

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ต้นทุนดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ของศูนย์สุขภาพชุมชน
โรงพยาบาลอุครธานี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพที่บ้าน
 - 1.1 ความหมายของการให้บริการสุขภาพที่บ้าน
 - 1.2 รูปแบบของการให้บริการสุขภาพที่บ้าน
 - 1.3 การดำเนินงานการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาล
2. แนวคิดเกี่ยวกับต้นทุน
 - 2.1 ความหมายของต้นทุน
 - 2.2 ประเภทของต้นทุน
 - 2.3 หลักการคำนวณต้นทุน
 - 2.4 การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์
 - 2.5 การวิเคราะห์ต้นทุนในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน

อุครธานี

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการสุขภาพที่สมบูรณ์แบบ มีพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการให้บริการ เป็นกิจกรรมที่ให้บริการสุขภาพแก่บุคคลและ ครอบครัวที่บ้าน ซึ่งพยาบาลและครอบครัวร่วมกันจัดขึ้นเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี ป้องกันการเจ็บป่วยและความพิการที่จะเกิดขึ้น โดยกิจกรรมต่างๆ จัดขึ้นที่บ้านภายใต้สิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ของครอบครัว การให้บริการสุขภาพที่บ้านเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลได้ จัดขึ้นตามความต้องการของผู้รับบริการ สำหรับบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพแต่ไม่สามารถมารับ บริการที่โรงพยาบาลได้ หรือผู้ที่มีการเจ็บป่วยที่ต้องการรักษาพยาบาลระยะยาวให้ได้รับการดูแลที่ เหมาะสมจากครอบครัวและทีมสุขภาพ จากความสำคัญของการให้บริการสุขภาพที่บ้าน จึงมีผู้ให้ ความหมายของการให้บริการสุขภาพที่บ้านไว้ดังนี้

ความหมายของการให้บริการสุขภาพที่บ้าน

สมาคมแพทย์อเมริกัน (The American Medical Association) ได้ให้ความหมายของ การให้บริการสุขภาพที่บ้านไว้ว่า เป็นการจัดบริการการพยาบาล บริการการสังคมสงเคราะห์ และ การดูแลบ้าน เพื่อจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การจัดบริการเป็นการนำ การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ไปจัดบริการที่บ้านตามปัญหา และความต้องการ ของผู้ป่วยโดยแพทย์เป็นผู้สั่งรักษา และทีมสุขภาพจะเป็นผู้บริการผู้ป่วยที่บ้านโดยการประเมิน สถานการณ์ครอบครัว และพัฒนาแผนการบริการที่บ้านได้อย่างเหมาะสม (The American Medical Association อ้างใน Humphrey, 1988)

ฟริดแมน (Friedman) ได้ให้ความหมายของการให้บริการสุขภาพที่บ้านไว้ว่า เป็นการ ให้บริการแก่บุคคลที่เจ็บป่วย หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ปกติเหมือนในภาวะที่ ร่างกายไม่เจ็บป่วย (Friedman อ้างใน Humphrey, 1988)

สแตนโฮป (Stanhope, 1996) ได้ให้ความหมายของการให้บริการสุขภาพที่บ้านไว้ว่า เป็นการดูแลต่อเนื่องด้านสุขภาพแบบผสมผสาน ที่ผู้ให้บริการให้แก่บุคคล และครอบครัวที่บ้าน ของผู้รับบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพและการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี หรือการ พึ่งตนเองได้เมื่อเกิดความพิการ หรือการเจ็บป่วย รวมถึงการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตโดยทีม สุขภาพจะมีการวางแผนและประสานงานร่วมกัน เพื่อให้บริการสุขภาพที่บ้านตามความเหมาะสม ของปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนแต่ละครอบครัว

สมาคมบริการสุขภาพที่บ้านแห่งชาติ (National Association for Home Care) ได้ให้ความหมายของการให้บริการสุขภาพที่บ้านไว้ว่า เป็นการให้บริการสำหรับผู้พักฟื้น ผู้พิการ หรือผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นการจัดให้บริการรักษาพยาบาล และ/หรือการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพของบุคคลในสิ่งแวดล้อมที่บ้าน (National Association for Home Care อ้างใน Humphrey, 1988)

ประวิณ วัฒนกิจ (2536) ได้ให้ความหมายของการให้บริการสุขภาพที่บ้านไว้ว่า เป็นบริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการพยาบาล โดยทีมสาธารณสุขให้การสนับสนุนแนะนำ ช่วยเหลือ ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านอนามัย โดยมีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออันตราย

วิธาวันย์ เสนารัตน์ และ ประยงค์ ถิมตระกูล (2538) ได้ให้ความหมายของการให้บริการสุขภาพที่บ้านไว้ว่า เป็นการบริการทางสุขภาพที่จัดให้กับบุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการพักฟื้น หรือผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรในทีมสุขภาพที่มุ่งส่งเสริม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคล และครอบครัวให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความเป็นอิสระในการพึ่งตนเอง

กล่าวโดยสรุป การให้บริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การบริการด้านสุขภาพที่สถานบริการจัดให้แก่ผู้ป่วยแบบต่อเนื่องด้านสุขภาพอนามัยจากโรงพยาบาลถึงที่บ้านผู้ป่วย โดยใช้บ้านผู้ป่วยเป็นสถานที่ให้บริการทางการแพทย์ และมีทีมสุขภาพเป็นผู้ดูแลสุขภาพที่บ้าน ในการศึกษาครั้งนี้ การให้บริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การบริการด้านสุขภาพที่จัดให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวแบบต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วย จากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุตรธานี

รูปแบบของการให้บริการสุขภาพที่บ้าน

เมื่อพิจารณาถึงความต้องการของการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ตามประเภทผู้รับบริการ สามารถจัดบริการได้ 2 รูปแบบ (สุภาณี อ่อนชื่นจิต และ ฤทัยพร ศรีตรง, 2544)

1. การให้บริการโดยใช้โรงพยาบาลเป็นหลัก (hospital-based) หรืออาจใช้คำ “การใช้สถาบันสุขภาพเป็นหลัก (institute-based)” เพราะเป็นบริการที่ผู้ป่วยมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล สถานีนอนามัย และศูนย์บริการสาธารณสุข) เป็นจุดเริ่มต้นหลักของการให้บริการสุขภาพที่บ้าน หลังจากได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้ว เป็นบริการต่อเนื่องให้ปัญหานั้นได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง

2. การให้บริการโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก (community-based) เป็นการให้บริการที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก การดำเนินการในรูปแบบนี้จะดำเนินการเช่นเดียวกับการบริการพยาบาลอนามัยชุมชน พยาบาลจะทำการประเมินและกำหนดข้อวินิจฉัยร่วมกับชุมชน ซึ่งจะพบปัญหาสุขภาพของประชากรได้ทุกกลุ่มอายุ การบริการจะมีทั้งการแก้ไขปัญหามาตามการวินิจฉัย และการดูแลสุขภาพของกลุ่มที่ต้องการการดูแลสุขภาพ หรือกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น ผู้สูงอายุ เด็กทารกและเด็กวัยก่อนเรียน เป็นต้น

การจัดรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่บ้านจะเป็นรูปแบบใดนั้น ขึ้นอยู่กับนโยบายวัตถุประสงค์ และโครงสร้างการบริหารงานของสถานบริการรวมทั้งงบประมาณ และแหล่งสนับสนุนของสถานบริการนั้นๆ เพื่อความคล่องตัว และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ การจัดรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นการสนองตอบต่อนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ ให้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการบริการจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุกจำเป็นต้องใช้รูปแบบการให้บริการทั้ง 2 รูปแบบ ผสมผสานกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการสร้างสุขภาพในชุมชนมากกว่าการซ่อมสุขภาพ

ในการศึกษาต้นทุนในการให้บริการสุขภาพที่บ้านครั้งนี้ เป็นการศึกษาต้นทุนดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน โดยใช้รูปแบบการให้บริการทั้ง 2 รูปแบบ เพื่อให้มีความครอบคลุมต้นทุนดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้านในช่วงที่ศึกษามากที่สุด

การดำเนินงานการให้บริการสุขภาพที่บ้านของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี

การให้บริการสุขภาพเป็นรูปแบบการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ที่ต้องอาศัยส่วนประกอบต่างๆ ได้แก่ ทีมผู้ให้บริการ นโยบายที่ชัดเจน ตลอดจนแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย ดังนี้

ทีมสุขภาพและหน้าที่รับผิดชอบ ทีมสุขภาพจะมีทั้งสาขาวิชาชีพนั้น ขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลว่า มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สาขาวิชาชีพ ซึ่งไม่ได้กำหนดตายตัวแต่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ได้กำหนดให้บุคลากรทีมสุขภาพแต่ละสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องและได้กำหนดหน้าที่ดังต่อไปนี้ (โรงพยาบาลอุดรธานี, 2544)

1. แพทย์ (physicians) จะมีหน้าที่ในการวินิจฉัยโรคและกำหนดแผนการรักษา มีส่วนในการดูแลรักษา การใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษ และมีบทบาทในการช่วยสนับสนุนความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้ระบบส่งต่อเพื่อให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทำให้การรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. พยาบาล (nurses) มีหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน โดยตรง ได้แก่ การประเมิน ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย วางแผนการดูแลรักษาช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การปฏิบัติตามปัญหาผู้ป่วย เช่น ทำแผล การสอนการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ และบริการสังคมต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาของผู้รับบริการให้บรรลุผลตามเป้าหมาย และผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

3. นักกายภาพบำบัด (physical therapists) รับผิดชอบในการประเมินระดับความสามารถ ในการประกอบกิจกรรม หรือการทำหน้าที่ของร่างกาย จัดกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม สอนผู้รับบริการและทีมสุขภาพในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย ประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้าน แนะนำให้ปรับปรุงเพื่อความปลอดภัย สอนวิธีการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อ การประคบร้อน การใช้เครื่องมือในการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ติดตามประเมินผล และการออกกำลังกายที่เหมาะสม

4. เภสัชกร (pharmacists) รับผิดชอบในการให้ข้อเสนอแนะแก่ทีมสุขภาพ ในการเลือก ใช้จ่ายและการประเมินปฏิกิริยาต่อยาของผู้รับบริการ

5. นักโภชนาการ (nutritionists) รับผิดชอบในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหาร โดยตรง แก่ผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

ทีมสุขภาพมีหน้าที่รับผิดชอบตามความชำนาญเฉพาะสาขาวิชาของตน แต่ในภาวะที่ ขาดแคลนเจ้าหน้าที่ในแต่ละสาขาวิชาชีพในปัจจุบัน ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ดำเนินการ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานและนำบริการไปสู่ผู้รับบริการที่บ้าน โดยนำเอาแผน การรักษาพยาบาลไปปรับสู่การปฏิบัติบริการแก่ผู้รับบริการ โดยรวมเอาบริการต่างๆ ผสมผสานไป กับบริการพยาบาล หากพบปัญหาในขณะที่ให้บริการก็จะใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยหรือข้อมูล ให้ผู้มีส่วน เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อแก้ไขปัญหาและร่วมวางแผนในการรักษาต่อไป

การให้บริการสุขภาพที่บ้านในช่วงที่ทำการศึกษารวมทั้งหมด 26 ครั้ง มีพยาบาล 1 คน เป็นบุคลากรหลักในทีมการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ทำหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน และ ประสานงานขอความช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพ เมื่อพบปัญหาที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ การติดต่อประสานงานกับแพทย์เกี่ยวกับ แผนการรักษาของแพทย์ เภสัชกรเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา นักกายภาพบำบัดในการสอนผู้ป่วย ที่เป็นอัมพาตในการออกกำลังกาย และอื่นๆ ตามปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ให้บริการ สุขภาพที่บ้าน

การให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการให้บริการด้านสุขภาพกับผู้รับบริการ ซึ่งการดำเนินงานการให้บริการสุขภาพที่บ้านจะประสบความสำเร็จได้นั้นจะต้องมีนโยบายที่ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันและมีความสอดคล้องกับสภาพการณ์นั้นๆ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านขึ้น เมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2538 (ประพิน วัฒนกิจ, 2541) ดังนี้

1. ดำเนินงานให้ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยให้แต่ละจังหวัดดำเนินงานให้ครอบคลุมพื้นที่ โดยให้นายแพทย์สาธารณสุขรับผิดชอบในระดับจังหวัด
2. มุ่งให้เกิดผลต่อการลดความแออัดในสถานบริการสาธารณสุข
3. มุ่งให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึง และเสมอภาค ให้ดำเนินงานบริการเชิงรุกงานสุขภาพดีเริ่มที่บ้านเป็นงานประจำ เพื่อให้บริการสาธารณสุขเข้าถึงประชาชนอย่างเสมอภาคถึงที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสและยากจน
4. บรรลุบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านเข้าไปเป็นคู่มือการดำเนินงานของ โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการ และหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) ให้จำแนกความรับผิดชอบงานแต่ละอย่าง และให้แต่ละคณะรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง
5. มุ่งดำเนินงานการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนมากที่สุด
6. ให้กองการพยาบาลรับผิดชอบเป็นแกนนำ ประสานกับกองโรงพยาบาลภูมิภาค และกองสาธารณสุขภูมิภาค ประสานการจัดทำโครงการ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ให้ถือเป็นแนวทางปฏิบัติทั่วประเทศ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ได้ผลดี โดยยึดแนวทางที่ส่งมาให้เป็นเครื่องมือในการควบคุม กำกับ และกำหนดทิศทางในการดำเนินงานการให้บริการสุขภาพที่บ้านให้เกิดเป็นรูปธรรม และบรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้

ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นหน่วยปฐมภูมิอีกหน่วยหนึ่งของฝ่ายเวชกรรมสังคม มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการแบบผสมผสานทุกด้านให้ครอบคลุม จึงได้นำนโยบายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของกระทรวงสาธารณสุข มาเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ประจำ 1 คน ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี และแพทย์หมุนเวียนจากหน่วยงานอื่นๆ มีหน้าที่ในการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ในเวลาราชการตั้งแต่วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.30 น.-12.00 น. และมีพยาบาลวิชาชีพ 4 คน มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการในสถานบริการ และในชุมชนในเวลาราชการตั้งแต่วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.30 น.-16.00 น. มีประชากรในความรับผิดชอบ 20,846 คน พื้นที่รับผิดชอบมีทั้งหมด 11 ชุมชน ประกอบด้วย ชุมชนถนนโพธิ์ศรี ชุมชนถนนสิทธิศิริ ชุมชนถนนพะนิม ชุมชนถนนศรีสุข ชุมชนถนน

ประชากรศึกษา ชุมชนถนนธรรมเจดีย์ ชุมชนโพธิ์สว่าง 1 ชุมชนโพธิ์สว่าง 2 ชุมชนคลองเจริญ ชุมชนหนองนาเกลือ และชุมชนทะเลเหินบ้านกลาง

การดำเนินงานการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี มีการดำเนินงานในลักษณะดังนี้ (มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ, 2544)

1. การสำรวจครอบครัวทุกครอบครัว เพื่อทำความรู้จักระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เพื่อประเมินสภาพพื้นฐานด้านสุขภาพครอบครัวอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมทั้งความรู้ความเข้าใจในสุขภาพพื้นฐาน

2. การดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และกลุ่มเสี่ยงเพื่อประเมินสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอย่างรอบด้าน ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมพร้อมกับสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมาย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ กลุ่มเป้าหมายได้แก่

2.1 ติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยง หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย

2.2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีปัญหาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น

2.3 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหาและความพิการต่างๆ ให้คำแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อม สนับสนุนการปรับตัวเพื่อเข้าสู่บทบาทเดิม

3. การติดตามดูแลผู้มารับบริการไม่ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

4. การติดตามดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการดูแลที่สถานพยาบาล

การค้นหาผู้ป่วย การค้นหาผู้ป่วยของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี มีการค้นหาผู้ป่วย 2 ประเภท คือ (โรงพยาบาลอุดรธานี, 2544)

ประเภทที่ 1 การค้นหาผู้ป่วยในหน่วยงาน โดยเจ้าหน้าที่จากหอผู้ป่วยต่างๆ ในโรงพยาบาล เช่น หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยหลังคลอด จะแจ้งรายชื่อผู้ป่วยมายังศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี จะติดตามให้บริการสุขภาพที่บ้านตามปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและญาติในชุมชนต่อไป

ประเภทที่ 2 การค้นหาผู้ป่วยในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนซึ่งเป็นเครือข่ายของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี เมื่อมีผู้ป่วยในชุมชน จะแจ้งข้อมูลให้กับศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี จะติดตามให้บริการสุขภาพที่บ้านต่อไป

การให้บริการสุขภาพที่บ้าน ของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นการค้นหาผู้ป่วยในสถานบริการควบคู่กับการค้นหาในชุมชน เพื่อเน้นให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องใน ชุมชนและจากโรงพยาบาลผู้ชุมชน ให้มีการดำเนินงานอย่างจริงจังเพื่อให้ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการบริการที่สะดวกและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากที่สุด

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ใช้หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย ตามเกณฑ์การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามรูปแบบ DE-METHOD ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวจากทีมสุขภาพ ว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับใดและพร้อมที่จะจำหน่ายได้เมื่อใด แต่ละตัวอักษรมีความหมายดังนี้ (โรงพยาบาลอุดรธานี, 2544; สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

DE (disease) ผู้ป่วยเข้าใจภาวะการเจ็บป่วย

M (medication) ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ

E (environment & economic) ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน การจัดการกับปัญหาเศรษฐกิจและสังคม

T (treatment) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการรักษา สามารถสังเกตอาการของตนเอง และรายงานอาการที่สำคัญให้กับแพทย์/พยาบาลทราบได้ มีความรู้ที่จะจัดการกับภาวะฉุกเฉินด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมก่อนมาถึงโรงพยาบาล

H (health) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง ได้แก่ ผลกระทบจากการเจ็บป่วย ข้อจำกัด และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

O (outpatient referral) ผู้ป่วยเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อสรุปผลการรักษาและแผนการรักษาให้กับหน่วยงานอื่นที่รับช่วงดูแลต่อ

D (diet) ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะและข้อจำกัดด้านสุขภาพ

โดยมีการแบ่งระดับคะแนนแต่ละหัวข้อเป็นระดับคะแนนตั้งแต่ 1-4 และมีระดับคะแนนรวม 28 คะแนน คะแนนที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากการให้บริการสุขภาพที่บ้านได้ต้องมีระดับคะแนนไม่ต่ำกว่า 21 คะแนน ประเมินตามแบบฟอร์ม ของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี (โรงพยาบาลอุดรธานี, 2544) ประเมินค่าคะแนน ดังนี้

ยังไม่พัฒนา	=	1 คะแนน
กำลังพัฒนา	=	2 คะแนน
พัฒนาแล้วแต่ยังไม่ยั่งยืน	=	3 คะแนน
พัฒนาแล้วและยั่งยืน	=	4 คะแนน

ในปีงบประมาณ 2545 ที่ผ่านมาเป็นระยะเวลา 8 เดือน มีจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการให้บริการสุขภาพที่บ้านมีดังนี้

มารดาและทารกได้ติดตามเยี่ยม 8 ราย

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ติดตามเยี่ยม 25 ราย

ผู้พิการ ได้ติดตามเยี่ยม 2 ราย

ผู้ป่วยอัมพาต ได้ติดตามเยี่ยม 2 ราย

ขั้นตอนในการดำเนินการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ขั้นตอนในการให้การบริการสุขภาพที่บ้าน ของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี (โรงพยาบาลอุดรธานี, 2544) มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการก่อนให้บริการ มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1.1 การศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ชื่อ อายุ การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ และปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งจะศึกษาข้อมูลเหล่านี้ได้จากเวชระเบียนรายงานและแบบบันทึกผู้ป่วย เพื่อทราบปัญหาเบื้องต้นสำหรับการวางแผนในการช่วยเหลือต่อไป

1.2 การประชุมปรึกษาในทีมสุขภาพก่อนการให้บริการเพื่อวางแผนให้บริการตามลำดับความสำคัญของปัญหา

1.3 การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ และกระเป๋านในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน

2. ขั้นตอนขณะให้บริการ มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

2.1 การติดตามผลการให้บริการในครั้งก่อนเพื่อประเมินว่าผู้ป่วย และญาติสามารถดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และญาติได้มากน้อยเพียงใด

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม ข้อมูลของผู้ป่วยมักมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา พยาบาลจะเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้งที่ให้บริการ โดยอาศัยการสังเกต การซักถาม และการประเมินภาวะสุขภาพตามความเหมาะสมข้อมูลที่ควรเก็บรวบรวมเพิ่มเติม ได้แก่ ข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลบทบาทหน้าที่ และความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว รวมถึงข้อมูลการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพ

2.3 การให้บริการผู้ป่วยตามแผนที่ได้วางไว้ พยาบาลที่ออกให้บริการต้องมีความสามารถในการแก้ปัญหาตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วย และญาติมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือ และความเข้าใจของผู้ป่วย และญาติให้มีการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ โดยพยาบาลที่ให้บริการจะเป็นผู้ช่วยชี้แนะให้ผู้ป่วย และญาติปฏิบัติได้ตามความรู้ความสามารถและทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย และญาติได้ในลักษณะดังต่อไปนี้

- (1) การสอนและการให้คำแนะนำปรึกษา ควรเน้นเรื่องที่จำเป็น และเรื่องที่ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติได้ตามความรู้ความสามารถ
- (2) การให้การรักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติเลย เพื่อป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ความพิการและการฟื้นฟูสภาพ
- (3) การสาธิตการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ นำไปปฏิบัติได้ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย
- (4) การตัดแปลงอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ในครัวเรือนและในชุมชนมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความสิ้นเปลือง และนำสิ่งที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์

2.4 การสรุปการประเมินผลการย้อนกลับ พยาบาลควรจะสรุปให้ผู้ป่วย และญาติทราบถึงผลการให้บริการในเรื่องเกี่ยวกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงภาวะอนามัยของผู้ป่วย การเจริญเติบโต การพัฒนาการ และพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ ยังต้องประเมินย้อนกลับของการให้ความรู้ คำแนะนำ และการสาธิตต่างๆ ที่ได้ให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อความถูกต้องและการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2.5 การนัดหมายผู้ป่วยและญาติ พยาบาลต้องมีการนัดหมายครั้งต่อไป เพื่อจะได้ติดตามการให้บริการในครั้งที่ผ่านมา

2.6 การทำความสะอาด และการเก็บกระเป๋า อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่นำออกไปให้บริการกับผู้ป่วย ต้องมีการทำความสะอาดทุกครั้งหลังจากให้บริการเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงการเก็บกระเป๋า อุปกรณ์ และเครื่องมือต่างๆ เพื่อสะดวกในการนำไปใช้ครั้งต่อไป

2.7 การบันทึกรายงาน ต้องมีการบันทึกรายงานให้บริการ และผลการปฏิบัติงานทุกครั้งลงในเวชระเบียนรายงาน และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานในการดำเนินงาน นอกจากนี้การบันทึกรายงานที่ดียังสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายประการคือ

- (1) ใช้เป็นหลักฐานแสดงผลการช่วยเหลือของผู้ป่วย และญาติแก่ผู้ร่วมงาน และบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- (2) ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการให้บริการครั้งต่อไป
- (3) ใช้แสดงความก้าวหน้า และความต่อเนื่องของการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปปรับปรุงงานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น
- (4) ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลผู้ป่วยและครอบครัว
- (5) ใช้เป็นแหล่งข้อมูล สำหรับเผยแพร่ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพ และการศึกษาค้นคว้าต่าง ๆ

2.8 การประชุมปรึกษาของทีมสุขภาพภายหลังการให้บริการ เพื่อสรุปผลการให้บริการแก่ผู้ป่วย และวางแผนการให้บริการครั้งต่อไปให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการวางแผนเพื่อการสิ้นสุดของการให้บริการ เมื่อผู้ป่วยมีสุขภาพดี หรือมีสุขภาพใกล้เคียงภาวะปกติ หรือผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ ญาติและครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือต่อไปได้

3. ขึ้นประเมินผลให้บริการ การประเมินผลการให้บริการสุขภาพที่บ้าน สามารถทำได้ ในขณะที่ให้บริการ (formative evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินผลพร้อมกันไปเป็นระยะ และเป็นการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการให้บริการ (summative evaluation) เป็นการประเมินผลเมื่อสิ้นสุด การให้บริการแล้ว ทั้งนี้เพื่อให้ทราบข้อบกพร่องของปัญหา และอุปสรรคในแต่ละระยะของการให้บริการ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขการให้บริการในแต่ละระยะให้บรรลุตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ ซึ่งเมื่อบรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ของการให้บริการแล้วการช่วยเหลือก็ยุติ แต่ในกรณีที่ ไม่บรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ ทีมสุขภาพก็จำเป็นต้องย้อนกลับไปประเมินทุกขั้นตอนของการให้บริการว่ามีความบกพร่องที่จุดใด เพื่อจะได้ปรับปรุงวิธีการช่วยเหลือไปจนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย ในการประเมินผลการให้บริการสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การตรวจร่างกาย การสังเกต การสอบถาม การสัมภาษณ์ แล้วจึงนำมาประเมินพฤติกรรม หรือการเรียนรู้ หรือความก้าวหน้าของผู้ป่วยว่าเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่ รวมถึงการประเมินผลที่คาดว่าจะได้รับการพยาบาล การตรวจสอบจากบันทึก ถือว่าเป็นการใช้เครื่องมือในการประเมินผล ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินผลการให้บริการทางสาธารณสุขได้อีกด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับต้นทุน

โดยทั่วไปเมื่อกล่าวถึงคำว่า “ต้นทุน” (cost) หมายถึง จำนวนเงินที่จ่ายออกไปเพื่อแลกกับสิ่งที่ต้องการ เป็นตัวเงิน ที่ได้จ่ายจริงและมองเห็น สามารถนับได้อย่างชัดเจน ใช้ประโยชน์ในการทำรายงานด้านการเงิน การบัญชี เช่น ค่าซื้อวัตถุดิบ ค่าแรง ค่าเช่า ค่าสาธารณูปโภค ค่าภาษี ค่าขนส่ง เป็นต้น ซึ่งถือเป็นต้นทุนทางบัญชี (financial cost or accounting cost) แต่ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ (economic cost) จะมีความหมายมากกว่าต้นทุนทางบัญชี คือหมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ไปรวมถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เป็นตัวเงินมองเห็นได้อย่างชัดเจน มีตัวตนสามารถจับต้องได้ และที่ไม่ใช่ตัวเงิน ซึ่งผู้จ่ายยอมสละไปเพื่อให้ได้บางสิ่งกลับมา อาจเป็นสิ่งไม่มีตัวตนจับต้องไม่ได้ รวมทั้งผลพวงทางด้านลบซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายแต่มองไม่เห็น แต่นำมาวิเคราะห์และกำหนดค่าประเมินขึ้นและนับรวมเข้าเป็นต้นทุน เช่น ค่าเสื่อมราคาที่ดินออกมาเป็นตัวเงิน ความรู้สึกสูญเสียทางด้านจิตใจซึ่งจับต้องไม่ได้ รวมทั้งค่าเสียโอกาส (opportunity) ต่างๆ ในการดำเนินงานด้านอื่นๆ เมื่อมีการตัดสินใจเลือกโครงการนั้นๆ (วรารักษ์ ปิณฑวลี, 2544; สมยศ นาวิการ, 2537) สำหรับการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนทางบัญชี หมายถึง มูลค่าของค่าใช้จ่ายที่วัดได้เป็นตัวเงิน ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เพื่อใช้ดำเนินงานในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน

ความหมายของต้นทุน (costs)

ต้นทุน (costs) มีผู้ให้ความหมายของต้นทุนไว้ดังนี้

ศ.กิต แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล (2534) กล่าวว่า ต้นทุนทางบัญชีจะนับเฉพาะรายการที่เป็นตัวเงิน ซึ่งได้จ่ายจริงและมองเห็นเท่านั้น ส่วนต้นทุนในทัศนะของนักเศรษฐศาสตร์ หมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ไปเป็นตัวเงิน และไม่เป็นตัวเงิน รวมทั้งผลพวงทางลบ (negative consequence) ซึ่งไม่ได้เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงินและมองไม่เห็น แต่จะมีการกำหนดค่าประเมินขึ้นและนับรวมเข้าเป็นต้นทุนด้วย

ธีระพร วุฒยวนิช, นิमित มรกต, และ กิตติกา กาญจนรัตนากร (2542) กล่าวว่า ต้นทุนหมายถึง ทรัพยากรที่ถูกใช้ไปในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ทำให้หมดโอกาสที่จะใช้ไปในกิจกรรมอื่นๆ ความสูญเสียไปนี้เรียกว่า ค่าเสียโอกาสซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์จะประเมินออกมาเป็นตัวเงิน

มณฑิเยอร์ ประจวบตี (2538) กล่าวว่า ต้นทุนในทัศนะของระบบบัญชี อาจเรียกได้ว่า ค่าใช้จ่ายทุกประเภทที่ได้มีการบันทึกไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ในการกำหนดว่าการทำสิ่งของอย่างหนึ่งขึ้นมาั้นจะเสียค่าใช้จ่ายไปเท่าไรและเป็นค่าอะไรบ้าง

ครีธ และ พาร์เกอร์ (Creese and Parker, 1994) กล่าวว่า ต้นทุนหมายถึง มูลค่าของทรัพยากรที่ใช้ไป เพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือบริการบางอย่าง รวมทั้งบริการทางสาธารณสุขด้วย

ฟิเนลเลอร์ และ โควเนอร์ (Finkler and Kovner, 2000) กล่าวว่า ต้นทุนหมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ไปในกิจกรรมใดๆ ที่หน่วยงานต้องจ่ายและจดบันทึกไว้ในบัญชี มีมูลค่าเท่ากับกิจกรรมนั้นๆ

ซึ่งจะเห็นได้ว่าการให้ความหมายของต้นทุน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ ส่วนความหมายของต้นทุนในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่วัดได้เป็นตัวเงินของสินทรัพย์ ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง ดังนั้น ต้นทุนดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง

ประเภทของต้นทุน (classification of costs)

ในการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุน จำเป็นต้องมีการแบ่งประเภทของต้นทุนให้เหมาะสมขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการใช้ต้นทุนในการศึกษานั้นๆ แต่การจัดประเภทต้นทุนต้องอยู่บนหลักการที่สำคัญ คือ ต้องเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ต้องการศึกษา เพราะถ้ารวมต้นทุนที่ไม่เกี่ยวข้องจะทำให้ต้นทุนสูงกว่าความเป็นจริงและต้องมีความครอบคลุมความเป็นไปได้ เพื่อให้ได้ภาพที่ครบถ้วนว่า ต้นทุนที่เกี่ยวข้องทุกอย่างไม่ขาดหายและต้องไม่ซ้ำซ้อน (วราภรณ์ ปัทมวุฒิ, 2544; Mastroianni & Machles, 1997)

การจัดประเภทต้นทุนได้มีผู้ใช้เกณฑ์ต่างๆ ดังนี้

ธีระพร วุฒยวนิช, นิमित มรกต, และ กิตติกา กาญจนรัตนาก (2542) ได้แบ่งต้นทุนเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. ต้นทุนทางตรง (direct costs) อาจแบ่งย่อยได้เป็น

1.1 ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

(1) ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการจัดซื้อสินทรัพย์ถาวร (capital costs) ที่จำเป็น เช่น ที่ดิน อาคารสิ่งปลูกสร้าง เครื่องมือแพทย์ ซึ่งมักจะเป็นการซื้อครั้งเดียวเมื่อเริ่มโครงการ ในกรณีใช้หลาย

โครงการรวมกัน เช่น อาคารโรงพยาบาลเป็นที่ตั้งของหลายภาควิชาต่างๆ ให้คิดตามพื้นที่ที่ใช้งาน หรือตามจำนวนผู้ป่วยในแต่ละภาค

(2) ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ (operating costs) ได้แก่ เงินเดือนหรือค่าจ้างของบุคลากรทางการแพทย์

(3) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ที่ผู้ป่วยต้องซื้อ

2. ต้นทุนทางอ้อม (indirect costs) ได้แก่

2.1 การสูญเสียรายได้ที่พึงได้เนื่องจากการขาดงานเพราะการเจ็บป่วย หรือถูกออกจากงานเนื่องจากความเจ็บป่วย

2.2 ในกรณีที่การเจ็บป่วยทำให้ต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จะเกิดการขาดรายได้ขึ้น โดยคำนวณได้จากการเอาอายุเฉลี่ยของประชากรมาลบด้วยอายุที่เกิดการเสียชีวิต และนำจำนวนปีมาคูณรายได้เฉลี่ยของประชากร

3. ต้นทุนที่ไม่อาจประเมินราคาได้ (intangible costs) ได้แก่ ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ความ โศกเศร้า ซึ่งเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยที่คำนวณออกมาเป็นตัวเงิน

แนวคิด แก้วธานี และ ภิญโญ กมลรัตนกุล (2534) จัดกลุ่มต้นทุนตามเกณฑ์ที่แตกต่างกันดังนี้

1. การจัดกลุ่มโดยใช้เกณฑ์ผู้รับภาระต้นทุน จำแนกเป็น

1.1 ต้นทุนภายใน (internal cost) คือ ต้นทุนที่เกิดขึ้นในองค์กรผู้จัดบริการ

1.2 ต้นทุนภายนอก (external cost) คือ ต้นทุนที่เกิดนอกองค์กร ได้แก่ ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

2. การจัดกลุ่มโดยใช้เกณฑ์กิจกรรม จำแนกเป็น ต้นทุนทางตรง และทางอ้อม

2.1 ต้นทุนทางตรง (direct cost) คือ ต้นทุนที่เกี่ยวกับกิจกรรมโดยตรง

2.2 ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) คือ ต้นทุนที่ไม่ได้เกี่ยวกับกิจกรรมโดยตรง เช่น รายได้ของญาติที่สูญเสียไปเนื่องจากต้องมาอยู่กับผู้ป่วย

3. การจัดกลุ่มโดยใช้เกณฑ์การจ่าย แบ่งเป็น

3.1 ต้นทุนที่จ่ายจริงมองเห็น (explicit cost or tangible cost)

3.2 ต้นทุนที่ไม่ได้จ่ายจริงและมองไม่เห็น (implicit cost or intangible cost)

4. การจัดกลุ่มโดยใช้เกณฑ์การแพทย์ แบ่งเป็น

4.1 ต้นทุนที่เกี่ยวกับการแพทย์ (medical cost) เช่น ค่าวัคซีน

4.2 ต้นทุนที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (non-medical cost) เช่น ค่าน้ำมัน

กรีธ และ พาร์เกอร์ (Creese and Parker, 1994) ได้จำแนกต้นทุนตามเกณฑ์ต่างๆ ดังนี้

1. จำแนกตามปัจจัยนำเข้า (classification of costs by input) ได้แก่ ต้นทุนค่าลงทุน เช่น ค่ายานพาหนะ เครื่องมือ สิ่งก่อสร้าง และต้นทุนดำเนินการ เช่น บุคลากร วัสดุอุปกรณ์
2. จำแนกตามหน้าที่หรือกิจกรรม (classification by function/activity) เช่น งานอนามัย แม่และเด็ก งานสาธารณสุขมูลฐาน
3. จำแนกตามระดับ (classification by level) เช่น การใช้ทรัพยากรในระดับต่างๆ เช่น ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับหมู่บ้าน
4. จำแนกตามแหล่งสนับสนุนทรัพยากร (classification by source) เช่น องค์กรเอกชน หรือองค์กรของรัฐ และผู้บริจาคอื่นๆ
5. จำแนกตามค่าเงินปัจจุบัน (classification by currency)

คิงมา (Kingma, 1996) ได้แบ่งต้นทุนออกเป็น 2 ประเภท

1. ต้นทุนคงที่ (fixed costs) เป็นต้นทุนที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนผลผลิต เมื่อซื้อหรือสร้างมาครั้งหนึ่งแล้ว ต้นทุนจะไม่เปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนผู้รับบริการ เช่น ค่าตึก ค่าอาคาร สิ่งปลูกสร้างต่างๆ
2. ต้นทุนเปลี่ยนแปลง หรือต้นทุนผันแปร (variable costs) เป็นต้นทุนที่เปลี่ยนแปลงไปตามการผลิตคือ เพิ่มขึ้นหรือลดลงตามจำนวนปริมาณการผลิต โดยมากจะเป็นต้นทุนค่าวัสดุต่างๆ

ไรเลย์ และ เชฟเฟอร์ (Riley and Schaeffers, 1983) ได้แบ่งต้นทุนในการให้บริการ

ทางการพยาบาลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ต้นทุนทางตรง (direct nursing costs) หมายถึง ต้นทุนโดยตรงที่ใช้ในกระบวนการทางการพยาบาล ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การประเมินผล
2. ต้นทุนทางอ้อม (nursing overhead or indirect nursing costs) หมายถึง ต้นทุนที่ใช้ในกิจกรรมเสริมซึ่งทำให้เกิดกิจกรรมนั้น ได้แก่ ต้นทุนในการนิเทศ ศึกษาอบรมของเจ้าหน้าที่ และต้นทุนที่ใช้จ่ายในการบริหารทางการพยาบาล

ฮันเตอร์, เวนท์รา, และ เคอร์น (Hunter, Ventura, and Kearn, 1999) ได้แบ่งต้นทุนซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ ไรเลย์ และเชฟเฟอร์ (Riley and Schaeffers, 1983) แต่ได้มีการเพิ่มค่าใช้จ่ายในกิจกรรมต่างๆ ในต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมเพื่อให้เกิดความครอบคลุมมากขึ้น ดังนี้

1. ต้นทุนทางตรง (direct costs) แบ่งออกเป็น ค่าใช้จ่ายที่ใช้กับผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่
 - 1.1 ต้นทุนค่าแรง (labor costs) ได้แก่ เงินเดือน ค่าบริการให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลคนไข้

1.2 ต้นทุนค่าลงทุน (capital costs) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับครุภัณฑ์/ยานพาหนะ ที่มีอายุการใช้งานมากกว่า 1 ปี หรืออย่างน้อย 2 ปี ได้แก่ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์และยานพาหนะอายุการใช้งาน 5 ปี

1.3 ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง (material costs) ที่ใช้ไปกับผู้ป่วยในแต่ละราย ได้แก่ ค่ายา แพ้มอกสาร เอกสารต่าง ๆ สายสวนปัสสาวะ ถุงปัสสาวะ พลาสเตอร์ติดแผล น้ำยาล้างแผล เจ็มฉีดยา กระจกฉีดยา ค่าน้ำมันรถจักรยานยนต์

2. ต้นทุนทางอ้อม (indirect costs) แบ่งออกเป็น

2.1 ต้นทุนค่าใช้จ่าย และต้นทุนค่าสาธารณูปโภค (overhead costs) ได้แก่ ค่าเช่าสถานที่ ค่าโทรศัพท์

2.2 ต้นทุนอื่นๆ (other cost) แบ่งออกเป็น

(1) ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (travel)

(2) ค่าประจำตำแหน่งของผู้บริหาร (cost to administer the grant)

(3) ค่าใช้จ่ายอื่นๆ

- ค่าเทคนิคบริการ (technical service)

- ค่าโฆษณา (classified advertisements)

- ค่าคอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติการ (computer workshop)

- ค่าจดทะเบียน (dues and registration fees)

- ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการซ่อม บำรุงรักษา (maintenance and repairs)

จากการศึกษาพบว่ามีการจัดกลุ่มต้นทุนได้หลายประเภทขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการใช้ต้นทุนในการศึกษานั้นๆ ในการศึกษานี้ ศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนดำเนินการที่ใช้ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ ฮันเตอร์, เวนทูรา และเคอัม (Hunter, Ventura, & Keam, 1999) เพราะมีการแบ่งกลุ่มต้นทุนได้ครอบคลุมต้นทุนดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน มีความยืดหยุ่น และสามารถนำไปศึกษาต้นทุนดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้านแบบต่อเนื่องได้ ถ้าหากศูนย์สุขภาพชุมชนมีระบบการเก็บข้อมูลที่สมบูรณ์ โดยใช้กิจกรรมเป็นเกณฑ์ในการแบ่งต้นทุนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ต้นทุนทางตรง หมายถึง ต้นทุนที่ใช้จ่ายโดยตรงเนื่องจากการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง และกลุ่มที่ 2 ต้นทุนทางอ้อม หมายถึง ต้นทุนที่ใช้จ่ายในกิจกรรมเสริมที่ทำให้มีการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ ต้นทุนที่ใช้จ่ายในหน่วยงาน ต้นทุนที่ใช้ในการสนับสนุนเจ้าหน้าที่ในการทำกิจกรรมต่างๆ ประกอบด้วย ต้นทุนค่าใช้จ่าย และต้นทุนค่าสาธารณูปโภค (overhead costs) ได้แก่ ค่าโทรศัพท์ ค่าเช่าสถานที่ และต้นทุนอื่นๆ (other costs) ประกอบด้วย ค่าเดินทาง ค่าประจำตำแหน่งของ

ผู้บริหาร และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ได้แก่ ค่าเทคนิคบริการ ค่าโฆษณา ค่าคอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติการ ค่าจดทะเบียน ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการซ่อมบำรุงรักษา แต่ในการศึกษาคั้งนี้ต้นทุนทางอ้อมไม่ได้ศึกษา เนื่องจากศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุครธานี ไม่มีข้อมูลต้นทุนทางอ้อม ตามกรอบแนวคิดของ ฮันเตอร์ และคณะ

หลักการคำนวณต้นทุน

การคำนวณต้นทุนแต่ละประเภทนั้น มีวัตถุประสงค์ในการนำไปใช้ต่างกัน เช่น

1. การคำนวณหาต้นทุนรวมทั้งหมด (total cost) วัตถุประสงค์ของการหาต้นทุนรวมทั้งหมด เพื่อให้ทราบมูลค่าของทรัพยากรทั้งหมดที่ใช้ในกิจกรรมนั้นๆ ต้นทุนรวมทั้งหมดประกอบด้วย ผลรวมของหน่วยต้นทุน ซึ่งประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน (วัลย์พร พัทธนฤมล, กัญญา ดิษยาธิคม, และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2544) เช่นเดียวกับการศึกษาคั้งนี้ ต้นทุนรวมทั้งหมด หมายถึง ผลรวมของต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง ที่ใช้ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน

2. การคำนวณหาต้นทุนต่อหน่วย (unit cost calculation) หรือเรียกว่าต้นทุนเฉลี่ย (average cost) เป็นการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อทำการผลิตสินค้าหรือการบริการ 1 หน่วย “หน่วย” อาจวัดได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา หรือประเภทของกิจกรรมที่บริการ เช่น ต้นทุนต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย มีค่าเท่ากับเท่าใด ต้นทุนผู้ป่วยศัลยกรรมต่อวันป่วยมีค่าเท่าใด เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบทรัพยากร การกำหนดงบประมาณ อัตราค่าบริการหรือการพิจารณาว่าจะคงไว้หรือเลิกบริการ คำนวณหาได้จากสูตร (ดวงมณี โกมารทัต, 2543; Creese & Parker, 1994; Finkler & Kovner, 2000)

$$\text{ต้นทุนต่อหน่วยบริการ} = \frac{\text{ต้นทุนทั้งหมดในการให้บริการ}}{\text{จำนวนหน่วยบริการ}}$$

จำนวนหน่วยบริการ หมายถึง ปริมาณผลงานที่ผลิตออกมาในแต่ละหน่วยต้นทุนซึ่งจะมีหน่วยวัดที่แตกต่างกันตามประเภทบริการ หรือตามลักษณะงานของหน่วยต้นทุนนั้นๆ เช่น ผู้ป่วยนอก จำนวนหน่วยบริการ คือ จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอก 1 หน่วย คือ 1 ครั้ง และผู้ป่วยในจำนวนหน่วยบริการ คือ จำนวนรายผู้ป่วยใน หรือจำนวนวันนอน 1 หน่วย คือ 1 ราย หรือ 1 วัน (วัลย์พร พัทธนฤมล และ คณะ, 2544; Finkler & Kovner, 2000) ดังนั้น จำนวนหน่วยในการให้บริการสุขภาพที่บ้านในการศึกษาคั้งนี้ หมายถึง จำนวนครั้งในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน

การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ (economic analysis)

การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อดูความคุ้มค่าของการผลิตหรือการให้บริการ ได้แก่ การให้บริการทางการแพทย์ โครงการทางสาธารณสุขว่าผลลัพธ์ที่ได้คุ้มค่าหรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ จากหลักการดังกล่าวสามารถแบ่งประเภทของการวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ ออกเป็น 4 ประเภท (จิรัศม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543; Chang & Henry, 1999)

1. การวิเคราะห์ต้นทุนน้อยสุด (cost-minimizing analysis: CMA) หรือ การค้นหาต้นทุน (cost identification: CI) เป็นการศึกษาต้นทุนในการให้บริการในรูปของต้นทุนต่อหน่วย (unit cost) เพื่อตอบคำถามว่าต้นทุนบริการคืออะไร ได้แก่ ต้นทุนต่อการบริการผู้ป่วยนอก 1 ราย ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ จะศึกษาเฉพาะต้นทุนหรือทรัพยากรที่ใช้ไปในการให้บริการ ไม่มีเปรียบเทียบทางเลือกในแง่ของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังเช่น การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรีของ วรพจน์ ขาวผ่อง (2542) มีต้นทุนรวมเท่ากับ 5,295,850.09 บาทต่อปี โดยมีอัตราส่วน ค่าแรง:ค่าวัสดุ:ค่าลงทุน เท่ากับ 3.47:2.67:1 ต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการผู้ป่วยนอก โดยเฉลี่ยเท่ากับ 245.90 บาท

2. การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis: CEA) เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนผลลัพธ์ทางสุขภาพ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างทางเลือกตั้งแต่ 2 ทางขึ้นไป หน่วยวัดผลลัพธ์อาจออกมาในรูปของการตรวจรักษา ความพิการ หรือความตาย ได้แก่ สัดส่วนการหายจากโรค (cured case) รายป่วยที่ค้นพบ (case detected) วันนอนที่ลดลง (hospital day saved) เป็นต้น ผลการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบทางเลือกวัดออกมาเป็นสัดส่วนต่อประสิทธิผล (cost-effectiveness ratio) ได้แก่ ต้นทุนต่อรายที่ได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง (cost per case correctly diagnosed) นอกจากนี้ การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลนี้ช่วยตอบคำถามที่ว่าทางเลือกใดมีความ คุ้มค่ามากกว่ากันทางเลือกที่คุ้มค่ากว่าคือทางเลือกที่ใช้ต้นทุนต่ำ เพื่อบรรลุประสิทธิผลที่ระดับต่างๆ การศึกษาประเภทนี้จะทำได้เมื่อผลลัพธ์ของทางเลือกที่ต้องการเปรียบเทียบเป็นผลลัพธ์ทางเดียวกัน ดังการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของ บอส, เฟินนีมา, และ พอสท์มา (Bos, Fennema, & Postma, 2001) ในการให้การรักษายาฆ่าเชื้อไวรัสเอดส์ในสถานพยาบาลที่ทำการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการหาค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายมีค่าใช้จ่ายทั้งหมดเท่ากับ 59,000 ยูโร ถ้าสามารถขยายระยะเวลาที่ไม่แสดงอาการออกไปได้ 1 ปี ค่าใช้จ่ายที่จะใช้ในการดูแลเอดส์ระยะสุดท้ายก็จะถูกเลื่อนออกไปอีก 1 ปี ทำให้ค่าใช้จ่ายในปีปัจจุบันลดลง ซึ่งแสดงถึงผลกำไรที่หน่วยงานได้รับหรือประสิทธิผลของโครงการนี้

3. การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ (cost-benefit analysis: CBA) เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ของกิจกรรมที่แปลงหน่วยค่าของผลลัพธ์ให้อยู่ในรูปของตัวเงิน (monetary unit) เช่นเดียวกับต้นทุน การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ จึงแสดงออกมาในรูปของผลได้สุทธิ (net benefit) โดยเอาผลได้ลบด้วยต้นทุน หรืออัตราส่วนผลได้ต่อต้นทุน (benefit-to-cost ratio) ซึ่งหากผลได้สุทธิเป็นบวก หรืออัตราส่วนผลได้ต่อต้นทุนมากกว่าหนึ่ง แสดงว่ากิจกรรมนั้นมีความคุ้มค่าที่จะลงทุน เช่น ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ของโครงการประชาร่วมใจป้องกัน และควบคุมไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2542 ของกฤษฎา สุขสิงห์ (2543) ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน มีต้นทุนรวมทั้งสิ้น เท่ากับ 11,137,611.50 บาท คิดเป็นต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน เป็นอัตราส่วน เท่ากับ 88:10.8:1.2 ผลได้คิดจากค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาล และค่าแรงของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย และจำนวนผู้ป่วยที่ป้องกันได้ต่อจำนวนผู้ป่วยที่ลดลงในปีงบประมาณ 2542 เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง โดยไม่รวมผลได้ของผู้รับบริการ และมีสัดส่วนผลได้-ต้นทุนมีค่าเท่ากับ 0.8 ซึ่งให้เห็นว่าการศึกษาคั้งนี้ผลได้น้อยกว่าต้นทุน เป็นการวิเคราะห์ทางเลือกเพียงทางเดียวเพื่อดูว่าผลได้มากกว่าต้นทุนหรือไม่ การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ มีข้อดี คือผลลัพธ์ทางสุขภาพของทางเลือกที่ได้ที่นำมาเปรียบเทียบกันไม่จำเป็นต้องเป็นทางเลือกเดียวกันเพราะสามารถแปลงเป็นหน่วยของตัวเงินได้

4. การวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (cost-utility analysis: CUA) เป็นการศึกษาต้นทุนต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างทางเลือก 2 ทางขึ้นไป โดยประเมินค่าทางสถานภาพที่ประเมินค่าออกมาในรูปของคุณภาพชีวิต (quality of life) ซึ่งจะทำให้ฐานผลลัพธ์ทางสุขภาพถูกแปลงออกมาเป็นหน่วยเดียวกันที่นิยมได้แก่ จำนวนวัน หรือปีที่มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นิยมปรับเป็นหน่วยคุณภาพชีวิตใน 1 ปี (quality-adjusted life year) เป็นวิธีที่ไม่นิยมนำมาวิเคราะห์ต้นทุนทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพราะการวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ในหลักวิชาเศรษฐศาสตร์ หมายถึงความพอใจที่ผู้บริโภคได้จากสินค้าหรือบริการ (ทางเศรษฐศาสตร์ถือว่า เป็นหน่วยที่วัดได้) ซึ่งการมารับบริการแต่ละครั้งอาจให้ความพอใจที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความต้องการและความจำเป็นในขณะมารับบริการ ดังนั้น การศึกษาด้วยวิธีนี้ต้องทำด้วยความระมัดระวังและต้องคำนึงถึงตัวแปรที่มีผลต่อการกำหนดเพื่อนำมาศึกษาเปรียบเทียบกับต้นทุน ซึ่งค่าที่ได้มีความน่าเชื่อถือได้น้อยเป็นผลให้ประเทศไทยและต่างประเทศมีการศึกษาด้วยวิธีนี้น้อยมาก (สมคิด แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2534; จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543; Chang & Henry, 1999)

ในประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนในการให้บริการสุขภาพที่บ้านมากนัก ดังการศึกษาของ คนองยุทธ กาญจนกุล และคณะ ได้ศึกษาด้านทุนของสถานบริการสาธารณสุขพิจารณาตามกิจกรรมบริการ พบว่าต้นทุนในกิจกรรมการออกเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ 38 บาทต่อครั้ง ในสถานีอนามัย เท่ากับ 26 บาทต่อครั้ง (อ้างใน ทิตินันท์ สุขนันตพงศ์, สาโรจน์ สันตยากร, และ เกศแก้ว ศรีงาม, 2539) การศึกษาครั้งนี้พบว่า ต้นทุนในหน่วยงานที่มีขนาดต่างกัน ขนาดของต้นทุนจะแตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่ใช้เกณฑ์คล้ายกันในการวิเคราะห์ต้นทุนซึ่งเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นภายในสถานพยาบาล ที่ได้จัดสำหรับผู้มารับบริการ เช่น สุนี ชลาภิรมณ์, ปกรณ์ ศิริยง, ปราณอม ผาสุขกาย, นวรัตน์ เพชรเจริญ และ ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล (2535) ได้ศึกษาด้านทุนต่อหน่วยการให้บริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา เป็นการศึกษาที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบย้อนหลัง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ปีงบประมาณ ซึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาด้านทุนต่อหน่วยงานบริการผู้ป่วยนอกจิตเวช และประสาทวิทยาศาสตร์ มีค่าเฉลี่ยต่อครั้ง เท่ากับ 198.65 บาท และ 567.05 บาท ตามลำดับ ส่วนต้นทุนงานบริการผู้ป่วยในทั้งสองแผนกมีค่าเฉลี่ยต่อครั้ง เท่ากับ 123.41 และ 652.96 บาท ตามลำดับ ใช้ต้นทุนรวมทั้งสิ้น เท่ากับ 79,436,147.33 บาท โดยมีสัดส่วน ค่าแรง:ค่าวัสดุ มีค่าเท่ากับ 1.72:1 การศึกษาครั้งนี้ไม่นำต้นทุนค่าลงทุนมาคำนวณ เนื่องจากสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ และยานพาหนะมีอายุเกินอายุการใช้งาน วัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อต้องการศึกษาด้านทุนรวมทั้งหมดที่เกิดขึ้น และต้นทุนในการให้บริการในแต่ละครั้ง การเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง อาจทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ตรงตามความเป็นจริงมากนักเพราะในช่วงที่ผ่านมายังไม่มียระบบเก็บข้อมูลที่สมบูรณ์ ส่วน บวร งามศิริอุดม, ทิพาพร เสถียรศักดิ์พงศ์, และ ศรีนยา งามศิริอุดม (2540) ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาลแม่และเด็กจังหวัดเชียงใหม่ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบคำเนินไปข้างหน้า ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 8 เดือน พบว่าต้นทุนต่อหน่วยงานบริการผู้ป่วยนอก มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 152.77 บาทต่อครั้ง และต้นทุนต่อหน่วยงานบริการผู้ป่วยในมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3,569.68 บาทต่อครั้ง ใช้ต้นทุนรวมทั้งหมดเท่ากับ 36,915,876 บาท โดยมีสัดส่วนค่าแรง:ค่าวัสดุ:ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์:สิ่งก่อสร้าง เท่ากับ 6.3:2.7:1 และวรนุช พลัสสวาท และคณะ (2545) ศึกษาต้นทุนค่าแรงทางการพยาบาลต่อผลงานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย ปีงบประมาณ 2544 เป็นการศึกษาค่าใช้จ่ายค่าแรงในการให้การพยาบาล พบว่า ต้นทุนค่าแรงทางการพยาบาลแปรผันตามระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้แก่ การช่วยชีวิตฉุกเฉินเป็นการใช้เวลาและต้นทุนแรงงานทางการพยาบาลสูงสุดในกลุ่มกิจกรรมพยาบาลต่อเนื่อง โดยใช้เวลาทั้งหมด 170.95 นาที เป็นต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 230.79 บาทต่อครั้ง ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนค่าแรงที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติงาน แต่ยังไม่ครอบคลุมต้นทุนทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ได้แก่ ค่าวัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์

ค่ายา และอื่นๆ ที่ต้องใช้ในการปฏิบัติทางการพยาบาล ไม่ได้นำมาคำนวณทำให้ไม่ครอบคลุมต้นทุนทั้งหมดที่ใช้ไปในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงในขณะนั้น

การศึกษาต้นทุนในการให้บริการสุขภาพที่บ้านในต่างประเทศ จากรายงานของสมาคมสุขภาพและองค์กรประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา (Health Care Finance Administration & American Health Care Association, 2001) ต้นทุนในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน เฉลี่ยวันละ 150 เหรียญสหรัฐ และจากรายงานของกรมแรงงาน (U.S. General Accounting Office, 2000) ต้นทุนในการให้บริการสุขภาพที่บ้านในแต่ละครั้ง เท่ากับ 54-98 เหรียญสหรัฐ และในการศึกษาต้นทุนในกิจกรรมต่างๆ ในการให้บริการด้านสุขภาพ เช่น จากการศึกษาของ แชมเมล์, กริฟฟิธส์, และ กริฟฟิธส์ (Schrammel, Griffiths & Griffiths, 1998) ศึกษาต้นทุนการคัดกรองมะเร็งเต้านมในกลุ่มประชากรหญิงประมาณ 2,500 คน แบ่งต้นทุนได้ดังนี้ ต้นทุนค่าลงทุน (capital costs) ประกอบด้วย ค่าเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม พื้นที่ในการใช้งาน ค่าใช้จ่ายในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโครงการ ค่าซ่อมบำรุง ต้นทุนค่าแรง (labour costs) ประกอบด้วย เงินค่าจ้างค่าแรงของเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง (supply costs) ประกอบด้วย ค่าฟิล์มเอกซเรย์ ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ ได้แก่ ค่าโทรศัพท์ ค่าคอมพิวเตอร์ คิดเป็นต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 50,650.11 เหรียญสหรัฐ ต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 56,080.10 เหรียญสหรัฐ ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 120,153.80 เหรียญสหรัฐ รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด เท่ากับ 249,041.27 เหรียญสหรัฐ การศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายเกือบทั้งหมด แต่ไม่ได้คำนวณต้นทุนทั้งหมดไปโดยไม่ได้รับประโยชน์จากการลงทุนนั้น (lost productivity cost) เช่น ต้นทุนฟิล์มเอกซเรย์ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่เป็นมะเร็งไม่ได้นำมาคำนวณร่วมด้วย ทำให้ต้นทุนส่วนนี้ขาดหายไป ในการศึกษาของ ออร์ซิ, สเตฟาโน, และ โนอาห์ (Orsi, Stefano, & Noah, 2002) ได้ศึกษาต้นทุนผู้ป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยขนาด 2,000 เตียง ในกรุงโรม ประเทศอิตาลี แบ่งต้นทุนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ต้นทุนที่เกิดจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และต้นทุนที่เกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะ คิดเป็นต้นทุนต่อราย เท่ากับ 15,413 ยูโร การศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้คำนวณต้นทุนค่าแรง และวัสดุครุภัณฑ์ต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลรักษาพยาบาล ทำให้ต้นทุนที่ได้ต่ำกว่าต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง

จากการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุน พบว่าการกำหนดขอบเขตของต้นทุนที่ศึกษานั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการใช้ต้นทุน แล้วจึงมากำหนดขอบเขตของต้นทุนให้มีความครอบคลุมมากที่สุด และเกิดความซ้ำซ้อนน้อยที่สุด เพราะจะทำให้ค่าของต้นทุนใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด การศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้านครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุน โดยวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนน้อยสุด (cost-minimizing analysis) หรือการวิเคราะห์ต้นทุนแบบการค้นหาด้านทุน (cost identification) เพราะเป็นการศึกษาเฉพาะต้นทุน หรือทรัพยากร

ที่ใช้ในการให้บริการสุขภาพที่บ้านในรูปของต้นทุนทั้งหมด (total cost) และต้นทุนต่อหน่วย (unit cost) ไม่มีการเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการคำนวณหาต้นทุน ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง คำนวณจากการบันทึกเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมทั้งหมด ที่ใช้ในการให้บริการเป็นหลัก โดยใช้แนวคิดของ เออร์เดน และ รูดี (Urden & Roode, 1997) จากนั้นนำค่าแรงเฉลี่ยมีหน่วยเป็นบาทต่อนาที คูณกับระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม (วรนุช พลับสวาท และคณะ, 2545) ส่วนต้นทุนค่าลงทุน คำนวณจากค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์และยานพาหนะ (อุไร ร่มโพธิ์หยก, 2544) เพื่อให้การศึกษานี้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ต้นทุนในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน

การให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นการให้บริการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการให้บริการด้านสุขภาพกับผู้รับบริการ การให้บริการดังกล่าวต้องมีต้นทุนเกิดขึ้น ซึ่งเป็นภาระที่สถานบริการต้องรับผิดชอบและต้องมีการใช้ต้นทุนให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้น การศึกษาต้นทุนในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน จึงมีประโยชน์เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ ในการจัดสรรทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด

การวิเคราะห์ต้นทุนในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาต้นทุนดำเนินการ และต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งประเภทต้นทุนออกเป็นต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม มีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

1. ต้นทุนทางตรง ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง โดยแยกคำนวณแต่ละต้นทุนมีขั้นตอนในการคำนวณดังนี้

1.1 ต้นทุนค่าแรง (labour costs) คำนวณจากการหาค่าเฉลี่ยค่าแรงของพยาบาลที่หมุนเวียนกันออกปฏิบัติงานการให้บริการสุขภาพที่บ้านนำผลรวมของเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่ารักษาพยาบาล ค่าเบี้ยเลี้ยง (ค่าใช้จ่ายในการอบรม/ประชุมของเจ้าหน้าที่) ค่าเล่าเรียน บุตร ค่าช่วยเหลือบุตร ค่าสวัสดิการบ้านพัก ซึ่งเป็นค่าแรงก่อนหักภาษี ณ ที่จ่าย นำมาคำนวณหาค่าแรงเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่แต่ละคน

$$(1) \text{ค่าแรงเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ต่อคนต่อปี} = \frac{\text{ผลรวมค่าแรงของเจ้าหน้าที่}}{\text{จำนวนเจ้าหน้าที่}}$$

นำค่าแรงเฉลี่ยเจ้าหน้าที่ต่อปีเทียบกับความเทียบเท่าเวลาทำงานทั้งหมดของเจ้าหน้าที่ (full-time equivalent: FTE) คือ จำนวนชั่วโมงที่กำหนดให้ทำงานในช่วงหนึ่งๆ เช่น ในหนึ่งวันใช้เวลาในการทำงาน 8 ชั่วโมง 1 อาทิตย์ใช้เวลาในการทำงาน 5 วัน ดังนั้น 1 อาทิตย์ใช้เวลาทำงาน

เท่ากับ 40 ชั่วโมง 1 ปีมี 52 สัปดาห์ ดังนั้น ในหนึ่งปีใช้เวลาทำงาน เท่ากับ 2,080 ชั่วโมง ซึ่งเทียบเท่ากับ 1 FTE ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้ต้นทุนค่าแรงมีความครอบคลุมมากที่สุด จึงเป็นการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลแบบย้อนหลัง จากบัญชีเงินเดือนเจ้าหน้าที่ 12 เดือน ดังนั้น ค่าแรงเฉลี่ยคำนวณจากค่าแรงรวมของเจ้าหน้าที่ในระยะเวลา 12 เดือนหารด้วยจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด เป็นค่าแรงเฉลี่ยเจ้าหน้าที่ต่อคนหารชั่วโมงที่ใช้ในการทำงาน 2,080 ชั่วโมง เป็นค่าแรงเฉลี่ยต่อ 1 ชั่วโมง ปรับหน่วยชั่วโมงให้เป็นนาที

$$(2) \text{ ค่าแรงเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ต่อนาที} = \frac{\text{ค่าแรงเฉลี่ยต่อคน}}{2,080 \text{ ชั่วโมง} \times 60 \text{ นาที}}$$

(3) ค่าแรงเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่ต่อนาที คูณกับระยะเวลาที่ใช้ไปในแต่ละกิจกรรมเป็นค่าแรงในแต่ละกิจกรรม

(4) นำค่าแรงแต่ละกิจกรรมที่คำนวณได้ในแต่ละครั้ง ในการให้บริการสุขภาพที่บ้านรวมกัน เป็นค่าแรงรวมทั้งหมดในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน

(5) นำค่าแรงรวมทั้งหมดหารด้วยจำนวนครั้งในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นค่าแรงเฉลี่ยในการให้บริการสุขภาพที่บ้านในแต่ละครั้ง

1.2 ต้นทุนค่าลงทุน (capital costs) หมายถึง อุปกรณ์ เครื่องมือ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ยานพาหนะ มีไว้เพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานโดยไม่มีไว้จำหน่าย ซึ่งคำนวณได้จากค่าเสื่อมราคาประจำปี (depreciation cost) ของอุปกรณ์ เครื่องมือครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และยานพาหนะ ค่าเสื่อมราคาประจำปี คือ ส่วนของสินทรัพย์ถาวรของหน่วยงานที่ได้ซื้อเข้ามาใช้ในกิจการแล้วมีการเสื่อมสภาพหรือมูลค่าลดลง หน่วยงานจะต้องตัดเป็นค่าใช้จ่ายในแต่ละรอบระยะเวลาบัญชี (สมเดช โรจน์คูรีเสถียร, 2544) มีวิธีการคำนวณดังนี้

การคิดค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง (simple straight line depreciation) เป็นวิธีที่กรมบัญชีกลางกำหนดให้ส่วนราชการใช้เป็นวิธีการประเมินสินทรัพย์ของส่วนราชการในประเทศไทย (อุไร ร่มโพธิ์หยก, 2544)

$$(1) \text{ ค่าเสื่อมราคาต่อปี} = \frac{\text{ราคาครุภัณฑ์ หรือยานพาหนะ (บาท)}}{\text{อายุการใช้งาน (ปี)}}$$

(2) การคิดค่าเสื่อมราคาแบบวิธีคิดค่าลดขององค์การอนามัยโลก (Creese and Parker, 1994)

$$\text{ค่าเสื่อมราคา} = \frac{\text{มูลค่าปัจจุบันของทรัพย์สิน}}{\text{ค่าเสื่อมราคาที่ได้จากตารางมาตรฐาน}}$$

(3) การคิดค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์ตามผลผลิตที่ได้ (unit of production method) ซึ่งนับว่าเหมาะสมสำหรับทรัพย์สินบางประเภทซึ่งมีการใช้งานไม่สม่ำเสมอ ย่อมให้ผลตามความเป็นจริง และถูกต้องตามหลักการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายกับรายได้ เช่น การใช้งานรถแทรกเตอร์ที่มีการใช้งานเป็นบางฤดูกาล ตามวิธีนี้ต้องมีการประมาณอายุการใช้งานของรถแทรกเตอร์ว่าจะใช้วิ่งได้กี่กิโลเมตรตลอดอายุการใช้งาน แล้วนำไปหารราคาทุนของรถแทรกเตอร์ที่ลบด้วยราคาซากเป็นค่าเสื่อมราคาต่อหน่วยกิโลเมตรที่วิ่งหรือต่อผลผลิต 1 หน่วย (พยอม สิงห์เสนห์ และ นรินทร์ เมฆวิชัย, 2543) มีวิธีการคำนวณดังนี้

$$\text{ค่าเสื่อมราคา} = \frac{\text{ราคาต้นทุนของรถ} - \text{ราคาซาก}}{\text{จำนวนกิโลเมตรตลอดอายุการใช้งาน}}$$

การศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์การคำนวณค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรงในการคำนวณค่าเสื่อมราคาในการใช้งานของอุปกรณ์เครื่องมือครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และยานพาหนะ ที่ใช้ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน เช่น จักรยานยนต์มีอายุการใช้งาน 5 ปี ราคา 39,000.00 บาท นำมาคำนวณค่าเสื่อมราคาต่อปี เท่ากับ 39,000.00 บาท หารด้วย 5 ปี เป็นค่าเสื่อมราคา เท่ากับ 7,800.00 บาทต่อปี มาคำนวณเป็นค่าเสื่อมราคาต่อนาทีในการใช้งาน โดยนำค่าเสื่อมราคาใน 1 ปี เท่ากับ 7,800.00 บาท หารด้วยจำนวนนาทีก่อนปี ได้ค่าเสื่อมราคาเท่ากับ 0.063 บาทต่อนาที นำค่าเสื่อมราคา 0.063 บาทต่อนาทีคูณกับเวลาที่ใช้รถจักรยานยนต์ในการปฏิบัติงานในแต่ละครั้ง ในส่วนของวงเครื่องมือแพทย์ ใช้หลักการคำนวณค่าเสื่อมราคาเช่นเดียวกับรถจักรยานยนต์ (รายละเอียดการคำนวณแสดงไว้ในภาคผนวก ก)

1.3 ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง (material costs) หมายถึง ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าวัสดุสำนักงาน ค่าน้ำมันรถจักรยานยนต์ ที่สิ้นเปลืองตามปริมาณการให้บริการที่ใช้กับผู้ป่วยในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน คำนวณได้จากผลรวมของปริมาณการใช้วัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้กับผู้ป่วยในแต่ละครั้งในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นต้นทุนรวมในการใช้วัสดุสิ้นเปลืองทั้งหมด เช่น

(1) ค่ายา คำนวณได้จากปริมาณการใช้ยาของผู้ป่วยในการให้บริการสุขภาพที่บ้านในแต่ละครั้ง นำค่ายาในการให้บริการสุขภาพที่บ้านทุกครั้งรวมกัน เป็นค่ายาที่ใช้จ่ายทั้งหมด นำค่ายาที่ใช้จ่ายทั้งหมดหารด้วยจำนวนครั้งผู้ป่วยที่ได้รับบริการสุขภาพที่บ้าน เป็นต้นทุนเฉลี่ยในการใช้ยาของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

(2) ค่าเวชภัณฑ์และวัสดุสำนักงาน คำนวณได้จากปริมาณการใช้เวชภัณฑ์และวัสดุสำนักงานของผู้ป่วยในการให้บริการสุขภาพที่บ้านในแต่ละครั้ง นำค่าเวชภัณฑ์และวัสดุสำนักงานในการให้บริการสุขภาพที่บ้านทุกครั้งรวมกันเป็นค่าเวชภัณฑ์ และวัสดุสำนักงานที่ใช้จ่าย

ทั้งหมด นำค่าเวชภัณฑ์และวัสดุสำนักงานที่ใช้จ่ายทั้งหมดหารด้วยจำนวนครั้งผู้ป่วยที่ได้รับการ
สุขภาพที่บ้าน เป็นต้นทุนเฉลี่ยในการใช้เวชภัณฑ์และวัสดุสำนักงานของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

ยกเว้นค่าปรอทที่มีอายุการใช้งานเกิน 2 ปี เพราะมีลักษณะแบบคงทนถาวรแต่
จัดเป็นวัสดุสิ้นเปลืองตามระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างของโรงพยาบาล (ฝ่ายบริหาร โรงพยาบาล
อุดรธานี, 2545) แต่มีการคำนวณราคาในการให้บริการแต่ละครั้งมีหน่วยเป็นบาทต่อครั้ง ซึ่งปรอท
แต่ละอันมีอายุการใช้งาน 10,000 ครั้ง (Terumo Corporation, 1990) ดังนั้น การคำนวณต้นทุนของ
ปรอท คือ ราคาต่อหน่วยหารด้วยจำนวนครั้ง (10,000 ครั้ง)

