



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่มารับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลระดับต่าง ๆ นั้น ส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันที่ไม่รุนแรงหรือหายได้เอง และโรคเรื้อรังที่จะต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรคในแต่ละท้องถิ่น ซึ่งปัญหาการเจ็บป่วยเหล่านี้สามารถดูแลรักษาได้ที่แผนกผู้ป่วยนอก มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ประกอบกับความจำกัดของจำนวนเตียงในโรงพยาบาลและต้นทุนในการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้นคุณภาพและขีดความสามารถในการให้บริการตรวจและรักษาโรคต่าง ๆ ที่แผนกผู้ป่วยนอกจึงควรมีการพัฒนาให้เป็นที่พอใจของผู้รับบริการและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยวิธีการตรวจและรักษาผู้มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกจะประกอบด้วย¹ การซักประวัติผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญที่จะช่วยในการวินิจฉัยโรค ตรวจร่างกายอย่างถูกต้องมีขั้นตอนและเป็นระบบ เลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่าที่จำเป็นอย่างเหมาะสมและแปลผลถูกต้องเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค อันจะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกให้การรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามความรุนแรงของโรค เช่น ให้ยาที่มีคุณภาพดี ราคาถูก ผ่าตัด ฉายแสง หรือกายภาพบำบัด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วย โดยเร็วและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดสามารถทำงานเพิ่มพูนรายได้ให้แก่ตนเองและครอบครัว

¹ สัจพันธ์ อิศรเสนา, "บริการผู้ป่วยนอก" ใน อายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอก, พิมพ์ครั้งแรก (กรุงเทพมหานคร : หจก. ภาพพิมพ์, 2534), หน้า 4-5

ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากการลดลงของอัตราการเกิดและการตายของทารกแรกคลอด มีการควบคุมโรคติดต่อ ตลอดจนการส่งเสริมด้านโภชนาการและมาตรฐานการดำรงชีวิตของประชากรดีขึ้น ทำให้โครงสร้างอายุประชากรเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ประชากรในวัยทำงานและผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ในช่วงปี 2524-2528 สะท้อนให้เห็นว่า ภาวะการเจ็บป่วยของประชากรไทยมีท่าทีสูงขึ้นในรอบ 4 ปีที่ผ่านมา นั้น อัตราการเจ็บป่วยจะสูงในกลุ่มประชากรอายุน้อย และค่าลดลงตามลำดับ แต่จะสูงขึ้นในวัยทำงานและสูงมากในวัยชรา สาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยของประชากรทั่วประเทศพบว่า โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของความเจ็บป่วยอันดับแรก ๆ ได้แก่ โรคติดเชื้อ โรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ อุบัติเหตุ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ เป็น 5 กลุ่มโรคหลัก ในช่วงปี 2506-2522 รวมเป็นโรคที่เกิดกับผู้ป่วยประมาณร้อยละ 75² แบบแผนการเจ็บป่วยตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปี โรคติดเชื้อและโรคระบบทางเดินหายใจเป็น 2 สาเหตุสำคัญของการป่วย ครอบคลุมผู้ป่วยระหว่างร้อยละ 68-78 กลุ่มอายุ 1-14 ปี กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญ 4 อันดับแรกได้แก่ โรคติดเชื้อ โรคระบบทางเดินหายใจ อุบัติเหตุ และโรคที่มีอาการไม่แจ้งชัด โดยเฉพาะใน 3 กลุ่มแรกครอบคลุมจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 70 กลุ่มอายุ 15-44 ปี มีลักษณะการเจ็บป่วยแตกต่างกันในรายละเอียด สำหรับชายกลุ่มโรคที่พบมากที่สุดได้แก่ อุบัติเหตุ โรคติดเชื้อ และโรคระบบทางเดินอาหาร ซึ่งครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมดร้อยละ 65 ส่วนในกลุ่มเพศหญิง กลุ่มโรคที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคอันเกี่ยวข้องกับที่ตั้งครรภ์ โรคติดเชื้อ โรคระบบทางเดินปัสสาวะกับอวัยวะสืบพันธุ์ และอุบัติเหตุ ไม่นับรวมกลุ่มอาการที่ไม่แจ้งชัดซึ่งมีประมาณร้อยละ 3-5 กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญได้แก่ โรคระบบประสาทสัมผัส โรคระบบทางเดินหายใจ โรคติดเชื้อ โรคมะเร็ง และโรคระบบทางเดินอาหาร โดยสรุปแบบแผนการเจ็บป่วยตามกลุ่มอายุมีข้อน่าสังเกตคือ สัดส่วนของผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่าง ๆ ใกล้เคียงกันมาก ไม่มีกลุ่มใดเป็นกลุ่มหลักที่มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างชัดเจน³

² เกียนฉาย กี่ระนันท์ และคณะ, รายงานการวิจัย : โครงการแบบแผนการเจ็บป่วยและการตายของประชากร, การเสนอผลงานวิจัยที่สนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก, ณ ห้องวิภาวดีบอลรูม เอ โรงแรมเซ็นทรัลพลาซ่า กรุงเทพฯ, 27 กรกฎาคม 2533, หน้า 8.

³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 11.

จากการวิเคราะห์เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ที่คลินิกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้มีการจัดลำดับความผิดปกติที่พบเสมอในการวินิจฉัยของแพทย์ เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกทางอายุรศาสตร์จากสถาบันแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกา จะเห็นว่ามีความแตกต่างกันพอสมควร กล่าวคือ ในสหรัฐอเมริกา นั้น กลุ่มโรคที่พบเสมอเรียงตามลำดับของการวินิจฉัยของแพทย์ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจขาดเลือด ข้อเสื่อม โรคหัวใจปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคประสาท ข้ออักเสบ โรคอ้วน โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และผิวหนังอักเสบ สำหรับที่คลินิกอายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นั้น กลุ่มโรคที่พบเสมอเรียงตามลำดับได้แก่ ปวดศีรษะ/ไมเกรน ปวดท้อง แผลเป็บติค อาหารไม่ย่อย ความดันโลหิตสูง ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น ท้องเดิน เจ็บหน้าอก โรคประสาท/กังวล ไอ เวียนศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ/กระดูก หายใจลำบาก ดังตาราง 1.1



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 1.1 แสดงลำดับของการวินิจฉัยโรคที่พบเสมอในคลินิกอายุรศาสตร์

ลำดับ	Brook Army Medical Center	คลินิกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์
1	ความดันโลหิตสูง	ปวดศีรษะ/ไมเกรน
2	เบาหวาน	ปวดท้อง
3	หัวใจขาดเลือด	แผลเปบติค
4	ข้อเสื่อม	อาหารไม่ย่อย
5	โรคหัวใจ	ความดันโลหิตสูง
6	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น
7	รูดอาการ	ท้องเดิน
8	โรคประสาท	เจ็บหน้าอก
9	ตรวจพิเศษ	โรคประสาท/กังวล
10	ข้ออักเสบ	ไอ
11	โรคอ้วน	เวียนศีรษะ
12	ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	ปวดกล้ามเนื้อ/กระดูก
13	ผิวหนังอักเสบ	หายใจลำบาก

ที่มา : สัจพันธ์ อิศรเสนา, อ่างแล้ว, หน้า 7.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จากการที่โครงสร้างอายุของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าว ประกอบกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว มีผลให้การใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นโดยทั่วไป นอกจากนี้การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าและมีราคาแพง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ต้นทุนในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการพิจารณาสรรหาและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนให้เกิดประโยชน์สูงและประหยัดสุดจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ในปัจจุบันการให้บริการสุขภาพมีลักษณะซับซ้อน ทำให้ค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพยิ่งสูงมากขึ้นจนเป็นปัญหาสำคัญทางเศรษฐกิจ ดังนั้นการให้ความสำคัญของประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจจะมากขึ้น ความตื่นตัวในเรื่องการใช้เทคนิคที่เหมาะสมเพื่อลดค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพจึงเพิ่มขึ้น⁴

การให้บริการสาธารณสุขในทางเศรษฐศาสตร์จัดว่าเป็นสินค้าคุณธรรม (Merit goods) ซึ่งรัฐจะต้องสนับสนุนให้ดำเนินไปอย่างเหมาะสม ทั้งด้านประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขของประเทศ การที่จะให้รัฐจัดบริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทุกคนอย่างทั่วถึง โดยรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดย่อมเป็นไปได้ เพราะทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด แต่ถ้าให้ประชาชนตัดสินใจเลือกประกันสุขภาพด้วยตนเอง ก็จะมีประชาชนเพียงบางกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี เท่านั้นที่จะสามารถได้รับบริการ ดังนั้นเพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการสาธารณสุขของประเทศ ทั้งรัฐและประชาชนจึงควรแบ่งภาระรับผิดชอบค่าใช้จ่ายร่วมกันจึงจะเป็นการเหมาะสมที่สุด โดยจัดให้ในรูปรัฐสวัสดิการ โดยรัฐบาลให้ความช่วยเหลือส่วนหนึ่งและจะเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลบางส่วนจากผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการดำเนินงานในแง่ที่จะไม่ให้มีการบริโภคเกินควรนั่นเอง⁵

⁴ กุศล สุนทรธาดา, "กลไกราคาและบทบาทของรัฐบาล" ใน อบรมเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข, ณ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดชลบุรี, 15-27 มิถุนายน 2530 หน้า 42.

⁵ สุนิดา อภัยรัตน์, การศึกษาความเป็นไปได้เชิงเศรษฐกิจของกองทุนบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข, (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร : 2534), หน้า 8.

ในขณะนี้ประชาชนไทยที่มีหลักประกันแน่นอนระดับหนึ่ง ในการคุ้มครองสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วยมีอยู่ประมาณ 2 ใน 3 แยกเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง ประมาณ 8 ล้านคน ผู้มีบัตรสงเคราะห์ประมาณ 7.6 ล้านคน เด็กนักเรียนประมาณ 6.7 ล้านคน ผู้ใช้แรงงานประมาณ 1.5 ล้านคน ผู้ประกันสุขภาพภาคเอกชนประมาณ 0.2 ล้านคน ผู้ซื้อบัตรสุขภาพของรัฐบาล 2.7 ล้านคน กลุ่มเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี และคนชราที่อายุมากกว่า 60 ปี รวมกันประมาณ 9.6 ล้านคน รวมทั้งสิ้นประมาณ 36 ล้านคน ถ้าในอนาคตมีระบบประกันสุขภาพที่สามารถครอบคลุมประชากรที่เหลืออยู่ เชื่อแน่ว่าประชาชนจะมีความต้องการบริโภคบริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เพราะปัจจัยที่จะขัดกั้นการแสวงหาบริการจะลดลง ประชาชนทุกคนจะแสวงหาบริการที่ดีที่สุดเท่าที่ตนเองจะสามารถหาได้ บางครั้งการแสวงหาบริการนั้นจะเป็นบริการที่เกินความจำเป็น ถ้าไม่มีการควบคุมการบริหารจัดการการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ปัญหาความไม่มีประสิทธิภาพของการใช้บริการคงจะเกิดมากขึ้น^๕ ดังนั้นการกำหนดมาตรฐานในการตรวจรักษาและการควบคุมกำกับให้ปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะช่วยควบคุมต้นทุนในการให้บริการให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้เมื่อมีความจำเป็น ทำให้บริการด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพและความเป็นธรรมเพิ่มขึ้น

งบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 89 แห่ง ในปีงบประมาณ 2531 เป็นเงิน 2,871 ล้านบาท หรือร้อยละ 25 ของงบประมาณทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข แต่นอกจากเงินงบประมาณแล้วโรงพยาบาลทั้ง 89 แห่งยังได้จ่ายเงินบำรุงโรงพยาบาล (ซึ่งเป็นรายได้จากค่ายาและค่าบริการของผู้ป่วยที่สามารถจ่ายได้) เพื่อบริหารโรงพยาบาลเนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ ในปีงบประมาณ 2531 ได้จ่ายไปทั้งสิ้นถึง 2,130 ล้านบาท รวมรายจ่ายจากเงินงบประมาณและเงินบำรุงเท่ากับร้อยละ 44 ของงบประมาณทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข นับว่าเป็นจำนวนเงินมหาศาล เงินเหล่านี้ได้ให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น

^๕ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, "ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในทศวรรษหน้า" ใน จุลสารชมรมแพทย์ชนบท ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (มีนาคม 2533) หน้า 6.

10.82 ล้านครั้ง (Visit) และผู้ป่วยในอีก 1,837,540 ราย รวมวันที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลทั้งสิ้น 9,029,072 วัน จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลเป็นสถานบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก จึงมีความจำเป็นที่ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย จะต้องทราบถึงพฤติกรรมของต้นทุนและต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดและวางแผนรองรับการขยายตัวของความต้องการบริการทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม⁷

ปัญหาที่น่าสนใจในการศึกษาต้นทุนแบบกลุ่มโรคในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สืบเนื่องมาจาก ค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้นทุกปีและมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นในอัตราที่เพิ่มขึ้น โดยไม่ทราบว่าจะประกอบด้วยองค์ประกอบของต้นทุนต่อครั้งในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคมีอะไรบ้าง มีความแตกต่างของต้นทุนในแต่ละกลุ่มโรคเพียงใด มีแนวทางที่จะลดต้นทุนดังกล่าวได้หรือไม่ ด้วยวิธีใด การเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลต่ำกว่าต้นทุนที่เป็นจริงในโรงพยาบาลของรัฐ เป็นการตั้งราคาแบบอุดหนุนโดยไม่มีกำบังแยก ทำให้คนไข้ที่มีฐานะดีได้รับการอุดหนุนเท่ากับคนไข้ยากจน สร้างความไม่เป็นธรรมให้เกิดขึ้นในสังคมและทำให้รัฐต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายมากเกินไป การพัฒนานโยบายในการปรับราคาค่าบริการเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรทำ แนวทางการตั้งราคาค่าบริการควรพิจารณาอย่างจริงจังพร้อมกับคำนึงถึงผลลัพธ์ในเชิงความยุติธรรมด้วย

Diagnosis Related Groups (DRGs.) เป็นการกำหนดประเภทหรือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยคล้ายคลึงกันตามความเห็นของแพทย์ แต่ละ DRG จะถูกกำหนดขึ้นจากอาการของโรคและกระบวนการบริหารจัดการกับกลุ่มโรคนั้น ๆ แนวความคิดเกี่ยวกับ DRG ได้รับการพัฒนาโดยนักวิจัยที่มหาวิทยาลัยเยล ซึ่งเป็นศูนย์กลางสำหรับศึกษาด้านสุขภาพตั้งตั้งแต่ปี 1960 ได้มีการสรุปรวมการวินิจฉัยโรคที่คล้ายคลึงกันเข้าด้วยกัน ผู้ป่วยจะได้รับการแยกประเภทหรือจับกลุ่มโรคที่มีความสัมพันธ์กัน มีจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลใกล้เคียงกัน ในปี 1975 Health

⁷ กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สมการต้นทุนโรงพยาบาลจังหวัดในประเทศไทย, (กรุงเทพมหานคร : 2534), หน้า 2.

Care Financing Administration (HCFA) ได้เริ่มงานกับมหาวิทยาลัยเฮล ในการพัฒนา ระบบการจ่ายเงินของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลบนพื้นฐานของ DRG โดยใช้ข้อมูลพื้นฐาน จากการสรุปรายงานทางการแพทย์ประมาณ 700,000 ฉบับในโรงพยาบาล 168 แห่ง ของรัฐ นิวเจอร์ซีย์และคอนเนคติกัต ในปี 1979 โครงการของรัฐจำนวนมากต้องการข้อมูลด้านการวินิจฉัย โรค เพื่อระบุและแยกประเภทโรคให้เป็นระบบ (ICD-9-CM) ในปี 1980 ได้มีการปรึกษาและ ร่วมกันสร้างระบบ DRG ขึ้นใหม่ ต่อมาในปี 1980-1982 ได้มีการทดลองศึกษาเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของระบบการจ่ายเงินล่วงหน้า 2 ระบบในรัฐนิวเจอร์ซีย์ พบว่า ต้นทุนต่อรายของผู้มา รับบริการในโรงพยาบาลซึ่งใช้ระบบ DRG นั้น น้อยกว่าในสถาบันที่จ่ายเงินภายใต้ระบบบัญชีมาตรฐาน ของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนั้นระบบ DRG ยังทำให้อัตราการรับผู้ป่วยเข้ารักษา ในโรงพยาบาลสูงขึ้นและช่วยให้ระยะเวลาที่รักษาต่อในโรงพยาบาลลดลงด้วย⁸ ในปัจจุบันการคิด ต้นทุนแบบนี้ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง และคาดว่าความคิดต้นทุนแบบ DRG น่าจะสามารถนำไป ประยุกต์ใช้กับการคิดค่าบริการอย่างเหมาะสมเพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น

ในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ รัฐบาลได้ใช้ Cost DRGs เป็น แนวทางในการจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบการ จ่ายเงินงบประมาณล่วงหน้าอย่างเป็นธรรม ให้แก่โรงพยาบาลของรัฐที่ให้การรักษาประชาชนตาม กลุ่มโรคที่ให้บริการ⁹ มีการศึกษาเกี่ยวกับ Improving DRGs เนื่องจากระบบการจ่ายเงินโดย ยึดหลัก DRGs ในโรงพยาบาลของรัฐนั้นไม่เพียงพอ ในการรักษาโรคที่มีความรุนแรงแตกต่างกัน ในกลุ่มโรคเดียวกัน ทำให้มีการปรับปรุงการจำแนกประเภทของโรคในระบบทางเดินหายใจขึ้น

⁸ Rosko MD; Broyles RW, The impact of the New Jersey all-payer DRG system, *Inquiry*, 1986 Spring; 23(1) p.67-75.

⁹ Munor E. et al, Hospital cost, resource characteristics, and the dynamics of death for hospitalized patients in cardiology DRGs, *Heart Lung*, 1989 March; 18(2); p.164-71.

ใหม่¹⁰ จากการศึกษาในนิวเจอร์ซีย์ พบว่าระบบการจ่ายเงินแบบ DRGs ทำให้โรงพยาบาลมีการควบคุมต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด ต้นทุนต่อราย และต้นทุนต่อวัน ระบบ DRGs ช่วยลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลลง และลดค่าใช้จ่ายด้านปฏิบัติการต่อรายลงอีกด้วย¹¹

ในประเทศไทย ได้มีการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาลหลายแห่ง แต่ยังไม่มีการศึกษาต้นทุนต่อครั้งของการให้บริการในแต่ละกลุ่มโรค ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลพื้นฐานยังมีไม่มากพอ แต่เนื่องจากได้มีการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์¹² ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขด้าน DRGs ต่อไป ดังนั้นการศึกษาต้นทุนต่อครั้งของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแบบกลุ่มโรค ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ตึก ภปร.) จะเป็นแนวทางในการกำหนดและควบคุมราคาค่าบริการต่อครั้งของผู้ป่วยนอกแต่ละกลุ่มโรคอย่างเหมาะสม และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคำนวณค่าใช้จ่ายด้านประกันสังคมต่อไป

¹⁰ Hughes JS; et al, Improving DRGs. Use of procedure codes for assisted respiration to adjust for complexity of illness, Med Care, 1989 July; 27(7); p.750-7.

¹¹ Broyles RW, Efficiency, cost and quality : the New Jersey experience revisited. Inquiry; 1990 Spring; 27(1); p.86-96.

¹² จีราวรรณ วรรณเวก. การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร : 2534).

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบและขนาดของต้นทุนต่อครั้งในการตรวจและรักษาผู้ป่วย 7 กลุ่มโรค
2. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนต่อครั้ง ของการตรวจและรักษาผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค เกี่ยวกับต้นทุนต่อครั้งของแผนกที่ให้บริการผู้ป่วย ต้นทุนค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวินิจฉัย รวมทั้งต้นทุนค่ายาในการรักษาผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษาต้นทุนต่อครั้งของการตรวจและรักษาผู้ป่วยแบบกลุ่มโรค ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ครั้งนี้ เป็นงานวิจัยต่อยอดจากการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โดยจิรวรรณ วรณเวก และการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โดยสุกัลยา คงสวัสดิ์ รวมทั้งการศึกษาต้นทุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวินิจฉัย โดยพินทุสร เหมนิสุทธิ์ กล่าวคือได้นำข้อมูลดิบของปีงบประมาณ 2533 มาปรับให้เป็นปี 2534 โดยใช้ดัชนีราคาผู้บริโภคเป็นแนวทางแล้วดำเนินการศึกษาต้นทุนต่อครั้งของแผนกที่ให้บริการ ในกรณีของการศึกษาต้นทุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวินิจฉัยนั้น ได้มีการศึกษาในปีงบประมาณ 2534 ดังนั้นจึงสามารถนำข้อมูลบางส่วนมาใช้ได้เลย แต่ในบางส่วนที่ยังขาดอยู่ทางผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานกับฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเก็บข้อมูลปฐมภูมิ แล้วนำมาคำนวณหาต้นทุนต่อไป

สำหรับแนวทางในการคัดเลือกกลุ่มโรคที่จะศึกษาครั้งนี้ ได้ขอความร่วมมือจากบรรดา คณาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในการกำหนดกลุ่มโรคที่พบบ่อย น่าสนใจ สำคัญ เป็นปัญหา และสามารถศึกษาวิจัยได้แล้วเลือกศึกษาใน 7 กลุ่มโรคคือ กลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น กลุ่มโรคตา กลุ่มโรคปาราสิต กลุ่มโรคที่มีอาการปวดท้อง กลุ่มโรคหนองในชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มโรคเบาหวาน และกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ต่อจากนั้น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มโรคจะได้ร่วมกันกำหนดประเภทของสิ่งส่งตรวจที่จำเป็นในการตรวจวินิจฉัย รวมทั้งกำหนดแนวทางในการรักษาผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค โดยคำนึงถึงในแง่ของสิ่งที่

ควรจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด ประหยัดสุด กล่าวคือผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วยโดยเร็วภายใต้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง และการรักษาโดยใช้ยาซึ่งเปิดโอกาสให้เลือกได้ทั้งยาที่ใช้ชื่อสามัญและชื่อทางการค้า สำหรับต้นทุนค่ายาที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการแยกศึกษาในแต่ละกลุ่มโรค แล้วนำมารวมกับต้นทุนค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวินิจฉัย ตลอดจนต้นทุนต่อครั้งของแผนกที่ให้บริการก็จะได้ต้นทุนต่อครั้งของการตรวจและรักษาผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคตามต้องการ

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจและรักษาชนิดไป - กลับโดยมิได้เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

กลุ่มโรค หมายถึง ประเภทของโรคหรือปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยคล้ายคลึงกันตามความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจรักษา และมีวิธีการกำหนดประเภทของสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและยาที่ใช้รักษาใกล้เคียงกัน เช่น กลุ่มโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น ประกอบด้วยโรคไข้หวัด คออักเสบ/ทอนซิลอักเสบ หลอดลมอักเสบ ปอดบวมหรือปอดอักเสบ ไข้หวัดใหญ่ โรคเหล่านี้จะมีอาการคล้ายคลึงกันคือ มีไข้ ปวดศีรษะ ครั่นเนื้อครั่นตัว เจ็บคอ ไอ คัดจมูก น้ำมูกไหล ถ้าคออักเสบหรือทอนซิลอักเสบจะมีอาการเจ็บคอมาก เวลากลืนน้ำหรืออาหารร่วมด้วย ถ้าหลอดลมอักเสบ จะมีอาการไอมากตอนกลางคืน เจ็บหน้าอก และอาจมีไข้ต่ำๆร่วมด้วย ถ้าปอดบวมหรือปอดอักเสบ จะมีอาการไข้สูงตลอดเวลา หนาวสั่น กระสับกระส่าย หายใจหอบเหนื่อย ระยะแรกอาจไม่ไอ แต่ต่อมากจะไอมีเสมหะข้นข้นเป็นสีเหลือง เขียว ร่วมด้วย ถ้าเป็นไข้หวัดใหญ่ จะมีอาการไข้สูง ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อมาก (โดยเฉพาะที่กระเบนเหน็บ ต้นแขน ต้นขา) อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ชมในคอ ร่วมด้วย

ต้นทุน หมายถึงมูลค่าของปัจจัยการผลิตที่นำมาใช้ในการผลิตสินค้าและบริการ สำหรับต้นทุนตามทฤษฎีเศรษฐศาสตร์หมายถึง ต้นทุนที่มีการจ่ายจริงเป็นตัวเงินซึ่งเป็นต้นทุนชัดเจนและต้นทุนแอบแฝงหรือต้นทุนไม่ชัดเจน ซึ่งเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นจริงแต่ไม่มีการจ่ายจริงเป็นตัวเงินหรือสิ่งของ สำหรับต้นทุนแอบแฝงอาจประเมินในรูปต้นทุนค่าเสียโอกาส (opportunity cost)

ซึ่งหมายถึงผลประโยชน์สูงสุดที่ผู้ผลิตไม่ได้รับจากทางเลือกทางอื่น เนื่องจากได้มีการนำทรัพยากร มาใช้ในการใดทางหนึ่งเสียแล้ว ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้มีดังนี้คือ

1. ต้นทุนค่าแรง (labour Cost) หมายถึงจำนวนเงินที่จ่ายให้กับเจ้าที่ระดับต่าง ๆ เป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน รวมทั้งสวัสดิการต่าง ๆ ที่จ่ายให้ในรูปตัวเงิน ได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา ค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติราชการ เงินช่วยเหลือบุตร ค่าเล่าเรียนบุตร และค่ารักษาพยาบาล หน่วยงานต้นทุนค่าแรงประกอบด้วย หน่วยงานของสภากาชาดไทย และ หน่วยงานของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ทำงานให้กับแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปีงบประมาณ 2534 (1 ตุลาคม 2533 - 30 กันยายน 2534)

2. ต้นทุนค่าวัสดุ (Material Cost) หมายถึง ค่าวัสดุทุกประเภทที่แต่ละหน่วยงาน เบิกจ่ายจากหน่วยจ่าย (หน่วยจ่ายหลักของโรงพยาบาล ได้แก่ ฝ่ายเภสัชกรรมและงานพัสดุฝ่าย บริหารงานทั่วไป) ในปีงบประมาณ 2534 รวมทั้งค่าซ่อมแซม ค่าบำรุงรักษาและค่าสาธารณูปโภค เช่น วัสดุสำนักงาน วัสดุงานบ้าน วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ วัสดุเชื้อเพลิง เวชภัณฑ์ ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา ค่าโทรศัพท์ เป็นต้น

3. ต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost) หมายถึง ต้นทุนค่าเสื่อมราคาประจำปี (Depreciation Cost) ของครุภัณฑ์และอาคารสิ่งก่อสร้างในโรงพยาบาล โดยคิดแบบเส้นตรง (Straight line method) อายุการใช้งานของครุภัณฑ์ที่ใช้เกณฑ์การคิดค่าเสื่อมราคาจาก สมาคมโรงพยาบาลอเมริกัน (Estimated useful lives of depreciable hospital assets, 1978) ส่วนอายุการใช้งานของสิ่งก่อสร้างคิด 20 ปี โดยคิดค่าเสื่อมราคาสิ่งก่อสร้างของแต่ละหน่วยงานคิดตามสัดส่วนของพื้นที่การใช้งาน

$$\text{ค่าเสื่อมราคาต่อปี} = \frac{\text{ราคาต่อหน่วย} \times \text{จำนวน}}{\text{จำนวนปีที่คาดว่าจะใช้งานได้}} \quad (\text{บาท/ปี})$$

4. ต้นทุนรวมโดยตรง (Total Direct Cost) หมายถึงผลรวมของต้นทุนค่าแรงงาน ค่าวัสดุ และค่าลงทุน ซึ่งเกิดขึ้นที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งโดยตรง

5. ต้นทุนทางอ้อมหรือต้นทุนที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น (Indirect cost) หมายถึง ต้นทุนของหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วย (Patient service area : PS) ส่วนที่ได้รับการ

กระจายจากหน่วยงานที่สนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่าง ๆ โดยไม่เรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วย (Non-revenue producing cost centre : NRPPCC) และหน่วยงานที่ให้บริการพิเศษเฉพาะอย่างและเรียกเก็บค่าบริการนั้นจากผู้ป่วย (Revenue producing cost centre : RPCC) ตามเกณฑ์การกระจายต้นทุนซึ่งกำหนดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน

6. ต้นทุนทั้งหมด (Total cost) หมายถึง ผลรวมของต้นทุนรวมโดยตรง (Total direct cost) ของแผนกบริการผู้ป่วยโดยตรง (Patient service area : PS) และต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) ที่ได้รับการกระจายมาจากหน่วยงานที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPPCC) และหน่วยงานที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC) ตามหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม

7. ต้นทุนต่อครั้ง (Unit cost) หรือต้นทุนเฉลี่ย (average cost) หมายถึง ต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นในการให้บริการผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง คำนวณได้จากต้นทุนทั้งหมดของแผนกผู้ป่วยนอกหารด้วยจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยนอกมาใช้บริการ

$$\text{ต้นทุนต่อครั้งในการให้บริการผู้ป่วยนอก} = \frac{\text{ต้นทุนทั้งหมดของแผนกผู้ป่วยนอก}}{\text{จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยนอกมาใช้บริการ}}$$

8. ต้นทุนต่อกลุ่มโรค หมายถึง ต้นทุนต่อครั้งหรือต้นทุนเฉลี่ยในการให้บริการตรวจและรักษาผู้ป่วยนอกของแต่ละแผนก รวมทั้งต้นทุนค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวินิจฉัย แล้วรวมกับต้นทุนค่ายาในการรักษาผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค (ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปตามประเภทและความรุนแรงของโรค)

$$\begin{aligned} \text{ต้นทุนต่อกลุ่มโรค} &= \text{ต้นทุนในการให้บริการของแต่ละแผนก} + \\ &\quad \text{ต้นทุนค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวินิจฉัย} \\ &\quad + \text{ต้นทุนค่ายาในการรักษาผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค} \end{aligned}$$

9. หน่วยงานต้นทุน (Cost centre) หมายถึง หน่วยงานที่ถูกกำหนดขึ้นในการศึกษาต้นทุนครั้งนี้ ประกอบด้วย

9.1 หน่วยงานต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-revenue producing cost centre : NRPPCC) หมายถึง หน่วยงานซึ่งทำหน้าที่บริหารจัดการ และสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่

ของหน่วยงานอื่น ๆ หน่วยงานเหล่านี้จะไม่มีภาระเรียกเก็บค่าบริการโดยตรงจากผู้ป่วย เช่น ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายวิชาการ เป็นต้น

9.2 หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue producing cost centre : RPCC) หมายถึงหน่วยงานที่ทำหน้าที่บริการพิเศษเฉพาะอย่างแก่ผู้ป่วย และเรียกเก็บค่าบริการนั้นจากผู้ป่วย เช่น บริการเภสัชกรรม รังสีวิทยา ชั้นสูตรโรค เป็นต้น

9.3 หน่วยบริการผู้ป่วย (Patient service area : PS) หมายถึงหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางในการบริการผู้ป่วยโดยตรง คือแผนกต่าง ๆ ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยนอก หน่วยบริการผู้ป่วยนอกถือเป็นหน่วยสุดท้ายที่ใช้ในการคำนวณต้นทุนการให้บริการ

9.4 หน่วยต้นทุนชั่วคราว (Transient cost centre : TCC) หมายถึงหน่วยงานที่มีต้นทุนโดยตรงของตัวเอง แต่ไม่ใช่หน่วยสุดท้ายในการคำนวณต้นทุนการให้บริการและจะกระจายต้นทุนนั้นไปให้หน่วยงานอื่น ๆ จนหมด หน่วยต้นทุนชั่วคราว ได้แก่ หน่วยงานในกลุ่ม NRCC และ RPCC

9.5 หน่วยงานรับต้นทุน (Absorbing cost centre : ACC) หมายถึง หน่วยงานที่รับต้นทุนจาก TCC มารวมกับต้นทุนโดยตรงของตนเอง (Total direct cost) กลายเป็นต้นทุนทั้งหมด (Total cost) หน่วยงานรับต้นทุน (ACC) ได้แก่หน่วยบริการผู้ป่วย (PS)

10. ต้นทุนพื้นฐาน (Routine service cost : RSC) หมายถึง ต้นทุนรวมโดยตรงของหน่วยงาน PS รวมกับต้นทุนทางอ้อมที่ได้รับจาก NRCC เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นทันทีที่ให้บริการผู้ป่วยแต่ไม่ได้เรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วย

11. ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล (RPCC cost) หมายถึงต้นทุนที่ PS ได้รับจากหน่วยงาน RPCC

$$\text{ดังนั้นต้นทุนทั้งหมด (Total cost) = RSC + RPCC}$$

12. เกณฑ์การกระจายต้นทุน (Allocation criteria) หมายถึงเกณฑ์สมมติเพื่อจัดสรรต้นทุนจากหน่วยงานหนึ่ง ๆ ไปให้หน่วยงานอื่น หลักเกณฑ์นี้จะพยายามสร้างขึ้นตามข้อมูลที่ เป็นจริง เพื่อให้การจัดสรรทุกอย่างเป็นไปอย่างเหมาะสมและถูกต้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ใช้ประกอบการตัดสินใจด้านการกำหนดนโยบาย เกี่ยวกับอัตราค่าบริการของโรงพยาบาลที่เหมาะสมและเป็นธรรมต่อผู้มารับบริการในแต่ละกลุ่มโรค รวมทั้งการอุดหนุนทางการเงินของ รพ.
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ให้บริการ ในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการวางแผน ควบคุมกำกับ และประเมินผล
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดสรรทรัพยากรภายในโรงพยาบาล และการจัดทำงบประมาณประจำปี
4. ช่วยลดต้นทุนและใช้ประกอบการตัดสินใจกำหนดนโยบายและดำเนินการในแต่ละแผนกของตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. เป็นแนวทางการกำหนดนโยบายด้านประกันสังคมอย่างเหมาะสม
6. เป็นแนวทางในการประเมินการให้บริการในด้านอื่น ๆ ต่อไปในอนาคต

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย