610.695
ร228

บรรณาคม

ระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานบริการ: ทางออกของสาธารณสุขไทย

งานวิจัยเชิงนโยบายโดย

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

4 ธ.ค. 2552

ระยะเวลาที่ทำการศึกษา

๑ ตุลาคม ๒๕๕๐ - ๓๐ กันยายน ๒๕๕๑

สงวนลิขสิทธิ์

ชื่อหนังสือ	นโยบาย RW
พิมพ์ครั้งที่ 1	มกราคม 2552
จำนวนพิมพ์	3,000 เล่ม
จำนวนหน้า	124

สถานที่ติดต่อ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มศว องครักษ์

เลขที่ 62 หมู่ 7 ถนนรังสิต-นครนายก ตำบลองครักษ์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก 26120

โทรศัพท์ (037) 395085 - 6

Website : http://medicine.swu.ac.th

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สำนักงานคณะบดี คณะแพทยศาสตร์ (ประสานมิตร)

ชั้น 2 อาคาร 15 สุขุมวิท 23 คลองเตย กรุงเทพ 10110

โทรศัพท์ : 02-260-2122-5 ต่อ 4201-4

โทรสาร : 02-649-5334, 02-649-5325

ออกแบบรูปเล่ม สุรีรัตน์ เอี่ยมภาษี

จัดพิมพ์ หจก.สินทวีกิจ พริ้นติ้ง จำกัด

2129/94 เทพารักษ์ สมุทรปราการ

โทรศัพท์ 02 755 6489

โทรสาร 02 755 6682

E-mail : supap_stp8@yahoo.com

คำนำ

การแพทย์สมัยใหม่ได้เข้าสู่ประเทศไทยมานานเกือบร้อยปีแล้ว ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับการบริการจากภาครัฐ ในอดีตแพทย์ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ได้เงินเดือนประจำจากงบประมาณแผ่นดิน ส่วนมากจะเปิดคลินิกในช่วงนอกเวลาราชการทำให้พอมีรายได้เหมาะกับฐานะที่สังคมให้เกียรติและศักดิ์ศรีไว้พอสมควร ความสัมพันธ์อันดีที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ได้จรรโลงให้แพทย์มีความภาคภูมิใจกับงานที่หนักและต้องรับผิดชอบมาก แม้บางครั้งอาจล่วงล้ำเวลาส่วนตัวและครอบครัวไปบ้างก็ตาม ในช่วงห้าปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงมากมาย เช่น นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ร่วมกับ Medical hub, งบประมาณด้านสาธารณสุขประจำปีสูงขึ้นเกือบสองเท่า อัตราการฟ้องร้องแพทย์มากขึ้น ปรับอัตราข้าราชการเป็นพนักงาน, Internet เข้าถึงทุกครัวเรือน แพทย์ภาครัฐยกขบวนลาออก และนักเรียนมัธยมปลายเก่งๆ เลือกเรียนแพทย์น้อยลง ทั้งหมดนี้ล้วนมีผลกระทบต่อทุกคน ชุมชนและสังคมไทยทั้งหมด รวมถึงแพทย์ ซึ่งเป็นชนชั้นกลางและเป็นปุถุชนธรรมดา ย่อมถูกกระแสแห่งทุนนิยมมารุมเร้าเช่นกับคนอื่นๆ

นโยบายระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานบริการ (เรียกย่อว่า นโยบาย RW) ที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเป็นผลจากการคิดนอกกรอบราชการเพื่อมาแก้ปัญหาอาจารย์แพทย์ลาออกเนื่องจากไม่มีแรงจูงใจเพียงพอ อีกทั้งไม่มีอาจารย์แพทย์ออกตรวจที่ห้องฉุกเฉิน ไม่มีแพทย์เข้าร่วมในกิจกรรมคุณภาพโรงพยาบาล งานวิจัยทางคลินิกน้อย และอีกหลายปัญหาเชิงระบบและโครงสร้างที่เหมือนๆ กับโรงพยาบาลภาครัฐอื่นๆ ประสบอยู่ นโยบาย RW นี้ถูกออกแบบมาเพื่อแก้ปัญหาเชิงระบบ มุ่งให้แพทย์กลับไปสนใจงานดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อสร้างองค์ความรู้จากงานเวชปฏิบัติที่ทำ และสอดรับไปกับงานการเรียนการสอนทั้งก่อนและหลังปริญญา อีกทั้งเป็นฐานที่มั่นคงในบันไดอาชีพ(careerpath)ของอาจารย์แพทย์ซึ่งแฝงไว้ซึ่งกระบวนการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (Continuing professional development) และเป็นฐานพลังที่เข้มแข็งเพื่อดำเนินกิจการด้านบริการสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล นำมาซึ่งความยั่งยืนขององค์กรต่อไป

นโยบาย RW ที่เรียบเรียงปรากฏเป็นงานวิจัยนี้ถูกถ่ายทอดด้วยข้อมูล ความจริงที่เกิดขึ้น ประสบการณ์ แนวคิด แนวทางการตัดสินใจที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ อีกทั้งยังมีคำแนะนำระหว่างการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในองค์กร นโยบาย RW นี้ได้ถูกออกแบบให้เหมาะกับบริบทเฉพาะคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้อ่านที่เป็นผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐสามารถนำกรอบแนวคิดของนโยบายหรือระบบ RW นี้ไปศึกษา วิเคราะห์และปรับให้เหมาะสมกับธรรมชาติการทำงาน และเป้าหมายขององค์กร หัวใจสู่ความสำเร็จของระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานบริการ คือ แพทย์มีความสุขจากเวชปฏิบัติที่ทำ สร้างความยุติธรรมในระบบ ยกย่องเพื่อนแพทย์ที่อุทิศตนให้แก่องค์กร ยังความผาสุกให้แก่ผู้ร่วมวิชาชีพ พัฒนาสู่คุณภาพการให้บริการขององค์กรอย่างยั่งยืน

ศาสตราจารย์ นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
31 มกราคม 2552

กิตติกรรมประกาศ

สิ่งแรกที่สร้างแรงบันดาลใจมากพอที่จะทำให้ผมได้ทุ่มเททุกสิ่งทุกอย่างที่จะแก้ไขระบบค่าตอบแทนที่เป็นธรรมให้แก่เพื่อนแพทย์ที่ยังมุ่งมั่นทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐ เมื่อครั้งที่เปิดศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี ใหม่ๆ ราว 8 ปีมาแล้ว ผมขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ ที่ได้บรรยายถึงประสบการณ์จ่ายค่าตอบแทนแก่อาจารย์แพทย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่แก้ปัญหาอดีตที่เคยมีการลาออกกันมากจนเป็นปัญหาใหญ่ขององค์กร ผมได้หลักวิธีคิดที่มุ่งแก้ปัญหาองค์กรในภาพรวมมากกว่าการโปรยเงินเข้าสู่ระบบแล้วก็จางหายไป

สี่ปีก่อน ก่อนผมรับตำแหน่งเป็นคณบดี มีการประชุมสภามหาวิทยาลัยนอกสถานที่ ผมได้มีโอกาสได้เดินชายหาดพูดคุยกับท่านศาสตราจารย์ ดร.เกษม สุวรรณกูล นายกสภามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในอดีตครั้งที่ท่านเป็นนายกสภามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้อนุมัติโครงสร้างการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมให้แก่อาจารย์แพทย์ที่ มอ. ท่านสนับสนุนแนวคิดเรื่องค่าตอบแทนตามภาระงานเป็นอย่างยิ่ง และท่านยังได้บอกว่า “หากคุณหมอมีโอกาส ต้องทำเรื่องนี้เป็นเรื่องแรก เรื่องนี้เป็นเรื่องดีๆ ที่ควรทำ” ผมขอกราบขอบพระคุณท่านที่ให้คำพูดที่มี “พลัง” ในตัวผมขึ้นมาทุกครั้งที่ประสบปัญหาความยุ่งยากที่เกิดจากนโยบาย RW นี้

ครั้นเมื่อรับตำแหน่งคณบดีได้ไม่เกิน 3 เดือน ผมก็เสนอหลักการและแนวคิดการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานบริการทางการแพทย์ โดยขออนุมัติงบประมาณรายได้จำนวน 14 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2551 จากคณะกรรมการอำนวยการศูนย์การแพทย์ ด้วยวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลและเห็นประโยชน์ขององค์กรที่ต้องเติบโตด้วยวิชาการ ผมขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.วิรุณ ตั้งเจริญ นอกจากที่ท่านเห็นชอบกับนโยบายนี้แล้ว ยังเสนอแนะให้มีเงื่อนไขการรับค่าตอบแทนนี้ได้ต้องมีผลงานวิชาการในรอบปีที่ผ่านมาครบ 20 คะแนน จากการที่ผมได้วิเคราะห์ภาพรวมของนโยบาย RW นี้ มาตรการสุดท้ายที่ท่านอธิการบดีเสนอนี้ นับเป็นจิกซอตัวสุดท้ายที่ช่วยให้นโยบายนี้บรรลุเป้าประสงค์ขององค์กรในระยะยาวได้อย่างมั่นคง

ผมขอขอบคุณหัวหน้าภาควิชาทางคลินิกทุกท่านที่ให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กรในภาพรวม มากกว่าที่จะเห็นประโยชน์ของภาควิชา ทำให้ทุกอย่างดำเนินไปด้วยดีและเข้าสู่สมดุลอย่างรวดเร็ว ผมขอขอบคุณแพทย์อาวุโสหลายท่านที่ใจกว้างเผื่อแผ่ให้แพทย์รุ่นน้องที่ร่วมกันสร้างมาตรการที่มีแรงจูงใจสูงมากในการอยู่เวรเวชปฏิบัติฉุกเฉิน และขอขอบคุณอาจารย์แพทย์ทุกท่านที่อุทิศตนให้งานบริการที่มีคุณค่าทางวิชาการ และยังช่วยพัฒนาวิชาชีพแพทย์ให้เข้มแข็งต่อไป และขอขอบคุณพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเป็นกำลังใจให้ผมดำเนินนโยบายนี้มาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณอาจารย์นพ.วรพล อร่ามรัศมีกุล อาจารย์ นพ.สมเกียรติ นามประดิษฐ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพ.วิฑูรย์ อึ้งกิจไพบูลย์ รองศาสตราจารย์พญ.เกศรา อัศดามงคล และผู้ช่วยศาสตราจารย์นพ.นิยม ละออปักษิณ ผู้อำนวยการฯ ที่ช่วยตอบปัญหา และแก้ปัญหาปลีกย่อยต่างๆ มากมายแทนผม และยังช่วยจัดระบบต่างๆ ในการจัดเก็บให้เข้าที่เข้าทางและขอขอบคุณ คุณสุนีย์ ศรไชยชนะสุข ที่ช่วยให้คำปรึกษาด้านการเงินของศูนย์การแพทย์ฯ มาโดยตลอด และที่ลืมไม่ได้คือ นางสาวตาลตะวัน แวงมั่ง และนางสาวเบญจา สาโท เจ้าหน้าที่รวบรวมข้อมูล ประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ RW ทั้งหมดของศูนย์การแพทย์ฯ แห่งนี้

ศาสตราจารย์ นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล

คณะผู้ทำวิจัย

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์นิยม ละออปักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งกิจไพบูลย์
อาจารย์ นพ.วรพล อร่ามรัศมีกุล
อาจารย์ นพ.สมเกียรติ นามประดิษฐ

Abstract

Medical professional skill-based pay is a pivotal mechanistic policy for improvement of quality and productivity in public services.

Somkiat Wattanasirichaigoon, MD, Niyom Laoopuksin, MD, Witoon Ungkitphaiboon, MD., Somkiat Nampradit, MD., Worapol Aramrusameekul, MD.

HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center, Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University, Ongkarak, Nakornayok 26120, Thailand.

Background: In addition to brain drain to private sectors, low salaries keep government doctors out of the medical profession. To make medical tasks different from back-officer's, a regular salary structure with top-up performance pay could benefit the career path of medical profession in our Faculty staffs. Method: We designed a new scheme based on related weight derived from a diagnosis-related group (DRG) including all modalities of out-patient services. Every single medical task is counted for RW (Record medical Workload) point. Approximately, 10,000 baht per doctor per month was yearly planned to be paid for performance. Ratio of each 100 baht earned from this scheme was doctor: department: medical staff organization = 70:15:15. Results: Average monthly top-up monetary incentives is 5,019 baht per doctor (ranged, 132-46,914). During the period of October 2007 - September 2008, after the introduction of RW scheme, when compared with productivity effects of last year, increases in 22.5% of out-patients (OPD), 19.5% of in-patients (IPD) and 31.7% of operations are account for a 21.7% increase in hospital income. All medical staffs gradually improve their own practices, moving from resident's (n=71) back to staff's (n=130) accountability to patient care, resulting in a 3.6 times increase in OPD cases and a 5 times increase in IPD cases. Interestingly, in term of satisfaction to this scheme, only 60% of all doctors satisfied at the beginning, lifting up to 80% by the end of nine-month period. Moreover, it has to be flexible enough to pay doctors more in high-demand and hard-to-staff workloads. According to results of this scheme, many unsolved problems have periodically faded off; filling up doctors in every shift of emergency room services, exposure to hazard organisms, willing to provide early-bird out-patient services or extended period of elective operations. The results imply that incentive effects account for productivity and doctor's satisfaction with the effects on fair profit and/or earnings.

ความดีของหนังสือเล่มนี้

อุทิศแด่... "แพทย์"
ผู้ที่ทุ่มเทแรงกาย ความคิด และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์
และขอให้คุณค่าของหนังสือเล่มนี้
ช่วยสร้าง "ระบบ"...ที่เป็นธรรม
และจรรโลงแพทย์ดีๆ ให้มีกำลังใจทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐต่อไป

สารบัญ

	หน้า
ตอนที่ 1 แนวคิดและกลยุทธ์	**1**
1 กรอบแนวคิดและหลักการ	3
2 กฎระเบียบราชการและช่องทางการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานบริการ	11
3 ออกแบบการพัฒนาบันไดวิชาชีพของอาจารย์แพทย์ให้สอดรับกับแผนกลยุทธ์	17
ตอนที่ 2 เกณฑ์การคิดคำนวณค่า RW ของภาระงานบริการ	**21**
4 เกณฑ์การคิดค่า RW ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉินและการเยี่ยมบ้าน	23
5 เกณฑ์การคิดค่า RW ผู้ป่วยใน	25
6 เกณฑ์การคิดค่า RW สำหรับหัตถการทางการแพทย์	27
7 เกณฑ์การคิดค่า RW สำหรับผู้ป่วยหอบำบัดวิกฤติ	29
8 เกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนตาม RW	31
9 การคำนวณค่าตอบแทนตาม RW ในแต่ละเดือน	37
ตอนที่ 3 ผลการดำเนินงาน	**43**
10 ความขัดแย้ง ปัญหา และผลประโยชน์ทับซ้อน	45
11 ระยะการปรับตัวเข้าสู่สมดุล	47
12 การพัฒนาคุณภาพอาจารย์ในด้านวิชาการและการบริการ	51
13 การเพิ่มรายได้ของอาจารย์แพทย์	59
14 ผลประโยชน์ต่อองค์กร	69
15 ผลสืบเนื่องและผลทางอ้อมจากการดำเนินนโยบาย RW	87
16 การประยุกต์ใช้ในบุคลากรอื่นในโรงพยาบาล	97
17 บทสรุป	105
ภาคผนวก	**107**
1 ระเบียบมหาวิทยาลัย เรื่องเกณฑ์การคิดภาระงานวิจัย	109
2 ระเบียบมหาวิทยาลัย เรื่องเกณฑ์การคิดผลงานทางวิชาการเชิงปริมาณ	111
3 ปฏิรูปงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	113
4 การจำแนกค่าน้ำหนัก RN	115
5 ค่า RS ของบุคลากรสายสนับสนุน	121
6 เกณฑ์การคิด RW ภาควิชานิติเวชศาสตร์	123
บรรณานุกรม	**124**

ตอนที่ 1

แนวคิดและกลยุทธ์

1

กรอบแนวคิดและหลักการ

โลกปัจจุบันเป็นโลกแห่งสารสนเทศ ทุกคนแม้ไม่อยากอยู่ในระบบทุนนิยมสุดขั้ว ก็จำเป็นต้องถูกกระทบจากกระแสแห่งโลกาภิวัตน์ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ วิชาการทางการแพทย์แผนปัจจุบันได้รับอิทธิพลอย่างเต็มที่เนื่องจากเนื้อหาองค์ความรู้เหล่านั้นล้วนเป็นสากล ไม่ว่าชาติใดก็สามารถเข้าใจและสื่อสารได้อย่างรวดเร็ว ทั่วโลกถึงกันหมด สังคมไทยที่แพทย์เป็นหนึ่งในสมาชิกที่อาศัยอยู่ ก็ต้องถูกกระแสบริโภคนิยม ระบบเศรษฐกิจเชิงซ้อนได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อครอบครัว ชุมชน ก่อให้เกิดปัญหาใหม่ๆ ขึ้นในสังคมไทยที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน ผลกระทบที่มีต่อระบบการแพทย์ของไทยก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่ปรากฏให้เห็น ดังเช่น ระบบราชการที่ไม่สอดคล้องกับธรรมชาติงานรักษาของแพทย์ ขาดแรงจูงใจให้แพทย์ที่ทำงานภาครัฐสามารถทำเวชปฏิบัติในปัจจุบันได้ ส่งผลถึงการขาดแคลนอาจารย์แพทย์อย่างรุนแรง ทั้งๆ ที่ความต้องการแพทย์ของประเทศสูงขึ้น การแก้ปัญหาปลายเหตุของรัฐบาลด้วยเงินค่าตอบแทนไม่ทำคลินิกและเงิน พ.ต.ส. เป็นแบบ flat rate ยิ่งซ้ำเติมระบบให้เลวร้ายลงไปอีก เนื่องจากผลักภาระให้ใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลในการจ่ายเงินเหล่านี้โดยที่โรงพยาบาลไม่ได้เนื้องานที่เพิ่มจากระบบเดิมเลย ปัจจุบันผลกระทบที่มีต่อระบบการแพทย์ของไทยก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่ปรากฏให้เห็นเป็นปัญหาเรื้อรังที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศ พอสรุปได้ดังนี้

1. ระบบราชการที่ไม่สอดคล้องกับงานรักษาของแพทย์

ตำแหน่งนายแพทย์ในราชการ ได้รับเงินเดือนขั้นแรกเป็น ซี 4 ที่เป็นฐานเดียวกันกับเจ้าหน้าที่บริหารหรือเจ้าหน้าที่พิมพ์ดีด ทำงาน 5 วันๆ ละ 8 ชั่วโมง ตั้งแต่แปดโมงเช้าถึงสี่โมงเย็น หยุดเสาร์-อาทิตย์ แต่อีก 16 ชั่วโมง ก็ยังมีผู้ป่วยมารับบริการ เสาร์-อาทิตย์แพทย์ก็ต้องมาดูผู้ป่วยในที่ตนเป็นเจ้าของไข้ ในขณะที่ข้าราชการซี 4 แผนกอื่น ไม่ต้องรับผิดชอบในช่วงนอกเวลาราชการ ลักษณะงานเช่นนี้สร้างปัญหาเลวร้ายให้แก่ระบบบริการทางการแพทย์ของประเทศอย่างมากมาย ดังนี้

1.1 เลือกเป็นแพทย์ที่มีงานสบาย มากกว่า 2 ใน 3 ของแพทย์ที่จบแต่ละรุ่นต้องการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง สาขาที่แย่งกันเข้าฝึกอบรมมากที่สุด คือ ตจวิทยาหรือหมอผิวหนัง ไม่ต้องอยู่เวร มีรายได้ดี ไม่ค่อยมีผู้ป่วยในไว้ดูแลมากนัก ซึ่งบางคนเลือกที่จะไม่มีก็ได้ มีชีวิตทำงานตามเวลาที่กำหนดเองได้ แต่ไม่มีคนเรียนสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน นิติเวชวิทยา เพราะงานหนัก มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อจากการประกอบวิชาชีพ และไม่สามารถกำหนดเวลาทำงานของตนได้

1.2 เสียรูปแบบการปกครองจากแพทย์อาวุโส แพทย์เพิ่งจบการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง วันแรกที่ทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐหรือเอกชน จะเป็นเจ้าของไข้ทันที เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่มีการทำงานเป็นทีมรักษาความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากแพทย์มือใหม่จึงเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ไม่มีการจัดแพทย์ที่มีประสบการณ์ประกบการทำงานของแพทย์ใหม่จนมีความเชี่ยวชาญพอ จึงเริ่มรับผิดชอบผู้ป่วยเองได้ แพทย์อาวุโสที่เคยทำงานมานาน

ก็ต้องการอยากพักบ้าง หากมีแพทย์รุ่นน้องมาแบ่งงานออกไปบ้าง ลักษณะการทำงานเป็นทีมแพทย์ผู้รักษาจึงไม่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ขณะนี้ลามไปถึงโรงเรียนแพทย์ และเห็นทั่วไปในโรงพยาบาลเอกชน ปฏิบัติกันอย่างต่อเนื่องจนเป็นบรรทัดฐาน แพทย์ไทยที่จบใหม่จึงมักคุ้นชินกับความโดดเดี่ยว ไม่มีที่ปรึกษา การแก้ไขข้อผิดพลาดที่เคยเกิดขึ้นในกระบวนการรักษาจึงมิได้ถูกถ่ายทอดสู่แพทย์รุ่นใหม่ องค์ความรู้ขององค์กรไม่ถูกสะสมหรือถ่ายทอดสู่แพทย์รุ่นถัดมา ทุกองค์กรแพทย์ไม่มีระบบการจัดการความรู้ (Knowledge management) ไม่มีการแบ่งปันความรู้ เมื่อความรู้ขององค์กรไม่เพิ่มขึ้น องค์กรย่อยๆ ของแพทย์ย่อมไม่เข้มแข็ง ต่างคนต่างเอาตัวรอด ต่างคนต่างแวดระวังความผิดพลาดระหว่างการดูแลรักษากันเอง แพทยสภาที่เป็นองค์กรวิชาชีพแพทย์ก็มิได้มีนโยบายที่เป็นรูปธรรมในการจัดระบบการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ส่งผลให้องค์กรวิชาชีพแพทย์ยากที่พัฒนาให้ก้าวต่อไปตามกระแสแห่งโลกาภิวัตน์นี้ได้

2. เนื่องจากไม่มีแรงจูงใจเพียงพอให้อาจารย์แพทย์ให้อยู่โรงพยาบาล

การที่อาจารย์แพทย์ขาดแรงจูงใจให้อยู่โรงพยาบาล ทั้งนี้เพราะค่าตอบแทนที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ที่มีการแข่งขันกับภาคเอกชนค่อนข้างสูง อาจารย์แพทย์ มศว ต้องดิ้นรนไปอยู่เวรรับปรึกษาที่โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่ง ซึ่งต้องใช้เวลาการเดินทางเข้ากรุงเทพ แล้วบีบงานสอนให้มาอยู่ในวันที่ออกให้บริการ ถ้าหากมีการปรึกษาข้ามภาควิชาฯ ก็ถือเป็นภาระงานบริการที่เพิ่มขึ้นโดยไม่มีค่าตอบแทน ภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการรับปรึกษาเพื่อให้บริการตรวจรักษาในระดับตติยภูมิย่อมเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และถือเป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบของอาจารย์แพทย์ และที่เห็นเป็นประจำคือ วิสัญญีแพทย์โรงพยาบาลภาครัฐมักเข้มงวดกับศัลยแพทย์ที่มาขอเซ็ทผู้ป่วยผ่าตัดมากกว่าวิสัญญีแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน สิ่งที่ปรากฏนี้เป็นเรื่องจริงที่เกิดขึ้นในวงการแพทย์ของเรา ซึ่งอาจรบกวนเวลาส่วนตัวหรือเวลาที่ตรงกับเวรรับปรึกษาจากภายนอก ทำให้เกิดความขัดแย้งสะสมขึ้นภายในองค์กร

เมื่อเทียบกับระบบการปรึกษาในภาคเอกชนจะเกิดความขัดแย้งน้อยมากเมื่อมีการปรึกษาเกิดขึ้นแพทย์ที่รับปรึกษาและแพทย์ที่ฝ่ายผู้ขอปรึกษาจะให้เกียรติซึ่งกันและกัน เขียนสรุปปัญหาผู้ป่วยครบถ้วนพร้อมขอบคุณที่ให้เกียรติปรึกษาปัญหาผู้ป่วยมา เวลาเขียนในส่งต่อผู้ป่วยก็เขียนได้ไพเราะ ให้ข้อมูลทุกอย่างที่เป็นประโยชน์แก่แพทย์ที่จะมาดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ทุกคนได้เรียนรู้ปัญหาผู้ป่วยร่วมกัน และจบลงที่ทุกคนมีความสุขที่ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย

ปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลทุกแห่งของภาครัฐ ไม่มีใครเป็นเจ้าของเรื่องหรืออยากเป็นเจ้าภาพ ผู้บริหารโรงพยาบาลอยู่เป็นวาระไม่มีโอกาสที่จะคิดไกลๆและรอผลระยะยาวไม่ได้ยากที่จะหาผู้นำมาแก้ไขให้ตรงกับธรรมชาติของงานในวิชาชีพแพทย์ แพทย์แต่ละคนล้วนถูกฝึกให้มีไมตรีจิตที่ดี แต่ระบบการจัดการที่ทำกันอยู่ไม่ดีและไม่มีความเหมาะสม ดังนั้น ตัวอย่างหรือ “ต้นแบบ” ดีๆ ก็จะไม่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลศูนย์หรือสถาบันการศึกษา การปฏิรูปวัฒนธรรมครั้งนี้จึงมุ่งปรับวัฒนธรรมอันดีของวิชาชีพให้เกิดขึ้นในโรงเรียนแพทย์ด้วย

3. อาจารย์แพทย์ทางคลินิกส่วนใหญ่ไม่สนใจทำงานวิจัย

ไม่ใช่เฉพาะแพทย์ทั่วไป อาจารย์แพทย์ส่วนใหญ่ก็ไม่สนใจงานวิจัยทางคลินิก ทั้งนี้เป็นเพราะค่าตอบแทนงานวิจัยเทียบไม่ได้กับค่าตอบแทนจากการให้บริการในภาคเอกชน เมื่อไม่มีค่าตอบแทนที่จูงใจเพียงพอ กอปรกับรายได้จากการออกให้บริการในภาคเอกชนนั้น สูงมากกว่า 10 เท่าเทียบกับช่วงเวลาที่ให้บริการในภาครัฐหรือค่าตอบแทนจากการทำงานวิจัย อาจารย์แพทย์บางคนที่ต้องเดินทางมาจากกรุงเทพฯ ตั้งแต่ 7 โมงเช้ามาถึงโรงพยาบาล 9 โมงเช้าต้องเยี่ยมคนไข้ใน กว่าจะออกตรวจผู้ป่วยนอกหรือเข้าห้องผ่าตัดก็ประมาณ 10 โมงเช้า ทำงานไปจนถึงบ่าย

3 โมงก็ต้องกลับรถของคณะฯ ถึงกรุงเทพฯ เกือบ 5 โมงเย็น เพราะบางท่านต้องทำงานคลินิกส่วนตัว หรือโรงพยาบาลเอกชนต่อ การแก้ปัญหาระยะยาวของอาจารย์แพทย์ มศว ต้องคำนึงถึงคนรุ่นใหม่ให้ใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ที่องครักษ์ จ.นครนายก ได้อย่างมีความสุข ตกเย็นเดินเยี่ยมผู้ป่วยตามวอร์ด เช้าวันเสาร์-อาทิตย์เดินจากหอพักไปเยี่ยมผู้ป่วยและสอนนิสิตแพทย์ที่มาดูแลผู้ป่วย ดำรงชีพอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี และมีชื่อเสียงจากผลงานที่ตนเองทำที่องครักษ์แห่งนี้...เป็นเป้าหมายสำคัญของการปรับเปลี่ยนครั้งนี้

4. โรงพยาบาลประสบปัญหาขาดทุนจากขาดประสิทธิภาพจากการใช้ทรัพยากร

งบดุลของศูนย์การแพทย์ฯ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ.2549 มีรายจ่ายสูงกว่ารายรับ 190 ล้านบาท และได้รับงบประมาณแผ่นดินอีก 120 ล้านบาท สรุปขาดทุน 210 ล้านบาท มากกว่าร้อยละ 60 เกิดจากการคิดค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์และสถานที่ ซึ่งวันเสาร์-อาทิตย์และช่วงเวลา 4 โมงเย็นถึง 8 โมงเช้า ไม่หยุดคิดค่าเสื่อมราคา หากศูนย์การแพทย์ฯ ให้บริการเพียง 8 ชั่วโมง ซึ่งไม่คุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรทั้งคน เงินและของ งบประมาณที่ต้องขอเพิ่มทุกปีเพื่อขยายงานบริการเฉพาะในช่วงเวลา 8 โมงเวลาราชการเท่านั้น ด้วยเหตุผลที่แพทย์กรูกันเข้าทำงานในช่วงเวลา 8 ชั่วโมงราชการ จึงเกิดความรู้สึกว่าโรงพยาบาลไม่มีทรัพยากรเพียงพอให้บริการจึงขอตั้งงบประมาณซื้อของเพิ่ม ขอตำแหน่งพนักงานเพิ่ม ขอสถานที่เพิ่ม ขอเพิ่มห้องผ่าตัด เป็นต้น คนที่คิดเรื่องจำกัดเฉพาะเวลาราชการเพื่อบริการผู้ป่วยก็ถือว่า "ผิดหลักการ" ในการให้บริการรักษาพยาบาลเพราะ การเจ็บป่วยฉุกเฉินอุบัติเหตุหรือคลอดบุตร ล้วนเป็นเรื่องที่ไม่เลือกในเวลาหรือนอกเวลาราชการทั้งสิ้น การปลดขีดแบ่งเวลาราชการถือเป็นนโยบายสำคัญของการบริหารศูนย์การแพทย์ฯ ยุคใหม่ เนื่องจากใช้ทรัพยากรไม่คุ้มค่าแล้ว ยังไม่สอดคล้องกับบริบทของกระบวนการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วย ซึ่งไม่เลือกเวลาราชการแต่ประการใดเลย แนวคิดหลักต้องขยายแนวความคิดนี้ให้ประชาคมภายนอกรู้ว่า ระบบราชการไม่เหมาะสมกับการให้บริการรักษาทางการแพทย์เลย

5. ขาดแคลนอาจารย์แพทย์

การเจริญเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนแปรผันตามภาวะเศรษฐกิจของประเทศที่มีการขยายอย่างมากในภาคธุรกิจ ทำให้มีการดึงแพทย์จากภาครัฐไปยังภาคเอกชนอย่างมาก โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีมาตรฐานสูงระดับสากลก็เลือกที่จะนำอาจารย์แพทย์ที่มีชื่อเสียงจากโรงเรียนแพทย์ต่างๆ เข้ามาให้บริการทางการแพทย์ในระดับตติยภูมิ ทำให้เกิดการขาดแคลนอาจารย์เป็นอย่างมากเนื่องจากมีค่าตอบแทนสูงมากกว่า 10-20 เท่าแล้วแต่อนุสาขา สร้างปัญหาให้โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาจารย์แพทย์ที่เหลืออยู่จึงต้องทำงานหนักมากขึ้น นอกจากนั้นยังมีนโยบายเพิ่มการผลิตแพทย์ขึ้นเป็น 2 เท่าโดยไม่พิจารณากำลังคน แต่เพิ่มเฉพาะสถานที่ฝึกทางคลินิกอีกแห่งตามภูมิภาค หากรัฐบาลไม่ให้ความสำคัญเรื่องคุณภาพของบัณฑิตแพทย์ จะเกิดปัญหาร้ายแรงที่ยากจะแก้ไขได้ด้วยองค์กรวิชาชีพที่มีอยู่ในปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น อินเดียที่ผลิตแพทย์เก่งๆ ส่งไปทำงานในอังกฤษและอเมริกา แต่ในประเทศอินเดียเองก็ยังขาดแคลนแพทย์อยู่ไม่รู้จบ

ทะลายกรอบแนวคิดเดิม

1. งบประมาณที่ต้องขอเพิ่มทุกปีเพื่อขยายงานบริการเฉพาะในช่วงเวลา 8 โมงเวลาราชการเท่านั้น ทั้งๆ ที่คน-เงิน-ของ อาจจะเพียงพอหากจัดสรรใหม่โดยการจัดการในรูปแบบของภาคเอกชน ซึ่งปลดขอบเขตเวลาราชการออกไป แล้วบริหารการให้บริการสุขภาพให้สอดคล้องกับธรรมชาติของโรคและอาการเจ็บป่วยที่ไม่เลือกช่วงเวลาราชการหรือไม่ก็ตาม หากสมมติฐานนี้เป็นจริงและจำนวนผู้ป่วยไม่เพิ่มมาก ก็น่าจะลดการของบประมาณลงได้

2. ค่าตอบแทนที่ให้เป็นรายชั่วโมงหรือช่วงเวลานั้นไม่เหมาะสมกับงานของวิชาชีพแพทย์ที่ต้องใช้ความรู้ทักษะและเจตคติ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งแต่ละรายแม้มีโรคที่ให้การวินิจฉัยเหมือนกัน ก็มีรายละเอียดการรักษาที่แตกต่างกันไป ค่าบริการทางการแพทย์นี้จึงเรียกว่า "ค่าธรรมเนียมแพทย์" ซึ่งเป็นที่ยอมรับในสากล แพทยสภาได้ออกเป็นค่าธรรมเนียมจากแพทย์ทุกสาขา การให้ค่าตอบแทนของแพทย์เป็น flat rate จึงไม่สอดคล้องให้แพทย์ประกอบวิชาชีพตามมาตรฐานสากลได้ การให้บริการด้วยการยึดขอบเขตเวลาราชการ จะมีความเสี่ยงต่อถูกฟ้องร้องจากผู้เสียหายจากการได้รับบริการทางการแพทย์ได้ แนวทางการปรับโครงสร้างค่าตอบแทนนี้คือ เปลี่ยนเป็นค่าธรรมเนียมตามภาระงานที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพกำหนดไว้

3. ภาระงานที่มหาวิทยาลัยกำหนดให้อาจารย์บริการวิชาการไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20 ของ 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งเป็นวันเวลาราชการ แต่ธรรมชาติของการให้บริการวิชาการไม่สามารถเลือกทำเฉพาะเวลาในราชการเท่านั้น ดังนั้นการนับชั่วโมงการให้บริการจึงคิดนอกเวลาราชการได้และเนื้องานและคุณภาพบริการตรวจรักษาน่าจะเป็นประเด็นสำคัญมากกว่าการปรากฏตัวของอาจารย์ในช่วงเวลา 7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 20 ของ 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

4. ถ้าหากอาจารย์ที่ไม่ถนัดทำวิจัย ทั้งๆ ที่แต่ละคนต้องมีภาระงานวิจัยร้อยละ 30 ของ 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือประมาณ 10.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ก็สามารถเกลี่ยไปสอนมากขึ้นหรือทำงานบริการวิชาการมากขึ้นก็ได้ ยกตัวอย่างเช่นไปเพิ่มงานสอนจากเดิมร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 60 (14 + 7 = 21 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) และทำงานเป็นผู้ร่วมวิจัยอีก 3.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ อย่างไรก็ตาม ต้องผ่านการต่อรองจากหัวหน้าภาควิชา เพราะจะต้องคุมภาพรวมของสัดส่วนภาระงานทั้ง 3 ด้าน (สอน วิจัย บริการวิชาการ) ของภาควิชาด้วย

5. การคิดค่าธรรมเนียมแพทย์ให้ตามการตรวจรักษาผู้ป่วยเป็นรายๆ จะช่วยลดปัญหาเรื่องที่แพทย์ไม่ยอมเขียนคำวินิจฉัยและหัตถการที่ให้การรักษาโรคนั้นๆ ซึ่งทำให้โรงพยาบาลสูญเสียรายได้ตรงนี้ไปประมาณปีละ 40 ล้านบาท หากแพทย์ไม่เขียนรหัส ICD-10, ICD-9CM ก็จะได้ค่าตอบแทนตามนโยบาย RW ไม่ครบหรือล่าช้าได้

6. ปัญหาที่แพทย์ใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งๆ ที่มียากลุ่มเดียวกันที่โรงพยาบาลมีให้ใช้ ก็เบิกยานอกบัญชีเป็นประจำ ซึ่งทางโรงพยาบาลเรียกเก็บจากคู่ค้าไม่ได้ เป็นสาเหตุให้โรงพยาบาลขาดทุนปีละ 20 ล้าน หากอาจารย์แพทย์มีความประสงค์จะใช้ยานอกบัญชีฯ จะกลับไปตัดเงินที่ภาควิชา ในส่วนที่ภาควิชา ได้รับจากค่าธรรมเนียมของอาจารย์ที่ถูกปัดส่วนที่เป็น 15% ให้แก่ภาควิชาฯ เพื่อนำไปบริหารวิชาการและส่งเสริมด้านงานวิจัย ที่ผ่านมาภาควิชาฯ ซึ่งเป็นผู้รู้ในศาสตร์นั้นๆ ไม่สามารถดูแลการใช้ยานอกบัญชีได้ หากระบบนี้เกิดขึ้นและส่งผลย้อนกลับไปยังภาควิชาฯ ทางภาควิชาก็จะมาช่วยดูแลตรงนี้ได้มากขึ้น

7. อาจารย์แพทย์ที่มุ่งทำแต่บริการสุขภาพเพื่อหวังได้ค่าธรรมเนียมมากๆ ก็จะถูกปัดเก็บเข้าภาควิชา และหากภาระงานด้านการสอนและการวิจัยไม่ครบตามที่ตกลงไว้กับคณะฯ ก็ไม่สามารถรับค่าตอบแทนตามนโยบาย RW ได้ (เริ่มบังคับใช้ในปีงบประมาณ 2552)

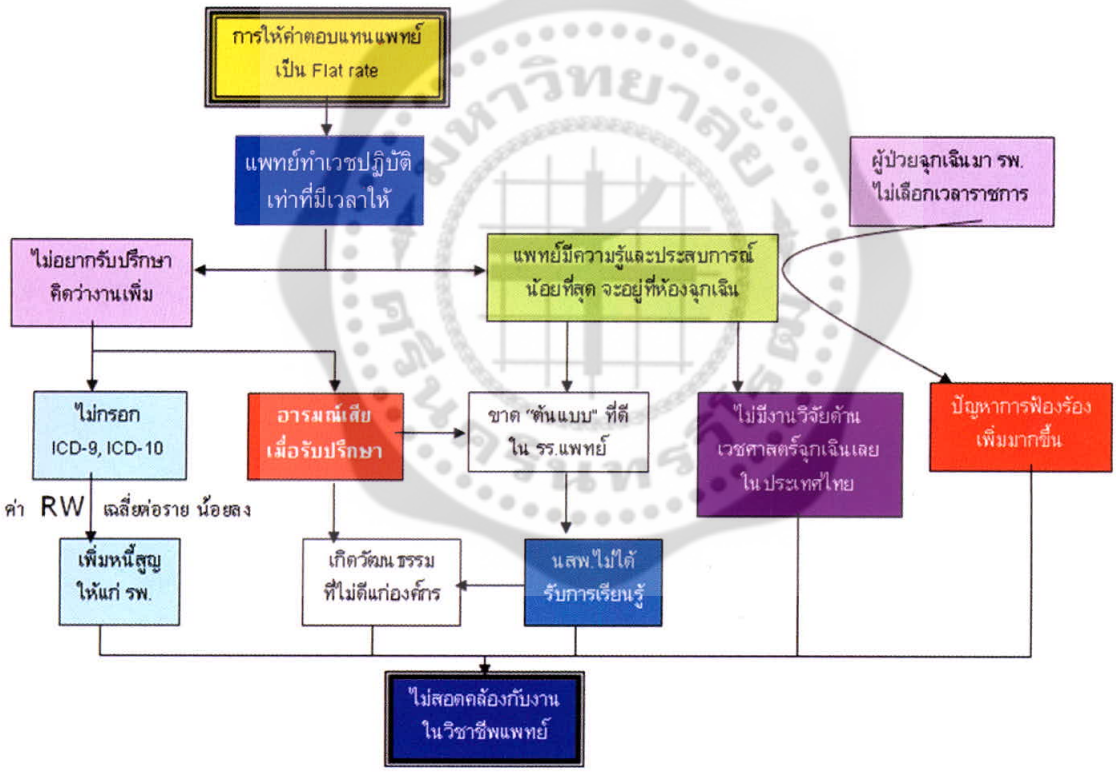
8. มีการกำหนดเพดานเงินเดือนของตำแหน่งอาจารย์ ผศ. รศ. ศ. และศ.11 รวมทั้งมีแฟคเตอร์ตัวคูณที่แตกต่างกัน กล่าวคือ อ. ผศ. รศ. ศ. และ ศ.11 มีแฟคเตอร์ตัวคูณเป็น 1, 1.2, 1.4, 1.6 และ 1.8 ตามลำดับ เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ฐานเงินเดือนเปลี่ยนแท่งเป็นการพัฒนา professional career path ของอาจารย์แพทย์อย่างยั่งยืน (ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ครั้งที่6/2551 เมื่อวันที่ 23 มิ.ย.51)

ค่าธรรมเนียมแพทย์...ที่สากลยอมรับ ปรับใช้ในระบบ เพื่อธำรงแพทย์ดีไว้ในภาครัฐ

ค่าธรรมเนียมแพทย์ (Professional Doctor Fee หรือเรียกกันทั่วไปว่า DF) เป็นเรื่องที่สากลทั่วโลกยอมรับกัน แท้จริงวิชาชีพแพทย์ไม่ควรได้เป็นเงินเดือน (wedge / salary) เนื่องจากแพทย์ต้องใช้ความรู้ ทักษะ เจตคติ

ความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยที่ไม่จำกัดเรื่องช่วงเวลา แม้ว่าเป็นยามเวลาวิกาล เพราะเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของแพทย์เจ้าของไข้ที่หาผู้อื่นมาทดแทนกันไม่ได้ ดังนั้น สังคมสากลจึงยกให้เป็นวิชาชีพ (Profession) และให้ยังชีพด้วยค่าธรรมเนียมจากการให้บริการทางการแพทย์ ดังนั้น เรื่องค่าธรรมเนียมแพทย์เป็นเรื่องปกติธรรมดา ไม่ผิดศีลธรรม ไม่ใช่เป็นเรื่องน่าอับอาย สังคมทั่วไปก็ยอมรับ โรงพยาบาลภาครัฐที่ไม่เปิดใจยอมรับระบบนี้ทำให้เสียหมอดี หมอเก่งๆ ให้ภาคเอกชนไปหมด พอรู้ตัวก็ไม่เหลืออาจารย์เก่งๆ ดีๆ ไว้สอนนิสิตแพทย์ ซึ่งประเทศไทยกำลังประสบปัญหานี้อย่างมากและรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ

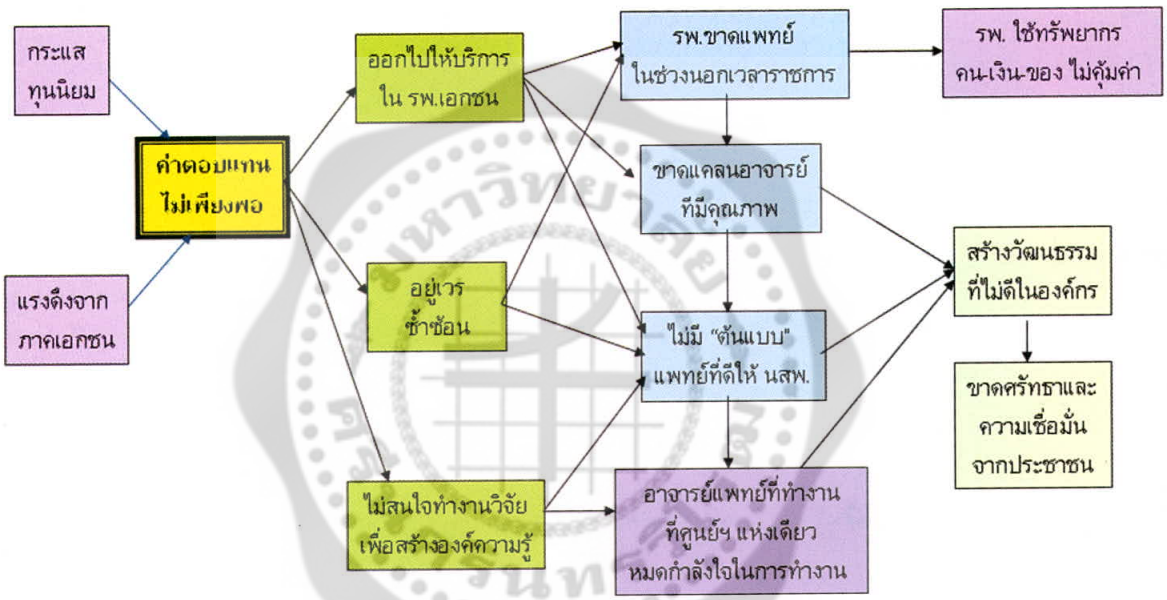
การนำระบบค่าธรรมเนียมแพทย์ของคณะแพทย์ มศว ของเราถือเป็นแห่งแรกที่ผู้บริหารระดับสูงตั้งแต่นายกสภามหาวิทยาลัย อธิการบดี คณบดี ได้เห็นโอกาสที่จะนำกลยุทธ์นี้มาพลิกฟื้นสร้างโอกาสในการสร้างผู้นำทางด้านวิชาการในกระแสแห่งโลกาภิวัตน์ที่มีการแข่งขันสูง และเตรียมความพร้อมที่จะพึ่งพาตนเองในสถานะใหม่ของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กลยุทธ์นี้หวังให้อาจารย์แพทย์ไม่ต้องออกไปรับปรึกษาที่โรงพยาบาลเอกชน ต้องขับรถเดินทางกลับเข้ากรุงเทพ สร้างโอกาสให้อาจารย์แพทย์กลับมาอยู่ดูแลผู้ป่วยและสอนแสดงให้นิสิตแพทย์นอกเวลา



รูปที่ 1-1 วิชาชีพแพทย์ไม่ควรได้รับค่าตอบแทนเป็น flat rate

ในอดีตที่ผ่านมา หลายคณะแพทยศาสตร์ได้พยายามหาทางดึงอาจารย์แพทย์เก่งๆ ไว้ในภาครัฐ แต่การจ่ายเป็น flat rate เช่น เงินเดือน ค่าตอบแทนสาขาขาดแคลน เงินสมนาคุณอาจารย์แพทย์ภูมิภาคนั้น จ่ายให้อาจารย์แพทย์ทุกคน หรือกรณีเงินเวรเหมาจ่ายนั้น จะไม่ก่อให้เกิดผลลัพธ์การปฏิบัติต่อการดูแลผู้ป่วยเลย คณะแพทยศาสตร์บางแห่งประสบความสำเร็จในการจูงใจให้ทำงานนอกเวลาราชการ แต่ก็ยังมีปัญหาเพราะเนื้องานในช่วงเวลาราชการก็มีมากมายแต่ไม่ได้รับการดูแล ไม่สามารถทำให้เกิดคุณภาพการให้บริการตลอดเวลาได้เลย (รูปที่ 1-1) ปัญหาขาดแคลนอาจารย์แพทย์ทั้งในและนอกเวลาราชการเกิดขึ้นทั่วประเทศ มีแรงดึงจากภาคเอกชน

มากมาย ทุกโรงเรียนแพทย์รับโหลดผลิตนิสิตนักศึกษาเพิ่มมากขึ้นตามความต้องการของประเทศ ดังนั้น งานสอนและงานบริการที่เพิ่มขึ้น แล้วยังต้องมีงานวิจัยอีก ความนิยมการเป็นอาจารย์แพทย์จึงลดลงกว่าสมัยก่อนมาก ปัญหาเหล่านี้ทุกๆ คณะแพทยศาสตร์ได้แก้ไขปัญหาจำเพาะของตนเอง ยากที่หาใครเป็นเจ้าภาพหลัก กระทรวงศึกษาธิการก็ให้ความสำคัญการศึกษาพื้นฐานมากเนื่องจากขาดแคลนสูงกว่า รัฐบาลแต่ละยุคสมัยก็ไม่ได้ช่วยอย่างจริงจัง แก้ปัญหาเฉพาะหน้าแต่ส่งผลพวงที่เกาะกินระบบอีกในระยะยาว อาทิเช่น การให้ค่าตอบแทนไม่ทำคลินิก การให้เงิน พ.ต.ส.* ซึ่งล้วนแต่เป็นการให้แบบ flat rate ที่ไม่คำนึงถึงผลลัพธ์การปฏิบัติงานแต่ประการใด เนื่องจากแพทย์ที่เป็นผู้บริหารในกระทรวงก็ได้ด้วย นโยบายฉาบฉวยเช่นนี้ มีงบประมาณเทเข้าไปก็ไม่สามารถวัดผลลัพธ์ที่แตกต่างได้เลย กลับซ้ำเติมระบบให้มากขึ้น เนื่องจากต้องเอาเงินรายได้ของโรงพยาบาลที่มีอยู่จำกัดมาเจือจุนแต่ไม่ได้ผลสัมฤทธิ์จากการใช้เม็ดเงินจำนวนนี้เลย



รูปที่ 1-2 ปัญหาขาดแคลนอาจารย์แพทย์แบบ "แอบแฝง"

กลไกการเกิดการขาดแคลนอาจารย์แพทย์แบบแอบแฝง

ปัจจุบันมีการแข่งขันกันในภาคธุรกิจโรงพยาบาลในประเทศสูงมาก อาจารย์แพทย์ที่มีประสบการณ์ บางรายเป็นรองศาสตราจารย์ ศาสตราจารย์ จำเป็นต้องลาออกจากราชการไปเพื่อรับค่าตอบแทนสูงกว่า 10-20 เท่า ทำงานเหนื่อยน้อยกว่า ไม่มีงานบริหารวิชาการ หรืองานธุรการที่ไม่ตรงกับ profession ของตน อาจารย์แพทย์ที่ยังไม่ลาออกก็จะถูกดึงดูดเข้าไปทำงาน part-time มากขึ้น มอบหมายให้เป็นแพทย์ที่ปรึกษาของโรงพยาบาลเอกชน บางอนุสาขามีผู้ป่วยฉุกเฉินมารับบริการน้อย โรงพยาบาลไม่สามารถแบกรับภาระค่าเวรแพทย์ที่ปรึกษาทั้งหมดได้ บางรายอยู่เวรแพทย์ที่ปรึกษาซ้ำซ้อนทั้งภาครัฐร่วมกับภาคเอกชนในช่วงเวลาเดียวกันเพราะคิดว่าจะจัดการเองได้ ยอมรับความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้องเหล่านั้นไว้ที่ตนเองคนเดียว (รูปที่ 1-2)

เมื่อมีอัตราตำแหน่งอาจารย์แพทย์มาเพิ่ม ทุกภาควิชาขอเพิ่มกันทุกภาควิชาเพราะภาควิชาต่างคิดว่าไม่มี "ต้นทุน" เรื่องคน (หรือแรงงาน) ในระดับภาควิชา แต่หวังที่เอาตำแหน่งเพิ่มมาแบ่งเบาภาระงานของภาควิชาไว้ก่อน และที่สำคัญตำแหน่งทั้งหมดให้มาทำงานช่วง 8 ชั่วโมงทำการในวันราชการ แต่อีก 16 ชั่วโมง ยังมีผู้ป่วยที่ยังมารับบริการอยู่ แต่มีไม่ถึงร้อยละ 2-5 ของจำนวนอาจารย์แพทย์ทั้งหมดที่ปรากฏตัวอยู่ในโรงพยาบาล

* พ.ต.ส. = เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข

ด้วยระเบียบราชการเป็นเช่นนี้ ทุกโรงเรียนแพทย์ที่ยังอยู่ในระบบราชการจะขาดแคลนอาจารย์แพทย์ในช่วงนอกเวลาราชการ เหลือแต่นิสิตแพทย์ แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้าน ทำกันจนเป็นธรรมเนียมที่ยอมรับกันอาจารย์แพทย์ที่พอมีอุดมการณ์ก็อยู่เวรเฝ้า (ปรากฏตัว) ที่โรงพยาบาล ทำได้ไม่นานก็ถูกกลืนเข้าไปในระบบ เพราะคนอื่นทำกันแบบเดียวกันหมด เมื่อแพทย์ประจำบ้านจบการฝึกอบรมและรับไว้เป็นอาจารย์แพทย์ ก็ทำแบบเดียวกันกับอาจารย์แพทย์รุ่นพี่ เป็นการก่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ไม่ดี ทั้งๆ ที่ทุกคนก็ทราบกันดีว่า งานบริการด้านการแพทย์ระดับตติยภูมิต้องอยู่ในมือของอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ต้องเป็น "ต้นแบบ" ที่ดีให้แก่ลูกศิษย์ เพื่อที่จะนำไปเป็นแบบอย่างของแพทย์ที่ดี สร้างศรัทธาให้แก่ประชาชนผู้มารับบริการ

ผลพวงในระยะยาวที่ตามมา

ผลพวงจากการขาดแคลนอาจารย์แพทย์แบบ "แอบแฝง" ในระบบราชการนั้น มีปรากฏให้เห็นในโรงเรียนแพทย์เก่าแก่ทุกแห่ง อาทิเช่น

1. ไม่มีงานวิจัยทางการแพทย์ในผู้ป่วยฉุกเฉินหรือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการในช่วงนอกเวลาราชการที่ทำโดยอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเลย
2. เครื่องมือผ่าตัดราคาแพงที่ขออนุมัติซื้อกันทุกแผนก แย่งกันทำผ่าตัดเฉพาะในช่วงเวลาราชการ (40 ชั่วโมง/สัปดาห์) แทนที่จะใช้ได้ 168 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (24 ชั่วโมง x 7 วัน) เมื่อจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดมากขึ้นก็ขอเปิดห้องผ่าตัดเพิ่ม ขอซื้อเครื่องมือเพิ่ม แทนที่จะใช้ห้องผ่าตัดหรือใช้เครื่องมือผ่าตัดชุดเดิมในช่วงนอกเวลาราชการ
3. การขออัตราตำแหน่งอาจารย์เพิ่มขึ้น เพื่อมาแบ่งเบาภาระงาน โดยแต่ละภาควิชาไม่ได้คำนึงถึง "ต้นทุน" ที่สูงขึ้น การมีตำแหน่งอาจารย์แออัดในช่วงในเวลาราชการจึงไม่ส่งผลดีต่อองค์กรในภาพรวม การโน้มน้าวให้ภาควิชารับผิดชอบงานบริการนอกเวลาราชการยังทำไม่ได้เต็มที่ภายใต้กฎระเบียบราชการ

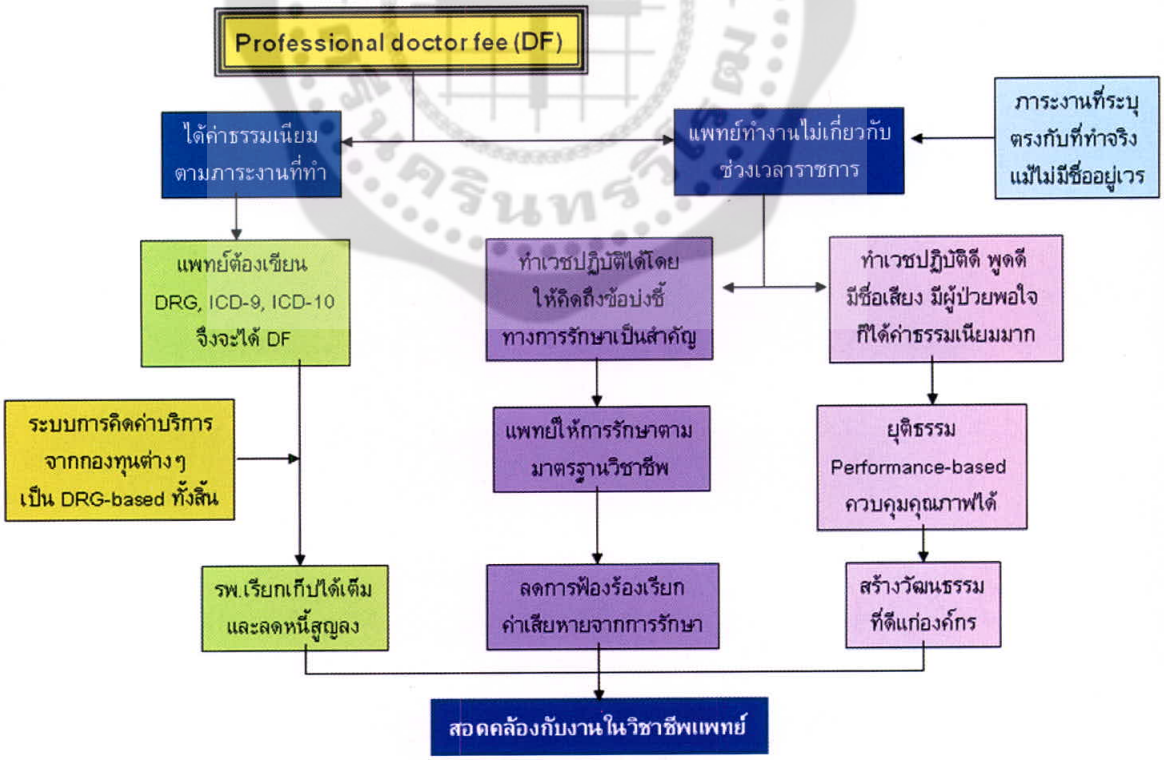
ระบบที่แตกต่างในการคิดโครงสร้างค่าธรรมเนียมแพทย์ของอาจารย์แพทย์ใน มศว

การดำเนินกิจการโรงพยาบาลให้เกิดคุณภาพของงานบริการทางการแพทย์นั้น "ขาดแพทย์ไม่ได้" ที่ผ่านมาในอดีต การบริหารโรงพยาบาลโดยใช้ระเบียบราชการไม่สอดรับกับ "ค่าของงานมืออาชีพ (Professional workload)" เลย งานของแพทย์ที่ต้องมาตรวจเยี่ยม (round) ผู้ป่วยนอกเวลาราชการหรือวันหยุดราชการ หรือที่จำเป็นต้องผ่าตัดหรือทำหัตถการทางการแพทย์ด่วน ในระเบียบราชการไม่ได้ออกแบบไว้ให้งานของแพทย์ที่เร่งด่วนและฉุกเฉินแบบนี้เลย ระเบียบราชการแบ่งง่ายๆ คือในและนอกเวลาราชการ ซึ่งไม่เหมาะสมอย่างยิ่งที่มาปรับใช้กับการบริการทางการแพทย์ที่มีความจำเป็น ความเร่งด่วนที่ต้องรักษา ผ่าตัด ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยปราศจากเงื่อนไขเรื่องเวลา สำหรับภาคเอกชน มีค่าธรรมเนียมแพทย์ที่ใช้กันมาเป็นที่ยอมรับของสากล ตามความยากง่ายของโรคตามหัตถการที่หลากหลายรูปแบบของแต่ละอนุสาขา การแจกแจงค่าของงานบริการทางการแพทย์ตามเกณฑ์ของ DRG (Diagnosis-related group) ที่เป็นมาตรฐานสากลเพื่อระบุภาระงานจริง ไม่คำนึงถึงระยะเวลา หรือช่วงเวลาราชการหรือไม่ แล้วนำมาเป็นเกณฑ์ในการให้ค่าตอบแทนเพิ่มเติม (top-up) แก่แพทย์แต่ละคนที่อุทิศให้แก่องค์กร

ผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์ มศว และศูนย์การแพทย์ฯ มุ่งพัฒนาการรักษาให้ได้มาตรฐานวิชาชีพทั้งในและนอกเวลา พร้อมทั้งปรับระบบการบริหารภายในองค์กรให้ขับเคลื่อนไปยังเป้าหมายแห่งสถาบันวิชาการทางการแพทย์ในยุคหน้า ดังนั้น Professional doctor fee (PDF) ของอาจารย์แพทย์ที่สร้างขึ้นใหม่นี้ จึงรวมกิจกรรมที่เกี่ยวกับผู้ป่วยไม่ว่าจะรักษา สอน วิจัย และไม่คิดซ้ำซ้อนกัน อีกทั้งไม่แยกประเภทผู้ป่วยตามสิทธิ์ในการเบิกเพื่อให้อาจารย์แพทย์ใช้ความรู้ ทักษะและเจตคติที่มีคุณภาพและมาตรฐานแห่งวิชาชีพ การออกแบบโครงสร้างการบริหารค่า

ธรรมเนียมสำหรับอาจารย์แพทย์ในครั้งนี้ นับเป็นครั้งแรกของโรงพยาบาลภาครัฐแห่งแรก จึงไม่มีต้นแบบจากโรงเรียนแพทย์แห่งใดมาก่อน แนวคิดนี้จึงไม่เหมือนกับ PDF ของแพทย์โรงพยาบาลเอกชน แต่เป็นค่าตอบแทนจากภาระงานสอน วิจัยและบริการแบบองค์รวมที่สัมพันธ์กับผู้ป่วย การให้ตามการบันทึกภาระงานบริการทางการแพทย์หรือเรียกว่า Record Medical Workload ย่อว่า RW ซึ่งคล้องกันกับ RW (related weight) ในระบบของ DRG เนื่องจากนำหลักคิดส่วนหนึ่งของ DRG มาคิดคำนวณด้วย (ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ครั้งที่10/2551 เมื่อวันที่ 29 ต.ค.50 ประกอบกับมติที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ ครั้งที่6/2550 เมื่อวันที่ 15 ต.ค.50)

ในการออกแบบโครงสร้างการบริหารนี้ มุ่งต้องตอบสนองนโยบายหลักที่จะบรรลุพันธกิจของคณะแพทย์ มศว ได้ทั้งภาระงานสอน ภาระงานวิจัยและภาระงานบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน คณะแพทยศาสตร์ มศว ต้องการให้อาจารย์ทุกท่านดูแลผู้ป่วยทุกคน คิดถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ คิดถึงการสอนนิสิตแพทย์ให้รับรู้สิ่งที่เราทำเวชปฏิบัติทั้งศาสตร์และศิลป์ คิดถึงงานวิจัยที่จะสกัดเอาความรู้มาพัฒนาด้านการรักษาให้เจริญรุดหน้าไป อาจกล่าวได้ว่านโยบาย RW เป็นกลยุทธ์สำคัญในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอาจารย์แพทย์ ทำให้อาจารย์แพทย์ร่วมมือร่วมใจกันและใช้ศักยภาพเต็มพิกัดของอาจารย์แพทย์ เพื่อธำรงไว้ซึ่งบุคลากรที่ทรงคุณค่าแก่สถาบัน ขอให้คำนึงถึงเป้าหมายสูงสุดคือ การบริการที่ได้มาตรฐานในระดับตติยภูมิ ขอให้อาจารย์ทุกคนมีกำลังใจ ช่วยกันแก้ไขไปสู่สิ่งที่ดีที่จะเกิดขึ้นให้แพทย์รุ่นหลังมีบันไดวิชาชีพที่มั่นคง มาร่วมกันสร้างงาน สร้างระบบใหม่ให้องค์กรของเราให้ยั่งยืนอยู่ที่แห่งนี้ ทำงานด้วยความสุข สืบทอดจากแพทย์รุ่นเราต่อไป (รูปที่ 1-3)



รูปที่ 1-3 ระบบการคิดค่าธรรมเนียมแพทย์สอดคล้องกับการพัฒนาวิชาชีพแพทย์

2

กฎระเบียบราชการและช่องทางการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานบริการ

การออกนโยบาย RW ใหม่นี้ ถือเป็นหัวใจหลักในการนำองค์กรสู่การเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ ภาพรวมของนโยบายนี้สามารถบูรณาการปัจจัยเสริมต่างๆที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันแก้ไขปัญหาที่โรงเรียนแพทย์ไทยทุกแห่งประสบอยู่ (อ่านรายละเอียดในบทที่ 1) การออกแบบโครงสร้างการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมมุ่งหวังที่จะไปแก้ไขปัญหาในระดับบุคคลไปจนถึงระดับองค์กร หากพิจารณารายละเอียดจะเห็นว่ายุ่งยากซับซ้อนมาก แต่ในความเป็นจริงนั้นรวบประเด็นใหญ่ๆ สำคัญๆ ให้ผู้บริหารเข้าใจง่าย สามารถอนุมัติให้ใช้งบรายได้ด้วยความมั่นใจ และนำประเด็นหลักเฉพาะที่มีผลโดยตรงต่ออาจารย์แพทย์ผู้ปฏิบัติงานทราบก่อนเข้าร่วมโครงการ ทำการประชาพิจารณ์ให้อาจารย์แพทย์ทุกคนมีส่วนร่วม และดำเนินการสื่อสารด้วยข้อความอันเป็นเงื่อนไขสำคัญๆ ไปยังอาจารย์แพทย์โดยตรง ยุทธวิธีในการดำเนินภารกิจที่สำคัญนี้ให้ลุล่วง มีองค์ประกอบสำคัญที่สรุปได้ดังนี้

1. **เลือกใช้**โอกาสที่ศูนย์การแพทย์ฯ ออกนอกระบบหรืออยู่ในกำกับของรัฐ มีกฎระเบียบบริหารการคลังเอง แต่คณะแพทยศาสตร์ มศว ยังอยู่ในระบบราชการไม่สามารถทำอะไรเลยขอบเขตที่ราชการกำหนดไม่ได้ โดยมีแนวคิดการจัดการดังนี้
    1.1. ขออนุมัติหลักเกณฑ์การจ่ายจากคณะกรรมการอำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ แล้วแจ้งให้สภามหาวิทยาลัยเพื่อทราบ
    1.2. รายละเอียดการบริหารจัดการให้เกิดระบบการคิดคำนวณและการปรับค่า RW ของหัตถการทางการแพทย์ต่างๆ ให้อยู่ในอำนาจสั่งการโดยคณะกรรมการดำเนินงานศูนย์การแพทย์ฯ
    1.3. จัดตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนพิเศษตามภาระงานบริการวิชาการ เป็นชุดเฉพาะกิจ ชุดนี้มีความจำเป็นมากเนื่องจากมีปัญหาจุกจิกมากมายหลายเรื่องที่ต้องถกเถียงกันระหว่างภาควิชา เมื่อได้ข้อสรุปจึงนำเสนอให้คณะกรรมการดำเนินงานฯ เป็นผู้อนุมัติ เมื่อกฎเกณฑ์ระเบียบทุกอย่างนิ่งแล้วให้ยุบคณะทำงานชุดนี้ หากมีการปรับแก้ไขให้คณะกรรมการดำเนินงานศูนย์การแพทย์ฯ เป็นผู้พิจารณาและสั่งการต่อได้เลย
2. **ออกแบบ**โครงสร้างและเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมนี้ให้เอื้อประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์กรให้บรรลุพันธกิจหลัก 3 ด้านของอาจารย์คลินิก เพื่อความยั่งยืนขององค์กรในระยะยาว สามารถแข่งขันบนเวทีระดับสากลได้ มีหลักคิดดังนี้
    2.1. งบประมาณที่นำมาใช้จ่ายในระบบค่าตอบแทนนี้มาจากงบรายได้ของศูนย์การแพทย์ฯ จึงมีหลักคิดที่ต้องนำผลประโยชน์ของ “ผู้ป่วย” เป็นศูนย์กลาง
    2.2. หากผู้บริหารศูนย์การแพทย์ฯ มีเงินประจำตำแหน่งบริหารอยู่แล้ว ห้ามมิให้คิดซ้ำซ้อนได้อีก
    2.3. งานบริการที่มอบให้ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ศูนย์การแพทย์ฯ ต้องมีองค์ประกอบของงานสอน และงาน

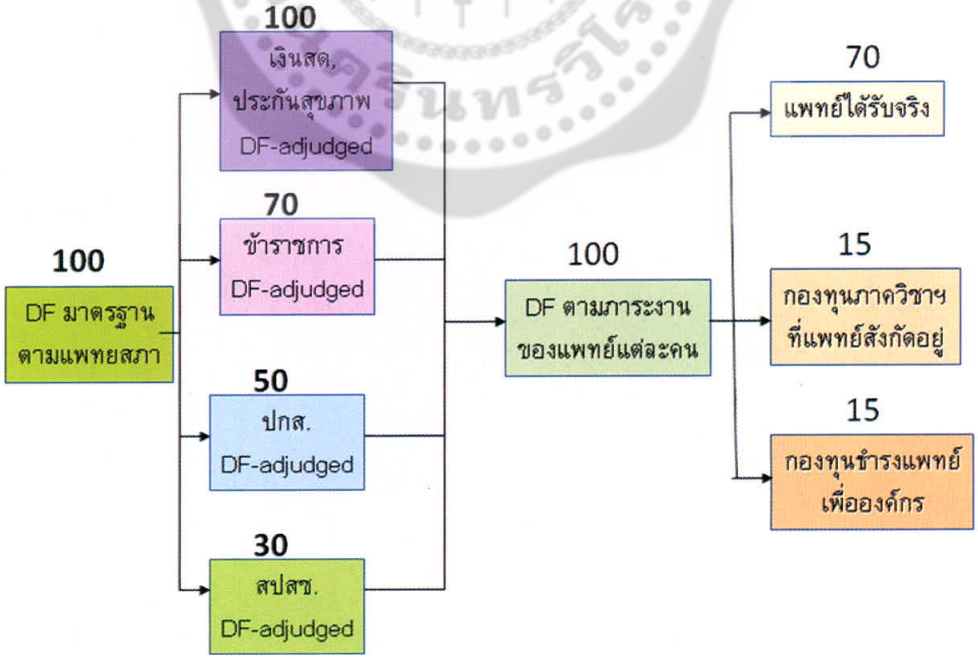
วิจัยไปพร้อมกัน ดังนั้น จึงไม่มีการคิดเพิ่มเติมได้อีก โดยให้คิดถั่วเฉลี่ยกันไป หากต้องการได้รับค่าตอบแทนจากงานสอน ให้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การจ่ายเงินรายได้ของมหาวิทยาลัย และหากจะทำวิจัยทางคณะฯ และมหาวิทยาลัยก็มีทุนวิจัยสนับสนุนอยู่แล้ว

2.4. ไม่จำแนกผู้ป่วยจากสิทธิประโยชน์ เช่นประกันสังคม สปสช. หรือ กรมบัญชีกลาง เพื่อให้ค่าตอบแทนหรือค่าธรรมเนียมแพทย์ที่ต่างกัน อย่างที่ทำกันในโรงพยาบาลเอกชน เพราะอาจทำให้เกิดปัญหาการเลือกรักษาหรือปฏิเสธการรักษา ซึ่งต้องขจัดออกไปเพื่อธำรงรักษาจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพแพทย์ที่ดี ให้เป็น "ต้นแบบ" ที่น่าศรัทธาของนิสิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านต่อไป (รูปที่ 2-1, 2-2)

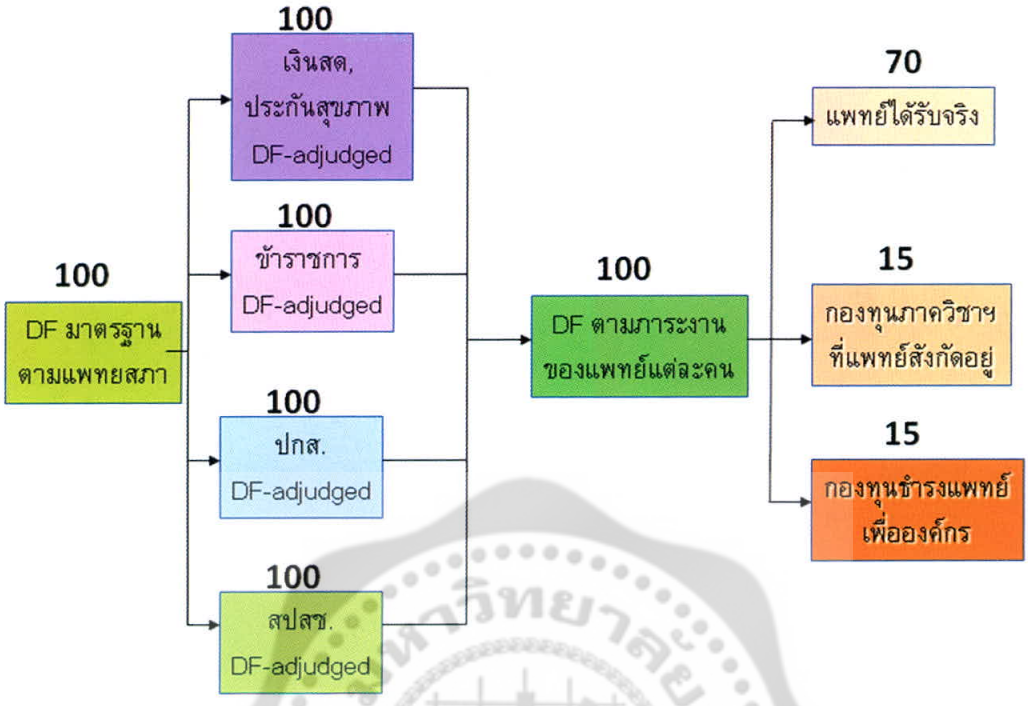
2.5. สร้างกลไกแรงจูงใจที่มากพอที่จะดึงอาจารย์แพทย์ไม่ต้องทำเอกชน กลับมาสร้างงานบริการ กลับมารักงานสอน และอยู่ในโรงเรียนแพทย์อย่างมีความสุข นอกจากนั้น งานบริการใดที่ยากและไม่มีแพทย์อยากไปทำ ก็ให้ค่าตอบแทนที่สูงขึ้น

2.6. ก่อตั้งกองทุนของภาควิชาและกองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร โดยจัดสรรสัดส่วนในส่วนแบ่งของรายได้ของอาจารย์แพทย์ที่ทำได้ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็น "เจ้าของ" ของหน่วยงานและขององค์กร เพื่อให้เกิดความตระหนักที่ทุกคนในองค์กรต้องอุทิศ เสียสละ และระดมความคิดมาสร้างสรรค์องค์กรให้เจริญอย่างต่อเนื่อง และร่วมกันพัฒนาสวัสดิการให้จูงใจมาทำงานที่ศูนย์การแพทย์ฯ (รูปที่ 2-3)

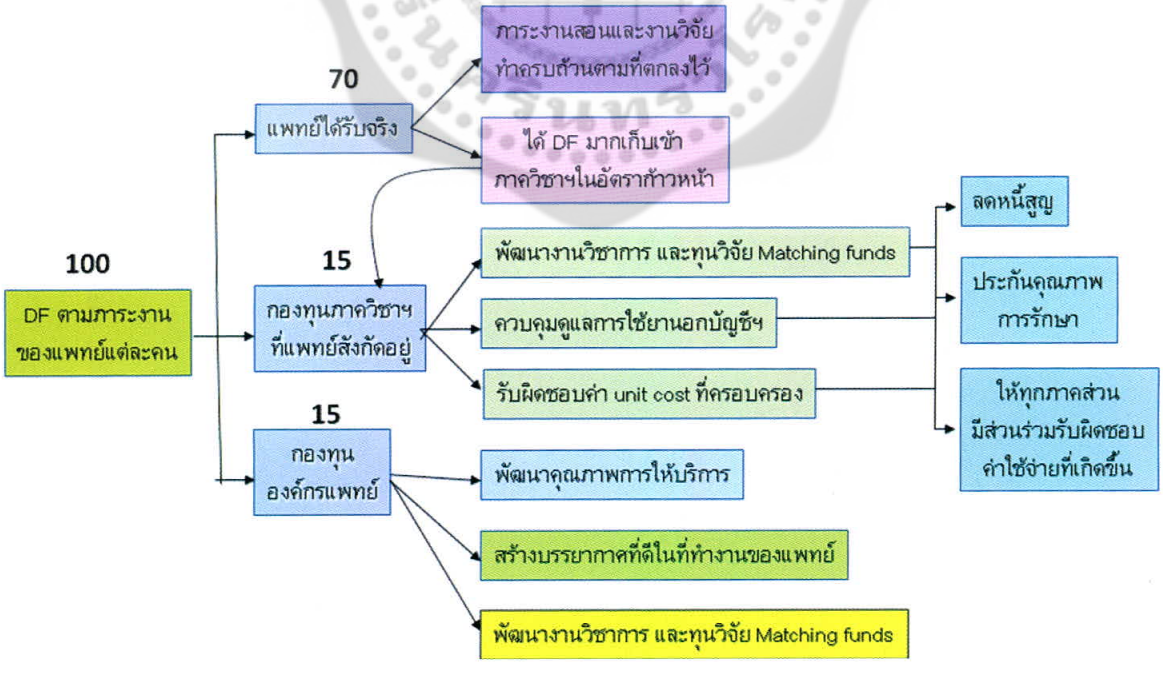
3. **ต่อสายเชื่อมโยง** ทุกอย่างไม่ต้องเริ่มจากศูนย์ (0) สามารถดึงเอาเทคโนโลยีหรือแนวคิดใหม่มาปรับใช้ได้เลย เช่น นวัตกรรมการคิดความยากง่ายของกลุ่มโรคต่างๆ ทางการแพทย์ด้วย DRG แล้วคำนวณออกมาเป็นค่า RW (Related weight) หรือคู่มือการคิดค่าธรรมเนียมแพทย์ของแพทยสภา ทั้งสองอย่างเป็นมาตรฐานสากลไม่มีใครกล้าคัดค้าน นำมาเป็นเกณฑ์กลางในการพิจารณาตัดสินระหว่างแผนกกัน โดยมีหลักคิด ดังนี้



รูปที่ 2-1 สัดส่วนที่แตกต่างกันของค่าธรรมเนียมที่แพทย์ได้รับจากผู้ป่วยที่อ้างสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน มักนิยมใช้กันในภาคเอกชน



รูปที่ 2-2 การไม่จำแนกผู้ป่วยตามสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน เพื่อป้องกันปัญหาจริยธรรมที่เกิดขึ้นในโรงเรียนแพทย์



รูปที่ 2-3 การจัดสรรกองทุนภาควิชาและกองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กรในโครงสร้างการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติม (RW)

3.1. ต้องยืดหยุ่น ไม่มีมาตรวัดที่เหมาะสมหรือสมบูรณ์กับบริบทในองค์กรของเรา จึงต้องมีความยืดหยุ่น พร้อมปรับแก้บนพื้นฐานเหตุผลของหลักวิชาการและวิชาชีพแพทย์

3.2. ต้องเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม ให้ทุกคนที่มีส่วนได้ส่วนเสียมาอภิปรายโต้แย้งกัน โดยทั่วไป มนุษย์ทุกคนมักไม่แสดงความคิดคับแคบ เพราะกลัวผู้อื่นตำหนิ อย่าไปตกลงกันส่วนตัวในที่ลับ ขอให้นำมาพูดในที่แจ้ง

3.3. ปรับวิธีคิดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียว่า อย่าลงรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผ่าตัดไส้ติ่ง บางรายง่าย บางรายยาก ก็ให้ถัวๆ กันไป ปรับความรู้สึกให้เข้าใจธรรมชาติของกลุ่มโรคก็จะลดความเป็นตัวตนไปได้บ้าง

4. **กล้าตัดสินใจ** การลังเลหรือความกลัวไม่สามารถผลักดันงานใหญ่ให้เกิดได้ เนื่องจากเรื่องนี้เป็นเรื่องใหม่ ไม่มีใครทำให้เห็นเป็นแบบอย่าง เป็นการยากมากที่จะมาให้ค่าธรรมเนียมแพทย์ในระบบโรงพยาบาลในภาครัฐ คนในองค์กรก็กลัวและหวาดระแวงว่า สิ่งใหม่ๆ นี้จะทำให้ชีวิตเขาเปลี่ยนไปจากเดิม ทำงาน part-time ได้ยากมากขึ้นหรือไม่ สิ่งสำคัญคือ การวางแผนกลยุทธ์ที่ยืดหยุ่นในการถ่ายทอดนโยบาย RW นี้ให้เป็นรูปธรรม สร้างความมั่นใจให้แก่คนในองค์กรว่า ค่าตอบแทนนี้ไม่ได้เรียกเก็บจากผู้ป่วย ไม่ได้สร้างความลำบากให้แก่ผู้มารับบริการ แต่จะเป็นระบบการคิดค่าตอบแทนแปรผันภาระงานบริการทางการแพทย์ที่อุทิศให้แก่องค์กร ดังนั้น การเรียงลำดับความคิด เหตุผล และองค์ประกอบ รวมทั้งมองภาพรวมขององค์กรที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ก็จะช่วยทำให้ผู้บริหารมั่นใจในแนวทางการตัดสินใจมากขึ้น

นโยบายหลักในการพิจารณาค่าธรรมเนียมแพทย์

จากพื้นฐานปัญหาที่เกิดขึ้นในองค์กรดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น คณะอนุกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนพิเศษตามภาระงานบริการวิชาการ (คณะทำงานเฉพาะกิจที่คณะกรรมการดำเนินงานศูนย์การแพทย์ฯ แต่งตั้งขึ้น) มีหลักการคิดค่าธรรมเนียมแพทย์ไว้ 4 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. ค่าธรรมเนียมวิชาชีพแพทย์ต้องแปรผันตรงกับ DRG ที่เรียกเก็บเป็นรายได้เข้าโรงพยาบาล
2. อาจารย์แพทย์ที่จะได้ค่าตอบแทนพิเศษนี้ได้ ก็ต่อเมื่อมีภาระงานสอนและงานวิจัยครบตามเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยหรือคณะแพทย์ฯ กำหนด
3. มีวงเงินที่ top-up ตามบัญชีเงินตอบแทนพิเศษเพิ่มของอาจารย์แพทย์ เงินส่วนเกินจะตัดเข้ากองทุนภาควิชาที่สังกัดและกองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร
4. หากมีข้อขัดแย้งหรือข้อพิพาทใดๆ ให้ยึดหลักข้อ 1 มาพิจารณา

โครงสร้างค่าตอบแทนรวมของอาจารย์ด้านคลินิก

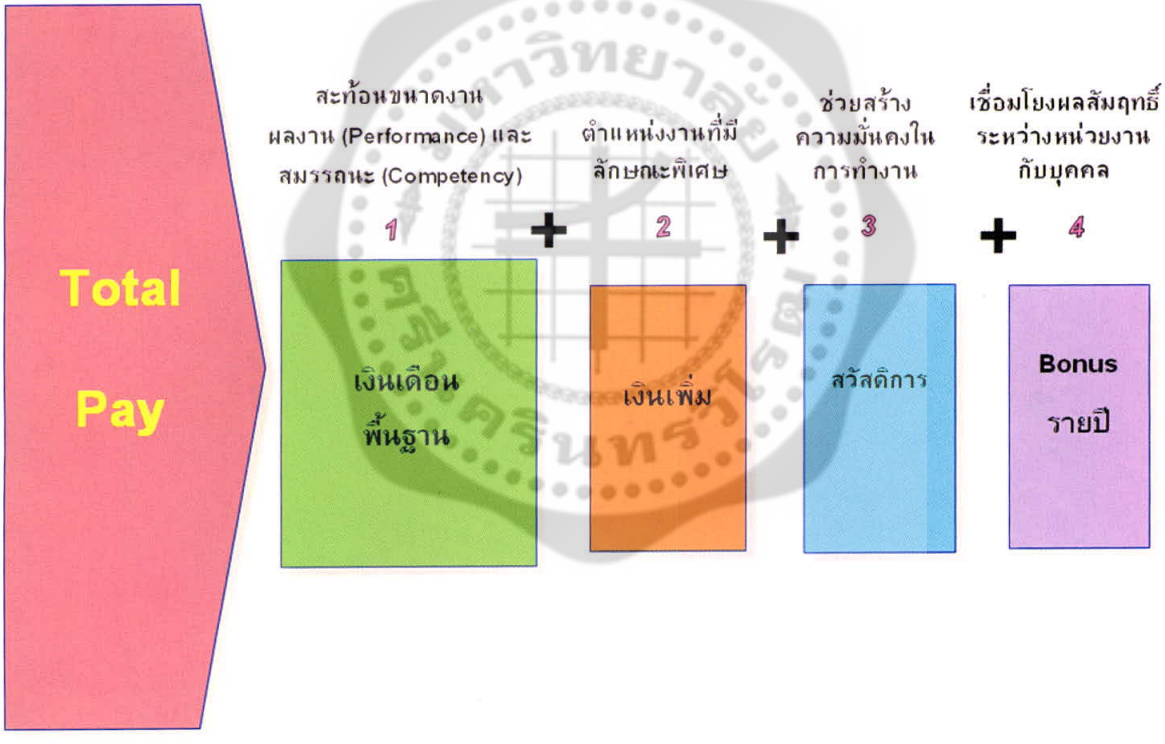
ค่าตอบแทนรวมของอาจารย์แพทย์ มศว ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก (รูปที่ 2-4) คือ เงินเดือน เงินเพิ่มตามภาระงาน สวัสดิการ และโบนัส การคิดค่าตอบแทนเพิ่มเติมภาระงานตามค่า RW ที่ทำได้รายเดือนนี้เป็นเพิ่มเติมนอกเหนือจากค่าตอบแทนหรือเงินอื่นๆ ที่อาจารย์แพทย์ได้แต่เดิมอยู่แล้วเป็น flat rate แต่เป็นจำนวนเงินที่แปรผันตามปริมาณงานอันเกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาลในศูนย์การแพทย์ฯ อนึ่ง ค่าตอบแทนที่เป็นเงินเดือนที่มีลักษณะเป็น flat rate ของอาจารย์ด้านคลินิกในคณะแพทยศาสตร์ มศว ประกอบด้วย

1. เงินเดือนจากที่เป็นข้าราชการหรือพนักงานมหาวิทยาลัย
2. เงินประจำตำแหน่งทางวิชาการ
3. ค่าตอบแทนประจำตำแหน่ง (เฉพาะข้าราชการเท่านั้น)

4. เงิน พ.ต.ส. (10,000 บาทต่อเดือน)
5. เงินสาขาขาดแคลน (7,500 บาทต่อเดือน)
6. เงินสมนาคุณ โรงเรียนแพทย์ส่วนภูมิภาค (2,500 บาทต่อเดือน)

สำหรับอาจารย์แพทย์บางท่านที่อยู่เวรนอกเวลาราชการ จะได้รับค่าตอบแทนจากการปฏิบัติงานนอกเวลาเป็น flat rate เช่นกัน ได้แก่

7. เงินเวร (2,400 บาท / 16 ชม. เฉพาะภาควิชาสูติศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีวิทยา)
8. เงินเวรเวชศาสตร์ฉุกเฉินและผู้อำนวยการฯ นอกเวลา (2,400 บาท / 16 ชม.+ 0.04 RW ต่อผู้ป่วย 1 ราย + 12 RW ต่อ 16 ชม.ซึ่งไม่มี A-factor) อ่านรายละเอียด A-factor ในบทที่ 4
9. เงินค่าตอบแทนที่มาโดยไม่มีเวรรับผิดชอบ (600 บาท / 4 ชม. หากเกิน 4 ชม. ได้ 1,200 บาท + ได้ RW อีก 2 เท่า)



รูปที่ 2-4 โครงสร้างระบบค่าตอบแทนใหม่ของอาจารย์แพทย์ มศว ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก

3

ออกแบบการพัฒนาบันไดวิชาชีพของอาจารย์แพทย์ให้สอดรับกับแผนกลยุทธ์

ในอดีตที่ผ่านมา การได้เป็นอาจารย์แพทย์ถือเป็นอาชีพที่มีเกียรติมาก มีการแข่งขันสูงเพราะตำแหน่งมีอยู่จำกัด เพราะเป็นบันไดสู่ความเป็นผู้มีชื่อเสียง แพทย์ที่เก่งมีความสามารถ มีโรงเรียนแพทย์เท่านั้นที่เข้าทำงานได้ ส่วนแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนเป็นทางเลือกอันดับรองลงมา อาจารย์แพทย์ในอดีตมักเปิดคลินิกและมีผู้มารับบริการเป็นที่รักและศรัทธาของประชาชน แต่ปัจจุบัน มีโรงพยาบาลเอกชนที่มีมาตรฐานสูง ให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่าภาครัฐประมาณ 10-20 เท่า อาจารย์แพทย์ที่มีประสบการณ์ได้ลาออกไปเข้าทำงานในภาคเอกชนมากขึ้น ในโรงเรียนแพทย์หลายแห่งจึงประสบปัญหาขาดแคลนอาจารย์แพทย์จำนวนมากเนื่องจากต้องผลิตแพทย์มากขึ้นอีกด้วย

ในอดีต อาจารย์จากคณะแพทยศาสตร์ มศว ไปทำงานที่วิทยาลัยกรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ซึ่งสังกัดกรุงเทพมหานคร คณบดีไม่สามารถวาง career path ได้ทั้งหมด แต่ในปัจจุบัน คณะแพทยศาสตร์ มศว ได้ส่งอาจารย์คลินิกมาช่วยงานบริการด้านการแพทย์ที่ศูนย์การแพทย์ฯ ซึ่งเป็นหน่วยงานราชการในกำกับของรัฐ โดยมีระเบียบการบริหารแยกอิสระจากระบบราชการ และมีคณบดีเป็นประธานคณะกรรมการดำเนินงานศูนย์การแพทย์ฯ ซึ่งได้รับมอบหมายอำนาจการบริหารศูนย์การแพทย์ฯ จากคณะกรรมการอำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ (อธิการบดีเป็นประธาน) ดังนั้น ขั้นตอนสำคัญคือ ดำเนินการให้คณะกรรมการอำนวยการฯ อนุมัติหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมจากภาระงานบริการทางการแพทย์จากงบประมาณรายได้ หลังจากนั้นรายละเอียดการบริหารจัดการให้บรรลุวัตถุประสงค์เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการดำเนินงานฯ เป็นหลัก

เมื่อคณบดีเป็นผู้บังคับบัญชาทั้งสองหน่วยงานและมีภารกิจสำคัญในการทำให้อาจารย์แพทย์สร้างงานสอน งานบริการวิชาการและงานวิจัยไปพร้อมๆ กัน จึงได้วางหลักแนวความคิดเบื้องต้นไว้ดังนี้

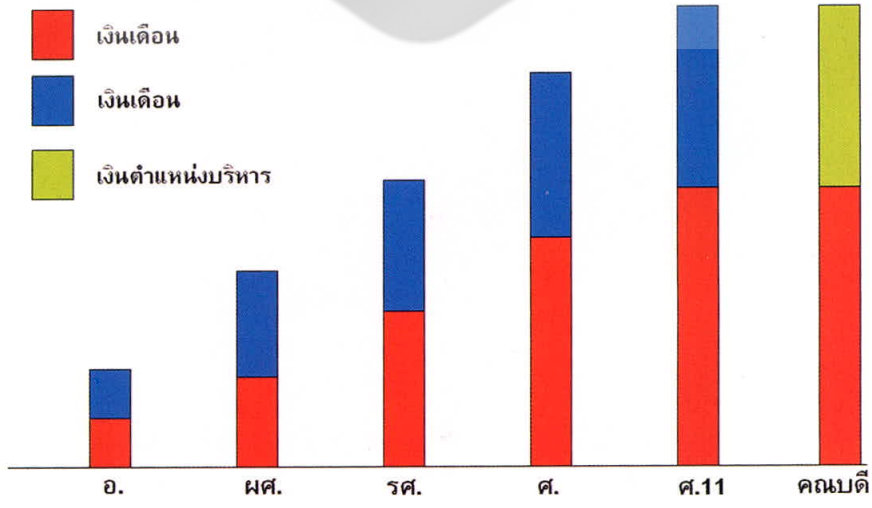
1. อาจารย์แพทย์ที่ทำงานวิชาการซึ่งประกอบด้วยงานสอน บริการและวิจัยจะต้องมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ มีค่าตอบแทนที่สูงเทียบเคียงผู้บริหารสูงสุดคือ เท่ากับคณบดี (รูปที่ 3-1) ในระบบดั้งเดิม อาจารย์แพทย์อาวุโสไม่มีแรงจูงใจให้เป็นเลิศทางวิชาการ จึงมุ่งเดินเข้าสู่สายบริหาร ทำให้โรงเรียนแพทย์ขาดแคลนแพทย์อาวุโสที่เชี่ยวชาญคอยสอนและให้คำแนะนำที่ดีๆ แก่นิสิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน สร้างความเข้มแข็งทางวิชาการให้แก่สถาบันและองค์กรวิชาชีพ ระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนั้นล้มเหลวทั่วประเทศ แพทย์ที่จบการฝึกอบรมไปทำงานต่างจังหวัดก็โดดเดี่ยว ไม่มีแพทย์อาวุโสมาเป็นพี่เลี้ยง ผิดพลาดซ้ำซาก แพทย์ไม่เกื้อกูลช่วยเหลือกันเป็นทีม ดังนั้น ระบบที่ออกแบบให้เกิดบันไดวิชาชีพแพทย์ที่มั่นคง เป็นที่พึ่งด้านวิชาการของแพทย์รุ่นน้อง เป็นเป้าหมายสำคัญของนโยบายนี้

2. คณะแพทยศาสตร์ มศว มีพันธกิจหลัก 3 ด้านคือ งานสอน งานบริการวิชาการและงานวิจัย ดังนั้น เม็ดเงินจากงบรายได้ที่ใช้ไปในนโยบายใหม่ต้องบรรลุพันธกิจสำคัญทั้งสามด้าน ด้วยเหตุผลสำคัญนี้เองที่ทำให้เกิดมีเงื่อนไขผูกพันกับงานสอนและงานวิชาการ จึงได้ออกแบบให้มี การสร้างแรงจูงใจให้อาจารย์ขอตำแหน่งวิชาการเพื่อเลื่อน

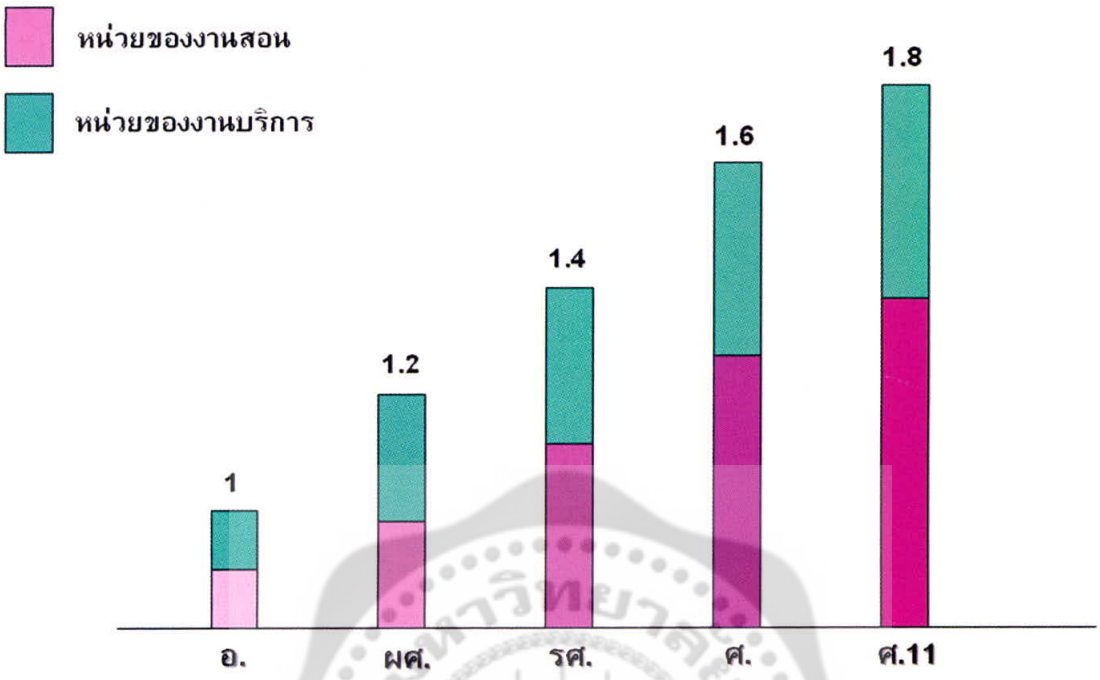
แท่งในการรับเงิน Capmax ที่สูงขึ้นตามตำแหน่งวิชาการ (รูปที่ 8-3) และมี Academic factor (A-factor) เพื่อเป็นตัวคูณตามตำแหน่งวิชาการที่เพิ่มขึ้น (รูปที่ 8-4) ทั้งนี้เป็นการเพิ่มรายได้สูงขึ้นตามประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น ไม่ต้องตรวจรักษามากเท่าเดิม คอยให้คำแนะนำแก่แพทย์รุ่นน้อง และมีเวลาไปทำวิจัยให้มากขึ้น สร้างองค์ความรู้ใหม่ให้วงวิชาชีพในสาขาที่ตนถนัด พัฒนาไปยังตำแหน่งวิชาการที่สูงขึ้น (รูปที่ 3-2) อย่างไรก็ตาม ระบบที่สร้างขึ้นใหม่นี้ยังได้แก้ปัญหาอาจารย์ที่ได้รับตำแหน่งวิชาการแล้วหยุดการสร้างผลงานที่พบเห็นในปัจจุบันในระบบดั้งเดิม ซึ่งยังมีเงินประจำตำแหน่งร่วมกับค่าตอบแทนประจำตำแหน่งเป็นเงินให้เปล่าอีกด้วย โดยการลดการครองสิทธิ์ของ A-factor ไป (รูปที่ 8-4) และมาตรการสุดท้ายที่อาจารย์ทุกคนต้องมีผลงานวิชาการ 20 คะแนน (ดูรายละเอียดในภาคผนวกที่ 2) ในรอบปีที่ผ่านมา

3. พัฒนารายละเอียดระหว่างภาควิชาโดยกระบวนการมีส่วนร่วม การจำแนกความหลากหลายของกลุ่มโรคตามความยากง่ายของหัตถการด้านวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟู โดยใช้มาตรฐานของ DRG ในการคำนวณ related weight เป็นหน่วยภาระงานที่แพทย์เจ้าของไข้ทำได้หลังจากจำหน่ายกลับบ้านไปแล้ว ปรับใช้ DRG version 3 หรือ version 4 ตามความเหมาะสมที่แพทย์เจ้าของไข้ได้ทุ่มเทในการรักษา ทั้งนี้ โดยใช้ที่ประชุมตกลงกันในระหว่างภาควิชาโดยอาศัยสัดส่วนจากค่าธรรมเนียมแพทย์ที่กำหนดโดยแพทยสภาเป็นหลักในการคิดและแจกแจงตามอนุสาขา นอกจากนั้นยังมีการตกลงรายละเอียดปลีกย่อยภายในภาควิชาที่มีอาจารย์แพทย์หลายคนร่วมดูแลในผู้ป่วยรายเดียวกัน

4. สร้างหน่วยงานและองค์กรแพทย์ให้เข้มแข็ง ปัจจัยด้านความเป็นอยู่และสังคมย่อมมีผลต่อความพึงพอใจในสถานที่ทำงาน มีบรรยากาศในการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องได้เป็นอย่างดี ในอดีตที่ผ่านมา อาจารย์ให้ความสนใจและมีส่วนร่วมภายในภาควิชาและองค์กรแพทย์น้อยมาก ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบใหม่นี้ (รูปที่ 2-3) ตั้งใจออกแบบให้อาจารย์แพทย์ได้จริงเพียงร้อยละ 70 ส่วนที่เหลือร้อยละ 15 แบ่งให้กองทุนภาควิชา และอีกร้อยละ 15 แบ่งให้กองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร มีวัตถุประสงค์หลักคือ ปลูกจิตสาธารณะ ร่วมสร้างประโยชน์ให้องค์กรและสถาบัน มุ่งหวังให้อาจารย์แพทย์ตระหนักถึงการอยู่รอดด้วยตัวคนเดียวนั้นทำไม่ได้ ต้องมาร่วมกันเป็นเจ้าของภาควิชา องค์กรแพทย์ และคณะแพทยศาสตร์แห่งนี้ ปัจจุบัน กองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กรเป็นกองทุนหลักที่สนับสนุนอาจารย์แพทย์ให้ไปฝึกอบรมต่อยอดที่ต่างประเทศปีละ 3 ทุนๆ ละ 5-6 แสนบาท



รูปที่ 3-1 ฐานเงินเดือนของอาจารย์ที่ได้ตำแหน่งวิชาการต่างๆ และอาจารย์ในสายวิชาการที่มีเงินเพิ่มเติมจะได้ใกล้เคียงกับคณบดีซึ่งเป็นผู้บริหารสูงสุด



รูปที่ 3-2 ตัวคูณ Academic Factor ที่ทำให้เกิดแรงจูงใจเมื่ออาจารย์แพทย์ได้รับตำแหน่งวิชาการที่สูงขึ้น

ตอนที่ 2

เกณฑ์การคิดคำนวณค่า RW ของภาระงานบริการ

4

เกณฑ์การคิดค่า RW ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉินและการเยี่ยมบ้าน

หลักการ

นำเอาค่า RW ของการผ่าตัดไส้ติ่งเป็นฐานคิด โดยให้ค่าเฉลี่ยโดยประมาณอยู่ที่ 1RW ซึ่งเทียบเป็นค่าธรรมเนียมแพทย์ประมาณ 10,000 บาท ถ้า DF ในการตรวจผู้ป่วยนอกเท่ากับ 400 บาท ดังนั้นการตรวจผู้ป่วยนอกแต่ละรายจะเท่ากับ 0.04RW สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้เวลานานให้คิดรายละ 0.08RW ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวช พฤติกรรมเด็กและเยี่ยมบ้าน ส่วนผู้ป่วยคดีครั้งแรกให้คิดรายละ 0.08RW นัดครั้งต่อไปให้คิดรายละ 0.04RW เกณฑ์การคิดค่า RW ของภาควิชานิติเวชวิทยาให้ดูรายละเอียดในภาคผนวกที่ 6

สำหรับหัตถการทางการแพทย์ที่ทำในผู้ป่วยนอก ให้คิดตามเกณฑ์ค่า mean ของค่าธรรมเนียมแพทยสภา และให้เทียบค่าธรรมเนียมแพทยสภา 200 บาทเท่ากับ RW 0.01 แต้ม และจากมติที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณา RW ในวันพฤหัสบดีที่ 8 พฤศจิกายน 2550 ดังนี้

1. อาจารย์แพทย์บางท่านที่ตรวจรักษา child development และตรวจเด็กทั่วไป จำเป็นต้องระบุให้ชัดเจน เพราะมีค่า RW ที่แตกต่างกัน หากระบุไม่ชัดเจนให้คิดเป็นตรวจเด็กทั่วไป
2. อาจารย์นิติเวชต้องระบุว่าเป็น first visit หรือ Follow-up เพราะมีค่า RW ที่แตกต่างกัน หากระบุไม่ชัดเจนให้คิดเป็น second visit

การคิดค่า RW ผู้ป่วยนอก (OPD)		
ผู้ป่วยทั่วไป	ตรวจที่ OPD ทั่วไปต่อ 1 ราย	ตรวจที่ห้อง ER ต่อ 1 ราย (กรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน)
	● 0.04 แต้มกรณีอาจารย์แพทย์เป็นผู้ตรวจรักษา ● 0.02 แต้มกรณีแพทย์ใช้ทุนเป็นผู้ตรวจรักษา	● ในเวลา คิด 2 เท่าของผู้ป่วยทั่วไป ● นอกเวลา ในกรณีได้รับค่าเวรตามตารางเวร คิด 2 เท่าของผู้ป่วยทั่วไป ● ในกรณีที่ไม่รับค่าเวรตามตารางเวร คิด 3 เท่าของผู้ป่วยทั่วไป
ค่าเวรห้องฉุกเฉิน	ได้รับค่าเวรเพิ่มจากค่าเวรเดิม (1,200 บาท) อีก 6RW ในช่วงเวลา 8ชั่วโมง และได้ค่าตรวจ 0.04 แต้มต่อราย	
ผู้ป่วยจิตเวช / ผู้ป่วย Child Development	2 เท่าของผู้ป่วยทั่วไปที่ตรวจที่ OPD ทั่วไป	
Case Management กรณีเกิดโรคระบาด ทำโดยอาชีวอนามัย	คิด 0.04 แต้มต่อราย	
การเยี่ยมบ้าน 1 ครอบครัว	คิด 0.08 แต้มต่อผู้ป่วย/ สมาชิกครอบครัวที่เยี่ยม 1 ราย	
ผู้ป่วยนิติเวช	ครั้งแรกคิด 2 เท่าของผู้ป่วยทั่วไปที่ตรวจ OPD ทั่วไป ครั้งต่อไปคิดเท่ากับผู้ป่วยทั่วไปที่ OPD ทั่วไป	
* กรณีที่อาจารย์คุมแพทย์ใช้ทุน หรือ นิสิตแพทย์ ให้โอนค่า RW ให้อาจารย์แพทย์ที่คุม (เฉพาะที่มีลายเซ็นอาจารย์กำกับเท่านั้น)		

การคิดค่าธรรมเนียมการทำหัตถการ กรณีผู้ป่วยนอก

การคิดค่า RW ของแต่ละหัตถการให้คิดตามเกณฑ์ค่า mean ของค่าธรรมเนียมแพทยสภา และให้เทียบค่าธรรมเนียมแพทยสภา 200 บาทเท่ากับ RW 0.01 แต้ม

การคิดค่า RW ของพยาธิแพทย์

ให้บันทึกค่า RW ตามเกณฑ์ค่า mean ของค่าธรรมเนียมแพทยสภา และให้เทียบค่าธรรมเนียมแพทยสภา 200 บาทเท่ากับ 0.01 RW โดยคิดต่อ 1 สไลด์ ถ้าแพทย์ไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติเองจะไม่ได้ค่าธรรมเนียม

การคิดค่า RW ของรังสีแพทย์

ค่า RW ของรังสีแพทย์ ให้คิด

- การอ่านฟิล์มทั่วไป 0.02 RW ต่อแผ่น,
- อัลตร้าซาวด์คิดค่า RW = 0.1 RW ต่อ part และ whole abdomen RW=0.15,
- Doppler Ultrasound คิดค่า RW = 0.25 ต่อ part,
- CT-scanที่กำหนด ทุกชนิดได้ 0.3 RW ต่อรายส่วนอื่นได้ RW=0.15 ต่อ part,
- Mammogram คิดค่า RW = 0.1

ส่วนการทำหัตถการทางรังสีร่วมรักษาให้คิด RW ดังนี้คือ

- Retrograde pyelogram คิดค่า RW = 0.24, Biopsy per part,
- Reduction of colonic intussusceptions under fluoroscopy and ultrasound คิดค่า RW = 0.8,
- Arteriogram & Venogram per part Anterograde pyelogram คิดค่า RW = 1.6,
- Drainage procedure and Arterial Embolization บริเวณอื่นๆ คิดค่า RW = 2.4
- ส่วน Arterial Embolization ของ Head and Neck คิดค่า RW = 4 และ
- Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) คิดค่า RW = 4.8

5

เกณฑ์การคิดค่า RW ผู้ป่วยใน

หลักการ

จำนวนแต้มผู้ป่วย 1 รายคิดเท่ากับค่า RW รวมอันประกอบด้วย Principle diagnosis และ ICD-9CM ตามที่คำนวณได้ตาม DRG ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่มีการคิดค่า RW จากการทำหัตถการอันเกิดเนื่องจากกระบวนการรักษาใดๆ อีก

การคิดค่า RW ผู้ป่วยใน (IPD) กรณีไม่มีผ่าตัด	
แพทย์เจ้าของไข้	คนละ 100% ของค่า RW ตาม DRG กรณีที่มีกุมารแพทย์หรือ อายุรแพทย์ดูแลมากกว่า 1 คน โดยให้หัวหน้าภาควิชาแบ่ง RW ที่ได้ตามสัดส่วนที่แพทย์แต่ละคนดูแล
แพทย์รับปรึกษา	คนละ 10% ของค่า RW ตาม DRG ต่อเรื่องที่ปรึกษา ตลอด case จนได้รับการจำหน่ายจาก รพ.
หมายเหตุ	*แพทย์เจ้าของไข้ไม่ได้ค่า RW เพิ่มจากการเขียน progress note เนื่องจากคิด RW รวมต่อผู้ป่วย 1 รายไปแล้ว ยกเว้นกรณีที่ย้ายไปเข้า ICU อย่างไรก็ตาม ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอยู่ในเรื่อง QC ของภาควิชาอยู่แล้ว*

จากมติที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณา RW ในวันพฤหัสบดีที่ 8 พฤศจิกายน 2550 เนื่องจากอาจารย์แพทย์ไม่ได้กรอกรหัส ICD-10 ทำให้เสียเวลาในการรวบรวมและคำนวณค่าตอบแทนตาม RW ทีมที่ทำงานจำเป็นต้องจ้างเจ้าหน้าที่ในการจัดทำและกรอกเข้าระบบ จึงมีมติให้หัก 10% เพื่อนำมาใช้จ่ายในการกรอกข้อมูลล่วงเวลา

การปรับปรุงค่า RW เนื่องจากค่า RW ของผู้ป่วยบางรายมีค่า RW สูงแต่เก็บเงินจากต้นสังกัดได้น้อย เนื่องจากการให้ยาที่มีราคาสูงหรือในรายที่แพทย์เลือกใช้ยาปฏิชีวนะราคาแพงทำให้เรียกเก็บเงินได้น้อยกว่าที่ควรจะได้รับ ดังนั้นจึงให้คิดค่า reduction rate โดยกำหนดให้ 1 RW มีค่าเท่ากับ 11,000 บาท และมีการคำนวณค่า RW ตามที่เคยปฏิบัติ (calculated RW) คูณกับ 11,000 ได้จำนวนเงินที่คาดว่าจะได้รับ (Expected income) ครั้นเมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วย และทราบยอดเงินที่ผู้ป่วยต้องจ่าย (Total expenditure) และมีการปรับค่า RW ใหม่ดังตาราง ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2551 เป็นต้นไป

(Total expenditure) – [11,000 x (Calculated RW)]	Adjusted RW by multiplied factor
> 80 %	1
60-79 %	0.8
< 60 %	0.5

(ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ครั้งที่ 4/2551 เมื่อวันที่ 28 เม.ย. 2551)

กรณีการคำนวณค่า RW ที่เกิดจากผู้ป่วยมา Admit ให้ Chemo

กรณีดังกล่าว อาจารย์แพทย์ที่ดูแลจะได้รับมีค่า RW ทั้งๆ ที่การดูแลไม่ยุ่งยาก อยู่โรงพยาบาลไม่นาน ปริมาณคนไข้ในมีจำนวนมาก มาให้เคมีบำบัดเป็นช่วงๆ การที่ทาง สปสช.ให้กรณีนี้มีค่า RW สูงเพราะรวมค่ายาเคมีบำบัดไปด้วย การที่นำค่า RW มาใช้เลยจึงไม่สอดรับสถานการณ์จริงที่แพทย์ต้องเผชิญกับความยากง่ายของโรค ดังนั้น ทางฝ่ายสนับสนุนการแพทย์ ดำเนินการศึกษาเรื่องดังกล่าวแล้ว มีประเด็นสรุปได้ดังนี้ สมมุติ Case มา Admit เป็น CA rectum ให้ Chemo คำนวณด้วย Program version 4 ได้ RW = 2.2 (ใช้ Z 511 เป็น pdx) แต่ถ้าคำนวณด้วย Program version 3 ได้ RW 0.69 (ใช้ Z 511 เป็น pdx) ในขณะที่ผู้ป่วย Diarrhea คำนวณ RW จาก Program version 4 ได้ 0.2 โดยประมาณ ด้วยเหตุผลที่เราได้ค่า RW จาก Program version 3 นั้น เราสามารถเบิกยา Chemo ต่างหาก และส่วนค่า RW ที่คำนวณจาก Program version 4 นั้น เราสามารถเบิกยา Chemo ได้อีกไม่เกิน 4,000 บาท และให้เฉพาะยาที่ สปสช. กำหนดมาเท่านั้น เห็นได้ว่า RW ที่เพิ่มมาเป็น 2.2 ที่คำนวณได้จาก version 4 นั้น เป็นการชดเชยค่ายา Chemo ขึ้นมา จึงมีมติให้การคำนวณค่า RW กรณีให้ผู้ป่วยที่มา Admit เพื่อให้ Chemo จากเดิม Program version 4 เป็น Program version 3 ซึ่งจะได้ RW=0.69 (ใช้ Z 511 เป็น pdx) ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2551 เป็นต้นไป

6

เกณฑ์การคิดค่า RW สำหรับหัตถการทางการแพทย์

การคิดค่า RW ผู้ป่วยนอก (OPD) กรณีที่มีการทำหัตถการ*

1. ศัลยแพทย์เจ้าของไข้ได้ค่าRWให้บันทึกค่าRWตามเกณฑ์ค่าmeanของค่าธรรมเนียมแพทยสภาและให้เทียบค่าธรรมเนียมแพทยสภา 200 บาทเท่ากับ RW 0.01 แต้ม ถ้าแพทย์ไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติเองจะไม่ได้ค่าธรรมเนียม
2. กรณีที่กุมารแพทย์หรืออายุรแพทย์ส่งผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องผ่าตัด ในกรณีนี้กุมารแพทย์หรืออายุรแพทย์ให้ได้ค่าตรวจ = 0.04 RW ส่วนศัลยแพทย์จะได้ค่าตรวจ = 0.04 RW บวกกับค่า RW ที่ได้คำนวณจากข้อ 1

หมายเหตุ * *จากมติที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณา RW ในวันพฤหัสบดีที่ 8 พฤศจิกายน 2550 ศัลยแพทย์จะต้องกรอกข้อมูลการทำหัตถการตามรหัส ICD-9CM หากไม่กรอกจะถูกหัก 10% เพื่อนำไปจ้างให้ผู้อื่นมาทำแทน*

การคิดค่า RW ผู้ป่วยใน (IPD) กรณีที่มีการทำหัตถการ*
1. ศัลยแพทย์เจ้าของไข้ได้ค่า RW จากการคำนวณตาม DRG อยู่แล้ว
2. กรณีที่กุมารแพทย์หรืออายุรแพทย์รับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องผ่าตัด ในกรณีนี้ศัลยแพทย์ได้ค่า RW ตามข้อ 1 ส่วนกุมารแพทย์หรืออายุรแพทย์ให้คิด 10% ของค่า RW ที่คำนวณได้จากข้อ 1 (หากมีกุมารแพทย์หรืออายุรแพทย์ Attending หลายคนให้แบ่งสัดส่วนกันเอง แต่รวมแล้วไม่เกินค่า RW ที่คำนวณได้) หากไม่มีการผ่าตัดให้คิด 10 % ของค่า RW แก่ศัลยแพทย์ที่รับปรึกษา
3. กรณีที่มีการช่วยการผ่าตัด จะคิด RW สำหรับอาจารย์แพทย์ที่ช่วย assist โดยศัลยแพทย์ผู้ช่วยได้ค่า RW เท่ากับ (ค่า RW ตามเกณฑ์ค่า mean ของค่าธรรมเนียมแพทยสภา และให้เทียบค่าธรรมเนียมแพทยสภา 200 บาทเท่ากับ RW 0.01 แต้ม) หารด้วย 3

การคิดค่า RW ของวิสัญญีแพทย์

ให้คำนวณ RW โดยคิดเป็น unit ตามการคำนวณของราชวิทยาลัยวิสัญญี เทียบกับ 1 unit เท่ากับ 800 บาทคิดค่า RW ขั้นต่ำ

กรณีที่เริ่มปฏิบัติงานดมยาระหว่าง 16.00-20.00 น. ในวันราชการเท่ากับ 3 RW

การคิดค่า RW ของพยาธิแพทย์

ให้บันทึกค่า RW ตามเกณฑ์ค่า mean ของค่าธรรมเนียมแพทยสภา และให้เทียบค่าธรรมเนียมแพทยสภา 100 บาทเท่ากับ 0.01 RW โดยคิดต่อ 1 สไลด์ ถ้าแพทย์ไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติเองจะไม่ได้ค่าธรรมเนียม

การคิดค่า RW ของรังสีแพทย์

ค่า RW ของรังสีแพทย์ ให้คิด

- การอ่านฟิล์มทั่วไป 0.02 RW ต่อแผ่น,
- อัลตร้าซาวด์คิดค่า RW = 0.1 RW ต่อ part และ whole abdomen RW = 0.15
- Doppler Ultrasoundคิดค่า RW = 0.25 ต่อ part,
- CT-scanที่กำหนด ทุกชนิดได้ 0.3 RW ต่อราย ส่วนอื่นได้ RW = 0.15 ต่อ part
- Mammogram คิดค่า RW = 0.1

ส่วนการทำหัตถการทางรังสีร่วมรักษาให้คิด RW ดังนี้คือ

- Retrograde pyelogram=0.24, Biopsy per part,
- Reduction of colonic intussusceptions under fluoroscopy and ultrasound = 0.8,
- Arteriogram & Venogram per part
- Anterograde pyelogram คิด RW=1.6,
- Drainage procedure and Arterial Embolization บริเวณอื่นๆ = 2.4
- ส่วน Arterial Embolization ของ Head and Neck คิด RW= 4
- Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) คิด RW = 4.8

*จากมติที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณา RW ในวันพฤหัสบดีที่ 8 พฤศจิกายน 2550 เนื่องจากอาจารย์แพทย์ไม่ได้กรอกรหัส ICD-10 ทำให้เสียเวลาในการรวบรวมและคำนวณค่าตอบแทนตาม RW ทีมที่ทำงานจำเป็นต้องจ้างเจ้าหน้าที่ในการจัดทำและกรอกเข้าระบบ จึงมีมติให้หัก 10% เพื่อนำมาใช้จ่ายในการกรอกข้อมูลล่วงเวลา

7

เกณฑ์การคิดค่า RW สำหรับผู้ป่วยหอบำบัดวิกฤติ

การคิดค่า RW ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ICU	
แพทย์เจ้าของไข้ (ไม่มีผ่าตัด)	
กุมารแพทย์หรืออายุรแพทย์ได้ค่า RW เท่ากับค่า RW ที่คำนวณได้ตาม DRG ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
แพทย์เจ้าของไข้ (มีผ่าตัด)	
• กุมารแพทย์หรืออายุรแพทย์ได้ค่า RW เท่ากับค่า RW ที่คำนวณจากเฉพาะ Principle diagnosis เท่านั้น • ศัลยแพทย์ที่ปรึกษาจะได้ค่า RW เท่ากับค่า RW ที่คำนวณได้ตาม DRG ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Principle diagnosis + ICD-9CM)	
ศัลยแพทย์เจ้าของไข้ (มีผ่าตัด)	
ศัลยแพทย์ได้ค่า RW เท่ากับค่า RW ที่คำนวณได้ตาม DRG ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Principle diagnosis + ICD-9CM)	
แพทย์รับปรึกษา	คนละ 10% ของค่า RW ตาม DRG (Principle diagnosis + ICD-9CM)
Progress note ในหอผู้ป่วย ICU	
• แพทย์ที่เขียน progress note ผู้ป่วยที่ admit ICU ด้วยตนเอง ให้คิดค่า RW เป็น 2 เท่าของตรวจผู้ป่วยทั่วไปที่ห้องตรวจ OPD ทั่วไป (เท่ากับ 0.08 แต้มต่อ 1 รายต่อวัน) • แต่ถ้าเป็นการเซ็นชื่อกำกับให้แพทย์ประจำบ้านหรือนิสิตแพทย์ ให้บันทึกค่า RW เท่ากับของการตรวจผู้ป่วย OPD ของแต่ละภาควิชาต่อผู้ป่วย 1 ราย (เท่ากับ 0.04 แต้มต่อ 1 ราย) • ให้บันทึกค่า RW สำหรับการเขียน progress note ได้วันละ 1 ครั้งต่อแพทย์ 1 คน • ค่า RW สำหรับการเขียน progress note ให้แยกจาก RW ที่คำนวณได้ตาม DRG ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กล่าวแล้วข้างต้น	

8

เกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนตาม RW

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนตาม RW

1. กรณีที่ไม่ได้ทำการหัตถการเองหรือไม่ได้คุมการทำหัตถการอย่างใกล้ชิด ให้โอนค่า RW ที่คำนวณได้จากผู้ป่วยรายนั้น ให้อาจารย์แพทย์ : ภาควิชาที่สังกัด : กองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร = 0 : 50 : 50 ทั้งนี้ให้ดูรายงานดมยาจากวิสัญญีแพทย์
2. กรณีที่แพทย์เป็นผู้คุมทำหัตถการอย่างใกล้ชิด ให้รับค่า RW ตามที่คำนวณได้จากโปรแกรมสำเร็จรูป โดยอาจารย์แพทย์ : ภาควิชาที่สังกัด : กองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร = 70 : 15 : 15
3. กรณีที่แพทย์คุมการทำหัตถการโดยไม่ได้เข้าร่วมทำหัตถการด้วย ให้โอนค่า RW ที่คำนวณได้จากผู้ป่วยรายนั้น ให้อาจารย์แพทย์ : ภาควิชาที่สังกัด : กองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร = 50 : 25 : 25

**กรณีไม่ได้อยู่เวร แต่มาทำหัตถการหรือตรวจนอกเวลาราชการ และที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานอนุมัติเวรในให้ศัลยกรรมประสาทและศัลยกรรมเด็กตามเงื่อนไข "ลงชื่อไว้ 6 เวร แต่ cover อีก 24 - 25 วันที่เหลือ" โดยมีช่วงเวลาสิ้นสุดระบบเก่านี้ภายใน 30 กันยายน 2551 นี้ และต้องบันทึกในแบบลงบันทึกการรักษา กรณีไม่ได้อยู่เวรในช่วงเวลานั้น โดยคิดคำนวณ RW และรับค่าตอบแทนเวรที่ปรึกษานอกเวลาราชการตามระเบียบของศูนย์การแพทย์ฯ ดังตารางที่ 8-1*

4. ค่า RW ตามบันทึกที่แพทย์แต่ละท่านได้ทั้งหมดต่อเดือนจะถูกแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้
   - อาจารย์แพทย์ผู้ปฏิบัติงานจะได้รับ 70% ของ RW ที่บันทึกได้ทั้งหมด
   - กองทุนภาควิชาที่อาจารย์แพทย์สังกัดจะได้รับ 15 % ของ RW ที่บันทึกได้ทั้งหมด
   - กองทุนธำรงแพทย์จะได้รับ 15 % ของ RW ที่บันทึกได้ทั้งหมด

   (ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ครั้งที่ 8/2550 เมื่อวันที่ 28 ส.ค.50)

ตารางที่ 8-1 ค่าตอบแทนสำหรับอาจารย์แพทย์เวรที่ปรึกษาที่ไม่มีชื่อปรากฏเป็นแพทย์เวรในช่วงเวลานั้น

เงื่อนไข	การทำหัตถการ	เบิกค่าเวร	ค่า RW
แพทย์รับปรึกษามาด้วยตนเอง ไม่ได้รับเป็นเจ้าของไข้	ไม่มี	600 บาท*	10%
	มี	600 บาท*	(2 เท่าของ DF แพทยสภา) หารด้วย 200
แพทย์รับปรึกษามาด้วยตนเองและรับย้ายเป็นเจ้าของไข้ต่อ	ไม่มี	600 บาท*	RW (คำนวณตามหลักเกณฑ์เดิม)
	มี	600 บาท*	(2 เท่าของ DF แพทยสภา) หารด้วย 200 + [RW] (ไม่คิด ICD-9CM)**

หมายเหตุ **เบิกได้กรณีที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 4 ชั่วโมง หากเกิน 4 ชั่วโมงให้เบิกได้ 1200 บาท*

***แพทย์คนแรกได้ 10% RW (ไม่คิด ICD-9CM)*

ตารางที่ 8-2 ขั้นเงินเพิ่มพิเศษเพดานสูงสุด (Cap max) ที่อาจารย์แพทย์แต่ละคนจะได้รับต่อเดือนจากภาระงานบริการทางการแพทย์ (RW)

11				57,300	
10				55,300	
9			45,600	53,300	63,200
8			43,750	51,350	61,200
7		34,500	41,900	49,400	59,200
6		32,700	40,050	47,500	57,200
5	19300	30,900	38,200	45,600	55,200
4	17500	29,100	36,350	43,750	53,250
3	15700	27,300	34,500	41,900	51,300
2	12060	25,500	32,700	40,050	49,400
1	10200	23,700	30,900	38,200	47,500
ขั้น	อ	ผศ.	รศ.	ศ.	ศ.11

หมายเหตุ *เกณฑ์กำหนดการเข้าสู่ขั้นเงินเพิ่มพิเศษรายเดือน โดยให้คิดอายุงาน (ปี) หลังได้รับแต่งตั้งตำแหน่งวิชาการเป็นจำนวนขั้นที่ได้ หากเกิน 8 เดือนให้ปัดขึ้น 1 ขั้น*

ตารางที่ 8-3 การปรับขั้นเงินเพิ่มพิเศษเพดานสูงสุด (Cap max) สำหรับ 2 ปีแรกที่อาจารย์เข้ามาทำงานใหม่

11				57,300	
10				55,300	
9			45,600	53,300	63,200
8			43,750	51,350	61,200
7		34,500	41,900	49,400	59,200
6		32,700	40,050	47,500	57,200
5	19300	30,900	38,200	45,600	55,200
4	17500	29,100	36,350	43,750	53,250
3	15700	27,300	34,500	41,900	51,300
2	**22060**	25,500	32,700	40,050	49,400
1	**20200**	23,700	30,900	38,200	47,500
ขั้น	อ	ผศ.	รศ.	ศ.	ศ.11

หมายเหตุ *สำหรับ 2 ปีแรกของการบรรจุใหม่ในตำแหน่งอาจารย์แพทย์ให้เพิ่มวงเงิน (cap max) อีก 10,000 บาท กล่าวคือ ขั้น 1 เดิม 10,200 บาท จะเพิ่มเป็น 20,200 บาท และขั้นที่ 2 เพิ่มเป็น 22,060 บาท ทั้งนี้เพื่อเป็นแรงจูงใจให้อาจารย์ใหม่ผลิตผลงานเพื่อขอกำหนดตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ได้ภายใน 2 ปี*
(ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานครั้งที่ 6/2551 เมื่อวันที่ 23 มิ.ย.51)

5. การประชุมที่เกี่ยวกับ HA ที่แพทย์เข้าร่วม และที่ประชุมคณะกรรมการองค์กรแพทย์ให้คิดเท่ากับ 0.5 RW ต่อครั้ง และมอบให้ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ เป็นผู้พิจารณาว่าคณะกรรมการใดบ้างที่เกี่ยวกับ HA และมอบให้เลขานุการที่ประชุมในแต่ละชุดจัดทำรายงานส่งรายชื่อแพทย์ที่เข้าร่วมไปยังรองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายสนับสนุนการแพทย์หลังเสร็จสิ้นการประชุม ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป
(ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ครั้งที่ 4/2551 เมื่อวันที่ 28 เม.ย.51)
6. กรณีที่มีค่าตอบแทนตามแบบบันทึกภาระงานบริการทางการแพทย์ ซึ่งไม่สามารถระบุว่าเป็นภาระงานหลักของอาจารย์แพทย์ท่านใด ให้นำเงินค่าตอบแทนตามแบบบันทึกภาระงานบริการทางการแพทย์ ดังกล่าวแบ่งเป็น 2 ส่วน โดยจัดสรรเป็นงบสนับสนุนภาควิชาร้อยละ 30 และงบสนับสนุนกองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กรร้อยละ 70 ของค่าตอบแทนตามบันทึกภาระงานบริการทางการแพทย์ดังกล่าว
(ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ ครั้งที่ 2/2551 เมื่อวันที่ 5 มี.ค.51)

ตารางที่ 8-4 แฟคเตอร์ตัวคูณ (A-factor) ของ RW ตาม performance-based incentives ของปีที่ผ่านมา

คะแนนของปีที่ผ่านมา*	0	1-14	15-25	26-40	41-50	>50
ศาสตราจารย์ 11	1	1	1.2	1.4	1.6	1.8
ศาสตราจารย์	1	1	1.2	1.4	1.6	1.6
รองศาสตราจารย์	1	1	1.2	1.4	1.4	1.4
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	1	1	1.2	1.2	1.2	1.2
อาจารย์	1	1	1	1	1	1

หมายเหตุ 1. **คะแนนจากประเภทผลงานวิชาการที่คิดเป็นคะแนนตามสัดส่วนของผลงานที่ส่งเพื่อขอตำแหน่งทางวิชาการตามระเบียบที่สภามหาวิทยาลัยกำหนด*

2. *ปีงบประมาณ 2551 ให้ใช้แฟคเตอร์ตัวคูณสูงสุดของตำแหน่งวิชาการนั้นๆ และในปีงบประมาณ 2552 จะนำผลงานวิชาการของทั้งปี 2551 มาคิดคะแนน ตามระเบียบที่สภามหาวิทยาลัยกำหนด*

7. อาจารย์แพทย์แต่ละท่านจะได้รับค่าตอบแทนต่อเดือนตาม RW ดังกล่าว ได้ไม่เกินเพดานสูงสุดที่กำหนดในตำแหน่งและขั้น (ตารางที่ 8-3) ค่า RW ที่เกินเพดานสูงสุดที่กำหนดไว้จะถูกโอนเข้ากองทุนภาควิชาที่สังกัด 50% และกองทุนธำรงแพทย์ 50% อนึ่ง คณบดีได้มอบหมายให้องค์กรแพทย์เป็นผู้ดำเนินการประเมิน competency (core competency = 20%, functional competency = 10%) หากได้คะแนนประเมินไม่ถึง 21% จากคะแนนเต็ม 30% จะไม่พิจารณาเลื่อนขั้นค่าตอบแทนตาม RW ให้ในปีงบประมาณถัดไป (ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานครั้งที่ 6/2551 เมื่อวันที่ 23 มิ.ย.51)
8. ค่าตอบแทน RW มีแฟคเตอร์ตัวคูณ (ตารางที่ 8-4) โดยแปรผันตามตำแหน่งวิชาการที่ครองอยู่และแปรผันตามปริมาณผลงานวิชาการ (ภาคผนวกที่ 2) ยกเว้น อาจารย์ใหม่ ไม่ต้องส่งปริมาณผลงานวิชาการใน 1 ปีที่ผ่านมา
9. อาจารย์แพทย์ที่มีปริมาณผลงานวิชาการตามเกณฑ์การคิดคะแนนของมหาวิทยาลัย (ภาคผนวกที่ 2) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา รวมแล้วไม่ถึง 20 คะแนน ให้นำค่าตอบแทน RW ของอาจารย์ท่านนั้น โอนเข้ากองทุนภาควิชาที่สังกัด 50% และกองทุนธำรงแพทย์ 50% ยกเว้นผู้ที่บรรจุเป็นอาจารย์ที่คณะแพทยศาสตร์ มศว เป็นปีแรก (ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ครั้งที่ 10/2550 เมื่อวันที่ 29 ต.ค.50 ประกอบมติที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ ครั้งที่ 6/2550 เมื่อวันที่ 15 ต.ค.50)
10. การสรุปแฟ้มเวชระเบียน IPD จากมติที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาการจ่ายเงินค่าตอบแทนตามบันทึกภาระงานบริการทางการแพทย์ (RW) ครั้งที่ 1/2550 เมื่อวันอังคารที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2550 เห็นควรให้มีการสุ่มตรวจ (audit) แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย IPD ที่นำส่งเบิกค่า RW ในอัตราร้อยละ 3 ของแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย IPD ที่นำส่งเบิกค่า RW และมอบให้รองผู้อำนวยการฝ่ายสนับสนุนการแพทย์รับผิดชอบทำ Flow chart ในการจัดเก็บเวชระเบียนใหม่ (ดังแสดงในตารางที่ 8-5) และเริ่มใช้ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2551 เป็นต้นไป
11. จากพื้นฐานความคิดในเรื่องภาระงานบริการตรวจรักษา (Medical services) ของอาจารย์คณะแพทยศาสตร์

มศว นี้ แตกต่างจากการให้บริการของแพทย์ภาคเอกชน คือ ต้องมีการสอน การวิจัยควบคู่ไปตามพันธกิจของคณะแพทยศาสตร์แห่งนี้ด้วยคณะผู้บริหารฯจึงได้ออกแบบให้ทุกกิจกรรมหลักที่เกิดขึ้นต้องมีทิศทางการพัฒนาไปในทางเดียวกันทั้งหมด เป็นการส่งสัญญาณที่ชัดเจนให้อาจารย์แพทย์ทุกท่านที่มาทำงานที่คณะแพทย์แห่งนี้ ต้องมีงานสอนและงานวิจัยควบคู่ไปด้วยเสมอ ดังนั้น การออกแบบการกำหนดขั้นเงินเพิ่ม Cap-max (ตารางที่ 8-3) และแฟคเตอร์ตัวคูณหรือ A-factor (ตารางที่ 8-4) ในแต่ละตำแหน่งวิชาการที่ครองอยู่ตามผลงานวิชาการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา จะช่วยทำให้องค์กรเกิดผลผลิตด้านวิชาการให้แก่สังคมได้มากขึ้นด้วย

ตารางที่ 8-5 Flow chart ในการพัฒนาเวชระเบียนให้สมบูรณ์

กรณีถ้าผู้ป่วยในน้อยกว่า 3 สัปดาห์	กรณีถ้าผู้ป่วยในมากกว่าเท่ากับ 3 สัปดาห์
⇩ ให้แพทย์เจ้าของไข้สรุปแฟ้มเวชระเบียนและทำเวชระเบียนให้สมบูรณ์ให้เสร็จภายใน 2 วันทำการ	⇩ ให้แพทย์เจ้าของไข้สรุปแฟ้มเวชระเบียนและทำเวชระเบียนให้สมบูรณ์ให้เสร็จภายใน 5 วันทำการ
⇩ กรณีเมื่อแฟ้มกลับมาแล้ว ไม่สรุป Code DRG และ/หรือนำส่งไม่ทันกำหนดดังกล่าว จะถูกหักค่า RW ในอัตราร้อยละ 10 เข้าหน่วยงานกลางที่ทำสรุป Code DRG (R-to-A)	
⇩ หลังจากตรวจสอบเวชระเบียนแล้วถ้าสมบูรณ์ นำเก็บเข้าแฟ้มรอการ Audit ถ้าไม่สมบูรณ์จะส่งเวชระเบียนกลับภาควิชาเพื่อดำเนินการเรื่องความสมบูรณ์และจะถูกหักค่า RW ในอัตราร้อยละ 10 เข้าหน่วยงานกลาง (R-to-A)	
⇩ ส่งให้แพทย์ Code DRG และทำเวชระเบียนให้สมบูรณ์ คิดให้ฉบับละ 25 บาท และดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 7 วันทำการ	
⇩ กรณีที่แฟ้มเวชระเบียนใดไม่มี Code DRG หลังวันที่ 15 ของเดือนถัดไป หรือไม่สามารถติดตามเวชระเบียนกลับมาได้หลังจากส่งขึ้นภาควิชา จะถูกคิด RW ถัวเฉลี่ยเท่ากับ 0.25 RW ต่อผู้ป่วย 1 รายและถูกหักอีก 0.025	
⇩ ค่า RW จริงของแฟ้มเวชระเบียนที่ค้าง ที่จะตัดจ่ายให้ปลายปี (ดูในตารางที่ 9-1) จะถูกหักค่า RW อีกในอัตราร้อยละ 30 เข้าหน่วยที่ทำสรุป Code DRG (R-to-A)	

9

การคำนวณค่าตอบแทนตาม RW ในแต่ละเดือน

ค่า RW ของอาจารย์แพทย์แต่ละท่านจะถูกรวบรวมเป็นรายวัน จากจุดให้บริการทุกแห่งของศูนย์การแพทย์ฯ โดยมีรองผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฝ่ายสนับสนุนบริการทางการแพทย์ เป็นผู้ประสานหลักและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้เกิดความคล่องตัวสูงสุด หลังจากผ่านการใช้งานแล้ว 2 เดือนจะมีการปรับปรุงและจะเริ่มเขียนโปรแกรมสำเร็จรูปที่ฝังอยู่ในระบบ ปัจจุบันได้ปรับระบบการคิดคำนวณลงในโปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้ตรวจรักษาผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยรวบรวม RW ที่เกิดจากอาจารย์แพทย์แต่ละคน แล้วคำนวณให้อัตโนมัติเมื่อตอนสิ้นเดือน

ผลรวมของค่า RW รวมของอาจารย์แพทย์แต่ละคน แล้วคูณด้วยแฟคเตอร์ตัวคูณตามตำแหน่งวิชาการที่ครองอยู่ (ตารางที่ 8-4) ผลรวมสุดท้ายจะบอกถึงสัดส่วนที่อาจารย์แพทย์แต่ละคนจะได้รับในแต่ละเดือน ซึ่งจะแตกต่างกันตามภาระงานตรวจรักษา

ให้ Sum (RW_n) = ผลรวมของค่า RW รวมของอาจารย์แพทย์

B = ร้อยละ 6 ของยอดงบประมาณรายได้ ศกพ.หักด้วยงบดำเนินการ (รวมยาและเวชภัณฑ์)

(B x 0.8)/12 = วงเงินที่ตัดจ่ายให้เป็นค่าตอบแทนตาม RW เป็นรายเดือน*

$$RW = \frac{(B \times 0.8)/12}{Sum\ (RW_n)}$$

ดังนั้น อาจารย์แพทย์แต่ละคนจะได้ร้อยละ 70 ของค่าตอบแทนตามจำนวน RW ที่ทำได้ต่อเดือน จำนวนเงินอีกร้อยละ 30 จะถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วนเท่าๆ กัน ปัดให้กองทุนภาควิชาที่อาจารย์ท่านนั้นสังกัดและอีกส่วนปัดเข้ากองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร อย่างไรก็ตาม ยอดเงินสุดท้ายที่ได้รับตาม RW นี้จะต้องไม่เกินขั้นเงิน Cap-max ที่อาจารย์ได้กำหนดจากจำนวนปีที่ครองตำแหน่งวิชาการนั้นๆ (ตารางที่ 8-3) จำนวนเงินส่วนที่เกินจะถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วนเท่าๆ กัน ปัดให้กองทุนภาควิชาที่อาจารย์ท่านนั้นสังกัดและอีกส่วนปัดเข้ากองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร (ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ ครั้งที่ 6/2550 เมื่อวันที่ 15 ต.ค.50)

หมายเหตุ **จากมติคณะกรรมการอำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ ครั้งที่ 5/2550 วันที่ 15 ตุลาคม 2550 ให้จ่ายค่าธรรมเนียมแพทย์เป็นรายเดือน โดยจ่ายในอัตราร้อยละ 80 และจ่ายเมื่อสิ้นปีงประมาณ อีกไม่เกินร้อยละ 20 เมื่อศูนย์การแพทย์ฯ มีรายรับจริงไม่น้อยกว่าที่ประมาณการ รายรับไว้ในแต่ละปีงบประมาณนั้น แล้วนำมาเป็นค่าเฉลี่ยของ RW ตลอดทั้งปีแล้วแบ่งจ่ายกลับไปยังอาจารย์แพทย์แต่ละท่านตามค่า RW ที่ทำได้ในแต่ละเดือน*

การสรุปแฟ้มเวชระเบียน IPD

คณะกรรมการพิจารณาการจ่ายเงินค่าตอบแทนตามบันทึกภาระงานบริการทางการแพทย์ (RW) ครั้งที่ 1/2550 เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2550 มีมติดังนี้

๑. กรณีถ้าผู้ป่วยในน้อยกว่า 3 สัปดาห์ ให้แพทย์เจ้าของไข้สรุปแฟ้มเวชระเบียนและทำเวชระเบียนให้สมบูรณ์ให้เสร็จใน 3 วันทำการ

๒. กรณีถ้าผู้ป่วยในมากกว่าเท่ากับ 3 สัปดาห์ ให้แพทย์เจ้าของไข้สรุปแฟ้มเวชระเบียนและทำเวชระเบียนให้สมบูรณ์ให้เสร็จใน 5 วันทำการ

๓. กรณีเมื่อแฟ้มกลับมาแล้ว ไม่สรุป Code DRG และ/หรือ นำส่งไม่ทันกำหนดดังกล่าว จะถูกหักค่า RW ในอัตราร้อยละ 10

๔. หลังจากตรวจสอบเวชระเบียนแล้วถ้าสมบูรณ์ นำเก็บเข้าแฟ้มรอการ Audit ถ้าไม่สมบูรณ์จะส่งเวชระเบียนกลับภาควิชาเพื่อดำเนินการเรื่องความสมบูรณ์และจะถูกหักค่า RW ในอัตราร้อยละ 10 เข้าหน่วยงานกลาง (R-to-A ย่อมาจาก Record to be Audit)

๕. หลังจากส่งเวชระเบียนกลับเพื่อดำเนินการเรื่องความสมบูรณ์แล้วดำเนินการไม่เสร็จภายใน 7 วันทำการ จะถูกหัก RW อีกในอัตราร้อยละ 10

๖. กรณีที่แฟ้มเวชระเบียนไม่มี Code DRG หลังจากวันที่ 15 ของเดือนถัดไป หรือไม่สามารถติดตามเวชระเบียนกลับได้ภายใน 7 วันทำการ จะถูกคิด RW ถัวเฉลี่ยเท่ากับ 0.25 RW ต่อผู้ป่วย 1 รายและถูกหักอีก 0.025

จากมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานฯ เห็นควรให้มีการสุ่มตรวจแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย IPD ที่นำส่งเบิกค่า RW ใน อัตราร้อยละ 3 ของแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย IPD ที่นำส่งเบิกค่า RW

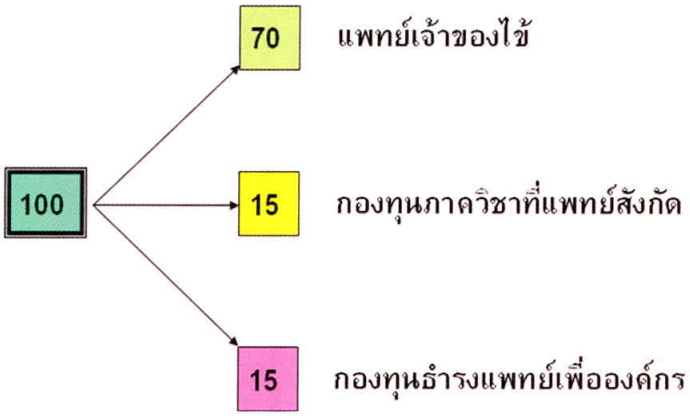
การจ่ายค่าตอบแทนตาม RW ส่วนสุดท้ายตอนปลายปี

เนื่องจากมีการกระจายผู้ป่วยตลอดทั้งปีไม่เท่ากัน ส่วนสุดท้าย (20%) จะจ่ายตามค่า RW ที่เฉลี่ยตลอดทั้งปีแล้วแบ่งจ่ายตามจำนวน RW ที่อาจารย์แพทย์ทำได้จริง ดังแสดงในตารางที่ 9-1

*ตารางที่ 9-1 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนตาม RW ของรายเดือนและปลายปี**

ค่าตอบแทนตาม RW	จ่ายรายเดือน	จ่ายปลายปี
สัดส่วนของงบที่จัดสรรให้ต่อปี (x)	80%	ไม่เกิน 20%
วิธีคำนวณค่า RW	จำนวนเงิน (x) หารด้วย ผลรวมของ RW แต่ละเดือนที่เกิดขึ้น	จำนวนเงิน (x) หารด้วย ผลรวมของ RW ของทั้งปี
กำหนดจ่าย	วันที่ 20 ของเดือนถัดไป	วันที่ 20 ตุลาคม ของปีงบประมาณถัดไป

หมายเหตุ **หากเดือนใดที่อาจารย์ได้ค่าตอบแทนตาม RW ไม่ถึงเพดานสูงสุด (Cap-max) ตามตารางที่ 8-2 เงินปลายปีจะเติมให้จนเต็มเพดานสูงสุด ส่วนเกินจะปัดเข้ากองทุนภาควิชาและกองทุนชำรงแพทย์เพื่อองค์กรอย่างละเท่าๆ กัน** (ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ครั้งที่ 10/2550 เมื่อวันที่ 29 ต.ค.50)



รูปที่ 9-1 ค่าธรรมเนียมแพทย์ที่นำมาจัดสรร

แนวคิดการบริหารกองทุนภาควิชาและกองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร

การจัดสรรเงินค่าตอบแทนตามภาระงานบริการรักษาพยาบาล (RW) จากแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์การแพทย์ฯ ก่อให้เกิดกองทุนภาควิชาและกองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร ในสัดส่วนแพทย์ : กองทุนภาควิชา : กองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร = 70 : 15 : 15 (รูปที่ 9-1) โดยมีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกแพทย์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการอยู่ร่วมกัน พึงพาอาศัยกัน เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กัน เป็นพี่น้องกัน ทำงานด้วยความสุข รู้สึกอยากมาทำงาน อยากพัฒนาสังคมที่ใกล้ตัว คำนึงถึงความก้าวหน้าขององค์กรไปพร้อมๆ กับความก้าวหน้าในหน้าที่การงานของตนเอง ก่อกำเนิดจิตสาธารณะให้เกิดขึ้นกับทุกคนในองค์กร หลักเกณฑ์การจ่ายเงินจากกองทุนจะสะท้อนถึงเป้าหมายขององค์กร 4 ประการ คือ

1. เพิ่มคุณภาพงานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย
2. ความมากน้อยของการอุทิศตนให้แก่องค์กร
3. เน้นการทำงานท่ามกลางความผาสุกของสมาชิกในองค์กรแพทย์
4. ความมั่นคงและความยั่งยืนขององค์กรแพทย์

กองทุนภาควิชา

ภาควิชาทางคลินิกเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนองค์ความรู้ด้านการรักษาพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ มศว โดยแยกตามความเชี่ยวชาญในอนุสาขาต่างๆ ความจำเป็นในการพัฒนาวิชาการเพื่อเพิ่มให้เกิดศักยภาพการแข่งขันในวงวิชาการ เป็นแนวทางการพัฒนาในภาพรวมของคณะแพทยศาสตร์ มศว คณะผู้บริหารฯ ได้เห็นความสำคัญ จึงได้ก่อตั้งกองทุนภาควิชาขึ้นมา เพื่อสนับสนุนงานด้านวิชาการ บริการสู่ความเป็นเลิศ สร้างความเป็นเอกภาพของหมู่คณะ มีกองทุนวิจัยเพื่อสร้างข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำไปขอสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอก สร้างผลลัพธ์การปฏิบัติงานของคณะแพทยศาสตร์ต่อไปได้ (ดังแสดงในตารางที่ 9-2)

ตารางที่ 9-2 เกณฑ์การจ่ายกองทุนภาควิชาอันเกิดจากค่าตอบแทนตาม RW

กิจกรรม HA	เกณฑ์การจ่ายเงินค่าตอบแทน	เงื่อนไข
สรุปเวชระเบียน	ฉบับละไม่เกิน 50 บาท	จ่ายให้แพทย์ที่สรุปให้ แล้วตัดเงินจากภาควิชาที่ผู้ป่วยมารับบริการ
ประชุมภาคซึ่งต้องมีวาระ	เบิกค่าอาหารว่างไม่เกิน	• จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม
เกี่ยวกับความสมบูรณ์ของเวชระเบียน หรือ HA หรือ QA	20 บาทต่อคน เบิกค่าอาหารไม่เกิน 50 บาทต่อคน	• จำนวนเวชระเบียนที่ผ่านการกลั่นกรองจากที่ประชุม • สรุปรายงานการประชุม
CPG แนวทางการรักษาคนไข้ตามมาตรฐานวิชาชีพ) Clinical tracer	1. เรื่องละไม่เกิน 2,000 บาท ในกรณีสายงานเดียวกัน 2. เรื่องละไม่เกิน 4,000 บาท ในกรณีคร่อมสายงาน	1. ผ่านการนำเสนอที่ประชุม HA ของ ศูนย์การแพทย์ฯ แล้ว 2. มีการใช้งานจริงในผู้ป่วยอย่างน้อย 10 ราย 3. จัดพิมพ์เป็นเอกสาร
การเป็นประธาน PCT พัฒนา CPG และ Clinical Tracer	ได้เรื่องละไม่เกิน 500 บาท	
ค่าอาหารแพทย์เวร	ไม่เกิน 50 บาท/เวร/คน	หัวหน้าภาควิชาฯ ทำเรื่องมาเบิก
ค่าตอบแทน/ค่าใช้สอย/ค่าวัสดุ/ค่าประชุม อบรม สัมมนา	• ไม่เกิน 3,000 บาท/ครั้ง • กรณีเกินกว่า 3,000 บาท ให้นำเสนอเข้าที่ประชุมภาควิชา แต่ต้องไม่เกินกึ่งหนึ่งของกองทุนภาควิชา	• กรณีค่าใช้จ่ายไม่เกิน 3,000 บาท/ครั้ง มอบให้หัวหน้าภาควิชาเป็นผู้พิจารณา • กรณีใช้จ่ายเงินเกินกว่ากึ่งหนึ่ง ให้นำเสนอเป็นโครงการ เพื่อขออนุมัติในที่ประชุมคณะกรรมการ RW

กองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร

การร่วมมือกันของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมมีความสำคัญอย่างมากต่อศูนย์การแพทย์ฯ เนื่องจากต้องมีการประสานงานกัน ปรึกษาระหว่างกัน สมัครสมานสามัคคีกัน เอื้ออาทรต่อกัน มีความสุขจากการทำงานร่วมกัน ทุกคนอยากมาที่ทำงาน เพราะที่แห่งนี้มีแต่คนที่อยากทำงานด้วย เมื่อแพทย์ทุกคนมีความสุขในการมาดูแลผู้ป่วย มีความสุขในการพูดคุย และประสานงานกับคนรอบด้าน สร้างความสมัครสมานสามัคคีให้เกิดขึ้นในองค์กร อัตราการลาออกก็ลดน้อยลง มีเวลามาพูดคุยในเรื่องคุณภาพกันมากขึ้น ทั้งหมดเป็นงานขององค์กรแพทย์และผู้บริหาร

ที่ต้องร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด กองทุนที่เกิดขึ้นนี้จะนำไปสู่การส่งอาจารย์แพทย์ไปเพิ่มพูนประสบการณ์ต่างประเทศ สร้างความผูกพันในองค์กร สร้างสวัสดิการในกลุ่มอาจารย์แพทย์ให้มีสุขภาพกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณที่สมบูรณ์พร้อม เพื่อสร้างภูมิต้านทานให้แก่อาจารย์แพทย์ให้ดำรงชีวิตในสังคมโลกาภิวัตน์ได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน

ใบสลิปค่าตอบแทนรายเดือนตามค่า RW

ใบสลิปค่าตอบแทนตาม RW ที่อาจารย์แพทย์แต่ละคนได้รับ จะประกอบด้วย ยอด cap-max ต่อเดือน, มูลค่าต่อ 1 RW ของเดือนนั้นๆ, จำนวน RW ที่แพทย์ทำได้, แฟตเตอร์ตัวคูณ (ถ้ามี...พร้อมเงื่อนไขที่มีผลในปีหน้า), ยอดเงินที่ได้ (ร้อยละ 70), ตัดให้กองทุนภาควิชา (ร้อยละ 15), ตัดให้กองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร (ร้อยละ 15), และถ้ายอดที่ได้เกิน cap-max ให้ตัดเข้ากองทุนภาควิชากึ่งหนึ่ง และตัดให้กองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กรอีกกึ่งหนึ่ง พร้อมเงื่อนไขที่ต้องมีปริมาณผลงานวิชาการครบ 20 คะแนนจึงจะได้รับค่าตอบแทนตาม RW ในปีงบประมาณ 2551 (ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ ครั้งที่ 6/2550 เมื่อวันที่ 15 ต.ค.50)

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ใบจ่ายเงินค่าตอบแทนบันทึกภาระงานบริการทางการแพทย์ (RW)

ประจำเดือน.....

เลขประจำตำแหน่ง ..... ภาควิชา.....

ชื่อ ..... สังกัด .....

① Cap Max รายเดือนของปีงบประมาณ 2550	=	.....	บาท
② ค่า RW ของเดือนตุลาคม 2550	=	.....	บาท
③ เดือนตุลาคม 2550 ท่านมีจำนวน RW	=	.....	RW
④ ตำแหน่งวิชาการ ศ./รศ./ผศ./อ. ค่า Factor ตัวคูณ	=	.....	

(ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 - 30 กันยายน 2552 ท่านจะต้องมีผลงานทางวิชาการเชิงปริมาณไม่ถึง 15 คะแนน มิฉะนั้นในปีงบประมาณ 2553 ค่า A-factor ตัวคูณของท่าน จะเหลือ = 1.0 โปรดดูตารางด้านล่าง)

⑤ จำนวน RW สุทธิที่ท่านได้รับ ③ x ④	=	.....	RW
⑥ ค่าตอบแทนรวม RW เดือนตุลาคม 2550 ② x ⑤	=	.....	บาท
⑦ ท่านได้รับค่าตอบแทน RW จริง 70% ของ ⑥	=	.....	บาท
ปัดเข้ากองทุนภาควิชา 15% ของ ⑥	=	.....	บาท
ปัดเข้ากองทุนธำรงแพทย์ 15% ของ ⑥	=	.....	บาท

ถ้า ⑦ > ① ส่วนต่างให้ปัดเข้ากองทุนภาควิชาที่ท่านสังกัด 50% และปัดเข้ากองธำรงแพทย์เพื่อองค์กรอีก 50%

หมายเหตุ : ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 – 30 กันยายน 2552 ถ้าได้ผลงานทางวิชาการเชิงปริมาณไม่ถึง 20 คะแนน จะไม่ได้รับค่าตอบแทนตาม RW เดือนตุลาคม 2551 เป็นต้นไป จนกว่าท่านจะส่งผลงานทางวิชาการเชิงปริมาณครบตามเกณฑ์

เลขที่บัญชีธนาคารไทยพาณิชย์	**คงเหลือโอนเข้าบัญชี**

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) ....

แฟคเตอร์ตัวคูณ (A-factor) ของ RW ตาม performance-based incentives ของปีที่ผ่านมา

คะแนนของปีที่ผ่านมา*	0	1-14	15-25	26-40	41-50	>50
ศาสตราจารย์ 11	1	1	1.2	1.4	1.6	1.8
ศาสตราจารย์	1	1	1.2	1.4	1.6	1.6
รองศาสตราจารย์	1	1	1.2	1.4	1.4	1.4
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	1	1	1.2	1.2	1.2	1.2
อาจารย์	1	1	1	1	1	1

หมายเหตุ

1. ** คะแนนจากประเภทผลงานวิชาการที่คิดเป็นคะแนนตามสัดส่วนของผลงานที่ส่งเพื่อขอตำแหน่งทางวิชาการ ตามระเบียบที่สภามหาวิทยาลัยกำหนด*
2. *ปีงบประมาณ 2551 ให้ใช้แฟคเตอร์ตัวคูณ (A-factor) สูงสุดของตำแหน่งวิชาการนั้นๆ และตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จะนำผลงานวิชาการของทั้งปีงบประมาณที่แล้วมาคิดคะแนน ตามระเบียบที่สภามหาวิทยาลัยกำหนด*

ตอนที่ 3

ผลการดำเนินการ

10

ความขัดแย้ง ปัญหา และผลประโยชน์ทับซ้อน

Vision without action = dreams
Action without vision = just passing time
Vision with action = change

ภาพฝันที่เป็นวิสัยทัศน์ซึ่งผู้นำอยากให้เกิดขึ้นในองค์กร จะเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนให้องค์กรเจริญก้าวหน้าอย่างยั่งยืน การออกแบบที่มีโครงสร้างซับซ้อนในนโยบายการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมจากการให้บริการทางการแพทย์ (ต่อไปจะเรียกสั้นๆ ว่า นโยบาย RW) จะค่อยๆ ทยอยแก้ไขปัญหาเรื้อรังที่เกิดขึ้นในระดับบุคคล ระดับภาควิชา ระดับองค์กรและระดับวิชาชีพ นโยบาย RW จึงเป็นเพียงจิกซอที่จะนำองค์กรไปสู่วิสัยทัศน์นั้นได้

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ที่ส่งผลสะเทือนทั่วทั้งองค์กร ย่อมมีความขัดแย้งเกิดขึ้นและมีแรงต่อต้านตามมา ทั้งๆ ที่นโยบาย RW เป็นการเพิ่มค่าตอบแทนตามภาระงาน นอกเหนือจาก เงินเดือน เงินเวร เงิน พ.ต.ส. เงินสาขาขาดแคลน เงินสมนาคุณอาจารย์แพทย์ภูมิภาค เพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่อาจารย์แพทย์ จะได้ลดช่วงเวลาที่ต้องเดินทางไปรับปรึกษาโรงพยาบาลเอกชนที่อื่นอีก แต่ก็มีคนคิดต่างและต่อต้านพอสมควร ข้อคิดเชิงบวก-เชิงลบ ข้อขัดแย้ง ข้อสนับสนุน และข้อกล่าวหาต่างๆ ล้วนผ่านเข้ามาในจดหมายอีเมล์ ของคณบดี รวมไปถึงการเปิดอภิปรายซักถาม ถกเถียง ประชาพิจารณ์ กันหลายครั้งในเรื่องเกี่ยวกับ นโยบาย RW นี้ พอสรุปเป็นประเด็นสำหรับจัดการความรู้ในเรื่องจัดการการเปลี่ยนแปลง (Change Management) กันได้บ้าง ดังนี้

1. **รู้สึกไม่ปลอดภัย** นโยบาย RW ไม่ใช่ให้เปล่า ไม่ใช่ flat rate แต่ซ่อนเงื่อนไขผูกกับตำแหน่งวิชาการ ผลงานวิชาการในปัจจุบัน การกรอกภาระงานที่ทำจริง แบบฟอร์มเซ็นชื่อแสดงว่ามาทำงานวันราชการ เงื่อนไขส่วนตัวที่นำมาผูกนี้ ไม่มีใครล่วงล้ำเข้าไปตรวจสอบได้ เพราะสภาพปัจจุบัน ทำงานหรือไม่ทำงาน เข้ามาศูนย์การแพทย์หรือไม่เข้ามา มาตรวจรักษาหรือไม่ก็ได้ ไม่มีการตรวจสอบ และก็ไม่มีผลต่อการถูกประเมินใดๆ ทั้งสิ้น

2. **รู้สึกไม่พอใจ** นโยบาย RW มีรากฐานมาจากเรื่องเงินค่าตอบแทนที่ต้องแสดงถึงภาระงานที่แตกต่างกัน หากมีการได้รับค่าตอบแทนที่ต่างกัน จะรู้สึกไม่พอใจที่ถูกประเมินว่าทำงานน้อยกว่ากัน อาจเข้าใจว่ามาโรงพยาบาลแล้วแต่ไม่มีคนไข้ให้ตรวจ ไม่ใช่เป็นความผิดอะไรของเขา เป็นเรื่องของผู้บริหาร ทำไมเขาต้องถูกตีค่าด้วยระบบจากนโยบาย RW เช่นนี้ด้วย

3. **รู้สึกไม่ให้เกียรติ** อาจารย์แพทย์ทุกคนมีศักดิ์ศรี ที่ทำการสอน ทำวิจัย และบริการเพราะรักที่จะเป็นอาจารย์ รู้สึกว่านโยบาย RW ทำให้อาจารย์เบนความสนใจไปที่งานบริการมากขึ้น อาจมีผลทำให้จริยธรรมของอาจารย์ลดน้อยไป เพราะมองทุกอย่างเป็นค่าตอบแทนไปหมด

การบริหารความขัดแย้ง

ความขัดแย้งในองค์กรนี้เกิดขึ้นจริง หลายคนคิดแย้ง คิดต่าง บางคนช่วยหาทางออกแต่ก็ไม่ตอบปัญหาที่ซับซ้อนได้ทั้งหมด แม้บางคนที่เห็นด้วยกับนโยบาย RW แต่ไม่กล้าพูด ไม่กล้าถกเถียง ผู้บริหารที่จัดการความขัดแย้งได้ดี ต้องมีความอดทนและอดกลั้น บรรจงอธิบายและตอบปัญหาด้วยความจริงใจ ด้วยคำตอบที่เข้าใจและแสดงถึงความเห็นใจที่มีต่อผู้ถาม เป็นการยากที่ทุกคนในองค์กรจะเห็นวิสัยทัศน์ของผู้นำได้ทั้งหมด จิกซอที่วางเรียงอยู่นั้นไม่เคยมีใครเคยเห็นมาก่อน ทุกครั้งที่มีคำถาม-คำตอบเกิดขึ้นในองค์กรจะถูกนำมาสื่อสารเป็นบทความให้เข้าใจกันทั่วทั้งองค์กร ผู้นำต้องมีกำลังใจที่เปี่ยมล้นที่นำองค์กรไปสู่วิสัยทัศน์ที่วางไว้ พอสรุปเป็นประเด็นสำหรับจัดการความรู้ในเรื่องจัดการการเปลี่ยนแปลง (Change Management) กันได้บ้าง ดังนี้

1. **ผู้นำต้องฟังอย่างสงบ** เป็นธรรมดาที่ผู้ถามอาจมีอารมณ์ไม่พึงพอใจกับนโยบายใหม่นี้ การฟังอย่างสงบจะช่วยให้ทบทวนที่มาที่ไปของปัญหา สามารถเรียบเรียงประเด็นสำคัญไว้เลือกตอบในโอกาสที่เหมาะสมได้
2. **ผู้นำต้องให้เกียรติผู้ถาม** ผู้ถามที่มีอารมณ์ร้อนแรง เขาจะเป็นผู้รับผิดชอบคำพูดในที่สาธารณะทั้งหมด คนฟังทั่วๆ ไปจะเป็นผู้ตัดสินใจเอง ในกรณีเช่นนี้ผู้นำต้องตอบคำถามนั้น เพื่อที่จะสร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้นโดยที่ไม่ทำให้ผู้ถามเสียหน้าได้ และกล่าวชมได้ในโอกาสที่เหมาะสม
3. **ผู้นำต้องตอบด้วยความจริงใจ** ทุกความคิด ทุกคำพูด ทุกบทความ ในทุกๆ คำตอบต้องรับผิดชอบ ทุกคำตอบต้องมีเหตุผลที่อยู่บนรากฐานของความจริง จะตอบวันนี้ พรุ่งนี้หรืออีก 10 ปีก็คงเหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง สร้างความมั่นใจให้แก่ทุกคนในองค์กรได้
4. **ผู้นำต้องมีความยืดหยุ่น** ทุกอย่างต่อรองได้เสมอยกเว้น"จุดยืน" เพราะเรามีจุดยืนที่ชัดเจนคือมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พร้อมๆ กับมุ่งสู่ความผาสุกที่ยั่งยืนขององค์กร การต่อรองในการเลือกใช้จิกซอที่ต่างรูปแบบไปบ้างไม่ใช่เป็นเรื่องใหญ่ รอคอยเวลาให้มีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงจากนโยบาย RW ใหม่นี้ให้ได้
5. **ผู้นำแสดงความปรารถนาดีต่อองค์กร** การอธิบายปัจจัย กลไก ขั้นตอน ผลกระทบ ผลสืบเนื่องของนโยบาย RW ต้องเชื่อมโยงกับผลดีที่จะเกิดกับองค์กรในอนาคต การตัดสินใจที่จะดำเนินมาตรการใดๆ จักต้องสะท้อนถึงจิกซอทางเชื่อมสู่วิสัยทัศน์ที่ผู้นำวาดฝันไว้เสมอ
6. **ผู้นำต้องมีความกล้า** หากเรามีความตั้งใจและความปรารถนาที่ดีมุ่งมั่นที่จะสร้างความผาสุกให้แก่องค์กรในอนาคต ให้เริ่มทำได้เลย ไม่ต้องรอจนคนเห็นด้วยทั้งหมดร้อยเปอร์เซ็นต์ เพราะไม่เคยมีวันนั้นเกิดขึ้นในองค์กรใดๆ ในโลกนี้

การออกแบบโครงสร้างในนโยบาย RW นี้มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาทุกระดับแบบบูรณาการ ผูกเงื่อนไขสร้างแรงจูงใจให้อาจารย์แพทย์กลับมาสร้างความรู้ที่ตัวผู้ป่วย พัฒนางานสอนจากตัวผู้ป่วย แล้วคุณภาพของงานทุกอย่างจากงานบริการจะกลับมาที่ผู้ป่วยได้ในที่สุด (ดูรูปที่ 1-1, 1-2 และ 1-3 ประกอบ)

ผลประโยชน์ทับซ้อน

การบริหารความเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ ล่อแหลมต่อสถานภาพผู้บริหารเป็นอย่างมาก การปลีกตัวของผู้บริหารให้พ้นจากผลประโยชน์จากนโยบาย RW นับเป็นปัจจัยชี้นำความสำเร็จของนโยบาย RW นี้เป็นอย่างมาก เพราะในช่วง 6 เดือนแรก ที่ยังคุกรุ่นด้วยความขัดแย้ง ถกเถียงกันเรื่องค่า RW ของงานบริการระหว่างแผนกและภาควิชา การตัดสินในรายละเอียดทุกเรื่องต้องปราศจากผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากผู้บริหารเอง ดังนั้น การบริหารกองทุนภาควิชาและกองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กรเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กรจึงทำได้โดยง่ายเพราะประธานคณะกรรมการดำเนินงานฯ เป็นอิสระจากผลประโยชน์จากกองทุนทั้งสองที่เกิดขึ้นนี้

11

ระยะการปรับตัวเข้าสู่สมดุล

แนวคิดเรื่องโครงสร้างการจ่ายค่าตอบแทนตามผลลัพธ์การปฏิบัติเป็นที่ยอมรับในภาคเอกชนมาเป็นเวลานานแล้ว แต่ก็ยากที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการของภาครัฐ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้คนในองค์กรยังคุ้นชินกับระบบราชการที่จ่ายเป็น flat rate ไม่มีการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติงาน ไม่เคยต้องสร้างมาตรฐานของงาน ทุกคนที่อยู่ในระบบราชการจะถูกโปรแกรมให้ติดกับเวลาราชการ คือ 8.00-16.00 น.เท่านั้น การคิดภาระงานบริการของแพทย์นอกเวลาราชการจึงถูกถอดแบบเป็นช่วงเวลาหรือเป็นผลัดไม่คำนึงถึงงานยากง่ายของแต่ละอนุสาขาไม่คำนึงถึงจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่แตกต่างกัน ไม่คำนึงถึงราคาค่าตอบแทนที่แข่งขันกันในตลาดแรงงานของวิชาชีพแพทย์ (Medical Profession) ทุกอย่างเหมารวมเพราะไม่มีคนใน กพ. หรือสำนักงบประมาณหรือกรมบัญชีกลางที่รู้ซึ้งถึงความหลากหลายของหัตถการทางการแพทย์

ทางออกที่ต่างคนต่างอยู่ ต่างคนต่างหาจุดที่สมดุลในชีวิต และ "ทำ" เท่าที่ได้ในเวลาราชการ พยายามลืม Medical profession ในอุดมคติ ที่ไม่มีทางเกิดขึ้นในโรงพยาบาลภาครัฐได้เลย สิ่งที่แพทย์และผู้บริหารทุกคนคิดและปฏิบัติเหมือนๆ กันโดยเกิดการเรียนรู้ร่วมกันจนเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของทุกๆ โรงพยาบาล ทั่วประเทศไทย จนกลายเป็นวัฒนธรรมที่ฝังรากลึก ยากที่ปรับเปลี่ยน ทุกคนต่างเอาตัวรอด เปิดคลินิกตอนเช้า-กลางวัน-เย็น จ้างแพทย์จบใหม่อยู่เวรที่โรงพยาบาลแทน นอกเวลาราชการจึงพบแต่แพทย์ที่มีอายุน้อยที่สุด ประสบการณ์น้อยที่สุดมาดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งทางการแพทย์ ทราบดีว่าต้องให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์สูงแต่ในเมืองไทย เรื่องราวกลับตรงกันข้ามไปหมด

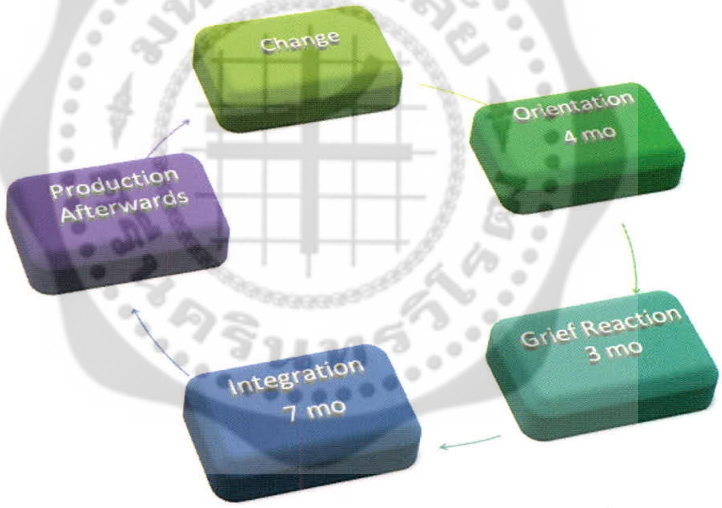
รัฐบาลหลายยุคหลายสมัยหยุดยั้งแพทย์กระทรวงสาธารณสุขลาออกด้วยการโปรยเม็ดเงินที่เป็น flat rate ไม่ว่าจะเป็นค่าตอบแทนไม่ทำคลินิกส่วนตัว ค่าตอบแทน พ.ต.ส. ค่าตอบแทนสาขาขาดแคลน เบี้ยกันดาร เป็นต้น การจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานเริ่มนำมาใช้ในรูปแบบแปลกๆ ที่ยังยึดติดกับขอบเขตเวลาราชการ เช่นทำผ่าตัดหลัง 4 โมงเย็นไปแล้วจะให้ค่าตอบแทนเป็นรายหัว ผลจากมาตรการนี้เองทำให้ผู้ป่วยควรจะได้รับการรักษาทันท่วงทีก็จำต้องมาทำผ่าตัดในช่วงเวลาที่มีค่าตอบแทน ที่เล่าเรียนกันมาถึงข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ก็เป็นสีเทา ยากที่วิชาชีพอื่นจะเข้าไปตรวจสอบ การออกแบบนโยบาย RW ใหม่นี้เพื่อแก้ปัญหาองค์กร และองค์กรวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่ความผาสุกของผู้ป่วยและแพทย์ที่อุทิศตนได้อย่างยั่งยืน นโยบาย RW นี้เป็นเรื่องใหม่ในแวดวงการแพทย์ในภาครัฐ เพราะสิ่งใหม่ๆ ที่นำมาปรับหรือใช้วัดกันย่อมก่อให้เกิดความไม่แน่ใจว่า เครื่องวัดใหม่นี้เที่ยงตรง แม่นยำเพียงใด ระหว่างที่เดินทางบนเส้นทางใหม่จึงเต็มไปด้วยคำถามและปัญหามากมาย เพื่อลดความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัย

ผู้นำเพื่อการเปลี่ยนแปลง

การที่รัฐบาลหรือนักการเมือง หรือผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขหรือในแพทยสภาก็ตาม ที่พยายามผลักดันให้มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แพทย์แบบให้เปล่า ไม่สนใจผลลัพธ์ในการปฏิบัติการ ไม่สนใจว่าปัญหาที่แท้จริง

เป็นเช่นใด การเพิ่มค่าตอบแทนทุกเม็ดเงินควรได้รับการไตร่ตรองอย่างแน่ชัดว่า ผลประโยชน์จะตกไปถึงผู้รับบริการ แก้ปัญหาเชิงระบบให้ทั้งหมด ถ้ามีนโยบายที่ให้แบบ flat rate เหล่านี้ออกมา ก็ไม่จำเป็นต้องอาศัยผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลงแต่ประการใด

ในระยะแรกเริ่มของนโยบาย RW ที่มีการเปลี่ยนแปลงที่กระทบถึงวิถีชีวิตของอาจารย์แพทย์ ที่มีอิสระและเสรีภาพทางด้านวิชาการ การผูกเงื่อนไขในการรับค่าตอบแทนในโครงสร้างที่ยึดโยงกับผลงานวิชาการและตำแหน่งวิชาการซึ่งเป็น career path ของอาจารย์แพทย์ จึงเป็นเรื่องใหญ่ที่อาจารย์คลินิกต้องได้รับผลกระทบอย่างแน่นอน แต่เดิมไม่มีการตรวจเช็คว่า ตรวจผู้ป่วยกี่ราย ผ่าตัดกี่ราย เข้าทำงานที่ศูนย์การแพทย์ฯ หรือไม่ ทำวิจัยหรือเปล่า ระหว่างปีมีผลงานวิชาการอะไรบ้าง ไม่เคยสนใจว่าจะมีผู้ป่วยมาตรวจมากน้อยเพียงใด ไม่ต้องพัฒนาคลินิกพิเศษหรือวิธีการตรวจรักษาให้เจริญทัดเทียมที่จะแข่งขันกับสถาบันอื่นหรือไม่ ไม่เคยรวบรวมผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตนเองเพื่อเปรียบเทียบกับผลการรักษาจากมาตรฐานสากล ไม่สนใจว่าการประกันคุณภาพการรักษาพยาบาลจะมีผลต่อการทำเวชปฏิบัติของตนเองอย่างไร ทั้งหมดนี้กำลังถูกระบบโครงสร้างการจ่ายค่าตอบแทน top-up แบบใหม่เข้าไปจัดการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการให้บริการทางการแพทย์ แนวคิด บรรทัดฐาน ค่านิยม การปฏิบัติต่อวิชาชีพเดียวกันและต่างวิชาชีพ



รูปที่ 11-1 ช่วงเวลา 14 เดือนของการบริหารการเปลี่ยนแปลงในคณะแพทยศาสตร์ มศว หลังนำนโยบาย RW มาใช้

การพัฒนาวัฒนธรรมแบบเน้นผลงาน

ผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องพัฒนาควบคู่ไปกับวัฒนธรรมการเรียนรู้ร่วมกันในช่วงเวลา 14 เดือน (รูปที่ 11-1) การเรียนรู้มีความสำคัญเพราะว่าทุกคนจะเกิดความรู้สึกร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารกับอาจารย์แพทย์ในช่วงระยะแรก ถือเป็นเรื่องสำคัญ และขาดเสียมิได้ การพัฒนาวัฒนธรรมการเรียนรู้ต้องอาศัยกลยุทธ์ที่หลากหลาย และส่วนใหญ่เกิดจากการที่เราได้พบปะพูดคุยกับสมาชิกแพทย์และพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนี้ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องพัฒนาควบคู่ไปกับวัฒนธรรมการเรียนรู้ของทั้งองค์กร อันประกอบด้วย

1. การเปิดโอกาสให้มีอาจารย์แพทย์มีส่วนร่วมในการคิดค้น สร้างสรรค์ระบบ แล้วสิ่งดีๆ (หรือธรรมะ) ที่เกิดขึ้นกับองค์กรจะเป็นตัวกำกับทิศทางและกล่อมเกลาความคิด ฐานคติของคนในองค์กรเป็นเรื่อยๆ จนเกิดเป็นวัฒนธรรมใหม่ขององค์กรไปในที่สุด

2. การพัฒนาแผนปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง มีความยืดหยุ่นในรายละเอียดแต่อยู่ในกรอบของจริยธรรมและความคิดที่สร้างสรรค์ ระบุ “จุดยืน” ของผู้นำที่ยืด “ผู้ป่วย” เป็นศูนย์กลาง ให้สมาชิกทุกคนในองค์กรได้รับทราบว่า “ต่อรองไม่ได้”
3. การเก็บข้อมูลเพื่อเข้าใจในรายละเอียดของนโยบาย RW จะช่วยทำให้สมาชิกในองค์กรเข้าใจถึงเหตุผล เป้าประสงค์ของนโยบายได้อย่างชัดเจน
4. ความสามารถที่จะอธิบายเหตุผล ประเด็นข้อขัดแย้ง ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมในระหว่างการให้บริการด้านการแพทย์ได้ตลอดเวลา การสื่อสารเป็นเรื่องสำคัญในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในองค์กร

ปัญหาข้อร้องเรียน และการสนับสนุนจากวิชาชีพอื่น

นโยบายการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมจากการให้บริการทางการแพทย์ในเวลาราชการ ได้มีการทำกันไปนานแล้วที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐและมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลพาน และโรงพยาบาลสูงเนินซึ่งเป็นโรงพยาบาลนำร่องของกระทรวงสาธารณสุขที่จัดตั้งระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน (work point) เพื่อจ่ายให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลทุกประเภท นอกจากนั้น โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ก็มีระบบการสร้างแรงจูงใจให้แก่อาจารย์แพทย์เช่นกัน แต่ไม่เกี่ยวโยงกันกับจำนวนผู้ป่วยที่ให้บริการรักษาพยาบาล ส่วนของมหาวิทยาลัยขอนแก่นมีโครงสร้างที่ผูกพันกับจำนวนผู้ป่วยแต่ไม่เกี่ยวกัย RW ที่คำนวณจากโปรแกรม DRG

ดังนั้น นโยบาย RW ของคณะแพทยศาสตร์ มศว ที่จ่ายตามภาระงานด้านบริการทางการแพทย์จึงถือเป็นแห่งแรกที่มีระบบจ่ายตามจำนวนผู้ป่วยที่ให้บริการ คล้ายคลึงกับค่าธรรมเนียมแพทย์ (Doctor fee; DF) ของโรงพยาบาลเอกชน แต่ไม่ได้เรียกเก็บเพิ่มเติมจากผู้ป่วยที่มารับบริการ อาจารย์ในคณะแพทยศาสตร์ มศว จึงเรียกค่าตอบแทนที่เกิดจากภาระงานการให้บริการนี้ว่า RW หรือ Record medical Workload ซึ่งเหมือนกันกับ RW (Related weight) ที่ได้จากการคำนวณของโปรแกรม DRG ในผู้ป่วยในแต่ละราย

เมื่อแนวคิดมาคล้ายๆ กันกับค่าธรรมเนียมแพทย์มาปรับใช้ในระบบโรงเรียนแพทย์จึงเป็นเรื่องค่อนข้างอ่อนไหว (sensitive) มีแรงต่อต้านในประเด็นนี้พอสมควร การทำความเข้าใจถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในหมู่อาจารย์แพทย์ถือเป็นเรื่องสำคัญ ต้องชี้แจงเหตุผล ประเด็นสำคัญต่างๆ ภายใต้นโยบายนี้ ให้เห็นชัดเจนว่า ระบบการคิดค่า RW นี้ปราศการแบ่งแยกสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย มาว่าจะเป็น สปสช. (30 บาท) หรือ เรียกเก็บจากกรมบัญชีกลาง หรือเงินสดก็ตาม ดังนั้น จากนโยบาย RW นี้ยังเปิดโอกาสให้อาจารย์แพทย์ให้มีอิสระในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามหลักวิชาการได้เต็มที่เหมือนเดิม ไม่มีปัญหาด้านจริยธรรมเข้ามารบกวนในกระบวนการรักษา และไม่ก่อเกิดปัญหาความขัดแย้งในกระบวนการรักษาในระหว่างที่มีการฝึกอบรมให้แก่นิสิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้าน

แม้ว่านโยบาย RW นี้จะได้รับการอนุมัติตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2550 และยังไม่มีรายละเอียดเพียงพอที่จะจ่ายค่าตอบแทน RW นี้ได้ ทั้งนี้เนื่องจากต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจกับสมาชิกแพทย์ ซึ่งใช้เวลาเพียง 2 เดือน ในการกำหนดอัตราการคิดค่า RW ที่นอกเหนือจากผู้ป่วยใน แจกแจงงานบริการจากทุกอนุสาขาทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ทีมบริหารได้จัดเตรียมงบประมาณเงินรายได้ 2551 สำหรับการเริ่มนโยบายนี้ในวันที่ 1 ตุลาคม 2550 ทั้งๆ ที่ระบบสารสนเทศยังไม่เอื้ออำนวยครบสมบูรณ์ ยังต้องใช้สติ๊กเกอร์มาช่วยติดเพื่อช่วยการนับจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ แต่ทุกอย่างก็ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากพยาบาลทุกหน่วยงานที่จะช่วยทำให้มีแพทย์ออกตรวจและรักษาพยาบาลผู้ป่วย

การประกาศใช้นโยบาย RW ถือเป็น “ความกล้า” ที่ตัดสินใจเริ่มทั้งๆ ที่มีความพร้อมไม่ถึง 90% ทั้งนี้เนื่องจากประสบการณ์ที่เคยทำคะแนนการศึกษาต่อเนื่องให้แก่แพทย์ทั่วทั้งประเทศนั้น ไม่มีอะไรครบถ้วนสมบูรณ์

100% ณ วันประกาศใช้ แต่ต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการเสนอแนวคิด ข้อขัดแย้ง ปัจจัยเสริม ความคิดสร้างสรรค์ใหม่ๆ จะช่วยให้นโยบายใหม่นี้สมบูรณ์ด้วยความคิดของพวกเขาเอง ดังนั้น หลังประกาศใช้นโยบาย RW ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2550 ได้มีการเตรียมความพร้อมของทีมงานที่ลงพื้นที่ไปเก็บข้อมูล จัดส่งจำนวนผู้ป่วยที่ตรวจจากแพทย์แต่ละคนในแต่ละวัน อาจารย์แพทย์หลายคนคิดว่า ไม่มีทางสำเร็จ บ้างก็ไม่ให้ความร่วมมือ หรือไม่ใส่ใจในการจัดเก็บ ทีมงานต้องใช้เจ้าหน้าที่สารสนเทศในการเก็บรวบรวมผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจจากอาจารย์อย่างถูกต้อง และเน้นย้ำให้ดำเนินการต่อไป จนสิ้นสุดเดือนแรกไปในที่สุด

การเร่งจ่ายเงิน top-up เดือนแรกถือเป็นกุญแจสำคัญในการทำให้นโยบายนี้ผ่านพ้นไปอย่างราบรื่นได้ การแจ้งรายชื่ออาจารย์แพทย์พร้อมรายละเอียดของค่าตอบแทนรายเดือนที่อาจารย์แต่ละท่านทำได้ ผลปรากฏว่ามีการเปรียบเทียบระหว่างกัน สร้างความไม่พอใจ น้อยใจ ภายในภาควิชา และระหว่างภาควิชามากพอสมควร หลังจากนั้นใช้เวลาทำความเข้าใจกับสมาชิกแพทย์อีกประมาณ 2 รอบ (2 เดือน) จึงได้ปรับแผนจัดส่งใบสลิป (ท้ายบทที่ 9) ปิดผนึกแจกให้อาจารย์แพทย์และได้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไปเลย ปัญหาจึงบรรเทาลดน้อยลง

การทำให้เห็นถึงกองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กรเริ่มทำงาน ก็ถือเป็นส่วนหนึ่งที่ขจัดปัญหาความขัดแย้งไม่พอใจ ที่เกิดขึ้นในองค์กร ปลายเดือนพฤศจิกายน 2550 มีการปรับปรุงห้องพักแพทย์ใหม่ มีเจ้าหน้าที่ดูแลประจำ มีเครื่องอำนวยความสะดวกครบครัน และในเดือนมกราคม 2551 จึงเริ่มให้มีอาหารเช้า (ตั้งแต่ 6.30-8.30 น.) และอาหารกลางวัน (ตั้งแต่ 11.30-14.00 น.) และในเดือนเมษายนก็เริ่มมีอาหารแพทย์เวรที่ห้องฉุกเฉิน

เดือนมีนาคม 2551...7 เดือนในช่วง Integration

ช่วงเดือนตุลาคม และพฤศจิกายน 2550 เป็น 2 เดือนแรกของนโยบาย RW ยังสับสนในการจัดเก็บค่า RW จากแพทย์ผู้ให้บริการ ส่วนในช่วงเดือนธันวาคม 2550 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2551 เป็นช่วง 3 เดือนที่มีการอภิปรายถกเถียงกันระหว่างภาควิชาในเรื่องค่า RW ในแต่ละหัตถการทางการแพทย์ที่นอกเหนือจากกรณีผู้ป่วยใน (ที่ไม่มีข้อขัดแย้งเพราะคำนวณจากโปรแกรม) มีการเปลี่ยนแปลงอัตราค่า RW ในภาควิชารังสีวิทยา วิสัญญีและพยาธิวิทยาในทุกๆ เดือนในช่วง 5 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2551 นั้น จนในที่สุดที่ประชุมเห็นชอบว่าขอให้ทดลองใช้ไปก่อน 1 ปี และไม่เปิดโอกาสให้มีการเปลี่ยนแปลงอีก อัตราการคิด RW นิ่ง ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอีก เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบจึงจะทำงานได้

ในเดือนมีนาคม 2551 ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการบูรณาการสิ่งที่สร้างสรรค์ให้เกิดขึ้นในคณะแพทยศาสตร์ มศว ระบบโครงสร้างการจ่ายค่าตอบแทนตามนโยบาย RW ที่ถูกต้อง แน่นอน และเป็นที่ยอมรับของสมาชิกแพทย์ในคณะแพทยศาสตร์ มศว ถือได้ว่าใช้เวลานาน 6 เดือนที่อาจารย์แพทย์ปรับตัวเข้าสู่สมดุล หลังจากนั้น ทีมบริหารจึงเริ่มดำเนินการสร้างนวัตกรรมต่อยอดให้นโยบาย RW ทำงานสร้างแรงจูงใจให้อาจารย์แพทย์มีกำลังใจในการทำงานเพื่อผู้ป่วยพร้อมๆ กับการพัฒนา career path ของตนเองควบคู่กันไป โดยเริ่มให้มีกิจกรรมพิเศษ (รายละเอียดในบทที่ 15) ดังนี้

1. จัดอาจารย์แพทย์ให้อยู่ห้องฉุกเฉิน เริ่มมีตารางเวรให้อาจารย์เริ่มมาอยู่เวรประจำที่ห้องฉุกเฉิน และสามารถสอนนิสิตแพทย์ extern ก่อนเที่ยงคืน จึงเริ่มมีอาหารเวรให้แพทย์ใช้ทุนและอาจารย์แพทย์ที่อยู่
2. เริ่มมีการขยายเวลาห้องผ่าตัด elective case ออกไปถึง 20.00 น. เป็นจำนวน 2 ห้อง และได้ดำเนินการจัดอาหารให้แก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สำหรับโครงการขยายเวลาห้องผ่าตัดอีกด้วย
3. เริ่มให้มี early-bird OPD ตั้งแต่ 7.00-9.00 น. โดยให้คิด 2 เท่าของ RW ที่ตรวจผู้ป่วยในช่วงเวลาดังกล่าวได้ เพราะผู้ป่วยมาศูนย์การแพทย์ฯ ตั้งแต่ 6 โมงเช้า กว่าอาจารย์แพทย์จะออกตรวจประมาณ 9.00 น. หรือ 10.00 น. มาตรการนี้ได้ช่วยผู้ป่วยไม่ให้แออัดในช่วงมารับยาได้มาก ที่น่าภาคภูมิใจถึงอาจารย์แพทย์รุ่นใหม่ในองค์กรที่เชิญชวนกันมาออกตรวจ early-bird OPD กันเพื่อนำเงินที่ได้ไปบริจาคให้แก่สโมสรนิสิตแพทย์ มศว กัน

12

การพัฒนาคุณภาพอาจารย์ในด้านวิชาการและการบริการ

ในช่วง 5 เดือนแรกของการเริ่มนโยบาย RW เป็นช่วงที่ทุกคนในองค์กรมีการเรียนรู้และปรับตัว นับเป็นช่วงที่มีความสำคัญมาก ผู้บริหารจำเป็นต้องใส่ใจดูแลเป็นพิเศษ (parenting) เนื่องจากมีความคิดหลั่งไหลมามากมาย ต้องจัดลำดับความสำคัญ รับฟังความคิดสร้างสรรค์ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงไม่จำเป็นคิดรายละเอียดยิบย่อยไปทุกเรื่อง ปล่อยให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการระดมความคิด บรรยากาศในที่ประชุมส่วนใหญ่จะเป็นความคิดสร้างสรรค์ที่เห็นแก่ความก้าวหน้าขององค์กร ส่วนน้อยที่แทรกเอาความเห็นที่เอาผลประโยชน์เข้าภาควิชา ต้องให้ที่ประชุมมาร่วมตัดสิน หากมีเหตุผลเพียงพอที่พอจะรับกันได้ ที่ประชุมก็ปล่อยผ่าน

นโยบาย RW เริ่มต้นที่วันที่ 1 ตุลาคม 2550 มีการเก็บรวบรวมจำนวน RW จากทุกจุดที่มีการบริการทางการแพทย์ มีปัญหาแต่ละพื้นที่แตกต่างกันไป ได้รับความร่วมมือจากฝ่ายการพยาบาลเป็นอย่างดี พยาบาลทุกคนตื่นเต้นกับมาตรการใหม่นี้ ทุกคนรู้สึกอุ่นใจมากขึ้น ความรู้สึกลำบากใจที่ต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วยและญาติลดน้อยลง เพราะมีแพทย์ร่วมอยู่ด้วยเสมออาจารย์แพทย์หลายคนยังไม่คิดว่านโยบายนี้เป็นเรื่องจริง ยังทำงานเหมือนๆ เดิมไม่ใส่ใจกับจำนวนผู้ป่วยที่ตรวจรักษาผ่าตัด พอสิ้นเดือนพฤศจิกายน 2550 มีการจ่ายเงินค่าตอบแทน RW ในงวดแรกเกิดขึ้นพร้อมใบสลิปที่ชี้แจงที่มาที่ไปของเงินจำนวนนี้ (ดูท้ายบทที่ 9) ในใบสลิปที่จ่ายทุกเดือนจะมีคำเตือน 2 เรื่องคือ

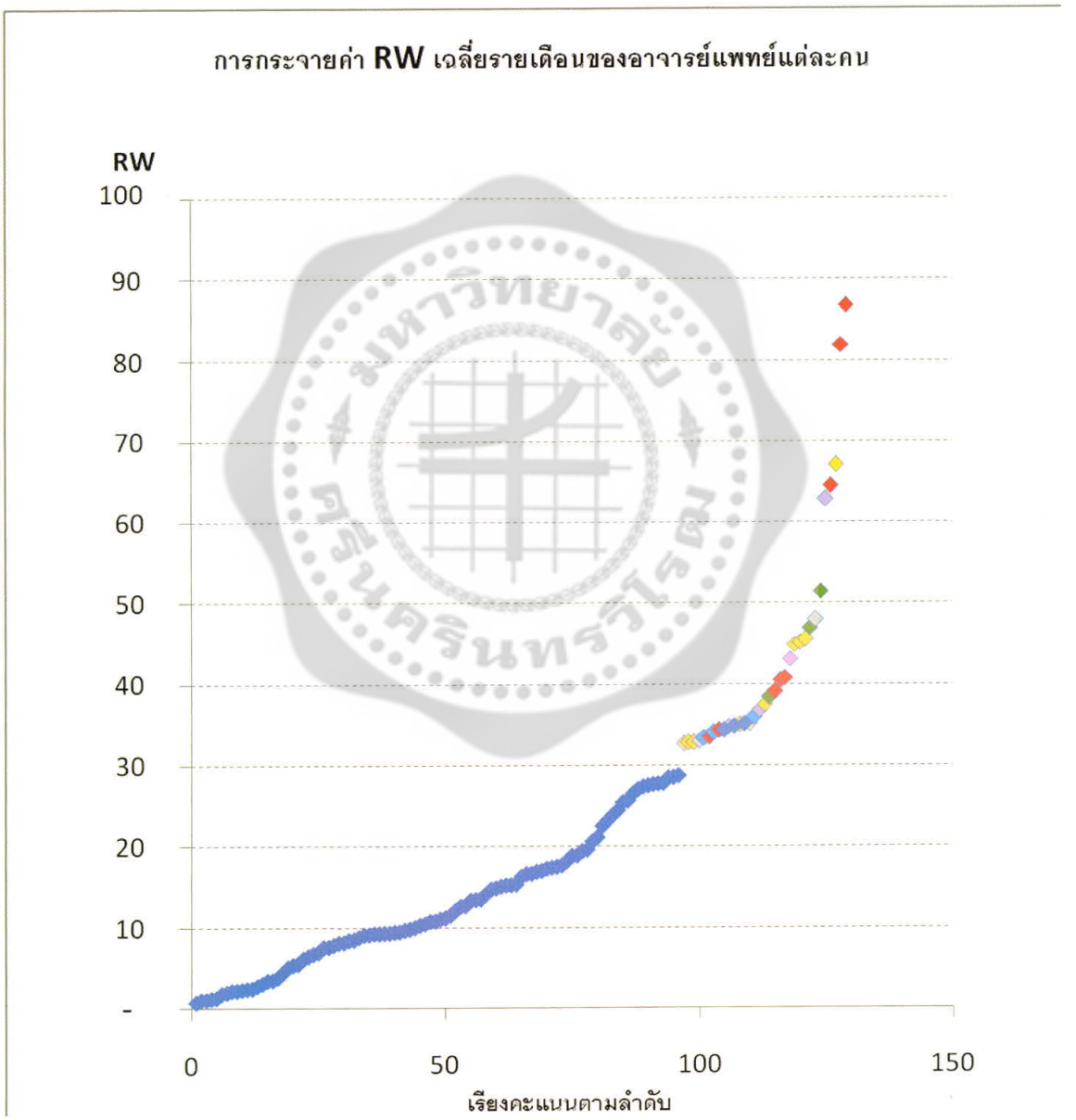
1. ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2550 - 30 กันยายน 2551 ท่านจะต้องมีผลงานทางวิชาการเชิงปริมาณไม่ถึง 15 คะแนน มิฉะนั้นในปีงบประมาณ 2552 ค่า A-factor ตัวคูณของท่าน จะเหลือ = 1.0
2. ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2550 - 30 กันยายน 2551 ถ้าได้ผลงานทางวิชาการเชิงปริมาณไม่ถึง 20 คะแนน จะไม่ได้รับค่าตอบแทนตาม RW ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 เป็นต้นไป จนกว่าท่านจะส่งผลงานทางวิชาการเชิงปริมาณครบตามเกณฑ์

นอกจากนั้นอาจารย์แพทย์ทุกคนยังได้รับหนังสือเป็นทางการเพื่อเตือนให้ทราบถึงเงื่อนไขพิเศษ 2 ข้อดังกล่าวนี้มาโดยตลอด และแทรกในจุลสารคณบดีมาทุกฉบับ อาจารย์แพทย์ทุกคนจึงได้รับข่าวสารครบถ้วนร้อยเปอร์เซ็นต์

พอเดือนมีนาคม 2551 เป็นเดือนที่ 6 หลังดำเนินนโยบาย RW ที่ประชุมยอมรับเกณฑ์กลางในการคิดค่า RW จากภาระงานบริการทางแพทย์จากภาควิชาต่างๆ ที่ผ่านมา 5 เดือน หลังจากมติประชุมที่มีการปรับค่า RW จะมีผลในเดือนถัดไปทันที ค่า RW ของอาจารย์แพทย์ในช่วง 5 เดือนแรกจึงยังไม่นิ่ง ที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาปรับค่า RW จึงตกลงกันให้ทดลองใช้เกณฑ์นี้ไปก่อน จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง แล้วส่งภารกิจการพิจารณาปรับค่า RW ไว้ให้คณะกรรมการดำเนินงานศูนย์การแพทย์ฯ ดำเนินการต่อไป

ดังนั้น ช่วง 7 เดือนสุดท้ายของปีงบประมาณ 2551 จึงเป็นฐานข้อมูลเรื่อง RW ที่มีอัตราแลกเปลี่ยนระหว่างแผนกคงที่แล้วมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากเพื่อครอบคลุมงานบริการให้ทั่วถึง จากรูปที่ 12-1 แสดงการกระจายของค่า

RW เฉลี่ยรายเดือนของอาจารย์ทั้ง 130 คน ในช่วง 7 เดือนสุดท้ายของปีงบประมาณ 2551 (มีนาคม-กันยายน 2551) ค่า RW เฉลี่ยรายเดือนที่เกิน 30 (ที่แต้มด้วยสีหลากสีในส่วนปลายของกราฟที่โค้งขึ้น) มีจำนวนทั้งสิ้น 33 คน หรือร้อยละ 25.6 ในตารางที่ 12-1 แสดงค่า RW รายเดือนของอาจารย์แพทย์เฉลี่ยต่อคนในแต่ละภาควิชา ในภาพรวมทั้งคณะแพทยศาสตร์ มศว ช่วง 7 เดือนสุดท้ายของปีงบประมาณ 2550 มีค่าเฉลี่ยของ RW รายเดือนอยู่ที่ 20.1 โดยมีร้อยละ 39.5 ของอาจารย์ทั้งหมดมีค่า RW เฉลี่ยรายเดือนสูงกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งองค์กร



รูปที่ 12-1 กราฟแสดงการกระจายของค่า RW เฉลี่ยรายเดือนของอาจารย์ทั้ง 130 คน ในช่วง 7 เดือนสุดท้ายของปีงบประมาณ 2551 (มีนาคม-กันยายน 2551) เนื่องจากไม่มีการปรับค่า RW ระหว่างภาควิชาแล้ว ค่า RW เฉลี่ยรายเดือนที่เกิน 30 มีทั้งสิ้น 33 คน (ร้อยละ 25.6)

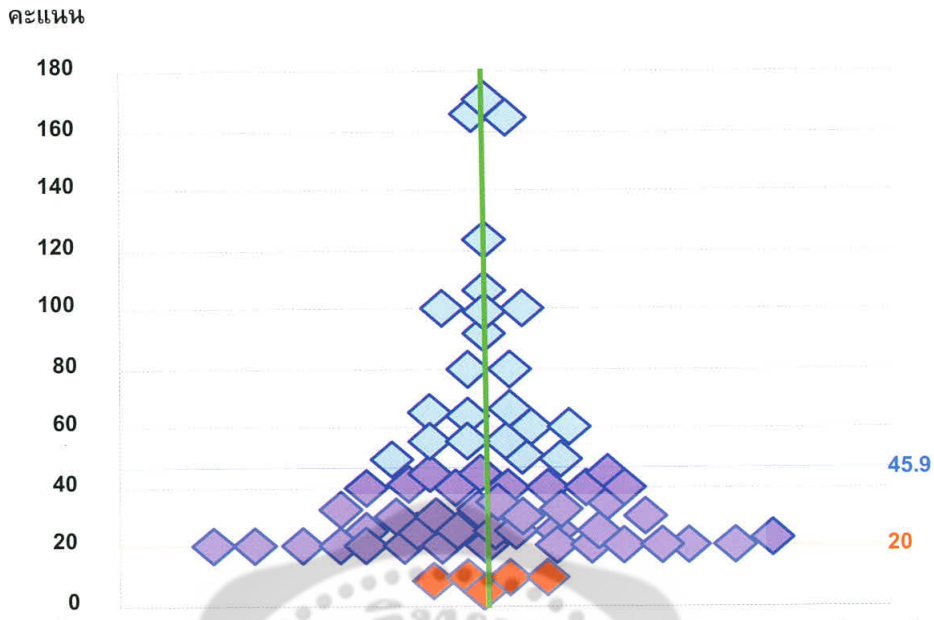
ตารางที่ 12-1 ค่า RW รายเดือนของอาจารย์แพทย์เฉลี่ยต่อคนในแต่ละภาควิชา (ช่วง 7 เดือนสุดท้ายของปีงบประมาณ 2550)

ภาควิชา	จำนวน	ค่า RW รายเดือนเฉลี่ยต่อคน	จำนวนอาจารย์ที่ค่า RW เกินค่าเฉลี่ย (%)
นิติเวช	4	2.5	0
จิตเวช	4	7.5	0
เวชศาสตร์ป้องกันฯ	10	8.5	1 (10)
โสต-ศอ-นาสิก-ลาริงซ์	5	11.5	1 (20)
กุมาร	17	10.4	1 (5.9)
สูติ-นรีเวช	13	13.9	2 (15.4)
ออร์โธปิดิกส์	11	19.4	4 (36.4)
ศัลยศาสตร์	23	27.8	12 (54.6)
รังสี	6	28.3	5 (83.3)
พยาธิ	3	28.8	2 (66.7)
จักษุ	8	29.5	6 (75)
อายุรศาสตร์	18	29.6	11 (61.1)
วิสัญญี	8	33.3	6 (75)
รวมทั้งหมด	**130**	**เฉลี่ย 20.6**	**51 (39.5)**

การส่งผลงานวิชาการในรอบ 1 ปี (ปีงบประมาณ 2551)

เงื่อนไขสำคัญที่ได้กล่าวไว้ล่วงหน้าโดยสลิปรายเดือนและหนังสือราชการและจุลสารคณบดีรายเดือน (Dean's report) คืออาจารย์แพทย์ที่ทำงานที่ศูนย์การแพทย์ฯ เกิน 1 ปีแล้ว จะต้องมีปริมาณผลงานวิชาการครบ 20 คะแนน (รายละเอียดของคะแนนที่ได้จากผลงานวิชาการ อยู่ในภาคผนวกที่ 2) ถ้ามีผลงานไม่ครบ ค่าตอบแทน RW ที่อาจารย์ทำได้จะถูกแบ่งครึ่งให้กองทุนภาควิชาและอีกครึ่งหนึ่งจัดสรรเข้ากองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร

ช่วงปีงบประมาณ 2551 ศูนย์การแพทย์ฯ มีการบรรจุแพทย์ไป 154 คน มีผู้ยื่นส่งผลงานวิชาการมายังฝ่ายวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 69 คน อาจารย์แพทย์ใหม่ที่ได้รับการยกเว้นจำนวน 22 คน มีอาจารย์ลาออก ลาศึกษาต่อ กลุ่มที่เป็นผู้บริหาร และกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมโครงการ รวมทั้งสิ้น 58 คน และอาจารย์เข้าร่วมโครงการแต่ไม่ส่งผลงานอีก 27 คน โดยสรุป ในจำนวนอาจารย์ที่ส่งผลงาน 69 คน มีผ่านเกณฑ์มากถึงร้อยละ 92.75 มีเพียง 5 คน (จุดสีแดงในรูปที่ 12-2) ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ค่าเฉลี่ยปริมาณผลงานวิชาการทั้งคณะแพทยศาสตร์เท่ากับ 45.9 คะแนน



รูปที่ 12-2 กราฟแสดงการกระจายของคะแนนผลงานวิชาการของอาจารย์แพทย์ ค่าเฉลี่ยอยู่ 45.9 คะแนน มีไม่ผ่านเกณฑ์ 20 คะแนนเพียง 5 คน (จุดสีแดง)

การพัฒนาคุณภาพอาจารย์ในด้านวิชาการควบคู่ไปกับงานบริการ

ในจำนวนอาจารย์ที่ทำงานเกิน 1 ปีมีทั้งสิ้น 69 คน จำเป็นต้องมีผลงานวิชาการอย่างน้อย 20 คะแนน จึงมีสิทธิได้รับค่าตอบแทน top-up นี้ได้ ในจำนวนอาจารย์แพทย์ที่ส่งผลงานนี้ ส่วนใหญ่แล้วสามารถครองเอกสิทธิ์ A-factor ของตำแหน่งวิชาการนั้นได้ (ดูตัวเลขสีแดงในตารางที่ 12-2) โดยตำแหน่งศาสตราจารย์มี 1 คนได้ A-factor เท่าเดิม อีก 1 คนได้ A-factor ลดลง สำหรับตำแหน่งรองศาสตราจารย์ ได้ 6 ใน 8 คน คิดเป็น 75% ส่วนตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ที่ส่งผลงานวิชาการมาทั้งหมดได้ครบ 100%

ตารางที่ 12-2 ผลงานวิชาการที่คงครองเอกสิทธิ์ A-factor ของตำแหน่งวิชาการนั้นได้ (ดูตัวเลขสีแดง)

ตำแหน่งทางวิชาการ	จำนวน	ส่งผลงานวิชาการทั้งหมด 69 คน				
		ผ่านเกณฑ์ 20 คะแนน	ได้ A-factor			
			1.6	1.4	1.2	1
ศาสตราจารย์	3*	2	1	_	1	_
รองศาสตราจารย์	11	8	_	6	2	_
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	36	19	_	_	19	_
อาจารย์	104	35	_	_	_	35
รวม	154	64	1	6	22	35

*หมายเหตุ *อีก 1 คนเป็นคณบดีไม่รวมอยู่ในโครงการนโยบาย RW*

ก่อนมีนโยบาย RW การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่จะอยู่ในความดูแลของแพทย์ใช้ทุน หากมีปัญหาจะมีการปรึกษาอาจารย์แพทย์ แม้ว่าบางภาควิชามีอาจารย์ประจำ (attending staff) หอผู้ป่วยเป็นเดือนๆ แต่ก็ไม่ระบุชื่ออาจารย์ให้เป็นเจ้าของไข้ เนื่องจากมีการผลัดเปลี่ยนเป็นรายเดือน ดังนั้น ชื่อเจ้าของไข้จึงเป็นชื่อของแพทย์ใช้ทุนเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยที่มาคลอดทั่วไปส่วนใหญ่ก็จะมีแพทย์ใช้ทุนเป็นเจ้าของไข้ ในบางภาควิชาที่มีหัตถการผ่าตัด หากมีการผ่าตัดไปแล้วก็ไม่มีชื่ออาจารย์เจ้าของไข้ที่อยู่เวรกลางคืนนั้นๆ ปฏิบัติเช่นนี้เป็นธรรมเนียมปฏิบัติยากที่จะขอร้องให้มีการปรับเปลี่ยนให้อาจารย์แพทย์เป็นเจ้าของไข้ เนื่องจากแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านเหล่านั้นยังไม่ได้จบการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิมักมีปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน ต้องการแพทย์ที่เชี่ยวชาญ สามารถประสานงานกับผู้รู้หรือแพทย์ที่เกี่ยวข้องได้ง่ายกว่าแพทย์ประจำบ้าน

ผลจากนโยบาย RW นี้จะจัดสรรให้เฉพาะอาจารย์แพทย์เพื่อเป็นแรงจูงใจให้มาสอน มาทำวิจัยและมาให้บริการที่มีคุณภาพ มาสอนแสดงให้นิสิตแพทย์ แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านได้เห็นเป็น "ต้นแบบ" ที่ถูกต้อง แทนที่จะเรียนกันเองจากแพทย์ใช้ทุนด้วยกัน หากไม่มีอาจารย์แพทย์เป็นเจ้าของไข้ ค่าตอบแทน RW ที่คำนวณได้จากผู้ป่วยรายนั้นจะจัดสรรให้กองทุนภาควิชากึ่งหนึ่งและอีกกึ่งให้กองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กรทันที (ภายหลังเปลี่ยนเป็น 30 : 70) ด้วยมาตรการนี้ ทำให้ภาควิชาได้ปรับปรุงวิธีการจัดการภายในภาควิชาใหม่ สามารถระบุชื่ออาจารย์แพทย์เจ้าของไข้ครอบคลุมในสัดส่วนที่มากขึ้นเรื่อยๆ สัดส่วนร้อยละของจำนวนผู้ป่วยใน ที่มีอาจารย์แพทย์เป็นเจ้าของไข้มากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้งานบริการด้านการรักษาอยู่ในมือของอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (รูปที่ 12-3) อาจารย์แพทย์ที่ปล่อยให้แพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ประจำบ้านดำเนินการผ่าตัดเอง โดยไม่ปรากฏตัวในห้องผ่าตัด หรือไม่เข้าช่วยสอนแสดงผ่าตัดในห้องที่ผ่าตัดก็ไม่ได้รับค่าตอบแทน RW ตรงตามที่กำหนดไว้จะมีลดหลั่นไปตามผลการปฏิบัติงานของอาจารย์แพทย์ ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักประกันคุณภาพในการให้บริการในระดับตติยภูมิของศูนย์การแพทย์ฯ (รายละเอียดในบทที่ 6)

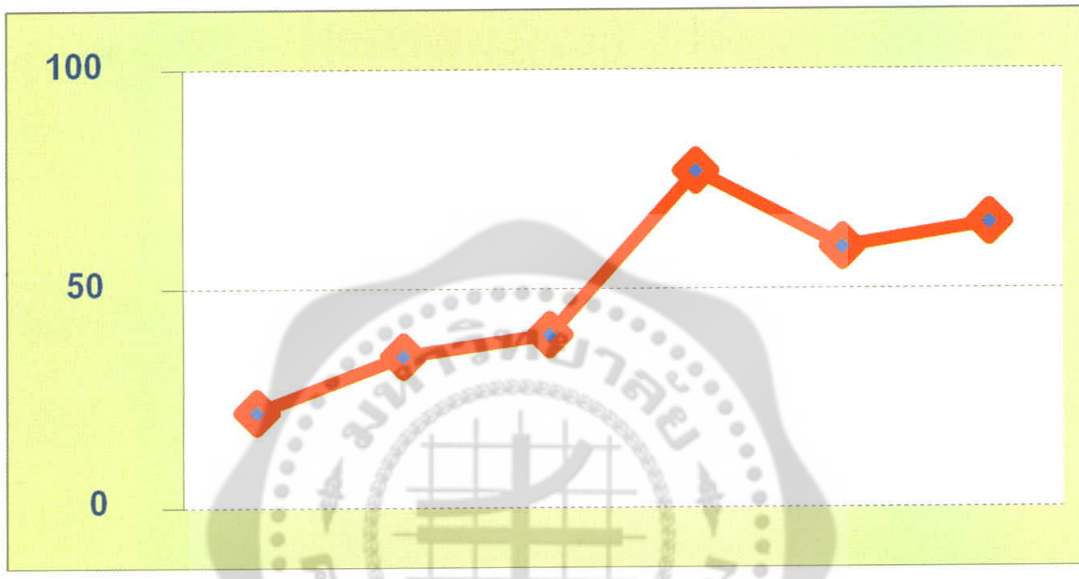
ตารางที่ 12-3 สัดส่วนการจัดสรรเข้าสมทบกองทุนภาควิชาขึ้นกับการเป็นเจ้าของไข้และประสิทธิภาพการบริหารแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน

คุณภาพการบริหารแฟ้มเวชระเบียน	จัดสรรเข้าสมทบตามสัดส่วนของค่า RW	
	กองทุนภาควิชา	กองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร
ผู้ป่วยทั่วไป มีอาจารย์ในภาควิชาเป็นเจ้าของไข้	15%	15%
ผู้ป่วยทั่วไป มีแพทย์ใช้ทุนในภาควิชาเป็นเจ้าของไข้	30%	70%
แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยหาย	–	100%
แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยไม่สรุปส่งทันกายใน 72 ชม.	ปรับเหลือรายละ 0.25RW ก่อนนำไปจัดสรรเข้ากองทุน	

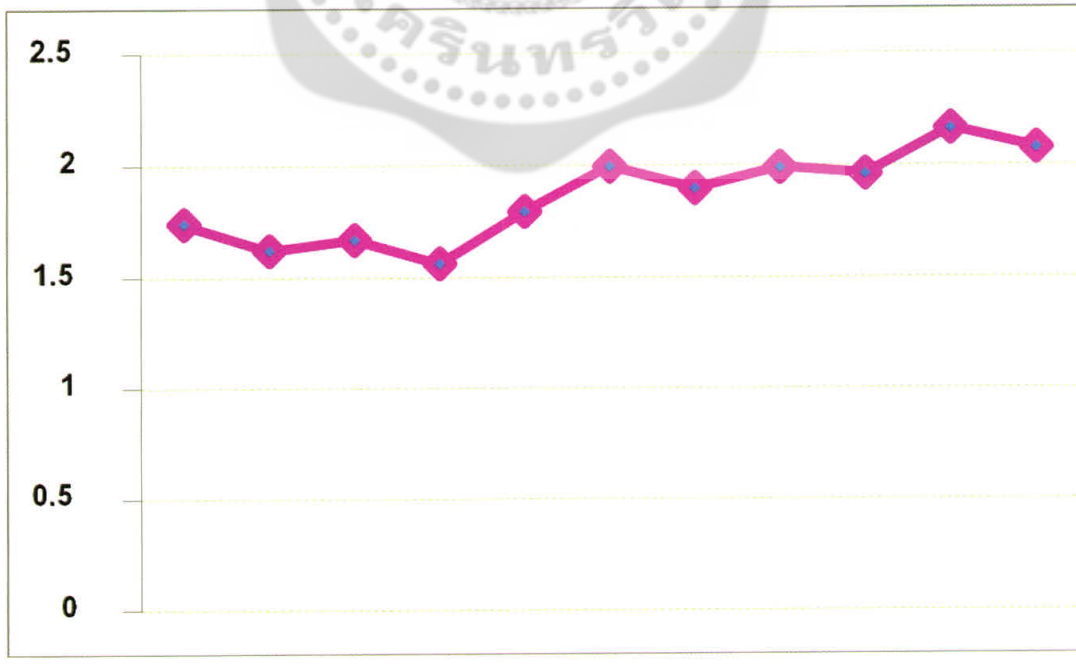
คุณภาพและความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

โครงสร้างการจ่ายค่าตอบแทนตามนโยบาย RW ได้ถูกออกแบบให้มีการจัดสรรเข้าสมทบให้กองทุนภาควิชาโตขึ้นเรื่อยๆ (ตารางที่ 12-3) ปัจจุบันถือเป็นรายได้หลักที่แต่ละภาควิชาไม่เคยมีโอกาสได้บริหารภายในภาควิชาได้โดยอิสระในด้านการพัฒนา HA, QA หรือความสัมพันธ์ภายในภาควิชามาก่อนเลย ค่าเฉลี่ยของ RW ที่คำนวณได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยในสมบูรณ์ขึ้น จาก 1.7 ขึ้นไปมากถึง 2.2 ต่อราย (รูปที่ 12-4)

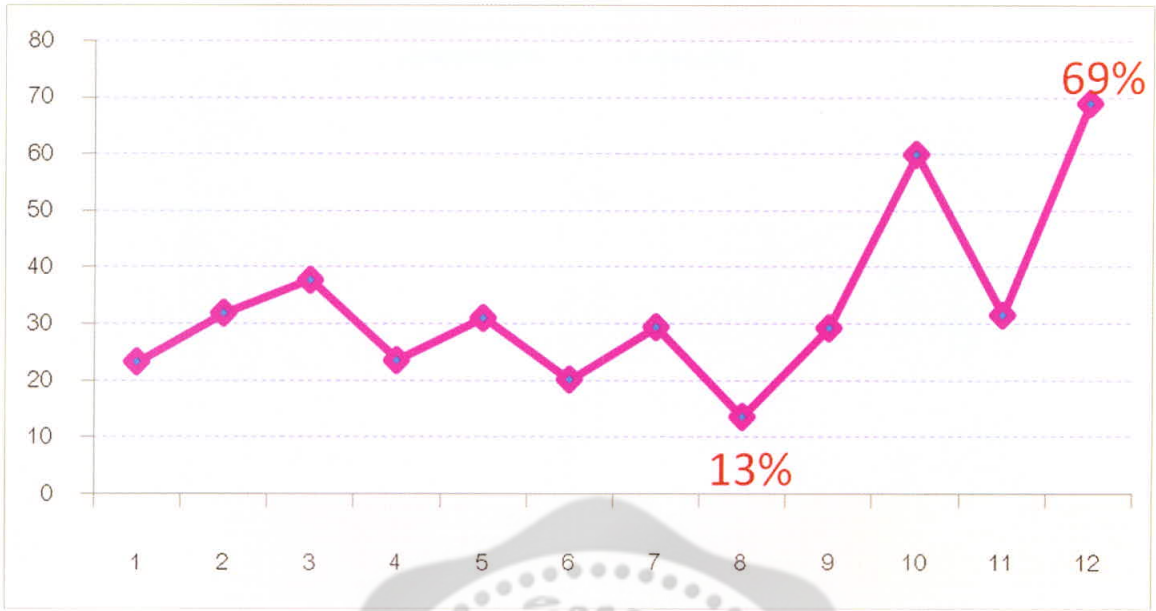
จำนวนผู้ป่วยใน-นอกมากขึ้น (20-25%) ค่าตอบแทนต่อ 1 หน่วย RW มีมูลค่าลดลง (บาท) เมื่อจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้น ส่งผลให้ค่า 1RW น้อยลงเรื่อยๆ (รูปที่ 15-9 หน้า 84) มีการขยายเวลาผ่าตัดออกไปถึง 20.00 น. เป็นเวลา 2 วันต่อสัปดาห์ ทำให้ยอดผ่าตัดสูงขึ้น 13-69% ในช่วงปีงบประมาณ 2551 (รูปที่ 12-5) และมีการเพิ่มห้องตรวจพิเศษโดยใช้กล้องส่องอวัยวะภายใน (Endoscope) จากเดิม 1 วันต่อสัปดาห์ เป็น 3 วันต่อสัปดาห์ตั้งแต่เดือนมกราคม 2552 เป็นต้นไป



รูปที่ 12-3 สัดส่วนร้อยละของจำนวนผู้ป่วยใน ที่มีอาจารย์แพทย์เป็นเจ้าของไข้ มากขึ้นเรื่อยๆ



รูปที่ 12-4 ค่าเฉลี่ยของ RW สูงขึ้นจากการคำนวณได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน



รูปที่ 12-6 อัตราการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยผ่าตัด เพิ่มขึ้นตลอดปี (พิสัย 13-69%) เมื่อเทียบกับเดือนเดียวกันของปีงบประมาณ

13

การเพิ่มรายได้ของอาจารย์แพทย์

ก่อนมีนโยบาย RW อาจารย์แพทย์ทุกคนจะได้ค่าตอบแทนที่เป็น flat rate ซึ่งไม่เกี่ยวพันกับภาระงานบริการในศูนย์การแพทย์ฯ (Medical service workload) อันประกอบไปด้วย

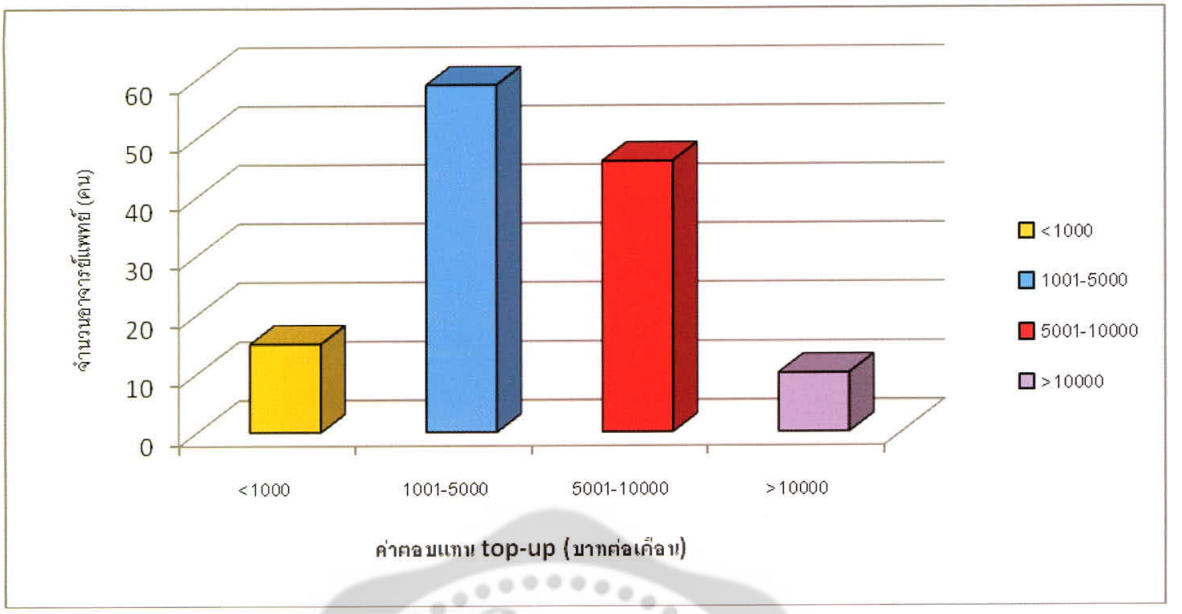
1. เงินเดือนจากที่เป็นข้าราชการหรือพนักงานมหาวิทยาลัย
2. เงินประจำตำแหน่งทางวิชาการ
3. ค่าตอบแทนประจำตำแหน่ง (เฉพาะข้าราชการเท่านั้น)
4. เงิน พ.ต.ส. (10,000 บาทต่อเดือน)
5. เงินสาขาขาดแคลน (7,500 บาทต่อเดือน)
6. เงินสมนาคุณอาจารย์ โรงเรียนแพทย์ส่วนภูมิภาค (2,500 บาทต่อเดือน)

สำหรับอาจารย์แพทย์บางท่านที่อยู่เวรนอกเวลาราชการ จะได้รับค่าตอบแทนจากการปฏิบัติงานนอกเวลาเป็น flat rate เช่นกัน ได้แก่

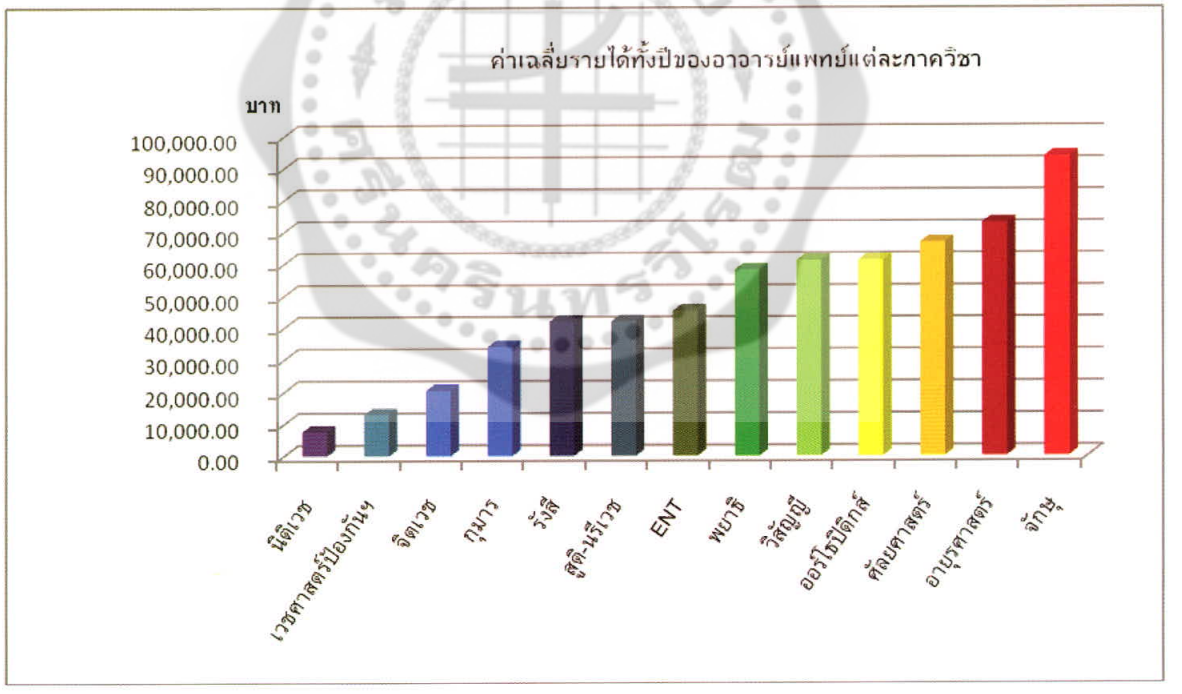
7. เงินเวร (2,400 บาท / 16 ชม. เฉพาะภาควิชาสูติศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีวิทยา)
8. เงินเวรเวชศาสตร์ฉุกเฉินและผู้อำนวยการฯ นอกเวลา (2,400 บาท / 16 ชม.+ 0.04 RW ต่อผู้ป่วย 1 ราย + 12 RW ต่อ 16 ชม.ซึ่งไม่มี A-factor) อ่านรายละเอียดในบทที่ 4
9. เงินค่าตอบแทนที่มาโดยไม่มีเวรรับผิดชอบ (600 บาท / 4 ชม. หากเกิน 4 ชม. ได้ 1,200 บาท + ได้ RW อีก 2 เท่า)

ค่าตอบแทนเพิ่มเติมจากนโยบาย RW

คณะแพทยศาสตร์ มศว มีอาจารย์ทั้งสิ้น 154 คน มีผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 130 คน ที่เหลือเป็นคณบดี อาจารย์ที่ลาศึกษาต่อ และอาจารย์ที่ปฏิเสธรับเงินจากนโยบายนี้ เมื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามนโยบาย RW ครบ 1 ปีในปีงบประมาณ 2551 พบว่า มีการจ่ายให้แก่อาจารย์แพทย์ โดยเฉลี่ยรายเดือนๆ ละ 5,013.78 $\pm$ 3,659.38 บาท และมีค่า median เท่ากับ 4,308.56 บาท มีกระจายดังนี้ อาจารย์ที่ได้รับเงิน RW เฉลี่ยน้อยกว่าเดือนละ 1,000 บาทมีจำนวน 15 คน อาจารย์ที่ได้รับเดือนละ 1,001-5,000 บาทมีจำนวน 59 คน อาจารย์ที่ได้รับเดือนละ 5,001-10,000 บาทมีจำนวน 46 คน และมีอาจารย์ที่ได้รับมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีจำนวนทั้งสิ้น 10 คน (รูปที่ 13-1) มีการกระจายลงไปตามภาควิชาไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยและหัตถการที่ทำ กราฟรูปที่ 13-2 แสดงค่าตอบแทนเฉลี่ยทั้งปีงบประมาณ 2551 ของกลุ่มอาจารย์แพทย์แต่ละภาควิชา



รูปที่ 13-1 การกระจายค่าตอบแทนรายเดือนของกลุ่มอาจารย์แพทย์ที่ได้รับเงิน top-up จากนโยบาย RW



รูปที่ 13-2 การกระจายค่าตอบแทนเฉลี่ยทั้งปีงบประมาณ 2551 ของกลุ่มอาจารย์แพทย์แต่ละภาควิชา

อัตราการเพิ่มรายได้ของอาจารย์แพทย์

นโยบาย RW ที่ระบบการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติม (top-up) ตามภาระงานบริการทางการแพทย์ (RW) ทำให้ส่วนที่เพิ่มเติมจากฐานค่าตอบแทน flat rate เพิ่มมากขึ้นจากอดีตที่ผ่านมา การเพิ่มค่าตอบแทนจากนโยบาย RW นี้มีผลทำให้ภาพรวมของอาจารย์แพทย์ที่เข้าร่วมโครงการนี้ได้มีฐานค่าตอบแทนรายเดือนสูงขึ้น จากเดิมอาจารย์จะ

ได้เฉลี่ยรายเดือนๆ ละ 52,699.33 เพิ่มเป็น 61,092.06 บาท (เพิ่มขึ้นร้อยละ 15.9) ผู้ช่วยศาสตราจารย์จะได้เฉลี่ยรายเดือนๆ ละ 70,715.00 เพิ่มเป็น 73,867.88 บาท (เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.5) รองศาสตราจารย์จะได้เฉลี่ยรายเดือนๆ ละ 76,655.00 เพิ่มเป็น 78,985.25 บาท (เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.04) และศาสตราจารย์จะได้เฉลี่ยรายเดือนๆ ละ 87,783.00 เพิ่มเป็น 94,185.62 บาท(เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.3)

ปริมาณภาระงานบริการของผู้ที่ดำรงตำแหน่งอาจารย์จำนวน 87 คน ซึ่งมีจำนวนมากกว่าร้อยละ 70 เป็นอาจารย์ใหม่ มีอายุงานไม่เกิน 2 ปี และเมื่อรวมจำนวนผู้ช่วยศาสตราจารย์อีก 31 คน ซึ่งอยู่ในช่วงวัยอายุที่ทำงานหนัก พบว่าทั้งกลุ่มอาจารย์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ครอบคลุมมากถึงร้อยละ 95 ของภาระงานบริการทางการแพทย์ทั้งหมดของศูนย์การแพทย์ฯ (ตารางที่ 13-1)

ตารางที่ 13-1 สัดส่วนภาระงานบริการทางการแพทย์ของอาจารย์แพทย์ มศว

ตำแหน่งวิชาการ	จำนวน (คน)		ภาระงานบริการ (Total RW) ของทั้งปี		ภาระงานเฉลี่ย	
	ทั้งหมด	ร่วมโครงการ*	RW รวม**	คิดเป็นร้อยละ	RW /คน	RW /คน/เดือน
อ	104	87	13,999.2	70.4	160.9	13.4
ผศ	36	31	4,971.5	25.0	160.4	13.4
รศ	11	10	631.0	3.2	63.1	5.3
ศ.	3	2	295.7	1.5	147.8	12.3
รวม	**154**	**130**	**19,897.4**	**100**	**153.1**	**12.8**

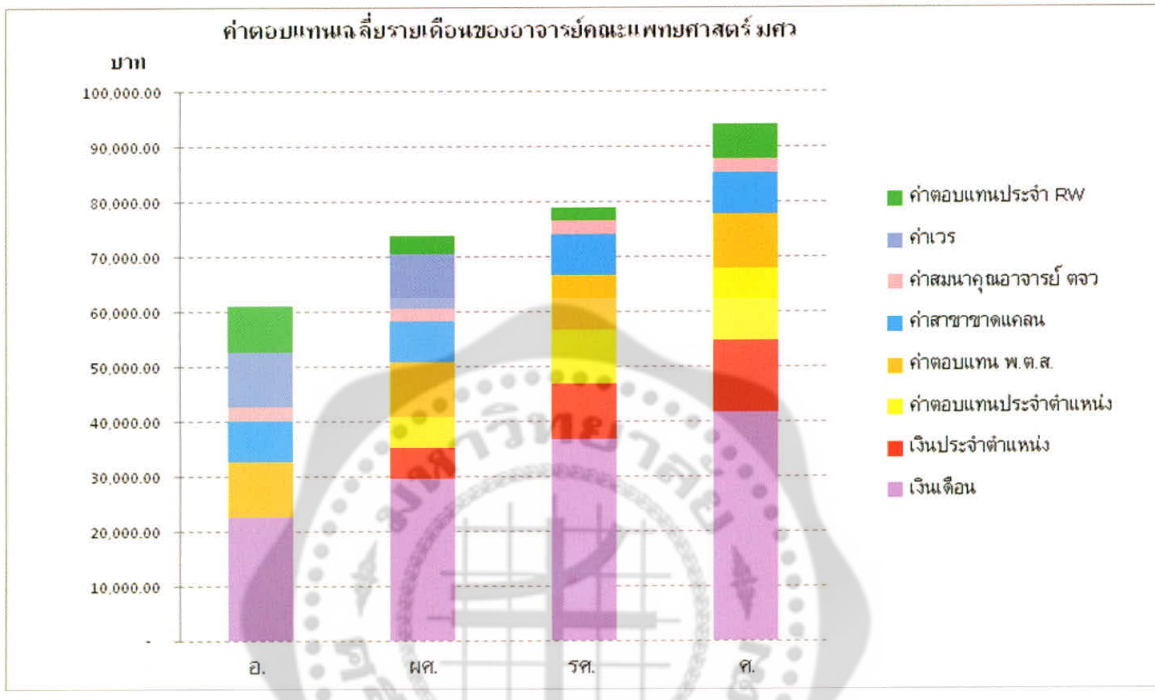
หมายเหตุ **อาจารย์ที่ไม่เข้าร่วมโครงการหมายรวมถึง คณบดี อาจารย์ที่ลาไปศึกษาต่อและปฏิเสธรับเงินค่าตอบแทนจากนโยบาย RW นี้*

*** เป็นค่า RW แท้จริงที่ทำได้โดยที่ไม่มี A-factor มาเป็นตัวคูณ*

หากวิเคราะห์จากฐานข้อมูล ที่อธิบายอัตราการเพิ่มรายได้โดยเฉลี่ยของผู้ที่ดำรงตำแหน่ง ผศ. และ รศ. จึงน้อยกว่ากลุ่มอาจารย์ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ที่ดำรงตำแหน่ง ผศ. รศ. ส่วนใหญ่เป็นแพทย์อาวุโส ไม่ได้ไปอยู่เวรในหรือเวรห้องฉุกเฉิน ซึ่งมีค่า RW ต่อช่วงเวลา 16 ชั่วโมงนอกเวลาราชการค่อนข้างสูงทั้งนี้ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้อาจารย์แพทย์ใหม่ๆ อาจารย์แพทย์อาวุโสของภาควิชาอายุรศาสตร์และกุมารเวชศาสตร์มักได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์รุ่นน้องโดยไม่ต้องเป็น Attending staff ประจำหอผู้ป่วยรายเดือนเพราะงานหนักและต้องมาดูแลช่วงวันหยุดราชการด้วย อีกเหตุผลประการหนึ่งก็คือผู้ที่ดำรงตำแหน่ง ผศ. รศ.นั้น ส่วนใหญ่อยู่ในภาควิชาที่ไม่มีผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เช่น ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม และภาควิชาจิตเวชศาสตร์ อย่างไรก็ตาม ก็มี ผศ. รศ. บางท่านที่ยังมีหัตถการผ่าตัดมากอันเนื่องจากประสบการณ์ ทำให้กลุ่ม ผศ. และ รศ.ได้รับค่าตอบแทน RW ซึ่งมีค่าเบนเบี่ยงมาตรฐานที่กว้างมากเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย ดังนี้ 3,152.88 ± 2,332.98 บาท และ 2,330.25 ± 1,866.51 บาทตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มอาจารย์ที่ได้รับ 8,392.73 ± 3,735.55 บาท ซึ่งแสดงว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มอาจารย์ใหม่นี้ได้รับค่าตอบแทนรายเดือนเพิ่มขึ้นทั้งกลุ่ม ทำให้ค่าเฉลี่ยสูงและมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในสัดส่วนที่แคบลง ให้ดูรูปที่ 13-3 และ 13-4 (ภาพบน) ประกอบ

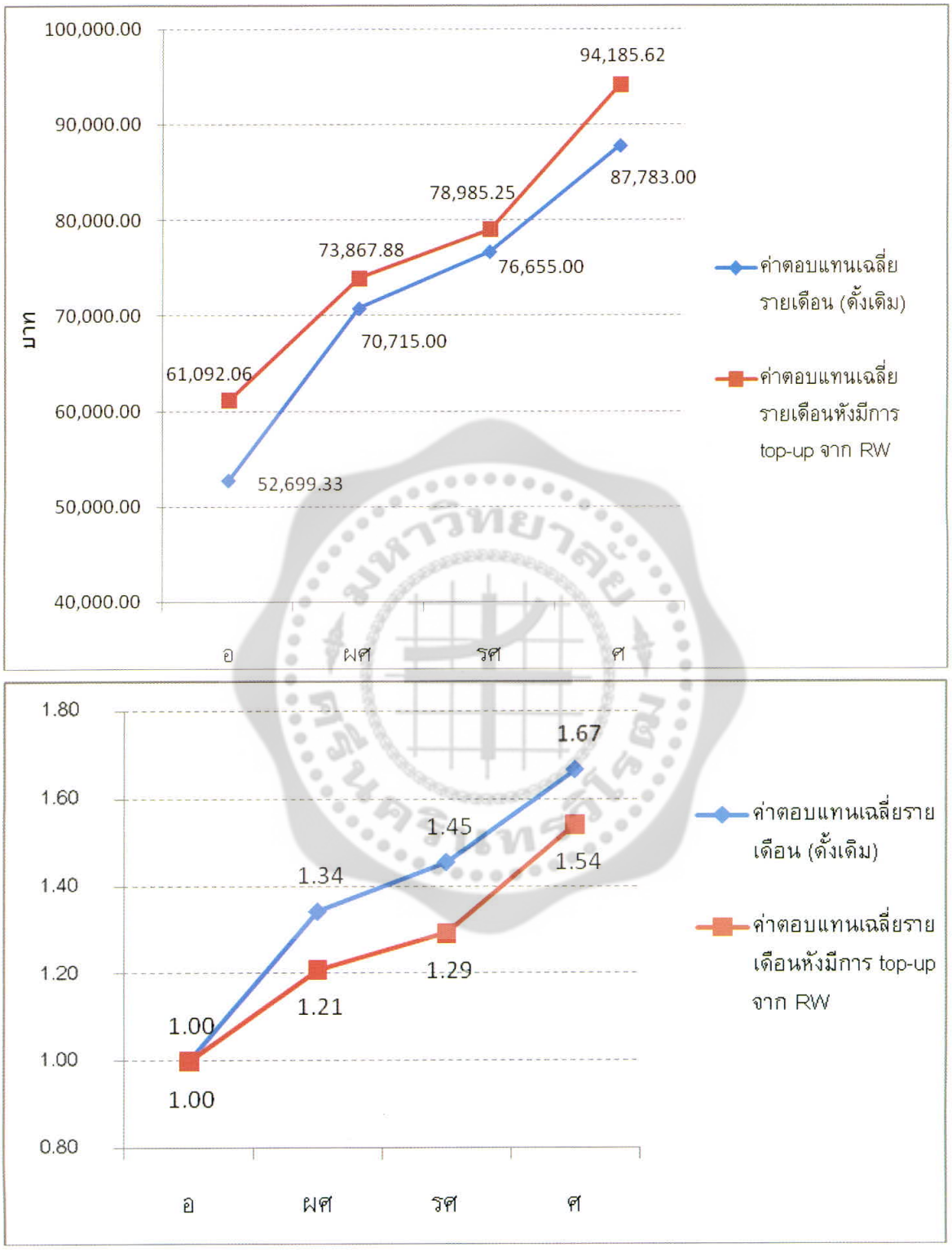
จากกราฟในรูปที่ 13-4 ก่อนมีนโยบาย RW กลุ่ม ผศ. รศ. และ ศ. จะได้มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่ากลุ่มอาจารย์เท่ากับ 34%, 45% และ 67% ตามลำดับ หลังจากมีการ top-up ให้แก่อาจารย์ที่มีภาระงาน (workload)

จากการให้บริการ ทำให้มีการเพิ่มรายได้ของส่วนใหญ่ในกลุ่มอาจารย์ ส่งผลให้สัดส่วนความแตกต่างของรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของแต่ละกลุ่มลดน้อยลง โดยกลุ่ม ผศ. รศ. และ ศ. จะได้มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่ากลุ่มอาจารย์เหลือเพียง 21%, 29% และ 54% ตามลำดับ ทั้งนี้ เนื่องจากร้อยละ 70 ของงานบริการทั้งหมดอยู่ในมือของกลุ่มอาจารย์



ค่าตอบแทนรายเดือน (บาท)	อ.	ผศ.	รศ.	ศ.
เงินเดือน	22,699.33 ± 3,884.19	29,631.00 ± 7,343.16	36,855. ± 9,289.76	41,783. ± 6,555.00
เงินประจำตำแหน่ง	ไม่มี	5,542.00 ± 350.00	9,900.00 ± 0	13,000.00 ± 0
ค่าตอบแทนประจำตำแหน่ง	ไม่มี	5,542.00 ± 350.00	9,900.00 ± 0	13,000.00 ± 0
ค่าตอบแทน พ.ต.ส.	10,000.00 ± 0	10,000.00 ± 0	10,000.00 ± 0	10,000.00 ± 0
ค่าสาขาขาดแคลน	7,500.00 ± 0	7,500.00 ± 0	7,500.00 ± 0	7,500.00 ± 0
ค่าสมนาคุณอาจารย์ ตจว	2,500.00 ± 0	2,500.00 ± 0	2,500.00 ± 0	2,500.00 ± 0
ค่าเวร	10,000.00 ± 0	10,000.00 ± 0	(ส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่เวร)	(ส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่เวร)
ค่าตอบแทนประจำ RW	8,392.73 ± 3,735.55	3,152.88 ± 2,332.98	2,330.25 ± 1,866.51	6,402.62 ± 4,024.04
รวมทั้งหมด	**61,092.06**	**73,867.88**	**78,985.25**	**94,185.62**

รูปที่ 13-3 กราฟพร้อมตารางแสดงแจกแจงรายละเอียดของค่าตอบแทนเฉลี่ยรายเดือนของอาจารย์คณะแพทยศาสตร์ มศว ในช่วงปีงบประมาณ 2551



รูปที่ 13-4 ค่าตอบแทนเฉลี่ยรายเดือนแบบดั้งเดิมของอาจารย์แพทย์มีความแตกต่างกันมากระหว่างตำแหน่ง (ภาพบน) หลังมีนโยบาย RW อาจารย์และผู้ช่วยศาสตราจารย์มีภาระงานมากจึงได้ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น ทำให้ความแตกต่างของค่าตอบแทนเฉลี่ยรายเดือนระหว่างตำแหน่งลดลง (ภาพล่าง)

ตารางที่ 13-2 ภาระงานบริการวิชาการและรายได้รวมของอาจารย์ของแต่ละภาควิชา

ภาควิชา	ตำแหน่งวิชาการ					ผลงาน RW รวมของภาควิชา			รายได้รวมของอาจารย์	
	อ.	ผศ.	รศ.	ศ.	รวม	RW รวม	RW x A-factor	% ที่เพิ่มจาก A-factor	รายได้รวม	%
ComMed	7	1	3	-	11	360.78	429.24	18.98	205,441.85	2.11
ENT	2	2	-	1	5	550.55	711.13	29.17	323,942.00	3.32
Ped	9	6	2	-	17	1,630.62	1,785.71	9.51	846,230.09	8.68
Eye	5	3	-	-	8	2,181.98	2,323.82	6.5	1,075,717.26	11.04
Psy	2	-	2	-	4	200.36	255.7	27.62	117,067.55	1.2
Forensic	4	-	-	-	4	94.86	94.86	0	43,738.84	0.45
Patho	2	1	-	-	3	555.81	569.29	2.43	249,388.27	2.56
Radio	4	2	-	-	6	761.26	822.27	8.01	359,767.43	3.69
Anes	7	1	-	-	8	1,547.32	1,566.16	1.22	699,153.74	7.17
Surg	15	6	-	1	22	4,499.06	4,846.66	7.73	2,174,858.84	22.32
OB-GYN	8	5	-	-	13	1,512.37	1,688.87	11.67	780,438.64	8.01
Ortho	7	2	2	-	11	2,037.35	2,131.98	4.64	962,526.72	9.88
Med	15	2	1	-	18	3,965.01	4,114.63	3.77	1,907,025.94	19.57
รวม	87	31	10	2	130*	19,897.33	21,340.32	7.25	9,745,297.17	100

หมายเหตุ **อาจารย์ที่ไม่เข้าร่วมโครงการหมายรวมถึง คณบดี อาจารย์ที่ลาไปศึกษาต่อ และปฏิเสธรับเงินค่าตอบแทนจากนโยบาย RW นี้*

ตารางที่ 13-3 สัดส่วนจำนวนอาจารย์แต่ละภาควิชาเปรียบเทียบกับสัดส่วนกับภาระงานงานบริการทางการแพทย์ที่ศูนย์การแพทย์ฯ

ภาควิชา	จำนวนอาจารย์		ภาระงานบริการของภาควิชา	
	รวม	%	RW รวม	%
Com Med	11	8.5	360.78	1.8
ENT	5	3.8	550.55	2.8
Ped	17	13.1	1,630.62	8.2
Eye	8	6.2	2,181.98	11.0
Psy	4	3.1	200.36	1.0
Forensic	4	3.1	94.86	0.5
Patho	3	2.3	555.81	2.8
Radio	6	4.6	761.26	3.8
Anes	8	6.2	1,547.32	7.8
Surg	22	16.9	4,499.06	22.6
OB-GYN	13	10.0	1,512.37	7.6
Ortho	11	8.5	2,037.35	10.2
Med	18	13.8	3,965.01	19.9
รวมทั้งสิ้น	130*	100.0	19,897.33	100.0

หมายเหตุ **ไม่รวมจำนวนอาจารย์ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งหมายรวมถึง คณบดี อาจารย์ที่ลาไปศึกษาต่อ และปฏิเสธรับเงินค่าตอบแทนจากนโยบาย RW นี้*

ภาระงานบริการของแต่ละภาควิชา

จากตารางที่ 13-2 และตารางที่ 13-3 ภาระงานบริการวิชาการหรือ workload ของอาจารย์คลินิกของแต่ละภาควิชาก็ไม่เท่ากัน บางภาควิชาไม่มีผู้ป่วยในรับไว้รักษาในโรงพยาบาล บางภาควิชาต้องออกไปพื้นที่เช่นภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ภาควิชานิติเวชศาสตร์ ดังนั้น จำนวนอาจารย์ในแต่ละภาควิชาจึงไม่ได้คิดคำนวณจากฐานการให้บริการในโรงพยาบาลเท่านั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงภาระงานสอนและงานวิจัยควบคู่กันไปด้วย

อนึ่ง การที่ภาระงานของอาจารย์แพทย์นิติเวชมีเพียงร้อยละ 0.05 ของงานบริการทั้งหมด แม้ว่าอาจารย์แพทย์นิติเวชมีการออกให้บริการชันสูตรพลิกศพนอกสถานที่ หรือทำ autopsy ในโรงพยาบาล แต่ไม่ได้คิด RW ให้ทั้งนี้เนื่องจากมีค่าตอบแทนที่เบิกจากงบประมาณแผ่นดินได้แล้ว จะเบิกซ้ำซ้อนจากเงินรายได้อีกไม่ได้ ภายหลังได้ปรับให้คิดภาระงานด้านคลินิกเป็นค่า RW ได้ แต่ไม่แปลงเป็นค่าตอบแทนให้ (ดูรายละเอียดในภาคผนวกที่ 6)

อย่างไรก็ตาม ปริมาณงานบริการทางคลินิกที่เกิดขึ้นจากนโยบาย RW นี้จะเป็นแนวทางในการกำหนดอัตรากำลังของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลที่ให้บริการระดับตติยภูมิ ในอดีต ไม่เคยมีการคำนวณปริมาณงานของแต่ละแผนกก่อนการตัดสินใจเพิ่มกำลังคนในแผนกนั้นๆ หากมีการเมืองในระดับโรงพยาบาลก็สามารถดึงกำลังคนเข้าแผนกโยขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งถึงภาระงาน workload ที่ต้องดูแลผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก มากน้อยเหมาะสมเพียงใด

รายได้ของอาจารย์ในภาควิชาและสมทบเข้ากองทุน

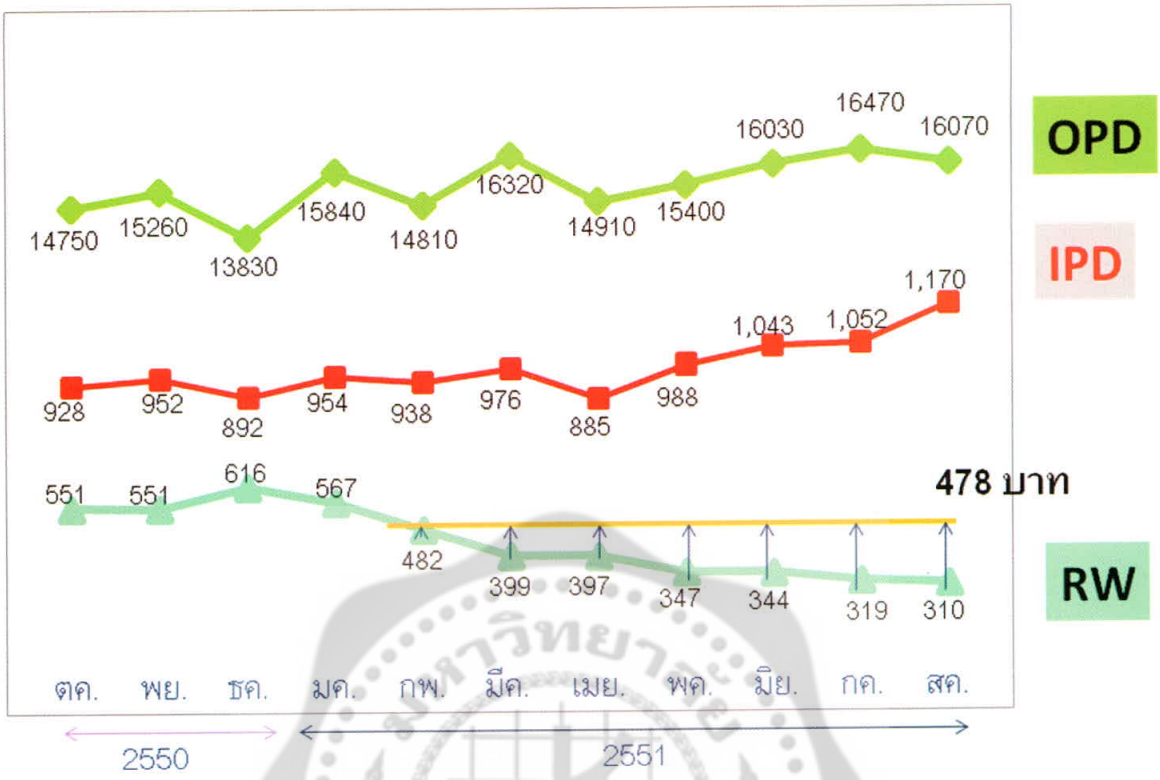
รายได้รวมของอาจารย์ของแต่ละภาควิชาได้แสดงไว้ในตารางที่ 13-2 ซึ่งคิดคำนวณจากสัดส่วนร้อยละ 70 ของที่ควรได้ โดยได้จัดสรรเงินรายได้จำนวน 12 ล้านแบ่งจ่ายรายเดือน แล้วจัดสรรเพื่อสมทบเข้ากองทุนภาควิชาและกองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กรตามสัดส่วนที่กล่าวแล้วข้างต้น และในตอนปลายปีได้จัดสรรจำนวนเงินอีก 2 ล้านเพื่อดึงค่าตอบแทนต่อ 1 หน่วย RW ที่ลดลงเมื่อจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น โดยปรับให้สูงสุดเท่าที่จำนวนเงิน 2 ล้านบาทใช้หมด จึงได้มูลค่าใหม่ในช่วง 7 เดือนสุดท้ายเป็น 478 บาท ต่อ 1 หน่วย RW (ตารางที่ 13-4 และรูปที่ 13-5)

สำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยในที่จ่ายเงินสด ในกลุ่มนี้จะไม่มีเจ้าหน้าที่นำข้อมูลผู้ป่วยไปเข้าโปรแกรม DRG จึงไม่มีค่า RW ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ระบบการจ่ายค่าตอบแทนจึงคิดคำนวณแปลงกลับสู่ค่า RW ให้แก่อาจารย์แพทย์ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มที่จ่ายเงินสดนี้ โดยใช้อัตรา 200 บาทเท่ากับ 0.01RW โดยเริ่มคิดให้ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2551 เป็นต้นมา (ตารางที่ 13-5) แล้วจัดสรรสัดส่วนจากเงินค่า RW นี้ เพื่อสมทบเข้ากองทุนภาควิชาและกองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กรเช่นเดิม

ตารางที่ 13-4 ระบบการจัดสรรค่าตอบแทนเพิ่มเติมแก่อาจารย์แพทย์ และสมทบกองทุนภาควิชาและกองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร ตามนโยบาย RW

วิธีการจ่ายค่าตอบแทน RW	เงิน RW ที่อาจารย์ได้รับ	กองทุนภาควิชา	กองทุนธำรงแพทย์ฯ	รวม
• แบ่งจ่ายให้รายเดือน	6,732,472.23	1,442,672.62	3,824,855.15	12,000,000.00
• จ่ายตอนปลายปี*	1,400,000.00	300,000.00	300,000.00	2,000,000.00
รวมเป็นเงิน	8,132,472.23	1,742,672.62	4,124,855.15	14,000,000.00

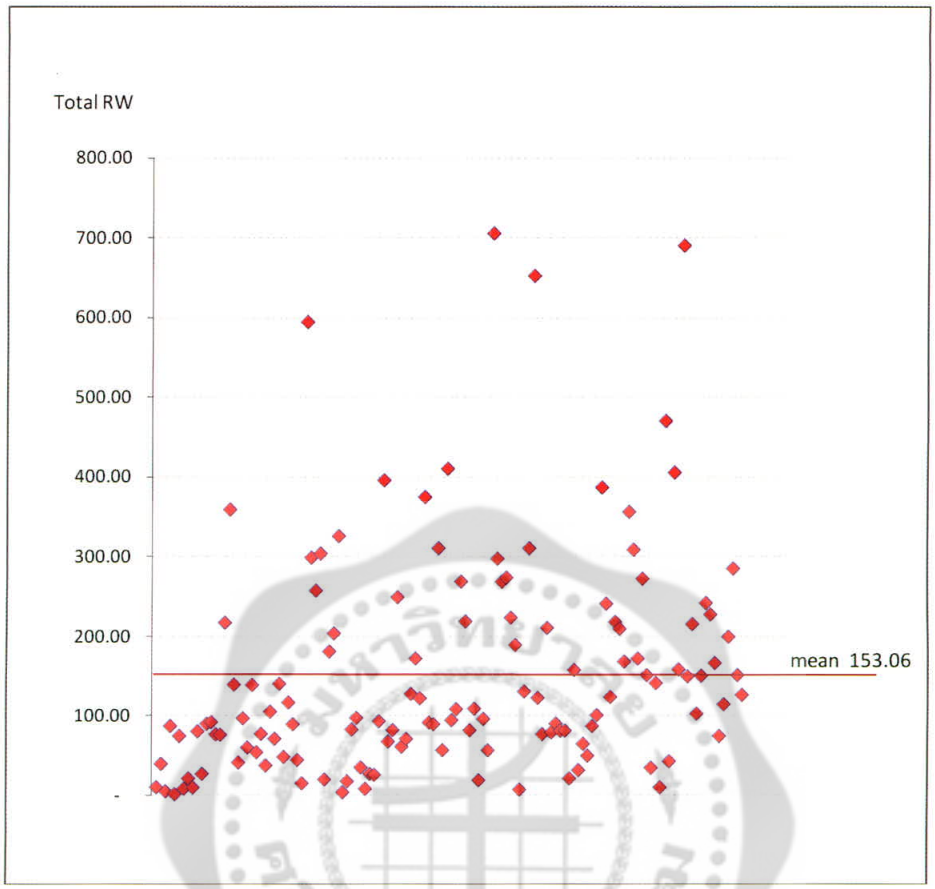
หมายเหตุ **ใช้ในการปรับให้มูลค่าของ 1 RW ให้สูงสุดเท่าที่จำนวนเงิน 2 ล้านบาทใช้หมด จึงได้มูลค่าใหม่ในช่วง 7 เดือนสุดท้ายเป็น 478 บาท ต่อ 1 หน่วย RW*



รูปที่ 13-5 มูลค่าต่อ 1 หน่วย RW จะลดลงเมื่อจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น จึงได้กันเงินงบประมาณราว 20% ในการปรับมูลค่าต่อ 1 หน่วย RW ขึ้นมาเป็น 478 บาทในช่วง 7 เดือนสุดท้าย

ตารางที่ 13-5 จำนวนเงินสดที่จัดเก็บผู้ป่วยในที่มารับบริการที่ศูนย์การแพทย์ฯ

ภาควิชา	RW IPD เงินสด ประจำเดือน										
	ตค.50	พย.50	ธค.50	มค.51	กพ.51	มีค.51	เมย.51	พค.51	มิย.51	กค.51	ส.ค.-51
Ped	0	0	0	0	50.5932	56.0947	25.341	28.0196	21.7637	24.9478	34.6021
Eye	0	0	0	0	26.6284	32.2737	16.5002	37.5627	43.1729	116.6435	34.862
Surg	0	0	0	0	39.6277	70.3275	188.067	46.6979	40.3288	49.3994	57.1482
Ortho	0	0	0	0	18.7391	18.9251	36.5025	35.5336	27.4243	33.2723	37.0019
Gyn	0	0	0	0	51.6944	62.0874	53.5502	70.2803	66.5175	70.6503	87.1327
Ent	0	0	0	0	4.0219	13.7085	13.4034	8.3823	11.149	12.1992	11.4033
Med	0	0	0	0	31.2738	34.7423	27.491	34.7708	21.4448	32.7256	36.0538
Psy	0	0	0	0	0	0	0	0	0.2995	0.6838	0
X-ray	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
รวม	0	0	0	0	222.5785	288.1592	360.8553	261.2472	232.1005	340.5219	298.204



รูปที่ 13-6 การกระจายค่า RW สะสมของอาจารย์แพทย์ทั้ง 130 คน ที่ทำได้ในช่วงปีงบประมาณ 2551 ซึ่งจำนวน RW สะสมนี้เมื่อมีอายุครบ 3 ปีงบประมาณ สามารถเขียนโครงการไปประชุมวิชาการต่างประเทศกรณีที่ไม่เสนอผลงานหรือขอเงินสมทบเพิ่มเติมจากทุนนำเสนอผลงาน นำไปแลก มูลค่าต่อ 1 หน่วย RW เท่ากับ 100 บาท

เงินค่าตอบแทนในอนาคต

จากรูปที่ 13-6 แสดงการกระจายค่า RW สะสมของอาจารย์คณะแพทยศาสตร์ มศว ที่ทำได้ในปีงบประมาณ 2551 ผลงานรวมตลอดทั้งปี โดยเฉลี่ย 153.06 RW ต่อคน (พิสัย 1.0 - 705.4) จะเห็นว่ามีความแตกต่างกันมากในอาจารย์แต่ละอนุสาขา อาจารย์บางท่านไม่มีผู้ป่วยดูแลรักษา อาจารย์บางท่านไม่ต้องเข้าศูนย์การแพทย์เพราะอาจมีงานวิจัยหรือเป็นผู้บริหาร แต่เงิน พ.ต.ส. และเงินสาขาขาดแคลนที่ศูนย์การแพทย์ฯ ต้องใช้เงินรายได้มาจ่ายให้แก่อาจารย์แพทย์ทุกคนเป็น flat rate จึงไม่ยุติธรรมสำหรับอาจารย์แพทย์ที่อุทิศตนให้แก่ศูนย์การแพทย์ฯ และไม่เป็นธรรมต่อองค์กรในภาพรวม

หลักคิดในการออกแบบให้ผลงานบริการวิชาการที่อาจารย์แพทย์แต่ละคนได้ทำสะสมกันมาตลอดทั้งปี ซึ่งประกอบด้วยงานสร้างสรรค์ ต้องใช้ความรู้และทักษะตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์ การสั่งสมประสบการณ์และความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติ ได้ก่อประโยชน์ต่อความรู้ที่เกิดสะสมขึ้นในองค์กร เพื่อความยั่งยืนให้แก่สถาบันวิชาการ การผูกเงื่อนไขที่สร้างความอิสระให้แก่อาจารย์แพทย์ที่มุ่งเน้นบริการทางการแพทย์ ให้มีโอกาสไปเพิ่มพูนวิชาการและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับนักวิชาการอื่นๆ ในเวทีสากลบ้าง จึงเป็นที่มาของ RWage เหมือนกับ Mileage ที่มีการสะสมไมล์เพื่อนำไปแลกตั๋วเครื่องบิน แต่ RWage ที่สะสมนี้มีอายุครบ 3 ปีจะมีมูลค่า 100 บาทต่อ 1 หน่วย RW

เงื่อนไขการแลก RWage มีดังต่อไปนี้

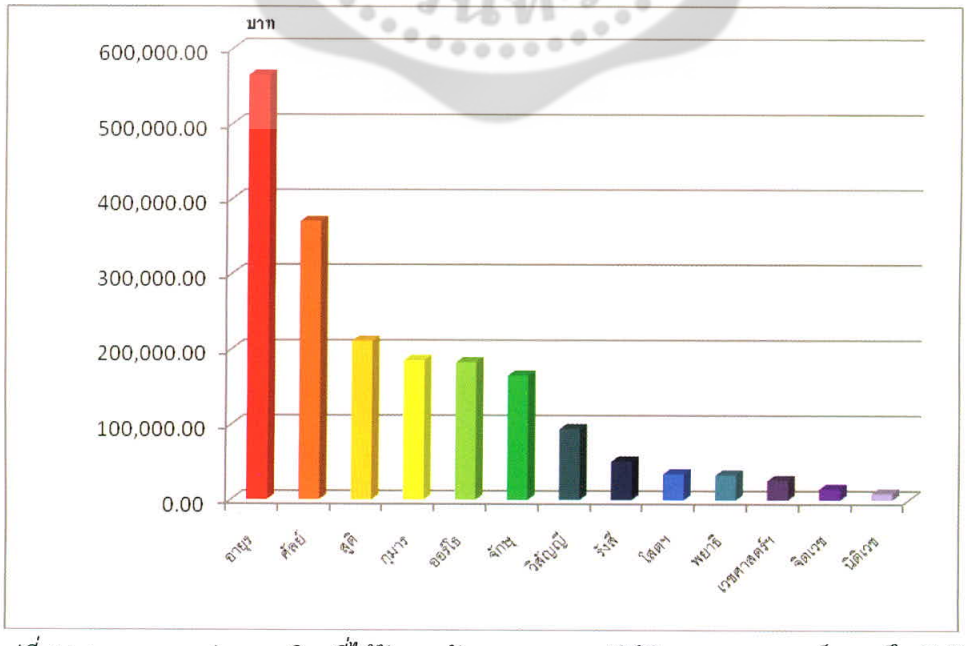
1. RWage ที่อาจารย์แพทย์แต่ละบุคคลสะสมได้ เป็นกรรมสิทธิ์ส่วนบุคคล แลกให้แก่กันไม่ได้
2. RWage ที่เสนอยื่นเพื่อนำมาแลกเป็นเงินสนับสนุนเดินทางไปเพิ่มพูนวิชาการ ณ ต่างประเทศหรือในประเทศ ต้องมีคุณสมบัติดังนี้
   2.1. RWage ที่สะสมนี้ ต้องมีอายุครบ 3 ปีงบประมาณ แต่สามารถยื่นเรื่องก่อนครบกำหนดได้ 3 เดือน
   2.2. เสนอยื่นพร้อมโครงการอบรม/ประชุม/สัมมนา และงบประมาณที่ใช้จ่าย
   2.3. ไม่จำกัดสิทธิ์ในการเสนอขอเงินเพิ่มเติมจากงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากแหล่งทุนอื่นที่ได้จากคณะ/มหาวิทยาลัย/แหล่งทุนภายนอก
   2.4. การสะสม RWage ของอาจารย์แพทย์แต่ละท่านนั้น เป็นอิสระจากผลงานวิชาการที่ต้องส่งอย่างน้อยปีละ 20 คะแนน
3. RWage ที่เหลือสามารถนำไปสะสมในปีถัดไปได้ สะสมได้อีกไม่เกิน 3 ปีงบประมาณ
4. RWage ของอาจารย์แต่ละคนที่สะสมจะหมดไปทันที เมื่อลาออกจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
5. จำนวนเงินที่เกิดจาก RWage ของอาจารย์แต่ละคนที่สะสมได้จะมอบให้แก่ทายาทโดยธรรม แต่ไม่เกิน 200,000 บาท ในกรณีที่เสียชีวิตหรือทุพพลภาพ จนไม่สามารถประกอบวิชาชีพแพทย์ได้

14

ผลประโยชน์ต่อองค์กร

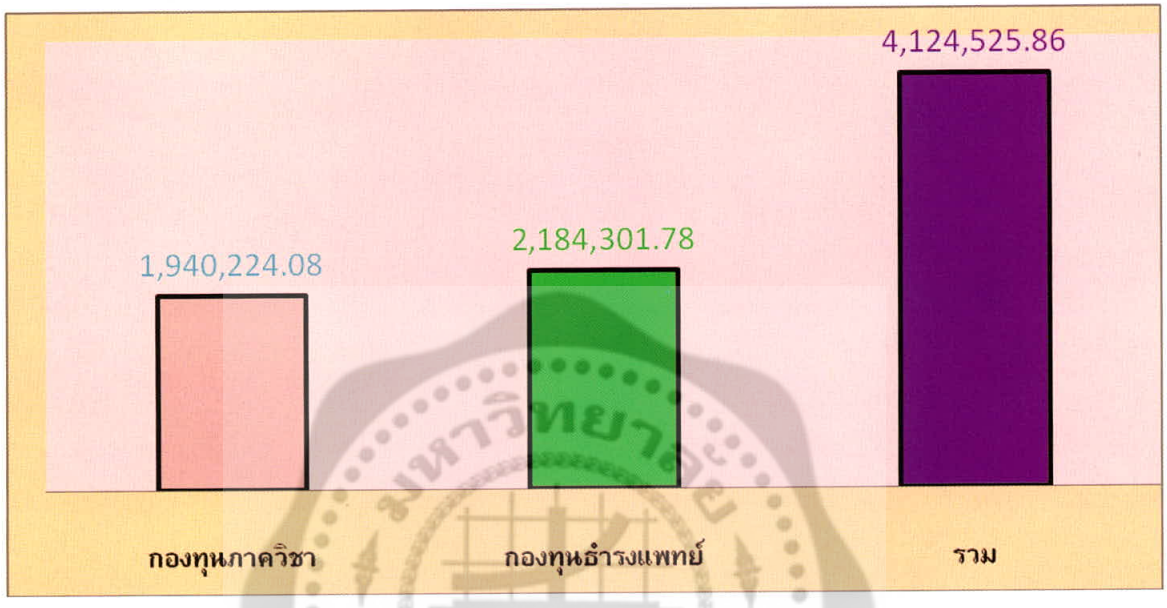
โครงสร้างการบริหารค่าตอบแทนตามภาระงานบริการตามนโยบาย RW นี้ ได้ถูกออกแบบมาเพื่อแก้ไขปัญหาเรื้อรังที่องค์กร (ซึ่งก็คือ คณะแพทยศาสตร์ มศว) ประสบมาเป็นเวลานาน ซึ่งมีหลายเรื่องหลายประการด้วยกัน รวมไปถึงการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแบบแอบแฝงของวิชาชีพแพทย์ (ซึ่งเกิดทุกองค์กรแพทย์ในโรงพยาบาลภาครัฐทั่วทั้งประเทศ) และยังคาดหวังที่จะแก้ปัญหาเชิงระบบซึ่งเกี่ยวพันกับค่าธรรมเนียมแพทย์ที่ยังไม่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการให้บริการจากภาครัฐ

จากการจัดสรรระบบค่าตอบแทน RW นี้ ยังนำมาขับเคลื่อนในฟันเฟืองสำคัญ ๆ เพื่อสร้างงานจากหน่วยงานที่เป็นหัวใจด้านคุณภาพของการบริการ นั่นคือ การกระจายอำนาจ (empower) สู่ระดับภาควิชาให้มีการบริหารแบบ autonomous พัฒนาศักยภาพตามความต้องการของผู้รับบริการในอดีตภาควิชาไม่เคยใช้ปริมาณงานบริการเป็นฐานในการพัฒนา ไม่มีแหล่งงบประมาณในการพัฒนากำลังคน ผลพวงจากนโยบาย RW นี้ทำให้เกิดกองทุนภาควิชาขึ้น (รูปที่ 14-1) แต่ละภาควิชาไม่เท่ากันตามภาระงานที่อาจารย์ในสังกัดได้ทำสะสมกันมา ไม่มี flat rate อีกต่อไป แต่ละภาควิชาต้องเร่งพัฒนาคุณภาพงานบริการ สร้างงานใหม่ๆ เพื่อเพิ่มยอดผู้ป่วย จัดสรรคนทำงานได้ตามความเหมาะสม และความจำเป็น ภาควิชาสามารถใช้เงินจากกองทุนนี้ในการพัฒนา HA ภายในภาควิชา พัฒนาเวชระเบียนให้สมบูรณ์ ส่งผลให้การคำนวณค่า RW ของผู้ป่วยในแต่ละรายได้ถูกต้องและเรียกเก็บจากต้นสังกัดได้เต็มเม็ดเต็มหน่วย

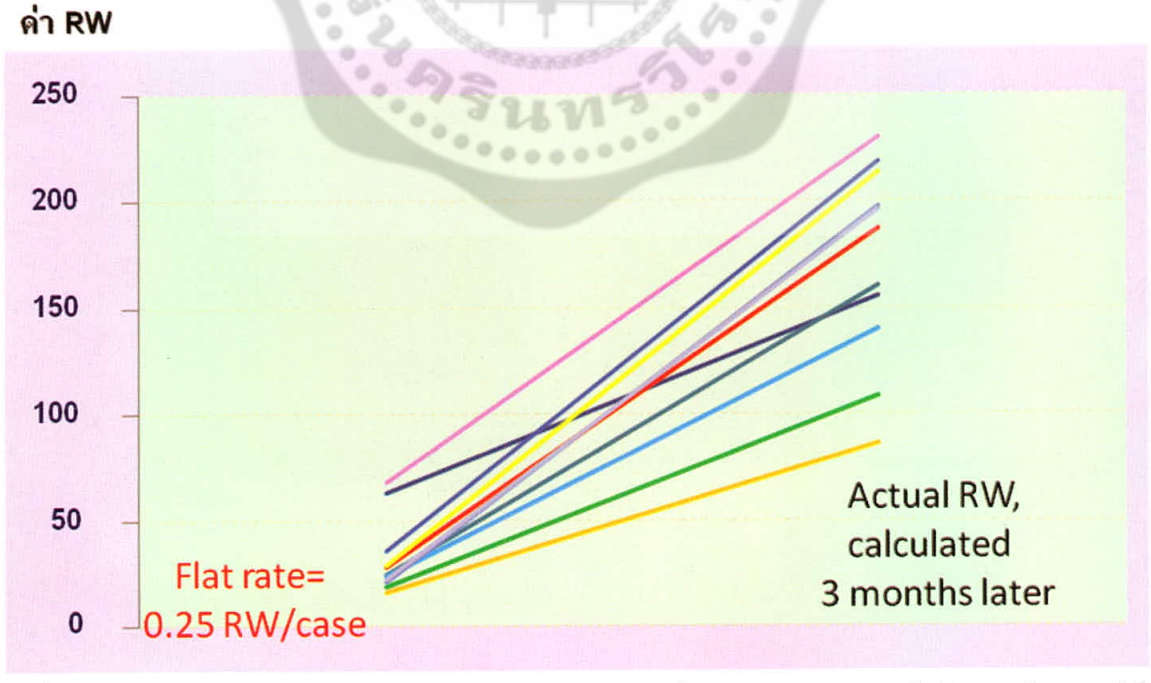


รูปที่ 14-1 กองทุนแต่ละภาควิชาที่ได้รับการจัดสรรจากการปฏิบัติงานของอาจารย์แพทย์ในสังกัด

นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดกองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร ในปีงบประมาณ 2551 ที่ผ่านมา มียอด 2 ล้านบาทเศษ (รูปที่ 14-2) สามารถจัดอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น ให้แก่แพทย์ทุกคนที่มาปฏิบัติงานที่ศูนย์การแพทย์ได้แล้ว ยังจัดสรรทุนจำนวน 3 ทุนต่อปี เพื่อสนับสนุนให้อาจารย์แพทย์ที่ทำงานครบ 1 ปี และมีค่า RW เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10 RW สามารถรับทุนไปต่างประเทศ ได้ไม่เกินปีละ 5 แสนบาท



รูปที่ 14-2 กองทุนภาควิชา และกองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร ของคณะแพทยศาสตร์ มศว



รูปที่ 14-3 มาตรการปรับลดค่า RW เหลือแฟ้มละ 0.25 RW ในกรณีสรุปแฟ้มผู้ป่วยไม่ทันตามกำหนด ทำให้อาจารย์เจ้าของไข้และภาควิชาที่สังกัดเสียผลประโยชน์

ตารางที่ 14-1 การปรับลดให้ค่า RW ในแฟ้มผู้ป่วยที่ไม่ส่งสรุปภายใน 48 ชั่วโมงหลังจำหน่ายผู้ป่วย เหลือแฟ้มละ 0.5RW ในช่วงเดือน ตค.-พย.50 หลังจากนั้นเหลือเพียงแฟ้มละ 0.25 RW เปรียบเทียบกับค่า RW จริงที่ศูนย์การแพทย์ฯ เรียกเก็บ

เดือน	มาตรการปรับลดค่า RW ต่อแฟ้ม	ค่า RW รวม	
		ตามคณะกรรมการกำหนด	คำนวณได้จริง
ตุลาคม 2550	0.5 RW	62.5	155.2254
พฤศจิกายน 2550	0.5 RW	68	229.47
ธันวาคม 2550	0.25 RW	24.5	160.1851
มกราคม 2551	0.25 RW	35.25	218.049
กุมภาพันธ์ 2551	0.25 RW	19	108.16
มีนาคม 2551	0.25 RW	23.5	139.5482
เมษายน 2551	0.25 RW	20.5	197.4095
พฤษภาคม 2551	0.25 RW	16	86.1668
มิถุนายน 2551	0.25 RW	28	186.6955
กรกฎาคม 2551	0.25 RW	22.25	195.7421
สิงหาคม 2551	0.25 RW	28.5	213.5442
กันยายน 2551	0.25 RW	21.5	200.5002
รวม		348	2,090.70

กองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กรเริ่มทำงาน

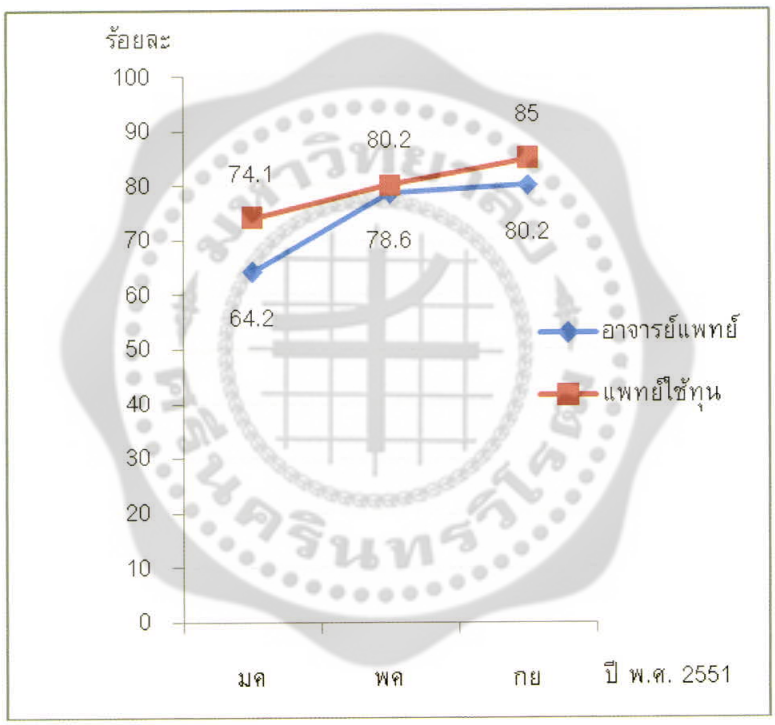
นอกจากดูแลอาหารการกินของอาจารย์แพทย์ แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำบ้านแล้ว ผลไม้อาหารว่าง และกาแฟ ก็สามารถเสริฟได้ตลอดทั้งวัน กองทุนนี้ได้ถูกประกาศให้อาจารย์แพทย์ทุกคนได้รับทราบถึง กลไกการธำรงแพทย์ของกองทุนนี้ คือ

1. เปิดให้อาจารย์แพทย์ที่ทำงานในศูนย์การแพทย์ฯ ครบ 1 ปี มีค่า RW เฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่า 10 RW สามารถขอรับทุนสนับสนุนไปฝึกอบรม/ศึกษาต่อ ณ ต่างประเทศ ปีละ 3 ทุน โดยให้ทุนไม่เกินปีละ 5 แสนบาท และยังขอรับทุนสนับสนุนจากกองทุนภาควิชาที่สังกัดได้อีกไม่เกิน 1 แสนบาท เริ่มให้ทุนแก่อาจารย์ไปตั้งแต่เดือนมกราคม 2552
2. คะแนน RW ที่สะสมได้ เหมือน Mileage เรียกว่า RWage เมื่อครบกำหนด 3 ปี สามารถนำไปแลกเป็นค่าเดินทางไปประชุมวิชาการต่างประเทศ (โดยไม่ต้องเสนอผลงาน) และมีเงื่อนไขพิเศษคือ ค่า RW สะสมนี้จะโอนสิทธิ์ให้แก่กันไม่ได้ ต้องเก็บไว้นานครบอายุ 3 ปี (โดยคิดตามปีงบประมาณ ไม่ใช่ปีปฏิทิน) จึงมีมูลค่าเกิดขึ้น โดยคิดให้ 1RW = 100 บาท ทั้งนี้เพื่อเป็นการธำรงแพทย์ไว้ในองค์กร และสร้างความภักดีให้แก่องค์กร อาจารย์แพทย์ที่จะลาออกก่อนครบ 3 ปีก็ไม่สามารถโอนกรรมสิทธิ์ RW สะสมให้เพื่อนได้

ความพึงพอใจของอาจารย์แพทย์และแพทย์ใช้ทุน

นโยบาย RW เป็นกลไกหนึ่งที่เป็นตัววัดปริมาณภาระงานที่อาจารย์แพทย์แต่ละคนทำได้ ย่อมก่อให้เกิด

ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจเกิดขึ้น เพราะแต่ก่อนไม่มีกลไกเป็นเครื่องตรวจสอบว่าใครทำงานมากน้อยเพียงใด แต่รับเงินเดือนและค่าตอบแทนต่างๆ มากมายตามที่รัฐเสนอให้เป็น flat rate ที่เท่าๆ กัน จึงเป็นความพึงพอใจระดับหนึ่งในระบบดั้งเดิม ซึ่งหมายความถึง ...ทำก็ได้...ไม่ทำก็ได้ แต่เมื่อมีระบบโครงสร้างการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานที่อุทิศให้องค์กรเกิดขึ้น ย่อมก่อให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัย (secure) ที่มีกลไกมาตรวจนับปริมาณงาน จึงเป็นเรื่องธรรมดาที่มีบางคนไม่พึงพอใจ อย่างไรก็ตาม จากรูปที่ 14-4 ส่วนใหญ่ของคนในองค์กรหรือมากกว่าร้อยละ 80 ของอาจารย์แพทย์มีความพึงพอใจในภาพรวมของนโยบาย RW เข้าใจเหตุผลความเป็นมาและปรัชญาในการดำเนินการปฏิรูปองค์กร หลายคนเข้าใจลึกซึ้งถึงความเป็นธรรมาภิบาลเกิดขึ้นในองค์กรแห่งนี้ด้วยผลพวงแห่งนโยบายนี้ จากการประมวลแบบสอบถามที่ได้รับกลับจากอาจารย์แพทย์ดังแสดงในตารางที่ 14-2 พบว่า ส่วนใหญ่รับทราบรายละเอียดของโครงสร้างและเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทนตามนโยบาย RW นี้เป็นอย่างดี



รูปที่ 14-4 ความพึงพอใจของอาจารย์แพทย์และแพทย์ใช้ทุน เริ่มนโยบาย RW ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2550

สำหรับแพทย์ใช้ทุน แม้ไม่ได้รับค่าตอบแทนโดยตรง เนื่องจากค่า RW ที่ทำได้ แบ่งให้ภาควิชาและกองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กรในสัดส่วน 30 : 70 และนำกองทุนธำรงแพทย์ฯ นี้มาสร้างสวัสดิการให้แก่แพทย์ทุกคนในองค์กร เช่น บริการอาหารเช้า อาหารกลางวัน และอาหารเวร อีกทั้งให้บริการกาแฟและผลไม้ อาหารว่างตลอดทั้งวัน นอกจากนั้นยังสนับสนุนให้แพทย์ใช้ทุนไปเสนอผลงานวิชาการในที่ประชุมวิชาการของราชวิทยาลัยเป็นประจำทุกปีอีกด้วย

นอกจากนั้น ยังได้สอบถามถึงมาตรการจากนโยบาย RW นี้ที่เน้นให้อาจารย์แพทย์ต้องมาเข้าช่วยผ่าตัดหรือ เป็นเจ้าของไข้เองโดยตรงนั้น เป็นประโยชน์ในเชิงการเรียนการสอนและฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือไม่ ผลสำรวจเป็นที่น่าพอใจ ดังแสดงในตารางที่ 14-2

ตารางที่ 14-2 ในแบบสอบถามของอาจารย์แพทย์ มีประเด็นคำถามที่มุ่งให้ข่าวสารและเงื่อนไขที่ผูกพันกับการรับค่าตอบแทนเพิ่มเติมจากนโยบาย RW (3 เดือนหลังเริ่มนโยบาย RW)

ท่านทราบหรือไม่ว่า	ทราบ (%)
• การกำเนิดกองทุนภาควิชาและกองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กรนั้น เป็นผลพวงจากนโยบาย RW	92.86
• HA ของเราไม่ผ่าน คือที่ ER และที่ ICU	71.43
• ผลงานวิชาการมีผลต่อค่า Academic (A) factor ในปีงบประมาณ 2552	92.86
• ผลงานวิชาการมีผลต่อการงดจ่าย RW ในปีงบประมาณ 2552	85.71

ตารางที่ 14-3 ความรู้สึกของแพทย์ใช้ทุนในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการวิชาการและวิถีชีวิตโดยทั่วไป

ความรู้สึกของแพทย์ใช้ทุน	เห็นด้วย	เหมือนเดิม	ไม่เห็นด้วย	ไม่ระบุ
รู้สึกอุ่นใจมากขึ้น เมื่อมี Staff อยู่เคียงข้าง	74.1	22.2	3.7	0
ท่านได้ลงมือทำหัตถการเองน้อยลง	7.4	81.5	11.1	0
มีระบบการปรึกษาแพทย์คล่องตัวมากขึ้น เป็นผลดีต่อผู้ป่วย	48.2	48.2	3.7	0
อาจารย์แพทย์มีเวลาสอนแสดงน้อยลง	3.7	74.1	22.2	0
ท่านได้ทานข้าวกลางวันตรงเวลามากขึ้น	29.6	37.1	33.3	0
ศูนย์การแพทย์ฯ น่าอยู่มากขึ้น/จะแนะนำรุ่นน้องมาใช้ทุนที่นี่	33.3	63	3.7	0
โดยรวมแล้ว คุณภาพชีวิตของเราดีขึ้น	66.7	29.6	0	3.7

ปรับค่านิยมที่ "เน้นผลงาน" ของคนในองค์กร

การปลูกฝังแนวความคิดด้านวิชาการและด้านงานวิจัยควบคู่ไปกับการบริการวิชาการ โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์การปฏิบัติการ ซึ่งสอดคล้องกับ ก.พ.ร., สมศ., กพอ. และ TQA การดำเนินงานตามนโยบาย RW ได้ปรากฏให้เห็นถึงผลผลิต (productivity) ขององค์กรอย่างชัดเจน โดยที่มี input เท่าเดิม ในช่วงระยะเวลา 1 ปี บุคลากรทั้งสายวิชาการและสายสนับสนุนต่างเข้าใจและพอคุ้นเคยกับเรื่อง Performance กันมากขึ้น คณะผู้บริหารจึงได้นำเรื่อง KPI รายบุคคลมาเป็นตัวกำกับทิศทางการพัฒนาของคณะฯ และศูนย์การแพทย์ฯ เพื่อการพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน

จากประสบการณ์การบริหารจัดการทั้งคณะแพทยศาสตร์และศูนย์การแพทย์ฯ ในช่วงปีครึ่งที่ผ่านมานั้น เป็นที่ทราบกันดีว่า คณะฯ ยังอยู่ในระบบราชการเต็มรูปแบบ แต่ศูนย์การแพทย์ฯ เป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐที่มีระเบียบคล้ายองค์การมหาชนที่คล่องตัว แม้มีกฎระเบียบต่างกัน แต่หน่วยงานมีความผูกพันและยึดโยงต่อกัน การจัดการพัฒนาแห่งหนึ่งจะมีผลกระทบทางบวกในอีกแห่งหนึ่งด้วยเสมอ เช่น หลังจากมีนโยบายการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานบริการด้านสุขภาพ (RW) ก่อให้เกิดการบริการด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพดีขึ้น มีอาจารย์แพทย์ออกตรวจประจำที่ห้องฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงย่อมมีผลต่อประสิทธิภาพการเรียนการสอนและการเพิ่มประสบการณ์ของนิสิตแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินอย่างชัดเจน เป็นต้น

หลังจากที่กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) และสถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้วางแนวทางสู่คุณภาพผ่านกระบวนการอย่าง TQA และเริ่มกระบวนการนำร่องมาได้ 2-3 ปีแล้ว ในระยะแรกทีมบริหารของคณะได้วางแผนเขียน TQA ของคณะฯ ให้แยกจาก TQA ของศูนย์การแพทย์ฯ เนื่องจากมีฐานคิดที่ว่าจะโฟกัสที่ลูกค้าต่างกันแล้วจะเขียนลำบาก ความพยายามแยกเขียนไม่สามารถไปได้เพราะขัดกับธรรมชาติของการจัดการที่เป็นจริงอยู่ในงานบริหารที่ทำ นิสิตแพทย์ อาจารย์แพทย์ เป็นกลไกเชื่อมต่อที่โยงใยของความสัมพันธ์ภายในองค์กรอย่างแนบแน่น ยากที่จะแยกเขียนออกจากกันได้ การพัฒนาคุณภาพด้านบริการของผู้ให้บริการคืออาจารย์แพทย์นั้น ย่อมส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ เพิ่มพูนทักษะ พัฒนา "ต้นแบบ" ที่ดี และเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อความเป็นแพทย์ในอนาคตให้แก่นิสิตแพทย์

ยุทธศาสตร์หลัก (ROADMaP)

การรวมยุทธศาสตร์ของศูนย์การแพทย์ฯ เข้ากับของคณะแพทยศาสตร์บนฐานคิดที่เป็นความจริงที่เป็นอยู่ไม่มีการแยกส่วน หลอมรวมเป็น "หนึ่งเดียว" จึงเกิดขึ้น ดังนั้น ยุทธศาสตร์ MSMCTOP ทั้ง 7 ข้อของศูนย์การแพทย์ฯ จึงถูกปรับเข้าไปในตัว "M" ในยุทธศาสตร์ ROADMaP ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์หลักที่นำคณะแพทยศาสตร์ มศว สู่การเป็นองค์กรฐานความรู้ได้อย่างยั่งยืน โดยปรับเปลี่ยนชื่อและองค์ประกอบภายในใหม่ให้ไปด้วยกัน ประกอบด้วย 7 ยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์แปลงงานประจำให้เป็น "ทุนความรู้" (Research for developing knowledge capitol)
2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่วัฒนธรรมองค์กรคุณภาพ (Organization culture revolution)
3. ยุทธศาสตร์สร้างความเป็นเลิศทางวิชาการ (Academic excellence)
4. ยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพนิสิตแพทย์ (Development of student's multi-skills)
5. ยุทธศาสตร์การบริหารโรงพยาบาล (Management of hospital)
6. ยุทธศาสตร์สร้างหลักสูตรเชื่อมโยงด้านสุขภาพ (Health alliance curricula development)
7. ยุทธศาสตร์ติดอาวุธสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (Health Promotion installation)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์แปลงงานประจำให้เป็น "ทุนความรู้" (Research for developing knowledge capitol)

ธรรมชาติของมนุษย์คือ งานที่ทำกันอยู่ทุกวันเป็นงานที่ไม่ต้องใช้ความคิด จึงถูกเรียกให้เป็นงานประจำ เช่น กิจกรรมภารกิจส่วนตัว ขับรถ และปัจจุบันลุกลามไปถึงงานที่สำนักงาน งานบัญชี งานพัสดุ งานสอน งานให้บริการ งานตรวจรักษา งานจ่ายยา ทุกๆ งานเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดปัญหาทั้งสิ้น เกิดได้ทุกวัน เป็นเวลานานหลายยุคหลายสมัย ไม่มีใครแก้ไขเพราะเห็นว่าเป็นงานประจำ หากได้รับการพัฒนาหรือปรับปรุงและเผยแพร่ ปรับประยุกต์ใช้ก็จะเกิดประโยชน์ต่อองค์กรและสังคมโดยรวมได้ การสร้างโจทย์วิจัยจากงานประจำที่อาจารย์แพทย์และบุคลากรสาขาอื่นๆ ในโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทุกระดับในคณะฯ โดยนำแนวคิด Routine-to-Research (R2R) มาจัดการความรู้นำไปสู่การสร้างความรู้ชัดแจ้ง (explicit knowledge) เพื่อสร้างทุนความรู้ให้แก่องค์กร

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่วัฒนธรรมองค์กรคุณภาพ

ยุทธศาสตร์นี้ถือเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงานในยุทธศาสตร์ข้างต้นทั้งหมด เนื่องจากเป็นรากฐานการสร้างจิตสำนึกในประชาคมในองค์กรทุกคนตระหนักถึงความรับผิดชอบร่วมกันในการพัฒนา และการประกันคุณภาพ

ด้านการศึกษาและการให้บริการด้านสุขภาพ ให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล มุ่งสร้างวัฒนธรรมขององค์กรใหม่ อุทิศตนเพื่อสร้างงานภายในองค์กร รักและหวงแหนผลประโยชน์ขององค์กร และมีความพึงพอใจสูงสุดกับการบริหารด้วยธรรมาภิบาล สาระสำคัญของการจัดการคือ กระจายอำนาจและภาระรับผิดชอบต่อผลสัมฤทธิ์ (empower / accountability to results) โดยมุ่งพัฒนาทักษะการบริหารจัดการ มากกว่าการกำหนดนโยบาย และสร้างวินัยและความประหยัดในการใช้จ่ายเงินงบประมาณ ผลลัพธ์ที่พึงปรารถนาให้เกิดขึ้นในองค์กรที่ผ่านการพัฒนาสู่วัฒนธรรมองค์กรคุณภาพแล้ว ได้แก่ การบริหารงานด้วยหลักธรรมาภิบาล โปร่งใส ตรวจสอบได้ ปรับเปลี่ยนระบบราชการให้ทันสมัย ลดขั้นตอนที่ยุ่งยากและไม่จำเป็น การบริหารการเงินแบบมืออาชีพ พร้อมให้มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการข้อมูลและจัดการความรู้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สร้างกลไกการสนับสนุนเพื่อลดภาระงานที่นอกเหนือจากการสอน วิจัยและบริการวิชาการของอาจารย์ เพิ่มโอกาสในการพัฒนาองค์กรเพื่อสร้างโอกาสให้กับการค้นคว้า วิจัย ในงานสอนและงานบริการในทุกๆ สาขาวิชาทางการแพทย์ สร้างจิตสำนึกในประชาคมในองค์กรทุกคนตระหนักถึงความรับผิดชอบร่วมกันในการพัฒนา และการประกันคุณภาพด้านการศึกษาและการให้บริการด้านสุขภาพ ให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล และรักษาความเป็นเอกภาพของคณะแพทยศาสตร์ เชื่อมโยง รพ. ศูนย์การแพทย์ฯ และ รพ. ชลประทาน ปรับระบบการทำงานภายในคณะแพทยศาสตร์ และโรงพยาบาลทั้งสองแห่งให้คล่องตัว ลดขั้นตอนทางราชการที่ไม่จำเป็น แต่สามารถตรวจสอบได้ เกิดวัฒนธรรมไปในทางที่ดีในการจัดการภายในองค์กรและเกิดแรงเสริมซึ่งกันและกัน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์สร้างความเป็นเลิศทางวิชาการ (Academic excellence)

จากการที่มหาวิทยาลัยได้กำหนดสัดส่วนการทำงานของอาจารย์แพทย์โดยมีงานสอน 40%, งานวิจัย 30%, งานบริการ 20% และงานบริหาร/ทำนุศิลปวัฒนธรรมอีก 10% ซึ่งหัวหน้าภาควิชาเป็นผู้จัดสัดส่วนให้อาจารย์แต่ละคนไม่เหมือนกัน แล้วแต่ความถนัด และความต้องการของภาควิชา แต่ไม่ต่ำกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มุ่งสร้างบันไดอาชีพของอาจารย์แพทย์เพียงพอเพื่อดึงดูดอาจารย์ดีอยู่ในระบบได้นานอย่างมีความสุขและได้ทำงานในสิ่งที่ตนเองชอบ เป็นอาจารย์แพทย์ต้นแบบ หลักการสำคัญที่นำไปสู่ความพึงพอใจสูงสุด มีมาตรการสำคัญ ได้แก่ สร้างแท่งเงินเดือนใหม่โดยรวมเงินเดือนและเงินทุกประเภททั้งหมด แยกแท่ง อ., ผศ., รศ., ศ., ศ11. โดยมีแนวคิดให้ยอดเงินรวมสูงสุดเท่าที่คณบดีได้ (ผู้บริหารสูงสุด) ทั้งนี้เพื่อต้องการให้สายวิชาชีพของอาจารย์เจริญได้ด้วยตัวเอง ไม่ต้องมาต่อคิวรอเป็นผู้บริหาร โดยเมื่อเปรียบเทียบแล้วสายวิชาการจะมีความมั่นคงกว่าสายบริหาร ซึ่งสายบริหารมีวาระเป็นช่วงๆ เท่านั้น สร้างระบบการจ่ายค่าตอบแทนวิจัยที่จูงใจและสร้าง career path ในวิชาชีพต่างๆ และฝ่ายสนับสนุน รวมถึงนักวิจัยโดยใช้ดัชนีชี้วัดที่ ก.พ.ร. กำหนดได้แก่ ผลงานตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ เงินทุนวิจัยจากแหล่งทุนภายนอก และสิทธิบัตรจากสิ่งประดิษฐ์ ถ่ายทอดกลยุทธ์สู่ระบบประกันคุณภาพการศึกษาที่เข้มแข็งและต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างให้บุคลากรทุกระดับสร้างงานที่มีคุณภาพเพื่อตอบสนองพันธกิจหลักขององค์กรได้ให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล

ตารางที่ 14-4 6 H's CORE COMPETENCY ของหลักสูตรคณะแพทยศาสตร์ มศว

Head	คิดเชิงวิเคราะห์ คิดเชิงระบบ คิดเชิงวิพากษ์
Heart	หัวใจที่เข้มแข็ง อดทน เหนื่อยยากเพื่อ "ผู้ป่วย"
Hand	ทักษะการเขียน การพูด สื่อสาร หัตถการทางการแพทย์
Health	สุขภาพแบบองค์รวม หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลเสียต่อสุขภาพ
Happiness	เรียนและทำงานในวิชาชีพแพทย์ อย่างมีความสุข
Humanistic	ความมีเมตตากรุณา ต่อเพื่อนมนุษย์ มีเจตคติที่ดี พร้อม คุณธรรมและจริยธรรมทางวิชาชีพแพทย์

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพนิสิตแพทย์ (Development of student's multi-skills)

การสร้างสมรรถนะหลัก 6H's core competency (ตารางที่ 14-4) ให้แก่นิสิตแพทย์ที่มาเรียนในช่วงระยะเวลา 6 ปี จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ในการนำทรัพยากรทั้งหมดมาระดมสร้างสมรรถนะหลักเหล่านี้ให้แก่นิสิตแพทย์ของ มศว แผนปฏิบัติการเชิงกลยุทธ์ในปีงบประมาณ 2552 นี้ มีดังต่อไปนี้

1. พัฒนาความคิดเชิงระบบ กล้าวิพากษ์ วิจารณ์อย่างสร้างสรรค์ สร้างห้องเรียนให้มีจำนวนเพียงพอต่อการจัดการเรียนการสอน การสอนแบบ PBL การจัดกลุ่มย่อย มีอุปกรณ์ A.V. ที่พร้อมที่สนับสนุนให้นิสิตแพทย์เกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี ห้องเรียนรู้ทางแพทยศาสตรศึกษา ที่มีหุ่นต่างๆ ให้นิสิตสามารถเข้ามาศึกษา ฝึกปฏิบัติได้ตลอดเวลา และรองรับการสอบ OSCE ได้อย่างเป็นระบบ และนิสิตแพทย์สามารถสอบผ่าน เกณฑ์ของศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพของเวชกรรม ได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาทุกคน
2. สร้างห้องประชุม ที่ทันสมัย ขนาดใหญ่ รองรับการจัดกิจกรรมของนิสิตได้พร้อมๆ กันหลายชั้นปี และรองรับการจัดประชุมวิชาการระดับนานาชาติได้ด้วย เพื่อสร้างบรรยากาศทางวิชาการ และการยอมรับทางด้านวิชาการ
3. สร้างห้องสมุด Electronic 24 ชั่วโมง นิสิตสามารถเข้ามาศึกษาและค้นคว้าได้ตลอดเวลา มีระบบ RFID และสามารถค้นคว้าระหว่างห้องสมุด หรือค้นคว้าจากแหล่งความรู้อื่นๆ ได้ บรรยากาศของห้องสมุดได้รับการออกแบบภายในดูอบอุ่น สดชื่น เหมาะแก่การแสวงหาความรู้
4. สร้างห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ ที่ส่งเสริมให้นิสิตใช้ศึกษาค้นคว้าหาความรู้
5. วางระบบ WIMAX การเชื่อมต่อ Internet แบบไร้สาย ที่นิสิตสามารถเชื่อมต่อ เพื่อเข้าศึกษา หาความรู้ได้ทุกสถานที่ เพื่อการเรียนรู้ ที่ ไร้พรมแดน (Any Where, Any Time)
6. พัฒนาหอพักนิสิต ให้สะอาด เป็นระบบ ระเบียบ น่าอยู่มากขึ้น จัดระบบสวัสดิการในหอพัก มีห้องคอมพิวเตอร์ห้อง common room ห้องออกกำลังกาย ให้นิสิตได้พักผ่อน ออกกำลังกาย และจัดสร้างหอพักนิสิตเพิ่มขึ้น เพื่อลดความแออัด ให้นิสิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
7. พัฒนาสวนรักษ์สุขภาพ ให้มีความร่มรื่น มีลานกิจกรรม ที่นิสิตจะใช้เวลาว่างทำกิจกรรมหรือพักผ่อนได้อย่างเต็มที่

8. พัฒนาสนามกีฬากลางแจ้ง และสนามกีฬาในร่ม ให้นิสิตสามารถใช้ออกกำลังกาย
9. ส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมต่างๆ เพื่อให้นิสิตเรียนรู้การจัดการ การทำงานร่วมกัน การบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม
10. จัดระบบการรักษาความปลอดภัยที่เข้มแข็ง การเดินทางระหว่างหอพัก มายังตึกเรียน โรงพยาบาล ต้องปลอดภัย รวมถึงสร้างทางเดินเชื่อมต่อระหว่างอาคารต่างๆเป็นระบบปิด จำกัดกลุ่มคนที่ใช้ มีหลังคากันแดด ฝน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การบริหารโรงพยาบาล (Management of Hospital)

ยุทธศาสตร์นี้เป็นหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาศูนย์การแพทย์ฯ ให้เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) เป็นสถานที่ฝึกงานของนิสิตแพทย์ แพทย์ใช้ทุน และเป็นสถานฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาหลักในระยะแรก และพัฒนาเป็นสถานฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอนุสาขาในระยะท้ายต่อไป

พื้นฐานในการพัฒนาโรงพยาบาลที่สำคัญในปัจจุบันคือ ฐานข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลที่เกิดขึ้นภายในคณะและโรงพยาบาลมีความสำคัญยิ่งต่อองค์กรทั้งในปัจจุบันและอนาคตขององค์กร สารสนเทศคือข้อมูลที่มีความสำคัญและเป็นระบบที่ทำให้ข้อมูลมีคุณค่ามากขึ้น บุคลากรทุกระดับสามารถสร้าง ความรู้ จากฐานข้อมูลเหล่านี้ อาทิเช่น ข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลค่ารักษาพยาบาล ข้อมูลผลลัพธ์การรักษา ข้อมูลคะแนนนิสิตแพทย์ ข้อมูลผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา บทความตีพิมพ์ เป็นต้น ข้อมูลสำคัญเหล่านี้ล้วนเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์กรในทุกๆ ด้าน อันได้แก่ พัฒนาด้านวิชาการ พัฒนาองค์กรเชิงธุรกิจ พัฒนาวิชาชีพ และเป็นการสร้างเสริมความเป็นเลิศทางวิชาการจากคลังฐานความรู้ขององค์กรเอง

การลงทุนด้านสารสนเทศมีความจำเป็นอย่างมากในยุคปัจจุบัน ถือเป็นทุนทางปัญญาที่มีคุณค่าสูงขององค์กร บุคลากรทุกระดับสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ตลอดเวลา ลดเวลา ลดเอกสารที่ไม่จำเป็น ลดแรงงานที่แอบแฝง ลดความผิดพลาดจากมนุษย์ (human error) เจ้าหน้าที่สามารถออกรายงานหรือดัชนีชี้วัดที่สำคัญต่างๆ ตามต้องการของผู้บริหารทุกระดับ หรือผู้ตรวจสอบจากฝ่ายประกันคุณภาพ

คณะผู้บริหารฯ ได้รับฟังการนำเสนอสิ่งที่ได้พัฒนา IT ของหัวหน้างานของฝ่ายสนับสนุนทั้งหมด อันได้แก่ ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก การเงินและพัสดุ วางแผน ห้องสมุด บริการการศึกษา ประกันคุณภาพ การบริหารจัดการและข้อมูลนิสิตแพทย์ กล่าวโดยสรุป ควรมีการพัฒนาระบบสารสนเทศแบบองค์รวม จัดทำเป้าหมายหลักร่วมกัน ระบุผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติงาน สามารถวัดทั้ง performance/competency ได้ วางแผนให้มีการเขียนโปรแกรมที่รวมเป็นหนึ่งเดียว พอสรุปเป็นตารางได้ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 6 สร้างหลักสูตรเชื่อมโยงด้านสุขภาพ (Health alliance curricula development)

ยุทธศาสตร์นี้จะมุ่งพัฒนาฐานรากของกลไกการผลิตบัณฑิตโดยสร้างแนวความคิดเชิงระบบเพื่อสร้างบัณฑิตแพทย์ที่สามารถมองงานวิจัยเป็นวิถีทางในการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งผลักดันให้มีการสร้างองค์ความรู้ใหม่ทางการแพทย์ โดยอาศัยความเข้มแข็งด้านการวิจัยของคณะฯ ที่มีอยู่แล้ว และผนึกกำลังความเข้มแข็งด้านวิจัยทั้งพรีคลินิกและคลินิกเพื่อร่วมกันทำความเข้าใจในเรื่องทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์และวิถีวิจัยที่จะนำไปสู่การค้นพบใหม่ๆ ทางการแพทย์ให้มากขึ้น มาตรการสำคัญ ได้แก่ ปรับสาขาวิชาดั้งเดิมและขยายรับสาขาวิชาที่เกิดใหม่ในด้านการ

ชีวภาพการแพทย์ ขยายความร่วมมือกับสถาบันภายในประเทศและสถาบันต่างประเทศเพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของอาจารย์และนิสิตแพทย์ พร้อมที่เป็นแนวหน้าทางด้านวิชาการด้านสุขภาพของประเทศต่อไป พัฒนาโปรแกรม Medical Scientist (MD/PhD) program และ Medical Epidemiologist (MD/MS) หรือ Medical Educator (MD/MA) program โดยสร้างหลักสูตรปริญญาโท-เอก (MS, MA และ PhD ร่วมกับ MD) เพื่อรองรับหรือต่อยอดจากผู้สำเร็จการศึกษาจาก Nottingham หรือแพทยศาสตร์บัณฑิต และเป็นการสร้างงานวิจัยพื้นฐานที่ได้จากโจทย์ทางคลินิก ส่งเสริมให้อาจารย์แพทย์เข้าศึกษาปริญญาเอกเพิ่มเติม เพื่อเชื่อมโยงงานวิจัยระหว่าง พรีคลินิกกับทางคลินิก (Preclinic-Clinic Linkage) ให้มากขึ้น สร้างบรรยากาศแห่งวิชาการที่ดีภายในองค์กร และจัดห้องวิจัยรวมให้เกิดการใช้งานสูงสุด จัดทำทะเบียนและระเบียบการใช้ครุภัณฑ์และเครื่องมือวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

ยุทธศาสตร์ที่ 7 ยุทธศาสตร์ติดอาวุธสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (Health Promotion installation)

ยุทธศาสตร์นี้มีฐานความคิดในเรื่องสุขภาพแบบองค์รวมที่รวมทั้ง 4 มิติตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก คือ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (หรือจิตสาธารณะ) ผู้ที่มีสุขภาพดีนั้น นอกจากสุขภาพทางกายและจิตใจแล้ว ยังหมายรวมถึงการเข้าสังคมได้ดี สื่อสารได้และการคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม มาตรการสำคัญ ได้แก่ สร้าง “ต้นแบบ” ด้านสุขภาพองค์รวมและส่งเสริมการใช้ชีวิตแบบพอเพียง ให้แก่นิสิตแพทย์ แพทย์ใช้ทุน อาจารย์แพทย์และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมสร้าง “ต้นแบบแพทย์รุ่นใหม่” บรรจงสร้างในกระบวนการที่เกิดขึ้นในโรงเรียนแพทย์เพื่อหลวมรวมเป็นอัตลักษณ์แพทย์รุ่นใหม่ที่มีคุณธรรมจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสังคมยุคโลกาภิวัตน์ อันประกอบด้วย ปลูกจิตสำนึกสาธารณะ มีคุณธรรมและจริยธรรม คิดเป็นทำเป็น มีทักษะการสื่อสาร อ่อนน้อมถ่อมตน มีบุคลิกดีเป็นประโยชน์ต่อสังคม พัฒนาวิชาการอย่างต่อเนื่อง มีแนวคิดสร้างเสริมสุขภาพและมีความภาคภูมิใจในสถาบันสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัยในทุกๆกิจกรรมที่เกิดขึ้นที่โรงพยาบาล สำนักงาน หอพักแพทย์ ห้องเรียน ห้องผ่าตัด โรงครัว เป็นต้น และจัดการดูแลสวัสดิภาพและสวัสดิการให้แก่นิสิตบุคลากร และอาจารย์ในคณะ ขยายฐานคิดนี้สู่ชุมชนเพื่อขยายประสบการณ์การฝึกเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนและขยายผลสู่ผู้คนรอบข้าง ครอบครัว และชุมชนในที่สุด และมุ่งสร้างฐานปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในชุมชนที่อยู่รอบโรงพยาบาลทั้งสองแห่งเพื่อเรียนรู้ชุมชนชนบท (รอบ รพ. ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ) และชุมชนเมือง (รอบ รพ.ชลประทาน) พัฒนาสร้างองค์ความรู้จากชุมชนโดยร่วมกันทำวิจัยระหว่างนิสิตกับอาจารย์

ตารางที่ 14-5 Balanced Scorecard ของคณะแพทยศาสตร์ มศว ในปี 2552

เป้าหมาย	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ตัวชี้วัด	โครงการ/แผนงาน
1. ปรับปรุงเสถียรภาพการเงิน (Financial)	การบริหารประสิทธิภาพต้นทุน	เพิ่มประสิทธิภาพของฝ่ายสนับสนุน	• ปรับระบบสารสนเทศภายในให้วัดผลลัพธ์การปฏิบัติงานรายบุคคล ทีมและทุกระดับ • แผนการเงินระดับคณะฯ และภาควิชา
2. พัฒนาศักยภาพนิสิตแพทย์ (Customer)	เสริมทักษะ 6H's competency	ความพึงพอใจของนิสิตแพทย์	• พัฒนาสื่อการสอน e-learning • Extra-curricular Activities
3. การรับรู้เกี่ยวกับคณะแพทย์ (Internal Process)	ความพึงพอใจของ stakeholders	• ความพึงพอใจของผู้ปกครอง • ความพึงพอใจของศิษย์เก่า • ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต	• พัฒนา web page • จัดตั้งสมาคมผู้ปกครองและแพทย์ มศว / มูลนิธิพัฒนาแพทยศาสตรศึกษา มศว • สำรวจผลสัมฤทธิ์ของศิษย์เก่า
4. พัฒนาผลงานด้านวิชาการ (Learning and Growth)	สัมฤทธิ์ผลทางด้านวิชาการ	อัตราการสอบผ่าน ศรว. ขั้นตอนที่ 1,2,3 (มากกว่าร้อยละ 90)	วิเคราะห์เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์รายวิชา
	เพิ่มผลงานตีพิมพ์	ของนิสิตปริญญาโท	• เงินยืมสำรองจ่ายให้โครงการวิจัยที่อนุมัติแล้ว
		ของอาจารย์ (ร้อยละ 23)	• ปรับแนวทางการประเมินเลื่อนขั้นเงินเดือน • สร้างผู้นำวิชาชีพ
	เพิ่มจำนวนผู้ดำรงตำแหน่งวิชาการ	เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 44	• พัฒนาโครงการวิจัยแพทยศาสตรศึกษาของแต่ละภาควิชา
			• จ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน (RW, ภาระงานของมหาวิทยาลัย)

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นคณะที่มีศักยภาพสูงในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ทางด้านการแพทย์ และกำลังรอการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างพื้นฐานหลายประการที่ยึดโยงต่อกัน ปรับรูปแบบใหม่ในการบริหารจัดการให้คล่องตัวและไวต่อการเปลี่ยนแปลง สร้างโอกาสให้ประชาคมมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรและร่วม

กันตัดสินใจ อันจะเป็นฟันเฟืองสำคัญในการขับเคลื่อนมหาวิทยาลัยไปสู่ความเป็นเลิศทางวิชาการ ร่วมสร้างสังคมบนฐานเศรษฐกิจพอเพียง พร้อมทั้งก้าวให้ทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์ เพื่อรับบทบาทชี้นำสังคมได้ด้วยความมั่นใจ

แนวคิดหลักของการพัฒนาคณะแพทย์ มศว มีอยู่ 3 ประการ คือ ทำอย่างไรให้แตกต่าง ทำอย่างไรให้คุณภาพเยี่ยม และทำอย่างไรให้เร็วที่สุด จากแนวคิดประการแรกนี้จำเป็นต้องแสวงหาจุดเด่นที่มีอยู่เป็นต้นทุนเดิม ซึ่งได้แก่งานวิจัยด้านพรีคลินิกที่โดดเด่น ชื่อเสียงเดิมด้านศึกษาศาสตร์ของ มศว และโครงสร้างการบริหารที่คล่องตัวกว่าโรงเรียนแพทย์เก่า สิ่งเหล่านี้นำมาสร้างทิศทางในการพัฒนาด้านแพทยศาสตร์ศึกษาสู่ความเป็นเลิศ รวมถึงกระแสหลักของประเทศในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ หนึ่งในยุทธศาสตร์จึงครอบคลุมการติดอาวุธการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในทุกระดับเพื่อเอื้ออำนวยให้การขับเคลื่อนเวชศาสตร์ครอบครัวได้อย่างมีน้ำหนักและมีผลกระทบ (impact) ในวงกว้างได้ แนวคิดประการที่สองนั้นต้องใช้ "วิจัย" มาปรับเรื่องคุณภาพซึ่งเป็นหัวใจหลักของการเสนอวิสัยทัศน์ในครั้งนี้ ส่วนแนวคิดประการสุดท้ายต้องใช้ระบบการบริหารจัดการสมัยใหม่

ช่องว่างระหว่างจุดที่เป็นอยู่กับจุดที่อยากให้เป็น จะถูกเติมเต็มด้วยวิสัยทัศน์ "สร้างงานวิจัย สร้างความรู้สู่องค์กร" เพราะทุกหน่วยขององค์กรมีการเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัต มุมมองที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันจึงเลือกใช้ "วิจัย" มาเป็นเครื่องมือนำทางสู่ความเป็นองค์กรคุณภาพทางวิชาการ เพิ่มพูนความรู้ จัดการความรู้ สร้างทุนปัญญาให้แก่องค์กรอย่างต่อเนื่อง เพื่อรับใช้สังคมได้อย่างยั่งยืนตลอดไป

การปรับ Alignment ภายในองค์กรให้สอดรับกับแผนยุทธศาสตร์

การบริหารราชการแบบดั้งเดิมแม้มีการกำหนดโครงการแผนงานต่างๆเข้าตามแผนแต่ก็ไม่เคยมีการประเมินตามแผนยุทธศาสตร์หรือตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ออกเป็นรูปธรรมแต่อย่างใด บุคลากรในองค์กรภาครัฐไม่คุ้นเคยกับผลลัพธ์การปฏิบัติงาน ความล้มเหลวของการพัฒนาองค์กรภาครัฐทุกแห่งอยู่ที่การกำหนดนโยบายโควตาสองขั้นเท่ากับ 15% โดยไม่คำนึงถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน การให้ flat rate เช่นนี้ ทำให้สำนักงบประมาณแผ่นดินบริหารได้ง่าย แต่พอกพูนความไร้ประสิทธิภาพขององค์กรภาครัฐในระยะยาว ระบบนี้กัดกินกันมานาน ผู้บริหารองค์กรมักดำรงตำแหน่งในระยะสั้นๆ ไม่ให้ความสำคัญกับความก้าวหน้าขององค์กรในระยะยาว เมื่อเลิกล้มระบบนี้ไม่ได้ จึงมี ก.พ.ร. เกิดขึ้นมาพัฒนาปฏิรูประบบราชการ และเริ่มมีการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐ พร้อมกับมีมาตรการเสริมให้โครงการนี้สำเร็จคือการจ่ายโบนัสแก่หน่วยงานภาครัฐนั้นตามผลงานที่ทำได้ แม้ว่าจะมี ก.พ.ร. ประเมินเช่นนี้มาแล้ว 3-4 ปี สมศ.ก็ประเมินมหาวิทยาลัยด้วยตัวชี้วัดที่ใกล้เคียงกัน แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานภายในองค์กรแต่อย่างใด เพราะที่ผ่านมาทุกคนที่อยากได้สองขั้นก็ไม่เคยสนใจว่าองค์กรถูกประเมินด้วยตัวชี้วัดอะไรที่ตนเองมีส่วนร่วมในการพัฒนาได้หรือไม่ แบบประเมินยังคงเหมือนเดิม ถึงแม้ว่าเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยก็ยังผูกติดกับระบบการประเมินแบบราชการดั้งเดิม คือไม่คำนึงถึงผลลัพธ์การปฏิบัติงานแต่ประการใด อย่างไรก็ตามทั้ง สกอ.และมหาวิทยาลัยทุกแห่งก็ถูกประเมินโดย ก.พ.ร. (ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด) ซึ่งแต่ละหน่วยงานภายใน มศว ได้รับโบนัสจำนวนที่แตกต่างกันตามคะแนนที่ ก.พ.ร.ได้ประเมินแต่ละคณะที่ให้ผลสำเร็จที่แตกต่างกัน อีกทั้ง ก.พ.ร.กระตุ้นให้ทั้งสององค์กรดังกล่าวต้องทำ PMQA ซึ่งมีเกณฑ์คล้ายกันกับ TQA (ต้องมีผลลัพธ์การปฏิบัติงาน) ที่คณะแพทยศาสตร์ มศว กำลังดำเนินการอยู่ ดังนั้นในอนาคตอันใกล้ หน่วยงานภาครัฐทุกแห่งต้องได้รับการประเมินผลลัพธ์กี่ปฏิบัติงานเต็มรูปแบบ

คณะผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์ มศว จึงเริ่มนำเกณฑ์ตัวชี้วัดของ ก.พ.ร.ที่ประเมินมหาวิทยาลัยและคณะมาเป็น "โครง" ในการสร้างตัวชี้วัดย่อยๆ ในหน่วยงานภายในคณะแพทยศาสตร์ วิเคราะห์ชิ้นงาน แผนงานย่อย

โครงการต่างๆ ที่ส่งผลโดยตรงต่อตัวชี้วัดนั้นๆ เป็นทอดๆ บุคลากรที่รับผิดชอบชิ้นงาน แผนงานย่อยเหล่านั้นก็สามารถมองเห็น "เส้นทาง" ของผลงานของตนเองที่เชื่อมโยงไปถึงตัวชี้วัดใหญ่ที่ ก.พ.ร.ต้องการวัดผลลัพธ์การปฏิบัติงานนั้นได้ การที่กำหนดแผนปฏิบัติงานที่สอดรับไปในทิศทางของคณะ นั่นคือกระบวนการปรับ alignment ภายในองค์กร

แปลงดัชนีตัวชี้วัด ก.พ.ร.และ สมศ.ให้เข้ากับยุทธศาสตร์หลัก

แนวทางการจัดระเบียบตัวชี้วัดหลัก (Key Performance Indicator; KPI) ของ ก.พ.ร.และ สมศ. ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของทั้งคณะฯ และของมหาวิทยาลัย มีวัตถุประสงค์หลักที่ทำให้ทิศทางการพัฒนาคณะฯ นั้นจะสอดรับไปกับมหาวิทยาลัย สกอ.และกระทรวงศึกษาธิการได้ การจัดทำทำเนียบรหัสตัวชี้วัดหลัก (KPI) ตัวชี้วัด (PI) และตัวชี้วัดร่วม (CPI) จากการประชุมผู้บริหารคณะฯ คณบดีได้ทำความเข้าใจและกำหนด KPI ให้แก่รองคณบดี รองผู้อำนวยการทุกฝ่าย การกำหนด KPI ภายใต้รหัสยุทธศาสตร์หลัก (ROADMaP) พร้อมด้วยตัวเลข 6 ตัวซึ่งระบุเป็นตัวเลขตรงกันกับตัวชี้วัดหลักของ ก.พ.ร. ต่อจากนั้น รองคณบดีและรองผู้อำนวยการฯ จะดำเนินการไปพบปะกับผู้ปฏิบัติงาน และร่วมกันกำหนดกิจกรรมหรือชิ้นงานที่ทำเป็นประจำ พร้อมทั้งกำหนดผลสำเร็จหรือรอบเวลามาตรฐานของแต่ละชิ้นงานเป็นตัววัดคุณภาพของหน่วยย่อยที่สุดซึ่งเป็นระดับที่ 3 ตามแสดงไว้ในตาราง ขั้นตอนสุดท้ายคือการกำหนดรหัสกิจกรรมหรือชิ้นงานนั้นให้อยู่ภายใต้รหัสตัวชี้วัดหลัก (KPI) ด้วยกระบวนการนี้เป็นขั้นตอนสำคัญที่ทีมผู้บริหารดำเนินการถ่ายทอดแผนปฏิบัติการพร้อมทั้งร่วมกันกำหนดผลสำเร็จของงานและเป็นการสื่อสารทิศทางการพัฒนาของคณะแพทยศาสตร์ไปด้วยพร้อมๆ กัน (ตารางที่ 14-6, 14-7 และรูปที่ 14-5)

ตารางที่ 14-6 ผลลัพธ์การปฏิบัติงานในแต่ละระดับของผู้รับผิดชอบในองค์กร

ผลลัพธ์การปฏิบัติงาน	ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
ภาพรวมขององค์กร	คณบดี	0
ตัวชี้วัดหลัก (KPI)	รองคณบดี	1
ตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน (PI)	หัวหน้าภาควิชา/หัวหน้างาน	2
ผลสำเร็จของแต่ละชิ้นงาน	อาจารย์/ผู้ปฏิบัติงาน	3

ตารางที่ 14-7 รหัสยุทธศาสตร์ตามเลขตัวชี้วัดของ ก.พ.ร. และ สมศ ของคณะแพทยศาสตร์ มศว

รหัสยุทธศาสตร์/ ก.พ.ร.	สมศ.	ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ ก.พ.ร.	น้ำหนัก	เป้าหมาย
R-104210	2081	4.2.1 ร้อยละของงานวิจัย หรืองานสร้างสรรค์ที่ตีพิมพ์ เผยแพร่ ในระดับชาติหรือระดับนานาชาติต่ออาจารย์ประจำและ/หรือนักวิจัยประจำ	0.8	77

คณะแพทยศาสตร์ มศว ได้ออกแบบรหัส ก.พ.ร. และ สมศ. ในแต่ละกิจกรรมที่สร้างสรรค์ขึ้นในองค์กร ตั้งแต่ระดับบุคคล หัวหน้าภาควิชา หัวหน้างาน รองคณบดี ตัวอย่างที่แสดงในตารางที่ 14-7

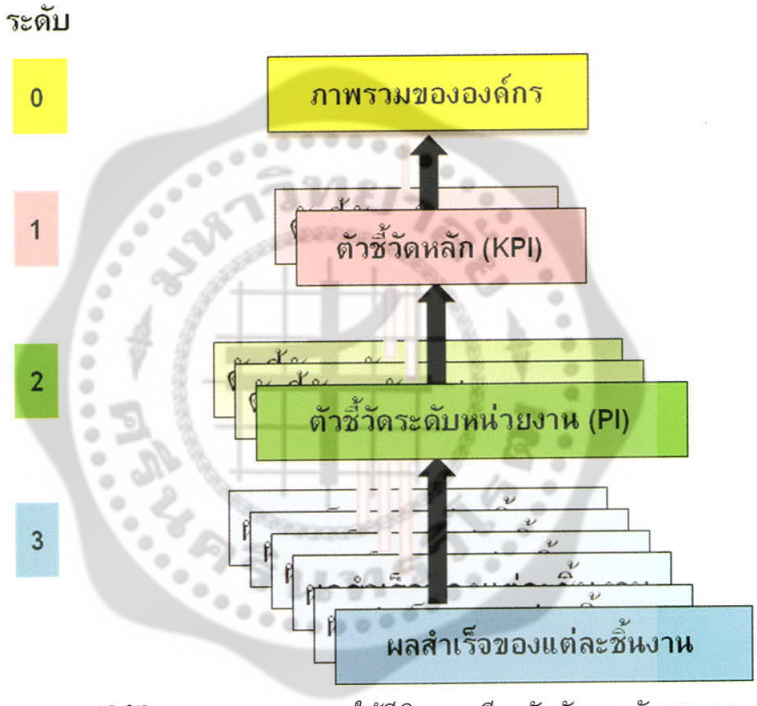
รหัสยุทธศาสตร์ คือ R-104210 และ รหัส สมศ. 2081

R = Research เป็นยุทธศาสตร์ตัวแรกของ ROADMaP

1 = งบประมาณมาจากคณะแพทยศาสตร์ และ เลข 2 แสดงแหล่งงบประมาณมาจากศูนย์การแพทย์ฯ

04210 = ตัวชี้วัด ก.พ.ร. ตัวชี้วัดที่ 4.2.1 (คู่มือการปฏิบัติราชการตามคำรับรองของสถาบันอุดมศึกษา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2552)

2081 = มาตรฐานตัวบ่งชี้ของ สมศ.ที่ 2



รูปที่ 14-5 การกำหนดแผนปฏิบัติงานจากทุกแผนงานให้มีทิศทางเดียวกันกับการพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ มศว

การสร้างกิจกรรมหลักในหน่วยงาน

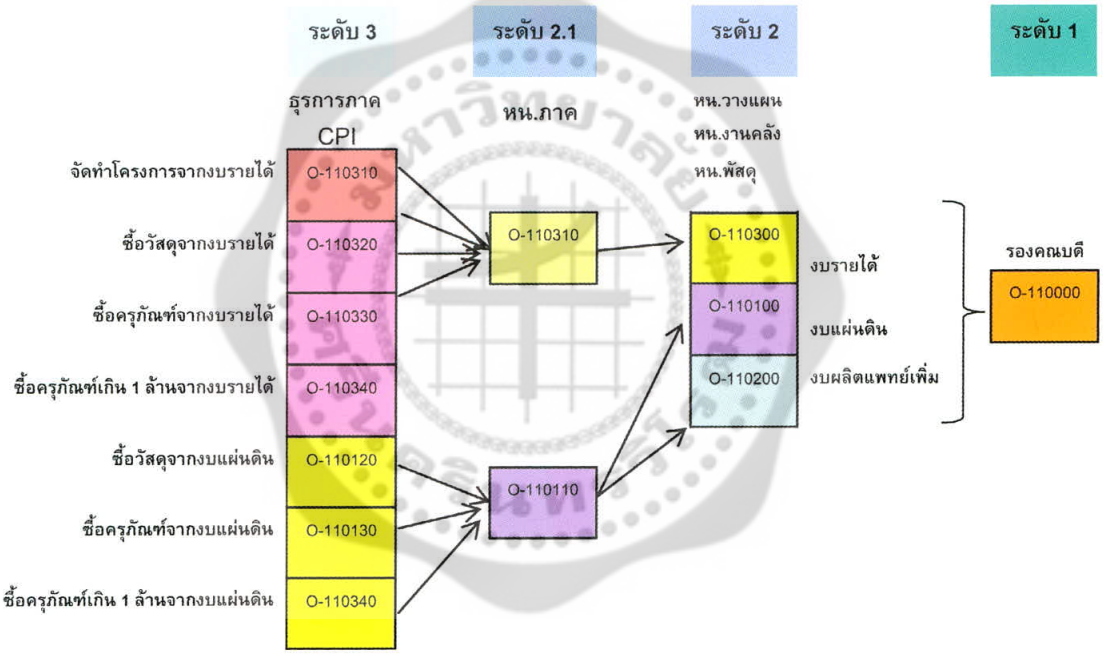
ขั้นตอนการกำหนดกิจกรรมหลักของหน่วยงานต่างๆ เป็นขั้นตอนที่ผู้บริหารทุกระดับต้องรับรู้และร่วมกันคิดและกำหนดความหมายหรือลักษณะของชิ้นงานหรือกิจกรรมหรือแผนงานย่อย แต่ละหน่วยงานจะสามารถกำหนดกิจกรรมหลักที่แต่ละคนรับผิดชอบได้ เรียกอีกอย่างคือ Job description (JS) แต่ต่างกันตรงที่ KPI จะเป็นการวัดผลสำเร็จของชิ้นงาน ยกตัวอย่างเช่น JS บอกว่าคุณต้องทำงาน 100 ชิ้นงานต่อสัปดาห์ แต่ KPI ต้องกำหนดผลสำเร็จของทั้ง 100 ชิ้นงานว่ามากน้อยเพียงใด เช่นตั้งไว้ครบรอบเวลาตามเกณฑ์มาตรฐานรวมแล้วไม่ต่ำกว่า 70% แสดงว่า มี 30 ชิ้นงานที่ไม่ได้มาตรฐาน แต่พนักงานคนนี้ทำครบ 100 ชิ้นก็ตาม ดังนั้น คุณลักษณะที่ต้องมีการระดมสมองระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารหน่วยงานตกลงกันนั้นจะต้องประกอบด้วย

1. ชื่อของกิจกรรม ชิ้นงาน แผนงานย่อย โครงการ ซึ่งต้องสื่อสารให้ตรงกัน
2. กำหนดลูกค้าภายใน และ/หรือภายนอก หรือผู้ส่งมอบ (supplier)

3. กำหนดรอบเวลาที่เป็นมาตรฐาน ยอมรับจากวงวิชาชีพ

สร้างเกณฑ์ชี้วัดร่วมสำหรับกิจกรรมที่คร่อมสายงาน

ในอดีตที่ผ่านมา แต่ละหน่วยงานมักกำหนดรอบเวลาจำเพาะชิ้นงานที่อยู่ตรงหน้าหรือบนโต๊ะของตนเอง ไม่เคยสนใจว่าคนที่จะรับงานของเราต่อไป จะพึงพอใจหรือไม่ แนวความคิดในเรื่อง "ลูกค้าภายใน" ต้องปรับทัศนคติใหม่ให้คิดว่า "The next process is our customer" ได้นำมาปรับใช้บนฐานคิดว่าหากเป็นกระบวนการเดียวกัน เพื่อส่งมอบงานให้แก่ลูกค้าให้ทัน ก็ต้องรับผิดชอบตัวชี้วัดร่วมกัน (CPI) เมื่อกำหนดเป็น CPI ร่วมกันแล้ว ผู้ปฏิบัติงานทุกคนที่คร่อมสายงาน หรือที่เกี่ยวข้องกันจะประสานงานกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่เกี่ยงงานกัน ไม่ทับถมกัน แต่กลับมาพูดคุยติดต่อสื่อสารกันแบบไม่เป็นทางการ สอนงานกัน จัดการความรู้ร่วมกัน แบ่งปันความรู้กัน พัฒนา best practice ร่วมกัน (รูปที่ 14-6)



รูปที่ 14-6 จากตัวชี้วัด (PIs) ย่อยๆ จากทุกภาควิชา รวมเป็น KPI ใหญ่

ตัวอย่างเช่น การสั่งซื้อครุภัณฑ์ (เครื่องมือผ่าตัด) จากภาควิชาศัลยศาสตร์ ลูกค้าคือ อาจารย์ศัลยแพทย์ เริ่มต้นด้วยเจ้าหน้าที่ฝ่ายวางแผนต้องวางแผนให้มีการสั่งซื้อครุภัณฑ์ชิ้นนี้ให้เป็นไปตามเป้าหมายการใช้จ่ายเงินงบประมาณ จึงต้องสื่อสารไปยังธุรการภาควิชาให้เริ่มดำเนินเมื่อไร ครั้นเมื่อธุรการภาควิชาดำเนินการสั่งซื้อจากภาควิชา เอกสารฉบับนี้ต้องดำเนินการผ่านโต๊ะของเจ้าหน้าที่ฝ่ายพัสดุ โต๊ะของเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน ให้ดำเนินการเสร็จสิ้นภายในรอบเวลาที่กำหนดไว้ สมมติว่าต้องเสร็จภายใน 30 วัน สรุปตัวชี้วัดของงานชิ้นนี้เป็นเลขรหัสกิจกรรมเลขเดียว แต่เป็นตัวชี้วัดร่วม (CPI) ที่คร่อมสายงานอย่างน้อย 4 หน่วยงานได้แก่ ธุรการภาควิชา เจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่การเงิน และเจ้าหน้าที่ฝ่ายวางแผน จะมี CPI ตัวเดียวกัน หากดำเนินการและอาจารย์ศัลยแพทย์ได้รับเครื่องมือผ่าตัดชิ้นนี้ก่อน 30 วัน ทุกคนที่มี CPI ตัวนี้ก็จะได้คะแนนเต็ม หากเลยกำหนดรอบเวลาที่วางเกณฑ์ไว้ ทุกคนก็ไม่ได้คะแนนจาก CPI ตัวนี้เลย

การจัดทำสารานุกรมตัวชี้วัดและน้ำหนักคะแนน

กระบวนการจัดทำแผงกิจกรรมย่อยของแต่ละหน่วยงาน เป็นเครื่องมือสำคัญที่ผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสทบทวนเนื้องานของตนเองที่ได้รับผิดชอบ และรับรู้ถึงความเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นในองค์กรได้ และตระหนักถึงผลลัพธ์ของเนื้องานที่ทำเป็นประจำนั้น ได้ส่งผลไปถึงผลสำเร็จขององค์กรในประเด็นใดบ้าง หากตัวชี้วัดหลักขององค์กรผ่านเกณฑ์ประเมินจาก ก.พ.ร. บุคลากรทุกคนที่รับผิดชอบเนื้องานของทุกรับในแผงกิจกรรมนั้นๆ ย่อมมีความรู้สึกร่วมกับภาคภูมิใจขององค์กรไปด้วย

หลังจากที่ประชุมคณะผู้บริหารของคณะแพทยศาสตร์ มศว และผู้บริหารของศูนย์การแพทย์ฯ ได้ทำความเข้าใจกับรองคณบดีและรองผู้อำนวยการในเรื่องเกณฑ์ตัวชี้วัด ก.พ.ร. และแบ่งเกณฑ์ตัวชี้วัดแก่ผู้บริหารทุกคน และยังจัดแผนกลยุทธ์ให้กระจายไปทั่วทั้งคณะแพทยศาสตร์โดยกำหนดให้เป็นเกณฑ์การประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือนของคณะแพทยศาสตร์และศูนย์การแพทย์ฯ โดยดำเนินการกำหนดกิจกรรมหรือชิ้นงานของทุกหน่วยงานภายใต้ร่มของเกณฑ์ตัวชี้วัดของ ก.พ.ร. โดยให้อยู่ในรหัสยุทธศาสตร์เดียวกัน โดยมอบรองคณบดีให้ไปพบปะพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนทุกหน่วยงาน เพื่อร่วมกันกำหนดตัวชี้วัด (PI) กรณีที่ไม่อิงกับหน่วยงานอื่น หรือร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดร่วม (CPI) ในกรณีที่งานชิ้นนั้นมีการคร่อมสายงาน

การกำหนดน้ำหนักความยากง่ายของชิ้นงานของฝ่ายสนับสนุน

ในเกณฑ์ตัวชี้วัดของ ก.พ.ร. ทุกตัวจะมีค่าน้ำหนักคะแนนลดหลั่นกันไปตามความยากง่าย หรือตามความต้องการหรือความจำเป็น (need) ขององค์กร หากมีการเปลี่ยนแปลงหรือผ่านการพัฒนาไปแล้ว ค่าน้ำหนักคะแนนนี้อาจเปลี่ยนแปลงลดลงได้ตามความเหมาะสม ชิ้นงานเดียวกันซึ่งมีการไหลผ่านคร่อมหลายสายงาน จะมีเลขรหัสยุทธศาสตร์เดียวกัน แต่น้ำหนักคะแนนที่ผ่านแต่ละหน่วยงานอาจไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับความยากง่าย (difficulty) ความรับผิดชอบ (accountability) ต่อชิ้นงานนั้นๆ และแต่ละชิ้นงานจะมีทั้งหมด 5 ระดับ 5 คะแนน อย่างไรก็ตามผลรวมของน้ำหนักคะแนนของชิ้นงานตลอดกระบวนการนั้นจะเป็นตัวเปรียบเทียบระหว่างชิ้นงานที่สร้างขึ้นในองค์กรแต่ละวันๆ

ตัวอย่างเช่น สมมติกิจกรรมหนึ่งชื่อ การเคลียร์ค่าใช้จ่ายก่อนจำหน่ายผู้ป่วยในฤกิจกรรมหรือชิ้นงานนี้มีผู้ร่วมกระบวนการทั้งสิ้น 5 คน ได้แก่ ธุรการหอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่การเงินใน เจ้าหน้าที่ห้องยา เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เป็นต้น และกำหนดว่าชิ้นงานนี้มีค่าน้ำหนักคะแนนทั้งหมดเท่ากับ 1.0 อาจแบ่งให้ผู้ร่วมกระบวนทั้ง 5 คน เท่ากับ 0.2, 0.4, 0.2, 0.1, 0.1 เป็นต้น รอบเวลามาตรฐานหลังจากแพทย์เซ็นจำหน่ายแล้วจะต้องเคลียร์ค่าใช้จ่ายเสร็จสิ้นภายใน 1 ชั่วโมง วันหนึ่งมีการจำหน่ายผู้ป่วย 10 ราย เจ้าหน้าที่การเงินจะมีคะแนนเต็มเท่ากับ 10 x 1.0 x 0.4 = 4 ถ้ามีเจ้าหน้าที่การเงิน 2 คน (นาย ก. และนาย ข.) ที่รับผิดชอบ ก็แบ่งคนละ 5 รายไป ในตอนสุดท้ายผลสำเร็จที่วัดได้ของนาย ก. ทำได้เสร็จเร็วก่อน 1 ชั่วโมงจำนวน 3 ราย และนาย ข. ทำได้ครบ 5 ราย

นาย ก. จะได้คะแนนตัวชี้วัด เท่ากับ (5 x 1.0 x 0.4) x 3/5 = 1.2 คะแนน

นาย ข. จะได้คะแนนตัวชี้วัด เท่ากับ (5 x 1.0 x 0.4) x 5/5 = 2 คะแนน

ตารางที่ 14-8 การจัดทำสารานุกรมตัวชี้วัดและน้ำหนักคะแนนตามเกณฑ์ ก.พ.ร. หมวดที่ 10

รหัสยุทธศาสตร์	สกอ	ระดับ	ตัวชี้วัดของ ก.พ.ร.	น้ำหนัก	เป้าหมาย
O-110000	7100	1	10.ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในการรักษามาตรฐานระยะเวลาการให้บริการ	3.00	4
O-110100	7110	2	10.1 งบประมาณแผ่นดิน ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในการรักษามาตรฐานระยะเวลาการให้บริการ	0.5-1.0	4
O-110110	7111	3	10.1.1 งบประมาณแผ่นดิน การรักษามาตรฐานระยะเวลาการดำเนินการจนเสร็จสิ้นปิดโครงการตามแผน	0.1-0.3	77
O-110120	7112	3	10.1.2 งบประมาณแผ่นดิน การรักษามาตรฐานระยะเวลาการให้บริการงานซื้อวัสดุของภาควิชา	0.1-0.3	77
O-110121	7112	3	10.1.2 งบประมาณแผ่นดิน การรักษามาตรฐานระยะเวลาการให้บริการเบิกวัสดุในคลัง	0.10	4
O-110130	7113	3	10.1.3 งบประมาณแผ่นดิน การรักษามาตรฐานระยะเวลาการให้บริการงานซื้อครุภัณฑ์ของภาควิชา	0.1-0.3	77
O-110140	7114	3	10.1.4 งบประมาณแผ่นดิน การรักษามาตรฐานระยะเวลาการให้บริการงานซื้อครุภัณฑ์ (เกิน 1 ล้านบาท) ของภาควิชา	0.1-0.3	77
O-110150	7115	3	10.1.5 งบประมาณแผ่นดิน การรักษามาตรฐานระยะเวลาการให้บริการปรับปรุงที่ดิน สิ่งก่อสร้าง โดยวิธีตกลงราคา วงเงินไม่เกิน 100,000 บาท) ของภาควิชา	0.1-0.3	77
O-110160	7116	3	10.1.6 งบประมาณแผ่นดิน การรักษามาตรฐานระยะเวลาการให้บริการปรับปรุงที่ดิน สิ่งก่อสร้าง โดยวิธีสอบราคา วงเงินน้อยกว่า 100,001-2,000,000 บาท	1.00	4

แนวทางการกำหนดเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติงาน

การประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติงานและสมรรถนะเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือนของข้าราชการและพนักงานในสังกัดคณะแพทยศาสตร์และศูนย์การแพทย์ฯ ในปีงบประมาณ 2551 ที่ผ่านมา มีการประเมินผลเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือนนั้นมีการผสมผสานโดยใช้แบบเก่าที่ประเมินแบบ subjective ร่วมกับการประเมินผลการปฏิบัติงานจากนโยบายหลักของทีมบริหารชุดนี้ จากผลการประเมินผลงานของคณะแพทยศาสตร์ มศว ในปีที่ผ่านมาโดย ก.พ.ร. และ สมศ. ได้คะแนน 3.53 และ 1.93 ตามลำดับ ทำให้คณะผู้บริหารฯ มีความชัดเจนมากขึ้นในการนำเอารูปแบบการประเมินที่เน้นผลลัพธ์การปฏิบัติงานมาใช้เต็มรูปในปีงบประมาณ 2552 โดยนำเอาเกณฑ์ของทั้งสองสถาบันมาประเมินผลงานของข้าราชการและพนักงาน ทั้งนี้เพื่อปรับให้ทุกหน่วยงานมีทิศทางการปฏิบัติงานให้สอดรับไปในทิศทางเดียวกับที่จะขับเคลื่อนทั้งองค์กรของคณะแพทยศาสตร์

การประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือนแบบใหม่ประกอบด้วย ผลลัพธ์การปฏิบัติงาน (Key performance indicator) สมรรถนะขององค์กร (Core competency) และสมรรถนะการทำงาน (Functional competency) เป็นสัดส่วนร้อยละ 70, 20 และ 10 ตามลำดับ

สายวิชาการ

อาจารย์ทั้งพรีคลินิกและคลินิกต้องมีภาระงานตามเกณฑ์ใหม่ของมหาวิทยาลัย 35 ภาระงานชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยพิจารณาเลือก 1 ใน 3 รูปแบบ คือ เน้นสอน เน้นวิจัย และเน้นบริการ ซึ่งมหาวิทยาลัยตั้งเกณฑ์ต่ำสุดที่ 21 ภาระงานชั่วโมงต่อสัปดาห์ ส่วนที่เหลืออีก 14 ภาระงานชั่วโมงต่อสัปดาห์ให้เลือกตามที่อาจารย์ถนัด หลังจากนั้นจะมีการวัดผลลัพธ์จากการปฏิบัติงาน ซึ่งแต่ละคนทำงานไม่เท่ากัน แต่ทุกคนต้องเกิน 35 ภาระงานชั่วโมงต่อสัปดาห์ การประเมินผลงานครั้งนี้จึงเน้นที่ผลลัพธ์การปฏิบัติงานถึง 70% จากงานสอน งานวิจัย งานบริการที่อาจารย์ถนัดร่วมกับสมรรถนะอีก 30% รวมเป็น 100% แต่ทั้งหมดถูกนำส่งมาให้คณะฯ เพื่อให้สถาบัน ก.พ.ร.และ สมศ. มาประเมินคณะต่อไป ดังนั้น การประเมินครั้งนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงผู้ที่ทำให้คณะฯ ได้รับการประเมินในระดับที่สูงก็จะได้รับการประเมินเลื่อนขั้นเงินเดือนมากกว่าผู้ที่ไม่มีผลงาน

แบบประเมินนี้ มีตัวชี้วัดที่มีน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 20 และแต่ละตัวชี้วัดจะมีทั้งหมด 5 ระดับ 5 คะแนน รวมคะแนนได้ทั้งหมด 100 คะแนน ทั้งนี้คณะฯ มีตัวชี้วัดภาคบังคับโดยนำเกณฑ์ก.พ.ร. สมศ. และยุทธศาสตร์ของคณะ โดยมีน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 10 และให้อาจารย์สามารถเลือกได้ตามถนัดอีก 10 ดังนั้น ทุกคนจึงมีคะแนนเริ่มต้นเท่ากับ 100 คะแนนทุกคน ใครที่มีคะแนนสูงย่อมมีบทบาทในการสร้างผลงานให้แก่คณะฯ มากขึ้นเช่นกัน ไล่เรียงลำดับคะแนนลงมาก็สามารถเลือกสรรคนที่ควรได้รับการเลื่อนขั้นเดือนที่เหมาะสมได้

สายสนับสนุน

ข้าราชการและพนักงานสายสนับสนุนต้องมีภาระงานตามเกณฑ์ใหม่ของมหาวิทยาลัย 35 ภาระงานชั่วโมงต่อสัปดาห์ การประเมินแบบใหม่นี้จะมีการวัดผลลัพธ์จากการปฏิบัติงาน ซึ่งแต่ละคนทำงานไม่เท่ากัน แต่ทุกคนต้องเกิน 35 ภาระงานชั่วโมงต่อสัปดาห์ การประเมินผลงานครั้งนี้จึงเน้นที่ผลลัพธ์การปฏิบัติงานถึง 70% จากงานประจำและงานสร้างสรรค์ที่สอดรับกับพันธกิจของคณะและสอดรับกับยุทธศาสตร์ของคณะฯ ร่วมกับสมรรถนะอีก 30% รวมเป็น 100% ดังนั้น การประเมินครั้งนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงผู้ที่ทำให้คณะฯ ได้รับการประเมินในระดับที่สูงก็จะได้รับการประเมินเลื่อนขั้นเงินเดือนมากกว่าผู้ที่ไม่มีผลงาน

แบบประเมินนี้ มีตัวชี้วัดที่มีน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 20 และแต่ละตัวชี้วัดจะมีทั้งหมด 5 ระดับ 5 คะแนน รวมคะแนนได้ทั้งหมด 100 คะแนน ทั้งนี้คณะฯ มีตัวชี้วัดภาคบังคับโดยนำเกณฑ์ก.พ.ร. สมศ. และยุทธศาสตร์ของคณะ โดยมีน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 18 และให้บุคลากรสายสนับสนุนสามารถเลือกได้ตามถนัดอีก 2 ดังนั้น ทุกคนจึงมีคะแนนเริ่มต้นเท่ากับ 100 คะแนนทุกคน ใครที่มีคะแนนสูงย่อมมีบทบาทในการสร้างผลงานให้แก่คณะฯ มากขึ้นเช่นกัน ไล่เรียงลำดับคะแนนลงมาก็สามารถเลือกสรรคนที่ควรได้รับการเลื่อนขั้นเดือนที่เหมาะสมได้ (ตารางที่ 14-9)

ตารางที่ 14-9 น้ำหนักการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติงานและสมรรถนะในการทำงานของบุคลากรในคณะแพทยศาสตร์ มศว

ประเภทของบุคลากร	KPI (น้ำหนัก 20 คะแนน)		รวม	Competency (%)		รวม
	บังคับ	เลือก		Core	Functional	
ผู้บริหาร	10	10	ได้ 100 คะแนน เท่ากับ 70%	20	10	30%
ผู้บริหาร (ตรงสายงาน)	18	2		20	10	
อาจารย์	10	10		20	10	
สายวิชาชีพ	15	5		20	10	
สายสนับสนุน	18	2		20	10	

14

ผลสืบเนื่องและผลทางอ้อมจากการดำเนินนโยบาย RW

ความคาดหวังสูงสุดของผู้บริหารคือ สร้างความเจริญที่ยั่งยืนให้แก่องค์กร ไม่ว่าจะเป็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ หรือมาตรการใดๆ ทุกอย่างล้วนเป็นจิกซอตัวต่อที่สำคัญในการเชื่อมเส้นทางที่เลือนรางให้ได้เห็นแนวทางที่จะก้าวไปสู่วิสัยทัศน์ที่คาดหวังไว้ได้ ภารกิจสำคัญผู้บริหารการเปลี่ยนแปลงต้องใส่ใจกับการเกี่ยวกับผลลัพธ์จากการปฏิบัติงานขององค์กร ผลสืบเนื่อง รวมถึงผลทางอ้อมจากการดำเนินนโยบาย RW นี้อย่างต่อเนื่องและเผยแพร่ออกสู่สาธารณะในทุกๆ โอกาส

ข้อสมมติฐานที่ทำให้ผู้บริหารเชื่อมั่นว่ามาถูกทาง คือ การกระทำใดๆ ที่มีผลต่อส่วนรวม ถ้าเป็นประโยชน์จริง สิ่งนั้นจะยั่งยืนถาวร และคนในองค์กรจะถนอมรักษามันไว้ได้เอง แต่ถ้าเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง สิ่งนั้นจะค่อยๆ สลายไปในที่สุด

ระหว่างที่มีการดำเนินนโยบายนี้ มีหลายคนจากภายในและภายนอกองค์กรได้แย้งถึงนโยบาย RW นี้ให้เฉพาะกลุ่มแพทย์ เป็นนโยบายประชานิยมในกลุ่มแพทย์ แต่ก็มีอีกหลายคนที่ได้มีโอกาสอ่านรายละเอียด เข้าใจถึงโครงสร้างที่ออกแบบให้ยึดโยงกับพันธกิจ 3 ด้านที่อาจารย์แพทย์ต้องรับผิดชอบอย่างครบถ้วนแล้ว ก็จะทราบถึงแก่นแท้ของเป้าประสงค์ที่แท้จริงของนโยบาย RW นี้ อาจารย์หลายท่านที่ทำงานบริการอย่างเดียวไม่ผลิตงานวิชาการเลย ก็จะได้ค่าตอบแทน RW เพียงปีแรกเท่านั้น ดังนั้น อาจารย์ที่อาสาเข้าสู่ระบบนี้ก็ต้องเข้าใจว่า Career path ของตนที่แท้จริงอยู่ที่ไหน อาจารย์แพทย์ที่ศรัทธาต่อระบบของสถาบันการศึกษาที่มีพันธกิจ 3 ด้านก็จะมีอนาคตที่แจ่มใส มีสิ่งแวดล้อมด้านวิชาการที่ดี ก้าวขึ้นสู่เวทีสากลได้อย่างสง่างาม

เป็นที่น่าแปลกที่กลุ่มพยาบาลต่างขานรับให้มีนโยบาย RW นี้แก่อาจารย์แพทย์ เพราะรู้สึกอบอุ่นใจที่มีอาจารย์แพทย์อยู่ด้วย ท่ามกลางสถานการณ์ที่วิกฤติ แพทย์เจ้าของไข้จะรู้เรื่องดีที่สุด ไม่มีใครอยากเผชิญหน้าผู้ป่วยหรือญาติที่มาด้วยอารมณ์ไม่พอใจและไม่ได้พบแพทย์เจ้าของไข้ และเมื่อเวลา 1 ปีผ่านพ้นไป จากการสอบถามกลุ่มอาจารย์แพทย์พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 ของอาจารย์แพทย์ ก็เอื้อเฟื้อร้องขอให้มีการจ่ายโบนัสให้แก่พยาบาลตามภาระงานบริการพยาบาล (RN) เช่นเดียวกัน เหตุการณ์ดีๆ ทั้งสองที่เกิดขึ้นที่ศูนย์การแพทย์ฯ เป็นผลพวงจากการก่อตัวของวัฒนธรรมที่เน้นผลงานเป็นค่านิยมใหม่ขององค์กร

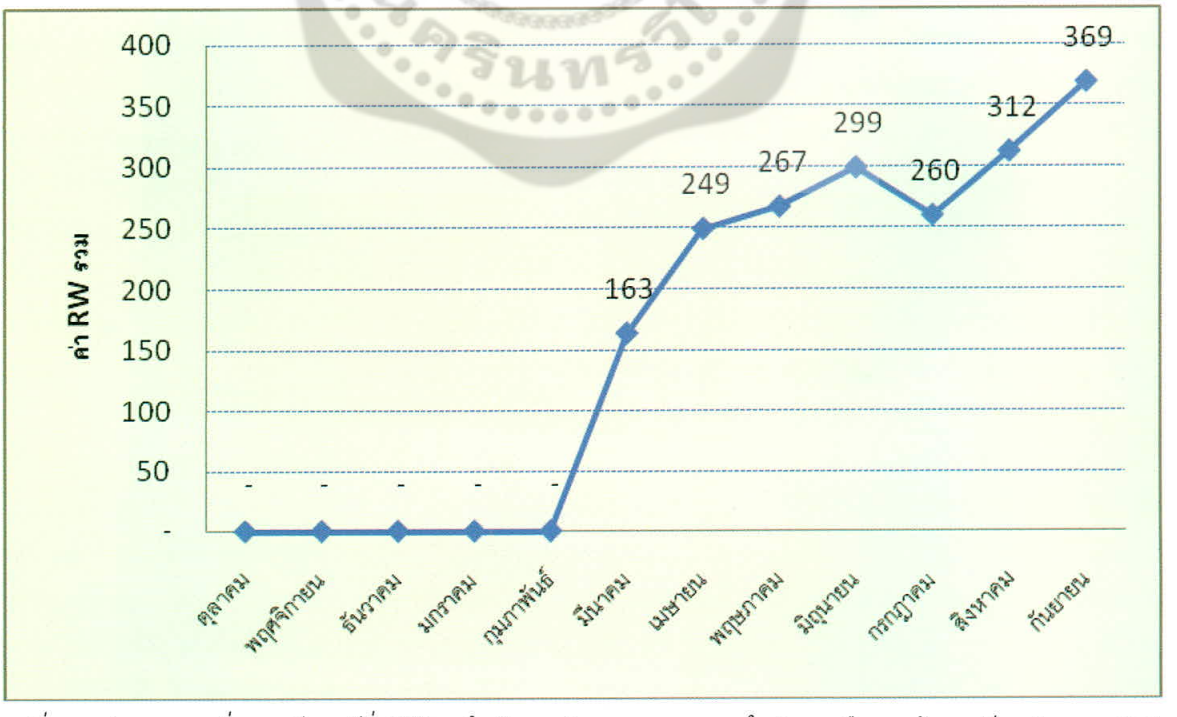
ปรากฏการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในศูนย์การแพทย์ฯ เป็นผลสืบเนื่องจากการดำเนินนโยบาย RW ที่มุ่งหวังแก้ไขปัญหาที่องค์กรประสบมาตลอด 8 ปีที่ผ่านมา งานสร้างสรรค์เหล่านี้เกิดจากการบ่มเพาะด้วยระบบที่ยึดความยุติธรรม ไม่เอาเปรียบกัน เข้าใจกัน จิตใจที่เผื่อแผ่ของแพทย์อาวุโส มุ่งหวังที่จะสร้าง "ต้นแบบ" ของอาจารย์แพทย์ที่ดีในองค์กร อนาคตการปล่อยระยะเวลาให้ทิ้งช่วงให้อาจารย์แพทย์มีการปรับตัวอันเนื่องจากยังไม่แน่ใจในระบบจ่ายค่าตอบแทนแบบใหม่ จึงยังคงสภาพแพทย์เวรที่ปรึกษาของภาคเอกชนไว้ก่อนในช่วงแรกของโครงการนี้ การผ่อนปรนให้อาจารย์แพทย์ให้มีเวลาในการไตร่ตรอง คิดถึงความเหน็ดเหนื่อยที่ต้องเดินทางขับรถไปอยู่เวรข้างนอก บางครั้งถ้าไม่ต้องเดินทางแต่อยู่ที่ศูนย์การแพทย์ฯ ได้ค่าตอบแทนครึ่งหนึ่งก็สามารถตัดสินใจไม่ไปอยู่เวรเอกชนแล้ว

ช่วงจังหวะที่นำเสนอมาตรการใหม่ๆ ที่จูงใจให้อาจารย์แพทย์มาร่วมกันคิดและแก้ปัญหาขององค์กรต้องเหมาะสม ไม่ให้เกิดความรู้สึกที่บีบคั้น ปรากฏการณ์ใหม่ๆ ที่ศูนย์การแพทย์ฯ ภูมิใจสร้างสรรค์ขึ้นมา มาสรุปได้ดังนี้

1. **มีอาจารย์แพทย์อยู่ประจำที่ห้องฉุกเฉิน (ER)** เป็นเวลากว่า 8 ปีแล้วตั้งแต่เปิดศูนย์การแพทย์ฯมา ไม่สามารถหาอาจารย์แพทย์มาอยู่ที่ ER ได้เพราะต่างจบการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมากันหมด แต่ภายหลังได้รับการยืนยันว่ามีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ อีก 5 สาขาคอยให้คำปรึกษาอยู่ การอยู่ปฏิบัติงานที่ ER ต้องการให้นิสิตแพทย์ฝึกหัด (extern) และแพทย์ใช้ทุน ได้มีอาจารย์ที่ปรึกษาระหว่างที่มีการตรวจรักษาและคอยให้การดูแลเรื่องทั่วไปใน ER เท่านั้น

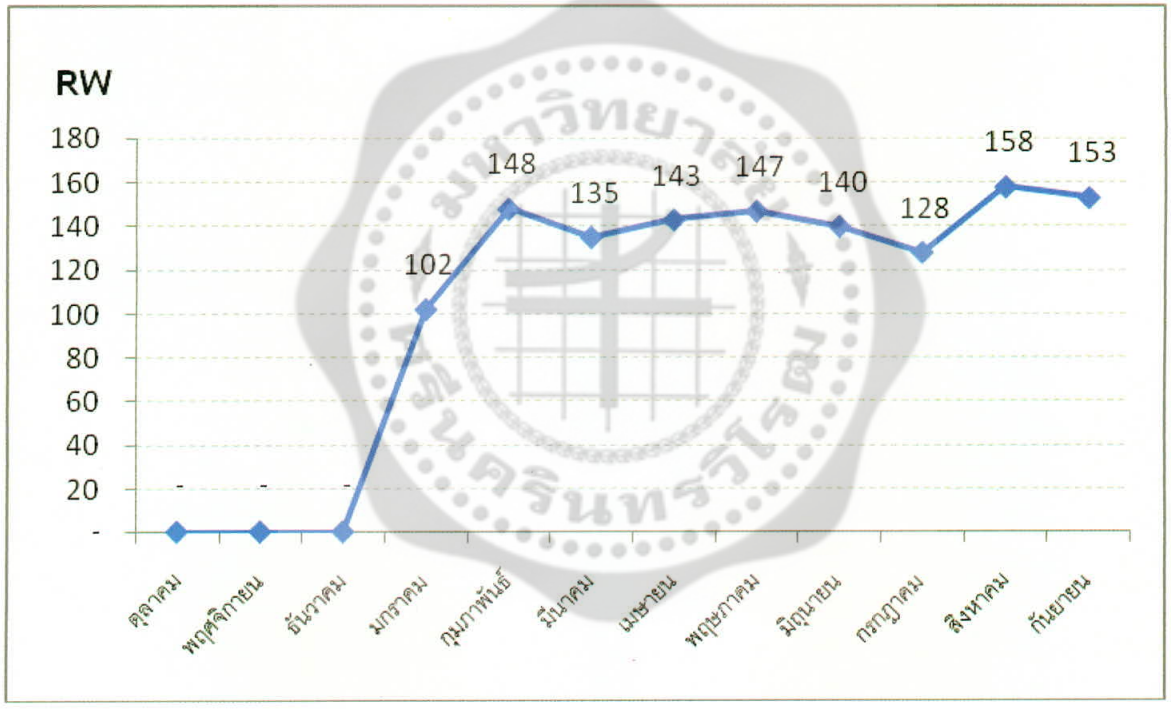
ในเดือนมีนาคม 2551 หลังจากระบบการคิดอัตราการคิด RW ของระหว่างภาควิชาจบลง ก็เริ่มดำเนินการให้มีอาจารย์แพทย์มาปฏิบัติการที่ ER ในตอนแรกมีข้อเสนอที่ยังไม่ดึงดูดเพียงพอ และขอให้อยู่เฉพาะวันธรรมดาประมาณ 22 คืนต่อเดือน โดยมีค่าตอบแทน 16 ชั่วโมงเท่ากับ 2,400 บาทและ 10 RW และตรวจอีกรายละ 0.04 RW มีอาจารย์ลงชื่ออยู่เวรเพียง 15 คืน (163.3 RW) เท่านั้น และค่อยๆ เพิ่มจำนวนวันที่อาจารย์มาอยู่ ER มากขึ้นเรื่อยๆ ภายหลังมีการปรับค่า RW ให้สูงขึ้นเป็น 12 RW ต่อ 16 ชั่วโมง ทำให้เพิ่มขึ้นเป็น 28 คืนต่อเดือน โดยมีภาระงานที่ห้องฉุกเฉินมากขึ้นเป็น 368.8 RW เพิ่มขึ้น 125% ปัจจุบันพยาบาลห้องฉุกเฉินลดความเครียดเพราะมีแพทย์ประจำ นิสิตแพทย์ทุกชั้นปีที่อยู่เวรในหอผู้ป่วยก็ลงมาที่ห้องฉุกเฉินเพราะมีอาจารย์มาสอน อาจารย์แพทย์ก็ไม่เครียดเพราะมีแพทย์ที่ปรึกษาเฉพาะทาง 5 สาขาหลักอยู่ตลอดทุกคืน (รูปที่ 15-1)

เมื่อเวลาผ่านไปจนถึงสิ้นปีงบประมาณ 2551 การอยู่เวร ER ของอาจารย์แพทย์เกือบครบ 100% ที่เป็นเช่นนั้นเพราะค่า RW มีมูลค่าลดลงเมื่อค่า RW รวมต่อเดือนมีค่าสูงขึ้น (รูปที่ 13-5) ภายหลังมีการปรับมูลค่าต่อ 1RW ให้มีค่าคงที่ ไม่ต่ำเกินไป ก็สามารถลดปัญหานี้ลงได้ เมื่อทุกอย่างมีความมั่นคงมากขึ้น มีอาจารย์แพทย์พึงพอใจที่จะออกปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินกันมากขึ้น คณะกรรมการบริหารเวชศาสตร์ฉุกเฉินจึงได้ออกระเบียบปฏิบัติสร้างมาตรฐานใหม่ในการออกปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินได้ (ดูรายละเอียดในภาคผนวกที่ 3)

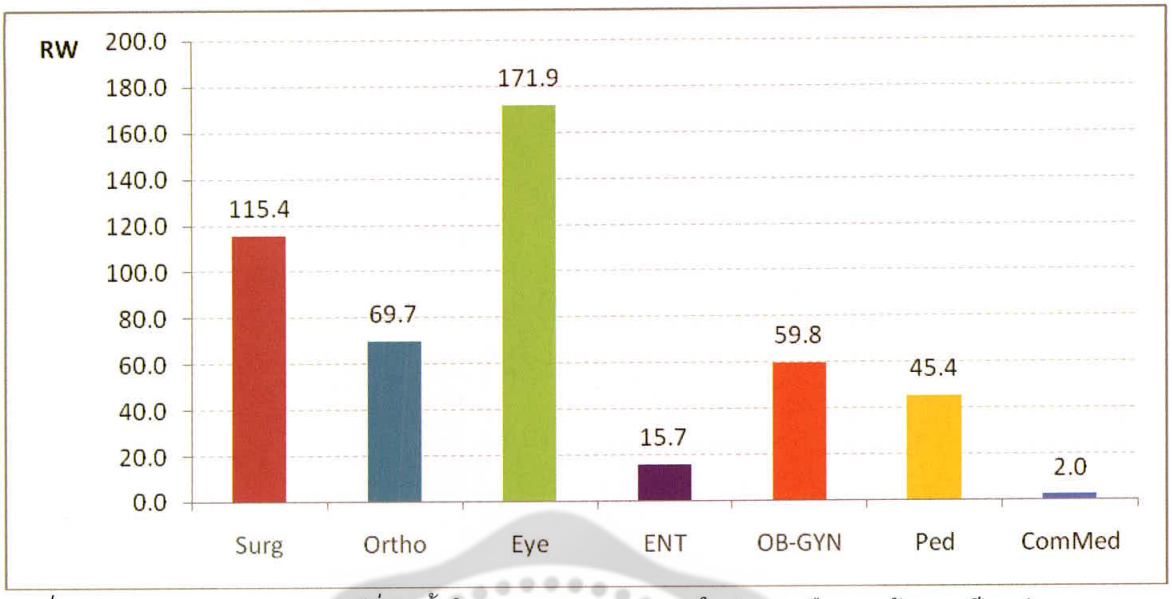


รูปที่ 15-1 ค่า RW รวมที่อาจารย์แพทย์ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินนอกเวลาราชการในช่วง 7 เดือนสุดท้ายของปีงบประมาณ 2551

2. การออกตรวจผู้ป่วยนอกตอนเช้า (Early-bird OPD) เนื่องจากมีผู้ป่วยเดินทางมาจากต่างจังหวัด เหมารถมาถึงศูนย์การแพทย์ฯ ตอนเช้าตรู่ มารอตรวจกับแพทย์ อาจารย์แพทย์อาวุโสส่วนใหญ่ขึ้นรถรับส่งของคณะฯ จากกรุงเทพฯ ตั้งแต่ 7 โมงเช้ามาถึงศูนย์การแพทย์ฯประมาณ 9 โมงเช้า ต้องไปเยี่ยมผู้ป่วยใน กว่าจะออก OPD เกือบ 10 โมงเช้า ผู้ป่วยรับยาประมาณบ่าย 2 โมง ยากที่จะได้รับความพึงพอใจจากผู้มารับบริการ ในเดือนมกราคม 2551 ได้เริ่มโครงการ Early-bird OPD นี้เพื่อเอื้ออำนวยประโยชน์ให้แก่ประชาชนผู้มารับบริการ โดยปรับให้ 2 เท่าของ RW ที่ได้จากการให้บริการปกติ ปัจจุบันได้เปิดบริการผู้ป่วยตั้งแต่ 7 โมงเช้า อาจารย์ใหม่ที่ส่วนใหญ่พักอยู่ที่หอพักแพทย์ก็สามารถมาช่วยตรวจได้ มีอาจารย์ประมาณ 13-19 คนในแต่ละเดือนที่เข้าร่วมโครงการนี้ ภายหลังได้มีการพัฒนาเป็นโครงการจิตอาสา และชักชวนให้นำค่าตรวจที่ได้ทั้งหมดมอบให้สโมสรนิสิตแพทย์ มศว เพื่อใช้ในกิจการพัฒนาศักยภาพนิสิตต่อไป (รูปที่ 15-2)



รูปที่ 15-2 ค่า RW รวมที่อาจารย์แพทย์ให้บริการในช่วงเวลา 7.00-9.00 น.ในวันราชการของปีงบประมาณ 2551



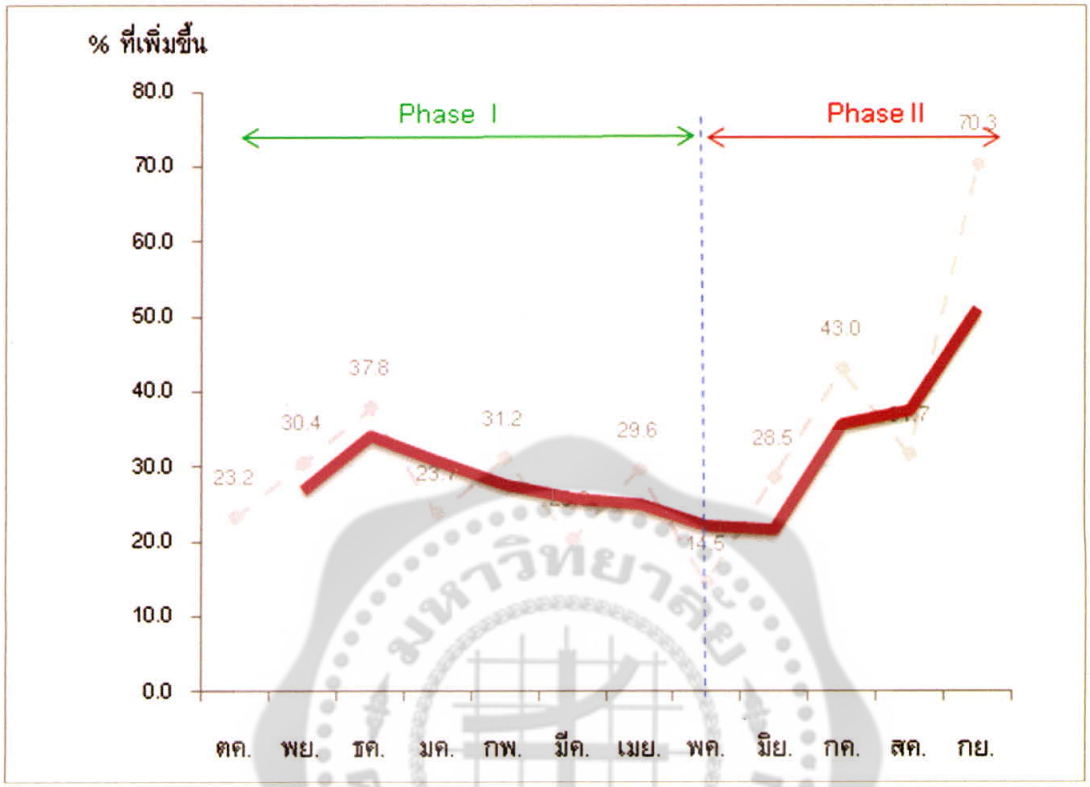
รูปที่ 15-3 หัตถการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในช่วง Early-bird OPD ในช่วง 7 เดือนสุดท้ายของปีงบประมาณ 2551

3. การขยายเวลาห้องผ่าตัด Elective case แนวคิดการใช้ประโยชน์สูงสุดจากเครื่องมือผ่าตัดในโรงพยาบาลภาครัฐ นับเป็นอุปสรรคที่ภาคราชการหาทางแก้ไขไม่ได้ ทุกคนผูกติดกับระเบียบราชการ และยินยอมรับแนวคิดราชการนี้ให้มาใช้กับงานบริการทางการแพทย์ ทั้งๆ ที่สิ่งเหล่านี้ไม่เป็นที่ยอมรับในทางสากล ไม่ว่าจะเป็นเหตุผลเชิงเศรษฐศาสตร์ หรือ เหตุผลทางวิทยาการจัดการหรือแม้แต่เหตุผลทางการแพทย์ก็ตาม ปัญหาที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาลภาครัฐ คือ ศัลยแพทย์ทุกคนมารุมกันทำผ่าตัดช่วงเวลาราชการ ทำให้เกิดปัญหาเครื่องมือผ่าตัดไม่พอนึ่งไม่ทัน ขาดแคลนบุคลากรทั้งวิสัญญีแพทย์/พยาบาล และพยาบาลช่วยผ่าตัด คิวผ่าตัดยาวนาน จึงเรียกร้องให้ผู้บริหารซื้อเครื่องมือใหม่ จ้างพยาบาลมาเพิ่ม เปิดห้องผ่าตัดเพิ่ม ทั้งหมดเป็นหนทางการแก้ไขปัญหาที่ติดอยู่ในกรอบเวลาราชการทั้งสิ้น แต่แล้วทุกคนไม่ว่าเป็นแพทย์หรือพยาบาลภาครัฐต้องรีบกลับไปทำงาน part-time ที่โรงพยาบาลเอกชนอีกแห่ง แทนที่จะอยู่ที่เดิมแต่ให้ปรับวิธีคิดใหม่เท่านั้นเอง

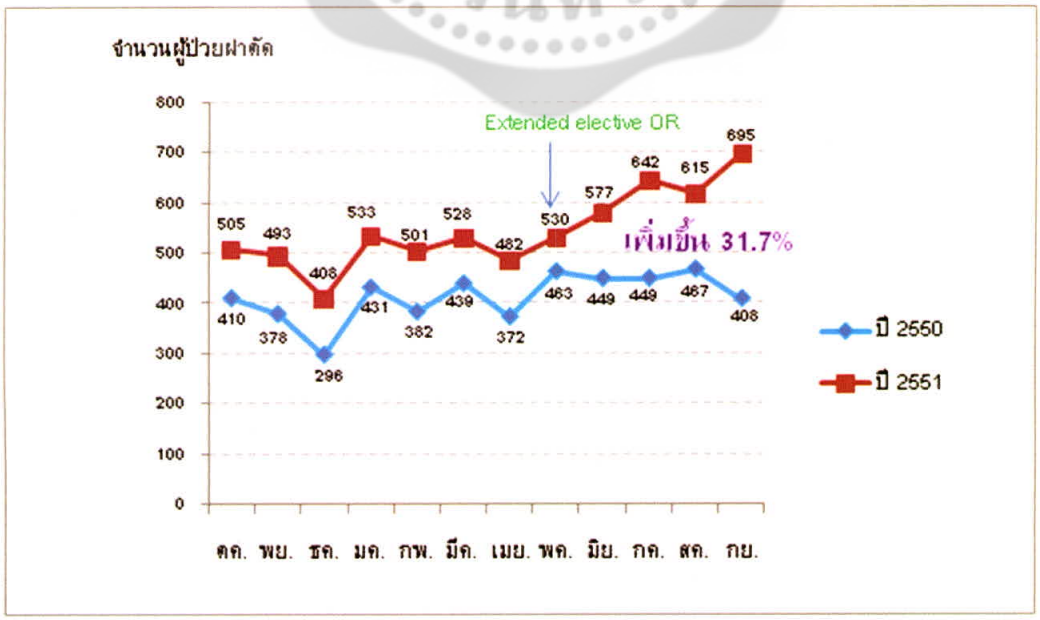
ในช่วงระยะแรกของการเริ่มนโยบาย RW ยอดผู้ป่วยในสูงขึ้น มีการผ่าตัดมากขึ้นเมื่อเทียบกับเดือนเดียวกันของปีที่แล้ว สังเกตเส้นกราฟแนวโน้มของ Phase I ในรูปที่ 15-4 แต่มีแนวโน้มเฉลี่ยลดลงเนื่องจากห้องผ่าตัดไม่เพียงพอกับความต้องการของศัลยแพทย์ มีคิวรอผ่าตัดจำนวนมากที่ค้างอยู่ในหอผู้ป่วย เมื่อมีการขยายเวลาผ่าตัดออกไปถึง 20.00 น. เป็นจำนวน 2 ห้อง ต่อสัปดาห์ ผลปรากฏว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นทันทีดังที่เห็นในเส้นกราฟแนวโน้มของ Phase II ในรูปที่ 15-4 ส่งผลให้มียอดผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลสูงชันขึ้นทันที

การทลายกำแพง “เวลาราชการ” เพื่อค้นหาสิ่งที่สร้างสรรค์ในองค์กรให้เกิดขึ้นจึงถือเป็น สิ่งที่ทุกคนในองค์กรร่วมกันค้นหา ในช่วงเดือนเมษายน 2551 เริ่มระดมสมองจากศัลยแพทย์ทุกสาขา วิสัญญีแพทย์/พยาบาลพยาบาลห้องผ่าตัด ได้ตกลงกันว่า เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาการ abuse ระบบที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ที่ระบุว่าการทำผ่าตัดหลัง 4 โมงเย็นแล้วจะได้ค่าตอบแทนเพิ่มเติมต่อรายที่ทำผ่าตัด โดยจ่ายให้ทั้งแพทย์และพยาบาล ทำให้เกิดครหาที่อาจเป็นความเสี่ยงต่อความผิดด้านจริยธรรมได้ เนื่องจากมีการผ่าตัดล่าช้าไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ได้ ทั้งนี้เพื่อหวังเบิกเงินดังกล่าว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวในคณะแพทยศาสตร์ มศว ที่ประชุมจึงกำหนดให้ได้ค่า RW เท่ากันในเวลาราชการ โดยเริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2551 ทำให้ยอดผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น มีผลทำให้ยอดผู้ป่วยในสูงขึ้น ผู้ป่วยไม่ต้องนอนรอคิวผ่าตัดนานเกินไปและสามารถรับ

ผู้ป่วยใหม่ที่รอผ่าตัดได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (รูปที่ 15-4 และ 15-5)



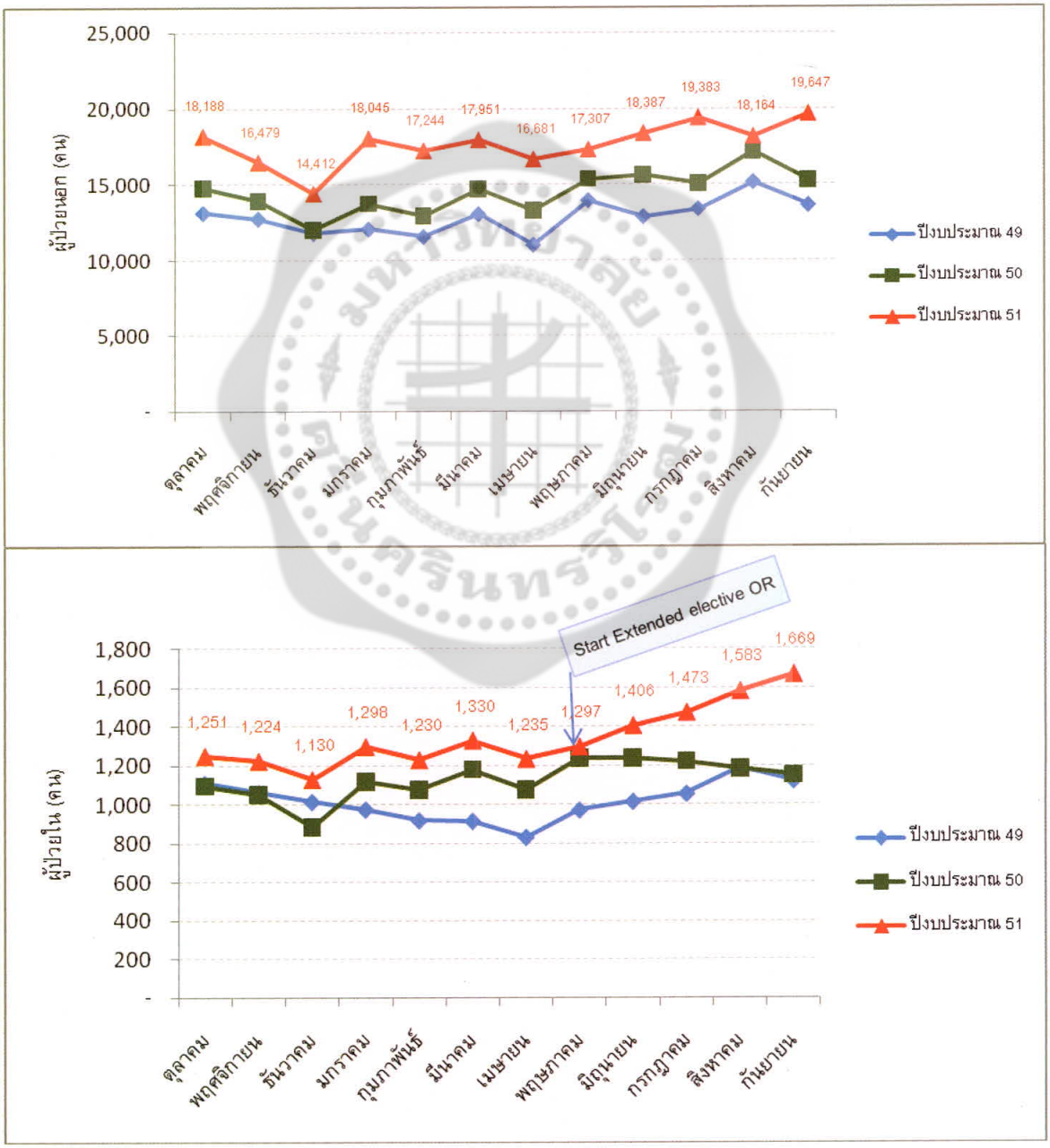
รูปที่ 15-4 แนวโน้ม (Trend line) ของยอดผู้ป่วยที่รับบริการผ่าตัดในปี 2551 สูงกว่าปี 2550 เมื่อเทียบกับเดือนเดียวกัน แบ่งเป็น 2 ระยะ คือช่วงระยะแรก มียอดผู้ป่วยในมาก ห้องผ่าตัดไม่เพียงพอจึงมีแนวโน้มลดลง ส่วนในระยะที่ 2 เริ่มเดือนพฤษภาคม มีการขยายเวลาผ่าตัดทำให้มียอดผ่าตัดสูงขึ้นชัดเจน



รูปที่ 15-5 กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการผ่าตัดรายเดือนในปี 2551 เพิ่มขึ้น 31.7% เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2550

*ตารางที่ 15-1 สัดส่วนร้อยละของจำนวนผู้ป่วยและรายรับจริงของศูนย์การแพทย์ฯ ที่เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบจากปีงบประมาณ 2549**

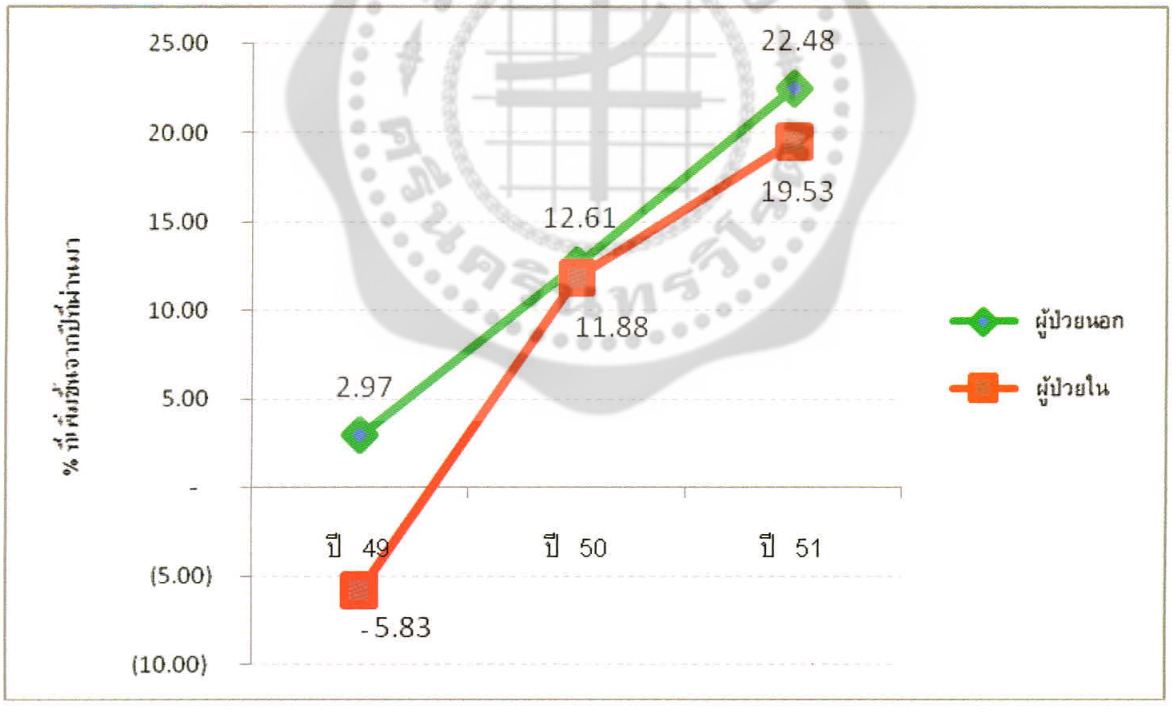
ปีงบประมาณ	% ของจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น		รายรับจริง	
	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	จำนวนเงิน (บาท)	% ที่เพิ่มขึ้น
2551	37.96	32.87	664,507,416.62	66.82
2550	12.61	11.88	546,179,718.91	37.12
2549*	0	0	398,331,702.48	0



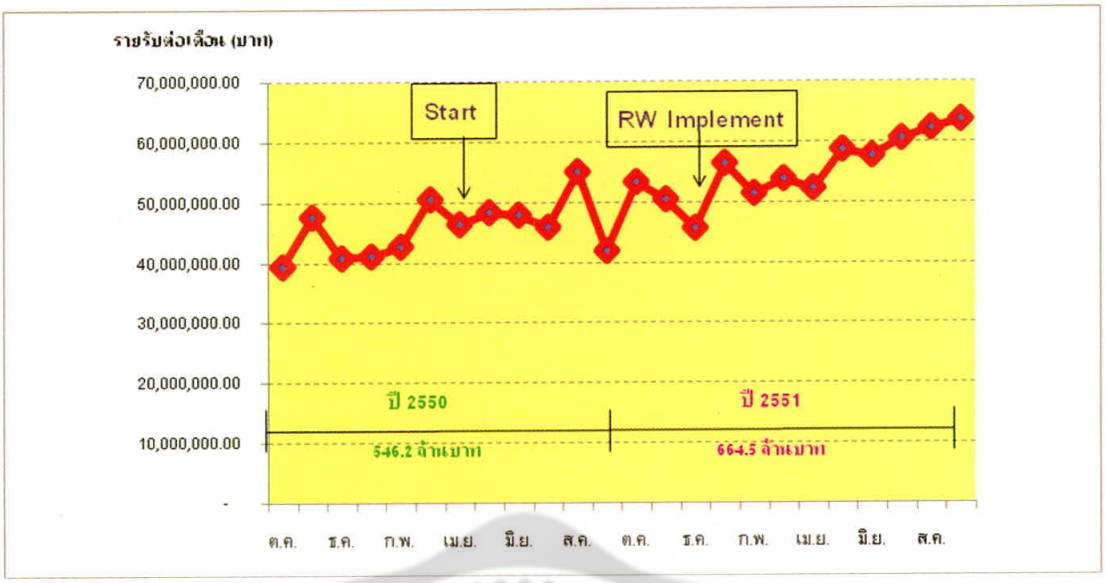
รูปที่ 15-6 ยอดผู้ป่วยนอก (ภาพบน) และผู้ป่วยใน (ภาพล่าง) รายเดือนของปีงบประมาณ 2549-2551

4. จำนวนผู้มารับบริการสูงขึ้น ในช่วงปีงบประมาณ 2550-2551 มีจำนวนผู้มารับบริการสูงขึ้น (รูปที่ 15-6 และตารางที่ 15-1) เมื่อเทียบจากปีงบประมาณ 2549 มีจำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.61 และ 37.96 ในปีงบประมาณ 2550 และ 2551 ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในศูนย์การแพทย์ฯ เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.88 และ 32.87 ในปีงบประมาณ 2550 และ 2551 ตามลำดับ ก่อให้เกิดรายรับของศูนย์การแพทย์ฯ เพิ่มขึ้นร้อยละ 37.12 และ 66.82 ในปีงบประมาณ 2550 และ 2551 ตามลำดับ

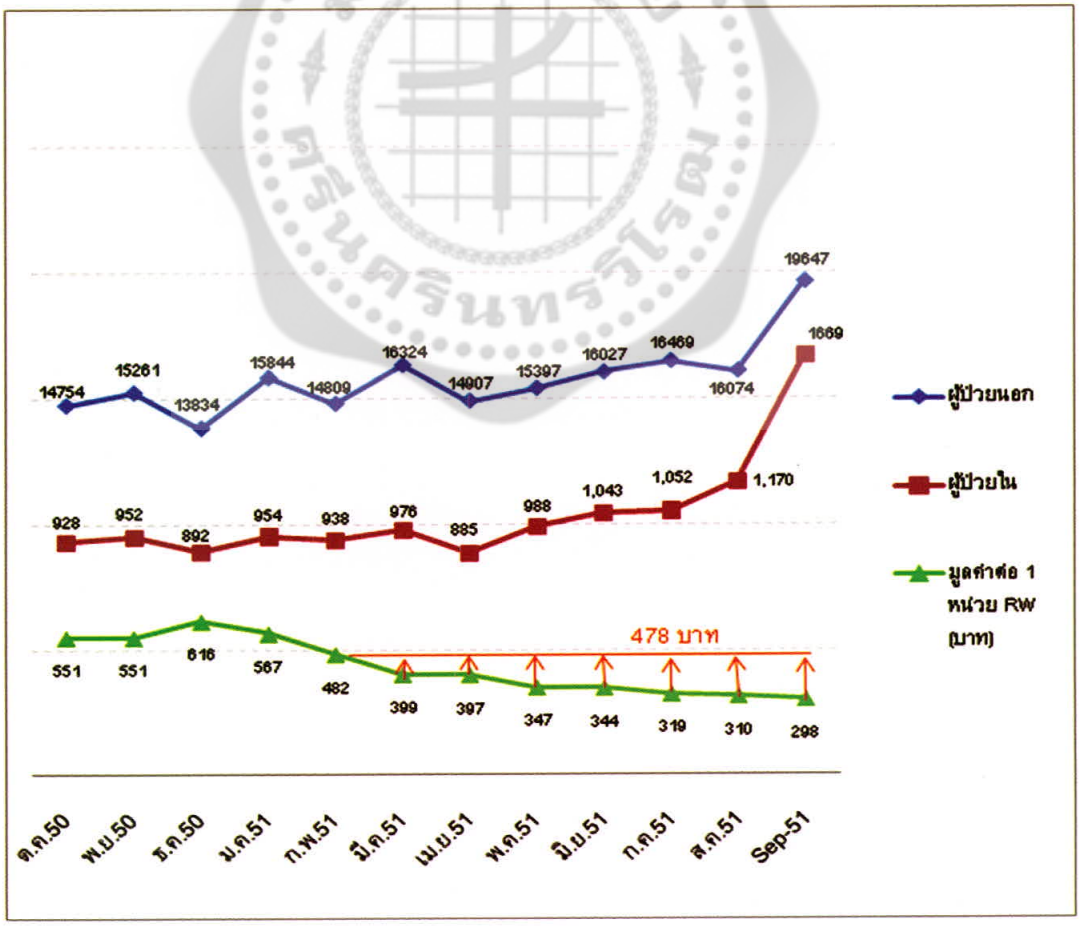
จากรูปที่ 15-7 อัตราการเพิ่มยอดผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจากปีที่ผ่านมาค่อยๆ สูงขึ้นเป็นกราฟเส้นตรง ในปี 2551 สูงขึ้นร้อยละ 22.48 เมื่อเทียบจากปี 2550 ส่วนอัตราการเพิ่มของยอดผู้ป่วยในพบว่าเดิมเคยลดลงในปีงบประมาณ 2549 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2548 แล้วค่อยๆ เริ่มขยับขึ้นเป็นลำดับ จนสิ้นสุดปีงบประมาณ 2551 สูงขึ้นร้อยละ 19.53 เมื่อเทียบจากปีงบประมาณ 2550 ส่งผลให้รายรับของศูนย์การแพทย์ฯ เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ (รูปที่ 15-8) ผลกระทบจากการที่ยอดผู้ป่วยสูงขึ้น ทำให้ผลการคำนวณมูลค่าต่อ 1RW ได้น้อยลงเหลือเพียง 298 บาท (สูงสุดมากถึง 616 บาท) จึงนำวงเงินที่เหลืออีก 2 ล้านบาทนำมาปรับค่า RW ให้สูงขึ้นเป็น 478 บาท ในช่วง 7 เดือนสุดท้าย ซึ่งเป็นช่วงที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนอัตราการคิด RW ระหว่างภาควิชาแล้ว (รูปที่ 15-9)



รูปที่ 15-7 สัดส่วนร้อยละของจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา

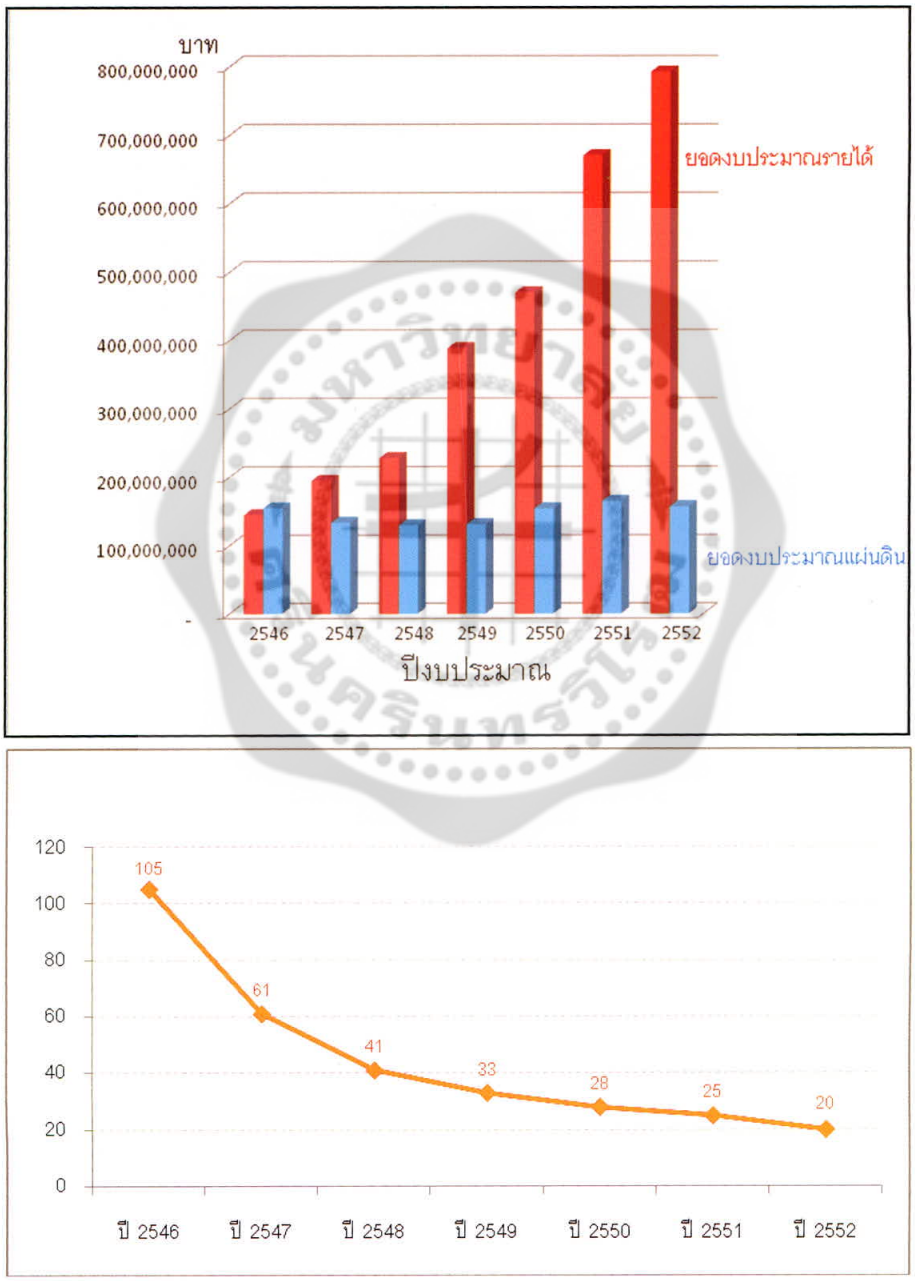


รูปที่ 15-8 แนวโน้มรายรับต่อเดือนที่เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2551 ทีมบริหารเริ่มบริหารศูนย์การแพทย์ฯ เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2550 และเริ่มนโยบาย RW เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2550

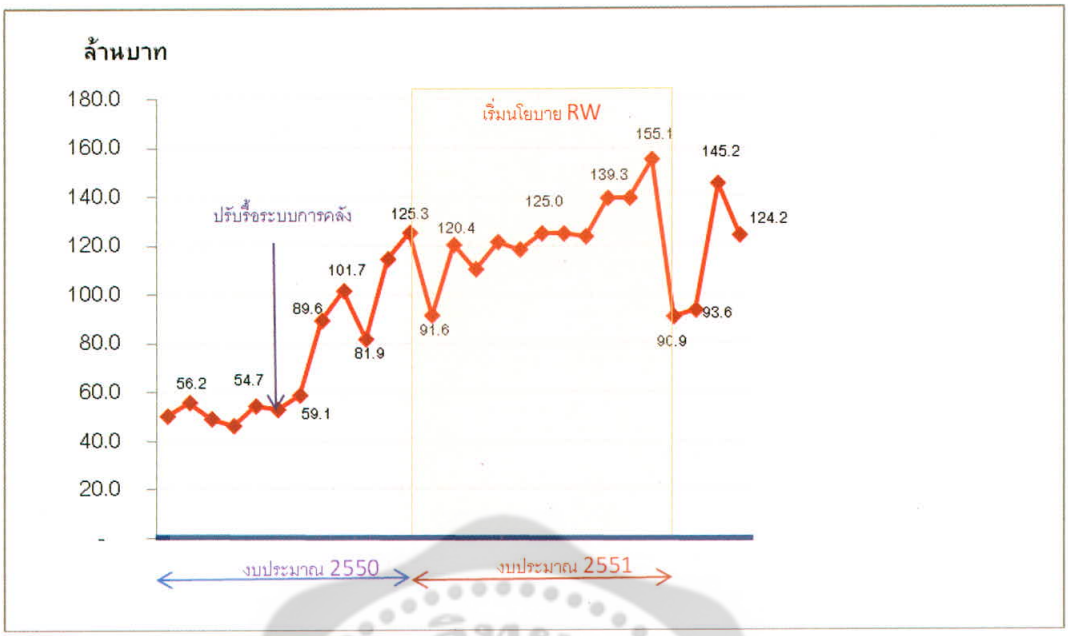


รูปที่ 15-9 ยอดผู้ป่วยสูงขึ้น ส่งผลให้มูลค่าต่อ 1 หน่วย RW ลดลง และได้ปรับให้มีค่าสูงขึ้นเป็น 478 บาท ในช่วง 7 เดือนสุดท้าย

5. ผลผลิตสูงขึ้น ศูนย์การแพทย์ฯ เป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐ มีระเบียบบริหารจัดการภายในองค์กรเอง แต่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณแผ่นดินประมาณ 120-150 ล้านบาท ตลอดระยะเวลา 3-4 ปีที่ผ่านมา (กราฟภาพบนในรูปที่ 15-10) ผลประกอบการได้พัฒนาดีขึ้นมาก ในปีงบประมาณ 2552 ศูนย์การแพทย์ฯ ได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดินเหลือสัดส่วนเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น ดังแสดงในกราฟภาพล่างในรูปที่ 15-10 และกระแสเงินสดและเงินฝากของศูนย์การแพทย์ฯ ก็เริ่มดีขึ้นหลังมีการปรับรื้อระบบการคลัง และเมื่อมีนโยบาย RW ก่อให้เกิดรายได้ของศูนย์เพิ่มมากขึ้น (รูปที่ 15-11)



รูปที่ 15-10 กราฟเปรียบเทียบยอดเงินงบประมาณแผ่นดินที่ศูนย์การแพทย์ฯ ได้รับ และงบประมาณรายได้ของศูนย์การแพทย์ฯ ในช่วงปีงบประมาณ 2546-2552 (ภาพบน) และสัดส่วนร้อยละของงบประมาณแผ่นดินต่องบประมาณรายได้ของศูนย์การแพทย์ (ภาพล่าง)



รูปที่ 15-11 กราฟกระแสเงินสดและเงินฝากของศูนย์การแพทย์ฯ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2549 ถึง 31 ธันวาคม 2551

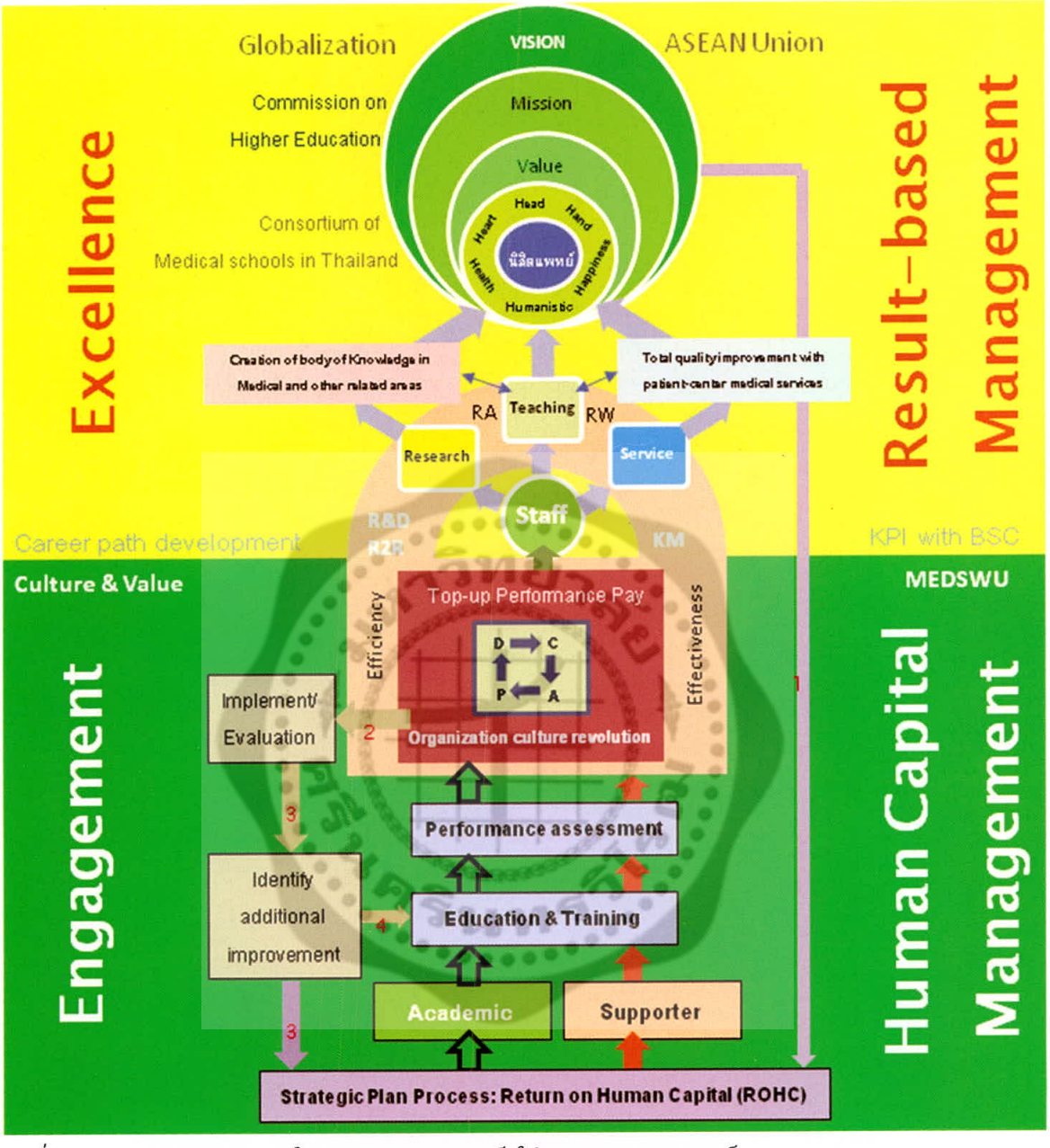
16

การประยุกต์ใช้ในบุคลากรอื่นในโรงพยาบาล

จากที่ประชุมคณะกรรมการยุทธศาสตร์วางแผนและพัฒนาบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ มศว (HR-MED) ได้กำหนดเป้าหมายหลักในการขับเคลื่อนองค์กร คือกำกับทิศทางการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (รูปที่ 16-1) มุ่งสร้าง "ทุนมนุษย์" ให้มาเป็นทรัพย์สินที่ถาวรขององค์กร พัฒนาสู่ความยั่งยืนขององค์กรอย่างต่อเนื่อง โดยคณะกรรมการ HR-MED นี้จะประชุม 2 เดือน/ครั้ง เป็นการปรับ-ทบทวน-ทักท้วง นโยบายด้าน HR เป็นสำคัญ จะไม่มีเรื่องเพื่อพิจารณาอนุมัติตำแหน่งหรือโครงการใดๆ ดังนั้น นโยบายด้าน HR ของคณะที่ออกจากคณะกรรมการ HR-MED ชุดนี้ ให้ถือเป็นนโยบายของคณะฯ โดยแจ้งให้ที่ประชุมคณะกรรมการประจำคณะให้รับทราบ

นโยบายหลักด้าน HR มีฐานคิดจากค่านิยมขององค์กร คือ MEDSWU ในส่วนที่เป็น Merit, Excellence, Social responsibility, และ Unity กล่าวคือ คณะแพทยศาสตร์ มศว ต้องสร้างระบบที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์และความเป็นเลิศในการปฏิบัติงาน (E) อีกทั้งเป็นระบบคุณธรรม (M) ที่ยกย่องบุคลากรที่สร้างผลงานและให้ค่าตอบแทนตามภาระงานที่ต่างกัน พร้อมด้วยกลไกที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ พัฒนาจิตสำนึกที่ดีต่อการอุทิศการทำงานให้แก่องค์กร (S) ส่งผลให้เกิดเอกภาพและความผูกพันต่อองค์กร (U) โดยภาพรวมทั้งหมดของนโยบายหลักคือ เน้นการสร้าง "ต้นทุนมนุษย์ (Human capital management)" ของบุคลากรทุกระดับ มีวงจรการพัฒนา (ADLI หรือ PDCA) ให้เกิดประสิทธิผลในองค์กร พร้อมทั้งปรับทิศทางของแนวทางปฏิบัติงาน (alignment) ของบุคลากรให้สอดรับกับเป้าหมายใหญ่ของคณะแพทยศาสตร์ มศว ดังแสดงไว้ในกรอบล่างของภาพ การพัฒนาบุคลากรจึงถือเป็นหัวใจหลักในการขับเคลื่อนให้คณะฯ ดำเนินพันธกิจหลัก 3 ด้านให้เจริญก้าวหน้าต่อไปได้ และให้บรรลุเป้าประสงค์หรือตัวชี้วัดจากองค์กรภายนอก (ก.พ.ร. สมศ.) สร้างหนทางนำไปสู่วิสัยทัศน์ในอนาคตได้ ดังแสดงในกรอบบนของภาพ

M	=	Merit
E	=	Excellence
D	=	Devotion to customers
S	=	Social responsibility
W	=	Well - being
U	=	Unity



รูปที่ 16-1 การวางแผนกลยุทธ์ในการสร้าง "ทุนมนุษย์" ให้แก่คณะแพทยศาสตร์ มศว

นโยบายการสร้างแรงจูงใจ (incentive) ที่จะใส่เข้าในระบบเพื่อเพิ่มผลผลิตและประสิทธิภาพ จะต้องถูกออกแบบให้ยืดโยงในประเด็นต่างๆ ที่ยังเป็นปัญหาหลากหลายของทั้งองค์กร ของระบบ ของวิชาชีพ และของส่วนบุคคล และต้องเน้นผลลัพธ์จากการปฏิบัติงาน โดยสรุป ถ้าจะเรียกนโยบายสั้นๆ นี้ว่า "No flat-rate policy" และพยายามจะไม่แตะต้องฐานเงินเดือนและฐานเงินพิเศษของเก่าที่เคยได้มาก่อน อาทิเช่น นโยบายการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานบริการ (RW ของอาจารย์แพทย์, RN ของพยาบาล, RP ของเภสัชกร ทันตแพทย์และแพทย์ใช้ทุนและ RS เป็นของบุคลากรฝ่ายสนับสนุน) ค่าตอบแทนรายเดือนในตำแหน่งหัวหน้างาน ผู้เชี่ยวชาญต่างๆ ให้ตามผลลัพธ์การปฏิบัติงาน (KPI) โครงการเบี้ยขยันที่มุ่งยกย่องบุคลากรที่อุทิศตนให้แก่องค์กรโดยไม่ลา ไม่สาย เป็นต้น

นอกจากนั้น ในปีงบประมาณ 2552 นี้ คณะแพทยศาสตร์ มศว ได้ยกเลิกระบบโควตาและระบบเรียงคิวในการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือน (พิจารณา 2 ขั้น) ที่ผ่านมาภาควิชาเล็กๆ ยากที่จะได้โควตา 2 ขั้น และหัวหน้าภาควิชาก็ถูกโยนให้รับผิดชอบในการบิดโควตามายังภาควิชาให้ได้ แต่ด้วยวิธีนี้ ทุกคนจะมีสิทธิ์ที่นำผลลัพธ์การปฏิบัติงานตามพันธกิจของคณะฯ มาเป็นตัววัดที่จับต้องได้ (objectivity) ขนาดของภาควิชาไม่เป็นปัจจัย การที่เคยได้รับ 2 ขั้นมาแล้วหรือไม่ก็ไม่เป็นปัจจัยสำคัญ แต่ขึ้นอยู่กับผลงานที่ทำในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาตามตัวชี้วัดของ ก.พ.ร. และ สมศ. รวมไปถึงตัวชี้วัดของคณะฯ และ HA ที่ต้องการอีกด้วยมารวมกัน

ทีมบริหารของคณะแพทยศาสตร์ มศว ได้มีโอกาสพบปะพูดคุยกับอาจารย์และหัวหน้าภาควิชาหลายครั้งถึงเรื่องการกรอก KPI รายบุคคลของอาจารย์ คณะฯ มีจำนวนอาจารย์ทั้งสิ้นมี 197 คน เป็นข้าราชการ 125 คน และพนักงานอีก 72 คน ทางราชการระบุให้ 2 ขั้นได้ไม่เกิน 18 คน (125 x 0.15) ส่วนพนักงานก็มีวงเงินที่จำกัดในการให้เลื่อนขั้นเงินเดือนจึงเห็นได้ว่าไม่มีโอกาสที่จะให้2ขั้นได้กันหมดทุกคนที่ผ่านมาในอดีตได้ใช้การประเมินแบบ subjective และสอดแทรกระบบเกรงใจกันเสียเป็นส่วนใหญ่ หัวหน้าภาควิชาจะลำบากใจมากเพราะถูกรบเร้าหรือถูกกดดันให้ดึงโควตามากๆ เข้าภาคให้มากที่สุด ภาควิชาเล็กๆ ก็รอกันหลายปี คนที่อยู่ก็ไม่มีความหวัง อาจารย์ที่ทำงานและมีผลงานอาจจะได้บ้าง แต่ต้องแบ่งให้เพื่อนที่ไม่มีผลงานเพราะหัวหน้าภาควิชาเห็นใจ ระบบการประเมินจึงเป็นไปตามใจคณะกรรมการที่ประเมิน บางครั้งมีการเพิ่มคะแนนให้ในช่วงการประชุมเพียงไม่กี่นาที โดยไม่มีหลักฐานชิ้นงานมาเป็นตัวกำหนด ผ่านมาเกือบ 2 ปีที่สร้างความอึดอัดใจในที่ประชุมตัดสินทุกครั้ง แล้วถามว่าคนที่จะให้เลื่อนขั้นนี้มีหลักฐานผลงานอะไรบ้าง ก็ไม่เคยมีคำตอบจากฝ่ายทรัพยากรบุคคล (HR) เลยสักครั้ง แทนที่จะมองผลงานในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาที่เป็นรูปธรรม แทนที่จะเลือกให้ 2 ขั้นหรือ 6% แก่อาจารย์ที่สร้างผลลัพธ์ให้องค์กรได้ผ่านการตรวจประเมินจากสถาบันควบคุมมาตรฐานจากภายนอก (ก.พ.ร. สมศ.) ทั้งหมดนี้จึงเป็นที่มาของ KPI รายบุคคลทั้งองค์กร

KPI เหล่านี้เน้นผลงานวิจัยมากเกินไปหรือ?

การประเมินผลงานเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือนต้องมีฐานจากผลลัพธ์การปฏิบัติงาน (KPI) อันเป็นตัวชี้วัดที่คณะแพทยศาสตร์ มศว ของเราถูกประเมิน อาจารย์ที่สร้างผลงานไม่ว่าจะเป็นงานสอน บริการ และวิจัย ล้วนต้องได้รับการยกย่องจากองค์กร ทุกคนในองค์กรต้องยอมรับโดยสดุดีว่าผู้ที่สร้างผลงานให้องค์กรสมควรได้รับรางวัลนี้ไปองค์กรภายนอก (ก.พ.ร., สมศ.) ที่มาประเมินเราก็ไม่มีตัวชี้วัดอื่นที่เกี่ยวกับการเรียนการสอนและงานบริการมากเท่าไร ตัวชี้วัดของ ก.พ.ร. นั้น บางคนอ้างว่า KPI เหล่านี้เน้นผลงานวิจัยมากเกินไป ทีมบริหารคณะฯ ก็ได้เปิดโอกาสให้อาจารย์ทุกท่านมีส่วนร่วมในการสร้างตัวชี้วัดที่เกี่ยวเนื่องกับงานสอน เช่น การสร้างสื่อการสอนอิเล็คทรอนิค คณบดีเสนอให้นำผลสอบของ ศรว. รายวิชามาเป็นประเมินผลสัมฤทธิ์ของการสอนในรายวิชาที่อาจารย์กลุ่มนั้นรับผิดชอบ เพื่อนำมาปรับปรุงการสอนให้ดีขึ้น การเหมาให้คะแนน KPI ตามผลการสอบผ่าน ศรว. ขั้นที่ 1 ซึ่งเกินร้อยละ 90 อยู่แล้ว แต่มีรายวิชา 1-2 วิชาที่นิสิต มศว ของเราสอบไม่ผ่าน ก็ไม่เคยมีการพัฒนาปรับปรุงวิธีการสอนเลย ผลสุดท้ายไม่มี feedback ไปยังอาจารย์ผู้สอนให้ปรับปรุง นิสิตจึงยังทำข้อสอบหมวดนี้ไม่ผ่านตามเกณฑ์ได้เลย การประเมินที่ดีต้องมีผลย้อนกลับให้มีการปรับปรุงกระบวน จึงครบรอบการพัฒนาคุณภาพตามแนวคิดของ ADLI หรือ PDCA แพทยสภาได้พยายามแจกแจงคะแนนของนิสิตแพทย์ที่สอบในแต่ละหัวข้อใน Table of specification อยู่แล้ว หากว่าต้องการให้มีการประเมินการสอนอาจได้หลักการนี้นำไปปรับ KPI ด้านการสอนได้เช่นกัน

สำหรับอาจารย์แพทย์ที่มีงานบริการวิชาการที่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มเติม (RW) ในช่วงปีที่ผ่านมา ค่า RW เป็นตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรมที่ระบุได้ว่าอาจารย์แพทย์ได้ทุ่มเทในงานบริการวิชาการมากน้อยเพียงใด ในโครงสร้างการจ่ายเงินเพิ่มเติม RW นี้ ไม่ต้องการให้อาจารย์ทำงานบริการอย่างเดียวโดยทิ้งงานวิจัยไม่ได้ หากทำงาน

บริการมากเกินไปก็มีเพดาน Capmax อาจารย์แพทย์ต้องทำงานวิจัยเพื่อนำไปเสนอขอกำหนดตำแหน่งวิชาการจึงจะเพิ่มเพดานได้ (ตารางที่ 8-3) ในประเด็นนี้มีเหตุผลพื้นฐานที่อธิบายให้เกิดความชัดเจนมากขึ้นคือ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วๆ ไป ถ้ามี 360 เตียงก็ควรจะแพทย์ประมาณ 72 คน (สัดส่วนประมาณ 1:5) แต่คณะแพทยศาสตร์ มศว ของเรามีอาจารย์แพทย์อยู่ 130 คน ดังนั้น อาจารย์แพทย์จึงต้องมีภารกิจด้านงานสอนและวิจัยร่วมด้วย ดังนั้น KPI ภาคบังคับ 10 คะแนนจึงมีวิจัยและงานสอนร่วมกัน และในส่วนที่เลือกได้อีก 10 คะแนนจะเป็นส่วนที่อาจารย์เลือกน้ำหนักภาระงานได้มากน้อยต่างกันตามความถนัดของแต่ละคน

การทำงานวิจัยทางคลินิกจะช่วยทำให้อาจารย์เกิดความลึกซึ้งในศาสตร์วิชาที่ตนเองสอน ไม่ใช่เลียนแบบคำพูดจากตำราต่างประเทศ การวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตนเอง เปรียบเทียบกับมาตรฐานสากล หาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พัฒนาแนวทางใหม่ในการร่วมรักษา เกิดนวัตกรรมด้านการรักษาในวงการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การทำวิจัยบนเนื้องานคลินิกจึงเป็นเรื่อง "ประเมินคุณภาพ" ของงานวิชาชีพแพทย์ ดังที่ระบบโครงสร้างการจ่ายค่าตอบแทน RW นี้ได้ผูกเงื่อนไขต้องมีผลงานวิชาการ ครบ 20 คะแนนในปีงบประมาณที่ผ่านมา จึงจะได้ค่าตอบแทนตามนโยบาย RW นี้ และผลงานวิจัยด้านคลินิกที่ผลิตขึ้นจะถูกสะสมเพื่อนำไปกำหนดตำแหน่งวิชาการเพื่อเลื่อนแท่งจึงมีเพดาน Capmax ที่สูงเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการ Top-up ให้แก่พยาบาลตามภาระงานวิชาชีพ

หลักการและเหตุผล

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ยังมีช่องว่างระหว่างค่าตอบแทนของรัฐและเอกชนอยู่ระหว่าง 10-20 เท่า พยาบาลอยู่ระหว่าง 2-4 เท่า เจ้าหน้าที่ back office ประมาณ 1-2 เท่า แน่นอนความคาดหวังของผู้ประกอบการภาคเอกชนก็ค่อนข้างสูง ต้องมีการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลซึ่งถูกประเมินตาม KPI มากมาย ในขณะเดียวกันองค์กรภาครัฐ รวมถึงคณะแพทย์ มศว ของเรา ก็ถูกประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติงาน ดังนั้น ในช่วงที่องค์กรมีการปรับตัวเพื่อพัฒนากระบวนการจัดการโดยเน้นผลงานเป็นหลัก กอปรกับการสร้างสิ่งจูงใจให้พนักงานในการแข่งขันกับตลาดแรงงาน การให้เงินเพิ่มเติมประเภท flat rate เช่น ค่าครองชีพ, เงิน พ.ต.ส., ค่าสาขาขาดแคลน เงินสนับสนุนสำหรับการไม่ทำคลินิก เงินสนับสนุนอาจารย์แพทย์ในภูมิภาค เหล่านี้ ล้วนไม่ได้ช่วยให้บุคลากรระลึกถึงผลลัพธ์การปฏิบัติ อันส่งผลถึงเป้าหมายขององค์กรได้เลย

การนำนโยบายการเพิ่มเติมค่าตอบแทนตามภาระงานเป็นกลยุทธ์สำคัญในการจูงใจให้บุคลากรเล็งเห็นเป้าหมายขององค์กรได้ชัดเจนมากขึ้น และยังสามารถ "ปลูก" วัฒนธรรมองค์กรที่เน้น "ผลงาน" เป็นสมรรถนะหลักขององค์กร (organization competency) ได้อีกด้วย กิจกรรมที่ทำกันเป็นประจำ..จะถูกเปลี่ยนมุมมองให้เน้นที่ "ผลงาน" มากกว่าเน้นที่กระบวนการ ซึ่งนอกจากทำตามระเบียบราชการแล้วยังเพิ่มระเบียบขั้นตอนภายในสำนักงานให้มากขึ้น ไม่มีการถ่ายทอดถึงค่านิยมที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ของงานมากกว่ารายละเอียดของขั้นตอน

เมื่อประสบความสำเร็จในการคิดค่าตอบแทนเพิ่มเติมตามภาระงานด้านการรักษา (RW) ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยตรงมากขึ้น แพทย์ใช้ทุนรู้สึกอุ่นใจที่มีอาจารย์แพทย์มาช่วยสอนผ่าตัดอยู่เคียงข้างตลอดจนเสร็จภารกิจ การให้บริการที่ห้องฉุกเฉินก็มีอาจารย์แพทย์มาสอนนิสิตแพทย์เป็นประจำมากขึ้น ขยายเวลาการทำงานของห้องผ่าตัดไปถึง 20.00 น. ทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในคณะแพทย์ มศว ของเราขณะนี้ เป็นเพราะอาจารย์แพทย์มีกำลังใจในการทำงาน พร้อมที่จะให้ความร่วมมือกับองค์กรเป็นอย่างดี เมื่อเป็นเช่นนั้น กลุ่มบุคลากรอื่นๆ ในคณะแพทย์ ก็ต้องพัฒนาให้มีค่านิยมหลักขององค์กรที่เน้น "ผลงาน" ด้วยเช่นกัน

วิชาชีพพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญมากในทุกขั้นตอนของกระบวนการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้มารับบริการ เช่นเดียวกับวิชาชีพแพทย์...งานที่ให้บริการต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และเจตคติตามมาตรฐานและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ดังนั้น เนื้องานที่ทำงานประจำในตำแหน่งวิชาชีพพยาบาลก็สามารถวัดผลสำเร็จได้เช่นกัน การทำ workshop ระหว่าง 2 โรงพยาบาลในสังกัด มศว (ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี และศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ) เพื่อคิดค้นนวัตกรรมในการวัด "ผลงาน" จากการประกอบวิชาชีพพยาบาล จึงถือได้ว่าเป็นเรื่องใหม่ในวงการพยาบาล ต้องอาศัยความรู้แฝง (Tacit knowledge) จากพยาบาลผู้มีประสบการณ์มาช่วยกันระดมความคิด

ขั้นตอนการดำเนินงาน

จากการประชุมผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลร่วมกันระหว่างศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ และศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2551 ณ ห้องประชุม 5A ได้สรุปประเด็นต่างๆ จากการระดมสมองเพื่อพัฒนาแนวทางการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานของวิชาชีพพยาบาล เพื่อให้สอดรับกับเป้าหมายขององค์กรและสามารถสร้างแรงจูงใจแก่พยาบาลให้ทำงานตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างยั่งยืน

ขั้นตอนแรก สร้างตัววัดมาตรฐานกลาง (Reference indicator) ซึ่งต้องเป็นตัววัดที่ทุกคนในวิชาชีพพยาบาลรับรู้ (perceive) ได้ว่างานนี้ยากง่ายปานใด เราจึงเริ่มที่มาตรฐานวิชาชีพจากสภาการพยาบาลที่กำหนดให้อัตรากำลังพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมเท่ากับ 1:4 หมายความว่าพยาบาล 1 คนดูแลผู้ป่วย 4 คน ถือเป็นภาระงานเท่ากับ 1RN แล้วก็ทยอยเทียบวัดภาระงานของพยาบาลแต่ละวอร์ดตามความยากง่ายของเนื้องาน (ดังตารางที่ 16-1) พยาบาลที่ขึ้นเวรแต่ละผลัด (เช้า-บ่าย-ดึก) ก็ได้ค่า RN ตามจำนวนผู้ป่วยที่ให้การบริการ หากขึ้นเวรเช้ามากก็ตัวหารมาก แต่ละคนก็ได้ค่า RN กันน้อย อันดับถัดไป งานพิเศษต่างๆ ที่ไม่มีใครอยากทำ (ขึ้นเวรบ่าย-ดึก) หรือที่ต้องรับผิดชอบสูง (เช่นหัวหน้าเวร หรือ in-charge) ก็จะมีการเพิ่มเป็นตัวคูณหรือให้เป็นรายบุคคล ดังแสดงในตารางที่ 16-1

ตารางที่ 16-1 การปรับค่า RN ให้แก่งานพิเศษต่างๆ ที่ไม่มีใครอยากทำหรือที่ต้องรับผิดชอบมาก

ช่วงเวลาที่ขึ้นปฏิบัติงาน	ผู้ป่วยใน	ห้องฉุกเฉิน	หมายเหตุ
เช้า	1 เท่า	1 เท่า	ให้เป็นทีมแล้วไปหารเฉลี่ยตามจำนวนพยาบาลที่ขึ้นเวร สำหรับ ER เวรบ่ายนั้น ต้องให้บริการผู้ป่วย non-urgent จำนวนมาก จึงให้มากกว่าเวรดึก
บ่าย	1.1 เท่า	1.2 เท่า	
ดึก	1.2 เท่า	1.1 เท่า	
หัวหน้าเวร (in-charge)	0.5RN	0.5RN	ให้เฉพาะพยาบาลที่มีประสบการณ์เป็นรายบุคคล

และด้วยวิธีคิดถ่วงน้ำหนักจากสภาการพยาบาล เราก็ได้ค่าภาระงานจากการดูแลผู้ป่วยนอกเท่ากับ 0.02RN ต่อราย ผู้ป่วยคลินิกที่มีความเสี่ยงสูง (เช่น TB, AIDS, Avian flu) ให้คิดได้ 2 เท่า ในกรณีเยี่ยมบ้านให้คิดสมาชิกทั้งบ้านโดยให้ 0.04RN ต่อราย เป็นต้น ทั้งหมดจะให้เป็นทีมที่ขึ้นเวรในกะ (8 ชั่วโมง) นั้นๆ แล้วนำไปหารตามจำนวนคนที่ขึ้นเวรนั้นไป หากมีพยาบาลขึ้นเวรน้อยก็ได้ RN ของแต่ละคนมากขึ้น หากขึ้นมากถูกหารไปก็ได้น้อยลง ส่วนความพึงพอใจต่องานบริการนั้น คิดให้หน่วยงานละ 1RN หากได้คะแนนร้อยละเท่าไร ก็คิดเป็นสัดส่วนนั้นไป เช่นวอร์ดสูติได้คะแนนความพึงพอใจ 80% พยาบาลทุกคนก็จะได้รับไปคนละ 0.8RN (อ่านรายละเอียดในภาคผนวกที่ 4)

งานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับรายได้ของโรงพยาบาลเช่น อัตราการครองเตียง (occupancy rate) จะคิดเป็นแต่ละวอร์ด หลักการคิดก็คล้ายๆ กับค่า RN ของความพึงพอใจ ยกตัวอย่างเช่น วอร์ดศัลย์มีอัตราการครองเตียง 70% ก็จะจ่ายคะแนนไปยังพยาบาลทุกคนในวอร์ดศัลย์คนละ 0.7RN เป็นต้น หัวหน้าวอร์ดก็ต้องบริหารจัดการให้ภาพรวมของการบริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล วางแผนการบริหารเตียงอย่างไร จึงจะได้ตามเป้า ศึกษาปัจจัยเสริมต่างๆ แล้วเข้าไปมีส่วนร่วมที่ทำให้ยอดคนไข้เพิ่มขึ้น จำหน่ายได้เร็ว และต้องได้รับความพึงพอใจจากผู้ป่วยที่มารับบริการอีกด้วย ในการนี้ที่ประชุมเห็นว่าการที่มีคนไข้รับใหม่หรือจำหน่าย จำเป็นต้องมีงานวิชาชีพพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเช่น health education และงานเอกสาร ใบส่งต่อ หรือใบเรียกเก็บจากการเงิน เป็นต้น โดยต้องได้รับมาตรฐานจากฝ่ายประกันคุณภาพของโรงพยาบาล โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในวอร์ดที่ active จะได้มีขวัญและกำลังใจเพิ่มมากขึ้น ด้วยการจัดสรรให้เพิ่มขึ้นอีก 0.5RN ต่อราย แล้วนำไปเฉลี่ยให้พยาบาลทุกคนที่ขึ้นเวรนั้นๆ ไป

ทุกกลุ่มงานได้คิดกันจนเกือบครบถ้วน เหลือหน่วยงานที่ไม่ได้มามีส่วนร่วม อาทิเช่น วิสัญญีพยาบาล หน่วยติดเชื้อ (IC) และหน่วยประกันคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ได้มอบหมายให้หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลนำไปหารือผู้ที่เกี่ยวข้อง แล้วสรุปรวบรวม จำแนกแยกประเภทให้ดูเข้าใจง่าย นำไปทำประชาพิจารณ์อย่างกว้างขวางในบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

หลักคิดในการพัฒนาการจ่ายค่าตอบแทนตาม "ผลงานที่ปฏิบัติจริง"

เมื่อได้ข้อสรุปยกร่างฉบับแรกภายในต้นเดือนมิถุนายนนี้ แนวความคิดที่เสนอไว้คร่าวๆ มีดังนี้

1. จ่ายให้เป็นในรูปของโบนัสจ่ายให้ทุก 6 เดือน โดยการประเมินในช่วงปลายกุมภาพันธ์และสิงหาคม และจ่ายให้ทันภายในเดือนเมษายนและกันยายนของทุกปี (รูปที่ 16-2)
2. จ่ายจากงบประมาณรายได้ของศูนย์การแพทย์ฯ ประมาณการงบที่ใช้ 4-5 ล้านบาทต่อปี ในแต่ละศูนย์การแพทย์ฯ
3. กำหนดให้มีประสบการณ์ (จำนวนปี) และบทความวิชาการและ/หรือผลงานวิจัยตีพิมพ์ในการเลื่อนแท่งเป็นผู้ชำนาญการ ผู้ชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ (รูปที่ 16-2)
4. การคำนวณ KPI ตามภาระงานด้านวิชาชีพพยาบาล โดยใช้หน่วยเดียวกันเรียกว่า RN (Record Nursing workload) ครอบคลุมทุกกิจกรรมตามมาตรฐานวิชาชีพและสอดคล้องกับการประกันคุณภาพโรงพยาบาล (HA)
5. เนื่องจากพยาบาลจะลาออกมากตอนช่วง 2 ปีแรก จึงมีการเพิ่ม Capmax ให้สำหรับพยาบาลน้องใหม่ แล้วสร้างกลไกให้พยาบาลที่สะสมแต้ม RN จะสามารถนำมาใช้ได้เมื่อครบ 3 ปีแล้ว อาทิเช่น สนับสนุนค่าเดินทางไปประชุมวิชาการทั้งในและต่างประเทศ
6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ได้แก่ พัฒนาองค์กรโดยเน้นที่ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน สร้างแรงจูงใจและสามารถแข่งขันกับตลาดได้ สร้างความผูกพันของพนักงานต่อองค์กร สร้างบันไดอาชีพเพื่อความมั่นคงแห่งวิชาชีพพยาบาล

12	6330				
11	6250				
10	6150				
9	6030				
8	5890	7500			
7	5730	7380			
6	5550	7240	8500		
5	5350	7080	8360	9450	
4	5150	6900	8200	9270	10520
3	5100	6710	8020	9070	10300
2	4900	6510	7820	8850	10060
1	4700	6300	7600	8600	9800
ขั้น	**ผู้ปฏิบัติการ**	**ผู้ชำนาญการ**	**ผู้ชำนาญการ พิเศษ**	**ผู้เชี่ยวชาญ**	**ผู้ทรงคุณวุฒิ**

หมายเหตุ 1. *ในช่วง 3 ปีแรกของผู้ปฏิบัติการ.ให้เพิ่ม Capmax อีก 3,000 บาท คือ จาก 4700, 4900, 5100 เป็น 7700, 7900, 8100 บาท*

2. *พยาบาลที่สะสม RN จะสามารถนำมาใช้ได้เมื่อครบ 3 ปีแล้ว อาทิเช่น สนับสนุนค่าเดินทางไปประชุมวิชาการทั้งในและต่างประเทศ*

รูปที่ 16-2 เพดาน Capmax ของค่าตอบแทนเพิ่มเติม (Top-up) ของพยาบาล จ่ายทุกรอบ 6 เดือน

การคำนวณค่าตอบแทนโบนัสตามค่า RN ของทุก 6 เดือน

ในปีแรก รอบที่หนึ่งให้คำนวณตั้งแต่เดือนกันยายน 2551 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2552 และรอบที่สองให้คำนวณตั้งแต่เดือนมีนาคม 2552 ถึงเดือนสิงหาคม 2552 แล้วดำเนินการจ่ายภายในเดือนมีนาคมและกันยายนของทุกปี ค่า RN ของพยาบาลแต่ละคนจะถูกรวบรวมเป็นรายเดือน จากจุดให้บริการหรือทุกหน่วยงานทุกๆ แห่งของศูนย์การแพทย์ฯ แยกแต่ละศูนย์ แล้วทำฎีกาเบิกจากเงินรายได้ตามมติของคณะกรรมการอำนวยการของทั้งสองแห่ง ทั้งนี้ให้รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลทั้งสองแห่งเป็นผู้ประสานหลักและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้เกิดความคล่องตัวสูงสุด หลังจากผ่านการทดลองการใช้งานแล้ว 2 เดือน (กค.- สค. 2551) จะมีการปรับปรุงและจะเริ่มเขียนโปรแกรมสำเร็จรูปที่ฝังอยู่ในระบบ แล้วรวบรวมค่า RN ที่เกิดจากพยาบาลแต่ละคน แล้วคำนวณให้อัตโนมัติ

ผลรวมของค่า RN รวมของพยาบาลแต่ละคน ผลรวมสุดท้ายจะบอกถึงสัดส่วนที่พยาบาลแต่ละคนจะได้รับในรอบ 6 เดือน ซึ่งจะแตกต่างกันตามภาระงานที่มีเกณฑ์กลางกำหนดไว้ในวิชาชีพพยาบาล

ให้ Sum (RN_n) = ผลรวมของค่า RN รวมของพยาบาล

B = จำนวนงบประมาณรายได้ของศูนย์การแพทย์ฯ ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการอำนวยการของแต่ละศูนย์การแพทย์ฯ

(B)/2 = วงเงินที่ตัดจ่ายให้เป็นค่าตอบแทนตาม RN เป็นราย 6 เดือน

$$RN = \frac{(B)/2}{Sum\ (RN_n)}$$

ดังนั้น พยาบาลแต่ละคนจะได้ร้อยละ 70 ของค่าตอบแทนตามจำนวน RN ที่ทำได้ต่อ 6 เดือน จำนวนเงินอีกร้อยละ 30 จะถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วนเท่าๆ กัน ปัดให้กองทุนหน่วยงานหรือวอร์ดที่พยาบาลท่านนั้นสังกัดอยู่ และอีกส่วนปัดเข้ากองทุนการพยาบาลเพื่อพัฒนาองค์กร อย่างไรก็ตาม ยอดเงินสุดท้ายที่ได้รับตาม RN นี้จะต้องไม่เกินขั้นเงิน Cap-max ที่พยาบาลได้กำหนดจากจำนวนปีที่ครองตำแหน่งในแท่งของวิชาชีพนั้นๆ (รูปที่ 1) จำนวนเงินส่วนที่เกินจะถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วนเท่าๆ กัน ปัดให้กองทุนหรือวอร์ดที่พยาบาลท่านนั้นสังกัดอยู่ และอีกส่วนปัดเข้ากองทุนการพยาบาลเพื่อพัฒนาองค์กร อย่างไรก็ตามค่า RN สะสมที่มีอายุเกิน 3 ปีแล้ว สามารถนำไปแลกผลประโยชน์ที่องค์กรพยาบาลจะพิจารณาในเรื่องการเพิ่มพูนวิชาการทั้งในและต่างประเทศ

การกำหนดค่า RS ของฝ่ายสนับสนุน

ค่า RS ย่อมาจาก Record Service workload เป็นการกำหนดความยากง่ายของชิ้นงานใช้เปรียบเทียบข้ามสายงาน โดยไม่คำนึงถึงผลสำเร็จหรือไม่คำนึงว่าทำได้ตามรอบเวลาที่กำหนดไว้ตามมาตรฐานหรือไม่ ยกตัวอย่างคล้ายกันกับค่า 1 RW ของภาระงานของแพทย์เท่ากับการดูแลรักษาผู้ป่วยไส้ติ่ง 1 รายจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยไม่คำนึงถึงจะอยู่ รพ.นาน 1 วันหรือ 5 วัน หากอยู่ 5 วันแพทย์ต้องตามมาดูแลทุกวัน ก็ได้เท่ากับอยู่ รพ.เพียงวันเดียว

ดังนั้น ค่า 1 RS จะกำหนดให้เท่ากับกิจกรรมที่ทุกคนในองค์กรคุ้นเคย คือ กระบวนการที่เจ้าหน้าที่การเงินดำเนินเรื่อง “การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล” ให้แก่บุคลากร 1 รายใช้เวลา 10-14 วันโดยเฉลี่ย การกำหนด RS ให้แต่ละชิ้นงานหรือกิจกรรมที่บุคลากรทำเป็นงานประจำนั้น จะช่วยทำให้ทราบว่าแต่ละหน่วยงานมีเนื้องานมากน้อยเพียงใด สมมติว่ากิจกรรม “การเคลียร์ค่าใช้จ่ายก่อนจำหน่ายผู้ป่วยใน” มีค่าเท่ากับ 0.8 RS จากตัวอย่างข้างต้นเจ้าหน้าที่การเงิน 2 คน (นาย ก.และนาย ข.) จะได้คนละ 0.8 x 5 = 4 RS นั่นคือ ค่า RS เป็นปริมาณชิ้นงานที่ทำได้ยังไม่บ่งถึงคุณภาพของงานที่ทำเสร็จ (ว่าจะครบตามรอบเวลาที่กำหนดไว้เป็นมาตรฐานหรือไม่) นาย ก. และนาย ข.จะได้ปริมาณงานเท่ากันคือ 4 RS แต่ได้คะแนนตัวชี้วัดที่ต่างกันคือ 1.2 และ 2.0 ตามลำดับ ดูรายละเอียดในภาคผนวกที่ 5

17

บทสรุป

นโยบายการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานบริการทางการแพทย์ (RW) ได้ถ่ายทอดสู่อาจารย์แพทย์ทั่วทั้งองค์กรตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2550 เป็นต้นมา โดยได้แจกคู่มือการบันทึกภาระงานของอาจารย์จากคณะแพทยศาสตร์ มศว ซึ่งรวบรวมบทสรุป ข้อตกลง ประชาพิจารณ์ มติที่ประชุมจากคณะกรรมการชุดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาระงานด้านบริการทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก รวมทุกอนุสาขาที่ร่วมวินิจฉัยและรักษา เช่น รังสีแพทย์ วิสัญญีแพทย์และพยาธิแพทย์ โดยใช้หน่วยวัดกลางเป็นค่า RW ที่คำนวณได้จากโปรแกรมสำเร็จรูป DRG version 3, 4 ปรับให้เป็นภาระงานหลักของอาจารย์แพทย์เจ้าของไข้ แล้วปรับทอนเป็นสัดส่วนลงไปตามความยากง่ายให้ครอบคลุมงานตรวจผู้ป่วยนอก งานร่วมวินิจฉัยและร่วมรักษาของอนุสาขาต่างๆ นอกจากนั้น ยังเป็นแหล่งรวบรวมกฎระเบียบและประกาศของมหาวิทยาลัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ในอดีตไม่เคยมีการบันทึกภาระงานด้านการรักษาพยาบาลของอาจารย์แพทย์ในศูนย์การแพทย์ฯ ไม่มีงานวิจัยในเนื้องานบริการวิชาการที่ปฏิบัติในสถาบันการศึกษา อันมีความสำคัญต่อ career path และการพัฒนาวิชาชีพของความเป็นอาจารย์แพทย์ในมหาวิทยาลัย และในปีงบประมาณ 2552 คณะแพทยศาสตร์ มศว ได้นำภาระงานบริการทางการแพทย์ที่ปฏิบัติในศูนย์การแพทย์ฯ มาเชื่อมโยงกับการประเมินเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือนโดยคำนึงถึงผลลัพธ์การปฏิบัติงาน (Key Performance Indicators; KPI) ของคณะฯ และของภาควิชาเป็นหลัก

อย่างไรก็ตาม ทุกองค์กรภาครัฐล้วนถูกประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติงานโดยองค์กรภายนอก อาทิเช่น ก.พ.ร., สมศ., กพอ., พรพ., และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (TQA) นอกจากนั้น สำนักงบประมาณเริ่มปรับเปลี่ยนการบริหารตั้งงบประมาณจากเดิมที่เน้นภารกิจของหน่วยงาน มาเป็นเน้นผลงาน (Performance-based budgeting) หรือ PART ที่ผูกเงื่อนกับสัดส่วนที่จะได้รับการจัดสรรงบประมาณแผ่นดิน ดังนั้น การปรับคุณภาพการทำงานของทุกคนในองค์กรจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ และผลลัพธ์การปฏิบัติงาน (KPI) ของสมาชิกจึงเป็นส่วนสำคัญของหนทางสู่ความสำเร็จที่ยั่งยืนขององค์กร

สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.) ร่วมเป็นที่ปรึกษาด้านการประเมินผลของสำนักงาน ก.พ.ร. ได้ประเมินการปฏิบัติราชการของทุกมหาวิทยาลัยโดยเซ็นข้อตกลงในคำรับรองการปฏิบัติราชการร่วมกันระหว่างมหาวิทยาลัยกับ ก.พ.ร. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเป็นหนึ่งในกลุ่มของมหาวิทยาลัยที่เน้นการสอนและการวิจัย และได้กำหนดภาระงานสอน ภาระงานวิจัย ภาระงานบริการวิชาการ และภาระงานทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมเป็นสัดส่วนร้อยละ 40, 30, 20 และ 10 ตามลำดับ สำหรับคณะแพทยศาสตร์ ก็ได้ตกลงสัดส่วนเดียวกันของแต่ละภาระงานกับทางมหาวิทยาลัยแล้วเช่นกัน

นโยบายการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานบริการทางการแพทย์ หรือเรียกย่อว่า RW ได้ผ่านการใช้ภายในศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒมาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2551 หลังจากประกาศใช้จนครบ 1 ปีเต็ม ได้เกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลง

ภายในองค์กรไปในทางที่ดีและเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้ดีขึ้นตามลำดับ สิ่งที่เกิดขึ้น ณ วันนี้ที่ศูนย์การแพทย์ฯ แห่งนี้นั้น ยากที่คาดคะเนได้เมื่อตอนเริ่มโครงการใหม่ๆ เพราะไม่มีตัวอย่างให้เลียนแบบ ไม่มีต้นแบบไว้เป็นตัวเลือก ต้องค่อยๆ สร้างขึ้นมาท่ามกลางแนวคิดที่หลากหลายให้เกิดความสมดุลได้ในระหว่างความพึงพอใจของอาจารย์แพทย์ นิสิตแพทย์ แพทย์ใช้ทุน พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ผู้บริหารและที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วย

ก่อนหน้าที่จะนำนโยบาย RW มาใช้ ได้เคยคิดปรับรื้อโครงสร้างเงินเดือนและค่าตอบแทนทั้งหมดของอาจารย์แพทย์ หรือเลือกเอาเฉพาะบางส่วนที่คณะแพทยศาสตร์ มอ.เคยทำสำเร็จมาก่อน ประเมินดูภาพรวมแล้วผลกระทบมีมากกว่าเนื่องจากไปรบกวนผลประโยชน์เดิมที่เคยได้มาก่อน อีกทั้งยังมีเงินให้เปล่าจากภาครัฐ คือไม่คำนึงผลลัพธ์การปฏิบัติงาน อาทิเช่น เงิน พ.ต.ส., เงินสาขาขาดแคลน เงินสมนาคุณอาจารย์แพทย์ส่วนภูมิภาค เงินค่าตอบแทนไม่ทำคลินิก เป็นต้น การตัดสินใจเลือกแบบ top-up เพื่อเพิ่มเติมจากเงินเดือน เงินเวรอื่นๆ ตามภาระงานบริการที่วัดได้ในช่วงในเวลาและนอกเวลาราชการ จึงเป็นทางออกที่เหมาะสมภายใต้สภาวการณ์ทางตลาดแรงงาน และคำนึงถึงการแข่งขันทางการตลาดในบางอนุสาขาทางการแพทย์ สุดท้ายได้ออกแบบโครงสร้างการจ่ายค่าตอบแทนแก่อาจารย์แพทย์ที่ให้บริการทางการแพทย์ ที่สอดรับกับพันธกิจหลักที่มหาวิทยาลัยกำหนดคืองานสอน งานวิจัย งานบริการวิชาการ ให้ควบคู่ไปกับการสร้าง Career path ของอาจารย์แพทย์เอง โดยมุ่งเน้นให้อาจารย์สกัดเอาองค์ความรู้จากงานประจำที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยมาเป็นแรงจูงใจสร้างความเข้มแข็งด้านวิชาการได้อย่างยั่งยืน

เวลาผ่านไป 1 ปี องค์กรได้เรียนรู้และปรับตัวขึ้นมากมาย ความขัดแย้งที่เคยเกิดขึ้นมากมายในช่วง 6 เดือนแรกถูกสลายไปเกือบหมด เพราะประเด็นหลักที่สำคัญ 3 ประการ (Critical success factors) คือ ผู้บริหารต้องปราศจาก Conflict of Interest, สร้างกองทุนส่วนกลาง (กองทุนภาควิชาและกองทุนธำรงแพทย์เพื่อองค์กร) ให้เกิดแรงยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคลกับหน่วยงานและกับองค์กร และยึดผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจในทุกๆ ข้อขัดแย้งนั้นๆ ชุมชนแพทย์ของเราเริ่มมีบรรยากาศเป็นพี่เป็นน้อง มีความสุขและสนุกกับงานที่ศูนย์การแพทย์ฯ เมื่อแพทย์มีความสุขและมีความพร้อม ค่อยๆ สร้างวัฒนธรรมที่ดีภายในองค์กร พวกเขาจะร่วมกันช่วยกันให้องค์กรเข้มแข็งขึ้น ห่วงใยองค์กรมากขึ้น กล้าที่บอกเพื่อนแพทย์ด้วยกันว่าอะไรควรทำและอะไรที่ไม่ควรทำ สร้างโอกาสให้ทุกคนได้อุทิศตนเพื่อส่วนรวม เกิดจิตอาสาที่อยากช่วยโรงพยาบาลโดยไม่หวังค่าตอบแทน หยิบยื่นความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ให้บุคลากรวิชาชีพอื่นๆ และมีน้ำใจที่แสดงออกต่อกันในหมู่วิชาชีพเดียวกันและในระหว่างวิชาชีพ ....สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในองค์กรของเรา และขยายสิ่งดีๆ นี้ไปยังวงวิชาชีพของเรา จะได้เป็นหลักประกันที่มั่นคงให้แก่ประชาชนชาวไทยทุกคนตราบเท่านาน

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1

ระเบียบมหาวิทยาลัย เรื่องเกณฑ์การคิดภาระงานวิจัย

สรุปน้ำหนักภาระงานวิจัย			ค่าน้ำหนัก			
ลำดับ	กิจกรรมที่นำมาคิดเป็นภาระงาน	ตัวแปรผันตามภาระงาน	ชั่วโมง / สัปดาห์	แหล่งทุน ตปท	แหล่งทุนภายนอก	แหล่งทุนภายใน
1	งบประมาณ (ตัวคูณ)			1.2	1.1	1
	< 100,000 บาท		10	12	11	10
	100,001 - 500,000 บาท		12	14.4	13.2	12
	500,001 - 1,000,000 บาท		14	16.8	15.4	14
	> 1,000,000 บาท		16	19.2	17.6	16
	(ให้ทำตัวอย่างประกอบใต้ตาราง)	หัวหน้าแผนงานวิจัย (งบมากกว่า 500,000 บาท)	4			
ให้นำสัดส่วนในผลงานวิจัยมาเป็นตัวคูณกับจำนวนชั่วโมงที่ได้ภาระงาน						
2	กระบวนการทำวิจัย	2.1 ส่งข้อเสนอ (นำเสนอ)	5 (5)			
		2.2 ได้รับทุน , ทำสัญญารับทุน	ถ้าได้ทุนแล้วให้ไปคิดข้อที่ 1			
		2.3 รายงานความก้าวหน้า (การเก็บข้อมูล , การทำทดลอง , ประมวลผลวิเคราะห์ผล)	5	(บวกเพิ่มในข้อที่ 1 ที่ได้ปกติ) คิดในแต่ละครั้งที่ทำรายงาน		
		2.4 รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (ฉบับร่าง)	5			
กรณีมีการขยายเวลา ไปมากกว่าระยะเวลาสิ้นสุดสัญญาทุน ไม่ให้ภาระงานในข้อนี้						
3	การเผยแพร่ (คิดต่อชิ้นงาน)	โทรทัศน์	20			
		วิทยุ	5			
		หนังสือพิมพ์	10			
		เว็บ ไซต์	5			

ลำดับ	กิจกรรมที่นำมาคิดเป็นภาระงาน	ตัวแปรผันตามภาระงาน	ชั่วโมง / สัปดาห์
4	ตีพิมพ์ผลงานวิจัย	ตีพิมพ์ลงวารสารระดับนานาชาติที่มี IF (impact factor)	120
		ตีพิมพ์ลงวารสารระดับนานาชาติที่ไม่มี IF	80
		ตีพิมพ์ระดับชาติที่มี IF (สกอ)	60
		ตีพิมพ์ระดับชาติที่ไม่มี IF	25
		Review article invited	100
		Review article	60
		ประชุมวิชาการระดับนานาชาติ Oral	50
		ประชุมวิชาการระดับนานาชาติ poster	25
		ประชุมวิชาการระดับชาติ Oral	25
		ประชุมวิชาการระดับชาติ poster	12
		ส่ง Manuscript ต่างประเทศเฉพาะที่มี IF	20
		ตีพิมพ์ Proceeding Full paper ต่างประเทศ	20
		ตีพิมพ์ Proceeding Full paper ในประเทศ	10
5	ทรัพย์สินทางปัญญา	สิทธิบัตร ต่างประเทศ	200
		สิทธิบัตร ในประเทศ	100
		อนุสิทธิบัตร ต่างประเทศ	100
		อนุสิทธิบัตร ในประเทศ	50
		ลิขสิทธิ์ ต่างประเทศ	150
		ลิขสิทธิ์ ในประเทศ	50
6	การเสนอเพื่อพิจารณา	จำนวน Citation index > 100 ครั้ง (ไม่รวมตัวเอง)	100
		จำนวน Citation index 50 - 100 ครั้ง	50
		จำนวน Citation index < 50 ครั้ง	20

ภาคผนวกที่ 2

ระเบียบมหาวิทยาลัย เรื่องเกณฑ์การคิดผลงานทางวิชาการเชิงปริมาณ

คัดจาก.....ข้อบังคับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ว่าด้วยการแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งทางวิชาการ พ.ศ. 2549

.....

การพิจารณาผลงานทางวิชาการในเชิงปริมาณ ให้ใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามลักษณะผลงานทางวิชาการและการตีพิมพ์ผลงาน ดังนี้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (วิธีปกติ/วิธีพิเศษ) ผู้เสนอขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการต้องได้คะแนนรวมของผลงานทางวิชาการ ไม่น้อยกว่า 30 คะแนน

รองศาสตราจารย์ (วิธีปกติ/วิธีพิเศษ) ผู้เสนอขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการต้องได้คะแนนรวมของผลงานทางวิชาการ ไม่น้อยกว่า 50 คะแนน

ศาสตราจารย์ (วิธีปกติ/วิธีพิเศษ) ผู้เสนอขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการต้องได้คะแนนรวมของผลงานทางวิชาการ ไม่น้อยกว่า 80 คะแนน

เกณฑ์การกำหนดคะแนนของผลงานทางวิชาการแต่ละประเภท ให้เป็นไปตามตารางข้างล่างนี้ ในกรณีที่มีผลงานทางวิชาการนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ ให้คณะกรรมการพิจารณาตำแหน่งทางวิชาการเป็นผู้กำหนดคะแนนตามความเหมาะสม

1. ผลงานวิจัย

1.1 ตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ	คะแนน
■ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)	40
■ Case Report	25
■ Brief Communication/Briefing Paper	20
■ Letter to Editor	20
1.2 ตีพิมพ์ในรูปแบบของนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) โดยองค์กรทางวิชาการหรือองค์กรระดับนโยบาย และมี peer review	30
1.3 ตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการในประเทศ (มี peer review)	
■ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)	20
■ Brief Communication/Briefing Paper	15
■ Case Report	10

1.4 นำเสนอใน Proceedings ของการประชุมระดับนานาชาติ	
■ Full Paper	20
■ Brief Communication/Briefing Paper	15
■ Abstract	8
1.5 นำเสนอใน Proceedings ของการประชุมในประเทศ	
■ Full Paper	15
■ Brief Communication/Briefing Paper	10
■ Abstract	5
2. บทความวิชาการ	
2.1 ตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ	40
2.2 ตีพิมพ์ในหนังสือ/ตำรา ระดับนานาชาติ	30
2.3 ตีพิมพ์ในวารสารในประเทศ (มี peer review)	10
2.4 ตีพิมพ์ในหนังสือ/ตำรา ในประเทศ (มี peer review)	10
3. งานสร้างความรู้ในรูปของหนังสือ/ตำรา ซึ่งมาจากฐานงานวิจัยของผู้เขียน (ไม่ต่ำกว่า 100 หน้า)	
3.1 ตีพิมพ์โดยสำนักพิมพ์ระดับนานาชาติ	80
3.2 ตีพิมพ์โดยสำนักพิมพ์ระดับประเทศ/สถาบันวิชาการ/องค์กรระดับนโยบาย	80
4. งานแต่ง/เรียบเรียงหนังสือ/ตำรา	
4.1 ตีพิมพ์โดยสำนักพิมพ์ระดับนานาชาติ	40
4.2 ตีพิมพ์โดยสำนักพิมพ์ระดับประเทศ/สถาบันวิชาการ/องค์กรระดับนโยบาย	30
5. งานแปลซึ่งไม่เข้าข่ายผลงานทางวิชาการในลักษณะอื่น	10
6. ผลงานทางวิชาการในลักษณะอื่น	
6.1 งานออกแบบหรือสิ่งประดิษฐ์	
■ เผยแพร่ในงานนิทรรศการหรือการประชุมวิชาการในระดับนานาชาติ	40
■ เผยแพร่ในงานนิทรรศการหรือการประชุมวิชาการในระดับประเทศ	30
6.2 ผลงานแปลซึ่งเข้าข่ายผลงานทางวิชาการในลักษณะอื่น	
■ ตีพิมพ์โดยสำนักพิมพ์ระดับนานาชาติ	40
■ ตีพิมพ์โดยสำนักพิมพ์ระดับประเทศ/สถาบันวิชาการ/องค์กรระดับนโยบาย	30

ภาคผนวกที่ 3

ปฏิรูปงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ภาระงานของอาจารย์แพทย์เวรเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

1. ดูแลให้คำปรึกษา extern ในการดูผู้ป่วย case urgency ขึ้นไปอย่างน้อย 5 รายขึ้นไปให้อาจารย์เซ็นชื่อใบ Log book
2. ดูแลและให้คำปรึกษากับแพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์ประจำบ้านที่อยู่เวรเวชศาสตร์ฉุกเฉินในบางรายที่สงสัย
3. ร่วมดูแลผู้ป่วยหนักทุกรายที่มีปัญหาภาวะฉุกเฉิน เช่น cardiac arrest, seizure, shock, trauma
4. ช่วยให้คำแนะนำว่าผู้ป่วยควร admit ในโรงพยาบาลหรือไม่
5. ช่วยประเมิน extern ที่ขึ้นปฏิบัติงานในแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินมีใบประเมิน
6. ร่วมเข้าประชุม ER conference ทุกวันพฤหัสบดีเวลา 13.00 น.
7. ช่วยเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำ case conference ต่างๆ ภาควิชาส่งรายชื่ออาจารย์ที่รับผิดชอบ
8. ทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจการนอกเวลา(ด้านการแพทย์)ให้กับโรงพยาบาล
9. อาจารย์แพทย์ที่เวรดึกจะต้องนอนพักค้างคืนที่ห้องเวร ER เท่านั้น ห้ามพักที่อื่น ถ้าไม่ปฏิบัติตามจะไม่ทำการเบิกเงินค่าเวรและค่า RW ให้

ค่าตอบแทน

ช่วงเวลา 8 ชั่วโมง จะได้ค่าตอบแทนทั้งสิ้น = 1,200 บาท
+ 6 x (RW ประจำเดือนนั้นๆ)
+ 0.04 (RW) x จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจจริง

การจัดตารางเวร ER ของ STAFF

หลักการ

- พยายามจะให้มีการจัดสรรวันและเวลาของการอยู่เวรอย่างเสมอภาค
- ทุกภาควิชาสามารถลงสมัครได้
- สามารถแจ้งวันเวลาที่ต้องการล่วงหน้าได้ตามเวลาที่กำหนด แต่จะถูกเฉลี่ยให้จำนวนเวรที่ได้ใกล้เคียงกัน
- จะมีใบลงเวรไปส่งให้ทุกภาควิชาในช่วงวันที่ 15 ของทุกเดือนและจะเก็บกลับคืนในวันที่ 20 ของทุกเดือน

- ตารางเวรจะออกวันที่ 25 - 28 ของเดือน (เวลาราชการ)
- ตรวจสอบวันเวลาที่อยู่เวรได้ที่สำนักงานชั้น 6 เบอร์ภายใน 10620-21 กด 811

รายละเอียดการจัดเวร

1. สามารถเลือกวันเวลาได้ด้วยตนเอง แต่ ไม่ จำเป็นต้องได้รับทุกเวรที่เลือก
2. ถ้าได้เวรบ่ายวันและเวลาของวันไหนจะได้รับเวรดึกของวันรุ่งขึ้นเสมอ ยกเว้นว่าถ้าท่านนั้นไม่ต้องการอยู่
3. ถ้าเดือนใดมีแพทย์มากกว่า 1 ท่าน เลือกวันและเวลาเดียวกันจะได้รับการจับสลาก
4. ถ้าเดือนใดมีแพทย์ 2 ท่านเลือกวันและเวลาเดียวกันเพียง 1 วันในเดือนนั้นจะได้รับการจับสลาก และเดือนถัดไป priority เป็นของอาจารย์อีกท่านหนึ่ง
5. อำนาจการตัดสินในสุดท้ายขึ้นกับดุลยพินิจของประธานกรรมการ การจัดเวร โดยยึดหลักธรรมาภิบาล

การปฏิบัติงาน

1. อาจารย์แพทย์จะต้องมาอยู่เวรตรงเวลา
2. เวรวันใดถ้าแพทย์ไม่มาอยู่ ในเดือนถัดไปจะไม่ได้รับการจัดเวรให้เป็นเวลา 1 เดือนและถ้าไม่มาอยู่ 3 ครั้งใน 1 ปี จะถูกงดการจัดเวรให้เป็นเวลา 1 ปี และจะถูกนำรายชื่อรายงานต่อกรรมการดำเนินงานศูนย์การแพทย์ฯ และคณะกรรมการทราบ มีรายชื่อแจ้งในการประชุมกรรมการ ER ด้วย ว่าอาจารย์ท่านใดมาหรือไม่มาอยู่เวร
3. การแลกเวร สามารถแลกเวรได้โดยอาจารย์แพทย์ที่ลงเวรไว้แล้วไม่สามารถมาอยู่เวรได้จะต้องมีหน้าที่ในการหาอาจารย์ท่านอื่นมาอยู่แทนและแจ้งให้พยาบาล incharge ที่ ER ทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วันทำการเพื่อรายงานให้เลขาฯ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์และวิชาการทราบเพื่อเปลี่ยนแปลงรายชื่อการจ่ายเงิน
4. การมาสาย ในกรณีที่มีปัญหาฉุกเฉินที่จะมาอยู่เวรสาย ให้แจ้งที่พยาบาล incharge ที่ ER ทราบซึ่งถ้าไม่มีการติดต่อกลับมาหลังเวลา 30 นาที หลังจากเริ่มเวร พยาบาลจะรายงานให้กับประธานการจัดเวรทราบต่อไปซึ่งจะถูก Record ถ้าเกิน 1 ชม. ตัด RW (ได้รับเพียง 1,200 บาท) และเป็นไปตามข้อ 2 ต่อเวร
5. อาจารย์แพทย์ที่ต้องการอยู่เวร ER จะต้องมีการสะสมคะแนนการอบรมด้านอุบัติเหตุและเวชศาสตร์ฉุกเฉินไม่ต่ำกว่า 20 ชม./ปีหรือเข้าร่วมประชุม ER Conference ซึ่งจะจัดทุกวันพฤหัสตั้งแต่เวลา 13.00 น. อย่างน้อย 10 ครั้งใน 1 ปี (โดยจะเริ่มคิดตั้งแต่เดือน ม.ค. 2552 เป็นต้นไป) จึงจะได้รับการจัดเวรให้ในปีถัดไปโดยสามารถมาลง Record ได้ที่เลขานุการกรรมการเวชศาสตร์ฉุกเฉินและอุบัติเหตุหรือเซ็นชื่อได้ที่ห้องประชุม
6. ถ้าอาจารย์แพทย์ที่ลงเวรไว้แล้วไม่มาอยู่จะถูกงดการจัดเวรให้ในเดือนถัดไป 1 เดือน ถ้าอาจารย์แพทย์ไม่มาอยู่เวร 2 ครั้งจะถูกตัดสิทธิ์ในหารอยู่เวร ER

ภาคผนวกที่ 4

การจำแนกค่าน้ำหนัก RN

การคิดคำนวณน้ำหนักภาระงานของวิชาชีพพยาบาล

หลักการสำคัญที่ใช้ในการคำนวณภาระงาน คือการถ่วงน้ำหนักภาระงานของพยาบาลแต่ละอนุสาขาของสภาการพยาบาลที่ได้เทียบเคียงจนเป็นที่ยอมรับของสากล และใช้ประสบการณ์และความรู้แฝงจากหน่วยงานช่วยกันระดมสมองคิดคันภาระงานที่ก่อให้เกิดคุณภาพการให้บริการ พร้อมทั้งสร้างสรรค์ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในกระบวนการต่างๆ

ภาระงานการให้บริการของวิชาชีพพยาบาล จะคิดเป็นค่า RN หรือ Record Nursing workload ซึ่งพิจารณาจากกิจกรรมที่ให้บริการผู้ป่วยเป็นฐานในการคิดคำนวณ โดยมีแนวทางในการรวมค่า RN ให้แก่พยาบาลเป็นรายบุคคลมี 3 รูปแบบ (ปรากฏอยู่ในวงเล็บในช้องของหมายเหตุ) ดังนี้

รูปแบบ a เป็นกิจกรรมรวมของทั้งหน่วยงานหรือวอร์ด พยาบาลแต่ละคนจะได้ค่า RN โดยนำจำนวน RN รวมกันทั้งหน่วยงาน แล้วหารด้วยจำนวนพยาบาลที่ขึ้นเวรนั้นๆ หากเวรกะนั้นมีจำนวนคนมาก ก็มีตัวหารมาก ก็ได้ค่า RN น้อย เป็นการเกลี่ยค่าตอบแทนให้แก่พยาบาลที่มีภาระงานมาก แม้อยู่ในวอร์ดเดียวกันก็ตาม

รูปแบบ b เป็นกิจกรรมที่ถูกประเมินทั้งทีมงาน ทั้งหน่วยงาน เช่น อัตราการครองเตียง อัตราการใช้ห้องผ่าตัด อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ หรือจำนวนผู้ร้องเรียน (มีค่า 0.5-1.0RN ขึ้นอยู่กับความเสี่ยงน้อย-มาก) เป็นต้น พยาบาลแต่ละบุคคลไม่ว่าจะอยู่เวรกะใดก็ตาม เมื่อถูกประเมินทั้งกลุ่ม พยาบาลแต่ละคนจะได้รับเท่าๆ กันหมด อาจตั้งต้นที่ 1RN หรือ 0.5RN แล้วลดลงตามเงื่อนไข ดังนี้

- ตามสัดส่วนที่ผลงานสำเร็จ กล่าวคือ 100% = 1RN
- ตามจำนวนนับที่กำหนดอัตราไว้ เช่น จำนวนผู้ร้องเรียนของวอร์ดศัลยกรรมได้ค่าตั้งต้น 0.5RN หักรายละ 0.1RN มีผู้ร้องเรียนทั้งหมดใน 6 เดือนเท่ากับ 2 ราย พยาบาลในหน่วยงานนั้นก็จะได้คนละ 0.3RN

รูปแบบ c ได้เฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติภารกิจนั้นๆ อนึ่ง ต้องเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบสูง มีประสบการณ์ หรือเป็น งานเสี่ยง งานมอบหมายกรณีพิเศษ งานสำคัญ แต่ไม่มีใครอาสาทำ หรืองานอาสาสมัครที่หาคนไปทำยาก เช่น หัวหน้าเวร (in-charge)

การจำแนกค่าน้ำหนัก RN

การจำแนกค่าน้ำหนัก RN ของแต่ละหน่วยงานจะมีส่วนกลางที่ทุกหน่วยงานมีภาระงานที่ต้องทำเหมือนกันจะปรากฏในตารางที่ 1 ส่วนที่เหลือตารางที่ 2 ถึง ตารางที่ 7 แยกเป็นความเชี่ยวชาญตามอนุสาขาของวิชาชีพพยาบาล

ตารางที่ 1 ค่าน้ำหนักภาระงานทั่วๆไปของพยาบาลทุกหน่วยงาน

กิจกรรมการพยาบาล	ค่า RN	หมายเหตุ
● จำนวนครั้งการเป็นหัวหน้าเวร	0.5	(c)
● จำนวนครั้งที่สอนสุขศึกษารายกลุ่ม	0.5	(a)
● จำนวนครั้งที่สอนสุขศึกษารายบุคคล	0.1	(a)
● อัตราความพึงพอใจ (วัดทั้งหน่วยงานโดยส่วนกลางของ HR เมื่อได้ค่าเท่าไรให้คิด 1RN เท่ากับ 100% ทั้งกลุ่มจะได้เท่าๆ กัน	1	(b) 1RN
● อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาล	1	(a)
● คะแนนประเมินกิจกรรม 5ส ของหน่วยงาน	1	(b)
● จำนวนนวัตกรรม / QA / CQI	1	(a)
● จำนวนชั่วโมงการพัฒนาตนเอง (10 วัน/คน/ปี)	1	(c)
● จำนวนชั่วโมงการสอนงานพยาบาลใหม่และนิสิตพยาบาล	1 ต่อ 8 ชม.	(a)
● จำนวนโครงการพิเศษ/กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	1	(a)

ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักภาระงานการพยาบาลหน่วยงาน IPD และ ICU

กิจกรรมการพยาบาล	ค่า RN	หมายเหตุ
• จำนวนผู้ป่วยในแต่ละเวร เพื่อคำนวณค่า RN ต่อผู้ป่วย 1 ราย		(a)
- อัตราพยาบาลต่อผู้ป่วยอายุรกรรม =1:4	0.25	
- อัตราพยาบาลต่อผู้ป่วยศัลยกรรม =1:4	0.25	
- อัตราพยาบาลต่อผู้ป่วยกุมารเวชกรรม =1:4	0.25	
- อัตราพยาบาลต่อผู้ป่วยสูติ-นรีเวช =1:6	0.16	
- อัตราพยาบาลต่อผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ =1:4	0.25	
- อัตราพยาบาลต่อผู้ป่วยวิกฤติ =1:1	1	
• จำนวนผู้ป่วยรับใหม่ / จำหน่าย เพื่อคำนวณค่า RN ต่อผู้ป่วย 1 ราย	0.5	(a)
• จำนวนข้อร้องเรียน	0 ครั้ง =.5	(b) 0.5RN
• จำนวนผู้ป่วยให้ออกซิเจน	0.1	(a)
• จำนวนผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ	0.25	(a)
• จำนวนผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัด	0.3	(a)
• จำนวนผู้ป่วยให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด	0.1	(a)
• จำนวนผู้ป่วย CPR	0.3	(a)
• จำนวนผู้ป่วยประเภท 5	0.25	(a)
• จำนวนการทำหัตถการขั้นพื้นฐาน เช่น Cut down, ICD, LP	0.1	(a)
• จำนวนหัตถการขั้นสูง เช่น Bronchoscopy, A-line, Gastroscopy, Swan Ganz catheter, Internal pace-maker, Double lumen	0.5	(a)
• อัตราครองเตียง	1	(b)
• จำนวนที่ Peritoneal dialysis, Blood exchange	1	(a)
• จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ไข้หวัดนก เอดส์ วัณโรคระยะติดต่อ Febrile neutropenia	0.5	(a)

ตารางที่ 3 ค่าน้ำหนักภาระงานการพยาบาลหน่วยงาน ER

กิจกรรมการพยาบาล	ค่า RN	หมายเหตุ
• จำนวนผู้ป่วยในแต่ละเวร ตามอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย - Emergency =1:5 - Urgency =1:10	 0.2 0.1	(a)
• จำนวนข้อร้องเรียน	0 ครั้ง =1	(b)
• จำนวนผู้ป่วยประเภท 1	0.25	(a)
• จำนวนผู้ป่วยสังเกตอาการ (Observe)	0.2	(a)
• ผู้ป่วย Refer	1	(a)
• ผู้ป่วย EMS	1	(a)
• จำนวนครั้งการช่วยแพทย์ทำ OR เล็ก	0.25	(a)

ตารางที่ 4 ค่าน้ำหนักภาระงานการพยาบาลหน่วยงาน OPD

กิจกรรมการพยาบาล	ค่า RN	หมายเหตุ
• จำนวนผู้ป่วยในแต่ละวัน (พยาบาลต่อผู้ป่วย= 1:50)	0.02	(a)
• อัตราความพึงพอใจ (เฉพาะพยาบาล OPD เท่านั้น)	1	(b)
• การส่งข้อมูล รายงานประจำเดือนทางด้านระบาดวิทยา	0.1	(a)
• จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	0.5	(a)

หมายเหตุ จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้น้ำหนักมากเกินไป เมื่อเทียบกับวอร์ดหรือห้องผ่าตัด น่าจะประมาณ 2 เท่าคือ 0.04RN ต่อราย

ตารางที่ 5 ค่าน้ำหนักภาระงานการพยาบาลหน่วยงาน OR

กิจกรรมการพยาบาล	น้ำหนัก	หมายเหตุ
• อัตราการใช้ห้องผ่าตัด	1	(b)
• จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดจากแผนกผู้ป่วยนอก	0.5	(a)
• ช่วยแพทย์ทำหัตถการ Bedside ณ ที่ตึกผู้ป่วย	0.5	(a)
• จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดรายเดือน (พยาบาลต่อผู้ป่วย =2.5:1)	2.5	(a)
• จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่	0.5	(a)
• จำนวนครั้งการเป็นพี่เลี้ยงสอนงาน/ห้อง	1 ต่อ 8 ชม	(a)
• จำนวนครั้งการทำ Blood exchange	1	(a)
• จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงพิเศษ	0.5	(a)

ตารางที่ 6 ค่าน้ำหนักภาระงานการพยาบาลหน่วยงาน LR

กิจกรรมการพยาบาล	ค่า RN	หมายเหตุ
• อัตราการใช้ห้องคลอด	1	(b)
• จำนวนผู้ป่วยคลอด (อัตราพยาบาลต่อผู้ป่วยคลอด=2:1)	2	(a)
• จำนวนผู้ป่วยคลอด High risk	0.5	(a)
• จำนวนผู้ป่วยคลอดผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อน	0.25	(a)
• จำนวนผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดทางหน้าท้อง (C/S) ฉุกเฉิน	0.25	(a)
• จำนวนครั้งที่ช่วยทำหัตถการขั้นสูง เช่น Curettage	0.5	(a)

ตารางที่ 7 ค่าน้ำหนักภาระงานการพยาบาลหน่วยงานพยาบาลชุมชน

กิจกรรมการพยาบาล	ค่า RN	หมายเหตุ
• จำนวนผู้ป่วยที่ออกเยี่ยมบ้าน	0.08	(a)
• จำนวนผู้ป่วยที่ออกตรวจ ที่ PCU	0.02	(a)
• จำนวนครั้งในการให้คำปรึกษา เช่น คลินิกงดบุหรี่	0.1	(a)

ภาคผนวกที่ 5

ค่า RS ของบุคลากรสายสนับสนุน

ลำดับที่	ภาระงาน	ค่า RS
1	ร่าง/พิมพ์หนังสือ 1 ฉบับ	0.25
2	ลงรับ/ส่งหนังสือ 1 ฉบับ	0.05
3	เกษียณหนังสือราชการ 1 เรื่อง	0.10
4	เดินเอกสาร 1 เรื่อง	0.05/0.20
5	รับ/ส่ง โทรสาร 1 เรื่อง	0.30
6	เบิกจ่ายวัสดุ/เวชภัณฑ์/ตรวจสอบพัสดุ	0.01/0.10
7	จัดทำเอกสารเบิกค่าตอบแทนรายบุคคล	0.10
8	ถ่ายเอกสาร 1 เรื่อง	0.02
9	ติดต่อประสานงาน 1 เรื่อง	0.05
10	จัดทำรายงานและรวบรวมสถิติต่าง ๆ	1.00
11	จัดทำวาระ/รายงานการประชุม	1.00
12	งาน 5 ส/CQI/HA	1.00

หมายเหตุ

1. *ร่าง/พิมพ์หนังสือ หมายถึงการร่าง/พิมพ์หนังสือราชการเท่านั้น ยกเว้นหนังสือที่มีแบบฟอร์มเฉพาะ*
2. *ลงรับ/ส่งหนังสือ หมายถึงการลงรับ/ส่งหนังสือ ในสมุดทะเบียนรับ/ส่งหนังสือของทางราชการเท่านั้น*
3. *เกษียณหนังสือราชการ หมายถึงการเกษียณหนังสือราชการ ที่ผ่านการลงรับในสมุดทะเบียบรับ/ส่งหนังสือของทางราชการเท่านั้น*
4. *เดินเอกสาร หมายถึง การนำส่งหนังสือราชการจากหน่วยงานหนึ่งไปอีกหน่วยงานหนึ่ง โดยจะต้องลงลายมือชื่อรับ/ส่งเอกสารในสมุดทะเบียนรับ/ส่งหนังสือของทางราชการเท่านั้น กรณีนำส่งเอกสารทางอิเล็กทรอนิกส์จะได้รับ 0.20 RS/เรื่อง*
5. *รับ/ส่งโทรสาร หมายถึง การรับ/ส่งโทรสาร เฉพาะรับ/ส่งโทรสารทางราชการเท่านั้น ยกเว้นเรื่องส่วนตัว โดยจะต้องมีการตรวจสอบกับต้นทาง/ปลายทางว่าเอกสารที่รับ/ส่งโทรสารควรถ้วนสมบูร์หรือไม่*
6. *การขอเบิกวัสดุ หมายถึง การขอเบิกวัสดุ เพื่อใช้ในงานของทางราชการเท่านั้น โดยจะได้รับ 0.01 RS/1 รายการ แต่ไม่เกิน 0.10 ต่อการเบิกวัสดุ 1 ครั้ง โดยจะต้องตรวจสอบว่ารายการที่ขอเบิกครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ กรณีตรวจสอบครุภณฑ์ประจำปีจะได้รับ 1 RS*
7. *การจัดทำเอกสารเบิกค่าตอบแทนเวร หมายถึง การจัดตารางเวร จะได้รับ 0.1 RS/คน การจัดทำใบฏีกา จะได้รับ 0.1 RS/คน*

8. *ถ่ายเอกสาร หมายถึง การถ่ายเอกสาร เพื่อใช้ในงานของทางราชการเท่านั้น*
9. *ติดต่อประสานงาน หมายถึง การติดต่อประสานงานในงานของทางราชการเท่านั้น กรณีพนักงานรับโทรศัพท์ จะได้รับ 0.01 RS/ครั้ง*
10. *จัดทำรายงานและรวบรวมสถิติต่าง ๆ หมายถึง การจัดทำรายงานและรวบรวมสถิติต่าง ๆ ที่จะต้องแจ้งเพื่อในที่ประชุมประจำส่วนราชการเท่านั้น หรือตามที่ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ เห็นสมควร*
11. *จัดทำวาระ/รายงานการประชุม หมายถึง การจัดทำวาระ/รายงานการประชุมประจำส่วนราชการเท่านั้น หรือตามที่ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ เห็นสมควร โดยจะได้รับ 1 RS/วาระการประชุม 1 ฉบับ 1 RS/รายงานการประชุมฉบับผู้บริหาร 1 ฉบับ และ 1 RS/รายงานการประชุมฉบับสมบูรณ์ 1 ฉบับ*
12. *งาน 5 ส / CQI / HA หมายถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรม 5 ส / CQI / HA โดยนำคะแนนที่ได้รับจากการประเมินกิจกรรมดังกล่าวมาประเมินเป็นค่า RS ของบุคลากรในหน่วยงาน เช่นได้คะแนน 5 ส ของหน่วยงาน เท่ากับ 50 คะแนน บุคลากรทุกคนในหน่วยงานจะได้รับ 0.5 RS*

ภาคผนวกที่ 6

เกณฑ์การคิด RW ภาควิชานิติเวชศาสตร์

หมวดที่ 1 RW ที่คิดค่าตอบแทน	
1. ตรวจป่วยคดีและผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ	เท่ากับ 0.08 RW
2. ตรวจติดตามการรักษาผู้ป่วยคดี	เท่ากับ 0.04 RW
3. สอบปากคำเพิ่มเติม	เท่ากับ 0.04 RW
4. ออกใบชันสูตรบาดแผล	เท่ากับ 0.15 RW
5. เป็นพยานศาล	เท่ากับ 2 RW
หมวดที่ 2 RW ที่คิดคะแนน แต่ไม่คิดค่าตอบแทน	
1. การผ่าชันสูตรศพ	
1.1 กรณีเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ ใช้เวลาผ่าศพไม่เกิน 2 ชม.	เท่ากับ 1.0 RW
1.2 กรณีเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ ใช้เวลาผ่าศพเกิน 2 ชม.	เท่ากับ 1.5 RW
1.3 กรณีเสียชีวิตจากกระสุนปืน ที่มีบาดแผลทางเข้า 1 แผล	เท่ากับ 1.0 RW
1.4 กรณีเสียชีวิตจากกระสุนปืน ที่มีบาดแผลทางเข้า > 1 แผล	เท่ากับ 1.5 RW
1.5 กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	เท่ากับ 1.0 RW
1.6 กรณีเสียชีวิตจากการถูกแทง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 แผล	เท่ากับ 1.0 RW
1.7 กรณีเสียชีวิตจากการถูกแทง มากกว่า 5 แผล	เท่ากับ 1.5 RW
1.8 กรณีผ่าศพที่ต้องหาวัตถุพยานเพิ่มเติมนอกเหนือจากการผ่าศพปกติ	เท่ากับ 1.5 RW
2. การตรวจชันสูตรพลิกศพ	
2.1 กรณีเสียชีวิตนอกโรงพยาบาล	เท่ากับ 1.0 RW
2.2 กรณีเสียชีวิตในโรงพยาบาล	เท่ากับ 0.5 RW

(ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานศูนย์การแพทย์ฯ ครั้งที่ 1/2552 วันที่ 26 มกราคม 2552)

* เนื่องจากได้รับค่าตอบแทนจากงบประมาณแผ่นดินแล้ว หากมีการตัดและอ่านชิ้นเนื้อให้คิดค่า RW ตามภาควิชาพยาธิวิทยา หน้า 28

บรรณานุกรม

1. กิตติ บุนนาค. วิสัยทัศน์ในการบริหารการพัฒนาสถาบันการเงินของไทยสู่ศตวรรษที่ 21. กรุงเทพมหานคร: เอส แอนด์ จี กราฟฟิค, 2549.
2. ภักดี เมฆเจริญ (ผู้แปล). การบริหารการเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพมหานคร : เอ็กซเปอร์เน็ท, 2550.
3. สมพงษ์ สุวรรณจิตกุล (ผู้แปล). องค์กรเปลี่ยนสู่ความยิ่งใหญ่ การบริหารองค์กรให้มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร : ผู้จัดการ, 2551.
4. จักร ติงศภัทิย์ (ผู้แปล). Alignment : การใช้ Balanced Scorecard ประสานพลังทั้งองค์กร. กรุงเทพมหานคร : เอ็กซเปอร์เน็ท, 2550.
5. สำนักเลขานุการคณะกรรมการรางวัลคุณภาพแห่งชาติ. เรียนจากแชมป์สำหรับองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : จิรวัฒน์เอ็กซเพรส จำกัด, 2549.
6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของสถาบันอุดมศึกษา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2552. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2551.
7. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. Dean's Report. จุลสารคณบดีคณะแพทยศาสตร์. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1-12.
8. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. Dean's Report. จุลสารคณบดีคณะแพทยศาสตร์. ปีที่ 2 ฉบับที่ 13-22.
9. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. คู่มือการบันทึกภาระงานของอาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มศว RA RW. Version 1.0 นครนายก : ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี, 2550.
10. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. คู่มือการบันทึกภาระงานของอาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มศว RW. Version 1.3 นครนายก : ศูนย์การแพทย์สมเด็พระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี, 2551.
11. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. แถลงผลงานการบริหารคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ครบรอบ 1 ปี. นครนายก : ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี, 2551.
12. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. ยุทธศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีงบประมาณ 2552. ROADMaP. นครนายก : ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี, 2551.
13. แผนการสนับสนุนเงิน (Proposal) เสริมสร้างขวัญ กำลังใจตามผลการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2550 จังหวัดมหาสารคาม HYPERLINK "http://mkho.moph.go.th/mkuc/downloaddata/pubdownload/F223.doc" http://mkho.moph.go.th/mkuc/downloaddata/pubdownload/F223.doc)
14. A collection of monthly letters published by the Royal Bank of Canada. Of Interest to Executives. Quebec : Royal Bank of Canada, 1968.
15. Heskett J. How Should Pay Be Linked to Performance? Working Knowledge. Harvard Business School. June 1, 2007.
16. McKenna MK., Pugno PA., First WH. Physicians As Leaders. Who, How, and Why now. Oxford : Radcliffe Publishing, 2006.