

บทที่ 2

กรอบแนวคิดทฤษฎีและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2.1 กรอบแนวคิดทฤษฎี

แนวคิดอุบัติการณ์ของโรค (Incidence-based approach)

เป็นแนวคิดที่จะใช้วัดต้นทุนของการเป็นโรคที่จะเกิดขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และเสียชีวิตในปัจจุบันและอนาคต (จนเสียชีวิต) มาคำนวณ โดยคำนวณจากค่าที่คาดหมายไว้หรือจากการทำนาย ตามแนวคิดนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ จะวัดต้นทุนของการรักษาโรคธาลัสซีเมียโดยวิธีเปลี่ยนไขกระดูกและการรักษาโดยสเต็มเซลล์ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค

แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health Economic Concepts)

ในทางเศรษฐศาสตร์ถือว่า การสาธารณสุขเป็นสาขาย่อยของระบบเศรษฐกิจไทยที่มีความสำคัญมาก ต่อเสถียรภาพและความมั่นคงของประเทศ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ในแง่ที่เป็นเงื่อนไขพื้นฐาน และเป็นกลไกสำคัญยิ่ง ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศไทยในอนาคต

เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เป็นการประยุกต์ในการวิเคราะห์ปัญหาในด้านการจัดสรรทรัพยากรด้านการบริการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพอนามัย เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจ ในการจัดสรรทรัพยากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชน

สินค้าและบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีลักษณะพิเศษ คือ มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายแตกต่างไปจากการผลิตสินค้าและบริการชนิดอื่นๆ ซึ่งการลงทุน ในด้านสาธารณสุขมิได้เป็นการลงทุนเพื่อหาผลตอบแทนจากการลงทุน ในรูปแบบของการหากำไรสูงสุด แต่เป็นการลงทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้บริโภครวม โดยสินค้าและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความแตกต่างจากสินค้าและบริการอื่นๆ โดยทั่วไป กล่าวคือ โดยส่วนใหญ่เป็นสินค้าที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ และหาสินค้าชนิดอื่น ที่ไม่ใช่นิดเดียวกัน หรือที่ผลิตมาเพื่อวัตถุประสงค์เดียวกัน มาทดแทนได้ยากหรือมีจำนวนน้อย เช่น ยารักษาโรคติดเชื้อบางชนิด อาจมียาอื่นที่ใช้แทนกันได้ แต่ก็ไม่สามารถใช้แทนกันได้ทั้งหมด ถึงแม้ว่าสินค้านี้จะเป็นสินค้าที่มีความจำเป็นของผู้บริโภค แต่โดยปกติแล้ว ปริมาณที่ต้องการใช้ของสินค้าประเภทนี้จะไม่สอดคล้องกับความจำเป็น

ของผู้บริโภค เนื่องจากผู้บริโภคขาดความรู้หรือไม่เห็นความสำคัญ นอกจากนี้แล้วสินค้าและบริการโดยทั่วไป (กรณีเป็นสินค้าปกติ) หากราคาลดต่ำลงหรืออรรถประโยชน์ของผู้บริโภคสูงขึ้น

ตามกฎของอุปสงค์และทางราคาแล้ว ผู้บริโภคควรเพิ่มปริมาณการซื้อสินค้านั้นมากขึ้น แต่ในกรณีของสินค้าและบริการทางการแพทย์ไม่ได้เป็นเช่นนั้น เช่น หากค่าบริการฝากครรภ์ลดลงก็ไม่ได้หมายความว่าผู้บริโภคจะพากันไปฝากครรภ์มากขึ้น หรือแม้แต่ยาบางอย่างถึงแม้มีราคาถูกลงมาก ผู้บริโภคก็ยังซื้อในปริมาณที่ตนเอง คิดว่าเพียงพอที่ใช้ในระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ไม่ได้ซื้อเพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ดี ลักษณะพิเศษของสินค้าและบริการทางการแพทย์อีกอย่างหนึ่ง คือ ผู้ผลิตมีความได้เปรียบในการกำหนดปริมาณการผลิต ปริมาณเสนอขายและการตั้งราคา ส่วนผู้บริโภคมีอำนาจน้อยมากในการกำหนดปริมาณการผลิต ปริมาณเสนอขายและการตั้งราคา ไม่ว่าจะปริมาณที่ต้องการจะมีมากเพียงใดก็ตาม เนื่องจากผู้บริโภคอยู่ในฐานะที่ต้องพึ่งพาหรือไปขอพึ่งการรักษาจากผู้ให้บริการ

ส่วนบริการมีลักษณะแตกต่างจากสินค้าทั่วไป ดังนี้

1) เมื่อเจ็บป่วยถึงระดับหนึ่งแล้วจำเป็นต้องได้รับการรักษา แม้อาการจะหายไปได้เอง แต่โรคยังคงอยู่

2) การเจ็บปวดเนื่องจากโรคเป็นเหตุการณ์ไม่แน่นอน (uncertainly)

3) ผู้รับบริการมีทางเลือกจำกัด (limit of effective choice) ในการรับบริการ เพราะไม่มีความรู้และไม่ทราบข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรค การบริการและผลการรักษาเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย และเมื่อเทียบกับทางเลือกอื่นๆ จึงมักมอความไว้วางใจให้ผู้ให้บริการ เป็นผู้ตัดสินใจแทนตน ดังนั้น จริยธรรมและคุณธรรมของผู้ให้บริการจึงเป็นสิ่งสำคัญ

4) ภาวะการณ์เจ็บป่วย และความสามารถ ในการเข้าถึง การบริการของ ผู้มารับบริการ เกี่ยวข้องกับคุณธรรมในสายตาของสังคม

5) ผู้ให้บริการ อาจกระตุ้นให้รับบริการ เกินความต้องการใช้บริการที่ไม่จำเป็น (induced demand) สืบเนื่องจากลักษณะในข้อ 3. และผู้รับบริการเองอาจ เป็นผู้เรียกร้องบริการ เกินความจำเป็นซึ่งเรียกว่า ขาดจริยธรรมในการใช้บริการ (moral hazard)

สาธารณสุขเป็นสินค้าที่เป็นนามธรรม หรือเรียกได้ว่า เป็นบริการ และเป็นทั้งสินค้าสาธารณะ (public goods) และสินค้าส่วนบุคคล (private goods) ในขณะเดียวกัน ส่วนที่เป็นสินค้าสาธารณะนั้น พิจารณาได้จากผลกระทบข้างเคียง จากการเจ็บป่วย บางสาเหตุที่อาจติดต่อถึงบุคคลอื่นได้ ส่วนที่เป็นสินค้าส่วนบุคคลนั้นอาจพิจารณาได้จากการที่บุคคลหนึ่งๆ อาจซื้อหาบริการทางการแพทย์ ซึ่งบางอย่างก็เป็นเอกสิทธิ์เฉพาะตัว เช่น การรับบริการในห้องผู้ป่วยพิเศษ เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันสินค้าสาธารณสุข ยังเป็นสินค้าคุณธรรม (merit goods) ด้วย ทำให้

ไม่สามารถเปิดคลินิกตลาดทำงานอย่างเต็มที่ เพราะจะส่งผลกระทบต่อความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจและสังคม

2.1.1 การวิเคราะห์ทางการเงิน (Financial analysis)

การวิเคราะห์ทางการเงินของโครงการ เป็นการประเมินค่าต้นทุนของการรักษาโรคลดไข้เมียโดยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกและสเต็มเซลล์ และรายได้ของผู้ป่วยตลอดจนปัญหาและอุปสรรคจากการเป็นโรค โดยเป็นการเปรียบเทียบต้นทุนของการรักษาโดยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูก และสเต็มเซลล์ ซึ่งมีการปรับค่าของเวลา เพื่อหามูลค่าปัจจุบันของต้นทุนที่ใช้ในการรักษาและรายได้ของผู้ป่วยเสียก่อน จึงจะสามารถทำการเปรียบเทียบกันได้อย่างถูกต้องแน่นอน และชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ในการวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนครั้งนี้ จะเป็นการวิเคราะห์ถึงการต้นทุนที่ใช้ในการรักษาโรคและรายได้ อันประกอบด้วย รายรับ รายจ่าย และรายได้สุทธิ เพื่อวิเคราะห์ว่าการรักษาโรคลดไข้เมียวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกและสเต็มเซลล์ ที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ จะให้ทำให้ผู้ป่วยมีรายได้ที่เพียงพอต่อรายจ่ายเมื่อใด และวิธีใดจะเป็นวิธีที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งจะอาศัยเกณฑ์ในการตัดสินใจเพื่อการลงทุนดังนี้

1) มูลค่าปัจจุบันของผลตอบแทนสุทธิ (Net Present Value : NPV)

มูลค่าปัจจุบันของผลตอบแทนสุทธิ หมายถึง ผลรวมของผลตอบแทนสุทธิที่ได้ปรับค่าเวลาตลอดอายุของการลงทุนแล้ว ซึ่งคำนวณขึ้นเพื่อใช้วัดว่าการลงทุนที่กำลังพิจารณาอยู่นั้น ให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่าต่อการลงทุน เป็นการเปรียบเทียบมูลค่าปัจจุบันของกระแสเงินสดรับกับกระแสเงินสดจ่ายของโครงการ โดยใช้อัตราดอกเบี้ย หรือค่าเสียโอกาสของเงินทุน ซึ่งส่วนใหญ่ใช้อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ จากสถาบันการเงินเป็นอัตราส่วนลด (discount rate) โครงการที่เหมาะสมกับการลงทุนนั้น ต้องมีมูลค่าปัจจุบันของผลตอบแทนสุทธิ (NPV) มากกว่า 0 ซึ่งหมายความว่า มูลค่าปัจจุบันของกระแสเงินสดรับ มากกว่ามูลค่าปัจจุบันของกระแสเงินสดจ่าย มีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$NPV = \sum_{t=1}^n \frac{B_t}{(1+i)^t} - \left[\sum_{t=1}^n \frac{C_t}{(1+i)^t} + C_0 \right]$$

โดยกำหนดให้ :

- B_t = รายได้ที่เกิดขึ้นในปีที่ t
- C_t = ค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นในปีที่ t
- C_0 = ค่าใช้จ่ายในการรักษาเริ่มแรก
- i = อัตราส่วนลดหรืออัตราดอกเบี้ยเงินกู้
- t = ปีการรักษา คือตั้งแต่ปีที่ 1, 2, 3 n
- n = อายุของผู้ป่วย จนมีอายุ 60 ปี

2) อัตราผลตอบแทนภายใน (Internal Rate of Return : IRR)

อัตราผลตอบแทนภายในหมายถึง อัตราผลตอบแทนที่ทำให้มูลค่าปัจจุบันของกระแสเงินสดรับทั้งหมด เท่ากับมูลค่าปัจจุบันของกระแสเงินสดจ่ายทั้งหมด หรือหมายถึง อัตราผลตอบแทนที่ทำให้มูลค่าปัจจุบันของผลตอบแทนสุทธิของโครงการ (NPV) มีค่าเท่ากับศูนย์พอดีนั่นเอง

อัตราผลตอบแทนภายใน ถือว่าเป็นอัตราส่วนร้อยละที่แสดงถึงความสามารถของเงินทุนที่จะก่อให้เกิดรายได้ คู่กับเงินลงทุนของโครงการนั้นพอดี การคำนวณหาค่าอัตราผลตอบแทนภายใน ก็คือการคำนวณหาค่าอัตราส่วนลด (discount rater) ว่ามีค่าเท่าไรจึงจะทำให้มูลค่าปัจจุบันของผลตอบแทนสุทธิของโครงการ (NPV) มีค่าเท่ากับศูนย์ พอดีนั่นเอง ดังนั้นการคำนวณหาค่า IRR (หรือ r) จึงคล้ายคลึงกับการคำนวณหาค่า NPV เกือบทุกอย่างจะแตกต่างกันก็ตรงที่ใช้อัตราดอกเบี้ย (i) ในการหาค่า NPV ส่วนการคำนวณหาค่า IRR จะเป็นการใช้อัตราส่วนลด (r) ที่ทำให้ NPV มีค่าเท่ากับศูนย์พอดีเท่านั้นเอง เมื่อคำนวณได้ค่า IRR (หรือ r) แล้วจึงนำไปเปรียบเทียบกับค่าเสียโอกาสของเงินทุน (อัตราดอกเบี้ยเงินกู้) กล่าวคือ ถ้าค่า IRR (หรือ r) สูงกว่าอัตราดอกเบี้ยเงินกู้ (i) ก็แสดงว่าการลงทุนให้ผลตอบแทนคุ้มค่ากับเงินลงทุนที่จ่ายออกไป

การคำนวณหาค่าอัตราผลตอบแทนภายใน (IRR หรือ r) สามารถคำนวณได้ด้วยวิธีการทดลองซ้ำแล้วซ้ำอีก (trial and error) เพื่อหาระดับค่าของอัตราส่วนลด (r) จนทำให้ NPV มีค่าเท่ากับศูนย์พอดี ซึ่งสามารถคำนวณได้ตามสูตรการคำนวณดังนี้

$$\text{IRR (หรือ } r \text{) ที่ทำให้ : } \sum_{t=1}^n \frac{B_t}{(1+i)^t} - \left[\sum_{t=1}^n \frac{C_t}{(1+i)^t} + C_0 \right] = 0$$

โดยกำหนดให้ : B_t = รายได้ที่เกิดขึ้นในปีที่ t
 C_t = ค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นในปีที่ t
 C_0 = ค่าใช้จ่ายในการรักษาเริ่มแรก
 i = อัตราส่วนลด (discount rate)
 t = ปีการรักษา คือตั้งแต่ปีที่ 1, 2, 3 n
 n = อายุของผู้ป่วย จนมีอายุ 60 ปี

3) อัตราส่วนของผลตอบแทนต่อต้นทุน (Benefit Cost Ratio หรือ B/C Ratio)

อัตราส่วนของผลตอบแทนต่อต้นทุน (B/C ratio) หมายถึงอัตราส่วนระหว่างผลรวมมูลค่าปัจจุบันของผลตอบแทน กับผลรวมมูลค่าปัจจุบันของค่าใช้จ่ายทั้งหมดตลอดอายุของโครงการ

เกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกลงทุนในโครงการใดๆ ก็คือ B/C ratio จะต้องมียุทธศาสตร์ค่ามากกว่าหรืออย่างน้อยที่สุดต้องมีค่าเท่ากับ 1 ($B/C \geq 1$) ทั้งนี้เนื่องจากถ้า $B/C > 1$ มีหมายความว่า ผลตอบแทนที่ได้รับจากโครงการมีค่ามากกว่าค่าใช้จ่ายที่เสียไป หรือถ้า $B/C = 1$ มีหมายความว่า ผลตอบแทนที่ได้รับจากโครงการมีค่าเท่ากับค่าใช้จ่ายที่เสียไปพอดี

อัตราส่วนของผลตอบแทนต่อต้นทุนนี้ ในทางธุรกิจเรียกว่า ดัชนีผลกำไร (Profitability Index : PI) ซึ่งมีวิธีการคำนวณ โดยใช้สูตรคำนวณดังนี้

$$B/C \text{ (ratio)} = \frac{PVB}{PVC}$$

$$\text{หรือ } B/C \text{ (ratio)} = \frac{\sum_{t=1}^n \frac{B_t}{(1+i)^t}}{\sum_{t=1}^n \frac{C_t}{(1+i)^t} + C_0}$$

โดยกำหนดให้ : PVB = ผลรวมมูลค่าปัจจุบันของรายได้ทั้งหมดจนผู้ป่วยมีอายุครบ 60 ปี

PVC = ผลรวมมูลค่าปัจจุบันของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

B_t = รายได้ที่เกิดขึ้นในปีที่ t

C_t = ต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในปีที่ t

C_0 = ต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการรักษาเริ่มแรก

i = อัตราส่วนลดหรืออัตราดอกเบี้ยเงินกู้

$$t = \text{ปีการรักษา คือตั้งแต่ปีที่ } 1, 2, 3 \dots n$$

$$n = \text{อายุของผู้ป่วย จนมีอายุ } 60 \text{ ปี}$$

4) ระยะเวลาคืนทุนของโครงการ (Payback Period)

ระยะเวลาคืนทุนของ หมายถึง ระยะเวลา ที่รายได้มีค่าเท่ากับค่าใช้จ่ายในการลงทุนเพื่อการรักษาโรค พอดี หรืออาจกล่าวได้ว่า ระยะเวลาคืนทุนของโครงการ คือ จำนวนปีในการหารรายได้ ซึ่งทำให้รายได้ที่ได้รับในแต่ละปีรวมกันแล้วมีค่าเท่ากับต้นทุนทั้งหมดที่ใช้ในการรักษา จนหายจากการเป็นโรค มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีรายได้ที่เพียงพอต่อรายจ่าย

ระยะเวลาคืนทุน (จำนวนปี) สามารถคำนวณได้ตามสูตรการคำนวณดังนี้

$$\text{ระยะเวลาคืนทุน} = \frac{\text{ค่าใช้จ่ายในการลงทุน}}{\text{ผลตอบแทนสุทธิเฉลี่ยต่อปี}}$$

5) การวิเคราะห์ความไหวตัวต่อการเปลี่ยนแปลง (Sensitivity Analysis)

การวิเคราะห์ความไหวตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น เป็นการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อต้นทุนและรายได้ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อรายได้สุทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการวิเคราะห์ความไหวตัวต่อการเปลี่ยนแปลงจะทำให้ผู้ประเมินทราบว่า หากมีตัวแปรใดที่ไม่เป็นไปตามที่ประมาณการไว้แล้วนั้น จะมีผลกระทบต่อรายได้สุทธิของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ทั้งนี้เพื่อจะได้หาทางควบคุมป้องกันหรือปรับปรุงแก้ไข ตัวแปรเหตุต่างๆเหล่านั้น ไปเป็นการล่วงหน้า เพื่อจะทำให้การตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาโรคเป็นไปอย่างคุ้มค่าที่สุด

สำหรับปัจจัยที่จะมีผลต่อต้นทุนการรักษาโรคนั้น จะต้องวิเคราะห์ถึง ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของต้นทุนการรักษาโรคนั้น มักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับราคาเป็นสำคัญ

2.2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาต้นทุนและผลตอบแทนของผู้ป่วยในการรักษาโรคธาลัสซีเมีย โดยใช้วิธีปลูกถ่ายไขกระดูกและสเต็มเซลล์นั้น ได้ศึกษาและรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการศึกษาดังนี้

ทศพร วิมลกิจ (2546) ต้นทุนต่อหน่วยของระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระยะสั้น และระยะยาวตามลำดับ ศึกษาต้นทุนบริการ และวิเคราะห์ต้นทุน

บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาและทันตกรรม ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 กรุงเทพมหานคร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเตรียมงบประมาณรวมทั้งจัดเตรียมทรัพยากรในรูปแบบต่าง ๆ ให้เหมาะสมสำหรับระยะสั้นและระยะยาว

หน่วยต้นทุนต่างๆ ในศูนย์บริการสาธารณสุข 16 จะถูกจัดเป็นหน่วยต้นทุนด้านบริการและด้านสนับสนุนบริการ การกระจายต้นทุนใช้การคำนวณแบบสมการพีชคณิตเส้นตรงในการกระจาย ต้นทุนจากหน่วยต้นทุนชั่วคราวไปยังหน่วยรับต้นทุนสุดท้าย

ต้นทุนต่อหน่วยของผู้มาใช้บริการ เท่ากับ 372.76 บาท ต้นทุนต่อหน่วยของผู้ประกันตน 532.83 บาท ต้นทุนต่อหน่วยของผู้ประกันตนเฉพาะงานส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรค 288.95 บาท ต้นทุนต่อหน่วยของผู้ประกันตนเฉพาะงานรักษาพยาบาล 183.47 บาท ต้นทุนด้านแรงงานสูงถึง 83.67 % ต้นทุนค่าลงทุน 6.09 % และค่าวัสดุ 10.24 % ของต้นทุนทั้งหมด

ต้นทุนต่อหน่วยของงานรักษาพยาบาลต่ำกว่างบประมาณ ขณะที่ต้นทุนต่อหน่วยงานส่งเสริมและควบคุมโรคสูงกว่างบประมาณ เนื่องจากงานรักษาพยาบาลมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมาใช้บริการที่โรงพยาบาลอื่นๆ ด้วย และงานส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรค ทางศูนย์มีการจัดรูปแบบบริการที่มากกว่าศูนย์บริการสาธารณสุขอื่น การเพิ่มประสิทธิภาพด้านแรงงานและการลดต้นทุนด้านแรงงานจึงเป็นมาตรการ

ผลการวิเคราะห์พบว่าต้นทุนรวม ของศูนย์สิทธิรักษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เมื่อไม่รวมค่าเสียโอกาสที่ดิน มีมูลค่า 39.08 ล้านบาท แบ่งเป็น ต้นทุนลงทุน ต้นทุนค่าแรง และต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 11.82 ล้านบาท 16.0 ล้านบาท และ 11.26 ล้านบาทตามลำดับ คิดเป็นต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยได้ดังนี้ ต้นทุนต่อครั้งของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 562 บาท ต้นทุนต่อรายของผู้ป่วยในเท่ากับ 22,140 บาท และต้นทุนต่อวันนอนของผู้ป่วยในเท่ากับ 1,089 บาท คิดเป็นต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยเฉพาะค่าแรงและวัสดุได้ดังนี้ ต้นทุนต่อครั้งของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 434 บาท ต้นทุนต่อรายของผู้ป่วยในเท่ากับ 18,080 บาท และต้นทุนต่อวันนอนของผู้ป่วยในเท่ากับ 890 บาท คิดเป็นต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วยเฉพาะค่าวัสดุได้ดังนี้ ต้นทุนต่อครั้งของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 222 บาท ต้นทุนต่อรายของผู้ป่วยในเท่ากับ 11,979 บาท และต้นทุนต่อวันนอนของผู้ป่วยในเท่ากับ 589 บาท

ในการวิเคราะห์การคืนทุน เมื่อคำนวณรวมทั้งผู้ป่วยนอกและใน เปรียบเทียบกับรายได้ **วัชระ ลีวไพบูรณ์ (2544)** การวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและผู้พิการของศูนย์สิทธิรักษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของศูนย์สิทธิรักษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2542 การวิเคราะห์ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจย้อนหลัง และคิดต้นทุนแบบจากบนลงล่าง โดยการคิดค่าเสื่อมราคาใช้วิธีคำนวณแบบเส้นตรง (Straight line method) ส่วนการจัดสรรต้นทุน

ทางอ้อม ใช้วิธีคำนวณแบบสมการเส้นตรง (Simultaneous equation method) ได้ที่ควรจะได้รับ มีดังนี้ เมื่อคิดต้นทุนรวมทั้งหมดมีค่าเท่ากับร้อยละ 56.7 เมื่อคิดเฉพาะต้นทุนค่าแรงและค่าวัสดุ มีค่าเท่ากับร้อยละ 91.6 และเมื่อคิดเฉพาะต้นทุนค่าวัสดุ มีค่าเท่ากับร้อยละ 156.5 กรณีเปรียบเทียบกับรายได้ที่ได้รับจริงมีดังนี้ มีอัตราต้นทุนร้อยละ 33.0, 53.3 และ 91.2 สำหรับการคิดต้นทุนทั้งหมด คิดเฉพาะต้นทุนค่าแรงและค่าวัสดุ และการคิดเฉพาะต้นทุนค่าวัสดุ ตามลำดับ เมื่อประยุกต์ใช้ ข้อมูลต้นทุนเหล่านี้ในการวิเคราะห์ต้นทุนผู้ป่วยในเฉพาะโรค พบว่าต้นทุนเฉลี่ยของผู้พิการอัมพาต จากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีวันนอนเฉลี่ย 43.2 วัน มีค่าเท่ากับ 47,045 บาทต่อราย

ข้อมูลที่ได้เหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการบริหารงบประมาณและการเงิน การปรับปรุง ประสิทธิภาพ และพัฒนางานในความรับผิดชอบของหน่วยงานต่อไปได้ อย่างไรก็ดี เพื่อให้การคิด ต้นทุนมีความชัดเจนและจำเพาะกับการรักษาผู้ป่วยโรคต่างๆ ควรมีการวิเคราะห์ต้นทุนของการ บริการแต่ละชนิด จากนั้นจึงคำนวณต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยแต่ละประเภทตามชนิดและปริมาณ กิจกรรมบริการที่ได้รับจริง สำหรับในเชิงบริหารควรมีการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจ ในการวิเคราะห์ต้นทุนเพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติงานที่มุ่งเน้นความมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ ควรให้ควบคู่ไปกับการพัฒนาดัชนีชี้วัดผลผลิตของหน่วยงาน ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพด้วย

สุชาติ แห่งทางธรรม (2541) เศรษฐศาสตร์การคลังเพื่อสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับจัดสรรงบประมาณในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 1-3 เฉลี่ยประมาณร้อยละ 3-3.5 ของงบประมาณทั้งหมดของประเทศซึ่งค่อนข้างน้อยจนกระทั่งช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 6.16 แผนพัฒนาการ สาธารณสุข ฉบับปัจจุบันระบุว่า มีปัญหาการกระจายทรัพยากรให้แก่งานด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ การกระจายทรัพยากรเป็นไปอย่างไม่เท่าเทียม กันระหว่างเมืองและชนบท มีการใช้ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลืองโดยเฉพาะเครื่องมือแพทย์ที่มีราคา แพง การใช้จ่ายบางประเภทที่ไม่จำเป็น ตลอดจนการมีระบบประกันสุขภาพบางประเภทที่ไม่มีการ ควบคุมค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของสังคมสูงขึ้น

เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันในเรื่องบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและบริการทาง การแพทย์ที่จำเป็นและระบบสาธารณสุขสามารถพึ่งตนเองทางการเงินได้รัฐบาลควรพยายาม หารายได้เพิ่มขึ้นจากผู้ใช้บริการของรัฐที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองได้ โดยการ กำหนดค่าบริการให้เหมาะสมกับต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ส่งเสริมการประกันสุขภาพที่ผู้มี ฐานะดีและผู้มีรายได้ปานกลาง สามารถช่วยตนเองได้เพื่อช่วยลดภาระงบประมาณให้มีเหลือ สำหรับใช้จ่ายในแผนงานบริการสุขภาพอื่นๆ ที่จำเป็น

นอกจากนี้ควรสนับสนุน ให้มีการนำเอาระบบภาษี ที่มีการนำเอาระบบภาษี ที่มีการหัก รายได้ส่วนหนึ่งจากภาษีบางรายการที่เรียกเก็บจากสินค้า และบริการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของ

ประชาชนมาใช้เพื่อสนับสนุนงานด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะด้วยในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ยังคงต้องการการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับ สภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน ตลอดจนสถานะทางการเงินการคลังของประเทศด้วย

ลักษณะของตลาดภาคสุขภาพนำไปสู่ความล้มเหลวของตลาด (Market failure) รัฐบาลจึงต้องเข้ามาแทรกแซง ขณะเดียวกันความล้มเหลวของรัฐบาล(government failure) ก็อาจเกิดขึ้นได้ หากการดำเนินงานของรัฐบาลขาดประสิทธิภาพ การกำกับดูแลภาคเอกชนในการให้บริการที่เหมาะสม ประกอบกับการพิจารณาจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยเฉพาะในเรื่องบริการสุขภาพและการแพทย์ เพื่อประโยชน์สุขแก่คนส่วนใหญ่ของประเทศ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็น

นอกจากต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของประชาชน ชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน ทุกฝ่ายแล้วสถาบันทั้งภาครัฐและเอกชนยังต้องมีจิตสำนึก ร่วมกันรับผิดชอบต่อเป้าหมายสุขภาพดี ถ้วนหน้า การพัฒนาสาธารณสุขจะประสบผลสำเร็จได้ด้วยดีก็ต่อเมื่อผู้นำรัฐบาล และผู้บริหารของกระทรวงมีวิสัย-ทัศน์กว้างไกล และตระหนักถึงคุณค่าของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างแท้จริง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved