

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมา

ประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรงในช่วงปี พ.ศ. 2539 -2543 ส่งผลกระทบต่อให้ประเทศขาดเงินทุนสำรองและมีหนี้สินจำนวนมาก แม้ว่ารัฐบาลได้มีมาตรการรองรับโครงสร้างด้านนโยบายเพื่อรับความช่วยเหลือจากต่างประเทศ แต่ประเทศไทยก็ยังคงประสบปัญหาต่าง ๆ อยู่ คือ การว่างงาน ภาวะเงินเฟ้อ ราคาสินค้าและบริการสูงขึ้น ในขณะที่รายได้ของประชาชนและครอบครัว และรายได้ของรัฐมีแนวโน้มลดลง ในระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 3.82 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) หรือมีมูลค่า 25,315 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 6.1 มูลค่า 298,459 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งเพิ่มขึ้นถึง 11.8 เท่า นับว่าเป็นอัตราที่เร็วกว่าการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ กล่าวคือการจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉลี่ยร้อยละ 8.3 ต่อปี ในขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ เพิ่มขึ้น โดยเฉลี่ยร้อยละ 5.81 ต่อปีเท่านั้น และหากคิดเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรจะเพิ่มขึ้นจาก 545 บาทในปี พ.ศ. 2523 เป็น 4,832 บาท ในปี พ.ศ. 2543 หรือเพิ่มขึ้น 8.9 เท่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2545. หน้า 312)

นับตั้งแต่รัฐบาลได้นำนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) มาสู่การปฏิบัติอย่างเต็มรูปแบบในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 (ปีงบประมาณ 2545) พบว่างบประมาณรายจ่ายทางสาธารณสุขมีแนวโน้มลดลง จะเห็นได้ว่าในปีงบประมาณ 2543 และ 2544 เป็นปีที่ยังไม่ได้มีการนำนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ พบว่างบประมาณรายจ่ายทางสาธารณสุขเท่ากับ 58,426 ล้านบาทและเพิ่มเป็น 58,697.2 ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2544 คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 1 แต่ในปีงบประมาณ 2545 และปี 2546 ซึ่งเป็นปีที่มีการนำนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ พบว่างบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุขลดลงเหลือเพียง 41,500.6 ล้านบาทและ 41,999.5 ล้านบาท ตามลำดับ และสำหรับในปีงบประมาณ 2547 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2546 เป็น 45,225.5 ล้านบาท ซึ่งสะท้อนให้เห็นข้อจำกัดด้านการเงินของประเทศค่อนข้างชัดเจน ทำให้ผู้บริหารจำเป็นต้องใช้มาตรการลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่าที่สุดยิ่งขึ้น (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2547. เอกสารออนไลน์)

นอกจากนั้น นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค) ที่มุ่งเน้นสร้างความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ คุณภาพและการสร้างสุขภาพสำหรับประชาชนคนไทยเพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรของประเทศด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดนั้น ได้ใช้วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวประชากรตามจำนวนประชากรที่มาขึ้นทะเบียนกับเครือข่ายของตนสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และกำหนดเพดานงบประมาณและใช้ข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group) เป็นเกณฑ์จัดสรรสำหรับบริการผู้ป่วยใน โดยอัตราเหมาจ่ายได้รวมรายจ่ายหมวดค่าแรงไว้ด้วย และยังมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรเงินโดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานจากการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ และประสิทธิภาพในการดำเนินงานของสถานพยาบาลอยู่ทุกปี ทั้งนี้ก็เพื่อความเหมาะสมในการกระจายงบประมาณให้สถานพยาบาลได้นำไปดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการประกันสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมประชากร งบประมาณที่โรงพยาบาลเคยได้รับมีแนวโน้มจะได้รับลดลง ในขณะที่ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่กลับมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ผู้บริหารจึงจำเป็นต้องใช้มาตรการลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร การวิเคราะห์ต้นทุนและเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโรงพยาบาลโดยใช้บันทึกการบริการของโรงพยาบาล ข้อมูลค่าใช้จ่ายทางบัญชีของทางโรงพยาบาล ลักษณะโครงสร้างของเจ้าหน้าที่ (Staff) และการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (Admission) เพื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบการดำเนินงานของโรงพยาบาล จากค่าต้นทุนเฉลี่ย (Average Cost) ต้นทุนต่อผู้ป่วยใน (Cost Per Patient Day) ต้นทุนต่อผู้ป่วยนอก (Outpatient Visit) อัตราการครองเตียง (Occupancy Rate : OR) อัตราการหมุนเวียนการใช้เตียง (Bed Turnover Rate : BTR) ค่าเฉลี่ยการนอนโรงพยาบาล (Average Length Of Stay : ALOS) ถือเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพและการให้บริการของโรงพยาบาลได้ทางหนึ่ง

วัลย์พร พัทธนฤมิต และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2544) ได้ศึกษาภาระงานของบุคลากรและประสิทธิภาพการใช้เตียงโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด ปี 2543 โดยเก็บรวบรวมข้อมูล โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดที่อยู่ในสังกัดกองสาธารณสุขภูมิภาคและกองโรงพยาบาลภูมิภาคทั่วประเทศ ส่วนภาระงานของบุคลากรที่ศึกษานั้นประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร และ พยาบาล พบว่าภาคอีสานเป็นภาคที่มีดัชนีของภาระงานต่อบุคลากรทั้ง 3 สายงาน สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ และเป็นค่าสูงที่สุดของประเทศไทยทั่วประเทศ แสดงให้เห็นว่า แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลในอีสานมีภาระงานรักษาพยาบาลมากที่สุดในประเทศไทย โดยเฉพาะในเขต 7 มีดัชนีของภาระงานของ แพทย์ เภสัชกร สูงที่สุดถึง 1.41 และ 1.30 ตามลำดับ ส่วนพยาบาลวิชาชีพมีค่าสูงสุด 1.24 ในเขต 5 สำหรับดัชนีของเตียงใช้จริงต่อบุคลากรของทั้ง 3 สายงาน อัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียง พบว่าภาคอีสานมีค่าสูงที่สุดในประเทศไทยเช่นกัน โดยเฉพาะเขต 5 มี

อัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียงสูงถึง 92% และ 100 คนต่อเตียงต่อปี ตามลำดับ ซึ่งค่าเฉลี่ยอัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียงของประเทศไทยเท่ากับ 88% และ 92 คนต่อเตียงต่อปีตามลำดับ

ในปีพ.ศ. 2543 ชัยรัตน์ ต.เจริญ และคณะ (2543) ได้ศึกษาต้นทุนและประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนในเขตสาธารณสุขที่ 10 ซึ่งประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ ลำพูน ลำปางและพะเยา ยกเว้นจังหวัดเชียงราย โดยเป็นโรงพยาบาลชุมชนทั้งสิ้น 49 แห่ง ศึกษาในส่วนของต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยผู้ป่วยนอก ต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยผู้ป่วยใน ภาระงานของบุคลากรสาธารณสุข 3 สายงาน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงประสิทธิภาพการใช้เตียงของโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษาในเรื่อง อัตราการครองเตียง อัตราหมุนเวียนการใช้เตียง และวันนอนเฉลี่ย พบว่า ต้นทุนดำเนินการทั้งหมดของโรงพยาบาลชุมชนในเขตสาธารณสุขที่ 10 โดยจำแนกตามขนาดเตียง พบว่าโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง มีต้นทุนดำเนินการสูงสุดเท่ากับ 16,575,415 บาทและต่ำสุดเท่ากับ 3,400,224 บาทโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีต้นทุนดำเนินการสูงสุดเท่ากับ 31,660,549 บาทและต่ำสุดเท่ากับ 4,854,475 บาทโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีต้นทุนดำเนินการสูงสุดเท่ากับ 41,154,954 บาทและต่ำสุดเท่ากับ 11,091,198 บาท โรงพยาบาลขนาด 90 เตียง มีต้นทุนดำเนินการสูงสุดเท่ากับ 78,189,325 บาทและต่ำสุดเท่ากับ 37,517,928 บาท สำหรับต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอก ในภาพรวมเขตสาธารณสุขที่ 10 เท่ากับ 207 บาทต่อครั้ง ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยใน ในภาพรวมเขตสาธารณสุขที่ 10 เท่ากับ 2,723 บาท/ราย เมื่อพิจารณาตามขนาดของโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลที่มีต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยในสูงสุดคือโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง เท่ากับ 3,077 บาทต่อราย รองลงมาคือขนาด 60 เตียง เท่ากับ 2,871 บาทต่อราย และขนาด 90 เตียง เท่ากับ 2,705 บาทต่อราย ภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขในเขตสาธารณสุขที่ 10 พบว่าภาระงานของแพทย์ในสัดส่วนของจำนวนครั้งของการให้บริการผู้ป่วยต่อแพทย์ 1 คน โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน มีภาระงานมากที่สุดโดยมีจำนวนครั้งของการให้บริการผู้ป่วยต่อแพทย์ 1 คน สูงถึง 111,966 ครั้ง ภาระงานของเภสัชกรพบว่า โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ มีภาระงานมากที่สุดเท่ากับ 123,278 ครั้ง และภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน มีภาระงานมากที่สุด สูงถึง 16,072 ครั้ง ในขณะที่โรงพยาบาลเมืองปาน จังหวัดลำปางมีภาระงานของบุคลากรทั้ง 3 สายงานน้อยที่สุด พบว่าภาระงานของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 10,096 ,10,096 และ 1,442 ครั้ง ตามลำดับ ประสิทธิภาพการใช้เตียงของโรงพยาบาลในเขตสาธารณสุขที่ 10 พบว่ามีอัตราการครองเตียงค่อนข้างสูง แต่เมื่อโรงพยาบาลมีขนาดใหญ่ขึ้นอัตราการครองเตียงจะลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อโรงพยาบาลมีขนาดใหญ่ขึ้นจำนวนเตียงจะเพิ่มขึ้นอัตราการครองเตียงจะ

ลดลง สัดส่วนของเตียงที่ถูกใช้จะน้อยลง ในขณะที่โรงพยาบาลขนาด 10 เตียงมีเตียงไม่พอต่อ สัดส่วนประชากรทั้งอำเภอ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการหมุนเวียนการใช้เตียงจะต่ำลงเมื่อ โรงพยาบาลมีขนาดใหญ่ขึ้น

จากข้อมูลที่มีการศึกษาในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการทางการเงินการคลังและการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขที่มีความไม่สมดุลทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ทั้งรูปแบบการผลิตการกระจายทรัพยากรซึ่งนำมาสู่ความด้อยประสิทธิภาพรวมทั้งความด้อยคุณภาพ รวมถึงที่ผ่านมาใน จังหวัดเชียงรายยังไม่ได้มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นผู้ ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาถึงต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยในการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ภาระงานของบุคลากรสุขภาพ และการใช้เตียงของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดเชียงราย ซึ่ง ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่แสดงให้เห็นต้นทุนและประสิทธิภาพการดำเนินงานของ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดเชียงราย ผู้บริหารอาจนำไปใช้ในการวางแผนการจัดสรร งบประมาณ การบริหารบุคคล และการดำเนินงานของ โรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนถึง การบริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพให้มากที่สุด รวมทั้งเป็น แนวทางในการศึกษาในจังหวัดอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1) เพื่อศึกษาต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแบบลัด ของ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดเชียงราย
- 2) เพื่อเปรียบเทียบภาระงานของบุคลากรสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัด เชียงราย
- 3) เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพการใช้เตียงของ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในจังหวัด เชียงราย

คำจำกัดความในการศึกษา

โรงพยาบาลชุมชน (Community Hospital) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ขนาด 10 - 120 เตียงทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัดเชียงราย

ต้นทุนดำเนินการ (Operating Cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในจังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2547 ที่มีบันทึกข้อมูลไว้ในแบบรายงาน 0110 รง. 5 ทั้งที่จ่ายจาก เงินงบประมาณและนอกงบประมาณ ซึ่งรวมต้นทุนค่าแรง (Labor Cost) ในหมวดเงินเดือน ค่าจ้าง ประจำ ค่าจ้างชั่วคราว ค่าตอบแทน ค่าใช้สอย และเงินเพิ่มพิเศษสำหรับ แพทย์ ทันตแพทย์ เกษีษกร

ที่ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว ค่าใช้จ่ายดำเนินการ และรายจ่ายค่าวัสดุ (Material Cost) ในหมวดค่าวัสดุ สาธารณูปโภค เงินอุดหนุน รายจ่ายอื่นๆ

ต้นทุนต่อหน่วย หมายถึงต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยในการให้บริการผู้ป่วยนอกต่อครั้ง และต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยในการให้บริการผู้ป่วยในต่อราย ของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งใน จังหวัดเชียงราย ในปีงบประมาณ 2547

บุคลากรด้านสุขภาพ หมายถึง แพทย์ เภสัชกร และ พยาบาลวิชาชีพ ทุกคนที่มีตำแหน่ง ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดเชียงราย

ภาระงานของบุคลากรด้านสุขภาพ หมายถึง จำนวนครั้งของการให้บริการผู้ป่วยนอก ทั้งหมด รวมทั้งจำนวนรายผู้ป่วยในที่ได้ปรับน้ำหนักมาเป็นจำนวนครั้งของการให้บริการผู้ป่วย นอกต่อ แพทย์ เภสัชกร และ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน

ประสิทธิภาพการใช้เตียงของโรงพยาบาลชุมชน หมายถึง อัตราการครองเตียง อัตราการ หมุนเวียนการใช้เตียง ของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดเชียงราย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1) เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาบริหารการใช้ทรัพยากรและ งบประมาณใน โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดเชียงรายให้มีประสิทธิภาพและคุ้มค่ายิ่งขึ้น เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ทางการเงินของเครือข่ายสถานพยาบาล โดยใช้ฐานข้อมูล ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของระบบการตรวจสอบภายในเพื่อเป็นกลไกในการควบคุมการบริหาร งบประมาณและทรัพยากรทางสาธารณสุขให้เป็นไปในแนวทางที่ถูกต้องและเกิดผลสัมฤทธิ์สูงสุด

2) เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารระดับสูงเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาถึงนโยบายด้านการ กระจายทรัพยากรสาธารณสุขที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากรทาง สาธารณสุขที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงปฏิรูป

ข้อดกกลงเบื้องต้น

1) การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนแบบถัด โดยการนำข้อมูลทุติยภูมิที่ได้รวบรวม จากรายงาน 0110 รง.5 จากแบบสรุปของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ประจำปี งบประมาณ 2547 มาใช้หาต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยผู้ป่วยนอกและต้นทุนดำเนินการต่อหน่วย ผู้ป่วยใน ซึ่งข้อจำกัดของวิธีนี้คือคำนวณได้เฉพาะต้นทุนดำเนินการ เนื่องจากไม่มีข้อมูลต้นทุนค่า ลงทุนในแบบฟอร์มดังกล่าว

2) จำนวนเตียงที่ใช้ในการศึกษา หมายถึง จำนวนเตียงที่รับผู้ป่วยในไว้รักษาเป็นประจำ ตามกรอบของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ไม่รวมเตียงเสริม เตียงแทรก เตียงรอกถอด เตียงทารก แรกคลอดที่มีอาการผิดปกติ เตียงตรวจโรค เตียงผ่าตัด เตียงเฝ้าสังเกต และ เตียงในหอผู้ป่วยหนัก

3) กรอบอัตรากำลัง หมายถึง ข้อมูลจำนวนบุคลากรสาธารณสุขตามรายงานของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โดยไม่คำนึงถึงว่าจะปฏิบัติหน้าที่ตรงจุดใด



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved