ้มค่า

9. การนำข้อมูลทางการเงินมาใช้ในการบริหาร

โรงพยาบาลรัฐ มีการใช้ข้อมูลทางการเงินในการบริหารคือ ดูรายรับ รายจ่ายของแต่ละเดือนโดยเฉพาะในส่วน of เงินบำรุง บางแห่งมีการพยากรณ์รายได้และนำมาเปรียบเทียบกับรายได้ที่มีอยู่ บางแห่งพิจารณาโดยดู

ทั้งเจ้าหน้าที่รับ และลูกค้ารับ ในส่วนของงบประมาณจะดูความถูกต้องของการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้

โรงพยาบาลเอกชน ในการบริหารประจำวันมีการใช้กระแสเงินสดในการให้ผู้บริหารวางแผนโดยดูรายรับรายจ่ายเมื่อเทียบกับประมาณการ บางแห่งมีการเปรียบเทียบรายจ่ายหมวดต่างๆ หรือแผนต่างๆ เทียบกับยอดรายได้ที่เป็นจริงเพื่อใช้ในการวางแผนในการควบคุมรายจ่ายของหมวดต่างๆ ส่วนข้อมูลที่มีการเปิดเผยต่อสาธารณะมีรายงานทางการเงินที่โรงพยาบาลจะต้องจัดทำเป็นรายไตรมาส คือ งบดุล งบกำไรขาดทุน งบกระแสเงินสด บางแห่งมีการวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงินเพื่อช่วยในการบริหาร เช่น อัตราส่วนสภาพคล่อง อัตราส่วนการคืนทุนของการลงทุน เพื่อการวิเคราะห์สถานะของโรงพยาบาลเป็นประจำ

มีการทำนายยอดรายได้แต่ละปีหรือบางแห่งมีการทำนายรายได้จากการให้บริการเป็นรายเดือนเพื่อเปรียบเทียบกับยอดรายได้จริงเพื่อช่วยในการวางแผนในเดือนถัดไป

เมื่อพิจารณาในส่วนของโรงพยาบาลที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์และโรงพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ ในส่วนของความมีประสิทธิภาพของระบบบัญชี จะพบว่า โรงพยาบาลที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์จะต้องเปิดเผยข้อมูลทางบัญชีตามที่ตลาดหลักทรัพย์กำหนดซึ่งมีรายละเอียดของการเปิดเผยข้อมูลที่เข้มงวดและละเอียดกว่า กล่าวคือบริษัทในตลาดหลักทรัพย์จะต้องเปิดเผยรายงานทางการเงินในส่วนของ งบดุล งบกำไรขาดทุน งบกระแสเงินสดซึ่งในส่วนของโรงพยาบาลที่ไม่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ไม่ต้องทำงบกระแสเงินสด แต่ในรายละเอียดของการแสดงงบจะขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางบัญชีของแต่ละบริษัทซึ่งอาจมีความแตกต่างกันบ้างแต่จะต้องเป็นไปตามมาตรฐานทางการเงินที่เป็นที่ยอมรับ นอกจากนั้นตลาดหลักทรัพย์ยังมีการกำหนดผู้ตรวจสอบบัญชีที่ตลาดหลักทรัพย์อนุญาตให้เป็นผู้ตรวจสอบที่ตลาดหลักทรัพย์ยอมรับบริษัทที่อยู่ในตลาดจะใช้ผู้ตรวจสอบอื่นที่ตลาดหลักทรัพย์ไม่อนุญาตไม่ได้ นอกจากนั้นในปัจจุบันยังมีการกำหนดให้บริษัทที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ต้องมีผู้ตรวจสอบภายในที่เข้มงวดขึ้น การกำหนดรายละเอียดของการเปิดเผยข้อมูลของบริษัทที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ที่เข้มงวดก็เพราะผู้ใช้ข้อมูลของบริษัทมีหลายกลุ่มและมีวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ที่ต่างกันซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์แก่สาธารณะมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

10. การคิดต้นทุนในการให้บริการ

โรงพยาบาลรัฐ การคิดต้นทุนในการให้บริการไม่ชัดเจน โรงพยาบาลไม่ได้เป็นผู้กำหนดราคาค่าบริการเองการกำหนดราคาเป็นไปตามระเบียบราชการ บางแห่งไม่มีการคิดต้นทุนการให้บริการเพราะไม่ได้นำมาใช้ในการบริหาร เช่น โรงพยาบาลวชิระการกำหนดราคาค่าบริการขึ้นกับผู้บริหารของกรุงเทพมหานครทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องทำการหาต้นทุนในการให้บริการ แต่จะมีการควบคุมต้นทุนโดยการดูจากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลหาดใหญ่ได้มีการทำการประเมินต้นทุนในการให้บริการตั้งแต่ปี 2539 และทำต่อเนื่องมาถึง ปี 2540 แต่การนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ยังไม่ชัดเจนทั้งในด้านการกำหนดราคาและการจัดสรรงบประมาณ

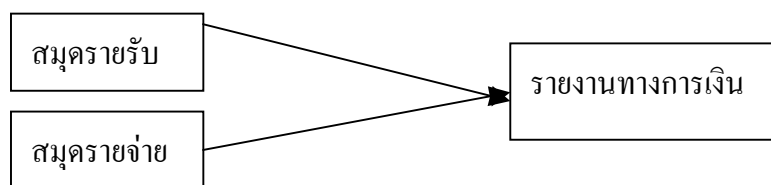
โรงพยาบาลเอกชน มีการคิดต้นทุนในการให้บริการเพื่อใช้ในการคำนวณกำไร ขาดทุน โดยการพิจารณาจะพิจารณาค่าแรงงาน ต้นทุนค่าวัสดุ และค่าวัสดุอื่นๆ และมีส่วนในการกำหนดราคาค่าบริการของโรงพยาบาล นอกจากนั้นการกำหนดราคาค่าบริการจะขึ้นอยู่กับราคาในท้องตลาดด้วย ยังไม่มีแห่งใดที่มีการคิดต้นทุนโดยการแบ่งเป็นหน่วยบริการที่ชัดเจนเนื่องจากมีปัญหาในการกระจายต้นทุนในส่วนของแผนกที่ไม่ทำกำไรให้กับหน่วยงานที่ทำกำไรทำให้ไม่ได้มีการคิดต้นทุนของแต่ละแผนกอย่างชัดเจน แต่จะมีการคิดต้นทุนในการให้บริการรวม

รูปแบบทางการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลอิสระที่ควรจะเป็นจากการประชุมกลุ่ม

ในการกำหนดการนำแนวคิดโรงพยาบาลอิสระมาใช้จะต้องมีการกำหนดวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน อีกทั้งการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล กลุ่มเป้าหมายในการให้บริการเพื่อให้ผู้บริหารได้ทราบขอบเขตของงานที่ทำและทิศทางของโรงพยาบาลที่ควรจะเป็น ในส่วนของการเงินและบัญชี มีข้อเสนอแนะที่ได้จากการอภิปรายคร่าวๆดังนี้

1) ระบบบัญชีที่ควรจะเป็น

ควรจะเป็นระบบบัญชีที่ใช้หลักบัญชีค้างรับ (Accrual basis) เพื่อให้สามารถแสดงสถานะที่แท้จริงของโรงพยาบาลได้ และเพื่อให้ผู้บริหารสามารถใช้งบการเงินในการวางแผนได้โดยโครงสร้างบัญชีที่จำเป็นจะต้องประกอบด้วยโครงสร้างทางด้านรายรับ และทางด้านรายจ่าย โดยมีโครงสร้างคร่าวๆดังนี้



รายรับ และรายจ่ายของโรงพยาบาลมีการแยกตามแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาล

รายงานทางการเงินประกอบด้วย งบดุล งบกำไรขาดทุน งบกระแสเงินสดโดยเฉพาะงบกระแสเงินสดที่ให้ผู้บริหารใช้ และควรจะใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานทางบัญชี

อย่างไรก็ตามในการจัดทำบัญชีในรูปแบบใหม่นี้จะต้องพิจารณาถึงผู้ที่เข้ามาทำหน้าที่ในการทำบัญชี โดยอาจจะต้องพิจารณาคุณสมบัติขั้นต่ำของนักบัญชีที่จะเข้ามาทำต้องมีวุฒิต่ออย่างต่ำขั้นปริญญาตรีเพื่อที่จะได้มีความเข้าใจในระบบบัญชีมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในระบบราชการปัจจุบัน

2) การได้มาซึ่งทุนในการดำเนินงานของโรงพยาบาล

แบ่งเป็นสองส่วนคือ ส่วนที่ได้มาจากรัฐ และส่วนที่โรงพยาบาลจัดหาเอง

ส่วนที่ได้มาจากรัฐมีสองแนวคิดคือ ให้รัฐจัดสรรเงินไว้ในหมวดเงินอุดหนุนทั่วไปโดยอาจจะพิจารณาถึงผลการปฏิบัติงานในอดีตของโรงพยาบาล เช่น จำนวนคนไข้ในปีที่ผ่านมาโดยพิจารณาถึงต้นทุนในการให้บริการของโรงพยาบาลแต่ละแห่งซึ่งอาจจะไม่เท่ากันและให้โรงพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการเองทั้งหมด

อีกส่วนหนึ่งให้รัฐเป็นผู้ลงทุนในสินทรัพย์ถาวรและให้โรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล

ในส่วน of โรงพยาบาลจัดหาเองเป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการร่วมทุนในกิจการโรงพยาบาล หรือส่วนของเงินบริจาคที่ให้แกโรงพยาบาลส่วนนี้โรงพยาบาลจะเป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมด

3) โครงสร้างของทุน

ควรพิจารณาถึงความอยู่รอดของโรงพยาบาล ซึ่งควรมีการกำหนดสัดส่วนของหนี้ต่อทุนเพื่อไม่ให้โรงพยาบาลก่อหนี้สินจนเกิดความเสี่ยงต่อโรงพยาบาล

4) การจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาล

ควรจัดสรรให้ตามปริมาณงานและความรับผิดชอบของโรงพยาบาล และเพื่อรองรับความต้องการของประชาชน โดยการจัดสรรควรจัดสรรให้เป็นก้อน โดยมีแผนการจ่ายให้แก่โรงพยาบาลเพื่อให้รัฐสามารถคุมค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ได้

5) การบริหารสินทรัพย์

กรณีสินทรัพย์ที่มีราคาแพงที่ต้องใช้เงินลงทุนมากจะต้องมีการพิจารณาถึงอัตราผลตอบแทนในการลงทุน ส่วนการใช้เงินลงทุนควรมีมาตรฐานในการลงทุนในสินทรัพย์หมุนเวียนด้วยเงินลงทุนหรือหนี้สินหมุนเวียนในทำนองเดียวกันการลงทุนในสินทรัพย์ถาวร ควรใช้เงินลงทุนหรือหนี้สินระยะยาว

6) การจัดการพัสดุ

ในการจัดหาวัสดุต่างๆ ในโรงพยาบาลไม่ควรใช้ระเบียบพัสดุในการจัดซื้อ เพราะไม่เกิดความคล่องตัว ควรให้อิสระในการวางแผนการจัดซื้อแก่ทีมผู้บริหาร ซึ่งควรจะมีการออกแบบการจัดซื้อเป็นของตนเอง

7) การบริหารเจ้าหนี้และลูกหนี้ของโรงพยาบาล

ลูกหนี้ของโรงพยาบาล มีการกำหนดประเภทของลูกหนี้เพื่อประโยชน์ในการเรียกเก็บหนี้ เช่น กรณีเบิกต้นสังกัด กองทุนทดแทน เหล่านี้ไม่ควรให้มีหนี้สูญเกิดขึ้น

เจ้าหนี้ ควรมีการเจรจาต่อรองเพื่อให้ได้ประโยชน์จากการได้รับ เวลาในการชำระเงินหรือส่วนลดจากการชำระเงินเร็ว ในส่วนของหนี้สินระยะยาวต้องมีการวางแผนการจ่ายเงินเพื่อให้ส่งผลต่อรายรับของโรงพยาบาล

8) การคิดต้นทุนของโรงพยาบาล

ควรมีการคิดต้นทุนที่แท้จริงของโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถวิเคราะห์ผลกำไรขาดทุนของโรงพยาบาล และนำมาใช้ในการตั้งราคาเพื่อให้ได้ผลกำไรตามที่ต้องการนอกเหนือจากเงินที่จะได้รับจัดสรรจากรัฐ ในการคำนวณนั้นจะต้องพิจารณาทั้งต้นทุน ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าเสียอื่นๆ โดยเฉพาะควรจะมีการใช้ค่าเสื่อมราคาของสินทรัพย์ ดอกเบี้ยเงินกู้มาใช้ในการคำนวณเพื่อให้ได้ต้นทุนที่แท้จริง

9) ระบบการควบคุมภายในและภายนอก

ในการควบคุมภายในนั้นมีสององค์ประกอบที่สำคัญคือ การออกแบบวิธีการปฏิบัติงานและมีผู้ติดตามการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการทุจริต นอกจากนั้นควรมีการประเมินด้วยผู้ตรวจสอบภายนอกเพื่อให้ข้อเสนอแนะแก่โรงพยาบาล ผู้ตรวจสอบควรขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการเพื่อให้เกิดอิสระในการทำงาน

ในการตรวจสอบจากภายนอกควรใช้ผู้ตรวจสอบที่ได้รับอนุญาต หากจะมีการใช้ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ควรจะมีการประสานเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการตรวจสอบเนื่องจากหน่วยงานอิสระจะมีการบริหารที่ไม่เหมือนเดิม อาจจะต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบในการตรวจสอบจาก สดง.บ้าง

10) สัญญาณเตือนภัยในทางการเงินและบัญชีเพื่อการตรวจสอบ

ควรใช้การวิเคราะห์ทางการเงิน เช่น การวิเคราะห์สภาพคล่อง และดูตัวเลขทางบัญชีเปรียบเทียบกับแผนงาน หรือเปรียบเทียบกับผลการปฏิบัติงานในปีที่ผ่านมา เช่น ยอดรายได้จากค่าบริการลดลงอย่างมากเมื่อเทียบกับยอดรายได้ที่มีการทำนายซึ่งอาจจะมีการทำนายเป็นรายเดือนหรือรายปี

การดู Cash flow ของโรงพยาบาลบ่อยๆจะเป็นการประเมิน Process ในการบริหารทางด้านบัญชีจะเป็นการช่วยเตือนผู้บริหารในการปรับปรุงแก้ไข มากกว่าการดูงบกำไร ขาดทุนในแต่ละงวดอย่างเดียว ในส่วนนี้ถ้ามีการแยกรายงานในส่วนที่แยกเป็นเปอร์เซ็นต์รายจ่ายในแต่ละหมวดจะมีส่วนช่วยผู้บริหารในการวางแผนเพื่อปรับปรุงโครงสร้างรายจ่ายของโรงพยาบาลให้เหมาะสมต่อไป

ในกรณีที่โรงพยาบาลสามารถก่อกำหนดทั้งระยะสั้นและระยะยาว ควรมีการกำหนดเพดานสัดส่วนของการก่อกำหนดทุน เพื่อช่วยในการกำกับ

การก่อกำหนดระยะยาวต้องมีการทำการประเมินความคุ้มค่าของการลงทุนและดูอัตราการคืนทุนเพื่อช่วยในการตัดสินใจ

11) การวัดประสิทธิผลของการปฏิบัติงานโดยใช้ข้อมูลทางบัญชี

ควรใช้การเปรียบเทียบรายรับ รายจ่ายเทียบกับแผนที่วางไว้ หรือเปรียบเทียบกับปีก่อนๆ หรือเปรียบเทียบกับหน่วยงานที่ให้บริการใกล้เคียงกัน

การวัดผลกำไร ขาดทุนของโรงพยาบาลก็เป็นการวัดประสิทธิผลของโรงพยาบาลโดยเปรียบเทียบกับประมาณการ หรือข้อมูลในอดีต หรือกิจการที่ใกล้เคียงกัน

12) ปัจจัยที่มีผลทำให้ระบบที่วางไว้ในโรงพยาบาลอิสระไม่ประสบความสำเร็จ

- ❖ ผู้ปฏิบัติงาน ที่ไม่มีความเข้าใจในแนวคิดขององค์กร และความเข้าใจระบบบัญชีที่จะใช้ดีพอ ทำให้ไม่สามารถปรับระบบให้เข้ากับระบบได้ บทบาทของนักบัญชีจะต้องสามารถประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อให้ได้ข้อมูลในการวิเคราะห์และการจัดทำทางบัญชีมากขึ้น
- ❖ ข้อมูลทางการเงิน ซึ่งที่มีอยู่ไม่สามารถนำมาใช้ได้กับระบบบัญชีเงินค้ำ จะต้องมีการจัดระบบข้อมูลให้เหมาะสมกับการนำมาใช้มากขึ้น
- ❖ ระเบียบกฎเกณฑ์ จะต้องมีการแก้ไขกฎเกณฑ์ที่เป็นอุปสรรคอย่างจริงจัง เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ❖ การตรวจสอบจากหน่วยงานที่ตรวจสอบ ซึ่งหากไม่มีความเข้าใจเป้าหมายขององค์กร และปรับเปลี่ยนวิธีการตรวจสอบให้เหมาะสมจะเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างมาก

ข้อเสนอแนะของผู้วิจัยในส่วนของระบบบัญชีและการเงินของโรงพยาบาลอิสระ

โครงสร้างทางระบบบัญชีของโรงพยาบาลอิสระจะต้องเป็นไปตามหลักการบัญชีที่ยอมรับโดยทั่วไป และมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญดังนี้คือ

- I. ตอบสนองต่อการคำนวณต้นทุนของโรงพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการจัดสรรงบประมาณในกรณีที่ใช้การบัญชีต้นทุนในการจัดสรรงบประมาณ
- II. ใช้ระบบเงินคงค้างในการทำบัญชีเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ (Accrual basis)
- III. มีรายงานการเงินเพื่อช่วยผู้บริหารในการบริหารและการวางแผนโดยใช้ข้อมูลทางการเงินและการบัญชี
- IV. ประโยชน์ในการตรวจสอบความถูกต้อง

นโยบายทางการเงินบัญชี

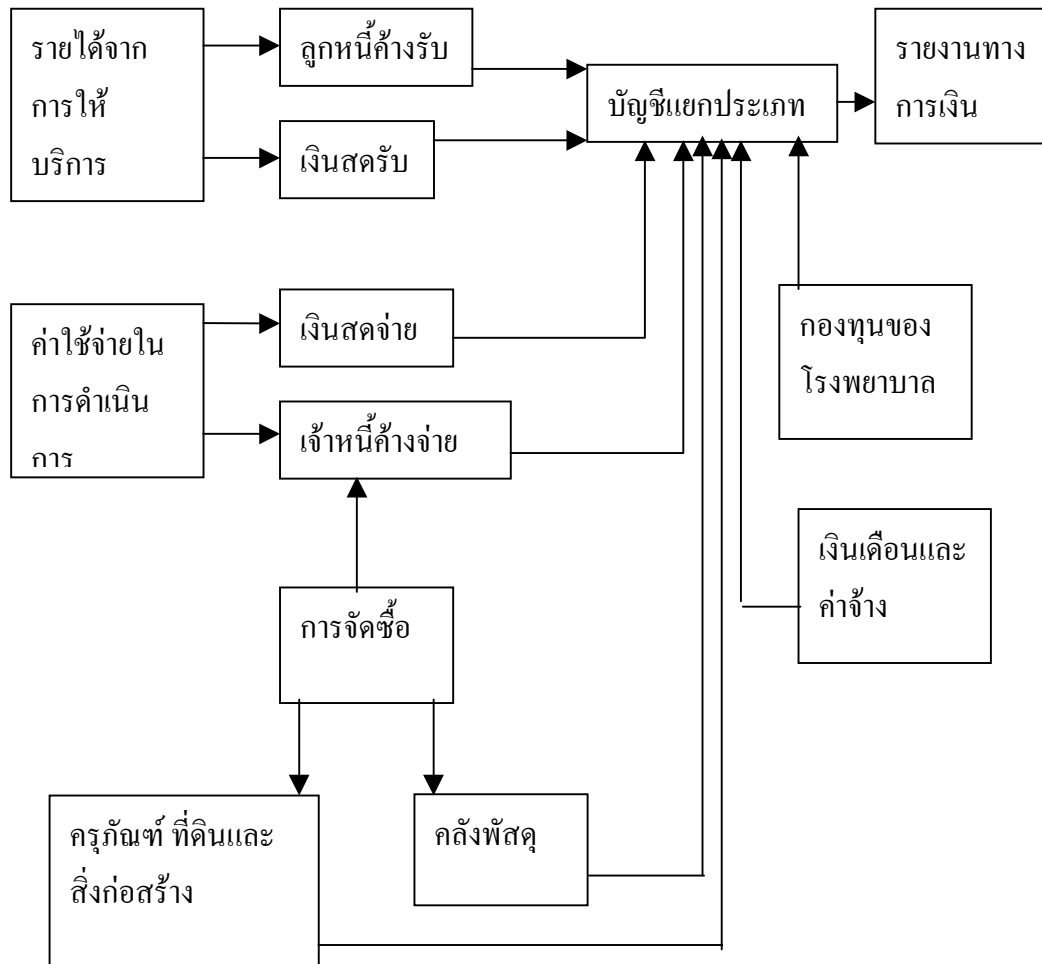
โรงพยาบาลอิสระประกอบด้วยนโยบายที่สำคัญ ดังนี้คือ

- 1) การรับรู้รายได้ ใช้หลักเงินคงค้างในการรับจ่ายเงิน (Accrual basis)
- 2) การตีราคาสินค้าคงเหลือ ใช้วิธีราคาทุนถ่วงเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก (Weighted average)
- 3) ที่ดิน อาคาร อุปกรณ์ และค่าเสื่อมราคา แสดงในราคาทุนหักด้วยค่าเสื่อมราคาที่เกิดขึ้นตามวิธีเส้นตรงในอัตราตามเกณฑ์อายุการใช้สินทรัพย์ดังนี้

อาคาร	5-20 ปี
เครื่องมือและอุปกรณ์	2-10 ปี
เครื่องใช้สำนักงาน	5 ปี
ยานพาหนะ	5 ปี
อื่นๆ	เป็นไปตามที่สรรพากรกำหนด

โครงสร้างระบบบัญชีหลักของโรงพยาบาลอิสระ

ในการบริหารระบบบัญชีของโรงพยาบาลอิสระสามารถพิจารณาในภาพรวมดังนี้



ภาพ โครงสร้างระบบทางบัญชี

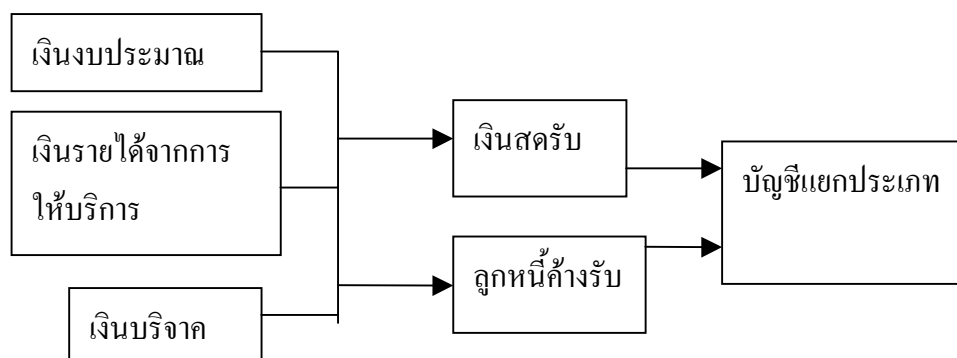
จากแผนภาพข้างต้น สามารถแยกเป็นระบบย่อยทางบัญชี ซึ่งประกอบด้วย

- 1) รายได้/ลูกหนี้ค้างรับ
- 2) ค่าใช้จ่าย/เจ้าหนี้ค้างจ่าย
- 3) เงินเดือน ค่าตอบแทน
- 4) การพัสดุ
- 5) ระบบบัญชีกองทุน
- 6) รายงานทางการเงิน และ ข้อมูลทางการเงินเพื่อการบริหาร

รายได้/ลูกหนี้ค้างรับ รายได้ของโรงพยาบาลมาจากแหล่งใหญ่ 3 แหล่ง ได้แก่

1. เงินงบประมาณซึ่งได้รับจัดสรรจากการให้บริการโดยกำหนดอัตราการจ่ายไว้ เช่น การให้บริการในการป้องกันโรคในชุมชน ซึ่งต้องมีการกำหนดระหว่างโรงพยาบาลและผู้จัดสรรงบประมาณโดยการจัดสรรแบบ Block grant
2. เงินรายได้จากการให้บริการ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่หนึ่งเป็นเงินที่ได้รับจากผู้ป่วยทั่วไปที่เข้ารับบริการและจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ส่วนที่สองเป็นการได้รับค่าบริการที่โรงพยาบาลบริการผู้ป่วยก่อนในอัตราค่าตอบแทนที่ได้มีการกำหนดไว้ เช่น การให้บริการผู้ป่วยประกันสังคม ผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพ รายได้ที่ได้จากการจัดสรรตามระบบ DRGs นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีสิทธิได้รับค่าบริการจากการประกันสังคมหรือบัตรอื่นๆที่มีการตกลงราคาการให้บริการหากต้องการเพิ่มส่วนของการให้บริการ เช่น ห้องพิเศษ เงินดังกล่าวถือเป็นเงินรายได้ของโรงพยาบาล
3. เงินบริจาคอื่นๆที่มีจิตศรัทธาบริจาคซึ่งมีทั้งส่วนที่กำหนดวัตถุประสงค์ชัดเจนและส่วนที่ไม่กำหนดวัตถุประสงค์ ในส่วนของเงินที่ไม่กำหนดวัตถุประสงค์ในการใช้จ่ายให้อ้างอิงเป็นรายได้ของโรงพยาบาล ส่วนเงินบริจาคที่มีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการใช้ให้ถือว่าเป็นเงินกองทุนของโรงพยาบาลการใช้ต้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์นั้น

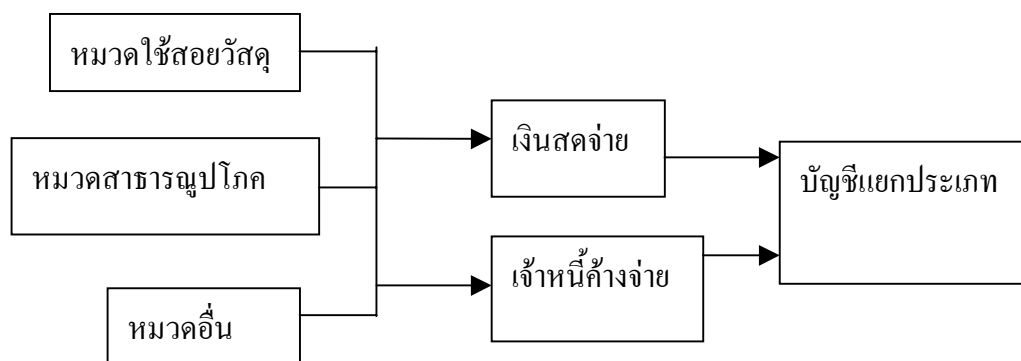
โรงพยาบาลอิสระควรจะมีการแบ่งส่วนของรายได้ที่ได้รับว่ามาจากแผนกใดบ้างตามโครงสร้างของการคิดต้นทุน เช่น มีการแบ่งส่วนของหน่วยที่สร้างรายได้ เป็น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในซึ่งมีการแบ่งตามแผนกต่างๆที่มีการรับรายได้จากผู้ป่วย รายการของลูกหนี้ค้างรับ รายการทั้งหมดที่เกิดขึ้นจะเข้าสู่บัญชีแยกประเภท



รายละเอียดของการลงบัญชีเมื่อมีการรับเงินในส่วนต่างๆเข้ามาจะ เดบิตเงินสดและ เครดิตรายได้หรือ ส่วนของลูกหนี้ตามแหล่งเงินที่ได้รับ

