

ต้นทุนการจัดบริการของคลินิกหมอครอบครัว

ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย*

อุทุมพร วงษ์ศิลป์†

กาญจนา ทิชยาธิคม*

วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์*

นำพร สามิภักดิ์*

ผู้รับผิดชอบบทความ: อุทุมพร วงษ์ศิลป์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) โดยเก็บข้อมูลจากคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่เป้าหมาย 4 จังหวัดๆ ละ 1 แห่ง ตามความพร้อมของพื้นที่ จำแนกเป็น PCC ในเขตเมือง 2 แห่ง และชนบท 2 แห่ง ทำการศึกษาต้นทุนโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) ในปี พ.ศ. 2559 และ ปี พ.ศ. 2560 บางส่วน ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวประกอบด้วยข้อมูลรายงานทางการเงิน ข้อมูลบริการและภาระงานของบุคลากร จากนั้นนำมาคำนวณต้นทุนรายกิจกรรมและต้นทุนต่อหน่วยด้วยวิธีต้นทุนฐานกิจกรรม (activity-based costing: ABC)

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมของต้นทุนคลินิกหมอครอบครัวส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าแรง รองลงมาเป็นต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุนมีสัดส่วนที่น้อยกว่าต้นทุนอื่นๆ PCC เขตเมืองจะมีสัดส่วนต้นทุนค่าวัสดุสูงกว่า PCC เขตชนบท และต้นทุนบริการเฉลี่ยต่อหัวประชากรเท่ากับ 1,025.21 บาท

ข้อสังเกตหนึ่งจากการศึกษาคือ PCC ที่ทำการศึกษาทุกแห่งยังคงอยู่ในระหว่างการพัฒนาและปรับระบบบริการเพื่อให้เกิดประโยชน์เต็มที่กับประชาชน ดังนั้น ต้นทุนที่ศึกษาได้อาจเป็นเพียงต้นทุนสำหรับการดำเนินงานเบื้องต้นของ PCC เท่านั้น

คำสำคัญ: ต้นทุนต่อหน่วย, ปฐมภูมิ, ต้นทุนฐานกิจกรรม, คลินิกหมอครอบครัว

Unit Cost of Services in Primary Care Cluster

Kwanpracha Chiangchaisakulthai*, Utoomporn Wongsin†, Kanjana Tisayathikom*, Warisa Suppradist*, Numporn Samiphuk*

* International Health Policy Program, Thailand

† Health Insurance System Research Office, Health Systems Research Institute

Corresponding author: Utoomporn Wongsin, utooporn@hisro.or.th

* สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

† สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Abstract

The objective of this study was to estimate unit cost of services providing at the primary care cluster (PCC). Four PCCs including two urban and two rural were selected. This study was retrospective study using data from fiscal year 2017 and some data from 2018. Data on financial, services and staff workloads were gathered. Then, unit cost per activity and the unit cost per capita were calculated based on activity-based costing.

The result showed that labour cost was the highest cost component in the PCC followed by material cost, whereas, capital cost was the lowest. Material cost in urban PCC was higher than in rural PCC. In addition, average unit cost per capita was 1,025.21 baht.

It should be noted that all PCCs in the present study were in the stage of implementing and improving services in order to benefit their people. Therefore, the results described unit cost of initial stage of operation in the PCC.

Keywords: unit cost, primary care, activity-based costing, primary care cluster

ภูมิหลังและเหตุผล

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันนั้น โรงพยาบาลใหญ่ๆ ที่มีแพทย์เฉพาะทางต่างก็ดูแลรายโรคหรือรายอวัยวะ ไม่มีเจ้าภาพดูแลแบบองค์รวม เปรียบดังสามเหลี่ยมหัวกลับที่ตั้งอยู่บนยอดสามเหลี่ยม ขาดความมั่นคงในระบบ ในขณะที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 หัวข้อ (ข) ด้านอื่นๆ หัวข้อย่อย (5) ระบุ “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” และแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาล ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12⁽¹⁾ และแผน 20 ปีกระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ กล่าวถึงองค์กรแห่งความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ เป็นเลิศด้านสุขภาพดี (Prevention & Promotion Excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (Service Excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (People Excellence) และเป็นเลิศด้านบริหารดี (Governance Excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ด้วยเหตุผลเหล่านี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ และจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) ขึ้น

เพื่อจัดระบบบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ เน้นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิด “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี” ด้วยทีมหมอครอบครัว อันประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว อันเป็นนโยบายการจัดแพทย์ลงสู่ตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทย

ในการจัดกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมินั้น สามารถจัดได้หลากหลายรูปแบบ โดยให้ยึดประชากรเป็นศูนย์กลางในการพิจารณาจัดตั้งกลุ่ม สิ่งสำคัญขึ้นกับการวิเคราะห์บริบทของพื้นที่เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปตามความเหมาะสมและบรรลุเป้าหมายที่สำคัญ คือ เพิ่มการเข้าถึงบริการ ให้การดูแลประชาชนได้อย่างครอบคลุมทั้งพื้นที่ มีการจัดบริการได้อย่างต่อเนื่องและใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกรณีที่เป็นเขตเมืองซึ่งมีประชากรหนาแน่น สามารถจัดบริการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคลินิกเอกชนได้ หรือในพื้นที่ประชากรเบาบาง อาจมีการจัดบริการร่วมระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่ายได้ ทั้งนี้อาจจัดบริการในรูปแบบหน่วยบริการเดี่ยว (ประชากรมากกว่า 30,000 คน/แห่ง)

หรือ การจัดแบบรวมหน่วยบริการ ตัวอย่างเช่น กรณีในเขตเทศบาลเมืองหรือตำบลที่เป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีประชาชนที่อาศัยอยู่จริงทุกสิทธิต่ำกว่า 20,000 คน (โดยประมาณ) นั้น กำหนดให้การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวสามารถรวมกลุ่มกับทีมของ รพ.สต. ที่เป็นพื้นที่ติดต่อกันให้ได้จำนวนประชากรประมาณ 30,000 คน และให้มีผู้จัดการประสานงานภายในคลินิกหมอครอบครัว ส่วน รพ.สต. อื่นๆ ให้จัดเป็นกลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนด และให้ทุก PCC มีการมอบหมายผู้ประสานงานให้ชัดเจน หรืออาจร่วมจัดบริการกับหน่วยบริการเอกชนหรือหน่วยบริการสังกัดหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ ทั้งนี้ คลินิกหมอครอบครัวเป็นทิศทางในอนาคตที่เป็นความหวังในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม พบว่ายังไม่มียานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับต้นทุนการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญสำหรับการบริหารจัดการทรัพยากรทั้งด้านการเงินและด้านบุคลากร ดังนั้น การศึกษานี้จึงทำการศึกษาด้านต้นทุนในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวอย่างครอบคลุมกิจกรรมบริการทั้งหมดของกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิทั้งในสถานบริการและชุมชน

