Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ภาระงานของบุคลากร และประสิทธิภาพการใช้เตียง โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัด ปี ๒๕๔๓

วลัยพร พัชรนฤมล
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปริมาณงานรักษาของ บุคลากร ๓ สายงานได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ปีงบประมาณ ๒๕๔๓ ของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่งในประเทศไทย ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน ๒๕๔๔ โดยใช้ข้อมูลจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกและจำนวนรายผู้ป่วยในจาก ๐๑๑๐ รง.๕ ของโรงพยาบาลชุมชน. และ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งในประเทศไทย และ ข้อมูลจำนวนแพทย์, เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานจริงจากกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาค ปีงบประมาณ ๒๕๔๓ ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมชนเป็นจำนวนตามบัญชีถือจ่ายเงินเดือน (จ.๑๘) ถ่วงน้ำหนักจำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปด้วยร้อยละความต้องการแพทย์เฉพาะทางของแต่ละแผนกตรวจด้วยน้ำหนัก ๒ และ ถ่วงน้ำหนักผู้ป่วยในทุกโรงพยาบาลด้วยค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพันธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG/RW), วันนอน และ สัดส่วนต้นทุนดำเนินการต่อวันผู้ป่วยใน/ครั้งผู้ป่วยนอก (unit cost IP day/OP visit) นำผลรวมของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว มาหารด้วยจำนวนบุคลากรแต่ละสายงาน จะได้ภาระงานต่อบุคลากร ๑ คน วิเคราะห์ดัชนีความแตกต่าง (discrepancy index) เพื่อเปรียบเทียบปริมาณงานรักษาต่อบุคลากรระหว่างโรงพยาบาลทุกแห่งภายในจังหวัด, เปรียบเทียบระหว่างจังหวัดภายในเขตเดียวกัน และ เปรียบเทียบเขตต่างๆทั้ง ๑๒ เขตของประเทศไทย พบว่า ภาคอีสานเป็นภาคที่มีดัชนีภาระงานทั้ง ๓ สายงาน สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ และเป็นค่าสูงสุด แสดงว่ามีภาระงานต่อบุคลากร ๑ คนมากที่สุด ส่วนภาคตะวันออกเป็นภาคที่มีดัชนีภาระงานของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพต่ำที่สุด, ภาคใต้มีดัชนีภาระงานของเภสัชกรต่ำที่สุด แสดงว่าแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกมีภาระงานน้อยที่สุด เภสัชกรในภาคใต้มีภาระงานที่น้อยที่สุด ค่าเฉลี่ยอัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียงของประเทศไทยเท่ากับ ๘๘% และ ๘๒ คนต่อเตียงต่อปี ตามลำดับ ภาคอีสานเป็นภาคที่มีอัตราการครองเตียงและการใช้เตียงสูงสุดของประเทศไทยเท่ากับ ๙๕%และ ๑๐๐ คนต่อเตียงต่อปี ตามลำดับ ดัชนีความแตกต่าง เป็นเครื่องมือที่ชี้ให้เห็นถึงความหนักเบาของภาระงานต่อบุคลากร ๑ คน สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ในสายงานเดียวกัน แต่ไม่สามารถเปรียบเทียบต่างสายงานกันได้ เนื่องจากแต่ละสายงานมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่ไม่เหมือนกัน

คำสำคัญ ภาระงานของบุคลากรโรงพยาบาล, ความไม่เสมอภาค, การจัดสรรทรัพยากรคน, การจัดสรรทรัพยากรเตียง, ประสิทธิภาพ

บทนำ

สถานการณ์ระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน มีการปรับเปลี่ยนอย่างรุนแรงและรวดเร็ว นโยบายเรื่องการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายที่นำมาซึ่งการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศไทยครั้งสำคัญ เป้าหมายของการปฏิรูปคือการสร้างให้เกิดความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ คุณภาพและการสร้างสุขภาพสำหรับประชาชนคนไทย เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรของประเทศทางด้านสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้ได้เกิดประโยชน์สูงสุด

การจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอ และการจัดสรรทรัพยากรให้มีความเสมอภาคเท่าเทียมกันทั้งประเทศ ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรบุคคล สถานบริการ และอุปกรณ์ต่างๆ เป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่มีความสำคัญสำหรับการปฏิรูประบบสาธารณสุขของไทย ในการศึกษานี้มุ่งเน้นเฉพาะการกระจายทรัพยากรบุคคลเท่านั้น ยังไม่ได้ศึกษาถึงการกระจายของสถานบริการ เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ใดๆ

การดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี ๒๕๔๕ นั้น ใช้วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวประชาชนสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและกำหนดเพดานงบประมาณ และใช้ข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group) เป็นเกณฑ์จัดสรรสำหรับบริการผู้ป่วยใน นั้น อัตราเหมาจ่ายได้รวมรายจ่ายหมวดค่าแรงไว้ด้วย ในสถานการณ์เช่นนี้ มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องวิเคราะห์ภาระงานเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลระดับจังหวัดในด้านบริการรักษาพยาบาล ของบุคลากร ๓ สายงานได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ และประสิทธิภาพการใช้เตียงผู้ป่วยใน ตลอดจนดัชนีความแตกต่าง (discrepancy index) เพื่อสามารถจัดสรรคนให้เกิดความเหมาะสม กับภาระงานที่เปลี่ยนแปลงไป

วิธีการศึกษา

ระยะเวลาในการศึกษา ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน ๒๕๔๔

๑. กรอบการศึกษา ใช้ข้อมูล ปีงบประมาณ ๒๕๔๓ ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน ๒๕๔๔

๒. รวบรวมข้อมูลต่อไปนี้ ของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่ง จากกองสาธารณสุขภูมิภาค และ กองโรงพยาบาลภูมิภาค

๒.๑. จำนวนเตียงและปริมาณงานบริการรักษาผู้ป่วย รวบรวม จากรายงาน ๐๑๑๐ รง.๕

๒.๒. จำนวนแพทย์, เภสัชกร และ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานจริง รวบรวมข้อมูลจากฝ่ายวิชาการ ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมชนเป็นจำนวนตาม จ.๑๘ เนื่องจากไม่มีข้อมูล

๓. วิเคราะห์ภาระงาน (output per full time equivalent - FTE) และดัชนีความแตกต่าง (discrepancy index) ของภาระงาน

