

งบประมาณในการดำเนินงานโรงพยาบาลในกำกับของรัฐแห่งแรกในประเทศไทย : 782 บาทต่อคน มาจากไหน?

Block Grant for The First Autonomous Hospital in Thailand: Why 782 Baht Per Capita?

ศิริวรรณ พิชัยรังษฤกษ์ *
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร *
วิษซ์ เกษมทรัพย์ *
ประพันธ์ สหพัฒนา *

Siriwan Pitayarangsarit *
Viroj Tangcharoensathien *
Vijj Kasemsup *
Prapan Sahapattana *

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกที่จะเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน โรงพยาบาลไม่มุ่งค้ากำไรและจะยังได้รับงบประมาณอุดหนุนจากรัฐบาล บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงให้เห็นความเป็นมา วิธีคิด และปรัชญาของการจัดตั้งงบประมาณอุดหนุนให้โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ในปีงบประมาณ 2543 หลักการคิดงบประมาณอยู่บนฐานของพันธกิจที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วกำหนดจะจัดบริการสุขภาพให้ประชากรในอำเภอทุกคนอย่างถ้วนหน้า (Universal coverage) สำหรับชุดบริการพื้นฐาน (Basic package) ซึ่งประกอบด้วย บริการส่งเสริมสุขภาพ บริการป้องกันโรค การสาธารณสุขมูลฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการรักษาพยาบาล ซึ่งจะมีสิทธิ์เท่ากับสมาชิกผู้ถือบัตรสุขภาพ ทั้งนี้ไม่รวมห้องพิเศษ และมีข้อยกเว้นเหมือนบัตรสุขภาพ

การจัดสรรงบประมาณอุดหนุนให้โรงพยาบาลบ้านแพ้ว กรณีนี้จึงเป็นการจัดสรรตามจำนวนประชากร เมื่อมีการส่งต่อไปสถานบริการระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ต้องตามจ่ายในอัตราที่ตกลงไว้กับกระทรวงสาธารณสุข การจัดสรรเงินแบบใหม่นี้จะปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานของสถานพยาบาลให้ยึดสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก ไม่มุ่งเน้นปริมาณผลงานด้านการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามการจัดสรรวิธีนี้ควรเป็นเฉพาะงบดำเนินการ ส่วนงบครุภัณฑ์ราคาแพงและสิ่งก่อสร้างให้มีการเสนอขอเป็นโครงการไป

การคำนวณงบประมาณอุดหนุน อาศัยข้อมูล 2 ชุด คือ อัตราป่วย และ ต้นทุนดำเนินการ งบประมาณรายหัวจะประกอบด้วยค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านส่งเสริมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลคิดจากค่ารักษาผู้ป่วยนอก (อัตราป่วยผู้ป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลและไม่ใช้บริการที่สถานพยาบาลทั้งรัฐและ

* โครงการเมธีวิจัยอาวุโส
ด้านากคลังและเศรษฐศาสตร์
สาธารณสุข สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการวิจัย
และ สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข

* Senior Scholar Programme
on Health Financing and
Economics, Funding by
Thailand Research Fund
and Health Systems
Research Institute

เอกชน คุณกับ ต้นทุนผู้ป่วยนอก) บวกกับค่ารักษาผู้ป่วยใน (อัตราป่วยผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลและไปใช้บริการที่สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน คุณกับ ต้นทุนผู้ป่วยใน) ส่วนค่าใช้จ่ายด้านส่งเสริมสุขภาพให้เป็น 20% ของงบอุดหนุนทั้งหมดต่อคน

จากการคำนวณด้วยวิธีข้างต้น โรงพยาบาลบ้านแพ้วซึ่งอยู่ในเขตภาคกลาง ชนบท จะได้รับงบอุดหนุนด้านการรักษาพยาบาล 562 บาทต่อคนต่อปี และงบอุดหนุนด้านส่งเสริมสุขภาพ 149 บาทต่อคนต่อปี รวมเป็น 712 บาทต่อคนต่อปี ในการเปลี่ยนสถานภาพเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ โรงพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายเงินเดือนสูงขึ้นไม่เกิน 1.5 เท่าของเงินเดือนข้าราชการเดิม จึงปรับค่ารักษาพยาบาลเป็น 633 บาท เมื่อรวมกับงบอุดหนุนด้านส่งเสริมสุขภาพ 149 บาท รวมเป็น 782 บาทต่อคนต่อปี

การประมาณความเป็นไปได้ทางการเงิน พบว่ารายจ่ายดำเนินการที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจะเป็น 100.4 ล้านบาท โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จะได้งบอุดหนุน ในอัตรา 782 บาทต่อประชากรหนึ่งคนในอำเภอ ทักลပ်ด้วยผู้ประกันตน และข้าราชการ ประมาณร้อยละ 10 ของประชากร 91,000 เท่ากับงบอุดหนุน (ยกเว้นการลงทุน) 64 ล้านบาทต่อปี และจะมีรายได้นอกงบประมาณจากแหล่งอื่นๆ อีกประมาณ 39 ล้านบาท จึงเป็นไปได้อย่างดีที่จะจัดให้เกิดบริการพื้นฐานอย่างถ้วนหน้าในอำเภอบ้านแพ้วได้ นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ที่จะจัดสรรงบประมาณในลักษณะนี้ในขอบข่ายทั่วประเทศ

Abstract

Banphaeo Hospital is going to be the first autonomous hospital in Thailand: non-profit and government subsidiary hospital. This paper aims to show the background, methodology and philosophy of the hospital subsidiary budgeting for the year 2000 which their rational is based on the Banphaeo hospital's mission. It's mission is to provide universal coverage of basic health service package in Banphaeo district. The basic health service package consists of health promotion, prevention, primary health care, rehabilitation, and curative service for the health cardholder.

Thus, the Banphaeo hospital subsidiary budgeting is based on capitation. It will pay to the tertiary care hospital for referred patients and to subcontractors for gatekeeper services too. The new budgeting method will change the service concept by aiming at holistic care not the quantity of curative care.

However, this budget should be only for the operating cost, not including with capital cost, which should be proposed by each item project.

The subsidiary budgeting use the data from morbidity rate and admission rate from Health and Welfare survey of National Statistics Office and average operating cost from several costing studies. Per capita budget is consisted of curative expenses and health promotion expenses. For the curative expense, this study uses outpatient department care (OP) cost (morbidity rate X OP cost per visit) plus Inpatient department care (IP) cost (admission rate X IP cost per case). For the health promotion expenses, this study estimate 20 % of per-capita subsidiary budget.

From the calculation above, Banphaeo which is located in the rural of central Thailand will receive per-capita subsidiary health budget about 562 baht per year and per capita subsidiary health promotion about 149 baht per year, all together 712 baht per year. Yet, changing from a public hospital to an autonomous hospital will increase salary up to 150 %, thus the curative cost will rise to 633 baht. Ultimately, summing up with 149 baht of health promotion, the per capita budget will be 782 baht per year.

The researchers analyze the financial feasibility and found the operating expense is about 100.4 millions. Banphaeo population is 91,000, less Civil Servants Medical Benefit Scheme and health insurance 10 %, the hospital will receive 64 millions per year ($91,000 \times 0.9 \times 782$) from government and 39 millions from other revenue. Finally, the researchers do believe that it is possible for Banphaeo hospital to provide the universal health care coverage to the Banphea population. Moreover, this study can apply this method of budgeting to the whole kingdom.

ความนำ

พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ.2542 เป็นส่วนหนึ่งของความพยายามในการปฏิรูประบบราชการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารและการใช้ทรัพยากร รวมทั้งความรับผิดชอบต่อสังคมของ

หน่วยงานราชการ โรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในประเทศไทย ที่จัดตั้งเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ซึ่งออกตามพระราชกฤษฎีกา โดยอาศัยความตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ยังเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ไม่ใช่โรงพยาบาล

เอกชนที่ค้ากำไร และยังคงได้รับงบประมาณอุดหนุนจากรัฐบาล

ความมุ่งหวังที่จะให้โรงพยาบาลในกำกับของรัฐมีอิสระในการบริหารจัดการ การจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลจึงเป็นในรูปเหมาจ่ายเป็นก้อน จึงมีความจำเป็นต้องมีการประมาณการงบประมาณที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วควรได้รับ กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จึงได้ขอให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วิเคราะห์ทางเลือกของการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมแก่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และสุพิศตรา ศรีวิชชากร (2541) เคยคำนวณงบประมาณดำเนินการสำหรับบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ที่รวมการสาธารณสุขมูลฐาน การรักษาขั้นต้น การรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอไว้แล้ว เป็นการคำนวณจากต้นทุนค่าแรงและต้นทุนค่าวัสดุรายกิจกรรมย่อยคูณด้วยอัตราการใช้บริการของแต่ละชนิดบริการ พบว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรเป็น 782 และ 835 บาท สำหรับอำเภอที่มีประชากร 50,000 และ 60,000 คน ตามลำดับ การศึกษาครั้งนี้จะใช้ข้อมูลเฉพาะที่ปรับให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งเป็นเขตภาคกลาง ชนบท

ข้อมูลการศึกษาต้นทุนสถานบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยมีผู้ทำการศึกษาไว้ทั้งระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ต้นทุนของแต่ละสถานบริการแตกต่างกันไปตามการบริหารจัดการทรัพยากรและจำนวนปริมาณบริการ การศึกษาของสุภสิทธิ์ พรธนากรุโณทัย และคณะ (2541) พบว่าต้นทุนต่อหน่วยบริการในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป กรณีการรักษาผู้ป่วยนอกเป็น 320 บาทต่อครั้ง และกรณี

การรักษาผู้ป่วยในเป็น 5,443 ต่อราย เฉลี่ยสัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยใน 1 รายต่อผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง เป็น 19.4 เท่า ส่วนการศึกษาของสุภสิทธิ์ และคณะ (2542) พบว่าต้นทุนต่อหน่วยบริการในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป กรณีการรักษาผู้ป่วยนอกเป็น 236 บาทต่อครั้ง และกรณีการรักษาผู้ป่วยในเป็น 5,799 ต่อราย ค่าเฉลี่ยสัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยใน 1 รายต่อผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง เป็น 24.5 เท่า นอกจากนี้ยังได้รวบรวมข้อมูลต้นทุนในระดับโรงพยาบาลชุมชนไว้ด้วย พบว่า มีค่าเฉลี่ยต้นทุนผู้ป่วยนอกเป็น 126 บาทต่อครั้ง และต้นทุนผู้ป่วยในเป็น 1,936 บาทต่อราย คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยในต่อต้นทุนผู้ป่วยนอก 1 ราย เป็น 15.4 เท่า ส่วนการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2542) ศึกษาต้นทุนของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ใช้ข้อมูลผลงานและรายจ่ายในระยะเวลา 3 เดือน ของต้นปีงบประมาณ 2542 พบว่า ต้นทุนผู้ป่วยนอกเป็น 204 บาทต่อครั้ง และต้นทุนผู้ป่วยใน เป็น 4,499 บาทต่อราย เนื่องจากข้อมูลต้นทุนของแต่ละการศึกษาให้ค่าที่ต่างกัน การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดต้นทุนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยเท่ากับ 150 บาทใกล้เคียงกับตัวเลขที่นักวิจัยคำนวณจากข้อมูลของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และใช้สัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยในต่อต้นทุนผู้ป่วยนอกเป็น 20 เท่า เนื่องจากโรงพยาบาลบ้านแพ้วมีการจัดบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิบางชนิด เช่นเดียวกับโรงพยาบาลจังหวัดด้วย

ผลการประเมินนี้จะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับสำนักงานงบประมาณเพื่อช่วยในการตัดสินใจจัดสรรงบประมาณปีแรกให้กับโรงพยาบาลบ้านแพ้วที่ออกเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐแห่งแรกในประเทศไทย

วัตถุประสงค์

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงให้เห็นความเป็นมาวิคิด และปรัชญาของการจัดท่างประมาณอุดหนุน (Grant) สำหรับกรณี โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งตั้งอยู่บนฐานของพันธกิจที่โรงพยาบาลกำหนดไว้

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาบริบทการเงินการคลังของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ตลอดจนพันธกิจ ในฐานะเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ
2. คำนวณความต้องการงบประมาณเป็นอัตราต่อหัวประชากร จากอัตราการเจ็บป่วย และต้นทุนในการรักษาพยาบาล
3. ประเมินความเป็นไปได้ทางการเงินจากสมมติฐานรายปีที่โรงพยาบาลจะจัดเก็บได้ กับเงินอุดหนุนจากภาครัฐ เปรียบเทียบกับรายจ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

ผลการศึกษา

1. บริบทของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว
 - 1.1. พันธกิจของโรงพยาบาล
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จะจัดบริการสุขภาพให้ประชากรในอำเภอ โดยให้ทุกคนเข้าถึงได้บริการได้อย่างถ้วนหน้า (Universal coverage) สำหรับชุดบริการพื้นฐาน (Basic package)
 - 1.2. การจัดบริการเมื่อโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ
ชุดของสิทธิประโยชน์จะประกอบด้วย บริการส่งเสริมสุขภาพ บริการป้องกันโรค การสาธารณสุขมูลฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการรักษาพยาบาล ซึ่ง

จะเท่ากับบริการที่สมาชิกของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพจะได้รับ ทั้งนี้ไม่รวมห้องพิเศษ บริการรักษาพยาบาลมีข้อยกเว้นบ้าง เช่น การฟอกเลือดกรณีไตวายเรื้อรัง อวัยวะเทียม การเสริมสวย ทันตกรรมประดิษฐ์ ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ เป็นต้น

