

ต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการโรงพยาบาลแม่สะเรียง ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗

สุเมธ อภังกรณดี*

บทคัดย่อ

ต้นทุนต่อหน่วยบริการได้ถูกใช้ประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการ และเป็นเครื่องมือของผู้บริหารในการตัดสินใจจัดสรรทรัพยากรและวางแผนปรับปรุงประสิทธิภาพ. การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อคำนวณต้นทุนต่อหน่วยบริการต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลแม่สะเรียง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยอาศัยข้อมูลบัญชีภูมิของปีงบประมาณ ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗ และเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของต้นทุนต่อหน่วย. รูปแบบการศึกษาเป็นเชิงพรรณนา ใช้หลักทฤษฎีการวิเคราะห์ต้นทุนและใช้คู่มือการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชนของสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ เป็นแนวทางในการเก็บข้อมูล, การบันทึก และคำนวณ. ต้นทุนในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงต้นทุนทางบัญชีและใช้มุมมองของผู้ให้บริการ.

การศึกษาค้นพบว่าในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗ สัดส่วนค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน เท่ากับ ๕๗.๗๑ : ๒๗.๕๕ : ๑๔.๖๘ และ ๖๑.๖๑ : ๓๑.๖๑ : ๖.๗๘ ตามลำดับ. ต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยนอกรวมทุกแผนกเท่ากับ ๒๕๗.๐๑ และ ๒๕๖.๓๓ บาท ตามลำดับ; ผู้ป่วยในรวมทุกหอผู้ป่วยเท่ากับ ๔,๕๗๕.๓๑ และ ๔,๕๔๔.๒๒ บาท ต่อรายตามลำดับ และต้นทุนของผู้ป่วยในต่อหนึ่งค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วเท่ากับ ๖,๕๗๕.๗๕ และ ๗,๑๗๗.๗๖ บาท ตามลำดับ. ต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยนอกแยกรายแผนกพบว่าแผนกทันตกรรมมีต้นทุนสูงสุด ๖๗๕.๒๘ บาทต่อครั้งการให้บริการในปี ๒๕๔๖, และคลินิกเพื่อนใจมีต้นทุนสูงสุด ๖๘๔.๓๕ บาทต่อครั้งการให้บริการในปี ๒๕๔๗. ส่วนผู้ป่วยในพบว่าหอผู้ป่วยหนักมีต้นทุนสูงสุดทั้ง ๒ ปี (๑๔,๓๒๗.๔๐ และ ๑๒,๓๓๘.๒๕ บาทต่อรายผู้ป่วยใน). การเปลี่ยนแปลงของแต่ละหน่วยบริการมีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นทุกแผนก ยกเว้นแพทย์แผนไทยและคลินิกเพื่อนใจ, รวมถึงจำนวนวันนอนที่เพิ่มขึ้นทุกหอผู้ป่วยยกเว้นหอผู้ป่วยชาย และเกือบทุกหอผู้ป่วยยกเว้นหอผู้ป่วยหนัก และครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการผู้ป่วยนอกจะมีต้นทุนต่อหน่วยเพิ่มสูงขึ้น. แต่ในทางกลับกัน เกือบทุกหอผู้ป่วยในยกเว้นหอผู้ป่วยชาย มีต้นทุนต่อวันนอนลดลง.

คู่มือการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชนที่ใช้เป็นแนวทางการศึกษาครั้งนี้ให้ความสะดวกและง่ายต่อการวิเคราะห์ต้นทุน. โรงพยาบาลแม่สะเรียงก็เช่นเดียวกับโรงพยาบาลอื่นที่มีสัดส่วนค่าแรงสูงสุด ซึ่งมีต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยนอกใกล้เคียงกับโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๕๐ เตียงอื่น, แต่ต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยในจะมีค่าสูงกว่า เนื่องจากโรงพยาบาลมีแพทย์เฉพาะทางและเปิดบริการหอผู้ป่วยหนักและเด็กคลอดก่อนกำหนด. ด้านประสิทธิภาพเชิงต้นทุนพบว่าในบางหน่วยบริการจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ทำให้ต้นทุนต่อหน่วยสูงขึ้นด้วย แต่บางหน่วยบริการกลับมีต้นทุนต่อหน่วยลดลงเช่นเดียวกับต้นทุนต่อวันนอนที่ลดลงเช่นกัน อาจบ่งถึงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น. ทั้งนี้อาจต้องนำคุณภาพของหน่วยบริการ รวมถึงการนำน้ำสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาพิจารณาประกอบ.

คำสำคัญ: ต้นทุนต่อหน่วย, โรงพยาบาลชุมชน, ประสิทธิภาพ, ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์, โรงพยาบาลแม่สะเรียง

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

Abstract Unit Cost of Health Services in Mae Sariang Hospital, Fiscal Years 2003 and 2004**Sumet Ongwandee*****Provincial Public Health Office, Mae Hong Son Province*

Unit cost analysis has often been used as a tool to determine the efficiency of a health-care facility. Policy makers employ the unit cost of health services in order to make decisions on resource allocation and for efficiency improvement. This descriptive study was aimed at calculating the unit cost for each cost center in Mae Sariang District Hospital by collecting financial and accounting secondary data during fiscal years (FY) 2003 and 2004. The study then evaluated a change in the unit costs of the health services in each cost center for the two-year period. This study applied the principle of cost analysis and the manual of unit cost analysis for district hospitals affiliated with the International Health Policy Program (IHPP). Costs in the study were defined as accounting costs with a provider's perspective.

The results showed the following proportion of labor costs, material costs, and capital costs in FY 2003 and 2004: 57.73; 27.59; 14.68 and 61.61; 31.61; 6.78, respectively. Average unit costs of all outpatient departments were Baht 257.01 and 256.33 respectively. Those of all in-patient departments were 4,579.31 and 4,944.22 Baht per case admission, respectively, and the unit costs per adjusted relative weights were 6,575.79 and 7,177.76 Baht, respectively. Compared with the out-patient departments, the unit cost of dental services was the highest (679.28 baht per visit) in FY 2003 and the counseling service department had the highest cost (684.39 baht per visit) in FY 2004. Among in-patient wards, the intensive care unit (ICU) had the highest cost in both years (14,327.40 and 12,338.29 baht respectively per case admission). A comparison between both years revealed an increase in the number of ambulatory visits and in-patient-days in most departments. Compared with unit costs in FY 2003, half of the out-patient service centers had a higher unit cost, but most of the in-patient departments, except for the male ward, could operate at a cheaper in-patient-day.

The data collection methods and the unit cost calculations as described in the Manual of Unit Cost Analysis for District Hospitals, which were used in the study, were practical and easy. The proportion of the labor costs to total costs of Mae Sariang Hospital was similar to that of other district hospitals. The average unit cost of out-patient services was not very different from that of other 90-bed hospitals, but the average unit cost per in-patient case was higher. Specialists practicing in the hospital and the provision of ICU services and preterm baby care may explain the more expensive unit cost for in-patient care. In terms of cost efficiency, an increasing number of patients and the total expenditure in some service centers actually resulted in an increase in the unit cost; thus, several service centers surprisingly turned out a cheaper unit cost for visits as well as unit cost of in-patient-days. The findings may indicate greater efficiency of resource utilization. However, the quality of health services and relative weight of diagnosis-related groups should be taken into account.

Key words: unit cost, district hospital, efficiency, relative weight

ภูมิหลังและเหตุผล

การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขครั้งสำคัญของการสาธารณสุขไทยในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ โดยรัฐบาลขณะนั้น ได้มีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนคนไทยทุกคน ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐. การนำนโยบายสู่การปฏิบัตินั้น สถานบริการสุขภาพภาครัฐทุกแห่งต้องมีการปรับตัวอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อให้การใช้ทรัพยากรเหล่านั้นเกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นเครื่องมือสำคัญในการ

ตอบสนองเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของระบบบริการสาธารณสุข ในด้านความเป็นธรรม และกระตุ้นประสิทธิภาพของระบบ^(๑).

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้กำหนดความต้องการงบประมาณจากรัฐบาลในอัตราเหมาจ่ายรายหัว โดยอาศัยการคำนวณ และใช้ฐานข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานบริการระดับต่าง ๆ^(๒). การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวนี้ได้ถูกปรับเปลี่ยนวิธีการคำนวณเพื่อให้มีความสอดคล้องกับข้อมูลใหม่เกี่ยวกับการ



เจ็บป่วยและตามข้อเสนอแนะของนักวิชาการกลุ่มต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง^(๓).

การศึกษาด้านทุนของบริการสุขภาพที่ถูกต้องและครบถ้วน จะส่งผลต่อการประมาณการเพื่อระดมทรัพยากรที่จำเป็น สำหรับการพัฒนาสุขภาพอย่างเพียงพอ. การศึกษาด้านทุนต่อ หน่วยจะนับว่ามีประโยชน์ยิ่งขึ้นเมื่อนำผลการคำนวณใช้ ประเมินประสิทธิภาพ. จากการเปรียบเทียบต้นทุนกับผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นในกิจกรรมที่กำลังดำเนินอยู่หรือผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น หากมีโครงการใหม่มาแทนที่โครงการเดิมมีประสิทธิภาพดีกว่า^(๔) รวมถึงประโยชน์อื่น ๆ เช่น การใช้ต้นทุนเพื่อจัดลำดับความ สำคัญของกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหน่วยงาน, การนำไปใช้เพื่อ วางแผนปรับปรุงประสิทธิภาพของหน่วยงานให้ดีขึ้น และใช้ ประเมินความเป็นธรรม จากการกระจายของต้นทุนบริการที่ ให้กับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ^(๕).

โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และในบางแห่งเป็นระดับตติยภูมิที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชน มี จำนวนเตียงระหว่าง ๓๐-๑๒๐ เตียง. การคำนวณหาต้นทุน ของโรงพยาบาลจึงมีประโยชน์อย่างยิ่งเพื่อใช้ประเมิน ประสิทธิภาพของตนเองและเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นใน ระดับใกล้เคียงกันถึงการให้บริการด้านต่าง ๆ ในการ ดำเนินงาน และนำผลการวิเคราะห์เพื่อควบคุมต้นทุนในสิ่งที่ ควบคุมได้ เพื่อสร้างความมีเสถียรภาพทางการเงินการคลัง ของหน่วยงาน, โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้งบประมาณแบบ ปลายปิด ที่รัฐบาลโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายตามรายหัวประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบของแต่ละหน่วยคู่สัญญา.

โรงพยาบาลแม่สะเรียงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๔๐ เตียง^(๖,๗) ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ถูกจัดเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ระดับ ๒.๒ และมีศักยภาพในการรับการส่งต่อผู้ป่วยจาก อำเภอใกล้เคียง คือ อำเภอแม่ลาน้อย และอำเภอสบเมย เริ่ม โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อตุลาคม ๒๕๔๔ มี ประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้าจำนวน ๖๓,๐๔๘ คน (ข้อมูลปี ๒๕๔๗) ประกอบด้วย ประชากรจาก ๗ ตำบลในอำเภอแม่สะเรียงและ ๓ ตำบลจาก

อำเภอสบเมย ในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ ให้บริการผู้ป่วยนอก เฉลี่ยวันละ ๓๒๑ คน และอัตราครองเตียงร้อยละ ๘๗.๐๘ โดยมีบุคลากรในโรงพยาบาลทั้งสิ้น ๒๒๒ คน. การคำนวณ เพื่อหาต้นทุนงานบริการของโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้บริหาร ทราบถึงภาระค่าใช้จ่ายทั้งค่าแรง ค่าวัสดุ และครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้าง เพื่อใช้วัดประสิทธิภาพในหน่วยงานและใช้สำหรับวางแผน ปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป.

การศึกษาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อคำนวณต้นทุนต่อ หน่วยบริการต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลแม่สะเรียงใน ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗ รวมถึงเปรียบเทียบการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาระเบียบวิธีศึกษาข้อมูลทุติยภูมิปีงบประมาณ ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗ ของโรงพยาบาลแม่สะเรียง โดยใช้หลัก ทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุน และผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ “คู่มือการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชน” เขียนโดยคณะ ผู้เชี่ยวชาญของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง ประเทศ^(๘) และโปรแกรม Excel[®] ในการบันทึกและคำนวณ ข้อมูลต้นทุน. ต้นทุนในการศึกษาคั้งนี้หมายถึง ต้นทุนทางบัญชี ได้แก่ จำนวนเงินที่จ่ายไปเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิต หรือบริการ ในการดำเนินการจัดการเพื่อสุขภาพอนามัยแก่ผู้มารับบริการ และใช้มุมมองจากผู้ให้บริการโดยกำหนดขั้นตอนการศึกษาคั้งนี้

๑. หน่วยงานของโรงพยาบาล จำแนกออกเป็นหน่วย ต้นทุน (Cost Center) ๓ กลุ่ม

๑.๑ กลุ่มที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-revenue Producing Cost Center; NRPPC) เป็นกลุ่มสนับสนุนการทำงาน เช่น ฝ่ายบริหารงานทั่วไป, งานเวชระเบียน.

๑.๒ กลุ่มที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue Producing Cost Center; RPCC) ได้แก่ งานรังสี, งานชันสูตร เป็นต้น.

๑.๓ กลุ่มที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง (Direct Patient Service; PS) ได้แก่ งานตรวจผู้ป่วยนอก งานทันตกรรม, งานหอผู้ป่วยใน เป็นต้น.

ในการจำแนกหน่วยต้นทุนได้ใช้โครงสร้างการบริหารงาน

และการบริหารทรัพยากรมาช่วยในการกำหนดหน่วยต้นทุน.

๒. *ต้นทุนค่าแรง (Labor Cost; LC)* รวบรวมค่าแรงซึ่งประกอบด้วย เงินเดือน, ค่าล่วงเวลา, เบี้ยเลี้ยง, ค่ารักษาพยาบาล, ค่าตอบแทนพิเศษต่าง ๆ และสวัสดิการอื่น ๆ โดยแบ่งตามฝ่ายต่าง ๆ ที่ได้จำแนกหน่วยต้นทุนไว้แล้ว. สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานหลายหน่วยต้นทุน เช่น แพทย์ ให้จัดสรรค่าแรงตามสัดส่วนการปฏิบัติงานในหน่วยต้นทุนต่าง ๆ. ส่วนข้าราชการที่ลาศึกษาต่อหรือไปช่วยราชการที่อื่น จะไม่นำค่าแรงมาคำนวณเป็นต้นทุนค่าแรงของโรงพยาบาล.

๓. *ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost; MC)* ค่าวัสดุได้แก่ วัสดุสิ้นเปลืองต่าง ๆ เช่น วัสดุสำนักงาน, งานบ้านงานครัว, ยา, วัสดุการแพทย์, วัสดุวิทยาศาสตร์, ค่าสาธารณูปโภค, ค่าซ่อมบำรุง, รวมถึงค่าจ้างเหมาบริการจากหน่วยงานภายนอก.

๔. *ต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost; CC)* คิดจากค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง. อาศัยข้อมูลตามบัญชีเกณฑ์คงค้าง ซึ่งคิดราคาค่าเสื่อมราคาด้วยวิธีเส้นตรง โดยต้นทุนค่าลงทุนนี้ต้องเฉลี่ยแบ่งให้แก่หน่วยต้นทุนที่ได้ใช้ประโยชน์จากสิ่งก่อสร้างนั้น ๆ และใช้สัดส่วนพื้นที่ใช้สอยเป็นเกณฑ์การกระจาย.

๕. *ต้นทุนรวมโดยตรงของแต่ละหน่วยต้นทุน (Total direct cost determination)* ประกอบด้วยต้นทุนค่าแรง + ต้นทุนค่าวัสดุ + ต้นทุนค่าลงทุน.

๖. *การกระจายต้นทุน (Indirect cost allocation)* เป็นการเคลื่อนย้ายต้นทุนของหน่วยต้นทุนที่ทำหน้าที่สนับสนุนมาสู่หน่วยต้นทุนที่ให้บริการผู้ป่วย. การศึกษาครั้งนี้ใช้สมการเส้นตรง (simultaneous equation method) ซึ่งอยู่ในโปรแกรม Excel® ที่ออกแบบเพิ่มเติมสำหรับเก็บข้อมูลต้นทุนโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. หน่วยต้นทุนที่เป็นหน่วยต้นทุนชั่วคราวต้องมีเกณฑ์การกระจายต้นทุน เพื่อกำหนดว่าจะใช้ข้อมูลอะไรมากระจายต้นทุนของตนเองให้กับหน่วยต้นทุนอื่น.

๗. *ต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost calculation)* คือการเปรียบเทียบทรัพยากรที่ใช้กับผลลัพธ์หรือปริมาณงานที่เกิดขึ้นตั้งสูตรคำนวณ

$$\text{ต้นทุนต่อหน่วย} = \frac{\text{ต้นทุนทั้งหมด}}{\text{จำนวนหน่วยบริการ}}$$

โดยจำนวนหน่วยบริการของงานบริการผู้ป่วยนอกคือจำนวนครั้งของผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาล. ส่วนของผู้ป่วยในอาจเป็นจำนวนรายของผู้ป่วยในหรือจำนวนวันนอนทั้งหมด.

๘. *การเปลี่ยนแปลงระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗* การเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้รับบริการและต้นทุนต่อหน่วยที่เกิดขึ้น จะถูกแสดงให้เห็นเป็นจำนวนร้อยละ รวมถึงแสดงให้เห็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน.

๙. *ต้นทุนของผู้ป่วยในต่อหนึ่งค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (adjusted RW)* คำนวณจากรวมต้นทุนผู้ป่วยในทุกหอผู้ป่วย หาดด้วยผลรวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วของปีงบประมาณ ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗.

ส่วนการทำความสะอาด การดูแลสวน และยามรักษาความปลอดภัย โรงพยาบาลแม่สะเรียงได้จ้างเหมาบริการจากหน่วยงานภายนอก โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้กระจายให้หน่วยต้นทุนทุกหน่วยตามเกณฑ์พื้นที่ใช้สอย.

ผลการศึกษา

การจำแนกหน่วยต้นทุนต่าง ๆ ของโรงพยาบาลแม่สะเรียงแสดงในตารางที่ ๑.

ต้นทุนรวมค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน (รูปที่ ๑)

ต้นทุนทั้งสิ้นในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ เท่ากับ ๖๒,๑๘๒,๔๕๗.๒๖ และ ๖๓,๕๒๗,๔๔๔.๑๖ บาท ตามลำดับ; แบ่งเป็นต้นทุนค่าแรง ๓๕,๘๘๕,๖๒๘.๑๖ และ ๓๙,๑๓๖,๐๖๖.๐๑ บาท, ต้นทุนค่าวัสดุ ๑๗,๑๕๖,๒๘๖.๓๔ และ ๒๐,๐๘๑,๘๒๖.๗๖ บาท, ต้นทุนค่าลงทุน ๙,๑๓๐,๕๕๒.๗๖ และ ๔,๓๐๙,๕๕๒.๓๙ บาท ตามลำดับ (รูปที่ ๑) พบว่าต้นทุนทุกประเภทยกเว้นค่าลงทุนมีค่าสูงขึ้นในปี ๒๕๕๗. เมื่อคิดเป็นสัดส่วน ค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน ปี ๒๕๕๖ เท่ากับ ๕๗.๗๓ : ๒๗.๕๕ : ๑๔.๖๘ และ ปี ๒๕๕๗ เท่ากับ ๖๑.๖๑ : ๓๑.๖๑ : ๖.๗๘.



ตารางที่ ๑ หน่วยต้นทุนของโรงพยาบาลแม่สะเรียง

กลุ่มที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้	กลุ่มที่ก่อให้เกิดรายได้	กลุ่มที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง
ฝ่ายบริหารงานทั่วไป	ฝ่ายเภสัชกรรม	งานผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน
งานเวชระเบียน	งานชันสูตร	ฝ่ายทันตกรรม
โรงครัว	งานรังสีวินิจฉัย	งานกายภาพบำบัด
หน่วยจ่ายกลาง	ห้องผ่าตัด	งานแพทย์แผนไทย
โรงซักฟอก		คลินิกเพื่อนใจ**
ฝ่ายการพยาบาล [§]		คลินิกส่งเสริม ⁺
เวชกรรมชุมชน*		หอผู้ป่วยหญิง
		หอผู้ป่วยเด็ก
		หอผู้ป่วยชาย
		หอผู้ป่วยหนัก
		หอผู้ป่วยคลอด
		หน่วยปฐมภูมิร่มโพธิ์ทอง ⁺⁺

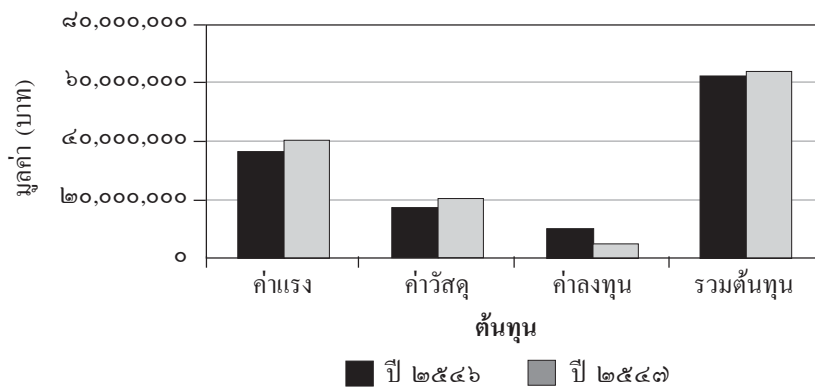
[§] ฝ่ายการพยาบาล คือ สำนักงานของฝ่ายอันประกอบด้วยหัวหน้าฝ่าย และผู้ช่วย

* เวชกรรมชุมชนประกอบด้วยงานส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพิบาลรวมกัน และงานประกันสุขภาพ ซึ่งทำหน้าที่วางแผนและสนับสนุนการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน และดูแลงานทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ เช่น ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การเรียกเก็บเงินจากระบบประกันสุขภาพทุกประเภท. ในส่วนการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผู้วิจัยได้แยกต้นทุนออกต่างหากให้กับคลินิกส่งเสริมสุขภาพแล้ว.

** คลินิกเพื่อนใจ คือ คลินิกให้คำปรึกษาทางจิตเวช และโรคเอชไอวี.

⁺ คลินิกส่งเสริมประกอบด้วย คลินิกเด็กดี, คลินิกฝากครรภ์, คลินิกวางแผนครอบครัว, คลินิกวัณโรค และคลินิกเบาหวานและความดันเลือดสูง.

⁺⁺ หน่วยปฐมภูมิร่มโพธิ์ทอง คือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ตั้งอยู่ภายในโรงพยาบาล.



รูปที่ ๑ ต้นทุนต่าง ๆ ของปีงบประมาณ ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗

การกระจายต้นทุน มีเกณฑ์การกระจายดังนี้

ฝ่ายบริหารงานทั่วไป : จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยต้นทุน.

งานเวชระเบียน : จำนวนครั้งของผู้มาใช้บริการที่

งานผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน และจำนวนรายผู้ป่วยใน.

โรงครัว : จำนวนวันนอนของแต่ละหอผู้ป่วยใน.

หน่วยจ่ายกลาง : จำนวนท่อเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อที่แต่ละฝ่ายเบิกใช้ คิดเป็นน้ำหนักสัมพัทธ์ของแต่ละท่อ.

โรงซักฟอก : นำหน้ากากแห้งที่ส่งให้แต่ละฝ่าย.

ฝ่ายการพยาบาล : จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ฝ่ายการพยาบาล
รับผิดชอบ.

เวชกรรมชุมชน* : จำนวนครั้งของผู้มาใช้บริการที่
งานผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน และจำนวนรายผู้ป่วยใน.

ฝ่ายเภสัชกรรม : มูลค่ายาตามใบสั่งยาใน ๑ เดือน.

งานชันสูตร : มูลค่าตามใบส่งตรวจใน ๑ เดือน.

งานรังสีวินิจฉัย : มูลค่าตามใบส่งตรวจใน ๑ เดือน.

ห้องผ่าตัด : มูลค่าการผ่าตัดในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมา.

*เนื่องจากลูกค้าของเวชกรรมชุมชนคือประชากรใน
เขตอำเภอแม่สะเรียงที่รับการกระจายต้นทุนจากงานนี้ แต่
เกณฑ์ดังกล่าวอาจไม่สามารถนำมาใช้ได้ การศึกษานี้จึงใช้
จำนวนผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแทน.

การกระจายต้นทุนทางอ้อมจากกลุ่ม NRPPC และ RPCC
ซึ่งเป็นหน่วยต้นทุนชั่วคราวให้กับกลุ่ม PS ตามความสัมพันธ์
ในการให้บริการหรือสนับสนุนโดยเกณฑ์ที่กล่าวมาข้างต้น,
ต้นทุนทั้งหมดจะกระจายมาตกอยู่ใน PS ซึ่งเป็นหน่วยรับต้นทุน.
ดังนั้นหน่วยรับต้นทุนจะมีต้นทุนทั้งหมดเท่ากับต้นทุนทางตรง

ของหน่วยรับต้นทุนรวมกับต้นทุนทางอ้อมที่ถูกกระจายมา
จากหน่วยต้นทุนชั่วคราวต่าง ๆ (ตารางที่ ๒ และ ๓). จากการ
คำนวณทั้งปี ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ พบว่างานบริการผู้ป่วย
นอกและฉุกเฉินมีต้นทุนรวมสูงสุด, รองลงมาเป็นหอผู้ป่วยชาย
โดยสัดส่วนต้นทุนทางอ้อมที่กระจายให้งานบริการผู้ป่วยนอก
และฉุกเฉินมีจำนวนที่สูงที่สุด.

ต้นทุนต่อหน่วย

ต้นทุนต่อหน่วยปีงบประมาณ ๒๕๕๖ และ ๒๕๕๗ ผู้ป่วย
นอกและฉุกเฉินเท่ากับ ๒๓๐.๙๐ และ ๒๔๐.๗๗ บาทตาม
ลำดับ. ต้นทุนต่อหน่วยสูงสุดคืองานทันตกรรม (๖๗๙.๒๘
บาทต่อครั้งของการให้บริการ) และคลินิกเพื่อนใจ (๖๘๔.๓๙
บาทต่อครั้งของการให้คำปรึกษา) ตามลำดับ. ส่วนงานบริการ
ผู้ป่วยใน พบว่า หอผู้ป่วยหนักมีต้นทุนสูงสุดทั้งสองปี (๑๔,๓๒๗.๔๐
และ ๑๒,๓๓๘.๒๙ บาทต่อรายผู้ป่วยใน), รองลงมาเป็นหอผู้
ป่วยหญิง (๔,๖๖๙.๖๐ บาทต่อรายผู้ป่วยใน) ในปี ๒๕๕๖
และหอผู้ป่วยชาย (๔,๘๔๔.๖๘ บาทต่อรายผู้ป่วยใน) ในปี
๒๕๕๗. หากคิดเป็นต่อวันนอนพบว่าหอผู้ป่วยหนักจะมี

ตารางที่ ๒ ต้นทุนรวมของหน่วยบริการผู้ป่วยโดยตรงจากการจัดสรรต้นทุน ปีงบประมาณ ๒๕๕๖

หน่วยบริการ	ต้นทุนทางตรง บาท (ร้อยละ)	ต้นทุนทางอ้อม บาท (ร้อยละ)	รวม บาท (ร้อยละ)
ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน	๖,๕๓๓,๔๖๖.๒๐ (๓๘.๔๑)	๑๑,๑๑๕,๗๑๘.๖๐ (๖๑.๕๙)	๑๗,๖๔๙,๑๘๔.๘๐ (๑๐๐)
ทันตกรรม	๒,๘๔๔,๖๕๐.๓๘ (๘๓.๕๕)	๕๔๒,๑๕๗.๔๐ (๑๖.๐๑)	๓,๓๘๖,๘๐๗.๗๘ (๑๐๐)
กายภาพบำบัด	๕๖๕,๔๐๘.๒๑ (๘๑.๘๓)	๑๒๕,๕๓๐.๐๔ (๑๘.๑๗)	๖๙๐,๙๓๘.๒๕ (๑๐๐)
แพทย์แผนไทย	๔๕๒,๔๐๑.๐๒ (๖๕.๘๖)	๒๕๕,๒๐๖.๔๖ (๓๘.๑๔)	๗๐๗,๖๐๗.๔๘ (๑๐๐)
คลินิกเพื่อนใจ	๕๒๒,๕๒๓.๔๘ (๗๕.๕๘)	๑๓๐,๘๖๖.๐๕ (๒๐.๐๒)	๖๕๓,๓๘๙.๕๓ (๑๐๐)
คลินิกส่งเสริม	๕๔๕,๘๖๒.๒๘ (๗๕.๔๒)	๑๗๕,๒๒๗.๕๒ (๒๔.๕๘)	๗๒๑,๐๘๙.๘๐ (๑๐๐)
หอผู้ป่วยหญิง	๓,๓๖๗,๗๑๕.๕๕ (๓๘.๘๕)	๕,๓๐๗,๖๔๒.๒๖ (๖๑.๑๕)	๘,๖๗๕,๓๕๗.๘๑ (๑๐๐)
หอผู้ป่วยเด็ก	๓,๒๖๕,๑๔๑.๖๕ (๔๕.๕๘)	๓,๒๖๗,๖๕๒.๕๒ (๕๐.๐๒)	๖,๕๓๒,๗๙๔.๑๗ (๑๐๐)
หอผู้ป่วยชาย	๓,๖๔๐,๐๖๒.๕๔ (๔๕.๗๑)	๕,๒๒๗,๕๓๓.๘๘ (๕๘.๒๙)	๘,๘๖๗,๕๙๖.๔๒ (๑๐๐)
หอผู้ป่วยหนัก	๔,๔๔๗,๔๖๘.๓๕ (๓๑.๕๒)	๑,๖๖๖,๖๒๓.๑๖ (๒๘.๔๘)	๖,๑๑๔,๐๙๑.๕๑ (๑๐๐)
หอผู้ป่วยคลอด	๒,๘๖๐,๘๓๕.๖๗ (๔๘.๕๑)	๓,๖๖๗,๑๗๕.๕๕ (๕๖.๔๙)	๖,๕๒๘,๐๑๑.๒๒ (๑๐๐)
หน่วยปฐมภูมิร่วมโพธิ์ทอง	๖๕๕,๑๗๗.๘๑ (๗๑.๕๑)	๒๕๕,๘๐๑.๕๑ (๒๘.๐๘)	๙๑๐,๙๗๙.๓๒ (๑๐๐)



ตารางที่ ๓ ต้นทุนรวมของหน่วยบริการผู้ป่วยโดยตรงจากการจัดสรรต้นทุน ปีงบประมาณ ๒๕๔๗

หน่วยบริการ	ต้นทุนทางตรง	ต้นทุนทางอ้อม	รวม
	บาท (ร้อยละ)	บาท (ร้อยละ)	บาท (ร้อยละ)
งานผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน	๗,๓๐๗,๕๓๑.๓๖ (๓๗.๕๐)	๑๒,๑๗๘,๖๕๕.๖๕ (๖๒.๕๐)	๑๙,๔๘๖,๑๘๗.๐๑ (๑๐๐)
ฝ่ายทันตกรรม	๒,๗๔๖,๒๗๐.๔๔ (๗๕.๘๗)	๖๕๒,๒๕๕.๕๕ (๒๐.๑๓)	๓,๔๙๘,๕๒๖.๐๑ (๑๐๐)
งานกายภาพบำบัด	๔๑๗,๒๕๗.๗๓ (๖๘.๑๗)	๑๙๕,๘๑๘.๒๗ (๓๑.๘๓)	๖๑๓,๐๗๖.๐๐ (๑๐๐)
งานแพทย์แผนไทย	๓๔๕,๖๐๕.๑๕ (๕๗.๑๗)	๒๕๘,๕๐๐.๘๖ (๔๒.๘๓)	๖๐๔,๑๐๖.๐๑ (๑๐๐)
คลินิกเพื่อนใจ	๕๗๖,๘๕๒.๑๓ (๘๐.๑๓)	๑๔๓,๐๘๓.๘๗ (๑๙.๘๗)	๗๑๙,๙๓๖.๐๐ (๑๐๐)
คลินิกส่งเสริม	๔๒๕,๐๖๓.๓๑ (๕๒.๕๒)	๓๗๗,๑๕๑.๖๙ (๔๗.๔๘)	๘๐๒,๒๑๕.๐๐ (๑๐๐)
หอผู้ป่วยหญิง	๓,๘๕๐,๘๐๒.๔๑ (๔๒.๔๑)	๕,๒๘๔,๑๔๗.๑๘ (๕๗.๕๙)	๙,๑๓๔,๙๔๙.๕๙ (๑๐๐)
หอผู้ป่วยเด็ก	๓,๔๗๕,๕๖๕.๗๖ (๕๓.๕๖)	๒,๙๗๑,๕๕๘.๖๔ (๔๖.๔๔)	๖,๔๔๗,๑๒๔.๔๐ (๑๐๐)
หอผู้ป่วยชาย	๔,๓๒๔,๒๘๖.๕๓ (๔๖.๐๑)	๕,๐๗๔,๓๕๕.๕๕ (๕๓.๙๙)	๙,๓๙๘,๖๔๒.๐๘ (๑๐๐)
หอผู้ป่วยหนัก	๓,๗๕๒,๖๖๔.๒๐ (๖๗.๒๖)	๑,๘๔๕,๕๗๒.๕๗ (๓๒.๗๔)	๕,๖๐๘,๒๓๖.๗๗ (๑๐๐)
หอผู้ป่วยคลอด	๓,๗๐๕,๕๓๔.๒๐ (๕๑.๕๑)	๓,๔๕๒,๗๓๕.๑๓ (๔๖.๔๙)	๗,๑๕๘,๒๖๙.๓๓ (๑๐๐)
หน่วยปฐมภูมิริมโพธิ์ทอง*	-	-	-

*หน่วยปฐมภูมิริมโพธิ์ทองหยุดดำเนินการ

ตารางที่ ๔ ต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

หน่วยบริการ	๒๕๔๖		๒๕๔๗	
	ผู้ป่วย (ราย) / จำนวนวันนอน (วัน)	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท) / ต้นทุนต่อวันนอน (บาท)	ผู้ป่วย (ราย) / จำนวนวันนอน (วัน)	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท) / ต้นทุนต่อวันนอน (บาท)
ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน	๗๘,๑๘๖ / -	๒๓๐.๕๐ / -	๘๐,๕๓๒ / -	๒๔๐.๗๗ / -
ทันตกรรม	๔,๕๘๖ / -	๖๗๕.๒๘ / -	๕,๗๕๒ / -	๕๕๓.๖๘ / -
กายภาพบำบัด	๑,๒๖๑ / -	๕๔๗.๕๓ / -	๒,๓๕๕ / -	๒๕๕.๔๖ / -
แพทย์แผนไทย	๕,๓๕๖ / -	๑๓๘.๕๕ / -	๒,๖๗๒ / -	๒๒๖.๒๔ / -
คลินิกเพื่อนใจ	๑,๐๗๔ / -	๖๐๘.๗๔ / -	๑,๐๕๒ / -	๖๘๔.๓๕ / -
คลินิกส่งเสริม	๓,๔๕๗ / -	๒๐๘.๔๕ / -	๗,๓๑๖ / -	๑๐๕.๗๕ / -
หอผู้ป่วยหญิง	๑,๘๖๐ / ๗,๓๕๘	๔,๖๖๕.๖๐ / ๑,๑๘๐.๔๑	๑,๕๐๒ / ๗,๕๐๕	๔,๘๒๓.๘๔ / ๑,๑๖๐.๐๖
หอผู้ป่วยเด็ก	๑,๗๕๒ / ๕,๒๑๓	๓,๖๗๐.๕๐ / ๑,๒๕๔.๗๒	๑,๕๕๕ / ๕,๕๐๕	๔,๐๓๒.๕๐ / ๑,๑๗๑.๒๕
หอผู้ป่วยชาย	๒,๒๕๓ / ๘,๖๗๓	๓,๕๑๐.๘๖ / ๑,๐๓๓.๕๗	๑,๕๔๐ / ๘,๕๔๑	๔,๘๔๔.๖๘ / ๑,๑๐๐.๔๒
หอผู้ป่วยหนัก	๔๓๔ / ๒,๐๑๗	๑๔,๓๒๗.๔๐ / ๓,๐๘๒.๘๔	๔๕๗ / ๒,๑๖๑	๑๒,๓๓๘.๒๕ / ๒,๖๐๕.๒๕
หอผู้ป่วยคลอด	๑,๗๑๓ / ๔,๕๖๒	๓,๘๕๑.๗๗ / ๑,๓๒๕.๗๐	๑,๗๖๐ / ๕,๕๔๗	๔,๐๕๒.๔๓ / ๑,๒๕๘.๔๘
หน่วยปฐมภูมิริมโพธิ์ทอง*	-	-	-	-

*ดูอธิบายเพิ่มเติมในบทวิจารณ์

ตารางที่ ๕ การเปลี่ยนแปลงของแต่ละหน่วยบริการเปรียบเทียบระหว่างปี ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗

หน่วยบริการ	การเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)			
	ผู้รับบริการ	วันนอน	ต้นทุนต่อหน่วย	ต้นทุนต่อวันนอน
ผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน	๓.๕๑	-	๔.๒๘	-
ทันตกรรม	๑๖.๑๗	-	-๑๒.๖๐	-
กายภาพบำบัด	๘๗.๐๗	-	-๕๒.๖๕	-
แพทย์แผนไทย	-๕๐.๔๘	-	๖๓.๒๕	-
คลินิกเพื่อนใจ	-๒.๐๕	-	๑๒.๔๓	-
คลินิกส่งเสริม	๑๐๕.๒๑	-	-๔๗.๓๔	-
หอผู้ป่วยหญิง	๒.๒๖	๗.๔๕	๓.๓๐	-๑.๗๒
หอผู้ป่วยเด็ก	-๑๐.๒๗	๕.๖๐	๕.๘๖	-๖.๖๕
หอผู้ป่วยชาย	-๑๕.๓๕	-๑.๕๒	๒๓.๘๘	๖.๔๓
หอผู้ป่วยหนัก	๕.๓๐	๗.๑๔	-๑๓.๘๘	-๑๕.๓๖
หอผู้ป่วยคลอด	๒.๗๔	๑๑.๗๕	๖.๒๕	-๒.๓๕

ต้นทุนต่อวันนอนสูงสุด (๓,๐๘๒.๘๔ และ ๒,๖๐๙.๒๕ บาท), รองลงมาเป็น หอผู้ป่วยคลอด (๑,๓๒๙.๗๐ และ ๑,๒๘๘.๔๘ บาทต่อวันนอน) ทั้งสองปีเช่นเดียวกัน (ตารางที่ ๔).

การเปลี่ยนแปลงเปรียบเทียบระหว่างปี ๒๕๔๖ กับ ๒๕๔๗ (ตารางที่ ๕)

พบว่าส่วนใหญ่ผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีจำนวนเพิ่มขึ้น ยกเว้นที่แพทย์แผนไทย, คลินิกเพื่อนใจ, หอผู้ป่วยเด็ก และหอผู้ป่วยชาย. ต้นทุนต่อหน่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น ยกเว้นทันตกรรม, กายภาพบำบัด, คลินิกส่งเสริม และหอผู้ป่วยหนักที่ลดลง. หากพิจารณาจากต้นทุนต่อวันนอนพบว่า ลดลงทุกหอผู้ป่วยยกเว้นที่หอผู้ป่วยชาย.

ต้นทุนของผู้ป่วยในต่อหนึ่งค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว

ต้นทุนต่อหนึ่งค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ (รวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ๕,๒๗๕.๐๒๙๔; ต้นทุนต่อหนึ่งค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ๗,๑๗๗.๗๖ บาท) มีค่าสูง

กว่าค่าของปีงบประมาณ ๒๕๔๖ (รวมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ๕,๖๒๘.๒๑๘๓; ต้นทุนต่อหนึ่งค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ๖,๕๗๕.๗๔ บาท).

วิจารณ์

ผู้วิจัยอาศัยแนวทางการเก็บข้อมูล การบันทึก และการคำนวณจากคู่มือการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชน^(๘) พบว่า มีความสะดวกและง่ายต่อการรวบรวม, โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โปรแกรม Excel[®] ที่มาพร้อมกับคู่มือนี้ ช่วยประหยัดเวลา คำนวณและให้ผลที่มีความละเอียดถูกต้องมากที่สุดจากการใช้สมการเส้นตรง เพื่อช่วยกระจายต้นทุนและรับต้นทุน.

จากการศึกษาพบว่า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗ โรงพยาบาลแม่สะเรียงมีสัดส่วน ค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน เท่ากับ ๕๗.๗๓ : ๒๗.๕๕ : ๑๔.๖๘ และ ๖๑.๖๑ : ๓๑.๖๑ : ๖.๗๘ ซึ่งต้นทุนค่าแรงมีสัดส่วนที่สูงที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนการรักษาพยาบาลในประเทศไทยที่ผ่านมา^(๙) ที่พบว่าต้นทุนค่าแรงมีพิสัยร้อยละ ๓๕ ถึง ๖๕ และค่าวัสดุมีพิสัยร้อยละ ๒๗ ถึง ๖๐. ทั้งนี้โรงพยาบาลแม่สะเรียงอยู่ใน



ประกาศของกระทรวงสาธารณสุขเป็นพื้นที่กั้นดาระดับ ๒ ให้ได้รับค่าเบี่ยงเหลี่ยมหาจ่ายพิเศษแก่กลุ่มวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประมาณปีละ ๔.๘ ล้านบาท จึงมีผลส่วนหนึ่งให้ต้นทุนค่าแรงค่อนข้างสูง. อย่างไรก็ตามปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นในปี ๒๕๔๗ ทำให้ทั้งต้นทุนค่าแรงและค่าวัสดุสูงขึ้น. แต่ความแตกต่างนี้อาจเห็นไม่ชัดเจน เพราะการศึกษานี้ไม่ได้เปรียบเทียบกับผลงานในปี ๒๕๔๔ ก่อนโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มดำเนินการ. กระนั้นก็ตาม เป็นที่แน่ชัดว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพครั้งนี้ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้นโดยมีภาระค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลของครัวเรือนที่ลดลงตามนโยบายของรัฐบาล.

การจัดสรรต้นทุนทางอ้อมแก่หน่วยบริการผู้ป่วยโดยตรงนั้น งานผู้ป่วยนอกและฉุกเฉินได้รับสูงสุด ทั้งนี้เพราะเป็นจุดบริการใหญ่ที่มีบุคลากรปฏิบัติงานจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ที่แบ่งสัดส่วนเวลาการทำงานให้กับจุดนี้มากที่สุด รวมถึงรูปแบบการทำงานของโรงพยาบาลแม่สะเรียงที่รวมงานผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉินไว้ด้วยกัน เพื่อแบ่งปันทรัพยากรบุคคลและครุภัณฑ์ เช่น เครื่องตรวจความถี่สูง, เครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ใช้ร่วมกันเพื่อให้ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ไม่สูงมากนัก เมื่อเทียบกับกรณีหากทั้งสองแผนกแบ่งออกจากกัน.

เมื่อคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยนอกรวมทุกแผนกปีงบประมาณ ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗ เทียบกับ ๒๕๓๗.๐๑ และ ๒๕๖๓.๓๓ บาทต่อรายตามลำดับ และของผู้ป่วยในรวมทุกหอผู้ป่วย เทียบกับ ๔,๕๗๙.๓๑ และ ๔,๙๔๔.๒๒ บาทต่อรายตามลำดับ. จากการศึกษาของภูษิต ประคองสาย และคณะ^(๑๐) คำนวณต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยผู้ป่วยนอกสำหรับโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๙๐-๑๒๐ เตียง (โดยใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนเมื่อปี ๒๕๔๔) เทียบกับ ๒๗๑ บาท, ส่วนผู้ป่วยใน เทียบกับ ๓,๗๙๔ บาท, และจากการศึกษาของกัญจนดิษยาธิคม และคณะ^(๑๑) คำนวณต้นทุนดำเนินการโดยวิธีลดซึ่งใช้ข้อมูลจากรายงาน ๐๑๑๐ รง ๕ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ สำหรับผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน เทียบกับ ๒๒๘ บาท และผู้ป่วยใน เทียบกับ ๓,๑๘๖ บาท. หากพิจารณาผลการ

คำนวณต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยนอกจะไม่แตกต่างกันมากนัก. ทั้งนี้ต้องคำนึงด้วยว่าข้อมูลที่ใช้ของโรงพยาบาลแม่สะเรียงเป็นต้นทุนรวมของค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน ซึ่งต่างจากงานวิจัยที่คำนวณจากวิธีลด. นอกจากนี้โรงพยาบาลแม่สะเรียงมีแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่ ศัลยกรรม อายุรกรรม และกุมารเวชกรรม โดยเปิดบริการหอผู้ป่วยหนัก, ทารกป่วยหนัก/คลอดก่อนกำหนด และการผ่าตัดใหญ่ จึงอาจทำให้ต้นทุนผู้ป่วยในค่อนข้างสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเดียวกัน^(๓, ๑๐, ๑๑).

จากการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของหอผู้ป่วยหนัก พบว่ามีต้นทุนที่สูงมากในการดำเนินการ (๑๔,๓๒๗.๔๐ และ ๑๒,๓๓๘.๒๙) แต่มีความจำเป็นต้องให้บริการ เนื่องจากโรงพยาบาลแม่สะเรียงเป็นโรงพยาบาลหลักในภาคใต้ของจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่ต้องให้การสนับสนุนโรงพยาบาลในพื้นที่ใกล้เคียง, อีกทั้งระยะทางในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ต้องใช้เวลาเดินทางไม่ต่ำกว่า ๓ ชั่วโมง และในบางครั้งต้องเป็นที่รักษาพยาบาลสุดท้ายสำหรับผู้ที่ไม่ต้องการไปรักษาต่อที่อื่น และกลุ่มผู้ป่วยไม่ใช่สัญชาติไทย.

จำนวนผู้มารับบริการที่เพิ่มสูงขึ้นและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในบางแผนก มีส่วนทำให้ต้นทุนการบริการสูงขึ้นตามไปด้วย. แต่บริการทันตกรรม, กายภาพบำบัด, คลินิกส่งเสริม และหอผู้ป่วยหนัก กลับมีต้นทุนต่อหน่วยที่ลดลง อาจแสดงให้เห็นถึงการมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น จึงควรให้ความสนใจกับคุณภาพบริการควบคู่ไปด้วย. ในส่วนผู้ป่วยในมีจำนวนเพิ่มขึ้น ยกเว้นผู้ป่วยชายและเด็ก แต่วันนอนโดยรวมมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก อาจบอกเป็นนัยว่าการเจ็บป่วยมีความรุนแรงขึ้น หรือผู้ป่วยเข้าถึงบริการดีขึ้น หรือนอนนานเกินความจำเป็น. ทั้งนี้ควรนำน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาพิจารณาประกอบ. จากการคำนวณต้นทุนของผู้ป่วยในต่อหนึ่งค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วปีงบประมาณ ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗ เทียบกับ ๖,๕๗๕.๗๙ และ ๗,๑๗๗.๗๖ บาทตามลำดับ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าที่โรงพยาบาลแม่สะเรียงได้รับการจัดสรรจริงตามที่จังหวัดแม่ฮ่องสอนได้รับงบประมาณจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในให้กับโรงพยาบาลชุมชน ปีงบประมาณ ๒๕๔๖

และ ๒๕๔๗ เท่ากับ ๒,๐๖๓.๔๒ และ ๒,๑๕๖.๗๗ บาท ต่อ
 คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วตามลำดับ.

หน่วยบริการปฐมภูมิรอมโพธิ์ทองเป็นการจัดตั้งขึ้นตาม
 นโยบายเร่งด่วนขณะนั้น เพื่อให้บริการตรวจรักษา ส่งเสริมสุขภาพ
 และป้องกันโรคแก่ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล
 ซึ่งแยกต่างหากจากบริการผู้ป่วยนอกปกติของโรงพยาบาล.
 หน่วยนี้สามารถปฏิบัติงานในระยะเวลาหนึ่งแต่ไม่ได้รับความ
 นิยมจากประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และเนื่องจากจำนวนเจ้า
 หน้าที่ที่แบ่งไปปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอจึงได้หยุดดำเนินการในปี
 ๒๕๔๖. อีกทั้งไม่สามารถกำหนดและเก็บข้อมูลผลผลิตได้
 ชัดเจนจึงไม่สามารถคำนวณต้นทุนต่อหน่วย. เมื่อพิจารณา
 จากสายบังคับบัญชา หน่วยงานนี้อยู่ใต้การดูแลของฝ่ายเวช
 กรรมชุมชน ซึ่งกำหนดเป็น NRPC และเป็นหน่วยต้นทุน
 ชั่วคราวที่จะกระจายต้นทุนทางอ้อมแก่หน่วย PS. ดังนั้นหาก
 กระจายต้นทุนที่เกิดขึ้นกับหน่วยปฐมภูมิรอมโพธิ์ทองออกไป
 จะทำให้ต้นทุนต่อหน่วยของ PS ทุกหน่วยในปี ๒๕๔๖ สูงขึ้น
 อีกเล็กน้อย.

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดอีกประการคือ ผลการคำนวณ
 ต้นทุนที่ได้ไม่ได้ปรับมูลค่าของต้นทุนให้เป็นฐานเดียวกัน.
 อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่าง
 ปีที่ติดต่อกัน ดังนั้นดัชนีราคาผู้บริโภคน่าจะไม่มีผลกระทบ
 ต่อมูลค่าต้นทุนมากนัก. นอกจากนี้การวิเคราะห์และประเมิน
 ผลนี้จะมีประโยชน์อย่างยิ่งหากนำทั้งต้นทุนเฉลี่ยและต้นทุน
 หน่วยสุดท้ายมาพิจารณา^(๑๒) แต่เนื่องด้วยจุดประสงค์ของการ
 ศึกษาและข้อจำกัดของข้อมูล จึงคำนวณได้แต่ต้นทุนเฉลี่ย.

กิตติกรรมประกาศ

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สะเรียงทุกฝ่ายได้ร่วมเก็บ
 ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้. เจ้าหน้าที่งานประกันสุขภาพ
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน, นายแพทย์สุวัฒน์
 กิตติดีกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน และ
 นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย สำนักงานนโยบายสุขภาพ
 ระหว่างประเทศที่กรุงเทพมหานครและให้ข้อเสนอแนะในการ
 ศึกษาครั้งนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, เพ็ญแข ลากยั้ง. การบริหารจัดการระบบ
 การคลังโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีแรกของการดำเนินงาน:
 กรณีศึกษา ๔ จังหวัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๖; ๑๐:๘๘๕-
 ๘๖๖.
๒. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ภูษิต ประคองสาย. งบ
 ประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ๑,๒๐๒
 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔;
 ๑๐:๓๘๑-๘๐.
๓. วลัยพร พัชรนฤมล, กัญญา ดิษยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร,
 จิตปราณี วาศวิท, ภูษิต ประคองสาย. อัตราหมาจ่ายรายหัวงบ
 ประมาณ ๒๕๔๘: การปรับวิธีประมาณการครั้งใหญ่. วารสารวิชา
 การสาธารณสุข. ๒๕๔๗; ๑๓:๕๘๓-๕๗.
๔. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Methods
 for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. New
 York: Oxford University Press; 1997.
๕. สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในยุคปฏิรูป
 ระบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๒. พิษณุโลก: สุรสีห์กราฟฟิค; ๒๕๔๔.
๖. โรงพยาบาลแม่สะเรียง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
 กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานประจำปีโรงพยาบาลแม่สะเรียง
 ประจำปีงบประมาณ ๒๕๔๖ (อัดสำเนา). แม่ฮ่องสอน: โรงพยาบาล
 แม่สะเรียง; ๒๕๔๗.
๗. โรงพยาบาลแม่สะเรียง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
 กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานประจำปีโรงพยาบาลแม่สะเรียง
 ประจำปีงบประมาณ ๒๕๔๗ (อัดสำเนา). แม่ฮ่องสอน: โรงพยาบาล
 แม่สะเรียง; ๒๕๔๘.
๘. กัญญา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัชรนฤมล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร.
 คู่มือการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชน มิถุนายน ๒๕๔๔
 (เอกสารอัดสำเนา). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๔.
๙. เกษม ตั้งจิตสำราญ. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและการคืนทุน
 ของโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลทองแสนขัน.
 วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
 บัณฑิตวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๓.
๑๐. ภูษิต ประคองสาย, วลัยพร พัชรนฤมล, กัญญา ดิษยาธิคม, วิโรจน์
 ตั้งเจริญเสถียร. อัตราหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกัน
 สุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖. วารสารวิชาการสาธารณสุข
 ๒๕๔๕; ๑๐:๕๕๕-๖๑๓.
๑๑. กัญญา ดิษยาธิคม, จิตปราณี วาศวิท, วลัยพร พัชรนฤมล, วิโรจน์
 ตั้งเจริญเสถียร. การวิเคราะห์และกำหนดอัตราหมาจ่ายในโครงการ
 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๔๗.
 วารสารวิชาการสาธารณสุข. ๒๕๔๖; ๑๒: ๕๐๗-๕๑๒.
๑๒. สมคิด แก้วสนธิ, ภิรมย์ กมลรัตนกุล. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข:
 การวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ ๒.
 กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๓๖.