

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ตลอดจนความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยี ส่งผลให้อัตราการเพิ่มของประชากรในภาพรวมของประเทศไทยลดลงจากร้อยละ 1.96 ในปี พ.ศ. 2533 เหลือเพียงร้อยละ 1.05 ในปี พ.ศ. 2543 และสัดส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากอายุขัยเฉลี่ยในช่วงปี พ.ศ. 2538-2543 ถึงช่วงปี พ.ศ. 2543-2548 โดยประชากรไทยเพศชายจะมีอายุขัยเฉลี่ยจาก 67.36 ปี สูงขึ้นเป็น 68.15 ปี ในเพศหญิงจาก 71.47 ปี สูงขึ้นเป็น 72.39 ปี และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยโดยรวมจะสูงขึ้นจาก 69.51 ปี เป็น 70.23 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) จากการเปลี่ยนแปลงอายุขัยเฉลี่ยของประชากรทำให้แบบแผนการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากการเจ็บป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อมาเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดจากการเสื่อมของร่างกาย และโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรกระบบทางเดินหายใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ โดยโรคดังกล่าว มีแนวโน้มสูงขึ้นซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีภาวะทุพพลภาพมากขึ้น ผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมากต้องการเวลาในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานทำให้ผู้ป่วย และรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (ทัศนา บุญทอง, 2543) ดังจะเห็นได้จากรายจ่ายในการดูแลสุขภาพของคนไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531-2541 พบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของคนไทยต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศสูงขึ้นจากร้อยละ 5.77 เป็นร้อยละ 6.21 (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.10 ในปี พ.ศ. 2543 (นันทนา อ่วมกุล และ เพชรรัตน์ คีรีวงศ์, 2542; ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544a) ทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น

ขณะเดียวกันระบบบริการด้านสุขภาพของประเทศไทยยังมีปัญหาอื่นๆ เช่น การให้บริการที่ไม่มีประสิทธิภาพ การให้บริการด้านสุขภาพไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากร ความไม่เสมอภาคในการรับบริการ ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในส่วนที่รัฐบาล และประชาชนต้องแบกรับภาระ

มากขึ้น (สวงน นิตยารัมภ์พงศ์, 2538) จากปัญหาดังกล่าวทำให้รัฐบาลและหน่วยงานต่างๆ ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ที่มีหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบโดยตรงได้ร่วมมือกันหาแนวทางการแก้ปัญหาดังกล่าวโดยใช้การปฏิรูประบบงบประมาณซึ่งแต่เดิมเป็นงบประมาณแบบแสดงรายการ (line-item budgeting) มาเป็นระบบที่คำนึงถึงเฉพาะปัจจัยนำเข้า (input) ที่แสดงการใช้จ่ายเงินเป็นรายการ ได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทนฯ ว่าแต่ละรายการใช้จ่ายอย่างไร จึงทำให้การจัดสรรงบประมาณ ดังกล่าวไม่สามารถวัดผลสำเร็จของงานได้ เพราะการอนุมัติเงินประจำงวดจะอนุมัติตามหมวดรายจ่าย ไม่ได้อนุมัติตามโครงการหรือแผนงาน จึงเป็นปัญหาต่อการติดตามประเมินผลว่ามีความคุ้มค่ากับทรัพยากรที่ใช้จ่ายไปหรือไม่ มาสู่การ จัดสรรงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงาน (performance-based budgeting) ซึ่งเป็นระบบการจัดสรรงบประมาณที่คำนึงถึงผลผลิต และผลลัพธ์เป็นหลัก (output) โดยเน้นการจำกัดงบประมาณรายจ่ายประจำ และมีการจัดทำงบประมาณล่วงหน้าเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมงบประมาณ และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน ผู้มารับบริการ (ศุภสิทธิ์ พรรณนารุ โนนทัย, 2544b; ชัยสิทธิ์ เฉลิมมีประเสริฐ, 2544)

เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบริหารทรัพยากร กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณให้กับสถานบริการ จำกัดตามประชากรที่มากขึ้นทะเบียนกับเครือข่ายสถานบริการของตน โดยได้จัดสรรงบประมาณด้วยวิธีการเหมาจ่ายรายหัวประชาชน (capitation) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและกำหนดเพดานงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group: DRG) เป็นเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณในการบริการผู้ป่วยให้กับสถานบริการ เป็นระบบการจ่ายเงินให้กับสถานบริการในระบบการตกลงล่วงหน้า ซึ่งเป็นระบบการจัดสรรงบประมาณที่กระตุ้นให้สถานบริการมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นอีกหนทางหนึ่งในการควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานบริการ การจัดสรรงบประมาณดังกล่าว อาจทำให้ผู้ให้บริการในสถานบริการให้บริการแก่ผู้รับบริการน้อยกว่าที่ควรจะเป็น เช่น การลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายของสถานบริการ ซึ่งอาจทำให้คุณภาพของการให้บริการผู้ป่วยลดลงได้ (ศุภสิทธิ์ พรรณนารุ โนนทัย, 2544b) แต่เป้าหมายหลักในการปฏิรูประบบสุขภาพก็คือ สถานบริการมีการจัดการบริการที่มีคุณภาพ และต่อเนื่องตามมาตรฐาน ซึ่งเป็นรูปแบบบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2544; สำเร็จ แหยงกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ, 2545) ดังนั้นการจัดระบบบริการอีกรูปแบบหนึ่งที่จะทำให้สถานพยาบาลบรรลุเป้าหมายของการบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้ก็คือ การจัดระบบบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพราะเป็นการจัดระบบบริการที่จัดให้แก่บุคคลที่เจ็บป่วยในชุมชนและ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านจากทีมสุขภาพ (วิลาวัดย์ เสนารัตน์ และ ประยงค์ ลิ้มตระกูล, 2538; Widmer, 2002)

การให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นการจัดระบบบริการให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้ปริมาณงานของเจ้าหน้าที่และค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในภาพรวมลดลง (Cleman-Stone, Eigsti, & McGuire, 1995) นอกจากนี้ การให้บริการสุขภาพที่บ้านยังช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิด เป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลสุขภาพที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ช่วยประหยัดเวลาของผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นต้องมารับบริการในสถานบริการ ลดภาระของผู้ป่วยและครอบครัว มีผลให้ภาวะจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้นเพราะได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่อบอุ่นกับสมาชิกในครอบครัว และมีพยาบาลเป็นผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่บ้าน (วิลาวัดย์ เสนารัตน์, ประยงค์ ลิ้มตระกูล และ พิมภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2540; สุภาณี อ่อนชื่นจิต และ ฤทัยพร ตรีตรง, 2544) เนื่องจากการให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นการให้บริการที่มีความซับซ้อน ต้องใช้พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ เพราะเป็นการจัดบริการนอกสถานพยาบาล ทำให้การจัดระบบบริการขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและความต้องการของผู้ป่วยในขณะนั้น (Modly, Zanotti, Poletti, & Fitzpatrick, 1997) จึงทำให้รูปแบบการดำเนินการและแนวทางปฏิบัติมีหลายแนวทางที่เหมาะสม การจะใช้รูปแบบดำเนินการแบบไหนนั้นขึ้นอยู่กับแนวคิดและจุดมุ่งหมายในการให้บริการ (สุภาวดี ลิมปนาทร, 2538)

จากการให้บริการสุขภาพที่บ้านในช่วงที่ผ่านมา ไม่ว่าจะใช้รูปแบบใดก็ตามสิ่งที่ตามมาคือมีค่าใช้จ่ายในการให้บริการเกิดขึ้น ได้แก่ ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ค่าเวชภัณฑ์ ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ แต่ยังคงขาดการสนับสนุนจากหน่วยงาน (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539) ดังจะเห็นได้จากการประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ที่จัดขึ้นที่ประเทศอิตาลีในปี ค.ศ. 1995 มีผู้เข้ารับการประชุมมากกว่า 30 ประเทศ สรุปได้ว่าปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การให้บริการสุขภาพที่บ้านประสบผลสำเร็จได้ก็คือ การบริหารทรัพยากรในการให้บริการสุขภาพที่บ้านอย่างเหมาะสม การพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนได้ (Modly, Zanotti, Poletti, & Fitzpatrick, 1997) จึงทำให้ต่างประเทศ โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ความสนใจในการศึกษาต้นทุนในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน จากการศึกษาต้นทุนของสมาคมสุขภาพและองค์กรประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา (Health Care Finance Administration & American Health Care Association, 2001) พบว่าต้นทุนในการให้บริการสุขภาพที่บ้านเฉลี่ยวันละ 150 เหรียญสหรัฐ และจากการศึกษาของกระทรวงแรงงาน (U.S. General Accounting Office, 2000) พบว่าต้นทุนในการให้บริการสุขภาพที่บ้านในแต่ละครั้งเท่ากับ 54-98 เหรียญสหรัฐ