การเข้านอนโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในจะต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โรงพยาบาลกำหนดเงื่อนไขการส่งต่อ โรคที่จะส่งต่อ และโรงพยาบาลที่จะส่งต่อ นอกเหนือจากการส่งต่อนี้ ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง รวมทั้งมีกลไกในการร้องทุกข์ โดยกรรมการบริหารโรงพยาบาลจะมีกลไกในการรับเรื่องราวร้องทุกข์ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลจะตามจ่าย เช่น โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สถาบันพระรัง เป็นต้น

1.3. ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

โรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 185 เตียง (รวมห้องพิเศษ) เป็นเตียงสามัญ 120 เตียง ประชาชนในเขตอำเภอ มีสิทธิ์ต่างๆ ดังนี้ ผู้มีบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจน 39% บัตรสุขภาพ 14% ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว 3% ประกันสังคม 9% ประกันเอกชน 4% และ ผู้มีรายได้ดี 8% อีก 25% ไม่ทราบสถานภาพ

ในปีงบประมาณ 2541 รายจ่ายงบประมาณดำเนินการของโรงพยาบาล 45.8 ล้านบาท (49%) จากรายจ่ายทั้งหมด 93.4 ล้านบาท อีก 51% จ่ายจากเงินบำรุง งบดำเนินการต่อหัวประชากรต่อปีเท่ากับ 737 บาท, ข้อมูล 6 เดือนแรก ปีงบประมาณ 2542 รายจ่ายดำเนินการเท่ากับ 915 บาทต่อหัวประชากรต่อปี ต้นทุนดำเนินการปีงบประมาณ 2541 (Operating cost)

กรณีผู้ป่วยนอก 157 บาท/ครั้ง, ต้นทุนผู้ป่วยใน 2,857 บาท/ราย วันป่วยเฉลี่ย เท่ากับ 3.1 วัน รายได้และรายจ่ายของโรงพยาบาล แสดงในตารางที่ 1-3 และรูปที่ 1-3

การวิเคราะห์ค่ารักษาที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มเดซิส์ (10 percentile) (รูปที่1) พบว่าค่ารักษามีความแตกต่างกันมาก ตั้งแต่ 271 จนถึง 50,060 บาทต่อราย ค่ารักษาสูงสุดถึง 251,679 บาท (ดูตารางที่ 3) ทั้งนี้ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายได้ทั้งหมด จากรูปที่ 2 แสดงให้เห็นว่า 60% ของผู้ป่วยใน ไม่ได้ชำระเงิน ซึ่ง

อาจเป็นผู้มีสิทธิ์ใดๆ หรือขอรับการสงเคราะห์ และในกลุ่มผู้ที่จ่ายเงิน ก็ไม่ได้ชำระเต็มจำนวน ชำระเพียง 86% ของราคาที่เรียกเก็บ เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความสามารถในการจ่ายต่อราคาที่เรียกเก็บ (รูปที่3) ในกลุ่มค่ารักษาน้อย จนถึง เดซิส์ที่ 8 ผู้ป่วยสามารถชำระเงินในอัตราประมาณ 25 % ของราคาที่เรียกเก็บ ส่วนกลุ่มที่ค่ารักษาสูง 2 เดซิส์สูงสุด มีความสามารถจ่ายได้มากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งคาดว่าส่วนหนึ่งจะเป็นผู้ป่วยห้องพิเศษ

ตารางที่ 1 แบบแผนรายจ่าย ทั้งจากงบประมาณ และเงินบำรุง, โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ปี 2541

ประเภทรายจ่าย	รายจ่ายจริง (บาท)
เงินเดือนและค่าจ้าง	41,478,893
ค่าตอบแทน	17,741,490
ค่ายา	16,280,017
ครุภัณฑ์ทางการแพทย์	3,891,310
ค่าสาธารณูปโภค	2,497,495
อื่น ๆ	42,607,852
รวมจ่าย	124,497,057

ที่มา : โรงพยาบาลบ้านแพ้ว 2541

ตารางที่ 2 แบบแผนรายรับ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ปีงบประมาณ 2541

ประเภทรายรับ	บาท
งบประมาณปกติ	34,439,918
งบประมาณ สปร.	11,806,385
ประกันสุขภาพ	5,102,219
ประกันสังคม	18,379,555
รายรับเงินบำรุง (ข้าราชการ บุคคลทั่วไป ทั้งบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน)	54,758,848
รวมรายรับทั้งสิ้น	124,486,925
เงินบำรุงยอดยกมา จากปี 2540 อีก	7,297,921

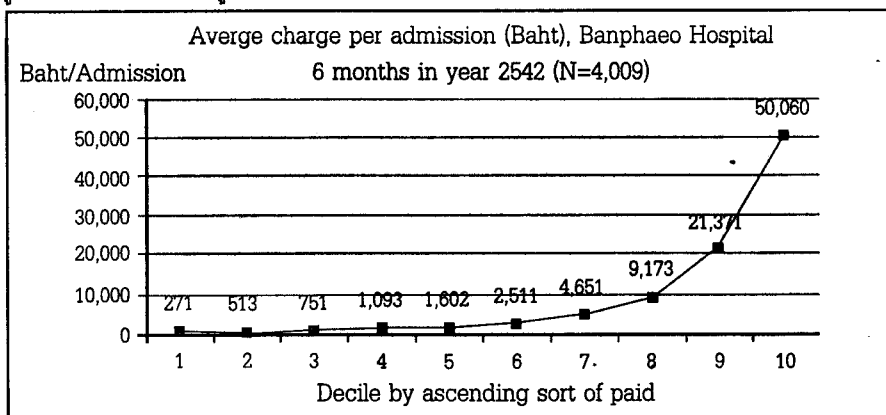
ที่มา : โรงพยาบาลบ้านแพ้ว 2541

ตารางที่ 3 แบบแผนค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บและที่เก็บได้จริงจากผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ปีงบประมาณ 2541

ค่ารักษาพยาบาลประเภท	Min	Max	Median	Mean	SD	Skew	Total
ที่เรียกเก็บ (Charge/Adm.)	8	251,679	1,970	9,189	15,837	3	36,840,487
ที่เก็บได้จริง (Paid/Adm.)	0	138,867	0	5,756	13,092	3	23,077,481

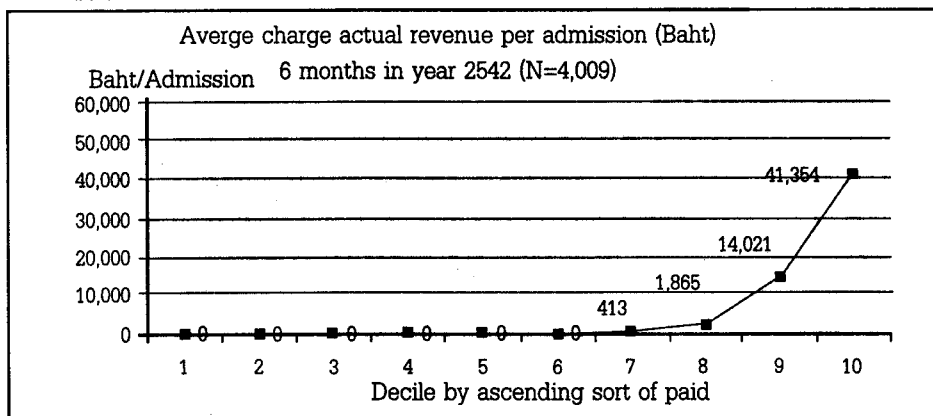
- หมายเหตุ :
- วิเคราะห์เฉพาะรายที่มีการคิดราคา (Charge > 0) จำนวน 4,009 ราย ใน 6 เดือน ปี 2542
 - มีผู้ชำระเงิน 1,556 ราย จาก 4,009 ราย คิดเป็น 39%
 - ถ้าพิจารณาเฉพาะรายที่มีการจ่ายเงิน จำนวน 1,556 ราย median ของการจ่ายเงิน = 6,132.5 โดยคาดว่าส่วนใหญเป็นผู้ป่วยพักห้องพิเศษ

รูปที่ 1 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านแพ้ว เรียงลำดับจากน้อยไปมาก ช่วงปีงบประมาณ 2542



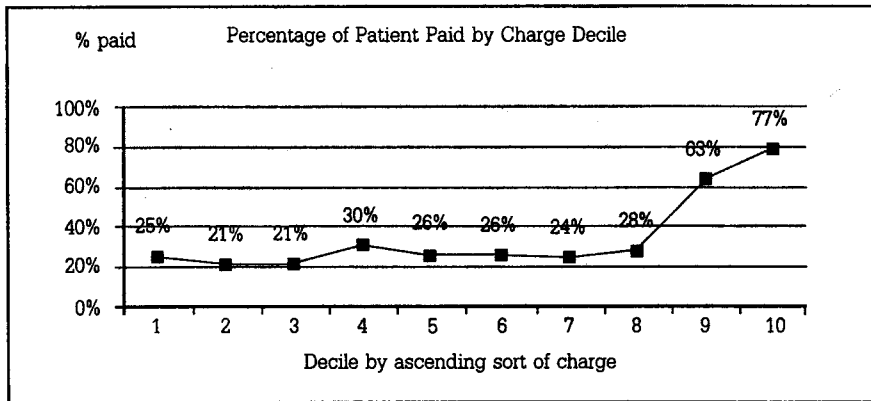
ที่มา : วิเคราะห์จากงานคลัง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

รูปที่ 2 ค่ารักษาพยาบาลที่เก็บได้จากผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เรียงตามลำดับจากน้อยไปมาก ช่วงปีงบประมาณ 2542



ที่มา : วิเคราะห์จากงานคลัง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

รูปที่ 3 ร้อยละของค่ารักษาพยาบาลที่เก็บได้ (ซึ่งสะท้อนความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วย) ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เรียงตามค่ารักษาจากน้อยไปมาก



ที่มา : วิเคราะห์จากงานคลัง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

2. ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการงบประมาณสาธารณสุข

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขจัดงบประมาณอุดหนุนด้านการรักษาพยาบาลส่วนบุคคล ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ประมาณ 60,000 ล้านบาทต่อปี สำหรับประชากรประมาณ 60 ล้านคน เฉลี่ยงบประมาณต่อหัวประชากรเท่ากับ 1,000 บาท เมื่อหักค่าใช้จ่ายของกรมที่ไม่ได้จัดบริการ และค่าบริหารจัดการของราชการบริหารส่วนกลางออก จะมีงบประมาณดำเนินการในส่วนบริการสุขภาพ 37,842 ล้านบาท¹ เมื่อเฉลี่ยต่อประชากร 47 ล้านคน (เมื่อหักลบด้วยจำนวนผู้มีสิทธิในสวัสดิการข้าราชการ 7 ล้านคน และประกันสังคม 6 ล้านคน) คิดเป็นงบประมาณ

ดำเนินการ 805 บาทต่อคน

การจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ยังเป็นไปตามผลงานการรักษา มากกว่ามุ่งเน้นการบริการแบบผสมผสานเป็นองค์รวม ทั้งนี้เพราะการจัดสรรเงินตามปริมาณผลงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติกิจกรรมที่สามารถวัดผลงานที่ชัดเจนมาดำเนินการก่อนซึ่งก็คือการรักษา (ซ่อมสุขภาพ) ทรัพยากรทั้งหลายถูกระดมไปที่สถานบริการระดับสูงคือที่โรงพยาบาลจังหวัด การสนับสนุนสถานื่อนามัยส่วนใหญ่อีกเป็นด้านโครงสร้าง ไม่ได้เน้นหนักไปทางงบประมาณ ซึ่งก็เป็นผลมาจากข้อจำกัดด้านกำลังคนและความรู้ความสามารถในระดับสถานื่อนามัย คณะ

¹ งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข 60,000 ล้านบาท, กรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการโดยตรง 10% ประมาณ 6,000 ล้านบาท, เป็นงบประมาณของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 74% ประมาณ 44,400 ล้านบาท สำหรับบริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก, หักลบด้วยรายจ่ายสำหรับราชการบริหารส่วนกลาง 10% = 6,000 ล้านบาท คงเหลือ 38,400 ล้านบาท, งบส่งเสริมสุขภาพ วัคซีน และวัสดุป้องกันโรคที่จัดสรรให้กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ 17% ประมาณ 10,200 ล้านบาท, หักลบด้วยค่าบริหารจัดการ ประมาณ 40% คงเหลือ 6,120 ล้านบาท ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข มีงบประมาณสุทธิ สำหรับบริการอนามัยส่วนบุคคลทั้งสิ้น 38,400 + 6,120 = 44,520 ล้านบาท, เมื่อหักลบด้วย งบลงทุน (capital) ประมาณ 15% คงเหลือ 37,842 ล้านบาท สำหรับ Universal coverage

กรรมการประสานงานระดับอำเภอที่มีโรงพยาบาลร่วมด้วยจึงเป็นประชาคมที่สำคัญในการผลักดันงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาอย่างเดียว

3. การคำนวณความต้องการงบประมาณอุดหนุนสำหรับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

3.1 หลักการการจัดทำงบประมาณ

ปรัชญาของการคลังรัฐบาล คือ ใช้งบประมาณอุดหนุนอย่างเหมาะสม สำหรับกลุ่มคนต่างๆ อุดหนุนมากสำหรับคนจน อุดหนุนน้อยสำหรับคนมี รัฐพึงส่งเสริมให้เกิดความเสมอภาคระหว่างกลุ่มต่างๆ ในสังคม โดยที่บริการพื้นฐานที่มีประสิทธิภาพ (Cost effective basic packages) ควรเป็นหน้าที่ของรัฐสำหรับคนไทยทุกคนให้เข้าถึงได้อย่างถ้วนหน้า นอกจากนี้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ควรผสมผสานเป็นองค์รวม คือมีการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลทั่วไป ด้วยปรัชญาดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์งบประมาณที่ต้องการสำหรับ Universal coverage และความเป็นไปได้ที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วจะจัดบริการได้

3.2 หลักการและวิธีการกรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

งบประมาณอุดหนุนควรจะต้องจัดให้เฉพาะงบดำเนินการ ส่วนครุภัณฑ์ที่ราคามากกว่า 1 ล้านบาท หรือการก่อสร้างต่างๆ ให้เสนอกระทรวงสาธารณสุข ขออนุมัติเป็นโครงการๆ ไป ทั้งนี้เพราะรัฐจะสามารถควบคุมทิศทางการลงทุนในภาคสาธารณสุข ให้เกิดประสิทธิภาพและความเสมอภาคระหว่างภูมิภาคต่างๆ ไม่ใช่ปล่อยให้เป็นการตัดสินใจของโรงพยาบาลในกำกับแต่ละแห่ง ซึ่งน่าจะเกิดปัญหาประสิทธิภาพการ

ลงทุนและความเสมอภาคตามมาในระยะยาว

งบประมาณอุดหนุนที่โรงพยาบาลได้รับจะจ่ายสำหรับบริการสาธารณสุขในทั้งอำเภอ ได้แก่ บริการของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และสถานีอนามัยทุกแห่งในอำเภอทั้งหมด ทั้งนี้เพราะงบประมาณอุดหนุนจัดขึ้นตามจำนวนประชากรในอำเภอ สถานีอนามัยทำหน้าที่เป็น บริการด่านแรก (Gatekeeper) และโรงพยาบาลจะจ่ายค่าบริการตามอัตราที่กำหนดร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและสถานีอนามัย

สถานีอนามัยและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ยังเป็นภาครัฐอยู่ รั้งเงินเดือนและสายบังคับบัญชาจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ประชาชนที่มีทะเบียนบ้านในเขตอำเภอบ้านแพ้ว เมื่อใช้บริการ จะจ่ายเงินค่าธรรมเนียม (Nominal payment) ในอัตรา 20 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอกที่สถานีอนามัย และ 40 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว เพื่อป้องกันการให้บริการที่ขาดความเหมาะสม (Moral hazard) และจ่ายในอัตรา 100 บาทต่อรายผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยตึกสามัญ ส่วนผู้ป่วยที่มีบัตรสปร.ไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมนี้ ยกเว้นผู้ที่ต้องการพักห้องพิเศษจะเก็บค่าห้องค่ารักษาตามราคาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ดูตารางที่ 4)

ประชาชนนอกเขตอำเภอบ้านแพ้ว มาใช้บริการ ถ้าไม่ผูกเงินจะบริการเบื้องต้นแล้วให้กลับพื้นที่ภูมิลำเนาเดิม ถ้าผูกเงินจะให้บริการแล้วส่งข้อมูลให้กระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอเบิกเงินในอัตราต่อหน่วย DRG ที่ตกลงร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลบ้านแพ้วและกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

การประเมินประสิทธิภาพของโรงพยาบาลในกำกับรัฐบาล ใช้เครื่องชี้วัดการดำเนินการ และ

ตารางที่ 4 สรุปการเก็บเงินตามประเภทสิทธิ์ เมื่อโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นโรงพยาบาลในกำกับรัฐ

<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนเต็มขั้นที่มีทะเบียนบ้านในอำเภอบ้านแพ้ว 2. ประชาชนนอกอำเภอ 3. ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว 4. พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ 5. กองทุนเงินทดแทน 6. กองทุนประกันสังคม 7. ประกันเอกชน 8. สปร.และบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล 9. บัตรสุขภาพ 	<p>จ่าย 20-40 บาท สำหรับผู้ป่วยนอก และ 100 บาทต่อรายผู้ป่วยใน แล้วแต่กรณี ห้อง พิเศษ A B จ่ายทุกอย่างหมด ห้องอาหาร ยา ผ่าตัด ค่าวินิจฉัยห้องปฏิบัติการ ฯลฯ</p> <p>เก็บตามอัตราปกติของรพ. อัตราของ กสธ. ทั้ง ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ใช้ระบบเดิมของกรมบัญชีกลาง ดังนี้ ผู้ป่วยนอก จ่ายตามระเบียบและเบิกเองผ่านส่วนราชการผู้เบิก ผู้ป่วยใน รพ.เบิกจากคลังจังหวัด ตั้งเบิกจากบริษัทประกันวินาศภัย</p> <p>ตั้งเบิกกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัด ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายเลยแม้ห้องพิเศษคู่ แตรฟ.มีรายได้ 1,000 บาทต่อหัว จากประกันสังคม เรียกเก็บตามบริษัท</p> <p>ไม่ต้องจ่ายเลย</p> <p>เมื่อรพ.จัดบริการ ที่ให้ทุกคนเข้าถึงบริการได้ กลุ่ม non-insured ซึ่งปัจจุบันเป็นสมาชิกของบัตรสุขภาพ จะถูกยกเลิกไปโดยปริยาย</p>
--	---

ประสิทธิภาพ Performance and efficiency indicators และ/หรือ health status indicators ซึ่งสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขจะต้องพัฒนาต่อไป

3.3 ความต้องการงบประมาณอุดหนุน

งบประมาณอุดหนุนต่อปี ที่รัฐบาลจะจัดสรรให้

ไม่ว่าโรงพยาบาลรัฐบาล หรือในกำกับของรัฐบาล พึ่งคำนวณโดยอาศัยข้อมูล 2 ชุดได้แก่

- อัตราป่วย ทั้งที่ไม่ต้องนอน และต้องนอนโรงพยาบาล ซึ่งปรับด้วยสัดส่วนที่ใช้บริการในสถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนเท่านั้น ไม่รวม การซื้อยากินเอง การรักษาพื้นบ้านเป็นต้น โดยใช้ฐานข้อมูลของการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2539 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งได้แจกแจงรายภาค และเขตพื้นที่ (เทศบาล นอกเขตเทศบาล)

- ข้อมูลต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยผู้ป่วย

นอก และต่อหน่วยผู้ป่วยใน สังเคราะห์จากผลการวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมา โดยนักวิจัยเป็นผู้สังเคราะห์รวบรวมจากแหล่งต่างๆ

ผลการคำนวณ พบว่าโรงพยาบาลบ้านแพ้วจะมีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลต่อหัวประชากรเท่ากับ 562 บาท และต้นทุนการส่งเสริมป้องกันเท่ากับ 149 บาท รวมเป็น 712 บาท (ตารางที่ 5)

3.4 ปรับเพิ่มอัตรา 712 บาทสำหรับกรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

เนื่องจากบ้านแพ้วจะเป็นโรงพยาบาลในกำกับรัฐ จะมีค่าใช้จ่ายเงินเดือนเพิ่มขึ้นสูงสุดไม่เกิน 50% ของเงินเดือนข้าราชการ ผู้แทนจากกระทรวงการคลังขอให้นักวิจัย ปรับเพิ่มอัตรา 712 อันเนื่องมาจากผลกระทบจากการเพิ่มค่าจ้างแรงงาน ผู้วิจัยกำหนดให้ข้าราชการที่ออกเป็นพนักงานทุกคนมีเงินเดือนเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 5 ความต้องการงบประมาณ สำหรับการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพของประชากรไทย ปี 2539

การให้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ และเอกชน	ทั้ง ประเทศ	กรุงเทพ	ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคใต้	
			เทศบาล	นอกเขต เทศบาล	เทศบาล	นอกเขต เทศบาล	เทศบาล	นอกเขต เทศบาล	เทศบาล	นอกเขต เทศบาล
			เทศบาล	เทศบาล	เทศบาล	เทศบาล	เทศบาล	เทศบาล		
ผู้ป่วยนอก (Visit/capita/yr.)	2.611	1.685	1.857	2.507	2.323	2.950	2.238	2.623	2.369	2.741
ผู้ป่วยใน (Admission/capita/yr.)	0.0584	0.0420	0.0533	0.0621	0.0652	0.0674	0.0508	0.0573	0.0521	0.0609
ผู้ป่วยใน *20 (weighted IP, using 20 time unit cost difference)	1.167	0.840	1.066	1.242	1.304	1.348	1.015	1.147	1.042	1.218
Total weighted morbidity	3.778	2.525	2.923	3.750	3.626	4.297	3.253	3.770	3.411	3.959
ต้นทุนดำเนินการ/OP visit	158	250	200	150	200	150	200	150	200	150
งบประมาณ(บาท/คนปี) สำหรับการ รักษาพยาบาล	597	631	585	562	725	645	651	565	682	594
งบประมาณส่งเสริมสุขภาพ (บาท/คนปี) (20% of total per capita)	149	149	149	149	149	149	149	149	149	149
งบประมาณทั้งหมดรายหัว	746	780	734	712	874	794	800	715	831	743

หมายเหตุ :

1. นำหนักสัมพัทธ์คิดจากอัตราการเจ็บป่วยของประชาชน จากฐานข้อมูลการสำรวจสุขภาพอนามัย ปี 2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งแตกต่างกันตามภาคและเขตเมือง-ชนบท
2. ใช้น้ำหนักค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในเป็น 20 เท่าของผู้ป่วยนอก จากข้อมูลการวิเคราะห์ต้นทุนของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และคำนวณเพิ่มเติมจากงานการวิเคราะห์ต้นทุนรพ. ระดับจังหวัดของ ศุภสิทธิ์และคณะ (2541)
3. ข้อมูลต้นทุนดำเนินการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปประมาณ 120-160 บาท การวิเคราะห์นี้ใช้ตัวเลข 150 บาทสำหรับเขตชนบท, 200 บาทสำหรับเขตเมือง และ 250 บาทสำหรับกรุงเทพมหานคร ส่วนผู้ป่วยในคิดเป็น 20 เท่าของผู้ป่วยนอก
4. ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมป้องกันโรค (บุคคล) ข้อมูลของโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปมีประมาณ 10-15 % ของต้นทุนในอำเภอ ในการประมาณครั้งนี้ให้ 20% ของค่าใช้จ่ายต่อหัว ซึ่งเท่ากับ 149 บาท และจัดสรรให้ทุกเขตเท่ากัน
5. โรงพยาบาลบ้านแพ้วอยู่ในเขตชนบท ภาคกลาง มีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลต่อหัวประชากรเท่ากับ 562 บาท และ ต้นทุนการส่งเสริมป้องกันเท่ากับ 149 บาทรวมเป็น 712 บาท

1.5 เท่าทุกคน นอกจากนี้ โครงสร้างต้นทุนดำเนินการเป็นค่าแรง 50% และ ค่าวัสดุใช้สอย 50% ในส่วนของค่าแรง นั้น 25% เป็นค่าแรงพื้นฐานซึ่งจะกระทบจาก 1.5 เท่า อีก 25% เป็นเงินเพิ่มอื่นตามปริมาณงาน ซึ่งจะไม่มีการกระทบจาก 1.5 เท่า ทำให้ค่ารักษาต่อหัวประชากรเป็น 633 บาท เมื่อรวมกับงบประมาณส่งเสริมสุขภาพ 149 บาท รวมเป็น 782 บาทต่อหัวประชากร (ตารางที่ 6)

4. ความเป็นไปได้ทางการเงิน

การเปลี่ยนสถานะภาพเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ โรงพยาบาลบ้านแพ้วจะมีค่าใช้จ่ายที่เป็นค่าแรงเพิ่มขึ้น ไม่เกิน 1.5 เท่าของเงินเดือนของผู้ที่เป็นข้าราชการอยู่เดิม และคาดว่าโรงพยาบาลจะมีประสิทธิภาพจากการประหยัดในการใช้วัสดุลง 10% เมื่อคำนวณตามตารางที่ 7 จะทำให้โรงพยาบาลมี

ตารางที่ 6 การคำนวณการปรับเพิ่มอัตรา 712 บาท เป็น 782 บาท ต่อหัวประชากร

	สัดส่วน	ต้นทุน (บาท)
ค่าแรงที่เป็นเงินเดือนข้าราชการ	0.25	150 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก * 0.25 * 1.5 = 56 บาท ต่อครั้งผู้ป่วยนอก
ค่าแรงอื่นๆ (ค่าล่วงเวลา, สวัสดิการอื่นๆ, ค่าจ้างแพทย์นอกระบบ)	0.25	150*0.25 = 38 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก
ค่าวัสดุ ใช้สอย	0.5	150*0.5=75 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก
รวม	1	169 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก
บ้านแพ้วมีน้ำหนักการป่วย		3.75
ค่ารักษาพยาบาล (บาท/คนปี)		169*3.75 = 633 บาท
งบส่งเสริมสุขภาพ (บาท/คนปี)		149 บาท
งบประมาณด้านสุขภาพ (บาท/คนปี)		782 บาท

ตารางที่ 7 ประมาณการรายจ่าย จากแบบแผนเดิม

	สัดส่วนเดิม	จำนวนเงิน (ล้านบาท)	ปรับเงินเดือนขึ้น 50%	รายจ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น
ค่าแรงที่เป็นเงินเดือนข้าราชการ	0.25	23.35	= 0.25*1.5= .375	35.0
ค่าแรงอื่นๆ (ค่าล่วงเวลา, สวัสดิการอื่นๆ, ค่าจ้างแพทย์ นอกระบบ)	0.25	23.35	= 0.25	23.3
ค่าวัสดุ ใช้สอย	0.5	46.7	= 0.5	42.0
รวม	1	93.4	= 1.125	
งบดำเนินการ	93.4			100.4

หมายเหตุ : เงื่อนไขการวิเคราะห์นี้

1. โรงพยาบาล มีผู้ป่วยเท่าเดิม และเพิ่มเงินเดือนให้กับพนักงานสูงสุดไม่เกิน 50%
2. รายจ่ายปี 2541 ทั้งสิ้น 124.5 ล้านบาท หักงบประมาณเพื่อการลงทุนในปี 2541 ประมาณ 25% คงเหลือ รายจ่ายดำเนินการ 93.4 ล้านบาท
3. โรงพยาบาลจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพโดยประหยัดรายจ่ายจากการใช้วัสดุได้ไม่น้อยกว่า 10%

ตารางที่ 8 ประมาณการรายรับนอกงบประมาณ เมื่อเป็นโรงพยาบาลในกำกับรัฐ

	แนวโน้มที่คาดว่าจะเกิดขึ้น	สัดส่วนประชากร	ประมาณการรายรับ (ล้านบาท)
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS)	ผู้ป่วยนอก 20 บาทต่อครั้ง, ผู้ป่วยใน เบิกจากคลังจังหวัด	3%	16
ประกันสังคม (SSS)	ไม่ต้องจ่าย ยกเว้นห้องพิเศษคู่ (Class B ward)	9%	12
กองทุนเงินทดแทน (WCS)	เบิกจากสำนักงานประกันสังคม		2.4
บัตรสุขภาพแบบสมัครใจ (VHC)	ลดจำนวนลงจนไม่มีผู้ซื้อบัตร	0%	
ผู้ประสบภัยจากรถ (ACS)	เบิกจากบริษัทประกัน		2.8
ประกันสุขภาพเอกชน (Priv. Ins.)	เบิกจากบริษัทประกัน	4%	
ประชาชนในเขตอำเภอบ้านแพ้ว	ผู้ป่วยนอก 20 บาท/ครั้ง, ผู้ป่วยใน 100 บาท/ราย เต็มคู่พิเศษ (Class B ward) จ่าย 50% ของราคาที่เรียกเก็บ ห้องพิเศษ (Class C ward) จ่ายเต็มราคา	84%	5
ประชาชนนอกเขต	จ่ายตามอัตราของกระทรวงสาธารณสุข	?	?
รวมรายได้			39

หมายเหตุ : การศึกษาของ ศิริวรรณ และ คณะ (2542) พบว่า รายได้จากสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ เป็น ประมาณ 30% ของเงินบำรุงโรงพยาบาล เมื่อประยุกต์ใช้กับกรณีบ้านแพ้ว จะเป็น $=54.76 \text{ ล้าน} \times (.3) = 16 \text{ ล้านบาท}$

ต้นทุนเพิ่ม 12.5% จากฐานข้อมูลปี 2541 ที่มีค่าใช้จ่ายดำเนินการ 93.4 ล้านบาท เป็น 100.4 ล้านบาท

รายรับที่คาดว่าจะเกิดขึ้นใช้ฐานข้อมูลจากปี 2541 (ตารางที่ 8) ปรับลดจำนวนผู้ถือบัตรสุขภาพพลงซึ่งคาดว่าจะไม่มีผู้ถือบัตรสุขภาพในที่สุด และคำนวณอัตราที่เรียกเก็บค่าธรรมเนียมแทนการเรียกเก็บค่ารักษาเป็นจำนวน 5 ล้านบาท รวมทั้งสิ้นโรงพยาบาลบ้านแพ้วจะมีรายรับเงินบำรุงเป็น 39 ล้านบาท ทั้งนี้ยังไม่ได้คำนวณประชากรนอกเขตที่มารับการรักษา รายรับเงินบำรุงรวมกับงบอุดหนุนจากรัฐบาล 64 ล้านบาท เป็น 103 ล้านบาท ซึ่งมากกว่ารายจ่ายเพียง 2.6 ล้านบาท จะทำให้โรงพยาบาลบ้านแพ้วสามารถจัดบริการให้ประชาชนตามพันธกิจได้โดยไม่กระทบต่อสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล

อภิปรายผล

บทความนี้ ต้องการให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์ ต่อเนื่องทั้งนี้เพราะยังมีโรงพยาบาลที่จะเป็นโรงพยาบาลในกำกับรัฐอยู่อีกไม่น้อยกว่า 6 แห่ง ทั้งนี้การจัดสรรงบประมาณของแต่ละแห่งขึ้นกับพันธกิจของโรงพยาบาลนั้นๆ ด้วย

งบประมาณอุดหนุนจะเพียงพอ ถ้าเป็นไปตามข้อกำหนดของสูตรการคำนวณ 782 บาทคือ

- อัตราการใช้บริการ กรณีผู้ป่วยนอก เท่ากับ 2.5 ครั้งต่อคนต่อปี
- อัตราการใช้บริการ กรณีผู้ป่วยใน เท่ากับ 0.06 ครั้งต่อคนต่อปี
- ต้นทุนเฉลี่ยค่ารักษายาบาลเท่ากับ 150 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก

● ต้นทุนเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาลเท่ากับ 150 * 20 = 3,000 บาทต่อรายผู้ป่วยใน

● นอกจากนี้ ยังมีรายจ่ายสำหรับผู้ป่วยใน ที่ส่งต่อออกไปยังบริการตติยภูมิ ไม่สูงมากนัก

ถ้าเงื่อนไขข้างต้นต่ำกว่าความเป็นจริง โรงพยาบาลบ้านแพ้วจะมีเงินเหลือ ซึ่งไม่สามารถนำไป “เข้าพก เข้าห่อ ใครได้” ถ้าเงื่อนไขข้างต้นสูงกว่าความเป็นจริง โรงพยาบาลบ้านแพ้วจะอยู่ในสถานะลำบาก เนื่องจาก โรงพยาบาลบ้านแพ้ว เป็นการทดลองทางสังคม (Social experiment) ที่สำคัญครั้งหนึ่งของบ้านเมืองทุกฝ่าย โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ฟังจะได้ กำกับ การ ติดตาม ประเมินผล ด้วยทัศนคติที่เป็นบวก (Positive attitude) เพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นของประชาชน เพื่อประชาชน อย่างมีประสิทธิภาพ และรักษาหลักการความเสมอภาคไว้ให้ได้มากที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาของสมศักดิ์ ชุนทร์ศรีและสุพัตรา ศรีวณิชชากร คือ 782 บาทในอำเภอที่มีประชากร 50,000 คน และ 835 บาท ในอำเภอที่มีประชากร 60,000 คน สำหรับการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ระดับโรงพยาบาลชุมชน โดยยังไม่รวมการให้บริการตติยภูมิที่โรงพยาบาลจังหวัด ผลการศึกษาครั้งนี้จึงต่ำกว่าเล็กน้อย เนื่องจากรวมการบริการที่ต้องส่งต่อแล้ว

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในการใช้อัตราการเจ็บป่วยของภาคกลางชนบทเป็นตัวแทนของอำเภอบ้านแพ้ว เนื่องจากฐานข้อมูลของการสำรวจสถานะอนามัยของประชาชนไม่สามารถแสดงภาพที่เป็นตัวแทนจังหวัดได้ ดังนั้นอัตราการเจ็บป่วยของประชาชนในอำเภอบ้านแพ้วอาจแตกต่างจากข้อมูลนี้บ้าง

การใช้ต้นทุนผู้ป่วยนอกที่ 150 บาทอาจมีข้อโต้แย้งว่าต่ำเกินไป ซึ่งการคำนวณต้นทุนในเวลาหรือสถานที่ที่แตกต่างกันย่อมให้ผลที่แตกต่างกันได้ ต้นทุนจะสูง หากโรงพยาบาลมีการบริการที่ซับซ้อนมากขึ้น แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับการจัดบริการของโรงพยาบาลที่จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยมาเริ่มตรวจรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ ที่การรักษาไม่ซับซ้อน และกระจายการบริการไปสู่สถานบริการปฐมภูมิมากขึ้นเพื่อลดต้นทุน อย่างไรก็ตามการในปีต่อไปจำเป็นต้องมีการรับข้อมูลตามสถานะการณ์ที่เกิดขึ้นในฐานะเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ และในทางกลับกันการใช้สัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอกเป็น 20 เท่า อาจมีข้อโต้แย้งว่าสูงเกินไป ซึ่งโดยทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30-60 เตียงจะมีสัดส่วนนี้เพียง 15.4 แต่ผู้วิจัยเห็นว่าโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง ตามระดับของกระทรวงสาธารณสุข และยังจัดบริการรักษาเฉพาะทางด้วย จึงใช้สัดส่วนของโรงพยาบาลทั่วไป การประยุกต์ใช้กับสถานบริการอื่นอาจมีความจำเป็นต้องปรับสัดส่วนและค่าคงที่เหล่านี้ด้วย

สรุปผล

โรงพยาบาลบ้านแพ้วจะตั้งงบประมาณในอัตรา 782 บาทต่อประชากรหนึ่งคนในอำเภอ หักลบด้วยผู้ประกันตนและข้าราชการ ประมาณ 10% ของประชากร 91,000 คน เท่ากับ งบประมาณอุดหนุน (ยกเว้นการลงทุน) 64 ล้านบาทต่อปี และจะมีรายได้นอกงบประมาณจากแหล่งอื่นๆ รวมทั้งค่าธรรมเนียม อีก ประมาณ 39 ล้านบาท ซึ่งจะสามารถจัดให้เกิด Universal coverage สำหรับบริการพื้นฐานที่คล้ายคลึงกับสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพ ซึ่งต่ำกว่าประกันสังคมอยู่บ้าง แต่ก็เปิด

ช่วยให้ผู้ป่วยใช้บริการพิเศษอื่นๆ ได้โดยยินดีจ่ายจากกระเป๋าตนเอง

ข้อเสนอของนักวิจัย แสดงให้เห็นว่า 782 หรือ 712 บาทต่อประชากรหนึ่งคนต่อปี มีความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการในขอบข่ายทั่วประเทศ เนื่องจากงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขในด้านการบริการด้านสุขภาพเฉลี่ยประมาณ 805 บาทต่อหัวอยู่แล้ว (ไม่รวมผู้มีสิทธิในสวัสดิการของข้าราชการและผู้ประกันตน) ทั้งนี้ อาจจะต้องปรับด้วยต้นทุนของสถานพยาบาลในระดับจังหวัดที่มีต้นทุนสูงกว่า การนำวิธีการคำนวณนี้ไปใช้กับที่อื่นควรมีการปรับค่าตามตัวแปรต่างๆ ให้เหมาะสม ซึ่งขึ้นกับพันธกิจของโรงพยาบาล อัตราการเจ็บป่วยของประชากร ต้นทุนผู้ป่วยนอก และสัดส่วนต้นทุนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก

การจัดสรรงบประมาณตามประชากรในเขตรับผิดชอบนี้ จะช่วยให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรอื่นๆ โดยเฉพาะบุคลากรให้มีความเหมาะสม และเกิดความเสมอภาคระหว่างจังหวัดต่างๆ ในอนาคต แทนที่ระบบการจัดสรรงบประมาณในปัจจุบันเป็นไปตามขนาดของสถานพยาบาล ซึ่งสถานพยาบาลที่มีบุคลากรมาก (ในระบบราชการ จะมีบุคลากรที่ไม่ทำงานเต็มประสิทธิภาพอยู่ไม่น้อยกว่า 30%) จะได้งบประมาณมากตามไปด้วย ซึ่งเป็นการอนุรักษ์ความต่ออยู่ประสิทธิภาพในระบบราชการต่อไปอย่างไม่รู้จบ

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบคุณนายแพทย์วิฑูรธเวชกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ที่มอบความไว้วางใจให้ทีมนักวิจัยโครงการเมธีวิจัยอาวุโส ด้านเศรษฐศาสตร์การคลังสาธารณสุข นำโดยนายแพทย์

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เข้าศึกษาเรื่องนี้ โครงการเมธีวิจัยอาวุโส นี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บรรณานุกรม

1. สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ สำนักงาน ก.พ. พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ.2542. กรุงเทพฯ : ฝ่ายโรงพิมพ์ กองกลาง สำนักงาน ก.พ., 2542.

2. Chunharas S. Referral System Improvement in Thailand, Technical Report, Health Financing and Management Study Project: ADB#2997-THA. Nonthaburi: Management Sciences for Health and Health Systems Research Institute, 1998.

3. ศุภสิทธิ์ พรธนาโรจน์ทัย และคณะ. การศึกษาต้นทุนในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป 9 แห่ง. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวรมหาสาร, 2541.

4. สุกัลยา คงสวัสดิ์. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการใน 5 จังหวัดภายใต้โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2542.

5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2539. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2539.

6. ศิริวรรณ พิชยรังสฤษฎ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุริยาพร อนิวรรณ. รายงานผลการวิจัยการประเมินผลการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ ในด้านผลกระทบของการร่วมจ่ายค่ายา, ค่าห้องพิเศษ และ การปรับสิทธิ์การให้บริการโรงพยาบาลเอกชน. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542.