

ประสิทธิภาพคลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

อัชฌา เอี่ยมอริคม* ทบ., ปก.ทันตสาธารณสุข

บทคัดย่อ

จุดประสงค์ของการศึกษาเชิงพรรณานี้ เพื่อประเมินประสิทธิภาพคลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ ปี 2555, 2556 และ 2557 ดัชนีประสิทธิภาพที่ใช้ในการศึกษา คือ ต้นทุนต่อหน่วยบริการ และอัตราส่วนค่าบริการที่เรียกเก็บต่อต้นทุน รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลในโปรแกรม HOSxP และโปรแกรมวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนต่อหน่วยบริการทันตกรรมในปี 2555, 2556 และ 2557 เท่ากับ 621.91, 699.70 และ 684.46 บาท ตามลำดับ ส่วนอัตราส่วนค่าบริการที่เรียกเก็บต่อต้นทุนทั้งหมดในปี 2555, 2556 และ 2557 เท่ากับ 0.53, 0.54 และ 0.55 ตามลำดับ ซึ่งสรุปได้ว่าประสิทธิภาพคลินิกอยู่ในระดับต่ำและเพิ่มขึ้นเล็กน้อยตามลำดับ

คำสำคัญ : ต้นทุนต่อหน่วย, อัตราส่วนค่าบริการที่เรียกเก็บต่อต้นทุน, ประสิทธิภาพ

บทนำ

โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง มีประชากรในความรับผิดชอบ 66,246 คน (ข้อมูล ณ 1 ตุลาคม 2557) ช่วงปี 2555-2557 มีทันตแพทย์ประจำ 6 คน ทันตภิบาล 4 คน และผู้ช่วยทันตกรรม 6 คน เปิดบริการในเวลาราชการที่โรงพยาบาลทุกวัน สำหรับบริการนอกโรงพยาบาลเป็นหน้าที่ของทันตภิบาล ออกตรวจฟันนักเรียน ประถมศึกษาและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในวันจันทร์-ศุกร์ เมื่อเปิดภาคการศึกษา ในช่วงปิดภาคการศึกษา เฉพาะวันจันทร์ อังคาร และศุกร์ จะเวียนไปให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ไม่มีทันตภิบาลแทน ส่วนบริการนอกเวลาราชการมี 2 แบบ คือ บริการโดยทันตแพทย์ 1 คนและผู้ช่วยทันตกรรม 1 คน เฉพาะวันจันทร์-พุธ เป็นบริการทั่วไปยกเว้นถอนฟัน และในวันเสาร์เวลา 08:00-16:00 น. ของปีงบประมาณ 2555-2556 เป็นบริการโดยทันตภิบาลสำหรับหญิงตั้งครรภ์ นักเรียน และทาฟลูออไรด์วานิชในเด็กเล็ก

ใน พ.ศ.2554 โรงพยาบาลอยู่ในภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 และอยู่ในระดับ 4 ระหว่าง พ.ศ.2555 จนถึงปัจจุบัน เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2557 มีหนี้สินทั้งสิ้น 50,409,449.08 บาท¹ เริ่มวิเคราะห์ต้นทุนบริการทั้งโรงพยาบาลตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ พ.ศ. 2555 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับโรงพยาบาลซึ่งดัดแปลงจากวิธีการมาตรฐาน² การวิเคราะห์นี้ทำให้ได้ต้นทุนทั้งหมดของบริการทันตกรรมด้วยเช่นกันซึ่งครอบคลุมบริการทั้งในและนอกเวลาราชการ จึงเป็นโอกาสในการวิเคราะห์ประสิทธิภาพเพื่อปรับปรุงการบริหารจัดการและการดำเนินงาน

ประสิทธิภาพการดำเนินงานมีหลายความหมาย หลักการสำคัญคือ การเปรียบเทียบทรัพยากรที่ใช้ในการผลิตสินค้าและบริการเทียบกับผลผลิต (ตามคุณภาพที่กำหนด) หรือเทียบกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากทรัพยากรนั้น เมื่อคิดมูลค่าทรัพยากรที่ใช้เป็นตัวเงินก็คือ ต้นทุน หากใช้ต้นทุนน้อยที่สุดในการผลิต

สินค้าหรือบริการในปริมาณและคุณภาพที่กำหนด แสดงว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด³⁻⁵ ตามความหมายนี้ ประสิทธิภาพสัมพันธ์กับ 5 ปัจจัยในการผลิตได้แก่ ต้นทุน คุณภาพ ปริมาณ เวลา และวิธีการ การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในการประเมินประสิทธิภาพ ขณะที่ John D. Millet นิยามว่าประสิทธิภาพหมายถึง ผลการปฏิบัติงานที่ทำให้มนุษย์พึงพอใจและมีผลกำไรด้วย⁴

ในการบริหารจัดการเชิงประสิทธิภาพ สามารถประเมินประสิทธิภาพคลินิกบริการจากต้นทุนต่อหน่วยบริการซึ่งควรทำต่อเนื่องทุกปี การวิเคราะห์ต้นทุนบริการทันตกรรมในประเทศไทยอาจใช้ต้นทุนทางตรง (direct cost) ซึ่งจำแนกเป็น 2 ประเภทคือ ต้นทุนดำเนินการ (operating cost)⁶⁻⁸ และต้นทุนทางตรงรวม (total direct cost)⁹ หรือใช้ต้นทุนทั้งหมด (full cost)¹⁰⁻¹¹ การเลือกประเภทต้นทุนขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์และข้อมูลที่มี ต้นทุนทางตรงของบริการทันตกรรมสามารถวิเคราะห์โดยกลุ่มงานทันตกรรมเองแต่ค่าที่ได้น้อยกว่าต้นทุนทั้งหมดเพราะไม่ได้รวมต้นทุนทางอ้อมจากหน่วยต้นทุนอื่นในโรงพยาบาลที่ทำงานสนับสนุนกลุ่มงานทันตกรรม¹⁰⁻¹¹ แต่การวิเคราะห์ต้นทุนทั้งหมดของบริการใดๆ จะทำได้เมื่อมีการวิเคราะห์ต้นทุนทั้งโรงพยาบาลซึ่งต้องรวบรวมต้นทุนทางตรงของแต่ละกลุ่มงาน จัดทำเกณฑ์กระจายต้นทุนทางอ้อมจากหน่วยงานสนับสนุนไปยังหน่วยบริการต่างๆ และกระจายต้นทุนทางอ้อมทำให้ได้ต้นทุนทั้งหมดของแต่ละกลุ่มงานบริการ รวมทั้งทันตกรรมด้วย เมื่อหารด้วยปริมาณงานบริการก็จะได้ต้นทุนทั้งหมดต่อหน่วยบริการ

การประเมินประสิทธิภาพคลินิกทันตกรรมในการศึกษานี้ใช้ดัชนีประสิทธิภาพได้แก่ ต้นทุนต่อหน่วยบริการ (unit cost) และค่าบริการที่เรียกเก็บต่อต้นทุน (charge cost ratio)

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2555, 2556 และ 2557

จาก 2 แหล่งคือ

1) โปรแกรม HOSxP ได้แก่ ข้อมูลผลงานบริการทันตกรรมและมูลค่าบริการทันตกรรมที่เรียกเก็บ

2) โปรแกรมวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาล (Cost-Project) ได้แก่ ข้อมูลต้นทุนทางตรงรวม ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนทั้งหมดของคลินิกทันตกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ประสิทธิภาพรวมทั้งในและนอกเวลาราชการ รายปีงบประมาณ 2555, 2556 และ 2557 ดังนี้

ต้นทุนต่อหน่วยบริการทันตกรรม (unit cost)

= $\frac{\text{ต้นทุนบริการทั้งหมด บาท/ครั้ง}}{\text{จำนวนบริการ}}$

อัตราส่วนค่าบริการที่เรียกเก็บต่อต้นทุน (charge: cost)

= $\frac{\text{มูลค่าบริการที่เรียกเก็บทั้งหมด}}{\text{ต้นทุนบริการทั้งหมด}}$

นิยามปฏิบัติการ

1. ต้นทุนทางตรงรวม (total direct cost: TDC) หมายถึง มูลค่ารวมของต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าแรง และต้นทุนค่าลงทุน

2. ต้นทุนค่าวัสดุ (material cost: MC) หมายถึง มูลค่าวัสดุทันตกรรมและอื่นที่เบิกจากหน่วยงานพัสดุ ค่าจ้างเอกชนในการผลิตฟันเทียม ค่าซ่อมแซมบำรุงรักษาครุภัณฑ์ทันตกรรม ค่ายาที่จ่ายให้ผู้รับบริการ ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาซึ่งเบิกจากกลุ่มการพยาบาลและค่าฟิล์มเอกซเรย์

3. ต้นทุนค่าแรง (labour cost: LC) หมายถึง เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าล่วงเวลา เงินช่วยการศึกษาบุตร ค่ารักษาพยาบาล ค่าตอบแทนรายเดือน เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงาน ด้านการสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

4. ต้นทุนค่าลงทุน (capital cost: CC) หมายถึง มูลค่าสินทรัพย์ถาวรที่ลดลงจากการใช้งานตามงวดเวลา หรือต้นทุนค่าเสื่อมราคา (depreciation cost) ของครุภัณฑ์ทุกรายการที่ใช้ในกลุ่มงานทันตกรรม และค่าอาคารสถานที่ตั้งกลุ่มงานทันตกรรม

5. ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost: Ind. cost) หมายถึง ต้นทุนทางตรงของหน่วยงานสนับสนุนกลุ่มงานทันตกรรมและกระจายมาให้กลุ่มงานทันตกรรม

6. จำนวนบริการคือจำนวนครั้งบริการทันตกรรมทั้งหมดที่ปรากฏอยู่ในฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP

7. มูลค่าบริการทันตกรรมที่เรียกเก็บ การบริการผู้มีสิทธิข้าราชการและผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมใช้ค่าบริการที่เรียกเก็บจริงซึ่งปรากฏในฐานข้อมูลโปรแกรม HOSxP ส่วนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคำนวณจากปริมาณบริการแต่ละชนิดคูณด้วยอัตราค่าบริการรายบริการของกรมบัญชีกลาง¹²⁻¹³ จึงไม่ใช่รายรับจริง เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสรรค่าบริการแบบผู้ป่วยนอกและค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวประชากรให้สถานพยาบาล¹⁴

ผลการศึกษา

จำนวนบริการทันตกรรมกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าลดลงในปีงบประมาณ 2556 และ 2557 แต่การบริการกลุ่มสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (ตารางที่ 1)

ค่าวัสดุทันตกรรมรวมเพิ่มขึ้นในปี 2556 และลดลงในปี 2557 ขณะที่ค่าจ้างเอกชนในการทำฟันเทียมเพิ่มขึ้นทุกปีโดยเพิ่มขึ้นอย่างมากในปี 2557 (ตาราง 2) เพราะบริการใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้นเนื่องจากทันตแพทย์สาขาทันตกรรมประดิษฐ์สำเร็จการศึกษากลับมาปฏิบัติงาน

ต้นทุนค่าแรงมีสัดส่วนต่อต้นทุนทั้งหมดสูงที่สุดและลดลงในปี 2556 ขณะที่ค่าวัสดุและต้นทุนทางอ้อมเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 3)

ต้นทุนทั้งหมดต่อหน่วยบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นในปี 2556 และลดลงเล็กน้อยในปี 2557 ขณะที่ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมต่อหน่วยบริการเพิ่มขึ้นมากในปี 2556 และต้นทุนทางอ้อมยังคงเพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อยในปี 2557 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ปริมาณบริการทันตกรรม ปี 2555-2557

Table 1 Number of dental services during 2012-2014

กลุ่มสิทธิ	2555		2556		2557	
	จำนวน (คน)	ความถี่ (ครั้ง/คน)	จำนวน (คน)	ความถี่ (ครั้ง/คน)	จำนวน (คน)	ความถี่ (ครั้ง/คน)
ผู้รับบริการทั้งหมด	13,442	1.36	11,946	1.42	11,711	1.40
• ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1,231	1.86	1,306	1.88	1,654	1.74
• ประกันสังคม	286	1.64	249	1.59	295	1.48
• หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	11,461	1.29	9,747	1.35	9,015	1.32
• สิทธิอื่น	464	1.69	644	1.51	747	1.55

ตารางที่ 2 ต้นทุนค่าวัสดุในการบริการทันตกรรม ปี 2555-2557

Table 2 Material cost of dental services during 2012-2014

ต้นทุน (บาท)	2555	2556	2557
ค่าวัสดุทันตกรรม	762,237	802,121	679,251
ค่าจ้างเอกชนในการทำฟันเทียม	152,408	185,323	317,682
อื่นๆ	263,434	501,116	266,336
รวม	1,178,079	1,488,560	1,263,269

ตารางที่ 3 ต้นทุนการบริการทันตกรรม ปี 2555-2557

Table 3 Cost of dental services during 2012-2014

ต้นทุน	2555		2556		2557	
	จำนวน (บาท)	สัดส่วน: FC	จำนวน (บาท)	สัดส่วน: FC	จำนวน (บาท)	สัดส่วน: FC
MC	1,178,079	0.10	1,488,560	0.13	1,263,269	0.11
LC	7,499,090	0.66	7,291,703	0.61	6,890,063	0.62
CC	208,039	0.02	142,219	0.01	139,126	0.01
Ind. Cost	2,505,163	0.22	2,975,995	0.25	2,903,886	0.26
FC	11,390,371	1.00	11,898,477	1.00	11,196,344	1.00

มูลค่าที่เรียกเก็บต่อครั้งบริการทันตกรรมของสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีค่ามากที่สุด ส่วนของสิทธิประกันสังคมน้อยที่สุดและน้อยลงตามลำดับ (ตารางที่ 5)

เมื่อพิจารณาความสามารถการสร้างรายรับเทียบกับต้นทุนบริการค่อนข้างต่ำมาก จากต้นทุน 1 บาทแต่กลายเป็นรายได้เพียง 0.53, 0.54 และ 0.55 บาท ในปี 2555, 2556 และ 2557 ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้น 0.01 บาทในแต่ละปี (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 4 ต้นทุนต่อหน่วยบริการทันตกรรม ปี 2555-2557

Table 4 Unit cost of dental services during 2012-2014

หน่วย: บาท/ครั้ง

ต้นทุน	2555	2556	2557
TDC	485.13	524.70	506.94
Ind. Cost	136.78	175.00	177.52
FC	621.91	699.70	684.46

ตารางที่ 5 มูลค่าเรียกเก็บต่อครั้งบริการทันตกรรม ปี 2555-2557

Table 5 Charge per visit of dental services during 2012-2014

กลุ่มสิทธิ	มูลค่าต่อครั้งบริการทันตกรรม (บาท)		
	2555	2556	2557
* ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	502.49	534.56	466.63
* ประกันสังคม	103.46	84.50	73.01
* หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	303.75	356.48	367.50
* สิทธิอื่น	398.00	384.00	391.30

ตารางที่ 6 อัตราส่วนค่าบริการที่เรียกเก็บต่อต้นทุนรวม ปี 2555-2557

Table 6 Charge: Full cost ratio during 2012-2014

ปี	charge (บาท)	FC (บาท)	charge : cost
2555	5,997,614	11,390,371	0.53
2556	6,419,002	11,898,477	0.54
2557	6,195,873	11,196,344	0.55

บทวิจารณ์

ในการวิจัยนี้ ข้อมูลที่จัดเก็บมาจากโปรแกรม HOSXP ได้มาจากการบันทึกข้อมูลของผู้ให้บริการ ซึ่งในการนับจำนวนบริการ หากรวมการคัดกรองหรือการตรวจที่เป็นการคัดกรอง ทำให้ unit cost จะต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากบริการทันตกรรมเป็นงานหัตถการ แต่การจะให้บริการตามที่ผู้รับบริการระบุปัญหานั้นต้องผ่านการคัดกรองก่อน การคัดกรองจึงไม่ใช่บริการในตัวเอง

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาล มีปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความถูกต้องของต้นทุนค่าวัสดุของแต่ละหน่วยงานหรือหน่วยงานต้นทุนคือ ระบบเบิกจ่ายพัสดุ ซึ่งรวมค่าวัสดุทันตกรรมและค่าซ่อมแซมบำรุงรักษาอุปกรณ์ทันตกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่งด้วย ทำให้ต้นทุนสูงกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้เกณฑ์การกระจายต้นทุนทางอ้อมก็มีผลต่อต้นทุนทางอ้อมที่กระจายให้คลินิกทันตกรรม เนื่องจากแต่ละเครือข่าย

