

รายการอ้างอิง



ภาษาไทย

การคลัง, กระทรวง. 2535. หนังสือเวียน, 18 มีนาคม 2535. กระทรวงการคลัง.
กค 0514/ว 47. เรื่องการปรับปรุงอัตราค่าห้องและค่าห้องและค่าอาหารใหม่

กุศล สุนทรธาดา. 2530. กลไกราคาและบทบาทของรัฐบาล. ใน อบรมเศรษฐศาสตร์
สาธารณสุข. ชลบุรี : หน้า 42.

กำพล จิตการณ. 15 ธ.ค. 35. เจ้าหน้าที่วิเคราะห์งบประมาณ 6. สัมภาษณ์.

คนองยุทธ กาญจนกุล และคณะ. 2526. โครงการศึกษาวิจัยต้นทุนของโรงพยาบาลระดับ
จังหวัด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักข่าวพานิชย์

_____ . 2533. ผลงานฝ่ายวิชาการปีงบประมาณ 2533. (โทรเนืงว)

ชลบุรี, โรงพยาบาล. 2527 - 2529. รายงานกิจกรรมของ ร.พ. ชลบุรี. 3 เล่ม.
โทรเนืงว.

ชลบุรี, รพศ. 2531. - 2535. รายงานประจำปี. 3 เล่ม. (โทรเนืงว)

เทียนฉาย กิระนันท์. 2530. แนวคิดเชิงเศรษฐศาสตร์เกี่ยวกับการวิเคราะห์การตัดสินใจ
การเลือกบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข. ใน การประชุมปฏิบัติการ
มหาวิทยาลัยมหิดล. ชลบุรี : กราฟฟิคส์ไชน์ เมคคัลมีเดีย. หน้า 121-136.

เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ. 2533. รายงานการวิจัย : โครงการแบบแผนการเจ็บป่วย
และการตายของประชากร. ใน การเสนอผลงานวิจัยที่สนับสนุนโดยองค์การ
อนามัยโลก. กรุงเทพฯ: หน้า 8.

ชนาวรรณ กิจประไพอำพล. 2529. แนวความคิดและผลกระทบของการประกันสุขภาพ.
 ใน รายงานการประชุมปฏิบัติการเรื่องการประกันสุขภาพสำหรับประเทศไทย, ชลบุรี :
 หน้า 23-68 (อัดสำเนา)

ประเสริฐ กระจ่างวงศ์. 15 ธ.ค. 35. รองอธิบดีกรมอนามัย. สัมภาษณ์.

แผนงาน, กอง. 2532. รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนาข้อมูลข่าวสารทางการเงินเพื่อ
การบริหารโดยใช้ระบบบัญชีเสริม. กรุงเทพมหานคร : กองแผนงานสาธารณสุข.

แผนงานสาธารณสุข, กอง. 2534. สมการต้นทุนโรงพยาบาลจังหวัดในประเทศไทย
 กรุงเทพมหานคร: กองแผนงานสาธารณสุข. หน้า 2.

รัตน์ ปาลินิช. 19 พ.ศ.35. สาธารณสุขนิเทศก์ (อดีต ผ.อ.ร.พ.อยุธยา).
 สัมภาษณ์.

เรืองฤทธิ เกษมทรัพย์. 19 พ.ศ.35. สาธารณสุขนิเทศก์. สัมภาษณ์.

โรงพยาบาลภูมิภาค, กอง. 2530. รูปแบบการพัฒนาระบบบริหารทางการเงินรพศ/รพท.
 กรุงเทพมหานคร : กองโรงพยาบาลภูมิภาค.

_____ . 2535. แบบประมวลผลการสำรวจราคาห้องพิเศษรพศ/รพท. (อัดสำเนา)

วันรักษ์ มิ่งมณีนาคน, บรรณาธิการ. 2534. พจนานุกรมศัพท์เศรษฐศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1.
 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิโรจน์ ตั้งเสถียรเจริญและคนอื่นๆ. 2531. ระบบบัญชีต้นทุนโรงพยาบาลรัฐ : รายงาน
การวิจัยโรงพยาบาลตระการพืชผลจังหวัดอุบลราชธานี. (อัดสำเนา)

- สมคิด แก้วสนธิ. 2524. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขหลักและทฤษฎีปฏิบัติการ
บริการสาธารณสุขในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร :
คณะเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรยุทธ มีนะพันธ์. 2527. เศรษฐศาสตร์การจัดการ. กรุงเทพฯ : บริษัทซีเอ็ดดูเคชั่น.
- สาธารณสุข, กระทรวง. 2531. กำหนดอัตราค่ายา-ค่าบริการในการรักษาพยาบาลและสถาน
บริการสาธารณสุขอื่นๆ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.
- สุทัศน์ เวชโชและคนอื่นๆ. 2535. การศึกษาต้นทุนและรายได้หอผู้ป่วยพิเศษ
โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 11: 50-63.
- สุวรรณ มัญยานนท์. 2535. ต้นทุนทางตรงของโรงพยาบาลชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข
ปีงบประมาณ 2534. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ (สาธารณสุขศาสตร์) สาขา
วิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์. 11 ธ.ค. 35. ผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาค. สัมภาษณ์.
- สุวิทย์ นันทพานิชย์. 1 ม.ค. 35. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุย. สัมภาษณ์.
- อนวัจน์ ศุภชติกุลและคณะ. 2531. การวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลระดับจังหวัดโดยใช้ข้อมูล
ทุติยภูมิ. กองแผนงานสาธารณสุข. (โทรเนื้ชว)
- อัมพร วิจิตรพันธ์, วิรัช ชเนศวร. 2520. ประวัติลัทธิเศรษฐกิจ. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง. หน้า 6-7.
- อินทรวง อินทร์มพรรย์. 11 พ.ย. 35. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัฒนาเวช. สัมภาษณ์.

ภาษาอังกฤษ

- Berman, J.H and Weeks,E.L. 1982. The financial management of hospitals. U.S.A.: Health Administration Press.
- Bilas, A. R. 1967. Microeconomic theory : Graphical analysis. New York : Mc Graw - Hill.
- Browne, D.J. 1983. Economics for "A" level. Tokyo: Toppan.
- Culyer, A.J. 1985. Economics. 1st ed. GB: Basil Blackwell.
- Dillard, D. 1958. The economics of John Maynard Keynes; the theory of a monetary economy. 8 th ed. Englewood Cliffs, N.J., : Prentice - Hall.
- Dorfman, R. 1964. The price system. Englewood Cliffs, N.J.,: Prentice - Hall.
- Dow, M. 1972. Supply and demand for physicians in Thailand. Master's thesis, Thammasat University.
- Ellis, R.P. 1987. The revenue generating potential of user fees in Kenyan government health facilities, Soc.sci.Med. 25: 995-1002.
- Eastaugh, R.S. 1987. Financing health care : Economic efficiency and equity. Dover Massachusetts: Auburn House Publishing.

- Fischer, S. and Busch, D.R. 1983. Economics. New York: Hill Book.
pp. 424-425.
- Friedman, M. 1962. Price theory : A privision text. revised ed.
Chicago : Adline Publishing.
- Garcia, D. 1990. What Constitue a Just Health Services System & How
should scarce resources be allocated, Bulletin of Pan American
Health Organization. 24(2) pp. 550-565.
- Gainborough, H. and Gainborough, J. 1964. Principle of hospital
design. London: The Architectural Press.
- Galor, A. 1977. Pricing : principle and practices. London:
Heineman Educational Books.
- Hirshleifer, J. 1985. Price theory and application. 3rd ed. India:
Prentice - Hall of India.
- Kataria, M. Cost reduction in hospitals and health care. ed, Sahni, A.
Proceeding of the seventh annual conference 1986. India:
Indian Society of Health Administrator.
- Miller, K. E. et.al. 1985. Patient characteristics and the demand
for care in two free standing emergency center. Inquiry XII 3
(fall 1985) : 418-425.

- Myers, N.C., Dow, and Causino, N. 1985. Financing health services and medical care in Thailand. Bangkok : prepared for the US. AID, n.p.
- Newhouse, P. J. 1970. Toward a theory of nonprofit institutions: An economic model of a hospital. American Economic Review. 6 : 64 - 74.
- Nicholson, W. 1989. Microeconomic theory. 3 rd ed. London : The Dryden Press.
- Pauly, M. and Redisch, M. 1973. The not -for-profit hospital as a physicians "cooperative". American Economic Review. 63 : 87-99.
- Pracha V. 1979. Hospital Cost Function in Bangkok. Master's Thesis, Thammasat University.
- Saunders, H. 1985. The Price System and Resource Allocation. 9 th ed. Japan : The Dryden Press.
- Somchai, S. 1975. The Demand for Hospital Services in Thailand: A case study of Khon Kaen Provincial Hospital. Master's Thesis, Thammasat University .
- Webb, G., M. 1976. Pricing Policies for Public Enterprise. London: The MacMillan Press.

ผนวก

ผนวก 1. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลชลบุรี พ.ศ. 2535

โรงพยาบาลชลบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 727 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนในส่วนภูมิภาค เป็นสถานศึกษา อบรม ค้นคว้าวิจัย เพื่อการพัฒนาการทางวิชาการแพทย์และสาธารณสุข และทำหน้าที่เป็นสถานบริการสูงสุดของการรับส่งต่อผู้ป่วยในระบบเครือข่ายการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคในเขต 3 ซึ่งโรงพยาบาลชลบุรีทำหน้าที่เป็นแม่ข่าย ประวัติของโรงพยาบาลชลบุรีโดยสังเขปมีดังนี้

พ.ศ. 2462 จัดตั้งเป็นโรงพยาบาลสังกัดสุขาภิบาล กรมสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2478 เป็นโรงพยาบาลเทศบาลเมืองชลบุรี สังกัดเทศบาลเมืองชลบุรี

พ.ศ. 2491 กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบงานมาดำเนินการ โดยสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาคเปิดบริการแก่ประชาชน เมื่อ 10 พฤศจิกายน 2491

พ.ศ. 2517 โอนสังกัดมาขึ้นกับกองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 ปฏิบัติงานและรับผิดชอบถึงเขตจังหวัด นครนายก ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา และระยอง

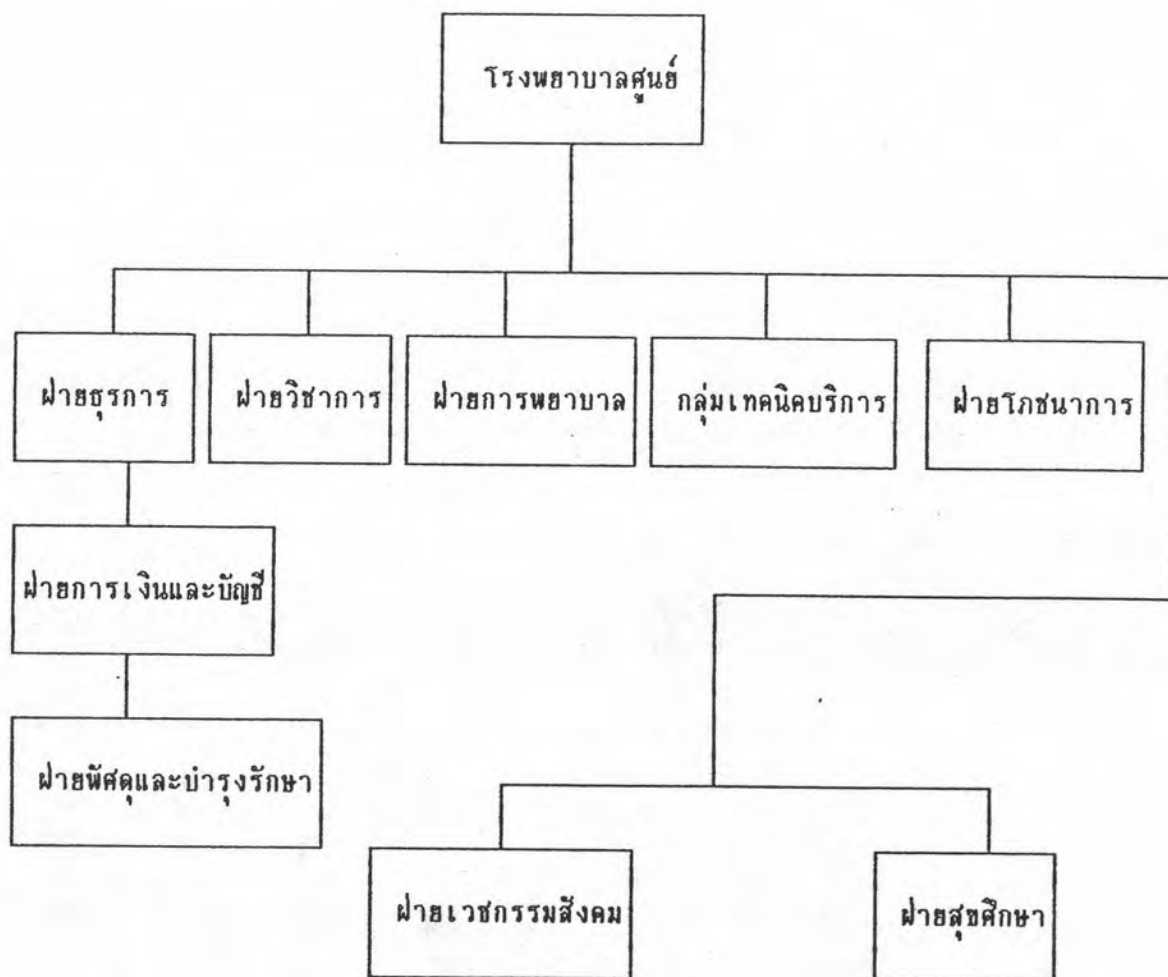
โรงพยาบาลมีเนื้อที่ 40 ไร่ 300 ตารางวา แบ่งเป็นส่วนบริการ 27 ไร่ 240 ตารางวา ส่วนที่พัก 21 ไร่ 60 ตารางวา พื้นที่ส่วนบริการ 1:1.8 ของพื้นที่บริการทั้งหมด ประกอบด้วยอาคารต่างๆ แยกออกเป็น ประเภทต่างๆ แยกออกเป็น

- 1) อาคารรักษาพยาบาล จำนวน 18 อาคาร
- 2) อาคารบริการ จำนวน 17 อาคาร
- 3) ระบบสาธารณสุขปโภค จำนวน 3 รายการ
- 4) ที่พักอาศัย จำนวน 58 อาคาร

การจัดองค์กรเพื่อการบริหารงานของโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี เช่นเดียวกับโรงพยาบาล

ศูนย์อื่นๆในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามภาพแสดงให้เห็นแผนภูมิแสดงการแบ่งงานภายในโรงพยาบาลศูนย์

ภาพที่ 6 แผนภูมิแสดงการแบ่งงานภายในโรงพยาบาลศูนย์ พ.ศ.2535



ฝ่ายวิชาการ แบ่งออกเป็น 4 งาน ได้แก่ งานปฏิบัติการทางวิชาการ งานเวชนิทัศน์ งานโสตทัศนศึกษา งานเวชระเบียนและสถิติ งานห้องสมุด

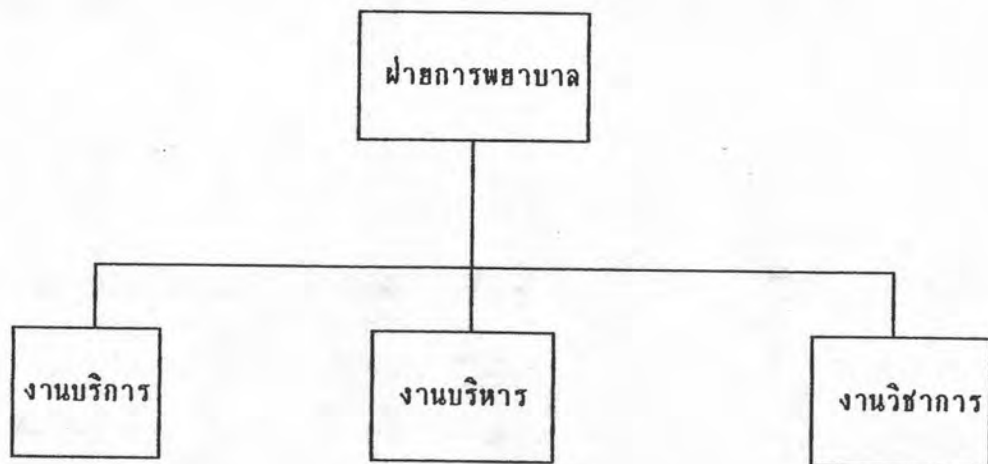
ฝ่ายการพยาบาล แบ่งออกเป็น 5 งาน ได้แก่ งานหน่วยจ่ายกลาง งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานห้องผู้ป่วยหนัก งานหอผู้ป่วย

กลุ่มเทคนิคบริการทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 17 กลุ่มงาน ได้แก่ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอุบัติเหตุและนิติเวชวิทยา กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานศัลยกรรม งานห้องผ่าตัด กลุ่มงานศัลยกรรมอโศกปีติภัสร์ กลุ่มงานสูติรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานกุมารเวชกรรม กลุ่มงานจิตเวช กลุ่มงานจักษุวิทยา กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก กลุ่มงานรังสีวิทยา งานรังสีวินิจฉัย กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู งานกายภาพบำบัด งานอาชีวบำบัด งานซ่อมสร้างอุปกรณ์คนพิการ กลุ่มงานทันตกรรม

ฝ่ายเวชกรรมสังคม แบ่งออกเป็น 3 งาน ได้แก่ งานรักษาพยาบาลชุมชน งานส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรค งานสังคมสงเคราะห์

งานจัดบริการห้องผู้ป่วยพิเศษเป็นหน้าที่ของฝ่ายการพยาบาล ซึ่งแบ่งออกเป็นงานหลัก 3 งาน ได้แก่ งานบริการ บริหาร และ งานวิชาการ ดังแสดงตาม ภาพที่ 7

ภาพที่ 7 แสดงการจัดรูปองค์กรฝ่ายการพยาบาล



โดยแต่ละงานมีหน้าที่แตกต่างกันดังนี้

<u>งานบริการ</u>	<u>งานบริหาร</u>	<u>งานวิชาการ</u>
ให้บริการพยาบาลใน	ควบคุมการกำกับการปฏิบัติงานโดย	ฝึกอบรม/สัมมนาด้านสาธารณสุข
- ผู้ป่วยนอก	- จัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสม	- ประชุมวิชาการ
- ผู้ป่วยใน	- จัดสรรและควบคุมวัสดุครุภัณฑ์	- สนับสนุนการศึกษาต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยหนัก	- พิจารณาความดีความชอบ	- นิเทศติดตามประเมินผล
- ห้องผ่าตัด	- งานธุรการ	. งานในหอผู้ป่วย
- ห้องคลอด	- ประชุมชี้แจงแผนการปฏิบัติงาน	. โรงพยาบาลในเครือ
- ด้านการใช้เครื่องพิเศษ	- จัดทำแผนปฏิบัติการระยะ	พบส.
- ด้านการเฝ้าระวังโรค	สั้นและระยะยาว	- เป็นวิทยากรให้แก่หน่วย
- งานหน่วยจ่ายกลาง		งาน ต่างๆ
- สนับสนุนโครงการพัฒนา		- จัดทำตำราและคู่มือทาง
สาธารณสุขต่างๆ		ฝ่ายการพยาบาล
		- จัดทำวิจัยด้านการพยาบาล
		- เป็นที่ฝึกปฏิบัติงานของ
		นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย
		พยาบาลชลบุรีทุกหลักสูตร
		พนักงานอนามัยและนักศึกษา
		วิทยาลัยสุโขทัย

การบริการผู้ป่วยพิเศษและผู้ป่วยสามัญ มิได้จัดรูปของการบริหารที่แยกจากกัน เป็นเอกเทศ คงใช้ทรัพยากรและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยชุดเดียวกัน เพื่อให้เห็นภาพผลงานการบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลชลบุรี ตาราง 15 เป็นการสรุปงานเทคนิคบริการ ระหว่าง พ.ศ. 2533 - 2535

