



วิทยานิพนธ์

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการบริการตรวจระบบทางเดินอาหาร โดย
การส่องกล้องของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษา
โรงพยาบาลศิริราช

**Cost Analysis Per Unit Gastric Intestinal by Endoscope of
A Universal Health Care Scheme: A Case Study of
Siriraj Hospital**

นางสาวราตรี แสนทิพย์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พ.ศ. 2550



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต

ปริญญา

เศรษฐศาสตร์
สาขา

เศรษฐศาสตร์
ภาควิชา

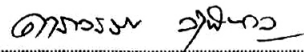
เรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการบริการตรวจระบบทางเดินอาหาร โดยการส่องกล้องของ
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาโรงพยาบาลศิริราช

Cost Analysis Per Unit Gastric Intestinal by Endoscope of A Universal Health
Care Scheme: A Case Study of Study of Siriraj Hospital

นามผู้วิจัย นางสาวราตรี แสนทิพย์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

ประธานกรรมการ



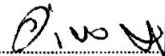
(รองศาสตราจารย์ดราวรรณ วิรุฬผล, Ph.D.)

กรรมการ



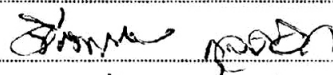
(อาจารย์วุฒิภัทร์ พลทรัพย์, Ph.D.)

กรรมการ



(รองศาสตราจารย์อำนาจ วีระวัฒน์, วท.ม.)

หัวหน้าภาควิชา



(รองศาสตราจารย์จิรพรรณ กุลดิลก, ศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว



(รองศาสตราจารย์วินัย อาจคงหาญ, M.A.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 22 เดือน พ.ค. พ.ศ. 2550

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการบริการตรวจระบบทางเดินอาหาร โดยการส่องกล้องของโครงการ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาโรงพยาบาลศิริราช

Cost Analysis Per Unit Gastric Intestinal by Endoscope of A Universal Health Care
Scheme: A Case Study of Study of Siriraj Hospital

โดย

นางสาวราตรี แสนทิพย์

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต
พ.ศ. 2550

ราตรี แสนทิพย์ 2550: การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการบริการตรวจระบบทางเดินอาหาร โดยการส่งกล้องของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษา โรงพยาบาลศิริราช ปรินญาเศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์ ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ ประชานกรรมการที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ดาราวรรณ วิรุพผล, Ph.D. 93 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาต้นทุนและการให้บริการในการส่งกล้องด้วยกล้องเอนโดสโคปของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามหัตถการที่มาตรวจ 3 อันดับแรก ได้แก่ การส่งกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น การส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการส่งกล้องตรวจในท่อน้ำดีและตับอ่อน โดยศึกษาเฉพาะต้นทุนหน่วยงานบริการโดยตรงและหน่วยวิสัญญีแพทย์ การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งเก็บรวบรวมจากโรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2549

ผลการศึกษาด้านต้นทุนต่อการส่งกล้องตรวจในหน่วยบริการโดยตรงและหน่วยวิสัญญีแพทย์ ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของหัตถการการบริการส่งกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารทั้ง 3 อันดับแรกปรากฏดังนี้ ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของหัตถการการบริการส่งกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นเท่ากับ 5,352.77 บาทต่อครั้ง ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของหัตถการการบริการส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนักเท่ากับ 7,013.42 บาทต่อครั้ง และต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของหัตถการการบริการส่งกล้องตรวจในท่อน้ำดีและตับอ่อนเท่ากับ 27,379.86 บาทต่อครั้ง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้ ต้นทุนในการให้บริการหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหารโดยการส่งกล้องของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีต้นทุนสูง โรงพยาบาลควรมีการกำหนดราคามาตรฐาน ในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาโดยการส่งกล้องจากโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อโรงพยาบาลจะได้ไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมดตามความเป็นจริง

ราตรี แสนทิพย์

ลายมือชื่อนิติ

ด.ญ. ๑๙๐๖

ลายมือชื่อประธานกรรมการ

12 / ๑๑ / ๒๕๕๐

Ratree Santid 2007: Cost Analysis Per Unit Gastric Intestinal by Endoscope of A Universal Health Care Scheme: A Case Study of Siriraj Hospital. Master of Economics, Major Field: Economics, Department of Economics. Thesis Advisor: Associate Professor Darawan Virunhaphol, Ph.D. 93 pages.

A Study has objectives as follows, i.e., to determine cost of endoscopic services under Government's Health Care Program upon three type of medical 1) endoscopic procedures as esophagogastroduodenoscopy (EGD) 2) colonoscopy and 3) endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). An analysis used secondary data procedure, to estimate cost of endoscopic intervention and anesthetic services.

The result of the study indicated that the average cost of each session of gastrointestinal endoscopic procedures were 5,352.77 bath , 7,013.42 bath , and 27,379.86 bath for EGD, colonoscopy, and ERCP respectively. The conclusion suggested that total cost of the program for gastrointestinal endoscopy is quite high and the hospital should make list of standard prices in order to make a reference to her patients.

Ratree Santid.

Student's signature

Darawan Virunhaphol

Thesis Advisor's signature

12 / May / 2007

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงยิ่งของ รองศาสตราจารย์ดาราพรรณ วิรุฬผล ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์วัลลภกร์ พลทรัพย์ กรรมการวิชาเอก รองศาสตราจารย์อำนาจ ชีระวนิช กรรมการวิชาการ และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิศิษฐ์ ลิ้มสมบุญชัย ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ ตลอดจนคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา รวมถึงผู้เขียนตำรา เอกสาร บทความต่างๆ ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและนำมาอ้างอิงในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณประธาน ผู้จัดการ หัวหน้าและเจ้าหน้าที่ศูนย์ส่องกล้องหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหารวิกิจ วิจารณ์วัคค์ ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ความรู้ แนวคิด คำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นของวิทยานิพนธ์ และขอขอบคุณ คุณปรีชา จันทรรณิธานศรี ที่ได้ให้ความช่วยเหลือตลอดมา รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนๆ รุ่นที่ 14 ระดับปริญญาโท สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา และญาติพี่น้อง ที่สนับสนุนให้เห็นคุณค่าทางการศึกษาตลอดมา คุณค่าอันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดา ครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ถ้าหากมีข้อบกพร่องประการใดอันมิพึงปรารถนาจากการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้เพียงผู้เดียว

ราตรี แสนทิพย์

พฤษภาคม 2550

สารบัญ

หน้า

สารบัญตาราง	(3)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามศัพท์	7
วิธีการศึกษา	9
บทที่ 2 การตรวจสอบเอกสาร	17
แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย	17
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23
บทที่ 3 สภาพทั่วไป	31
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	31
บทที่ 4 ผลการศึกษา	57
ผลการศึกษาต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยหัตถการการบริการส่องกล้อง	57
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	68
สรุปผลการศึกษา	68
ข้อเสนอแนะ	69
ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป	70
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	71

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	75
ภาคผนวก ก ประวัติโรงพยาบาลศิริราช	76
ภาคผนวก ข ศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลศิริราช	81
ภาคผนวก ค หัตถการการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร	85
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	93

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนครั้งของผู้มารับบริการในหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหารโดยการส่องกล้อง ในโรงพยาบาลศิริราช แยกตามสิทธิที่ใช้ในการรักษาปี พ.ศ. 2549	3
2	สามอันดับแรกของจำนวนครั้งของผู้มารับบริการในหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหาร โดยการส่องกล้อง แยกตามเหตุการณ์ที่มารับการตรวจ ปี พ.ศ. 2549	3
3	จำนวนครั้งของผู้มารับบริการในหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหารโดยการส่องกล้อง แยกตามผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารับการตรวจ ปี พ.ศ. 2549	3
4	จำนวนครั้งของผู้มารับบริการในหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหารโดยการส่องกล้อง แยกตามเป็นรายปี	4
5	ต้นทุนต่อหน่วยของเหตุการณ์การบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นของศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลศิริราช	14
6	ต้นทุนต่อหน่วยของเหตุการณ์การบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนักของศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลศิริราช	15
7	ต้นทุนต่อหน่วยของเหตุการณ์การบริการส่องกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนของศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลศิริราช	16
8	เปรียบเทียบงบเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับจัดสรรปีงบประมาณ 2549	47
9	จำนวนประชากรตามสิทธิงบประมาณและจำนวนสถานพยาบาลจำแนกตามภูมิภาค	56

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยการบริการส่งกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ส่วนต้น ของผู้ป่วยศูนย์ส่งกล้อง โรงพยาบาลศิริราช	59
11	ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยการบริการส่งกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ส่วนต้น ในแต่ละหัตถการของหน่วยบริการโดยตรงและหน่วยวิสัญญีแพทย์	60
12	ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยการบริการส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของผู้ป่วยศูนย์ส่งกล้อง โรงพยาบาลศิริราช	62
13	ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยการบริการส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวาร หนัก ในแต่ละหัตถการของหน่วยบริการโดยตรงและหน่วยวิสัญญีแพทย์	63
14	ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยการบริการส่งกล้องตรวจในท่อน้ำดีและตับ อ่อน ของผู้ป่วยศูนย์ส่งกล้อง โรงพยาบาลศิริราช	65
15	ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยการบริการส่งกล้องตรวจในท่อน้ำดีและตับ อ่อน ในแต่ละหัตถการของหน่วยบริการโดยตรงและหน่วยวิสัญญีแพทย์	66

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

สุขภาพที่ดีของประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนา และความมั่นคงของประเทศ โดย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้มุ่งเน้นให้มีการพัฒนาคน ให้สามารถเสริมสร้างสุขภาพด้วยตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บริการทางการแพทย์และ สาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญและจำเป็นสำหรับประชาชนทุกคน เพราะการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ เกี่ยวกับชีวิตของประชาชน นอกจากนี้สถานภาพทางสุขภาพอนามัยยังเป็นสิ่งที่แสดงถึงระดับของ มนุษย์ (Human Capital) ของประเทศซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้ประเทศก้าวหน้าต่อไปในอนาคต

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 82 ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดการและส่งเสริมการ สาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพทั่วถึง แต่ในปัจจุบัน ประชากรไทยประมาณ 20 ล้านคน ซึ่งประกอบด้วย เกษตรกร คนว่างงาน แรงงานนอกระบบ รับจ้าง ค้าขาย และคนยากไร้ ยังขาดหลักประกันด้านสุขภาพที่จะมารองรับเพื่อให้เกิดความอุ่น ใจในยามเจ็บไข้ไม่สบาย ซึ่งแตกต่างกับข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างในโครงการประกันสังคม ผู้มีบัตรประกันสุขภาพ บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (บัตร สปร.) บุคคลเหล่านี้ ล้วนมีหลักประกันด้านสุขภาพที่สามารถเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลที่ร่วมโครงการได้อย่าง ไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันภายใต้ระบอบประชาธิปไตย รัฐบาลจึง ได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงริเริ่มนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Care Coverage) หรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลขึ้นในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นสัญญาประชาคมที่สำคัญอันหนึ่งที่จะให้หลักประกันสุขภาพแก่คนไทยทุกคนได้เข้าถึง บริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและเป็นธรรม

บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามี 2 ประเภทด้วยกัน คือ

1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีอักษร “ท” นำหน้าหมายเลขบัตรประจำตัว ได้แก่ ผู้ที่ เดิมมีบัตรสวัสดิการรักษายาบาลรัฐจัดให้ (บัตรโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้าน

การรักษาพยาบาล โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล โครงการประกันสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา) เมื่อมารับบริการ ไม่ต้องชำระค่าบริการครั้งละ 30 บาท

2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่มีอักษร “ท” นำหน้าหมายเลขบัตรประจำตัว ได้แก่ ผู้ถือบัตรสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่เข้าข่ายใน ข้อ 1 ต้องชำระค่าบริการครั้งละ 30 บาท เมื่อมารับบริการ

โรงพยาบาลศิริราช เข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2545 และต้องปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ เรื่อง คุณสมบัติมาตรฐานของหน่วยบริการ และเครือข่ายของหน่วยบริการ รวมทั้งการจัดเครือข่ายหน่วยบริการตามระเบียบว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการรับเงินอุดหนุนกองทุนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากรัฐบาลเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวของประชากรคู่สัญญา (บุญสม พวงนาค, 2546:4) ในปีงบประมาณ 2549 รัฐให้งบเหมาจ่ายรายหัวกับโรงพยาบาล เป็นเงิน 1,659.20 บาท/คน/ปี และงบประมาณนี้เป็นงบที่ต้องนำมาจัดสรรในเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ของโรงพยาบาล เช่น เงินเดือนบุคลากร ค่าเวชภัณฑ์ ค่าวัสดุ และค่าอุปกรณ์ เป็นต้น โดยงบประมาณนี้จะไม่รวมงบลงทุนในเรื่องของค่าก่อสร้างอาคารสถานที่ ค่าซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ เหล่านี้เป็นต้น

โรงพยาบาลศิริราชได้ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้มารับบริการในการใช้สิทธิต่างๆ ที่มารับการตรวจในระบบทางเดินอาหาร โดยผู้มารับบริการในโรงพยาบาลศิริราชส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สิทธิบัตรสุขภาพถ้วนหน้า นั้นแสดงให้เห็นว่ารายจ่ายของโรงพยาบาลในเรื่องการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่จะอยู่ที่ผู้มารับบริการบัตรสุขภาพถ้วนหน้า โดยรายจ่ายจะมาจากการรักษาเป็นจำนวนครั้งต่อปี แต่รายได้ที่ได้รับนั้นจะมาจากค่าเฉลี่ยเหมาจ่ายรายหัวต่อคนต่อปี ดังนั้นจึงทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างงบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนครั้งของผู้มารับบริการในหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหารโดยการส่องกล้อง
ในโรงพยาบาลศิริราช แยกตามสิทธิที่ใช้ในการรักษาปี พ.ศ. 2549

(หน่วย: คน)

ประเภทสิทธิการรักษา	ผู้ป่วยนอก	ร้อยละของการมารับบริการ
โครงการบัตรสุขภาพถ้วนหน้า	1,505	50.74
ต้นสังกัด	911	30.70
ประกันสังคม	513	17.30
ชำระเงินเอง	37	1.20
รวม	2,966	100.00

ที่มา: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (2549ก)

ตารางที่ 2 สามอันดับแรกของจำนวนครั้งของผู้มารับบริการในหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหาร
โดยการส่องกล้อง แยกตามหัตถการที่มารับการตรวจ ปี พ.ศ. 2549

(หน่วย: ครั้ง)

ผู้มารับบริการส่องกล้อง	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
ตรวจกระเพาะอาหาร (EGD)	4,550	56.72
ตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)	2,877	35.87
ตรวจรักษาในท่อทางเดินน้ำดีและ ตับอ่อน (ERCP)	595	7.41
รวม	8,022	100.00

ที่มา: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (2549ก)

ตารางที่ 3 จำนวนครั้งของผู้มารับบริการในหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหารโดยการส่องกล้อง
แยกตามผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารับการตรวจ ปี พ.ศ. 2549

(หน่วย: ครั้ง)

ผู้มารับบริการส่องกล้อง	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
ผู้ป่วยใน	2,268	27.22
ผู้ป่วยนอก	6,064	72.78
รวม	8,332	100.00

ที่มา: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (2549ก)

ตารางที่ 4 จำนวนครั้งของผู้มารับบริการในหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหารโดยการส่องกล้อง
แยกตามเป็นรายปี

(หน่วย: ครั้ง)

ผู้มารับบริการส่องกล้อง	ปี พ.ศ.		
	2547	2548	2549
ตรวจกระเพาะอาหาร (EGD)	1,050	1,613	4,550
ตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)	446	416	2,877
ตรวจรักษาในท่อทางเดินน้ำดีและ ตับอ่อน (ERCP)	531	623	595

ที่มา: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (2549ก)

จากตารางที่ 2, 3 และ 4 จะเห็นว่าในปี พ.ศ. 2549 จำนวนผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องตรวจรักษากระเพาะอาหาร มีจำนวนมากที่สุด การตรวจลำไส้ใหญ่ และการตรวจในระบบท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนมีจำนวนรองลงมา ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ที่มารับการตรวจในหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหารที่โรงพยาบาลศิริราชมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจรักษาเฉพาะทางมากกว่าโรงพยาบาลอื่นและมีเครื่องมือที่ทันสมัยครบพร้อม ทำให้มีผู้รับบริการมาก แต่ทางโรงพยาบาลก็ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตามจำนวนครั้งของผู้มารับบริการในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การให้บริการของโรงพยาบาลศิริราช มีแนวโน้มของจำนวนครั้งผู้มารับบริการที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นนอกจากการให้บริการที่มีประสิทธิภาพแล้วทุกหน่วยงานต้องมีการปฏิบัติตามระเบียบวิธีปฏิบัติของแต่ละหน่วยงานตามมาตรฐานตัวชี้วัด ซึ่งโรงพยาบาลศิริราชได้รับการรับรองมาตรฐานเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ และในขณะเดียวกันโรงพยาบาลศิริราช ต้องใช้กลยุทธ์ในการบริหารจัดการงบประมาณรายจ่ายที่เกิดขึ้นจริง โดยได้มีนโยบายให้แต่ละหน่วยงานจัดทำต้นทุนซึ่งแต่ละหน่วยงานจะมีต้นทุนในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ต้นทุนของหน่วยงานต่างๆ จะสะท้อนถึงภาพรวมค่าใช้จ่ายที่แท้จริงของโรงพยาบาล ฉะนั้นการคิดต้นทุนต่อหน่วยของแต่ละหน่วยงานสามารถใช้เป็นข้อมูลในการของบประมาณโดยนำเสนอในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณีเหมาจ่ายรายหัวเพื่อความเหมาะสมระหว่างรายรับกับรายจ่ายในการให้บริการ

การให้บริการในหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหารโดยการส่องกล้องด้วยกล้องเอนโดสโคป โรงพยาบาลศิริราช เมื่อเปรียบเทียบกับบริการด้านอื่นๆ ในกลุ่มผู้รับบริการแล้วจัดว่าเป็นการบริการมีต้นทุนค่อนข้างสูง ทั้งในส่วนของ เวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ และวัสดุภัณฑ์ ที่จำเป็นต้องใช้ในการทำหัตถการ เช่น การส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ เป็นต้น ซึ่งจากสถิติผู้ที่มาตรวจใน หน่วยตรวจระบบทางเดินอาหารมีจำนวนมากขึ้น

การคิดต้นทุนต่อหน่วยในทุกหัตถการของแต่ละหัตถการที่ตรวจโดยการส่องกล้อง ด้วยกล้องเอนโดสโคป ในหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหารยังไม่มี การคิดต้นทุนเกี่ยวกับการใช้ อุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย และใช้เทคโนโลยีสูง อีกทั้งเป็นการตรวจที่ต้องใช้ทักษะและประสบการณ์ การปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและความคุ้มค่าในการบริหารจัดการทรัพยากร ทั้งด้านบุคลากรและเครื่องมือต่างๆ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งยาที่ใช้ในการรักษาที่เป็นค่าใช้จ่ายของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีต้นทุนค่อนข้างสูง และมีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งส่วนใหญ่ผู้มารับบริการจะใช้บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นผู้ศึกษา จึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาเฉพาะต้นทุนต่อหน่วยของการตรวจในระบบทางเดินอาหารโดยการส่องกล้อง ด้วยกล้องเอนโดสโคป การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหัตถการในการตรวจในระบบทางเดินอาหาร จะช่วยให้การมองภาพต้นทุนของการให้บริการของสถานพยาบาลได้อย่างชัดเจน และทำให้เกิดการปรับตัวในรูปแบบการบริการเพื่อลดต้นทุน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาต้นทุนและการให้บริการในการส่องกล้องด้วยกล้องเอนโดสโคป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และการวางแผนการดำเนินงานที่มีการใช้จ่ายทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ในการให้บริการทางการแพทย์พยาบาลแก่ผู้มารับบริการในการตรวจระบบทางเดินอาหารให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด
2. เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดวงเงินงบประมาณที่จะเสนอขอต่อภาครัฐตามต้นทุนที่คำนวณตามจริง

ขอบเขตการศึกษา

1. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหารโดยการส่องกล้องด้วยกล้องเอนโดสโคป จะศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. การศึกษาต้นทุนจะศึกษาเฉพาะต้นทุนต่อการทำหัตถการโดยการส่องกล้องที่มาตรวจมาก 3 อันดับแรก ได้แก่
 - การบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น
 - การบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก
 - การบริการส่องกล้องตรวจในท่อน้ำดีและตับอ่อน
3. ระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในปี พ.ศ. 2549 (วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2549)
4. ศึกษาเฉพาะต้นทุนที่มองเห็น (Explicit Cost) ที่เกิดจากการให้บริการทางการแพทย์โดยการส่องกล้องด้วยกล้องเอนโดสโคป
5. ศึกษาเฉพาะหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหารที่เป็นหน่วยบริการโดยตรง และหน่วยวิสัญญีแพทย์เฉพาะการตรวจระบบทางเดินอาหารเท่านั้น
6. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยไม่ได้รวมถึงค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าไฟฟ้า และค่าประปา เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งไม่สามารถแยกปริมาณการใช้ที่ถูกต้องได้ และโรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในประเทศไทยและมีการให้บริการรักษาโรคหลากหลายสาขาและเฉพาะทาง อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและประชาชนทั่วไปที่เข้ามาติดต่อมีอยู่เป็นจำนวนมาก จึงเป็นการยากต่อการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว

นิยามศัพท์

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) หมายถึง สิทธิของประชาชนชาวไทยทุกคนที่จะได้รับบริการทางสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธิดังกล่าว

โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง แผนนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลที่ต้องการให้คนไทยได้รับสิทธิในด้านบริการทางการแพทย์ ส่งเสริมป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และได้มาตรฐานอย่างเสมอภาคและทั่วถึงกัน ซึ่งสอดคล้องกับแผนนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่เคยประกาศไว้ในปี ค.ศ. 1999 ว่าเป็นแนวทางสำคัญที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของความเป็นธรรม (Equity) ทางสุขภาพและเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ (Efficiency) ของระบบสาธารณสุขในแต่ละประเทศ

หัตถการ หมายถึง การส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (Esophago Gastro Duodenoscopy) การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก (Colonoscopy) และการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography)

ห้อง Scope หมายถึง ห้องตรวจการส่องกล้อง ในหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหารศูนย์ส่องกล้องตึก 84 ปี ชั้น 3 โรงพยาบาลศิริราช

การบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น (Esophag Gastro Duodenoscopy) หมายถึง การได้รับการตรวจรักษาโดยการใช้กล้องเอนโดสโคปผ่านเข้าไปในปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น

การบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก (Colonoscopy) หมายถึง การได้รับการตรวจรักษาโดยการใช้กล้องเอนโดสโคปผ่านเข้าไปในช่องทวารหนัก และลำไส้ใหญ่ทั้งหมด

การบริการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography) หมายถึง การได้รับการตรวจรักษาโดยใช้กล้องเอนโดสโคปผ่านเข้าไปทางปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น ถึงท่อน้ำดีและตับอ่อน

หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยตรวจระบบทางเดินอาหาร ศูนย์ส่องกล้องเด็ก 84 ปี ชั้น 3 โรงพยาบาลศิริราช

ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาโดยการส่องกล้อง ด้วยกล้องเอนโดสโคปโดยไม่ได้เข้านอนพักรักษาในสถานพยาบาล

ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาโดยการส่องกล้อง ด้วยกล้องเอนโดสโคปโดยได้เข้านอนพักรักษาในสถานพยาบาล

บัตรทอง หมายถึง บัตรที่กระทรวงสาธารณสุขออกให้แก่ผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ

ค่าลงทุน (Capital Cost) หมายถึง ค่าเสื่อมราคา ดอกเบี้ย ค่าเช่า และเบี้ยประกัน ของหลักทรัพย์ที่สามารถมองเห็นได้ เช่น โรงงานและอุปกรณ์

ต้นทุน (Cost) หมายถึง รายจ่ายทางบัญชีที่จ่ายไปเพื่อผลิตสินค้าและบริการต่างๆ อาจจำแนกออกเป็น ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนวัตถุดิบ และค่าใช้จ่ายการผลิต

ต้นทุนในการรักษาพยาบาล หมายถึง มูลค่าของปัจจัยที่ใช้ในการรักษาพยาบาลทั้งหมด ได้แก่ ค่าครุภัณฑ์ ค่าวัสดุภัณฑ์ ค่าเวชภัณฑ์ ค่าตอบแทนบุคลากรการแผนกตรวจโรคต่างๆ และหน่วยสนับสนุน

ต้นทุนต่อหัตถการ หมายถึง ต้นทุนอันประกอบด้วย ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ ต้นทุนค่าแรงแพทย์ และค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในการรักษาโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ

วิธีการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิโดยการรวบรวมจากข้อมูลสถิติต่างๆ ของหน่วยงานบริการโดยตรง ซึ่งได้แก่ ศูนย์ส่องกล้องตึก 84 ปี ชั้น 3 โรงพยาบาลศิริราช ที่มีการบันทึกไว้แล้ว ซึ่งเป็นข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตร 30 บาทรักษาทุกโรค) ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 887 ราย แยกตามหัตถการการบริการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร คือ การบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น จำนวน 546 ราย การบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก จำนวน 253 ราย และการบริการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน จำนวน 88 ราย โดยข้อมูลของผู้ป่วยที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบไปด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ต้นทุนที่เป็นค่าตอบแทนแรงงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่การให้บริการและประสานงานทั่วไป เป็นต้น
2. ต้นทุนค่าวัสดุภัณฑ์ ราคาต้นทุนที่ใช้ในการซื้อวัสดุสิ้นเปลือง ซึ่งใช้ในการดำเนินงานและการรักษาพยาบาล รวมทั้งวัสดุทางการแพทย์ และน้ำยาต่างๆ ที่ใช้ในหน่วยงาน
3. ต้นทุนมูลค่าอาคาร/สิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ประเภทต่างๆ เช่น ครุภัณฑ์สำนักงาน เป็นต้น คำนวณจากราคาต้นทุนอาคาร/ สิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์ประเภทต่างๆ โดยคิดค่าเสื่อมราคาของอาคาร/สิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์ตามประเภทของทรัพย์สิน ซึ่งเป็นตามระเบียบของมหาวิทยาลัยมหิดล
4. ต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ของผู้รับบริการในการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก และตรวจระบบท่อน้ำดีและตับอ่อน
5. จำนวนผู้รับบริการ ประกอบด้วย จำนวนผู้รับบริการในการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารของหน่วยบริการโดยตรง และหน่วยสนับสนุน ได้แก่ การบริการวิสัญญีแพทย์ของหน่วยวิสัญญีแพทย์

6. จำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้องของห้องส่งกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร ศูนย์ส่งกล้อง โรงพยาบาลศิริราช

การวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อศึกษาต้นทุนต่อการให้บริการส่งกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ การบริการส่งกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก และตรวจท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ได้ทำการวิเคราะห์เชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ดังนี้

1. จำแนกองค์ประกอบของต้นทุนการให้บริการส่งกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร ตามการวิเคราะห์เชิงพรรณนา โดยจำแนกองค์ประกอบของต้นทุนเป็น

1.1 ต้นทุนหน่วยงานบริการโดยตรง ได้แก่ ห้องทำหัตถการโดยการส่งกล้อง โดยแบ่งเป็นต้นทุนคงที่ ได้แก่ ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ทางการแพทย์และครุภัณฑ์สำนักงานของห้อง Scope และต้นทุนผันแปร ได้แก่ ค่าวัสดุภัณฑ์ของห้อง Scope ค่าเวชภัณฑ์ของห้อง Scope และค่าใช้จ่ายอื่นๆ

1.2 ต้นทุนหน่วยงานสนับสนุนบริการ ได้แก่ หน่วยบริการวิสัญญีแพทย์ ซึ่งจะใช้สถานที่เดียวกับห้อง Scope โดยแบ่งเป็นต้นทุนคงที่เฉพาะค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และต้นทุนผันแปร เช่น ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ได้คิดแบบเหมาจ่าย

1.3 ต้นทุนค่าตอบแทนบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล พนักงานธุรการทั่วไป ที่เกี่ยวกับงานบริการและงานประสานงานทั่วไป เป็นต้น โดยค่าตอบแทนบุคลากรในเวลาทำการ ซึ่งทางโรงพยาบาลศิริราชได้ทำการจ่ายค่าตอบแทนเป็นรายเดือนและเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด โดยต้นทุนคงที่นี้ได้แบ่งออกเป็น เงินเดือนบุคลากรของหน่วยงานบริการโดยตรง และเงินเดือนบุคลากรของหน่วยงานสนับสนุนบริการ

2. วิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการส่งกล้อง เป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยคำนวณมูลค่าต้นทุนดังนี้

2.1 ต้นทุนหน่วยงานบริการโดยตรง ประกอบด้วย

- ค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนคงที่ ได้แก่ ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ โดยการคิดค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์นั้นได้แนวคิดมาจากสุพรรณ อูปนิขิต (2538: 45 - 56) ครุภัณฑ์ที่มีการคิดค่าเสื่อมไปตามกาลเวลาที่ผ่านไปจะหมดอายุการใช้งานเป็นจำนวนตามที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด โดยจะใช้วิธีการคิดค่าเสื่อมสภาพตามเวลาที่ผ่านไป การคิดค่าเสื่อมตามวิธีนี้เรียกว่าเส้นตรง (Straight-Line Method) เป็นการปันส่วนมูลค่าของทรัพย์สิน โดยคิดค่าเสื่อมราคาเป็นค่าใช้จ่ายแต่ละปีเท่าๆ กัน โดยใช้สูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$\text{ค่าเสื่อมราคาแต่ละปี} = \frac{\text{มูลค่าของทรัพย์สิน}}{\text{จำนวนปีที่ใช้งาน}}$$

การคำนวณค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง ตามเกณฑ์มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด ตามหนังสือกรมบัญชีกลางเลขที่ กค 0528.2/ว12913 ลงวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2544 (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544) มีรายละเอียดดังนี้

- ครุภัณฑ์อาคาร สถานที่ ได้ใช้มูลค่าการปรับปรุงอาคารใหม่ อายุใช้งาน 10 ปี
- ครุภัณฑ์สำนักงาน อายุใช้งาน 8 ปี
- ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ อายุใช้งาน 5 ปี
- ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ อายุใช้งาน 3 ปี

เมื่อคำนวณต้นทุนค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ในห้วง Scope ที่มีอยู่ในปีงบประมาณ 2549 แล้วนำมาคำนวณต้นทุนค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ โดยการกระจายต้นทุนแต่ละหัตถการการบริการ ส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร จำแนกเป็น การบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น การบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก และการบริการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน โดยคำนวณออกมาเป็นนาฬิกาตามระยะเวลาของการบริการตรวจส่องกล้อง

- ค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนผันแปร ประกอบด้วย

- ค่าตอบแทนบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่ธุรการทั่วไปเกี่ยวกับด้านการบริการและประสานงานทั่วไป โดยการคำนวณจากระยะเวลาการบริการตรวจสอบกล้องในแต่ละหัตถการในปี พ.ศ. 2549 โดยคำนวณเป็นนาที

- ค่าวัสดุภัณฑ์ ได้แก่ วัสดุทางการแพทย์ วัสดุสำนักงาน วัสดุงานพิมพ์ และวัสดุงานบ้าน ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล การคำนวณวัสดุภัณฑ์นั้นคิดราคากลางตามที่โรงพยาบาลกำหนด และห้องส่องกล้องได้เบิกใช้ในแต่ละเดือนในปีงบประมาณ 2549 เมื่อได้ต้นทุนค่าวัสดุภัณฑ์ในส่วนของส่องกล้องแล้ว นำมาคำนวณหาต้นทุนค่าวัสดุภัณฑ์ต่อครั้งของการเข้ารับการรักษายาบาลของห้องส่องกล้องโดยหารด้วยจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษายาบาลของห้องส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารทั้ง 3 อันดับแรก

- ค่าเวชภัณฑ์ การคำนวณค่าเวชภัณฑ์นั้นคิดจากราคาขายที่ทางกองเภสัชกรรมกำหนดไว้ในปีงบประมาณ 2549 โดยเวชภัณฑ์ที่ต้องใช้กับผู้รับบริการส่องกล้องในขั้นตอนต่างๆ ของการทำหัตถการส่องกล้อง โดยใช้กล้องเอนโดสโคปทำการตรวจวินิจฉัยโรคและทำการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทำการรักษาจะกำหนดว่าผู้รับบริการจะต้องใช้เวชภัณฑ์ชนิดใดบ้างและปริมาณเท่าใด และแพทย์จะพิจารณาชนิดของยาตามหลักการทางการแพทย์ เมื่อได้ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ในส่วนของส่องกล้องแล้ว นำมาคำนวณหาต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ต่อครั้งของการเข้ารับการรักษายาบาลของห้องส่องกล้องโดยหารด้วยจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษายาบาลของห้องส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารทั้ง 3 อันดับแรก

2.2 ต้นทุนหน่วยงานสนับสนุนบริการ ประกอบด้วย ค่าตอบแทนบุคลากร ได้คำนวณจากระยะเวลาการบริการตรวจสอบกล้องในแต่ละหัตถการในปี พ.ศ. 2549 โดยคำนวณเป็นนาที และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ได้คิดแบบเหมาจ่าย

3. ต้นทุนรวมเฉลี่ยต่อครั้งในการทำหัตถการระบบทางเดินอาหารทั้ง 3 อันดับแรก ได้แก่ การบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก และตรวจระบบท่อน้ำและตับอ่อน จะเป็นการรวมต้นทุนคงที่และต้นทุนผันแปรของหน่วยงานบริการโดยตรง และหน่วยวิสัญญีแพทย์ที่เป็นหน่วยงานสนับสนุนบริการ

ขั้นตอนการบริการส่งกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร

ขั้นตอนของหัตถการการบริการส่งกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร หน่วยบริการ โดยตรง ศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลศิริราช สำหรับในเวลาราชการตั้งแต่เวลา 08.00 - 16.00 น. เมื่อผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในได้รับการบริการรักษาพยาบาลจากใบนัดตรวจรักษาส่องกล้องทางเดินอาหาร โดยทางเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์และการบริการให้การต้อนรับ เมื่อผู้ป่วยมาถึงตามเวลาที่กำหนดไว้ พยาบาลจะทำการประชาสัมพันธ์ศูนย์ส่องกล้องอธิบายการปฏิบัติตนก่อนการบริการตรวจส่องกล้อง และเข้ารับการตรวจส่องกล้อง เมื่อเสร็จสิ้นการบริการตรวจส่องกล้องแล้วทำการส่งผู้ป่วยไปสังเกตอาการต่อที่ห้องสังเกตอาการของหน่วยวิสัญญีแพทย์พร้อมทั้งให้การพยาบาลหลังการส่องกล้อง จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วทำการอธิบายการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน ซึ่งแสดงขั้นตอนการบริการส่งกล้องตรวจระบบทางเดินอาหาร โดยสามารถแสดงขั้นตอนของหัตถการการบริการส่งกล้องทั้ง 3 อันดับแรกของศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลศิริราช คือ การบริการส่งกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น การบริการส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย และทวารหนัก และการบริการส่งกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ดังรายละเอียดตามตารางที่ 5 - 7

ตารางที่ 5 ต้นทุนต่อหน่วยของหัตถการการบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก
ส่วนต้นของศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลศิริราช

ขั้นตอนการบริการส่องกล้อง	ต้นทุนในการบริการส่องกล้อง
รับ SET ส่องกล้อง	- เจ้าหน้าที่แผนกประชาสัมพันธ์หรือพยาบาล ห้อง scope ศูนย์ส่องกล้อง ใช้เวลา 3 - 5 นาที
เปลี่ยนชุดพร้อมทำหัตถการ	- เจ้าหน้าที่แผนกต้อนรับ ใช้เวลา 5 นาที
อธิบายการปฏิบัติตนก่อนส่องกล้อง	- พยาบาล 1 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ใช้เวลา 10 - 15 นาที - วิสัญญี (แพทย์ 1 คน และพยาบาล 2 คน) ประเมินผู้ป่วย ทำการให้น้ำเกลือและยาชา ใช้เวลา 15 - 20 นาที
ระหว่างรอเข้าห้อง scope ตามลำดับ	- พยาบาล 1 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ดูแลความสบาย ทั่วไปของผู้ป่วย ใช้เวลา 15 - 30 นาที
ผู้ป่วยรับการส่องกล้องตรวจกระเพาะ อาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น	- แพทย์ 1 คน ใช้เวลา 30 - 45 นาที - พยาบาล 1 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ใช้เวลา 50 - 60 นาที - วิสัญญี (แพทย์ 1 คน และพยาบาล 1 คน) ใช้เวลา 40 - 55 นาที - พนักงานแปล ใช้เวลา 5 นาที
สังเกตอาการและให้การพยาบาลหลังการ ส่องกล้อง	- พยาบาล 2 คน และผู้ช่วยพยาบาล 3 คน ใช้เวลา 60 - 120 นาที - วิสัญญี (แพทย์ 1 คน และพยาบาล 1 คน) ใช้เวลา 10 - 15 นาที
อธิบายการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน	- แพทย์ 1 คน ใช้เวลา 5 นาที และพยาบาล 1 คน ใช้เวลา 5 นาที

ที่มา: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (2545, 2549ข)

ตารางที่ 6 ต้นทุนต่อหน่วยของหัตถการการบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและ
ทวารหนักของศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลศิริราช

ขั้นตอนการบริการส่องกล้อง	ต้นทุนในการบริการส่องกล้อง
รับ SET ส่องกล้อง	- เจ้าหน้าที่แผนกประชาสัมพันธ์หรือพยาบาล ห้อง scope ศูนย์ส่องกล้อง ใช้เวลา 3 - 5 นาที
เปลี่ยนชุดพร้อมทำหัตถการ	- เจ้าหน้าที่แผนกต้อนรับ ใช้เวลา 5 นาที
อธิบายการปฏิบัติตนก่อนส่องกล้อง	- พยาบาล 1 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ใช้เวลา 10 - 15 นาที - วิสัญญีแพทย์ 1 คน และพยาบาล 2 คน) ประเมินผู้ป่วย ทำการให้น้ำเกลือและอมยาชา ใช้เวลา 15 - 20 นาที
ระหว่างรอเข้าห้อง scope ตามลำดับ	- พยาบาล 1 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ดูแลความสบาย ทั่วไปของผู้ป่วย ใช้เวลา 15 - 30 นาที
ผู้ป่วยรับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ส่วนปลายและทวารหนัก	- แพทย์ 1 คน ใช้เวลา 45 - 60 นาที - พยาบาล 1 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ใช้เวลา 65 - 80 นาที - วิสัญญีแพทย์ (แพทย์ 1 คน และพยาบาล 1 คน) ใช้เวลา 55 - 70 นาที - พนักงานแปล ใช้เวลา 5 นาที
สังเกตอาการและให้การพยาบาลหลังการ ส่องกล้อง	- พยาบาล 2 คน และผู้ช่วยพยาบาล 3 คน ใช้เวลา 60 - 120 นาที - วิสัญญีแพทย์ (แพทย์ 1 คน และพยาบาล 1 คน) ใช้เวลา 10 - 15 นาที
อธิบายการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน	- แพทย์ 1 คน ใช้เวลา 5 นาที และพยาบาล 1 คน ใช้เวลา 5 นาที

ที่มา: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (2545, 2549ข)

ตารางที่ 7 ต้นทุนต่อหน่วยของหัตถการการบริการส่องกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน
ของศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลศิริราช

ขั้นตอนการบริการส่องกล้อง	ต้นทุนในการบริการส่องกล้อง
รับ SET ส่องกล้อง	- เจ้าหน้าที่แผนกประชาสัมพันธ์หรือพยาบาล ห้อง scope ศูนย์ส่องกล้อง ใช้เวลา 3 - 5 นาที
เปลี่ยนชุดพร้อมทำหัตถการ	- เจ้าหน้าที่แผนกต้อนรับ ใช้เวลา 5 นาที
อธิบายการปฏิบัติตนก่อนส่องกล้อง	- พยาบาล 1 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ใช้เวลา 10 - 15 นาที - วิสัญญี (แพทย์ 1 คน และพยาบาล 2 คน) ประเมินผู้ป่วย ทำการให้น้ำเกลือและยาชา ใช้เวลา 15 - 20 นาที
ระหว่างรอเข้าห้อง scope ตามลำดับ	- พยาบาล 1 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ดูแลความสบาย ทั่วไปของผู้ป่วย ใช้เวลา 15 - 30 นาที
ผู้ป่วยรับการส่องกล้องตรวจท่อทางเดิน น้ำดีและตับอ่อน	- แพทย์ 1 คน ใช้เวลา 60 - 75 นาที - พยาบาล 2 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ใช้เวลา 80 - 90 นาที - วิสัญญี (แพทย์ 1 คน และพยาบาล 1 คน) ใช้เวลา 65 - 80 นาที - พนักงานแปล ใช้เวลา 5 นาที
สังเกตอาการและให้การพยาบาลหลังการ ส่องกล้อง	- พยาบาล 2 คน และผู้ช่วยพยาบาล 3 คน ใช้เวลา 60 - 120 นาที - วิสัญญี (แพทย์ 1 คน และพยาบาล 1 คน) ใช้เวลา 10 - 15 นาที
อธิบายการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน	- แพทย์ 1 คน ใช้เวลา 5 นาที และพยาบาล 1 คน ใช้เวลา 5 นาที

ที่มา: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (2545, 2549ข)

บทที่ 2

การตรวจสอบเอกสาร

แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

ทฤษฎีเกี่ยวกับต้นทุน

ต้นทุนในการผลิตสินค้าของหน่วยธุรกิจหนึ่งๆ จะรวมต้นทุนสองลักษณะไว้ด้วยกัน คือ ต้นทุนชัดเจน และต้นทุนไม่ชัดเจน ต้นทุนชัดเจน (Explicit Cost) คือต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายใดๆ ก็ตามที่แลเห็นได้ว่าเป็นค่าใช้จ่ายจริงๆ ในการดำเนินกิจกรรม เป็นต้นว่า ค่าแรงที่จ่ายให้กับแรงงาน ค่าซื้อวัตถุดิบหรือค่าเช่า เป็นต้น ค่าใช้จ่ายเหล่านี้กิจการได้จ่ายออกไปจริงๆ และเป็นรายการที่ลงบันทึกไว้ในบัญชีรายจ่ายของกิจการ ต้นทุนแจ้งชัด กับต้นทุนทางบัญชี (Accounting Cost) จึงเป็นสิ่งเดียวกัน แต่ในกิจการหนึ่งๆ ในบางครั้งเจ้าของกิจการอาจนำปัจจัยการผลิตบางชนิดที่เป็นของตนเองเข้ามาใช้ด้วย เป็นต้นว่า เจ้าของกิจการอาจนำเงินสดส่วนตัวเข้ามาลงทุนและเข้ามาจัดการงานด้วยตนเอง ซึ่งเจ้าของกิจการก็จะไม่มีการจ่ายดอกเบี้ยให้กับเงินที่ตนนำมาลงทุน หรือจ่ายเงินเดือนให้กับการใช้แรงงานของตนเอง เลยดูเหมือนว่าในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวไม่มีต้นทุนค่าดอกเบี้ยและค่าแรงมีแต่ต้นทุนอื่นๆ ที่จ่ายออกไปเท่านั้น ทั้งๆที่ไม่มีเงินลงทุน และแรงงานเจ้าของกิจการ กิจการก็ไม่สามารถดำเนินไปได้ จะต้องมีการกู้ยืมเงินมาจากทางอื่น และว่าจ้างบุคคลอื่นเข้ามาดำเนินการซึ่งก็ต้องมีการจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นค่าดอกเบี้ยและเงินเดือน (นราทิพย์ ชูติวงศ์, 2546)

สมพงษ์ อรพินท์ (2539) ได้กล่าวว่า ต้นทุนแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ต้นทุนผันแปร และต้นทุนคงที่ หรืออาจเขียนในรูป

$$TC = TFC + TVC$$

ในที่นี้	TC	คือ	ต้นทุนรวม
	TFC	คือ	ต้นทุนคงที่
	TVC	คือ	ต้นทุนผันแปร

ต้นทุนคงที่ หมายถึง ต้นทุนที่ต้องเสียเป็นประจำและไม่เปลี่ยนแปลงไม่ว่าจำนวนผลผลิตจะเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ตัวอย่างของต้นทุนคงที่ ได้แก่ ค่าเช่าที่ดินและโรงเรือน ซึ่งจะต้องจ่ายเป็นจำนวนที่กำหนดในเดือนหนึ่งๆ หรือปีหนึ่งๆ และผลผลิตจะไม่ทำให้ต้นทุนชนิดนี้กระทบกระเทือนแต่อย่างใดหรือเงินเดือนของประธานบริษัทซึ่งจะต้องจ่ายเป็นจำนวนเงินที่แน่นอนต่อปี และต้นทุนค่าประกันภัย ซึ่งจะต้องจ่ายเป็นจำนวนแน่นอนในปีหนึ่งๆ ต้นทุนเหล่านี้จะไม่เกี่ยวข้องกัลป์ผลผลิตของธุรกิจที่ผู้ผลิตได้รับ ต้นคงที่จะเท่ากับต้นทุนรวมของธุรกิจ ณ ระดับผลผลิตที่ศูนย์ (ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ทำการผลิตก็ต้องจ่ายค่าต้นทุนคงที่)

ต้นทุนผันแปร หมายถึง ต้นทุนใดๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อผลผลิตเปลี่ยนแปลงไป ต้นทุนเกี่ยวกับแรงงานส่วนมากเป็นต้นทุนผันแปร เพราะจะผลิตเพิ่มขึ้น ผลผลิตที่ได้รับมากขึ้น ต้องจ้างแรงงานเพิ่ม ค่าวัตถุดิบก็เป็นต้นทุนผันแปร เช่น ต้องใช้หนังสือตัวมากขึ้น ถ้าจะผลิตรองเท้าหนึ่งเพิ่มจากจำนวน 500 คู่ เป็น 1000 คู่ เป็นต้น ค่าพลังงานไฟฟ้าก็เป็นต้นทุนผันแปร ธุรกิจผู้ผลิตจะเสียค่าไฟฟ้าค่าสุดท้ายถ้าไม่ได้ทำการผลิต แต่ถ้าทำการผลิตเพิ่มขึ้นก็ย่อมต้องเสียค่าพลังงานไฟฟ้ามากขึ้นและค่าน้ำที่ใช้ในโรงงานเป็นต้น

สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล (2534) ได้กล่าวว่า ต้นทุนทางบัญชี (Accounting Cost) คือ รายจ่ายที่ธุรกิจมีการชำระจริงหรือเกิดขึ้นจริง (Explicit Cost) เพื่อเป็นผลตอบแทนแก่การใช้ปัจจัยการผลิตที่ถูกใช้ในกระบวนการผลิตต่างๆ ของธุรกิจ นักเศรษฐศาสตร์จำแนกต้นทุนเป็นต้นทุนระยะสั้นและต้นทุนระยะยาว ต้นทุนในระยะสั้นหมายถึง การวัดต้นทุนภายในรอบระยะเวลาที่ปัจจัยการผลิตใหญ่ๆ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ส่วนในต้นทุนระยะยาวนั้นหมายถึง การวัดต้นทุนในรอบระยะเวลาซึ่งนานพอที่ปัจจัยการผลิตทุกชนิดเปลี่ยนแปลงได้ โดยทั่วไปการคำนวณในทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ จะจำแนกต้นทุนตามความสัมพันธ์กับผลผลิตได้ จำแนกต้นทุนเป็น 4 ประเภท คือ

ต้นทุนคงที่ (Fixed Cost) หมายถึง ต้นทุนส่วนที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนผลผลิต (อย่างน้อยในระยะสั้น) เช่น ตัวตึกอาคาร เครื่องฉายเอกซเรย์ เป็นต้น เมื่อสร้างขึ้นหรือซื้อมาครั้งหนึ่งแล้วต้นทุนที่เกิดขึ้นไม่เปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนผู้รับบริการ

ต้นทุนผันแปร (Variable Cost) หมายถึง ต้นทุนส่วนที่ไม่สัมพันธ์กับจำนวนผลผลิตโดยตรง แต่อาจเปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนผลผลิตได้ เช่น เงินเดือน ค่าจ้าง ถ้าผลิตเกินจำนวนหนึ่งจะต้องมีค่าล่วงเวลา หรือจ้างเพิ่มขึ้น แต่ถ้าผลิตไม่เกินผลิตสมรรถภาพ แล้วค่าใช้จ่ายส่วนนี้ก็จะ

ไม่เพิ่มขึ้น ต้นทุนส่วนที่ผันแปรตามจำนวนผลผลิต คือ เพิ่มขึ้นหรือลดลงตามจำนวนผลผลิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ค่าเช่า ค่าน้ำยาล้างฟิล์ม เป็นต้น

ต้นทุนทั้งหมด (Total Cost) หมายถึง ต้นทุนรวม ทั้งต้นทุนคงที่ และต้นทุนเปลี่ยนแปลง ต้นทุนทั้งหมดจะเพิ่มเมื่อผลิตขึ้น แต่อัตราการเพิ่มจะไม่คงเดิม คือจะเพิ่มขึ้นช้าในตอนแรก ที่เพิ่มผลผลิต เพราะเกิดการประหยัด เช่น เมื่อจำนวนครั้งที่เอกซเรย์ เพิ่มขึ้นช้าในตอนแรก ต้นทุนทั้งหมดจะเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย เกิดการประหยัดต่อขนาดการผลิต แต่เมื่อผลผลิตเพิ่มมากขึ้นเกินระดับหนึ่ง ต้นทุนทั้งหมดจะเพิ่มในอัตราที่รวดเร็ว เนื่องจากเกิดการไม่ประหยัดต่อขนาดการผลิต

ต้นทุนเฉลี่ย (Average Cost) หมายถึง ต้นทุนทั้งหมดเฉลี่ยต่อผลผลิต 1 หน่วย กล่าวคือ $ATC = TC/Q$ เมื่อ $ATC =$ ต้นทุนเฉลี่ย

$$\begin{array}{rcl} TC & = & \text{ต้นทุนทั้งหมด} \\ Q & = & \text{จำนวนผลผลิต} \end{array}$$

ต้นทุนเฉลี่ยจะลดลงเมื่อผลิตเพิ่มขึ้นในตอนแรก และจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อผลิตเกินระดับหนึ่ง

หลักสำคัญในการประเมินมูลค่าต้นทุนและความเชื่อถือได้ของมูลค่าต้นทุนที่ประเมินได้นั้นมีหลักสำคัญอยู่ 3 ประการ

1. การจัดระบบการแบ่งและจัดสรรต้นทุน

การประเมินต้นทุนอาจทำได้ 2 แบบ คือ แบบประเมินจากบนลงล่าง และจากระดับล่างขึ้นไประดับบน แต่ไม่ว่าจะประเมินแบบไหนก็ต้องใช้ระบบการแบ่งสรรค่าใช้จ่ายไปเป็นต้นทุนของงานและกิจกรรมต่างๆ ความยากง่ายของการประเมินขึ้นกับความหายา/ละเอียดของการประเมิน ถ้ายิ่งละเอียดมากการประเมินก็ยิ่งมากขึ้น ขั้นตอนการประเมินต้นทุนมีดังนี้

1.1 ศึกษารายละเอียดการดำเนินงานขององค์การ การจัดแบ่งสาขางานขององค์การ และขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละสาขางานหรือส่วนงานขององค์การ

1.2 บันทึกรายงานของกิจกรรมในความรับผิดชอบของแต่ละส่วนงาน

1.3 สร้างแผนภาพแบบจำลองการบริหารและการดำเนินงานขององค์กร แสดงความสัมพันธ์ของหน่วยงานหรือส่วนงานในเชิงบริหารและการบริการ

1.4 บันทึกการรายการบุคลากรและรายละเอียดบุคลากร ตำแหน่งหน้าที่ปฏิบัติจริง อัตราเงินเดือน รายได้เพิ่มเติมที่บุคลากรได้รับ (เช่น ค่าล่วงเวลา) การปฏิบัติงานตรงตามตำแหน่งหรือไม่ จำแนกบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เดียวตรงกับตำแหน่งบุคลากรที่ปฏิบัติหลายหน้าที่ การบันทึกการรายการบุคลากรและรายละเอียดบุคลากรมีความสำคัญมากในการประเมินต้นทุนการดำเนินงาน เพราะหน่วยงานโดยทั่วไปค่าใช้จ่าย ร้อยละ 80-85 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบุคลากร ดังนั้นความเชื่อถือได้ของการประเมินต้นทุนนั้น การประเมินบุคลากรจึงเป็นส่วนสำคัญ

1.5 บันทึกระบบการไหลเวียนของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม เช่น ระบบการจัดซื้อและเบิกจ่ายวัสดุ

1.6 จัดทำแผนภาพจำลอง ระบบการไหลเวียนของทรัพยากร และบุคลากรตามตำแหน่งหน้าที่สัมพันธ์กับกิจกรรม

1.7 กำหนดการแบ่งและจัดสรรต้นทุน ทั้งระบบการแบ่งในแนวดิ่ง คือการแบ่งจากระดับบนลงล่างและการแบ่งในแนวนอน คือการแบ่งระหว่างส่วนงานต่างๆ ในระดับเดียวกันและจุดที่ต้องทำการแบ่งและจัดสรรต้นทุน

1.8 กำหนดหน่วยและวิธีการวัดบริการหรือผลผลิตที่ได้จากการดำเนินงาน

1.9 กำหนดกรอบรายการและกรอบของเวลาที่จะนับเป็นต้นทุนในแต่ละระดับขององค์กร และแต่ละส่วนงาน ตลอดจนจุดเริ่มต้น และจุดสิ้นสุดของการนับต้นทุน

2. การกำหนดเกณฑ์ที่นำมาใช้ในการแบ่งและจัดสรรต้นทุนดังนี้

2.1 เกณฑ์ที่เป็นดัชนีเดียวๆ (Single Index) โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่งและจัดสรรต้นทุนนั้นอาจเป็นเกณฑ์ตรงไปตรงมาและมีหน่วยที่กำหนดให้ชัดเจน เช่น

2.1.1 แบ่งเงินเดือนบุคลากรไปยังงานต่างๆ โดยใช้เกณฑ์สัดส่วนของเวลาที่บุคลากรนั้นๆ ปฏิบัติหน้าที่แต่ละงาน อาจใช้การสำรวจโดยการบันทึกประจำวัน หรือใช้บันทึกโดยการสังเกตการปฏิบัติงาน การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น

2.1.2 แบ่งค่าเสื่อมราคาตามสัดส่วนพื้นที่ของอาคารที่ใช้สำหรับแต่ละงาน

2.1.3 การแบ่งต้นทุนของยาหรือวัคซีนตามจำนวนผู้รับบริการโดยการบันทึกโดยตรง

2.1.4 การแบ่งค่าใช้จ่ายของแผนกเอ็กซเรย์ไปยังแผนกศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม อายุรกรรม ตามจำนวนฟิล์มที่ใช้ในแต่ละแผนก

2.2 เกณฑ์ดัชนีหลายมิติ (Multiple Index) ใช้ในกรณีที่ค่าใช้จ่ายบางอย่างหรือต้นทุนของงานสนับสนุนบางงาน ซึ่งจะต้องแบ่งและจัดสรรไปเป็นต้นทุนของการดำเนินงานกิจกรรมโครงการที่ต้องการวิเคราะห์และประเมินผลนั้น ไม่อาจแบ่งโดยใช้เกณฑ์ตรงไปตรงมาเป็นดัชนีเดี่ยวๆ ได้ จำเป็นต้องสร้างสูตรขึ้นเพื่อการแบ่งและการจัดสรรค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนของงานสนับสนุนไปเป็นต้นทุนของกิจกรรมที่ต้องการประเมินผลจึงจะทำให้การแบ่งสรรเหมาะสมการสร้างเกณฑ์ซึ่งเป็นดัชนีหลายมิตินี้มีวิธีการและขั้นตอนดำเนินการดังนี้

- กำหนดตัวแปรที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการแบ่งและการจัดสรรต้นทุน
- กำหนดน้ำหนักของตัวแปรแต่ละตัว (ผลของตัวแปรแต่ละตัวตามมูลค่าของต้นทุน)
- กำหนดลักษณะความสัมพันธ์ของตัวแปร
- กำหนดสูตรในการแบ่งและจัดสรรต้นทุน

สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล (2534) ได้กล่าวว่า การจัดกลุ่มต้นทุนและการจำแนกต้นทุนทำได้หลายแบบขึ้นกับเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดกลุ่มและการจำแนก ได้ดังนี้

1. การจัดกลุ่มโดยใช้เกณฑ์ “ผู้รับภาระต้นทุน” ต้นทุนอาจจัดได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ตามประเภทของผู้รับภาระต้นทุน คือ ต้นทุนที่เกิดขึ้นภายในองค์กรที่จัดบริการ หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าต้นทุนภายใน (Internal Cost) อีกกลุ่มหนึ่งคือต้นทุนที่เกิดขึ้นภายนอกองค์กรที่จัดบริการ เช่น ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ หรือชุมชนเป็นต้น เรียกว่า ต้นทุนภายนอก (External Cost) การจัดกลุ่มในลักษณะนี้มีความสำคัญมากสำหรับการวางแผน และกำหนดนโยบายบริการสาธารณสุข เพราะการวางแผนและกำหนดนโยบายบริการสาธารณสุขนั้น จำเป็นต้องพิจารณาต้นทุนทั้งสองกลุ่มเพื่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมและเป็นธรรมที่สุด

2. การจัดกลุ่มต้นทุนโดยใช้เกณฑ์ “กิจกรรม” รายการต้นทุนที่เกิดขึ้นทั้งภายในองค์กร และภายนอกองค์กรที่กล่าวมาแล้ว อาจจัดแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มรายการที่เป็นต้นทุนโดยตรงของกิจกรรมนั้น กับกลุ่มรายการที่ไม่ใช่โดยตรงของกิจกรรมนั้น ดังนั้นการจัดกลุ่มในลักษณะนี้ จัดต้นทุนเป็นอีก 2 กลุ่ม ต้นทุนทางตรง (Direct Cost) และต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost)

3. การจัดกลุ่มโดยใช้เกณฑ์ “การจ่าย” รายการต้นทุนที่เกิดขึ้นทั้งต้นทุนภายใน / ต้นทุนภายนอก ต้นทุนทางตรง / ต้นทุนทางอ้อม ดังที่กล่าวมาแล้วอาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ต้นทุนที่จ่ายจริงและมองเห็น (Explicit Cost หรือ Tangible Cost) กับต้นทุนที่ไม่ได้จ่ายจริงและมองไม่เห็น (Implicit Cost หรือ Intangible Cost) แต่ต้องนับรวมเป็นต้นทุนด้วย

4. การจัดกลุ่มโดยใช้เกณฑ์ “การแพทย์” คือ ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (Medical Cost) และต้นทุนอื่นๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (Non Medical Cost) การจำแนกหรือจัดกลุ่มต้นทุนในลักษณะนี้จะไม่เป็นประโยชน์อะไรหากจุดมุ่งหมายการประเมินต้นทุนจัดรอบการวัดไว้กว้าง รายการที่จะนับรวมเป็นต้นทุนมีมาก เพราะต้องการวิเคราะห์องค์ประกอบของต้นทุนภายในนั้น เกี่ยวกับการแพทย์มาน้อยเพียงใด การจัดกลุ่มต้นทุนโดยวิธีการนี้ก็จะประโยชน์และเห็นภาพได้ชัดเจน

ต้นทุนโรงพยาบาล

ต้นทุนโรงพยาบาล หมายถึง ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่ใช้จัดบริการผู้ป่วยประเภทต่างๆ เรียกว่า Hospital Cost หรือ Hospital Unit Cost ต้นทุนโรงพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ต้นทุน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ต้นทุนดังกล่าวนี้จัดว่าเป็นต้นทุนมาตรฐานต่อหน่วย และจำแนกตามประเภทของบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย จึงมีชื่อเรียกว่า “ต้นทุนผู้ป่วยนอกต่อรายหรือต่อครั้ง และต้นทุน

ผู้ป่วยในต่อวันป่วยหรือต่อราย” ตามลำดับ และต้นทุนโรงพยาบาลยังหมายถึงค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดของหน่วยงานทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งมีวิธีการและขั้นตอนที่กำหนดไว้โดยเฉพาะ โดยลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลหน่วยงานภายในโรงพยาบาลจะมีลักษณะงานเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทุกหน่วยงาน การหาค่าต้นทุนจึงมีวิธีการแตกต่างกับการหาต้นทุนของกิจการธุรกิจโดยทั่วไป

จากการที่โรงพยาบาลแบ่งออกเป็นหน่วยต่างๆ ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้จะต้องมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยขึ้นอยู่กับหน้าที่ของหน่วยงานนั้นๆ และความจำเป็นของผู้ป่วยไม่มีหน่วยงานใดจะดำเนินการเป็นเอกเทศในการให้บริการผู้ป่วยได้ ฉะนั้นจึงมีการรับและส่งต้นทุนของหน่วยงานในระหว่างหน่วยงานขึ้น และในที่สุดต้นทุนก็จะไปรวมกันอยู่ที่หน่วยงานซึ่งให้บริการผู้ป่วยโดยตรง และเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยหรือจำนวนครั้งของการมารับบริการจะสามารถหาต้นทุนต่อหน่วยได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประวุฒิ เวชรักษ์ (2539) เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการรักษาพยาบาลของสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 13 แห่ง แบ่งออกเป็นโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง และสถานอนามัย 8 แห่ง เพื่อกำหนดราคาบัตรสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของต้นทุนการให้บริการรักษาพยาบาลของสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ รวมทั้งต้นทุนต่อหน่วยในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพื่อนำไปกำหนดราคาบัตรสุขภาพ ซึ่งการวิเคราะห์ต้นทุนในการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลระดับต่างๆ ได้แยกหน่วยงานที่ทำการศึกษาออกเป็นหน่วยงานที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง และหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการรักษาพยาบาล ซึ่งการวิเคราะห์ต้นทุนรวมในทั้งสองหน่วยงานจะประกอบด้วยต้นทุน 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ ต้นทุนทรัพย์สิน (ค่าอาคาร สิ่งก่อสร้าง และค่าครุภัณฑ์) และต้นทุนดำเนินการ (เงินเดือน ค่าเวชภัณฑ์ และค่าวัสดุทางการแพทย์) และใช้วิธีการกระจายต้นทุนระหว่างหน่วยงานโดยใช้สมการเส้นตรง

ผลการวิเคราะห์ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลระดับต่างๆ พบว่า ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยของสถานอนามัยเท่ากับ 34 บาทต่อครั้ง หรือ 100 บาทต่อราย ส่วนต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนเท่ากับ 96 บาทต่อครั้ง หรือ 181 บาทต่อราย และผู้ป่วยในเท่ากับ 303 บาทต่อวันที่นอนในโรงพยาบาล หรือ

1,100 บาทต่อราย ในขณะที่ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป เท่ากับ 118 บาทต่อครั้ง หรือ 212 บาทต่อราย และผู้ป่วยในเท่ากับ 522 บาทต่อวันที่นอนในโรงพยาบาล หรือ 1,102 บาทต่อราย ทั้งนี้พบว่าองค์ประกอบของต้นทุนรวมในแต่ละระดับของสถานพยาบาลจะไม่มี ความแตกต่างกัน คือ ต้นทุนดำเนินการจะมีค่าประมาณร้อยละ 70 ถึง 80 ของต้นทุนรวมทั้งหมด

จุฑาทิพ อาธิ์พรหม (2544) ทำการศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนของการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาด้านทุนต่อหน่วยของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลเลิศสินทั้งต้นทุนทางบัญชีและต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ ตลอดจนประเมินอัตราการคืนทุนที่ได้รับ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังใช้ข้อมูลของปีงบประมาณ 2542 และ 2543 ทำการวิเคราะห์แบบวิจัยเชิงพรรณนา ในมุมมองของผู้ให้บริการ ไม่ได้พิจารณาในแง่ของผู้มารับบริการ

ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนต่อหน่วยของการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในทางบัญชีเท่ากับ 76,885.79 บาท ในทางเศรษฐศาสตร์เท่ากับ 99,445.77 บาท โดยพบว่าต้นทุนค่าวัสดุมีค่ามากกว่า ต้นทุนค่าแรงและต้นทุนค่าลงทุนในอัตราร้อยละ 83.98, 14.75 และ 1.27 ตามลำดับ ส่วนต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จะมีสัดส่วนร้อยละ 52.16, 40.78 และ 7.06 ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าแรงและ ต้นทุนค่าลงทุน ตามลำดับ ต้นทุนทางบัญชีและต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์มีสัดส่วนของต้นทุนจากหน่วยงานต่างๆ พอๆ กัน โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ หน่วยงานที่ก่อให้เกิดรายได้มากกว่า หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วย และมากกว่าหน่วยงานที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ ซึ่งต้นทุนส่วนใหญ่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้นคือร้อยละ 80.74 ของต้นทุนทางบัญชีและร้อยละ 78.91 ของต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์

พงศธร วรรัตนธรรม (2545) เป็นการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาล เอกชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะประมาณค่าต้นทุนต่อหน่วยบริการต่างๆ ของโรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา ศึกษากระบวนการกระจายต้นทุนในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาล และศึกษาด้านทุนทางบัญชีและต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนจากบัญชีรายจ่ายต่างๆ ในช่วงเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2541 มีวิธีการศึกษาดังนี้ 1) แยกหน่วยงานของโรงพยาบาลออกเป็น 3 ส่วน คือ หน่วยงานที่ไม่มีรายได้ เช่น แผนกธุรการ แผนกบัญชีและการเงิน แผนกโภชนาการ หน่วยงานสนับสนุน เช่น หน่วยห้องผ่าตัด หน่วยห้องคลอด แผนกเภสัชกรรม และหน่วยที่มีรายได้ เช่น

แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน แผนกทันตกรรม 2) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนจากบัญชีรายจ่ายต่างๆ แล้วแบ่งต้นทุนออกเป็น 3 ประเภท คือ ต้นทุนค่าลงทุน ได้แก่ รายจ่ายทางด้านอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์รายจ่ายในการซื้อที่ดินและก่อสร้างอาคาร ต้นทุนด้านค่าวัสดุ ได้แก่ รายจ่ายทางด้านครุภัณฑ์และวัสดุต่างๆ ต้นทุนด้านแรงงาน ได้แก่ รายจ่ายทางด้านเงินเดือนและค่าตอบแทนของบุคลากร 3) นำต้นทุนทั้ง 3 ส่วนมา กระจายระหว่างหน่วยงาน โดยใช้สมการ Simultaneous แล้วแก้สมการระบบเมตริกซ์ จากนั้นจึงรวมต้นทุนทั้ง 3 ส่วนเข้าด้วยกัน เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นในหน่วยนั้นๆ

ผลการศึกษาต้นทุนทางบัญชีพบว่า ต้นทุนที่เกิดขึ้นทั้งหมดของหน่วยผู้ป่วยนอก คือ 213.71 บาทต่อครั้ง ต้นทุนที่เกิดขึ้นทั้งหมดของหน่วยผู้ป่วยใน คือ 4,173.91 บาทต่อวันที่นอนในโรงพยาบาล หลังจากนั้นได้ปรับต้นทุนทางบัญชีให้เป็นต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ โดยต้นทุนทางด้านแรงงานได้ปรับโดยเพิ่มค่าสวัสดิการต่างๆ ที่โรงพยาบาลจ่ายให้บุคลากรในรูปที่มีใช้ตัวเงิน เช่น ค่าที่พัก สำหรับต้นทุนด้านค่าวัสดุได้ใช้ค่าแปรราคาเงา และการปรับลดภาษีมูลค่าเพิ่มมาเป็นตัวปรับให้เป็นต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ ส่วนต้นทุนค่าลงทุนได้ใช้ดัชนีราคาทั่วไปปรับให้เป็นมูลค่าในปี พ.ศ. 2541 ที่ทำการศึกษา แล้วนำไปกระจายต้นทุนโดยใช้สูตร Annuitization

ผลการศึกษาต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์พบว่า การปรับค่าต่างๆ ดังกล่าวทำให้ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์มีค่าสูงกว่าต้นทุนทางบัญชี นอกจากนั้นสัดส่วนของต้นทุนทั้ง 3 ประเภทก็แตกต่างกัน กล่าวคือ ต้นทุนทางบัญชีมีสัดส่วนของต้นทุนทางด้านค่าวัสดุมากที่สุด ขณะที่ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์มีต้นทุนค่าลงทุนเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับต้นทุนของสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาดังกล่าวจะใช้วิธีการกระจายต้นทุนจากหน่วยงานที่ให้บริการสนับสนุน (หรือหน่วยงานที่ไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง) ไปสู่หน่วยบริการผู้ป่วยเพื่อหาต้นทุนรวมและต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการผู้ป่วย แต่จะเลือกใช้วิธีการกระจายต้นทุนและเกณฑ์การจัดสรรต้นทุนที่แตกต่างกัน ตามแต่จะเห็นว่าวิธีการใดเหมาะสมกับโครงสร้างการบริหารงานของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง ซึ่งการหาต้นทุนรวม (หรือต้นทุนต่อหน่วย) ในการให้บริการผู้ป่วยโดยรวมต้นทุนที่กระจายมาจากหน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ ด้วยนี้ จะทำให้ได้ค่าของต้นทุนที่สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น

สุสติ หรั่งรอด (2546) ทำการศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบต้นทุนในการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ระหว่างโรงพยาบาลบางระกำกับการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลพุทธชินราช โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนต่อการรักษาผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบโดยวิธีการผ่าตัด ในกรณีผ่าตัดเองภายในโรงพยาบาลบางระกำ กับอัตราเรียกเก็บเฉลี่ยต่อการรักษาของการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ กรณีส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเสนอแนะการพิจารณาซื้อเครื่องดมยาสลบ และปรับปรุงห้องผ่าตัดใหม่เพื่อเหตุผลในเรื่องการประหยัดต้นทุนเนื่องจากโรงพยาบาลบางระกำได้เข้าร่วมในโครงการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในงานวิจัยนี้ ศึกษาเฉพาะต้นทุนจากการให้บริการทางการแพทย์โดยตรง ที่โรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ นอกจากนี้ต้นทุนที่ใช้ในการคำนวณจะนำเฉพาะมูลค่าต้นทุนหน่วยบริการโดยตรง ต้นทุนหน่วยสนับสนุน และต้นทุนค่าตอบแทนบุคลากร โดยแบ่งแยกเป็นต้นทุนคงที่และต้นทุนผันแปร

ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนต่อการรักษาของการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเองภายในโรงพยาบาลบางระกำ กับอัตราเรียกเก็บเฉลี่ยต่อการรักษาของการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบกรณีส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่าต้นทุนทั้งหมดต่อการรักษาของการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเองภายในโรงพยาบาลบางระกำเท่ากับ 19,463.78 บาท เป็นต้นทุนคงที่ 18,294.75 บาท ซึ่งเป็นต้นทุนที่ต้องจ่ายไม่ว่าจะทำการเองภายในโรงพยาบาลบางระกำหรือส่งต่อ และมีต้นทุนผันแปรเท่ากับ 1,169.03 บาท เป็นต้นทุนที่ทางโรงพยาบาลบางระกำต้องจ่ายเพิ่มหากทำการผ่าตัดเอง เมื่อนำต้นทุนในส่วนที่ต้องจ่ายเพิ่มขึ้นมาเปรียบเทียบกับต้นทุนที่ทางโรงพยาบาลบางระกำต้องรับผิดชอบกรณีส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ซึ่งเท่ากับ 12,236.67 บาท นั้นหมายถึงต้นทุนต่อการรักษาที่เพิ่มขึ้นของการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเองภายในโรงพยาบาลบางระกำ มีค่าต่ำกว่าถึง 11,067.64 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 90.45

นุมนวล หนูเล็ก (2546) ทำการศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของการบริการรักษาพยาบาลในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสระบุรีแผนกผู้ป่วยนอกสาขาอายุรกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของต้นทุนและการวิเคราะห์ต้นทุนเฉลี่ยต่อคนที่เป็นจริงของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า แผนกผู้ป่วยนอก สาขาอายุรกรรม โดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างต้นทุนที่รัฐบาลอนุมัติให้แก่โรงพยาบาลกับต้นทุนที่เป็นจริงของโรงพยาบาลสระบุรีที่ใช้บริการรักษาผู้ป่วยนอกสาขาอายุรกรรมต่อคนว่ามีส่วนต่างกันอย่างไร ในการศึกษา จะศึกษาเฉพาะต้นทุนจากหน่วยบริการรักษาโดยตรง ต้นทุนค่าตอบแทนบุคลากรและ

ต้นทุนหน่วยสนับสนุน ซึ่งประกอบด้วย งานรังสีวิทยา งานพยาธิวิทยา ฝ่ายเภสัชกรรมงานเวชระเบียน

ผลการศึกษาด้านต้นทุนต่อคนในช่วงเวลา 3 เดือน ในแผนกผู้ป่วยนอก สาขาอายุรกรรมของหน่วยบริการรักษาโดยตรงและหน่วยสนับสนุน ได้ต้นทุนต่อคนในการรักษาพยาบาลปี 2545 เท่ากับ 4,073.42 บาทต่อราย จากผู้มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 98,866 คน ซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลสระบุรีต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อคนต่อปีเท่ากับ 2,876.42 บาท (ลบออกจากค่าเหมาจ่ายรายหัว 1,197 บาท) โดยต้นทุนของหน่วยสนับสนุนและต้นทุนค่าตอบแทนบุคลากรเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้ต้นทุนต่อหน่วยมีค่าสูง

บุญสม พวงนาค (2546) ทำการศึกษาเรื่อง ต้นทุนประสิทธิผลของการบริการรักษาพยาบาลตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลลพบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาด้านต้นทุนต่อหน่วยบริการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และต้นทุนประสิทธิผลของห้องตรวจโรคทั่วไป ห้องตรวจอายุรกรรม ห้องตรวจศัลยกรรม ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อ และหน่วยบริการปฐมภูมิศูนย์แพทย์ชุมชนท่าศาลา โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วน ได้แก่การศึกษาด้านต้นทุนต่อหน่วยบริการโดยเฉลี่ยของผู้ใช้บริการประเภทบัตรสุขภาพถ้วนหน้าของแต่ละหน่วยงานโดยใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2545 และการศึกษาความพึงพอใจในการบริการรักษาพยาบาลโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามผู้ให้บริการประเภทบัตรสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 330 ราย

ผลการศึกษาด้านต้นทุนต่อหน่วยบริการ(ครั้ง) ที่ผู้ป่วยมารับบริการ 1 ครั้ง ปรากฏว่า ห้องตรวจโรคทั่วไปมีต้นทุนต่อหน่วยบริการเท่ากับ 137.17 บาทต่อครั้ง ห้องตรวจอายุรกรรมเท่ากับ 634.39 บาทต่อครั้ง ห้องตรวจศัลยกรรมเท่ากับ 226.85 บาทต่อครั้ง ห้องตรวจโรคกระดูกและข้อเท่ากับ 240.52 บาทต่อครั้ง และหน่วยบริการปฐมภูมิศูนย์แพทย์ชุมชนท่าศาลาเท่ากับ 134.70 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ และต้นทุนดำเนินการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้ต้นทุนต่อหน่วยบริการมีค่าสูง โดยต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์คิดเป็นร้อยละ 48-86 ของต้นทุนต่อหน่วยบริการ ส่วนต้นทุนดำเนินการ ได้แก่ต้นทุนวัสดุภัณฑ์ ต้นทุนค่าตอบแทนบุคลากร คิดเป็นร้อยละ 97-99 ของต้นทุนต่อหน่วยบริการนอกจากนี้ประมาณว่าการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้โครงการสุขภาพถ้วนหน้าเพียง 3-4 ครั้ง จะมีต้นทุนต่อหน่วยบริการสูงกว่าเงินสนับสนุนรายหัวจากรัฐบาลที่กำหนดให้เท่ากับ 1,197 บาทต่อคนต่อปี ส่วนการศึกษาความพึง

พอใจในบริการรักษาพยาบาลแสดงว่าผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจด้านระบบงานในระดับปานกลาง มีความพึงพอใจด้านผู้ให้บริการและความพึงพอใจด้านอุปกรณ์เครื่องมือและสถานที่ในระดับสูง การศึกษาต้นทุนประสิทธิภาพ พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยบริการโดยเฉลี่ยของหน่วยบริการปฐมภูมิศูนย์แพทย์ชุมชนท่าศาลามีค่าต่ำกว่าห้องตรวจโรคทั่วไปงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลพบุรี ดังนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิจึงน่าจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพของการให้บริการด้านสุขภาพพื้นฐาน

กนกวรรณ กันทะวงศ์การ (2547) เป็นการศึกษาผลกระทบของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคต่อรายได้และภาวะอุดหนุนผู้ป่วยของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่เข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2544 เพื่อวิเคราะห์ว่าการเข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้แหล่งที่มาของรายได้ของโรงพยาบาล รวมทั้งปริมาณเงินจากแต่ละแหล่งรายได้มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ และส่งผลกระทบอย่างไรต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังจากมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค การอุดหนุนทางการเงินที่โครงการหลักประกันสุขภาพแต่ละประเภท หรือโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพนั้น ทั้งโครงการหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิมก่อนที่จะเกิดโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และโครงการหลักประกันสุขภาพที่เหลืออยู่ในปัจจุบัน ซึ่งจะชี้ให้เห็นว่าหลังจากที่โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคแล้ว ก่อให้เกิดโอกาสหรือความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการทางแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนกลุ่มต่างๆ มากขึ้นหรือไม่อย่างไร โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมจากแบบรายงานรายรับ-รายจ่ายเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณ (แบบรายงาน 0111 รง. 5) และแบบรายงานกิจกรรมการให้บริการของโรงพยาบาล (แบบรายงาน 0110 รง. 5) รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่การเงินของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาแหล่งที่มาของรายได้และรายจ่ายของโรงพยาบาล พบว่า การเข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ไม่ได้ทำให้รายได้และรายจ่ายรวมของโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปมากนัก แต่ทำให้สัดส่วนของรายได้จากเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กล่าวคือ ก่อนเข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค รายได้จากสองแหล่งนี้มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน แต่หลังจากที่โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคแล้ว รายได้จากเงินนอกงบประมาณจะมีสัดส่วนมากกว่าเงินงบประมาณอย่างเห็นได้ชัด คือ รายได้จากเงินนอกงบประมาณคิดเป็นร้อยละ 70-74 ของรายได้ทั้งหมด ในขณะที่รายได้จากเงินงบประมาณคิดเป็นร้อยละ 26-30 ของรายได้ทั้งหมด เนื่องจากรายได้จากเงินงบประมาณจะได้รับจัดสรรจากกองทุน

บัตรประกันสุขภาพ เพื่อใช้จ่ายในรูปของเงินเดือนและค่าจ้างประจำเท่านั้น ทำให้รายจ่ายของโรงพยาบาลในช่วงนี้เป็นการใช้จ่ายจากเงินนอกงบประมาณเป็นส่วนใหญ่ และเมื่อนำรายได้กับรายจ่ายของโรงพยาบาลมาเปรียบเทียบกันเพื่อวิเคราะห์สถานะทางการเงินของโรงพยาบาล พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค รายจ่ายของโรงพยาบาลจะเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่มากกว่าการเพิ่มขึ้นของรายได้ ทำให้เงินคงเหลือที่สามารถยกยอดไปในปีถัดไปมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ

ส่วนการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยภายหลังมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค พบว่าจำนวนผู้รับบริการไม่ได้เพิ่มขึ้นมากตามที่มีการคาดการณ์เอาไว้ เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคบางส่วนไม่มารับบริการ เพราะไม่มั่นใจในคุณภาพของบริการที่จะได้รับ แต่จำนวนครั้งในการรับบริการของผู้ป่วยนอกและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยเดิมของโรงพยาบาล และป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือร้ายแรง ส่วนการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ที่สามารถป้องกันได้ จะมีปริมาณลดลง เนื่องจากโรงพยาบาลเน้นการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากขึ้น

สำหรับผลการวิเคราะห์ระดับการอุดหนุนทางการเงินที่ผู้ป่วยซึ่งอยู่ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ ได้รับ พบว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้ผู้ได้รับสิทธิประเภทบัตรทองไม่มี ท ซึ่งเดิมไม่ได้รับหลักประกันสุขภาพใดๆ หรือเคยใช้สิทธิบัตรสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการได้รับระดับการอุดหนุนทางการเงินเพิ่มขึ้น หรือส่วนของต้นทุนที่ผู้ป่วยเป็นผู้รับภาระเองมีจำนวนลดลง

การตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น พบว่า ได้มีการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยโดยมีกลุ่มเป้าหมายและวัตถุประสงค์แตกต่างกันออกไป แต่หลักและวิธีการศึกษามักจะเป็นไปในแนวทางเดียวกันกล่าวคือ เป็นการศึกษาและวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่มีการเก็บรวบรวมอยู่แล้ว และเป็นการคำนวณต้นทุน ณ ระดับการให้บริการที่ดำเนินอยู่ในช่วงเวลาที่ศึกษา ในส่วนขององค์ประกอบของต้นทุนซึ่งประกอบไปด้วย ต้นทุนด้านทรัพย์สิน และต้นทุนดำเนินการ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนต่อหน่วยประเภทต้นทุนดำเนินการ โดยต้นทุนประเภทเงินเดือนของแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่เฉพาะ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ต้นทุนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีค่าสูงต่ำแตกต่างกันระหว่างแผนกต่างๆ ซึ่งงานวิจัยบางเรื่องก็มีข้อเสนอแนะว่า หากจะมีการปรับปรุงต้นทุนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ลดลง ทำได้โดยการพิจารณาต้นทุนประเภทเงินเดือนเป็นหลัก

โดยอาจจะมีการพิจารณาแพทย์และทดแทนด้วยการเพิ่มจำนวนพยาบาลในงานที่สามารถทดแทนกันได้ มีงานวิจัยบางเรื่องโต้แย้งว่าปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอกับความต้องการของประชาชนอยู่แล้ว ไม่สมควรลดจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ แต่ควรพิจารณาปรับลดต้นทุนในหน่วยสนับสนุนมากกว่า นอกจากนี้ในส่วนของต้นทุนวัสดุภัณฑ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีค่าสูงก็เนื่องจากการสั่งเครื่องมือบางส่วนที่ซ้ำซ้อนกัน ซึ่งบางครั้งเครื่องมือยังไม่ได้มีการใช้งานอย่างเต็มที่ที่มีการสั่งเครื่องมือใหม่เข้ามา ทำให้มีการใช้เครื่องมืออย่างไม่มีประสิทธิภาพ

การศึกษาครั้งนี้ได้นำวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของบุญสม พวงนาค และจุฑาทิพ อาธิ์พรณ มาปรับใช้ในการศึกษา โดยมีการปรับปรุงรูปแบบวิธีการให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ผู้ศึกษาดำเนินไว้ ความแตกต่างของการศึกษาครั้งนี้กับงานวิจัยของจุฑาทิพ อาธิ์พรณ ได้แก่ กลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษา ซึ่งได้แก่ ผู้ใช้บริการประเภทยศสุขภาพถ้วนหน้า ที่เป็นคู่สัญญาหลักกับโรงพยาบาลศิริราช และยังเป็นการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของหัตถการการบริการตรวจระบบทางเดินอาหารโดยการส่องกล้อง ได้แก่ การบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น การบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก และการบริการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อนของหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหาร ศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลศิริราช

บทที่ 3

สภาพทั่วไป

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายที่รัฐบาลต้องการให้คนไทยมีหลักประกันหรือมีความมั่นใจว่าได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง มีการป้องกันโรคเมื่อเจ็บป่วยก็สามารถไปพบแพทย์ เพื่อขอคำแนะนำรับบริการตรวจรักษา หรือแม้แต่ได้รับยาเพื่อเฝ้าระวังรักษาโรค โดยไม่ต้องกังวลในเรื่องค่ารักษาพยาบาล จนทำให้ขาดโอกาสรักษาตัว ทั้งนี้รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามวิธีที่ได้กำหนดไว้ นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่จะให้แต่ละคนตามความจำเป็นในระยะเร่งด่วน รัฐบาลจัดโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่คนไทย ที่ยังไม่มีสิทธิใดๆ เลยให้สามารถเข้าใช้บริการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้คนไทยมีหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบเดียวกัน เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน มีความมั่นคงและยั่งยืน

วิวัฒนาการของการสร้างหลักประกันสุขภาพ

ประเทศไทยได้มีการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนไทยมาเป็นเวลานานหลายปีในรูปแบบของระบบสวัสดิการสุขภาพ และการประกันสุขภาพต่างๆ เนื่องจากยอมรับว่าการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน โดยเฉพาะที่จะเห็นได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้นในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิ และเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 52 ที่ได้บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” นับเป็นการรับรองสิทธิของผู้ยากไร้ที่จะต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และในหมวดที่ 5 ว่าด้วยแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐมาตรา 82 บัญญัติไว้ว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

ซึ่งสะท้อนแนวความคิดและปรัชญาที่ว่ารัฐต้องมีหน้าที่ในการจัดให้เกิดความเสมอภาค ของการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยทุกคนในปัจจุบัน ระบบสวัสดิการสุขภาพและประกันสุขภาพที่มีอยู่หลายรูปแบบทั้งที่จัดโดยภาครัฐและเอกชน มีความแตกต่างกันทั้งในด้านแนวคิด วัตถุประสงค์ สิทธิประโยชน์ การครอบคลุมประชากรตลอดจนที่มาของการเงินการคลัง และหน่วยงานที่รับผิดชอบ สามารถจำแนกระบบสวัสดิการสุขภาพและประกันสุขภาพของไทยได้ ออกเป็น 3 กลุ่มด้วยกัน คือ

1. สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ (Social Welfare) เป็นสวัสดิการการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้แก่บุคคลบางประเภท มีวัตถุประสงค์แต่ละประเภทเฉพาะของแต่ละโครงการแตกต่างกันโครงการเหล่านี้ ได้แก่

1.1 โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.) ซึ่งรวมการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย, ผู้สูงอายุด้านการรักษายาบาล และผู้พิการเข้าด้วยกัน

1.2 สวัสดิการการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ

1.3 สวัสดิการการรักษายาบาลเฉพาะตัวอื่นๆ

2. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory Health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพในลักษณะบังคับตามกฎหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมและบริการ ได้แก่

2.1 กองทุนทดแทนแรงงาน

2.2 กองทุนประกันสังคม

3. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของประชาชนที่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้โครงการเหล่านี้ ได้แก่

3.1 การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน

3.2 การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (โครงการบัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข)

โครงการบัตรประกันสุขภาพ

โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจโดยบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2526 จนถึงปัจจุบัน สามารถแบ่งการดำเนินการออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 โครงการนำร่อง พ.ศ. 2526 โดยเป็นโครงการนำร่องทดลองใน 7 จังหวัดภาคใต้ ชื่อ “โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก” มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนองค์ประกอบของสาธารณสุขมูลฐาน 4 อย่างที่สำคัญ คือ งานอนามัยแม่และเด็ก งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การมียาที่จำเป็นในชุมชน และการรักษาพยาบาลแบบง่ายๆ มีการระดมทุนในชุมชนโดยจำหน่ายบัตรในราคาถูกและให้องค์กรชุมชนเป็นผู้บริหารเงินทุน

ระยะที่ 2 โครงการบัตรประกันสุขภาพ พ.ศ. 2527 ภายหลังการดำเนินการได้ 8 เดือน มีการขยายโครงการไปทั่วประเทศอย่างน้อยจังหวัดละ 1 ตำบล ในปี พ.ศ. 2527 และเปลี่ยนชื่อโครงการเป็น “โครงการบัตรสุขภาพ” ในปี พ.ศ. 2527 ขยายออกไปให้ได้ทุกอำเภอ ละ 1 ตำบล โดยหลักการ และแนวคิดยังคงยึดแนวทางของงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลัก

ระยะที่ 3 เริ่มมีความถดถอยของโครงการมีความไม่ชัดเจนของนโยบาย พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2534 ได้เริ่มเปลี่ยนแนวคิดของโครงการเป็นการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจในขณะที่ยังคงสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่โดยการบริหารเงินทุนยังอยู่ที่ระดับหมู่บ้าน ขยายเป้าหมายเป็นทุกอำเภอในจังหวัด ครอบคลุมร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด อย่างไรก็ตามในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีการผันแปรของนโยบายภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง และไม่มีความชัดเจนในด้านนโยบายของผู้บริหารระดับสูงต่อโครงการดังกล่าวทำให้มีการถดถอยของโครงการอย่างมาก

ระยะที่ 4 การประกันสุขภาพแบบสมัครใจ กองทุนหมุนเวียนระดับประเทศ พ.ศ. 2536 - ปัจจุบันในปี พ.ศ. 2536 สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ปฏิรูปโครงการ บัตรประกันสุขภาพให้เป็นรูปแบบของการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจในระดับชาติ มีการรวมศูนย์ของนโยบาย และแนวทางการปฏิบัติ และรวมกองทุนให้เป็นกองทุนในระดับประเทศ และ

ระดับจังหวัดเท่านั้น มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่มีเฉพาะประชาชนจ่ายเงินเพียงฝ่ายเดียว รัฐไม่ได้นำการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายมาเป็นรัฐเข้ามาร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการประกันสุขภาพร่วมกับประชาชน โดยรัฐร่วมสมทบในสัดส่วนที่เท่าเทียมกัน คือ ประชาชน 500 บาท รัฐร่วมสมทบ 500 บาท และเปลี่ยนการบริหารเงินทุนจากระดับกองทุนในหมู่บ้านเป็นเงินทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพในระดับอำเภอ จังหวัด และประเทศ การบริหารจัดการเงินทุนโดยอาศัยกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง และให้มีการประกันความเสี่ยงให้แก่กองทุนในระดับจังหวัดในการรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น โดยมีการหัก 2.5% ของ 1,000 บาท ไว้ที่กองทุนส่วนกลางสำหรับจ่ายค่ารักษาพยาบาลข้ามเขตระหว่างจังหวัด และค่ารักษาพยาบาลสูงทั้งในกรณีรักษาภายในจังหวัดและข้ามจังหวัด

โครงการประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้มุ่งเน้นกลุ่มประชาชนในชนบททั้งในภาคเกษตรกรรม ผู้ใช้แรงงานและประกอบอาชีพอิสระ จากการศึกษาของสำนักงานประกันสุขภาพปี พ.ศ. 2539 พบว่า สมาชิกบัตรประกันสุขภาพ เป็นเกษตรกร ร้อยละ 63 รองลงมา คือ ค้าขายและประกอบอาชีพอื่นๆ และมีอีกประมาณร้อยละ 1 เป็นข้าราชการที่มาซื้อบัตร รายได้ของสมาชิกส่วนใหญ่มีรายได้ 2,000 - 2,800 บาทต่อเดือน และร้อยละ 90 มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 8,000 บาทต่อเดือน มีเพียงร้อยละ 2 - 4 ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวมากกว่า 15,000 บาท สมาชิกส่วนใหญ่ร้อยละ 70 อยู่ในเขตชนบท และพบว่า ภาคเหนือมีสัดส่วนของประชาชนที่เป็นสมาชิกมากที่สุด ร้อยละ 25.2 ส่วนกรุงเทพฯ มีสัดส่วนร้อยละ 0.05 ซึ่งจะเห็นได้ว่าโครงการประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นกลุ่มประชากรที่เหลือน้อยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ มากที่สุด อย่างไรก็ตามการที่มีกลุ่มเป้าหมายหลากหลายทำให้มีความลำบากในการดำเนินงานพอสมควร นอกจากนั้นปัจจัยที่จะมีผลต่อการขยายตัวของโครงการนี้ประการหนึ่ง คือ อัตราการคืนทุนของสถานพยาบาล ซึ่งพบว่ามียัตราการคืนทุนที่ 1,800 บาทต่อบัตร ดังนั้น ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือ สถานพยาบาลบางแห่งจะไม่มีแรงจูงใจในการพยายามที่จะดำเนินการตามโครงการนี้

องค์ประกอบที่สำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแผนฯ ฉบับที่ 9

การที่จะทำให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการได้ตามหลักการดังกล่าวข้างต้น จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. การจัดการใหม่ทางการเงินการคลัง การจัดการใหม่นี้หมายถึง การปฏิรูประบบการเงินการคลังใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลังประกันสุขภาพทั้งระบบ ทั้งที่มาของแหล่งเงิน การจัดการเงินที่ได้มาทั้งระบบ และการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลโดย

1.1 ที่มาของแหล่งเงิน งบประมาณที่จะต้องใช้เพื่อการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการคาดการณ์ของสถาบันเพื่อการจัดการสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทั้งหมดจะตกประมาณ 835 - 1,040 บาทต่อคน หรือรวมงบประมาณทั้งประเทศจะตกประมาณ 50,100 - 62,400 ล้านบาท ขึ้นกับจำนวนการใช้หรือบริการของประชาชนทั่วประเทศ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามการรณรงค์ให้การศึกษาที่ถูกต้อง และความสำเร็จของโครงการอื่นๆ เช่น การควบคุมโรคระบาด, การส่งเสริมสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น หากต้องการกระตุ้นประสิทธิภาพการจัดบริการโดยให้สามารถใช้บริการของเอกชนได้ เพื่อให้เกิดการแข่งขันรวมทั้งครอบคลุมการส่งเสริมป้องกันโรค สำหรับประชาชนทุกคนและค่าบริหารจัดการ งบประมาณที่ใช้น่าจะไม่ต่ำกว่า 79,500 - 92,200 ล้านบาท หรือประมาณ 1,320 - 1,530 บาทต่อหัว สำหรับประชาชนทุกคน

ปัจจุบันรัฐบาลจัดสรรงบใช้ในโครงการต่างๆ อยู่แล้วในเรื่องการประกันสุขภาพ และสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนรวมแล้วไม่ต่ำกว่า 45,000 ล้านบาท ทั้งนี้ยังไม่รวมงบปกติที่ใช้ในกิจการอื่นๆ อีก ซึ่งหากมีนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้าบเล่านั้นจะต้องโดนมาเป็นงบประมาณรวมทั้งหมด ทั้งนี้หากรวมงบปกติที่ใช้อยู่ในปัจจุบันตามกระทรวงและกรม กองต่างๆ รวมกันแล้วน่าจะมีไม่ต่ำกว่า 20,000 ล้าน ซึ่งจะทำให้งบประมาณจากรัฐอย่างต่ำ 65,000 ล้านบาท อย่างไรก็ตามงบประมาณดังกล่าวของรัฐบาลนั้นไม่เพียงพอต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นงบประมาณที่ต้องการเพิ่มเติมมานั้นจะสามารถระดมจากประชาชนต่างๆ ได้อย่างไร ทั้งนี้มีทางเลือก อยู่ 2 ทางเลือกในการระดมเงินส่วนที่เหลือมาจากประชาชน

1.1.1 โดยวิธีการใช้งบประมาณจากภาษีอากร ซึ่งรัฐบาลได้จัดสรรงบต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นส่วนใหญ่จากภาษีอากรอยู่แล้ว ดังนั้น รัฐจะต้องทุ่มเทงบประมาณในส่วนนี้ให้มากขึ้น ภาษีที่จะหาได้อาจมาจากทั้งภาษีทางตรง เช่น จากภาษีรายได้ส่วนบุคคล หรือภาษีทางอ้อม เช่น ภาษีจากบุหรี่ สุรา หรือภาษีมูลค่าเพิ่ม เป็นต้น อย่างไรก็ตามภาษีที่มาใช้เพิ่มควรจะเป็นภาษีที่มีการกำหนดชัดเจน ว่าจะจะเป็นภาษีที่นำมาใช้ในการประกันสุขภาพโดยเฉพาะ

1.1.2 โดยวิธีการประกันโดยการที่รัฐบาลอาจจะกำหนดวิธีการเก็บเบี้ยประกันจากประชาชนกลุ่มต่างๆ ที่มีเศรษฐกิจฐานะที่แตกต่างกันโดยการเก็บตามระดับของเศรษฐกิจฐานะที่แตกต่างกัน

1.2 การจัดการเงินที่ได้มา อาจจะดำเนินการโดยวิธีการจัดการให้เงินทุนต่างๆ ที่มีอยู่เกิดการรวมตัวที่ใหญ่เพียงพอที่จะให้เกิดพลังทางการเงินที่จะสามารถปรับเปลี่ยนระบบบริการให้เป็นไปในทิศที่ต้องการโดยมีทางเลือกอยู่ 2 ทางเลือก คือ

1.2.1 การกำหนดให้มีกองทุนเป็นผู้จ่ายรายเดียว ในรูปแบบนี้กองทุนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพจะต้องมารวมกันเพื่อให้เกิดเป็นกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะทำหน้าที่ในการซื้อบริการให้กับประชาชนทั่วประเทศ ทั้งนี้การซื้อบริการอาจจะซื้อเองหรือซื้อผ่านองค์กรที่ตนได้กระจายอำนาจไปทั่วประเทศโดยการมีกติกา และวิธีการตรวจสอบที่แน่ชัดว่าประชาชนจะต้องได้รับบริการที่มีคุณภาพตามที่คาดหวัง

1.2.2 การกำหนดให้มีกองทุนมากกว่าหนึ่งกองทุนเป็นผู้จ่าย อาจจะเป็น 2 กองทุน ที่ประกอบไปด้วยกองทุนสำหรับภาคการจัดจ้างงานที่เป็นทางการที่รวมผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมกับข้าราชการกับภาคการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการครอบคลุมประชาชนส่วนที่เหลือทั้งหมด หรืออาจจะเป็น 3 กองทุนที่แยกกองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนประชาชนส่วนที่เหลือทั้งหมด

1.3 การปรับกลไกการจ่ายเงิน ให้แก่สถานพยาบาลโดยควรจะเป็นกลไกที่สามารถก่อให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการตามสมควร ขณะเดียวกันก็ต้องสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้วย โดยความเป็นจริงระบบจ่ายเงินแต่ละประเภทที่มีอยู่ มีทั้งข้อดี และข้อเสียในตัว หากได้นำไปใช้ได้เหมาะสมก็จะก่อให้เกิดผลดีแก่ระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม ซึ่งทางเลือกสำหรับการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ ที่จะทำให้งบประมาณเหมาะสมกับรายจ่ายและผู้ให้บริการตัดสินใจการรักษาตามหลักมากที่สุด คือ

1.3.1 เหมจ่ายงบประมาณตามรายตัว สำหรับบริการชั้นปฐมภูมิ

1.3.2 จ่ายตามปริมาณบริการ สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค

1.3.3 จ่ายตามราคากลางของกลุ่มการวินิจฉัยโรค (DRGs) สำหรับการรักษารักษาขั้นทุติยภูมิ และขั้นตติยภูมิ

1.3.4 ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำกับค่าใช้จ่ายเงิน โดยการส่งเสริมขั้นปฐมภูมิเพื่อป้องกันการให้บริการที่เกินจำเป็น

1.3.5 ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการกำกับค่าใช้จ่ายเงิน โดยการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในคณะกรรมการบริหารงบประมาณในโครงการที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ

2. การจัดการใหม่ในระบบบริการสุขภาพ การจัดการนี้หมายถึง การปรับความสัมพันธ์ของสถานพยาบาลรัฐและเอกชน ความสัมพันธ์ระหว่างสถานพยาบาลรัฐเอง รวมทั้งความสัมพันธ์ของสถานพยาบาลเอกชน โดยอย่างน้อยจะต้องมีการเปลี่ยนแปลง 4 ประการ ดังนี้

2.1 การรวมตัวเป็นเครือข่ายบริการรัฐ – เอกชนที่ผสมกัน เพื่อสามารถบริการประชาชนได้อย่างครบถ้วนทุกระดับและครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

2.2 การเน้นการใช้บริการระดับต้น ทั้งนี้ เพื่อให้การบริการลักษณะผสมผสานในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ สามารถครอบคลุมประชาชนได้อย่างกว้างขวาง และประชาชนสามารถเข้าถึงทุกคน ทั้งนี้ อาจกำหนดให้ประชาชนต้องขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลระดับต้น ที่จะต้องมีแพทย์กำกับอย่างน้อย 1 คน โดยสถานพยาบาลระดับต้นนี้จะเป็นผู้ควบคุมประตูการเข้าสู่บริการระดับที่สูงกว่าของเครือข่ายบริการต่อไป

2.3 เครือข่ายสถานพยาบาลที่จะเข้าร่วมได้ จะต้องประกอบด้วย สถานพยาบาลที่ได้รับการประเมินและรับรองแล้ว ทั้งสถานพยาบาลระดับต้น และระดับสูงขึ้นไป ทั้งนี้เพื่อเป็นการกำกับมาตรฐานให้ประชาชนระดับหนึ่ง

2.4 การเน้นบริการสาขาเฉพาะบางสาขาที่จำเป็นโดยการพิจารณาร่วมกันของทุกฝ่ายเป็นภาพรวมในระดับชาติ เช่น บริการค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่ ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง ฯลฯ หรือบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทั้งนี้เพื่อให้ยังคงความเป็นเลิศทางวิชาการ ในบางสาขาที่จำเป็นแต่ขณะเดียวกันมีการพิจารณาประสานกันเพื่อการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ไม่ใช่แยกกันทำแบบที่เคยทำมาในอดีต

3. การจัดการใหม่เกี่ยวกับสิทธิและบทบาทของประชาชนจะต้องมีกระบวนการที่ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมได้อย่างน้อย 3 ประการ ดังนี้

3.1 การเป็นผู้เลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลและเครือข่ายสถานพยาบาลที่ตนเองพึงพอใจการเลือกสถานพยาบาลนี้ จะเป็นมาตรการหนึ่งที่กำลังทำให้สถานพยาบาลมีการปรับตัวโดยการแข่งขันการพัฒนาคุณภาพและร่วมมือกัน เพื่อขยายเครือข่ายให้กว้างขวางขึ้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

3.2 การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ เช่น การมีส่วนร่วมในการเป็นกรรมการบริหารในกองทุนต่างๆ หรือสถานพยาบาลต่างๆ ที่ให้บริการ

3.3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการตรวจสอบ เช่น การเป็นผู้ดำเนินการรับเรื่องราวร้องเรียน และดำเนินการพิจารณาคุ้มครองประชาชนผู้บริโภคที่อาจจะไม่ได้รับบริการที่เหมาะสม

4. การจัดการใหม่เกี่ยวกับบุคลากร การจัดการใหม่เกี่ยวกับบุคลากรคือการปฏิรูปกำลังคนเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยมียุทธวิธีสำคัญๆ ดังนี้

4.1 การส่งเสริมบุคลากรที่ให้บริการในสถานพยาบาลระดับต้นได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปและเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัย เพื่อให้มีความรู้ความสามารถให้บริการประชาชนแบบองค์รวมไปพร้อมๆ กัน

4.2 การปรับแนวความคิด และเจตคติของบุคลากรให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงใหม่ที่เกิดขึ้น ในการยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการรับบริการ

4.3 ความสามารถในการจัดการระบบใหม่ โดยเป็นความสามารถที่จะทำงานร่วมกันเป็นทีม ร่วมกับฝ่ายต่างๆ ในสถานการณ์ใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเป็นการกระจายอำนาจ การปฏิรูประบบสุขภาพและอื่นๆ

4.4 การพัฒนาบุคลากรที่สำคัญในสาขาเฉพาะบางสาขาควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่มีความจำเป็น เช่น บุคลากรกู้ชีพในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน บุคลากรที่ต้องได้รับ

การอบรมในระดับสูงเพื่อการดูแลโรคที่ใช้ค่าใช้จ่ายสูงบางกลุ่ม เช่น มะเร็ง การผ่าตัดหัวใจ ฯลฯ ทั้งนี้ต้องเป็นการพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงใหม่ในระบบบริการสุขภาพ

แนวทางจัดสรรเงินให้กับพื้นที่และการจ่ายเงินผู้ให้บริการ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการพัฒนาข้อเสนอ

1. การจัดสรรเงินให้กับพื้นที่ และการจ่ายเงินผู้ให้บริการ เป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังต่อไปนี้

1.1 ประสิทธิภาพ ทั้งประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร ทั้งประสิทธิภาพในทางเทคนิค

1.2 ความเป็นธรรม ทั้งความเป็นธรรมในแนวนอน และความเป็นธรรมในแนวตั้ง

1.3 คุณภาพบริการ ทั้งคุณภาพตามมาตรฐานทางวิชาชีพ และคุณภาพในมิติทางสังคม

เป้าหมายทั้งสามประการนั้นเกี่ยวข้องกันและจะต้องจัดความสัมพันธ์ของแต่ละเป้าหมายให้เหมาะสม คือ ภายใต้ระบบที่มีประสิทธิภาพบริการนั้นจะต้องมีคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้ และสามารถจัดให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนได้ด้วย

2. หลักเกณฑ์การจัดสรรเงินให้กับพื้นที่และการจ่ายเงินผู้ให้บริการจะยึดความจำเป็นและความต้องการด้านสุขภาพ ของประชาชนผู้มีสิทธิเป็นหลัก รวมทั้งมีการปรับตามผลผลิตหรือผลการดำเนินงาน ของผู้ให้บริการ เพื่อกระตุ้นให้สถานพยาบาลมีประสิทธิภาพทางเทคนิคเพิ่มขึ้นด้วย

3. กลไกการจัดสรรเงินให้กับพื้นที่และการจ่ายเงินผู้ให้บริการที่จะสามารถบรรลุเป้าหมายตามข้อ 1 ได้ จะต้องมีการแยกบทบาทของหน่วยงานผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการออกจากกัน เพื่อให้ระบบตรวจสอบสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่เกิดปัญหาในกระบวนการตัดสินใจ

4. รูปแบบการจัดสรรเงินให้กับพื้นที่และการจ่ายเงินผู้ให้บริการจะต้องเป็นไปเพื่อปรับทิศทางการจัดบริการสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพให้ไปสู่รูปแบบที่พึงประสงค์ให้มากที่สุด ระบบบริการสุขภาพดังกล่าวนอกจากจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ตามข้อ 1 แล้ว ยังต้องสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนทั่วไปด้วย รูปแบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์จะยึดข้อสรุปของคณะอนุกรรมการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5. แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจะมีมาตรฐานและจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพ (ซึ่งควบคุมกำกับโดยองค์กรวิชาชีพ) แต่ปฏิเสธไม่ได้ว่า แรงจูงใจทางการเงินจะมีผลกระทบสำคัญต่อพฤติกรรมในการให้บริการ และส่งผลกระทบต่อมาตรฐานและจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพในที่สุด การกำหนดรูปแบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการจึงควรเป็นไปเพื่อสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถให้บริการ โดยรักษามาตรฐานและจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพให้มากที่สุด

6. เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมาย การที่ประชาชนทุกคนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพดีด้วยมาตรฐานเดียวกัน ไม่เกิดปัญหาการเลือกใช้บริการผู้ป่วยด้วยมาตรฐานต่างกัน รูปแบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการจึงเป็นรูปแบบเดียวกัน ในทุกพื้นที่และสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม รูปแบบการจ่ายเงินที่หลากหลายตามความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ สามารถดำเนินการได้กรณีที่มีข้อมูล / หลักฐานชัดเจนสนับสนุน ทั้งนี้การตัดสินใจเลือกรูปแบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการเป็นบทบาทหน้าที่หลักของหน่วยงานผู้ซื้อบริการ

7. การจัดสรรเงินให้พื้นที่และการจ่ายเงินผู้ให้บริการ จะเป็นการจัดสรรเงินและการจ่ายเงินที่ได้รวมค่าแรง / เงินเดือนบุคลากร อยู่ในงบที่จัดสรร / จ่ายเงินผู้ให้บริการ การบริหารเงินเดือนบุคลากรสถานพยาบาลของรัฐเพื่อรองรับผลกระทบอันเนื่องมาจากปัญหาการกระจายบุคลากร เป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบบริหารจัดการสถานพยาบาลของรัฐเหล่านั้น มิใช่หน้าที่ของหน่วยงานผู้ซื้อบริการ

8. การจัดสรรเงินให้กับพื้นที่และการจ่ายเงินผู้ให้บริการตามข้อเสนอแนะนี้จะครอบคลุมเฉพาะการจัดสรรเงิน / การจ่ายเงินผู้ให้บริการที่อยู่ในงบอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่อประชากร สำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น

โครงสร้างการจัดสรรและการจ่ายเงินผู้ให้บริการ

หากพิจารณาเฉพาะกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งดูแลประชากรส่วนที่ไม่ได้ครอบคลุมด้วยระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจัดสรรให้แต่ละพื้นที่เพื่อบริหารโดยหน่วยงานผู้ซื้อบริการ โดยการจัดสรรดังกล่าวจะมีการปรับตามความจำเป็นด้านสุขภาพ ของแต่ละพื้นที่ หน่วยงานผู้ซื้อบริการ จะจ่ายให้สถานพยาบาลตามความจำเป็นด้านสุขภาพและผลิตภาพ / ผลงาน ของสถานพยาบาล การจ่ายเงินกรณีการใช้บริการข้ามเขต จะเป็นการจ่ายเงินระหว่างหน่วยงานผู้ซื้อบริการมากกว่าการจ่ายเงินระหว่างสถานพยาบาล เพื่อป้องกันซึ่งอาจจะทำให้เกิดปัญหาความล่าช้าในการตามจ่ายเงิน การจ่ายเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรงไปที่สถานพยาบาล จะดำเนินการอย่างจำกัดเฉพาะ เช่น กรณีการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง เท่านั้น

แนวคิดในการจัดสรรเงินให้กับพื้นที่

1. การเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยของประชาชนแต่ละกลุ่มอายุ แตกต่าง กันซึ่งส่งผลให้ต้นทุนการจัดบริการสำหรับประชากรแต่ละกลุ่มอายุแตกต่างกันด้วย ดังนั้น หากโครงสร้างของการจัดบริการแต่ละพื้นที่ด้วยการปรับการจัดสรรเงินตามปัจจัยโครงสร้างอายุของ ประชากรจึงมีความจำเป็น
2. คณะอนุกรรมการฯ มีความเห็นว่าปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์มากเพียงพอที่จะสามารถยืนยันได้ว่า ต้นทุนการดูแลประชากรระหว่างเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน แม้ว่าแบบแผนการเจ็บป่วยระหว่างเพศมีความแตกต่างกัน การปรับเกณฑ์การจัดสรรโดยใช้ปัจจัย เรื่องเพศ จึงยังจะไม่มี การดำเนินการตามข้อเสนอของคณะทำงานจนกว่าจะมีข้อมูลเพียงพอ
3. โรคหรือความเจ็บป่วยบางประเภทที่ควบคุมได้ยาก และมีต้นทุนสูงในการจัดบริการ (มีอุบัติการณ์สูง หรือต้นทุนการให้บริการต่อรายสูง หรือทั้งอุบัติการณ์และต้นทุนการให้บริการ ต่อรายสูง) และมีความแตกต่างการกระจายโรคหรือความเจ็บป่วยตามพื้นที่มาก อาจมีความ จำเป็นต้องปรับการจัดสรรเงินให้กับพื้นที่ตามข้อมูลภาวะโรคดังกล่าว
4. ในบางพื้นที่ที่มีประชากรจำนวนไม่มาก แต่ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้สะดวก อันเนื่องมาจากข้อจำกัดสภาพทางภูมิศาสตร์และการคมนาคม (เช่น เป็นเกาะ อยู่บนพื้นที่

สูง ไม่สามารถเดินทางได้สะดวกในบางช่วง) อาจมีความจำเป็นต้องจัดให้มีสถานพยาบาลเพื่อให้บริการแก่ประชาชนกลุ่มดังกล่าว ทั้งๆ ที่พื้นที่ปกติจำนวนประชากรขนาดดังกล่าวอาจไม่คุ้มค่าที่จะลงทุนและดำเนินการหลักเกณฑ์การจัดสรรให้กับพื้นที่ จึงต้องพิจารณาปัจจัยดังกล่าว

การจ่ายผู้ให้บริการ

1. แนวคิดในการจ่ายเงินผู้ให้บริการ

1.1 รูปแบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการ จะต้องเป็นไปเพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาล ตามความเหมาะสม โดยไม่กระทบต่อประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของระบบบริการสุขภาพ

1.2 เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบได้ในระยะยาว หน่วยงานผู้ซื้อบริการ จะจ่ายเงินผู้ให้บริการในรูปแบบปลายปิด การจ่ายเงินระหว่างผู้ซื้อบริการกับผู้ให้บริการ เนื่องจากการส่งต่อผู้ป่วย อาจจะเป็นการจ่ายเงินในรูปแบบปลายปิด หรือปลายเปิดก็ได้ตามความเหมาะสม

1.3 เนื่องจากข้อจำกัดข้อมูลของประชาชน ซึ่งส่งผลให้ผู้ให้บริการสามารถกระตุ้นประชาชนให้เกิดความต้องการบริการทั้งที่ไม่มีคามจำเป็น ได้ทำให้ระบบโดยรวมขาดประสิทธิภาพ เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาดังกล่าวการจ่ายเงินผู้ให้บริการจึงไม่ควรเป็นแบบการจ่ายตามรายการบริการยกเว้นในกรณีจำเป็น

1.4 รูปแบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการ จะเป็นรูปแบบเดียวกัน ไม่ว่าผู้ให้บริการนั้นจะตั้งอยู่ในพื้นที่ใดและสังกัดหน่วยงานใด (ทั้งภาครัฐและเอกชน)

2. องค์ประกอบในการจ่ายเงินผู้ให้บริการ จะมีการแยกจ่ายตามบริการหลักๆ ดังนี้

2.1 การจ่ายเงินสำหรับบริการรักษาพยาบาล : บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง

คณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณาของรูปแบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการสำหรับบริการรักษาพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มี 2 รูปแบบหลักๆ คือ

Inclusive Capitation เหมาะจ่ายรายหัวให้สถานพยาบาลคู่สัญญา โดยรวมงบผู้ป่วยนอก งบผู้ป่วยใน และงบส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

Exclusive Capitation เหมาะจ่ายรายหัวให้สถานพยาบาลคู่สัญญา เฉพาะงบผู้ป่วยนอกและงบส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค งบผู้ป่วยในบริหารรวมที่จังหวัดโดยจ่ายให้สถานพยาบาลตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

การจ่ายเงินผู้ให้บริการให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง ที่เดิมกำหนดให้จ่ายสำหรับบริการที่กำหนด 9 รายการตามราคาที่กำหนดนั้น พบว่า ที่ผ่านมามีปัญหาค่อนข้างมากกว่ารายการบริการที่กำหนดไว้ไม่ครอบคลุมเพียงพอ ทำให้มีการร้องขอให้เพิ่มจำนวนรายการมากขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งราคาที่กำหนดไว้ก็ไม่สอดคล้องกับต้นทุนค่าใช้จ่ายจริงในการจัดบริการ คณะอนุกรรมการฯ จึงเห็นควรใช้ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เป็นเกณฑ์ในการกำหนดและจ่ายผู้ให้บริการสำหรับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (เป็นหลักเกณฑ์เดิมที่เคยใช้ในการบริหารงบโครงการสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล - โครงการสปร.) โดยจะกันเงินไว้บริหารที่ส่วนกลาง ดังนั้นจะต้องกันงบผู้ป่วยในไว้บริหารที่ส่วนกลาง

งบผู้ป่วยในส่วนที่เหลือ ($0.5 < DRG < 2.5$) คณะอนุกรรมการฯ เห็นควรให้บริหารที่หน่วยงานผู้ซื้อบริการระดับพื้นที่ แต่เนื่องจากจำนวนประชากรบางจังหวัดมีน้อย (ประมาณ 1 – 2 แสนคน) จนอาจทำให้เกิดการกระจายความเสี่ยง ไม่เพียงพอหน่วยงานผู้ซื้อบริการจึงควรจะได้รับผิดชอบประชากรในขนาดที่ใหญ่กว่าระดับจังหวัดขึ้นไป

2.2 การจ่ายเงินกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน

สำนักงานประกันสุขภาพได้กันงบไว้บริหารที่ส่วนกลาง สำหรับบริการอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน สำนักประกันสุขภาพกำหนดให้เป็นการเบิกกรณีที่เป็นการใช้บริการนอกเขตจังหวัด

คณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า การกำหนดให้มีการจ่ายเงินกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินแยกจากการจ่ายเงินสำหรับบริการรักษาทั่วไป เนื่องจากข้อเท็จจริงว่าประชาชนแต่ละพื้นที่มีอาจเกิดการเจ็บป่วยระหว่างการเดินทาง การให้แต่ละสถานพยาบาลตามจ่ายกรณีดังกล่าวอาจจะมีต้นทุนในการบริหารจัดการค่อนข้างสูง และสถานพยาบาลมี Conflict of

Interest จนทำให้เกิดความล่าช้าในการตามจ่าย ส่งผลให้สถานพยาบาลอาจไม่เต็มใจในการให้บริการประชาชนกรณีดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม การที่คณะอนุกรรมการ เสนอให้มีการจ่ายเงินผู้ให้บริการแบบ Exclusive Capitation และกำหนดให้หน่วยงานผู้ซื้อบริการระดับพื้นที่เป็นผู้ตามจ่ายกรณีที่มีการใช้บริการข้ามเขต เช่น การส่งต่อผู้ป่วย ฯลฯ การจ่ายเงินกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินจึงน่าจะใช้หลักเกณฑ์เดียวกัน โดยให้หน่วยงานผู้ซื้อบริการระดับพื้นที่เป็นผู้ตามจ่ายด้วย ดังนั้นจึงไม่มีความจำเป็นต้องกันงบดังกล่าวไว้บริหารที่ส่วนกลางอีกต่อไป

สรุปการจ่ายเงินกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินให้หน่วยงานผู้ซื้อบริการระดับพื้นที่เป็นผู้บริหารจัดการงบดังกล่าว โดยกันเงินจากงบเหมาจ่ายรายหัวที่พื้นที่ได้รับจัดสรร

2.3 การจ่ายเงินสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การที่ประชาชนจะสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลตามความสมัครใจ (ตามที่กฎหมายกำหนด) จะส่งผลกระทบต่อการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับชุมชน เนื่องจากประชาชนในชุมชนหนึ่งอาจเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลหลากหลาย จนทำให้เกิดปัญหาการจัดบริการสุขภาพในระดับชุมชน

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว คณะอนุกรรมการฯ จึงเห็นควรแยกชุดสิทธิประโยชน์สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มบริการที่จัดในสถานพยาบาล เช่น บริการหญิงตั้งครรภ์ บริการวางแผนครอบครัว การตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรก และกลุ่มบริการที่จัดในพื้นที่หรือชุมชน หลักเกณฑ์สำหรับกลุ่มบริการที่จัดในพื้นที่หรือชุมชน คือ

2.3.1 เป็นบริการที่จัดในชุมชน หรือสถานประกอบการ (เช่น โรงเรียน) จะมีประสิทธิภาพสูงกว่าการจัดในสถานพยาบาล หรือเป็นบริการที่ต้องจัดในชุมชน เช่น บริการอนามัยโรงเรียนการเยี่ยมบ้าน

2.3.2 เป็นบริการที่มีผลกระทบภายนอกต่อชุมชน เช่น การฉีดวัคซีนการจ่ายเงินสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

รูปแบบการจ่ายเงินสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จึงมีทางเลือก 2 รูปแบบ โดยทางเลือกที่ 1 คู่สัญญาสำหรับให้บริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชนจะเป็นหน่วยที่แยกจากคู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิ (ซึ่งประชาชนเลือกขึ้นทะเบียน) คู่สัญญาสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจะได้รับมอบหมาย (จากหน่วยงานผู้ซื้อบริการ) ให้ดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งชุมชน ไม่ว่าประชาชนในชุมชนนั้นจะเลือกขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิใดก็ตาม

ทางเลือกที่ 2 กำหนดให้คู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิทำหน้าที่จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชนไปด้วย โดยหน่วยงานผู้ซื้อบริการจะเป็นผู้กำหนดชุมชนให้คู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิดูแลตามความเหมาะสม ทั้งนี้พยายามให้ประชาชนในชุมชนเป็นกลุ่มประชาชนที่เลือกขึ้นทะเบียนกับคู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิแห่งนั้นให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นทางเลือกที่ 1 หรือ 2 ประชาชนจะได้รับการดูแลด้านการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ด้วยสถานพยาบาลต่างหน่วยกัน เพียงแต่ทางเลือกที่ 2 มีโอกาสที่ประชาชนจำนวนหนึ่งจะได้รับการดูแลทั้งด้านการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้วยสถานพยาบาลหน่วยเดียวกัน

2.4 การจ่ายเงินกรณีส่งต่อผู้ป่วย

2.4.1 การจ่ายเงินกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการในกองทุนสาขา
สำนักงานสาขาสามารถกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน กรณีส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยนอกระหว่างหน่วยบริการภายในกองทุนสาขาได้เอง (โดยผ่านความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพจังหวัด) โดยอาจให้แต่ละหน่วยบริการเป็นผู้รับผิดชอบตามจ่ายเอง หรืออาจหักจ่ายที่กองทุนสาขาก่อนที่จะมีการจัดสรรผู้ป่วยนอกงวดต่อไปได้ รูปแบบการจ่ายเงินอาจเลือกแนวทางใดทางหนึ่งดังนี้

- 1) จ่ายตามค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บแต่ไม่เกินเพดานที่กำหนด
- 2) จ่ายในอัตราคงที่โดยใช้อัตราที่แตกต่างกันตามระดับของหน่วยบริการ
- 3) จ่ายในระบบคะแนน

4) อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดเห็นชอบ

กรณีการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน หน่วยบริการไม่ต้องตามจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น เนื่องจากงบผู้ป่วยในบริหารที่กองทุนสาขาในรูปแบบระบบกลุ่มวินิจฉัยร่วม อยู่แล้ว ยกเว้นหน่วยบริการภาคเอกชนที่เลือกเป็นคู่สัญญาในระบบ Inclusive Capitation การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการต่างกองทุนสาขากองทุนสาขาจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกองทุนทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เพื่อมิให้เกิดมาตรฐานต่างกัน โดยแต่ละกองทุนสาขาจะทำหน้าที่ตามจ่ายเอง หรืออาจหักจ่ายที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก่อนการจัดสรรงบงวดต่อไปก็ได้ หลักเกณฑ์การตามจ่ายใช้ตามหลักเกณฑ์เดิมที่เคยใช้ในปีงบประมาณ 2545 – 2546 คือ กรณีผู้ป่วยนอก ให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงแต่ไม่เกิน 700 บาทต่อครั้ง กรณีที่เป็นผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง (Super-Tertiary Hospital) ให้จ่ายตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง (รายชื่อหน่วยบริการตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

กรณีผู้ป่วยใน ให้จ่ายตามระบบ DRG โดยให้ 1 RW = 10,000 - 14,000 และ 16,000 บาท ตามระดับของหน่วยบริการ

กรณีผู้ป่วยนอกให้หน่วยบริการตามจ่ายค่าใช้จ่ายผู้ป่วยส่งต่อเอง (กองทุนสาขาอาจกันเงินไว้เพื่อจ่ายแทนตามความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด) กรณีผู้ป่วยในให้กองทุนสาขาทำหน้าที่ตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น โดยให้หักค่าใช้จ่ายดังกล่าวก่อนที่จะคำนวณจ่ายให้หน่วยบริการภายในกองทุนสาขาตามระบบกลุ่มวินิจฉัยร่วม

กรณีตามจ่ายผู้ป่วยส่งต่อ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในส่งต่างกองทุนสาขาระหว่างหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข อาจให้หลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขที่กำหนด

การบริหารงานเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2547

ในปีงบประมาณ 2547 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขในอัตราเหมาจ่าย 1,308.50 บาทต่อประชากร สำหรับประชากรผู้มีสิทธิจำนวน 46 ล้านคน งบดังกล่าวจะจัดสรรเพื่อใช้ในการจัดบริการประเภทต่างๆ การลงทุนเพื่อการทดแทน และการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้น

จากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ตามมาตรา 41 แห่ง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบงบเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับจัดสรรปีงบประมาณ 2549

(หน่วย: บาทต่อรายหัวต่อปี)

ประเภทบริการ	ปีงบประมาณ 2549
1. บริการผู้ป่วยนอก (OP)	585.11
2. บริการผู้ป่วยใน (IP)	460.35
3. บริการส่งเสริมป้องกัน (PP)	224.89
4. บริการอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)	52.07
5. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (HC)	190.00
6. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	6.00
7. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	4.00
8. งบลงทุนเพื่อทดแทน	129.25
9. งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร	7.00
10. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41	0.53
รวมงบเหมาจ่ายรายหัว (บาทต่อประชากร)	1,659.20
จำนวนประชากรผู้มีสิทธิ UC (ล้านคน)	47.75

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550)

งบประมาณที่สำนักงานสาขาได้รับจัดสรร

สำนักงานสาขาจะได้รับจัดสรรงบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ส่วน คือ

1. งานบริหารจัดการเพื่อใช้ในการบริหารงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักงานสาขา ได้แก่ การขึ้นทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิและหน่วยบริการ การบริหารหน่วยบริการคู่สัญญาการรับเรื่องราวร้องทุกข์ ฯลฯ

1.1 งบเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายประจำ จัดสรรจาก 30% ของงบประมาณทั้งหมด โดยจัดสรรให้แต่ละสำนักงานสาขาเท่าๆ กัน งบนี้ประกอบด้วย

เงินเดือน ได้แก่ เงินเดือนข้าราชการ พนักงานของรัฐ และลูกจ้างประจำ

ค่าจ้างชั่วคราว ได้แก่ ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราวเงินบำรุง

ค่าตอบแทน ได้แก่ ค่าตอบแทนนอกเวลา ค่าตอบแทนตามผลงาน ค่าเวร บำย
คึกของพยาบาล ค่าใบประกอบเวชปฏิบัติส่วนตัวของแพทย์ ค่าตอบแทนแพทย์สาขาส่งเสริมพิเศษ
ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ค่าชั้นสูตรพลีกศพ ค่าเช่าบ้าน ฯลฯ

ค่าใช้สอย ได้แก่ ค่าบำรุงรักษาครุภัณฑ์ ที่ดินสิ่งก่อสร้าง และค่าใช้สอยอื่นๆ

ค่าวัสดุ ได้แก่ ค่ายา เวชภัณฑ์มิใช่ยา และวัสดุทั่วไป

ค่าสาธารณูปโภค ได้แก่ ค่าไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ และไปรษณีย์

ค่าครุภัณฑ์ ได้แก่ ค่าครุภัณฑ์การแพทย์ และครุภัณฑ์อื่นๆ

ค่าที่ดิน สิ่งก่อสร้าง

เงินอุดหนุน ได้แก่ เงินสนับสนุนสถานพยาบาลในเครือข่ายสนับสนุน
สถานพยาบาลเอกชน และเงินตามจ่ายกรณีส่งต่อรายจ่ายอื่นๆ

1.2 งบเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายตามปริมาณงาน เช่น ค่าใช้จ่ายในการขึ้นทะเบียน
ประชาชนผู้มีสิทธิ การประเมินมาตรฐานหน่วยบริการเพื่อการขึ้นทะเบียน การรับเรื่องร้องทุกข์
และการคุ้มครองสิทธิประชาชน ฯลฯ จัดสรรจาก 65% ของงบประมาณทั้งหมด โดยมี
หลักเกณฑ์การจัดสรรให้แต่ละสำนักงานสาขาดังนี้

70% จัดสรรตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ

25% จัดสรรจำนวนหน่วยบริการ (จำนวนคู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิและ
ศูนย์สุขภาพชุมชน)

5% จัดสรรให้กับพื้นที่ทุรกันดาร (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข)

1.3 งบเพื่อใช้แก้ไขปัญหาเฉพาะของพื้นที่ จัดสรรจาก 3% ของงบประมาณทั้งหมด เพื่อใช้แก้ไขปัญหาเฉพาะของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน โดยจัดสรรให้แต่ละเขตตรวจราชการ สาธารณสุขในอัตราเท่าๆ กัน

1.4 งบจัดสรรตามผลงาน จัดสรรจาก 2% ของงบประมาณทั้งหมด เพื่อจัดสรรตาม ผลงานของสำนักงานสาขาในผลงาน 6 ด้านดังนี้

1.4.1 การพัฒนาระบบการขึ้นทะเบียน

1.4.2 การบริหารจัดการกองทุน และการบริหารหน่วยกู้สัญญา

1.4.3 การประเมินหน่วยบริการเพื่อขึ้นทะเบียน

1.4.4 การประชาสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้มีสิทธิ

1.4.5 ศักยภาพและความสามารถสำนักงานสาขา

1.4.6 นวัตกรรมใหม่

2. งบเพื่อจัดบริการให้กับผู้มีสิทธิ สำนักงานสาขา จะได้รับจัดสรรงบเพื่อจัดบริการ ให้กับผู้มีสิทธิ ตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิและปรับด้วยความจำเป็นด้านสุขภาพ ซึ่งใช้ตัวแปร คือ โครงสร้างอายุ และเพิ่มเติมให้พื้นที่ทุรกันดาร เพื่อให้สามารถจัดบริการให้กับประชาชนได้

งบดังกล่าวนี้ได้รวมงบในส่วนของค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ ในส่วนที่เป็นเงินเดือนและ ค่าตอบแทนบุคลากรแล้ว ทั้งนี้เป็นการดำเนินการให้สอดคล้องกับ มาตรา 46 (2) ของ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

รายละเอียดบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะได้รับประกอบด้วย

1. การตรวจรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพทั่วไป

1.1 การตรวจ วินิจฉัยโรค บำบัดและฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา รวมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายประกอบโรคศิลปะ

1.2 การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีบุตรมีชีวิตรอดอยู่

1.3 บริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ

1.4 ถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟัน และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

1.5 ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

1.6 การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

2. การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง

การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ (ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย) ตามที่คณะกรรมการกำหนด

3. บริการสาธารณสุขไม่ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ต่อไป

3.1 กลุ่มที่เกินกรอบความจำเป็นพื้นฐาน

3.1.1 การรักษาภาวะมีบุตรยาก

3.1.2 การผสมเทียม

3.1.3 การเปลี่ยนเพศ

3.1.4 การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.1.5 การตรวจ วินิจฉัย และการรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.2 กลุ่มอื่นๆ

3.2.1 โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาคือในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ในเกิน 180 วันยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

3.2.2 การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

3.2.3 การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยการล้างไต การฟอกเลือด

3.2.4 การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ

3.3 บริการกลุ่มที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะ ได้แก่

3.3.1 โรคจิต กรณีที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน

3.3.2 การบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยา และสารเสพติด ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

3.3.3 ผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งสามารถใช้สิทธิตาม พรบ. กลุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถ

4. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการควบคุมโรค ครอบคลุมบริการ ดังนี้

4.1 ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง

4.2 การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

4.3 การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

4.4 การตรวจสุขภาพของประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดหลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

1. กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมีเป้าหมายคือ สุขภาวะ ตามหลักการสุขภาพพอเพียง

2. ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และในระยะถัดไปเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว ประชาชนควรมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้น หรือเครือข่ายหน่วยบริการ ระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ และใกล้บ้าน/ที่ทำงาน เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัว

3. สถานพยาบาลทั้งของรัฐ และเอกชนที่จะให้บริการจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation) โดยถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น ทั้งนี้เพื่อสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ

4. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary Care) เป็นจุดบริการ ด้านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ) กรณีที่เกินความสามารถหน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่ สถานพยาบาลอื่น

5. สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยตนเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการ ร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider Network) โดยอาจจะเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยตนเอง หรือระหว่างภาครัฐ กับเอกชน

6. ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ใน ระยะยาว (Cost Containment System) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (Close End) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้น ผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance Related Payment)

7. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (Payment Mechanism) ให้แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพที่กองทุนก็ตาม

8. ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียง กองทุนเดียว แต่ในระยะเปลี่ยนผ่านอาจจะมี 2 กองทุนที่มีเอกภาพในการบริหารงาน มีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน (อาจจะมีกองทุนย่อยเพื่อบริหารจัดการการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและทราบข้อมูลการใช้บริการ)

รูปแบบระบบประกันสุขภาพในอนาคต จะแสดงถึงแนวคิดที่ต้องการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน โดยประชาชนจะได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพในสถานพยาบาลระดับต้นที่ตนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลทุกแห่งที่ร่วมโครงการจะต้องมีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ หน่วยบริการระดับต้น หรือระดับปฐมภูมิ (Primary Care) กับระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) เน้นให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย ระบบการเงินการคลังต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ กลไกการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลจะเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้น ผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance Related Payment) กลไกการจ่ายเงินแก่ ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลต้องเป็นรูปแบบเดียวกัน ในส่วนของรูปแบบเครือข่ายมีหลักการจัดบริการที่มีคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึง และประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย เน้นระบบที่มี ประสิทธิภาพ บูรณาการ และมีการส่งต่อในระดับต่างๆ ได้อย่างไม่มีช่องว่าง ไม่ซ้ำซ้อน และสามารถจัดบริการที่ดูแล

ประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ครอบคลุมบริการสุขภาพพื้นฐานตามสิทธิประโยชน์ของประชาชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เป็นโครงการที่รัฐบาลได้ให้ความสำคัญอย่างมาก และได้ชี้ประเด็นว่าคนไทยต้องมีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดว่า "บุคคลย่อม มีสิทธิเสมอกันในการได้รับการบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
2. เมื่อเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่ประชาชนได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่าย จนอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น
3. ประชาชนไทยจำนวนถึง 20 ล้านคนไม่อยู่ในการดูแลของระบบประกันใดเลย ส่วนประชาชนอีก 23 ล้านคนได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ซึ่งเป็นระบบที่ไม่สามารถประกันมาตรฐานคุณภาพบริการได้
4. ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพจำนวน 5 ระบบ (รวมถึงระบบสงเคราะห์) ได้รับบริการที่เหลื่อมล้ำ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่าที่มีจำนวนเพียงร้อยละ 20 ของประชาชนทั้งประเทศ
5. ตลาดเสรีขาดประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพ เนื่องจากประชาชน (ผู้บริโภค) ขาดข้อมูลและความเข้าใจเพียงพอที่จะซื้อบริการอย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งยังขาดอำนาจต่อรองใดๆ จึงเป็นการยากยิ่งที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระซื้อบริการสุขภาพ หากยังไม่มีการจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ
6. แม้การเพิ่มรายได้แก่ประชาชนจะยังทำได้ยาก แต่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถลดรายจ่ายที่อาจทำให้นักพลเมืองเสี่ยงต่อการสิ้นเนื้อประดาตัว หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศในการแก้ไขปัญหาความยากจน

กระทรวงสาธารณสุข ได้สรุปให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น โดยกล่าวถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้

1. ไม่ใช่ "บริการสงเคราะห์" "บริการกึ่งสงเคราะห์" "บริการราคาถูก" หรือ "บริการที่มุ่งแก้ปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้า" เท่านั้น
2. ไม่ใช่ บริการที่ต้องมีการสมัครจึงจะได้รับ หากแต่เป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนชาวไทยทุกคน
3. ไม่ใช่ การทุ่มงบประมาณไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง โดยขาดการปรับปรุงระบบบริหารจัดการ และไม่มีการประกันสิทธิของประชาชน

โดยสรุป โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เป็นโครงการที่เกิดขึ้นเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน เป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนชาวไทยทุกคน

ข้อมูลจำแนกตามภูมิภาคและจังหวัด

ภาพรวมจากการเปรียบเทียบจำนวนประชากรตามสิทธิของเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2545 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2546 พบว่าในระดับประเทศมีประชากรตามสิทธิเพิ่มจาก 61,047,466 คน เป็น 62,358,248 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.1 ในจำนวนนี้มีประชากรที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพแบบไม่เสียค่าธรรมเนียมจาก 23,943,329 คน เป็น 24,640,959 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.9 ประชากรที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพแบบเสียค่าธรรมเนียมจาก 20,912,478 คน เป็น 20,971,651 เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.28 และประชากรที่ยังไม่มาขอใช้สิทธิจาก 736,764 คน เป็น 202,153 คน ลดลงร้อยละ 95 แม้จะได้มีการรายงานตัวเลขจำนวนประชากรตามสิทธิมาแล้ว แต่ถ้าพิจารณาตัวเลขที่รายงานนั้นว่ามีความน่าเชื่อถือเนื่องจากเห็นได้ชัดว่าสิทธิประกันสุขภาพประเภทต่างๆ มีจำนวนลดลงเกือบทุกประเภท และมาเพิ่มในส่วนที่เป็นสิทธิประกันสุขภาพแบบไม่เสียค่าธรรมเนียม และแบบเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้ง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างแท้จริง (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนประชากรตามสิทธิงบประมาณและจำนวนสถานพยาบาลจำแนกตามภูมิภาค

(1) ภาค	(2) ประชากร ตามสิทธิ (คน)	(3) สิทธิไม่เสีย ค่าธรรมเนียม (คน)	(4) สิทธิแบบเสีย ค่าธรรมเนียม (คน)	(5) งบประมาณ จัดสรร (บาท)	(6) สถานพยาบาล (แห่ง)
กลาง	15,338,053	4,564,743	5,665,762	804,330,206	232
ตะวันออก	4,188,969	1,494,782	1,404,010	258,907,575	78
ตะวันออก เฉียงเหนือ	21,430,588	9,914,503	6,638,180	1,427,119,864	318
เหนือ	12,104,805	5,198,024	3,811,289	784,637,270	220
ใต้	8,356,916	3,468,907	9,204,813	549,057,276	159
Error	736,764	NA	NA		
ค่าว่าง	202,153	NA	NA		
รวม	62,358,248	24,640,959	20,971,651	3,824,052,191	1,007

หมายเหตุ: สดมภ์ (2) เป็นข้อมูลของเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2546

สดมภ์ (3) (4) และ (6) เป็นข้อมูลของเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2546

สดมภ์ (5) งบประมาณจัดสรรเดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 - มกราคม พ.ศ. 2546

(รวม 4 เดือนแรกของปีงบประมาณ)

Error หมายถึง ผู้ที่ไม่สามารถถูกระบุได้ว่ามีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดใด หรือ โชนใด
ในกรุงเทพฯ

ค่าว่าง หมายถึง ผู้ไม่มีสิทธิใดๆ เป็นกลุ่มของประชาชนที่ยังไม่มาขอรับสิทธิ

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2547)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการบริการตรวจระบบทางเดินอาหารโดยการส่องกล้องโดยเป็นหัตถการที่มีการบริการมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น การบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก และการบริการส่องกล้องตรวจนิ่วในท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน โดยทำการแยกวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

การวิเคราะห์ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของการบริการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารมากที่สุด 3 อันดับแรก โดยต้นทุนที่เกิดขึ้นเกิดจากผลรวมของต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยบริการโดยตรงและหน่วยวิสัญญีแพทย์ โดยต้นทุนต่อหน่วยจะรวมค่าใช้จ่ายที่เป็นจริงทั้งหมด อันได้แก่ ค่าเสื่อมราคาของอาคาร สถานที่ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ค่าตอบแทนบุคลากร ค่าวัสดุภัณฑ์ ค่าเวชภัณฑ์ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าวัสดุงานบ้าน เป็นต้น ซึ่งเป็นต้นทุนต่อหน่วยที่แท้จริงที่เกิดขึ้นจากการให้บริการรักษาผู้ป่วย 1 คน โดยการส่องกล้องจากการอยู่โรงพยาบาล 1 ครั้ง

ผลการศึกษาต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยหัตถการการบริการส่องกล้อง

ผลการศึกษาต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยหัตถการที่มีการบริการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารมากที่สุด 3 อันดับแรก โดยผู้ศึกษาได้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของหน่วยบริการโดยตรงและหน่วยวิสัญญีแพทย์ ซึ่งผลการศึกษาหัตถการที่มีการบริการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารมากที่สุด 3 อันดับ มีรายละเอียดดังนี้

1. การบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นของผู้ป่วย พบว่าต้นทุนรวมเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 5,352.77 บาทต่อครั้ง แยกออกเป็นต้นทุนคงที่เท่ากับ 809.57 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 15.12 และต้นทุนผันแปรเท่ากับ 4,543.20 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 84.88 โดยส่วนใหญ่จะเป็นต้นทุนผันแปร โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าวัสดุภัณฑ์ที่มีต้นทุนมากที่สุด เท่ากับ 2,031.60 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 37.96 เนื่องจากวัสดุภัณฑ์เป็นวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบใน

การรักษาพยาบาลหลายรายการ อีกทั้งการรักษาตรวจสอบกล้องเป็นการรักษาที่ต้องอาศัยความละเอียดอ่อนและความซับซ้อน จึงจำเป็นต้องใช้วัสดุภัณฑ์ที่มีราคาค่อนข้างสูง รองลงมาเป็นค่าตอบแทนบุคลากรเท่ากับ 1,500.53 บาทต่อครั้ง ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เท่ากับ 952.07 บาทต่อครั้ง และค่าเวชภัณฑ์เท่ากับ 59.00 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 28.03, 17.79 และ 1.10 ตามลำดับ ส่วนต้นทุนคงที่ แยกออกเป็นค่าเสื่อมราคาอาคาร สถานที่ที่มีมากที่สุด เท่ากับ 744.74 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 13.91 และค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ทางการแพทย์และครุภัณฑ์สำนักงานเท่ากับ 64.83 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.21 (ตารางที่ 10)

เมื่อทำการวิเคราะห์ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยแยกตามหน่วยบริการ พบว่า หน่วยบริการโดยตรงมีต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยมากที่สุด เท่ากับ 4,194.02 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 78.36 โดยแยกค่าใช้จ่ายแต่ละรายการ พบว่า ค่าวัสดุภัณฑ์มีต้นทุนมากที่สุด เท่ากับ 2,031.60 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 37.96 รองลงมาเป็นค่าตอบแทนบุคลากรเท่ากับ 1,267.07 บาทต่อครั้ง ค่าเสื่อมราคาอาคาร สถานที่เท่ากับ 744.74 บาทต่อครั้ง ค่าเวชภัณฑ์เท่ากับ 59.00 บาทต่อครั้ง ค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ เช่น ค่าวัสดุงานบ้าน เป็นต้น เท่ากับ 51.61 บาทต่อครั้ง และค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ทางการแพทย์และครุภัณฑ์สำนักงานเท่ากับ 40.00 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 23.67, 13.91, 1.10, 0.97 และ 0.75 ตามลำดับ สำหรับหน่วยวิสัญญีแพทย์มีต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 1,158.75 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 21.64 โดยแยกค่าใช้จ่ายแต่ละรายการ พบว่า ค่าใช้จ่ายอื่นๆ มีต้นทุนมากที่สุด เท่ากับ 900.46 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 16.82 รองลงมาเป็นค่าตอบแทนบุคลากรเท่ากับ 233.46 บาทต่อครั้ง และค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ทางการแพทย์เท่ากับ 24.83 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 4.36 และร้อยละ 0.46 ตามลำดับ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 10 ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยการบริการส่งกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น
ของผู้ป่วยศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลศิริราช

(หน่วย: บาทต่อครั้ง)

รายการต้นทุน	ต้นทุนเฉลี่ย	ร้อยละ
1. ต้นทุนคงที่		
1.1 หน่วยบริการโดยตรง		
1.1.1 ค่าเสื่อมราคาอาคาร สถานที่	744.74	13.91
1.1.2 ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์	40.00	0.75
1.2 หน่วยวิสัญญีแพทย์		
1.2.1 ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์	24.83	0.46
รวมต้นทุนคงที่	809.57	15.12
2. ต้นทุนผันแปร		
2.1 หน่วยบริการโดยตรง		
2.1.1 ค่าตอบแทนบุคลากร	1,267.07	23.67
2.1.2 ค่าวัสดุภัณฑ์	2,031.60	37.96
2.1.3 ค่าเวชภัณฑ์	59.00	1.10
2.1.4 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าวัสดุงานบ้าน		
เป็นต้น	51.61	0.97
2.2 หน่วยวิสัญญีแพทย์		
2.2.1 ค่าตอบแทนบุคลากร	233.46	4.36
2.2.2 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	900.46	16.82
รวมต้นทุนผันแปร	4,543.20	84.88
รวมต้นทุนทั้งหมด	5,352.77	100.00

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 11 ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยการบริการส่งกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น
ในแต่ละหัตถการของหน่วยบริการโดยตรงและหน่วยวิสัญญีแพทย์
(หน่วย: บาทต่อครั้ง)

หัตถการ	การบริการตรวจกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น	
	จำนวน	ร้อยละ
1. หน่วยบริการโดยตรง		
1.1 ค่าเสื่อมราคาอาคาร สถานที่	744.74	13.91
1.2 ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์	40.00	0.75
1.3 ค่าตอบแทนบุคลากร	1,267.07	23.67
1.3.1 แพทย์	681.58	12.73
1.3.2 พยาบาล	557.70	10.42
1.3.3 เจ้าหน้าที่อื่นๆ	27.79	0.52
1.4 ค่าวัสดุภัณฑ์	2,031.60	37.96
1.5 ค่าเวชภัณฑ์	59.00	1.10
1.6 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าวัสดุงานบ้าน		
เป็นต้น	51.61	0.97
รวมหน่วยบริการโดยตรง	4,194.02	78.36
2. หน่วยวิสัญญีแพทย์		
2.1 ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์	24.83	0.46
2.2 ค่าตอบแทนบุคลากร	233.46	4.36
2.2.1 แพทย์	126.66	2.37
2.2.2 พยาบาล	106.80	1.99
2.3 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	900.46	16.82
รวมหน่วยวิสัญญีแพทย์	1,158.75	21.64
รวมทั้งหมด	5,352.77	100.00

ที่มา: จากการคำนวณ

2. การบริการส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนักของผู้ป่วย พบว่า ต้นทุนรวมเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 7,013.42 บาทต่อครั้ง แยกออกเป็นต้นทุนคงที่เท่ากับ 1,314.65 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18.74 และต้นทุนผันแปรเท่ากับ 5,698.77 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 81.26 โดยส่วนใหญ่จะเป็นต้นทุนผันแปร โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าตอบแทนบุคลากรมีต้นทุนมากที่สุด เท่ากับ 2,158.76 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 30.78 โดยค่าตอบแทนบุคลากรไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ด้านการบริการและประสานงานทั่วไป ที่จะต้องอาศัย ความรู้ความสามารถ ทักษะและประสิทธิภาพงานเฉพาะทาง เพื่อตอบสนองต่อการบริการรักษา ผู้ป่วยและการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ได้เป็นอย่างดี รองลงมาเป็นค่าวัสดุภัณฑ์เท่ากับ 1,887.57 บาทต่อครั้ง, ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เท่ากับ 1,593.43 บาทต่อครั้ง และค่าเวชภัณฑ์เท่ากับ 59.01 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 26.91, ร้อยละ 22.73 และร้อยละ 0.84 ตามลำดับ ส่วน ต้นทุนคงที่ แยกออกเป็นค่าเสื่อมราคาอาคาร สถานที่มีมากที่สุด เท่ากับ 1,184.01 บาทต่อครั้ง คิด เป็นร้อยละ 16.88 เนื่องจากอาคารและสถานที่ที่ใช้ในการบริการได้อาศัยการพัฒนาปรับปรุงเป็น ศูนย์ส่งกล้อง โรงพยาบาลศิริราช โดยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงอาคาร สถานที่ที่ ก่อนข้างสูง และค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ทางการแพทย์และครุภัณฑ์สำนักงานเท่ากับ 130.64 บาทต่อ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.86 (ตารางที่ 12)

เมื่อทำการวิเคราะห์ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยแยกตามหน่วยบริการ พบว่า หน่วยบริการ โดยตรงมีต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยมากที่สุด เท่ากับ 5,076.11 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 72.37 โดย แยกค่าใช้จ่ายแต่ละรายการ พบว่า ค่าวัสดุภัณฑ์มีต้นทุนมากที่สุด เท่ากับ 1,887.57 บาทต่อครั้ง คิด เป็นร้อยละ 26.91 เนื่องจากเป็นวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ทางการแพทย์โดยเฉพาะทางและเป็นวัสดุอุปกรณ์ ที่ใช้ได้เพียงครั้งเดียว ซึ่งจะต้องคุ้มครองเกี่ยวกับความปลอดภัยในการรักษาให้แก่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ รองลงมาเป็นค่าตอบแทนบุคลากรเท่ากับ 1,817.11 บาทต่อครั้ง, ค่าเสื่อมราคาอาคาร สถานที่เท่ากับ 1,184.01 บาทต่อครั้ง, ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ทางการแพทย์และครุภัณฑ์สำนักงานเท่ากับ 76.80 บาทต่อครั้ง, ค่าเวชภัณฑ์เท่ากับ 59.01 บาทต่อครั้ง และค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ เช่น ค่าวัสดุงานบ้าน เป็นต้น เท่ากับ 51.61 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 25.91, ร้อยละ 16.88, ร้อยละ 1.09, ร้อยละ 0.84 และร้อยละ 0.74 ตามลำดับ สำหรับหน่วยวิสัญญีแพทย์มีต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 1,937.31 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.63 โดยแยกค่าใช้จ่ายแต่ละรายการ พบว่า ค่าใช้จ่ายอื่นๆ มี ต้นทุนมากที่สุด เท่ากับ 1,541.82 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 21.99 รองลงมาเป็นค่าตอบแทน บุคลากรเท่ากับ 341.65 บาทต่อครั้ง และค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ทางการแพทย์เท่ากับ 53.84 บาทต่อ ครั้ง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 4.87 และร้อยละ 0.77 ตามลำดับ (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 12 ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยการบริการส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก
ของผู้ป่วย ศูนย์ส่งกล้อง โรงพยาบาลศิริราช

(หน่วย: บาทต่อครั้ง)

รายการต้นทุน	ต้นทุนเฉลี่ย	ร้อยละ
1. ต้นทุนคงที่		
1.1 หน่วยบริการโดยตรง		
1.1.1 ค่าเสื่อมราคาอาคาร สถานที่	1,184.01	16.88
1.1.2 ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์	76.80	1.09
1.2 หน่วยวิสัญญีแพทย์		
1.2.1 ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์	53.84	0.77
รวมต้นทุนคงที่	1,314.65	18.74
2. ต้นทุนผันแปร		
2.1 หน่วยบริการโดยตรง		
2.1.1 ค่าตอบแทนบุคลากร	1,817.11	25.91
2.1.2 ค่าวัสดุภัณฑ์	1,887.57	26.91
2.1.3 ค่าเวชภัณฑ์	59.01	0.84
2.1.4 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าวัสดุงานบ้าน		
เป็นต้น	51.61	0.74
2.2 หน่วยวิสัญญีแพทย์		
2.2.1 ค่าตอบแทนบุคลากร	341.65	4.87
2.2.2 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	1,541.82	21.99
รวมต้นทุนผันแปร	5,698.77	81.26
รวมต้นทุนทั้งหมด	7,013.42	100.00

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 13 ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยการบริการส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก
ในแต่ละหัตถการของหน่วยบริการโดยตรงและหน่วยวิสัญญีแพทย์

(หน่วย: บาทต่อครั้ง)

หัตถการ	การบริการตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย และทวารหนัก	
	จำนวน	ร้อยละ
1. หน่วยบริการโดยตรง		
1.1 ค่าเสื่อมราคาอาคาร สถานที่	1,184.01	16.88
1.2 ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์	76.80	1.09
1.3 ค่าตอบแทนบุคลากร	1,817.11	25.91
1.3.1 แพทย์	1,005.12	14.33
1.3.2 พยาบาล	784.97	11.19
1.3.3 เจ้าหน้าที่อื่นๆ	27.02	0.39
1.4 ค่าวัสดุภัณฑ์	1,887.57	26.91
1.5 ค่าเวชภัณฑ์	59.01	0.84
1.6 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าวัสดุงานบ้าน		
เป็นต้น	51.61	0.74
รวมหน่วยบริการโดยตรง	5,076.11	72.37
2. หน่วยวิสัญญีแพทย์		
2.1 ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์	53.84	0.77
2.2 ค่าตอบแทนบุคลากร	341.65	4.87
2.2.1 แพทย์	182.26	2.60
2.2.2 พยาบาล	159.39	2.27
2.3 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	1,541.82	21.99
รวมหน่วยวิสัญญีแพทย์	1,937.31	27.63
รวมทั้งหมด	7,013.42	100.00

ที่มา: จากการคำนวณ

3. การบริการส่งกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนของผู้ป่วย พบว่า ต้นทุนรวมเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 27,379.86 บาทต่อครั้ง แยกออกเป็นต้นทุนคงที่เท่ากับ 1,733.72 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.33 และต้นทุนผันแปรเท่ากับ 25,646.14 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 93.67 โดยส่วนใหญ่จะเป็นต้นทุนผันแปร โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าวัสดุภัณฑ์มีต้นทุนมากที่สุด เท่ากับ 19,798.04 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 72.31 เนื่องจากวัสดุภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาเป็นวัสดุอุปกรณ์เฉพาะทางมีส่วนประกอบและอุปกรณ์เสริมในการรักษาหลากหลายประเภท เป็นวัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลืองที่ใช้ได้เพียงครั้งเดียว และมีค่าใช้จ่ายวัสดุอุปกรณ์ต่อหน่วยค่อนข้างสูง รองลงมาเป็นค่าตอบแทนบุคลากรเท่ากับ 3,125.50 บาทต่อครั้ง, ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าวัสดุงานบ้าน ค่าใช้จ่ายในการคมนาคม เป็นต้น เท่ากับ 2,064.28 บาทต่อครั้ง และค่าเวชภัณฑ์ เท่ากับ 658.32 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 11.42, ร้อยละ 7.54 และร้อยละ 2.40 ตามลำดับ ส่วนต้นทุนคงที่ แยกออกเป็นค่าเสื่อมราคาอาคาร สถานที่มีมากที่สุด เท่ากับ 1,210.69 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.42 และค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ทางการแพทย์และครุภัณฑ์สำนักงานเท่ากับ 523.03 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.91 (ตารางที่ 14)

เมื่อทำการวิเคราะห์ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยแยกตามหน่วยบริการ พบว่า หน่วยบริการโดยตรงมีต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยมากที่สุด เท่ากับ 24,782.54 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 90.51 โดยแยกค่าใช้จ่ายแต่ละรายการ พบว่า ค่าวัสดุภัณฑ์มีต้นทุนมากที่สุด เท่ากับ 19,798.04 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 72.31 รองลงมาเป็นค่าตอบแทนบุคลากรเท่ากับ 2,600.63 บาทต่อครั้ง, ค่าเสื่อมราคาอาคาร สถานที่เท่ากับ 1,210.69 บาทต่อครั้ง, ค่าเวชภัณฑ์เท่ากับ 658.32 บาทต่อครั้ง, ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ทางการแพทย์และครุภัณฑ์สำนักงานเท่ากับ 463.25 บาทต่อครั้ง และค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ เช่น ค่าวัสดุงานบ้าน เป็นต้น เท่ากับ 51.61 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 9.50, ร้อยละ 4.42, ร้อยละ 2.40, ร้อยละ 1.69 และร้อยละ 0.19 ตามลำดับ สำหรับหน่วยวิสัญญีแพทย์มีต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 2,597.32 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.49 โดยแยกค่าใช้จ่ายแต่ละรายการ พบว่า ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการคมนาคมพยาบาลผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งมีต้นทุนมากที่สุด เท่ากับ 2,012.67 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 7.35 รองลงมาเป็นค่าตอบแทนบุคลากรเท่ากับ 524.87 บาทต่อครั้ง และค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ทางการแพทย์เท่ากับ 59.78 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 1.92 และร้อยละ 0.22 ตามลำดับ (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 14 ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยการบริการส่งกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและดับอ่อนของผู้ป่วย
ศูนย์ส่งกล้อง โรงพยาบาลศิริราช

(หน่วย: บาทต่อครั้ง)

รายการต้นทุน	ต้นทุนเฉลี่ย	ร้อยละ
1. ต้นทุนคงที่		
1.1 หน่วยบริการโดยตรง		
1.1.1 ค่าเสื่อมราคาอาคาร สถานที่	1,210.69	4.42
1.1.2 ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์	463.25	1.69
1.2 หน่วยวิสัญญีแพทย์		
1.2.1 ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์	59.78	0.22
รวมต้นทุนคงที่	1,733.72	6.33
2. ต้นทุนผันแปร		
2.1 หน่วยบริการโดยตรง		
2.1.1 ค่าตอบแทนบุคลากร	2,600.63	9.50
2.1.2 ค่าวัสดุภัณฑ์	19,798.04	72.31
2.1.3 ค่าเวชภัณฑ์	658.32	2.40
2.1.4 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าวัสดุงานบ้าน		
เป็นต้น	51.61	0.19
2.2 หน่วยวิสัญญีแพทย์		
2.2.1 ค่าตอบแทนบุคลากร	524.87	1.92
2.2.2 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	2,012.67	7.35
รวมต้นทุนผันแปร	25,646.14	93.67
รวมต้นทุนทั้งหมด	27,379.86	100.00

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 15 ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยการบริการส่งกล้องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและดับอ่อนในแต่ละ
หัตถการของหน่วยบริการโดยตรงและหน่วยวิสัญญีแพทย์

(หน่วย: บาทต่อครั้ง)

หัตถการ	การบริการตรวจท่อทางเดินน้ำดีและดับอ่อน	
	จำนวน	ร้อยละ
1. หน่วยบริการโดยตรง		
1.1 ค่าเสื่อมราคาอาคาร สถานที่	1,210.69	4.42
1.2 ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์	463.25	1.69
1.3 ค่าตอบแทนบุคลากร	2,600.63	9.50
1.3.1 แพทย์	1,067.92	3.90
1.3.2 พยาบาล	1,503.71	5.49
1.3.3 เจ้าหน้าที่อื่นๆ	29.00	0.11
1.4 ค่าวัสดุภัณฑ์	19,798.04	72.31
1.5 ค่าเวชภัณฑ์	658.32	2.40
1.6 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าวัสดุงานบ้าน		
เป็นต้น	51.61	0.19
รวมหน่วยบริการโดยตรง	24,782.54	90.51
2. หน่วยวิสัญญีแพทย์		
2.1 ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์	59.78	0.22
2.2 ค่าตอบแทนบุคลากร	524.87	1.92
2.2.1 แพทย์	196.96	0.72
2.2.2 พยาบาล	327.91	1.20
2.3 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	2,012.67	7.35
รวมหน่วยวิสัญญีแพทย์	2,597.32	9.49
รวมทั้งหมด	27,379.86	100.00

ที่มา: จากการคำนวณ

สรุปผลการศึกษาค้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของหัตถการการบริการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารทั้ง 3 อันดับแรก พบว่ามีมูลค่าต้นทุนรวมเฉลี่ยต่อหน่วยเท่ากับ 13,248.68 บาทต่อครั้ง โดยต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยนี้ได้รวมต้นทุนคงที่ และต้นทุนผันแปรของหน่วยบริการโดยตรง และหน่วยวิสัญญีแพทย์ และต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยที่สูงที่สุด คือ การบริการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อนมีต้นทุนเท่ากับ 27,379.86 บาทต่อครั้ง และการบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นมีต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยต่ำที่สุด เท่ากับ 5,352.77 บาทต่อครั้ง

ดังนั้นการพิจารณาจัดสรรงบประมาณของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรที่จะพิจารณาการจัดสรรงบประมาณตามสัดส่วนของค่าใช้จ่ายจริงที่เกิดขึ้นโดยใช้เกณฑ์ผลรวมของต้นทุนคงที่ และต้นทุนผันแปรของหน่วยบริการโดยตรง และหน่วยวิสัญญีแพทย์ในรอบระยะเวลา 1 ปี ประชาชนอาจจะมาบริการรักษาโรคมากกว่า 1 ครั้ง นั้นแสดงให้เห็นได้ว่าโรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นนั่นเอง

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการบริการตรวจระบบทางเดินอาหารโดยการส่องกล้องของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลศิริราช มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนและการให้บริการในการส่องกล้องด้วยกล้องเอนโดสโคป โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการรวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2549 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2549 เป็นระยะเวลา 1 ปี จากหน่วยบริการโดยตรง และหน่วยวิสัญญีแพทย์ของศูนย์ส่องกล้องโรงพยาบาลศิริราช โดยจะทำการศึกษาเฉพาะหัตถการการบริการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารทั้ง 3 อันดับแรก ได้แก่ การบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นจำนวน 546 ราย การบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก จำนวน 253 ราย และการบริการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน จำนวน 88 ราย รวมทั้งหมด 887 ราย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้นำมาใช้วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยในแต่ละหัตถการการบริการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารทั้ง 3 อันดับแรก คือ ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยหัตถการที่มีการบริการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารทั้ง 3 อันดับแรก ซึ่งเป็นต้นทุนทั้งหมดของศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลศิริราช ที่รับภาระอยู่เกิดจากผลรวมต้นทุนคงที่ และต้นทุนผันแปรของหน่วยบริการโดยตรง และหน่วยวิสัญญีแพทย์

ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของหัตถการการบริการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารทั้ง 3 อันดับแรก มีรายละเอียดคือ ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของหัตถการการบริการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อนมีต้นทุนมากที่สุดเท่ากับ 27,379.86 บาทต่อครั้ง ส่วนใหญ่จะเป็นต้นทุนผันแปร คิดเป็นร้อยละ 93.67 และยังเป็นของหน่วยบริการโดยตรงที่มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.51 โดยจะเป็นค่าวัสดุภัณฑ์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.31 ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของหัตถการการบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนักมีต้นทุนเป็นอันดับที่ 2 เท่ากับ 7,013.42 บาทต่อครั้ง ส่วนใหญ่จะเป็นต้นทุนผันแปรเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 81.26 และยังเป็นของหน่วยบริการโดยตรงที่มีมากที่สุดเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 72.37 และต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของหัตถการการบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นเป็นอันดับที่ 3 เท่ากับ

5,352.77 บาทต่อครั้ง ส่วนใหญ่จะเป็นต้นทุนผันแปรเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 84.88 และยังเป็นของหน่วยบริการโดยตรงที่มีมากที่สุดเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 78.36 ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของทั้ง 3 หัตถการการบริการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารมีมากกว่างบเหมาจ่ายรายหัวทั้งสิ้น เนื่องจากการบริการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารจำเป็นต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์ที่มีความละเอียดซับซ้อนและต้องให้การรักษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำและเต็มประสิทธิภาพ ประกอบกับวัสดุภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่ใช้จะต้องมีคุณภาพและได้มาตรฐานในการรักษาผู้ป่วย และบุคลากรของโรงพยาบาลก็ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และมีทักษะความชำนาญเฉพาะทางในการรักษาการบริการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารเป็นอย่างดี

ดังนั้นทางภาครัฐควรจะพิจารณาจัดสรรงบประมาณของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรค โดยพิจารณาการจัดสรรงบประมาณตามสัดส่วนของค่าใช้จ่ายจริงที่เกิดขึ้นโดยใช้เกณฑ์ผลรวมของต้นทุนคงที่ และต้นทุนผันแปรของหน่วยบริการโดยตรง และหน่วยวิสัญญีแพทย์มาคำนวณเพื่อให้มีความถูกต้องและเหมาะสมมากที่สุดเท่าที่ควรจะเป็นไปได้

ข้อเสนอแนะ

จากการคำนวณพบว่า ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยของหัตถการการบริการส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารทั้ง 3 อันดับแรกอยู่ในเกณฑ์ที่สูงมาก อันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายทางด้านวัสดุภัณฑ์ที่มีความหลากหลายทางด้านวัสดุภัณฑ์ ราคาต่อหน่วยในแต่ละวัสดุภัณฑ์ และปริมาณการใช้งานของวัสดุภัณฑ์ในแต่ละครั้งมีจำนวนมาก ดังนั้น โรงพยาบาลศิริราชควรมีนโยบายในการหาวิธีการรักษาเพื่อลดต้นทุนในการรักษา ดังนี้

1. โรงพยาบาลควรมีการกำหนดราคามาตรฐานตามที่คำนวณจริง ในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มารับบริการตรวจรักษาโดยการส่องกล้อง จากโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้โรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษา รับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมด

2. จากการศึกษาพบว่า รายจ่ายโรงพยาบาลมากเกินไปกว่างบประมาณที่รัฐให้โรงพยาบาล ควรเสนอของบประมาณอุดหนุนจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหาร ถ้าต้องการความถูกต้องครบถ้วนจะต้องทำการศึกษาทุกแผนก เพื่อจะได้ทราบว่าต้นทุนสุทธิของการดำเนินงานในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในโรงพยาบาลศิริราชเป็นอย่างไร
2. เนื่องจากต้นทุนที่ศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้รวมต้นทุนเกี่ยวกับค่าสาธารณูปโภค ค่ายาที่ผู้ป่วยได้รับหลังจากส่งกล้องและต้นทุนอื่นๆ จึงควรมีการศึกษาต้นทุนที่เกิดขึ้นทั้งหมด เพื่อโรงพยาบาลจะได้ทราบถึงต้นทุนการรักษาอย่างแท้จริง
3. ควรมีการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของบริการแผนกผู้ป่วยใน เนื่องจากแผนกผู้ป่วยมีมูลค่าต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยต่อผู้ป่วย 1 รายค่อนข้างสูง

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กนกวรรณ กันทะวงศ์วาร. 2547. ผลกระทบของโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคต่อรายได้และ
ภาวะอดนอนผู้ป่วยของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์
เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2544. เอกสารเกี่ยวกับการใช้สินทรัพย์
ถาวรของงานพัสดุ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2544.
กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช.

_____. 2545. คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ได้รับการส่งกึ่งตรวจรักษา. พิมพ์ครั้งที่4.
กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช.

_____. 2549ก. สถิติในหน่วยตรวจรักษาระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลศิริราช.
กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช.

_____. 2549ข. ขั้นตอนการบริการส่งกึ่งตรวจรักษาระบบทางเดินอาหาร
โรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช.

จุฑาทิพ อาธิ์พรณ. 2544. การวิเคราะห์ต้นทุนของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาล
เลิดสิน. วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์,
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชูชีพ พิพัฒน์ศิริ. 2542. เศรษฐศาสตร์การวิเคราะห์โครงการ. กรุงเทพมหานคร:
บริษัทเท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

ชนพรพรรณ เจริญศรี. 2549. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยหัตถการการทำผ่าตัดตามโครงการ
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลลพบุรี. การศึกษาค้นคว้าอิสระด้วยตนเอง
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์ธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

นพวรรณ ถิระวุฒิ. 2542. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของการบริการรักษาพยาบาลแก่
ผู้ประกันตน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลตำรวจ แผนกผู้ป่วยนอก. การศึกษาค้นคว้าอิสระด้วย
ตนเองวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์ธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

นุมนวล หนูเล็ก. 2546. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของการบริการรักษาพยาบาลในโครงการ
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสระบุรี แผนกผู้ป่วยนอกสาขา
อายุรกรรม. การศึกษาค้นคว้าอิสระด้วยตนเองวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขา
เศรษฐศาสตร์ธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

นราทิพย์ ชูติวงศ์. 2546. ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์จุลภาค. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

บุญสม พวงนาค. 2546. ต้นทุนประสิทธิผลของการให้บริการรักษาพยาบาลตามโครงการประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลลพบุรี. การศึกษาค้นคว้าอิสระด้วยตนเองวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์ธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ประวุฒิ เวชรักษ์. 2539. การวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการรักษาพยาบาลของสถานบริการ
สาธารณสุขระดับต่างๆ เพื่อกำหนดราคาบัตรสุขภาพ: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่.
วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุสติ หวังรอด. 2546. การเปรียบเทียบต้นทุนในการทำผ่าตัดรักษาไส้ติ่งอักเสบระหว่าง
โรงพยาบาลบางระกำ กับการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลพุทธชินราช. การศึกษาค้นคว้า
อิสระด้วยตนเองวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์ธุรกิจ,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พงศธร วรรัตนธรรม. 2545. ต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาลเอกชน: กรณีศึกษา
โรงพยาบาลสมิติเวชศรีราชา. วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์,
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พินิจ ฟาอานวยพล. 2545. การวิเคราะห์ข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

ยุพา สิงห์พรหม. 2546. การวิเคราะห์ต้นทุนการบริการอาหารในโรงพยาบาล. การศึกษาค้นคว้าอิสระด้วยตนเองวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์ธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

รังสิมา วณิชภักดีเดชา. 2543. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการในหน่วยโรคผิวหนังเกี่ยวกับแสงในภาควิชาจิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. วิทยานิพนธ์ เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. 2545. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเด็นสำคัญและแนวทางปฏิบัติ. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

_____. 2547. คู่มือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติหลักประกันแห่งความเสมอภาคและคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล. 2534. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข: การวิเคราะห์และประเมินผล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมพงษ์ อรพินท์. 2539. เศรษฐศาสตร์จุลภาค. กรุงเทพมหานคร: แมคกรอ-ฮิล อินเตอร์เนชั่นแนล เอ็นเตอร์ไพรส์ อิงค์.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2550. การจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวประจำปีงบประมาณ 2550 (Online). www.nhso.go.th, 23 มีนาคม 2550.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2547. ข้อมูลจำนวนประชากรตามสิทธิงบประมาณและจำนวนสถานพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข

สุพัฒน์ อุปกิจิต. 2538. การบริหารค่าเสื่อมราคาและค่าสึกหรอ. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: ธรรมนิติ.

อัมมาร สยามมาลา. 2545. ข้อเสนองบประมาณที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วน
หน้า ปีงบประมาณ 2546 เล่ม 2/2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร
ผ่านศึก.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ประวัติโรงพยาบาลศิริราชพยาบาล

ประวัติโรงพยาบาลศิริราชพยาบาล

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเกิดอหิวาตกโรคระบาดชุกชุมเมื่อ พ.ศ. 2424 ในครั้งนั้นทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นชั่วคราวในชุมชนรวม 48 ตำบล ครั้งโรคภัยเสื่อมถอยลง โรงพยาบาลจึงได้ปิดทำการ หากแต่ในพระราชหฤทัยทรงตระหนักว่า โรงพยาบาลนั้นยังบำบัดทุกข์ บำรุงสุข ให้พสกนิกรและผู้อยู่ใต้ร่มพระบรมโพธิสมภาร แต่การ โรงพยาบาลนั้นเป็นการใหญ่ จำเป็นอยู่ที่ต้องมีกรรมการเพื่อจัดการโรงพยาบาลให้สำเร็จ

ดังนั้นเมื่อวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2429 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งกรรมการจัดสร้างโรงพยาบาลขึ้น เพื่อดำเนินการก่อสร้างโรงพยาบาลถาวรแห่งแรก ณ บริเวณวังของกรมพระราชวังบวรสถานพิมุข (วังหลัง) ทางฝั่งตะวันตกของแม่น้ำเจ้าพระยา โดยพระราชทานพระราชทรัพย์เป็นทุนแรกเริ่มในการดำเนินการ

ในระหว่างที่เตรียมการก่อสร้างโรงพยาบาลนั้น สมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ พระราชโอรสอันประสูติจากสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ได้ประชวรโรคบิด สิ้นพระชนม์ลงเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2430 ยังความอาลัยเศร้าโศกแก่พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ ยิ่งนักถึงกับทรงมีพระราชปณิธานอย่างแรงกล้าที่จะให้มีโรงพยาบาลขึ้น ครั้งเสร็จงานพระเมรุแล้ว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้รื้อโรงเรียนและเครื่องใช้ต่างๆ ในงานพระเมรุนำไปสร้างโรงพยาบาล ณ บริเวณวังหลังดังกล่าว นอกจากนี้ยังพระราชทานทรัพย์ส่วนของสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ ๓ แก่โรงพยาบาลอีกด้วย ในระยะแรกคณะกรรมการจัดสร้างโรงพยาบาล ได้จัดสร้างเรือนพักผู้ป่วยขึ้น 6 หลัง และเมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2431 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ ทรงพระกรุณาเสด็จพระราชดำเนินทรงประกอบพิธีเปิด และพระราชทานนามว่า โรงศิริราชพยาบาล หรือที่ชาวบ้านนิยมเรียกว่า โรงพยาบาลวังหลัง โดยทำการบำบัดรักษาผู้ป่วยไข้ทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณของไทย

เมื่อภาระการดำเนินงานรักษาพยาบาลของโรงศิริราชพยาบาลมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น จนในเวลาต่อมาปรากฏว่ามีแพทย์ไม่เพียงพอจึงได้ตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้นในโรงพยาบาลนี้ และเริ่มเปิดสอนตั้งแต่วันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2433 เป็นต้นมา โดยจัดหลักสูตร การศึกษา 3 ปี สอนทั้งวิชาแพทย์แผนปัจจุบันและแผนโบราณนักศึกษาแพทย์รุ่นแรกได้สำเร็จการศึกษาและได้รับประกาศนียบัตรแพทย์เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2436 พร้อมกับที่กรมพยาบาลประกาศเปิดและตั้งชื่อโรงเรียนแพทย์แห่งแรกของประเทศไทยนี้ว่า โรงเรียนแพทยากร

พ.ศ. 2440 ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯให้สร้างโรงเรียนแพทย์แห่งนี้ให้เป็นหลักฐานมีอาคารเรียนถาวรและมีที่พักสำหรับนักเรียนด้วย เมื่อการสร้างสำเร็จเรียบร้อย พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวพร้อมด้วยสมเด็จพระบรมราชินีนาถจึงได้ เสด็จพระราชดำเนินมาทรงประกอบพิธีเปิดในวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2443 และพระราชทานนามใหม่ว่า ราชแพทยาลัย

ต่อมาในปี พ.ศ. 2446 ได้มีการขยายหลักสูตรแพทย์เป็น 4 ปี ยังคงมีวิชาแพทย์ไทยแผนโบราณให้เลือกรเรียนเพิ่มเติม จากแผนปัจจุบันในปี พ.ศ. 2448 ทรงมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้โอนโรงเรียนราชแพทยาลัยไปขึ้นกับกรมศึกษาธิการ โดยมีศิริราชพยาบาลเป็นสาขาของโรงเรียนสำหรับใช้เป็นที่พักหัดวิชาแพทย์แก่นักเรียน

ต่อมาในปี พ.ศ. 2450 จึงได้รวมแพทย์โบราณและแพทย์แผนปัจจุบันเข้าด้วยกันในระยะที่ พระเจ้ายาเธอกรมหมื่นไชนนาทนเรนทร (สมเด็จพระบรมวงศ์เธอกรมพระยาไชนนาทนเรนทร) ทรงเป็นผู้บังคับบัญชาการราชแพทยาลัย ได้ทรงขยายหลักสูตรแพทย์เป็น 5 ปี

วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2459 พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สถาปนาโรงเรียนข้าราชการพลเรือนในพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ขึ้นเป็น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ต่อมาในวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2460 กระทรวงกรรมการได้ประกาศแพทยาลัยเข้าใน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เปลี่ยนนามเป็น คณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเปลี่ยนนามตาพระราชบัญญัติจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2461 เป็นคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ในปีเดียวกันนั้นเองได้ขยายหลักสูตรแพทย์เป็น 6 ปีย้ายการเรียนการสอน 4 ปีแรก ไปที่คณะอักษรศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ที่ตั้งอยู่ที่หอวัง ปทุมวัน (บริเวณสนามกีฬาแห่งชาติ) ส่วนที่ โรงพยาบาลศิริราชคงสอนเฉพาะชั้นปีที่ 5 และ 6 (คลินิก)

ในปี พ.ศ. 2464 รัฐบาลสยามเริ่มเจรจากับมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ เพื่อปรับปรุงการศึกษา แพทย์ให้ถึงระดับปริญญา สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ซึ่งในขนาดนั้นทรงดำรงพระยศสมเด็จพระเจ้าฟ้ากรมขุนสงขลานครินทร์ทรงเป็นผู้แทนฝ่ายไทย ในที่สุดมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ได้ให้ความช่วยเหลือทั้งการศึกษาแพทย์ และพยาบาล สำหรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตใช้เวลาศึกษา 6 ปี รับนักเรียนจบชั้นมัธยมบริบูรณ์ (ม.8) เรียนเตรียมแพทย์ 2 ปีที่จุฬาฯ แล้วเรียนแพทย์อีก 4 ปีที่ศิริราช

การปรับปรุงการศึกษาแพทย์ของไทยด้วยความร่วมมือ ระหว่างมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์กับ รัฐบาลไทยเมื่อ พ.ศ. 2466 - พ.ศ. 2478 มีข้อตกลงสำคัญประการหนึ่ง คือ รัฐบาลไทยต้องจัดให้มีการศึกษาหลังปริญญาด้วย

พระราชกรณียกิจและพระมหากรุณาธิคุณต่อคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและวงการ แพทย์ไทย ของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนกมีหลายประการและ ปรากฏเป็นผลสำเร็จดียิ่งจนบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุข และประชาชนทั่วไปถือว่าพระองค์ เป็น “องค์บิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย”

ในสมัยก่อนที่จะมีหลักสูตรสำหรับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง หากแพทย์ผู้ใดปฏิบัติงาน ในสาขาเฉพาะทางเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี จะสามารถสอบเพื่อรับวุฒิบัตร ผู้มีความรู้ความชำนาญ เฉพาะทางสาขานั้น ได้แพทย์ที่ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตจะได้รับใบอนุญาตประกอบโรค ศิลปด้วย หากได้รับคัดเลือกให้ปฏิบัติงานในโรงเรียนแพทย์ จะอยู่ในฐานะ แพทย์ประจำบ้าน หรือ House Officer เป็นเวลา 1 ปี และอาจได้รับคัดเลือกเป็นแพทย์ประจำบ้านอาวุโสในปีต่อไป

ในปี พ.ศ. 2504 มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์และกระทรวงการสาธารณสุขได้มีการฝึกอบรม แพทย์ฝึกหัดขึ้น จนถึงปี พ.ศ. 2506 แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ได้ลงทะเบียนเป็นนักศึกษาบัณฑิต วิทยาลัย มีการเรียนการสอนหลักสูตร “ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก” ต่อมาจึงมีการเปิดสอนปริญญามหาบัณฑิตทางวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานโดยความร่วมมือกับ คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล สาขาวิชาแรกที่เปิดสอน คือ กายวิภาคศาสตร์ และทำการ เปิดสอนปริญญามหาบัณฑิตทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิกในเวลาต่อมา

พ.ศ. 2485 คณะผู้สำเร็จราชการแทนพระองค์ได้ประกาศพระราชกฤษฎีกาในพระ ปรมลภิไธย พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล ให้แยกคณะแพทยศาสตร์ และศิริราช พยาบาล คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ และคณะสัตวแพทยศาสตร์ออกจากจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย และตั้งเป็น มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

นอกจากนั้นได้เปิดหลักสูตรปริญญาแพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยเน้นด้านการวิจัย ต่อมา ในปี พ.ศ. 2512 เมื่อแพทยสมาคมไทยขอให้มีการอบรมแพทย์เพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง โดยมี หลักสูตรชัดเจน ในปี พ.ศ. 2512 คณะฯจึงได้เริ่มการฝึกอบรมตามนโยบายดังกล่าว โดยเริ่ม ฝึกอบรมรุ่นแรกในปี พ.ศ. 2512 การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาต่างๆกำหนดเวลา 3 ปี และ

เริ่มมีการสอบเพื่อรับ “วุฒิปัตรมัธยมศึกษา” ครั้งแรกใน พ.ศ.2514 ใน 10 สาขา ได้แก่
 อายุรศาสตร์ เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ วิทยาศาสตร์
 สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา รังสีวิทยา จักษุวิทยา และกุมารเวชศาสตร์

การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทางในสาขาต่างๆ ของคณะแพทย
 ศาสตร์ศิริราชพยาบาล แบ่งเป็น 2 ระดับ โดยใช้เวลา 3 ปี ระดับแรกเป็นการฝึกอบรมทั่วไปแต่ละ
 สาขาวิชา ใช้เวลา 1 ปี และระดับที่สอง เป็นการฝึกอบรมเพื่อวุฒิปัตรมัธยมศึกษาใน
 การประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ว.ว.) สาขาต่างๆ ของแพทยสภา

มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ได้รับพระมหากรุณาธิคุณโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ใช้พระ
 นามภิไชย “มหิดล” เป็นนามใหม่ของมหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2512 ในครั้งนั้น
 คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลได้รับชื่อใหม่ว่า “คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล”
 มหาวิทยาลัยมหิดล และได้โอนจากสำนักนายกรัฐมนตรีมาขึ้นกับทบวงมหาวิทยาลัยใน พ.ศ. 2514

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้เริ่มการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ตั้งแต่ปี
 พ.ศ. 2484 โดยยังไม่มีหลักสูตรที่แน่ชัด แพทย์ที่จบหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและมีความ
 ต้องการเป็นแพทย์ประจำบ้าน (House officer) ที่ในปีแรกนั้นมี 4 สาขาวิชาคือ อายุรศาสตร์
 ศัลยศาสตร์ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา และรังสีวิทยา แต่ยังไม่มีการปรับเปลี่ยนวุฒิ

สำหรับหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการฝึกอบรมแพทย์หลังปริญญา (แพทย์ฝึกหัด, แพทย์
 ประจำบ้าน เฟลโลว์) และเป็นหน่วยประสานงานการฝึกอบรมระหว่างสถาบันและแพทย์สถานนั้น
 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นชุดหนึ่ง ชื่อว่า “คณะกรรมการ
 การศึกษาหลังปริญญา” เพื่อดำเนินการในเรื่องนี้โดยมีสำนักงานเลขานุการคณะฯ และแผนก
 การศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบจากคณะกรรมการฯ ไป
 ปฏิบัติ คณะกรรมการหลักสูตรหลังปริญญาชุดแรกได้รับการแต่งตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2518

ภาคผนวก ข
ศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลศิริราช

ศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลศิริราช

หน่วยงานที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นหน่วยงานบริการโดยตรง คือ หน่วยงานตรวจระบบทางเดินอาหาร และงานวิสัญญีแพทย์

หน้าที่และเป้าหมาย

หน่วยตรวจระบบทางเดินอาหาร คือ หน่วยตรวจรักษาน้ำในท่อทางเดินน้ำดีด้วยกล้องเอนโดสโคป (ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ วิจารณ์ศักดิ์ ดึก84ปี ชั้น 3) งานการพยาบาลผ่าตัด ให้บริการตรวจรักษาเฉพาะผู้ป่วยโรกระบบทางเดินอาหารด้วยกล้องเอนโดสโคป ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะก่อน ขณะ และหลังการส่องกล้อง ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ทุกเพศ ทุกวัย ตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งให้บริการตรวจรักษานอกเวลาราชการ ให้ได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม การประสานงานมีประสิทธิภาพ และผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

ขอบเขตการให้บริการ

ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะก่อน ขณะ และหลังการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร โดยประสานงานกับหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยศาสตร์ และอายุรศาสตร์ ในการส่งผู้ป่วยมานัดหมาย และเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งให้บริการผู้ป่วยในรายเร่งด่วน ประสานงานกับหน่วย Admission Center ในการจองห้อง ติดต่อกับหน่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อส่งผู้ป่วยกลับบ้านและกลับตึก ติดต่อกับบริษัทเครื่องมือแพทย์เพื่อขอยืมเครื่องมือทดแทนในรายที่เครื่องมือเสีย และอยู่ในระหว่างซ่อม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว ปลอดภัย เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และมีความพึงพอใจในการบริการ

ความท้าทายและความเสี่ยงสำคัญในหน่วยงาน

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญคือ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรใหม่ให้มีทักษะและความสามารถทันกับการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่ขยายขึ้น เนื่องจากหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารมี 2 หน่วยงาน คือหน่วยตรวจระบบทางเดินอาหาร

ศัลยศาสตร์ ตึก 84 ชั้น 2 และศูนย์รักษาโรคทางเดินอาหาร วิกิจ วีรานูวัตต์ ตึกปาวาชั้น 1 เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและความคุ้มค่าในบริหารจัดการทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรอุปกรณ์ และเครื่องมือต่างๆ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทางคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลจึงรวมหน่วยงานทั้ง 2 แห่ง จัดตั้งเป็นศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร วิกิจ วีรานูวัตต์ โดยใช้พื้นที่ตึก 84 ชั้น 3 ตะวันออก และบางส่วนของตึกสยามินทร์ชั้น 3 ทำให้ต้องรับบุคลากรใหม่เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ประกอบกับทางหน่วยงานมีเครื่องมือทันสมัย และใช้เทคโนโลยีสูง ต้องใช้ทักษะประสบการณ์ ในการปฏิบัติงาน ทางหน่วยงานต้องเร่งฝึกสอน ตลอดจนการเพิ่มทักษะแก่บุคลากรใหม่ เพื่อให้ทันและพอเพียงกับการทำงานที่ขยายขึ้น

ห้อง Scope ประกอบด้วย

- ห้องตรวจรักษา ทั้งหมด 9 ห้อง จำนวนเตียง 10 เตียง
- ห้องพักรอดูอาการก่อนส่องกล้อง จำนวนเตียง 12 เตียง
- ห้องพักฟื้น 13 เตียง จำนวนผู้รับบริการประมาณ 50-60 รายต่อวัน

อัตรากำลังในห้อง Scope ประกอบด้วย

อาจารย์แพทย์เฉพาะทาง

- ศัลยแพทย์ 10 คน
- อายุรแพทย์ 8 คน
- วิสัญญีแพทย์ 2 คน
- แพทย์ฝึกหัด 6-8 คน

เจ้าหน้าที่พยาบาล

- พยาบาลหัวหน้าหน่วย 1 คน
- พยาบาลวิชาชีพ 15 คน
- ผู้ช่วยพยาบาล 18 คน
- ผู้จัดการศูนย์ 1 คน

เจ้าหน้าที่อื่นๆ

- เจ้าหน้าที่โสตทัศนูปกรณ์ 1 คน
- เจ้าหน้าที่บริหาร 1 คน
- ธุรการ 4 คน
- คนงาน 4 คน

ผู้ป่วยที่มารับบริการการตรวจรักษาในระบบทางเดินอาหารที่ตึกผู้ป่วยนอก ศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์และผู้ป่วยในที่ต้องทำหัตถการจะส่งมานัดหมายที่ศูนย์ส่งกล้องทั้งหมด ในระบบนัดหมาย สามารถลงการจองห้องหัตถการ โดยแบ่งตามเวลา และห้องตรวจได้ โดยใช้โปรแกรมเฉพาะทางศูนย์ส่งกล้อง ผู้ป่วยทุกคนที่มานัดจะได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนการทำหัตถการจาก วิทยุญญแพทย์ และพยาบาลประจำหน่วย มีการประสานงานกับหน่วย Admission Center ตึกผู้ป่วยนอก ของภาควิชาศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ในการจองห้องพิเศษและสามัญ รวมทั้งหน่วยตรวจสอบสิทธิ์และหน่วยประกันสังคม

ภาคผนวก ค

หัตถการการบริการส่งกล้องระบบทางเดินอาหาร

หัตถการการบริการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร

การบริการส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน

(ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography)

เป็นหัตถการที่ช่วยในการวินิจฉัย การรักษา ภาวะที่เรียกว่าดีซ่าน(ตัวเหลือง ตาเหลือง) อันเกิดจากท่อน้ำดีอุดตัน หรืออาการปวดท้อง เนื่องจากความผิดปกติ ของท่อน้ำดี และตับอ่อน

น้ำดี คืออะไร

น้ำดีจะถูกสร้างจากตับ และหลั่งมาตามท่อน้ำดี มาเก็บพักไว้ที่ถุงน้ำดี เพื่อทำให้น้ำดีเข้มข้นขึ้น เมื่ออาหารผ่านมาถึงลำไส้เล็กส่วนต้น จะมีการหลั่งสาร(ฮอว์โมน) กระตุ้นให้น้ำดีบีบตัวเพื่อขับน้ำดีให้ไหลลงสู่ท่อน้ำดี โดยจะมีท่อน้ำย่อยที่ผลิตจากตับอ่อนไหลมารวมกันก่อนแล้วไหลลงสู่รูเปิดซึ่งมีลักษณะเป็นตุ่มเล็กๆ คล้ายหัวนม ที่บริเวณลำไส้เล็กส่วนต้น น้ำดีที่ถูกสร้างจากตับและตับอ่อนมีส่วนสำคัญในการย่อยอาหาร และดูดซับไขมัน

ERCP จึงมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัย และรักษาโรคที่เกี่ยวกับท่อน้ำดีและตับอ่อน ตัวอย่างเช่น ถ้ามีการอุดตันในท่อน้ำดี จากก้อนนิ่ว เนื้องอก พังผืด หรือเกิดการตีบแคบของท่อน้ำดีเนื่องจากสาเหตุอื่นๆ หรือมีการอุดตันของท่อตับอ่อนเนื่องจากนิ่ว เนื้องอก โดยเฉพาะในกรณีที่มีตับอ่อนอักเสบเนื่องจากนิ่วในท่อน้ำดีและท่อตับอ่อน

อาการแสดงที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยการทำ ERCP

ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับท่อน้ำดี และตับอ่อน จะเริ่มมีอาการแสดงโดยมีอาการดีซ่าน(ตัวเหลือง) หรือมีอาการปวดท้อง บางรายพบอาการผิดปกติของการทำงานของตับ และตับอ่อน

การเตรียมตัวเพื่อทำ ERCP

1. ผู้ป่วยจะต้องได้คุยกับแพทย์เรื่องโรคประจำตัวของท่านและยาที่รับประทานเป็นประจำ และต้องแจ้งให้แพทย์ทราบด้วยว่าท่านเคยแพ้ยา อาหารทะเล หรือสารทึบรังสีหรือไม่ ซึ่งถ้าท่านแพ้อาหารทะเล หรือสารทึบรังสี ท่านจำเป็นต้องใช้สารทึบรังสีชนิดพิเศษ

2. งดยาแอสไพริน ประมาณ 5-7 วันก่อนทำ ERCP

3. งดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ก่อนทำ ERCP

ขณะทำ ERCP

ERCP จะต้องใช้เครื่องเอกซเรย์ประกอบด้วยโดยท่านจะนอนท่าคว่ำ หรือท่าตะแคง แล้วแต่อาจารย์แพทย์ผู้ทำ หนุนหมอน หันใบหน้าตะแคงไปทางด้านขวา พยาบาลจะทำการวัด ความดันโลหิต ชีพจร และระดับออกซิเจนในเลือดเพื่อความปลอดภัยในระหว่างการทำ ERCP โดยจะใช้เวลาในการทำประมาณ 20-60 นาที วิสัญญีแพทย์จะทำการฉีดยาเข้าหลอดเลือด ให้ท่านหลับ ขณะทำ ERCP แพทย์ทางเดินอาหารจะใส่กล้องส่องตรวจผ่านจากปาก กระเพาะอาหารลง ไปสู่ลำไส้เล็ก เพื่อหาจุดเปิดท่อน้ำดี และทำการฉีดสารทึบแสงรังสี เข้าไปในท่อน้ำดี และทำการ เอกซเรย์ เพื่อดูความผิดปกติของท่อน้ำดี และท่อตับอ่อน หากตรวจพบว่ามีนิ่วในท่อน้ำดี แพทย์อาจจะต้องทำการตัดรูเปิดท่อน้ำดีให้กว้างเพื่อสามารถดึงนิ่วที่ค้างอยู่ให้หลุดออกมา ได้ โดยใช้ลวดผ่านกระเพาะไฝฟ้าโดยแผลที่เกิดจากการตัดจะหายเป็นปกติ ภายใน 1 สัปดาห์ หรือหากพบมีการตีบตันก็จะใส่ท่อเพื่อระบายน้ำดีให้ไหลลงสู่ลำไส้

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำ ERCP

การทำ ERCP ทำให้ท่านหลีกเลี่ยงไม่ต้องทำการผ่าตัด อย่างไรก็ตามเหมือนการทำ หัตถการทุกชนิดซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ประมาณ 5 % ภาวะแทรกซ้อนที่พบมีตั้งแต่ เล็กน้อย จนถึงรุนแรง เช่น ภาวะเลือดออกจากการตัดท่อน้ำดี ส่วนมากจะหยุดได้เอง แต่ บางครั้งจำเป็นต้องได้รับเลือด หรือให้การรักษาโดยการส่องกล้อง การทะลุของลำไส้ พบได้น้อย แต่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ การติดเชื้อส่วนใหญ่มักพบในราย ที่มีการอุดตันของท่อน้ำดีมาก่อนซึ่งรักษา

โดยการใส่ท่อระบายน้ำดีมาก่อนซึ่งรักษาโดยการใส่ท่อระบายน้ำดี และให้ยาปฏิชีวนะก็ทำให้อาการดีขึ้น

ภายหลังทำ ERCP

ภายหลังทำ ERCP เสร็จสิ้น ท่านจะถูกย้ายไปยังห้องพักฟื้น เพื่อดูอาการ เป็นเวลา 30-60 นาทีจนท่านรู้สึกตัวดี จึงจะให้ท่านกลับบ้านหรือห้องพัก โดยแพทย์จะแจ้งให้ท่านทราบว่าท่านจะรับประทานอาหารได้เมื่อไร โดยปกติแล้วจะให้รับประทานอาหารได้ภายใน 6 ชั่วโมง หลังการทำ ERCP และเนื่องจากขณะทำการตรวจ แพทย์จะใส่ลมเข้าสู่ลำไส้เพื่อให้เห็นรูเปิดของท่อทางเดินน้ำดี ท่านจึงอาจรู้สึกแน่นท้อง ภายหลังการตรวจ อย่างไรก็ตามหากท่านมีอาการปวดท้องอย่างมาก อาเจียน หรืออุจจาระมีสีดำเหลวท่านต้องแจ้งให้แพทย์ทราบโดยด่วน

การบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น

การตรวจทำในรายที่มีอาการดังนี้

- กลืนอาหารลำบาก
- อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายอุจจาระดำ
- ปวดท้อง จุกแน่นบริเวณลิ้นปี่

เหตุที่ต้องตรวจด้วยการส่องกล้อง

- เพื่อการวินิจฉัยโรค ในหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น เช่น มีการอักเสบ เป็นแผล มีเนื้องอก หรือมีการติบตันของอวัยวะเหล่านี้
- เพื่อเป็นการรักษา โดยการใส่เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ ผ่านทางกล้องส่องตรวจ เช่น เครื่องมือถ่างขยายหลอดอาหาร และกระเพาะอาหาร อุปกรณ์ตัดติบตันในกระเพาะอาหาร อุปกรณ์ฉีดยาหรือรัดหลอดเลือดโป่งพองของหลอดอาหาร

การเตรียมตัวก่อนตรวจ

- ต้องงดน้ำและอาหาร 6-8 ชั่วโมง ก่อนเข้ารับการตรวจ
- ถ้ามีฟันปลอมชนิดถอดได้ ต้องถอดออกก่อน
- ควรมีญาติมาด้วย

ขั้นตอนการตรวจ

- ผู้ป่วยได้รับยาชาเฉพาะที่ บริเวณลำคอ และได้รับยาคลายความวิตกกังวล ทางหลอดเลือดดำ
- ผู้ป่วยต้องนอนตะแคงซ้าย
- แพทย์จะใส่กล้องตรวจเข้าทางปากโดยให้ผู้ป่วยช่วยกลืน ซึ่งจะทำให้การใส่กล้องง่ายขึ้น
- ขณะตรวจ อาจมีน้ำลายไหลออกมา พยาบาลจะใช้เครื่องดูดน้ำลายให้เป็นระยะๆ ขณะตรวจอาจรู้สึก แน่นอึดอัดในลำคอ ขย้อนจะอาจเจียน อาการเหล่านี้จะบรรเทาได้โดย
- หายใจช้าๆ สูดลมหายใจเข้า-ออกลึกๆ
- ปล่อยตัวตามสบาย ไม่เกร็ง
- เบี่ยงเบนความสนใจ โดยมองภาพการตรวจจากจอภาพ

การปฏิบัติตัวภายหลังการส่องกล้องตรวจ

1. นอนพัก เพื่อสังเกตอาการผิดปกติ ประมาณ 1-2 ชั่วโมง

2. ห้ามดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหารจนกว่าจะหายชาเมื่อคอหายชาแล้ว ให้ทดลองจิบน้ำ ถ้าไม่สำลักจึงดื่มได้

3. ให้สังเกตน้ำลายที่บ้วนออกมา อาจมีเลือดปนบ้างเล็กน้อย แต่ถ้ามีเลือดออกมามากผิดปกติ ให้รายงานแพทย์

4. ภายหลังการตรวจ อาจมีอาการเจ็บคอ

- ควรหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำ หรืออาหารร้อนๆ
- ควรรับประทานอาหารเหลว หรืออาหารอ่อนรสไม่จัด 2-3 วัน
- ออกกำลังกาย หรือทำงานได้ตามปกติ

5. ในรายที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ (ไม่รู้สึกดัวขณะตรวจ) ห้ามขับรถ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร หรืองานที่ต้องใช้การตัดสินใจ อย่างน้อย 24 ชั่วโมง ภายหลังการตรวจ

6. ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการปวดมาก บริเวณลำคอ หน้าอก ท้อง หายใจลำบาก มีไข้สูง ควรรีบมาพบแพทย์

7. มาพบแพทย์ ตามวันและเวลานัด

การบริการส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก

การเตรียมตัวก่อนตรวจ

1. การตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก (Sigmoidoscopy)

- ส่วนอุจจาระเข้าวันก่อนตรวจ

2. การตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งหมด (Colonoscopy)

- 3 วันก่อนตรวจ ให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย รับประทานผัก ผลไม้ และอาหารที่มีเส้นใย
- รับประทานยาระบายให้ตรงตามจำนวน และเวลาตามที่แพทย์สั่ง
- ควรดื่มน้ำ 1 แก้วทุกครั้ง ที่ถ่ายอุจจาระ
- คืนวันก่อนตรวจ งดอาหารและน้ำดื่ม จนกว่าจะทำการตรวจ
- ควรมีญาติมาด้วย (ในบางรายแพทย์อาจให้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ ท่านจะไม่รู้สึกตัวขณะตรวจ)

ขั้นตอนในการตรวจ

- ผู้ถูกตรวจนอนตะแคงซ้าย ก้นชิดริมเตียง งอเข่าชิดอก
- คลุมด้วยผ้าสะอาด มีช่องเปิดที่ก้น
- แพทย์จะใส่กล้องส่องตรวจเข้าทางทวารหนักและเป่าลมเพื่อให้ลำไส้ขยาย เพื่อพบสิ่งผิดปกติแพทย์จะตัดชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยา

ขณะตรวจอาจรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระหรือแน่นอึดอัดท้อง เนื่องจากแพทย์เป่าลมให้ลำไส้ขยาย เพื่อดูพยาธิสภาพภายใน อาการเหล่านี้จะบรรเทาได้โดยปฏิบัติตามดังนี้

- หายใจช้าๆ สูดลมหายใจ เข้า-ออกลึกๆ ปล่อยตัวตามสบาย ไม่เกร็ง
- ถ้าแน่นอึดอัดท้องมากจนทนไม่ไหว ให้รายงานแพทย์ แพทย์จะดูดลมในลำไส้ออกให้
- ห้ามกินโดยเด็ดขาด

สิ่งที่ตรวจพบ จากการส่องกล้อง

- ริดสีดวงทวาร
- ลำไส้อักเสบ
- คิงเนื้อ (Polyp)
- ถุงโป่งจากลำไส้ใหญ่ (Diverticulum)
- เนื้องอก

อาการที่อาจพบได้ภายหลังการตรวจ

- แน่นอึดอัดท้อง จะทุเลาลง เมื่อได้ยาพาล์ม
- เจ็บบริเวณท้องน้อย หรือทวารหนัก อาการเหล่านี้จะค่อยๆ ทุเลาลงและหายไป

การปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ

- ให้สังเกตอาการ อาจมีเลือดปนบ้างเล็กน้อย ถ้ามีเลือดออกมาผิดปกติ ให้รีบไปพบแพทย์
- ในรายที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ (ไม่รู้สีกตัวขณะตรวจ) ห้ามขับรถ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร หรืองานที่ต้องใช้การตัดสินใจอย่างน้อย 24 ชั่วโมงหลังการตรวจ
- ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปวดท้องมาก ท้องแข็ง มีไข้สูง ให้รีบไปพบแพทย์ทันที ไม่ต้อง7 รอให้ถึงวันนัด
- มาพบแพทย์ ตามวันและเวลานัด

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ –นามสกุล	นางสาวราตรี แสนทิพย์
วัน เดือน ปี ที่เกิด	21 เมษายน 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดสุพรรณบุรี
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลศิริราช