

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในยุคโลกาภิวัตน์ที่สภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา ต้องเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรแทบทุกด้าน ภายใต้อาณัติเช่นนี้การจัดการทรัพยากรและการใช้ทรัพยากรในทางที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและเศรษฐกิจให้มากที่สุดจึงเป็นสิ่งจำเป็น และเป็นที่ยอมรับกันอยู่แล้วว่าไม่มีประเทศใดในโลกจะมีทรัพยากรมากพอที่จะให้บริการประชาชนทั่วทั้งประเทศได้ทุกอย่างตามที่ต้องการ โดยไม่มีขอบเขตจำกัด วิชาเศรษฐศาสตร์จึงมีความสำคัญในการช่วยตัดสินใจเลือกทางเลือก ที่จะก่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรอันจำกัดไปในทางที่เกิดประโยชน์สูงสุด

เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics) เป็นการประยุกต์หลักทางเศรษฐศาสตร์ในการวิเคราะห์ปัญหาการจัดสรรทรัพยากรด้านการบริการรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพอนามัย เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชน ทั้งนี้เพราะวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการผลิตสินค้าและบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขนั้นมีลักษณะแตกต่างจากสินค้าและบริการอื่นๆทั่วไปในท้องตลาด ที่มีได้เป็นการลงทุนเพื่อหาผลตอบแทนในรูปของกำไรสูงสุด แต่เป็นการลงทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้บริโภครวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดบริการพื้นฐานด้านสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งโดยทั่วไปจะจัดในรูปถึงรัฐสวัสดิการ อาจมีการเก็บค่าบริการจากประชาชนเพียงบางส่วน และรัฐให้ความช่วยเหลืออีกส่วนหนึ่ง เพื่อไม่ให้เกิดการบริโภครายเกินควร (เทียนฉาย กิระนันท์, 2530)

รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในช่วงปี พ.ศ. 2521-2535 พบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) สูงขึ้นจากร้อยละ 3.4 เป็นร้อยละ 5.9 เมื่อเทียบกับประเทศอื่นพบว่าในปี พ.ศ. 2533 รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีมูลค่าสูงถึง 73 ดอลลาร์สหรัฐต่อคน ซึ่งมูลค่าดังกล่าวสูงกว่าค่าเฉลี่ยของค่าลงทุนด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจปานกลาง ซึ่งมีค่าเท่ากับ 22 ดอลลาร์สหรัฐต่อคน ในปี พ.ศ. 2536 รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย ศรีลังกา มาเลเซีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์และสิงคโปร์ มีค่าเท่ากับร้อยละ 5.0, 3.7, 3.0, 2.0, 2.0 และ 1.9 ของ GDP ตามลำดับ (World Bank, 1993 อ้างใน ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัยและประดิษฐ์ วงษ์คุณรัตน์กุล, 2540) จะเห็นได้ว่ารายจ่ายด้าน

สุขภาพของประเทศไทยมีมูลค่าสูงกว่าประเทศอื่นๆในภูมิภาคเดียวกัน ซึ่งจากข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. 2537 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่ามูลค่ารายจ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยเท่ากับ 128,305 ล้านบาท เมื่อปรับค่า โดยใช้อัตราเพิ่ม 14% ต่อปี (อัตราเงินเฟ้อหมวดค่ารักษาพยาบาล 6%, อัตราเพิ่มจริง 8%) รายจ่ายด้านสุขภาพปี พ.ศ. 2540 จะมีมูลค่า 190,089.5 ล้านบาท (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ, 2540) ซึ่งค่าใช้จ่ายที่สูงมากนี้ประมาณได้ว่าเป็นการใช้จ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพียงไม่เกินร้อยละ 15 อีกกว่าร้อยละ 85 เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นค่าบริการในการตรวจรักษาและค่ายา (กระทรวงสาธารณสุข, 2531 และเทียนฉาย กิระนันท์, 2538)

ในส่วนของรัฐบาล ได้จัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุข เป็นสัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายทั้งหมดของประเทศเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากประมาณร้อยละ 4.63 (10,528 ล้านบาท) ในปีพ.ศ. 2530 เป็นร้อยละ 7.70 (64,938 ล้านบาท) ในปีพ.ศ. 2539 (เทียนฉาย กิระนันท์, 2539 และ สุภสิทธิ์พรรณมารุโณทัย, 2539) และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบงบประมาณด้านสาธารณสุขในปีพ.ศ. 2535 ของประเทศในภูมิภาคเอเชีย เช่น ประเทศไทย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย สิงคโปร์และเกาหลีใต้ ซึ่งมีค่าเท่ากับร้อยละ 8.1, 5.9, 4.1, 2.8, 6.2 และ 1.2 ของงบรายจ่ายเพื่อสาธารณสุขของรัฐบาล จะเห็นได้ว่าประเทศไทยใช้งบประมาณด้านสาธารณสุขสูงที่สุดในบรรดาประเทศที่นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ (เทียนฉาย กิระนันท์, 2538)

รายจ่ายเพื่อสุขภาพที่เพิ่มขึ้นมากนี้ อาจจะมีเนื่องมาจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว โดยในช่วงปี พ.ศ. 2531-2536 มีผลทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศไทยโดยรวมเข้มแข็งขึ้น และได้มีนโยบายเปิดตลาดการเงินเสรีระหว่างประเทศ (วิเทศธนกิจ) หรือ BIBF (Bangkok International Banking Facilities) ขึ้นในปี พ.ศ. 2536 ทำให้สามารถกู้เงินผ่านเข้า-ออกประเทศได้อย่างเสรี จึงเกิดการกู้ยืมเงินจากต่างประเทศเข้ามาลงทุนในกิจการต่างๆมากมาย จนบางกิจการเกิดการผลิตที่มากเกินไป (oversupply) เช่น ธุรกิจรถยนต์ ธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีการขยายตัวอย่างมาก โดยในช่วงปี พ.ศ. 2536-2540 มีโรงพยาบาลเอกชนที่เกิดขึ้นใหม่ 186 แห่ง ซึ่งตัวเลขนี้ยังไม่ได้รวมถึงการขยายตัวของโรงพยาบาลสาขาอีกถึง 85 แห่ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2540 อ้างใน Wibulpolprasert et.al., 1998) นอกจากนี้ยังเกิดการนำเข้าสินค้าฟุ่มเฟือยจากต่างประเทศเข้ามามาก การส่งออกลดลง ส่งผลให้ประเทศขาดดุลการค้าและดุลบัญชีเดินสะพัด ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 8% ของ GDP ในปี พ.ศ. 2538-2539 ทำให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่ขาดดุลบัญชีเดินสะพัดสูงสุด (Wibulpolprasert et.al., 1998) ประกอบกับการโจมตีค่าเงินบาทอย่างหนักของนักค้าเงินต่างชาติถึง 2 ระลอก ในช่วงเดือน มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2540 ซึ่งการปกป้องค่าเงินบาทและการช่วยเหลือสถาบันการเงินที่มีสถานะทางการเงินที่ย่ำแย่ ทำให้ธนาคารแห่งประเทศไทยต้องใช้งบประมาณสำรองระหว่างประเทศเพื่อการนี้อย่างมาก และเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 ธนาคารแห่งประเทศไทยได้ประกาศนโยบายเปลี่ยนแปลงระบบการแลกเปลี่ยนเงินตรา จากระบบ

ตระกร้าเงิน (Basket) มาเป็นระบบลอยตัวที่จะมีการเข้าบริหาร (Managed Float) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของวิกฤตเศรษฐกิจในภูมิภาคเอเชีย ค่าเงินบาทได้ลดลงอย่างต่อเนื่องกว่า 50% จาก 25 บาทต่อ 1 ดอลลาร์สหรัฐ ในวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2540 เป็น 57 บาทต่อ 1 ดอลลาร์สหรัฐ ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2540 (เจษฎา หังสพฤกษ์, 2541 และ Wibulpolprasert et.al., 1998)

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ประเทศไทยต้องประสบกับวิกฤตทางเศรษฐกิจอย่างหนัก เงินทุนสำรองระหว่างประเทศลดลงอย่างรวดเร็ว หนี้สินในต่างประเทศเพิ่มขึ้นอย่างมาก เป็นเหตุให้รัฐบาลไทยต้องขอความช่วยเหลือจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ซึ่ง IMF ตกลงให้ความช่วยเหลือประเทศไทยในรูปของเงินกู้ 17,200 ล้านดอลลาร์สหรัฐ พร้อมกับการกำหนดให้ประเทศไทยต้องปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูทางเศรษฐกิจของ IMF หรือ SAP (Structural Adjustment Program) และจากวิกฤตทางเศรษฐกิจและการปฏิบัติตาม SAP นี้ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาคเศรษฐกิจของประเทศไทยเป็นอย่างมาก ประมาณการเติบโตทางเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540, 2541 และ 2542 เท่ากับ -0.4%, -3 ถึง -3.5% และ 1 ถึง 2% ของ GDP ตามลำดับ อัตราเงินเฟ้อสูงขึ้นเป็น 7.7% และ 11.6% ในปี พ.ศ. 2540 และ 2541 ตามลำดับเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2539 ซึ่งมีอัตราเงินเฟ้อเพียง 4.8% เท่านั้น

เมื่อต้องประสบกับสภาวะการณ์เช่นนี้ บริษัท ห้างร้าน ผู้ประกอบการภาคเอกชน ต่างปิดกิจการลงเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้การจัดเก็บรายได้จากภาษีของรัฐบาลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย สำนักงานประมาณจึงต้องจัดทำงบประมาณแบบขาดดุล โดยงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2540 ขาดดุล 1% ของ GDP และการขาดดุลนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 2-3% ของ GDP ในปีงบประมาณ 2541 (Wibulpolprasert et.al., 1998) และคาดว่างบประมาณปี 2542 จะขาดดุลประมาณ 1-3% ของ GDP (825,000 ล้านบาท) ส่วนการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาลที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายนั้น ทำให้งบประมาณรายจ่ายปี 2541 ถูกตัดลงไปอีกถึง 3 ครั้ง จาก 982,000 ล้านบาท เหลือ 800,000 ล้านบาท ลดลงจากเดิมถึง 18.53 % เมื่อเทียบกับงบประมาณปี 2539 และ 2540 ซึ่งเท่ากับ 843,200 และ 984,000 ล้านบาท จะลดลงไป 5.1% และ 18.7% ตามลำดับ

งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขก็ถูกกระทบด้วยเช่นกัน โดยงบประมาณปี 2541 ถูกตัดลงจาก 70,145 ล้านบาท เหลือ 59,921 ล้านบาท ลดลงไป 14.58% ในส่วนของงบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ซึ่งโดยปกติจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นประมาณปีละ 20% โดยในปี 2533 งบส่วนนี้เท่ากับ 4,320 ล้านบาท เป็น 13,600 และ 15,503 ล้านบาท ในปี 2539 และ 2540 ตามลำดับ เพิ่มขึ้นถึงเกือบ 4 เท่าในระยะเวลา 7 ปี และประมาณการไว้ว่าในปี 2541 จะใช้งบในส่วนนี้ประมาณ 18,000 ล้านบาท แต่ต่อมาถูกตัดลงไปเหลือเพียง 10,000 ล้านบาท ลดลงไปถึง 44% (Wibulpolprasert et.al., 1998) ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญอันหนึ่งที่เหนี่ยวนำให้เกิดการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ภาวะค่าใช้จ่ายสาธารณสุขที่เพิ่มสูงขึ้นมากนั้น นับว่าเป็นต้นเหตุอันสำคัญของการเริ่มต้นพัฒนางานวิจัยด้านการเงินและการคลังสาธารณสุข ประกอบกับวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจและการเงิน งบประมาณประเทศและงบกระทรวงสาธารณสุขถูกตัด งบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจึงถูกตัดตามไปด้วย ส่งผลให้เงินบำรุงของโรงพยาบาลภาครัฐลดลง นอกจากนี้ยังอาจมีการย้ายอุปสงค์ (Shift of Demand) ต่อบริการภาคเอกชนไปยังบริการภาครัฐ ดังนั้นสถานพยาบาลภาครัฐจึงจำเป็นต้องปรับตัวเป็นอย่างมาก อีกประการหนึ่งคือประชาชนมีแนวโน้มในการใช้บริการของสถานพยาบาลภาครัฐมากขึ้นคือจากร้อยละ 11.1 ในปี พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 63.45 ในปี พ.ศ. 2538 (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าครัวเรือนซื้อยากินเองประมาณ 17% ซื้อบริการจากสถานบริการภาครัฐและเอกชน 83% ของรายจ่ายเพื่อสุขภาพครัวเรือน (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ, 2540) จากภาวะการณที่เกิดขึ้นทำให้การพัฒนางานวิจัยทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมีความจำเป็นมากยิ่งขึ้น และแนวทางหนึ่งที่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวางแผนงานสาธารณสุข เพื่อให้สามารถรักษาระดับการให้บริการแก่ผู้ป่วยทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ คือการวิจัยเกี่ยวกับต้นทุนในสถานบริการของรัฐ ดังนั้นจึงควรมีแผนการดำเนินงานให้มีการวิจัยในด้านนี้ เพื่อสนองตอบความจำเป็นอย่างเร่งด่วน ซึ่งในแง่ของการวิจัยทางเศรษฐศาสตร์สาธาณสุขนั้น แนวทางการวิจัยควรเน้นในเรื่องต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) ของการบริการ (ศรีวิมล หะวานนท์, 2529 อ้างในทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ, 2529) นอกจากนี้ Unit Cost ยังใช้เป็นตัวบ่งบอกถึงประสิทธิภาพจากการใช้จ่ายหรือการลงทุนได้ด้วย อาจเป็นต้นทุนการรักษาต่อผู้ป่วย 1 คนต่อโรค 1 โรค ต่อชนิดของการบริการทางการแพทย์อื่นๆ หรือต้นทุนต่อเตียง ซึ่งมูลค่าความสูงต่ำของต้นทุนต่อหน่วยนี้เป็นตัวบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ, 2529) และยังใช้ประโยชน์ในการกำหนดราคาค่าบริการ และพัฒนาระบบบัญชีเกี่ยวกับข้อมูลทางการเงินและต้นทุน เพื่อใช้ในการจัดการโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างระบบข้อมูลซึ่งสามารถนำมาใช้ในการติดตามดูแลค่าใช้จ่าย และต้นทุนของโรงพยาบาลได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆของโรงพยาบาล นอกจากนี้การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการควบคู่ไปกับการศึกษาวงจรรายได้ของโรงพยาบาล ยังทำให้สามารถทราบถึงอัตราการคืนทุนของโรงพยาบาลหรือของหน่วยงานต่างๆของโรงพยาบาลต่อไปได้ ทำให้การกำหนดค่าบริการเกิดความเป็นธรรมทั้งแก่ผู้รับและผู้ให้บริการ และเพื่อคงความอยู่รอดทางการเงินของสถานบริการ ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อการขอหรือการจัดสรรงบประมาณของโรงพยาบาลด้วย

ในส่วนของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งมีหน้าที่บำบัดทุกข์ บำรุงสุขให้กับประชาชนนั้น งบประมาณส่วนหนึ่งได้ถูกนำมาใช้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านมาในรูปงบประมาณของหน่วยงานการปกครองส่วนท้องถิ่น อันประกอบด้วย กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาลและองค์การบริหาร

