



บทที่ 2

## ทฤษฎีแนวคิดพื้นฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้มีองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วน คือ ส่วนของแนวคิดของบัตรประกันสุขภาพ และส่วนแนวคิดเรื่องต้นทุนต่อหน่วยของสถานบริการสาธารณสุข ดังนั้นในส่วน of แนวความคิดพื้นฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของงานวิจัยนี้จะเป็นการบ่งบอกถึงแนวความคิดของรูปแบบการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจในประเทศไทย และทฤษฎีการคิดต้นทุนต่อหน่วย เพื่อจะได้นำแนวความคิดทั้ง 2 ใช้ในการวิจัยและวิเคราะห์ เพื่อปรับปรุงรูปแบบของการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจให้เหมาะกับพฤติกรรมและฐานะของประชาชนในประเทศไทย

### 2.1 แนวความคิดพื้นฐานโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

แนวความคิดเรื่องของการสาธารณสุขของประเทศในช่วงระยะที่ผ่านมา ถือว่ารัฐบาลเป็นผู้บริหารและผู้ให้บริการ โดยประชาชนเป็นผู้รับบริการตลอดมา ซึ่งวิธีการปฏิบัติตามแนวความคิดนี้ยังมีโอกาสกระจายโอกาสในการรับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยส่วนใหญ่ โดยเฉพาะความก้าวหน้าและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ทางทางการแพทย์และสาธารณสุขที่กว้างขวางมากขึ้น ยิ่งทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำและความแตกต่างในโอกาสที่จะเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ระหว่างประชากรกลุ่มต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น การสาธารณสุขของประเทศจึงได้พยายามเน้นการพัฒนา โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมและมีบทบาทในการช่วยเหลือบริการตนเอง โดยรัฐจะเป็นฝ่ายที่ให้การสนับสนุนและนำกับประสานงานทางด้านวิชาการ ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ที่ประชาชนไม่สามารถจัดหาได้เอง จากแนวความคิดดังกล่าวได้พัฒนามาเป็นแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อบรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีทั่วหน้า” โดยทางกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มทำการทดลองโครงการบัตรสุขภาพ ตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2526 โดยกรมอนามัย ภายใต้ชื่อของโครงการว่า “โครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก” โดยโครงการนี้จัดตั้งขึ้นเพื่อให้รองรับการสาธารณสุขมูลฐาน 4 ประการ ได้แก่ การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคติดต่อ และการสุศึกษา

ซึ่งถือว่าเป็นระยะแรกของโครงการ โดยวัตถุประสงค์ของโครงการที่กำหนดไว้เมื่อเริ่มโครงการสามารถแบ่งได้เป็น 4 ประการสำคัญดังนี้<sup>1</sup>

ก. การพัฒนางานด้านอนามัยแม่และเด็กและงานวางแผนครอบครัว ตลอดจนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล

ข. การปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชนให้เป็นผู้ริเริ่ม และมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ และการปรับเปลี่ยนบทบาทของเจ้าหน้าที่ให้เป็นฝ่ายสนับสนุนและให้บริการ

ค. การพัฒนาคุณภาพของชุมชนให้สามารถบริหารจัดการ โดยเฉพาะในด้านการจัดสรรเงิน และพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่และหน่วยให้บริการให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ง. การลดปริมาณผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะการลดจำนวนผู้ป่วยด้วยอาการไม่รุนแรงในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ให้น้อยลง เพื่อให้สามารถนำทรัพยากรส่วนนั้นไปใช้ในกิจกรรมอื่นที่มีประสิทธิภาพสูงกว่า

จากวัตถุประสงค์ดังกล่าวมาแล้วนั้น ได้เกิดมาจากแนวความคิดที่สำคัญของโครงการ 3 ประการ กล่าวคือ<sup>2</sup>

ก. แนวความคิดเกี่ยวกับการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีปรัชญาสำคัญคือการที่ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้ องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานในแง่ชุมชนแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ

1 งานสาธารณสุขมูลฐานที่สามารถดำเนินงานให้แล้วเสร็จโดยชุมชน (เช่น งานสุขศึกษา โภชนาการ สุขาภิบาลและน้ำสะอาด การจัดหายาจำเป็นและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น)

2 งานสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องอาศัย การสนับสนุนจากสถานบริการ ได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็กและงานวางแผนครอบครัว งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การควบคุม และป้องกันโรคท้องถิ่น และการรักษาพยาบาลตามแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน)

<sup>1</sup> ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ, "คู่มือปฏิบัติงานโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2528-2530." กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ปฏิบัติการโครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2528 ย่างแล้วใน เทียนฉาย กิระนันท์. เศรษฐศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์ : การพัฒนาสุขภาพอนามัยในประเทศไทย (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537) หน้า 81-83.

<sup>2</sup> กองบรรณาธิการสาธารณสุขปริทัศน์. "บัตรสุขภาพ...จะไปทางไหน." "สาธารณสุขปริทัศน์" ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2530 : หน้า 14-41.

ข. แนวความคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนบทบาทของฝ่ายที่เกี่ยวข้องกันกับระบบของ สาธารณสุข ในลักษณะที่ให้ชุมชนมีบทบาทริเริ่มในการช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถในการ บริหารการจัดการมีอำนาจพล่งต่อรองสูงขึ้น ตลอดจนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลืองบประมาณบาง ส่วนแก่สถานบริการ ส่วนเจ้าหน้าที่ของรัฐมีบทบาทในด้านวิชาการและการให้บริการ ทั้งนี้องค์ ประกอบสำคัญในการดำเนินการดังกล่าวรวมถึงกรรมการ กำลังคนและกองทุน ซึ่งมักเรียกว่า “3ก” ซึ่งสร้างขึ้นจากการระดมทรัพยากรภายในชุมชนเอง กิจกรรมเหล่านี้รวมถึง กองทุนยา กองทุนโภชนาการ และกองทุนบัตรสุขภาพ เป็นต้น

ค. แนวความคิดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล โดยการรักษาพยาบาลนั้นน่าจะต้องเริ่มจาก ระดับหมู่บ้านและมีการส่งต่อไปถึงระดับจังหวัด และด้วยแนวคิดนี้โครงการบัตรสุขภาพจึงได้จัด ให้มีระบบการส่งต่อและกลั่นกรองผู้ป่วยกับระบบช่องทางด่วนขึ้น โดยผู้ถือบัตรสุขภาพต้องเริ่มรับ บริการที่กองทุนยาในระดับหมู่บ้าน เมื่อเกินขีดความสามารถของกองทุนยาแล้วจึงส่งต่อผู้ป่วยไป ที่โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ แล้วจึงส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ใน ระดับจังหวัด ในระบบส่งต่อผู้ป่วยนี้ สถานบริการระดับล่างจะทำหน้าที่กลั่นกรองผู้ป่วยก่อนส่ง ต่อไปยังสถานบริการระดับสูงขึ้นไป

ด้วยวัตถุประสงค์และแนวความคิดดังกล่าว บัตรสุขภาพจึงเป็นบัตรที่แสดงความผูกพัน ร่วมกันหรือการมีพันธะร่วมกันระหว่างประชาชนผู้ถือบัตร กองทุนผู้ออกบัตร และหน่วยงานของ รัฐที่มีหน้าที่ให้การบริการสนับสนุนทางด้านสุขภาพอนามัย ผลของการดำเนินงานโครงการบัตร สุขภาพนี้จึงปรากฏว่าชุมชนสามารถจัดตั้งกองทุนบัตรสุขภาพ ให้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับกอง ทุนอื่น ๆ อย่างมีเงื่อนไขซึ่งอาจจัดได้ว่าเป็นการเริ่มต้นแนวทางการประกันสุขภาพได้วิธีหนึ่ง<sup>3</sup>

จากช่วงแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา ๆ มา รัฐได้ดำเนินการปรับปรุงระบบงาน สาธารณสุขของประเทศ ให้ดำเนินไปในทิศทางที่จะสามารถอำนวยให้บรรลุถึงเป้าหมาย “สุขภาพ ดีถ้วนหน้าเมื่อ พ.ศ. 2543.” ได้ในระยะยาวโดยได้มีการเพิ่มและขยายบริการสาธารณสุขไปยังส่วน ภูมิภาคและท้องถิ่นห่างไกลอย่างรวดเร็วโดยขยายงานและปรับปรุงบริการของ โรงพยาบาลจังหวัด ทุกจังหวัด จัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ จัดตั้งสถานีอนามัย ทุกตำบล รวมทั้งได้มีการริเริ่ม

<sup>3</sup> คณะกรรมการวิชาการ โครงการพัฒนาระบบประกันสุขภาพและกลวิธีดำเนินการสำหรับประเทศ ไทย. “แนวทางและกลยุทธ์ของระบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย.” ในรายงานประกอบการประชุม ปฏิบัติการเรื่องระบบการประกันสุขภาพสำหรับประเทศไทย. 18-19 สิงหาคม พ.ศ. 2531 ณ. โรงแรมพัทยา ชลบุรี.

ระบบงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้าน ตลอดจนมีโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในด้านการรักษาพยาบาลสำหรับในเขตกรุงเทพมหานครและเขตเทศบาล ก็ได้พยายามปรับปรุงคุณภาพในการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และดำเนินการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจรักษาต่อ ให้เชื่อมโยงกันระหว่างสถานบริการระดับต่าง ๆ ทั้งที่ตั้งอยู่ในเขตเมืองและในท้องถิ่นชนบทจากการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าว ทำให้โครงสร้างพื้นฐานทางการสาธารณสุขของชุมชนต่าง ๆ อยู่ในสภาพที่พร้อมจะให้บริการแก่ประชาชนได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ดีประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ในหลายสาขาอาชีพ ทั้งในภาคเกษตร และภาคอุตสาหกรรม ยังคงมีความแตกต่างที่ชัดเจนด้านความเป็นธรรม ในโอกาสเข้าถึงบริการ และสิทธิประโยชน์ที่บุคคลแต่ละกลุ่มพึงได้รับจากระบบงานสาธารณสุขของประเทศในปัจจุบัน ในขณะที่ยังมีประชากรอีกประมาณร้อยละ 46 ยังมีได้อยู่ในความคุ้มครองของระบบสวัสดิการหรือประกันสุขภาพใด ๆ และสมควรจะให้สิทธิหลักประกันทางสุขภาพโดยความสมัครใจด้วยการใช้บัตรประกันสุขภาพ โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ให้สอดคล้องความเป็นจริงทางการเงินและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายอัน ได้แก่ เกษตรกรในชนบท ผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง ในสถานที่ประกอบการขนาดเล็ก ผู้ใช้แรงงานที่มีการเคลื่อนย้ายตามฤดูกาล และผู้ประกอบการอาชีพ อิสระขนาดเล็ก สำหรับในเรื่องของการที่จะให้ประชาชนชาวไทย ได้มีหลักประกันดังกล่าวโดยทั่วถึงนั้น ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530 ถึง 2534 ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ จัดให้มี “โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ” โดยได้พัฒนามาจากโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโครงการศึกษาวิจัยในระดับประเทศ และได้ดำเนินการมาแล้วระยะหนึ่ง เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เรียนรู้ถึงบทบาทขององค์กรชุมชน และความจำเป็นที่ประชาชนต้องร่วมทุนทรัพย์กัน เพื่อนำไปใช้จ่ายในด้านสุขภาพอนามัยตามหลักการของการเฉลี่ยความเสี่ยงและความเอื้อเพื่ออาทรต่อกันของคนในสังคม อันเป็นอุดมการณ์ของการประกันสุขภาพ ทุนทรัพย์ดังกล่าวนี้ จะได้จากการแบ่งปันรายได้ส่วนหนึ่งของบุคคลและครอบครัว ในขณะที่ยังมีได้มีปัญหาค่าความเดือดร้อนด้านสุขภาพอนามัย และจะต้องแสวงหาบริการสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อนำมาใช้ในยามที่สมาชิกของชุมชนที่เอาประกันผู้ใดผู้หนึ่ง เกิดมีปัญหาค่าความเดือดร้อนในเรื่องดังกล่าว ทั้งนี้การดำเนินการในเรื่องนี้จะต้องเป็นไปโดยจิตสำนึกและความสมัครใจของประชาชน และครอบครัวเหล่านั้นเอง สำหรับหลักการที่สำคัญอีกประการหนึ่งของบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ คือ แนวคิดเรื่องการพัฒนาโครงการประกันสุขภาพ ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งต้องการให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ สามารถตัดสินใจที่จะพัฒนางานต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยองค์การชุมชนจะเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารการใช้จ่ายทุนทรัพย์ ที่รวบรวมไปจากสมาชิกในชุมชน โดยใช้เป็นทุนหมุนเวียนเพื่อดำเนินกิจการต่าง ๆ ทางเศรษฐกิจ และสังคมที่มีผลตอบแทนเป็นกำไรสำหรับสมาชิก

และใช้สำหรับอนุเคราะห์บุคคล และครอบครัวที่ยากไร้ ให้ได้เป็นสมาชิกผู้เอาประกัน สำหรับ รายได้ส่วนที่เหลือส่วนหนึ่งจะเจียดจ่ายไปชดเชยสถานบริการสาธารณสุขที่สมาชิกผู้เจ็บป่วยได้มา ขอรับบริการ และเป็นค่าบริหารจัดการขององค์กร ชุมชน จากหลักการดังกล่าวในปี พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอขอปรับโครงการบัตรสุขภาพเป็น “โครงการประกันสุขภาพโดย สมัครใจ” เสนอโดยคณะรัฐมนตรีและได้รับอนุมัติโครงการและสนับสนุนงบประมาณให้ดำเนินการ ในปีแรก พ.ศ. 2536 เพื่ออุดหนุนกองทุนเป็นเงินจำนวน 50 ล้านบาท<sup>4</sup> สำหรับวัตถุประสงค์ ของโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจนั้น ประกอบด้วย 2 ประการสำคัญ คือ<sup>5</sup>

ก. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ได้มีหลักประกัน ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยและมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยเท่า เทียมกันตามขั้นคอนและระดับความจำเป็นอย่างมีระบบ และมีศักดิ์ศรีโดยความสมัครใจ

ข. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการบริหารจัดการ ดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัว และ ชุมชนให้สอดคล้องกับหลักการสาธารณสุข มุทธฐาน โดยประชาชนมีส่วนร่วมกับรัฐออกเงินสมทบฝ่ายละ 500 บาท ต่อครอบครัวต่อปี

สำหรับเงื่อนไข สิทธิประโยชน์ ประเภทชนิดของบัตรสุขภาพที่ใช้ในการดำเนินงาน ยังคงใช้เงื่อนไขของโครงการในระยะปี พ.ศ. 2528 ถึง 2530 โครงการบัตรสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข รวมทั้งแนวทางการจัดสรรเงินกองทุนบัตรสุขภาพด้วย

## 2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับต้นทุนในการรักษาพยาบาลบัตรสุขภาพ

การวิเคราะห์ถึงต้นทุนที่แท้จริงในเชิงเศรษฐศาสตร์นั้นมีความหมายต่างจากต้นทุนทาง บัญชี ซึ่งต้นทุนทางบัญชีหมายถึงต้นทุนที่เกิดขึ้นจริงและมีการจ่ายจริงเป็นตัวเงินหรือสิ่งของ เป็น

<sup>4</sup> เทียนฉาย กิระนันท์. เศรษฐศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์ : การพัฒนาสุขภาพอนามัยในประเทศไทย (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537), หน้า 81-83.

สมโภช มนเทียรอาสน์. “โครงการบัตรสุขภาพ สถานการณ์และแนวโน้ม,” (เอกสารวิจัย ส่วนบุคคลในลักษณะวิชาสังคมจิตวิทยา นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 36 วิทยาลัยป้องกัน ราชอาณาจักร, 2536), หน้า 36.

<sup>5</sup> เรื่องเดียวกัน หน้า 38.

สิ่งเดียวกับต้นทุนซัดแข็งสามารถแสดงหลักฐานและบันทึกลงบัญชีได้ ส่วนต้นทุนทางด้านเศรษฐศาสตร์นั้นมีความหมายและขอบเขตกว้างขวางกว่ามาก เพราะได้รวมทั้งต้นทุนที่ซัดแข็งและไม่ซัดแข็งเข้าไว้ด้วยกัน สำหรับต้นทุนที่ไม่ซัดแข็งนั้นเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นจริงแต่ไม่มีการจ่ายจริงส่วนมากเกิดจากผู้ผลิตเป็นเจ้าของปัจจัยการผลิตเองและนำมาใช้ในกิจการของตน ในทางด้านเศรษฐศาสตร์นั้นจะมีการประเมินต้นทุนที่ไม่ซัดแข็งเป็นต้นทุน โดยการประเมินตามหลักต้นทุนค่าเสียโอกาส<sup>6</sup> สำหรับต้นทุนกับค่าใช้จ่ายนั้นต่างกัน บางส่วนของต้นทุนเป็นผลด้านลบที่ประเมินขึ้นและนับรวมเข้ากับต้นทุนของกิจกรรมด้วย ซึ่งส่วนดังกล่าวมิได้จ่ายจริง แต่ค่าใช้จ่ายนั้นบางส่วนอาจไม่ใช่ต้นทุนทั้งหมดของกิจกรรม เช่น เครื่องใช้บางอย่างสามารถใช้ได้นานเนื่องจากมีอายุการใช้งานยาวนานและอาจจะนำไปใช้กับกิจกรรมอื่นได้ในปีถัดไป ดังนั้นค่าใช้จ่ายทั้งหมดจึงมิใช่ต้นทุนเสียทีเดียว ดังนั้นจึงต้องมีการกำหนดกรอบระยะเวลาในการประเมินต้นทุน<sup>7</sup> การจำแนกต้นทุนประกอบไปด้วยต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม โดยใช้เกณฑ์กิจกรรมในการจำแนก และต้นทุนทั้งทางตรงและทางอ้อมก็ประกอบด้วยต้นทุน 2 ส่วนด้วยกัน ส่วนแรก คือ ต้นทุนด้านทรัพย์สิน ได้แก่ ต้นทุนที่เกิดจากอาคาร สถานที่ รวมทั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีความคงทนและมีอายุการใช้งานยาวนาน ไม่หมดสิ้นในระยะเวลาสั้น ต้นทุนในส่วนนี้จำเป็นจะต้องคำนึงถึงค่าเสื่อมราคา และค่าเสียโอกาสรวมทั้งมูลค่าซาก (ถ้ามี) ของทรัพย์สินเหล่านี้ ซึ่งในกรณีของสถานบริการสาธารณสุขก็จะหมายถึง ตัวอาคารของสถานบริการ ที่ดิน เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดจนเตียงนอนสำหรับผู้ป่วย ส่วนที่สอง คือ ส่วนต้นทุนในการดำเนินการ ได้แก่ ต้นทุนที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการดำเนินงานเกิดขึ้นซึ่งในกรณีของสถานบริการสาธารณสุขจะหมายถึงต้นทุนประเภท ค่าจ้างและเงินเดือนของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการ ค่าสาธารณูปโภค ค่ายา และวัสดุต่าง ๆ เป็นต้น สำหรับต้นทุนทางตรง หมายถึง มูลค่าปัจจัยที่ใช้ในการผลิตสินค้าและบริการโดยตรง เช่น แผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาลที่ได้ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง เป็นต้น ส่วนต้นทุนทางอ้อม หมายถึง ต้นทุนเพื่อการดำเนินการอื่น ๆ อันมีส่วนสนับสนุนการผลิตสินค้าและบริการนั้น ๆ แต่มิได้ผลิตสินค้าและบริการโดยตรง เช่น หน่วยสนับสนุนต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ได้แก่ หน่วยจ่ายกลาง ฝ่ายบริหาร เป็นต้น ส่วนของต้นทุนเฉลี่ยนั้น หมายถึง ต้นทุนทั้งหมดถูกนำมาเฉลี่ยต่อผลผลิต 1 หน่วย ซึ่งเป็นผลจาก ต้นทุนทั้งหมด

<sup>6</sup> วันรักษ์ มิ่งมณีนาทิน. หลักเศรษฐศาสตร์จุลภาค, พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2533) หน้า 100-101.

<sup>7</sup> สมคิด แก้วสนธิและภิรมย์ กมลรัตนกุล. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : การวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534), หน้า 140.

หารด้วยจำนวนผลผลิตทั้งหมด ต้นทุนเฉลี่ยจะลดลงเมื่อผลิตเพิ่มขึ้นในตอนแรกและจะลดลงเมื่อผลิตเกินระดับหนึ่ง สำหรับต้นทุนหน่วยสุดท้าย หมายถึง ต้นทุนส่วนที่เพิ่มขึ้นเมื่อผลิตเพิ่มขึ้น 1 หน่วยซึ่งเป็นผลจาก ต้นทุนทั้งหมดที่เพิ่มขึ้นหารด้วยจำนวนผลผลิตที่เพิ่มขึ้น ต้นทุนหน่วยสุดท้ายจะลดลงเมื่อผลิตเพิ่มในตอนแรก และเพิ่มขึ้นเมื่อผลิตเกินระดับหนึ่งเช่นกัน แต่ต้นทุนหน่วยสุดท้ายจะต่ำกว่าต้นทุนเฉลี่ยขณะที่ต้นทุนเฉลี่ยยังไม่ต่ำสุด และสูงกว่าต้นทุนเฉลี่ยเมื่อต้นทุนเฉลี่ยเริ่มเพิ่มสูงขึ้น<sup>8</sup>