สำหรับในประเทศไทย คนอายุทศ กาญจนกุล และคณะ (2523) ได้ทำการศึกษาต้นทุนของสถานบริการสาธารณสุขโดยสุ่มจากสถานีอนามัย จำนวน 9 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 9 แห่ง จากทุกภาคในประเทศไทยโดยพิจารณาตามกิจกรรมบริการ พบว่าต้นทุนในกิจกรรมการออกเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ 38 บาทต่อครั้ง และสถานีอนามัย เท่ากับ 26 บาทต่อครั้ง (อ้างใน ทิตินันท์ สุขนันตพงศ์, สาโรจน์ สันตยากร และ เกศแก้ว ศรีงาม, 2539) แม้จะมีการศึกษาต้นทุนในหน่วยบริการต่างๆ บ้างแล้วแต่บริบทของแต่ละสถานบริการต่างกัน เช่น นโยบายการบริหาร งบประมาณที่ได้รับจัดสรร จำนวนเจ้าหน้าที่ จำนวนผู้รับบริการ และลักษณะพื้นที่ทางภูมิศาสตร์มีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาต้นทุนของแต่ละสถานบริการเพื่อนำมาใช้บริหารจัดการการดูแลด้านสุขภาพที่เป็นของสถานบริการนั้นๆ

การดำเนินงานในช่วงเวลาที่ผ่านมา การให้บริการสุขภาพที่บ้านในประเทศไทยมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณเรื่อยมา เนื่องจากลักษณะการดำเนินงานของการให้บริการสุขภาพที่บ้านส่วนใหญ่เป็นงานฝากไว้กับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในโรงพยาบาล ทำให้ขาดการจัดสรรงบประมาณที่ชัดเจน เช่น งบประมาณในการให้บริการสุขภาพที่บ้านมีจำนวนจำกัด ไม่เพียงพอในการดำเนินงาน (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539, หน้า 5-6) สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุครธานี เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการป้องกัน ส่งเสริม รักษาฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนหลายงานด้วยกัน การจัดสรรงบประมาณให้งานบริการสุขภาพที่บ้าน จึงอยู่ในรูปของวัสดุอุปกรณ์หรือเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันพยาบาลที่รับผิดชอบงานการให้บริการสุขภาพที่บ้านก็ต้องรับผิดชอบงานอื่นๆ ร่วมด้วย จึงทำให้การจัดสรรงบประมาณในการให้บริการสุขภาพที่บ้านไม่ชัดเจน (จินนภา ทิปสว่าง, ดิดดอเป็นการส่วนตัว, พฤศจิกายน 29, 2545)

การจัดสรรงบประมาณสำหรับสถานบริการของรัฐในปี พ.ศ. 2544-2545 ใช้งบประมาณในการดูแลด้านสุขภาพเท่ากับ 1,202.40 บาทต่อคนต่อปี โดยจำแนกสัดส่วนเป็นดังนี้ บริการผู้ป่วยนอก 574 บาท บริการผู้ป่วยใน 303 บาท บริการส่งเสริม และป้องกันโรคส่วนบุคคล 175 บาท สมทบคำรักษาพยาบาลราคาแพง 32 บาท อุบัติเหตุฉุกเฉิน 25 บาท และงบประมาณเพื่อการลงทุน 93.40 บาท (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีรพัฒนานนท์, และ ภูษิต ประครองสาย, 2544; สำเร็จ แหงกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ, 2545)

ถึงแม้ว่างบประมาณสำหรับงานบริการส่งเสริม และป้องกันโรคส่วนบุคคลจะได้รับการจัดสรรเพียง 175 บาท ในขณะที่การดำเนินงานนั้นประกอบด้วยหลายงานด้วยกัน ได้แก่ งานการให้บริการสุขภาพที่บ้าน งานอนามัยแม่และเด็ก งานโภชนาการ งานทันตสาธารณสุข และอื่นๆ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2544; สำเร็จ แหงกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ, 2545) แต่ยังไม่มีความเห็นแนวทางจัดงบประมาณลงในแต่ละงาน แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะได้กำหนดหลักเกณฑ์การ

จัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากรที่สถานบริการรับผิดชอบ แต่ก็ยังเป็นเพียงหลักเกณฑ์กว้างๆ ที่ไม่ได้มาจากโครงสร้างของต้นทุนของกิจกรรมนั้นๆ ทำให้งบประมาณที่ได้มาไม่เพียงพอในการบริหารจัดการ ทำให้การดำเนินงานขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณดังกล่าว จึงเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่ผู้บริหารโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเฉพาะผู้บริหารทางการแพทย์ที่มีส่วนสำคัญในการมีส่วนร่วมในการจัดสรรและใช้ทรัพยากร ต้องให้ความสนใจเกี่ยวกับต้นทุนมากขึ้น จะได้ใช้เป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดความคุ้มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุด (เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, 2543)

ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาต้นทุนในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งถือว่าเป็นภาระกิจหนึ่งที่สำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในชุมชนของ “ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี” จึงเป็นสาเหตุให้ไม่มีข้อมูลที่จะทำให้ทราบว่างบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรมาให้เพียงพอต่อการบริหารจัดการบริการในสถานบริการของตนหรือไม่ ประกอบกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้จัดให้มีการจัดสรรงบประมาณตามข้อมูลของการศึกษาด้านทุนของแต่ละโครงการ หรือกิจกรรมในการให้การรักษายาบาล เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและการบริการมีคุณภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี จะต้องทำการศึกษาด้านทุนดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้านเพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้วางแผนงบประมาณ และบริหารทรัพยากรให้เหมาะสมกับงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และมีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน มีความสนใจ และได้ตระหนักถึงปัญหาของข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนการให้บริการสุขภาพที่บ้านของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้ในการวางแผน การจัดสรรงบประมาณ และบริหารทรัพยากรตลอดจนเป็นการควบคุมต้นทุนให้สอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับซึ่งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพที่บ้านนั่นเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนดำเนินการ ในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ในมุมมองของผู้ให้บริการ
2. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย ในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ในมุมมองของผู้ให้บริการ

คำถามการวิจัย

1. ในมุมมองของผู้ให้บริการ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ใช้ต้นทุนดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ระหว่างวันที่ 20 มกราคม ถึงวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2546 เป็นจำนวนเงินเท่าใด
2. ในมุมมองของผู้ให้บริการ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ใช้ต้นทุนในการให้บริการสุขภาพที่บ้านแต่ละครั้งเป็นจำนวนเงินเท่าใด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ที่ใช้ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างวันที่ 20 มกราคม ถึงวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2546

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. การวิเคราะห์ต้นทุนค่าลงทุนที่ใช้ในการให้บริการสุขภาพที่บ้านครั้งนี้ ไม่นำค่าเสื่อมราคาของที่ดินและอาคารสิ่งก่อสร้างมาคำนวณ กำหนดอายุการใช้งานของครุภัณฑ์ และยานพาหนะที่เกี่ยวข้องตามกรมบัญชีกลาง (อ้างใน อุไร ร่มโพธิ์หยก, 2544) ดังนี้

ค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์และยานพาหนะ มีอายุการใช้งานอย่างต่ำ 5 ปี อย่างสูง 8 ปี ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดอายุการใช้งานดังนี้

ยานพาหนะขนส่งในการศึกษาครั้งนี้ คือ จักรยานยนต์ มีอายุการใช้งาน 5 ปี โดยกำหนดจำนวนชั่วโมงทำงานในวันทำการ 8 ชั่วโมงต่อวัน ดังนั้นในหนึ่งปีจักรยานยนต์ มีชั่วโมงทำงาน 2,080 ชั่วโมง