ส่วนตำบล โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครและเทศบาลนั้นมีโรงพยาบาลทั่วไปและศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่ในสังกัดถึง 12 และ 278 แห่งตามลำดับ (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2539) อ่างใน คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8, 2540) ถ้าไม่นับรวม กรุงเทพมหานครแล้ว ลักษณะงานด้านสาธารณสุขที่เด่นชัดและเป็นรูปธรรมที่สุดของกระทรวงมหาดไทยก็คืองานด้านสาธารณสุขของเทศบาล โดยมีกองการแพทย์หรือกองอนามัยและสิ่งแวดล้อม เป็นผู้ดำเนินงานให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ผ่านศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลที่เป็นหน่วยงานหลักในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 ซึ่งได้กำหนดหน้าที่อันหนึ่งของเทศบาลที่จะต้องปฏิบัติคือ การกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การป้องกันและระงับโรคติดต่อ และกิจการอย่างอื่นที่จำเป็นเพื่อการสาธารณสุข เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีกฎหมายเฉพาะอื่นๆที่กำหนดให้เทศบาลมีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมให้เป็นที่ไปตามกฎหมายนั้นๆ อีกเป็นจำนวนมาก เช่น พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2484, พระราชบัญญัติป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2498, พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 เป็นต้น (ฐวงศ์ ฉายะบุตร, 2539) ประกอบกับรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน (ฉบับ พ.ศ. 2540) ได้ให้ความสำคัญต่อการกระจายอำนาจไปยังการปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้น โดยมาตราที่ 52 กำหนดให้การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมเท่าที่จะทำได้ และแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้กำหนดเป้าหมายด้านการพึ่งพาตนเองและการมีส่วนร่วมของประชาชนด้านการสาธารณสุข โดยให้องค์กรส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล สุขาภิบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล/สภาตำบล มีขีดความสามารถในการจัดการเรื่องสุขภาพอนามัยให้ได้ร้อยละ 50, 25 และ 20 ตามลำดับ (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8, 2540) และเมื่อส่วนท้องถิ่นต้องดูแลบริการสาธารณสุข หมายความว่า การจัดสรรงบประมาณให้กับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพจะต้องอยู่ภายใต้การปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด กลไกส่วนท้องถิ่นจึงต้องมีความรู้ ความสามารถและข้อมูลต่างๆ ในการจัดสรรงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ และเป็นธรรม (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2539)

ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรีเป็นหน่วยงานหนึ่งของกองอนามัยและสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมืองสระบุรี ที่ให้บริการด้านสาธารณสุขทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค โดยเน้นการให้บริการประชาชนในเขตเทศบาลเมืองสระบุรีเป็นหลัก ซึ่งยังไม่มีการศึกษาถึงต้นทุนในการให้บริการ ดังนั้นการศึกษาวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนงานบริการ น่าจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะได้ข้อมูลหรือหลักเกณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ประกอบการพิจารณาวางแผนและบริหารทรัพยากรในการดำเนินงานของศูนย์บริการฯ ได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และมีความเป็นธรรม นอกจากนี้ยังใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลอื่นๆต่อไปได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาดัชนีต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการผู้ป่วยนอก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี อ. เมือง จ. สระบุรี ในปีงบประมาณ 2540
2. เพื่อศึกษาอัตราส่วนของต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน ของงานบริการผู้ป่วยนอก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี อ. เมือง จ. สระบุรี ในปีงบประมาณ 2540
3. เพื่อศึกษารายได้ และอัตราการคืนทุน ของงานบริการผู้ป่วยนอก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี อ. เมือง จ. สระบุรี ในปีงบประมาณ 2540

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์หาดัชนีต้นทุน (Cost Identification Analysis) โดยศึกษาดัชนีต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการผู้ป่วยนอก เฉพาะผู้ที่มารับบริการที่อาคารผู้ป่วยนอกศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี ในปีงบประมาณ 2540 (1 ตุลาคม 2539 - 30 กันยายน 2540) ในทัศนะของผู้ให้บริการ (Provider Perspective)

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการผู้ป่วยนอก จะเป็นค่าเฉลี่ยของต้นทุนต่อหน่วยบริการของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่อาคารผู้ป่วยนอก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี โดยไม่คำนึงถึง

- ความแตกต่างของการใช้เวลาในแต่ละงาน หรือกิจกรรมต่างๆ
- ความแตกต่างของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแต่ละช่วงเวลา
- ความยากง่ายของงานหรือกิจกรรมนั้นๆ
- ความแตกต่างของอัตราการสูญเสียวัสดุที่ใช้ในกิจกรรมแต่ละครั้ง

2. การคิดระยะเวลาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ คิดให้เจ้าหน้าที่แต่ละคนทำงาน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การทำงานที่มากกว่านี้โดยไม่เบิกค่าใช้จ่ายของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี จะไม่นำมาคิดเป็นต้นทุน

3. อาคาร สิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่หมดอายุการใช้งาน ถือว่าไม่มีค่าเสื่อมราคา โดยอาคารและสิ่งก่อสร้างคิดอายุการใช้งานทั้งหมด 20 ปี สำหรับครุภัณฑ์ คิดอายุการใช้งานตามรายการของกรมบัญชีกลาง (ภาคผนวก ฉ)

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ต้นทุน (Cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายหรือทรัพยากรที่สามารถวัดเป็นตัวเงินได้ ที่จะต้องเสียไปในการทำงานหรือกิจกรรมใดๆ เพื่อจัดบริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้มารับบริการที่อาคารผู้ป่วยนอก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษามีดังนี้

ต้นทุนค่าแรง (Labour Cost) หมายถึง รายจ่ายที่จ่ายให้เจ้าหน้าที่เป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน รวมทั้งสวัสดิการต่าง ๆ ที่จ่ายให้ในรูปแบบตัวเงิน ได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา เงินช่วยเหลือบุตร ค่าเล่าเรียนบุตร ค่ารักษาพยาบาล เงินประจำตำแหน่ง ค่าเช่าบ้าน หรือค่าเสื่อมราคาบ้านพัก เป็นต้น

ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุเครื่องใช้สิ้นเปลืองหมดไปในการดำเนินงาน ได้แก่ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าวัสดุการแพทย์ ค่าสาธารณูปโภค ค่าซ่อมแซมบำรุงรักษาและค่าวัสดุสำนักงาน เป็นต้น

ต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost) หมายถึง ต้นทุนค่าเสื่อมราคาประจำปี (Depreciation Cost) ของครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง อาคาร โดยคิดค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง (Straight-Line Method) อายุการใช้งานของครุภัณฑ์ใช้เกณฑ์การคิดค่าเสื่อมราคาจากกรมบัญชีกลาง ส่วนสิ่งก่อสร้างคิดอายุการใช้งานนาน 20 ปี โดยค่าเสื่อมราคาส่งก่อสร้างของแต่ละหน่วยงานคิดตามสัดส่วนพื้นที่การใช้งาน

ต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost หรือ Average Cost) หมายถึง ต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นในการให้บริการผู้ป่วย 1 หน่วย โดยหน่วยของการให้บริการเป็นจำนวนครั้งในการมาใช้บริการ (Number of Visit) ของผู้ป่วยนอก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี

ผู้ป่วยนอก (Out-Patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาและรับบริการหรือคำแนะนำที่อาคารผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี โดยไม่ได้เข้านอนรักษา ซึ่งจะต้องทำการลงทะเบียนประวัติเป็นผู้ป่วยนอกเสียก่อนแล้วจึงไปตรวจยังห้องตรวจ โดยแพทย์หรือพยาบาลทำการตรวจรักษาให้

จำนวนครั้งที่ให้บริการผู้ป่วยนอก (Number of Visit) หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการเข้ามารับบริการ หรือรับการรักษาที่อาคารผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี ผู้ป่วยคนหนึ่งๆอาจมาใช้บริการหลายครั้งใน 1 ปี (1 ตุลาคม 2539 - 30 กันยายน 2540)

งานบริการผู้ป่วยนอก หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาและรับบริการหรือคำแนะนำ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองสระบุรี โดยไม่ได้เข้านอนรักษา ซึ่งจะต้องทำการลงทะเบียนประวัติเป็นผู้ป่วยนอกเสียก่อนแล้วจึงไปตรวจยังห้องตรวจโดยแพทย์หรือพยาบาลทำการตรวจรักษาให้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. สามารถนำข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการผู้ป่วยนอกมาใช้เป็นพื้นฐานประกอบการพิจารณาเพื่อกำหนดนโยบาย ค่าบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลที่เหมาะสม และเป็นธรรมต่อผู้รับบริการ
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารเทศบาล ในการจัดทำงบประมาณประจำปี และจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการวางแผน ควบคุม กำกับ และประเมินผล
3. ใช้เป็นพื้นฐานการศึกษาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ของกองการแพทย์และกองอนามัยและสิ่งแวดล้อมของเทศบาลอื่นๆในอนาคต