

บทที่ 1

บทนำ

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบส่งต่อผู้ป่วย (Referral System) เป็นกลไกของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รัฐจัดขึ้นเพื่อให้ประชาชนใช้บริการในการดูแลสุขภาพอนามัย ผ่านทางบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนได้รับบริการที่ถูกต้อง เหมาะสมและมีคุณภาพซึ่งในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนจะต้องมีระบบสุขภาพที่เอื้ออำนวย ให้เกิดประสิทธิผล และประสิทธิภาพ ระบบส่งต่อผู้ป่วย คือ หัวใจของการประกันสุขภาพ โดยจะมีประโยชน์เป็นสองประการ คือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล ที่เหมาะสมกับปัญหา ในขณะเดียวกัน ก็ช่วยถ่วงดุลการส่งต่อผู้ป่วย ให้ระดับความรุนแรงของโรค พอเหมาะกับระดับของบริการสุขภาพและเทคโนโลยีที่ได้รับ ซึ่งเป็นไปตามหลักประกันสุขภาพและประสิทธิผลคุ้มค่าการลงทุน (อมร นนทสุต,2545) ระบบส่งต่อผู้ป่วยจึงเป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากเป็นหลักประกันให้ประชาชนที่เจ็บป่วย สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมโดยทั่วถึง ระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ดีต้องประกอบด้วยการจัดการที่เหมาะสมภายใต้ความจำกัดของทรัพยากร และการปฏิบัติงานที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพของบุคลากรสุขภาพ ดังประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2545 เรื่องมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งรพพยาบาลเป็นยานพาหนะที่ต้องได้มาตรฐานตามข้อ 6 ของประกาศฉบับดังกล่าว (กระทรวงสาธารณสุข,2545) โดยสาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) มียุทธศาสตร์การพัฒนาที่ต้องการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า และมุ่งเน้นการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นทั้งเขตเมืองและชนบท โดยเชื่อมโยงกับสถานบริการระดับสูง (วลัยพร เตียวพิพิทพร,2547) การนำแนวคิดการจัดเครือข่ายสถานบริการมาเป็นกลวิธีในการดำเนินงาน ซึ่งการจัดระบบเครือข่ายสถานพยาบาลจะต้องใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความครอบคลุม มีคุณภาพ และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

การศึกษาต้นทุนทั้งภายในและภายนอกองค์กรของบริการสุขภาพที่ถูกต้องและครบถ้วน ไม่ว่าจะเป็นแหล่งที่มาของต้นทุนจากรัฐ ประชาชน หรือบริจาค จะมีผลถึงการประมาณการ

เพื่อระดมทรัพยากร ที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาสุขภาพอย่างเพียงพอ จัดกลุ่มโดยใช้กิจกรรมเป็นเกณฑ์ ได้ 2 กลุ่ม คือกลุ่มรายการที่เป็นต้นทุนทางตรงของกิจกรรมนั้นเรียกว่า ต้นทุนทางตรง (Direct Cost) กับกลุ่มรายการที่เป็นต้นทุนกิจกรรมเสริมของกิจกรรมนั้น เรียกว่าต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) ต้นทุนทางตรงจะหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการผลิตโดยตรง ค่าใช้จ่ายกลุ่มนี้ มักจะเกิดขึ้นเมื่อมีการผลิตสินค้าหรือบริการและควรจะหมดเมื่อไม่มีการผลิตใด ๆ (จรัส สุวรรณมาลา, 2538) ส่วนต้นทุนทางอ้อม หมายถึงค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถระบุได้อย่างแน่ชัดว่ามีความสัมพันธ์กับการผลิต หรือบริการแต่ละหน่วยอย่างไร กล่าวอีกนัยหนึ่งคือไม่ใช่รายจ่ายของหน่วยงานฝ่ายปฏิบัติการ แต่ มักเป็นหน่วยงานฝ่ายสนับสนุนการผลิตในรูปใดรูปหนึ่ง เช่นงานบริหารจัดการ หรือการพัฒนาระบบเป็นต้น (จรัส สุวรรณมาลา, 2538) การศึกษาเรื่องต้นทุนเป็นประโยชน์ดังนี้