วิธีการจัดสรรหรือกระจายต้นทุนทางอ้อม (INDIRECT COST ALLOCATION) ของโรงพยาบาลมีด้วยกันหลายวิธี เนื่องจากต้นทุนทางอ้อมไม่มีความสัมพันธ์กับการผลิตโดยตรง การรวมต้นทุนทางอ้อมเข้ากับต้นทุนรวมในการผลิตจึงต้องใช้วิธีการประมาณ โดยการกระจายหรือการจัดสรรต้นทุนทางอ้อม ซึ่งจากหลักการจะถือว่าหน่วยผลิตหรือหน่วยให้บริการใดได้ประโยชน์จากกิจกรรมที่ก่อให้เกิดต้นทุนทางอ้อมประเภทใดมากก็ควรได้รับการเฉลี่ยต้นทุนทางอ้อมประเภทนั้นไ้มาตามสัดส่วน ซึ่งกล่าวโดยสรุปแล้วการจัดสรรต้นทุนมีอยู่ด้วยกัน 4 วิธีดังนี้<sup>9</sup>

1. วิธีการกระจายทางตรง (DIRECT ALLOCATION METHOD OR DIRECT APPORTIONMENT METHOD)

2. วิธีการกระจายตามลำดับขั้น (STEP-DOWN METHOD)

3. วิธีการกระจายต้นทุนแบบ 2 รอบ (DOUBLE APPORTIONMENT METHOD)

4. วิธีการกระจายต้นทุนโดยใช้สมการเส้นตรง (SIMULTANEOUS EQUATION METHOD)

1. วิธีการกระจายทางตรง มีหลักการจัดสรรต้นทุนทางอ้อมแต่ละประเภทไปยังหน่วยผลิตหรือผลผลิตที่เกี่ยวข้องโดยตรง โดยไม่คำนึงว่ากิจกรรมที่ก่อให้เกิดต้นทุนทางอ้อมนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานสนับสนุนอื่น ๆ อีก

<sup>8</sup> สมคิด แก้วสนธิและภิรมย์ กมลรัตนกุล. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : การวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุข (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534), หน้า 145.

<sup>9</sup> อารี สหสัมพันธ์. "การศึกษาต้นทุนแบบกลุ่มโรคในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์," (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536), หน้า 21-24.

สุนี ชาติภิรมย์ และคณะ, "การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา," โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมการแพทย์ 19 เมษายน 2535 หน้า 11-13.

จรัส สุวรรณมาลา, การวัดต้นทุนบริการสาธารณะ (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 25538), หน้า 11-14.

วิธีนี้เป็นวิธีที่ง่ายและได้ผลการคำนวณที่ถูกต้องพอสมควร และเป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากกว่าวิธีอื่น ๆ

2. วิธีการกระจายตามลำดับชั้นมีหลักการจัดสรรต้นทุนทางอ้อมโดยคำนึงถึงประโยชน์ของกิจกรรมสนับสนุนที่ตกแก่งานของหน่วยงานสนับสนุนและหน่วยผลิตไปพร้อมกัน การกระจายต้นทุนทางอ้อมจะเริ่มต้นจากต้นทุนหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งไปก่อน โดยกระจายให้หน่วยงานที่ได้รับประโยชน์จนหมดแล้วจึงกระจายกระจายหน่วยงานอื่นต่อไป และจัดลำดับหน่วยงานที่ให้บริการหน่วยงานอื่นมากที่สุดไว้เป็นอันดับแรก และเมื่อกระจายไปแล้วจะปิดไม่รับต้นทุนจากหน่วยงานอื่นอีก

วิธีการนี้ต้นทุนทั้งหมดจะตกอยู่กับหน่วยผลิตหรือให้บริการ ซึ่งเป็นวิธีที่คิดง่ายและใกล้เคียงความเป็นจริงกว่าวิธีการกระจายทางตรง แต่ข้อเสียคือ หน่วยผลิตหรือให้บริการต้นทุนที่อยู่ต่ำกว่าอันดับแรก ๆ อาจจะให้บริการกับหน่วยผลิตหรือให้บริการต้นทุนที่อยู่เหนือกว่าได้ วิธีนี้เหมาะกับโรงพยาบาลที่มีขนาดไม่เกิน 200 เตียง โครงสร้างการบริหารไม่ซับซ้อน และมีการแบ่งหน้าที่ของหน่วยงานที่ไม่ชัดเจน

3. วิธีการกระจายต้นทุนทางอ้อมแบบ 2 รอบ มีหลักการว่าเป็นวิธีที่ไม่คำนึงถึงลำดับของความมากน้อยเหมือนกับวิธีการกระจายตามลำดับชั้น ต้นทุนทางอ้อมที่เกิดจากงานแต่ละประเภทจะถูกกระจายไปให้ซึ่งกันและกันได้โดยไม่จำกัด ในขณะที่เดียวกันก็กระจายไปยังหน่วยผลิตต่าง ๆ ด้วย ซึ่งหลังจากจัดสรรต้นทุนในรอบแรกผ่านไปจนหมด ถ้าการจัดสรรต้นทุนทางอ้อมอยู่ในลักษณะนี้เรื่อยไปแล้ว ทุกหน่วยงานผลิตและให้บริการก็จะมีต้นทุนทางอ้อมที่เกิดขึ้นต่อไปไม่สิ้นสุด โดยเรียกว่า วงจรการจัดสรรต้นทุนไม่รู้จบ (RECIPROCAL SERVICE LOPS) หากตัดวงจรการจัดสรรต้นทุนไม่รู้จบ ทำได้โดยใช้วิธีการจัดสรรต้นทุนทางอ้อมแบบกระจายตามลำดับชั้น ในรอบที่ 2 ของการกระจาย หรือหลังจากการจัดสรรแบบแรกไปแล้วหลายรอบ การจัดสรรต้นทุนด้วยวิธีนี้จะให้ค่าต้นทุนที่ถูกต้องมากกว่า 2 วิธีที่กล่าวมา แต่การคำนวณจะมีการยุ่งยากกว่ามาก

