

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 ที่จัดทำขึ้นเพื่อชี้นำทิศทางการพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การพัฒนาสุขภาพไทยไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง การกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพดังกล่าวได้ผ่านกระบวนการทบทวนสถานการณ์แนวโน้มปัญหาสุขภาพระบบบริหาร และระบบบริหารสุขภาพที่สัมพันธ์กับสถานการณ์ของทุนทางเศรษฐกิจทุนทางสังคม และทุนทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 30 พฤษภาคม 2550) และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2553) ซึ่งเป็นการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนไทยทุกคน รวมทั้งในมาตรา 82 ที่กำหนดให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับ บริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการปกป้องและจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ แม้ว่าจะต้องเผชิญกับกระแสการเปลี่ยนแปลงในภาวะการณ์ทางด้านเศรษฐกิจ หรือภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งกระทบต่อแผนงาน โครงการพัฒนาสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ตระหนักถึงความพยายามที่จะดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนประชาชน ให้ได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงด้วยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้คุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554) ซึ่งจะเห็นได้จากนโยบายของ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สมประโยชน์ของทุกฝ่าย ให้การสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอกับสิทธิประโยชน์ของทุกฝ่าย โดยการสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอกับสิทธิประโยชน์ที่กำหนด จัดสรรกระจายและใช้ทรัพยากรอย่างเป็นธรรม และมีประสิทธิภาพภายใต้ระบบกลไกที่โปร่งใส หากพิจารณาถึงงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขในปี 2552-2554 เปรียบเทียบในระดับกรมแล้วสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรเป็น

อันดับหนึ่งดังนี้ ปี 2552 เท่ากับ 71,995.86 ล้านบาท ปี 2553 เท่ากับ 71,625.40 ล้านบาท ปี 2554 เท่ากับ 87,338.99 ล้านบาท โดยจะมีการจัดสรรลงมาตามลำดับจนถึงระดับโรงพยาบาลชุมชน

ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลได้สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นภายใต้ชื่อ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” นับว่าเป็นจุดเปลี่ยนของระบบบริการสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่มีผลกระทบต่อสถานพยาบาลมากที่สุด คือ การปฏิรูปการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุข โดยมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ จากระบบเดิมที่สถานพยาบาลมีรายรับเป็นเงินงบประมาณตามแผนงานจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาคและเงินของผู้ป่วยที่จ่ายเอง มาเป็นระบบประกันสุขภาพที่มีการจัดสรรเงินงบประมาณ เป็นลักษณะการจ่ายล่วงหน้าแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อปีตามจำนวนประชากรที่มากขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย 2543; พงษ์พิศุทธิ์ จงอุดมสุข 2547) ทำให้ผู้บริหารทางด้านสาธารณสุขทุกระดับต้องพิจารณาใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด สำหรับผู้บริหารระดับโรงพยาบาลต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการของโรงพยาบาลนั้นเป็นกุญแจสำคัญ สำหรับการบริหารงานโรงพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดเพราะขณะที่ทรัพยากรสาธารณสุขมีอยู่อย่างจำกัดนั้น ผู้บริหารจะต้องเลือกนโยบายหรือตัดสินใจเลือกทางเลือกของการจัดบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และเสมอภาคต่อประชาชน จึงจำเป็นต้องทราบข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต้องใช้ในการให้บริการแต่ละระดับเพื่อความถูกต้องและมีประสิทธิภาพในการบริหารงานงบประมาณเพื่อให้การดำเนินงานบริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล(ภิรมย์ กมลรัตน์กุล, 2536: 128) ซึ่งเป็นผลให้โรงพยาบาลต่างๆ ต้องมีการปรับรูปแบบการบริหารจัดการด้านต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นการจัดสรรงบประมาณอัตรการเหมาจ่ายรายหัว การจ่ายเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับสถานพยาบาล ล้วนต้องอาศัยข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการมาคำนวณทั้งสิ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554) ดังนั้นการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการในโรงพยาบาล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการบ่งบอกถึงประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และเป็นข้อมูลที่นำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการปรับปรุงประสิทธิภาพของโรงพยาบาล

นอกจากการวิเคราะห์ต้นทุนจะมีประโยชน์ในการจัดให้บริการมีประสิทธิภาพ ยังมีประโยชน์เพื่อการวางแผน การกำหนดนโยบายสำหรับการบริหารงาน โดยใช้ข้อมูลต้นทุนที่มีการจัดเก็บและผ่านการวิเคราะห์นี้มาเป็นเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณ การควบคุม ประเมินประสิทธิภาพ การผลิต การบริหารงบประมาณได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังสามารถนำมาเป็นประโยชน์ในการตรวจสอบประเมิน ประสิทธิภาพ การปฏิบัติงานควบคู่กับการประเมินระดับการบรรลุเป้าหมายของกิจกรรมได้อย่างดี (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และวลัยพร พัชรนฤมล 2545 : 183)

โรงพยาบาลละแม เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง เป็นโรงพยาบาลของรัฐบาล ที่ให้บริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิ (Secondary care level) และได้ดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค โดยมีรายละเอียดจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ดังนี้ ปีงบประมาณ 2551 มีจำนวนผู้ป่วยนอก 25,447 คน (จำนวนครั้งที่มารับบริการ 77,068 ครั้ง) ปีงบประมาณ 2552 มีจำนวนผู้ป่วยนอก 23,354 คน (จำนวนครั้งที่มารับบริการ 81,740 ครั้ง) และปีงบประมาณ 2553 มีจำนวนผู้ป่วยนอก 21,739 คน (จำนวนครั้งที่มารับบริการ 81,625 ครั้ง) จะเห็นได้ว่าในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลละแมมีจำนวนผู้มาใช้บริการมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่จำนวนครั้งการมารับบริการเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหอบหืด ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและประเทศต่างๆทั่วโลก ซึ่งเป็นที่มาของการเร่งรัดพัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืดและโรคเรื้อรังอื่นที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป และเป็นโรคที่มีปริมาณการมารับบริการของผู้ป่วยสูงเป็นอันดับ 5 อันดับแรกของโรงพยาบาลละแม และได้จัดตั้งเป็นคลินิกเฉพาะโรคเพื่อให้บริการแบบ One stop services ซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลละแม มีรายจ่ายที่ใช้ในการดำเนินการเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่รายรับของโรงพยาบาลก็ลดลงจากเดิมเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบการจัดสรรงบประมาณ ดังนั้นโรงพยาบาลจำเป็นต้องปรับตัวให้มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด ซึ่งการมีข้อมูลต้นทุนสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารประกอบการตัดสินใจดำเนินการ ติดตาม ประเมินผลตลอดจนใช้ในการกำหนดอัตราค่าบริการให้เหมาะสม เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จากความสำคัญดังกล่าวจึงได้ทำการศึกษาต้นทุนในงานบริการผู้ป่วยนอก และในโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหอบหืดของโรงพยาบาลละแม ในครั้งนี้

งานบริการผู้ป่วยนอกและคลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหอบหืด โรงพยาบาลละแม ประกอบด้วย ขั้นตอนการให้บริการ ดังนี้ การลงทะเบียนรับผู้ป่วย โดยงานเวชระเบียน การตรวจคัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ การตรวจรักษาโดยแพทย์ การนัดผู้ป่วยและให้คำปรึกษาโดยพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ การรับใบสั่งยาและจ่ายยา โดยฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน การชำระเงินโดยงานการเงิน การจ่ายยาและให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร ซึ่งในแต่ละขั้นตอนบริการมีบุคลากรแต่ละวิชาชีพรับผิดชอบงานบริการแตกต่างกันไปตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

2.1 ต้นทุนของงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลละแม

2.2 ต้นทุนของงานบริการผู้ป่วยนอก ในกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหอบหืด

2.3 เปรียบเทียบต้นทุนของงานบริการผู้ป่วยนอก ในกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหอบหืด กับงบประมาณที่ได้รับจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. ประเด็นปัญหาการวิจัย

ประเด็นปัญหาในการทำวิจัยครั้งนี้ คือ

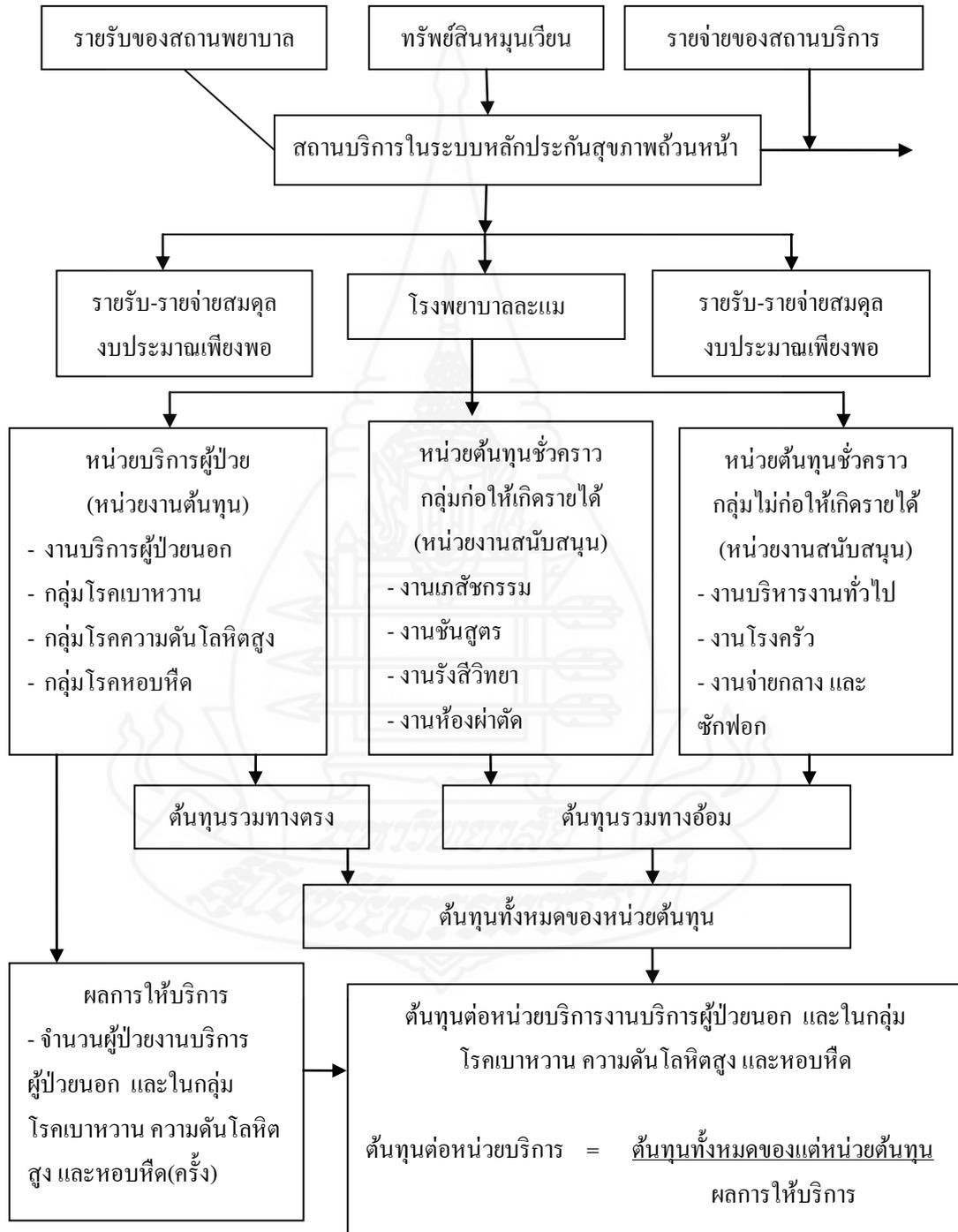
3.1 ต้นทุนในการดำเนินงานของงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลละแมเป็นอย่างไร

3.2 ต้นทุนของงานบริการผู้ป่วยนอก ในกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหอบหืด โรงพยาบาลละแมเป็นอย่างไร

3.3 ต้นทุนของงานบริการผู้ป่วยนอก ในกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหอบหืด เมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างไร

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อศึกษาต้นทุนของงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลละแม



จากกรอบการศึกษาในการวิจัย แสดงให้เห็นขั้นตอนในการศึกษาต้นทุนของงานของงานบริการผู้ป่วยนอก และในกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืดของโรงพยาบาลละแม โดยเริ่มจาก การหาต้นทุนทางตรงในทุกขั้นตอนการให้บริการ ได้แก่ การลงทะเบียนรับผู้ป่วย การตรวจคัดกรอง การตรวจรักษาโดยแพทย์ การนัดผู้ป่วยและให้คำปรึกษา การรับใบสั่งยาและจ่าย การชำระเงิน การจ่ายยาและให้คำปรึกษา ซึ่งต้นทุนทางตรงจะประกอบด้วย ต้นทุนค่าลงทุน ต้นทุนค่าแรง และต้นทุนค่าวัสดุ ผลรวมของต้นทุนทางตรงทั้งหมดจะได้เป็นต้นทุนรวมทางตรง นอกจากต้นทุนทางตรงแล้วยังมีต้นทุนทางอ้อมที่ได้รับการจัดสรรต้นทุนมาจากหน่วยต้นทุนชั่วคราวโดยใช้เกณฑ์การจัดสรรต้นทุนที่เหมาะสม ในงานวิจัยนี้ต้นทุนทางอ้อมจะมาจากหน่วยต้นทุนชั่วคราว ได้แก่ งานบริหารงานทั่วไป โรงครัว หน่วยจ่ายกลางและซักฟอก รังสีวิทยา พยาธิวิทยา เภสัชกรรม แพทย์แผนไทย กายภาพ ซึ่งจะกระจายต้นทุนไปยังหน่วยรับต้นทุน ได้แก่ งานบริการผู้ป่วยนอก และการกระจายต้นทุนทางอ้อมจะใช้วิธีกระจายโดยใช้สมการเส้นตรง เมื่อนำต้นทุนทางอ้อมที่ได้ไปรวมกับต้นทุนรวมทางตรงจะได้เป็นต้นทุนทั้งหมด ซึ่งต้นทุนทั้งหมดที่ได้เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับปริมาณผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นในงานบริการผู้ป่วยนอก ก็จะได้เป็นต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการผู้ป่วยนอก และในกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืดของโรงพยาบาลละแม

5. ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะต้นทุนงานบริการผู้ป่วยนอก และในกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืดของ โรงพยาบาลละแม ระหว่างเดือน พฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2554

6. ข้อตกลงเบื้องต้น

6.1 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่จะคิดเวลาทำงาน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (8 ชั่วโมงต่อวัน) การทำงานมากกว่านี้โดยไม่เบิกค่าใช้จ่ายไม่นำมาคิดต้นทุน

6.2 การศึกษาต้นทุนของงานบริการผู้ป่วยนอกนี้จะวิเคราะห์ในมุมมองของผู้ให้บริการ (Provider perspective)

6.3 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในช่วงเวลา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2554 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 เพราะเป็นช่วงที่เริ่มมีการพัฒนาการเก็บข้อมูลให้สมบูรณ์มากที่สุด

7. นิยามคำศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

7.1 **หน่วยงานทั้ง 8 หน่วยงาน** หมายถึง งานบริหารงานทั่วไป เวชระเบียน จ่ายกลาง และ ชักฟอก เกษศกรรม ชั้นสูตร รังสีวิทยา ห้องผ่าตัด ผู้ป่วยนอก

7.2 **ต้นทุน (Cost)** หมายถึง มูลค่าทรัพยากร บัญชีการผลิตหรือค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการดำเนินงานจัดบริการ หรือประกอบกิจการ

7.3 **ต้นทุนรวมทางตรง (Total Direct Cost :TDC)** หมายถึง ผลรวมของต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุและค่าลงทุนซึ่งเกิดขึ้นที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งโดยตรง

7.4 **ต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost)** หมายถึง ต้นทุนอันเนื่องมาจากค่าเสื่อมราคาประจำปีของอาคารสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์การแพทย์และครุภัณฑ์สำนักงานต่างๆที่มีการลงทุนก่อสร้างหรือจัดซื้อไว้ในการดำเนินการในระยะยาว

7.5 **ค่าสิ่งก่อสร้าง** หมายถึง ต้นทุนการใช้อาคารสิ่งก่อสร้างของหน่วยงานทั้ง 8 หน่วยงาน โดยคิดค่าเสื่อมราคาประจำปี ซึ่งคิดค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง (Straight-line Method) คิดอายุการใช้งานของอาคารนาน 20 ปี สิ่งก่อสร้างที่หมดอายุการใช้งานมาคิดค่าเสื่อมราคา

7.6 **ค่าครุภัณฑ์** หมายถึง ต้นทุนจากการใช้ครุภัณฑ์ทุกชนิด โดยคิดค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง และคิดอายุการใช้งานของครุภัณฑ์นาน 5 ปี ครุภัณฑ์ที่หมดอายุการใช้งานไม่คิดค่าเสื่อมราคา

7.7 **ต้นทุนค่าแรง (Labor Cost)** หมายถึง รายจ่ายที่จ่ายให้เจ้าหน้าที่เป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของค่าจ้าง ค่าตอบแทน เงินเดือน เงินช่วยเหลือบุตร ค่าเล่าเรียนบุตร ค่ารักษาพยาบาลที่ปรากฏในฎีกาเบิกจ่ายของโรงพยาบาล ค่าเช่าบ้าน ค่าล่วงเวลา เงินไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว เงินเพิ่มพิเศษและเงินประจำตำแหน่ง

7.8 **ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost)** หมายถึง ค่าวัสดุสิ้นเปลืองแต่ละประเภทที่แต่ละหน่วยต้นทุนเบิกจ่ายในช่วงเวลาที่ศึกษาได้แก่วัสดุสำนักงาน วัสดุงานบ้านงานครัว ยา เวชภัณฑ์ อาหาร วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมทั้ง ค่าสาธารณูปโภคต่างๆเช่น ประปา ไฟฟ้า ค่าโทรศัพท์ ค่าโทรสาร ค่าไปรษณีย์ น้ำมันเชื้อเพลิง ค่าเก็บขยะมูลฝอย ค่าซ่อมแซม ค่าบำรุงรักษา โดยคิดต้นทุนที่บริหารงานทั่วไป แล้วกระจายต้นทุนมายังหน่วยต้นทุนสุดท้าย

7.9 **ต้นทุนทางอ้อม(Indirect Cost; IDC)** หมายถึง ต้นทุนของหน่วยรับต้นทุน คือ หน่วยบริการผู้ป่วยที่ได้รับจากหน่วยต้นทุนชั่วคราวคือหน่วยต้นทุนกลุ่มที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC) และหน่วยต้นทุนกลุ่มที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC) โดยใช้เกณฑ์การกระจายต้นทุน (Allocation

Criteria) ด้วยวิธีการกระจายต้นทุนที่เหมาะสม ในการศึกษานี้จะใช้สมการเส้นตรงเป็นวิธีในการกระจายต้นทุน

7.10 ต้นทุนทั้งหมด (Full Cost) หมายถึง ผลรวมของต้นทุนรวมทางตรง (Total Direct Cost) และต้นทุนที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น (Indirect Cost) หรือเป็นต้นทุนโดยตรงของแผนกบริการผู้ป่วยโดยตรงกับต้นทุน โดยอ้อมจากแผนกที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้และแผนกที่ก่อให้เกิดรายได้จากการจัดสรรแบ่งปันตามหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม หรือหมายถึง ต้นทุนที่ได้รับการรวบรวมสะสมค่าใช้จ่ายต่างๆที่เป็นต้นทุนรวมหน่วยงานบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย (Patient Service) ทั้งโดยทางตรงและที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

7.11 หน่วยต้นทุน (Cost Centre) หน่วยงานที่ถูกกำหนดขึ้นในการวิเคราะห์ต้นทุนซึ่ง เป็นหน่วยงานที่ทำให้เกิดต้นทุน

7.12 หน่วยงานต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-Revenue Producing Cost Center; NRPPC) หมายถึง หน่วยงานที่มีลักษณะงานในด้านธุรการ การบริหารจัดการ หรือสนับสนุนปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นๆ โดยมีได้เรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยโดยตรง หรือโดยที่ตนเองไม่ก่อให้เกิดรายได้แก่องค์กร ได้แก่ บริหารงานทั่วไป โรงครัว และจ่ายกลาง ซักฟอก

7.13 หน่วยงานต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue Producing Cost; RPCC) หมายถึง หน่วยงานที่มีหน้าที่บริการแก่ผู้ป่วย และก่อให้เกิดรายได้จากการให้บริการเหล่านั้น แต่ไม่ได้เป็นหน่วยงานให้บริการหลักโดยตรงขององค์กร เช่น งานรังสีวิทยา งานชันสูตร งานห้องผ่าตัด งานเภสัชกรรม เป็นต้น

7.14 หน่วยงานให้บริการผู้ป่วย (Direct Patient Service; PS) หมายถึง หน่วยงานบริการผู้ป่วยโดยตรงในด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน ทันตสาธารณสุข งานห้องคลอด ตลอดจนหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงานเชิงรุกออกไปในชุมชนด้วย ซึ่งเรียกกลุ่มที่ให้บริการอื่นๆ (Non Patient Service ; NPS)

7.15 หน่วยต้นทุนชั่วคราว (Transient Cost Center ; TCCs) หมายถึง หน่วยงานซึ่งมี ต้นทุนโดยตรงของตัวเองแต่มิใช่หน่วยสุดท้าย ในการคำนวณต้นทุนการให้บริการ และกระจายต้นทุน นั้นไปให้หน่วยงานอื่นๆจนหมด หน่วยต้นทุนชั่วคราว (TCCs) ได้แก่ หน่วยต้นทุนกลุ่มที่ก่อให้เกิด รายได้ (RPCC) และหน่วยต้นทุนกลุ่มที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPPC)

7.16 หน่วยต้นทุนสุดท้าย (Absorbing Cost Center; ACCs) หมายถึง หน่วยงานที่รับ ต้นทุนจาก TCCs มารวมต้นทุนโดยตรงของตนเอง (Total Direct Cost) เป็นต้นทุนทั้งหมด (Full Cost) หน่วยต้นทุนสุดท้าย (ACCs) ได้แก่ หน่วยงานให้บริการผู้ป่วย

7.17 ต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit Cost) หมายถึง ต้นทุนทั้งหมดที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยต่อหน่วยของการให้บริการ เช่น ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก หรือต้นทุนต่อหนึ่งวันนอนของผู้ป่วยใน

7.18 ต้นทุนบริการพื้นฐาน (Routine Service Cost; RSC) หมายถึง ต้นทุนทางตรงของหน่วยบริการผู้ป่วยรวมกับต้นทุนทางอ้อม ที่กระจายมาจากกลุ่มที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ ซึ่งโรงพยาบาลไม่ได้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ซึ่งเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นในการให้บริการ โดยที่ไม่ได้รวมค่ารักษาพยาบาล และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือคือต้นทุนที่ควรจะเป็นเมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล โดยที่ยังไม่ได้ต้องจ่ายค่าบริการผ่าตัด การตรวจรังสี หรือตรวจพิเศษอื่นๆ รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาเวชศาสตร์ฟื้นฟูใดๆเลย ต้นทุนส่วนนี้จะเป็นส่วนที่ค่อนข้างคงที่ ไม่ขึ้นกับความรุนแรงของผู้ป่วย

7.19 ต้นทุนรักษาพยาบาล (Medical Care Cost ; MCC) หมายถึง ต้นทุนทางตรงของหน่วยบริการผู้ป่วยรวมกับต้นทุนทางอ้อมที่หน่วยบริการผู้ป่วยได้รับจากกลุ่มที่ก่อให้เกิดรายได้ ซึ่งโรงพยาบาลเรียกเก็บจากการให้บริการเหล่านี้ ต้นทุนส่วนนี้จะเป็นส่วนที่ผันแปรได้มากตามความรุนแรงของโรค

7.20 ต้นทุนของสถานพยาบาล หมายถึง ค่าใช้จ่ายต่างๆของสถานพยาบาลที่ใช้ในการดำเนินงาน จัดบริการให้แก่ผู้ป่วย หรือลูกค้าข้างต้น ต้นทุนของสถานพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก และต้นทุนบริการของผู้ป่วยใน

7.21 ผู้ป่วยนอก (Out-Patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการตรวจรักษาและบริการหรือคำแนะนำที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลละแวกแล้วสามารถกลับไปรับประทานยา หรือปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำได้ โดยไม่ได้เข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล และไม่ต้องลงทะเบียนผู้ป่วยใน

7.22 จำนวนครั้งที่ให้บริการผู้ป่วยนอก (Number of Visit) หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการเข้ามารับบริการ หรือรับการรักษาที่งานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลละแวก

7.23 การกระจายต้นทุน (Cost Allocation) หมายถึง เกณฑ์สมมติ เพื่อจัดสรรต้นทุนจากหน่วยงานหนึ่ง ๆ ลงไปให้หน่วยงานอื่น หลักเกณฑ์นี้สร้างขึ้นตามข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อให้การจัดสรรเป็นไปอย่างถูกต้อง ดังนั้นการกระจายต้นทุนระหว่างหน่วยงานตามความสัมพันธ์ของการสนับสนุนหรือการให้บริการจนในที่สุดต้นทุนทั้งหมดจะตกไปอยู่ที่หน่วยงานของ ACC ซึ่งวิธีการที่ใช้ในการกระจาย คือ วิธี Simultaneous Equation Method

7.24 Simultaneous Equation Method เป็นวิธีการกระจายต้นทุนโดยใช้สมการเส้นตรงในการแก้ปัญหาการกระจาย และรับต้นทุนพร้อม ๆ กัน ผลการแก้สมการจะได้ค่าสมมติค่าหนึ่งซึ่งเป็นค่ารวมของต้นทุนที่กระจายผ่าน TCCs นับครั้งอนันต์จนถึงจุดสมดุล คือ ไม่มีต้นทุนเหลือที่

TCCs อยู่เลย นำค่าสมมตินี้ไปคำนวณหาต้นทุนที่ ACCs ได้รับอีกครั้งหนึ่ง จึงนับได้ว่าเป็นวิธีที่ละเอียดถูกต้องมากที่สุดสามารถหาคำตอบจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้ไม่ยากนัก และแก้ปัญหาการรับส่งต้นทุน

7.25 งานบริการผู้ป่วยนอก หมายถึง การให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนการให้บริการ ดังนี้ การลงทะเบียนประวัติผู้ป่วย การตรวจคัดกรอง การตรวจรักษา การนัดผู้ป่วยและให้คำปรึกษา การจัดยา การจ่ายยา การรับชำระเงิน

7.26 การลงทะเบียนประวัติผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมที่ให้บริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ได้แก่ การลงทะเบียน ให้บัตรคิว ทำประวัติผู้ป่วย ตรวจสอบสิทธิพิมพ์ใบสั่งยา และการค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วย

7.27 การตรวจคัดกรอง หมายถึง การจำแนกประเภทผู้ป่วยโรคผิวหนังก่อนเข้ารับ การตรวจรักษา โดยจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเด็ก กลุ่มผู้ใหญ่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่ม ผู้พิการ พระภิกษุ ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ได้แก่ การจัดลำดับคิวผู้ป่วย,การคัดแยกเพิ่มในผู้ป่วยแต่ละประเภท และตรวจสอบความถูกต้องทางเวชระเบียน

7.28 การตรวจรักษา หมายถึง การให้บริการการตรวจรักษาโดยแพทย์ ในการวินิจฉัย พยากรณ์ลักษณะการเกิดโรค ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ได้แก่ การวางแผนการรักษา การพิจารณา วินิจฉัยสั่งการ Admit การส่งต่อผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การพิจารณาวินิจฉัยสั่งจ่ายยา

7.29 การนัดผู้ป่วยและให้คำปรึกษา หมายถึง การนัดผู้ป่วยเพื่อรับการรักษารั้งต่อไป และ ให้คำปรึกษาและแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในด้านต่างๆ

7.30 การจัดยา หมายถึง การรับใบสั่งยา การลงทะเบียน การจัดยาและ การตรวจสอบ ความถูกต้องของรายการ โดยเภสัชกร

7.31 การจ่ายยา หมายถึง การจ่ายยา การให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยา การให้ข้อมูล ข่าวสารด้านยา

7.32 การรับชำระเงิน หมายถึง การรับและทอนเงินค่ารักษาพยาบาล ออกใบเสร็จรับเงิน และใบสั่งยา

7.33 โรคเบาหวาน (Diabetic mellitus) หมายถึง ภาวะดื้ออินซูลินไม่สามารถสร้าง ฮอร์โมนอินซูลิน(เบาหวานชนิดที่ 1) และ/หรือร่างกายไม่ตอบสนองต่ออินซูลินได้ตามปกติ (เบาหวานชนิดที่ 2) ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และมีความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมอื่นๆตามมา ซึ่งหากไม่สามารถควบคุมความผิดปกติดังกล่าวได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคไต (diabetic nephropathy) โรคจอประสาทตา (diabetic retinopathy) โรคของเส้นประสาท (diabetic neuropathy) โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

7.34 โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ภาวะของร่างกายที่มีค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII, 2003) ซึ่งรวมทั้งผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง

7.35 โรคหอบหืด (Asthama) หมายถึง ภาวะของหลอดลมที่มีการอักเสบเรื้อรัง (Chronic inflammatory) เป็นผลให้มีเซลล์ต่างๆ เช่น mast cell, eosinophils, T-lymphocyte, macrophage, neutrophil มาสะสมที่เยื่อผนังหลอดลม ทำให้เยื่อผนังหลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารภูมิแพ้ และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ (Bronchial hyper-reactivity) ผลจากการอักเสบจึงทำให้เยื่อผนังหลอดลมมีการหดตัว กล้ามเนื้อหลอดลมมีการหดเกร็งตัว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีด และหอบเหนื่อย อาการหอบเหนื่อยจะเกิดขึ้นทันทีที่ได้รับสารภูมิแพ้

8. ประโยชน์ที่จะได้รับ

8.1 ทำให้ทราบถึงต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอก และในกลุ่มโรคเบาหวาน ความดัน และหอบหืด รวมถึงทราบสถานการณ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ของโรงพยาบาลละแม

8.2 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจวางแผนการควบคุมต้นทุนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลละแม

8.3 ใช้ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างงบประมาณที่ได้รับจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับต้นทุนการบริการของโรงพยาบาลละแม