ตาราง 15 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี

รายการ	2533	2534	2535
1. เตียงทั้งหมด	727	727	727
2. เตียงผู้ป่วยต่อแพทย์	8:1	8:1	8:1
3. เตียงผู้ป่วยต่อพยาบาล	1.3:1	1.3:1	1.3:1
4. เตียงผู้ป่วยต่อเจ้าหน้าที่ทั้งหมด	1:2	1:2	1:2
5. อัตราการครองเตียง	87.4	87.5	88.6
6. จำนวนผู้ป่วยต่อเตียง ต่อราย ต่อปี	62	52	56
7. ช่วงเวลาว่างของเตียง (วันใน 1ปี)	46	46	42
8. ผู้ป่วยนอกทั้งหมด	339,582	342,046	310,392
9. เฉลี่ยผู้ป่วยนอกต่อวัน	930	887	850
10. เฉลี่ยผู้ป่วยนอกต่อวัน	1,187	1,133	1,084
11. ผู้ป่วยใน	38,285	38,585	40,820
12. ผู้ป่วยในต่อแพทย์หนึ่งคนต่อปี	440	386	374
13. จำนวนวันอยู่เฉลี่ย (วันต่อราย)	5.88	6.1	5.7
14. อัตราตาย (ต่อผู้ป่วยจำหน่าย 1,000 ราย)	26.1	26.0	27.2
15. อัตราการตรวจศพ (ต่อผู้ป่วยตาย 1,000 ราย)	50.0	52.9	22.5
16. วันผู้ป่วยในทั้งหมด	225,127	225,728	229,219

ตาราง 16 แสดงอาคารที่มีห้องพิเศษ จำนวนชั้น ปีที่สร้าง งบประมาณ

ชื่ออาคาร	จำนวนชั้น	ปีที่สร้าง	งบประมาณ (บาท)
1. ตึกพิเศษ 14 ห้อง	1 ชั้น	2499	2,247,000 (1)
2. ตึกอับติเหตุ	2 ชั้น	2501	2,737,000 (2)
3. ตึกชลลทร	2 ชั้น	2508	5,719,000 (2)
4. ตึกธารน้ำใจ	4 ชั้น	2520	3,970,000 (1)
5. ตึกชลารักษ์	4 ชั้น	2524	11,480,000 (2)

หมายเหตุ (1) สร้างด้วยเงินบริจาค (2) สร้างด้วยเงินงบประมาณ

ตาราง 17 แสดงการแบ่งหอผู้ป่วยพิเศษตามกลุ่มเทคนิคบริการทางการแพทย์ พ.ศ. 2535

งาน	จำนวนหอ	จำนวนเตียง
1. <u>งานศัลยกรรม</u>		
1.1. ศัลยกรรมทั่วไปและหน่วยไฟไหม้ และน้ำร้อนลวก	2	24
1.2 ศัลยกรรมกระดูก	1	14
2. <u>งานอายุรกรรม</u>	2	24
3. <u>งานสูตินรีเวชกรรม</u>	1	12
4. <u>งานกุมารเวชกรรม</u>	1	12
5. <u>งานผู้ป่วยจิตเวช</u>	1	12
	8	98

ตาราง 18 แสดงเนอกรห้องมาตรฐานประเภทต่างๆ ของ รพ.ชลบุรี พ.ศ. 2536

ประเภทของห้อง	เตียง เนอกรห้อง	ห้องน้ำ	ระเบียง	รวม
DBF (3)	15.57	4.37	7.00	26.94
SBF & SBA	16.00 max 15.57 min	5.00 max 4.37 min	10.00 max 7.00 min	31.00 max 26.90 min
DEL (2)	15.57	4.37	7.00	26.94
VIP (1)	19.25	5.00	10.00	29.25
SUI (1)	31.14	8.75	20.00	59.89

- หมายเหตุ 1. ตัวเลขในวงเล็บเป็นจำนวนห้องพิเศษชนิดที่นอกเหนือจากธรรมดาที่มี
2. ความหมายของอักษรย่อ

DBF = Double Bed (Fan) ห้องพิเศษสองเตียงพัดลม

SBF = Single Bed (Fan) ห้องพิเศษเตียงเดี่ยวพัดลม

SBA = Single Bed (Air) ห้องพิเศษเตียงเดี่ยวปรับอากาศ

DEL = Deluxe ห้องพิเศษแบบเดอร์ลักซ์

SUI = Suite ห้องพิเศษแบบสวีท

VIP = VIP ห้องพิเศษแบบ วี ไอ พี

ตาราง 19 แสดงครุภัณฑ์ประจำห้องพิเศษประเภทต่างๆของห้องพิเศษ ร.พ. ชลบุรี พ.ศ.2537

รายการครุภัณฑ์	ห้องพิเศษประเภทต่างๆ					
	DBF	SBF	SBA	DEL	SUI	VIP
เตียงผู้ป่วยแบบปรับเอนได้	X	X	X	X	X	X
ตู้หัวเตียง	X	X	X	X	X	X
โต๊ะพร้อมเตียง				X	X	X
เตียงสำหรับญาติเฝ้าไข้	X	X	X	X	X	X
ตู้เสื้อผ้าแบบลอยตัว	X	X	X			
ตู้เสื้อผ้าแบบติดผนัง	X	X	X	X	X	X
เก้าอี้สำหรับนั่งคุยกับผู้ป่วย	X	X	X	X	X	X
เก้าอี้ชุดรับแขก				X	X	X
ตู้เย็น				X	X	X
พัดลมติดเพดาน	X	X	X			
พัดลมตั้งพื้น				X	X	X
ตู้พร้อมซิงค์				X	X	X
เครื่องรับโทรทัศน์					X	X
ตู้เซฟ						X

หมายเหตุ : ความหมายอักษรย่อจากตาราง 5

ตาราง 20 แสดงจำนวนห้องผู้ปวยพิเศษในอาคารต่างๆตั้งแต่ปี พ.ศ.2526 - 2536

อาคาร	2526	2527	2528	2529	2530	2531	2532	2533	2534	2535	2536
พิเศษสูติกรรม	5	5	8	8	8	8	8	8	8	8	8
นรีเวชกรรม	5	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
พิเศษรวม	15	14	12	10	10	10	11	12	12	12	12
ธารน้ำใจ	10	10	10	10	10	10	10	11	12	12	12
ธารน้ำใจ 2	14	14	14	10	10	10	10	10	10	10	10
ธารน้ำใจ 3	10	10	10	12	10	12	10	10	10	10	10
ธารน้ำใจ 4	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
ชลาทรบน	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
ชลาทรล่าง	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
รวม	97	97	102	98	98	96	94	95	98	98	98
เตียงสามัญ	650	552	570	632	632	633	631	611	629	629	629

ตาราง 21 แสดงรายได้และหนี้สินของโรงพยาบาลชลบุรี พ.ศ. 2526 - 2536

ปี	รายได้	หนี้สิน
2526	3,605,593.00	6,789,751.80
2527	3,777,544.30	7,687,971.00
2528	5,037,521.35	8,908,051.50
2529	6,269,296.00	9,212,459.00
2530	7,639,988.25	11,791,758.76
2531	7,553,309.31	10,017,131.30
2532	6,936,041.99	15,255,705.61
2533	7,988,981.35	24,181,005.86
2534	11,133,051.52	32,985,292.54
2535		21,238,826.02

ตาราง 22 แสดงจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดและพิเศษ อัตราส่วนเตียงพิเศษ : เตียงสามัญ

ปี	IPADM	PBD: CBD	PPHD
2526	40,614	1:6.7	223,252
2527	38,878	1:5.6	177,101
2528	37,152	1.5.5	168,521
2529	35,933	1.6.4	186,389
2530	35,533	1.6.4	189,158
2531	36,833	1.6.5	189,919
2532	39,188	1:6.7	195,768
2533	38,285	1:6.4	194,915
2534	38,585	1:7.2	200,887
2535	40,820	1.7.2	203,412
2536		1.7.2	

IPADM = จำนวนผู้ป่วยในที่รับไว้ในปีนั้นๆ PBD : CBD เตียงพิเศษ : เตียงสามัญ

PPHD = จำนวนวันที่ผู้ป่วยในใช้ห้องพิเศษ

หมายเหตุ เนื่องจากในรายงานประจำปีของโรงพยาบาลมิได้แสดงจำนวนยอดคนไข้ในที่เป็นผู้ป่วยที่ใช้ห้องพิเศษ การคำนวณวันที่ผู้ป่วยในใช้ห้องพิเศษต่อปีคิดจากสูตร

จำนวนวันป่วยที่ผู้ป่วยในใช้ห้องพิเศษ = $\frac{\text{จำนวนเตียงห้องพิเศษ} \times \text{อัตราครองเตียง} \times 365}{}$

ตาราง 23 แสดงอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยพิเศษในหอผู้ป่วยต่างๆ พ.ศ.2526-2536

หอผู้ป่วยพิเศษ	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
เฉลี่ยทุกหอ	94.1	87.9	81.0	80.8	82.2	82.2	85.0	87.4	87.5	88.6	84.2
พิเศษสูติกรรม		80.3	86.4	87.6	81.1	90.2	85.2	80.2	82.1	83.8	
นรีเวชกรรม	74.0	64.4	79.2	79.6	85.2	82.5	88.8	85.2	80.7	71.5	70.8
รวมพิเศษ	86.9	78.4	80.5	92.9	91.3	88.1	83.6	94.2	93.0	83.2	48.2
ชารน้ำใจ 1	99.0	100	97.3	97.9	95.4	97.4	94.9	92.2	94.2	84.8	94.2
ชารน้ำใจ 2	80.5	98.2	92.6	99.1	99.3	97.9	95.2	94.7	90.9	99.3	92.9
ชารน้ำใจ 3	85.8	86.0	54.5	68.7	81.3	69.9	78.7	78.3	67.0	58.4	58.1
ชารน้ำใจ 4	99.0	99.0	89.9	84.9	86.3	87.2	89.0	91.9	91.5	92.8	84.0
ชลาทรบน	99.3	99.1	96.9	99.1	98.9	99.5	92.5	99.4	97.9	98.3	78.4
ชลาทรล่าง	99.8	100	98.5	99.2	95.6	95.3	91.9	98.4	91.9	97.2	86.4

ตาราง 24 ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนการเกิด จำนวนการตาย และอัตราการตายต่อรายของการ
การจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลชลบุรี พ.ศ. 2526 - 2536

ปี	จำนวนการเกิดมีชีพ	จำนวนการตาย	อัตราการตายต่อรายของการ ผู้ป่วยที่จำหน่ายในปีนั้น
2526	5,427	964	2.37
2527	5,017	854	2.19
2528	5,045	1,033	2.78
2529	4,923	934	2.59
2530	4,814	968	2.64
2531	4,896	999	2.71
2532	5,534	1,014	2.59
2533	5,859	1,001	2.61
2534	5,971	1,002	2.59
2535	6,216	1,109	2.71
2536	6,014	1,179	3.35

ตาราง 25 จำนวนประชากรของจังหวัดชลบุรีตามทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2525 - 2526

ปี	ชาย	หญิง	รวม
2525	392,307	362,022	754,329
2526	396,331	373,250	769,581
2527	401,391	378,710	780,091
2528	414,241	392,155	806,396
2529	430,056	405,710	835,766
2530	436,353	413,455	849,807
2531	460,235	436,972	897,207
2532	454,022	442,318	896,340
2533	460,804	449,766	910,570
2534	467,345	457,647	924,992
2535	476,244	451,214	927,458

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตาราง 26 แสดงดัชนีราคาผู้บริโภคของประเทศ กรุงเทพ และภาคกลาง
พ.ศ. 2525-2526

(2529 = 100)

ปี	ประเทศ		กรุงเทพ		ภาคกลาง	
	ดัชนี	เปลี่ยนแปลง	ดัชนี	เปลี่ยนแปลง	ดัชนี	เปลี่ยนแปลง
2525	91.6	(5.2)	91.4	(5.4)	92.3	(4.8)
2526	95.0	(3.7)	94.6	(3.4)	95.7	(3.8)
2527	95.9	(0.9)	95.2	(0.6)	96.4	(0.7)
2528	98.2	(2.4)	98.3	(3.3)	98.1	(1.8)
2529	100.0	(1.8)	100.0	(1.7)	100.0	(1.9)
2530	102.2	(2.5)	102.6	(2.6)	102.9	(2.9)
2531	106.4	(3.8)	106.5	(3.8)	107.4	(4.4)
2532	112.1	(5.4)	113.2	(6.3)	111.8	(4.1)
2533	118.8	(6.0)	120.7	(6.6)	117.2	(4.8)
2534	125.6	(5.7)	127.2	(5.4)	124.9	(6.6)
2535	130.8	(4.1)	131.8	(3.6)	130.0	(4.1)

ที่มา : กระทรวงพาณิชย์

ตาราง 27 แสดงดัชนีราคาผู้บริโภคหมวดค่ารักษาและค่ายาของ ภาคกลาง และ กทม.

พ.ศ. 2529 - 2537

(2529 = 100)

ปี	ภาคกลาง		กรุงเทพมหานคร	
	ดัชนี	เปลี่ยนแปลง	ดัชนี	เปลี่ยนแปลง
2529	100	(+1.2)	100	
2530	103.7	(+3.7)	102.5	(+2.5)
2531	104.5	(+0.7)	104.5	(+2.0)
2532	105.9	(+1.3)	113.6	(+8.7)
2533	109.5	(+3.4)	124.6	(+9.7)
2534	118.3	(+8.0)	130.6	(+4.8)
2535	124.9	(+5.6)	137.6	(+5.4)
2536	136.8	(+9.5)	148.4	(+7.8)
2537 ⁽¹⁾	143.9		157.1	

ที่มา : กองดัชนีเศรษฐกิจการค้ากระทรวงพาณิชย์

(1) ข้อมูลถึงเดือน มีนาคม

ตาราง 28 แสดงมูลค่าผลิตภัณฑ์จังหวัด ราคาตลาดปัจจุบัน และราคาปีฐาน(2529)
ของจังหวัดชลบุรี พ.ศ. 2524-2534

ปี	GPPปีปัจจุบัน	GPPปีฐาน	GPPต่อหัวประชากร
2524	27,601,353	37,994,181	38,282
2525	30,702,361	41,426,615	41,772
2526	37,314,733	44,691,662	50,154
2527	36,077,823	44,413,546	47,722
2528	36,967,224	48,859,071	47,823
2529	51,069,218	51,620,014	65,056
2530	50,273,655	55,762,996	62,764
2531	62,460,670	62,460,670	75,436
2532	81,292,560	79,435,713	95,079
2533	100,805,505	92,254,239	116,944
2534	128,417,001	100,977,339	146,261

ที่มา : กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตาราง 29 แสดงราคาห้องพิเศษประเภทต่างๆของโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลชลบุรี

ปี	DBF	SBF	SBA	DEL	SUI	VIP	
2527	330	-	800	-	-	1200	เอกชน
	(-)	(260)	(340)	(-)	(-)	(-)	ชลบุรี
2528	330	-	800	-	-	1200	
	(-)	(260)	(340)	(-)	(-)	(-)	
2529	330	-	800	-	-	1200	
	()	(260)	(340)	(-)	(-)	(-)	
2530	330	-	800	-	-	1200	
	(-)	(260)	(340)	(-)	(-)	(-)	
2531	330	-	800	-	-	1200	
	(-)	(300)	(380)	(-)	(-)	(-)	
2532	330	-	800	-	-	1200	
	()	(300)	(380)	(-)	(-)	(-)	
2533	350	-	950	-	-	1200	
	(300)	(300)	(380)	(-)	(-)	(-)	
2534	350	-	950	-	-	1200	
	(300)	(400)	(500)	()	()	()	
2535	350	-	950	-	-	1200	
	(380)	(500)	(600)	(800)	(1000)	(1600)	
2536	400	-	1050	-	-	1600	
	(380)	(500)	(700)	(800)	(1000)	(1600)	
2537	470	-	1300	-	-	2250	
	(380)	(500)	(700)	(800)	(1000)	(1600)	

ผนวก 2. บทสัมภาษณ์และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ควรพิจารณาบางประการ

น.พ. วิโรจน์ ตั้งเสถียรเจริญ

11 ธ.ค. 35

กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สถานที่สัมภาษณ์ : กองแผนงานสาธารณสุข

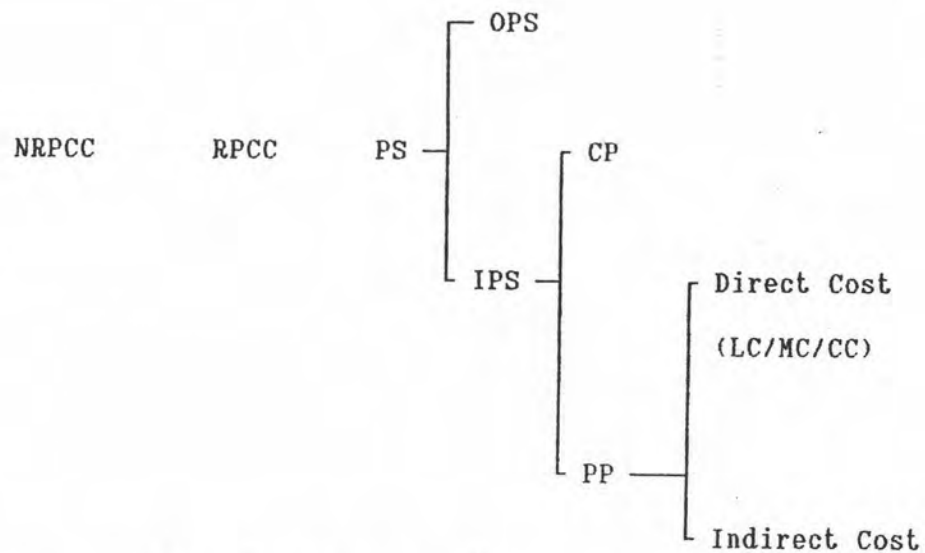
เวลาที่ทำการสัมภาษณ์ : 30 นาที

1. การศึกษาค่าใช้จ่ายในการดำเนินการห้องพิเศษควรแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่
 - 1.1 ต้นทุนบริการตามกิจวัตร Routine Service Cost (RSC)
 - 1.2 ต้นทุนบริการทางการแพทย์ Medical Care Cost (MCC)

2. เมื่อคิดการดำเนินการห้องพิเศษในลักษณะต้นทุนของการเป็นโรงแรม (ที่พักของผู้ป่วย) ต้นทุนที่จะมาคิดจะเป็นต้นทุนการบริการตามกิจวัตร (RSC) ที่เป็นตัวกำหนดค่าห้อง (room charge) ซึ่งเป็นต้นทุน (cost/day) เฉพาะส่วนที่เป็น RSC

3. การกำหนดราคาค่าห้องควรดูตามฐานะประชาชน (พิจารณาจากรายได้) และควรพิจารณาอัตราการใช้งานของห้องพิเศษด้วย

4. ลักษณะในการแบ่งหน่วยต้นทุนในโรงพยาบาลจะต้องแสดงให้เห็นต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เข้ามาเกี่ยวข้องในทางอ้อม (Indirect Cost) ด้วย แม้ในการศึกษาจะไม่นำมาคิดก็ตาม ซึ่งสามารถจะแสดงให้เห็นได้ ดังนี้



ในที่นี้	NRPCC	หมายถึง ต้นทุนของหน่วยงานที่ไม่มีรายได้ (Non - Revenue Producing Cost Center)
	RPCC	หมายถึง ต้นทุนของหน่วยงานที่มีรายได้ (Revenue Producing Cost Center)
	PS	หมายถึงหน่วยบริการผู้ป่วย (Patient Service)
	OPS	หมายถึงบริการผู้ป่วยนอก (Out Patient Service)
	CP	หมายถึงผู้ป่วยสามัญ (Common Patient)
	PP	หมายถึงผู้ป่วยพิเศษ (Private Patient)
	LC/MC/CC	หมายถึงค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าสิ่งก่อสร้าง (Labor Cost/Material Cost/Capital Depreciation Cost)

5. ในการพิจารณาอุปสงค์ของเตียงพิเศษ ให้พิจารณาจากอัตราส่วนขององค์ประกอบปัจจัยที่เป็นตัวแปรบางประการ อาทิ

- 5.1 เตียงสามัญ:เตียงพิเศษ
- 5.2 วันป่วยของผู้ป่วยสามัญ : วันป่วยของผู้ป่วยพิเศษ
- 5.3 ประชากร : เตียง

6. ในการศึกษาเพื่อกำหนดราคาโดยแบ่งเล็งทางด้านต้นทุนเป็นหลักในเบื้องต้นควรจะดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

6.1 สํารวจราคาห้องพิเศษปัจจุบันของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทั้ง 89 โรงพยาบาล จำนวนห้องพิเศษรวมทั้งสิ้นเท่าใด

6.2 ศึกษาต้นทุนของหน่วยงานต่างๆที่เป็นทางตรง (Routine Service Cost = Direct Cost ของห้องพิเศษ)และ ทางอ้อม (Indirect Cost ของฝ่ายบริการและสนับสนุนบริการ)

6.3 ศึกษาต้นทุนค่าแรงของ ทีมพยาบาล ผู้ช่วย และคนงาน ตลอดปี ซึ่งประกอบด้วย เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน ค่ารักษาพยาบาล ค่าเล่าเรียนบุตร เป็นต้น

6.4 ศึกษาต้นทุนวัสดุที่ใช้ร่วมกัน ค่าอาหาร (ไม่รวมต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ไม่รวม ค่ายา ค่าตรวจชันสูตรโรคทางห้องปฏิบัติการ และ ค่าเอ็กซเรย์)

6.5 ต้นทุนค่าเสื่อมราคาของห้องพิเศษ 89 แห่ง (มีเครื่องมือ ครุภัณฑ์ ประกอบอะไรบ้าง จำนวนมากน้อยเท่าใด)

7. ต้นทุนรวมของห้องพิเศษ (Total Cost) = $\frac{RSC}{\text{days}}$ = ราคาห้องต่อวัน

ดังนั้น หากอัตราส่วนระหว่าง RSC และ ราคาห้อง เท่ากับ 1 = เท่าทุน
น้อยกว่า 1 = ขาดทุน
มากกว่า 1 = กำไร

8. ทำการวิเคราะห์ความอ่อนไหว(Sensitivity Analysis)เพื่อพิจารณาว่า หากต้นทุนทางอ้อมเปลี่ยนแปลงไป RSC จะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร และราคาควรจะเป็นเท่าใด

อนึ่ง สำหรับการศึกษเพื่อการขยายผลจะต้องทำการศึกษาอย่างละเอียด ทั้งทางด้าน ต้นทุนทางอ้อมที่จะต้องกระจายต้นทุน (allocation of costs) มายังหน่วยดำเนินการ ห้องพิเศษด้วย

น.พ. รัตน์ ปาลิวนิช สาธารณสุขนิเทศก์ (อดีต ผอ.รพ.อยุธยา) 19 พ.ย. 2535

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สถานที่ทำการสัมภาษณ์ : สำนักงานผู้ตรวจการสาธารณสุข

เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ : 30 นาที

1. รายได้หลักที่เป็นกำไรของโรงพยาบาลเรียงตามลำดับ ได้แก่ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าบริการและค่าห้องพิเศษ

2. การมีห้องพิเศษสำหรับรพ. ของรัฐยังมีมากยิ่งดี เพิ่มเงินบำรุงให้กับรพ. มาก เช่นที่ รพ. นครนายก การจัดห้องพิเศษรวมก็อาจจะไม่ได้ ทำให้ราคาถูกลง สำหรับผู้รับบริการในอีกระดับหนึ่ง ปัญหาที่มีมากไม่ได้ก็คือ สงป. จะไม่อนุมัติให้ใช้เงินงบประมาณสร้างห้องพิเศษ รพ. ต้องอาศัยเงินบริจาคและเงินบำรุงรพ. ในบางกรณีและไม่มีกำหนด สัดส่วนของเตียงพิเศษกับเตียงสามัญไว้ว่าจะต้องมีสัดส่วนเท่าใด

3. รพ. ขนาดใหญ่ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและเครื่องมือทันสมัย เช่น รพศ. และ รพท. ขนาดใหญ่ที่ต้องรับส่งต่อจำนวนมาก มักจะประสบการขาดทุน

4. สาเหตุที่ รพ. มีการบริหารการเงินขาดดุลย์ เนื่องจากได้รับงบประมาณประจำปีไม่พอ เงินบริจาค่น้อย เงินบำรุงถูกใช้ไปในด้านอื่นที่จำเป็น เช่น สมทบการก่อสร้าง ซ่อมเครื่องมือแพทย์ราคาแพง จ่ายเป็นค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่เป็นเงินจำนวนมาก โดย รพ. รัฐจะถูกกำหนดค่ายาเวชภัณฑ์ ค่าบริการไว้ต่ำ

5. อุปกรณ์เครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆในห้องพิเศษมีระดับต่าง ๆ กัน เช่น มีเครื่องปรับอากาศ ตู้เย็น พัดลม ห้องน้ำเฉพาะ หรือใช้รวม การกำหนดราคาห้องเป็นไปตามความเหมาะสมของแต่ละแห่ง โดยต้องแจ้งให้กองรพ. สป. ทราบเพื่อตรวจสอบให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม หากเป็นห้องรวม หรือ รพ. ไม่จัดเครื่องอำนวยความสะดวกใดๆไว้ คนไข้ที่จะนำมาจากบ้าน จะมีการกำหนดการเสี่ยค่าไฟให้กับทาง รพ.

6. คนใช้สามัญมีงบประมาณ ค่าอาหาร และเงินบำรุงจ่ายเป็นค่าอาหารต่อวันหนึ่งๆ โดยไม่ต้องชำระเงิน อาหารพิเศษจะเบิกได้ตามหลักเกณฑ์สำหรับผู้ที่เบิกได้ตามสิทธิ ผู้ไม่มีสิทธิเบิก ทั้งคนใช้พิเศษ สามัญที่ต้องการอาหารพิเศษ ต้องจ่ายค่าอาหารพิเศษตามที่รพ. กำหนด

7. การหาประโยชน์เป็นตัวเงินจากการรับเข้าห้องพิเศษไม่มี แต่มีการอำนวยความสะดวกเป็นพิเศษ เช่น การลัดคิว ในกรณีที่เป็นบุคคลสำคัญในท้องถิ่น หรือ เป็นญาติเจ้าหน้าที่ใน รพ. เป็นต้น

8. ความเห็นเกี่ยวกับสัดส่วนเตียงพิเศษต่อเตียงสามัญของภาคต่างๆ ควรจะพิจารณาจากภาวะเศรษฐกิจเป็นหลัก เช่น ภาคกลาง 1:3 ภาคอีสาน 1: 5 โดยประมาณ

9. งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรสำหรับค่าเนินการ นำมาใช้มากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ ค่าเช่า เวชภัณฑ์ เงินเดือนเจ้าหน้าที่ อาหารผู้ป่วย

10. การแข่งขันของทางรพ. เอกชน มีการประชาสัมพันธ์และจูงใจผู้มาใช้บริการในหลายรูปแบบ ซึ่งได้เปรียบ รพ. ของรัฐหลายประการ

11. ต้นทุนของห้องพิเศษ ได้แก่การก่อสร้าง วัสดุและอุปกรณ์ความสะดวกต่างๆ ค่าใช้จ่ายในการบริหาร ค่าไฟฟ้าสาธารณูปโภค บริการสนับสนุน เช่น ซักฟอก โรงครัว เป็นต้น

12. มี่งานเฝ้าใช้พิเศษให้พยาบาลทำนอกเวลาได้เกือบทุกแห่ง

13. การกำหนดราคาห้องควรกำหนดตามสิทธิของข้าราชการที่เบิกได้จะสะดวกและไม่มี

ปัญหา

น.พ. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์

11 ธ.ค. 2535

ผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาค

สถานที่ทำการสัมภาษณ์ : สำนักงานปลัดกระทรวง

เวลาที่ทำการสัมภาษณ์ : 5 นาที

1. ราคาค่าฐานในการคิดไม่ควรต่ำกว่าราคาค่าฐานที่กระทรวงการคลังกำหนด ทั้งนี้จะต้องคุ้มค่าใช้จ่ายของการลงทุนทางด้าน การก่อสร้าง(เนื้อที่อาคาร) ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน และค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาให้คงสภาพการใช้งาน หากมีผู้ใช้มากกว่าบริการที่จัดไว้อาจเพิ่มราคาได้เล็กน้อย

2. จำนวนเตียงพิเศษที่ควรมีปัจจุบันไม่ได้กำหนดเพดานไว้ ขึ้นอยู่กับพื้นที่แต่ละพื้นที่ว่าควรจะมีเท่าใด

3. งบประมาณสำหรับการก่อสร้างตึกพิเศษยังคงใช้เงินบำรุงโรงพยาบาลและเงินงบประมาณเป็นส่วนใหญ่

น.พ. สมชัย ภิญญโฑพรพาณิชย์

11 ธ.ค. 2535

ผู้อำนวยการ รพ. ก้าวแห่งเพชร (อดีต ผอ. รพ. พังงา)

สถานที่สัมภาษณ์ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เวลาที่ทำการสัมภาษณ์ : 20 นาที

1. รายได้จากห้องพิเศษ เป็นแหล่งรายได้สำคัญหนึ่งในสามแหล่งของ ร.พ. ซึ่งได้แก่ กำไรจากค่ายา (ซึ่งกำหนดไว้ประมาณ 10 ถึง 15 เปอเซ็นต์) ค่าบริการทางการแพทย์อื่นได้แก่ ค่าตรวจชั้นสูตรโรคทางห้องปฏิบัติการ เอ็กซเรย์และการบริการทางด้านการรักษาพยาบาล เช่น การผ่าตัด การบริการทางด้านสูติกรรม เป็นต้น

2. ส่วนของการบริการโรงพยาบาลที่ขาดทุนมากที่สุดได้แก่ การรักษาผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายให้กับโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้ เนื่องจากอุปกรณ์ไอโซปติกส์แพงมาก ในจังหวัดที่มีผู้ป่วยอุบัติเหตุสูง โดยเฉพาะการประสบอุบัติเหตุเนื่องจากรถชนกันซึ่งเป็นสาเหตุจาก รถอู่เต็น รถไถนา ซึ่งมีปัญหามาก เช่นที่ จังหวัด กำแพงเพชร เป็นต้น

3. บริการผู้ป่วยที่มีประกันสังคมคุ้มครองที่มีการเหมาจ่ายรายหัว ต่อปีละ 700 บาท หากมีผู้อยู่ในโครงการประกันต่ำกว่า 5000 ถึง 3000 คน อาจจะขาดทุนได้ หากมีจำนวนมากกว่าอาจยังมีกำไร

4. ประสบการณ์จาก รพ. พังงา การจัดให้มีบริการห้องพิเศษเพิ่มขึ้นและมีการปรับปรุงทางด้านบริการให้ดีขึ้น มีผู้ใช้บริการเต็มเสมอ ผู้ใช้นิยมห้องประเภท วี ไอ พี มาก องค์ประกอบปัจจัยที่สำคัญของผู้มาใช้บริการ ได้แก่ สถานะเศรษฐกิจของประชาชน

5. อัตราค่าห้องพิเศษที่โรงพยาบาลพังงาคิด รวมค่าอาหาร ดังนี้

ห้องพิเศษ วี ไอ พี 1500 บาท

ห้องธรรมดาปรับอากาศ 800 บาท

ห้องธรรมดาไม่มีเครื่องปรับอากาศ 600 บาท

6. จำนวนห้องพิเศษของโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีไม่ถึงร้อยละ 10 ของจำนวนเตียงผู้ป่วยสามัญ

7. ปัญหาเกี่ยวกับการบริหารการดำเนินงานห้องพิเศษไม่ค่อยมี เนื่องจากได้มีการคัดกรองเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไว้ชั้นหนึ่งแล้ว นอกจากนี้ยังได้มีการจัดพยาบาลพิเศษไว้ดูแลเพิ่มขึ้นอีกต่างหากในกรณีผู้ป่วยต้องการ โดยคิดอัตราตามที่ปฏิบัติกัน

8. ในจังหวัด พังงา โรงพยาบาลเอกชนที่มีอยู่แห่งหนึ่งต้องปิดกิจการ เมื่อมีการปรับปรุงบริการทางด้านการรักษาพยาบาลและบริการห้องพิเศษใน ร.พ. รัฐบาลให้ดีขึ้น

ท.พ. พลสิทธิ บัวศรี

17 ธ.ค. 2535

ผู้เชี่ยวชาญพิเศษทางการวางแผน

สถานที่สัมภาษณ์ : สำนักงานปลัดกระทรวง

เวลาที่ทำการสัมภาษณ์ : 30 นาที

1. การสร้างห้องพิเศษ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาเงินใช้สอยในโรงพยาบาล ทั้งนี้ เนื่องจากงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยสามัญไม่พอเพียง การจัดให้มีห้องพิเศษทำให้ยอดเงินบำรุงของโรงพยาบาลสูงขึ้น

2. วัตถุประสงค์ที่กระทรวงต้องการเพื่อให้ผู้มีฐานะร่ำรวยได้คิ่ได้รับความสะดวกเหมือนอยู่บ้านของตนเอง เพื่อรับรองผู้มีอุปการะคุณของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ของรพ.

3. การมีห้องพิเศษน้อย เงินบำรุงโรงพยาบาลจะมีน้อย ตัวอย่างเช่น รพ.แม่ฮ่องสอน มีห้องพิเศษ 4 ห้อง แม้ผู้บริหารจะบริหารกิจการดีอย่างไรก็ตาม ยอดเงินบำรุงที่มีจะไม่เกิน 2 ล้านบาท

4. ในสมัยประมาณ 25 ปีมาแล้ว (สมัย น.พ.เชิด โทณะวนิก เป็นอธิบดีกรมการแพทย์) การก่อสร้างโรงพยาบาลจะไม่พึ่งงบประมาณมากนัก ส่วนใหญ่จะใช้เงินบำรุง มีนโยบายที่สนับสนุนการสะสมเงินบำรุงของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลใดมีเงินบำรุงมากจะได้รับการพิจารณาความดีความชอบเป็นพิเศษ ในสมัยนั้นมี รพ.พัทลุง เป็นอาทิ ต่อมาเมื่อกองโรงพยาบาลภูมิภาคมาขึ้นอยู่กับสำนักงานปลัดกระทรวง สำนักงานงบประมาณจะอนุญาตให้เกลี่ยเงินบำรุงจากโรงพยาบาลที่มีเงินบำรุงมากไปให้โรงพยาบาลอื่นที่มีเงินบำรุงน้อยได้

5. การจัดหาทุนมาสร้างห้องพิเศษ ควรพิจารณาการจัดงานเพื่อหาเงินบริจาคมาเป็นค่าก่อสร้างด้วย

6. การตั้งราคาห้องพิเศษจะต้องให้คุ้มทุน ต้องมีกำไรโดยที่ผู้ใช้บริการไม่เดือดร้อน

7. ตามปกติราคาค่าห้องพิเศษจะต้องถูกกว่ารพ. เอกชนอยู่แล้ว เนื่องจากส่วนหนึ่งเป็นบริการเพื่อสวัสดิการของประชาชน จึงทำให้มีความรู้สึกว่าคุณภาพกว่า

น.พ. ประเสริฐ กระจ่างวงศ์

15 ธ.ค. 2535

รองอธิบดีกรมอนามัย (อดีต ผ.อ. รพ. มหารักษ์)

สถานที่สัมภาษณ์ : กรมอนามัย

เวลาที่สัมภาษณ์ : 15 นาที

1. รายได้หลักของโรงพยาบาลได้จากการตั้งเบิกค่าใช้จ่ายจากงบกลาง
2. การมีห้องพิเศษมากทำให้โรงพยาบาลมีเงินบำรุงมาก
3. มาตรการในการเพิ่มห้องพิเศษ ควรพิจารณาซ่อมแซมอาคารเดิมที่มีอยู่เดิมเพื่อปรับปรุงเป็นห้องพิเศษด้วย
4. ควรทำห้องพิเศษหลายระดับ เพื่อให้ผู้ใช้สามารถเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานะของตนเอง เช่น ห้องละ 2 เตียง 3 เตียง หรือ 4 เตียง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ไม่ควรมีเตียงพิเศษเกินกว่า 40 % ของเตียงทั้งหมด นอกจากนี้ผู้ใช้เกินกว่า 90 % จึงควรคิดเพิ่มห้อง
5. ผู้ใช้ห้องพิเศษของโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นผู้มีอุปการะคุณ ซึ่งมีจำนวนมากรวมทั้งผู้มีสิทธิเบิก ส่วนที่เป็นประชาชนธรรมดาจะมีประมาณ 5 %
6. เมื่อเปรียบเทียบราคาค่าห้องของโรงพยาบาลกับโรงแรมแล้วราคาค่าห้องของโรงพยาบาลยังถูกกว่าโรงแรมถึง 50 %
7. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ค่าใช้จ่ายมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าสาธารณูปโภคค่าไฟฟ้า เป็นต้น การมีห้องพิเศษมาก ญาติผู้ป่วยมาใช้บริการมาก ค่าลิฟท์จะต้องจ่ายมากเป็นพิเศษ

นาย กำพล จิตการณ
 จนท.วิเคราะห์งบประมาณ 6
 สถานที่สัมภาษณ์ : สำนักงานประมาณ
 เวลาที่สัมภาษณ์ : 30 นาที



15 ธ.ค. 35

1. ส่งป. จะควบคุมการขออนุมัติสร้างตึกพิเศษ (เฉพาะโดยเงินงบประมาณ และเงินบำรุง) ไม่เกิน 20 % (เดิมเมื่อประมาณ 4-5 ปีมาแล้ว 15%) ตึกที่สร้างด้วยเงินบริจาคจะไม่ควบคุม
2. แบบตึกผู้ป่วยมาตรฐานที่ใช้จะเป็นแบบ 30 เตียงซึ่งจะมีห้องพิเศษอยู่ด้วย 5 ห้อง
3. ค่าอาหาร/คน/วัน ซึ่งส่งป. ตั้งงบประมาณ 23 บาทต่อปี โดยคิดจากฐาน ยอดเป้า คนไข้ที่จะบริการได้ต่อปี (ตามอัตรากะทรงวงการคลัง)
4. ไม่เห็นด้วยกับการไม่จำกัดจำนวนห้องพิเศษว่าควรจะเป็นกี่ % เกรงว่าการบริการผู้ป่วยสามัญจะไม่ทั่วถึง
5. การคิดว่าจำนวนห้องพิเศษไม่ควรเกิน 20 % ของจำนวนเตียงทั้งหมดอาจจะมาจากการคิดอัตราส่วนของประชาชนในชนบทและเมือง
6. งบประมาณสาธารณสุขที่ได้รับการจัดสรรในปัจจุบันยังต่ำ ควรเพิ่มเป็นประมาณ 10 %
7. ปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขได้แก่การประเมินผลและการติดตามผล ซึ่งยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

น.พ. เรืองฤทธิ เกษมทรัพย์

19 พ.ศ. 2535

สาธาณสุขนิเทศก์

สถานที่สัมภาษณ์ : สำนักงานผู้ตรวจการสาธารณสุข

เวลาที่สัมภาษณ์ : 10 นาที

1. จุดไหวหรือรอยร้าวทางการเงินของโรงพยาบาล (ชุมชน) มักจะอยู่ที่ธนาคาร เลือด ห้องดับจิต ห้องเอกซเรย์ อันเนื่องมาจากการหาผลประโยชน์จากกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. หนี้สินโรงพยาบาลเกิดจากการบริหารจัดการ การบกพร่องเรื่องระบบบัญชี
3. รพ. ชุมชนพิจารณาฐานะของผู้ป่วยที่จะให้พักอยู่ในโรงพยาบาล นานหรือไม่นาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้ห้องพิเศษ หากมีฐานะดีจะให้อยู่นานๆ เพื่อให้โรงพยาบาลมีรายได้

น.พ. อินทรวง อินทรมพรีย์

19 พ.ศ. 2535

ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ร.พ. พัฒนเวช

สถานที่สัมภาษณ์ : สำนักงานผู้ตรวจการสาธารณสุข

เวลาที่สัมภาษณ์ : 5 นาที

1. ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มาใช้โรงพยาบาลเอกชนมีมาก สำหรับรายที่ต้องการบริการการรักษาที่ต้องใช้เครื่องมือ เทคนิคที่ทันสมัย และผู้เชี่ยวชาญที่มีความสามารถเฉพาะทางจะต้องส่งต่อโรงพยาบาลจะช่วยบริการขึ้นต้นเท่านั้น
2. ความครบครันของบริการ ความนิยมน่าจะมีส่วนในการกำหนดราคาด้วย
3. การเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจทำให้จำนวนผู้ป่วยนอกลดลง

น.พ. สุวิทย์ นันทพาณิชย์

1 ม.ค. 2536

ผู้อำนวยการ ร.พ. เกาะสมุข

สถานที่สัมภาษณ์ : ร.พ. เกาะสมุข

เวลาที่สัมภาษณ์ : 15 นาที

1. เอกชนมีส่วนร่วมในการลงทุนในกิจการของโรงพยาบาลของรัฐ เช่น ติดตั้งอุปกรณ์การแพทย์ให้โดยรัฐไม่ต้องซื้อ เอกชนจะเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยตามสมควร ผู้ป่วยยากจนรัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้
2. อัตราค่าโรงแรมในอำเภอเกาะสมุข ระดับปานกลางราคาประมาณ 800 - 1,200 บาท ระดับดี ถึงดีมาก ประมาณ 1,500 - 8,000 บาท ต่อคืน
3. อัตราครองเตียงของโรงพยาบาลเกาะสมุขประมาณ 50 %
4. อัตราค่าห้องพิเศษที่ข้าราชการมีสิทธิ์เบิกได้ 600 บาท ต่อคืน
5. ผู้ป่วยที่ทำประกันชีวิตไว้กับบริษัทประกันเบิกได้ 1,200 บาท ต่อ คืน
6. ปรับปรุงห้องพิเศษโรงพยาบาลของรัฐให้ดีขึ้นคิดค่าห้องเพิ่มได้ ผู้ใช้บริการยินดีจ่าย
7. รัฐไม่มีงบประมาณพอที่จะบริการด้านสาธารณสุขโดยไม่คิดมูลค่าให้กับประชาชนทั้งหมด ปัจจุบันเรียกเก็บจากผู้มีฐานะ และสงเคราะห์ผู้ป่วยยากจน (ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของกองโรงพยาบาลภูมิภาค ประมาณ 60 % ได้จากเงินบำรุง)
8. การเพิ่มค่าล่วงเวลาของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจะทำให้โรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่มีหนี้สิน และไม่สามารถนำเงินบำรุงมาใช้ในการพัฒนากิจกรรมของโรงพยาบาลได้

9. โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งห้องพิเศษมีไม่เพียงพอ ทำให้โรงพยาบาลขาด รายได้ เงินบำรุงจากห้องพิเศษ โรงพยาบาลทุกแห่งควรมีห้องพิเศษ 20 % ของเตียงสามัญ จะทำให้ โรงพยาบาลเลี้ยงตัวเองได้

10. นักท่องเที่ยวมาสมุขเมื่อปี 2535 ประมาณ 800,000 คน เป็นชาวต่างประเทศ ประมาณ 240,000 คน ชาวต่างประเทศมาใช้บริการผู้ป่วยนอกของ ร.พ.เกาะสมุข ประมาณ 8 % ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยในประมาณ 3 %

11. นักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศที่มาใช้บริการส่วนมากจะทำประกันสุขภาพก่อน เดินทางออกนอกประเทศ ยังจะครอบคลุมถึงค่ารักษา ค่าส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อในวงเงินประมาณ 30 ล้านบาท มาตรฐานการช่วยเหลือผู้ป่วยของบริษัทประกันในต่างประเทศอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก ผู้ป่วยอาจจะจ่ายเงินไปก่อนแล้วไปเบิกคืนจากบริษัท หรือจะให้ โรงพยาบาลเรียกเก็บเงินกับ บริษัทประกันในต่างประเทศในกรณีที่ค่ารักษามีจำนวนมาก การส่งตัวผู้ป่วยโรงพยาบาลจะประสาน งานกับบริษัทประกันในต่างประเทศจะมีเครื่องบินพยาบาลมารับไปรักษาต่อถ้าจำเป็นไปยังประเทศ ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ หรืออยู่ในกรุงเทพ

12. โรงพยาบาลเกาะสมุขมีห้องพิเศษ 12 ห้อง ค่าห้อง 600 -800 บาท มีรายได้ พิเศษปีละประมาณ 1 ล้านบาท

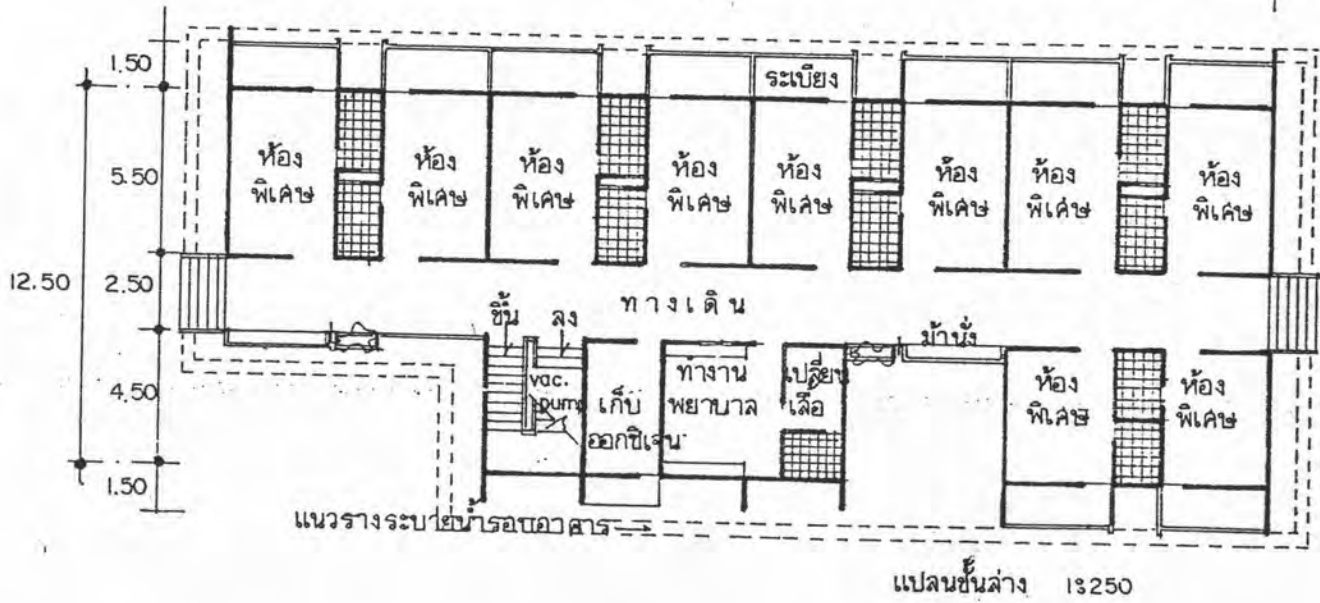
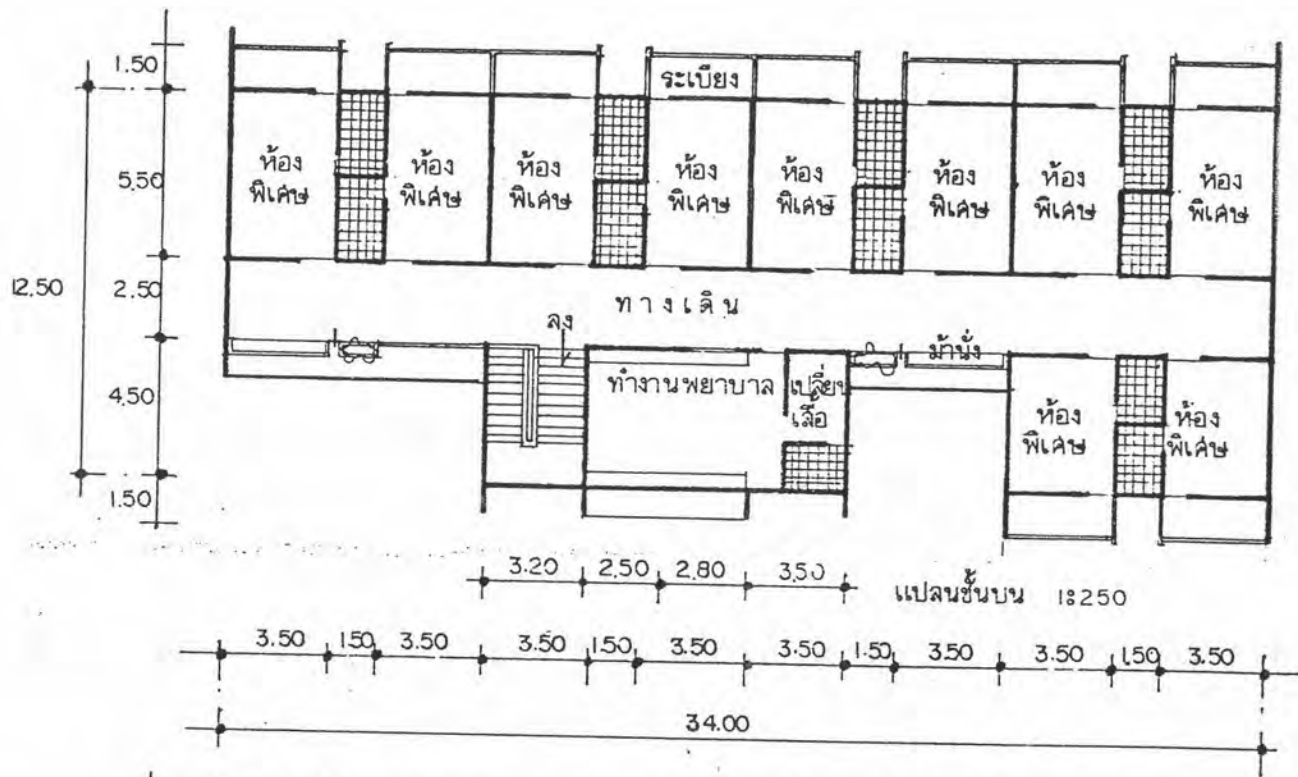
13. เมื่อมีโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลของรัฐก็ต้องพัฒนาทั้งในด้าน คุณภาพ ความสะอาดความสะดวก และด้านการตลาดจะช่วยให้โรงพยาบาลอยู่รอดได้

14. โรงพยาบาลของรัฐขาดแคลนแพทย์ทุกสาขา แต่ถ้าให้แพทย์ทำคลินิกส่วนตัว สามารถนำผู้ป่วยมารักษา หรือทำการผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐได้ โดยรัฐคิดค่าใช้จ่ายด้าน บริการกับผู้ป่วย ส่วนการดูแลจากแพทย์ผู้ป่วยเป็นผู้จ่ายเอง จะช่วยให้โรงพยาบาลของรัฐมีแพทย์ เพิ่ม โดยรัฐไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

15. แนวคิดที่จะให้เอกชนมาลงทุนสร้างห้องพิเศษในโรงพยาบาลของรัฐ โดยให้บุคลากรของโรงพยาบาลเป็นผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย เอกชนดูแลความเรียบร้อยในตัวอาคาร จัดแบ่งรายได้อันตามความเหมาะสมเป็นการลดรายจ่ายของโรงพยาบาลและลดงบประมาณของรัฐ แต่ระบียบทบทางราชการไม่เอื้ออำนวยให้กระทำได้

(สรุปบทสัมภาษณ์นี้ได้รับการเห็นชอบและมีการแก้ไขเพิ่มเติมโดย ผอ.รพ. เกาะสมุยเมื่อ

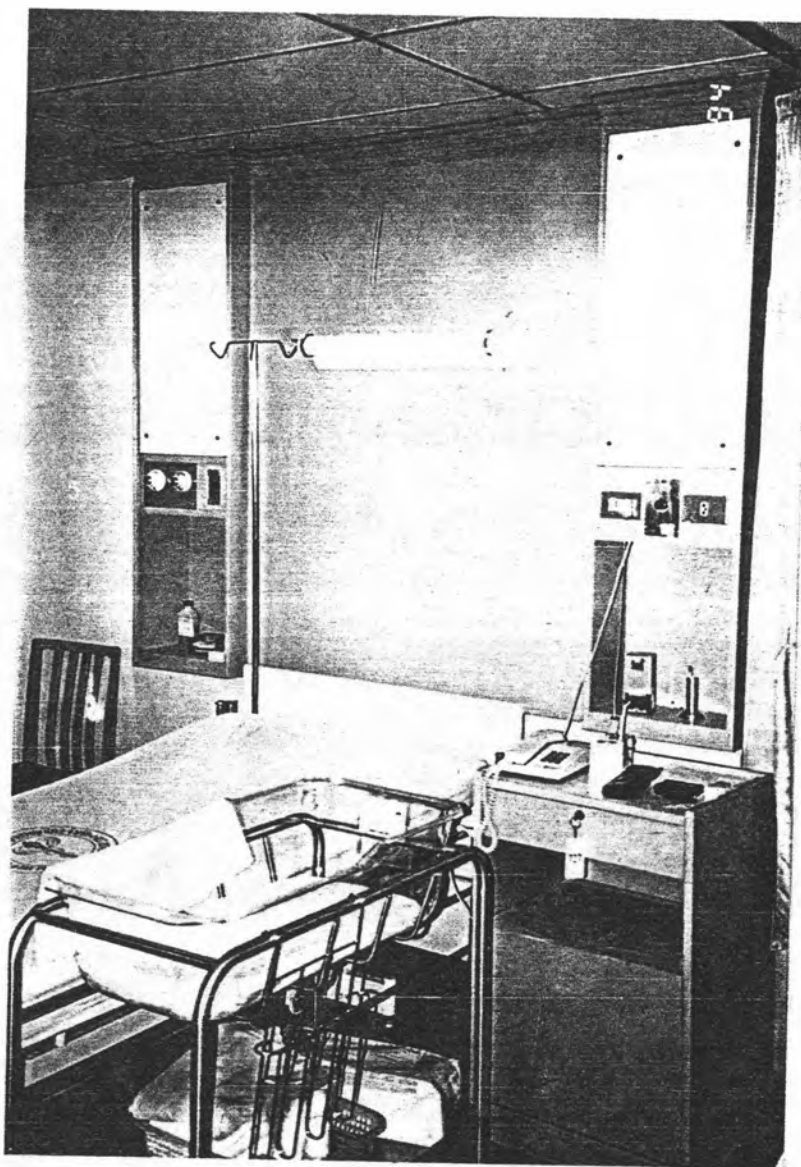
19 เมษายน 2537)



ภาพที่ 8 แสดงลักษณะอาคารห้องพิเศษของโรงพยาบาลชลบุรีตามมาตรฐานทั่วไป
ของกระทรวงสาธารณสุข



ภาพที่ 9 ห้องพิเศษในโรงพยาบาลเอกชนแสดงให้เห็นครุภัณฑ์ทั่วไป



ภาพที่ 10 ห้องพิเศษโรงพยาบาลเอกชนแสดงให้เห็นครุภัณฑ์ทางการแพทย์

ตาราง 28 แสดงต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เขต	รพ.	Actual	Z	Predicted	Z
1	รพ. สระบุรี	2,533	1.40	2,848	1.28
2	รพ. พระปกเกล้า	2,467	1.25	2,575	0.44
2	รพ. ชลบุรี	2,452	1.21	2,520	0.28
3	รพ. มหาราชนครราชสีมา	2,302	0.86	2,227	0.30
3	รพ. สรรพสิทธิประสงค์	2,348	0.97	2,520	0.70
4	รพ. อุดรธานี	2,090	0.36	2,044	0.19
4	รพ. ขอนแก่น	2,672	1.73	2,713	0.17
5	รพ. เชียงรายฯ	1,967	0.70	2,083	0.47
5	รพ. ลำปาง	2,242	0.72	2,219	0.90
6	รพ. พุทธชินราช	3,088	2.71	2,590	2.03
6	รพ. สวรรค์ประชารักษ์	2,302	0.86	2,659	-1.46
7	รพ. ราชบุรี	2,578	1.51	2,419	0.65
7	รพ. นครปฐม	2,192	0.60	1,713	1.96
8	รพ. สุราษฎร์ธานี	2,142	0.48	2,442	-1.23
8	รพ. มหาราชนครศรีธรรมราช	2,421	1.14	2,430	-0.03
9	รพ. สละ	2,547	1.44	2,032	2.10
9	รพ. ทาดใหญ่	2,503	1.33	2,447	0.23

ที่มา : อนุวัฒน์ ศุภชติกุลและคณะ 2531

แต่แม่

" คุณนำคนไข้มากลับไปดูแลที่บ้านได้ ห้องพิเศษ ของเราไม่พอ "

" คนไข้ไม่รู้รู้สึกตัว ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษอย่างนี้ ผมจะดูแลได้อย่างไร "

" เรามีความจำเป็น มีคนรอคิวอีกตั้งแยะ "

เป็นบทสนทนาที่ประทับใจได้สำนึกของผมมาตราบเท่าทุกวันนี้ เพราะในวินาทีนั้นผมได้ตัดสินใจลาออกจากราชการ โดยไม่สนใจกับชีวิตราชการซึ่งเพิ่งจะรุ่งโรจน์ หรือภาระอื่นใดที่จะต้องรับผิดชอบ เพราะไม่มีทางออกแล้วจริงๆ หวังเพียงว่าการได้ดูแลพยาบาลแม่ซึ่งป่วยด้วยเส้นโลหิตในสมองแตกเป็นครั้งสุดท้ายมีค่าคุ้มแล้ว ไปหาซื้อเตียงผู้ป่วยเตรียมไว้ที่บ้าน แต่แม่ก็ไม่ได้มีโอกาสได้ใช้เตียงนั้นเลย เลย เพราะสองสามวันต่อมาแม่ก็จากไปโดยสงบ ผมทำได้ก็แค่เพียงบริจาคเตียงนั้นให้กับโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่ง ในนามของ

" คุณแม่ เคลือบ ฌสงขลา "



ประวัติผู้เขียน

นาย ริงษ์ ฌสงขลา เกิดวันที่ 25 สิงหาคม 2480 ที่ อำเภอ สระวัง จังหวัดปัตตานี สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี สถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2503 ได้รับทุนรัฐบาลฝรั่งเศสไปศึกษาด้านการก่อสร้างโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2512 และได้รับ ทุนองค์การอนามัยโลกไปศึกษา ณ มหาวิทยาลัย Texas A & M ในปี พ.ศ. 2516 ได้รับประกาศนียบัตรทางด้าน การก่อสร้างโรงพยาบาล และปริญญาโท สถาปัตยกรรมศาสตร์ สาขาการก่อสร้าง ตามลำดับ ในอดีตได้เคยปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในตำแหน่งหน้าที่ต่างๆดังนี้ สถาปนิกกองช่างสุขาภิบาล กรมอนามัย และ กองแบบแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ประสานและหัวหน้าหน่วยงานด้านการก่อสร้าง โครงการประชากร (เงินกู้จากธนาคารโลก) หัวหน้าฝ่ายบริหาร กองโรงพยาบาลภูมิภาค ลาออกจากราชการในปี พ.ศ. 2531 ดำรงตำแหน่งครั้งสุดท้าย ผู้อำนวยการกองแบบแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญประกอบอาชีพที่ปรึกษาอิสระ