

โครงการศึกษารูปแบบการคลังและการจัดการสาธารณสุขของประเทศไทย

ADB No.2997-THA

**คู่มือการดำเนินงาน
โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ**

พฤษภาคม 2542

Management Sciences for Health
Health Systems Research Institute

TABLE OF CONTENT

EXECUTIVE SUMMARY	V
I หลักการ และความเป็นมา RATIONAL AND BACKGROUND	1
II คำจำกัดความของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (DEFINITION OF AN AUTONOMOUS HOSPITAL)	4
III. พันธกิจของโรงพยาบาล (MISSION OF AN AUTONOMOUS HOSPITAL)	6
IV. ความเป็นเจ้าของ (OWNERSHIP)	6
V. การปกครอง (GOVERNANCE)	6
A. บทบาทภาระหน้าที่ของกรรมการบริหาร (VISION OF ROLE AND FUNCTION OF THE GOVERNING COMMITTEE : GC)	6
B. องค์ประกอบของกรรมการบริหาร และการแต่งตั้ง (Gc composition and appointment)	10
C. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (CHIEF EXECUTIVE OFFICER : CEO)	11
D. คณะอนุกรรมการ (Sub-Committee)	12
E. SENIOR MANAGEMENT	12
F. โครงสร้างของโรงพยาบาล (HOSPITAL STRUCTURE)	13
G. ความสัมพันธ์กับกระทรวงสาธารณสุข RELATIONSHIP TO THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH	15
H. ความรับผิดชอบของสาธารณชนต่อโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ PUBLIC COUNTABILITY OF AN AUTONOMUOUS HOSPITAL	16
VI การบริหารบุคลากร (HUMAN RESOURCES MANAGEMENT)	17
A. หลักการทั่วไป (General guidelines)	17
B. ระบบของพนักงานโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Autonomous Hospital Staff System)	17
C. การประเมินผลงาน (Staff evaluation and performance appraisal) SEPA	18

D. กลไกเปลี่ยนแปลงระบบ (Transformation Mechanisms)	28
E. Professional code of practice	29
VII. การเงินและระบบบริหารการเงิน	30
A. หลักการทั่วไป	30
B. รายได้ของโรงพยาบาล	30
C. เงินงบประมาณ	35
D. การบริหารจัดการเรื่องการเงิน (Financial Management)	37
E. การกู้ยืม (Borrowing)	41
F. ภาษี (Taxes)	42
G. การร่วมทุน (Joint Venture)	42
H. การประกันภัย (Insurance)	42
I. การเช่าซื้อเครื่องมือ (Equipment leasing)	42
J. "Certificate of Need" และแผนการลงทุน (Capital investment plans)	42
K. การทำสัญญา (Contracting)	43
L. การธนาคาร (Banking)	45
M. ความคุ้มทุน (Cost containment)	46
N. การยกเว้นหรือลดหย่อนค่าธรรมเนียม (Waivers and exemptions)	46
VIII ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางการบริหารการแพทย์และการบัญชี	47
IX ประเด็นทางกฎหมาย และกฎระเบียบ (LEGAL AND REGULATORY ISSUES)	50
X. การบริการ (SERVICES)	51
XI. การบริหารเวชภัณฑ์ (DRUG MANAGEMENT)	52
A. บัญชียาหลัก (ESSENTIAL DRUGLIST)	54
B. การควบคุมสารเสพติด (CONTROLLED SUBSTANCES)	54

C. ชื่อสามัญ และชื่อทางการค้า (GENERIC AND BRAND NAME DRUGS)	54
XII. การประสานงานกับงานสาธารณสุขพื้นฐาน การป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ (COORDINATION WITH PRIMARY HEALTH CARE, PREVENTIVE AND PROMOTIVE SERVICES)	55
A. งานบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (PRIMARY HEALTH CARE)	55
B. การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (PREVENTIVE AND PROMOTIVE SERVICES)	55
C. การรักษาโรคเฉพาะทาง (SPECIALTY SERVICES)	55
XIII. การประกันคุณภาพ (QUALITY ASSURANCE)	56
XIV. ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (REFERRAL LINKS UPWARD AND DOWNWARD IN THE SYSTEM)	56
XIV. ระยะปรับเปลี่ยนระบบ (TRANSITIONAL PHASE)	57
XVI. กลไกสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงระบบ และการคัดเลือกโรงพยาบาล (TRANSITIONAL MECHANISMS AND SECTIONS OF HOSPITAL) ¹²	58
A. องค์กร และโครงสร้างของกลไกสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงระบบ (ORGANIZATION AND STRUCTURE OF THE TRANSITIONAL MECHANISM)	60
B. SODA กับงบประมาณของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (SODA AND BUDGETING OF AUTONOMOUS HOSPITALS)	61
C. SODA กับการประเมินผลงานของโรงพยาบาล (THE SODA AND HOSPITAL PERFORMANCE)	61
D. SODA กับการทำหน้าที่พัฒนาด้านอื่น ๆ (THE SODA AND OTHER DEVELOPMENT FUNCTIONS)	61
E. การประเมินจำนวนเตียง และชนิดการบริการของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (DETERMINING THE OPTIMAL SIZE AND TYPES OF FUNCTIONS OF AUTONOMOUS HOSPITALS)	62
F. SODA กับการตอบสนองต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (THE SODA AND ADVOCACY OF AUTONOMOUS HOSPITALS)	62
G. เงื่อนไขในการเลือกโรงพยาบาลในโครงการนำร่อง (SELECTION CRITERIA FOR CANDIDATE AUTONOMOUS HOSPITALS)	62
H. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (SUCCESS FACTORS FOR HOSPITAL AUTONOMY)	63

XVII. การควบคุมกำกับ และประเมินผล การออกนอกระบบ (MONITORING AND EVALUATION OF HOSPITAL AUTONOMY)	63
A. เบื้องหลัง	63
B. จุดที่ต้องดูแลกำกับ และประเมินผล (The focus of monitoring and evaluation under Hospital autonomy)	63
C. ผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข (Impact on the health system)	64
D. เคাঁโครงของการดูแลกำกับและประเมินผล (Monitoring and Evaluation framework)	64
E. รายละเอียดของเครื่องชี้วัดผลงาน (Defining performance indicators)	64
F. ความรับผิดชอบต่อการดูแลกำกับ และประเมินผล (Responsibility for M&E)	65
G. ตารางเวลา (Timetable)	65
H. กลไกและการบริหารระบบดูแลกำกับ และประเมินผล (Mechanisms and Management for Monitoring and Evaluation)	66
REFERENCES	67
APPENDIX A	69
APPENDIX B	81
APPENDIX C	90
APPENDIX D	100
APPENDIX E	102

EXECUTIVE SUMMARY

การจัดตั้ง Hospital Autonomy ในประเทศไทย เกิดจากความเชื่อที่ว่า ถ้าการบริหารสาธารณสุขของรัฐทำงานได้ดี จะมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงสุขภาพของคนไทย Hospital Autonomy เป็นเรื่องของการแบ่งอำนาจการบริหาร/ความรับผิดชอบด้านเศรษฐกิจ และการบริหารจัดการระหว่างกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข) และโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (AH) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังนี้

- 1) ทำให้การติดต่อสื่อสารได้รับการปรับปรุงดีขึ้นลดความซ้ำซ้อนในการบริหาร
- 2) ก่อให้เกิดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- 3) เพื่อให้สาธารณสุขชนเข้าไปตรวจสอบได้มากขึ้น
- 4) ปรับปรุงการบริหาร, การจัดสรรทรัพยากร ปรับปรุงการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในระดับท้องถิ่น
- 5) บรรลุวัตถุประสงค์ทางการเมือง

โดยมีการกระจายอำนาจการตัดสินใจในเรื่องหลัก 6 เรื่อง ดังนี้

- Strategic management กลยุทธ์ในการบริหาร
- Procurement การจัดซื้อจัดจ้าง
- Financial management การบริหารการเงิน
- Human resource management การบริหารบุคคล
- Administration การบริหารทั่วไป
- Clinical governance

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Autonomous Hospital)

เป็นสถาบันซึ่ง :-

- ◆ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการจัดตั้งองค์การมหาชนของรัฐบาล (Public Organization Act :POA) เพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน เป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย สามารถฟ้องร้องและถูกฟ้องร้องได้มีอำนาจรับพันธะทางสัญญา และดำเนินการภายใต้การตรวจสอบของรัฐ
- ◆ มีความรับผิดชอบพื้นฐาน ในการให้บริการด้านบำบัดรักษา (Curative Care) แต่ยังให้บริการด้านการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข และรัฐบาลไทยเป็นเจ้าของทรัพย์สิน แต่การดำเนินงานประจำปีเล็กน้อยไม่ต้องอยู่ในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ดังที่ได้ระบุไว้ในพระราชบัญญัติ
- ◆ พนักงานของโรงพยาบาลทั้งกลุ่มที่ทำงานเต็มเวลา ทำงานไม่เต็มเวลา และว่าจ้างชั่วคราวอาจมีสถานะเป็น 3 แบบ

A. พนักงานของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (ลาออกจากราชการ)

B. พนักงานที่ลาออกจากราชการชั่วคราว เพื่อมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ
(Staff on secondment to AH)

C. พนักงานที่ยังคงสภาพเป็นข้าราชการ ในระยะเปลี่ยนแปลง

- ◆ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ให้ดำเนินงานทั้งด้านการบริหาร และด้านเทคนิคให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ สาธารณสุขของไทย
- ◆ ดำเนินการภายใต้ข้อตกลงด้านการบริหารระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ
- ◆ ได้รับการสนับสนุนทางการเงิน โดยได้รับเงินอุดหนุนทั่วไปโดยตรง (Vertical Block grant) หรือ ผ่านทางกระทรวงสาธารณสุข และเงินรายได้ของตนเอง (Locally Generated Revenue) มีความชัดเจนโปร่งใสทั้งในระดับโรงพยาบาลและระหว่างโรงพยาบาลกับกระทรวงสาธารณสุข หรือ Provincial Health Administration
- ◆ มีเงินเหลือจ่ายได้ภายใต้ข้อจำกัดที่กระทรวงสาธารณสุข วางไว้, มีความรับผิดชอบเต็มที่ต่อทรัพยากรของโรงพยาบาลเปิดโอกาสให้ตรวจสอบทรัพย์สินที่ได้มาจากทุกแหล่งอย่างโปร่งใส
- ◆ ดูแลบริหารโดยกรรมการบริหาร (Governing Committee : GC) และ ดำเนินงานโดย CEO (Chief Execution Officer)¹

พันธกิจของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Mission of Autonomous Hospital)

พันธกิจของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ คือการให้บริการแบบประสมประสาน (Comprehensive Care Services) ที่มีคุณภาพ และตรงกับความต้องการของชุมชนมากที่สุด ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่

อำนาจในการบริหารจัดการ The Governance Mandate

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐถูกจัดตั้งขึ้นด้วยวัตถุประสงค์เบื้องต้น เพื่อการกุศลไม่มีการถือหุ้นส่วน มีเงินเหลือจ่ายได้ แต่ไม่ใช่เป็นการแสวงหากำไร Governing Committee (GC) มีข้อผูกพันตามกฎหมาย มีอำนาจในการบริหาร, กำหนดอัตราค่าบริการได้เอง แต่ในกรณีที่มีการขาดทุนรัฐบาลจะต้องช่วยเหลือในรูปแบบของเงินอุดหนุนทั่วไป (Block grant)

ขอบเขตข้อจำกัดในการบริหาร (Executive Limitations)

¹ - พระราชบัญญัติองค์การมหาชนระบุว่าองค์กรอิสระต้องบริหาร โดย Board of Director โดยนัยนี้ governing Committee คือ Board of Director

GC ควรเป็น “เจ้านาย” ของ CEO แต่เนื่องจาก GC ไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงในงานประจำ ดังนั้น GC จึงควรตั้งนโยบาย “ขอบเขตในการบริหาร” เพื่อจำกัดอำนาจของ CEO ให้ดำเนินงานด้วยความรอบคอบ และมี คุณธรรม ขอบเขตการบริหารโดยทั่วไปนี้รวมถึง

- ◆ ความสัมพันธ์ในฐานะผู้ขาย - โรงพยาบาลเป็นผู้ขายบริการมีการปฏิบัติที่ยุติธรรม
- ◆ การรักษาผู้ป่วย - รักษาผู้ป่วยด้วยคุณภาพมาตรฐาน (Minimum Standards of Treatment) รวมถึง การประกาศสิทธิของผู้ป่วย, นโยบายการยกเว้นผ่อนผันค่ารักษาพยาบาล และนโยบายการชดเชย ส่วนเกิน (Subsidized Services)
- ◆ การก่อกวน - CEO สามารถก่อกวนได้โดยจำกัดตามสถานะการณ์
- ◆ การป้องกันดูแลทรัพย์สิน - สร้างข้อจำกัดในการบริหารที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อทรัพย์สินของโรงพยาบาล
- ◆ เงื่อนไขทางการเงิน - มีข้อควรระวังในการทำให้เกิดความเสียหายทางการเงิน
- ◆ ทุนสำรองค่าความเสื่อม - CEO มีข้อจำกัดในการใช้เงินทุนสำรองค่าเสื่อม ทั้งด้านจำนวนและเงื่อนไข ใช้งาน²
- ◆ งบประมาณ - ข้อจำกัดในการใช้งบประมาณ, ใช้ได้หรือใช้ไม่ได้
- ◆ ข้อจำกัดการใช้จ่าย - จำกัดจำนวนเงินที่ใช้จ่ายได้ในระยะเวลาจำเพาะโดยยังไม่ได้รับอนุญาตจาก GC
- ◆ การขยายตัว - จำกัดการขยายตัวของโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่กำหนด โดยคำนึงถึงกองทุนที่มี รวมทั้งการลงทุนในทรัพย์สินของมูลนิธิ (Foundation-Funded Capital Investments)
- ◆ ค่าชดเชยและผลประโยชน์ - ลักษณะของแผนการว่าจ้างและเงินเดือนที่ไม่เป็นที่ยอมรับ (Not Tolerated) รวมไปถึงการจ่ายค่าตอบแทน
- ◆ การเกี่ยวข้องกับเอกชน และการร่วมลงทุน - ข้อจำกัดในอิสระภาพของ CEO ที่จะเข้าไปร่วมงาน กับเอกชนและการร่วมลงทุนใด ๆ กับภาคเอกชน

(หมายเหตุ :- บางหน่วยงานต้องมีเงินสำรอง เพื่อการซื้อครุภัณฑ์ชิ้นใหญ่ ๆ ทดแทนของเก่าที่หมดอายุการ ใช้งาน, ต้องมีข้อจำกัดในการใช้เงินจำนวนนี้

ความสัมพันธ์กับกระทรวงสาธารณสุข (Relationship to The Ministry of Public Health)

เพื่อเป็นการเคารพในสิทธิของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ, กระทรวงสาธารณสุข ควรจะ

- ◆ พัฒนานโยบายเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขที่สอดคล้องกัน
- ◆ ดูแลกำกับดำเนินการของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ
- ◆ สร้างความมั่นใจโดยการสนับสนุนเงินทุนเป็นเงินอุดหนุนทั่วไป(อาจมีเงื่อนไขหรือไม่ก็ได้) เงิน สนับสนุน เงินชดเชยต่าง ๆ และ/หรือตามเหมาะสม
- ◆ ชี้นำ, ให้แนวทางและดูแลกำกับกับการเปลี่ยนสถานะภาพของโรงพยาบาล
- ◆ พัฒนาแผนระดับชาติสำหรับการใช้จ่ายในโครงการใหญ่ๆ และประเด็น “Certificates of Need”
- ◆ สร้างความมั่นใจการให้เงินสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง

- ◆ ให้เงินทุนและให้แนวทางการพัฒนากิจกรรมหลักที่เป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงระบบของโรงพยาบาล
- ◆ ให้การบริการแบบประสมประสานโดยเน้นการบำบัดรักษาเป็นหลักแต่ให้รวมถึงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ที่รัฐให้เงินสนับสนุน
- ◆ ให้แนวทางกิจกรรมการควบคุมกำกับทั่วไป
- ◆ มอบใบอนุญาตการประกอบกิจการโรงพยาบาล, ต่อใบอนุญาตหรือให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามความเหมาะสม
- ◆ คัดเลือก และแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Governing committee)

การบริหารบุคลากร (Human Resources Management)

การบริหารบุคลากร เป็นประเด็นสำคัญที่สุดในการจัดตั้งโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ

ประเด็นแรก คือ การเปลี่ยนสถานะภาพของเจ้าหน้าที่จากการเป็นข้าราชการไปเป็นพนักงานของโรงพยาบาล

ประเด็นที่สอง คือ อัตราค่าจ้างและผลตอบแทน หลักการเบื้องต้นของนโยบายบุคลากรของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐในช่วงการเปลี่ยนระบบ คือ ประกันตำแหน่งงานของทุกคนที่มีคุณสมบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ พนักงานของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐในช่วงเริ่มต้น มีทางเลือก 3 แบบ คือ

- a) พนักงานเต็มสถานะภาพ หมายถึง ลาออกจากราชการและบรรจุเป็นพนักงานของโรงพยาบาล
- b) พนักงานที่ลาออกจากราชการชั่วคราว (ระหว่างการเปลี่ยนแปลงระบบ) หมายถึง ลาออกจากราชการชั่วคราว เพื่อมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
- c) พนักงานที่ยังคงเป็นข้าราชการ (ในระยะเปลี่ยนแปลง)

ข้าราชการ (ไม่รวมที่ลาออกชั่วคราว) ไม่ต้องถูกบังคับให้ยอมรับสภาพใหม่แต่เจ้าหน้าที่ที่ลาออกจากราชการจะได้รับเลือกเข้าบรรจุในตำแหน่งว่างของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐเป็นกลุ่มแรก ถ้าคุณสมบัติเหมาะสม โดยบรรจุในฐานะพนักงานของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐไม่ใช่ข้าราชการพลเรือน ส่วนผู้ที่ลาออกจากราชการชั่วคราว จะถูกเลือกเป็นลำดับต่อมา ต่อไปจึงบรรจุผู้ที่ยังคงสภาพข้าราชการ ควรหลีกเลี่ยงผู้ที่มาโอนย้ายจากโรงพยาบาลอื่น โดยที่อำนาจในการจ้าง และเลิกจ้างพนักงานของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐเป็นไปในระดับโรงพยาบาล ยกเว้นตำแหน่งระดับสูง ซึ่งเป็นหน้าที่ของ Governing Committee ตามกฎเกณฑ์ของรัฐบาล

การวางแผนและงบประมาณ (Planning and Budgeting)

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐจะต้องเตรียมการของงบประมาณล่วงหน้าคราวละ 2 ปี ในลักษณะ Biennial recurrent budget plans รวมทั้งลงทุนด้วย (Biennial capital budget plans) ตามคู่มือของกระทรวงสาธารณสุข คู่มือระบบบัญชี แผนภูมิบัญชี (Chart of accounts) และรายชื่อหน่วยต้นทุนของโรงพยาบาลจะต้องได้รับการพัฒนาในระหว่างช่วงเปลี่ยน (Transition process)

กฎหมายองค์การมหาชนไม่อนุญาตให้โรงพยาบาลในกำกับของรัฐให้บริการโดยแสวงกำไร เพราะต้องการให้เป็นองค์กรอิสระที่ไม่แสวงหากำไรและได้รับ Certificate of Need สำหรับการลงทุน (Capital items)

แผนการลงทุนและ Certificate of Need (Capital Investment Plans and Certificate of Need)

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐจะต้องยื่นความจำนงเพื่อขอซื้อวัสดุครุภัณฑ์ที่มีราคาแพงหรือสิ่งก่อสร้าง โดยอยู่ในแผนการลงทุนทางการเงิน ระยะ 3-5 ปี ถ้าการลงทุนนี้ได้รับการอนุมัติจากกระทรวงสาธารณสุข ทางกระทรวงจะออก "Certificate of Need"

Government Grants and Transfers : Baseline Budgets and Future Allocations

งบประมาณในปีแรกของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ จะต้องรวมงบดำเนินการ (Recurrent budget) ประกอบด้วยเงินทุนทุกชนิด, งบลงทุน (Capital budget), งบพัฒนา (Development budget) หรืองบที่จะใช้ในการทำระบบการเงินให้สามารถดำเนินการสำเร็จ, เงินที่ใช้ในการปรับปรุงแต่ยังไม่ได้นำมาใช้ของปีงบประมาณที่ผ่านมา, เงินเดือน, ค่าจ้าง, เงินบำนาญ, เงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการพลเรือน, เงินประกันสุขภาพ, ค่าเช่าบ้าน, ฌาปนกิจ และสิทธิประโยชน์อื่น ๆ ทุกประเภทที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงอื่น ๆ โดยได้รับเต็มจำนวนตามงบ และต้องได้รับเงินเพียงพอที่จะจ้างบุคลากรได้ตามแผน

Provincial Health Board

ในอนาคต Provincial Health Board จะเป็นผู้กระจายงบประมาณและทรัพยากรจากรัฐบาลมาให้โรงพยาบาลโดยใช้ระบบของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis - Related Group-DRGs) เป็นกลวิธีในการจ่ายเงิน และในอนาคตจะมีการทำสัญญาเพื่อให้การรักษาพยาบาลคนไข้นอกขึ้นปฐมภูมิกับ Primary Care Providers (PCPs) โดย PCPs จะเป็น Fund Holders และทำสัญญาด้านบริการกับโรงพยาบาล

นอกจากนั้นโรงพยาบาลจะมีรายได้จากเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการพลเรือน (CSMBS) ประกันสังคม (SSS), เงินทุนทดแทนแรงงาน (WCS) รวมทั้งเงินรายได้จากการรักษาในลักษณะ fee-for-service

การกระจายเงินในลักษณะเงินหมวดอุดหนุนทั่วไป (Block grant) จากกระทรวงสาธารณสุขโดยมีการประสานกับสำนักงานงบประมาณ

การทำสัญญาจะมีความสำคัญมากสำหรับงานของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ

การสร้างรายได้ และการคิดอัตราค่ารักษาพยาบาล (Revenue generation : Rate / fee setting)

โรงพยาบาลสามารถหารายได้จากการบริการที่ทำ เพื่อให้

ก. สามารถพึ่งตนเองได้

ข. ป้องกันการสงเคราะห์ (Prevent reverse subsidy) เช่น การเอาเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการมาใช้ทดแทนผู้ป่วยยากจน

ค. สร้างแรงจูงใจด้านค่าตอบแทนแก่บุคลากร

อย่างไรก็ตามจะต้องอยู่บนพื้นฐานว่าโรงพยาบาลจะต้องเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยที่ยากจน สามารถเข้าถึงการบริการรักษาพยาบาลได้ และมีการจัดระบบการส่งต่อที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยที่ใช้บริการมากกว่าบริการพื้นฐานที่กำหนดไว้จะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินเกณฑ์ที่กำหนดส่วนเกิน ผู้ป่วยที่มาผิดขั้นตอนของการส่งต่อจะต้องจ่ายเพิ่มในลักษณะ Copayment เพื่อป้องกันการลดขั้นตอนการส่งต่อ

คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลมีอำนาจที่จะกำหนดราคาค่ารักษาพยาบาลตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข และต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ของการสร้างรายได้

TRANSITIONAL MECHANISM

เป็นที่ทราบล่วงหน้าว่าการเปลี่ยนสถานะภาพของโรงพยาบาลรัฐไปเป็น autonomous hospital นั้นต้องการพันธสัญญาและการสนับสนุนที่มั่นคงจากหลายหน่วยงาน เช่น สนับสนุนด้านการเงิน จากสำนักงานประมาณ การช่วยเหลือจากสำนักงานข้าราชการพลเรือน ในระหว่างการเปลี่ยนสถานะภาพของบุคลากร, การวางแผนการเงินงบประมาณจะเกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ ระบบการทำงานแบบใหม่ เช่น ระบบข้อมูลข่าวสารในด้านการบริหาร (HIMS), ระบบบัญชี รวมทั้งการฝึกอบรม ทั้งหมดนี้เป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ความต้องการเหล่านี้อาจทำให้ครอบคลุมในระยะเวลาสั้น ระยะเวลา กลาง หรือระยะยาวก็ได้ ดังนั้นจึงต้องมีกลไกที่มีประสิทธิภาพสูงในการดูแลความต้องการเหล่านี้

จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีกลไกอิสระในฐานะหน่วยปฏิบัติการ อาจเป็นหน่วยราชการ หน่วยงานนี้จะถูกตั้งขึ้นตามร่างกฎหมายใหม่เรียกว่า "Supportive Office for Development of Autonomous Hospitals" (SODA) จะทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติงานพิเศษ (ภาคผนวก A)

I หลักการ และความเป็นมา Rational and Background

นับตั้งแต่มีการนำการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาในประเทศไทย รัฐเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการบริการสาธารณสุขตลอดมา จึงมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสและคนยากจน ผลของวิกฤตทางเศรษฐกิจและประสบการณ์ที่ได้จากการเห็นการเติบโตอย่างรวดเร็วแล้วตามมาด้วยการหดตัวของภาคเอกชนในระยะเวลา 15 ปีที่ผ่านมา ทำให้รู้ว่าการให้บริการภาครัฐต้องมีความมั่นคง แต่อย่างไรก็ตามการบริการสาธารณสุขที่ดำเนินอยู่ในระบบราชการแบบเดิมไม่ใช่ว่าจะไม่มีปัญหา ดังมีตัวอย่างของความอ่อนแอของระบบการให้บริการที่มีการสั่งการจากส่วนกลาง เช่น เจ้าหน้าที่ภาครัฐขาดแรงกระตุ้นในการทำงานหนักเนื่องจากเงินเดือนคงเดิม, กฎเกณฑ์และระเบียบการบริหารบุคคลที่เข้มงวด หรืออีกนัยหนึ่งประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรยังไม่ดีพอ ดังนั้นจำเป็นต้องมีการปรับปรุงการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ในภาครัฐให้โปร่งใสและตรวจสอบได้

จากเหตุผลดังกล่าวรัฐจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงวิธีการให้บริการและจัดระบบให้กับโรงพยาบาลเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและระบบตรวจสอบ ทั้งยินยอมให้ปรับเปลี่ยนระบบบริหารให้คล่องตัวขึ้นกว่าเดิม ในหลาย ๆ ประเทศอาจจะเรียกการเปลี่ยนแปลงนี้ว่า "Privatization" หรือ "Corporatization" สำหรับประเทศไทยก็คือการเปลี่ยนแปลงไปเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ กระบวนการนี้ตรงกับความพยายามปฏิรูประบบราชการให้ระบบบริการภาครัฐเป็นอิสระมากขึ้น หลุดพ้นจากระบบราชการที่มีกฎระเบียบ วิธีปฏิบัติ และวัฒนธรรมแบบดั้งเดิม

การจัดตั้งโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ เป็นวิธีการกระจายอำนาจอย่างหนึ่งโดยการแบ่งอำนาจ/ความรับผิดชอบในด้านเศรษฐกิจการบริหารระหว่างส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) และหน่วยงานย่อยของรัฐบาล การจัดตั้งโรงพยาบาลในกำกับของรัฐเป็นการกระจายอำนาจเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ต่อไปนี้

- ◆ ปรับปรุงการติดต่อสื่อสาร, ลดความซ้ำซ้อนของการบริหาร, รัฐบาลมีความรับผิดชอบต่อความต้องการของท้องถิ่นมากขึ้น
- ◆ เพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการบริหารโดยยอมให้ใช้ดุลยพินิจของตนเองมากขึ้น
- ◆ เพื่อให้สาธารณสุขมีส่วนร่วมในการตรวจสอบมากขึ้น
- ◆ ปรับปรุงการจัดสรรทรัพยากรสำหรับสนองนโยบายการพัฒนาในระดับชาติและท้องถิ่น, ปรับปรุงการจัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาในระดับท้องถิ่น
- ◆ บรรลุวัตถุประสงค์ทางการเมือง เช่น การพึ่งพาตนเอง, การตัดสินใจด้วยตนเอง และประชาธิปไตย
- ◆ เพิ่มบทบาทของท้องถิ่นในการปกครอง

หมายเหตุ : Decentralization การกระจายอำนาจที่ใช้ นี้ อาจรวมถึง Devolution, delegation, or deconcentration

"Autonomy" หมายถึง กระจายอำนาจในการตัดสินใจในเรื่องหลัก 6 เรื่อง คือ Strategic management หมายถึง ทำหน้าที่ในการกำหนดพันธกิจของโรงพยาบาล, กำหนดเป้าหมาย การบริหารทรัพยากรของโรงพยาบาลและการทำงานที่รับผิดชอบต่อนโยบายการดำเนินงานของโรงพยาบาล

"Procurement" (ระเบียบการจัดซื้อจัดจ้าง) หมายถึง การจัดซื้อยา, เวชภัณฑ์ และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และเครื่องมือของโรงพยาบาล

"Financial management" หมายถึง การจัดหาแหล่งทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานของโรงพยาบาล และการวางแผนที่เหมาะสม ตรวจสอบ และการกระจายทรัพยากรเหล่านั้น ทั้งยังหมายถึงความพร้อมในการยอมรับผลที่เกิดจากความผิดพลาด และการถูกตรวจสอบ

"Human resources management" หมายถึง การจ้าง, การเลิกจ้าง, การฝึกอบรม, การบริหาร รวมทั้งการสรรหาบุคลากรทุกระดับ ตลอดจนถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล (CEO)

"Administration" หมายถึง ความรับผิดชอบอื่น ๆ เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานประจำในโรงพยาบาล และการยุบเลิกจ้าง

"Clinical governance" หมายถึง แพทย์ที่มีส่วนร่วมในการดูแลการรักษาพยาบาล และขึ้นตรงกับ CEO Spectrum ของ Hospital autonomy จะกว้างดังที่แสดงในตารางที่ 1

คู่มือนี้ไม่ได้สนับสนุน (และไม่ได้ตัดสินชี้ขาด) การเป็น Fully privatization or for-profit form of autonomy แต่เป็นขั้นตอนระหว่าง Fully public towards fully private โรงพยาบาลในกำกับของรัฐไม่สามารถหาผลกำไรแต่เป็นองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ให้บริการต่อชุมชน จะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการเป็นแบบเอกชน แต่ขณะเดียวกันการสนับสนุนทางการเงินจากรัฐจะเป็นในลักษณะเงินอุดหนุนทั่วไปโดยวัดจากผลงานซึ่งเป็นลักษณะใกล้เคียงกับหน่วยงานราชการ อย่างไรก็ตามรัฐบาลไม่ได้ละเลยความรับผิดชอบต่อบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนคนไทย ดังนั้นนโยบายและมาตรฐานต่าง ๆ ยังเป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข

Hospital autonomy ยังคงบริการด้านสาธารณสุขโดยยึดพื้นฐานของความเท่าเทียมกันทางสังคม คิดค่าบริการตามที่ลูกค้าสามารถจ่ายและใช้บริการได้ตามความต้องการ เนื่องจากความแตกต่างระหว่างระบบเก่าและระบบใหม่ในโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ นั้นมองเห็นได้ชัดจึงต้องมีระยะเปลี่ยนแปลงระบบระยะหนึ่ง จึงจะเข้าสู่ระบบอิสระได้เต็มที่ สาระทั้งหมดในคู่มือนี้หรือคู่มือที่เกี่ยวกับการก่อตั้งจะต้องถูกนำไปปฏิบัติในช่วงของการเปลี่ยนแปลง คู่มือนี้บอกถึงรูปแบบ "Autonomy" สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (≥ 120 เตียง) แต่ถ้านำไปใช้ในโรงพยาบาลเล็กอาจต้องทำให้ง่ายขึ้น

ประสบการณ์ใน Hong Kong และ Singapore ทำให้มองเห็นว่ากระบวนการของ hospital autonomy ? ควรมีลักษณะสำคัญ คือ

- ◆ แยกการเงินออกจากกาให้การรักษายาบาล
- ◆ มีแหล่งเงินทุนและวิธีจ่ายที่ชัดเจน

- ◆ กำหนดแหล่งรายได้และหน่วยต้นทุน (Identification of revenue and cost centers)
- ◆ พัฒนาระบบการตรวจสอบรายงานและบริหารข้อมูลรวมทั้งเครื่องชี้วัดผลงาน
- ◆ ให้คำตอบแทนและรางวัลที่เหมาะสม
- ◆ พัฒนาทรัพยากรบุคคลให้เหมาะสม โดยเน้นที่การฝึกอบรม การบริหาร การทำงานร่วมกันเป็นทีม
- ◆ เน้นบริการที่ยึดหลักความต้องการของผู้ใช้บริการ
- ◆ ทบทวนโครงสร้างการบริหารโรงพยาบาล และการดูแลปกครองให้มีความเป็นอิสระ, ยึดหยุ่น และตรวจสอบได้

Table 1 : Spectrum of Forms of Hospital Autonomy by Component

Degree → Component	Fully Public			Fully Private
Type	Fully Government	Government corporate	Non-profit institution	For-profit institution
Governance	MOH	Board of trustees/Directors from Government	Board of Trustees/ Directors (from local * community, government representatives, non-profit of private sector)	Board of Directors (from private sector)
Management	Government Employees	Contract or service agreement	Wage contract or profit sharing	Private employees
Capital Financing	Full government Subsidy	Partial government subsidy	Lease or lending of government assets	Sale of government assets
Recurrent Financing	Full government subsidy (indirect or direct)	Revolving funds (retention of locally generated funds)	Regulated user charges retained with government subsidy and insurance	Cost plus pricing (profit) and insurance

Source : Newbander, W."Policy Options for Financing Health Services in Pakistan : Hospital Autonomy Financing Issues. "Health financing and Sustainability Project Technical Report, February 1993.

Note: * Modification

ประสบการณ์จากสิงคโปร์และฮ่องกง เน้นว่าไม่มีทางใดที่ดีที่สุดในการเตรียมตัวเพื่อ "autonomy" ยกเว้นต้องมีการเริ่มต้น พร้อมกับการทำ Research and development ไปพร้อมกัน ในประเทศไทยควรเริ่มกระบวนการและปรับเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ โดยใช้ผลจากการควบคุมกำกับ และประเมินผล

กระทรวงสาธารณสุขคาดว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งไปเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ โดยใช้คู่มือนี้เป็นคำแนะนำ อย่างไรก็ตาม ยังต้องมีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงคู่มือนี้ในอนาคต

II กำกับกักความของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Definition of an Autonomous Hospital)

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Autonomous Hospital)

เป็นสถาบันซึ่ง :-

- ◆ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการจัดตั้งองค์การมหาชนของรัฐบาล (Public Organization Act : POA) เพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน เป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย สามารถฟ้องร้องและถูกฟ้องร้องได้มีอำนาจรับพันธะทางสัญญา และดำเนินกิจการภายใต้การตรวจสอบของรัฐ
- ◆ มีความรับผิดชอบพื้นฐาน ในการให้บริการด้านบำบัดรักษา (Curative Care) แต่ยังให้บริการด้านการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ
- ◆ กระทรวงสาธารณสุข และรัฐบาลไทยเป็นเจ้าของทรัพย์สิน แต่การดำเนินงานประจำปพลิเคชันอยู่ไม่ได้อยู่ในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ดังที่ได้ระบุไว้ในพระราชบัญญัติ
- ◆ พนักงานของโรงพยาบาลทั้งกลุ่มที่ทำงานเต็มเวลา ทำงานไม่เต็มเวลา และว่าจ้างชั่วคราวอาจมีสถานะเป็น 3 แบบ

A) พนักงานของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (ลาออกจากราชการ)

B) พนักงานที่ลาออกจากราชการชั่วคราว เพื่อมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Staff on secondment to AH)

C) พนักงานที่ยังคงสภาพเป็นข้าราชการ ในระยะเปลี่ยนแปลง

- ◆ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ให้ดำเนินงานทั้งด้านการบริหาร และด้านเทคนิคให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ สา

ธารณสุขของไทย ดำเนินการภายใต้ข้อตกลงด้านการบริหารระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ

- ◆ ได้รับการสนับสนุนทางการเงิน โดยได้รับเงินอุดหนุนทั่วไปโดยตรง (Vertical Block grant) หรือผ่านทางกระทรวงสาธารณสุข และเงินรายได้ของตนเอง (Locally Generated Revenue) มีความชัดเจนโปร่งใส ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระหว่างโรงพยาบาลกับกระทรวงสาธารณสุข หรือ (Provincial Health Administration)
- ◆ มีเงินเหลือจ่ายได้ภายใต้ข้อจำกัดที่กระทรวงสาธารณสุข วางไว้, มีความรับผิดชอบเต็มที่ต่อทรัพยากรของโรงพยาบาลเปิดโอกาสให้ตรวจสอบทรัพย์สินที่ได้มาจากทุกแหล่งอย่างโปร่งใส
- ◆ ดูแลบริหารโดยกรรมการบริหาร (Governing Committee : GC) และ ดำเนินงานโดย CEO (Chief Execution Officer)

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐไม่ควรจะ

- ◆ กลายเป็นช่องทางให้รัฐบาลละเว้นความรับผิดชอบในการให้เงินสนับสนุนด้านสุขภาพของประชาชน รัฐบาลยังต้องมีพันธะในการทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น โดยไม่ต้องมาจัดการกับโรงพยาบาลโดยตรง ซึ่งเป็นการดีที่สามารถส่งเสริมประสิทธิภาพของหน่วยงานให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้
- ◆ ยินยอมให้ดำเนินการโดยหวังผลประโยชน์เพราะหน้าที่เบื้องต้นของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ คือ รองรับนโยบายและหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากรัฐบาล
- ◆ ไม่ควรจำกัดรูปแบบของการบริหาร และกลุ่มผู้ให้บริการมากเกินไป ตรวบใดที่ยังอยู่ในเป้าหมายที่รัฐบาลวางไว้ แต่รัฐบาลต้องมั่นใจว่าไม่ได้ขยายการเติบโตออกนอกกฎข้อบังคับและมีผลกระทบต่อภาพรวมของระบบสาธารณสุขของประเทศ
- ◆ กลายเป็นวิธีลดขนาดโรงพยาบาลของรัฐ แต่ขนาดของโรงพยาบาลยังคงเดิม หรือขยายเพิ่มขึ้นถ้ามีความจำเป็น และมีเงินทุนสนับสนุนจากแหล่งใด ๆ ก็ตาม ไม่มีการประกันว่าเจ้าหน้าที่ที่ไม่มีความสามารถยังคงอยู่ในตำแหน่งได้ แม้ว่าผลงานจะไม่ได้
- ◆ หวังจะเป็นทางแก้ปัญหารายได้น้อยของเจ้าหน้าที่ในภาครัฐ เชื่อกันว่าถ้าโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ดำเนินงานได้ดีดังที่ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ เจ้าหน้าที่จะมีรายได้เพิ่มขึ้น โดยต้องมีการดูแลกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เพื่อให้แน่ใจว่าโรงพยาบาลในกำกับของรัฐไม่ได้กลายเป็นเครื่องมือในการหารายได้ของเจ้าหน้าที่

III. พันธกิจของโรงพยาบาล (MISSION OF AN AUTONOMOUS HOSPITAL)

Board of Directors ของแต่ละโรงพยาบาลจะต้องสร้างพันธกิจของตนเอง โดยทั่ว ๆ ไปแล้ว พันธกิจของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ คือ การให้การรักษายาบาลแบบประสมประสาน คุณภาพดี และตรงกับความต้องการของชุมชน มีประสิทธิภาพสูงสุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐต้องสร้างพันธกิจด้วยตนเอง โดยอิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและความต้องการของชุมชน

IV. ความเป็นเจ้าของ (OWNERSHIP)

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐเกิดขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 โดยการตราพระราชกฤษฎีกา มีรัฐบาลไทยเป็นเจ้าของทรัพย์สินและที่ดินทั้งหมด, ที่ดินที่มีอยู่ในระยะเปลี่ยนแปลงระบบจะถูกจดทะเบียนในนามของกรมธนารักษ์ กระทรวงการคลัง แต่ที่ดินที่ได้มาหลังจากนั้น อาจจะถูกจดทะเบียนในชื่อของโรงพยาบาล ซึ่งตอนนั้นกลายเป็นนิติบุคคลตามกฎหมายโรงพยาบาลในกำกับของรัฐเป็นผู้ใช้ประโยชน์จากทรัพย์สิน, ที่ดิน และเครื่องมือตามอำนาจที่มีอยู่ในพระราชบัญญัติ

V. การปกครอง (GOVERNANCE)

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐต้องมี Governing Committee ของตนเอง เพื่อดูแลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และถูกตรวจสอบได้จากชุมชนในเขตบริการ

A. บทบาทภาระหน้าที่ของกรรมการบริหาร (VISION OF ROLE AND FUNCTION OF THE GOVERNING COMMITTEE : GC)

ประสิทธิภาพของผู้นำวัดจากการรู้จักใช้แผนกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับพันธกิจ และวิสัยทัศน์ของ โรงพยาบาล และทำให้วิสัยทัศน์เป็นจริง โดยกำหนดโครงสร้างงานที่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของแผนนั้น (ภาคีความร่วมมือการรับรองคุณภาพองค์กรสาธารณสุข 1993) GC จะเป็นผู้กำหนดวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลและดูแลการดำเนินการของโรงพยาบาล

1. อำนาจในการบริหารจัดการ (The governance mandate)

GC เป็นผู้รับผิดชอบเต็มที่ต่อโรงพยาบาลในกำกับของรัฐทำหน้าที่เป็น Governing Board โดยมีรัฐและชุมชนเป็นผู้ตรวจสอบ อำนาจเต็มของ GC คือ ความรับผิดชอบต่อกิจกรรมทั้งหมดของ โรงพยาบาล-ในกำกับของรัฐ กิจกรรมขององค์กรในโรงพยาบาลรวมทั้งผลที่เกิดจากกิจกรรมนั้นๆ GC มีอำนาจควบคุมความซับซ้อนของงานทั้งหลายในโรงพยาบาล รวมทั้งรายละเอียดของการดำเนินการ แต่ขณะปฏิบัติหน้าที่ต้องเป็นอิสระไม่มีส่วนได้เสียกับงานเหล่านั้น

กุญแจสำคัญของการทำหน้าที่นี้ คือการตีความหมายของจุดประสงค์, ระบาควิสัยทัศน์ และสร้างกลยุทธ์ ทิศทางการบริหารที่สอดคล้องกัน GC ทำหน้าที่บริหารโดยการวางนโยบายผ่านทาง CEO เพื่อให้ห้องค้กรนำไปปฏิบัติให้ได้ผลสำเร็จ ตรงตามวัตถุประสงค์ของรัฐ ผู้บริหารโรงพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการนำนโยบายของ GC ไปปฏิบัติและดำเนินงานรายละเอียดปลีกย่อยตามอำนาจที่ได้รับมอบหมาย

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐถูกตั้งขึ้นเพื่อการกุศลตามพระราชบัญญัติการจัดตั้งองค์กรมหาชน ไม่มีผู้ถือหุ้น สามารถเก็บเงินเหลือจ่ายไว้ได้ไม่ต้องคืนคลัง แต่ไม่ใช่เป็นการแสวงหากำไร ไม่สามารถนำเงินเหลือจ่าย มาแบ่งปันให้กับผู้เกี่ยวข้อง เพราะไม่ใช่ผู้ถือหุ้น

คณะกรรมการบริหาร (GC) ทำหน้าที่เป็น Board of Director โดยมีกฎหมายรองรับดังที่กำหนดไว้ ในพระราชบัญญัติองค์กรมหาชน GC มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการกำหนดค่าบริการได้เอง แต่ค่าบริการเป็นเพียงรายได้ส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐจะให้บริการแก่ชุมชนภายใต้การนำของ GC โดยไม่ต้องกังวลกับอำนาจการจ่ายเงินของประชาชน ถ้าเกิดการขาดทุนรัฐจะจ่ายเงินชดเชยเป็นเงินอุดหนุนทั่วไป คนไข้จำนวนมากมาใช้บริการโดยไม่ได้ประเมินการบริการของโรงพยาบาลในฐานะลูกค้า เพราะมารับบริการเนื่องจากใช้บริการฟรี หรือได้รับการชดเชย ดังนั้น เพียงบางส่วนต่อการดำเนินการ, การกำหนดราคาบริการ และการบริหารการเงินของโรงพยาบาล หรืออาจพูดว่าจะนำภาวะการตลาดมาเป็นตัวทดสอบคุณภาพโรงพยาบาลไม่ได้ ดังนั้นการตัดสินใจว่า "Success" หรือ "failure" ไม่สามารถตัดสินใจได้จากภาวะการเงินเท่านั้น แต่ต้องตีความหมายของ "Success" ในด้าน "non-financial term" คณะกรรมการบริหาร (GC) ควรดูประสิทธิภาพในการทำงานโดยการใช้ข้อมูลที่ได้จากชุมชน และพนักงานเอง เช่น วัดความพึงพอใจ ควบคู่ไปกับการวัดผลงานตามวัตถุประสงค์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2. ข้อบกพร่องในอดีต (Past flaws)

ผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐหลายแห่ง กล่าวว่ากรรมการที่ปรึกษามีประสิทธิภาพน้อยมาก เพราะ boards/committees ถูกควบคุมจาก professional staff โดยง่าย โดยปรกติกรรมการเหล่านี้ทำงานตามสถานะการณ์ โดยแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และมักยุ่งเกี่ยวกับรายละเอียดของงานมากเกินไป บ่อยครั้งที่ Committee เหล่านี้กล่าวถึง เรื่องที่ผ่านมาแล้วมากกว่าที่จะวางแผนงานสำหรับอนาคต มักทำตามแบบของผู้บริหารอาวุโส และทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่มากกว่าทำกับ CEO อีกทั้งอำนาจในการทำงานไม่ชัดเจน และกระจัดกระจาย ซึ่ง GC ไม่ควรดำเนินงานแบบนี้

3. สิ่งที่กรรมการบริหารไม่ควรทำ (What the Governing Committee is NOT)

กรรมการบริหาร (GC) มีบทบาทที่กำหนดไว้หลายประเภท งานหลายอย่างไม่จำเป็นต้องทำ แต่ก็อยู่ในความรับผิดชอบ

- ◆ GC ในฐานะยามเฝ้าบ้าน GC ไม่ควรทำหน้าที่แค่เฝ้าดูการทำงานของบุคลากร และ

ไม่ควรทำแค่ให้คำแนะนำในการบริหาร

- ◆ GC ในฐานะผู้นำเชียร์ บทบาทของ GC ไม่ควรทำหน้าที่เพียงแค่เชียร์ บุคลากรและผู้บริหารให้ทำงานใหญ่ขึ้นและดีขึ้นกว่าเดิม
- ◆ GC ในฐานะผู้จัดการ GC ไม่ควรทำหน้าที่เป็นแค่ผู้เสริมการทำงานของ CEO
- ◆ GC ในฐานะผู้วางแผนกลยุทธ์ GC ไม่ควรทำหน้าที่ผู้วางแผนกลยุทธ์ที่มอง แต่วัตถุประสงค์ระยะสั้น และดูแลปัญหาระยะสั้น บทบาทของ GC ไม่ใช่สร้างแผนงานด้วยตนเอง
- ◆ GC ในฐานะผู้สื่อสาร GC ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบในการปรับปรุงการติดต่อสื่อสารภายในโรงพยาบาล ไม่ใช่ทำหน้าที่โฆษกให้กับโรงพยาบาลหรือ CEO
- ◆ GC ในฐานะตรายาง GC ไม่ใช่ทำหน้าที่เป็นตรายางประทับโครงการที่เสนอขึ้นมาจาก CEO หรือผู้บริหารระดับสูง

4. สิ่งที่กรรมการบริหารควรทำ (What the Governing Committee IS)

GC ควรเกี่ยวข้องกับการบริหารงานประจำของโรงพยาบาลเพียงเล็กน้อย เพราะไม่ใช่ผู้ปฏิบัติงานเอง งานของ GC คือ การคัดเลือก CEO ที่ดีที่สุด แล้วปล่อยให้ CEO บริหารงาน

GC ถูกตรวจสอบจากผู้ที่มีส่วนได้เสีย คือ รัฐ และชุมชน จากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตรวจสอบเรื่องข้อแนะนำทั่วไป นโยบาย วิธีการ จาก PHA ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนเงินอุดหนุนทั่วไป สมาชิกของ GC ไม่ใช่ "อาสาสมัคร" และไม่ใช่ผู้บริหาร แต่เป็นเหมือนที่ Carver เขียนไว้ (1997) ว่า GC ควรมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้

- ◆ ทำหน้าที่สนับสนุนวิสัยทัศน์ GC ต้องเป็นผู้สร้างสรรค์ และสนับสนุนวิสัยทัศน์ของการเป็น โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ รวมทั้งบทบาทในการบริการชุมชน
- ◆ เป็นผู้รักษาคุณค่าขั้นพื้นฐาน GC เป็นผู้รักษาคุณค่าขององค์กร อย่าเป็นเพียงแค่ผู้ดูแลการทำงานประจำวัน แต่ดูแลวัตถุประสงค์ของการมีโรงพยาบาล
- ◆ รักษาความคาดหวังจากภายนอก (Maintain external focus) GC ไม่เพียงแต่ดูแลเรื่องภายในโรงพยาบาล แต่ต้องดูแลรวมถึงอิทธิพลภายนอกที่มีผลต่อโรงพยาบาล รวมทั้งบทบาทของโรงพยาบาลในระบบบริการสาธารณสุข
- ◆ มุ่งไปที่ประเด็นสำคัญ GC ไม่ควรมุงทำงานในประเด็นย่อย ๆ แต่มุ่งไปที่ประเด็นสำคัญ ๆ
- ◆ มองการณ์ไกล และเตรียมพร้อม GC ควรกระตุ้นทั้งโรงพยาบาลให้มองไกลไปยังหน้าที่และบทบาทที่ควรมีในการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขในอนาคต การคิดการณ์ไกล ทำให้มองเห็นปัญหาล่วงหน้าก่อนที่จะปัญหานั้นจะเกิดผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาล

- ◆ สนับสนุนความคิดที่หลากหลาย แต่พูดเป็นเสียงเดียวกัน สมาชิกของ GC ควรมีความคิดหลากหลาย แต่พูดออกมาเป็นเสียงเดียวกัน
- ◆ ถ่วงดุลย์ระหว่างการเข้มงวดจนเกินควร และการละเลย GC ต้องสามารถหาจุดยืนที่เหมาะสม ไม่เข้มงวดจนเกินควร หรือละเลยการดูแลการทำงานของโรงพยาบาล
- ◆ ใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพ GC ประกอบด้วยบุคคลสำคัญและมีภาระกิจมาก เวลาที่สละให้โรงพยาบาลอาจมีจำกัด ดังนั้น GC และผู้บริหารโรงพยาบาลต้องแยกออกว่าอะไรสำคัญจริง ๆ จึงจะไม่เสียเวลาในการประชุม
- ◆ สนับสนุนความเป็นผู้นำที่ใช้การสร้างนโยบายเป็นบทบาทพื้นฐานของการทำงาน GC ควรมุ่งใช้เวลาและพลังกำลังในการสร้างนโยบายที่กระตุ้นให้โรงพยาบาลคิดงานใหญ่ ๆ ลดการมุ่งทำงานปลีกย่อย GC ในฐานะผู้นำควรสร้างนโยบายที่ชัดเจน และคิดว่าโรงพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้
- ◆ มุ่งที่ผลของงาน GC ต้องตระหนักดีว่าเหตุผลที่แท้จริงของการตั้งโรงพยาบาลคือ การสร้างสุขภาพที่ดีให้กับชุมชน เพราะฉะนั้นถ้า GC มุ่งดูแลเพียงกระบวนการของการบริการจึงไม่เพียงพอแต่ต้องดูถึงผลที่เกิดขึ้น

5. ความสัมพันธ์ของกรรมการบริหาร และ CEO และขอบเขตในการบริหารงาน (GC-CEO Relationship and Executive Limitations)

กรรมการบริหารเป็นผู้แต่งตั้งและถอดถอน CEO ตามอำนาจที่กำหนดไว้ใน พรบ. การจัดตั้งองค์การมหาชนและพระราชกฤษฎีกาการจัดตั้งโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ และข้อเสนอแนะของกระทรวงสาธารณสุข โดยปล่อยให้ CEO บริหารงานตามนโยบายและข้อเสนอแนะของ GC

GC เป็น "นายจ้าง" ของ CEO จึงควรสร้างขอบเขตในการทำงาน (Executive Limitations) เพื่อให้ CEO ปฏิบัติงานด้วยความรอบคอบ และมีคุณธรรม เพราะ GC ไม่ได้เข้ามายุ่งเกี่ยวกับงานละเอียดปลีกย่อยของงานประจำ

ขอบเขตข้อจำกัดในการทำงาน คือ

- ◆ ความสัมพันธ์กับผู้ขาย - โรงพยาบาลผู้ขายบริการมีการปฏิบัติที่ยุติธรรม
- ◆ การรักษาผู้ป่วย - ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยมาตรฐาน (Minimum Standards of Treatment) รวมทั้งการประกาศสิทธิผู้ป่วย นโยบายการยกเว้นผ่อนผันการรักษาพยาบาล และนโยบายการชดเชยส่วนเกิน (Subsidized Services)
- ◆ การก่อหนี้ - CEO สามารถก่อหนี้ได้โดยจำกัดตามสถานะการณ์
- ◆ การปกป้องดูแลทรัพย์สิน - ขอบเขตในการบริหารที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินของโรงพยาบาล
- ◆ เงื่อนไขทางการเงิน - ข้อควรระวังที่ทำให้เกิดความเสียหายทางการเงิน

- ◆ **ทุนสำรองค่าความเสื่อม** - CEO มีขอบเขตในการใช้เงินทุนสำรองค่าเสื่อม ทั้งด้านจำนวนและเงื่อนไขใช้งาน
- ◆ **งบประมาณ** - ขอบเขตการใช้งบประมาณ ใช้ได้, ใช้ไม่ได้
- ◆ **ข้อจำกัดการใช้จ่าย** - จำกัดจำนวนเงินที่ใช้จ่ายได้ในระยะเวลาจำเพาะ โดยยังไม่ได้รับอนุญาต จาก GC
- ◆ **การขยายตัว** - จำกัดการขยายตัวของโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่กำหนด โดยคำนึงถึงกองทุนที่รวมทั้งการลงทุนในทรัพย์สินของมูลนิธิ (Foundation-Funded Capital Investments)
- ◆ **ค่าชดเชยและผลประโยชน์** ลักษณะของแผนการว่าจ้างและเงินเดือนที่ไม่เป็นที่ยอมรับ (Not Tolerated) รวมไปถึงการจ่ายค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม
- ◆ **การเกี่ยวข้องกับเอกชน และการร่วมลงทุน** - ข้อจำกัดในอิสระภาพของ CEO ที่จะเข้าไปร่วมงานกับเอกชนและการร่วมลงทุนใด ๆ กับภาคเอกชน

เพิ่มเติม :- การก่อกำหนดผู้ก่อกำหนดทุกอย่างต้องรับรองโดย GC

B. องค์ประกอบของกรรมการบริหาร และการแต่งตั้ง (Gc composition and appointment)

ควรบัญญัติกระบวนการแต่งตั้งและคัดเลือก GC ไว้ในพระราชกฤษฎีกา เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ต่อไปนี

1. เพื่อประสิทธิภาพและคุณภาพขององค์กร
2. กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. มีระบบงานที่โปร่งใส บนพื้นฐานของการทำงานที่ได้มาตรฐาน

เพื่อให้หลักการของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐดำเนินไปด้วยดี คณะกรรมการบริหารต้องเข้าใจและพร้อมที่จะทำงานซึ่งต้องการการเสียสละเวลาและอื่น ๆ อีกมาก ดังนั้นความชัดเจนในเรื่องบทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบของกรรมการจึงเป็นเรื่องสำคัญ ในหนังสือแต่งตั้งประธานกรรมการบริหารต้องระบุบทบาทและความรับผิดชอบในฐานะประธานกรรมการ เพราะผู้เป็นประธานมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของคณะกรรมการและการประสานงานที่ดีกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล (CEO) นอกจากนั้นควรมีหลักเกณฑ์ในการประเมินคณะกรรมการและใช้ผลการประเมินในการต่ออายุกรรมการแต่ละคน

จากบทบัญญัติใน พรบ. การจัดตั้งองค์กรมหาชน และวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้น องค์ประกอบของ GC การประกอบด้วยสมาชิกจาก 3 ลักษณะ คือ

- 1) สมาชิกโดยตำแหน่ง เป็นตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น Provincial Chief Medical Officer (PCMO) กลุ่มนี้ต้องไม่มากกว่า 3 คน, ถูกเสนอชื่อโดยผู้บังคับบัญชาที่มีอำนาจในการเสนอชื่อแต่งตั้ง
- 2) ผู้แทนของชุมชน คณะกรรมการคัดเลือกเป็นผู้พิจารณาจากบัญชีรายชื่อที่ชุมชนเสนอมา
- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยการคัดเลือกของกรรมการจากผู้ทรงคุณวุฒิสาขาต่าง ๆ

CEO เป็นเลขานุการของ GC โดยตำแหน่งดังที่ระบุไว้ใน POA ประธานของ GC ควรเป็นผู้อาวุโส จากกลุ่ม 2 หรือ 3 (ผู้แทนชุมชน หรือผู้ทรงคุณวุฒิ)

กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้แต่งตั้ง GC ชุดแรกขึ้นมาทำงาน และกรรมการชุดนี้จะเป็นผู้แต่งตั้ง กรรมการเลือกตั้ง GC ชุดต่อไป โดยมีการประกาศให้สาธารณชนทราบ เพื่อเปิดโอกาสให้มีการคัดค้านได้ ในกรณีที่มีการคัดค้านการแต่งตั้งสมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือตกลงกันไม่ได้ กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้ตัดสิน ใจครั้งสุดท้ายในการแต่งตั้งบุคคลนั้น ๆ ชื่อของกรรมการชุดใหม่ต้องได้รับการรับรองจากกรรมการชุดเก่าก่อน นำเสนอคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งตามที่บัญญัติไว้ใน พรบ.องค์การมหาชน

กรรมการเลือกตั้ง เป็นผู้ตัดสินวิธีการ และจำนวนคนที่ถูกเสนอชื่อให้เป็นตัวแทนของชุมชน รวมทั้ง กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกจากรายชื่อที่ถูกเสนอขึ้นมา เช่นเดียวกับการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ทรง คุณวุฒิ โดยการคัดเลือกให้เหลือจำนวนหนึ่ง เพื่อการคัดเลือกในขั้นสุดท้าย กรรมการคัดเลือกแต่ละคน จะ ให้คะแนนตามเกณฑ์คัดเลือก แต่การตัดสินใจครั้งสุดท้ายไม่ใช่ดูจากคะแนนสูงสุดเพียงอย่างเดียว ดังนั้น ควรรวบรวมข้อมูลทุกอย่างไว้ เพื่อให้สามารถนำมาทบทวนได้ในภายหลัง หากเกิดความจำเป็น

ประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งที่น่ามาพิจารณา คือ ผลงานย้อนหลังของผู้นั้นจะเห็นวาระบบการ ประเมินผลงานของกรรมการทั้งคณะและผลงานส่วนตัวจะช่วยให้การต่ออายุของกรรมการ (Reappointment)

C. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (CHIEF EXECUTIVE OFFICER : CEO)

CEO เป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ คณะกรรมการบริหารเป็นผู้คัดเลือกและแต่งตั้ง CEO การเลือก CEO ควรเป็นไปอย่างอิสระไม่ต้องจำกัดอยู่เฉพาะผู้อำนวยการของโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข แต่ควรมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ

- มีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี ในการบริหารโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ผ่านการฝึกอบรมการบริหารธุรกิจ, การบริหารองค์กรของรัฐ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

CEO จะทำสัญญาการทำงานครั้งละ 4 – 5 ปี โดยจะดำรงตำแหน่งซ้ำไม่เกินสองวาระติดต่อกันใน โรงพยาบาลเดียวกัน คณะกรรมการบริหาร (GC) เป็นผู้ประเมินผลงานของ CEO ตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ใน สัญญา อาจมีการเลิกจ้างก่อนหมดสัญญาก็ได้ การหมดวาระของ CEO อาจเกิดจาก

- ถึงแก่กรรม
- ลาออก
- หมดสัญญาการว่าจ้าง
- ยกเลิกสัญญา เพราะไม่เหมาะสมกับงาน
- พิสูจน์ได้ว่ามีความผิดทางอาญา และลหุโทษ
- ทำผิดคุณสมบัติสำคัญของการเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ช่วงระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบของโรงพยาบาลที่ได้รับเลือกให้เป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ควรมีข้อตกลงว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลคนปัจจุบัน จะทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการสมัยแรกโดยอัตโนมัติ GC อาจจะพิจารณาแต่งตั้งสมัยแรกเพียง 3 – 6 เดือน ในขณะที่กำลังสรรหาผู้อำนวยการคนใหม่

CEO จะถูกตรวจสอบการทำงานทุกอย่าง ดังที่ได้ตกลงไว้ พระราชบัญญัติความผิดของเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ.2539 ระหว่างรัฐบาลและโรงพยาบาล รวมทั้งหน้าที่ที่ระบุไว้ในสัญญาระหว่าง CEO และ GC นั่นสิน ที่เกิดจากหน้าที่ให้ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของรัฐ ผู้อำนวยการต้องรับผิดชอบตามมาตราที่ 4 ของพระราชบัญญัติความผิดของเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ. 2539 (The Tort Liability of Government officer Act, BE2539) โดยตั้งใจละเลย การรับผิดชอบต่อหน้าที่หรือใช้อำนาจเกินขอบเขตก็จะได้รับการลงโทษทางแพ่งหรืออาญาแล้วแต่กรณี

D. คณะอนุกรรมการ (Sub-Committee)

GC อาจพิจารณาแต่งตั้งคณะอนุกรรมการในบางงาน เพื่อช่วยงานของ GC แต่ควรระมัดระวังไม่ให้ก้าวล่วงอำนาจการบริหารของผู้อำนวยการ บทบาทของคณะอนุกรรมการ คือ การช่วยพิจารณานโยบายหรือเรื่องที่จะนำมาปฏิบัติ นำเสนอคณะกรรมการบริหารเพื่อตัดสินใจ โดยใช้วิธีการเสนอแนะข้อควรพิจารณาในเรื่องต่าง ๆ เช่น การนำนโยบายมาเปลี่ยนเป็นกลยุทธ์การดำเนินงาน, มาตรฐานการบริการ, การจัดลำดับความสำคัญ, การพัฒนาต่าง ๆ, บริหารการเงินและบุคลากร, การตรวจสอบมาตรฐาน, การบริหารข้อร้องทุกข์, และระบบของโรงพยาบาล (Hospital Governance) ควรแต่งตั้งเป็นครั้งคราวตามความจำเป็น กลไกของคณะอนุกรรมการช่วยให้คณะกรรมการบริหารมีส่วนร่วมในกิจการของโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น

E. SENIOR MANAGEMENT

โครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาล เป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

GC เป็นผู้จัดโครงสร้างตำแหน่งผู้บริหารอาวุโส (Senior management) ซึ่งรวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล, ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์, ผู้อำนวยการฝ่ายพยาบาล, หัวหน้าฝ่ายการเงิน และหัวหน้าหน่วยข้อมูลข่าวสาร (หรือเทียบเท่า) แต่ละโรงพยาบาลควรระบุตำแหน่งที่กรรมการบริหารเป็นผู้แต่งตั้ง ผู้บริหารอาวุโสนี้มีหน้าที่ถ่ายทอดนโยบายของ GC ไปเป็นกิจกรรมของการบริหารโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ภายใต้แนวทางที่ กระทรวงสาธารณสุข วางไว้ การบริหารในระบบนี้ต้องการกิจกรรม 4 อย่าง ซึ่งภาคีความร่วมมือการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (1993) ได้ให้แนวทางไว้คือ

- 1) การวางแผนการบริการ (Planning for services) GC ต้องเขียนพันธกิจที่สะท้อนถึงแผนปฏิบัติการ, กลยุทธ์ในระยะยาว, การกระจายทรัพยากร, และนโยบายขององค์กรที่ผู้บริหารจะนำไปปฏิบัติ

2) การชี้นำ (Directing services) ผู้บริหารอาวุโสจะจัดการ, ชี้นำ, จัดจ้างบุคลากรในงานรักษาพยาบาล

และงานสนับสนุนการบริการ ในลักษณะที่เหมาะสมกับขอบเขตของการบริการที่วางแผนไว้

3) การนำแผนงานไปปฏิบัติ และการประสานงาน (Implementing and coordinating services)

ผู้บริหารอาวุโสช่วยผสมผสานการดูแลผู้ป่วยและฝ่ายสนับสนุนเข้าด้วยกันทั้งองค์กร

4) การปรับปรุงพัฒนา (Improving services) ผู้บริหารอาวุโสทำหน้าที่คาดการณ์ล่วงหน้า, วางแผนบริหารงาน, เพื่อวัดผล, ประเมินผล และปรับปรุงการทำงานของ Hospital's management. การบริการทางคลินิกและงานสนับสนุนทั่วไป

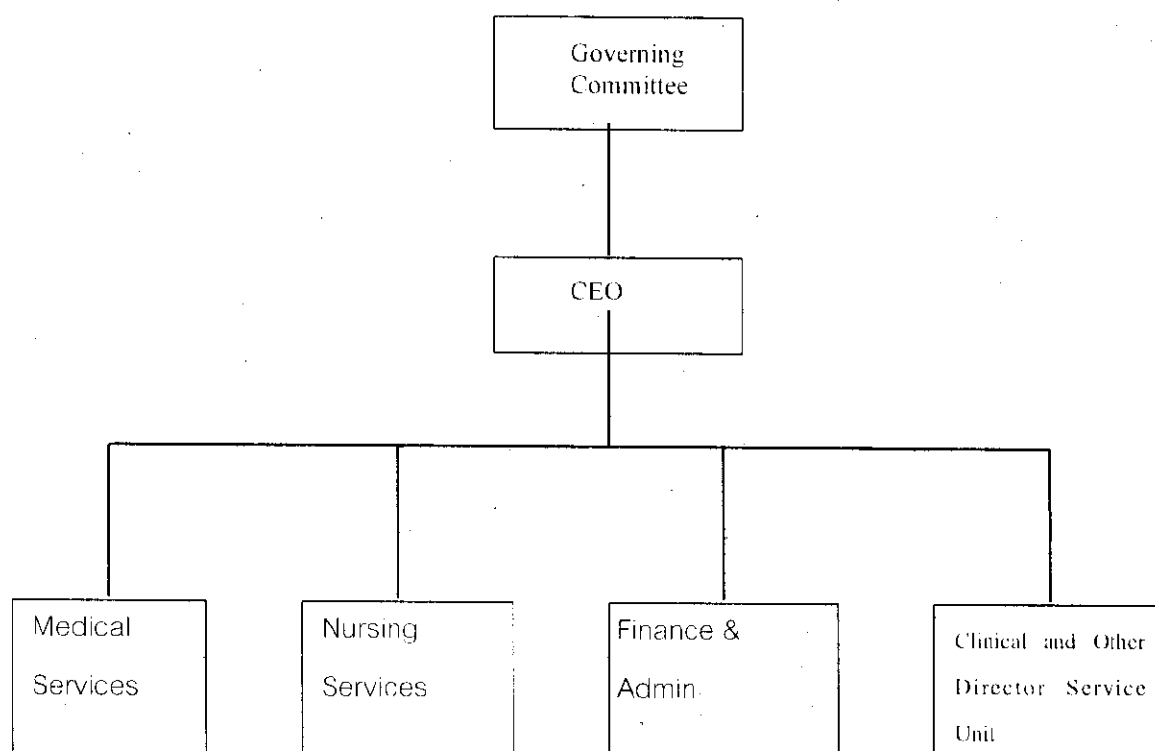
F. โครงสร้างของโรงพยาบาล (HOSPITAL STRUCTURE)

รูปแบบโครงสร้างของโรงพยาบาล อาจเป็นแบบที่ร่างไว้ใน Figure 1 แต่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม รวมทั้งควรมีหน่วยงานดังต่อไปนี้ เหมือนกันในโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ

- ◆ Administration
- ◆ Admissions/registration
- ◆ Ambulatory services, including outpatient (OP) care
- ◆ Central services
- ◆ Clinical engineering
- ◆ Emergency
- ◆ Energy management and maintenance
- ◆ Finance and accounting
- ◆ Food services
- ◆ Information systems
- ◆ Laboratory
- ◆ Laundry
- ◆ Maintenance
- ◆ Marketing
- ◆ Materials management
- ◆ Medical staff office
- ◆ Pharmacy
- ◆ Physical therapy
- ◆ Planning
- ◆ Public relations

- ◆ Quality assurance
- ◆ Radiation therapy and radiology
- ◆ Risk management
- ◆ Social services
- ◆ Surgical suite
- ◆ Telecommunications
- ◆ Transportation
- ◆ Others as deemed necessary

Figure 1 : Suggested Functional Structure of an Autonomous Hospital



แผนผังขององค์กรควรจะ

- ◆ เป็นระดับเดียวกันให้มากที่สุดเพื่อลดสายบังคับบัญชา
- ◆ เพิ่มการประสานงาน และความกลมกลืนระหว่างหน่วยงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยบริการคนไข้ โดยตรง และหน่วยสนับสนุน, หน่วยพัฒนา
- ◆ สามารถยืดหยุ่นโครงสร้างเหล่านี้เพื่อปรับให้เข้ากับความเป็น และความสามารถของแต่ละโรงพยาบาล

- ◆ ยินยอมให้ Top management ปรับเปลี่ยน, กระตุ้นงานทางการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นงานหลักของโรงพยาบาล

G. ความสัมพันธ์กับกระทรวงสาธารณสุข RELATIONSHIP TO THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

กระทรวงสาธารณสุขยังคงมีบทบาทสำคัญในระบบของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ โดยอำนาจ บทบาท และความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข มีดังนี้

- ◆ สร้างแผนกลยุทธ์ที่สอดคล้อง, ผลมผลาน สำหรับระบบสาธารณสุขไทย รวมทั้งคำจำกัดความของบทบาท และหน้าที่ของโรงพยาบาลรัฐ, ในกำกับของรัฐ และเอกชน
 - ◆ ควบคุมกำกับการจัดตั้งโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ เพื่อให้มั่นใจว่าสอดคล้องกับระบบสาธารณสุขโดยรวม, และบรรลุวัตถุประสงค์ของ "Autonomy"
 - ◆ ประกันการให้งบประมาณหลัก (Assuring core funding) สำหรับ โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (งบดำเนินการ และงบลงทุน) เพื่อให้เกิดคุณภาพมาตรฐาน เกิดความเสมอภาคและเที่ยงธรรมหรือจุดประสงค์อื่น ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งที่อยู่ในเงื่อนไขหรือไม่อยู่ในเงื่อนไขของกองทุนต่าง ๆ
 - ◆ ให้เงินสนับสนุนเมื่อต้องการใช้ในวัตถุประสงค์อื่น ๆ นอกจากที่กล่าวมาแล้ว
 - ◆ ประสานงานการให้เงินชดเชยและ/หรือเงินที่ส่งผ่านกระทรวงสาธารณสุข ตามความเหมาะสม
 - ◆ เป็นผู้นำ, ชี้แนะ และควบคุมกำกับการเปลี่ยนสถานะภาพของโรงพยาบาลไปเป็น Autonomous Hospital
 - ◆ พัฒนาแผนระดับชาติในเรื่อง High-technology equipment และการลงทุนขนาดใหญ่ (รวมทั้งอาคาร) และนำแผนนี้มาใช้เพื่อออก "Certificates of need" สำหรับการลงทุนทรัพยากรที่มีมูลค่าสูง, ทั้งยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้ประสานที่สำคัญระหว่างรัฐ และเอกชนในโครงการเหล่านี้
 - ◆ สนับสนุนเงินและวางแผนพัฒนากิจกรรมหลักที่จำเป็นของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ รวมทั้งระบบบัญชี, บริหารการเงิน, ระบบการเก็บหลักฐานทางการบริการคลินิก, การบริหารระบบข้อมูลข่าวสารและระบบการบริหารบุคคล^๑ อาจจะจ้างผู้เชี่ยวชาญมาช่วยวางระบบ แต่ควรหลีกเลี่ยงคนที่คุ้นเคยกับการทำงานในระบบราชการ
 - ◆ ดำเนินการกิจกรรมควบคุมกำกับทั่วไปในเรื่องมาตรฐาน และเครื่องชี้วัดการดำเนินงาน
 - ◆ ออกใบอนุญาตประกอบกิจการโรงพยาบาล, ต่อใบอนุญาต หรือให้การรับรองคุณภาพ
- หมายเหตุ^๑ : ในระยะปรับเปลี่ยนรัฐจำเป็นต้องลงทุนงบประมาณในด้าน

A. เงินค่าจ้างพนักงานที่ไม่เคยมีอยู่เดิม

- B. การวางระบบสำหรับ โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ในระยะเริ่มต้น รวมถึง ระบบบัญชี, การเงิน
- C. ค่าใช้จ่ายในระบบโรงพยาบาล รวมถึง เครื่องมือที่จำเป็น
- D. ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การบริหารจัดการในระยะเริ่มต้น
- E. ค่าใช้จ่ายในการ management
- F. ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงโรงพยาบาลให้ได้คุณภาพมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขระบุ

H. ความรับผิดชอบของสาธารณชนต่อโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ PUBLIC COUNTABILITY OF AN AUTONOMOUS HOSPITAL

พ.ร.บ. การจัดตั้งองค์กรมหาชน ระบุไว้ว่า คณะกรรมการบริหารจะมีผลประโยชน์ทางธุรกิจในโรงพยาบาลไม่ได้ทั้งทางตรงหรือทางอ้อม ต้องไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคู่สัญญาของ โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ หรือดำเนิน กิจกรรมที่แข่งขันกับโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ

การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารต้องโปร่งใส, มีคุณธรรม โดยบัญญัติไว้ในพระราชกฤษฎีกา (ดูบทที่ III B) องค์ประกอบของคณะกรรมการยังประกอบด้วยผู้แทนชุมชนจำนวนหนึ่ง

เรื่องที่คณะกรรมการบริหารควรรายงานต่อกระทรวงสาธารณสุข และประกาศให้สาธารณชนทราบมีดังต่อไปนี้

GC. ควรรายงานต่อกระทรวงสาธารณสุข และประกาศให้สาธารณชนทราบ ในหัวข้อต่อไปนี้

- ◆ พันธกิจ, จุดมุ่งหมาย, วัตถุประสงค์, แผนงานบริการของโรงพยาบาล
- ◆ นโยบายเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย, คุณภาพการพยาบาล ความเท่าเทียมกันในการรักษาพยาบาล (ควรประกันต่อผู้ป่วยทุกคน)
- ◆ ประกาศนโยบายเกี่ยวกับค่าธรรมเนียม / อัตราค่าบริการของโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น การรักษาพยาบาลที่จำเป็นจะต้องให้บริการกับผู้ป่วยทุกคน โดยไม่คำนึงฐานะทางการเงิน
- ◆ รายงานฐานะทางการเงินประจำปีที่ได้ผ่านการรับรองแล้ว
- ◆ การดำเนินการของโรงพยาบาล และการประเมินผลงานเป็นทางการ

เพิ่มเติม :- GC. ควรจะ

- ชี้นำโรงพยาบาลไปในทิศทางที่มีการประสานงาน และร่วมมือกับชุมชนมากขึ้น
- จัดตั้งกลไกในการควบคุมและประเมินผลความพึงพอใจ และข้อร้องเรียนจากคนไข้ และชุมชน
- อุปถัมภ์การร่วมมือของโรงพยาบาล กับโรงพยาบาลรัฐอื่น ๆ หรือโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้การบริการที่ดี และเหมาะสมกับประชาชนในชุมชน
- ส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของและการสนับสนุนของชุมชน

VI การบริหารบุคลากร (Human Resources Management)

A. หลักการทั่วไป (General guidelines)

การบริหารบุคลากรเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุดสำหรับการจัดตั้งโรงพยาบาลในกำกับรัฐ

ประเด็นแรก คือ การเปลี่ยนตำแหน่งของพนักงานจากเดิมที่เคยเป็นข้าราชการพลเรือนไปสู่ตำแหน่งใหม่ในฐานะลูกจ้างของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ

ประเด็นที่ 2 คือ การกำหนดผลประโยชน์และเงินค่าตอบแทนตามระดับของงานที่ปฏิบัติ

กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่รับผิดชอบการเปลี่ยนแปลงไปสู่โรงพยาบาลในกำกับของรัฐจะต้องปรึกษาคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน และคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการในการกำหนดปัจจัยต่าง ๆ อย่างกว้าง ๆ เกี่ยวกับบุคลากรในโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ควรจะมีแนวทางในการปฏิบัติซึ่งรวมถึงคำจำกัดความของการว่าจ้างพนักงานในระดับต่างๆ แนวทางนี้ควรจะมีชัดเจนเพียงพอที่จะให้พนักงานได้ตัดสินใจว่าจะยอมรับการเป็นลูกจ้างในโรงพยาบาลหรือจะยังคงดำรงตำแหน่งเดิมคือยังเป็นข้าราชการพลเรือน

B. ระบบของพนักงานโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Autonomous Hospital Staff System)

1. คำจำกัดความของการว่าจ้าง (Term of Employments)

พนักงานของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐจะได้รับการจ้างเป็นพนักงานเต็มเวลา, ไม่เต็มเวลาหรือทำสัญญาว่าจ้างงานระยะสั้นกับโรงพยาบาลขึ้นกับนโยบายของโรงพยาบาล สัญญาแต่ละชนิดจะต้องกำหนดล่วงหน้าและมีการทบทวนสัญญาในช่วงเวลาที่เหมาะสม โดยคิดถึงความมั่นคงของพนักงานแต่ละคน และอัตรากำลังคนของโรงพยาบาลไปพร้อมกัน

2. อำนาจในการว่าจ้างและเลิกจ้าง (Power to hire and fire)

อำนาจในการว่าจ้าง และการเลิกจ้างจะเกิดขึ้นในระดับโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการบริหาร (GC) เป็นผู้คัดเลือก และแต่งตั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลโดยใช้ข้อตกลงที่ระบุลักษณะงาน และ/หรือสัญญาการปฏิบัติงานเพื่อเป็นพื้นฐานของการประเมินผลงานในอนาคต. ผู้อำนวยการเป็นผู้บรรจุแต่งตั้งพนักงานอื่น ๆ เป็นรายบุคคลหรือทำสัญญาเป็นกลุ่ม เพื่อจะได้ไม่ต้องกลับมาเจรจาบ่อย ๆ ทุกปี แต่สามารถปรับเปลี่ยนสัญญาได้ (ดูข้อ C) สำหรับตำแหน่งอาวุโส นั้น ผู้อำนวยการอาจจะใช้กรรมการแต่งตั้งในบางตำแหน่ง แต่การเลือกผู้ดำรงตำแหน่งระดับหัวหน้าฝ่ายเป็นหน้าที่ของผู้อำนวยการ เพื่อความต่อเนื่องของตำแหน่งระดับอาวุโส (Senior Management Positions)

3. การบรรจุและเลื่อนตำแหน่งพนักงาน

การเข้าสู่ตำแหน่งควรแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

- ◆ ผู้อำนวยการ และตำแหน่งระดับอาวุโสควรใช้ระบบเปิด และบรรจุในลักษณะพนักงานโรงพยาบาล⁶ ไม่ใช่ข้าราชการ คณะกรรมการบริหารเป็นผู้รับรอง การบรรจุและแต่งตั้งตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
- ◆ สำหรับตำแหน่งอื่น ๆ ผู้อำนวยการเป็นผู้คัดเลือก และแต่งตั้ง

การเลื่อนตำแหน่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพนักงานทุกคน จำเป็นต้องยึดความโปร่งใส และเป็นธรรม และมีโอกาสในการเลื่อนตำแหน่งเท่าเทียมกันทั้งนี้ขึ้นกับลักษณะของงาน

โดยปกติแล้ว การเลื่อนตำแหน่งจะเริ่มต้น และดำเนินการโดยโรงพยาบาลที่มีตำแหน่งว่าง แต่อย่างไรก็ตามอาจดำเนินการร่วมกันที่ส่วนกลางหรือจัดเป็นกลุ่มโรงพยาบาลก็ได้ ถ้าเป็นความต้องการของแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลในโครงการการนำร่องต้องนำระบบใหม่นี้มาใช้ทันทีที่เปลี่ยนระบบ แต่อาจค่อยเป็นค่อยไปเนื่องจากยังมีประสบการณ์น้อย

เพื่อที่จะรักษาความยุติธรรม และมาตรฐาน จึงต้องมีการกำหนดรายละเอียดของระเบียบข้อบังคับว่าด้วยการบรรจุและเลื่อนตำแหน่ง ถ้าตำแหน่งว่างนั้นเปิดสำหรับผู้สมัครจากภายนอกโรงพยาบาล ต้องมีกรรมการ "Promotion Boards" สำหรับตำแหน่งที่เป็นตำแหน่งระดับสูง ต้องมีตัวแทนของคณะกรรมการบริหาร (GC) และผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกมาร่วมด้วย การเลือกตำแหน่งของพนักงานควรดูจากความสามารถมากกว่าระบบอาวุโส นอกจากนั้นคณะกรรมการบริหารต้องเปิดโอกาสให้พนักงานมีสิทธิร้องเรียน ขักถามข้อสงสัยในการบรรจุและเลื่อนตำแหน่ง

เพื่อความสะดวกในการบริหารงาน ควรแต่งตั้งผู้รักษาการตำแหน่งว่างจากบุคลากรในโรงพยาบาลนั้น ๆ แต่ไม่ควรรักษาการนานกว่า 2 - 3 เดือน

C. การประเมินผลงาน (Staff evaluation and performance appraisal) SEPA

วัตถุประสงค์สำคัญของการประเมินพนักงานและผลงาน คือ

1. สร้างสภาพแวดล้อมในการทำงาน ให้มีแรงจูงใจเพื่อให้พนักงานปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ
2. สนับสนุนการทำงานเป็นทีมของพนักงาน
3. การให้ค่าตอบแทนที่เป็นธรรม (เงินเดือน, สวัสดิการ) ในแต่ละคน ตามความสามารถโดยพิจารณาจากผลงาน
4. การต่อสัญญาการว่าจ้าง และปรับเปลี่ยนสัญญาเป็นไปอย่างยุติธรรม

การประเมินแบบ SEPA เป็นลักษณะสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลในกำกับของรัฐแตกต่างจากโรงพยาบาลทั่วไป เพราะเชื่อว่าจะช่วยกระตุ้นให้พนักงานทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และทำให้ SEPA ยังคงอยู่ตลอดไปได้ โดยการปฏิบัติจนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กร นอกจากนั้นต้องนำ SEPA มาใช้เพื่อกระตุ้นการทำงานเป็นทีม เพื่อให้ผลงานโดยรวมของโรงพยาบาลดีขึ้น อย่างไรก็ตามเหตุผล 2 ข้อนี้ ก็อาจจะ

⁶หมายเหตุ : ตำแหน่งผู้บริหารอาวุโสในระยะเริ่มแรกในแต่งตั้งจากผู้บริหารชุดเดิมต่อไปภายหลังจากเปิดรับสมัคร

ยังไม่ทำให้พนักงานสนใจจึงต้องนำมาเชื่อมโยงกับผลประโยชน์ของทุกคน คือ ระบุว่าพนักงานจะได้รับผลประโยชน์ตอบแทนมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับผลงานของโรงพยาบาล นอกจากนั้นยังต้องเชื่อมโยงกับความมั่นคงของหน้าที่การงาน ในทางปฏิบัติจริง ๆ แล้ว ระบบนี้จะได้ดีก็ต่อเมื่อนำมาใช้เป็นเงื่อนไขของการต่อสัญญาของพนักงานแต่ละคน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งเป็นองค์กรอิสระของกระทรวงสาธารณสุขมีประสบการณ์ในการนำระบบ "rolling contract" มาใช้กับการต่อสัญญาหมายถึงว่า พนักงานแต่ละคนจะถูกประเมินผลงานประจำปีจากผู้ร่วมงาน และนำผลการประเมินมาใช้ในการต่อสัญญาเป็นระยะอาจเป็น 1, 3 หรือ 5 ปี ดังนั้นระยะเวลาการทำสัญญา จะแตกต่างกันในแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับระดับของผลงาน นอกจากวัตถุประสงค์หลักที่กล่าวมาข้างต้น ยังมีวัตถุประสงค์อื่น ๆ อีกดังนี้

- เพื่อให้วัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลและของพนักงานเดินไปทิศทางเดียวกัน
- เพื่อเป็นเครื่องมือแก้ปัญหาผลงาน
- เพื่อกระตุ้นการพัฒนาตนเองให้เหมาะกับงานในหน้าที่
- เพื่อเป็นตัวเชื่อมระหว่างความก้าวหน้าในวิชาชีพ และการวางแผน
- เพื่อประเมินผลการฝึกอบรม
- เพื่อใช้หาความต้องการของการฝึกอบรม (training needs)
- ใช้พัฒนาพนักงานเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งในอนาคต

พนักงานทุกระดับ จาก CEO จนถึง พนักงานระดับปฏิบัติการ จะต้องมีการประเมินประจำปี ควรวางระบบประเมินผล ตามหลักการต่อไปนี้ domains(ขอบเขต) criteria(เกณฑ์) และวิธีการประเมินผล

- พนักงานที่มีลักษณะเฉพาะ :- ขอบเขตของการประเมินผลคือ การวัดผลการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย เช่น วัดผลงานคล้ายแพทย์จากจำนวนการผ่าตัด, งานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปวัดจากจำนวนคนไข้นอกต่อเดือน นอกจากประเมินด้วยปริมาณงานแล้วยังต้องประเมินคุณภาพงานจากเพื่อนร่วมงาน (Peer rating) และผลข้างเคียง เช่น อัตราการตาย, ความพึงพอใจของผู้ป่วย, การเกิดภาวะแทรกซ้อน ฯลฯ คำชมเชยก็เป็นสิ่งที่ใช้ในการประเมินได้ดีในหลาย ๆ กรณี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสื่อสารกับผู้ป่วย เช่น คนไข้เล่าว่าวิธีการพูดของคุณดีพอควรอ่อนโยน, จริงใจ พูดเข้าใจง่าย ฯลฯ นอกจากประเมินผลงานในหน้าที่แล้ว จะต้องนำกิจกรรมอื่นมาประเมินด้วย เช่น กิจกรรมวิชาการ, การทำงานส่วนรวม เช่น จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการ เป็นต้น

- เกณฑ์การประเมิน (Criteria)

ต้องมีเกณฑ์การประเมินว่าเป็นไปตามมาตรฐานหรือความคาดหวังของโรงพยาบาลหรือไม่ การวัดมาตรฐานมีหลายวิธี เช่น ความสมบูรณ์แบบ คือ งานที่ปฏิบัติต้องไม่มีความผิดพลาด เพราะงานบางอย่างผิดพลาดไม่ได้ เช่น การผ่าตัดสมอง, การเก็บวัตถุอันตราย, การรักษาความปลอดภัย ฯลฯ แต่ในความเป็นจริงแล้วเป็นไปได้ยากที่จะไม่มีข้อผิดพลาดเลย และยังไม่สามารถแยก "ปฏิบัติงานดีเลิศ" ออกจาก "ปฏิบัติงานดี" ได้จริง ๆ ดังนั้นในทางปฏิบัติแล้ว "มาตรฐานการทำงานที่สมบูรณ์แบบ" ควรประยุกต์ใช้เฉพาะที่ต้องการ

จริง ๆ แต่ในการทำงานทั่วไปแล้วอาจใช้เป้าหมายเป็นมาตรฐาน และปรับเปลี่ยนได้ เมื่อความคาดหวังในงานนั้นเปลี่ยนไป

- เมื่อไรที่มีการกำหนด Domains, criteria จะต้องมีการกำหนดวิธีการของ SEPA ซึ่งรวมถึงการเก็บข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูลและการมอบหมายงานให้ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ การออกแบบวิธีการเก็บข้อมูล ควรมีจุดมุ่งหมาย เพื่อดูความน่าเชื่อถือของข้อมูลมากกว่าการวัดจำนวน เพราะในบางครั้งการใช้คำอธิบายจะมีความหมาย และมีประโยชน์กว่าจำนวนตัวเลข ควรมีผู้ตรวจสอบให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้มามีคุณค่าคุ้มกับเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ถ้าทำได้เช่นนี้แสดงว่ามีโอกาสเข้าสู่มาตรฐานแล้วอย่างน้อย 75% การตัดสินใจในการประเมินระดับผลงานของพนักงานแต่ละคน ควรทำโดย Peer Reviewer ซึ่งประกอบด้วย supervisor (หัวหน้าแผนก), ตัวแทนของพนักงานที่ถูกตรวจสอบและพนักงานอื่นในแผนกเดียวกัน

ในความเป็นจริง การให้บริการของโรงพยาบาลประกอบด้วยผลงานมากมายหลายชนิด ดังนั้น การปรับปรุงผลงานจึงเป็นกระบวนการที่ไม่สิ้นสุด และควรให้คนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนแสดงความคิดเห็นต่อวิธีการเลือก Domains, criteria และ methods for performance appraisal ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญยืนยันว่าการมีส่วนร่วมของพนักงานในการประเมินผลงาน ทำให้เป็นที่ยอมรับของพนักงาน และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย ที่สุด การที่พนักงานเก็บข้อมูลเองนั้นไม่เพียงแต่จะเป็นการประหยัดเวลาของผู้ควบคุม แต่ยังพ้นจากการถูกกล่าวหาว่าข้อมูลไม่ถูกต้อง นอกจากนั้นการที่พนักงานมาเป็นหนึ่งในคณะผู้ประเมิน (Peer group reviewing) ทำให้ลดความรู้สึกที่ว่า CEO และทีมบริหารมีอำนาจมากเกินไป

การนำระบบนี้มาใช้ จำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีสิทธิพิเศษ โดยการจัดหน่วยพนักงานสัมพันธ์ (Staff relation function) ขึ้นมาทำหน้าที่รับผิดชอบ

ในระบบ Hospital Autonomy การทำงานของ CEO มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อผลสำเร็จของโรงพยาบาล จึงต้องกล่าวถึงการประเมินในเชิงลึก และการวิเคราะห์การทำงานของ CEO ไว้ ณ ที่นี้

เริ่มด้วยระยะเปลี่ยนแปลงระบบของโรงพยาบาล ซึ่ง CEO ต้องรับผิดชอบในการจัดระบบงานใหม่ ดังนี้

- ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข, ผู้เชี่ยวชาญหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดระบบต่าง ๆ คือ ระบบบัญชี การบริหารบุคลากร และการฝึกอบรม, การบริหารการเงิน, ระบบข้อมูลข่าวสาร, การจัดงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลการควบคุมกำกับและการประเมินผล เริ่มตั้งแต่เดือนแรกเป็นต้นไป
- ช่วยเหลือคณะกรรมการบริหารในการสร้างวิสัยทัศน์, พันธกิจ และนโยบายของโรงพยาบาล
- สร้างแผนกลยุทธ์, จัดงบประมาณ, และวางแผนปฏิบัติการ ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์, พันธกิจ และนโยบายของโรงพยาบาล ภายในเวลา 4 เดือน
- สร้างทีมบริหารโรงพยาบาล (Hospital Management) ภายในเดือนแรก
- สร้างกฎเกณฑ์ และระเบียบปฏิบัติสำหรับบริหารจัดการภายใน (Internal Management) เสนอคณะกรรมการบริหารรับรองในเดือนที่ 9

- ร่วมมือกับคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนและกระทรวงสาธารณสุขในการเปลี่ยนสถานะของบุคลากรภายในเดือนที่ 4
- สื่อสารทำความเข้าใจกับบุคลากรในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อที่จะช่วยสนับสนุนระบบ hospital Autonomy ใน 1 ปีแรก
- ร่วมกับ GC ในการวางโครงสร้างขององค์กร
- รายงานผลงานการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลต่อ GC เป็นรายปี

เมื่อใช้ระบบ Hospital Automy เต็มที่แล้ว คาดว่า CEO ควรเป็นดังนี้

- การประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติงานประจำปี, ตามแผนงบประมาณ
- การปรับพันธกิจ, แผนงาน, งบประมาณและแผนการปฏิบัติงานประจำปี เพื่อให้ GC รับรอง
- วางระบบ ควบคุมกำกับและพัฒนาระบบการทำงาน
- ร่วมมือกับ GC ปรับปรุงกฎและการควบคุมสำหรับการจัดการภายใน
- ชี้นำทีมบริหารโรงพยาบาลให้เดินไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

ตารางต่อไปนี้นำถึง domains, criteria, and methods และคนที่ทำหน้าที่ประเมินและพิจารณาผลงานของ CEO ระหว่างช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงและช่วงที่มีการส่งเสริมการเป็นอิสระของโรงพยาบาลตามลำดับ

Table 2 : CEO Performance Appraisal Guidelines

Domains	Criteria	Methods	Responsible Persons
ระยะการเปลี่ยนแปลง			
- การพัฒนาระบบการทำงาน - การวางแผนงาน - การสร้างทีม - การเปลี่ยนแปลงสถานะของบุคลากร - วางโครงสร้างขององค์กร - หาเสียงสนับสนุนจากพนักงาน และชุมชน	- มีผลงานต่อไปภายในเวลาที่กำหนด - ประกาศพันธะสัญญา (Commitment) ของ CEO ในการพัฒนาระบบงาน - มีแผนกลยุทธ์ แผนงบประมาณ และแผนปฏิบัติการ ที่ชัดเจน, เป็นไปได้ - มีทีมบริหาร - มีบุคลากรที่เปลี่ยนสถานะภาพใหม่	- สัมภาษณ์ความคิดเห็นของพนักงานและ SODA ที่มีต่อ Commitment ของ CEO - GC อนุมัติแผนงาน - GC ประเมินทีม - ข้อเสนอของคณะกรรมการรัฐมนตรีเรื่องสถานะภาพของบุคลากร - Peer review ของโครงสร้างองค์กร	GC & SODA

	- โครงสร้างขององค์กรที่ก่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ - พนักงานและสมาชิกในชุมชนอย่างน้อย 60% ช่วยสนับสนุนโรงพยาบาลในระบบใหม่	- สำรวจความคิดเห็นของพนักงานและชุมชน	
Domains	Criteria	Methods	Responsible Persons
Full implementation phase			
- ความสำเร็จโดยรวมของโรงพยาบาล - การวางแผน - การพัฒนาระบบงาน - ปรับปรุงกฎระเบียบให้ทันสมัย - ชี้นำทีมบริหารโรงพยาบาล	- ร้อยละผลงานที่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ - มีแผนกลยุทธ์, แผนงบประมาณและแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน - มีระบบงานใหม่หรือเปลี่ยนแปลงปรับปรุงให้เหมาะสมกับความต้องการของโรงพยาบาล - มีกฎและระเบียบที่ทันสมัยเหมาะสมกับความต้องการของโรงพยาบาล - % hospital management และพนักงานซึ่งเข้าใจชัดเจนและรู้จักตระหนักถึงเป้าหมายทิศทางของโรงพยาบาล	- การทบทวนรายงานประจำปี - GC รับรองแผนงาน - Hospital management และ staff ประเมินระบบงาน, กฎ, ข้อบังคับต่าง ๆ ของโรงพยาบาล - สำรวจ Hospital management และ staff ดูความเข้าใจและรู้จักตระหนักต่อเป้าหมาย, ทิศทางของโรงพยาบาล	GC

1. Posting and transfers

ตามหลักการพื้นฐาน, การโยกย้ายบุคคลภายในและระหว่างโรงพยาบาลสามารถทำได้ถ้าพนักงานต้องการหรือเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล พนักงานทุกคนมีสิทธิในการขอย้ายหรือไปทำงานในโรงพยาบาลในกำกับของรัฐใดก็ได้ ขึ้นอยู่กับสัญญาว่าจ้าง "Term of Employment" หรือจะไปทำงานที่หน่วยงานอื่นของรัฐบาลก็ได้ แต่ถ้าต้องการย้ายกลับมาเป็นข้าราชการพลเรือนต้องปฏิบัติตามกฎของข้าราชการพลเรือนและพระราชบัญญัติองค์การมหาชน

การเข้าสู่ตำแหน่งและการโยกย้าย ด้วยจุดประสงค์เพื่อความก้าวหน้าในอาชีพ ควรริเริ่มโดย Management หลังจากที่รู้ความต้องการของพนักงาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละคนว่าจะยอมรับตำแหน่งนั้นหรือไม่ พนักงานเอง อาจขอย้ายตามความต้องการของตนเองได้ เช่น เพื่อความก้าวหน้า, เปลี่ยนที่อยู่

ถ้ามีตำแหน่งว่างและจำเป็น พนักงานสามารถขอย้ายภายในโรงพยาบาล ถ้าหัวหน้าฝ่ายยินยอมโดยมี ผู้อำนวยการเป็นผู้อนุมัติ

2. นโยบายด้านระเบียบวินัย (Application of Discipline Policies)

ระเบียบต่าง ๆ ที่ คณะกรรมการบริหาร (GC) ตั้งขึ้น ควรใช้ได้เท่าเทียมกันทั้งในพนักงานของโรงพยาบาล และข้าราชการที่มาช่วยราชการ (Seconded staff) สำหรับในระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบของโรงพยาบาล จะยังคงมีข้าราชการพลเรือนเดิมดิวเหลืออยู่ซึ่ง อาจทำให้เกิดความยุ่งยากสับสน เพราะมีพนักงานหลายคนทำงานอยู่ด้วยกัน แต่ใช้ระเบียบต่างกัน อาจทำให้เกิดปัญหาในการจัดการและการดูแล ในกรณีเช่นนี้จะต้องมีการจัดตั้งระเบียบใหม่ขึ้น คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล และกระทรวงสาธารณสุขจะต้องตระหนักในปัญหานี้ และพยายามให้มีความแตกต่างกันระหว่างนโยบายทั้งหลายให้น้อยที่สุด

พนักงานที่เป็นข้าราชการพลเรือน จะต้องเคารพระเบียบปลีกย่อย กฎเกณฑ์, ข้อบังคับที่ตั้งขึ้นโดย GC เช่นเดียวกับกฎข้าราชการพลเรือนที่มีอยู่เดิม สำหรับประสิทธิภาพของการทำงาน และผลทางกฎหมายเป็นเรื่องที่กำลังหาทางออก คาดกันว่ารัฐบาลจะออกระเบียบอย่างไม่เป็นทางการให้โรงพยาบาลปฏิบัติ เป็นการเฉพาะส่วนพนักงานที่เป็นข้าราชการเดิมตัวให้ใช้ระเบียบข้าราชการพลเรือนต่อไป รวมทั้งการตอบแทนความดี ความชอบ และการลงโทษ

เนื่องจากโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ มีความเป็นอิสระจึงจำเป็นต้องกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นธรรมและต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ที่สำคัญคือ ต้องมีช่องให้พนักงานยื่นร้องเรียนต่อ GC ได้ ส่วนพนักงานเป็นข้าราชการพลเรือนยังคงมีสิทธิร้องเรียนต่อรัฐบาล แต่ยึดหลักการที่ว่าพนักงาน ต้องไม่ถูกลงโทษซ้ำซ้อนในความผิดเดียวกัน

เพื่อความคล่องตัวในการบริหารควรให้ผู้อำนวยการมีสิทธิเลิกจ้างพนักงานประเภทที่ลาออกจากราชการชั่วคราวได้ถ้ามีเหตุผลสมควร

3. การฝึกอบรม และโอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพ (Training and career development opportunities)

พนักงานทุกคนมีโอกาสได้รับการฝึกอบรมจากโรงพยาบาลโดยเท่าเทียมกันขึ้นกับลักษณะงานที่ปฏิบัติ หน่วยงานที่รับผิดชอบการดูแลการเปลี่ยนสถานะของโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรม, หากกลยุทธ์ในการพัฒนาและอบรมพนักงาน หาแหล่งทุน, ตรวจสอบมาตรฐานและประเมินผล CEO มีอำนาจในการอนุมัติการฝึกอบรมทั้งด้านวิชาชีพเฉพาะทางและการจัดการทั่วไป ตามความต้องการของโรงพยาบาล โดยตั้งกรรมการขึ้นมาดูแลการฝึกอบรมทุกชนิด

การฝึกอบรมที่เพิ่มขึ้นนี้ต้องการทรัพยากรสนับสนุนเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Training needs ที่เกิดจากการเปลี่ยนสถานะภาพของโรงพยาบาล ถือว่าเป็นเรื่องสำคัญกระทรวงสาธารณสุข และรัฐบาลต้องเปิดโอกาสให้ได้ ดังนั้นโรงพยาบาล และกระทรวงสาธารณสุขต้องเตรียมงบประมาณการฝึกอบรม และหลักสูตรร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น

การเลือกคนเพื่อเข้ารับการฝึกอบรม ทั้งในประเทศหรือต่างประเทศ จะต้องขึ้นกับความต้องการ และความเหมาะสม, ความสนใจ, การปฏิบัติงานและความสามารถในการพัฒนา และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และหน้าที่ที่ปฏิบัติ พนักงานทุกคนจะต้องมีโอกาสเท่าเทียมกัน แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ

ได้มีการประเมินกิจกรรมการฝึกอบรมในโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง ภายใต้ Health Management and Financing Study Project โดยมีจุดประสงค์ คือ

1. รวบรวมความเห็นจาก hospital CEO ในเรื่อง training needs ที่ควรเตรียมสำหรับการบริหารจัดการของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ
2. รวบรวมข้อเสนอแนะสำหรับการฝึกอบรมของพนักงานโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ

พบว่าทักษะที่ต้องการสำหรับการบริหารจัดการโรงพยาบาลในกำกับของรัฐสรุปตามตาราง ดังนี้

Table 3 : Skills Required for Management of an Autonomous Hospital

Core topics	Hospital Director	Middle management	Operational back Office staff	Operational front Office staff
Planning, vision formulation	Problem solving	Comprehension		
Personnel management	Comprehension	Problem solving		
Financial management	Comprehension	Comprehension	Problem solving	
Performance audit	Comprehension	Problem solving	Problem solving	Comprehension
Contract formulation	Comprehension	Comprehension	Problem solving	Comprehension
HMIS	Comprehension	Comprehension	Problem solving	Comprehension
Communication skills, conflict Resolution	Problem solving	Problem solving	Comprehension	Problem solving
Health system, public health Concepts, health services system	Comprehension	Comprehension	Comprehension	Comprehension
Marketing	Comprehension	Comprehension	Comprehension	Comprehension
Decision making	Problem solving	Problem solving	Comprehension	Comprehension
Service concept	Comprehension	Comprehension	Comprehension	Comprehension
Special topics for hospital Management, e.g., pharmacy,	Comprehension	Problem solving		Problem solving

Infection control, nursing				
----------------------------	--	--	--	--

มีข้อเสนอแนะ เรื่องฝึกรอบรม ดังนี้

- กระทรวงสาธารณสุขควรตั้งหน่วยงานพิเศษ เพื่อดูแลกระบวนการฝึกรอบรมสำหรับบุคลากรทุกระดับ รวมถึงการพัฒนาหลักสูตรการฝึกรอบรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักสูตรการบริหารโรงพยาบาล
- ในช่วงแรกของการจัดตั้งระบบโรงพยาบาลในกำกับของรัฐจะต้องจัดการฝึกรอบรมอย่างเป็นทางการ สำหรับผู้บริหารระดับสูงและระดับกลาง โดยกำหนดหัวข้ออบรมดังตารางที่ 3 (เป็นอย่างน้อย) สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน และระบบบัญชีจะต้องมีการฝึกรอบรมใหม่ในระบบบัญชีธุรกิจและเครื่องมือการบริหารการเงิน เช่น บัญชีต้นทุน, (cost accounting) accrual-based accounting, cash flow analysis

ในระยะยาว ควรมีกิจกรรมการฝึกรอบรมอย่างเป็นระบบสำหรับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกระดับแบบเดียวกับที่ทำใน Hong Kong โดยได้รับการสนับสนุนในด้านนโยบายและเงินสนับสนุน

4. การจ่ายค่าตอบแทน (Remuneration)

การจ่ายค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล มี 3 แบบ

1. เงินค่าจ้างตามสัญญาหรือเงินเดือน
2. เงินค่าล่วงเวลา หรือเงินพิเศษเฉพาะวิชาชีพ
3. สวัสดิการ

หลักการสำคัญของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ คือ มีอำนาจในการกำหนดอัตราค่าตอบแทน ภายใต้กรอบนโยบายของรัฐบาล (national framework)

ในกรอบนโยบายควรจะให้โรงพยาบาล มีอำนาจในการปรับเปลี่ยนอัตราจ้างตามความต้องการของท้องถิ่น, การขาดแคลน Professional staff และสถานะการเงินของโรงพยาบาล

คณะกรรมการบริหารควรจัดตั้งระบบซึ่งมีความมุ่งหมายเพื่อ

- เพิ่มคุณภาพของการบริการและผลงานของโรงพยาบาล
- รักษา professional staff ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมไว้ในระบบ
- เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นระบบค่าตอบแทนที่มีคุณธรรมและตั้งอยู่บนพื้นฐานของผลงานที่ได้ปฏิบัติ

5. เงินเดือนและค่าจ้าง (Salaries and wages)

เพราะการประเมินผลงานเป็นหลักสำคัญในการจ่ายงบประมาณให้แก่โรงพยาบาล การจ่ายเงินให้พนักงานแต่ละคนก็ใช้หลักการเดียวกัน ความหมายก็คือการจ่ายค่าตอบแทนในรูปของเงินเดือนและค่าจ้างจะ

ขึ้นอยู่กับรายได้ทั้งหมดของโรงพยาบาล หลักการอื่น ๆ ที่ควรพิจารณา ก็คือ การใช้ค่าตอบแทนเป็นเครื่องมือสำหรับจ้างพนักงานที่มีคุณภาพและผลงาน เปรียบเสมือนการกำหนดค่าจ้างของพนักงานตามความต้องการของตลาด

ตามหลักการที่ได้กล่าวมาแล้ว การจ่ายเงินให้กับพนักงานแต่ละประเภทก็ใช้วิธีการแตกต่างกันไป แพทย์ก็จะจ่ายตามเงินเดือนขั้นต่ำและปรับตามการทำงานและคุณภาพงาน เงินเดือนขั้นต้นจะต้องครอบคลุมผลงานขั้นต่ำ (Minimum work load) ของแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขา ค่าจ้างจะมีการปรับเปลี่ยนไปตามความยากง่ายและคุณภาพของงานของแต่ละคน โดยจะมีการกำหนดเพดานขั้นต่ำ แต่ในขณะเดียวกันควรกำหนดเพดานสูงสุดที่ควรจะได้รับได้ด้วย เพื่อป้องกันไม่ให้งานมากเกินไปจนไม่สามารถรักษาคุณภาพของการบริการไว้ได้ สำหรับหัวหน้าฝ่าย (Manager) จะได้เงินเดือนและค่าตอบแทนพิเศษซึ่งคิดเป็นเปอร์เซ็นต์จากเงินเหลือใช้ของโรงพยาบาล ในทำนองเดียวกัน professional staff & support staff ก็จะได้รับค่าตอบแทนพิเศษเช่นเดียวกับ manager แต่คิดเป็นร้อยละแตกต่างกัน โครงสร้างเงินเดือนจะเป็นดังต่อไปนี้

1. พนักงานแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

- 1.1 ตำแหน่งผู้บริหาร (CEO and manager)
- 1.2 ตำแหน่งวิชาการและวิชาชีพ (Professional)
- 1.3 งานสนับสนุน (Support)

พนักงานในแต่ละประเภทจะมีการแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ๆ ค่าจำกัดความของแต่ละกลุ่มย่อยควรจะเป็นแบบที่ใช้ทั่วไป เพื่อให้สามารถอ้างอิงกับระบบข้าราชการพลเรือนและโรงพยาบาลอื่น ๆ

2. ในแต่ละกลุ่ม GC สามารถที่จะกำหนดอัตราค่าตอบแทนตามโครงสร้างที่กระทรวงสาธารณสุข และ CSC วางไว้

ตารางต่อไปนี้เป็นตัวอย่างของอัตราค่าตอบแทน

Table 4 : Schematic representation of a flexible pay scal

Major category	Subcategory		Band	Range
Management	CEO		12	
	Manager	Senior	11	
		Middle	10	
Professional	PhD		9	
			8	
	Master		7	
			6	
	Bachelor		5	
			4	

Support	Skilled Workers		3	
	Semi - Skilled		2	
	Labor		1	

การเปลี่ยนจากข้าราชการพลเรือนเป็นพนักงานของโรงพยาบาล ควรจะมีการจ่ายเงินเดือน ที่สูงพอ เพื่อให้พนักงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสมยอมเข้าสู่ระบบการเป็นพนักงานของโรงพยาบาล การเปลี่ยนสถานะของพนักงานแต่ละคนจะเป็นไปตามกระบวนการดังนี้

1. การตัดสินใจของ CEO และผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล
2. กำหนดคุณสมบัติเฉพาะและอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ
3. การปรับอัตราค่าจ้างให้สูงกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำขึ้นอยู่กับ
 - a. ประสบการณ์ (จำนวนปีการทำงานในหน้าที่)
 - b. ความยากง่ายและผลงานที่เคยทำในอดีต
 - c. ลักษณะการทำงานที่ระบุไว้ในสัญญา (terms of reference)

รายละเอียดของวิธีการปรับเปลี่ยนนั้น GC เป็นผู้กำหนด ด้วยความช่วยเหลือจากกระทรวงสาธารณสุข

6. สวัสดิการ (Fringe Benefits)

สวัสดิการที่ให้กับลูกจ้างเป็นกลไก เพื่อ

1. สร้างความมั่นคงให้กับพนักงาน (บำนาญ, ค่ารักษาพยาบาล, เงินทดแทนเมื่อถึงแก่กรรมในหน้าที่, ทดแทนความพิการ ฯลฯ)
2. เพิ่มรายได้หรือลดรายจ่าย
3. เป็นการกระตุ้นให้เกิดผลงาน

สวัสดิการจะมีทั้งในรูปของสิ่งของและเงิน การตอบแทนในรูปของสิ่งของจะต้องคำนวณเป็นค่าของเงินสดและคิดรวมเงินเพิ่มพิเศษของแต่ละคน, กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบและอำนาจในการให้สวัสดิการแก่พนักงานจากงบประมาณของตนเอง ดังที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติการจัดตั้งองค์กรมหาชน โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ อาจจัดระบบสวัสดิการของตนเองหรือทำสัญญากับองค์กรอื่นก็ได้แนะนำว่าควรมีการให้เงินอุดหนุนหรือช่วยจ่ายเป็นบางส่วน(Co-payment) จากผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ร่วมกันเพื่อให้สามารถจัดสวัสดิการได้ตามความเหมาะสม

สวัสดิการที่จำเป็นต้องจัดให้ได้แก่ เงินชดเชย, เมื่อถึงแก่กรรมในหน้าที่, ทดแทนความพิการ, ทดแทนการออกจากงานเพราะป่วย, ค่าประกัน แต่สวัสดิการอีกประเภทบางอย่างพนักงานอาจเลือกเองว่าต้องการหรือไม่

เช่น ค่าเช่าบ้าน, ค่าเล่าเรียนบุตร, ค่าเดินทาง, ค่าฝึกอบรม, เครื่องแบบ ฯลฯ ขึ้นกับความจำเป็น และหน้าที่ การงาน ส่วนค่ารักษาพยาบาล และเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ควรมีการทำความตกลงให้ใช้หลักการเดียวกับ ข้าราชการพลเรือน

D. กลไกเปลี่ยนแปลงระบบ (Transformation Mechanisms)

1. การเปลี่ยนสถานะของบุคลากร (Personnel-transformation strategy)

ในระหว่างที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบ โรงพยาบาลต้องทบทวน และจัดโครงสร้างองค์กรใหม่ การ จัดสรรบุคลากร เพื่อบรรจุลงตำแหน่งต่าง ๆ ดังกล่าว ควรมีขั้นตอนดังนี้

- 1.1 บรรจุตำแหน่งบริหาร และพนักงานในตำแหน่งสำคัญให้มากที่สุด เป็นลำดับแรก
- 1.2 พนักงานกลุ่มนี้จะเป็นแกนนำ ในการคัดเลือกและบรรจุข้าราชการที่สมัครมาปฏิบัติงาน ในฐานะพนักงานของโรงพยาบาล โดยการทำ ความตกลงเรื่องสัญญาว่าจ้าง (Term of reference) และค่าตอบแทน ต่อจากนั้นจึงพิจารณาบรรจุข้าราชการกลุ่มที่ลาออกจาก ข้าราชการชั่วคราว
- 1.3 เมื่อพิจารณาบรรจุกลุ่มที่ 2 เรียบร้อยแล้ว และยังมีตำแหน่งว่าง จึงบรรจุข้าราชการ (ที่ยัง ไม่ลาออกจากราชการ) ในตำแหน่งที่เหมาะสม โดยที่ระดับความรับผิดชอบไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่เดิม
- 1.4 การบรรจุบุคคลภายนอก และผู้ที่ลาออกชั่วคราวจากโรงพยาบาลอื่น ต้องพิจารณาด้วยความระมัดระวัง เพื่อไม่ให้มีพนักงานมากเกินไป

2. ปัญหาที่เกิดจากมีพนักงานหลายแบบ (Problems arising from a mixed staff)

2.1 Situation and Proposed Solutions

ถึงแม้ว่าค่าตอบแทนจากระบบของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐจะน่าสนใจ แต่ข้าราชการบางคนอาจจะเลือกการคงสภาพเป็นข้าราชการเหมือนเดิม ดังนั้นโรงพยาบาลจะต้องเผชิญกับปัญหาเรื่องที่มีพนักงานหลายประเภทอยู่ร่วมกัน คือ

- a) พนักงานของโรงพยาบาล
- b) พนักงานที่ลาออกจากราชการชั่วคราว
- c) พนักงานที่คงสภาพเป็นข้าราชการพลเรือน สภาพแบบนี้อาจยังคงอยู่อีกหลายปีแต่ไม่ควรให้เกิน 4 ปี

2.2 ปัญหาที่จะเกิดขึ้น คือ ความไม่เท่าเทียมกันของพนักงานทั้ง 3 กลุ่ม พนักงานอาจกลัวว่าตนเองจะถูกเลิกปฏิบัติ ทางแก้ปัญหาก็คือ กระตุ้นให้พนักงานทั้งหมดปรับเปลี่ยนไปเป็นพนักงานของโรงพยาบาล โดยวิธีที่นุ่มนวลเท่าที่จะทำได้ ถ้าบางคนยังอยากคงสถานะเดิม ก็ต้องให้ความเที่ยงธรรมเท่าเทียมกันตามลักษณะของงานที่รับผิดชอบ

เมื่อเงินเดือนและอื่น ๆ เพิ่มขึ้น สำหรับกลุ่ม C ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องมีข้อตกลงกับหัวหน้าฝ่ายต่าง ๆ ว่า ผู้อำนวยการต้องมีอำนาจในการตัดสินใจย้ายพนักงานกลุ่ม C กลับไปต้นสังกัดเดิม เมื่อไรก็ได้

2.3 เพื่อให้พนักงานมั่นใจว่ามีความเที่ยงธรรม คณะกรรมการบริหาร จึงต้องมีแนวทางการปฏิบัติโดยละเอียดในเรื่องสำคัญทุกเรื่อง

แม้จะยึดหลักการปฏิบัติด้วยความเที่ยงธรรม ก็ยังอาจมีปัญหาก็แก้ไม่ได้ในบางเรื่อง เช่น

- a) การบังคับบัญชาและการสั่งการของ CEO ต่อข้าราชการ
- b) การให้รางวัลและการลงโทษของผู้บริหารต่อข้าราชการ อาจมีขอบเขตจำกัด เพราะมีกฎระเบียบข้าราชการพลเรือนอยู่ก่อน
- c) ข้าราชการอาจปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรมใหม่ได้ยาก

3. ระบบการร้องทุกข์ของพนักงาน (Staff Consultative Mechanisms/Systems)

ดูเหมือนว่าจะมีปัญหาหลายอย่างเกิดขึ้นในสภาพที่มีพนักงานหลายสถานะ โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีระบบการให้คำปรึกษา (Consultative mechanisms) เกิดขึ้น ไม่ใช่เพื่อพนักงานโรงพยาบาลเท่านั้น แต่รวมถึงพนักงานที่ช่วยราชการ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ควรร่วมกันจัดตั้งกลไกขึ้น

ในระดับโรงพยาบาล ควรตั้ง Personnel Committee ประกอบด้วยฝ่ายบริหาร คือตัวแทนของ GC, CEO และ Key senior officers ของโรงพยาบาล ส่วนฝ่ายลูกจ้างจะมีตัวแทนจากการเลือกตั้ง (จากพนักงานหลายระดับ) เข้ามาเป็นกรรมการ เรื่องที่จะนำเข้าสู่กรรมการชุดนี้ (อาจไม่จำกัดเพราะเรื่องนี้) คือ เรื่องบุคลากรและการบริหารจัดการที่มีผลต่อพนักงาน รวมทั้งแผนการปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการ, นโยบายเรื่องบุคลากรและวิธีดำเนินการ, ข้อแม้ในการვაຈ້າງ, ข้อกำหนดในการทำงาน (Performance Criteria) บรรยากาศในการทำงาน ที่พัก เครื่องแบบ การลางาน และอื่น ๆ โดยหวังว่าถ้าระบบการบริหารบุคคลแบบใหม่เข้าที่ตีแล้ว ประเด็นเรื่องบุคลากรจะแก้ปัญหาได้โดยอำนาจการจัดการของโรงพยาบาล การจัดตั้ง Consultative system ขึ้นชั่วคราว จะเป็นการแสดงว่าโรงพยาบาลในกำกับของรัฐมีเสรีภาพกว้างขวางในการบริหารเรื่องบุคลากร ทั้งนี้ CEO จะต้องรายงานกิจกรรมทั้งหมดนี้ต้องรายงานต่อ GC เพื่อรับทราบข้อมูล

Personnel Committee ชั่วคราวนี้ ช่วย GC แก้ปัญหาเรื่องบุคลากร และกระตุ้นให้ GC วางนโยบายเรื่องบุคลากรของโรงพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น

E. Professional code of practice

ระบบการทำงานของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐต้องการพนักงานที่ทำงานเต็มความสามารถ และมีสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้อยากทำงาน ดังนั้น GC ควรกำหนดรายละเอียดของงานและระเบียบปฏิบัติ

สำหรับแต่ละวิชาชีพ เช่น ถ้าจะให้ลมนุรณแบบแพทยไม่ควรทำเวชปฏิบัติส่วนตัวทั้งในและนอกโรงพยาบาล แต่ในทางปฏิบัติไม่สามารถทำได้ในเวลาอันสั้น จึงควรมีการออมชอนน้ำงในระยะแรก

VII. การเงินและระบบบริหารการเงิน

A. หลักการทั่วไป

กระทรวงสาธารณสุข และลำนางบประมาณ ยังมีความจำเป็นที่จะต้อง รับผิดชอบในการให้บประมาณหลัก (Core funding) แก่โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ทั้งนี้รัฐบาลจะต้องให้ งบประมาณแก่โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ โดยมีหลักการพื้นฐานว่า รัฐบาลจะต้องยึดหยุ่นและให้อิสระในการบริหารเงิน โดยระยะเริ่มแรกอาจได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นกว่าปัจจุบัน อย่างไรก็ตามรัฐยังมีบทบาทเป็นเจ้าของ ทั้งในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงจนเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ การลงทุนทางการเงินของโรงพยาบาลใน อนาคตไม่ว่าจะเป็นเงินจากแหล่งใดจะเป็นในลักษณะ "Certificate of Need" จากกระทรวงสาธารณสุข โดยถือเป็นทรัพย์สินของรัฐ

รัฐจะเปลี่ยนสภาพของทุนทั้งหมดที่มีอยู่ให้มาเป็นของโรงพยาบาล รวมทั้งสิ่งก่อสร้างที่กำลังดำเนินอยู่ในขณะช่วงเปลี่ยน (Transition period) ซึ่งจะต้องดำเนินการให้เสร็จสิ้น ก่อนที่จะส่งมอบให้โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ทั้งนี้รวมทั้งหนี้สินที่มีอยู่จะต้องดำเนินการต่อรองกันระหว่างโรงพยาบาลและรัฐ

B. รายได้ของโรงพยาบาล

แหล่งรายได้ของโรงพยาบาล สามารถแบ่งออกเป็น 6 ประเภทหลัก ดังนี้

1. งบประมาณเงินอุดหนุนจากรัฐบาลจะได้มาในลักษณะของหมวดอุดหนุนทั่วไปเป็นเงิน (Block grant) ซึ่งอิงกับผลงาน (Performance) หรือดัชนีชี้วัด โดยไม่รวมกับเงินที่ใช้ในการลงทุนก้อนใหญ่ เช่น การก่อสร้าง หรือการลงทุนซื้อครุภัณฑ์ชิ้นใหญ่ (Capital investment) ในช่วงที่กำลังเปลี่ยนเป็นอิสระ
2. รายได้จากค่าบริการ (User charges)
3. ผู้ป่วยที่มีประกัน (Insured Patients)
4. เงินทุนที่มีการกำหนดการใช้ (Earmarked funds)
5. เงินบริจาคและเงินของมูลนิธิโรงพยาบาล (Donation and hospital foundation)
6. รายได้อื่น ๆ จากกิจกรรมพิเศษที่โรงพยาบาลริเริ่มขึ้นเอง เช่นบริการนอกเวลา บริการนอกสถานที่ คาเช่าในโรงพยาบาลเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น (Property rental และ Intellectual property)

1. เงินงบประมาณและเงินทุน

การเสนอแผนงบประมาณจะเป็นในลักษณะการทำทุก 2 ปี (biennial basis) ซึ่งจะต้องประกอบด้วย "Certificate of Need" ซึ่งออกโดยกระทรวงสาธารณสุข และอิงกับแผนงบประมาณของชาติ (ดูบทที่ III G, VI, XIV E) เงินงบประมาณในปีต่อ ๆ ไป จะขึ้นอยู่กับงบประมาณที่ได้รับในปีที่ผ่านมา โดยปรับตามอัตราเงินเฟ้อด้วย และจะเพิ่มขึ้นจนถึงจุดสูงสุดใน 5 ปี ซึ่งหลังจากนั้นงบประมาณจะขึ้นอยู่กับผลผลิตที่เป็นจริง (output) และต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit costs)

งบประมาณในปีแรกจะประกอบด้วย งบดำเนินการ (Recurrent budget) ซึ่งเป็นเงินเดือนในปีที่ผ่านมา รวมทั้งเงินเดือนของตำแหน่งต่าง ๆ ที่จะมีการรับต่อไป นอกจากนี้ยังรวมถึงงบประมาณในการดำเนินงาน (Operating budget) ซึ่งได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ งบประมาณโครงการพิเศษที่กำหนดผลลัพธ์ในการดำเนินงานงบประมาณที่ได้รับจะขึ้นอยู่กับเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแต่ละปี โดยจะถือเอาจากผลผลิตของปีที่ผ่านมา และปรับตามอัตราเงินเฟ้อ นอกจากนี้งบประมาณที่ได้รับยังรวมถึงงบพัฒนาเพื่อให้โรงพยาบาลมีการปรับปรุงระบบงานใหม่ที่คล่องตัว ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบการบัญชีและการเงิน รวมทั้งการพัฒนาบุคลากร และยังรวมถึงเงินสวัสดิการต่าง ๆ อัตราส่วนร้อยละของเงินเดือนซึ่งได้รับจากเงินสวัสดิการข้าราชการพลเรือน ยกเว้นสวัสดิการข้าราชการพยาบาล และเงินบำนาญซึ่งจะมีการจัดการต่างออกไป

การวางแผนงบประมาณจะต้องบอกทั้งปริมาณทรัพยากรที่ทำการขอ และแหล่งของเงินด้วย เช่น จากงบประมาณของรัฐบาล, เงินบริจาค, มูลนิธิ ค่าบริการที่เรียกเก็บล่วงหน้าจากผู้ใช้บริการ (Anticipated user free) และแหล่งเงินต่าง ๆ ทั้งหมดนี้จะต้องได้รับการติดตาม และตรวจสอบ

2. เงินที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยที่จ่ายได้ (User Charges)

2.1 Fee collection รายได้จากผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่จ่ายเงินสด จะอยู่ในความรับผิดชอบของแผนกการเงิน (Finance office) ส่วนผู้ป่วยที่ไม่จ่ายเงิน ผู้มีประกันหรือสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ จะอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของแผนกบัญชี (Accounts Recievable Office) ซึ่งในโรงพยาบาลเล็กสองหน่วยงานนี้อาจอยู่ร่วมกัน

ในการจัดแบ่งระบบเรียกเก็บเงิน จะจัดแบ่งคนไข้ออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ โดยมีการรับรองสิทธิ์ที่ห้องบัตร หรือศูนย์รับคนไข้ใน ควรจัดแบ่งกลุ่มคนไข้ออกเป็นอย่างน้อย 7 ชนิด ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ชำระเงินเอง (Out of pocket or cash paying patients)
2. สวัสดิการข้าราชการของข้าราชการ (Civil Servants Medical Benefit Scheme, CSMBS)
3. ประกันสังคม (Social Security Scheme, SSS)
4. กองทุนทดแทนแรงงาน (Workmans Compensation Scheme, WCS)
5. บัตรประกันสุขภาพ (Voluntary Health Card Scheme, VHCS)

6. สถิติการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยหรือผู้ที่สังคมต้องช่วยเหลือเกื้อกูล (Low Income Card Scheme, LICS)
7. ประกันภัยบุคคลที่ 3 (Traffic Accident Program, TAP)

แผนการเงิน จะต้องจัดเตรียมรูปแบบของการประกันชนิดต่าง ๆ ทั้งจากภาครัฐ และเอกชน เพื่อให้สามารถบอกได้ทั้งหน่วยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อประโยชน์ในการเรียกเก็บเงินจากฝ่ายการเงิน และการบัญชี

บุคลากรในฝ่ายการเงินและการบัญชี รวมถึงบุคลากรฝ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการฝึกอบรม และชี้แจงข้อมูลของคนไข้เพื่อให้มีความเข้าใจอย่างแท้จริง และเรียกเก็บได้ถูกต้อง ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงในสิทธิต่าง ๆ บุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะต้องรับทราบเพื่อจะให้เรียกเก็บได้มาก และถูกต้องที่สุด

ฝ่ายการเงิน จะเป็นผู้รับผิดชอบในกรณีที่มีการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล หรือผู้ที่มีประกันชนิดต่าง ๆ ณ จุดบริการค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในจะต้องมีการรวมยอดทุก 3 วัน และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อเรียกเก็บเงินทุก 3 วัน

ผู้ป่วยที่ไม่จ่ายเงินเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีสัญญากับโรงพยาบาล , ผู้ประกันตนหรือผู้ที่ไม่สามารถชำระเงินได้ (Non - paying patients) จะอยู่ในความรับผิดชอบของฝ่ายบัญชี ซึ่งจะต้องดำเนินการในเรื่องของบัญชี การทำสัญญาการชำระเงิน (terms of payment) และการเรียกเก็บเงิน อย่างไรก็ตามผู้ที่ไม่สามารถชำระได้เช่น ผู้ที่ควรให้การช่วยเหลือเกื้อกูล จะอยู่ในความรับผิดชอบของฝ่ายบริหารโรงพยาบาล

การดำเนินการในระบบนี้ควรใช้คอมพิวเตอร์ช่วย และต้องระมัดระวังในการเก็บเงินในจุด ต่าง ๆ ของโรงพยาบาล

2.2 การกำหนดราคาค่ารักษาพยาบาล

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีอำนาจในการกำหนดค่ารักษาพยาบาล โดยใช้ตามแนวทางที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข การกำหนดค่ารักษาควรอิงตามหลักเกณฑ์ซึ่งจะกล่าวต่อไปนี้ อย่างไรก็ตามคู่มือฉบับนี้ไม่ได้กำหนดจำนวนและชนิดของค่ารักษาที่จะเรียกเก็บโดยโรงพยาบาล แต่จะให้หลักเกณฑ์ที่โรงพยาบาลควรจะใช้ในการพิจารณาค่าบริการชนิดต่าง ๆ ได้แก่

1. หลักเกณฑ์ในการตั้งค่าบริการ (Principles of graduated fee level) โดยทั่วไปควรกำหนดไว้ที่ระดับต่ำสุด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้เป็นการลดการหลีกเลี่ยงการจ่าย การเก็บเงินจะทำได้ง่ายขึ้น
2. หลักเกณฑ์ในการกำหนดค่ารักษาที่แตกต่างกันและการคืนทุน (Principle of price differentiation and cost recovery) ลักษณะของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐสามารถกำหนดค่ารักษาพยาบาลให้มีความแตกต่างกันในแต่ละลักษณะของหอผู้ป่วยหรือชนิดของการรักษาได้ ยกตัวอย่าง เช่น ค่าบริการในหอผู้ป่วยพิเศษ จะต้องเกินกว่าทุนทั้งหมดเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด (profit maximizing) ในขณะที่

ค่าบริการในหอผู้ป่วยสามัญเท่ากับทุน ค่าบริการสำหรับผู้ป่วยยากจนอาจจะต่ำกว่าทุนหรือฟรีโดยวิธีการนี้จะเป็นการทด-แทนซึ่งกันและกันโดยได้กำไรในผู้ป่วยที่จ่ายได้และขาดทุนในผู้ป่วยที่ยากจน (Cross Subsidizes) เพื่อเป็นการยืนยันว่าโรงพยาบาลในกำกับของรัฐจะเป็นโรงพยาบาลที่ไม่มุ่งหวังผลกำไร (Profit making)

การที่จะกำหนดความแตกต่างเรื่องราคาได้ แต่ละโรงพยาบาลจะต้องทำการศึกษาด้านทุนเพื่อให้รู้ต้นทุนทั้งหมด (Full cost) ของแต่ละบริการ ก่อนที่จะมีการกำหนดค่ารักษาพยาบาลหรือยกเว้นค่ารักษาพยาบาล

3. หลักเกณฑ์ในการให้การอุดหนุนบริการที่เป็นบริการสาธารณะ (Principle of subsidizing services with public good characteristics) เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรค ต้องตั้งราคาเป็นศูนย์ แต่จะต้องได้รับการอุดหนุนมาจากรัฐในราคาสูงสุด

4. ไม่ควรจัดให้มีมาตรฐานในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันในทีเดียวกัน (Threat of dual standards of care) ตัวอย่าง เช่น บางโรงพยาบาลต้องการให้มีรายได้เพิ่มขึ้น จึงมีการจัดตั้งคลินิกพิเศษในโรงพยาบาลควบคู่ไปกับคลินิกธรรมดา ผู้ป่วยที่สามารถจ่ายได้หรือยินดีที่จะจ่าย จะได้รับการตรวจที่เร็วกว่าและบริการที่ดี หรือหา ซึ่งไม่สมควรทำในสถานที่เดียวกันเพราะจะทำให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตั้งใจให้การดูแลรักษาเฉพาะผู้ที่จ่ายได้ และไม่สนใจผู้ป่วยที่ไม่จ่าย ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการประกันว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพเท่าเทียมกัน (Same quality of medical care)

5. หลักเกณฑ์ในการทำให้มีราคาที่ใกล้เคียงกัน (Principle of horizontal imbalance) คณะกรรมการบริหารจะต้องคอยสอดส่องว่าค่ารักษาและบริการของโรงพยาบาลใกล้เคียงกันซึ่งมีมาตรฐานการดูแลในระดับเดียวกัน มีความแตกต่างในเรื่องราคาหรือไม่ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมุ่งไปรักษาในที่ที่มีค่าบริการต่ำกว่า อันจะทำให้มีปัญหาในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยและเกิดปัญหาการเงินในโรงพยาบาลอื่น

6. หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบความรับผิดชอบของหน่วยบริการต่าง ๆ (Principle of service department accountability) หน่วยบริการทุกหน่วยจะต้องมีความรับผิดชอบในด้านการเงิน โดยทุกหน่วยบริการจะเป็นหน่วยต้นทุน (cost center) มีรายรับ (input) ผลผลิต (output) และรายได้ (revenue) รายงานของแต่ละแผนกจะต้องแสดงให้เห็นถึงบริการทั้งหมดที่ได้ทำ

เงินที่ควรได้รับจากการขายบริการ (Total cash values of services rendered volume times fee) เงินสดที่ได้รับทั้งหมด ปริมาณเงินที่ได้ให้บริการโดยไม่คิดมูลค่า รายรับเงินบำรุงทั้งหมดของโรงพยาบาลจะต้องสามารถตรวจสอบได้ในทุกหน่วยบริการ โดยมีค่ามาตรฐานของการบริการโดยวิธีนี้จะสามารถเปรียบเทียบได้ระหว่างรายรับที่ควรได้ (Expected revenue) กับรายรับที่ได้จริง (Actual revenue) ของแต่ละหน่วยบริการ

7. หลักเกณฑ์ในความโปร่งใสและเปิดเผย (Principle of transparency and full disclosure) ค่าบริการทุกชนิดจะต้องเก็บทุกวันโดยมีใบรับเงิน (Receipt) ไม่มีการจ่ายใต้โต๊ะเพื่อการบริการที่ดีกว่า การดำเนินงานทุกชนิดต้องมีหลักฐาน ใบเสร็จระบบบัญชีที่ถูกต้องและฝากเงินทุกวัน

3. ผู้ป่วยที่มีประกัน (Insured patients)

เนื่องจากโรงพยาบาลในกำกับของรัฐยังเป็นโรงพยาบาลของรัฐบาล ดังนั้นจะต้องให้บริการต่อระบบประกันทุกชนิดของภาครัฐ แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องให้บริการต่อระบบประกันของภาคเอกชนด้วย ดังนั้น โรงพยาบาลจะต้องจัดให้มีระบบบริหารทางการเงิน การบริการ และข้อมูลข่าวสารที่จะตอบสนองต่อระบบประกันทุกรูปแบบ

4. เงินทุนที่กำหนดการใช้ (Earmarked Funds)

การใช้จ่าย Earmarked funds ซึ่งให้โดยกระทรวงสาธารณสุข หรือ Provincial health boards จะต้องใช้จ่ายอย่างประหยัดในกลไกเดียวกับการบริหารเงินอื่น ๆ ของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ เนื่องจากเป็นเงินทุนที่ค่อนข้างจำกัดความเป็นอิสระในการบริหารเงิน อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลสามารถหาเงินทุนอื่น ๆ มาเสริม เพื่อให้ได้รับความร่วมมือจากชุมชนเพิ่มขึ้น

5. เงินบริจาคและเงินของมูลนิธิโรงพยาบาล (Donations and Hospital Foundation)

โรงพยาบาลสามารถรับการบริจาคจากผู้ป่วย หรือการสนับสนุนทางการเงินจากแหล่งต่าง ๆ ได้ทำให้สามารถรวมเป็นเงินบำรุงอีกแหล่งหนึ่ง ยกเว้นเงินบริจาคที่กำหนดวัตถุประสงค์ซึ่งจะต้องทำตามกฎกติกาของโรงพยาบาล

เงินที่ได้รับจากการบริจาคจะต้องรวมกับรายรับอื่นของโรงพยาบาล และอยู่ในรายงานของฝ่ายบัญชีซึ่งจะต้องทำเป็นบัญชีสมดุล (Balance Sheet) และตรวจสอบได้

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐสามารถทำความเข้าใจความตกลงกับผู้บริจาค ถ้ามีความเหมาะสมยกเว้นเป็นการลงทุนในทรัพย์สินใหญ่ ๆ (Capital investment) ถ้าเช่นนั้นจะต้องมีการทำความเข้าใจในแต่ละ Project ของการลงทุน

คณะกรรมการบริหาร จะต้องมีการกำหนดข้อปฏิบัติ (Guidelines) ในการรับบริจาค และการให้สิทธิพิเศษแก่ผู้บริจาค เพื่อป้องกันการบริจาคที่มุ่งหวังเฉพาะผลประโยชน์ต่อผู้บริจาคอย่างเดียว ยกตัวอย่าง เช่น บริจาคเงินก้อนหนึ่งเพื่อให้มีการจัดตั้งหน่วยล้างไต (Unit dialysis) สำหรับตนเอง แต่ในขณะเดียวกันโรงพยาบาล ต้องจัดให้มีการบริการของหน่วยล้างไต โดยต้องรับเงินอุดหนุน Cross Subsidizes จากแหล่งอื่นด้วย ข้อปฏิบัติที่ล้าสมัยของกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการปรับปรุงแก้ไข และเพื่อเป็นการกระตุ้นให้มี

การบริจาค ควรให้มีการยกเว้นภาษีสำหรับผู้บริจาค ดังนั้นควรมีชื่อของโรงพยาบาล ในกำกับของรัฐอยู่ในรายการยกเว้นภาษีของกระทรวงการคลังด้วย

6. แหล่งเงินอื่น ๆ เช่น จากสินทรัพย์, ลิขสิทธิ์หรือการขายบริการ (Benefits from Properties, Intellectual Properties and Related Services)

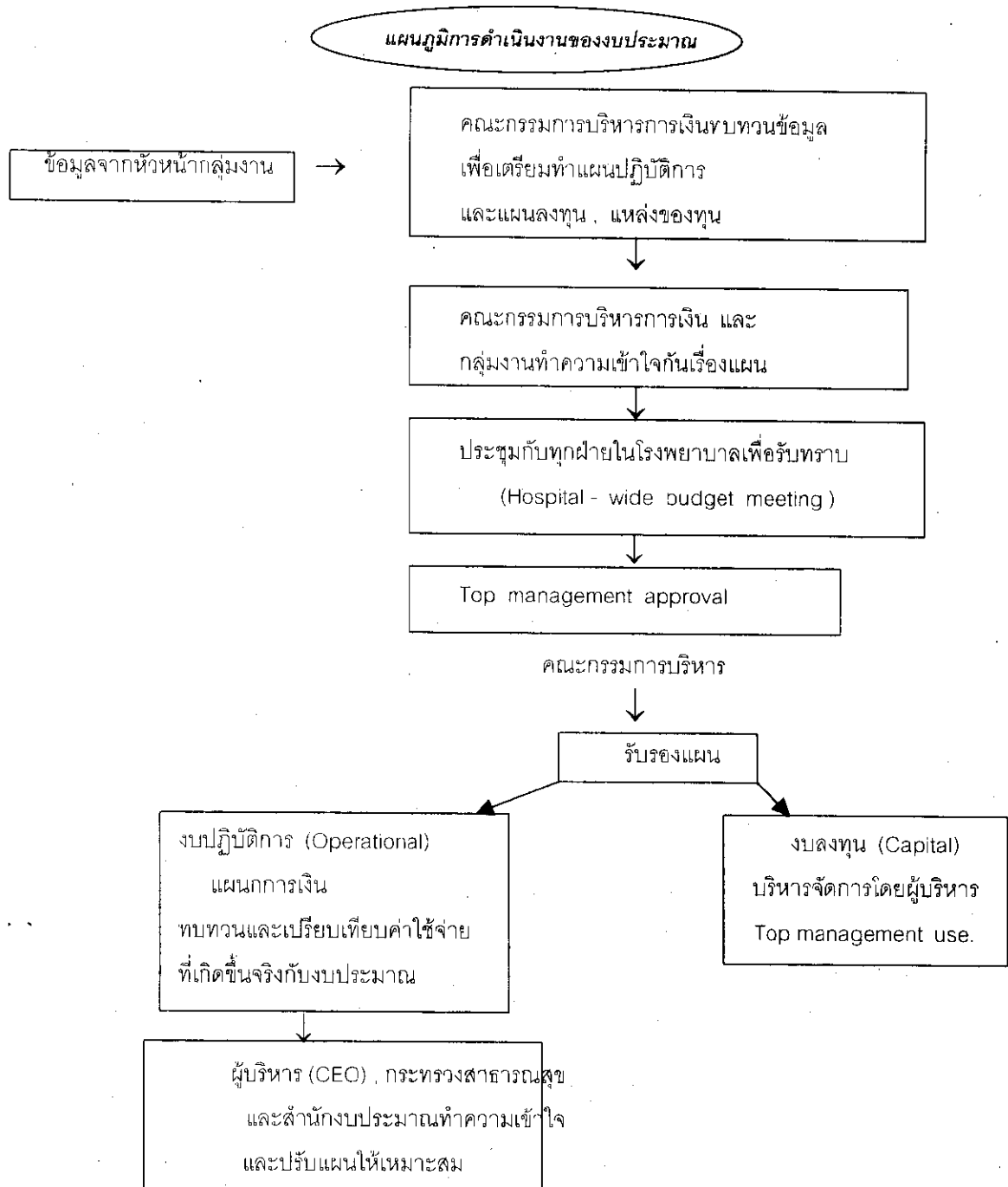
โรงพยาบาลในกำกับของรัฐจะต้องตั้งกฎระเบียบเพื่อบริหารผลประโยชน์เหล่านี้อย่างโปร่งใสและยุติธรรมต่อผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ผลประโยชน์ที่ได้รับจะต้องรวมอยู่ในรายรับเงินบำรุง

C. เงินงบประมาณ

1. ขั้นตอนและกลไก

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐดำเนินการทำงานงบประมาณล่วงหน้าทุก 3 ปี โดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และส่งให้กลุ่มทำงาน (Joint decision forum) ซึ่งประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประมาณ และ Hospital Management พิจารณารับรอง แผนเงินงบประมาณจะต้องแสดงให้เห็นถึงทรัพยากรที่ต้องการใช้ รวมทั้งแหล่งของเงินทุนที่จะได้มา เช่น จากรัฐ, เงินบริจาค, มูลนิธิ, ค่ารักษาที่จะเรียกเก็บได้ และแหล่งอื่น ๆ ซึ่งจะต้องรวมไว้ในเงินงบประมาณทั้งหมด มีระบบบัญชีที่ตรวจสอบได้

กระทรวงสาธารณสุข จะจัดให้มีคู่มือการวางแผนงบประมาณ โดยมีหลักการ ขั้นตอน และแบบฟอร์ม อย่างไรก็ตามคณะกรรมการบริหารของแต่ละโรงพยาบาลสามารถสร้างแบบฟอร์มของตนเองได้ ถ้ากระทรวงสาธารณสุขยังไม่จัดซื้อหน่วยต้นทุน (Cost centers) และรายการบัญชีของแต่ละโรงพยาบาลจะได้รับการพัฒนาในช่วงเปลี่ยน (Transition Process) ภายในโรงพยาบาล ระบบบัญชีจะต้องเป็นลักษณะ bidirectional เช่น input จากทุกกลุ่มงานและฝ่ายบริหารจะต้องนำเข้ามารวมด้วย โรงพยาบาลจะต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารการเงิน ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการวางแผนการเงิน เพื่อการใช้จ่ายและการลงทุน และเพื่อให้มีการติดตามตรวจสอบ และควบคุมกำกับการใช้งบประมาณ คณะกรรมการบริหารการเงินจะต้องทำการ รับรองการใช้จ่ายเงินร่วมกับ CEO เงินงบประมาณจะมีการใช้ในลักษณะของ โครงการซึ่งวัดผลตอบแทนได้



ขยายความจากแผนภูมิ

- โรงพยาบาลจะต้องจัดตั้งคณะกรรมการบริหารการเงินเพื่อวางแผนและทบทวน แผนการใช้งินงบประมาณ
ประมาณ ทุกกลุ่มงานทำข้อเสนอการใช้งิน เข้ามายังกรรมการ
- จะต้องมีการวางแผนงบประมาณอย่างน้อย 2 ชนิด ได้แก่
 1. งบประมาณปฏิบัติการ (Operational budget) ซึ่งประกอบด้วย แหล่งที่มาของทุนของในโครงการ, ค่าใช้จ่ายและบุคลากร
 2. งบลงทุน (Capital budget) ซึ่งเป็นแผนการลงทุน
- คณะกรรมการบริหารการเงินและทุกกลุ่มงาน จะต้องร่วมกันศึกษารายละเอียดของแผน Capital budget และต้องนำเสนอในรูปแบบของโครงการ ซึ่งมีผลตอบแทนที่วัดได้ (ในรูปของเงินหรืออื่น ๆ)

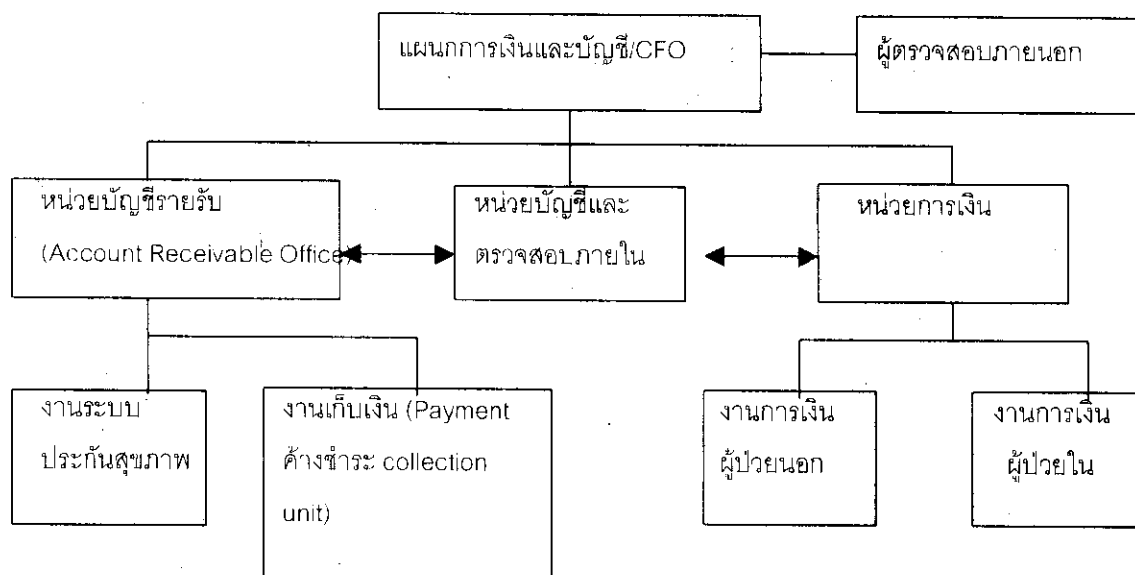
2. การใช้งินงบประมาณ

แต่ละแผนกซึ่งทำหน้าที่เป็น Cost Center ควรจะมีความยืดหยุ่นในการใช้จ่ายเงินตามแผนโดยมีการติดตามกำกับและป้อนข้อมูลจากทีมบริหารของโรงพยาบาล ซึ่งใช้ข้อมูลจากฝ่ายบัญชีและฝ่ายตรวจสอบภายใน ทั้งนี้เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการใช้งินอย่างคุ้มค่า โดยแผนกที่มีเงินเหลืออาจได้รับการอนุญาตให้ใช้งินที่ประหยัดได้หรือจากการตรวจสอบแล้วว่าได้ตามตามแผน ในขณะที่แผนกที่มีงบใช้งินเกินที่กำหนดไว้ก็จะต้องมีมาตรการดำเนินการจากผู้บริหารส่วนเงินงบประมาณที่ไม่ได้ใช้เนื่องจากไม่สามารถทำได้ตามความตกลงจะถือเป็นการประเมินในทางลบต่อเจ้าของโครงการ และควรได้รับการแก้ไข

D. การบริหารจัดการเรื่องการเงิน (Financial Management)

1. ระบบรวมทั้งหมด (Overall system)

1.1 ลักษณะโครงสร้างของระบบงาน



2. ระบบบัญชี

2.1 หลักการทั่วไป

ถึงแม้ว่าจะให้ความอิสระ และคล่องตัวในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ แต่ในการบริหารการเงินก็ต้องเป็นไปตามกฎระเบียบ โดยต้องปฏิบัติตามนโยบาย ขั้นตอนและผังบัญชี (charts of accounts)⁹ ต้องจัดให้มีการบริหารที่สามารถทำให้กระทรวงสาธารณสุขและ SODA มั่นใจได้ว่าโรงพยาบาลมีกลไกที่ดีในการติดตาม ประเมินผล และควบคุมกำกับเพื่อให้ใช้ทรัพยากร, งบประมาณ และสินทรัพย์ได้เหมาะสม

ได้มีการสำรวจโรงพยาบาลเอกชนขนาด 80-435 เตียง รวม 3 แห่งในกรุงเทพฯ ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2541 เพื่อทบทวนระบบบัญชี ระบบบริหารเงินรายได้ และความชำนาญในการบริหารงบประมาณ (budgeting skills) รวมทั้งความชำนาญในการบริหารบุคคลและการปกครองทั้งหมด ผลจากการศึกษานี้และการทบทวนรายงานอื่น ๆ มีข้อเสนอแนะถึงรายละเอียดของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐดังนี้

ระบบบัญชีของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ควรมีความเที่ยงตรงโดยมีการแสดงถึงรายรับและสถานะทางการเงินทุกวัน เพื่อให้ทราบถึงกระแสไหลเวียนของเงินสด ทุกโรงพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานของระเบียบวิธีปฏิบัติของระบบบัญชีและผังบัญชี (charts of accounts) ซึ่งจะพัฒนาโดย Transitional unit เพื่อให้ได้มาตรฐานเดียวกัน สามารถตรวจสอบติดตามกำกับการใช้ทรัพยากรและสินทรัพย์ได้

ทุกโรงพยาบาลจะต้องจัดให้มีหน่วยต้นทุน (Cost center) โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์เพื่อช่วยให้การทำงานง่ายขึ้นและมีประสิทธิภาพ โดยอาจใช้ Software ที่ซื้อมาและดัดแปลง หรือพัฒนา Software ขึ้นมาเอง แต่ก็ต้องมีบุคลากรที่มีความสามารถที่จะพัฒนาเองได้ และต้องจัดตั้งหน่วยงานหลายหน่วยภายใต้การดูแลของหัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชี¹⁰ ตามข้อ 2.2 โดยมีหลักการว่าระบบงานควรจะออกแบบมาเพื่อให้เกิดการตรวจสอบและสมดุลระหว่างฝ่ายการเงินและบัญชี (ตามผังงานของ 1.1)

2.2 ประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับงานบัญชี (Key issues related to accounting)

หมายเหตุ

⁹ : ความรับผิดชอบในการทำมาตรฐานส่วนนี้ขึ้นกับหน่วยงานที่รับผิดชอบในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลง

¹⁰ : ในโรงพยาบาลใหญ่อาจจำเป็นต้องตั้งหลายหน่วยงาน แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลเล็กอาจเป็นเพียง functions ของงานใน Office ที่มีจำนวนน้อยกว่านี้

งานบัญชีและตรวจสอบภายใน (Office of Accounting and Internal Audit) หน่วยงานนี้รับผิดชอบเรื่องงานบัญชีจัดการ รายงานการเงิน และกิจกรรมตรวจสอบภายในของฝ่ายการเงิน, ควบคุมการใช้งบประมาณ และวิเคราะห์สถานการณ์การเงิน ในโรงพยาบาลใหญ่งานนี้ควรแบ่งเป็นงานย่อย ๆ ในทุก Cost Center ของโรงพยาบาล ระบบบัญชีของโรงพยาบาลควรจะต้องรวมทั้งหมดได้แก่ บัญชีรายรับ (Income account), บัญชีรายจ่าย (Expense account) accounts payable account, บัญชีรายการสินค้า (inventory account) และค่าธรรมเนียมการรักษาของแพทย์ (Doctor's fee account) ไม่ควรใช้สมุดบัญชีหลายเล่ม

โรงพยาบาลควรแต่งตั้งผู้ตรวจสอบภายในจากแผนกบัญชีและตรวจสอบภายใน เพื่อทำการตรวจสอบฝ่ายการเงินและระบบงานโดยต้อง เปรียบเทียบงานกับผลลัพธ์ (Output) ที่ได้ โดยเปรียบกับต้นทุนที่แท้จริง มีนโยบายและขั้นตอนการตรวจสอบภายในควรได้รับการพัฒนาจาก CEO และรับรองโดยคณะกรรมการบริหาร และบุคลากรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบภายในนี้ ควรจะต้องตรวจสอบผู้ทำสัญญาอย่างสม่ำเสมอด้วย

การตรวจสอบการเงิน (Internal Financial audit) เป็นกลไกที่สำคัญที่สุดในการที่จะทำให้เกิดการป้อนข้อมูลที่เที่ยงตรงและทันเวลาในงานกิจกรรมทางการเงินของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ในการตรวจสอบจะทบทวน financial statements และประสิทธิภาพในการทำงานของระบบ ซึ่งจะทำให้การบริหารโรงพยาบาล สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามทรัพยากรและเงินรายรับที่ได้ นอกจากนั้นการที่มี internal financial audit ยังเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับโรงพยาบาล ต้องมีการสร้างวิสัยปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการตรวจสอบและต้องสอดคล้องกับคู่มือการทำงานของฝ่ายบัญชีและตรวจสอบ

การควบคุมทางการเงินจะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารสูงสุด แต่ก็มีข้อควรต้องระวังดังนี้¹¹

- การที่ไม่สามารถปรับปรุงให้มีการควบคุมทางการเงิน (financial control) ได้ตรงกับ
 - ความต้องการของโรงพยาบาล
 - การละเลยที่จะเชื่อมต่อการควบคุมทางการเงินกับแผนงานของโรงพยาบาล
 - การจัดการให้มีการควบคุม ซึ่งอาจแปลผลได้ต่าง ๆ กัน
- การเข้มงวดในการควบคุมทางการเงินจะมีผลให้ลดความคิดสร้างสรรค์ และการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดสิ่งที่ดี
- การบังคับให้ใช้วิธีการควบคุมแบบเดียวกันในหน่วยงานย่อย ซึ่งมีความต้องการแตกต่างกัน
- การควบคุมทางการเงิน ซึ่งอาจจะละเอียดอ่อนเกินไปสำหรับความต้องการขององค์กร

หมายเหตุ¹¹ : Bartol KM & Martin DC. Information System for Management. McGraw-Hill, Inc. 1991

งานการเงิน (Financial Office)

หน่วยงานนี้ จะทำงานเกี่ยวกับรายรับและรายจ่ายทางการเงิน รวมทั้งการทำรายงานสถานะการเงิน และบัญชีธนาคาร (Bank accounts) ในโรงพยาบาลใหญ่อาจจำเป็นต้องมีทั้งงานการเงินผู้ปวยนอกและผู้ปวยใน

งานบัญชี (Accounts Receivable Office)

หน่วยงานนี้จะจัดการกับรายรับที่ไม่ใช้เงินสด เช่น จากประกัน, การเรียกเก็บ (Reimbursement), ใบเสร็จเก็บเงิน, การตามเก็บหนี้ และรวบรวมรายการ

4. งานตรวจสอบภายนอก (External Auditor)

สืบเนื่องจาก พระราชบัญญัติองค์การมหาชน หน่วยงานตรวจสอบทั่วไป (General Auditing Office) จะทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบภายนอกให้กับโรงพยาบาลในกำกับของรัฐทุก ๆ โรง ซึ่งในทางปฏิบัติ อาจมอบหมายงาน Auditing Office นี้ให้กับผู้ตรวจสอบเอกชน

งานรายงานการเงิน (Financial Reporting)

รายงานที่ต้องทำเป็นประจำ ได้แก่

- รายงานสถิติรายรับรายจ่ายของโรงพยาบาลทุกวัน รวมทั้งวันก่อนหน้า
- รายงานสถานการณ์ทางการเงินทุกเดือน โดยครอบคลุมถึงรายรับเงินสด, รายจ่ายเงินสด, งบดุลเงินสด และรายรับที่เพิ่มขึ้น

- Monthly accrual financial statement ซึ่งรวมทั้ง Balance sheet, ใบแสดงรายละเอียดรายรับ

(income statement) ใบแสดงรายละเอียดกระแสเงินทุนเวียน และ (statement of a cash flow)

- รายงานการตรวจสอบภายนอกทุกปีของการเงิน ซึ่งรวมถึง Balance sheet, ใบแสดงรายละเอียดรายรับ (income statement) และใบแสดงรายละเอียดกระแสเงินทุนเวียน และ (statement of cash flow) ซึ่งจะต้องนำเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขด้วย

ดัชนีมาตรฐานทางการเงิน (Standard financial indicators)

ควรจะมีดัชนีมาตรฐานทางการเงิน เพื่อวัดผลกำไร, โครงสร้างของทุน, ประสิทธิภาพของทุนและสภาพคล่อง

ความเชื่อมโยงกับเวชระเบียน (Links with medical records)

ระบบการเงินและบัญชีของโรงพยาบาล ต้องมีความเชื่อมโยงกับงานเวชระเบียน เพื่อให้ทราบถึงราคาของบริการทุกชนิดที่ใช้ในโรงพยาบาล และสามารถวัดประสิทธิภาพ และติดตามอย่างสม่ำเสมอ จำนวนและชนิดของบริการทางการแพทย์ ควรได้รับการบันทึกที่หน่วยบริการทุกจุด รายรับที่ได้เป็นเงินสดจะถูกบันทึกที่จุดบริการ เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

การยกเว้นการชำระเงิน (Revenue forgone)

การให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลอาจมีทั้งการลดหย่อน เพื่อช่วยเหลือหรือยกเว้นไม่เก็บเลย เนื่องจากไม่สามารถชำระเงินได้ไม่ควรให้เกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาล เพราะไม่มีค่ารักษาพยาบาล ในกรณีนี้จะต้องมีรายงานอยู่ในบัญชีที่ให้การยกเว้นหรือลดหย่อนการชำระเงิน และรายงานอย่างสม่ำเสมอต่อกรรมการบริหาร, Provincial Health Board และกระทรวงสาธารณสุข ในกรณีการคำนวณงบประมาณมาจาก formula-based grants จะต้องรวมรายการยกเว้นหรือลดหย่อนการชำระเงินนี้ด้วย

E. การกู้ยืม (Borrowing)

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐสามารถทำการกู้ยืมทางการเงิน และเป็นหนี้ทางการเงิน (debt finance) ได้โดยต้องอยู่ภายใต้การรับรองของกรรมการบริหาร และภายใต้คู่มือปฏิบัติการของกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงบประมาณ และภายใต้กฎหมายองค์การมหาชน

F. ภาษี (Taxes)

กฎหมายองค์การมหาชนไม่อนุญาตให้โรงพยาบาลในกำกับของรัฐเป็นสถานบริการที่แสวงหากำไร รายได้ของโรงพยาบาลจึงไม่ต้องเสียภาษีเงินได้ โดยได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุข และจดทะเบียนเป็นองค์กรที่ประกอบการโดยไม่หวังผลกำไร ตาม พรบ.องค์การมหาชน

G. การร่วมทุน (Joint Venture)

ภายใต้กฎ ข้อ 13 ของกฎหมายองค์การมหาชน โรงพยาบาลในกำกับของรัฐสามารถร่วมทุนหรือเป็นหุ้นส่วนในกิจการที่ถูกต้องตามกฎหมายได้ ภายใต้กฎระเบียบของกระทรวงการคลัง และผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี

H. การประกันภัย (Insurance)

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐควรได้รับการประกันอัคคีภัย, ประกันทรัพย์สิน ตามข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้เงินจากงบที่ได้รับ เพื่อป้องกันความเสียหายในทรัพย์สิน (ดูบทที่ 7 ความรับผิดชอบของโรงพยาบาล)

I. การเช่าซื้อเครื่องมือ (Equipment leasing)

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐสามารถทำการเช่าซื้อเครื่องมือได้ ถ้าได้ทำการเปรียบเทียบแล้วพบว่า การเช่าซื้อจะคุ้มค่ากว่าการซื้อเครื่องมือชนิดเดียวกันนั้น ก็อนุญาตให้ทำการเช่าซื้อได้

J. "Certificate of Need" และแผนการลงทุน (Capital investment plans)

กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทความรับผิดชอบในเรื่องการลงทุนด้านสาธารณสุขทั่วประเทศ ซึ่งแผนนี้รวมถึงเรื่อง สิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์การแพทย์ที่มีราคาแพงว่าควรลงทุนอะไร, ที่ไหน โรงพยาบาลในกำกับของรัฐสามารถยื่นความจำนงค์ที่จะขอวัสดุการแพทย์ที่มีราคาแพงเพิ่มเฟื้อย หรือขอสิ่งก่อสร้างที่จำเป็นมาในแผนทุก 2 ปี (Biennial capital budget plan) ซึ่งถ้าได้รับการอนุมัติ กระทรวงจะให้ "Certificate of need" ในรายการนั้น

การของบประมาณสิ่งก่อสร้าง สามารถทำได้ถ้า

1. อยู่ในแผนงบประมาณทุก 2 ปี ของโรงพยาบาล
2. แผนงบประมาณนั้นได้รับการอนุมัติโดยกรรมการบริหาร
3. โรงพยาบาลได้รับ "Certificate of need" จากกระทรวง

ถ้าการก่อสร้างเป็นการลงทุนจากภาคเอกชนก็สามารถทำได้ ถ้าอยู่ในข้อแม้ 3 ข้อดังกล่าว แต่กระทรวงไม่จำเป็นต้องออก "Certificate of need" ให้สำหรับสิ่งก่อสร้างที่ดำเนินการโดยเอกชน แต่ถ้าบ

ดำเนินการเป็นของรัฐบาลจะต้องมี “Certificate of need” เพื่อเป็นการยืนยันว่าได้มีการคิดอัตราต้นทุน (Recurrent costs) แล้วก่อนจะมีการก่อสร้าง

K. การทำสัญญา (Contracting)

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐในอนาคตจะต้องมีการทำสัญญากันทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น ทำสัญญาซื้อขายบริการกับกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้โรงพยาบาลชุมชนก็อาจทำหน้าที่เป็น Fund holder และซื้อบริการจากโรงพยาบาลใหญ่ โดยทั่ว ๆ ไป การทำสัญญาเป็นวิธีการที่ได้ผลในการขยายบริการ โดยเฉพาะการทำธุรกิจเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในการดำเนินงานของโรงพยาบาล แต่ก็ไม่ใช่วิธีการที่เหมาะสมกับทุกเรื่อง จึงควรตัดสินใจให้รอบคอบ

1. การทำสัญญาจ้าง (Contracting out)

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐแต่ละโรงสามารถทำสัญญาจ้าง เพื่อเป็นการปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานได้ โดยมีหลักการ 4 อย่างที่กรรมการบริหารโรงพยาบาลต้องถามก่อนทำสัญญาได้แก่ ดังนี้

1.1 มีจำนวนบริษัทที่เข้ามาแข่งขันราคามากพอหรือไม่ และเป็นการแข่งขันจริงหรือไม่

และ

ทุกบริษัทที่เข้าแข่งขันเหมาะสมที่จะแข่งขันในด้านคุณภาพการบริการหรือไม่

1.2 การแข่งขันนั้นจะทำให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพ ลดค่าใช้จ่าย แต่มีคุณภาพการบริการที่ดีขึ้นหรือไม่

1.3 โรงพยาบาลมีเงินมากพอที่จะใช้ในการทำสัญญาจ้างงานที่มีคุณภาพดีหรือไม่

1.4 โรงพยาบาลมีความเชี่ยวชาญในงานประภควราคา เสนอราคา รวมทั้งสามารถดำเนินการดูแลและประเมินผลงานที่จ้างมา

2. การทำสัญญารับจ้างให้บริการ (Contracting in)

ในบางโอกาสโรงพยาบาลอาจต้องการที่จะเข้าแข่งขันเพื่อทำสัญญารับจ้างให้บริการในบางพื้นที่ จุดประสงค์ของการทำเช่นนี้ ก็เพื่อให้ได้ทรัพยากรและเงินทุนเพิ่มขึ้นในการบริการที่โรงพยาบาลต้องทำอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามก่อนที่จะตัดสินใจทำสัญญา ควรมีข้อคิดดังนี้

- พันธกิจของโรงพยาบาลมีพันธกิจที่จำเป็นต้องให้บริการในกลุ่มประชากรเป้าหมายจะลด

ลง

หรือไม่ถ้ามีการทำสัญญาให้บริการที่อื่นด้วย

- ได้มีการวิเคราะห์ทุนที่แท้จริงที่จะใช้ในการให้บริการ เพื่อดูว่าคุ้มทุนหรือไม่

- โรงพยาบาลมีความเชี่ยวชาญในการเขียนโครงการวิจัย, การประกวดราคา และการบริหารจัดการเรื่องการทำสัญญาบริการหรือไม่

3. การทำสัญญาภายในหรืองบประมาณของกลุ่มคลินิกบริการ (Internal contracting / Departmental budget holding) CEO และคณะกรรมการบริหารอาจจัดให้มีการทำสัญญาภายในระหว่างกลุ่มงานและหน่วยบริการอื่น ๆ ของโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความเป็นอิสระในการบริหารของกลุ่มงาน โดยทำความเข้าใจในเรื่องลักษณะ และจำนวนของการบริการ และให้งบประมาณในลักษณะ Block grant

4. ข้อความในสัญญา (Contract content)

สัญญาประกอบด้วยคู่มือปฏิบัติดังนี้ (Beracochea)

4.1 ชนิดของสัญญา (Type of contract) จะต้องบอกลักษณะของชนิดให้ชัดเจน (เช่น Block contract) โดยมีปริมาณที่วัดที่ชัดเจน, ราคาและขนาดของสัญญา (cost and volume contract), ราคาต่อคนต่อหน่วยระยะเวลา หรืออื่น ๆ)

4.2 เหตุผลของสัญญา (Reason for the contract) หลักฐานของความคุ้มทุนและการประเมินความเป็นไปได้ในสัญญาจะต้องแสดงให้เห็น เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทำสัญญา

4.3 คำจำกัดความของบริการที่จะทำสัญญา (Definition of the services to be rendered) รายละเอียดของรายการของบริการที่คู่สัญญา (contractor) จะต้องแสดงไว้ เพื่อไม่ให้สับสน และทำให้สามารถติดตามได้ บริการที่ได้รับจะเป็น output หรือ activity terms โดยไม่ต้องกำหนดเฉพาะเจาะจงว่าเป็นบุคคลใดที่จะให้บริการตามสัญญา เช่น ในกรณีการทำสัญญาดำหรับ Primary care services

4.4 ต้องมีการกำหนดดัชนีชี้วัด สำหรับคุณภาพของบริการ (Indicators of Quality of service)

4.5 การบริหารจัดการบริการที่ได้ทำสัญญา (Management of the contracted service) สัญญาต้องมีการกำหนดว่าจะมีใครเป็นผู้ดูแลและประเมินการปฏิบัติงานของผู้รับทำงานตามสัญญา, รับรายงานและจัดการให้มีการจ่ายเงินตามเวลา ส่วนในด้านของผู้รับเหมา (contractor) ก็ต้องมีการกำหนดบุคคลที่จะเป็นผู้ทำการติดต่อและรับผิดชอบงานตามกำหนด

4.6 การทำความเข้าใจในเรื่องของจำนวนบุคลากรที่จะได้รับการจ้าง (Agreement on the number of staff employed) ควรจะมีการกำหนดไว้ในสัญญา และคู่สัญญา (Contractor) ว่าจะได้รับค่าจ้างและการจ้างที่เหมาะสมตามความต้องการของรัฐบาล

4.7 คุณวุฒิของบุคลากร (Staff qualifications) บุคลากรที่จะทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจะต้องมีการกำหนดคุณวุฒิ และได้รับการฝึกฝนและตรวจสอบความเชี่ยวชาญ

4.8 สิทธิในสินทรัพย์ต่าง ๆ เช่น เครื่องมือ (Property rights over equipment) ถ้าคู่สัญญา (Contractor) รับงานบริการจากโรงพยาบาล และมีการใช้เครื่องมือของโรงพยาบาลด้วย ในสัญญาจะต้องชี้ให้

เห็นชัดเจนว่าสินทรัพย์หรือเครื่องมือนั้นจะยังเป็นของโรงพยาบาลหรือว่าขายไปแล้ว (ขายในราคาเท่าไร) หรือบริจาคคู่สัญญา โดยจะต้องมีบัญชีของเครื่องมืออยู่ในสัญญานั้นด้วย

4.9 กำหนดสัญญาชำระเงินและข้อตกลงทางการเงินอื่น ๆ (Payment terms and other financial arrangements) ข้อตกลงจะต้องกำหนดให้ชัดเจนถึงเวลาและความถี่ในการชำระเงิน ควรจะเป็นการจ่ายหลังจากให้บริการแล้ว เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาว่าคู่สัญญา (contractor) ทำงานไม่ได้ผลหรือไม่ดี ในกรณีที่การบริการมีปัญหาควรมีการหยุดจ่ายเงินก่อน

4.10 ข้อมูล, บัญชี และรายงาน (Information, accounts and other reports) คู่สัญญา (Contractor) จะต้องการส่งรายงานให้เป็นระยะ เพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการสัญญาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้มีรายละเอียดของข้อมูล, ลักษณะของข้อมูล และความถี่ในการรายงาน

4.11 ความตกลงเรื่องคุณภาพของผลผลิต (Productivity level agreement) มีการวัดผลผลิตของงานหรือภาระงานทุกเดือน เพื่อติดตามและประเมินงาน

4.12 ทบทวนสัญญา (Contract review) ควรจะมีการทบทวนในช่วงกึ่งเวลา (Mid-term) ของการทำสัญญา เพื่อแก้ไขปัญหาที่อาจจะมีหลังการทำสัญญา

4.13 ระยะเวลาของสัญญา (Contract duration) ระยะเวลาหมดสัญญาต้องเขียนไว้ให้ชัดเจน

4.14 การสิ้นสุดสัญญา (Contract termination) จะต้องมีการระบุไว้ในสัญญาถึงการสิ้นสุดของสัญญาโดยคู่สัญญาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งและมีการเขียนไว้ให้ชัดเจนว่าถ้ามีการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามสัญญาจะต้องมีการขึ้นบันทึก เพื่อให้มีการสิ้นสุดหรือยกเลิกสัญญาได้ โดยจะต้องยังมีการให้บริการต่อไปอีก 1 เดือน หลังจากสิ้นสุดสัญญา

4.15 ค่าปรับในกรณีที่การทำงานไม่ได้ผลตามสัญญา (Penalties for poor performance) ในกรณีที่คู่สัญญาไม่สามารถปฏิบัติตามสัญญาได้ จำเป็นต้องมีการปรับโดยต้องมีการกำหนดไว้ในสัญญาว่าจะทำอะไรในการติดตามผลและเป็นเงินเท่าไร (ดู Appendix E สำหรับ Check list ของเรื่องการทำสัญญา และรายละเอียด)

L. การธนาคาร (Banking)

รายรับทั้งหมด (ค่ารักษาพยาบาล, การเรียกเก็บทุกชนิดรวมทั้งจากประกัน, เงินบริจาค, เงินหมวดอุดหนุนทั่วไป หรือรายรับอื่น ๆ ของโรงพยาบาล) ควรจะต้องนำเข้าฝากธนาคารทุกวัน โดยแผนกบัญชีของโรงพยาบาล ไม่ควรมีการจ่ายเงินก่อนนำเข้าฝากธนาคาร หรือมีการดึงเงินแยกออกไปส่วนหนึ่ง โรงพยาบาลสามารถเปิดบัญชีเงินฝากได้มากกว่าหนึ่งธนาคาร แต่ทุกบัญชีจะต้องได้รับการตรวจสอบ สรุปยอดทุกเดือนอย่างเป็นทางการ

M. ความคุ้มทุน (Cost containment)

การที่โรงพยาบาลในกำกับของรัฐจะสามารถบริหารการเงินให้อยู่รอดได้ ต้องอาศัยองค์ประกอบหลายประการ เช่น ความสามารถของโรงพยาบาลที่จะใช้เงินให้น้อยที่สุดแต่ได้ผลผลิตมากที่สุด ซึ่งการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์นี้ได้จะต้องอาศัยยุทธวิธีหลายอย่างเช่น

- มีการทบทวนการใช้งาน (Utilization reviews)
- ใช้ยาในบัญชียาหลัก (Use of an essential drug list)
- ใช้ยาตามชื่อสามัญ (Use of generic drugs)
- ติดตามเรื่องเวลาเฉลี่ยของวันนอนโรงพยาบาล (Monitoring length of stay)
- มีการใช้ยา และวัสดุทางการแพทย์ที่เหมาะสม (Efficient management of drugs and supplies)
- ควบคุมเรื่อง Stock ของหอผู้ป่วย (Control of ward stocks)
- พัฒนานาบุคลากรและมีการประเมินผลการทำงาน (Development of staffing norms and performance measures for staff)
- พัฒนาระบบส่งต่อและแนวทางการรักษา (Development of referral and treatment protocols)
- ติดตามวัดผลการสูญเสียของวัสดุ (Monitoring of wastage supplies)

นอกจากนี้เมื่อมีการทำสัญญากับโรงพยาบาลจะต้องพิจารณาเรื่องการกระตุ้นให้เกิดความคุ้มทุนไว้ด้วย ไม่ควรเรียกเก็บแบบ fee - for - service เพราะจะทำให้ค่ารักษาเพิ่มขึ้น แต่ถ้าเป็นการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) หรือวิธีจ่ายเงินแบบอื่นที่จะทำให้เกิดสิ่งจูงใจในการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมมากกว่า

N. การยกเว้นหรือลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล (Waivers and exemptions)

การบริการบางอย่างต้องเป็นการบริการที่ไม่คิดมูลค่า เนื่องจากเป็นนโยบายระดับชาติว่าประชาชนต้องได้รับการรักษาถึงแม้จะยากจน นอกจากนั้นยังเป็นการกระตุ้นอุปสงค์ (Demand) โรงพยาบาลควรจะต้องดำเนินการให้มีมาตรการ ยกเว้นค่ารักษาพยาบาลตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขอย่างโปร่งใสและไม่เป็นภาระต่อคนไข้มากนัก ค่าบริการรักษาพยาบาลที่ให้ฟรีนี้จะต้องรวมอยู่ในระบบบัญชีของโรงพยาบาล

การยกเว้นค่ารักษาพยาบาลของคนไข้นอก ควรจะเป็นระบบที่ไม่ยุ่งยากโดยมีระบบให้แพทย์ผู้รักษาสสามารถขอยกเว้นหรือลดหย่อนค่ารักษาได้ สำหรับคนไข้ในควรจัดเป็น 2 ขั้นตอน เนื่องจากมูลค่าการรักษาพยาบาลคนไข้ในจะสูงกว่าคนไข้นอกมาก โดยจัดให้มีการแสดงสิทธิการรักษาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไว้ในโรง

พยาบาล และจัดให้มีผู้ที่มีอำนาจในการให้การลดหย่อนหรือยกเว้นค่ารักษาพยาบาล โดยจำนวนเงินทั้งหมดที่ได้รับการยกเว้นหรือลดหย่อนจะต้องรวมอยู่ในระบบบัญชีของโรงพยาบาล

VIII ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางการบริหารการแพทย์และการบัญชี

(Management Information System / Hospital In Formation System (HMIS) , Accounting Systems)

ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นพื้นฐานของความสำเร็จในการบริหารโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ในการสำรวจจากโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนบ่งชี้ว่าข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญเพื่อ

- เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล ของการรักษาพยาบาลและระบบสุขภาพทั้งหมด
- ทำให้เกิดการบริหารจัดการ และจัดสรรควบคุมการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
- เพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- กระตุ้นให้เกิดการสอดคล้องติดตามผล และประเมินผลงานของโรงพยาบาลจากชุมชน

ดังนั้น ระบบข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาล จะต้องมีการดำเนินการเพื่อให้ผู้ใช้บรรลุวัตถุประสงค์
ดังนี้

- เข้าถึงข้อมูลที่เป็นปัจจุบันของการบริการทางการแพทย์ ทุน และผลงานที่ได้
- มีข้อมูลที่สำคัญ เพียงพอที่จะใช้ในการวางแผนงาน
- มีข้อมูลที่สำคัญเพียงพอสำหรับติดตามในเรื่องการให้บริการ, บุคลากร และการทำงานของโรงพยาบาล
- มีดัชนีชี้วัดการใช้จ่ายและการทำงานของโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน

Chawla และ Govindaraj (1996) เสนอว่าควรมีระบบข้อมูลข่าวสารอย่างน้อย 8 ระบบย่อย ได้แก่

- การวินิจฉัยโรค และระบบการรักษาซึ่งรวมทั้งกลุ่มงานเทคนิคบริการและกลุ่มงานอื่นของโรงพยาบาล
- ระบบบัญชีและการเงิน (Accounting and Financial Management Systems)
- ระบบค่าใช้จ่ายและบัญชีทั่วไป (Expenditure and General Accounting Systems)
- ระบบบุคลากร (Personnel Systems)
- ระบบสนับสนุนบริการอื่นๆ (Support Services Systems)
- ระบบควบคุมการบริหาร (Management Control Systems)

ระบบทั้งหมดจะต้องได้รับการสนับสนุนเพื่อให้มีหน่วยบริการข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะต้องมีผู้อำนวยการฝ่ายข้อมูลข่าวสารและการวางแผน (Director of Information and Planning) สำหรับคู่มือฉบับนี้ระบบบัญชีการเงินจะกล่าวไว้ในส่วนของระบบการเงิน และบริหารการเงิน

โครงการวิจัยเพื่อการบริหารการเงินการคลัง ได้ทำการวิเคราะห์ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ (HMIS) ในหลายโรงพยาบาลเพื่อศึกษาว่ามีระบบนี้มากน้อยเพียงใด และจะได้จัดทำข้อเสนอแนะในเรื่องการพัฒนา HMIS สำหรับโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ หลังจากการศึกษาแล้วได้ให้ข้อเสนอแนะว่ารูปแบบที่เหมาะสม สำหรับ HMIS ควรประกอบด้วย

- ความสามารถที่จะรับความจุที่เพียงพอสำหรับข้อมูลเพื่อการบริหารทุกระดับในโรงพยาบาล โดยต้องให้ความสำคัญเร่งด่วนในเรื่องข้อมูลบริหารการเงินที่ระดับปฏิบัติและระดับกลาง เนื่องจากเป็นจุดที่สำคัญที่สุด ในขณะที่เดียวกันก็เป็นจุดอ่อนที่สุด
- ความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานของกระทรวงสาธารณสุขในด้านนโยบายของชาติ และระบบบริการสาธารณสุข เช่น ข้อมูลเฝ้าระวังโรค, National health accounts, hospital accreditation และงบประมาณ
- โครงสร้างซึ่งสามารถปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับงานบริหารของโรงพยาบาลและนโยบายของประเทศ
- ระบบข้อมูลซึ่งผู้ใช้สามารถเข้าถึงและประมวลผลได้ไม่ยาก

การพัฒนาของ HMIS ควรทำจากส่วนกลาง เพื่อให้เกิดมาตรฐานของข้อมูล ในทุกระดับของการบริหารและสะดวกในการติดต่อกับตัวแทนบริษัทหลาย ๆ แห่งได้ นอกจากนั้นการที่ส่วนกลางเป็นผู้ลงทุนเอง จะก่อให้เกิดการประหยัดในแง่การลงทุนเพราะสามารถระดมผู้เชี่ยวชาญทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชนได้ SODA จะทำข้อตกลงการทำงาน (Terms of reference) ของผู้เชี่ยวชาญที่จะรับผิดชอบงานนี้ทั้งระยะสั้นและกลาง (ดูบทที่ 8)

นอกจากนี้ต้องมีการฝึกและพัฒนาบุคลากรที่จะดูแลรักษาระบบ HMIS ในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้งานไม่มีข้อบกพร่อง โดยหาบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเพียงพอมาทำงาน และดำเนินการฝึกฝนให้มีความเชี่ยวชาญยิ่งขึ้น อีกทางเลือกหนึ่งก็คือการจ้างหน่วยงานภายนอกมาดูแลรักษาระบบ เนื่องจากมีปัจจัย 2 อย่าง ได้แก่

- ก. ค่าจ้างภาครัฐไม่มากพอที่จะชักจูงบุคลากรสาขานี้ให้มาทำงาน
- ข. การจ้างภาคเอกชนอาจมีความคุ้มค่ามากกว่าที่จะจ้างบุคลากรไว้เอง

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเงิน ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม, สำนักงานประกันสุขภาพ, ศูนย์เทคโนโลยีและสารสนเทศ ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา HMIS

ระยะเวลาการเตรียม Functional Modules สำหรับ HMIS			
	1 - 8 เดือน	9 เดือน - 2 ปี	3 - 5 ปี
1) Patient Management Module			
Patient registration	X		
Patient admission and discharge	X		
Bed availability , assignment , transfers	X		
2) Medical Records Module			
Master patients medical record index	X		
Medical record abstracting system	X	X	
Chart control			
Case mix database	X		
Classification system groupers (DRGs)	X		
Utilization management	X	X	
Quality assurance		X	
3) Clinical Departmental Modules			
Resource scheduling			X
Laboratory	X		
Radiology	X		
Pharmacy	X	X	
Operating room			X
Other therapeutic services			
ระยะเวลาการเตรียม Functional Modules สำหรับ HMIS			
	1 - 8 เดือน	9 เดือน - 2 ปี	3 - 5 ปี
4) Clinical Care Management: Physicians & Nurses			
Order entry			X
Results reporting			X
Staffing and scheduling			X
Medication administration records		X	
Patient assessment, care planning, and documentation		X	
5) Service Billing Module			
Patient billing account index	X		
	X		

Inpatient and outpatient billing		X	
Accounts receivable and collections			
6) General Administrative and Financial Modules	X		
Personnel and human resources	X		
Payroll	X		
Accounts payable	X		
Materials management / purchasing			
Fixed assets management	X		
General ledger	X		
Cost accounting	X		
Charge master / transaction register	X		
Financial management and reporting		X	
Third party contract management			

IX ประเด็นทางกฎหมาย และกฎระเบียบ (Legal and Regulatory Issues)

1. ความรับผิดชอบของคณะกรรมการบริหาร และ CEO ต่อหนี้สินของโรงพยาบาล (GC and CEO liability : Hospital liability)

รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบต่อความผิดพลาดในการบริหารโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการบริหาร และ ผู้อำนวยการเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องลงมาตามลำดับต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อทรัพย์สินของโรงพยาบาล ความรับผิดชอบของผู้อำนวยการเป็นไปตามมาตราที่ 4 ของพระราชบัญญัติความรับผิดของเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ. 2539 (Tort Liability of Government Officer Act, BE 2539) ผู้อำนวยการอาจจะรับผิดชอบเฉพาะความผิดพลาดที่เกิดจากการละเลยต่อการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง ดังที่ระบุใน พระราชบัญญัติความผิดของเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ.2540 (Tort Liability of Government Officer Act, BE 2540)

2. การบันทึกทางการแพทย์ (Medical records)

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ เป็นหน่วยงานของรัฐอยู่ภายใต้กฎหมายมาตราที่ 4 ของพระราชบัญญัติ ข้อมูลข่าวสาร พ.ศ. 2540, การเปิดเผยเวชระเบียนหรือข้อมูลผู้ป่วยที่อาจเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล จะได้รับการคุ้มครองตามมาตรา 15 (5) เป็นการยกเว้นตามกฎหมายทั่วไปเช่น หน่วยงานใดที่มีข้อมูลข่าวสารอยู่ในครอบครองหรือเป็นเจ้าของอาจจะถูกร้องขอให้เปิดเผยข้อมูลภายใต้เงื่อนไขและเหตุผลที่พอเพียง และผ่านการ

พิจารณาจากผู้รับผิดชอบ แต่อย่างไรก็ตามการสั่งให้เปิดเผยข้อมูลนี้อาจจะถูกอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการให้ ยับยั้งได้ตามพระราชบัญญัติ

3. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของบุคลากร (Staff licensing)

บุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพในโรงพยาบาลทั้งหมดจะต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ตามพระราช บัญญัติควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ พ.ศ. 2479 เช่นเดียวกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น ก็ต้องมี ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามพระราชบัญญัติต่าง ๆ คือ

พระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพของเภสัชกร พ.ศ. 2537

พระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพของทันตแพทย์ พ.ศ. 2537

พระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพของพยาบาล และผดุงครรภ์ พ.ศ. 2538

X. การบริการ (SERVICES)

ถึงแม้ว่าพันธกิจของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ คือ การให้การรักษายาบาล (Curative Care) แต่ ไม่สามารถละเว้นการให้บริการด้านสาธารณสุขพื้นฐาน

ประชากรเป้าหมายของการบริการสาธารณสุขพื้นฐาน คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียง การบริการนี้ยังรวมไปถึง Ambulatory Care และ Emergency Medicine ดังเช่น โรงพยาบาลรัฐในฮ่องกง จะมี ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ เป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการ ถ้าเป็นเช่นนั้นก็ควรมีการจัดตั้ง Post Graduate Training ในสาขา Emergency Medicine และ Ambulatory Care ทางเลือกเหล่านี้ นอกจาก ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลแล้วยังช่วยพัฒนาการบริการผู้ป่วยเรื้อรังและการบริการฉุกเฉินของ ประเทศได้ดีขึ้นอีกด้วย

ในความเป็นจริง การบริการด้านรักษายาบาลการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพเป็นงานที่ เชื่อมโยงกัน โรงพยาบาลทำประโยชน์ให้แก่การวางแผนการบริการสาธารณสุข โดยการให้ข้อมูลสาธารณสุข เช่น Disease Surveillance, Trauma Registry, ให้การสนับสนุนนโยบายสาธารณสุข เช่น เขตปลอดบุหรี่, Safe Sex Practicing งดดื่มเหล้าขณะขับรถ, ให้การร่วมมือในการสอบสวนโรคระบาดในเวลาเดียวกันงานสา ธารณสุขก็เป็นประโยชน์กับโรงพยาบาล เพราะช่วยลดภาระงานที่ไม่จำเป็นของโรงพยาบาลให้น้อยลงโรง พยาบาล

ในทำนองเดียวกัน Medical Care Services เริ่มจากการบริการสาธารณสุขพื้นฐาน ไปจนถึง Tertiary Care การทำงานเหล่านี้จะทำให้ดี และมีประสิทธิภาพสูงสุด ต้องอาศัยการจัดระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับ แผนงานและลักษณะการปฏิบัติของสถานบริการทุกระดับเป็นสำคัญ

ในอนาคต Provincial Health Board จะเข้ามาแทนที่ Provincial Health Office และเป็นกลไกในการ วางแผนการบริการสาธารณสุข โดยเข้ามาเป็นผู้เซ็นสัญญาซื้อบริการของโรงพยาบาลทุกระดับ และมีการ

ประสานกันระหว่าง Health Care Provider (ผู้ให้บริการสาธารณสุข) ทั้งของรัฐและเอกชน โดยองค์กรนี้จะเป็น ผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้ใช้บริการ

ถึงแม้องค์กรนี้ยังเป็นหน่วยงานของราชการ แต่โครงสร้างถูกปรับเปลี่ยน เพื่อให้พันธกิจขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ดีกว่าองค์กรจากส่วนกลาง การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอันหนึ่ง คือ เปลี่ยนวิธีการแต่งตั้ง Provincial Chief Medical Officer (PCMO) ให้เป็นระบบที่โปร่งใส เป็นธรรม เพื่อให้มี PCMO ที่เหมาะสมมีความสามารถ และมีอิสระในการทำงานมากกว่าปัจจุบัน นำระบบการวัดประเมินผลงาน มาใช้ในการเลื่อนขั้น, การให้ผลตอบแทน เพื่อให้มุ่งปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์

XI. การบริหารเวชภัณฑ์ (DRUG MANAGEMENT)

ยาและเวชภัณฑ์เป็น Input ที่สำคัญของโรงพยาบาลถ้ามีการบริหารจัดการที่เหมาะสม จะทำให้การใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพที่ดีกว่า และนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพที่ดี โรงพยาบาลควร พิจารณาประเด็นต่อไปนี้ในการบริหารจัดการเรื่องยาและเวชภัณฑ์

- มีระบบการจัดซื้อเพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพและราคาถูกเท่าที่จะเป็นไปได้
- มีการบริหารพัสดุ (Inventory Management) เพื่อให้มีเวชภัณฑ์ใช้ได้เพียงพอ มีการจัดเก็บใน ระดับ ที่เหมาะสม
- มีการใช้ยาอย่างถูกต้องและเหมาะสม (Rational Drug Use)

บทนี้จะเกี่ยวข้องกับระบบการบริหารเวชภัณฑ์ทั้งหมดในโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ครอบคลุมถึง การจัดซื้อและระบบการบริหารพัสดุ แต่ไม่ได้ครอบคลุมถึงการสั่งใช้ยาอย่างถูกต้องและเหมาะสม (Rational Drug Use)

Overall System for Drug Management

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐควรจัดตั้งคณะกรรมการยา (PTC) เพื่อบริหารยาและเวชภัณฑ์ ให้มีประสิทธิภาพ

หน้าที่สำคัญของ PTC มีดังนี้

- จัดทำบัญชียาของโรงพยาบาลที่ทำให้มั่นใจว่ามีรายการยาที่มีประโยชน์, มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม แทนที่จะเป็นบัญชียาแบบเปิดกว้าง (Open Ended Drug List) และมีจำนวนมากมาย ซึ่งทำให้ยากแก่ การบริหารจัดการ
- เป็นการประกันว่ามีการจัดซื้อจัดหาที่มีคุณภาพราคาเหมาะสม อาจมีการจัดตั้งอนุกรรมการหรือ คณะทำงาน เข้ามาช่วยในการคัดเลือก และต่อรองราคา
- มีหน้าที่ควบคุมกำกับการใช้ยา และการบริหารจัดการในโรงพยาบาล ให้คำแนะนำต่อโรงพยาบาล ในการแก้ไขปัญหาด้านความจำเป็น

PTC ควรประกอบด้วย

- แพทย์ที่มีจุดยืนที่ดี เข้าใจเรื่องการใช้ยา รวมทั้งการบริหารจัดการ
- เภสัชกร
- ตัวแทนจากฝ่ายบริหารทั่วไป หน้าที่ของ PTC นั้นมีทั้งบริหารจัดการและการให้คำปรึกษา ระยะเวลาการทำงานของ PTC ควรจำกัดอยู่ครั้งละ 2-3 ปี เพื่อให้มีส่วนร่วมกว้างขึ้นเป็นการให้ความรู้ โดยผ่านการทำงานในฐานะ PTC มีการรายงานผลงานและควบคุมกำกับโดย GC ของโรงพยาบาล มีการเปิดเผยผลการจัดซื้อจัดหาให้เป็นที่รับรู้ของทั้ผู้บริหารโรงพยาบาล

นอกจากมี PTC แล้วโรงพยาบาลควรจัดให้มี Drug Management Information System ซึ่งประกอบด้วยหน่วยย่อยที่สัมพันธ์กัน คือ

- ก. การบริหารบัญชีพัสดุเรื่องยา (Drug Inventory Management) ร่วมกับห้องจ่ายยาและหน่วยจ่ายยา อื่น ๆ ของโรงพยาบาล
- ข. ระบบข้อมูลการใช้ยา การจัดเก็บข้อมูลใบสั่งยาและลักษณะการใช้ยาในโรงพยาบาล
- ค. ระบบเก็บข้อมูลราคายา เพื่อให้สามารถทบทวนราคายาที่สั่งซื้อจากแหล่งต่าง ๆ ได้

ถ้าหากว่าในอนาคต กระทรวงสาธารณสุขสามารถสร้างเครือข่ายการจัดซื้อยาและราคายาได้แล้ว โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ และเครือข่ายสามารถเอื้ออำนวยประโยชน์กันและกันได้ ระบบนี้มีประโยชน์ในการจัดซื้อยาโดยการเลือกบริษัท และราคาที่เหมาะสมมาใช้ในการเจรจาต่อรองราคา

การจัดซื้อยาในโรงพยาบาลในกำกับของรัฐต้องให้ได้ยาที่มีคุณภาพ, ราคาเหมาะสม ซึ่งวิธีหนึ่งที่ใช้คือการเจรจาทกลงราคา โดยการประมาณการใช้ยาตลอดทั้งปี แทนที่จะแยกซื้อทุก 2-3 เดือน การตกลงราคาควรเริ่มต้นปีงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลการใช้ยาของปีที่ผ่านมา ยานในรายการต่าง ๆ กัน ควรจัดซื้อจากหลายแหล่ง แทนที่จะจัดซื้อจากแหล่งเดียวเนื่องจากโรงพยาบาลในกำกับของรัฐไม่ต้องยึดติดกับกฎเกณฑ์ของราชการ และระเบียบการจัดซื้อ จึงสามารถใช้ประโยชน์ในการยืดหยุ่นกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ได้มาก แต่ต้องตรวจสอบได้, โปร่งใส

แนะนำข้อปฏิบัติบางอย่าง ดังนี้

- 1) PTC เป็นผู้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดซื้อยา, ตกลงราคา
- 2) คณะทำงานวิเคราะห์รูปแบบการใช้ยา และประเมินความต้องการใช้ยาแต่ละชนิดที่มีในบัญชียาของโรงพยาบาลโดยใช้ชื่อสามัญ (Generic Name)
- 3) คณะทำงานตรวจสอบแหล่งผลิตและจัดจำหน่ายเท่าที่จะหาได้ เพื่อเลือกเอาเฉพาะที่มีคุณภาพเป็นที่ ยอมรับ
- 4) คณะทำงานเจรจากับแหล่งผลิต/จัดจำหน่ายยาแต่ละรายการที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ
- 5) นำราคายามาเปรียบเทียบ เลือกมาเฉพาะรายที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับในราคาต่ำสุด

- 6) การสั่งซื้อยาควรทำเป็นช่วง ๆ ตลอดปี เพื่อไม่ให้เกิดการเก็บยาไว้เป็นจำนวนมากเกินไป หรือขาดแคลนยา การจ่ายเงินทำเป็นงวด ๆ ตามระยะที่สั่งซื้อ
- 7) การจัดซื้อยาดังวิธีนี้ ควรมีการตรวจสอบคุณภาพซ้ำในระหว่างนี้ ถ้าพบว่าคุณภาพของยาไม่ผ่านเกณฑ์ก็ต้องตัดบริษัทนั้นออกจากการเจรจาในปีถัดไป
- 8) ใบสั่งซื้อที่ส่งไปยังแหล่งผลิต/จัดจำหน่ายควรมีการบันทึกในคอมพิวเตอร์ และใช้ข้อมูลร่วมกับโรงพยาบาลอื่น มีการเก็บบันทึกไว้ เพื่อให้ประโยชน์ในการเจรจาต่อรองครั้งต่อไป ควรมีการใช้ข้อมูลร่วมกับเครือข่ายข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ที่จะจัดตั้งขึ้น

A. บัญชียาหลัก (ESSENTIAL DRUGLIST)

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐควรทำตามนโยบายการใช้ยาแห่งชาติ (National Drug Policy) โดยการใช้ยาที่อยู่ในบัญชียาหลัก, ควรยึดหลักปัจจุบันที่การใช้ยาบัญชียาหลักอย่างน้อย 80% ของงบประมาณการจัดซื้อยา สำหรับนโยบายระดับชาตินั้นก็ควรปรับปรุงกลไกการปรับบัญชียาหลักให้ทันสมัย เพื่อให้แพทย์มั่นใจว่าเป็นยาที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับราคา (Cost-Effective Drugs) PTC ในโรงพยาบาลก็เป็นกลไกสำคัญที่จะส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักถ้ามีวิธีการคัดเลือกที่ดี และให้ความรู้แก่กรรมการควรมีแนวทางในการติดต่อกับผู้แทน บริษัทยาเอกชนเพื่อควบคุมกลไกการตลาด เช่น การติดต่อกับผู้แทนบริษัทยาและแพทย์ ควรตัดให้มีน้อยลง ควรต้องมี Drug Formulary

B. การควบคุมสารเสพติด (CONTROLLED SUBSTANCES)

ในหลักการเบื้องต้น ข้อปฏิบัติในการสั่งซื้อยาเสพติด เช่น Morphine และยาควบคุมอื่นที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังคงคงไว้เหมือนเดิม ในขณะเดียวกันควรตัด การเขียนรายงานให้น้อยลงเพื่อกระตุ้นการใช้ Opioid Analgesics อย่างเหมาะสม เนื่องจากปัจจุบันพบว่าการสั่งใช้ยาประเภทนี้ในคนไข้ภาวะสุดท้ายน้อยเกินไป

C. ชื่อสามัญ และชื่อทางการค้า (GENERICS AND BRAND NAME DRUGS)

ปัจจุบันแพทย์มักเชื่อว่า Generic Drugs มีข้อดีดีกว่า Brand Name Drugs ในด้าน Bioavailability, Pharmacodynamics และ Pharmacokinetics คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ควรร่วมมือกับคณะกรรมการอาหารและยา และมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ให้ความมั่นใจเรื่องการรักษาคุณภาพการผลิตยา รวมทั้งการเตรียมข้อมูลเรื่องคุณภาพของยาให้แพทย์ได้นำไปใช้ได้สะดวกตลอดเวลา

XII. การประสานงานกับงานสาธารณสุขพื้นฐาน การป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ (COORDINATION WITH PRIMARY HEALTH CARE, PREVENTIVE AND PROMOTIVE SERVICES)

A. งานบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (PRIMARY HEALTH CARE)

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐควรสนับสนุนการ Primary Health Care โดยการกระตุ้น คนไข้และครอบครัวให้ยอมรับทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เช่น โรงพยาบาลพัฒนากิจกรรมกลุ่มดูแลตนเองในคนไข้มะเร็ง ขณะเดียวกันโรงพยาบาลในกำกับของรัฐควรจัดตั้งศูนย์ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้หลายรูปแบบ และมีบุคคลที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถติดต่อขอรับความช่วยเหลือที่จำเป็นได้

โรงพยาบาลในกำกับของรัฐสามารถมีส่วนร่วมในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ใน Primary Health Care เช่น วิจัยแบบ Randomized trial เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของสมุนไพรที่ใช้ทั่วไปในชุมชน

B. การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (PREVENTIVE AND PROMOTIVE SERVICES)

เป็นที่ยอมรับว่าโรงพยาบาลได้รับความเชื่อถือใน Curative care จึงอยู่ในสถานะที่ดีในการก่อตั้งและสนับสนุนการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งตลอดเวลาที่ผ่านมาไม่ค่อยได้รับความสนใจจากผู้ป่วย, ครอบครัว และชุมชน อย่างน้อยที่สุดโรงพยาบาลในกำกับของรัฐควรร่วมในการเตรียมบริการการป้องกันทางคลินิก (clinical preventive services) ดังเช่นคำแนะนำจาก US Task Force of Clinical Preventive Services ขณะเดียวกันควรคำนึงถึงโรคไม่ติดต่อด้วย (non-communicable diseases) เช่น โรงพยาบาลในกำกับของรัฐควรริเริ่ม screening programs สำหรับมะเร็งปากมดลูก เพราะเป็นมะเร็งที่ป้องกันได้ นอกจากนี้ในกรณีที่โรงพยาบาลมีระบบฐานข้อมูลที่ดีพอ ยังสามารถเผยแพร่ข้อมูลเหล่านี้ให้สาธารณชนรับทราบ และป้อนข้อมูลให้องค์กรต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์ เช่น อุบัติภัยจากการจราจร, โรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เป็นต้น

C. การรักษาโรคเฉพาะทาง (SPECIALTY SERVICES)

การบริการรักษาเฉพาะทางในโรงพยาบาลในกำกับของรัฐควรจัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนองตอบความต้องการของ ผู้ป่วยและชุมชนแทนที่จะจัดตามที่แพทย์ต้องการ เช่น เปิดบริการตามความชุกของโรคที่มีในชุมชน เป็นต้น เมื่อใดที่พิจารณาจัดตั้งการบริการเฉพาะทางขึ้น ผู้บริหารโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรคำนึงถึงประสิทธิภาพของระบบเป็นเรื่องสำคัญ ถ้าปฏิบัติได้เช่นนี้จะทำให้มีการกระจายของการบริการ และมีประโยชน์คุ้มค่ากับการลงทุน ดังนั้นควรมีการประสานงานเพื่อวางแผนการบริการเฉพาะทางร่วมกันระหว่าง ผู้ให้บริการทางการแพทย์ในเขตนั้น ๆ (จังหวัดใหญ่ หรือกลุ่มจังหวัดเล็กๆ) ควรมีการสร้างระบบควบคุมกำกับและประเมินผลให้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงาน

XIII. การประกันคุณภาพ (QUALITY ASSURANCE)

การเคลื่อนไหวในเรื่องการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนในระยะ 2 - 3 ปีที่ผ่านมา เป็นเรื่องบ่งชี้ที่ดีว่า คุณภาพในการรักษาพยาบาลเป็นประเด็นสำคัญในการให้บริการของโรงพยาบาล การเคลื่อนไหวในครั้งนี้ควรมีต่อไปและพัฒนาขึ้น ส่วนประกอบสำคัญยิ่งของประเด็นนี้คือ quality assessment ควรมีการสร้างเครื่องชี้วัดการดำเนินการประกันคุณภาพ โดยการสร้างขึ้นเองในระดับปฏิบัติการของโรงพยาบาล Hospital management ควรเป็นผู้นำในการพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพงาน และใช้เครื่องชี้วัดนี้ในการปรับปรุงคุณภาพรักษาพยาบาล

Hospital management ควรจัดตั้งทีมหลัก (key teams) ขึ้นมา เพื่อดูแลการพัฒนามาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติบริหารจัดการและควบคุม กำกับให้มีการนำมาตรฐานมาใช้เพื่อประกันคุณภาพของการบริการต่อไป

- การบริการทางด้านแพทย์ทั่วไป (general medical care)
- การสั่งใช้ยาและเวชภัณฑ์ (drugs and pharmaceutical prescribing)
- review of mortality and morbidity
- clinical-pathological review
- risk management and mass casualty
- nursing standards
- medical ethics
- facility utilization review

ต้องเสนอกิจกรรม, ผลที่ได้รับและข้อชี้แนะต่อ CEO, medical director และกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อรับทราบตามความเหมาะสม

XIV. ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (REFERRAL LINKS UPWARD AND DOWNWARD IN THE SYSTEM)

ในเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยมีทั้งการรับ และการส่งต่อเกิดขึ้นจึงต้องคิดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในระบบนี้รวมไว้ในการกระจายงบประมาณล่วงหน้า โดยประมาณจากการบริการที่ผ่านมาในอดีตของสถานบริการแต่ละราย ข้อมูลทางคลินิก เป็นองค์ประกอบสำคัญในการคำนวณงบประมาณ นอกจากนี้ข้อมูลที่ดียังจะทำให้ระบบการส่งต่อมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ระบบข้อมูลนี้ได้ถูกละเลยมาเป็นเวลานานจึงควรหาแนวทางพัฒนาและนำมาใช้อย่างจริงจัง ทางเลือกทางหนึ่งคือ การพัฒนาให้ข้อมูลของโรงพยาบาลดีขึ้นกว่าเดิม โดยถือว่าคุณภาพของข้อมูลทางคลินิก (Clinical information) ควรเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องชี้วัดคุณภาพงานของแพทย์แต่ละคน นอกจากนี้การบริการรพ.ควรได้รับการปรับปรุงทั้งด้านกำลังคนและยานพาหนะ, มีการฝึกอบรม และ retraining เพื่อให้ได้บุคลากรที่มีคุณภาพ โดยอาจมีการจัดตั้งศูนย์เฉพาะขึ้นมาสำหรับฝึกอบรมและ

- Collaborate with SODA and MOPH in personnel transformation for												
- 1 st batch AHs		X	X	X								
- 2 nd batch Ahs							X	X	X			
- Collaborate with SODA and MOPH to set up pension system for the hopital personnel		X	X	X								
Ahs	X											
- CEO's, hospital management, and SODA propose to MOPH												
- for appointment of GCs		X	X	X	X							
- GC work out rules and regulations for personnel and financial management		X	X	X	X							
- Formulate strategic plan and work plan		X	X	X	X							
- GC and CEO work with SODA to determine level of budget supports												
- Communicate with personnel and community												
SODA (see also transitional mechanism in the next section)												
- Capacity development for AHs												
- Work with Gcs and CEO's to determine level of budget supports												
- Work with CSC and MOPH to transform hospital personnel												
- Develop work systems for AHs												
- Communicate with community and all concerned parties												
- Work with Ahs, CSC, MOPH, BoB in designing system for monitoring and evaluation / R&D strategy and workplan												

Note : AH = autonomous hospital

XVI. กลไกสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงระบบ และการคัดเลือกโรงพยาบาล (TRANSITIONAL MECHANISMS AND SECTIONS OF HOSPITAL)¹²

ระยะเปลี่ยนแปลงเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญ ต้องพยายามให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างราบรื่น รัฐต้องให้การสนับสนุนสิ่งจำเป็นและช่วยเหลือการพัฒนาไปสู่ระบบโรงพยาบาลในกำกับของรัฐภาระหน้าที่ที่จำเป็นมีดังนี้

1) พัฒนาระบบงานที่จำเป็นต่อโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ได้แก่ ระบบบัญชี ระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบตรวจสอบภายนอก

และภายใน และการประเมินผลงาน (Performance appraisal) ทั้งจากภายนอกและภายใน โรงพยาบาล

2) พัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ รวมทั้งการฝึกอบรมผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่หน่วยงานหลัก ดังที่ได้

กล่าวไว้ในการพัฒนาขีดความสามารถในระยะเปลี่ยนแปลง

3) ดูแลโรงพยาบาลนำร่องให้ดำเนินการอย่างราบรื่น

4) สนับสนุนโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ โดยเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ เมื่อต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงานรัฐบาลกลาง เช่น สำนักงาน งบประมาณ, สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน

5) ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ในการพิจารณาการสนับสนุนงบประมาณในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้แน่ใจว่า

งบประมาณที่ได้รับนั้นเหมาะสมกับผลงานในระยะ 5 ปีถัดไป

6) พิจารณาปริมาณงานและชนิดของการบริการให้เหมาะสม เพื่อให้เป็นพื้นฐานของแผนการขยายงาน

และการลงทุนในอนาคต และให้ผลดีแก่ระบบสาธารณสุข ทั้งยังมีผลให้มั่นใจได้ว่ารัฐบาลจะรับการ

สนับสนุนในการลงทุน ในโครงการใหญ่ที่รัฐบาลต้องเป็นผู้ตัดสินใจ

7) ดูแลการประเมินนโยบายการดำเนินโครงการโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ พร้อมทั้งประเมินผลการดำเนินงานของตัวโรงพยาบาลแต่ละแห่ง โดยตั้งคณะทำงานที่เหมาะสมขึ้นมาทำการประเมิน

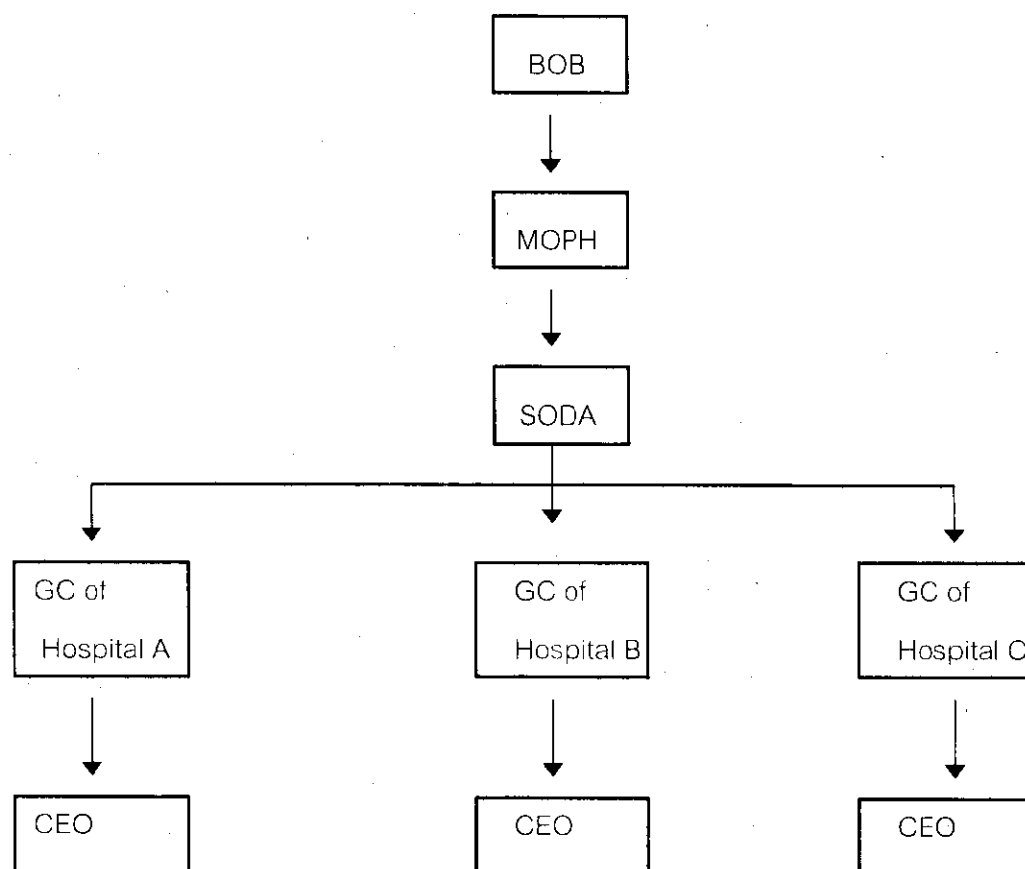
8) เพื่อไม่ให้โรงพยาบาลในกำกับของรัฐกลายเป็นระบบงานที่ไม่เข้ากับหน่วยงานอื่น (Less integrated) กลไกการเปลี่ยนแปลงนี้ต้องช่วยพัฒนาระบบสาธารณสุขของจังหวัดซึ่งต้องเกี่ยวพันกับโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ

9) กำหนดให้มีการวิจัยและพัฒนา มาสนับสนุนการพัฒนาโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ในประเด็นการบริหารในโรงพยาบาล หรือระบบสนับสนุนทั่วไปก็ได้

หมายเหตุ¹²: คำว่า Transition หมายถึง เวลา, การเปลี่ยนแปลงจากสิ่งหนึ่งไปหาอีกสิ่งหนึ่ง, หัวเลี้ยวหัวต่อ

A. องค์กร และโครงสร้างของกลไกสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงระบบ (ORGANIZATION AND STRUCTURE OF THE TRANSITIONAL MECHANISM)

A Supportive Office for Development and Autonomous Hospital หรือ SODA เป็นหน่วยงานอิสระที่ตั้งขึ้น เพื่อเป็นกลไกสนับสนุนการเปลี่ยนระบบของโรงพยาบาล เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลในกำกับของรัฐจะได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มีการยืดหยุ่นกฎเกณฑ์ต่าง ๆ เพื่อให้ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานนี้บริหารโดยคณะกรรมการ (Board of Directors) ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกโดยตำแหน่งจากองค์กรหลักที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานประมาณ, กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน ก.พ. General auditing office (สตง.) และสมาชิกจากการแต่งตั้ง ซึ่งพร้อมที่จะพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข Board เป็นผู้คัดเลือกและแต่งตั้ง CEO ตามที่พระราชบัญญัติกำหนดไว้ รัฐบาลจะใช้งบประมาณที่จำเป็นในการดำเนินการในลักษณะของเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อความคล่องตัวในการใช้งบประมาณ กลไกอันนี้คงเรียกว่า "Supportive Office for Development Autonomous Hospital" (SODA) ซึ่งควรริบจัดตั้งขึ้นในระยะเริ่มโครงการโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ความจำเป็นที่ต้องมี SODA ต่อไปหรือไม่ ควรมีการประเมินเป็นระยะ จากผลงานตามบทบาทและหน้าที่ที่วางไว้ โดยประเมินครั้งแรกควรทำหลังจากทำงานได้ 5 ปี เพื่อลดความพยายามที่จะเก็บกลไกนี้ไว้ พนักงานทั้งหมดควรเป็นข้าราชการที่ยืมตัวมาช่วยราชการ ความสัมพันธ์กับกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ดูจาก Diagram ต่อไปนี้



SODA ไม่ได้อยู่ในสายบังคับบัญชาโดยตรงของกระทรวงสาธารณสุข แต่มีความจำเป็นที่จะต้องมีความสัมพันธ์กับกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ

B. SODA กับงบประมาณของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (SODA AND BUDGETING OF AUTONOMOUS HOSPITALS)

เพราะกระทรวงสาธารณสุข (MOPH) ไม่ได้บังคับบัญชาโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ โดยตรงเพียงแต่มีตัวแทนเป็นสมาชิกโดยตำแหน่ง อยู่ในคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลเช่นเดียวกับ Provincial Chief Medical Officer-PCMO จากจังหวัดนั้น ๆ และตัวแทนจากกระทรวงอื่น ๆ กระทรวงสาธารณสุขจึงเพียงแต่ทำหน้าที่เป็นทางผ่านของงบประมาณสนับสนุนโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขใช้ SODA ในการคิดคำนวณรายละเอียดของงบประมาณให้กับแต่ละโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ตามหลักการที่ได้วางไว้ SODA จึงเป็นแขนงของกระทรวงสาธารณสุข ในการต่อรองงบประมาณ ถ้าตกลงกันไม่ได้หรือผลการต่อรองเป็นอย่างไร ต้องสรุปเสนอและตัดสินใจอีกครั้งโดยกรรมการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ก่อนที่จะให้งบประมาณที่ร้องขอขึ้นไป

C. SODA กับการประเมินผลงานของโรงพยาบาล (THE SODA AND HOSPITAL PERFORMANCE

ASSESSMENT AND EVALUATION)

SODA ต้องประเมินผลงานของแต่ละโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ที่เกิดขึ้นจากงบประมาณที่เจรจาตกลงไว้ แล้วรายงานให้กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงบประมาณโดยผ่านสมาชิกของกรรมการบริหาร SODA ไม่ต้องทำหน้าที่ประเมินผลงานโดยตรง แต่จะร่างรายละเอียดที่ต้องการและว่าจ้างคณะประเมินที่เหมาะสมมาทำการประเมินผล ของการประเมินจะนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเจรจางบประมาณในปีต่อไป และเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณ นอกจากนี้ SODA ยังทำหน้าที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐในการติดต่อกับรัฐบาลกลางในกรณีจำเป็น โดยมีการตกลงร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ และผู้บริหารของ SODA ในกระบวนการเจรจาตามปกติ SODA ยังต้องรับผิดชอบในการประเมินโครงการใหม่ของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ในด้านความเที่ยงธรรม ประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ในอนาคต

D. SODA กับการทำหน้าที่พัฒนาด้านอื่น ๆ (THE SODA AND OTHER DEVELOPMENT FUNCTIONS)

SODA ทำงานร่วมกันแต่ละโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ เพื่อพัฒนาแผนงานและดำเนินกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุน เช่น การพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล ให้การสนับสนุนที่จำเป็นโดยดูจากผลการประเมิน

ระบบงานที่ SODA ทำได้ การให้ความรู้หรือให้การพัฒนากระบวนการนี้อาจจ้าง Subcontractors โดย SODA ทำหน้าที่ควบคุมดูแลก็ได้

E. การประเมินจำนวนเตียง และชนิดการบริการของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (DETERMINING THE OPTIMAL SIZE AND TYPES OF FUNCTIONS OF AUTONOMOUS HOSPITALS)

SODA เป็นผู้ทำหน้าที่จัดลำดับความจำเป็นในการบริการชนิดต่าง ๆ ในแต่ละเขตของประเทศที่มีโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ รวมทั้งการวางแผนขยายจำนวนเตียง ให้พอเหมาะกับความจำเป็น โดย SODA เป็นผู้เสนอให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ตัดสินใจ รวมทั้งเสนองบประมาณที่จำเป็นต้องใช้ หลังจากนั้น SODA จะทำงานร่วมกับโรงพยาบาลในกำกับของรัฐแต่ละแห่ง เพื่อให้มั่นใจว่าได้ดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะแก่กระทรวงสาธารณสุข ในกรณีที่มีปัญหาในการดำเนินการให้เป็นไปตามแผนงาน SODA ไม่ได้มีอำนาจบังคับบัญชาโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ เพียงแต่ให้ข้อเสนอแนะด้านเทคนิคต่อกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น นอกจากนี้ SODA อาจริเริ่มงานวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยใช้ทุนการวิจัยจากงบประมาณของ SODA เอง

F. SODA กับการตอบสนองภัยในการดำเนินงานของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (THE SODA AND ADVOCACY OF AUTONOMOUS HOSPITALS)

การดำเนินงานโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ เป็นเรื่องใหม่ย่อมต้องมีข้อสงสัยเกิดขึ้นในหมู่ประชาชน, เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล, กรรมการโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง SODA ควรให้ความสนใจตอบคำถามเหล่านี้ทันที เพื่อให้การดำเนินการของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐเป็นไปอย่างราบรื่น และป้องกันการหยุดชะงักของบริการ ในขณะเดียวกันถ้าเกิดความจำเป็นในการติดต่อสื่อสารกับสาธารณชนหรือเจ้าหน้าที่เอง SODA ต้องศึกษารายละเอียดและทำความเข้าใจตอบข้อสงสัยเหล่านั้นกับทุกฝ่าย

G. เงื่อนไขในการเลือกโรงพยาบาลในโครงการนำร่อง (SELECTION CRITERIA FOR CANDIDATE AUTONOMOUS HOSPITALS)

ควรใช้เงื่อนไข ต่อไปนี้ในการเลือกโรงพยาบาลในโครงการนำร่อง

- 1) มีความตั้งใจจริงในการเปลี่ยนแปลง
- 2) สามารถแสดงถึงความจำเป็น ในการเปลี่ยนแปลง และมีเป้าหมายชัดเจน ซึ่งตรงกับความต้องการของรัฐบาล ประชาชน และเจ้าหน้าที่
- 3) มีแนวคิดที่ชัดเจน และเป็นไปได้ที่จะบรรลุเป้าหมาย
- 4) มีประวัติการบริหารที่ดีในโรงพยาบาล
- 5) เจ้าหน้าที่สนับสนุน

- 6) มีผู้นำในการเปลี่ยนแปลง
- 7) ตระหนักได้ว่ามีปัญหาอะไรบ้างที่อาจมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงระบบ
- 8) ร่วมในโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

H. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (SUCCESS FACTORS FOR HOSPITAL AUTONOMY)

ความสำเร็จเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

- 1) รัฐบาลให้การสนับสนุนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมในรูปของเงิน, การให้ความช่วยเหลือในการบริหารจัดการโดยไม่จำกัดระยะเวลา
- 2) Hospital management และผู้ร่วมงานได้รับการฝึกอบรมซ้ำให้มีแนวคิดใหม่ , ทักษะ, และความรู้ที่นำไปสู่ความเป็น Autonomization
- 3) นโยบายการเมืองชัดเจน
- 4) พิจารณาเลือกโรงพยาบาลที่ดีเข้าโครงการนำร่องเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ
- 5) เป้าหมายหลาย ๆ อย่างที่ทำได้ในช่วงสั้น ควรถูกเลือกออกมาทำให้เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนในเวลาที่กำหนด เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholder) มองเห็น (เช่น การปรับปรุงทางกายภาพให้สะดวกขึ้น, ผลประโยชน์ที่พนักงานได้รับ, เครื่องแบบใหม่, เวลาอคอยสั้นขึ้น, เครื่องชี้วัดทางการเงิน, กิจกรรมร่วมกับคนไข้, ชุมชนพนักงานทีมบริหารและแพทย์)
- 6) สื่อสารทำความเข้าใจเข้ากับเจ้าหน้าที่, ชุมชน, หน่วยงานราชการและสื่อมวลชน
- 7) การมีส่วนร่วมอย่างดีของชุมชน
- 8) การให้ข่าวสารและความรู้แก่สาธารณชน

XVII. การควบคุมกำกับ และประเมินผล การออกนอกระบบ (MONITORING AND EVALUATION OF HOSPITAL AUTONOMY)

A. เบื้องหลัง

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ควบคุมดูแล และการดำเนินการด้านสาธารณสุข เช่น ทำหน้าที่ประเมินค่าใช้จ่ายในการลงทุน ประสิทธิภาพ และผลของการดำเนินงาน ถึงแม้จะเปลี่ยนระบบ ก็ยังคงทำหน้าที่เหล่านี้ต่อไป และต้องควบคุมดูแลประเมินผลอย่างใกล้ชิด เพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบ และวิธีการ

B. จุดที่ต้องดูแลกำกับ และประเมินผล (The focus of monitoring and evaluation under Hospital autonomy)

- การดูแลกำกับบริการ (Service monitoring) การเปลี่ยนแปลงระบบมีหลายขั้นตอน แต่ต้องดำเนินการไปโดยไม่ให้มีผลกระทบต่อการบริการด้านสุขภาพต่อประชาชน ทั้งด้านจำนวน ชนิด และคุณภาพการบริการ

- การเปลี่ยนแปลงระบบไปเป็นระบบใหม่ (Transformation of autonomous status) โรงพยาบาลในโครงการมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โดย SODA เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ ในด้านต่าง ๆ เช่น การวางระบบบริหาร, ฝึกอบรมพนักงาน, การจัดซื้ออุปกรณ์และอื่น ๆ เช่น ระบบเหมาะสมหรือไม่, ได้รับการสนับสนุนเพียงพอหรือไม่, SODA ทำหน้าที่ได้ดีเหมาะสมเพียงไร, ได้รับทรัพยากรที่จำเป็นเพียงพอหรือไม่

C. ผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข (Impact on the health system)

ถ้ามีการวางแผน และดำเนินการโครงการ Hospital Autonomy อย่างเหมาะสมย่อมทำให้เกิดผลดีแน่นอน ซึ่งจะวัดได้จากการดูแลกำกับ และประเมินผลการบริการ, คุณภาพการรักษา, การบริหารการเงินการคลัง, ความต้องการใช้บริการ, การส่งต่อผู้ป่วยเข้ามาและออกไปจากโรงพยาบาล, สิ่งแวดล้อม, กฎระเบียบข้อปฏิบัติต่าง ๆ การประเมินผลในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้จะต้องทำด้วยความระมัดระวัง

D. เค้าโครงของการดูแลกำกับและประเมินผล (Monitoring and Evaluation framework)

Hospital – Specific M&E

เค้าโครงของการดูแลกำกับและประเมินผลการดำเนินการโรงพยาบาลในกำกับของรัฐในประเทศไทย ต้องรวมถึงการเข้าถึงบริการ และการจัดบริการด้านสุขภาพ, คุณภาพการรักษาพยาบาล, สิ่งแวดล้อมที่ทำให้โรงพยาบาลในกำกับของรัฐมีความมั่นคง การประเมินแต่ละด้านยังจะแยกย่อยออกไป เช่น ความมั่นคง Sustainability หมายถึง การสนับสนุนทางการเงิน, การจัดระบบที่จำเป็น, ความต้องการการบริการจากโรงพยาบาล แต่ละเรื่องต้องมีตัวชี้วัดเฉพาะเรื่องตัวอย่างเช่น : ด้านคุณภาพ, ต้องมีเครื่องชี้วัดที่ชี้เฉพาะ เช่น

- อัตราครองเตียง
- วันนอนโรงพยาบาล
- อัตราตาย
- Admission per 1000 population
- OP visits per 1000 population
- ฯลฯ

เครื่องชี้วัดบางตัวควรมีรายละเอียด และใช้ในระดับชาติ, แต่บางตัวใช้เฉพาะในโรงพยาบาล

E. รายละเอียดของเครื่องชี้วัดผลงาน (Defining performance indicators)

เครื่องชี้วัดผลงานต้องระบุเวลา, วัดได้, วัดสิ่งที่ตั้งใจวัด เครื่องชี้วัดสำหรับกำกับงานปกติ ต้องมีพร้อมตลอดจากข้อมูลที่มี เช่น อัตราครองเตียงคำนวณจากข้อมูลที่มีอยู่แล้ว แต่เครื่องชี้วัดเฉพาะต้องมีข้อมูลเฉพาะ เช่น การวัดประสิทธิภาพต่อกำหนดต้นทุน (Unit cost) ต้องจัดระบบข้อมูลสำหรับต้นทุน

F. ความรับผิดชอบต่อการดูแลกำกับ และประเมินผล (Responsibility for M&E)

เนื่องจากเป็นโครงการใหม่นั้น SODA จึงควรเป็นผู้ประเมินผลกระทบที่โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ มีต่อระบบสาธารณสุข ส่วนโรงพยาบาลเป็นผู้ประเมินด้านคุณภาพการบริการ, ค่าใช้จ่าย และอื่น ๆ SODA ควรจัดตั้งเครื่องชี้วัดผลงานที่จำเป็นในระยะเริ่มต้น หลังจากนั้นก็ต้องร่วมมือกับโรงพยาบาลพัฒนาเครื่องชี้วัดที่จำเป็น

งบประมาณที่ใช้ในการดูแลกำกับ และประเมินผล ควรรวมไว้ในงบประมาณของ SODA แต่การดูแลกำกับและการประเมินผลตามปกติภายในโรงพยาบาลควรใช้งบประมาณของโรงพยาบาลนั้น ๆ

G. ตารางเวลา (Timetable)

ตารางต่อไปนี้ แสดงถึงขอบเขตของ M&E ในระบบรวม แต่ละช่วง 5 ปี จะแบ่งเป็น 2 ระยะ (เช่น ระยะ 6 เดือน) ระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิก เป็นจุดสำคัญของ M&E โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับโรงพยาบาล ผู้เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญกับเรื่องนี้

Areas	Year 1		Year 2		Year 3		Year 4		Year 5	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
จัดสรรงบประมาณให้ SODA & AH	✓		✓		✓		✓		✓	
จัดตั้ง GC. ในแต่ละ AH	✓		✓		✓		✓		✓	
จัดตั้งระบบงานสนับสนุน AH	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- เปลี่ยนสถานะของผู้บริหารโรงพยาบาล และบุคลากร จากข้าราชการพลเรือนไปเป็นช่วยราชการ หรือ พนักงาน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- ฝึกอบรมผู้บริหารโรงพยาบาลและบุคลากรในการนำระบบใหม่ไปปฏิบัติ										
นำระบบ M&E ลงปฏิบัติใน										
- Overall system level		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- intrahospital level										
จัดตั้งระบบเงินบำนาญ (Pension system) สำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล		✓								
ภาระหน้าที่ของ SODA และผลสำเร็จของงาน			✓		✓		✓		✓	

พัฒนา PHO ไปเป็น PHA			✓		✓		✓		✓	
แก้ไขหรือออกกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ ที่ ต้องการ		✓		✓		✓		✓		✓
รายงานผลของ M&E ต่อหน่วยงานและส ถาบันสุข		✓		✓		✓		✓		✓

H. กลไกและการบริหารระบบดูแลกำกับ และประเมินผล (Mechanisms and Management for Monitoring and Evaluation)

เพราะ Hospital autonomy เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบราชการ ดังนั้นกรรมการปฏิรูประบบราชการ (ที่มีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน) ต้องติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน แนะนำเทคนิค รายละเอียดที่จำเป็นในการติดตามประเมินผล โดย SODA เป็นผู้ควบคุมติดตาม, ประเมินผล การทำงานของ ทั้ง 2 ระดับอีกครั้งหนึ่ง ด้วยการตั้ง Term of reference ซึ่งเป็นที่ยอมรับของคณะกรรมการ ภายใต้ Term of reference จะเกิดหน่วยงานอิสระขึ้นมา 1 หน่วย หรือหลายหน่วยก็ได้ เพื่อทำงานควบคุมกำกับ ประเมินผล แล้วรายงานต่อคณะกรรมการ

งบดำเนินการที่ใช้ใน Monitoring & evaluation เป็นงบที่รวมอยู่ในงบดำเนินการปกติของ SODA ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิกเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งในการดูแลกำกับ และประเมินผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับโรงพยาบาล จึงต้องเน้นถึงความสำคัญในการให้ความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้มีคุณภาพ

REFERENCES

- Beck, Gregory "Recommendations: Strategy for Achieving Health Facility Autonomy" unpublished paper.
- Beracochea, Elvira "Contracting out of non-clinical services: The experience of Papua New Guinea"
- Carver, John Boards That Make a Difference: A New Design for Leadership in Nonprofit and Public Organizations Jossey-Bass 1997
- Chawla, Mukesh and Ramesh Govindaraj "Improving Hospital Performance through Policies to Increase Hospital Autonomy: Implementation Guidelines" August, 1996 Data for Decision Making Project,
Harvard School of Public Health
- Chung, S.Y., et.al. "Report of the Provisional Hospital Authority" Hong Kong December, 1989
- Glaser, William A, Paying the Hospital Jossey-Bass Publishers 1987
- Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations, 1994 Accreditation Manual for Hospitals: Volume II, Scoring Guidelines
- Kimunya, W "Draft Specifications for Accounting Systems" Management Sciences for Health, APHIA Project 1997
- Newbrander, W "Policy Options for Financing Health Services in Pakistan: Hospital Autonomy Financing Issues" Health Financing and Sustainability Project Technical Report February, 1993
- Paibool and Sutham "Exploring Training Needs: A Report of Exploring Training Needs for Hospital Management" October, 1998 Health Management and Financing Study Project.

Rowland, Howard S. and Beatrice L. Rowland Hospital Administration Handbook Aspen Publishers 1984

Shah, Anwar S. and Beatrice L. Rowland Hospital Administration Handbook Aspen Publishers 1984

Skurka, Margaret A. Principles and Organization for Health Record Services Revised Edition, American Hospital Association Press, 1998

Sriratanaban, Jiruth MD PhD "Survey Report of Three Private Hospitals in Bangkok Area on the Financial, Personnel Management and Governance Systems: Recommendations for Autonomous Public Hospitals." September, 1998

USAID Regional Economic Development Service Office for East and Southern Africa and University of the Witwatersrand, Proceedings of the Health Services Contracting Workshop Johannesburg, South Africa September, 1997

APPENDIX A

PUBLIC ORGANIZATION ACT

พระราชบัญญัติ
องค์การมหาชน
พ.ศ. 2542

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.
ให้ไว้ ณ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2542
เป็นปีที่ 54 ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชน

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภา ดังนี้

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542”

มาตรา 2 พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้

“องค์การมหาชน” หมายความว่า องค์การมหาชนที่จัดตั้งขึ้นโดยพระราชกฤษฎีกาที่ออกตามความในพระราชบัญญัตินี้

“เจ้าหน้าที่ของรัฐ” หมายความว่า ข้าราชการ พนักงาน เจ้าหน้าที่หรือปฏิบัติงานอื่นในกระทรวง ทบวง กรม ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการบริหารหรือคณะกรรมการที่ทำหน้าที่บริหารและเรียกชื่ออย่างอื่นขององค์การมหาชนตามที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง

“ผู้อำนวยการ” หมายความว่า ผู้อำนวยการ หรือผู้บริหารสูงสุดซึ่งเรียกชื่ออย่างอื่นขององค์การมหาชน

มาตรา 4 ให้นายกรัฐมนตรีรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

หมวด 1

การจัดตั้ง และวัตถุประสงค์ขององค์การมหาชน

มาตรา 5 เมื่อรัฐบาลมีแผนงานหรือนโยบายด้านใดด้านหนึ่งโดยเฉพาะ เพื่อจัดทำบริการสาธารณะ และมีความเหมาะสมที่จะจัดตั้งหน่วยงานบริหารขึ้นใหม่แตกต่างไปจากส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ โดยมีความมุ่งหมายให้มีการใช้ประโยชน์ทรัพยากรและบุคลากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จะจัดตั้งเป็นองค์การมหาชน โดยตราเป็นพระราชกฤษฎีกาตามพระราชบัญญัตินี้ได้

กิจการอันเป็นบริการสาธารณะที่จะจัดตั้งองค์การมหาชนตามวรรคหนึ่ง ได้แก่ การรับรองมาตรฐาน และประเมินคุณภาพการศึกษา การศึกษาอบรมและพัฒนาเจ้าหน้าที่ของรัฐ การทะนุบำรุงศิลปะและวัฒนธรรม การพัฒนาและส่งเสริมการกีฬา การส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาและการวิจัย การถ่ายทอดและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การสังคมสงเคราะห์ การอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน หรือการดำเนินการอันเป็นสาธารณประโยชน์อื่นใด ทั้งนี้ โดยต้องไม่เป็นการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรเป็นหลัก

มาตรา 6 ให้องค์การมหาชนเป็นหน่วยงานของรัฐ และเป็นนิติบุคคล

มาตรา 7 ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์การมหาชนตามมาตรา 5 อย่างน้อยจะต้องมีข้อความดังต่อไปนี้

- (1) ชื่อขององค์การมหาชน
- (2) ที่ตั้งสำนักงานใหญ่
- (3) วัตถุประสงค์ และอำนาจกระทำการกิจการต่างๆ ภายในขอบแห่งวัตถุประสงค์ขององค์การมหาชน
- (4) องค์ประกอบของคณะกรรมการ คุณสมบัติและลักษณะต้องห้าม วาระการดำรงตำแหน่ง การพ้นจากตำแหน่งของกรรมการรวมทั้งอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ
- (5) คุณสมบัติและลักษณะต้องห้าม วาระการดำรงตำแหน่งการพ้นจากตำแหน่ง และอำนาจหน้าที่ของผู้อำนวยการ
- (6) คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของเจ้าหน้าที่ขององค์การมหาชน
- (7) ทุนรายได้ งบประมาณ และทรัพย์สิน
- (8) การบริหารงานบุคคล สวัสดิการ และสิทธิประโยชน์อื่น
- (9) การกำกับดูแล การตรวจสอบ และการประเมินผลงานขององค์การมหาชน
- (10) การยุบเลิกองค์การมหาชนในกรณีที่องค์การมหาชนตั้งขึ้นเพื่อดำเนินกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นการเฉพาะกิจ หรือตั้งขึ้นโดยมีกำหนดระยะเวลาสิ้นสุด

(11) ข้อกำหนดอื่นๆ อันจำเป็นเพื่อให้กิจการขององค์การมหาชนดำเนินการไปได้โดยเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

(12) รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชกฤษฎีกา

การกำหนดตาม (3) ถึง (11) ต้องอยู่ภายในกรอบของบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัตินี้ เว้นแต่ในกรณีที่บทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัตินี้ให้พระราชกฤษฎีกากำหนดเป็นอย่างอื่นได้ ก็ให้เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกานั้น

มาตรา 8 ในกรณีที่มีปัญหาการเข้าข้อหรือขัดแย้งในการดำเนินการขององค์การมหาชนกับการปฏิบัติงานของส่วนราชการหรือการดำเนินงานของหน่วยงานอื่นของรัฐตามกฎหมาย ให้ถือว่าพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์การมหาชนตามพระราชบัญญัตินี้เป็นกฎหมายพิเศษที่มีวัตถุประสงค์โดยเฉพาะ

ปัญหาที่เกี่ยวกับการดำเนินการขององค์การมหาชนกับส่วนราชการหรือหน่วยงานอื่นของรัฐตามวรรคหนึ่ง ให้คณะรัฐมนตรีเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด พร้อมทั้งกำหนดระเบียบแบบแผนการปฏิบัติราชการเพื่อการประสานงานระหว่างองค์การมหาชน ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง โดยคณะรัฐมนตรีอาจมอบหมายให้คณะกรรมการกฤษฎีกาเสนอความเห็นและร่างระเบียบแบบแผนการปฏิบัติราชการต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อประกอบการพิจารณาก็ได้

คำวินิจฉัยและระเบียบแบบแผนที่คณะรัฐมนตรีกำหนดตามวรรคสอง ให้องค์การมหาชน ส่วนราชการ และหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องเป็นแนวปฏิบัติราชการต่อไป

มาตรา 9 ในกรณีที่จะมีการพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์การมหาชนขึ้นตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อดำเนินกิจการหนึ่งกิจการใดที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐโดยอยู่แล้ว ซึ่งจะมีปัญหาการเข้าข้อหรือขัดแย้งกันในการดำเนินการและคณะรัฐมนตรีเห็นสมควรอนุมัติให้มีการโอนอำนาจหน้าที่ กิจการ ทรัพย์สิน สิทธิ หนี้ และงบประมาณของส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐนั้นให้แก่องค์การมหาชนที่จะจัดตั้งขึ้น ให้อำนาจหน้าที่ กิจการทรัพย์สิน สิทธิ หนี้ และงบประมาณในส่วนที่เกี่ยวข้องของส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐนั้น โอนไปเป็นขององค์การมหาชนในวันที่พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์การมหาชนมีผลใช้บังคับ เว้นแต่เงินงบประมาณหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำที่ยังคงมีผู้ครองตำแหน่งอยู่ในสังกัดส่วนราชการใด ให้ยังคงเป็นของส่วนราชการนั้นต่อไปจนกว่าจะมีการยุบตำแหน่งนั้นๆ

สิทธิตามวรรคหนึ่งให้หมายความรวมถึงสิทธิในการใช้หรือสิทธิตามสัญญาเช่าที่ดินที่เป็นราชพัสดุหรือสาธารณสมบัติของแผ่นดิน ที่ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐมีอยู่ในวันที่พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์การมหาชนมีผลใช้บังคับ

มาตรา 10 เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือลูกจ้างของส่วนราชการรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐตามมาตรา 9 ถ้าสมัครใจจะเปลี่ยนไปเป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างขององค์การมหาชน ให้แจ้งความจำนงค์เป็นหนังสือต่อผู้บังคับบัญชา และจำเป็นต้องผ่านการคัดเลือกหรือการประเมินตามหลักเกณฑ์ที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

มาตรา 11 ถ้าเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งเปลี่ยนไปเป็นเจ้าหน้าที่ขององค์การมหาชนตามมาตรา 10 เป็นข้าราชการ ให้ถือว่าออกจากราชการเพราะเลิกหรือยุบตำแหน่งตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จ บำนาญข้าราชการ หรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ แล้วแต่กรณี

ถ้าเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งเปลี่ยนไปเป็นเจ้าหน้าที่ขององค์การมหาชนตามมาตรา 10 เป็นลูกจ้างของส่วนราชการ ให้ถือว่าออกจากงานเพราะทางราชการยุบเลิกตำแหน่งหรือเลิกจ้างโดยไม่มีความผิดและให้ได้รับบำเหน็จตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยบำเหน็จลูกจ้าง

เพื่อประโยชน์ในการนับเวลาการทำงานสำหรับคำนวณสิทธิประโยชน์ตามข้อบังคับขององค์การมหาชน ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการผู้ใดเปลี่ยนไปเป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างขององค์การมหาชนตามมาตรา 11 ประสงค์จะให้นับเวลาราชการหรือเวลาทำงานของเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างขององค์การมหาชน แล้วแต่กรณี ก็ให้มีสิทธิกระทำได้โดยแสดงความจำนงค์ว่าไม่ขอรับบำเหน็จหรือบำนาญ

การไม่ขอรับบำเหน็จหรือบำนาญตามวรรคสาม จะต้องกระทำภายในสามสิบวันนับแต่วันที่โอน สำหรับกรณีของข้าราชการให้ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ สำหรับกรณีของลูกจ้างให้กระทำเป็นหนังสือลงลายมือเป็นหลักฐานยื่นต่อผู้ว่าจ้างเพื่อส่งต่อไปให้กระทรวงการคลังทราบ

หมวด 2

ทุน รายได้ และทรัพย์สิน

มาตรา 12 ทุนและทรัพย์สินในการดำเนินกิจการขององค์การมหาชน ประกอบด้วย

- (1) เงินหรือทรัพย์สินที่ได้รับโอนมา
- (2) เงินที่รัฐบาลจ่ายให้เป็นทุนประเดิม
- (3) เงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้ตามความเหมาะสมเป็นรายปี
- (4) เงินอุดหนุนจากภาคเอกชนหรือองค์กรอื่น รวมทั้งจากต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ และเงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้อุทิศให้
- (5) ค่าธรรมเนียม ค่าบำรุง ค่าตอบแทน ค่าบริการ หรือรายได้จากการดำเนินการ
- (6) ดอกผลของเงินหรือรายได้จากทรัพย์สินขององค์การมหาชน

มาตรา 13 ภายใต้วัตถุประสงค์ขององค์การมหาชน ให้องค์การมหาชนมีอำนาจเรียกเก็บค่าธรรมเนียม ค่าบำรุง ค่าตอบแทนหรือค่าบริการในการดำเนินการได้ตามที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง

มาตรา 14 บรรดารายได้ขององค์การมหาชนไม่เป็นรายได้ที่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลัง และกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

มาตรา 15 ทรัพย์สินขององค์การมหาชนไม่อยู่ในความรับผิดชอบแห่งการบังคับคดี

มาตรา 16 ให้สิ่งห้ามทรัพย์สินซึ่งองค์การมหาชนได้มาจากการให้หรือซื้อด้วยเงินรายได้ขององค์การมหาชน เป็นกรรมสิทธิ์ขององค์การมหาชน

มาตรา 17 การใช้จ่ายเงินขององค์การมหาชน ให้ใช้จ่ายไปเพื่อกิจการขององค์การมหาชนโดยเฉพาะ การเก็บรักษาและเบิกจ่ายเงินขององค์การมหาชน ให้เป็นไปตามข้อบังคับที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 18 การกู้ยืมเงิน การถือหุ้นหรือการเข้าเป็นหุ้นส่วน การเข้าร่วมทุนในกิจการของนิติบุคคลอื่น การจำหน่ายทรัพย์สินจากบัญชีเป็นสูญ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

หมวด 3

การบริหารและการดำเนินการ

มาตรา 19 ให้มีคณะกรรมการของแต่ละองค์การมหาชนประกอบด้วยประธานกรรมการและกรรมการ โดยมีองค์ประกอบตามที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง และให้ผู้อำนวยการเป็นกรรมการและเลขานุการ

ให้คณะรัฐมนตรีเป็นผู้แต่งตั้งประธานกรรมการและกรรมการ

คณะกรรมการขององค์การมหาชน อาจประกอบด้วยผู้แทนของส่วนราชการซึ่งเป็นกรรมการโดยตำแหน่งก็ได้ แต่ต้องไม่เกินกึ่งหนึ่งของคณะกรรมการ

คณะกรรมการมีจำนวนตามที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง แต่ต้องไม่เกินสิบเอ็ดคน และจะต้องมีผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมิใช่ข้าราชการหรือผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐร่วมอยู่ด้วย

มาตรา 20 ประธานกรรมการและกรรมการขององค์การมหาชนซึ่งมิใช่กรรมการโดยตำแหน่งต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(1) มีสัญชาติไทย

(2) มีอายุไม่ต่ำกว่าและไม่เกินกว่าที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินเจ็ดสิบปีบริบูรณ์

(3) มีคุณวุฒิและประสบการณ์เหมาะสมกับกิจการขององค์การมหาชนตามที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง

(4) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(5) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกเว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(6) ไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง สมาชิกสภาท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่น กรรมการหรือผู้ดำรงตำแหน่งซึ่งรับผิดชอบการบริหารพรรคการเมือง ที่ปรึกษาพรรคการเมือง หรือเจ้าหน้าที่พรรคการเมือง

(7) ไม่มีลักษณะต้องห้ามอื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง

ความใน (1) มิให้ใช้บังคับแก่กรรมการชาวต่างประเทศซึ่งองค์การมหาชนจำเป็นต้องแต่งตั้งตามข้อผูกพันหรือตามลักษณะของกิจกรรมขององค์การมหาชนนั้น

มาตรา 21 ประธานกรรมการและกรรมการขององค์การมหาชนใดจะต้องไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในกิจการที่กระทำกับองค์การมหาชนนั้น หรือในกิจการที่เป็นการแข่งขันกับกิจการขององค์การมหาชนนั้น ทั้งนี้ ไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม เว้นแต่เป็นผู้ซึ่งคณะกรรมการมอบหมายให้เป็นประธานกรรมการหรือกรรมการในบริษัทจำกัดหรือบริษัทมหาชนจำกัดที่องค์การมหาชนเป็นผู้ถือหุ้น

มาตรา 22 ประธานกรรมการและกรรมการซึ่งมิใช่กรรมการโดยตำแหน่งมีวาระการดำรงตำแหน่งตามที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง แต่ต้องไม่เกินคราวละสี่ปี

ในกรณีที่ประธานกรรมการหรือกรรมการซึ่งมิใช่กรรมการโดยตำแหน่งพ้นจากตำแหน่งก่อนวาระหรือในกรณีที่คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งกรรมการเพิ่มขึ้นในระหว่างที่กรรมการซึ่งแต่งตั้งไว้แล้วยังวาระอยู่ในตำแหน่ง ให้ผู้ได้รับแต่งตั้งแทนตำแหน่งที่ว่างหรือเป็นกรรมการเพิ่มขึ้น อยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งได้แต่งตั้งไว้แล้ว

มาตรา 23 นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ ประธานกรรมการและกรรมการซึ่งมิใช่กรรมการโดยตำแหน่งพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

(1) ตาย

(2) ลาออก

(3) คณะรัฐมนตรีให้ออกเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือหย่อนความสามารถ

(4) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้าม หรือกระทำการอันมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 21

มาตรา 24 คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ควบคุมดูแลองค์การมหาชนให้ดำเนินกิจการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ อำนาจหน้าที่เช่นว่านี้ให้รวมถึง

- (1) กำหนดนโยบายการบริหารงาน และให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานขององค์การมหาชน
- (2) อนุมัติแผนการลงทุนและแผนการเงินขององค์การมหาชน
- (3) ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป ตลอดจนออกระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ หรือข้อกำหนดเกี่ยวกับองค์การมหาชนในเรื่องดังต่อไปนี้
 - (ก) การจัดแบ่งส่วนงานขององค์การมหาชน และขอบเขตหน้าที่ของส่วนงานดังกล่าว
 - (ข) การกำหนดตำแหน่ง คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งอัตราเงินเดือน ค่าจ้าง และเงินอื่นของเจ้าหน้าที่และลูกจ้างขององค์การมหาชน
 - (ค) การคัดเลือก การบรรจุ การแต่งตั้ง การถอดถอน วินัยและการลงโทษทางวินัย การออกจากตำแหน่ง การร้องทุกข์และการอุทธรณ์การลงโทษของเจ้าหน้าที่และลูกจ้างขององค์การมหาชน รวมทั้งวิธีการและเงื่อนไขในการจ้างลูกจ้างขององค์การมหาชน
 - (ง) การบริหารและจัดการการเงิน การพัสดุ และทรัพย์สินขององค์การมหาชน
 - (จ) การจัดสวัสดิการและสิทธิประโยชน์อื่นแก่เจ้าหน้าที่และลูกจ้างขององค์การมหาชน
 - (ฉ) ขอบเขตอำนาจหน้าที่และระเบียบเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ตรวจสอบภายใน
- (4) อำนาจหน้าที่อื่นตามที่พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งกำหนด

มาตรา 25 คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการได้ตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง และมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้

มาตรา 26 ให้ประธานกรรมการ กรรมการ ที่ปรึกษา และอนุกรรมการ ได้รับเบี้ยประชุมและประโยชน์ตอบแทนอื่นตามหลักเกณฑ์ที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

มาตรา 27 ให้องค์การมหาชนมีผู้อำนวยการคนหนึ่ง ซึ่งจะเรียกชื่อตำแหน่งเป็นอย่างอื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งก็ได้

คณะกรรมการเป็นผู้มีอำนาจแต่งตั้งและถอดถอนผู้อำนวยการ

มาตรา 28 ผู้อำนวยการต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง และต้องเป็นผู้สามารถทำงานให้แก่องค์การมหาชนได้เต็มเวลา

มาตรา 29 ผู้อำนวยการมีวาระอยู่ในตำแหน่งตามที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง แต่ต้องไม่เกินคราวละสี่ปี และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ แต่ไม่เกินสองวาระติดต่อกัน

มาตรา 30 นอกจากพ้นจากตำแหน่งตามวาระ ผู้อำนวยการพ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

- (1) ตาย
- (2) ลาออก
- (3) ออกตามกรณีที่กำหนดไว้ในข้อตกลงระหว่างคณะกรรมการกับผู้อำนวยการ
- (4) คณะกรรมการให้ออก เพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือหย่อนความสามารถ
- (5) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- (6) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามสำหรับการเป็นผู้อำนวยการ

มติของคณะกรรมการให้ออกจากตำแหน่งตาม (4) ต้องประกอบด้วยคะแนนเสียงไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวนกรรมการที่มีอยู่โดยไม่นับรวมตำแหน่งผู้อำนวยการ

มาตรา 31 ผู้อำนวยการมีหน้าที่บริหารกิจการองค์การมหาชนให้เป็นไปตามกฎหมาย วัตถุประสงค์ขององค์การมหาชน ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนด นโยบาย มติ และประกาศของคณะกรรมการ และเป็นผู้บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่และลูกจ้างขององค์การมหาชนทุกตำแหน่ง

ผู้อำนวยการต้องรับผิดชอบต่อคณะกรรมการในการบริหารกิจการขององค์การมหาชน

มาตรา 32 ผู้อำนวยการมีอำนาจ

(1) บรรจุ แต่งตั้ง เลื่อน ลด ตัดเงินเดือนหรือค่าจ้าง ลงโทษทางวินัยเจ้าหน้าที่และลูกจ้างขององค์การมหาชน ตลอดจนให้เจ้าหน้าที่และลูกจ้างขององค์การมหาชนออกจากตำแหน่ง ทั้งนี้ตามข้อบังคับที่คณะกรรมการกำหนด

(2) วางระเบียบเกี่ยวกับการดำเนินงานขององค์การมหาชนโดยไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนด นโยบาย มติ หรือประกาศที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 33 ในกิจการที่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอก ให้ผู้อำนวยการเป็นผู้แทนขององค์การมหาชน เพื่อการนี้ผู้อำนวยการจะมอบอำนาจให้บุคคลใดปฏิบัติงานเฉพาะอย่างแทนก็ได้ แต่ต้องเป็นไปตามข้อบังคับที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 34 ให้คณะกรรมการเป็นผู้กำหนดอัตราเงินเดือนและประโยชน์ตอบแทนอื่นของผู้อำนวยการตามหลักเกณฑ์ที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

หมวด 4 เจ้าหน้าที่และปฏิบัติงานในองค์การมหาชน

มาตรา 35 เจ้าหน้าที่ขององค์การมหาชนนอกจากต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งแล้ว ยังต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้ด้วย

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีอายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ และไม่เกินหกสิบปีบริบูรณ์
- (3) สามารถทำงานให้แก่องค์การมหาชนได้เต็มเวลา
- (4) ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการ พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐ หรือพนักงาน หรือลูกจ้างของราชการส่วนท้องถิ่น
- (5) ไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 20 (4) (5) หรือ (6)

ให้นำความในมาตรา 20 วรรคสอง และมาตรา 21 มาใช้บังคับแก่เจ้าหน้าที่ขององค์การมหาชนโดยอนุโลม

มาตรา 36 เพื่อประโยชน์ในการบริหารงานขององค์การมหาชน รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง อาจขอให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมาปฏิบัติหน้าที่หรือลูกจ้างในองค์การมหาชนเป็นการชั่วคราวได้ ทั้งนี้ เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาหรือนายจ้างของผู้นั้น แล้วแต่กรณี

เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้ใดได้รับอนุมัติให้มาปฏิบัติงานเป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างขององค์การมหาชนตามวรรคหนึ่ง ให้ถือว่าเป็นการได้รับอนุญาตให้ออกจากราชการหรือออกจากงานไปปฏิบัติงานใดๆ และให้นับเวลาระหว่างที่มาปฏิบัติงานในองค์การมหาชนสำหรับการคำนวณบำเหน็จบำนาญหรือประโยชน์ตอบแทนอื่นทำนองเดียวกันเสมือนอยู่ปฏิบัติราชการหรือปฏิบัติงานเต็มเวลาดังกล่าวแล้วแต่กรณี

มาตรา 37 ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ของรัฐตามมาตรา 36 ขอลกลับเข้ารับราชการหรือปฏิบัติงานในสังกัดเดิมภายในกำหนดเวลาที่อนุมัติให้ผู้นั้นมีสิทธิได้รับการบรรจุและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งและรับเงินเดือนตามข้อตกลงที่ทำไว้ในการอนุมัติตามมาตรา 36

มาตรา 38 กิจการขององค์การมหาชนไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน ทั้งนี้ ผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่และลูกจ้างขององค์การมหาชนต้องได้รับประโยชน์ตอบแทนไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

หมวด 5

การบัญชี การตรวจสอบ และการประเมินผลงานขององค์การมหาชน

มาตรา 39 การบัญชีขององค์การมหาชน ให้จัดทำตามหลักสากลตามแบบและหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด และต้องจัดให้มีการตรวจสอบภายในเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี และการพัสดุขององค์การมหาชน ตลอดจนรายงานผลการตรวจสอบให้คณะกรรมการทราบอย่างน้อยปีละครั้ง

ในการตรวจสอบภายใน ให้มีผู้ปฏิบัติงานขององค์การมหาชน ทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบภายในโดยเฉพาะ และให้รับผิดชอบขึ้นตรงต่อคณะกรรมการตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด เว้นแต่พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งจะกำหนดไว้เป็นอย่างอื่น

มาตรา 40 ให้องค์การมหาชนจัดทำงบดุล งบการเงิน และบัญชีทำการส่งผู้สอบบัญชีภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชีทุกปี

ในทุกกรอบปี ให้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินหรือบุคคลตามที่คณะกรรมการแต่งตั้งด้วยความเห็นชอบของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน เป็นผู้สอบบัญชีและประเมินผลการใช้จ่ายเงินและทรัพย์สินขององค์การมหาชน โดยให้แสดงความคิดเห็นเป็นข้อวิเคราะห์ว่าการใช้จ่ายดังกล่าวเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ประหยัด และได้ผลตามเป้าหมายเพียงใด แล้วทำบันทึกรายงานผลการสอบบัญชีต่อคณะกรรมการ

มาตรา 41 ให้องค์การมหาชนทำรายงานปีละครั้งเสนอรัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง รายงานนี้ให้กล่าวถึงผลงานขององค์การมหาชนในปีที่ล่วงมาแล้ว และคำชี้แจงเกี่ยวกับนโยบายของคณะกรรมการ โครงการ และแผนงานที่จะจัดทำในภายหน้า

มาตรา 42 เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์การมหาชน โดยให้องค์การมหาชนมีความเป็นอิสระในการดำเนินการตามความเหมาะสมภายใต้การกำกับดูแลโดยมีเป้าหมายที่แน่ชัด ให้องค์การมหาชนอยู่ภายใต้ระบบการประเมินผลขององค์การมหาชนตามที่คณะรัฐมนตรีกำหนด เว้นแต่พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งจะกำหนดระบบการประเมินผลไว้เป็นอย่างอื่น

หมวด 6 การกำกับดูแล

มาตรา 43 ให้รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์การมหาชนใดมีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลการดำเนินกิจการขององค์การมหาชนนั้นให้เป็นไปตามกฎหมาย และให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งองค์การมหาชน นโยบายของรัฐบาลและมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวกับองค์การมหาชนนั้น เพื่อกำหนดให้รัฐมนตรีมีอำนาจสั่งให้องค์การมหาชนชี้แจงแสดงความคิดเห็นทำรายงาน หรือยับยั้งการกระทำขององค์การมหาชนที่ขัดต่อวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งองค์การมหาชน นโยบายของรัฐบาลหรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวกับองค์การมหาชนนั้น ตลอดจนสั่งสอบสวนข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการดำเนินการได้

หมวด 7 การยุบเลิก

มาตรา 44 องค์การมหาชนเป็นอับยุบเลิกในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- (1) เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการดำเนินกิจการขององค์การมหาชนตามที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง
- (2) เมื่อการดำเนินกิจการตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์การมหาชนนั้นเสร็จสิ้นลง และรัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์การมหาชนนั้นได้ประกาศยุติการดำเนินการขององค์การมหาชนนั้นในราชกิจจานุเบกษา
- (3) ในกรณีนอกจาก (1) และ (2) เมื่อรัฐบาลเห็นควรยุบเลิกการดำเนินการขององค์การมหาชน โดยตราเป็นพระราชกฤษฎีกายุบเลิก

ให้สภาพนิติบุคคลขององค์การมหาชนดำรงอยู่ตราบเท่าเวลาที่จำเป็น เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามมาตรา 45

มาตรา 45 ทรัพย์สินขององค์การมหาชนเป็นทรัพย์สินของรัฐ และเมื่อมีการยุบเลิกองค์การมหาชนให้มีเจ้าหน้าที่ทำการตรวจสอบทรัพย์สินและชำระบัญชี รวมทั้งการโอนหรือการจำหน่ายทรัพย์สินที่ยังคงเหลืออยู่ และการจัดการเกี่ยวกับบุคลากรขององค์การมหาชน ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

ชวน หลีกภัย

นายกรัฐมนตรี

(ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 116 ตอนที่ 9 ก วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2542)

หมายเหตุ เหตุผลในการตราพระราชบัญญัตินี้ได้ระบุไว้ว่า

" โดยที่การดำเนินงานตามโครงการพัฒนาต่างๆ ของรัฐ หรือการดำเนินงานตามแผนงานหรือนโยบายเพื่อจัดทำบริการสาธารณะด้านในด้านหนึ่งโดยเฉพาะ มักจะมีปัญหาความสลับซับซ้อน ความขัดแย้งในการดำเนินการ การทับซ้อนของความรับผิดชอบในระหว่างส่วนราชการ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดความล่าช้าและความไม่ยืดหยุ่นของกฎระเบียบราชการ ดังนั้น เพื่อลดปัญหาดังกล่าวและเพื่อโปรดโอกาสให้มีการจัดระบบบริหารแนวใหม่สำหรับภารกิจของรัฐที่มีลักษณะเฉพาะในบางกรณี ให้มีความคล่องตัวและมีการใช้ประโยชน์ในทรัพยากรและบุคลากรให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ตลอดจนเพื่อบูรณาการให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดเข้าร่วมกันทำงานอย่างมีเอกภาพและประสานงานกันเพื่อความรวดเร็วในการดำเนินการซึ่งต้องอาศัยความเร่งด่วน จึงสมควรมีกฎหมายให้ฝ่ายบริหารสามารถตั้งหน่วยงานบริหารเป็นองค์การมหาชนที่แตกต่างไปจากส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจได้ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ "

APPENDIX B
PROPOSED REGULATIONS UNDER THE ACT RELATED TO
HOSPITAL AUTONOMY

(to be drafted by Siracha after the law is passed)

ร่าง
พระราชกฤษฎีกา
จัดตั้งโรงพยาบาล.....
 พ.ศ.

.....

โดยที่เป็นการสมควรจัดตั้งโรงพยาบาล.....ให้เป็นองค์การมหาชน
 อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 221 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และ
 มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตรา
 พระราชกฤษฎีกาขึ้นไว้ ดังต่อไปนี้

มาตรา 1 พระราชกฤษฎีกานี้เรียกว่า "พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาล.....
 พ.ศ."

มาตรา 2 พระราชกฤษฎีกานี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา 3 ในพระราชกฤษฎีกานี้

"โรงพยาบาล" หมายความว่า โรงพยาบาล.....

"คณะกรรมการบริหาร" หมายความว่า คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล.....

"ผู้อำนวยการ" หมายความว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

"รัฐมนตรี" หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชกฤษฎีกานี้

มาตรา 4 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชกฤษฎีกานี้ และให้มีอำนาจออกประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชกฤษฎีกานี้

ประกาศตามวรรคหนึ่ง เมื่อประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

หมวด 1

การจัดตั้ง หุ่น และหุ่นสำรอง

มาตรา 5 ให้จัดตั้งองค์การมหาชนขึ้นองค์การหนึ่ง เรียกว่า
“โรงพยาบาล.....”

มาตรา 6 โรงพยาบาล.....เป็นหน่วยงานของรัฐ ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข มีสำนักงานใหญ่อยู่ใน

มาตรา 7 โรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

- (1) ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลทั่วไปตามมาตรฐานทั่วไปทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข
 - (2) ดำเนินการด้านเวชศาสตร์การป้องกัน ส่งเสริมและสนับสนุนการสาธารณสุขตามนโยบายของรัฐ
 - (3) ดำเนินกิจการอื่นตามนโยบายของรัฐ และตามความต้องการของชุมชน
- การดำเนินการตามวรรคหนึ่งมิได้เป็นการดำเนินการที่มุ่งแสวงหากำไรเป็นหลัก

มาตรา 8 ให้โรงพยาบาลมีอำนาจกระทำการต่าง ๆ ภายในของเขตวัตถุประสงค์ ตามมาตรา 7 อำนาจเช่นว่านี้ให้รวมถึง

- (1) ถือกรรมสิทธิ์หรือมีสิทธิครอบครองหรือมีทรัพย์สินต่าง ๆ สร้าง ซื้อ จัดหา ขาย จำหน่าย เช่า ให้เช่า เช่าซื้อ ให้เช่าซื้อ ยืม ให้ยืม รับจำนำ รับจำนอง แลกเปลี่ยน โอน รับโอน หรือดำเนินการใด ๆ เกี่ยวกับทรัพย์สิน ทั้งในและนอกราชอาณาจักร ตลอดจนรับทรัพย์สินที่มีผู้อุทิศให้
- (2) จัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งของ เครื่องใช้ทางการแพทย์และการสาธารณสุข
- (3) กำหนดค่าบำรุง ค่าธรรมเนียม และค่าบริการในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและการให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ภายในกรอบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

(4) กู้หรือยืมเงิน

(5) ออกพันธบัตรหรือตราสารอื่นใดเพื่อการดำเนินงาน

(6) ถิ่นหรือเข้าเป็นหุ้นส่วน หรือเข้าร่วมกิจการกับบุคคลอื่น เพื่อประโยชน์

แก่การพัฒนาการให้บริการของโรงพยาบาล

(7) ว่าจ้างหรือมอบให้บุคคลใดประกอบกิจการส่วนหนึ่งส่วนใดของงานของโรงพยาบาลหรืองานอื่นใดเพื่อประโยชน์แก่กิจการของโรงพยาบาล

(8) กระทำการอย่างอื่นบรรดาที่เกี่ยวกับหรือเนื่องในการจัดให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาล

มาตรา 9 ทุนและทรัพย์สินในการดำเนินการของโรงพยาบาลประกอบด้วย

(1) เงินและทรัพย์สินที่ได้รับโอนมาตามมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542

(2) เงินที่รัฐบาลจ่ายให้เป็นทุนประเดิม

(3) เงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้เป็นรายปี

(4) เงินบำรุง ค่าธรรมเนียม และค่าบริการ

(5) เงินและทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้

(6) รายได้หรือผลประโยชน์ของโรงพยาบาลที่ได้จากทรัพย์สินของโรงพยาบาล

(7) เงินหรือทรัพย์สินที่ตกเป็นของโรงพยาบาล

มาตรา 10 เงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้แก่โรงพยาบาลตามมาตรา 9 (3) เป็นการจัดสรรงบประมาณโดยตรงตามการเสนอแนะของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นจำนวนที่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดำเนินการตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายจากรัฐบาล

ในกรณีที่รายได้ตามวรรคหนึ่งไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดำเนินการของโรงพยาบาล หรือมีความจำเป็นที่จะต้องก่อสร้างอาคารหรือซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่สำคัญต่อการให้บริการ และไม่สามารถหาเงินจากแหล่งอื่นได้ ให้รัฐบาลจัดสรรเงินงบประมาณเพิ่มเติมให้ตามความจำเป็น

มาตรา 11 ให้โรงพยาบาลกันเงินส่วนที่เหลือจากรายรับที่หักค่าใช้จ่ายทั้งหมดแล้วจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละยี่สิบเป็นทุนสำรองของโรงพยาบาลประกอบด้วยเงินสำรองซึ่งตั้งไว้เพื่อขาดเงินสำรองเพื่อขยายกิจการ และเงินสำรองอื่นตามที่คณะกรรมการบริหารเห็นสมควร

เงินสำรองตามวรรคหนึ่งจะนำออกใช้ได้ก็แต่โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหาร

หมวด 2 คณะกรรมการบริหาร

มาตรา 12 ให้มีคณะกรรมการบริหารกิจการโรงพยาบาลคณะหนึ่ง ประกอบด้วย กรรมการ ดังต่อไปนี้

(1) กรรมการผู้แทนส่วนราชการจำนวนสามคน ประกอบด้วย ผู้แทนกระทรวง สาธารณสุขซึ่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบหมายหนึ่งคน สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทน และ ข้าราชการจากหน่วยราชการอื่นในเขตจังหวัดนั้นซึ่งผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมายหนึ่งคน

(2) กรรมการผู้แทนชุมชนจำนวนสามคน ซึ่งคณะกรรมการสรรหาคัดเลือกจาก ชุมชนที่โรงพยาบาลนั้นตั้งอยู่

(3) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสี่คน ซึ่งคณะกรรมการสรรหาคัดเลือกจาก ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ทางด้านการสาธารณสุข การบริหาร การเงิน การบัญชี กฎหมาย หรือด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการโรงพยาบาล

ให้กรรมการบริหารเลือกกรรมการตาม (2) หรือ (3) คนหนึ่งเป็นประธานกรรมการ บริหาร

ให้ผู้อำนวยการเป็นกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการบริหาร

มาตรา 13 ในการสรรหาบุคคลเพื่อแต่งตั้งเป็นกรรมการบริหารตามมาตรา 12 (2) และ (3) ให้คณะกรรมการบริหารแต่งตั้งคณะกรรมการสรรหาขึ้นคณะหนึ่ง ประกอบด้วย กรรมการ จำนวนไม่น้อยกว่าสามคนแต่ไม่เกินห้าคน

ในการพิจารณาแต่งตั้งกรรมการสรรหา ให้คณะกรรมการบริหารคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสมที่จะเป็นกรรมการสรรหา และนำรายชื่อบุคคลดังกล่าวเปิดเผยไว้ ณ โรงพยาบาลและ สถานที่อื่นที่ประชาชนเห็นได้ง่าย เป็นเวลาไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน

ผู้ใดประสงค์จะคัดค้านบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกตามวรรคสอง ให้คัดค้านต่อ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยยื่นหนังสือคัดค้านพร้อมด้วยเหตุผลต่อคณะกรรมการบริหารภายใน กำหนดเวลาตามวรรคสอง

คำวินิจฉัยของปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นที่สุด

มาตรา 14 ให้ประธานกรรมการบริหารเสนอรายชื่อคณะกรรมการบริหารที่ได้รับการ คัดเลือกต่อรัฐมนตรีเพื่อนำเสนอให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้ง

มาตรา 15 คณะกรรมการบริหารมีอำนาจหน้าที่นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ใน มาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 ดังต่อไปนี้

- (1) กำหนดนโยบาย บทบาท ทิศทางในการพัฒนาโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุข
- (2) อนุมัติแผนงาน โครงการ และงบประมาณประจำปีของโรงพยาบาล
- (3) ควบคุมดูแลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และให้คำปรึกษาแก่ผู้บริหารของโรงพยาบาล
- (4) ออกระเบียบว่าด้วยการคัดเลือกผู้อำนวยการ การปฏิบัติงานของผู้อำนวยการ และการมอบหมายให้ผู้อื่นปฏิบัติการแทนผู้อำนวยการ
- (5) ออกระเบียบว่าด้วยการประชุมของคณะกรรมการบริหารและคณะอนุกรรมการ
- (6) ออกระเบียบเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่แต่ละประเภท และการให้บริการผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ในโรงพยาบาล
- (7) ออกระเบียบเกี่ยวกับค่าตอบแทนและประโยชน์ตอบแทนอื่นแก่เจ้าหน้าที่ลูกจ้าง และผู้ปฏิบัติงานอื่นให้แก่โรงพยาบาล
- (8) แต่งตั้งและถอดถอนผู้อำนวยการ
- (9) ให้ความเห็นชอบการแต่งตั้ง โยกย้าย และถอดถอนเจ้าหน้าที่ระดับผู้บริหาร
- (10) พิจารณาอุทธรณ์และการร้องทุกข์ของเจ้าหน้าที่และลูกจ้างของโรงพยาบาล
- (11) กำหนดอัตราค่าบริการและค่าธรรมเนียมในการให้บริการของโรงพยาบาล
- (12) ประสานงานกับหน่วยงานอื่น

ในการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการบริหารอาจมอบหมายให้กรรมการบริหารหรืออนุกรรมการปฏิบัติการแทน แล้วรายงานให้คณะกรรมการทราบ

มาตรา 16 กรรมการบริหารนอกจากจะต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ใน มาตรา 20 แห่งพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 แล้ว ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- (1) กรรมการผู้แทนส่วนราชการ ต้องเป็นข้าราชการไม่ต่ำกว่าระดับ 8 หรือเทียบเท่าขึ้นไป
- (2) กรรมการผู้แทนชุมชน ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์และไม่เกินเจ็ดสิบปีบริบูรณ์ และต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชนนั้นมาไม่น้อยกว่าสองปี
- (3) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ต้องมีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไป และมีอายุไม่เกินเจ็ดสิบปีบริบูรณ์

มาตรา 17 ให้กรรมการบริหารตามมาตรา 12 (2) และ (3) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี

มาตรา 18 ให้คณะกรรมการบริหารมีอำนาจแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการบริหารได้ และมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ เพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างหนึ่งอย่างใดตามที่คณะกรรมการบริหารมอบหมายได้

หมวด 3

การบริหารและการดำเนินงานกิจการ

มาตรา 19 ให้โรงพยาบาลมีผู้อำนวยการคนหนึ่งซึ่งคณะกรรมการบริหารคัดเลือกจากผู้ซึ่งมีประสบการณ์ในการบริหารงานองค์กรตามที่คณะกรรมการบริหารกำหนดมาแล้วไม่น้อยกว่าสามปี

ให้ประธานกรรมการบริหารทำสัญญาจ้างผู้อำนวยการในนามของคณะกรรมการบริหาร โดยสัญญาจ้างผู้อำนวยการจะต้องมีระยะเวลาการจ้างไม่เกินคราวละสามปี

มาตรา 20 ผู้อำนวยการมีอำนาจหน้าที่บริหารงานทั่วไปของโรงพยาบาล โดยไม่ขัดแย้งกับข้อบังคับ ระเบียบ หรือมติของคณะกรรมการบริหาร

ข้อบังคับ หรือระเบียบปฏิบัติงานที่คณะกรรมการบริหารวางขึ้นนั้น ถ้ามีข้อความจำกัดอำนาจผู้อำนวยการในการทำนิติกรรมไว้ประการใด ให้ส่งข้อบังคับ หรือระเบียบนั้นไปลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา 21 ในกรณีที่ผู้อำนวยการไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือเมื่อตำแหน่งผู้อำนวยการว่างลงและยังมิได้มีการแต่งตั้งผู้อำนวยการ ให้คณะกรรมการบริหารแต่งตั้งเจ้าหน้าที่คนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทนผู้อำนวยการ

ให้ผู้รักษาการแทนผู้อำนวยการมีอำนาจหน้าที่อย่างเดียวกับผู้อำนวยการ เว้นแต่อำนาจหน้าที่ของผู้อำนวยการในฐานะกรรมการบริหาร

มาตรา 22 ในกรณีที่โรงพยาบาลจะต้องเสนอเรื่องใด ๆ ไปยังคณะรัฐมนตรี ให้โรงพยาบาลนำเรื่องเสนอต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเสนอต่อไปยังคณะรัฐมนตรี

มาตรา 23 เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมี 3 ประเภท ดังนี้

(1) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา

(2) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานบางเวลา

(3) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานชั่วคราว

สัญญาว่าจ้างเจ้าหน้าที่ให้มีกำหนดเวลาคราวละไม่เกินสี่ปี

มาตรา 24 การบริหารงานโรงพยาบาล ให้คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยตามที่รัฐมนตรีกำหนด

หมวด 4

สวัสดิการและการสงเคราะห์

มาตรา 25 ให้เจ้าหน้าที่ตามมาตรา 23 (1) มีสิทธิได้รับเครื่องราชอิสริยาภรณ์เช่นเดียวกับข้าราชการพลเรือน

หลักเกณฑ์การเทียบตำแหน่ง ให้เป็นไปตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี

มาตรา 26 ให้เจ้าหน้าที่แต่ละประเภทได้รับสวัสดิการตามระเบียบที่คณะกรรมการบริหารกำหนด ทั้งนี้ ต้องไม่น้อยกว่าสวัสดิการที่กำหนดไว้สำหรับข้าราชการพลเรือน

หมวด 5

การกำกับดูแล การตรวจสอบ และการประเมินผล

มาตรา 27 ในการกำกับดูแล การตรวจสอบ และการประเมินผล ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ให้โรงพยาบาลรายงานผลการดำเนินงานประจำปีเสนอต่อรัฐมนตรีเพื่อตรวจสอบและประเมินผลเป็นประจำทุกปี และให้เปิดเผยประกาศในที่สาธารณะให้ประชาชนในชุมชนได้รับทราบโดยทั่วไป

บทเฉพาะกาล

มาตรา 28 ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....ในวันที่พระราชกฤษฎีกานี้ใช้บังคับ
เป็นผู้ดำเนินการตามพระราชกฤษฎีกานี้จนกว่าจะมีการแต่งตั้งผู้อำนวยการตามมาตรา 19

มาตรา 29 ในวาระแรก ให้กรรมการบริหารตามมาตรา 12 (1) และผู้อำนวยการ
แต่งตั้งกรรมการสรรหาเพื่อสรรหากรรมการบริหารตามมาตรา 12 (2) และ (3) จากผู้ที่มีคุณสมบัติ
ตามมาตรา 16

มาตรา 30 ให้ข้าราชการหรือลูกจ้างของโรงพยาบาล.....ที่ประสงค์จะเปลี่ยนไป
เป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล แจ้งความจำนงค์เป็นหนังสือต่อผู้อำนวยการภายใน.....วัน นับแต่
วันที่พระราชกฤษฎีกานี้มีผลใช้บังคับ

สำหรับข้าราชการหรือลูกจ้างของโรงพยาบาล.....ที่ประสงค์จะทดลองการปฏิบัติ
หน้าที่เป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลตามมาตรา 36 แห่งพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542
โดยยังคงมีสถานภาพเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการเดิมต่อไป ให้ผู้อำนวยการรวบรวม
รายชื่อเสนอกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้คณะรัฐมนตรีอนุมัติให้ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลได้เป็น
การชั่วคราว แต่ทั้งนี้ ต้องไม่เกินสี่ปี

มาตรา 31 ข้าราชการหรือลูกจ้างของโรงพยาบาล.....ที่ไม่ประสงค์จะไปปฏิบัติ
หน้าที่ในโรงพยาบาล ให้กระทรวงสาธารณสุขจัดหาตำแหน่งในโรงพยาบาลใกล้เคียงหรือ
หน่วยงานราชการอื่นตามความเหมาะสมให้แก่ข้าราชการหรือลูกจ้างดังกล่าว ทั้งนี้ ปลัดกระทรวง
สาธารณสุขหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายอาจสั่งให้ข้าราชการหรือลูกจ้างดังกล่าวมาปฏิบัติราชการใน
โรงพยาบาลเป็นการชั่วคราวก็ได้

มาตรา 32 ให้รัฐบาลจัดสรรเงินงบประมาณเป็นทุนประเดิมให้แก่โรงพยาบาล
โดยคำนวณจากเงินสวัสดิการต่าง ๆ ทุกประเภทที่ข้าราชการและลูกจ้างจะพึงได้รับหากยังคงปฏิบัติ
ราชการต่อไปจนกว่าจะเกษียณอายุราชการ เว้นแต่สวัสดิการการรักษาพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาล

นำไปจ่ายเป็นเงินสวัสดิการตามมาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 ได้
ในอนาคต

มาตรา 33 ให้ข้าราชการและลูกจ้างยังคงได้รับสวัสดิการรักษายาบาลภายใต้
พระราชกฤษฎีกาสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

มาตรา 34 ให้รัฐบาลจัดสรรเงินงบประมาณเป็นทุนประเดิมให้แก่โรงพยาบาล
โดยคำนวณจากบ้านานูที่ข้าราชการจะพึงได้รับหากยังคงปฏิบัติราชการต่อไปจนกว่าจะเกษียณอายุ
และเงินบ้านานูจนถึงแก่ความตายโดยคำนวณเท่าอายุค่าเฉลี่ยของคนไทย เพื่อให้โรงพยาบาลนำไป
จัดเป็นระบบบ้านานูเฉพาะส่วนของข้าราชการที่ได้รับไปปฏิบัติหน้าที่เป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

.....
นายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ การโอนทรัพย์สิน หนี้สิน และงบประมาณ เป็นไปตามมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติ
องค์การมหาชน พ.ศ. 2542

APPENDIX C

คุณลักษณะเฉพาะของระบบบัญชีโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Specifications for Autonomous Hospital Accounting Systems) Modules in an Accounting System

บัญชีแยกประเภททั่วไป (General ledger)

๔ ผังบัญชี (Charts of accounts)

๕ บัญชีแยกประเภท (General ledger)

ระบบจะต้องประกอบด้วยรายการทั้งหมดของบัญชีงบดุล (Balance Sheet) และใบแสดงรายละเอียดรายได้ (แยกเป็นบัญชีรายรับ - รายจ่าย)

๖ Trial Balance

ระบบจะต้องสามารถแสดงรายละเอียดของลูกหนี้, เจ้าหนี้ จากบัญชีต่าง ๆ การเตรียมและพิมพ์ T/B เพื่อทบทวนการบริหารเป็นสิ่งที่จำเป็น เมื่อครบไตรมาสบัญชี ยอดคงเหลือจะต้องยกไปไว้ในบัญชีเดือนต่อไป

๗ ใบแสดงรายละเอียดของรายได้ (Statement of Income, P&L Statement)

ผลของการดำเนินการ (รายรับทั้งหมด) ในช่วงเวลาที่กำหนด

๘ บัญชีงบดุล (Balance Sheets)

เพื่อบอกสถานะทางการเงินและเปรียบเทียบงบดุลในระยะเวลาต่าง ๆ และ Common-Size Balance Sheet (เปอร์เซ็นต์ของบัญชีเทียบกับยอดรวมระยะในแต่ละตอนของบัญชี) เพื่อใช้ในการบริหาร

๙ Ratio analysis

ระบบจะต้องสามารถสร้าง Selected Ratio Statistics ได้ ระบบการรายงานให้หน่วยงานรัฐบาล ประกอบด้วย

สมุดบัญชีธนาคารและสมุดบัญชีเงินสด (Bank and Cash Books) ระบบจะต้องอำนวยความสะดวกในการจัดทำสมุดบัญชีเงินสด ซึ่งต้องประกอบด้วย

1. Outstanding cheques คือ เช็คที่ได้รับแล้ว แต่ยังไม่ได้ clearing
2. Cheques reconciliation เช็คเรียกเก็บ และ clear จากธนาคารแล้ว ได้จำนวนยอดที่แน่นอน

นอน

ต้อง clear ออกจากรายงานของ outstanding cheques

3. Cheques register เป็นเช็คลงทะเบียนแล้ว เรียงตามหมายเลขของเช็ค ผู้รับเงิน (payee)

และ

จำนวนเงิน

4. กระบวนการในการเตรียมส่งจ่ายเช็ค อาจโดยการทำแบบ Manual หรือพิมพ์ตามใบส่งสินค้า (invoice)

5. Cancelled cheques หรือเช็คที่ยกเลิก

6. Reconciliation Audit Report ระบบจะต้องทำสมดุลจำนวนเช็คทั้งหมด (Receipts) ที่ปรากฏใน

bank statement กับจำนวนเช็คทั้งหมดที่เคลียร์จากรายการ Outstanding cheques หลังจาก

เรียกเก็บแล้ว ระบบจะต้องพิมพ์ยอดที่ยังเป็น Outstanding ออกมา

7. ระบบจะต้องสามารถ Lodgement in transit

8. ระบบจะต้องเกี่ยวข้องกับรายรับจากอัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ (Foreign Currency)

Receipts) โดยสามารถให้ข้อมูลที่หน่วยงานของรัฐต้องการ

เงินสดเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือเงินรองจ่าย (Petty cash)

ระบบจะต้องรวมถึงความสามารถในรวมเงินสดที่ใช้เล็ก ๆ น้อย ๆ ด้วย

Invoice and Accounts Receivable

1. ระบบจะต้องสามารถแสดงข้อผูกพันในการเป็นหนี้ขององค์กรจากการซื้อเชื่อ โดยได้ข้อมูลจากใบส่งสินค้า
2. ระบบจะต้องมีบัญชีแยกประเภทเจ้าหนี้ ในระบบบัญชีของโรงพยาบาล
3. ระบบจะต้องสามารถบอกได้ถึงรายรับที่โรงพยาบาลได้จากลูกค้า

4. การจ่ายจะเก็บไว้ในระบบบัญชีแยกประเภท
5. ระบบจะต้องมีความสามารถ
 - สร้างและบำรุงรักษา (Customer Master File)
 - รายรับที่เข้ามา (Process billings)
 - ทำระบบบัญชี
 - ตรวจสอบบัญชี ทำรายงาน (Provide audit trial of accounts receivable transactions since last system update)
6. นอกจากนี้ระบบควรมีความสามารถที่จะ
 - A. Review open transactions ที่ยังไม่จ่าย
 - B. **เพิ่มและลบบัญชีใหม่**
 - C. ตรวจสอบสถานะปัจจุบันของบัญชีลูกหนี้ และพบทวนรายได้ที่ได้รับ
 - D. **ทำรายงานการควบคุมได้**
 - E. ทำข้อมูลวิเคราะห์การขาย
 - F. สร้างข้อมูล รายงานเกี่ยวกับการบริหารสำหรับผู้ควบคุมระบบ

ใบเสร็จและบัญชีจ่าย (Bills and Accounts Payable)

ระบบบัญชีจ่ายต้องรวดเร็วและแม่นยำ เพื่อบันทึกภาระหนี้สินของห้างร้าน บริษัท เครื่องมือ สินค้าและบริการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขององค์กร ระบบควรจะต้อง

1. สามารถออกรายงานการจ่ายที่เป็นปัจจุบัน ในลักษณะ On - line automatic posting of transactions ไปยัง Financial reporting module (หรือบัญชีแยกย่อย) ถึงรายงานที่เป็นปัจจุบันในเรื่องของใบเสร็จและผู้ขาย
2. ประกอบด้วยลักษณะดังนี้
 - ก. Vendor Master File เป็น File ของผู้ขาย
 - ข. Bills Register File เป็นรายการของใบส่งสินค้าที่ยังไม่ได้เรียกเก็บ
 - ค. Payment Discount Dates วันกำหนดจ่ายซึ่งต้องเตรียมไว้เพื่อให้ได้ส่วนลด
 - ง. Cheque Register File ติดตามคำนวณและพิมพ์เช็คสั่งจ่าย ของใบส่งสินค้าที่เตรียมจะจ่าย
 - จ. Accounts Payable Aging Report จำนวนผู้ขาย , ชื่อ , หมายเลขใบส่งสินค้า (Invoice)

และ

วันที่ออกของ Invoice

- ฉ. Vendor Status Report ใบสรุปบัญชีจ่ายของแต่ละบริษัท ห้างร้าน
- ช. Vendor Activity Report จำนวนทั้งหมดของ Invoice , ส่วนลด, ยอดเงิน และข้อมูลผู้ขาย
- ญ. Monthly Cheque Register hard copy of audit trial of payments made to vendor

Point of Sale

Point of sale เป็น advanced Module ของ Computerization process ที่เครื่องเก็บเงินหรือถ้าใช้ Computer จะทำโปรแกรมให้บันทึกว่ามีการขายอะไรและบอกราคา

ตามปกติ Point of sale ไม่อยู่ในมาตรฐานของระบบบัญชี อาจใช้ bar code readers , เครื่องพิมพ์ หรือใบเสร็จรับเงิน ข้อดีของการทำ Point of sale คือสามารถบอกถึงขนาดของ Stock ได้โดยอัตโนมัติ ทำให้การสั่งซื้อได้เร็ว ถ้าองค์กรใดที่ต้องการจะใช้ Point-of-Sale system ต้องแน่ใจว่าระบบบัญชีสามารถ interface กับ point of sale system

Stock Control

การที่จะใช้ Stock Control Module หรือไม่ ขึ้นอยู่กับความซับซ้อนจากการควบคุม Stock จะต้องมีการใช้คอมพิวเตอร์ใน Main Store และหน่วยย่อย เช่น ห้องยาเพื่อเป็นเครือข่าย หรืออาจใช้เครื่องลักษณะ Stand Alone จึงจะไม่ยุ่งเกี่ยวกับระบบบัญชี ในการทำ Stock ก็ได้ หรือใช้ Manual Card - System แต่ถ้าเป็นองค์กรใหญ่ก็ควรใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในทุกแห่ง

Stock control / Inventory Module ควรประกอบด้วยสิ่งต่าง ๆ ที่มีความสำคัญดังต่อไปนี้

1. Inventory Status จำนวน item ใน system
2. Inventory Variance ความแตกต่างระหว่างสินค้าชนิดต่าง ๆ (Physical inventory) และ Running (perpetual) balance ซึ่ง Maintain โดยระบบคอมพิวเตอร์ ระบบจะต้องทำรายงาน Inventory Variance ได้
 3. Inventory Valuation ระบบต้องบอกถึงราคาของสินค้าแต่ละชนิด และ Replacement costs ของรายการสินค้า
 4. Inventory Re-ordering โดยมีการกำหนด Minimum stock levels , issue rates เวลาที่สั่ง และ Stock level ระบบจะต้องทำรายงานถึงชนิดของสินค้าที่ควรสั่งซื้อเพิ่ม และคุณภาพ
5. Inventory Usage Reporting ระบบต้องรายงานจำนวนสินค้าที่จ่ายไป , แยกหัก หรือเสียหายที่จุดจ่ายของ เช่น ห้องยา

Drug Expiry Dates

Standard small - end accounting system stock modules มักจะไม่สามารถบอกถึงวันหมดอายุของสินค้า เช่น ถุงยางที่ใช้ในการวางแผนครอบครัวมีวันหมดอายุ ซึ่งหน่วย family planning สามารถดำเนินการดังนี้บอกวันหมดอายุได้ อย่างไรก็ตามจะต้องลงทุนเป็นเงินจำนวนมากถ้าต้องการบอก Expiry Data ให้ได้และจะต้อง

- เมื่อได้รับสินค้าชนิดใด จะต้องลงข้อมูล ปริมาณ และวันหมดอายุของสินค้า
- เมื่อมีการจ่ายออกหรือจำหน่าย จะต้องลงปริมาณและวันหมดอายุของสินค้า
- จะต้องลงทุนมากสำหรับ Stock Module ที่ดีที่สามารถบอกวันหมดอายุได้

ข้อดีของการลงทุนเรื่องวันหมดอายุ ก็คือระบบจะสามารถบอกได้ตลอดเวลาว่ามีสินค้ากี่ชนิดใน Stock และจะหมดอายุเมื่อใด สำหรับที่ซึ่งมีการเก็บสินค้าไว้มากหรือคลังพัสดุใหญ่ ๆ ข้อมูลจะช่วยป้องกันการสูญเสียจาก overstock และวันหมดอายุ

Purchasing

Purchasing module จะต้องกระตุ้นให้มีการควบคุมการสั่งซื้อ ซึ่งมีสิ่งสำคัญดังนี้

1. Purchasing order file จะต้องจัดเป็นกลุ่มตามบริษัท และ Purchase order number ซึ่งควรจะเป็น

ไปโดยอัตโนมัติตามข้อมูลการสั่งซื้อสินค้าและหรือ projected sales forecast data

2. ระบบจะต้องมี Minimum Quantity คำสั่งซื้อจะต้องเตรียมแบบอัตโนมัติโดยมีหลักการว่า
3. จำนวนรายการสั่งซื้อต่ำสุด และสูงสุด
4. จำนวนรายการสั่งซื้อสูงสุด โดยกำหนดไว้ว่าไม่ควรจะมากกว่าเท่าใด
5. อัตราการใช้ของที่ได้กำหนดไว้ โดยคิดเป็นอัตราการสั่งซื้อ
6. The established Usage Rate - ปริมาณสินค้าที่เอาออกจากคลังสินค้าในช่วงเวลาระหว่างการสั่งซื้อจนกระทั่งได้รับสินค้า
7. ต้องมีการกำหนดจำนวน และเวลาที่สมควรสั่งซื้อ โดยคำนวณจาก Lead Time Quantity + Safety factor ซึ่งเป็นปริมาณสินค้าคงคลังต่ำสุดที่ยังพอเหลือใช้อย่างปลอดภัย
8. เมื่อได้รับสินค้าแล้วจำนวนทั้งหมดที่ได้รับจะถูกเก็บไว้โดยเครื่อง Computer โดยจะใช้ Purchase order file ของสินค้าจะถูก update บัญชีรายการสั่งซื้อจะถูก Update ใน Computer
9. Valuation ราคาสินค้าคงคลังจะถูกคิดใหม่เมื่อมีสินค้าเพิ่มขึ้น

งบประมาณ (Budgeting)

อาจมี Budgeting Module สำหรับ Operations Budget , Cash Budget และหรือ Capital Budget

- Operations Budget รวมถึงแผนการบริหารของเงินรายได้ และรายได้ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงของระบบบัญชี งบประมาณปฏิบัติการของแต่ละกลุ่มงานและหน่วยสนับสนุนบริการ
 - Cash Budget เพื่อบอกถึงรายรับและเงินที่จ่ายไปในแต่ละช่วงระยะบัญชี ถ้าจำนวนเงินสดที่ได้รับ และเงินที่มีอยู่ไม่เพียงพอสำหรับครอบคลุมเงินที่จะต้องจ่ายในโครงการ ควรได้รับการแนะนำระบบควบคุมได้ถึงเงินสดที่มีมากเกินไปเพื่อลงทุนระยะสั้นทำให้ได้รายได้เพิ่มขึ้น
 - Capital Budget เป็นผลรวมของ Operations Budget และ Cash budget ถ้างบประมาณปฏิบัติการสำหรับ
- เครื่องมืออื่นไม่เพียงพอ อาจอาจบเงินสดนี้มาใช้ในการลงทุนได้

บัญชีเงินเดือน (Payroll)

ระบบบัญชีเงินเดือน จะต้องสนองตามความต้องการทางกฎหมายของประเทศสำหรับค่าจ้างเงินเดือนของบุคลากรโดยถูกต้องตามที่กำหนดในรูปของเงินเดือน หรือรายชั่วโมง ตามกฎหมายควรแยกระบบบัญชีเงินเดือนออกมาโดยประกอบด้วย

- บัญชีเงินเดือน และรายงานบุคลากร
- รายงานการหักเงินต่าง ๆ และการหักภาษี
- บำเหน็จ บำนาญ และประกันสังคม
- การกู้ยืมจากบุคลากร
- Time Accounting Reports

ข้อสังเกต ในการรวมระบบบัญชีเงินเดือนกับ Accounting Modules : ไม่จำเป็นจะต้อง interface กับ Accounting Modules อย่างไรก็ตามวิธีการที่จะใช้ในการย้ายข้อมูลจากระบบบัญชีเงินเดือนมายังระบบบัญชีจะต้องแสดงให้เห็น (โดยการใส่ข้อมูลทุกเดือนซึ่งประกอบด้วย ค่าจ้าง, ภาษี, เงินบริจาค เข้าเป็นบัญชีแยกประเภท)

Fixed Assets Module

Module นี้ จะต้องบอกค่าเสื่อมราคาซึ่งจะต้องรายงานในรายงานรายรับและรวมยอดในบัญชีงบดุล โดยรวมทรัพย์สินทั้งหมดขององค์กรทั้งสิ่งก่อสร้าง, ครุภัณฑ์, ยานพาหนะ, คอมพิวเตอร์, เครื่องมือที่มีอายุใช้งานมากกว่า 1 ปี Module นี้ ควรประกอบด้วย

- ราคาสินทรัพย์ถาวร ค่าเช่าหรือค่าก่อสร้าง ซึ่งรวมถึงค่าระวางสินค้าและค่าติดตั้ง
- อายุการใช้งาน หมายถึง อายุที่คาดว่าจะใช้งานและทำให้เกิดรายได้
- ราคาประเมินในตลาดของวัสดุนั้นหลังจาก (Estimated Salvage Value)
- ต้นทุนลบจากค่าเสียหาย จะเป็นจำนวนที่เท่ากับค่าเสื่อมราคา (Total Cost Minus Estimated Salvage Value Equals Amount Subject to Depreciation)
- รายการค่าเสื่อมราคาขึ้นกับการตกลง และการยอมรับของแต่ละประเทศ

Advanced Financial Analysis

Criteria for Accounting Software Selection

General System Capabilities	
Multi-User Capability - including simultaneous access?	
Is it a true Multi-Currency System?	
Ability to handle organization's future needs.	
Ability to handle organization's number of transactions.	
Ability to use your countries settings for date formatting, currency, number formatting, etc.	
Year 2000 compliance ?	
Account Identification	
Ability to accept your chart of account coding structure	
Ability to accept your account sub-classifications / analyses	
Limit to number of accounts and account sub-classification.	
Ability to provide detailed analyses by donor, projects, clinics etc	
System Methodologies	
Are entries immediately posted into the ledgers upon entry (less security and control), or are they entered into a temporary state, and then posted in batches after checking (more control)?	
Can previous entries be modified, or do they need to be changed through adjustment entries?	

Does the system 'Close' accounting periods, and not allow modification to closed periods, or does the whole system remain 'open' for modifications ?	
Integration with Other Systems	
Ability to import / export data-does the system just allow import / export of lists (e.g: chart of accounts, vendor lists. etc) or does it allow you to import / export accounting transactions ?	

General System Capabilities	
User Interface	
User-friendly interface	
Customizable interface (The ability to customize the input screens to remove superfluous fields of data and add user-defined fields)	
On-line help and context-sensitive help.	
Interactive tutorial	
System manual	
Reporting	
Ability to see reports on screen, and then redirect them to a printer or to an export file.	
Ability to drill-down on reports to see line item detail.	
User customizable reporting - the ability to change reporting dates, reporting breaks, columns on reports, etc.	
Ability to provide information / reports based on certain variables or criteria (e.g.seminar cost in a certain area, total costs of Clinic A only)	
Graphical depiction of certain reports.	
Ability to customize printed reports, especially statements, invoices, etc.	
Security	
Password protection for general system access and for specific 'sensitive' system functions.	
Audit trail	

Training	
How much training is included with the system	
Does the training just teach how to use the system in general, or is the training combined with implementation, so the by the end of training, the organization will be up-and-running with their own accounts ?	
Is there any training for management provided - interpretation of reports.	

General System Capabilities	
Support	
Can you get immediate telephone / on-site support with the system ? What is the extra charge for this support ? Support on the Web ?	
Is the support company an established company that is likely to be in business for the next 5 years ? Possibility of support by another Company ?	
How many staff in the support company know the system ? How long have they worked in the company ?	
Licensing	
Are you purchasing the ownership of the system (including the ability to modify the source code, and distribute the system to other sites in your organization), or are you just buying a license to use the system on a single computer installation ? Is supplier willing to appoint an escrow	

agent to hold the source code ?	
Do you have to pay an annual license fee to keep using the software?	

Appendix D

Options for Formular or Block Grant Allocations

Transfer name	Description
Existing cost reimbursement	Cost reimbursement ตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข คำรักษา, case mix และจำนวนบริการที่ได้ทำ
Formula grant	Size of capitation grant แปรตามตัวแปร (เช่น ความยากจน, อายุ) และทุน โดยไม่ควรได้รับน้อยกว่าเดิม
Formula grant with minimum expenditure mandate	เหมือนข้างบนยกเว้นกำหนดให้มีแผนกกับการบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์อย่างน้อยในเกณฑ์ต่ำสุด ที่ควรจะได้
Open-ended variable Matching grant	ขนาดของเงินที่รัฐบาลให้จะแปรตามสภาวะการเงินของ โรงพยาบาลโดยดูจากปีงบประมาณที่ผ่านมา เป็นกิจกรรม ที่โรงพยาบาลได้ประโยชน์และต้องออกเงินร่วมกับเงินจาก รัฐ
Open-ended variable Matching grant with minimum expenditure mandate	เหมือนข้างบนและภาระกิจของค่าใช้จ่ายต่อหัวต้องไม่น้อย กว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่มีอยู่แล้ว เป็นกิจกรรมที่รัฐและ โรงพยาบาลออกเงินร่วมกัน

หลักการที่แนะนำสำหรับ Grant design และขั้นตอนดังนี้

1. Capacity การขาด Capacity เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ไม่บรรลุถึงการเป็น hospital autonomy กระทรวงสาธารณสุขและการบริหารส่วนท้องถิ่น และ System capacity จะต้องมีการทำสัญญาเรื่องบริการ, ติดตามเรื่องการทำสัญญา, เก็บรวบรวมเงินรายได้ ติดตามประเมินผลและรายงานความต้องการเพื่อการพัฒนา

2. Objective กระทรวงสาธารณสุขจะต้องทำให้วัตถุประสงค์ในการกระจายอำนาจทางการเงินให้ชัดเจนโดยเฉพาะในเรื่องการใช้จ่ายเงินหรือทรัพยากร โดยต้องมีกฎเกณฑ์ที่ชัดเจนว่าทรัพยากรอะไรบ้างที่โรงพยาบาลในกำกับของรัฐสามารถใช้ได้ โดยมีแนวทางที่ชัดเจนในการใช้จ่ายเงินรายได้ หลักเกณฑ์ที่โปร่งใส

(Transparent formula) สำหรับกองทุนหรือเงินบริจาคระหว่างรัฐบาล (Intergovernmental grant funding) และการปรับโครงสร้างและฝึกอบรมของกระทรวงสาธารณสุขและบุคลากรของโรงพยาบาลในเรื่องงานเหล่านี้

4. Grant or resource transfer design เมื่อมีวัตถุประสงค์ของงานที่ชัดเจน และเป็นไปได้สูงจะเป็นส่วนสำคัญในการที่จะได้รับเงินทุน

5. Simplicity :- grant design ควรจะไม่ซับซ้อน และโปร่งใส

6. Incentives การยอมให้มีสิ่งจูงใจใน grant design จะดีกว่าการใช้วิธีที่เข้มงวด เนื่องจากรัฐบาลจะกำหนดภารกิจที่ต้องทำวิธีการนี้ เป็นวิธีการที่ได้ผล และไม่คอยรบกวนการเป็น automany ของ โรงพยาบาล

6. Conditionality ต้องมีการสร้างข้อแม้หรือเงื่อนไขในการใช้จ่ายเงินเพื่อให้โรงพยาบาลไม่ลดการให้บริการที่สำคัญ เช่น Primary health care

7. Own revenue generating capacity เนื่องจากโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความสามารถในการหาเงินไม่เท่ากัน ดังนั้นส่วนกลางจะต้องมีกลไกในการกำกับและมีมาตรการกระตุ้นให้โรงพยาบาลนำรายได้ไปใช้ในการลงทุนหรือโครงการที่มีความสำคัญได้

Appendix E

A Strategic Framework to develop effective contracting of Health services

- 1) งานบริหารใดที่สมควรทำสัญญาจ้างเอกชนดำเนินการ
- 2) ทำไมงานบริการบางอย่างจึงควรจ้างเอกชนดำเนินการ
 - a) งานบริการนั้น ๆ ตรงกับวัตถุประสงค์ของระบบสาธารณสุขหรือไม่
 - b) ผู้รับสัญญาสามารถให้บริการได้เท่าเทียมหรือดีกว่า แต่ลงทุนต่ำกว่าโรงพยาบาลทำเอง
 - i. โรงพยาบาลทราบต้นทุน และคุณภาพงานชิ้นนั้นของตนเองหรือไม่
 - ii. ผู้รับสัญญามีประสิทธิภาพดีกว่าในเรื่องอะไร เป็นความเชี่ยวชาญ, ความประหยัด, เทคโนโลยี, ปลอดภัยภาวะของโรงพยาบาล?
 - iii. ได้นำต้นทุนที่แท้จริงเข้ามาเปรียบเทียบหรือไม่ เช่น มีการรวมต้นทุนของหน่วยอื่นของโรงพยาบาลที่แฝงอยู่ในงานบริการนั้น ๆ
 - c) ผู้รับสัญญาสามารถทดแทนในเรื่องทักษะ, ความสามารถ หรือทรัพยากร
 - i. ความแตกต่างของโรงพยาบาลและเอกชนผู้รับสัญญาอยู่ที่ทักษะ ความสามารถ หรือขาดทรัพยากร ?
 - ii. ความแตกต่างนี้ เป็นชั่วคราว หรือถาวร ?
 - iii. ถ้าเป็นความแตกต่างชั่วคราวมั่นใจได้หรือไม่ว่า โรงพยาบาลสามารถพัฒนาฝีมือหรือความสามารถได้ในภายหลัง
 - iv. สัญญานั้นมีส่วนทำให้เกิดการถ่ายทอดทักษะจากผู้รับสัญญามายังโรงพยาบาลหรือไม่
 - v. ถ้าสัญญานั้นเป็นเรื่องเกี่ยวกับงานบริการที่
 - 1) โรงพยาบาลมีความสามารถที่จะให้บริการโดยตรงหรือไม่ ถ้าไม่ได้จะพัฒนาให้เกิดขึ้นได้หรือไม่
 - 2) ถ้าต้องการบริการนั้นมาดำเนินการเองต้องทราบว่าต้นทุนที่แท้จริงคืออะไร ทั้งบลงทุนและดำเนินการ (Capital or Recurrent)
 - 3) ถ้าต้องการยุติสัญญา และนำงานบริการนั้นมาทำเองจะเกิดอะไรขึ้น
 - 4) จะเกิดอะไรขึ้นถ้าไม่สามารถทำสัญญากับผู้ให้บริการ (Provider) ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด
 - d) งานบริการที่ จะให้เอกชนดำเนินการ เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับงานหลักหรืองานรองของ โรงพยาบาล
 - i. การที่ให้เอกชนดำเนินการจะทำให้โรงพยาบาลมีเวลาทำกิจกรรมหลักมากขึ้นหรือไม่
 - ii. ทำให้โรงพยาบาลมุ่งทำงานที่สำคัญกว่าหรือไม่
 - iii. เป็นนโยบายชั่วคราว หรือตลอดไป

- iv. ทำให้เกิดการยืดหยุ่นในการบริหารหรือในการบริหารทรัพยากรหรือจัดลำดับความสำคัญของบริการในภายหลังหรือไม่

3) อะไรคือปัญหาอุปสรรคของการทำสัญญาให้เอกชนดำเนินการ

- a) โรงพยาบาลมีความสามารถเพียงพอในหัวข้อต่อไปนี้หรือไม่
 - i. นโยบายการทำสัญญา
 - ii. มีข้อมูลในการร่างสัญญา รวมทั้งการวิเคราะห์ประโยชน์ในทางเศรษฐศาสตร์
 - iii. วัตถุประสงค์ในสัญญาตรงกับความต้องการของระบบสาธารณสุขหรือไม่
 - iv. การออกแบบสัญญา และข้อความสำคัญสมบูรณ์หรือไม่ (ในแง่กฎหมาย และการวางแผนด้านสาธารณสุข)
 - v. กระบวนการเป็นลักษณะการต่อรองหรือไม่
 - vi. การดูแลให้เป็นไปตามสัญญา
 - vii. ถ้าไม่ปฏิบัติตามสัญญาจะอย่างไร?
 - viii. ถ้าความสามารถไม่เพียงพอ จะมีหน่วยงานอื่นช่วยเหลือ หรือพัฒนาความสามารถได้อย่างไร
- b) มีเงินทุนสนับสนุนการจัดทำสัญญาที่มีประสิทธิภาพหรือไม่
- c) มีผู้รับสัญญาที่มีคุณภาพสามารถทำตามข้อกำหนดของสัญญาได้หรือไม่
- d) มีผู้รับสัญญาที่มีประสิทธิภาพหลายรายเพียงพอในการทำให้เกิดการแข่งขันหรือไม่
 - i. ถ้ามีข้อจำกัดในการแข่งขัน โรงพยาบาลสามารถหลีกเลี่ยงการผูกขาด และราคาที่ไม่เหมาะสมได้หรือไม่
 - ii. ทำได้อย่างไร
- e) นโยบายทางการเมืองเกี่ยวกับการทำสัญญาจ้าง เป็นอย่างไร
 - i. ความคิดเห็นของพนักงาน และสภาพแรงงานเป็นอย่างไร
 - ii. ความคิดเห็นของชุมชนท้องถิ่นเป็นอย่างไร
 - iii. ความคิดเห็นของนักการเมืองเป็นอย่างไร
 - iv. ความคิดเห็นของผู้ให้การสนับสนุนหลักของโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
- f) มีกฎหมายหรือข้อบังคับใดที่ทำให้การทำสัญญาเป็นไปอย่างยากลำบากหรือไม่
 - i. มีวิธีการเจรจาต่อรองที่ดี เพื่อให้เกิดสัญญาที่มีประสิทธิภาพหรือไม่
 - ii. มีอุปสรรคทางด้านกฎหมายหรือข้อบังคับใดที่ต้องกล่าวถึงหรือไม่