

ต้นทุนต่อหน่วยบริการและอัตราการคืนทุน ของโรงพยาบาลชาติตระการ

เกษม ตั้งเกษมสำราญ*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและอัตราการคืนทุนของโรงพยาบาลชาติตระการประจำปีงบประมาณ ๒๕๔๙.

ระเบียบวิธีศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยเก็บข้อมูลส่วนใหญ่ย้อนหลัง แต่มีบางข้อมูลที่เก็บไปข้างหน้า เช่นค่าแรง, ทรายรับ, และค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย. เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกข้อมูลตามองค์ประกอบต้นทุน จำแนกเป็นต้นทุนค่าลงทุน, ต้นทุนค่าแรง และต้นทุนค่าวัสดุ. หน่วยงานแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มตามลักษณะหน้าที่ คือ กลุ่มหน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้, กลุ่มหน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ และกลุ่มหน่วยงานบริการผู้ป่วย. ต้นทุนแบ่งออกเป็นต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม. ต้นทุนทางอ้อมจัดสรรโดยใช้วิธีกระจายต้นทุนแบบขั้นบันได. ต้นทุนต่อหน่วยวิเคราะห์จากต้นทุนรวมหารด้วยจำนวนหน่วยบริการของกลุ่มหน่วยงานบริการผู้ป่วย. อัตราการคืนทุนวิเคราะห์จากรายรับหารด้วยต้นทุนทั้งหมดโดยแยกตามสิทธิรักษาพยาบาลของผู้ป่วย.

ผลการศึกษา โรงพยาบาลชาติตระการมีต้นทุนรวม ๔๔,๒๕๗,๖๖๒ บาท. ต้นทุนต่อหน่วยบริการงานผู้ป่วยนอกมีค่าเท่ากับ ๔๑๗ บาทต่อครั้ง. ต้นทุนต่อหน่วยบริการของแผนกผู้ป่วยนอก แผนกทันตกรรม และแผนกเวชปฏิบัติครอบครัวมีค่าเท่ากับ ๓๔๘, ๖๐๑ และ ๑,๒๐๕ บาทต่อครั้งตามลำดับ. ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในมีค่าเท่ากับ ๔,๒๘๗ บาทต่อรายหรือ ๑,๗๕๖ บาทต่อวันนอน หรือ ๗,๐๐๕ บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ตามลำดับ. อัตราการคืนทุนของโรงพยาบาลมีค่าเท่ากับ ๐.๕๔ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีอัตราคืนทุนสูงสุด (๑.๒๒), รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ประสบภัยจากจรด (๑.๑๖), กลุ่มผู้ป่วยกองทุนหลักประกันสุขภาพ (๐.๙๒), กลุ่มผู้ป่วยประกันสังคม (๐.๘๒), กลุ่มผู้ป่วยชำระเงินเอง (๐.๗๖), และกลุ่มผู้ป่วยต่างด้าวรวมคนไทยที่ไม่ได้สัญชาติ (๐.๕๑).

สรุป ต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลมีค่าต่ำกว่าต้นทุนของโรงพยาบาลในภาพรวมระดับเขตและระดับประเทศ. แต่รายรับของโรงพยาบาลไม่สามารถรองรับต้นทุนทั้งหมดของโรงพยาบาลได้. โรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องดำเนินการควบคุมต้นทุนและใช้ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ ต่อไป.

คำสำคัญ: ต้นทุนต่อหน่วย, อัตราการคืนทุน, โรงพยาบาลชาติตระการ

Abstract

Unit Cost and Cost Recovery in Charttrakarn Hospital Kasame Tungkasamesamran

Charttrakarn Hospital, Charttrakarn District, Phitsanulok Province

This descriptive study was designed to determine the unit cost and cost recovery in Charttrakarn Hospital in Phitsanulok Province in fiscal year 2006 from the provider's perspective. The hospital's operations were classified into three categories: non-revenue-producing center (NRPCC), revenue-producing cost center (RPCC), and patient service

*โรงพยาบาลชาติตระการ, อำเภอชาติตระการ, จังหวัดพิษณุโลก



cost center (PS). The total direct cost of each cost center/activity was determined by combining labor cost, material cost with capital cost. After that, the direct costs of NRPC and RPCC were allocated to PSCC as indirect costs by using the step-down method. Then the full cost of each PS was calculated from direct plus indirect costs. Dividing the final full cost of each cost center by its output provides the unit cost.

The results show that the total cost of the hospital in the year 2006 was 44,257,662 baht, with the proportion of LC: MC: CC = 53:37:10. The unit cost of the whole out-patient service was 417 baht per visit, while the unit costs of the out-patient cost center, dental health cost center and family practice cost center were 348, 603 and 1,205 baht/visit respectively. The unit costs of the in-patient service were 4,287 baht/case, 1,756 baht/day, and 7,005 baht/relative weight (RW). The total cost recovery of the hospital was 0.94. The scheme with maximum cost recovery was CSMBS (1.28); the second highest was that of VHCS (1.22), followed by the universal coverage scheme at 0.91.

Recommendations:

1. Costs and unit costs among hospitals should be compared carefully. The details of cost identification, cost allocation and unit cost determination should be considered, because they vary among studies. Besides hospital revenue, the meaning should be clarified and defined with regard to the extent of revenue as well as its components. Furthermore, the value of the money in different periods of time is not the same, so it should not be compared directly.

2. Governmental budget allocation criteria for the entire country should be assessed for appropriateness according to the various cost characteristics among hospitals operating in different contexts.

3. Each hospital should set up an effective information system for collecting an essential database on hospital accounting, resources consumption, workload of hospital service, and other important data. The system should be able to assess the financial situation, hospital costing and hospital performance.

Key words: unit cost, cost recovery

ภูมิหลังและเหตุผล

ในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ รัฐบาลได้ดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยได้กำหนดเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลที่ได้ดำเนินการครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ โดยมีเป้าหมายต้องการให้ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเท่าเทียมกันตามความจำเป็น ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐. การดำเนินงานตามโครงการดังกล่าวให้บรรลุผล จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรต่างๆ รวมทั้งต้องอาศัยระบบและกลไกอื่นต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่ง

ผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดสรรเงินงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลต่าง ๆ มาเป็นการจัดสรรแบบปลายปิด คือเหมาจ่ายตามรายหัวประชากรโดยเป็นงบประมาณที่ครอบคลุมต้นทุนในการให้บริการทั้งหมดซึ่งประกอบด้วยค่าวัสดุ ค่าแรง และบงลงทุน. ดังนั้นสถานพยาบาลต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถที่จะบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว. การศึกษาต้นทุนของโรงพยาบาลและการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการของสถานบริการสุขภาพนั้นเป็นกุญแจสำคัญสำหรับการบริหารงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้บริการสาธารณสุขต่อประชาชนอย่างมีเสมอภาค และ

ประสิทธิภาพ.

โรงพยาบาลชาติตระการเป็นโรงพยาบาลชุมชนของรัฐ ขนาด ๓๐ เตียง อยู่ในพื้นที่ทุรกันดารระดับ ๒ รับผิดชอบดูแลประชากรในเขตอำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีจำนวนประชากร ๓๙,๖๘๕ คน. ประชากรร้อยละ ๘๐ เป็นกลุ่มผู้ใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพ. โรงพยาบาลชาติตระการเป็นโรงพยาบาลหนึ่งที่ได้เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายของรัฐบาลตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕. หลังจากเข้าร่วมโครงการพบว่าโรงพยาบาลประสบปัญหาด้านการเงินการคลังมาโดยตลอด. ดังนั้นเพื่อที่จะให้โรงพยาบาลสามารถบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทางโรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการและอัตราการคืนทุนในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ของโรงพยาบาล เพื่อใช้ประเมินผลการจัดบริการและนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถที่จะอยู่รอดทางการเงินได้.

ระเบียบวิธีศึกษา

ใช้การศึกษาเชิงพรรณนาศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการและอัตราคืนทุนของการให้บริการผู้ป่วยสิทธิรักษาพยาบาลประเภทต่าง ๆ ของโรงพยาบาลชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ ๒๕๔๙ โดยเก็บข้อมูลค่าแรงไปข้างหน้า, เก็บข้อมูลต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุนย้อนหลัง. สำหรับรายรับและค่ารักษาพยาบาลที่ต้องตามจ่ายเก็บข้อมูลย้อนหลังพร้อมกับเก็บไปข้างหน้าจนถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๐ โดยเก็บข้อมูลในการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ ตามมุมมองของผู้ให้บริการ.

ประชากรศึกษา ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชาติตระการจำนวน ๑๒๒ คน.

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกค่าแรง, ค่าวัสดุ, ค่าใช้สอยต่าง ๆ, ค่าเสื่อมราคา และรายรับแยกประเภท. สำหรับผลงานการให้บริการรวมถึงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใช้วิธีประมวลผลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล.

วิธีการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น ๒ ขั้นตอน

ตอนดังนี้

ก. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการ โดย

๑. ศึกษาโครงสร้างองค์กร และกำหนดหน่วยต้นทุนตามลักษณะหน้าที่และความสัมพันธ์ที่แท้จริงในการบริการและสนับสนุน โดยแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มคือ หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (non-revenue producing cost center: NRPPC), หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (revenue producing cost center: RPCC), และหน่วยงานบริการผู้ป่วย (patient service cost center: PS).

๒. เก็บข้อมูลต้นทุนทางตรง ของหน่วยต้นทุน ซึ่งประกอบด้วยต้นทุนค่าแรง (labor cost: LC), ต้นทุนค่าวัสดุ (material cost: MC), ต้นทุนค่าลงทุน (capital cost: CC), ซึ่งในการศึกษานี้ใช้วิธีคำนวณค่าเสื่อมราคาตามวิธีเส้นตรงโดยค่าเสื่อมราคาเท่ากับราคาซื้อมาหารด้วยอายุการใช้งาน^(๑). กรณีครุภัณฑ์หรือสิ่งก่อสร้างอายุเกินที่กำหนด แต่ยังไม่นำมาใช้งานไม่ได้นำมาคิดเป็นต้นทุนในครั้งนี้.

๓. กระจายต้นทุน โดยกำหนดเกณฑ์กระจายต้นทุนของหน่วยต้นทุนในกลุ่ม NRPPC และ RPCC เพื่อกระจายต้นทุนจากแต่ละหน่วยลงไปสู่หน่วยต้นทุนอื่น ๆ จนกระจายสู่หน่วยต้นทุนในกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มหน่วยบริการผู้ป่วย (PS) โดยใช้วิธีกระจายต้นทุนแบบขั้นบันได. ต้นทุนในส่วนที่รับกระจายมาจากหน่วยต้นทุนอื่น ๆ จะเรียกว่าต้นทุนทางอ้อม.

๔. หาต้นทุนรวม โดยรวมต้นทุนทางตรงกับต้นทุนทางอ้อม.

๕. คำนวณหาต้นทุนต่อหน่วยบริการของหน่วยบริการผู้ป่วย โดยหารต้นทุนรวมด้วยจำนวนหน่วยบริการ. ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดหน่วยบริการเป็นจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกในภาพรวม, จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกแยกตามแผนกต่าง ๆ, จำนวนรายที่นอนรักษาตัวในตึกผู้ป่วยใน, จำนวนวันนอนของผู้ป่วยใน, และน้ำหนักสัมพัทธ์รวมของผู้ป่วยใน โดยวิเคราะห์ต้นทุนในภาพรวมผู้ป่วยในและรายตึกผู้ป่วยใน.

ข. การหาอัตราการคืนทุน มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

๑. การวิเคราะห์ต้นทุน

๑.๑ คำนวณต้นทุนรวมทั้งหมดของโรงพยาบาล โดย



นำต้นทุนรวมของโรงพยาบาลมารวมกับค่ารักษาพยาบาลตามจ่ายของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ ซึ่งสถานพยาบาลอื่นแจ้งเป็นหนังสือเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามจ่ายตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๘ ถึง ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๐.

๑.๒ วิเคราะห์ต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยสิทธิรักษาพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งได้จากการหาสัดส่วนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละสิทธิต่อค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดแล้วนำมาคูณกับต้นทุนทั้งหมด ยกเว้นสิทธิหลักประกันสุขภาพจะนำค่ารักษาพยาบาลตามจ่ายรวมเข้ามาด้วย. สำหรับสิทธิรักษาอื่นไม่มีค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย.

๑.๓ วิเคราะห์ต้นทุนดำเนินการทั้งหมดของโรงพยาบาล ใช้วิธีคิดเหมือนกับต้นทุนรวมทั้งหมด แต่ไม่นำต้นทุนค่าลงทุนมาคิดเท่านั้นเอง.

๒. เก็บข้อมูลรายรับโรงพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น

๒.๑ รายรับที่ได้รับจากผู้ป่วยและจากกองทุนรักษาพยาบาลสิทธิต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ จำแนกเป็น ๖ กลุ่ม, โดยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลได้รับชำระจากผู้ป่วยโดยตรงหรือจากกองทุนต่าง ๆ, โดยเก็บข้อมูลรายรับที่ได้รับจากผู้ป่วยเฉพาะที่รับการรักษาในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ แบบย้อนหลังพร้อมกับเก็บไปข้างหน้าจนถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๐ (หลังจากผู้ป่วยรายสุดท้ายของปี ๒๕๔๙ รับการรักษาพยาบาล ๙ เดือน). ทั้งนี้รายรับของโรงพยาบาลจะรวมถึงเงินช่วยเหลือโรงพยาบาลที่ได้รับกรณีประสบปัญหาทางการเงินการคลัง (contingency fund) รวมถึงรายรับสำหรับโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและโครงการพิเศษอื่น ๆ ด้วย. ส่วนรายรับสำหรับค่าจ้างนักเรียนทุนและเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่ได้รับจากกองทุน UC จะนำมารวมกับรายรับค่าแรงที่ได้จากเงินงบประมาณ แล้วค่อยกระจายลงในกองทุนแต่ละกองทุนอีกครั้ง.

