

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพ หมายถึงสภาวะหรือสภาวะที่เป็นสุขทั้งกาย ใจ จิตวิญญาณ และอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข สุขภาพเกี่ยวพันเชื่อมโยงกับเรื่องต่างๆ ที่มีใช้เฉพาะเรื่องระบบบริการด้านการแพทย์เท่านั้น แต่สุขภาพเกี่ยวข้องกับระบบความคิดของสังคม ระบบความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม ระบบการศึกษา ระบบสังคม เศรษฐกิจและการเมืองอย่างแยกกันไม่ออก

ในปัจจุบันคนไทยใช้จ่ายด้านสุขภาพปีละเกือบ 3 แสนล้านบาท ส่วนใหญ่ใช้เพื่อซ่อมเสริมสุขภาพที่เสียไป เงินจำนวนนี้รัฐจ่ายเพียง 1 ใน 4 เท่านั้น ส่วนมากประชาชนต้องจ่ายเอง จึงส่งผลให้ประชากรบางกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี หรือไม่มีความสามารถจ่ายทางเศรษฐกิจไม่สามารถเข้าถึงหรือขาดโอกาสในการได้รับบริการการแพทย์และสาธารณสุข หรือได้รับบริการที่ด้อยคุณภาพ และยิ่งกว่านั้นระบบบริการที่เน้นการซ่อมสุขภาพที่เสียก็มักมีราคาแพงขึ้นเรื่อยๆ และส่วนหนึ่งก็ได้กลายเป็นธุรกิจค้ากำไรอีกด้วย

สำหรับโรคที่เป็นปัญหาหลักของปัญหาทันตสุขภาพ คือโรคฟันผุและสภาวะเหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์ จากข้อมูลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติซึ่งทำการสำรวจทุก 5 ปี ก็พบว่าสภาวะโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่ายังคงมีปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขและการจัดบริการทันตสุขภาพในปัจจุบันยังไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพปัญหา

จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2537 พบว่ามีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้น ที่ได้รับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา และส่วนใหญ่จะใช้บริการในสถานบริการภาครัฐ แสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางทันตกรรม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการให้การรักษาทางทันตกรรมนั้นมีขีดจำกัด คือทันตแพทย์ 1 คนสามารถให้บริการได้ประมาณ 15 – 20 คนต่อวันเท่านั้น และการกระจายตัวของทันตแพทย์ในแต่ละพื้นที่ก็ไม่เท่ากัน เคยมีการวิเคราะห์ความต้องการทันตแพทย์พบว่าอัตราส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากรที่ต้องการคือ 1:7,000-8,000 คน แต่เมื่อเทียบกับอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในชนบทของไทย พบว่ายังห่างกันอยู่มากถึง 7 เท่า ดังตาราง 1.1 ซึ่งถ้าต้องการให้มีการให้บริการกับผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น ก็หมายความว่าต้องมีการเพิ่มทันตแพทย์ เครื่องมือ สถานบริการ ผู้ช่วย และสวัสดิการต่างๆ ซึ่งในภาวะปัจจุบันโอกาสที่จะเพิ่มจำนวน

บุคลากรดังกล่าวเป็นไปได้ไม่น้อยมาก และผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับบริการทางภาคเอกชนได้ ก็ต้องเข้าสู่ระบบบริการของรัฐ ซึ่งปัจจุบันก็มีไม่เพียงพออยู่แล้ว ส่วนผู้ให้บริการซึ่งก็คือกลุ่มทันตแพทย์เองในระบบราชการก็ให้บริการตามเวลาและในศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่แล้ว โดยใช้ระบบไครมา ก่อนได้ก่อน นอกจากนี้จากปัญหาที่ค่าทำฟันมีราคาแพง ทำให้คนที่ไม่มีเงินต้องทนทุกข์ทรมานกับปัญหาสุขภาพในช่องปาก ซึ่งสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าทำฟันมีราคาแพงก็เนื่องมาจากอุปสรรคในการทำฟันมีราคาแพง จึงทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายของการให้บริการมีอัตราที่สูง

ตาราง 1.1 อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในเขตชนบท พ.ศ. 2541 จำแนกเป็นรายภาค

ภาค	จำนวนประชากร นอกเขต อ.เมือง	จำนวนทันตแพทย์ ใน โรงพยาบาลชุมชน	ประชากรต่อ ทันตแพทย์ 1 คน
กลาง	9,073,491	220	41,243
ตะวันออกเฉียงเหนือ	17,502,473	251	69,732
เหนือ	8,955,786	198	45,231
ใต้	5,606,041	119	47,110
รวม	41,138,061	788	52,206

ที่มา : เอกสารจัดสรรทันตแพทย์ใช้ทุน พ.ศ. 2542

ผู้ป่วยทางทันตกรรมที่มารับบริการในภาครัฐนั้น เป็นส่วนน้อยของผู้ป่วยทันตกรรมทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากช่องทางการให้บริการของรัฐมีจำกัดอยู่อย่างมาก ทั้งเวลา สถานที่ และจำนวนบุคลากร จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยอมจ่ายมากกว่าเพื่อไปรับบริการจากภาคเอกชนแทน แต่ก็ยังมีอีกส่วนหนึ่งที่ยอมอยู่เฉยๆ เพราะคิดว่าโรคที่เป็นอยู่ไม่รุนแรง ซึ่งคนกลุ่มนี้มีอยู่ไม่น้อยและเป็นกลุ่มที่มีโอกาสในสังคมค่อนข้างต่ำ แต่มีความชุกของโรคสูง ถ้ารัฐบาลสามารถทำให้ช่องทางการให้บริการของคนกลุ่มนี้มีมากขึ้น สะดวกขึ้น ทั้งเรื่องเวลาและค่ารักษา คาดว่าคนกลุ่มนี้จะมีจำนวนมากทีเดียว อย่างไรก็ตามก็ดีสำหรับโรคในช่องปากนั้น ประชาชนยังมีการดูแลตนเองเป็นหลัก โดยให้ความหมายของ “ปัญหาในช่องปาก” แตกต่างจากทันตบุคลากร กล่าวคือเมื่อเห็นว่ามีปัญหา รุนแรงและไม่สามารถแก้ปัญหาเองได้จึงจะมาพบทันตบุคลากร

ในอดีตรัฐเข้ามาผลิตบริการสุขภาพเอง เพราะกลไกตลาดล้มเหลว จึงไม่มีเอกชนเข้ามาให้บริการ แต่ในปัจจุบันมีสถานบริการเอกชนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและให้บริการได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ แต่ก็ยังพบว่า มีประชาชนส่วนหนึ่งเข้าไม่ถึงบริการของภาคเอกชน ทั้งนี้เพราะค่าบริการมีราคาแพงและมีแนวโน้มที่จะแพงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าตลาดบริการสุขภาพเป็นตลาดที่มีการแข่งขันไม่สมบูรณ์ (Imperfect Competition Market) ไม่ใช่กลไกตลาดล้มเหลว (Market Failure) อีกต่อไป

การที่ถือว่าตลาดบริการสุขภาพไม่ใช่ตลาดแข่งขันสมบูรณ์นั้น เป็นเพราะลักษณะของสินค้าสุขภาพเอง กล่าวคือการเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน (Uncertainty) ไม่สามารถกำหนดหรือล่วงรู้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุ และเมื่อเจ็บป่วยถึงระดับหนึ่งแล้ว จำเป็นต้องได้รับการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยมีการรับรู้จำกัดในเรื่องโรคและกระบวนการรักษา จึงมักมอความไว้วางใจให้แพทย์ช่วยตัดสินใจแทน

ในด้านประสิทธิภาพของการกำหนดราคา จะเห็นว่าในการให้บริการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลสามารถกำหนดราคาค่าบริการได้เองโดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป็นแนวทางกว้างๆ ซึ่งเป็นเพียงกรอบในเชิงนโยบาย โดยมีได้มีพื้นฐานจากโครงสร้างต้นทุนการให้บริการนั้นๆ อย่างแท้จริง หรืออาจมีการอิงต้นทุนการผลิตอยู่บ้าง แต่ก็เพียงส่วนน้อยเท่านั้น

สำหรับในระดับโรงพยาบาลนั้น แพทย์มีบทบาทสำคัญไม่น้อยในการกำหนดราคาค่าบริการจากผู้มารับบริการ กล่าวคือโดยทั่วไปแล้วในการกำหนดราคาในโรงพยาบาลของรัฐนั้น มักใช้พื้นฐานระดับราคาที่คุณกำหนดวินิจฉัยเอาเองว่าน่าจะเป็นระดับราคาที่เหมาะสมประการหนึ่ง และมักใช้พื้นฐานการวินิจฉัยของแพทย์ประกอบด้วยอีกประการหนึ่ง จึงมีลักษณะคล้ายๆ กับเป็นการคิดราคาตามบริการที่จัดให้ หรือ fee-for-service ซึ่งหมายความว่าอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะคุณภาพและปริมาณของบริการ หรือแตกต่างกันได้ในระหว่างผู้มารับบริการแต่ละราย

จากการด้อยประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจการเงินทางด้านสาธารณสุข ซึ่งมักเกิดขึ้นและเป็นไปตามสภาพของการที่ไม่มีมาตรฐานราคาค่าบริการที่แน่นอน ตลอดจนการคิดราคาค่าบริการที่ไม่ได้อาศัยพื้นฐานของโครงสร้างต้นทุนการผลิต และการคิดราคาค่าบริการเกินปกติด้วยวิธีต่างๆ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นทันตบุคลากร โรงพยาบาลสันทราย ซึ่งเป็นสถานบริการของรัฐ จึงมีความประสงค์ที่จะทำการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนและรายรับเฉลี่ยต่อครั้งบริการทันตกรรม เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น สำหรับผู้บริหาร จะได้นำมาประกอบการตัดสินใจวางแผนและปรับปรุงการดำเนินงาน ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณที่มีอยู่ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

1.2 วัตถุประสงค์

1. ศึกษาต้นทุนต่อครั้งบริการของการบริการทันตกรรมแต่ละประเภท
2. ศึกษาารายรับต่อครั้งบริการจากการให้บริการทันตกรรมแต่ละประเภท

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ใช้ประกอบกับอัตราค่าบริการของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อตั้งราคาค่าบริการที่เหมาะสม และเป็นธรรม คือราคาถูก แต่เอื้ออำนวยให้โรงพยาบาลยังสามารถดำเนินการต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง
2. เป็นประโยชน์ในการวางแผนและปรับปรุงการดำเนินงาน ตลอดจนการตั้งและจัดสรรงบประมาณทางด้านทันตกรรมของโรงพยาบาล ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาต้นทุนและรายรับต่อครั้งของการให้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2543 – 30 กันยายน 2544 โดยจะศึกษาในงานบริการทันตกรรม 8 ประเภท ได้แก่

1. งานตรวจวิเคราะห์ เวชศาสตร์ช่องปาก และงานเบ็ดเตล็ด
2. งานทันตศัลยกรรม (ถอนฟัน)
3. งานทันตกรรมหัตถการ (อุดฟัน)
4. งานปริทันตวิทยา
5. งานทันตกรรมประดิษฐ์ (ใส่ฟัน)
6. งานศัลยกรรมช่องปาก
7. งานรักษาคดองรากฟัน
8. งานทันตกรรมป้องกัน

1.5 คำนิยามที่ใช้ในการศึกษา

1. ผู้มารับบริการทันตกรรม หมายถึง ผู้ที่มีมารับบริการตรวจรักษาทางทันตกรรม โดยอาจเป็นผู้ป่วยนอก คือไม่ได้เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเป็นผู้ป่วยในคือผู้ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

2. จำนวนครั้งบริการ หมายถึง จำนวนครั้ง (visit) ที่ผู้ป่วยมารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาล
3. ฝ่ายทันตสาธารณสุข หมายถึง ฝ่ายทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลสันทราย ซึ่งมีหน้าที่ให้บริการด้านส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพสุขภาพช่องปาก ให้แก่ผู้มารับบริการทันตกรรม
4. ต้นทุน (Cost) หมายถึง จำนวนเงินที่จ่ายไปเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือบริการ (Final Product or Output) ในการดำเนินงานจัดบริการแก่ผู้มารับบริการ ซึ่งในการทำศึกษาค้างนี้ จะศึกษาเฉพาะต้นทุนทางตรง ซึ่งประกอบด้วย
 - 4.1 ต้นทุนคงที่ (Fixed Cost) ได้แก่
 - 4.1.1 ต้นทุนค่าแรง (Labor Cost) หมายถึง รายจ่ายที่จ่ายให้กับเจ้าหน้าที่เป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน รวมทั้งสวัสดิการต่างๆ ที่จ่ายให้ในรูปตัวเงิน ได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทนล่วงเวลา ค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติราชการ เงินช่วยเหลือบุตร ค่าเล่าเรียนบุตร และค่ารักษาพยาบาล
 - 4.1.2 ต้นทุนค่าเสื่อมราคาของการลงทุนแต่ละหน่วยต้นทุน (Capital Depreciation Cost) หมายถึง ต้นทุนค่าเสื่อมราคาประจำปี (Depreciation Cost) ของครุภัณฑ์ และอาคารสิ่งก่อสร้างในโรงพยาบาล โดยคิดค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง (Straight Line Method)
 - 4.2 ต้นทุนแปรผัน (Variable Cost) ซึ่ง ได้แก่ ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost) หมายถึง ค่าวัสดุทุกประเภทที่ฝ่ายทันตสาธารณสุขเบิกจากหน่วยงานต่างๆ เช่น หน่วยพัสดุ และคลังเวชภัณฑ์ รวมทั้งค่าซ่อมแซม บำรุงรักษาต่างๆ
5. ต้นทุนรวม (Total Cost) หมายถึง ผลรวมของต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าเสื่อมราคา
6. ต้นทุนต่อครั้งบริการ (Unit Cost) หมายถึง ต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการให้บริการแก่ผู้มารับบริการ 1 ครั้ง
7. รายได้ที่พึงได้ (Accrual Revenue) หมายถึง ผลรวมของรายได้จริง (Actual) , บัตรสงเคราะห์ (Free Card) , บัตรสุขภาพ (Health Card) , บัตรลดหย่อน (Discount Card) และลูกหนี้ (Debt) ตลอดระยะเวลาที่เก็บข้อมูล
8. รายได้จริง (Actual Revenue) หมายถึง รายได้ที่ได้รับจากผู้มารับบริการชำระจริง
9. รายได้ต่อครั้งบริการทันตกรรม (Unit Dental Service Revenue) หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อการให้บริการทันตกรรม 1 ครั้ง

10. **สัดส่วนการได้ทุนคืน (Cost Recovery)** หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ที่เก็บได้จริงและต้นทุนของหน่วยงาน

11. **ต้นทุนต่อครั้งของประเภทของการบริการทันตกรรม** หมายถึง ต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นในการให้บริการผู้มารับบริการ 1 ครั้ง จำแนกตามประเภทของงานทันตกรรม โดยจะนับตั้งแต่ครั้งแรก จนกระทั่งเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาในประเภทนั้นๆ ได้แก่ การบริการ

1. งานตรวจวิเคราะห์ เวชศาสตร์ช่องปาก และงานเบ็ดเตล็ด
2. งานทันตศัลยกรรม (ถอนฟัน)
3. งานทันตกรรมหัตถการ (อุดฟัน)
4. งานปริทันตวิทยา
5. งานทันตกรรมประดิษฐ์ (ใส่ฟัน)
6. งานศัลยกรรมช่องปาก
7. งานรักษาคดองรากฟัน
8. งานทันตกรรมป้องกัน

12. **อัตราการเก็บเงินได้** หมายถึง สัดส่วนของรายรับที่แท้จริงต่อรายรับที่พึงได้ คิดเป็นร้อยละ เป็นการแสดงให้เห็นว่า จากราคาค่าบริการ 100 บาท เก็บเงินจากผู้มารับบริการได้เท่าไร

13. **Net Cost Recovery (%)** หมายถึง สัดส่วนของรายรับจริงต่อต้นทุนรวมของการบริการ คิดเป็นร้อยละ เป็นการแสดงให้เห็นว่า รายรับจริงเป็นร้อยละเท่าไรของต้นทุนรวม

14. **Material Cost Recovery (%)** หมายถึง สัดส่วนของรายรับจริงต่อต้นทุนค่าวัสดุของการบริการ คิดเป็นร้อยละ เป็นการแสดงให้เห็นว่ารายรับจริงเป็นร้อยละเท่าไรของต้นทุนค่าวัสดุ