



บทที่ 1

บทนำ

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบเศรษฐกิจในสังคมใด ๆ ก็ตาม จะต้องเผชิญกับปัญหาความขาดแคลนหรือความไม่เพียงพอของทรัพยากรที่มีอยู่ในสังคมนั้น ถึงแม้ในประเทศที่คนทั่วไปคิดว่ามั่งคั่งร่ำรวยก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากปัญหาความขาดแคลนไปได้ เนื่องจากบุคคลที่ประกอบขึ้นเป็นสังคมหรือประเทศต่างมีความต้องการอย่างไม่มีวันสิ้นสุด ความขาดแคลนจึงมีความหมายในเชิงเปรียบเทียบระหว่างทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งไม่เพียงพอจะใช้ผลิตสินค้าเพื่อสนองต่อความต้องการของคนในสังคมได้อย่างครบถ้วน

ในประเทศที่มั่งคั่งร่ำรวย เช่น สหรัฐอเมริกา นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2518 ได้มีการออกกฎหมาย ว่าด้วยการประกันสังคม รัฐบาลสหรัฐฯ ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลในปีแรก 10 พันล้านดอลลาร์ ต่อมาในปี พ.ศ.2523 ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเป็น 101 พันล้านดอลลาร์ และในปีพ.ศ.2533 คาดว่าจะต้องจ่ายถึง 326 พันล้านดอลลาร์ (Freeland, M., et al., 1980) โดยที่ค่าใช้จ่ายย้อนหลัง (Retrospective reimbursement) ที่โรงพยาบาลต่าง ๆ เรียกเก็บจากรัฐบาลเพื่อชดเชยคืนมีจำนวนมากขึ้นทุกปี รัฐบาลจึงพยายามอย่างยิ่งที่จะหาทางลดค่าใช้จ่าย โดยนำเอาระบบอัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่คาดการณ์ไว้มาใช้ และพยายามที่จะยกเลิกการคิดค่าใช้จ่ายย้อนหลังซึ่งเรียกเก็บจากรัฐบาล ทำให้โรงพยาบาลที่คิดค่าใช้จ่ายต่ำกว่าอัตราที่กำหนดรับภาระขาดทุน แต่การที่จะให้ได้มาซึ่งอัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่คาดการณ์ไว้จำเป็นต้องทราบต้นทุนต่อหน่วยหรือต้นทุนเฉลี่ยของโรงพยาบาล

สำหรับประเทศไทย เมื่อประมาณทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ.2521) ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ มีมูลค่าทั่วประเทศ 30,174.5 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2530 ได้เพิ่มเป็น 67,771.3 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็น 2.25 เท่า (มูลค่าจริง) หรือคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรจะเพิ่มจาก 680 บาทในปี พ.ศ.2521 เป็น 1,282 บาทในปี พ.ศ.2530 ซึ่งเท่ากับเพิ่มเป็น 1.89 เท่า (มูลค่าจริง) (Myers, C.N., Mongkolsamai, D. and Causino, N., 1985)

อัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรในประเทศไทย ช่วง 5 ปีสุดท้ายของทศวรรษที่แล้วเฉลี่ยได้ร้อยละ 8.23 ต่อปี นับว่าเป็นอัตราที่สูงมาก และสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วทุกประเทศ และสูงกว่าการเพิ่มผลผลิตภัณฑมวลรวมประชาชาติต่อหัวประชากรของประเทศไทย ค่าใช้จ่ายดังกล่าวหากคิดเป็นสัดส่วนของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติจะเพิ่มจากร้อยละ 3.43 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติในปี พ.ศ.2521 เป็นร้อยละ 5.6 ในปีพ.ศ.2530 ซึ่งสูงกว่าสัดส่วนที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้เป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพดีถ้วนหน้า (กำหนดไว้ร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ซึ่งประเทศไทยบรรลุแล้วตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2527) และหากแนวโน้มเป็นเช่นนี้ต่อไป ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย จะเพิ่มเป็น 99,043.7 ล้านบาท เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแห่งชาติฉบับที่ 6 ในปี พ.ศ.2534 และเป็น 232,586.1 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2543 โดยมีค่าใช้จ่ายต่อหัวเป็น 1,774 บาท และ 3,718 บาท และคิดเป็นสัดส่วนของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติประมาณร้อยละ 6.3 และ 8.05 ในปี พ.ศ.2534 และ ปี พ.ศ.2543 ตามลำดับ (Myers,C.N., Mongkolsamai,D.and Causino,N.,1985)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ชัดว่าแม้จะยังไม่มียกกฎหมายประกันสังคมในประเทศไทยรัฐบาลก็ต้องจ่ายเงินงบประมาณอุดหนุนการสาธารณสุขมาโดยตลอดและลักษณะของการจัดสรรงบประมาณยังไม่สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง ทำให้ขาดงบประมาณการอยู่เป็นประจำ ทั้งนี้ปัญหาส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากการที่ไม่ทราบต้นทุนต่อหน่วยหรือต้นทุนเฉลี่ยในการให้บริการนั่นเอง

สภาประชาชาติไทยได้จัดสร้างตึกผู้ป่วยนอก (ตึก ภปร) ขึ้น ในมหามงคลสมัยที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมายุครบ 60 พรรษา เป็นอาคารคอนกรีตเสริมเหล็กสูง 24 ชั้น แบ่งเนื้อที่ชั้น 1-13 เป็นแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก และย้ายห้องตรวจผู้ป่วยนอกจากสถานที่เดิมตามตึกต่าง ๆ หลายแห่ง ไปปฏิบัติงาน ณ ตึก ภปร รวมทั้งแผนกอายุรกรรมซึ่งย้ายไปปฏิบัติงานในชั้นที่ 1-3 ของตึก ภปร และได้เริ่มเปิดให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปตั้งแต่วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ.2532 และเปิดเป็นทางการเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ.2532 ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้รับความสะดวกในการมารับบริการ

แผนกอายุรกรรม ศึกษผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีนโยบายที่จะพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยให้สอดคล้องกับแผนงานของสภากาชาดไทย โดยคำนึงถึงแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 6 ซึ่งถือว่าผู้ป่วยเป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการของโรงพยาบาล จึงได้วางแผนงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการให้บริการตรวจผู้ป่วยนอกอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด การที่จะวางแผนดำเนินงานประมาณ จำเป็นต้องทราบรายละเอียดของค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานต่าง ๆ อาทิเช่น ค่าใช้จ่ายด้าน สาธารณูปโภคที่ต้องหล่อเลี้ยงเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ทันสมัย เช่น ลิฟท์ เครื่องปรับอากาศ เครื่องส่งเอกสารระบบทอแลม เครื่องคอมพิวเตอร์ และระบบประกันอัคคีภัยแบบอัตโนมัติ เป็นต้น นอกเหนือจากการจัดระบบการให้บริการตรวจรักษาซึ่งต้องให้บริการทั้งคนไข้ใหม่ และคนไข้เก่าที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีการส่งตรวจพิเศษต่าง ๆ อาทิ เช่นการตรวจพิเศษด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะตัวใหม่ ๆ ที่มีราคาแพง เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ยังขาดข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการทำให้ไม่ทราบว่าต้องลงทุนเท่าใดในการรักษาผู้ป่วยนอกจากนี้ยังขาดข้อมูลด้านทรัพยากรที่ใช้วัดประสิทธิภาพการทำงานภายในแผนก แม้ว่าจะมีข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรในหน่วยงานอยู่แล้วแต่ขาดการจัดระบบข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมแก่การนำมาใช้วิเคราะห์เพื่อ คำนวณต้นทุนต่อหน่วยบริการ หรือวิเคราะห์ประสิทธิภาพการให้บริการ ข้อมูลต่าง ๆ นี้จะ ได้จากการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมทั้งสิ้น ซึ่งจะ เป็นข้อมูลที่ช่วยผู้บริหารในการตัดสินใจวางแผนการดำเนินงาน และแผนงบประมาณต่อไปในอนาคต

