



รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report)

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนานักวิเคราะห์การเงินการคลัง
ของโรงพยาบาล (Hospital Financial Analysts, HFA) ปี 2552

เสนอโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มประกันสุขภาพ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สิงหาคม 2552

1. ทิศทางการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการในระบบประกัน.....	3
2. ทำไม...โรงพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญกับเรื่องบัญชี.....	8
3. ผลกระทบรูปแบบวิธีจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ต่อการเงินการคลังและการจัดการของโรงพยาบาล (Effects of Payments under Health Insurance Schemes to Hospital Financing & Management).....	13
4. ผลการประเมินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนานักวิเคราะห์การเงินการคลังของ โรงพยาบาล (Hospital Financial Analysts, HFA) ปี 2552.....	18
5. เอกสารประกอบการบรรยาย	
4.1 “ทำไม....โรงพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญกับเรื่องบัญชี ” โดย ดร. สันสกฤต วิจิตรเลขการ	
4.2 “บทเรียนการปรับตัวของโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษาจาก โรงพยาบาลกลุ่ม Uhosnet ” โดย พญ. ทศนี้อย จันทร์น้อย	
4.3 การบริหารการเงิน การคลัง ประสิทธิภาพและการเรียนรู้ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดย นพ. ณรงค์ อภิกุลวณิช	
4.4 ตัวอย่างการวิเคราะห์การเงินการคลังและการนำไปใช้ประโยชน์ กรณีศึกษาตรวจราชการที่ 18 โดย นพ. นิพนธ์ โตวิวัฒน์	
4.4 “ชี้แจงหลักสูตรการอบรม และคาดหวัง ” โดย นพ.สุกิจ พึ่งเกษมสุนทร คุณอมรรัตน์ พิระพล คุณพัชรี ธรรมวันนา	

- 4.5 “Effects of payments under health insurance schemes to hospital financing and management ”
โดย ดร.สุรรัตน์ งามไพเกียรติไพศาล
- 4.6 “ตัวอย่างการวิเคราะห์ ต้นทุนและประสิทธิภาพโรงพยาบาล และการนำไปประโยชน์”
โดย ดร.นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี
- 4.7 “ประสบการณ์ Financial analysis and business plan in private hospital ”
โดย นพ.พงษ์พัฒน์ ปธานวนิช
- 4.8 “ตัวอย่างการทำ SWOT และ Management plan ของ รพ.”
โดย ทพญ. สุพินดา สาทรกิจ
- 4.9 “แนวคิดหลักการ วิธีการทำ business plan และข้อมูลที่เป็นที่ต้องมี ของโรงพยาบาล”
โดย นพ.สุกิจ พึ่งเกษตรสุนทร
- 4.10 ตัวอย่าง วิธีการทำ business plan ”
โดย คุณอนุ แนนหนา
- 4.11 “ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ Business plan เพื่อทำแผนพัฒนาประสิทธิภาพการ จัดบริการของโรงพยาบาลรัฐ”
โดย รศ.นพ.ประดิษฐ์ สมประกิจ
- 4.12 “การฝึกอบรมปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทำแผนพัฒนาประสิทธิภาพ การจัดการบริการของโรงพยาบาล”
โดย พญ. ทศนีย์ จันทร์น้อย
รศ.นพ.ประดิษฐ์ สมประกิจ

ทิศทางการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการในระบบประกัน

อำนาจ กาจันะ

นายแพทย์อำนาจ กาจันะ ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุขด้านเวชกรรมป้องกัน และผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มและสนับสนุนให้มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพนักวิเคราะห์การเงินการคลังของโรงพยาบาล ได้ทำหน้าที่เป็นประธานได้กล่าวเปิดการอบรมเชิงปฏิบัติการ และบรรยายพิเศษในหัวข้อ “ทิศทางการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการในระบบประกันสุขภาพ” โดยแบ่งเป็น 3 - 4 ประเด็นหลักๆ ดังต่อไปนี้ คือ

การวิเคราะห์การเงินการคลังของโรงพยาบาล

การจัดอบรมครั้งนี้ มีหัวข้อสำคัญ คือ Does Accounting is matter? ซึ่งพยายามจะชี้ให้ผู้เข้ารับการอบรมเห็นว่าการจัดทำบัญชีและการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบบัญชีของโรงพยาบาลมีความสำคัญและเกี่ยวข้องอย่างไรกับการวิเคราะห์การเงินการคลังของโรงพยาบาลและระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งจะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์การเงินการคลังและการจัดทำแผนเชิงธุรกิจของโรงพยาบาลได้ ซึ่งประเด็นในการวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 2 ส่วนตามมุมมองด้านการจัดทำบัญชี คือ ด้านรายรับ และด้านรายจ่าย

ประเด็นการวิเคราะห์ด้านรายรับของโรงพยาบาล จะเห็นว่ารายรับของโรงพยาบาลมาจากหลายแหล่งด้วยกัน ซึ่งสามารถจำแนกคร่าวๆ ตามสัดส่วนรายรับ ดังนี้ รายรับจากระบบประกันสุขภาพ ที่เป็นระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือที่เรียกกันทั่วไปว่า UC จะเป็นแหล่งรายรับที่สำคัญของโรงพยาบาล แต่อาจมีสัดส่วนรายรับของแต่ละระบบแตกต่างกันไป เช่น โรงพยาบาลในเขตชนบทและห่างไกลส่วนใหญ่จะมีสัดส่วนรายรับที่ได้จากระบบ UC มากที่สุด ส่วนรายรับระบบอื่นๆ อาจจะมีสัดส่วนน้อย ส่วนโรงพยาบาลในเขตเมือง หรือเขตอุตสาหกรรม ก็จะมีสัดส่วนรายรับจากระบบประกันสังคมมากกว่าระบบอื่นๆ สำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โรงพยาบาลที่มีรายรับจากระบบนี้ในสัดส่วนที่สูง คือ โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพสูง และตั้งอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และหัวเมืองใหญ่ขนาดใหญ่ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ รวมทั้งโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมและมหาดไทย เป็นต้น ผู้ที่รับผิดชอบในการวิเคราะห์ข้อมูลด้านรายรับของ

โรงพยาบาลจะต้องเข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์ด้านบริการสุขภาพของระบบประกันสุขภาพต่างๆ และความแตกต่างของประชาชนผู้มีสิทธิของแต่ละระบบ โดยใช้มุมมองของการจัดทำแผนเชิงธุรกิจ จึงจะวางแผนหรือวิเคราะห์คาดการณ์รายรับได้อย่างเหมาะสม

ประเด็นการวิเคราะห์ด้านรายจ่ายของโรงพยาบาล ผู้วิเคราะห์จำเป็นต้องเข้าใจหลักการเรื่องการคิดต้นทุน โครงสร้างต้นทุน หน่วยของการคิดต้นทุน รวมทั้งการวิเคราะห์ต้นทุนบริการสุขภาพที่ไปเชื่อมโยงกับหน่วยนับของบริการประเภทต่างๆ ที่เป็นผลผลิตของโรงพยาบาล

ในการวางแผนงบประมาณและแผนเชิงธุรกิจของโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบจะต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองด้าน คือ รายรับ-รายจ่าย ซึ่งต้องนำข้อมูลในส่วนนี้ไปวิเคราะห์เปรียบเทียบกับคาดการณ์รายรับต่อหน่วยนับของบริการประเภทต่างๆ ที่ผู้ซื้อบริการจะจ่ายเงินให้ เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น หากมีการเปลี่ยนแปลงปริมาณการให้บริการ หรือเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงิน โรงพยาบาลจึงจะมีข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการเจรจาต่อรองกับกองทุนผู้ซื้อบริการได้ ตรงนี้เป็นจุดที่ต้องการให้พัฒนามาก

บทบาทของโรงพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการในระบบประกันสุขภาพ

ปัจจุบันประชาชนไทยเกือบทั้งหมด ได้รับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลจากระบบหลักประกันสุขภาพที่บริหารจัดการโดยภาครัฐ โดยระบบ UC ดูแลประชาชนมากที่สุด ประมาณ 47 ล้านคน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประมาณ 4-5 ล้านคน และระบบประกันสังคม ประมาณ 10 กว่าล้านคน ซึ่งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตเมืองของกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการสำคัญแก่ผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพดังกล่าวในสัดส่วนที่แตกต่างกันไป เช่น ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิในระบบ UC ประมาณ 42 ล้านคน และผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคมประมาณ 4-5 ล้านคน เป็นต้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรที่ดูแลกองทุนผู้ซื้อบริการขนาดใหญ่เป็นอันดับหนึ่งของประเทศ ตามกฎหมายที่เขียนไว้มีแนวคิดหรือความตั้งใจจะให้ เป็นกองทุนที่มีอำนาจการซื้อหนึ่งเดียวในประเทศ แต่การบริหารจัดการยังไม่ไปถึง โดยต้องการให้ระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมาซื้อบริการผ่าน สปสช. หรือตั้งใจจะผสมผสานระบบของหน่วยการรักษายาบาลเข้ามาเพื่อเป็นอันเดียวกัน แต่เนื่องจากปัจจุบันทั้งสามระบบดังกล่าวก็ยังเป็นผู้ซื้อบริการจากโรงพยาบาลโดยตรง ฉะนั้น โรงพยาบาลจึงต้องทำความเข้าใจกับทั้งสามระบบให้ดีว่ากฎหมายแต่ละฉบับให้คำนิยามคำว่าโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง และมีข้อกำหนดหรือเงื่อนไขให้โรงพยาบาลทำการขึ้นทะเบียนกับกองทุนหรือไม่อย่างไร ยกตัวอย่างเช่น ในพ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 44 d กำหนดให้ สปสช. จัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการแล้วประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำตัวตามมาตรา 6 และให้คณะกรรมการ (บอร์ด สปสช.) เป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการดังกล่าว จะเห็นว่ากฎหมายมีเจตนายกให้ มีกระบวนการคัดเลือกสรรหาหน่วยบริการ ซึ่งไม่ได้บอกว่าจะ เป็นโรงพยาบาลหรือเป็นอะไร เพียงแต่บอกว่าเป็นสถานบริการที่สามารถให้บริการทางการแพทย์พื้นฐานได้ โดยกำหนดหน้าที่ของหน่วยบริการไว้ในมาตราต่อไป

ในมาตรา 45 กำหนดหน้าที่หน่วยบริการ ไว้ดังนี้

(๑) ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งวัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

(๒) ให้ข้อมูลการบริการสาธารณสุขของผู้รับบริการตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามประกาศที่มีการกำหนดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและผู้รับบริการโดยไม่บิดเบือน ทั้งในเรื่องผลการวินิจฉัยแนวทาง วิธีการ ทางเลือก และผลในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือถูกส่งต่อ

(๓) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชื่อแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลอย่างต่อเนื่องทางด้านสุขภาพและสังคม แก่ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการอย่างเพียงพอก่อนจำหน่ายผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ

(๔) รักษาความลับของผู้รับบริการจากการปฏิบัติหน้าที่ตาม (๑) และ (๒) อย่างเคร่งครัดเว้นแต่เป็นการเปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

(๕) จัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ซึ่งหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการจะต้องทำหน้าที่ได้ครบถ้วนทั้ง 5 ข้อดังกล่าวมาแล้วข้างบนจึงจะถือว่าเป็นหน่วยบริการที่ qualified ตามข้อกำหนด มองว่าขณะนี้ สปสช.ในฐานะผู้ถือเงินจะต้องเอื้ออำนวยให้หน่วยบริการสามารถบริหารจัดการระบบข้อมูลจนกระทั่งนำมาใช้ขอรับค่าใช้จ่ายได้ให้มากกว่าปัจจุบัน เพราะจุดอ่อนของระบบในปัจจุบันหลังจากที่มีการแยกบทบาทผู้ซื้อกับผู้ขายบริการออกจากกันแล้ว คือ ทั้งสองฝ่ายยังขาดข้อมูลพื้นฐานที่เพียงพอเพื่อใช้ในการเจรจาต่อรอง จึงมองว่าระบบที่เป็นอยู่ในขณะนี้ยังไม่ไปถึงการทำให้เกิดตลาดจริง ๆ ที่ผู้ซื้อบริการกับผู้ให้บริการต้องมาเจอกันเพื่อเจรจาซื้อ-ขายบริการกันอย่างจริงจังตามแนวคิดและหลักการที่วางไว้ตั้งแต่ต้น แต่ที่ทำมาในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นการจัดสรรเงินมากกว่า

นอกจากนี้ หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจัดสรรเงินของระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ นั้นวันจะมีความซับซ้อนหลากหลายและมีลูกเล่นมากขึ้น ทั้งระบบ UC และระบบประกันสังคม ผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญและติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดโดยไม่มองข้ามระบบใดระบบหนึ่งไป รวมทั้งระบบประกันเอกชน ตามพ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภคจากกรร

องค์ความรู้ ทักษะ และข้อมูลเพื่อจัดทำแผนเชิงธุรกิจของโรงพยาบาล

แผนเชิงธุรกิจของโรงพยาบาล เป็นแผนการวิเคราะห์ทางการเงิน (hospital financial analysis)

ที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลในแต่ละปี โดยมีคาดการณ์ด้านรายรับ-รายจ่าย พร้อมกับแผนปฏิบัติการว่าจะต้องจัดบริการอะไรบ้างที่ตอบรับกับฐานข้อมูลเชิงระบาดวิทยาภายในจังหวัด/เขต หรือตอบรับกับสภาพความต้องการทางด้านสุขภาพภายในท้องที่ แล้วจะต้องมีค่าใช้จ่ายในการ

ดำเนินการจัดบริการประเภทต่างๆ จำนวนเท่าใด สามารถแจกแจงได้ว่าค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้จำแนกเป็น ค่าบุคลากร ค่าลงทุน และค่าดำเนินการอย่างละเท่าใด

ตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 46 วรรคสอง ระบุว่า หลักเกณฑ์การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ที่บอกว่า “หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 44 มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด” โดยหลักเกณฑ์ดังกล่าวต้องผ่านการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา 18(13) ก่อน และอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- (๑) อาศัยรากกลางที่เป็นจริงของโรคทุกโรคมาเป็นฐาน...
- (๒) ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนตัวเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร
- (๓) คำนึงถึงความแตกต่างในการกิจของหน่วยบริการ
- (๔) คำนึงถึงความแตกต่างในกลุ่มผู้รับบริการและในขนาดของพื้นที่บริการที่หน่วยบริการรับผิดชอบ

ประเด็นที่ต้องการจะเน้นก็คือ หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินตามที่กฎหมายระบุดังกล่าวจะต้องมีการรับฟังความคิดเห็น หรือพูดง่าย ๆ ก็คือจะต้องมีกระบวนการเจรจาต่อรองระหว่างหน่วยบริการในฐานะผู้ให้บริการกับกองทุน ซึ่งหน่วยบริการต้องมีข้อมูลที่จะไปคุยเจรจากับกองทุนได้ว่างงบประมาณที่กองทุนให้มาแบบเหมาโหลเท่ากันหมดนี้มันอาจไม่ดีกับฉัน เพราะฉันเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ถูกบังคับให้ไปอยู่ในจังหวัดที่มีประชากรน้อย อย่างนี้เป็นต้น และโรงพยาบาลจะสามารถเจรจาท่องกับคณะกรรมการของกองทุนผู้กำหนดหลักเกณฑ์ได้ก็ต่อเมื่อโรงพยาบาลมีข้อมูลเพียงพอ มีการจัดทำแผนเชิงธุรกิจของโรงพยาบาล โดยวิเคราะห์คาดการณ์ผลกระทบจากหลักเกณฑ์การจ่ายเงินจัดสรรที่มีต่อรายรับหรือค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลทั้งด้านค่าบุคลากรที่เป็นเงินเดือนและค่าตอบแทน ค่าลงทุน และค่าดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบต่อการจัดบริการหรือผลผลิตด้านต่างๆ ของโรงพยาบาลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จึงจะสามารถเจรจาท่องกับกองทุนได้อย่างมีหลักการและข้อมูลสนับสนุน

ฉะนั้น มองว่านักวิเคราะห์การเงินการคลังของโรงพยาบาล มีความแตกต่างจากผู้จัดการการเงินการคลังหรือที่เรียกติดปากกันว่า CFO (Chief of Financial Officer) เพราะมองว่า CFO จะเป็นผู้บริหารและต้องมี authority ด้วย ในขณะที่นักวิเคราะห์การเงินการคลังโรงพยาบาล จะมีความเป็นนักวิชาการมากกว่า ซึ่งน่าจะมีศักยภาพอย่างน้อย 3 ด้านคือ ความรู้ ทักษะด้านการวิเคราะห์การเงินทางบัญชี ความรู้ความสามารถด้านการวิเคราะห์แผนงบประมาณ และความรู้ความสามารถด้านการจัดทำแผน ทั้งแผนเชิงยุทธศาสตร์ แผนงบประมาณ และแผนปฏิบัติการ ซึ่งอาจจะมีประเด็นเกี่ยวข้องกับด้านเศรษฐศาสตร์ หากถ้าเป็นไปได้ก็อยากฝากให้ผู้รับผิดชอบในการจัดอบรมและงานบุคลากรไปลองทำมาตรฐานกำหนดตำแหน่งนักวิเคราะห์การเงินการคลังโรงพยาบาลที่มีทั้งคุณลักษณะ knowledge, skills & attitude ที่เป็น competency และบทบาทหน้าที่ (Job description) ซึ่งทางฝ่าย Human resource development (HRD) จะทราบดีว่าทั้งสองส่วนแตกต่างกันอย่างไร

ทิศทางการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการ

ปัจจุบันโรงพยาบาลถูกคาดหวังให้ทำบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพจากกองทุนต่าง ๆ มากเกินไป โดยเฉพาะกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่คาดหวังให้โรงพยาบาลไปดูแลงานบริการปฐมภูมิเยอะเกินไป ทำให้บางครั้งแทบจะสูญเสียบทบาทที่สำคัญด้านรักษาพยาบาลไป ทราบว่าประเด็นนี้ทางคุณหมอสมฤทธิ์ ก็กำลังทำการศึกษาอยู่ บทบาทในปัจจุบันของโรงพยาบาลถูกออกแบบจาก สปสช. ให้เป็นจุดต้นน้ำในการรับเงินดูแลแบบองค์กรรวม เป็นจุดรับเงินเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งมองว่าที่ถูกต้องควรจะแยกเอาผู้ดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิออกมาต่างหาก ส่วนโรงพยาบาลก็รับเงินไปตามเนื้องานบริการด้านการแพทย์ไปต่างหาก และคาดว่าในอนาคตน่าจะเป็นแบบนี้ กล่าวคือ การรับเงินจากกองทุนผู้จ่ายเงินของโรงพยาบาลควรจะรับเงินมาตามเนื้องานการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งจะสะท้อนออกมาตามแผนเชิงธุรกิจที่โรงพยาบาลทำ ไม่ได้รับในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว วิธีจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวควรจะเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิแต่ในโรงพยาบาลควรรับเงินตามเนื้องานที่คาดหวังว่าจะให้บริการทางการแพทย์เป็นสำคัญ เรื่องนี้คงเป็นเรื่องที่จะมีมาตรการต่อไปเรื่อย ๆ ในอนาคต ฉะนั้น โรงพยาบาลจึงจะต้องสร้างเสริมประสิทธิภาพในเรื่องการจัดทำแผนเชิงธุรกิจที่ระบุเนื้องานและเม็ดเงินที่จะใช้ในแต่ละปี แล้วใช้อันนี้เป็นฐานข้อมูลในการรับเงินจากกองทุนต่าง ๆ การรับเงินของโรงพยาบาลควรจะรับบนพื้นฐานปริมาณค่าใช้จ่ายบนชุดบริการที่จะให้บริการตามที่ตกลงกันปีต่อปี ซึ่งต้องมีการจัดเก็บข้อมูลที่ดียิ่งจะทำแผนดังกล่าวออกมาได้

และคาดหวังว่าเมื่อได้ทำงานร่วมกันเพื่อสร้างเสริมศักยภาพเรื่องการวิเคราะห์และจัดทำแผนในครั้งนี้เสร็จสิ้นแล้ว เราจะได้ (1) รูปแบบวิธีการสมัครสำหรับรุ่นต่อไปที่มีคุณภาพ (2) องค์ความรู้เพื่อไปทำงานได้อย่างจริงจังแบบมืออาชีพ (3) เกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในส่วนกลางและโรงพยาบาลต่าง ๆ และวางแผนว่าหลังจากการอบรมไปแล้วประมาณ 1-2 เดือน ทางกลุ่มประกันสุขภาพจะเชิญโรงพยาบาลที่เข้ารับการอบรมครั้งนี้มาพบและพูดคุยกันอีกครั้ง เพื่อติดตามประเมินผลว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงมากน้อยเพียงใด ในส่วนของกระทรวงก็กำลังปรับโครงสร้างการจัดการภายใน ให้มีอนุกรรมการ 2-3 ชุด คือ อนุกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการทำกฎเกณฑ์การจัดสรร เพื่อเตรียมความพร้อมควบคู่ไปกับ สปสช. จะต้องมีการทำข้อมูลระดับกระทรวง เอาไปพูดคุยกับทาง สปสช. ในจังหวัดที่เขา กำลังเริ่มวางแผนต้นปีกับเรื่องของงบลงทุน เราจะมีคณะทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงกับ สปสช. ในการวางหลักเกณฑ์ ตามมาตรา 46 ที่พูดไปแล้ว จังหวัดนั้น **คาดหวังมากกว่า ทางกระทรวงสาธารณสุขจะมีข้อมูลมาจากแต่ละโรงพยาบาล เพื่อสามารถอธิบายต่อผู้ซื้อบริการว่ามีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่เขา มี condition พิเศษที่ต้องพูดคุยกันเป็นกรณีพิเศษและไม่ใช้ความผิดของโรงพยาบาลที่เขาต้องใช้เงินมากกว่าเกณฑ์เฉลี่ยที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ได้รับ เป็นต้น**

ทำไม...โรงพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญกับเรื่องบัญชี

ดร.สันสกฤต วิจิตรเลขการ¹

หลักการพื้นฐานสำคัญของการบริหารจัดการ ประกอบด้วยห้าฟังก์ชัน คือ การเงินบัญชี บุคลากร การจัดการ ตลาด และการผลิต ซึ่งแต่ละฟังก์ชัน มีความสำคัญใกล้เคียงกัน ต้องประกอบให้เป็นหนึ่งเดียว จึงจะทำให้เกิดการบริหารจัดการองค์กรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทั้งห้าฟังก์ชันต้องทำบทบาทแตกต่างกันแต่การทำงานต้องเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ยกตัวอย่างเช่น การเงินบัญชีขององค์กรส่วนใหญ่จะมีบทบาทเป็นหน่วยสนับสนุนเป็นทัพหลังไม่ใช่ทัพหน้า ในขณะที่การตลาดต้องทำหน้าที่เป็นทัพหน้ามาคอย feed หรือคอยมาดูแลเรื่องราวได้ การจัดการก็สำคัญเพราะองค์กรจำเป็นต้องมีพ่อบ้านแม่บ้านมาคอยดูแล ส่วนบุคลากรก็เป็นกำลังการผลิตที่สำคัญขององค์กร หากขาดฟังก์ชันใดฟังก์ชันหนึ่งไปองค์กรก็จะมีปัญหา หากขาดบัญชีคุณก็ไม่มีโลกของข้อมูลและสารสนเทศ เป็นต้น

องค์กร การบริหาร และการบัญชีกับการบริหาร

กรอบคิดเกี่ยวกับองค์กรและการบริหารจัดการ ประกอบด้วย Mission, Vision, Goal, Plan, Strategy, Objective โดยมีฟังก์ชันและขั้นตอนในการจัดการหลากหลาย ดังนี้ Planning, Organizing, Staffing, Coordinating, Supporting, Communication-Decision Making, Controlling, Evaluating, เป็นต้น

สถานการณ์ระบบการบริหารจัดการองค์กรในปัจจุบันมีจุดอ่อนหรือประเด็นที่ต้องเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับคนทำบัญชีและระบบที่เกี่ยวข้องดังนี้ คือ

กรอบคิดที่แคบและแยกส่วนของนักบัญชีแบบเก่า ที่เคยถูกมองว่าเป็นพวก square head หรือ หัวสี่เหลี่ยมเพราะไม่เคยคิดนอกกรอบ คนอเมริกันก็เคยเรียกนักบัญชีว่า bean counter หรือ คนนับถั่ว ไม่สนใจว่าโลกจะแตกก็นับแต่เม็ดถั่ว แต่ปัจจุบันการทำงานของนักบัญชีจะต้องมีนวัตกรรมทางความคิดจากแบบเดิมเป็นคิดแบบบูรณาการ เพิ่มมุมมองวิสัยทัศน์การบริหารจัดการเข้ามาด้วย ซึ่งต้องการการฝึกฝน โดยอาจจะเริ่มต้นจากแนวคิดหลักการ เรื่อง Plan-Do-Check-Act ที่นักบัญชีจะต้องขยายกรอบคิดในการวิเคราะห์และจัดทำข้อมูลรายงานทางบัญชีเพื่อเป็นสารสนเทศสนับสนุนให้กับผู้บริหารขององค์กรครอบคลุมทุกขั้นตอนของกระบวนการบริหารจัดการ

การวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานทางบัญชีและทำให้เกิดสารสนเทศเพื่อให้ผู้บริหารนำไปใช้ในการตัดสินใจในขั้นตอนต่างๆ นักบัญชีต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองในบริบทการทำงานเพื่อสามารถ

¹ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตอบสนองต่อความคาดหวังที่เคยมีผู้กล่าวว่า “บัญชีเป็นโลกของสารสนเทศ” ซึ่งหมายความว่าข้อมูลทางการเงินบัญชีนั้นจะต้องถูกนำมาคัดกรอง ตรวจสอบ ประมวลผล และวิเคราะห์ให้เกิดเป็นสารสนเทศจึงจะสามารถนำไปใช้ในกระบวนการพิจารณาตัดสินใจของผู้บริหารในองค์กรระดับต่างๆ ได้ จากเดิมที่นักบัญชีจะทำหน้าที่เป็นแค่ผู้รวบรวมข้อมูล ซึ่งปัจจุบันหน้าที่ดังกล่าวถูกทดแทนด้วยระบบคอมพิวเตอร์เป็นส่วนใหญ่แล้ว แต่ยังพบว่านักบัญชีส่วนหนึ่งก็ยังทำงานโดยใช้มุมมองแบบเดิมๆ ที่ยึดติดกับระเบียบข้อบังคับ ไม่ยืดหยุ่นในการทำงานร่วมกับฝ่ายอื่นๆ และไม่ตอบสนองต่อเป้าหมายการทำงานขององค์กรเท่าที่ควร การวิเคราะห์ข้อมูลการเงินบัญชีขององค์กรก็เหมือนกับการตรวจเช็คสุขภาพทางการเงินขององค์กร ซึ่งจะต้องมีรายการหรือจุดที่ต้องทำการตรวจเช็คเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสม แบบเดียวกับการตรวจเช็คสุขภาพประจำปี ที่มีรายการกำหนดว่า จะต้องตรวจเช็คอะไรบ้าง เช่น ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ เป็นต้น การวิเคราะห์ตรวจเช็คสุขภาพการเงินบัญชีขององค์กรก็เช่นเดียวกัน

ปัจจุบันหลักสูตรการเรียนระดับปริญญาตรีของบัญชีจะมีศาสตร์หลายสาขาที่ต้องเรียน เช่น บัญชีการเงิน บัญชีบริหาร ตรวจสอบบัญชี บัญชีภาษีอากร สารสนเทศทางบัญชี ซึ่งมีการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางการเงินที่หลากหลาย และศาสตร์ใหญ่ๆ แบ่งได้เป็นสองศาสตร์ คือ เรื่องของการเงินบัญชี และสองศาสตร์ว่าด้วยการออกงบการเงินที่อยู่ในมือ นักบัญชี ซึ่งงบการเงินจะมีอยู่ประมาณห้าถึงหกหน้า ที่หัวหน้าเราใช้เวลาไม่รู้จบในการอ่านว่าตกลงมันคืออะไรแล้วถามนักบัญชี แต่นักบัญชีส่วนใหญ่จะตอบไม่ได้ แต่บอกได้แค่เราทำอย่างไรจึงได้งบการเงินมา

สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับเรื่องบัญชีและระบบอื่นที่เกี่ยวข้อง คือข้อจำกัดด้านศักยภาพของนักวิเคราะห์ด้านการเงินและบัญชี ที่ยังไม่สามารถประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงินและบัญชีให้เห็นภาพรวมขององค์กรได้ โดยเฉพาะในองค์กรที่มีขนาดใหญ่ จะมีการทำงานแบบแยกส่วน และข้อมูลทางการเงินและบัญชีมีปริมาณมาก จำเป็นต้องมีเครื่องมือด้านสารสนเทศมาช่วยสนับสนุนในการวิเคราะห์ ซึ่งนักบัญชีส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะด้านข้อมูลสารสนเทศ

การบัญชีและสารสนเทศ

การบัญชี: โลกแห่งสารสนเทศ...มิตร (แท้)ของผู้บริหาร ซึ่งนักบัญชีจะพัฒนาศักยภาพการทำงานอย่างไรจึงจะสามารถสร้างสารสนเทศในลักษณะที่เป็นมิตรแท้ให้กับผู้บริหารได้

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศทางการเงินและบัญชี ซึ่งข้อมูลจะมีทั้งส่วนที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน แต่นักบัญชีนั้นส่วนใหญ่จะคุ้นเคยกับข้อมูลที่เป็นตัวเงินเท่านั้น ทั้งที่นักบัญชีควรจะให้ข้อมูลในส่วนที่ไม่เป็นตัวเงินได้ด้วย ตัวอย่างข้อมูลที่เป็นตัวเงินที่พบทั่วไปคือข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น KPI เรื่องระยะเวลา อาจคิดเป็นเวลาเป็นวินาที นาที ชั่วโมง หรือวัน แล้วสามารถแปลงกลับมาคิดเป็นตัวเงินได้ ในการจัดทำแผนเชิงธุรกิจ จำเป็นต้องมีกลยุทธ์และมีการกำหนดตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์ ซึ่งนักบัญชีจะต้องเข้าใจเรื่องตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์อันนั้น จึงจะสามารถเก็บข้อมูลทางการเงินและบัญชีที่ช่วยให้ผู้บริหารขององค์กรนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการแผนเชิงธุรกิจขององค์กรต่อไปได้

- การเขียนสรุปรายงานต่อผู้บริหาร (executive summary) เป็นทักษะสำคัญของนักวิเคราะห์ทางการเงินและบัญชีที่จะช่วยทำให้ผู้บริหารเข้าใจสถานการณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้นคืออะไร แล้วเรามีข้อเสนอแนะอย่างไร โดยหลักการในการเขียนบทสรุปสำหรับผู้บริหาร ควรมีความยาวไม่เกิน 1 หน้า และมีเนื้อหาเพียง 3 บรรทัดเท่านั้น ประกอบด้วย บรรทัดแรกต้องบอกสถานการณ์ที่สำคัญๆ บรรทัดที่สองบอกปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น ส่วนบรรทัดที่สามก็ต้องบอก recommendations ว่าควรจะทำอย่างไรเรียงลำดับไปตามความสำคัญและเร่งด่วน ซึ่งตอนที่เขียนจะต้องพยายามใช้มุมมองของผู้บริหารด้าน management

ความท้าทายของนักบัญชีที่ต้องก้าวผ่านไปจากการทำหน้าที่แบบเดิมที่เรียกว่าเป็น preparer เปลี่ยนไปเป็น analyzer ปรับเปลี่ยนกรอบคิดการทำงานแบบ multidisciplinary ไปเป็น integration และพัฒนาศักยภาพการเขียนรายงานการวิเคราะห์ทางการเงินจาก innovation เปลี่ยนไปเป็น executive (management) report เป็นต้น

สารสนเทศการบัญชี...สู่การบริหาร

สารสนเทศที่ได้จากการบัญชีจะช่วยฝ่ายบริหารในการบริหารหน้าที่ความรับผิดชอบหลักๆ ที่เกี่ยวข้องกัน ดังนี้

(1) การบริหารเชิงกลยุทธ์ (strategic management) เป็นเรื่องหลักการเกี่ยวกับกำหนดแผนเชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองต่อสารสนเทศการบัญชี ปัจจุบันส่วนใหญ่จะใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Balanced Scorecard มาใช้ในการวางแผนและการบริหารแผนเชิงกลยุทธ์

(2) การวางแผนและตัดสินใจ (planning and decision making)

Profit planning/Budgeting, Cost behavior analysis

(3) การควบคุมด้านการบริหาร (management control)

(4) การควบคุมด้านปฏิบัติการ (operational control)

มีตัวอย่าง การนำสารสนเทศการบัญชีไปสู่การบริหาร การวางแผนและตัดสินใจ ดังนี้

- Management report – เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบโจทย์เชิงการบริหารจัดการแก่ผู้บริหารองค์กร โดยทั่วไปจะไม่มีรูปแบบรายงาน ซึ่งแตกต่างไปจากการทำรายงานงบดุลที่เป็นงบกำไรขาดทุนมีรูปแบบตายตัว การวิเคราะห์และเขียนรายงาน management report จึงเป็นเรื่องที่อาจจะยากสำหรับนักวิเคราะห์ทางการเงินและบัญชี แต่ก็ไม่เกินวิสัยที่จะพัฒนาตนเองได้

ตัวอย่างการเขียน management report จากโจทย์ของผู้บริหารที่อยากรู้ว่าในแผนกมีผลิตภัณฑ์อยู่ 4 ผลิตภัณฑ์ ในภาพรวมพบว่าได้กำไรจากการผลิตทั้ง 4 ผลิตภัณฑ์ แต่ผู้บริหารมีข้อสงสัยอยากรู้ว่าผลิตภัณฑ์ หรือ products ตัวไหนที่ได้กำไรหรือขาดทุนอย่างไร

ข้อมูลที่นักวิเคราะห์ทางการเงินและบัญชีจะต้องรู้ คือ หนึ่ง รายได้ของผลิตภัณฑ์ในภาพรวมและแยกตามรายผลิตภัณฑ์เป็นเท่าไร สอง ต้นทุนรายจ่ายหรือต้นทุนของผลิตภัณฑ์ในภาพรวมและแยกตาม

รายผลิตภัณฑ์ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้นักบัญชีสามารถหาได้จากระบบบัญชีขององค์กร จากนั้นนักบัญชีก็สามารถนำมาวิเคราะห์กำไร-ขาดทุนในภาพรวมและวิเคราะห์กำไร-ขาดทุนแยกรายผลิตภัณฑ์ และก็จะได้คำตอบให้ผู้บริหารได้ว่าผลิตภัณฑ์ตัวไหนที่ขาดทุน ซึ่งผู้บริหารที่มีประสบการณ์จะสามารถตั้งคำถามแบบนี้ได้ และเราเป็นนักบัญชีที่ถือข้อมูลมากมายไว้อยู่แล้ว จำเป็นต้องสามารถนำข้อมูลในระบบบัญชีมาวิเคราะห์แปลงเป็นสารสนเทศเพื่อตอบโจทย์แก่ผู้บริหารได้ ซึ่งการเขียน management report นอกจากบอกสถานการณ์ ระบุปัญหาได้ถูกต้องแล้ว ก็ต้องมี recommendation มีข้อเสนอต่อผู้บริหารได้ด้วยว่า หากพบว่าผลิตภัณฑ์บางตัวที่ขาดทุน บริษัทควรจะทำอย่างไร ถ้าจะ dropทิ้งไปจะมีผลกระทบอะไร แต่ถ้ายังคงต้องผลิตต่อ ควรจะต้องควบคุมหรือลดต้นทุนอะไร แบบนี้เป็นต้น จึงจะทำให้รายงานที่ทางบัญชีเสนอ มีประโยชน์ต่อผู้บริหาร การเขียนรายงานลักษณะนี้ บางครั้งจะเรียกว่า segment report ซึ่งการแบ่ง segment สามารถแบ่งได้ตามแผนการผลิตและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง กรณีโรงพยาบาลที่มีหน่วยงานภายในหลากหลาย ทั้งหน่วยผลิตหรือให้บริการโดยตรงและหน่วยสนับสนุนอื่นๆ เราก็สามารถแบ่งหน่วยผลิตย่อยลงไปได้ถึงแผนกและหอผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนตามหน่วยผลิตย่อย และตามผลผลิตที่เกิดขึ้น

- Activity based costing, ABC – คือ การวิเคราะห์ต้นทุนตามกิจกรรม โดยพิจารณาถึงความแตกต่างของแต่ละกิจกรรม ตาม demand ของผู้ใช้ที่เกิดขึ้นจริง โดยยกตัวอย่างการคิด demand บริการพยาบาลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ICU กับ demand บริการพยาบาลในหอผู้ป่วยทั่วไป ที่มีความแตกต่างกัน จำนวนผู้ป่วย ICU อาจจะน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั่วไป แต่ demand ต่อบริการพยาบาลอาจเท่ากันหรือมากกว่าก็ได้ การวิเคราะห์หรือจัดสรรต้นทุนลงไปถึงระดับกิจกรรม หรือที่เรียกว่า ABC ทำให้การคิดต้นทุนมีความถูกต้องมากกว่าการวิเคราะห์ต้นทุนแค่ระดับหน่วยงาน

- Process value analysis – เป็นแนวคิดเรื่อง activity based management: ABM เกี่ยวกับกิจกรรมการดำเนินงานต่างๆ ขององค์กร ซึ่งต้องเข้าใจว่ากิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นล้วนแต่มีต้นทุน (cost) มีการใช้ทรัพยากร ไม่ได้เกิดขึ้นฟรีๆ เราต้องมีการประเมินกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ด้วยว่าเป็นกิจกรรมที่สร้างมูลค่าเพิ่ม (value added) ในมุมมองของลูกค้าหรือไม่ แม้ว่าต้นทุนกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นทำให้ต้นทุนขององค์กรหรือโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นก็ตาม ดังนั้น จึงต้องวิเคราะห์ว่าทำไมกิจกรรมนี้จึงเกิดขึ้น ถ้าวิเคราะห์แล้วรู้สาเหตุแล้วก็จะช่วยให้แก้ไขปัญหาก็ได้ และหากวิเคราะห์แล้วเห็นว่ากิจกรรมบางอย่างที่องค์กรหรือโรงพยาบาลกำลังดำเนินการอยู่ไม่สร้างมูลค่าเพิ่มในมุมมองของลูกค้าก็ควรที่จะยกเลิกไป หากยกเลิกไม่ได้ก็ควรที่จะลดจำนวนกิจกรรมให้น้อยลงให้มากที่สุด เป็นต้น

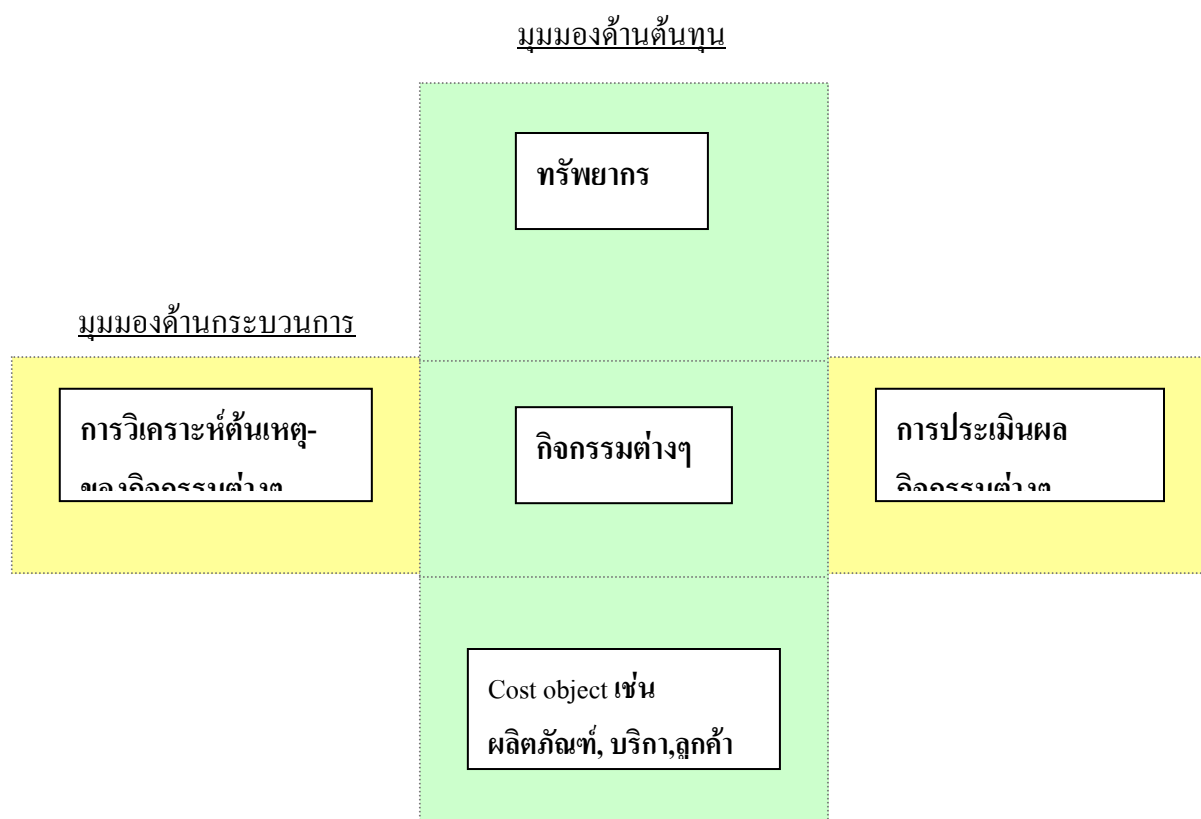
- Target costing – หมายถึง การวางแผนและตัดสินใจออกแบบการจัดบริการสุขภาพที่จัดกลุ่มบริการที่จะให้ตามต้นทุนค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น เช่น การที่โรงพยาบาลเอกชน มีโครงการตรวจสอบสุขภาพให้กับประชาชนหลายรูปแบบโดยวางแผนกำหนดรูปแบบและรายการตรวจสอบสุขภาพให้เหมาะสมตามกลุ่มอายุและต้นทุนที่ใช้ เช่น gold package, silver package เป็นต้น ส่วนใหญ่การวางแผนและตัดสินใจโดยพิจารณาถึง target cost ที่พบในระบบประกันสุขภาพบ้านเราได้อย่างชัดเจน คือกรณีการส่งรักษาที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองกับผู้ป่วยในระบบ UC หรือบัตรทอง ฯลฯ ประเด็นสำคัญที่

โรงพยาบาลจะต้องพิจารณาวางแผนและตัดสินใจในการจัดบริการ คือ รายรับที่ได้มาจากการจัดบริการสุขภาพ จะต้องสอดคล้องกับต้นทุนค่าใช้จ่ายจริง

- customer perfect ability – หมายถึงการแบ่ง segment ลูกค้าออกเป็นหลายกลุ่มตาม

ความสามารถในการทำกำไรของลูกค้า ซึ่งจะต้องมีการวิเคราะห์แจกแจงข้อมูลต้นทุนออกมาให้ได้ว่า ต้นทุนบวกกับกำไรในภาพรวม มีสัดส่วนต้นทุนแต่ละประเภทเป็นอย่างไร เช่น ต้นทุนแปรผัน ต้นทุนคงที่ เป็นต้น เพื่อให้สามารถทำรายงานแบบ fragment report เสนอต่อผู้บริหารองค์กรได้ ในลักษณะเดียวกับที่บริษัทสายการบินต่างๆ มีการกำหนดราคาค่าขายบัตรโดยสารเครื่องบินตามชั้นที่นั่ง โดยค่าตัวเครื่องบินโดยสาร first class ก็ต้องมีราคาสูงกว่า business class & economy class เป็นต้น โดยมีการวิเคราะห์ต้นทุนที่ใช้จ่ายจริง+กำไรที่ได้ตั้งเป้าไว้ เปรียบเทียบกับรายรับที่ได้จากการได้จากการขายตัวเครื่องบินแต่ละชั้น เพื่อทำรายงานเสนอผู้บริหารบริษัทเพื่อวางแผนและตัดสินใจว่าจะกำหนดสัดส่วนจำนวนตัวเครื่องบินของแต่ละ class ที่จะขายให้เหมาะสม และเป็นไปได้ มองว่าในการวางแผนและตัดสินใจในการจัดบริการของโรงพยาบาล ก็ควรจะมีข้อมูลสารสนเทศทางการเงินและบัญชีเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในลักษณะนี้แก่ผู้บริหารได้ในอนาคต

ตัวอย่างการบริหารงานที่เน้นกิจกรรม (Activity based Management, ABM)



**ผลกระทบรูปแบบวิธีจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพ
ต่อการเงินการคลังและการจัดการของโรงพยาบาล
(Effects of Payments under Health Insurance Schemes
to Hospital Financing & Management)**

ดร.สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล²

ระบบประกันสุขภาพกับวิธีการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาล

ระบบประกันสุขภาพพื้นฐานในประเทศไทย ประกอบด้วย 3 ระบบใหญ่ ดังนี้ คือ

(1) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (civil servant medical benefit

scheme; CSMBS) ให้สิทธิการรับบริการสุขภาพแก่กลุ่มข้าราชการและครอบครัว โดยกรมบัญชีกลางทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการด้านสุขภาพและกำหนดรูปแบบวิธีการจ่ายเงิน มีสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส) ทำหน้าที่รวบรวมและตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการสุขภาพ ให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมด้านส่งเสริมสุขภาพ-ป้องกันโรค, ด้านการวินิจฉัย-รักษายาบาล และด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย รูปแบบวิธีจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลเป็นการเบิกจ่ายย้อนหลัง หลังจากให้บริการไปแล้วจากจากเงินงบประมาณของกรมบัญชีกลาง

ระบบบริการสุขภาพภายใต้ CSMBS

ผู้มีสิทธิ – ข้าราชการ, ข้าราชการบำนาญ และครอบครัว

การขึ้นทะเบียน – มีการขึ้นทะเบียนในระบบจ่ายตรง กรณีผู้ป่วยนอก

การเลือกโรงพยาบาล – เลือกได้อิสระ ไม่จำกัดจำนวนรพ.

การรับบริการ – รพ.รัฐ (ผู้ป่วยใน-เงินเชื่อ, ผู้ป่วยนอก-เงินเชื่อระบบจ่ายตรง) และกรณีอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน สามารถไปรับบริการที่รพ.เอกชนได้ตามเงื่อนไขกำหนด

*หากเป็นการประสบอุบัติเหตุจากรถยนต์ ตามพ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จะเลือกใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.ก่อน หรือไม่ใช้ก็ได้

(2) ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme) เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างในสถานประกอบการ มีสำนักงานประกันสังคมทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการและกำหนดรูปแบบวิธีการจ่ายเงิน ซึ่งให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมด้านรักษายาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ ส่วนบริการส่งเสริมสุขภาพ

² ศูนย์ต้นทุนและสารสนเทศ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร

และป้องกันโรคจะได้รับบริการจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยลูกจ้าง นายจ้างและรัฐบาล
จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนฝ่ายละเท่าๆ กัน

รูปแบบวิธีจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวล่วงหน้า และมีการจ่ายเพิ่มเติมให้
อีกกับตามภาระงาน

ผู้มีสิทธิ – ลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบครบ 3 เดือนสำหรับการเจ็บป่วย และจ่ายเงินครบ 7 เดือน
สำหรับการคลอด

การขึ้นทะเบียน – ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคมผ่านสถานประกอบการ

การเลือกรพ. – เลือกได้อิสระ แต่อาจมีข้อจำกัดบางโรงพยาบาล

การรับบริการ – รับบริการที่โรงพยาบาลและเครือข่ายขึ้นทะเบียน ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
สามารถไปรพ.อื่นๆ ในโครงการได้

*หากเป็นการประสบอุบัติเหตุจากรถยนต์ ตามพ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จะเลือกใช้
สิทธิตาม พ.ร.บ.ก่อน หรือไม่ใช่ก็ได้ เช่นเดียวกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

(3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme) เป็นระบบที่ให้สิทธิ
การรับบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนไทยที่มีเลข 13 หลัก ที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลใดๆ
หรือไม่มีสิทธิจากสองระบบแรก que รัฐให้การสนับสนุน มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่
เป็นผู้ซื้อบริการ กำหนดรูปแบบวิธีการจ่ายเงิน ให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมด้านส่งเสริมสุขภาพ-
ป้องกันโรค, ด้านการวินิจฉัย-รักษายาบาล และด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย

รูปแบบวิธีการจ่ายเงินผสมผสานหลายรูปแบบ ทั้งแบบเหมาจ่ายรายหัวล่วงหน้า จ่ายตามน้ำหนัก
สัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรค และจ่ายเพิ่มเติมสำหรับบางรายการ

ผู้มีสิทธิ – ประชาชนไทยที่ไม่มีสิทธิรักษายาบาลอื่น

การขึ้นทะเบียน – สถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการ

การเลือกรพ. – เลือกโรงพยาบาลและเครือข่ายตามทะเบียนบ้านที่อยู่

การรับบริการ – รับบริการที่สถานพยาบาลขึ้นทะเบียน ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินสามารถไป
รับบริการในสถานพยาบาลอื่นๆ ในโครงการ

***หากเป็นการประสบอุบัติเหตุจากรถยนต์ ตามพ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ต้องใช้สิทธิ
ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถก่อน ซึ่งแตกต่างจากสองระบบแรก que ให้เลือกใช้สิทธิได้**

โครงสร้างการบริหารงบประมาณของระบบประกันสุขภาพ

(1) ระบบการเงินการคลังของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ยังไม่มีกำหนดโครงสร้างกรอบวงเงินงบประมาณชัดเจนเนื่องจากยังเป็นการจ่ายเงินแบบ
ย้อนหลัง แบ่งงบประมาณแบ่งเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ งบประมาณสำหรับผู้ป่วยใน งบประมาณสำหรับ

ผู้ป่วยนอก และจะมีการของบประมาณเพิ่มเติมในกรณีที่มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสูงกว่างบประมาณที่ได้รับจัดสรรตาม พ.ร.บ.งบประมาณรายจ่ายประจำปี

(2) ระบบการเงินการคลังของระบบประกันสังคม

กรอบวงเงินงบประมาณที่ใช้ แบ่งเป็นสองส่วนใหญ่ๆ คือ

ส่วนแรก - เป็นส่วนที่จัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวล่วงหน้าให้กับสถานพยาบาลเพื่อจัดบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแก่ผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียน 1,404 บาท/คน/ปี

ส่วนที่สอง - เป็นส่วนที่บริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสังคมส่วนกลาง เพื่อจัดสรรเพิ่มเติมให้กับสถานพยาบาลที่ให้บริการตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด เช่น HA - 77 บาท/คน, Risk adjusted - 380 บาท/คน, ปลุกถ่ายไขกระดูก - 750,000 บาทต่อราย, ปลุกถ่ายไต - ก่อนปลุกถ่าย - 3,000 บาท/ระหว่างปลุกถ่าย - 230,000 บาท/หลังปลุกถ่าย - 75,000 บาท 3 ปี, และเปลี่ยนกระจกตา 20,000 บาทต่อราย

(3) ระบบการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

งบประมาณของระบบส่วนใหญ่บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลาง มีส่วนน้อยที่มอบหมายให้สำนักงาน สปสช.เขตในภูมิภาค 12 แห่งบริหารจัดการ ยกเว้นเขตกรุงเทพมหานคร โดยแบ่งงบประมาณออกเป็นกองทุนย่อยๆ ตามวัตถุประสงค์การจ่ายเงิน ดังนี้

OP - ผู้ป่วยนอก OP ทั่วไป 666.96 บาท แบ่งย่อย 2 ส่วน คือ OP diff.cap 617.64 บาท

- ผู้ป่วยนอก OP รพช. 72.25 บาท จัดสรรตามประชากร

IP - ผู้ป่วยใน 837.11 บาท จ่ายตามผลงาน

AE&DM - Accident/Emergency and Disease Management 179.48 บาท แบ่งย่อย ดังนี้

- มะเร็ง, ผ่าตัดหัวใจ, ผ่าตัดต่อกระเจก, CAPD/KT ใน ESRD, Cleft lip & palate, Stroke Fast Track, TB, Hemophilia, DM/HT, HIV

P&P - สร้างเสริมสุขภาพ-ป้องกันโรค 192.72 บาท แบ่งย่อย ดังนี้

- National priority program 15.36 บาท

- P&P Community based 37.50 บาท

- P&P Express demand 109.86 บาท

- P&P Area based 31.00 บาท แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ สำนักงานสาขาจังหวัด สัดส่วน 65% สำหรับ P&P แรงด่วน และสำนักงานสาขาเขต อีก 35% จ่ายตามผลงาน

Quality - 20 บาท

พิการ - 5 บาท

งบลงทุน - 143.69 บาท แบ่งย่อยเป็น ดังนี้

- งบลงทุนทดแทน OP/PP/IP 83%

- Excellent center 5%

- Primary care 12%

แผนไทย – 1 บาท

มาตรา 41 – 1.85 บาท

การรักษาพยาบาลที่ไม่ครอบคลุมในสิทธิประโยชน์

บริการ	UC	ประกันสังคม	ข้าราชการ
1.ฟอกเลือด (CRF)	x	1,500 บาท/ครั้ง 2 ครั้ง/สัปดาห์	2,500 บาท/ครั้ง
2.Anti-retroviral drug	เข้าโครงการ	เข้าโครงการ	✓
3.Organ transplant ทุกชนิด รวมการรักษาต่อเนื่อง และภาวะแทรกซ้อน	ปี 51 เริ่มนำร่อง PBSCT ใน hemato	PBSCT,KT,KP	✓
4.โรคจิต admit เกิน 15 วัน	x	x	✓
5.การรักษาด้วยยา	x	x	X
6.แปลงเพศ	x	x	X
7.Cosmetics	x	x	X
8.การตรวจและรักษาที่เกินจำเป็น	x	x	X

กรอบคิดยุทธศาสตร์การจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลเพื่อลดผลกระทบ

มุมมองเกี่ยวกับ Hospital Management ตาม Balance Scorecard มีดังนี้

- (1) Customer คือ Health care results, Patient service results
- (2) Financing คือ Financial and Market results
- (3) Internal Process คือ Organizational effectiveness results, Leadership and social responsibility results
- (4) Learning and Development คือ Human resources results

กลยุทธ์การพัฒนาระบบบริหารจัดการการเงินการคลัง มีดังนี้ คือ

- (1) วางแผนทางการเงิน และระบบบัญชี – งบดุล/งบกำไร-ขาดทุน/งบกระแสเงินสด
(Cash Basis & Accrual Basis)
- (2) กำหนดเครื่องชี้วัดด้านการเงินการคลัง – เพื่อดูอัตราส่วนที่ใช้วัดสภาพคล่อง, อัตราส่วนวัดความสามารถในการทำกำไร, อัตราส่วนที่ใช้วัดความสามารถในการบริหารสินทรัพย์ และอัตราส่วนที่ใช้วัดการใช้ประโยชน์จากหนี้สิน, ต้นทุนต่อหน่วยบริการสุขภาพแยกตามประเภทบริการและระบบประกัน

สุขภาพ, อัตราคืนทุน/มูลค่าการขาดทุนแยกตามประเภทบริการและระบบประกันสุขภาพ, ยอดเงินสังคมสงเคราะห์, และข้อมูลการส่งใช้ยา ฯลฯ

(3) ปรับระบบการทำงานคร่อมสายงาน/คณะกรรมการระบบ – ปรับโครงสร้างระบบ การบริหารจัดการภายในโรงพยาบาล ให้มีการประสานร่วมมือและแลกเปลี่ยนข้อมูลมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบมากขึ้น ยกตัวอย่าง กรณี บริการผู้ป่วยใน ต้องร่วมมือกับระหว่าง การเงิน – coder – แพทย์ – พยาบาล – IT ฯ

(4) เพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ – ทบทวนการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ แบบ retrospective เพื่อหา cost driver และมีการทำ concurrent review & prospective review เพื่อทำ prior authorization และควบคุมการใช้ยาของแพทย์อย่างเคร่งครัด รวมทั้งการศึกษาวิจัยในลักษณะสหสาขา เป็นต้น

(5) กำหนดแผนทางการตลาด และสัดส่วนผู้ป่วยแต่ละประเภท – ทำ SWOT analysis เพิ่มขึ้นตอนการตรวจสอบสิทธิ

ผลการประเมิน

การประเมินผลการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพการวิเคราะห์การเงินการคลังของโรงพยาบาล ผลการประเมินสามารถแบ่งเพื่อนำเสนอได้ดังนี้คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการอบรม ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่และร้อยละ

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับหลักสูตร วิทยากร และสื่อการอบรมของผู้เข้ารับการอบรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 การบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการอบรม ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการทำงาน

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการอบรม จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	9	16.7
หญิง	45	83.3
รวม	54	100.0

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 และเพศชาย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการอบรม จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
25 - 30 ปี	8	14.8
30 - 35 ปี	10	18.5
35 - 40 ปี	4	7.4
41 ปีขึ้นไป	32	59.3
รวม	54	100.0

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 59.3 รองลงมาคืออายุ 30 - 35 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5 มีอายุ 25 - 30 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 และมีอายุ 35 - 40 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการอบรม จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
อนุปริญญา	1	1.9
ปริญญาตรี	40	74.1
ปริญญาโท	11	20.4
ปริญญาเอก	1	1.9
อื่นๆ	1	1.9
รวม	54	100.0

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 74.1 รองลงมา คือ มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 20.4 มีการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9 ปริญญาเอก จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9 และอื่นๆ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการอบรม จำแนกตามประสบการณ์ในการทำงาน

ประสบการณ์ในการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
1 - 2 ปี	4	7.4
3 - 5 ปี	2	3.7
5 - 7 ปี	6	11.1
8 ปี ขึ้นไป	42	77.8
รวม	54	100.0

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงาน 8 ปี ขึ้นไป จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 รองลงมา คือ มีประสบการณ์ในการทำงาน 5 - 7 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 มีประสบการณ์ในการทำงาน 1 - 2 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4 และมีประสบการณ์ในการทำงาน 3 - 5 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้ารับการอบรม จำแนกตามตำแหน่งหน้าที่

ตำแหน่งหน้าที่	จำนวน	ร้อยละ
การเงินและบัญชี	30	55.5
นักวิชาการ	8	14.8
พยาบาล	4	7.4
ผู้บริหาร	3	5.6
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	4	7.4
งานประกันสุขภาพ	2	3.7
อื่นๆ	3	5.6
รวม	54	100.0

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่มีตำแหน่งการเงินและการบัญชี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 55.5 รองลงมา คือ ตำแหน่งนักวิชาการ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 ตำแหน่งพยาบาล จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4 ตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4 ตำแหน่งผู้บริหาร จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.6 ตำแหน่งอื่นๆ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.6 และตำแหน่งงานประกันสุขภาพ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.7 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับหลักสูตร วิทยาการ และสื่อการอบรมของผู้เข้ารับการอบรม

ตารางที่ 6 แสดงความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับหลักสูตร วิทยาการ และสื่อการอบรม
(n=54)

ความคิดเห็น	ดีมาก (4)	ดี (3)	พอใช้ (2)	ควรปรับปรุง (1)	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับของ ความ ต้องการ
ด้านหลักสูตร	33 (6.8)	272 (56.0)	158 (32.5)	23 (4.7)	2.65	0.406	ดี
1. ก่อนเข้ารับการ ฝึกอบรม ท่านมีความรู้ ในเรื่องที่เข้าอบรม	0 (0.0)	2 (3.7)	33 (61.1)	19 (35.2)	1.69	0.543	ควร ปรับปรุง
2. หลังเข้ารับการ ฝึกอบรม ท่านมีความรู้ ในเรื่องที่เข้าอบรม	0 (0.0)	31 (57.4)	23 (42.6)	0 (0.0)	2.57	0.499	ดี
3. เนื้อหาของการ บรรยาย/ การฝึก ปฏิบัติการ	2 (3.7)	39 (72.2)	12 (22.2)	1 (1.9)	2.78	0.538	ดี
4. ประโยชน์ที่คิดว่าจะนำ ความรู้ที่ได้รับไป ประยุกต์ใช้งาน	2 (3.7)	35 (64.8)	17 (31.5)	0 (0.0)	2.72	0.529	ดี
5. ท่านได้รับความรู้จาก การเข้าอบรมครั้งนี้	8 (14.8)	35 (64.8)	11 (20.4)	0 (0.0)	2.94	0.596	ดี
6. ปริมาณและความ สมบูรณ์ของเนื้อหา	9 (16.7)	33 (61.1)	12 (22.2)	0 (0.0)	2.94	0.627	ดี
7. ความคุ้มค่าในการ อบรมครั้งนี้	8 (14.8)	33 (61.1)	13 (24.1)	0 (0.0)	2.91	0.622	ดี
8. ระยะเวลาการอบรมใน หัวข้อบรรยาย	2 (3.7)	34 (63.0)	17 (31.5)	1 (1.9)	2.69	0.577	ดี
9. ระยะเวลาการอบรมใน หัวข้อการฝึกปฏิบัติการ	2 (3.7)	30 (55.6)	20 (37.0)	2 (3.7)	2.59	0.630	ดี
ด้านวิทยาการ	42 (11.1)	229 (60.6)	102 (27.0)	5 (1.3)	2.81	0.523	ดี
1. สามารถอธิบายเนื้อหา ได้ชัดเจนและตรง ประเด็น	5 (9.3)	40 (74.1)	9 (16.7)	0 (0.0)	2.93	0.508	ดี

ตารางที่ 6 แสดงความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับหลักสูตร วิทยากร และสื่อการอบรม (ต่อ)
(n=54)

ความคิดเห็น	ดีมาก (4)	ดี (3)	พอใช้ (2)	ควรปรับปรุง (1)	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับของ ความ ต้องการ
2. มีการลำดับเนื้อหา อย่างต่อเนื่อง	5 (9.3)	40 (74.1)	9 (16.7)	0 (0.0)	2.93	0.508	ดี
3. ใช้ภาษาที่เหมาะสม และถ้อยคำที่เข้าใจง่าย	3 (5.6)	36 (66.7)	13 (24.1)	2 (3.7)	2.74	0.620	ดี
4. ใช้ตัวอย่างประกอบที่ เหมาะสมและเข้าใจง่าย	6 (11.1)	29 (53.7)	18 (33.3)	1 (1.9)	2.74	0.678	ดี
5. ความน่าสนใจของ เนื้อหา	9 (16.7)	31 (57.4)	13 (24.1)	1 (1.9)	2.89	0.691	ดี
6. เอกสารประกอบคำ บรรยายเหมาะสม	6 (11.1)	26 (48.1)	21 (38.9)	1 (1.9)	2.69	0.696	ดี
7. การสรุปประเด็น	8 (14.8)	27 (50.0)	19 (35.2)	0 (0.0)	2.80	0.683	ดี
ด้านสื่อและสถานที่	71 (16.4)	245 (56.7)	105 (24.3)	11 (2.6)	2.87	0.486	ดี
1. คุณภาพของสื่อที่ใช้ใน การอบรม	7 (13.0)	36 (66.7)	11 (20.4)	0 (0.0)	2.93	0.578	ดี
2. คู่มือ/เอกสาร ประกอบการอบรม	9 (16.7)	27 (50.0)	17 (31.5)	1 (1.9)	2.81	0.729	ดี
3. ความเหมาะสมของสื่อ การอบรม	9 (16.7)	30 (55.6)	15 (27.8)	0 (0.0)	2.89	0.664	ดี
4. แบบฝึกหัด	4 (7.4)	26 (48.1)	22 (40.7)	2 (3.7)	2.59	0.687	ดี
5. ระยะเวลาการอบรม ตลอดหลักสูตร	4 (7.4)	38 (70.4)	8 (14.8)	4 (7.4)	2.78	0.691	ดี
6.ความเหมาะสมของ สถานที่ที่ใช้ในการอบรม	15 (27.8)	32 (59.3)	6 (11.1)	1 (1.9)	3.13	0.674	ดี
7.การลงทะเบียน	13 (24.1)	37 (68.5)	4 (7.4)	0 (0.0)	3.17	0.541	ดี

ตารางที่ 6 แสดงความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับหลักสูตร วิทยากร และสื่อการอบรม (ต่อ)

ความคิดเห็น	ดีมาก (4)	ดี (3)	พอใช้ (2)	ควรปรับปรุง (1)	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับของ ความ ต้องการ
8. มีอุปกรณ์เช่น คอมพิวเตอร์ internet ที่มีคุณภาพ และให้บริการได้ดี	10 (18.5)	19 (35.2)	22 (40.7)	3 (5.6)	2.67	0.847	ดี
รวม	146 (11.3)	746 (57.5)	365 (28.2)	39 (3.0)	2.77	0.409	ดี

จากตารางที่ 6 พบว่า ความคิดเห็นในภาพรวมของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตร วิทยากร และสื่อการอบรม จัดอยู่ในระดับดี คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.409

โดยที่ความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับหลักสูตรจัดอยู่ในระดับดี คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.406

ความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับวิทยากรจัดอยู่ในระดับดี คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.523

และความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับสื่อการอบรมจัดอยู่ในระดับดี คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.486

ตอนที่ 3 การบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรม

ตารางที่ 7 แสดงการบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรมของผู้เข้ารับการอบรม

เหตุผล	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ไม่บรรลุ (1)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับของความ ต้องการ
1. เพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้และทักษะเกี่ยวกับแนวคิดหลักการ วิธีการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มการเงินการคลังของสถานพยาบาลในประเด็นต่างๆ การวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง ภาวะคุกคาม และโอกาสในการพัฒนา เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดเป้าหมายการพัฒนา	4 (7.4)	28 (51.9)	22 (40.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.67	0.614	มาก
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพในการรวบรวม คัดกรองและประมวลผลข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ทั้งภายใน/ภายนอกหน่วยงาน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ และการจัดทำรายงานผลวิเคราะห์ เพื่อนำเสนอต่อผู้บริหารสถานพยาบาล หรือการแลกเปลี่ยนภายในสถานพยาบาล	4 (7.4)	28 (51.9)	21 (38.9)	1 (1.9)	0 (0.0)	3.65	0.649	มาก

ตารางที่ 7 แสดงการบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรมของผู้เข้ารับการอบรม (ต่อ)

เหตุผล	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ไม่บรรลุ (1)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับของ ความต้องการ
3. เพื่อพัฒนาแผนเชิงธุรกิจของโรงพยาบาล (business plan) ซึ่งจะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนกำหนดมาตรการแนวทางพัฒนาการดำเนินงานของโรงพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งระยะสั้นและระยะยาว อย่างต่อเนื่องของสถานพยาบาล	5 (9.3)	24 (44.4)	23 (42.6)	2 (3.7)	0 (0.0)	3.59	0.714	มาก
รวม	13 (8.0)	80 (49.4)	66 (40.7)	3 (1.9)	0 (0.0)	3.64	0.608	มาก

จากตารางที่ 7 พบว่า การบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรมของผู้เข้ารับการอบรม จัดอยู่ในระดับมาก คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.608

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการจัดอบรมครั้งนี้

1. หลักสูตรดีมาก ทำให้สามารถนำความรู้จากการอบรมไปใช้
2. ช่วยพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน
3. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้บริหารระดับสูง
4. ทำให้ทราบว่าข้อมูลตัวไหนที่สามารถนำมาวิเคราะห์แผนได้
5. ควรให้ผู้เข้าอบรมจากหลายๆฝ่ายร่วมปฏิบัติงานด้วยกัน
6. หลักสูตรดี แต่ยากที่จะเริ่มต้นแก้ปัญหา
7. หลักสูตรสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้มากหากมีการทำงานเป็นทีม
8. ควรมีการเฉลยโจทย์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน
9. เอกสารประกอบการบรรยาย และคำบรรยายของวิทยากรเข้าใจยาก
10. วิทยากรสอนเร็วเกินไป
11. วิทยากรสอนเป็นส่วนของเอกชนมากเกินไป
12. ควรให้เวลาในการเตรียมข้อมูลล่วงหน้า
13. ระยะเวลาการอบรมนานเกินไป
14. ควรกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน
15. หลักสูตรควรเน้นไปที่คนทำบัญชี
16. เข้าใจยากเพราะเป็นภาษาอังกฤษ
17. สไลด์ค่อนข้างเล็ก
18. ไม่มีความรู้ด้านบัญชี การเงินมากนักจึงทำให้มีความเข้าใจน้อย

สรุปผลการทำ SWOT ของผู้เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพนักวิเคราะห์การเงินการคลังโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 15-20 กุมภาพันธ์ 2552

โรงพยาบาล	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
กลุ่มภาคเหนือ				
1.รพ.สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	1.ผู้นำมีความมุ่งมั่น 2. มีแพทย์เฉพาะทาง 3.โครงสร้างองค์กรชัดเจน 4. มีนโยบายด้านคุณภาพชัดเจน 5.มีบุคลากรที่มีความสามารถในหลายสาขา 6.เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษา 7.ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น กลยุทธ์หลักเชิงรุก (SO) ใช้เครื่องมือ 7S เข้ามาช่วยในการบริหารจัดการเชิงรุกในเรื่องการเชิงรุกในเรื่องการเพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย	1. ได้รับการบริหารความปลอดภัยผู้ป่วยไม่ครอบคลุม 2. ระบบการสื่อสารภายในและภายนอกองค์กรไม่ชัดเจน ไม่ทั่วถึง 3. ระบบข้อมูล ข่าวสารสารสนเทศ ไม่เอื้อต่อการพัฒนา 4. วัฒนธรรมองค์กรไม่ดี ไม่ตรงต่อเวลา ยังไม่มีการทำงานเป็นทีม 5. ศักยภาพบุคลากรไม่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพทั้งผู้บริหารและปฏิบัติ 6.สถานที่แออัด ไม่ปลอดภัย 7. ขาดระบบการติดตามกำกับในการปฏิบัติงาน กลยุทธ์พัฒนา (WO)	1. มีนโยบายด้านคุณภาพชัดเจน 2. มีการเชื่อมโยงกับองค์กรภายนอกทั้งด้านคน เงิน ของ ทั้งภายในกระทรวงและองค์กรท้องถิ่น 3. สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลเหมาะสม เข้าถึงได้ง่ายเป็นเครือข่ายประกันสังคม กลยุทธ์ขยายงาน (ST) - กำหนดยุทธศาสตร์และเพิ่มกลยุทธ์ในการบริหารจัดการองค์กรที่ดี - ส่งเสริมการเรียนรู้พัฒนาระบบ กำหนดตัวชี้วัด เฝ้าระวังระบบการเงินการคลัง การรับละการจ่ายเงินอย่าง	1. ปัญหาด้านการเมืองไม่แน่นอน 2. ประชากรรับรู้สิทธิมากขึ้น ความคาดหวังสูง 3. สภาพแวดล้อมของโลกเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดโรคอุบัติใหม่ อุตุนิบัติมากขึ้น 4. โครงสร้างประชากรเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมากขึ้นเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น 5. การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพไม่เท่ากัน กลยุทธ์ปรับปรุงองค์กร (WT) - พัฒนาองค์กรมุ่งเน้นการประสานงาน ติดต่oprะสานงานภายในองค์กร - ทำงานเป็นทีม - ดูแลรักษาเครื่องมือแพทย์

โรงพยาบาล	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
		● จัดสถานที่ให้เพียงพอต่อผู้มารับบริการ เช่น ขยายเตียงผู้ป่วย ● พัฒนาระบบสื่อสาร โดยบุคลากรที่รับการอบรมพัฒนาในองค์กร ● พัฒนาระบบติดตามทวงหนี้ โดยผ่านกระบวนการควบคุมบริหารด้านรายได้และค่าใช้จ่ายอย่างครอบคลุม	เป็นรูปธรรม ตรวจสอบได้	อุปกรณ์และครุภัณฑ์ให้พร้อมใช้งาน
2.รพ.อุ้มผาง	1.ผู้บริหารมุ่งมั่นพัฒนา และทุ่มเทกับการให้บริการประชาชน 2.ขวัญและกำลังใจของบุคลากรในการทำงานและการดำรงชีวิต 3.ระบบสวัสดิการดี ผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการให้สวัสดิการ	1.เงินงบประมาณไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการ 2.บุคลากรไม่เพียงพอและยังขาดความรู้ความสามารถ 3.ระบบสื่อสารสารสนเทศของโรงพยาบาลยังไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างสมบูรณ์ 4.ระบบสาธารณสุขไปรษณียายังต้องปรับปรุงแก้ไข 5.หน่วยงานยังขาดการควบคุม	1.รัฐบาลมีนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง 2.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนในการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานและการจัดทำโครงการ 3.ระบบบริการสุขภาพมีเครือข่ายครอบคลุมทุกพื้นที่	1.ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นต่างด้าวไม่ขึ้นทะเบียน 2.ประชากรในเขตรับผิดชอบมีน้อย 3.งบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ 4.เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดต่อ 5.พื้นที่ห่างไกลการคมนาคมไม่สะดวก

โรงพยาบาล	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
	กลยุทธ์หลักเชิงรุก (SO) นโยบายของผู้บริหารมุ่งพัฒนาสร้างขวัญและกำลังใจทำงานเป็นทีม	กำกับ วิเคราะห์ และการประเมินผลการดำเนินงานเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง 6.บุคลากรมีการโยกย้ายและเปลี่ยนแปลงบ่อย กลยุทธ์พัฒนา (WO) นโยบายมาพัฒนาศักยภาพบุคลากร และความสุขในการทำงาน	4.จังหวัดมีการบริหารงานแบบบูรณาการทำให้เกิดความคล่องตัวในการแก้ปัญหาาร่วมกัน 5.รัฐบาลสนับสนุนระบบสารสนเทศ กลยุทธ์ขยายงาน (ST) นโยบายมาพัฒนาระบบกายภาพและสิ่งแวดล้อมปลอดภัย	6.ระบบไฟฟ้าของอำเภอเป็นเครื่องปั่นไฟ 7.ประชากรในพื้นที่มีฐานะยากจนและมีรายได้น้อย กลยุทธ์ปรับปรุงองค์กร (WT) พัฒนาการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
3.รพ.แม่สอด	1. ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์กว้างไกลมุ่งมั่นในการพัฒนา 2. มีโครงสร้างการบริหารโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน 3.ผ่านการรับรอง HA และมีพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 4.ระบบสวัสดิการดี ผู้บริหารให้ความสำคัญ 5.สถานที่ตั้งเหมาะสม	1.การสื่อสารประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่มีประสิทธิภาพ 2.ขาดการควบคุม วิเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินงาน 3.ความล่าช้าในการรับบริการของผู้ป่วย 4.ระบบสื่อสารสารสนเทศ การเชื่อมโยงข้อมูลในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานยังไม่สมบูรณ์	1.รัฐบาลมีนโยบายทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง 2.ระบบบริการสุขภาพมีเครือข่ายครอบคลุมทุกพื้นที่ 3.มีการประเมินจากองค์กรภายนอก เพื่อกระตุ้นการทำงานขององค์กร 4.มีโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่	1.มีประชากรต่างด้าวอาศัยอยู่จำนวนมาก 2.ประชากรต่างด้าวทำให้เกิดโรคเพิ่มขึ้น 3.รายรับของโรงพยาบาลน้อยเนื่องจากการที่มีประชากรต่างด้าวใช้บริการมาก 4.ระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าทำให้มีผู้ใช้บริการมาก

โรงพยาบาล	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
	กลยุทธ์หลักเชิงรุก (SO) พัฒนาระบบการให้บริการโดยมีการเปิดคลินิกพิเศษนอกเวลาเพื่อสะดวกกับผู้รับบริการและเป็นการลดการแออัดในการให้บริการกับผู้ป่วย	กลยุทธ์พัฒนา (WO) พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลโดยการให้ความรู้ความเข้าใจกับบุคลากรทุกหน่วยงานเพื่อให้สามารถใช้เครื่องมือและข้อมูลที่มีอยู่นั้นให้เกิดประโยชน์มากที่สุด	จึงมีการมุ่งเน้นด้านบริการและพฤติกรรมบริการแข่งกับรพ. เอกชน 5. เป็นจังหวัดท่องเที่ยว มีผู้รับบริการจากต่างพื้นที่จำนวนมาก กลยุทธ์ขยายงาน (ST) พัฒนาเชิงรุกกับหน่วยงานภาครัฐต่างๆ เช่นมีการออกให้บริการตรวจสุขภาพกับหน่วยงานภาครัฐต่างๆ	กลยุทธ์ปรับปรุงองค์กร (WT) - ประสานงานกับภาคเอกชนโรงงานต่างๆ ในการตรวจสุขภาพให้กับแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาล - ประสานงานกับทีม IT ของโรงพยาบาลเพื่อที่จะจัดทำโปรแกรมการควบคุมประชากร UC ที่มาใช้บริการเพื่อควบคุมระบบการเรียกเก็บเงินให้มากขึ้น
4.รพ.อุทัย	1. ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์กว้างไกล มีความมุ่งมั่นในการ	1. ความไม่เพียงพอของบุคลากรขาดแคลนบุคลากรในบางสาขา	1. รัฐมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้	1.ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นงบประมาณปลายปิด ทำ

โรงพยาบาล	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
	พัฒนา มินโยบายและระบบการทำงานที่ชัดเจน 2. โครงสร้างการบริหาร โครงสร้างองค์กร สายบังคับบัญชาที่ชัดเจน มีการกระจายอำนาจในการบริหาร 3. ผ่านการรับรอง Hospital Accreditation มินโยบายการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง 4. บุคลากรมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สามารถคิดค้นนวัตกรรมในการพัฒนางาน 5. มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาหลายสาขา 6. ฐานะการเงินดีและมีมั่นคง 7. ได้รับรางวัลเด่นหลายอย่าง เช่น ผู้บริหารดีเด่น เจ้าหน้าที่ดีเด่น โรงพยาบาลน่าอยู่ทำงาน ฯลฯ 8. สถานบริการเครือข่าย	ภาระงานมากเกินไปอัตรากำลังที่มีอยู่ 2. ระบบงานมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ซับซ้อน เช่น ระบบการจัดเก็บข้อมูล ระบบการเงินการบัญชี ระบบการจัดซื้อจัดจ้าง 3. บุคลากรมีความรักองค์กรน้อย ขาดความสามัคคี ความร่วมมือร่วมใจน้อย 4. ระบบสารสนเทศ การเชื่อมโยงข้อมูลในบางหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงานยังไม่สมบูรณ์ 5. ความล่าช้าในการรับบริการของผู้ป่วย ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงาน 6. สถานที่ให้บริการคับแคบ สถานที่จอดรถไม่เพียงพอ ไม่มีหลังคา ห้องน้ำไม่เพียงพอสำหรับผู้มาใช้บริการ ไม่มีที่พักรักษาตัว 7. ผู้เชี่ยวชาญในการทำงานเฉพาะด้านยังมีน้อย	ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง 2. ระบบบริการสุขภาพมีเครือข่ายครอบคลุมทุกพื้นที่ 3. จังหวัดมีการบริหารงานแบบบูรณาการทำให้เกิดความคล่องตัวในการแก้ปัญหาาร่วมกัน 4. มีการประเมินจากองค์กรภายนอกเพื่อกระตุ้นการดำเนินงานขององค์กร เช่น พรพ. สภาวิชาชีพต่างๆ สำนักการพยาบาล 5. จังหวัดเป็นจังหวัดท่องเที่ยว มีผู้รับบริการจากต่างพื้นที่ กลยุทธ์ขยายงาน (ST) ● การพัฒนาระบบบริการเชิงรุกด้านอาชีวเวชกรรม การตรวจสุขภาพ ● ดูแลผู้ป่วยเชิงรุกเน้น	ให้มีการจำกัดเขตแดนในการชดเชย ทำให้ได้รายรับน้อยกว่าต้นทุนบริการ 2. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชน ทำให้มีผู้ใช้บริการมากขึ้น 3. พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ไม่เอื้ออำนวยกับผู้ใช้บริการ 4. มีการแข่งขันด้านบริการสูงในระหว่างโรงพยาบาลของรัฐ 5. เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดต่อทั้งในสัตว์และในคน เช่น ไข้เลือดออก ไข้หวัดนก ฯลฯ กลยุทธ์ปรับปรุงองค์กร (WT) ● พัฒนาตรวจสอบสิทธิรักษาพยาบาล การจัดเก็บรายได้ ● การเพิ่มประสิทธิภาพการ

โรงพยาบาล	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
	กระจายอย่างครอบคลุมและมีการพัฒนาชัดเจนเป็นรูปธรรม 9. เป็นสถานที่ฝึกและดูงานของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรพยาบาลและวิชาชีพต่างๆ กลยุทธ์หลักเชิงรุก (SO) - พัฒนาระบบบริการ เช่น One stop service ผู้ป่วยได้รับการตรวจตรงแผนกในวันเดียวกัน - เพิ่มการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวม - เปิดการบริการตลอด 24 ชั่วโมง และมีแพทย์ให้บริการตรวจรักษา - ยึดลูกค้าเป็นศูนย์กลางและ	8. ค่าตอบแทนและสวัสดิการ กลยุทธ์พัฒนา (WO) - พัฒนาบุคลากรในด้าน การบริการ บริหาร วิชาการ อย่างต่อเนื่อง - สำรวจและทำการขึ้นทะเบียนสิทธิว่าง - พัฒนาระบบการตรวจสอบ Chart และวินิจฉัยโรคให้ครบถ้วน	ความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัว	ใช้ทรัพยากร

โรงพยาบาล	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
	เจ้าหน้าที่มีความสุข			
5.รพ.ศรีสังวาลย์	1. เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดระดับ 2, 3 เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์พร้อมกว่าโรงพยาบาลชุมชน 2. มีแพทย์เฉพาะทาง 5 สาขาหลัก 3. ผู้บริหารมุ่งมั่น/ ผู้บริหารทำงานชัดเจน กลยุทธ์หลักเชิงรุก (SO) ● เพิ่มยอดขาย เช่น โครงการตรวจสุขภาพกลุ่มข้าราชการ ● เพิ่มรายได้ การจัดเก็บเงินกองทุนต่าง ๆ ได้ครบถ้วน	1. จำนวนแพทย์มีน้อย ย้ายบ่อย 2. ขาดการควบคุม วิเคราะห์ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 3. ระบบการทำงานยุ่งยากซับซ้อน 4. ระบบสารสนเทศยังไม่สมบูรณ์ 5. ความล่าช้าในการรับบริการของผู้ป่วย ขาดการประสานงานที่ดี 6. บุคลากรยังทำงานไม่เต็มความสามารถ กลยุทธ์พัฒนา (WO) ● พัฒนาระบบสารสนเทศด้านระบบการ clean ค่ารักษา ● พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่	1. เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณจากระบบ UC - ระบบ CSMBS - ระบบประกันสังคม 2. องค์กรให้การสนับสนุน 3. มีการประเมินจากภายนอก กลยุทธ์ขยายงาน (ST) ● ลดต้นทุนค่ารักษาผู้ป่วยต่างด้าว	1. ประชากร UC น้อย (ต่ำกว่า 8000 คน) 2. รายได้ประชากรต่ำมาก 3. ประชากรต่างด้าวมาใช้บริการมาก 4. พื้นที่ตั้งเป็นจังหวัดชายแดน การคมนาคมลำบาก 5. ประชาชนชาวพื้นราบประมาณ 50 % อีก 50 % เป็นชาวไทยภูเขา กลยุทธ์ปรับปรุงองค์กร (WT) ● ลดต้นทุนการดำเนินงาน ● การประหยัด

สรุปผลการทำ SWOT ของผู้เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพนักวิเคราะห์การเงินการคลังโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 15-20 กุมภาพันธ์ 2552

โรงพยาบาล	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
กลุ่มภาคใต้				
1.รพ.เบตง	1.ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์กว้าง และมีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการพัฒนา 2. มีนโยบายการทำงานที่ชัดเจน 3. มีบุคลากรเพียงพอในทุกสาขาวิชาชีพ 4.ผู้บริหารรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น 5. มีโครงสร้างองค์กร โครงสร้างบริหาร และสายการบังคับบัญชาที่ชัดเจน 6. มีเครื่องมืออุปกรณ์เพียงพอ 7.การประสานงานและความร่วมมือระหว่างเครือข่ายมีความเข้มแข็ง 8. บุคลากรมีความคิด	1. ฐานะทางการเงินไม่ค่อยดี ขาดสภาพคล่องทางการเงินอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 49-51 2. การนำ/ถ่ายทอดนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติงานยังไม่ชัดเจน/ขาดประสิทธิภาพ 3. การติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่มีประสิทธิภาพ 4. ระบบสารสนเทศยังไม่สมบูรณ์ เช่น การจัดเก็บข้อมูล การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ล่าช้าและไม่ได้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ 5. หน่วยงานยังขาดการควบคุมกำกับงาน วิเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินงาน เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง	1.นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการ 2. มีเครือข่ายสถานบริการสุขภาพครอบคลุมพื้นที่บริการ 3.เป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวในพื้นที่เขตที่ติดเขตชายแดน มาเลเซีย ไม่มี รพ.คู่แข่ง 4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนให้การสนับสนุนในการดำเนินงานและพัฒนา 5.มีการประเมินจากองค์กรภายนอก ทำให้กระตุ้นการดำเนินงาน เช่น พรพ. สภาวิชาชีพ สสจ. 6. เป็นอำเภอที่มีเศรษฐกิจดี ประชาชนมีรายได้เป็นเมืองทองเที่ยว และแหล่งสถาบันเทิง มีนักท่องเที่ยวชาว	1. ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบน้อย 2. มีปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ - โรคติดต่อ ได้แก่ อูจจาระร่วง ปอดปวม ไข้เลือดออก มาเลเรีย วัณโรค เอ็ดส์ - โรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน อุบัติเหตุทางสมอง งานอนามัยแม่และเด็ก (LWB, ซีด) 3. เส้นทางคมนาคมระหว่างตัวอำเภอไปจังหวัดไม่สะดวกเป็นภูเขา คดเคี้ยว ระยะทางห่างไกลจากตัวเมืองยะลา 148 กม. 4. สถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 5. ลักษณะสังคม วัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อที่

โรงพยาบาล	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
	สร้างสรรค์ สามารถคิดค้นนวัตกรรมในการพัฒนางาน กลยุทธ์หลักเชิงรุก (SO) ● พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ● ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกสร้างนำซ่อม ● พัฒนาระบบบริการลูกค้ากลุ่มเป้าหมาย (ผู้มีกำลังจ่าย) ● ส่งเสริมงานวิจัยและนวัตกรรม เพื่อพัฒนางานสาธารณสุข	6. บุคลากรขาดความสามัคคี ขาดความกระตือรือร้น ขาดจิตสำนึกในการปฏิบัติหน้าที่ ไม่ค่อยคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมขององค์กร 7. โรงพยาบาลยังไม่เคยผ่านการประเมินจาก พรพ. (รอผลการ Accredit) 8. อัตราความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ 76 % ต่ำกว่าเกณฑ์ 80 % 9. ความล่าช้าในการให้บริการ ทำให้ประชาชนความความเชื่อมั่นและศรัทธา 10. พฤติกรรมบริการของบุคลากรไม่ดี 11. บุคลากรมีความต้องการโอน/ย้ายสูง เนื่องจากเป็นคนนอกพื้นที่ แต่ไม่ได้รับการพิจารณา 12. การเปลี่ยนผู้บริหารบ่อยทำ	มาเลเซียจำนวนมาก ในแต่ละปี 7. นโยบายการบริหารการจัดการภาครัฐแนวใหม่และการปฏิรูประบบราชการ เข้าสู่ระบบการจำแนกตำแหน่งใหม่ กลยุทธ์ขยายงาน (ST) ● พัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ● พัฒนาศักยภาพพระดับทุติยภูมิขั้นสูง เพื่อลดการส่งต่อ ● พัฒนาป้องกันการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรและประชาชนในท้องถิ่น ● ปรับระบบการให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อ	หลากหลายแตกต่างกัน 6. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นงบประมาณปลายปิด ทำให้ได้งบประมาณน้อย 7. ปัญหายาเสพติด/ค่าประเวณีในพื้นที่ 8. ประชากรต่างถิ่นและแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในพื้นที่ ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นคนไข้ของโรงพยาบาล กลยุทธ์ปรับปรุงองค์กร (WT) ● การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เน้นความปลอดภัย ● ลดขั้นตอนการให้บริการที่ไม่จำเป็นเพื่อความรวดเร็ว

โรงพยาบาล	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
		ให้การพัฒนาโรงพยาบาลขาดความต่อเนื่อง กลยุทธ์พัฒนา (WO) ● บริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ ● พัฒนาระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ ● สร้างวัฒนธรรมองค์กรให้เกิดจิตสำนึกในหน้าที่และการให้บริการ ● พัฒนาระบบประชาสัมพันธ์และทำการตลาดเชิงรุก เน้นลูกค้าสัมพันธ์เรียกความเชื่อมั่นและศรัทธา	● เติบโตการขึ้นทะเบียนผู้ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล โดยการรุกในชุมชน	
2.รพ.หัวหิน	1. มีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา 2. มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ครบถ้วน ทันสมัย	1. ทีมงานไม่เข้มแข็ง 2. เจ้าหน้าที่ในองค์กรขาดความสามัคคีเป็นหนึ่งเดียวกัน 3. สถานที่เก่า คับแคบ สถานที่	1. โรงพยาบาลตั้งอยู่ในพื้นที่สถานที่ท่องเที่ยว 2. โรงพยาบาลอยู่ใกล้พระราชวังไกลกังวล	1. โครงการ 30 บาท 2. ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน 3. งานนโยบาย/งานพิเศษของโรงพยาบาลมีมาก ติดขัดงาน

โรงพยาบาล	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
	3. เงินบำรุงโรงพยาบาลมีมาก 4. โรงพยาบาลติดถนนใหญ่ 5. เป็นโรงพยาบาลของรัฐ กลยุทธ์หลักเชิงรุก (SO) • พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลเป็นศูนย์อุบัติเหตุและโรคหัวใจฉุกเฉิน • พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล • พัฒนางานส่งเสริมคุณภาพ • การเพิ่มประสิทธิภาพการบริการลูกค้าด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ, อุปกรณ์การแพทย์ที่	ส่วนใหญ่กำลังก่อสร้าง 4. เจ้าหน้าที่ขาดการพัฒนา 5. ขาดแคลนบุคลากรสาขาอื่น กลยุทธ์พัฒนา (WO) • พัฒนาระบบบริหารจัดการตามหลักการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี • การพัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ทั่วทั้งองค์กร • พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ • พัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว • การยกระดับศักยภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร	3. ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลให้เป็นศูนย์โรคหัวใจและอุบัติเหตุฉุกเฉิน 4. การคมนาคมสะดวก คล่องตัว 5. ประชาชนสนใจสุขภาพ กลยุทธ์ขยายงาน (ST) • พัฒนาส่งเสริมสุขภาพงานเชิงรุก • พัฒนาความสัมพันธ์สร้างความไว้วางใจจากชุมชน • พัฒนาการสร้างมาตรฐานสุขภาพ • พัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล • การพัฒนานวัตกรรมเพื่อการบริการสุขภาพ	ประจำ 4. ประชาชนในพื้นที่ขาดความเชื่อมั่นในโรงพยาบาล โดยยึดติดกับความคิดเดิม 5. มีการร้องเรียนจากผู้รับบริการมากขึ้น กลยุทธ์ปรับปรุงองค์กร (WT) • พัฒนาระบบงานภายในองค์กร • พัฒนาชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน • พัฒนาระบบกำลังคน • พัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพและทำงานอย่างมีความสุข • การพัฒนาการตลาดและประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
	ทันสมัย พัฒนารายได้ การตลาดเพิ่มทางเลือกในการดูแลสุขภาพ			
3.รพ.ยะลา	1. ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นนโยบายชัดเจนในการพัฒนา รพ. 2. มีแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขา 3. ให้การบริหารปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ 4. เครื่องมือแพทย์ทันสมัยและเพียงพอ กลยุทธ์หลักเชิงรุก (SO) S101 ส่งเสริมให้บริการระดับปฐมภูมิ / ทุติยภูมิ ทั้งจังหวัด สามารถ	1. บุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ + พยาบาลไม่เพียงพอ 2. การให้บริการด้านส่งเสริมป้องกันยังมีข้อจำกัด 3. ระบบสารสนเทศและการเก็บข้อมูลยังไม่มีประสิทธิภาพ 4. ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง PCT ความล่าช้าทางการให้บริการประชาชน 4. มีโรคระบาดในพื้นที่บ่อย กลยุทธ์พัฒนา (WO) W102 ส่งเสริมระบบการจัดหาแพทย์ให้เพียงพอ	1. ประชาชนจังหวัดใกล้เคียงมาใช้บริการมาก 2. สถานการณ์ความไม่สงบ ทำให้โรงพยาบาลต้องเพิ่มการให้บริการผู้ป่วยเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบ 3. องค์การส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน ให้การสนับสนุนดี กลยุทธ์ขยายงาน (ST) - S1T2 ส่งเสริมการบูรณาการการให้บริการสาธารณสุขกับความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่น - S1T3 พัฒนาการ	1. งบประมาณไม่เพียงพอ เพราะประชาชน ในเขตมีไม่มาก 2. ความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการ กลยุทธ์ปรับปรุงองค์กร (WT) W4T1 พัฒนาการให้บริการเชิงรุกในพื้นที่โดยประชาชนมีส่วนร่วม

โรงพยาบาล	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
	ให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ S101 พัฒนาการให้บริการเป็นตติยภูมิเต็มรูปแบบ	W103 ส่งเสริมการให้บริการแบบบูรณาการระหว่าง สห. กับ อปท.	ให้บริการเชิงรุกในพื้นที่ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม	
4.รพ.เกาะสมุย	1. มีแผนและการดำเนินงานด้านพัฒนาบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ/สนับสนุนให้มีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง 2.เครื่องมือ/อุปกรณ์การแพทย์พอเพียงและได้มาตรฐาน 3.ผู้บริหารรับฟังความคิดเห็นของสมาชิก/เปิดโอกาสแสดงความคิดเห็นในส่วนร่วม 4.บุคลากรมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์/สามารถคิดค้นนวัตกรรมในการพัฒนางาน	1.การถ่ายทอดทิศทางนโยบายจากระดับบริหารสู่ผู้ปฏิบัติยังไม่มีประสิทธิภาพ 2.การสื่อสารประสานงานระหว่างหน่วยงาน หรือสหวิชาชีพ หรือทีม PCT ยังไม่มีประสิทธิภาพ 3.ความไม่พอเพียงของบุคลากร/ขาดแคลนบุคลากรในบางสาขา/ภาระงานมากเกินไปจนกระทบการปฏิบัติงาน 4.หน่วยงานยังขาดการควบคุมกำกับงาน วิเคราะห์ และการ	1.รัฐบาลมีนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง 2.ระบบบริการสุขภาพมีเครือข่ายครอบคลุมทุกพื้นที่ 3.มีการประเมินจากองค์กรภายนอก เพื่อกระตุ้นการดำเนินงานขององค์กร เช่น พรพ. HPH 4.มีสถานประกอบการในพื้นที่จำนวนมาก จึงทำให้มีผู้ประกันตนมาก	1.ประชากรต่างถิ่นเคลื่อนย้ายเข้ามาในพื้นที่จำนวนมาก ทั้งจากต่างจังหวัด และต่างด้าว 2.ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นงบประมาณปลายปิด ทำให้มีการจำกัดเพดานในการชดเชย ทำให้ได้รายรับน้อยกว่าต้นทุนบริการ 3.เป็นสังคมผสมผสานระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบท มีผลต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ 4.มีโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่จำนวนมาก ทำให้มีแรงจูงใจใน

โรงพยาบาล	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
	5.มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาหลายสาขา กลยุทธ์หลักเชิงรุก (SO) ● พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่าย ● พัฒนาบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านสารสนเทศ เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศครบวงจร ● ขยายหน่วยบริการสู่พื้นที่รองรับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ เพื่อเพิ่มรายได้ให้โรงพยาบาล	ประเมินผลการดำเนินงานเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง 5.ระบบงานมีขั้นตอนยุ่งยากซับซ้อน เช่น ขั้นตอนการตรวจ,ระบบการจัดเก็บข้อมูลการเงินการบัญชี ฯลฯ 6.พฤติกรรมบริการของบุคลากรไม่ดี 7.บุคลากรขาดความสามัคคี ไม่มีน้ำใจ ไม่คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม 8.ระบบสื่อสารสารสนเทศ การเชื่อมโยงในบางหน่วยงาน ยังไม่สมบูรณ์ 9.ความล่าช้าในการรับบริการของผู้ป่วย/ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงาน 10.ผู้บริหารระดับกลางยังขาดความตระหนักในส่วนการบริหารงาน/การเข้าร่วมประชุม 11.ผู้เชี่ยวชาญในการทำงาน	5.รัฐบาลส่งเสริมให้ใช้ระบบสารสนเทศในการบริหารจัดการด้านบริการและวิชาการ 6.อำเภอเกาะสมุยเป็นเมืองท่องเที่ยว มีผู้รับบริการจากต่างพื้นที่จำนวนมาก กลยุทธ์ขยายงาน (ST) ● ผู้บริหารรับฟัง และแก้ไขปัญหาการเพิ่มรายได้แก่บุคลากร เพื่อลดภาวะสมองไหล และอัตราการลาออก ● สนับสนุนการพัฒนาความรู้เพื่อรองรับการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ● ใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญของแพทย์ใน	การเพิ่มรายได้นอกเวลา หรือลาออก ของเจ้าหน้าที่ 5.เป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดต่อ เช่น ไข้เลือดออก กลยุทธ์ปรับปรุงองค์กร (WT) ● จัดตั้งทีมงานวิเคราะห์ควบคุม กำกับ ประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม

โรงพยาบาล	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
		เฉพาะด้านยังมีน้อย 12.ค่าตอบแทน และสวัสดิการน้อย กลยุทธ์พัฒนา (WO) ● ผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการประเมินคุณภาพ ● พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ ● การพัฒนาเครือข่ายในด้านการรักษาพยาบาล	การวินิจฉัยโรคเพื่อเพิ่มรายได้จากการเรียกเก็บตามระบบ DRG	
5.รพ.ปัตตานี	1.ผู้บริหารมุ่งมั่นและสนับสนุนด้านงบประมาณและการพัฒนาทุกด้าน 2.บุคลากรมีความรู้ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	1.บุคลากรบางสาขาไม่เพียงพอภาระงานมาก 2.บุคลากรขาดทักษะด้านการใช้เทคโนโลยี 3.การบริหารงาน มอบหมาย	1.จากสถานการณ์ 3 จว. ทำให้ได้รับงบประมาณสนับสนุนเครื่องมือ โควตาแพทย์ศึกษาต่อเป็นกรณีพิเศษ 2.สสจ.ให้การสนับสนุนดี	1.สถานการณ์ 3 จว. ทำให้เศรษฐกิจ, การศึกษา, สิ่งแวดล้อม และสังคมเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน 2.ขาดการประสานงานระหว่าง

โรงพยาบาล	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)	โอกาส (Opportunity)	ภาวะคุกคาม (Threat)
	3.มีระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ มีอุปกรณ์การแพทย์เพียงพอ ทันสมัย กลยุทธ์หลักเชิงรุก (SO) • พัฒนาศักยภาพของบุคลากรเหมาะสม • พัฒนาระบบเครือข่ายสารสนเทศ • พัฒนาระบบการจัดการเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพ	งานไม่เป็นระบบ กลยุทธ์พัฒนา (WO) • พัฒนาระบบการเพิ่มรายได้ • พัฒนาระบบการบริหารบุคคล (อัตรากำลังพัฒนาคน) • พัฒนาระบบบริหารจัดการ (ทีมและบรรยากาศ) • ปัญหาสิ่งแวดล้อม • พัฒนามาตรฐานบริการทางคลินิก	3.มีแหล่งความรู้จากสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัด 4.เอกชนให้การสนับสนุนครุภัณฑ์ 5.จากสถานการณ์ 3 จว. ทำให้มีระบบความชอบ โบนัสจาก กรม. สอ.บต. 6.บุคลากรเครือข่ายให้ความร่วมมือดี 7.มีวัฒนธรรม ศาสนาชัดเจน มีเอกลักษณ์เฉพาะ 8.ไม่มีโรงพยาบาลคู่แข่ง กลยุทธ์ขยายงาน (ST) • พัฒนาระบบและศักยภาพบุคลากรในการส่งต่อ • พัฒนาระบบบริหารจัดการเครื่องมือ	จนท.กับ อสม.และผู้นำชุมชน 3.สถานการณ์ 3 จว.ทำให้ขาดการติดตาม /นิเทศงานอย่างต่อเนื่อง 4.มีแรงงานต่างด้าวมาก กลยุทธ์ปรับปรุงองค์กร (WT) • ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ • ส่งเสริมให้บุคลากรประชาชน ภาคีเครือข่ายมีความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ • เพิ่มประสิทธิภาพการเร่งรัด / ติดตามงานนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนพัฒนา

**สรุปผลการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนานักวิเคราะห์การเงินการคลังของโรงพยาบาล
(HOSPITAL FINANCIAL ANALYSTS, HFA) ปี 2552
ระหว่างวันที่ 16-20 กุมภาพันธ์ 2552**

กลุ่มผู้เข้าร่วมอบรม

เป้าหมายของคณะผู้จัดอบรมต้องการนักวิเคราะห์ทางการเงินรุ่นใหม่ แต่ผู้ที่เข้าร่วมประชุมมีความหลากหลายและบางคนไม่เข้าเกณฑ์ที่กำหนด เช่น

1. กรณีผู้เข้าอบรมบางคนอายุน้อย ก็ไม่สามารถเข้าใจ รายละเอียดทางการบริหารการเงินการคลัง รวมถึงข้อมูลบริบทเฉพาะขององค์กรและนำไปวิเคราะห์เชิงระบบได้
2. ผู้เข้าอบรมควรจะเป็นผู้ที่สามารถวิเคราะห์ภาพเชิงระบบของโรงพยาบาลและมีบทบาทสำคัญในการนำเสนอเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร
3. ผู้เข้าอบรมจะทราบข้อมูลเฉพาะในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบ เช่น ข้อมูลทางบัญชี แต่การเป็นนักวิเคราะห์จะต้องทราบข้อมูลทั้งหมดในภาพรวมขององค์กรด้วย

เนื้อหา หลักสูตร

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการอบรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควรมีการเพิ่มรายละเอียดของเนื้อหา/การฝึกปฏิบัติการ ดังนี้

- a. การฝึกวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงินการคลัง การไหลเวียนของเงิน รวมถึงอัตราส่วนทางการเงินต่างๆ เพื่อเพิ่มทักษะการสังเกตในส่วนที่ข้อมูลมีความไม่สมบูรณ์ หรือข้อมูลในส่วนที่องค์กรอาจมีปัญหในการบริหารการเงินการคลัง
- b. การฝึกวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปที่เป็นบริบทเฉพาะขององค์กรนั้นๆ นอกเหนือจากข้อมูลทางการเงินการคลัง
- c. การบรรยายพร้อมตัวอย่าง และ/หรือ ฝึกปฏิบัติการเรื่อง Utilization management , Technology assessment
- d. การฝึกปฏิบัติเรื่อง SWOT analysis ควรเน้นเฉพาะในเรื่องทางการบริหารการเงินการคลัง และควรฝึกปฏิบัติหลังการบรรยายเรื่อง การจัดทำ Business Plan หรือ Strategic Plan ด้านการบริหารการเงินการคลัง
- e. เนื้อหาการบรรยายในส่วนของภาคเอกชนควรมี แต่ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง เนื่องจากบริบทต่างกัน บางครั้งอาจไม่สามารถนำแนวทางมาปรับใช้ได้ในประเทศ แต่ควรมี Best Practice จากโรงพยาบาลภาครัฐในกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น

การประชุมเชิงปฏิบัติการ

- คณะผู้จัดการอบรม และวิทยากรประจำกลุ่ม ควรทบทวนผลลัพธ์ที่ต้องการจาก session การประชุมกลุ่มนั้น โดยให้ชัดเจนเป็นรูปธรรม และเป็นไปแนวทางเดียวกัน เนื่องจากผู้เข้าร่วมประชุมสับสน และไม่ทราบแนวทางที่ชัดเจน
- จำนวนผู้เข้าร่วมอบรมในกลุ่มย่อย ไม่ควรเกิน 10 คน เนื่องจากทุกคนจะได้มีบทบาทในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น และควรแบ่งกลุ่มล่วงหน้าก่อนการเริ่มประชุม
- ควรมีการ assign วิทยากรประจำกลุ่ม และ อธิบายผลลัพธ์ที่ต้องการกับวิทยากรทุกคนก่อนล่วงหน้า

ข้อเสนอแนะจากการอบรม Hospital Financial Analyst, HFA ปี 2552

1. หัวข้อการอบรม และ workshop ที่กำหนด อาจทำให้ผู้ที่เข้ารับการอบรมเกิดความเข้าใจผิด เนื่องจากผู้เข้ารับการอบรมบางท่านคิดว่า การอบรมครั้งนี้มุ่งเน้นที่การวิเคราะห์งบการเงิน ไม่ใช่ Business Plan
2. หัวข้อการอบรมบางข้ออาจจะยากไปสำหรับผู้เข้ารับการอบรมบางท่าน เนื่องจากผู้เข้ารับการอบรมแต่ละท่านมีความรู้ไม่เท่ากัน ดังนั้น การอบรมควรเริ่มต้นตั้งแต่ความรู้พื้นฐาน เข้าใจได้ง่ายก่อน
3. workshop ที่ทำนั้น โดยส่วนตัวเห็นว่าผู้อบรมหลายท่านเกิดความสับสนและเข้าใจผิด เนื่องจาก workshop นั้นกว้างไป ควรนำมาจัดเรียง และ review ใหม่ทั้งหมด
4. ควรมีเวลาให้ผู้รับการอบรมอย่างน้อย 1 วัน ในการทำ Slides เพื่อนำเสนอ เนื่องจาก Slides ที่ได้นำเสนอในวันสุดท้ายนั้น เป็น Slides ที่ได้นำเสนอแล้วในวันแรก จะเห็นได้ว่าผู้เข้ารับการอบรมไม่ได้ทำ Business Plan อย่างแท้จริง
5. วิทยากรกลุ่มควรออกแบบฝึกหัดตั้งแต่ขั้นพื้นฐานให้ผู้เข้ารับการอบรมคุ้นเคยกับการทำแบบฝึกหัดจากง่ายไปยาก ซึ่งจะทำให้สามารถทำ Business Plan ได้ดียิ่งขึ้น
6. วิทยากรกลุ่มควรประชุมเตรียมพร้อมก่อนการอบรม ในการออกแบบฝึกหัด และ scope การตอบคำถาม เพื่อให้คำแนะนำเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
7. การอบรมไม่เป็นไปตามตารางที่กำหนด บางครั้งเลิกช้ากว่าเวลา ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมออกจากห้องก่อนการจบการอบรมในแต่ละวัน
8. อย่างไรก็ตาม ส่วนตัวเห็นว่า แม้เป็นการอบรมครั้งแรกแต่ทำได้ดี และสามารถพัฒนาในหลายๆ ด้านให้ดียิ่งขึ้นได้ ซึ่งจาก Feed back ที่ได้รับก็เป็นที่น่าพอใจ

นายอนุ แนนหนา

เอกสารประกอบการบรรยาย

4.1 “ทำไม....โรงพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญ กับเรื่องบัญชี ” โดย ดร. สันสกฤต วิจิตรเลขการ

ทำไม..โรงพยาบาลจึงต้องให้ ความสำคัญกับเรื่องบัญชี



ดร.สันตฤต วิจิตรเลขการ
ภาควิชาบัญชี คณะบริหารธุรกิจ
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
16 กุมภาพันธ์ 2552

หัวข้อการบรรยาย

- องค์การกับการบริหาร
- การบัญชีและสารสนเทศ
- การบัญชีกับการบริหาร



ทำไม...โรงพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญกับเรื่องบัญชี

2

องค์กรกับการบริหาร



- Firm and Management
 - Mission - Vision - Goal - Plan - Strategy - Objective
- Functions of Management
 - Planning- Organizing- Staffing- Coordinating -Supporting – Communication -Decision Making - Controlling -Evaluating...
 - Plan-Do-Check-Act (PDCA)

ทำไม...โรงพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญกับเรื่องบัญชี

3

การบัญชีและสารสนเทศ

- การบัญชี: โลกแห่งสารสนเทศ...มิตร(แท้)ของผู้บริหาร
“มาตรวจสอบสุขภาพทางการเงิน (Financial Health)กันดีกว่า”
- ศาสตร์ทางการบัญชี
- สารสนเทศทางการบัญชี
 - ตัวเงิน: รายได้ ค่าใช้จ่าย (ต้นทุน) กำไร
 - ไม่เป็นตัวเงิน: คุณภาพ ผลผลิตภาพ ความรวดเร็ว...อื่นๆ
- ความท้าทาย
 - Preparer VS Analyzer
 - Multidisciplinary -Integration
 - Innovation – Executive (Management) Report



ทำไม...โรงพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญกับเรื่องบัญชี

4

การบัญชีกับการบริหาร



การบัญชีกับการบริหาร



สารสนเทศที่ได้จากการบัญชีช่วยฝ่ายบริหารในการบริหาร
หน้าที่ความรับผิดชอบหลัก (ที่เกี่ยวข้องกัน) ดังนี้

- 1) การบริหารเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management)
- 2) การวางแผนและตัดสินใจ (Planning and Decision Making)
- 3) การควบคุมด้านการบริหาร (Management Control)
- 4) การควบคุมด้านปฏิบัติการ (Operational Control)

ทำไม...โรงพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญกับเรื่องบัญชี

6

การบัญชีกับการบริหาร

- Basic Concepts
 - Cost Concepts and Cost Classification
 - Job order and Process Costing
 - Activity Based Costing (ABC)
- Strategic management
 - Strategic-Based Responsibility Accounting (Balanced Scorecard)
- Planning and Decision Making
 - Profit Planning/ Budgeting
 - Cost Behavior Analysis



ทำเนียบ... โรงงานพาณิชย์เมืองไทยการบัญชีเบื้องต้น

7

การบัญชีกับการบริหาร

- Planning and Decision Making
 - Cost Volume Profit Analysis
 - Variable Costing: Contribution margin
 - Theory of Constraints: Throughput margin
 - Value Chain Analysis
 - Process Value analysis (Activity-Based Management: ABM)
 - Resource Consumption Accounting (RCA)
 - Lean Accounting
 - Enterprise Resource Planning (ERP)



ทำเนียบ... โรงงานพาณิชย์เมืองไทยการบัญชีเบื้องต้น

8

การบัญชีกับการบริหาร

- Planning and Decision Making
 - Target Costing
 - Value Engineering
 - Functional Analysis
 - Design Analysis
 - Business- process Reengineering
 - Tactical (Short-run) Decision Making
 - Add VS Drop Decisions
 - Accept VS Reject Special Offer
 - Make VS Buy Decision (Outsourcing)
 - Sell VS Process Further
 - Other



ทำเนียบ... โรงงานพาณิชย์เมืองไทยการบัญชีเบื้องต้น

9

การบัญชีกับการบริหาร

- Planning and Decision Making
 - Capital Budgeting (Long-term Decision Making)
 - Uncertainty and Decision Making
 - Customer Profitability Analysis (CAP)
 - Channel Profitability Analysis
- Management Control
 - Responsibility Accounting
 - Performance Measurement
 - Revenue and Cost Budget
 - Transfer Pricing
 - Benchmarking
 - Return on Investment (ROI)
 - Residual Income (RI)
 - Economic Value Added (EVA)
 - Performance Measurement Systems



ทำเนียบ... โรงงานพาณิชย์เมืองไทยการบัญชีเบื้องต้น

10

การบัญชีกับการบริหาร

- Operation Control
 - Flexible Budgeting
 - Standard Costing and Variance Analysis
 - Conformance VS Non- Conformance
 - Quality Costs
 - Environmental Cost Management
 - Corporate Social Reporting (CSR)
 - Total Quality Management
 - Six sigma
 - Zero defect
 - Life Cycle Cost Management
 - Kaizen Costing
 - Just in Time (JIT) and Back flush Costing
 - German Cost Accounting



ทำเนียบ... โรงงานพาณิชย์เมืองไทยการบัญชีเบื้องต้น

11

Segmented Income Statement

ยอดขายสุทธิ (Net Revenues)

หัก ต้นทุนผันแปร (Variable Costs)

กำไรส่วนเกิน (Contribution Margin)

หัก ต้นทุนคงที่ติดตามได้และสามารถควบคุมได้

(Traceable, Controllable Fixed Cost)

กำไรที่ควบคุม (Controllable Margin)

หัก ต้นทุนคงที่ติดตามได้ แต่ไม่สามารถควบคุมได้

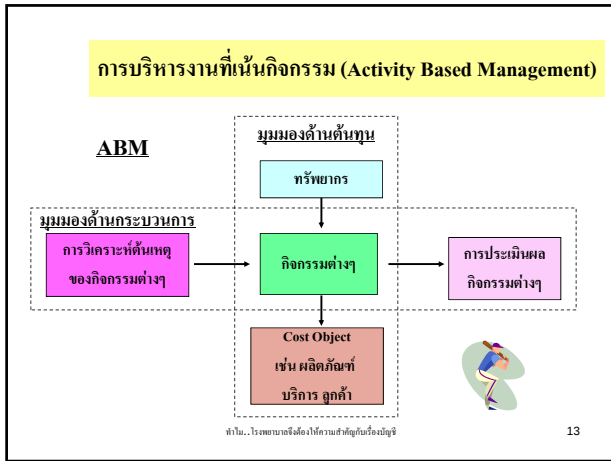
(Traceable, Uncontrollable Fixed Cost)

กำไรของ SBU (SBU Margin)

Controllability

ทำเนียบ... โรงงานพาณิชย์เมืองไทยการบัญชีเบื้องต้น

12



4.2 “บทเรียนการปรับตัวของโรงพยาบาล จากการ วิเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษาจาก โรงพยาบาลกลุ่ม Uhosnet ” โดย พญ. ทศนีย์ จันทร์น้อย

บทเรียนการปรับตัวของโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ข้อมูล

กรณีศึกษาจากโรงพยาบาล
กลุ่ม UHOSNET
พญ.ทัศนีย์ จันทรรักษ์
16 กุมภาพันธ์ 2552

1

หลักคิดในการบริหาร

1. เครือข่าย/ ทำงานร่วมกัน/ การมีส่วนร่วม เป็นพลังที่สำคัญ
2. Win-Win Strategy
3. ต้องมีข้อมูลที่น่าเชื่อถือ/ ตรวจสอบย้อนกลับได้
 - ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ
 - ข้อมูลทำให้ทุกคนเห็นภาพชัดเจน
 - ข้อเสนอที่จะได้รับการพิจารณาต้องมีข้อมูลที่ประกอบ

2

การปรับตัว

- เพื่อพัฒนาตนเอง
 - รองรับการเปลี่ยนแปลง
 - ตอบสนองทุกคำถาม
 - ปรับตัวให้ระบบ
- ไปสู่สิ่งที่เราต้องการ
บังคับให้ปรับตัว...
หลีกเลี่ยงไม่ได้...
เลือกปรับตัวแบบ
ไร้ทิศทาง หรือ...
• ปรับตัวโดยใช้ข้อมูล
ประกอบการตัดสินใจ
→ ตัดสินใจปรับตัว
อย่างมีจุดหมาย 3

การปรับตัวของโรงพยาบาล

- HA, TQA, ... → พัฒนาคุณภาพงาน
- การเปลี่ยนแปลงระบบบริหาร (การออกนอกระบบ)
- การเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพ
- การเปลี่ยนแปลงระบบการเงินสุขภาพ

วัตถุประสงค์ในภาพรวม คือ
การพัฒนาคุณภาพบริการ

4

ก่อนจะปรับตัว

- ศึกษาตัวเรา
- ศึกษาระบบ
- ศึกษาภาพรวม
- ศึกษาผลกระทบ
- ประเมินผลลัพธ์

SWOT, 7S...

5

ภาพรวมของระบบ

- ผู้รับผิดชอบ
- ผู้ดำเนินการ
- ผู้รับประโยชน์
- ผู้เกี่ยวข้อง
- ผู้มีอำนาจ

วัตถุประสงค์ของระบบ
วัตถุประสงค์ของตน

↑
Stakeholders

ตัดสินใจ

6

Stakeholders & Roles

- HA, TQA, ... → รพ.
- เปลี่ยนแปลงระบบบริหาร → รพ.
- เปลี่ยนแปลงระบบบริการ → รพ.
- เปลี่ยนแปลงระบบการเงิน → รัฐบาล/ผู้บริหารกองทุน
ประกันสุขภาพ/ รพ./ ประชาชน

รู้เขา - รู้เรา

วัตถุประสงค์ร่วม

ต่างวิธีคิด

ระบบบริการสุขภาพ
ประชาชน/ รัฐบาล

แนวทางการ
ทำงานที่
ทุกฝ่ายยอมรับ

ผู้บริหาร
กองทุน

รพ.

8

แนวทางการทำงาน เพื่อให้ทุกฝ่ายยอมรับ

- ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม และได้ประโยชน์
- ทุกฝ่ายชี้แจงต่อผู้เกี่ยวข้องได้
- มีเหตุผลรองรับ
- ตกลงกันด้วยเหตุผล โดยใช้ข้อมูลตัดสินใจ
(ไม่ใช่อารมณ์ และความรู้สึก)

ข้อมูล

หรือ...

อารมณ์
ความรู้สึก

9

การปรับตัวของ รพ.

- Change in year 2544 (UC+CS)
- เบื้องต้น — วิเคราะห์ข้อมูลเท่าที่หาได้
- ปรับระบบงาน
- เตรียมระบบจัดเก็บข้อมูล เพื่อติดตามประเมินผล
- ประเมินสถานการณ์โดย วิเคราะห์ข้อมูลที่ส่งเบิก

ประชากร UC 150,000 คน UR 1 ครั้ง/คน/ปี
ต้นทุนศิริราช → งบเหมาจ่ายไม่พอ

10

การวิเคราะห์ข้อมูล/การแปลผล

- วิเคราะห์ว่าข้อมูลตรง
- วิเคราะห์ว่าข้อมูลเพียงพอ
- วิเคราะห์ว่าต้องการข้อมูลอะไรเพิ่มและจะจัดเก็บอย่างไร
- แปลผลเมื่อมีข้อมูลเพียงพอ

ธรรมชาติของคนเรา..มักจะสรุปว่าข้อมูล
เพียงพอและตัดสินใจจากข้อมูลนั้น

11

ข้อมูลถูกต้อง?

มูลนิธิการนอนหลับแห่งชาติ สํารวจพบว่า
ผู้ใหญ่ร้อยละ 75 ยอมรับว่า มีปัญหา
เรื่องการนอน

กลุ่มประชากรตัวอย่างในการสำรวจ ครึ่งนี้
เป็นผู้ใหญ่ 1,506 คน

และวิธีการสำรวจ คือ โทรศัพท์ไปถาม

12

ข้อมูลเพียงพอ ?

