

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการ รายได้และการคืนทุนของโรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก ในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษา รวบรวมแนวคิดจากเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. ความหมายของต้นทุน
2. การศึกษาต้นทุน โรงพยาบาล
3. ขั้นตอนในการวิเคราะห์ต้นทุน โรงพยาบาลชุมชน
4. รายได้
5. การคืนทุน
6. แรงงานต่างด้าวและสถานการณ์ปัญหา
7. มาตรการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายตามมติคณะรัฐมนตรี
8. สถานการณ์แรงงานต่างด้าวในจังหวัดตาก
9. สถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างด้าว
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
11. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. ความหมายของต้นทุน

อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ (2539, หน้า 3-6) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ต้นทุน (Cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงินและมีใช่ตัวเงิน เพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิต หรือบริการ ซึ่งในการวิเคราะห์ต้นทุน อาจมีมุมมองเป็น 3 ประเภท ได้แก่ มุมมองในฐานะผู้ให้บริการ (Provider) มุมมองในฐานะผู้ป่วย (Consumer) และมุมมองของสังคม (Social)

การจำแนกประเภทของต้นทุนนั้น ต้องมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ หรือวัตถุประสงค์ของการนำข้อมูลไปใช้ ได้แก่

1.1 การจำแนกต้นทุนตามลักษณะปัจจัยการผลิต (Input) โดยนำเอาปัจจัยการผลิตที่มีลักษณะเดียวกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน แบ่งออกเป็น

1.1.1 ต้นทุนค่าลงทุน (Capital costs) เป็นต้นทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพย์สินที่มีอายุการใช้งานมากกว่า 1 ปี ได้แก่ อาคาร สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ รวมทั้งการฝึกอบรมซึ่งมีผลระยะยาว และเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง

1.1.2 ต้นทุนดำเนินการ (Operating cost หรือ Recurrent costs หรือ Running costs) เป็นต้นทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพย์สินซึ่งใช้แล้วหมดไป และต้องหามาเพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ค่าแรงเจ้าหน้าที่ ค่าวัสดุ ค่าซ่อมแซม ค่าสาธารณูปโภค ค่าฝึกอบรมระยะสั้น เป็นต้น

1.2 การจำแนกเพื่อวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์โครงการด้านสาธารณสุข ซึ่งมีการจำแนกต้นทุนในลักษณะของการจำแนกตามกิจกรรม เช่น การฝึกอบรม การนิเทศ การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล การจำแนกตามระดับที่มีการใช้ข้อมูล เช่น ระดับชาติ เขต จังหวัด หรืออำเภอ การจำแนกตามแหล่งของข้อมูล เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ

ข้อควรระวัง คือ การจำแนกหลายประเภทพร้อมกัน อาจทำให้เกิดความซ้ำซ้อน หรือความยุ่งยากในการตัดสินใจจะจัดต้นทุนไว้กลุ่มไหน

1.3 การจำแนกเพื่อการผลิตและการรายงานทางการเงิน (Financial report)

1.3.1 ต้นทุนตรง (Direct costs) และต้นทุนโดยอ้อม (Indirect costs)

ต้นทุนตรง หมายถึง ต้นทุนค่าวัสดุ ค่าแรงซึ่งเกี่ยวข้องกับการผลิตหรือบริการ โดยตรง สามารถระบุเฉพาะเจาะจงได้ว่าเป็นของผลผลิต หรือบริการใด ซึ่งจะหมดไปเมื่อยกเลิกการผลิต หรือจัดบริการนั้น

ต้นทุนโดยอ้อม หมายถึง ต้นทุนซึ่งไม่สามารถกำหนดได้ว่าเกี่ยวข้องกับการผลิตหรือบริการใดเป็นการเฉพาะ เพราะใช้ร่วมกันในการผลิตสินค้าหรือบริการหลายประเภท เช่น ค่าสาธารณูปโภค ค่าเสื่อมราคา ค่าเช่าสำนักงาน เป็นต้น

1.3.2 ต้นทุนของผลผลิต/ผลิตภัณฑ์ (Product costs) และรายจ่ายทั่วไป (Period expense)

ต้นทุนของผลผลิต (Product costs) เป็นต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการผลิต และสามารถกำหนดให้เป็นต้นทุนของผลผลิตได้ ประกอบด้วย ต้นทุนตรงค่าวัสดุ ต้นทุนตรงค่าแรง และ Overhead costs

รายจ่ายทั่วไป (Period expense) เป็นค่าใช้จ่ายซึ่งไม่สามารถระบุ หรือกำหนดว่าเป็นของผลผลิตหรือบริการใดๆ และถูกรายงานว่าเป็นค่าใช้จ่ายในงวดรายงานนั้น เช่น ค่าส่งเสริมการขาย ค่าใช้จ่ายในการบริหาร

1.4 การจำแนกต้นทุนเพื่อการควบคุมต้นทุน (Cost control) แบ่ง ได้ดังนี้

1.4.1 ต้นทุนที่สืบสาวได้ (Traceable costs) กับต้นทุนที่สืบสาวไม่ได้ (Non traceable costs) โดยต้นทุนที่สืบสาวได้เป็นต้นทุนที่ระบุ ได้ชัดเจนว่าเกี่ยวข้องกับหน่วยรับผิดชอบใด ส่วนต้นทุนที่สืบสาวไม่ได้ เป็นต้นทุนที่ไม่สามารถระบุได้ว่าเกี่ยวข้องกับหน่วยรับผิดชอบใด ต้องมีการกระจายไปให้หน่วยรับผิดชอบต่างๆ ตามระดับของกิจกรรมในหน่วยรับผิดชอบ

1.4.2 ต้นทุนที่ควบคุมได้ (Controllable costs) และต้นทุนที่ควบคุมไม่ได้ (Non controllable costs) แม้จะเป็นต้นทุนที่สืบสาวได้ว่าเกี่ยวข้องกับหน่วยรับผิดชอบใด ซึ่งบางส่วนก็อาจไม่สามารถควบคุมได้โดยหน่วยรับผิดชอบนั้น จึงจำแนกเป็นต้นทุนที่ควบคุมได้ และต้นทุนที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อให้ผู้บริหารมุ่งความสนใจ ไปยังต้นทุนที่ควบคุมได้ที่เบี่ยงเบน ไปจากงบประมาณที่ตั้งไว้

1.4.3 ต้นทุนคงที่ (fixed cost) และต้นทุนแปรผัน (Variable costs)

ต้นทุนคงที่ เป็นต้นทุนที่ค่ารวมไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อมีระดับกิจกรรม หรือปริมาณบริการเปลี่ยนไป แต่มิได้หมายความว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลย เพียงแต่จะไม่เปลี่ยนแปลงอย่างอัตโนมัติเมื่อระดับกิจกรรมหรือปริมาณเปลี่ยนแปลงไป อาจเป็นผลจากการตัดสินใจของผู้บริหาร หรือมีการเปลี่ยนแปลงระยะยาวเนื่องจากการลงทุน เช่น การเพิ่มเงินเดือน การลงทุนในส่วนของเครื่องมือเพิ่มขึ้น

ต้นทุนแปรผัน เป็นต้นทุนที่เปลี่ยนแปลงไปตามระดับของกิจกรรม เช่น ค่าเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

1.5 ต้นทุนความเจ็บป่วย (Cost of Illness) โดยทั่วไปสามารถจำแนกได้ดังนี้ (อัญชลี ธาดาภาคย์, 2546, หน้า 24-25)

1.5.1 ต้นทุนทางตรง (Direct cost) สามารถแยกเป็น 2 ชนิด คือ

1) ต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วย หรือมาจากวิธีการรักษาที่ได้รับ เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจ เป็นต้น

2) ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา เป็นค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากการดูแลรักษาพยาบาลทางการแพทย์ แต่เป็นผล โดยตรงจากการรักษาการเจ็บป่วยนั้นๆ เช่น ค่ายานพาหนะเดินทางของผู้ป่วยและญาติ ค่าที่พักของญาติ เป็นต้น

1.5.2 ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) เป็น ต้นทุน ที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยก่อให้เกิดความสูญเสียผลผลิตหรือรายได้ เช่น รายได้ที่สูญเสียไปเนื่องจากการขาดงานของผู้ป่วยและญาติที่มาเฝ้าไข้

1.5.3 ต้นทุนที่สัมผัสไม่ได้ (Intangible cost) เป็นต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของผู้ป่วยที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย เช่น ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย เป็นต้น เป็นต้นทุนที่ทำการวัดได้ยากเมื่อเทียบกับต้นทุนประเภทอื่นๆ

2. การศึกษาค่าต้นทุนโรงพยาบาล

ต้นทุนโรงพยาบาล (Hospital cost or Hospital unit cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่ใช้ในการดำเนินงานจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยประเภทต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ ต้นทุนผู้ป่วยนอกและต้นทุนผู้ป่วยใน ซึ่งหมายความรวมถึง ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของหน่วยงานทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งมีวิธีการและขั้นตอนที่กำหนดไว้เฉพาะโดยลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาล หน่วยงานภายในโรงพยาบาลจะมีลักษณะการทำงานที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทุกหน่วยงาน การหาต้นทุนจึงมีวิธีการแตกต่างจากต้นทุนของกิจการธุรกิจ (คณงยุทธ กาญจนกุล, 2529 อ้างใน บวร งามศิริอุดม และทิพาพร เสถียรศักดิ์พงศ์, 2538, หน้า 15)

ในการศึกษาค่าต้นทุน โรงพยาบาลมีต้นทุนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดังนี้ (วราภรณ์ ปิณฑวลี, 2546, หน้า 2-3; กัญญา ดิษยาธิคม และคณะ, 2544ก, หน้า 5-10)

2.1 ต้นทุนค่าแรง (Labor cost: LC)

ต้นทุนค่าแรง เป็นผลตอบแทนที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ ซึ่งส่วนมากมักอยู่ในรูปตัวเงิน ประกอบด้วย เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา ค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติราชการ และสวัสดิการอื่นๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเล่าเรียนบุตร ค่าเช่าบ้าน

2.2 ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost : MC)

ต้นทุนค่าวัสดุ ได้แก่ วัสดุสิ้นเปลืองต่างๆ เช่น วัสดุสำนักงาน งานบ้าน งานครัว ยา อาหาร วัสดุวิทยาศาสตร์ งานช่าง น้ำมันเชื้อเพลิง ค่าสาธารณูปโภค ค่าซ่อมบำรุง รวมทั้งเครื่องมือแพทย์ที่ดีความเป็นวัสดุ ในทางการบัญชี ได้ตีความครุภัณฑ์บางอย่างที่มีราคาน้อย เช่น ต่ำกว่า 1,000 บาท ว่าเป็นค่าวัสดุ

2.3 ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost : CC)

ต้นทุนค่าลงทุน ได้จากการคิดค่าเสื่อมราคา (Depreciation) โดยการแบ่งต้นทุนของสินทรัพย์ถาวรออกเป็นส่วนๆ เพื่อจัดเป็นค่าใช้จ่ายประจำงวดที่ได้รับประโยชน์จากการใช้สินทรัพย์ถาวรนั้นๆ โดยใช้วิธีการคิดค่าเสื่อมราคาตามวิธีเส้นตรง หรือจำนวนคงที่เท่าๆ กันทุกปี (Straight line or fixed installments method)

$$\text{ค่าเสื่อมราคาหนึ่งปี} = \frac{\text{ราคาทุน} - \text{ราคาซาก}}{\text{อายุการใช้งาน(ปี)}}$$

ในการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยมักจะใช้อายุการใช้งานของครุภัณฑ์เท่ากับ 5 ปี เป็นค่าเฉลี่ยของอายุการใช้งานครุภัณฑ์ทุกชนิด ส่วนอาคารสิ่งก่อสร้างนิยมใช้อายุการใช้งานเท่ากับ 20 ปี

2.4 ต้นทุนรวมโดยตรง (Total direct cost : TDC) หมายถึง ผลรวมของต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน ซึ่งเกิดขึ้นที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งโดยตรง

2.5 ต้นทุนทางอ้อม หรือต้นทุนที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น (Indirect cost : IDC) หมายถึง ต้นทุนของหน่วยรับต้นทุน ส่วนที่ได้รับมาจากหน่วยต้นทุนชั่วคราวในกระบวนการกระจายต้นทุนตามเกณฑ์การกระจายต้นทุน ซึ่งกำหนดจากความสัมพันธ์ของหน่วยงาน

2.6 ต้นทุนทั้งหมด (Full cost : FC) หมายถึง ผลรวมของต้นทุนรวมโดยตรงของหน่วยงานนั้น และต้นทุนทางอ้อมที่หน่วยงานนั้นได้รับจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

2.7 ต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit cost) หมายถึง ต้นทุนรวมทั้งหมดที่เกิดขึ้นในการให้บริการผู้ป่วย 1 หน่วยของการให้บริการ ซึ่งอาจเป็นต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน หรือต้นทุนต่อวันป่วยของผู้ป่วยใน

3. ขั้นตอนในการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชน

ในการวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 4 ขั้นตอน (กัญจนว ดิษยาธิคม และคณะ, 2544ก, หน้า 1) คือ

ขั้นตอนที่ 1 จัดหน่วยงานต่างๆ ออกเป็นกลุ่มหน่วยต้นทุน (Cost center identification and grouping)

ขั้นตอนที่ 2 หาต้นทุนโดยตรงของแต่ละหน่วยต้นทุน (Direct cost determination)

ขั้นตอนที่ 3 หาต้นทุนทางอ้อมของแต่ละหน่วยต้นทุน (Indirect cost determination)

ขั้นตอนที่ 4 หาต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost calculation)

3.1 การจัดหน่วยงานต่างๆ ออกเป็นกลุ่มหน่วยต้นทุน (Cost center identification and grouping)

การกำหนดหน่วยต้นทุนมีหลักเกณฑ์ คือ มีโครงสร้างของหน่วยงานชัดเจน หรือมีภาระหน้าที่เฉพาะที่ชัดเจน มีข้อมูลการใช้ทรัพยากรของหน่วยงานที่ชัดเจน และมีผลลัพธ์ของหน่วยงานที่สามารถวัดได้ จึงแบ่งหน่วยงานในโรงพยาบาล ได้ดังนี้ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ, 2539, หน้า 20)

หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-revenue producing cost center: NRPPC) เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานของหน่วยงานอื่น ผลลัพธ์ของหน่วยงานไม่สัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ฝ่ายบริหาร ฝ่ายวิชาการ หน่วยจ่ายกลาง ชักฟอก เป็นต้น

หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue producing cost center: RPCC) เป็นหน่วยงานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย และมีการคิดค่าบริการจากผู้ป่วย บริการเหล่านี้จะต้องมีการสั่งใช้ให้แก่ผู้ป่วย (Ancillary service) เช่น ชันสูตร รังสีวิทยา ผ่าตัด เภสัชกรรม เป็นต้น

หน่วยบริการผู้ป่วย (Patient service: PS) เป็นหน่วยที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน เป็นต้น

ในการวิเคราะห์ต้นทุนของการให้บริการผู้ป่วย ต้องให้ต้นทุนทั้งหมดไปอยู่ที่ผู้ป่วย จึงต้องมีการเคลื่อนย้ายต้นทุนของหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการทำงานของหน่วยงานอื่นที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงไปสู่หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยจนหมด หน่วยต้นทุนที่ถูกเคลื่อนย้ายต้นทุนออกเรียกว่า หน่วยต้นทุนชั่วคราว (Transient cost center: TCC) ส่วนหน่วยต้นทุนที่รับต้นทุนเข้ามาเรียกว่า หน่วยรับต้นทุน (Absorbing cost center: ACC)

3.2 การหาต้นทุนโดยตรงของแต่ละหน่วยต้นทุน (Direct cost determination)

(กัญญา ดิษยาธิคม และคณะ, 2544ก, หน้า 5; อนุวัฒน์ สุขชุติกุล และคณะ, 2539, หน้า 20-22)

จุดประสงค์ของการหาต้นทุนรวม โดยตรงของแต่ละหน่วยต้นทุนก็เพื่อให้ทราบมูลค่าของทรัพยากรทั้งหมดที่หน่วยต้นทุนนั้นใช้ไป ต้นทุนรวม โดยตรงของแต่ละหน่วยงานได้จากผลรวมของต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน

$$\text{Total direct costs} = \text{Labour costs} + \text{Material costs} + \text{Capital costs}$$

3.3 การหาต้นทุนโดยอ้อมของแต่ละหน่วยต้นทุน (Indirect cost determination)

ต้นทุนโดยอ้อม หมายถึง ต้นทุนที่เกิดจากการมีการใช้ประโยชน์ร่วมกันของหน่วยงาน หรืออีกนัยหนึ่งคือ เป็นต้นทุนที่หน่วยงานรับเอามาจากหน่วยต้นทุนอื่นในกระบวนการกระจายต้นทุน ตามเกณฑ์การกระจายต้นทุน ซึ่งกำหนดจากความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน (บวรงามศิริอุดม และทิพากร เสถียรศักดิ์พงศ์, 2538, หน้า 17)

หลักสำคัญมีอยู่ว่า ต้นทุนทางตรง (Direct cost) ของหน่วยงานต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPPC) และหน่วยงานต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC) ซึ่งเป็นหน่วยต้นทุนชั่วคราว

จะถูกกระจายเป็นต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) ของหน่วยงานบริการผู้ป่วยและหน่วยงานบริการอื่นๆ ตามความสัมพันธ์ในการให้บริการหรือการสนับสนุน โดยอาศัยหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม ต้นทุนทั้งหมดจะถูกกระจายมาตกอยู่ในหน่วยบริการผู้ป่วย ซึ่งเป็นหน่วยรับต้นทุน ดังนั้นหน่วยรับต้นทุนจะมีต้นทุนทั้งหมด (Full cost) เท่ากับต้นทุนทางตรงของหน่วยรับต้นทุนรวมกับต้นทุนทางอ้อมที่ถูกกระจาย (Allocated) มาจากหน่วยต้นทุนชั่วคราวต่างๆ (กัญญา ดิษยาธิคม และคณะ, 2544ก, หน้า 16)

$$\text{Full cost} = \text{Total direct cost} + \text{Indirect cost}$$

การกระจายต้นทุน คือ การเคลื่อนย้ายต้นทุนของหน่วยต้นทุนที่ทำหน้าที่สนับสนุน มาสู่หน่วยต้นทุนที่ให้บริการผู้ป่วย ด้วยเหตุผลที่สำคัญคือ เพื่อให้ต้นทุนทั้งหมดมาตกอยู่ในหน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วย ทำให้คำนวณหาต้นทุนต่อหน่วยได้โดยไม่มีต้นทุนส่วนใดตกหล่น และเพื่อสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ในการสนับสนุนซึ่งกันและกันของหน่วยต้นทุนต่างๆ

วิธีการกระจายต้นทุน (Method of cost allocation) มีอยู่ 4 วิธี (บวร งามศิริอุดม และทิพาพร เสถียรศักดิ์พงศ์, 2538, หน้า 20) คือ

1) วิธีการกระจายโดยตรง (Direct allocation method) ไม่คำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยต้นทุนชั่วคราว (TCC) ต้นทุนของ TCC แต่ละหน่วยจะกระจายตรงไปยังหน่วยงานรับต้นทุน (ACC) โดยตรงโดยไม่คำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยต้นทุนชั่วคราว .

2) วิธีการกระจายตามลำดับขั้น (Step-down allocation method) มีการจัดหน่วยงาน TCC ตามโอกาสที่จะกระจายต้นทุนให้หน่วยงานอื่น โดยจัดลำดับหน่วยงานที่ให้บริการหน่วยงานอื่นมากที่สุดไว้อันดับแรกสุด เมื่อกระจายแล้วจะปิดไม่รับต้นทุนจากหน่วยงานอื่นอีก

3) วิธีการกระจายสองครั้ง (Double distribution method) เป็นวิธีการกระจายต้นทุนแบบสองรอบ โดยในรอบแรก หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้และหน่วยที่ก่อให้เกิดรายได้ทุกหน่วยสามารถกระจายต้นทุนให้แก่หน่วยบริการผู้ป่วยและให้แก่กันและกันได้ไม่จำกัด หลังจากการกระจายรอบแรกผ่านไป หน่วยที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้และหน่วยที่ก่อให้เกิดรายได้จะมีต้นทุนทางอ้อมซึ่งได้รับมาจากการกระจายรอบแรกซึ่งจะต้องถูกกระจายต่อไปให้หมด ดังนั้นในรอบที่ 2 ของการกระจาย จึงใช้วิธีการกระจายตามลำดับขั้น (Step-down allocation method) มาช่วยในการคำนวณเพื่อจัดการให้ต้นทุนของหน่วยต้นทุนชั่วคราวที่ได้รับมาจากการกระจายนั้นหมดไป

4) วิธีการใช้สมการเส้นตรง (Simultaneous equation method) ใช้สมการเส้นตรงในการแก้ปัญหาค่ากระจายและรับต้นทุนไปพร้อมๆ กัน ผลการแก้สมการจะได้ค่าสมมุติค่าหนึ่ง ซึ่งเป็นค่ารวมของต้นทุนที่กระจายผ่าน TCC นับครั้งอนันต์จนถึงจุดสมดุล คือ ไม่มีต้นทุนเหลือที่ TCC อยู่เลย นำค่าสมมุตินี้ไปคำนวณหาค่าต้นทุนที่ ACC ได้รับอีกครั้งหนึ่ง วิธีนี้เป็นวิธีที่ละเอียดถูกต้องมากที่สุด ในขั้นตอนการแก้สมการจะมีการคำนวณในส่วนของ Allocation matrix ซึ่งสามารถใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เช่น Excel มาช่วยคำนวณได้

การกำหนดเกณฑ์การกระจายต้นทุน (Allocation criteria)

หน่วยต้นทุนที่เป็นหน่วยต้นทุนชั่วคราวจะต้องมีเกณฑ์การกระจายต้นทุน เพื่อเป็นการกำหนดว่าจะใช้อะไรมากระจายต้นทุนของตนเองให้กับหน่วยต้นทุนอื่น อาจแบ่งเกณฑ์กระจายต้นทุนออกเป็น 4 กลุ่ม (กัญญา ดิษยาธิคม และคณะ, 2544ก, หน้า 20; อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2539, หน้า 23-24) ดังนี้

1) เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับผู้ปฏิบัติงาน เช่น จำนวนผู้ปฏิบัติงานเต็มเวลาและเทียบเท่า (Full time equivalent) ของโรงพยาบาล ของแผนก ของแพทย์ ของพยาบาล เป็นต้น

2) เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับค่าใช้จ่าย เช่น ค่าใช้จ่ายของแต่ละหน่วยต้นทุน เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าวัสดุ เป็นต้น

3) เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับปริมาณผู้ป่วย เช่น จำนวนวันนอน โรงพยาบาล จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล หรือการมารับการตรวจ จำนวนผู้ป่วยที่ปรับให้เท่ากับผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน เป็นต้น

4) เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับบริการทั่วไป เช่น น้ำหนักผ้าที่ใช้ พื้นที่ใช้สอย เป็นต้น การเลือกใช้เกณฑ์ชนิดใดนั้นขึ้นอยู่กับข้อมูลที่มีอยู่ หรือข้อมูลที่สามารถเก็บได้ไม่ยาก และควรมีความสัมพันธ์กับการใช้ทรัพยากรที่กระจาย หากไม่มีข้อมูลอยู่จะอาศัยการเก็บข้อมูลไปข้างหน้าชั่วระยะเวลาหนึ่ง เช่น 1 เดือน เพื่อใช้หาสัดส่วนในการกระจายทรัพยากร

วิธีการคำนวณอัตราการกระจายต้นทุนชนิดสมบูรณ์แบบมีขั้นตอนดังนี้

1) ทบทวนหน้าที่ของหน่วยต้นทุนชั่วคราวแต่ละหน่วยว่าให้บริการแก่หน่วยต้นทุนอื่นๆ อย่างไร (ทั้งหน่วยต้นทุนชั่วคราวด้วยกันและหน่วยรับต้นทุน) จัดหน้าที่เหล่านี้ให้เป็นหมวดหมู่ หรือ Functional groups

2) วิเคราะห์องค์ประกอบของต้นทุนตรงของแต่ละหน่วยต้นทุนชั่วคราว พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนเหล่านี้กับหน้าที่ของหน่วยงาน

3) พิจารณาว่าหน่วยต้นทุนชั่วคราวแต่ละหน่วยให้บริการในหน้าที่ต่างๆ ให้กับหน่วยต้นทุนอื่นมากน้อยเพียงใด

4) สร้างความสัมพันธ์ของข้อมูลในข้อ 2) และ 3) เพื่อใช้เป็นอัตราการกระจายต้นทุน

3.4 การหาต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost calculation)

ต้นทุนต่อหน่วย คือ การเปรียบเทียบปริมาณทรัพยากรที่ใช้กับผลลัพธ์หรือปริมาณงานที่เกิดขึ้น

$$\text{ต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost)} = \frac{\text{ต้นทุนทั้งหมด (Full cost)}}{\text{จำนวนหน่วยบริการ}}$$

4. รายได้ (Revenue)

รายได้ของโรงพยาบาลมาจาก 2 ส่วน คือ ส่วนของผู้ป่วยนอก และส่วนของผู้ป่วยใน มีสิ่งที่จะต้องทราบดังนี้ (บวร งามศิริอุดม และทิพากร เสถียรศักดิ์พงศ์, 2538, หน้า 21)

4.1 รายได้ที่เรียกเก็บ (Accrual revenue) หมายถึง รายได้ที่พึงได้ หรือค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ (Expected or Accrual revenue /User charge) เป็นส่วนของรายได้ที่เรียกเก็บตามประเภทของบริการต่างๆ ซึ่งมีอัตรากำหนดไว้

4.2 รายได้จริง ณ จุดเก็บเงิน (Real or Cash revenue) เป็นรายได้ส่วนที่เก็บได้จริงจากผู้รับบริการ ตามประเภทของผู้มารับบริการ ซึ่งในบางรายอาจเก็บได้เต็ม บางรายมีการลดหย่อนหรือให้การสงเคราะห์

4.3 รายได้สุทธิ (Net revenue) หมายถึง รายรับที่เก็บได้จากผู้รับบริการ ณ จุดเก็บเงิน รวมกับรายรับที่เพิ่มเติมจากการทวงหนี้ และรายรับที่ได้รับชดเชยจากหน่วยงานหรือกองทุนต่างๆ

5. การคืนทุน (Cost recovery)

เป็นความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับต้นทุนในการจัดบริการ มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมที่มีการคิดค่าบริการจากผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงาน การคืนทุนจะคิดเป็นร้อยละ และคิดจากอัตราส่วนของรายรับจากค่าบริการกับต้นทุนของการจัดบริการนั้นๆ (บวร งามศิริอุดม และทิพากร เสถียรศักดิ์พงศ์, 2538, หน้า 23)

$$\text{การคืนทุน (Cost recovery)} = \frac{\text{รายได้ (Revenue)}}{\text{ต้นทุน(cost)}} \times 100$$

การคืนทุนเป็นตัวบอกถึงรายรับจากค่าบริการคิดเป็นร้อยละเท่าไรจากต้นทุนของการจัดบริการนั้นๆ การกำหนดการคืนทุนอาจจะต้องการคืนทุนเพียงบางส่วนของต้นทุน หรือต้นทุนทั้งหมด แล้วแต่นโยบายของการจัดบริการนั้นๆ แต่มีข้อที่พึงระวังคือ การกำหนดการคืนทุนจากต้นทุนทั้งหมดอาจต้องคิดค่าบริการที่ค่อนข้างสูง ซึ่งจะทำให้ปริมาณผู้รับบริการลดลง และรายรับทั้งหมดลดลงได้ ในขณะที่การกำหนดการคืนทุนจากต้นทุนเพียงบางส่วนอาจทำให้ผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การเพิ่มค่าบริการเพื่อให้การคืนทุนเพิ่มขึ้นจะต้องคำนึงถึงความเป็นธรรมในแง่ของความสามารถที่จะจ่ายของผู้มารับบริการด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยหรือผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม แต่ถ้าหากการคืนทุนต่ำมากหรือการเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนการจัดบริการนั้นให้มีต้นทุนต่ำลงหรือจัดหาเงินทุนสนับสนุนเพิ่มเติม หรือยกเลิกการจัดบริการนั้นแล้วแสวงหาทางเลือกอื่น

การคืนทุนมีมิติในการพิจารณาดังนี้

5.1 มิติรายรับ (Revenue)

5.1.1 การคืนทุนของรายรับที่พึงได้ (Cost recovery of accrual revenue) จะแสดงความเหมาะสมของโครงสร้างค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บในปัจจุบัน ว่าเรียกเก็บสูง หรือต่ำกว่าต้นทุนมากน้อยเพียงใด

5.1.2 การคืนทุนของรายรับที่ได้จริง (Cost recovery of real revenue) จะแสดงถึงความต้องการในการได้รับงบประมาณสนับสนุน

5.2 มิติของต้นทุน (Cost)

5.2.1 การคืนทุนของต้นทุนทั้งหมด (Full cost recovery) แสดงในแง่กำไร-ขาดทุนของโรงพยาบาลในภาพรวม

5.2.2 การคืนทุนของต้นทุนดำเนินการ (Operating cost recovery) แสดงกำไร-ขาดทุนในการดำเนินงาน เมื่อพิจารณาในแง่ที่รัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนต้นทุนค่าลงทุนในการก่อสร้างและจัดซื้อครุภัณฑ์

5.2.3 การคืนทุนเฉพาะค่าวัสดุ (Material cost recovery) แสดงกำไร-ขาดทุนในการดำเนินงาน เมื่อพิจารณาในแง่ที่รัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนต้นทุนค่าแรงในรูปของเงินเดือนและสวัสดิการต่างๆ ให้แก่ข้าราชการและลูกจ้างประจำของโรงพยาบาล และสนับสนุนค่าลงทุนในการก่อสร้างและจัดซื้อครุภัณฑ์

6. แรงงานต่างด้าวและสถานการณ์ปัญหา

6.1 ความหมายของแรงงานต่างด้าว

ความหมายของแรงงานต่างด้าว ในระดับสากลให้ความหมายไว้ดังนี้ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2544ก, หน้า 6-7)

อนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิของแรงงานต่างด้าวและสมาชิกในครอบครัว (International Convention on the Protection of the Rights of all Migrant Workers and Member of their families) มาตรา 2 (1) ได้กำหนดนิยามของ แรงงานต่างด้าว หรือ แรงงานต่างชาติ ไว้ว่า บุคคลที่ดำเนินการหรือเคยดำเนินการในกิจกรรมที่มีค่าตอบแทนในประเทศใดๆ ซึ่งบุคคลนั้นมิได้เป็นคนในชาติของประเทศนั้น และยังรวมไปถึงแรงงานที่มีถิ่นที่อยู่ในประเทศของตน แต่ข้ามเขตแดนไปทำงานยังต่างประเทศเป็นประจำ (Frontier Worker) และแรงงานตามฤดูกาล (Seasonal Worker) ลูกเรือ (Seafarer) แรงงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานอิสระ ซึ่งหางานด้วยตนเอง (Self – Employer Worker) เป็นต้น

6.2 ประเภทของแรงงานต่างด้าว

สำหรับในประเทศไทยได้กำหนดประเภทของแรงงานต่างด้าว เป็น 2 ประเภท คือ

6.2.1 แรงงานต่างด้าวที่ถูกกฎหมาย

แรงงานประเภทนี้ ได้แก่ คนต่างด้าวที่เข้ามาประกอบอาชีพทั้งที่ถูกกฎหมาย โดยถือวีซ่าประเภทคนอยู่ชั่วคราว (Non – Immigrant Visa) หรือพวกที่ลักลอบเข้าเมืองบางประเภทที่ผ่านขั้นตอนตามกฎหมายกำหนดแล้ว ซึ่งอาจแบ่งออกเป็น 4 ประเภทตามลักษณะของใบอนุญาตประกอบอาชีพของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ดังนี้

1) ประเภทตลอดชีพ ได้แก่ คนต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง โดยขอวีซ่าประเภทคนอยู่ชั่วคราว และอาศัยอยู่ในประเทศไทยครบ 3 ปี จึงทำการขอมีถิ่นฐานในราชอาณาจักร และได้รับอนุญาต แล้วยื่นขอใบอนุญาตทำงาน ซึ่งจะได้รับใบอนุญาตแบบตลอดชีพ

2) ประเภทที่ได้รับใบอนุญาตชั่วคราว ได้แก่ คนต่างด้าวซึ่งได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรได้เป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง และสามารถประกอบอาชีพได้เป็นการชั่วคราวในประเทศ ใบอนุญาตประเภทนี้พิจารณากำหนดเวลาตามความจำเป็น ซึ่งโดยปกติจะมีอายุเท่ากับระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักร

3) ประเภทที่ได้รับใบอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุน ได้แก่ คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบอาชีพได้ตามที่คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนอนุญาต และอาจได้รับสิทธิพิเศษตามโครงการที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนนั้น

4) ประเภทที่ได้รับอนุญาตตามมาตรา 12 ได้แก่ คนต่างด้าวที่ถูกเนรเทศ หรืออยู่ในระหว่างรอการส่งออกนอกราชอาณาจักร หรือเข้ามาในราชอาณาจักรโดยไม่ได้รับอนุญาต (ลักลอบเข้าเมือง) เช่น ญวนอพยพ ลาวอพยพ พม่าพลัดถิ่น หรือคนต่างด้าวที่เกิดในราชอาณาจักร แต่ไม่ได้สัญชาติไทย หรือคนต่างด้าวที่ถูกถอนสัญชาติไทย ตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 337 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2515 ให้ขอรับใบอนุญาตทำงานได้

6.2.2 แรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย

แรงงานประเภทนี้ ได้แก่ คนต่างด้าวที่เข้ามาประกอบอาชีพในประเทศไทย โดยฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง หรือกฎหมายว่าด้วยการทำงานของคนต่างด้าว จำแนกเป็น 2 ประเภท คือ

1) แรงงานต่างด้าวที่เป็นแรงงานมีฝีมือหรือกึ่งฝีมือ ส่วนใหญ่จะเข้ามาในรูปของนักท่องเที่ยว นักธุรกิจ ผู้ได้รับอนุญาตให้ผ่านหรือแวะเข้าเมืองในระยะเวลานั้นๆ หรือนักเรียน หรือนักแสวงบุญ ซึ่งอยู่ในประเทศเกินระยะเวลาที่กำหนด แล้วเข้ามาทำงานโดยไม่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

2) แรงงานต่างด้าวที่เป็นแรงงานไร้ฝีมือ ส่วนใหญ่จะเข้ามาตามแนวชายแดนไทย โดยวิธีลักลอบเข้าเมือง รวมถึงผู้อพยพลี้ภัย แล้วเข้ามาทำงานหรือประกอบอาชีพ (ทั้งอาชีพที่จำกัดไว้ให้คนไทยทำ หรืออาชีพที่อนุญาตให้คนต่างด้าวทำได้เป็นการชั่วคราว หรือถาวร หรือทำงานในช่วงก่อนจะเดินทางไปประเทศที่สาม)

แรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมายมักมีปัญหาต่างๆ ที่มาจากลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ (Gardner, R. and Blackburn, R., 1996, P.1-27)

1) ภาวะที่ถูกทำให้แตกแยก (Disruption) หมายถึง ภาวะที่ถูกทำให้แตกแยกทางสังคม คือ การย้ายที่อยู่ แยกจากครอบครัว จากญาติพี่น้อง จากบ้านเกิด และการย้ายถิ่นที่อยู่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง ภาวะที่ถูกทำให้แตกแยกทางสังคมมักเกิดได้หลายลักษณะ เช่น การแยกกันอยู่ของสามีภรรยา คนในครอบครัวไปทำงานในถิ่นอื่น

2) ความแตกต่าง (Differences) ในเรื่องของเชื้อชาติ ภาษา ศาสนาและวัฒนธรรม ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการที่จะติดต่อขอความช่วยเหลือจากชุมชนปลายทาง ตลอดจนการปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรม และประเพณีที่มักจะแตกต่างจากสังคมเดิมที่เคยอยู่

3) ความยากลำบากในการเข้าถึงสถานบริการ (Difficulties to access) ไม่ว่าจะเป็นแหล่งบริการด้านการศึกษาในการเข้าศึกษาในโรงเรียน การรับบริการด้านสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวกด้านสาธารณสุข ปลอดภัย น้ำประปา ไฟฟ้า ซึ่งมีข้อจำกัดมากสำหรับคนต่างด้าวที่ย้ายถิ่น โดยปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุข มักมีปัญหาคือ การขาดข้อมูลข่าวสาร ปัญหาการใช้สิทธิ ปัญหาในการจัดบริการสุขภาพ การติดตามรักษาพยาบาล ตลอดจนความครบถ้วนของการรับบริการ และปัญหาการเลือกปฏิบัติในเรื่องของเชื้อชาติ

6.3 สถานการณ์ปัญหาแรงงานต่างด้าว

ปัญหาของแรงงานต่างด้าวในปัจจุบัน เกิดจากแรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมายแทบทั้งสิ้น โดยแรงงานเหล่านี้มีวิธีการลักลอบเข้าประเทศไทยด้วยวิธีการต่างๆ โดยทั่วไปจะลักลอบเข้ามาตามช่องทางธรรมชาติที่เป็นป่าเขาบริเวณพรมแดน โดยประเทศไทยมีพรมแดนทางบกติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านรวมแล้วประมาณกว่า 5,000 กม. ซึ่งเมื่อมีการจ้างแรงงานต่างด้าวมากขึ้น ทำให้เกิดแรงงานต่างด้าวในรูปแบบแรงงานเถื่อนมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาทั้งด้านการเมือง ความมั่นคง เศรษฐกิจ และสังคม ดังนี้ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2544ก, หน้า 8-9)

6.3.1 ด้านการเมือง แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาโดยแอบแฝงใช้ประเทศไทยเป็นเวทีเคลื่อนไหวเรียกร้องทางการเมือง สร้างปัญหาต่อภาพลักษณ์ของไทย และทำลายความสัมพันธ์กับประเทศเพื่อนบ้าน เช่น นักศึกษาพม่าที่หนีภัยทางการเมือง ผู้ลี้ภัยตามศูนย์พักพิงต่างๆ พยายามต่อต้านรัฐบาลพม่า ทำให้พม่าเกิดความระแวงประเทศไทย ขณะเดียวกันการที่ไทยจะผลักดันผู้อพยพส่งกลับประเทศก็เป็นไปได้ยาก เนื่องจากได้รับความกดดันจากองค์กรสิทธิมนุษยชนทั้งในและนอกประเทศ

6.3.2 ด้านความมั่นคง แรงงานต่างด้าวมักก่อปัญหาอาชญากรรม ปล้นฆ่า และปัญหาเสพติดตามมา เป็นแหล่ง/พาหนะในการค้าเสพยาเสพติดต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่าเจ้าหน้าที่ของไทยบางคนมีพฤติกรรมแสวงหาผลประโยชน์จากการปลอมแปลงบัตรประชาชนให้กับแรงงานต่างด้าว ซึ่งถือเป็นภัยร้ายแรงต่อความมั่นคงของประเทศ

6.3.3 ด้านเศรษฐกิจ แรงงานต่างด้าวได้ทดแทนแรงงานไทยในส่วนที่แรงงานไทยไม่ทำคือ งานที่เสี่ยงอันตราย งานที่สกปรก และงานที่ยากลำบาก โครงสร้างค่าจ้างแรงงานต่างด้าว

ค่อนข้างต่ำ ทำให้เกิดความ โน้มเอียงในการจ้างแรงงานต่างชาติมากกว่าแรงงานไทย ทำให้การพัฒนาการผลิตภาคอุตสาหกรรม โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีถูกจำกัด เนื่องจากแรงงานเหล่านี้เป็นแรงงานไร้ฝีมือ (วณิ ปิ่นประทีป, 2542, หน้า 308) นอกจากนี้เงินที่เกิดจากการจ้างแรงงานต่างด้าว และที่เกิดขึ้นจากการลงทุนของนายทุนชาวต่างชาติได้ไหลออกนอกประเทศ ขณะเดียวกันประเทศไทยกลับต้องรับภาระในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าว ค่าเลี้ยงดูเมื่อถูกจับกุม ค่าขนส่งกลับ ซึ่งค่าใช้จ่ายเหล่านี้เป็นเงินภาษีอากรของคนไทยทั้งสิ้น และที่สำคัญคือ ประเทศไทยเสียโอกาส ในเวทีการเจรจาต่อรองการค้าการลงทุนระหว่างประเทศ ภาพลักษณ์ของประเทศเสื่อมเสียไป ประเทศที่เจริญแล้วมองว่าไทยละเมิดหลักสิทธิมนุษยชน ทำให้องค์กรการค้าโลกนำมาเป็นเงื่อนไขในการกีดกันทางการค้าหรือตัดสิทธิพิเศษทางการค้ากับไทย

6.3.4 ด้านสังคม แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงาน มีการนำครอบครัวมาด้วย ปัจจุบันมีเด็กที่เกิด โดยไม่มีสัญชาติจากแรงงานต่างด้าวเป็นหมื่นคน โดยที่เด็กพวกนี้ไม่มีโอกาสได้รับการศึกษา ซึ่งต่อไปจะสร้างปัญหาให้กับสังคมไทยในอนาคต ปัญหาการขาดแรงงานในเด็กและสตรี ปัญหาหญิงบริการชาวต่างชาติที่เข้ามาขายบริการ ปัญหาอาชญากรรมในกลุ่มแรงงานต่างด้าว นอกจากนี้แรงงานต่างด้าวเหล่านี้ยังเป็นพาหะนำโรคมาระบาดในหมู่คนไทย เช่น โรคเท้าช้าง วัณโรค ไข้กาฬหลังแอ่น มาลาเรีย เอชไอวี ฯลฯ ซึ่งโรคบางชนิดได้หายไปจากประเทศไทยนานแล้ว เช่น โรคเท้าช้าง ไข้กาฬหลังแอ่น แต่กลับมาในรูปแบบที่ร้ายแรงกว่าเก่า ทำให้ต้องสูญเสียงบประมาณหลายร้อยล้านบาท เพื่อรักษาและป้องกันโรคต่างๆ

7. มาตรการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายตามมติคณะรัฐมนตรี

การผ่อนผันให้มีการจ้างแรงงานต่างด้าวครั้งแรกเริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2535 โดยให้มีการจ้างแรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าที่มีที่อยู่ในประเทศไทยได้ชั่วคราว แต่ก็ไม่มีผลในทางปฏิบัติ แรงงานต่างด้าวยังลักลอบเข้ามาและกระจายตัวเข้าในจังหวัดชั้นในมากขึ้น ภาคธุรกิจเอกชนจึงเรียกร้องให้รัฐบาลพิจารณา โขบายผ่อนผันให้ครอบคลุมพื้นที่กว้างขึ้น ในปี พ.ศ.2539 รัฐบาลจึงอนุมัติให้ผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายจาก พม่า ลาว และกัมพูชา ให้เข้ามาทำงานชั่วคราวได้ไม่เกิน 2 ปี และผลจากภาวะเศรษฐกิจปี 2540 รัฐบาลจึงได้ประกาศมาตรการผลักดันแรงงานต่างด้าวออกไป เพื่อแก้ไขปัญหการว่างงานของแรงงานไทย แต่ก็ไม่เป็นผล ภาคเอกชนมีการเคลื่อนไหวคัดค้าน รัฐบาลจึงมีมติผ่อนผันให้จ้างแรงงานต่างด้าวต่อไปได้อีก โดยมาตรการหลักยังเน้นการผลักดัน จับกุม และสกัดกั้นคนต่างด้าวอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับความพยายามในการเจรจากับรัฐบาลพม่า เกี่ยวกับกรณีที่จะส่งแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่ากลับประเทศพม่า (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2544ก, หน้า 9-12)

ในปี พ.ศ. 2544 คณะกรรมการแก้ไขแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายได้เสนอให้ต่ออายุให้แรงงานต่างด้าวอีกหนึ่งปี แต่นายกรัฐมนตรีเห็นว่าวิธีนี้ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จึงให้นโยบายให้แรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ออกมารายงานตัวและออกใบอนุญาตทำงานให้ถูกต้องตามกฎหมาย โดยไม่จำกัดจำนวน ในพื้นที่ 76 จังหวัด ที่ผ่านมามีค่าใช้จ่ายในการส่งกลับภายหลังถูกจับคนละ 1,200 บาท โดยจ่ายจากเงินงบประมาณ ฉะนั้นแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายเหล่านี้จึงควรเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับตนเอง โดยให้แรงงานต่างด้าวจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพ คนละ 1,200 บาท และค่าธรรมเนียมในการออกใบอนุญาตทำงานคนละ 1,800 บาทต่อปี โดยหักเข้าเป็นรายได้แผ่นดินร้อยละ 50 ที่เหลือมอบให้กระทรวงแรงงาน (ประมาณ 400 ล้านบาท) ซึ่งในจำนวนนี้กระทรวงแรงงานแบ่งให้กระทรวงกลาโหม 100 ล้านบาท เพื่อใช้ในการป้องกันแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายตามแนวชายแดน ให้สำนักงานตำรวจแห่งชาติประมาณ 80 ล้านบาท นอกจากนี้ยังแบ่งให้ สำนักงานสภาพความมั่นคงแห่งชาติในการจัดทำแผนแม่บท ให้ทุนในการวิจัยแก่มหาวิทยาลัยต่างๆ สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการต่างประเทศ โดยในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวใหม่ โดยในการรายงานตัวจดทะเบียนครั้งแรก แรงงานต่างด้าวยังไม่ต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพ แต่ให้มารับการตรวจสุขภาพเมื่อจะต่อใบอนุญาตทำงานในช่วง 6 เดือนหลัง โดยเสียค่าตรวจสุขภาพคนละ 300 บาท และจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพ 1,200 บาท/คน/ปี โดยใช้กระบวนการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลได้ครั้งละ 30 บาทเหมือนคนไทย โดยจนถึงวันที่ 15 กันยายน 2545 มีแรงงานต่างด้าวมาจดทะเบียนทั้งสิ้น 568,000 คน (กองบัญชาการทหารสูงสุด, 2546, หน้า 8 และ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2546, หน้า 1)

จากมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2545 เห็นชอบให้มีการผ่อนผันให้คนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา มารายงานตัว เพื่อขึ้นทะเบียนขอรับใบอนุญาตทำงาน ระหว่างวันที่ 15 กันยายน 2545-15 มกราคม 2546 โดยกำหนดอาชีพและประเภทกิจการที่อนุญาตให้จดทะเบียน 6 ประเภท คือ กรรมกรทั่วไป กรรมกร ในกิจการประมง กรรมกรโรงงาน ผู้รับใช้ในบ้าน คนงานในฟาร์มเพาะ หรือเลี้ยงสัตว์บก สัตว์น้ำ และคนงานในแปลงเพาะหรือแปลงปลูกพืช ปรากฏว่ามีแรงงานต่างด้าวมาขึ้นทะเบียนรวมทั้งสิ้น 407,630 คน เป็นสัญชาติพม่ามากที่สุด 338,365 คน คิดเป็นร้อยละ 83.0 ลาว 32,448 คน คิดเป็นร้อยละ 7.9 และกัมพูชา 36,817 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 (ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ข้อมูล ณ วันที่ 20 มกราคม 2546 อ้างใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2546, หน้า 76)

8. สถานการณ์แรงงานต่างด้าวในจังหวัดตาก (สำนักนโยบายนและแผนสาธารณสุข, 2544ก, หน้า 46-51)

จังหวัดตากเป็นจังหวัดที่อยู่ชายแดนไทย-พม่า มีอาณาเขตทางด้านทิศตะวันตกติดกันเป็นแนวยาวประมาณ 560 กิโลเมตร ติดต่อกับพื้นที่ 5 อำเภอของจังหวัดตาก ได้แก่ อำเภอแม่สอด แม่ระมาด ท่าสองยาง พบพระ และอุ้มผาง โดยมีแม่น้ำเมยและทิวเขาตะนาวศรีเป็นเส้นแบ่งเขตแดน ทำให้มีการอพยพเข้าออกของครอบครัวชาวพม่าเป็นไปได้โดยง่าย รวมทั้งมีการเคลื่อนย้ายของชนกลุ่มน้อยที่มีปัญหาทางการเมืองกับรัฐบาลพม่าเข้ามาอาศัยอยู่ ได้แก่ กะเหรี่ยง รวมทั้งชาวเขาเผ่าต่างๆ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บริเวณแถบชายแดนมาเป็นเวลานานแล้ว แต่มักอยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง มีการจำแนกประชากรชาวต่างชาติในจังหวัดตากออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

8.1 ประชากรชนกลุ่มน้อย ได้แก่ ประชาชนเผ่าต่างๆ ที่อาศัยอยู่ตามบริเวณแนวตะเข็บชายแดนไทย-พม่า ส่วนใหญ่เป็นชาวกะเหรี่ยง ซึ่งมีปัญหาทางการเมืองกับพม่า แล้วอพยพเข้ามาอยู่ในฝั่งไทย และมีการเดินทางไปมาระหว่างไทย-พม่าอยู่ตลอดเวลา

8.2 ประชากรในศูนย์อพยพ ได้แก่ ชนกลุ่มน้อยที่อพยพหนีภัยสงครามเข้ามาอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตากทั้งครอบครัว โดยจัดตั้งเป็นศูนย์พักพิงชั่วคราวของผู้อพยพ ซึ่งปัจจุบันมีศูนย์พักพิงชั่วคราวอยู่ในจังหวัดตาก 3 แห่ง คือ

- ศูนย์พักพิงชั่วคราวของผู้อพยพบ้านแบเกราะ ต.แม่หละ อ.ท่าสองยาง
- ศูนย์พักพิงชั่วคราวของผู้อพยพบ้านอู๋เปี่ยม ต.รวมไทยพัฒนา อ.พบพระ
- ศูนย์พักพิงชั่วคราวของผู้อพยพบ้านนุโพ ต.แม่จัน อ.อุ้มผาง

ประชากรกลุ่มนี้จะมืองค์กรระหว่างประเทศเข้าไปดูแลการบริการด้านสาธารณสุข ทั้งด้านป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล ได้แก่ องค์กรหมอไร้พรมแดน หรือ MSF (Medecines Sans Frontieres-France) องค์กร AMI (Aide Medicate International) ARC (American Refugee Committee) โดยมีการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากอยู่ตลอดเวลา

8.3 ประชากรที่เข้ามาขายแรงงาน ได้แก่ ประชากรต่างชาติที่อพยพเข้ามาอยู่ในจังหวัดตาก เพื่อแสวงหารายได้ ส่วนใหญ่เป็นชาวพม่า ทั้งนี้เนื่องจากค่าแรงขั้นต่ำในกรุงเทพมหานครมีราคาสูงขึ้นมา ทำให้การผลิตภาคอุตสาหกรรมที่จำเป็นต้องใช้แรงงาน ได้มีการโยกย้ายฐานการผลิตไปตั้งอยู่แถบชายแดนมากขึ้น และจังหวัดตากก็มีอุตสาหกรรมประเภทนี้ จึงมีการนำแรงงานต่างด้าวมาใช้ในอุตสาหกรรมจำนวนมาก นอกจากนี้ยังมีภาคเกษตรกรรม งานบ้าน การประกอบธุรกิจขนาดเล็ก เช่น ร้านอาหาร ปั่นน้ำมัน ค้าขาย เป็นต้น

จังหวัดตากยังมีปัญหาในเรื่องจำนวนที่ชัดเจนของข้อมูลแรงงานต่างด้าว และประชากรชาวต่างชาติ เช่นเดียวกับจังหวัดอื่นๆ ทั้งนี้ เนื่องจากในพื้นที่มีชาวต่างชาติหลายเชื้อชาติ อาศัยอยู่ มีการลักลอบเข้าออกตามแนวชายแดน การอพยพเคลื่อนย้าย และอยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง ของชนกลุ่มน้อยชาวกะเหรี่ยง รวมถึงการใช้แรงงานในภาคการเกษตรที่มีการโยกย้ายตามฤดูกาลผลิต โดยในช่วงที่ผ่านมาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ได้จัดฐานข้อมูลประชากรแรงงานต่างด้าวและชาวต่างชาติ ดังนี้

- 1) ประชากรชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในศูนย์พักพิงชั่วคราว จากการสำรวจของเจ้าหน้าที่องค์กรระหว่างประเทศ มีจำนวน 60,066 คน
- 2) ประชากรชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่นอกศูนย์พักพิงชั่วคราว

- จากการสำรวจของแรงงานจังหวัด จำนวน	83,200 คน
- จากการสำรวจตามโรงงาน (เจาะเลือดตรวจโรคเท้าช้าง)	13,194 คน
- จากการสำรวจโดย อสม. (กันยายน 2543)	37,489 คน

9. สถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างด้าว

ระบบบริการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวไม่ได้มีการจัดแยกไว้เป็นพิเศษ การดำเนินการเป็นไปตามระบบ และหลักเกณฑ์เดียวกับประชาชนชาวไทย แม้ไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ หากเป็นสถานพยาบาลของรัฐก็จะยังคงได้รับบริการต่อไปจนกว่าจะทุเลาหรือหายขาด โดยใช้หลักเกณฑ์เดียวกับผู้ป่วยชาวไทยตามหลักมนุษยธรรม

อย่างไรก็ดี การดำเนินการดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการปกติ ทั้งในด้านการแรงงาน วัสดุ อุปกรณ์และค่าใช้จ่ายอย่างมาก ทางรัฐบาลไทยจึงได้ริเริ่มระบบบัตรสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวขึ้นใน พ.ศ. 2540 เพื่อให้ภาระนี้ตกแก่ผู้รับประโยชน์หลักจากแรงงานต่างด้าว แทนที่จะเฉลี่ยภาระนี้แก่ผู้เสียภาษีทั้งประเทศ แต่สำหรับแรงงานต่างด้าวที่ลักลอบเข้าประเทศ ไม่ได้ขึ้นทะเบียนหรือไม่มีบัตรสุขภาพ การให้บริการรักษาพยาบาลตามสภาพปัญหาการเจ็บป่วย และอยู่ในเกณฑ์เดียวกับประชาชนผู้ยากไร้ ยังคงไม่ได้ถูกยกเลิกไปแต่อย่างใด

สภาพปัญหาในการบริการด้านการรักษาพยาบาลและการสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2541 มีรายงานโดยกองระบาดวิทยา (อึ้งโน ซ ไมพร สันติกาญจน์ และคณะ, 2543, หน้า 46-47) โดยสังเขปดังนี้

- ในบางจังหวัด ชาวต่างด้าวใช้บริการทางการแพทย์มากถึงร้อยละ 80
- คนไทยเสียโอกาสและเสียเวลาในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น
- ชาวแคลนในด้านบริการรักษาพยาบาล ทำให้ต้องจัดหาบุคลากรเพิ่มขึ้น

- ประชาชนชาวไทยมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดโรคมามากขึ้น เช่น มาลาเรีย ไข้ซัง คอตีบ ไอกรน โปลิโอ แอนแทรกซ์ ไข้กาฬหลังแอ่น เป็นต้น

- การควบคุมป้องกันโรคทำได้ยาก เพราะสื่อสารกันไม่เข้าใจและมีการย้ายถิ่นตลอดเวลา

- อาจมีโรคติดต่อที่เป็นปัญหาใหม่ (emerging disease) หรือโรคติดต่อที่กลับมาเป็นปัญหาใหม่ (re-emerging disease) แพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทยและคนไทยได้

- การรักษายุ่งยากเพราะส่วนใหญ่เชื่อคือยาที่ใช้ในการรักษา เช่น มาลาเรีย การป้องกันและรักษาโรคไข้ซังยังไม่ประสบผลสำเร็จ

- มีการเปิดสถานบริการทางการแพทย์โดยองค์กรต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่มักไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นของไทย ทำให้การควบคุมป้องกันโรคทำได้ยาก นอกจากนี้ยังมีการเปิดสถานบริการทางการแพทย์ผิดกฎหมาย เช่น มีการทำคลอด ทำแท้ง

กองระบาดวิทยาได้รายงานจำนวนชาวพม่า ที่มารับบริการรักษาในสถานพยาบาลของไทยใน 5 จังหวัดชายแดนไทย-พม่า เฉพาะจากการรายงานการเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา พ.ศ. 2540 ว่ามีประมาณ 96,000 ราย ซึ่งเมื่อคิดถึงโรคอื่นๆที่ไม่ได้อยู่ในระบบรายงานของกองระบาดวิทยา เช่น โรคเรื้อรัง อุบัติเหตุ รวมทั้งการคลอด แล้วน่าจะมากกว่า 100,000 รายต่อปี ค่ารักษาพยาบาลและป้องกันโรคตามแนวชายแดนไทย-พม่า ตุลาคม 2539 – มีนาคม 2540 ใน 4 จังหวัดชายแดน คือ ตาก เชียงราย กาญจนบุรี และระนอง เป็นค่ารักษาพยาบาลรวม 44,049,077 บาท และค่าป้องกันควบคุมโรค 3,139,887 บาท โดยค่ารักษาพยาบาลของจังหวัดตากสูงสุด คือ 24,907,325 บาท ค่าควบคุมและป้องกันโรคของจังหวัดกาญจนบุรีสูงสุด 2,050,000 บาท และได้ประมาณการว่าใน 1 ปี กระทรวงสาธารณสุขจะต้องใช้งบประมาณเพื่อการรักษาพยาบาลและป้องกัน ควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-พม่ามากกว่าปีละ 50 ล้านบาท ซึ่งไม่รวมเงินเดือนค่าจ้างของผู้เกี่ยวข้อง ค่าบำรุงรักษา วัสดุ และค่าสาธารณูปโภค

จากมาตรการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย ตามมติคณะรัฐมนตรี ในปี 2543 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างด้าว เพื่อกำหนดมาตรการและแนวทางในการดำเนินงาน การตรวจสุขภาพและรักษาพยาบาล การประกันสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยในปีงบประมาณ 2544 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างด้าว และจัดระบบการรายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างด้าวจากจังหวัดเข้าสู่ส่วนกลาง เป็นปีแรกของการรายงาน มีจังหวัดที่รายงานมาจำนวนทั้งสิ้น 66 จังหวัด แยกเป็นจังหวัดที่ได้รับการผ่อนผัน

ให้มีแรงงานต่างด้าว 36 จังหวัด (จาก 37 จังหวัด) ยกเว้นกรุงเทพมหานครไม่ได้รายงาน เนื่องจากยังไม่มีการจัดระบบการรายงาน และจังหวัดที่ไม่ได้รับผ่อนผันให้มีแรงงานต่างด้าว 30 จังหวัด และในปีงบประมาณ 2545 ได้รับรายงานครบทั้ง 76 จังหวัด ซึ่งจากรายงานสรุปได้ดังนี้ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2544ข, หน้า 5- 15 และ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2546 , หน้า 1-10)

9.1 ข้อมูลประชากรต่างด้าว จากการรายงานโดยการคาดประมาณการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 61 จังหวัด ในปีงบประมาณ 2544 พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 733,873 คน ส่วนในปีงบประมาณ 2545 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,222,143 คน ซึ่งเป็นแรงงานต่างด้าวทั้งในและนอกระบบ ซึ่งในปี 2545 จะมีจำนวนมากกว่าปี 2544 ร้อยละ 66.53 ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายรัฐบาลในการอนุญาตแรงงานต่างด้าวให้มารายงานตัวโดยไม่จำกัดจำนวน และมีการเปิดเผยตัวมากขึ้น แต่คาดว่าจะยังมีแรงงานต่างด้าวอีกเป็นจำนวนมากที่ยังหลบซ่อนตัวอยู่ โดยมีการกระจายตัวอยู่ทั่วประเทศ

9.2 ค่าใช้จ่ายในการให้การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการออกบัตรประกันสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าว

9.2.1 การออกบัตรประกันสุขภาพให้แก่แรงงานต่างด้าว ในปี 2544 ได้ออกบัตรประกันสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวใน 36 จังหวัดที่รายงาน รวมทั้งสิ้น 68,518 คน และในปี 2545 จำนวน 568,249 คน จังหวัดที่ออกบัตรประกันสุขภาพในปี 2545 มากที่สุดคือ กรุงเทพมหานคร จำนวน 110,536 คน รองลงมาคือ สมุทรสาคร จำนวน 49,145 คน และตาก 47,489 คน

9.2.2 ค่าใช้จ่ายด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ค่าใช้จ่ายส่วนนี้เป็นค่าใช้จ่ายที่ทางราชการใช้เป็นค่าวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ และวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ในงานอนามัยแม่และเด็ก และสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในปี 2544 ค่าใช้จ่ายจาก 17 จังหวัดที่รายงานมาเป็นจำนวนเงิน 7,691,814 บาท ส่วนในปี 2545 จากรายงานใน 65 จังหวัด มีค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 18,285,239 บาท ซึ่งจังหวัดที่มีค่าใช้จ่ายด้านนี้มากที่สุดคือ ตาก 6,373,477 บาท รองลงมาคือ กาญจนบุรี 5,055,010 บาทและเชียงใหม่ 2,699,987 บาท