๓.๑ คำนวณผลผลิตงานรักษาของโรงพยาบาล โดยการปรับค่าของงานรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน เพื่อเป็นผลผลิตเดียวกัน ให้สามารถเปรียบเทียบกันได้ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากงานการรักษาพยาบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนมีความยุ่งยากซับซ้อนของโรคน้อยกว่าโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จึงต้องถ่วงน้ำหนักผู้ป่วยนอกด้วยความต้องการแพทย์เฉพาะทางในการดูแลรักษา และถ่วงน้ำหนักผู้ป่วยในด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group/relative weight-DRG/RW) ดังนี้

๓.๑.๑ ผู้ป่วยนอก เป็นการปรับน้ำหนักผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปให้เป็นผลผลิตที่ใกล้เคียงกันกับผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน ทำดังนี้

- โรงพยาบาลชุมชน ไม่ต้องถ่วงน้ำหนักใดๆ
- โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ถ่วงน้ำหนักด้วยร้อยละความต้องการแพทย์เฉพาะทางแต่ละแผนก อ้างอิงจากงานศึกษาของโรงพยาบาลอยุธยา

ปี ๒๕๓๘ โดย สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ[๑] และกำหนดให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยแพทย์เฉพาะทางในรพศ./รพท.เป็น ๒ เท่าของผู้ป่วยทั่วไป

weighted OP visit * = OP visit (1 + x%)

weighted OP visit หมายถึง จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รพศ./รพท.ที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว

OP visit หมายถึง จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก

X% หมายถึงร้อยละ ความต้องการแพทย์เฉพาะทาง[๑]

๓.๑.๒ ผู้ป่วยใน เป็นการปรับจำนวนรายผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดให้เป็นผลผลิตที่ใกล้เคียงกันและสามารถนำไปรวมกับผลผลิตผู้ป่วยนอกได้โดยการปรับด้วย DRG/RW[๒], จำนวนวันนอนต่อรายผู้ป่วยใน และ สัดส่วนต้นทุนดำเนินต่อวันผู้ป่วยใน/ครั้งผู้ป่วยนอก (unit cost IP day/OP visit) (ตารางที่ ๑)

คำนวณหาผลผลิตของงานรักษาผู้ป่วยในได้ดังสมการ

weighted IP case =
IP case * RW * unit cost ratio

๓.๑.๓ นำปริมาณงานรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ถ่วงน้ำหนักแล้วมารวมกัน ได้เป็นผลผลิตของโรงพยาบาล

Total output =
weighted OP visit + weighted IP case

๓.๑.๔ คำนวณภาระงานต่อบุคลากร (output per FTE) โดยการนำผลผลิตงานรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว จากข้อ ๒.๑.๓ มาหารด้วยจำนวนบุคลากรซึ่งถือเป็นจำนวนบุคคลทำงานเต็มเวลาเทียบเท่า (full time equivalence : FTE)

$$\text{Output per FTE} = \frac{\text{Total output}}{\text{Number of staff}}$$

๓.๒ คำนวณดัชนีความแตกต่าง (discrepancy index) ของปริมาณงานรักษาต่อบุคลากร

การคำนวณดัชนีความแตกต่างเป็นการเปรียบเทียบภาระความหนักเบาของงานรักษาต่อแพทย์ เภสัชกร และ พยาบาลวิชาชีพ การคำนวณทำได้โดยการนำภาระงานต่อบุคลากรของ รพ.นั้นๆ หารด้วย ค่าเฉลี่ยภาระงานต่อบุคลากรที่ต้องการอ้างอิง ดังนั้นดัชนีของค่าเฉลี่ยที่ต้องการอ้างอิงต้องมีค่าเท่ากับ ๑

- การเปรียบเทียบกันระหว่างเขตต่างๆทั้ง ๑๒ เขตของประเทศไทยกำหนดให้ดัชนีของประเทศเท่ากับ ๑
- การเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดภายในเขตเดียวกัน กำหนดให้ดัชนีของทั้งเขตเท่ากับ ๑

ตารางที่ ๑ ค่าตัวแปรที่ใช้ถ่วงน้ำหนักผู้ป่วยใน

ระดับโรงพยาบาล	น้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม* (DRG/RW)	จำนวนวันนอนต่อรายผู้ป่วยใน** (LOS)	สัดส่วนต้นทุนดำเนินการต่อวันผู้ป่วยใน/ครั้งผู้ป่วยนอก*** (unit cost ratio)
โรงพยาบาลชุมชน	๐.๖๗๓๖	๓.๐๓	๔.๒๗
โรงพยาบาลทั่วไป	๐.๘๓๓๐	๔.๖๔	๕.๐๗
โรงพยาบาลศูนย์	๑.๐๗๖๓	๕.๔๔	๒.๕๗

ที่มา * DRG relative weight (DRG/RW) ของกลุ่มผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล อ้างอิงจากรายงานของศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ ๒๕๔๐ ซึ่งอ้างในเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ[๒]

** จำนวนวันนอนต่อรายผู้ป่วยใน (length of stay : LOS) เป็นค่าเฉลี่ยจากข้อมูล ๐๑๑๐ รง.๕ ปีงบประมาณ ๒๕๔๓

*** สัดส่วน unit cost IP day/OP visit ของโรงพยาบาลชุมชน อ้างอิงจาก การคำนวณต้นทุนรพช.ทุกแห่งใน ๑๕ จังหวัดภาคเหนือ[๓] ปีงบประมาณ ๒๕๔๒ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป อ้างอิงจากการศึกษาต้นทุนแบบวิธีลัด รพศ./ รพท. ปีงบประมาณ ๒๕๔๒ ของจงกล เลิศเธียรดำรง[๔]

ตารางที่ ๒ การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการใช้เตียงผู้ป่วยใน

	สูตรการคำนวณ	หน่วย
วันนอนต่อรายผู้ป่วยใน (length of stay - LOS)	จำนวนวันนอน หารด้วย จำนวนรายผู้ป่วยใน	วันนอนต่อราย
อัตราการครองเตียง (occupancy rate)	(จำนวนวันนอนทั้งปี *๑๐๐) หารด้วย (จำนวนเตียง * ๓๖๕)	ร้อยละต่อปี
อัตราการใช้เตียง (bed turnover rate)	จำนวนรายผู้ป่วยใน หารด้วย จำนวนเตียง	รายต่อเตียง

- การเปรียบเทียบดัชนีระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดนั้นๆ กำหนดให้ดัชนีของทั้งจังหวัดเท่ากับ ๑

๔. วิเคราะห์ประสิทธิภาพการใช้เตียงผู้ป่วยใน ได้แก่ วันนอนต่อรายผู้ป่วย (length of stay - LOS), อัตราการครองเตียง (occupancy rate) และ อัตราการใช้เตียง (bed turnover rate) ตารางที่ ๒

๕. คำนวณจำนวนเตียงใช้จริงต่อบุคลากร ๑ คน (occupied bed per FTE) และดัชนีความแตกต่าง

