

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ส่งผลกระทบเป็นอย่างมากต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนและระบบการจัดบริการรักษาพยาบาลของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ปัญหาของระบบบริการสุขภาพไทยที่เกิดขึ้น เช่น ความต้องการบริการสุขภาพของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพมีราคาแพง รัฐบาลมีงบประมาณจำกัด ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง การบริการขาดคุณภาพ ขาดแคลนบุคลากร ระบบบริการขาดประสิทธิภาพ ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างสถานพยาบาล เป็นต้น สภาพปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมานานแล้ว ปัญหาบางอย่างทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาด้านเศรษฐกิจเมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 ทำให้เกิดผลกระทบต่องบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศ ความต้องการงบประมาณเพื่อใช้ในด้านสาธารณสุขมีมากขึ้น ในขณะที่งบประมาณมีจำกัด การจัดบริการของโรงพยาบาลเป็นการลงทุนอย่างหนึ่ง ซึ่งต้องคำนึงถึงความคุ้มค่าในการลงทุนและการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม เพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงจำเป็นต้องมีการประยุกต์หลักการทางเศรษฐศาสตร์เข้ากับความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อช่วยในการตัดสินใจนำทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน การศึกษาต้นทุนของการให้บริการเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากร เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจในการใช้ทรัพยากร ได้อย่างเหมาะสมกับสถานะที่ขาดแคลน และในขณะเดียวกันก็ต้องให้บริการที่มีคุณภาพ สามารถตรวจสอบได้ ตลอดจนตอบสนองนโยบายสุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ (good health at low cost)

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2540 เป็นมูลค่า 3,925 เหรียญสหรัฐต่อหัวของประชากร หรือคิดเป็นร้อยละ 13.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ในขณะที่ประเทศที่กำลังพัฒนามีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 1,728 เหรียญสหรัฐหรือคิดเป็นร้อยละ 7.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ จากปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2540 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ของประเทศสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.3 ต่อปี เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.8 ต่อปี จะเห็นว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา (Anderson and Poullier, 1999) เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ ในทวีปเอเชีย พบว่าประเทศอินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ ศรีลังกา มาเลเซีย ไทย สิงคโปร์และเกาหลีใต้ มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2541 คิดเป็นร้อยละ 1.8, 2.3, 1.8, 2.4, 6.2, 3.6 และ 5.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติตามลำดับ ซึ่งพบว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าประเทศต่างๆ ในทวีปเอเชีย (กระทรวงสาธารณสุข, 2542ข, หน้า 204)

สำหรับประเทศไทยงบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจาก 55,236.20 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2539 เป็น 66,544.31 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2540 คิดเป็นร้อยละ 6.64 และ 7.05 ของงบประมาณรวมของประเทศตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 20.47 ต่อปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2542ก) ค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุขที่สูงมากขึ้นนี้ ประมาณได้ว่าเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลร้อยละ 50 เป็นค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมสุขภาพเพียงร้อยละ 34 ของงบประมาณที่ได้รับ (อนุวัฒน์ สุขชุตติกุล และ งามจิตต์ จันทรสานิต, 2541, หน้า 130) ประเด็นสำคัญที่น่าสังเกตคือบริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลมีต้นทุนสูง แต่ผลตอบแทนทางสุขภาพต่ำกว่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หลังวิกฤตเศรษฐกิจรัฐบาลมีการใช้จ่ายงบประมาณที่จำกัด กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณในปี พ.ศ. 2541 ลดลงร้อยละ 12.7 (ปริดา แต่อารักษ์ และอารยา ถาวรวันชัย, 2542, หน้า 5) ในขณะที่ความต้องการใช้บริการของประชาชนเพิ่มมากขึ้น การจัดสรรทรัพยากรไปใช้ในด้านการรักษาพยาบาลมีมูลค่าสูง ทำให้ไม่สามารถจัดสรรทรัพยากรไปใช้ในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนได้อย่างเต็มที่

สถานพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐนั้นมีค่าใช้จ่ายในการลงทุนและดำเนินการค่อนข้างสูง ทั้งนี้อาจเพราะการจัดการบริการของสถานพยาบาลนั้นครอบคลุมตั้งแต่การให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โภชนาการ การรักษาความสะอาดและควบคุมการติดเชื้อ การซักฟอก การบริการพัสดุและบุคลากร และอื่นๆ อีกมากมาย การวิเคราะห์ต้นทุนของหน่วยต้นทุน เปรียบเทียบขนาดของต้นทุนและขนาดองค์ประกอบของต้นทุนจะทำให้ทราบว่าต้นทุนที่เป็นองค์ประกอบหลักเป็นส่วนใด การพยายามลดต้นทุนจะมุ่งไปที่ส่วนนั้น จากการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการของโรงพยาบาลหลายแห่ง เปรียบเทียบสัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุ : ต้นทุนค่าลงทุน พบว่าต้นทุนที่มากที่สุดคือต้นทุนค่าวัสดุ ซึ่งได้แก่ ค่ายา เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาและค่าวัสดุการแพทย์ ซึ่งเป็นต้นทุนส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้น ณ ฝ่ายเภสัชกรรมและเป็นต้นทุนที่แปรผันตามปริมาณการให้บริการ (คนองยุทธ กาญจนกุล และคณะ, 2523ข, หน้า 103-107, และ สมศักดิ์ ผ่องประเสริฐ, 2530, หน้า 77)

จากการวิเคราะห์ต้นทุนของฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลพะเยา ในปีงบประมาณ 2541 ของ Rangpholsumrit (1999, p67) พบว่าต้นทุนทั้งหมดของฝ่ายเภสัชกรรมประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงร้อยละ 95.12 และต้นทุนทางอ้อมเพียงร้อยละ 4.88 เท่านั้น ในส่วนของต้นทุนทางตรงเป็นต้นทุนค่าวัสดุร้อยละ 83.47 คิดเป็นร้อยละ 51.25 ของต้นทุนค่าวัสดุของทั้งโรงพยาบาล แนวทางในการลดต้นทุนของฝ่ายเภสัชกรรมคือการลดต้นทุนค่าวัสดุ เพราะหากสามารถลดต้นทุนค่าวัสดุลงได้มากก็จะสามารถลดต้นทุนต่อหน่วยลงได้มากเช่นกัน (Thadtapong, 1998, p62)

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 14 แห่ง หลายๆ แห่งได้มีการศึกษาคุณภาพ และความพึงพอใจในการให้บริการมาบ้างแล้ว แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนของการให้บริการ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายหลักของการบริหารโรงพยาบาลคือการให้บริการที่ดี มีคุณภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงด้วยค่าบริการที่เหมาะสม ผู้ศึกษาในฐานะเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงสนใจที่จะศึกษาด้านต้นทุนและต้นทุนต่อหน่วยของงานในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการควบคุมกำกับ ต้นทุนของฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน การกำหนดนโยบาย วางแผน จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ สำหรับฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ กระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางในการศึกษาด้านต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการของฝ่ายอื่นๆ ในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาด้านต้นทุน และต้นทุนต่อหน่วยของงานในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ขอบเขตของการศึกษา

เป็นการวิเคราะห์หาต้นทุน และต้นทุนต่อหน่วยของงานในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยศึกษาข้อมูลใน 2 ไตรมาสแรก (6 เดือนแรก) ของปีงบประมาณ 2543 (1 ตุลาคม 2542-31 มีนาคม 2543) ในทัศนะของผู้ให้บริการ (provider perspective)

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะต้นทุนทางตรง (direct cost) ของงานในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนเท่านั้น ไม่คิดรวมต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) ที่กระจายมาจากฝ่ายอื่น

2. อาคารสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่หมดอายุการใช้งานถือว่าไม่มีค่าเสื่อมราคา
3. ที่ดิน อาคาร สิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์ที่ได้รับการบริจาค ไม่นำมาคิดเป็นต้นทุนค่าลงทุน
4. การศึกษาต้นทุน และต้นทุนต่อหน่วยของงานในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน จะเป็นค่าเฉลี่ยของต้นทุนโดยไม่คำนึงถึง
 - ขนาดของโรงพยาบาล
 - ความยากง่ายของงานในการให้บริการ
 - ความแตกต่างของการสูญเสียวัสดุที่ใช้ในการให้บริการแต่ละครั้ง
 - ความแตกต่างของเวลาในการปฏิบัติงานหรือการให้บริการ
 - สิทธิในการรักษา
 - ลักษณะของผู้ป่วย
 - ชนิดและความรุนแรงของโรค
5. ค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์และอาคารสิ่งก่อสร้าง ไม่ได้คิดมูลค่าเป็นปีปัจจุบัน

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ต้นทุน (Cost) หมายถึง ค่าเฉลี่ยของต้นทุนของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 แห่ง เป็นค่าใช้จ่ายหรือทรัพยากรที่สามารถวัดเป็นตัวเงินที่โรงพยาบาลจะต้องเสียไปในการทำงานหรือกิจกรรมใดๆ เพื่อจัดบริการให้แก่ผู้ที่มารับบริการจากฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษามีดังนี้

- ต้นทุนค่าแรง (Labour cost) หมายถึง รายจ่ายที่ให้เจ้าหน้าที่เป็นค่าแรงในการปฏิบัติงาน รวมทั้งสวัสดิการต่างๆที่จ่ายให้เจ้าหน้าที่ในรูปตัวเงิน ได้แก่ เงินเดือน ค่าทำการล่วงเวลา เบี้ยเลี้ยง ค่ารักษาพยาบาล (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เงินช่วยเหลือบุตร ค่าเล่าเรียนบุตร เงินพิเศษไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว ไม่รวมเงินสวัสดิการนอกระบบที่ไม่ใช่เงินงบประมาณหรือเงินบำรุง

- ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุของใช้สิ้นเปลืองทั้งหมดในการดำเนินงาน ได้แก่ ค่ายาและวัสดุที่ใช้ในการจ่ายยา ค่าสาธารณูปโภค และค่าวัสดุสำนักงานและงานบ้านงานครัว เป็นต้น

- ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost) หมายถึง ต้นทุนค่าเสื่อมราคาประจำปี (Depreciation cost) ของครุภัณฑ์ อาคารและสิ่งก่อสร้าง โดยคิดค่าเสื่อมแบบเส้นตรง (Straight-line method) ค่าเสื่อมราคาส่งก่อสร้างของแต่ละหน่วยงานคิดตามสัดส่วนพื้นที่ใช้สอย

ต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) หมายถึง ค่าเฉลี่ยของต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 แห่ง เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นในการให้บริการหนึ่งหน่วย โดยหน่วยของการให้บริการเป็นปริมาณงาน (number of activities) ของแต่ละงานในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน หมายถึง ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. ทราบข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ในการควบคุมกำกับต้นทุน บริหารจัดการทรัพยากร และพัฒนางานของฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
2. ทราบข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน ในการกำหนดนโยบายวางแผน จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ สำหรับฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลชุมชนอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
3. กระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการของโรงพยาบาล
4. เป็นแนวทางในการศึกษาต้นทุนของฝ่ายอื่นๆ ในโรงพยาบาลชุมชน