บริการมีระบบบริการ การดำเนินงานของกลุ่มงานสนับสนุนและวิธีการบันทึกผลงานบริการที่แตกต่างกันเกณฑ์การกระจายซึ่งขึ้นกับบริบทดังกล่าว จึงไม่ควรเหมือนกัน เพื่อให้ต้นทุนที่คำนวณได้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด แม้ว่าการใช้ Data Envelope Analysis¹⁵ สามารถควบคุมความแตกต่างเหล่านี้ได้ระดับหนึ่ง แต่ก็ไม่เหมาะกับการศึกษานี้

การนำผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการของแต่ละกลุ่มงานภายในโรงพยาบาลมาเปรียบเทียบประสิทธิภาพนั้นไม่พึงกระทำ เนื่องจากลักษณะที่แตกต่างกันในการบริการและดำเนินกิจกรรม แม้การบริการประเภทเดียวกันก็ยังขึ้นกับปัจจัยและบริบท เช่น ระดับขนาดของการบริการ ประชาชนมีความเสี่ยงด้านสุขภาพต่างกัน¹⁵

ต้นทุนในการบริการทันตกรรมส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าแรง ถ้าเทียบสัดส่วนค่าแรงต่อค่าวัสดุจะเท่ากับ 86:14, 83:17 และ 84:16 ในปี 2555, 2556 และ 2557 ตามลำดับ ซึ่งสูงมากเมื่อเทียบกับการศึกษาของเพ็ญแข ลากยิ่งและคณะ ที่พบว่า สัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อค่าวัสดุเท่ากับ 80:20¹⁰ เป็นผลมาจากการเพิ่มอัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายและค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน¹⁶ เมื่อเทียบสัดส่วนค่าแรงต่อค่าวัสดุต่อค่าลงทุนปี 2556 จะเท่ากับ 81.7: 16.7: 1.6 ซึ่งมีสัดส่วนค่าแรงสอดคล้องกับการศึกษาของวิวัฒน์ ธาราสมบัติ (81.11: 14.40: 4.49)⁹

อย่างไรก็ตาม ในสภาพที่โรงพยาบาลประสบปัญหาการเงิน ควรใช้ Charge cost ratio ในการประเมินประสิทธิภาพแทนการใช้ต้นทุนต่อหน่วยบริการ เนื่องจากหากบริการซับซ้อนมากขึ้น ต้นทุนต่อหน่วยบริการย่อมสูงขึ้น ซึ่งแปลความผิดได้ว่าประสิทธิภาพลดลง เมื่อพิจารณา ratio ดังกล่าวพบว่า ประสิทธิภาพต่ำมาก การเพิ่มประสิทธิภาพที่กลุ่มงานทันตกรรมสามารถทำได้มี 2 ประเด็นหลักคือ การจัดการด้านวัสดุและบุคลากร

มูลค่าวัสดุทันตกรรมลดลงได้ โดยทำแผนการจัดซื้อที่มีประสิทธิภาพ ประมาณการจัดซื้อโดยใช้ข้อมูลการใช้อย้อนหลัง มีวินัยการใช้จ่ายเงิน มีการทบทวนการใช้จ่ายเงินตามแผนทุกไตรมาส เพื่อลดวัสดุคงคลังให้พอเหมาะกับการใช้ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการลดต้นทุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา 10 % ส่วนการใช้วัสดุจะประหยัดได้ต้องสร้างจิตสำนึกของผู้ใช้คือทันตแพทย์ ทันตภิบาล และผู้ช่วยทันตกรรม และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประหยัดวัสดุร่วมกัน ในปี 2556 มีค่าซ่อมแซมยุทโธปกรณ์สูงทำให้ MC สูง ฉะนั้นการดูแลบำรุงรักษาที่ถูกต้องเป็นสิ่งจำเป็น

สำหรับการเพิ่มประสิทธิภาพบุคลากรควรเริ่มจากข้อมูลปริมาณผลงานรายคนและของกลุ่มงาน และวิเคราะห์ร่วมกันว่าจะเพิ่มผลผลิตภาพของตนเองและของกลุ่มงานได้อย่างไร เช่น การขยายบริการที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การสะสมความเชี่ยวชาญเพื่อลดเวลาในการปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มมูลค่าบริการ ลดเวลาบริการ และสามารถเพิ่มปริมาณบริการได้

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลควรมีการประเมินประสิทธิภาพคลินิกทันตกรรม และในกรณีที่โรงพยาบาลประสบปัญหาการเงิน ควรใช้ Charge cost ratio ในการประเมินประสิทธิภาพแทนการใช้ต้นทุนต่อหน่วยบริการ
2. ถ้าประเมินประสิทธิภาพคลินิกทันตกรรมแล้วพบว่า มีประสิทธิภาพต่ำ ควรหาสาเหตุที่เป็นไปได้ จะได้มีแนวทางพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ ที่สนับสนุนและอนุญาตให้เผยแพร่การศึกษานี้ ดร.ทพญ.เพ็ญแข ลากยิ่ง สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการเขียนบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ. รายงานผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ ปีงบประมาณ 2557; 2557.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการศึกษาต้นทุนหน่วยบริการ. พิมพ์ครั้งที่1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. 2556.
3. Elmore Petersen and E.Grosvenor Plowman. Business Organization and Management. Illinois. Irwin. 1953: 433.
4. John D. Millet. Management in the Public Service. The Guest for Effective Performance. New York. McGraw - Hill.1954: 4.
5. Herbert A. Simon. Administrative Behavior. New York. Macmillan. 1960: 180-181.
6. ชัยรัตน์ ทับทอง. ต้นทุนต่อหน่วยบริการสุขภาพช่องปาก โรงพยาบาลหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2549. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. ปีที่ 12 ฉบับที่ 3; 2550:18-27.
7. บุษราภรณ์จิตต์รุ่งเรือง. เพ็ญแข ลาภยั้ง. ต้นทุนบริการสุขภาพช่องปากรายกลุ่มบริการปีงบประมาณ 2546. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2545; 7:65-77.
8. วราภรณ์ อินทร์พงษ์พันธุ์. เพ็ญแข ลาภยั้ง. ประสิทธิภาพคลินิกทันตกรรมนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลท่าม่วง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 8 ฉบับที่ 1; 2557:1-7.
9. วิวัฒน์ ธาราสมบัติ. ต้นทุนต่อหน่วยและอัตราค่าบริการทันตกรรม โรงพยาบาลบางกรวย ปีงบประมาณ 2556. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. ปีที่ 20 ฉบับที่ 1; 2558:9-18.
10. เพ็ญแข ลาภยั้ง. จิราภรณ์ ชิดดี. อัมพร เชนพิทักษ์. ต้นทุนบริการสุขภาพช่องปากของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2551. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2552; 18:674-684.
11. เพ็ญแข ลาภยั้ง. บุษราภรณ์ จิตต์รุ่งเรือง. ต้นทุนบริการสุขภาพช่องปากปีงบประมาณ 2546. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2547. ปีที่13 ฉบับที่1; 2547:56-66.
12. กรมบัญชีกลาง. อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานบริการของทางราชการ. หนังสือที่ กค 0417/ว177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549.
13. กรมบัญชีกลาง. การปรับปรุงแก้ไขประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (เพิ่มเติม). หนังสือด่วนที่สุด ที่กค 0422.2/ว249 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2553.
14. เพ็ญแข ลาภยั้งและวีระศักดิ์ พุทธาศรี. การใช้บริการสุขภาพช่องปากในทศวรรษแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 22 ฉบับที่ 6; 2556: 1080-90.
15. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์และคณะ. ประสิทธิภาพและต้นทุนของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สิงหาคม 2551.
16. สำนักบริหารกลาง กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แขนงทำยข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2544 (ฉบับที่ 8) และ (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2556 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องรายละเอียดการดำเนินการการจ่ายเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สร 0201.042.4/ว295 ลงวันที่ 9 เมษายน 2556.

Dental clinic Efficiency of Wisetchaichan Hospital, Angthong province

Atcha lam-athikom* *D.D.S, Cert in dental public health*

Abstract

The objective of this descriptive study was to analyze the efficiency of dental clinic of Wisetchaichan hospital during 2012-2014. Efficiency indices used in this study were operating unit costs and charge-cost ratio. The databases used secondary data from HOSxP program, and Cost-Project program. The result showed that unit costs of dental services in year 2012, 2013 and 2014 were 621.91, 699.70 and 684.46 Baht per visit, respectively, while the charge-cost ratios were 0.53, 0.54 and 0.55, respectively which concluded that the clinic had low efficiency but showed slightly improvement.

Key word: *Unit cost, Charge - cost ratio, Efficiency.*

*Dental department of Wisetchaichan hospital, Angthong province