9.2.3 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในปี 2544 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวทั้งสิ้น 138,369,206 บาท (จาก 57 จังหวัด) โดยเป็นค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก 33,211,138 บาท (ใช้บริการ 393,284 ครั้ง) เฉลี่ย 84.45 บาท/ครั้ง และผู้ป่วยใน 105,158,003 บาท (ใช้บริการ 29,898 คน 130,206 วัน) เฉลี่ย 3,517.23 บาท/คน และ 807.63 บาท/วัน โดยหากมองในแง่ของภาระค่าใช้จ่ายของประเทศไทยที่ต้องสูญเสียไปกับการรักษาพยาบาลฟรีแก่แรงงานต่างด้าว จำนวน 78,354,195 บาท โดยเป็นค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก 14,044,831 บาท (ใช้บริการ 210,566 ครั้ง)

เฉลี่ย 33.70 บาท/ครั้ง และค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน 64,309,364 บาท (ใช้บริการ 18,433 คน 85,811 วัน) เฉลี่ย 3,486.93 บาท/คน และ 749.43 บาท/วัน

ในปี 2545 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวทั้งสิ้น 293,580,400 บาท โดยเป็นค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก 100,837,436 บาท (ใช้บริการ 946,240 ครั้ง) เฉลี่ย 106.57 บาท/ครั้ง และผู้ป่วยใน 192,742,964 บาท (ใช้บริการ 79,577 คน 317,635 วัน) เฉลี่ย 2,422.09 บาท/คน และ 606.81 บาท/วัน โดยหากมองในแง่ของภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไปกับการรักษาพยาบาลฟรีแก่แรงงานต่างด้าว เป็นจำนวนทั้งสิ้น 115,001,196 บาท โดยเป็นค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก 21,984,639 บาท (ใช้บริการ 323,837 ครั้ง) เฉลี่ย 67.89 บาท/ครั้ง และค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน 93,016,557 บาท (ใช้บริการ 19,791 คน 118,487 วัน) เฉลี่ย 4,699.94 บาท/คน และ 785.04 บาท/วัน

10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับต้นทุนต่อหน่วย รายได้ และการคืนทุนของสถานบริการสาธารณสุข มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2535) ได้ศึกษาอัตราการคืนทุนของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2531-2533 พบว่า โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์มีอัตราการคืนทุนสุทธิ (Net cost revenue) ของต้นทุนดำเนินการค่าวัสดุ ร้อยละ 86-91 และการคืนทุนของต้นทุนค่าแรงและค่าวัสดุ ร้อยละ 48-51 ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บเป็น 1.15-1.27 เท่าของต้นทุนค่าวัสดุ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2530-2531 มีอัตราคืนทุนสุทธิร้อยละ 87-91 ของต้นทุนดำเนินการค่าวัสดุ และร้อยละ 50-53 ของต้นทุนรวม ค่าวัสดุและค่าแรง ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บเป็น 1.24-1.34 เท่าของต้นทุนค่าวัสดุ

บวร งามศิริอุดม และทิพาพร เสถียรศักดิ์พงศ์ (2538) ได้ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการและการคืนทุนของโรงพยาบาลแม่และเด็ก จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาข้อมูลไปข้างหน้า ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2537-31 มกราคม 2538 ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลมีต้นทุนทั้งสิ้น 36,915,876.90 บาท อัตราส่วนต้นทุนค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน เท่ากับ 6.23 : 2.69 : 1 ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ผู้ป่วยนอกผู้ใหญ่ สูติ-นรีเวชกรรม วางแผนครอบครัว และทันตกรรม เท่ากับ 147.05, 244.31, 127.49, 215.45 และ 140.76 บาท ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกเฉลี่ย เท่ากับ 152.77 บาท ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน กุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม เท่ากับ 1,991.81 และ 5,169.82 บาท ต้นทุนต่อวันนอน เท่ากับ 486.24 และ 1,419.51 บาท ตามลำดับ โดยต้นทุนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อราย และเฉลี่ยต่อวันนอน เท่ากับ 3,569.68 และ 922.22 บาทตามลำดับ

โรงพยาบาลมีรายได้จริงจากการให้บริการผู้ป่วยนอก 3,688,806 บาท จากรายได้ที่เรียกเก็บทั้งสิ้น 4,030,691 บาท ผู้ป่วยในมีรายได้จริงเท่ากับ 5,954,719 บาท จากจำนวนที่เรียกเก็บ 7,196,241 บาท การคืนทุนในการบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของต้นทุนทั้งหมด จากรายได้ที่เรียกเก็บ และรายได้สุทธิ เท่ากับร้อยละ 30.63 และ 26.64 ตามลำดับ การคืนทุนของต้นทุนดำเนินการ จากรายได้ที่เรียกเก็บ และรายได้สุทธิ เท่ากับร้อยละ 34 และ 29.57 ตามลำดับ ส่วนการคืนทุน เฉพาะค่าวัสดุ จากรายได้ที่เรียกเก็บ และรายได้สุทธิ เท่ากับร้อยละ 111.51 และ 96.99 ตามลำดับ

วรรณิ์ ชาวผ่อง (2542) ได้ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการผู้ป่วยนอก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี ในปีงบประมาณ 2540 โดยทำการศึกษาข้อมูล ย้อนหลังในทัศนะของผู้ให้บริการ กระจายต้นทุน โดยวิธี Simultaneous equation method ผลการศึกษาพบว่า มีค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วยงานบริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 245.90 บาทต่อครั้ง เป็นต้นทุน ที่เรียกเก็บได้ร้อยละ 52.27 และเรียกเก็บไม่ได้ร้อยละ 47.73 อัตราส่วนของค่าแรง:ค่าวัสดุ:ค่าลงทุน เท่ากับ 3.47:2.67:1 มีรายได้สุทธิเท่ากับ 4,318,426 บาท รายได้จากเรียกเก็บเท่ากับ 4,691,929 บาท คิดเป็นรายได้สุทธิเฉลี่ยเท่ากับ 218.22 บาทต่อครั้ง มีอัตราการคืนทุนของต้นทุน ทั้งหมดจากรายได้ที่เรียกเก็บเท่ากับ ร้อยละ 110.47 และอัตราการคืนทุนของต้นทุนทั้งหมดจากรายได้สุทธิ เท่ากับ ร้อยละ 101.68 อัตราการคืนทุนของค่าวัสดุจากรายได้ที่เรียกเก็บเท่ากับ ร้อยละ 244.09 และจากรายได้สุทธิเท่ากับ ร้อยละ 224.66 โดยต้นทุนค่าแรงมีอิทธิพลสูงสุดต่อต้นทุนรวมทั้งหมด แนวทางในการลดต้นทุนที่เป็นไปได้ก็คือ ลดต้นทุนค่าวัสดุ และเพิ่มปริมาณการบริการ

ณัฐธิรศ ศรีบุญเรือง (2542) ได้ทำการศึกษาด้านทุน รายได้ และการคืนทุนของแผนก บริการผู้ป่วย โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2541 ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ในทัศนะของผู้ให้บริการ โดยใช้การกระจายต้นทุน โดยวิธี Simultaneous equation method ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลแม่ข่ายมีต้นทุนรวมเท่ากับ 22,912,195 บาท โดยมีสัดส่วนต้นทุน ค่าแรง:ค่าวัสดุ:ค่าลงทุน เท่ากับร้อยละ 50.28:36.12:13.60 หรือ 3.70:2.66:1 ต้นทุนต่อหน่วย ผู้ป่วยนอก เท่ากับ 130.65 บาทต่อครั้ง ต้นทุนต่อหน่วยทันตกรรม เท่ากับ 267.11 บาทต่อครั้ง ต้นทุนต่อหน่วย ผู้ป่วยใน เท่ากับ 1,750.70 บาทต่อรายหรือ 377.03 บาทต่อวันนอน การคืนทุน ทั้งหมดจากรายได้ที่เรียกเก็บ เท่ากับร้อยละ 110.61 และการคืนทุนทั้งหมดจากรายได้สุทธิ เท่ากับ ร้อยละ 69.20 โดย ต้นทุนค่าแรงมีอิทธิพลสูงสุดต่อต้นทุนรวมทั้งหมด แนวทางในการลดต้นทุน ต่อหน่วยที่เป็นไปได้ก็คือ ลดต้นทุนค่าวัสดุ หรือเพิ่มปริมาณการบริการ เช่นเดียวกัน

พงศธร แสงสุวรรณ (2543) ทำการศึกษาด้านทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วย รายได้ และการคืนทุน โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ปีงบประมาณ 2542 ในทัศนะของผู้ให้บริการ โดยทำการศึกษาแบบย้อนหลัง และใช้วิธีการกระจายต้นทุน โดยวิธี Simultaneous equation method

พบว่า โรงพยาบาลมีต้นทุนรวมทั้งสิ้น 19,226,836.39 บาท สัดส่วนต้นทุนค่าแรง:ค่าวัสดุ:ค่าลงทุน เท่ากับ 4.27:2.19:1 ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก และทันตกรรมเท่ากับ 136.47 และ 204.31 บาท ตามลำดับ ต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยในเท่ากับ 673.28 บาทต่อวันป่วย หรือ 1,758.70 บาทต่อราย ในปีการศึกษาโรงพยาบาลมีรายได้สุทธิจากการให้บริการผู้ป่วย 10,860,871 บาท รายได้จากการเรียกเก็บ 22,329,213 บาท อัตรากำไรสุทธิของรายได้สุทธิ และรายได้ที่เรียกเก็บเท่ากับ ร้อยละ 56.49 และ 116.19 ตามลำดับ

Tungkasamesamran, K. (2001) ได้ทำการศึกษาต้นทุนต่อหน่วย และการกิ้นทุนของ โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2543 ในทัศนะของผู้ให้บริการ พบว่า โรงพยาบาลมีต้นทุนรวมทั้งสิ้น 28,892,655 บาท อัตรากำไรสุทธิ : ค่าแรง : ค่าวัสดุ เท่ากับ 38:37:25 ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก คลินิกทันตกรรม และคลินิกส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 266.05, 593.01 และ 1137.58 บาทตามลำดับ ต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยในเท่ากับ 4,214.74 บาทต่อครั้ง หรือ 1,049.39 บาทต่อวัน โรงพยาบาลมีรายได้สุทธิ 28,049,691 บาท โดยร้อยละ 69.25 ของรายได้ มาจากการสนับสนุนงบประมาณของรัฐบาล ทำให้โรงพยาบาลมีอัตรากำไรสุทธิของต้นทุน รวมทั้งหมดเป็นร้อยละ 97.08 ซึ่งหากไม่รวมงบประมาณของรัฐบาลแล้วจะมีอัตรากำไรสุทธิเพียง ร้อยละ 29.85 เท่านั้น

พิชญ์กันย์ เฝ้าวัฒนา (2545) ได้ทำการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ในปีงบประมาณ 2544 โดยทำการศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลัง พบว่า โรงพยาบาลแม่ลาวมีต้นทุนรวมทั้งสิ้น 19,561,524.22 บาท สัดส่วนต้นทุนค่าวัสดุ:ต้นทุนค่าแรง งาน:ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการอื่นๆ คือ 3:5:2 ต้นทุนต่อหน่วยบริการของหน่วยงาน ที่ก่อให้เกิดรายได้ของโรงพยาบาลแม่ลาว ได้แก่ ต้นทุนต่อหน่วยบริการของแผนกผู้ป่วยนอก เท่ากับ 250.32 บาทต่อราย แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 162.64 บาทต่อราย ฝ่ายทันตกรรม 382.92 บาทต่อราย ฝ่ายส่งเสริมและป้องกันโรค 530.54 บาทต่อราย ฝ่ายสุขภาพ 278.53 บาทต่อราย แผนกเวชกรรมฟื้นฟู 324.84 บาทต่อราย และแผนกผู้ป่วยใน เท่ากับ 2,165.94 บาทต่อราย หรือ 1,027.58 บาทต่อวัน

ในส่วนองงานวิจัยที่ศึกษาต้นทุนของสถานบริการที่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์ (2542) ได้ศึกษาปัญหาสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับชาวพม่า ในจังหวัดตาก ใน 3 เรื่อง คือ ปัญหาโรคติดต่อที่สำคัญ ปัญหาการให้บริการสาธารณสุข และภาวะ ค่ารักษาพยาบาล และปัญหาทางอนามัยแม่และเด็ก โดยรวบรวมข้อมูลของปี 2540-2541 จากการศึกษาพบว่า มาลาเรียเป็นโรคติดต่อที่พบได้มากที่สุดเ็นชาวพม่า ซึ่งมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยชาวไทย

โรคอุจจาระร่วงอย่างแรง และใช้กาพหลังแอนพบในผู้ป่วยชาวพม่ามากกว่าชาวไทยด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยชาวพม่าเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล หรือสถานอนามัยในจังหวัดตาก คิดเป็นร้อยละ 7-8 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด สำหรับผู้ป่วยในสามารถรวบรวมข้อมูลได้จาก โรงพยาบาลแม่สอดแห่งเดียว โดยในปี 2540 คิดเป็นร้อยละ 27.2 ปี 2541 คิดเป็นร้อยละ 24.6 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด และได้ให้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้ป่วยชาวพม่าปีละประมาณ 19 ล้านบาทโดยเป็นการให้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 56.3 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 40.9 และสถานอนามัยร้อยละ 2.8 ซึ่งข้อมูลนี้ยังไม่รวมมูลค่าที่ให้บริการที่หน่วยมาลาเรีย และในบริการ ควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพ และจากข้อมูลหญิงแม่ที่รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า จำนวนการแท้งในชาวพม่าสูงกว่าชาวไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การแท้งคิดเชื่อซึ่งมักเป็นผลจากการลักลอบทำแท้งก็พบสูงกว่าชาวไทยด้วยเช่นกัน สำหรับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคในเด็กชาวพม่า พบว่า ประวัติเคยได้รับวัคซีนตามกำหนดอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำมาก การวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชาวต่างชาติจำเป็นต้องมีข้อมูลทางระบาดวิทยาที่ครบถ้วนและถูกต้อง การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขชาวต่างชาติประจำชุมชน การให้สุขศึกษา การบริการเชิงรุก และการมีระบบประกันสุขภาพคงมีส่วนช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้

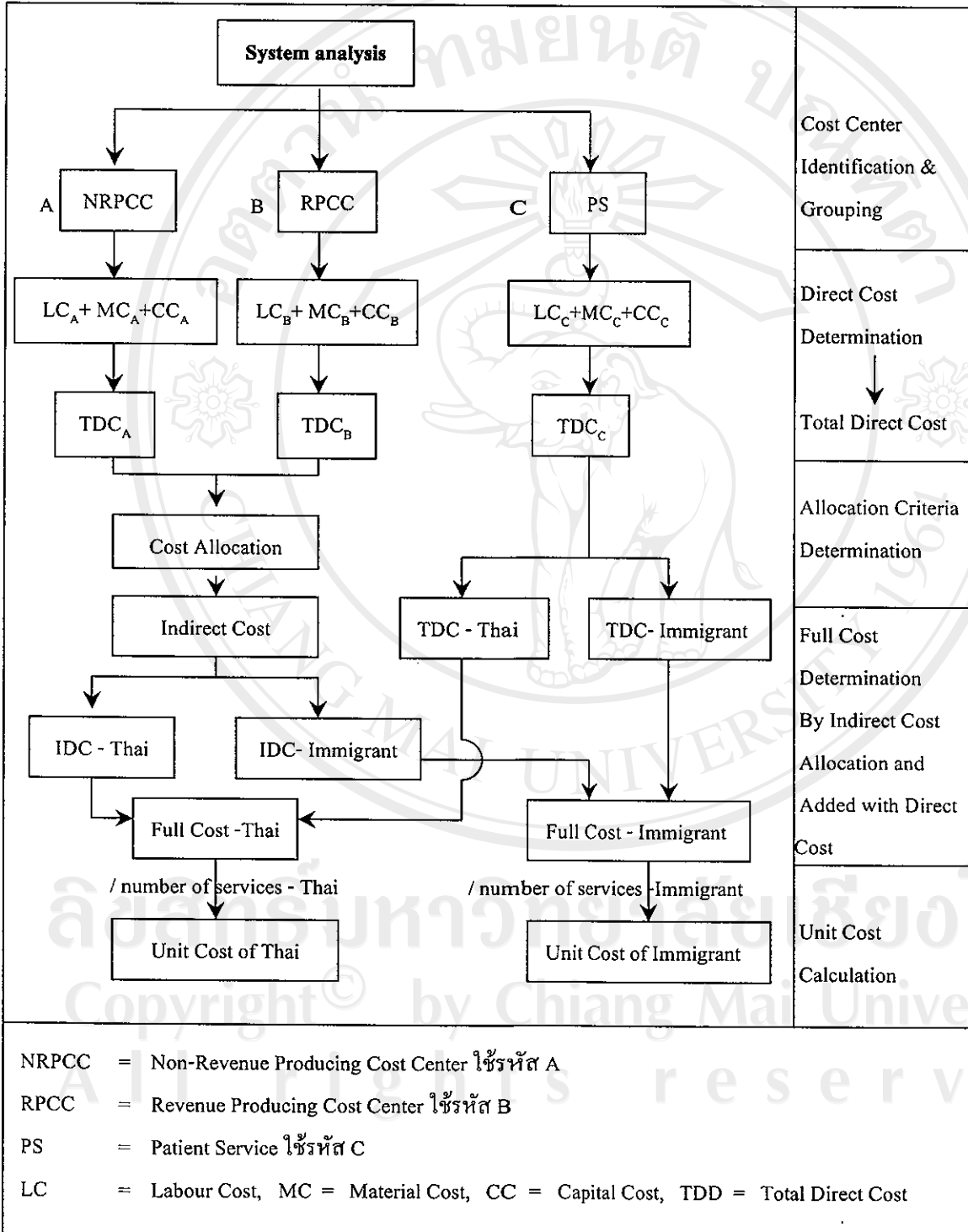
จินตนา อุทัยศิลป์ และคณะ (2541) ได้ทำการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการของผู้ป่วยจังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2540 โดยทำการศึกษาที่โรงพยาบาลแม่สอด โรงพยาบาลแม่ระมาด และสถานอนามัย ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด และอำเภอแม่ระมาด รวม 28 แห่ง ในทัศนะของผู้ให้บริการ ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลแม่สอดมีต้นทุนต่อหน่วยบริการของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 122 บาทต่อครั้ง โรงพยาบาลแม่ระมาดเท่ากับ 96 บาทต่อครั้ง ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน โรงพยาบาล แม่สอดเท่ากับ 5,734 บาท โรงพยาบาลแม่ระมาดเท่ากับ 1,945 บาท ส่วนสถานอนามัยมีค่าเฉลี่ยต้นทุนค่ารักษาเท่ากับ 74 บาทต่อครั้ง ซึ่งเมื่อจำแนกตามเชื้อชาติพบว่า ต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยในจำแนกระหว่างคนไทยและต่างชาติของโรงพยาบาลแม่สอด ในคนไทยเท่ากับ 3,092 บาทต่อราย และต่างชาติเท่ากับ 5,781 บาทต่อราย เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.05$ ส่วนค่าบริการที่เก็บจากผู้ป่วยในคนไทยเท่ากับ 4,123 บาทต่อราย และต่างชาติ 3,769 บาทต่อราย ซึ่งเมื่อนำไปทดสอบทางสถิติก็พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.05$ ด้วยเช่นกัน สำหรับต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่ระมาด พบว่า คนไทยเท่ากับ 1,710 บาทต่อราย ต่างชาติเท่ากับ 1,640 บาทต่อราย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปีลัทธิ มณีวรรณ (2544) ได้ทำการศึกษาด้านทุนดำเนินการให้บริการแก่แรงงานต่างชาติ โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในปีงบประมาณ 2543 ในทัศนะของผู้ให้บริการ โดยศึกษาข้อมูลด้านทุนค่าแรง ค่าวัสดุและจำนวนผู้ป่วยจากแบบสรุปลักษณะสำคัญของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลศรีสังวาลย์มีต้นทุนดำเนินการทั้งหมด 133,768,093.57 บาท เป็นต้นทุนดำเนินการของผู้ป่วยต่างชาติ 33,968,138.16 บาท คิดเป็นร้อยละ 25.39 ของต้นทุนดำเนินการทั้งหมด โดยคนไทยมีต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 528.38 บาทต่อครั้ง ต้นทุนต่อหน่วยบริการ ผู้ป่วยใน 9,510.80 บาทต่อราย ส่วนผู้ป่วยต่างชาติมีต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอก เท่ากับ 433.75 บาทต่อครั้ง ผู้ป่วยในเท่ากับ 10,830.89 บาทต่อราย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

11. กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนในทัศนะของผู้ให้บริการ มีกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้



ที่มา : ดัดแปลงจาก บวร งามศิริอุดม และทิพากร เสงี่ยมศักดิ์พงศ์ (2538, หน้า 32)