การรับรู้รายได้ดังกล่าวจะใช้หลักเงินคงค้าง ในส่วนของลูกหนี้ค้างรับควรมีการรายงานในรายงานประจำวันสำหรับผู้บริหารเพื่อรับทราบ

ค่าใช้จ่าย/เจ้าหนี้ค้างจ่าย รายจ่ายประจำวันที่เกิดขึ้นมีการแยกประเภทรายจ่ายแต่ละโรงพยาบาล โดยมีหมวดรายจ่ายที่ใช้ประจำ เช่น หมวดใช้สอยวัสดุ หมวดสาธารณูปโภค เจ้าหนี้ค้างจ่าย รายการทั้งหมดจะถูกนำเข้าสู่วัตถุแยกประเภท หรือหากมีการรับเงินเพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์เฉพาะให้ถือเป็นค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลแต่ให้มีการเดบิตค่าใช้จ่ายและเครดิตเงินสดหรือเจ้าหนี้ค้างจ่าย

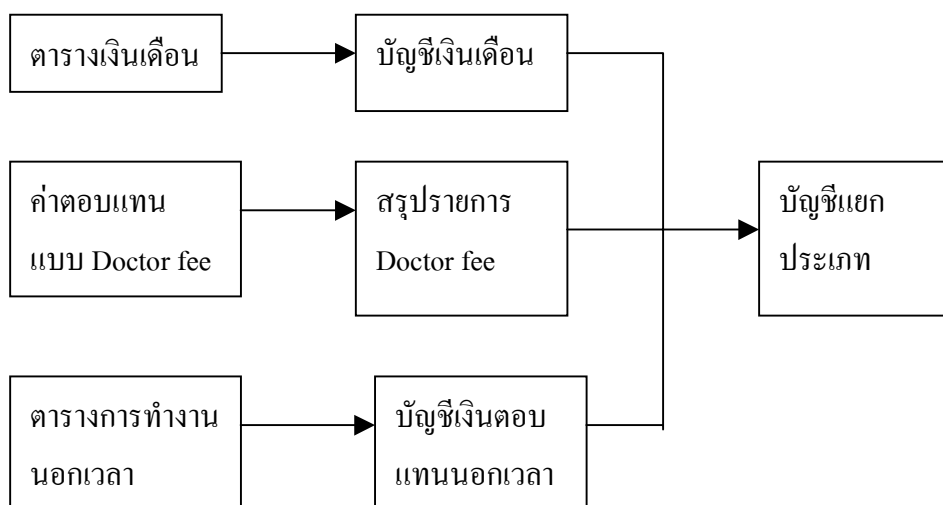


เงินเดือนและค่าตอบแทน เงินเดือนและค่าตอบแทนของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานสองประเภทหลักคือ

ผู้รับเงินเดือน ได้แก่ ผู้ที่ทำงานโดยได้เงินเดือนประจำ

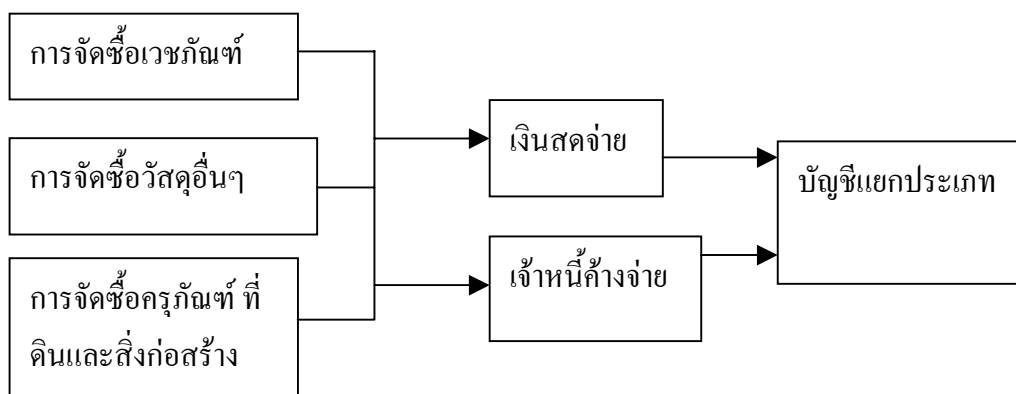
ผู้รับเงินค่าตอบแทนตามผลงาน เช่น แพทย์ที่ให้บริการและได้รับค่าตอบแทนเป็น Doctor fee

ทั้งสองประเภทหากทำงานนอกเหนือจากที่ได้กำหนดในข้อตกลงการจ้างก็จะมีค่าจ้างล่วงเวลาได้โดยมีโครงสร้างทางบัญชีของค่าใช้จ่ายในส่วนของเงินเดือนและค่าจ้างดังนี้



ค่าใช้จ่ายทั้งหมดดังกล่าวจะมีประโยชน์ในการนำไปคำนวณต้นทุนในการให้บริการตามแผนต่างๆที่ได้มีการกำหนดหน่วยการให้บริการของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการคำนวณเงินเพื่อรับเงินชดเชยในการให้บริการแก่ผู้ป่วย

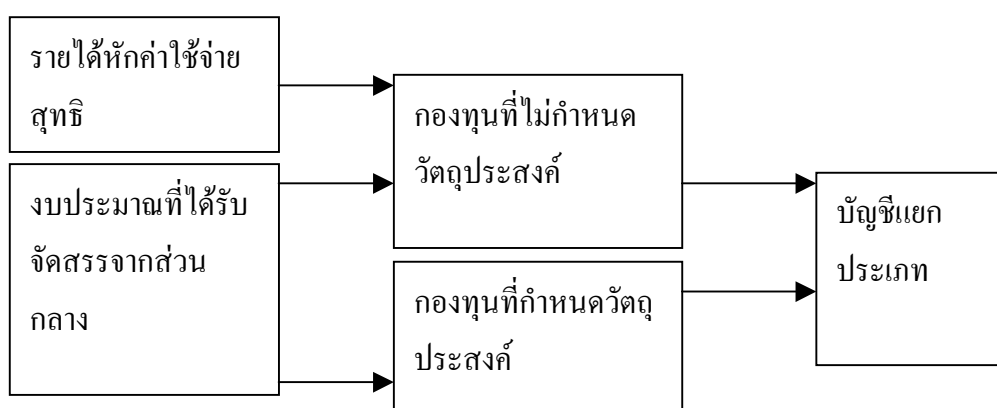
การพัสดุ การพัสดุและการจัดซื้อซึ่งรวมการจัดซื้อเวชภัณฑ์ วัสดุอื่นๆ ครุภัณฑ์ ที่ดิน และสิ่งก่อสร้าง มีการกำหนดระบบการจัดซื้อ และระบบการจ่ายเงินให้แก่เจ้าหนี้ โดยมีการทำรายงานประจำวันเพื่อสรุปผลการก่อหนี้ผูกพันประจำวัน และสรุปลูกหนี้ค้างจ่ายให้ผู้บริหารได้รับทราบ โดยมีขั้นตอนในการจัดซื้อวัสดุต่างๆดังนี้



ระบบบัญชีกองทุน

ระบบบัญชีกองทุน จะแบ่งเป็น เงินกองทุนต่างๆ ที่สำคัญ 2 ประเภทได้แก่

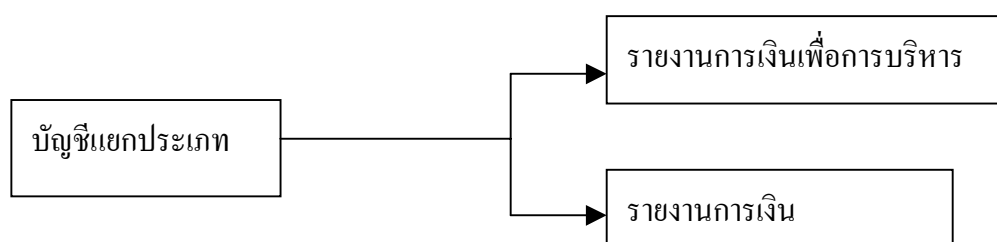
1. เงินกองทุนที่ใช้ในกิจการของโรงพยาบาล เป็นเงินที่ได้จากงบประมาณที่ไม่กำหนดวัตถุประสงค์ และเงินรายได้หักค่าใช้จ่ายสุทธิจากการดำเนินงานของโรงพยาบาล
2. เงินกองทุนที่มีวัตถุประสงค์ในการใช้ ได้แก่ เงินที่ได้รับจากงบประมาณ หรือเงินบริจาคที่มีผู้กำหนดวัตถุประสงค์ในการใช้ไว้ ซึ่งเงินกองทุนนี้อาจจะแบ่งเป็นหลายกองทุนตามความเหมาะสมของแต่ละโรงพยาบาล



รายงานทางการเงิน

รายงานทางการเงินสำหรับโรงพยาบาลอิสระที่ควรจะมี สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วนที่สำคัญได้แก่ รายงานประจำวันและรายงานประจำงวด

1. รายงานทางการเงินเพื่อการบริหาร เช่น รายงานเงินรับจ่ายประจำวันโดยแยกรายรับตามแผนกและรายจ่ายตามหมวดเงินต่างๆ รายงานลูกหนี้ค้าง รายงานเจ้าหนี้ค้าง อัตราส่วนทางการเงิน และอื่นๆ
2. รายงานทางการเงิน ประกอบด้วย งบดุล งบรายได้และค่าใช้จ่าย งบกระแสเงินสด งบแสดงการเปลี่ยนแปลงเงินกองทุน



อัตราส่วนทางการเงิน

รายงานอัตราส่วนทางการเงินมีประโยชน์ในการที่ผู้บริหารสามารถนำมาใช้เปรียบเทียบกับเป้าหมายทางการเงินและการบัญชีที่ได้ทำได้ไว้ สามารถนำมาเปรียบเทียบกับคู่แข่งในตลาดหรืออุตสาหกรรมทั้งระบบ และสามารถนำมาเปรียบเทียบกับผลงานในอดีตเพื่อนำมาปรับปรุงระบบงานเพื่อให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป โดยอัตราส่วนทางการเงินที่ต้องทำประกอบด้วย

1. อัตราส่วนความคล่องตัว (Liquidity ratio) ประกอบด้วย
 - 1.1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current ratio)
 - 1.2. อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว (Quick ratio)
2. อัตราส่วนความสามารถในการใช้สินทรัพย์ (Activity ratio)
 - 2.1. อัตราการหมุนของลูกหนี้ (Account recievable turnover)
 - 2.2. อัตราการหมุนของสินค้า (Inventory turnover)
 - 2.3. อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์ถาวร (Fixed asset turnover)
 - 2.4. อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์รวม (Total asset turnover)
3. อัตราส่วนวิเคราะห์ความสามารถในการก่อหนี้
 - 3.1. อัตราส่วนหนี้ (Debt ratio)
 - 3.2. อัตราส่วนความสามารถในการจ่ายดอกเบี้ย (Interest coverage ratio)
 - 3.3. อัตราส่วนความสามารถในการจ่ายค่าใช้จ่ายทางการเงิน (Fixed charge coverage)
4. อัตราส่วนวิเคราะห์ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Profitability ratio)
 - 4.1. ผลตอบแทนต่อยอดขาย (Profit margin on sale)
 - 4.2. ผลตอบแทนต่อสินทรัพย์รวม (Return on asset)
 - 4.3. ผลตอบแทนต่อทุน/ส่วนของผู้ถือหุ้น (Return on equity)

ตัวอย่างงบดุลของโรงพยาบาล
ณ วันที่

สินทรัพย์

สินทรัพย์หมุนเวียน	
เงินสด	xxx
ลูกหนี้สุทธิ	xxx
เวชภัณฑ์คงเหลือ	<u>xxx</u>
รวมสินทรัพย์หมุนเวียน	xxx
เงินลงทุน	xxx
ที่ดิน อาคาร และอุปกรณ์	xxx
สินทรัพย์อื่น	<u>xxx</u>
รวมสินทรัพย์	<u>xxx</u>

หนี้สินและเงินกองทุน

หนี้สินหมุนเวียน	xxx
เจ้าหนี้	xxx
ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย	<u>xxx</u>
รวมหนี้สินหมุนเวียน	xxx
หนี้สินอื่นๆ	xxx
หุ้นกู้ระยะยาว	<u>xxx</u>
รวมหนี้สิน	<u>xxx</u>
เงินกองทุน	
กองทุนไม่จำกัดวัตถุประสงค์	xxx
กองทุนจำกัดวัตถุประสงค์	<u>xxx</u>
รวมเงินกองทุน	xxx
รวมหนี้สินและเงินกองทุน	<u>xxx</u>

ตัวอย่างงบรายได้ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล
สำหรับงวดสิ้นสุดวันที่

รายได้		
ค่ารักษา		xxx
เงินสนับสนุน(Subsidy)		xxx
เงินบริจาค		xxx
รายได้อื่นๆ		<u>xxx</u>
รายได้รวม		xxx
ค่าใช้จ่ายดำเนินงาน		
เงินเดือน		xxx
ค่าอุปกรณ์		xxx
ค่าเสื่อมราคา		xxx
อื่นๆ		xxx
ค่าใช้จ่ายดำเนินงานรวม		<u>xxx</u>
รายรับ (รายจ่าย) สุทธิ		<u>xxx</u>

ตัวอย่างรายงานแสดงการเปลี่ยนแปลงเงินกองทุน
สำหรับงวดสิ้นสุดวันที่

	เงินกองทุนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ	เงินกองทุนที่จำกัดการใช้		
		เงินกองทุนที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ	เงินทุนหาผลประโยชน์	เงินทุนเปลี่ยนแทนและขยายสินทรัพย์
เงินกองทุนต้นปี	xxx	Xxx	xxx	xxx
อุปกรณ์ที่ซื้อเพิ่มเติมโอนจากเงินทุนเพื่อเปลี่ยนแทนและขยายสินทรัพย์	xxx			(xxx)
เงินอุดหนุนจากรัฐบาลเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะที่ระบุไว้		Xxx		
รายได้จากเงินทุน		Xxx		xxx
รับเงินทุนหาผลประโยชน์เพิ่ม			xxx	
เงินกองทุนสิ้นปี	xxx	Xxx	xxx	xxx

การคิดต้นทุนของโรงพยาบาล

การคิดต้นทุนของโรงพยาบาล แบ่งการคิดต้นทุนเป็นสามส่วนตามวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้คือ

- 1) การคิดต้นทุนเพื่อการวางแผนของโรงพยาบาล เป็นการคิดต้นทุนโดยแบ่งหน่วยให้บริการของโรงพยาบาลเป็นหน่วยๆ และแบ่งส่วนของหน่วยงานที่ก่อให้เกิดรายได้และส่วนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ประโยชน์ที่ผู้บริหารได้รับได้แก่ การที่ได้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการเพื่อใช้ในการวางแผนปรับต้นทุนให้เหมาะสม และเกิดประสิทธิภาพ
- 2) การคิดต้นทุนเพื่อการเสนอรับเงินตอบแทนจากการให้บริการแก่ผู้ป่วยตามระบบการจ่ายเงินที่กำหนดกับผู้จ่ายเงินไว้ เช่น การคำนวณต้นทุนตามระบบ DRG การคิดต้นทุนในระบบนี้จะขึ้นอยู่กับค่าการตกลงระหว่างโรงพยาบาลกับผู้จัดสรรงบประมาณ เช่น การคิดต้นทุนตามระบบ DRG เป็นการคิดโดยที่โรงพยาบาลจะต้องให้ข้อมูลประกอบและติดตามผลการประเมินตามระบบดังกล่าวเพื่อกำหนดนโยบายในการควบคุมต้นทุนซึ่งอาจจะไม่เหมือนกับระบบประกันสังคมที่มีการจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลตามจำนวนผู้ป่วยประกันตน การวางแผนเพื่อกำหนดต้นทุนให้เหมาะสมก็จะขึ้นอยู่กับระบบการจ่ายสินนั้นๆ
- 3) การคิดต้นทุนเพื่อการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการป้องกันสุขภาพของประชากรในเขตรับผิดชอบ เป็นการคิดต้นทุนเพื่อให้สอดคล้องกับงบประมาณที่จะได้รับจัดสรรในการให้บริการในเชิงการป้องกันสุขภาพแก่ประชากรในชุมชน

อย่างไรก็ตามแต่ละโรงพยาบาลควรจะมีการวางแผนเพื่อการคิดต้นทุนในการให้บริการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการคิดว่าจะเพื่อประโยชน์ในการควบคุมต้นทุนในโรงพยาบาลหรือเพื่อการจัดสรรงบประมาณในการให้บริการแก่ผู้ป่วย และในการกำหนดระบบบัญชีจะต้องมีการวางแผนระบบบัญชีเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการนำไปใช้นั้นๆด้วย

ระบบการตรวจสอบ

การตรวจสอบสามารถแบ่งระดับของการตรวจสอบเป็น 2 ส่วนที่สำคัญคือ

- 1) การตรวจสอบภายใน ควรมีการจัดตั้งผู้ตรวจสอบภายในและเพื่อให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานทางบัญชี เพื่อให้เกิดความถูกต้อง โดยให้ผู้ตรวจสอบมีสายการบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้บริหารในการเปลี่ยนแปลง
- 2) การตรวจสอบภายนอก แบ่งการตรวจสอบได้เป็นอีก 2 ระดับได้แก่
 - 2.1) การตรวจสอบจากผู้ตรวจสอบภายนอกซึ่งอาจจะเป็นผู้ตรวจสอบที่ได้รับอนุญาต หรือเป็นผู้ตรวจสอบจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน เพื่อช่วยในการตรวจสอบความถูกต้องและรายงานทางการเงินต่างๆและให้การรับรองรายงานทางการเงินเพื่อนำเสนอต่อสาธารณะ
 - 2.2) การตรวจสอบจากคู่สัญญาของการบริหาร โรงพยาบาลซึ่งก็คือ รัฐบาล ประกอบด้วยรายงานทางการเงินที่เปิดเผยต่อสาธารณะ ได้แก่ งบดุล งบรายได้รายจ่ายของโรงพยาบาล งบการเปลี่ยนแปลงกองทุน และอัตราส่วนทางการเงินที่ใช้ในการบริหารของโรงพยาบาล

หัวข้อที่ควรพิจารณาและทำการวิจัยต่อไป

จากผลการวิจัยข้างต้นยังมีประเด็นที่จะต้องพิจารณาเพื่อการตัดสินใจหรือเพื่อศึกษาต่อไปเพื่อให้ได้รูปแบบทางบัญชีที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลอิสระต่อไปดังนี้คือ

