



บทที่ 1

บทนำ

การจัดบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในความรับผิดชอบของ กองโรงพยาบาลภูมิภาค และ กองสาธารณสุขภูมิภาค ทั้งสองกองแบ่งหน้าที่ในการจัดบริการตามระดับของการให้บริการ กองสาธารณสุขภูมิภาคดำเนินการเกี่ยวกับการจัดบริการขั้นปฐมภูมิ (primary care) ได้แก่ การจัดบริการสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งโครงการผสมผสานทางด้านสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องในส่วนที่รับผิดชอบตามนโยบายที่ได้รับมอบหมาย การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่อำเภอที่ตั้งโรงพยาบาล เป็นต้น การจัดบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (secondary and tertiary care) อยู่ในความรับผิดชอบของกองโรงพยาบาลภูมิภาค โดยมีโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เป็นจุดให้บริการในจังหวัดต่างๆของประเทศ

ในบทนี้จะกล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย ข้อจำกัดของการวิจัย นิยามศัพท์ การปริทัศน์วรรณกรรมด้านต่างๆ เพื่อสนับสนุนการวิจัย รวมทั้งการชี้ให้เห็นคุณประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยชิ้นนี้

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลศูนย์ เป็นหน่วยงานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ในสายการสนับสนุนของ กองโรงพยาบาลภูมิภาค มีหน้าที่ ดังนี้

1. รับผิดชอบการให้บริการสาธารณสุขในระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยให้บริการผสมผสาน (Integrated Service) ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่ต้องการความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางซึ่งส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไปตามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพนอกจากนี้ยังให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองและพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย ตาม

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข

2. ให้การศึกษาฝึกอบรมบุคคลากรสาธารณสุข ในระดับต่ำกว่าและสูงกว่าปริญญาตรี ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ ตลอดจนให้การฝึกอบรมแก่ประชาชนให้มีความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย

3. การวิจัยงานสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์แก้ไขปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศ ให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่จะให้ประชาชนทั้งชาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

4. ให้การสนับสนุนหน่วยงานสาธารณสุขในระดับรอง คือ ระดับอำเภอตำบลและหมู่บ้าน โดยให้บริการสาธารณสุขขั้นมูลฐานแก่ประชาชน จัดแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

4.1 กลุ่มบริหารจัดการ ประกอบด้วยงานที่เป็นส่วนช่วยสนับสนุนงานของกลุ่มเทคนิคเฉพาะทาง และกลุ่มอื่นๆ ดำเนินการไปได้ตามเป้าหมาย

4.2 กลุ่มเทคนิคเฉพาะทาง ประกอบด้วยลักษณะงานที่ปฏิบัติในเชิงวิชาชีพหรือวิชาการเฉพาะทาง ที่ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญงานในการปฏิบัติหรือเป็นกลุ่มสายงานหลักตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและเจ้าหน้าที่เทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการสาธารณสุข เช่น งานในลักษณะเวชกรรมทั่วไป อานุกรรม ศัลยกรรม พยาธิวิทยา รังสีวิทยา เป็นต้น

4.3 กลุ่มที่มีลักษณะผสมผสานกันระหว่างงานบริหารจัดการและงานเทคนิคเฉพาะทาง ประกอบด้วยลักษณะงานที่มีกิจกรรมการให้บริการในด้านเทคนิคเฉพาะทาง และมีหน้าที่เป็นแกนกลางหรือตัวประสานการสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มงานอื่นให้ดำเนินการไปได้ตามเป้าหมาย เช่น ลักษณะงานของฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายโภชนาการและฝ่ายเวชกรรมสังคม เป็นต้น

ปัจจุบันมีโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 17 แห่ง ตั้งอยู่ในอำเภอเมืองของจังหวัดที่มีประชากรหนาแน่น หรือในอำเภอที่มีเศรษฐกิจดี ในแง่ทางสภาพทางภูมิศาสตร์จะเป็นจุดศูนย์กลางของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ทั้ง 17 แห่งได้แก่

ภาคเหนือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (อุบลราชธานี)
โรงพยาบาลพระพุทธชินราช (พิษณุโลก)	โรงพยาบาลอุดรธานี
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (นครสวรรค์)	โรงพยาบาลขอนแก่น
	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ภาคกลาง/ภาคตะวันออกภาคใต้/ตะวันตก

โรงพยาบาลสระบุรี	โรงพยาบาลราชบุรี
โรงพยาบาลชลบุรี	โรงพยาบาลนครปฐม
โรงพยาบาลพระปกเกล้า (จันทบุรี)	โรงพยาบาลหาดใหญ่ (สงขลา)
	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
	โรงพยาบาลยะลา

งบดำเนินการของโรงพยาบาลเหล่านี้ส่วนหนึ่งได้รับการจัดสรรจากส่วนกลางในลักษณะงบประมาณประจำปีและอีกส่วนหนึ่งจากเงินบำรุงงบดำเนินการทุกหมวดยกเว้นหมวดเงินเดือน จะประกอบด้วยงบจากส่วนกลางและงบจากเงินบำรุง บางหมวดจะมีสัดส่วนของงบจากเงินบำรุง สัมทบสูงกว่างบประมาณจากส่วนกลางมาก รายการสำคัญของงบดำเนินการ ได้แก่ โครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย โครงการการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุตลอดจนโครงการอื่นๆที่สำคัญ ตามนโยบายของรัฐบาล

งบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรให้ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป 89 แห่งในปี 2531 เป็นเงิน 2,871 ล้านบาท หรือร้อยละ 25 ของงบประมาณทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข แต่นอกเหนือจากเงินงบประมาณแล้วโรงพยาบาลทั้ง 89 แห่งยังได้จ่ายเงินบำรุงโรงพยาบาล (ซึ่งเป็นรายได้จากค่ายาและค่าบริการผู้ป่วยที่สามารถจ่ายได้) เพื่อบริหารโรงพยาบาล เนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอเพิ่มขึ้นอีกด้วย ในปีงบประมาณ 2531 ได้จ่ายไปทั้งสิ้น 2,130 ล้านบาท รวมรายจ่ายจากเงินงบประมาณและเงินบำรุงเท่ากับร้อยละ 44 ของงบประมาณทั้งหมด

ของกระทรวงสาธารณสุข นับว่าเป็นเงินจำนวนมหาศาล เงินเหล่านี้ได้ให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 10.82 ล้านครั้ง (visits) และผู้ป่วยในอีก 1,837,540 ราย รวมวันที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลทั้งสิ้น 9,029,072 วัน จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลเป็นสถานบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก (กองแผนงานสาธารณสุข 2534)

ตาราง 1 แสดงงบประมาณของกองโรงพยาบาลภูมิภาค ปี 2530 - 2533 จำแนกตามหมวด รายจ่าย

หมวดเงิน	2531	2532	2533
1. เงินเดือนและค่าจ้างประจำ	1,808,600,000	1,998,346,600	2,669,537,000
2. ค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุ	594,125,000	636,753,000	688,669,000
3. ค่าสาธารณูปโภค	134,328,000	153,138,000	164,617,000
4. ค่าครุภัณฑ์ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	192,698,000	300,085,000	518,527,000
5. เงินอุดหนุน	720,000	720,000	720,000
รวมทั้งสิ้น	2,730,471,000	3,089,042,600	4,102,070,000

ที่มา : รายงานกองโรงพยาบาลภูมิภาคประจำปี 2533

หมายเหตุ : ตัวเลขในตารางแตกต่างจากข้อมูลกองแผนงานสาธารณสุข, 2534 และข้อมูลกองโรงพยาบาลภูมิภาค , 2534 เนื่องจากยังขาดงบดำเนินการในส่วนกลางและงบเพิ่มเติมบางรายการ

รายจ่ายของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นเงินเดือนข้าราชการและลูกจ้างประจำค่าจ้าง

ลูกจ้างชั่วคราว ค่าอาหารผู้ป่วย ค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ วัสดุสิ้นเปลืองต่างๆ และค่าสาธารณูปโภค เป็นต้น รายจ่ายทั้งหมด (ยกเว้นหมวดเงินเดือนข้าราชการและลูกจ้างประจำ) ต้องใช้เงินบำรุงสมทบ เนื่องจากงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอและมีแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในอนาคตค่อนข้างเห็นได้ชัด เนื่องจากโครงการใหม่ๆ ที่เป็นนโยบายของรัฐบาล อาทิ โครงการประกันสังคม เป็นต้น (ดูตาราง 1)

การดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ภายใต้การสนับสนุนของ กองโรงพยาบาลภูมิภาค 89 แห่ง ในปีงบประมาณ 2533 ใช้งบประมาณดำเนินการทั้งสิ้นเป็นเงิน 6,601,436,667 บาท เป็นเงินจากงบประมาณแผ่นดิน ร้อยละ 59.75 เป็นเงินจากเงินบำรุงที่ได้มาจากผู้มารับบริการและอื่นๆ ร้อยละ 40.25 ซึ่งมากขึ้นจากปี 2532 จำนวน 90,720,083 บาท (กองโรงพยาบาลภูมิภาค, 2534)

รายได้ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่จะได้รับการบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รายได้จากบริการผู้ป่วยนอกจะได้จาก การจำหน่ายยา ค่าบริการทางการแพทย์ เช่น ค่าตรวจโรค ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าเอกซเรย์ เป็นต้น ในปี 2526 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลอำเภอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่อยู่ในภาคกลางหรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การคืนทุนจากผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับการขายเวชภัณฑ์เป็นส่วนมาก โรงพยาบาลทั้งหมดมีรายได้ จากผู้ป่วยจากค่ายาประมาณ 80 % และมีหลายโรงพยาบาลที่มากกว่า 90 % ยิ่งไปกว่านั้นบางโรงพยาบาลคิดเพียงค่ายาเท่านั้น (Myers, Dow and Causino, 1985) ซึ่งก็ตรงกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ว่า รายได้หลักของโรงพยาบาลเรียงตามลำดับ ได้แก่ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าบริการและค่าห้องพิเศษ (รัตน์, 2535)

รายได้จากผู้ป่วยใน นอกเหนือจากค่าบริการทางการแพทย์และค่ายาแล้ว จะมีรายได้จากค่าห้องพิเศษและค่าอาหารระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล (ยกเว้นผู้ป่วยสามัญที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้) และรายได้ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น เนื่องจากนโยบายรัฐบาลเพื่อการบริการผู้ป่วยในโครงการประกันสังคม โครงการพิเศษต่างๆ หรือเป็นรายได้ที่เบิกจ่ายโดยตรงจากผู้ให้บริการหรือนายจ้าง หรือรายได้ที่ได้รับการจัดสรรเป็นต้น การเหมาจ่ายเพื่อการให้บริการรักษาผู้ป่วยตามประมาณการจะคิดให้เป็นรายหัวต่อปี จำนวนรายได้สุทธิของโรงพยาบาลที่เป็นตัวเงินจะขึ้นอยู่กับการคาดประมาณจำนวนผู้ที่มาใช้บริการ หากการพยากรณ์เป็น

ไปในทางสูงแต่มีผู้มาใช้บริการน้อย โรงพยาบาลจะมีรายได้มากจะไม่เป็นการเพิ่มปัญหาทางด้านการเงินให้แก่โรงพยาบาล แต่ในทางตรงกันข้ามหากผู้ใช้บริการมากกว่าการพยากรณ์ จะเป็นการเพิ่มภาระทางด้านการเงินให้แก่โรงพยาบาลเป็นอย่างมาก ซึ่งในกรณีหลังจะบังเกิดขึ้นอยู่เสมอ

ดังนั้นในการวางแผนการจัดบริการ ยังมีปัจจัยอื่นที่ควรจะต้องนำมาพิจารณาประกอบด้วย อาทิ ผลกระทบต่างๆที่ทำให้การใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น เทียนฉาย กิระนันท์ (2533) กล่าวว่า ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาเนื่องจากการลดของอัตราการเกิดและการตายของทารกแรกคลอด มีการควบคุมโรคติดต่อตลอดจนการส่งเสริมด้านโภชนาการและมาตรฐานการดำรงชีวิตของประชาชนดีขึ้น จากการศึกษาโครงสร้างอายุของประชากรเปลี่ยนแปลงไปดังกล่าว ประกอบกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็วมีผลทำให้การใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นโดยทั่วไป นอกจากนี้ การพัฒนาทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าและมีราคาแพง เป็นสาเหตุที่ทำให้ต้นทุนในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้น การสรรหาและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนให้เกิดประโยชน์สูงสุดและประหยัดที่สุด จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง (กุศล สุนทรธาดา, 2530)

การบริหารโรงพยาบาล จึงจำเป็นจะต้องมีการควบคุมกำกับอย่างใกล้ชิดเพื่อให้การบริหารงบประมาณเป็นไปโดยไม่ขาดดุล แต่ที่ผ่านมาในอดีตโรงพยาบาลหลายแห่งจำเป็นต้องประวิงการชำระหนี้แก่เอกชน และองค์การรัฐวิสาหกิจ เนื่องจากไม่สามารถชำระเงินค่าสินค้าและบริการที่จำเป็นต้องใช้เพื่อกิจการของโรงพยาบาลภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ได้แก่ ค่าสาธารณูปโภคและค่ายา สาเหตุสำคัญก็คือโรงพยาบาลของรัฐมีรายได้น้อยเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลเอกชน ในขณะที่ทางด้านรายจ่ายอาจยังไม่ได้มีการควบคุมกันอย่างเข้มงวด

จากรายงานของคณะกรรมการศึกษาหารูปแบบการลดค่าใช้จ่าย ของโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง พบว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบการลดค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลมีหนี้อยู่ถึง 32 ล้านบาท และในรายงานนี้ได้แสดงด้วยว่า จากการสำรวจสถานะหนี้สินของกองโรงพยาบาลภูมิภาคในวันที่ 30 มิถุนายน 2530 พบว่า มีโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 16 แห่ง จาก 89 แห่ง อยู่ในภาวะที่มีหนี้สินมีมูลหนี้สุทธิ 169.45 ล้านบาท และจากการศึกษาแนวโน้มพบว่าหนี้สินมีแนวโน้มสูงขึ้นอีก การบริหารโรงพยาบาลจำเป็นต้องเร่งรัดทั้งทางด้านการบริหารรายได้

และการการบริหารรายจ่าย มาตรการสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นนโยบายแก้ปัญหาการขาดดุลได้แก่มาตรการการลดรายจ่ายและการเพิ่มรายได้ให้แก่โรงพยาบาล ภายใต้เงื่อนไขข้อกำหนดว่าคุณภาพของบริการไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ต่ำลง ประเด็นที่เป็นจุดสนใจของการศึกษาเรื่องนี้คือการกำหนดราคาค่าห้องพิเศษเพื่อการเพิ่มรายได้เงินบำรุงโรงพยาบาล โดยเน้นที่ผู้ป่วยพิเศษเป็นหลัก ปัจจุบันการกำหนดราคาค่าห้องพักผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุขได้มอบให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยให้ยึดแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้อย่างกว้างๆตามสาระสำคัญของ เอกสารกำหนดค่ายา ค่าบำรุงในการรักษาพยาบาล ของสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2531 เป็นหลัก มีสาระสำคัญที่ระบุไว้ในเอกสารดังกล่าว ดังนี้

" หมวดที่ 9 ค่าห้องและค่าอาหาร

ให้เรียกเก็บเงินตามความเหมาะสมแก่คุณลักษณะของห้องแต่ละโรงพยาบาล จัดขึ้นตามฐานะของประชาชนในท้องถิ่น ทั้งนี้ไม่รวมค่ายาและค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้มีสิทธิได้ลดค่ารักษาพยาบาล ให้ปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนดไว้เป็นคร่าวๆไป "

แนวทางที่กำหนดให้ดังกล่าวนี้แม้ว่าจะเหมาะสมในลักษณะของนโยบายที่ดี คือ ให้อิสระแก่ผู้บริหารโรงพยาบาลในการตัดสินใจ และมุ่งเล็งถึงความเสมอภาคและความเป็นธรรมของผู้ใช้บริการ แต่ในสาระสำคัญกว้างมากและยากที่ผู้อำนวยการ หรือผู้บริหารโรงพยาบาลต่างๆ จะใช้เป็นเครื่องมือกำหนดมาตรฐานการเรียกเก็บเงินให้เป็นในทิศทางเดียวกันได้ผลกระทบที่คิดตามมาก็คือ โรงพยาบาลที่กำหนดอัตราค่าห้องและอาหารโดยไม่คำนึงถึงต้นทุนรวมของการผลิตบริการทั้งหมด จะประสบกับการขาดทุนและเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลเกิดหนี้สินได้ จากการประเมินผลโดย กองโรงพยาบาลภูมิภาคในปี 2535 พบว่า โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดต่างๆ มีการตั้งราคาแตกต่างกันออกไปแม้จะเป็นสินค้าประเภทเดียวกัน ตัวอย่าง เช่น ห้องพิเศษชนิดห้องเดี่ยวปรับอากาศสำหรับผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกได้ (ซึ่งเป็นข้าราชการ หรือ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ตามระเบียบสวัสดิการเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลที่ใช้บังคับอยู่ในขณะนั้น โดยที่ทางต้นสังกัดได้ออกหนังสือรับรองให้หักได้โดยตรงจากต้นสังกัด และแจ้งให้โรงพยาบาลทราบเป็นการล่วงหน้าแล้ว) และสำหรับผู้ที่ไม่มีสิทธิเบิก (ได้แก่ประชาชนโดยทั่วไป) จำแนกเป็นรายภาคต่างๆ ดังตาราง 2

ตาราง 2 : แสดงราคาค่าห้องพิเศษ ของ รพศ/รพท ภาคต่างๆ ตามสิทธิของผู้เบิก

	มีสิทธิ เบิก		ไม่มีสิทธิ เบิก	
	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด
ภาคเหนือ	800	450	800	300
ภาคกลาง	900	400	600	500
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	800	400	600	400
ภาคใต้	920	600	680	450

ที่มา : สรุปจากข้อมูลแบบสำรวจของกองโรงพยาบาลภูมิภาค 2535 (โรเนียว)

จากตาราง 2 ทำให้เกิดคำถามว่า เหตุใดการกำหนดราคาค่าห้องพิเศษของโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในภาคเดียวกัน มีสภาวะทางเศรษฐกิจใกล้เคียงกัน มีลักษณะท้องที่ใกล้เคียงกัน ผู้มีสิทธิเบิกได้ และเบิกไม่ได้จึงมีราคาที่แตกต่างกัน ค่าตอบแทนก่าป็นทุบดินก็คือ ดุลยพินิจของผู้ อำนวยการแต่ละท่านไม่เหมือนกัน แม้ว่าหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค 0514/ว 47 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2535 ได้มีการปรับปรุงอัตราค่าห้องและค่าอาหารใหม่ กำหนดให้เบิกจ่ายรวมกันได้วันละไม่เกิน 600 บาท ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2535 เป็นต้นไป แต่ในโรงพยาบาลหลายแห่งก็ยังคิดราคาในอัตราที่ต่ำอยู่ อัตราค่าห้องพิเศษนี้ เป็นปัจจัยสำคัญของรายได้เงินบำรุง และจะมีผลต่อศักยภาพของกำไรหรือหนี้สินของโรงพยาบาลด้วย ดังนั้น สำหรับโรงพยาบาลต่างๆที่ยังมิได้ดำเนินการปรับอัตราใหม่ การบริหารรายได้ของโรงพยาบาลจึงยังไม่มีเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี และในภาวะปัจจุบันการดำเนินการอาจประสบกับการขาดทุนและภาวะหนี้สินมากยิ่งขึ้น

แม้ว่าปัญหานโยบายการกำหนดราคาค่าห้องและค่าอาหารของโรงพยาบาลจะเป็นเพียงประการหนึ่งในปัญหาหลายๆประการของการบริหารโรงพยาบาล ที่มีผลกระทบต่อภาวะหนี้สินและการดำเนินงานโรงพยาบาลก็ตาม แต่นับว่าเป็นปัญหาเร่งด่วนที่จะต้องได้รับการพิจารณาวางแผนทางปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อให้โรงพยาบาลต่างๆได้ใช้เป็นพื้นฐานในการกำหนดค่าห้องพิเศษให้

เหมาะสมยิ่งขึ้น ลดภาวะหนี้สินเกิดความเป็นธรรมแก่ผู้บริโภคกล่าวคือ ผู้ที่มีกำลังซื้อมีทางเลือกในการเลือกซื้อบริการตามระดับที่ตนเองมีความพึงพอใจและจ่ายค่าบริการเพียงพอที่จะไม่เป็นการเพิ่มภาระให้กับโรงพยาบาล รายได้ของโรงพยาบาลจะได้นำไปปรับปรุงและขยายบริการสำหรับผู้ด้อยโอกาส ซึ่งต้องการบริการแบบให้เปล่าโดยโรงพยาบาลไม่ประสบกับภาวะหนี้สินและการขาดทุน สามารถจัดบริการผู้ป่วยในได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งบริการผู้ป่วยพิเศษและบริการผู้ป่วยสามัญ ที่ไม่มีกำลังซื้อ

อนึ่ง แม้ว่าห้องพิเศษจะมีลักษณะคล้ายกับสินค้าเศรษฐกิจโดยทั่วไป ซึ่งอาจใช้การกำหนดราคาโดยพหุขามแสวงหากำไรสูงสุดได้ แต่ผู้บริโภคห้องพิเศษก็เป็นผู้ป่วยซึ่งต้องการห้องพิเศษควบคู่ไปกับบริการรักษาพยาบาล ดังนั้น การกำหนดอัตราค่าห้องพิเศษเพื่อให้เพิ่มรายได้จึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อน จะต้องดำเนินการอย่างรอบคอบเพื่อคงไว้ซึ่งความยุติธรรมต่อผู้มีสิทธิ และสามารถเลือกใช้บริการ (fair price) มีความเสมอภาค (equity) ต่อผู้ยากไร้ในการเข้าถึงบริการสาธารณะที่รัฐจัดให้ ดังนั้น ผลของการศึกษานี้จึงมีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อแสวงหาแนวทางในการกำหนดอัตราค่าห้องพิเศษที่เหมาะสมสำหรับ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้โรงพยาบาลมีรายได้อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้มากยิ่งขึ้น โดยใช้ ร.พ. ชลบุรีเป็นกรณีศึกษา

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 วิเคราะห์ราคาห้องพิเศษและภาวะหนี้สินของ โรงพยาบาลชลบุรีในอดีต

10 ปี

2.2 วิเคราะห์ตัวแปรที่ควรจะนำมาใช้ในการกำหนด อัตราค่าห้องพิเศษของ โรงพยาบาลชลบุรี

2.3 เสนอแนะวิธีการในการกำหนดอัตราค่าห้องพิเศษของโรงพยาบาลชลบุรี

2.4 เสนอแนะแนวทางประกอบการตัดสินใจเพื่อปรับปรุงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการกำหนดราคาห้องพิเศษของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในส่วนที่เกี่ยวกับการบริหารรายได้ของโรงพยาบาล

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาเพื่อหาข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายราคาห้องพิเศษโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำเป็นจะต้องทำการศึกษาดังองค์ประกอบและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสินค้าชนิดนี้อย่างกว้างขวาง การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์จะต้องครอบคลุมทั้งทางด้านอุปสงค์ (ความต้องการจำนวนเตียง) อุปทาน (ความสามารถในการจัดให้มีเตียง) ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ พฤติกรรมของผู้บริโภคและผู้ให้บริการ ตลาด และลักษณะของสินค้า ในส่วนที่เป็นสินค้าประกอบกันหรือสินค้าที่ใช้ทดแทนกันและอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อการกำหนดราคาที่เหมาะสม ตามนัยสำคัญดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในการปฏิสัมพันธ์กรรม

ขอบเขตการวิจัยในเรื่องนี้ จึงพิจารณาจากการตัดสินใจบนพื้นฐานของความเป็นไปได้ทั้งในด้านความสามารถในการเก็บข้อมูล ระเบียบวิธีการวิจัยเทคนิคและเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ และอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถตอบคำถาม 3 ประการที่เป็นประเด็นปัญหาของการวิจัยที่ตั้งไว้ ดังนี้

ประการที่ 1 ราคาห้องพิเศษที่เป็นอยู่ของโรงพยาบาลที่ศึกษาเหมาะสมหรือไม่

ประการที่ 2 วิธีการกำหนดราคาที่เหมาะสมของค่าห้องพิเศษของโรงพยาบาลที่ศึกษาควรมีวิธีการอย่างไร

ประการที่ 3 ราคาห้องพิเศษของโรงพยาบาลที่ศึกษาควรจะเป็นเท่าใด

1. ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลทั่วไปจำนวนหนึ่งโรงพยาบาลจากจำนวนโรงพยาบาล ทั้งประเทศซึ่งมีอยู่ทั้งสิ้นจำนวน 89 โรงพยาบาล การคัดเลือกโรงพยาบาลที่จะทำการศึกษา คัดเลือกแบบ Purposive โดยเลือก โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี

เป็นกรณีศึกษา ทั้งนี้โดยมีเหตุผลสนับสนุนการคัดเลือกตัวอย่างนี้ คือ

- 1.1 สามารถหาข้อมูลย้อนหลังได้เป็นระยะเวลาานพอที่จะใช้ในการวิเคราะห์แนวโน้ม (10 ปี หรือใกล้เคียง)
- 1.2 เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนเตียงพิเศษมากพอควร
- 1.3 มีอัตราการใช้เตียงพิเศษ (อัตราการครองเตียง) สูง
- 1.4 อยู่ในจังหวัดที่มีประชากรและมีการเจ็บป่วยมากพอสมควร
- 1.5 มีโรงพยาบาลเอกชนเพื่อเทียบเคียงราคา
- 1.6 มีการวิจัยบางส่วนที่จะใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนหรืออ้างอิงที่จำเป็นและอยู่นอกเหนือจากขอบเขตของการศึกษาเรื่องนี้

โรงพยาบาลชลบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จัดเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ที่มีบริการทางด้านการรักษาพยาบาล การศึกษาและการวิจัยครบครัน ใน ตาราง 3 แสดงให้เห็นพิสัยของขนาดโรงพยาบาลประจำจังหวัดต่างๆในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งสิ้นจำนวน 89 โรงพยาบาล (ไม่รวมจังหวัดที่ตั้งใหม่ ซึ่งประกาศเมื่อปีงบประมาณ 2536) โรงพยาบาลชลบุรีจัดอยู่ในกลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 351 เตียง ขึ้นไป

ตาราง 3 แสดงให้เห็นขนาดและจำนวนเตียงของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

<u>ขนาด(เตียง)</u>	<u>จำนวน(โรงพยาบาล)</u>
90 - 250	25
215 - 300	19
301 - 350	14
351 ^{ขึ้น} ขึ้นไป	31
รวม	89

ที่มา : สรุปรายงานประจำปีกองโรงพยาบาลภูมิภาค 2533

2. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประยุกต์ มุ่งสู่ประเด็นปัญหา (Problem Oriented) โดยมีวัตถุประสงค์ที่แน่นอนภายใต้ความจำกัดของขอบเขตการศึกษา ดังระบุไว้แล้วข้างต้น การออกแบบและการคัดเลือกวิธีการศึกษาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวจะพิจารณาจาก ลักษณะข้อมูลที่วางแผนในการจัดเก็บ จากประชากรที่มีจำนวนแน่นอน (finite) การศึกษาจะแบ่งออกเป็นสองส่วน โดยส่วนหนึ่งเป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ โดยทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังในลักษณะของการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงในเชิงปริมาณของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามในช่วงระยะเวลาอีกส่วนหนึ่ง จะมีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ซึ่งจะเป็นการอภิปรายข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และส่วนที่เป็นผลจากการวิจัยของผู้อื่น เพื่อสรุปเป็นข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบายราคาห้องพิเศษของโรงพยาบาลศูนย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งสองส่วนเป็นการศึกษาแบบสถิตย์ (Statics) เป็นการมองเพียงครั้งเดียวในระยะเวลาของการศึกษา ลักษณะของข้อมูลจะมีลักษณะของอนุกรมเวลา (Time Series) ซึ่งมีความถี่ของการสังเกตเป็นปี ตลอดระยะเวลา 10 ปี หรือใกล้เคียงสำหรับส่วนซึ่งไม่สามารถหาข้อมูลได้ ข้อมูลส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลทุติยภูมิซึ่งได้จากแหล่งต่างๆ ดังนี้

2.1 ข้อมูลจากโรงพยาบาลชลบุรี

ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนเตียงและสถิติการบริการต่างๆ เช่น จำนวนผู้ป่วยนอก จำนวนผู้ป่วยใน อัตราการครองเตียง ฯลฯ ข้อมูลทางด้านการเงินค่าใช้จ่ายงบประมาณดำเนินการ หนี้สิน และข้อมูลทางด้านกายภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

2.2 ข้อมูลจากกองโรงพยาบาลภูมิภาค

ประกอบด้วยรายงานต่างๆ ที่กองโรงพยาบาลภูมิภาคกำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปรายงานตามระยะเวลาที่กำหนด และรายงานประจำปี ของกองโรงพยาบาลภูมิภาค

2.3 ข้อมูลจากกองแบบแผน กระทรวงสาธารณสุข

ประกอบด้วยลักษณะทางกายภาพของโรงพยาบาล เช่น ผังบริเวณของโรงพยาบาล แบบมาตรฐานของอาคารห้องพักรักษา เป็นต้น

2.4 ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ประกอบด้วยข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจและประชากรศาสตร์ ได้แก่ จำนวนประชากรในจังหวัดชลบุรี รายได้ประชากร เป็นต้น

2.5 ข้อมูลจากกรมเศรษฐกิจพาณิชย์

ประกอบด้วยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ ดัชนีผู้บริโภค

2.6 ข้อมูลจากธนาคารแห่งประเทศไทย

ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อัตราเงินเฟ้อ

2.7 ข้อมูลจากกรมบัญชีกลาง

ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ การกำหนดอัตราค่าห้องพิเศษ

2.8 ข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประกอบด้วยข้อมูลการวิจัยของนักวิจัยคณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชลบุรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายราคาค่าห้องพิเศษ และเรื่องต่างๆที่สามารถนำไปใช้กับการศึกษาเรื่องนี้ ซึ่งรายละเอียดได้ระบุไว้แล้วในหัวข้อ เรื่องงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. ข้อจำกัดทางด้านการศึกษา

เนื่องจากผลของการศึกษาเรื่องนี้จะใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการกำหนดนโยบายราคาของห้องพิเศษที่เหมาะสมสำหรับ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การศึกษาจะต้องครอบคลุมองค์ประกอบด้านต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดราคาจะพิจารณาแต่เพียงด้านใดด้านหนึ่งไม่ได้ กล่าวคือจะพิจารณาเฉพาะเรื่องต้นทุนเพื่อนำมาเป็นปัจจัยนำเข้าเพื่อการกำหนดราคาไม่ได้ จะต้องศึกษาทางด้านอุปสงค์ การศึกษาทางด้านอุปทาน การศึกษาทางด้านพฤติกรรมของโรงพยาบาล และอาจจะต้อง ครอบคลุมไปถึงการศึกษาด้านการตลาด ประกอบด้วย ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวนี้จะต้องใช้ทรัพยากรด้านต่างๆ อาทิ บุคลากร งบประมาณ และปัจจัยต่างๆรวมทั้งเวลา ที่พอเพียง ไม่อาจทำได้ภายในระยะเวลาที่จำกัด จำเป็นต้องปรับแนวทางในการศึกษาและจำกัดขอบเขตของการวิเคราะห์ลง เพื่อให้สามารถตอบคำถามตามที่ระบุไว้ในกรอบการวิจัยได้และ ทำการวิเคราะห์แบบสถิตย (Static Analysis) หรือในสภาพนิ่ง โดยใช้ข้อมูลในอดีต และข้อมูลปัจจุบันบางประเภท ที่สามารถสำรวจรวบรวมได้โดยตรงจากโรงพยาบาลชลบุรี อนึ่ง การเก็บข้อมูลในภาคเอกชนมีอุปสรรคบางประการ อาจจะทำให้ผลการวิเคราะห์เบี่ยงเบนได้ นอกจากนี้การนำข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนจากการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งมิได้เป็นต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์มาใช้ อาจจะยอมรับได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น

4. ข้อสมมติการวิจัย

เนื่องจากในพิสัยของการวิเคราะห์ (Range of analysis) จะมีความไม่แน่นอนซึ่งเป็นผลกระทบจากปัจจัยแวดล้อมโดยตรงต่อการกำหนดราคาค่าห้องพิเศษ ในบางลักษณะมีผลเพียงเล็กน้อยบางลักษณะมีผลกระทบมาก จึงจำเป็นต้องกำหนดเป็นข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อมิให้ผลของการศึกษาเบี่ยงเบนไปได้มาก ดังนี้

4.1 บริการด้านการแพทย์และการพยาบาล ซึ่งเป็นสินค้าประกอภกันกับห้องพักรักษาพิเศษมิได้นำมาคิดรวมด้วย

4.2 การกำหนดราคาค่าห้องที่เหมาะสมหมายถึงการกำหนดราคาค่าห้องพิเศษสอดคล้องกับเงื่อนไข 2 ประการ ดังนี้

4.2.1 รายได้รวมจากห้องพิเศษ เพิ่มขึ้น

4.2.2 ความพอใจของผู้ป่วยในบริการห้องพิเศษเพิ่มขึ้นเนื่องจากมาตรฐานสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆเปรียบเทียบกับค่าบริการราคาในภาคเอกชน ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก

4.3 ความสามารถทางด้านบริหารโรงพยาบาลของผู้บริหาร ไม่มีอิทธิพลต่อรายได้สุทธิ (Net Revenue) ของห้องพิเศษในโรงพยาบาล

4.4 อุปสงค์ต่อเตียงพิเศษไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ต่ำกว่าอุปทาน

4.5 ต้นทุนการดำเนินการไม่เปลี่ยนแปลงตามอัตราครอองเตียง

4.6 ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลสำหรับการศึกษานี้ ใช้อัตราการผลิตบริการเฉลี่ย ต่อวันเป็นหลัก

นิยามศัพท์

1. นโยบายการกำหนดราคาค่าห้องพิเศษ หมายถึง แนวทางปฏิบัติซึ่งกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัด ใช้พิจารณาเป็นข้อมูลและหลักเกณฑ์กำหนดราคาค่าห้องพิเศษในสถานบริการนั้นๆ

2. โรงพยาบาลศูนย์ หมายถึง โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีขนาดใหญ่เกินกว่า 500 เตียง มีบริการ และกรอบอัตรากำลังของผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆครบทุกแผนกทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายของโรงพยาบาลทั่วไปในเขตบริการนั้นๆ

3. โรงพยาบาลทั่วไป หมายถึง โรงพยาบาลประจำจังหวัด ที่มีใช้โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค ที่ตั้งอยู่ในบางอำเภอที่มีเศรษฐกิจดี เช่น อ.บ้านโป่ง อ.เกาะสมุย เป็นต้น

4. ห้องพิเศษ หมายถึง ห้องพักผู้ป่วยใน ที่เป็นคนไข้พิเศษซึ่งทางโรงพยาบาลเรียกเก็บเงินจากการใช้บริการและค่าธรรมเนียมต่างๆ สำหรับการศึกษานี้ จะหมายถึง

4.1 เนื้อที่อาคารที่เป็นห้องพักผู้ป่วยส่วนบุคคลหรือที่เรียกกันทั่วไปว่า ห้องพิเศษ (private ward) มีเนื้อที่สนับสนุนการใช้งานของแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยที่เดินได้รวมทั้งญาติ ผู้ป่วยที่มาเฝ้าไข้หรือ/และที่เป็นแขกมาเยี่ยม

4.2 ครุภัณฑ์ส่วนที่เป็นเครื่องมือเครื่องใช้ส่วนตัวผู้ป่วยใน ในระหว่างที่พักอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ เตียงผู้ป่วยตามมาตรฐานการแพทย์ ที่สามารถปรับระดับและปรับเอนได้รวมทั้งครุภัณฑ์ประกอบอื่นๆ อาทิ ตู้ โต๊ะ (คร่อมเตียง) อุปกรณ์ประกอบเตียงผู้ป่วย เช่น ขอบข้างเตียง สำหรับกันตก เป็นต้น นอกจากนี้ยังครอบคลุมไปถึงเตียงพักผ่อนหรือ โซฟา สำหรับญาติที่มาเฝ้าไข้ผู้ป่วย ตู้เสื้อผ้า เป็นต้น รวมทั้งอุปกรณ์ไฟฟ้าทั้งที่จำเป็น และ สิ่งอำนวยความสะดวก อาทิ ไฟฟ้าแสงสว่าง ระบบเครื่องปรับอากาศ พัดลม เตาอุ่นอาหาร หม้อต้มน้ำ ทวี ตู้เย็น เป็นต้น ระบบการคมนาคมสื่อสาร ประกอบด้วย เครื่องรับโทรศัพท์ ระบบการเรียกพยาบาล เครื่องสุขภัณฑ์ ทั้งในลักษณะลอยตัว เช่น โถส้วม (ประเภทนั่ง ยอง และนั่งราบ) อ่างล้างมือ ล้างหน้าซึ่งอยู่ในห้องน้ำ ราวแขวนเสื้อผ้าและ ครุภัณฑ์ที่สร้างติดกับที่ เช่น อ่างล้างมือที่ฝังในตู้เก็บของหรือ เคา์เตอร์สำหรับวางอาหาร เป็นต้น

4.3 ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ซึ่งใช้ประกอบกับเตียงผู้ป่วยประเภทเคลื่อนย้ายได้ เช่น เสาสำหรับให้น้ำเกลือ อุปกรณ์ประกอบสำหรับเตียงผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูก เป็นต้น ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ประเภทติดกับที่ เช่น ระบบไปป์ไลน์ (ประกอบด้วยระบบท่อลมและระบบแก๊สทางการแพทย์)

4.4 สิ่งอำนวยความสะดวกที่สนับสนุน (Supporting Facilities) และ บริการที่ใช้ร่วมกัน (Shared Facilities) ซึ่งจะครอบคลุมบริการทั่วไป บริการทางการแพทย์ บริการด้านอาหาร บริการซักฟอก เคหะบริการต่างๆ บริการทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่นๆ สำหรับการตรวจวิเคราะห์โรค และการรักษาพยาบาล

ห้องพิเศษนี้จะไม่รวมถึงห้องสำหรับใช้ในห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อ (Isolation Room) เตียงของห้องพิเศษจัดเป็นหน่วยวัดพื้นฐาน (Basic Functional Unit) ของการจัดบริการทาง

ด้านการแพทย์และการพยาบาล เช่นเดียวกับเตียงสามัญ ด้วย

5. เตียงสามัญ หมายถึง หน่วยวัดพื้นฐานของการจัดบริการทางการแพทย์และการพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการที่ทางโรงพยาบาลรับไว้เป็น คนไข้ใน (สำหรับผู้ป่วยสามัญ) หรือต้องจ่ายเป็นบางส่วน (สำหรับผู้ที่สามารถจ่ายได้) โดยทางโรงพยาบาลเรียกเก็บในอัตราค่าสุด ปกติจะจัดรวมในห้องโถงเรียกว่า Common Ward ซึ่งจะมีจำนวนประมาณ 25-30 เตียง ในกรณีที่จำเป็นจะต้องรักษาผู้ป่วยหรือให้การพยาบาลผู้ป่วยในลักษณะที่ไม่ต้องการให้ประเจิดประเจ้อจะใช้ฉากหรือม่านกันเป็นสัดส่วน เมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้วก็จัดเก็บให้โล่งเหมือนเดิม

6. เตียงสามัญกึ่งพิเศษ หมายถึง เตียงสามัญที่จัดรวมไว้เป็นสัดส่วน ในส่วนของห้องหรือห้องที่มีจำนวนเตียงเกินกว่า 1 เตียง จัดไว้เฉพาะผู้ป่วยที่มีความสามารถในการจ่ายเงินในราคาที่สูงกว่าห้องพิเศษ (หรือผู้ป่วยอนาถาในกรณีที่ไม่มีเตียงสามัญทั้งนี้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์)

7. ต้นทุน หมายถึง ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ เฉพาะส่วนที่เป็นตัวเงินที่สามารถประเมินเป็นตัวเลขได้ อาทิ รายจ่ายหมวดต่างๆของโรงพยาบาล เป็นต้น ต้นทุนในส่วนที่ไม่สามารถประเมินเป็นตัวเลขได้ เช่น ผลกระทบต่อสังคม จะอยู่นอกเหนือการศึกษานี้ ต้นทุนของห้องพิเศษแบ่งออกเป็นสองส่วน ได้แก่

7.1 ต้นทุนการบริการตามกิจวัตร (Routine Service Cost, RSC) ได้แก่ ต้นทุนการจัดบริการห้องพัก และอาหารเช่นเดียวกับบริการโรงแรม รวมทั้งกิจการอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์

7.2 ต้นทุนการบริการทางการแพทย์ (Medical Care Cost, MMC) ได้แก่ ต้นทุนการบริการทางด้านตรวจ การรักษาและการพยาบาล

8. ต้นทุนส่วนเพิ่ม (Marginal Cost, MC) หมายถึง ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง เนื่องจากการเพิ่มหรือลดเตียงของห้องพิเศษลงหนึ่งเตียง ซึ่งจะมีค่าเท่ากับการเปลี่ยนแปลงของต้นทุนรวม (Total cost, Tc) หาด้วยการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเตียงของห้องพิเศษ (Q) นั่นคือ

$$MC = \frac{\Delta Tc}{\Delta Q}$$

9. การกำหนดราคาส่วนเหลืออม (Mark-up Pricing) หมายถึง การกำหนดราคา โดยให้ต้นทุนเฉลี่ยของบริการ บวกกับส่วนกำไรเพิ่มที่ต้องการสำหรับบริการนั้นๆ ส่วนเพิ่มตาม ที่ต้องการนี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นครั้งคราวอยู่เสมอตามสภาวะเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลง ของฤดูกาล ซึ่งจะทำให้เส้นอุปสงค์เปลี่ยนแปลงไปด้วย (Bilas, 1967) แต่ในการวิเคราะห์ แบบสถิติของการศึกษานี้จะสมมติให้ส่วนเหลืออมไม่เปลี่ยนแปลงไปตามความรู้สึกของตลาด (felt of the market)

10. ราคาค่าห้องพิเศษ หมายถึง ราคาค่าห้องพิเศษที่ผู้ป่วยจ่ายให้กับโรงพยาบาล เมื่อถูกปรับไว้เป็นผู้ป่วยใน คิดเป็นอัตราต่อวันโดยไม่รวมค่าอาหาร และค่าธรรมเนียมที่เพิ่มขึ้นเมื่อ ผู้ป่วยต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆที่โรงพยาบาลมีได้จัดไว้ให้ตามปกติ

วรรณกรรมปริทัศน์

การศึกษาเรื่องนโยบายกำหนดราคาห้องพิเศษ ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาล ที่ทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุขมิได้มีการศึกษากันอย่างจริงจัง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากงานวิจัยทาง ด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ยังมีอีกมาก โดยเฉพาะทางด้านการควบคุมโรคซึ่งได้รับความสนใจมากกว่า การจัดบริการสาธารณสุขของรัฐในอดีตมิได้คำนึงการได้กำไรหรือขาดทุนแต่ประการใด จวบจน กระทั่งปรากฏว่า โรงพยาบาลของรัฐหลายแห่งได้ตกอยู่ในภาวะที่เป็นหนี้สิน ไม่สามารถเลี้ยงตนเองด้วยงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร และรายได้ของโรงพยาบาล จึงได้มีการกำหนดมาตรการ ต่างๆขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหา แต่การแก้ปัญหาส่วนใหญ่เป็นการตัดสินใจโดยประสบการณ์มากกว่าการ ใช้วิชาการ ดังนั้น วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้โดยตรงจึงยังมีปรากฏ การทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้จึงเป็นวรรณกรรมเพียงบางส่วน ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องทางอ้อม ทั้งนี้ เนื่องจากในการศึกษาเรื่องนโยบายกำหนดราคาจะต้องครอบคลุมทั้งทางด้าน อุปสงค์ (ความต้องการ จำนวนเตียง) อุปทาน (ความสามารถในการจัดให้มีเตียง) ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ของโรงพยาบาลต่อเตียง พฤติกรรมความแตกต่างของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ตลอดจนลักษณะ สินค้าบริการและผลกระทบของนโยบาย ต่อการบริการผู้ป่วยในภาพรวม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญ



ประกอบการศึกษาพิจารณาตัดสินใจทั้งสิ้น

1. การศึกษาทางด้านอุปสงค์

ในการศึกษาทางด้านอุปสงค์ต่างๆไป ที่ไม่เจาะจงพิเศษถึงเรื่องเฉพาะพิเศษ Dow (1972) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอุปสงค์และอุปทานของแพทย์ในประเทศไทยพบว่า ชาวไทยส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 935 บาทต่อครอบครัวหรือเฉลี่ยคน ละ 154 บาท ต่อปีและหากจะใช้ตัวเลขนี้คิดค่าใช้จ่ายทั่วประเทศไทย โดยใช้ฐานประชากรใน ปี 1970 ซึ่งมีอยู่ 35 ล้านคนจะพบว่าค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและอนามัยในภาคเอกชน จะเป็นเงินประมาณ 5376 ล้านบาท และในส่วนที่เป็นบริการของรัฐ จะเป็นเงินประมาณ 1321ล้านบาท ดังนั้น รายจ่ายรวมของประเทศทางด้านสุขภาพอนามัยจะเป็นเงินทั้งสิ้นเท่ากับ 6697 ล้านบาท ซึ่งเทียบเท่ากับ 5.6 % ของงบประมาณรายจ่ายของประเทศไทย การศึกษาเรื่องเดียวกันนี้ ได้ศึกษาถึงการใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐของผู้ป่วย ต่อคนต่อเดือน ในภาคต่างๆของประเทศพบว่าในจำนวน 11.5 % ของผู้ป่วย ใน 1 เดือน ไปรับบริการตามภาคต่างๆดังนี้

ภาคกลาง	12 %	ภาคเหนือ	16.3 %
ภาคอีสาน	7 %	ภาคใต้	8.6 %

จากตัวเลขดังกล่าวไม่สามารถสรุปได้ว่า พื้นที่ๆมีฐานะทางเศรษฐกิจดีหรือไม่ดีมีผู้ใช้บริการของรัฐมากกว่ากัน

Somchai (1957) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอุปสงค์ของบริการโรงพยาบาลในประเทศไทยโดยใช้โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นกรณีศึกษา ได้สรุปฟังก์ชันอุปสงค์ของโรงพยาบาลดังนี้

$$Q = f (P, OCC, Age, Sex, Ms, Tc, Hs)$$

where Q = Quantity demanded for hospital service

P = Price

OCC = Patient Occupation

Age = Patient's Age

Sex = Patient's Sex

Ms = Patient Welfare

Tc = Travelling Cost

Hs = Hospital Substitute

ในการวิเคราะห์ได้แบ่งแบบจำลองออกเป็น 4 แบบได้แก่ ผู้ป่วยนอกที่เป็นผู้ใหญ่ ผู้ป่วยนอกที่เป็นเด็ก ผู้ป่วยในที่เป็นผู้ใหญ่และผู้ป่วยในที่เป็นเด็ก ทุกแบบจำลองจะมีตัวแปรอิสระ คือ ราคาบริการ ค่าเดินทาง อายุ สวัสดิการ และโรงพยาบาลที่ใช้แทนกัน นอกจากนี้ในแบบจำลองของผู้ใหญ่ ได้เพิ่ม อาชีพ เพศ สถานะภาพสมรสเป็นตัวแปรเข้าไปด้วย การวิเคราะห์ใช้เทคนิค Ordinary Least Squares ทดสอบสหสัมพันธ์ของตัวแปรด้านเศรษฐมิติ จากสมการเส้นตรงที่สร้างขึ้น ผลของการศึกษาทางด้านราคา พบว่าสัมประสิทธิ์ราคาในแบบจำลองสำหรับผู้ป่วยนอกที่เป็นผู้ใหญ่เป็นลบ แต่เป็นบวกสำหรับผู้ป่วยในที่เป็นผู้ใหญ่ ทั้งสองกรณีไม่มีนัยสำคัญ ณ ระดับความเชื่อมั่น 90 % สำหรับแบบจำลองของเด็กสัมประสิทธิ์ราคาเป็นลบและไม่มีนัยสำคัญ ณ ระดับความเชื่อมั่น 95 % นอกจากนี้ ยังได้สรุปว่ามีตัวแปร 3 ชนิด ซึ่งมีผลต่ออุปสงค์ของบริการโรงพยาบาลตัวแรกได้แก่ตัวแปรซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยใช้นโยบายของรัฐบาล ซึ่งได้แก่ราคาของค่าบริการค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สวัสดิการต่างๆและโรงพยาบาลที่สามารถใช้แทนกัน ตัวแปรที่สอง ซึ่งสามารถเปลี่ยนตามตัวบุคคล ได้แก่ตัวแปรซึ่งเปลี่ยนแปลงได้โดยไม่ใช้นโยบายรัฐบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลที่สามารถใช้แทนกัน การศึกษาของต่างประเทศที่น่าสนใจ ซึ่งเป็นงานที่ใช้แนวความคิดใหม่ของการจัดบริการสาธารณสุขได้แก่งานของ Karen E. Miller et.al(1985) ได้ทำการศึกษาเรื่องลักษณะของผู้ป่วยและ อุปสงค์ทางด้านการรักษาในศูนย์อุบัติเหตุอิสระสองแห่ง (Patient characteristics and the demand for care in two free standing emergency centers) ศูนย์อุบัติเหตุอิสระนี้เป็นแนวความคิดใหม่เกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุข เป็นการรวม ลักษณะการจัดตั้งแบบชนบทนิยม ได้แก่ สำนักงานแพทย์และแผนกอุบัติเหตุ ศูนย์นี้จะทำงาน 14 ชั่วโมงต่อวันใน 365 วัน ไม่จำเป็นจะต้องมีการนัด มีบริการอย่างกว้างจากการดูแลเบื้องต้นไปจนถึงการดูแลในรายอุบัติเหตุที่จำเป็นต้องให้บริการที่ซับซ้อน บริการประกอบพื้นฐาน อันได้แก่ห้องปฏิบัติการ เครื่องตรวจคลื่นสมองด้วยไฟฟ้า เครื่องเอกซเรย์และอุปกรณ์ที่สำคัญที่จะแก้ไขสภาพวิกฤติของผู้ป่วยได้มีการจัดไว้อย่างพร้อมเพรียง สิ่งที่น่าสนใจในการศึกษาเรื่องนี้ได้แก่ รูปแบบการเปรียบเทียบลักษณะทางด้านเศรษฐศาสตร์ สังคมและประชากรศาสตร์

ของตัวอย่างผู้ป่วยในสองศูนย์กับผู้ป่วยนอกชนิดเดินได้ในโรงพยาบาลต่างๆไปว่ามีอิทธิพลต่ออุปสงค์ต่อ
บริการอย่างไร ในการศึกษากำหนดอุปสงค์ดังนี้คือ

$$Q_d = f(\text{Inc, Wage, RSOC, INS, TTime}_{r_{soc}}, \text{TTime}_{f_{oc}}, \text{WTime}_{r_{soc}}, \text{WTime}_{f_{oc}}, \text{WTime}_{r_{soc}}, \text{WTime}_{f_{oc}}, \text{WTTTime}_{r_{soc}}, \text{WTTTime}_{f_{oc}}, \text{APPT, AGE, SEX, RACE, MS, ED, FS, HS, DIS, RES})$$

ได้ใช้แบบจำลองนี้ประมาณการค่าจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการและผู้ที่มีได้มาใช้บริการของศูนย์
สำหรับผู้ป่วยที่มีได้มาใช้บริการของศูนย์ จะรวมถึงผู้ใช้บริการของคลินิกแพทย์แผนกอุบัติเหตุ
ของโรงพยาบาล ตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลองนี้ คือ

Q_d	=	จำนวนการมารับบริการทางการแพทย์ในปี 1981
Inc	=	รายได้ครอบครัวต่อปี
wage	=	อัตราค่าจ้างแต่ละบุคคลต่อชั่วโมง
RSOC	=	แหล่งรักษาพยาบาลตามปกติ
INS	=	การประกันสำหรับผู้ป่วยนอก
$\text{TTime}_{r_{soc}}$	=	เวลาตามปกติในการเดินทางไปยังแหล่งรักษาพยาบาลตามปกติ จากบ้านหรือที่ทำงาน(ตามที่ได้กำหนดให้เป็นจุดที่ออกเดินทาง)
$\text{TTime}_{f_{oc}}$	=	เวลาจากการเดินทางตามปกติไปยังศูนย์ จากบ้านหรือจากงาน
$\text{WTime}_{r_{soc}}$	=	เวลาที่ต้องคอยตามปกติที่แหล่งรักษาพยาบาลตามปกติ
$\text{WTime}_{f_{oc}}$	=	เวลาที่ต้องรอคอยที่ศูนย์
$\text{WTTTime}_{r_{soc}}$	=	เวลาที่ใช้ในการเดินทางไปยังแหล่งรักษาพยาบาลตามปกติ ถ่วงด้วยอัตราน้ำหนักค่าจ้างเป็นชั่วโมง
$\text{WTTTime}_{f_{oc}}$	=	เวลาที่ใช้ในการคอยที่ศูนย์ถ่วงน้ำหนักด้วยค่าจ้างเป็นชั่วโมง
APPT	=	เวลาที่ล่าช้าเนื่องจากการนัดหมายกับแหล่งบริการที่ใช้ ตามปกติ
AGE	=	อายุของผู้ป่วย ณ วันที่ 31 ธ.ค. 1981
RACE	=	เชื้อชาติ

SEX	=	เพศ
MS	=	สถานะการสมรส
ED	=	ความรู้ของผู้ป่วยหรือความรู้ของผู้ปกครองของผู้ป่วย
FS	=	ขนาดของครอบครัว
HS	=	ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตัวเอง วัดโดยระบุว่าดีมาก ดีพอใช้หรือไม่ดี
DIS	=	จำนวนวันในปี 1981 ที่ผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียง หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจการตามปกติได้ เนื่องจากความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ
RES	=	จำนวนวันที่อาศัยในเมือง

การศึกษานี้ใช้ตารางการกระจายความถี่แบบง่าย ๆ ในการพิจารณาลักษณะของประชากรตัวอย่าง ตามแผนเดิมของการศึกษาจะใช้วิธีกำลังสองน้อยที่สุดทดลองแบบพหุเพื่อวิเคราะห์แบบจำลองของอุปสงค์ ตัวแปรตามจะได้แก่ จำนวนผู้ป่วยของศูนย์ หรือผู้ที่ไม่ได้มาใช้บริการของศูนย์ โดยมีตัวแปรอิสระซึ่งเป็นตัวพยากรณ์ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมต่างๆตั้งสรุปข้างต้น ผู้ป่วยประมาณ 80 % มาใช้บริการที่ศูนย์เพียงครั้งเดียว โดยเหตุที่การกระจายของตัวแปรอิสระไม่เป็นแบบการกระจายปกติ การศึกษานี้จึงพิจารณาว่าการวิเคราะห์โดยวิธี กำลังสองน้อยที่สุดทดลองแบบพหุไม่เหมาะสม

2. การศึกษาทางด้านอุปทาน

James B. Martin (1985) และคณะ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาวิธีการวางแผนจำนวนเตียงโรงพยาบาล ซึ่งจะสามารถตรึงราคาค้นทุน และกระจายทรัพยากรได้อย่างเป็นธรรม ในอดีตการวางแผนโรงพยาบาลเป็นแบบใช้อุปสงค์เป็นพื้นฐาน อย่างไรก็ตามหลักฐานว่าการวางแผนแบบดังกล่าวมีความสำเร็จในตัวและเป็นไปในลักษณะที่เกินความจำเป็น โครงการนี้จึงพยายามที่จะพัฒนาการวางแผนด้วยวิธีการใช้อัตรการใช้จ่ายงานโรงพยาบาล ซึ่งจะมีศักยภาพในการลดการใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นลงได้ กระบวนการในการพัฒนาเพื่อการจัดจำนวนเตียงอายุรกรรม ศัลยกรรม และเตียงกุมารเวชกรรม ซึ่งพยากรณ์ว่าจำเป็นในอนาคต ในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ต่างๆกันขึ้นอยู่กับพิจารณาอัตราการใช้มาตรฐาน รายละเอียดเกี่ยวกับ

การพยากรณ์ทางด้านประชากรศาสตร์ อัตราการครองเตียงที่แนะนำให้ใช้และข้อมูลทางด้านผู้ป่วยของรัฐทั้งหมด ความต้องการจำนวนเตียงซึ่งไม่มีรายละเอียดในทั้นยังคงใช้พื้นฐานความต้องการเป็นตัวพารามิเตอร์ของอุปสงค์ โดยใช้การคาดการณ์การเกิดของชุมชนในปีที่วางแผนมาคิด เช่นเดียวกับวิธีการวางแผนส่วนใหญ่ที่ใช้กันอยู่ในช่วงกลางๆของปี 1970 ถึง 1979 ACBNM (Acute Care Bed Need in Michigan) ได้พัฒนาจากข้อมูลข้อกำหนดของฮิลเบอร์ตันในการวางแผนโรงพยาบาล ลักษณะที่แตกต่างของ ACBNM กับ ฮิลเบอร์ตัน ก็คือการใช้ข้อมูลอัตราการใช้งานมาตรฐานและการเปลี่ยนแปลงของอัตราการครองเตียง ในการคำนวณ มีขั้นตอนโดยสรุป 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คิดจำนวนวันโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งหมดในระบบของหน่วยงาน สาธารณสุขที่อาจมีได้ในปีที่วางแผนนั้น โดย

1.1 พิจารณาจากเกณฑ์เป้าหมายอัตราการไว้ ที่ยังไม่ได้มีการปรับ

ตัวเลข

1.2 ปรับเป้าหมายสำหรับอัตราการไว้สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและชนบท

1.3 พยากรณ์ทางด้านประชากรในปีที่วางแผน

1.4 คำนวณจำนวนวันของผู้ป่วยตามพื้นที่บริการ ของหน่วยบริการที่

ผู้ป่วยอาศัย

1.5 คำนวณวันของผู้ป่วยสำหรับโรงพยาบาลในพื้นที่บริการนั้น

ขั้นตอนที่ 2 จัดกลุ่มโรงพยาบาลเป็นพื้นที่การบริการที่จะศึกษา (Study Facilities Service Areas, SFSA)

ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาจำนวนประชากรตามพื้นที่การศึกษา (Service Area Population, SAP) และประชากรผู้สูงอายุตามพื้นที่การศึกษา

ขั้นตอนที่ 4 คำนวณจำนวนวันป่วยในพื้นที่หน่วยบริการในปีที่วางแผน

4.1 พิจารณาตามเกณฑ์อัตราเป้าหมายการไว้บริการ ที่ยังมิได้ปรับ

4.2 ปรับเป้าหมายอัตราการไว้สำหรับประชากรผู้สูงอายุและชนบท

4.3 คำนวณวันของผู้ป่วยในพื้นที่บริการที่ศึกษา

4.4 ทำการกระจายจำนวนวันของผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 2

ขั้นตอนที่ 5 คำนวณจำนวนเตียงของโรงพยาบาลเฉพาะแห่งที่ต้องการ (จัดตามความเหมาะสม)

5.1 กระจายจำนวนวันผู้ป่วยสำหรับโรงพยาบาลเป็นสำหรับแต่ละโรง

5.2 แยกออกเป็นจำนวนวันผู้ป่วยอายุกรรมและผู้ป่วยศัลยกรรมที่เป็นผู้ใหญ่ (Adult Medical/Surgical, AM/S) และผู้ป่วยที่เป็นเด็ก (Pediatric, PED) จำนวนวันผู้ป่วยที่เป็นเด็ก

5.3 พิจารณาการสามโนประจำวัน

5.4 พิจารณาปัจจัยทางด้านการครอบครองเตียงจากฐานการสามโนประจำวัน

5.5 คำนวณจำนวนเตียงอายุกรรมและศัลยกรรมผู้ใหญ่และเด็กที่ต้องการรายละเอียดการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 การคำนวณวันโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งหมดในระบบของหน่วยบริการ

5.6 จำนวนประชากรสำหรับปีที่วางแผน จะได้จากการรวบรวมประชากรซึ่งคาดการณ์ทั้งหมดตามการแบ่งเขตตามรหัสไปรษณีย์ (Zip Code) ซึ่งจะมีเนื้อที่ขนาดใกล้เคียงกับเขตสาธารณสุข

5.7 การวางแผนวันของผู้ป่วยตามเขต ได้จากการแทนค่าจำนวนซึ่งเกิดขึ้นจากขั้นตอนที่ 1.1-1.3

โดยสรุปวิธีการศึกษาเรื่องนี้ทั้งหมดเป็นขั้นตอนดำเนินการได้ดังต่อไปนี้

$$\text{Beds}_{\text{SFSA}} = \text{Planned Patient Days}_{\text{SFSA}} / (\text{Occupation Factor} \times 365)$$

$$\text{โดยที่ Planned Patient Days} = (\text{Target Use Rate} \times \text{SAP}_{\text{SFSA}})$$

$$\text{SAP}_{\text{SFSA}} = \text{RI}_{i,j} \times \text{Population Projection}_i$$

ซึ่ง i = a zip code index, j = a hospital index, และ

RI_{1,1} = relevant index

สำหรับโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง การคำนวณความต้องการสำหรับเตียงอายุรกรรม ศัลยกรรมและ กุมารเวชกรรม จะเป็น ดังนี้

$$\text{Beds}_{AM/S} = \frac{DF_A \times (1 - PP_A) \times \text{Planned Patient Days}_{SFSA}}{(\text{AM/S occupancy factor} \times 365)} \quad \text{และ}$$

$$\text{Beds}_{PEDS} = \frac{DF_A \times PP_A \times \text{Planned Patient Days}_{SFSA}}{(\text{PEDS occupancy factor} \times 365)}$$

โดยที่ DF = distribution factor

A = hospital identifier

PP_A = Hospital_A pediatric patient days in base year /
Hospital_A total M/S patient days in base year

3. การศึกษาทางด้านต้นทุน

การศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนของโรงพยาบาลในประเทศไทยบางส่วน ผู้ศึกษาให้ความสนใจในรายละเอียดต่างกันมีหลากหลาย อาทิ Vasuprasat (1979) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร พบว่าขนาดที่เหมาะสมที่สุดของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ประมาณ 400 เตียง โดยเอาต้นทุนต่อวันมาเข้าสมการกับจำนวนเตียง ในการศึกษานี้ได้อ้างบทความของ Brian Abel-Smith ที่ว่าบริการโรงพยาบาลเป็นทางหนึ่งที่แพงมากในการดูแลทางการแพทย์ ดังนั้น ระบบโรงพยาบาลจะต้องวางแผนเพื่อให้มีขนาดที่ถูกต้องก่อสร้างในสถานที่ถูกต้อง และรับผู้ป่วยที่จำเป็นจะต้องรับไว้เพื่อการรักษาและรับจำหน่ายออกทันทีเมื่อเขาไม่จำเป็นจะต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอีกต่อไป

คนองยุทธ และคณะ (2523) ได้ศึกษาด้านต้นทุนโรงพยาบาลระดับจังหวัดในปี 2523 โดยวิธี Step-Down Method พบว่า โรงพยาบาลขนาดกลางมีอัตราส่วน แรงแงานวัสดุต่อค่า

ลงทุนเท่ากับ 39:49:12 โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีอัตราส่วนนี้เท่ากับ 35:53:12 ต้นทุนผู้ป่วยนอกและทันตกรรมเท่ากับ 63 และ 62 บาทต่อครั้ง ต้นทุนผู้ป่วยในอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรมและกุมารเวชกรรม เฉลี่ยเท่ากับ 169, 309, 193 และ 171 บาทต่อวันไข้ ตามลำดับ ต้นทุนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลขนาดกลางใหญ่และใหญ่พิเศษเฉลี่ยเท่ากับ 193, 198, 194 บาทต่อวันไข้

วิโรจน์ (25203) ได้ศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบัญชีต้นทุนโรงพยาบาลในโรงพยาบาล ตระการพีชผล จังหวัดอุบลราชธานี และ โรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่าต้นทุนต่อหน่วยของแผนก บริการผู้ป่วยนอก สูติรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม จักษุศาสตร์ ศอ นาสิก ออร์โธปิดิกส์เท่ากับ 780, 1216, 899, 614, 550, และ 692 บาทต่อราย เฉลี่ย 806 บาทต่อคน ในขณะที่มีรายได้จากผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 24 บาทต่อครั้ง และจากผู้ป่วยใน 136 บาทต่อคน สำหรับ โรงพยาบาลศรีสะเกษ มีต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 85 บาทต่อครั้งและจากผู้ป่วยใน เฉลี่ย 159 บาทต่อคน

กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบข้อมูล โดยใช้หลักการกำหนดฝ่ายงานและกลุ่มงานทุกแห่งของโรงพยาบาลเป็นหน่วยต้นทุน 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มไม่ก่อให้เกิดรายได้
- 2) กลุ่มก่อให้เกิดรายได้
- 3) กลุ่มบริการผู้ป่วยโดยตรง
- 4) กลุ่มบริการที่ไม่เกี่ยวกับผู้ป่วย

ได้ดำเนินการทดลองในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป 8 แห่ง ระหว่างเดือน เมษ- พย 2531 พบว่าต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุ : ต้นทุนค่าลงทุนเป็นอัตราส่วน 5:4:1 ต้นทุนที่ไม่เรียกเก็บค่าบริการและต้นทุนที่เก็บค่าบริการเป็นอัตราส่วน 55 % และ 45 % ตามลำดับ ต้นทุนต่อครั้งของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ เป็น 68 บาท และ 122 บาท ตามลำดับ ต้นทุนต่อครั้งของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ เป็น 1,203 บาท และ 2,221 บาท ตามลำดับ ต้นทุนต่อวันป่วยในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ เป็น 507 และ 387 บาทตามลำดับ ในส่วนของอัตราค่าคืนทุนพบว่า ร้อยละของค่าบริการเรียกเก็บและรายได้จริงต่อต้นทุนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนเท่ากับ 59 และ 47 บาทตามลำดับ ส่วนในโรงพยาบาลศูนย์เท่ากับ 67 และ 38 บาท ตามลำดับ ร้อยละของบริการที่เรียกเก็บ

และรายได้จริงต่อต้นทุนผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนเท่ากับ 46 และ 25 บาทตามลำดับ

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งผลของการศึกษานำมาอ้างอิงในวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ ได้แก่ ต้นทุนทางตรงของโรงพยาบาลชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข (สุวรรณ, 2534) ต้นทุนและรายได้หอผู้ป่วยพิเศษของโรงพยาบาลชลบุรี (สุทัศน์ และคณะ, 2532) วิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลระดับจังหวัดโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (อนุวัฒน์ และคณะ, 2531) โดยสรุป ดังนี้

สุวรรณ (2535) ได้ทำการศึกษาด้านต้นทุนทางตรงของโรงพยาบาลชลบุรี ของปีงบประมาณ 2534 เพื่อเป็นแนวทางการประเมินประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล ด้วยการวิจัยเชิงพรรณนา แบบเก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2533 ถึง 30 กันยายน 2534 โดยจำแนกองค์ประกอบของต้นทุนทางตรงของโรงพยาบาลเป็น ต้นทุนค่าลงทุน ต้นทุนค่าดำเนินการพื้นฐานและต้นทุนค่าดำเนินการแปรผัน ผลการวิจัยพบว่าต้นทุนทางตรงของโรงพยาบาลชลบุรี ปีงบประมาณ 2534 เป็นเงิน 254.10 ล้านบาท โดยจำแนกออกเป็น ต้นทุนค่าดำเนินการพื้นฐาน (ค่าแรงและค่าสาธารณูปโภค) มีค่าสูงสุดเป็นเงิน 104.02 ล้านบาท (40.94%) ต้นทุนค่าดำเนินการแปรผัน (ค่าวัสดุและค่าใช้จ่ายอื่นๆ) เป็นเงิน 85.15 ล้านบาท (33.5%) และต้นทุนค่าลงทุน (ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้าง ค่าครุภัณฑ์ ค่าวัสดุสำรอง) เป็นเงิน 64.93 ล้านบาท (25.55%) หรือคิดเป็นสัดส่วน ต้นทุนค่าลงทุน : ต้นทุนค่าดำเนินการพื้นฐาน : ต้นทุนค่าดำเนินการแปรผันเท่ากับ 1 : 1.6 : 1.3 โดยกลุ่มงานเภสัชกรรมมีต้นทุนทางตรงสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 19.16 และกลุ่มงานจิตเวชมีต้นทุนทางตรงต่ำสุดคิดเป็นร้อยละ 0.3 ของต้นทุนทางตรงของโรงพยาบาล ต้นทุนทางตรงต่อเตียงมีค่าเท่ากับ 349,513.20 บาท ต้นทุนทางตรงต่อหน่วยของงานผู้ป่วยนอกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.90 บาท / ครั้ง และสาขาศัลยกรรมของงานผู้ป่วยนอกมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 15.56 บาท/ครั้ง ต้นทุนทางตรงต่อหน่วยของงานผู้ป่วยในมีค่าเฉลี่ย 1,270.81 บาท/รายโดยมีสาขาศัลยกรรมของผู้ป่วยในมีค่าสูงสุดเท่ากับ 1,843.94 บาท/ราย และสาขาสุนัขวินิจฉัยกรรมของงานผู้ป่วยในมีค่าต่ำสุดเป็นเงิน 545.89 บาท /ราย และพบว่าค่าที่ดิน ค่าแรงและค่าวัสดุเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญของค่าลงทุน ค่าดำเนินการพื้นฐาน และค่าดำเนินการแปรผันตามลำดับ

อนุวัฒน์ และคณะ (2531) ทำการวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2531 โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจาก

รายงาน 0110 - 11 รง.5 ซึ่งนำมารวมเป็น รายงานประจำปีของกองโรงพยาบาลภูมิภาค การวิเคราะห์ต้นทุนกระทำเฉพาะส่วนต้นทุนดำเนินการ (Operating Cost) เท่านั้น ได้แก่ ใช้จ่ายจากงบประมาณและเงินบำรุงในหมวดเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ ค่าสาธารณูปโภค เงินอุดหนุน และรายจ่ายอื่นๆ ปรับรายจ่ายหมวดวัสดุให้เป็นต้นทุน โดยรวมหนี้สินที่เพิ่มขึ้น และปริมาณวัสดุคงคลังที่ลดลงในหมวดนี้ ผลงานของโรงพยาบาลนั้น จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกและจำนวนรายผู้ป่วยในถูกถ่วงด้วยน้ำหนักต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกและต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน อัตราส่วน 1 : 18.85 เมื่อนำต้นทุนมาหารด้วยปริมาณงานที่ถูกถ่วงน้ำหนักแล้ว จะได้ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกและต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในของทุกโรงพยาบาล ในการหาสมการต้นทุนจะพิจารณาต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในเป็นตัวแปรตามโดยมีตัวแปรอิสระได้แก่ ลักษณะของโรงพยาบาล (ขนาดหน้าที่ ได้แก่ ความเป็นโรงพยาบาลศูนย์ การมีกิจกรรมสอนนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาลปัจจัยนำเข้า ด้านเจ้าหน้าที่ ได้แก่ จำนวนเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยในเฉลี่ย จำนวนเจ้าหน้าที่ต่อเตียง ดัชนีเงินเดือนข้าราชการต่อคนต่อเดือน ดัชนีค่าจ้างต่อคนต่อเดือน) ลักษณะของผู้ป่วย (อัตราตายในโรงพยาบาล อัตราการผ่าตัด อัตราการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ อัตราการส่งตรวจรังสีวินิจฉัย จำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อราย) ดัชนีการใช้บริการ (จำนวนผู้ป่วยในต่อเตียงต่อปีตลอดปี อัตราการครองเตียง จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน) และสภาพแวดล้อมอื่นๆ(ภาคที่ตั้งของโรงพยาบาล ผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวประชากรของจังหวัด) ผลการวิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยพหุ ปรากฏว่า ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในเป็นสมการของตัวแปร 4 ชุด ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยต่อเตียงต่อปี (Case flow) ความเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (Regional hospital) อัตราตายในโรงพยาบาล (Death rate) และจำนวนวันป่วยเฉลี่ย (Los) โดยมีสมการ ดังนี้

$$IP \text{ Cost/Case} = 2120.68 - 15.06 (\text{Case flow}) + 333.20 (\text{Regional hospital}) + 9815.82(\text{Death rate}) + 96.14(\text{Los})$$

ตัวแปร case flow จะสะท้อนถึงอัตราการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล ความเป็นโรงพยาบาลศูนย์จะแสดงถึงการรับภาระการรักษาพยาบาลขั้นตติยภูมิ ซึ่งผู้ป่วยมีความรุนแรงมากกว่าโรงพยาบาลทั่วไป การเป็นแม่ข่ายในระบบ พบส. ตลอดจนการมีกิจกรรมสอนนักศึกษาแพทย์/พยาบาล ส่วนอัตราตายใน ร.พ. และจำนวนวันป่วยเฉลี่ยจะสะท้อนถึง Case mixed severity ของการให้บริการของโรงพยาบาล สมการนี้สามารถนำไปวิเคราะห์หาโรงพยาบาลที่มีต้นทุนสูงผิดปกติ เพื่อหาสาเหตุดำเนินการแก้ไข รวมทั้งใช้สำหรับการพิจารณาการจ่ายชดเชยในระบบการประกัน

สุขภาพที่จะมีเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้นี้ ผลของการศึกษาโดยการวิเคราะห์ด้วยสมการต้นทุนดังกล่าว พบว่า ต้นทุนต่อรายของผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลชลบุรี มีค่า Actual = 2,452 ค่า Predicted = 2,520 ($Z = 1.21, Z \text{ residual} = 0.28$) สำหรับต้นทุนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอื่นๆของกระทรวงสาธารณสุข จากการศึกษาในเรื่องนี้โปรดดูได้ในภาคผนวก

สุทัศน์และคณะ (2535) ได้ทำการศึกษาด้านต้นทุนและรายได้หอผู้ป่วยพิเศษของโรงพยาบาลชลบุรี ระหว่าง 1 เมษายน - 30 เมษายน 2535 ได้ทำการเก็บข้อมูลจากหอผู้ป่วยพิเศษ 8 หอ 5 กลุ่มงาน ได้แก่ หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม 2 หอ หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม 2 หอ หอผู้ป่วยพิเศษเด็ก 1 หอ หอผู้ป่วยพิเศษจักษุ โสต ศอ นาสิก และ ลาริงซ์ 1 หอ หอผู้ป่วยพิเศษสูตินรีเวช 2 หอ โดยเก็บข้อมูลรายได้ตั้งแต่เริ่มแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาในหอพิเศษ ต้นทุนค่าใช้จ่ายแบ่งเป็น ต้นทุนการลงทุน ต้นทุนวัสดุและต้นทุนค่าแรงงาน โดยใช้ราคาต้นทุนปัจจุบันที่โรงพยาบาลชลบุรีจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์ต่างๆ ราคาค่าก่อสร้างปัจจุบัน เงินเดือนจากบัญชี เงินเดือนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้ไม่รวมค่าล่วงเวลา ค่าเช่าบ้าน ค่าเล่าเรียนบุตร การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือวงจรถูกทุนและวงจรรายได้ของหอผู้ป่วยพิเศษ และวิเคราะห์อัตราการใช้ต้นทุนของหอผู้ป่วยพิเศษ มีประเด็นสำคัญสรุปได้ดังต่อไปนี้ ต้นทุนรวมโดยตรงของผู้ป่วยพิเศษโดยเฉลี่ยของกลุ่มงานอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม จักษุและโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์ เป็นเงิน 1,211.85, 1,470.96, 1,317.88, 1,349.57, 840.93, 2,099.92, 2,598.75 บาท ตามลำดับรายได้หอผู้ป่วยพิเศษโดยเฉลี่ย ค่าห้อง ค่าแรง ค่ายา ค่าผ่าตัด และค่าบริการอื่นๆของกลุ่มงานอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม จักษุและโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์ต่อรายเป็นเงิน 874.65, 840.25, 1,292.97, 999.41, 1,204.64, 1,743.17 บาทตามลำดับ

อัตราการใช้ทุนคืนจริง ของหอผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลชลบุรี แยกตามกลุ่มงาน ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม จักษุและโสต ศอ นาสิก เท่ากับ 0.72, 0.57, 0.98, 0.74, 1.43, 0.83, 0.67 ตามลำดับ

4. การศึกษาทางด้านพฤติกรรมของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน สองประการ

ที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐเป็นโรงพยาบาลที่ไม่ต้องการผลกำไร (Not-for-Profit Hospital, NFPH) แต่โรงพยาบาลเอกชนเป็นโรงพยาบาลที่หวังกำไร (For-Profit Hospital, FH) ความเห็นนักวิชาการเกี่ยวกับเรื่องนี้มีแตกต่างกันออกไปหลายทัศนะ เช่น NFPH ได้มีการพัฒนาในลักษณะเป็นเครื่องคุ้มครองในระบบการประกันอย่างไม่เป็นทางการชนิดหนึ่ง ที่จะถ่วงดุลย์ความไม่แน่นอนและความไม่สมบูรณ์ของตลาดต่อความเสี่ยง ซึ่งเป็นตลาดทางการแพทย์ NFPH จะคิดค่าบริการต่ำกว่าโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลที่หวังกำไรซึ่งจะมีอำนาจผูกขาด เนื่องจากผลของลักษณะดังกล่าวนี้ (Arrow 1963) ผู้บริหารโรงพยาบาลจะ Maximize Utility จากปริมาณและคุณภาพภายใต้ข้อจำกัดของ Break-Even (Newhouse, 1970) แพทย์เป็นผู้ควบคุมการตัดสินใจของโรงพยาบาล และพยายามที่จะ Maximize Utility ของเขาจากรายได้ของแพทย์ ภายใต้ Break-Even ของโรงพยาบาล (Paul and Redisch, 1973)

Thomas J. Hoerger (1991) ได้ทำการทดสอบอย่างง่ายทางด้านความคิดโดยสมมติว่า NFPH จะ Maximize วัตถุประสงค์อย่างที่ไม่ได้ระบุไว้โดยคาด หวังว่าจะต้องการกำไรเท่ากับค่าคงที่ K_i ซึ่งเป็นข้อจำกัด ข้อจำกัดนี้มีตัว i เพื่อที่จะแสดงการเปลี่ยนแปลงไประหว่างโรงพยาบาลต่างๆ และโดยที่ปัจจัยภายนอกเปลี่ยนแปลงงบประมาณโรงพยาบาลที่จำกัดจะหมุนหรือเลื่อนขึ้นลง และพจน์ต่างๆในสมการวัตถุประสงค์จะเปลี่ยนแปลงตามความพอใจของโรงพยาบาล โดยนิยามแล้วอย่างไรก็ดี กำไรของโรงพยาบาลที่คาดหมายจะคงมีค่า เท่ากับ K_i ในทางตรงข้ามสมมติว่า NFPH มีพฤติกรรมเช่นเดียวกับโรงพยาบาลที่ไม่ต้องการกำไร โดยที่เมื่อมีปัจจัยภายนอกมีการเปลี่ยนแปลงสมการกำไรจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงด้วย และภายใต้การเปลี่ยนแปลงนี้กำไรโรงพยาบาลก็จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย การทดลองนี้ได้ทำให้เกิดชุดของการทดสอบเปรียบเทียบพฤติกรรมของ NFPH ที่เด่นชัดอย่างง่ายๆ กล่าวคือหาก NFPH มีพฤติกรรมที่แตกต่างจากโรงพยาบาลที่ต้องการกำไร กำไร $(R-C)$ ของโรงพยาบาล NFPH แต่ละโรงพยาบาลจะมีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่ากำไรของโรงพยาบาลที่มุ่งกำไร ในทางกลับกันการทดสอบ the Null Hypothesis ที่ว่าโรงพยาบาล NFPH มีพฤติกรรมเหมือนโรงพยาบาลที่ต้องการกำไรซึ่งจะต้องแสดงให้เห็นว่าจะต้องมีความแตกต่างอย่างเล็กน้อย ในการเปลี่ยนแปลงของกำไรในโรงพยาบาลทั้งสองแบบนี้ซึ่ง Null Hypothesis เป็นไปตามธรรมชาติ สำหรับการทดสอบพฤติกรรม NFPH โดยเหตุที่ NFPH สามารถมีกำไรเช่นเดียวกับ FPH เพียงแต่ไม่มีกฎหมายห้ามแจกจ่ายกำไรนั้นไปยังผู้ที่เรียกร้องส่วนที่เหลือ (Residual Claimants) เท่านั้น (Hansman, 1980)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์จากการศึกษาเรื่องนี้คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานต่างๆในกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข จะใช้ข้อมูลที่ได้รับสนับสนุนการพิจารณา ตัดสินใจในการปรับปรุงนโยบาย หรือพัฒนารูปแบบการคลังสาธารณสุข เพื่อการจัดบริการให้สอดคล้องกับรูปแบบการเปลี่ยนแปลงในอนาคต เช่น การสนองตอบระบบประกันสังคมและการประกันสุขภาพอย่างเต็มรูปแบบ
2. กองโรงพยาบาลภูมิภาค จะใช้ข้อมูลดังกล่าวประกอบการพิจารณาเพื่อการจัดสรรงบประมาณเพื่อการสนับสนุนโรงพยาบาลต่างๆให้เหมาะสมรวมทั้งการเสนอแนะเพื่อเพิ่มเตียงพิเศษ อันเป็นแหล่งรายได้ส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล (กรณีที่ไม่ต้องการเพิ่มจำนวนเตียงอาจมีการปรับเปลี่ยนเตียงสามัญเป็นเตียงพิเศษแทนก็ได้) นอกจากนี้อาจใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการรับบริจาคการก่อสร้างตึกพิเศษได้ด้วย
3. โรงพยาบาลจะช่วยให้ฝ่ายบริหารได้ใช้ข้อมูลในการวางแผนกำหนดนโยบายเพื่อการดำเนินการให้โรงพยาบาลสามารถมีรายได้เพิ่มขึ้น สามารถลดภาระการเป็นหนี้สินที่น้อยลง
4. ก่อให้เกิดแนวความคิดการวิจัยเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการผู้ป่วยที่เป็นผู้จ่ายในเชิงเศรษฐศาสตร์มากยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุปในบทนี้ได้ชี้ประเด็นปัญหาที่เกิดจากการกำหนดนโยบายอย่างกว้างขวางของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อนำไปสู่การปฏิบัติยังไม่สมประโยชน์เท่าที่ควร จึงได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อหาคำตอบเป็นแนวทางสนับสนุนการปรับปรุงนโยบายกำหนดราคาใหม่ โดยเลือกโรงพยาบาล ชลบุรี เป็นกรณีศึกษา และได้ชี้ให้เห็นว่าการศึกษานี้จะได้ผลจริงๆนั้นจะต้องศึกษาอย่างละเอียดครอบคลุม ทั้งทางด้านอุปสงค์ อุปทาน ลักษณะตลาดและพฤติกรรมโรงพยาบาลอื่นๆที่จำเป็นประกอบด้วย การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดเป็นอันมาก ประโยชน์ที่ได้รับที่แท้จริงก็คือ การขยายความคิดให้แก่นักวิจัยของหน่วยงานได้นำไปศึกษาแบบเจาะลึกในระบบของการกำหนดราคาค่าบริการห้องพิเศษและบริการสุขภาพอนามัยของสถานบริการในระดับต่างๆต่อไป