คำนวณจำนวนเตียงใช้จริงต่อแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล จำนวนเตียงใช้จริง (occupied bed) เป็นการคูณจำนวนเตียงด้วยอัตราการครองเตียงเพื่อให้ได้เป็นจำนวนเตียงที่มีการใช้จริง แล้วหารด้วยจำนวนบุคลากร

การคำนวณดัชนีความแตกต่างทำเช่นเดียวกันกับข้อ ๓.๒

$$\text{occupied bed per FTE} = \frac{\text{number of bed} * \text{occupancy rete}}{\text{number of staff}}$$

ผลการศึกษา

การรวบรวมข้อมูล ปีงบประมาณ ๒๕๔๓ เป็นข้อมูลโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด ๗๑๒ แห่งที่มีข้อมูลสมบูรณ์ มี ๒ โรงพยาบาลที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ และเป็นข้อมูลโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งหมด ๙๒ แห่งทั่วประเทศไทย ในสังกัดกองสาธารณสุขภูมิภาคและกองโรงพยาบาลภูมิภาคตามลำดับ ต้องนำข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งข้อมูลที่ต่างกันนี้ มารวบรวมให้เป็นรูปแบบที่เหมือนกัน และทำการจัดเรียงลำดับใหม่ ให้เป็นไปตามการเรียงลำดับจังหวัดและเขตของกระทรวงสาธารณสุขในปฏิทินสาธารณสุข ปี ๒๕๔๔ ทำการคำนวณตามวิธีการศึกษาที่กล่าวมาแล้ว และวิเคราะห์การศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำการเปรียบเทียบกับหน่วยที่ใหญ่กว่าขึ้นไป ๑ ขั้น ซึ่งจะแสดงให้เห็นเป็นภาพของเขตทั้ง ๑๒ เขตทั่วประเทศโดยเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ ทำการเปรียบเทียบข้อมูลจังหวัดภายในเขตโดยยกตัวอย่างการวิเคราะห์ภายในเขต ๓ และ เขต ๗ และสุดท้ายเป็นการยกตัวอย่างการวิเคราะห์รายโรงพยาบาลในจังหวัดนั้น เพื่อให้เห็นการเปรียบเทียบโรงพยาบาลภายในจังหวัดเดียวกัน

๑. การเปรียบเทียบกันระหว่างเขตต่างๆทั้ง ๑๒ เขตของประเทศไทย

การวิเคราะห์ข้อมูลของเขตต่างๆทั้ง ๑๒ โดยการแบ่งเป็นภาคต่างๆ ได้นำเขต ๔ ไปรวมกับเขต ๑ และ ๒ ให้เป็นภาคกลาง เนื่องจากหลายจังหวัดในเขต ๔ อยู่ในภาคกลาง

ข้อมูลในตารางที่ ๓ บ่งชี้อย่างชัดเจนว่า ภาคอีสานมีดัชนีความแตกต่างของภาระงานต่อบุคลากรทั้ง ๓ สายงาน สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ และเป็นค่าสูงสุดของประเทศไทย แสดงให้เห็นว่าแพทย์ เภสัชกร และ

ตารางที่ ๓ แสดงดัชนีความแตกต่างของเขตต่างๆ ทั้ง ๑๒ เขต โดยค่าเฉลี่ยของ ๑๒ เขตทั้งประเทศไทยเท่ากับ ๑

ภาค	เขต	ดัชนีจำนวนเตียงใช้จริงต่อบุคลากร			ผลการใช้เตียงผู้ป่วยใน			ดัชนีภาระงานต่อบุคลากร		
		แพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	วันนอนต่อรายผู้ป่วยใน	อัตราการครองเตียง	อัตราการใช้เตียง	แพทย์	เภสัชกร	พยาบาล
กลาง	๑	๐.๖๕	๐.๘๘	๐.๘๐	๓.๕	๘๖%	๘๑	๐.๘๔	๑.๐๗	๐.๕๗
	๒	๐.๕๗	๐.๕๘	๐.๕๐	๔.๖	๘๐%	๖๔	๐.๕๑	๐.๕๒	๐.๘๕
	๔	๐.๕๒	๑.๐๕	๐.๕๘	๔.๔	๘๒%	๖๘	๐.๕๐	๑.๐๓	๐.๕๕
ตะวันออก	๓	๐.๗๘	๑.๐๐	๐.๕๖	๔.๔	๘๖%	๗๑	๐.๖๕	๐.๘๘	๐.๘๔
อีสาน	๕	๑.๑๒	๑.๒๓	๑.๒๗	๓.๕	๑๐๑%	๑๐๔	๑.๑๐	๑.๒๐	๑.๒๔
	๖	๑.๐๕	๑.๑๘	๑.๑๗	๓.๗	๕๕%	๕๓	๑.๐๖	๑.๑๔	๑.๑๓
	๗	๑.๒๓	๑.๑๓	๑.๐๔	๓.๒	๘๕%	๑๐๒	๑.๔๑	๑.๓๐	๑.๒๐
เหนือ	๘	๐.๕๗	๐.๕๕	๑.๐๑	๔.๑	๘๗%	๗๘	๐.๕๕	๐.๕๗	๑.๐๓
	๕	๑.๐๔	๐.๕๑	๐.๕๕	๔.๒	๘๘%	๗๗	๐.๕๘	๐.๘๖	๐.๕๔
	๑๐	๑.๐๕	๐.๕๒	๐.๕๔	๔.๐	๘๘%	๘๑	๑.๐๗	๘.๕๓	๐.๕๕
ใต้	๑๑	๑.๐๒	๐.๘๗	๐.๕๑	๓.๕	๘๖%	๘๐	๑.๐๔	๐.๘๘	๐.๕๒
	๑๒	๑.๐๕	๐.๘๒	๐.๕๓	๔.๒	๘๘%	๗๗	๑.๐๕	๐.๘๒	๐.๕๓
ทั้งประเทศ		๑.๐๐	๑.๐๐	๑.๐๐	๓.๕	๘๘%	๘๒	๑.๐๐	๑.๐๐	๑.๐๐
ค่าเฉลี่ยของประเทศ		๑๐.๓๐	๑๕.๖๔	๑.๕๔				๒๔,๐๘๒	๔๕,๕๑๖	๓,๖๐๒

พยาบาลวิชาชีพในภาคอีสานมีภาระงานรักษาพยาบาลมากที่สุดในประเทศไทย โดยเฉพาะในเขต ๗ มีดัชนีความแตกต่างของแพทย์และเภสัชกร สูงที่สุดถึง ๑.๔๑ และ ๑.๓๐ ตามลำดับ ส่วนดัชนีความแตกต่างของพยาบาลวิชาชีพมีค่าสูงสุดเท่ากับ ๑.๒๔ ในเขต ๕ เมื่อพิจารณาดัชนีความแตกต่างของเตียงใช้จริงต่อบุคลากรของทั้ง ๓ สายงาน, อัตราการครองเตียง และ อัตราการใช้เตียง พบว่าภาคอีสานมีค่าที่สูงที่สุดในประเทศไทยเช่นกัน โดยเฉพาะเขต ๕ มีอัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียงสูงถึง ๑๐๑% และ ๑๐๔ คนต่อเตียงต่อปีตามลำดับ ค่าเฉลี่ยอัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียงของประเทศไทยเท่ากับ ๘๘% และ ๘๒ คนต่อเตียงต่อปี ตามลำดับ ทำให้เห็นได้ชัดเจนว่า ภาคอีสานนั้นนอกจากมีความขาดแคลนบุคลากรทั้ง ๓ สายงานนี้แล้ว ยังมีความขาดแคลนจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยด้วย

ภาคที่มีดัชนีความแตกต่างภาระงานต่อบุคลากรของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพต่ำที่สุด คือ ภาคตะวันออก (เขต ๓) นั่นหมายถึงแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกมีภาระงานน้อยที่สุด ส่วนสายงานของเภสัชกรในภาคใต้ มีภาระงานน้อยที่สุด

ภาคกลาง (เขต ๑, ๒ และ ๔) มีภาระงานของทั้ง ๓ สายงานใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย แต่มีอัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียงต่ำกว่าค่าเฉลี่ยและต่ำที่สุดในประเทศ แสดงว่าภาคกลางมีจำนวนแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพพอเหมาะกับงานเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ แต่มีจำนวนเตียงมากกว่าที่ควรเป็น

ในภาคเหนือและภาคใต้ มีค่าดัชนีภาระงานและค่าต่างๆใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ เป็นภาพในอุดมคติที่ควรเป็นเช่นนี้ทั่วทั้งประเทศไทย ไม่ใช่แค่เพียง ๒ ภาคนี้เท่านั้น

๒. การเปรียบเทียบของจังหวัดต่างๆในเขตเดียวกัน

ขอยกตัวอย่างที่น่าสนใจของเขต ๓ และ เขต ๗ เท่านั้น เนื่องจากเป็นเขตที่มีดัชนีภาระงานแตกต่างกันมาก รายละเอียดของเขตอื่นๆ สามารถศึกษาได้ที่ www.hsri.or.th/srs

เขต ๓ มีทั้งสิ้น ๗ จังหวัด ในภาคตะวันออกของ

ตารางที่ ๔ แสดงดัชนีความแตกต่างของทุกจังหวัดในเขต ๓ โดยค่าเฉลี่ยของทั้งเขต ๓ เท่ากับ ๑

เขต	จังหวัด	ผลการใช้เตียงผู้ป่วยใน			ดัชนีภาระงานต่อบุคลากรแพทย์		ดัชนีภาระงานต่อบุคลากรเภสัชกร		ดัชนีภาระงานต่อบุคลากรพยาบาล	
		วันนอนต่อรายผู้ป่วยใน	อัตราการครองเตียง	อัตราการใช้เตียง	เทียบกับเขต	เทียบกับประเทศ	เทียบกับเขต	เทียบกับประเทศ	เทียบกับเขต	เทียบกับประเทศ
๓	ชลบุรี	๔.๐๕	๘๑%	๗๓	๐.๗๗	๐.๕๓	๑.๑๗	๑.๐๒	๑.๐๕	๐.๘๘
๓	ฉะเชิงเทรา	๔.๗๕	๕๖%	๗๓	๑.๓๐	๐.๘๕	๑.๐๗	๐.๕๓	๑.๑๑	๐.๕๓
๓	ปราจีนบุรี	๔.๖๕	๕๕%	๗๗	๑.๕๒	๑.๐๕	๐.๗๗	๐.๖๗	๑.๑๕	๐.๕๗
๓	สระแก้ว	๓.๔๘	๘๒%	๘๖	๑.๘๘	๑.๒๕	๑.๒๓	๑.๐๗	๑.๗๕	๑.๔๗
๓	ตราด	๔.๕๕	๘๔%	๖๒	๑.๐๓	๐.๗๑	๑.๐๐	๐.๘๗	๐.๗๔	๐.๖๒
๓	จันทบุรี	๔.๗๘	๘๑%	๖๒	๐.๖๕	๐.๔๗	๐.๘๗	๐.๗๖	๐.๗๕	๐.๖๓
๓	ระยอง	๔.๒๓	๘๐%	๖๕	๑.๐๓	๐.๗๑	๐.๕๔	๐.๘๒	๐.๘๕	๐.๗๕
รวมเขต ๓		๔.๓๕	๘๖%	๗๑	๑.๐๐	๐.๖๕	๑.๐๐	๐.๘๘	๑.๐๐	๐.๘๔
ค่าเฉลี่ยของเขต/ประเทศ					๑๖,๕๗๕	๒๔,๐๘๒	๔๐,๒๐๘	๔๕,๕๑๖	๓,๐๒๕	๓,๖๐๒

ตารางที่ ๕ แสดงดัชนีความแตกต่างของทุกจังหวัดในเขต ๗ โดยค่าเฉลี่ยของทั้งเขต ๗ เท่ากับ ๑

เขต	จังหวัด	ผลการใช้เตียงผู้ป่วยใน			ดัชนีภาระงานต่อบุคลากรแพทย์		ดัชนีภาระงานต่อบุคลากรเภสัชกร		ดัชนีภาระงานต่อบุคลากรพยาบาล	
		วันนอนต่อรายผู้ป่วยใน	อัตราการครองเตียง	อัตราการใช้เตียง	เทียบกับเขต	เทียบกับประเทศ	เทียบกับเขต	เทียบกับประเทศ	เทียบกับเขต	เทียบกับประเทศ
๗	อุบลราชธานี	๓.๗๕	๕๘%	๕๕	๑.๔๐	๑.๕๘	๐.๘๗	๑.๑๓	๐.๘๖	๑.๐๓
๗	อำนาจเจริญ	๒.๕๘	๕๓%	๖๖	๐.๒๒	๐.๓๑	๐.๖๓	๐.๘๒	๑.๐๒	๑.๒๒
๗	นครพนม	๓.๑๔	๘๑%	๕๔	๑.๒๖	๑.๗๘	๐.๘๒	๑.๐๗	๐.๕๒	๑.๑๐
๗	มุกดาหาร	๒.๐๒	๘๑%	๑๔๖	๑.๑๘	๑.๖๗	๑.๐๘	๑.๔๐	๑.๐๓	๑.๒๓
๗	ร้อยเอ็ด	๓.๑๐	๑๐๗%	๑๒๖	๑.๔๑	๒.๐๐	๑.๔๕	๑.๘๕	๑.๓๕	๑.๖๒
๗	ศรีสะเกษ	๓.๐๐	๗๘%	๕๕	๐.๕๖	๑.๓๖	๐.๕๘	๑.๒๗	๐.๕๖	๑.๑๕
๗	ยโสธร	๓.๔๕	๘๕%	๕๓	๑.๑๕	๑.๖๓	๑.๑๖	๑.๕๐	๐.๕๐	๑.๐๘
รวมเขต ๗		๓.๑๗	๘๕%	๑๐๒	๑.๐๐	๑.๔๑	๑.๐๐	๑.๓๐	๑.๐๐	๑.๒๐
ค่าเฉลี่ยของเขต/ประเทศ					๓๔,๐๔๘	๒๔,๐๘๒	๕๕,๘๕๕	๔๕,๕๑๖	๔,๓๑๔	๓,๖๐๒

ประเทศ จากข้อมูลในตารางที่ ๔ เห็นได้ว่า ภายในเขต ๓ นั้น จังหวัดต่างๆมีภาระงานที่ไม่เท่ากันทั่วทั้งเขต จังหวัดที่มีดัชนีภาระงานของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพสูงที่สุดในเขต ๓ คือ จังหวัดสระแก้ว มีดัชนีเท่ากับ ๑.๘๘, ๑.๒๓ และ ๑.๗๕ ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศด้วย (ดัชนีเทียบกับประเทศเท่ากับ ๑.๒๙, ๑.๐๗ และ ๑.๔๗ ตามลำดับ) ส่วนอัตราการครองเตียงมีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ย แต่อัตราการใช้เตียงมีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ย นั่นคือ มีจำนวนวันนอนต่อรายผู้ป่วยในสั้นกว่าค่าเฉลี่ย เป็นการบ่งชี้อย่างชัดเจนว่าจังหวัดสระแก้วขาดแคลนแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพอย่างรุนแรง แต่ไม่ได้ขาดแคลนจำนวนเตียง

ดัชนีภาระงานทั้ง ๓ สายงานของจังหวัดจันทบุรี มีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของเขต ๓ และเมื่อเทียบกับประเทศก็ยิ่งมีค่าที่ต่ำ เพราะดัชนีภาระงานทั้ง ๓ สาย

งานของเขต ๓ มีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ เมื่อพิจารณาอัตราครองเตียงและอัตราการใช้เตียงร่วมด้วย พบว่าจังหวัดจันทบุรีมีอัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียง ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของเขต ๓ นั่นย่อมแสดงว่าบุคลากรทั้ง ๓ สายงานของจังหวัดจันทบุรี มีภาระงานน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของเขตและของประเทศ นอกจากนั้นจังหวัดจันทบุรียังมีจำนวนเตียงผู้ป่วยมากเกินกว่าค่าเฉลี่ยของเขตและของประเทศ

จากตารางที่ ๕ พบว่ามีการกระจายทรัพยากรที่ไม่เหมาะสมทั่วทั้งเขต ๗ เช่นเดียวกันกับ เขต ๓ จากข้อมูลในตาราง เห็นได้ว่าภาพรวมของเขต ๗ มีดัชนีภาระงานของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพเท่ากับ ๑.๔๑, ๑.๓๐ และ ๑.๒๐ ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศทั้ง ๓ สายงาน เมื่อพิจารณาในรายจังหวัด พบว่าหลายจังหวัด เช่น อุบลราชธานี นครพนม ร้อยเอ็ด เป็นจังหวัดที่มีดัชนีภาระงานและค่าต่างๆสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขต และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดร้อยเอ็ด มีดัชนีภาระงานทั้ง ๓ สายงาน สูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขต มีค่าเท่ากับ ๑.๔๑, ๑.๔๕ และ ๑.๓๕ และเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยประเทศ มีค่าเท่ากับ ๒.๐๐, ๑.๘๙ และ ๑.๖๑ ซึ่งเป็นค่าที่สูงมาก อัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียงก็สูงมากถึง ๑๐๗% และ ๑๒๖ คนต่อเตียงต่อปี ตามลำดับ แสดงถึงความขาดแคลนบุคลากรทั้ง ๓ สายงานและจำนวนเตียงอย่างมาก

แต่จังหวัดอำนาจเจริญกลับมีดัชนีภาระงานของแพทย์และเภสัชกร อัตราการครองเตียง และอัตราการใช้เตียง ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของเขตอย่างมาก และต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศด้วย ส่วนภาระงานของพยาบาลมีค่าใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของเขต แสดงว่า จังหวัดอำนาจเจริญ มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพพอเหมาะกับภาระงาน แต่มีจำนวนแพทย์, เภสัชกร และจำนวนเตียงมากเกินไป

๓. การเปรียบเทียบของโรงพยาบาลต่างๆภายในจังหวัดเดียวกัน

ขอยกตัวอย่างที่น่าสนใจของจังหวัดจันทบุรี ซึ่ง

ตารางที่ ๖ แสดงดัชนีความแตกต่างของทุกโรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี โดยค่าเฉลี่ยของทั้งจังหวัดเท่ากับ ๑

		ผลการใช้เตียงผู้ป่วยใน			ดัชนีภาระงานต่อบุคลากรแพทย์		ดัชนีภาระงานต่อบุคลากรเภสัช		ดัชนีภาระงานต่อบุคลากรพยาบาล	
	ชื่อโรงพยาบาล	วันนอนต่อรายผู้ป่วยใน	อัตราการครองเตียง	อัตราการใช้เตียง	เทียบจังหวัด	เทียบประเทศ	เทียบจังหวัด	เทียบประเทศ	เทียบจังหวัด	เทียบประเทศ
รพศ.	รพ.พระปกเกล้า	๖.๐๓	๗๒%	๔๔	๐.๗๐	๐.๓๓	๐.๕๘	๐.๗๔	๐.๘๖	๐.๕๔
รพช.	ขลุง	๓.๓๑	๘๕%	๕๘	๑.๕๖	๐.๕๓	๑.๕๓	๑.๔๖	๑.๘๕	๑.๑๗
รพช.	ท่าใหม่	๓.๓๒	๑๖๘%	๑๖๕	๒.๔๕	๑.๑๘	๐.๘๒	๐.๖๒	๐.๕๓	๐.๕๕
รพช.	เขาสุกิม	๓.๗๒	๕๕%	๕๘	๑.๕๓	๐.๕๒	๑.๒๗	๐.๕๖	๐.๕๓	๐.๕๘
รพช.	สองพี่น้อง	๓.๓๘	๑๐๑%	๑๐๘	๓.๒๖	๑.๕๕	๐.๕๓	๐.๔๑	๐.๕๗	๐.๖๑
รพช.	โป่งน้ำร้อน	๓.๗๒	๕๖%	๕๕	๑.๖๕	๐.๘๐	๐.๕๒	๐.๗๐	๑.๑๘	๐.๗๕
รพช.	มะขาม	๓.๗๓	๒๗๒%	๒๖๖	๑.๖๘	๐.๘๐	๐.๘๓	๐.๖๓	๑.๑๕	๐.๗๓
รพช.	แหลมสิงห์	๓.๕๑	๕๕%	๑๐๓	๑.๕๔	๐.๗๓	๑.๐๑	๐.๗๗	๑.๒๔	๐.๗๘
รพช.	สอยดาว	๓.๑๘	๘๘%	๑๐๑	๒.๓๕	๑.๑๓	๑.๕๗	๑.๑๕	๑.๔๒	๐.๘๕
รพช.	แก่งหางแมว	๒.๕๒	๑๖๔%	๒๐๕	๒.๔๔	๑.๑๖	๑.๖๐	๑.๒๒	๑.๔๕	๐.๕๑
รพช.	นายายอาม	๓.๖๔	๑๗๓%	๑๗๓	๑.๓๑	๐.๖๒	๐.๘๖	๐.๖๕	๑.๒๐	๐.๗๕
รพช.	เขาคิชฌกูฏ	๓.๖๔	๗๖%	๗๖	๑.๓๔	๐.๖๔	๐.๘๘	๐.๖๗	๑.๒๓	๐.๗๗
รวมทั้งจังหวัดจันทบุรี		๔.๗๘	๘๑%	๖๒	๑.๐๐	๐.๔๗	๑.๐๐	๐.๗๖	๑.๐๐	๐.๖๓
ค่าเฉลี่ยของจังหวัด					๑๑.๔๓๒	๒๔,๐๘๒	๓๔,๘๒๕	๔๕,๕๑๖	๒,๒๖๖	๓,๖๐๒

เป็นจังหวัดที่อยู่ในเขต ๓ ส่วนรายละเอียดของจังหวัดอื่นทุกจังหวัดสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ www.hsri.or.th/srs

ภาพรวมของจังหวัดจันทบุรีมีดัชนีภาระงานของทั้ง ๓ สายงานต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ดูเหมือนว่าทั้งจังหวัดน่าจะมีภาระงานน้อยเช่นกัน แต่ไม่ใช่เช่นนั้น เพราะเมื่อทำการวิเคราะห์โรงพยาบาลทุกแห่งภายในจังหวัดจันทบุรี พบว่า ยังมีการกระจายทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม เช่นเดียวกับภาพรวมของเขตและของประเทศ

โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดจันทบุรีมีดัชนีภาระงานของแพทย์สูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด บางโรงพยาบาลมีดัชนีภาระงานของแพทย์มากกว่า ๒ เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยจังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลสองพี่น้อง โรงพยาบาลสอยดาว และโรงพยาบาลแก่งหางแมว (๒.๔๙, ๓.๒๖, ๒.๓๙ และ ๒.๔๙ ตามลำดับ) ซึ่งโรงพยาบาลเหล่านี้มีดัชนีสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศด้วย (๑.๑๘, ๑.๕๕, ๑.๑๓ และ ๑.๑๖ ตามลำดับ) อัตราการครองเตียง และ อัตราการใช้เตียงของโรงพยาบาลเหล่านี้ ก็มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดและ สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ นั่นหมายถึงว่า โรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลสองพี่น้อง โรงพยาบาลสอยดาว และโรงพยาบาลแก่งหางแมว มีความขาดแคลนแพทย์ และ จำนวนเตียงเป็นอย่างมาก

ในขณะที่โรงพยาบาลพระปกเกล้ามีดัชนีภาระงานของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยจังหวัด คือ มีค่าเท่ากับ ๐.๗๐, ๐.๙๘ และ ๐.๘๖ ตามลำดับ และยังมีดัชนีภาระงานที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศด้วย คือมีค่าเท่ากับ ๐.๓๓, ๐.๗๔ และ ๐.๕๔ ตามลำดับ อัตราการครองเตียง และ อัตราการใช้เตียงก็มีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยจังหวัดและค่าเฉลี่ยประเทศ ในขณะที่วันนอนต่อรายผู้ป่วยใน มากกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดและมากกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ แสดงความมากเกินพอดีของบุคลากรทั้ง ๓ สายงาน และจำนวนเตียงที่โรงพยาบาลพระปกเกล้ามีอยู่ในขณะนี้

วิจารณ์และสรุป

ศึกษาครั้งนี้ เป็นฐานข้อมูลสำคัญมาก เนื่องจากเป็นการศึกษาภาระงานที่เกิดขึ้นจริง ไม่ได้เป็นการเปรียบเทียบจำนวนแพทย์ต่อประชากร หรือจำนวนเตียงต่อแพทย์ ที่มีข้อด้อยจากจำนวนประชากรที่มีความไม่แน่นอนในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์กับผู้ที่อาศัยอยู่จริง และอาจไม่ได้มีความเจ็บป่วยจริง หรือจากจำนวนเตียงที่ไม่แน่ชัดว่ามีการใช้เตียงจริงหรือไม่

ผลการศึกษาที่ได้นี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าประเทศไทยมีการกระจายทรัพยากรบุคคล ๓ สายงาน คือ แพทย์, เภสัชกร และ พยาบาลวิชาชีพ และทรัพยากรเตียงสำหรับผู้ป่วย อย่างไม่เหมาะสมกับภาระงาน ความไม่เหมาะสมนี้ ปรากฏอยู่ทั่วไป ทั้งในภาพรวมของภาคต่างๆในประเทศไทย, ในระดับเขตต่างๆทั้ง ๑๒ เขต, จังหวัดต่างๆภายในเขต และ แม้แต่โรงพยาบาลต่างๆภายในจังหวัดเดียวกัน

ภาคอีสานเป็นภาคที่มีทั้งภาระงานบริการรักษาพยาบาลต่อบุคลากรแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ และมีอัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียงมากที่สุดในประเทศไทย แสดงว่า ภาคอีสานมีความขาดแคลนทั้งด้านบุคลากรและจำนวนเตียงผู้ป่วย ส่วนภาคตะวันออกเป็นภาคที่มีภาระงานบริการรักษาของแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพน้อยที่สุดในประเทศไทย แต่อัตราการครองเตียง และอัตราการใช้เตียง มีค่าใกล้เคียงค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ แสดงว่า ในภาคตะวันออก มีจำนวนแพทย์และพยาบาล มากเกินไป ในขณะที่มีจำนวนเตียงที่พอเหมาะแล้ว ส่วนสายงานของเภสัชกรในภาคใต้ มีภาระงานน้อยที่สุด

ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ต้องวิเคราะห์หาแนวทางในการจัดสรรทรัพยากร ให้มีการกระจายที่เหมาะสมทั่วทุกภาคของประเทศไทย ให้ได้เป็นเช่นดังภาคเหนือ และ ภาคใต้ที่มีค่าต่างๆใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ไม่ให้มีการใช้

ทรัพยากรที่หย่อนประสิทธิภาพจนกลายเป็นความเคยชิน ในขณะเดียวกันก็ไม่เป็นการใช้ทรัพยากรอย่างเกินกำลังความสามารถมากเกินไปจนทำให้มีความคลางแคลงใจด้านคุณภาพเกิดขึ้น ซึ่งนับเป็นเรื่องที่ท้าทายผู้บริหารอย่างมากในการหากลยุทธเพื่อนำมากำหนดทิศทางในการปรับเปลี่ยนอนาคต ซึ่งคงต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนค่อนข้างมาก เป็นไปได้ทั้งการปรับเปลี่ยนจำนวนบุคคล และ/หรือ การปรับเปลี่ยนลักษณะงานบริการ

ในช่วงระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขอย่างรวดเร็วในปี ๒๕๔๔ นี้ การปรับตัวที่ง่ายที่สุด คือ การปรับตัวภายในพื้นที่ที่ใกล้เคียงกัน อันได้แก่ โรงพยาบาลต่างๆภายในจังหวัดเดียวกัน คณะกรรมการสาธารณสุขระดับพื้นที่ (กสพ.) คงต้องมีบทบาทในเรื่องการจัดสรรทรัพยากร เพื่อให้มีการกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสมภายในจังหวัด **โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดจำเป็นต้องร่วมมือร่วมใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ต้องเปรียบเสมือนพี่น้องช่วยเหลือกัน** โรงพยาบาลที่มีภาระงานน้อยกว่าต้องยอมเปิดใจกว้างออกไปช่วยแบ่งเบาภาระที่หนักเกินไปของโรงพยาบาลที่มีภาระหนักกว่า ขณะเดียวกันโรงพยาบาลที่มีภาระงานมากก็ต้องยอมรับความเอื้อเฟื้อนั้นอย่างเต็มใจ ตัวอย่างเช่น การออกหน่วยเคลื่อนที่ไปช่วยลดภาระงาน การจัดสรรบุคลากรไปช่วยอยู่เวร หรือ แพทย์เฉพาะทางของโรงพยาบาลจังหวัดไปช่วยเพิ่มพูนทักษะให้แพทย์โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

๑. ข้อมูลที่นำมาศึกษา เป็นข้อมูลจาก ๐๑๑๐ รง.๕ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้รับมาจากการรายงานของโรงพยาบาล

ภาคผนวก

ตารางแสดงความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจต่อบุคลากรที่เหมาะสมในการดูแลภาวะสุขภาพครั้งนี้ จำแนกตามประเภทห้องตรวจ

ประเภทห้องตรวจ	บุคคลที่ควรดูแลการเจ็บป่วยครั้งนี้									
	จนท.สอ.		พยาบาล		แพทย์ทั่วไป		แพทย์เฉพาะทาง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุรศาสตร์	๑๐	๑๐.๒	๔	๔.๑	๕๖	๕๗.๑	๒๘	๒๘.๖	๖๘	๑๐๐.๐
กุมารเวชศาสตร์	๒๒	๔๔.๐	๓	๖.๐	๒๓	๔๖.๐	๒	๔.๐	๕๐	๑๐๐.๐
สูติ-นรีเวช	๑	๑.๒	๒๐	๒๓.๓	๔๐	๔๖.๕	๒๕	๒๙.๑	๘๖	๑๐๐.๐
ศัลยศาสตร์	๑๑	๑๒.๖	๘	๙.๒	๕๔	๖๒.๑	๑๔	๑๖.๑	๘๗	๑๐๐.๐
ออร์โธปิดิกส์	๐	๐.๐	๑	๓.๓	๑๕	๕๐.๐	๑๔	๔๖.๗	๓๐	๑๐๐.๐
สาขาอื่นๆ	๕	๙.๓	๐	๐.๐	๑๗	๓๑.๕	๓๒	๕๙.๓	๕๔	๑๐๐.๐
จักษุวิทยา	๐	๐.๐	๓	๔.๕	๑๔	๒๑.๒	๔๙	๗๔.๒	๖๖	๑๐๐.๐
หู คอ จมูก	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๓	๕.๕	๕๒	๙๔.๕	๕๕	๑๐๐.๐
สุขภาพจิต	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๒	๒.๖	๗๖	๙๗.๔	๗๘	๑๐๐.๐
เบาหวาน	๔	๘.๕	๐	๐.๐	๔๑	๘๗.๒	๒	๔.๓	๔๗	๑๐๐.๐
ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๔๕	๘๖.๕	๗	๑๓.๕	๕๒	๑๐๐.๐
โรคผิวหนัง	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๑๓	๕๒.๐	๑๒	๔๘.๐	๒๕	๑๐๐.๐
ฝากครรภ์	๒๒	๕๑.๒	๑๘	๔๑.๙	๑	๒.๓	๒	๔.๗	๔๓	๑๐๐.๐
Well Baby Clinic	๔๖	๑๐๐.๐	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๔๖	๑๐๐.๐
วัณโรค	๕	๖๔.๓	๒	๑๔.๓	๒	๑๔.๓	๑	๗.๑	๑๔	๑๐๐.๐
รวม	๑๓๐	๑๕.๖	๕๕	๗.๑	๓๒๖	๓๕.๒	๓๑๖	๓๘.๐	๘๓๑	๑๐๐.๐

ที่มา : *รายงานการศึกษาการสำรวจสภาวะของประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ปี ๒๕๓๘ โดย สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ คณะ[๑]*

หมายเหตุ *ข้อมูลที่นำไปใช้ในการคำนวณคือ ร้อยละของแพทย์เฉพาะทาง แผนกอายุรศาสตร์, กุมารเวชศาสตร์, สูติ-นรีเวช, ศัลยศาสตร์, ออร์โธปิดิกส์, สาขาอื่นๆ, จักษุวิทยา และ หู คอ จมูก (เฉพาะส่วนที่แรเงา)*

ทุกแห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๗๑๒ แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลชุมชน ๙๒ แห่ง ตลอดทั้งปีงบประมาณ ๒๕๔๓ หากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลใดมีความไม่ถูกต้อง ไม่สมบูรณ์ หรือ มีความเชื่อถือได้น้อย ก็จะมีผลให้ข้อมูลในการศึกษานี้มีความไม่ถูกต้องไม่สมบูรณ์หรือมีความเชื่อถือได้น้อยลงไปด้วย วิธีที่ดีที่สุด คือ การคำนวณและวิเคราะห์ข้อมูลในที่ที่ใกล้แหล่งข้อมูลมากที่สุด นั่นคือ ฝ่ายนโยบายและแผนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการของโรงพยาบาลจังหวัดต้องร่วมกันเป็นแกนกลางในการรวบรวมข้อมูลของทั้งจังหวัด ร่วมกันตรวจสอบข้อมูล ทำการคำนวณ และวิเคราะห์ข้อมูล จากนั้นนำเสนอให้ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขและผู้บริหารทุกโรงพยาบาลทราบ พร้อมทั้งร่วมกันพิจารณาหาแนวทางเพื่อใช้ปรับตัวกันภายในจังหวัด และต้องจัดส่งข้อมูลและแนวทางการปรับตัวมาให้ส่วนกลาง คือ สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส. - เป็นการปรับรวม ๒ กองได้แก่ กองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาค) ทราบด้วยเพื่อรวบรวมข้อมูลของทั้งประเทศและนำมาวิเคราะห์หายุทธวิธีในการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสมทั่วทั้งประเทศไทยต่อไป

๒. ในปัจจุบัน ยังไม่มีการศึกษาใดระบุถึงวิธีการวัดผลผลิตรวมของงานทุกประเภทในโรงพยาบาลที่เหมาะสมที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลต่างๆมีประเภทของงานหลากหลาย อีกทั้งยังมีความต่างกันตามระดับโรงพยาบาล และ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีชนิดของโรค, ความซับซ้อน และความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน ในการศึกษานี้จึงได้ใช้การถ่วงน้ำหนักผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นเสมือนผลผลิตด้านการรักษา แต่ตัวเลขตัวคูณต่างๆ ที่นำมาใช้อ้างอิงในการคำนวณเป็นตัวเลขของข้อมูลที่ผ่านมานานหลายปีแล้วและเป็นข้อมูลจากผลงานเพียงชิ้นเดียวเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลที่สืบค้นได้

๓. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะภาระงานด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเท่านั้น ไม่ได้ศึกษาถึงงานด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ งานการสอนต่างๆ และ/หรืองานอื่นๆ ซึ่งโรงพยาบาลขนาดต่างกันอาจมีภาระงานเหล่านี้แตกต่างกันได้ ดังนั้นการนำข้อมูลไปใช้ต้องพิจารณาบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่งในแต่ละจังหวัดอย่างถ่องแท้ด้วย

๔. ดัชนีความแตกต่าง เป็นเครื่องมือที่ชี้ให้เห็นความหนักเบาของภาระงานต่อบุคลากร ๑ คน สามารถเปรียบเทียบข้อมูลในสายงานเดียวกันได้ดี แต่ไม่สามารถเปรียบเทียบต่างสายงานได้ เนื่องจากแต่ละสายงานมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่ไม่เหมือนกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ที่สนับสนุนการศึกษานี้ภายใต้ โครงการเมธีวิจัยอาวุโส ด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข ขอขอบคุณนักวิชาการกองสาธารณสุขภูมิภาค และกองโรงพยาบาลภูมิภาค ที่ให้ความร่วมมือและเอื้อเฟื้อข้อมูล หากปราศจากข้อมูลเหล่านี้ การศึกษานี้ จะดำเนินการมิได้เลย

เอกสารอ้างอิง

๑. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ณัฐพร สุขพอดี, เยาวรัตน์ ศุภกรรม และรัตนา เกลี้ยงจิตรแผ้ว. รายงานการศึกษาการสำรวจสภาวะของประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ปี ๒๕๓๘. กรุงเทพมหานคร : โครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป / สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๑.

๒. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๒. พิษณุโลก : สุรสีห์กราฟฟิค; ๒๕๔๔.

๓. วราภรณ์ ปัณฑวลี, มงคล พิมพ์ทรัพย์ และ นันทิชา ไชยานุกิจ. ต้นทุนดำเนินการของ โรงพยาบาลชุมชนใน ๑๕ จังหวัดภาคเหนือ ปี ๒๕๔๒ (รายงานการวิจัย นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๔๔.

๔. จงกล เลิศเธียรดำรง. ต้นทุนโรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ ปี งบประมาณ ๒๕๔๒ (รายงานผลเบื้องต้น). กรุงเทพมหานคร: โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข / สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข / สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; ๒๕๔๔.

Abstract **Staff Workload and Efficiency of Bed Use in Community and Provincial Hospitals in the Fiscal Year 2000**

Walaiporn Patcharanarumol, Viroj Tangcharoensathien

Senior Research Scholar Program in Health Economic and Financing
International Health Policy Program-Thailand
Journal of Health Science **2001; 10:400-410.**

This study, carried out from March to June 2001, analysed staff workload among physicians, pharmacists and professional nurses in the fiscal year 2000 for all community and provincial hospitals throughout Thailand. We used total outpatient and inpatient services reported by all community and provincial hospitals, total number of practicing physicians, pharmacists and nurses. The outpatients (OP) at the provincial hospitals were weighted by a proportion of OP required specialists with a factor of 2. The inpatients (IP) at the provincial hospitals were weighted by average relative weight of Diagnostic Related Group, length of stay, and a ratio of IP cost per day to OP cost per visit. Staff workload was calculated by the weighted OP and IP in provincial hospitals divided by number of practicing physicians, pharmacists and nurses. The results, therefore, facilitates comparison with community hospitals. A discrepancy index was calculated for comparison within provincial, within 12 health regions and a national comparison.

It was found that the hospitals in Northeast region had the highest staff workload for all three categories of staff and the Eastern region the lowest for physician and nurse. Pharmacists in the Southern Region have the lowest workload. The national average of hospital bed occupancy rate and the bed turnover rate was 88 per cent and 88 admissions per bed per year. The Northeast region has the highest bed occupancy rate and turnover rate (95 per cent and 100 admission per bed). It was found that discrepancy index is an important indicator reflecting relative staff workload within the same category.

Key words: Hospital staff workload, inequity, human resource allocation, bed distribution, efficiency