วิธีการนี้มีข้อดีเพราะการกระจายไม่มีการจัดลำดับหน่วยงานแต่อาศัยความสัมพันธ์จริงทำให้ค่าที่ได้ใกล้เคียงความเป็นจริงมาก แต่ถ้าต้องกระจายกลับไปกลับมาหลายรอบจะทำให้เกิดความยุ่งยากมาก ซึ่งแก้ไขโดยสามารถทำการกระจายรอบแรกตามสภาพความเป็นจริง ส่วนครั้งที่ 2 สามารถใช้วิธีการกระจายตามลำดับชั้นในรอบสอง จึงเรียกวินี้ว่า การกระจายต้นทุนทางอ้อมแบบ 2 รอบ และวิธีนี้มีความเหมาะสมกับโรงพยาบาลที่มีขนาด 100 เตียงขึ้นไป

4. วิธีการกระจายต้นทุนโดยใช้สมการเส้นตรง มีหลักการการกระจายต้นทุนทางอ้อมโดยอาศัยหลักการทางคณิตศาสตร์พีชคณิตเรื่องสมการเชิงเส้นในส่วนของเส้นตรงในการแก้ปัญหาการกระจายการกระจายต้นทุนส่งกลับไปกลับมาพร้อม ๆ กัน ซึ่งโดยหลักการจะมีความคล้ายคลึง



กับวิธีการกระจายตามลำดับชั้น แต่อาศัยสมการเชิงเส้นมาใช้แก้ปัญหา ดังนั้นจะทำให้ค่าที่ได้มีค่าละเอียดที่สุดและสัมพันธ์กับความเป็นจริงมากที่สุด

การจัดสรรค่านั้นแม้ว่าจะมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ซึ่งการจัดสรรค่านั้นก็มีการพัฒนาปรับใช้ให้เล็กลงถึง 4 แบบใหญ่ ๆ ก็ตาม แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดมิได้อยู่ที่วิธีการทางคณิตศาสตร์ หากแต่ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดเกณฑ์ในการจัดสรรค่านั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่มีผลให้การวิเคราะห์มีความแตกต่างกันแม้จะใช้วิธีการทางคณิตศาสตร์ที่เหมือนกันก็ตาม

เกณฑ์การกระจายค้ำทุน (ALLOCATION CRITERIA) เป็นเกณฑ์สำหรับการกระจายค้ำทุนจากหน่วยงานหนึ่ง ๆ ไปยังหน่วยงานอื่น ๆ โดยอาศัยข้อมูลที่เป็นความสัมพันธ์ของการสนับสนุนหรือการให้บริการระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมักจะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น จำนวนผู้ป่วย เป็นต้น<sup>10</sup> ดังนั้นการกำหนดเกณฑ์ของการกระจายค้ำทุนจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ใช้ในการหาค้ำทุน และจำเป็นต้องกำหนดให้มีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

จากการศึกษางานวิจัยเท่าที่ผ่านมา พบว่าการวิเคราะห์ค้ำทุนของสถานบริการระดับต่าง ๆ โดยเฉพาะค้ำทุนต่อหน่วยของสถานบริการระดับต่าง ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพรวมทั้งอัตราการคืนทุนของสถานบริการ มักจะคำนวณโดยใช้ค้ำทุนเฉพาะในส่วนของค่าใช้จ่ายดำเนินการเท่านั้นซึ่งเป็นการศึกษากรณีของจังหวัดอุบลราชธานี<sup>11</sup> นอกจากนี้ยังมีการศึกษากรณีศึกษา

<sup>10</sup> Suver, JD and Neumann, BR. *Management Accounting for Health Care Organization*. Hospital Financial Management Association (USA : Illinois, 1981) ย่างโน ฮารี สหพันธ์. "การศึกษาค้ำทุนแบบกลุ่มโรคในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์," (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536), หน้า 24.

สุนิ ชลาภิรมย์ และคณะ, "การศึกษาค้ำทุนต่อหน่วยการให้บริการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา," โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมการแพทย์ 19 เมษายน 2535 หน้า 13.

<sup>11</sup> เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. "พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในโครงการบัตรสุขภาพ : กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี," พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในโครงการบัตรสุขภาพ, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, บรรณาธิการ, ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529, หน้า 241-365.

จังหวัดราชบุรี<sup>12</sup> กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่<sup>13</sup> รวมทั้งงานวิจัยของโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่<sup>14</sup> ซึ่งงานวิจัยที่กล่าวมานี้ต่างมีการศึกษาค้นทุนต่อหน่วยและอัตราการคืนทุนของสถานบริการซึ่งคิดเฉพาะต้นทุนดำเนินการเท่านั้น ยกเว้นงานวิจัยที่เป็นกรณีศึกษาของจังหวัดราชบุรี<sup>15</sup> ได้มีการนำเอาต้นทุนในส่วน of ต้นทุนทรัพย์สินบางส่วนมาศึกษาควบคู่ไปกับต้นทุนดำเนินการของสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ซึ่งเท่ากับเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนที่สอดคล้องกับทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์มากขึ้น

จากการศึกษาในเรื่องต้นทุนต่อหน่วยของสถานบริการระดับต่าง ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพเท่าที่ผ่านมามีพบว่า มีการศึกษาเพียงบางจังหวัดและหรือบางพื้นที่ และบางลักษณะเท่านั้น กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นการหาดูต้นทุนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ต้นทุนต่อครั้งของการเข้ารับบริการ และต้นทุนต่อผู้ป่วยวันนอน ซึ่งจากผลการศึกษากรณี 3 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี อุบลราชธานี และเชียงใหม่ ในตาราง 2.1 พบว่าทั้งต้นทุนต่อผู้ป่วย ต้นทุนต่อครั้งของการเข้ารับบริการ และต้นทุนต่อผู้ป่วยวันนอนของสถานบริการระดับต่าง ๆ ในแต่ละจังหวัดมีค่าค่อนข้างสอดคล้องกัน เช่น ต้นทุนต่อครั้งของการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนของทั้ง 3 จังหวัด ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 60.01 ถึง 77.35 บาท เป็นต้น

<sup>12</sup> พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และ พีระ ตันติเศรณี. "พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในโครงการบัตรสุขภาพ : กรณีศึกษาจังหวัดราชบุรี." พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขในโครงการบัตรสุขภาพ, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, บรรณาธิการ, ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529, หน้า 79-240.

<sup>13</sup> Thai-German Technical Cooperation for Health. *Health Card Project (HCP) & Use of Medicinal Plants (MPP)*. Chiangmai : n.p., 1987 (mimeographed)

<sup>14</sup> สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวง ศูนย์บัตรสุขภาพ. *โครงการบัตรสุขภาพโครงการนำร่องจังหวัดเชียงใหม่ 2538-2531 : สรุปผลการดำเนินงานและข้อมูล*. กรุงเทพฯ : 2532

<sup>15</sup> Chaisak Permpoonwatanasuk, "The Health Card Programme in Ratchaburi Province : A Case Study". Master's Thesis. Thammasat University, 1985.

**ตารางที่ 2.1** สรุปข้อค้นพบเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วยในสถานบริการที่ให้บริการแก่สมาชิกบัตรสุขภาพ

(หน่วยเป็นบาท)

กรณีศึกษา	ดัชนี	สถานบริการ			
		สอ.	รพช.	รพท.	รพศ.
ราชบุรี (2528)	cost/outpatient visit	23.61	77.35	86.11	-
	cost/inpatient day	-	283.85	466.25	-
อุบลราชธานี (2527)	cost/outpatient	10.11 <sup>1</sup>	69.31 <sup>4</sup>	-	137.34
		7.17 <sup>2</sup>	60.01 <sup>5</sup>	-	-
		15.09 <sup>3</sup>	63.10 <sup>6</sup>	-	-
	cost/inpatient	-	733.99 <sup>4</sup>	-	1431.34
		-	419.04 <sup>5</sup>	-	-
		-	556.09 <sup>6</sup>	-	-
เชียงใหม่ *	cost/visit (2530)	23.85	66.12	52.62	-
	cost/admission	-	364.15	724.99	-
	cost/green card/year				
	- outpatient	74.87	112.40	4.21	-
	- inpatient	-	29.13	28.96	-
เชียงใหม่ ** (2530)	cost/visit	26.11	67.27	50.39	-
	cost/green card/year				
	- outpatient	65.28	107.63	9.07	-
	- inpatient	-	27.30	77.84	-
(2531)	cost/visit	30.44	64.60	76.01	-
	cost/green card/year				
	- outpatient	32.27	38.76	28.88	-
	- inpatient	-	39.28	91.21	-

## ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

กรณีศึกษา	ดัชนี	สถานบริการ			
		สต.	รพช.	รพท.	รพศ.
9 จังหวัดตัวอย่าง	cost/person/year	9.98	34.27	17.84	17.74
(2532)	cost/card/year	36.71	114.84	79.09	79.09

หมายเหตุ	1. ข้อมูลของ ค. สะตึก	จ. อุบลราชธานี
	2. ข้อมูลของ ค. โนนรัง	จ. อุบลราชธานี
	3. ข้อมูลของ ค. สมสะอาด	จ. อุบลราชธานี
	4. ข้อมูลของ ค. ตระการพิษผล	จ. อุบลราชธานี
	5. ข้อมูลของ อ. เชียงใน	จ. อุบลราชธานี
	6. ข้อมูลของ อ. เศรษฐม	จ. อุบลราชธานี

ที่มา<sup>16</sup> ราชบุรี : Chaisak Permpoonwatanasuk (1985 : 83)  
 อุบลราชธานี : เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2527 : 362)  
 เชียงใหม่ \* : Thai-German Technical Cooperation for Health (1987)  
 เชียงใหม่ \*\* : โครงการบัตรสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ (2532 : 20)  
 9 จังหวัดตัวอย่าง : ตัวอย่าง 9 จังหวัด : Vachiraphan Chantamars (1989 : 23)

การคิดต้นทุนต่อหน่วยของการให้การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลนั้นมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอยู่หลายงานวิจัย เช่น งานวิจัยเรื่อง The Cost of Medical and Health Services in Peninsular Malaysia<sup>17</sup> เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์ในรูปของต้นทุนต่อหน่วยของผลผลิต ซึ่งทำการวิเคราะห์ทั้งประเทศโดยเฉลี่ยในเชิงมหภาคของโรงพยาบาลตัวอย่าง

<sup>16</sup> ย่างถึงใน

เทียนฉาย กิระนันท์และคณะ. "การประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข" กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. กรกฎาคม 2533. หน้า 17  
 จาตุรงค์ แสนธรรมผล, "การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลของสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพ : กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่", (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533), หน้า 30.

<sup>17</sup> Peter S Heller, "Issue in the Costing of Public Sector Output : The Public Medical Services of Malaysia." World Bank Staff Working Paper No. 207, June 1975.

