

# แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: การศึกษาเชิงคุณภาพ

พิทักษ์พล บุญมาลิก\*

ธิดาจิต มณีวัต†

ผู้รับผิดชอบบทความ: พิทักษ์พล บุญมาลิก

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสาเหตุและปัจจัยในความสำเร็จ/การขาดทุน การขาดสภาพคล่องของการบริหารการเงินของโรงพยาบาล และ 2) เสนอแนวทางในการบริหารการเงินสำหรับโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้บริหารด้านการเงินระดับเขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า สาเหตุและปัจจัยความสำเร็จในการบริหารการเงิน ประกอบด้วย 8 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ในระดับประเทศ มีการกั้นเงินเพื่อการบริหารจัดการไม่เกินร้อยละ 10 2) การปรับตัว 3) ผู้นำ 4) การจัดหารายได้เพิ่มเพื่อลดรายจ่าย 5) การใช้ระบบสารสนเทศสำหรับข้อมูลทางบัญชี 6) การลดต้นทุนค่าแรงโดยนาระบบสารสนเทศมาใช้ 7) การใช้ระบบจัดซื้อจัดจ้างแบบอิเล็กทรอนิกส์ และ 8) การจัดทำแผนการเงิน สาเหตุและปัจจัยความล้มเหลวในการบริหารการเงิน ประกอบด้วย 10 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ 2) วิธีการจัดสรรเงินเป็นรายหัว 3) การจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขาด 4) การกระจายเงินในระบบบริหารจัดการไม่ดี 5) ศักยภาพของผู้บริหารแต่ละโรงพยาบาล 6) โรงพยาบาลใช้ศักยภาพไม่เต็มที่ 7) ต้นทุนค่าแรง 8) ต้นทุนวัสดุ 9) ระบบการลงข้อมูลทางบัญชีไม่ถูกต้อง และ 10) มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามแผนการเงินการคลัง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับแนวทางการบริหารการเงิน คือ ควรมีการกระจายอำนาจการบริหารการเงินให้เขตสุขภาพและจังหวัดให้มากขึ้น เปลี่ยนวิธีการจัดสรรเงินโดยการแยกเงินเดือนออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว การกั้นเงินเพื่อช่วยโรงพยาบาลที่มีปัญหา การเพิ่มงบประมาณให้เขตสุขภาพ การกั้นเงินไว้บริหารร่วมโดยใช้บัญชีเสมือน และการเพิ่มการบริหารเงินร่วมกันในเขตสุขภาพ

**คำสำคัญ:** การบริหารการเงินของโรงพยาบาล, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, เขตสุขภาพ

\* สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

† งานวิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

Received 4 January 2021; Revised 12 July 2021; Accepted 2 December 2021

**Suggested citation:** Boonyamalik P, Maneewat T. Trends in financial management of the hospital under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health: a qualitative study. Journal of Health Systems Research 2021;15(4):477-89.

พิทักษ์พล บุญมาลิก, ธิดาจิต มณีวัต. แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2564;15(4):477-89.

## Trends in Financial Management of the Hospital under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health: A Qualitative Study

Pitakpol Boonyamalix\*, Thidajit Maneewat†

\* Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

† Department of Research and Development, Suratthani Hospital

Corresponding author: Pitakpol Boonyamalix, pitakpolb@hotmail.com

### Abstract

The objectives of this study were to: 1) studying the causes and factors of success/loss, lack of financial liquidity of the hospitals management, and 2) proposing financial management guidelines for the hospitals. The sample comprised 8 financial managers, working at the health region level and ministerial level. Data collection were collected by in-depth interviews, using structured interview forms. Data analyses was carried out using content analysis.

The results found 8 themes of causes and success factors in hospital financial management: 1) nationally, set aside 10 percent of the money for management 2) adaption 3) leadership 4) provide additional income, reduce expenses 5) accounting software 6) reduce labor costs and adopt information systems 7) e-bidding procurement system and 8) Planfin preparation. There were found 10 themes of causes and factors of financial management failure: 1) inadequate budget allocation 2) capitation 3) allocation of the universal health coverage scheme budget downturn 5) incapability of hospital administrators 6) lack of leadership 7) labor cost 8) material cost 9) incorrect accounting information system and 10) operating expenses do not meet the fiscal plan.

The policy recommendations for financial management guidelines are as follows: financial administration should be more decentralized to health regions and provinces; changing the method of budget allocating by excluding salary from the health capitation; setting a sharing fund to help hospitals with problems; increasing budgets for health regions; joint management using virtual accounts; and increasing joint financial management within health regions.

**Keywords:** hospital financial management, Office of the Permanent Secretary; Ministry of Public Health, health region

### ภูมิหลังและเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการหลักด้านสุขภาพในประเทศไทยได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (governance excellence) แผนงานที่ 13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ<sup>(1)</sup> เดิมงบประมาณจัดสรรโดยตรงจากรัฐบาลสู่โรงพยาบาลของรัฐผ่านสำนักงานประมาณ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546<sup>(2)</sup> เป็นต้นมาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการบริหารจัดการเงินงบประมาณให้โรงพยาบาลในรูปแบบที่แตกต่าง

จากเดิม เช่น การจ่ายเงินแก่หน่วยบริการแบบเหมาจ่ายรายหัว โดยใช้วิธีการคำนวณความต้องการงบประมาณแบบปลายปิด (global budget) ด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัวคูณด้วยจำนวนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการเปลี่ยนวิธีจัดสรรงบประมาณ เป็นผลให้โรงพยาบาลหลายแห่งที่มีประชากรน้อย และมีบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมากได้รับผลกระทบจากการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว นอกจากนี้ ยังมีการประกันความเสี่ยงไว้ที่ส่วนกลางสำหรับโรคค่าใช้จ่ายสูง หรือการส่งผู้ป่วยนอกเขตบริการข้ามโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง งบจัดสรรค่าเสื่อม เป็นต้น ซึ่งการใช้รายละเอียดแยกย่อยดัง

