

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการ ของสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อทำให้ทราบถึงต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในปี 2549 และปี 2550 โดยใช้ข้อมูลจากงบการเงินจากรายงานประจำปีของสถานบริการสุขภาพพิเศษฯ ตั้งแต่ปี 2549 ถึงปี 2550 ที่ได้รับการรับรองจากผู้สอบบัญชีรับอนุญาต ตลอดจนรายงานและการบันทึกบัญชี สติติงานต่างๆ ของแต่ละหน่วยงาน นำมาเรียบเรียงข้อมูลต้นทุน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีสมการเส้นตรง (Simultaneous equations method) เพื่อป็นส่วนต้นทุนที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

หน่วยต้นทุนของสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แบ่งออกได้เป็น 29 หน่วยต้นทุน ซึ่งเป็นหน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC) 13 หน่วยต้นทุนในปี 2549 และเพิ่มขึ้นเป็น 14 หน่วยต้นทุนในปี 2550 หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC) 8 หน่วยต้นทุนในปี 2549 และเพิ่มขึ้นเป็น 9 หน่วยต้นทุนในปี 2550 และหน่วยต้นทุนที่ให้บริการผู้ป่วย (PS) 5 หน่วยต้นทุนในปี 2549 และเพิ่มขึ้นเป็น 6 หน่วยต้นทุนในปี 2550

ต้นทุนรวมของผู้ป่วยใน (IPD) ในปี 2549 เท่ากับ 174,835,487.43 บาท โดยต้นทุนรวมของผู้ป่วยในที่สูงที่สุด 3 อันดับแรกในปี 2549 คือ หอผู้ป่วยหนักโดยมีมูลค่าต้นทุนรวมเท่ากับ (43,303,398.83 บาท), หอผู้ป่วยในชั้น 15 อาคารศรีพัฒน์ (38,431,628.48 บาท) และหอผู้ป่วยในชั้น 14A อาคารศรีพัฒน์ (33,087,531.27 บาท) ตามลำดับ

ต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยใน (IPD) โดยเฉลี่ย ในปี 2549 เท่ากับ 7,362.73 บาทต่อวันนอน โดยต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยในที่สูงที่สุด 3 อันดับแรกในปี 2549 คือ หอผู้ป่วยหนักโดยมีมูลค่าต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ (10,089.33 บาทต่อวันนอน), หอผู้ป่วยในชั้น 13 อาคารศรีพัฒน์ (7,508.66 บาทต่อวันนอน) และหอผู้ป่วยในชั้น 14A อาคารศรีพัฒน์ (7,472.34 บาทต่อวันนอน) ตามลำดับ

ต้นทุนรวมของผู้ป่วยใน (IPD) ในปี 2550 เท่ากับ 218,984,929.71 บาท โดยต้นทุนรวมของผู้ป่วยในที่สูงที่สุด 3 อันดับแรกในปี 2550 คือ หอผู้ป่วยในชั้น 15 อาคารศรีพัฒน์ มีมูลค่า

ต้นทุนรวมเท่ากับ (47,935,353.04 บาท), หอผู้ป่วยหนักเท่ากับ (45,122,801.45 บาท), และหอผู้ป่วยในชั้น 14B อาคารศรีพัฒน์ (41,990,427.80 บาท) ตามลำดับ

ต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยใน (IPD) โดยเฉลี่ย ในปี 2550 เท่ากับ 7,958.17 บาทต่อวันนอน โดยต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยในที่สูงที่สุด 3 อันดับแรกในปี 2550 คือ หอผู้ป่วยในชั้น 14B อาคารศรีพัฒน์ เท่ากับ (13,821.73 บาทต่อวันนอน), หอผู้ป่วยหนัก (11,534.46 บาทต่อวันนอน) และหอผู้ป่วยในชั้น 14A อาคารศรีพัฒน์ (7,363.34 บาทต่อวันนอน) ตามลำดับ

ต้นทุนรวมของการให้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ในปี 2549 เท่ากับ 171,090,092.22 บาท จำนวนของผู้ป่วยที่มารับบริการ 184,258 ราย ต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการผู้ป่วยนอก เท่ากับ 928.54 บาทต่อราย ส่วนในปี 2550 มีต้นทุนรวมของการให้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) เท่ากับ 193,818,060.31 บาท จำนวนของผู้ป่วยที่มารับบริการ 203,293 ราย ต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการผู้ป่วยนอก เท่ากับ 953.39 บาท/ราย

ต้นทุนรวมของการให้บริการหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ในปี 2549 เท่ากับ 43,303,398.83 บาท วันนอน 4,292 วัน ต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการหอผู้ป่วยหนัก (ICU) 10,089.33 บาทต่อวันนอน ส่วนในปี 2550 มีต้นทุนรวมของการให้บริการหอผู้ป่วยหนัก (ICU) เท่ากับ 45,122,801.45 บาท วันนอนรวมเท่ากับ 3,912 วัน ต้นทุนเฉลี่ยของการให้บริการผู้ป่วยใน 11,534.46 บาทต่อวันนอน

โครงสร้างต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยสถานบริการสุขภาพพิเศษฯ ในแต่ละมุมมองสามารถสรุปได้ดังนี้คือ

1. ต้นทุนค่าแรงงาน (LC) : ค่าวัสดุ (MC) : ค่าลงทุน (CC) ในปี 2549 เท่ากับ 48 : 48 : 4 และปี 2550 เท่ากับ 49 : 48 : 3

1.1 ผู้ป่วยใน (IPD) ปี 2549 = 82 : 14 : 4

1.2 ผู้ป่วยใน (IPD) ปี 2550 = 79 : 17 : 4

1.3 ผู้ป่วยนอก (OPD) ปี 2549 = 87 : 5 : 8

1.4 ผู้ป่วยนอก (OPD) ปี 2550 = 83 : 6 : 11

1.5 ผู้ป่วยหนัก (ICU) ปี 2549 = 58 : 6 : 36

1.6 ผู้ป่วยหนัก (ICU) ปี 2550 = 59 : 7 : 34

2. ต้นทุนทางตรง : ต้นทุนทางอ้อม ในปี 2549 เท่ากับ 6 : 94 และปี 2550 เท่ากับ 7 : 93

2.1 ผู้ป่วยใน (IPD) ปี 2549 = 13 : 87

2.2 ผู้ป่วยใน (IPD) ปี 2550 = 14 : 86

2.3 ผู้ป่วยนอก (OPD) ปี 2549 = 6 : 94

2.4 ผู้ป่วยนอก (OPD) ปี 2550 = 7 : 93

2.5 ผู้ป่วยหนัก (ICU) ปี 2549 = 21 : 79

2.6 ผู้ป่วยหนัก (ICU) ปี 2550 = 17 : 83

กลุ่มผู้ป่วยใน (IPD) ไม่รวมหอผู้ป่วยหนัก (ICU) สำหรับปี 2549 หอผู้ป่วยในชั้น 15 อาคารศรีพัฒน์ มีต้นทุนรวมสูงสุด รองลงไปคือ หอผู้ป่วยในชั้น 14A อาคารศรีพัฒน์ โดยมีโครงสร้างต้นทุน ค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน เท่ากับ 82 : 15 : 3 และ 83 : 15 : 2 มีต้นทุนทางตรง : ต้นทุนทางอ้อม เท่ากับ 13 : 87 และ 12 : 88 ส่วนหอผู้ป่วยในชั้น 13 อาคารศรีพัฒน์ มีต้นทุนรวมต่ำที่สุด มีโครงสร้างต้นทุนค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน เท่ากับ 80 : 12 : 8 ต้นทุนทางตรง : ต้นทุนทางอ้อม เท่ากับ 14 : 86

กลุ่มผู้ป่วยใน (IPD) ไม่รวมหอผู้ป่วยหนัก (ICU) สำหรับปี 2550 หอผู้ป่วยในชั้น 15 อาคารศรีพัฒน์ มีต้นทุนรวมสูงสุด รองลงไปคือ หอผู้ป่วยในชั้น 14B อาคารศรีพัฒน์ โดยมีโครงสร้างต้นทุน ค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน เท่ากับ 74 : 22 : 4 และ 83 : 13 : 4 มีต้นทุนทางตรง : ต้นทุนทางอ้อมเท่ากับ 12 : 88 และ 14 : 86 ส่วนหอผู้ป่วยในชั้น 14 อาคารเฉลิมฯ มีต้นทุนรวมต่ำที่สุด มีโครงสร้างต้นทุนค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน เท่ากับ 77 : 13 : 10 ต้นทุนทางตรง : ต้นทุนทางอ้อมเท่ากับ 17 : 83

กลุ่มหอผู้ป่วยหนัก (ICU) สำหรับปี 2549 และปี 2550 มีโครงสร้างต้นทุน ค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน เท่ากับ 58 : 6 : 36 และ 59 : 7 : 34 ตามลำดับ มีต้นทุนทางตรง : ต้นทุนทางอ้อมเท่ากับ 21 : 79 และ 17 : 83 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ป่วยนอก (OPD) สำหรับปี 2549 และปี 2550 มีโครงสร้างต้นทุนค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน เท่ากับ 87 : 5 : 8 และ 83 : 6 : 11 ตามลำดับ มีต้นทุนทางตรง : ต้นทุนทางอ้อมเท่ากับ 6 : 94 และ 7 : 93 ตามลำดับ

อภิปรายผลการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ได้รวบรวมข้อมูลจากข้อมูลทุติยภูมิเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากการศึกษาย้อนหลัง โดยจะได้ข้อมูลจากงบการเงิน รายงานประจำปีของสถานบริการสุขภาพพิเศษฯ ตั้งแต่ปี 2549 ถึงปี 2550 ที่ได้รับการรับรองจากผู้สอบบัญชีรับอนุญาต ตลอดจนรายงานและการบันทึกบัญชี สถิติงานต่างๆ ของแต่ละหน่วยงาน ทำให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยค่อนข้างมีความสมบูรณ์เนื่องจากมีการบันทึกลงในรายงานของแต่ละหน่วยงานให้บริการ ซึ่งสามารถสอบถามข้อมูลที่ได้รับการบันทึกได้ครบถ้วน แต่ก็มีข้อมูลบางส่วนที่ยังมีการเก็บข้อมูลที่ไม่เป็นระบบเช่น การบันทึกปริมาณการใช้วัสดุประเภทต่างๆ การบันทึกการแยกประเภทวัสดุที่ชัดเจนในแต่ละหน่วยงาน เนื่องจากการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของสถานบริการ

สุขภาพพิเศษๆ ส่วนมากจะใช้บันทึกเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแก่ผู้ป่วยในหน่วยงาน ให้บริการผู้ป่วยเท่านั้น ทำให้ข้อมูลบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับปริมาณการใช้วัสดุ ในบางหน่วยงานที่ต้องเก็บข้อมูลย้อนหลังมีความคลาดเคลื่อนบ้างเล็กน้อย รวมถึงการจำแนกหน่วยต้นทุนของสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ซึ่งเป็นองค์กรที่ใหญ่ และมีโครงสร้างการบริหารงานที่ซับซ้อน หน่วยต้นทุนมีลักษณะงานที่แตกต่างกัน ทำให้อาจมองได้เป็นทั้ง หน่วยงานที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC) และหน่วยงานที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC) แต่ทั้งนี้การจำแนกในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปเพื่อสามารถตอบคำถามการศึกษาให้ได้มากและเหมาะสมที่สุด

การอภิปรายผลการศึกษายะพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาคือ ต้นทุนการให้บริการ ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอก และต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยใน โดยจะศึกษาเปรียบเทียบกับ ผลการศึกษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่แนวทางและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการบริหารจัดการเรื่องต้นทุนการให้บริการให้เหมาะสม รวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ต้นทุนการให้บริการ

โครงสร้างต้นทุนการให้บริการปี 2549 และปี 2550 ในมุมมอง ต้นทุนค่าแรงงาน (LC) : ค่าวัสดุ (MC) : ค่าลงทุน (CC) พบว่า ในส่วนของผู้ป่วยใน (IPD) มี ต้นทุนค่าแรงงาน (LC) สูงที่สุดทั้ง 2 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยนอก (OPD) ก็มี ต้นทุนค่าแรงงาน (LC) ที่สูงที่สุดทั้ง 2 ปีเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพิชญ์กันย์ เฝ้าวัฒนา (2544) จุฑารัตน์ ดำรงกุล (2546) อรทัย แพทย์กิจ (2547) โดยพบว่าโครงสร้างของต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก มีสัดส่วนของต้นทุนค่าแรงที่สูงที่สุด รองลงมาเป็นต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุนเช่นเดียวกัน แต่ในการศึกษาที่มีต้นทุนการให้บริการที่แตกต่าง ได้แก่ การศึกษาของ ภิรมย์ กมลรัตนกุล, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล (2544) มีสัดส่วนของต้นทุนค่าวัสดุสูงที่สุด รองลงมาสำหรับต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยในเป็น ต้นทุนค่าแรงงาน และสำหรับต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกจะ เป็นต้นทุนค่าลงทุน ตามลำดับ

สาเหตุที่ทำให้โครงสร้างต้นทุนการให้บริการ ของสถานบริการสุขภาพพิเศษๆ มีความแตกต่างจาก การศึกษาของ ภิรมย์ กมลรัตนกุล, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล (2544) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เนื่องจากเมื่อพิจารณาจากระดับ โรงพยาบาลแล้วเป็น โรงพยาบาลที่มีขนาดการให้บริการที่แตกต่างกันมากเนื่องจาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่อยู่ในกองทุนสภาอากาศไทย มีจำนวนเตียงที่แตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีขนาดเตียง 1,474 เตียง มีหน่วยงานต้นทุนทั้งสิ้น 145 หน่วยงาน ในขณะที่สถานบริการสุขภาพพิเศษๆ เป็นองค์กรใน

กำกับของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อยู่ภายใต้การดูแลของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีขนาดเตียง 156 เตียง มีหน่วยงานต้นทุนทั้งสิ้น 29 หน่วยงาน ด้วยความแตกต่างดังกล่าวจึงทำให้โครงสร้างของต้นทุนค่าวัสดุ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น ต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วย ย่อมมีความแตกต่างกันเนื่องจากมาจากขนาด และจำนวนการให้บริการที่แตกต่างกัน

ในส่วนของสถานบริการสุขภาพพิเศษฯ การที่มีโครงสร้างต้นทุนค่าแรงงานที่สูง จากการศึกษาพบว่า ต้นทุนค่าแรงงานส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าวิชาชีพแพทย์ สาเหตุที่ต้นทุนค่าวิชาชีพแพทย์ดังกล่าว มีมูลค่าที่สูงที่สุด ก็เนื่องจากสถานบริการสุขภาพพิเศษฯ มีรูปแบบการบริหารงานแบบโรงพยาบาลเอกชน จึงได้มีการกำหนดค่าธรรมเนียมวิชาชีพแพทย์ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้แก่อาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วย ได้มีโอกาสในการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยแก่สถานบริการสุขภาพพิเศษฯ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด ดังนั้นในการให้บริการผู้ป่วยทุกราย จะมีการเรียกเก็บค่าวิชาชีพแพทย์จากการให้บริการผู้ป่วยทุกรายและมีอัตราที่การเรียกเก็บที่แตกต่างกันออกไป ตามแต่ลักษณะของการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยของแพทย์ รวมไปถึงความซับซ้อนของการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย และต้นทุนค่าวิชาชีพแพทย์ดังกล่าวจะมีอัตราที่แปรผันไปตามจำนวนของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

โครงสร้างของต้นทุนการให้บริการที่รองจากต้นทุนค่าแรงงาน คือต้นทุนค่าวัสดุ จากการศึกษาพบว่า ต้นทุนส่วนใหญ่อยู่ที่กลุ่มหน่วยงานที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC) โดยแผนกเภสัชกรรมและอุปกรณ์การแพทย์เป็นหน่วยงานที่มีต้นทุนวัสดุสูงที่สุดถึงร้อยละ 62.38 ในปี 2549 และ 62.13 ในปี 2550 ตามลำดับ ซึ่งต้นทุนวัสดุส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่ายาใช้ไป เนื่องจากแผนกเภสัชกรรมฯ เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่เบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ ให้แก่ผู้มารับบริการ ส่วนในกลุ่มที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC) พบว่า ต้นทุนค่าวัสดุส่วนใหญ่อยู่ที่ฝ่ายบริหาร เนื่องมาจากการรวมค่าวัสดุ เช่น ค่าน้ำมันยานพาหนะ ค่าสาธารณูปโภค ค่าจ้างเหมาบริการรวมเช่น ค่าทำความสะอาด ค่ารักษาความปลอดภัย ได้รวมไว้ที่ฝ่ายบริหาร เนื่องจากเป็นบริการในส่วนรวมที่ไม่สามารถแยกสัดส่วนได้ชัดเจน ในส่วนกลุ่มหน่วยงานให้บริการผู้ป่วย (PS) พบว่า ในแต่ละหน่วยงานมีต้นทุนส่วนใหญ่มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ต้นทุนส่วนใหญ่เป็นต้นทุนจากต้นทุนค่ายาใช้ไป เนื่องจากเป็นค่าวัสดุที่มีการใช้ในหน่วยงานให้บริการผู้ป่วยเท่านั้น โดยจะมีต้นทุนมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับจำนวนการให้บริการผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงานนั้นๆ

ในส่วนของต้นทุนค่าลงทุน พบว่ามีมูลค่าเพียงร้อยละ 4 ในปี 2549 และร้อยละ 3 ในปี 2550 จากการศึกษาพบว่า ต้นทุนส่วนใหญ่มาจากอุปกรณ์การแพทย์ รองลงมาเป็นอุปกรณ์สำนักงาน และส่วนปรับปรุงและอาคาร ตามลำดับ เนื่องจากสถานที่ที่ใช้ดำเนินการของสถานบริการสุขภาพพิเศษฯ เป็นพื้นที่ในส่วนของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งได้มีการ

อนุญาตให้ใช้พื้นที่ โดยคิดค่าเช่าในอัตราเหมาจ่ายเป็นรายปี จึงทำให้สถานบริการสุขภาพพิเศษฯ ไม่มีภาระค่าลงทุนในส่วนของอาคาร แต่ที่แสดงอยู่ในต้นทุนค่าลงทุนในส่วนของการปรับปรุงและอาคารนั้น เป็นค่าปรับปรุงพื้นที่ในการให้บริการ ซึ่งได้มีการกำหนดให้บันทึกเป็นสินทรัพย์ และตัดจำหน่ายค่าเสื่อมราคา เช่นเดียวกับสินทรัพย์ตัวอื่นๆ และส่วนใหญ่หมดอายุการใช้งาน จึงมีมูลค่าค่าลงทุนที่ลดลง ดังนั้นต้นทุนค่าลงทุนส่วนใหญ่ จึงอยู่ในอุปกรณ์การแพทย์ ซึ่งทางสถานบริการสุขภาพพิเศษฯ ต้องดำเนินการจัดซื้อจัดหาเพื่อให้บริการผู้ป่วย โดยต้นทุนค่าลงทุนส่วนใหญ่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จำเป็นต้องมีการลงทุนในอุปกรณ์การแพทย์ที่มีลักษณะที่ต้องสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้อย่างทันท่วงที และอุปกรณ์การแพทย์เหล่านี้จะมีมูลค่าที่สูงมากที่สุด ในจำนวนอุปกรณ์การแพทย์ที่ได้มีการจัดหาใช้ในการดำเนินงานของสถานบริการสุขภาพพิเศษฯ

เมื่อพิจารณาถึงต้นทุนรวมทั้งหมด (Full Cost) พบว่าต้นทุนส่วนใหญ่อยู่ที่ แผนกบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ทั้ง 2 ปี ที่ทำการรักษา เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่มีการใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมากในการให้บริการ โดยเฉพาะค่าแรง ค่าวัสดุ ซึ่งได้รับการปันส่วนต้นทุนมาจากหน่วยงานอื่นๆ ตามสัดส่วนปริมาณการให้บริการ เช่น อัตราค่าวิชาชีพแพทย์ที่มาตรวจรักษาโรคที่แผนกบริการผู้ป่วยนอก การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ และปริมาณของผู้ป่วย ทำให้ได้รับการปันส่วนต้นทุนสูงตามไปด้วย โดยถ้าพิจารณาแยกประเภทหน่วยการให้บริการ เป็นหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอก และหน่วยการให้บริการผู้ป่วยใน จะพบว่า หน่วยบริการผู้ป่วยนอกจะมีต้นทุนที่สูงกว่าหน่วยบริการผู้ป่วยใน เนื่องจากมีจำนวนหน่วยการให้บริการ จำนวนบุคลากร และปริมาณบริการที่มากกว่าทำให้ต้นทุนรวมสูงตามไปด้วย

2. ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการ

ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยผู้ป่วยใน สำหรับปี 2549 และปี 2550 เท่ากับ 7,362.73 บาทต่อวันนอน และ 7,958.17 บาทต่อวันนอน ตามลำดับ พบว่ามีอัตราที่เพิ่มขึ้นตามต้นทุนรวมที่เพิ่มสูงขึ้น พิจารณาจากโครงสร้างของต้นทุนที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่าในส่วน of ต้นทุนค่าวัสดุมีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มสูงขึ้น อันได้แก่ ต้นทุนยาใช้ไป และต้นทุนค่าส่งตรวจซึ่งเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

ต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยผู้ป่วยนอก สำหรับปี 2549 และปี 2550 เท่ากับ 928.54 บาทต่อราย และ 953.39 บาทต่อราย ตามลำดับ พิจารณาจากโครงสร้างของต้นทุนที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในส่วน of ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน โดยต้นทุนค่าวัสดุที่เปลี่ยนแปลงไป

นี้ที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดเกิดจากต้นทุนค่ายาใช้ไป ต้นทุนค่าส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่เพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ของสถานบริการสุขภาพพิเศษๆ กับต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว อาจไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้โดยตรง เนื่องจากความแตกต่างด้านเวลาที่ทำการศึกษา เกณฑ์และวิธีการจัดสรรต้นทุน การจัดโครงสร้างการบริหารองค์กร นโยบายและรูปแบบของการให้บริการ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยในของสถานบริการสุขภาพพิเศษๆ มีมูลค่าต้นทุนต่อหน่วยที่สูงที่สุด

สาเหตุที่ทำให้ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยในของสถานบริการสุขภาพพิเศษๆ มีค่าสูงกว่าการศึกษาอื่น เนื่องจากเมื่อพิจารณาถึงโครงสร้างของต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยในแล้วพบว่า สถานบริการสุขภาพพิเศษๆ มีโครงสร้างของต้นทุนค่าแรงงานที่สูงกว่าการศึกษาอื่นๆ จากการที่สถานบริการสุขภาพพิเศษๆ มีนโยบายในการให้ค่าวิชาชีพแพทย์แก่แพทย์ผู้ทำการรักษาโรค ซึ่งแพทย์แต่ละคนจะมีการคิดค่าวิชาชีพแพทย์ที่แตกต่างกันออกไป ตามแต่ลักษณะของการให้การรักษารักษาโรคนั้นๆ และเป็นต้นทุนที่มีการผันแปรเพิ่มขึ้นไปตามจำนวนครั้งการให้บริการผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาอื่น ต่างมีรูปแบบการบริหารงานที่แตกต่างกับสถานบริการสุขภาพพิเศษๆ และไม่ได้มีนโยบายในการให้ค่าวิชาชีพแพทย์ดังกล่าว

ในส่วน ของต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอก พบว่ามีค่าที่แตกต่างกับผลการศึกษาอื่นๆ ที่เคยศึกษามาแล้ว โดยการศึกษาที่มีต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกที่สูงกว่า ได้แก่ การศึกษาของ ภิรมย์ กมลรัตนกุล, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุรวิรัตน์ งามเกียรติไพศาล (2544) ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 1,799.86 บาทต่อครั้ง ส่วนการศึกษาที่มีต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ต่ำกว่า ได้แก่ อรทัย แพทย์กิจ (2547) เท่ากับ 183.54 บาทต่อครั้ง พิชญ์กันย์ เผ่าวัฒนา (2544) เท่ากับ 250.32 บาทต่อครั้ง และจุฑารัตน์ ดำรงกุล (2546) เท่ากับ 366.43 บาทต่อครั้ง

สาเหตุที่ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยนอกของสถานบริการสุขภาพพิเศษๆ มีต้นทุนต่อหน่วยที่ต่ำกว่า การศึกษาของ ภิรมย์ กมลรัตนกุล, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และสุรวิรัตน์ งามเกียรติไพศาล (2544) เนื่องจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีขนาดการให้บริการที่แตกต่างกันมาก จึงทำให้มีต้นทุนที่สูงกว่า (มีจำนวนครั้งการให้บริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 462,422 ครั้ง ในขณะที่มีต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกรวมเท่ากับ 832,297,031 บาท)

เป็นที่น่าสังเกตว่า ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยที่มีค่าใกล้เคียงกันส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เช่น จำนวนเตียง การจัดโครงสร้างองค์กร การบริหารจัดการ

ด้านต่างๆ ภายใต้นโยบายเดียวกัน ส่วนสาเหตุที่ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล อาจเนื่องมาจากความแตกต่างกันในด้านการจัดโครงสร้างการบริหารงานองค์กร เกณฑ์ในการจัดสรรต้นทุน และปริมาณบริการ ดังที่กล่าวมาแล้วทำให้ต้นทุนบริการไม่อาจนำมาเปรียบเทียบกันได้โดยตรง หากแต่สามารถเปรียบเทียบกันในด้านขององค์ประกอบต้นทุนต่อหน่วย ที่พบว่าส่วนใหญ่ต่างก็มีสัดส่วนของค่าแรงงานที่สูงกว่าค่าวัสดุและค่าลงทุน เช่นเดียวกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปฏิรูประบบสุขภาพของรัฐบาลที่เน้นเรื่องคุณภาพบริการ ประสิทธิภาพ และความเสมอภาค ทำให้สถานพยาบาลต่างก็พัฒนาคุณภาพบริการ โดยให้บริการรักษาที่ต้องคำนึงถึง มาตรฐานในการจัดบริการสุขภาพ โดยการจัดบริการที่ครอบคลุมในหน่วยงานบริการที่จำเป็นต้องให้บริการ การจัดอัตรากำลังในหน่วยบริการ ไม่ได้คำนึงถึงความสอดคล้องกับปริมาณบริการเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมกับมาตรฐานบริการที่คำนึงถึง ประเภทของผู้รับบริการ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการเฝ้าระวังเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในหน่วยงานบริการผู้ป่วย ทำให้สัดส่วน องค์ประกอบค่าแรงสูงกว่าค่าอื่นๆ

แนวทางในการลดต้นทุนการให้บริการ ของสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากการวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการ พบว่าองค์ประกอบต้นทุนที่มากที่สุดคือ ต้นทุนค่าแรง โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการคิดค่าวิชาชีพแพทย์ของแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาล รองลงมาคือ ต้นทุนค่าวัสดุ พบว่า ต้นทุนค่ายาใช้ไป เป็นต้นทุนที่สูงที่สุดในต้นทุนค่าวัสดุ เนื่องมาจากการจัดซื้อยามาเพื่อทำการให้บริการผู้ป่วย ซึ่งทางผู้บริหารควรหาแนวทางในการควบคุมต้นทุนต่างๆ และเพิ่มปริมาณการให้บริการของงานบริการผู้ป่วยให้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาต้นทุนการให้บริการของ สถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลสถิติจากระบบบัญชีการเงินและบัญชีพัสดุ ตลอดจนระบบบริหารข้อมูลข่าวสารที่สอดคล้องเหมาะสมตรงตามสภาพการจ้การคุ้มครองและการบริหาร โรงพยาบาล ดังนั้น การกำหนดลักษณะงานและหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงานให้ชัดเจนจะช่วยให้เห็นภาพโครงสร้างค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการหาต้นทุนของโรงพยาบาล ตลอดจนหากมีการบันทึกหลักฐานข้อมูลทางการเงินและบัญชี สถิติ ผลงานทุกหน่วยงานต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมทั้งการบันทึกข้อมูลให้มีความละเอียดมากยิ่งขึ้น ก็จะทำให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงต้นทุนในหน่วยงานต่างๆ ทุกระยะต่อไปเพราะข้อมูลทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

2. การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในเชิงสถิติ โดยใช้ประโยชน์จากการที่มีแผนกสารสนเทศ ใช้คอมพิวเตอร์ พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลทุกประเภทให้ครบถ้วน จะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงปริมาณการใช้ทรัพยากรของสถานบริการสุขภาพพิเศษๆ ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และสามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ได้อย่างใกล้เคียงความจริงและเป็นปัจจุบันมากยิ่งขึ้น

3. ค่าสาธารณูปโภคของสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คือ ค่าเช่าอาคาร ซึ่งเป็นการคิดค่าเช่าอาคารแบบเหมาจ่าย จากการที่ สถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ยืมพื้นที่ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่บางส่วนในการบริหารงาน ซึ่งในค่าเช่าดังกล่าวยังรวมไปถึงค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปาซึ่งหากสามารถทำการสำรวจอุปกรณ์ไฟฟ้าและมิเตอร์น้ำที่แต่ละหน่วยงานต่างๆ มีไว้ใช้ พลังงาน (วัตต์) ของเครื่องใช้ไฟฟ้า และเวลาที่ใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าโดยเฉลี่ย หรือทำการติดมิเตอร์ไฟฟ้าเพื่อบันทึกพลังงานไฟฟ้าที่แต่ละหน่วยงานใช้ การติดมิเตอร์น้ำเพื่อบันทึกปริมาณน้ำที่แต่ละหน่วยงานใช้ก็จะทำให้การปันส่วนต้นทุนได้ถูกต้องมากขึ้น

3. ในการศึกษาครั้งนี้ บางหน่วยงานไม่มีครุภัณฑ์เหลืออยู่ในหน่วยงาน อันเนื่องมาจากการพิจารณาอายุการใช้งานเพียง 3 - 5 ปี และไม่รวมครุภัณฑ์ที่ได้รับการบริจาค หากสามารถปรับปรุงการคำนวณค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ โดยการประเมินหามูลค่าปัจจุบันและมูลค่าซากของครุภัณฑ์ทั้งหมด และกำหนดอายุการใช้งานที่เหลือของครุภัณฑ์แต่ละชนิด ก็จะทำให้การคำนวณต้นทุนของโรงพยาบาลมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น และทำให้ต้นทุนในส่วนต้นทุนค่าลงทุนสูงขึ้น อันจะส่งผลให้ต้นทุนต่อหน่วยการบริการสูงกว่านี้

4. แนวทางในการลดต้นทุนของสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่มีความเป็นไปได้คือ

4.1 การลดต้นทุนค่าแรง โดยการกำหนดนโยบายในการควบคุมค่าวิชาชีพแพทย์ ให้มีความเหมาะสม หรือกำหนดระดับในการคิดค่าวิชาชีพแพทย์ตามระดับการตรวจรักษาเฉพาะโรค รวมถึงการลดค่าล่วงเวลาด้วยการเพิ่มเจ้าหน้าที่ประจำการในหน่วยงานที่มีค่าล่วงเวลามาก เพื่อลดการจ่ายค่าล่วงเวลาซึ่งมีมูลค่ามากกว่าการจ่ายเงินเดือนเป็นรายบุคคล นอกจากนี้ อาจพิจารณาปรับวิธีการจัดอัตราค่าจ้างในหน่วยบริการ โดยลดจำนวนเจ้าหน้าที่ในช่วงเวลาที่มีปริมาณงานน้อย หรือขึ้นปฏิบัติงานคนละเวลา ปรับลดจำนวนเจ้าหน้าที่ประจำการในเวลาทำงานปกติในหน่วยงานที่มีปริมาณงานและภาระงานน้อย โดยให้ผลัดเปลี่ยนกระจายอัตราค่าจ้างไปปฏิบัติงานนอกเวลาโดยไม่คิดค่าล่วงเวลา ลดขนาดของหน่วยงานที่มีระบบงานซ้ำซ้อนและสามารถใช้บุคลากรเดียวกันในการปฏิบัติงานได้

4.2 การลดต้นทุนค่าวัสดุ โดยการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเพื่อควบคุมการใช้ ทรัพยากรสร้างความตระหนัก ในการประหยัดการใช้ทรัพยากร กำหนดรายการทรัพยากรที่มีความ จำเป็นในการควบคุม กำหนดมาตรฐานในการสั่งยา หลีกเลี่ยงการใช้ยาราคาแพง จัดตั้ง คณะกรรมการติดตามและควบคุมการใช้ทรัพยากร อบรมให้เจ้าหน้าที่มีการใช้เครื่องมือให้ถูกวิธี และมีการบำรุงรักษาสม่ำเสมอ

4.3 ปรับปรุงคุณภาพบริการทั้งด้านสถานที่ ระบบบริการ พฤติกรรมบริการ เครื่องมืออุปกรณ์ในการรักษา เพื่อให้ผู้รับบริการมีความเชื่อถือและประทับใจในบริการ

5. ในการศึกษาครั้งนี้ หากต้องการที่จะให้เกิดประโยชน์มากกว่าการทราบเพียงตัวเลข ของต้นทุนต่างๆเพียงเท่านั้น น่าจะมีการทำงานในเชิงพัฒนาด้วย โดยการให้ความสำคัญกับ การส่งเสริมให้มีการเรียนรู้ การวางแผน การรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล และการวิเคราะห์ ข้อมูลร่วมกันกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับข้อมูลต้นทุนทั้งหมด โดยการนำความต้องการข้อมูลไป สอดแทรกในการพัฒนาระบบข้อมูลต่างๆ ให้ยั่งยืน ประสานข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรและผลลัพธ์ การทำงานต่างๆ ทั้งทั้งโรงพยาบาล ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องพิจารณาร่วมกันในการสร้างฐานข้อมูลที่ จำเป็นเพื่อง่ายต่อการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งต่อไป ประกอบกับมีการนำข้อมูลที่ได้ เสนอต่อที่ ประชุมผู้บริหารและผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่างๆ เพื่ออธิบายความหมายของข้อมูลต่างๆ นำไป ปรับปรุงข้อมูลให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น พร้อมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบการวิเคราะห์ต้นทุนเป็น การประจำ โดยให้ถือว่าข้อมูลนี้เป็นส่วนหนึ่งของรายงานประจำปีต่อไปในอนาคต

ข้อจำกัดในการศึกษา

ข้อจำกัดในการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการของ สถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีดังนี้

1. โครงสร้างในการบริหารและบุคลากร มีการกำหนดขอบเขตงานไม่ชัดเจนนัก ทำให้ การแบ่งหน่วยงานเพื่อการศึกษาเป็นไปได้ยากลำบาก รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลง หรือจัดตั้ง หน่วยงานใหม่ๆ ขึ้นมาซึ่งบางครั้งมีลักษณะงานที่ซ้ำซ้อนกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการ แบ่งหน่วยงานต้นทุน

2. ระบบฐานข้อมูลของสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ยังไม่เป็นระบบ เดียวกัน ในการสำรวจแหล่งข้อมูลที่กระจัดกระจายกัน แล้วยนำมาปรับให้มีรูปแบบที่ใกล้เคียงกัน อาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการรวบรวมข้อมูลได้

3. การจัดเก็บข้อมูลสถิติงานต่างๆ ของหน่วยงาน ยังไม่เข้าไปในแนวทางเดียวกัน และสถิติบางอย่างที่ได้มีการจัดเก็บไว้ ยังไม่เอื้อต่อการนำมาใช้ในการกำหนดเป็นเกณฑ์ในการปันส่วนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อการคำนวณต้นทุนของหน่วยงานได้

4. การเบิกจ่ายวัสดุสำนักงาน ยังไม่ได้มีการควบคุม หรือมีการบันทึกข้อมูลที่เป็นระบบ ทำให้การรวบรวมข้อมูลที่อาศัยการบันทึกบัญชีเพียงอย่างเดียวได้อาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือเพียงพอต่อการคำนวณได้

5. ในการศึกษาครั้งนี้ บางหน่วยงาน ไม่มีครุภัณฑ์เหลืออยู่ในหน่วยงาน อันเนื่องมาจากการพิจารณาอายุการใช้งานเพียง 3 - 5 ปี และไม่รวมครุภัณฑ์ที่ได้รับการบริจาค หากสามารถปรับปรุงการคำนวณค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ โดยการประเมินมูลค่าปัจจุบันและมูลค่าซากของครุภัณฑ์ทั้งหมด และกำหนดอายุการใช้งานที่เหลือของครุภัณฑ์แต่ละชนิด ก็จะทำให้การคำนวณต้นทุนของโรงพยาบาลมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น และทำให้ต้นทุนในส่วนต้นทุนค่าลงทุนสูงขึ้น อันจะส่งผลให้ต้นทุนต่อหน่วยการบริการสูงกว่านี้

6. เนื่องจากสถานบริการสุขภาพพิเศษ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ไม่ได้มีอาคารเป็นของตนเอง บริหารงานด้วยการเช่าพื้นที่อาคารศรีพัฒน์ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมีการจ่ายค่าเช่าเป็นรายเหมาจ่ายต่อปี ทำให้ไม่ได้มีการติดตั้งและลงบันทึกมิเตอร์ไฟฟ้า หรือมิเตอร์น้ำประปา ซึ่งทำให้ไม่สามารถกระจายต้นทุนค่าใช้จ่ายดังกล่าวไปตามมิเตอร์ที่ใช้งานจริง อันจะทำให้การคำนวณต้นทุนของหน่วยงานต่างๆ อาจจะไม่คลาดเคลื่อนได้