ในมาเลเซีย ซึ่งแยกผู้ป่วยออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกได้รับประโยชน์จากบริการโรงพยาบาลต่างกัน ดังนั้นการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยต้องให้น้ำหนักแก่ระดับการให้บริการและประเภทการให้บริการด้วย ซึ่งผลจากการวิจัยพบว่าสัดส่วนการใช้ทุนทั้งหมดของผู้ป่วยนอกเมื่อเทียบกับผู้ป่วยในพบว่า ผู้ป่วยนอกใช้ทุนประมาณร้อยละ 25 ของทุนทั้งหมด ส่วนที่เหลือเป็นของผู้ป่วยในเท่ากับร้อยละ 75 ของทุนทั้งหมดเพราะผู้ป่วยในต้องอยู่รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลด้วย ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 5.85 เหรียญสหรัฐ และต้นทุนต่อผู้ป่วยในเท่ากับ 39.96 เหรียญสหรัฐ ดังนั้นสัดส่วนต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยในเท่ากับ 1 ต่อ 7 โดยที่สมการต้นทุนต่อหน่วยของผลผลิต (ดังจะเห็นได้จากสมการ 1 ภาคผนวก ก) นอกจากนั้นมีงานวิจัยที่ใช้สมการเดียวกันนี้ทำการศึกษารื่องลักษณะการกระจายบริการโรงพยาบาลของรัฐบาลไปสู่ครัวเรือนในชั้นรายได้ต่าง ๆ ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี<sup>18</sup> ซึ่งการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยของงานวิจัยนี้ได้แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และผู้ป่วยแต่ละประเภทจะประกอบไปด้วยต้นทุน 2 ส่วน คือ ต้นทุนถาวร (CAPITAL COST) และต้นทุนดำเนินการประจำปี (RECURRENT COST) โดยผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนที่จำแนกเป็นกิจกรรม คือ แผนกอายุรกรรม แผนกเวชปฏิบัติทั่วไป แผนกหูดอกจมูก แผนกศัลยกรรม แผนกสูติ-นรีเวชกรรม แผนกรังสีวิทยา มีต้นทุนผู้ป่วยนอกประมาณครั้งละ 34.75, 66.08, 24.56, 57.40, 21.43, 287.12 และ 99.48 ตามลำดับ และต้นทุนผู้ป่วยในประมาณวันไข้ละ 155.89, 0, 120.90, 132.16, 15.33, 1,012.69 และ 0 ตามลำดับ และนอกจากนี้ยังมีการวิจัยศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลเลิศจิน<sup>19</sup> โดยมีการศึกษาต้นทุนโดยแยกรายแผนก และทำการศึกษาดังหน่วยงานสนับสนุนแผนกต่าง ๆ ด้วย ซึ่งผลของการศึกษาพบว่า ปีงบประมาณ 2522 ต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 89.19 บาทต่อคน ต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในเท่ากับ 527.44 บาทต่อคนต่อวัน ปีงบประมาณ 2521 ต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 89.57

<sup>18</sup> ประแก่น ศุภจรรยาอักษรณ์, "ลักษณะการกระจายบริการโรงพยาบาลของรัฐบาลไปสู่ครัวเรือนในชั้นรายได้ต่าง ๆ : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี", วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2520.

<sup>19</sup> ศรีสุรางค์ จิตชินะกุล, "การศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลเลิศจิน", สาขาชีวิตติ มหาวิทยาลัยมหิดล, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.

บาทต่อคน ต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในเท่ากับ 460.28 บาทต่อคนต่อวัน ینگประมาณ 2520 ต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 84.50 บาทต่อคน ต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในเท่ากับ 377.36 บาทต่อคนต่อวัน โดยคำนวณจากสมการต้นทุน (ดังจะเห็นได้จากสมการ 2 ภาคผนวก ก) นอกเหนือจากงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วมีงานวิจัยเรื่องต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาลศึกษาเฉพาะตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร<sup>20</sup> โดยงานวิจัยนี้ได้แบ่งต้นทุนออกเป็นต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อมสำหรับงานวิจัยนี้ได้้นำเอาต้นทุนทางอ้อมมาคำนวณ นอกจากนี้ต้นทุนซึ่งใช้ในการคำนวณนี้จะนำเฉพาะมูลค่าต้นทุนแปรผัน คือมูลค่าเงินเดือน มูลค่าวัสดุภัณฑ์ และมูลค่าของต้นทุนกึ่งแปรผัน คือ มูลค่าครุภัณฑ์ทางการแพทย์ มาคิดเป็นต้นทุนในการรักษาพยาบาลเท่านั้น โดยมีได้นำมูลค่าของต้นทุนคงที่ คือ มูลค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้าง มาคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยงานวิจัยนี้ต้องการศึกษาถึงต้นทุนของผู้ให้บริการในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงเท่านั้น สำหรับสมการในการคำนวณ (ดังจะเห็นได้จากสมการ 3 ภาคผนวก ก) ผลจากการศึกษาพบว่าต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลทั้ง 4 (ราชวิถี วชิระ เลิศสิน และโรงพยาบาลกลาง) มีมูลค่าสูงกว่าต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยประมาณ 1.3 เท่า และแผนกที่มีมูลค่าต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกสูงที่สุดโดยเฉลี่ยของโรงพยาบาลตัวอย่าง คือ แผนกศัลยกรรมและแผนกที่มีมูลค่าต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในสูงที่สุดโดยเฉลี่ยของโรงพยาบาลตัวอย่างคือ แผนกจักษุ โสตศอนาสิก และต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกมีต้นทุนของหน่วยงานสนับสนุนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดและต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในมีต้นทุนเงินเดือนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด

## ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>20</sup> ชยมีช ชาติ, "ต้นทุนการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร," วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.