กล่าว ส่งผลต่อสภาพคล่อง และบัญชีกำไร-ขาดทุน ตามระบบบัญชีแบบเกณฑ์คงค้างทั้งสิ้น

การบริหารรายได้ (revenue management) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมาจาก 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ (civil servant medical benefit scheme: CSMBS) ระบบประกันสังคม (social security scheme: SSS) และระบบหลักประกันถ้วนหน้า (universal coverage: UC)<sup>(2)</sup> นอกจากนี้ยังมีรายรับจากรายรับพึงรับจากเงินสดกระแสรายวัน และรายได้อื่นอันเกิดจากกิจกรรมและกิจกรรมพิเศษของโรงพยาบาล ดังตัวอย่างข้อมูลจากการสัมภาษณ์รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งเกี่ยวกับรายรับปีงบประมาณ 2562 รายรับรวม 437.2 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 26 ของแผนรายรับทั้งหมดของโรงพยาบาล มีรายจ่ายการดำเนินงานรวม 590.6 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 35 ของแผนรายจ่ายการดำเนินงานของโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานขาดทุน 153.4 ล้านบาท ซึ่งปัญหาภาวะขาดทุนหรือขาดสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประเด็นปัญหาต่อเนื่องของรัฐบาลมาตลอดในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนโรงพยาบาลที่ขาดทุน ปีงบประมาณ 2558-2562 พบว่า กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีแนวโน้มขาดทุนลดลง โดยในปีงบประมาณ 2560-2561 มีจำนวน 1 และ 2 แห่ง แต่ในปี 2562 เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 3 และ 4 แห่งตามลำดับ ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ในปีงบประมาณ 2558-2562 มีแนวโน้มขาดทุนลดลงต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2562 ลดลงเหลือจำนวน 65 แห่ง<sup>(3)</sup>

แม้ว่าปัญหาวิกฤติทางการเงินดูเหมือนจะดีขึ้น แต่ก็ยังมีปรากฏการณ์การระดมทุนจากภาคประชาชน โดยเฉพาะ “โครงการก้าวคนละก้าว” ของคุณอาทิวราห์ คงมาลัย “ตูน บอดี้สแลม” ในการวิ่งระดมทุนช่วยโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาวิกฤติด้านการเงินช่วงปลายปี 2560 และต่อเนื่องตามมามากหลายโครงการ รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ต่างๆ ดำเนินการขอรับบริจาคจากภาคเอกชนอย่างต่อเนื่องเพื่อนำมาใช้ดำเนินการในโรงพยาบาล จึงเกิดคำถามหลายคำถามตามมา เช่น ปัญหาทางการเงินโรงพยาบาลของรัฐได้รับการแก้ไขหรือยัง ปัจจุบันสถานการณ์ที่แท้จริงเป็นอย่างไร ทำไมยังต้องขอรับบริจาคอย่างต่อเนื่องงบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐบาลมีความเพียงพอในการจัดให้บริการหรือไม่ และการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมหรือไม่ อย่างไรก็ตาม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มมาตรการในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การมอบหมายงานและกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผลการปฏิบัติงานให้กับผู้บริหาร การอบรมให้ความรู้ทางการบริหารการเงินให้กับผู้บริหารทางการเงิน (chief financial officer: CFO) และผู้อำนวยการโรงพยาบาล การมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงซึ่งทำหน้าที่เป็นประธานเจ้าหน้าที่บริหาร (chief executive officer: CEO) ของเขตสุขภาพ ดูแลปรับเปลี่ยนงบประมาณเพื่อให้โรงพยาบาลที่มีกำไรมาช่วยหน่วยที่ขาดทุน แต่ทว่าโรงพยาบาลก็ยังคงประสบกับปัญหาวิกฤติการเงินอยู่ไม่วาย ด้วยความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงกำหนดคำถามการวิจัยสำหรับการศึกษาว่า อะไรคือสาเหตุและปัจจัยในความสำเร็จและความล้มเหลวของการบริหารการเงินของโรงพยาบาล และกระทรวงสาธารณสุขควรมีแนวทางในการดำเนินงานบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดอย่างไร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลบรรลุตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติและเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขาดทุนหรือขาดสภาพคล่องทางการเงิน

3. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะแนวทางในการบริหารการเงินสำหรับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ดำเนินการวิจัยระหว่างมีนาคม ถึง พฤษภาคม 2563

## ประชากร

ประชากร คือ ผู้บริหารด้านการเงินระดับกระทรวง ระดับเขตสุขภาพ (CFO) และระดับโรงพยาบาล

## กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) เป็นผู้บริหารด้านการเงินระดับกระทรวงสาธารณสุข 2) เป็นผู้บริหารการเงินการคลังระดับเขตสุขภาพ (CFO) อย่างน้อย 2 ปี ในเขตสุขภาพที่ 1-12 3) เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล อย่างน้อย 3 ปี ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M, F (advance, standard, medium and first level) ในเขตสุขภาพที่ 1-12 ที่ไม่มีวิกฤติด้านการเงินและมีวิกฤติด้านการเงินในระดับ 7 (ระดับรุนแรงที่สุด) และ 4) มีเวลาให้สัมภาษณ์จนข้อมูลอิ่มตัว ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกชุดนี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบให้ตอบบรรยายตามความคิดเห็น มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขาดทุนหรือขาดสภาพคล่องทางการเงิน

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับแนวทางในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้โรงพยาบาลขาดทุนหรือขาดสภาพคล่อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน และปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้น ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานโดยตรงกับกลุ่มตัวอย่าง มีกลุ่มตัวอย่าง 1 รายประสานงานกับเลขานุการของกลุ่มตัวอย่าง นัดหมายวัน เวลา และสถานที่กับกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก เตรียมผู้ช่วยวิจัย สถานที่ จัดสิ่งแวดล้อมในห้องสัมภาษณ์ให้เหมาะสมเป็นส่วนตัว ให้ข้อมูลการทำวิจัยในครั้งนี้กับกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อมีข้อสงสัย และขออนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนสัมภาษณ์เชิงลึก

2. สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแบบสัมภาษณ์ขณะสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้คำถามแบบเดียวกันและผู้สัมภาษณ์คนเดียวกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 8 ราย โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 40 นาที ถึง 1 ชั่วโมงครึ่ง จนไม่พบข้อสงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่ กระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (data saturation) จึงหยุดสัมภาษณ์ พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลภาคสนาม (field note)

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยถอดข้อความแบบคำต่อคำ (verbatim transcriptions) จัดหมวดหมู่ของเนื้อหาแต่ละหมวดที่ได้รวบรวมมาวิเคราะห์จับประเด็น (theme analysis) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และตีความหมาย (interpretation analysis)<sup>(4)</sup> ตรวจสอบความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) แบบสามเส้า (triangulation)<sup>(5)</sup> ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล และวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ควบคู่กับการซักถาม

## ผลการศึกษา

**ส่วนที่ 1** ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน (ขอไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและสถานบริการสุขภาพ)

**ส่วนที่ 2** ผลการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 8 ประเด็นหลัก ดังนี้

**ประเด็นที่ 1** ในระดับประเทศกันเงินเพื่อการบริหารจัดการไม่เกิน ร้อยละ 10 วิธีการจัดสรรเงินหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) แบบบวกค่าแรง (labor cost) ทำให้ต้องกันเงินออกมาเพื่อแก้ปัญหาเรื่องการผูกค่าแรงเข้าไปในรายหัว ต้องกันเงินมาปิดช่องว่าง (gap) โดยปรับเกลี้ยค่าบริการผู้ป่วยนอก (outpatient: OP) ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (promotion and prevention: PP) การจ่ายแบบขั้นบันได (step ladder) และค่าบริการผู้ป่วยใน (inpatient: IP) ด้วยการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (K factor) มีการปรับค่า K ผู้ป่วยใน (IP) แต่ละโรงพยาบาลตามความเหมาะสม การจัดสรรงบ OP & PP ด้วยการจ่ายแบบขั้นบันได (step ladder) เป็นการจ่ายตามกลุ่มโรงพยาบาล ตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิสำหรับบริการ ส่วนบริการผู้ป่วยใน (IP) จัดสรรงบ IP ด้วยค่าถ่วงน้ำหนัก (K factor) ใช้กำหนดการจัดสรรงบบริการผู้ป่วยในทั่วไป กำหนดตามกลุ่มขนาดโรงพยาบาล

และจำนวนประชากร ในการจ่ายแบบขั้นบันได (step ladder) นั้น มีผลดีคือ เป็นวิธีการจัดสรรและกระจายทรัพยากรทางด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามอาจมีผลเสียเกิดขึ้นต่อหน่วยบริการสุขภาพ ถ้าการกำหนดน้ำหนักคะแนนจัดสรรกองทุน OP, PP หรือ ค่าถ่วงน้ำหนัก (K factor) กองทุน IP เป็นเกณฑ์การจ่ายค่าบริการในแต่ละกลุ่มโรงพยาบาลไม่เหมาะสม ทำให้ขัดกับการดำเนินงานของหน่วยบริการ และกระทบต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของประชาชนได้ ซึ่งแตกต่างจาก DRG (diagnostic related group) ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการจ่ายเงินตามรายป่วย จัดกลุ่มโรคผู้ป่วยใน ตามข้อมูลโรคหลัก โรคร่วม และค่าใช้จ่ายจริง ใช้การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในเมื่อสิ้นสุดการรักษ (discharge) คำนวณให้กับโรงพยาบาลในแต่ละกองทุนสุขภาพ คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ข้าราชการ โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight: RW) มาคำนวณเป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามทั้ง K factor และ DRG ใช้ค่าน้ำหนักคะแนนมาคำนวณในการจ่ายเงินเหมือนกัน

ดังคำกล่าวที่ว่า “เรื่องที่ 1 ก็คือการจัดสรรเงินวิธีแก้ของกระทรวงในเมื่อไม่สามารถแยกค่าแรงก็แก้โดยการกันเงินก้อน ที่จะลงสู่เขตสุขภาพตรงหน่วยบริการ กันออกมาไม่เกิน 10% ก็คือ 6.3% กันมาเลยจากทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ มีอยู่แสนล้านบาท กันออกมา 7 พันล้าน เป็น 6.3% แล้วแบ่งเงินตัวนี้ออกมาเป็น 3 ก้อน ก้อนที่ 1 ก็คือว่าอยู่ในมือของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพเป็นอำนาจท่านปลัด 300 ล้าน ไว้ปีถัดไปไตรมาส 4 อีกก้อนหนึ่ง 3,700 ล้าน เามาปรับ step ladder K, step ladder K ตัว step นี้ S ก็คือช่วยเหลือโรงพยาบาลชุมชนที่เล็กๆ ประชากรน้อย ต่ำกว่า 30,000 จังหวัดไหนที่ NWC (net working capital) ติดลบก็เติมให้ทุกจังหวัด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

**ประเด็นที่ 2** การปรับตัว เมื่อไรก็ตามที่หน่วยบริการเกิดภาวะขาดสภาพคล่อง ต้องมีการปรับตัวเพื่อให้



อยู่รอด

ดังคำกล่าวที่ว่า “ทีมนำหรือผู้นำโรงพยาบาลต้องควบคุมกำกับให้มีการบริหารจัดการที่ดีสามารถทำให้เกิดบริการที่เหมาะสม และเพียงพอกับตัวงบประมาณที่ได้รับ ไม่ใช่จ่ายจนเกิน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

**ประเด็นที่ 3** ผู้นำ (leadership) ผู้นำประกอบ ด้วย ผู้บริหารการเงิน (CFO) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทีมงานบัญชีต้องมีสมรรถนะ องค์ความรู้ ทักษะด้านการเงิน อย่างเพียงพอ สามารถสร้างทีมงาน (team work) และควบคุมกำกับให้การเงินการคลังมีประสิทธิภาพได้ มีแผนเงินบำรุง แผนการเงิน (financial plan: Planfin) รวมทั้งมีการกำกับแผนรายเดือนด้วย

ดังคำกล่าวที่ว่า “หนึ่ง leadership ต้องมีความรู้ เรื่องการเงินก่อน สอง ทีม back office มีประสิทธิภาพ ในการบริหารจัดการร่วมกับ leadership ทีมงานอันนี้คือ ปัจจัยที่มีความสำเร็จภายในก็คือว่าในหน่วยบริการพอขึ้น มาในระดับเขตมีทีม CFO ของเขตที่แข็งแกร่งแล้วสามารถ จัดสรรเงินเป็นแบบเขาเรียกว่า fairness คือยุติธรรมทั่วถึง ทุกหน่วยบริการ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

**ประเด็นที่ 4** จัดหารายได้เพิ่ม ลดรายจ่าย โดยการเพิ่มผลผลิต (product) โดยเปิดคลินิกนอกเวลาสำหรับ กลุ่มข้าราชการหรือประกันสังคม ขยายห้องพิเศษ ใช้ มาตรการประหยัดพลังงาน เพิ่มอัตราการครองเตียง

ดังคำกล่าวที่ว่า “การเพิ่มผลผลิต (product) โดย เปิดคลินิกนอกเวลาสำหรับกลุ่มข้าราชการ หรือประกัน สังคม ขยายห้องพิเศษ ใช้มาตรการประหยัดพลังงาน เพิ่ม อัตราการครองเตียง การมีระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (software) ที่ดีคู่ไปกับการตรวจสอบ (audit) เวชระเบียน ที่ดี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

**ประเด็นที่ 5** ใช้ระบบสารสนเทศสำหรับข้อมูล ทางบัญชี การใช้ระบบสารสนเทศทางบัญชี ทำให้ผู้บริหาร สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจทางการบริหาร จัดการได้ถูกต้อง ครบถ้วนมากขึ้น ระบบสารสนเทศทาง บัญชีที่เหมาะสม คือระบบโปรแกรมบัญชี (enterprise

resource planning: ERP)

ดังคำกล่าวที่ว่า “ระบบโปรแกรมบัญชี (ERP) ระบบ สารสนเทศสำหรับข้อมูลทางบัญชีที่ดี ระบบต้องเชื่อมโยง ได้ระหว่างหน่วยบริการผู้ป่วย (front office) และหน่วย งานสนับสนุน (back office) การนำระบบนี้มาใช้จะช่วย แก้ปัญหาการเปลี่ยนคนทำงาน ปัญหาจากความผิดพลาด ของคน (human error)” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

**ประเด็นที่ 6** ลดต้นทุนค่าแรงนำระบบสารสนเทศ (IT) มาใช้ในการปฏิบัติงานภายในหน่วยบริการ การจ้างงาน และการจัดอัตราค่าจ้างโดยใช้การวัดปริมาณงานจากเวลาที่ ใช้ในการปฏิบัติงาน (full time equivalent: FTE)

ดังคำกล่าวที่ว่า “เรื่องของบุคลากรบางแห่งอาจจะ มี บุคลากรจำนวนมาก ถ้าเราใช้มาตรฐาน FTE มาประเมินนะ บางแห่งก็อาจจะจะมีจำนวนบุคลากร ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร ที่มากเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณงาน” (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 2)

**ประเด็นที่ 7** ใช้ระบบการประมูลงานภาครัฐ แบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) สำหรับการจัดซื้อจัดจ้าง นอกจากนี้ยังมีการซื้อร่วม ต่อรอราคาในระดับเขตและ ระดับจังหวัด

ดังคำกล่าวที่ว่า “คราวนี้ material cost ทุก โรงพยาบาลเขาทำแล้วจัดซื้อจัดจ้าง e-bidding เกิน 5 แสนซื้อร่วมเพื่อต่อรอราคาระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับ โรงพยาบาลให้ราคาต่ำลงมาแล้วยกเลิกซื้อรายเดือนให้เป็น รายปี เรื่องของคงคลัง ตอนนี้เราใช้ 7 plus efficiency มาจับ ถ้าคงคลังเกินสองเดือน แต่มันก็เป็นลบ จับแล้วก็ดี ขึ้น แต่ว่าประสิทธิภาพตรงนี้หลายโรงพยาบาลก็ยังแย่อยู่มาก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

**ประเด็นที่ 8** การจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) การทำแผน Planfin เป็นการกำกับควบคุมค่าใช้จ่ายใน การลงทุน Planfin ที่ดีต้องสามารถคาดการณ์หรือทำนาย สถานะทางการเงินของหน่วยบริการได้ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ ต่อการบริหารงานป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน

ดังคำกล่าวที่ว่า “หมายความว่า คำนวณมาถูกต้อง

ดู 3 ปี ย้อนหลัง ดูค่าเฉลี่ยดูว่าอนาคต Planfin คือการทำล่วงหน้า เพราะฉะนั้นสามารถ forecast หรือคาดเดาได้ว่า Planfin นี้จะมีรายได้-รายจ่ายเมื่อสิ้นปีเท่าไร รายจ่ายเท่าไรแล้วมีบวกเท่าไร แล้วต้องกำกับด้วยนะ ส่วนใหญ่โรงพยาบาลไม่ได้กำกับ มาดูเอาตอนสิ้นปี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

**ส่วนที่ 3** ผลการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขาดทุนหรือขาดสภาพคล่องทางการเงิน ประกอบด้วย 10 ประเด็นหลัก ดังนี้

**ประเด็นที่ 1** การได้รับจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลไม่เพียงพอ เป็นประเด็นหลักที่สำคัญ ครอบคลุม 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

1.1 การได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อยกว่าที่ควรจะเป็น จากการตั้งงบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ขาขึ้น

ดังคำกล่าวที่ว่า “แต่ละปีกระทรวงจะต้องตั้งงบมา โดยเฉพาะ UC ตั้งงบขาขึ้นไป โดยเราก็ประมาณการจากต้นทุนที่เกิดขึ้น สวัสดิการ และทำงบประมาณไป จะเห็นว่าเราทำขาขึ้นของงบประมาณไปกับขาลงมากก็มีส่วนต่างในแต่ละปี เราก็คงประมาณการและถูกตัดปรับลงทุกปี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

1.2 การจัดสรรงบประมาณไม่ครบถ้วน

ดังคำกล่าวที่ว่า “ในส่วนของการได้รับงบประมาณและเรื่องของการจัดทำข้อมูลต้นทุนของระบบบริการของเรา โดยเฉพาะในส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวง ผมคิดว่ายังไม่ถูกต้อง ยังน้อยกว่าความเป็นจริงเพราะต้นทุนที่มีจริงแต่ไม่รวมกับต้นทุนที่ขอสำนักงานงบประมาณไป ต้นทุนในเรื่องของการบริหารจัดการต่างๆ ต้นทุนในเรื่องของระบบ IT ระบบสารสนเทศ และต้นทุนในเรื่องของการบริหารจัดการอื่นๆ อันนี้ก็ไม่มีอยู่ในหมวดของต้นทุนบริการในเวลาที่เราขอ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

**ประเด็นที่ 2** วิธีการจัดสรรเงินเป็นรายหัว (capitation) จากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งรวม

ค่าแรงของบุคลากร (labor cost) ไว้ด้วย นอกจากนี้การได้รับการจัดสรรเงินไปยังสถานบริการยังขึ้นกับจำนวนประชากรในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม รายได้ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่มาจากผู้รับบริการกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) จึงมีแนวโน้มที่จะทำให้งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอกับรายจ่ายที่เกิดขึ้นจริงในหน่วยบริการ ดังนั้นโรงพยาบาลบางแห่งที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีประชากรน้อย เช่น พื้นที่เกาะหรือชายแดน มักเกิดปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ

ดังคำกล่าวที่ว่า “ปัจจัยหลักเลยก็คือการจัดสรรเงินระบบ capitation แล้วไปบวกค่าแรงลงไป เพราะฉะนั้นโรงพยาบาลที่มีประชากรเยอะ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนมีประชากรเยอะแต่มีเจ้าหน้าที่ไม่เยอะ เขาจะมีเงินเหลือ บางโรงพยาบาลได้ OP PP มาแทบไม่ต้องทำผู้ป่วยในยังอยู่รอดเลย เขาเรียกรายหัวมีผลข้อนี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

**ประเด็นที่ 3** การจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ขาลง เป็นการจัดสรรงบ UC สำหรับหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทางกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ได้รับงบประมาณมาจาก สปสช. แล้วแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อทำงบจัดสรรขาลง ค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP) ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) แบบขั้นบันได (step ladder) และค่าบริการผู้ป่วยใน (IP) ด้วยการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (K factor) จัดสรรทุกหน่วยบริการตาม step ladder และค่า K factor

ดังคำกล่าวที่ว่า “แต่ละปีทางกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ จะได้รับงบประมาณมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก็ต้องตั้งคณะเพื่อทำ...งบประมาณขาลง ขาขึ้นเป็นคณะกรรมการ สปสช. ... ขาลงกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ต้องมาจัดสรรเป็นระบบช่วยเหลือตัวเอง จัดสรรเป็นขั้นบันได จัดค่าต่างๆ ค่า step K ค่า IP ช่วยเหลือพื้นที่ภาพรวมดีขึ้นกว่าเดิม แต่ก่อนเราช่วยเหลือไม่ได้ขนาดนี้ ซึ่ง

ตอนนี้เราดีขึ้น แต่ยังมีปัญหาสภาพคล่องอื่นๆ อยู่ระดับหนึ่ง โดยเฉพาะเรื่องหนี้สิน เพราะฉะนั้นการจัดสรรมันมีผลสำคัญ การปรับเปลี่ยนก็เป็นภาพการจัดการ เลยทำให้หน่วยบริการต้องไปหาแหล่งเงินอื่นสมทบ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

**ประเด็นที่ 4** การกระจายเงินไม่ดีในการบริหารจัดการการกระจายเงิน จำเป็นต้องใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ แต่เนื่องจากความซับซ้อนของข้อมูล ทำให้ข้อมูลที่มีอยู่ไม่ครบถ้วน ไม่มีข้อมูล ทำให้ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของหน่วยบริการสุขภาพ

ดังคำกล่าวที่ว่า “ปัจจัยที่สำคัญ คือ ข้อมูลที่นำมาใช้ในการตัดสินใจเป็นข้อมูลที่มีความซับซ้อนอยู่ในระบบ เพราะฉะนั้นในการที่จะนำมารวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการตัดสินใจในการกระจายเงิน จึงทำได้ยาก เลยทำให้การกระจายเงินไม่ดี ทำให้ขาดสภาพคล่อง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

**ประเด็นที่ 5** ผู้บริหารแต่ละโรงพยาบาลมีศักยภาพไม่เท่ากัน ประสิทธิภาพการบริหารการเงิน การคลังของหน่วยบริการขึ้นกับภาวะผู้นำ ความรู้ และประสบการณ์ของผู้บริหาร ทีมงานของผู้บริหารในระดับเขตและระดับจังหวัด อย่างไรก็ตามปัจจุบันพบว่าผู้บริหารแต่ละโรงพยาบาลศักยภาพไม่เท่ากัน จึงทำให้ในบางหน่วยบริการมีภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงิน

ดังคำกล่าวที่ว่า “โรงพยาบาลบางโรงนี้ มีปัญหาเรื่องประสิทธิภาพการเงินการคลัง ผู้บริหารอาจจะไม่มีองค์ความรู้เรื่องการเงิน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6) “ต่อไปเรื่องของการจัดการที่สำคัญ ประสิทธิภาพการจัดการ เราต้องยอมรับว่าผู้บริหารแต่ละหน่วยบริการมีศักยภาพไม่เท่ากัน บางทีก็ดี บางทีก็พยายามเต็มที่ ตรงนี้ก็เป็นเชิงบริหาร ประสบการณ์อย่างเดียวกันก็ไม่สามารถทำให้โรงพยาบาลแก้ปัญหาได้ สมัยใหม่ก็ต้องอาศัยทีมงานซึ่งคณะกรรมการทุกเขตมี CFO เขต จังหวัด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

**ประเด็นที่ 6** โรงพยาบาลใช้ศักยภาพไม่เต็มที่ ตัวบ่งชี้ของการที่โรงพยาบาลใช้ศักยภาพไม่เต็มที่ วัดจาก

ผลผลิต (product) สาเหตุที่สำคัญ เช่น ไม่เพิ่มอัตราการครองเตียงโดยเพิ่มการรับคนไข้เข้านอนในโรงพยาบาล ไม่หาช่องทางเพิ่มรายได้ให้โรงพยาบาล ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการบริหารจัดการของผู้บริหารหน่วยบริการนั้น

ดังคำกล่าวที่ว่า “administration การบริหาร product ให้หมอเพิ่มการ admit หรืออะไรอย่างนี้ ถ้าลงลึกไปอีก การ audit chart ส่วนใหญ่ก็ยิ่งขาด บางทีแค่เข้าไป audit chart ก็ได้เพิ่ม 40-50% แล้ว เป็นเรื่องของการบริหารเรื่อง product เรื่องของการดึงคนไข้ให้เข้าราชการเบิกได้มา OPD” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

**ประเด็นที่ 7** ต้นทุนค่าแรง (labor cost) ได้แก่ ค่าตอบแทนปกติ ค่าตอบแทนล่วงเวลา ค่าตอบแทนหมวดฉ (ฉบับที่) 11, 12 ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (pay for performance: P4P) ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรในหน่วยบริการทั้งที่เป็นและไม่ได้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นต้นทุนคงที่ (fixed cost) ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพคล่องทางการเงินอย่างสูง มีความสัมพันธ์กับการจัดอัตราค่าจ้างการปฏิบัติงานที่ไม่สอดคล้องกับปริมาณงาน (FTE) และการจ้างงานที่ไม่เหมาะสม ไม่คำนึงถึง FTE เช่น จ้างลูกจ้างเพิ่ม

ดังคำกล่าวที่ว่า “ปัจจัยหลักที่สำคัญคือ ค่าแรง ค่าตอบแทนล่วงเวลา ค่าตอบแทนหมวดฉ 11, 12 ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (P4P) ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรในหน่วยบริการ ทั้งที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ และไม่ใช่วิทยการแพทย์ ซึ่งเป็นต้นทุนคงที่ (fixed cost) การจ้างงานที่ไม่เหมาะสม ไม่คำนึงถึง FTE เช่น จ้างลูกจ้างเพิ่ม” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

**ประเด็นที่ 8** ต้นทุนวัสดุ (material cost) เช่น การจัดซื้อจัดจ้างนอกระบบ มีการก่อสร้างและซื้อครุภัณฑ์ที่ไม่จำเป็น มีการนำเงินค่าเสื่อมมาใช้ การลงทุนด้วยเงินบำรุงที่เกินร้อยละ 20 ของรายได้ก่อนหักดอกเบี้ยภาษีค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย (earnings before interest, taxes, depreciation and amortization: EBITDA) ที่เป็นบวก



ดังกล่าวที่ว่า “ต้นทุนวัสดุ (material cost) เช่น การจัดซื้อจัดจ้างนอกระบบ มีการก่อสร้างและซื้อครุภัณฑ์ที่ไม่จำเป็น มีการนำเงินค่าเสื่อมมาใช้ การลงทุนด้วยเงินบำรุงที่เกินร้อยละ 20 ของ EBITDA” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

**ประเด็นที่ 9** ระบบการลงข้อมูลทางบัญชีไม่ถูกต้อง สาเหตุการลงข้อมูลทางบัญชีไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาล

ดังกล่าวที่ว่า “โรงพยาบาลจังหวัดบางแห่งลงบัญชีผิดๆ เยอะมาก ...การลงบัญชีจะทำให้ตัวเลขซึ่ง...ให้ผู้บริหารดูจะเพี้ยน และไม่เป็นไปตามความเป็นจริง ลูกหนี้ไม่ตัดหนี้เก็บเงินมาแล้วก็ไม่ตัดลูกหนี้ จะมีเงินเยอะมาให้ผู้อำนวยการดู ผู้อำนวยการก็คิดว่ามีเงินเยอะก็จะใช้ไปอะไรแบบนี้ ทำให้การบริหารการเงินมีความผิดพลาดได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

**ประเด็นที่ 10** ค่าใช้จ่ายการดำเนินงานไม่ปฏิบัติตามแผนการเงินการคลัง (Planfin) นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องทำแผน Planfin ร่วมกับแผนทางการเงิน จากการกำกับติดตามพบว่า มีเฉพาะแผน Planfin แต่ทว่าการลงทุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานไม่ได้เป็นไปตามแผน Planfin นอกจากนี้ยังพบว่า มีหลายโรงพยาบาลไม่ผ่านเกณฑ์

ดังกล่าวที่ว่า “โดยเฉพาะอย่างยิ่งตอนนี้เราให้ทำแผนเป็นลักษณะ Planfin ซึ่งมันจะล้อตามงบการเงิน แต่อีกอันที่เราค่อนข้างที่จะยังไม่เข้มงวดกัน คือตามนโยบายจริงๆ จะมีการจัดทำแผนเงินบำรุงด้วย ตอนนี้ในเรื่องของ Planfin มีหลายที่ ที่ทำแล้วถึงแม้เราจะมีตัวชี้วัดในระดับกระทรวงว่าต่างกับการดำเนินงาน ต้องต่างกันไม่เกินร้อยละ 5 แต่ปัจจุบันเราก็เจอหลายๆ โรงพยาบาลซึ่งมีปัญหาดังนี้ว่าไม่ผ่านเกณฑ์ตรงนี้ด้วย คือต้องไปเข้มงวดในเรื่องการติดตามกำกับ การมีและใช้แผนการเงินอีกแบบหนึ่งด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

## วิจารณ์และข้อยุติ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative

research) ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ถ่ายทอดออกมาจากประสบการณ์การทำงานในฐานะผู้รับผิดชอบด้านการเงินระดับกระทรวง โรงพยาบาล และเขตสุขภาพ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง 8 ประเด็นหลักนั้นเป็นปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จทางการเงิน เริ่มจากปัจจัยภายใน ผู้นำ โดยเฉพาะผู้อำนวยการโรงพยาบาล และทีมบัญชีต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ ทักษะด้านการเงิน และต้องมีวิธีการในการจัดหารายได้เพิ่ม เช่น การเปิดคลินิกนอกเวลา เน้นผู้รับบริการกลุ่มข้าราชการ ประกันสังคม ขอรับบริจาค ขยายห้องพิเศษ การเพิ่มอัตราการครองเตียง จัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ การจัดทำและปฏิบัติตามแผนการเงิน การใช้ระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง การบริหารข้อมูล การพัฒนาศักยภาพนักบัญชี และการบริหารหนี้ ส่วนปัจจัยภายนอก ที่สำคัญคือ การกั้นเงินงบประมาณไว้ที่ส่วนกลาง เพื่อปรับเกลี่ยรายรับค่าบริการ

เมื่อพิจารณาจากปัจจัยความสำเร็จในการบริหารการเงินของโรงพยาบาล ผู้บริหารแต่ละระดับหน่วยบริการได้ใช้วิธีการ หรือมาตรการในการแก้ไขปัญหาสภาพคล่องทางการเงิน ซึ่งอาจส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพ และสังคมโดยรวม เช่น การจัดรูปแบบบริการสุขภาพต่อผู้มีอุปการะคุณ และข้าราชการที่ไม่ถึงกับทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ การเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการกลุ่มประกันสุขภาพ ความโปร่งใสในการจัดการเงิน วัสดุและครุภัณฑ์การแพทย์ที่ได้รับบริจาค ในส่วนการเพิ่มอัตราครองเตียงหรือการบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยในนั้น การรับผู้ป่วยในขึ้นกับข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ในปี 2563 พบว่า ผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์มีอัตราครองเตียงเกิน 100 เปอร์เซ็นต์ ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราครองเตียงอยู่ที่ร้อยละ 70 ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าครึ่งเป็นโรคที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถให้การดูแลรักษาได้ ดังนั้นโรคที่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนก็ต้องรับไว้ที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อใช้ศักยภาพโรงพยาบาลอย่างเต็มที่ ไม่ส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป

ส่งผลให้ระดับสถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลดีขึ้น

การปรับตัว เช่น การกันเงินงบประมาณไว้ที่ส่วนกลาง มีผลต่อการออกแบบระบบประกันสุขภาพ ดังเช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณโดยจำแนกเป็น งบประมาณผู้ป่วยนอก (OP) งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) และงบประมาณผู้ป่วยใน (IP) ซึ่งงบประมาณสำหรับผู้ป่วยนอก (OP) นั้น สปสช. ได้ดำเนินการโอนงบประมาณทั้งก่อนไปยังหน่วยบริการ แต่ทว่างบประมาณผู้ป่วยใน (IP) สปสช. ได้กันเงินไว้ที่ส่วนกลาง ในปัจจุบันได้กันไว้ในระดับเขตสุขภาพ เพื่อให้หน่วยบริการเบิกจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ช่วยลดความเสี่ยงของหน่วยบริการที่ต้องแบกรับภาระโรคค่ารักษาสูง โดยแยกงบประมาณโรคต้นทุนค่ารักษาสูง (high cost care) ออกมาเป็นกองทุนเฉพาะที่ส่วนกลาง เพื่อสร้างหลักประกันว่าคนไข้จะได้รับบริการจริง ส่งผลดีต่อโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงที่ผ่าตัดหัวใจ (heart surgery) ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) หรือผ่าตัดหัวใจแบบปิด (closed heart surgery) ในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ โรงพยาบาลต้นสังกัดไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายไม่กระทบเงินถัวเฉลี่ยที่ได้รับ นั่นคือ การกันเงินไว้ที่ส่วนกลางเพื่อจ่ายให้กับหน่วยบริการตามภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ช่วยลดภาระค่ารักษาของหน่วยบริการ อย่างไรก็ตาม ผลเสียต่อโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างก็คือทำให้งบเหมาจ่ายรายหัวที่ส่งไปยังหน่วยบริการลดน้อยลง

ปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จทางการเงิน คือมาตรการต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นวิธีการที่นำมาใช้กันโดยทั่วไปในโรงพยาบาล ทำให้มีรายได้เพิ่มเข้ามาในโรงพยาบาล ซึ่งความคิดเห็นดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของนวนน้อย ตริรัตน์ และคณะ<sup>(6)</sup> ประเด็นสำคัญแห่งความสำเร็จของการบริหารการเงินโรงพยาบาล โดยวิธีการหารายได้เพิ่มที่ปฏิบัติกันโดยทั่วไป เช่น การจัดตั้งศูนย์เก็บรายได้ การตรวจสอบเวชระเบียน เพิ่มค่า CMI (casemix index) และ Adjusted RW การเพิ่มห้อง

พิเศษ การปรับราคาค่าบริการ การหาแหล่งทุนภายนอก การรับบริจาค การเปิดคลินิกบริการให้กับผู้รับบริการกลุ่มข้าราชการ/ประกัน การควบคุมรายจ่าย การบริหารการจัดซื้อยา วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์ การควบคุมค่าใช้จ่ายบุคลากร การควบคุมค่าสาธารณูปโภค การปรับระบบการบริหารจัดการ การจัดทำและปฏิบัติตามแผนการเงิน การใช้ระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง การบริหารข้อมูล พัฒนาศักยภาพนักบัญชี และการบริหารหนี้

และอีกงานวิจัยของปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์ (2556)<sup>(7)</sup> ที่มีข้อมูลแสดงสถานะด้านการเงิน พบว่าวิธีการลดรายจ่ายโดยการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา เวชภัณฑ์และวัสดุต่างๆ และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยคำนึงถึงมาตรฐานคุณภาพบริการและสิทธิผู้ป่วยที่เหมาะสม วิธีการเพิ่มรายได้ ได้แก่ การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา มีรายรับเพิ่ม 100 ล้านบาทต่อปี การปรับปรุงห้องพิเศษและปรับราคา มีรายรับเพิ่มขึ้น 10 ล้านบาทต่อปี การเปิดบริการระบบประกันชีวิตค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (fax claim) มีรายรับเพิ่มขึ้น 4 ล้านบาทต่อปี

และยังมีปัจจัยแห่งความสำเร็จอื่นๆ อีก ได้แก่

- 1) การปรับโครงสร้างการบริหารองค์กรแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการรับผิดชอบการบริหารงานด้านต่างๆ
- 2) การสื่อสารสร้างความเข้าใจที่ดีกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ของโรงพยาบาล ซึ่ง 2 ปัจจัยนี้แตกต่างจากผลการศึกษาในครั้งนี้นี้ และยังมีอีกงานวิจัยที่สอดคล้อง สนับสนุนความคิดเห็นนี้เกี่ยวกับกลยุทธ์การเงินโรงพยาบาลโดยเฉพาะกลยุทธ์การแสวงหารายได้ใหม่ กลยุทธ์การควบคุมรายจ่าย และการพัฒนาโรงพยาบาลตามภารกิจเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล<sup>(8)</sup> นอกจากนี้ได้มีการเสนอแนวทางในการพัฒนาประสิทธิภาพของการบริหารการเงินการคลัง ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนาระบบการตรวจสอบการเงินการคลัง และการติดตามกำกับ<sup>(9)</sup>

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลขาดทุนหรือ

ขาดสภาพคล่องทางการเงินนั้น จากความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 10 ประเด็นหลัก กลุ่มตัวอย่างทั้ง 8 คนให้ความเห็นว่า สาเหตุและปัจจัยสำคัญคือ วิธีการจัดสรรเงินเป็นรายหัว (capitation) ที่รวมค่าแรงบุคลากรจำนวนงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรขึ้นกับจำนวนประชากรในพื้นที่ ย่อมส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรน้อย มีบุคลากรในโรงพยาบาลจำนวนมาก และผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม่ได้ดำเนินการจัดหารายได้เพิ่ม รวมทั้งไม่ได้ควบคุมรายจ่าย ค่าแรง ค่ายาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ไม่ได้วางระบบบัญชีซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับระดับโรงพยาบาล ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับผลการศึกษาของพลพรรณ อยู่สวัสดิ์ (2562)<sup>(10)</sup> ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดทุนของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย มี 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ประเภทของโรงพยาบาล 2) เขตที่ตั้งของโรงพยาบาล 3) สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยทั้งหมดของโรงพยาบาล และ 4) สัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยในระดับภาพรวมที่ส่งผลต่อสถานะการเงินของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ 1) นโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การเปลี่ยนแปลงเกณฑ์จัดสรรเงินและการเบิกจ่าย 2) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 3) การทำงานร่วมกันภายในเขต/จังหวัด/CUP (contracting unit for primary care) ส่วนปัจจัยในระดับจุลภาค ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ ที่ตั้งของโรงพยาบาล สภาพภูมิศาสตร์ ลักษณะของพื้นที่/จังหวัด 2) การบริหารจัดการของโรงพยาบาล ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสถานะการเงิน ไม่หารายได้เพิ่ม ไม่ควบคุมรายจ่าย ความถี่ในการควบคุมติดตามสถานะการเงิน ความรู้ ความเข้าใจระบบการเงินแบบเกณฑ์บัญชีคงค้าง ความเข้าใจวิธีการเรียกเก็บเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<sup>(6)</sup> และยังมีสาเหตุมาจากมีค่าใช้จ่ายสูงกว่ารายรับ<sup>(10)</sup>

## สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขใช้งบประมาณที่ได้รับ การจัดสรรจากงบ UC เป็นหลัก ไม่เพียงพอต่อต้นทุนรายจ่ายที่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาล ผู้บริหารจึงได้ใช้มาตรการต่างๆ ในการแก้ปัญหาโรงพยาบาลขาดทุนหรือขาดสภาพคล่องทางการเงิน การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะแนวทางในการบริหารเงิน ดังนี้

1. ผู้บริหารส่วนกลางระดับกระทรวง ควรให้จังหวัดสามารถบริหารงานเองได้มากขึ้น ปรับเปลี่ยนเงินเพื่อบริหารเขต (3,000 ล้านบาท) และสามารถกันเพื่อบริหาร และมีการจัดทำบันทึกเจตจำนง (LOI: letter of intent) ในระดับเขต/จังหวัด

2. ควรมีการปรับค่า K ผู้ป่วยใน (IP) ตามกลุ่มระดับหน่วยบริการของแต่ละโรงพยาบาลตามความเหมาะสม ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และแนวทางการปรับเปลี่ยนต้องไม่ขัดกับการดำเนินงานของหน่วยบริการ และไม่กระทบต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของประชาชน การปรับค่าถ่วงน้ำหนัก (K factor) ที่เพียงพอกับต้นทุนบริการ (IP-UC cost) ของโรงพยาบาลแต่ละกลุ่มจะส่งผลให้ระดับสถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลดีขึ้น

3. ควรปรับเกณฑ์การจ่ายเงินแบบขั้นบันได (step ladder) และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (K factor) เปลี่ยนตัวกำไรสุทธิ (NI) เป็นตัวรายรับก่อนดอกเบี้ยภาษีค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย (EBITDA) การแยกเงินเดือนออกจากงบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) การกันเงินช่วยโรงพยาบาลที่มีปัญหา การเติมเงินให้เขตสุขภาพ การกันเงินไว้บริหารร่วม และการจัดสรรเงินร่วมกัน

4. ผู้บริหารด้านการเงินระดับเขต (CFO) ควรเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (efficient management) โดยใช้วิธีการต่างๆ คือ ทีมผู้บริหารด้านการเงินระดับเขต (CFO) ต้องเข้มแข็งพร้อมให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (deci-

sion support system) และให้ทุกโรงพยาบาลจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) รวมทั้งมีการกำกับติดตาม จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการเงินการคลังแก่ผู้บริหาร

5. การปรับเกณฑ์ความเสี่ยงทางการเงิน (financial risk score) การปรับตัว การนำระบบสารสนเทศทางโปรแกรมบัญชี (ERP) มาใช้ และการจัดทำแผนธุรกิจหน่วยบริการ (business continuity plan) นำ model มาใช้เป็นเครื่องมือเฝ้าระวังทางการเงินการคลัง และใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในการประเมินความสามารถในการบริหารด้านการเงินของโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้บริหารโรงพยาบาลเกี่ยวกับการบริหารการเงิน ทำให้ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงสถานะการเงิน และจำนวนเงินงบประมาณที่หน่วยบริการต้องการได้รับการจัดสรรหรือสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

1. เปรียบเทียบโครงสร้างของต้นทุน (ต้นทุนทางตรงในการดำเนินงาน / ต้นทุนทางอ้อม / overhead cost / sunk cost) ของแต่ละโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. ศึกษารายได้ต่อสินทรัพย์และหนี้สิน (พฤติกรรมของลูกหนี้ / aging ของหนี้ / หนี้สงสัยจะสูญ) ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. เปรียบเทียบ capability – competency ของแต่ละโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารทางการเงินระดับกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขตสุขภาพ และระดับโรงพยาบาล ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลทุกท่านที่ให้ความในการ

สัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามออนไลน์เป็นอย่างดี ทำให้ได้ข้อมูลที่มีค่าและเป็นประโยชน์ต่อการนำมากำหนดนโยบายการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพ

### References

1. Strategy and Plan Division. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Twenty-year national strategic plan for public health. (2017-2036). 1st revision [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 14]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1SA0vRvM66zl-PndBZtwLVm1eSPJxWYF/view>. (in Thai)
2. National Health Security Office. Reforming the public health service system with the National Health Security Fund [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 18]. Available from: [https://www.nhso.go.th/storage/downloads/operatingresult/47/F\\_NHSO\\_Annual\\_Report\\_2020.pdf](https://www.nhso.go.th/storage/downloads/operatingresult/47/F_NHSO_Annual_Report_2020.pdf). (in Thai)
3. Division of Health Economics and Health Security, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Number of hospital losses, fiscal year 2015-2019. 2019. (in Thai)
4. Burnard P. A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. Nurse Education Today 1991 [cited 2020 Feb 20];11(6):461-66. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/026069179190009Y>.
5. Lincoln YS. Guba EG. Naturalistic Inquiry [Internet]. California: SAGE Publications; 1985. Chapter 11, Establishing Trustworthiness. [cited 2020 Feb 20]. Available from: <https://ethnographyworkshop.files.wordpress.com/2014/11/lincoln-guba-1985-establishing-trustworthiness-naturalistic-inquiry.pdf>.
6. Tirat N, Sriratbal P, Khongmalai O, Witworapong N, Yucha K, Viera T. Project analysis of factors affecting financial status of health sectors in Office of the Permanent Secretary, Institute of Asian Studies, Chulalongkorn University; 2016. (in Thai)
7. Kanokwongnuwat P. Model of hospital management on breakthrough financial crisis. Journal Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2013 [cited 2020 Nov 18];30(2):106-22. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/68468/55744>. (in Thai)
8. Nuchphong C, Wongkhomthong S, Wongkhomthong J, Sritoommma N. The hospital financial strategy of chief financial officers in community hospitals under the Ministry of Public Health. Boromarajonani College of Nursing, Uttarakit Journal 2017 [cited 2020 Nov 18];9(1):23-33. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/111676/87153>. (in Thai)

9. Sirikitjarak S. Efficiency of financial management of hospitals in Surin. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office* 2019 [cited 2020 Feb 20];5(2):18-34. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/247528/168145>. (in Thai)
10. Euswas P. Factors effecting loss performance of government hospitals under the Office Permanent Secretary of the Ministry of Public Health. *Thailand Journal of Health Science*. 2019 [cited 2020 Feb 20];28(2):356-68. Available from: [www.tci-thaij.org/index.php/JHS>article>downloads/6434-Article%20Text-8874-1-10-20190430%20\(1\).pdf](http://www.tci-thaij.org/index.php/JHS/article/download/6434-Article%20Text-8874-1-10-20190430%20(1).pdf). (in Thai)