๒.๒ รายรับจากเงินงบประมาณสำหรับเงินเดือน ค่าจ้างประจำรวมสวัสดิการต่าง ๆ และรายรับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับค่าจ้างลูกจ้างรวมเบี้ยกันดาร นำมากระจายให้แก่กองทุนต่าง ๆ โดยคำนวณจากสัดส่วนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละสิทธิ.

๒.๓ รายรับบงลงทุนทั้งจากกองทุนหลักประกัน

สุขภาพ (UC) และจากกองทุนสำหรับประชาชนกลุ่มอื่น (non-UC) โดยกำหนดเป็นรายรับของแต่ละกองทุน.

รายรับรวมจะได้จากผลรวมของรายรับที่ได้จากข้อ ๒.๑, ๒.๒ และ ๒.๓. สำหรับรายรับดำเนินการจะได้จากผลรวมของค่าที่ได้จาก ๒.๑ กับ ๒.๒.

๓. หาอัตราคิทุนของโรงพยาบาล ตามประเด็นที่ต้องการจะศึกษาดังนี้

๓.๑ อัตราการคิทุนของโรงพยาบาลทั้งหมด คำนวณโดยหารรายรับทั้งหมดด้วยต้นทุนรวมทั้งหมด.

๓.๒ อัตราการคิทุนจากการให้บริการผู้ป่วยสิทธิรักษาพยาบาลต่าง ๆ คำนวณโดยหารรายรับรวมจากกองทุนสิทธิรักษาพยาบาลนั้น ๆ ด้วยต้นทุนรวมทั้งหมดของสิทธินั้น ๆ.

๓.๓ อัตราคิทุนดำเนินการ วิธีคิดเหมือนกับอัตราคิทุนรวมเพียงแต่ไม่นำต้นทุนค่าลงทุนและรายรับค่าลงทุนมาคำนวณ.

ผลการศึกษา

โรงพยาบาลชาติตระการมีต้นทุนรวมเท่ากับ ๔๔,๒๕๗,๖๖๒ บาท ประกอบด้วยต้นทุนค่าแรง ๒๓,๓๘๕,๕๕๖ บาท, ต้นทุนค่าวัสดุ ๑๖,๔๙๓,๘๖๒ บาท, และต้นทุนค่าลงทุน ๔,๓๗๘,๒๔๔ บาท คิดเป็นสัดส่วน ๕๓:๓๗:๑๐ หรือมีสัดส่วนต้นทุนดำเนินการต่อต้นทุนค่าลงทุนเท่ากับ ๙๐:๑๐. ต้นทุนค่าลงทุนเป็นค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ร้อยละ ๕๕ ที่เหลือร้อยละ ๔๕ เป็นค่าเสื่อมราคาสินค้าก่อสร้าง. หน่วยต้นทุนที่มีค่าลงทุนสูงสุดคือบริหาร (ร้อยละ ๕๗.๑ ของต้นทุนค่าลงทุนทั้งหมด). ต้นทุนค่าแรงเป็นเงินเดือน ค่าจ้าง และค่าตอบแทนเงินเพิ่มพิเศษร้อยละ ๘๙. ที่เหลือจะเป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลาร้อยละ ๙ และค่าใช้จ่ายในการประชุม ฝึกอบรมร้อยละ ๒. หน่วยต้นทุนที่มีค่าแรงสูงสุดคือแผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ ๒๑.๓, รองลงมาคือบริหารร้อยละ ๑๗.๙. สำหรับต้นทุนค่าวัสดุพบว่าค่ายา, เวชภัณฑ์ไม่ใช่ยาและวัสดุทางการแพทย์มีมูลค่าสูงสุกร้อยละ ๔๙.

กลุ่มหน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้มีต้นทุนรวม ๑๘,๐๑๓,๘๒๐ บาท (ร้อยละ ๔๑). กลุ่มหน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิด

ตารางที่ ๑ ต้นทุนรวมโดยตรงของหน่วยต้นทุนต่าง ๆ

หน่วยต้นทุน	ต้นทุนค่าแรง (บาท)	ค่าแรง ร้อยละ	ต้นทุนค่าวัสดุ (บาท)	ค่าวัสดุ ร้อยละ	ต้นทุนค่าลงทุน (บาท)	ค่าวัสดุ ร้อยละ	ต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนรวม ร้อยละ
หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้								
A1 บริหาร	๔,๑๗๗,๒๗๓.๐	๑๗.๕	๕,๔๒๕,๗๗๔.๓	๓๒.๕	๒,๕๐๒,๐๖๖.๗	๕๗.๑	๑๒,๑๐๕,๑๑๔.๐	๒๗.๕
A2 ประกัน	๗๖๕,๔๑๐.๖	๓.๔	๑๒๗,๔๗๖.๔	๐.๗	๒๐๕,๖๐๓.๒	๔.๗	๑,๑๐๓,๔๙๐.๑	๒.๕
A3 แผนงาน	๒,๑๓๗,๓๐๗.๕	๙.๑	๑๔๐,๗๑๗.๒	๐.๙	๖๗,๗๗๗.๕	๑.๖	๒,๓๔๕,๘๐๒.๕	๕.๓
A4 โรงครัว	๓๕๗,๕๑๐.๐	๑.๕	๓๗๕,๒๗๕.๕	๒.๔	๕๕,๐๕๐.๐	๑.๓	๗๘๗,๘๓๕.๕	๑.๗
A5 ซักฟอก	๑๕๕,๑๑๐.๕	๐.๖	๒๓๐,๒๗๕.๐	๑.๕	๗๕,๒๗๕.๕	๑.๕	๕๐๐,๖๖๑.๐	๑.๑
A6 งานจ่ายกลาง	๒๕๗,๓๑๕.๕	๑.๑	๓๕๗,๒๗๕.๐	๒.๕	๒๕๕,๐๐๐.๓	๑.๖	๘๖๙,๘๙๐.๘	๑.๙
A7 เวชระเบียน	๓๒๒,๒๗๕.๐	๑.๔	๕๐,๗๒๗.๒	๐.๖	๓๐,๐๒๕.๑	๐.๓	๔๐๓,๐๒๗.๒	๐.๙
รวม NRPPC	๗,๒๓๕,๕๖๕.๕	๓๕.๒	๖,๗๕๗,๕๓๐.๖	๔๑.๒	๒,๕๖๖,๓๒๕.๑	๕๗.๑	๑๖,๕๕๙,๔๒๐.๖	๓๖.๒
หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้								
B1 เกษตรกรรม	๑,๕๗๗,๒๓๓.๑	๖.๗	๕,๗๗๗,๗๖๖.๗	๓๕.๗	๑๓๑,๖๗๕.๕	๑.๐	๗,๔๘๖,๖๗๕.๓	๑๖.๗
B2 รังสีวิทยา	๒๗๕,๐๗๗.๐	๑.๒	๓๗๗,๗๖๕.๗	๒.๕	๑๕,๐๗๗.๓	๐.๑	๖๖๗,๙๒๐.๐	๑.๕
B3 ทันตกรรม	๔๖๖,๗๐๓.๐	๒.๐	๕๗๗,๗๖๕.๐	๓.๖	๕๖,๗๖๖.๒	๐.๓	๑,๐๙๙,๒๓๔.๒	๒.๓
B4 ห้องผ่าตัด	๖๗,๕๖๖.๗	๐.๓	๕๗๗,๗๖๕.๕	๓.๖	๑๓๑,๖๗๕.๓	๑.๐	๑,๓๗๖,๐๐๗.๕	๓.๐
รวม RPCC	๒,๓๖๖,๕๖๖.๘	๑๐.๓	๗,๓๓๓,๕๖๖.๘	๕๖.๐	๓๖๖,๖๗๕.๓	๓.๐	๑๐,๐๖๖,๘๐๙.๙	๒๒.๒
หน่วยงานบริการผู้ป่วย								
C1 ผู้ป่วยนอก	๔,๕๗๗,๐๕๗.๗	๒๑.๓	๖๗๗,๗๖๕.๒	๓.๗	๒๑๐,๗๖๖.๐	๑.๗	๕,๔๖๕,๕๘๘.๖	๑๑.๓
C2 สูติ นรีเวช	๑,๖๖๖,๒๕๗.๕	๗.๒	๒๕๗,๗๖๖.๕	๑.๖	๓๕๗,๖๖๖.๖	๓.๑	๒,๒๘๑,๖๘๑.๕	๕.๑
C3 ผู้ป่วยในทั่วไป	๒,๗๖๖,๗๐๕.๒	๑๑.๖	๖๗๗,๗๖๕.๖	๔.๑	๒๕๗,๖๖๖.๖	๒.๖	๓,๖๘๑,๑๓๖.๔	๗.๖
C4 ทันตกรรม	๑,๗๖๖,๕๕๗.๐	๘.๑	๓๗๗,๖๖๕.๕	๒.๕	๑๓๑,๖๖๕.๕	๑.๑	๒,๒๗๕,๘๘๘.๐	๔.๖
C5 เวชปฏิบัติกรออบครัว	๑,๕๗๗,๗๖๖.๐	๖.๕	๒๕๗,๖๖๕.๗	๑.๕	๑๐๗,๖๖๕.๗	๑.๒	๑,๙๔๓,๐๙๗.๔	๔.๑
รวม PS	๑๒,๓๖๖,๕๕๗.๕	๕๕.๕	๓,๖๖๖,๕๕๗.๕	๒๒.๗	๑,๖๖๖,๕๕๗.๕	๑๕.๗	๑๖,๖๖๖,๕๕๗.๕	๓๖.๖
รวมทั้งสิ้น	๒๓,๓๖๖,๕๕๗.๕	๑๐๐.๐	๑๖,๔๒๕,๐๙๗.๕	๑๐๐.๐	๕,๖๖๖,๕๕๗.๕	๕๖.๕	๔๕,๔๕๗,๖๖๖.๕	๑๐๐.๐



เกิดรายได้ มีต้นทุนรวม ๙,๘๒๗,๘๘๕ บาท (ร้อยละ ๒๒). กลุ่มงานบริการผู้ป่วยมีต้นทุน ๑๖,๔๑๕,๙๕๖ บาท (ร้อยละ ๓๗). สำหรับหน่วยต้นทุนที่มีต้นทุนทางตรงสูงสุดคือ บริหาร โดยมีต้นทุนทั้งสิ้น ๑๒,๑๐๕,๒๔๔ บาท (ร้อยละ ๒๗.๔), รองลงมาคือเภสัชกรรม และแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีต้นทุนทั้งสิ้น ๗,๔๔๙,๕๖๕ บาท (ร้อยละ ๑๖.๘) และ ๕,๗๘๔,๓๓๔ บาท (ร้อยละ ๑๓.๑) ตามลำดับ.

ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ มีผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกรวม ๖๙,๒๕๖ ราย เป็นแผนกผู้ป่วยนอก ๕๘,๖๖๖ ราย, ทันตกรรม ๗,๖๗๖

ราย, และเวชปฏิบัติครอบครัว ๓,๒๑๖ ราย (มีผู้ป่วยที่ไปรับบริการผู้ป่วยนอก ๒ จุดบริการจำนวน ๒๙๒ ราย และรับบริการผู้ป่วยนอก ๓ จุดบริการ ๔ ราย). ผู้รับบริการการตีผู้ป่วยในมีจำนวน ๓,๕๘๑ ราย หรือ ๘,๗๔๓ วันนอน, มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยต่อรายเท่ากับ ๐.๖๑ แยกเป็นผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยสูตินรีเวช และตึกผู้ป่วยในทั่วไปจำนวน ๙๗๓ ราย (๒,๘๖๒ วันนอน) และ ๒,๖๐๘ ราย (๕,๘๘๑ วันนอน) ตามลำดับ, โดยมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยต่อรายเท่ากับ ๐.๓๓ และ ๐.๗๒ ตามลำดับ.

ตารางที่ ๒ ต้นทุนรวมและต้นทุนต่อหน่วยบริการ โรงพยาบาลชาติตระการ ปีงบประมาณ ๒๕๔๘

หน่วยต้นทุน	ต้นทุนรวม	ต้นทุนรวมต่อราย	ต้นทุนรวมต่อวันนอน	ต้นทุนรวมต่อ 1 RW
C1 ผู้ป่วยนอก	๒๐,๔๑๖,๐๐๕.๕	๓๔๘	-	-
C4 ทันตกรรม	๔,๖๓๑,๒๕๕.๔	๖๐๓	-	-
C5 เวชปฏิบัติครอบครัว	๓,๘๖๓,๒๕๑.๘	๑,๒๐๕	-	-
รวมบริการผู้ป่วยนอก	๒๘,๙๑๐,๕๑๒.๗	๔๑๗	-	-
C2 สูติ นรีเวช	๕,๕๕๐,๗๒๑.๔	๕,๗๔๖	๑,๕๕๓	๑๗,๔๕๘
C3 ผู้ป่วยในทั่วไป	๕,๗๘๔,๓๓๔.๗	๓,๗๔๒	๑,๖๕๕	๕,๒๑๓
รวมบริการผู้ป่วยใน	๑๑,๓๓๕,๐๖๕.๑	๔,๒๘๗	๑,๗๕๖	๗,๐๐๕

ตารางที่ ๓ ต้นทุน รายรับ และอัตราการคืนทุนโรงพยาบาลชาติตระการ โดยแยกรายสิทธิรักษาพยาบาล

สิทธิรักษาพยาบาล	ต้นทุนรวมทั้งหมด* (ล้านบาท)	รายรับรวมทั้งหมด**	อัตราการคืนทุนทั้งหมด
ชำระเงินเอง	๑,๑๐๕,๕๘๘.๖	๘๔๖,๑๕๕.๕	๐.๗๖
สวัสดิการข้าราชการ (CSMBS)	๓,๖๑๒,๑๗๔.๕	๔,๔๑๕,๔๑๘.๘	๑.๒๒
ประกันสังคม (SSS)	๒,๖๖๗,๓๑๕.๗	๒,๑๘๓,๖๕๒.๓	๐.๘๒
หลักประกันสุขภาพ (UC)	๓๗,๐๕๔,๖๓๐.๑	๓๔,๐๘๔,๖๐๖.๘	๐.๙๒
พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ (VHCS)	๘๗๔,๖๐๕.๓	๑,๐๑๑,๒๓๕.๕	๑.๑๖
ต่างด้าวและผู้ไม่ได้สัญชาติ	๑๒๑,๔๐๓.๒	๖๑,๕๖๒.๘	๐.๕๑
รวม	๔๕,๔๘๐,๑๑๗.๔	๔๒,๖๐๗,๐๓๒.๔	๐.๙๔

*ต้นทุนรวมทั้งหมด = ต้นทุนรวม + ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย

**รายรับรวมทั้งหมด = รายรับที่ได้รับจากกองทุนต่าง ๆ + รายรับเงินเดือนจากงบประมาณและค่าจ้างลูกจ้างและเบี้ยกันดารจากกองทุน + งบลงทุน

ตารางที่ ๔ ต้นทุนดำเนินการทั้งหมดและต้นทุนดำเนินการทั้งหมดต่อหน่วยบริการโรงพยาบาลชาติตระการ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕

หน่วยต้นทุน	ต้นทุน ดำเนินการ ทั้งหมด*	ต้นทุน ดำเนินการทั้งหมด ต่อราย	ต้นทุน ดำเนินการทั้งหมด ต่อวันนอน	ต้นทุน ดำเนินการทั้งหมด ต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์
ผู้ป่วยนอก	๒๓,๔๗๖,๒๕๘.๓	๓๕๗	—	—
ผู้ป่วยใน	๑๓,๖๒๕,๖๑๔.๗	๓,๘๐๕	๑,๕๕๘	๖,๒๑๘

*ต้นทุนดำเนินการทั้งหมด = ต้นทุนรวม - ต้นทุนค่าลงทุน + ค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย

ต้นทุนต่อหน่วยบริการงานผู้ป่วยนอกมีค่าเท่ากับ ๔๑๗ บาทต่อครั้ง. ต้นทุนต่อหน่วยของแผนกผู้ป่วยนอก, แผนกทันตกรรม และแผนกเวชปฏิบัติครอบครัวมีค่าเท่ากับ ๓๔๘, ๖๐๓ และ ๑,๒๐๕ บาทต่อครั้งตามลำดับ. ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในมีค่าเท่ากับ ๔,๒๘๗ บาทต่อราย ๑,๗๕๖ บาทต่อวันนอน และ ๗,๐๐๕ บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ โดยมีต้นทุนผู้ป่วยในของตึกสูติรีเวช เท่ากับ ๕,๗๕๖ บาทต่อราย หรือ ๑,๙๕๓ บาทต่อวันนอน หรือ ๑๗,๔๙๘ บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ และต้นทุนตึกผู้ป่วยในทั่วไปมีค่าเท่ากับ ๓,๗๕๒ บาทต่อรายหรือ ๑,๖๕๙ บาทต่อวันนอน หรือ ๕,๒๑๓ บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (ตารางที่ ๒).

รายรับทั้งหมดของโรงพยาบาลมีมูลค่า ๔๒,๖๐๗,๐๓๒ บาท โดยรายรับร้อยละ ๕๕ มาจากกองทุนสิทธิรักษาพยาบาลต่าง ๆ (๒๓,๓๒๓,๐๙๑) ที่เหลือเป็นรายรับที่ได้จากงบลงทุน UC (๒,๖๑๖,๓๘๐), ค่าจ้างลูกจ้างนักเรียนทุนรวมเงินเบี้ยกันดารจากกองทุน UC (๔,๕๑๕,๐๙๖), และเงินเดือนค่าจ้างและสวัสดิการต่าง ๆ (๑๒,๑๕๒,๔๖๕) จากงบประมาณ. สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลจะต้องตามจ่ายมีค่าเท่ากับ ๑,๒๒๒,๔๕๖ บาท ทำให้โรงพยาบาลมีต้นทุนรวมทั้งหมดเท่ากับ ๔๕,๔๘๐,๑๑๗ บาท.

โรงพยาบาลชาติตระการมีอัตราต้นทุนทั้งหมดเท่ากับ ๐.๙๔ โดยพบว่าการให้บริการผู้ป่วยกองทุนข้าราชการและรัฐวิสาหกิจมีอัตราต้นทุนที่สูงที่สุด (๑.๒๒), รองลงมาคือผู้ป่วยที่ประสบภัยจากรถ (๑.๑๖), ผู้ป่วยกองทุนหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยมากที่สุด (๐.๙๒), ผู้ป่วยประกันสังคม

(๐.๘๒), ผู้ป่วยชำระเงินเอง (๐.๗๖), และผู้ป่วยต่างดาวรวมคนไทยที่ไม่ได้สัญชาติ (๐.๕๑) (ตารางที่ ๓).

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบต้นทุนของโรงพยาบาลชาติตระการมีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนค่าวัสดุต่อต้นทุนค่าลงทุนเท่ากับ ๕๓:๓๗:๑๐ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนส่วนใหญ่^(๒-๔) ที่มีสัดส่วนค่าแรงมากที่สุด, รองลงมาเป็นค่าวัสดุ และค่าลงทุนน้อยสุด. การที่ต้นทุนค่าแรงมีสัดส่วนมากที่สุดเนื่องจากมีค่าเบี่ยงเหลียงเหมาะสมสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ทุรกันดารระดับ ๒ (๒.๘ ล้านบาท). นอกจากนี้การรับบรรจุเจ้าหน้าที่จบใหม่แทนเจ้าหน้าที่คนเก่าที่ย้ายไปปฏิบัติงานในอำเภอเมืองหรือรอบ ๆ ทำให้ต้องมีการจัดอัตรากำลังเสริมเพราะต้องมีการปฏิรูประบบงาน อบรม พัฒนาเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกปี. สำหรับการควบคุมต้นทุนค่าแรงนั้นพบว่ากลุ่มค่าแรงที่เป็นเงินเดือน ค่าตอบแทนต่าง ๆ รวมถึงสวัสดิการนั้นเป็นค่าแรงที่ยากต่อการควบคุมได้โดยมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ ๘๙ ของต้นทุนค่าแรงทั้งหมด. ดังนั้นการจัดอัตราค่าจ้างบุคลากรให้เหมาะสมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ควรกำหนดเฉพาะภารกิจหลักเท่านั้นที่ต้องใช้บุคลากรของโรงพยาบาลดำเนินการเอง. ส่วนภารกิจอื่น ๆ ก็สมควรที่จะจ้างให้เอกชนดำเนินการเพื่อลดต้นทุนค่าแรง. นอกจากนี้ ต้นทุนค่าวัสดุก็มีมูลค่าสูงด้วย โดยพบว่าต้นทุนที่สูงที่สุดคือกลุ่มค่ายา, เวชภัณฑ์มีชีวะยาและวัสดุทางการแพทย์ (๘.๐ ล้านบาทหรือร้อยละ ๔๘.๖ ของต้นทุนค่าวัสดุทั้งหมด)



อีกทั้งมูลค่าการใช้ยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะราคาที่สูงขึ้นและจำนวนผู้ป่วยมารับการตรวจรักษามากขึ้น. สำหรับต้นทุนวัสดุกลุ่มอื่น พบว่าต้นทุนวัสดุและค่าใช้จ่ายสำหรับการปรับปรุงซ่อมแซมมีมูลค่าถึง ๓.๔ ล้านบาทหรือร้อยละ ๒๐ ของต้นทุนค่าวัสดุทั้งหมด. เนื่องจากปี ๒๕๕๙ เป็นช่วงที่ทางโรงพยาบาลชาติตระการดำเนินการพัฒนาให้ได้ตามมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล.

จากการเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยกับโรงพยาบาลบ้านตาก^(๗) พบว่าโรงพยาบาลชาติตระการมีต้นทุนสูงกว่าทั้งส่วนของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคือ ๔๑๗:๒๒๘ บาทต่อราย และ ๔,๒๘๗:๓,๔๕๓ บาทต่อรายตามลำดับ เนื่องจากมีต้นทุนรวมสูงกว่า (๔๔.๓:๓๗.๐ ล้านบาท) โดยเฉพาะต้นทุนค่าวัสดุ (๑๖.๕:๙.๕ ล้านบาท) เนื่องจากมีการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลให้ได้คุณภาพ และอาจเป็นเพราะยาและวัสดุต่างๆ ขึ้นราคา, อีกทั้งจำนวนผู้รับบริการที่น้อยกว่า (ผู้ป่วยนอก ๖๙,๒๕๖: ๙๔,๑๑๔ ราย ผู้ป่วยใน ๓,๕๘๑:๔,๔๙๘ ราย) จึงทำให้มีต้นทุนต่อหน่วยโรงพยาบาลชาติตระการทั้งในส่วนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงกว่าโรงพยาบาลบ้านตาก ในขณะที่ต้นทุนค่าแรงของโรงพยาบาลชาติตระการสูงกว่าเล็กน้อยเนื่องจากวิเคราะห์ต้นทุนหลังโรงพยาบาลบ้านตาก ๓ ปี ซึ่งในแต่ละปีเงินเดือนข้าราชการและลูกจ้างประจำเพิ่มขึ้นร้อยละ ๖ ต่อปีโดยประมาณ และยังมีค่าตอบแทนวิชาชีพพิเศษที่เริ่มจ่ายตอบแทนบุคลากรในปี ๒๕๔๘ รวมถึงเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ทุรกันดารระดับ ๒ ดังที่ได้กล่าวข้างต้น.

เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนดำเนินการทั้งหมดของโรงพยาบาลชาติตระการกับค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียงในจังหวัดบุรีรัมย์^(๘) โดยปรับต้นทุนให้สอดคล้องกับข้อมูลของจังหวัดบุรีรัมย์ คือศึกษาต้นทุนดำเนินการทั้งหมด (เท่ากับต้นทุนดำเนินการรวมกับค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย) พบว่ามีต้นทุนดำเนินการต่อผู้ป่วยนอกสูงกว่าจังหวัดบุรีรัมย์เล็กน้อย (๓๙๗:๓๘๖) แต่มีต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยผู้ป่วยในต่ำกว่า (๓,๘๐๕: ๖,๒๒๒ บาทต่อรายผู้ป่วยใน และ ๖,๑๑๘: ๙,๙๒๔ บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ ตามลำดับ). จาก

การวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าต้นทุนดำเนินการทั้งหมดของโรงพยาบาลชาติตระการต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ (๔๑.๑: ๔๔.๓ ล้านบาท) โดยมีต้นทุนค่าแรงของโรงพยาบาลชาติตระการสูงกว่า (๒๓.๔:๑๙.๔ ล้านบาท) แต่มีต้นทุนดำเนินการที่ไม่ใช่ค่าแรงต่ำกว่ามาก (๑๗.๗: ๒๔.๙ ล้านบาท) และยังพบว่าโรงพยาบาลชาติตระการมีผลงานการให้บริการสูงกว่าเล็กน้อย โดยมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อรายใกล้เคียงกัน (๐.๖๑ และ ๐.๕๕-๐.๗๓) ซึ่งใกล้เคียงกับค่าของประเทศในปี ๒๕๔๘ (๐.๖๓)^(๑๐). เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับเขตและระดับประเทศ พบว่ามีค่าต้นทุนต่อผู้ป่วยนอกต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียงในระดับเขต ๒ และในระดับประเทศ (๔๘๗ บาทต่อครั้ง และ ๔๓๖ บาทต่อครั้งตามลำดับ) และมีต้นทุนต่อผู้ป่วยในต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียงในระดับเขต ๒ และในระดับประเทศ (๖,๘๒๐ และ ๖,๑๐๒ บาทต่อราย ตามลำดับ)^(๑๐) จึงอาจกล่าวได้ว่าโรงพยาบาลชาติตระการสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เทียบเคียงได้กับโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ในประเทศ แต่ใช้ต้นทุนต่ำกว่า. นั่นก็หมายความว่าสามารถใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพนั่นเอง. อย่างไรก็ตาม การประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการนอกจากจะพิจารณาจากต้นทุนต่อหน่วยที่ต่ำกว่าแล้ว ควรจะพิจารณาประเด็นความยุ่งยากซับซ้อนของผู้มารับบริการและผลลัพธ์จากการให้บริการของโรงพยาบาลในเชิงคุณภาพด้วย เช่น ดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพต่าง ๆ หรือตัวชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาลอื่น ๆ เช่นการผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนทั้งหมดต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในพบว่าตีกสูตินรีเวชมีต้นทุนต่อรายและต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์สูงกว่าตีกผู้ป่วยในทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยในตีกสูตินรีเวชส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยคลอดซึ่งโรงพยาบาลต้องลงทุนสูง เนื่องจากห้องคลอดต้องได้มาตรฐานและต้องใช้ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ราคาแพง รวมถึงจัดบุคลากรดูแลผู้ป่วยในอัตราที่สูงกว่าผู้ป่วยในทั่วไป. นอกจากนี้ยังมีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยในที่อยู่ดูแลน้อยกว่าตีกผู้ป่วยในทั่วไป (ร้อยละ ๒๗: ร้อยละ ๗๓). เหตุผลอีกประการหนึ่งคือ น้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยต่อรายของผู้-

ป่วยตีกสูตินรีเวชมีค่าค่อนข้างต่ำคือเท่ากับ ๐.๓๓ ซึ่งต่ำกว่า น้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยต่อรายของผู้ป่วยตีกผู้ป่วยในทั่วไปมาก (๐.๗๒) ดังนั้นจะเห็นว่าต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยคลอดไม่ สอดคล้องกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่คำนวณได้.

สำหรับอัตราคืนทุนทั้งหมดพบว่ามีค่าเท่ากับ ๐.๔๔ โดยการให้บริการผู้ป่วยกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีอัตราคืนทุนสูงที่สุด (๑.๒๒), รองลงมาคือผู้ป่วยที่ประสบ ภัยจากรถ (๑.๑๖) กลุ่มผู้ป่วยกองทุน UC (๐.๙๒) และกลุ่ม ผู้ป่วยประกันสังคม (๐.๘๒) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่พบว่า สวัสดิการข้าราชการมีอัตราคืนทุนให้กับสถานพยาบาลสูงที่สุด, รองลงมาคือประกันสังคม ในขณะที่กองทุนหลักประกัน สุขภาพมีอัตราคืนทุนต่ำกว่าและมากกว่าร้อยละ ๑๐๐ ใน โรงพยาบาลชุมชน^(๑๑) และจากการศึกษาอัตราคืนทุนปี ๒๕๔๗^(๑๒) โดยใช้ข้อมูลของการสำรวจของสำนักงานสถิติ แห่งชาติ และต้นทุนต่อหน่วยของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ พบว่าอัตราคืนทุนทั้งระบบของระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้ามีค่าเท่ากับร้อยละ ๘๑.๗๕ และได้คาดการณ์สำหรับ ปี ๒๕๔๘ ว่าอัตราคืนทุนเฉลี่ยสำหรับบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง เท่านั้นที่มากกว่าร้อยละ ๑๐๐(๑๐๐.๒๔) สำหรับบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน และบริการผู้ป่วยในทั่วไปนั้นมีค่าเพียง ๗๔.๑๓ และ ๗๖.๔๒ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับของโรงพยาบาล ชาติตระการที่ให้บริการผู้ป่วยในทั่วไปเป็นส่วนใหญ่.

เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายของสำนักงานกลางสาร- สนเทศบริการสุขภาพซึ่งจ่ายเงินชดเชยค่าบริการรักษายาบาล ข้าราชการ โดยกำหนดอัตราจ่ายชดเชยให้กับทางโรงพยาบาล ตามข้อมูลที่ทางโรงพยาบาลส่งให้ตามค่าอัตราฐานเฉลี่ย ๓ ปี (๒๕๔๗-๒๕๔๙) (๕,๗๓๗.๘๗ บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนัก สัมพัทธ์). สำหรับปี ๒๕๕๐ ได้กำหนดให้ค่าอัตราฐานเพิ่มเป็น ๖,๒๒๘ บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (แยกจ่ายค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ให้ต่างหาก)^(๑๓) พบว่า เป็นอัตราที่เพียงพอสำหรับต้นทุนในการบริการผู้ป่วยในทั่วไป แต่ยังต่ำกว่าต้นทุนบริการของตีกสูตินรีเวชมาก ซึ่งทางโรง พยาบาลจำเป็นต้องดำเนินการควบคุมต้นทุนเพื่อให้สามารถ อยู่รอดได้.

เมื่อวิเคราะห์รายรับของโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาล ได้รับงบประมาณช่วยเหลือสำหรับโรงพยาบาลที่ประสบปัญหา การเงินการคลังจำนวน ๓ ล้านบาท ซึ่งถ้าไม่มีงบประมาณ ก้อนนี้จะทำให้สถานการณ์เลวร้ายลงไปอีก คือมีอัตราคืนทุน เพียง ๐.๘๗ และพบว่ารายรับงบลงทุนในปี ๒๕๔๙ ต่ำกว่า ต้นทุนค่าลงทุนมาก (๒.๖:๔.๔ ล้านบาทหรือร้อยละ ๖๐) เนื่องจากได้รับงบลงทุนจากกองทุน UC เท่านั้น (ไม่ได้รับงบ ลงทุนจากกองทุนอื่นเลย) เนื่องจากเกณฑ์ในการจัดสรรงบ ลงทุนอื่น (Non UC) กำหนดเกณฑ์จัดสรรสำหรับครุภัณฑ์มูลค่า ๑ ล้านบาทขึ้นไป. สิ่งก่อสร้างมูลค่า ๑๐ล้านบาทขึ้นไป^(๑๔) ซึ่งเป็นรายการครุภัณฑ์หรือสิ่งก่อสร้างที่มีราคาสูงเกินกว่า รายการในโรงพยาบาลชุมชน. ดังนั้นควรจะมีการปรับเกณฑ์ จัดสรรงบลงทุนจากกองทุนอื่นให้เหมาะสมเพื่อให้ทางโรง- พยาบาลชุมชนได้รับงบลงทุนตามที่ควรจะได้รับ. นอกจากนี้ อาคาร ครุภัณฑ์ที่มีมูลค่าสูงหลายรายการมีอายุการใช้งาน นาน และใกล้จะหมดอายุ ซึ่งถ้าโรงพยาบาลต้องลงทุนจัดหา ทดแทน จำเป็นต้องใช้งบประมาณที่สูง และจะส่งผลให้ สถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลวิกฤติมากขึ้นไปอีก.

จากการที่โรงพยาบาลชาติตระการมีอัตราคืนทุนโดย รวมต่ำกว่า ๑ นั้น โรงพยาบาลควรมีกลยุทธ์ในการบริหาร จัดการเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถอยู่รอดได้ เช่นการควบคุม ต้นทุนโดยเฉพาะต้นทุนค่าแรงและค่าวัสดุซึ่งมีมูลค่าค่อนข้างสูง, การเพิ่มรายรับเช่นการพัฒนาระบบลูกหนี้และการติดตามหนี้ ให้มีประสิทธิภาพ, การพัฒนาระบบข้อมูลโรงพยาบาลให้มี ประสิทธิภาพในการเรียกเก็บค่าบริการรักษายาบาล, การพัฒนา ระบบบริการเพื่อให้ประชาชนที่มีกำลังซื้อมาใช้บริการ รวมถึง การนำเสนอปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาการจัดสรรเงินจาก แหล่งต่าง ๆ ที่ไม่เป็นธรรม.

โดยประสบการณ์จากผลงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

๑. เนื่องจากมีความแตกต่างกันในการศึกษาต้นทุน เช่น วิธีการศึกษา, บริบทโรงพยาบาลที่ศึกษาที่ต่างกัน, การศึกษา ในช่วงเวลาที่แตกต่างกันทำให้ค่าของเงินแตกต่างกัน จึงพึง ระวังในการที่จะนำต้นทุนมาเปรียบเทียบกันโดยตรง.



๒. เกณฑ์ในการกระจายต้นทุนจากบางหน่วยต้นทุน อาจจะเป็นเกณฑ์ที่ยิ่งกว้างและไม่ได้สะท้อนถึงกิจกรรมที่ หน่วยต้นทุนนั้นดำเนินการให้หน่วยต้นทุนอื่นจริง ๆ ดังนั้น ควรมีการศึกษาต้นทุนกิจกรรมในกิจกรรมหลัก ๆ เพื่อความ ถูกต้องในการกระจายต้นทุนมากขึ้น และยังได้ประโยชน์ต่อ การศึกษาต้นทุนรายโรค หรือต้นทุนอื่น ๆ ที่สนใจศึกษาใน อนาคต.

๓. ควรจะมีการศึกษาต้นทุนในโรงพยาบาลต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการประเมินประสิทธิภาพ ในการบริหารจัดการ. นอกจากนี้ควรนำข้อมูลต้นทุนมาปรับ สัดส่วนต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยในต่อต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วย นอกให้สอดคล้องกับต้นทุนที่แท้จริงเพื่อประโยชน์ในการ นำมาใช้คำนวณต้นทุนทางลัด และควรปรับปรุงบัญชี โรงพยาบาลที่ใช้ในรายงาน ๐๑๑๐ร๕ ให้สอดคล้องกับหลัก การของบัญชีต้นทุน.

กิตติกรรมประกาศ

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชาติตระการทุกคนได้ให้ความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี. นายแพทย์ เกรียงศักดิ์ วัชรนุก ุลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบท, อดีตประธานชมรม แพทย์ชนบท และคณะกรรมการชมรมแพทย์ชนบททุกท่าน ได้ทุ่มเทกำลังกายและกำลังใจในการผลักดันทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงในการพัฒนางานวิชาการของโรงพยาบาลชุมชน ในครั้งนี้. อาจารย์นิตยา จันทร์เรือง มหาผล และอาจารย์นาย แพทย์ภูษิต ประคองสายได้กรุณาให้คำปรึกษาการเขียนนิพนธ์ ต้นฉบับ.

เอกสารอ้างอิง

๑. ชาณุวิทย์ ทรัพย์, ชูชัย ศรีขำนิ, สุภมิตร ปริดิษมิตรณ์, มาลีรัตน์ อ่างทอง (บรรณาธิการ). แนวทางการบริหารการเงิน การคลังของ หน่วยงานสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๔๗. หน้า ๑๖๒.
๒. สายชล ธัญธิษตรี. การวิเคราะห์ต้นทุนและต้นทุนต่อหน่วยบริการ ของโรงพยาบาลบางพลี. วิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาวิทยาศาสตรมหา บัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๑.

๓. นันทวรรณ ศรีแดง. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยโรงพยาบาลเดิน จังหวัดลำปาง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๔๐. วิทยานิพนธ์เพื่อ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๑.
๔. ณัฐริศ ศรีบุญเรือง. ต้นทุน รายได้และการคืนทุนของแผนกบริการ ผู้ป่วยโรงพยาบาล แม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์เพื่อ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; ๒๕๔๒.
๕. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ประคองลักษณ์ จ่างกลาง, เข็มทอง หน่อศรี คา, บุญศรี ปิยะตระกูลรัตน์, ลดาวัลย์ สุวรรณ. ต้นทุนของโรง พยาบาลชุมชน กรณีศึกษาโรงพยาบาล ๔ แห่งในจังหวัดขอนแก่น. Health Care Reform Pilot Project in Field Model Development, Khonkaen Province; 2543.
๖. เกษม ตั้งเกษมสำราญ. Unit cost and cost recovery analysis of community hospitals : a case study of Thongsakhan Hospital. วิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, คณะเศรษฐศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๔.
๗. กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด, เกศราภรณ์ ภักดีวงศ์. ต้นทุนต่อหน่วยบริการ ของโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ปีงบประมาณ ๒๕๔๖. พุทธ ชินราชเวชสาร ๒๕๔๘; ๒๒: ๑๑๕-๕๕.
๘. สมศิริ ศัลยพงษ์. ต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ๒๕๔๖; ๑๘: ๒๔- ๓๒.
๙. ภูวเดช สุระโคตร. ต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ ๒๕๔๕. เอกสารอัดสำเนา; ๒๕๕๐.
๑๐. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. สรุปผลงานปี ๒๕๔๕ (online). ๒๕๕๐ (๑๐ หน้า). Available from: <http://phdb.moph.go.th>. Accessed July 20, 2550.
๑๑. ศุกสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย (บรรณาธิการ). ความเป็นธรรมทางสุขภาพ บทเรียนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. เอกสาร ประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการองค์ความรู้ความเป็นธรรมทาง สุขภาพ บทเรียนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ๒๗-๒๘ มิถุนายน ๒๕๔๘, ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัย และติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; ๒๕๔๘.
๑๒. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ทวีศรี กริทอง, สาหร่าย เรืองเดช, จเด็จ ธรรมรัชชารี, ประดิษฐ์ วงษ์กณารัตนกุล, ประจักษ์วิช เล็บนาค, และคณะ. การจ่ายเงินสถานพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า : การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในปีงบประมาณ ๒๕๔๘. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๗; ๖: ๕๑๑-๒๕.
๑๓. สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ. แจ้งอัตราฐานค่ารักษา พยาบาลผู้ป่วยในเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ. หนังสือ ราชการ, กรุงเทพฯ; ๒๕๕๐.
๑๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. เกณฑ์การจัดสรรเงินงบลงทุน Non- UC ประจำปี ๒๕๕๐. เอกสารอัดสำเนา; ๒๕๕๐.