ทีมนักวิจัยลงประกาศในหนังสือพิมพ์ว่า
ต้องการอาสาสมัครที่มีอาการทางจิต
ประเภท ย้ำคิดย้ำทำ

ปรากฏว่า มีผู้สนใจอย่างมาก วันแรกที่ลง
ประกาศมีคนส่งใบสมัครเข้ามาถึง 300
ใบ

สรุสาระ พฤษภาคม 2548

การวิเคราะห์ข้อมูล UHosNet

- UHOSNET นำข้อมูลของแต่ละ รพ. มาหาหรือร่วมกันใน
การประชุมเครือข่าย ทุก 3 เดือน
- มุมมองที่ต่างกัน → การเรียนรู้
- ข้อมูลที่จัดเก็บต่างกัน → ต้องสื่อสารให้
เข้าใจตรงกัน

14

การเรียนรู้ของ UHOSNET (1)

- ผลกระทบจาก DRG และ Global Budget
- ภาระงานของ รพ. ในการปรับระบบ
- ปัจจัยกระทบความตรงของข้อมูล
- ข้อมูลเปรียบเทียบ (Benchmark) → เรียนรู้มากขึ้น
- การเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกันต้องมีรูปแบบมาตรฐานในการเก็บข้อมูล

15

การเรียนรู้ของ UHOSNET (2)

- ภาระงานของ รพ. จากการปรับระบบ
 - การปรับระบบงานให้รองรับการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขของกองทุน
 - การเปลี่ยนระบบเบิกจ่ายค่ารักษาจากการจ่ายเงินสดเป็นการส่งเบิกคืนสังกัด
 - การปรับโปรแกรม รพ. เพื่อรองรับการส่งข้อมูล
 - การส่งข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย

16

การเรียนรู้ของ UHOSNET (3)

- ปัจจัยกระทบความตรงของข้อมูล
 - ระบบสารสนเทศ ของ รพ. ที่ต่างกัน
 - มาตรฐาน/นิยามของเขตข้อมูล
 - วิธีการจัดเก็บข้อมูล
 - ความสม่ำเสมอ/ความครบถ้วนในการจัดเก็บข้อมูล
 - ภาระงานของผู้บันทึกข้อมูล

17

การเรียนรู้ของ UHOSNET (4)

- รูปแบบมาตรฐานในการเก็บข้อมูล
 - ตารางเก็บข้อมูล (Excel) พร้อมคำชี้แจง → ต้องมีผู้ตอบข้อสงสัยในการเก็บข้อมูล
- การขอข้อมูล IPD จาก สกส. - ดีที่สุด (ไม่มีปัญหามาตรฐานข้อมูล) →
UHOSNET คดลงให้ขอข้อมูล IPD จาก สกส. มาวิเคราะห์ร่วมกัน
(Benchmark)
- ผลจากการวิเคราะห์ → ข้อเสนอ/แนวทางปรับระบบ UC ที่มีข้อมูลรองรับ

18

แหล่งข้อมูล IPD

- สรุปข้อมูลบริการผู้ป่วยใน UC-FY 2549 ระยะ 9 เดือน ทุก รพ. จำนวนกองทุน (สปสช. - นพ.ประจักษ์วิชัย)
- ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน UC-FY2548 กลุ่มรพ. UHosNet จำนวนบริการ HC, AE, Refer, IP (สกส. — นพ.ชัยโรจน์)
- ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน UC-FY2549 – 2550 (รพ. UHosNet)

19

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล IPD

- แบ่งกลุ่มโรงพยาบาลตามสังกัด
- ประเภทบริการแบ่งตามกองทุน
- วิเคราะห์เปรียบเทียบช่วงเวลา/ระหว่างสังกัด/ระหว่าง รพ.
 1. วิเคราะห์ข้อมูลบริการในภาพรวม
 2. วิเคราะห์ข้อมูลบริการของ UHosNet
 - ผลกระทบด้านการเงิน
 - คุณภาพบริการ

20

ข้อจำกัดในการวิเคราะห์

- ไม่สามารถจำแนกบริการประเภท IP normal ว่าเป็นผู้มีสิทธิใน Catchment area ของตนเอง หรือเป็นกรณีรับส่งต่อ
- ไม่สามารถแยกค่าร้อยละเพิ่มและอุปกรณ์ฯ หรือค่าบริการที่มีการจ่าย On top ซึ่งคิดเป็นประมาณ 5 – 10% ของ Total charge ออกจาก Total charge
- ไม่มี DRG จึงวิเคราะห์ตามประเภทบริการที่จำแนกตามกองทุน

21

กลุ่มโรงพยาบาล

- 1 = สังกัด สป.สธ. 12 = รพท., 13 = รพท., 14 = รพท., 15 = รพ. (A) (21 = กรมการ
- 2 = สังกัด สธ. นอก สป.สธ. แพทย์ 22 = กรมสุขภาพจิต, 23 = กรมชئون (31 = รร.
- 3 = นอก สธ. สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ แพทย์ กทม., 32 = รร.แพทย์ อุ้มผาง, 33 = อื่นๆ (41 = รพ.ใน
- 4 = นอก สธ. สังกัดกองโขนและตำรวจ กทม., 42 = รพ.ในอุ้มผาง (51 = กทม., 52 = คจว.)
- 5 = นอก สธ. สังกัดส่วนท้องถิ่น เช่น กทม. หรือ เทศบาล (61 = กทม., 62 = คจว.)
- 6 = นอก สธ. ไม่ใช่อำเภอท้องถิ่นและไม่ใช่อำเภอ (71 = กทม., 72 = คจว.)
- 7 = สังกัดเอกชน

A = Autonomy

22

รพ. UHosNet 13 แห่ง

- กรุงเทพมหานครและปริมณฑล รพ.จุฬาลงกรณ์/
รพ.รามธิบดี/ รพ.ศิริราช/ วทพ.พระมงกุฎเกล้า/ รพ.ราชวิถี/
สถาบันสุขภาพเด็กฯ / วทพ.กทม.และวชิราฯ/ รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
- ภูมิภาค
รพ.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ / รพ.ศรีนครินทร์ / รพ.สงขลานครินทร์ / รพ.มหาวิทยาลัย
นครสวรรค์/ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนฯ

23

จำนวน รพ.แต่ละกลุ่ม (สังกัด)

สังกัด	Hospital categories				
	1	2	3	4	5
1 สป.สธ.	รพช. 705	รพท. 66	รพศ. 25	รพร. 21	รพ. P 1
2 สธ. นอก สป.	กรมการแพทย์ 10	กรมสุขภาพจิต 16	กรมชئون 23		
3 สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ	ร.ร.แพทย์ กทม. 4	ร.ร.แพทย์ คจว. 5	อื่นๆ 2		
4 สังกัดกองโขน และตำรวจ	ใน กทม. 7	ใน อุ้มผาง 45			
5 สังกัดส่วนท้องถิ่น เช่น กทม. เทศบาล	ใน กทม. 9	ใน คจว. 2			
6 นอก สธ. ไม่ใช่ส่วนท้องถิ่น และไม่ใช่อำเภอ	ใน กทม. 1	ใน คจว. 5			
7 สังกัดเอกชน	ใน กทม. 22	ใน คจว. 34			
สปีชช.					

24

ประเภทบริการแบ่งตามกองทุน

- HC1 High Cost 3 ประเภท หัวใจ ค่าตัดสมอง และมะเร็ง
- HCRW High Cost RW>=4
- AE อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ นอกเครือขายจังหวัด
- PUC สิทธิว่าง
- NB เด็กแรกเกิดปกติที่ลงทะเบียนต่างจังหวัด กับหน่วยบริการที่คลอด และเด็กแรกเกิดที่ป่วย
- IP normal ผู้ป่วยใน นอกเหนือจากกรณีอื่นๆ

สปสช.

25

ข้อมูลบริการในภาพรวม ปี 2549

1. กลุ่มผู้ป่วยแต่ละสังกัดต่างกัน
2. Charge/ AdjRW แต่ละสังกัดต่างกัน

สรุปการบริการจำแนกสังกัด

สป.สธ.ดูแล IPD 91%

ประเภทบริการ	Total Case	Case Ratio	Average charge	Average RW	Charge/ AdjRW
สังกัด					
สป.สธ.	3,102,695	90.8%	7,498	0.8357	9,300
สธ. นอก สป.	88,573	2.6%	18,760	1.2700	12,797
สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ	77,382	2.3%	33,660	2.1056	16,010
สังกัดกลาโหม และตำรวจ	31,956	0.9%	18,657	1.3127	13,764
สังกัดส่วนท้องถิ่น เช่น กทม. เทศบาล	34,769	1.0%	12,986	1.1643	10,855
นอก สธ. ไม่ใช่ส่วนท้องถิ่น และไม่ใช่งลาโหม	9,213	0.3%	26,219	1.8144	13,876
สังกัดเอกชน	73,347	2.1%	23,670	1.0294	23,867
สปสช. ปี 2549	27				

จำนวนบริการ

จำแนกสังกัดและประเภทบริการ

ประเภทบริการ	HC1	HCRW	AE	PUC	NB	IP normal
สังกัด				สิทธิว่าง	แรกเกิด	
สป.สธ.	26,346	30,351	111,448	43,182	104,659	2,786,709
สธ. นอก สป.	12,736	2,777	16,842	2,733	3,225	50,260
สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ	14,719	5,908	6,773	1,630	2,729	45,623
สังกัดกลาโหม และตำรวจ	1,036	1,370	5,113	1,329	2,925	20,183
สังกัดส่วนท้องถิ่น เช่น กทม. เทศบาล	853	868	3,941	987	1,560	26,560
นอก สธ. ไม่ใช่ส่วนท้องถิ่น และไม่ใช่งลาโหม	807	194	1,087	256	641	6,228
สังกัดเอกชน	1,381	1,432	1,083	467	4,269	64,715
สปสช. ปี 2549	28					

สัดส่วนจำนวนบริการ ในแต่ละประเภทบริการจำแนกสังกัด

ประเภทบริการ	HC1	HCRW	AE	PUC	NB	IP normal
สังกัด			สิทธิว่าง	แรกเกิด		
สป.สธ.	45.5%	70.7%	76.2%	85.4%	87.2%	92.9%
สธ. นอก สป.	22.0%	6.5%	11.5%	5.4%	2.7%	1.7%
สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ	25.4%	13.8%	4.6%	3.2%	2.3%	1.5%
สังกัดกลาโหม และตำรวจ	1.8%	3.2%	3.5%	2.6%	2.4%	0.7%
สังกัดส่วนท้องถิ่น เช่น กทม. เทศบาล	1.5%	2.0%	2.7%	2.0%	1.3%	0.9%
นอก สธ. ไม่ใช่ส่วนท้องถิ่น และไม่ใช่งลาโหม	1.4%	0.5%	0.7%	0.5%	0.5%	0.2%
สังกัดเอกชน	2.4%	3.3%	0.7%	0.9%	3.6%	2.2%
สปสช. ปี 2549	29					

สัดส่วนจำนวนบริการ ในแต่ละสังกัดจำแนกประเภทบริการ

ประเภทบริการ	HC1	HCRW	AE	PUC	NB	IP normal
สังกัด			สิทธิว่าง	แรกเกิด		
สป.สธ.	0.8%	1.0%	3.6%	1.4%	3.4%	89.8%
สธ. นอก สป.	14.4%	3.1%	19.0%	3.1%	3.6%	56.7%
สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ	19.0%	7.6%	8.8%	2.1%	3.5%	59.0%
สังกัดกลาโหม และตำรวจ	3.2%	4.3%	16.0%	4.2%	9.2%	63.2%
สังกัดส่วนท้องถิ่น เช่น กทม. เทศบาล	2.5%	2.5%	11.3%	2.8%	4.5%	76.4%
นอก สธ. ไม่ใช่ส่วนท้องถิ่น และไม่ใช่งลาโหม	8.8%	2.1%	11.8%	2.8%	7.0%	67.6%
สังกัดเอกชน	1.9%	2.0%	1.5%	0.6%	5.8%	88.2%
สปสช. ปี 2549	30					

**เกิดคำถาม → DRG ในกลุ่ม HC1
มีการจำแนกความยากของโรค ?**

ประเภทบริการ	HC1	HCRW	AE	PUC	NB	IP normal
สังกัด				สิทธิว่าง	แรกเกิด	
สป.สร.	2.0133	6.2961	0.8186	0.7075	0.5685	0.7778
สร. นอก สป.	1.9256	6.6043	0.8352	0.8212	0.7605	1.0120
สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ	3.0421	6.6059	1.1702	1.0488	0.9168	1.4685
สังกัดลาโหม และตำรวจ	3.2813	6.7766	1.0945	0.9718	0.6079	1.0207
สังกัดส่วนท้องถิ่น เช่น กทม. เทศบาล	3.2980	6.4692	0.8814	0.7862	0.6864	1.0065
นอก สร. ไม่ใช่ส่วนท้องถิ่น และไม่ไปกลาโหม	7.6299	7.3086	0.8068	0.8023	0.4776	1.2447
สังกัดเอกชน	4.7924	6.3304	1.0847	0.9116	0.4731	0.8684
สปสช. ปี 2549	31					

Average AdjRW

จำแนกสังกัดและประเภทบริการ

ประเภทบริการ	HC1	HCRW	AE	PUC	NB	IP normal
สังกัด				สิทธิว่าง	แรกเกิด	
สป.สร.	1.9636	6.1512	0.7867	0.6918	0.5614	0.7488
สร. นอก สป.	2.0514	6.7059	1.1502	0.9584	0.7679	1.2064
สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ	3.0626	6.4953	1.1886	1.1013	0.9328	1.4652
สังกัดลาโหม และตำรวจ	3.3710	7.0261	1.1297	1.0235	0.6014	1.0555
สังกัดส่วนท้องถิ่น เช่น กทม. เทศบาล	3.3697	6.6973	0.8959	0.8128	0.6926	1.0352
นอก สร. ไม่ใช่ส่วนท้องถิ่น และไม่ไปกลาโหม	7.4584	7.1638	0.8951	0.9097	0.4882	1.3617
สังกัดเอกชน	4.6140	6.1569	1.0065	0.8717	0.4547	0.8362
สปสช. ปี 2549	สีแดง คือ AdjRW ลดลง					
สปสช. ปี 2549	32					

**Charge/AdjRW จำแนกสังกัดและประเภทบริการ
เทียบกับ Base rate**

ประเภทบริการ	HC1	HCRW	AE	PUC	NB	IP normal
สังกัด	10,300	10,300	7,000	7,000	7,000	7,000
สป.สร.	12,994	14,266	10,518	10,394	11,532	8,634
สร. นอก สป.	14,351	17,988	10,364	19,619	15,004	10,925
สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ	14,915	17,799	15,792	17,326	18,459	15,619
สังกัดลาโหม และตำรวจ	17,475	18,347	13,475	12,514	10,993	11,472
สังกัดส่วนท้องถิ่น เช่น กทม. เทศบาล	12,563	15,315	9,935	9,073	9,426	9,959
นอก สร. ไม่ใช่ส่วนท้องถิ่น และไม่ไปกลาโหม	13,839	15,942	12,336	12,007	14,348	13,773
สังกัดเอกชน	31,611	28,357	26,207	28,362	17,236	22,381
สปสช. ปี 2549	33					

ภาพรวมการบริการในสังกัด สป.สร.

3,102,695 ราย

ประเภทบริการ		Total	Case	Average	Average	Charge/
สังกัด		Case	Ratio	charge	RW	AdjRW
สป.สร.	รพช.	1,604,075	46.93%	3,530.62	0.6558	5,636
	รพท.	793,407	23.21%	10,888.46	0.9456	11,837
	รพศ.	605,450	17.71%	13,625.86	1.1806	11,895
	รพร.	90,401	2.64%	6,483.28	0.7365	9,126
	Privatization	9,362	0.27%	13,320.45	0.9885	14,035
สปสช. ปี 2549		34				

**จำนวนบริการในสังกัด สป.สร.
จำแนกประเภท รพ./ประเภทบริการ**

ประเภทบริการ		HC1	HCRW	AE	PUC	NB	IP normal
สังกัด					สิทธิว่าง	แรกเกิด	
สป.สธ.	รพช.	487	2,105	43,537	20,050	36,916	1,500,980
	รพท.	5,675	11,230	38,189	12,580	35,379	690,354
	รพศ.	20,085	16,434	27,270	9,309	28,271	504,081
	รพร.	43	314	2,007	1,060	3,672	83,305
	Privatization	56	268	445	183	421	7,989
สปสช. ปี 2549		35					

Average RW ในสังกัด สป.สร.

ประเภทบริการ		HC1	HCRW	AE	PUC	NB	IP normal
สังกัด					สิทธิว่าง	แรกเกิด	
สป.สธ.	รพช.	1.1004	5.3795	0.6478	0.5792	0.4705	0.6549
	รพท.	1.7379	6.2255	0.8615	0.7877	0.5892	0.8790
	รพศ.	2.1144	6.4741	1.0350	0.8811	0.6789	1.0123
	รพร.	1.2844	5.6695	0.7513	0.6570	0.5044	0.7285
	Privatization	2.1619	6.2702	0.8967	0.7125	0.5602	0.8371
สปสช. ปี 2549		36					

Charge/AdjRW ในสังกัด สป.สธ.

ประเภทบริการ	HC10,300	HC10,300	AF,000	PU,000	IF,000	IP normal
สังกัด						
สป.สธ.						
รพช.	6,139	6,987	5,541	6,211	5,493	5,618
รพท.	12,859	15,777	12,291	12,323	15,682	11,195
รพศ.	13,106	13,954	13,356	13,839	12,446	11,225
รพร.	5,396	13,846	9,884	10,413	11,450	8,887
Privatization	13,273	19,043	13,414	13,112	8,480	13,000

สป.สธ. ปี 2549

37

ข้อมูลบริการของ UHOSNET

1. ทุก รพ. ได้รับผลกระทบทางการเงิน
2. Charge/ AdjRW แต่ละ รพ.แตกต่างกัน

สรุปการบริการผู้ป่วยในโดยกลุ่ม รพ. UHosNet FY 2548

- บริการ IPD 137,906 ราย
- Total charge 4,098.8 ล้านบาท
- Average charge 29,722 บาท/ราย
- Charge/AdjRW 14,762 บาท
- Base rate 3,000 – 10,300 บาท
- Charge recovery 53% (ไม่รวม Additional payment)

สภ.ส.

39

การบริการผู้ป่วยในโดยกลุ่ม รพ. UHosNet FY 2549 - 2550

- ปี 2549 Charge recovery ในภาพรวม ~ 45% - 70%
 - ปี 2550 นำข้อมูลมา simulate หากใช้ DRG 4.0 → Base rate 8,000 บาท Charge recovery ~ 51% - 87%
- รายละเอียดในไฟล์ "UCimpact2550"

UHosNet

40

วิเคราะห์คุณภาพบริการ

- คุณภาพการรักษาดี → ดาชน้อย (นับ discht = 8, 9)
- ประสิทธิภาพการรักษา →
 - ALOS สั้น และ.....
 - ดาชน้อย ?? และ.....
 - Charge/ AdjRW ต่ำกว่าในกลุ่มที่ CMI และความรุนแรงของโรคใกล้เคียงกัน

ดาชน้อย อาจไม่ได้แปลว่า รักษาเก่ง แต่อาจเพราะ refer เร็ว - บริหารดี

41

ผลการรักษา FY2547

ไฟล์ "discht_nhso2547"
และ "dicharge type-CS"

สป.สธ.

42

ข้อเสนอการพัฒนาระบบ

- พัฒนามาตรฐานการบันทึกข้อมูล ICD
- พัฒนาระบบตรวจสอบ
- วิเคราะห์ Utilization rate - IP normal ซึ่งรพ.ให้การดูแลเอง (over utilized?)
- วิเคราะห์ impact จำแนกตามกลุ่ม DRG
- วิเคราะห์เปรียบเทียบ Charge กับผลการรักษา (Discht)
- พัฒนาระบบร่วมจ่าย (Cost sharing)

43

ข้อเสนอ การปรับระบบจ่ายชดเชย IPD

- ยกเลิก Global budget
- Differential base rate ตามระดับ รพ. หรือ..ตามกลุ่มโรค
- จัดสรรงบรายหัวเพิ่มในเขตที่มี Selective bias
- Cost sharing กรณีทางเลือกเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต หรือยืดชีวิต
.....???

44

Global budget

- ทำให้ไม่เห็นภาระหนี้
- ผู้พิจารณางบประมาณ จะไม่เห็นว่างบประมาณ UC ไม่เพียงพอ
- มีผลกระทบต่อคุณภาพบริการและจำนวนที่สามารถให้บริการ
- Global budget V.S. Global volume

45

การยกเลิก Global budget

- งบประมาณอาจบานปลาย
- ต้องมีระบบตรวจสอบ
- หากไม่มีงบกลางมารองรับ อาจเกิดปัญหาการจำกัด
จำนวนรายที่จะให้บริการ

46

ระบบที่ดี → การปรับตัว

- ต้องกำหนดมาตรฐานของระบบ
- ระบบต้องง่าย ไม่ซับซ้อน (Simple and Easy)
- การเริ่มระบบ ต้องเตรียมความพร้อม และมีการสื่อสารที่ดี (สื่อสารง่าย/ชัดเจน)
- ระบบที่ดีจะเหนี่ยวนำให้ปรับพฤติกรรม แต่ไม่ทำให้เบี่ยงเบนพฤติกรรม

47

ระบบปรับพฤติกรรม

- เดิมไม่มีระบบบันทึก ข้อมูลไม่ครบ เมื่อมีระบบบันทึก ทำให้ข้อมูลครบถ้วน
- หากสงสัยว่า charge ค่า จะทำให้เกิดการตรวจสอบว่าบันทึกครบหรือไม่
- เมื่อมีระบบตรวจสอบ จะทำให้เกิดการปรับปรุงข้อบกพร่อง

48

ระบบเบี่ยงเบนพฤติกรรม

- เงินไม่พอ รู้ว่าบันทึก ICD ครบ $\Rightarrow RW \uparrow$ จะพยายามบันทึกให้ครบ อาจครบมากไป
- ถูกฟ้องร้องบ่อย เกิด Defensive Med.
- ไม่ต้องจ่ายเงินเอง $\Rightarrow$ ขอลามาก ๆ
- รับงบแบบ exclusive $\Rightarrow$ ตัดสินใจส่งต่อได้เร็ว

49



**4.3 การบริหารการเงิน การคลัง ประสิทธิภาพและ
การเรียนรู้ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
โดย นพ. ณรงค์ อภิกุลวณิช**

การบริหารการเงิน การคลัง ประสบการณ์และการเรียนรู้ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา



วิสัยทัศน์

“ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีคุณภาพ
เน้นความเป็นเลิศด้านการบริการ
เป็นที่ยอมรับของประชาชน ”



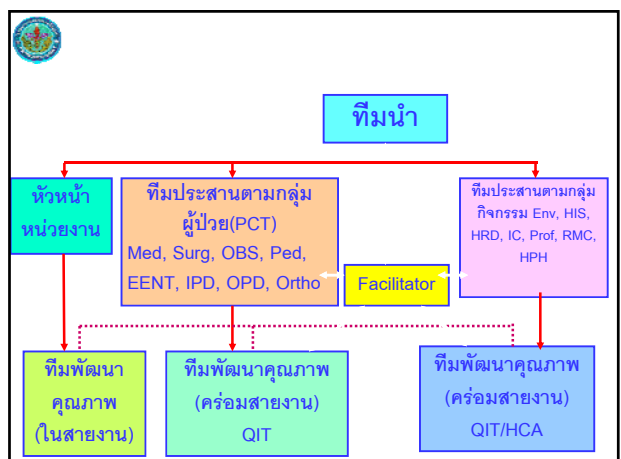
พันธกิจ

1. จัดบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริม พันฟูสภาพ และป้องกันโรคตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. พัฒนาขยายเครือข่ายบริการสุขภาพเชิงรุก และ มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
3. พัฒนาศักยภาพด้านสมรรถนะ ให้มีศักยภาพ เปี่ยมด้วยขวัญและกำลังใจ
4. จัดระบบบริหารทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ
5. พัฒนาการใช้เทคโนโลยี และสารสนเทศให้มี ประสิทธิภาพ



ยุทธศาสตร์

1. เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. พัฒนาระบบบริการ รพศ. และ PCU เครือข่าย ให้มี ประสิทธิภาพ
3. จัดให้มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เพียงพอ
4. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล
5. การบริการตลาดเชิงรุกเน้นลูกค้าสัมพันธ์
6. พัฒนาระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ



จำนวนบุคลากร รพ.พระนครศรีอยุธยา

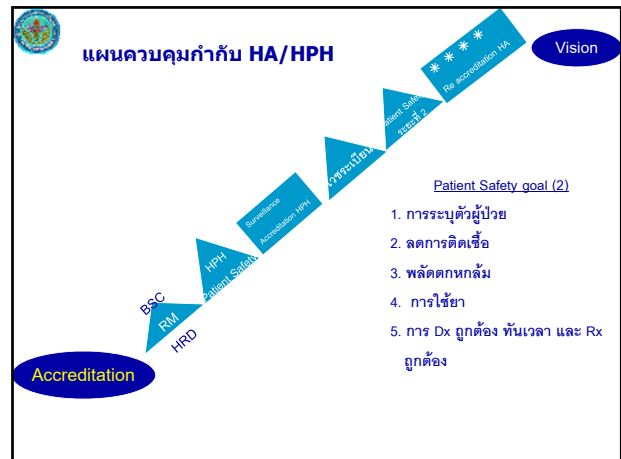
ข้าราชการ

แพทย์	63	พยาบาลเทคนิค	35
ทันตแพทย์	11	(ลาศึกษาต่อ 13)	
เภสัชกร	25	เจ้าหน้าที่พยาบาล	7
พยาบาลวิชาชีพ	362	ข้าราชการอื่นๆ	173
(ลาศึกษาต่อ 3)		รวมข้าราชการ	676

ลูกจ้าง

ลูกจ้างประจำ	164		
ลูกจ้างชั่วคราว	584	รวมเจ้าหน้าที่ทั้งหมด	1,428
พนักงานราชการ	4		

ข้อมูล ณ มิถุนายน 2551



กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

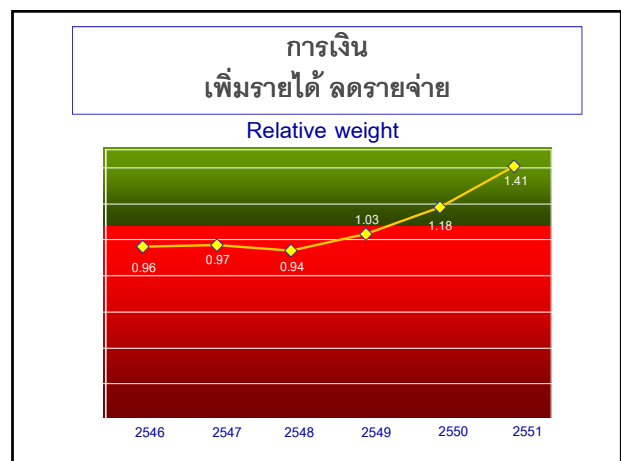
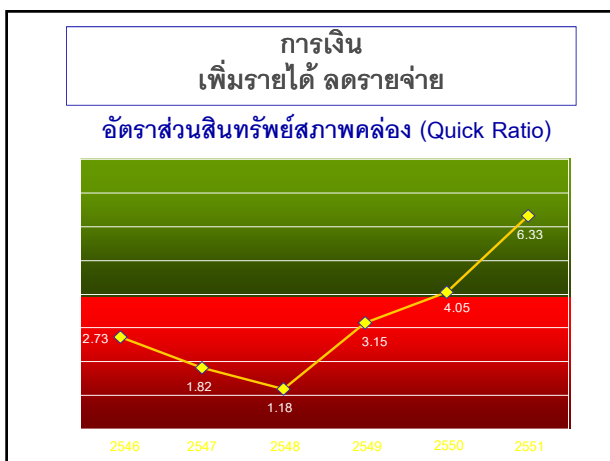
โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ

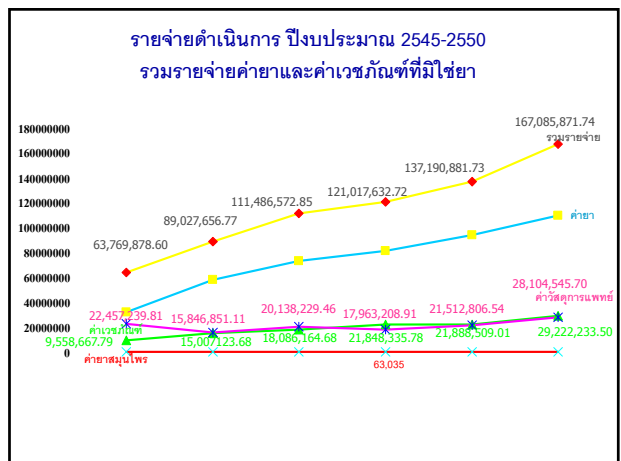
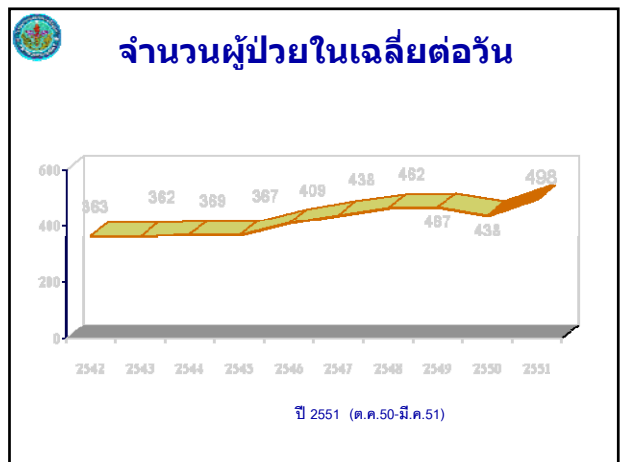
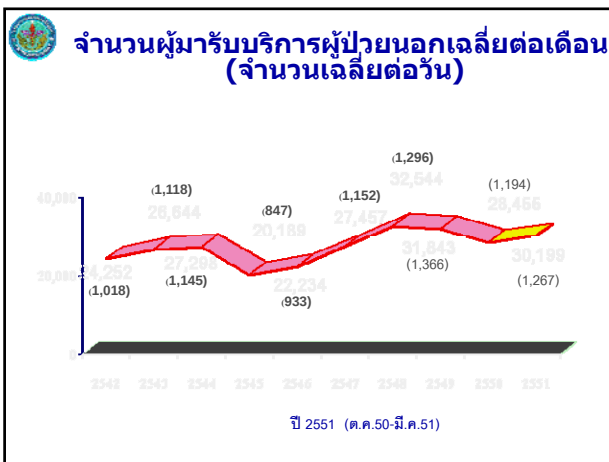
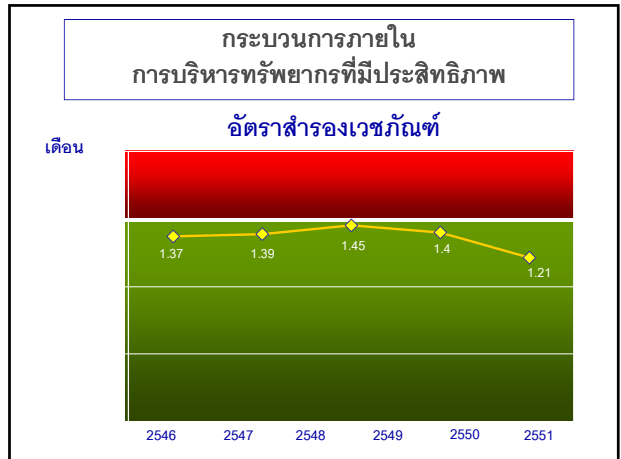
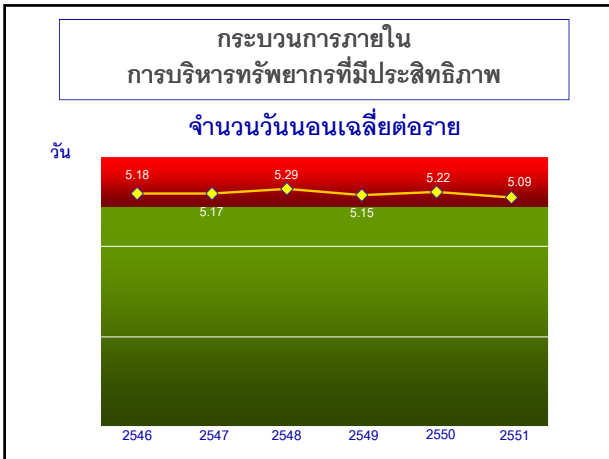
Hospital Accreditation

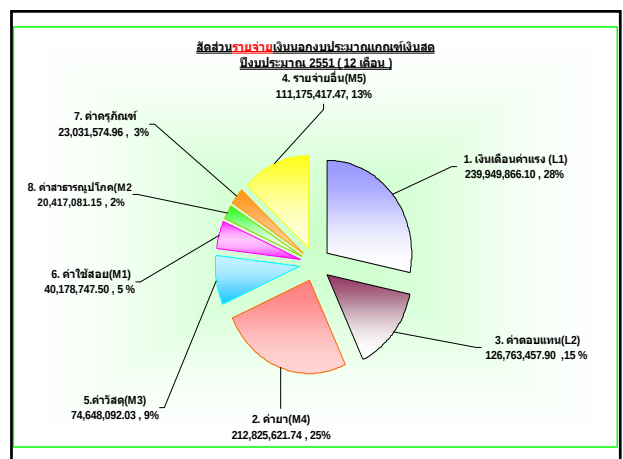
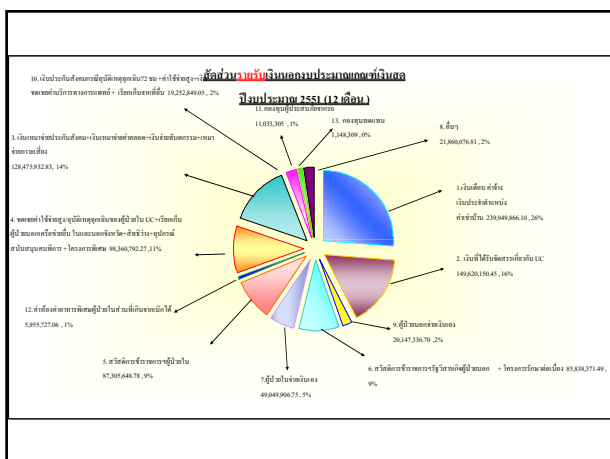
ได้รับใบประกาศ วันที่ 9 มีนาคม 2548

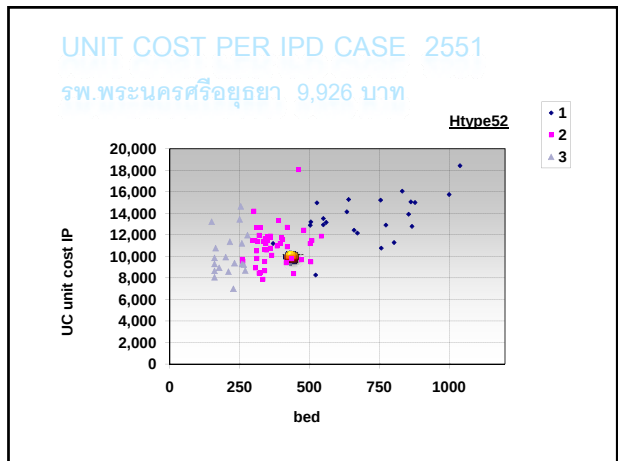
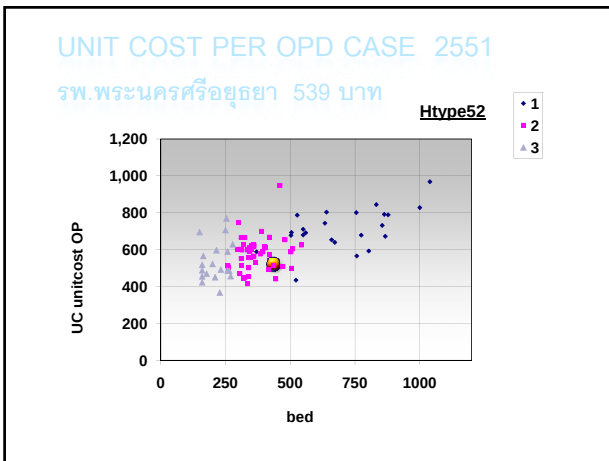
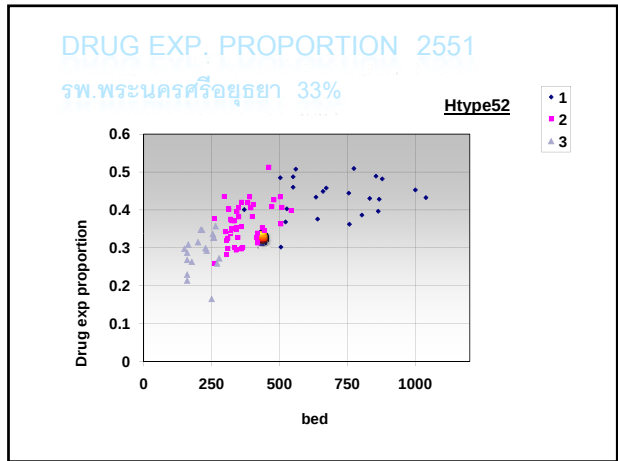
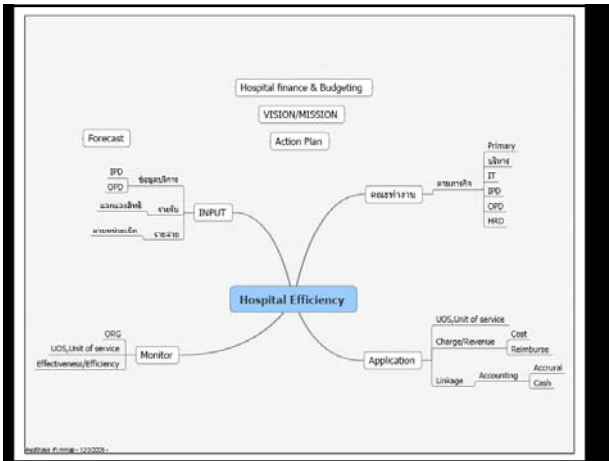
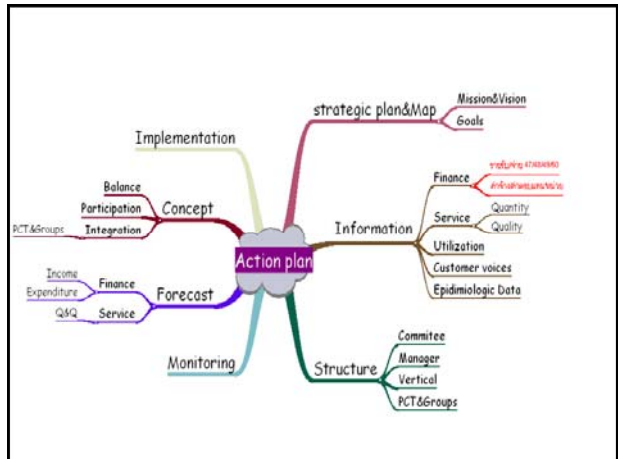
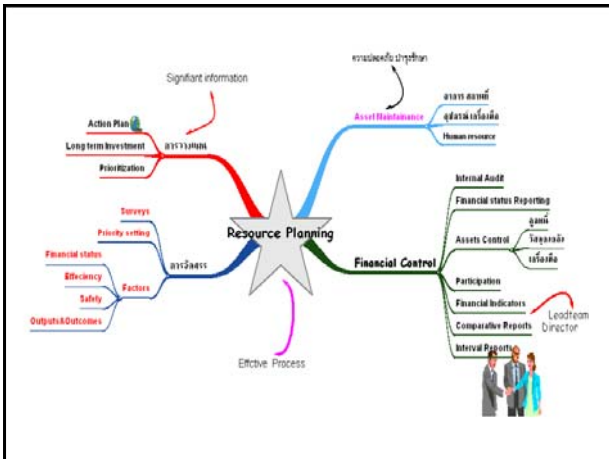
รางวัล HA Re Accreditation

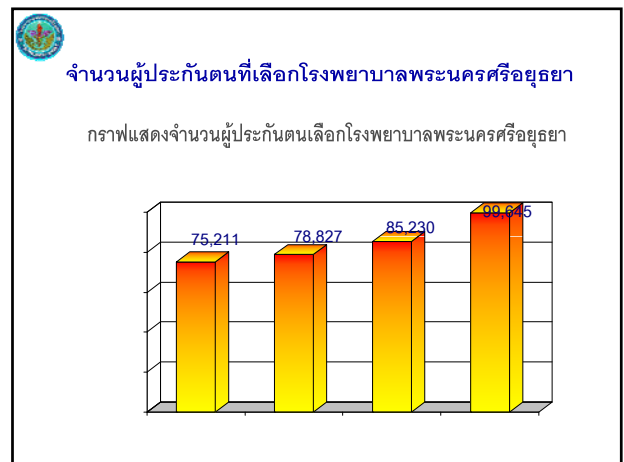
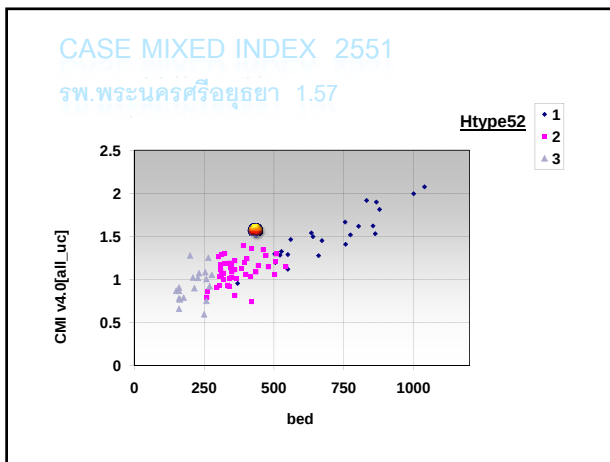
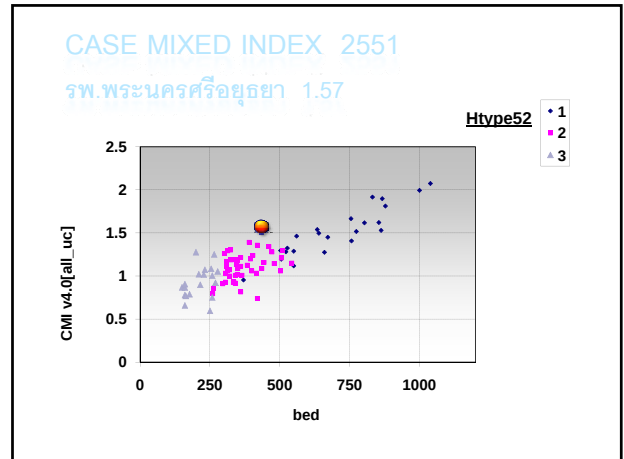
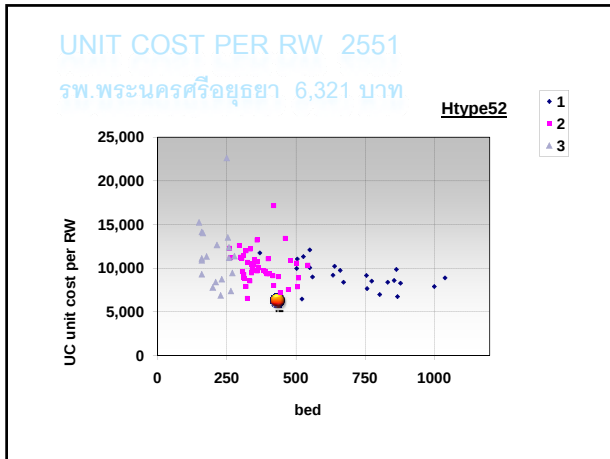
ได้รับใบประกาศ วันที่ 11 มีนาคม 2551







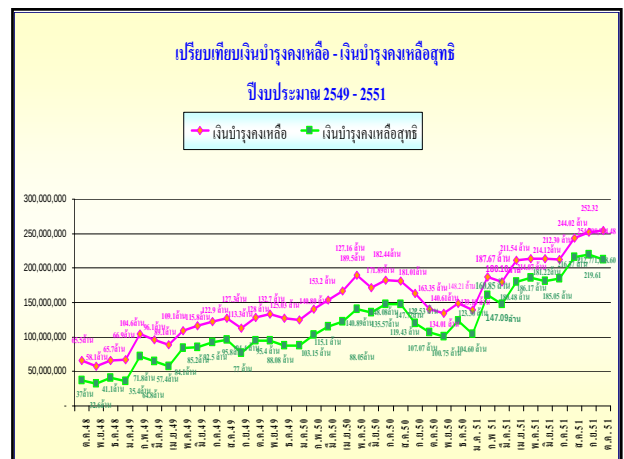




โครงการพัฒนาโรงพยาบาล

"บริการประทับใจ ไร้ความแออัด"

พัฒนาเครือข่ายจังหวัดพระนครศรีอยุธยา





พระบรมราโชวาท พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

ความรู้ที่ถูกต้องแม่นยำ ทั้งทางลึกและกว้าง ประการหนึ่ง
 ความคิดเห็นที่เป็นสัมมาทิฐิ ถูกต้องด้วยเหตุผล
 หลักวิชาและความชอบธรรม ประการหนึ่ง
 ความสามารถในการปฏิบัติงานการงานให้สำเร็จผล
 ตรงตามจุดหมาย อีกประการหนึ่ง
 เป็นปัจจัยสำคัญของการทำงาน
 ผู้ปฏิบัติราชการโดยอาศัยสามส่วนนี้โดยครบถ้วน สม่่าเสมอ
 จะประสบความสำเร็จและความเจริญรุ่งโรจน์
 ทั้งจะทำให้ราชการและชาติบ้านเมือง
 พัฒนาก้าวหน้าไปได้ด้วยความมั่นคง สวัสดิ์

สวัสดิ์

**4.4 ตัวอย่างการวิเคราะห์การเงินการคลังและการ
นำไปใช้ประโยชน์ กรณีศึกษาตรวจราชการที่ 18
โดย นพ. นิพนธ์ โตวิวัฒน์**

ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลการเงินการคลัง และการนำไปใช้ประโยชน์

กรณีศึกษา

เขตตรวจราชการที่ 18



นพ.นิพนธ์ โตวิวัฒน์

สรุปสถานการณ์การเงินการคลัง และ ผลการดำเนินงาน

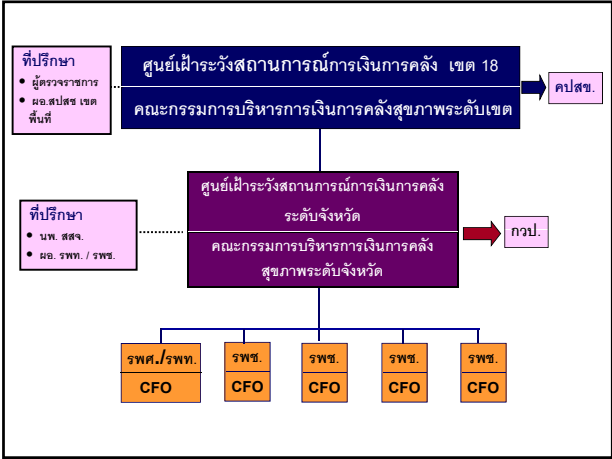
ของ

สถานบริการสาธารณสุข เขต 18



วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านการเงินระดับอำเภอและจังหวัด
2. เพื่อพัฒนาบทบาทของหน่วยงานระดับเขตและจังหวัดในการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผน



ดัชนีที่ใช้ในการวิเคราะห์ปี 2551

1. วิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงินและความพอเพียง	4	ดัชนี
2. วิเคราะห์ความสามารถในการทำกำไร	1	ดัชนี
3. วิเคราะห์ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและการบริหารจัดการ	9	ดัชนี
4. วิเคราะห์ต้นทุน	1	ดัชนี
5. ดัชนีเพิ่มเติมของเขต 18	2	ดัชนี
รวม	17	ดัชนี

สถานบริการสาธารณสุขที่วิเคราะห์ ได้แก่....

รพศ. รพท.	4	ร.พ.
รพช. 90 เตียง	4	ร.พ.
รพช. 60 เตียง	15	ร.พ.
รพช. 10-30 เตียง	18	ร.พ.
รวม	41	ร.พ.

1. สภาพคล่องทางการเงิน (Liquidity ratio) และความพอเพียง
 - 1.1 Current ratio (เท่า)
 - 1.2 Quick ratio (เท่า)
 - 1.3 Cash ratio (เท่า)
 - 1.4 ความพอเพียงของทุนสำรองสุทธิต่อค่าใช้จ่าย (เดือน)
2. อัตราส่วนในการทำกำไร (Profitability ratio)
 - 2.1 อัตรากำไรสุทธิไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย (ร้อยละ)
3. ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและการบริหารจัดการ (Efficiency ratio)
 - 3.1 ระยะเวลาเฉลี่ยในการเก็บลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล UC (วัน)
 - 3.2 ระยะเวลาเฉลี่ยในการเก็บลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย UC (วัน)
 - 3.3 ระยะเวลาเฉลี่ยในการเก็บลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล non UC (วัน)
 - 3.4 ระยะเวลาเฉลี่ยในการหมุนเวียนของวัสดุคงคลัง (วัน)
 - 3.5 ระยะเวลาเฉลี่ยในการหมุนเวียนของยา เวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์คงคลัง (วัน)
 - 3.6 ระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระเจ้าหนี้การค้าค่าทุกประเภท (วัน)
 - 3.7 ระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระเจ้าหนี้การค้าค่ายา เวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์ (วัน)
 - 3.8 ระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระเจ้าหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย (วัน)
 - 3.9 การหมุนเวียนของสินทรัพย์การเฉลี่ยต่อไตรมาส (ร้อยละ)

4. วิเคราะห์ต้นทุน (Estimated cost analysis)

4.1 ต้นทุนดำเนินการทั้งหมดต่อ RW (บาท)

5. ดัชนีเพิ่มเติมของเขต 18

5.1 ระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระเจ้าหน้าที่การ เกษียณกรรม (วัน)

5.2 อัตราการใช้สมุนไพรรต่อการใช้จ่ายทั้งหมด (ร้อยละ)

รวม 17 ดัชนี

เงินเหมาจ่ายรายหัว UC ที่ได้รับจัดสรรหลังหักเงินเดือน

จังหวัด	2550 (จัดสรรล่วงหน้า)	2550 (จัดสรรจริง)	2551 (จัดสรรล่วงหน้า)
นครสวรรค์	733,253,901.35	727,796,190.82	854,446,810.63
กำแพงเพชร	532,607,990.71	526,875,011.93	598,616,121.98
พิจิตร	342,306,762.36	344,228,378.65	400,335,169.93
อุทัยธานี	237,423,779.46	216,927,806.31	236,741,071.66
รวม	1,845,592,433.88	1,815,827,387.71	2,090,139,174.20

การดำเนินงานในปีงบประมาณ 2551

กิจกรรม	นครสวรรค์	กำแพงเพชร	พิจิตร	อุทัยธานี	สปป.เขต	รวม
พัฒนาฐานข้อมูลด้านการเงิน						
1. อบรมโครงการสอนการทำบัญชี เชิงคอมพิวเตอร์กับบัญชี 2551	18,890.00	11,500.00	11,750.00	237,010.00		279,150.00
2. อบรมสอนความรู้เกี่ยวกับ บัญชีโรงพยาบาล	8,000.00	19,400.00	10,000.00	127,895.00		165,295.00
พัฒนางานภายในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวางแผน						
1. อบรมคณะกรรมการ CFO	12,000.00					12,000.00
2. ประชุมวางแผนและแนวทางการ จัดสรรเงิน UC		4,000.00				4,000.00
3. ติดตามการวิเคราะห์ สถานการณ์การเงินการคลังใน โรงพยาบาล		35,500.00	6,000.00	11,700.00	19,880.00	73,080.00
4. นำเสนอสถานการณ์การเงิน การคลังในที่ประชุมผู้บริหาร ระดับจังหวัดทุกเดือน						
5. ประชุมคณะกรรมการ CFO เขต เพื่อนำเสนอสถานการณ์ การเงินทุก 3 เดือน					49,080.00	49,080.00
6. นำเสนอสถานการณ์การเงิน การคลังในที่ประชุมผู้บริหาร ระดับเขต (สปสช) ทุก 3 เดือน						
รวม	38,890.00	70,400.00	27,750.00	376,605.00	68,960.00	582,605.00

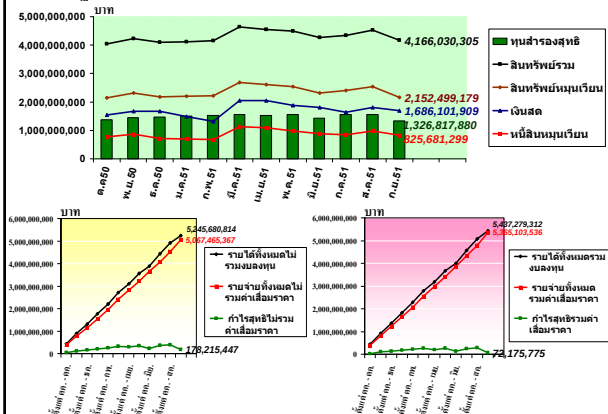
สรุปสถานการณ์การเงินการคลัง

เขต 18 ไตรมาส 4

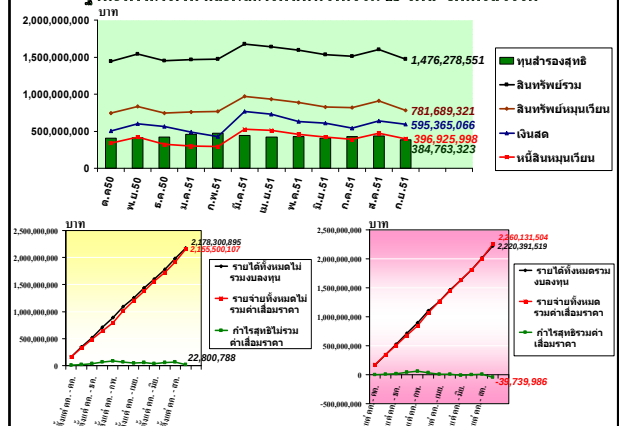
ปีงบประมาณ 2551

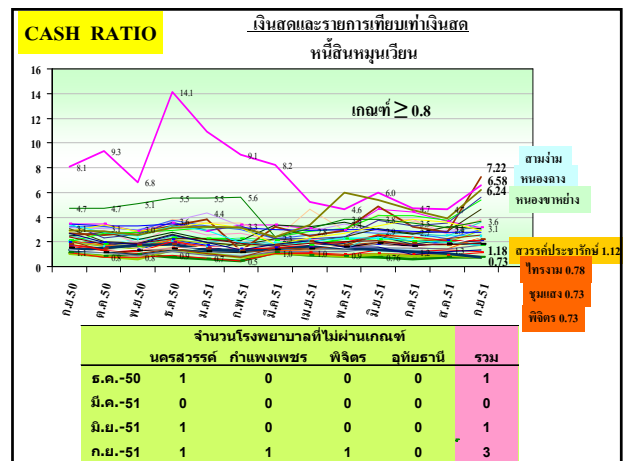
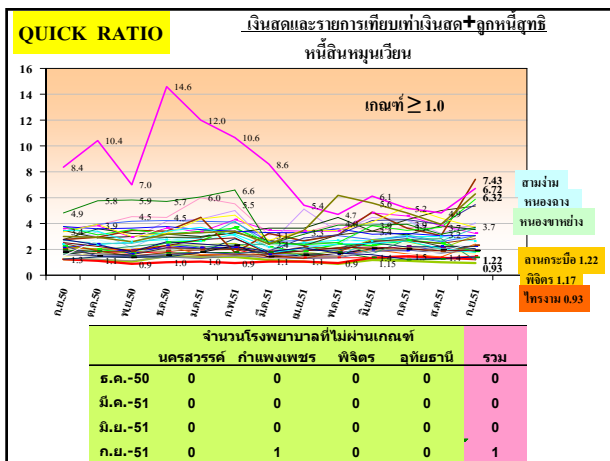
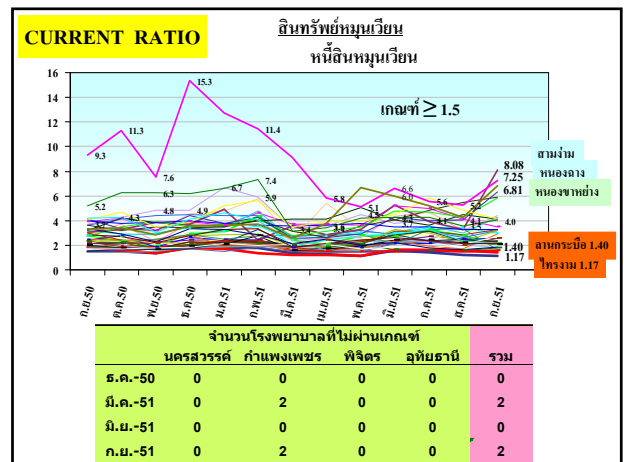
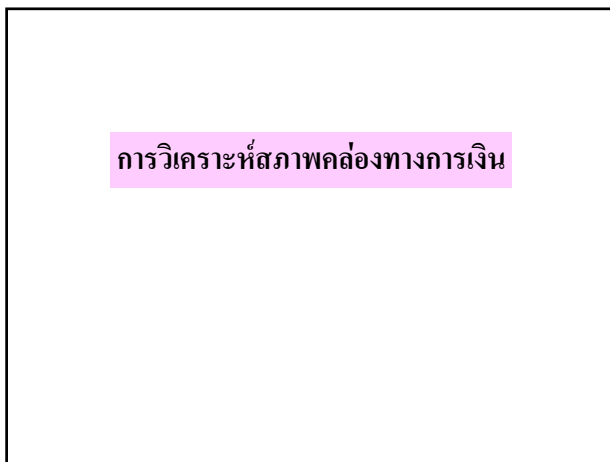
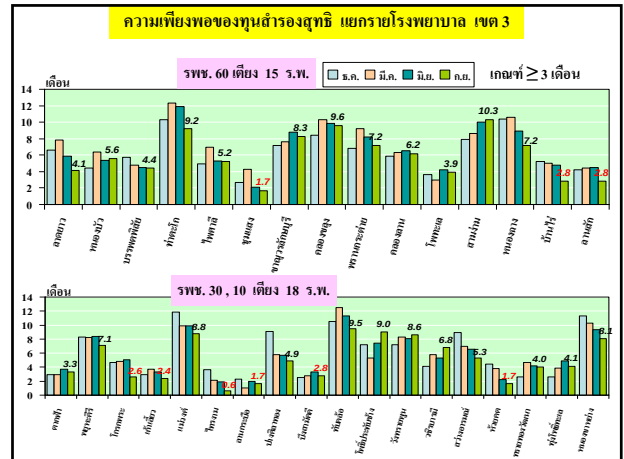
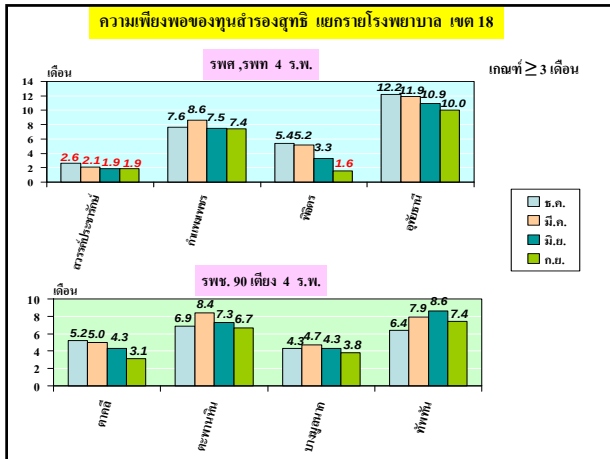


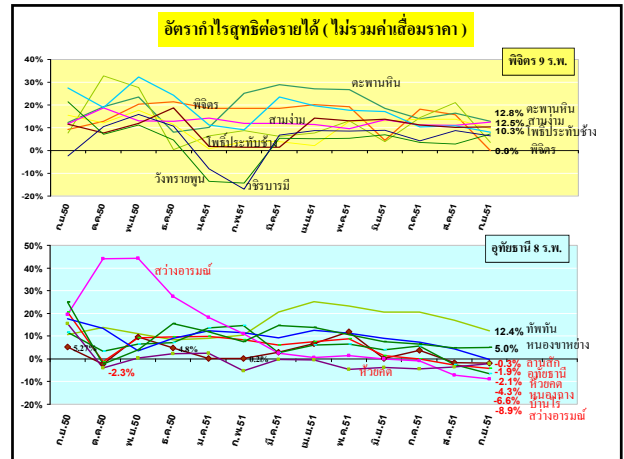
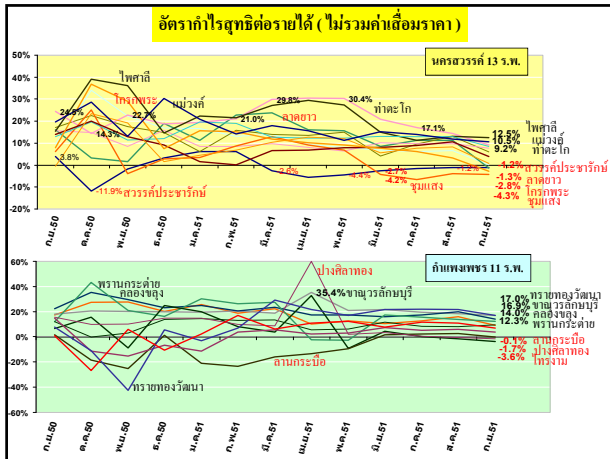
ฐานะทางการเงิน และผลการดำเนินงานรวม 41 ร.พ. เขต 18



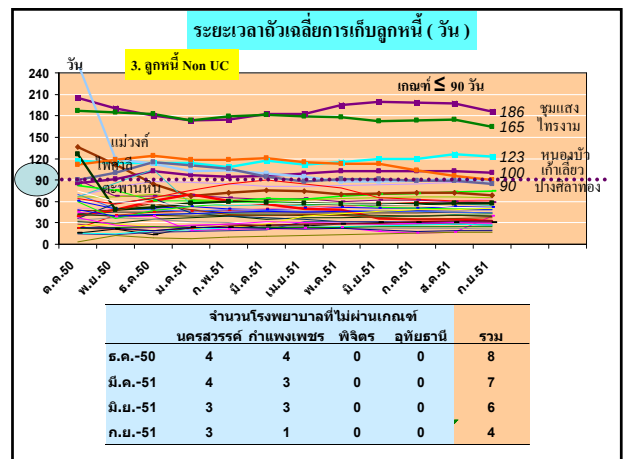
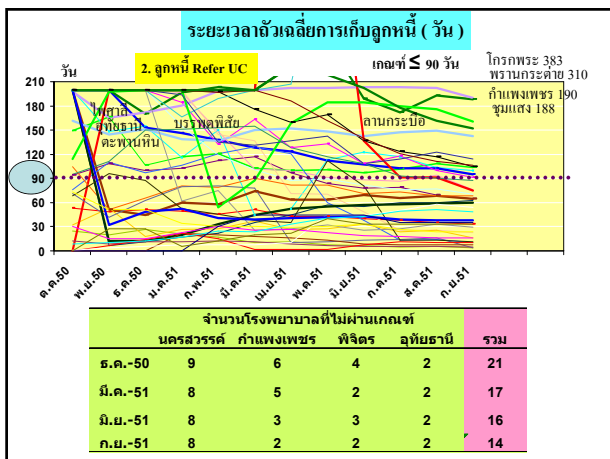
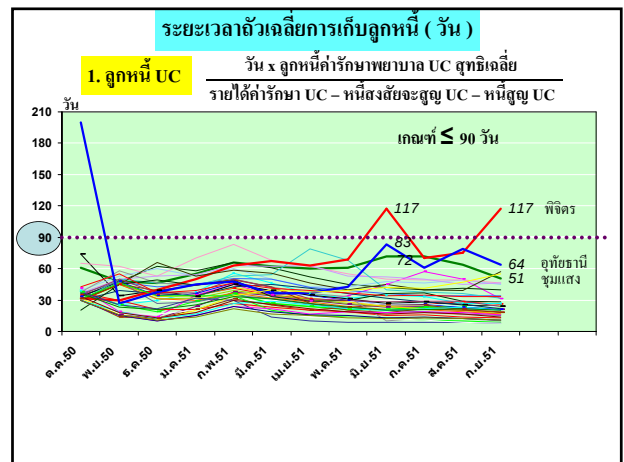
ฐานะทางการเงิน และผลการดำเนินงานรวม 13 ร.พ. จ.นครสวรรค์

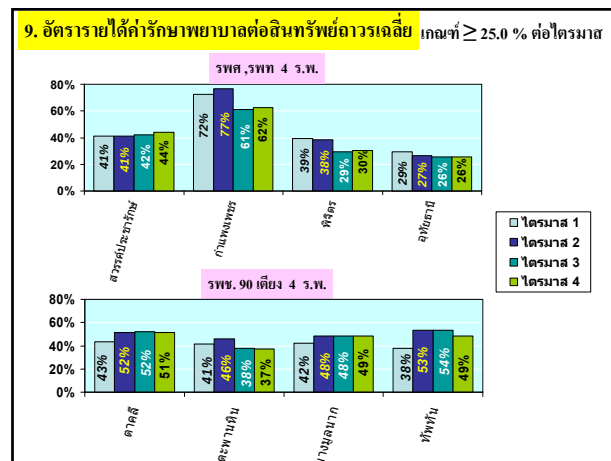
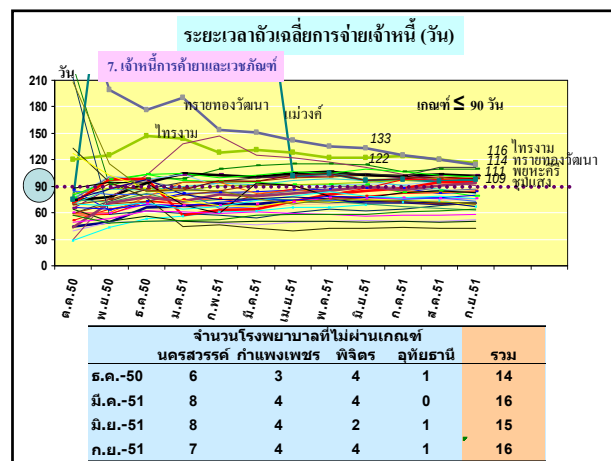
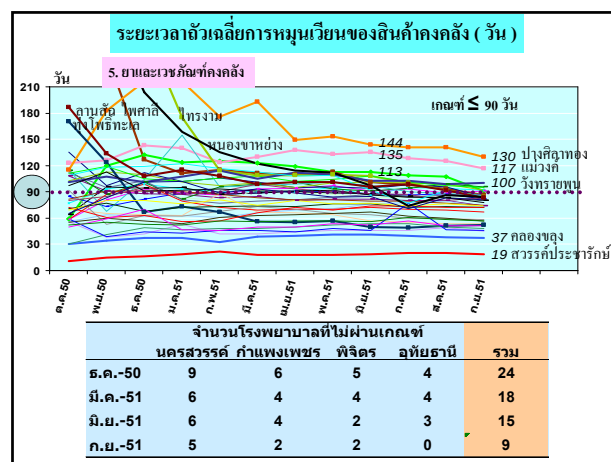






การวิเคราะห์ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร และการบริหารจัดการ



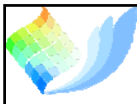


4.4 “ชี้แจงหลักสูตรการอบรม และคาดหวัง ”

โดย นพ.สุกิจ พึ่งเกษตรสุนทร

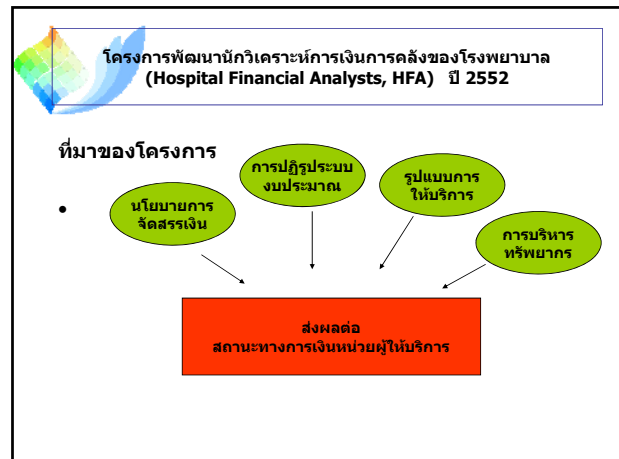
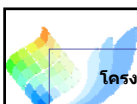
คุณอมรรัตน์ พิระพล

คุณพัชนี ธรรมวันนา



**โครงการพัฒนานักวิเคราะห์การเงินการคลังของโรงพยาบาล
(Hospital Financial Analysts, HFA) ปี 2552**

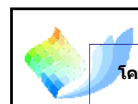
นายแพทย์อำนาจ กางิณะ
ที่ปรึกษาระดับกระทรวงสาธารณสุข
และผู้ช่วยอธิบดีกรมประกันสุขภาพ
16 กุมภาพันธ์ 2552
โรงแรมริชมอนด์

**โครงการพัฒนานักวิเคราะห์การเงินการคลังของโรงพยาบาล
(Hospital Financial Analysts, HFA) ปี 2552**

วัตถุประสงค์ของโครงการ

- เพิ่มพูนองค์ความรู้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้มการเงินการคลังของสถานพยาบาล
- พัฒนาศักยภาพในการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล เพื่อนำเสนอต่อผู้บริหารสถานพยาบาล
- เพื่อพัฒนาแผนเชิงธุรกิจของโรงพยาบาล (business plan) อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งระยะสั้น และระยะยาว

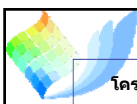


**โครงการพัฒนานักวิเคราะห์การเงินการคลังของโรงพยาบาล
(Hospital Financial Analysts, HFA) ปี 2552**

กลุ่มเป้าหมาย

- โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 24 แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง

ที่ได้รับงบประมาณจ่ายรายหัวปี 52 น้อยกว่าปี 51



**โครงการพัฒนานักวิเคราะห์การเงินการคลังของโรงพยาบาล
(Hospital Financial Analysts, HFA) ปี 2552**

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้และทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลการเงินการคลังของสถานพยาบาล
- เสนอแนะมาตรการเพื่อปรับปรุงแก้ไขต่อผู้บริหารสถานพยาบาล
- สามารถจัดทำร่างแผนธุรกิจเบื้องต้นของโรงพยาบาล
- มีข้อมูลสนับสนุนการจัดทำข้อเสนอในการขอตั้งงบประมาณอุดหนุนการดำเนินงานเพิ่มเติมให้แก่โรงพยาบาลซึ่งมีลักษณะพิเศษ

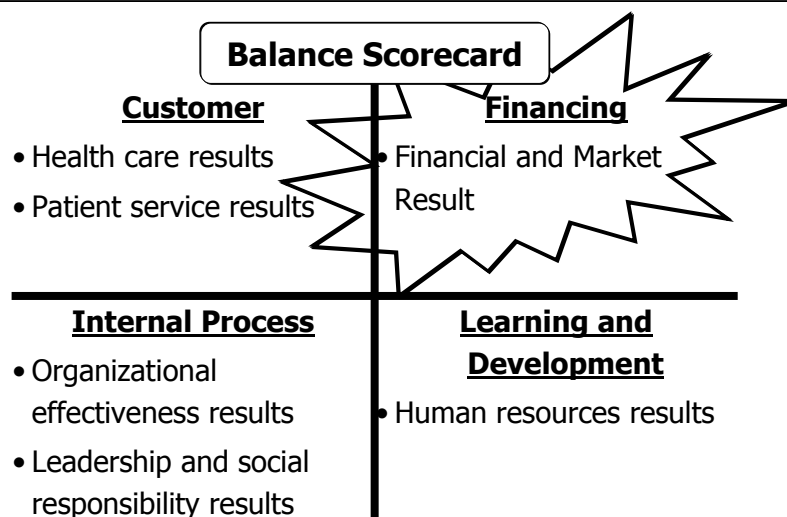
4.5 “Effects of payments under health insurance schemes to hospital financing and management”

โดย ดร.สุรรัตน์ งามไพเกียรติไพศาล

Effects of Payments under Health Insurance Schemes to Hospital Financing and Management

Sureerat Ngamkiatphaisan, Ph.D
Data Management and Cost Evaluating Center,
King Chulalongkorn Memorial Hospital

Hospital Management



Hospital Financing

รายรับ

- งบประมาณ
- เงินนอกงบประมาณ/เงินบริจาค
- ค่ารักษาพยาบาล
 - เงินสด
 - ระบบประกันสุขภาพ
 - เงินเชื่ออื่นๆ
- งบลงทุนและงบสนับสนุนจาก
ระบบประกันสุขภาพ
- ดอกผลจากกองทุนต่างๆ
- รายได้อื่นๆ

รายจ่าย

- ค่าแรง
- ค่าวัสดุ / ค่าจ้างเหมา / ค่า
บำรุงรักษา / เบี้ยประกัน / ค่า
สาธารณูปโภค
- ค่าลงทุน : ครุภัณฑ์, เครื่องมือ
แพทย์, อาคาร
- หนี้สูญในระบบประกันสุขภาพ
- สงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล
- ค่ารักษาพยาบาล VIP /
พระสงฆ์ / สวัสดิการเจ้าหน้าที่
- ค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ด

3

ระบบประกันสุขภาพพื้นฐานในประเทศไทย

1. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Services ; CSMBS) พ.ศ.2551 (DRG)
2. ระบบประกันสังคม (Social Security Services ; SSS) พ.ศ.2537
3. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme ; UC) พ.ศ.2544

4

โครงสร้างระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

- **พระราชบัญญัติข้าราชการ :** ให้สิทธิการรับบริการด้านสุขภาพแก่ข้าราชการ
- **กรมบัญชีกลาง (สำนักชดเชยสวัสดิการข้าราชการ) :** มีหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการด้านสุขภาพ (กำหนดกลไกการจ่ายเงิน) โดยผ่านการรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)
- **สิทธิประโยชน์:** ส่งเสริม-ป้องกัน, รักษา, ฟื้นฟู
- **กองทุน :** งบประมาณเบี่ยงโอนหลัง (หลังจากรักษาแล้ว) จากรัฐบาล

5

ระบบบริการสุขภาพ ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

- **ผู้มีสิทธิ :** ข้าราชการ, ข้าราชการบำนาญ และครอบครัว
- **การขึ้นทะเบียน :** ระบบจ่ายตรง (OPD)
- **การเลือก รพ. :** เลือกได้อิสระ (ไม่จำกัดจำนวน รพ.)
- **การรับบริการ :** รพ.รัฐ (IPD-เงินเชื่อ, OPD-เงินเชื่อระบบจ่ายตรง)
- **สิทธิประโยชน์**
 - ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - ด้านการวินิจฉัย-รักษายาบาล
 - ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย
- หากเป็นการประสบอุบัติเหตุจากรถยนต์ (พรบ.3) จะเลือกใช้สิทธิพรบ.3 ก่อน หรือไม่ใช้ก็ได้

6

โครงสร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : ให้สิทธิการรับบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนไทย (มีเลขประจำตัว 13 หลัก) ที่ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลอื่นที่รัฐให้การสนับสนุน
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) : มีหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการด้านสุขภาพ (กำหนดกลไกการจ่ายเงิน)
- สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ส่งเสริม-ป้องกัน, วินิจฉัย-รักษา,ฟื้นฟูสภาพร่างกาย
- กองทุน : งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวจากรัฐบาล (จ่ายล่วงหน้าต่อคนต่อปี)

7

ระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

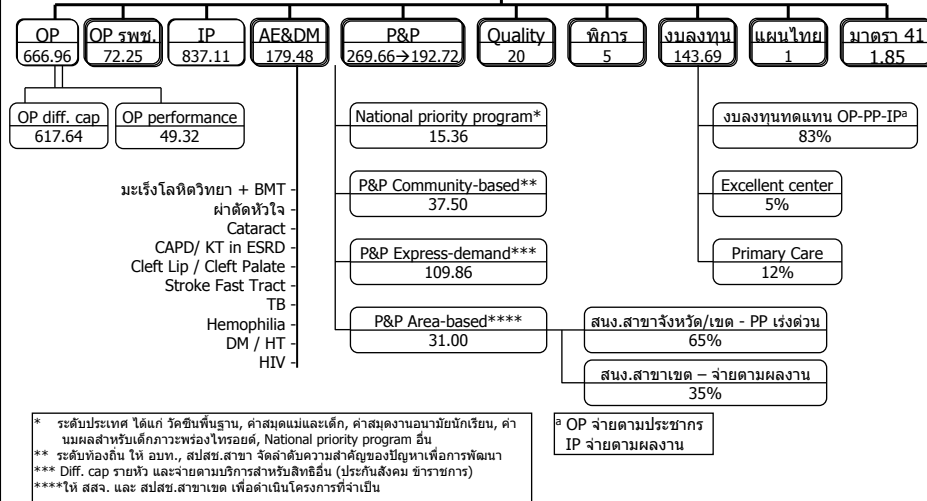
- ผู้มีสิทธิ : ประชาชนไทยทุกคนที่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลอื่น
- การขึ้นทะเบียน : สถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการ, สปสช.
- การเลือก รพ. : เลือก รพ.ในเขตตามทะเบียนบ้าน
- การรับบริการ : โรงพยาบาลตามบัตร
- สิทธิประโยชน์
 - ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - ด้านการรักษาพยาบาล
 - ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย
- หากเป็นการประสบอุบัติเหตุจากรถยนต์ (พรบ.3) ต้องใช้สิทธิพรบ.3 ก่อน

ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
ภายในเขตพื้นที่ - ไม่จำกัดครั้ง

8

ระบบการเงินการคลังภายในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2,202 บาทต่อประชากร



9

โครงสร้างระบบประกันสังคม

- **พระราชบัญญัติประกันสังคม** : ลูกจ้างในสถานประกอบการต้องจ่ายเงินสมทบประกันสังคม
- **สำนักงานประกันสังคม** : มีหน้าที่เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (กำหนดกลไกการจ่ายเงิน)
- **สิทธิประโยชน์ผู้ประกันตน** : รักษา, พ้นฟูฯ (ส่งเสริม-ป้องกัน อยู่ใน พรบ.หลักประกันฯ)
- **กองทุน** : (จ่ายล่วงหน้า) ประกอบด้วย เบี้ยประกันจากผู้ประกันตน 1/3, รัฐบาล 1/3, นายจ้าง 1/3

10

ระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ระบบประกันสังคม

- ผู้มีสิทธิ : ลูกจ้างที่จ่ายเบี้ยประกัน (นายจ้างให้ 1/3) ครบ 3 เดือน สำหรับการเจ็บป่วย และ ครบ 7 เดือนสำหรับการคลอด
- การขึ้นทะเบียน : สำนักงานประกันสังคม (ผ่านสถานประกอบการ)
- การเลือก รพ. : เลือกได้อิสระ (มีข้อจำกัดสำหรับบางรพ. เช่น รพ. จุฬาลงกรณ์)
- การรับบริการ : โรงพยาบาลตามบัตร
- สิทธิประโยชน์
 - o ด้านการรักษาพยาบาล
 - o ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย
 - o ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (สปสช.)
- หากเป็นการประสบอุบัติเหตุจากกรณี (พรบ.3) จะเลือก รพ. พรบ.3 ก่อน หรือไม่ใช้ก็ได้

ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ-ทุพพลภาพ
ซึ่งต้องแจ้ง รพ.ตามบัตร
ภายใน 72 ชม. ปีละ 2 ครั้ง

11

ระบบบริหารจัดการและการคลัง ภายใต้ประกันสังคม



12

ขอบเขตของสิทธิประโยชน์

- ส่งเสริมสุขภาพ / สร้างเสริมสุขภาพ
- ป้องกันโรคและความผิดปกติ
- วินิจฉัยและรักษาพยาบาล
- ฟื้นฟูสภาพร่างกาย

13

สิทธิประโยชน์ (1)

บริการ	UC	ประกันสังคม	ข้าราชการ
<u>สร้างเสริมสุขภาพ (P&P)</u>			
ANC	✓	- (เหมาจ่ายตลอด 12,000 บาท)	✓
วัดขึ้นเด็ก	✓	-	✓
ตรวจสุขภาพ	✓	-	✓
ARV (Pregnancy)	✓	-	✓
วางแผนครอบครัว	✓	-	✓ ยกเว้นหมั้น ชาย
ทันตกรรม	✓	✓ (เหมาจ่าย 500 บาท ต่อปี)	✓

14

สิทธิประโยชน์ (2)

บริการ	UC	ประกันสังคม	ข้าราชการ
วินิจฉัย-รักษาพยาบาล			
การรักษาพยาบาลที่จำเป็น	✓	✓	✓
ค่าห้อง	100 บาทต่อวัน	100 บาทต่อวัน	600 บาทต่อวัน
ระยะเวลาการ admit	180 วันต่อครั้ง (ถ้าจำเป็น ต่อได้)	180 วันต่อปี	ไม่จำกัด
ยา	ED*	ED*	ED*
การคลอด	คนละ 2 ครั้ง	คนละ 2 ครั้ง	ไม่จำกัด

* หากเป็นยา non-ED แล้ว แพทย์มีความเห็นว่าจำเป็น ต้องบันทึกเสนอตามระเบียบ

15

การรักษาที่ไม่ครอบคลุมในสิทธิประโยชน์ (1)

บริการ	UC	ประกันสังคม	ข้าราชการ
ฟอกเลือด (CRF)	×	ครั้งละ 1,500 บาท สัปดาห์ละไม่เกิน 2 ครั้ง (ต้องขออนุมัติก่อน)	ครั้งละ 2,500 บาท
Anti-retroviral drugs	เข้าโครงการ	เข้าโครงการ	✓
Organ Transplant ทุกชนิด รวมถึงการรักษาต่อเนื่อง และ ภาวะแทรกซ้อน	× (ปี 51-52 นารอง PBSCT ใน Hemato)	PBSCT, KT, KP	✓
โรคจิต admit เกิน 15 วัน	× (มีงบฯ กรมสุขภาพจิต)	×	✓

16

การรักษาที่ไม่ครอบคลุมในสิทธิประโยชน์ (2)

บริการ	UC	ประกันสังคม	ข้าราชการ
พรบ.3	หัก 15,000 บาททุก รายที่ประสบอุบัติเหตุ	ผู้ประกันตนเลือกใช้ สิทธิ์ได้	เลือกใช้สิทธิ์ได้
การรักษามีบุตรยาก	x	x	x
แปลงเพศ	x	x	x
Cosmetics	x	x	x
การตรวจ, รักษาที่เกิน ความจำเป็นทาง การแพทย์	x	x	x

17

การจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล จาก Third party

ระบบประกันสุขภาพ	OPD	IPD
UC บัตรตนเอง	Capitation	DRG.
UC ส่งต่อ	FFS with Ceiling (ไม่ ครอบคลุมยา Non-ED)	DRG.
ประกันสังคม บัตรตนเอง	Capitation	Capitation
ประกันสังคม ส่งต่อ	FFS	FFS
สวัสดิการข้าราชการ	เงินสด + FFS	DRG + FFS (ยามะเร็ง) + non-acute care

18

DRG : ความหมาย

- **Diagnosis Related Group** : เป็นระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยอย่างหนึ่ง (Patient Classification System) โดยอาศัยตัวแปรจำนวนหนึ่งมาจัดกลุ่ม เพื่อบอกว่าผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกัน จะใช้เวลาอนในรพ. และสิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาลใกล้เคียงกัน

- 00049 Bone marrow transplant, w or wo CC
- 00064 Tracheos w OR proc for upper airways condition, w catas CC
- 01010 Craniotomy for trauma, no CC
- 01662 Skull fractures, w mild to mod CC
- 04014 Major chest procedures, w catas CC
- 17560 Acute Leukemia with chemo- and radiotherapy, no CC

Diagnosis Code (PDX,
Comorbid, Comp),
Procedure Code,
LOS, Age, Sex, BW,
Discharge Type

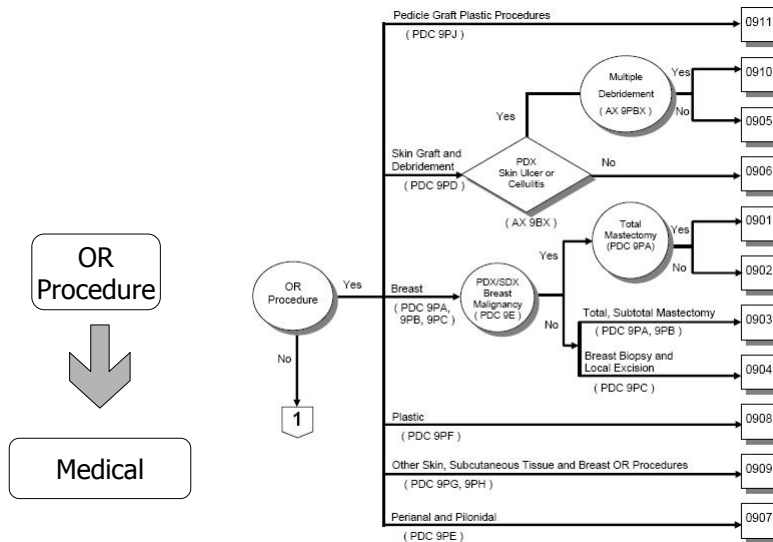
19

ประโยชน์ของ DRG

- เป็นเครื่องมือการจ่ายเงินตามรายป่วย
- เป็นเครื่องมือในการจัดสรรงบประมาณ
- ใช้เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการรักษา เพื่อประโยชน์ทั้งผู้จัดสรรงบและผู้บริโภค
- ใช้เป็นฐานของการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาของแพทย์
- ใช้สำหรับการบริหารงานภายในโรงพยาบาล
 - เพื่อหาว่าใครเป็นผู้ที่อยู่นอกการกระจายปกติ
 - เพื่อเป็นหน่วยสำหรับบอกความแตกต่าง
 - เพื่อกระตุ้นการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ให้การรักษา

20

หลักการจัดกลุ่ม DRG



21

ค่ามาตรฐานของ DRG

DRG	RW	wtlos	ot	OF	CA_UF	DRG name
00019	44.6018	21.7	123	1.00		Liver transplant, w or wo CC
00029	40.000	47	140	1.00		Combined heart-lung transplant, w or wo CC
00039	41.000	40	120	1.00		Lung transplant, w or wo CC
00049	53.2562	38.64	136	1.00	0.7437	Bone marrow transplant, w or wo CC
00059	43.000	27.2	111	1.00		Heart transplant, w or wo CC
00060	5.1789	17.02	48	0.34		Tracheos w OR proc for upper airways condition, no CC
00062	7.5125	24.62	93	0.64		Tracheos w OR proc for upper airways condition, w mild to mod CC
00063	8.8853	27.07	107	1.00		Tracheos w OR proc for upper airways condition, w severe CC
01710	3.2813	4.91	21	0.27	0.1880	Nervous system neoplasms with chemotherapy, no CC
01712	4.6716	6.71	30	0.18	0.4296	Nervous system neoplasms with chemotherapy, w mild to mod CC
01714	7.3242	16.1	63	1.00	0.6362	Nervous system neoplasms with chemotherapy, w sev to cat CC
01720	2.7243	18.34	49	0.57		Nervous system neoplasms with radiotherapy, no CC
01722	3.6650	26.49	64	0.51		Nervous system neoplasms with radiotherapy, w mild to mod CC
01723	5.3021	26.52	75	0.25		Nervous system neoplasms with radiotherapy, w severe CC
01724	7.3477	41.23	139	1.00		Nervous system neoplasms with radiotherapy, w catas CC

RW
Relative Weight
คือ น้ำหนักสัมพัทธ์

22

Relative Weight (RW)

- คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ คือ ค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาล (การใช้ทรัพยากร) ในการรักษาผู้ป่วย DRG นั้น เทียบกับค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยของการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด
- เป็น Tracer ในการบอกความรุนแรงของโรค (สะท้อนจากการใช้ทรัพยากรเพื่อการรักษา)
- ค่า RW เฉลี่ยของ รพ. จึงถือว่าเป็น Case-mixed index บอกศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยของ รพ.

$$= \frac{\text{Mean ของค่ารักษาพยาบาลแต่ละ DRG}}{\text{Mean ของค่ารักษาพยาบาลทุก DRG}}$$

23

ค่ามาตรฐานของ DRG

DRG	RW	wtlos	ot	OF	CA UF	DRG name
00019	44.6018	21.7	123	1.00		Liver transplant, w or wo CC
00029	40.000	47	140	1.00		Combined heart-lung transplant, w or wo CC
00039	41.000	40	120	1.00		Lung transplant, w or wo CC
00049	53.2562	38.64	136	1.00	0.7437	Bone marrow transplant, w or wo CC
00059	43.000	27.2	111	1.00		Heart transplant, w or wo CC
00060	5.1789	17.02	48	0.34		Tracheos w OR proc for upper airways condition, no CC
00062	7.5125	24.62	93	0.64		Tracheos w OR proc for upper airways condition, w mild to mod CC
00063	8.8853	27.07	107	1.00		Tracheos w OR proc for upper airways condition, w severe CC
01710	3.2813	4.91	21	0.27	0.1880	Nervous system neoplasms with chemotherapy, no CC
01712	4.6716	6.71	30	0.18	0.4296	Nervous system neoplasms with chemotherapy, w mild to mod CC
01714	7.3242	16.1	63	1.00	0.6362	Nervous system neoplasms with chemotherapy, w severe CC
01720	2.7243	18.34	49	0.57		Nervous system neoplasms with radiotherapy, no CC
01722	3.6650	26.49	64	0.51		Nervous system neoplasms with radiotherapy, w mild to mod CC
01723	5.3021	26.52	75	0.25		Nervous system neoplasms with radiotherapy, w severe CC
01724	7.3477	41.23	139	1.00		Nervous system neoplasms with radiotherapy, w catas CC

RW

Relative Weight
คือ น้ำหนักสัมพัทธ์

wtlos

ค่าเฉลี่ยวันนอน

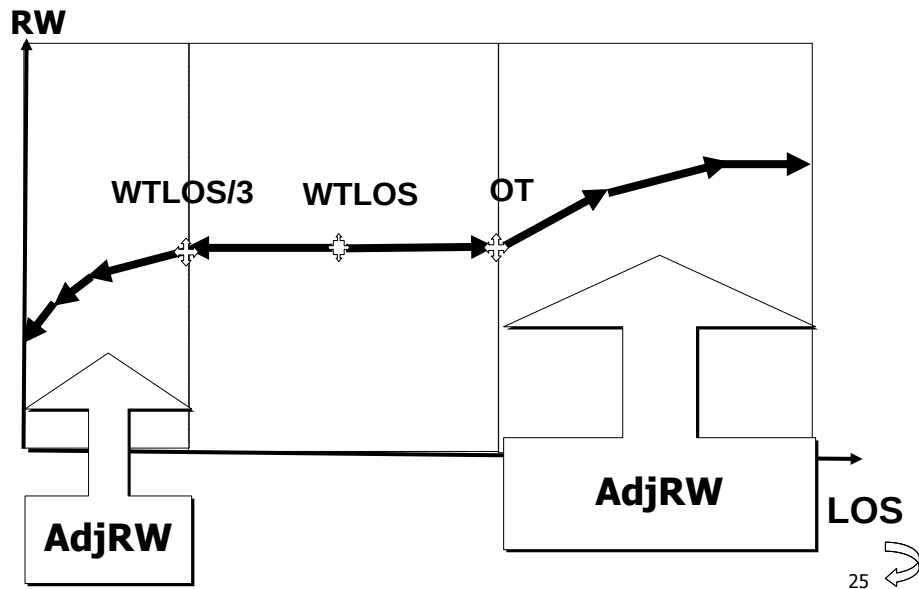
ot

Outlier Trim
วันนอนสูงสุด

ปรับตาม LOS
(วันนอน)
ได้เป็น adjRW

24

การปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์



25

ค่ามาตรฐานของ DRG

DRG	RW	wtlos	ot	OF	CA UF	DRG name
00019	44.6018	21.7	123	1.00		Liver transplant, w or wo CC
00029	40.000	47	140	1.00		Combined heart-lung transplant, w or wo CC
00039	41.000	40	120	1.00		Lung transplant, w or wo CC
00049	53.2562	38.64	136	1.00	0.7437	Bone marrow transplant, w or wo CC
00059	43.000	27.2	111	1.00		Heart transplant, w or wo CC
00060	5.1789	17.02	48	0.34		Tracheos w OR proc for upper airways condition, no CC
00062	7.5125	24.62	93	0.64		Tracheos w OR proc for upper airways condition, w mild to mod CC
00063	8.8853	27.07	107	1.00		Tracheos w OR proc for upper airways condition, w severe CC
01710	3.2813	4.91	21	0.27	0.1880	Nervous system neoplasms with chemotherapy, no CC
01712	4.6716	6.71	30	0.18	0.4296	Nervous system neoplasms with chemotherapy, w mild to mod CC
01714	7.3242	16.1	63	1.00	0.6362	Nervous system neoplasms with chemotherapy, w severe CC
01720	2.7243	18.34	49	0.57		Nervous system neoplasms with radiotherapy, no CC
01722	3.6650	26.49	64	0.51		Nervous system neoplasms with radiotherapy, w mild to mod CC
01723	5.3021	26.52	75	0.25		Nervous system neoplasms with radiotherapy, w severe CC
01724	7.3477	41.23	139	1.00		Nervous system neoplasms with radiotherapy, w catas CC

RW
Relative Weight
คือ น้ำหนักสัมพัทธ์

wtlos
ค่าเฉลี่ยวันนอน

ot
Outlier Trim
วันนอนสูงสุด

ปรับตาม LOS
(วันนอน)
ได้เป็น **adjRW**

OF
Optimization Factor

26

Optimization Factor (OF)

- เป็นตัวคูณ เพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้งในกรณีที่ เป็น DRG ที่มี CC. สูงกว่าหรือหัตถการมากกว่า แต่เมื่อปรับน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ตามวันนอนจริงแล้ว ได้ค่า RW ต่ำกว่า DRG ที่มี CC. ต่ำกว่าหรือหัตถการน้อยกว่า

ตัวอย่าง ผู้ป่วยหญิงอายุ 19 ปี เข้ารับการรักษาด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบ ได้รับการผ่าตัด อยู่ รพ. **14** วัน

PDx	SDx	Proc	DRG	RW	adjRW	
					ไม่ใช้ OF	ใช้ OF
K350		4709	06072	1.3054	2.1575	1.5866
K350	M329	4709	06070	1.7011	1.7011	1.7011

ot = 9

ot = 16

SLE

27

ค่ามาตรฐานของ DRG

DRG	RW	wtlos	ot	OF	CA UF	DRG name
00019	44.6018	21.7	123	1.00		Liver transplant, w or wo CC
00029	40.000	47	140	1.00		Combined heart-lung transplant, w or wo CC
00039	41.000	40	120	1.00		Lung transplant, w or wo CC
00049	53.2562	38.64	136	1.00	0.7437	Bone marrow transplant, w or wo CC
00059	43.000	27.2	111	1.00		Heart transplant, w or wo CC
00060	5.1789	17.02	48	0.34		Tracheos w OR proc for upper airways condition, no CC
00062	7.5125	24.62	93	0.64		Tracheos w OR proc for upper airways condition, w mild to mod CC
00063	8.8853	27.07	107	1.00		Tracheos w OR proc for upper airways condition, w severe CC
01710	3.2813	4.91	21	0.27	0.1880	Nervous system neoplasms with chemotherapy, no CC
01712	4.6716	6.71	30	0.18	0.4296	Nervous system neoplasms with chemotherapy, w mild to mod CC
01714	7.3242	16.1	63	1.00	0.6362	Nervous system neoplasms with chemotherapy, w severe CC
01720	2.7243	18.34	49	0.57		Nervous system neoplasms with radiotherapy, no CC
01722	3.6650	26.49	64	0.51		Nervous system neoplasms with radiotherapy, w mild to mod CC
01723	5.3021	26.52	75	0.25		Nervous system neoplasms with radiotherapy, w severe CC
01724	7.3477	41.23	139	1.00		Nervous system neoplasms with radiotherapy, w catas CC

RW

Relative Weight
คือ น้ำหนักสัมพัทธ์

wtlos

ค่าเฉลี่ยวันนอน

ot

Outlier Trim
วันนอนสูงสุด

ปรับตาม LOS
(วันนอน)
ได้เป็น **adjRW**

OF

Optimization Factor

28

Unbundling Factor (UF)*

- เป็นตัวคูณ เพื่อปรับลดค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW.) กรณีที่มีการใช้รักษามะเร็ง (ซึ่งกรมบัญชีกลางจ่ายค่ายาแยกต่างหากออกจากการเหมาจ่ายด้วย DRG ตามราคากลางที่กำหนด)

DRG	RW	wtlos	ot	OF	UF	DRG name
17560	3.7001	15.71	48	0.35	0.4885	Acute Leukemia with chemo- and radiotherapy, no CC
17564	6.5663	39.6	105	1	0.7118	Acute Leukemia with chemo- and radiotherapy, w mild to cat CC
17570	1.0423	5.1	23	0.86	0.3610	Acute Leukemia with chemotherapy, no CC
17572	3.3942	10.24	37	0.3	0.7220	Acute Leukemia with chemotherapy, w mild to mod CC
17573	4.9194	13.58	48	0.18	0.8582	Acute Leukemia with chemotherapy, w severe CC
17574	6.3449	31.44	82	0.7	0.9813	Acute Leukemia with chemotherapy, w catas CC
17589	5.8426	19.04	85	1		Acute Leukemia with radiotherapy, w or wo CC

*เฉพาะสิทธิข้าราชการ

29

ผลกระทบจากระบบประกันสุขภาพต่อระบบการเงินการคลังของ รพ.

ยุทธศาสตร์ด้านการเงินการคลัง

1. การวางแผนทางการเงิน และระบบบัญชี
2. เครื่องชี้วัดด้านการเงินการคลัง, ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจด้านการเงินการคลัง
3. ระบบการทำงานคร่อมสายงาน / คณะกรรมการระบบ
4. การเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์
5. การกำหนดส่วนแบ่งการตลาด และสัดส่วนผู้ป่วยแต่ละประเภท

30

ยุทธศาสตร์ 1. การวางแผนทางการเงินและระบบบัญชี

- งบดุล
- งบกำไรขาดทุน
- งบกระแสเงินสด

Cash Basis, Accrual Basis

31

งบดุล

สินทรัพย์

สินทรัพย์หมุนเวียน

เงินสด
เงินลงทุนระยะสั้น
ลูกหนี้ทั่วไป / ต้นสังกัด / ค้างชำระ
หัก หนี้สงสัยจะสูญ
รายได้ค้างรับ
สินค้าคงเหลือ
ค่าใช้จ่ายล่วงหน้า

สินทรัพย์ถาวร

ค่าเสื่อมราคาอาคาร
ค่าเสื่อมราคา อุปกรณ์ เครื่องมือ
แพทย์

หนี้สินและส่วนของทุน

หนี้สินหมุนเวียน

เจ้าหนี้
รายรับล่วงหน้า

หนี้สินระยะยาว

เงินกู้ระยะยาว

ส่วนของทุน

ทุนสะสม

32

งบกำไรขาดทุน

รายได้

- งบประมาณ
- เงินนอกงบประมาณ/เงินบริจาค
- ค่ารักษาพยาบาล
 - เงินสด
 - ระบบประกันสุขภาพ
 - o หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - o ประกันสังคม
 - o สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
 - เงินเชื่ออื่นๆ
- งบลงทุนและงบสนับสนุนจากระบบประกันสุขภาพ
- ดอกผลจากกองทุนต่างๆ
- รายได้อื่นๆ

รายจ่าย

- ค่าแรง
- ค่าวัสดุ / ค่าจ้างเหมา / ค่าบำรุงรักษา / เบี้ยประกัน / ค่าสาธารณูปโภค
- ค่าลงทุน : ครุภัณฑ์, เครื่องมือแพทย์, อาคาร
- หนี้สูญในระบบประกันสุขภาพ
- สงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล
- ค่ารักษาพยาบาล VIP / พระสงฆ์ / สวัสดิการเจ้าหน้าที่
- ค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ด

33

งบกระแสเงินสด

กระแสเงินสดจากโครงการ.....

เงินสดรับจากค่าบริการ
เงินสดรับจากรายได้อื่น

เงินสดรับสุทธิ

กระแสเงินสดจากกิจกรรม...

เงินสดรับจากค่าบริการ
เงินสดรับจากรายได้อื่น

เงินสดรับสุทธิ

34

ยุทธศาสตร์ 2. เครื่องชี้วัดด้านการเงินการคลัง

1. อัตราส่วนที่ใช้วัดสภาพคล่อง (Liquidity Ratios)
2. อัตราส่วนวัดความสามารถในการทำกำไร (Profitability Ratios)
3. อัตราส่วนที่ใช้วัดความสามารถในการบริหารสินทรัพย์ (Activity Ratios)
4. อัตราส่วนที่ใช้วัดการใช้ประโยชน์จากหนี้สิน (Leverage Ratios)

35

ยุทธศาสตร์ 2. เครื่องชี้วัดด้านการเงินการคลัง (ต่อ)

อัตราส่วนที่ใช้วัดสภาพคล่อง (Liquidity Ratios)

สูตร	หน่วย	ความหมาย
1. Current Ratio $= \frac{\text{Current assets}}{\text{Current liabilities}}$	ทดนิยม	เป็นการแสดงความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้น โดยดูว่าสินทรัพย์หมุนเวียนเป็นกี่เท่าของจำนวนหนี้สินระยะสั้น 1 บาท
2. Quick (acid test) Ratio $= \frac{\text{Current assets} - \text{Inventory}}{\text{Current liabilities}}$	ทดนิยม	เป็นการวัดความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้น โดยสินทรัพย์หมุนเวียนไม่รวมสินค้าคงคลัง
3. Inventory to net working capital $= \frac{\text{Inventory}}{\text{Current assets} - \text{Current liabilities}}$	ทดนิยม	เป็นการวัดระดับของสินค้าคงคลัง โดยดูว่าสินทรัพย์หมุนเวียนที่มีมากกว่าหนี้ระยะสั้น จะถูกกระทบอย่างไร ถ้าสินค้าคงคลังเปลี่ยนแปลงไป
4. Cash Ratio $= \frac{\text{Cash} + \text{Cash equivalent}}{\text{Current liabilities}}$	ทดนิยม	วัดว่าเงินทุนของบริษัทที่เป็นเงินสด หรือสินทรัพย์ที่ใกล้เคียงเงินสด มีจำนวนเท่าใด โดยแสดงให้เห็นว่า มีเงินสดหรือสินทรัพย์ที่ใกล้เคียงเงินสดเป็นกี่เท่าของหนี้ระยะสั้นที่มีอยู่

36

ยุทธศาสตร์ 2. เครื่องชี้วัดด้านการเงินการคลัง (ต่อ)

อัตราส่วนวัดความสามารถในการทำกำไร (Profitability Ratios)

สูตร	หน่วย	ความหมาย
1. Net profit margin = $\frac{\text{Net profit after taxes}}{\text{Net Sales}}$	เปอร์เซ็นต์	แสดงให้เห็นว่าทุกบาท ของการขายหนึ่งบาท จะได้รับกำไรสุทธิหลังหักภาษีเท่าใด
2. Gross profit margin = $\frac{\text{Sale} - \text{Cost of goods sold}}{\text{Net Sales}}$	เปอร์เซ็นต์	แสดงถึงกำไรขั้นต้นหลังจากหักต้นทุนขายแล้ว ว่า เหลือที่จะนำไปจ่ายค่าใช้จ่ายต่างๆ เท่าใด
3. Return on Investment (ROI) = $\frac{\text{Net profit after taxes}}{\text{Total assets}}$	เปอร์เซ็นต์	วัดอัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ที่บริษัทใช้ทั้งหมด แสดงให้เห็นถึงผลตอบแทนจากสินทรัพย์ทั้งหมดที่บริษัทใช้ ไม่ว่าจะจัดหาเงินทุนจากแหล่งใดก็ตาม
4. Return on equity (ROE) = $\frac{\text{Net profit after taxes}}{\text{Shareholder's equity}}$	เปอร์เซ็นต์	วัดอัตราผลตอบแทนจากมูลค่าตามบัญชีของส่วนของผู้ถือหุ้นในบริษัทนั้น
5. Earning per share (EPS) = $\frac{\text{Net profit after taxes} - \text{Preferred stock dividends}}{\text{Average number of common shares}}$	บาทต่อหุ้น	แสดงถึงผลกำไรหลังหักภาษี ต่อหุ้นสามัญหนึ่งหุ้น

37

ยุทธศาสตร์ 2. เครื่องชี้วัดด้านการเงินการคลัง (ต่อ)

อัตราส่วนที่ใช้วัดความสามารถในการบริหารสินทรัพย์ (Activity Ratios)

สูตร	หน่วย	ความหมาย
1. Inventory turnover = $\frac{\text{Net sales}}{\text{Inventory}}$	หมดปี	วัดจำนวนครั้งที่สินค้าสำเร็จรูปเฉลี่ยขายออกไปในหนึ่งช่วงเวลา (ปกติจะเป็นต่อปี)
2. Day of inventory = $\frac{\text{Inventory}}{\text{Cost of goods sold} \div 365}$	วัน	วัดปริมาณของสินค้าคงเหลือต่อวันกับบริษัทมีอยู่ ณ วันใดวันหนึ่ง
3. Net working capital turnover = $\frac{\text{Net sales}}{\text{Net working capital}}$	หมดปี	วัดว่าเงินทุนหมุนเวียนสุทธิมีประสิทธิภาพเพียงใด ในการก่อให้เกิดยอดขาย
4. Asset turnover = $\frac{\text{Sales}}{\text{Total assets}}$	หมดปี	วัดว่าการใช้ประโยชน์จากสินทรัพย์ทั้งหมดของบริษัท โดยวัดว่าแต่ละบาทของสินทรัพย์ก่อให้เกิดยอดขายเท่าใด
5. Fixed asset turnover = $\frac{\text{Sales}}{\text{Fix assets}}$	หมดปี	วัดการใช้ประโยชน์จากสินทรัพย์ถาวรของบริษัท (เช่น โรงงาน และเครื่องจักร) โดยวัดว่าแต่ละบาทของสินทรัพย์ถาวร ก่อให้เกิดยอดขายเท่าใด
6. Average collection period = $\frac{\text{Accounts receivables}}{\text{Sales for year} \div 365}$	วัน	วัดว่าต้องใช้เวลากี่วันหลังจากบริษัทขายสินค้าไปแล้ว สามารถเก็บเงินได้ อาจนำมาเปรียบเทียบกับเงื่อนไขเครดิตของบริษัทคู่แข่ง
7. Accounts receivable turnover = $\frac{\text{Annual credit sales}}{\text{Accounts receivable}}$	หมดปี	แสดงให้เห็นว่าลูกหนี้การค้ามีการชำระเงินคืนครบต่อช่วงเวลาหนึ่ง (ปกติจะเป็น 1 ปี)
8. Accounts payable period = $\frac{\text{Accounts payable}}{\text{Purchases for year} \div 365}$	วัน	แสดงระยะเวลาเป็นวัน ที่บริษัทจะต้องชำระเงินจากการซื้อเชื่อ
9. Day of cash = $\frac{\text{Cash}}{\text{Net sales for year} \div 365}$	วัน	แสดงจำนวนของเงินสดในมือ ณ ยอดขายปัจจุบัน

38

ยุทธศาสตร์ 2. เครื่องชี้วัดด้านการเงินการคลัง (ต่อ)

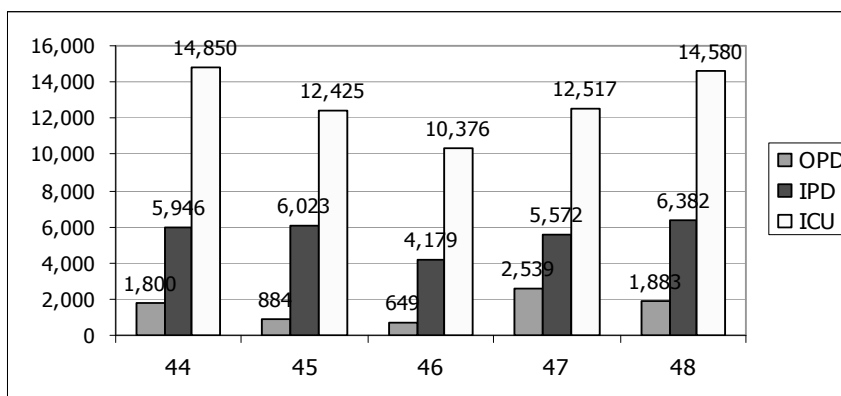
อัตราส่วนที่ใช้วัดการใช้ประโยชน์จากหนี้สิน (Leverage Ratios)

สูตร	หน่วย	ความหมาย
1. Debt to asset ratio = $\frac{\text{Total debt}}{\text{Total assets}}$	เปอร์เซ็นต์	วัดว่าบริษัทมีการกู้ยืมเป็นจำนวนเท่าใด เพื่อใช้ลงทุนในสินทรัพย์ต่างๆ
2. Debt to equity ratio = $\frac{\text{Total debt}}{\text{Shareholders' equity}}$	เปอร์เซ็นต์	วัดจำนวนเงินทุนที่ได้ออกจากเจ้าหนี้และเงินทุนที่ได้ออกจากส่วนของผู้ถือหุ้น
3. Long-term debt to capital = $\frac{\text{Long-term debt}}{\text{Total capital}}$	เปอร์เซ็นต์	วัดว่าในโครงสร้างเงินทุนทั้งหมด มีหนี้ระยะยาวอยู่เท่าใด
4. Time interest earned = $\frac{\text{Profit before taxes + Interest charges}}{\text{Interest charge}}$	ทดนิยม	แสดงถึงความสามารถของบริษัทในการชำระดอกเบี้ย
5. Coverage of fixed charges = $\frac{\text{Profit before taxes + Interest charges + Lease charge}}{\text{Interest charges + Lease Obligation}}$	ทดนิยม	วัดความสามารถของบริษัทที่จะชำระรายจ่ายประจำทั้งหมด
6. Current liabilities to equity = $\frac{\text{Current liabilities}}{\text{Shareholders' equity}}$	เปอร์เซ็นต์	วัดการจัดหาเงินทุนระยะสั้นว่ามีสัดส่วนเท่าใด เมื่อเทียบกับส่วนของผู้ถือหุ้น

39

เครื่องชี้วัดด้านการเงินการคลัง : รูปแบบด้านระบบประกันสุขภาพ

1. Unit Cost การให้บริการผู้ป่วย รพ.จุฬาลงกรณ์

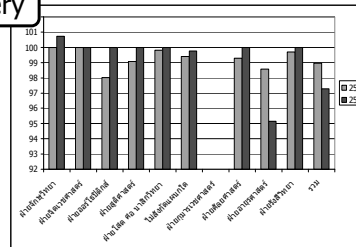
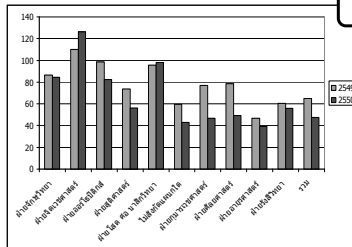


OPD หน่วยเป็น บาทต่อครั้ง
IPD และ ICU หน่วยเป็นบาทต่อวันนอน

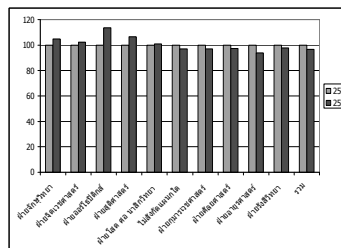
40

เครื่องชี้วัดด้านการเงินการคลัง : ธุรกรรมด้านระบบประกันสุขภาพ

2. Cost Recovery



หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



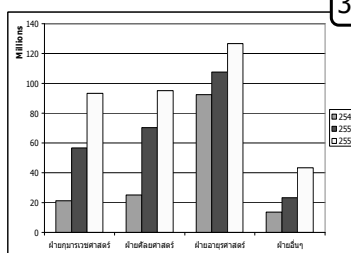
ประกันสังคม

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

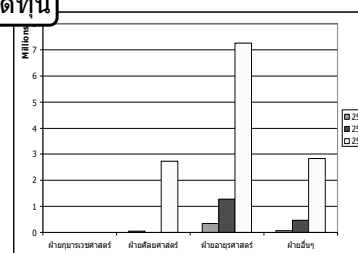
41

เครื่องชี้วัดด้านการเงินการคลัง : ธุรกรรมด้านระบบประกันสุขภาพ (ต่อ)

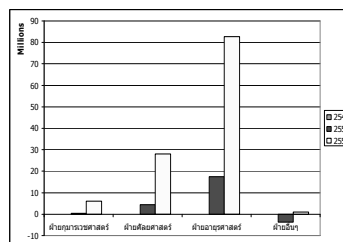
3. มูลค่าการขาดทุน



หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ประกันสังคม



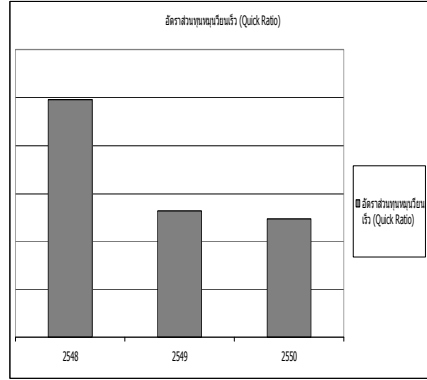
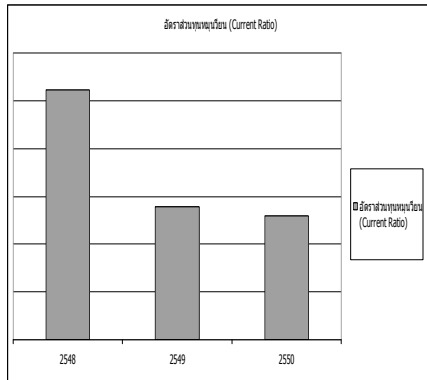
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ



42

เครื่องชี้วัดด้านการเงินการคลัง : รูปธรรมด้านระบบประกันสุขภาพ (ต่อ)

4. อัตราส่วนทุนหมุนเวียน และอัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว



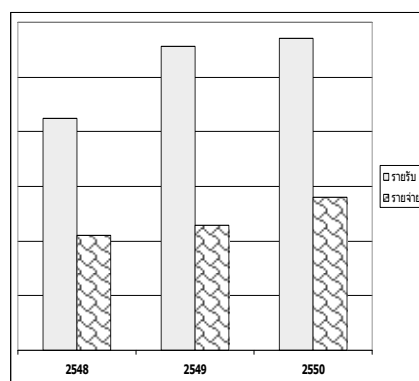
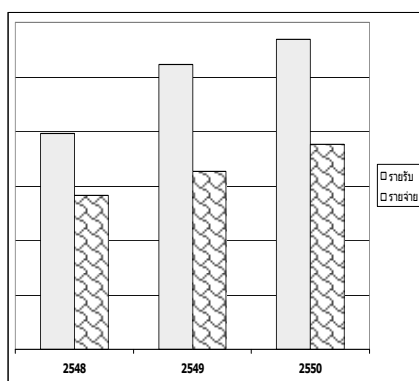
อัตราส่วนที่ใช้วัดสภาพคล่อง :
แสดงความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้น (จำนวนเท่าของสินทรัพย์หมุนเวียนต่อหนี้สิน 1 บาท)



43

เครื่องชี้วัดด้านการเงินการคลัง : รูปธรรมด้านระบบประกันสุขภาพ (ต่อ)

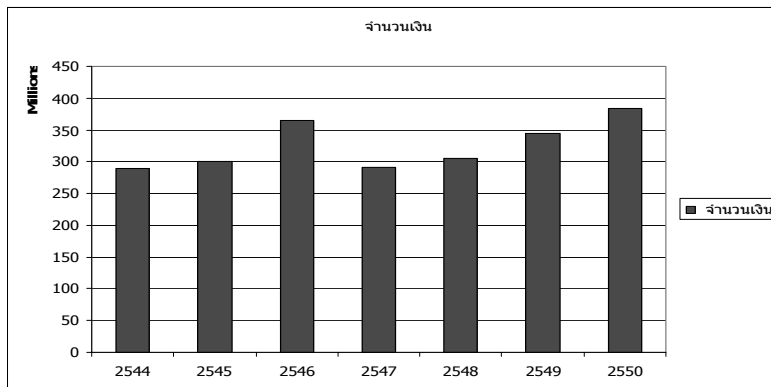
5. งบรายรับ-รายจ่าย กองทุนยาและเวชภัณฑ์



44

เครื่องชี้วัดด้านการเงินการคลัง : รูปธรรมด้านระบบประกันสุขภาพ (ต่อ)

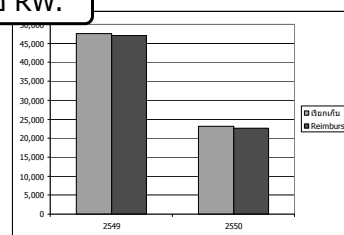
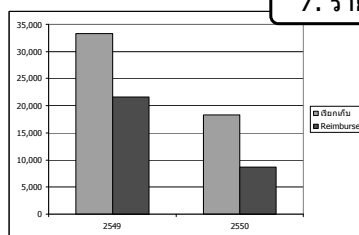
6. ยอดเงินสังคมสงเคราะห์



45

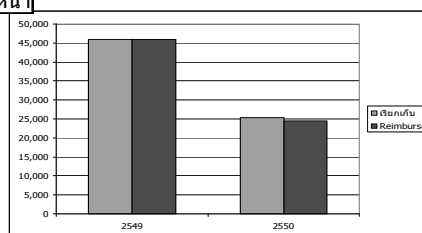
เครื่องชี้วัดด้านการเงินการคลัง : รูปธรรมด้านระบบประกันสุขภาพ (ต่อ)

7. รายรับ-รายจ่าย ต่อ RW.



หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประกันสังคม

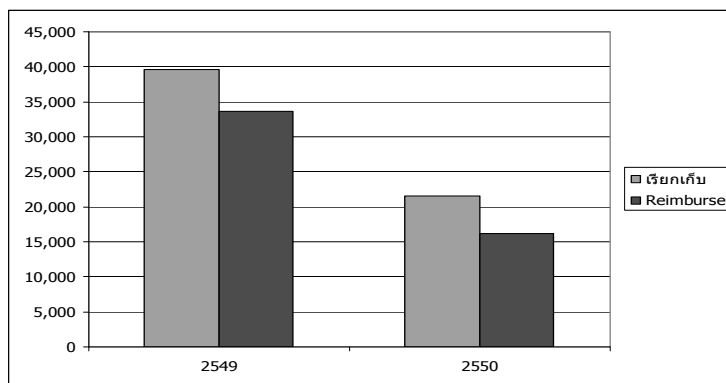


สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

46

เครื่องชี้วัดด้านการเงินการคลัง : รูปแบบด้านระบบประกันสุขภาพ (ต่อ)

7. รายรับ-รายจ่าย ต่อ RW.



ผลลัพธ์จาก 3 กองทุนประกันสุขภาพ

47

เครื่องชี้วัดด้านการเงินการคลัง : รูปแบบด้านระบบประกันสุขภาพ (ต่อ)

- เครื่องชี้วัดอื่นๆ
 - รูปแบบการใช้จ่าย (ED / Non-ED)
 - การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของการใช้จ่าย, อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ราคาแพง
 - การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลของหัตถการทางเลือก

48

ยุทธศาสตร์ด้านการเงินการคลังอื่น

- ระบบการทำงานคร่อมสายงาน / คณะกรรมการระบบ
 - คณะกรรมการพัฒนาระบบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลด้วยการเหมาจ่าย DRG
 1. ฝ่ายการเงิน (เรียกเก็บ)
 2. ฝ่าย IT
 3. ฝ่ายเวชระเบียน (Coder)
 4. ฝ่ายเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์
 5. ศูนย์ข้อมูลและต้นทุน (เลขานุการ)
- การเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์
 - โครงการทบทวนการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์
 - Retrospective Review เพื่อค้นหาปัญหา และ Cost driver
 - Concurrent Review และ Prospective Review เพื่อ Prior authorization
- การกำหนดส่วนแบ่งการตลาด และสัดส่วนผู้ป่วยแต่ละประเภท
 - SWOT analysis

49

ผลกระทบต่อมิติอื่น

- Customer
 - (±) เพิ่มขึ้นตอนการตรวจสอบสิทธิ, การใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง (ยาควบคุม)
 - (±) การควบคุมการใช้ยาของแพทย์ (เคร่งครัดใน UC, พุ่มเพื่อยใน CS)
- Internal Process
 - (±) การพัฒนาระบบงานคร่อมสายงาน : การเงิน, Coder, แพทย์, พยาบาล, IT
- Learning and Development
 - ระบบบัญชีและรายงานข้อมูล ที่ตอบสนองความต้องการข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในระบบประกันสุขภาพ
 - การศึกษาวิจัยสหสาขาวิชาชีพ : บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง, นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข, บุคลากรด้านงานพัฒนาคุณภาพ

50

**4.6 “ตัวอย่างการวิเคราะห์ ต้นทุนและ
ประสิทธิภาพโรงพยาบาลและการนำไป
ประโยชน์” โดย ดร.นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี**

Productivity and Efficiency Analysis of Public Hospitals

พงศธร พอกเพิ่มดี
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

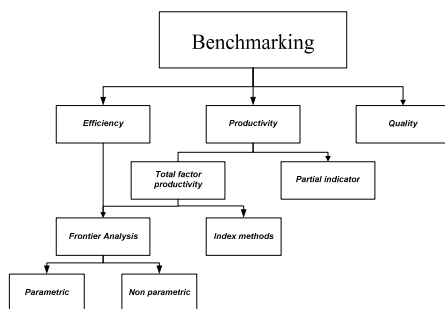


Outline

- Theory
 - Ratio analysis
 - Frontier analysis
- Database
 - 0110 รง 5
 - Individual record
- Empirical evidence



Efficiency and regulation



ข้อใดคือความหมายของประสิทธิภาพ?

- ก) ร.พ.ดูแลผู้ป่วยได้จำนวนสูงสุด โดยใช้ทรัพยากรคงที่
- ข) ร.พ.ดูแลผู้ป่วยได้จำนวนคงที่ โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด
- ค) ร.พ.เลือกใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยในสัดส่วนที่ทำให้ต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยได้ต่ำที่สุด
- ง) ร.พ.ดูแลผู้ป่วยแล้วมีเงินบำรุงเหลือหรือมีกำไรสูงที่สุด
- จ) ถูกทุกข้อ



วิธีการวัดประสิทธิภาพ

- Ratio Measures
 - expenditure ratio
 - utilization ratio
- Accounting based costing
- Frontier analysis
 - parametric: Stochastic frontier
 - non parametric: DEA



แนวทางการวัดประสิทธิภาพ

- Ratio analysis: 2 approaches
 - ✓ 1) Hospitals data approach: 0110 รง. 5 (กท.สธ.)
 - ✓ 2) Individual data approach: Individual record: DRG (สสส.)
- Stochastic frontier
 - Cost frontier



Hospital data approach (1)

- Basic information ratio
 - HC/pop, Doc/pop, Nurse/pop
- Utilization ratio
 - OP/doc, IP/doc, PP/doc, adj RW/doc
 - LOS, Occupancy rate, turn over rate
- Expenditure ratio
 - Drug expenditure/IP, Drug exp/OP
 - Cost/IP, cost/OP, cost/adjrw
- Revenue ratio*
 - UC revenue/pop, CSMBS revenue/pop



Hospital data approach (2)

- ข้อดี
 - ง่าย, ใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว
 - เปรียบเทียบกับหน่วยบริการที่ใกล้เคียงได้
- ข้อเสีย
 - ร.พ. เป็น multiple outputs
 - ต้องเปรียบเทียบในภาพรวมของหน่วยบริการ



Individual data approach (1)

- เปรียบเทียบ ค่าใช้จ่ายต่างๆกับโรงพยาบาลอื่น
- เลือก tracer diseases เช่น
 - Appendicitis
 - Urolithiasis
- วิธีการ
 - Mean
 - Regression analysis

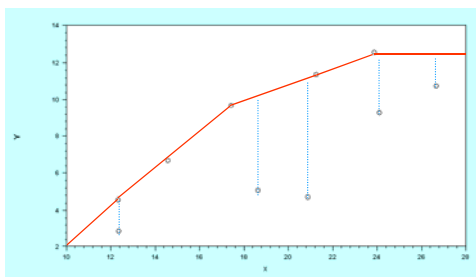


Individual data approach (2)

- ข้อดี
 - เปรียบเทียบระหว่างหน่วยย่อย เช่น แผนก
 - สามารถดูรายละเอียด ในราย item ได้
 - Control factor เช่น เพศ อายุ
- ข้อเสีย
 - วิธีการซับซ้อน



Frontier Analysis



Empirical evidence



Technical efficiency of community hospitals 2549-2551: using stochastic frontier



Data (1)

- กท.สร. (2549-2551)
 - ✓ 0110 รง. 5 (กท.สร.) : financial and performance data
 - ✓ จำนวนบุคลากร (สนย.) : แพทย์ พยาบาล
 - ✓ อื่นๆ เช่น พื้นที่รพ.กึ่งดารา โรงเรียนแพทย์ (สบช.)
 - ✓ Hospital accreditation
- สบช. : ประชากร (UC population), adj RW, tertiary care center
- กระทรวงมหาดไทย: พื้นที่เสี่ยงภัย 3 จังหวัดชายแดนใต้
- Health welfare survey: SES



Model specification

- Translog cost function
- Dependent variable: Operating cost
- Independent variables:
 - สถานื่อนามัย, พื้นที่เสี่ยงภัย, CMI,
 - Socioeconomic status,
 - จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามประเภทต่างๆ

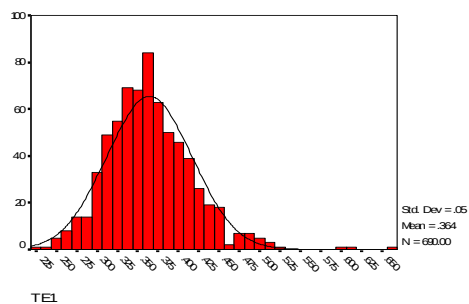


Panel data model estimation

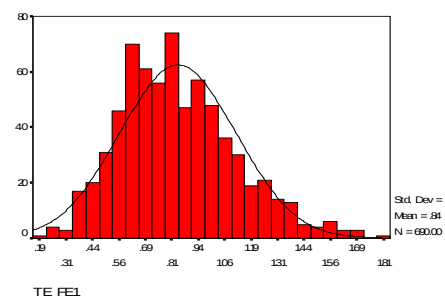
- 1) Time Invariant Model (Pitt & Lee 1981, Battese & Coelli 1988)
- 2) Time Invariant Model (Schmidt & Sickles 1984)
- 3) Time-varying Decay Model (Battese & Coelli 1992)



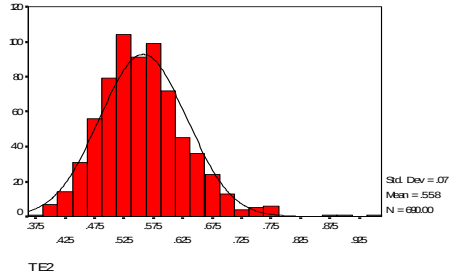
Results: Time Invariant Model (Pitt & Lee 1981, Battese & Coelli 1988)



Results: Time Invariant Model (Schmidt & Sickles 1984)



Results: Time-varying Decay Model (Battese & Coelli 1992)



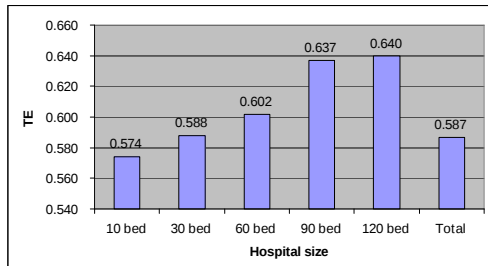
สปสช.
สำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ

Results of technical efficiency

Hospital by bed size	Mean	Range
10 Bed	0.574	0.28-0.83
30 Bed	0.588	0.32-1.09
60 bed	0.602	0.43-0.95
90 bed	0.637	0.51-0.99
120 or more bed	0.648	0.52-0.96
All size	0.587	0.28-1.09

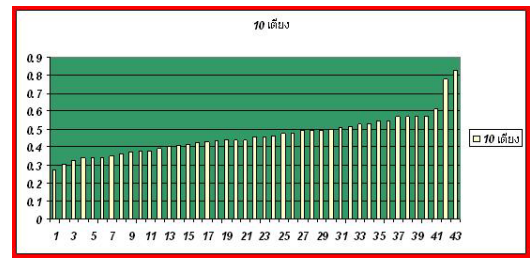
สปสช.
สำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ

TE by size of hospital



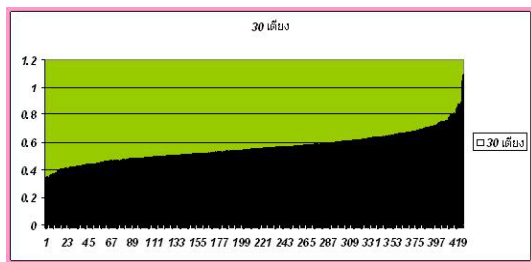
สปสช.
สำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ

Technical efficiency of 10-bed hospital



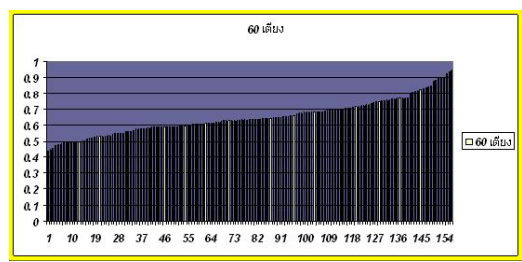
สปสช.
สำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ

Technical efficiency of 30-bed hospital



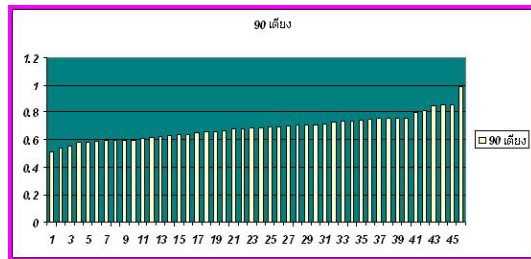
สปสช.
สำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ

Technical efficiency of 60-bed hospital



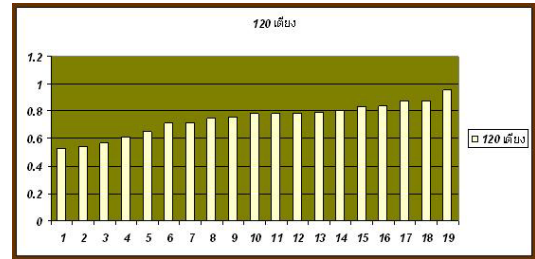
สปสช.
สำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ

Technical efficiency of 90-bed hospital



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Technical efficiency of 120-bed hospital



สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อภิปราย

- ผลการศึกษาขึ้นกับ
 - ความถูกต้องของข้อมูล
 - วิธีการประมาณการ และ functional form
- การจัดกลุ่มร.พ. อาจพิจารณาใช้ Percentile
- ควรศึกษาการบริหารจัดการ ร.พ. ในกลุ่มที่มีประสิทธิภาพดี เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับ ร.พ. อื่นๆ

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.7 “ประสบการณ์ Financial analysis and business plan in private hospital ”

โดย นพ.พงษ์พัฒน์ ปธานวนิช

Managerial Finance Private Hospital experiences

Richmond Hotel
Nonthaburi
Tuesday 17th February 2009

Pongpat Patanavanich MD
Mahachai Hospital (Public Company)

Business Functions

1st Question “What business are we in?”

Government Hospital
Not-for profit Hospital
Privatization Hospital
Private Hospital

Business Functions

Operating
Financing
Investing

งบการเงิน

เราดูอะไร

- งบกำไรขาดทุน
- งบดุล
- งบกระแสเงินสด
- งบการเปลี่ยนแปลงของผู้ถือหุ้น

ทางที่มาของเงิน แหล่งรายได้

Operating

รายได้จากการรักษาพยาบาล

- Fee for Services
- Capitations 30-bath ,SSO
- CSCMB
- งบประมาณ
- อื่นๆ

ทางที่มาของเงิน จากการบริหารเงิน

• Financing

- เงินกู้
- เงินสะสม
- ขายทรัพย์สิน
- งบประมาณ
- เงินอื่นๆ

ต้นทุนเงิน??

ทางใช้ไปของเงิน

• Operating

- ต้นทุนยาเวชภัณฑ์
- ต้นทุนค่าแรง ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับพนักงาน
- ค่าสาธารณูปโภค และใส่ห่วยต่างๆ
- ค่าใช้จ่ายต่างๆ
- ค่าเสื่อมทรัพย์สิน
- ดอกเบี้ย
- ภาษี

• Investing

- ที่ดิน อาคาร ตกแต่ง
- เครื่องมือแพทย์
- สินค้าคงคลัง

Business Plan

- **Operating**
 - ประมาณการ ขารายได้ทั่วไป และ รายได้หลักประกันสุขภาพ
 - ประมาณการ ขาดทุน % ของ Variable และ Fixed cost
 - ประมาณการ ค่าใช้จ่าย
- **Financing**
 - เงินสดรับจากกิจการ กำไร+ค่าเสื่อมราคา
 - เงินสดรับจากแหล่งเงินอื่นๆ เงินกู้ บริจาค ข่ายทรัพยากรอื่น งบประมาณ
 - เงินสดจ่ายอื่นๆ เงินลงทุน เงินปันผล เงินชำระหนี้
- **Investing**
 - การลงทุนในทรัพย์สิน ที่ดิน อาคาร เครื่องมือ หุ่น

ประมาณการ ปี 2550

	ปี2548	%	ปี2549	%	ปี2550p	%
รายได้รวม	544.45	103.18	631.47	15.98	737.25	15.00
รายได้ค่าบริการพยาบาล	527.68	100.00	615.00	16.55	707.25	15.00
รายได้ขายอาคารชุด	12.21	2.31	4.35	0.71	10.00	1.41
เงินปันผลรับ	2.56	0.49	4.12	0.67	10.00	1.41
อื่นๆ	2.00	0.38	8.00	1.30	10.00	1.41
ค่าใช้จ่าย						
ต้นทุนรักษาพยาบาล	379.17	71.86	430.93	70.07	492.97	69.70
ค่าแรงทางตรง	84.80	16.07	98.40	16.00	109.62	15.50
ค่าธรรมเนียมแพทย์	117.56	22.28	138.38	22.50	162.67	23.00
ต้นทุนยาและทางตรงอื่นๆ	176.81	33.51	190.65	31.00	212.18	30.00
ต้นทุนห้องชุด	12.10	99.07	3.50	80.46	8.50	80.00
ค่าเสื่อม	31.86	6.04	37.00	6.02	42.00	8.52
ค่าใช้จ่ายขายบริหาร	104.04	19.72	91.65	14.90	99.02	14.00
ค่าโฆษณา ป้าย	11.91	2.26	13.82	2.25	15.00	2.12
ค่าตอบแทนกรรมการ	2.26	0.43	4.50	0.73	6.00	0.85
กำไรก่อนดอกเบี้ยและภาษี	46.82	8.87	63.90	10.39	88.77	12.55
ดอกเบี้ย	2.20	0.42	5.00	0.81	8.00	1.13
ภาษี	10.43	1.98	17.50	2.85	24.00	3.39
กำไรสุทธิ	32.78	6.21	41.40	6.73	56.77	8.03
EPS	0.70		0.88		1.21	
EBITDA	78.68	14.91	100.90	16.41	130.77	18.49

Itemized Billing system

- การตั้งราคาขาย
 - ค่ายาเวชภัณฑ์ สะท้อนต้นทุนที่ซื้อมาบวกค่าจัดการ
 - ค่าแรงแพทย์ พยาบาล สะท้อนงานที่ทำ เงินตอบแทนที่จ่าย
 - ค่าเครื่องมือ สะท้อนค่าเสื่อมราคา และค่าบำรุงรักษา
 - ค่าสถานที่ สะท้อนค่าเสื่อมราคา
 - ค่าบริการโรงพยาบาล สะท้อน Overhead และต้นทุนการบริหาร

การตั้งประมาณการ รายได้ทั่วไป

- **Fee for Services**
 - จำนวน * ราคาต่อหน่วย
- **Capitations 30-bath ,SSO**
 - จำนวน * รายได้ต่อหัว
- **CSCMB**
 - จำนวน * ราคาต่อหน่วย

Matching Revenue and Cost

- ยา-เวชภัณฑ์ ต้นทุน (ค่าของ ค่าแรง) +กำไร
- แลป ต้นทุน (ค่าของ ค่าแรง) +กำไร
- เอกซเรย์ ต้นทุน (ค่าของ ค่าแรง) +กำไร
- ค่าบริการพยาบาล OPD IPD เงินเดือน ค่าจ้างรวม ปริมาณงาน
- ค่าธรรมเนียมแพทย์
- ค่าห้อง ค่าสถานที่ ค่าเสื่อม อัตราการใช้
- ค่าเครื่องมือ ค่าเสื่อม อัตราการใช้ ค่าเช่าใช้
- ค่าบริการโรงพยาบาล ใส่หุ้ย ปริมาณงาน OPD IPD

การบริหาร ควบคุมต้นทุน ในกลุ่ม Capitation

- แบ่งประเภทกิจกรรมรักษาพยาบาลออกเป็นส่วนๆ
 - ไม่รักษาไม่ได้ กรณีฉุกเฉิน
 - ไม่รักษา ระยะยาวมีผลเสีย โรคเรื้อรัง
 - โรคง่ายๆ กลุ่มนี้มีมากที่สุด ต้องบริการ แต่ต้องบริหารจัดการให้ต้นทุนต่ำ
 - โรคขอได้ ไม่มีผลเสีย บริหารคิว
- ประมาณการกิจกรรมแต่ละชนิด และแผนงบประมาณค่าใช้จ่าย

การบริหารเงินสด

การรับเข้าของเงินสด

- เงินสดสุทธิจากกิจการ ประมาณการ ของจริง
- แหล่งเงินสำรอง กำไรสะสม
- การเก็บหนี้ อายุหนี้
- เงินกู้ วงเงินโอดี
- การออกหุ้นทุน

การจ่ายออกของเงินสด

- บำนาญ
- ซื้อทรัพย์สิน

การลงทุน

- ความคุ้มค่าการลงทุน
 - Capital Budgeting IRR
 - ความเสี่ยงของการลงทุน
 - อัตราการใช้
 - การตั้งราคาขาย
- *Buy vs Rent vs Hire-purchase vs Profit sharing*
- แหล่งเงิน

4.8 “ตัวอย่างการทำ SWOT และ Management plan ของ รพ.” โดย ทพญ สุพินดา สาทรกิจ

การวางแผนดำเนินงานยุทธศาสตร์

SWOT ANALYSIS

WHERE ARE WE NOW?

SWOT - ANALYSIS

S = STRENGTHS	- จุดเด่น	ด	INTERNAL ANALYSIS
W = WEAKNESSES	- จุดด้อย	ด	
O = OPPORTUNITIES	- โอกาส	อ	ENVIRONMENTAL ANALYSIS
T = THREATS	- อุปสรรค	อ	

SWOT

- **S - Strengths** - จุดแข็ง
การดำเนินการภายในที่องค์กรทำได้ดี
- **W - Weaknesses** - จุดอ่อน
การดำเนินการภายในที่องค์กรทำได้ไม่ดี
- **O - Opportunities** - โอกาสพัฒนา
สภาพแวดล้อมภายนอกที่เป็นประโยชน์ต่อ
การดำเนินการขององค์กร
- **T - Threats** - อุปสรรค
สภาพแวดล้อมภายนอกที่เป็นปัญหาต่อองค์กร

การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน Internal environmental analysis

- ทบทวนพันธกิจและเป้าหมายขององค์กร
- ประเมินวัฒนธรรม ค่านิยม ธรรมชาติขององค์กร
- ศึกษาความสามารถและโครงสร้างขององค์กร
 - ☐ ปัจจัยนำเข้า : Man , Money , Material & Information , Organization structure
 - ☐ กระบวนการ : Input Logistics , Production , Output Logistics , Management & Marketing , After-Sale ระบบการสื่อสาร ประสานงาน / ระบบสารสนเทศ
 - ☐ ผลผลิตและผลลัพธ์ : Product & Services performance
- Business portfolio evaluation

การวิเคราะห์สภาวะการณ์ภายนอก (Opportunity & Threat)

แนวทางการวิเคราะห์

- การวิเคราะห์ในสภาพการแข่งขัน
(Five Force Model of Competition)
 - การแข่งขันระหว่างองค์กรที่มีอยู่เดิม
 - ศักยภาพในการเข้ามาของคู่แข่งใหม่
 - ศักยภาพการพัฒนาผลิตภัณฑ์ทดแทน
 - อำนาจการต่อรองของ supplier
 - อำนาจต่อรองของผู้บริโภค

การวิเคราะห์สภาวะการณ์ภายนอก (Opportunity & Threat)

แนวทางการวิเคราะห์

- การวิเคราะห์ในสภาพกว้างทั่วไป (PEST Model)

สภาพแวดล้อมทั่วไป

วิเคราะห์โอกาส/ข้อจำกัดโดยใช้ PEST Analysis

P = Politics คือ นโยบาย/กฎหมายของรัฐบาล

E = Economics คือ เศรษฐกิจระดับมหภาค

S = Sociocultural คือ สังคม/วัฒนธรรม

T = Technology คือ วิทยาการแขนงต่าง ๆ

SWOT / TOWS ตาราง (Matrix)

	จุดแข็ง - S 1. 2. 3. 4.	จุดอ่อน - W 1. 2. 3. 4.
โอกาส - O 1. 2. 3. 4.	กลยุทธ์ SO ใช้จุดแข็งเกาะกุมโอกาส	กลยุทธ์ WO เอาชนะจุดอ่อนโดยอาศัยโอกาส
อุปสรรค - T 1. 2. 3. 4.	กลยุทธ์ ST ใช้จุดแข็งหลีกเลี่ยงอุปสรรค	กลยุทธ์ WT ลดจุดอ่อนและหลีกเลี่ยงอุปสรรค

	1.นโยบายเป้าหมายการทำงานชัดเจน 2.มีแพทย์/สาขาวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ 3.การพัฒนาบุคลากร มีประสิทธิภาพ 3.ระบบสถานบริการเครือข่ายมีประสิทธิภาพและทำงานเป็นทีม 4.โครงสร้างองค์กรชัดเจน มีการกระจายอำนาจ	1.การประสานงาน/ทำงานเป็นทีม 2.บุคลากรไม่เพียงพอ /ภาระงานสูง 3.ไม่มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 4.ระบบการทำงานมีหลายขั้นตอนซับซ้อน 5.ระบบการตรวจสอบสิทธิ / การจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลไม่สมบูรณ์
1.ที่จัดรพ.สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ 2. การประเมินจากองค์กรภายนอก กระตุ้นการพัฒนา 3.องค์กรภายนอกอปท.ให้การร่วมมือดี และให้การสนับสนุนงบประมาณ 4.อยู่ในพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรม	1. 2. 3.	1. 2. 3.
1.มีประชากรแฝง และต่างล้าวมก 2.ระบบUC/ เศรษฐกิจถดถอย ผู้รับบริการเพิ่มขึ้น 3.มีการแข่งขันกับรพ.เอกชน(เอกชนอยู่ปริม) 4.ระบบงบประมาณปลายปีปิด จำกัด เพลิดเพลินการชดเชยค่ารักษาพยาบาล	1. 2. 3.	1. 2. 3.

	1.นโยบายเป้าหมายการทำงานชัดเจน 2.มีแพทย์/สาขาวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ 3.การพัฒนาบุคลากร มีประสิทธิภาพ 3.ระบบสถานบริการเครือข่ายมี ประสิทธิภาพและทำงานเป็นทีม 4.โครงสร้างองค์กรชัดเจน มีการกระจายอำนาจ	1.การประสานงาน/ทำงานเป็นทีม 2.บุคลากรไม่เพียงพอ /ภาระงานสูง 3.ไม่มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 4.ระบบการทำงานมีหลายขั้นตอนซับซ้อน 5.ระบบการตรวจสอบสิทธิ / การจัดเก็บค่า รักษาพยาบาลไม่สมบูรณ์
1.ที่จัดรพ.สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ 2. การประเมินจากองค์กรภายนอก กระตุ้นการพัฒนา 3.องค์กรภายนอกอปท.ให้การร่วมมือดี และให้การสนับสนุนงบประมาณ 4.อยู่ในพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรม	1.พัฒนาระบบบริการ เช่น One-stop services ในบางคลินิก 2.การเพิ่มเป้าหมายผู้รับบริการ SSO/CSMBS 3. การประสานงานสนับสนุนงบประมาณ จาก จังหวัด /ท้องถิ่น	1. Outsource services or staff 2. พัฒนาบุคลากร ในด้าน ...
1.มีประชากรแฝง และต่างล้าวมก 2.ระบบUC/ เศรษฐกิจถดถอย ผู้รับบริการเพิ่มขึ้น 3.มีการแข่งขันกับรพ.เอกชน (เอกชนอยู่ปริม) 4.ระบบงบประมาณปลายปีปิด จำกัด เพลิดเพลินการชดเชยค่ารักษาพยาบาล	1. พัฒนาระบบบริการเชิงรุกด้าน อชีวเวชกรรม การตรวจสุขภาพ ฯลฯ 2. ความร่วมมือในการ provide บริการ กับ อปท (Purchaser / provider) 3. การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร	1. พัฒนาระบบการตรวจสอบสิทธิ รักษาพยาบาล/ การจัดเก็บรายได้ 2. การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร

Thank You

**4.9 “แนวคิดหลักการ วิธีการทำ business plan
และข้อมูลที่จำเป็นที่ต้องมีของโรงพยาบาล”
โดย นพ.สุกิจ พึ่งเกษมบุตร**

การอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนา
นักวิเคราะห์การเงินการคลัง
โรงพยาบาล

ความคาดหวังของโครงการ

- ได้เครือข่ายนักวิเคราะห์การเงินในส่วน ผู้ให้บริการ
- ได้ทีมงานนักวิเคราะห์ใน โรงพยาบาลที่อยู่ สถานะการจริง
- ได้แนวคิดในการทำแผนธุรกิจของโรงพยาบาล
- ได้แผนโรงพยาบาลจริงเมื่อสถานการณ์ต้องการต่อรองทางการเงิน

แนวคิดในการทำแผนธุรกิจ
ในบริบทกระทรวง สธ.

พัฒนาการแนวคิดในการทำแผนของเรา

- ยุคแรกๆ....
 - ระบบข้อมูลบริการ ห้องบัตร / ข้อมูลการเงินเป็น Cash Basis
 - เราทำแผนและงบประมาณแบบเงินสด
- ยุคฟองสบู่แตก..... แนวคิดโรงพยาบาลนอกระบบ
 - ระบบข้อมูลบริการ Computerized / เริ่มระบบบัญชีแยกฝั่ง
 - เราทำแผนและงบประมาณแบบเงินสด
- ยุคเริ่มระบบ ๑๐ บาท..... ระบบเหมาจ่าย
 - ระบบข้อมูลบริการ Computerized / HA เข้ามา
 - บัญชีการเงินดีขึ้น....ถูกต้องมากขึ้น
 - เราทำแผนเชิงกลยุทธ์ และ งบประมาณแบบเงินสด
- ปัจจุบัน....กระจายอำนาจ / อิสระ / ค่าไรสะสมลด
 - ความเชื่อมโยงระบบบริการ / การเงิน และบัญชี
 - จากบัญชีการเงิน ผู้บัญชาบริหาร
 - จากแผนและงบประมาณเงินสด ถึง Business Plan

ข้อจำกัดในระบบเดิม

- เกณฑ์เงินสด VS เกณฑ์คงค้าง
 - ข้อมูลไม่ครอบคลุม
 - เหลื่อมเวลา
 - คำนวณไม่ครบ
- ข้อมูลบริการ
 - เห็นภาพใหญ่
 - ขาดรายละเอียด
 - ใคร / ทำอะไร / ใ้ใคร / เมื่อไร / ทำไร ?
- ทั้งคู่ไม่เชื่อมโยงถึงกัน สอบกันไม่ได้

จึงเป็น

จุดอ่อน

ตกลงกันก่อน

BUSINESS PLAN ?

MBA vs. MPA



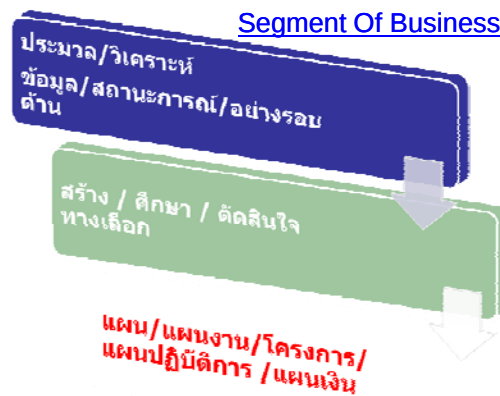
ขั้นตอน Strategic Planning

- รู้จักตนเอง ... กำหนด Vision & Mission
- รู้ความต้องการ ... Set Goal & Objective
- รู้จักสถานการณ์ ... SWOT Analysis
- สร้างยุทธศาสตร์ ... ความคิดสร้างสรรค์ และเหตุผล
- กำหนดยุทธวิธี ...
 - แผนงาน / โครงการ (Project Planning)
 - ศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการ (Feasibility Study)
- แบ่งงาน /แบ่งทรัพยากร ...
 - Routine and Project Work
 - แผนปฏิบัติงาน / แผนคน / แผนเงิน (Budgeting)

ผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการข้างต้น คือ

Business Plan ของเรา

Segment Of Business Plan



ประมาณ/วิเคราะห์ ข้อมูล/สถานการณ์/อย่างรอบด้าน

- เป็นหน้าที่ผู้บริหารระดับสูง ถึง กลาง เป็นหลัก
 - ข้อมูลที่ใช้หลากหลาย
 - ขอบเน้น ข้อมูลบริการ และ ข้อมูลการเงิน
 - ลงรายละเอียดว่า
 - ใคร > ทำอะไร > ให้ใคร > เมื่อไร > เท่าไร ?
 - ความเชื่อมโยง ระหว่างกัน ทำให้เราวิเคราะห์ได้
- งบการเงิน - ข้อมูลบริการ - ระบบการทำงาน

สร้าง / ศึกษา / ตัดสินใจ ทางเลือก

- เป็นหน้าที่ผู้บริหารระดับกลาง และฝ่ายแผน เป็นหลัก
- ข้อมูลที่ใช้หลากหลาย
- ใช้องค์ความรู้บริหารมากขึ้น
 - Project Planning
 - Feasibility Study
 - Project Finance (NPV , IRR)
- การตัดสินใจ ทำ / ไม่ทำ / ขกเลิกงานบางงาน

แผนงาน / โครงการ แผนปฏิบัติการ / แผนคน / แผนเงิน

- เป็นหน้าที่ฝ่ายแผน และ บัญชี เป็นหลัก (ที่เชิญมา)
- ข้อมูลที่มีจากขั้นตอนต่างๆข้างต้น
 - เป้าหมาย และ ตัวชี้วัด
 - งานที่จะทำในปีหน้า ทั้งงานประจำและโครงการใหม่
 - งบการเงินปีที่ผ่านมามีใช้วิเคราะห์สถานะการณ
 - มีประมาณการทางการเงินต่างๆ
 - มีงบประมาณเงินสดที่ฝ่ายแผนทำมา
 - มีงบการลงทุนต่างๆ และสินทรัพย์ที่จะซื้อเพิ่ม
 - มีข้อมูลประมาณการลูกหนี้ / เจ้าหนี้

Business Plan ที่อยากได้

- พันธกิจ วิสัยทัศน์ ของโรงพยาบาล
- ผลการวิเคราะห์องค์การ
- สถานะปัจจุบันในมิติต่างๆ โดยเฉพาะการเงิน
- เป้าหมาย และ ตัวชี้วัดที่สำคัญ
- ยุทธศาสตร์ และ กลวิธี ของโรงพยาบาล
- แผนงาน / โครงการต่างๆ / แผนปฏิบัติงาน
- แผนทรัพยากรบุคคล / แผนการลงทุน
 - แผนงบประมาณเงินสด
 - งบการเงินล่วงหน้า

หลักพื้นฐาน ในการอ่านงบการเงิน

คำตอบที่งบการเงินบอกได้

ความถูกต้องที่พร้อมถูกตรวจสอบ

1. ความมีอยู่จริง (Existence)
2. สิทธิและภาระผูกพัน(Right and Obligation)
3. เกิดขึ้นจริง (Occurrence)
4. ความครบถ้วน (Completeness)
5. การตีราคาและวัดมูลค่า (Valuation and Measurement)
6. การแสดงรายการและการเปิดเผย (Presentation and Disclosure)

ท่านหาคำตอบ ๔ ข้อต่อไปนี้ จากงบของท่านได้ ?

- 1) หน่วยงานท่านมีขนาดเท่าไร?
เพียงพอ? ใหญ่เกินไป? เล็กไป?
เอาทุนมาจากไหน?
ภาระทางการเงินเป็นอย่างไร?.....BS
- 2) สินทรัพย์ที่มีอยู่ใช้ดำเนินงานได้ดี?
ประสิทธิภาพเป็นอย่างไร?.....PL
- 3) ในระยะสั้น หน่วยงานท่านดำเนินการได้ดี?
สภาพคล่องเป็นอย่างไร?.....SCF / PL
- 4) ในระยะยาว หน่วยงานท่านเจริญเติบโต?
มีแนวโน้มของหน่วยงานอย่างไร?.....Multiple

ข้อมูลที่ต้องใช้

ควรมีงบการเงินที่ถูกต้องของเราเอง
หลายๆงวด
เพื่อเปรียบเทียบ
และจะดีถ้ามีหน่วยอื่นด้วย

ทบทวน หลักการทางบัญชี

เพื่อเข้าใจที่มาของข้อมูล/การนำเสนอ

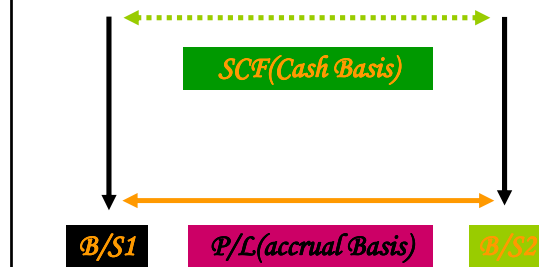
เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รายการที่ต้องนำมาลงบัญชี



ความแตกต่างของเกณฑ์เงินสด Vs ค่าง

งบดุล ต้นงวด	งบแสดงผล การดำเนินงาน	งบดุล ปลายงวด
Investing Activity (กิจกรรม ลงทุน)	Operating Activity (กิจกรรม ดำเนินงาน)	Investing Activity (กิจกรรม ลงทุน)
Financing Activity (กิจกรรม จัดหาเงิน)		Financing Activity (กิจกรรม จัดหาเงิน)

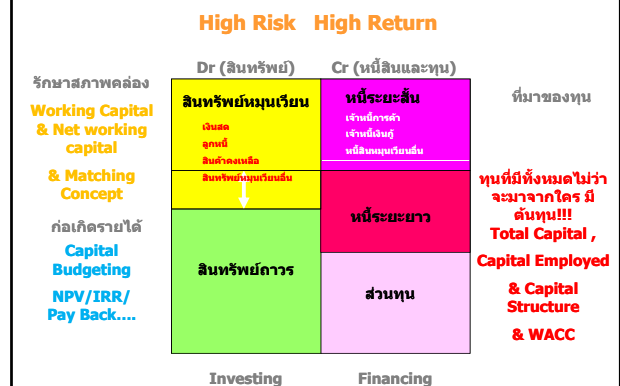
จนกระทั่งเกิดการเงิน



เริ่มต้นที่งบดุล

หน่วยงานท่านมีขนาดเท่าไร?
เพียงพอ? ใหญ่เกิน? เล็กไป?
เอาทุนมาจากไหน?
ภาระทางการเงินเป็นอย่างไร?

องค์ประกอบและหน้าที่ในงบดุล



สิ่งที่ท่านควรรู้เมื่อดูงบดุล

1. งบดุล ๒ ข้างเป็นอย่างไร? แต่ละข้างมีองค์ประกอบ (โครงสร้าง)?
2. ๕ ส่วนสำคัญของงบดุล? มาจากไหน? มีหน้าที่?
3. ค่าที่สำคัญที่มีความหมายเฉพาะและจะนำไปหาความสัมพันธ์กับงบอื่นๆ คือ?
 1. Total Asset
 2. Capital Employed
 3. Net worth
 4. Working Capital
4. ท่านเทียบค่าต่างๆ เหล่านี้กับหน่วยงานอื่นที่ใกล้เคียงกับท่านหรือไม่?

งบกำไรขาดทุน

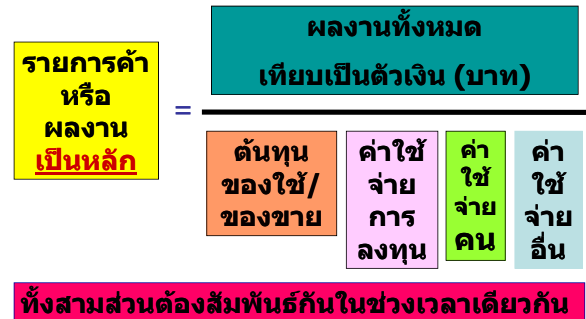
สินทรัพย์ที่มีอยู่ใช้ดำเนินงานได้ดี?
ประสิทธิภาพเป็นอย่างไร?

หลักการรับรู้ (Recognition)

- มีความเป็นไปได้ค่อนข้างแน่ที่ประโยชน์เชิงเศรษฐกิจในอนาคตของรายการดังกล่าวจะเข้าหรือออกจากกิจการ
- มีราคาทุนหรือสามารถวัดมูลค่าได้อย่างน่าเชื่อถือ

Matching Concept

หลักการจับคู่ที่ทำให้เกิดเกณฑ์สิทธิ



ขาย (Sales)	องค์ประกอบและหน้าที่ ในงบ P/L
หัก ต้นทุนขาย (Cost of Sales)	การควบคุมค่าใช้จ่าย
กำไรขั้นต้น (Gross Profit)	
หัก ค่าใช้จ่าย ขายและบริหาร (Sale / Admins Exp.)	Operating Expense
กำไรจากการดำเนินงาน (PBIT)	
หัก ดอกเบี้ย (interest)	Financial Expense
กำไรหลังดอกเบี้ย (PBT)	
หัก ภาษี (Tax)	Tax Expense
กำไรสุทธิ (PAT)	Accounting Profit

การวัดผลการดำเนินงาน
ของหน่วยงาน

การหาความสัมพันธ์ระหว่างงบ

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| • งบดุล | • งบกำไรขาดทุน |
| • คือของที่มีต้นทุนที่ใช้ | • คือ ผลงานที่เกิดขึ้น |
| • Total Asset | • PBIT |
| • Capital Employed | • PBT |
| • Equity | • PAT |

Return on Total Asset (ROTA)

- เป็นการวัดประสิทธิภาพของการปฏิบัติในมุมมองของการใช้สินทรัพย์ทั้งหมดในภาพรวมหน่วยงาน
- คิดเป็นค่าร้อยละ
- สูตร $ROTA = PBIT / TA$
- ค่านี้เหมาะกับกระทรวงเราที่สุดในกลุ่ม

Return on Equity (ROE)

- เป็นการวัดผลตอบแทนในมุมมองของส่วนทุนของหน่วยงาน
- คิดเป็นค่าร้อยละ
- สูตร $ROE = PAT / OF$
- ค่านี้อาจไม่เหมาะกับกระทรวงเรา
- เนื่องจากค่าจำกัดความของทุนใน สช.เราไม่ชัดเจน

Return on Capital employed (ROCE)

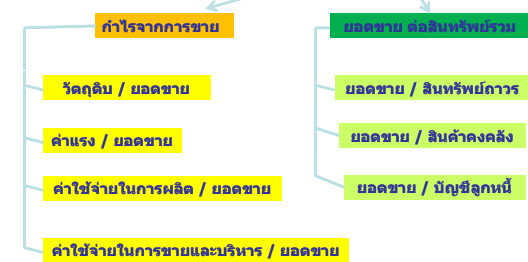
- เป็นการวัดผลตอบแทนในมุมมองเมื่อเทียบกับทุนระยะยาวของหน่วยงาน
- คิดเป็นค่าร้อยละ
- สูตร $ROCE = PBIT / TA-CL$
- ค่านี้อาจไม่เหมาะกับกระทรวงเรา
- เนื่องจากค่าจำกัดความของทุนใน สช.เราไม่ชัดเจน

ROTA น่าจะเหมาะสมที่สุด

แนวคิดในการวิเคราะห์ อัตราส่วน

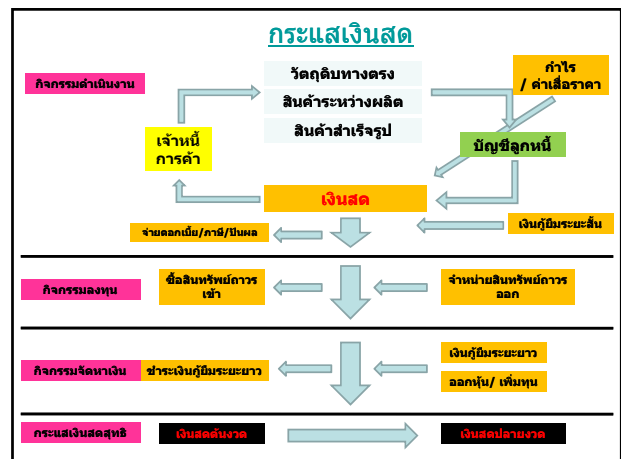
$$ROTA = PBIT / TA$$

$$ROTA = PBIT / TA = PBIT / Sale * Sale / TA$$



งบกระแสเงินสด

ในระยะสั้น หน่วยงานท่านดำเนินการได้ดี? สภาพคล่องเป็นอย่างไร?



โครงสร้างของงบ

• แบ่งได้ 2 แบบ

- กระแสเงินสดทางอ้อม
- กระแสเงินสดทางตรง

• แบ่งกลุ่มย่อยในงบได้ 3 กิจกรรม

- กระแสเงินสดจากการดำเนินงาน
- กระแสเงินสดจากการลงทุน
- กระแสเงินสดจากการจัดหาเงิน
- จึงได้กระแสเงินสดสุทธิ

แผนภูมิของกิจกรรม



งบกระแสเงินสด

• กระแสเงินสดจากการดำเนินการ

• กระแสเงินสดจากการลงทุน

• กระแสเงินสดจากการจัดหาเงิน

• กระแสเงินสดสุทธิ

• เงินสดและรายการเทียบเท่าต้นงวด

• เงินสดและรายการเทียบเท่าปลายงวด

กิจกรรมดำเนินงานทางอ้อม

- กำไรสุทธิ (จากงบกำไรขาดทุน) XX
- บวก...
 - ค่าเสื่อมค่าตัดบัญชี(ที่ไม่ได้จ่ายจริง) XX
 - การลดลงของสินทรัพย์หมุนเวียน XX
 - การเพิ่มขึ้นของหนี้สินหมุนเวียน XX
 - ขาดทุนจากการขายสินทรัพย์ XX XX
- หัก...
 - การเพิ่มขึ้นของสินทรัพย์หมุนเวียน XX
 - การลดลงของหนี้สินหมุนเวียน XX
 - กำไรจากการขายสินทรัพย์ XX XX
- กระแสเงินสดสุทธิจากการดำเนินงาน XX

กิจกรรมดำเนินงานทางตรง

- เงินสดรับจากการขาย(จากงบกำไรขาดทุน) XX
- หัก...
 - เงินสดจ่ายสำหรับสินค้าที่ขาย XX
 - ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน(ยกเว้นค่าเสื่อม) XX
 - เงินสดจ่ายสำหรับดอกเบี้ยจ่าย XX
 - เงินสดจ่ายสำหรับภาษีเงินได้ XX XX
- กระแสเงินสดสุทธิจากการดำเนินงาน XX

แนวโน้มของทุกงบ

ในระยะยาว หน่วยงานท่านเจริญเติบโต?
มีแนวโน้มของหน่วยงานอย่างไร?

ตัวอย่างงบ

- แบบงบบริหารของ สป.
- งบดุล
- งบกำไรขาดทุนปกติ
- งบบริหาร
- กระแสเงินสดทางอ้อม
- อัตราส่วนการเงิน
- อัตราส่วนการเงิน

CFO
จะได้ข้อมูลจากไหน ?

4.10 ตัวอย่าง วิธีการทำ business plan ”
โดย คุณอนุ แนนหนา

Business Plan

Anoo Nanna

Reference: Supakorn Kungpisdan (Mahanakorn University of Technology)

Why do we need business plan?

- เครื่องมือสำคัญสำหรับผู้ประกอบการที่ริเริ่มก่อตั้งกิจการ และผู้ประกอบการที่กำลังจะขยายกิจการและประสงค์จะขอเงินจากสถาบันการเงินและหาผู้ร่วมลงทุน โดยแผนธุรกิจช่วยประกอบการตัดสินใจและการดำเนินธุรกิจให้มีเป้าหมายและทิศทางชัดเจน เปรียบเสมือนแผนที่ในการบอกรายละเอียดในการเดินทาง ซึ่งจะทำให้ผู้ประกอบการถึงจุดหมายที่ตั้งไว้

What is business plan and its objectives?

- ทำให้ผู้ประกอบการมีเป้าหมายที่ชัดเจน และกำหนดแนวทางของความคิดในการประกอบธุรกิจ
- เป็นเครื่องมือที่จะแสวงหาเงินทุนจากผู้ร่วมลงทุนและจากสถาบันการเงินต่างๆ
- ช่วยบอกรายละเอียดของกิจกรรมต่างๆ ทั้งกิจกรรมในการจัดหาเงินทุน กิจกรรมในการพัฒนาการผลิต กิจกรรมด้านการตลาด ซึ่ง แผนธุรกิจยังใช้เพื่อกำหนดการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่องในอนาคตของกิจการอีกด้วย

Contents of Business Plan

- บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)
- ประวัติความเป็นมา (Company Summary)
- การวิเคราะห์สถานการณ์ (SWOT Analysis)
- วัตถุประสงค์และเป้าหมายทางธุรกิจ (Objectives and Goals)
- แผนการตลาด (Marketing Plan)
- การจัดการและโครงสร้างองค์กร (Management and Organization Plan)
- แผนการเงิน (Finance Plan)
- แผนการดำเนินงาน (Operations Plan)
- ความเสี่ยง (Critical Risks)
- แผนฉุกเฉินหรือแผนสำรอง (Contingency Plan)
- ภาคผนวก (Appendices)

Example: Executive Summary

-จากการขยายตัวของเศรษฐกิจของประเทศไทย ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีอิทธิพลต่อการครองชีพ และรูปแบบของการดำรงชีวิต (LIFE STYLE) ของกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเป็น "สังคมเมือง" โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลกลุ่มประชากรในสังคมเมืองนี้จะให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อสุขภาพเป็นสำคัญ คุณภาพของการดำรงชีวิต และความสะดวกในการใช้บริการจึงเป็นปัจจัยที่ต้องการ โรงพยาบาลเอกชนจึงเกิดขึ้น และได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก อีกทั้งยังสามารถแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลรัฐบาลได้เป็นอย่างดีคนไข้จึงมีทางเลือกมากขึ้นในบริเวณใกล้เคียง เป็นพื้นที่แห่งศักยภาพทางเศรษฐกิจในบริเวณตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร ที่มีความเจริญในทุกด้าน ทั้งชุมชนที่ก่อเกิดของกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ หน่วยงานรัฐวิสาหกิจที่สำคัญ หน่วยงานราชการอื่นๆ และหน่วยงานเอกชนอีกเป็นจำนวนมาก แต่ยังไม่มียังโรงพยาบาลแห่งเดียวที่จะให้การบริการแก่ประชาชนในพื้นที่ซึ่งมีการศึกษาและจัดการลงทุน โครงการ โรงพยาบาลเอกชน ในพื้นที่เป้าหมายนี้ เมื่อปี พ.ศ. 2553 ซึ่งการศึกษาต่อมาได้กลายเป็น "การศึกษาคำถามเป็นไปได้ของโครงการ โรงพยาบาล A" แห่งนี้ ในเอกสารฉบับนี้ได้คัดเลือกเนื้อหาบางส่วนของการศึกษาวิจัยมาเผยแพร่ เช่น ความเจริญของพื้นที่เป้าหมาย ความต้องการบริการทางการแพทย์ของกลุ่มประชากรเป้าหมาย การลงทุน ฯลฯ ซึ่งจะกล่าวในตอนต่อไป

Company Summary

- จากการศึกษาวิจัยจะเห็นได้ว่าจำนวนประชากรในพื้นที่เป้าหมายมากกว่า 40,000 คน ซึ่งส่วนมากมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับกลางขึ้นไป ดังนั้นความต้องการใช้บริการจากโรงพยาบาลเอกชนสูงมาก
- ด้วยมาตรฐานในการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั่วไป (GENERAL HOSPITAL) จะมีสัดส่วนจำนวนเตียงผู้ป่วย 1 เตียง ต่อประชากร 1,000 คน
- ดังนั้นโครงการ โรงพยาบาลในพื้นที่เป้าหมายที่มีประชากรประมาณ 100,000 คน จึงควรมีเตียงรองรับจำนวนมากกว่า 100 เตียง
- ในปัจจุบันการลงทุนในโครงการ โรงพยาบาลเอกชนจะอยู่ในค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.0-2.5 ล้านบาท/เตียง ดังนั้นการลงทุนในโครงการ โรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ จึงควรอยู่ในงบการลงทุนระหว่าง 200-250 ล้านบาท
- สำหรับโครงการ โรงพยาบาล A จะเป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาด 100 เตียง ซึ่งใช้เงินลงทุนในโครงการประมาณ 250 ล้านบาท เพื่อใช้ในการเตรียมที่ดิน อาคาร ที่ การก่อสร้าง ตกแต่งภายใน ติดตั้งงานวิศวกรรมระบบ จัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ฯลฯ โดยกำหนดสัดส่วนเงินลงทุนส่วนที่เป็นเงินกู้จากสถาบันการเงินต่อเงินทุนส่วนที่บริษัทออกเอง ประมาณ 1:1

Critical Risks

- การนำเข้ายา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์มีปัจจัยความเสี่ยงทางด้านราคาจากการแปรผันของอัตราแลกเปลี่ยน
- การขาดแคลนบุคลากรในโรงพยาบาลเมื่อมีการลาออก
- การขาดสภาพคล่องในการดำเนินงาน
- แหล่งเงินทุนประสบปัญหาไม่สามารถให้เงินทุนได้
- การก่อสร้างโครงการไม่แล้วเสร็จตามกำหนด

Contingency plan

- Swaps, options
- จัดทำสัญญาว่าจ้างที่ระยะเวลาการทำงานเมื่อได้ขึ้นใบลาออก โดยพนักงานมีสิทธิ์ซื้อสัญญาได้ รวมถึงมีการ recruit บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ โดยไม่จำเป็นเฉพาะเมื่อมีการลาออก
- Bank overdraft
- จัดหาแหล่งเงินทุนสำรอง
- สร้างเครือข่ายผู้รับเหมา เพื่อสามารถติดต่อให้ทำการก่อสร้างโครงการให้เสร็จทันเวลา
- สร้างเครือข่ายโรงพยาบาลเพื่อ refer ผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลในเครือข่ายเมื่อโรงพยาบาลขาดความพร้อมในด้านต่าง ๆ

Reference

- แบบฟอร์มการเขียนแผนธุรกิจ
 - http://cms.sme.go.th/cms/c/portal/layout?p_l_id=23.22
- วิธีการเขียนแผนธุรกิจ
 - http://cms.sme.go.th/cms/c/portal/layout?p_l_id=23.31

**4.11 “ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ Business plan เพื่อทำ
แผนพัฒนาประสิทธิภาพการจัดบริการของโรงพยาบาล
รัฐ” โดย รศ.นพ.ประดิษฐ์ สมประกิจ**

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้ Business Plan เพื่อทำแผนพัฒนาประสิทธิภาพ การจัดการบริการของโรงพยาบาลรัฐ

Pradit Somprakit, FRCA, ExMBA

05/11/52

1

Business Plan

- **Formal statement of**
 - A set of business goals,
 - The reasons why they are believed attainable,
 - The plan for reaching those goals
 - Background information about the organization or team attempting to reach those goals.
- **For-profit business plans typically focus on financial goals**
- **Non-profit and government agency business plans tend to focus on service goals, although non-profits may also focus on maximizing profit.**

The Purpose of a Business Plan

- **The purpose may vary according to the need**
 - To assist management planning and control
 - To attract funding
 - To recruit key employees
 - To explain the business to suppliers
 - To gain prior commitment from customers
 - For legal reasons
 - To obtain government or political support
- **It is expected that we would have several versions of the business plan, and to be continually re-drafting these**

Business Performance Management Process



For-profit and Not-for-profit Organization

- **For-profit world:**
Management must administer the assets of the enterprise in order to obtain the greatest wealth for the owner
- **Not-for-profit world:** More emphasis on the social goals



For-profit and Not-for-profit Organization

- **Financial VS Non financial target**
 - Mission
 - Value based organization
 - Economic gained inside organization and society
- **Leadership**
 - How to get a leader
 - Term of leadership
- **Organization efficiency and culture**

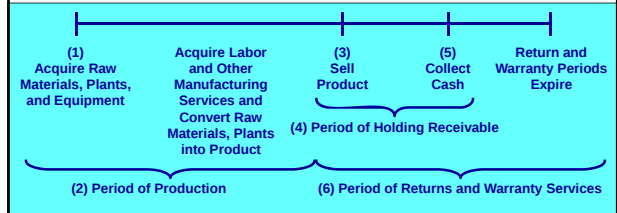


Case Scenarios

- Cash Flow cycle
- OPD Flow
- การขอเพิ่มเตียงผู้ป่วยใน และการขอเพิ่มจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU)
 - Open heart Surgery
 - Eye Surgery
- การจัดบริการส่งยา



Principle of Income Recognition

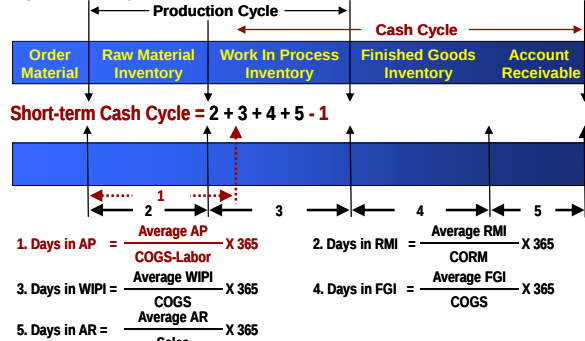


- Firm has performed all, or a substantial portion of, the services
- Firm has received cash, a receivable, or some other asset capable of reasonably precise measurement
- The "matching principle" = Reporting expenses in the same period as recognition of revenue

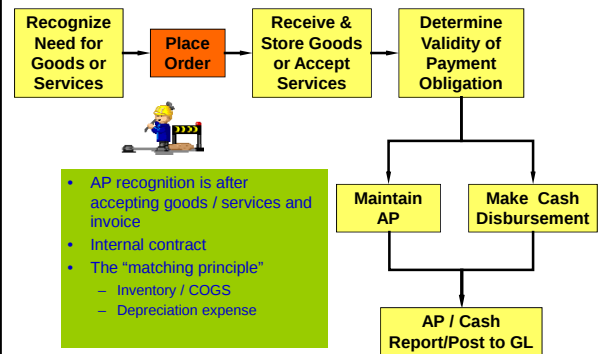


Cash Flow Cycle (Time value of Money)

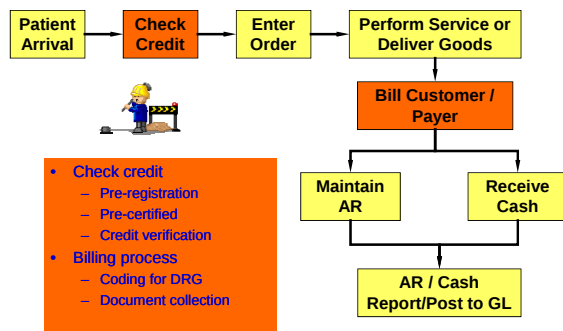
Operation Cycle



Expenditure Cycle



Revenue Cycle



Documentation Capture

- "If it isn't documented, it didn't happen."
- Coding – DRG with or without Co-morbidity or complication
- Key persons: nurses, physicians, utilization reviewers (case managers), and medical record coders
- How long does it take for your hospital to complete the clinical coding for each case?
- How fast your patients get laboratory / pathological investigation results?

Revenue = AR + Cash

- Firm have performed all, or a substantial portion of, the services
- Firm has received cash, a receivable, or some other asset capable of reasonably precise measurement
- IPD:
 - Cash,
 - In house; Discharged, not yet billed,
 - Billed – AR
- OPD:
 - Cash,
 - Discharged, not yet billed,
 - Billed – AR

Revenue

- IPD
 - Cost based pricing
 - Value based pricing
 - Prospective Payment System (PPS) – DRG Provider needs to be more cost-conscious
- OPD
 - Ambulatory Payment Classification (APC)
 - Common Procedure Terminology (CPT-4)
 - Fee schedule

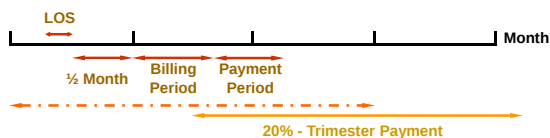
Accounts Receivable Management

- No collections
 - No payroll, No payment to vendors
- More and more credit payer
- Issues concerning
 - Charge captures
 - Document captures
 - Coding & Medical records
 - Quality assurance & Utilization review
- Customers' / 3rd Party payers' relationship
- Pre-registration, Pre-certification, Insurance verification
- Contractual allowance
- Bad debt allowance and expense

IPD Revenue cycle

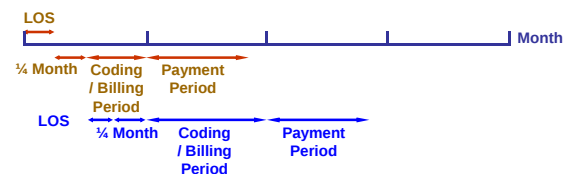
- Assume IPD revenue 1 mB/day, average LOS 8 days, completion of coding in 15 days
- CSMBS, UC and cash payers are about 30% each in numbers for IPDs, however, CSMBS contributes about 50% of revenue
- CSMBS
 - Billing this month discharges within the 20th of next month
 - Receive payment 80% in the 7th of the month after next month
 - The rest of 20% will be received in trimester
- UC
 - Billing within 30 days after discharge will receive payment within the 25th day of next month

CSMBS IPDs

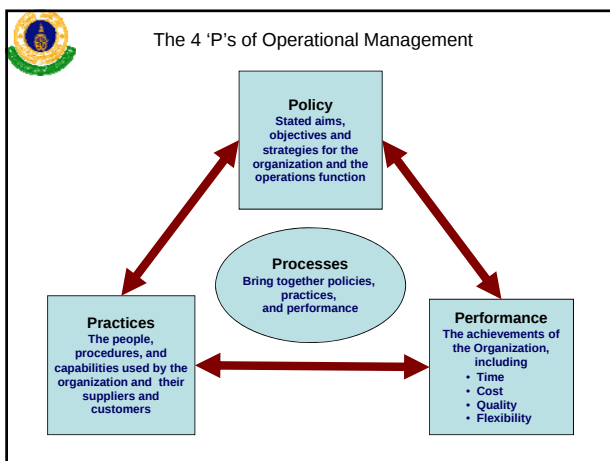
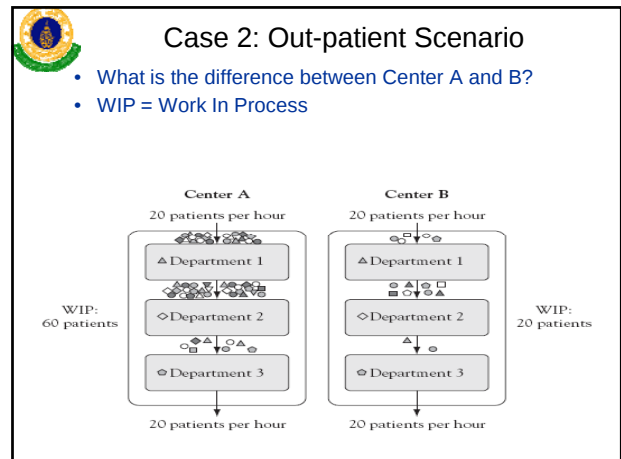
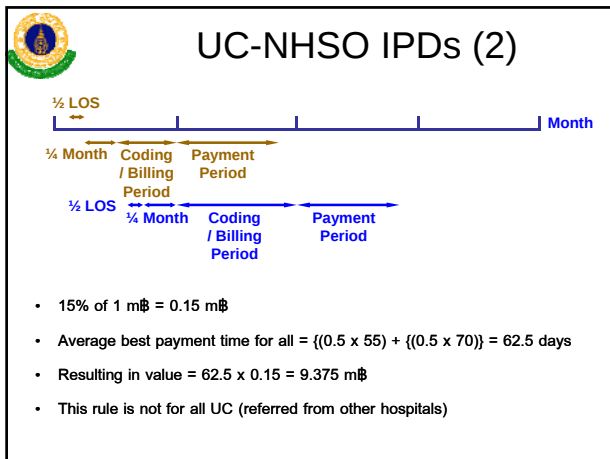


- 50% of 1 mB = 0.5 mB
- Best scenario time for the 1st 80% = LOS + ½ Month + Billing period time + Payment period = 8 + 15 + 20 + 10 = 53 days
- Average best payment time for the rest of 20% = $\frac{[(8 + 15 + 20) + 75] + [(8 + 15 + 20) + 45] + [(8 + 15 + 20) + 15]}{3} = 88$ days
- All average = $(0.8 \times 53) + (0.2 \times 88) = 60$ days
- Resulting in value = $60 \times 0.5 = 30$ mB

UC-NHSO IPDs (1)

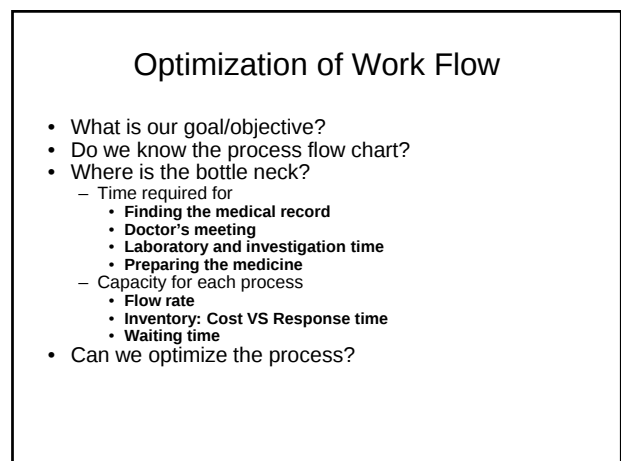
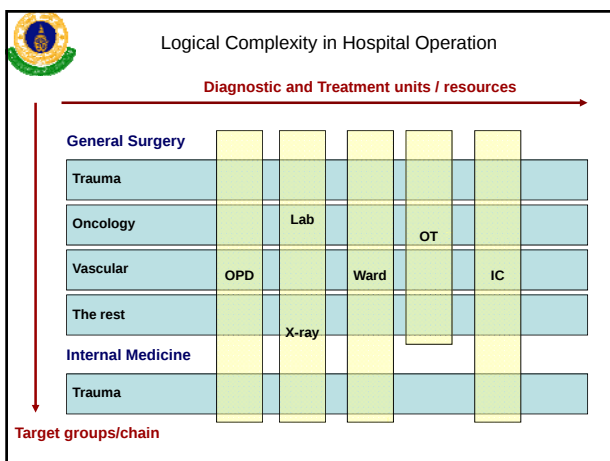


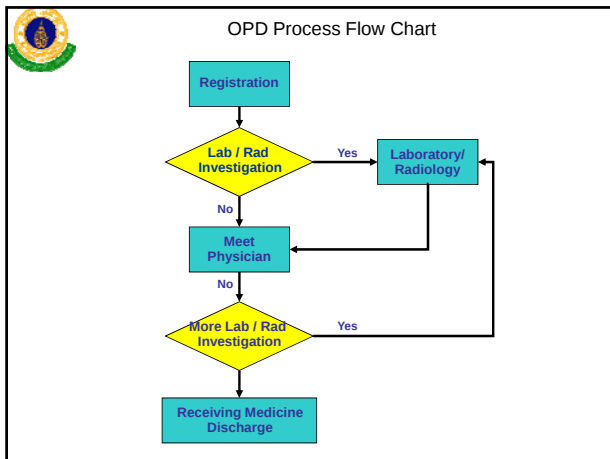
- Best scenario time for the 1st 50% (Because our coding time is 15 days) = LOS + ¼ Month + Billing period time + Payment period = 8 + 7 + 15 + 25 = 55 days
- Best scenario time for the 2nd 50% = LOS + ¼ Month + Billing period time + Payment period = 8 + 7 + 30 + 25 = 70 days
- Average best payment time for all = $(0.5 \times 52) + ((0.5 \times 70)) = 62.5$ days
- This rule is not for all UC (referred from other hospitals)



Similarities & Differences between manufacturing and health care operations

Characteristics	Manufacturing	Healthcare
Object	Material flow	Patient flow
Specification of end-product requirements	Up-front specified	Subjective and fuzzy
Means of production	Equipment & staff	Equipment & staff
Buffers	Stock or lead-times	Waiting- and lead-times
Financial goal	Profit	Cost control
Market environment	Market competition	Limited market competition





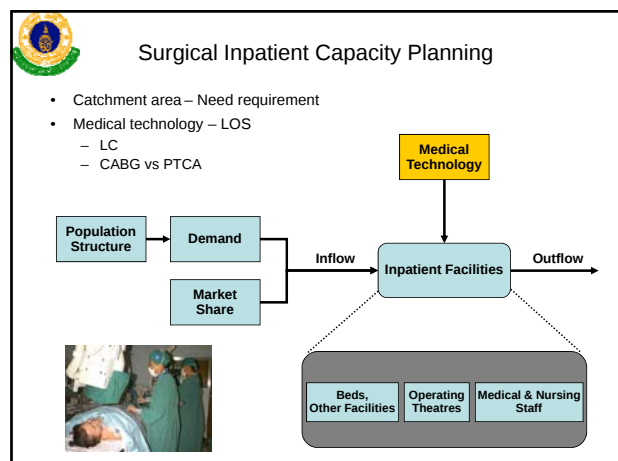
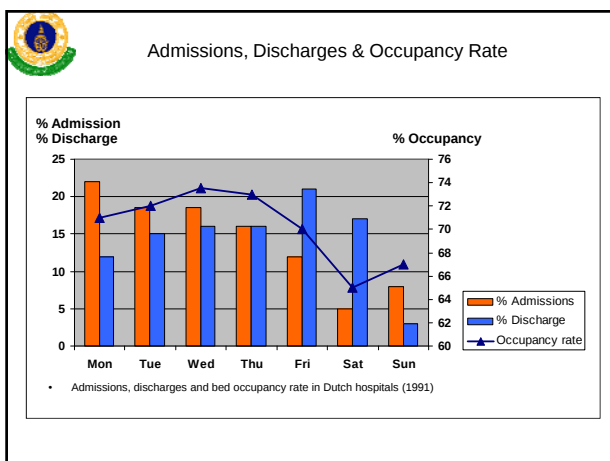
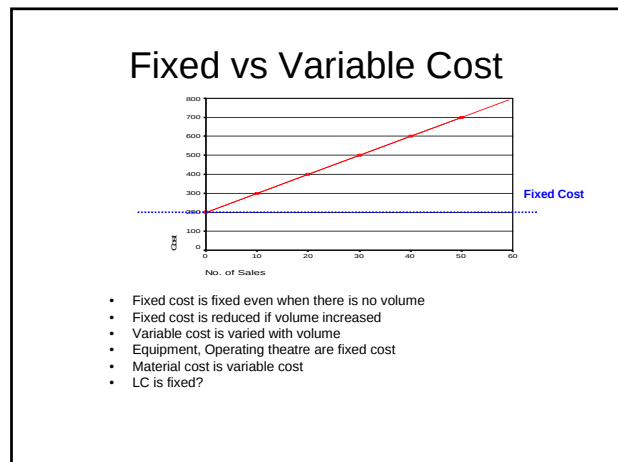
Case 3: IPD Demand Scenarios

- Long waiting queue for cataracts surgery and demand for opening of new ward
 - Average occupancy rate is around 70%
- Long waiting queue for open heart surgery and the problem is identified as not enough ICU bed
 - Very expensive investment?
 - Difficult to have enough skilled ICU nurse

Operating Theatre: Expensive resources

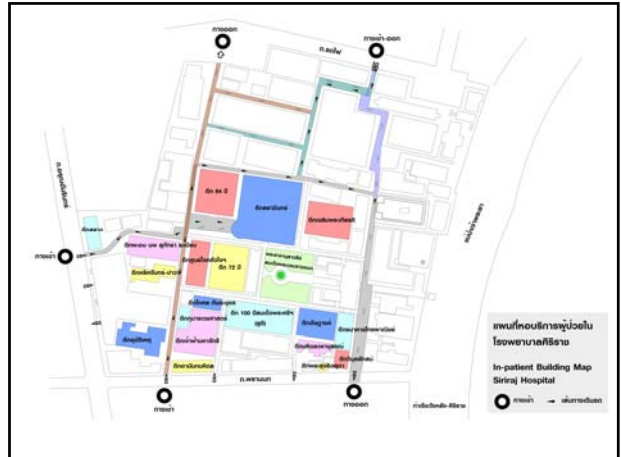
- High fixed cost
- Volume projection
- Ambulatory/short stay
- Patient satisfaction

- High fixed cost
- Postoperative ICU
- High cost / scarce resource
- Longer period of stay

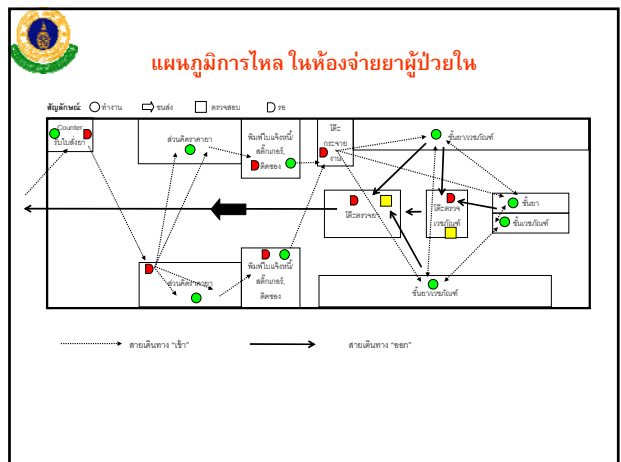
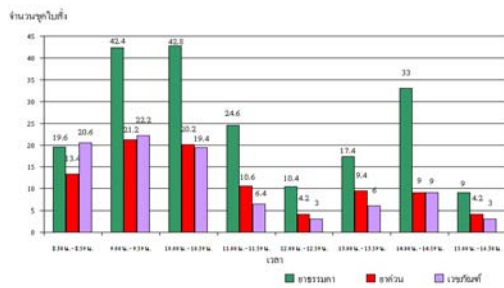


Pharmacy Delivery system

- พื้นที่ประมาณ 70 ไร่
- Approximately 150+ wards, 2,500+ เตียง
- ผู้ป่วยในประมาณ 90,000 คนต่อปี
- ใบสั่งยา 1,600 ใบ
- เฉลี่ย 4-5 รายการต่อ 1 ใบสั่งยา
- คนงาน 1 คน ต่อ ward
- ระยะเวลารอคอย 4-6 ชั่วโมง

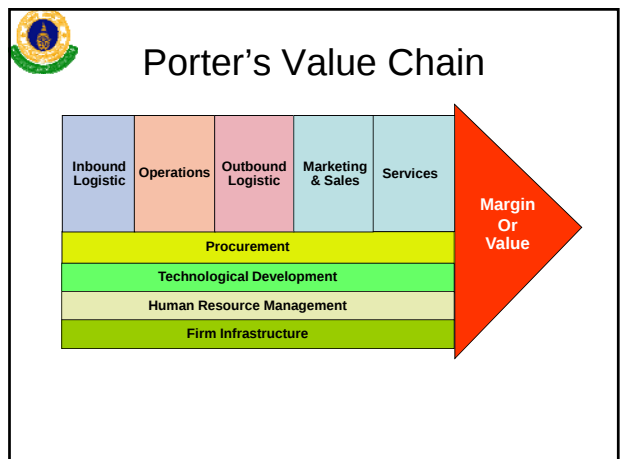


ปริมาณเฉลี่ยชุดใบสั่งผลิตภัณฑ์ประเภทต่าง ๆ ในเวลาที่ทำการปกติแยกตามช่วงเวลา



Pharmacy Delivery system

- กำหนดประเภทยาและคุณภาพบริการร่วมกันระหว่างผู้ใช้ (แพทย์/พยาบาล) และผู้ให้บริการ (เภสัชกร)
 - ยาธรรมดา (120 นาที - 199), ยาด่วน (30 นาที - 89), เวชภัณฑ์ (180 นาที - 92)
- แยกสีประเภทใบสั่งยา
- Optimize work flow
- Delivery system

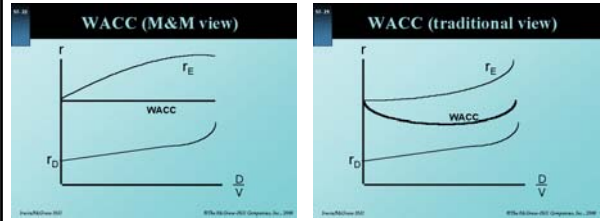


Budgeting (Financial Planning)

- Volume projection
- Projected result
- "pro forma"
- Capital budgeting
 - Formal approach
- Operating budgeting
- Cost of Capital
 - Cost of equity
 - Cost of debt



Cost of Capital (WACC)



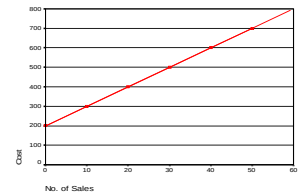
$$WACC = r_A = \left(\frac{D}{D+E} \right) r_D + \left(\frac{E}{D+E} \right) r_E$$

Formal Capital Budgeting

- Set up fund availability
- Top down or Bottom up approach
- Criteria based vs non criteria based
 - Strategic plan criteria: Weight and ranking
 - Operating efficiency
 - New / Advance technology
 - Patient safety
 - Information decision support
 - Cost
 - Benefit to cost ratio

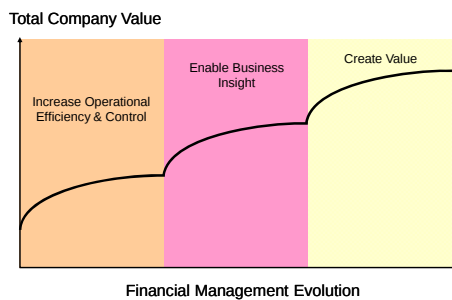
Operating Budget

- Historical information / projection
- Standard requirement
- Labor and material cost budget
- Variable vs fixed cost

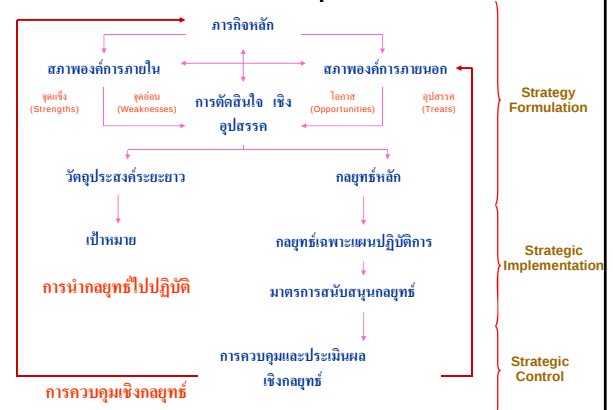


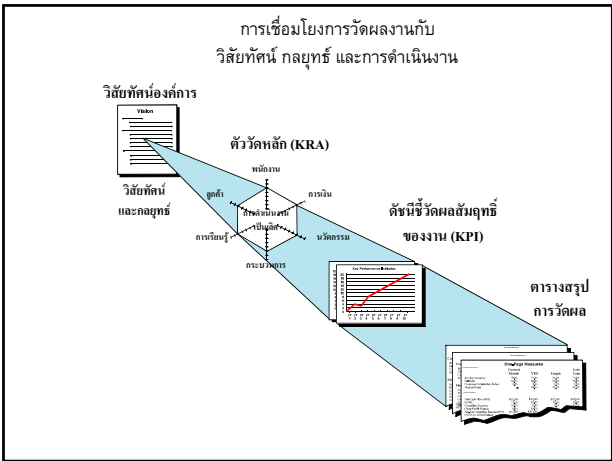
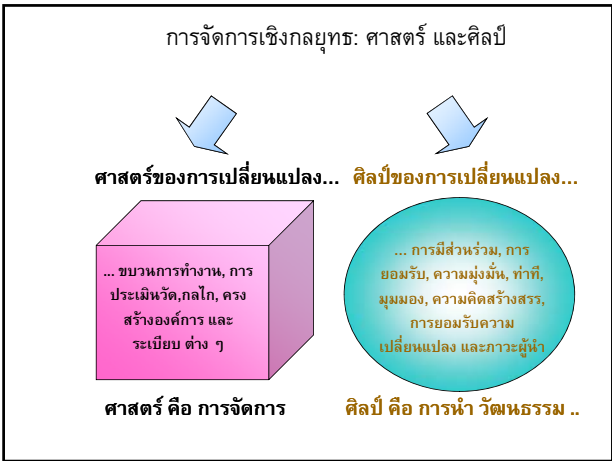
The Evolving Mission of Finance

Adapting to meet the new business demands of the networked economy



การวางแผนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Planning)





4.12 “การฝึกอบรมปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อ ทำแผนพัฒนาประสิทธิภาพการจัดการบริการของ โรงพยาบาล”

โดย พญ. ทศนีย์ จันทร์น้อย

รศ.นพ.ประดิษฐ์ สมประกิจ

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทำแผนพัฒนาประสิทธิภาพ การจัดบริการของโรงพยาบาล

ฝึกปฏิบัติการ
พญ. ศุภณีย์ จันทน์น้อย
โรงพยาบาลศิริราช
19 กุมภาพันธ์ 2552

1

ก่อนฝึกปฏิบัติ

1. SWOT
2. Financial analysis → S or W
3. Operation analysis → S or W
4. Health situation → O or I
5. Change → O or T

ผลสรุปจาก SWOT →
กลยุทธ์การพัฒนาประสิทธิภาพ

เมื่อได้กลยุทธ์

1. แปลงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ
2. Feasibility study โครงการใหม่
โดยเฉพาะที่ต้องมีการลงทุน
Operation feasibility (ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ)
Financial feasibility (ความเป็นไปได้ทางการเงิน)
3. Operation plan

Feasibility study

1. Operation feasibility
 - Resource ที่มี (Area, Equipment, HR, money etc.) สอดคล้องกับการปฏิบัติตามกลยุทธ์
2. Financial feasibility
 - Customer needs และประมาณการรายรับ – รายจ่าย → เลี้ยงตัวเองได้

Business plan

1. Operation plan
2. Financial plan → Budget plan
 - รายได้เลี้ยงตัวเอง หรือ...
 - ต้องได้รับการสนับสนุนจากรัฐ – เท่าไร?
3. Marketing plan
 - ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยเชื่อถือ ?
 - แผนสร้างเสริมสุขภาพ ?
 - ในอนาคต → แผนการตลาดเพื่อเพิ่มผู้รับบริการ ?

Feasibility study อย่างง่าย ๆ

- Sheet "Estimated cashflow"
- Sheet "5 years – Estimated cashflow"
- Sheet "Income statement projection"
- บันทึกข้อมูลประมาณการจำนวนบริการและข้อมูลราคาใน "Estimated cashflow"
- ตรวจสอบผลลัพธ์ทางการเงิน เพื่อพิจารณา ความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน และ แผนการเงิน

Estimated cashflow

- เสนอโครงการบริการใหม่? บริการอะไร? เพื่ออะไร? (เพิ่มรายได้, ลดรายจ่าย, เพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ฯลฯ) และต้องการเงินลงทุนไหม?
- ข้อมูลที่ต้องมี
 - ประมาณการจำนวนการบริการนั้น ๆ (ต่อเดือน หรือต่อปี)
 - ค่าใช้จ่ายจำแนกตามหมวด (สอดคล้องกับทรัพยากรที่ใช้ เช่น คน พื้นที่ วัสดุ ฯลฯ)
 - ต้นทุนต่อหน่วย
 - ราคาค่าบริการต่อหน่วย
- การวิเคราะห์
 - Operation feasibility → ทรัพยากรที่มีสอดคล้องกับจำนวนบริการ
 - Financial feasibility → จำนวนบริการมากพอที่จะสร้างกำไร

