

## ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Key System Drivers : KSD

โรงพยาบาลต่าง ๆ ให้ความสำคัญกับระบบการบริหารจัดการ และปรับตัวเพื่อประสิทธิภาพขององค์กร รองรับการแข่งขันและเพื่อความอยู่รอดทางการเงินมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นองค์กรมหาชน

ชาญวิทย์ กระทบ

### ประเด็นที่น่าสนใจ

- โรงพยาบาลของรัฐมีการปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริหารจัดการองค์กร ตลอดจนระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการมาแล้วเป็นระยะ โดยเฉพาะในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศในปี 2540 และเมื่อเริ่มระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) อันเนื่องมาจากแรงกดดันของกลไกการจ่ายเงินปลายปิดและงบประมาณที่จำกัด ในขณะที่ภาระงานเพิ่มขึ้น
- ความพยายามควบคุมต้นทุนส่งผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของบุคลากรและปัญหาสมองไหล
- มีการเพิ่มบริการที่อยู่นอกสิทธิประโยชน์ตลอดจนผลักดันการปรับเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินสำหรับบริการที่ยุ่ยากซับซ้อนและที่ต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพง และการทำการตลาดในบริการตรวจสุขภาพและสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ และบริการข้ามพื้นที่อื่นๆ เพื่อเพิ่มรายได้
- การปรับปรุงประสิทธิภาพยังคงดำเนินต่อไปตามนโยบาย Good Health at Low Cost
- โรงพยาบาลของรัฐในรูปแบบองค์กรมหาชนที่นำร่องไว้ มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพกว่าโรงพยาบาลในระบบราชการในพื้นที่ใกล้เคียงกัน เมื่อประเมินโดยดัชนีเฝ้าระวังหลาย ๆ ด้าน

### (1) สถานการณ์ในประเทศโดยย่อ แนวโน้มในระยะ 10 ปีและเหตุผลประกอบ

#### สถานการณ์ในประเทศโดยย่อ

หลังปี พ.ศ. 2529 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างมากเกินกว่าร้อยละ 8 ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ ทำให้งบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศที่เคยได้รับเพียงร้อยละ 3-4 ของงบประมาณทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็นมากกว่าร้อยละ 5 ของงบประมาณของรัฐ มีการลงทุนพื้นฐานด้านบริการสาธารณสุขอย่างมาก ทั้งการขยายสถานบริการในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) การขยายจำนวนเตียงในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) รวมทั้งจัดระบบบัตรประกันสุขภาพและระบบ



สวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยครอบคลุมมากขึ้น จนงบประมาณด้านสาธารณสุขเพิ่มเป็นร้อยละ 8 ในปีพ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นปีที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจในประเทศไทย

เมื่อมีการประกาศลดค่าเงินบาทในวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2540<sup>1</sup> ทำให้ต้นทุนการรักษายาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมาก จึงได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลรายรับรายจ่าย เงินบำรุงของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปจากระบบรายงาน 0110 รง. 5 ที่มีการเก็บเป็น Digital Format แล้วในช่วงนั้น โดยคณะของ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และการศึกษาปัจจัยพยากรณ์ในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปในภาวะวิกฤตการเงิน โดย นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และกองโรงพยาบาลภูมิภาค<sup>2</sup> รวมทั้งมีการตั้งกลุ่มวิเคราะห์สถานการณ์ รพ.รัฐ ในภาวะวิกฤตโดยกองโรงพยาบาลภูมิภาคร่วมกับ สวรส. ซึ่งได้มีการออกเอกสารวิเคราะห์ออกมา 4 ฉบับ ได้แก่ “ล้มทั้งยืน”<sup>3</sup>, “มาตรการปรับปรุงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ”, “ข้อมูลสำคัญเพื่อการกำกับการทางการเงิน” เป็นต้น ทำให้เกิดการเร่งพัฒนาประสิทธิภาพโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในหลายด้าน และผลการดำเนินการทั้งหมดนี้ถูกประมวลให้กลายเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข คือ Good Health at Low Cost มีการกำหนดแนวทางในการดำเนินการที่ได้ผลหลายประการ เช่นการชี้แจงและเร่งรัดให้ รพศ. รพท. ดำเนินการตามนโยบายอย่างเคร่งครัด, การประกาศใช้มาตรการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์ ได้แก่การจำกัด Item ยาใน รพ.แต่ละระดับ การจัดซื้อยาร่วมกันระดับจังหวัด การคุมคลังยามิให้มีราคามากเกิน 3 เดือน เป็นต้น<sup>4</sup> มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาและเวชภัณฑ์ซึ่งเก็บข้อมูลการจัดซื้อยาจากทุกรพ. และรายงานเปรียบเทียบราคาซื้อยาจากบริษัทต่าง ๆ ของรพ.ต่าง ๆ เปรียบเทียบกันทำให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดซื้อขึ้นอย่างมาก การเฝ้าระวังและติดตามประเมินผลการดำเนินการของ รพศ. รพท.อย่างใกล้ชิด และแจ้งผลการดำเนินการเปรียบเทียบกับ รพ.ขนาดใกล้เคียงกันทุกไตรมาส ผลการดำเนินการตามนโยบายนี้ทำให้รายจ่ายรวมของ รพศ.รพท.เพิ่มขึ้น ต่ำกว่าที่ประมาณการ เมื่อเทียบกับอัตราเงินเฟ้อจากการลดค่าเงินบาทและปริมาณการให้บริการที่เพิ่มมากขึ้นในระหว่างปี 2540-2542 รวมทั้งทำให้รพ.ที่มีหนี้สินมากกว่าเงินบำรุงจำนวน 13 แห่งลดลงเหลือเพียง 2 แห่ง สถานะการเงินของ รพศ. รพท. มีความมั่นคงขึ้นมาก<sup>5</sup> มาตรการต่าง ๆ ทั้งหมดนี้กลายเป็นแบบแผนของการพัฒนาประสิทธิภาพโรงพยาบาลในปัจจุบันต่อมา อย่างไรก็ตามนอกเหนือจากการสร้างประสิทธิภาพ โดยใช้มาตรการในการลดต้นทุนต่าง ๆ แล้ว โรงพยาบาลยังหันมาเร่งรัดเรื่องการจัดเก็บรายได้ให้มีความครอบคลุมครบถ้วนมากขึ้น ดังนั้นสถานะเงินบำรุงของโรงพยาบาลต่าง ๆ จึงมีความมั่นคงมากขึ้นอย่างชัดเจน

ผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจทำให้ประเทศไทยต้องมีการกู้เงินจากธนาคารโลกและธนาคารพัฒนาเอเชีย ซึ่งมีข้อกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการให้มีรพ.ในกำกับรัฐขึ้น ซึ่งในปี พ.ศ. 2542 มีการออก พรบ.องค์การมหาชน และได้ออก พรฎ.จนบ้านแพ้วได้กลายเป็น รพ.ในกำกับรัฐ เป็นแห่งแรกในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 นอกจากนี้ยังมีข้อกำหนดให้สำนักงานประมาณดำเนินการปฏิรูประบบงบประมาณให้กลายเป็นระบบงบประมาณมุ่งเน้นผลลัพธ์ ผลงาน (Performance based budgeting system) ซึ่งได้มีการเลือกกอง รพ.ภูมิภาคให้เป็นหน่วยงานนำร่อง โดยมีการลงนามในข้อตกลงระหว่างสำนักงานประมาณกับกระทรวงสาธารณสุข ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2542 โดยเริ่มมีการปรับเปลี่ยนระบบบัญชีให้เป็นเกณฑ์ที่รับฟังจ่ายนำร่องใน รพศ.ชลบุรี, รพศ.สระบุรี และรพศ.ขอนแก่น



เริ่มมีการหาต้นทุนต่อหน่วยบริการ รวมทั้งการติดตามกำกับประเมินผลลัพธ์ผลงาน ในปี พ.ศ. 2543 การส่งข้อมูลการจัดซื้อยาในศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาและเวชภัณฑ์เริ่มมีความครบถ้วน และเป็นที่รู้จักกันแพร่หลายมากขึ้น เริ่มมีหลักฐานการใช้ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาและเวชภัณฑ์ สามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารเวชภัณฑ์ได้<sup>6</sup>

ปี พ.ศ. 2544 เริ่มนำร่องโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคใน 6 จังหวัด และขยายเป็น 21 จังหวัด ในปีพ.ศ. 2545 โครงการขยายไปครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการเงินการคลัง สาธารณสุข โดยปรับเปลี่ยนจากการจัดสรรงบประมาณตามขนาดสถานบริการมาเป็นการจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดเตรียมวิธีการหาต้นทุนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในอย่างหยาบ และตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพต่าง ๆ รวมทั้งนำเครื่องมือใหม่ ๆ มาใช้ในการวัดประสิทธิภาพ เช่น DEA, RW และ LOS ของ DRG เป็นต้น พร้อมกันนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายและคู่มือทางบัญชี ให้ปรับเปลี่ยนระบบบัญชีเกณฑ์เงินสดให้เป็นเกณฑ์ฟังรับฟังจ่าย เริ่มมีการจัดตั้ง CFO ของ รพศ. รพท. และใน สสจ. ในปีพ.ศ. 2545-2546 พร้อมกับมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่การเงิน ในปี พ.ศ. 2546 ระบบรายงานกิจกรรมและการเงินการคลัง 0110 รง. 5 ปรับเปลี่ยนเป็นรายงานผ่าน Web และเริ่มจัดทำดัชนีวิเคราะห์ และเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังขึ้น แสดงผลวิเคราะห์ผ่าน Web เช่นเดียวกับโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ก็มีความพยายามที่จะศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการ ซึ่งก็พบว่าต้นทุนต่อหน่วยบริการรักษาพยาบาลสูงกว่างบประมาณที่ได้รับ<sup>7</sup> ในปีเดียวกันนี้เอง กระทรวงสาธารณสุขได้ทบทวนอัตราค่ารักษาพยาบาลของหน่วยบริการในกระทรวงสาธารณสุข โดยพยายามใช้ข้อมูลที่เป็น Activity Based โดยแบ่งต้นทุนเป็น Labor Cost, Material Cost, Capital Cost, Indirect Cost และประกาศใช้อัตราค่ารักษาพยาบาลใหม่ในปีพ.ศ. 2547 ทำให้รพ.ของรัฐในสังกัดอื่นพากันปรับค่ารักษาพยาบาลกันไปทั้งหมด พร้อมกันนั้นกระทรวงสาธารณสุขก็ดำเนินการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังด้านการเงินการคลังในระดับเขตและระดับจังหวัด รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลการเงินการคลัง โดยแบ่ง รพศ. รพท. รพช. เป็นระดับต่าง ๆ 7 ระดับ เพื่อการเฝ้าระวัง ในปีพ.ศ. 2547 โดยมีการนำเสนอข้อมูลผลการวิเคราะห์ด้านการเงินการคลังในที่ประชุมสำนักงานปลัดกระทรวงทุกเดือน และเสนอผลวิเคราะห์ผ่าน Web ตลอดเวลา จนถึงปีพ.ศ. 2549 จากนั้นผลวิเคราะห์ถูกนำเสนอในที่ประชุมสำนักตรวจราชการทุกเดือน

ปีพ.ศ. 2549 มีความพยายามที่จะนำร่องการพัฒนาบบบัญชีต้นทุน และการหาต้นทุนต่อหน่วยบริการโดยวิธี Activity based costing ของหน่วยบริการต่าง ๆ รวมทั้งมีการศึกษาการใช้เครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูลการเงินการคลังเพื่อแสดงประสิทธิภาพของหน่วยบริการ เช่น DEA เป็นต้น หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองการเพิ่มประสิทธิภาพโดยการลดต้นทุนยิ่งกลายเป็นแนวทางหลัก ดังมีหลักฐานจากการทำ Compulsory Licensing กลุ่มยาที่มีราคาแพงและมีความจำเป็นต้องใช้จำนวนมาก เป็นต้น

### แนวโน้มในระยะ 10 ปีข้างหน้า

กระแสความตื่นตัวในเรื่องการเพิ่มประสิทธิภาพในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาได้กลายเป็นกระแสหลัก หลังจากวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 เป็นต้นมา โดยใช้นโยบาย Good Health at Low Cost เป็นตัวขับเคลื่อน มาตรการต่าง ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้ ได้มีการพัฒนาระบบกำกับติดตามประเมินผล ทำให้การพัฒนาประสิทธิภาพก้าวหน้าไปได้อย่างรวดเร็ว และมีรายงานการศึกษาผลของการ



ดำเนินการตามมาตรการเหล่านี้ หลังโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการเงิน การคลังสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อสถานบริการต่างๆ ทำให้รายรับที่เคยมาจากภาครัฐและประชาชนร่วมจ่าย กลับกลายเป็นรายรับส่วนใหญ่ต้องมาจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ขณะที่จำนวนผู้รับบริการ ผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้น ยิ่งทำให้สถานบริการทุกระดับต้องเพิ่มประสิทธิภาพ ลดต้นทุนกันเป็นการใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายรับจากที่ประชาชนจ่ายหายไปจากระบบจำนวนมากเพราะมีหลักประกันสุขภาพแล้ว เหลือรายรับให้โรงพยาบาลเรียกเก็บเพียงไม่กี่แห่ง ได้แก่ประกันภัยบุคคลที่สาม และสวัสดิการโรงพยาบาลข้าราชการ ดังนั้นโรงพยาบาลต่าง ๆ จึงหันมาเร่งรัดเพิ่มรายรับจากเงินทั้งสองส่วนนี้ ซึ่งนับวันผู้รับผิดชอบงบประมาณทั้งสองส่วนนี้ ก็จะเร่งออกระเบียบให้เกิดความยากลำบากในการเบิกจ่ายมากขึ้น เพื่อไม่ให้งบประมาณในสองส่วนนี้เพิ่มขึ้นรวดเร็วเกินไป การเพิ่มประสิทธิภาพในช่วงหลังจึงมีแนวโน้มที่จะต้องมุ่งเน้นการลดต้นทุนเป็นหลัก

ถึงแม้ว่าเป้าหมายการพัฒนาาระบบสุขภาพพอเพียงของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) ข้อ 5 กำหนดเป้าหมายหลักไว้ว่า ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างพอประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการมีความ อุ่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข แต่การที่ทรัพยากรสาธารณสุขที่สถานบริการได้รับ ส่วนใหญ่มาจาก ภาครัฐซึ่งมีภาระที่จะต้องใช้จ่ายในภารกิจที่หลากหลาย จึงไม่สามารถเพิ่มทรัพยากรสาธารณสุขได้เร็ว เท่ากับปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปได้ แนวโน้มการสร้างประสิทธิภาพจึงยังคงมุ่งเน้นไปที่ การลดต้นทุนเป็นหลัก

**(2) ลักษณะผลกระทบและอิทธิพลที่ต่อความพยายามในการบรรลุถึงค่านิยมต่าง ๆ ของระบบ หลักประกันสุขภาพที่สำคัญ เช่น คุณภาพ การควบคุมต้นทุน ความเป็นธรรมในการเข้าถึง บริการ การกระจายภาระทางการเงิน เป็นต้น**

#### **ผลกระทบและอิทธิพลต่อความพยายามในการควบคุมต้นทุน**

วิธีการหลักในการเพิ่มประสิทธิภาพในสภาวะแวดล้อมด้านสุขภาพปัจจุบัน กลายเป็นการมุ่ง จำกัดต้นทุนเป็นหลัก ดังจะเห็นมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็น Provider รายใหญ่ จาก นโยบาย Good Health at Low Cost เช่น มาตรการบริหารระบบเวชภัณฑ์ การจัดซื้อยารวม, Compulsory Licensing เป็นต้น ขณะที่หน่วยงานที่ดูแลด้านกำลังคนเช่น กพ. ก็ใช้กลวิธีที่ทำให้ลด จำนวนข้าราชการลง เช่น การอนุมัติ ซี 9 ให้สำนักงานปลัดกระทรวงถึง 700 ตำแหน่ง แต่ต้องหา ตำแหน่งมายุบเงินเดือนมารวม ทำให้มีข้าราชการจำนวนน้อยลง แม้ว่าจำนวนซีจะสูงขึ้น เป็นต้น หรือ สำนักงานงบประมาณก็ใช้วิธีการกำหนดงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขให้มีกรอบเงินอยู่ในแต่ละปี ไม่ว่างงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจะเพิ่มเหมาจ่ายรายหัวเท่าไร งบประมาณรวมของกระทรวง สาธารณสุขก็จะเพิ่มในสัดส่วนที่ถูกจำกัด ดังนั้น การเพิ่มเงินเหมาจ่ายรายหัวนั้น ข้อเท็จจริงคือโยก งบประมาณของกรมอื่นมาแทน กรมอื่นจึงจะต้องปรับลดงบประมาณลงตามลำดับ เช่นกัน ผลที่ตามมา คือเกิดความปั่นป่วนในระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่ได้รับทรัพยากรลดลง ดังจะเห็นปัญหาโรคที่



เคยควบคุมได้ เริ่มจะควบคุมไม่ได้ เช่น ไข้เลือดออก แม้แต่โรคท้องร่วงรุนแรงก็ยิ่งแพร่ระบาดถึง 30 จังหวัด ในปีพ.ศ. 2550

ในระดับหน่วยบริการเช่นโรงพยาบาลก็มีความพยายามจะลดค่าใช้จ่ายโดยการตัดงบประมาณ ค่าเวรนอกเวลา ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าน้ำมัน เป็นต้น ทำให้ขวัญกำลังใจของบุคลากรที่ทำงานในระบบลดลง เกิดปัญหาสมองไหลตามมา จนเกิดความขาดแคลนบุคลากรหลายวิชาชีพในระบบอย่างมาก

โรงพยาบาลบ้านแพ้วซึ่งเป็นโรงพยาบาลในกำกับรัฐแสดงความสามารถในการบริหาร ประสิทธิภาพในเรื่องการลดต้นทุน โดยการบริหารคลังพัสดุต่าง ๆ ให้มีการหมุนเวียนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ทั้งนี้โรงพยาบาลแห่งนี้มีมูลค่าวัสดุคงคลังต่ำที่สุด และมีหลักฐานว่ามีการต่อรอง ราคายาจนซื้อยาได้ในราคาค่อนข้างต่ำที่สุดมาโดยตลอด

ในส่วนของผู้ซื้อบริการที่มุ่งสร้างประสิทธิภาพโดยพยายามที่จะให้มีการจำกัดต้นทุนคือ กรมบัญชีกลางที่ดูแลสวัสดิการรักษายาบาล ซึ่งได้เริ่มปรับปรุงสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลในเชิง ลดทอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540<sup>8</sup> ได้สร้างกลไกในการบริหารจัดการที่ซับซ้อนในการเรียกหนี้จากหน่วย บริการ และอาศัยการสร้างอุปสรรค การตรวจสอบต่าง ๆ ทำให้การเรียกหนี้ทำได้ด้วยความยากลำบาก ภายใต้กรอบรายการจ่ายที่จำกัด นอกจากนี้ยังมีการจำกัดยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้อีกด้วย

### ผลกระทบและอิทธิพลต่อความพยายามในการเพิ่มผลลัพธ์ผลิต

ในส่วนของผู้ให้บริการหน่วยบริการขนาดเล็กที่ไม่สามารถสร้างบริการเพิ่มขึ้นได้เอง ก็มีความ พยายามที่จะเพิ่มผลิต โดยเฉพาะผลิตนอกสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ เช่น การแพทย์แผนไทย, สปา เป็นต้น ทั้งนี้นอกจากจะทำให้ใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์เพิ่มขึ้น แล้ว เป้าประสงค์หลักยังเป็นการเพิ่มรายรับจากบริการที่อยู่นอกสิทธิประโยชน์เหล่านี้อีกด้วย ส่วนสถาน บริการขนาดใหญ่ที่สามารถพัฒนาและมีการลงทุนเทคโนโลยีทางการแพทย์ ก็ผลักดันบริการที่ยุ่ยาก ซับซ้อน และต้องการใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพง ให้มีการจ่ายเงินในลักษณะ Open End แทนที่จะรวม ภายใต้อาจารย์รายหัว ได้แก่ Disease Management ต่าง ๆ รวมทั้ง High Cost Care เป็นต้น ส่งผลให้ สัดส่วนเงินด้าน High Cost และ Accident/Emergency เพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่สูงที่สุดทุกปี

โรงพยาบาลบ้านแพ้วที่เป็นโรงพยาบาลในกำกับรัฐ ก็มีความพยายามที่จะเพิ่มประสิทธิภาพโดย การเพิ่มผลิต ผลลัพธ์ ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมได้แก่การขยายบริการตรวจสุขภาพข้าราชการ ซึ่งอยู่ใน สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เข้าไปในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลทำให้มีรายรับเพิ่มขึ้นมาก รวมทั้งขยายบริการไปครอบคลุมแรงงานต่างด้าวและประกันสังคมในพื้นที่ จังหวัดสมุทรสาครและจังหวัดข้างเคียงอย่างเข้มแข็ง นอกจากนี้ยังขยายบริการในส่วนโครงการพิเศษ ต่าง ๆ ของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาในผู้ป่วยต้อกระจกออก นอกพื้นที่เข้าไปในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลอีกด้วย

ในส่วนของผู้ซื้อบริการกองทุนต่าง ๆ มีความพยายามที่จะเพิ่มผลิตผลลัพธ์ ในรูปของสิทธิ ประโยชน์ ดังเช่น สปสช. พยายามที่จะขยายสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น หรือทำสิทธิประโยชน์เดิมอยู่แล้วให้มี ความชัดเจน และเป็นจุดสนใจมากขึ้น เช่นโครงการในกลุ่ม Disease Management หลายๆ โรค เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความพยายามจะขยายสิทธิประโยชน์ไปยังโรคที่ต้องการใช้ทรัพยากรจำนวนมากในระยะ



ยาว เช่นการล้างไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การให้ยาต้านไวรัสเอดส์เป็นต้น ในส่วนของประกันสังคมมีความพยายามจะเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการให้ความสะดวกต่าง ๆ มากขึ้น หรือเพิ่มวงเงินมากขึ้น เช่น ค่าคลอด จาก 6000 บาทเพิ่มเป็น 12000 บาทเป็นต้น แต่เป็นสิทธิประโยชน์ที่มุ่งตรงไปยังผู้ประกันตนโดยตรง

### ผลกระทบและอิทธิพลต่อความพยายามในการกระจายภาระทางการเงิน

ผู้ซื้อบริการที่ใช้วิธีการกระจายภาระทางการเงินคือกรมบัญชีกลางที่ดูแลสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยใช้กลวิธีหลักผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้ไปใช้สิทธิประกันสังคมในกรณีที่มีสิทธิประกันสังคมด้วย ซึ่งสิทธิประกันสังคมนั้นจำกัดบริการอยู่เฉพาะในสถานบริการคู่สัญญาหลัก ขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีสิทธิที่จะเข้ารับรักษาพยาบาลที่ใดก็ได้ ทำให้เกิดปัญหาการใช้สิทธิในกลุ่มนี้ และกลายเป็นว่าหากต้องการยาเดิม จากโรงพยาบาลเดิม ก็ต้องชำระเงินเอง เพราะมักไม่ตรงกับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้

### (3) รูปธรรมหรือเครื่องชี้วัดระดับที่สำคัญของปัจจัยนั้น

กระทรวงสาธารณสุขได้ติดตามกำกับตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพผ่าน Web Site ดังตารางที่ 1 แสดงตัวชี้วัดประสิทธิภาพของเขตต่าง ๆ ซึ่งเมื่อเลือกเขตจะแสดงข้อมูลตัวชี้วัดประสิทธิภาพของจังหวัดต่าง ๆ เมื่อเลือกจังหวัด ก็จะแสดงตัวชี้วัดของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดนั้น ๆ เป็นต้น

### ตารางที่ 1 ดัชนีวิเคราะห์สำหรับการเฝ้าระวังด้านการเงิน

เขต	จำนวนส่ง / ทั้งหมด	ระดับความรุนแรงสถานะทางการเงิน	Quick Ratio (CF)	Current Ratio (CF)	I/E Ratio (CF)	ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรต่อค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน	ต้นทุนเฉลี่ยผู้ป่วยนอก รพช.	ต้นทุนเฉลี่ยผู้ป่วยนอก รพท./รพศ.	ต้นทุนเฉลี่ยผู้ป่วยใน รพช.	ต้นทุนเฉลี่ยผู้ป่วยใน รพท./รพศ.
<u>1</u>	86 / 87	1	0.69	0.78	0.94	51.37	437.43	395.25	6,124.07	7,114.50
<u>2</u>	39 / 39	5	0.79	0.99	0.96	48.76	476.64	423.99	6,673.01	7,631.85
<u>3</u>	36 / 37	7	1.67	1.93	1.07	55.93	360.66	320.92	5,049.26	5,776.61
<u>4</u>	32 / 32	7	1.74	1.90	1.07	60.78	341.25	314.90	4,777.44	5,668.16
<u>5</u>	24 / 28	7	1.02	1.16	1.03	54.72	362.19	327.81	5,070.68	5,900.58
<u>6</u>	35 / 35	7	1.77	2.01	1.17	52.92	390.43	349.01	5,466.02	6,282.15
<u>7</u>	17 / 17	7	1.52	1.63	1.00	49.84	508.48	452.83	7,118.67	8,150.86
<u>8</u>	27 / 28	7	1.17	1.33	0.97	54.40	422.57	376.74	5,915.99	6,781.28
<u>9</u>	33 / 33	7	1.80	1.98	1.04	53.32	406.11	363.53	5,685.60	6,543.49
<u>10</u>	45 / 47	7	1.19	1.41	1.08	51.03	361.75	320.29	5,064.55	5,765.14
<u>11</u>	41 / 46	7	1.22	1.48	1.04	53.99	358.88	319.09	5,024.38	5,743.67
<u>12</u>	43 / 46	7	0.87	1.03	1.10	52.89	390.11	346.73	5,461.53	6,241.13





เขต	จำนวน ส่ง / ทั้งหมด	ระดับความ รุนแรงสถานะ ทางการเงิน	Quick Ratio (CF)	Current Ratio (CF)	I/E Ratio (CF)	ค่าใช้จ่ายด้าน บุคลากรต่อ ค่าใช้จ่ายจาก การดำเนินงาน	ต้นทุน เฉลี่ยผู้ป่วย นอก รพช.	ต้นทุนเฉลี่ย ผู้ป่วยนอก รพท./รพศ.	ต้นทุน เฉลี่ยผู้ป่วย ใน รพช.	ต้นทุนเฉลี่ย ผู้ป่วยใน รพท./รพศ.
<u>13</u>	74 / 74	7	1.43	1.63	1.03	48.06	376.94	334.04	5,277.14	6,012.73
<u>14</u>	51 / 51	7	0.99	1.17	1.03	49.37	357.47	318.42	5,004.59	5,731.61
<u>15</u>	28 / 32	7	1.21	1.36	1.04	60.40	298.44	268.44	4,178.19	4,831.89
<u>16</u>	35 / 35	7	0.82	0.95	0.98	46.01	454.23	403.90	6,359.17	7,270.26
<u>17</u>	17 / 17	7	1.69	1.82	1.18	52.60	468.67	420.49	6,561.39	7,568.77
<u>18</u>	26 / 26	7	1.58	1.70	0.99	63.75	543.20	476.31	7,604.85	8,573.54
<u>19</u>	19 / 21	7	1.49	1.62	1.00	58.43	421.99	375.29	5,907.82	6,755.30
<b>รวม</b>	708 / 731									

แหล่งข้อมูล รายงาน 0110 รง. 5 เดือน กันยายน 2549 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หมายเหตุ ข้อมูลต้นทุนเฉลี่ยไม่รวมงบลงทุน

เมื่อดูตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพของโรงพยาบาลรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสมุทรสาคร และโรงพยาบาลบ้านแพ้วซึ่งเป็นโรงพยาบาลในกำกับรัฐ จะเห็นได้ว่าตัวชี้วัดประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และการจัดการของโรงพยาบาลแพ้วเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลต่าง ๆ เขต 7 และโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสาครพบว่าโรงพยาบาลบ้านแพ้วมีการใช้วัสดุหมุนเวียนอย่างมีประสิทธิภาพชัดเจนที่สุด เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่น และยังมีการลงทุนในการพัฒนาบุคลากรสูงกว่าโรงพยาบาลอื่น ๆ เช่นกัน ในขณะที่ตัวชี้วัดอื่น ๆ ไม่แสดงความแตกต่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 2

#### ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรและการจัดการ

	Return on Assets	Total Asset Turnover	Inventory Turnover	Labor Cost/ Operating Cost	Training, Meeting/ Operating Cost
ค่าเฉลี่ยรพ.ในเขต 7	0.41	19.98	8.70	40.31%	0.65%
รพ.สมุทรสาคร	0.69	12.80	10.23	33.23%	0.75%
รพ.กระทุ่มแบน	0.01	18.06	12.19	29.85%	0.97%
รพ.บ้านแพ้ว	-0.02	16.41	60.46	38.03%	1.39%

แหล่งข้อมูล : 0110 รง. 5 เดือนกันยายน 2549

เมื่อดูตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการพบว่าโรงพยาบาลบ้านแพ้วมีอัตราการตายมารดาเท่ากับ 0 และมีอัตราการตายผู้ป่วยในต่ำกว่าโรงพยาบาลอื่น ในจังหวัดเดียวกัน และในเขต อย่างไรก็ตามอัตราการตายทารกแรกคลอดสูงกว่ารพ.อื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 3



### ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดด้านคุณภาพ

	IP Mortality: 1,000	Mather Mortality : 100,000	Stillbirth Rate: 1,000
ค่าเฉลี่ยรพ.ในเขต 7	20.16	15.46	5.03
รพ.สมุทรสาคร	25.29	18.08	3.60
รพ.กระทู้มแบน	17.49	97.99	4.39
รพ.บ้านแพ้ว	16.24	0.00	5.82

แหล่งข้อมูล : 0110 รง. 5 เดือนกันยายน 2549 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบโรงพยาบาลบ้านแพ้วกับโรงพยาบาลอื่นในจังหวัดเดียวกันและค่าเฉลี่ยทั้งเขต พบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลบ้านแพ้วไม่แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ ดังตารางที่ 4

### ตารางที่ 4 ดัชนีชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพ

	Average ANC (Visits)	Ratio of Postpartum Follow up
ค่าเฉลี่ยรพ.ในเขต 7	2.68	0.50
รพ.สมุทรสาคร	7.44	0.64
รพ.กระทู้มแบน	2.05	0.68
รพ.บ้านแพ้ว	4.69	0.53

แหล่งข้อมูล : 0110 รง. 5 เดือนกันยายน 2549 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

เมื่อดูดัชนีเฝ้าระวังด้านการเงินการคลัง จะพบว่าโรงพยาบาลบ้านแพ้วสามารถควบคุมคลังวัสดุได้เป็นอย่างดีดังจะเห็นได้ว่า Quick Ratio และ Current Ratio ใกล้เคียงกันมากชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการหมุนเวียนวัสดุคลังให้นำไปใช้งานได้จนแทบไม่มีการเก็บวัสดุไว้ในคลังเลย และยังวางแผนรายรับรายจ่ายได้จนเกือบเท่ากัน แต่อาจต้องควบคุมต้นทุนบริการมิให้สูงเร็วกว่านี้

### ตารางที่ 5 ดัชนีเฝ้าระวังด้านการเงินการคลัง

	Quick Ratio	Current Ratio	I/E Ratio	Labor cost/Operating cost	Average Cost/OPD Visit (Baht)	Average Cost /IPD Admission (Baht)
ค่าเฉลี่ยรพ.ในเขต 7	1.96	2.07	1.08	50.63%	659.99	10,481.73
รพ.สมุทรสาคร	2.40	2.50	1.09	47.86%	684.25	10,869.93
รพ.กระทู้มแบน	2.63	2.71	1.06	43.40%	472.71	6,617.87
รพ.บ้านแพ้ว	1.03	1.06	1.01	39.40%	641.10	8,975.40

แหล่งข้อมูล : 0110 รง. 5 เดือนกันยายน 2549 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ





เปรียบเทียบดัชนีเฝ้าระวังด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลบ้านแพ้วในปี 2548, 2549 จะเห็นได้ว่าต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นในปี 2549

#### ตารางที่ 6 ดัชนีเฝ้าระวังด้านการเงินการคลัง

รพ.บ้านแพ้ว	Quick Ratio	Current Ratio	I/E Ratio	Labor cost / Operating cost	Average Cost / OPD Visit (Baht)	Average Cost / IPD Admission (Baht)
2548	1.01	1.93	1.07	34.41%	434.70	6,085.82
2549	1.03	1.06	1.01	39.40%	641.10	8,975.40

แหล่งข้อมูล: 0110 รง. 5 เดือนกันยายน 2549 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

#### สรุปในภาพรวม

ภายใต้สถานการณ์สิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพที่เป็นอยู่นี้ การจำกัดรายรับของสถานบริการสาธารณสุขให้ส่วนใหญ่มาจากภาครัฐทำให้สถานบริการทุกแห่งต้องเร่งรัดด้านประสิทธิภาพโดยเน้นการลดต้นทุนเป็นวิธีการหลัก การพยายามเพิ่มผลผลิตก็จะเป็นผลผลิตที่สามารถเพิ่มรายรับให้แก่โรงพยาบาลได้เท่านั้น ซึ่งมักเป็นรายรับนอกสิทธิประโยชน์โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือหากเป็นผลผลิตในสิทธิประโยชน์ก็จะเป็นส่วนที่มีการจ่ายเป็น Open End ส่วนผลผลิตที่อยู่ในสิทธิประโยชน์ที่เหมารวมในเหมาจ่ายรายหัวนั้น ไม่มีข้อมูลบ่งชี้ว่ามีความพยายามเพิ่มผลผลิตแต่อย่างใด ภายใต้สถานการณ์เช่นนี้ โรงพยาบาลในกำกับรัฐอาจยังไม่ใช้รูปแบบในอุดมคติ อย่างน้อยก็ไม่สามารถลดต้นทุนด้านบุคลากรได้ เพราะค่าใช้จ่ายในเรื่องเงินเดือนจะสูงกว่าส่วนของราชการ แต่ก็มีความหวังว่าโรงพยาบาลในกำกับรัฐมีความพยายามจะพัฒนาประสิทธิภาพและสามารถทำได้ดีกว่าในบางเรื่อง

#### เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการคลัง ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่องปรับปรุงระบบการแลกเปลี่ยนเงินตรา ประกาศ ณ วันที่ 2 กรกฎาคม 2540
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, กองโรงพยาบาลภูมิภาค โครงการศึกษาปัจจัยพยากรณ์ภาวะวิกฤติทางการเงินในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุข 2541
- จงกล เลิศธีรดำรง วิชัช เกษมทรัพย์ และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร วิกฤตการคลัง รพ.รัฐ: ล้มทั้งยืน? โครงการวิเคราะห์สถานการณ์ โรงพยาบาลรัฐในภาวะวิกฤต : 18 กุมภาพันธ์ 2541
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หนังสือที่ สธ 0211/09/ว 70 เรื่อง หลักการและมาตรการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์ ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2541
- วีระ อิงคภาสกร มาตรการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์และผลกระทบต่อรพศ./รพท.หลังวิกฤตเศรษฐกิจ วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 2,1 (ม.ค.-มี.ค. 2542),5-16



---

<sup>6</sup> ชาญวิทย์ ทรเทพ การเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์โรงพยาบาลเสนาเพื่อรองรับนโยบายหลักประกันสุขภาพ วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 4,1-2(ม.ค.-มิ.ย. 2544), 24-35

<sup>7</sup> ทศพร วิมลเก็จ, ภิรมย์ กมลรัตนกุล โครงการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ชุดโครงการ “การศึกษาระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า” The Cost per Unit of Health Services in Health for All: a Case Study of Health Service Center (No. 16) คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2546

<sup>8</sup> ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, รัตเข็มขัดหรือปฏิรูป สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ บนเส้นทางสู่สุขภาพ ประสิทธิภาพ เสมอภาค? สำนักพิมพ์สถาบันระบบวิจัยสาธารณสุข. 2541 หน้า 1-4