### วัตถุประสงค์

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาด้านต้นทุนต่อหน่วยบริการของผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปีงบประมาณ 2533 (1 ตุลาคม พ.ศ.2532 - 30 กันยายน พ.ศ.2533)



### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. หาแบบจำลอง (Model) เพื่อใช้ในการหาต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. หาต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอก ในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปีงบประมาณ 2533

### คำถามการวิจัย

1. ต้นทุนต่อหน่วยบริการของผู้ป่วยนอกในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปีงบประมาณ 2533 เป็นเท่าไร
2. รูปแบบวิธีการในการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของผู้ป่วยนอกในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร
3. ต้นทุนของการให้บริการผู้ป่วยนอกในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปีงบประมาณ 2533 เป็นเท่าไร

### ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาระบบการคิดต้นทุนของผู้ป่วยนอก ในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปีงบประมาณ 2533

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้วิธีการที่เหมาะสมสำหรับการหาต้นทุนต่อหน่วยบริการของผู้ป่วยนอกในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ช่วยผู้บริหารในการตัดสินใจวางแผนงบประมาณของการให้บริการผู้ป่วยนอกในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3. ได้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการของผู้ป่วยนอก ในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ถูกต้อง เพื่อประกอบการวางแผนในการให้บริการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
4. นำไปสู่การวิเคราะห์จัดทำโครงสร้างการคิดราคาค่าบริการของผู้ป่วยนอก ในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่เหมาะสม และเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ

### คำนิยามที่ใช้ในการศึกษา

**ผู้ป่วยนอก** หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาและมารับบริการโดยมิได้เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แม้ในรายที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในก็จะได้รับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกก่อน

**จำนวนหน่วยบริการ** หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการเข้ามารับการรักษาหรือมารับบริการในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วย 1 คน มารับบริการ 2 ครั้ง ในปีงบประมาณ พ.ศ.2533 คิดเป็น 2 หน่วยบริการ

**แผนกอายุรกรรม** หมายถึง แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ตึก ภปร) ซึ่งได้แก่คลินิกอายุรกรรมทั่วไป คลินิกอายุรกรรมผิวหนัง และคลินิกอายุรกรรมเฉพาะโรค มีหน้าที่ให้บริการ ตรวจรักษาผู้ป่วยโดยจะทำการตรวจรักษาแล้วให้การวินิจฉัยรายใดที่แพทย์ผู้ตรวจเห็นว่าเกินความสามารถ หรือต้องการความคิดเห็นจากคลินิกเฉพาะโรคของแผนกที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ก็โอนหรือปรึกษาต่อไป

**ต้นทุน(Cost)** หมายถึง จำนวนเงินที่จ่ายไปเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิต (Final products or outputs) หรือบริการในการดำเนินงานจัดบริการเพื่อสุขภาพอนามัยแก่ผู้มารับบริการ ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้มีดังนี้คือ

1. ต้นทุนค่าแรง (Labour cost) หมายถึงรายจ่ายที่จ่ายให้กับเจ้าหน้าที่เป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน รวมทั้งสวัสดิการต่าง ๆ ที่จ่ายให้ในรูปตัวเงิน ได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา ค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติราชการ เงินช่วยเหลือบุตร ค่าเล่าเรียนบุตร และค่ารักษาพยาบาล หน่วยงานต้นทุนค่าแรง ประกอบด้วยหน่วยงานของสภาภาษาชาวไทย และหน่วยงานของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ทำงานให้

กับ ดิก ภปร ซึ่งเกิดขึ้นในระยะเวลาที่กำหนดในบึงบระมาฉ 2533(1 ตุลาคม พ.ศ. 2532-30 กันยายน พ.ศ.2533)

2. ต้นทุนค่าวัสดุ(Material cost) หมายถึงค่าวัสดุทุกประเภทที่แต่ละหน่วยงานเบิกจ่าย จากหน่วยจ่าย (หน่วยจ่ายหลักของโรงพยาบาลได้แก่ ฝ่ายเภสัชกรรม และงานพัสดุฝ่ายบริหารทั่วไป) ซึ่งเกิดขึ้นในระยะเวลาที่กำหนดในบึงบระมาฉ 2533

(1 ตุลาคม พ.ศ.2532 - 30 กันยายน พ.ศ.2533) รวมทั้งค่าซ่อมแซมบำรุงรักษาและค่าสาธารณูปโภค เช่น วัสดุสำนักงาน วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ วัสดุงานบ้าน วัสดุเครื่องแต่งกาย วัสดุเชื้อเพลิง เเวชภัณฑ์ ยา ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ เป็นต้น

3. ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost) หมายถึง ต้นทุนค่าเสื่อมราคาประจำปี (Depreciation cost) ของครุภัณฑ์ และอาคารสิ่งก่อสร้างในโรงพยาบาล โดยคิดแบบเส้นตรง(Straight-line method) อายุการใช้งานของครุภัณฑ์ใช้เกณฑ์การคิดค่าเสื่อมราคาจากสมาคมโรงพยาบาลอเมริกัน(Estimated useful lives of depreciable hospital assets,1978) ส่วนอายุการใช้งานสิ่งก่อสร้างคิด 20 ปี โดย ค่าเสื่อมราคาส่งก่อสร้างของแต่ละหน่วยงานคิดตามสัดส่วนของพื้นที่การใช้งาน

4. ต้นทุนรวมโดยตรง (Total direct cost) หมายถึงผลรวมของต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน ซึ่งเกิดขึ้นที่หน่วยงานหนึ่งหน่วยงานใดโดยตรง

5. ต้นทุนทางอ้อมหรือต้นทุนที่ได้จากหน่วยงานอื่น(Indirect cost)หมายถึง ต้นทุนของหน่วยงานรับต้นทุน Absorbing Cost Centre (ACC) ส่วนที่ได้รับจากหน่วยต้นทุนชั่วคราว Transient Cost Centre (TCC) ในกระบวนการกระจายต้นทุนตามเกณฑ์การกระจายต้นทุน ซึ่งกำหนดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน

6. ต้นทุนทั้งหมด(Full cost)หมายถึงผลรวมของต้นทุนรวมโดยตรง(Total direct cost) และต้นทุนที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น (Indirect cost) หรือเป็นต้นทุนโดยตรงของแผนกบริการผู้ป่วยโดยตรงกับต้นทุนโดยอ้อมจากแผนกไม่ก่อให้เกิดรายได้ และแผนกก่อให้เกิดรายได้ การจัดสรรแบ่งปันตามหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม หรือหมายถึง ต้นทุนที่ได้จากการรวบรวมสะสมค่าใช้จ่ายต่างๆที่เป็นต้นทุนรวมของหน่วยงานบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย(Patient service) ทั้ง โดยตรงและที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น(ไม่รวม

ค่าใช้จ่ายของหน่วยงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานบริการผู้ป่วย)

7. ต้นทุนต่อหน่วยบริการ หมายถึงต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นในการให้บริการผู้ป่วย 1 หน่วย (หน่วยของการให้บริการเป็นครั้งผู้ป่วยนอก) หรือหมายถึงค่าใช้จ่ายของสถานบริการในการดำเนินงานจัดบริการเพื่อสุขภาพอนามัยแก่ผู้มารับบริการในแต่ละครั้ง

$$\text{ต้นทุนต่อหน่วยบริการ} = \frac{\text{ต้นทุนทั้งหมดของแผนกบริการผู้ป่วย}}{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยนอกมาใช้บริการ}}$$

หน่วยต้นทุน (Cost centre) หมายถึงหน่วยงานซึ่งถูกกำหนดขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-revenue producing cost centre: NRPPC) หมายถึงหน่วยงานซึ่งทำหน้าที่บริหารจัดการ และสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยงานอื่น ๆ หน่วยงานเหล่านี้จะ ไม่มีการเรียกเก็บค่าบริการโดยตรงจากผู้ป่วย เช่น ฝ่ายบริหาร ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล เป็นต้น ได้แก่หน่วยงานที่มีรหัสนำหน้าหมายเลข1
2. หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue producing cost centre : RPCC) หมายถึงหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการพิเศษเฉพาะอย่างแก่ผู้ป่วย และเรียกเก็บค่าบริการนั้น ๆ จากผู้ป่วย เช่น บริการเภสัชกรรม รังสีวิทยา ชันสูตร เป็นต้น ได้แก่หน่วยงานที่รหัสนำหน้าหมายเลข2
3. หน่วยบริการผู้ป่วย (Patient service: PS) หมายถึงหน่วยงานซึ่ง เป็นศูนย์กลางในการบริการผู้ป่วยโดยตรงคือ แผนกต่าง ๆ ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยนอก หน่วยบริการผู้ป่วยนอกถือเป็นหน่วยสุดท้ายที่ใช้ในการคำนวณต้นทุนในการให้บริการ ได้แก่หน่วยงานที่มีรหัสนำหน้าหมายเลข3
4. หน่วยต้นทุนชั่วคราว (Transient cost centre : TCC) หมายถึงหน่วยงานซึ่งมีต้นทุนโดยตรงของตัวเอง แต่มิใช่หน่วยสุดท้ายในการคำนวณต้นทุนการให้



บริการและกระจายต้นทุนนั้นไปให้หน่วยงานอื่น ๆ จนหมด หน่วยต้นทุนชั่วคราว (TCC) ได้แก่ หน่วยงานในกลุ่ม NRPPC และ RPCC

5. หน่วยงานรับต้นทุนหรือหน่วยสุดท้าย (Absorbing cost centre:ACC) หมายถึงหน่วยงานซึ่งรับต้นทุนจาก TCC มารวมกับต้นทุนรวมโดยตรงของตนเอง (Total direct cost) เป็นต้นทุนทั้งหมด (Full cost) หน่วยงานรับต้นทุน (ACC) ได้แก่ หน่วยงานในหน่วยบริการผู้ป่วย (PS)

ต้นทุนพื้นฐาน (Routine service cost:RSC) หมายถึงต้นทุนรวมโดยตรงของหน่วยงาน PS รวมกับต้นทุนทางอ้อมที่ได้รับจาก NRPPC

ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล (RPCC cost) หมายถึงต้นทุนที่ PS ได้รับจาก RPCC

ต้นทุนทั้งหมด (Full cost) = RSC + RPCC

เกณฑ์การจัดสรรต้นทุน (Allocation criteria) หมายถึงเกณฑ์สมมุติเพื่อจัดสรรต้นทุนจากหน่วยงานหนึ่ง ๆ ลงไปให้หน่วยงานอื่น หลักเกณฑ์นี้พยายามสร้างขึ้นตามข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อให้การจัดสรรทุกอย่างเป็นไปอย่างเหมาะสมและถูกต้อง

อัตราการจัดสรรต้นทุน (Allocation rate) คือ อัตราส่วนของหน่วยที่ให้บริการโดยใช้เกณฑ์การจัดสรร (Allocation criteria) ที่เหมาะสม

การจัดสรรต้นทุน (Cost allocation) หมายถึงจำนวนเงินจากหน่วยงานใดที่รับบริการด้านต้นทุนทุกหน่วยงานที่ให้บริการ โดยคิดจากอัตราการจัดสรร (Allocation rate) คูณด้วย Total Direct Cost ของหน่วยงานที่ให้บริการ