ครุภัณฑ์ทุกประเภทมีอายุการใช้งาน 5 ปี โดยกำหนดจำนวนชั่วโมงทำงานในวันทำการ 8 ชั่วโมงต่อวัน ดังนั้นในหนึ่งปีครุภัณฑ์ทุกประเภท มีชั่วโมงทำงาน 2,080 ชั่วโมง

อัตราสิ้นเปลืองน้ำมันเชื้อเพลิงรถจักรยานยนต์เท่ากับ 36.3 กิโลเมตรต่อลิตร (จรรยา ชันมณี, 2546)

2. ต้นทุนค่าแรงที่ออกปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ คำนวณค่าแรงเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่เป็นจำนวนเงินหน่วยเป็นบาทต่อหน้าที่ นำไปคูณกับเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมทั้งหมดในการให้บริการสุขภาพที่บ้านรวมทั้งเวลาที่ใช้ในการเดินทาง โดยใช้การบันทึกการใช้เวลาจากการปฏิบัติกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยแต่ละครั้ง (Urden & Roode, 1997) จากนั้นนำค่าแรงเฉลี่ยมีหน่วยเป็นบาทต่อหน้าที่คูณกับระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม (วรรณ พลับสวาท และคณะ, 2545)

3. ค่าเบี้ยเลี้ยง (ค่าใช้จ่ายการอบรม/ประชุมของเจ้าหน้าที่) นำมาคำนวณเฉพาะการอบรม/ประชุมของเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน คำนวณจากค่าใช้จ่ายในการอบรม/ประชุมเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ค่าที่พัก ค่าเดินทาง และค่าลงทะเบียน

คำจำกัดความ

การให้บริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การให้บริการด้านสุขภาพที่จัดให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวแบบต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมการให้บริการสุขภาพ ดังนี้

กิจกรรมก่อนให้บริการสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ การศึกษาข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ การวินิจฉัยโรค การรักษา ปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ การประชุม วางแผน การศึกษาแผนที่บ้าน การเตรียมกระเป๋า และอุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรมทางการแพทย์ และเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ถึงบ้านผู้ป่วย

กิจกรรมขณะให้บริการสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ การแนะนำตัว การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วย การตรวจร่างกาย การทำแผล การให้คำแนะนำ การจัดหาเอกสาร และการบันทึกข้อมูล

กิจกรรมหลังจากให้บริการสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ เวลาที่ใช้เดินทางกลับจากบ้านผู้ป่วยถึงศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี การบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การประเมินผลและการวางแผนเยี่ยมครั้งต่อไป การทำความสะอาดกระเป๋าเยี่ยมบ้าน

ต้นทุนดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง

ต้นทุนทางตรง (direct cost) หมายถึง ต้นทุนที่จ่ายโดยตรงเนื่องจากการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง

ต้นทุนค่าแรง (labour cost) หมายถึง เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่ารักษาพยาบาล ค่าเบี้ยเลี้ยง (ค่าอบรม/ประชุมของเจ้าหน้าที่) ค่าเล่าเรียนบุตร ค่าช่วยเหลือบุตร ค่าสวัสดิการบ้านพัก ที่ประเมินขึ้นจากค่าเช่าบ้าน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา

ต้นทุนค่าลงทุน (capital cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการใช้ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และยานพาหนะ คำนวณได้จากค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และยานพาหนะ ระหว่างวันที่ 20 มกราคม ถึงวันที่ 12 เมษายน 2546

ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง (material cost) หมายถึง มูลค่าของยา เวชภัณฑ์และค่าวัสดุสำนักงานทุกชนิดที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ใช้ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ระหว่างวันที่ 20 มกราคม ถึงวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2546

ต้นทุนรวมทั้งหมด (total cost) หมายถึง มูลค่าต้นทุนที่รวมได้จากต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง ใช้ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ระหว่างวันที่ 20 มกราคม ถึงวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2546

ต้นทุนต่อหน่วย (unit cost) ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึง ต้นทุนรวมทั้งหมด ใช้ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน หารด้วยจำนวนครั้งที่ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ระหว่างวันที่ 20 มกราคม ถึงวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2546

ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชน เป็นรูปแบบการจัดบริการที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยดูแลตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อมีการเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย และมีระบบการส่งต่อเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็งโดยประชาชนมีส่วนร่วมต่อไป