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาแบบวิเคราะหเชิงปริมาณ เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ใช้ข้อมูลส่วนใหญ่ในปีงบประมาณ 2559 และข้อมูลบางส่วนในปีงบประมาณ 2560 คัดเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจงโดยพิจารณาถึงความพร้อมของพื้นที่ในการให้ข้อมูล ประกอบกับความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญของสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว ทั้งนี้ พื้นที่ในการศึกษาเป็น PCC ที่ดำเนินการในเขตเมือง 2 พื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ สาขาลองศาลา ส่วนพื้นที่ในเขตชนบท 2 พื้นที่ ได้แก่ หนอง ยาง ดอน แฝก อ.สารภี จ.เชียงใหม่ และ กุดตาเพชร

อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี

การศึกษาด้านต้นทุนในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวนี้ เริ่มจากการศึกษาด้านต้นทุนของหน่วยบริการย่อยแต่ละแห่งในเครือข่ายบริการของคลินิกหมอครอบครัว จากนั้นจึงนำมารวมกันเป็นต้นทุนในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว

การศึกษาด้านต้นทุนของหน่วยบริการย่อยแต่ละแห่งในเครือข่ายบริการของคลินิกหมอครอบครัว ใช้วิธี applied activity-based costing กล่าวคือ ทำการเก็บข้อมูลต้นทุนของงานต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการ โดยกำหนดให้งานเหล่านั้นมีลักษณะเหมือนศูนย์ต้นทุน งานที่ศึกษาด้านต้นทุนในครั้งนี้ปรากฏในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเภทของงานที่เก็บข้อมูลเพื่อศึกษาด้านต้นทุน

1. งานบริหารทั่วไป
2. งานวางแผนครอบครัว
3. งานซัพพลาย
4. งานอนามัยโรงเรียน
5. งานยานพาหนะ
6. งานเยี่ยมบ้านใน long term care
7. งานรักษาพยาบาล
8. งานเยี่ยมบ้านและงานลงชุมชนอื่นๆ
9. งานคลินิกพิเศษ
10. งานตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันสูง
11. งานทันตกรรมบนสถานบริการ
12. งานตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและโรคมะเร็งเต้านม
13. งานทันตกรรมในชุมชน
14. งานกายภาพบำบัดในสำนักงาน
15. งานทันตกรรมโรงเรียน
16. งานกายภาพบำบัดในชุมชน
17. งานอนามัยแม่และเด็ก
18. งานแพทย์แผนไทยบนสถานบริการ
19. งานการให้วัคซีนทุกชนิด
20. งานคลินิกเด็กสุขภาพดี
21. งานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอื่นๆ เช่น งานสุขภาพจิต งานคุ้มครองผู้บริโภค



ข้อมูลต้นทุนดังกล่าวประกอบด้วย

ต้นทุนทางตรง มีโครงสร้างของต้นทุนดังนี้

- **ค่าแรง** รวบรวมข้อมูลค่าแรงทั้งหมดที่มีการจ่ายให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการย่อยแต่ละแห่ง ทั้งค่าแรงที่มาจากเงินงบประมาณ เงินบำรุงของหน่วยบริการ เงินบำรุงของโรงพยาบาลแม่ข่าย เงินสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเงินอื่นๆ ทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา (full time) และบุคลากรที่ปฏิบัติงานบางช่วงเวลา (part time) รวมถึงบุคลากรที่มาช่วยราชการ แต่ไม่นับรวมค่าแรงของบุคลากรของหน่วยบริการที่ไปช่วยราชการที่หน่วยงานอื่น ค่าแรงที่รวบรวมประกอบไปด้วย เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทนทุกประเภท ค่าทำงานล่วงเวลา ตลอดจนสวัสดิการต่างๆ ที่ได้รับ ทำการรวบรวมข้อมูลค่าแรงเป็นจำนวนเงินและจำแนกเป็นรายบุคคล เพื่อนำไปสู่การกระจายค่าแรงให้กับแต่ละกิจกรรมต่อไป โดยจัดเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้จากระบบการบันทึกบัญชีของหน่วยงาน

การกระจายค่าแรงให้กับแต่ละกิจกรรม กระจายโดยใช้ข้อมูลสัดส่วนเวลาการทำงานกิจกรรมต่างๆ ของบุคลากรแต่ละคน โดยคำนวณสัดส่วนเวลาการทำงานดังกล่าวจากข้อมูลตารางการปฏิบัติงานจริง จำแนกรายกิจกรรม รวมถึงการสัมภาษณ์ลักษณะงานของแต่ละกิจกรรมและเวลาที่ใช้ของบุคลากรแต่ละท่านในกิจกรรมดังกล่าวด้วย

- **ค่าวัสดุ** รวบรวมข้อมูลค่าวัสดุทุกประเภทที่มีการใช้งาน ไม่ว่าจะเป็น ยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัสดุการแพทย์ วัสดุสำนักงาน และอื่นๆ รวมทั้งค่าสาธารณูปโภค อีกทั้งวัสดุที่ได้รับการจัดสรรสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือแม้แต่ที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วัสดุที่หน่วยบริการย่อยดำเนินการจัดซื้อเอง รวมถึงวัสดุที่ได้รับจากการบริจาค ทั้งหมดนี้ต้องมีการรับรู้มูลค่าและรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้วัสดุดังกล่าวจริง หรือประมาณการให้ใกล้เคียงกับการใช้งานจริง ไม่นับ

รวมยอดมูลค่าคงคลัง เพื่อบันทึกค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นต้นทุนค่าวัสดุ

การรวบรวมข้อมูลค่าวัสดุ อาศัยข้อมูลยอดรวมวัสดุที่ใช้ไปในแต่ละประเภทในข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างของบัญชีลูกข่ายของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ โดยจะมีการตรวจสอบวิธีการบันทึกบัญชีเกณฑ์คงค้างว่าเป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่ โดยเฉพาะการบันทึกบัญชีค่าใช้จ่ายในกลุ่มวัสดุที่ใช้ไป ในกรณีที่การบันทึกไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน จะดัดใช้ข้อมูลชุดนี้ และอาศัยข้อมูลในระบบฐานข้อมูลการให้บริการของ รพ.สต. หรือหน่วยบริการอื่นๆ ในเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัว รวมถึงข้อมูลจากการสัมภาษณ์หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เงื่อนไขการบันทึกต้นทุนค่าวัสดุของกิจกรรมแต่ละกิจกรรมในงานคลินิกหมอครอบครัวมีดังนี้

1. งานบริหารทั่วไป ใช้ข้อมูลจากบัญชีเกณฑ์คงค้างในหมวดค่าใช้จ่ายกลุ่มวัสดุที่ใช้ไปแล้ว อันได้แก่ วัสดุสำนักงาน วัสดุงานบ้านงานครัว รวมถึงค่าสาธารณูปโภค รวบรวมเป็นค่าวัสดุของกิจกรรมนี้
2. งานซัพพลาย ใช้ข้อมูลการสนับสนุนจากงานหน่วยจ่ายกลางของโรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้งวัสดุ เครื่องมือปราศจากเชื้อ และวัสดุที่ต้องใช้ในกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ
3. งานยานพาหนะ ใช้ข้อมูลจากบัญชีเกณฑ์คงค้างในหมวดค่าใช้จ่ายกลุ่มวัสดุที่ใช้ไปแล้ว หมวดข้อมูลวัสดุยานพาหนะและขนส่ง และวัสดุเชื้อเพลิงและล้อเลื่อน (ถ้ามี)
4. งานรักษาพยาบาล ใช้ข้อมูลมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุการแพทย์ที่ใช้ไปแล้วจากระบบฐานข้อมูลการให้บริการของ รพ.สต. หรือหน่วยบริการอื่นๆ ในเครือข่ายฯ ในส่วนของงานรักษาพยาบาล รวมถึงมูลค่าการสนับสนุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากโรงพยาบาลแม่ข่ายด้วย
5. งานคลินิกพิเศษ ใช้ข้อมูลมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุการแพทย์ที่ใช้ไปแล้ว

จากระบบฐานข้อมูลการให้บริการของ รพ.สต. หรือหน่วยบริการอื่นๆ ในเครือข่ายฯ ในส่วนของงานคลินิกพิเศษ

6. งานทันตกรรมบนสถานบริการ ใช้ข้อมูลจากบัญชีเกณฑ์คงค้างในหมวดค่าใช้จ่ายกลุ่มวัสดุทันตกรรมที่ใช้ไปแล้ว

7. งานทันตกรรมในชุมชน เนื่องจากงานทันตกรรมในชุมชนมีการใช้วัสดุค่อนข้างน้อย จึงถือว่าไม่มีค่าวัสดุ

8. งานทันตกรรมโรงเรียน เนื่องจากงานทันตกรรมในโรงเรียนมีการใช้วัสดุค่อนข้างน้อย จึงถือว่าไม่มีค่าวัสดุ

9. งานอนามัยแม่และเด็ก ใช้ข้อมูลมูลค่ายาและเวชภัณฑ์จากระบบฐานข้อมูลการให้บริการของ รพ.สต. หรือหน่วยบริการอื่นๆ ในเครือข่ายฯ ในส่วนของงาน ANC โดยคำนวณจากการวินิจฉัยโรคและประเภทเวชภัณฑ์ที่ใช้

10. วัคซีนทุกชนิด ใช้ข้อมูลการสนับสนุนวัคซีนทุกประเภทจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และประมาณการใช้เวชภัณฑ์ในการให้วัคซีนจากผลงานการให้บริการ

11. คลินิกเด็กสุขภาพดี เนื่องจากงานคลินิกเด็กสุขภาพดีมีการใช้วัสดุค่อนข้างน้อย จึงถือว่าไม่มีค่าวัสดุ

12. งานวางแผนครอบครัว ใช้ข้อมูลมูลค่ายาและเวชภัณฑ์จากระบบฐานข้อมูลการให้บริการของ รพ.สต. หรือหน่วยบริการอื่นๆ ในเครือข่ายฯ ในส่วนของงานวางแผนครอบครัว โดยคำนวณจากการวินิจฉัยโรคและประเภทเวชภัณฑ์ที่ใช้

13. งานอนามัยโรงเรียน ใช้ข้อมูลการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ให้โรงเรียน (ถ้ามี)

14. งานเยี่ยมบ้านใน long term care ใช้ข้อมูลมูลค่ายาและเวชภัณฑ์จากระบบฐานข้อมูลการให้บริการของ รพ.สต. หรือหน่วยบริการอื่นๆ ในเครือข่ายฯ ในส่วนของงานเยี่ยมบ้านใน long term care (ถ้ามี)

15. งานเยี่ยมบ้านและงานลงชุมชนอื่นๆ เนื่องจากงานเยี่ยมบ้านและงานลงชุมชนอื่นๆ มีการใช้วัสดุค่อนข้าง

น้อย จึงถือว่าไม่มีค่าวัสดุ

16. งานตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันสูง ประมาณการใช้เวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุการแพทย์ที่ใช้ไปแล้ว ในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันเลือดสูง จากผลงานการให้บริการ

17. งานตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและโรคมะเร็งเต้านม ประมาณการใช้เวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุการแพทย์ที่ใช้ไปแล้ว ในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและโรคมะเร็งเต้านม จากผลงานการให้บริการ รวมถึงมูลค่าต่อหน่วยของการส่งตรวจด้วย

18. งานกายภาพบำบัดในสำนักงาน ใช้ข้อมูลมูลค่าการเบิกเวชภัณฑ์จากระบบข้อมูลพัสดุของโรงพยาบาลแม่ข่าย (ถ้ามี)

19. งานกายภาพบำบัดในชุมชน ใช้ข้อมูลมูลค่ายาและเวชภัณฑ์จากระบบฐานข้อมูลการให้บริการของ รพ.สต. หรือหน่วยบริการอื่นๆ ในเครือข่ายฯ ในส่วนของงานกายภาพบำบัดในชุมชน (ถ้ามี)

20. งานแพทย์แผนไทยบนสถานบริการ ใช้ข้อมูลมูลค่ายาและเวชภัณฑ์จากระบบฐานข้อมูลการให้บริการของ รพ.สต. หรือหน่วยบริการอื่นๆ ในเครือข่ายฯ ในส่วนของงานแพทย์แผนไทยบนสถานบริการ โดยคำนวณจากประเภทเวชภัณฑ์ที่ใช้

21. งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอื่นๆ เช่น งานสุขภาพิบาล งานคุ้มครองผู้บริโภค ใช้ข้อมูลจากบัญชีเกณฑ์คงค้างในหมวดค่าใช้จ่ายกลุ่มค่าใช้จ่ายโครงการ ทั้งในส่วนที่ใช้เงินงบประมาณ เงินบำรุง หรือแม้แต่เงินสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ

อนึ่ง ยังมีต้นทุนในการกำจัดขยะติดเชื้อของ รพ.สต. หรือหน่วยบริการอื่นๆ ในเครือข่ายฯ ซึ่งสามารถรวบรวมข้อมูลในภาพรวมของสถานบริการได้ จะทำการจำแนกต้นทุนแยกรายกิจกรรมตามจำนวนผลงานการให้บริการของแต่ละกิจกรรมที่ทำให้เกิดขยะติดเชื้อ เช่น งานรักษาพยาบาล งานคลินิกพิเศษ งานทันตกรรมบนสถานบริการ



งานทันตกรรมในชุมชน งานทันตกรรมโรงเรียน งาน ANC งานวัคซีนทุกชนิด

ทั้งนี้ เมื่อรวมมูลค่าทุกกิจกรรมเข้าด้วยกันแล้วต้องมีมูลค่าไม่มากกว่ามูลค่าของต้นทุนค่าวัสดุแต่ละประเภทที่มีการบันทึกข้อมูลในบัญชีเกณฑ์คงค้างของบัญชีลูกข่ายของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ

- **ค่าลงทุน** ใช้ข้อมูลค่าเสื่อมราคาประจำปี โดยคำนวณและตรวจสอบความถูกต้องจากทะเบียนครุภัณฑ์ของแต่ละหน่วยบริการ ตรวจสอบเปรียบเทียบกับข้อมูลในบัญชีเกณฑ์คงค้างของบัญชีลูกข่ายของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ทั้งนี้จะเลือกใช้ข้อมูลค่าเสื่อมราคาประจำปีที่คำนวณถูกต้องและครบถ้วนเท่านั้น ทำการจำแนกค่าเสื่อมราคาดังกล่าวเป็นต้นทุนค่าเสื่อมราคาของแต่ละกิจกรรมข้างต้น ตามลักษณะการใช้งานครุภัณฑ์แต่ละรายการ ในกรณีที่ครุภัณฑ์หรือสิ่งก่อสร้างนั้นมีการใช้งานร่วมกันหลายกิจกรรม จะทำการจำแนกต้นทุนค่าเสื่อมราคาดังกล่าวด้วยสัดส่วนเวลาการทำงานตามตารางการปฏิบัติงานของแต่ละกิจกรรม

- **ต้นทุนทางอ้อม** ประกอบไปด้วย ข้อมูลต้นทุนทางตรงทั้งหมดของงานบริหารทั่วไป งานซัพพลาย และงานยานพาหนะ เนื่องจากทั้ง 3 กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมสนับสนุนกิจกรรมอื่นๆ ของหน่วยบริการย่อยแต่ละแห่งในเครือข่ายบริการของคลินิกหมอครอบครัว ดังนั้น ต้นทุนของทั้ง 3 กิจกรรมดังกล่าวจะถูกกระจายไปเป็นต้นทุนทางอ้อมให้กับกิจกรรมอื่นๆ ตามเกณฑ์การกระจายต้นทุน ที่พยายามกำหนดตามปริมาณสัดส่วนผลงานการให้บริการไปยังกิจกรรมอื่นๆ ของทั้ง 3 กิจกรรมดังนี้

- **งานบริหารทั่วไป** เกณฑ์การกระจายต้นทุน คือ สัดส่วนเวลาการทำงานของบุคลากรทั้งหมดของแต่ละกิจกรรม

- **งานซัพพลาย** เกณฑ์การกระจายต้นทุน คือ จำนวนครั้งของผู้รับบริการของแต่ละกิจกรรมที่ต้องใช้อุปกรณ์ที่ผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ

- **งานยานพาหนะ** เกณฑ์กระจายต้นทุนคือข้อมูลระยะเวลาหรือระยะทางที่มีการขอใช้รถของแต่ละกิจกรรมในหน่วยบริการ

จากนั้นทำการคำนวณต้นทุนทางอ้อมของแต่ละกิจกรรมโดยการกระจายต้นทุนด้วยวิธี multiple step-down distribution จนกระทั่งต้นทุนคงเหลืออยู่ที่กิจกรรมสนับสนุนดังกล่าวน้อยมากๆ จากนั้นนำต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมของแต่ละกิจกรรมมารวมกันเป็นต้นทุนทั้งหมดของกิจกรรมแต่ละกิจกรรม และนำผลงานของกิจกรรมแต่ละกิจกรรมมาหารได้ผลลัพธ์เป็นต้นทุนต่อหน่วยของแต่ละกิจกรรม

แหล่งข้อมูลและวิธีจัดเก็บรวบรวมข้อมูล

แหล่งข้อมูลที่จะดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาต้นทุนครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างของบัญชีลูกข่ายของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (contracting unit of primary care: CUP) เป็นแหล่งข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) โดยมีการสอบถามระบบการจัดเก็บข้อมูลด้วย

2. ข้อมูลในระบบฐานข้อมูลการให้บริการของรพ.สต. หรือหน่วยบริการอื่นๆ ในเครือข่ายฯ ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ และเป็นข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ที่บันทึกการบริการที่เกิดขึ้นจริง

3. ข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) ได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการในเครือข่ายฯ รวมถึงบุคลากรจากสถานบริการแม่ข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานหรือการสนับสนุนงานของคลินิกหมอครอบครัว

ทั้งนี้ การจัดเก็บข้อมูลเน้นการใช้ข้อมูลทุติยภูมิเป็นหลัก มีการเก็บข้อมูลปฐมภูมิเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ส่งผลให้ใช้เวลาในการจัดเก็บข้อมูลน้อยมาก ไม่เกินหน่วยงานละ 1 วัน

คำนิยามที่ใช้ในการศึกษา

Primary care cluster เขตเมือง หมายถึง PCC ที่ตั้งอยู่ในเขตที่มีประชากรหนาแน่นและเป็นพื้นที่ที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจ

Primary care cluster เขตชนบท หมายถึง PCC ที่ตั้งอยู่ในเขตที่มีประชากรไม่หนาแน่นและโดยส่วนใหญ่ประชาชนอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาและเก็บข้อมูลใน 4 พื้นที่ที่ดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ลักษณะการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่และรายละเอียดข้อมูลบริการ มีดังนี้

PCC เขตเมือง โรงพยาบาลตรัง

ครอบคลุมประชากร 57,104 คน 27 ชุมชน ในเขตเทศบาลนครตรัง ต.ทับเที่ยง อ.เมือง จ.ตรัง มีสถานบริการ 2 แห่ง แห่งที่ 1 ให้บริการการแพทย์ทั่วไป แห่งที่ 2 บริการเฉพาะงานกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย ได้รับการสนับสนุนงบประมาณสิ่งปลูกสร้างจากเทศบาลนครตรัง

ทีมบริการตั้งรับทำหน้าที่ให้บริการในสถานบริการของคลินิกหมอครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เกษัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานประจำที่หน่วยบริการของคลินิกหมอครอบครัว แยกเด็ดขาดจากโรงพยาบาลตรัง รวมถึงงานกายภาพบำบัดและงานแพทย์แผนไทยนอกโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน มีบุคลากรปฏิบัติงานประจำ

ทีมบริการเชิงรุกทำหน้าที่ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ตลอดจนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข โดยมีการกำหนดพื้นที่รับผิดชอบให้แก่แต่ละทีม

งานสนับสนุนบริการ (back office) ทั้งหมดของทีมบริการตั้งรับและทีมบริการเชิงรุกจะได้รับการสนับสนุนจาก

โรงพยาบาลตรัง

PCC โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ สาขาคลองศาลา

ครอบคลุมประชากร 33,011 คน 17 ชุมชน ในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ มีสถานที่ตั้งในการให้บริการแยกออกจากโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โดยใช้อาคารของ รพ.สต. คลองศาลาเดิม ดัดแปลงเป็นอาคารให้บริการ

บุคลากรที่ให้บริการประกอบด้วยบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลเพชรบูรณ์กลุ่มหนึ่งที่ปฏิบัติราชการประจำอยู่ที่สถานบริการแห่งนี้ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และมีบุคลากรอีกกลุ่มหนึ่งเวียนมาปฏิบัติงานที่ PCC โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ สาขาคลองศาลา ตามตารางการปฏิบัติงาน โดยมีงานประจำอยู่ที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เช่น ทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่การเงิน พยาบาลวิชาชีพ

PCC โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ สาขาคลองศาลา เปิดให้บริการตรวจรักษาแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบและรับการถ่ายโอนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภูมิลำเนาในเขตรับผิดชอบมาจากโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โดยมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลเพชรบูรณ์โดยตรง ในกรณีที่มีความจำเป็น รวมถึงการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน และการเยี่ยมบ้าน

ในส่วนของงานสนับสนุนบริการ (back office) ทั้งหมด ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ในลักษณะที่มอง PCC โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ สาขาคลองศาลา เป็นหน่วยงานย่อยในโรงพยาบาล

PCC หนอง ยาง ดอน แฝก อ.สารภี จ.เชียงใหม่

เป็นคลินิกหมอครอบครัวที่จัดตั้งขึ้นเป็นแห่งแรกใน อ.สารภี จ.เชียงใหม่ ครอบคลุมพื้นที่ 4 ตำบลของ อ.สารภี ได้แก่ ต.หนองผึ้ง ต.ยางเนิ้ง ต.ดอนแก้ว และ ต.หนองแฝก มีจำนวนประชากรในความรับผิดชอบทั้งสิ้น 29,976 คน มี รพ.สต. อยู่ทั้งหมด 4 แห่ง โดย PCC หนอง ยาง ดอน แฝก ตั้งอยู่ที่ รพ.สต. ยางเนิ้ง ส่วน รพ.สต. อีก 3 แห่งที่เหลือเป็นสถานบริการสาขา



บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ประกอบด้วยบุคลากรของ รพ.สต. ยางเน็งเดิม และบุคลากรที่ได้รับการมอบหมาย จากโรงพยาบาลสารภีและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สารภี ให้มาปฏิบัติราชการประจำที่ PCC แห่งนี้ รวมถึง บุคลากรจากโรงพยาบาลสารภีอีกจำนวนหนึ่งที่จะเวียนมา ปฏิบัติงานที่นี้ กลุ่มหลังนี้รวมถึงแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์และเภสัชกรด้วย บุคลากร 2 กลุ่มแรก จะปฏิบัติงาน ประจำที่ PCC นี้ ในขณะที่บุคลากรโรงพยาบาลสารภี ที่เวียนมา ส่วนใหญ่จะเวียนมาปฏิบัติงานที่ PCC นี้ แต่ก็มี ภารกิจที่จะเวียนไปที่ รพ.สต. ที่เป็นสาขาด้วย ในความถี่ ของการหมุนเวียนที่น้อยกว่า ส่วนแพทย์ที่มาปฏิบัติงานที่ นี้ นั้น ใช้วิธีการหมุนเวียนแพทย์ ในกรณีติดตามผู้ป่วยหรือ เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านก็พยายามกำหนดให้สอดคล้องกับพื้นที่ รับผิดชอบเดิมของแพทย์ที่เคยกำหนดไว้ ส่วนการให้บริการ โดยแพทย์ที่ รพ.สต. แต่ละแห่งที่เคยดำเนินการก็ลดน้อยลง จนบางแห่งก็ยกเลิกไป ในขณะที่ทันตแพทย์และเภสัชกรที่ เวียนมาให้บริการ จะเป็นบุคลากรเดิมที่เวียนมาให้บริการ เป็นประจำ

ในส่วนของงานสนับสนุนบริการ สถานบริการแต่ละ แห่งในเครือข่ายของ PCC นี้ จะมีการปฏิบัติงานสนับสนุน บริการแยกจากกันทั้งหมด และมีการสนับสนุนจากโรง- พยาบาลสารภี ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่าย

PCC กุดตาเพชร อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี

เป็นคลินิกหมอครอบครัวที่จัดตั้งขึ้นใน อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี ครอบคลุมพื้นที่ 2 ตำบลของ อ.ลำสนธิ ได้แก่ ต.กุดตาเพชรและ ต.เขารวก มีจำนวนประชากรในความ รับผิดชอบทั้งสิ้น 8,742 คน มี รพ.สต. อยู่ทั้งหมด 4 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.กุดตาเพชร รพ.สต.บ้านหินลาว รพ.สต.เขา รวก และ รพ.สต.บ้านวังทอง โดย PCC กุดตาเพชรตั้งอยู่ ที่ รพ.สต.กุดตาเพชร โดยมี รพ.สต. อีก 3 แห่งที่เหลือเป็น สถานบริการสาขา อนึ่ง เนื่องจาก อ.ลำสนธิเองเป็นอำเภอ ขนาดเล็ก หากกำหนดจัดตั้งเครือข่ายหมอครอบครัว ตาม แนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ก็จะต้องดำเนินการทั้ง อำเภอ จึงจะได้สัดส่วนประชากรตามแนวทางดังกล่าว ทาง

อ.ลำสนธิจึงค่อยๆ เริ่มพัฒนาเครือข่ายหมอครอบครัว โดย การประเมินครั้งนี้ อ.ลำสนธิถือว่าอยู่ระหว่างการดำเนินการ เครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวระยะที่หนึ่ง ก่อนที่จะ ขยายให้ครอบคลุมทั้งอำเภอตามแนวทางของกระทรวง สาธารณสุขต่อไป

บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน PCC นี้ประกอบด้วยบุคลากร ของ รพ.สต.กุดตาเพชรและของสำนักงานสาธารณสุข อำเภอลำสนธิ สองกลุ่มนี้ปฏิบัติราชการที่นี้เป็นประจำ และ บุคลากรจากโรงพยาบาลลำสนธิอีกจำนวนหนึ่งที่จะเวียน มาปฏิบัติงานที่คลินิกหมอครอบครัวแห่งนี้ ซึ่งกลุ่มหลังนี้ ประกอบไปด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์และ เภสัชกร บุคลากรจากโรงพยาบาลจะให้บริการตรวจรักษา ผู้ป่วยเฉพาะที่ PCC นี้ หรือที่ รพ.สต.กุดตาเพชร และออก ให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดของ PCC นี้ แต่จำนวนครั้งที่ออกจะน้อยมาก

ในดำเนินงานสนับสนุนบริการนั้น สถานบริการแต่ละ แห่งในเครือข่ายของ PCC นี้ จะมีการปฏิบัติงานสนับสนุน บริการแยกจากกันทั้งหมด และมีการสนับสนุนจากโรง- พยาบาลลำสนธิในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่าย

ทั้งนี้ รายละเอียดของข้อมูลบริการในแต่ละเครือข่าย แสดงในตารางที่ 2 โดยภาพรวม PCC หนอง ยาง ดอน แผลมีรายละเอียดการให้บริการสูงสุด รองลงมา คือ PCC กุดตาเพชร เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของกิจกรรม พบ ว่า งานเยี่ยมบ้านและงานลงชุมชนอื่นๆ มีเพียง 1 แห่งที่ สามารถเก็บข้อมูลได้ และงานกายภาพบำบัดในชุมชน มี เพียง 1 แห่งที่มีข้อมูล ขณะที่กิจกรรมงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคอื่นๆ เช่น งานสุขภาพภิบาล งานคุ้มครองผู้ บริโภค ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้

ต้นทุนของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

ต้นทุนส่วนใหญ่ของการดำเนินงานคลินิกหมอ ครอบครัวเป็นต้นทุนค่าแรง รองลงมาเป็นค่าวัสดุ ส่วนน้อย จะเป็นต้นทุนค่าลงทุนหรือค่าเสื่อมราคา นอกจากนี้ ยังพบ ว่าคลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง มีต้นทุนทางอ้อมค่อนข้าง

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลบริการแยกรายคลินิกหมอครอบครัว (หน่วย: ครั้ง)

งาน	PCC	PCC	PCC หนอง ยาง	PCC กุดตาเพชร
	เขตเมือง รพ.ตรัง	รพ.เพชรบูรณ์ สาขาคลวงศาลา	ดอน แฝก อ.สารภี จ.เชียงใหม่	อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี
รักษาพยาบาล	36,120	20,255	76,677	37,507
ทันตกรรมบนสถานบริการ	1,369	1,452	5,595	2,596
ทันตกรรมในชุมชน	730	3,057	1,916	663
ทันตกรรมโรงเรียน	1,155	1,480	6,252	1,434
งานอนามัยแม่และเด็ก	507		54	577
วัคซีนทุกชนิด	15,349	1,502	1,105	707
คลินิกเด็กสุขภาพดี	3,417	1,502	6,906	807
วางแผนครอบครัว	101		5,424	1,917
อนามัยโรงเรียน	1,155	11,987	2,711	1,120
เยี่ยมบ้าน long term care	1,488		269	1,115
เยี่ยมบ้านและงานลงชุมชนอื่นๆ			206	-
งานตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันสูง	8,492	1,374	30,110	8,872
งานตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและโรคมะเร็งเต้านม	3,913		10,384	1,942
กายภาพบำบัดในสำนักงาน	10,512			964
กายภาพบำบัดในชุมชน				1,046
แพทย์แผนไทยบนสถานบริการส่งเสริมฯ และป้องกันฯ อื่นๆ เช่น งานสุขภาพจิต งานคุ้มครองผู้บริโภค	6,842	1,384	6,326	2,127

หมายเหตุ : ช่องว่าง (ไม่มีตัวเลข) คือ ไม่มีข้อมูลหรือไม่สามารถเก็บข้อมูลได้

น้อย ส่วนหนึ่งเพราะคลินิกหมอครอบครัวเขตเมืองทั้ง 2 พื้นที่เป็นหน่วยงานภายใต้โรงพยาบาลจังหวัดซึ่งมีต้นทุนทางอ้อมจากการบริหารงานของโรงพยาบาลจังหวัดอีกจำนวนหนึ่ง เช่น ต้นทุนค่าบริหารจัดการ ต้นทุนงานทางบัญชี ต้นทุนการบริหารจัดการวัสดุ และในการศึกษานี้ไม่สามารถเก็บข้อมูลในส่วนนี้ได้ ขณะที่คลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินการในเขตเมือง จะมีสัดส่วนต้นทุนค่าวัสดุสูงกว่าคลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินการในเขตชนบท รายละเอียดดังตารางที่ 3

นอกจากนี้ยังพบว่า คลินิกหมอครอบครัวทั้ง 4 แห่งยังได้รับงบประมาณจากหน่วยงานภายนอกเพื่อใช้ในการ

ดำเนินงานนี้ด้วย แหล่งงบประมาณส่วนใหญ่ที่ให้การสนับสนุน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยงบส่วนนี้มีลักษณะการดำเนินงานเป็นรายโครงการ เน้นงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะงานที่ดำเนินการในชุมชนและมีบางส่วนที่สนับสนุนงานรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม งบประมาณในส่วนนี้จะไม่ถูกบันทึกในบัญชีของหน่วยงาน แต่ถูกนำมาใช้ประกอบการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายดังกล่าวถือเป็นต้นทุนของการให้บริการ และรวมถึงค่ารักษาตามจ่ายกรณีผู้ป่วยของคลินิกหมอครอบครัวถูกส่งต่อเพื่อรับการรักษาพยาบาลในระดับที่ซับซ้อนขึ้นที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งในปัจจุบัน

คำรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โรงพยาบาลแม่ข่ายยังเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด แต่แนวคิดเรื่องคลินิกหมอครอบครัวให้ความสนใจที่จะกำหนดให้มีการตามจ่ายคำรักษาพยาบาลในส่วนนี้ คณะผู้ศึกษาจึงทำการรวบรวมคำรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย รายละเอียดดังตารางที่ 4

เนื่องจากการปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัวมีหลายลักษณะ การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยตามผลงานจึงไม่เหมาะสมสำหรับต้นทุนในภาพรวม ต้นทุนต่อหน่วยที่เหมาะสมในการคำนวณ จึงเป็นต้นทุนต่อการดูแลประชากรในเขตรับผิดชอบเท่านั้น รายละเอียดดังตารางที่ 5

ข้อมูลต้นทุนรายกิจกรรมของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

เนื่องจากการศึกษานี้ มีการดำเนินการเก็บข้อมูลต้นทุนของกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการ ทำให้สามารถรวบรวมข้อมูลต้นทุนรายกิจกรรมการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวของแต่ละสถานบริการได้ และสามารถนำมาคำนวณหาต้นทุนเฉลี่ยรายกิจกรรมส่วนใหญ่ได้ รายละเอียดดังตารางที่ 6

แต่สำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบางงาน เช่น งานสุขาภิบาล งานคุ้มครองผู้บริโภค แม้จะสามารถคำนวณต้นทุนทั้งหมดได้ แต่ยังมีปัญหาในการนับจำนวนผลงาน เนื่องจากการมีกิจกรรมที่หลากหลายมาก ทำให้หน่วย

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลต้นทุนทั้งหมดแยกรายคลินิกหมอครอบครัว (หน่วย: บาท)

PCC	ต้นทุนทางตรง			ต้นทุนทางอ้อม	ต้นทุนรวม
	ค่าแรง	ค่าวัสดุ	ค่าลงทุน		
PCC เขตเมือง โรงพยาบาลตรัง	10,387,762.78	8,429,097.66	350,000.77	333,110.61	19,499,971.82
PCC โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ สาขาคองคาลา	6,169,093.82	6,397,556.64	159,780.91	979,024.85	13,705,456.22
PCC หนอง ยาง ดอน แผลก อ.สารภี จ.เชียงใหม่	10,198,225.45	2,810,569.46	332,095.36	4,140,493.08	17,481,383.35
PCC กุดตาเพชร อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี	5,234,279.29	1,214,479.72	425,256.64	2,144,787.62	9,018,803.27
ต้นทุนเฉลี่ย	7,997,340.34	4,712,925.87	316,783.42	1,899,354.04	14,926,403.66
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2,382,820.24	2,844,922.23	105,036.87	2,037,492.24	2,941,335.75

ตารางที่ 4 ต้นทุนทั้งหมดรวมค่าใช้จ่ายจากหน่วยงานอื่นและคำรักษาผู้ป่วยส่งต่อ รายคลินิกหมอครอบครัว (หน่วย: บาท)

PCC	ต้นทุนรวมของคลินิกหมอครอบครัว	รวมค่าใช้จ่ายจากหน่วยงานอื่น	รวมคำรักษาผู้ป่วยส่งต่อ	ต้นทุนทั้งหมด
PCC เขตเมือง โรงพยาบาลตรัง	19,499,971.82	778,220.00	441,555.00	20,719,746.82
PCC โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ สาขาคองคาลา	13,705,456.22	316,645.00	5,024,376.00	19,046,477.22
PCC หนอง ยาง ดอน แผลก อ.สารภี จ.เชียงใหม่	17,481,383.35	1,323,153.00	7,326,285.58	26,130,821.93
PCC กุดตาเพชร อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี	9,018,803.27	277,860.00	1,788,285.00	11,084,948.27
ต้นทุนเฉลี่ย	14,926,403.66	673,969.50	14,580,501.58	19,245,498.56
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2,941,335.75	503,828.97	3,504,771.78	3,702,870.62

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลต้นทุนต่อประชากรที่รับผิดชอบ แยกรายคลินิกหออัครอบครัว (หน่วย: บาทต่อประชากร)

PCC	ประชากรที่รับผิดชอบ	ต้นทุนรวมต่อประชากรที่รับผิดชอบ	ต้นทุนรวมต่อประชากรที่รับผิดชอบ (รวมค่าใช้จ่ายจากหน่วยงานอื่นและค่ารักษาตามจ่าย)
PCC เขตเมือง โรงพยาบาลตรัง	16,857	1,156.79	1,229.15
PCC โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ สาขาคลองศาลา	26,022	526.69	731.94
PCC หนอง ยาง ดอน แฝก อ.สารภี จ.เชียงใหม่	29,976	583.18	871.72
PCC กุดตาเพชร อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี	8,742	1,031.66	1,268.01
ต้นทุนเฉลี่ย	20,399	824.58	1,025.21
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9,517.85	316.36	264.64

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วย จำแนกตามงานของคลินิกหออัครอบครัว (หน่วย : บาท)

งาน	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รักษาพยาบาล (ครั้ง)	497.67	73.30	192.30	135.55
ทันตกรรมบนสถานบริการ (ครั้ง)	752.08	42.19	292.33	220.76
ทันตกรรมในชุมชน (ครั้ง)	430.64	1.33	77.23	135.80
ทันตกรรมโรงเรียน (คน)	188.93	3.1	55.04	54.80
อนามัยแม่และเด็ก (ครั้ง)	2,494.76	178.45	739.20	986.67
วัคซีนทุกชนิด	848.93	33.2	293.93	245.37
คลินิกเด็กสุขภาพดี (คน)	664.25	4.22	136.12	190.65
วางแผนครอบครัว (ครั้ง)	509.75	61.44	293.17	144.87
อนามัยโรงเรียน (คน)	565.31	6.11	131.23	173.63
เยี่ยมบ้านใน long term care (ครั้ง)	8,225.21	555.84	2,743.35	3,069.38
เยี่ยมบ้านและงานลงชุมชนอื่นๆ (ครั้ง)	2750.9	106.15	1,428.53	1,870.12
งานตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันสูง (ครั้ง)	49.81	3.1	21.94	15.21
งานตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและโรคมะเร็งเต้านม (คน)	137.15	8.76	61.54	46.46
กายภาพบำบัดในสำนักงาน (ครั้ง)	609.1	56.14	319.60	277.40
กายภาพบำบัดในชุมชน (ครั้ง)	2,667.68	251.57	892.58	1,184.03
แพทย์แผนไทยบนสถานบริการ (ครั้ง)	263.32	27.76	103.54	76.21

นับกิจกรรมไม่เหมือนกัน จึงไม่สามารถคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมดังกล่าวได้

วิจารณ์และข้อยุติ

คลินิกหออัครอบครัวมีการดำเนินงานตามนโยบาย

ของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 นับถึงขณะที่ทำการศึกษาก็ดำเนินงานมาได้เพียง 1 ปีเศษเท่านั้น ในช่วงเวลาการเก็บข้อมูล พื้นที่ 4 แห่งที่ทำการศึกษายังอยู่ในระหว่างการพัฒนาเพื่อให้สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของนโยบายคลินิกหมอ

ครอบครัว ดังนั้น ผลการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัว ที่อยู่ในการศึกษานี้ อาจจะไม่ครอบคลุมทุกภารกิจของคลินิกหมอครอบครัวอย่างที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ การคัดเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจงทำให้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของคลินิกหมอครอบครัวที่เหลือได้ ดังนั้น ข้อมูลต้นทุนที่ได้จากการศึกษาจึงเป็นเพียงต้นทุนส่วนหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดบริการได้ แต่ไม่ใช่ต้นทุนทั้งหมดที่ควรจะเป็นของการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัว หรืออาจกล่าวได้ว่า ต้นทุนที่คำนวณได้เป็นต้นทุนขั้นต่ำที่คลินิกหมอครอบครัวสามารถดำเนินการได้

แม้ต้นทุนในการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว โดยเฉลี่ยจะเท่ากับ 824.58 บาทต่อประชากรที่รับผิดชอบ แต่มีข้อสังเกตว่า 2 ใน 4 แห่งมีต้นทุนสูงเกินกว่า 1,000 บาทต่อประชากร ความแตกต่างดังกล่าวขึ้นอยู่กับรูปแบบการจัดบริการและการสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งการสนับสนุนส่วนใหญ่ทำให้ต้นทุนสูงขึ้น แต่ก็จะมีผลงานมากขึ้น ดังนั้น การนำข้อมูลต้นทุนนี้ไปใช้ อาจต้องพิจารณาเลือกค่าต้นทุนต่อประชากรที่สูงที่สุดแทน เพื่อให้ครอบคลุมบริการทุกด้านที่ประชาชนควรได้รับ กล่าวคือ ต้นทุนที่น่าจะเป็นของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวเท่ากับ 1,156.79 บาทต่อประชากรที่รับผิดชอบ ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนครั้งนี้ ไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นๆ ที่ผ่านมามากนัก เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมานั้น แม้จะเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิก็จริง แต่ไม่ได้เป็นข้อมูลในระดับเครือข่าย มีเพียงงานของนพดล เสรีรัตน์และคณะ⁽³⁾ เท่านั้น ซึ่งมีต้นทุนบริการสุขภาพทั้งหมดของเครือข่ายปฐมภูมิเท่ากับ 2,260.62 บาทต่อหัวประชากร ความแตกต่างของตัวเลขนี้มีเหตุเนื่องมาจากใช้วิธีการคำนวณที่ต่างกัน รูปแบบการให้บริการและจำนวนของผู้ให้บริการก็ต่างกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาข้อมูลต้นทุนเฉลี่ยต่อจำนวนประชากร ของเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิของงานวิจัยนี้กับการศึกษาอื่น เช่น งานของอุทุมพรและคณะ⁽⁴⁾ ซึ่งพบว่า ต้นทุนของบริการปฐมภูมิทุกด้านของโรงพยาบาล

ทั่วไปมีต้นทุนเฉลี่ยต่อหัวประชากรเท่ากับ 1,581 บาท หนึ่งมีแนวคิดเรื่องการบริหารจัดการแยกคลินิกหมอครอบครัวออกจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยเฉพาะเรื่องการบริหารทางการเงิน ในกรณีดังกล่าวย่อมต้องพิจารณาต้นทุนเพิ่มเติมอีกรายการหนึ่ง คือ ค่ารักษาพยาบาลตามจ่ายที่คลินิกหมอครอบครัวควรจะต้องตามจ่ายให้กับโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้รักษาต่อ ซึ่งต้นทุนส่วนนี้เป็นต้นทุนที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากการดำเนินงานในปัจจุบันยังไม่มีแยกการบริหารทางการเงินออกจากกัน ทำให้ต้นทุนส่วนนี้ไม่ถูกบันทึกในระบบบัญชี เพราะยังไม่มีงบการเงินจริง ทั้งนี้ เมื่อรวมค่ารักษาตามจ่ายดังกล่าวแล้ว ต้นทุนต่อประชากรที่รับผิดชอบเฉลี่ยจะอยู่ที่ 1,025.21 บาท สูงที่สุดอยู่ที่ 1,268.01 บาทต่อประชากรที่รับผิดชอบ หากต้องการบริการที่ครบทุกด้าน คงต้องเลือกใช้ต้นทุนต่อประชากรที่สูงที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการจัดสรรในปีงบประมาณ 2561 จะพบว่า งบประมาณส่วนที่คลินิกหมอครอบครัวจะได้รับเป็นงบประมาณในการบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปเท่ากับ 1,167.41 บาทต่อประชากร และงบประมาณสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานจำนวน 216.95 บาทต่อคน⁽⁵⁾ รวมเป็น 1,384.36 บาทต่อประชากร ซึ่งมากกว่า ต้นทุนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ทั้งนี้ นอกเหนือจากภาระงานตามงบประมาณ 2 ส่วนดังกล่าวแล้ว คลินิกหมอครอบครัวยังต้องรองรับภาระอื่น เช่น การดูแลผู้ป่วยนอกที่มีความซับซ้อนและจำเป็นต้องได้รับการดูแลในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิอีกด้วย ตัวเลขดังกล่าวบ่งบอกถึงความไม่เพียงพอของงบประมาณสำหรับการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวอย่างเต็มรูปแบบในอนาคต

เมื่อพิจารณาถึงกิจกรรมในคลินิกหมอครอบครัว พบว่า ต้นทุนต่อกิจกรรมที่สูงที่สุดเป็นต้นทุนในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใน long term care คือ 2,743.35 บาทต่อครั้ง ซึ่งสูงกว่ามากเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา^(3,4,6) ต้นทุนที่สูงดังกล่าวเกิดจากการที่ต้องใช้เวลาและทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละครั้งสูงมาก ดังนั้น เมื่อคลินิกหมอ

ครอบครัวถูกมอบหมายให้ปฏิบัติภารกิจ ทั้งการดูแลผู้ป่วย ปฐมภูมิและผู้ป่วย long term care จึงต้องระดมทรัพยากรจำนวนมาก โดยเฉพาะเรื่องกำลังคน เพื่อให้สามารถให้บริการทั้งสองส่วนได้อย่างครอบคลุม ขณะที่ต้นทุนกิจกรรมงานอนามัยแม่และเด็ก มีต้นทุนเฉลี่ยเท่ากับ 739.20 บาท ซึ่งสูงกว่าเมื่อเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา^(7,8) เนื่องมาจากความแตกต่างของต้นทุนและจำนวนบริการ

การศึกษาต้นทุนในการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ในครั้งนี้มีการประยุกต์วิธีการจัดเก็บข้อมูลต้นทุนบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิต่างจากที่เคยดำเนินการมาก่อน โดยเน้นการจัดเก็บข้อมูลทุติยภูมิเป็นหลัก มีการเก็บข้อมูลปฐมภูมิเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ส่งผลให้ใช้เวลาในการจัดเก็บข้อมูลน้อยมาก ไม่เกินหน่วยงานละ 1 วัน ไม่รบกวนเวลาปฏิบัติงานของบุคลากร และภาระงานในการจัดเก็บข้อมูลของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังที่เคยเป็นมา จึงน่าจะส่งเสริมวิธีการดังกล่าวในการจัดเก็บข้อมูลต้นทุนของหน่วยบริการปฐมภูมิในอนาคตต่อไป โดยเฉพาะการจัดเก็บข้อมูลต้นทุนที่ต้องการจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก

ข้อจำกัดของการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามาตรฐานการจัดเก็บข้อมูลทุติยภูมิของ รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ยังมีปัญหาอยู่มาก โดยเฉพาะในเรื่องของความถูกต้อง ทั้งในส่วนของการเงินการบัญชี หรือแม้แต่การบันทึกข้อมูลการบริการก็ยังพบความบกพร่อง ส่งผลให้ข้อมูลบางอย่างหายไปจากระบบ เช่น ข้อมูลผลงานการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นโอกาสของการพัฒนาที่กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสนใจต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

ขอขอบคุณสำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัวที่สนับสนุนให้เกิดการศึกษานี้ ขอขอบคุณหน่วยงานทุกหน่วยงานที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์แก่การวิจัย และส่งผลให้การศึกษานี้ลุล่วงได้ด้วยดี

References

1. Board of the 12th National Health Development Plan. The 12th National Health Development Plan, 2017–2021. [cited 2018 December 13]. Available from: http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf. (in Thai)
2. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. The twenty-year national strategic plan for public health (2017-2036). [cited 2018 December 13]. Available from: http://203.157.7.98/et/fileupload_doc/2017-10-25-4-17-2531406.pdf. (in Thai)
3. Sereerat N, Srisanpang S, Srikongplee P. Cost of health services of the contracting unit for primary care, Kuchinarai Crown Prince Hospital in fiscal year 2008. *Journal of Community Health Development* 2013;1(1):1-10. (in Thai)
4. Wongsin U, Wannasri A, Thamwanna P, Pongpatrachai D, Chiangchaisakulthai K, Sakunphanit T. Estimate unit cost per capita of services provided at CUP network level. *Journal of Health Systems Research* 2016;10(3):307-20. (in Thai)
5. National Health Security Office. A manual of Universal Health Care Scheme management 2018. [cited 2018 December 13]. National Health Security Office; 124. Available from: www.nhso.go.th. (in Thai)
6. Wongsin U, Sakunphanit T, Labbenchakul S, Pongpatrachai D. Estimate unit cost per day of long term care for dependent elderly. *Journal of Health Systems Research* 2014;8(4):344-54. (in Thai)
7. Intang P. Cost analysis of nursing service in primary care unit using activity-based costing system: a case study of primary care unit at Nakornthai Crown Prince Hospital (master's thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2003. (in Thai)
8. Wongsin U, Wannasri A. Unit cost of health services in health promoting hospitals in Thailand. *Journal of Health Science* 2017;26(suppl 1):156-64. (in Thai)