(3) ค่าน้ำมัน คำนวณได้จากระยะทางต่อปริมาณน้ำมันที่ใช้ไปเป็นกิโลเมตรต่อ
ลิตร จากราคาน้ำมันในแต่ละครั้งที่ให้บริการสุขภาพที่บ้าน เช่น ราคาน้ำมันลิตรละ 16.46 บาท
(ราคาขายในวันที่ให้บริการสุขภาพที่บ้าน) มีอัตราการเผาผลาญได้ 36.3 กิโลเมตร (จรรยา ชันมณี,
2546) ดังนั้น ค่าน้ำมันคำนวณได้จากอัตราการเผาผลาญน้ำมันเทียบกับระยะทาง ดังนี้

$$\text{อัตราการเผาผลาญ 36.3 กิโลเมตร คิดเป็นเงิน} = 16.46 \text{ บาท}$$

$$\text{มีอัตราการเผาผลาญ 1 กิโลเมตร คิดเป็นเงิน} = \frac{16.46 \text{ บาท}}{36.3 \text{ กิโลเมตร}}$$

$$\text{ดังนั้นค่าน้ำมัน} = 0.45 \text{ บาทต่อกิโลเมตร}$$

นำผลรวมของวัสดุสิ้นเปลือง แต่ละรายการรวมกันเป็นต้นทุนรวมวัสดุ
สิ้นเปลือง นำต้นทุนรวมทั้งหมดของวัสดุสิ้นเปลืองหารด้วยจำนวนครั้งที่ให้บริการสุขภาพที่บ้าน
เป็นต้นทุนเฉลี่ยวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ในผู้ป่วยในการให้บริการสุขภาพที่บ้านในแต่ละครั้งนำผลรวม
ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองรวมกัน เป็นต้นทุนทางตรงที่ใช้คำนวณ
ในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน

2 ต้นทุนทางอ้อม (indirect costs) ได้แก่ ต้นทุนค่าใช้สอย และต้นทุนค่าสาธารณูปโภค
(overhead costs) และต้นทุนอื่นๆ (other costs) มีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1.2 ต้นทุนค่าใช้สอย (overhead costs) ได้แก่ ค่าเช่าสถานที่ และค่าโทรศัพท์

(1) ค่าเช่าสถานที่ คำนวณได้จากค่าเช่าสถานที่ทั้งหมดในปีที่ผ่านมาคำนวณตาม
พื้นที่ที่ใช้งานของแต่ละงาน หารด้วยจำนวนครั้งผู้ป่วยที่ได้รับการ เป็นค่าเช่าสถานที่ที่ให้บริการ
ผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

(2) ค่าโทรศัพท์ คำนวณได้จากค่าโทรศัพท์ทั้งหมดในปีที่ผ่านมาหารด้วยจำนวน
ครั้งผู้ป่วยที่ได้รับการ เป็นค่าโทรศัพท์ที่ให้บริการผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

1.3 ต้นทุนอื่นๆ (other costs) ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าประจำตำแหน่งของผู้บริหาร และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ประกอบด้วย ค่าเทคนิคบริการ ค่าโฆษณา ค่าคอมพิวเตอร์ ค่าจดทะเบียน ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการซ่อมบำรุงรักษาในปีที่ผ่านมา นำผลรวมของค่าใช้จ่ายแต่ละรายการรวมกันหารด้วยจำนวนครั้งผู้ป่วยที่ได้รับการเป็นต้นทุนอื่นๆ ที่ให้บริการผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

3. นำผลรวมต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อมรวมกัน เป็นต้นทุนรวมทั้งหมด ที่ใช้ดำเนินการให้บริการสุขภาพที่บ้าน

4. นำต้นทุนรวมทั้งหมดที่ใช้ดำเนินการให้บริการสุขภาพที่บ้านทั้งหมด หารด้วยจำนวนครั้งที่ให้บริการสุขภาพที่บ้าน เป็นต้นทุนต่อหน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้นำต้นทุนทางอ้อมมาศึกษา ดังนั้น ต้นทุนรวมทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง ต้นทุนทางตรงที่ใช้ดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง

สรุป

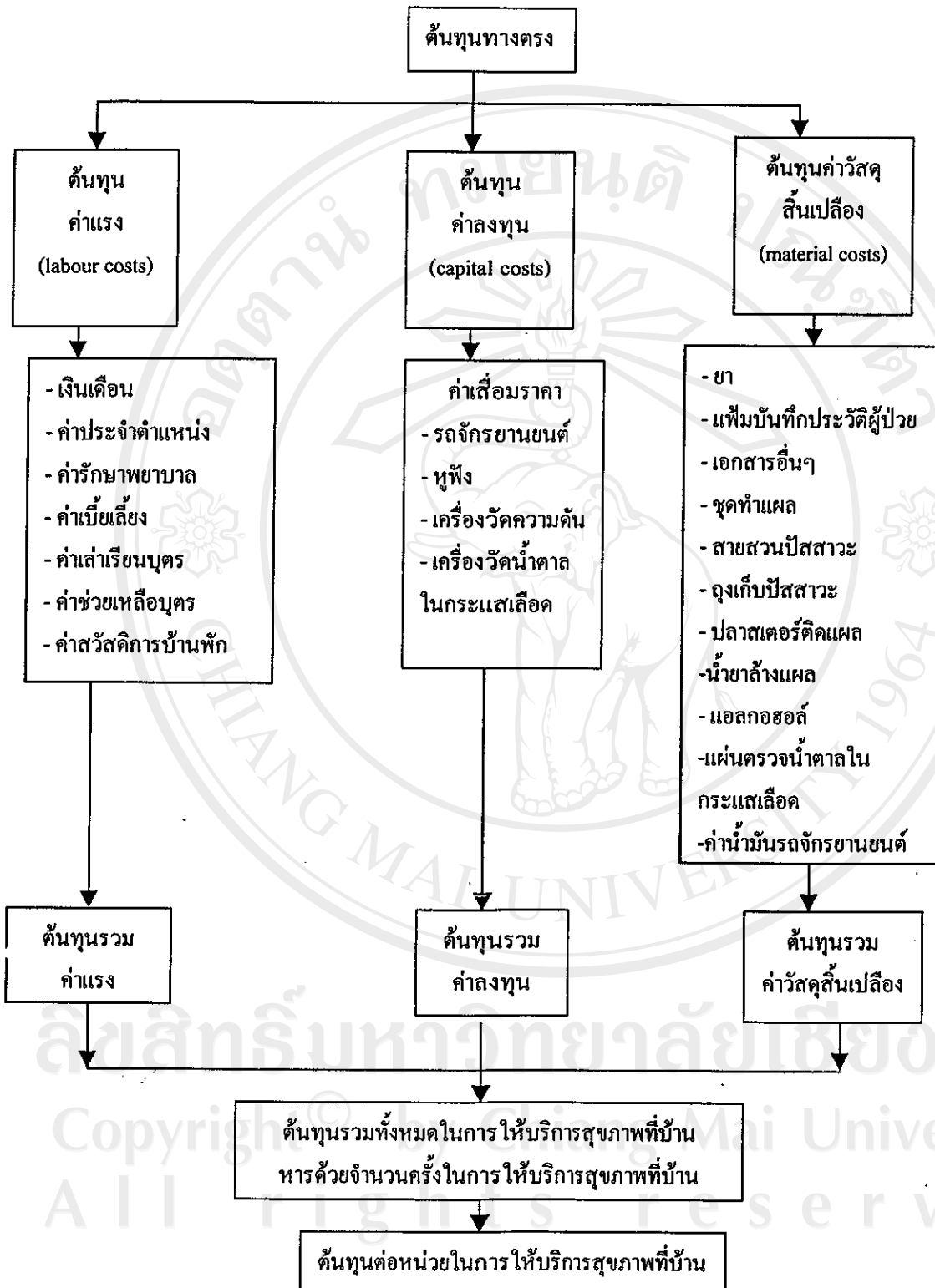
ปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วรวมทั้งความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้โครงสร้างของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือมีอายุยืนยาวขึ้นและอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ในขณะที่การบริการในโรงพยาบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการเหล่านี้ได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากจำนวนเตียงมีจำกัดและเทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษามีราคาแพงทำให้ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น ภายหลังจากที่ได้รับการรักษาให้พ้นขีดอันตรายเพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และเป็นการเตรียมเตียงเพื่อผู้ป่วยหนักรายต่อไป ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลบางรายยังต้องการการดูแลต่อเนื่อง และความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างตลอดจนคำแนะนำในการปฏิบัติตัว และการให้กำลังใจให้สามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น การให้บริการสุขภาพที่บ้านจึงเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัวให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้

แต่จากสถานะเศรษฐกิจปัจจุบันทำให้หน่วยงานต่างๆ ได้รับงบประมาณจำกัดตามรายหัวประชากรที่ตนเองรับผิดชอบ ทำให้โรงพยาบาลต้องประหยัดค่าใช้จ่ายในทุกๆ ด้าน การใช้ทรัพยากรต้องคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อโรงพยาบาลและต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลจึงได้นำหลักเศรษฐศาสตร์มาเป็นแนวคิดในการบริหารจัดการทรัพยากร เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่ามากที่สุด โดยเฉพาะการทราบข้อมูลต้นทุนแต่ละโครงการหรือของแต่ละกิจกรรม จะเป็นแนวทางอีกแนวทางหนึ่งในการจัดสรรงบประมาณ หรือทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดังนั้นการศึกษาต้นทุนดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน จึงเป็นจุดเริ่มต้นในการคำนวณต้นทุน ในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรงบประมาณสู่โครงการต่างๆ ให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งประเภทต้นทุนตามแนวคิดของฮันเตอร์ และคณะ เพื่อศึกษาด้านทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้านให้มีความครอบคลุมมากที่สุด เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานและผู้ป่วยต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาด้านทุนดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี โดยใช้กรอบแนวคิดของ ฮันเตอร์ และคณะ (1999) โดยหาต้นทุนรวมทั้งหมดที่ใช้ดำเนินการในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน คำนวณได้จากผลรวมของต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง จะได้ต้นทุนรวมทั้งหมดในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน เมื่อนำมาหารด้วยจำนวนครั้งในการให้บริการสุขภาพที่บ้าน จะทราบต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการสุขภาพในแต่ละครั้ง ในการศึกษาครั้งนี้ ต้นทุนทางอ้อมในการให้บริการสุขภาพที่บ้านไม่ได้นำมาศึกษาเนื่องจากศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ไม่มีข้อมูลต้นทุนทางอ้อมตามกรอบแนวคิดของ ฮันเตอร์ และคณะ (ตามแผนภาพ)

กรอบแนวคิด



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © Chiang Mai University
All rights reserved