

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานขาดทุนของ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเทศไทย

พลพรรณ อยู่สวัสดิ์ พ.บ.

โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วันรับ:	21 ก.ย. 2561
วันแก้ไข:	12 พ.ย. 2561
วันตอบรับ:	26 พ.ย. 2561

บทคัดย่อ ปัญหาการขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย เริ่มมีรายงานตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 ในปัจจุบันพบว่าโรงพยาบาลที่มีสถานการณ์ขาดทุนมากถึง 67 แห่ง จากข้อมูลตัวเลข ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2560 พบมีโรงพยาบาลที่ขาดทุนเฉพาะปี 2560 จำนวน 382 แห่ง เป็นเงิน 3,160 ล้านบาท การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการดำเนินงานและปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย โดยประเมินจากค่าอัตรากำไรหรือขาดทุนจากการดำเนินงาน (operating margin) ซึ่งปัจจัยประกอบด้วยลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาล ลักษณะการบริหารจัดการ ลักษณะการให้บริการ และลักษณะตลาดของโรงพยาบาล การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลประเภททุติยภูมิช่วงระยะเวลาของปีงบประมาณ 2560 (วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2559 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2560) มีจำนวนข้อมูลโรงพยาบาลที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งสิ้น 896 แห่ง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ binary logistic regression ผลการวิจัยพบว่าโรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทยที่มีการดำเนินงานขาดทุนส่วนมากเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2) ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 มีระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้ำกลุ่มบริการ ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้จากกรมบัญชีกลาง ระยะเวลาเฉลี่ยในการบริหารสินค้าคงคลัง สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยทั้งหมด สัดส่วนจำนวนหัตถการที่ทำแบบผู้ป่วยในต่อจำนวนหัตถการทั้งหมด สัดส่วนค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนต่อจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรต่างดาว สัดส่วนจำนวนเตียงของโรงพยาบาลต่อจำนวนเตียงรวมในแต่ละจังหวัด สัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด สัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และสัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรต่างดาวต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด น้อยกว่ากลุ่มโรงพยาบาลที่มีผลดำเนินการไม่ขาดทุน จากการวิเคราะห์ binary logistic regression พบว่าปัจจัยประเภทโรงพยาบาล เขตที่ตั้งของโรงพยาบาล และสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยทั้งหมด มีผลต่อการดำเนินงานขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ปัจจัยโรงพยาบาล, ผลการดำเนินงานขาดทุน, โรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก เมื่อมี ค.ศ.1948 (พ.ศ.2491) ดังนี้ “สุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และมีได้หมายความเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น”⁽¹⁾ ในประเทศไทย ได้มีการบันทึกไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มีการกำหนดนิยามของ “สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”⁽²⁾ ได้มีการกำหนดเป้าหมายเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของระบบบริการสุขภาพ และพัฒนามาตรฐานความปลอดภัย เพื่อนำสู่ผลลัพธ์ในภาพรวม คือ ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ได้รับการที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ด้วยความเป็นธรรม ได้รับการปกป้องคุ้มกันจากความเสียหายทางสังคมและการเงิน โดยกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยในปี พ.ศ.2559 ถึงปี พ.ศ.2563 ได้มีการกำหนดเป้าหมาย คือ ประเทศไทยมีความมั่นคงด้านสุขภาพและปลอดภัยจากภัยคุกคามด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งมีบทบาทในการร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพโลกและระดับภูมิภาคมีความรับผิดชอบที่สร้างสรรค์เป็นที่ยอมรับของประชาคมโลกและในระดับภูมิภาค⁽³⁾ กรอบการจัดระบบสถานบริการสุขภาพในระบบสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย จำแนกออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การพัฒนาระบบสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ตามลำดับ และจำแนกเขตการดูแลสุขภาพในประเทศไทยออกเป็น 12 เขตสุขภาพ โดยไม่รวมกรุงเทพมหานคร ปัจจุบัน มีจำนวนโรงพยาบาลรัฐบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งสิ้น 896 แห่ง^(4,5)

ปัญหาการขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เริ่มมีรายงานตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 ภายหลังจากการมีระบบกองทุนหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งบริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และได้มีการปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการในลักษณะ สปสช. จะเป็นตัวกำหนดงบประมาณในการสนับสนุนโรงพยาบาล เช่น เงินสร้างอาคาร ซ่อมอุปกรณ์การแพทย์ หรือเงินเดือน เป็นต้น โดยนำเสนอต่อรัฐบาลเพื่อพิจารณาอนุมัติอีกที พบว่ามีโรงพยาบาล 191 แห่งที่ขาดสภาพคล่องทางการเงิน และอีก 467 แห่งอยู่ในสภาวะขาดทุน คือมีรายรับน้อยกว่ารายจ่าย ต่อมาในปี พ.ศ.2558 พบว่ามีโรงพยาบาลรัฐที่ขาดสภาพคล่องทางการเงินในระดับวิกฤต ถึง 136 แห่ง และในปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่มีสถานการณ์ขาดทุน มากถึง 67 แห่ง จากข้อมูลฐานะทางการเงินของโรงพยาบาลรัฐทั้งหมด 896 แห่ง ซึ่งมีทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จากข้อมูล ณ 31 ตุลาคม 2560 พบมีโรงพยาบาลที่ขาดทุนเฉพาะปี 2560 จำนวน 382 แห่ง เป็นเงิน 3,160 ล้านบาท⁽⁶⁾

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือมีความสามารถในการทำนายผลการประกอบการของโรงพยาบาล ประกอบด้วย ปัจจัยลักษณะทั่วไปหรือปัจจัยขององค์กร ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านการให้บริการผู้ป่วย และปัจจัยด้านการตลาดหรือประเภทของผู้ป่วย⁽⁷⁻¹³⁾

ปัจจัยลักษณะทั่วไปหรือปัจจัยขององค์กร ได้แก่ สถานะการเรียนการสอน^(7,11) การได้รับการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล⁽¹⁰⁾ สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล⁽¹¹⁻¹³⁾ ลักษณะการเป็นเจ้าของ⁽¹¹⁾ ขนาดจำนวนเตียงของโรงพยาบาล^(12,13) เป็นต้น

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ การใช้เงินกู้หรือการจัดการหนี้สิน⁽⁷⁾ จำนวนบุคลากร⁽¹¹⁾ สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยต่อบุคลากรของโรงพยาบาล⁽¹³⁾ อัตราการหมุนเวียนสินค้าน่าคงคลัง⁽¹³⁾ การบริหารต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁴⁾ ต้นทุนในการให้การรักษายาบาล⁽¹⁴⁾ เป็นต้น

ปัจจัยด้านการให้บริการผู้ป่วยได้แก่ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยใน⁽¹⁰⁾ อัตราการครองเตียง^(10,11) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล⁽¹¹⁾ จำนวนวันนอนโรง-

พยาบาลของผู้ป่วยใน⁽¹³⁾ ร้อยละการผ่าตัดใหญ่⁽¹³⁾ สัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ป่วยในกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด⁽¹³⁾ สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่รับต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น⁽¹³⁾ เป็นต้น

ปัจจัยด้านการตลาดหรือประเภทของผู้ป่วย ได้แก่ การแข่งขัน⁽¹¹⁾ จำนวนประชากรในจังหวัด⁽¹³⁾ สัดส่วนของประชากรที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽¹³⁾ สัดส่วนของประชากรที่มีสิทธิประกันสังคม⁽¹³⁾ เป็นต้น

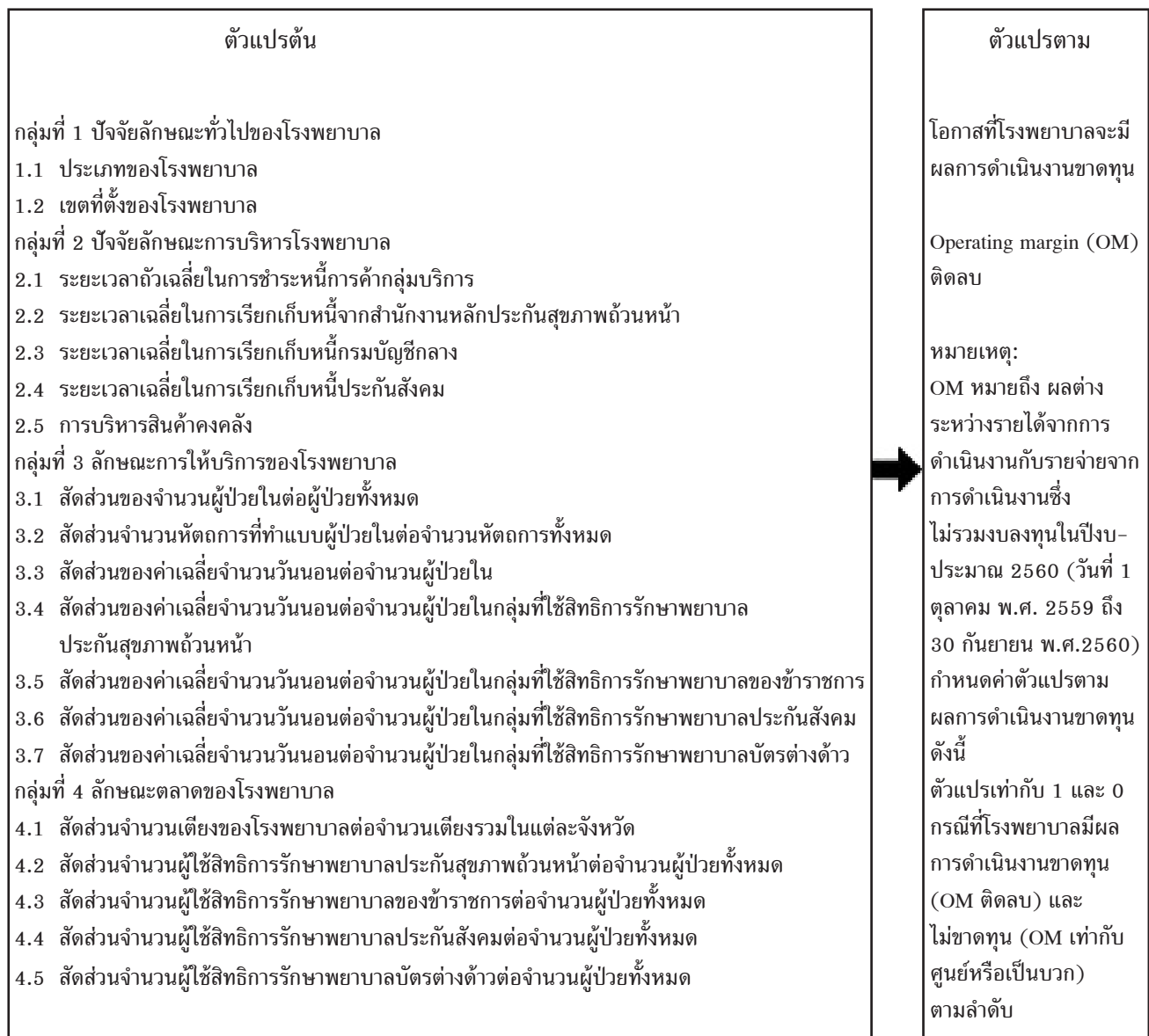
การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการดำเนินงาน และศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผล

การดำเนินงานขาดทุน ของโรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรได้แก่ โรงพยาบาลรัฐบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2560 (วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2560) จำนวน 896 แห่ง ทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้ 896 โรงพยาบาล โดยมีกรอบการวิจัย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลประเภททุติยภูมิจากเว็บไซต์ <https://hfo60.cfo.in.th/> ของกลุ่มประกันสุขภาพ (2560) ในส่วนของ 8 พฤศจิกายน 2560 ตารางวิกฤติ 7 ระดับ ไตรมาส 4 ปี 2560 <<Download>> ไฟล์ Excel <<Download>> ไฟล์ Excel ชื่อRisk7PlusQ4Y2560_311025_60Edit.xlsx⁽¹⁵⁾ และจากเว็บไซต์ https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php ของกระทรวงสาธารณสุข ฐานข้อมูลระบบข้อมูลสุขภาพ 43 แฟ้ม HDC (Health Data Center)⁽¹⁶⁾

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าจำนวนความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์กับกลุ่มผลการดำเนินงานขาดทุนกับไม่ขาดทุนด้วยสถิติ Chi square และ Independent sample t test และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติกแบบเชิงกลุ่มในลักษณะตัวแปรทวิที่มีเพียง 2 ค่า (Binary logistic regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS Version 21 ลิขสิทธิ์ของศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตร์ศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

ผลการศึกษา

ในปีงบประมาณ 2560 โรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทยมีจำนวนทั้งสิ้น 896 แห่ง มีผลการดำเนินงานขาดทุน ร้อยละ 69.53 (ตารางที่ 2) ด้านลักษณะทั่วไปด้านประเภทของโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงาน

ขาดทุนส่วนใหญ่ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2) ร้อยละ 59.87 ลำดับถัดมาได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการส่งต่อ (ระดับ M2) ร้อยละ 11.07 และพบน้อยที่สุดได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) ร้อยละ 3.05 (ตารางที่ 3) ด้านเขตที่ตั้งโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานขาดทุนส่วนใหญ่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 ร้อยละ 13.16 ลำดับถัดมาเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 4, 9 และ 12 ร้อยละ 9.63 และพบน้อยที่สุดในเขตสุขภาพที่ 10 ร้อยละ 3.85 (ตารางที่ 4)

ข้อมูลเชิงพรรณนาของปัจจัยด้านลักษณะการบริหารจัดการ ด้านลักษณะการให้บริการ และด้านลักษณะตลาดของโรงพยาบาล (ตารางที่ 5)

จากการทดสอบความสัมพันธ์กับกลุ่มผลการดำเนินงานขาดทุนกับไม่ขาดทุนด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ข้อมูลลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาล ด้านประเภทและด้านเขตที่ตั้งโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผลการดำเนินงานขาดทุนกับไม่ขาดทุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (value=26.256, p<0.001) และ (value=63.959, p<0.001) ตามลำดับ (ตารางที่ 6 และ 7)

จากการทดสอบด้วยสถิติ independent samples t test ของข้อมูลลักษณะการบริหารจัดการพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผลการดำเนินงานขาดทุนกับไม่ขาดทุน ข้อมูลลักษณะการบริการพบว่าปัจจัยสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยทั้งหมดของโรงพยาบาลเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับกลุ่มผลการดำเนินงานขาดทุนกับไม่ขาดทุน ข้อมูลลักษณะตลาดพบว่าสัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิการ

ตารางที่ 2 โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามกลุ่มผลการดำเนินงาน (operative margin, OM) ขาดทุนกับไม่ขาดทุน

โรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานขาดทุน (OM ติดลบ)	623	69.53
โรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานไม่ขาดทุน (OM เท่ากับศูนย์หรือเป็นบวก)	273	30.47
รวม	896	100.00

รักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับกลุ่มผลการดำเนินงานขาดทุนกับไม่ขาดทุน (ตารางที่ 8)

จากการทดสอบในตารางที่ 6 – 8 ส่งผลให้มีปัจจัยที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์ binary logistic regression มี 4 ปัจจัย ได้แก่ ประเภทโรงพยาบาล เขตที่ตั้งของโรงพยาบาล สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยทั้งหมด

ของโรงพยาบาล และ สัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ประเภทโรงพยาบาลมีผลต่อการดำเนินงานขาดทุน โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (ระดับ F3) เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2) มีโอกาสมีผลการดำเนินงานขาดทุนลดลงร้อยละ 68.00 และโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการส่ง

ตารางที่ 3 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาล ด้านประเภทโรงพยาบาล จำแนกตามกลุ่มผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	ระดับ	โรงพยาบาลที่ขาดทุน		โรงพยาบาลที่ไม่ขาดทุน		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	F3	52	8.35	47	17.22	99	11.05
โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	F2	373	59.87	144	52.75	517	57.70
โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	F1	59	9.47	18	6.59	77	8.59
โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการส่งต่อ	M2	69	11.07	18	6.59	87	9.71
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	M1	20	3.21	15	5.49	35	3.91
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	S	31	4.98	17	6.23	48	5.36
โรงพยาบาลศูนย์	A	19	3.05	14	5.13	33	3.68
รวม		623	100.00	273	100.00	896	100.00

ตารางที่ 4 ลักษณะทั่วไป ด้านเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล จำแนกตามกลุ่มผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล

เขตสุขภาพที่	โรงพยาบาลที่ขาดทุน		โรงพยาบาลที่ไม่ขาดทุน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	82	13.16	20	7.32	102	11.38
2	38	6.10	9	3.30	47	5.25
3	38	6.10	16	5.86	54	6.03
4	60	9.63	11	4.03	71	7.92
5	49	7.87	17	6.23	66	7.37
6	51	8.18	22	8.06	73	8.15
7	49	7.87	28	10.26	77	8.59
8	57	9.15	31	11.35	88	9.82
9	60	9.63	29	10.62	89	9.93
10	24	3.85	47	17.22	71	7.92
11	55	8.83	25	9.16	80	8.93
12	60	9.63	18	6.59	78	8.71
รวม	623	100.00	273	100.00	896	100.00

ตารางที่ 5 ลักษณะการบริหารจัดการ ลักษณะการให้บริการ และลักษณะตลาดของโรงพยาบาล จำแนกตามกลุ่มผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล

ปัจจัย	Mean	SD	ผลการดำเนินงาน			
			ขาดทุน		ไม่ขาดทุน	
			Mean	SD	Mean	SD
ลักษณะการบริหารจัดการ						
ระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้ำกลุ่มบริการ	175.9633	96.63349	172.0118	90.4825	185.0665	109.1352
ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้จากสำนักงาน	19.5275	16.96513	19.6480	16.0489	19.2449	18.9692
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า						
ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้จากกรมบัญชีกลาง	31.4128	10.33332	31.1876	6.1357	31.9394	16.3947
ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้จากประกันสังคม	44.8236	49.18289	45.5712	50.7785	43.0885	45.3071
ระยะเวลาเฉลี่ยในการบริหารสินค้าคงคลัง	32.0240	8.63477	31.6718	5.0864	32.8306	13.6252
ลักษณะการให้บริการ						
สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยทั้งหมด	0.0365	0.01741	0.0354	0.0156	0.0390	0.0208
สัดส่วนจำนวนเหตุการณ์ที่ทำแบบผู้ป่วยในต่อจำนวนเหตุการณ์ทั้งหมด	0.0535	0.07446	0.0500	0.0679	0.0615	0.0873
สัดส่วนของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนต่อจำนวนผู้ป่วยใน	3.2768	2.12267	3.3391	2.4076	3.1347	1.2414
สัดส่วนของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนต่อจำนวนผู้ป่วยในสิทธิการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3.3134	2.43729	3.3810	2.7960	3.1590	1.2787
สัดส่วนของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนต่อจำนวนผู้ป่วยในสิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	3.6342	1.55964	3.6694	1.4690	3.5539	1.7492
สัดส่วนของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนต่อจำนวนผู้ป่วยในสิทธิการรักษาพยาบาลประกันสังคม	2.7301	1.03869	2.7561	0.9969	2.6706	1.1279
สัดส่วนของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนต่อจำนวนผู้ป่วยในสิทธิการรักษาพยาบาลบัตรต่างดาว	2.7922	2.79526	2.7714	2.1982	2.8396	3.8284
ลักษณะตลาด						
สัดส่วนจำนวนเตียงของโรงพยาบาลต่อจำนวนเตียงรวมในแต่ละจังหวัด	0.0847	0.13605	0.0826	0.1343	0.0897	0.1401
สัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	0.1928	0.04219	0.1896	0.0409	0.2001	0.0443
สัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	0.0254	0.01237	0.0254	0.0123	0.0254	0.0125
สัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาล-ประกันสังคมต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	0.0360	0.02821	0.0361	0.0282	0.0357	0.0283
สัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรต่างดาวต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	0.0416	0.04220	0.0414	0.0413	0.0422	0.0442

ตารางที่ 6 การทดสอบ Chi-square ของข้อมูลลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาล ด้านประเภทโรงพยาบาล ต่อกลุ่มผลการดำเนินงานขาดทุนกับไม่ขาดทุน

	Value	df	Asymp. Sig. (2 sided)
Pearson Chi-Square	26.256	6	0.000
Likelihood Ratio	25.389	6	0.000
Linear-by-Linear Association	0.020	1	0.887
Number of Valid Cases	896		

ตารางที่ 7 การทดสอบ Chi-square ของข้อมูลลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาล ด้านเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล ต่อกลุ่มผลการดำเนินงานขาดทุนกับไม่ขาดทุน

	Value	df	Asymp. Sig. (2 sided)
Pearson Chi-Square	63.959	11	0.000
Likelihood Ratio	61.325	11	0.000
Linear-by-Linear Association	15.768	1	0.000
N of Valid Cases	896		

ตารางที่ 8 การทดสอบ Independent samples t test ของข้อมูลปัจจัยลักษณะการบริหารจัดการของโรงพยาบาล ปัจจัยลักษณะการให้บริการของโรงพยาบาล และปัจจัยลักษณะตลาดของโรงพยาบาล ต่อกลุ่มผลการดำเนินงานขาดทุนกับไม่ขาดทุน

ปัจจัย	p-value
ปัจจัยลักษณะการบริหารจัดการของโรงพยาบาล	
ระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้ำกลุ่มบริการ	0.085
ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0.746
ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้จากกรมบัญชีกลาง	0.468
ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้จากประกันสังคม	0.490
ระยะเวลาเฉลี่ยในการบริหารสินค้าคงคลัง	0.174
ปัจจัยลักษณะการให้บริการของโรงพยาบาล	
สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยทั้งหมด	0.012*
สัดส่วนจำนวนเหตุการณ์ที่ทำแบบผู้ป่วยในต่อจำนวนเหตุการณ์ทั้งหมด	0.055
สัดส่วนของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนต่อจำนวนผู้ป่วยใน	0.185
สัดส่วนของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนต่อจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0.210
สัดส่วนของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนต่อจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	0.341
สัดส่วนของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนต่อจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลประกันสังคม	0.257
สัดส่วนของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนต่อจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรต่างตัว	0.737

ปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานขาดทุนของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย

ตารางที่ 8 การทดสอบ Independent samples t test ของข้อมูลปัจจัยลักษณะการบริหารจัดการของโรงพยาบาล ปัจจัยลักษณะการให้บริการของโรงพยาบาล และปัจจัยลักษณะตลาดของโรงพยาบาล ต่อกลุ่มผลการดำเนินงานขาดทุนกับไม่ขาดทุน (ต่อ)

ปัจจัย	p-value
ปัจจัยลักษณะตลาดของโรงพยาบาล	
สัดส่วนจำนวนเตียงของโรงพยาบาลต่อจำนวนเตียงรวมในแต่ละจังหวัด	0.472
สัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	0.001*
สัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	0.993
สัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลประกันสังคมต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	0.851
สัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรต่างด้าวต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	0.790

ต่อ (ระดับ M2) เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2) มีโอกาสมีผลการดำเนินงานขาดทุนเพิ่มขึ้น 1.83 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ พบว่าปัจจัยเขตที่ตั้งมีผลต่อการดำเนินงานขาดทุนโดยเฉพาะโรงพยาบาลที่อยู่ในเขตที่ 10 เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลที่อยู่ในเขตที่ 1 มีโอกาสมีผล

การดำเนินงานขาดทุนลดลงร้อยละ 86.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพบว่า ปัจจัยสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยทั้งหมดมีผลต่อการดำเนินงานขาดทุน โดยสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจะทำให้มีโอกาสมีผลการดำเนินงานขาดทุนลดลงร้อยละ 100.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ binary logistic regression ของปัจจัยที่มีผลต่อผลดำเนินงานขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย

ปัจจัย	Coefficient (β)	SE Coefficient	p-value	Odds Ratio	95%CI
ประเภทของโรงพยาบาล [ตัวอ้างอิงคือโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2)]					
โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3)	-1.125	0.265	0.000	0.325	0.193-0.546
โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1)	0.294	0.300	0.327	1.342	0.745-2.416
โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการส่งต่อ (M2)	0.604	0.306	0.048	1.830	1.005-3.333
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1)	-0.458	0.404	0.257	0.633	0.286-1.397
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S)	0.097	0.404	0.811	1.101	0.499-2.431
โรงพยาบาลศูนย์ (A)	-0.230	0.458	0.615	0.795	0.324-1.949
เขตที่ตั้งของโรงพยาบาล [ตัวอ้างอิงคือเขต 1]					
เขตที่ 2	0.059	0.453	0.896	1.061	0.436-2.581
เขตที่ 3	-0.485	0.396	0.221	0.616	0.283-1.338
เขตที่ 4	0.313	0.432	0.469	1.368	0.586-3.193
เขตที่ 5	-0.439	0.388	0.257	0.644	0.301-1.378
เขตที่ 6	-0.567	0.367	0.123	0.567	0.276-1.165
เขตที่ 7	-0.640	0.360	0.076	0.527	0.260-1.069
เขตที่ 8	-0.603	0.345	0.081	0.547	0.278-1.077
เขตที่ 9	-0.476	0.353	0.177	0.621	0.311-1.240

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ binary logistic regression ของปัจจัยที่มีผลต่อผลดำเนินงานขาดทุนของโรงพยาบาลรัฐบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย (ต่อ)

ปัจจัย	Coefficient (β)	SE Coefficient	p-value	Odds Ratio	95%CI
เขตที่ 10	-1.944	0.363	0.000	0.143	0.070-0.292
เขตที่ 11	-0.459	0.356	0.198	0.632	0.314-1.271
เขตที่ 12	-0.016	0.378	0.966	0.984	0.469-2.063
- สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยใน ต่อผู้ป่วยทั้งหมด	-16.985	6.640	0.011	0.000a	0.000-0.019
- สัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาล ประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	-1.747	2.315	0.450	0.174	0.002-16.284

หมายเหตุ : a, 0.0000000420

วิจารณ์

ในปีงบประมาณ 2560 ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประสบปัญหาขาดทุน สัดส่วนมากถึงร้อยละ 69.00 จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลได้แก่ ปัจจัยลักษณะทั่วไปด้านประเภทของโรงพยาบาล ปัจจัยลักษณะทั่วไปด้านเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล และปัจจัยลักษณะการให้บริการด้านสัดส่วนของจำนวน ผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยทั้งหมด

ปัจจัยลักษณะทั่วไป ด้านประเภทของโรงพยาบาล พบมีการขาดทุนมากที่สุดได้แก่ประเภทโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2) เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลส่วนใหญ่ จากการวิเคราะห์พบว่า โรงพยาบาลชุมชนเพื่อการส่งต่อ (ระดับ M2) จะมีโอกาสขาดทุนเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับระดับ F2 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระบบการบริหารจัดการ ขอบข่ายการให้บริการ จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน ฯลฯ ที่แตกต่างกันในแต่ละระดับโรงพยาบาล⁽¹²⁾ อาจส่งผลต่อผลการดำเนินงาน เช่น โรงพยาบาลระดับ M2 เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาดจำนวนเตียง 120 เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก อาจทำให้มีความซับซ้อนของโรคที่ต้องดูแลเพิ่มขึ้น มีการส่งต่อที่ต้องตามไปจ่ายเงินเพิ่มขึ้น โดยที่รายรับไม่มากพอ หรือเหตุผลทางด้านกำไรประหยัดต่อ

ขนาด (economies of scale)^(13,14,17) พบว่า โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ จะทำกำไรได้มากกว่าโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็ก โดยจุดเปลี่ยนของจำนวนเตียงกับความสามารถในการทำกำไรเท่ากับจำนวนเตียงที่ 223.31 และ 503.86 เตียง⁽¹⁸⁾ คำแนะนำด้านจำนวนเตียงที่ได้ประโยชน์ด้าน Economies of scale จะมีจำนวนเตียง 200 ถึง 300 เตียง แต่ขนาดจำนวนเตียงที่คาดการณ์ว่าจะมีปัญหาในด้านการประหยัดต่อขนาดได้แก่ โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงน้อยกว่า 200 เตียง และมากกว่า 600 เตียง⁽¹⁷⁾

การศึกษาในประเทศไทยโดยสุรฉัตร จ้อสุรเชษฐ์⁽¹⁹⁾ พบว่า โรงพยาบาลที่ขาดทุนส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลส่วนใหญ่ของประเทศ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า การขาดทุนหรือกำไรของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับประเภทของโรงพยาบาล โดยสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่โรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กประสบปัญหาเรื่องผลการดำเนินงานขาดทุน เนื่องจากบางแห่งต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่ห่างไกล หรือพื้นที่ที่มีประชากรเบาบาง ตามนโยบายของรัฐที่จะให้มีโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอของประเทศไทย ซึ่งโรงพยาบาลแบบนี้ไม่ได้ economies of scale ในด้านการดำเนินการ จึงมีค่าใช้จ่ายจำนวนหนึ่งเป็นต้นทุนคงที่ที่สูงกว่ารายได้ที่ทำได้⁽²⁰⁾

ปัจจัยลักษณะทั่วไป ด้านเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล พบมีการขาดทุนมากที่สุด ในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งการที่ปัจจัย

ดังกล่าวมีผลต่อผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล อาจเกิดจากความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่⁽²¹⁾ เช่น ด้านจำนวนประชากร ด้านรายได้ต่อหัว เป็นต้น การศึกษาในประเทศไทยพบว่าโรงพยาบาลในเขต 5 และ 6 ซึ่งเป็นบริเวณภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จะคิดเป็นประมาณร้อยละ 30.00 ของโรงพยาบาลที่ขาดทุน ส่วนโรงพยาบาลในเขต 2 และเขต 10 ซึ่งตั้งอยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ตามลำดับนั้น มีจำนวนโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 10.00 ที่ทำกำไรได้⁽¹⁹⁾

ปัจจัยลักษณะการให้บริการ ด้านสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยทั้งหมด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการขาดทุน โดยพบว่าหากมีสัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นจะทำให้โรงพยาบาลขาดทุนลดลง อาจเกิดจากการบริหารจัดการด้านผู้ป่วยในที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นของโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยบางประเภทที่ทำให้โรงพยาบาลมีรายได้ เช่น ผู้ป่วยประเภท subacute care⁽⁷⁾ หรือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำหัตถการผ่าตัดจากการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น⁽¹³⁾ เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านประสิทธิภาพของผู้ป่วยร่วมด้วย เช่น หากเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของราชการอาจเป็นผลประโยชน์ที่โรงพยาบาลได้รับ⁽²²⁾ หรือหากเป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจมีผลทำให้โรงพยาบาลขาดทุน⁽²³⁾ เป็นต้น

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

(1) สำหรับระดับผู้อำนวยการหรือผู้บริหารโรงพยาบาล โดยเฉพาะประเภทที่มีผลต่อการขาดทุน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2) โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการส่งต่อ (ระดับ M2) โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 ควรมีความตระหนัก และมีการวางแผนการบริหาร วางแผนกลยุทธ์ด้านการเงิน และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องให้ดีและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากอยู่ในกลุ่มเสี่ยงด้านประเภทโรงพยาบาลที่มีโอกาสขาดทุนมากกว่าโรงพยาบาลประเภทอื่น ๆ นอกจากนี้ผู้อำนวยการหรือผู้บริหารโรงพยาบาล ควรมีความสนใจและวางแผนการ

ติดตามตัวชี้วัดเกี่ยวกับผู้ป่วยใน และด้านสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยทั้งหมดอย่างเหมาะสมและอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงาน เช่น การติดตามจำนวนผู้ป่วยใน การติดตามการสรุปเวชระเบียน การติดตามหนี้ เป็นต้น ควรกำหนดระยะเวลาติดตามในแผนการบริหารอย่างเหมาะสม เช่น รายเดือน รายไตรมาส และรายปี เป็นต้น

(2) สำหรับผู้บริหารสาธารณสุขระดับสูง รัฐบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย ควรมอบหมายหรือกำหนดผู้ที่จะไปเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งจะไปทำหน้าที่บริหารโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดทุนได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2) โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการส่งต่อ (ระดับ M2) โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยพิจารณาจากผลงานและประสิทธิภาพในการบริการหรือแก้ปัญหา เนื่องจากต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ด้านการบริหาร เพื่อความสัมฤทธิ์และประสิทธิภาพในด้านการบริหารโรงพยาบาล นอกจากนี้ควรมีการติดตามหรือกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับผู้ป่วยใน และด้านสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยทั้งหมดอย่างเหมาะสมและอย่างมีประสิทธิภาพ ควรกำหนดระยะเวลาติดตามในแผนการบริหารอย่างเหมาะสม เช่น รายเดือน รายไตรมาส และรายปี เป็นต้น

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

ด้านความครบถ้วนของข้อมูล เนื่องจากข้อมูลในการวิจัยเป็นข้อมูลประเภททุติยภูมิ และแหล่งข้อมูลจากการเว็บไซต์โดยแต่ละโรงพยาบาลนำเสนอ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์

ด้านระยะเวลาของข้อมูล เป็นการศึกษาข้อมูลในอดีต ช่วงเวลาที่จำกัด จึงอาจทำให้มีความไม่ทันสมัยของข้อมูล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไปในอนาคต

(1) ทำการศึกษาลงในกลุ่มย่อยเพื่อหาปัจจัยที่แท้จริง

ของการขาดทุน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2) โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการส่งต่อ (ระดับ M2) และ โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 ว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยที่แท้จริงที่ทำให้โรงพยาบาลกลุ่มดังกล่าวมีผลการดำเนินงานขาดทุนมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

(2) ทำการศึกษาลงในกลุ่มย่อยเพื่อหาปัจจัยที่แท้จริงของการแก้ไขการขาดทุนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยใน ว่าปัจจัยประการใดที่มีผลต่อการลดการขาดทุนของโรงพยาบาล

(3) ศึกษาตัวแปรอิสระอื่น ๆ ทางด้านปัจจัยของโรงพยาบาลที่มีผลต่อผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล ได้แก่ ด้านประเภทของโรงพยาบาล เช่น การเป็นโรงเรียนแพทย์หรือเป็นโรงพยาบาลที่มีการเรียนการสอน ลักษณะด้านสังคมและเศรษฐกิจสถานะของพื้นที่ที่ตั้งโรงพยาบาล เป็นต้น ด้านปัจจัยภายในของโรงพยาบาล เช่น ปัจจัยคุณภาพโรงพยาบาล ปัจจัยการให้บริการฉุกเฉิน ปัจจัยอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ ปัจจัยการใช้เทคโนโลยี ดัชชี Herfindahl-Hirschman เป็นต้น

(4) ศึกษาตัวแปรตามผลการดำเนินงานด้านการทำกำไร หรือศึกษาด้านอัตราส่วนทางการเงินอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการวัดความสามารถในการทำกำไร (Profitability ratio) ได้แก่ อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์รวม (Return on asset, ROA) เป็นต้น หรือศึกษาเกี่ยวกับอัตราส่วนทางการเงินในด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล ได้แก่ อัตราส่วนวัดสภาพคล่อง (Liquidity ratio) เช่น อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (Current ratio) อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick ratio) เป็นต้น ตัวแปรที่แสดงความมั่นคงทางการเงิน เช่น เงินทุนหมุนเวียน ผลประกอบการสุทธิ สถานะเงินบำรุงของโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการติดตามอยู่เสมอ

(5) ควรจะขยายระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาให้ยาวนานขึ้น เช่น ในระยะเวลา 3 ถึง 5 ปีงบประมาณ เพื่อให้สามารถทำการรวบรวมข้อมูลได้นานขึ้น และเห็นผล-

กระทบของตัวแปรอิสระต่อตัวแปรตามได้ชัดเจนมากขึ้น

(6) ควรเก็บข้อมูลประเภทปฐมภูมิ (primary data) แบบศึกษาไปข้างหน้า ได้แก่ การทำแบบสอบถามหรือแบบบันทึกข้อมูล เพื่อเก็บข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน แล้วเก็บข้อมูลไปข้างหน้า ติดตามดูผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลว่าจะเป็นอย่างไรร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.สุเมธ ฐวฑรธาตระกูล มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี นายแพทย์สามารถ ธีระศักดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผู้ร่วมงาน ตลอดจนผู้มีส่วนในการสนับสนุนที่อยู่เบื้องหลังและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยสนับสนุนให้กับผู้ทำวิจัยจนงานวิจัยนี้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization – basic documents, forty-fifth edition, supplement. Geneva: World Health Organization; 2006.
2. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124, ตอนที่ 16ก. (ลงวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550).
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบสุขภาพของประเทศไทย รายงานการสาธารณสุขไทยปี 2554-2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 9 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://wops.moph.go.th/ops/thp/thp/userfiles/7_%20lesson6.pdf
4. โสภณ เมฆธน. การจัดการตาม Service Plan ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อ 9 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: www.mhso.moph.go.th/mhs/ages/02-starttegy/.../serviceplan_26dec55.pdf
5. จรวยพร ศรีศศลักษณ์. เขตสุขภาพคืออะไร ทำไม? เพื่อ? Health System Research Institute (HSRI) vs Area Health (AH) [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 9 มิ.ย. 2561].

- แหล่งข้อมูล: https://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/mon%20con%20เขตสุขภาพ_25พย.56-1.pdf
6. ไทยพัลลิเก้า. วิฤติระบบสาธารณสุขไทย กางตัวเลข รพ. รัฐเงินบำรุงติดลบ 558 แห่ง 12,700 ล้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 9 ก.พ. 2561]. แหล่งข้อมูล <https://thaipublica.org/2017/12/public-health-services-65/>
 7. Gapenski LC, Vogel WB, Langland-Oran B. The determinants of hospital profitability. *Journal of Healthcare Management* [Internet]. 1993 [cited 2017 Nov 1];38:63-80. Available from: <http://search-proquest-com.cuml1.md.chula.ac.th/docview/206724054?accountid=15637>
 8. Cody M, Friss, L, Hawkinson ZC. Predicting hospital profitability in short-term general community hospital. *Health Care Management Review* 1995;20:77-87.
 9. Joo SJ. A longitudinal study of hospital profitability: an event history analysis. (Doctoral dissertation). St. Louis, MO: Saint Louis University; 1995. 143 p.
 10. Langland-Orban B, Gapenski LC, Vogel WB. Differences in characteristics of hospitals with sustained high and sustained low profitability. *Hospital & Health Services Administration* 1996;41:385-99.
 11. Younis M, Rice J, Barkoulas, J. An empirical investigation of hospital profitability in the post-PPS era. *Journal of Health Care Finance* 2001;28:65-73.
 12. กระทรวงสาธารณสุข. ร่างเกณฑ์พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ แนวทางพัฒนางานบริการชั้นสูตตรสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2555. [สืบค้นเมื่อ 9 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: [http://www.mtcouncil.org/site/content/attach/703/ร่างเกณฑ์พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพpbs2555%20\(1\).pd%20](http://www.mtcouncil.org/site/content/attach/703/ร่างเกณฑ์พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพpbs2555%20(1).pd%20)
 13. Younis MZ. A Comparison study of urban and small rural hospitals financial and economic performance. *Journal of Rural Nursing and Health Care* [Internet]. 2003 [cited 2018 Mar 8];3:38-48. Available from: <https://rnojournals.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/247>
 14. Nevola A, Pace C, Karim SA, Morris ME. Revisiting 'The determinants of hospital profitability' in Florida. *Journal of Health Care Finance* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 8];43:38-60. Available from: <http://health-financejournal.com/~junland/index.php/johcf/issue/view/22>
 15. กลุ่มประกันสุขภาพ. ตารางวิฤติ 7 ระดับ ไตรมาส 4 ปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 9 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://hfo60.cfo.in.th/>
 16. กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูลระบบข้อมูลสุขภาพ 43 แห่ง HDC (Health Data Center) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 9 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
 17. Giancotti M, Guglielmo A, Mauro M. Efficiency and optimal size of hospitals: results of a systematic search. *PLoS ONE* [Internet]. 2017. [cited 2018 Mar 8];12:1-40. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174533>
 18. Kim YK, Glover SH, Stoskopf CH, Boyd SD. The relationship between bed size and profitability in South Carolina hospitals. *Journal of Health Care Finance* [Internet]. 2002 [cited 2018 Mar 9];29:53-63. Available from: <https://europepmc.org/abstract/med/12462659>
 19. สุรฉัตร จ้อสุรเชษฐ์, อรรถพล ศรีเลิศล้ำวาณิช. การศึกษาลักษณะของโรงพยาบาลในประเทศไทยที่มีผลดำเนินการขาดทุนหรือกำไรหลังจากปีแรกของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547 [สืบค้นเมื่อ 9 พ.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://kb.hsri.or.th/dspace/>
 20. นวพร เรืองสกุล. สาเหตุที่โรงพยาบาลของรัฐ (เฉพาะในสังกัดสำนักงานปลัด) ขาดทุน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 พ.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: <https://thaidialogue.wordpress.com/2017/07/03/finl-crisis-at-public-hospitals/>
 21. Chiang JC. Factors associated with hospital financial performance in Taiwan following implementation of national health insurance [doctoral dissertation]. Columbia, SC: University of South Carolina; 2002. 191 p.
 22. กนกพร สุรณัฐกุล, ศิรินทร์ สนชัย, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การศึกษารายงานทางการเงินเพื่อแสดงประสิทธิภาพของโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2546 [สืบค้นเมื่อ 9 มิ.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://kb.hsri.or.th/dspace/han->

dle/11228/1885
23. บวรศม ลีระพันธ์, ภัททร เกิดเรือง. รายงานฉบับสมบูรณ์
โครงการศึกษาการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในโรง
พยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลรัฐบาลในประเทศไทย

[อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกัน-
สุขภาพไทย (สปวท.) 2556 [สืบค้นเมื่อ 9 มิ.ย. 2560].
แหล่งข้อมูล: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/>

Abstract: Factors Affecting Loss Performance of Government Hospitals under the Office of the Permanent Secretary of the Ministry of Public Health, Thailand

Polpat Euswas, M.D.

Huahin Hospital, Prachuap Khiri Khan Province, Thailand

Journal of Health Science 2019;28:356-68.

Financial losses of government hospitals under the Office of the Permanent Secretary of the Ministry of Public Health in Thailand has been reported since 2010. In 2017, there were 382 hospitals reporting financial loss of altogether THB 3,160 million. This research aims to study the current situation of operations and factors affecting the performance of financial losses in hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health in Thailand. The study aimed to cover the profit or loss based on operating margins. The evaluating factors included general hospital characteristics, managerial process, service mix and market characteristics of the hospitals. This study used secondary data of fiscal year 2017 (from October 2016 to September 2017). Data were collected from 896 hospitals nationwide. Both descriptive and inferential statistics were employed in this study. They included frequency, percentage, mean, standard deviation, and binary logistic regression analysis. The results showed that majority of the government hospitals with financial loss were medium community hospital (level F2); situated in the public health zone 1; had lower average time trade service payment period; lower average time Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) collection period; lower average time inventory management period; lower proportion of inpatient per total patients; lower proportion of inpatient procedures per all procedures; lower proportion of number of days spent on number of patients using Alien Card (AC) insurance; lower proportion of hospital beds per total beds in the province; lower proportion of Universal Healthcare beneficiaries per total number of patients; lower proportion of CSMBS users per total number of patients and lower proportion of AC users per total number of patients. From binary logistic regression analysis, the hospital type, hospital zone, and the proportion of inpatient per total patients were found to be associated with operating financial loss in government hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health in Thailand ($p < 0.05$).

Keywords: hospital factors, loss performance, government hospital, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health in Thailand