

### แนวคิดเชิงทฤษฎี

งานวิจัยนี้เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีราคา (Price Theory) และ ทฤษฎีการกำหนดราคา (Rate Setting Theory) มาทำการวิเคราะห์ราคาค่าห้องพิเศษของ โรงพยาบาล ชลบุรี เพื่อนำผลเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาปรับปรุงนโยบายกำหนดราคาค่าห้องพิเศษของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป อนึ่งในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับบริการสาธารณะยังมีองค์ประกอบและปัจจัยด้านอื่นๆที่ต้องพิจารณาประกอบด้วย จำเป็นที่ต้องมองภาพรวมให้กว้างขวางเป็นการล่วงหน้า ในบทนี้จะกล่าวถึงลักษณะสินค้าสาธารณะ แนวคิดเชิงทฤษฎีด้านต่างๆ อาทิ ทฤษฎีตามหลักเศรษฐศาสตร์ ทฤษฎีการกำหนดราคา ทฤษฎีเกี่ยวกับบริการการรักษาพยาบาล แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะของการศึกษา แนวคิดในการนำผลหรือข้อมูลไปใช้ในเชิงนโยบายเพื่อประโยชน์ในเชิงปฏิบัติด้วย

#### แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการกำหนดราคา

ก่อนอื่นจะต้องทำความเข้าใจ เกี่ยวกับลักษณะสินค้าบริการการรักษาพยาบาลเสียก่อนว่ามีคุณลักษณะอย่างไร มีลักษณะที่เหมือนกันและแตกต่างกับสินค้าเศรษฐกิจและสินค้าสาธารณะอย่างไร โดยทั่วไป นักเศรษฐศาสตร์จำแนกสินค้าออกเป็น 2 ประเภท คือ สินค้าเศรษฐกิจ (Economic Goods) และสินค้าได้เปล่า (Free Goods) หรือบางคนเรียกว่า สินค้าสาธารณะ (Public Goods) และมักใช้คำทั้งสองแทนกันอยู่เสมอ (สมคิด แก้วสนธิ, 2524)

สินค้าสาธารณะที่รัฐเป็นผู้จัดให้มีลักษณะสำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1. ไม่เสียสิทธิในการบริโภค (Non Rivalry) หมายถึง เมื่อสินค้าหรือบริการนั้นถูกบริโภคหรือใช้ประโยชน์โดยบุคคลหนึ่งก็ไม่ทำให้บุคคลอื่นเสียสิทธิในการบริโภคบริการสาธารณะนั้น เช่น ประโยชน์จากการป้องกันโรคระบาดของโรคที่จะเกิดแก่ประชากรของรัฐทุกคน โดยไม่ทำให้

บุคคลหนึ่งเสียสิทธิในการรับประโยชน์นั้น

2. บริการสาธารณะจะตกถึงประชาชนทุกคนโดยไม่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับเชื้อชาติ สัญชาติ ฐานะ เศรษฐกิจหรือปัจจัยอื่นๆ (Non Excludable) ไม่ว่าบุคคลนั้นจะจ่ายค่าบริการหรือไม่

3. การที่ไม่จำแนกและกีดกันผู้รับสินค้าและบริการสาธารณะ ทำให้ไม่ต้องอาศัยกลไกตลาด และกลไกราคา (Non Marketable) กล่าวคือไม่มีราคาและการซื้อขายแลกเปลี่ยน

4. สินค้าและบริการสาธารณะที่จัดขึ้นแล้ว จะไม่มีการแบ่งแยกผู้ที่ต้องการออกจากผู้ที่ไม่ต้องการได้ (Indivisible) นั่นคือทุกคนในสังคมต้องยอมรับ ไม่ว่าจะมีความต้องการ หรือไม่ก็ตาม

อย่างไรก็ดี สินค้าและบริการสาธารณะที่มีคุณสมบัติพิเศษทั้ง 4 ประการดังกล่าวจัดเป็น สินค้า/บริการสาธารณะบริสุทธิ์ (Pure Public Goods) ซึ่งโดยทั่วไปแล้วมักจะมีไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะเป็นสินค้า / บริการสาธารณะที่ไม่บริสุทธิ์ (Non-Pure Public Goods) คือมักจะมีส่วนของความเป็นสินค้าเอกชนเข้ามาปะปนอยู่ด้วยไม่มากนักน้อย (เทียนฉาย กิระนันท์, 2530)

Hirshleifer (1985) กล่าวว่าสินค้าจะเป็นสาธารณะได้ก็ต่อเมื่อมีการจัดสรรสินค้านั้นให้กับทุกคนได้อย่างเพียงพอ โดยไม่มีต้นทุนที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น สินค้าสาธารณะจึงเป็นการแสดงผลได้ภายนอก (Beneficial Externalities) บางประเภท ในทัศนะของ Bish (1975) การจัดสรรสินค้าสาธารณะจะไม่เป็นไปในระดับที่เหมาะสมโดยปราศจากการมีปฏิกริยาร่วมของผู้บริโภคนอกเสียจากว่าแต่ละบุคคลได้มีส่วนร่วมในปริมาณที่เท่ากัน เท่ากับการประเมินความต้องการของเขาในส่วนที่เพิ่มขึ้นหน่วยสุดท้ายของสินค้าที่ผลิต และหากว่าการมีส่วนร่วมสำหรับบุคคลบางส่วน โดยใช้จ่ายได้ส่วนที่เหลือของการจัดการเพื่องานส่วนเพิ่มขึ้นบางหน่วยแล้ว จึงจะทำให้การจัดสรรในระดับที่เหมาะสมได้รับความสำเร็จ

บริการการรักษายาบาลเป็นสินค้าแห่งคุณธรรม (Merit Goods) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นการจัดบริการโดยรัฐ (Publicly Provided) ดังนั้น นักเศรษฐศาสตร์บางคนเห็นว่าบริการด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งการบริโภคนั้นไม่สมบูรณ์หลายประการและขาดลักษณะอื่นทำให้การบริโภคบริการด้านสุขภาพอนามัยแตกต่างไปจากอุปสงค์ในสินค้าหรือบริการอื่นๆ ซึ่งนำไปสู่ความไม่มีประสิทธิภาพของระบบราคาหากใช้ระบบราคาตัดสินการจัดสรรทรัพยากร (สมคิด แก้วสนธิ, 2524) ดังนั้น ในการกำหนดราคาบริการการรักษายาบาลจึงควรให้ความสนใจต่อทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

## 1. ทฤษฎีราคาตามหลักเศรษฐศาสตร์

ทฤษฎีราคาซึ่งใช้ในการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ เป็นวิธีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเงิน ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ต่อระดับราคา ราคาของบุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นคุณค่าของบุคคลนั้นที่แสดงออกในลักษณะของเงินและระดับของราคาโดยทั่วไปและความสัมพันธ์ในระบบบางระบบกับปริมาณเงินในระบบเศรษฐกิจทั้งหมด โดยทั่วไปความสัมพันธ์นี้เป็นไปโดยการเพิ่มของปริมาณเงินที่เกี่ยวข้องกับระดับราคาและการลดลงของปริมาณเงินเนื่องจากการลดลงของระดับราคารายละเอียดของความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณของเงินและระดับราคา ได้ถูกศึกษาโดยนักเศรษฐศาสตร์ เรียกว่าทฤษฎีปริมาณเงิน (Dillard, 1958)

ระบบราคาเป็นระบบขององค์กรทางเศรษฐกิจซึ่งบุคคลแต่ละบุคคล รวมทั้งนิติบุคคล ตัดสินใจว่าเขาจะมีส่วนในระบบเศรษฐกิจอย่างไร โดยไม่เข้าใจว่าเขาจะสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดราคาซึ่งทั้งเขาและผู้ซื้อยอมรับ และเขาสามารถที่จะซื้อหาสินค้า/ บริการที่ผู้อื่นมีส่วนร่วมในราคาที่เป็นที่ยอมรับของเขาเท่านั้น การศึกษาในเรื่องระบบราคาได้ถูกแบ่งออกเป็น 3 ส่วน นั่นคือ 1) การศึกษาพฤติกรรมของหน่วยผลิต 2) การศึกษาอุปสงค์หรือพฤติกรรมของครัวเรือน และ 3) การศึกษาการแลกเปลี่ยนหรือพฤติกรรมของการตลาด กล่าวได้ว่า ทฤษฎีราคาเป็นทฤษฎีแรกและสุดท้ายที่ได้จำลองทัศนคติบางประการของโลกที่เราอาศัยอยู่ให้เห็นอย่างง่ายที่สุด (Dorfman, 1964)

ด้วยเหตุนี้ราคาจึงทำหน้าที่เป็นเครื่องชี้แนะ (Guide Post) ว่าทรัพยากรที่ต้องการควรเป็นเท่าไร นอกเหนือจากนี้ส่วนมากแล้วราคายังให้สิ่งจูงใจให้กับผู้ที่ปฏิบัติตามเครื่องชี้แนะนี้ ทั้งนี้เนื่องจากราคาปัจจัยต่างๆ (Factor Price) ทำหน้าที่กระจายผลผลิต โดยที่ราคาอื่นๆ เช่น ราคาผลิตผล (Product Prices) ทำหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐาน และการจัดการเกี่ยวกับผลผลิตนั้นๆ ด้วยเหตุนี้ราคาจึงทำหน้าที่ 3 ประการ คือ ประการแรก ได้แก่การส่งข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประการที่สอง จัดให้มีแรงจูงใจเกิดขึ้นกับผู้ใช้ทรัพยากรตามข้อมูลนั้น และประการสุดท้ายสร้างแรงจูงใจให้แก่เจ้าของทรัพยากรที่เชื่อตามข้อมูลนี้ ทั้งนี้เพื่อการแก้ปัญหาเศรษฐกิจ 5 ประการ ได้แก่ 1) การกำหนดมาตรฐานต่างๆ 2) การจัดการเกี่ยวกับผลผลิต 3) การกระจายผลผลิต 4) จัดให้มีการทำนุบำรุงและส่งเสริมความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ และ 5) ปรับการบริโภคให้เหมาะสมกับการผลิตในระยะสั้น

การกำหนดราคาสินค้าชนิดใดชนิดหนึ่ง ตามปกติในตลาดแข่งขันจะกำหนดราคา ณ จุดดุลยภาพซึ่งอุปสงค์ต่อสินค้าหรือบริการ เท่ากับอุปทานของสินค้าหรือบริการชนิดนั้น nderดับราคาของสินค้าหรือบริการที่กำหนดนั้น ผู้บริโภคเต็มใจที่จะซื้อสินค้าในจำนวนที่ตลาดอยู่ในดุลยภาพ ( $D=S$ ) ทั้งนี้ nderดับรายได้อาจกำหนดให้ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งรสนิยมราคาของสินค้าชนิดอื่นๆ ฯลฯ คงที่ nderราคาที่กำหนด โดยอุปสงค์และอุปทานนั้นผู้ผลิตก็จะกำหนดจำนวนผลิต nderดับที่ต้นทุนหน่วยสุดท้ายเท่ากับรายรับหน่วยสุดท้ายและราคา ( $MC = MR = P$ )

สิ่งที่จะต้องพิจารณาเป็นพิเศษคือ อุปสงค์การรักษาพยาบาล หรือบริการทางการแพทย์ มีลักษณะที่แตกต่างจากอุปสงค์ต่อสินค้าและบริการ ประเภทอื่นๆ นั่นคืออุปสงค์การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมิได้เป็นผู้กำหนดเองทั้งหมด หากแต่แพทย์หรือผู้ให้บริการเป็นผู้กำหนดด้วย ซึ่งจำนวนบริการที่กำหนดขึ้นนี้จะขึ้นอยู่กับความจำเป็นสภาพแวดล้อมและวัตถุประสงค์ ซึ่งมีปัจจัยการผลิตเทคโนโลยีในการรักษาพยาบาลเป็นแนวทางในการตัดสินใจประกอบด้วย การบริโภคบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยก็แตกต่างจากการบริโภคสินค้าและบริการทางเศรษฐกิจศาสตร์อื่น ซึ่งจะบริโภคจนกระทั่งอรรถประโยชน์หน่วยสุดท้ายที่ได้รับเท่ากับราคาที่เสียไป ทั้งนี้ เพราะการบริโภคบริการรักษาพยาบาลและอุปสงค์การรักษาพยาบาลมีข้อแตกต่างอื่นๆอีกหลายประการ เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบเกี่ยวกับผลของการรักษาพยาบาล เป็นต้น ดังนั้น การวิเคราะห์ราคาสินค้าบริการรักษาพยาบาลจะต้องประยุกต์ใช้ทั้งทฤษฎีราคา ทฤษฎีการกำหนดราคา และทฤษฎีเกี่ยวกับบริการรักษาพยาบาลร่วมด้วย

## 2. ทฤษฎีการกำหนดราคา

เป็นที่ยอมรับกันว่าระบบราคาทำหน้าที่ในการแก้ปัญหาผลกระทบภายนอก (externality) ได้ดีกว่าการใช้มาตรการอย่างอื่นเมื่อมีการต่อรองการทำสัญญาและกรณีต้นทุนที่ถูกบังคับให้ต่ำในเชิงเปรียบเทียบ (Saunders, 1985) ดังนั้น นโยบายที่ดีที่สุดเป็นนโยบายที่จะต้องคำนึงไปพร้อมๆกันกับการพิจารณาทางด้านพื้นฐานของกำไร (Profit-Based) สำนักทางด้านต้นทุน (Cost-Conscious) การเผชิญกับภาวะการตลาด (Market-Oriented) และจะต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ต่างๆของนักธุรกิจที่จะมีขึ้นได้ทราบเท่าที่ไม่ได้นำไปสู่การเกิดความขัดแย้งกัน (Galor, 1977) ในช่วงหลังวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกฎเกณฑ์การกำหนดราคาของหน่วยผลิตได้เปลี่ยนไปจากการกำหนดโดยวิธีทั่ว ๆ ไป (General Prescription) มาเป็นการมองแบบ

เฉพาะเรื่อง (piecemeal approach) โดยมีการพัฒนากฎเกณฑ์เป็นพิเศษสำหรับ สถานะการณเฉพาะแต่ละสถานะการณซึ่งให้ความสนใจเป็นอย่างมากกับปัญหาการตั้งราคาที่เกิดขึ้นจากอุปสงค์ต่อสินค้านั้น ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงระดับต้นทุนทางเศรษฐกิจตามระยะเวลา โดยเฉพาะสำหรับสินค้าทางเทคโนโลยีที่ไม่สามารถเก็บไว้ใช้ได้ (Webb 1976) ฉะนั้น จะเห็นว่าการกำหนดราคาสินค้านั้นจะต้องมองหลายๆด้านพร้อมกัน

กลวิธีในการกำหนดราคาสินค้าจะประกอบด้วยคำถามพื้นฐานทางด้านธุรกิจ คือ 4 Ps (Product, Place, Promotion และ Price) ได้แก่ การพิจารณาว่าจะผลิตสินค้าอะไร (What) จะบริการหรือจำหน่ายที่ไหน (Where) จะบริการแก่ใคร และจะสื่อสารกับผู้ซื้อและผู้จัดหาอย่างไร (Promotion) และจะคิดราคาเท่าใด (Price) กลวิธีแนวคิดแบบ 4Ps จะอ่อนลงเมื่ออยู่ในตลาดของบริการสุขภาพ ซึ่งจะเป็นการเลือกบริการ (Product-Mix Decision) การเข้าถึงบริการ (Place) ข้อมูลสาธารณะ (Promotion) และการพิจารณาค่าบริการ (Price) (Eastaugh 1987)

ทฤษฎีในการกำหนดราคาอาจมีได้หลายทฤษฎี อาทิ Just Price, Rate Setting Theory, Average Cost Pricing, Theory of Fair Price, Marginal Cost Pricing, Mark Up Pricing และอาจรวมไปถึงการจัดทำ Price Discrimination และอื่นๆ

2.1 Just Price เป็นวิธีการตั้งราคาที่ใช้กันมาแต่สมัยโบราณในขณะที่ยังไม่มีเงินตราเป็นสื่อการแลกเปลี่ยน มูลค่าของสิ่งของที่นำมาแลกเปลี่ยนของสินค้านึงจะเท่ากับสินค้านึง เมื่อมีเงินตราใช้คำว่ามูลค่าหายไป คิดออกมาเป็นราคาแทนโดยที่ราคาที่ยุติธรรมจะเป็นราคาที่ไม่ถูกไม่แพง ราคาที่พอดี ซึ่งทั้งนี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามท้องถิ่น เวลา การเสี่ยง และการขนส่ง มูลค่าของสินค้าที่แท้จริงควรเท่ากับต้นทุนการผลิตจึงจะเรียกว่าเกิดความยุติธรรม ดังนั้น ต้นทุนการผลิตสินค้านั้นก็มีเฉพาะค่าแรงงาน เครื่องมือซึ่งคนงานทำใช้เองแทบจะไม่มีมูลค่า รวมทั้งที่ดินก็จับจองได้โดยไม่ต้องซื้อหาแม้วัตถุดิบก็มีอยู่ในท้องถิ่นแล้ว เพียงเพื่อใช้แรงงานไปนำมาเท่านั้นเอง ( อัมพร วิจิตรพันธ์ , วิรัช ธเนศวร, 2520)

2.2 Average Cost Pricing ตาม Theory of Fair Price นั้นเป็นการ

ตั้งราคาแบบหนึ่งซึ่งมีเงื่อนไขว่า ตั้งราคาเท่ากับต้นทุนเฉลี่ยและเท่ากับ รายรับเฉลี่ย ( $P = AC = AR$ ) ธุรกิจเอกชนหรือรัฐวิสาหกิจซึ่งมีการผูกขาดโดยรัฐควบคุม (Regulated Monopoly) อาจตั้งราคาเท่ากับต้นทุนเฉลี่ย จุดมุ่งหมายที่รัฐบาลยินยอมให้รัฐวิสาหกิจผูกขาดมิได้อยู่ที่กำไรสูงสุด แต่ต้องการให้การผลิตมีความเป็นธรรม คือ ราคาเป็นธรรมกับผู้บริโภคและเป็นธรรมต่อผู้ผลิต เนื่องจากต้นทุนรวม (TC) ได้รวมกำไรปกติไว้แล้ว ดังนั้น หากรัฐบาลมีนโยบายให้รัฐวิสาหกิจ/หน่วยบริการของรัฐสามารถเลี้ยงตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งงบประมาณแผ่นดิน ก็ตั้งราคาดังกล่าวให้หน่วยผลิตได้รับกำไรปกติเท่านั้นและราคาที่ตั้งนี้ก็เป็นราคาซึ่งเป็นธรรม ไม่ใช่อำนาจผูกขาดตั้งกำไรสูงกว่าต้นทุนเฉลี่ยเอาเปรียบผู้บริโภค

ตามทฤษฎี Average Cost Function สามารถหาได้จากถ้ามองต้นทุนทั้งหมดต่อหน่วยของผลได้ (Walter Nicholson 1989) นั่นคือ

$$\text{Average Cost} = AC(r, w, Q) = \frac{C(r, w, Q)}{Q}$$

โดยที่ AC = ต้นทุนเฉลี่ย

r = อัตราดอกเบี้ย

w = ค่าจ้างแรงงาน

Q = ปริมาณงาน

2.3 Marginal Cost Pricing เป็นการตั้งราคาเท่ากับต้นทุนส่วนเพิ่มมีลักษณะที่สะท้อนประสิทธิภาพการผลิตของหน่วยผลิต หรืออีกนัยหนึ่งคือมีการนำทรัพยากรมาใช้ในการผลิตสินค้านั้นพอเหมาะ กับปริมาณสินค้าที่ผู้บริโภคต้องการ ดังนั้น การตั้งราคาโดยยึดต้นทุนส่วนเพิ่มเป็นเกณฑ์ จึงเป็นการแสดงถึงการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ถือว่าเป็น ราคาอุดมคติ (Ideal Price) นั่นคือ  $P = MC = AR$  (วันวิรัช , มิ่งมณีนาคนิ, 2534)

สิ่งที่จะต้องระวังในกรณีนี้ก็คือ ปริมาณการผลิตเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้หน่วยผลิตมีกำไรปกติหรือมีกำไรเพียงบางส่วน ( ซึ่งในกรณีหลังจะต้องรับการอุดหนุนจากรัฐบาลชดเชยการขาดทุน เพื่อให้หน่วยผลิตอยู่รอด )

ตามทฤษฎี Marginal Cost Function หาได้จากการคำนวณการเปลี่ยนแปลงของต้นทุนรวมทั้งหมดต่อการเปลี่ยนแปลงของผลได้ที่ผลิต (Nicholson 1989) นั่นคือ

$$\text{Marginal Cost} = MC(r, w, Q) = \frac{dC(r, w, Q)}{dQ}$$

2.4 Mark Up Pricing การกำหนดราคาเพิ่มจากต้นทุนการผลิต (Cost- Plus Pricing) วิธีการกำหนดราคาโดยอาศัยการพิจารณาต้นทุนการผลิตสินค้าและบวกเพิ่มผลกำไรที่คิดว่าจะได้รับและค่าใช้จ่ายคงที่ในการผลิต (Overhead Costs) เป็นวิธีที่นิยมกันแพร่หลาย ทั้งนี้ก็เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวกในการคิดคำนวณที่ไม่ซับซ้อนดังเช่น การตั้งราคาแบบใช้ต้นทุนส่วนเพิ่มหน่วยสุดท้าย (Marginal Cost Pricing) ข้อมูลที่นำมาใช้เพื่อกำหนดราคาเป็นข้อมูลที่มีได้เก็บไว้ในรูปบัญชีต่างๆอยู่แล้ว วิธีการเช่นนี้บางครั้งเรียกว่า การตั้งราคาส่วนเหลือม (Mark-Up Pricing) ซึ่งนิยมปฏิบัติกันสำหรับผู้ซื้อสินค้ามาจำหน่ายอีกต่อหนึ่ง โดยทั่วไปการตั้งราคาแบบส่วนเหลือมผลกำไร คำนวณได้ดังนี้ (สรยุทธ มีนะพันธ์, 2527)

$$\text{อัตราส่วนเหลือมผลกำไร} = \frac{\text{ราคาสินค้า} - \text{ต้นทุนสินค้า}}{\text{ต้นทุนสินค้า}}$$

การกำหนดส่วนเพิ่ม (ส่วนเหลือม หรือ Mark-Up) อาจทำได้ทั้งทางด้านต้นทุนและผลได้ ดังนี้ (Galor 1977)

$$\text{Mark-Up on Cost} = \frac{100 \times (\text{Mark-Up on Return } \%) }{1 - (\text{Mark-Up on Return } \%)}$$

$$\text{Mark-Up on Return} = \frac{100 \times (\text{Mark-Up on Cost } \%) }{1 + (\text{Mark-up on Cost } \%)}$$

สำหรับตรรกะ ในการกำหนดส่วนเพิ่มแบบ Mark-Up on Cost และ Mark-Up on Return

ความสัมพันธ์ของทั้งสองวิธีเป็นไปอย่างง่าย ตรงเท่าที่ใช้ Unit Cost ซึ่งเป็นราคาของผู้ขายปลีก จะต้องจ่ายสำหรับสินค้านั้น เป็นแนวทางในการคิด ดังนั้น 25 % ของ Mark-Up on Cost จะเท่ากับประมาณอย่างหยาบๆ 20% ของ Mark-Up on Return

2.5 Price Discrimination จะเกิดขึ้นเมื่อสินค้าหรือบริการได้ถูกขายมากกว่าหนึ่งราคาซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างของต้นทุน สามารถแบ่งเป็นรูปแบบใหญ่ๆ ได้สองแบบคือ การคิดราคาที่แตกต่างกันสำหรับผู้บริโภคคนใดคนหนึ่ง และคิดราคาที่แตกต่างกันสำหรับผู้บริโภคที่มีความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่างๆกัน การทำ Price Discrimination ที่พบบ่อยเรียกว่า การทำ "Third Degree Discrimination" การที่เกิดกรณีขึ้นก็เมื่อผู้ขายที่เป็นผู้ผูกขาดพบว่า เขาสามารถคิดราคาแตกต่างกันได้ในตลาดที่แตกต่างกัน (สมมติว่ามีสองตลาด) สำหรับสินค้าชนิดเดียวกันโดยไม่คำนึงราคาต้นทุน การทำ Price Discrimination สามารถสัมฤทธิ์ผลได้ก็ต่อเมื่อผู้ขายแยกตลาดออกจากกันได้ หากเขาไม่สามารถแยกออกจากกันได้ผู้บริโภคจะซื้อในตลาดที่มีราคาต่ำกว่าซึ่งจะทำให้ราคาในตลาดนั้นสูงขึ้น และจะมาขายในตลาดที่มีราคาสูงซึ่งจะทำให้ราคาต่ำลง ดังนั้น ราคาในสองตลาดจะกลับมาเท่ากัน นอกจากนี้ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ในระดับราคาต่างกันจะต้องแตกต่างกันเพื่อที่จะทำให้การทำ Price Discrimination ได้บังเกิดผลกำไร (Bilas, 1967)

นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วในการกำหนดราคา สิ่งที่จะต้องคำนึงเป็นประการแรกก็คือหน่วยผลิตนั้นเป็นผู้แสวงหาราคาที่เหมาะสมและกำหนดราคาเอง (Price Searcher) หรือเป็นผู้ที่ตามราคาที่กำหนดมาแล้ว (Price Taker) ด้วย ในลักษณะที่หน่วยผลิต เช่น โรงพยาบาล เป็นผู้กำหนดราคาเองภายใต้เงื่อนไขของอุปสงค์ที่กำหนดให้เท่ากับรายได้เฉลี่ย ( $D = AR$ ) โรงพยาบาลจะสามารถเป็นองค์กรที่แสวงหากำไรสูงสุด (Profit Maximizer) ก็ได้

2.6 Rate Setting Theory มีสาระสำคัญว่าการจัดตั้งราคาบริการอย่างใดอย่างหนึ่งจะต้องสะท้อนให้เห็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการอย่างใดอย่างหนึ่งนั้นอย่างเหมาะสมรวมกับการมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรมสำหรับความต้องการทางการเงินอื่นๆ ที่ควรจะเป็นภาระของผู้ป่วยด้วย แม้จะมิได้เกี่ยวข้องในทางตรง ซึ่งจะประกอบด้วยส่วนที่เป็น Community Cost หรือ Non Community Cost, Capital Needs และ Bad Debt & Free Service Adjustment หรือกล่าวง่าย ๆ ก็คือ จะต้องนำต้นทุนส่วนที่เป็น Economic Cost มาคิด มิใช่คิด



เฉพาะส่วนที่เป็นต้นทุนการผลิตพื้นฐาน (Basic Production Cost) เท่านั้น (Bermon & Week 1982)

### 3. ทฤษฎีเกี่ยวกับบริการการรักษายาบาล

บริการการรักษายาบาล เป็นสินค้าสาธารณะโดยสมบูรณ์อย่างน้อยในระดับหนึ่ง ในส่วนที่เป็นหน้าที่ของรัฐจัดให้แก่ประชาชนที่อาศัยในรัฐนั้นเพื่อความเป็นธรรม โดยไม่ขึ้นกับเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมืองและเศรษฐกิจหรือสังคม ในส่วนนี้จะเป็นสินค้าสาธารณะบริสุทธิ์ (Pure Public Goods) อย่างไรก็ดี เนื่องจากประชาชน มีระดับรายได้ที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีรายได้สูงมีรสนิยมสูงอาจเลือกบริโภคสินค้าที่มีคุณภาพสูงกว่าได้ซึ่งในส่วนนี้ผู้บริโภคจะต้องเป็นผู้จ่าย ดังนั้น สินค้าในส่วนนี้จะมีลักษณะที่ไม่ใช่สินค้าสาธารณะบริสุทธิ์ (Non-Pure Public Goods) ที่เห็นได้ชัดได้แก่ บริการการรักษายาบาลซึ่งจัดโดยรัฐเป็นสินค้าสาธารณะสำหรับผู้ป่วยทั่วไป และในขณะเดียวกันเป็นสินค้าที่ใช้ประกอบกัน (Complementary Goods) กับห้องพิเศษหรือเตียงสามัญแล้วแต่กรณี ซึ่งอุปสงค์ของเตียงสามัญหรือห้องพิเศษนี้ จะขึ้นอยู่กับความยืดหยุ่นของราคา และอุปสงค์ต่อการรักษายาบาลซึ่งแพทย์ในฐานะผู้ให้บริการเป็นผู้กำหนด อย่างไรก็ดี จากการศึกษาเรื่องอุปสงค์ต่อการรักษายาบาล ได้มีแบบจำลองของนักเศรษฐศาสตร์หลายท่าน อาทิ Josep (1971), Jean Paul Acton (1973), Holtmann (1972), Mushkin (1962), Grossman (1972), Phelps and Newhouse (1974), Leibowitz and Friedman (1979) ซึ่งในแบบจำลองเหล่านี้จะมีตัวแปรต่างๆเข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย โดยเฉพาะราคาที่เป็นตัวแปรสำคัญในทุกแบบจำลอง ซึ่งมักจะแบ่งเป็นราคาที่เป็นเงิน (Money Price) และราคาที่เป็นเวลา (Time Price) รายละเอียดเรื่องนี้ศึกษาได้จากหนังสือ Demand for Primary Health Services In The Third World ซึ่งแสดงให้เห็นความจำเป็น และความต้องการบริการการรักษายาบาลของผู้ป่วย ทั้งที่ป่วยจริงและเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดี การที่มีอุปสงค์ต่อการบริการทางการแพทย์มากขึ้นทำให้มีการลงทุนทางด้านบริการแพทย์เพิ่มมากขึ้น และการที่รัฐจัดบริการทางการแพทย์ให้ประชาชนในลักษณะสินค้าสาธารณะจึงเป็นเหตุให้เกิดการใช้บริการทางการแพทย์มากเกินไปเกินความจำเป็น รัฐไม่สามารถที่จะรับภาระการจัดบริการในลักษณะดังกล่าวได้ตลอดไป ทั้งนี้เนื่องจากต้นทุนบริการจะสูงขึ้นตามปริมาณงาน การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และยาบาล และการแข่งขันกันในภาคเอกชนทางด้านคุณภาพของการบริการ เป็นสาเหตุของการเกิดเงินเฟ้อจากบริการทางด้านอนามัย (Health Care Inflation) ซึ่งมี

ทฤษฎีอย่างน้อย 10 ทฤษฎีที่สามารถจะอธิบายเรื่องนี้ได้ (Boland, 1982) ได้แก่

- |                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| 1) Demand Pull     | 2) Cost Push             |
| 3) Overinvestment  | 4) Technical Imperative  |
| 5) Overconsumption | 6) Supply Creates Demand |
| 7) Monopoly        | 8) Physician as Consumer |
| 9) Demographic     | 10) System Induced       |

ดังนั้น การจัดบริการในภาครัฐจึงจำเป็นต้องมีการทบทวนการใช้งบประมาณให้มีประสิทธิภาพ Friedman (1962) ได้เสนอแนวทางในการตัดงบประมาณสาธารณสุขของรัฐไว้อย่างเป็นทางการ 8 ประการ ได้แก่

- 1) ให้เอาใจใส่ในหลักการทั่วไปมากกว่าการแทรกแซงเฉพาะเรื่องในพฤติกรรมของบุคคล
- 2) หยุคกิจกรรมชั่วคราวต่างๆที่ไม่จำเป็น
- 3) ให้การสนับสนุนการเงินแก่กิจกรรมบางอย่างแต่ไม่เข้าไปบริหารงานเสียเอง
- 4) สนับสนุนผู้ที่ได้รับประโยชน์ไม่ใช่ผู้ผลิต
- 5) ให้มีการแข่งขันโดยเสรีในกิจกรรมของรัฐทุกอย่างเพื่อให้มีการเปรียบเทียบและชี้วัด
- 6) ขี้อทรัพยากรไม่ใช่วิธีการยึดครอง
- 7) คิดค่าบริการจากผู้ใช้บริการที่รัฐเป็นผู้ผลิต
- 8) สนับสนุนการบริการฟรีเป็นกรณีสุดท้ายเมื่อไม่มีทางเลือก

เมื่อประเมินข้อเท็จจริงต่างๆเพื่อการแก้ปัญหาที่กล่าวมาแล้วข้างต้น แนวทางในการดำเนินการที่เป็นธรรมและก่อให้เกิดความเสมอภาคในสังคมแก่ทุกคน ได้แก่ การที่ให้ผู้ให้บริการเป็นผู้จ่าย หรือเป็นการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ใช้บริการ การนำระบบการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ให้บริการ (User Fees) มาใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับสินค้าที่ใช้ประกอบกันกับทางด้านการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่เหมาะสมมาก กล่าวคือทุกคนได้รับสิทธิพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน แต่สำหรับผู้ที่ต้องการบริการพิเศษที่เหนือขึ้นไป จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

Randall P. Ellis (1987) ได้เสนอหลักการซึ่งเขาเชื่อว่าระบบ User Fee ควรอยู่บนพื้นฐานหลักการ 8 ประการ คือ

1) ค่าธรรมเนียมจะต้องสอดคล้องกับความสามารถที่ผู้ป่วยจะจ่ายได้และจะต้องคงไว้ซึ่งความสามารถในการเข้าถึงบริการ (โดยเหตุผลของความเสมอภาคควรคิดราคาสูงจากผู้มีรายได้สูง และราคาต่ำสำหรับผู้ที่ยากจน)

2) ค่าธรรมเนียมจะต้องเป็นตัวนำการใช้บริการสุขภาพไปในทิศทางที่เหมาะสม

3) รายได้จากค่าธรรมเนียมควรใช้ในการพัฒนาคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพ

4) จะต้องไม่มีการคิดค่าธรรมเนียมสำหรับบริการที่เป็นบริการที่มีลักษณะเป็นสินค้า

สาธารณะอย่างชัดเจน

5) ควรกำหนดค่าใช้จ่ายสูงสุดที่ผู้ป่วยเป็นผู้จ่าย

6) จะต้องมีระบบในการช่วยเหลือออกค่าธรรมเนียมให้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่าธรรมเนียมได้

7) จะต้องคาดการณ์ล่วงหน้าว่า จะต้องมีการฝึกอบรมการเก็บค่าธรรมเนียม การควบคุมกำกับและการสนับสนุนทางด้านการบริหาร และแม้ว่าจะมีความพยายามเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม ก็ยังคงมีส่วนรื้อไหลที่ทำให้รายได้ของรัฐลดลง

8) การเก็บค่าธรรมเนียม ควรจัดให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบทะเบียนประวัติและระบบเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วย

อย่างไรก็ดี สินค้าบริการด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาลได้ถูกมองในลักษณะของสินค้าแห่งคุณธรรม (Merit Goods) ซึ่งเป็นสินค้าที่สังคมถือว่าประชาชนทุกคนจะต้องบริโภคหรือได้รับไม่ว่าเขาจะมีรายได้เท่าใดหรือไม่ สินค้าแห่งคุณธรรมนี้จะสะท้อนให้เห็นความห่วงใยในสวัสดิการทางสังคมซึ่งในบางส่วนหนึ่งเป็นสินค้าสาธารณะ ทั้งนี้ ในการพิจารณาที่จะเข้ามาแทรกแซงของรัฐ จะต้องแยกแยะให้ถูกต้องเป็นกรณีพิเศษในเรื่องของตลาดและคุณค่าทางสังคมที่จะต้องแตกต่างกันกับสินค้าชนิดอื่น การตั้งราคาค่าห้องพิเศษมีลักษณะเหมือนการตั้งราคาห้องพักโรงแรม เนื่องจากบริการที่จัดขึ้นเป็นบริการเฉพาะลูกค้า (ผู้ป่วย) บางกลุ่มนอกเหนือบริการที่รัฐจัดให้สำหรับผู้ป่วยทั่วไปที่เป็นผู้ป่วยสามัญ ซึ่งมีลักษณะเป็นสินค้าสาธารณะในระดับหนึ่ง ดังนั้น บริการห้องพิเศษจึงควรถือเป็นสินค้าเศรษฐกิจ ที่มีสินค้าที่ใช้ประกอบกัน (complementary goods) คือ คุณภาพของการแพทย์และบริการของโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะมีความแตกต่างและมีความเฉพาะ อันมีผลต่อความต้องการหรืออุปสงค์ต่อห้องพิเศษเป็นอย่างมาก ดังนั้น ในการตั้งราคาจะ

ต้องพิจารณาเกี่ยวกับความยืดหยุ่นของอุปสงค์ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออุปสงค์และลักษณะของตลาดของสินค้าและบริการชนิดนี้ประกอบด้วย ตลาดบริการการแพทย์และบริการห้องพิเศษ มีลักษณะเป็นตลาดผู้ขายน้อยราย กล่าวคือ ตลาดบริการห้องพิเศษในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีอยู่อย่างจำกัด หากฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านราคาและจำนวนผลิตผล จะต้องคำนึงถึงอีกฝ่ายหนึ่งด้วยว่าจะมีปฏิริยาโต้ตอบอย่างไร การแข่งขันอย่างแท้จริงระหว่างโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน จะเป็นไปในลักษณะของการใช้ความแตกต่างของสินค้าอื่นประกอบด้วย โดยเฉพาะคุณภาพของการบริการด้านการรักษาพยาบาลและการต้อนรับ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่างๆที่มีผลทางด้านจิตวิทยาที่ลูกค้าสามารถรับรู้ได้อันเนื่องมาจากข้อจำกัดต่างๆ ได้แก่ นโยบายและพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง

นโยบายเป็นเครื่องกีดขวางทางโรงพยาบาลรัฐคือไม่สามารถที่จะจัดตั้งหรือเพิ่มจำนวนของบริการได้ตามความพอใจ จะต้องคำนึงถึงหลักเกณฑ์ระเบียบต่างๆที่ควบคุมอยู่ขณะนั้นเพื่อความชัดเจนในกรณีของห้องพิเศษ ได้แก่ การมีหลักเกณฑ์กำหนดไว้ว่าจะต้องมีจำนวนเป็นร้อยละไม่เกิน 20 ของจำนวนเตียงสามัญของโรงพยาบาลนั้นๆ (ถ้าพล จิตการุณ, 2535) เครื่องกีดขวางทางด้านเอกชนได้แก่ พระราชบัญญัติและมาตรฐานขั้นต่ำ ของสถานบริการที่ใช้ในการควบคุมการจัดตั้งสถานพยาบาล ซึ่งจะมีข้อกำหนดควบคุมการจัดบริการทางด้านบริการแพทย์และการรักษาอย่างกว้างๆ ดังนั้น ความยืดหยุ่นของอุปทานจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในการกำหนดราคา

โดยสรุปแนวคิดในการตั้งราคาห้องพิเศษ จะต้องพิจารณาทั้งทางด้านอุปสงค์ อุปทาน ลักษณะตลาดและปัจจัยแวดล้อมประกอบด้วย

### แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะการศึกษา

แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะของการศึกษา การวิจัยเรื่องนี้อาจทำได้เป็น 3 ลักษณะดังนี้ คือ

1. การศึกษาในลักษณะวิเคราะห์เปรียบเทียบทฤษฎีหรือสร้างทฤษฎีใหม่  
( Academic Approach )
2. การศึกษาในลักษณะการประยุกต์ทฤษฎีและวิเคราะห์แนวปฏิบัติ ( Practical Approach)

### 3. การศึกษาในลักษณะการแสวงหาความสัมพันธ์และความเป็นเหตุเป็นผลของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในลักษณะของ Academic Approach จะยึดทฤษฎีเป็นหลักการที่จะพิจารณาว่า ราคาค่าห้องพิเศษที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเหมาะสมหรือไม่ จะต้องพิจารณาทั้งทางด้านอุปสงค์ (Demand) และทางด้านอุปทาน (Supply) ทางด้านอุปสงค์ตามทฤษฎี หลักเศรษฐศาสตร์แล้วอุปสงค์ต่อสินค้าและบริการ หมายถึงระดับสินค้าและบริการที่ผู้บริโภคเต็มใจจะซื้อ ณ ระดับราคาต่าง ๆ กัน ณ ระดับรายได้ที่กำหนด ซึ่งจำนวนสินค้าและบริการที่ต้องการ ณ เวลาใดเวลาหนึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับราคาสินค้าและบริการชนิดนั้น ระดับรายได้ และปัจจัยอื่นๆ เช่นสินค้าชนิดอื่น ฯลฯ ทางด้านอุปทาน เป็นความสามารถของผู้จัดบริการหรือผู้ประกอบการ ที่จะจัดหาปัจจัยการผลิตมาผลิตสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของตลาด โดยมุ่งหวังที่จะทำกำไรให้ได้สูงสุด ณ ระดับราคาที่ตั้งไว้ นั่นคือ จะต้องทราบต้นทุนการผลิตทั้งหมด ปริมาณการผลิตทั้งหมดเพื่อกำหนดราคาได้ถูกต้องการศึกษาตามแนวทางนี้จะต้องใช้เวลาเป็นอันมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคิดต้นทุนของการบริการ ซึ่งจะต้องคิดต้นทุนของการดำเนินงานโรงพยาบาลทุกแผนกโดยทำการกระจายต้นทุน เพื่อให้ได้ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ (Economic Cost) ของห้องพิเศษซึ่งนอกจากจะมีข้อจำกัดทางด้านเวลาแล้ว การนำผลไปสู่การปฏิบัติมักจะมีข้อจำกัดทางความเป็นไปได้อยู่เสมอ

การศึกษาในลักษณะของการประยุกต์ทฤษฎี การกำหนดราคาโดยใช้หลักของความพึงพอใจที่จะจ่าย (Willingness to Pay) ความสามารถในการจ่าย (Ability to Pay) โดยการใช้ Moving Average Technique ในการคิดหรือใช้ Marginal Cost หรือ Mark-Up Pricing โดยอิงข้อมูลของต้นทุนทางบัญชีของการบริหารโรงพยาบาลและปัจจัยเครื่องชี้วัดทางเศรษฐกิจ มาเปรียบเทียบกับราคาจากการประยุกต์แต่ละทฤษฎีและวิเคราะห์ตามแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม การศึกษาในลักษณะนี้มีรากฐานค่อนข้างจะมั่นคงและนำไปสู่การปฏิบัติที่ก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงๆ ทั้งในด้านเทคนิคของการศึกษาที่สามารถลดความซับซ้อน สามารถกระจายความรู้ออกไปให้หน่วยงานอื่นๆ ใช้ปฏิบัติได้ และเป็นความจริงที่มองเห็นได้ชัดเจน ที่สามารถจับต้องได้ มาตรฐานและหลักการต่างๆ อ้างอิงระบบ กฎเกณฑ์ ที่ถือปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน การนำเสนอเพื่อให้ผู้มีอำนาจยอมรับและเห็นชอบ กระทำได้ง่ายกว่า

การศึกษาในลักษณะการแสวงหาความสัมพันธ์และความเป็นเหตุเป็นผลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะพิจารณาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ อาศัยองค์ความรู้ของศาสตร์ต่างๆมากกว่าการศึกษาใน 2 ลักษณะแรกดังที่กล่าวมาแล้ว เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความต้องการห้องพิเศษ หรือระดับการศึกษากับความต้องการห้องพิเศษ ฯลฯ ผลการศึกษาจะไม่ชี้ชัดออกมาในลักษณะคำตอบทางคณิตศาสตร์ แต่จะให้แนวคิดที่กว้างไกลและกว้างขวางเพื่อนำไปศึกษาเจาะลึกหรือใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนหรืออ้างอิงการตัดสินใจในเชิงนโยบายเท่านั้น

เมื่อพิจารณาตามลักษณะธรรมชาติของการศึกษานี้แล้ว สำหรับการวิจัยเพื่อการประยุกต์นำผลไปใช้ในงานควรเป็นลักษณะที่ 2 ซึ่งได้แก่การประยุกต์ทฤษฎีวิเคราะห์แนวปฏิบัติ ดังนั้นขอบเขตของการศึกษา วิธีการและการศึกษาจะลึกในแต่ละเรื่องหรือองค์ประกอบตัวแปรต่างๆ จะอ้างอิง ใช้กฎเกณฑ์ตามที่ปฏิบัติจริงในระบบปัจจุบันเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม จะต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์และความเป็นเหตุเป็นผลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วย อนึ่ง ในการศึกษาเรื่องนี้ได้มีการศึกษาต้นทุนของการจัดบริการโดยตรง เป็นการศึกษาในเชิงเปรียบเทียบของการกำหนดราคาห้องพิเศษกับภาวะแนวโน้มเศรษฐกิจทั่วไป และ ระบบการเงินของโรงพยาบาลว่า มีความเหมาะสมสอดคล้องกันหรือไม่เพียงไรในภาวะสิ่งแวดล้อมของการจัดบริการดังกล่าว ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบปัญหา 3 ประการดังระบุไว้แล้วข้างต้น โดยมีตัวแปรที่สำคัญที่จะนำมาศึกษาที่มีนัยสำคัญต่อการกำหนดราคา ซึ่งจะได้อภิปรายโดยละเอียดในลำดับต่อไป

#### แนวคิดในการนำผลหรือข้อมูลไปใช้ในเชิงนโยบาย

ในการวางแผนก่อสร้างจัดตั้งโรงพยาบาลหน่วยการวัดขนาดของโรงพยาบาล ได้แก่เตียง นักรวางแผนถือว่าเป็นหน่วยการใช้งานพื้นฐานของโรงพยาบาล ( Basic Functional Unit ) ทั้งนี้โดยไม่เจาะจงว่าเป็นเตียงที่อยู่ในห้องพิเศษหรือห้องพักรักษาผู้ป่วยสามัญ แต่เป็นที่เข้าใจกันว่า เป็นเตียงที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยโดยทั่วไปตามปกติ ( Active Bed ) ซึ่งทำหน้าที่ให้ผู้ป่วยได้พักในโรงพยาบาล ระหว่างการตรวจ รักษาและพักผ่อน แต่ทั้งนี้จะไม่รวมถึงเตียงที่เกี่ยวข้องกับการใช้ในวัตถุประสงค์พิเศษอื่นๆ อาทิ เตียงผ่าตัด เตียงคลอด เตียงปฐมพยาบาลคนไข้ฉุกเฉิน หรือเตียงสำหรับคนไข้แยกโรคเป็นพิเศษ เป็นต้น

การออกแบบโรงพยาบาลในปัจจุบันยังคงยึดถือแนวทางที่ Gainborough (1964)

ได้เคยกล่าวไว้คือ จะต้องสนองตอบความต้องการของโรงพยาบาลต่างในแง่ต่อไปนี้ ได้แก่

- 1) ความปลอดภัยจากการติดเชื้อ
- 2) การจัดระดับความสบายของผู้ป่วยเนื่องจากการเจ็บป่วยให้สอดคล้องกับ

มาตรฐานการครองชีพ

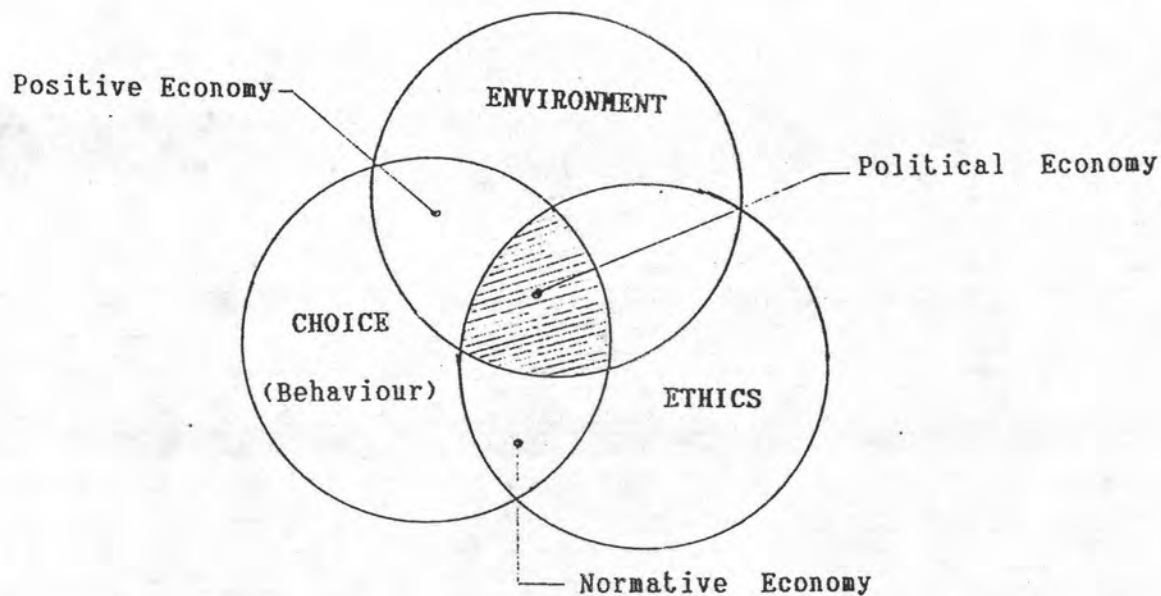
- 3) ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และมีการควบคุมดูแลผู้ป่วยแบบเจ็บป่วย
- 4) จัดให้แผนกศัลยกรรมปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น

การจัดให้มีห้องพิเศษในโรงพยาบาล เป็นมาตรการหนึ่งที่สอดคล้องกับหลักการข้างต้นทุกประการ อย่างไรก็ตาม Gainborough (1964) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าการก่อสร้างหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพดังได้กล่าวมาแล้ว จะต้องคำนึงถึงงบประมาณด้วย เนื่องจากค่าก่อสร้างจะเท่ากับ 35 % ของค่าก่อสร้างโรงพยาบาลทั้งหมด ดังนั้น การกำหนดจำนวนเตียงในการก่อสร้างหรือต่อเติมโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง จะต้องมีการพิจารณากันอย่างรอบคอบถึงทางเลือกต่างๆ ให้เหมาะสมกับการลงทุนในการจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ในเรื่องนี้ Kataria (1986) ได้ให้ข้อคิดเห็นในการพิจารณาทางเลือกในเชิงเศรษฐศาสตร์ ดังนี้

- 1) คนไข้ประเภทใดที่ต้องการที่จะรับไว้และจำเป็นหรือไม่
- 2) หากจำเป็นวัตถุประสงค์คืออะไร
- 3) การรับผู้ป่วยไว้เป็นไปเพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือเพื่อการรักษาพยาบาล
- 4) กิจกรรมเหล่านี้สามารถดำเนินการโดยไม่ต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลได้หรือไม่
- 5) มีกระบวนการอะไร เช่นในการตรวจ การให้การรักษาเบื้องต้นที่สามารถกระทำได้ในลักษณะที่เป็นคนไข้นอก
- 6) จะสามารถวางแผนให้การรับผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่สั้นที่สุด ได้หรือไม่
- 7) มีมาตรการอะไรบ้าง ที่จะทำให้ความล่าช้าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ลดลง
- 8) มีกระบวนการรักษาและติดตามผลอย่างไรที่ต้องการให้ผู้ป่วยที่รับเข้าอยู่ในโรงพยาบาลแล้วไม่ต้องป่วยแล้วกลับมารักษาใหม่

เมื่อมีความจำเป็นจริงๆที่จะต้องจัดให้มีเตียงเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาล จะต้องพิจารณาให้

เกิดภาวะทางด้านการบริหารการเงินน้อยที่สุด การจัดห้องพิเศษ ก็เป็นวิธีการหนึ่งที่จะก่อให้เกิดการคุ้มทุนในการจัดบริการได้ การกำหนดนโยบายราคาห้องพิเศษของโรงพยาบาลศูนย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน คือ พฤติกรรมของมนุษย์เกี่ยวกับทางเลือก สิ่งแวดล้อม จริยธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการพิจารณานั้นจะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นเนื่องจากการแสดงผลร่วมกันขององค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ซึ่ง Culyer (1985) กล่าวว่า เป็นวิชาการทางด้านเศรษฐศาสตร์ เขาได้แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 3 ในลักษณะของวงกลม 3 วงตัดกัน แสดงให้เห็นความยอมรับในทางบวกของทางเลือกของมนุษย์ภายใต้กฎหมาย กฎระเบียบ เทคนิคต่างๆ โดยพิจารณาให้สอดคล้องในเรื่องของจริยธรรมและจรรยาบรรณ และเรียกเนื้อที่นี้ว่า Economic Policy หรือ Political Economy ซึ่งแสดงถึงความฉลาดในการดำเนินนโยบายทางเศรษฐกิจ ดังภาพ



ภาพที่ 1 Culyer's Model แสดงการมีบทบาทร่วมของสิ่งแวดล้อม ทางเลือกและจริยธรรม

ดังนั้น เมื่อนำข้อมูลหรือผลการศึกษานี้ไปกำหนดเป็นนโยบายจะต้องพิจารณาอย่าง



ครอบคลุมในทุกปัจจัยขององค์ประกอบทั้งสามด้าน ทั้งในส่วนที่อยู่นอกเหนือการศึกษาเรื่องนี้ โดยหลักการสามารถพิจารณาจากลักษณะทางอุดมคติของ เศรษฐกิจ 3 รูปแบบ คือ

1. Positive Economy เป็นเนื้อที่ร่วมของทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะต้องตอบคำถามว่า สภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของบริการเป็นอย่างไร มีข้อจำกัดอย่างไร มีทางเลือกอย่างไร

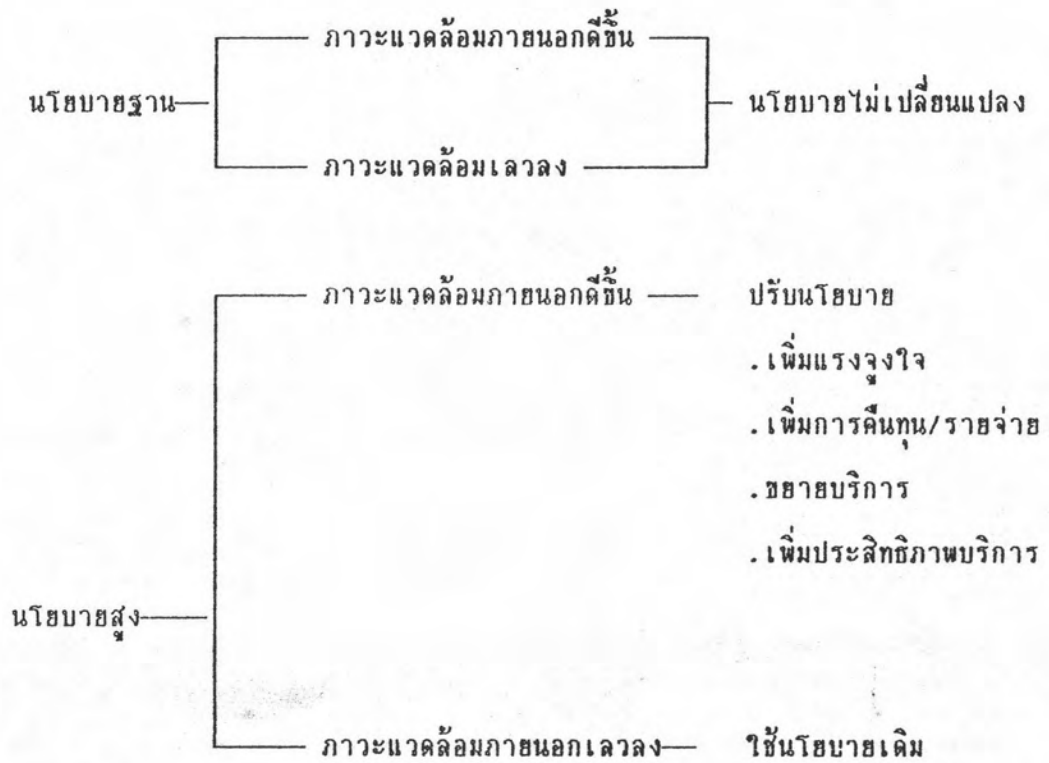
2. Normative Economy เป็นเนื้อที่ร่วมระหว่างทางเลือกและจริยธรรม ซึ่งจะต้องตอบคำถามที่ละเอียดอ่อนทั้งในทางวิทยาศาสตร์และสังคม เป็นข้อมูลทั้งในทางคุณภาพ และ ปริมาณว่าสิ่งที่ควรจะเป็นนั้นเป็นอย่างไร

3. Political Economy เป็นการกำหนดนโยบายที่ชาญฉลาดบนพื้นฐานของการพิจารณาอย่างรอบคอบทั้งในส่วนของ Positive / Normative Economy

อย่างไรก็ดี ในการกำหนดนโยบายควรจะกำหนดไว้เป็น 2 ลักษณะ โดยคำนึงถึงภาวะแวดล้อมภายนอกด้วย ทั้งนี้ในลักษณะที่คล้ายกับระบบเศรษฐกิจของประเทศ กล่าวคือ จะต้องสมมติภาวะแวดล้อมเป็นบวก และเป็นลบ สุชาติ (2530) แบ่งนโยบายออกเป็น นโยบายฐาน (Base Policy Case) และนโยบายสูง (High Policy case) ซึ่งเราสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับนโยบายของการกำหนดราคาค่าห้องพิเศษโดยหลักการได้ ดังภาพที่ 2 ในหน้าถัดไป

ภาวะแวดล้อมภายนอกของบริการโรงพยาบาลศูนย์ในที่นี้สามารถยกเป็นตัวอย่าง ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลาง นโยบายเกี่ยวกับการให้บริการรักษาพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้บริการต่างๆ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการฟรีมีผลกระทบต่อค่าบริการของโรงพยาบาลมาก) รายรับและหนี้สินของโรงพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรเอกชนและโรงพยาบาล เป็นต้น

ภาพที่ 2 แสดงแผนภูมิปัจจัยในการกำหนดนโยบาย



กล่าวโดยสรุป แนวคิดด้านต่างๆที่กล่าวมาแล้วเป็นแนวคิดในระดับกว้างซึ่งรายละเอียดจากการศึกษาเรื่องนี้จะสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้แต่เพียงบางส่วน ที่พิจารณาว่าเหมาะสมแล้วเท่านั้น