1. ใช้แสดงหลักฐานของการใช้จ่ายหมวดต่าง ๆ อย่างหนึ่งในทางบัญชี สามารถมองต้นทุนได้หลายมิติ การมีต้นทุน ทำให้นำเสนอค่าใช้จ่ายตามหมวดและมิติต่างๆเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีหลักฐานตรวจสอบ
2. ใช้ประเมินประสิทธิภาพ จากการเปรียบเทียบต้นทุนกับผลลัพธ์ที่ได้จะทำให้รู้ประสิทธิภาพของการดำเนินงาน
3. ใช้ประเมินความเป็นธรรม จากการกระจายของต้นทุนบริการที่ให้กับเป้าหมายกลุ่มต่าง ๆ
4. ใช้ประเมินลำดับของความสำคัญของกิจกรรม ข้อมูลต้นทุนของแผนงาน หรือแยกตามกิจกรรมที่ชัดเจน จะเป็นหลักฐานบ่งบอกว่า การดำเนินการให้ความสำคัญกับแผนงาน/กิจกรรมต่าง ๆ อย่างไร
5. ใช้ฉายภาพต้นทุนในอนาคตเป็นประโยชน์ต่อการคาดการณ์ว่า การลงทุนในด้านสุขภาพจะเป็นเท่าใด ถ้าทรัพยากรลดลงจะมีผลอย่างไร
6. ใช้คำนวณอัตราการคืนทุน เพื่อเป็นการประกอบนโยบายว่า กิจกรรมใดควรมีอัตราการคืนทุนเท่าไรจึงจะเหมาะสม และปัจจุบันได้บรรลุเป้าหมายหรือไม่

ปัญหาในเชิงประสิทธิภาพ เกี่ยวกับการกำหนดราคาค่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขประการหนึ่ง คือ การขาดมาตรฐานในการกำหนดราคา แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้เป็นแนวทางกว้างๆ สำหรับค่าบริการทั่ว ๆ ไป แต่ก็ยังเป็นเพียงกรอบในเชิงนโยบายที่มีพื้นฐานจากโครงสร้างต้นทุนการให้บริการนั้นๆ หรืออาจอิงต้นทุนการผลิตบ้าง ก็เป็นเพียงส่วนน้อย (เทียนฉาย กิระนันท์, 2539) การจัดสรรงบประมาณหรือค่าบริการสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยขององค์กรบริหารสาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันได้แก่ สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ

บริษัทประกันภัยเอกชน (ที่ทำหน้าที่ผู้ซื้อ –purchaser) ที่ส่วนใหญ่จะใช้ระยะทางเป็นเกณฑ์ในการคิด ซึ่งอาจไม่ได้สะท้อนต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานประจำปีของสำนักพัฒนาระบบบริการ กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2548 พบว่า โรงพยาบาลมีดัชนีที่แสดงถึงศักยภาพของหน่วยบริการ คือสัดส่วนการรับ และ การส่งต่อผู้ป่วย (สัดส่วน Refer in ต่อ Refer out) ภาพรวมของประเทศ ในโรงพยาบาลศูนย์ เท่ากับ 10.01 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดมากกว่า 300 เตียง เท่ากับ 5.38 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดน้อยกว่า 300 เตียง เท่ากับ 12.36 โรงพยาบาลชุมชนขนาดมากกว่า 30 เตียงเท่ากับ 0.11 และน้อยกว่า 30 เตียงเท่ากับ 0.05 โดยในเขต 6 โรงพยาบาลชุมชนขนาดมากกว่า 30 เตียงเท่ากับ 0.03 และน้อยกว่า 30 เตียงเท่ากับ 0.02 (สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข,2548) และในปี 2549 ในเขต 6 โรงพยาบาลชุมชนขนาดมากกว่า 30 เตียงมีสัดส่วนดังกล่าว เท่ากับ 0.0268 และน้อยกว่า 30 เตียงเท่ากับ 0.0168 (สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข,2549) หมายถึงการส่งต่อผู้ป่วย มีมากกว่าการรับผู้ป่วย โดยแนวโน้มจะมีสัดส่วนที่ลดลงในขณะที่การจัดสรรงบประมาณ การส่งต่อผู้ป่วยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและบริษัทประกันภัยเอกชน จัดสรรงบประมาณในการส่งต่อเท่าเดิมหรือไม่เพิ่มขึ้น โดยคิดจากระยะทางเป็นเกณฑ์หลักในการพิจารณา โดยโรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนของการ refer out มากกว่า refer in ดังนั้น การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการส่งต่อผู้ป่วยจึงมีความสำคัญและจำเป็นในการให้บริการของโรงพยาบาลชุมชน

ผู้วิจัยในฐานะเป็นเจ้าหน้าที่คนหนึ่งที่อยู่ในจังหวัดกาญจนบุรี โดยทำหน้าที่ในคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ของอำเภอบ่อพลอย (CUP Board) จังหวัดกาญจนบุรี มีความสนใจว่าในการนำรถพยาบาลมาใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยแต่ละครั้งนั้นมีต้นทุนเป็นเท่าใด โรงพยาบาลควรจะมีการจัดการกับระบบการส่งต่อ ในแง่ของการพิจารณาถึงต้นทุนที่เกิดขึ้นในอนาคต โดยศึกษาเปรียบเทียบในจังหวัดกาญจนบุรีและจังหวัดใกล้เคียง เขตสาธารณสุขที่ 6 เป็นเขตที่แบ่งตามพื้นที่ในระบบภูมิศาสตร์มีพื้นที่และระดับของโรงพยาบาลชุมชนที่ใกล้เคียงกัน โดยผลที่ได้จะสามารถนำไปเสนอแนะในเชิงนโยบาย ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต เนื่องจากหน่วยงานที่มีอำนาจการจัดสรรงบประมาณได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ และสำนักงานประกันภัยก็จะแบ่งเขตพื้นที่ในลักษณะใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยมุ่งหวังว่า ผลการศึกษาต้นทุนทางตรงต่อหน่วยของรถพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย โดยประเมินต้นทุนในทัศนะผู้ให้บริการ (provider's viewpoint) ซึ่งหมายถึงโรงพยาบาลชุมชนของรัฐที่ไม่มุ่งหวังกำไร และคิดเฉพาะต้นทุนโดยตรง(direct cost) ซึ่งครอบคลุมต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุนที่เกิดจากการส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้รถพยาบาลที่เป็นรถตู้ 4 ล้อเท่านั้น โดยจำแนกเป็นรายโรงพยาบาลและกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนขนาดน้อยกว่า 30 เตียงและ มากกว่า 30 เตียง โดยผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการบริหารงานการใช้ทรัพยากรให้เกิด

ประโยชน์สูงสุด ขณะที่งบประมาณมีจำกัด และสะท้อนภาพให้เห็นถึงต้นทุนจริงที่เกิดขึ้นต่อผู้มีอำนาจในการจัดสรรงบประมาณต่อไป

ต้นทุนทางตรงต่อหน่วยในการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตสาธารณสุขที่ 6 จะเป็นข้อมูลสำคัญที่เป็นพื้นฐานสำหรับการวางแผนงบประมาณ การจัดสรรทรัพยากรสำหรับผู้บริหาร มีข้อมูลพื้นฐานเป็นหลักเกณฑ์ในการพิจารณาอย่างแท้จริง ซึ่งการบริหารงานและการจัดสรรงบประมาณต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งเป็นรายเขต โรงพยาบาลชุมชนที่สังกัดเขตสาธารณสุขที่ 6 ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด ราชบุรี (5 แห่ง) นครปฐม(8 แห่ง) กาญจนบุรี(11 แห่ง) สุพรรณบุรี (8 แห่ง) นอกจากนี้ข้อมูลต้นทุนสามารถใช้เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพของสถานบริการในการบริหารจัดการงบประมาณให้เกิดประโยชน์สูงสุด จากสถิติรายงานทรัพยากรสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2547 พบว่ามีรพพยาบาล ทั้งประเทศ จำนวน 3,064 คัน โดย กรุงเทพมหานครมีจำนวน 354 คัน ภาคเหนือ จำนวน 615 คัน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 825 คัน ภาคใต้ จำนวน 448 คัน และ ภาคกลาง จำนวน 822 คัน (เขต 4 จำนวน 149 คัน เขต 5 จำนวน 115 คัน เขต 6 จำนวน 150 คัน เขต 7 จำนวน 89 คัน เขต 8 จำนวน 150 คัน) โดยเขตสาธารณสุขที่ 6 ได้แก่ จังหวัดราชบุรี จำนวน 36 คัน จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 44 คัน จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 29 คัน และจังหวัดนครปฐม จำนวน 41 คัน (รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2547)

ตารางที่ 1.1 แสดงอัตราการส่งต่อผู้ป่วยจำแนกรายจังหวัด เขต 6 ของปีงบประมาณ 2548 เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2547

โรงพยาบาลชุมชน	จังหวัด	ผู้รับบริการ(ราย)	ส่งต่อผู้ป่วย(ราย)	ร้อยละปี47	ร้อยละปี48
		ปีงบประมาณ2548	ปีงบประมาณ2548		
สวนผึ้ง	ราชบุรี	75,244	6,134	8.11	8.15
บางแพ		79,811	5,932	7.03	7.43
เจ็ดเสมียน		57,221	2,003	3.45	3.5
ปากท่อ		62,268	4,874	6.56	7.83
วัดเพลง		37,973	1,454	3.65	3.83
ไทรโยค		72,778	1,170	1.5	1.61
ท่าม่วง		181,752	2,306	1.12	1.27
เจ้าคุณไพฑูริย์		64,716	1,754	2.01	2.71
ด่านมะขามเตี้ย		35,766	248	1.5	0.69
บ่อพลอย		78,866	2,841	2.9	3.6
ทองผาภูมิ		59,883	340	0.46	0.57
ท่ากระดาน		16,015	441	1.62	2.75
พญาบาลสถานพระบรมมณี		37,962	544	1.03	1.43
เลาขวัญ		50,061	1,579	2.59	3.15
พระปิตุเตศวรหาราช		17,478	481	2.5	2.75
สังขละบุรี	สุพรรณบุรี	39,853	564	1.32	1.42
ดอนเจดีย์		85,733	4,347	4.56	5.07
ด่านช้าง		70,753	2,634	3.56	3.72
เดิมบางนางบวช		144,333	3,873	2.6	2.68
บางปลาม้า		101,960	5,753	5.2	5.64
ศรีประจันต์		62,146	4,648	6.23	7.48
สามชุก		98,903	3,897	3.6	3.94
หนองหญ้าไซ		68,270	2,869	4.12	4.2
อู่ทอง		165,864	3,507	2.1	2.11
กำแพงแสน	นครปฐม	154,359	5,600	3.52	3.63
ดอนตูม		82,044	4,978	5.12	6.07
นครชัยศรี		157,307	6,133	3.8	3.9
บางเลน		101,432	5,721	4.5	5.64
พุทธมณฑล		70,742	965	1.26	1.36
สามพราน		173,719	13,331	7.2	7.67
หลวงพ่อบึง		61,740	1,968	3.1	3.19
ห้วยพลู		110,965	4,701	3.56	4.24
ค่าเฉลี่ย		81,499.18	3,262.94	3.42	3.76

ที่มา: 11 รง.5 กลุ่มสารสนเทศและศูนย์ข้อมูล สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

การวิเคราะห์หาต้นทุนทางตรงต่อหน่วยการให้บริการรพยบาลในการส่งต่อผู้ป่วย เป็นการศึกษาต้นทุนที่แท้จริงของการส่งต่อผู้ป่วย (Real Cost) ในหน่วยบริการสาธารณสุข ซึ่งการให้บริการรพยบาลในการส่งต่อผู้ป่วยเป็นขั้นตอนหนึ่งที่จำเป็นมากในระบบบริการด้านการรักษาพยาบาลของประเทศ และเป็นมาตรฐานหนึ่งในระบบบริการพื้นฐานด้านสุขภาพที่จำเป็นที่ต้องให้บริการแก่ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย โดยหลักการวิเคราะห์หาต้นทุนทำให้ทราบว่า โรงพยาบาลต้องใช้ทรัพยากรด้านต่างๆ ในการดำเนินงานเท่าไร ประโยชน์ที่ได้ก็เพื่อได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐที่เพียงพอเหมาะสม หรือจากองค์กรผู้จ่ายเงิน เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการควบคุมต้นทุนในสิ่งที่พอควบคุมได้ (Controllable cost) และการตัดสินใจของผู้บริหารกับความจำเป็นในการส่งต่อผู้ป่วยแต่ละครั้ง

จากการศึกษาต้นทุนทางตรงต่อหน่วยรพยบาลในโรงพยาบาลจังหวัดพังงาในปีงบประมาณ 2539 พบว่า มีต้นทุนต่อหน่วยที่แตกต่างกันมากตั้งแต่ 1,180 - 4,872 บาท โดยองค์ประกอบของต้นทุนจะเป็นค่าลงทุนหรือค่าแรงในสัดส่วนร้อยละ 30-63 โดยมีต้นทุนค่าวัสดุเพียงร้อยละ 5-19 (เมทินี เพชรจู, 2542) และจนกระทั่งปัจจุบันในปีงบประมาณ 2550 ยังไม่มีการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของรพยบาลในระดับจังหวัด และภาคอื่นเพิ่มเติมแต่อย่างใด

2.วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนทางตรงต่อหน่วยการให้บริการรพยบาลในการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชน ใน 4 จังหวัด (นครปฐม สุพรรณบุรี ราชบุรี กาญจนบุรี) ในเขตสาธารณสุขที่ 6 ปีงบประมาณ 2549

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

2.2.1 ข้อมูลการให้บริการรพยบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย ของโรงพยาบาลชุมชนในเขตสาธารณสุขที่ 6 จังหวัดราชบุรี นครปฐม กาญจนบุรี สุพรรณบุรี

2.2.2 ต้นทุนทางตรงด้านค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนลงทุน ในการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย ของโรงพยาบาลชุมชนในเขตสาธารณสุขที่ 6 จังหวัดราชบุรี นครปฐม กาญจนบุรี สุพรรณบุรี

2.2.3 ต้นทุนรวมโดยตรงและต้นทุนทางตรงต่อหน่วยการให้บริการ ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนในเขตสาธารณสุขที่ 6 จังหวัดราชบุรี นครปฐม กาญจนบุรี สุพรรณบุรี

2.2.4 ศึกษาความไวของต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงค่าวัสดุ ค่าลงทุน

3.คำถามการวิจัย

3.1 โรงพยาบาลชุมชนระดับต่างๆ ในเขตสาธารณสุขที่ 6 ให้บริการรพพยาบาลเพื่อการส่งต่ออย่างไร

3.2 โรงพยาบาลชุมชนระดับต่างๆ ในเขตสาธารณสุขที่ 6 มีต้นทุนทางตรงด้านค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนรวมโดยตรงในการให้บริการรพพยาบาลเพื่อการส่งต่อเท่าใด

3.3 โรงพยาบาลชุมชนระดับต่างๆ ในเขตสาธารณสุขที่ 6 มีต้นทุนทางตรงในการให้บริการรพพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยเท่าใด

3.4 โรงพยาบาลชุมชนระดับต่างๆ มีความไวของต้นทุนทางตรงในการให้บริการรพพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย เมื่อเปลี่ยนแปลงค่าวัสดุ และค่าลงทุนอย่างไร

4.ขอบเขตการวิจัย

วิเคราะห์ต้นทุนทางตรงของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 32 แห่ง ปีงบประมาณ 2549 ระหว่าง 1 ตุลาคม 2549 ถึง 30 กันยายน 2549 ใน เขตสาธารณสุขที่ 6 ซึ่งได้แก่ จังหวัดนครปฐม สุพรรณบุรี กาญจนบุรี ราชบุรี

5.คำจำกัดความที่ใช้

5.1 ต้นทุนทางตรงด้านค่าแรง (Labor cost) หมายถึง ค่าแรงของพนักงานขับรถพยาบาล และ ค่าแรงของ พยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในรถฉุกเฉินขณะอยู่บนรถพยาบาลเท่านั้น ไม่รวมบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการยานพาหนะ

5.2 ต้นทุนทางตรงค่าวัสดุ (Material cost) หมายถึง ต้นทุนค่าวัสดุที่เป็นน้ำมัน เชื้อเพลิง ค่าน้ำมันเครื่อง ค่าซ่อมบำรุงของรถพยาบาลเท่านั้น ไม่รวมค่าวัสดุสำนักงาน และค่าวัสดุสิ้นเปลืองอื่น ๆ เช่น อีออกซิเจน ค่าอุปกรณ์ชุดให้น้ำเกลือ เป็นต้น

5.3 ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost) หมายถึง ค่าเสื่อมราคาของรถยนต์ กำหนดอายุการใช้งาน 5 ปีตามวันเดือนปีที่รับ โดยกำหนดให้มีค่าเสื่อมเป็นสมการเส้นตรงคือร้อยละ 20 ต่อปี หมายถึงต้นทุนลงทุนจะลดลงร้อยละ 20 เมื่อครบ 5 ปีจะมีต้นทุนค่าลงทุนเท่ากับ 1 บาท

5.4 บริการรถพยาบาลส่งต่อ (Refer) หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายที่กำหนดไว้ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องใช้รถพยาบาลและ/หรือ มีพยาบาลร่วมเดินทางด้วย เป็นระยะทางไป-กลับ ทั้งการบริการในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ไม่รวมผู้ป่วยที่สามารถไปเองได้โดยไม่ต้องใช้รถพยาบาล

5.5 รถพยาบาลส่งต่อ หมายถึง รถมีลักษณะเป็นรถตู้ 4 ล้อที่ใช้ตลอดปีงบประมาณ 2549 เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลและจังหวัดได้

6.คำนิยามศัพท์

6.1 เงินเดือน ของพนักงานขับรถยนต์ ซึ่งเป็นลูกจ้างชั่วคราวหรือลูกจ้างประจำ หมายถึง เงินที่จ่ายให้ของส่วนราชการมีอัตรากำหนดไว้แน่นอนในบัญชีอัตราค่าจ้างประจำที่กรมบัญชีกลางตรวจสอบยืนยันว่าถูกต้อง และรวมถึงเงินกระทรวงการคลังกำหนดให้จ่ายในลักษณะค่าจ้างประจำ

6.2 ค่าตอบแทน หมายถึง เงินที่จ่ายตอบแทนให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้กับโรงพยาบาล ทั้งพนักงานขับรถยนต์และเจ้าหน้าที่พยาบาล ที่ได้รับคำสั่ง หรือได้รับมอบหมายให้เป็นลายลักษณ์อักษรให้ปฏิบัติงาน นอกเวลาราชการ

6.3 ค่าวัสดุ (material cost) ประกอบด้วย ค่าน้ำมันรถ ค่าน้ำมันเครื่อง ค่าซ่อมบำรุงที่ใช้ในเดือนตุลาคม พ.ศ 2548 ถึง กันยายน พ.ศ. 2549

6.4 ค่าลงทุน (Capital cost) คิดเป็นค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ คิดเฉพาะค่าเสื่อมของของครุภัณฑ์ยานพาหนะและขนส่งโดยอายุการของครุภัณฑ์คือ 5 ปี

6.5 ค่าเสื่อมราคา หมายถึง การปันส่วนมูลค่าเสื่อมสภาพของสินทรัพย์อย่างมีระบบตลอดอายุการใช้งานที่ประมาณไว้ใช้วิธีคือเส้นตรง ส่วนราชการให้ระบุอายุการใช้งานของ

สินทรัพย์อย่างมีประสิทธิภาพที่ส่วนราชการเลือกกำหนดภายใต้หลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังประกาศ

6.6 % True Refer หมายถึงอัตราการใช้รถพยาบาลจริงเพื่อวัตถุประสงค์ในการส่งต่อ ได้แก่ อัตราส่วนระหว่างระยะทางคิดโดยจำนวนครั้งที่ใช้รถพยาบาลเพื่อการส่งต่อทั้งหมดคูณกับระยะทางไป-กลับระหว่างโรงพยาบาลชุมชนถึงโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ กับ ระยะทางที่ใช้รถทั้งหมดตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2548 – 30 กันยายน 2549

7.ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 สำหรับผู้บริหาร

7.1.1 เป็นข้อมูลต้นทุนทางตรง การให้บริการรถพยาบาลส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนในเขตสาธารณสุขที่ 6 เพื่อการพิจารณาควบคุมต้นทุนและปรับปรุงประสิทธิภาพในการให้บริการ

7.1.2 เป็นข้อมูลในการพิจารณาความคุ้มค่า ของการให้บริการรถพยาบาลส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนในเขตสาธารณสุขที่ 6

7.1.3 เป็นข้อมูลพิจารณาประสิทธิภาพของรถพยาบาล

7.1.4 เป็นข้อมูลพิจารณาในเชิงนโยบาย การบริหารจัดการ ยานพาหนะ และการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม

7.2 สำหรับผู้เกี่ยวข้องในการจัดการทรัพยากร (พัสดุ,ครุภัณฑ์ยานพาหนะ)

7.2.1 เป็นข้อมูลในการควบคุมค่าใช้จ่าย ทรัพยากร (น้ำมันเชื้อเพลิง น้ำมันหล่อลื่น ค่าซ่อมบำรุงรถยนต์)

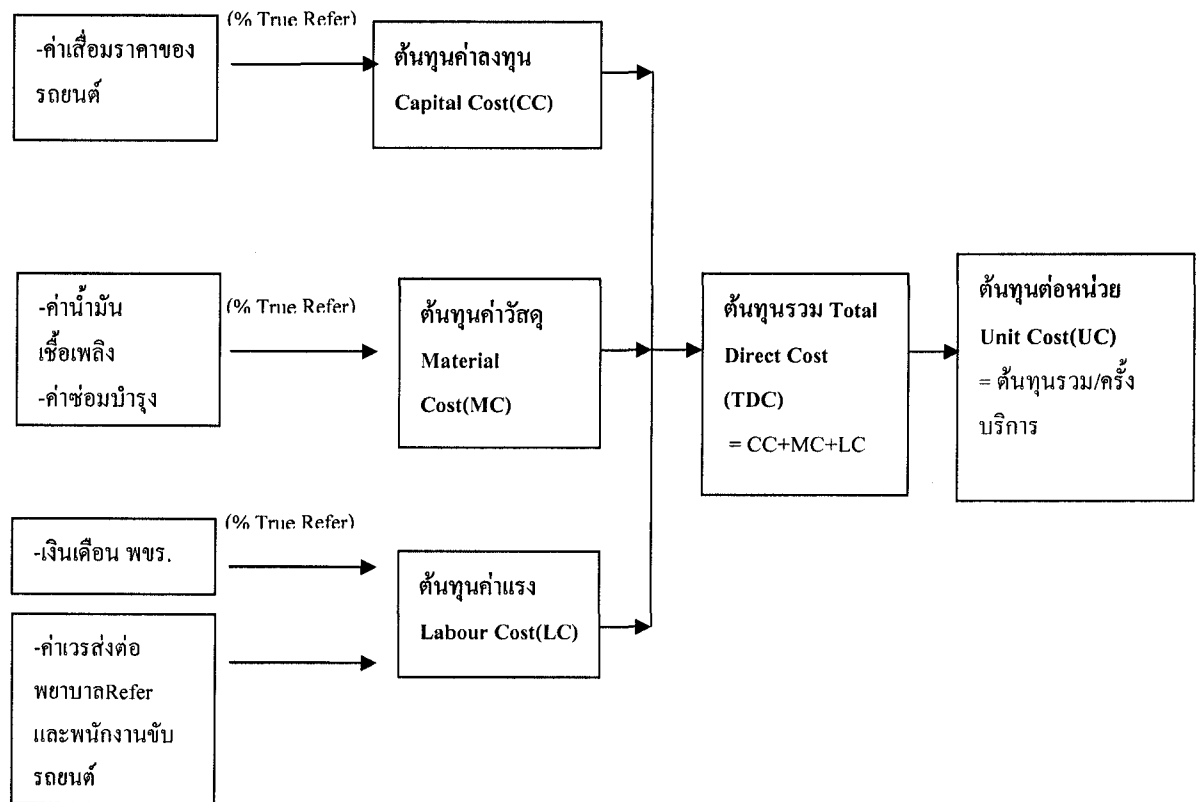
7.2.2 เป็นข้อมูลในการพิจารณาการใช้รถยนต์ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

7.2.3 เป็นข้อมูลในการวางแผนการใช้ทรัพยากร เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในขณะที่มีทรัพยากรอย่างจำกัด

7.3 สำหรับผู้เกี่ยวข้องในการซื้อบริการส่งต่อผู้ป่วย(สปสข บริษัทประกันเอกชน)

7.3.1 เป็นข้อมูลในการพิจารณาบททวนและปรับอัตราการจ่ายค่าบริการส่งต่อผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลชุมชน

8.กรอบแนวคิดในการวิจัย



ดัดแปลงจากคู่มือการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชน (กัญจนา ดิษยาธิคมและคณะ ,2544)

ต้นทุนทางตรงต่อหน่วยคิดได้จากผลรวมของต้นทุนทางตรง ซึ่งประกอบด้วยต้นทุนค่าลงทุนได้แก่ค่าเสื่อมราคารถยนต์ ต้นทุนค่าวัสดุได้แก่ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงและค่าซ่อมบำรุง ต้นทุนค่าแรงได้แก่เงินเดือนพนักงานขับรถ ค่าเวรส่งต่อของพยาบาล โดยมีจำนวนครั้งการให้บริการเป็นตัวหาร และมีอัตราการใช้รถพยาบาลจริงที่เกิดขึ้น (% True Refer) ที่เกิดจากสัดส่วนของการใช้รถพยาบาลเพื่อการส่งต่อจริง กับการใช้รถพยาบาลเพื่อวัตถุประสงค์อื่น เพื่อหาต้นทุนสำหรับต้นทุนค่าลงทุน ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าแรง เฉพาะเงินเดือนของพนักงานขับรถยนต์ ที่เกิดขึ้นจากการส่งต่อผู้ป่วยเท่านั้น