

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารตำรา ตลอดจนงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. ความหมายของต้นทุน
2. ประเภทของต้นทุน
3. ทักษะของผู้ประเมินต้นทุน
4. วิธีการจัดสรรต้นทุน
5. การกำหนดเกณฑ์การกระจายต้นทุน
6. การวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุน
7. ขั้นตอนการวิเคราะห์หาต้นทุน
8. รายได้
9. การคืนทุน
10. โครงสร้างการบริหารงานโรงพยาบาลเทิง
11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
12. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. ความหมายของต้นทุน

ต้นทุน (cost) จากการศึกษาผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Finkler S.A. and Kovner C.T. (2000) ให้ความหมายว่า ต้นทุนคือทรัพยากรที่หน่วยงานแต่ละหน่วยใช้ไปในกิจกรรมใดๆ ซึ่งหน่วยงานต้องมีการจ่าย และมีการจดบันทึกไว้ในบัญชีมีมูลค่าเท่ากับกิจกรรมนั้นๆ

สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล (2536) ให้ความหมายว่า ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ หมายถึงทรัพยากรที่ใช้ไปทั้งที่เป็นตัวเงิน และไม่เป็นตัวเงิน ส่วนต้นทุนทางบัญชีจะเป็นรายการที่เป็นเฉพาะตัวเงินที่ได้จ่ายจริงและมองเห็นเท่านั้น

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (2537) ให้ความหมายต้นทุนที่เกี่ยวกับโรงพยาบาลว่า ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดต้นทุนของโรงพยาบาลที่สำคัญ คือ ต้นทุน

โดยตรง (Direct cost) และต้นทุนโดยอ้อม (Indirect cost) จะประกอบด้วยต้นทุนค่าแรง (Labor Cost) ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost) และต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost)

ดังนั้นความหมายของต้นทุน จึงหมายถึง มูลค่าของค่าใช้จ่ายที่วัดได้ทั้งตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน โดยการวิเคราะห์เฉพาะต้นทุนทางบัญชีจะหมายถึงต้นทุนที่วัดได้เป็นตัวเงิน ซึ่งจะประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง (Labor Cost) ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost) และต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost)

2. ประเภทของต้นทุน

การจัดประเภทของต้นทุนจำแนกตามเกณฑ์ที่ใช้ โดย สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตน์กุล (2536) จำแนกต้นทุนไว้ดังนี้

2.1 ใช้เกณฑ์ผู้รับภาระต้นทุน ได้แก่

- 1) ต้นทุนภายใน (Internal Cost) คือต้นทุนที่เกิดขึ้นภายในองค์การที่จัดบริการ
- 2) ต้นทุนภายนอก (External Cost) คือต้นทุนที่เกิดขึ้นกับ ผู้มารับบริการ หรือในชุมชน

2.2 ใช้เกณฑ์กิจกรรม ได้แก่

- 1) ต้นทุนทางตรง (Direct Cost) คือต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม หรือการให้บริการ เช่น ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าตอบแทนของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วย ค่าเสื่อมราคาของอาคารและครุภัณฑ์
- 2) ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) คือต้นทุนที่ไม่ได้เกิดจากกิจกรรมหรือการให้บริการ แต่เป็นต้นทุนของกิจกรรมเสริม เช่น รายได้ที่ผู้ป่วยและญาติ ที่สูญเสียไปเนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

2.3 ใช้เกณฑ์การจ่าย ได้แก่

- 1) ต้นทุนที่มองเห็น (Explicit or Tangible Cost) คือค่าใช้จ่ายที่ได้มีการจ่ายจริง
- 2) ต้นทุนที่มองไม่เห็น (Implicit or Intangible Cost) คือต้นทุนที่แฝงอยู่ ไม่ได้มีการจ่ายจริง แต่ต้องนำมาคิดด้วยในการประเมินผล เช่น ค่าเสื่อมราคาของยานพาหนะ ความเจ็บปวดทรมาน ความกลัว เป็นต้น

2.4 ใช้เกณฑ์การแพทย์ ได้แก่

1) ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (Medical Cost) เช่น ค่าเบี่ยงเลี้ยง ค่าวัคซีน ค่าเข็มฉีดยา และค่าอุปกรณ์การแพทย์ เป็นต้น

2) ต้นทุนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (Non - Medical Cost) เช่นค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าเดินทางของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น

3. ทักษะของผู้ประเมิน

ในการประเมินต้นทุน ผู้ทำการประเมินจำเป็นต้องทราบว่าประเมินโดยทักษะของใคร เนื่องจากมีผลต่อการคำนวณต้นทุน โดยผลที่ได้จะมีค่าที่แตกต่างกันในแต่ละมุมมอง สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล (2536) ได้จำแนกทักษะของการประเมินต้นทุน เป็น 3 ประเภทดังนี้

3.1 การประเมินต้นทุนในทักษะของผู้ให้บริการ (Provider) เป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการแก่ผู้ป่วย

3.2 การประเมินต้นทุนในทักษะของผู้รับบริการ (Patient) คือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมดที่ผู้ป่วย ต้องจ่าย ในการรับบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยเช่น การหยุดพักงาน เป็นต้น

3.3 การประเมินต้นทุนในทักษะของสังคม (Society) คือผลรวมของต้นทุน ที่เกิดขึ้นในสังคมนั้น เช่น การทำลายสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกของชุมชนหรือ สังคมต่อการบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ในการประเมินต้นทุน โรงพยาบาลครั้งนี้จะพิจารณาในมุมมองของผู้ให้บริการ โดยจะใช้การประเมินต้นทุนทางระบบบัญชี คือไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายส่วนอื่นๆ ของผู้ป่วยหรือผลตอบแทนที่สังคมต้องสูญเสียไปกับการเจ็บป่วย เนื่องจากมีข้อจำกัดในการรวบรวมข้อมูล การกำหนด การวัด และการประเมินค่าจากการบริการทางสาธารณสุข มีความซับซ้อนและมักมีปัญหาในเรื่องความน่าเชื่อถือ และการยอมรับ เช่น การประมาณค่าชีวิต ความเจ็บปวด ความกังวล การขาดงานหรือลดสมรรถภาพในการทำงาน (ภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2537)

4. วิธีการจัดสรรต้นทุน

คือการกระจายต้นทุน (Cost Allocation) ระหว่างหน่วยงานตามความสัมพันธ์ของการสนับสนุนหรือการให้บริการ การกระจายต้นทุนเพื่อให้ต้นทุนทั้งหมดตกอยู่ในหน่วยต้นทุนที่มีกิจกรรมในการให้บริการผู้ป่วย ทำให้สามารถคำนวณต้นทุนได้โดยไม่มีต้นทุนส่วนใดตกหล่น และเพื่อสะท้อนความสัมพันธ์ในการสนับสนุนซึ่งกันและกันของหน่วยต้นทุนต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่

การประเมินประสิทธิภาพในการทำงานได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด การจัดสรรต้นทุนมีวิธีการจัดสรร 4 วิธี (บวร งามศิริอุดม และ ทิพาพร เสถียรศักดิ์พงษ์, 2538)

4.1 วิธีการจัดสรรต้นทุนโดยตรง (Direct Allocation Method) เป็นการจัดสรรต้นทุนรวมโดยตรงของหน่วยงานต้นทุนชั่วคราว ไปยังหน่วยงานรับต้นทุนทั้งหมด

4.2 วิธีการจัดสรรต้นทุนในลักษณะการกระจายตามลำดับขั้น (Step – Down Allocation Method) เป็นการจัดสรรต้นทุนโดยมีการจัดลำดับหน่วยงานต้นทุนชั่วคราว ตามโอกาสที่จะกระจายต้นทุนให้หน่วยงานอื่น โดยจัดลำดับหน่วยงานที่ต้องสนับสนุนหน่วยงานอื่นที่กว้างขวางกว่าไว้อันดับต้นๆ เมื่อกระจายต้นทุนแล้วจะปิดไม่รับต้นทุนจากหน่วยงานอื่นอีก

4.3 วิธีการจัดสรรต้นทุนในลักษณะกระจายแบบสองรอบ (Double Distribution Method) โดยในรอบแรก ทุกหน่วยต้นทุนสามารถกระจายต้นทุนให้แก่กันและกันได้โดยไม่จำกัด เป็นการจัดสรรต้นทุน และรับต้นทุนไปพร้อมๆ กัน ในรอบที่สองจะใช้วิธีการกระจายตามลำดับขั้น หรือ วิธีการจัดสรรต้นทุนโดยตรงก็ได้ แต่การศึกษานี้จะใช้วิธีการกระจายตามลำดับขั้น เพื่อจัดการให้ต้นทุนของหน่วยต้นทุนชั่วคราวที่ได้รับมาจากการกระจายนั้นหมดไป

4.4 วิธีการจัดสรรต้นทุน โดยใช้ สมการเส้นตรง (Simultaneous Equation Method) เป็นการใช้สมการเส้นตรงในการแก้ปัญหาการกระจายและรับต้นทุนไปพร้อมๆ กัน ผลจากการแก้สมการจะได้ค่าสมมติค่าหนึ่ง ซึ่งเป็นค่ารวมของต้นทุนที่กระจายผ่านหน่วยงานรับต้นทุนชั่วคราวหลายๆครั้งจนถึงจุดสมดุล คือไม่มีต้นทุนเหลืออยู่ที่หน่วยงานต้นทุนชั่วคราวเลย เป็นวิธีที่ละเอียดถูกต้องมากที่สุด

การกระจายต้นทุนไม่ได้ตรงไปตรงมา เพราะว่าหน่วยงานต่างๆ มีการสนับสนุนซึ่งกันและกันตามหน้าที่ วิธีการกระจายที่แตกต่างกันอาจทำให้ผลลัพธ์แตกต่างกัน เพียงร้อยละ 1 ถึงร้อยละ 2 สิ่งที่จะทำให้ผลลัพธ์แตกต่างกันมากกว่าวิธีการกระจายคือ การใช้เกณฑ์ในการกระจายที่เหมาะสม จึงควรพยายามหาเกณฑ์ที่เป็นจริง และยุติธรรมที่สุด (วลัยพร พัทธนฤมล และคณะ, 2544) ในการศึกษาครั้งนี้จะเลือกใช้การจัดสรรต้นทุนลักษณะกระจายแบบสองรอบ เนื่องจากเป็นวิธีการจัดสรรที่สามารถบอกถึงความสัมพันธ์ของทรัพยากรได้ดี และให้ค่าต้นทุนที่ถูกต้องใกล้เคียงกับความเป็นจริง

5. การกำหนดเกณฑ์การกระจายต้นทุน (Allocation criteria)

เพื่อเป็นการกำหนดว่าจะใช้เกณฑ์ข้อมูลใดมากระจายต้นทุนของหน่วยต้นทุนชั่วคราวให้กับหน่วยต้นทุนอื่นๆ ข้อมูลที่จะนำมาใช้เป็นเกณฑ์การกระจายต้นทุนต้องสามารถวัดได้และให้

เห็นเป็นผลงานที่เป็นกิจกรรมหลักของหน่วยต้นตุนั้นได้ (วลัยพร พัทธนฤมล และคณะ, 2544)
การแบ่งเกณฑ์การกระจายต้นทุนในโรงพยาบาลแบ่งได้ 4 กลุ่มดังนี้

5.1 เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับ ผู้ปฏิบัติงาน เช่น จำนวนผู้ปฏิบัติงานเต็มเวลา และเทียบเท่า (Full time equivalent) ของโรงพยาบาล แผนก พยาบาล หรือแพทย์ เป็นต้น

5.2 เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายของแต่ละหน่วยต้นตุน เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าวัสดุ เป็นต้น

5.3 เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับปริมาณผู้ป่วย เช่น จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล หรือการมารับการตรวจ จำนวนผู้ป่วยนอก เป็นต้น

5.4 เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับบริการทั่วไป เช่น น้ำหนักผ้าที่ใช้ พื้นที่ใช้สอย เป็นต้น
การเลือกใช้เกณฑ์ชนิดใดนั้นขึ้นอยู่กับข้อมูลที่มีอยู่แล้วหรือข้อมูลที่สามารถเก็บได้ไม่ยากนัก สำหรับหน่วยงานที่มีผลงานที่หลากหลาย การใช้เกณฑ์อย่างเดียวยังไม่สามารถทดแทนความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานได้ดี ควรมีการพิจารณาเกณฑ์หลายเกณฑ์ไปพร้อมกัน

หลักและวิธีการกำหนดหน่วยต้นตุนเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เพราะหน่วยต้นตุนที่กำหนด จะเป็นกรอบสำหรับรวบรวมข้อมูลต้นทุนและผลลัพธ์ในการทำงาน หลักการคือ หน่วยงานต้องมีหน้าที่และโครงสร้างชัดเจน มีข้อมูลการใช้ทรัพยากรชัดเจนและมีระดับต้นทุนที่สูงพอควร มีผลลัพธ์ที่สามารถวัดได้โดยดูจากผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจน เพื่อที่จะใช้เป็นเกณฑ์ในการกระจายต้นทุน นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้บริหารที่ต้องการทราบต้นทุนของหน่วยงานนั้นและไม่ยุ่งยากในการเก็บข้อมูล (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2540)