- 1) ส่วนของความเป็นเจ้าของในสินทรัพย์ของโรงพยาบาล เนื่องจากในการเปลี่ยนระบบจากโรงพยาบาลรัฐเป็นโรงพยาบาลอิสระนั้นส่วนของสินทรัพย์ที่มีอยู่หรือที่ได้มาใหม่ในส่วนของอาคารที่ดิน และสิ่งก่อสร้างนั้นจะให้ไปของโรงพยาบาลอิสระหรือจะยังคงเป็นของที่ราชพัสดุ และการลงบัญชีจะมีผลต่อผลการปฏิบัติงานทางบัญชีแค่ไหน
- 2) การตัดค่าเสื่อมราคาของสินทรัพย์ที่ไม่ใช่ของโรงพยาบาลโดยตรง เช่น ที่ดินที่เป็นของกรมธนารักษ์นั้น จะลงบัญชีอย่างไร จะมีผลต้องบรายได้และรายจ่ายของโรงพยาบาลอย่างไร และจะมีผลต่อการประเมินประสิทธิภาพของโรงพยาบาลทางบัญชีหรือไม่ อย่างไร
- 3) ในการเริ่มต้นของโรงพยาบาลที่จะเปลี่ยนระบบจากราชการเป็นระบบอิสระจะมีการเปลี่ยนแปลงในช่วงเปลี่ยนผ่านนี้อย่างไร โดยเฉพาะในส่วนของทรัพย์สินของราชการและของโรงพยาบาล
- 4) โรงพยาบาลอิสระควรจะมีการก่อกำหนดระยะยาว เช่น การกู้เงินเพื่อมาลงทุนหรือการลงทุนทางด้านการเงินหรือไม่ ถ้ามีจะมีข้อกำหนดหรือข้อจำกัดอย่างไร

บทที่ 4 สังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับโรงพยาบาลรัฐอิสระ

ในบทนี้ นำเสนอการวิเคราะห์คุณค่าที่ได้จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ครั้งนี้ เพื่อสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในภาพรวม และแยกแยะให้เห็นว่า ข้อเสนอแนะที่กล่าวถึงในแต่ละบทข้างต้น สามารถนำไปใช้ภายใต้เงื่อนไขใดบ้าง

ข้อจำกัดของผลการวิจัยและการตีคุณค่า

การวิจัยนี้ เริ่มต้นในระยะเวลาที่มีกระแสการตื่นตัวสูงที่ต้องการเห็นโรงพยาบาลรัฐบริหารงานอย่างอิสระ ซึ่งนอกจากเป็นความต้องการภายในของผู้ที่อยู่ระบบบริหารแบบราชการเต็มตัวแล้ว ยังมีแรงผลักดันจากภายนอกหลายด้าน เช่น กระแสการปฏิรูประบบสาธารณสุขในประเทศต่างๆ ที่ให้อิสระแก่โรงพยาบาลรัฐมากขึ้น ดังนั้น ในการให้ความช่วยเหลือเงินกู้ด้านสังคมของธนาคารพัฒนาเอเชีย (Asian Development Bank) ได้กำหนดกรอบนโยบายว่า รัฐบาลไทย ต้องให้โรงพยาบาลรัฐอย่างน้อย 1 แห่งบริหารงานอย่างอิสระ ขณะเดียวกัน กระแสปฏิรูประบบราชการของรัฐบาลไทย เป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญอีกหนทาง ในระยะนั้น ร่างพระราชบัญญัติองค์การมหาชน กำลังอยู่ในการพิจารณาครั้งที่ 2 ของสภาผู้แทนราษฎร (จนถึงสิ้นสุดของการวิจัยนี้ พระราชบัญญัติดังกล่าว ตรากฎหมายบังคับใช้แล้ว)

การเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วดังกล่าว ทำให้คาดหวังว่าผลการวิจัยควรจะต้องออกมาอย่างรวดเร็ว ทันกับสถานการณ์ ระยะเวลาการทำวิจัยจึงจำกัดเพียง 6 เดือนเท่านั้น เป็นผลต่อการวางระเบียบวิธีวิจัยที่ต้องตอบสนองภายในระยะเวลาอันสั้น ข้อจำกัดหลักๆ ของการวิจัยนี้ ประกอบด้วย ระเบียบวิธีวิจัย กรอบความคิด และบริบทที่แตกต่างกันอย่างมาของกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย 3 วิธีที่ใช้ ได้แก่ การสำรวจด้วยแบบสอบถาม การประชุมกลุ่ม และการสัมภาษณ์ลึก ณ โรงพยาบาลตัวอย่าง แม้ว่าจะได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากขึ้น เพราะผ่านการตรวจสอบถึง 3 ขั้นตอน แต่ข้อมูลเหล่านี้เป็นเพียงความจริงด้านเดียวจากระดับผู้บริหารโรงพยาบาลเท่านั้น ยังไม่สามารถแสดงภาพทั้งหมดของโรงพยาบาลได้ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหาร กับ เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ของโรงพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารโรงพยาบาล กับคณะกรรมการระดับนโยบาย ที่เป็นกลไกสำคัญในภาคเอกชน การจะศึกษาให้ได้ความจริงจากทุกๆ ด้านในองค์กร จึงต้องผสมผสานระเบียบวิธีวิจัย และกลุ่มเป้าหมายในการเก็บข้อมูลที่หลากหลายกว่านี้ ด้วยข้อจำกัดของระเบียบการวิจัยดังกล่าว การสังเคราะห์รูปแบบของโรงพยาบาลอิสระที่ควรเป็น จึงอาศัยข้อมูลที่พบ ผสมผสานกับความคิดฝันของผู้ให้ข้อมูล และความคิดฝันของคณะผู้วิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย ได้ร่างขึ้นอย่างจำกัด เนื่องจากนโยบายการให้โรงพยาบาลรัฐเป็นอิสระ อยู่ระหว่างการพัฒนา คณะผู้วิจัย ได้หยิบยกให้ความสำคัญกับองค์ประกอบพื้นฐาน 4 อย่างที่โรงพยาบาลรัฐอิสระควรมี แล้วย้อนกลับไปดูความแตกต่าง ข้อดีและข้อเสีย ที่เกิดขึ้นระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน องค์ประกอบทั้ง 4 นี้ อาจจะไม่สามารถครอบคลุมหัวใจหลักๆ ของการให้บริการของโรงพยาบาลก็ได้ องค์ประกอบพื้นฐาน 4 อย่างได้แก่ โครงสร้างระบบบริหาร การบริหารบุคคล ระบบข้อมูลข่าวสาร และระบบการเงินการบัญชี กรอบความคิดรวม ต้องการศึกษาดังแต่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ของแต่ละองค์ประกอบ โดยให้ความสำคัญกับบริบทที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน และบริบทที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลประเภทเดียวกันด้วย

บริบทที่แตกต่างของกลุ่มตัวอย่างการวิจัย มีความสำคัญในการเข้าใจลักษณะพิเศษของแต่ละ โรงพยาบาล ซึ่งโยงไปถึงข้อดี ข้ออ่อนที่พบ การวิจัยนี้ เลือกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง จุดมุ่งหมาย ต้องการเลือก โรงพยาบาลรัฐที่มีความตื่นตัวในการบริหารงานอย่างอิสระ และต้องการครอบคลุมทุกประเภทของโรงพยาบาล รัฐ ส่วนโรงพยาบาลเอกชน ต้องการให้ครอบคลุมประเภทต่างๆ ของโรงพยาบาล และความเป็นไปได้ที่จะให้ ความร่วมมือกับการวิจัย ความแตกต่างเชิงบริบท ไม่อาจเข้าใจในระยะเวลาอันสั้นได้ทั้งหมด จึงทำให้การนำข้อ เสนอแนะบางประการไปใช้ ต้องเข้าใจบริบทอย่างถ่องแท้ด้วย

กรอบข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ใน 3 บทข้างต้น สามารถทำได้ดีถ้าโรงพยาบาลรัฐ ได้รับการกระจายอำนาจให้ ทำงานอย่างอิสระเต็มที่ แต่มีได้หมายความว่า ข้อเสนอเหล่านั้น จะนำมาใช้ประโยชน์ไม่ได้เลย ถ้าโรงพยาบาล ไม่ได้รับการกระจายอำนาจให้เป็นอิสระ

ถ้าพิจารณาจุดมุ่งหมายว่า ทำไมต้องทำให้โรงพยาบาลรัฐ ให้เป็นอิสระ คำตอบคือ เพื่อให้โรงพยาบาล ใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะโรงพยาบาลที่มีความคล่องตัว จะสามารถตอบสนองต่อ ความต้องการชุมชนดีขึ้น การให้โรงพยาบาลรัฐเป็นอิสระ เป็นการสร้างบริบทใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อน และเป็น สมมติฐานสำคัญของการนำไปสู่ประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม สมมติฐานนี้ อาจไม่เป็นจริง เพราะมีข้อสังเกตจาก การวิจัยนี้ว่า แม้โรงพยาบาลรัฐที่ยังไม่ได้อิสระอย่างเต็มที่ ก็สามารถดำเนินการบางอย่างเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ได้ จึงนำเสนอเป็นกรอบข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ภายใต้สมมติฐานที่ดีที่สุด คือโรงพยาบาลเป็นอิสระ โครงสร้างระบบบริหาร ควรมีคณะกรรมการโรง พยาบาล เพื่อกำกับนโยบาย และเป็นกรอบขององค์กรตรวจสอบสูงสุดและใกล้ชิดที่สุด คณะกรรมการโรง พยาบาล จะมีองค์ประกอบที่มาจากส่วนกลาง และจากชุมชน เพื่อจัดสมดุลย์ของนโยบายทั้ง 2 ส่วนนี้ องค์การนี้ทำ หน้าที่เปิดเสรีในทางนโยบาย และให้อำนาจคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ดำเนินการอย่างเต็มที่ ยกเว้นบาง เรื่องที่เป็นอำนาจตัดสินใจของคณะกรรมการโรงพยาบาล เช่น การลงทุนระยะยาว การกำหนดอัตราค่าตอบแทน ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เป็นต้น

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล จะมีขนาดเล็ก แต่มีความรับผิดชอบเต็มที่ในการบริหารบุคคล และ บริหารทรัพยากรต่างๆ ของโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล จะมีวาระในการทำงาน หากทำงาน ไม่เป็นไปตามที่คณะกรรมการโรงพยาบาลกำหนด ก็อาจถูกถอดถอนได้

การบริหารบุคลากรในโรงพยาบาลที่เป็นอิสระ จะต้องไม่ให้มีสถานภาพเป็นข้าราชการอย่างระบบ ปัจจุบัน คือมีความมั่นคงทางอาชีพสูง แต่ขาดการตรวจสอบประเมินการทำงานอย่างแท้จริง คณะกรรมการ บริหารโรงพยาบาล มีอำนาจเต็มในการประเมินบุคลากรทุกระดับ (ยกเว้นตัวคณะกรรมการบริหารเอง) และ กำหนดอัตราค่าตอบแทนที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม การบริหารบุคลากร ควรคำนึงถึงการสร้างแรงจูงใจให้ บุคลากรทุกระดับมีความรักในองค์กร ที่เป็นหน่วยงานของรัฐ และดำเนินการอย่างไม่แสวงกำไร สามารถเป็นที่ พึ่งของผู้ที่ยากไร้ในสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่สมควรวิจัยต่อไปว่าจะสามารถทำได้อย่างไร ในบริบทของการบริหาร แบบตะวันออก

ข้อเสนอแนะ 2 กรอบข้างต้น เป็นสมมติฐานสำคัญ ที่จะทำให้โรงพยาบาลรัฐ เพิ่มประสิทธิภาพได้อย่าง เต็มที่

ตารางที่ 4.1 กรอบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับโรงพยาบาลเป็นอิสระ หรือที่ไม่ปรับสถานภาพ

สถานภาพโรงพยาบาล	สภาพเดิมไม่เปลี่ยนแปลง	โรงพยาบาลรัฐอิสระ
ข้อเสนอโครงสร้างระบบบริหาร (Governance)	- เสริมโครงสร้างให้มีคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาล โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจากชุมชน เป็นส่วนประกอบสำคัญ - คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีวาระที่แน่นอน	- ให้มีคณะกรรมการโรงพยาบาล กำกับนโยบาย มุ่งเป้าประกอบจาก ส่วนกลางและสะท้อนความต้องการของชุมชน - คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลมีขนาดเล็ก คล่องตัว รับผิดชอบต่อนโยบายของคณะกรรมการโรงพยาบาล มีวาระของการบริหาร
ข้อเสนอการบริหารบุคลากร	- ใช้วิธีประเมินความสามารถและผลงานอย่างเป็นระบบ - ให้ค่าตอบแทนสอดคล้องกับความสามารถและผลงาน	- สถานภาพเป็นอิสระจากราชการ ใช้วิธีรับเข้าที่ประเมินความสามารถ - ได้รับค่าตอบแทนใกล้เคียงกับภาคเอกชน โดยมีการประเมินความสามารถเป็นระยะ
ข้อเสนอระบบข้อมูลข่าวสาร	โรงพยาบาลปรับระบบข้อมูลข่าวสาร ให้ตรงกับชุดข้อมูลมาตรฐานทางคลินิก	กำหนดชุดข้อมูลมาตรฐานทางคลินิกและการบริหาร เพื่อประเมินประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ ให้อย่างงานเข้าส่วนกลาง โดยให้โรงพยาบาลทำธุรกรรมในลักษณะ on-line ให้มากที่สุด
ข้อเสนอระบบการเงินการบัญชี	- เปลี่ยนระบบบัญชีให้เป็นฐานเงินค้ำ (accrual basis) - โรงพยาบาลวิเคราะห์ตัวชี้วัดทางการเงินที่สำคัญ	- เปลี่ยนระบบบัญชีให้เป็นฐานเงินค้ำ (accrual basis) - กำหนดชุดข้อมูลมาตรฐานทางการเงินเพื่อประเมินตัวชี้วัดทางการเงิน ให้อย่างงานเข้าส่วนกลาง โดยโรงพยาบาลทำธุรกรรมในลักษณะ on-line ให้มากที่สุด

ตามที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น โรงพยาบาลที่ไม่ได้เปลี่ยนสภาพให้เป็นอิสระ ก็สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขสภาพบางอย่าง ให้คล้ายคลึงกันได้ โดยมุ่งหวังว่า จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น สามารถแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาของโรงพยาบาล โดยมีองค์ประกอบที่มาจากชุมชน หรือกำหนดให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีวาระในการบริหาร การใช้ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ในการประเมินประสิทธิภาพการทำงาน ของบุคลากร เพื่อกำหนดอัตราค่าตอบแทนที่เหมาะสม อย่างที่ทำอยู่แล้วในโรงพยาบาลต่างๆ แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจขาดความต่อเนื่อง หากเปลี่ยนผู้บริหารระดับสูง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะด้านข้อมูลข่าวสาร และ ระบบการเงินการบัญชี เป็นข้อเสนอระดับจุลภาค หมายถึงว่า ข้อเสนอเหล่านี้เป็นการแก้ปัญหาระดับรอง และสามารถดำเนินการ ทั้งโรงพยาบาลที่ได้รับอิสระเต็มที่ หรือโรงพยาบาลที่ไม่เปลี่ยนสถานภาพ แต่ผลลัพท์ของการเปลี่ยนแปลง จะเกิดอย่างเต็มที่ในโรงพยาบาลที่ได้รับอิสระเต็มที่ ขณะที่โรงพยาบาลที่ไม่เปลี่ยนสถานภาพ ก็ไม่มีแรงจูงใจเพียงพอที่จะทำในเรื้องนั้นๆ ให้ถึงที่สุด เช่น การเปลี่ยนระบบบัญชีให้เป็นฐานของการรับรู้เงินค้ำ หากการตรวจสอบจากภายนอกยังไม่เปลี่ยนแปลง โรงพยาบาลที่ต้องการสร้างระบบใหม่ กลับจะต้องเหนื่อยมากกว่าโรงพยาบาลที่ทำไปตามระบบที่กำหนดไว้แล้ว

เอกสารอ้างอิง

- ชาญวิทย์ ทระเทพ (2538) Reengineering of the OPD. ในผลงานวิชาการดีเด่นกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2537
หน้า 119-135
- เพชร ชุมทรัพย์ (2540) วิเคราะห์งบการเงิน หลักและการประยุกต์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์
200-213
- ภิรมย์ กมลรัตนกุล, บดี ษณะมัน, สุกัลยา คงสวัสดิ์, จีราวรรณ วรรณเวก (2534) การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของแผนก
ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ .แพทยสภาร 101-109
- วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ (2537) การคลังสาธารณสุขไทย : เอกสารประกอบการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านประกัน
สุขภาพ สำนักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข .มิถุนายน 2537
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2539) ทุกข์ สมุทัยในระบบสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพคนไทย.เอกสารประกอบการนำเสนอ
ในที่ประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนา
ระบบ: วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2539 ณ. โรงแรมรอยัลลอร์ดคิด เซอรادتน์ กรุงเทพมหานคร
- ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรธรรมา โนทัย (2540) รายงานผลการวิจัย การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพใน
ระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจัยโรคร่วม. สถาบันวิจัยสาธารณสุข
- ศุภสิทธิ์ พรธรรมา โนทัย ดวงสมร บุญผดุง ประดิษฐ์ วงษ์คุณารัตนกุล และคณะ (2539) ผลกระทบของการจ่ายค่าตอบแทน
บุคลากรการแพทย์ในระบบจ่ายตามปริมาณงานและไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข:
กรุงเทพมหานคร
- ศุภสิทธิ์ พรธรรมา โนทัย, อนุวัฒน์ สุขขุดิถกุล, งามจิตต์ จันทรสาธิต และคณะ (2541) ต้นทุนต่อหน่วยบริการโดยวิธีบัญชีต้นทุน
ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 9 แห่ง ปี2539-2540:คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
- สมาคมนักบัญชีและผู้สอบบัญชีรับอนุญาตแห่งประเทศไทย (2537) มาตรฐานการบัญชีรวมเล่มฉบับที่ 1 ถึง 27 .บริษัท
พี.เอ.เอส. จำกัด 1-5
- สุกัลยา คงสวัสดิ์ (2538) คู่มือการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชน.วิทยาลัยการสาธารณสุขจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุวัฒน์ วิทยาโกมล (2532) หลักปฏิบัติการบัญชีส่วนราชการ.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- เสนาะ ดิยาว, กิ่งกนก พิทยานุคุณ.การบริหาร (2540) กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 97-98
- เอกชัย นิตยาเกษตรวัฒน์ (2541) แบบจำลองและสัญญาณเตือนภัยภาวะล้มละลายของบริษัทในประเทศไทย.จุฬาลงกรณ์วารสาร.
สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 46-57

Audit Commission (1995) For your information: a study of information management and systems in the acute hospital.
London: HMSO.

Bennett S (1997) The nature of competition among private hospitals in Bangkok. In Bennett S, McPake B and Mills A (eds.)
Private Health Providers in Developing Countries Serving the Public Interest? Zed Books: London and Newjersey.

Bleich HL, Beckley RF, Horowitz GL, Jackson JD, Moody ES, Franklin C, et al (1985) Clinical computing in a teaching
hospital. N Engl J Med, 312: 756-764.

Boles KE (1992) Insolvency in managed care organizations:Financial indicators :Topics in Health Care Financing; 19(2):
40-57

- Chamnanpan V (1997) *What Management Skills Do District Health Coordinating Committee Require For Strengthening District Health Management In Thailand?* (MA Health Management Planning and Policy dissertation) Leeds: University of Leeds, Nuffield Institute for Health.
- Chunharas S (1998) Human Resources for Health Planning: A Review of the Thai experience. *Human Resources for Health Development Journal* 2 (2) May-August pp.98-108.
- Collins C (1994) *Management And Organization Of Developing Health Systems*. Oxford University Press: Oxford.
- Coyne JS (1993) Assessing the financial performance of health maintenance organizations: Tools and techniques. *Managed Care*, 1(3):63-74.
- Dick RS, Steen EB (1991) *The computer-based patient record: an essential technology for health care*. Washington DC: National Academy Press.
- Gardner M (1997) Information retrieval for patient care. *BMJ*, 314:950.
- Horngren CT, Foster, G and Datar SM (1994) *Cost Accounting*. Prentice-Hall, Inc p 98-99
- Hsiao, W.C. (1992) Cooperative health care a comprehensive strategy to finance health care for developing nations: A keynote paper presented to the World Health Organization's Leadership conference, Geneva, June 26, 1992
- Information Management Group, National Health Service Management Executive, Department of Health (1992) *Getting better with information: IM&T strategy overview*. London: NHSME.
- Karaine M (1997) *Developing Planning Skills Among Hospital Managers* (MA Health Management Planning and Policy dissertation) University of Leeds, Nuffield Institute for Health.
- Lock C (1996) What value do computers provide to NHS hospitals? *BMJ*, 312: 1407-1410.
- Mills A et al (1990) *Health System Decentralization: Concepts, issue and country experience* WHO: Geneva.
- Senn JA (1989) *Managing the Application Development Portfolio*. In *Analysis & Design of Information Systems*. McGRAW-Hill Publishing Company second edition, p 49-93.
- Simpson K, Gordon M (1998) The anatomy of a clinical information system. *BMJ*, 316:1655-1658.
- Stickney CP, Weil RL (1994) *Financial Accounting*. The Dryden Press. U.S.A. p 54-59
- Tangcharoensathien V (1995) Health care financing in Thailand. Health system in transition. Nonthaburi HSRI p-6
- WHO (1993) Evaluation of recent changes in the financial of health services. WHO technical report series; 829.
- Wiley MM Laschober MA and Gelband H (1995). *Hospital Financing in Seven Countries*. Washington DC: U.S.A.
- Wyatt JC (1995) Hospital information management: the need for clinical leadership. *BMJ*, 311:175-180.
- Whiting-O Keefe QE, Simborg DW, Epstein WV, Warger A (1985) A computerized summary medical record system can provide more information than the standard medical record. *JAMA*, 254:1185-1192.
- Young DW (1984) *Financial control in health care*. Aspen Publishers, Inc. U.S.A. p 85-86.

Glossary

Accrual basis หลักเงินค้ำ ในการคำนวณกำไรและขาดทุนสำหรับงวด นักบัญชีต้องคำนึงถึงรายได้และค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เป็นของงวดนั้น และแยกส่วนที่ไม่เป็นของงวดนั้นออก ตามวิธีการบัญชีที่ถือเกณฑ์เงินสด จำนวนเงินที่จ่ายไปทั้งหมดสำหรับงวดอาจถือได้ว่า เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น แต่ตามหลักการบัญชีเงินค้ำ รายได้ถือว่าเกิดขึ้นเมื่อกระบวนการก่อให้เกิดรายได้ได้สำเร็จแล้วและการแลกเปลี่ยนได้เกิดขึ้นแล้วโดยใช้หลักการจับคู่ค่าใช้จ่ายกับรายได้เพื่อให้ได้มาซึ่ง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสำหรับงวดแม้จะยังไม่มีารรับเงินและจ่ายเงินก็ตาม

Block grant budget เป็นการวางแผนการจัดทำงบประมาณโดยพิจารณาจากงานความรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่จะเกิดขึ้นและประเมินงบประมาณในภาพรวมโดยมีตัวเลขงบประมาณที่จะขอ โดยโรงพยาบาลมีอิสระในการบริหารงบประมาณที่ได้รับ

Cash basis หลักเงินสด หมายความว่า จะบันทึกรายการในบัญชีก็ต่อเมื่อมีการรับเงินหรือจ่ายเงินเกิดขึ้นเท่านั้น หากยังไม่มีการรับจ่ายเงินก็ไม่ต้องลงบัญชี ฉะนั้นตามระบบหลักเงินสด (Cash basis) จะไม่มีการลงรายการในบัญชีเกี่ยวกับรายรับค้างรับ รายจ่ายค้างจ่าย

DRG (Diagnosis related group) หมายถึง ระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยในตามต้นทุนของการให้การรักษาและตามจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ซึ่งนำมาใช้จัดสรรงบประมาณแบบ Prospective budget หลักการที่นำระบบ DRG มาใช้ มีว่า โรงพยาบาลต่างๆ น่าจะรักษาโรคในกลุ่ม DRG เดียวกันได้เหมือนหรือใกล้เคียงกันและต้องมีความหมายในการสื่อต่อกลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ ผู้ที่ไม่ได้เป็นแพทย์ กลุ่ม DRG มีคุณลักษณะที่สำคัญ คือ ต้องมีความคล้ายคลึงกันทางคลินิก (Homogeneous) มีการจัดกลุ่มผู้ป่วยไว้เป็นแต่ละกลุ่มโดยใช้ข้อมูลในใบสรุปประวัติผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มต้องมีปริมาณมากพอในการที่จะบริหารจัดการได้

ข้อมูลทางคลินิก หมายถึง ชุดของข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล ที่สามารถสะท้อนผลงานบริการผู้ป่วย ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค หัตถการการผ่าตัด ประเภทของการจำหน่ายผู้ป่วย อย่างน้อยที่สุด ข้อมูลเหล่านี้ สามารถนำไปจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมได้

ข้อมูลทางการเงิน หมายถึง ชุดของข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล ที่สะท้อนระดับการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย หรือ การใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่สะท้อนต้นทุนโดยรวมของการให้บริการ

คณะกรรมการโรงพยาบาล หมายถึง คณะกรรมการระดับนโยบาย (บอร์ด) ของโรงพยาบาล ที่วางนโยบาย และกำกับดูแลการทำงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ให้เป็นไปตามนโยบายที่วางไว้

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล หมายถึง คณะกรรมการที่มีผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธาน ทำหน้าที่ดูแลบริหารงาน ให้บรรลุเป้าหมายนโยบายที่กำหนดโดย คณะกรรมการโรงพยาบาล

เงินงบประมาณ หมายถึง จำนวนเงินอย่างสูงที่อนุญาตให้จ่าย หรือให้ก่อหนี้ผูกพันไว้ ตามวัตถุประสงค์และภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย

เงินนอกงบประมาณ หมายถึง เงินที่ปวงที่อยู่ในความรับผิดชอบของส่วนราชการนอกจากเงินงบประมาณรายจ่าย เงินรายได้แผ่นดิน เงินเบิกเกินส่งคืน และเงินเหลือจ่ายปีเก่าส่งคืน

เงินรายได้แผ่นดิน หมายถึง เงินที่ปวงที่ส่วนราชการจัดเก็บหรือได้รับไว้เป็นกรรมสิทธิ์ตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือจากนิติกรรม นิติเหตุ และกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณบัญญัติไม่ให้นำส่วนราชการนั้นๆไปใช้จ่ายหรือหักไว้เพื่อการใดๆ

ระบบคุณธรรม หมายถึงการบริหารงานบุคคล ที่วางบนพื้นฐานของความคิด และความยุติธรรม ประเมินบุคคลตามความสามารถและผลงาน โดยไม่คำนึงถึงความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือความสัมพันธ์ส่วนตัว

ระบบอุปถัมภ์ หมายถึงการบริหารงานบุคคล ที่วางบนพื้นฐานของความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือส่วนตัว มากกว่าคุณงามความดี และความสามารถ ทำให้เกิดการอุปถัมภ์ค้ำจุน ช่วยเหลือกันโดยไม่สามารถหาผลงานมาอธิบายได้

โรงพยาบาลรัฐอิสระ หมายถึง โรงพยาบาลรัฐ ที่มีระบบบริหารจัดการแบบใหม่ที่เป็นอิสระ ซึ่งคาดว่า ความคล่องตัวในการบริหารจัดการ จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบริการผู้ป่วยมากขึ้น รูปแบบของโรงพยาบาลรัฐที่เป็นอิสระ มีได้หลายแบบ ตามประสบการณ์ที่พบในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยยังไม่ชัดเจนว่ารูปแบบใดจะเหมาะสม จึงทำให้เกิดการวิจัยเรื่องนี้