

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์หาต้นทุนทางตรงต่อหน่วยการให้บริการรถพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วย ของโรงพยาบาลชุมชนในเขตสาธารณสุขที่ 6 ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาใช้เป็นพื้นฐานประกอบแนวคิดการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระบบส่งต่อผู้ป่วยในการบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. ต้นทุนและทฤษฎีที่เกี่ยวกับต้นทุน
3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ระบบส่งต่อผู้ป่วยกับการบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 82 บัญญัติว่า “ รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุข ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ” ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขในฐานะกระทรวงที่มีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชน จึงถือเป็นนโยบายและภารกิจหลักที่จะต้องจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานให้กับประชาชนทุกคนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยใช้ยุทธศาสตร์สำคัญ 3 ประการ คือ

1. การพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
2. การสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน
3. ระบบส่งต่อและเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์, 2543)

ระบบส่งต่อผู้ป่วย (Referral System) เป็นกลไกของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รัฐจัดขึ้นเพื่อให้ประชาชนใช้บริการในการดูแลสุขภาพอนามัย ผ่านทางบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนได้รับบริการที่ถูกต้อง เหมาะสมและมีคุณภาพซึ่งในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนจะต้องมีระบบสุขภาพที่เอื้ออำนวย ให้เกิดประสิทธิผล และประสิทธิภาพ ระบบส่งต่อผู้ป่วย คือ หัวใจของการประกันสุขภาพ จะมีประโยชน์เป็นสองทาง คือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล ที่เหมาะสมกับปัญหา ในขณะเดียวกัน ก็ช่วยถ่วงดุลการส่งต่อผู้ป่วย ให้ระดับความรุนแรงของโรค พอเหมาะกับระดับของบริการและเทคโนโลยีที่ได้รับ ซึ่งเป็นไปตามหลักประกัน ประสิทธิภาพคุ้มครองค่าการลงทุน (อมร นนทสุต, 2545)

การส่งต่อผู้ป่วยเป็นกลไกของระบบบริการสุขภาพที่จัดขึ้นเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีคุณภาพผ่านทางสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ โดยการประสานงานการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้การใช้ทรัพยากรและบุคลากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในปัจจุบันการจัดการส่งต่อภายใต้ข้อกำหนดและเงื่อนไขของโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังเป็นประเด็นที่ต้องการความชัดเจน

โดยมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยบริการที่จะขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ ในคู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2549 หน้า 79 ข้อที่ 3 ด้านการบริหารจัดการ ข้อ 3.3 มีการจัดเครือข่ายการส่งต่อ เพื่อให้สามารถจัดบริการสาธารณสุขได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ซึ่งระบุเป็นลายลักษณ์อักษร และประกาศให้ผู้มีสิทธิทราบดังนี้

1. สามารถส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ไปยังหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ภายในระยะเวลาไม่เกิน 60 นาที
2. มีบริการส่งต่อ ทั้งไปและกลับภายในเครือข่ายหน่วยบริการ
3. จัดให้มียานพาหนะรับส่ง โดยเฉพาะในกรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม
4. มีการส่งต่อเพื่อการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจชั้นสูตรด้านต่างๆ
5. มีการส่งต่อเพื่อรับบริการทันตกรรม
6. มีการส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายหน่วยบริการ

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2545)เรื่อง มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย โดยที่เป็นการสมควรกำหนดการส่งต่อผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างมีมาตรฐานและเพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองผู้ป่วยให้พ้นอันตรายและมีความปลอดภัยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 6 และมาตรา 15 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 อันเป็นพระราชบัญญัติที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา 29 ประกอบกับมาตรา 50 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้ โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาลออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ในประกาศนี้

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

“การส่งต่อผู้ป่วย” หมายความว่า การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานที่หนึ่งเพื่อไปรับการรักษาต่อยังอีกสถานที่หนึ่งโดยสถานพยาบาลเป็นผู้นำส่ง

“ยานพาหนะ” หมายความว่า ยานพาหนะของสถานพยาบาลหรือที่สถานพยาบาลว่าจ้างหรือจัดหาเพื่อใช้ในการขนส่งผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการขนส่งโดยทางบก ทางน้ำ หรือทางอากาศ

ข้อ 2 ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องส่งต่อผู้ป่วยด้วยยานพาหนะ และวิธีการที่เหมาะสมปลอดภัยโดยคำนึงถึงโรค อาการ และความรุนแรงของโรค

ข้อ 3 การส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังสถานพยาบาลอีกแห่งหนึ่งต้องมีการสื่อสารประสานงานแจ้งสถานพยาบาลที่จะรับไว้ล่วงหน้าพร้อมข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ตลอดจนข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็น

ข้อ 4 การส่งต่อผู้ป่วยที่ยังมีภาวะอาการของโรคที่ต้องอยู่ในความดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพจากสถานพยาบาลต้องกระทำโดยสถานพยาบาล

ข้อ 5 ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพหรือบุคลากรที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรคและความรุนแรงของโรคไปพร้อมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในระหว่างการส่งต่อ

ข้อ 6 ขานพาหนะในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตามข้อ 4 ต้องมีลักษณะดังนี้

6.1 มีเบาะนั่งและนอนสำหรับใช้เคลื่อนย้ายผู้ป่วย

6.2 มีอุปกรณ์ช่วยชีพที่จำเป็น เช่น ชุดใส่ท่อหายใจ, ชุดให้สารละลายทางโลหิต, ชุดช่วยหายใจ, เครื่องดูดเสมหะ, ชุดให้ออกซิเจน, เครื่องวัดความดันโลหิตและหุฟ่ง, เวกซ์กัณฑ์และเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น เป็นต้น

6.3 มีอุปกรณ์สื่อสารกับสถานพยาบาลระหว่างการเดินทาง

6.4 มีขนาดพื้นที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรที่จะกระทำหัตถการได้โดยสะดวกพอควร

6.5 ขานพาหนะจะต้องมีลักษณะและได้รับอนุญาตตามประกาศและข้อกำหนดของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

6.6 ขานพาหนะต้องมีความมั่นคงแข็งแรงและมีความสะดวกสบายต่อผู้ป่วยในการเดินทาง ไม่ทำให้โรคหรืออาการรุนแรงมากขึ้น

6.7 ขานพาหนะได้รับการบำรุงรักษาเหมาะสมกับการใช้งานได้อย่างปลอดภัย และมีการควบคุมการติดเชื้อ

ข้อ 7 ในการรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพอันตราย อยู่ในภาวะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีอาการเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพมาดูแลผู้ป่วยโดยทันที และต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็ว จะปฏิเสธการรับผู้ป่วยมิได้

ข้อ 8 ผู้ป่วยหรือญาติมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลหรือสถานที่ที่ต้องการให้สถานพยาบาลนำส่งรวมทั้งวิธีการนำส่ง เว้นแต่เป็นการเกินขีดความสามารถของสถานพยาบาลที่นำส่งหรือการนำส่งของสถานพยาบาลนั้นอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ให้สถานพยาบาลผู้ส่งสามารถเลือกสถานที่อื่นรวมทั้งวิธีการนำส่งที่เหมาะสมได้

ข้อ 9 ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องจัดให้มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับเหตุผลและความจำเป็นในการส่งต่อ

ข้อ 10 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหกสิบวันนับแต่วันถัดจากวัน

ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้สรุปข้อเสนอหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี2544 ว่าหลักประกันทางสุขภาพที่ดีจะกระตุ้นให้เกิดบริการทางสุขภาพที่มีบูรณาการสำหรับประชาชน ประกอบด้วยทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ทำให้เกิดเครือข่ายของการบริการที่ต่อเนื่อง สามารถให้ประชาชนเข้าถึงบริการทั้งเชิงรุกที่บ้านและชุมชน รวมกับบริการเชิงรับในสถานพยาบาลในระดับที่เหมาะสม ใกล้บ้านใกล้ใจ เอื้ออำนวยต่อการส่งต่อผู้ป่วย ส่งเสริมให้เกิดการใช้ทรัพยากรในระบบอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีกลไกในการประกันคุณภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคที่ดี เพื่อไม่ให้ความพยายามในการควบคุมค่าใช้จ่ายส่งผลที่ไม่พึงปรารถนาต่อคุณภาพบริการนอกจากนี้การมีหลักประกันทางสุขภาพช่วยลดเรื่องกีดกันทางการเงินต่อการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน โดยเฉพาะบริการรักษาพยาบาล กฎระเบียบหลายประการของการใช้การประกันสุขภาพ ที่มีอยู่หลายระบบซ้ำซ้อนกันในปัจจุบัน ยังมีความยุ่งยากเป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการของประชาชน โดยเฉพาะในคราวจำเป็น จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าประชาชนที่ไม่มีประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยมากกว่าและรุนแรงกว่าผู้ที่มีประกันสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องมาจากการพักผ่อนไม่ไปรับการตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ และการขาดแพทย์ที่จะให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (อ้างใน สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ, 2544) ประเด็นที่ต้องพิจารณาอีกประการที่สำคัญคือ การส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างโรงพยาบาล (Inpatient referral) ที่จะพิจารณาการหักส่วนเงิน (Deduction) จากยอดเงินที่ต้องจ่ายให้กับสถานพยาบาลผู้ส่งหรือไม่อย่างไร ซึ่งกฎเกณฑ์ดังกล่าวยังไม่มีกฎเกณฑ์ใดๆ วางไว้ชัดเจนยกเว้นกรณีที่รับเข้าโรงพยาบาลในระยะสั้นกว่าพิกัดวันนอนเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มวินิจฉัยโรค รวมทั้งอัตราค่าตอบแทนจะลดลงตามส่วนนอกเหนือจากนี้จะต้องมีข้อกำหนดที่ชัดเจนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมจ่ายร่วมของผู้ใช้บริการในแต่ละกรณี (ถ้ามี) ตลอดจนภาระการจ่ายชดเชยจำนวนเงินที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บส่วนที่ขาดไปโดยผู้ให้บริการ (Balance billing) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรายละเอียดของวิธีการจ่ายที่ใช้และอัตราการจ่ายต่อไป

ระบบส่งต่อผู้ป่วย (Referral System) เป็นกลไกของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รัฐจัดขึ้นเพื่อให้ประชาชนใช้บริการในการดูแลสุขภาพอนามัย ผ่านทางบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 82 บัญญัติว่า “ รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุข ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ” และต้องมีมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2545)เรื่อง มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย ระบบส่งต่อผู้ป่วย คือ หัวใจของการประกันสุขภาพ จะมีประโยชน์เป็น คือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล ที่เหมาะสมกับปัญหา ในขณะเดียวกัน ก็ช่วยกลั่นกรอง

ผู้ป่วย ให้ระดับความรุนแรงของโรค พอเหมาะกับระดับของบริการ และเทคโนโลยีที่ได้รับ ซึ่งเป็นไปตามหลักประกัน อย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่าการลงทุน

2. ต้นทุนและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับต้นทุน

ต้นทุน (cost) ในแนวคิดเกี่ยวกับความหมาย ของต้นทุนที่นิยมใช้ในปัจจุบัน (มณีศรี พันธุลภ ปรัชมวลสารเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิตบริหารสาธารณสุข หน่วยที่ 2 , 2544:85-86)

1. กลุ่มแรก แบ่งต้นทุนออกเป็น 2 ชนิด

1.1 ต้นทุนในทางบัญชี (Accounting cost) ซึ่งประกอบด้วยต้นทุนที่มองเห็น (Explicit cost) หมายความว่า ในการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ ต้องเสียค่าใช้จ่ายไปจำนวนเงินเท่าไร หรืออีกอย่างหนึ่งก็คือจะคิดเฉพาะรายการทางการเงินหรือทางบัญชีที่เกิดขึ้น

1.2 ต้นทุน ในทางเศรษฐศาสตร์ (explicit cost) จะประกอบด้วยต้นทุนที่มองเห็นหรือที่จ่ายจริง (explicit cost) บวกกับต้นทุนที่มองไม่เห็นหรือไม่ได้จ่ายจริง (implicit cost) หมายความว่า เป็นต้นทุนที่เกิดจากสิ่งของหรือวัสดุที่เราไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเนื่องจากเราเป็นเจ้าของ ปัจจุบันนั้น ฉะนั้นหากเราไม่ใช้ของนั้นแต่มีผู้อื่นมาใช้แทนเราจะได้ประโยชน์จากสิ่งนั้นคิดเป็นมูลค่าเท่าไรเราต้องนำมาคิดเป็นต้นทุนในทางเศรษฐศาสตร์ด้วย

2. กลุ่มที่สองแบ่งลักษณะของต้นทุนออกเป็น 3 ชนิดคือ

2.1 ต้นทุนของเอกชน (Private cost) คือค่าใช้จ่ายที่ธุรกิจต้องจ่ายไปในการดำเนินกิจกรรมต่างๆทางเศรษฐกิจ เช่นการผลิต โดยที่ธุรกิจนั้นจำเป็นต้องลงทุนว่าจ้างปัจจัยการผลิตจะประกอบไปด้วยต้นทุนที่จ่ายจริงกับต้นทุนที่ไม่ได้จ่ายจริง

2.2 ต้นทุนภายนอก (External cost) คือค่าใช้จ่ายคือค่าใช้จ่ายที่บุคคลภายนอกต้องรับภาระจากการดำเนินกิจกรรมของบุคคล ทั้งนี้เพราะกิจกรรมที่เอกชนทำก่อนเกิดผลกระทบในทางลบ(negative externalities) โดยที่ธุรกิจนั้นไม่ได้คิดค่าใช้จ่ายนี้รวมในต้นทุน

2.3 ต้นทุนของสังคม (Social cost) คือค่าใช้จ่ายที่ธุรกิจและบุคคลภายนอกต้องรับภาระร่วมกันจากการดำเนินธุรกิจของเอกชน

$$\text{ต้นทุนของสังคม} = \text{ต้นทุนของเอกชน} + \text{ต้นทุนภายนอก}$$

3. กลุ่มที่สาม มองลักษณะของต้นทุนเป็นต้นทุนทางตรงและทางอ้อม

3.1 ต้นทุนทางตรง (Direct cost) คือรายจ่ายที่ต้องจ่ายจริง หรือที่มองเห็นได้ชัดเจนว่าจ่ายเงินนั้นไปจริงๆ ซึ่งค่าใช้จ่ายจะเป็นลักษณะของการว่าจ้างปัจจัยการผลิตต่างๆ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุลและคณะ (2539 : 3-8) ได้กล่าวถึงต้นทุนตรงหมายถึงต้นทุนค่าวัสดุและค่าแรง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการผลิตหรือบริการโดยตรง สามารถระบุเจาะจงได้ว่าเป็นผลผลิตหรือบริการใด ต้นทุนนี้จะหมดไปเมื่อยกเลิกการผลิต หรือการจัดบริการนั้นๆ

3.2 ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) คือรายจ่ายที่ต้องคำนึงถึงค่าเสียโอกาสของทุน (Opportunity cost) หมายความว่า การดำเนินกิจการใดก็ตามจะมีรายได้สูงสุดจำนวนหนึ่ง ที่ธุรกิจต้องสูญเสียไปเนื่องมาจากธุรกิจนั้นเป็นผู้ใช้แทนเสียเอง เช่น นาย ข เป็นช่างแก้รถยนต์ หากนาย ข ทำงานที่โรงงานผลิตรถยนต์ เขาจะได้เงินเดือน ๆ ละ 20,000 บาท แต่หากกลับมาลงทุนตั้งอู่ซ่อมรถเอกชน ฉะนั้นต้นทุนที่เป็นค่าเสียโอกาสของนาย ข ก็คือ 20,000 บาทต่อเดือน

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุลและคณะ(2539 : 3-8) ได้กล่าวถึงต้นทุนทางอ้อมว่าหมายถึงต้นทุน ซึ่งไม่สามารถกำหนดได้ว่าเกี่ยวข้องกับการผลิตหรือบริการใด เป็นการเฉพาะเพราะใช้ร่วมกันกับการผลิตสินค้าหรือบริการหลายประเภท เช่นค่าสาธารณูปโภค ค่าเสื่อมราคา ค่าเช่าสำนักงาน หรือเครื่องมือเป็นต้น ซึ่งเห็นได้ว่า นิยามของต้นทุนทางอ้อมของทั้งสองแบบมีความหมายที่แตกต่างกัน

เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาว่าต้นทุนใดเป็นต้นทุนทางตรงคือ การตั้งคำถามว่าต้นทุนนั้นจะยังคงมีอยู่หรือไม่หากไม่มีการผลิตหรือจัดบริการนั้น เช่นเมื่อยกเลิกหอผู้ป่วยหนัก ค่าใช้จ่ายที่เป็นเงินเดือนและค่าวัสดุที่ใช้อยู่ในหอผู้ป่วยหนักก็จะหมดไป ในกรณีของ capital costs จะถือว่าเป็นต้นทุนทางตรงหรือไม่ เนื่องจากแม้ว่าจะยกเลิกหอผู้ป่วยหนัก แต่ยังมีค่าเสื่อมของอาคารเกิดขึ้นตลอดเวลา ค่าใช้จ่ายเหล่านั้นคือต้นทุนทางตรงของหอผู้ป่วยหนัก ในขณะที่ค่าใช้จ่ายที่เป็นเงินเดือนและค่าวัสดุที่ใช้อยู่ในฝ่ายการพยาบาล ถือว่าเป็นต้นทุนทางอ้อมของหอผู้ป่วยหนัก แต่หากพิจารณาในระดับองค์กรแล้ว ต้นทุนทั้งหมดเป็นต้นทุนตรงขององค์กร

ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (มณีสรี พันธฤถะ ประมวลสาระชุดวิชา เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขสำหรับผู้บริหารสาธารณสุข หน่วยที่ 2 , 2544: 90)

ต้นทุนคงที่และต้นทุนแปรผันมีวิธีการจำแนกต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ก็คือการพิจารณาลักษณะความคงที่และความแปรผันของปัจจัย ซึ่งแบ่งต้นทุนออกเป็น 3 ชนิด เดียวกัน คือ ต้นทุนคงที่ ต้นทุนแปรผัน และต้นทุนกึ่งแปรผัน โดยความแปรผันนั้นจะหมายถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้นไปตามกาลเวลาและหมายถึงต้นทุนที่เปลี่ยนไปตามปริมาณการผลิต

ต้นทุนแปรผัน (variable cost) คือต้นทุนส่วนที่เปลี่ยนแปลงในทิศทางและสัดส่วน เดียวกันกับปริมาณบริการมากขึ้น ค่าวัสดุดิบ หรือต้นทุนทางอ้อมต่างๆที่มีส่วนประกอบของต้นทุนแปรผัน

ต้นทุนคงที่ (Fixed cost) คือต้นทุนที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามปริมาณที่บริการที่ให้แก่ผู้ป่วย หรือจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษา ต้นทุนคงที่นี้จะคงที่ตลอดแม้ว่าจะเพิ่มหรือลดปริมาณการผลิต ต้นทุนเหล่านี้ เช่น ค่าเสื่อมราคาของตึก ภาษี เงินเดือนผู้ตรวจสอบ ค่าสาธารณูปโภค

ต้นทุนกึ่งแปรผัน คือต้นทุนส่วนที่เปลี่ยนแปลงไปตามปริมาณบริการที่ให้แก่ผู้ป่วย แต่การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของต้นทุนนั้นมีสัดส่วนที่น้อยกว่าการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของปริมาณการผลิต โดยการเปลี่ยนแปลงของต้นทุนจะเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการเปลี่ยนแปลงของปริมาณการผลิต

ต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost)

1. ต้นทุนแปรผันต่อหน่วยของปริมาณการผลิตจะเป็นค่าคงที่ โดยพบว่าค่าดังกล่าวจะไม่เปลี่ยนแปลงไปตามปริมาณการผลิต
2. ต้นทุนคงที่ต่อหน่วย ต้นทุนคงที่ต่อหน่วยจะเปลี่ยนแปลงไปตามปริมาณการผลิต คือถ้าปริมาณการผลิตเพิ่มขึ้นต้นทุนคงที่ต่อหน่วยจะลดลงในสัดส่วนเดียวกัน และถ้าปริมาณต้นทุนการผลิตลดลงต้นทุนคงที่ต่อหน่วยจะเพิ่มขึ้นในสัดส่วนเดียวกัน
3. ต้นทุนกึ่งแปรผันต่อหน่วย จะเปลี่ยนแปลงไปตามปริมาณการผลิตเหมือนกรณีของต้นทุนกึ่งแปรผันรวม แต่เปอร์เซ็นต์การเปลี่ยนแปลงจะไม่เป็นสัดส่วนเดียวกันกับปริมาณการผลิต (มณีสรี พันธุลาภ, 2544 : 90)

ความจำกัดของทรัพยากร (ทศพร วิมลเกื้อ, 2542: 8-15) เป็นสิ่งที่ประเทศเรากำลังเผชิญอยู่และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพถือเป็นหัวใจของทุก ๆ องค์กร การบริหารและวางแผนในการจัดบริการในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็ต้องอาศัยข้อมูลของโครงสร้างต้นทุนของบริการในส่วนต่าง ๆ รวมทั้งการวิเคราะห์ถึงต้นทุนสามารถช่วยลดต้นทุนลงได้โดยผลลัพธ์คงเดิมต้นทุนการผลิตต่อหน่วยคือค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการผลิตสินค้าหรือบริการต่อหน่วย ต้นทุนต่อบริการคือต้นทุนที่ใช้ในการบริการคนไข้ 1 คน หรือค่าใช้จ่ายของผู้ให้บริการต่อคนไข้ ต้นทุนสำหรับนักบัญชีจะคิดเฉพาะต้นทุนทั้งหมดที่เป็นตัวเงิน ส่วนต้นทุนสำหรับนักเศรษฐศาสตร์จะรวมไปถึงค่าเสียโอกาสในการที่จะใช้เงินจำนวนดังกล่าวสำหรับผลิตสินค้าอื่น ๆ ด้วย ต้นทุนจะมีความหมายก็เฉพาะเมื่อต้นทุนนั้นสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์เฉพาะหนึ่ง ๆ ซึ่ง ต้นทุนได้ถูกเก็บสะสมไว้เพื่อการนั้น หรือต้นทุนที่แตกต่างกัน สำหรับวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน (Different costs for different purpose) เราจึงสามารถแยกประเภทของต้นทุนเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ต้นทุนออกได้ดังนี้

1. ประเภทของต้นทุนแบ่งตามลักษณะของแหล่งที่เกิด ได้แก่

ก. ต้นทุนค่าแรง ได้แก่ค่าใช้จ่ายในส่วนของเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน เงินประจำตำแหน่ง ค่ารักษาพยาบาล ค่าเล่าเรียนบุตร

ข. ต้นทุนค่าลงทุน เป็นต้นทุนในส่วนของการลงทุนด้านครุภัณฑ์ อาคารและสิ่งก่อสร้างโดยวิธีการคิดต้นทุนจะอนุมานจากค่าเสื่อมราคาในการศึกษานี้ ใช้ค่าเสื่อมราคาสำหรับครุภัณฑ์เท่ากับ 5 ปี

ค. ต้นทุนค่าวัสดุ เป็นการลงทุนในส่วนของวัสดุ ได้แก่ วัสดุที่มีอายุการใช้งานไม่เกิน 1 ปี และมีราคาไม่เกิน 1,000 บาท

2. ต้นทุนตามส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์จะมีประโยชน์ต่อฝ่ายบริหารในการนำข้อมูลไปคำนวณมูลค่าสินค้าคงเหลือและต้นทุนขายต้นทุนของฝ่ายผลิตมีส่วนประกอบที่สำคัญคือ วัตถุดิบทางตรง ค่าแรงทางตรง และค่าใช้จ่ายการผลิตอื่น ๆ ดังนั้น จึงแยกประเภทต้นทุนดังนี้

ก. วัตถุดิบทางตรง (Direct Material) หมายถึง สิ่งื่อนำมาใช้เป็นส่วนประกอบสำคัญโดยตรงในการผลิตสินค้า

ข. ค่าแรงทางตรง (Direct Labour) หมายถึงค่าตอบแทนที่จ่ายให้แก่พนักงาน ซึ่งมีหน้าที่เปลี่ยนวัตถุดิบให้เป็นสินค้าหรือบริการ

ค. ค่าใช้จ่ายการผลิต (Manufacturing overhead) หมายถึงต้นทุนที่นอกเหนือจากวัตถุดิบทางตรงและค่าแรงทางตรง ได้แก่วัตถุดิบทางอ้อม (indirect Material) ค่าแรงทางอ้อม (indirect labour) ค่าสาธารณูปโภค ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอาคารสถานที่ ต้นทุนค่าเครื่องมือ เครื่องใช้เล็ก ๆ น้อย ๆ (Small tools) ค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์ถาวรที่เกี่ยวข้อง ค่าซ่อมแซม และบำรุงรักษาสินทรัพย์ในโรงงาน และค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดอื่น ๆ ในโรงงาน

3. ต้นทุนตามความสัมพันธ์ที่มีต่อปริมาณผลิตหรือขาย แบ่งได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

ก. ต้นทุนผันแปร (variable costs) ประกอบด้วยค่าแรงทางตรงและค่าวัตถุดิบทางตรง

ข. ต้นทุนคงที่ (fixed costs) ประกอบด้วยต้นทุนคงที่ระยะยาว (committed fixed costs) ต้นทุนคงที่ระยะสั้น (discretionary fixed cost)

ค. ต้นทุนกึ่งผันแปรหรือต้นทุนผสม (semi variable cost หรือ mixed costs) คือมีลักษณะผสมของต้นทุนที่คงที่และต้นทุนผันแปร

4. ต้นทุนตามความประสงค์ในการวางแผนและควบคุมต้นทุนประโยชน์และการวางแผนและควบคุมต้นทุนได้แก่

ก. ต้นทุนตามงบประมาณ (Budgeted Costs) หมายถึงต้นทุนที่กิจการได้ประมาณขึ้นมาล่วงหน้า โดยใช้ต้นทุนจริงจากอดีตเป็นเกณฑ์มาปรับค่าในปัจจุบัน

ข. ต้นทุนมาตรฐาน (Standard costs) หมายถึงต้นทุนที่ได้มีการกำหนดไว้ล่วงหน้าอย่างมีหลักเกณฑ์ โดยใช้ปัจจัยความพร้อมที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ต้นทุนเพื่อการตัดสินใจ ใช้พิจารณาพร้อมกับปัจจัยอื่นในการตัดสินใจ ได้แก่

ก. ต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity costs) หมายถึงมูลค่าของผลตอบแทนที่กิจการจะต้องสูญเสียไปจากการเลือกในปัจจุบันแทนทางเลือกอื่น

ข. ต้นทุนส่วนต่าง (Differential costs) หมายถึงต้นทุนส่วนที่เพิ่มหรือลดอันเป็นผลมาจากการตัดสินใจต้นทุนเพื่อการตัดสินใจ นอกจากนี้ 2 ส่วนข้างต้น อันประกอบด้วย ต้นทุนในอดีตและต้นทุนในอนาคต (Historical and Future costs) ต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม (Direct and Indirect costs) ต้นทุนคงที่และต้นทุนที่เปลี่ยนแปลง (Fixed and Variable costs) ต้นทุนระยะสั้นและระยะยาว (Short-Run and Long-Run costs) ต้นทุนส่วนเพิ่มและต้นทุนหน่วยสุดท้าย (Incremental and Marginal costs) ต้นทุนทดแทนและต้นทุนเดิม (Replacement and Original costs)- Postponable cost หมายถึงค่าใช้จ่ายที่ยังไม่จำเป็นต้องใช้ทันที พอเลื่อนการจ่ายออกไปได้ เช่น ค่าซ่อมแซมอาคาร ตรงข้ามกับ Urgent cost ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายออกไปทันทีทันใด - Controllable cost หมายถึงต้นทุนที่กิจการสามารถควบคุมได้ตรงข้ามกับ Uncontrollable cost- Escapable cost หมายถึงค่าใช้จ่ายที่กิจการสามารถหลีกเลี่ยงได้ ตรงข้ามกับ Inescapable or Unavoidable cost

6. ประเภทของต้นทุนแบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผลได้ (Output) ได้แก่

ก. ต้นทุนทางตรง เป็นต้นทุนที่เกิด กับหน่วยงานนั้น ๆ โดยตรง

ข. ต้นทุนทางอ้อม เป็นต้นทุนที่เกิดจากการใช้ประโยชน์ร่วมกันของหน่วยงานหรืออีกนัยหนึ่งคือ ต้นทุนทางอ้อมเป็นต้นทุนที่รับเอามาจากหน่วยงานอื่น เห็นได้ว่าต้นทุนสามารถแบ่งตามประเภทต่าง ๆ หลายชนิดตามวัตถุประสงค์ของการใช้ต้นทุน นอกจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นยังสามารถแบ่งได้เป็น ต้นทุนภายใน (Internal cost) และต้นทุนภายนอก (External cost) อีกด้วยเมื่อแยกประเภทของต้นทุนได้แล้ว จึงจะสามารถนำต้นทุนมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนากิจการได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น จึงมีการนำต้นทุนมาคำนวณในรูปแบบต่าง ๆ มากมายทั้งการหาต้นทุนประเภทต่าง ๆ ซึ่งไม่มีการเปรียบเทียบหรือการเปรียบเทียบต้นทุนกับผลได้ในรูปแบบต่าง ๆ ตามแต่ว่าจะนำไปใช้

ทัศนะของผู้ประเมิน (perspective or point of view) (วรนาท วัฒนา , 2538 : 5)

การประเมินต้นทุน จำเป็นต้องทราบว่าประเมินโดยทัศนะ หรือโดยสายตาของใคร เพราะการคำนวณต้นทุนและผลที่ได้จะแตกต่างกัน แล้วแต่ว่าประเมินโดยทัศนะ ของโรงพยาบาล หรือผู้ให้บริการ (provider) และของคนที่ใช้ (patient) หรือของสังคมโดยรวม (society) เช่น

- ต้นทุนในทัศนะของโรงพยาบาล หรือผู้ให้บริการ คือ ค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้บริการนั้น โดยจะไม่เท่ากับค่าบริการ (Charge) ที่คิดกับคนไข้
- ส่วนต้นทุนในทัศนะของคนไข้ คือ ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่คนไข้ต้องจ่ายในการมารับบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ เช่น การขาดงาน เป็นต้น
- ต้นทุนในทัศนะของสังคม จะเป็นผลรวมของทั้งหมดที่เกิดขึ้นในสังคม เช่น การทำลายสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกของชุมชนหรือสังคมต่อการบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ในการให้บริการสาธารณสุขนั้นล้วนก่อให้เกิดต้นทุนบริการขึ้นทั้งในผู้ให้บริการ(provider) และ ผู้รับบริการ (patient)

ในงานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาทางบัญชี (financial cost) เพื่อวิเคราะห์หาต้นทุน (cost identification analysis) ของโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง ในปีงบประมาณ 2549 (1 ตุลาคม 2548 -30 กันยายน 2549) ในทัศนะของผู้ให้บริการ (provider's viewpoint)

ต้นทุนของผู้ให้บริการ เกิดจาก

1. ต้นทุนค่าลงทุน (capital cost) ได้แก่ ค่าที่ดิน ค่าอาคาร ค่าครุภัณฑ์ต่างๆ
2. ต้นทุนค่าแรง (labour cost) ได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา
3. ต้นทุนค่าวัสดุ (material cost) ได้แก่ ค่าสาธารณูปโภค ค่าวัสดุต่างๆ ที่ใช้ใน

การให้บริการ

ต้นทุนของผู้รับบริการ เกิดจาก

1. ค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงิน เช่น ค่ารถ ค่ายา ค่าอาหาร ของตัวผู้รับบริการและญาติหรือผู้ที่เดินทางมาด้วย
2. ค่าใช้จ่ายที่ไม่เป็นตัวเงิน เช่น ค่าเสียโอกาส ระยะเวลาที่เดินทาง ระยะเวลาที่รอการรักษา ค่าแรงที่พึงได้แต่ไม่ได้ของผู้รับบริการและญาติหรือผู้ที่เดินทางมาด้วย

วิธีการประเมินประสิทธิภาพ (specific focus of economic evaluation) (ภิรมย์ กมลรัตนกุล
ประมวลสาระชุดวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขสำหรับผู้บริหารสาธารณสุข หน่วยที่ 6 -10 ,2544 :
238-261)

1. การวิเคราะห์ต้นทุน (cost identification)หรือการวิเคราะห์ต้นทุนที่น้อยที่สุด (cost minimization analysis) เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างบริการซึ่งคาดว่าจะให้ผลเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันว่าบริการชนิดใดให้ต้นทุนน้อยที่สุด เช่นเปรียบเทียบต้นทุนการให้วัคซีนป้องกันโรคหัด ระหว่างวิธีการให้ผ่านทางหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ กับวิธีให้ผ่านทางสถานบริการของรัฐ เมื่อผลที่ได้คือ จำนวนเด็กที่ได้รับการป้องกันโรคหัดจากทั้งสองวิธีได้ผลใกล้เคียงกัน วิธีนี้มีข้อจำกัดในกรณีที่ผลที่ได้ไม่เหมือนกัน

2. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost - Effectiveness Analysis) หรือ CEA เป็นการประเมินผลที่ได้ ซึ่งวัดออกมาในรูปของผลทางคลินิก เช่น จำนวนผู้ป่วยที่หายจากโรค จำนวนผู้ได้รับการป้องกันโรค จำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิต เป็นต้น นิยมคำนวณออกมาในรูปของ

- ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยผลผลิต (Cost per Outcome)
- ผลผลิตต่อค่าใช้จ่ายหนึ่งหน่วย (Outcome per Cost)
- ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นต่อผลผลิตที่เพิ่มขึ้น (incremental Cost per incremental Outcome)
- ต้นทุนที่เพิ่มจากการบริการ 1 หน่วย ต่อผลผลิตที่เพิ่มขึ้นจากการให้บริการเพิ่มขึ้น

1 หน่วย (Marginal Cost per marginal Outcome)

ข้อจำกัดของวิธี CEA นี้คือ ไม่สามารถวิเคราะห์ในกรณีที่ ผลได้ไม่เหมือนกันหรือวัดผลออกมาหลายอย่าง

3. การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ (Cost-Benefit Analysis) หรือ CBA เป็นการประเมินค่าต้นทุนและผลได้ทั้งหมดออกมาเป็นหน่วยเดียวกัน ซึ่งนิยมนิยามเป็นต้นทุน การวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 3 วิธี

3.1 ผลได้สุทธิ (Net Benefit) วิเคราะห์โดยประเมินค่าต้นทุนและผลได้ทั้งหมดเป็นต้นทุนแล้วนำมาเปรียบเทียบ

$$\text{Net Benefit} = \text{Total Benefit} - \text{Total Cost}$$

3.2 อัตราส่วนของผลได้ต่อต้นทุน 1 หน่วย (Benefit -Cost Ratio) เป็นการเปรียบเทียบอัตราส่วนของผลได้ต่อต้นทุน 1 หน่วย ซึ่งการตัดสินใจลงทุนที่เหมาะสม ควรลงทุนเมื่อค่า Benefit per Cost มีค่ามากกว่า 1

4. การวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้ที่เพิ่มขึ้น (Incremental Analysis) เป็นการเปรียบเทียบต้นทุนที่เพิ่มขึ้น ระหว่างกิจกรรมหรือโครงการ

$$\text{Incremental Ratio} = \frac{\text{Incremental Cost}}{\text{Incremental Benefit}}$$

ข้อจำกัดของการวิเคราะห์ CBA คือต้องมีการรวบรวมข้อมูลเป็นจำนวนมาก และต้องกำหนดเงื่อนไขหลายประการ เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล อีกทั้งยังต้องเปลี่ยนข้อมูลให้อยู่ในรูปตัวเงิน จึงมีปัญหาเรื่องความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือและความยอมรับ เช่น การประเมินมูลค่าของชีวิตเป็นตัวเงิน หรือการประเมินมูลค่าการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน เป็นต้น

5. การวิเคราะห์ต้นทุน - อรรถประโยชน์ (Cost - Utility Analysis) หรือ CUA จะวัดผลได้ในรูปสถานะของสุขภาพ (natural unit) โดยประเมินค่าออกมาเป็นคุณภาพชีวิต (Quality Of Life หรือ Utility Unit) อันได้แก่จำนวน วัน หรือ ปี ที่สุขภาพสมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีสมรรถภาพ นิยมปรับเป็นหน่วยของ QALYs (Quality Adjusted Life Years) แล้วนำมาเปรียบเทียบกัน

การประเมินต้นทุน จำเป็นต้องทราบว่าจะประเมินโดยทัศนะ หรือโดยสายตาของใคร เพราะการคำนวณต้นทุนและผลที่ได้จะแตกต่างกัน แล้วแต่จะประเมินโดยทัศนะ ของโรงพยาบาล หรือผู้ให้บริการ (Provider) และของคนไข้ (Patient) หรือของสังคมโดยรวม (Society) ในการให้บริการสาธารณสุขนั้นล้วนก่อให้เกิดต้นทุนบริการขึ้นทั้งในผู้ให้บริการ(Provider) และ ผู้รับบริการ (Patient) ในงานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาทางบัญชี (Financial cost) เพื่อวิเคราะห์หาต้นทุน (Cost Identification Analysis) ของโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง ในปีงบประมาณ 2549 (1 ต.ค. 48 - 30 ก.ย. 49) ในทัศนะของผู้ให้บริการ (Provider's Viewpoint) โดยต้นทุนของผู้ให้บริการ เกิดจากต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost) ได้แก่ ค่าที่ดิน ค่าอาคาร ค่าครุภัณฑ์ต่างๆ ต้นทุนค่าแรง (Labour Cost) ได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost) ได้แก่ ค่าสาธารณูปโภค ค่าวัสดุต่างๆ ที่ใช้ในการให้บริการ ต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) ต้นทุนแปรผันต่อหน่วยของปริมาณการผลิต จะเป็นค่าคงที่ โดยพบว่าค่าดังกล่าวจะไม่เปลี่ยนไปตามปริมาณการผลิต ต้นทุนคงที่ต่อหน่วย ต้นทุนคงที่ต่อหน่วยจะเปลี่ยนแปลงไปตามปริมาณการผลิต คือถ้าปริมาณการผลิตเพิ่มขึ้นต้นทุนคงที่ต่อหน่วยจะลดลงในสัดส่วนเดียวกัน และถ้าปริมาณต้นทุนการผลิตลดลงต้นทุนคงที่ต่อหน่วยจะเพิ่มขึ้นในสัดส่วนเดียวกัน ต้นทุนกึ่งแปรผันต่อหน่วย จะเปลี่ยนแปลงไปตามปริมาณการผลิตเหมือนกรณีของต้นทุนกึ่งแปรผันรวม แต่เปอร์เซ็นต์การเปลี่ยนแปลงจะไม่เป็นสัดส่วนเดียวกันกับปริมาณการผลิต

3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการภายใต้การบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้รับการคาดหวังเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยทั่วประเทศ โรงพยาบาลชุมชนถือกำเนิดมาจาก “โอสถศาลา” เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2456 มีการให้บริการรักษา การปลูกฝี กล่าวคือ เป็นการบริการผสมผสานทั้งการรักษาและการป้องกันโรค (สุวิทย์ วินุลผลประเสริฐ, 2535) โรงพยาบาลชุมชนได้มีการปรับเปลี่ยนในด้านต่างๆ มาเป็นลำดับ จนถึงจุดเปลี่ยนสำคัญในช่วงปี พ.ศ.2515 ถึง พ.ศ. 2525 กล่าวคือ มีการเปลี่ยนชื่อจากสถานีอนามัยชั้น 1 เป็นศูนย์การแพทย์และอนามัย (2517) เป็นโรงพยาบาลอำเภอ (2518) และเป็นโรงพยาบาลชุมชน (2525) โดยในด้านโครงสร้างได้มีพัฒนาตั้งแต่ปี พ.ศ.2519 เป็นต้นมา มีการขยายขอบเขตความสามารถในการให้บริการ จากเดิมไม่มีเตียงรับผู้ป่วย จนกระทั่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 10, 30 , 60 ,90 และ 120 เตียง เช่นปัจจุบัน และด้านบุคลากร ปัจจุบันมีบุคลากรตั้งแต่แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และอื่นๆ เกือบ 20 สาขาด้านบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนนั้น องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความ ของโรงพยาบาลโดยทั่วไปไว้ว่า ต้องครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบของโรงพยาบาล ไม่ได้จำกัดเฉพาะด้านการแพทย์และสาธารณสุข เท่านั้น แต่ต้องเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและชุมชนด้วย (integral part of a social and medical organization)
2. บริการของโรงพยาบาลต้องครอบคลุมครบถ้วนทั้งด้านการรักษาและการส่งเสริมป้องกัน (provide,comprehensive health care, both curative and preventive services)
3. บริการของโรงพยาบาลต้องไม่จำกัดเฉพาะอยู่ในโรงพยาบาล ต้องเข้าไปสู่ชุมชนด้วย (outpatientservice reach out to the family in its home environment)
4. โรงพยาบาลต้องเป็นศูนย์ฝึกอบรมและวิจัย เพื่อพัฒนานักวิชาการและพัฒนาระบบ-สาธารณสุข (A Center for the training of health workers and for biosocial research)

ปัจจุบัน มีโรงพยาบาลชุมชนเปิด ดำเนินการ 713 แห่ง จำนวนเตียงรวม 27,430 เตียง (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540) โดยเป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง จำนวน 94 แห่ง (13.2%), ขนาด 30 เตียง 429 แห่ง (60.2%), ขนาด 60 เตียง 127 แห่ง (17.8%) ขนาด 90 เตียง 52 แห่ง (7.3%) และโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง จำนวน 11 แห่ง (1.5%) ผลงานด้านบริการรักษาพยาบาล พบว่ามีผู้รับบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นทุกปี และบริการผู้ป่วยในมีอัตราการครอง-เตียงสูงมากกว่า จำนวนเตียงที่สามารถให้บริการได้อย่างไรก็ตาม ในท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจและสังคมเช่นในปัจจุบัน โรงพยาบาลชุมชนก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงที่จะต้องปรับตัว

ในการพัฒนาในทุกด้านเช่นเดียวกับหน่วยงานในสาขาอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาด้านการบริหาร เนื่องจากจะเป็นจุดเริ่มสำหรับการพัฒนาด้านอื่นๆ ในลำดับต่อไป รูปธรรมที่ชัดเจนของการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญคือ การเปิดให้บริการที่เพิ่มขึ้นอย่างมากมาของโรงพยาบาลเอกชนไม่ว่าจะเป็นในเมืองขนาดใหญ่หรือเมืองขนาดรอง และได้้นำแนวคิดการบริหารงานในระบบธุรกิจและการตลาดมาใช้อย่างกว้างขวางมากขึ้น ในสภาพตลาดการแข่งขันการบริการด้านการแพทย์สาธาณสุขดังกล่าวนี้ มีโรงพยาบาลชุมชนบางส่วนได้พยายามนำแนวคิดการบริหารทางธุรกิจ เช่น reengineering, TQM หรือ รูปแบบอื่นๆ มาทดลองใช้ในเบื้องต้นบ้างแล้ว แต่ยังไม่ได้มีการรวบรวมติดตามว่าได้มีการดำเนินการอย่างไร ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวประการใด มีบทเรียนที่สมควรเผยแพร่และแลกเปลี่ยนให้โรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ได้เรียนรู้หรือไม่

การแก้ไขปัญหานี้ ดร.รุ่ง แก้วแดง ได้เสนอแนวคิดในการวัดผลการดำเนินงานไว้ว่า ควรประเมินอย่างน้อยใน 5 ประเด็น คือ

1. ผลการปฏิบัติงานเชิงปริมาณ ซึ่งจะสามารถกำหนดได้ค่อนข้างมาก
2. ผลการปฏิบัติงานเชิงคุณภาพ
3. คุณภาพของบริการ ประเมินจากผู้รับบริการว่าได้รับความพึงพอใจมากน้อยเพียงใด
4. ความรวดเร็ว โดยเปรียบเทียบกับ การปฏิบัติงานเดิม และกำหนดไว้เป็นเกณฑ์วัด
5. ค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายต่อหน่วยจะทำให้สามารถเปรียบเทียบได้ชัดเจน

หรือกล่าวในด้านการปฏิบัติงานเชิงระบบ ได้แก่ การประเมินผลใน 3 ส่วน คือ

- การประเมินตัวป้อน (input) ว่ามีการใช้คน เทคโนโลยี และค่าใช้จ่ายอย่างไรเป็นจำนวนเท่าใด

- การประเมินกระบวนการ (process) ซึ่งกระบวนการที่พึงประสงค์ควรเป็นกระบวนการ ที่สั้น ง่าย ใช้ระเบียบน้อย มอบอำนาจ และกระจายอำนาจ

- การประเมินผลลัพธ์ (output) ได้แก่ คุณภาพของผลงาน ความพอใจของผู้รับบริการและความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

ประวิทย์ ลีสถาพรวงศ์; ระพี ศรีนวล สำนักงานปฏิรูประบบสาธารณสุข (2541): **การยกเครื่อง (Reengineering) โรงพยาบาลชุมชน**

ความจำกัดของทรัพยากรเป็นสิ่งที่ประเทศเรากำลังเผชิญอยู่และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพถือเป็นหัวใจของทุก ๆ องค์กร การบริหารและวางแผนในการจัดบริการในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็ต้องอาศัยข้อมูลของโครงสร้างต้นทุนของบริการในส่วนต่าง ๆ รวมทั้งการวิเคราะห์ถึงต้นทุนสามารถช่วยลดต้นทุนลงได้โดยผลลัพธ์คงเดิมต้นทุนการผลิตต่อหน่วยคือ

ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการผลิตสินค้าหรือบริการต่อหน่วยต้นทุนต่อบริการคือต้นทุนที่ใช้ในการบริการคนไข้ 1 คน หรือค่าใช้จ่ายของผู้ให้บริการต่อคนไข้

กัญญา ดิษยาธิคมและคณะ (2544) : คู่มือการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก มีจำนวนเตียงระหว่าง 30-120 เตียง ตั้งอยู่ในระดับอำเภอ จึงนับเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่มี ทำเลที่ตั้งอยู่ใกล้ชุมชนที่สุด ปัจจุบันมีจำนวน 716 แห่ง และมีแผนจะขยายเพิ่มเป็น 750 แห่ง ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540-2544) การวิเคราะห์หาต้นทุนของโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อ ทราบว่า โรงพยาบาลต้องใช้ทรัพยากรด้านต่างๆ ในการดำเนินงานเท่าไร ประโยชน์ที่ได้ก็เพื่อได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐที่เพียงพอเหมาะสมและเพื่อตั้งราคาเก็บค่าบริการจากผู้ป่วย หรือจากองค์กรผู้จ่ายเงิน ในอัตราที่คุ้มทุนเพื่อโรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อระบบสาธารณสุขในประเทศต่างๆ ปฏิรูปเพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพ การหาต้นทุนในโรงพยาบาลรัฐ จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำสัญญา ซื้อ-ขาย บริการกัน ระหว่าง องค์กรบริหารสาธารณสุข (ทำหน้าที่ผู้ซื้อ – purchaser) กับ โรงพยาบาลของรัฐผู้ให้บริการ (ทำหน้าที่ผู้ขายบริการ – provider) การหาต้นทุนจึงมีประโยชน์ในการปฏิรูปเพิ่มพูนประสิทธิภาพ รวมทั้งการควบคุมต้นทุนในสิ่งที่พอควบคุมได้ (Controllable cost) และพัฒนาระบบบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยไม่ได้มีจุดประสงค์เพียงเพื่อทราบขนาดของต้นทุนโรงพยาบาลเท่านั้น

ขั้นตอนการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาล

ต้นทุนการผลิตบริการต่างๆ ในโรงพยาบาลมีความสลับซับซ้อน เพราะแต่ละหน่วยงาน มักมีผลผลิตหลายอย่างที่ไม่เหมือนกัน และผลผลิตโดยรวมของโรงพยาบาล คือการดูแลผู้ป่วย ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้รับบริการในชุมชน ก็มีหลากหลายแตกต่างกัน ดังนั้นจึงต้องมีการรับและส่งต้นทุนซึ่งกันและกัน ตามลักษณะหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาลที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน ผลสุดท้ายต้นทุนทั้งหมดก็จะมาตกที่หน่วยรับต้นทุน ซึ่งเป็นหน่วยสุดท้ายที่จะนำมาวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย การวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 จัดหน่วยงานหรือฝ่ายต่างๆ ของโรงพยาบาลชุมชน ออกเป็นกลุ่มหน่วยต้นทุน(Cost center identification and grouping)

ขั้นตอนที่ 2 หาต้นทุนรวมโดยตรงของแต่ละหน่วยต้นทุน(Direct cost determination)

ขั้นตอนที่ 3 หาต้นทุนทางอ้อมของแต่ละหน่วยต้นทุน(Indirect cost allocation)

ขั้นตอนที่ 4 หาต้นทุนต่อหน่วย(Unit cost calculation)

ต้นทุนหมายถึง ต้นทุนทางบัญชี (Accounting cost) ได้แก่จำนวนเงินที่จ่ายไปเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิต (Final product or output) หรือบริการในการดำเนินการจัดบริการเพื่อสุขภาพอนามัยแก่ผู้มารับบริการ ต้นทุนรวมโดยตรงของแต่ละหน่วยงานได้จากผลรวมของต้นทุนค่าแรง (Labor cost) ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost) และต้นทุนค่าเสื่อมราคาของรายจ่ายค่าลงทุน (Capital depreciation cost) ทั้งที่จ่ายจากเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณอื่นๆทุกแหล่งที่มีการจ่ายจริง

$\text{Total direct cost} = \text{Labor cost} + \text{Material cost} + \text{Capital cost}$ ในการวิเคราะห์ต้นทุนสามารถ

วิเคราะห์ได้ภายในกรอบที่ต้องการ เช่น วิเคราะห์แค่ต้นทุนดำเนินการ คือ ต้นทุนที่ประกอบด้วยค่าแรง และค่าวัสดุเท่านั้น อาจเนื่องจากความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่องของค่าลงทุน ก็อาจเริ่มจากการวิเคราะห์ต้นทุนดำเนินการก่อนในปีแรกๆ

การเก็บรวบรวมต้นทุนค่าแรง (Labor cost: LC)

1) ประกอบด้วย เงินเดือน ค่าล่วงเวลา เบี้ยเลี้ยง ค่ารักษาพยาบาล และสวัสดิการอื่นๆ

2) แหล่งข้อมูล ได้จากบัญชีเงินเดือน บัญชีรายจ่ายค่าล่วงเวลาประจำเดือน บัญชี

รายจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยง บัญชีรายจ่าย สวัสดิการรักษายาพยาบาล และบัญชีเงินสด ฯลฯ หากโรงพยาบาลใดมีฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ก็จะทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลสะดวกขึ้น แต่จะต้องสำรวจบุคลากรให้ตรงกับหน่วยต้นทุนที่บุคลากรนั้นๆปฏิบัติงานจริง

3) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานหลายหน่วยต้นทุน เช่น แพทย์ ได้จัดสรรค่าแรงตามสัดส่วนการปฏิบัติงานในหน่วยต้นทุนต่างๆ โดยใช้เกณฑ์การกระจายเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรนั้นๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูลค่าแรง อาจแยกเป็นเป็นรายบุคคล แล้วนำมารวมเป็นรายหน่วยต้นทุน เพื่อหาต้นทุนโดยตรงของแต่ละหน่วยต้นทุนนั้นๆ ค่าแรงสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือค่าแรงที่มาจากงบประมาณ เช่น เงินเดือน ค่าจ้างและที่จ่ายจากเงินบำรุง หรือจ่ายจากเงินประกันสังคม ซึ่งโรงพยาบาลอาจจะมาปันจ่ายให้กับบุคลากร เป็นสวัสดิการต่างๆการเก็บรวบรวมข้อมูลควรให้ครอบคลุมทั้งหมด หากต้องการรายละเอียดก็อาจแบ่งส่วนได้ว่าเงินนั้นๆมาจากแหล่งเงินใดต้นทุนค่าแรง ส่วนที่เป็นสวัสดิการ (ค่าเช่าบ้าน ค่าช่วยเหลือบุตร ค่ารักษาพยาบาล) ไม่ควรเก็บข้อมูลแยกเป็นรายบุคคลแล้วรวมขึ้นเป็นต้นทุนตามหน่วยต้นทุน เพราะสวัสดิการดังกล่าวไม่เกี่ยวข้องกับการต้นทุนการผลิตโดยตรง ไม่ควรให้ภาระของรายจ่ายสวัสดิการ ตกอยู่กับแผนกใดแผนกหนึ่ง เพราะ”บังเอิญ” มีผู้พึงพิงสวัสดิการมากกว่าแผนกอื่น รายจ่ายด้านสวัสดิการทั้งหมด จึงควรไว้ที่แผนกบริหาร แล้วใช้เกณฑ์กระจายที่เหมาะสมกับจำนวนคนในแผนกต่างๆ

ต้นทุนค่าวัสดุของโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย วัสดุหลัก 3 กลุ่มด้วยกัน คือ

1. วัสดุที่เบิกจากหน่วยจ่ายกลาง (ได้แก่ วัสดุสำนักงาน, วัสดุก่อสร้าง, วัสดุงานบ้าน, วัสดุซ่อมแซม เป็นต้น) ในส่วนนี้ฝ่ายบริหารเป็นผู้รับผิดชอบควบคุมพัสดุดังกล่าว

2. ยาและเวชภัณฑ์เบิกจากเภสัชกรรม ฝ่ายเภสัชกรรมรับผิดชอบการสั่งซื้อยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้แก่ วัสดุวิทยาศาสตร์ ของ งานรังสีวิทยา และงานชันสูตร ในทางปฏิบัติอาจแบ่งให้งานรังสีวิทยา และงานชันสูตร สั่งซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์เองหรือควบคุมเป็นบางรายการ

3. สาธารณูปโภคประกอบด้วยค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา ค่าไปรษณีย์ ค่าโทรศัพท์ ค่าโทรสาร ฝ่ายบริหารงานเป็นผู้รับผิดชอบนอกจากนี้วัสดุที่หน่วยต้นทุนเป็นผู้ใช้โดยตรงโดยไม่ใช้ร่วมกับหน่วยต้นทุนอื่นๆ ได้แก่ วัสดุอาหาร วัสดุวางแผนครอบครัว วัสดุทันตกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์ที่ใช้ในงานชันสูตร งานรังสีวิทยา เป็นต้น

การเก็บรวบรวมต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost : CC)

ต้นทุนค่าลงทุนได้จากการคิดค่าเสื่อมราคา(Depreciation) ด้วยการแบ่งต้นทุนของสินทรัพย์ถาวรออกเป็นส่วนๆเพื่อจัดเป็นค่าใช้จ่ายประจำงวดที่ได้รับประโยชน์จากการใช้สินทรัพย์ถาวรนั้นๆ โดยใช้วิธี การคิดค่าเสื่อมราคาตามวิธีเส้นตรงหรือจำนวนคงที่เท่าๆ กันทุกปี (Straight line or fixed installments method)

$$\text{ค่าเสื่อมราคาหนึ่งปี} = \frac{\text{ราคาทุน-ราคาซาก}}{\text{อายุการใช้งาน(ปี)}}$$

เช่น รถยนต์ของโรงพยาบาลชุมชนราคาคันละ 6 หมื่นบาท ในปี 2540 มีอายุการใช้งาน 5 ปี

$$\text{ค่าเสื่อมราคาหนึ่งปี} = 60,000 - 0 \div \text{หารด้วยอายุการใช้งานของรถยนต์} = 5 \text{ ค่าเสื่อมราคาเท่ากับ } 12,000 \text{ บาท ต่อปี}$$

โดยในที่นี้จะกำหนดราคาซากให้เท่ากับ 0 ต้นทุนค่าลงทุนนั้นจะประกอบด้วยค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ และค่าเสื่อมราคาของอาคารสิ่งก่อสร้าง ดังนั้นในการเก็บข้อมูลควรแยกเก็บ โดยเก็บเฉพาะข้อมูลของครุภัณฑ์ และ อาคารสิ่งก่อสร้างที่ยังไม่เกินอายุการใช้งานอายุของการใช้งานครุภัณฑ์ในประเทศไทยยังไม่มีกรรวบรวมและตีพิมพ์เผยแพร่มากนักเช่นในต่างประเทศ ซึ่งปัจจุบันนิยมอ้างอิงของสมาคมโรงพยาบาลอเมริกัน American Hospital Association, 1988 (อ้างใน สุกัลยา คงสวัสดิ์, 2538 หน้า 19) ในการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยมักจะใช้อายุการใช้งานของครุภัณฑ์เท่ากับ 5 ปี เป็นค่าเฉลี่ยของอายุการใช้งานครุภัณฑ์ทุกชนิด ส่วนอาคารสิ่งก่อสร้าง นิยมใช้อายุการใช้งาน เท่ากับ 20 ปี

เศรษฐศาสตร์เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างไร ?

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับ Health care system ให้กระจ่างนั้นควรต้องกำหนดประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ทรัพยากรทางเศรษฐศาสตร์ที่แท้จริง
2. พิจารณาทรัพยากรใด จะนำไปใช้ในภาคสาธารณสุข
3. พิจารณาต่อไปถึงการบริการสาธารณสุข จะใช้ทรัพยากรใดบ้าง
4. การบริการเหล่านี้ ประชาชนจะเข้าถึงการใช้บริการอย่างไร
5. ผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนจากการใช้ประโยชน์จากการบริการนั้น
อย่างไร

ผศ.นพ.รณภพ เอื้อพันธเศรษฐ

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผลงานด้านบริการรักษาพยาบาล พบว่ามีผู้รับบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นทุกปี และบริการผู้ป่วยในมีอัตราการครองเตียงสูงมากกว่า จำนวนเตียงที่สามารถให้บริการได้อย่างไรก็ตาม ในท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมด้านเศรษฐกิจและสังคมเช่นในปัจจุบัน โรงพยาบาลชุมชนก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงที่จะต้องปรับตัวในการพัฒนาในทุกด้านเช่นเดียวกับหน่วยงานในสาขาอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาด้านการบริหาร เนื่องจากจะเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับการพัฒนาด้านอื่นๆ ในลำดับต่อไป โรงพยาบาลต้องใช้ทรัพยากรด้านต่างๆ ในการดำเนินงานเท่าไร ประโยชน์ที่ได้ก็เพื่อได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐที่เพียงพอเหมาะสมและเพื่อตั้งราคาเก็บค่าบริการจากผู้ป่วย หรือจากองค์กรผู้จ่ายเงิน ในอัตราที่คุ้มทุนเพื่อโรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อระบบสาธารณสุขในประเทศต่างๆ ปฏิรูปเพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพ การหาต้นทุนในโรงพยาบาลรัฐ จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำสัญญา ซื้อ-ขายบริการกัน ระหว่าง องค์กรบริหารสาธารณสุข (ทำหน้าที่ผู้ซื้อ – purchaser) กับโรงพยาบาลของรัฐผู้ให้บริการ (ทำหน้าที่ผู้ขายบริการ – provider) การหาต้นทุนจึงมีประโยชน์ในการปฏิรูปเพิ่มพูนประสิทธิภาพ รวมทั้งการควบคุมต้นทุนในสิ่งที่พอควบคุมได้ (Controllable cost) และพัฒนาระบบบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เมทินี เพชรจู (2542) การศึกษาดัชนีต้นทุนต่อหน่วยรพพยาบาลในโรงพยาบาลจังหวัดพังงา ในปีงบประมาณ 2539 พบว่า มีต้นทุนต่อหน่วยที่แตกต่างกันมากตั้งแต่ 1,180 – 4,872 บาท โดยองค์ประกอบของต้นทุนจะเป็นค่าลงทุนหรือค่าแรงในสัดส่วนร้อยละ 30-63 โดยมีต้นทุนค่าวัสดุเพียงร้อยละ 5-19 ภาพรวมในจังหวัดพังงามีต้นทุนรวมโดยตรงในปี 2539 ของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่งมีค่าประมาณ 2.0 ล้านบาทต่อปี จากการอภิปรายผลการศึกษาพบว่าข้อมูลส่วนใหญ่เป็น

ข้อมูลด้านการเงิน และสถิติบริการ ในระบบข้อมูลของโรงพยาบาล ข้อมูลด้านการเงิน เงินเดือน ค่าแรงแและการส่งต่อของเจ้าหน้าที่พบว่ามีการบันทึกอย่างเป็นระบบและค่อนข้างสมบูรณ์ เชื่อถือได้ โดยในส่วนของขนาดของต้นทุน ในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดพังงามีความแตกต่างกันมาก ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อ จากการคิดต้นทุนต่อระยะทางที่ส่งต่อเป็นกิโลเมตร ในโรงพยาบาลที่มีการส่งต่อค่อนข้างมากต้นทุนต่อหน่วยจะต่ำกว่า มีค่าตั้งแต่ 11.25-29.92 บาท/กิโลเมตร ในขณะที่โรงพยาบาลที่มีการส่งต่อน้อยกว่าต้นทุนต่อหน่วยจะสูงกว่าคือ 31.84 – 132.18 บาท / กิโลเมตร ในขณะที่ยังไม่มีการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของรพพยาบาลในระดับจังหวัด และภาคอื่น (เมทินี เพชรจุ, 2542)

เพ็ญศรี เทียมทินกฤต (2538) สภาพการปฏิบัติงานในระบบส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดแพร่ และโรงพยาบาลแพร่

พบว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลแพร่และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดแพร่มีความเห็นด้วยอย่างยิ่งในประเด็นที่ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดระเบียบวิธีรับ-ส่ง ผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาต่อไว้ดีแล้วระบบการส่งต่อผู้ป่วย จำเป็นสำหรับการให้บริการสาธารณสุขของไทย

ทั้งนี้เพราะระบบการส่งต่อผู้ป่วยจะช่วยเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ป่วยที่ยากจนและส่วนใหญ่ก็จะอยู่ในชนบทที่ห่างไกลความเจริญ ดังนั้นการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจึงมีส่วนช่วยให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากโรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ในเขตเมืองหรือโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งโดยลำพังตนเองแล้วผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถมารับการรักษาพยาบาลด้วยตนเองได้ ดังนั้นระบบการส่งต่อผู้ป่วยจึงเป็นความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในชนบท

ส่วนในระดับความคิดเห็นที่ไม่เห็นด้วย ทั้งสองกลุ่มโรงพยาบาลยังมีความคิดเห็นสอดคล้องกันอีกใน 2 ประเด็น ได้แก่

1. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยมีการติดตามประเมินผลเหมาะสมดี
2. สภาพปัจจุบันในระบบการส่งต่อผู้ป่วย ถือว่าอยู่ในสภาพเหมาะสมแล้ว

สำหรับในเรื่องการดำเนินงาน ความคิดเห็นในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่งจะมีเฉพาะผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น ในประเด็นที่ว่ากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยช่วยให้มีการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการส่งต่อมักจะมาจากโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานอนามัย ซึ่งในสถานพยาบาลดังกล่าวยังขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดยาและอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้สำหรับการรักษาโรคของผู้ป่วย ดังนั้นการส่งต่อผู้ป่วยจะช่วยให้การได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพมากขึ้น

วลัยพร เทียวพิพิชร และคณะ (2547) การดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาล ภายใต้
โครงการสร้างหลักประกันสุข ภาพถ้วนหน้า

พบว่า การดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโครงสร้างการดำเนินการที่ชัดเจน โดย
ดำเนินการร่วมกันหลายหน่วยงานภายในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยนอกที่ข้ามขั้นตอนมารักษาที่
โรงพยาบาลอื่นมีเพียงร้อยละ 10 ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลนั้น มีการส่งต่อไปที่
โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ภายในจังหวัดคิดเป็นร้อยละ 5.7 และ
79.0 ตามลำดับ การประสานงานก่อนส่งต่อส่วนใหญ่เป็นการประสานงานทางโทรศัพท์ร้อยละ 79.4
ยานพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วย มีไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 55.4 การมีเจ้าหน้าที่นำผู้ป่วยไปส่งต่อมี
สูงถึงร้อยละ 96.0 การส่งต่อผู้ป่วยเมื่อยานพาหนะของโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่จะขอ
ความร่วมมือจากหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐอื่นๆ หรือให้ผู้ป่วยหรือญาติจัดหาพาหนะเดินทาง
ไปเอง ร้อยละ 72.8 การเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกนั้น มีการเรียกเก็บจาก
โรงพยาบาลที่ส่งต่อนอกจังหวัดร้อยละ 29.0 เรียกเก็บจากผู้ป่วย ร้อยละ 10.8 ที่เหลือเรียกเก็บจาก
จังหวัดและส่วนกลางวิจารณ์และสรุป การศึกษาครั้งนี้ ยังพบเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการให้
การดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อไม่เพียงพอ จำนวนเตียงเพื่อรับผู้ป่วยไม่เพียงพอ ขาดข้อมูลและแนว
ทางการดำเนินการร่วมกัน จึงควรให้มีคู่มือหรือแนวทางในการดำเนินการร่วมกัน จัดให้มี
ผู้รับผิดชอบและจัดตั้งศูนย์เพื่อการรับส่งผู้ป่วยโดยเฉพาะ สนับสนุนอุปกรณ์การส่งต่อ พร้อมทั้ง
พัฒนาความรู้บุคลากร ตลอดจนพัฒนาการตรวจสอบสิทธิผู้ป่วย และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่
รวดเร็ว

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย จะช่วยเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ป่วยที่ยากจนและส่วนใหญ่ก็จะอยู่
ในชนบทที่ห่างไกลความเจริญ ดังนั้นการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจึงมีส่วนช่วยให้ได้รับการดูแล
เอาใจใส่จากโรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ในเขตเมืองหรือโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งโดยลำพังตนเองแล้ว
ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถมารับการรักษาพยาบาลด้วยตนเองได้ ดังนั้นระบบการส่งต่อผู้ป่วยจึงเป็น
ความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในชนบท การวิจัยพบว่า มีต้นทุนต่อหน่วย
ของการส่งต่อผู้ป่วยต่อครั้งที่แตกต่างกันมากตั้งแต่ 1,180 – 4,872 บาท (เมทินี เพชรชู ,2542) โดย
องค์ประกอบของต้นทุนจะเป็นค่าลงทุนหรือค่าแรงในสัดส่วนร้อยละ 30-63 โดยมีต้นทุนค่าวัสดุ
เพียงร้อยละ 5-19 ภาพรวมในจังหวัดพังงามีต้นทุนรวมโดยตรงในปี 2539 ของโรงพยาบาลชุมชน
ทั้ง 7 แห่งมีค่าประมาณ 2.0 ล้านบาทต่อปี จากการคิดต้นทุนต่อระยะทางที่ส่งต่อเป็นกิโลเมตร ใน
โรงพยาบาลที่มีการส่งต่อค่อนข้างมากต้นทุนต่อหน่วยจะต่ำกว่า มีค่าตั้งแต่ 11.25-29.92 บาท/
กิโลเมตร ในขณะที่โรงพยาบาลที่มีการส่งต่อน้อยกว่าต้นทุนต่อหน่วยจะสูงกว่า

คือ 31.84 – 132.18 บาท /กิโลเมตร ในขณะที่ยังไม่มีการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของรถพยาบาลใน
ระดับจังหวัด และภาคอื่น