6. ขั้นตอนการวิเคราะห์หาต้นทุน

มีขั้นตอนที่สำคัญอยู่ 4 ขั้นตอน (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2543)

6.1 จำแนกหน่วยงานเป็น 3 กลุ่มคือ

1) หน่วยงานที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non Revenue Producing Cost Center, NRPCC) เป็นหน่วยงานที่สนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่น โดยมิได้เก็บค่าบริการจากผู้ป่วยโดยตรง เช่น ฝ่ายบริหาร ฝ่ายวิชาการ งานเวชระเบียน เป็นต้น

2) หน่วยงานที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue Producing Cost Center, RPCC) เป็นหน่วยงาน ที่มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยและก่อให้เกิดรายได้จากบริการเหล่านั้น เช่น ฝ่ายเภสัชกรรม ฝ่ายชันสูตร รังสีวิทยา งานห้องผ่าตัด เป็นต้น

3) หน่วยงานให้บริการผู้ป่วย (Patients Service, PS) เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน เป็นต้น

6.2 หาดั้ทุนทางตรงของแต่ละหน่วยงาน โดยหาได้จากผลรวมของค่าแรง (Labor Cost) ค่าวัสดุ (Material Cost) และค่าลงทุน (Capital Cost)

$$\begin{aligned} \text{ต้นทุนทางตรงทั้งหมด} &= \text{ค่าแรง} + \text{ค่าวัสดุใช้สอย} + \text{ค่าลงทุน} \\ \text{Total Direct Cost (TDC)} &= \text{LC} + \text{MC} + \text{CC} \end{aligned}$$

6.3 หาดั้ทุนทางอ้อมของแต่ละหน่วยงาน โดยมีหลักการคือ ต้นทุนทางตรงของ NRPCC และ RPCC ซึ่งเป็นหน่วยต้นทุนชั่วคราว จะถูกกระจายมาเป็นต้นทุนทางอ้อมของหน่วยงานอื่นๆ ตามความสัมพันธ์ของการให้บริการ ต้นทุนทั้งหมดจะถูกกระจายไปยังหน่วยงาน PS ซึ่งเป็นหน่วยรับต้นทุน

$$\begin{aligned} \text{ต้นทุนรวม} &= \text{ต้นทุนทางตรง} + \text{ต้นทุนทางอ้อม} \\ \text{Full Cost} &= \text{Total Direct Cost (ของ PS)} + \text{Indirect Cost (ของ NRPCC + RPCC)} \end{aligned}$$

6.4 หาดั้ทุนต่อหน่วย (Unit Cost Calculation) ได้จาก Full Cost ของ PS หารด้วยจำนวนครั้งบริการของผู้ป่วยนอก (Number of Visit) หรือจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล (Patient Days)

$$\text{Unit Cost} = \frac{\text{Full Cost (PS)}}{\text{Number of Visit}}$$

$$\text{Unit Cost} = \frac{\text{Full Cost (PS)}}{\text{Number of Patient Days}}$$

7. การวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุน

การวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนมีหลักการในการวิเคราะห์อยู่ 3 ประเด็น (สมคิด แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2536) ดังนี้

7.1 การวิเคราะห์ขนาด (Magnitude) และองค์ประกอบ (Component) ของต้นทุน โดยทั่วไปจะเป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนเฉลี่ย หรือ ต้นทุนหน่วยสุดท้าย หากต้องการเสนอนโยบายและแนวทางในการลดต้นทุน จะวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบองค์ประกอบของต้นทุน และขนาดของแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งจะช่วยให้ทราบว่าต้นทุนส่วนใหญ่ เกิดจากองค์ประกอบใด จะเป็นประโยชน์มาก ในการเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงาน การวิเคราะห์จะนำไปสู่การพัฒนาประสิทธิภาพและการลดต้นทุนต่อไป

7.2 การวิเคราะห์ในแนวตั้ง (Vertical) และแนวนอน (Horizontal) การวิเคราะห์เปรียบเทียบในแนวตั้ง เป็นการเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานในแต่ละระดับในองค์กรเดียวกัน

ได้แก่ ระดับบน คือระดับบริหาร ระดับล่างคือระดับบริการ โดยจะเปรียบเทียบว่ามีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด และแตกต่างในองค์ประกอบใด ทำให้สามารถนำข้อมูลจากการวิเคราะห์ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายจัดสรรทรัพยากรแต่ละระดับ การเปรียบเทียบในแนวนอนคือการเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานในระดับเดียวกัน การวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนควรจะทำทั้งแนวดิ่งและแนวนอนเพื่อให้ได้ข้อมูล ที่สมบูรณ์มากที่สุด

7.3 การวิเคราะห์ความไวของต้นทุน (Sensitivity Analysis) เป็นการวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงของต้นทุนเมื่อปัจจัยต่างๆ เปลี่ยนไป เช่นความไวของต้นทุน ต่อการลด หรือการเพิ่มปริมาณบริการ ความไวของต้นทุนต่อแต่ละองค์ประกอบของต้นทุน เป็นต้น การวิเคราะห์ความไวของต้นทุน ทำให้คาดคะเนการเปลี่ยนแปลงต้นทุนในสถานการณ์ต่างๆ ได้ จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการบริหารจัดการทรัพยากรในโรงพยาบาล

8. รายได้ (Revenue)

รายได้จากการให้บริการในโรงพยาบาล ได้แก่ รายได้จากค่าบริการประชาชนทั่วไป จากการให้บริการผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพ สวัสดิการต่าง ๆ โดยรัฐจะเป็นผู้ชดเชยงบประมาณให้โรงพยาบาล และ รายได้จากค่าบริการแก่ผู้มีประกันของกองทุนประกันต่างๆ เช่น กองทุนประกันสังคม โดยจำแนกลักษณะรายได้ดังนี้

8.1 รายได้ที่พึงได้ (Accrual Revenue) เป็นรายได้ที่เรียกเก็บตามประเภทบริการต่างๆ ซึ่งมีอัตรากำหนดไว้

8.2 รายได้จริง ณ จุดเก็บเงิน (Real Revenue) เป็น รายได้ที่เก็บได้จริงจากผู้ป่วย บางรายมีการลดหย่อน หรือการสงเคราะห์

8.3 รายได้สุทธิ (Net Revenue) เป็นรายได้ที่ได้จากผู้รับบริการ ณ จุดเก็บเงิน รวมกับรายรับที่เพิ่มเติมจากการทวงหนี้ และรายรับที่ได้รับการชดเชยจากกองทุนประกันต่างๆ

9. การคืนทุน (Cost Recovery)

หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างรายรับ กับต้นทุนของหน่วยงานในการจัดบริการ คิดเป็นร้อยละ หรืออัตราส่วนของรายรับจากค่าบริการ กับต้นทุนของการจัดบริการนั้น ๆ

$$\text{การคืนทุน (Cost Recovery)} = \frac{\text{รายได้ (Revenue)}}{\text{ต้นทุน (Cost)}}$$

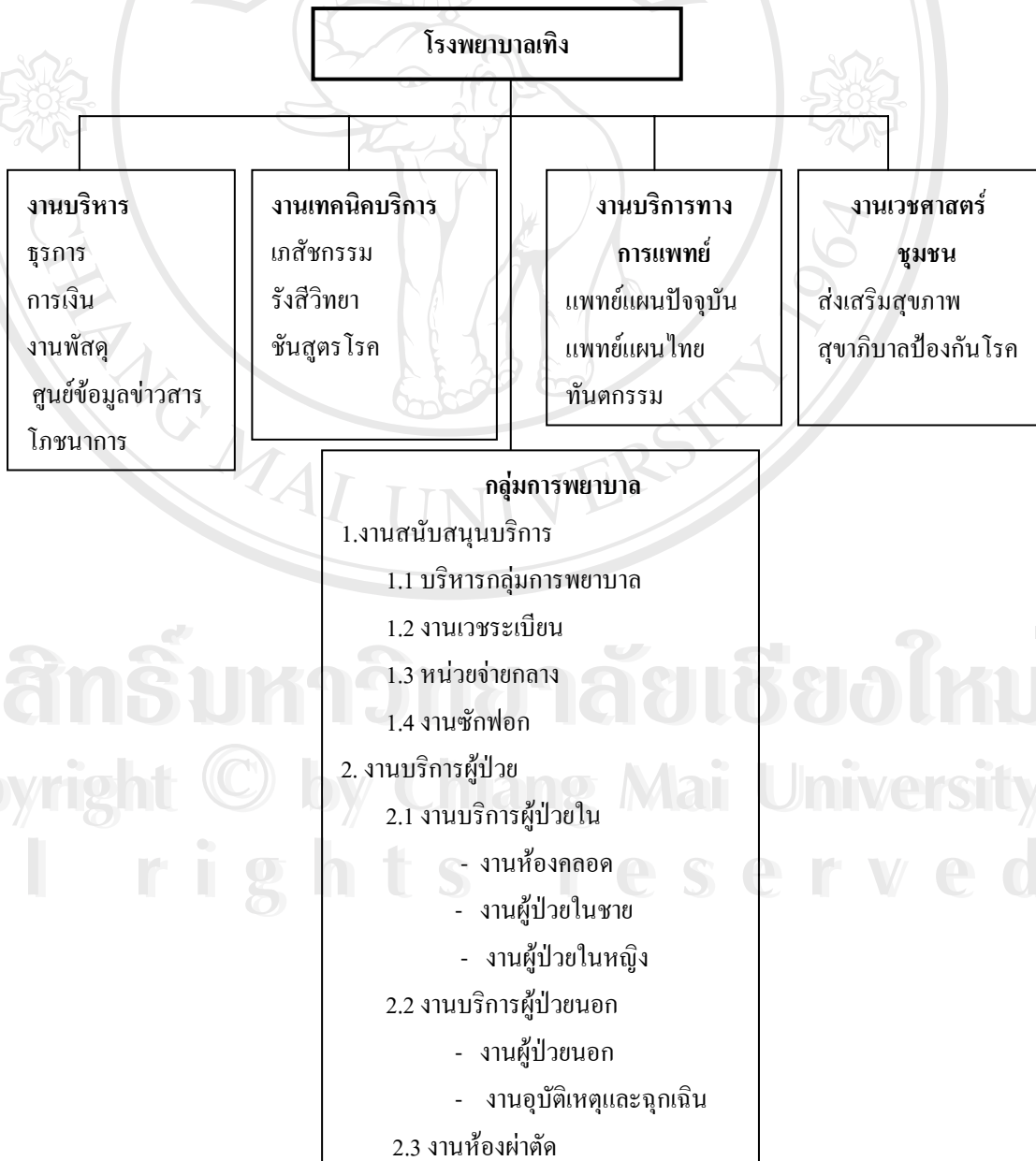
การคืนทุนเป็นสิ่งที่บอกถึง รายรับจากค่าบริการคิดเป็นร้อยละเท่าไรจากต้นทุนการจัดบริการนั้น ๆ โดยการคืนทุนจะพิจารณาตามมิติของรายรับ และมิติของต้นทุน ซึ่งจะนำมา

พิจารณาถึงกำไร ขาดทุน ของโรงพยาบาล ความเหมาะสมของโครงสร้างคำรักษาพยาบาล ความต้องการได้รับการสนับสนุนเรื่องงบประมาณ

10. โครงสร้างของการบริหารงาน โรงพยาบาลเทิง

โรงพยาบาลเทิงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีบุคลากรทั้งหมด 171 คน เป็นข้าราชการและพนักงานของรัฐ 89 คน ลูกจ้างประจำ 24 คน และลูกจ้างชั่วคราว 58 คน โดยมีโครงสร้างการบริหารงานดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลเทิง



งานบริการผู้ป่วย โรงพยาบาลเทิง

เป็นกลุ่มงานที่ให้บริการรักษาแก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเทิงแบ่งเป็นหน่วยงานประเภทต่างๆ ดังนี้

1. งานบริการผู้ป่วยใน (In Patient Department, IPD)

1.1 งานห้องคลอด ให้บริการทำคลอด และดูแลรักษาพยาบาล มารดาหลังคลอด ทารกแรกคลอด และ หญิงมีครรภ์ที่มีอาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ ตลอด 24 ชั่วโมง

1.2 งานผู้ป่วยในชาย ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพศชาย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่มีอายุมากกว่า 5 ปีขึ้นไป และบริการห้องพิเศษรวมผู้ป่วยทุกประเภท ตลอด 24 ชั่วโมง

1.3 งานผู้ป่วยในหญิง ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพศหญิงที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และ ผู้ป่วยเด็กทุกรายที่อายุไม่เกิน 5 ปี ตลอด 24 ชั่วโมง

2. งานบริการผู้ป่วยนอก (Out Patient Department, OPD)

2.1 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้บริการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกประเภทตลอด 24 ชั่วโมง และบริการฉีดยา ทำแผล ผ่าตัดเล็กเช่น ผ่าฝี ตัดชันเนื้อ แก่ผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน ในเวลาราชการ

2.2 งานผู้ป่วยนอก ให้บริการรักษาแก่ผู้ป่วยนอก ที่มีอาการไม่ฉุกเฉินทุกประเภท และให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตทั่วไป ในเวลาราชการ

2.3 งานทันตกรรม ให้บริการรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางช่องปาก บริการอุดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน รักษาโรคฟัน ใสฟันปลอม ในเวลาราชการ และทุกวันเสาร์

2.4 งานเวชศาสตร์ชุมชน ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ บริการฝากครรภ์ วางแผนครอบครัว ให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่ทารกแรกคลอด ถึง 12 ปี บริการเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอดในพื้นที่รับผิดชอบ บริการสุขภาพสิ่งแวดล้อม ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ในเวลาราชการ

2.5 งานแพทย์แผนไทย ให้บริการนวดและอบสมุนไพร แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดเมื่อยกล้ามเนื้อทั่วไป ในเวลาราชการ

3. งานบริการผ่าตัด ได้แก่ งานห้องผ่าตัด ให้บริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผ่าตัดไส้ติ่ง ผ่าตัดไส้เลื่อน ผ่าตัดทำหมัน และผ่าตัดก้อนเนื้อ (Cyst) บริการตลอด 24 ชั่วโมง

กลุ่มการพยาบาล

เป็นกลุ่มงานที่มีทั้งหน่วยงานที่สนับสนุนบริการและให้บริการผู้ป่วยประกอบด้วย

1. หน่วยงานสนับสนุนบริการ

1.1 บริหารกลุ่มการพยาบาล มีหน้าที่บริหารจัดการ ด้านอัตรากำลัง ของเจ้าหน้าที่ในกลุ่มการพยาบาล บริหารการใช้ทรัพยากร สนับสนุนและส่งเสริมงานวิชาการ แก่เจ้าหน้าที่ ตลอดจนติดตามนิเทศและ ประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนของกลุ่มการพยาบาล

1.2 งานเวชระเบียน บริการทำบัตรบันทึกการรักษา แก่ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลเทิงทุกราย

1.3 งานหน่วยจ่ายกลาง บริการทำความสะอาดเครื่องมือแพทย์ โดยการทำให้ปราศจากเชื้อ แก่งานบริการผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ทุกงาน

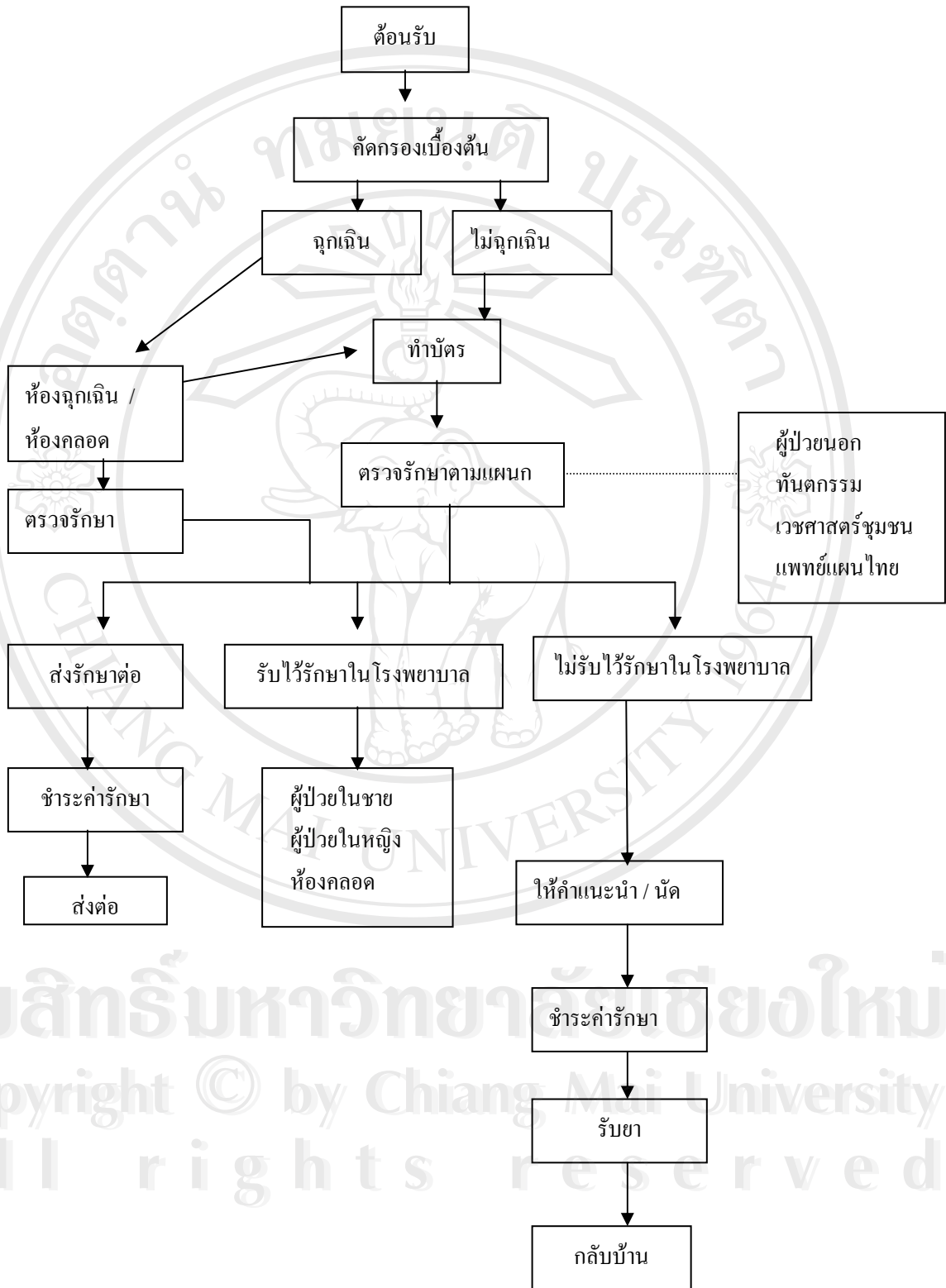
1.4 งานซักฟอก บริการซักผ้าที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วย แก่หน่วยงานให้บริการผู้ป่วยทุกงาน และผ้าจากหน่วยงานอื่นๆ

2. หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วย คือหน่วยงาน ที่ให้บริการ ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ประกอบไปด้วย งานบริการผู้ป่วยใน งานบริการผู้ป่วยนอก และงานห้องผ่าตัด โดยงานบริการผู้ป่วยใน ได้แก่ งานห้องคลอด งานผู้ป่วยในชาย งานผู้ป่วยในหญิง ส่วนงานบริการผู้ป่วยนอก ได้แก่งานป่วยนอก และงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมบุคลากรที่ปฏิบัติงานทั้งหมด 86 คนดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ	43	คน
พยาบาลเทคนิค	9	คน
ลูกจ้างประจำ	10	คน
ลูกจ้างชั่วคราว	24	คน

ขั้นตอนการให้บริการของหน่วยงานบริการผู้ป่วย โรงพยาบาลเทิง ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการให้บริการของหน่วยงานบริการผู้ป่วย



11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาล หรือสถานบริการที่มีการแบ่งหน่วยต้นทุนใกล้เคียงกันดังนี้

ชัยยา นรเดชานันท์ (2547) ได้ศึกษา เรื่องต้นทุน รายได้ และ การคืนทุนของบริการการแพทย์แผนไทย ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย จังหวัดแพร่ ในทัศนะผู้ให้บริการ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังในช่วงวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2546 แบ่งต้นทุนออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่ม NRPPC และกลุ่ม PS ซึ่งได้แก่ งานบริการผู้ป่วย และงานบริการส่งเสริมสุขภาพ จัดสรรต้นทุนแบบ Double Distribution Method ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนส่วนใหญ่เป็นของกลุ่มกิจกรรมบริการคิดเป็นร้อยละ 50.25 โดยมีอัตราส่วนของ LC:MC:CC เท่ากับ 10.86:2.16:1 ส่วนกิจกรรมงานบริการผู้ป่วย และกิจกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 10.58:2.20:1 และ 12.64:1.94:1 ตามลำดับ ต้นทุนต่อหน่วยของบริการการแพทย์แผนไทยเท่ากับ 121.05 บาทต่อครั้ง ค่าเฉลี่ยของทุกกิจกรรมบริการในงานบริการผู้ป่วย และงานบริการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 119.94 บาทและ 127.96 บาท ตามลำดับ วิเคราะห์ความไวของต้นทุนพบว่า ถ้าลดองค์ประกอบของต้นทุนที่ละองค์ประกอบร้อยละ 10 - 50 ทำให้ต้นทุนต่อหน่วยลดลงได้ร้อยละ 1 - 40 ถ้าเพิ่มปริมาณบริการขึ้นร้อยละ 10 - 50 ทำให้ต้นทุนต่อหน่วยลดลงได้ร้อยละ 6 - 24 รายได้ส่วนใหญ่มาจากกิจกรรมงานบริการผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 85.70 การคืนทุนของต้นทุนรวมทั้งหมด ต้นทุนดำเนินการ และการคืนทุนของต้นทุนดำเนินการเฉพาะวัสดุ คิดเป็นร้อยละ 121.06 129.44 และ 875.77 ตามลำดับ

สุกัลยาณี สิงห์สัตย์ (2546) ได้ศึกษาต้นทุนดำเนินการ และต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการสุขภาพที่บ้านของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างวันที่ 20 มกราคม ถึง 12 เมษายน 2546 จำนวนการให้บริการ 26 ครั้ง ทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า และแบบย้อนหลัง ในทัศนะของผู้ให้บริการ โดยไม่คิดต้นทุนทางอ้อมที่กระจายจากจากแผนกอื่นๆ ผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนดำเนินการเท่ากับ 6,413.09 บาท ต้นทุนต่อหน่วยบริการสุขภาพที่บ้านเท่ากับ 246.66 บาท ต่อครั้ง สัดส่วนของต้นทุน LC:MC:CC เท่ากับ 86.14 :11.73:2.13 ต้นทุนค่าแรงมีสัดส่วนสูงกว่าต้นทุนอื่นๆ รองลงมาคือ ต้นทุนค่าวัสดุ

เกียรติภูมิ วงศ์รจิต และคณะ (2544) ได้ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของบริการสุขภาพจิตของโรงพยาบาลนิตินิจิตเวช ในทัศนะผู้ให้บริการ เก็บข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ 2543 จัดสรรต้นทุนโดยวิธี Simultaneous Equation Method ตามเกณฑ์การจัดสรรต้นทุนที่เหมาะสมกับแต่ละหน่วยงาน ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน ร้อยละ 71.62 14.58 และ 13.80 ตามลำดับ งานบริการผู้ป่วยนอกมีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 315.27 บาท ต่อ ครั้ง งานบริการผู้ป่วยใน มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 15,104.03 บาทต่อราย หรือ 531.45 บาทต่อวัน

สัดส่วนของต้นทุนรวม LC:MC:CC เท่ากับ 5.2:1.1:1.0 ต้นทุนค่าแรงมีสัดส่วนสูงกว่าต้นทุนอื่นๆ เนื่องจากบุคลากร ร้อยละ 50 ของบุคลากรทั้งหมดเป็นข้าราชการ ซึ่งมีค่าตอบแทน ค่าตำแหน่ง สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

พีชญ์กันย์ เผ่าวัฒนา (2544) ได้ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการ โรงพยาบาลแม่ลาว ในปีงบประมาณ 2544 ทำการศึกษาย้อนหลัง เพื่อหาต้นทุนในทัศนะผู้ให้บริการใช้การกระจายต้นทุนแบบ Simultaneous Equation Method ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนรวมทั้งหมดของโรงพยาบาลแม่ลาว อยู่ที่หน่วยงานที่ก่อให้เกิดรายได้ ฝ่ายทันตกรรม 832.92 บาท ต่อราย งานส่งเสริมสุขภาพ 530.84 บาทต่อราย งานสุขภาพและป้องกันโรค 278.53 บาท ต่อราย งานผู้ป่วยใน 2,165.94 บาทต่อราย (1,027.58 บาทต่อวันนอน) งานผู้ป่วยนอก 250.32 บาทต่อราย งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 162.64 บาทต่อราย งานฟื้นฟูสมรรถภาพ 324.84 บาทต่อราย และพบว่า สัดส่วนค่าแรงสูงมากกว่าค่าอื่นๆ ดังนี้ LC:MC:อื่นๆ เท่ากับ 5:2:3

พงศธร แสงสุวรรณ (2543) ได้ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วย รายได้และการคืนทุน โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ โดยทำการศึกษาย้อนหลังปีงบประมาณ 2542 ในทัศนะผู้ให้บริการ ใช้การกระจายต้นทุนแบบ Simultaneous Equation Method ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วน LC: MC:CC เท่ากับ 4.27:2.19:1 ต้นทุนต่อหน่วยงานผู้ป่วยนอกเท่ากับ 136.47 บาทต่อราย งานผู้ป่วยใน 673.28 บาทต่อวัน 1758.70 บาทต่อราย การคืนทุนรายได้ที่เรียกเก็บและรายได้สุทธิ ร้อยละ 134.10 และ 65.22 ตามลำดับ การคืนทุนของต้นทุนดำเนินการเฉพาะค่าวัสดุร้อยละ 395.11 และ 192.18 ตามลำดับ จะเห็นว่า ค่าแรงมีอิทธิพลสูงต่อต้นทุนทั้งหมดแนวทางลดต้นทุน คือ ลดการใช้วัสดุและเพิ่มปริมาณบริการ

อมรรัตน์ คำศรี (2543) ได้ทำการศึกษาด้านต้นทุนและต้นทุนต่อหน่วยของฝ่ายเภสัชกรรม ชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 5 แห่ง โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังใน 2 ไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2543 ศึกษาในทัศนะของผู้ให้บริการ โดยไม่คิดต้นทุนทางอ้อมที่กระจายมาจากฝ่ายอื่นๆของโรงพยาบาลพบว่า สัดส่วน LC:MC:CC เท่ากับ 10.0:40.4:1.0 ต้นทุนค่าวัสดุมีมูลค่าสูงที่สุดโดยเป็นค่ายาร้อยละ 97.8 ของต้นทุนค่าวัสดุ งานบริการผู้ป่วยนอกมีต้นทุนรวมมากที่สุด งานเภสัชกรรมคลินิก มีต้นทุนรวมน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.74 และ 0.63 ของต้นทุนรวมของฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนตามลำดับ องค์ประกอบต้นทุนส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าวัสดุ รองลงมาเป็นต้นทุนค่าแรง ดังนั้นแนวทางในการลดต้นทุนของฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนคือ การลดต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าแรง

ธรรดิษฐ์ สิ้นธุ์สังข์สกุล (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วย นอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางบัว จังหวัดสมุทรปราการ ปีงบประมาณ 2542 ในทัศนะผู้ให้บริการ

กระจายต้นทุนโดยวิธี ใช้สมการเส้นตรง พบว่า อัตราส่วน LC:MC:CC เท่ากับ 2.7:1.8:1.0 ต้นทุนต่อครั้งของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 132.78 บาทต่อครั้ง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเท่ากับ 362.69 บาทต่อครั้ง งานทันตกรรม เท่ากับ 356.66 บาทต่อครั้ง งานส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 208.72 บาทต่อครั้งงานผู้ป่วยในหญิงเท่ากับ 967.11 บาทต่อวันนอน และงานผู้ป่วยในชายเท่ากับ 775.90 บาทต่อวันนอน

สายชล ธัญธิษตรี (2542) ได้วิเคราะห์ต้นทุนและต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ปีงบประมาณ 2541 ในทัศนะผู้ให้บริการ กระจายต้นทุนโดยวิธี การใช้สมการเส้นตรง พบว่า อัตราส่วน LC:MC:CC เท่ากับ 7:3:1 ต้นทุนต่อครั้งของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 147 บาท ต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยในเท่ากับ 1,173 บาท ต่อวันนอน โดยผู้ป่วยนอกมีต้นทุนสูงที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยใน เท่ากับ 11,967,666 บาท และ 11,572,371 บาท ตามลำดับ

วรพจน์ ขาวผ่อง (2542) ได้ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการผู้ป่วยนอกศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี ในปีงบประมาณ 2540 ทำการศึกษาย้อนหลัง ในทัศนะผู้ให้บริการ กระจายต้นทุนโดยวิธี Simultaneous Equation Method ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยนอกเท่ากับ 245.90 บาทต่อครั้ง อัตราส่วน LC:MC:CC เท่ากับ 3.47:2.67:1.00 ในภาพรวมต้นทุนค่าแรงสูงที่สุด ในกลุ่มที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ และกลุ่มหน่วยบริการ ร้อยละ 75.69 และ 74.02 ตามลำดับ

ณัฐธิรศ ศรีบุญเรือง (2542) ได้ศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วย การคืนทุนของแผนกบริการผู้ป่วย โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2541 ในทัศนะผู้ให้บริการ กระจายต้นทุนโดยวิธี Simultaneous Equation Method พบว่า อัตราส่วน LC:MC:CC เท่ากับ 3.70:2.66:1.00 ต้นทุนต่อครั้งของผู้ป่วยนอก และทันตกรรม เท่ากับ 130.65 และ 267.11 ตามลำดับ ต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยใน เท่ากับ 377.03 บาทต่อวัน และ 1,750.70 บาทต่อราย

น้ำเพชร อัสวสมฤทธิ (2542) ศึกษาถึงการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยงานบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ในปีงบประมาณ 2541 แบ่งหน่วยต้นทุนเป็น 3 หน่วยต้นทุน กลุ่มที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ กลุ่มที่ก่อให้เกิดรายได้ และ หน่วยบริการผู้ป่วย ใช้วิธีการจัดสรรต้นทุนโดยวิธี การใช้สมการเส้นตรง ผลการวิจัยพบว่าสัดส่วน LC: MC: CC เท่ากับ 3.6:1.9:1.0 โดยมีต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยนอกเท่ากับ 349.08 บาทต่อครั้ง ต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยในเท่ากับ 3,369.75 บาทต่อรายหรือ 956.60 บาทต่อวัน

ปีพมา เอี่ยมละออ (2541) ศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอก การกระจายผลประโยชน์ และความเสมอภาคในการได้รับบริการของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มรายได้ จากโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ปีประมาณ 2540 ใช้วิธีการจัดสรรแบบ Simultaneous Equation Method พบว่าโดยภาพรวมต้นทุนค่าวัสดุมีสัดส่วนสูงที่สุด และเป็นปัจจัยสำคัญต่อ TDC

ของโรงพยาบาลมากที่สุด ต้นทุนต่อหน่วยของบริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 329.17 บาทต่อครั้ง ผลการเปรียบเทียบผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยนอกในแต่ละกลุ่มรายได้ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า คริวเรือนในกลุ่มรายได้ต่ำ ได้รับผลประโยชน์มากที่สุด ร้อยละ 69.30 ของผลประโยชน์ทั้งหมด

นันทวรรณ ศรีแดง (2541) ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนและต้นทุนต่อหน่วย โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง ประจำปีงบประมาณ 2540 ในมุมมองของผู้ให้บริการ เก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง จำแนกหน่วยงานออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ กลุ่มที่ก่อให้เกิดรายได้ และ หน่วยบริการผู้ป่วย ใช้วิธีการจัดสรรต้นทุนโดยวิธี การใช้สมการเส้นตรง ผลการวิจัยพบว่าสัดส่วน LC: MC: CC เท่ากับ 3.3:1.9:1.0 โดยมีต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยนอกเท่ากับ 201 บาทต่อครั้ง ต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยในเท่ากับ 945 บาทต่อวันนอน ต้นทุนต่อหน่วยงานทันตกรรมเท่ากับ 380 บาทต่อครั้ง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาต้นทุนต่อหน่วย สัดส่วนองค์ประกอบต้นทุน LC: MC: CC ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการด้านสุขภาพเฉพาะทาง ส่วนใหญ่จะมีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงที่สูงกว่าต้นทุนอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่มีผลทำให้ต้นทุนต่อหน่วยของแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกัน เช่น โครงสร้างองค์กร วิธีการจัดสรรต้นทุน ปริมาณบริการ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียดขององค์ประกอบของต้นทุน รายได้ และการคืนทุน เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพต่อไป

สรุปเปรียบเทียบผลการศึกษาคิดดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบผลการศึกษาด้านทุนต่อหน่วย งานบริการผู้ป่วยของสถานบริการสุขภาพ
ระดับโรงพยาบาลชุมชน

ผู้วิจัย	ปีที่ทำ	ระดับของ สถานบริการ*	หน่วยบริการ ที่ศึกษา	วิธีการกระจาย ต้นทุน	อัตราส่วน LC:MC:CC	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท)
ชิตชนก อภิปัญญานนท์	2540	รพช. 18 แห่ง	OPD	อีโคเมตริก		40.64/ ครั้ง
			IPD			4028/ราย
น้ำเพชร อิศวสมฤตย์	2541	รพ. หล่มเก่า	OPD	Simultaneous equation	3.64:1.86:1	349.08 / ครั้ง
			IPD			3369.75/ราย
นันทวรรณ ศรีแดง	2541	รพ. เดิน	OPD	Simultaneous equation	3.3:1.9:1	201/ ครั้ง
			IPD			2939/ราย
ณัฐริส ศรีบุญเรือง	2542	รพ.แม่เมาะ	OPD	Simultaneous equation	3.70 : 2.66 : 1	130.65 / ครั้ง
			IPD			1750.70/ราย
วรพจน์ ขาวส่อง	2542	ศูนย์บริการ สาธารณสุข	OPD	Simultaneous equation	3.47: 2.67 : 1	245.90 / ครั้ง
			IPD			
สายชล รัชฎษริษตรี	2542	รพ. บางพลี	OPD	Simultaneous equation	7:3:1	147/ ครั้ง
			IPD			1173/วัน
ธนดิษฐ์ สิ้นธุ์สังสกุล	2543	รพ. บางบ่อ	OPD	Simultaneous equation	2.72:1.67 :1	132.78 / ครั้ง
			IPD			967.11/วัน
			ER			362.69
อมรรัตน์ แดงคำศรี	2543	รพ.ชุมชน 5 แห่ง	OPD	ไม่คิดต้นทุน	10:40:4:1	63.57/ ครั้ง
			IPD	ทางอ้อม		427.79/ราย
มณฑกา เดศิลาเสถียร	2544	รพ.ลำปลายมาศ	OPD	step down		280/ ครั้ง
			IPD			3813.65/ราย
มณฑกา เดศิลาเสถียร	2544	รพ. กระสัง	OPD	step down		137.87/ ครั้ง
			IPD			3276.00/ราย
พิชญ์กันย์ เผ่าวัฒนา	2544	รพ.แม่ลาว	OPD	Simultaneous equation	1.6:0.6:1	250.32/ ครั้ง
			IPD			2165.00/ราย
			ER			162.64/ราย
สุกัลยาณี สิงห์สัจย์	2546	ศูนย์สุขภาพชุมชน	OPD	ไม่คิดต้นทุนทางอ้อม	40.44:5.51:1	246.66/ ครั้ง
เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ	2546	เฉลี่ยทุกระดับ	OPD	Simultaneous equation	1.7:0.5:1	151.70/ ครั้ง

*ระดับของสถานบริการเป็นโรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการที่มีลักษณะบริการที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลชุมชน

12. กรอบแนวคิดในการศึกษา

กรอบแนวคิดในการศึกษาเพื่อหาต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการผู้ป่วย โรงพยาบาลเทิง มีดังนี้

- 1) วิเคราะห์โครงสร้างของหน่วยงานในโรงพยาบาลทั้งหมด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจำแนกหน่วยต้นทุน และใช้ประโยชน์ในการกำหนดเกณฑ์การจัดสรรต้นทุน
- 2) จัดกลุ่มหน่วยต้นทุน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC) ได้แก่ งานบริหารทั่วไป บริหารกลุ่มการพยาบาล งานซักฟอก งานหน่วยจ่ายกลาง งานเวชระเบียน งานซักฟอก และ งานโภชนาการ กลุ่มที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC) ได้แก่ งานเภสัชกรรม งานชันสูตร งานรังสีวิทยา งานห้องผ่าตัด และ กลุ่มที่ให้บริการผู้ป่วย (PS) ได้แก่ งานห้องคลอด งานผู้ป่วยในชาย งานผู้ป่วยในหญิง งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานทันตกรรม งานเวชศาสตร์ชุมชน และงานแพทย์แผนไทย
- 3) หาต้นทุนรวมทางตรง (TDC) ของแต่ละหน่วยงาน โดยหาได้จากผลรวมของค่าแรง (Labour Cost, LC) ค่าวัสดุ (Material Cost, MC) และค่าลงทุน (Capital Cost, CC)
- 4) จัดสรรต้นทุนให้แก่กันตามภาระงานที่รับผิดชอบ โดยใช้เกณฑ์ในการกระจายต้นทุนที่เหมาะสม ใช้วิธีกระจายต้นทุนแบบ สองรอบ โดยรอบที่สองโดยใช้วิธี การกระจายตามลำดับขั้น
- 5) กลุ่มที่ให้บริการผู้ป่วย จะได้ต้นทุนรวมทั้งหมด (Full Cost, FC) ซึ่งเป็นผลรวมต้นทุนรวมทางตรง (TDC) และต้นทุนทางอ้อม (IDC) ที่ได้จากการกระจายต้นทุนจากหน่วย NRPC และ RPCC มาสู่ PS
- 6) หาต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการผู้ป่วย โรงพยาบาลเทิงจากต้นทุนรวมทั้งหมด (FC) ของ PSหารด้วย จำนวนครั้งของบริการของกลุ่มที่ให้บริการผู้ป่วย

สามารถเขียนกรอบแนวคิดตามแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดในการหาต้นทุนรวมทั้งหมดของงานบริการผู้ป่วย โรงพยาบาลเทิง

