

แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัด  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
: สภาพปัญหา และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โดย

นาย พิทักษ์พล บุญมาลิก  
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร  
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 62  
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2562-2563

## หนังสือรับรอง

วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ ได้อนุมัติให้เอกสารวิจัยส่วนบุคคล เรื่อง “ แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ” ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา ของนายพิทักษ์พล บุญยมาลิก เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 62 ประจำปีการศึกษาพุทธศักราช 2562 – 2563

พลโท

( พิสิทธิ์ ปฐมเอม )

ผู้อำนวยการวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร  
สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ

## บทคัดย่อ

**เรื่อง** แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง  
สาธารณสุข : สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

**ลักษณะวิชา** สังคมจิตวิทยา

**ผู้วิจัย** นายพิทักษ์พล บุญยมาลิก      **หลักสูตร** วปอ.      **รุ่นที่** 62

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ทางการเงินและประเมินการบริหารการเงินของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 2) ศึกษาสาเหตุ ปัจจัยในความสำเร็จและความล้มเหลวของการบริหารการเงินของโรงพยาบาล และ 3) เสนอแนวทางในการบริหารการเงินสำหรับโรงพยาบาล การวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินจากข้อมูลทุติยภูมิจากข้อมูลบัญชีโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยในความสำเร็จ/ ความล้มเหลวของการบริหารการเงินของโรงพยาบาลโดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารด้านการเงินระดับเขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 ราย และผู้บริหารด้านการเงินระดับโรงพยาบาล จำนวน 78 ราย การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็น ร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า ในช่วงปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 สถานการณ์ด้านเงินของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน มีแนวโน้มดีขึ้น ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปกลับมีแนวโน้มแย่ลง การบริหารการเงินของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปพบว่าทุนสำรองมีแนวโน้มลดลง ส่วนโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การประเมินการบริหารการเงิน พบว่า แนวโน้มของภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ลดลงมาโดยตลอด โดยในปีงบประมาณ 2562 มีภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ร้อยละ 1.89 ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด สาเหตุและปัจจัยความสำเร็จในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลจากแบบสอบถามออนไลน์ พบความเห็น 2 อันดับแรกคือ ความถูกต้องและเป็นปัจจุบันของการลงบัญชี (ร้อยละ 71.79) การบริหารแผนงบประมาณการเงิน มีการวิเคราะห์และทำแผนให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และความต้องการด้านสุขภาพ (ร้อยละ 66.67) สาเหตุและปัจจัยความล้มเหลวการบริหารการเงินจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้ประเด็นหลัก คือการจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ โดยเฉพาะงบเหมาจ่ายรายหัวของงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขาด การจัดสรรเงินรายหัวโดยวิธีการรวมค่าแรงของบุคลากรตลอดจนศักยภาพและการขาดภาวะผู้นำของผู้บริหารโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแนวทางการบริหารการเงิน มีดังนี้ ควรมีการกระจายอำนาจการบริหารการเงินให้เขตสุขภาพและจังหวัดให้มากขึ้น เปลี่ยนวิธีการจัดสรรเงินโดยการแยกเงินเดือนออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว การสำรองเงินช่วยโรงพยาบาลที่มีปัญหา การเพิ่มงบประมาณ

๒

ให้เขตสุขภาพ การสำรองเงินไว้บริหารร่วมโดยใช้บัญชีเสมือน และเพิ่มการบริหารการเงินร่วมกันใน  
เขตสุขภาพ

## Abstract

**Title** Trends in financial management of the hospital under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health: Problems and policy recommendations

**Field** Social- psychology

**Name** Mr.Pitakpol Boonyamalik      **Course** NDC      **Class** 62

This study is qualitative research with the objectives of 1) studying the financial situation and assessing the financial management of the hospital under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health in the fiscal year 2015 to 2017, 2) studying the causes and factors of success/failure of hospital financial management, and 3) proposing financial management guidelines for the hospitals. Analyses of financial situations were done using secondary data from hospital accounting in the fiscal year 2015 to 2017. Studying the causes and factors of success/failure of hospital financial management was conducted by collecting data from a sample of 8 financial managers, working at the health region level and ministerial level, and 78 hospital-level financial executives. Qualitative data were collected by in-depth interviews, using structured interview forms and quantitative data were collected using online questionnaires. Data analyses were carried out using content analysis and descriptive statistics as percentages.

The study results showed that during the fiscal year 2015 to 2017, the financial situation of the regional hospitals and community hospitals tended to improve, while the trend went worse for general hospitals. Regarding the financial management of hospitals, the reserve fund of regional and general hospitals tended to decrease. As for community hospitals, there was a trend to increase. Financial management assessments demonstrated that the tendency of the financial crisis at level 7 has been decreasing all the time. In the fiscal year 2017, there was a number of hospitals with financial crisis of level 7 of 1.8%, which passed the performance criteria. The reasons and the success factors in hospital financial management from

online questionnaires were found in the top 2 opinions included the accuracy and current of accounting (71.7 percent) and the management of financial budget plans, having analyzed and made plans regarding the target group and health needs (66.67 percent). Causes and factors of financial management failure through in-depth interviews were identified, including inadequate budget allocation, especially capitation budget for the universal health coverage scheme, including of personnel salary into the capitation, and incapability and lack of leadership of hospital administrators.

The policy recommendations for financial management 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.

## คำนำ

ปัจจุบันการจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ในฐานะผู้ซื้อบริการ (Purchaser) และโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยบริการในฐานะผู้ให้บริการ (Provider) ซึ่งรูปแบบการจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลได้จัดสรรในรูปแบบเหมาจ่ายตามรายหัวประชากรในพื้นที่ที่หน่วยบริการตั้งอยู่ แม้ว่าทุกปี สปสช. จะมีการเพิ่มงบประมาณการจัดสรรต่อหัวประชากร แต่ทว่ายังไม่เพียงพอสำหรับรายจ่ายในการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาวิกฤติการเงินในทุกระดับของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประจำเป็นประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ด้วยเหตุดังกล่าวผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยโดยทำการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ และปฐมภูมิ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน ประเมินการบริหารการเงิน ศึกษาสาเหตุ ปัจจัยในความสำเร็จ และความล้มเหลวของโรงพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้บริหารด้านการเงินระดับกระทรวง และเขตสุขภาพ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย แนวทางในการจัดสรรทรัพยากร แนวทางในการบริหารการเงิน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและเป็นแนวทางการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(พิทักษ์พล บุญยมาลิก)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 62

ผู้วิจัย

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างจริงใจต่อบุคคลสำคัญที่ให้การสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือจนสำเร็จการอบรมหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร และการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีเพราะได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนอย่างดียิ่งในการศึกษาอบรมตลอดหลักสูตรจากพลโท พิสิทธิ์ ปฐมเอม ผู้อำนวยการวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร และคณาจารย์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ต่าง ๆ ให้กับผู้วิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างมากจึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณพลโท สัมพันธ์เพชร สายสรรพมงคล และพลตรี เทพชาติรี ฝั่งสระ อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้ให้คำปรึกษา คำแนะนำที่มีค่า และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องในการจัดทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้บริหารด้านการเงินระดับกระทรวง เขตสุขสุขภาพ และระดับโรงพยาบาลทุกท่านที่ได้กรุณาให้เวลาผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ความคิดเห็น และตอบแบบสอบถามออนไลน์ ทำให้ได้ข้อมูลสำคัญมีค่าอย่างยิ่งสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยและให้คำแนะนำปรับปรุงเพื่อให้ได้มาซึ่งแนวคำถามที่ชัดเจนและครอบคลุมในประเด็นที่ศึกษาวิจัย

ที่สำคัญที่สุดคือ นายแพทย์สุขุม กาญจนพิมาย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขผู้บังคับบัญชาของผู้วิจัยที่ได้ให้โอกาสและสนับสนุนในการได้มาศึกษาอบรมในหลักสูตรนี้

(พิทักษ์พล บุญมาลิก)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 62

ผู้วิจัย



## คำอธิบายคำย่อ

CEO	ย่อมาจาก	Chief Executive Officer
CFO	ย่อมาจาก	Chief Financial Officer
CHRO	ย่อมาจาก	Chief Human Resource Officer
CIO	ย่อมาจาก	Chief Information Officer
CSO	ย่อมาจาก	Chief Service Officer
CL	ย่อมาจาก	Current Liability
CMI	ย่อมาจาก	Case Mix Index
CR	ย่อมาจาก	Current Ratio
CUP	ย่อมาจาก	Contracting Unit of Primary Care
EBITDA	ย่อมาจาก	Earnings Before Interest, Tax, Depreciation and Amortization
E-bidding	ย่อมาจาก	Electronic Bidding
ERP	ย่อมาจาก	Enterprise Resource Planning
IP	ย่อมาจาก	In Patients
LC	ย่อมาจาก	Labor Cost
MC	ย่อมาจาก	Material Cost
MOE	ย่อมาจาก	Minimum Operating Expense
NI	ย่อมาจาก	Net Income
NI+ depreciation	ย่อมาจาก	Net Income + depreciation
NWC	ย่อมาจาก	Net Working Capital
OP	ย่อมาจาก	Out Patients
PP	ย่อมาจาก	Prevention & Promotion
QR	ย่อมาจาก	Quick Ratio
UC	ย่อมาจาก	Universal Coverage
สปสช	ย่อมาจาก	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ค
คำนำ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญแผนภาพ	ฎ
คำอธิบายคำย่อ	ฏ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	<b>1</b>
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
วิธีดำเนินการวิจัย	4
ข้อจำกัดของการวิจัย	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	6
คำจำกัดความ	7
<b>บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	<b>8</b>
ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข	8
ทฤษฎี หลักการ แนวคิดทางบัญชีการเงิน และบัญชีบริหาร	13
ทฤษฎี หลักการ แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข	15
เอกสาร บทความ งานวิจัย หรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหา	18
การเงินของโรงพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ	
กรอบแนวคิดการวิจัย	30
สรุป	31

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 3</b>	
<b>สถานการณ์ทางการเงิน และประเมินการบริหารการเงินของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขใน ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562</b>	<b>33</b>
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	
ส่วนที่ 2 สถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562	37
ส่วนที่ 3 ประเมินการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562	40
สรุป	55
<b>บทที่ 4</b>	
<b>แนวทางการบริหารการเงินสำหรับโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</b>	<b>59</b>
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและความ ล้มเหลวในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	60
ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยจากแบบสอบถามออนไลน์แนวโน้มการบริหารการเงิน ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และการ วิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อหาคำตอบการวิจัย	78
ส่วนที่ 3 ความเห็นเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและ ความล้มเหลวในการบริหารการเงินอื่น ๆ	90
สรุป	90
<b>บทที่ 5</b>	
<b>สรุปและข้อเสนอแนะ</b>	<b>92</b>
สรุป	92
ข้อเสนอเชิงนโยบาย	96
จุดแข็งและข้อจำกัดของงานวิจัย	98
งานวิจัยครั้งต่อไป	99

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม	100
ภาคผนวก	
ก เครื่องมือวิจัย	105
ข ดัชนีและความหมายของการวิเคราะห์ทางการเงิน	122
ประวัติย่อผู้วิจัย	144

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4 - 1 จำนวนร้อยละ สถานภาพกลุ่มตัวอย่าง (N=78)	79
4 - 2 ความถี่ การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การของงบประมาณสำหรับหน่วยบริการ ขาขึ้น (N=78)	80
4 - 3 ความถี่ การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การของงบประมาณ UC สำหรับหน่วย บริการขาขึ้น (N=78)	81
4 - 4 ความถี่ การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การจัดสรรงบประมาณ UC ขาลงจากกระทรวงและเขต (N=78)	82
4 - 5 ความถี่ การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การบริหารแผนงบประมาณ (Planfin) (N=78)	83
4 - 6 ความถี่ การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การบริหารรายรับ (N=78)	84
4 - 7 ความถี่ การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การควบคุมรายจ่าย (N=78)	85
4 - 8 ความถี่ การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การบริหารยาและเวชภัณฑ์ (N=78)	86
4 - 9 ความถี่ การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การบริหารกำลังคน (N=78)	87
4 - 10 ความถี่ การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การบริหารระบบบัญชี (N=78)	88
4 - 11 ความถี่ การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การรักษาสภาพคล่องทางการเงิน (N=78)	89

## สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
2 - 1 ยุทธศาสตร์ 20 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข (2560 – 2579)	10
2 - 2 วิสัยทัศน์ เป้าหมาย พันธกิจ และค่านิยมองค์กรของกระทรวงสาธารณสุข	11
2 - 3 หลักการของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข	15
2 - 4 กรอบแนวคิดของการวิจัย	30
3 - 1 กราฟแสดงจำนวนโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2558 – 2562 แยกตาม รพศ./รพท./รพช.	34
3 - 2 กราฟแสดงจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ แยกตามเขต	35
3 - 3 กราฟแสดงจำนวนโรงพยาบาลทั่วไป แยกตามเขตสุขภาพ	36
3 - 4 กราฟแสดงจำนวนโรงพยาบาลชุมชน แยกตามเขตสุขภาพ	36
3 - 5 กราฟแสดงความมั่นคงทางการเงิน (NWC) เงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้สินปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562	37
3 - 6 กราฟแสดงอัตราส่วนหมุนเวียน (Current Ratio) อัตราส่วนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio) ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน	38
3 - 7 กราฟแสดงวิกฤติทางการเงินตามเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน (Risk Score) ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน	39
3 - 8 กราฟแสดงกำไรสุทธิ (NI) ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน	40
3 - 9 กราฟแสดงกำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม (NI + depreciation) ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน	41

## สารบัญแผนภาพ (ต่อ)

แผนภาพที่		หน้า
3 - 10	กราฟแสดงรายรับก่อนหักดอกเบี้ยภาษีค่าเสื่อม และค่าตัดจำหน่าย (EBITDA) ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน	44
3 - 11	กราฟแสดงจำนวนโรงพยาบาลที่มีกำไร ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน	43
3 - 12	กราฟแสดงจำนวนโรงพยาบาลที่ขาดทุน ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน	44
3 - 13	กราฟแสดงการประเมินประสิทธิภาพการบริหารโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2560 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน	45
3 - 14	กราฟแสดงหนี้สินหมุนเวียน (Current Liability) ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน พร้อมคำบรรยายกราฟ	46
3 - 15	กราฟแสดงหนี้สิน ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน พร้อมคำบรรยายกราฟ	47
3 - 16	กราฟแสดงสินค้าคงเหลือ (inventories) ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน	48
3 - 17	กราฟแสดงลูกหนี้ ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน	49
3 - 18	กราฟแสดงสัดส่วนของรายจ่าย แยกประเภทเป็นเงินเดือนและค่าจ้าง ค่ายาและเวชภัณฑ์ค่าห้องปฏิบัติการและอื่น ๆ แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	50

## สารบัญแผนภาพ (ต่อ)

แผนภาพที่		หน้า
3 - 19	กราฟแสดงสัดส่วนของรายจ่าย แยกประเภทเป็นเงินเดือนและค่าจ้าง ค่ายาและเวชภัณฑ์ค่าห้องปฏิบัติการและอื่น ๆ แยกกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป	50
3 - 20	กราฟแสดงสัดส่วนของรายจ่าย แยกประเภทเป็นเงินเดือนและค่าจ้าง ค่ายาและเวชภัณฑ์ค่าห้องปฏิบัติการและอื่น ๆ แยกกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน	51
3 - 21	กราฟแสดงสัดส่วนของรายได้ แยกประเภทเป็น รายได้ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและอื่น ๆ แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ พร้อมคำบรรยายกราฟ	52
3 - 22	กราฟแสดงสัดส่วนของรายได้ แยกประเภทเป็น รายได้ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและอื่น ๆ แยกกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป พร้อมคำบรรยายกราฟ	52
3 - 23	กราฟแสดงสัดส่วนของรายได้ แยกประเภทเป็น รายได้ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและอื่น ๆ แยกกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน พร้อมคำบรรยายกราฟ	53
3 - 24	กราฟแสดงงบประมาณที่ได้รับสำหรับงบลงทุน ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562	54



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะที่ผู้ให้บริการหลักด้านระบบสุขภาพในประเทศไทย มีภารกิจหลักซึ่งเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ การสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ตลอดจนสอดคล้องกับนโยบายหลักของรัฐบาลคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา ซึ่งได้แถลงนโยบายต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2562 ข้อ 9 การพัฒนาระบบสาธารณสุขและหลักประกันทางสังคม ทั้งนี้ยังได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยเฉพาะแผนงานที่ 13 ว่าด้วยการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ด้านสุขภาพ

โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคจะขึ้นตรงกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีหลากหลายระดับตามขีดความสามารถ โดยเป็นโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีขนาดใหญ่ตั้งอยู่ตามจังหวัดต่าง ๆ จำนวน 28 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดหรืออำเภอใหญ่ ๆ รวมจำนวน 88 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนตามอำเภอทั่ว ๆ ไป จำนวน 780 แห่ง แต่สำหรับโรงพยาบาลในส่วนกลาง หรือ ในเขตกรุงเทพมหานคร จะขึ้นตรงกับกรมการแพทย์ เช่น โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลสงฆ์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เป็นต้น

เดิมงบประมาณส่วนใหญ่ในการให้บริการประชาชน จะจัดสรรตรงจากรัฐบาลสู่โรงพยาบาลของรัฐผ่านสำนักงานงบประมาณ โดยการตั้งงบประมาณตามการประมาณการของการบริการที่จะเกิดขึ้นในแต่ละปี นับตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2555 กลไกการจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลได้เปลี่ยนแปลงไป โดยได้เกิดการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แยกออกจากกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่บริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่เรียกว่า “งบบัตรทอง” ซึ่งเป็นรายรับส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข โดย สปสช. ในฐานะผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ทำหน้าที่รับงบประมาณรายหัวประชากร เริ่มต้น 1,250 บาท ต่อหัวประชากร (ซึ่งต่อมาได้ปรับขึ้นเรื่อย ๆ จนได้รับจัดสรร 3,600 บาท ในปี 2563) และจัดสรรให้โรงพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการ

(Provider) รายรับของโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับผลงานในการให้บริการ และราคาที่กำหนดโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้เกิดเป็นประเด็นที่บางคนอ้างว่าโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขขาดทุนเป็นเพราะ สปสช. จ่ายเงินค่ารักษาผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ น้อยกว่าค่าใช้จ่ายจริงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลจากการดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยอีกทั้ง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จ่ายเงินให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นแบบปลายปิด (Global Budget) และมีอัตราคงที่ ในขณะที่ สปสช. จ่ายให้โรงพยาบาลสังกัดอื่นและภาคเอกชนเป็นแบบปลายเปิดทั้ง ๆ ที่โรงพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนของ สปสช. ถึงประมาณร้อยละ 90

นอกจากนี้ สาเหตุของโรงพยาบาลประสบวิกฤติทางการเงิน อาจเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ โดยเฉพาะ ปัจจัยด้านผู้บริหารของหน่วยงานซึ่งเป็นแพทย์ ที่เรียนมาแต่วิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่ได้เรียนวิชาการทางการบริหาร ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจทางการเงินการบัญชี ส่งผลทำให้โรงพยาบาลขาดทุน นอกจากนี้ โรงพยาบาลที่มีปัญหาทางการเงินจำนวนหนึ่ง เป็นโรงพยาบาลที่อยู่บริเวณชายแดนที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน พบปัญหาที่มีชาวต่างชาติจำนวนมากข้ามเขตแดนมาใช้บริการฟรี แต่ปฏิเสธการจ่ายค่ารักษา

ปัญหาวิกฤติการเงินและภาวะขาดทุนของโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข เป็นประเด็นปัญหาต่อเนื่องของรัฐบาลมาตลอด ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา รัฐบาลพยายามในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะรัฐบาลของพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา 1 ได้มีการอนุมัติงบกลางปี 2560 จำนวน 5,000 ล้านบาท ให้กับกระทรวงสาธารณสุขมาดำเนินงาน สาเหตุมาจากโรงพยาบาลขาดทุน

ในช่วง 4 - 5 ปีที่ผ่านมา รัฐบาลได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ได้เพิ่มการจัดสรรงบประมาณในส่วนของผู้ป่วยในให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประมาณปีละ 4,000 - 5,000 ล้านบาท เพื่อแก้ไขปัญหาโรงพยาบาลขาดทุน และในส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขก็ได้เพิ่มมาตรการในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การมอบหมาย และกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลในการปฏิบัติงานให้กับผู้บริหาร การอบรมให้ความรู้ทางการบริหารการเงินให้กับผู้บริหารทางการเงิน (Chief financial officer; CFO) และผู้อำนวยการโรงพยาบาล การมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงซึ่งทำหน้าที่เป็นประธานเจ้าหน้าที่บริหาร (Chief executive officer: CEO) ของเขตสุขภาพ ดูแลปรับเกลี่ยงบประมาณเพื่อให้โรงพยาบาลที่มีกำไรมาช่วยหน่วยที่ขาดทุน เป็นต้น

แม้ว่าปัญหาวิกฤติทางการเงินดูเหมือนจะดีขึ้น แต่ก็ได้มีการเกิดปรากฏการณ์การระดมทุนจากภาคประชาชนโดยเฉพาะ “โครงการก้าวคนละก้าว” ของคุณอาทิวราห์ คงมาลัย หรือ “ตูน บอดี้สแลม” ในการวิ่งระดมทุนช่วยโรงพยาบาลของรัฐ ช่วงปลายปี 2560 และต่อเนื่องตามมามากมายโครงการ จึงเกิดคำถามหลายคำถามตามมาอาทิ เช่น ปัญหาทางการเงินของโรงพยาบาลของรัฐได้รับการแก้ไขหรือยัง ปัจจุบันสถานการณ์ที่แท้จริงเป็นอย่างไร ทำไมคุณอาทิวราห์ยังต้องออกมาระดมทุนดังกล่าว งบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐบาลมีความเพียงพอในการจัดให้บริการหรือไม่ และการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาเหมาะสมอย่างไร เป็นต้น

ด้วยความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงกำหนดคำถามการวิจัยสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ แนวโน้มสถานการณ์ทางการเงิน และการบริหารด้านการเงิน

ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562) เป็นอย่างไร อะไรคือสาเหตุและปัจจัยในความสำเร็จและความล้มเหลวของการบริหารการเงินของโรงพยาบาล และรัฐบาลควรมีแนวทางการจัดสรรงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุขอย่างไร และกระทรวงสาธารณสุขควรมีแนวทางในการดำเนินงานบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดอย่างไร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลบรรลุตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ และเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ทางการเงิน และประเมินการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562
2. เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยในความสำเร็จ และความล้มเหลวของการบริหารการเงินของโรงพยาบาล
3. เพื่อเสนอแนวทางในการบริหารการเงินสำหรับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

### ขอบเขตของการวิจัย

#### 1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

กำหนดขอบเขตด้านเนื้อหาของการวิจัย เป็นการศึกษาสถานการณ์ทางการเงิน และการบริหารด้านการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านสภาพคล่องทางบัญชี การศึกษาจากข้อมูลทางบัญชี ส่วนสาเหตุและปัจจัยในความสำเร็จ และความล้มเหลวของการบริหารการเงินของโรงพยาบาล ตลอดจนแนวทางการจัดการปัญหาจากการเก็บข้อมูลความคิดเห็นจากผู้บริหาร และผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง

#### 2. ขอบเขตด้านประชากร

กำหนดขอบเขตประชากรในการศึกษาเป็น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเป็นหน่วยงานหลักในการให้บริการสุขภาพในประเทศไทย และมีระบบบันทึกข้อมูลทางบัญชีแบบเกณฑ์คงค้าง (Accrual basis) ที่เป็นที่ยอมรับตามมาตรฐานทางการบัญชี และเป็นระบบเดียวกันทุกโรงพยาบาล ตลอดจนมีการเก็บข้อมูลมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้ม และเปรียบเทียบได้

#### 3. ขอบเขตด้านระยะเวลาการวิจัย

การวิจัยเรื่องแนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ใช้ข้อมูลทุติยภูมิในช่วงปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลา 5 ปี เป็นฐานข้อมูลในการวิจัย เนื่องจากเป็น

สถานการณ์ล่าสุด และเป็นช่วงระยะเวลาที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในกำกับติดตาม และเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานในการบริหารการเงินของโรงพยาบาล

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องแนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

### 1. การรวบรวมข้อมูล

เพื่อทำการศึกษาแนวคิด หลักการ ข้อเสนอแนะในการบริหารทางการเงินของโรงพยาบาล โดยการสืบค้นข้อมูลจากรายงานต่าง ๆ เอกสารวิชาการ วารสาร รายงานการวิจัย และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

#### 1.1 การเก็บข้อมูลทุติยภูมิ

โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลการบริหารทางการเงินจากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

1.1.1 ข้อมูลงบประมาณที่จัดสรรให้กับสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากสำนักงบประมาณ

1.1.2 ข้อมูลงบประมาณที่จัดสรรให้กับของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง

1.1.3 ข้อมูลทางบัญชีการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

#### 1.2 การเก็บข้อมูลปฐมภูมิ

1.2.1 การสำรวจความคิดเห็น (Questionnaire) โดยแบบสอบถาม ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดที่วางไว้ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือผู้บริหารด้านการเงิน (Chief Financial Officer; CFO) ระดับกระทรวง ระดับเขตสุขภาพ และระดับโรงพยาบาล โดยการใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google Form)

1.2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อสร้างแนวคำถาม ทดลองสัมภาษณ์ และนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ จากนั้น นำข้อคำถามมาปรับปรุงอีกครั้ง จนได้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือผู้บริหารโรงพยาบาลที่มีการบริหารด้านการเงินดี และผู้บริหารโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านการเงิน

#### 1.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงินการคลังสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง

ตามเนื้อหา และเพิ่มเติมประเด็นให้แบบสอบถามสมบูรณ์ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .91

1.3.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัย นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับแก้ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มาทดลองใช้กับผู้บริหารทางการเงินระดับโรงพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

#### 1.4 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากจำนวนประชากรแต่ละระดับในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีความแตกต่างกันมาก จึงใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยไม่ได้คำนวณตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละระดับ (Disproportionate Stratified Random Sampling) คือ ร้อยละ 10 ของประชากรแต่ละกลุ่ม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 92 ราย สำหรับตอบแบบสอบถามออนไลน์ และขนาดกลุ่มตัวอย่าง 8 รายสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก

#### 1.5 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

### 2. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาประมวล จัดเป็นหมวดหมู่ของเนื้อหา นำข้อมูลแต่ละหมวดหมู่ มาพิจารณาเชื่อมโยงความเหมือน ความแตกต่าง และความหลากหลายของข้อมูลที่ได้รวบรวมมา เพื่อนำมาวิเคราะห์จับประเด็น (Theme analysis) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และตีความหมาย (Interpretation analysis) เพื่อนำไปสู่การสรุปผลข้อมูลเชิงคุณภาพ

### 3. การนำเสนอข้อมูล

ใช้วิธีการนำเสนอข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการนำเสนอข้อค้นพบ และความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และตีความหมาย (Interpretation analysis) จากภาพรวมสู่ประเด็นย่อย (General-to-specific) โดยเริ่มการนำเสนอจากแนวคิดหลัก ที่ตอบคำถามการวิจัย แล้วจึงนำข้อมูลไปเจาะประเด็นย่อยเป็นเรื่อง ๆ ในส่วนของการนำเสนอข้อมูลของการสำรวจความคิดเห็นโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) การวิเคราะห์แยกหมวดหมู่สรุปประเด็นต่าง ๆ การใช้สถิติเชิงพรรณนา บรรยายจำนวน และร้อยละของตัวแปรข้อมูล จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ทั้งสองส่วน มาสังเคราะห์ข้อเสนอแนะ เพื่อเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหา (เชิงนโยบาย) สำหรับผู้เกี่ยวข้องต่อไป

### ข้อจำกัดของการวิจัย

ระบบข้อมูลทางบัญชีการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบบันทึกข้อมูลทางบัญชีแบบเกณฑ์คงค้าง (Accrual basis) ที่เป็นที่ยอมรับตาม

มาตรฐานทางการบัญชี และเป็นไปตามมาตรฐานระบบบัญชีภาครัฐของกรมบัญชีกลาง อย่างไรก็ตาม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำลังดำเนินการพัฒนาการเก็บข้อมูลทางบัญชีบริหาร โดยเฉพาะข้อมูลต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วย เนื่องจากมีความละเอียดและซับซ้อนจำเป็นต้องใช้เวลาในการดำเนินการอีกระยะหนึ่ง การวิเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลทางบัญชีการเงินอย่างเดียวในการศึกษาครั้งนี้ อาจมีข้อจำกัดในการประเมินความสามารถในการบริหารงานของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจะพยายามวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลด้วยความระมัดระวัง

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงสถานการณ์ทางการเงิน และประเมินการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา
2. ทำให้ทราบถึงสาเหตุและปัจจัยในความสำเร็จ และความล้มเหลวของการบริหารการเงินของโรงพยาบาล
3. ผลวิจัยจะทำให้กระทรวงสาธารณสุข มีแนวทางในการบริหารการเงินสำหรับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาระบบการจัดสรรงบประมาณด้านการบริการสุขภาพที่เหมาะสม นำไปสู่การลดจำนวนโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบปัญหาวิกฤตการเงิน เพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ดีต่อไป

### คำจำกัดความ

ระบบบัญชี	หมายถึง	ระบบการจัดเก็บข้อมูลทางการเงิน
การบัญชีการเงิน	หมายถึง	การบัญชีที่เกี่ยวกับการจัดเก็บรวบรวม จำแนก และรายงานข้อมูลทางการเงินของกิจการที่เกิดขึ้นในอดีตให้กับบุคคลภายนอกที่ต้องการข้อมูลทางการเงิน
การบัญชีบริหาร	หมายถึง	การบัญชีที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางการเงินแก่ผู้บริหาร ภายในกิจการใช้ในการวางแผน ควบคุม และการตัดสินใจในการดำเนินกิจการต่าง ๆ ของกิจการ
เกณฑ์คงค้าง	หมายถึง	วิธีการทางบัญชีที่ใช้เป็นหลักในการพิจารณาบันทึกรายได้ และค่าใช้จ่ายให้อยู่ในงวดต่าง ๆ โดยคำนึงถึงรายได้ที่พึงรับ และค่าใช้จ่ายที่พึงจ่าย เพื่อให้แสดงผลการดำเนินงานของแต่ละงวดนั้นอย่างเหมาะสม ทั้งนี้โดยไม่คำนึงถึงรายรับและรายจ่ายเป็นเงินสดว่าได้รับเงินมาแล้วหรือจ่ายเงินไปแล้วหรือไม่ตามเกณฑ์เงินสด

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาหัวข้อเรื่อง แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้มีการนำทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข
2. ทฤษฎี หลักการ แนวคิดทางบัญชีการเงิน (Financial Accounting) และบัญชีบริหาร (Management Accounting)
3. ทฤษฎี หลักการ แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics)
4. เอกสาร บทความ งานวิจัย หรือมาตรการที่เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการเงินของโรงพยาบาล ทั้งในและต่างประเทศ
5. กรอบแนวคิดของการวิจัย
6. สรุป

### ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข

การดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งที่สนับสนุนเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่มุ่งไปสู่ “ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยตอบสนองกับยุทธศาสตร์ชาติทั้ง 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความมั่นคง ทางสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายเพื่อสร้างความมั่นคงทางยาของประเทศ (National Drug Security) เนื่องจากผลิตภัณฑ์ยา และเวชภัณฑ์จัดเป็นสินค้าที่เป็นความจำเป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิต มีความอ่อนไหวและเป็นสินค้าคุณธรรม (Merit Goods) ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชน การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ให้แก่ประชาชนในประเทศอย่างพอเพียง ทั้งในสภาวะปกติและสภาวะฉุกเฉิน จึงมีความสำคัญมาก

2. ด้านการเสริมสร้างความสามารถในการแข่งขัน โดยการสนับสนุนการพัฒนาประเทศไทยให้มีความสามารถทางการแข่งขัน ไปสู่การเป็นศูนย์กลางด้านการรักษาพยาบาล (Medical Hub) เนื่องจากประเทศไทยมีความเข้มแข็งด้านการมีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ มีเทคโนโลยีในการรักษาที่ทันสมัย และมีระบบการจัดการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีอุตสาหกรรมภาคท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียง ที่สามารถสนับสนุนและต่อยอด เป็นการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical Tourism)

3. ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด โดยมุ่งเน้นในการจัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี จัดโปรแกรมการป้องกันโรคโดยการส่งเสริมปัจจัยในการป้องกันโรค และขจัดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค การจัดระบบรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน มีเทคโนโลยีการรักษที่เหมาะสม ตลอดจนการคุ้มครองผู้บริโภค และการป้องกันภัยด้านสุขภาพ โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่ ที่ทำให้เกิดการระบาดในวงกว้าง โดยมีเป้าหมายสำหรับประชาชนทุกช่วงวัย นำไปสู่ประชากรที่มีสุขภาพดี และมีอายุยืน สามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือสังคม ไม่เป็นภาระสังคมโดยปราศจากความพิการ

4. ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม เพื่อสร้างความเสมอภาคในโอกาสการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน สำหรับคนไทย และผู้ที่อยู่ในแผ่นดินไทย พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพที่มีความครอบคลุม คุณภาพ และมีความเท่าเทียมกัน ลดคร้าวเรือนยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

5. ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยการมีระบบโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลที่มีระบบประหยัดพลังงาน มีระบบการกำจัดขยะติดเชื้อ และระบบบำบัดน้ำเสียที่มีมาตรฐาน เพื่อรักษาสิ่งแวดล้อม

6. ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานด้านสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่มีคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นพื้นฐานหลักของการบริหารจัดการที่ดี

แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข คือ แผนแม่บทที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยมีเป้าหมายในการสร้างคนไทยให้มีสุขภาวะที่ดีขึ้น และมีความเป็นอยู่ที่ดี มีตัวชี้วัดหลักเป็นอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง และแผนแม่บทที่ 17 ความเสมอภาคและหลักประกันทางสังคม ที่มีเป้าหมายให้คนไทยทุกคนได้รับการคุ้มครอง และมีหลักประกันทางสังคมเพิ่มขึ้น โดยมีตัวชี้วัดคือสัดส่วนประชากรที่ได้รับความคุ้มครองตามระบบ และมาตรการคุ้มครองทางสังคม

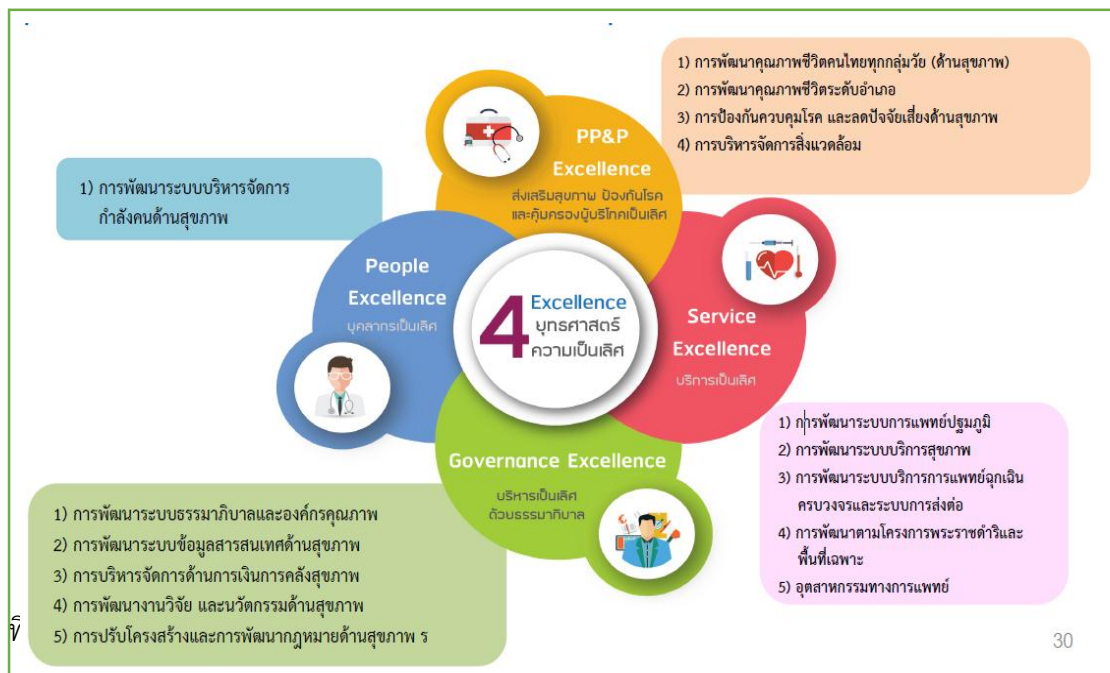
กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุขตามยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (แผนภาพที่ 2 -1) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) ประกอบด้วย 4 Excellences ได้แก่ ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) ด้านบริการ



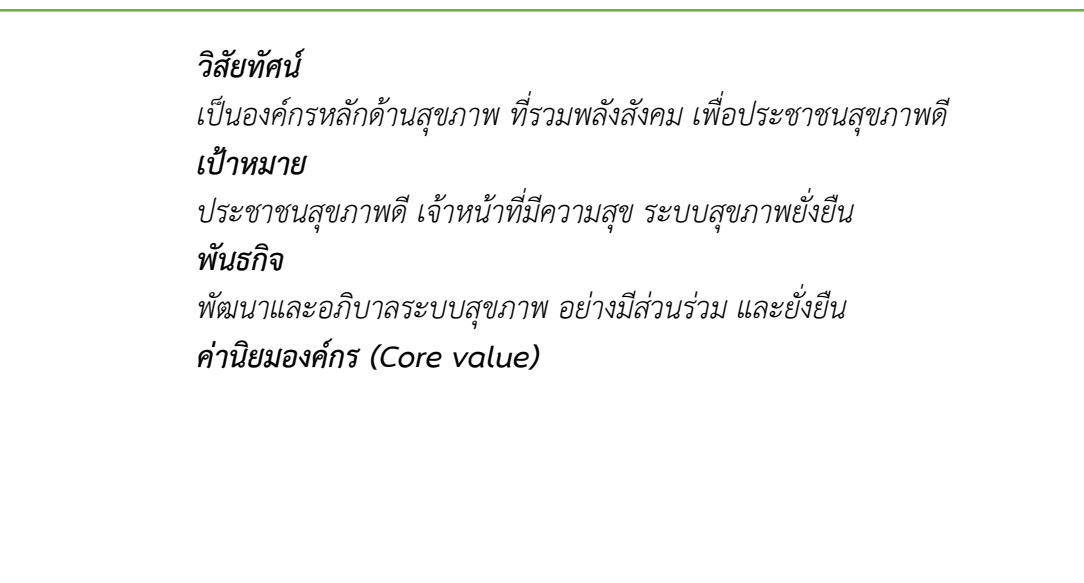
เป็นเลิศ (Service Excellence) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

เมื่อพิจารณาความสอดคล้องเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ ยุทธศาสตร์ชาติ ฯลฯ เพื่อขับเคลื่อนสู่การบรรลุเป้าหมาย ให้ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพ ส่งเสริมการมีสุขภาพดี กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย พันธกิจ และค่านิยมองค์กร โดยมีความสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข ดังแผนภาพที่ 2 - 2

แผนภาพที่ 2 - 1 ยุทธศาสตร์ 20 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข (2560 – 2579)



แผนภาพที่ 2 - 2 วิสัยทัศน์ เป้าหมาย พันธกิจ และค่านิยมองค์กรของกระทรวงสาธารณสุข



“MOPH”

M: Mastery เป็นนายตนเอง

O: Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่

P: People center ใส่ใจประชาชน

H: Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม

ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2561

อ้างอิงแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดไว้ 4 ยุทธศาสตร์ ความเป็นเลิศ ตามที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้น เพื่อให้เชื่อมโยงกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงขอกล่าวถึง รายละเอียดยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ประกอบด้วย 5 แผนงาน 8 โครงการ ซึ่งแผนงานที่ 13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง โครงการที่ 43 บริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

### สถานการณ์ปัจจุบัน

หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ที่ประสบ ภาวะวิกฤติทางการเงิน (สูงสุดระดับ 7) ปี 2560 ไตรมาส 3 ร้อยละ 3.23

### วัตถุประสงค์

- เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง
- เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ
- เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และภาคประชาชนในการสนับสนุนหน่วยบริการ

### ระยะที่ 1 (Phase 1)

พ.ศ. 2560 – 2564 ไม่มีหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

### มาตรการสำคัญ

- สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)
- พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management)
- ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)
- จัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)
- พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนปฏิบัติการระยะ 3 ปี (พ.ศ.2563 - 2565) ได้วางกรอบแนวคิดให้มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560 - 2579) ในยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Government Excellence) สำคัญ ดังนี้

1. เป้าหมาย การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้ประชาชน มีหลักประกันสุขภาพทั่วถึง เป็นธรรม
2. ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 พ.ศ. 2563 – 2565 น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 4 วิกฤติทางการเงิน ระดับ 6 พ.ศ. 2563 - 2565 น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8, 6 และ 4 ตามลำดับ
3. แนวทางพัฒนาระบบสารสนเทศด้านการเงินการคลัง และหลักประกันสุขภาพ
4. แผนงาน/โครงการสำคัญ แผนงานที่ 3 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง สุขภาพ โครงการที่ 2 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

### การขับเคลื่อนและติดตามประเมินผล

แนวทางในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการซึ่งเป็นแผนระยะสั้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เป็นกรอบแนวทางในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขจะเน้นการถ่ายทอดไปสู่ระดับเขตสุขภาพ โดยผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนการติดตามประเมินผลกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เทคโนโลยี และนวัตกรรม พัฒนาระบบติดตามประเมินผลผ่านระบบการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ (Strategic Management System: SMS) ในพื้นที่เขตสุขภาพและจังหวัดตามกรอบยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ (Excellence) 4 ด้าน

## ทฤษฎี หลักการ แนวคิดทางบัญชีการเงิน (Financial Accounting) และ บัญชีบริหาร (Management Accounting)

### 1. ความหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้ให้ความหมาย บัญชีการเงิน (Financial Accounting) และบัญชีบริหาร (Management Accounting) ในทางบริหารธุรกิจที่คล้ายคลึงกัน สรุปได้ ดังนี้

บัญชีการเงิน (Financial Accounting) หมายถึง การบัญชีที่เกี่ยวกับการสรุปวิเคราะห์ และการทำรายงานทางการเงินซึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินงานของธุรกิจแสดงในเห็นถึงสถานะทางการเงินเสนอต่อบุคคลภายนอก

บัญชีบริหาร (Management Accounting) หมายถึง การใช้วิธีการทางบัญชี รวบรวมข้อมูล จัดทำรายงานทางการเงินใช้ในการบริหาร เพื่อจัดทำงบประมาณ กำหนดต้นทุน เพื่อตัดสินใจระยะสั้นและวิเคราะห์โครงการลงทุนระยะยาว

ความสัมพันธ์ระหว่างบัญชีการเงินและบัญชีบริหาร ต้องใช้ร่วมกัน ข้อมูลบัญชีการเงินต้องนำมาใช้ในบัญชีบริหารโดยตรงและต้องปรับปรุง เช่น ค่าเสื่อมฯ การรับจ่ายกระแสเงินสด บัญชีการเงินต้องใช้ข้อมูลจากบัญชีบริหาร เช่น ต้นทุนสินค้าคงเหลือ ซึ่งได้มาจากบัญชีต้นทุนเป็นมาตรฐานตัดสินใจ

## 2. หลักการของบัญชีบริหาร (Management Accounting Principles)

สถาบันนักบัญชีบริหาร(Chartered Institute of Management Accountants, 2014) ได้กล่าวถึง หลักการทางบัญชีบริหารประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. อิทธิพลของการสื่อสารที่ให้ข้อมูลเชิงลึก (Communication provides insight that is influential) เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนช่วยในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการใช้กลยุทธ์การสื่อสาร ในองค์กรทุกระดับ หลักการนี้ช่วยให้องค์กรเกิดความคิดแบบบูรณาการ ทำให้เกิดการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถสนับสนุนการตัดสินใจขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อมูลสารสนเทศตรงประเด็น (Information is relevant) การสร้างสารสนเทศที่ตรงประเด็นสามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจภายในองค์กร โดยหลักการนี้ได้นำเสนอเกี่ยวกับสารสนเทศทั้งอดีต ปัจจุบัน และอนาคต รวมถึงสารสนเทศทั้งที่เป็นเงิน และไม่เป็นการเงินจากทั้งภายในและภายนอกองค์กร

3. การวิเคราะห์ผลกระทบต่อคุณค่า (Impact on value is analyzed) บัญชีบริหารที่เชื่อมโยงกับกลยุทธ์ขององค์กรกับรูปแบบทางธุรกิจ หลักการนี้ช่วยให้องค์กรคาดการณ์ผลกระทบในแต่ละฉากทัศน์ที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงผลกระทบในแต่ละฉากทัศน์ และคงไว้ซึ่งคุณค่าขององค์กร

4. ผู้บริหารต้องสร้างความเชื่อมั่นต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stewardship builds trust) มีความรับผิดชอบ และความรอบคอบในกระบวนการตัดสินใจอย่างเที่ยงธรรม ความสมดุลระหว่างผลประโยชน์ระยะสั้นกับคุณค่า ในระยะยาวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะช่วยสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่น และความไว้วางใจ ความยั่งยืน (Sustainability) รวมทั้งความซื่อสัตย์ และจริยธรรม (Integrity and ethics) หลักการดังกล่าวสามารถนำมาใช้กับทุกขนาดขององค์กร

## 3. ความแตกต่างระหว่างบัญชีการเงินและบัญชีบริหาร

วริศรา ดวงตาน้อย (2557) ได้กล่าวถึงความแตกต่างระหว่างบัญชีการเงินและบัญชีบริหารไว้ว่า บัญชีการเงิน ใช้ระบบบัญชีคู่ แยกประเภทข้อมูล ทำรายงานการเงิน คำนึงถึงการใช้ของบุคคลภายนอก ไม่ค่อยยืดหยุ่นเป็นบัญชีที่เกิดขึ้นแล้ว

“บัญชีบริหาร ไม่มีการรวบรวมที่แน่นอน ข้อมูลเกือบทั้งหมดได้จากรายงานของบัญชีการเงิน ข้อมูลประกอบด้วย อดีต ปัจจุบัน อนาคต หน่วยของข้อมูล เป็นหน่วยเงินตรา และเป็นจำนวนหน่วย”

เกณฑ์ในการรวบรวมของบัญชีการเงิน คือ หนี้สิน ทรัพย์สิน ส่วนของเจ้าของ กำไร ส่วนบัญชีบริหารรวบรวมตามความรับผิดชอบ

- งวดเวลาบัญชีการเงิน ใช้ เดือน ไตรมาส ปี ไม่มียืดหยุ่น
- งวดเวลาบัญชีบริหาร ใช้ตามบัญชีการเงิน และตามความต้องการของฝ่ายบริหาร
- รูปแบบของรายงานบัญชีการเงิน ไม่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ งบกำไร งบดุล งบกระแสเงินสด

- รูปแบบรายงานบัญชีบริหาร เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของฝ่ายบริหาร
- บัญชีการเงิน ต้องมีความเชื่อถือได้ เป็นข้อมูลที่เกิดขึ้นแล้วเท่านั้น
- บัญชีบริหาร เชื่อถือได้น้อย เพราะส่วนหนึ่งเป็นข้อมูลในอนาคต

#### 4. บัญชีการเงิน (Financial Accounting)

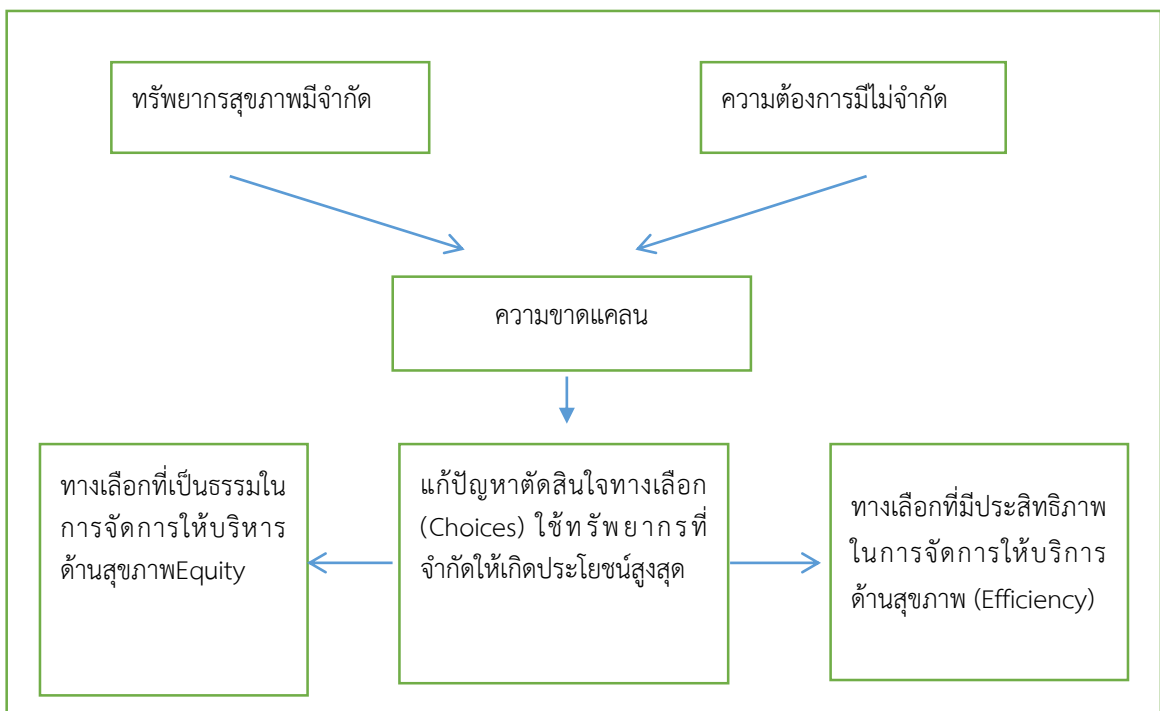
เป็นการจัดทำบัญชีเพื่อนำเสนอข้อมูลทางการเงินที่เกิดขึ้นในอดีตแก่บุคคลทั่วไป ได้ทราบ ซึ่งอาจเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องหรือไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงานของธุรกิจเหล่านั้นก็ได้ เช่น ผู้ถือหุ้น นักลงทุน เจ้าหนี้ หน่วยงานของรัฐบาล พนักงาน หรือบุคคลที่สนใจทั่วไป เป็นต้น โดยจะนำเสนอในรูปแบบของงบการเงินโดยภาพรวมของธุรกิจ ซึ่งเป็นผลมาจากการจัดทำตามข้อปฏิบัติทางกฎหมาย และการปฏิบัติตามมาตรฐานการบัญชีที่รองรับทั่วไป

#### ทฤษฎี หลักการ แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics)

สุธิดา มาสุชน (2559) ได้กล่าวถึง ทฤษฎี หลักการ แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ดังต่อไปนี้

“เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics) คือ ศาสตร์ที่ว่าด้วยการประยุกต์แนวคิดหลักการทางเศรษฐศาสตร์มาใช้ในการวิเคราะห์ จัดกิจกรรม และแก้ไขปัญหาในด้านการให้บริการสุขภาพเพื่อการตัดสินใจเลือกใช้ และการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดในการยกระดับสุขภาพประชาชนอย่างเป็นธรรม”

แผนภาพที่ 2 – 3 หลักการของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข



### ลักษณะพิเศษสินค้าหรือบริการสุขภาพ

- เป็นสินค้าจับต้องไม่ได้ (Intangible goods)
- ผู้ผลิตและผู้บริโภคต้องเกิดขึ้นพร้อมกันแยกกันไม่ได้ (Inseparability)
- เป็นสินค้าที่ไม่สามารถสำรองหรือเก็บไว้ล่วงหน้าได้ (Inventory)
- เป็นสินค้าคุณธรรม (Merit goods)
- ผู้บริโภคไม่ใส่ใจราคาของสินค้า
- ผู้ผลิตเป็นผู้ตัดสินใจเลือกสินค้าหรือบริการให้ผู้รับบริการ
- เป็นสินค้าที่มีความไม่แน่นอนในด้านผลลัพธ์

### ต้นทุนการผลิตในโรงพยาบาล

- แผนกต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้หรือแผนกบริการทั่วไป (Non-Revenue Producing Cost Center) ได้แก่ หน่วยจ่ายกลาง ฝ่ายวิชาการ ซักฟอก ความสะดวก รักษาความปลอดภัย เป็นต้น
- แผนกต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue Producing Cost Center) ได้แก่ ชั้นสูตร รังสีวิทยา ค่ารักษา ค่าแพทย์ ค่าเวชภัณฑ์ ค่าฟื้นฟูสภาพ
- แผนกบริการผู้ป่วยโดยตรง (Patient Service Cost Center) ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน

### ความเป็นธรรม (Equity) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ความเป็นธรรมในแนวราบ (Horizontal Equity) เน้นที่บุคคลหรือกลุ่มที่มีคุณลักษณะคล้ายกัน ควรได้หลาย ๆ อย่าง เช่น การบริการ การปฏิบัติที่เท่า ๆ กัน หรือเหมือน ๆ กัน เช่น ผู้ป่วยโรคเดียวกันการรักษาน่าจะเหมือนกัน ค่าใช้จ่าย ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (Length of Stay; LOS) การเข้าถึงสุขภาพ (Accessibility)
2. ความเป็นธรรมในแนวตั้ง (Vertical Equity) เน้นที่ความแตกต่างที่มีอยู่ระหว่างบุคคลหรือกลุ่ม คนที่มีความแตกต่างในบางด้าน เช่น คนยากจนควรได้รับความช่วยเหลือจากรัฐมากกว่าคนรวย หรือคนที่มีปัญหาสุขภาพมากควรได้รับการรักษามากกว่าคนปกติ

### ประเด็นความไม่เป็นธรรม

- ทางกายภาพและสาธารณสุขระหว่างเมืองหลวง และชนบท
- ระบบบริการสาธารณสุข ข้าราชการ ประกันสังคม หลักประกันสุขภาพ
- ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การเข้าถึง ทรัพยากร ศักยภาพบุคลากร และคุณภาพ การดูแล
- การกระจายบริการทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

### การประเมินและการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

- Efficacy มีประสิทธิภาพ เช่น ยา เครื่องมือแพทย์รักษาโรคได้ดี ใช้ได้ผลดีจริงหรือไม่
- Effectiveness มีประสิทธิผล ได้ประโยชน์อย่างแท้จริง ได้ผลทางปฏิบัติ
- Efficiency (ประสิทธิภาพคุ้มค่า) : ดูผลว่าคุ้มค่า คุ้มทุนหรือไม่
- Equity เป็นธรรม : ทุกคนสามารถเข้าถึงได้เป็นธรรมหรือไม่

บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Account - NHA) คือ แม่แบบของการบริหารการเงินทางระบบสุขภาพจากหน่วยงาน (Agency) ไปสู่ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่าประเทศหนึ่ง ๆ ได้ใช้ทรัพยากรของประเทศ เพื่อกิจกรรมด้านสุขภาพมากน้อยเพียงไร ใครเป็นผู้จ่าย และจ่ายเพื่อกิจกรรมใด และไปยังผู้จัดบริการใด

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (National Health Expenditure) ค่าใช้จ่ายถูกจ่ายในด้านรักษาพยาบาล อัตราการเพิ่มขึ้นของมูลค่ายามากกว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลส่งเสริมให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นจาก ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มีโรคใหม่ที่ต้องการเทคโนโลยีมากขึ้น มีประกันสุขภาพที่ครอบคลุมมากขึ้น สถาบันครอบครัว มีแนวโน้มอ่อนแอลง

### ปัญหาสถานการณ์ปัจจุบัน

- ต้นทุนสูงขึ้น
- ความคาดหวังผู้รับบริการมากขึ้น
- แบบแผนการเจ็บป่วยเปลี่ยนไป
- ใช้ทรัพยากรไม่มีประสิทธิภาพ
- ความเสี่ยงด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น
- การแพร่กระจายของโรคไม่มีพรมแดน
- พฤติกรรมคนไทยเปลี่ยนแปลง ปัญหาวัฒนธรรม ค่านิยม การบริโภค
- การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร
- ความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพเจ็บป่วยจากการทำงาน
- อุบัติเหตุ อุบัติภัยยังเป็นปัญหาต่อเนื่อง
- กรมบัญชีกลางตรวจการใช้จ่ายให้เป็นไปตามข้อบ่งชี้
- ปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเป็นวิกฤติของชาติ

### ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

- ตอบวัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพ: เป็นธรรม (Equity) / ประสิทธิภาพ คุ่มค่า (Efficiency) / ประสิทธิผล (Effectiveness) / ทางเลือกผู้บริโภค (Consumer choice) / คุณภาพ (Quality)
- สร้างเจตนาใหม่เกี่ยวกับสุขภาพ และความคิดเชิงระบบ
- ระบบสุขภาพเชิงรุก
- การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม

## เอกสาร บทความ งานวิจัย หรือมาตรการที่เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการเงินของโรงพยาบาล ทั้งในและต่างประเทศ

### 1. การทบทวนสถานะการเงินในอดีต และสภาพปัญหาการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขไทย

โครงการศึกษาข้อมูลทางการเงินเพื่อประเมินข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถานะการเงินและการวิเคราะห์ปัญหาการขาดทุนของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559) รายงานของบริษัท อี วาย EY ได้รายงานผลการวิเคราะห์และประเมินระดับประเทศสรุปข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถานะทางการเงินปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างหน่วยบริการ 25 แห่ง โดยใช้หลักการจัดกลุ่มโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน หลักการและการวิเคราะห์งบการเงิน (Financial ratios) หลักการ และวิธีการคำนวณต้นทุน เพื่อนำมาจัดทำผลการวิเคราะห์ประเมินระดับประเทศไทย และนำเสนอผลสรุปข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถานะการเงินปัจจุบันของหน่วยบริการกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์ปัญหาการขาดทุน และวิเคราะห์ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างหน่วยบริการ 25 แห่ง พบว่า

1.1 ค่าใช้จ่ายบุคลากร คิดเป็นร้อยละ 40 - 70 ของต้นทุนทั้งหมด หากคิดเป็นสัดส่วนของรายได้จากการดำเนินงาน หน่วยบริการบางแห่งมีค่าใช้จ่ายบุคลากรเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 100 ของรายได้งบประมาณบุคลากร ในขณะที่หน่วยบริการได้รับรายได้งบประมาณส่วนบุคลากรโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายบุคลากร (เฉลี่ยรวม 25 แห่ง) ซึ่งสาเหตุจากการไม่มีตำแหน่งข้าราชการสำหรับเจ้าหน้าที่สนับสนุน และงบประมาณกำลังคนรวมถึงเจ้าหน้าที่พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอ

1.2 รายได้จากค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสิทธิ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) เป็นรายได้หลักของหน่วยบริการขนาดเล็ก เช่น โรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ปกติ และพื้นที่ห่างไกลโดยมีสัดส่วนร้อยละ 70 ถึงร้อยละ 90 ของรายได้จากค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด หน่วยบริการ มีจำนวนประชากรขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) โดยเฉลี่ยประมาณ 20,000 - 30,000 ราย เนื่องจากเป็น โรงพยาบาลที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยในจึงเป็นโรคที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามค่าวันนอน (Adjusted RW) ไม่สูง ส่งผลให้รายได้จากผู้ป่วยในมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 20 - 30 ของรายได้จากการค่ารักษาผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ทั้งหมด ในขณะที่หน่วยบริการมีต้นทุนคงที่



ที่ต้องมีอยู่เพื่อใช้ในการดำเนินงานและให้บริการ ทำให้มีต้นทุนต่อหน่วยในการรักษาสูง โรงพยาบาลชุมชนจึงมีโอกาสน้อยที่จะสร้างรายได้ให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

1.3 อัตราการรักษาจากผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการที่ได้รับอยู่ในปัจจุบันค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบกับอัตราที่โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไปได้รับ ในกรณีที่หน่วยบริการไม่เข้าเกณฑ์ ที่จะเข้าเป็นคู่สัญญากับกองทุนประกันสังคม หน่วยบริการจะได้รับค่ารักษาตามอัตราที่ตกลงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เป็นคู่สัญญากับกองทุนประกันสังคม จากการวิเคราะห์ต้นทุนพบว่าอัตราที่ได้รับจากโรงพยาบาลแม่ข่ายต่ำกว่าต้นทุนการรักษา ทั้งยังมีระยะเวลาเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาสิทธิประกันสังคมนานกว่าลูกหนี้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) หรือสิทธิข้าราชการ นอกจากนี้โรงพยาบาลชุมชนสามารถเรียกเก็บค่ารักษาผู้ป่วยสิทธิข้าราชการในอัตราที่ต่ำกว่าโรงพยาบาลศูนย์มาก (ไม่ถึง 1 ใน 3 ของที่โรงพยาบาลศูนย์ได้รับ) และอัตราที่สิทธิข้าราชการจ่ายให้กับโรงพยาบาลชุมชนต่อการปรับค่าตามวินนอน (Adjusted RW) ต่ำกว่าต้นทุนค่ารักษาพยาบาล

รายงานของสถาบันเอเชียศึกษา และข้อเสนอแนะ โดยมีผู้วิจัยหลัก คือนวพลน้อย ตรีรัตน์ และผู้ร่วมวิจัย (2559) ทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อสถานะทางการเงินของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ เลือกกลุ่มสถานบริการแบบเจาะจง (Purposive) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเชิงลึกกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองบริหาร หัวหน้าภารกิจ ผู้บริหารด้านการเงิน (Chief Financial Officer: CFO) ในหน่วยบริการที่มีปัญหาทางการเงินเรื้อรัง 20 แห่ง และหน่วยบริการที่ไม่มีปัญหาทางการเงิน 5 แห่ง

ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อสถานะทางการเงินของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบปัจจัยในระดับภาพรวม (Macro-level factors) ที่ส่งผลกระทบต่อสถานะการเงินของโรงพยาบาล มีประเด็นที่สำคัญดังนี้

นโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลแทบทุกแห่งได้รับผลกระทบจากระบบการเบิกจ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากมีความซับซ้อนและเข้าใจยาก ทำให้ไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้อย่างที่พึงจะได้ อีกทั้งยังเป็นระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถวางแผนการจัดการการให้บริการในระยะกลาง-ยาวได้ ก่อให้เกิดต้นทุนแก่โรงพยาบาล ทั้งในด้านการจัดการข้อมูลที่ต้องมีการว่าจ้างบุคลากรเพิ่มเติม (Transaction Cost) และต้นทุนจม (Sunk Cost) อันเนื่องมาจากการลงทุนในการเตรียมการให้บริการที่ก่อให้เกิดรายได้ในอดีตแต่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ในปัจจุบัน เพราะการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การจัดสรรและการเบิกจ่าย

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลแทบทุกแห่งได้รับผลกระทบการปรับเพิ่มค่าตอบแทนของบุคลากร และมีเสียงสะท้อนว่าไม่ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงฯ ในด้านการลงทุนเรื่องของซอฟต์แวร์ในการจัดการฐานข้อมูลโรงพยาบาลการเงิน และการบัญชีมากเพียงพอ แม้วาระบบข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญมากต่อการเบิกจ่ายกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (อันส่งผลต่อรายได้ของโรงพยาบาลในที่สุด) ก็ตาม นอกจากนี้ยังพบว่ากระทรวงฯ มีแนวโน้มที่จะขยายจำนวนโรงพยาบาล และยกระดับโรงพยาบาลบางแห่งอย่างต่อเนื่องทำให้จำนวน

ผู้รับสิทธิประโยชน์ที่ลงทะเบียน (Closed Enrollment) กับโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ก่อนหน้าแล้ว ลดลงเป็นผลให้ใช้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวน้อยลงและขาดทุนในที่สุด

การทำงานร่วมกันภายในเขต/จังหวัด/เครือข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับโรงพยาบาล (Contracting Unit for Primary Care: CUP) พบว่าโรงพยาบาลใน CUP เดียวกัน มีการทำงานเป็นเครือข่ายแต่ระดับการช่วยเหลือระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลลูกข่าย แตกต่างกันไปตามศักยภาพของโรงพยาบาลแม่ข่าย นอกจากนี้ ยังพบว่าโรงพยาบาลในจังหวัดส่วนใหญ่ได้มีการบริหารงบประมาณร่วมกันผ่านกลไกความสัมพันธ์ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โดยการบริหารงบประมาณร่วมกัน รวมถึง (1) การปรับเกลี่ยงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับการจัดสรรมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับ CUP โดยการให้บริการคือ การที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดสรรงบประมาณให้แก่แต่ละโรงพยาบาลโดยคำนึงถึงข้อจำกัดของแต่ละโรงพยาบาลมีอยู่ และทำการถ่ายโอน (Transfer) งบประมาณบางส่วนระหว่างกันเพื่อให้ในภาพรวม โรงพยาบาลในจังหวัดทั้งหมด ไม่ติดลบทางการเงินมากจนเกินไปนัก (ตัวอย่างเช่นบางโรงพยาบาลมีข้าราชการมาก) ค่าใช้จ่ายบุคลากรสูงก็จำเป็นต้องได้รับการจัดสรรงบประมาณรายหัวในสัดส่วนที่สูงกว่าที่จะได้จากจัดสรรโดยจำนวนหัวประชากร จึงจะสามารถดำเนินการได้ นอกจากนี้ยังมีการปรับเกลี่ยในช่วงหลัง การให้บริการ โดยโรงพยาบาลในจังหวัดมีการบริหารหนี้ระหว่างกันผ่านแผนการตามจ่ายในกรณี ที่มีคนไข้ส่งต่อ หรือในบางกรณีก็มีการยกเลิกหนี้ตามหลักการ “พี่ช่วยน้อง” และ (2) การบริหารจัดการรายจ่ายร่วมกัน โดยมีนโยบายสอบราคาจัดซื้อยา และอุปกรณ์การแพทย์ร่วมกันที่ ระดับจังหวัด มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) และอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ การให้คำแนะนำ และติดตามการตรวจสอบ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ผ่านประธานบริหาร (Chief Executive Officer: CEO) ของเขตสุขภาพ และผู้บริหารด้านการเงินการคลัง (Chief Financial Officer) จังหวัด

สรุปผลการวิจัย เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลต้นทุนบริการโรงพยาบาล โครงการศึกษาข้อมูลทางการเงินเพื่อประเมินข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถานะการเงิน และการวิเคราะห์ปัญหาการขาดทุนของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559) ร่วมกับความคิดเห็นของผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาทางการเงิน และประสิทธิภาพประสิทธิผลของโรงพยาบาล ในประเด็นสำคัญประกอบด้วย

1) การเปลี่ยนแปลงระเบียบ และวิธีการจัดสรรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) บ่อย และการจัดการระบบข้อมูล/การเบิกจ่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) มีความซับซ้อน ส่งผลให้โรงพยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจในระเบียบวิธีการจัดสรร และการเบิกจ่าย และทำให้มีความยากลำบากในการจัดทำ และติดตามแผนการบริหาร และแผนการเงิน

2) ระบบฐานข้อมูล และการจัดการข้อมูล ทำให้โรงพยาบาลขาดเครื่องมือในการวิเคราะห์การบริหารจัดการการเงิน

3) ปัญหาพื้นที่ประชากรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) เบาบาง/กระจาย และพื้นที่ห่างไกล หรือเป็นเกาะซึ่งประชากรเบาบาง รายได้หลักโรงพยาบาลจึงพึ่งรายได้จัดสรรจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ในสัดส่วนที่สูง

4) การเพิ่ม และยกระดับโรงพยาบาล โดยหน่วยบริการขาดการวางแผนการลงทุนขาดการวิเคราะห์ต้นทุน - ผลได้ที่ชัดเจน และขาดการวางแผนในระดับปฏิบัติการ มีผลให้เมื่อมีการเพิ่มโรงพยาบาล ก็ไปแบ่งประชากรจากโรงพยาบาลใกล้เคียง ซึ่งในหลายกรณีส่งผลให้รายได้ของสถานพยาบาลใกล้เคียงลดลงและมีปัญหาทางการเงินได้ การขยายการให้บริการของบางโรงพยาบาลสามารถส่งผลกระทบต่อการตั้งผู้ป่วยจากสถานบริการอื่น ๆ การขยายการบริการโดยมีการลงทุนเพิ่ม และไม่มีแผนบริหารจัดการ มีผลให้อาคารสถานที่ และเครื่องมือไม่สมดุลกับกำลังคนจนไม่สามารถให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลได้

5) ปัญหาทางด้านบุคลากร ประกอบด้วย 1) ค่าใช้จ่ายบุคลากรมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยอัตราการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย ด้านบุคลากรสูงกว่าอัตราการขยายตัวของงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) 2) การจัดสรรแพทย์ในหน่วยบริการต่าง ๆ ยังมีการกระจุกตัว 3) การโยกย้าย/เข้าออกของบุคลากรค่อนข้างสูงในบางสาขา เช่น บัญชี และไอที เป็นต้น

เนื่องจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาทางการเงินประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของโรงพยาบาลดำเนินการภายใต้ข้อจำกัด กล่าวคือไม่ได้นำประเด็นคำถามว่ารัฐบาลจัดสรรเงินให้ระบบหลักประกันสุขภาพเพียงพอหรือไม่มาพิจารณา เพราะการพิจารณาประเด็นดังกล่าวจะต้องวิเคราะห์สถานะทางการเงินรวมของทั้งระบบ แต่งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลโรงพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจงเพียง 25 แห่งเท่านั้น และในจำนวนนี้เป็นโรงพยาบาลที่มีปัญหาการเงินถึง 20 แห่ง นอกจากนี้งานวิจัยนี้ก็ไม่ได้วิเคราะห์อย่างละเอียดเกี่ยวกับต้นทุนการให้บริการ แต่เป็นการอ้างอิงข้อมูลมาจาก โครงการศึกษาข้อมูลทางการเงินเพื่อประเมินข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถานะสถานการณ์การเงิน และการวิเคราะห์ปัญหาการขาดทุนของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559) ซึ่งดำเนินการควบคู่กัน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) ดังกล่าวข้างต้นพบว่าบทสรุปของงานวิจัยมีความสอดคล้องกัน (Consistency) ทุกแหล่งข้อมูลพบว่ามีสาเหตุประเด็นที่สำคัญกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) ประกันสังคม ข้าราชการ หน่วยงานต้นสังกัดไม่ได้ดำเนินการตามระเบียบการเบิก การขาดคุณภาพของข้อมูล ค่าตอบแทนบุคลากร (Labor cost) กระบวนการจัดซื้อ - จัดจ้างพัสดุ ครุภัณฑ์การแพทย์ ค่ายา และเวชภัณฑ์ไม่ไฉยา การจัดสรรงบประมาณเสริมป้องกันสุขภาพ (PP) และ ผู้ป่วยนอก (OP) เป็นต้น

## 2. การทบทวนเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย

สตอย (Stoye, 2018) ได้วิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ จำเป็นต้องใช้เงินมาก และจะมีวิธีการจ่ายอย่างไร ได้วิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพประเทศไทย ผลจากการวิเคราะห์พบประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

2.1 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจาก 3.5% ของรายได้ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติในปี ค.ศ. 1945 - 1950 ถึง ร้อยละ 7.3 ในปี ค.ศ. 2016 - 2017 ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อเทียบกับอดีตที่ผ่านมาในปี ค.ศ. 2009 - 2010 (ร้อยละ 1.4 ต่อค่าเฉลี่ยต่อปี) หลังจากปรับลดค่าเงินเฟ้อในปีนั้น ๆ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปัจจุบันเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับในอดีตที่ผ่านมา

2.2 แม้ว่าจะมีการชะลอของการเติบโตของเงินกองทุนด้านสุขภาพ แต่ทว่าบริการด้านสุขภาพกลับได้รับความนิยมเมื่อเทียบกับบริการอื่น ๆ ในปี ค.ศ. 2016 - 2017 ค่าใช้จ่ายทางบัญชีสุขภาพคิดเป็น 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายบริการในภาครัฐ ส่วนแบ่งนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009 - 2010

2.3 ตามที่ความการของทุนสำหรับระบบดูแลสุขภาพแห่งชาติถ้าอยู่ในช่วงที่มีความกดดัน เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วย ความพยายามลดต้นทุนการรักษาที่เกิดจากการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ และรูปแบบการจ่ายเงิน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในปี ค.ศ. 2009 - 2010 ต้องครอบคลุมค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงนี้มีเพียง 1 ใน 3 ของแรงกดดันที่ระบบดูแลสุขภาพแห่งชาติต้องเผชิญ

2.4 การกั๊กมากขึ้นสามารถทำได้โดยการเพิ่มขึ้นของรายได้จากการเก็บภาษี หมายถึงต้องมีการขึ้นภาษีอย่างมาก ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากอดีตเป็นจำนวนมากวิธีการที่จะทำให้สำเร็จต้องมีการขอแบ่งงบประมาณจากบริการอื่น ๆ เป็นความยากที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะการตัดงบประมาณจากบริการอื่น ๆ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009 - 2010

2.5 การเรียกเก็บภาษีเพิ่มขึ้น แต่จะต้องออกมาจากภาษีของ สหราชอาณาจักร แต่การระงับการเรียกเก็บภาษีจะต่ำกว่าประเทศทั้งหมดในกลุ่มยุโรป ได้มีการสำรวจใหม่โดยมอบหมายให้กองทุนสุขภาพ และดำเนินการโดย MORI จำนวน 70 โครงการ ผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่คิดว่าถ้าเพิ่มจำนวนเงินในกองทุนสุขภาพโดยการเพิ่มจำนวนเงินเก็บภาษี อย่างไรก็ตามยังไม่ชัดเจนในกลุ่มที่เรียกเก็บภาษีทั่วไปโดยเฉพาะถ้าประชาชนไม่เต็มใจที่จะจ่ายในการนำเงินเพื่อมาใช้จ่ายในภาครัฐ

2.6 ในเร็ว ๆ นี้รัฐบาลได้ประกาศจะจัดสรรเงินเพิ่มให้กับกองทุนระบบบริการสุขภาพด้านหน้าในอีก 5 ปีข้างหน้า กองทุนสำหรับค่าใช้จ่ายวันต่อวันจะเพิ่มขึ้น 3.4 % ต่อปีจนถึงปี ค.ศ. 2023 - 2024 สูงกว่าการเติบโตของเงินทุนล่าสุดแต่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยกองทุนระยะยาว รายละเอียดเกี่ยวกับเงินด้านสาธารณสุข และการอบรมบุคลากรยังคงไม่ได้แจ้งให้ทราบ

2.7 ความเป็นไปได้สำหรับการขึ้นภาษีระยะสั้น แต่ในทางตรงกันข้ามก็มีความเสี่ยงที่จะเหนี่ยวนำให้เกิดความซับซ้อนซ้อนมากขึ้น

แคมเบล (Campbell,2019) รายงานระบบบริการสุขภาพแห่งชาติของประเทศอังกฤษ มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงถึง 141 พันล้านปอนด์ ประชาชนที่อยู่ในประเทศอังกฤษมีความภูมิใจอย่างมากในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ หรือ National Health Service (NHS) ประมาณ 70% ของประชาชนเลยที่เดียวที่บอกว่าระบบบริการสุขภาพ (NHS) คือหนึ่งในระบบบริการสุขภาพที่ดีที่สุดในโลก แต่ทว่าสถานการณ์การเงินการคลังด้านสุขภาพในประเทศอังกฤษ ในส่วนของ

งบประมาณด้านสุขภาพ พบว่า ได้รับการจัดสรรงบน้อย ขาดแคลนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และความต้องการการดูแลด้านสุขภาพมีมาก ด้วยสาเหตุนี้จึงทำให้เกิดปฏิบัติการสุนัขเฝ้าบ้าน ในลอนดอนมีสองโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 141 พันล้านปอนด์ อยู่ในกลุ่มสีแดงจากทั้งหมด 232 ทรัสต์ (Trusts) ในกรุงลอนดอน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากเป็นอันดับสองสูงถึง 108.8 ล้านปอนด์ เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลลินคอล์น มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 81.23 ล้านปอนด์ อยู่ในกลุ่มสีแดงเช่นเดียวกัน ตามที่สถาบันสุขภาพ และการดูแลด้านสังคมได้รายงานไว้ว่าโรงพยาบาลมีการกู้เงินฉุกเฉินเมื่อเกิดวิกฤติทางการเงิน ทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 2.8 พันล้านปอนด์ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมาระบบบริการสุขภาพต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายจากบริการในระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปี ค.ศ. 2013 ในภาพรวมเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พบว่า มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นจากทุกแหล่งข้อมูลทางการเงิน ด้านสุขภาพรัฐบาลมีความจำเป็นต้องดำเนินการวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะถ้าจำนวนเงินในกองทุนลดลง โดยนำเงินภาษีมาใช้สำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การร่วมมือกับรัฐบาลท้องถิ่นตั้งเป็นกองทุนร่วม (Care Trust) เพื่อจัดบริการเชิงสังคม (Social care)

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมคิดเป็น 129 ล้านปอนด์ใน ปี ค.ศ. 2018 - 2019 คาดว่าอาจเพิ่มขึ้นถึง 134 ล้านปอนด์ ในปี 2019 - 2020 เมื่อมีการคิดค่าเงินเฟ้อในแต่ละปีแล้ว

ในปี ค.ศ. 2018 - 2019 เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับด้านสาธารณสุข กำลังคนภาคผลิตกับฝ่ายการศึกษา อบรม และพัฒนาทางด้านโครงสร้าง เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสร้างโรงพยาบาลใหม่ รวมทั้งการบริการรักษาที่จำเป็นเพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแล ดังนั้นจึงได้เพิ่มงบประมาณสำหรับกองทุนอีก 20 ล้านปอนด์ เป็นระยะเวลา 5 ปี จนถึงปี ค.ศ. 2023/24 ซึ่งเป็นการเพิ่มงบประมาณจากเดิม ร้อยละ 3.4 เมื่อคิดรวมอัตราเงินเฟ้อในแต่ละปีแล้ว แต่การคิดค่าอัตราเงินเฟ้อคิดต่อจากปีปัจจุบัน 2 - 3 ปี โดยคิดค่าเงินเฟ้อสูงกว่าอัตราค่าเงินเฟ้อที่คาดว่าจะเกิด ได้มีการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากแพทย์ทั่วไปใน ลักษณะ Secondary care trust ประมาณ ร้อยละ 47 ในหน่วยบริการ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอดีตที่ผ่านมาได้เพิ่มขึ้นในระยะยาวอย่างต่อเนื่องแต่ทว่ามีแนวโน้มลดลงในปีที่แล้ว

สรุปได้ว่าประเทศอังกฤษได้มีการจัดระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ในรูปแบบของทรัสต์ (Trust) โดยมีชื่อเรียกว่า NHS Trust โดยมีการจัดบริการสุขภาพภายใต้ NHS Trust แต่อย่างไรก็ตามโดย คิงฟิน พบว่า ย้อนกลับไปก่อนหน้านี้ ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติของประเทศอังกฤษหรือ NHS (National Health Service) ต้องประสบปัญหาหลายประการจากทั้งปัญหาการเงิน และการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เช่น มีรายงานการขาดดุลสะสม (Trusts in deficit) ข้อมูลดังกล่าวระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ National Health Service (NHS) มีการปรับปรุง และรายงานทุก 3 เดือน สำหรับ 234 NHS Trusts สำหรับข้อมูลการใช้บริการรถฉุกเฉินโรงพยาบาล ชุมชน และสุขภาพจิต ในปี ค.ศ. 2010 - 2011 พบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่างบประมาณประจำปี ร้อยละ 5 ในปี ค.ศ. 2015 - 2016 สองในสามของทรัสต์ (ร้อยละ 66) พบว่าขาดดุล ในปีค.ศ. 2015 มีการปฏิรูปกองทุนสุขภาพจากขาดดุลการเงินแค่ร้อยละ 44 ของทรัสต์ ยังมีการจ่ายเงินเกินงบประมาณ ในปี ค.ศ. 2017 - 2018 รายงานทางบัญชีในโรงพยาบาล

ที่รักษาผู้ป่วยวิกฤติที่มีการขาดดุลต่ำกว่าร้อยละ 90 ของผู้ให้บริการ ในภาพรวมของทั้งระบบมีการขาดดุลคิดเป็นเงินจำนวน 960 ล้านปอนด์

ข้อเสนอแนะจากระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ต้องใช้เงินสนับสนุนถึง 2.45 ล้านปอนด์ ผ่านผู้ให้บริการทางสุขภาพ (Provider) ในที่สุดจะเข้าสู่ภาวะสมดุลทางการเงินในปี ค.ศ. 2018/19 อย่างไรก็ตามความสำเร็จเกิดขึ้นแค่ครั้งทางคาดว่าในปลายปียังคงขาดดุล 558 ล้านปอนด์

อนันดาซิวา (Anandaciva, 2017) กล่าวว่า จากการจัดระบบบริการสุขภาพในรูปแบบทรัสต์ ภายใต้ (NHS Trust) จนเกิดภาวะขาดดุลทางการเงินในที่สุดทำให้ผู้บริหารได้เกิดการเรียนรู้ 9 ประการจากผู้ให้บริการสุขภาพในปี ค.ศ. 2016 - 2017 ดังนี้

ความสมดุลทางการเงินด้านสุขภาพยังคงยากที่จะอธิบาย แผนทางการเงินเฉพาะสำหรับผู้ให้บริการยังคงเพิ่มขึ้นกระจุกกระจายอย่างต่อเนื่อง มีการขาดดุลทางการเงินจำนวนมากอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยวิกฤติ ในแผนการเงินมีการปรับปรุงต้นทุนค่าใช้จ่ายให้มีความน่าเชื่อถือจากการให้บริการทางสุขภาพ ผู้ให้บริการทางสุขภาพขึ้นกับแหล่งสนับสนุนทรัพยากรทางการเงินหลายแหล่ง การส่งมอบบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพเป็นสิ่งที่ดี ถ้าไม่มีเงินสำหรับกองทุนสุขภาพจะทำให้เกิดความไม่สมดุลในทรัสต์ ที่อยู่ภายใต้ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS Trust)

ความต้องการการดูแลด้านอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน มีผลต่อการจัดสรรการเงินให้คงที่ และการขาดแคลนเงินในกองทุนสุขภาพ แรงกดดันที่โถมเข้าใส่ NHS นำไปสู่ความพยายามที่จะปิดหรือควบรวมบริการไว้ด้วยกันท่ามกลางแนวโน้มที่สูงขึ้นของอุบัติเหตุ นอกจากนี้จะทำให้การบริการของแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินไม่บรรลุตามเป้าประสงค์แล้วยังทำให้ระยะการรอพบแพทย์ยิ่งนานออกไปอีก

อะไรคือเป้าหมาย เช่น การวางระบบให้มีเงินเพิ่มขึ้นทุกปีในกองทุนสุขภาพ

สรุปจากประสบการณ์ การเงินในประเทศอังกฤษยังสามารถทำนายได้ว่าในปี 2563 ตัวเลขงบประมาณขาดดุลมีแนวโน้มที่สูงขึ้น เป็นหน้าที่ของผู้บริหารจะต้องมีการวางแผนการนำเงินเข้ากองทุนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และผู้ให้บริการในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS)

### 3. การทบทวนเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพแห่งชาติของประเทศฝรั่งเศส

ประเทศฝรั่งเศสส่งเสริมการระดมทุนเพื่อชดเชยวิกฤติโรงพยาบาลของรัฐ (France boots health funding to offset public hospital crisis,2019)

ในปี ค.ศ. 2019 นายกรัฐมนตรีประเทศฝรั่งเศส กล่าวว่า “จะใช้หนี้กว่า 10,000 ล้านฟรังก์ ให้กับโรงพยาบาลของรัฐในช่วงสามปี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนฉุกเฉินที่รัฐบาลได้เสนอแจ้งให้ทราบ เพื่อตอบคำถามจากการประท้วงหลายเดือนที่ผ่านมา ในภาคสุขภาพของ

ประเทศฝรั่งเศสเพื่อช่วยให้โรงพยาบาลลดการขาดดุล และฟื้นตัวอย่างรวดเร็วจากการเป็นหนี้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ”

วิเคราะห์สถานการณ์ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับประกันสุขภาพ ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 15,000 ล้านฟรังก์ ซึ่งสูงกว่าค่าใช้จ่ายด้านอื่น ๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน ภาระหนี้ทางด้านสุขภาพเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 เป็นจำนวนเงิน 9,000 ล้านฟรังก์ ด้วยสาเหตุดังกล่าวส่งผลกระทบต่อเงินเดือนของพนักงาน มีแนวโน้มที่จะลาออกจากโรงพยาบาลไปทำงานในภาคเอกชนเพื่อป้องกันการลาออกของพนักงาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกาศให้โบนัสประจำปีสำหรับพนักงานที่ปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคของกรุงปารีสที่มีรายได้น้อยกว่า 1,900 ฟรังก์ ต่อเดือน เนื่องจากมีค่าครองชีพสูง ในปีถัดไปจะมีการให้โบนัสในกลุ่มพนักงานที่เป็นผู้สูงอายุ เป็นจำนวนเงิน 100 ฟรังก์ ต่อเดือน ในขณะที่โรงพยาบาลจะแบ่งให้อีก 200 ล้านฟรังก์ เพื่อจ่ายโบนัสอื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร

ผลกระทบจากค่าตอบแทนส่งผลให้เจ้าหน้าที่ในแผนกฉุกเฉินถูกร้องเรียนในเดือนมีนาคม ว่าได้ทิ้งให้ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในรถเข็นบริเวณทางเดินนานเป็นชั่วโมงขณะรอเตียงแผนกฉุกเฉินกว่า 260 แห่ง ในประเทศยังคงได้รับผลกระทบจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ พนักงานในโรงพยาบาลทั่วประเทศร้องเรียนถึงความเหนื่อยล้า ได้รับค่าแรงต่ำ ขาดแคลนทรัพยากร และงานเอกสารมีจำนวนมาก การประท้วงได้สร้างความกังวลให้กับรัฐบาลด้วยเกรงว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสามารถรวมตัวกับกลุ่มอื่น ๆ เช่น พนักงานขนส่ง ที่วางแผนจะลงมือปฏิบัติการประท้วงในเดือนธันวาคมจากการปฏิรูปเงินบำนาญ

ประธานาธิบดี เอ็มมานูเอล มาครง (President Emmanuel Macron, 2019) กล่าวว่า “ผมมักจะได้ยินความโกรธและความขุ่นเคืองจากสภาพการทำงาน” ในโรงพยาบาลได้ถูกส่งผ่านระบบรัฐบาลกลางจากข้อร้องเรียนของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลแสดงให้เห็นถึง ความล้มเหลวของแผนงานด้านสุขภาพ 3 แผนงาน ในสองปีที่ผ่านมามากขึ้น บูซิน (Buzyn) ประกาศให้เพิ่มงบประมาณ 750 ล้านฟรังก์ สำหรับโรงพยาบาลในอีกสามปีข้างหน้า แต่เงินจำนวนนี้ได้ถูกปฏิเสธเนื่องจากยังไม่เพียงพอสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

ตัวแทนแพทย์นำโดย คริสโตฟี พรูโดโฮม (Christophe Prudhomme, 2019) ประธานสมาคมแพทย์ฉุกเฉินให้ข้อเสนอแนะรัฐบาล กล่าวว่า “ให้นำเข้าแผนงบฉุกเฉิน” แต่ก็ยังเป็นความหวังในระยะสั้น และไม่เพียงพอกับความต้องการด้านงบประมาณ จากประกาศของรัฐบาลดูเหมือนว่าจะออกแบบงบฉบับเคลื่อนระหว่างกรุงปารีสและส่วนภูมิภาคอื่น ๆ โอเรียน พลูเม็ท (Oriane Plumet) หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินเร่งด่วน เป็นตัวแทนเจ้าหน้าที่แผนกฉุกเฉินที่รู้สึกเสียใจต่อการเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่และการขยายเตียง

บรูโน ลี เมอร์ (Bruno Le Maire, 2019) รัฐมนตรีเศรษฐกิจ ให้ข้อคิดเกี่ยวกับการขาดแคลนงบประมาณในปีนี้ คาดว่าจะได้รับการจัดสรรงบประมาณร้อยละ 3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ประเทศฝรั่งเศสเป็นประเทศหนึ่งในสหภาพยุโรปที่มีค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพจำนวนมาก ในปีงบประมาณ 2559 มีค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ

ร้อยละ 12 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ในยุโรปตะวันออกเฉลี่ยค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพร้อยละ 10 และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจ่ายน้อย

#### 4. การทบทวนเอกสารการวิจัยภายในประเทศ

ชุมพล นุชผ่อง และคณะ (2560) ศึกษาวิจัยกลยุทธ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัย พบว่า กลยุทธ์การเงินโรงพยาบาลเรียงลำดับจากมากไปน้อยได้แก่ 1) กลยุทธ์การแสวงหารายได้ใหม่ (New revenue: NR) มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.00 2) กลยุทธ์การควบคุมรายจ่าย (Retrenchment: RET) มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.89 3) กลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลตามภารกิจ (Legitimation: LEG) มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.78 ตามลำดับ ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้บ่งชี้ว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะกลยุทธ์การแสวงหารายได้ใหม่ และกลยุทธ์การควบคุมรายจ่าย

ปาหนัน กนกวงศ์วัฒน์ (2556) ศึกษาวิจัยรูปแบบการบริหารโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ผลการศึกษา พบว่า การดำเนินงานแก้ไขภาวะวิกฤติทางการเงินของโรงพยาบาลพระปกเกล้าโดยการวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินสภาพความรุนแรงของปัญหา สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับในองค์กรเข้าใจ เพื่อสร้างความร่วมมือในการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็น และเพิ่มรายได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง ทำให้ในปีงบประมาณ 2554 มีรายรับมากกว่ารายจ่าย และดัชนีชี้วัดทางการเงินดีขึ้นฟื้นภาวะวิกฤติทางการเงินได้ภายใน 1 ปี ดังนี้ 1) การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา เวชภัณฑ์ วัสดุต่าง ๆ และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยคำนึงมาตรฐานคุณภาพบริการและสิทธิผู้ป่วยที่เหมาะสม 2) การเพิ่มรายได้ ได้แก่การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา มีรายรับเพิ่ม 100 ล้านบาท ต่อปี การปรับปรุงห้องพิเศษ และปรับราคามีรายรับเพิ่มขึ้น 10 ล้านบาท ต่อปี การเปิดบริการระบบประกันชีวิตคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (Fax claim) มีรายรับเพิ่มขึ้น 4 ล้านบาท ต่อปี ปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ 1) การปรับโครงสร้างการบริหารองค์กรแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการรับผิดชอบการบริหารงานด้านต่าง ๆ 2) การสื่อสารสร้างความเข้าใจที่ดีกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาลเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ของโรงพยาบาล

นริศรา นีรคุปต์ (2561) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการจัดระดับความเสี่ยงทางการเงินในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) จากข้อมูลแผนการเงิน และข้อมูลจากระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาลฯ ข้อมูลใน 3 ช่วงปีงบประมาณ คือ 2558 - 2560 ผลการวิจัย 1) ด้านแผนทางการเงินผลการวิจัย พบว่า รายได้รวมในปี 2558 และ 2559 มีผลการดำเนินงานสูงกว่าแผนร้อยละ 0.29 และ 3.86 ตามลำดับ แต่ปี 2560 ต่ำกว่าแผนร้อยละ 0.68 ค่าใช้จ่ายรวมมีผลการดำเนินงานต่ำกว่าแผนในปี 2559 ร้อยละ -1.10 ในขณะที่ปี 2558 และ 2560 สูงกว่าแผนร้อยละ 2.68 และ 6.90 ตามลำดับ 2.) ด้านการจัดระดับความเสี่ยงทางการเงิน พบว่ากลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ และกลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่



ปัญหาการเงินมีค่าน้ำหนักความรุนแรงเท่ากับ 0 ทั้ง 3 ปีงบประมาณ สำหรับกลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงินมีค่าน้ำหนักความรุนแรงเท่ากับ 0.0 และ 1 ในปีงบประมาณ 2558 - 2560

ชฎาภรณ์ ชื่นตา, สำลี เวชกามา และเพ็ญแข สะอาดยิ่ง (2559) ทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล 9 แห่ง ของจังหวัดยโสธร ในปีงบประมาณ 2559 ประเมินผลจากการบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด และประเมินคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลในด้านการรับรู้ และความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลัง ผลการศึกษาการบรรลุเป้าหมาย 5 ตัวชี้วัด พบว่า (1) การดำเนินงานด้านรายได้ - ค่าใช้จ่ายจริงเทียบกับแผน ผ่านเกณฑ์มีรายได้น้อยกว่าแผนไม่เกินร้อยละ 5 มีค่าใช้จ่ายมากกว่าแผนไม่เกินร้อยละ 5 จำนวน 7 โรงพยาบาล (2) คุณภาพบัญชี (3) คุณภาพการบริหารการเงินการคลัง ผ่านเกณฑ์คะแนนการวัดได้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป จำนวน 8 โรงพยาบาล (4) ภาวะวิกฤติทางการเงินการคลัง ผ่านเกณฑ์ไม่วิกฤติระดับ 7 จำนวน 8 โรงพยาบาล และ(5) ต้นทุนบริการผ่านเกณฑ์มีต้นทุนไม่เกินกลุ่มระดับบริการ จำนวน 7 โรงพยาบาล มีโรงพยาบาลผ่านทั้ง 5 เป้าหมายตัวชี้วัด จำนวน 4 โรงพยาบาล (ร้อยละ 44.44) คือโรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว โรงพยาบาลกุดชุม และโรงพยาบาลไทยเจริญ คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับมาก ร้อยละ 36.45 และ 51.40 เห็นด้วยทุกกิจกรรมระดับมาก ร้อยละ 65.42 และ 19.63 มีการดำเนินงานบริหารการเงินการคลังระดับดี ร้อยละ 10.30 และ 38.30 และพบว่า การรับรู้และความคิดเห็นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารการเงินการคลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 5. การทบทวนเอกสารการต่างประเทศ

Rashidi, Kobewka, Campbell, Forster, & Ronksley, (2017) วิจัยปัจจัยทางคลินิกที่ทำให้ต้นทุนในโรงพยาบาลสูงขึ้น ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศแคนาดา ผลการศึกษา จากการทบทวนเวชระเบียน 200 เวชระเบียน พบในผู้ป่วยร้อยละ 5 ปัจจัยที่ทำให้ต้นทุนค่ารักษาสูงขึ้นหลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล คือ เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 60 บริการทางคลินิกล่าช้า ร้อยละ 39 และการตัดสินใจรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยที่ไม่ตรงตามเกณฑ์การรับผู้ป่วย ร้อยละ 13 เกือบ 1 ใน 3 ค่ารักษาสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 29 เมื่อรวมกับระยะเวลาที่รับไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit: ICU)

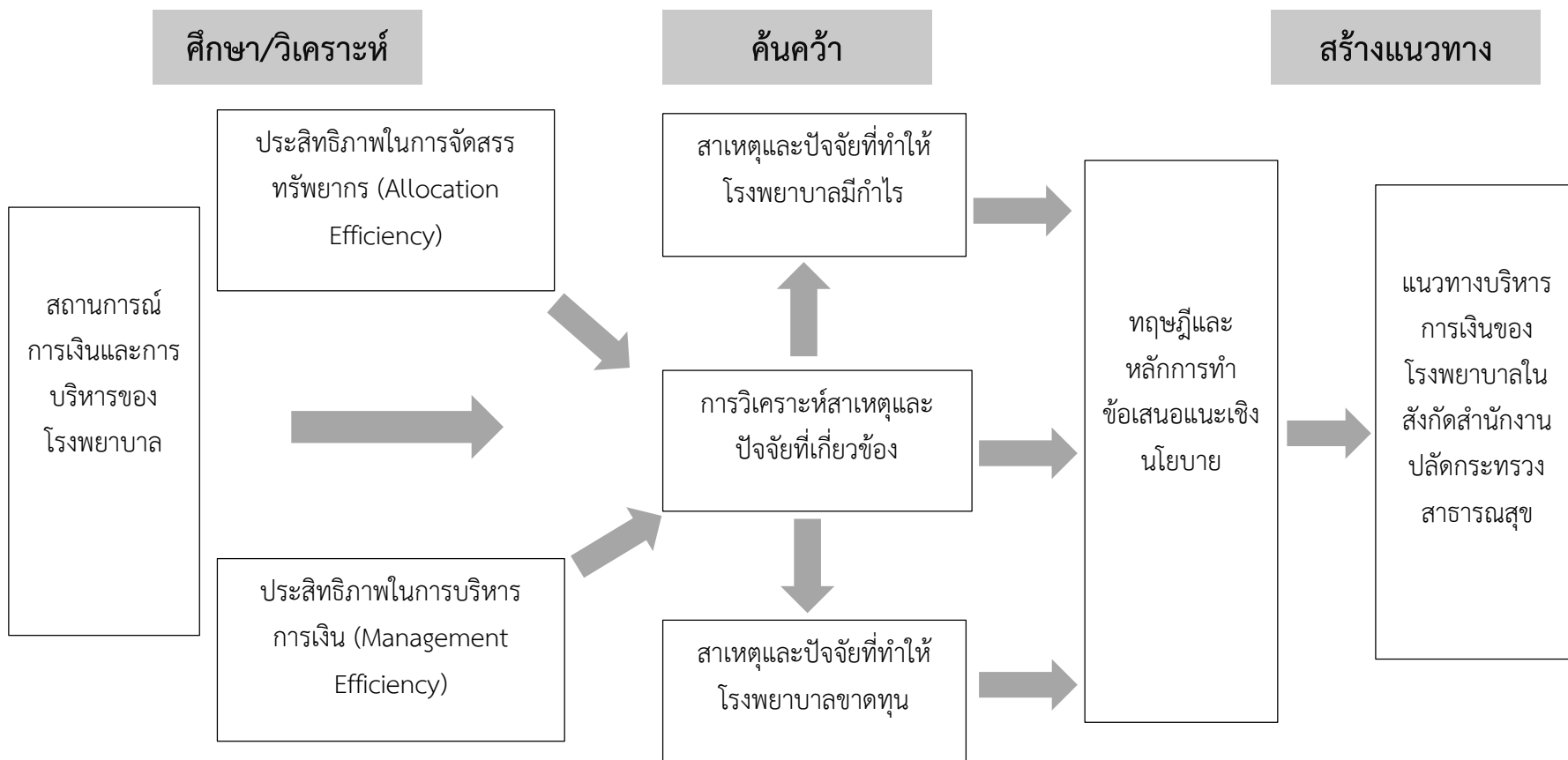
Akinleye, McNutt, & Lazariu, (2019) วิจัยความสัมพันธ์ระหว่างสถานะการเงินในโรงพยาบาล คุณภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าค่าผลการดำเนินงานด้านการเงินของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วย ค่าคะแนนผลการดำเนินงาน (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.34 และ  $p < 0.001$ )

Delgado - Bernal, Maaloe - Comendeiro, Lopez - Ridao, & Rossello (2019) วิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลรัฐบาลที่เพิ่มขึ้นในประเทศสเปน ในช่วงเวลาที่ไม่คาดคิดทางเศรษฐศาสตร์ วิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงจากข้อมูลบริหาร ในช่วง

เดือนมกราคม 2546 - ธันวาคม 2558 ผลการวิจัย พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง มีการแบ่งช่วงเวลาเป็น 3 ช่วง ข้อมูลบริการของโรงพยาบาลเสนอในรูปแบบของข้อมูลเชิงปริมาณข้อมูลผู้ป่วย ในกิจกรรมบริการทางอายุรกรรม และศัลยกรรมเป็นกิจกรรมหลักในการทำให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมค่าใช้จ่ายโรงพยาบาล ไม่มีความยืดหยุ่น แปรตามตามปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ โดยเฉพาะราคาค่ารักษาได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ที่ได้มีความคล้ายคลึงกับกับการวิเคราะห์กลุ่มย่อยในแต่ละช่วงเวลา เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวงจรเศรษฐกิจหลังจากเกิดภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ

# กรอบแนวคิดของการวิจัย

แผนภาพที่ 2-4



## สรุป

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ 13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง โครงการที่ 43 บริหารจัดการด้านการเงินการคลัง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และภาคประชาชนในการสนับสนุนหน่วยบริการ ได้กำหนดให้ ระยะเวลาที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564 ไม่มีหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

แนวคิด ทฤษฎีการบริหารทางการเงิน (Financial Accounting) หลักการของบัญชีบริหาร ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) อิทธิพลการสื่อสารให้ข้อมูลเชิงลึก 2) ข้อมูลสารสนเทศตรงประเด็น 3) การวิเคราะห์ผลกระทบต่อคุณค่า และ 4) ผู้บริหารต้องสร้างความเชื่อมั่นต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ส่วนบัญชีการเงินเป็นการจัดทำบัญชีเพื่อเสนอข้อมูลทางการเงินที่เกิดขึ้นในอดีตแก่บุคคลทั่วไป

ทฤษฎี หลักการ แนวคิดของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เป็นการบริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดในการยกระดับสุขภาพประชาชน โดยคำนึงถึง ประสิทธิภาพ (Efficacy) ประสิทธิผล (Effectiveness) ความคุ้มค่า (Efficiency) และความเป็นธรรม (Equity)

การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สถานการณ์ระบบสุขภาพแห่งชาติ และโรงพยาบาลของรัฐบาลในต่างประเทศ สาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤติด้านการเงิน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ส่วนสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จากการปรับเพิ่มค่าตอบแทนของบุคลากรทำให้เพิ่มต้นทุนค่าใช้จ่ายบุคลากร และนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

งานวิจัยภายในประเทศเกี่ยวกับกลยุทธ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชน ข้อค้นพบจากผลการวิจัยกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ กลยุทธ์การแสวงหารายได้ใหม่ และกลยุทธ์การควบคุมรายจ่าย อีกรงานวิจัย เกี่ยวกับรูปแบบการบริหารโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ประเด็นสำคัญ คือ การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา เวชภัณฑ์ และวัสดุต่าง ๆ และการหาวิธีเพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาล ส่วนงานวิจัยในต่างประเทศทำการศึกษา ปัจจัยที่ทำให้ต้นทุนในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสูงขึ้น คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 60 การตัดสินใจรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยที่ไม่ตรงตามเกณฑ์การรับผู้ป่วย ร้อยละ 13 และยังได้มีงานวิจัยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลรัฐบาล พบปัจจัยที่สำคัญ คือ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการการรักษาทางอายุรกรรมและศัลยกรรม

โดยสรุปแนวโน้ม และสถานการณ์การบริหารการเงินของโรงพยาบาลจะประสบกับภาวะวิกฤติทางการเงิน สาเหตุจากนโยบายด้านสุขภาพ โครงสร้างประชากร การจัดรูปแบบ

บริการด้านสุขภาพ กลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อให้ผ่านวิกฤติด้านการเงิน คือ กลยุทธ์การควบคุมรายจ่าย และกลยุทธ์การเพิ่มรายได้ของโรงพยาบาล

## บทที่ 3

# สถานการณ์ทางการเงิน และประเมิการบริหารการเงินของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562

### กล่าวนำ

การเงินด้านสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ ( Medical care cost) และต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่การแพทย์ (Non-Medical care cost) ซึ่งผู้บริหารโดยเฉพาะผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องมีความรู้และประสบการณ์ในระดับสูงในการบริหารจัดการด้านการเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดสภาพคล่องทรัพยากรพร้อมใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริหารจัดการด้านการเงินทางสุขภาพในปัจจุบัน เป็นการบริหารจัดการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด รวมทั้งการบริหารจัดการด้านการเงินในสถานการณ์ที่ไม่ปกติ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ที่ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมมาก่อนอยู่นอกเหนือการควบคุม คาดการณ์สถานการณ์ได้ยาก เช่น สถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่ (Emerging Infectious Disease) รวมทั้งการได้รับการจัดสรรงบประมาณลดลงจากที่เคยได้รับ

จากการทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มักประสบกับปัญหาวิกฤติทางการเงินในโรงพยาบาลทุกระดับบางโรงพยาบาลประสบวิกฤติทางการเงินในระดับ 7 โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ดังนั้นผู้บริหารด้านการเงินระดับสูง จึงมีบทบาทสำคัญในการควบคุม กำกับ ติดตามตาม ให้ความช่วยเหลือ จำเป็นต้องหาวิธีการในการแก้วิกฤติทางด้านการเงินให้การดำเนินงานภายในโรงพยาบาลผ่านวิกฤติทางด้านการเงินจนเกิดสภาพคล่องทางด้านการเงิน อย่างไรก็ตามการวางแผนด้านการเงินการคาดการณ์ภาพอนาคต การกำหนดนโยบายด้านการเงินในภาพรวมของประเทศ จำเป็นต้องนำข้อมูลด้านสถานการณ์ด้านการเงินที่ผ่านมาของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลพื้นฐาน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำข้อมูลด้านการเงินของโรงพยาบาลแต่ละระดับในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2558 - 2562 มาวิเคราะห์เพื่อข้อมูลที่ได้นำมาสำหรับใช้คาดการณ์วางแผนการจัดสรรงบประมาณสำหรับโรงพยาบาลให้เพียงพอ รวมทั้งการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการด้านการเงินอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## สถานการณ์ทางการเงิน และประเมินการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลสถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถนำมา และนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

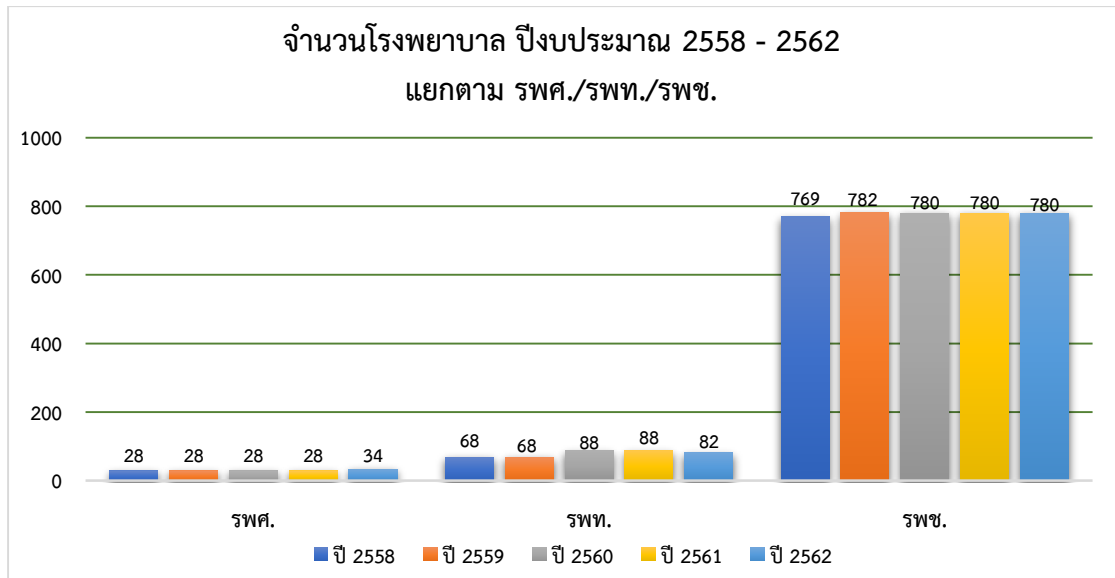
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ทางการเงินของ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562

ส่วนที่ 3 ประเมินการบริหารการเงิน ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แผนภาพที่ 3 - 1 กราฟแสดงจำนวนโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2558 - 2562 แยกตามโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)/โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)/โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)



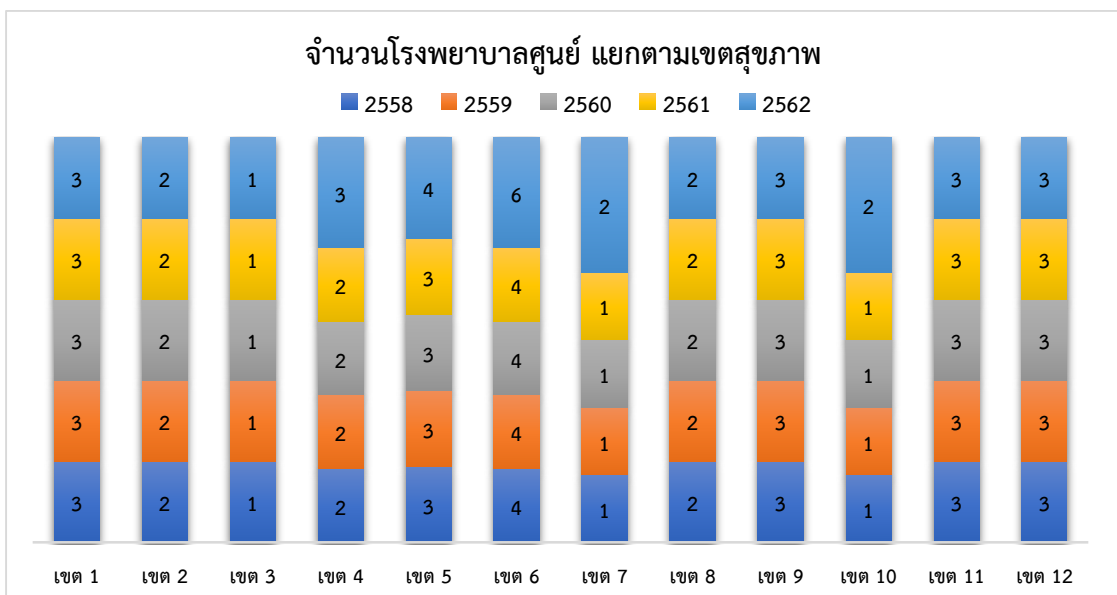
ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดงจำนวนโรงพยาบาล ปี 2558 – 2562 พบว่า กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ปีงบประมาณ 2558 – 2561 มีจำนวน 28 แห่ง และเพิ่มขึ้นในปี 2562 จำนวน 6 แห่ง เนื่องจากมีการยกระดับกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไปเป็นกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้งหมดในปี 2562 เป็นจำนวน 34 แห่ง

กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ปีงบประมาณ 2558 – 2559 มีจำนวน 68 แห่ง เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2560 – 2561 จำนวน 20 แห่ง และลดลงในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 6 แห่ง เนื่องจากมีการยกระดับกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป เป็นกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้งหมดในปีงบประมาณ 2562 เป็นจำนวน 82 แห่ง

กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ปีงบประมาณ 2558 – 2559 มีจำนวนเพิ่มขึ้น 13 แห่ง และลดลงในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 2 แห่ง รวมทั้งหมดในปีงบประมาณ 2562 เป็นจำนวน 780 แห่ง

แผนภาพที่ 3 - 2 กราฟแสดงจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ แยกตามเขตสุขภาพ

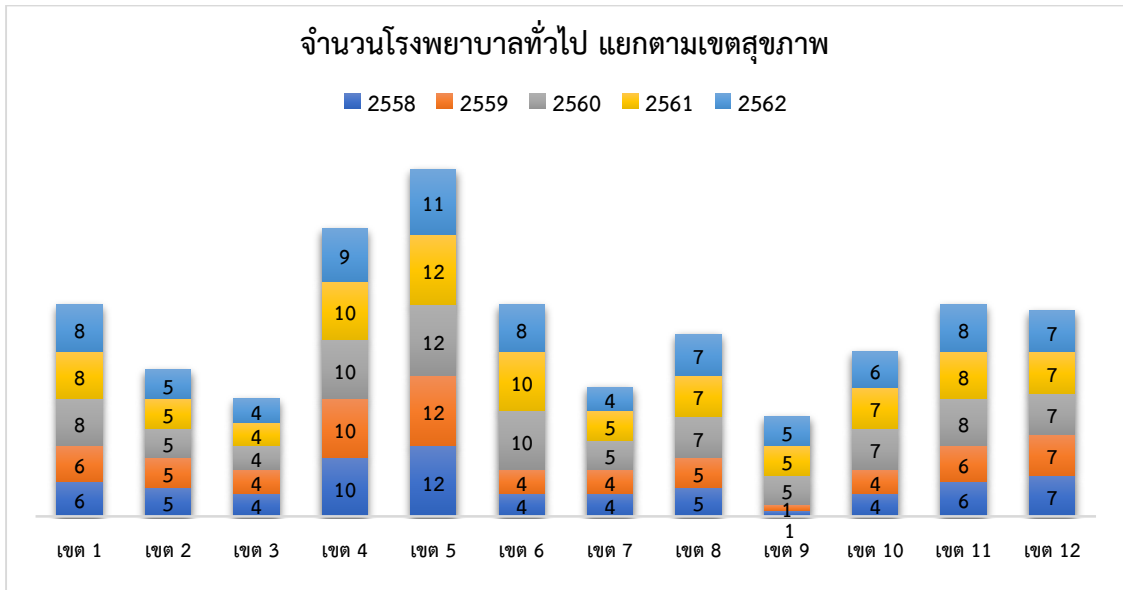


ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ แยกตามเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 1, 2, 3, 8, 9, 11, 12 มีจำนวนเท่าเดิม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 – 2562 และเขตสุขภาพที่ 4, 5, 6, 7, 10 มีจำนวนที่เพิ่มขึ้น 6 แห่ง เนื่องจากมีการยกระดับกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไปเป็นกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์



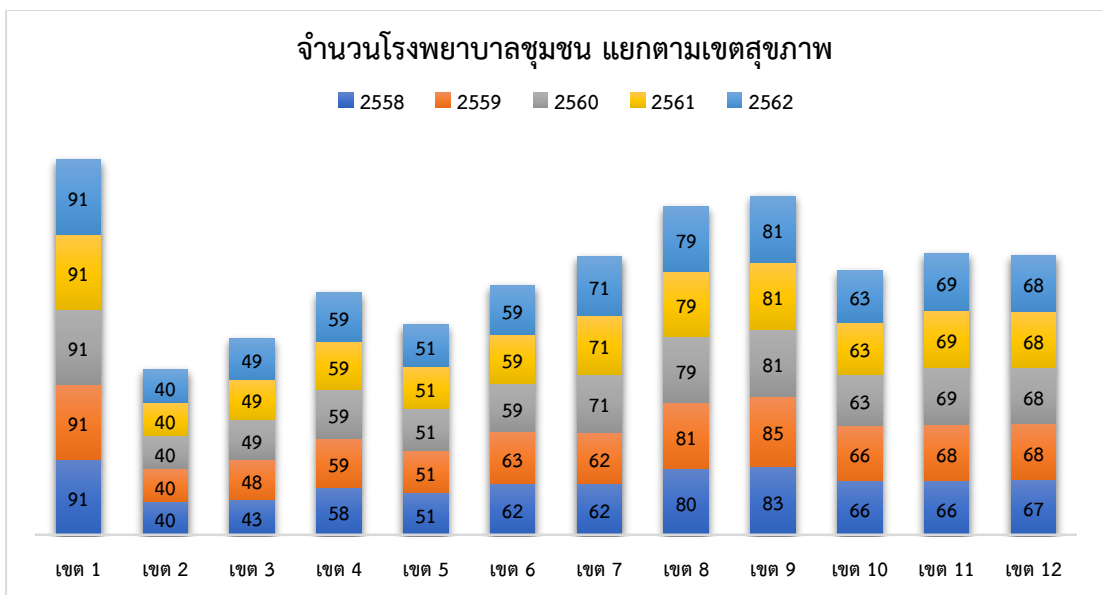
แผนภาพที่ 3 - 3 กราฟแสดงจำนวนโรงพยาบาลทั่วไป แยกตามเขตสุขภาพ



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟจำนวนโรงพยาบาลทั่วไป แยกตามเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 2, 3, 12 มีจำนวนเท่าเดิม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 – 2562 เขตสุขภาพที่ 1, 8, 9, 11 มีเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2560 – 2562 และเขตสุขภาพที่ 4, 5, 6, 7, 10 ลดลงในปีงบประมาณ 2562

แผนภาพที่ 3 - 4 กราฟแสดงจำนวนโรงพยาบาลชุมชน แยกตามเขตสุขภาพ

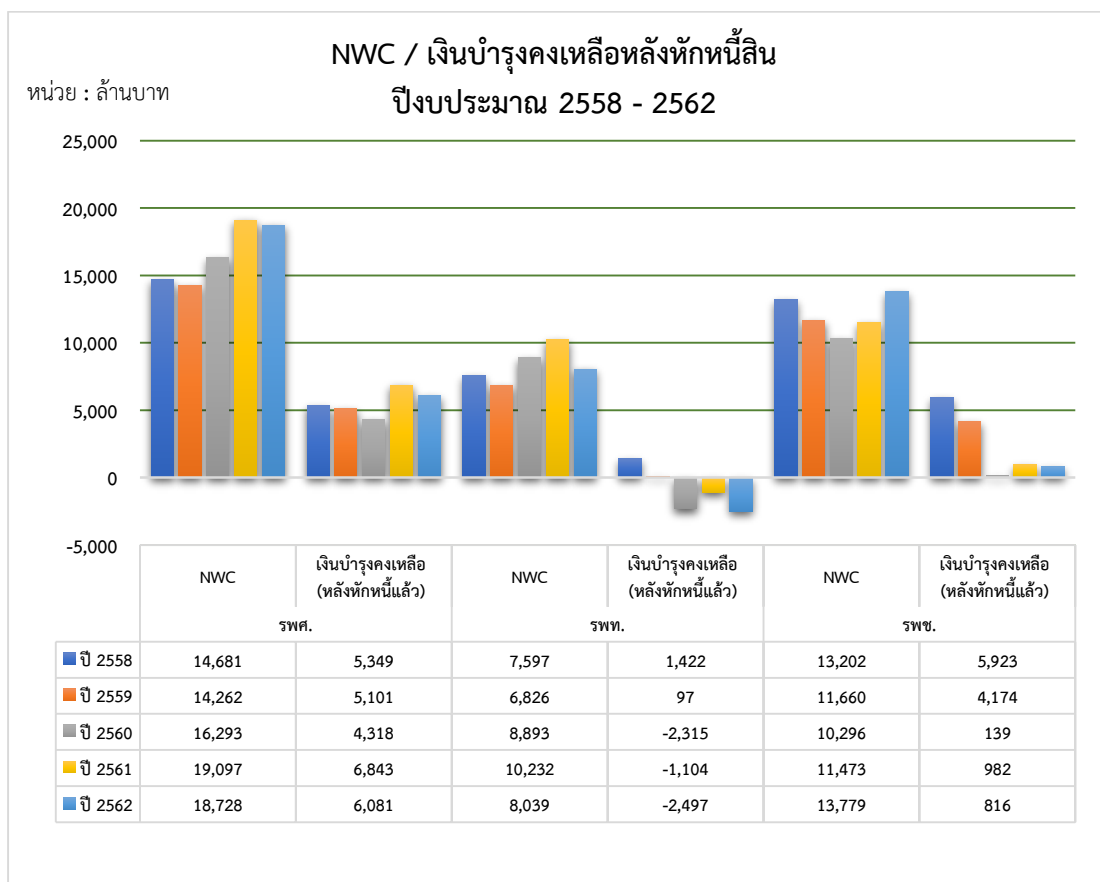


ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟจำนวนโรงพยาบาลชุมชน แยกตามเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 1, 2, 5 ในปีงบประมาณ 2558 – 2562 มีจำนวนเท่าเดิม เขตสุขภาพที่ 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 ในปีงบประมาณ 2558 – 2559 เพิ่มขึ้นและคงที่ ในปีงบประมาณ 2560 – 2562

## ส่วนที่ 2 สถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562

แผนภาพที่ 3 – 5 กราฟแสดงเงินทุนหมุนเวียน (Net Working Capital: NWC) เงินบำรุงคงเหลือ หลังหักหนี้สิน ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟเงินทุนหมุนเวียนสุทธิ (NWC) / เงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้สิน ปีงบประมาณ 2558 – 2562 แยกตามประเภทกลุ่มโรงพยาบาล พบว่า

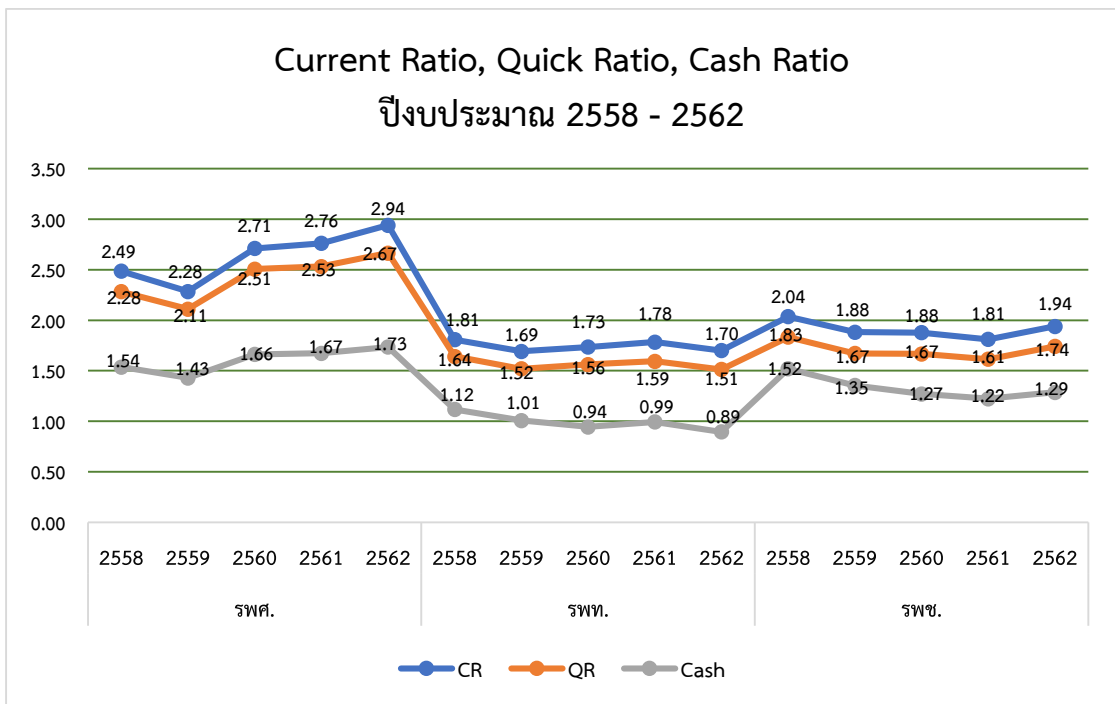
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ ในปีงบประมาณ 2558 – 2562 NWC เป็นบวก เพิ่มขึ้นในปี 2561 และลดลงในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 18,728 บาท และเงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้สิน เป็นบวก คงเหลือในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 6,081 ล้านบาท

กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป ในปีงบประมาณ 2558 – 2562 NWC เป็นบวก เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 10,232 ล้านบาท และลดลงในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 8,039

ล้านบาท และเงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้สินติดลบ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 - 2562 ซึ่งในปีงบประมาณ 2562 ติดลบถึง -2,497 ล้านบาท

กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ในปีงบประมาณ 2558 - 2562 NWC เป็นบวก เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 13,779 ล้านบาท และเงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้สิน เป็นบวกคงเหลือในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 816 ล้านบาท

แผนภาพที่ 3 - 6 กราฟแสดง อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio) อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) อัตราส่วนเงินสด (Cash Ration) ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

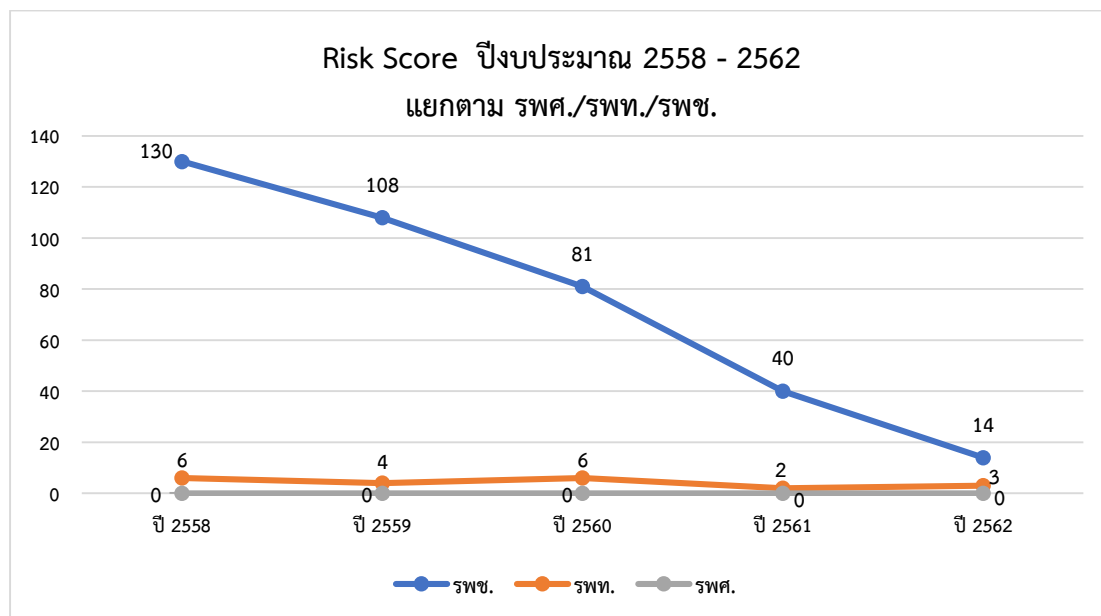
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดงอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio) อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) อัตราส่วนเงินสด (Cash Ration) ในปีงบประมาณ 2558 - 2562 พบว่า

กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ Current Ratio, Quick Ratio, Cash Ratio ลดลงในปีงบประมาณ 2559 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ 2560 - 2562 บ่งบอกถึงสินทรัพย์มีสภาพคล่องสูง มีความสามารถในการชำระหนี้

กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป Current Ratio, Quick Ratio, Cash Ratio เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2560 - 2561 และมีแนวโน้มลดลงในปีงบประมาณ 2562

กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน Current Ratio, Quick Ratio, Cash Ratio ลดลงในปีงบประมาณ 2559 - 2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2562

แผนภาพที่ 3 – 7 กราฟแสดงวิกฤติทางการเงิน ตามเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน (Risk Score) ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

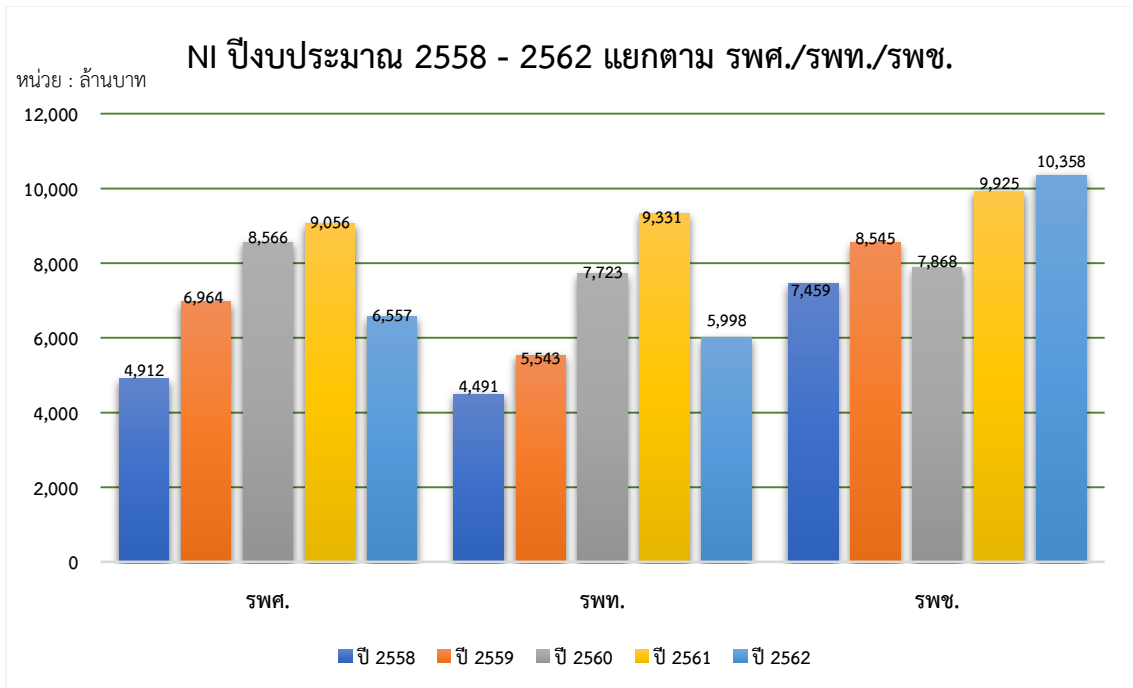
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดงวิกฤติทางการเงิน ตามเกณฑ์การคิดความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Score) ระดับ 7 ในปีงบประมาณ 2558 – 2562 พบว่า กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ในปีงบประมาณ 2558 – 2562 ไม่มีโรงพยาบาลมีวิกฤติทางการเงินระดับ 7

กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) พบว่า ในปีงบประมาณ 2558, 2560 โรงพยาบาลมีวิกฤติทางการเงินระดับ 7 จำนวน 6 แห่ง และลดลงในปีงบประมาณ 2561 แต่ในปีงบประมาณ 2562 เริ่มขยับเพิ่มขึ้นอยู่ที่ จำนวน 3 แห่ง

กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ในปีงบประมาณ 2558 – 2562 มีแนวโน้มโรงพยาบาลมีวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ลดลง เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 130 แห่ง ลดลงในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 14 แห่ง

### ส่วนที่ 3 ประเมินการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562

แผนภาพที่ 3 – 8 กราฟแสดงกำไรสุทธิ (NI) ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

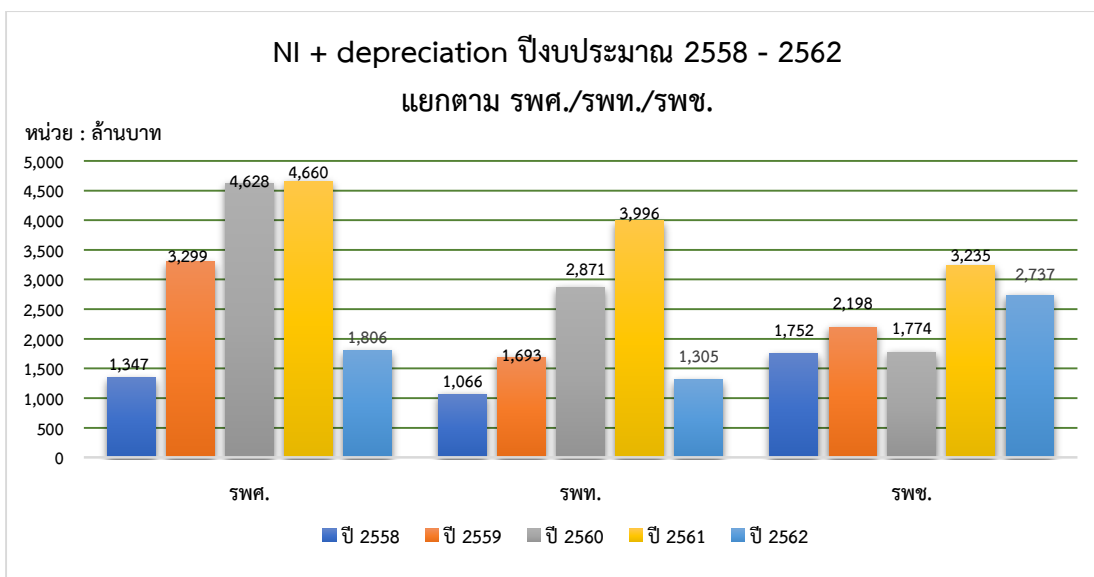
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดงกำไรสุทธิ (NI) รายได้สูงกว่า (ต่ำกว่า) ค่าใช้จ่ายสุทธิ ในปีงบประมาณ 2558-2562 พบว่า

กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2558 - 2561 ซึ่งในปีงบประมาณ 2561 มี NI จำนวน 9,056 ล้านบาท และลดลงในปีงบประมาณ 2562 มี NI จำนวน 6,557 ล้านบาท

กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2558 - 2561 ซึ่งในปีงบประมาณ 2561 มี NI จำนวน 9,331 ล้านบาท และลดลงในปีงบประมาณ 2562 มี NI จำนวน 5,998 ล้านบาท

กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และลดลง โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดในปีงบประมาณ 2562 มี NI จำนวน 10,353 ล้านบาท ลดลงมากที่สุดในปีงบประมาณ 2558 มี NI จำนวน 7,759 ล้านบาท

แผนภาพที่ 3 - 9 กราฟแสดงกำไรสุทธิโดยรวมค่าเสื่อม (NI + depreciation) ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

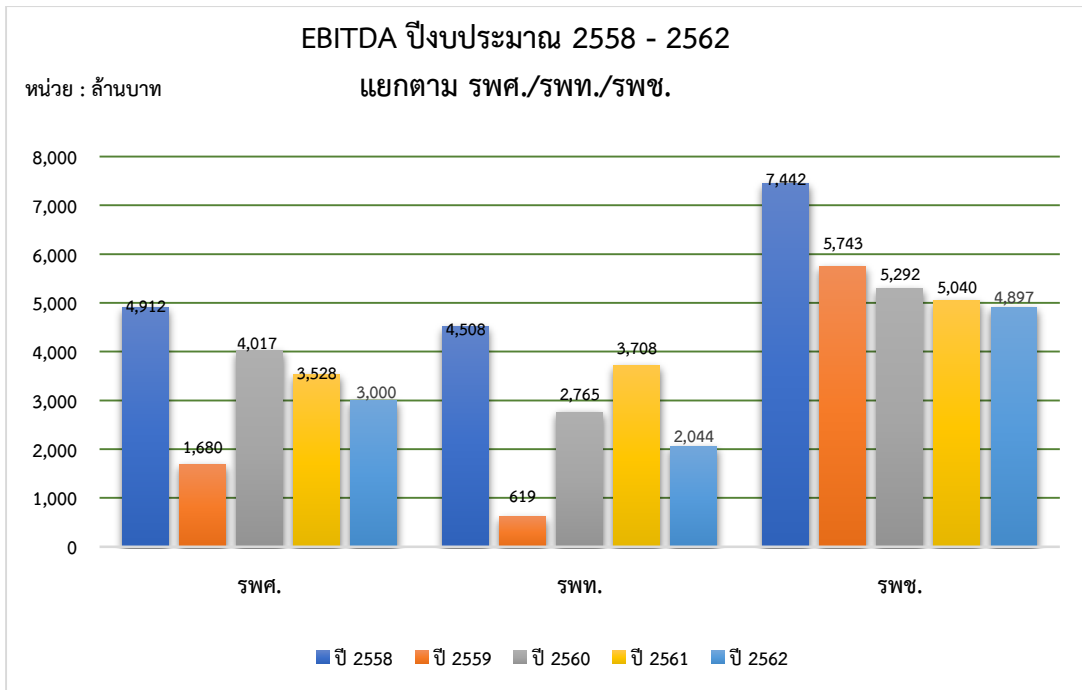
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดงกำไรสุทธิโดยรวมค่าเสื่อม (NI + depreciation) (รายได้สูงกว่า (ต่ำกว่า) ค่าใช้จ่ายสุทธิ (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและ ค่าตัดจำหน่าย) ในปีงบประมาณ 2558 - 2562 พบว่า

กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ มีแนวโน้มสูงขึ้นในปีงบประมาณ 2558 - 2561 ซึ่งในปีงบประมาณ 2561 มี NI + depreciation จำนวน 4,660 ล้านบาท และลดลงในปีงบประมาณ 2562 มี NI + depreciation จำนวน 1,806 ล้านบาท

กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป มีแนวโน้มสูงขึ้นในปีงบประมาณ 2558 - 2561 ซึ่งในปีงบประมาณ 2561 มี NI + depreciation จำนวน 3,996 ล้านบาท และลดลงในปีงบประมาณ 2562 มี NI + depreciation จำนวน 1,305 ล้านบาท

กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลง โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดในปีงบประมาณ 2561 มี NI + depreciation จำนวน 3,235 ล้านบาท ลดลงมากที่สุดในปีงบประมาณ 2558 มี NI + depreciation จำนวน 1,752 ล้านบาท และในปีงบประมาณ 2562 มี NI + depreciation จำนวน 2,737 ล้านบาท

แผนภาพที่ 3 - 10 กราฟแสดงรายได้ก่อนดอกเบี้ยภาษีค่าเสื่อมและค่าตัดจำหน่าย (EBITDA) ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

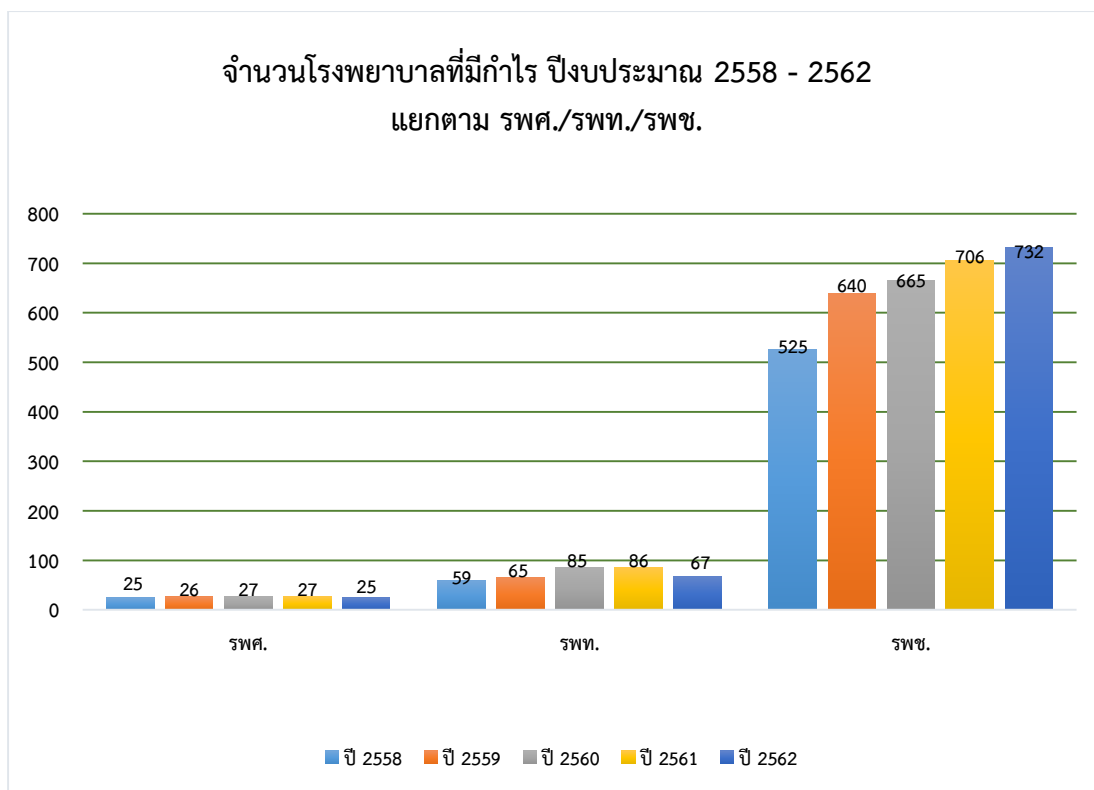
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดง (EBITDA) รายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) หัก ค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและ ค่าตัดจำหน่าย) ในปีงบประมาณ 2558 – 2562 พบว่า

กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลง โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดในปีงบประมาณ 2558 มี EBITDA จำนวน 4,912 ล้านบาท และลดลงมากที่สุดในปีงบประมาณ 2559 มี EBITDA จำนวน 1,680 ล้านบาท และในปีงบประมาณ 2562 มี EBITDA จำนวน 3,000 ล้านบาท

กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลง โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดในปี 2558 มี EBITDA จำนวน 4,508 ล้านบาท และลดลงมากที่สุดในปีงบประมาณ 2559 มี EBITDA จำนวน 619 ล้านบาท และในปีงบประมาณ 2562 มี EBITDA จำนวน 2,044 ล้านบาท

กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน มีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ 2558 – 2562 โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดในปีงบประมาณ 2558 มี EBITDA จำนวน 7,442 ล้านบาท และลดลงมากที่สุดในปีงบประมาณ 2562 มี EBITDA จำนวน 4,897 ล้านบาท

แผนภาพที่ 3 – 11 กราฟแสดงจำนวนโรงพยาบาลที่มีกำไร ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดง จำนวนโรงพยาบาลที่มีกำไร ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 พบว่า

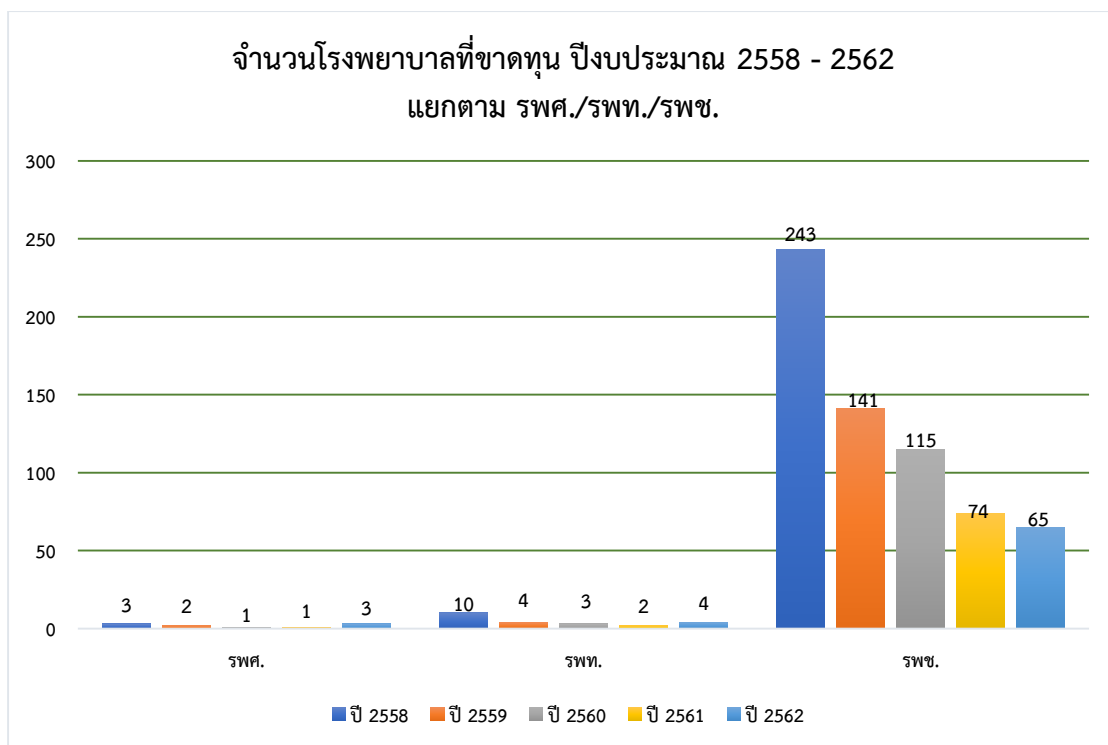
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ ในปีงบประมาณ 2559 - 2561 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดใน 2560 - 2561 มีจำนวน 27 แห่ง แต่ลดลงในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 25 แห่ง

กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป ในปีงบประมาณ 2559 - 2561 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดใน 2561 มีจำนวน 86 แห่ง แต่ลดลงในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 67 แห่ง

กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ในปีงบประมาณ 2558 - 2562 มีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2562 เพิ่มขึ้นสูงสุด จำนวน 732 แห่ง

แผนภาพที่ 3 - 12 กราฟแสดงจำนวนโรงพยาบาลที่ขาดทุน ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)





ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

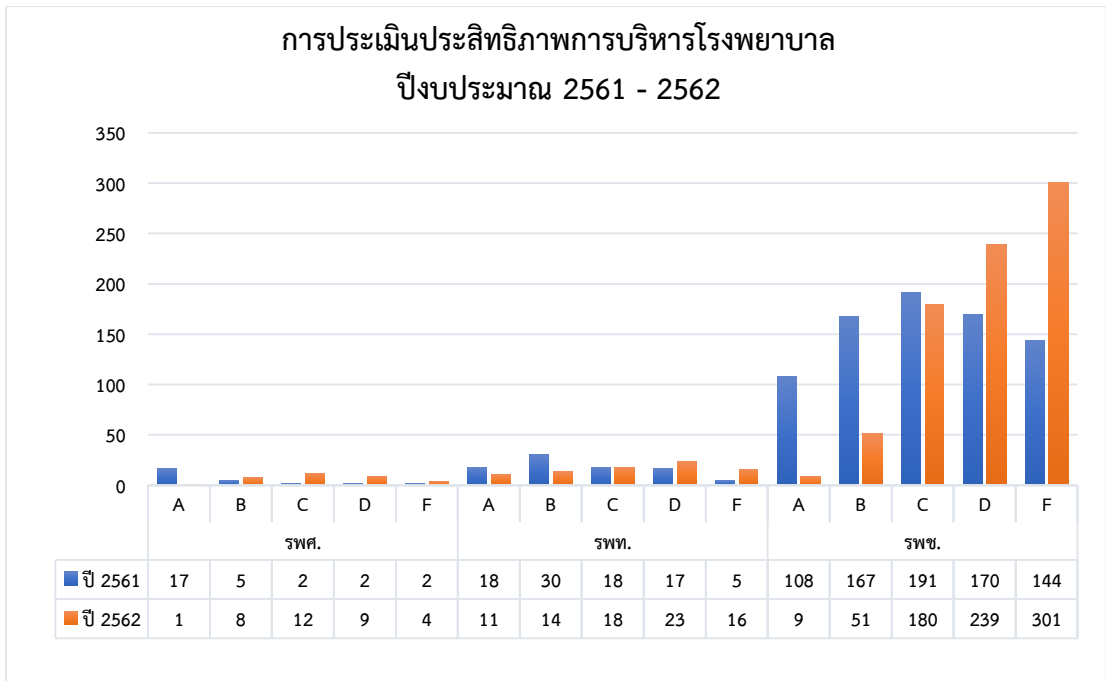
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดง จำนวนโรงพยาบาลที่ขาดทุน ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 พบว่า

กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ ในปีงบประมาณ 2558 – 2561 มีแนวโน้มขาดทุนลดลง โดยในปีงบประมาณ 2560 – 2561 มีจำนวน 1 แห่ง แต่ในปี 2562 เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 3 แห่ง

กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป ในปีงบประมาณ 2558 – 2561 มีแนวโน้มขาดทุนลดลง โดยในปีงบประมาณ 2561 มีจำนวน 2 แห่ง แต่ในปี 2562 เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 4 แห่ง

กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ในปีงบประมาณ 2558 – 2562 มีแนวโน้มขาดทุนลดลงต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2562 ลดลงเหลือจำนวน 65 แห่ง

แผนภาพที่ 3 – 13 กราฟแสดงการประเมินประสิทธิภาพการบริหารโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2560 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

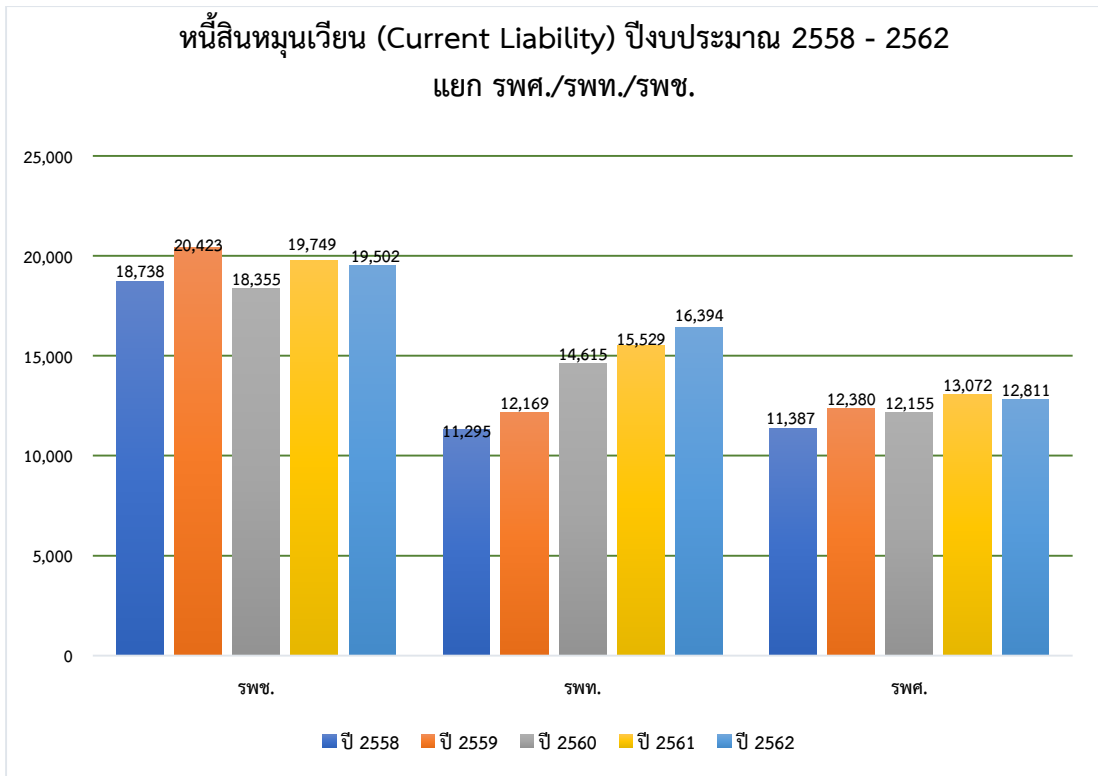
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดงการประเมินประสิทธิภาพการบริหารโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2561 ถึง 2562 พบว่า

กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารโรงพยาบาล ในระดับ Grade B – F ในปีงบประมาณ 2562 เพิ่มขึ้น จากปีงบประมาณ 2561 แต่พบว่า ระดับ Grade A ปีงบประมาณ 2562 ลดลง จากปีงบประมาณ 2561

กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารโรงพยาบาล ในระดับ Grade C – F ในปีงบประมาณ 2562 เพิ่มขึ้น จากปีงบประมาณ 2561 แต่พบว่า ระดับ Grade A - B ปีงบประมาณ 2562 ลดลง จากปีงบประมาณ 2561

กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารโรงพยาบาล ในระดับ Grade D – F ในปีงบประมาณ 2562 เพิ่มขึ้น จากปีงบประมาณ 2561 แต่พบว่า ระดับ Grade A - C ปีงบประมาณ 2562 ลดลงจากปีงบประมาณ 2561

แผนภาพที่ 3 – 14 กราฟแสดงหนี้สินหมุนเวียน (Current Liability) ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

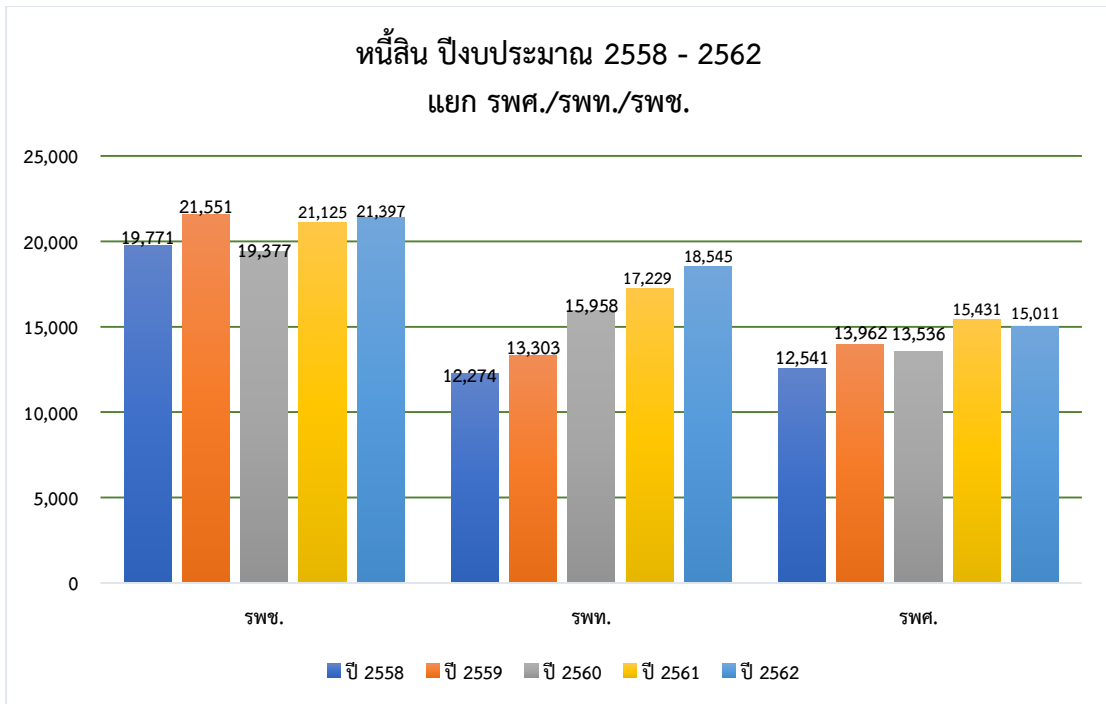
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดงหนี้สินหมุนเวียน (Current Liability) ใน  
ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 พบว่า

กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ แนวโน้มของหนี้สินหมุนเวียน (Current Liability) ในปีงบประมาณ 2558 - 2562 เพิ่มขึ้น และลดลงไม่มาก ซึ่งเพิ่มสูงสุดในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 13,072 ล้านบาท และต่ำสุดในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 11,387 ล้านบาท โดยที่ปีงบประมาณ 2562 มีจำนวน 12,811 ล้านบาท

กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป แนวโน้มของหนี้สินหมุนเวียน (Current Liability) สูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี ซึ่งในปีงบประมาณ 2562 เพิ่มขึ้นสูงสุด มีจำนวน 16,394 ล้านบาท

กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน แนวโน้มของหนี้สินหมุนเวียน (Current Liability) เพิ่มสูงสุดในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 20,423 ล้านบาท ลดลงในปีงบประมาณ 2560 เหลือจำนวน 18,355 บาท แต่กลับเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2561 - 2562 ซึ่งในปี 2562 มีหนี้สินหมุนเวียน (Current Liability) ทั้งหมดจำนวน 19,502 บาท

แผนภาพที่ 3 - 15 กราฟแสดงหนี้สิน ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์  
โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน พร้อมคำบรรยายกราฟ



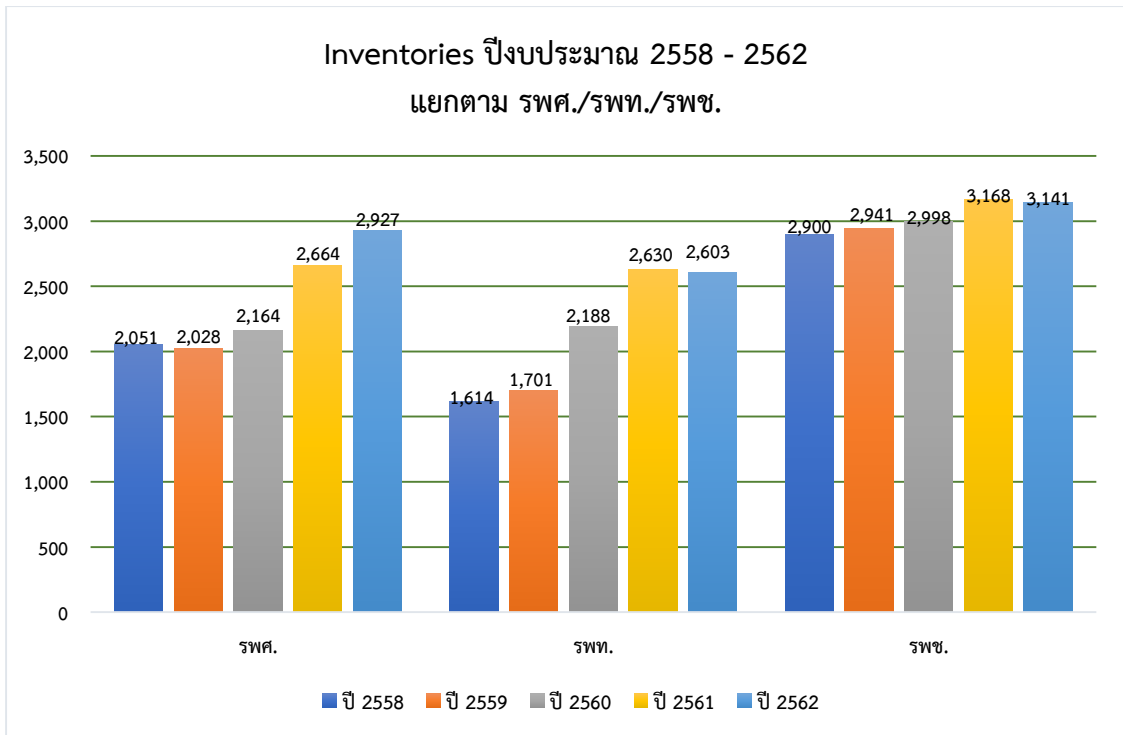
ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดง หนี้สิน ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 พบว่า กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ แนวโน้มของหนี้สิน เพิ่มสูงสุดในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 15,431 ล้านบาท และต่ำสุดในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 12,541 ล้านบาท โดยที่ปีงบประมาณ 2562 มีจำนวน 15,011 ล้านบาท

กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป แนวโน้มของหนี้สินเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี ซึ่งในปีงบประมาณ 2562 เพิ่มขึ้นสูงสุด มีจำนวน 18,545 ล้านบาท ต่ำสุดในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 12,274 ล้านบาท อาจเป็นเพราะมีเจ้าหนี้การค้า ที่เพิ่มขึ้น เช่น เจ้าหนี้ค่ายา เจ้าหนี้ค่าเวชภัณฑ์ และเจ้าหนี้ค่ารักษาตามจ่าย

กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน แนวโน้มของหนี้สิน เพิ่มขึ้นสูงสุดในปี 2559 จำนวน 21,551 ล้านบาท ลดลงในปีงบประมาณ 2560 เหลือจำนวน 19,377 ล้านบาท แต่กลับเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2561 - 2562 ซึ่งในปีงบประมาณ 2562 มีหนี้สินทั้งหมดจำนวน 21,397 ล้านบาท อาจเป็นเพราะมีเจ้าหนี้การค้า ที่เพิ่มขึ้น เช่น เจ้าหนี้ค่ายา เจ้าหนี้ค่าเวชภัณฑ์ และเจ้าหนี้ค่ารักษาตามจ่าย

แผนภาพที่ 3 – 16 กราฟแสดงสินค้าคงเหลือ (inventories) ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

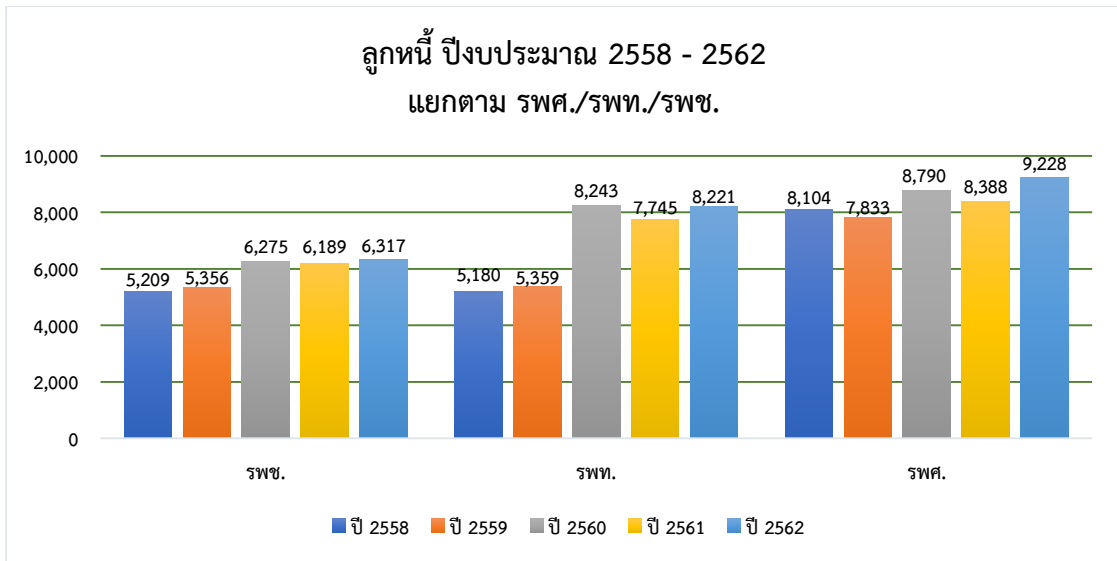
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดงสินค้าคงเหลือ (Inventories) ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 พบว่า

กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ สินค้าคงเหลือ (Inventories) ในปีงบประมาณ 2558 – 2562 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ต่อเนื่องทุกปี ซึ่งเพิ่มสูงสุดในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 2,927 ล้านบาท และต่ำสุดในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 2,028 ล้านบาท

กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป สินค้าคงเหลือ (Inventories) ในปีงบประมาณ 2558 – 2561 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ต่อเนื่องทุกปี ซึ่งเพิ่มสูงสุดในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 2,630 ล้านบาท และต่ำสุดในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 1,614 ล้านบาท ซึ่งในปีงบประมาณ 2562 มีสินค้าคงเหลือทั้งหมด 2,603 ล้านบาท

กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน สินค้าคงเหลือ (Inventories) ในปีงบประมาณ 2558 – 2561 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ต่อเนื่องทุกปี ซึ่งเพิ่มสูงสุดในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 3,168 ล้านบาท และต่ำสุดในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 2,900 ล้านบาท ซึ่งในปีงบประมาณ 2562 มีสินค้าคงเหลือทั้งหมด 3,141 ล้านบาท

แผนภาพที่ 3 – 17 กราฟแสดงลูกหนี้ ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)



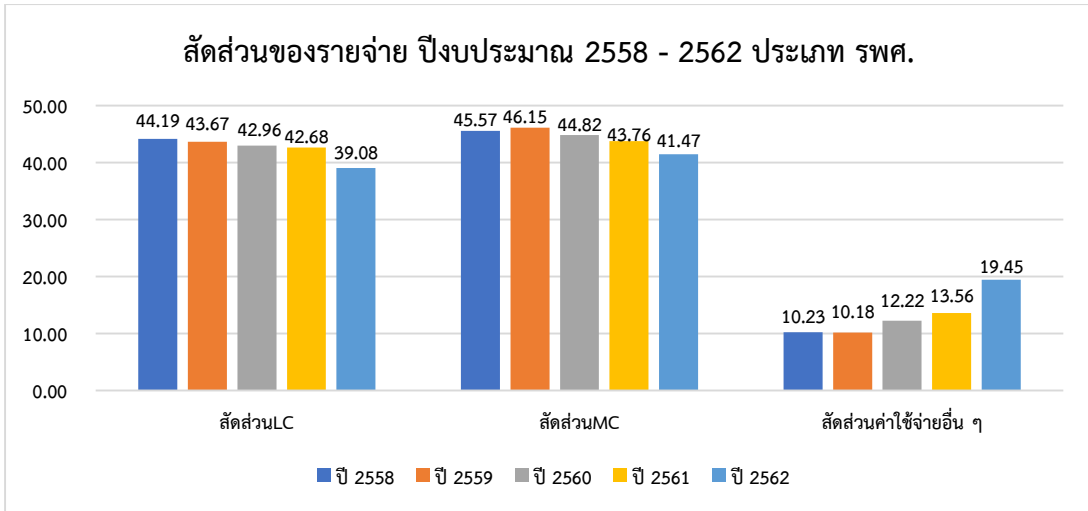
ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดง ลูกหนี้ ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 พบว่า กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ มีแนวโน้มของลูกหนี้ ในปีงบประมาณ 2558 – 2562 มีเพิ่มขึ้นและลดลง โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 9,228 ล้านบาท และต่ำสุดในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 7,833 ล้านบาท

กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป มีแนวโน้มของลูกหนี้ ในปีงบประมาณ 2558 – 2560 เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 8,243 ล้านบาท และต่ำสุดในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 5,180 ล้านบาท ซึ่งในปี 2562 มีทั้งหมด 8,221 ล้านบาท

กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน มีแนวโน้มของลูกหนี้ ในปีงบประมาณ 2558 – 2560 มีเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 6,317 ล้านบาท และต่ำสุดในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 5,209 ล้านบาท

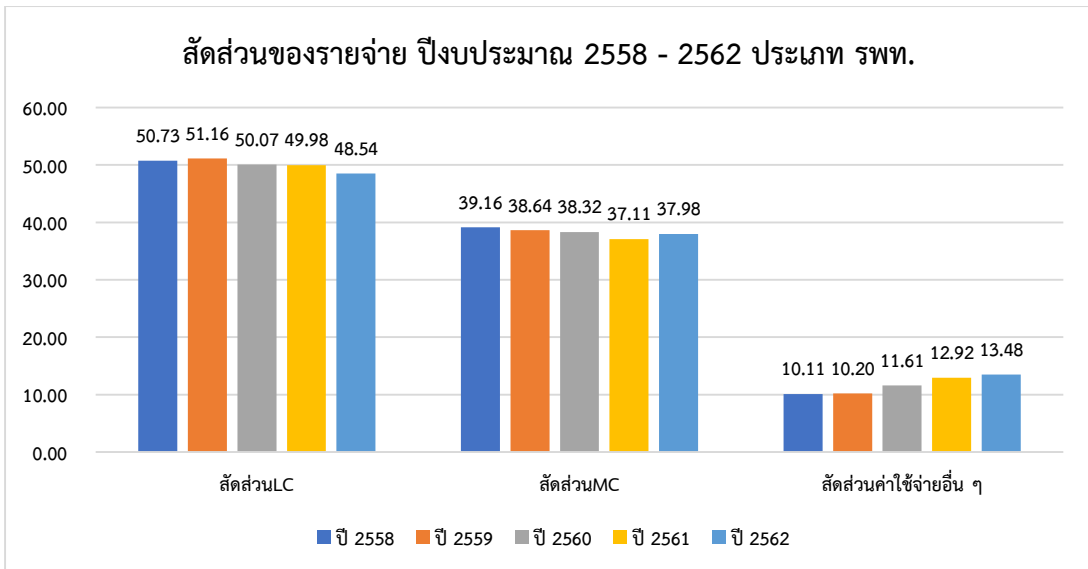
แผนภาพที่ 3 – 18 กราฟแสดงสัดส่วนของรายจ่าย แยกประเภทเป็นเงินเดือนและค่าจ้าง ค่ายาและเวชภัณฑ์ค่าห้องปฏิบัติการและอื่น ๆ แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดงสัดส่วนของรายจ่าย ปีงบประมาณ 2558 - 2562 ประเภทโรงพยาบาลศูนย์ พบว่า สัดส่วนต้นทุนค่าแรง (LC) และ ต้นทุนวัสดุ (MC) ในปีงบประมาณ 2558 - 2562 มีแนวโน้มลดลง แต่อย่างไรก็ตามสัดส่วนค่าใช้จ่ายอื่น ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 - 2562

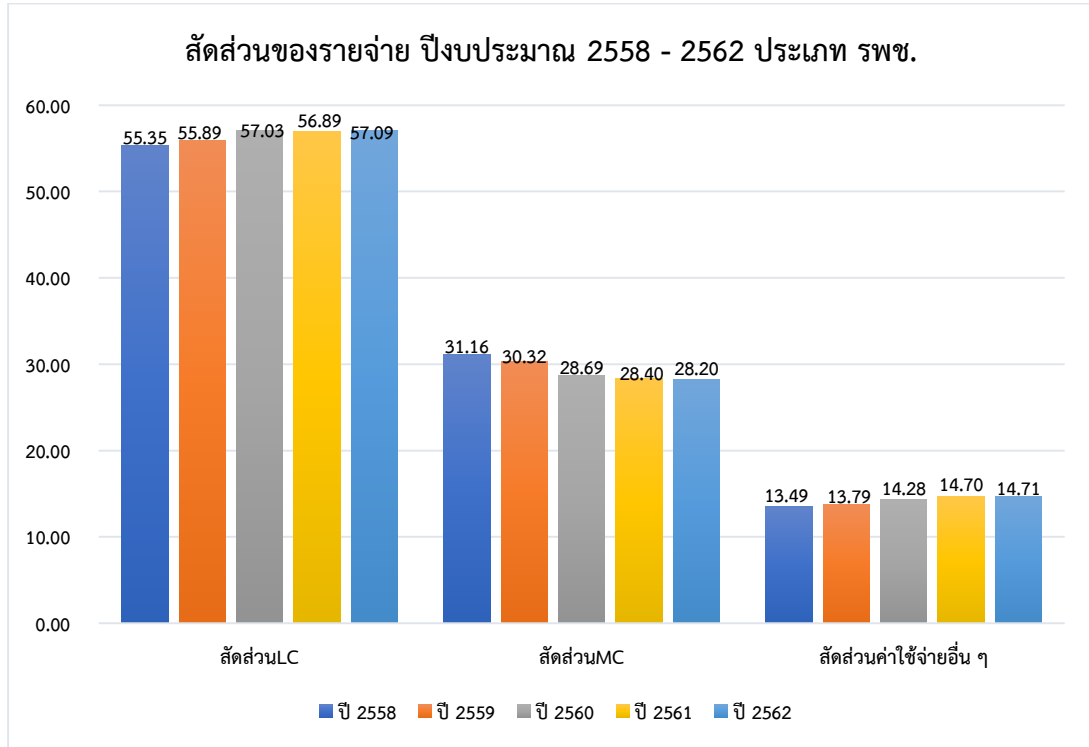
แผนภาพที่ 3 – 19 กราฟแสดงสัดส่วนของรายจ่าย แยกประเภทเป็นเงินเดือนและค่าจ้าง ค่ายาและเวชภัณฑ์ค่าห้องปฏิบัติการและอื่น ๆ แยกกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดงสัดส่วนของรายจ่าย ปีงบประมาณ 2558 - 2562 ประเภทโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า สัดส่วนต้นทุนค่าแรง (LC) มีแนวโน้มลดลง สัดส่วนต้นทุนวัสดุ (MC) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามสัดส่วนค่าใช้จ่ายอื่น ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 - 2562

แผนภาพที่ 3 – 20 กราฟแสดงสัดส่วนของรายจ่าย แยกประเภทเป็นเงินเดือนและค่าจ้าง ค่ายาและเวชภัณฑ์ค่าห้องปฏิบัติการและอื่น ๆ แยกกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)

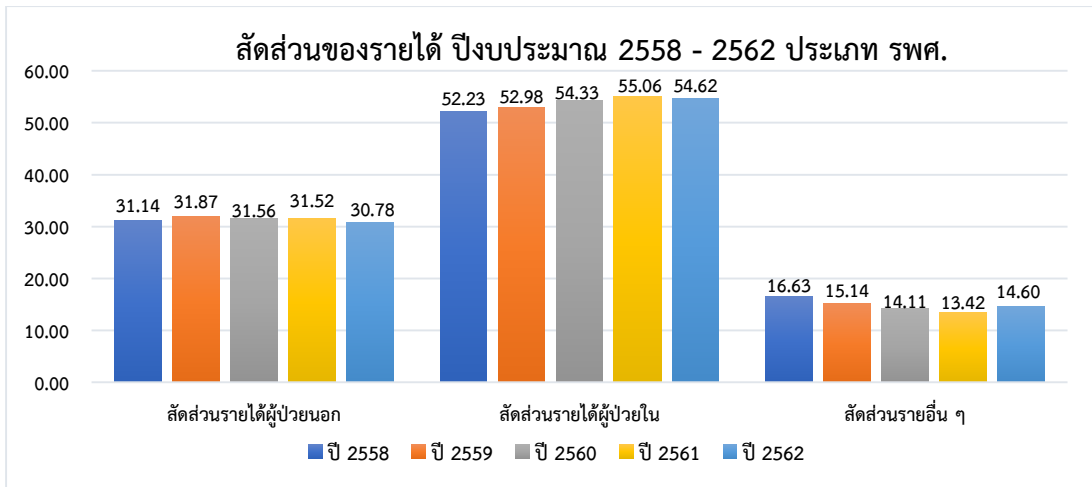


ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดงสัดส่วนของรายจ่าย ปีงบประมาณ 2558 - 2562 ประเภทโรงพยาบาลชุมชน พบว่า สัดส่วนต้นทุนค่าแรง (LC) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เล็กน้อย ยกเว้นในปีงบประมาณ 2561 สัดส่วน LC ลดลง เมื่อพิจารณาสัดส่วนต้นทุนวัสดุ (MC) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามสัดส่วนค่าใช้จ่ายอื่น ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 - 2562

แผนภาพที่ 3 – 21 กราฟแสดงสัดส่วนของรายได้ แยกประเภทเป็น รายได้ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และอื่น ๆ แยกกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)

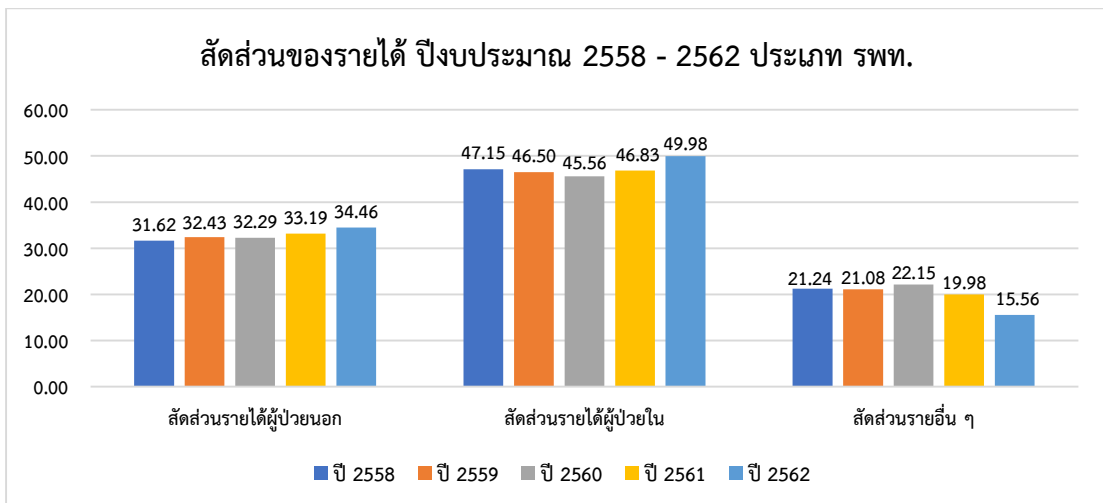




ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดงสัดส่วนของรายได้ ปีงบประมาณ 2558 - 2562 ประเภทโรงพยาบาลศูนย์ พบว่า สัดส่วนรายได้ผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มลดลง ยกเว้นในปีงบประมาณ 2559 สัดส่วนรายได้ผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเล็กน้อย สัดส่วนรายได้ผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน ยกเว้นในปีงบประมาณ 2561 เพิ่มขึ้นเล็กน้อย สัดส่วนรายได้อื่น ๆ ลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 - 2561 และเพิ่มขึ้นอีกในปีงบประมาณ 2562

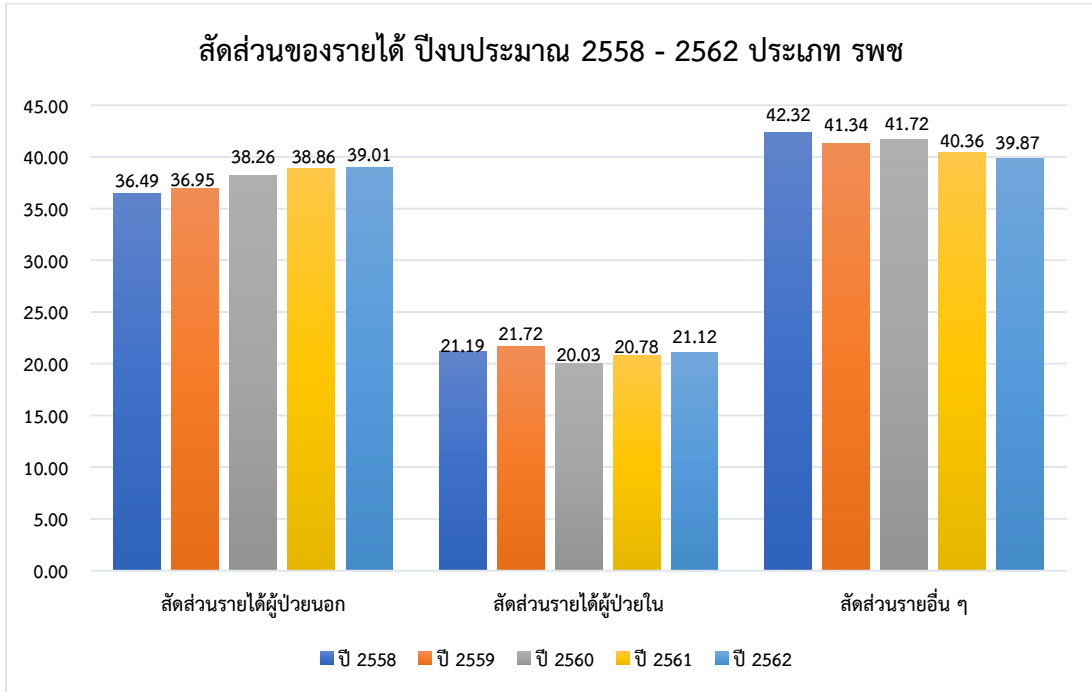
แผนภาพที่ 3 - 22 กราฟแสดงสัดส่วนของรายได้ แยกประเภทเป็น รายได้ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และอื่น ๆ แยกกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดงสัดส่วนของรายได้ ปีงบประมาณ 2558 - 2562 ประเภทโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า สัดส่วนรายได้ผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สัดส่วนของรายได้ผู้ป่วยในลดลง ในช่วงปีงบประมาณ 2559 - 2560 และเพิ่มขึ้นในช่วงปีงบประมาณ 2561 - 2562 ในขณะที่สัดส่วนของรายได้อื่น ๆ มีแนวโน้มลดลง เพิ่มขึ้นเฉพาะในปีงบประมาณ 2560 เท่านั้น

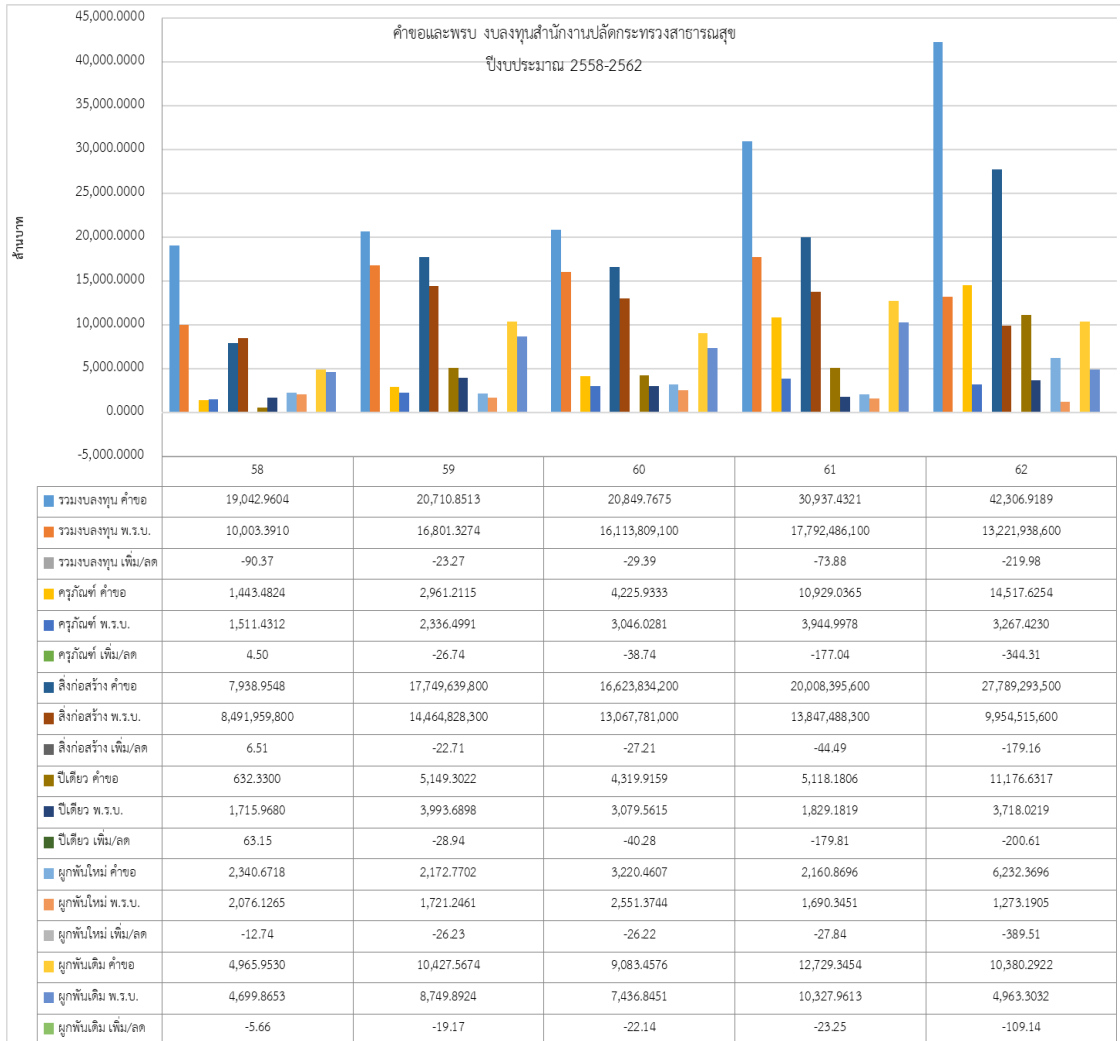
แผนภาพที่ 3 – 23 กราฟแสดงสัดส่วนของรายได้ แยกประเภทเป็น รายได้ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และอื่น ๆ แยกกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)



ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดงสัดส่วนของรายได้ ปีงบประมาณ 2558 – 2562 ประเภทโรงพยาบาลชุมชน พบว่า สัดส่วนรายได้ผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สัดส่วนรายได้ผู้ป่วยในลดลงในช่วงปีงบประมาณ 2559 – 2560 และเพิ่มขึ้นในช่วงปีงบประมาณ 2561 – 2562 ในขณะที่ สัดส่วนรายได้อื่น ๆ มีแนวโน้มลดลง เพิ่มขึ้นเฉพาะในปีงบประมาณ 2560 เท่านั้น

แผนภาพที่ 3 – 24 แสดงงบประมาณที่ได้รับสำหรับงบลงทุน ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562



ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกราฟแสดง งบประมาณที่ได้รับสำหรับงบลงทุน  
ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 พบว่า

เปรียบเทียบรวมงบลงทุนคำขอของงบประมาณ และพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย  
(พ.ร.บ.) งบลงทุนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลดลงอย่างต่อเนื่อง และลดลงมากที่สุด  
ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 219.98 ล้านบาท

เปรียบเทียบครุภัณฑ์คำขอของงบประมาณ และพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย  
(พ.ร.บ.) งบลงทุนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มขึ้นเฉพาะในปีงบประมาณ 2558  
จำนวน 4.50 ล้านบาท และลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 – 2562

เปรียบเทียบสิ่งก่อสร้างคำขอของงบประมาณ และพระราชบัญญัติงบประมาณ  
รายจ่าย (พ.ร.บ.) งบลงทุนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ  
2559 - 2562 ลดลงมากที่สุด ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 179.16 ล้านบาท เพิ่มขึ้นเฉพาะ  
ในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 6.51 ล้านบาท

เปรียบเทียบค่าของงบประมาณปีเดียว และพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย (พ.ร.บ.) งบลงทุนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 - 2562 ลดลงมากที่สุด ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 200.61 ล้านบาทเพิ่มขึ้นเฉพาะในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 63.15 ล้านบาท

เปรียบเทียบค่าของงบประมาณผูกพันใหม่ และพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย (พ.ร.บ.) งบลงทุนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 - 2562 ลดลงมากที่สุด ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 389.51 ล้านบาท

เปรียบเทียบค่าของงบประมาณผูกพันเดิม และพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย (พ.ร.บ.) งบลงทุนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 - 2562 ลดลงมากที่สุด ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 109.14 ล้านบาท

## สรุป

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 มีจำนวน 34, 82 และ 780 แห่งตามลำดับ

### ส่วนที่ 2 สถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562

ทุนหมุนเวียนสุทธิ (NWC) เงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้สิน ในภาพรวม NWC เป็นบวก เมื่อพิจารณาตามระดับโรงพยาบาล พบว่า ในโรงพยาบาลศูนย์คงเหลือในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 6,081 ล้านบาท แต่กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป ในปีงบประมาณ 2562 ติดลบถึง -2,497 ล้านบาท ในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน เงินบำรุงคงเหลือในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 816 ล้านบาท

**อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio) อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) และอัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio)** กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ 2560 – 2562 บ่งบอกถึงสินทรัพย์มีสภาพคล่องสูง มีความสามารถในการชำระหนี้ ส่วนในกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2560 – 2561 และมีแนวโน้มลดลงในปีงบประมาณ 2562 กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ลดลงในปีงบประมาณ 2559 – 2561 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2562

**วิกฤติทางการเงินตามเกณฑ์การคิดความเสี่ยงทางการเงิน (Risk Score) ระดับ 7** กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ ไม่มีโรงพยาบาลมีวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ในกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป ในปีงบประมาณ 2558, 2560 โรงพยาบาลมีวิกฤติทางการเงินระดับ 7 จำนวน 6 แห่ง แต่ในปีงบประมาณ 2562 เริ่มขยับเพิ่มขึ้นอยู่ที่ จำนวน 3 แห่ง กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ในปีงบประมาณ 2558 – 2562 มีแนวโน้มโรงพยาบาลมีวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ลดลง เพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 130 แห่ง ลดลงในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 14 แห่ง

### **ส่วนที่ 3 ประเมินการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562**

**กำไรสุทธิ (NI)** กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งในปีงบประมาณ 2561 มี NI จำนวน 9,056 ล้านบาท และ 9,331 ล้านบาท แล้วลดลงในปีงบประมาณ 2562 มี NI จำนวน 6,557 ล้านบาท และจำนวน 5,998 ล้านบาท ตามลำดับ ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลง โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดในปีงบประมาณ 2562 มี NI จำนวน 10,353 ล้านบาท ลดลงมากที่สุดในปีงบประมาณ 2558 มี NI จำนวน 7,759 ล้านบาท

**กำไรสุทธิโดยรวมค่าเสื่อม (NI + depreciation)** กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป มีแนวโน้มสูงขึ้นในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 4,660 ล้านบาท และ 3,996 ล้านบาท แล้วลดลงในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 1,806 ล้านบาท และ 1,305 ล้านบาทตามลำดับ ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และลดลง โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 3,235 ล้านบาท ลดลงมากที่สุดในปีงบประมาณ 2,558 จำนวน 1,752 ล้านบาท และในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 2,737 ล้านบาท

**รายได้ก่อนดอกเบี้ยภาษีค่าเสื่อม และค่าตัดจำหน่าย (EBITDA)** กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงสุดในปีงบประมาณ 2558 จำนวน 4,912 และ 4,508 ล้านบาท ลดลงมากที่สุดในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 1,680 และ 619 ล้านบาท

ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2562มี EBITDA จำนวน 3,000 และ 2,044 ล้านบาท กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน มีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง และลดลงมากที่สุดในปีงบประมาณ 2562 มี EBITDA จำนวน 4,897 ล้านบาท

**จำนวนโรงพยาบาลที่มีกำไร** กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดในปีงบประมาณ 2560– 2561 มีจำนวน 27 และ 86 แห่ง แต่ลดลงในปีงบประมาณ

2562 จำนวน 25 และ 67 แห่งตามลำดับ ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน มีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2562 เพิ่มขึ้นสูงสุด จำนวน 732 แห่ง

**จำนวนโรงพยาบาลที่ขาดทุน** กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไปในปีงบประมาณ 2560 – 2561 มีจำนวน 1 และ 2 แห่ง แต่ในปีงบประมาณ 2562 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 3 และ 4 แห่งตามลำดับ กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน มีแนวโน้มขาดทุนลดลงต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2562 ลดลงเหลือจำนวน 65 แห่ง

**การประเมินประสิทธิภาพการบริหารโรงพยาบาล** แนวโน้มระดับ Grade A ลดลง กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ ในระดับ Grade B – F เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2562 แต่พบว่า ระดับ Grade A ลดลง กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป ในระดับ Grade C – F เพิ่มขึ้นปีงบประมาณ 2562 แต่พบว่า ระดับ Grade A - B ลดลง ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ระดับ Grade D – F เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2562 แต่พบว่า ระดับ Grade A - C ลดลง

**หนี้สินหมุนเวียน (Current Liability)** กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์แนวโน้มเพิ่มขึ้น เพิ่มขึ้นสูงสุดในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 13,072 ล้านบาท โดยที่ปีงบประมาณ 2562 มีจำนวน 12,811 ล้านบาทกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป สูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี ซึ่งในปีงบประมาณ 2562 เพิ่มขึ้นสูงสุด มีจำนวน 16,394 ล้านบาท กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน เพิ่มสูงสุด ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 20,423 ล้านบาท ซึ่งในปี 2562 มีหนี้สินหมุนเวียน (Current Liability) ทั้งหมดจำนวน 19,502 ล้านบาท

**หนี้สิน** กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ แนวโน้มของหนี้สิน เพิ่มสูงสุดในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 15,431 ล้านบาท โดยที่ปีงบประมาณ 2562 มีหนี้สินจำนวน 15,011 ล้านบาทกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนแนวโน้มของหนี้สิน เพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี ซึ่งในปีงบประมาณ 2562 มีจำนวน 18,545 และ 2,1397 ล้านบาทตามลำดับ อาจเป็นเพราะมีเจ้าหนี้การค้า ที่เพิ่มขึ้น เช่น เจ้าหนี้ค้ายา เจ้าหนี้ค่าเวชภัณฑ์ และเจ้าหนี้ค่ารักษาตามจ่าย

**สินค้าคงเหลือ (Inventories)** กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไปมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ต่อเนื่องทุกปี ซึ่งเพิ่มสูงสุดในปีงบประมาณ 2561 2562 จำนวน 2,927 และ 2,630 ล้านบาท ตามลำดับ ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเพิ่มสูงสุดในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 3,168 ล้านบาท ซึ่งในปีงบประมาณ 2562 มีสินค้าคงเหลือทั้งหมด 3,141 ล้านบาท

**ลูกหนี้** กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ลูกหนี้ เพิ่มขึ้นสูงสุดในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 9,228 ล้านบาท กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป ลูกหนี้ โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 8,243 ล้านบาท ซึ่งในปี 2562 มีทั้งหมด 8,221 ล้านบาท กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ลูกหนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพิ่มสูงสุดในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 6,317 ล้านบาท

**รายจ่าย เงินเดือน ค่าจ้าง ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าห้องปฏิบัติการ และอื่น ๆ** โรงพยาบาลศูนย์ สัดส่วนต้นทุนค่าแรง (LC) และ ต้นทุนวัสดุ (MC) มีแนวโน้มลดลง แต่อย่างไรก็ตามสัดส่วนค่าใช้จ่ายอื่น ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลทั่วไป สัดส่วน LC มีแนวโน้มลดลง สัดส่วน MC มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โรงพยาบาลชุมชน สัดส่วน LC มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย สัดส่วน MC มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามสัดส่วนค่าใช้จ่ายอื่น ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 - 2562

**รายได้** โรงพยาบาลศูนย์ สัดส่วนรายได้ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และรายได้อื่น ๆ มีแนวโน้มลดลง และเพิ่มขึ้นอีกในปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลทั่วไป สัดส่วนรายได้ผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สัดส่วนของรายได้ผู้ป่วยใน และสัดส่วนของรายได้อื่น ๆ มีแนวโน้มลดลง โรงพยาบาลชุมชน สัดส่วนรายได้ผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สัดส่วนรายได้ผู้ป่วยในลดลงและเพิ่มขึ้นในช่วงปีงบประมาณ 2561 – 2562 ในขณะที่สัดส่วนรายได้อื่น ๆ มีแนวโน้มลดลง

**เปรียบเทียบค่าของงบประมาณ และพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย (พ.ร.บ.) งบลงทุนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** ของงบลงทุน ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง ค่าขอปีเดียว ผูกพันใหม่ และผูกพันเดิม พบว่ามีแนวโน้มลดลงทุกประเภท จำนวน 109.14 – 389.51 ล้านบาท

## บทที่ 4

# แนวทางการบริหารการเงินสำหรับโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

### บทนำ

แนวทางการบริหารทางการเงินสำหรับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รูปแบบการบริหารการเงินมีความหลากหลายขึ้นกับผู้นำของโรงพยาบาล คือผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยในแต่ละระดับโรงพยาบาล ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจะได้รับการจัดสรรงบประมาณแตกต่างกันขึ้นกับจำนวนประชากรในพื้นที่ การ จัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะปัจจัยที่สำคัญ คือ ความรู้ และความสามารถด้านการเงินการคลัง ของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้บริหารด้านการเงิน (Chief Financial Officer: CFO) ของแต่ละเขตสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม และผลการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) สถานการณ์ทางการเงิน และการประเมินผลการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 - 2562 ในด้านสถานการณ์ทางการเงิน และประสิทธิภาพการบริหารการเงินของ โรงพยาบาลยังเผชิญกับภาวะวิกฤติทางการเงินอย่างต่อเนื่องจากสถานการณ์ข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาแนวทางการบริหารการเงินสำหรับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ และความล้มเหลวในการบริหารการเงินของโรงพยาบาล

ในบทนี้ได้มีการศึกษาถึงสาเหตุ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ และความล้มเหลวในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ผลการวิจัยสาเหตุ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ และความล้มเหลวในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และส่วนที่ 2 ผลการวิจัยจากแบบสอบถามออนไลน์แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และการวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อหาคำตอบการวิจัย



## ส่วนที่ 1 ผลการวิจัยสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

จากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In - depth Interview) ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ กับผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล (Structured Interview) พร้อมบันทึกเสียงเก็บข้อมูลวันที่ 10, 12 และ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 และทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยข้อค้นพบที่ได้ผู้วิจัยได้มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ตามแนวคำถาม 4 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1 สถานภาพของผู้ให้สัมภาษณ์** สถานภาพของผู้ให้สัมภาษณ์ ดำรงตำแหน่งผู้บริหารด้านการเงิน (Chief Financial Officer; CFO) ระดับกระทรวง และระดับเขตสุขภาพในแต่ละภาค จำนวน 8 ราย

**ตอนที่ 2 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขาดทุน หรือขาดสภาพคล่องทางการเงิน** ข้อค้นพบจากสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขาดทุน หรือขาดสภาพคล่องทางการเงิน พบประเด็นที่เกิดขึ้น 10 ประเด็นหลัก (Theme) ดังนี้ คือ

**ประเด็นที่ 1 การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ** การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอเป็นประเด็นหลักที่สำคัญ เกี่ยวกับสาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขาดทุน หรือขาดสภาพคล่องทางการเงิน การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ ครอบคลุม 2 ประเด็นย่อย คือ 1.1 การได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อยกว่าที่ควรจะเป็น และ 1.2 การจัดสรรงบประมาณไม่ครบถ้วน ดังคำกล่าวที่ว่า

เนื่องจากหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขมีความหลากหลาย เพราะว่ามีหลายระดับเรื่องของขนาดของโรงพยาบาล และเรื่องของต้นทุนการให้บริการมีความหลากหลายหลักเกณฑ์ในการจัดสรรก็อาจจะต้องมีความซับซ้อน การจัดสรรอาจจะไม่เพียงพอสำหรับโรงพยาบาลบางกลุ่ม สาเหตุปัจจัยที่มีผลทำให้การจัดสรรเรื่องของเงินที่ไม่เพียงพอ เนื่องมาจากการจัดสรรในปัจจุบันเป็นการจัดสรรตามปริมาณงานที่ให้บริการ ที่เรียกว่าเป็น Demand size financing ทำให้ไม่สอดคล้องกับในเรื่องของต้นทุนที่โรงพยาบาลใช้ในการให้บริการ บางครั้งหน่วยบริการในบางพื้นที่เรื่องของต้นทุนอาจจะไม่สอดคล้องกับปริมาณงาน เนื่องจากการจัดสรรทรัพยากรที่ผ่านมามีข้อจำกัด เรื่องของการจัดสรรทรัพยากรทั้งใน เรื่องของงานบุคลากร เรื่องของงบลงทุนที่ผ่านมา ทำให้ค่าใช้จ่าย ในการให้บริการบางที่อาจจะไม่สอดคล้องกับเรื่องของการจัดสรรสาเหตุจากการจัดสรรงบประมาณ ไม่เพียงพอกับรายจ่ายของโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลบางแห่ง

ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เกิดภาวะวิกฤติทางการเงิน (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 8) จำแนกเป็นประเด็นย่อย ดังนี้

**1. การได้รับการจัดสรรงบประมาณมาน้อยกว่าที่ควรจะเป็น**  
จากการตั้งงบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ขาขึ้น งบ UC ขาขึ้นดำเนินการ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยประมาณการต้นทุนบริการที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ไม่ได้คิดต้นทุนในการบริหารจัดการ แต่อย่างไรก็ตามงบ UC ขาขึ้นที่ตั้งขึ้นไปเมื่อสำนักงานงบประมาณจัดสรรลงมาได้น้อยกว่าที่ควรจะได้รับเสมอ ดังคำกล่าวที่ว่า

“แต่ละปีกระทรวงจะต้องตั้งงบมา โดยเฉพาะ UC ตั้งงบขาขึ้นไป โดยเราก็ประมาณการจากต้นทุนที่เกิดขึ้น สวัสดิการ และทำงบประมาณไปจะเห็นว่าเราทำขาขึ้น ของงบประมาณไปกับขาลงมากก็มีส่วนต่างในแต่ละปี เราก็คงประมาณการและถูกตัดปรับลงทุกปี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“อีกปัจจัยหนึ่งก็คงจะเป็นเรื่องของงบประมาณ งบประมาณที่เราได้รับการจัดสรร คิดว่ายังไม่เพียงพอเพราะการที่เราได้ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ของงบประมาณขาขึ้นไป งบประมาณที่เราได้รับการจัดสรรจะน้อยกว่าที่ควรจะเป็น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

**2. ได้รับการจัดสรรงบประมาณไม่ครบถ้วน** การได้รับการจัดสรร งบประมาณน้อยกว่าที่ควรจะเป็นเนื่องจาก การจัดทำข้อมูลต้นทุนของระบบบริการใน ส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขไม่ถูกต้อง คือ น้อยกว่าความเป็นจริง ไม่ได้คิดรวมต้นทุน การบริหารจัดการ ต้นทุนระบบ IT สารสนเทศ ทำให้ต้นทุนที่กล่าวมาข้างต้นต้องมาใช้จ่ายเงินบำรุง โรงพยาบาล ทำให้การจัดสรรงบประมาณไม่ครบถ้วนในเรื่องของต้นทุน ดังคำกล่าวที่ว่า

ในส่วนของการได้รับงบประมาณ และเรื่องของการจัดทำข้อมูลต้นทุนของระบบบริการของ เราโดยเฉพาะในส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวง ผมคิดว่ายังไม่ถูกต้องยังน้อยกว่าความเป็นจริง เพราะต้นทุนที่มีจริงแต่ไม่รวมกับต้นทุนที่ขอสำนักงานงบประมาณไป ต้นทุนในเรื่องของการบริหารจัดการต่าง ๆ ต้นทุนในเรื่องของระบบ IT ระบบสารสนเทศ และต้นทุนในเรื่องของการบริหารจัดการอื่น ๆ อันนี้ก็จะไม่มีอยู่ในหมวดของต้นทุนบริการในเวลาที่เราขอ เราทำ งบประมาณเราคิดต้นทุนบริการ ต้นทุนในการบริหารจัดการเรื่องต่าง ๆ นี้เราไม่ได้คิด โดยเฉพาะระบบบริหารจัดการ ระบบ IT อะไรพวกนี้ก็ไม่ได้รวม พวกนี้ต้องมาใช้งบลงทุนใช้ เงินบำรุงของเราเองไม่ได้รับการจัดสรร เท่าที่ให้ข้อมูลไปก็มีอยู่ 3 - 4 ประเด็น แล้วเรื่องของการที่ไม่สอดคล้องกับเรื่องของการพัฒนาในหน่วยบริการที่ผ่านมาต้องย้ำว่าหน่วยบริการที่ ผ่านมาแล้วอีกอันที่ 2 เรื่องของระบบข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์อันที่ 3 การได้รับการ จัดสรรงบประมาณมาน้อยกว่าที่ควรจะเป็นอันที่ 4 คือการจัดสรรงบประมาณก็ไม่ครบถ้วนใน เรื่องของต้นทุนบางเรื่องเราไม่ได้ขอสำนักงานงบประมาณไปเราจะคิดแต่ต้นทุนบริการ ต้นทุนใน การบริหารจัดการน้อย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

**ประเด็นที่ 2 วิธีการจัดสรรเงินเป็นรายหัว (Capitation) วิธีการ** จัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ใช้วิธีการจัดสรรเงินเป็นรายหัว (Capitation) ซึ่งรวมค่าแรงของบุคลากร (Labor cost) ไว้ด้วย นอกจากนี้การได้รับการจัดสรรเงินไปยังสถาน บริการยังขึ้นกับจำนวนประชากรในพื้นที่ อย่างไรก็ตามรายได้ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่มาจาก ผู้รับบริการกลุ่มหลักประกันสุขภาพ (UC) จึงมีแนวโน้มที่จะทำให้งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอ กับ รายจ่ายที่เกิดขึ้นจริงในหน่วยบริการ ดังนั้น โรงพยาบาลบางแห่งที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีประชากรน้อย พื้นที่เกาะ หรือชายแดน มักเกิดปัญหาทางงบประมาณไม่เพียงพอ ดังคำกล่าวที่ว่า

สาเหตุมีหลายอย่าง หลัก ๆ ก็เริ่มต้นด้วยงบประมาณ ระบบกองทุนต่าง ๆ ซึ่งระบบสุขภาพ เราตอนนี้กองทุนหลักของเราจะมีระบบกองทุนสุขภาพ รองมาก็คือกองทุนที่เป็นสิทธิ ข้าราชการ กองทุนประกันสังคม กองทุนพรบ. และมีกองทุนต่างด้าว ภาพรวมก็คือเรารับเงิน จากกองทุนในแต่ละปีหลัก ๆ ก็จะเป็นเงินสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รัฐบาลเกือบแสนล้านกว่าบาท สิทธิข้าราชการ และสิทธิพวกกองทุนเอกชน ก็จะมีเรื่องของ พวกเงินสดเป็นภาพของผู้มีกำลังจ่าย ซึ่งช่วงหลังจะเป็นเรื่องเงินบริจาค ซึ่งตรงนี้ก็ขึ้นอยู่กับ แหล่งศักยภาพที่เราหาได้ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“ปัจจัยหลักเลยก็คือการจัดสรรเงินระบบ Capitation แล้วไปบวกค่าแรง ลงไป เพราะฉะนั้นโรงพยาบาลที่มีประชากรเยอะโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนมีประชากรเยอะ แต่มีเจ้าหน้าที่ไม่เยอะเขาจะมีเงินเหลือบางโรงพยาบาลได้ OP PP มาแทบไม่ต้องทำผู้ป่วยใน ยังอยู่รอดเลย เขาเรียกรายหัวมีผลข้อนี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

โดยเฉพาะในกลุ่มที่เป็นโรงพยาบาลที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม UC กลุ่ม UC จะใช้ตาม ปริมาณงานการให้บริการ ส่วนหนึ่งจะจัดสรรตามจำนวนประชากร ซึ่งบางโรงพยาบาลอาจ มีจำนวนประชากรน้อย ซึ่งอาจจะป็นน้อยด้วยตัวเอง พื้นที่น้อย บางส่วนอาจเป็น พื้นที่กันดาร และเรื่องของการผ่านมาอาจจะมีความจำเป็นที่จะต้องเพื่อให้เข้าถึงบริการ มีความทั่วถึง มีความจำเป็นที่จะต้องมีสถานพยาบาล มีงบลงทุนที่จะต้องไปเพื่อที่จะบริการ ซึ่งตรงนั้นก็ต้องเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ก็เลยทำให้ค่าใช้จ่ายกับรายได้ที่ได้ตาม ปริมาณงานตามประชากรอาจจะไม่สอดคล้องกัน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

พื้นที่บางพื้นที่ต้องขาดทุน เพราะอยู่ในเขตพิเศษ เขตเกาะ เขตที่เป็นรอยต่อการเคลื่อนย้าย ของประชากรเป็นไปตามระบบภูมิศาสตร์ โรงพยาบาลอยู่ท่ามกลางนี้ ประชากรก็เคลื่อนย้าย โรงพยาบาลอยู่ในพื้นที่ ที่ไม่ใช่พื้นที่ทางธุรกิจ ประชากรน้อยลงไป โรงพยาบาลทาง ภาคกลาง เช่น โรงพยาบาลอินทร์บุรี หรือหลายเขตก็มี หรือแล้วแต่การขยายขนาด โรงพยาบาล บางที่คิดเผื่อไว้เยอะ แต่มีกำลังซื้อในพื้นที่ไม่พอ ถ้าเราดูจริง ๆ เราจะขยาย บริการต้องดูกำลังซื้อเพราะทุกวันนี้ระบบ Logistic เคลื่อนย้ายได้หมด (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“เรื่องของขนาดสถานบริการกับจำนวนประชากร โรงพยาบาลในกระทรวง ที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ประมาณ 90% รายได้ของมันมาจาก สปสช. อย่างเดียว

เพราะฉะนั้นถ้าเขตไหนที่ได้จำนวนประชากรน้อย ก็จะได้เงินน้อยตั้งแต่แรก ซึ่งตอนนี้กระทรวงก็ได้พยายามชดเชยตรงนี้ บางครั้งก็อาจจะยังไม่ได้สมดุล” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“ถ้าเป็นโรงพยาบาลที่อยู่พื้นที่ห่างไกลและก็ประชากรน้อย แต่ต้องมีค่า Maintenance อยู่แล้วต่อหัว แล้วถ้าเกิดว่าประชากรต่ำไม่ถึงหมื่นหรือว่าต่ำกว่า 3 หมื่นอย่างนี้ เวลาที่จะจัดสรรเงิน Basic payment ไปแล้ว 3 เดือนแล้วเงินที่เหลือมันก็จะไม่เพียงพอที่จะบริหารจัดการในโรงพยาบาลนั้น ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

อย่างเช่น แม่ฮ่องสอนประชากรน้อยมากเบาบาง เป็นเหมือนประมาณว่าเป็นโรงบาลที่ตั้งด้วยความจำเป็นประชากรน้อยมากในบางจังหวัดใช้คำนี้ แล้วกันเพราะทางแม่ฮ่องสอนอยู่แม่ฮ่องสอนมา 17-18 ปี แล้ว จังหวัดทั้งจังหวัดมีประชากรแค่ 2 แสนคนเท่ากับอำเภอหนึ่งในเชียงใหม่ด้วยซ้ำ ถ้าท่านมีทรัพยากรเท่ากันโรงพยาบาลเท่ากันนี้ เงินที่ได้มาก็ไม่พอช่วงหลัง ๆ เมื่อก่อนพอช่วงหลังจัดสรรตามประชากรตามเขต ซึ่งที่แม่ฮ่องสอนประชากรน้อยผลงานก็น้อย ช่วงหลังมีปัญหาเรื่องการขาดทุนก็เกิดขึ้นเป็นส่วนที่เป็นปัญหาคล้าย ๆ กันที่น่าจะเป็นกลุ่มที่มีประชากรเบาบางมีโรงพยาบาลเยอะมีลูกข่ายเยอะโอกาสนี้ก็ขาดทุนค่อนข้างสูง (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

### ประเด็นที่ 3 การจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

**(Universal Coverage: UC) ขาลง** เป็นการจัดสรรงบ UC สำหรับหน่วยบริการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทางกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ได้รับงบประมาณมาจาก สปสช. แล้วแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อทำงบจัดสรรขาลง ค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP) ค่าบริการสร้างเสริมป้องกันสุขภาพ (PP) แบบขั้นบันได (Step Ladder) และค่าบริการผู้ป่วยใน (IP) ด้วยการเพิ่มค่าดวงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (K Factor) จัดสรรทุกหน่วยบริการตาม Step Ladder และค่า K factor ดังคำกล่าวที่ว่า

แต่ละปีทางกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ได้รับงบประมาณมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก็ต้องตั้งคณะเพื่อทำขาลง อยู่ในงบประมาณขาลง ขาขึ้นเป็นคณะกรรมการ สปสช. ต่าง ๆ ขาลงกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ต้องมาจัดสรรมาเป็นระบบช่วยเหลือตัวเอง จัดสรรเป็นขั้นบันได จัดค่าต่าง ๆ ค่า Step K ค่า IP ช่วยเหลือพื้นที่ ภาวะรวมดีขึ้นกว่าเดิม แต่ก่อนเราช่วยเหลือไม่ดีขึ้นนี้ ซึ่งตอนนี้เราดีขึ้น แต่ยังมีปัญหาสภาพคล่องอื่น ๆ อยู่ระดับหนึ่งโดยเฉพาะเรื่องหนี้สิน เพราะฉะนั้นการจัดสรรมันมีผลสำคัญ การปรับเปลี่ยนก็เป็นภาพการจัดการ เลยทำให้หน่วยบริการต้องไปหาแหล่งเงิน (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

การจัดสรรบางส่วนมันไม่สามารถใช้ทั้งประเทศต้องมีการจัดสรรที่อย่างเพียงพออีกแบบหนึ่งทำให้ให้เหมาะสมเพราะกองทุน UC ส่วนใหญ่โรงพยาบาลชุมชนมา 80-90% กองทุนอื่นน้อยมาก ซึ่งมีผลต่อโรงพยาบาลชุมชนเยอะ แม้ว่า สปสช. จะพยายามทำ มี K factor

เพิ่มขึ้นมา ยังไม่ค่อยสมดุลเท่าไร และก็ของตัวเองเองมีปัญหา ขึ้นอยู่กับผู้บริหารเรา ไม่สามารถทำให้ผู้บริหารได้ผิदनอกกฎหมาย ทำให้ปัญหาสภาพคล่องเกิดขึ้นได้ ในภาพรวม ส่วนใหญ่ในเรื่องการจัดการมากกว่า ต้องจัดการที่เหมาะสมแล้วเรียกว่า การเปรียบเทียบว่าโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกันค่าใช้จ่าย ถ้าท่านทำมากกว่าแสดงว่าถ้ามีปัญหาเรื่องประสิทธิภาพแล้ว ซึ่งประสิทธิภาพเป็นผลมาก (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

**ประเด็นที่ 4 การกระจายเงินในระบบบริหารจัดการไม่ดี** การกระจายเงินในการบริหารจัดการจำเป็นต้องใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ เนื่องจากความซับซ้อนของข้อมูล ทำให้ข้อมูลที่มีอยู่ไม่ครบถ้วน ไม่มีข้อมูล ทำให้ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของหน่วยบริการสุขภาพ “ปัจจัยที่สำคัญ คือ ข้อมูลที่นำมาใช้ในการตัดสินใจเป็นข้อมูลที่มีความซับซ้อนอยู่ในระบบ เพราะฉะนั้นในการที่จะนำมารวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการตัดสินใจในการกระจายเงินทำได้ยากทำให้การตัดสินใจกระจายเงินที่ยาก เลยทำให้เป็นปัจจัยให้การกระจายเงินอาจจะไม่ดีทำให้สถานการณ์ขาดสภาพคล่อง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

ประเด็นอื่นเพิ่มเติม อาจเป็นอีกส่วนหนึ่งข้อมูลที่เราเอามาใช้ หลักเกณฑ์ และข้อมูลที่เราเอามาใช้ รายละเอียด อาจยังไม่มากพอที่ใช้ในการประเมินความเพียงพอ ยกตัวอย่าง ที่ผ่านมาเรื่องข้อมูลอาจจะยังไม่ครบถ้วน เช่น การจัดสรรเงินที่ผ่านมาเราอาจจะยังไม่ได้ใช้ข้อมูลเรื่องของลูกข่ายที่เป็น รพ.สต.เรายังไม่ได้เอามาใช้ในการประกอบในการจัดสรร ที่ผ่านมาจะเป็นข้อมูลในส่วนของโรงพยาบาลอย่างเดียว โรงพยาบาลแม่ข่ายแต่โรงพยาบาลลูกข่ายที่ผ่านมายังไม่ได้นำมาประกอบการจัดสรร เลยอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการที่ได้จริง อันนี้เป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

**ประเด็นที่ 5 ผู้บริหารแต่ละโรงพยาบาลศักยภาพไม่เท่ากัน** ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการขึ้นกับ ภาวะผู้นำ ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ของผู้บริหาร ทีมงานของผู้บริหารในระดับเขต และจังหวัด แต่อย่างไรก็ตามปัจจุบันพบว่าผู้บริหารแต่ละโรงพยาบาลศักยภาพไม่เท่ากัน จึงทำให้ในบางหน่วยบริการมีภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงิน ดังคำกล่าวที่ว่า

เรื่องของการบริหารจัดการ ผมคิดว่าโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนพวกเยอะ ผู้อำนวยการเขาไม่ได้ถูก Train มาโดยเฉพาะ ผู้อำนวยการรุ่นเก่าจะเป็นประเภทอยู่ด้วยความสงบสุข ไม่ใช่บริหารเพื่อให้อยู่ได้ก็ต้อง Train ตรงนี้ให้มากขึ้น อีกเรื่องหนึ่งคือโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมี CFO ของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยเข้มแข็ง เพราะโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จะเป็นหมอเวียน หมอที่สนใจตรงนี้ก็จะมีน้อย คนที่ประจำก็จะเป็นเภสัช ทันตะ ซึ่งก็ต้องหาคนสนใจ ซึ่งถ้าไม่จำเป็นก็จะไม่มีคนอยากจะทำ พวกนี้เป็นงานอาสา ผมว่าน่าจะเหมือนกันทุกที่เป็นงานอาสา มา ก็ไม่มีใครอยากทำก็ไปตกกับเภสัช ทันตะ

ตัวแพทย์จะน้อยเท่าที่เจอมาก็มีหมอแค่ไม่ถึง 10% ซึ่งก็จะขาดความเชื่อมโยงกันเรื่องทางการแพทย์ เพราะฉะนั้นอย่างสภาพคล่องเหมือนกัน การจัดการเจ้าหน้าที่ ลูกหนี้จะเป็นตามใจฉัน ผู้อำนวยการก็จะใช้ดุลยพินิจของตัวเองทำให้การบริหารจัดการตรงนี้ มีความผิดพลาดได้ทำให้เกิดสภาวะขาดสภาพคล่องได้ เช่น ยอมไม่จ่ายหนี้การค้าแต่ว่าเอาใจเจ้าหน้าที่ จ่ายเจ้าหน้าที่ก่อนอะไรแบบนี้ เงินที่มีจ่ายเจ้าหน้าที่ก่อนค่อยจ่ายหนี้การค้าก็จะทำให้เกิดปัญหาที่เขาไม่ส่งของที่เขาไว้วางย ก็คงไม่มีอะไรมาก (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“ต่อไปเรื่องของการจัดการที่สำคัญ ประสิทธิภาพการจัดการ เราต้องยอมรับว่าผู้บริหารแต่ละหน่วยบริการจัดการมีศักยภาพไม่เท่ากัน บางที่ก็ดี บางที่ก็พยายามเต็มที่ ตรงนี้ก็เชิงบริหาร ประสบการณ์อย่างเดียวก็ไม่สามารถทำให้โรงพยาบาลแก้ปัญหาได้ สมัยใหม่ก็ต้องอาศัยทีมงานซึ่งคณะกรรมการทุกเขตมี CFO เขต จังหวัด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

“โรงพยาบาลบางโรจน์ มีปัญหาเรื่องประสิทธิภาพการเงินการคลังผู้บริหารนี้อาจจะไม่มีองค์ความรู้เรื่องการเงินเข้าใจไหมครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“อีกรุ่นหนึ่ง คือ กลุ่มที่มีปัญหาการบริหารจัดการอยู่แล้ว เช่น มีปัญหาการบริหารจัดการการเงิน ควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ได้ หารายได้ไม่ได้ กลุ่มนี้จะทำให้โรงพยาบาลขาดทุนซึ่งเราก็เหมือนกันที่เมื่อก่อนชอบพูด Good boy bad boy ขาดทุน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“ได้ ถ้ามีผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ มี Leadership ในการที่จะหารายได้เข้าโรงพยาบาล และก็รู้ว่าเงินที่มา มันมีการบริหารจัดการในเรื่องของการจัดเก็บรายได้ของแต่ละกองทุน เพราะว่าสิทธิประโยชน์เรื่องหลักประกันสุขภาพของเรามันมีหลายกองทุน ถ้าผู้บริหาร

รู้และเข้าถึงสามารถที่จะไปเก็บได้เต็มเม็ดเต็มหน่วยตรงนี้ ก็จะทำให้สภาพคล่องของโรงพยาบาลไม่วิกฤตและก็จะสามารถจัดเก็บรายได้ได้อย่างครบถ้วนด้วย และ Team Work ในโรงพยาบาลด้วยก็จะมีส่วนด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

**ประเด็นที่ 6 โรงพยาบาลใช้ศักยภาพไม่เต็มที่** ตัวบ่งชี้ของการที่โรงพยาบาลใช้ศักยภาพไม่เต็มที่ วัดจากผลผลิต (Product) สาเหตุที่สำคัญ เช่น ไม่เพิ่มอัตราการครองเตียง โดยเพิ่มการ Admitted ไม่หาช่องทางหารายได้เพิ่มให้โรงพยาบาล ที่เกิดจากการบริหารจัดการของผู้บริหารหน่วยบริการนั้น ๆ เมื่อไรก็ตามที่โรงพยาบาลใช้ศักยภาพเต็มที่โรงพยาบาลนั้น ๆ ก็จะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการช่วยลดความเสี่ยงการขาดสภาพคล่องทางการเงิน เช่น ดังคำกล่าวที่ว่า

การจัดหารายได้เพิ่ม เพราะรายได้จากฝั่งรัฐบาลบางที่ก็ไม่พอ บางที่ก็มีเงินบริจาค การทำช่องทางให้หารายได้ ไม่ใช่ปล่อยให้เอกชนโตอย่างเดียว ทั้งที่บุคลากรเราก็มี บางที่เอกชนจะทำเราก็ปล่อยให้เขาทำ เราสามารถเทียบเคียงในราคาที่ไม่เท่าเอกชนใช้ไหม คุณภาพเราดีกว่า แต่ราคาถูกกว่าไม่ต้องคิดแพง ห้องพิเศษ ที่สำคัญเรามีหมอดี มีระบบบริการดี ตรงนี้ก็ต้องจัดกฎกติกาให้เราสามารถ อย่างเช่น Copayment จะเป็นจุดที่เราอยู่ได้

อันนี้คือเราก็มองว่าไม่ใช่เราฟรีทุกอย่าง คือเป็นรถไฟก็เป็นรถไฟเพิ่มตู้หนึ่ง ชั้น3ก็มีอยู่แต่ควรเพิ่มตู้บนอีกตู้หนึ่ง ไม่ใช่บริการชั้น3หมด คือสุดท้ายเรามองว่า บริการทุกอย่างมันจบเรื่องเงินโรงพยาบาลก็ต้องมีเรื่องเงินเพราะมันมีค่าใช้จ่ายทุกเดือน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

เรื่องของ Products โรงพยาบาลชุมชน วันนี้อาจจะเป็นเรื่องในหมวดของ Administration การบริหาร Product ให้หมอเพิ่มการเรียกคนไข้เข้ามาดูแล การ Admit หรืออะไรอย่างนี้ก็จะไม่ยาก และก็แพทย์รุ่นใหม่ก็จะไม่อยากจะ Admit เพราะไข้เกียจเข้ามาดู เข้ามาดู Case เข้ามาเดิน Round เอง ก็จะไม่ยาก โรงพยาบาลชุมชนที่ขาดทุนส่วนใหญ่อัตราครองเตียงจะต่ำมากประมาณ 40 % Product ก็คือเรื่องอัตราครองเตียง ถ้างลึงไปอีกการ Audit Chart ส่วนใหญ่ก็ยังขาด บางที่แค่เข้าไป Audit Chart ก็ได้เพิ่ม 40 - 50% แล้วก็ในเรื่องของการบริหาร เรื่อง Product เรื่องของการดึงคนไข้ให้ข้าราชการเบิกได้มา OPD ก็ปล่อยตามสบาย ข้าราชการก็ไม่ค่อยอยากไปทั้ง ๆ ที่มีข้าราชการสีพันคน แต่มาใช้บริการที่เราสองร้อยกว่าคน แสดงว่ามีปัญหา เขาไม่ได้ Service ข้าราชการ ข้าราชการที่ต้องการ Service เป็นพิเศษอันนี้ก็เป็นเรื่องของ Product (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

ที่เขาบอกว่า ขึ้นอยู่กับผู้บริหารเราไม่สามารถทำให้ผู้บริหารได้ผิदनอกกฎหมาย ทำให้ปัญหาสภาพคล่องเกิดขึ้นได้ ในภาพรวมส่วนใหญ่ ในเรื่องการจัดการมากกว่า ต้องจัดการเหมาะสมแล้วก็มีเรียกว่า การเปรียบเทียบ ว่าโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกันค่าใช้จ่าย ถ้าท่านทำมากกว่า แสดงว่าท่านมีปัญหาเรื่องประสิทธิภาพแล้ว ซึ่งประสิทธิภาพเป็นผลมากเลย เรื่องข้อมูลบัญชีทำให้โรงพยาบาลไม่ดีก็จะคล้าย ๆ กับเมื่อสักครู่นี้ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

**ประเด็นที่ 7 ต้นทุนค่าแรง (Labor cost) ปัจจัยหลักที่สำคัญ**  
คือ ค่าแรง ค่าตอบแทนล่วงเวลา ค่าตอบแทนหมวด ฉ11 12 ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (P4P) ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรในหน่วยบริการทั้งที่บุคลากรทางการแพทย์ และไม่ใช่ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นต้นทุนคงที่ (Fix cost) ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพคล่องทางการเงินอย่างสูง มีความสัมพันธ์กับการจัดอัตรากำลังการปฏิบัติงานที่ไม่สอดคล้องกับปริมาณงาน (FTE) และการจ้างงานที่ไม่เหมาะสมไม่คำนึงถึง (FTE) เช่น จ้างลูกจ้างเพิ่ม ดังคำกล่าวที่ว่า

โรงพยาบาลมีต้นทุน Fixed cost หลัก ๆ ก็จะมี Fixed cost อยู่แล้ว ยกตัวอย่างเช่น บางที่เราจัดเวรพยาบาล ถามว่าจัดแบบไหนก็ได้ จัดแบบ Fixed cost หรือจัดแบบ Stand by หรือจัดแบบ On call มันก็มีผลต่อค่าเงินในระบบใช้ใหม่ เหมือนอย่างเช่นคนไข้คนนี้ต้องจัดแบบเหมาคือจัดได้ สาธารณสุขเราเป็นห่วงระบบ Stand by หมอต้องเตรียมความพร้อม 100% ครุภัณฑ์ 100% มี Fixed Cost พุงง่าย ๆ เราเอาชนะ บางที่เงินที่เราเอาชนะ Fixed Cost ก็หมดแล้ว แต่เงินที่ดำเนินการมันไม่มี (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

เรื่องของแรงงาน ส่วนใหญ่จะสังเกตว่าโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่โดนค่าแรง ค่าแรงสูง ซึ่งถ้าลงไปดูในค่าแรงสูง จะเป็นผลพวงมาตั้งแต่สมัยก่อนที่จะเปลี่ยนระบบ ก็คงจะเหมือนกันทุกที่ ทั้งประเทศ ยกตัวอย่างบางที่ คือค่าแรงขึ้นไป 60-70% ไม่มีทาง ยังไงก็ไม่มีการเป็นบวกขึ้นมาได้ ค่าตอบแทนค่าอะไรต่าง ๆ ซึ่งเขาไม่สามารถเอาออกได้มีแต่เติมอยู่เท่าเดิม

อันที่ 2 ก็เรื่องค่าแรงคงเป็นปัญหาเรื้อรัง จะแก้ปัญหายังไง เพราะงานสมัยนี้คนไทยจะเป็นประเภทลดคนไม่ได้ เอาคนออกไม่ได้ จะสงสาร แล้วก็จะมีญาติพี่น้องพามาฝากตลอดเวลา ส่วนใหญ่คนในโรงพยาบาลชุมชนไปดูนามสกุล ก็จะเป็นนามสกุลใกล้เคียง ๆ กันทั้งนั้น ผู้อำนวยการขยับไม่ได้ เรื่องบุคลากร (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 2)

ตัวที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤต ทำให้โรงพยาบาลเจ๊ง labor cost เพิ่มขึ้นทุกปี เงินเดือนเราเพิ่มหรือไม่ ทุกวันนี้เราพยายามจะจ้างเจ้าหน้าที่เพิ่ม เขาพยายามเอากรอบมาจับ เขาไม่มีตำแหน่งข้าราชการ เขาก็จ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวเขาห้ามจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวเราก็จ้างเป็นรายวันรายคาบ เราเอาจนได้ Out Source พนักงานทำความสะอาด พนักงานรักษาความปลอดภัย ทั้ง ๆ ที่โรงพยาบาลติดลบอยู่ เห็นไหมคราวนี้ ตรงนี้ยังไม่พอยกตัวอย่าง รพ.กาญจนดิษฐ์ เขาพยายามเอา Appendix จากสุราษฎร์ไปทำเพื่อเพิ่ม CMI ทุกวันนี้ กาญจนดิษฐ์ยังเจ๊งอยู่ เพราะอะไรรู้ไหม กาญจนดิษฐ์ซอยเวรเลยหมอมอยู่แผนกนี้เบิกค่าเวรกันเต็มทีเลยนะ แต่ใน Productivity ในงานแทบไม่มีเลยหมดไปกับค่าแรง “หมด” เจ้าหน้าที่ทุกคนพยายามเพิ่มค่าแรงของตัวเองโดยไม่สนว่า รพ.เจ๊ง เจ้าหน้าที่ไม่ได้มีใจที่จะช่วย โรงพยาบาลอะไรที่ทำแล้วไม่ต้องเบิกก็ได้ทุกคนจะเอาหมด ขอขึ้นมามีวันเสาร์ – อาทิตย์ ทำงาน 08.00-12.00 น. 16.00 น.ขอเบิก เจ้าหน้าที่พัสดุขอมาทำงานวันเสาร์ – อาทิตย์ ทำงาน 08.00-12.00 น. การเงินบอกทำไมไม่ทันขอมา 08.00-12.00 น. เขาขอทำโอทีไป บอกรู้ผู้อำนวยการมีงานด่วนจัดซื้อจัดจ้างพิมพ์ไม่ทัน เลยเอกสารขึ้นมา Labor Cost ยังไม่จบ อันนี้คือโอที ส่วนที่ 2 นี้

คือค่าตอบแทนฉบับ 11,12 อันนั้นนะยาขมเลย ฉ.11 โรงพยาบาลเป็นเหมาจ่าย ผู้อำนวยการที่อยู่โรงพยาบาลเกิน 10 ปีได้ 50,000 3-10 ปี ได้ 25,000-30,000 ต่ำกว่านั้นก็ได้ 15,000 โรงพยาบาลทั่วไปบอกเราอยู่โรงพยาบาลจังหวัด (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 6)

บริหารจัดการเรื่องของการจัดสรรทรัพยากรบุคคล แบบการกระจายเป็นประเด็นที่ไม่สามารถบังคับได้ คือการที่จะปรับเคลียเรื่องของอัตรากำลังในแต่ละพื้นที่มันค่อนข้างยากเพราะบุคลากรจะมีพื้นเพ ภูมิลำเนาที่อยู่ในสถานที่แห่งนั้นมาเป็นเวลานานแล้วการที่จะปรับเรื่องของบุคลากรเรื่องของตำแหน่งการกระจายยาก เพราะปัญหาที่ทำให้เกิดส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร ซึ่งอันนี้มีความยากลำบากในการบริหารจัดการด้านบุคลากรส่วนอย่างอื่น ผมก็สามารถบริหารจัดการได้ส่วนประเด็นบุคลากรเป็นปัญหาอยู่ (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 8)

เรื่องของบุคลากรบางแห่งอาจจะมีบุคลากรจำนวนมาก ถ้าเราใช้มาตรฐาน FTE มาประเมิน บางแห่งก็อาจจะมีจำนวนบุคลากร ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรที่มากเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณงานที่ให้บริการตรงนี้ ผมคิดว่าส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของการบริหารจัดการตรงนี้ก็ยังมีข้อจำกัด บริหารจัดการเรื่องของการจัดสรรทรัพยากรบุคคล แบบการกระจายแล้วกัน เป็นประเด็นไม่สามารถบังคับได้ คือการที่จะปรับเคลียเรื่องของอัตรากำลังในแต่ละพื้นที่ค่อนข้างยาก เพราะบุคลากรจะมีพื้นเพ ภูมิลำเนาที่อยู่ในสถานที่แห่งนั้นมาเป็นเวลานานแล้วการที่จะปรับเรื่องของบุคลากรเรื่องของตำแหน่งการกระจายยาก เพราะปัญหาที่ทำให้เกิด



ส่วนใหญ่เนี่ยจะเป็นปัญหาเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร ซึ่งมีความยากลำบากในการบริหารจัดการด้านบุคลากรส่วนอย่างอื่น สามารถบริหารจัดการได้ส่วนประเด็นบุคลากรยังเป็นปัญหาอยู่” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

### ประเด็นที่ 8 ต้นทุนวัสดุ (Material cost) ต้นทุนวัสดุ (Material Cost)

เช่น การจัดซื้อจัดจ้างนอกระบบ มีการก่อสร้างและซื้อครุภัณฑ์ที่ไม่จำเป็น มีการนำเงินค่าเสื่อมมาใช้ การลงทุนด้วยเงินบำรุงที่เกิน 20% ของ EBITDA ที่เป็นบวก ดังคำกล่าวที่ว่า

เรื่อง Administration เรื่องของการจัดซื้อจัดจ้างต่าง ๆ ส่วนใหญ่ผู้อำนวยการเขาไม่สามารถลงไปดูตรงนี้ได้ว่าใครอยากจะทำอะไร อยากใช้เงินอะไร จากส่วนไหน ยังขาดความรู้ตรงนี้ เพราะบางทีเกิดอาจจะเปลืองใช้เงินบำรุงเอาไปใช้โดยไม่จำเป็น อย่างเงินค่าเสื่อมซึ่งจริง ๆ สามารถนำมาซ่อมแซมปรับปรุงอะไรก็ได้ เขาไม่ได้นำมาใช้ เอาไปซื้อของซึ่งอาจจะไม่ได้จำเป็น เงินค่าเสื่อมตรงนี้ก็ยังคงแบ่งอันนี้เป็นปัญหาอีกอย่าง ลึกลงไปอีกคือ เงินค่าเสื่อมเป็นประเพณีอยู่ว่าโรงพยาบาลต้องแบ่งให้ CUP ก็เปอร์เซ็นต์เวลาเงินค่าเสื่อมออกมา ซึ่ง CUP ก็ไม่ได้จำเป็นต้องใช้ อย่างเช่น CUP บางที่ได้เงินไปหนึ่งล้าน ก็ไม่รู้จะเอาเงินไปทำอะไร ก็ไปตั้งโครงการหลอก ๆ ขึ้นมา ตั้งโครงการขึ้นเพื่อจะใช้เงินตรงนี้ให้ได้ ทั้งที่ความจริงเงินตรงนี้ก็ไม่ได้ใช้ เขาก็สามารถมาให้โรงพยาบาลใหญ่ที่จำเป็นต้องใช้มาเป็นค่าซื้ออุปกรณ์ หรือว่าไปซ่อมแซมอะไรต่าง ๆ ก็ได้ กลายเป็นต้องแบ่ง ต้องพยายามไป

Make อะไรขึ้นมาเพื่อจะใช้เงินเสริม เป็นเงินที่ส่วนตัวเองต้องได้แต่ความจริงมันไม่ใช่ ที่เขตก็นพยายามจะเปลี่ยนว่าเงิน CUP ไม่ต้องแบ่ง รพ.สต. ให้ตามความจำเป็นอะไรจำเป็นก็ให้คือไม่ได้ว่าตัดเป็นเปอร์เซ็นต์ ตามประเพณีเขาจะตัดเป็นเปอร์เซ็นต์ 40% รพ.สต.เอาไปโรงพยาบาลเอาไป 60% (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

Material Cost ทุกโรงเขาทำแล้วจัดซื้อจัดจ้าง E - bidding เกิน 5 แสน ซื่อร่วมเพื่อต่อรองราคาระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาลให้ราคาต่ำลงมา แล้วยกซื้อรายเดือนให้เป็นรายปี ผมว่าทุก โรงพยาบาลเขาทำกัน เมื่อก่อนจะเป็นปัญหาเหมือนกันว่าแพงเดี๋ยวนี้ไม่ค่อยเกิด ตัวนี้ไม่น่าจะมีปัญหาแล้วเรื่องของกรมคลังตอนนี้ 7 Plus Efficiency มาจับถ้าคลังเกินสองเดือนแต่เป็นลบจับก็ดีขึ้น แต่ว่าประสิทธิภาพตรงนี้หลายโรงพยาบาลก็ยังแยอยู่ สรุปว่า 1 ระดับประเทศ 2 ระดับโรงพยาบาล ก็มีปัญหาเรื่อง labor cost, Material cost เรื่องจัดซื้อจัดจ้างใหม่ แล้วอีกเรื่องหนึ่งก็คือการลงทุนที่เกิน 20% EBITDA ซึ่งตอนนี้เราก็คุมได้โดยการใช้ Planfin 8 Type (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

### ประเด็นที่ 9 ระบบการลงข้อมูลทางบัญชีไม่ถูกต้อง สาเหตุการลง

ข้อมูลทางบัญชีไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า

นอกจากเรื่องการบริหารจัดการก็เป็นเรื่องของ Back office Back office ของโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ โรงพยาบาลจังหวัดบางแห่งลงบัญชีผิด ๆ เยอะมาก ผิดเยอะจากการลงบัญชีจะทำให้ตัวเลขซึ่งข้อมูลมาให้ผู้บริหารดูจะเพี้ยน และไม่เป็นไปตามความเป็นจริง ลูกหนี้ไม่ตัดหนี้เก็บเงินมาแล้วก็ไม่ตัดลูกหนี้ จะมีเงินเยอะมาให้ผู้อำนวยความสะดวก ผู้อำนวยการก็นึกว่ามีเงินเยอะก็จะใช้ไปอะไรแบบนี้ ทำให้การบริหารการเงินมีความผิดพลาดได้ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

ระบบบัญชีในภาพรวมผมว่ายังมีความคลาดเคลื่อนเนื่องจากการที่มีการเปลี่ยนในระดับหน้าที่ในหลาย ๆ พื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยไปทำให้ระบบการบัญชีหลัก ๆ มีปัญหาอยู่ได้บ้าง นอกจากนี้ เป็นเรื่องของระเบียบใหญ่ โดยส่วนกลางนี้ระเบียบบางระเบียบ ทำให้เป็นอุปสรรคในการทำให้โรงพยาบาลสามารถทำรายได้ ได้เนื่องจากติดระเบียบส่วนกลางที่เป็นประกาศของกระทรวง (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

**ประเด็นที่ 10 ค่าใช้จ่ายการดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนการเงิน การคลัง (Planfin)** นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ผู้บริหารโรงพยาบาล ต้องทำแผน Planfin ร่วมกับแผนทางการเงิน จากการกำกับติดตามพบว่า มีเฉพาะแผน Planfin แต่ทว่าการลงทุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานไม่ได้เป็นไปตามแผน Planfin นอกจากนี้ยังพบว่า มีหลายโรงพยาบาลไม่ผ่านเกณฑ์ ดังคำกล่าวที่ว่า

การวางแผนการใช้จ่ายทางการเงิน ซึ่งมีส่วนสำคัญมากที่สุด เพราะถ้าในโรงพยาบาล มีการวางแผนการใช้จ่าย ได้อย่างรัดกุมและปฏิบัติตามแผนก็จะทำให้เราสามารถควบคุมในเรื่องรายได้ค่าใช้จ่ายของเราได้ด้วย แต่ส่วนใหญ่เท่าที่เจอจากประสบการณ์การทำงาน การทำแผนที่มีการเผ่อง่าย เซึ่งนโยบายจากกระทรวงลงไปพื้นที่แล้วเขาทำส่ง แต่เวลาการใช้จริง ๆ เวลาเราเข้าไปตรวจน้อยโรงพยาบาลที่จะทำใช้ให้เป็นไปตามแผน โดยเฉพาะอย่างยิ่งตอนนี้เราให้ทำแผนเป็นลักษณะ Plan fin ซึ่งมันจะล้อตามงบการเงิน คือรายงานทางการเงินการบัญชี แต่อีกอันที่เราค่อนข้างที่จะยังไม่เข้มงวดกัน คือตามนโยบายจริง ๆ จะมีการจัดทำแผนเงินบำรุงด้วย ถ้าเราทำกันถ้าเข้มงวดกันตั้งแต่ต้นปีคือทำแผน Plan fin ด้วย

แ ล

ก็ มีแผนเงินบำรุงด้วย และในโครงการนั้นใช้แผนเงินบำรุงในการดำเนินงานจะสามารถทำให้เราวางแผนค่อนข้างที่จะเป็นไปได้ดี ตอนนี้ในเรื่องของ Plan fin มีหลายที่ ที่ทำแล้วถึงแม้เราจะมีตัวชี้วัดในระดับกระทรวงว่าต่างกับการดำเนินงานต้องต่างกันไม่เกินร้อยละ 5 แต่ปัจจุบันเราก็เจอหลาย ๆ โรงพยาบาลซึ่งมีปัญหาตรงนี้ว่าไม่ผ่านเกณฑ์ตรงนี้ด้วย คือต้องไปเข้มงวดในเรื่องการติดตามกำกับการมี และใช้แผนการเงินอีกแบบหนึ่งด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“นี่เกี่ยวกับการลงทุน ถ้าผู้บริหารบางคนไม่ทำ Planfin ไปลงทุนนอก Planfin จะปิดระบบรายการที่เพิ่มขึ้นในขณะที่รายรับไม่เข้า นี่คือสาเหตุการเกิดวิกฤตก็คือการลงทุนที่ไม่ได้เป็นไปตามแผน Planfin” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

**ตอนที่ 3 สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารการเงินของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สุข**  
**ข้อค้นพบจากสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสาเหตุ และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารการเงิน**  
**ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบประเด็นที่เกิดขึ้น 8 ประเด็นหลัก**  
**(Theme) ดังนี้ คือ**

### **ประเด็นที่ 1 ในระดับประเทศกันเงินเพื่อการบริหารจัดการไม่เกิน**

**10%** วิธีการจัดสรรเงินหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) แบบบวกค่าแรง (Labor cost) ทำให้เราต้องกันเงินออกมาเพื่อแก้ปัญหาเรื่องการผูกค่าแรงเข้าไปในรายหัวต้องกันเงินมาปิดช่องว่าง (gap) โดยปรับเกลี้ยค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP) ค่าบริการสร้างเสริม ป้องกันสุขภาพ (PP) การจ่ายแบบขั้นบันได (Step Ladder) และค่าบริการผู้ป่วยใน (IP) ด้วยการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (K Factor) มีการปรับค่า K ผู้ป่วยใน (IP) แต่ละโรงพยาบาลตามความเหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปัจจัยแรกเรื่องของการจัดสรรเงินให้เพียงพอก่อน และก็ต้องแก้ตามต้นเหตุที่เราบอกจัดสรรเงินอย่างไร ตัวค่า K ค่าอะไร ค่า Stepladder บางอันบางที่ต้องไปดูบางที่เป็น Stepladder แล้วยังไม่ได้จะมีตัวคุณพิเศษอะไรไหม ต้องลงลึกไปดูว่า Stepladder จัดสรรให้เพียงพอ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

เรื่องที่ 1 ก็คือการจัดสรรเงินวิธีแก้ของกระทรวงในเมื่อไม่สามารถแยกค่าแรงก็แก้โดยการกันเงินก้อน ที่จะลงสู่เขตสุขภาพตรงหน่วยบริการกันออกมาไม่เกิน 10% ที่พูดในสไลด์จำได้ไหม ก็คือ 6.3% คือกันมาเลยจากทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ มีอยู่แสนล้านบาท กันออกมา 7 พันล้าน เป็น 6.3% แล้วแบ่งเงินตัวนี้ออกมาเป็น 3 ก้อน ก้อนที่ 1 ก็คือว่าอยู่ในมือของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ เป็นอำนาจท่านปลัด 300 ล้าน ไว้ปิดวิกฤตไตรมาส 4 อีกก้อนหนึ่ง 3,700 ล้าน เอามาปรับ Step ladder K , Step ladder K ตัว Step นี้ S ก็คือช่วยเหลือโรงพยาบาลชุมชนที่เล็ก ๆ ประชากรน้อยต่ำกว่า 30,000 จังหวัดไหนที่ NWC ติดลบก็เติมให้ทุกจังหวัด (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

**ประเด็นที่ 2 การปรับตัว** เมื่อไรก็ตามที่หน่วยบริการเกิดภาวะขาดสภาพคล่อง ต้องมีการปรับตัวเพื่อให้อยู่รอด ดังคำกล่าวที่ว่า

“ประเด็นอื่นอีกก็คงเป็นเรื่องของการปรับตัว อย่างปัญหาแรกก็คือระบบการจ่ายกับเรื่องของต้นทุนในการให้บริการที่มันไม่สอดคล้องกันนะแต่ความจริง ๆ อันนี้คือสถานพยาบาลจะต้องมีการปรับตัว ปรับตัวให้สอดคล้องกัน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

“ทีมนำหรือผู้นำโรงพยาบาลต้องควบคุมกำกับให้มีการบริหารจัดการที่ดี สามารถทำให้เกิดบริการที่เหมาะสม และเพียงพอกับตัวงบประมาณที่ได้รับไม่ใช้จ่ายจนเกิน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

**ประเด็นที่ 3 ผู้นำ (Leadership)** ผู้นำประกอบด้วย ผู้บริหารการเงิน (CFO) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทีมงานบัญชีต้องมีสมรรถนะ องค์กรความรู้ ทักษะด้านการเงินอย่างเพียงพอ สามารถสร้างทีมทำงาน (Team work) และควบคุมกำกับให้เกิดประสิทธิภาพการเงินการคลัง มีแผนเงินบำรุงแผนการเงิน (Planfin) มีการกำกับแผนรายเดือน ดังคำกล่าวที่ว่า

ผู้บริหารต้องมีทักษะมีศักยภาพทางการเงิน มีทีมงาน ผู้บริหารอาจจะรู้ไม่ละเอียดแต่ต้องมีทีมงาน Support ที่ช่วย ทีมงาน CFO ทีมงานบัญชีและต้องมีระบบส่งสัญญาณเตือนทางการเงิน ได้เฝ้าระวังมีการ Monitor ทุกเดือน ทุกคนในองค์กรต้องมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ปัญหาการเงินไม่ใช่ปัญหาของสาธารณสุข ผู้อำนวยการ หรือหมอมมีปัญหาผู้อำนวยการ แก่เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา ก็ขึ้นอยู่กับทั้งระบบและคน (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“1 Leadership ต้องมีความรู้เรื่องการเงินก่อน 2 ทีม Back office มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการร่วมกับ Leadership ทีมงานอันนี้คือปัจจัยที่มีความสำเร็จ ภายในก็คือว่าในหน่วยบริการพอขึ้นมาในระดับเขตมีทีม CFO ของเขตที่แข็งแกร่งแล้วสามารถจัดสรรเงินเป็นแบบเขาเรียกว่า Fairness คือยุติธรรมทั่วถึงทุกหน่วยบริการ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“Leadership สำคัญที่สุดเพราะว่าถ้า leader ship พร้อมและสามารถนำองค์กรไปได้และสร้าง Team Work ในหน่วยบริการขึ้นมาได้ และก็ดำเนินการไปด้วยกันก็จะทำให้ตัวโรงพยาบาลมีสภาพคล่องทางการเงินที่ดีคะ leader ship จะสำคัญที่สุด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“ทีมนำหรือผู้นำโรงพยาบาลต้องควบคุมกำกับให้มีการบริหารจัดการที่ดี สามารถทำให้เกิดการบริการที่เหมาะสม และเพียงพอกับตัวงบประมาณที่ได้รับไม่ใช้จ่ายจนเกิน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“ผู้บริหารการเงิน ผู้ทำบัญชี ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ต้องมีสมรรถนะ ความเชี่ยวชาญ CFO” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

ผู้บริหารก่อนเลย สิ่งที่เราเห็นออกมาในวิกฤติตัวเลขไม่ใช่วิกฤตจริง ๆ บางทีไม่วิกฤต เพราะว่า ออมข้อมูลทำให้ไม่วิกฤตทางตัวเลขซึ่ง ผมก็เคยเน้นย้ำว่าคุณต้องแสดงความจริง ออกมา เพราะบางที่ชุกหนี่เป็นร้อยหลายร้อยล้านก็มี อันนี้คือวิกฤตที่เกิดจากการตกแต่ง เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดแล้วก็ส่วนที่เหลือน่าจะเป็นการติดตามควบคุมข้อมูล และการดูแลเรื่องทั้งหมดนี้ ต้องมีการดำเนินการต่อ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

#### ประเด็นที่ 4 จัดหารายได้เพิ่ม ลดรายจ่าย

**4.1 การเพิ่มผลผลิต (Product)** โดยเปิดคลินิกนอกเวลาสำหรับกลุ่มข้าราชการ หรือประกันสังคม ขยายห้องพิเศษใช้มาตรการประหยัดพลังงาน เพิ่มอัตราการครองเตียง ดังคำกล่าวที่ว่า

คลินิกนอกเวลากลุ่มข้าราชการ และประกันสังคม การใช้เตียงให้คุ้มท่านจะดูว่าถ้าโรงพยาบาลจะอยู่รอดต้องมีห้องพิเศษประมาณ 30% ของจำนวนเตียงที่มีถ้าเกิดมี 30% ของจำนวนเตียงที่มี เราจะมีทรัพยากรที่จะมีโอกาสในการหารายได้เพิ่มขึ้น และต้องมาขยายบริการตรงนี้ เพราะเรามีต้นทุนของเราอยู่แล้ว ถ้าเราเปิดได้แล้วก็ในการที่จะให้นอนห้องพิเศษเราจะมีเทคนิคในการโน้มน้าวให้ประชาชนร่วมจ่าย จ่ายนิดจ่ายหน่อยจ่าย 300, 400, 500 บางทีเขาก็ร่วมจ่ายได้ เช่น ค่าไฟ ตามนโยบายประหยัดของประเทศ การเปลี่ยนหลอดจะมีให้เราได้ทำอยู่แล้ว ในส่วนของพลังงานแสงอาทิตย์บางโรงพยาบาลทำเองไว้ใช้ก็ประหยัดได้อยู่ประมาณปีละ 7 - 8 แสน อย่างนี้จะมีส่วนทำให้โรงพยาบาล

มีสภาพคล่องได้ดีขึ้นคือหลัก ๆ ผู้บริหารต้องมองให้ออกว่าทรัพยากรที่มีอยู่ในมือสามารถที่นำมาใช้ให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนโดยไม่เพิ่มต้นทุนตัวเองได้อย่างไร อันสุดท้ายคือในเรื่องของการสร้างความไว้วางใจระหว่างเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

**4.2 การมีระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Soft Ware) ที่ดีคู่ไปกับการตรวจสอบ (Audit) เวชระเบียนที่ดี** การมีระบบ Soft ware สำหรับใช้ในการจัดเก็บรายได้ เริ่มจากมีการจัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ จะช่วยให้สามารถลงข้อมูลเป็นปัจจุบัน ในกลุ่มลูกหนี้รายวันสำหรับผู้รับบริการในแต่ละกองทุนสุขภาพ เช่น กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม หรือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) การตรวจสอบเวชระเบียนที่ดีคือ การลงข้อมูล ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นจริงสอดคล้องการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ดังคำกล่าวที่ว่า

โรงพยาบาลที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้ผู้บริหารมุ่งเน้นการตั้งลูกหนี้รายวัน ให้ได้ลูกหนี้รายวัน เช่น วันนี้มีคนไข้เข้ามา กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม หรือ UC สามารถก็ยข้อมูลได้เลยเป็นปัจจุบันแล้วตั้งลูกหนี้ สมมติว่าได้มาสิบล้าน เรียกว่าตั้งลูกหนี้รายวันแต่ถ้าตรงนี้ผู้บริหารไม่ทราบ ไม่ได้เน้น ก็ปล่อยไม่ได้ตั้งลูกหนี้รายวันทำงานแล้วไม่ไปก็ยข้อมูล งานหลุดก็ยข้อมูลช้าโดนหักเดือนละ 5% แบบนี้ดีไหมเพราะฉะนั้นศูนย์จัดเก็บรายได้มีผลไหมมีทำให้รายได้เข้ามาเต็มเม็ดเต็มหน่วย การจะเข้ามาเต็มเม็ดเต็มหน่วยนี้ต้องคู่ไปกับการ Audit เวชระเบียนที่ดีเช่นผ่าตัด และต้องลงหัตถการให้ครบใส่ท่อหายใจใส่ไปผ่าตัดอะไร คุณต้องใส่ให้หมดทำแลบอะไร ให้ยาตัวนี้เพราะว่าเขามี Hypo K ก็เลยให้ kcl อะไรอย่างนี้ คือมันต้องใส่ให้สอดคล้องหมดเลยถ้าไม่สอดคล้องคุณจะถูกเรียกเงินคืนเขาเรียก Abuse เวชระเบียนเพราะฉะนั้นการจัดเก็บรายได้นี้คู่กับงาน Audit เวชระเบียน เป็นรายได้ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

**ประเด็นที่ 5 ใช้ระบบสารสนเทศสำหรับข้อมูลทางบัญชี** การใช้ระบบสารสนเทศทางบัญชี ทำให้ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจทางการบริหารจัดการได้ถูกต้อง ครบถ้วนมากขึ้น ระบบสารสนเทศทางบัญชีที่เหมาะสม คือระบบโปรแกรมบัญชี (ERP) ระบบสารสนเทศสำหรับข้อมูลทางบัญชีที่ดี ระบบต้องเชื่อมโยงได้ระหว่างหน่วยบริการ

ผู้ป่วย (Front office) และหน่วยงานสนับสนุน (Back office) การนำระบบนี้มาใช้ช่วยแก้ปัญหา การเปลี่ยนคนทำงาน ปัญหาเกิดจากความผิดพลาดของคน (Human error) ดังคำกล่าวที่ว่า

เรื่องที่ 2 ก็น่าจะเป็นเรื่องของระบบที่จะมาสนับสนุนเรื่องของการบริหารงาน ยกตัวอย่าง ที่สำคัญคือ ระบบสนับสนุนโดยเฉพาะระบบสารสนเทศจะมีปัญหามาก คือ ปัจจุบันเรายังไม่มีระบบที่เหมาะสมจริง ๆ ระบบที่เหมาะสมเขาจะเรียกว่า ระบบ ERP ซึ่งระบบนี้จะมีความจำเป็นสำหรับข้อมูลในการบริหารจัดการ เช่น ข้อมูลในเรื่องของการประเมินต้นทุน หรือคิดต้นทุนถ้าไม่มีระบบอย่างนี้ก็จะมีปัญหา จะส่งผลต่อการบริหารจัดการ ถ้าเราไม่สามารถที่จะประเมินต้นทุนได้ การที่จะกำหนดราคาหรือว่าการประเมินกำไรขาดทุนจะทำได้ไม่ได้ ถ้าไม่มีระบบนี้คุณภาพทางบัญชีจะไม่ดี ยกตัวอย่างง่าย ๆ ให้เห็นภาพ คือระบบ Front office และ Back office จะต้องเชื่อมโยงกันที่ผ่านมาปัจจุบันนี้ ทำไมมีน้อยมาก ถ้านับจำนวนแผนในระบบใน Front office และ Back office จะเชื่อมโยงกัน และส่วนใหญ่ก็จะแยกกันเป็นส่วน ๆ ในโรงพยาบาลเดียวกันไม่สามารถจะเชื่อมโยงกันได้ ทำให้ข้อมูลขาดความน่าเชื่อถือแล้วเป็นภาระกับบุคลากรแทนที่จะเป็นระบบอัตโนมัติ (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 8)

**ประเด็นที่ 6 ลดต้นทุนค่าแรง** นำระบบสารสนเทศ (IT) มาใช้ในการปฏิบัติงานภายในหน่วยบริการ การจ้างงาน และการจัดอัตราค่าจ้างโดยใช้การวัดปริมาณงานจากเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (FTE) ดังคำกล่าวที่ว่า

“เรื่องของบุคลากรบางแห่งอาจจะมีบุคลากรจำนวนมากถ้าเราใช้มาตรฐาน FTE มา ประเมินนะบางแห่งก็อาจจะมีจำนวนบุคลากร ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรที่มากเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับ ปริมาณงาน” (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 8)

**ประเด็นที่ 7 ใช้ระบบการประมูลงานจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) สำหรับการจัดซื้อจัดจ้าง** ปัจจุบันโรงพยาบาลในสังกัดสำนักสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจัดซื้อจัดจ้างวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) นอกจากนี้ยังมีการซื้อร่วม ต่อบริหารราคาในระดับ เขต ระดับจังหวัด ดังคำกล่าวที่ว่า

คราวนี้ Material cost ทุกโรงพยาบาลเขาทำแล้วจัดซื้อจัดจ้าง e-bidding เกิน 5 แสน ซื้อร่วมเพื่อต่อราคาในระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาลให้ราคาต่ำลงมา แล้วยกซื้อรายเดือนให้เป็นรายปีผมว่าทุก โรงพยาบาลเขาทำเมื่อก่อนจะเป็นปัญหาเหมือนกันว่าแพงตอนนี้ไม่ค่อยเกิด ตัวนี้ไม่น่าจะมีปัญหาแล้ว เรื่องของกรมคลังนี่ตอนนี้เรา 7 plus efficiency มาจับ ถ้าคลังเกินสองเดือนแถมเป็นลบจับก็ดีขึ้นแต่ว่าประสิทธิภาพตรงนี้หลายโรงพยาบาลก็ยังแถมอยู่ (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 6)

**ประเด็นที่ 8 การจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin)** การทำแผน Planfin เป็นการกำกับควบคุมค่าใช้จ่ายในการลงทุน Planfin ที่ดีต้องสามารถคาดการณ์หรือทำนายสถานะทางการเงินของหน่วยบริการได้ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อการบริหารงาน ป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน ดังคำกล่าวที่ว่า

“การทำแผน Planfin เป็นการกำกับควบคุมค่าใช้จ่ายในการลงทุน Planfin ที่ตีความหมายว่าคำนวณมาถูกต้อง 3 ปี ย้อนหลังดูค่าเฉลี่ยดูว่าอนาคต Planfin คือการทำล่วงหน้า เพราะฉะนั้นสามารถ Forecast หรือคาดเดาได้ว่า Planfin นี้จะมีรายได้ รายจ่ายเมื่อสิ้นปี ได้เท่าไรรายจ่ายเท่าไรแล้วมีบวกเท่าไร แล้วต้องกำกับด้วยนะส่วนใหญ่โรงพยาบาลไม่ได้กำกับ มาดูตอนสิ้นปี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

**ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับแนวทางในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อไม่ให้โรงพยาบาลขาดทุน หรือขาดสภาพคล่อง** ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับแนวทางในการบริหารการเงิน ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อไม่ให้โรงพยาบาลขาดทุน หรือขาดสภาพคล่อง ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 8 ประเด็น ดังนี้

**ประเด็นที่ 1 นโยบายการกระจายอำนาจ ให้เขตสุขภาพ และจังหวัดบริหารมากขึ้น** “การกระจายอำนาจให้เขตสุขภาพและจังหวัดมากขึ้น ส่วนกลางก็จะทำหน้าที่เรื่องของการบริหารจัดการน้อยลง เราก็จะไปทำเรื่องของนโยบาย ระบบการเงินการคลัง เรื่องของแหล่งทุน เรื่องของงบประมาณที่ต้องใช้ในระบบบริการอาจไปดูเรื่องการปฏิรูปมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

“ส่วนตัวที่ 2 อาจจะมีการปรับระบบใช้การจัดสรรระดับเขตเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เขตไปช่วยควบคุม กำกับในการบริหารจัดการภายในจังหวัด คือการจัดสรรเงินช่วยเหลือระดับประเทศคงยังต้องคงอยู่ระดับหนึ่ง แต่อาจจะค่อย ๆ ผ่องถ่ายการจัดสรรระดับเขต” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“เชิงนโยบาย ภาพรวมประเทศเน้นหนักไปที่เขตเยอะขึ้น ให้เขตกับจังหวัดเป็นกลไกในการที่จะช่วยแก้ปัญหาในพื้นที่ การกระจายอำนาจ กระจายอำนาจในส่วนกลาง (คนที่ 1)” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

เรื่องที่ 2 ในเรื่องของการปรับเปลี่ยนของส่วนกลาง ปรับเปลี่ยน และให้เขตมีบทบาทมากขึ้น เรื่องของหลักเกณฑ์ในการปรับเปลี่ยน น่าจะมองในเรื่องของประสิทธิภาพให้มากขึ้น บางทีส่วนกลางใช้แค่เรื่องของ NWC ตีตลาดซึ่ง NWC ตีตลาดมันมองได้หลายมุมว่าบางทีถ้าเกิดดูแค่ NWC ตีตลาดโดยที่ไม่ได้ดูประสิทธิภาพด้วยมันก็จะทำให้เงินมันไปไม่ถูกที่ถูกทาง แล้วตอนนี้เขตแต่ละเขตคาดว่าน่าจะมีศักยภาพพอในเรื่องของการบริหารจัดการในส่วนของเงินปิดเกลี่ย ที่เขตควรจะได้รับ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

**ประเด็นที่ 2 เปลี่ยนวิธีการจัดสรรเงิน** รูปแบบการเปลี่ยนวิธีการจัดสรรเงินประกอบด้วย การแยกเงินเดือนออกจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) การกันเงินช่วย

โรงพยาบาลที่มีปัญหา การเติมเงินให้เขต การกันเงินแบบบัญชีเสมือน (Virtual account) และการจัดสรรเงินร่วมกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

คือการกันเงินที่มาช่วยเหลือผมคิดว่าอาจจะต้องกันเงินเพิ่มขึ้นเพื่อมาช่วยโรงพยาบาลที่มีปัญหาปีนี้ PA ของปลัดระดับ 7 ไม่เกิน 4 และ ระดับ 6 ไม่เกิน 8% ปี การจัดสรรมอบอำนาจให้ เขตมากขึ้นเติมเงินให้เขตมากขึ้น อันดับ 1 คือการจัดสรรเงิน อันดับ 2 การเติมเงินให้เขตบ้าง อันดับ 3 คือการกัน Virtual , Virtualมาจาก รพช.ที่ได้รายหัวไปแล้วรพช. บางแห่งใช้วิธีว่าตัวเองได้รายหัวแต่ตัวเองไม่ทำบริการ Refer หมต กินเงินรายหัวแล้ว Refer ไปให้เขารักษา เขาเรียก OP Refer (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“ผมมองว่าเงินเดือนเนี่ยเป็นส่วนหนึ่งของ คือเวลาที่เงินกองทุนที่ได้มานะี่ยจะถูกหักตัวรายได้ที่เป็นตัวเงินเดือนออกไปก่อนมันทำให้รายได้โรงพยาบาล ลดลงผมว่ามันไม่ควรเอาเงินเดือนมาคิดในระบบ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

“ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอันดับ 1 ถ้าเปลี่ยนวิธีจัดสรรเงินได้ คือภาพใหญ่ก็อย่างที่พูดไปแล้วแยกเงินเดือนออกไปอันนี้เชิงนโยบายแต่มันเป็นเรื่องใหญ่มากมันต้องไปแก้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติปี 40 ต้องไปปรับประมาณไปรวมเงินเดือนอันนี้ยาก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“แต่ในภาพใหญ่ในเขตคิดว่าเราน่าจะมี การจัดสรรเงินร่วมกัน พัฒนาได้หลายโรงพยาบาลเพราะเค้ามีอำนาจในการทำได้ น่าจะทำให้เขต พัฒนามากขึ้นในภาพใหญ่ให้เขตมีอำนาจมากขึ้นในการจัดสรร” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“ส่วนตัวที่ 2 ก็อาจจะมีระบบปรับระบบใช้การจัดสรรระดับเขตเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้เขตไปช่วยควบคุม กำกับในการบริหารจัดการภายในจังหวัด คือการจัดสรรเงินช่วยเหลือระดับประเทศก็คงยังต้องคงอยู่ระดับหนึ่ง แต่ว่าอาจจะค่อย ๆ ผ่อนถ่ายการจัดสรรระดับเขต” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

### ประเด็นที่ 3 สร้างระบบแรงจูงใจสำหรับผู้บริหารที่มีสภาพคล่องทางการเงิน

สร้างระบบแรงจูงใจว่า คนไหนทำดีก็ต้องดูแล คนไหนขาดสภาพคล่องก็ต้องช่วย ถ้าระบบเราช่วยแต่คนที่ขาดสภาพคล่องมาก ๆ ก็ไม่มีแรงจูงใจให้คนดี ๆ ดำเนินต่อเพราะฉะนั้นปีที่ผ่านเราให้ Reward ว่าคนที่เป็นระดับ 7 ขึ้นมาระดับ 4 0-3 ให้รางวัลโรงพยาบาลละล้าน ให้รางวัลว่าคุณ 7 ไตรมาส 4 ขึ้นมาเป็น 0-3 เราประเมินว่าเขาดีขึ้น ปรับประสิทธิภาพดี ตอนนี้เราก็พัฒนาคะแนนปรับประสิทธิภาพจูงใจให้คนทำให้หายสภาพคล่องเราได้ได้ผลประโยชน์ สร้างระบบแรงจูงใจ ส่วนใครที่ได้อยู่แล้วถ้ารักษาระดับได้เราสร้างแรงจูงใจ Maintain ให้กลุ่มนี้ กลุ่มดีก็เหมือน Class ที่ 0-3 Maintain เป็นที่เลี้ยงจูงใจ ไม่ใช่ถ้าเค้ากลับมาเป็น 7 เค้าก็จะลงมาอีก เพราะฉะนั้นก็ต้องสร้างแรงจูงใจให้เขา ในเรื่องบริหารก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง ถ้าคนไหนเป็น 7 เร็วจริง ทำไม่บริหารแล้วทำไม 4-5 ปี เร็วจริงทั้ง 5 ปีมันเป็นยังไง คือต้องพิจารณาผู้บริหารใช้ใหม่ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)



ต้องมาตรวจประเมิน เอาเรื่องนี้ไปประเมินผู้บริหารจริง ๆ จัง ๆ มีการย้ายมีการลงโทษ ให้เห็นเป็นรูปธรรม ทุกคนจะรู้สึกเป็นเดือดเป็นร้อน เหมือนโรงพยาบาลนี้ระดับ 7 ต่อเนื่อง ก็ไม่มีใครไปว่าอะไรทำไมเด็ก Bad boy ลงโทษก็ไม่ลงโทษแถมเอาเงินให้เขาอีกต่างหาก ทางภาคใต้เนี่ยอะสุดแล้ว อาจารย์ทำสุราษฎร์เพราะสุราษฎร์อะสุด แล้ว Bad boy กลับได้เงินไป Support อุ่มชูทุกอย่าง Good boy กลับไม่ได้อะไร (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

**ประเด็นที่ 4 ปรับเกณฑ์ในเรื่องการจ่ายเงินแบบขั้นบันได (Step Ladder) และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (K Factor) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายโดยใช้ stepladder และ K factor มาคิดอันนี้ก็ถือว่าเป็นปัจจัยที่ทำช่วยเหลือให้กับโรงพยาบาลขนาดเล็กสามารถอยู่รอด ดังคำกล่าวที่ว่า**

“แต่อันนี้ไม่ควรใช้นาน ๆ เพราะว่าตอนนี้โรงพยาบาลเล็กกรวย แต่โรงพยาบาลกลางกลาง คือระดับ M2 ขึ้นไป เริ่มจะมี M2 M1 เริ่มจะมีปัญหา ปรับเกณฑ์ในเรื่องการทำ Step k ก็ทำมาตั้งแต่ปี 60 ก็ต้องมา Review ดูเรื่องของการปรับ Step k และเรื่องของการปรับเปลี่ยนวงเงินที่ประเทศจะเกลี้ยให้เขตในภาพรวมของจังหวัดเขตก็น่าจะมีบทบาทในส่วนนี้มากขึ้นด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

**ประเด็นที่ 5 เปลี่ยนตัวกำไรสุทธิ (NI) เป็นตัวรายรับก่อนดอกเบี้ย ค่าเสื่อม และค่าตัดจำหน่าย (EBITDA)**

คือตอนนี้เราวิเคราะห์สถานการณ์การเงิน Risk score 7 ระดับอยากจะให้เปลี่ยนตัว NI เป็นตัว EBITDA เพราะตัว NI นี้สำหรับกระทรวงสาธารณสุขนี้ จะมีตัวค่าเสื่อม งบลงทุน กับนี้ซึ่งบางที่เราไม่ต้องการจุดนั้นที่เราให้อยู่รอดตอนนี้มองว่า ถ้าสถานบริการจะอยู่รอดนี้ อาจจะมีมองที่ตัว EBITDA ถ้าไม่เอาตัวข้อมูลติดลบทางบัญชีที่ไม่เป็นค่าใช้จ่ายด้านการเงินจริง ๆ เอามาใช้แล้วจะได้ใช้ข้อมูลการจริง ๆ ที่ต้องมีการไปจ่ายจริงด้วย (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

**ประเด็นที่ 6 แก่ระเบียบบริหารบางข้อที่เป็นอุปสรรคทำให้โรงพยาบาลมีศักยภาพในการหารายได้เพิ่ม** “ข้อที่ 2 ในเรื่องของระเบียบบริหารบางข้อที่เป็นอุปสรรคทำให้โรงพยาบาลมีศักยภาพในการหารายได้เพิ่มเติม ถ้าเป็นไปได้ก็ควรจะแก้ไขด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

**ประเด็นที่ 7 ต้องมีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support System)**

สิ่งที่จะต้องสนับสนุนจากส่วนกลาง คือการพัฒนาาระบบเพื่อให้มีความพร้อมในเรื่องของบุคลากรและระบบสนับสนุน อย่างที่ผมบอก การบริหารจัดการในยุคนี้มันต้องอยู่บน

เรื่องข้อมูล เรื่องของระบบการตัดสินใจที่ดีมีข้อมูล แล้วก็ต้องมีระบบเรื่องของระบบตัดสินใจที่เรียกว่า (Decision Support System) เพราะว่าเราต้องบริหาร ต้องใช้ข้อมูลทุกอย่างแล้วปัจจุบันทางด้านการแพทย์สาธารณสุขนี้ข้อมูลจะมีความซับซ้อนแล้วหลากหลายหลายมิติอันนี้มีความจำเป็น ที่ส่วนกลางแต่ในเขตพื้นที่ที่จะต้องปรับตัวให้สอดคล้องด้วยในแนวทางการบริหารยุคใหม่ คือระดับข้อมูลในโรงพยาบาลหรือในระดับจังหวัด ระดับเขต ต้องมีการพัฒนา พัฒนาให้มันมีมากเพียงพอในเรื่องของปริมาณและคุณภาพคือถ้าระบบข้อมูลเนียนพร้อมและสมบูรณ์ การบริหารจัดการก็ง่ายขึ้น (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

### ประเด็นที่ 8 การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ด้านการเงินการคลัง

ข้อที่สาม เป็นในเรื่องของการฝึกอบรมในระดับเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ด้านการเงินการคลังเพิ่มเติมได้นำเสนอข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสมให้มาบริหารต่อไป กระทรวงเองน่าจะจัดหลักสูตรที่เน้น Business Plan แต่การวิเคราะห์แผนธุรกิจที่โรงพยาบาลจะไปทำเพื่อให้แผนการดำเนินแต่ละแผนจะประสบความสำเร็จอาจจะมีทีมให้ Consult ของแต่ละพื้นที่ เพื่อคอยกำกับติดตามดู เป็นที่ปรึกษาในเรื่องของกิจกรรมแต่ละโรงพยาบาลพื้นที่ ที่ไปทำต่อ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

## ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยจากแบบสอบถามออนไลน์แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และการวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อหาคำตอบการวิจัย

### ผลการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลในระดับ A, S, M, และ F ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 - 12 จำนวน 78 ราย ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ความสำคัญขององค์ประกอบการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

### ตอนที่ 1 สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 - 1 จำนวน ร้อยละสถานภาพกลุ่มตัวอย่าง (N=78)

สถานภาพ	N (%)
ตำแหน่งผู้อำนวยการ	48 (61.45)

ตำแหน่งรองผู้อำนวยการ	12 (15.38)
ตำแหน่งอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการเงินของโรงพยาบาล	18 (23.08)
<b>สถานที่ปฏิบัติงาน</b>	
โรงพยาบาลระดับ A	9 (11.54)
โรงพยาบาลระดับ S	10 (12.82)
โรงพยาบาลระดับ M	49 (62.82)
โรงพยาบาลระดับ F	10 (12.82)
มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการเงิน	62 (79.49)

ที่มา : จากการวิเคราะห์แบบสอบถามออนไลน์แนวนโยบายการบริหารการเงินของโรงพยาบาล  
ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข , 2563

จากตาราง 4 - 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล ร้อยละ 61.54 สถานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับ M มากที่สุด ร้อยละ 62.82 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการเงิน ร้อยละ 79.49

## ตอนที่ 2 ความสำคัญขององค์ประกอบการบริหารการเงินของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4 - 2 ความถี่การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การของบประมาณ  
สำหรับหน่วยบริการ ขาขึ้น (N=78)

อันดับ	การของบประมาณสำหรับหน่วยบริการขาขึ้น	N (%)
--------	--------------------------------------	-------

1	ควรเพิ่มงบลงทุนด้านครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างในคำขอของ กระทรวงสาธารณสุข	39 (50.00)
2	ควรให้มีการใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายจริงจากบัญชีของสถานพยาบาล ระดับ รพ.สต.ในการจัดทำคำขอฯขึ้นของงบประมาณ UC	32 (41.03)
3	ควรแยกงบประมาณการบริการปฐมภูมิออกจากการบริการ โรงพยาบาล	36 (46.15)
4	โอนงบ PP โดยตรงให้หน่วยบริการปฐมภูมิ มีงบชดเชยวัคซีน ป้องกัน หัด คางทูม และหัดเยอรมัน	52 (66.67)
	- อื่น ๆ	
	● ทำแผน ภาพรวมเขตและจังหวัด	10 (12.82)
	● นำค่าตอบแทน ฉ.11, ฉ.12 พตส. มาคิดด้วย	6 (7.69)

ที่มา : จากการวิเคราะห์แบบสอบถามออนไลน์แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัด  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563

จากตาราง 4 - 2 การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การขอ  
งบประมาณ สำหรับหน่วยบริการฯขึ้น พบว่า อันดับ 1 ควรเพิ่มงบลงทุนด้านครุภัณฑ์  
และสิ่งก่อสร้างในคำขอของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50.00 อันดับ 2 ควรให้มีการใช้ข้อมูล  
ค่าใช้จ่ายจริงจากบัญชีของสถานพยาบาลระดับ รพ.สต.ในการจัดทำคำขอฯขึ้นของงบประมาณ  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ร้อยละ 41.03 อันดับ 3 ควรแยกงบประมาณการบริการปฐมภูมิ  
ออกจากการบริการโรงพยาบาล ร้อยละ 46.15 และอันดับ 4 โอนงบสร้างเสริม ป้องกันสุขภาพ (PP)  
โดยตรงให้หน่วยบริการปฐมภูมิ มีงบชดเชยวัคซีนป้องกัน หัด คางทูม และหัดเยอรมัน ร้อยละ 66.67

ความคิดเห็นอื่น ๆ เช่น ทำแผนภาพรวมระดับเขตและจังหวัด ร้อยละ 12.82 และ  
นำค่าตอบแทน ฉ.11, ฉ.12 พตส. มาคิดด้วยร้อยละ 7.69

ตารางที่ 4 - 3 ความถี่การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การของงบประมาณ  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) สำหรับหน่วย บริการฯขึ้น (N=78)

อันดับ	การของงบประมาณ UC สำหรับหน่วยบริการฯขึ้น	N (%)
1	ควรแยกเงินเดือนออกจากงบ UC	31 (39.74)
2	ควรเพิ่มงบประมาณผู้ป่วยนอกของ UC	24 (30.77)
3	ควรให้มีการใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายจริงจากบัญชีของสถานพยาบาลทุก ระดับในการจัดทำคำขอฯขึ้นของงบประมาณ UC	21 (26.92)

4	ควรเพิ่มงบประมาณผู้ป่วยในของ UC	28 (35.90)
	- อื่น ๆ	
	- งบ PP ควรใช้เกณฑ์ขั้นต่ำจากกลุ่มประชากร	2 (2.56)
	- เพิ่มงบประมาณในพื้นที่ประชากร UC น้อย	6 (7.70)

ที่มา : จากการวิเคราะห์แบบสอบถามออนไลน์แนวนโยบายการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563

จากตาราง 4 - 3 การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การของบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) สำหรับหน่วยบริการขาขึ้น พบว่า อันดับ 1 ควรแยกเงินเดือนออกจากงบ UC ร้อยละ 39.74 อันดับ 2 ควรเพิ่มงบประมาณผู้ป่วยนอกของ UC ร้อยละ 30.77 อันดับ 3 ควรให้มีการใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายจริงจากบัญชีของสถานพยาบาลทุกระดับในการจัดทำคำขอขาขึ้นของงบประมาณ UC ร้อยละ 26.92 และอันดับ 4 ควรเพิ่มงบประมาณผู้ป่วยในของ UC ร้อยละ 35.90

ความคิดเห็นอื่น ๆ เช่น งบสร้างเสริม ป้องกันสุขภาพ (PP) ควรใช้เกณฑ์ขั้นต่ำจากกลุ่มประชากร ร้อยละ 2.56 เพิ่มงบประมาณในพื้นที่ประชากร UC น้อย ร้อยละ 7.70

ตารางที่ 4 - 4 ความถี่ การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การจัดสรรงบประมาณ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ขาลงจากกระทรวงและเขต (N=78)

อันดับ	การจัดสรรงบประมาณ UC ขาลงจากกระทรวงและเขต	N (%)
1	พิจารณาจากสภาพคล่องหรือการขาดทุน ของหน่วยงาน	24 (30.77)
2	พิจารณาจากประสิทธิภาพของการบริหารการเงิน	23 (29.49)
3	พิจารณาจัดสรร โดยใช้ Step Ladder และ ค่า K	25 (32.75)
4	IPD การจัดสรรตาม DRG	28 (30.77)

	- อื่น ๆ	
	- ปรับ Step ladder และค่า K	4 (5.13)
	- การจัดสรรงบ UC ขาลงไม่ควรมียอดเยอะมากเกินไป	5 (6.41)

ที่มา : จากการวิเคราะห์แบบสอบถามออนไลน์แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาล  
ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563

จากตาราง 4 - 4 การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การจัดสรร  
งบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ขาลงจากกระทรวงและเขต พบว่า อันดับ 1  
พิจารณาจากสภาพคล่องหรือการขาดทุน ของหน่วยงาน ร้อยละ 30.77 อันดับ 2 พิจารณาจาก  
ประสิทธิภาพของการบริหารการเงิน ร้อยละ 32.75 อันดับ 3 พิจารณาจัดสรรโดยใช้การจ่ายเงินแบบ  
ขั้นบันได (Step Ladder) และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (K Factor) ร้อยละ 32.75 และ  
อันดับ 4 ผู้ป่วยใน (IPD) การจัดสรรตามการวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ร้อยละ 30.77

ความคิดเห็นอื่น ๆ เช่น ปรับ Step ladder และค่า K ร้อยละ 5.13 การจัดสรรงบ UC  
ขาลงไม่ควรมียอดเยอะมากเกินไป ร้อยละ 6.41

ตารางที่ 4 - 5 ความถี่ การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การบริหารแผน  
งบประมาณ (Planfin) (N=78)

อันดับ	การบริหารแผนงบประมาณ (Planfin)	N (%)
1	สถานพยาบาลมีการวิเคราะห์และทำแผนให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และ Health Need	52 (66.67)
2	มีการทำ Feasibility study สำหรับการลงทุนด้วยเงินบำรุง	28 (35.90)
3	มีการลงทุนจากเงินบำรุงไม่เกินเกณฑ์ของกระทรวงทั้งกรณีลงทุน ทั้งหมด	27 (35.30)
4	มีการบริหารแบบศูนย์รายรับ (Revenue center) และศูนย์รายจ่าย (Cost center)	28 (35.90)

	- อื่น ๆ	
	- เป็นเครื่องมือที่ดีในการบริหารการเงิน	4 (5.13)
	- Planfin ไม่สะท้อนผลที่แท้จริง	11 (14.10)

ที่มา : จากการวิเคราะห์แบบสอบถามออนไลน์แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาล  
ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563

จากตาราง 4 - 5 การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การบริหารแผนงบประมาณ (Planfin) พบว่า อันดับ 1 สถานพยาบาลมีการวิเคราะห์และทำแผนให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health Need) ร้อยละ 66.67 อันดับ 2 มีการศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility Study) สำหรับการลงทุนด้วยเงินบำรุง ร้อยละ 35.30 อันดับ 3 มีการลงทุนจากเงินบำรุงไม่เกินเกณฑ์ของกระทรวงทั้งกรณีลงทุนทั้งหมด ร้อยละ 35.30 และอันดับ 4 มีการบริหารแบบศูนย์รายรับ (Revenue Center) และศูนย์รายจ่าย (Cost Center) ร้อยละ 35.90

ความคิดเห็นอื่น ๆ เช่น เป็นเครื่องมือที่ดีในการบริหารการเงิน ร้อยละ 5.13 และ Planfin ไม่สะท้อนผลที่แท้จริง ร้อยละ 14.10

ตารางที่ 4 - 6 ความถี่การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การบริหารรายรับ (N=78)

อันดับ	การบริหารรายรับ	N (%)
1	การจัดตั้งศูนย์เรียกเก็บ เพิ่มการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียน	42 (53.85)
2	เพิ่มรายรับผู้ป่วยนอกประเภท Non - UC	27 (34.62)
3	เปิดให้บริการคลินิกนอกเวลา และเพิ่มห้องพิเศษ	25 (30.77)
4	เปิดให้บริการคลินิก SMC	14 (17.95)
	อื่น ๆ	
	- ศูนย์จัดเก็บรายได้ต้องมีประสิทธิภาพ	3 (3.85)
	- ทำให้เกิดรายรับ ที่นอกเหนือจากวงเงิน Global budget	1 (1.28)

ที่มา : จากการวิเคราะห์แบบสอบถามออนไลน์แนวนโยบายการบริหารการเงินของโรงพยาบาล  
ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563

จากตาราง 4 - 6 การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การบริหาร  
รายรับ พบว่า อันดับ 1 การจัดตั้งศูนย์เรียกเก็บเพิ่มการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในเวช  
ระเบียน ร้อยละ 53.85 อันดับ 2 เพิ่มรายรับผู้ป่วยนอกประเภทไม่ใช่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
(Non-UC) ร้อยละ 34.62 อันดับ 3 เปิดให้บริการคลินิกนอกเวลา และเพิ่มห้องพิเศษ ร้อยละ 30.77  
และอันดับ 4 เปิดให้บริการคลินิกเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (SMC) ร้อยละ 17.95

ความคิดเห็นอื่น ๆ เช่น ศูนย์จัดเก็บรายได้ต้องมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 3.85 และทำให้  
เกิดรายรับ ที่นอกเหนือจากการเพิ่มการบริการวงเงินในระดับเขต (Global budget) ร้อยละ 1.28

ตารางที่ 4 - 7 ความถี่ การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การควบคุมรายจ่าย  
(N=78)

อันดับ	การควบคุมรายจ่าย	N (%)
1	การควบคุมค่าตรวจห้องปฏิบัติการ	26 (33.33)
2	การควบคุมค่าล่วงเวลาและค่าตอบแทน	32 (41.26)
3	การควบคุมค่าจ้างพนักงานกระทรวง และลูกจ้างชั่วคราว	26 (33.33)
4	การควบคุมค่าสาธารณูปโภค	35 (44.87)
	อื่น ๆ	
	- ควบคุมค่าตรวจพิเศษและยาราคาแพง	7 (8.97)
	-การบรรจุบุคลากรเป็นข้าราชการ พนักงานราชการ เพื่อลดภาระ เงินบำรุง	4 (5.13)

ที่มา : จากการวิเคราะห์แบบสอบถามออนไลน์แนวนโยบายการบริหารการเงินของโรงพยาบาล  
ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563



จากตาราง 4 - 7 การจัดอันดับความสำคัญจากมากไปหาน้อย การควบคุมค่าใช้จ่าย พบว่า อันดับ 1 การควบคุมค่าตรวจห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 33.33 อันดับ 2 การควบคุมค่าล่วงเวลา และค่าตอบแทน ร้อยละ 41.26 อันดับ 3 การควบคุมค่าจ้างพนักงานกระทรวง และลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ 33.33 และอันดับ 4 การควบคุมค่าสาธารณูปโภค ร้อยละ 44.87

ความคิดเห็นอื่น ๆ เช่น ควบคุมค่าตรวจพิเศษและยาราคาแพง ร้อยละ 8.97 และการบรรจุบุคลากรเป็นข้าราชการ พนักงานราชการ เพื่อลดภาระเงินบำรุง ร้อยละ 5.13

ตารางที่ 4 – 8 ความถี่การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การบริหารยาและเวชภัณฑ์ (N=78)

อันดับ	การบริหารยาและเวชภัณฑ์	N (%)
1	การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ร่วมระดับเขต	32 (41.02)
2	การต่อรองราคา ในการจัดซื้อ	34 (43.59)
3	การควบคุมการจ่ายยา Non-ED	27 (34.61)
4	การบริหารสต็อกให้เหมาะสม	31 (39.74)
	- อื่น ๆ	
	- ผ่าน E-bidding	3 (3.84)
	- ทบทวนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	2 (2.56)

ที่มา : จากการวิเคราะห์แบบสอบถามออนไลน์แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563

จากตาราง 4 - 8 การจัดลำดับความสำคัญ 4 อันดับ จากมากไปหาน้อย การบริหารยาและเวชภัณฑ์ พบว่า อันดับ 1 การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ร่วมระดับเขต ร้อยละ 41.02 อันดับ 2

การต่อราคา ในการจัดซื้อ ร้อยละ 43.59 อันดับ 3 การควบคุมการจ่ายยานอกบัญชี ยาหลัก (Non - ED) ร้อยละ 34.61 และอันดับ 4 การบริหารสต็อกให้เหมาะสม ร้อยละ 39.74

ความคิดเห็นอื่น ๆ เช่น ผ่านระบบการประมูลงานจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-bidding) ร้อยละ 3.84 และทบทวนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 2.56

ตารางที่ 4 – 9 ความถี่ การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การบริหารกำลังคน (N=78)

อันดับ	การบริหารกำลังคน	N (%)
1	การจ้างพนักงานกระทรวง และลูกจ้างชั่วคราวให้เหมาะสมยึดตามเกณฑ์ FTE	36 (46.15)
2	การควบคุมค่าล่วงเวลา	32 (41.02)
3	การควบคุมค่าตอบแทน	31 (39.74)
4	การลดการว่างงานแฝงในหน่วยงาน	27 (36.61)
	- อื่น ๆ	
	- ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมลดต้นทุนด้านกำลังคน	2 (2.56)
	- ควร Update FTE	9 (11.53)

ที่มา : จากการวิเคราะห์แบบสอบถามออนไลน์แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563

จากตาราง 4 - 9 การจัดลำดับความสำคัญ 4 อันดับ จากมากไปหาน้อย การบริหารกำลังคน พบว่า อันดับ 1 การจ้างพนักงานกระทรวง และลูกจ้างชั่วคราวให้เหมาะสมยึดตามเกณฑ์การจัดอัตรากำลังโดยใช้การวัดปริมาณงานจากเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (FTE) ร้อยละ 46.15 อันดับ 2 การควบคุมค่าล่วงเวลา ร้อยละ 41.02 อันดับ 3 การควบคุมค่าตอบแทน ร้อยละ 39.74 และอันดับ 4 การลดการว่างงานแฝงในหน่วยงาน ร้อยละ 36.61

ความคิดเห็นอื่น ๆ เช่น ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมลดต้นทุนด้านกำลังคน ร้อยละ 2.56 และ ควร Update FTE ร้อยละ 11.53

ตารางที่ 4 – 10 ความถี่ การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การบริหารระบบบัญชี (N=78)

อันดับ	การบริหารระบบบัญชี	N (%)
1	ความถูกต้องและเป็นปัจจุบันของการลงบัญชี	56 (71.79)
2	การตัดหนี้สูญให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการบัญชี	23 (29.49)
3	การจัดทำบัญชีต้นทุน เพื่อใช้ข้อมูลทางการบริหาร	30 (38.46)
4	มีผู้รับผิดชอบเป็น CFO ของหน่วยงาน	28 (35.89)
	- อื่น ๆ	
	- มีระบบสารสนเทศ	3 (3.84)
	- พัฒนาศักยภาพผู้บริหาร	4 (5.13)

ที่มา : จากการวิเคราะห์แบบสอบถามออนไลน์แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563

จากตาราง 4 - 10 การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การบริหารระบบบัญชี พบว่า อันดับ 1 ความถูกต้องและเป็นปัจจุบันของการลงบัญชี ร้อยละ 71.79 อันดับ 2 การตัดหนี้สูญให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการบัญชี ร้อยละ 29.49 อันดับ 3 การจัดทำบัญชีต้นทุน เพื่อใช้ข้อมูลทางการบริหาร ร้อยละ 38.46 และอันดับ 4 การจัดทำบัญชีต้นทุน เพื่อใช้ข้อมูลทางการบริหาร ร้อยละ 35.89

ความคิดเห็นอื่น ๆ เช่น มีระบบสารสนเทศ ร้อยละ 3.84 และพัฒนาศักยภาพผู้บริหาร ร้อยละ 5.13

ตารางที่ 4 – 11 ความถี่ การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การรักษาสภาพคล่องทางการเงิน (N=78)

อันดับ	การรักษาสภาพคล่องทางการเงิน	N (%)
1	การรักษาเงินบำรุงคงเหลือ ให้เพียงพอ	29 (37.18)
2	การรักษาระดับทุนสำรองสุทธิ (NWC) ให้เพียงพอ	24 (30.77)
3	การบริหารระดับหนี้สินค้างชำระไม่ให้มากเกินไป	26 (33.33)
4	การรักษาดัชนีสภาพคล่อง Current ratio, Quick ratio และ Cash ratio ให้เหมาะสม	24 (30.77)
	- อื่น ๆ	
	- การรักษา EBIDA ให้เป็นบวก	1 (1.31)
	- ทีม CFO ต้องเข้มแข็ง	2 (2.56)

ที่มา : จากการวิเคราะห์แบบสอบถามออนไลน์แนวนโยบายการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563

จากตาราง 4 - 11 การจัดอันดับความสำคัญ 4 อันดับจากมากไปหาน้อย การรักษาสภาพคล่องทางการเงิน พบว่า อันดับ 1 การรักษาเงินบำรุงคงเหลือ ให้เพียงพอ ร้อยละ 37.18 อันดับ 2 การรักษาระดับทุนสำรองสุทธิ (NWC) ให้เพียงพอ ร้อยละ 30.77 อันดับ 3 การบริหารระดับหนี้สินค้างชำระไม่ให้มากเกินไป ร้อยละ 33.33 และอันดับ 4 การรักษาดัชนีสภาพคล่อง อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current ratio) อัตราส่วนหมุนเวียนเร็ว (Quick ratio) และอัตราส่วนเงินสด (Cash ratio) ให้เหมาะสม ร้อยละ 30.77

ความคิดเห็นอื่น ๆ เช่น การรักษารายรับก่อนดอกเบี้ยภาษีค่าเสื่อม และค่าตัดจำหน่าย (EBITDA) ให้เป็นบวก ร้อยละ 1.31 และ ทีมผู้บริหารการเงิน (CFO) ต้องเข้มแข็ง ร้อยละ 2.56

## ส่วนที่ 3 ความเห็นเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการบริหารการเงินอื่น ๆ

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีปัจจัยที่สำคัญ คือ ศักยภาพของผู้นำ (Leadership Performance) ทีมบริหารด้านการเงิน (CFO) ต้องเข้มแข็ง ความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาของข้อมูลทางบัญชี ต้องบริหารตามแผนการเงิน (Planfin) การมีระบบควบคุมและติดตามที่ดี ความเข้าใจการไหลของเงินลงทุน (Fund flow) การได้รับการสนับสนุนในรูปแบบการวางแผนธุรกิจบริการ (Business Plan Model) การบริหารจัดการปัจจัยนำเข้า (Input) ที่ถูกต้องและทันสมัย, ระบบรองรับเชื่อมโยงทั้งองค์กร, การจัดการหนี้ค้างชำระของหน่วยงานด้วยกัน, ความพอเพียงและเหมาะสมของบุคลากร และความร่วมมือของคนในองค์กร

### ปัจจัยแห่งความล้มเหลว

ปัจจัยแห่งความล้มเหลว มีปัจจัยที่สำคัญคือ งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอกับรายจ่าย ต้นทุนค่าแรง (Labor cost) และ ต้นทุนคงที่ (Fix cost) สูง ขาดการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ระบบบัญชีไม่มีคุณภาพ ผู้บริหารโรงพยาบาล และทีมงานไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเงิน ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง การจ่ายเงินเกินแผนที่วางไว้ ความยากในการกำหนดราคาค่าบริการ ค่าตอบแทน ให้เป็นไปตามกลไกทางการตลาด ขาดอัตรากำลังบุคลากรด้านบัญชี และระเบียบที่ทำให้การทำงานล่าช้า

### สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อปัญหาทางการเงิน และประสิทธิภาพ การบริหารการเงินของโรงพยาบาล คือ การเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีระบบฐานข้อมูลทางบัญชี หน่วยบริการขาดการวิเคราะห์ต้นทุนบริการทางสุขภาพ และต้นทุนค่าแรงบุคลากรจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ทางการเงิน และการประเมินผลการบริหารการเงินของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 - 2562 โดยรวมพบว่า ในปีงบประมาณ 2562 สถานการณ์ทางการเงินยังเกิดภาวะวิกฤติด้านการเงินตามเกณฑ์ความเสี่ยงทางการเงิน (Risk score) ระดับ 7 ในกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 3 แห่ง และในกลุ่มโรงพยาบาล

ชุมชน จำนวน 14 แห่ง ส่วนการประเมินประสิทธิภาพการบริหารโรงพยาบาล พบว่า ผลการบริหารโรงพยาบาลระดับ เกรด A ลดลงในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน แต่พบในระดับเกรด C - F เพิ่มขึ้น

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ล้มเหลวขาดทุนหรือขาดสภาพคล่องทางการเงิน ประกอบด้วย 10 ประเด็นหลัก ดังนี้ คือ 1) การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ 2) วิธีการจัดสรรเงินรายหัว (Capitation) 3) การจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ขาลง 4) การกระจายเงินในระบบบริหารจัดการไม่ดี 5) ผู้บริหารแต่ละโรงพยาบาลศักยภาพไม่เท่ากัน 6) โรงพยาบาลใช้ศักยภาพไม่เต็มที่ 7) ต้นทุนค่าแรง (Labor cost) 8) ต้นทุนวัสดุ (Material cost) 9) ระบบการลงข้อมูลทางบัญชีไม่ถูกต้อง และ 10) ค่าใช้จ่ายการดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนการเงิน (Planfin)

ส่วนสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 8 ประเด็นหลัก (Theme) ดังนี้ คือ 1) ในระดับประเทศกันเงินเพื่อการบริหารจัดการไม่เกินร้อยละ 10 2) การปรับตัว 3) ผู้นำ 4) จัดหารายได้เพิ่ม ลดรายจ่าย 5) ใช้ระบบสารสนเทศโปรแกรมทางบัญชี (ERP) 6) ลดต้นทุนค่าแรง 7) ใช้ระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E - bidding) และ 8) การจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่จัดอันดับความสำคัญอันดับ 1 ได้แก่ การของบประมาณสำหรับหน่วยบริการขาขึ้น ควรเพิ่มงบลงทุนด้านครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างในคำขอของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50.00 การของบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) สำหรับหน่วยบริการขาขึ้น อันดับ 1 ควรแยกเงินเดือนออกจากงบประมาณ UC ร้อยละ 39.74 การจัดสรรงบประมาณ UC ขาลงจากกระทรวงและเขต อันดับ 1 พิจารณาจากสภาพคล่องหรือการขาดทุนของหน่วยงาน ร้อยละ 30.77 การบริหารแผนงบประมาณ (Planfin) อันดับ 1 สถานพยาบาลมีการวิเคราะห์และทำแผนให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และความจำเป็นทางสุขภาพ ร้อยละ 66.67

## บทที่ 5

### สรุปและข้อเสนอแนะ

ในบทนี้นำเสนอสรุปและข้อเสนอแนะแนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย รวมทั้งจุดแข็ง และข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

#### สรุป

แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 แนวโน้มสถานการณ์ทางการเงิน และการบริหารด้านการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา(ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562) ระยะที่ 2 สาเหตุและปัจจัยในความสำเร็จและความล้มเหลวการบริหารการเงินของโรงพยาบาล และจัดอันดับความสำคัญขององค์ประกอบการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สรุปผลการศึกษาทั้ง 2 ระยะ ดังนี้ คือ

**ระยะที่ 1 แนวโน้มสถานการณ์ทางการเงิน และการบริหารด้านการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562) ดังนี้**

#### 1. สถานการณ์ทางการเงิน

โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 34 แห่ง แนวโน้มสถานการณ์ทางการเงิน เป็นบวก เงินทุนหมุนเวียนสุทธิ (NWC) เป็นบวก อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (CR) 2.94 อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว(QR) 2.67 อัตราส่วนเงินสด (Cash ratio) 1.73 ไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 82 แห่ง แนวโน้มสถานการณ์ทางการเงินเป็นลบ NWC เป็นลบ CR 1.70 QR 1.51 Cash 0.89 ไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 จำนวน 3 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 780 แห่ง แนวโน้มสถานการณ์ทางการเงินเป็นบวก NWC เป็นบวก CR 1.94 QR 1.74 Cash 1.29 วิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 จำนวน 14 แห่ง

## 2. การบริหารการเงิน

โรงพยาบาลศูนย์ กำไรสุทธิ (NI) ลดลงจำนวน 6,557 ล้านบาท กำไรสุทธิโดยรวม ค่าเสื่อม (NI + depreciation) ลดลงจำนวน 1,806 ล้านบาท มีรายรับก่อนดอกเบี้ยภาษีค่าเสื่อม และค่าตัดจำหน่าย (EBITDA) จำนวน 3,000 ล้านบาท ประสิทธิภาพการบริหารระดับ Grade A จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป มี NI ลดลงจำนวน 5,998 ล้านบาท NI + depreciation ลดลงจำนวน 1,305 ล้านบาท มี EBITDA จำนวน 2,044 ล้านบาท ประสิทธิภาพการบริหารระดับเกรด A จำนวน 11 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน มี NI เพิ่มขึ้นสูงสุด จำนวน 10,353 ล้านบาท NI + depreciation ลดลงจำนวน 2,737 ล้านบาท มี EBITDA จำนวน 4,897 ล้านบาท ประสิทธิภาพการบริหารระดับเกรด A จำนวน 9 แห่ง

## 3. ผลการประเมิน

หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ปี 2562 ไตรมาส 3 ร้อยละ 1.89 (โรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง และ โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง) ผ่านตัวชี้วัด จากคำรับรองการปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข (Performance Agreement) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ด้านการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ ได้กำหนดตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลชุมชน) ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4

## 4. คาดการณ์อนาคต (Foresight) แนวโน้มสถานการณ์การเงิน

อ้างอิงแผนปฏิบัติราชการระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563 – 2565) ของกระทรวงสาธารณสุข ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยหลักธรรมาภิบาล ตัวชี้วัด 11 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 6 และ 7 ค่าเป้าหมาย พ.ศ. 2563 น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 4 และ 8 ตามลำดับ

ผลการประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 6 ปี 2562 ไตรมาส 3 พบร้อยละ 8.71 (โรงพยาบาลชุมชน 77 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง) ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2563 หน่วยบริการที่มีภาวะวิกฤติด้านการเงินระดับ 6 มีแนวโน้มเกิดภาวะวิกฤติด้านการเงินระดับ 7 และจำนวนหน่วยบริการวิกฤติการเงินระดับ 6 อาจเพิ่มขึ้น เนื่องจากที่ผ่านมาใช้วิธีเติมเงิน เคลี่ยเงินจากโรงพยาบาลศูนย์

**ระยะที่ 2 สาเหตุและปัจจัยความสำเร็จ ความล้มเหลวการบริหารการเงินของโรงพยาบาล**



การศึกษาสาเหตุและปัจจัยความสำเร็จ ความล้มเหลวการบริหารการเงินโรงพยาบาล  
ศึกษาจาก 2 องค์ประกอบ มีดังนี้

### 1. ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Allocation efficiency)

การจัดอันดับความสำคัญขององค์ประกอบการบริหารการเงินของโรงพยาบาล  
ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากแบบสอบถามออนไลน์ในกลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร  
ด้านการเงินระดับโรงพยาบาลทุกระดับหน่วยบริการ ในเขตบริการสุขภาพแต่ละภาคของประเทศ  
จำนวน 78 รายเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร สรุปได้ ดังนี้

การของบประมาณ สำหรับหน่วยบริการฯ ขึ้น ควรเพิ่มงบลงทุนด้านครุภัณฑ์ และ  
สิ่งก่อสร้างในคำขอของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50.00 การของบประมาณหลักประกันสุขภาพ  
ถ้วนหน้า (UC) สำหรับหน่วยบริการฯ ขึ้น ควรแยกเงินเดือนออกจากงบประมาณ UC ร้อยละ 39.7  
การจัดสรร งบประมาณ UC ขาลงจากกระทรวงและเขต พิจารณาจากสภาพคล่องหรือการขาดทุน  
ของหน่วยงาน ร้อยละ 30.77

ส่วนผลการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยความสำเร็จ ความล้มเหลวของการบริหาร  
การเงินโรงพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร  
ทางการเงินระดับเขตสุขภาพ และระดับ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 ราย สรุปประเด็นหลัก ดังนี้

**1.1 สาเหตุและปัจจัยความสำเร็จ** ผลการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยความ  
ล้มเหลวของการบริหารการเงินโรงพยาบาล ประกอบด้วยประเด็นหลักที่สำคัญ คือ ในระดับประเทศ  
กันเงินเพื่อการบริหารจัดการไม่เกินร้อยละ 10

**1.2 สาเหตุและปัจจัยความล้มเหลว** ผลการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัย  
ความ ล้มเหลวของการบริหารการเงินโรงพยาบาล ประกอบด้วยประเด็นหลักที่สำคัญ คือ การจัดสรร  
งบประมาณไม่เพียงพอจากการตั้งงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ขาขึ้น วิธีการ  
จัดสรรเงินเป็นรายหัว (Capitation) รวมค่าแรงของบุคลากร (Labor cost) วิธีการจัดสรร  
งบประมาณ UC ขาลง โดยค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP) ค่าบริการสร้างเสริม ป้องกันสุขภาพ (PP)  
การจ่ายเงินแบบ ขั้นบันได (Step Ladder) และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (K Factor)  
จัดสรรทุกหน่วย บริการตาม Step Ladder และค่า K และการกระจายเงินในระบบบริหารจัดการไม่  
ดีจากความ ชับซ้อนของข้อมูลประกอบการตัดสินใจ

### 2. ประสิทธิภาพในการบริหารการเงิน (Management Efficiency)

การจัดอันดับความสำคัญขององค์ประกอบการบริหารการเงินของโรงพยาบาล  
ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากแบบสอบถามออนไลน์ในกลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร  
ด้านการเงินระดับโรงพยาบาลทุกระดับหน่วยบริการ ในเขตบริการสุขภาพแต่ละภาคของประเทศ  
จำนวน 78 รายเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการบริหารการเงิน สรุปได้ ดังนี้

การบริหารระบบบัญชี ความถูกต้องและเป็นปัจจุบันของการลงบัญชี  
ร้อยละ 71.79 การบริหารแผนงบประมาณ (Planfin) มีการวิเคราะห์ และทำแผนให้สอดคล้อง

กับกลุ่มเป้าหมาย และความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health need) ร้อยละ 66.67 การบริหารรายรับ การจัดตั้งศูนย์เรียกเก็บโดยเพิ่มการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียน ร้อยละ 53.85 การบริหารกำลังคน การจ้างพนักงานกระทรวง และลูกจ้างชั่วคราวให้เหมาะสมยึดตามเกณฑ์การจัด อัตรากำลัง โดยใช้การวัดปริมาณงานจากเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (FTE) ร้อยละ 46.15 การบริหารยาและเวชภัณฑ์ โดยการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ร่วมระดับเขต ร้อยละ 41.02 การรักษาสภาพคล่องทางการเงิน การรักษาเงินบำรุงคงเหลือ ให้เพียงพอ ร้อยละ 37.18 และการควบคุมค่าใช้จ่าย การควบคุมค่าตรวจห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 33.33

ส่วนผลการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยความสำเร็จ ความล้มเหลวของการบริหารการเงินโรงพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการบริหารการเงิน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารทางการเงินระดับเขตสุขภาพ และระดับกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 ราย สรุปประเด็นหลัก ดังนี้

**2.1 สาเหตุและปัจจัยความสำเร็จ** ผลการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยความล้มเหลว ของการบริหารการเงินโรงพยาบาล ประกอบด้วยประเด็นหลักที่สำคัญ คือ การปรับตัวของหน่วยบริการ สมรรถนะผู้นำเกี่ยวกับความรู้และทักษะด้านการเงิน จัดหารายได้เพิ่ม การเพิ่มผลผลิต (Product) ลดรายจ่าย การมีระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Soft Ware) ที่ดีคู่ไปกับการตรวจสอบ (Audit) เวชระเบียนที่ดี ใช้ระบบสารสนเทศทางบัญชี โปรแกรมบัญชี (ERP) ลดต้นทุนค่าแรง ใช้ระบบการประมูลงานจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) และการจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin )

**2.2 สาเหตุและปัจจัยความล้มเหลว** ผลการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยความล้มเหลวของการบริหารการเงินโรงพยาบาล ประกอบด้วยประเด็นหลักที่สำคัญ คือ ผู้บริหารแต่ละโรงพยาบาลศักยภาพไม่เท่ากัน การขาดภาวะผู้นำ (Leadership) ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ โรงพยาบาลใช้ศักยภาพไม่เต็มที่ ไม่เพิ่มผลผลิต (Product) ไม่เพิ่มอัตราการครองเตียง ต้นทุนค่าแรง และค่าตอบแทน ค่าล่วงเวลา ค่าตอบแทน ฉ.11 ฉ.12 ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost) การจัดซื้อจัดจ้างนอกระบบ มีการก่อสร้าง และซื้อครุภัณฑ์ที่ไม่จำเป็น มีการนำเงินค่าเสื่อมมาใช้ในการลงทุนด้วยเงินบำรุงที่เกินร้อยละ 20 ของ EBITDA ที่เป็นบวก ระบบการลงข้อมูลทางบัญชีไม่ถูกต้อง และค่าใช้จ่ายการดำเนินงานไม่ได้เป็นไปตามแผน Planfin และยังมีประเด็นหลักที่สำคัญอื่น ๆ เช่น งบฯขึ้นไม่สะท้อนความจริงที่เป็นอยู่ งบการเงินของหน่วยงานไม่สะท้อนข้อมูลที่แท้จริง และมีการค้างยอดชำระหนี้ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน กับ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลบรรลุตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข และแผนปฏิบัติการระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563 – 2565) ข้อเสนอแนะจากผู้บริหารทางการเงินระดับเขตสุขภาพ ระดับกระทรวงสาธารณสุข และระดับโรงพยาบาล มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

## 1. แนวทางในการจัดสรรทรัพยากร

รัฐบาลควรมีแนวทางการจัดสรรงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ คือ จัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation) โดยจัดสรรงบประมาณตามต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานจริง และควรมีงบประมาณฉุกเฉินสำหรับการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่อยู่ นอกแผนงบประมาณ

## 2. แนวทางในการบริหารการเงิน

กระทรวงสาธารณสุขควรมีแนวทางในการดำเนินงานบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผล บรรลุตามเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

## 3. ผู้บริหารการเงินส่วนกลางระดับกระทรวง

3.1 สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management) โดยวิธีการ ดังต่อไปนี้ คือ

3.1.1 นโยบายการกระจายอำนาจ ให้เขตสุขภาพ และจังหวัดบริหารมากขึ้น ปรับระบบใช้การจัดสรรระดับเขตเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้เขตไปช่วยควบคุม กำกับในการบริหารจัดการภายในจังหวัด คือ การจัดสรรเงินช่วยเหลือระดับประเทศยังคงอยู่ แต่อาจจะค่อย ๆ ผ่อนถ่วงการจัดสรรระดับเขต

3.1.2 กั้นเงินเพื่อการบริหารจัดการระดับเขตไม่เกินร้อยละ 10

3.1.3 ปรับเกณฑ์การจ่ายเงินแบบขั้นบันได (Step Ladder) และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (K Factor) เปลี่ยนตัวกำไรสุทธิ (NI) เป็นตัวรายรับก่อนดอกเบี้ยภาษี ค่าเสื่อม และค่าตัดจำหน่าย (EBITDA) เพราะ NI มีค่าเชื่อมรวมกับงบลงทุน

3.1.4 เปลี่ยนวิธีการจัดสรรเงินการแยกเงินเดือนออกจากงบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) การกั้นเงินช่วยโรงพยาบาลที่มีปัญหา การเติมเงินให้เขตสุขภาพ การกั้นเงินไว้บริหารร่วมโดยใช้บัญชีเสมือน (Virtual Account) และการจัดสรรเงินร่วมกัน

3.1.5 แก้อะไรระเปียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยงบค่าเสื่อมให้สามารถใช้จ่ายพัฒนาระบบบริการไปข้างหน้า

3.1.6 ควรนำงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ขาขึ้นในส่วนต้นทุนค่าแรง (Labor cost) ที่เป็นค่าตอบแทนที่ควรได้รับจากนโยบายระดับกระทรวง เช่น ฉ.11 ฉ.12 พตส. มาประกอบการจัดสรรเงินอย่างมีประสิทธิภาพไม่ให้เป็นภาระของหน่วยบริการมากเกินไป

3.2 พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building) เช่น การฝึกอบรมผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ด้านการเงินการคลังรวมทั้งจัดหลักสูตรที่ เน้นการจัดทำแผนธุรกิจบริการ (Business Plan)

3.3 พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management) โดยนำระบบสารสนเทศทางบัญชี โปรแกรมบัญชี (ERP) มาใช้ในการบริหารจัดการด้านการเงินของโรงพยาบาล

3.4 มีมาตรการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน สำหรับโรงพยาบาลที่ประสบกับภาวะวิกฤติด้านการเงิน

3.5 จัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation) ควรพิจารณางบประมาณแยกตามขนาดของสถานบริการโดยไม่จำกัดว่าต้องใช้งบประมาณมาก ๆ เท่านั้นเพื่อเพิ่มโอกาสของสถานบริการขนาดเล็กในการได้รับสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลาง และแยกงบประมาณค่าบริการสร้างเสริม และป้องกันสุขภาพ (PP) ออกจากงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ปกติ

#### 4. ผู้บริหารด้านการเงินระดับเขต (Chief Financial Officer: CFO)

4.1 สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management) โดยใช้วิธีการดังต่อไปนี้ คือ

4.1.1 สร้างระบบแรงจูงใจสำหรับผู้บริหารที่มีสภาพคล่องทางการเงิน โดยการให้รางวัล และมีมาตรการสำหรับผู้บริหารที่ขาดสภาพคล่องทางการเงิน

4.1.2 ทีมผู้บริหารด้านการเงินระดับเขต (CFO) ต้องเข้มแข็งพร้อมให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน

4.1.3 ต้องมีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support System) พัฒนาให้มีมากพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการ

4.1.4 ควรให้มีการใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายจริงจากบัญชีของสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการจัดทำคำขอข่าขึ้นของงบประมาณ UC ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

4.1.5 การของบประมาณสำหรับหน่วยบริการขาขึ้น การพิจารณางบประมาณขาขึ้นควรมีการทำแผนภาพรวมเขต และจังหวัด วางแผนร่วมกันประกอบด้วย ผู้บริหารทรัพยากรบุคคล (CHRO) ผู้บริหารระบบบริการสุขภาพ (CSO) ผู้บริหารยุทธศาสตร์และสารสนเทศ (CIO) แยกงบประมาณหน่วยบริการปฐมภูมิออกจากโรงพยาบาล

4.2 การจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) ให้ทุกโรงพยาบาลจัดทำแผนทางการเงิน รวมทั้งมีการกำกับติดตาม

4.3 พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building) จัดอบรมบุคลากรในเขตสุขภาพให้มีความรู้ด้านการเงินการคลัง และระบบบัญชี

4.4 จัดทำโครงการการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

#### จุดแข็งและข้อจำกัดของงานวิจัย (Strength and limitation of the study)

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาสถานการณ์ และแนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

**จุดแข็งของงานวิจัย (Strengths of the study)** จุดแข็งของงานวิจัยครั้งนี้ มี 4 ประการ

**ประการที่ 1 อัตราการตอบกลับ (Response Rate)** ของแบบสอบถามออนไลน์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.78 เมื่อเทียบกับการศึกษาในแบบเดียวกันที่ผ่านมา อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 29 แม้ว่าด้วยระยะเวลาที่จำกัด และกลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับการเกิดสถานการณ์โรคระบาด โควิด 19 ซึ่งอาจส่งผลให้อัตราการตอบกลับ (Response Rate) น้อยกว่าที่ควรจะเป็น

**ประการที่ 2 การผสมผสาน (Mixed Methods)** รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ แบบคู่ขนาน (Concurrent) ที่ให้ความสำคัญกับวิธีเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพเท่าเทียมกัน (Equivalent Status Design)

**ประการที่ 3 องค์ความรู้ใหม่ (New Knowledge)** เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยคล้ายคลึงกันที่ผ่านมาเกี่ยวกับการเงินการคลังของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นแตกต่างที่สำคัญ เช่น การปรับเกณฑ์ความเสี่ยงทางการเงิน (Financial Risk Score) การปรับตัว ระบบสารสนเทศทางโปรแกรมทางบัญชี ERP ผู้นำ (Leadership) และการจัดทำแผนธุรกิจหน่วยบริการ (Business Plan)

**ประการที่ 4 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size Estimation)** จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินการคลังจากเขตบริการสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 ราย และจากการตอบแบบสอบถามออนไลน์จำนวน 78 ราย ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบ Disproportionate Stratified Random Sampling ในโรงพยาบาลระดับ A S M และ F ทำให้ได้ความรู้ ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ การบริหารการเงินที่กว้างขวาง ครอบคลุม ช่วยสร้างความน่าเชื่อถือในการวิจัยครั้งนี้

แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยครั้งนี้ยังคงมีข้อจำกัด ดังคำอธิบายข้างล่างนี้

**ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitations of the study)** ข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้มี 2 ประการ ดังนี้

**ประการที่ 1 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)** กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มาจากการสุ่ม (Random sampling) จึงขาดความเป็นตัวแทน (representative) และความตรงภายนอก (External validity)

**ประการที่ 2 การนำผลการวิจัยไปอ้างอิง (Generalizability)** กับประชากรกลุ่มอื่น เนื่องจากขอบเขตของการวิจัย (Scope of study) จำกัดเฉพาะโรงพยาบาลที่

สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น จึงไม่สามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงยังโรงพยาบาล  
ในกระทรวง

สาธารณสุขสังกัดอื่น เช่น โรงพยาบาลของกรมวิชาการในกระทรวงสาธารณสุข หรือนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลสังกัดกองทัพต่าง ๆ

### **งานวิจัยครั้งต่อไป (Future research)**

วิจัยแนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดกรมวิชาการ กระทรวง  
สาธารณสุข เช่น กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

#### ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

“การบัญชีบริหารและงบการเงิน”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก :

<http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=92>, 2563.

“กลยุทธ์การดำเนินงานบริหารการเงินการคลังหน่วยบริการอย่างมีประสิทธิภาพ”. (ออนไลน์). เข้าถึง  
ได้จาก : <http://www.stpho.go.th/html>, 2563.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2561). (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก  
[http://bps.mpph.go.th/new\\_bps/](http://bps.mpph.go.th/new_bps/), 2563

คมกฤษ ภาวะสุทธิพันธ์, สภาภรณ์ คงสวัสดิ์. “การบริหาร – บทบาทสำคัญในฐานะเครื่องมือ  
สำหรับผู้นำองค์กรยุคใหม่”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : [www.tci-  
thaijo.org>index.php>reru>article](http://www.tci-thaijo.org/index.php/reru/article), 2563.

“เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ทางการเงิน”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก :

<http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=92>, 2563.

จตุมาพร สาขากุล. (2549). การวิเคราะห์ดัชนีชี้วัดด้านการเงิน 0110 รง 5 ปีงบประมาณ 2549  
(พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการ  
สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข). (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก:

<http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=92>, 2563.

ชฎาภรณ์ ชื่นตา, สำลี เวชกามา, และเพ็ญแข สะอาดยิ่ง. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ  
การเงินการคลังของโรงพยาบาล จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26(2),  
2560. หน้า372-381. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก

[http://www.pkyasothon.org/research>data>money\\_researchpdf](http://www.pkyasothon.org/research/data/money_researchpdf), 2563.

ชุมพล นุชผ่อง และคณะ. กลยุทธ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.  
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 9(1),2560. หน้า 23-33. (ออนไลน์).  
เข้าถึงได้จาก : [www.tci-thaijo.org>index.php>reru>article](http://www.tci-thaijo.org/index.php/reru/article), 2563.

ชูเกียรติ รักบำเหน็จ. “รายงานวิชาการสำนักงบประมาณของรัฐสภา ภาระงบประมาณรายจ่าย  
สำหรับระบบบริการสุขภาพ”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก:

<http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=92>, 2560.

ชูชัย ศรขำนิ. “กลยุทธ์การบริหารการเงินการคลังภาคบริการสุขภาพ”.(ออนไลน์).เข้าถึงได้จาก:

<https://www.stou.ac.th/Schools/Shs/upload/2019-05-24%2022->, 2563.

- दनัย सुथिपरไฟศาลสกุล. “แนวทางแก้ไขปัญหาโรงพยาบาลที่วิกฤติการเงินระดับ 7 จังหวัดบึงกาฬ”. (ออนไลน์).เข้าถึงได้จาก : <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=92,2562>.
- ดนุภาพ ศรศิลป์. “แนวทางและเครื่องมือในการพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลัง, 2559. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <https://spbket10.com/cfo/images/files/Meeting5-6jan60/3.K-Danuphop.pdf>, 2563.
- นริศรา นีรคุปต์. ประสิทธิภาพการจัดการระดับความเสี่ยงทางการเงินโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก, 5(3), 2561. หน้า 23-33. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: [www.tci-thaijo.org>index.php>dpcphs>article>downloadpdf](http://www.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs/article/downloadpdf), 2563.
- “บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)”. โครงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อสถานะทางการเงินของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (กรุงเทพฯ: สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2559). (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: [www.ias.chula.ac.th](http://www.ias.chula.ac.th), 2563.
- ปาหนัน กนกวงษ์วัฒน์. “รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน สาธารณสุข.วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30(2),2556. หน้า 106-122. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: [www.tci-haijo.org>index.php>reru>article](http://www.tci-haijo.org/index.php/reru/article), 2563.
- “ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการ”.(ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=92>, 2563.
- “ผลงานเด่นด้านการเงินการคลัง (Best practice) โรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=92>, 2563.
- “แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีกระทรวงสาธารณสุข”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <https://www.nstda.or.th/th/nstda-doc-archives/thailand-40/11628-ministry-of-public-health>, 2563.
- วริศรา ดวงตาน้อย. “การบัญชีเพื่อการจัดการ”, 2557. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : [http://esar.uru.ac.th/update>user>doc](http://esar.uru.ac.th/update/user/doc), 2563.
- ศรัญญา พันธุ์ทอง. “การบริหารด้านการเงินการคลังปี 2561 โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=92,2563>.



ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. “การบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลรัฐ การกระจายอำนาจการบริหารงบประมาณคลินิกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ (รายงานผลการวิจัย)”, 2544. (ออนไลน์).  
เข้าถึงได้จาก: [www.tci-thaijo.org>index.php>article](http://www.tci-thaijo.org/index.php/reru/article), 2563.

สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. โครงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อสถานะการเงินของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รายงานฉบับสมบูรณ์). 2559.  
หน้า 1-473. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : [www.ias.chula.ac.th](http://www.ias.chula.ac.th), 2563.

สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา. “นโยบายการบริหารการเงินการคลัง (CFO) และ สถานการณ์การเงินจังหวัดขอนแก่น”, 2562. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: [www.kkpho.go.th](http://www.kkpho.go.th), 2563.

สุธิตา มาสุธน. “เศรษฐศาสตร์สุขภาพ”, 2559. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก:  
<https://www.prosoftbiz.com/Article/Detail/75360>, 2563

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. “โครงการศึกษาข้อมูลทางการเงินเพื่อประเมิน ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสถานะการเงินและการวิเคราะห์ปัญหาการขาดทุนของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข”. (กรุงเทพฯ: บริษัท อีวายคอปอเรท เซอร์วิสเชส, 2559). (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=92>, 2563.

## ภาษาต่างประเทศ

### Electronic Data Base

Akinleye, DD, McNutt, A-L, and Lazariu, V. “Correlation between hospital finances and quality and safety of patients”. (Online). Available: PLoS One: An electronic journal. 14(8).  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6697357/>, 2019.

Anandaciva, S. “Nine things we learnt about provider finances in 2016/17”. (Online). Available : <http://www.kingfund.org.uk/publications/nine-things-NHS-provider-finances-2016-17>, 2017.

- Campbell, D. “NHS England hospitals overspend by up to £ 141 m a year”. (Online). Available: <http://www.theguardian.com/society/2019/jan/18/nhs-hospitals-overspend-by-up-to-141m-a-year>, 2019.
- Chartered Institute of Management Accountants. “Global Management Accounting Principles: Effective Management accounting: Improving decisions and building successful organizations”. (Online). Available: <http://www.cgma.org/content/dam/cgma/resources/reports/downloadabledocuments/global-management-accountingprinciples.pdf>, 2014.
- Delgado-Bernal, Enrique. Maaloe-Comendeiro, Micaela. Lopez-Ridao, Manuel. And Rossello, S. A. “Factors underlying the growth of hospital expenditure in Spain in a period of unexpected economic shocks: A dynamic analysis on administrative data”. (Online). Available: [www.sciencedirect.com>science>article](http://www.sciencedirect.com/science/article), 2019.
- “Financial Management การบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ”. (Online). Available: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=92>, 2019.
- “France boosts health funding to offset public hospital crisis”. (Online). Available : <https://www.france24.com/en/20191120-france-boosts-health-funding-offset-public-hospital-crisis-strike-protest-edouard-philippe-emergency-package>, 2019.
- Rashidi, R. Kobewka, DM. Campbell, DJ-T. Forster, AJ. And Ronksley, PE. “Clinical factors contributing to high cost hospitalization in a Canadian tertiary care center”. (Online). BMJ Health Services Research: An electronic journal. Available: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2746-6>, 2019.
- Stoye, G. “Does the NHS need more money and how could we pay for it?”. (Online). Available : [www.ifs.org.uk>uploads>HEAJ6320-Report-3-Does](http://www.ifs.org.uk/uploads/HEAJ6320-Report-3-Does), 2018.
- The UK’S independent fact checking charity. “Spending on the NHS in England”. (Online). Available: <http://fullfact.org/health/spending-english-nhs>, 2019.

“Trusts in deficit”. (Online). Available: <http://www.kingfund.org.uk/projects> 2018), 2018.

Tulchinsky, T-H. and Varavikova, E-A. “The New Public Health” 3<sup>rd</sup> Ed, (Online). Available:<https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/health-care-financing>, 2014.

World Health Organization. “The World Health Report: Health systems financing”. (Online). Available: [www.who.int>EN\\_PDF\\_toolkit\\_HSS\\_financing](http://www.who.int/en/publications-and-resources/reports/2010/01/the-world-health-report-2010), 2010

ภาคผนวก ก

เครื่องมือวิจัย

## แบบสอบถามกรอบแนวคิดเพื่อการวิจัย

เรื่อง แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

### คำชี้แจง

แบบสอบถามความคิดเห็นนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักรรุ่นที่ 62 ผู้วิจัยทำขึ้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับตัวแปรที่กำหนด แบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพของผู้ประเมินกรอบแนวคิด

ตอนที่ 2 ศึกษาหาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตอนที่ 3 เสนอแนวทางในการบริหารการเงินสำหรับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์ สรุปประเด็นสำคัญ และนำไปพัฒนากรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย เพื่อการพัฒนาเครื่องมือในลำดับต่อไปอย่างเหมาะสม ข้อมูลที่ท่านตอบจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ รวมถึงความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานในหน้าที่ของท่านผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลที่ท่านตอบไว้เป็นความลับ และจะทำลายเมื่องานวิจัยสิ้นสุด

ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ท่านตอบแบบสอบถามกรอบแนวคิดครั้งนี้ตามความเป็นจริงและความต้องการที่แท้จริงของท่านเพื่อผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญมาลิก  
(นักศึกษาหลักสูตร วปอ รุ่น 62)

**ตอนที่ 1 สถานภาพของผู้ประเมินแบบสอบถาม**

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

หน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการเงินของหน่วยงาน (ถ้ามี) .....

.....

**ตอนที่ 2 ความสำคัญขององค์ประกอบการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

**คำชี้แจง**

โปรดเรียงอันดับความสำคัญจากมากไปน้อยของปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในแต่ละองค์ประกอบ

ใส่หมายเลขจาก 1 – 8 ลงในช่อง (        ) หน้าข้อความ

เลือกคำตอบโดยเรียงอันดับความสำคัญเริ่มจากหมายเลข 1 สำคัญมากที่สุดจนถึงหมายเลขที่ระบุไว้ในแต่ละองค์ประกอบ

ในส่วน of ข้อคำถามปลายเปิดท่านสามารถแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อคำถามตามความคิดเห็นของท่าน

1. การของบประมาณสำหรับหน่วยบริการขาขึ้น (ใส่หมายเลขจาก 1 - 4)

- (     )     ควรเพิ่มงบลงทุนด้านครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างในคำขอของกระทรวงสาธารณสุข
- (     )     ควรให้มีการใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายจริงจากบัญชีของสถานพยาบาลระดับ รพ.สต.ในการจัดทำคำขอขาขึ้นของงบประมาณ UC
- (     )     ควรแยกงบประมาณการบริการปฐมภูมิออกจากบริการโรงพยาบาล
- (     )     โอนงบ PP โดยตรงให้หน่วยบริการปฐมภูมิ มีงบชุดเวชภัณฑ์ป้องกันหัด คางทูม และหัดเยอรมัน

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในด้านการของบประมาณสำหรับหน่วยบริการขาขึ้น อื่น ๆ.....

.....

.....

.....

.....

2. การของบประมาณ UC สำหรับหน่วยบริการขาขึ้น (ใส่หมายเลขจาก 1 - 8 )

- (     )     ควรเพิ่มงบประมาณด้านส่งเสริมป้องกันของ UC
- (     )     ควรเพิ่มงบประมาณผู้ป่วยนอกของ UC
- (     )     ควรให้มีการใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายจริงจากบัญชีของสถานพยาบาลทุกระดับในการจัดทำคำขอขาขึ้นของงบประมาณ UC
- (     )     ควรเพิ่มงบประมาณผู้ป่วยในของ UC
- (     )     ควรเพิ่มงบประมาณผู้ป่วยนอกของ UC
- (     )     ควรมีงบประมาณงบค่าเสื่อมฯ ของ UC ที่สอดคล้องกับค่าเสื่อมในบัญชีของสถานพยาบาล
- (     )     ควรแยกเงินเดือนออกจากงบ UC
- (     )     โอนงบ PP โดยตรงให้หน่วยบริการปฐมภูมิ มีงบชดเชยวัคซีนป้องกันหัด คางทูม และหัดเยอรมัน

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในด้านการของบประมาณ UC สำหรับหน่วยบริการขาขึ้น อื่น ๆ.....

.....

.....

.....



3. การจัดสรรงบประมาณ UC ขาลงจากกระทรวงและเขต (ใส่หมายเลขจาก 1 – 8)

- (     )     พิจารณาจากสภาพคล่องหรือการขาดทุน ของหน่วยงาน
- (     )     พิจารณาจากประสิทธิภาพของการบริหารการเงิน
- (     )     พิจารณาจัดสรร โดยใช้ Step Ladder และ ค่า k
- (     )     IPD การจัดสรรตาม DRG
- (     )     มีการกั้นเงินและการบริหาร ระดับประเทศ จัดสรรเพิ่มเติมตาม EBITDA ที่ติดลบ
- (     )     มีการกั้นเงินและการบริหาร ระดับเขต
- (     )     พิจารณาจากต้นทุนของหน่วยงาน โดยใช้ MOC (Minimal Operating Cost) การจัดสรรเงินขั้นต่ำที่ใช้ในการบริหารจัดการ  
ให้โรงพยาบาลบริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- (     )     พิจารณาจากภาระของรพ.สต.ที่ต้องดูแล

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในด้านการจัดสรรงบประมาณ UC อื่น ๆ.....

.....

.....

4. การบริหารแผนงบประมาณ (Planfin) (ใส่หมายเลขจาก 1 - 5)

- (        )        สถานพยาบาลมีการวิเคราะห์และทำแผนให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และHealth Need รวมทั้งมีมาตรการที่จะดำเนินการควบคู่ไป กับมาตรการทางการคลัง (ทั้งทำเองหรือขออุดหนุน) เพื่อให้มีแผนแบบไม่ขาดดุล
- (        )        มีการทำ Feasibility Study สำหรับการลงทุนด้วยเงินบำรุงทั้งกรณีลงทุนทั้งหมด หรือลงทุนเสริมบางส่วนเพิ่มเติมจากงบประมาณ แผ่นดินหรือเงินบริจาค
- (        )        มีการลงทุนจากเงินบำรุงไม่เกินเกณฑ์ของกระทรวงทั้งกรณีลงทุนทั้งหมด หรือลงทุนเสริมบางส่วนเพิ่มเติมจากงบประมาณแผ่นดิน หรือเงินบริจาค
- (        )        ให้ความสำคัญและมีการติดตามแผนงบประมาณเป็นประจำ
- (        )        มีการบริหารแบบศูนย์รายรับ (Revenue center) และศูนย์รายจ่าย (Cost center)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในด้านการบริหารแผนงบประมาณ (Planfin) อื่น ๆ .....

.....

.....

.....

.....

5. การบริหารรายรับ (ใส่หมายเลขจาก 1 – 8)

- (     )     เพิ่มรายรับผู้ป่วยนอกประเภท non-UC
- (     )     เปิดให้บริการคลินิก SMC
- (     )     เปิดให้บริการคลินิกนอกเวลา และเพิ่มห้องพิเศษ
- (     )     การจัดตั้งศูนย์เรียกเก็บ เพิ่มการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียน
- (     )     เพิ่มรายรับจากการบริการการแพทย์แผนไทย
- (     )     การหารายรับจากการบริจาค
- (     )     หารายได้จากการให้เช่าสถานที่ เช่น สหกรณ์ ร้านค้า ฯลฯ
- (     )     การจัดการหนี้สูญจากค่าบริการที่เรียกเก็บไม่ได้

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในด้านการบริหารรายรับอื่น ๆ .....

.....

.....

6. การควบคุมรายจ่าย (ใส่หมายเลขจาก 1 - 4)

- (        )        การควบคุมค่าจ้างพนักงานกระทรวง และลูกจ้างชั่วคราว
- (        )        การควบคุมค่าล่วงเวลาและค่าตอบแทน
- (        )        การควบคุมค่าสาธารณูปโภค
- (        )        การควบคุมค่าตรวจห้องปฏิบัติการ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับ การควบคุมรายจ่าย อื่น ๆ .....

.....

.....

.....

.....

.....

7. การบริหารยาและเวชภัณฑ์ (ใส่หมายเลขจาก 1 – 5)

- (     )     การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ร่วมระดับเขต
- (     )     การต่อรองราคา ในการจัดซื้อ
- (     )     การควบคุมการจ่ายยา Non-ED
- (     )     การบริหารสต็อกให้เหมาะสม
- (     )     การบริหารลดการใช้ยาที่เกินจำเป็นหรือไม่สมเหตุผล

ความคิดเห็นปัจจัยในด้าน การบริหารยาและเวชภัณฑ์อื่น ๆ .....

.....

.....

.....

.....

.....

8. การบริหารกำลังคน (ใส่หมายเลขจาก 1 – 4)

- (     )     การจ้างพนักงานกระทรวง และลูกจ้างชั่วคราวให้เหมาะสมยึดตามเกณฑ์ FTE
- (     )     การควบคุมค่าล่วงเวลา
- (     )     การควบคุมค่าตอบแทน
- (     )     การลดการว่างงานแฝงในหน่วยงาน

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในด้าน การบริหารกำลังคน อื่น ๆ .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. การบริหารระบบบัญชี (ใส่หมายเลขจาก 1 - 5)

- (     )     ความถูกต้องและเป็นปัจจุบันของการลงบัญชี
- (     )     การตัดหนี้สูญให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการบัญชี
- (     )     การจัดทำบัญชีต้นทุน เพื่อใช้ข้อมูลทางการบริหาร
- (     )     มีผู้รับผิดชอบเป็น CFO ของหน่วยงาน
- (     )     การจัดจ้างนักบัญชีให้เพียงพอ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับ การบริหารระบบบัญชีอื่น ๆ .....

.....

.....

.....

.....

.....

10. การรักษาสภาพคล่องทางการเงิน (ใส่หมายเลขจาก 1 - 5)

- (     )     การรักษาระดับทุนสำรองสุทธิ (NWC) ให้เพียงพอ
- (     )     การรักษาเงินสำรองคงเหลือ ให้เพียงพอ
- (     )     การบริหารระดับหนี้สินค้างชำระไม่ให้มากเกินไป
- (     )     การรักษาดัชนีสภาพคล่อง Current Ratio, Quick Ratio และ Cash Ratio ให้เหมาะสม
- (     )     การรักษารายรับสุทธิ (Net Income) ให้เป็นบวก

ความเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในด้าน การรักษาสภาพคล่องทางการเงินอื่น ๆ .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



11. ความเห็นเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการบริหารการเงินอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หรือแนวทางในการบริหารการเงินสำหรับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

.....

.....

.....

.....

## แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อการวิจัย

เรื่อง แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

### คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ใช้เพื่อสัมภาษณ์ CFO และผู้บริหารโรงพยาบาล
2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อนำไปศึกษาเกี่ยวกับการบริหารด้านการเงินดี และผู้บริหารโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านการเงิน
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ทำการสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลด้วยการบันทึกเสียงหรือจดบันทึก
4. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกชุดนี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบให้ตอบบรรยายตามความคิดเห็น มี 4 ตอนดังนี้  
ตอนที่ 1 สถานภาพของผู้ให้สัมภาษณ์  
ตอนที่ 2 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขาดทุน หรือขาดสภาพคล่องทางการเงิน  
ตอนที่ 3 สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข  
ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับแนวทางในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อไม่ให้โรงพยาบาลขาดทุน หรือขาดสภาพคล่อง

**ตอนที่ 1 สถานภาพของผู้ให้สัมภาษณ์**

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

บทบาทหรือหน้าที่เกี่ยวกับการบริหารการเงินโรงพยาบาล (เช่น เป็น CFO เขตสุขภาพ ฯลฯ).....

**ตอนที่ 2 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขาดทุน หรือขาดสภาพคล่องทางการเงิน**

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 3 สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับแนวทางในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อไม่ให้โรงพยาบาลขาดทุน หรือขาดสภาพคล่อง

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้สัมภาษณ์

( )

ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ภาคผนวก ข

ดัชนีและความหมายของการวิเคราะห์ทางการเงิน

## ดัชนีและความหมายของการวิเคราะห์

### 1. ดัชนีวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงิน

1.1 อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio) เพื่อวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาล เป็นเกณฑ์วัดความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้น หมายถึงถ้ามีการชำระหนี้สินหมุนเวียนแล้วหน่วยงานมีเงินเพียงพอที่จะใช้ในการดำเนินการต่อไปได้หรือไม่ อัตราส่วนนี้มีค่าที่สูง ยิ่งแสดงว่าหน่วยงานมีความคล่องตัวมาก เจ้าหนี้ระยะสั้น จะให้ความสำคัญต่ออัตราส่วนนี้มาก เนื่องจากแสดงโอกาสที่จะได้รับชำระหนี้เมื่อครบกำหนดเวลา

อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio) ยังสามารถใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานที่มีขนาดแตกต่างกันของสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน และสามารถเปรียบเทียบสภาพคล่องของหน่วยงานในแต่ละปี

สูตรมาตรฐาน

$$\frac{\text{สินทรัพย์หมุนเวียน}}{\text{หนี้สินหมุนเวียน}}$$

สูตรปรับใช้ร.5

$$\frac{\text{รวมสินทรัพย์หมุนเวียน- ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ - ลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้}}{\text{รวมหนี้สินหมุนเวียน- รายได้รับล่วงหน้ากองทุนUC - รายได้รับล่วงหน้ากองทุนอื่น}}$$

คำอธิบาย

รวมสินทรัพย์หมุนเวียน รวมสินทรัพย์หมุนเวียน ณ เดือนนี้

ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ จำนวนเงินที่กันไว้สำหรับลูกหนี้ที่คาดว่าจะเรียกเก็บไม่ได้ ใช้ข้อมูลค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ ณ เดือนนี้ และตัวเลขของค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญต้องมีค่าติดลบ

ลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้ ลูกหนี้ที่หน่วยงานประมาณการว่าจะไม่ได้รับการชำระหนี้จากลูกหนี้โดยนำอัตราการคิดค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญมาปรับใช้ในการคำนวณ โดยคำนวณจากลูกหนี้ทุกประเภท ใช้ข้อมูลลูกหนี้แยกตามประเภท ณ เดือนนี้

**ตัวอย่าง** มีลูกหนี้ค่ารักษาสิทธิ UC OPD/IPD นอก CUP ต่างจังหวัด = 50,000 บาท  
มีลูกหนี้ค่ารักษาชำระเงิน = 10,000 บาท

ดังนั้น

$$\begin{aligned} \text{ลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้} &= \text{ลูกหนี้ค่ารักษาสิทธิ UC OPD/IPD นอก CUP} \\ &\quad (\text{ต่างจังหวัดที่เรียกเก็บไม่ได้}) + (\text{ลูกหนี้ค่ารักษาชำระเงินที่เรียกเก็บไม่ได้}) \\ &= (50,000 \times 0.2) + 10,000 \\ &= 20,000 \text{ บาท} \end{aligned}$$

(โปรดดูตารางแสดงอัตราการคิดค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ ประกอบตัวอย่าง)

**รวมหนี้สินหมุนเวียน** หนี้สินต้องมีภาระในการชำระหนี้ภายใน 1 ปี ใช้ข้อมูลหนี้สิน ณ เดือน

**รายได้รับล่วงหน้ากองทุน UC** ใช้ข้อมูลรายได้รับล่วงหน้ากองทุน UC ณ เดือนนี้  
**รายได้รับล่วงหน้ากองทุนอื่น** ใช้ข้อมูลรายได้รับล่วงหน้ากองทุนอื่น ณ เดือนนี้

ตารางที่ 1 ตารางแสดงอัตราการคิดค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์

ลำดับ	ประเภทของลูกหนี้	อัตราการคิดค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ (ร้อยละ)
1	ลูกหนี้ค่ารักษาสิทธิ UC OPD/IPD ใน CUP	100
2	ลูกหนี้ค่ารักษาสิทธิ UC OPD/IPD นอก CUP ในจังหวัด	50
3	ลูกหนี้ค่ารักษาสิทธิ UC OPD/IPD นอก CUP ต่างจังหวัด	20
4	ลูกหนี้ค่ารักษาสิทธิ UC OPD/IPD ต่างสังกัด	10
5	ลูกหนี้ค่ารักษาสิทธิ UC OPD/IPD ค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน	10
6	ลูกหนี้ค่ารักษาชำระเงิน	100
7	ลูกหนี้ค่ารักษาเบิกคลังและเบิกต้นสังกัด	5
8	ลูกหนี้ค่ารักษา พรบ.รถ	20
9	ลูกหนี้ค่ารักษาประกันสังคม	50
	<b>หมายเหตุ</b> ลูกหนี้ค่ารักษาประกันสังคมในเครือข่าย ลูกหนี้ค่ารักษาประกันสังคมนอกเครือข่าย เนื่องจากข้อมูล 0110 รง.5 ไม่แยกลูกหนี้ค่ารักษา ประกันสังคมในเครือข่ายหรือนอกเครือข่าย จึงใช้อัตราการ คิดค่าเผื่อหนี้สงสัย จะสูญ ร้อยละ 50	50 10
10	ลูกหนี้กองทุนทดแทน	5
11	ลูกหนี้ค่ารักษาแรงงานต่างด้าว	100

### การแปรผล

- **น้อยกว่า 1 : 1** ขาดสภาพคล่อง มีปัญหาความมั่นคงในระบบการบริการ เพราะผู้จัดจำหน่ายยา เวชภัณฑ์ หรือสถานบริการที่จะรับคนไข้ไปรักษาต่อไม่เชื่อถือในระบบการบริหารของโรงพยาบาล การที่มีมูลค่าสำรองวัสดุน้อย หนี้มาก การจัดซื้อจะยุ่งยากโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล โดยอาจเทียบกับโรงพยาบาลระดับเดียวกัน

- **ระหว่าง 1.5 – 2 : 1** มีสภาพคล่องทางการเงินดี

**มากกว่า 2 : 1** มีสภาพคล่องทางการเงินดี ถ้าหากมีสภาพคล่องเกิน เช่น เกินกว่า 10 จะต้องตรวจสอบตัวเลข โดยเฉพาะตัวเลขหนี้ เช่น อาจจะมีนโยบายทางการเงินให้มีหนี้ที่น้อยโดยจ่ายเงินสดเมื่อซื้อสินค้าและไม่ต้องการก่อหนี้ แต่หากไม่ใช่อาจหมายถึง มีการสำรองวัสดุมาก

- เกินไป ยกเว้นในที่ที่จัดหา ซื้อวัสดุ ยา ใดยากและจำเป็นต้องสำรองไว้มาก จะต้องจัดการเกี่ยวกับการจัดเก็บการบำรุงรักษาให้อยู่ในสภาพดี ไม่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ

### ข้อจำกัด/ข้อควรระวัง

- สินทรัพย์หมุนเวียนนั้นรวมลูกหนี้ด้วย ซึ่งการตั้งค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน อาจเกิดปัญหาการวิเคราะห์ที่มีสินทรัพย์หมุนเวียนสูงเกินจริง

- ในการวิเคราะห์ดูแนวโน้มในแต่ละปีของหน่วยงานหนึ่ง ควรใช้สูตรการคำนวณเดียวกัน เพื่อหลีกเลี่ยงข้อผิดพลาดในการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์

- ควรดูค่าดัชนี Current Ratio ประกอบกับ Quick Ratio ถ้า Current Ratio มีค่าสูงกว่า Quick Ratio มาก แสดงถึงการสะสมวัสดุคงคลังเป็นจำนวนมาก ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อการบริหารจัดการทรัพยากร

- เพื่อหลีกเลี่ยงข้อผิดพลาดในการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ ต้องพิจารณารายละเอียดของสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน ตัวอย่างเช่น หน่วยงาน 2 แห่ง มีอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนมีค่าเท่ากับ 2 เหมือนกัน แต่หน่วยงานที่ 2 สินทรัพย์หมุนเวียนเกือบทั้งหมดประกอบด้วยสินค้าคงคลัง ไม่ใช่เงินสด (ซึ่งเงินสดมีสภาพคล่องกว่า) จึงอาจมีปัญหาในการชำระหนี้ระยะสั้นเมื่อเทียบกับหน่วยงานที่ 1

**1.2 อัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว (Quick Ratio)** เป็นเกณฑ์วัดความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้นได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากการคำนวณจะรวมเฉพาะสินทรัพย์ที่มีสภาพคล่องสูงคือเงินสดหรือใกล้เคียงเงินสด(สินทรัพย์หมุนเร็ว) โดยไม่พิจารณาสินค้าคงเหลือ

<p><b>สูตรมาตรฐาน</b></p> $\frac{\text{เงินสด} + \text{หลักทรัพย์ในความต้องการของตลาด} + \text{ลูกหนี้ระยะสั้น}}{\text{หนี้สินหมุนเวียน}}$
<p><b>สูตรปรับใช้ร.5</b></p> $\frac{\text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} + \text{ลูกหนี้ที่เรียกเก็บได้}}{\text{รวมหนี้สินหมุนเวียน}}$



### คำอธิบาย

**เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด** เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด (เงินงบประมาณ + เงินนอกงบประมาณ) ณ เดือนนี้

**ลูกหนี้ที่เรียกเก็บได้** ลูกหนี้ที่หน่วยงานประมาณการว่าจะได้รับการชำระหนี้จากลูกหนี้ โดยนำอัตราการคิดค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญมาปรับใช้ในการคำนวณ โดยคำนวณจากลูกหนี้ทุกประเภท ใช้ข้อมูลลูกหนี้แยกตามประเภท ณ เดือนนี้

**ตัวอย่าง** มีลูกหนี้ค่ารักษาสิทธิ UC OPD/IPD นอก CUP ต่างจังหวัด = 50,000 บาท  
มีลูกหนี้ค่ารักษาชำระเงิน = 10,000 บาท

ดังนั้น

$$\begin{aligned} \text{ลูกหนี้ที่เรียกเก็บได้} &= (\text{ลูกหนี้ค่ารักษาสิทธิ UC OPD/IPD นอก CUP} \\ &\quad (\text{ต่างจังหวัดที่เรียกเก็บได้}) + (\text{ลูกหนี้ค่ารักษาชำระที่เรียกเก็บได้}) \\ &= (50,000 \times 0.8) + 0 \\ &= 40,000 \text{ บาท} \end{aligned}$$

**รวมหนี้สินหมุนเวียน** หนี้สินที่ต้องมีภาระในการชำระหนี้ภายใน 1 ปี ใช้ข้อมูลรวมหนี้สินหมุนเวียน ณ เดือนนี้

### การแปรผล

- น้อยกว่า 1 : 1 ขาดสภาพคล่อง
- ระหว่าง 1 – 1.5 : 1 มีสภาพคล่องทางการเงินดี (โดยทั่วไปการป้องกันความเสี่ยงจากการมีหนี้สินระยะสั้นหน่วยงานต้องมีอัตราส่วนสินทรัพย์คล่องตัว (Quick Ratio) อย่างน้อยเท่ากับ 1)
- มากกว่า 1.5 : 1 มีสภาพคล่องเกิน โดยอาจเทียบกับโรงพยาบาลระดับเดียวกัน

### ข้อจำกัด/ข้อควรระวัง

- ควรพิจารณารายละเอียดของเงินสดและลูกหนี้ หากมีลูกหนี้สูง ต้องบริหารจัดการความสามารถของหน่วยงานในการเรียกชำระหนี้จากลูกหนี้ (การเพิ่มลูกหนี้ที่มากเกินไปจะไม่เป็นผลดีต่อสภาพคล่อง)
- สถานบริการสุขภาพต้องมีการบันทึกค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ และสามารถปรับอัตราร้อยละค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและสถานการณ์การเงินของแต่ละแห่งได้
- การวิเคราะห์สถานการณ์ควรใช้ทั้ง Current Ratio และ Quick Ratio ประกอบกัน

1.3. อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน เป็นเกณฑ์วัดความสามารถในการชำระหนี้ระยะสั้นด้วยเงินสด ซึ่งเป็นสินทรัพย์หมุนเวียนที่หมุนเร็วที่สุด และสามารถเปลี่ยนมือได้ง่ายที่สุด

#### สูตรปรับใช้ร.5

$$\frac{\text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} \times 100}{\text{รวมหนี้สินหมุนเวียน}}$$

#### คำอธิบาย

**เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด** เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด (เงินงบประมาณ + เงินนอกงบประมาณ) ณ เดือนนี้

**รวมหนี้สินหมุนเวียน** หนี้สินที่ต้องมีภาระในการชำระหนี้ภายใน 1 ปี ใช้ข้อมูลรวมหนี้สินหมุนเวียน ณ เดือนนี้

### การแปรผล

- มากกว่า 40% ถือว่ามีสภาพคล่องของเงินสดดี ถ้ามากกว่า 100% แสดงว่าหน่วยงานสำรองเงินสดมากเกินไป ไม่นำไปก่อให้เกิดการลงทุนเพื่อการดำเนินงาน
- น้อยกว่า 40% ถือว่าขาดสภาพคล่องของเงินสด ค่ายิ่งต่ำ ยิ่งขาดสภาพคล่อง

### ข้อจำกัด / ข้อควรระวัง

- อาจมีส่วนเงินสดที่เป็นงบลงทุนและเงินกองทุน UC ในส่วนของลูกข่ายที่แม่ข่ายต้องนำไปใช้ซื้อขาย/เวชภัณฑ์มีใช้ยาก ให้กับลูกข่าย โดยรายการดังกล่าวไม่สามารถนำมาใช้ในการชำระหนี้ได้
- ควรใช้ งบกระแสเงินสด ประกอบการวิเคราะห์ เนื่องจากการวิเคราะห์แหล่งที่มาและที่ไปของเงินสด จะช่วยให้ผู้บริหารในการวางแผนระยะสั้นเกี่ยวกับเงินสด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การวิเคราะห์กระแสเงินสดจากกิจกรรมดำเนินงาน ซึ่งหากกระแสเงินสดจากกิจกรรมนี้เป็นยอดติดลบ ย่อมชี้ให้เห็นถึงปัญหาทางการเงิน ที่ผู้บริหารต้องรีบดำเนินการแก้ไข

## 2. ดัชนีวิเคราะห์ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและการบริหารจัดการ เพื่อประเมินว่าสินทรัพย์ที่มีอยู่ถูกนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

**2.1 อัตราผลตอบแทนสุทธิ (กำไรสุทธิ) จากสินทรัพย์ทั้งหมด (Return on Assets)** เป็นอัตราส่วนที่วัดประสิทธิภาพการดำเนินงานได้ว่าหน่วยงานได้ใช้สินทรัพย์ที่มีอยู่ภายใต้การควบคุมให้เกิดรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่ายให้เหมาะสม

<b>สูตรมาตรฐาน</b>  $\frac{\text{กำไรก่อนหักดอกเบี้ยและภาษี}}{\text{สินทรัพย์รวมเฉลี่ย}}$
<b>สูตรปรับใช้ร.5</b>  $\frac{\text{รายได้สูง(ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ}}{(\Sigma(\text{รวมสินทรัพย์} - \text{ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ} - \text{ลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้})) / \text{จำนวนเดือนที่รายงาน}}$

**รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ** รวมรายได้ตั้งแต่ต้นปีลบด้วยรวมค่าใช้จ่ายตั้งแต่ต้นปี ลบด้วยขาดทุนจากรายการพิเศษ ใช้ข้อมูลช่องรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิตั้งแต่ต้นปี

$\Sigma(\text{รวมสินทรัพย์} - \text{ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ} - \text{ลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้})$  ผลรวมของรวมสินทรัพย์ ณ เดือนนี้ ลบด้วย ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ ณ เดือนนี้ ลบด้วย ลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้ ณ เดือนนี้โดยคำนวณผลรวมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณจนถึงเดือนที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์

**ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ** จำนวนเงินที่กันไว้สำหรับลูกหนี้ที่คาดว่าจะเรียกเก็บไม่ได้ ตัวเลขของค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญต้องมีค่าติดลบ

**ลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้** ลูกหนี้ที่หน่วยงานประมาณการว่าจะไม่ได้รับการชำระหนี้จากลูกหนี้ โดยนำอัตราการคิดค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญมาปรับใช้ในการคำนวณ โดยคำนวณจากลูกหนี้ทุกประเภท (สามารถดูตัวอย่างการคำนวณได้ที่ข้อ 1.1)

**จำนวนเดือนที่รายงาน** ผลรวมของจำนวนเดือนตั้งแต่ต้นปีงบประมาณจนถึงเดือนที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์

### การแปรผล

- **สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน** มีความสามารถในการใช้สินทรัพย์หมุนเวียนทั้งหมดของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยหน่วยงานใช้สินทรัพย์หมุนเวียนทั้งหมดขององค์กร ก่อให้เกิดรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายได้เหมาะสม

- **ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน** ความสามารถในการใช้สินทรัพย์หมุนเวียนทั้งหมดของหน่วยงานมีประสิทธิภาพน้อย โดยหน่วยงานใช้ไม่สามารถสินทรัพย์หมุนเวียนทั้งหมดขององค์กรให้เกิดรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่ายไม่เหมาะสม

### ข้อจำกัด/ข้อควรระวัง

- รวมรายได้นั้นเป็นรายได้ทุกหมวดรวมทั้งบลงทุนด้วย รวมค่าใช้จ่ายมีค่าเสื่อมราคา ค่าตัดจำหน่าย หนี้สูญ และหนี้สงสัยจะสูญ ถ้าหน่วยงานไม่ได้บันทึกรายการค่าเสื่อมราคา ค่าตัดจำหน่าย หนี้สูญ และหนี้สงสัยจะสูญ จะทำให้ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าที่เป็นจริง ส่งผลให้รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ สูงเกินจริงได้

- สำหรับหน่วยงานที่คิดค่าค่าเสื่อมราคาค่าตัดจำหน่ายเป็นปี ผลการวิเคราะห์จะถูกต้องที่สุด ณ วันสิ้นรอบระยะเวลาบัญชี เนื่องจากหน่วยงานได้มีการปรับมูลค่าสินทรัพย์ให้ตรงตามความเป็นจริง และต้องปรับปรุงบัญชีก่อนการคำนวณรายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ

- ถ้าหน่วยงานมีความสามารถในการเรียกเก็บหนี้จากลูกหนี้ ให้ชำระเงินอย่างมีประสิทธิภาพ มีการคิดค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ และดำเนินการตัดหนี้สูญ จะทำให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่ถูกต้อง

**2.2 อัตราหมุนเวียนของสินทรัพย์รวม (Total Asset Turnover)** ประเมินว่าสินทรัพย์ทั้งหมดของหน่วยงาน สามารถทำให้เกิดรายได้ได้อย่างไร ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรได้คุ้มค่าและเกิดประโยชน์มากน้อยเพียงใด

<b>สูตรมาตรฐาน</b>  $\frac{\text{รายได้สุทธิ}}{\text{สินทรัพย์รวมเฉลี่ย}}$
<b>สูตรปรับใช้ร.5</b>  $\frac{\text{รวมรายได้} - \text{รายได้งบประมาณลงทุน} - \text{รายได้กองทุนUC(งบลงทุน)}}{\sum(\text{รวมสินทรัพย์} - \text{ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ} - \text{ลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้}) / \text{จำนวนเดือนที่รายงาน}}$

### คำอธิบาย

**รวมรายได้** รายได้ที่ได้รับทั้งหมดรวมตั้งแต่ต้นปี(รวมรายได้จากการดำเนินงาน + รวมรายได้ที่ไม่เกิดจากการดำเนินงาน) ใช้ข้อมูลรวมรายได้ รวมตั้งแต่ต้นปี

$\Sigma$  (รวมสินทรัพย์ - ค่าเผื่อนี้สงสัยจะสูญ - ลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้) ผลรวมของรวม สินทรัพย์ ณ เดือนนี้ ลบด้วย ค่าเผื่อนี้สงสัยจะสูญ ณ เดือนนี้ ลบด้วย ลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้ ณ เดือนนี้ โดยคำนวณผลรวมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณจนถึงเดือนที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์

**ค่าเผื่อนี้สงสัยจะสูญ** จำนวนเงินที่กันไว้สำหรับลูกหนี้ที่คาดว่าจะเรียกเก็บไม่ได้ ตัวเลขของค่าเผื่อนี้สงสัยจะสูญต้องมีค่าติดลบ

**ลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้** ลูกหนี้ที่หน่วยงานประมาณการว่าจะไม่ได้รับการชำระหนี้จากลูกหนี้ โดยนำอัตราการคิดค่าเผื่อนี้สงสัยจะสูญมาปรับใช้ในการคำนวณ โดยคำนวณจากลูกหนี้ทุกประเภท (สามารถดูตัวอย่างการคำนวณลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้ ที่ข้อ 1.1)

**จำนวนเดือนที่รายงาน** ผลรวมของจำนวนเดือนตั้งแต่ต้นปีงบประมาณจนถึงเดือนที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์

### การแปรผล

- สูงกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน มีประสิทธิภาพในการใช้สินทรัพย์ให้เกิดรายได้มาก
- ต่ำกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน ขาดประสิทธิภาพในการใช้สินทรัพย์ให้เกิดรายได้

### ข้อควรระวัง/ข้อเสนอแนะ

- ถ้าหน่วยงานมีความสามารถในการเรียกเก็บหนี้จากลูกหนี้ ให้ชำระเงินอย่างมีประสิทธิภาพ มีการคิดค่าเผื่อนี้สงสัยจะสูญ และดำเนินการตัดหนี้สูญ จะทำให้สามารถได้ผลการวิเคราะห์ที่ถูกต้อง
- สำหรับหน่วยงานที่คิดค่าค่าเสื่อมราคา ค่าตัดจำหน่าย เป็นปี ผลการวิเคราะห์จะถูกต้องที่สุด ณ วันสิ้นรอบระยะบัญชี เนื่องจากหน่วยงานต้องปรับปรุงบัญชีและมีการปรับมูลค่าสินทรัพย์ให้ตรงตามความเป็นจริง

**2.3 อัตราหมุนเวียนของวัสดุคงเหลือ (Inventory Turnover)** อัตราส่วนนี้ใช้วัดอัตราการหมุนเวียนของวัสดุคงเหลือ เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพความคล่องตัวของหน่วยงานว่าสามารถจำหน่ายสินค้าได้เร็วเพียงใด ถ้าอัตราส่วนนี้มีค่าที่สูงยิ่งแสดงว่าสินค้าสามารถขายได้เร็วแสดงถึงประสิทธิภาพในการบริหารวัสดุคงเหลือของหน่วยงาน

### สูตรมาตรฐาน

$$\frac{\text{ต้นทุนขาย}}{\text{สินค้าคงเหลือเฉลี่ย}}$$

**สูตรปรับใช้ร.5**

$$\frac{(\text{ค่าวัสดุรวมตั้งแต่ต้นปี} / \text{จำนวนเดือนที่รายงาน}) \times 12}{\Sigma \text{วัสดุคงเหลือ} / \text{จำนวนเดือนที่รายงาน}}$$
**คำอธิบาย**

**ค่าวัสดุรวมตั้งแต่ต้นปี** คือค่าใช้จ่ายที่ประกอบด้วย ยา เวชภัณฑ์มีโซยาวัสดุทางการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ค่าวัสดุทั่วไป ค่าครุภัณฑ์มูลค่าต่ำกว่าเกณฑ์ รวมถึงตั้งแต่ต้นปีหารด้วยจำนวนเดือนที่รายงาน และปรับให้เป็น 1 ปี (คูณด้วย 12) เนื่องจากการวิเคราะห์มาตรฐานจะใช้เป็นปี ใช้ข้อมูลค่าวัสดุรวมตั้งแต่ต้นปี

$\Sigma$  **วัสดุคงเหลือ** ผลรวมของสินทรัพย์หมุนเวียนที่เป็นวัสดุคงเหลือประกอบด้วย ยาเวชภัณฑ์มีโซยา วัสดุทางการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ และวัสดุอื่น ๆ โดยใช้ข้อมูลวัสดุคงเหลือ ณ เดือนนี้ โดยคำนวณผลรวมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณจนถึงเดือนที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์

**จำนวนเดือนที่รายงาน** ผลรวมของจำนวนเดือนตั้งแต่ต้นปีงบประมาณจนถึงเดือนที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์

**การแปรผล**

- **สูงกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน** แสดงว่ามีการหมุนเวียนของวัสดุคงเหลือได้เร็ว แสดงถึงการมีประสิทธิภาพในการบริหารวัสดุคงคลังของหน่วยงาน และมีโอกาสนำสินทรัพย์หมุนเวียนไปก่อให้เกิดรายได้มากขึ้น

- **ต่ำกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน** แสดงว่ามีการหมุนเวียนของวัสดุคงเหลือได้ช้า แสดงถึงการขาดประสิทธิภาพในการบริหารวัสดุคงคลังของหน่วยงาน และสูญเสีย โอกาสในการนำสินทรัพย์หมุนเวียนไปก่อให้เกิดรายได้

**2.4 ระยะเวลาการหมุนเวียนของวัสดุคงเหลือ** อัตราส่วนนี้แสดงถึงระยะเวลาการหมุนเวียนของวัสดุ คงเหลือ ว่ายาวนานเพียงใด และเป็นตัววัดระดับวัสดุคงเหลือที่หน่วยงานสำรอง เช่น ยา เวชภัณฑ์มีโซยา เป็นต้น ไว้มากหรือน้อยเกินไป เมื่อเทียบกับการใช้ ซึ่งจะให้เห็นประสิทธิภาพการสำรองวัสดุคงเหลือ

**สูตรมาตรฐานและสูตรปรับใช้ร.5**

$$\frac{365 \text{ วัน}}{\text{อัตราหมุนเวียนของวัสดุคงเหลือ}}$$

### คำอธิบาย

365 วัน หมายถึงจำนวนวันใน 1 ปี

อัตราการหมุนเวียนวัสดุคงเหลือ ผลการคำนวณจากข้อ 2.3

### การแปรผล

- โดยทั่วไปไม่ควรมากกว่า 90 วัน ถ้าน้อยมากอาจมีปัญหาการขาดแคลนวัสดุ ไม่เพียงพอต่อความต้องการของหน่วยงาน ยกเว้นมีระบบการจัดหาที่ดี
- สูงกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน แสดงถึงหน่วยงานมีระยะเวลาการเก็บวัสดุคงเหลือต่อ 1 รอบยาว สำรองวัสดุคงเหลือไว้มากเกินไป
- ต่ำกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน แสดงถึงหน่วยงานมีระยะเวลาการเก็บวัสดุคงเหลือต่อ 1 รอบสั้น

### ข้อจำกัด / ข้อควรระวัง

- สำหรับหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล การเดินทางไม่สะดวก อาจมีระยะเวลาการหมุนเวียนของวัสดุคงเหลือสูง เนื่องจากมีความจำเป็นที่ต้องมีการสั่งซื้อวัสดุคราวละมาก ๆ
- หน่วยงานที่มีการสั่งซื้อวัสดุคราวละมาก ๆ เพื่อต้องการรับส่วนลดสูงจากการสั่งซื้อ ควรต้องพิจารณาเปรียบเทียบกับต้นทุนในการเก็บรักษาวัสดุคงเหลือและความสูญเสียของวัสดุคงเหลือหมดอายุ โดยเฉพาะยาเวชภัณฑ์มีใช้ยา

**2.5 อัตราส่วนหนี้สินรวมต่อสินทรัพย์รวม (Debt-to-Asset Ratio) หรือ** โดยทั่วไปเรียกว่า อัตราส่วนหนี้สิน (Debt Ratio) แสดงความสัมพันธ์หนี้สินรวมกับสินทรัพย์รวมที่มีอยู่ทั้งหมด อัตราส่วนนี้จะแสดงให้เห็นว่า หน่วยงานมีเงินลงทุนในส่วนที่เป็นสินทรัพย์ทั้งหมดมาจากหนี้สินเป็นอัตราส่วนเท่าใด ซึ่งใช้วัดภาระหนี้ของหน่วยงาน

<p>สูตรมาตรฐาน</p> $\frac{\text{หนี้สินรวม}}{\text{สินทรัพย์รวม}}$
<p>สูตรปรับใช้จริง.5</p> $\frac{\text{รวมหนี้สิน} - \text{รายได้รับล่วงหน้ากองทุน UC} - \text{รายได้รับล่วงหน้ากองทุนอื่น}}{\text{รวมสินทรัพย์} - \text{ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ} - \text{ลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้}}$

**รวมหนี้สิน** หนี้สินทั้งหมดประกอบด้วย รวมหนี้สินหมุนเวียนและหนี้สินไม่หมุนเวียน ใช้ข้อมูลรวมหนี้สิน ณ เดือนนี้ ของรายงานเดือนสุดท้ายที่นำมาวิเคราะห์

**รายได้รับล่วงหน้ากองทุน UC** ใช้ข้อมูลรายได้รับล่วงหน้าเงินกองทุน UC ณ เดือนนี้ ของ รายงานเดือน สุดท้ายที่นำมาวิเคราะห์

### การแปรผล

- สูงกว่าโรงพยาบาลกลุ่มเดียวกัน แสดงถึงหน่วยงานมีภาระหนี้สินที่ต้องชำระสูง สถานะทางการเงินไม่ดี มีความเสี่ยงสูง
- ต่ำกว่าโรงพยาบาลกลุ่มเดียวกัน แสดงถึงหน่วยงานภาระหนี้สินที่หน่วยงานต้องชำระต่ำ สถานะทางการเงินดี

### ข้อจำกัด / ข้อเสนอแนะ

- **สินทรัพย์รวม** ลูกหนี้เป็นรายการสินทรัพย์ที่มีความสำคัญในการวิเคราะห์ ต้องประเมินสัดส่วนของลูกหนี้ต่อสินทรัพย์ แต่หน่วยงานขาดความสามารถในการเรียกเก็บการชำระหนี้จากลูกหนี้ จะมีผลทำให้อัตราส่วนนี้ต่ำกว่าความเป็นจริง
- **รวมหนี้สิน** หน่วยงานต้องมีการบันทึกเจ้าหนี้ที่ถูกต้อง หากไม่บันทึกรายการเจ้าหนี้ หรือบันทึกไม่ครบถ้วน (โดยเฉพาะเจ้าหนี้การค้า-ยา และ เจ้าหนี้ค่ารักษาตามจ่าย) จะมีผลทำให้อัตราส่วนนี้ต่ำกว่าความเป็นจริง เมื่อมีอัตราส่วนหนี้สินรวมต่อสินทรัพย์รวมที่ต่ำกว่าความเป็นจริง อาจทำให้หน่วยงานประเมินสถานการณ์การเงินได้ไม่ถูกต้อง ขาดการวางแผนสำหรับการชำระหนี้ในอนาคต

**2.6 สัดส่วนลูกหนี้ค่ารักษาต่อรวมสินทรัพย์หมุนเวียนเฉลี่ย** เพื่อประเมินความเสี่ยงของหน่วยงาน เนื่องจากลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล เป็นลูกหนี้ที่มีจำนวนมากและอาจมีปัญหาในการเรียกเก็บ อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงด้านการเงินต่อสถานพยาบาลได้

#### สูตรปรับใช้ร.5

$$\left( \frac{\Sigma \text{ลูกหนี้ค่ารักษาที่เรียกเก็บได้}}{\text{จำนวนเดือนที่รายงาน}} \right) \times 100$$

---


$$\left( \frac{\Sigma (\text{รวมสินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{ค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญ} - \text{ลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้})}{\text{จำนวนเดือนที่รายงาน}}$$

### คำอธิบาย

**ลูกหนี้ค่ารักษาที่เรียกเก็บได้** ลูกหนี้ค่ารักษาทุกประเภทที่หน่วยงานประมาณการว่าจะได้รับการชำระหนี้จากลูกหนี้โดยนำอัตราการคิดค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญมาปรับใช้ในการ คำนวณ ใช้ข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาแยกตามประเภท ณ เดือนนี้โดยคำนวณผลรวมตั้งแต่ต้น ปีงบประมาณจนถึงเดือนที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์(สามารถดูตัวอย่างการคำนวณลูกหนี้ที่ เรียกเก็บได้ ที่ข้อ 1.2)



**Σ (รวมสินทรัพย์หมุนเวียน - ค่าเผื่อนี้สงสัยจะสูญ-ลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้)**  
 ผลรวมของ รวมสินทรัพย์หมุนเวียน ณ เดือนนี้ ลบด้วย ค่าเผื่อนี้สงสัยจะสูญ ณ เดือนนี้ลบด้วย ลูกหนี้ที่เรียกเก็บไม่ได้ ณ เดือนนี้โดยคำนวณผลรวมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณจนถึงเดือนที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์

### การแปรผล

- สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน ถือว่ามีความเสี่ยงสูงและถ้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอาจหมายถึงการเกิดปัญหาการชำระหนี้ค่ารักษาพยาบาล
- ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน ถือว่ามีความเสี่ยงต่ำแต่ต้องดูแนวโน้มระยะยาว ถ้าเพิ่มขึ้นอาจเกิดปัญหาการชำระหนี้ค่ารักษาพยาบาล

### ข้อเสนอแนะ

- ในกรณีมีค่าสัดส่วนสูง หน่วยงานมีการบริหารจัดการในการเรียกเก็บหนี้จากลูกหนี้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ความเสี่ยงลดลง และเป็นผลดีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน
- ถ้าหน่วยงานมีการบันทึกรายการบัญชีที่ถูกต้อง มีการคิดค่าเผื่อนี้สงสัยจะสูญ และดำเนินการตัดหนี้สูญ หน่วยงานสามารถใช้อัตราส่วนหมุนเวียนของลูกหนี้และระยะเวลาถัวเฉลี่ยการเก็บหนี้ ประกอบการวิเคราะห์ต่อไปได้

**2.7 ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรต่อค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน** อัตราส่วนนี้ใช้ในการประเมินค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรของหน่วยงาน ซึ่งเป็นต้นทุนคงที่และเป็นค่าใช้จ่ายหลักของหน่วยงาน โดยเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานทั้งหมด แสดงถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรในการดำเนินงาน

### คำอธิบาย

**ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร** ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรรวมตั้งแต่ต้นปีประกอบด้วยเงินเดือน ค่าจ้างประจำ ค่าจ้างชั่วคราว ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรอื่น ๆ ใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายบุคลากรรวม ตั้งแต่ต้นปี

**ค่าตอบแทน** ใช้ข้อมูลค่าตอบแทน รวมตั้งแต่ต้นปี

**รวมค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน** ใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงานรวมตั้งแต่ต้นปี ลบด้วยค่าใช้จ่ายโอนไปรวมตั้งแต่ต้นปี เนื่องจากค่าใช้จ่ายโอนไปเป็นรายการค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้ทำให้เกิดผลการดำเนินงานของหน่วยงาน

### การแปรผล

- สูงกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน แสดงว่าหน่วยงานมีภาระค่าใช้จ่ายในด้านบุคลากรสูง หน่วยงานนำสินทรัพย์ไปใช้จ่ายในการดำเนินงานด้านอื่น ๆ ได้น้อย
- ต่ำกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน แสดงว่าหน่วยงานมีภาระค่าใช้จ่ายในด้านบุคลากรต่ำ หน่วยงานสามารถนำสินทรัพย์ไปใช้จ่ายในการดำเนินงานด้านอื่น ๆ ได้มาก

### ข้อเสนอแนะ

- การวิเคราะห์ที่ต้องดู I/E Ratio ประกอบด้วย ถ้าค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรต่ำ แต่พบว่า I/E Ratio น้อยกว่า 1 เกิดจากหน่วยงานที่มีค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงานสูง ทำให้สัดส่วนค่าแรงต่ำ
- ข้อมูลที่จะใช้เพื่อพิจารณาขั้นต่อไป คือสัดส่วนค่าตอบแทนต่อค่าแรงทั้งหมด ถ้าสูงด้วยหมายถึงจะต้องมีการบริหารจัดการเพื่อลดการจ่ายค่าตอบแทนใหม่ หรือเปลี่ยนมาตรวจการจ้างงานเป็นการจ้างเหมาบริการและต้องควบคุมการเบิกจ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ
- สำหรับสถานบริการสุขภาพซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐ ต้นทุนค่าแรงได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้างประจำ ค่าจ้างชั่วคราว และค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรอื่น ๆ ไม่สามารถลดต้นทุนในส่วนนี้ได้หรือลดได้ค่อนข้างยาก หน่วยงานจะต้องใช้ทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

**2.8 ค่าใช้ในการสัมมนาและฝึกอบรมต่อค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน** แสดงถึงการให้ความสำคัญในการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน โดยมุ่งเพิ่มองค์ความรู้และประสิทธิภาพของบุคลากรในการปฏิบัติงาน

#### สูตรปรับใช้ร.5

$$\frac{\text{ค่าใช้จ่ายในการสัมมนาและฝึกอบรม} \times 100}{\text{รวมค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน} - \text{ค่าใช้จ่ายโอนไป}}$$

### คำอธิบาย

**ค่าใช้จ่ายในการสัมมนาและฝึกอบรม** ค่าใช้จ่ายในการอบรมสัมมนาทั้งที่หน่วยงานจัดเองและที่ส่งไปอบรมภายนอก รวมถึงตั้งแต่ต้นปี

**รวมค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน** ใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงานรวมทั้งตั้งแต่ต้นปี ลบด้วย ค่าใช้จ่ายโอนไปรวมทั้งตั้งแต่ต้นปี เนื่องจากค่าใช้จ่ายโอนไปเป็นรายการค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้ทำให้เกิดผลการดำเนินงานของหน่วยงาน

### การแปรผล

- สูงกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน แสดงว่ามีการพัฒนาบุคลากรสูง ส่งผลให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถสูง
- ต่ำกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน แสดงว่ามีการพัฒนาบุคลากรน้อยส่งผลให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถน้อย อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการ

### ข้อเสนอแนะ

- ผู้บริหารหรือหน่วยงาน ควรมีการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบุคลากรหลังเข้ารับการศึกษาและฝึกอบรม เพื่อวัดความคุ้มค่าในการลงทุนด้านพัฒนาบุคลากร และวางแผนการพัฒนาบุคลากรได้อย่างเหมาะสม

### 3. ดัชนีวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของหน่วยงาน

3.1 อัตราส่วนรายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิต่อรวมรายได้จากการดำเนินงาน เป็นการวัดความสามารถในการจัดการ แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการหารายได้และควบคุมค่าใช้จ่าย

#### สูตรปรับใช้ร.5

รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ

รวมรายได้จากการดำเนินงาน-รายได้งบประมาณงบลงทุน- รายได้กองทุน UC (งบลงทุน)

#### คำอธิบาย

รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ กำไรหรือขาดทุนจากการดำเนินงานตั้งแต่ต้นปี ใช้ข้อมูลรายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ รวมตั้งแต่ต้นปี

รวมรายได้จากการดำเนินงาน ใช้ข้อมูลรวมรายได้จากการดำเนินงานรวมตั้งแต่ต้นปี ในการวิเคราะห์ที่ให้ผลด้วยรวมรายได้งบประมาณงบลงทุนและรายได้กองทุนUC(งบลงทุน)

#### การแปรผล

- สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน มีความสามารถในการหารายได้ และการควบคุมค่าใช้จ่ายได้เหมาะสม
- ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน ขาดความสามารถในการหารายได้ และไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้เหมาะสม

#### ข้อเสนอแนะ / ข้อควรระวัง

- หน่วยงานที่มีค่าดัชนีสูง ควรพิจารณาดังนี้
  - ในช่วงเวลาที่ยังไม่ปิดรอบระยะบัญชี อาจมีผลทำให้ค่าดัชนีสูงได้ เนื่องจากหน่วยงานยังไม่มีงบที่รายการค่าใช้จ่ายที่เป็น ค่าเสื่อมราคา ค่าตัดจำหน่าย การตัดหนี้สูญ ดังนั้นการวิเคราะห์ในเดือนที่ปิดบัญชี จะให้ผลการวิเคราะห์ที่มีความเที่ยงตรงและถูกต้อง
  - หากหน่วยงานขาดประสิทธิภาพในการเรียกเก็บหนี้ เมื่อปิดรอบระยะบัญชี จะทำให้ค่าอัตราส่วนนี้ลดลง เนื่องจากมีหนี้สูญ ทำให้กำไรลดลง

3.2 สัดส่วนรายได้ค่ารักษาต่อรวมรายได้จากการดำเนินงาน อัตราส่วนนี้ใช้ในการประเมินความสามารถในการหารายได้ค่ารักษาพยาบาลของหน่วยงาน

สูตรปรับใช้ร.5

$$\frac{(\text{รายได้ค่ารักษาสิทธิ UC} + \text{รายได้ค่ารักษาอื่นๆ}) \times 100}{\text{รวมรายได้จากการดำเนินงาน} - \text{รายได้งบประมาณงบลงทุน} - \text{รายได้กองทุน UC(งบลงทุน)}}$$

### คำอธิบาย

รายได้ค่ารักษาสิทธิ UC + รายได้ค่ารักษาอื่น ๆ ใช้ข้อมูลรายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกประเภทสิทธิ รวมถึงแต่ต้นปี

รวมรายได้จากการดำเนินงาน ใช้ข้อมูลรวมรายได้จากการดำเนินงานรวมถึงแต่ต้นปีในการวิเคราะห์ที่ให้ผลด้วยรวมรายได้งบประมาณงบลงทุนและรายได้กองทุน UC(งบลงทุน)

### การแปรผล

- สูงกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน แสดงว่ามีความสามารถในการหารายได้ค่ารักษาพยาบาล
- ต่ำกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน แสดงว่าขาดความสามารถในการหารายได้ค่ารักษาพยาบาล

3.2.1 สัดส่วนรายได้ค่ารักษาสิทธิ UC ต่อรวมรายได้จากการดำเนินงาน แสดงถึงประสิทธิภาพในการทำกำไรของรายได้สิทธิ UC เพื่อประเมินสัดส่วนรายได้แต่ละประเภท

สูตรปรับใช้ร.5

$$\frac{\text{รายได้ค่ารักษาสิทธิ UC} \times 100}{\text{รวมรายได้จากการดำเนินงาน} - \text{รายได้งบประมาณงบลงทุน} - \text{รายได้กองทุน UC(งบลงทุน)}}$$

### คำอธิบาย

รายได้ค่ารักษาสิทธิ UC ใช้ข้อมูลรายได้ค่ารักษาพยาบาลสิทธิ UC รวมถึงแต่ต้นปีรวมรายได้จากการดำเนินงาน ใช้ข้อมูลรวมรายได้จากการดำเนินงานรวมถึงแต่ต้นปีในการวิเคราะห์ที่ให้ผลด้วยรวมรายได้งบประมาณงบลงทุนและรายได้กองทุน UC(งบลงทุน)

### การแปรผล

- สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน แสดงว่ารายได้ส่วนใหญ่ของหน่วยงานมาจากรายได้ค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการ ควรเปรียบเทียบกับรายได้รับล่วงหน้ากองทุน UC ซึ่งอาจทำให้เกิดความเสี่ยงในการดำเนินงาน

- ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน แสดงว่าหน่วยงานอาจสามารถหารายได้ค่ารักษาพยาบาลจากผู้รับบริการที่ไม่ใช่สิทธิ UC ได้มากกว่า ซึ่งจะต้องพิจารณาสัดส่วนรายได้ค่ารักษาพยาบาลจากกลุ่มผู้รับบริการอื่นต่อไป

**3.2.2 สัดส่วนรายได้ค่ารักษาเบิกคลังและต้นสังกัดต่อรวมรายได้จากการดำเนินงาน** แสดงถึงการมีประสิทธิภาพในการบริการและการหารายได้ของหน่วยงาน เนื่องจากข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลุ่มที่สามารถเลือกสถานบริการสุขภาพในการรักษาได้ไม่จำกัดเครือข่าย และเป็นกลุ่มลูกหนี้ที่สามารถเรียกเก็บให้ชำระหนี้ได้เกือบเต็มจำนวนถึงร้อยละ 95 (ตั้งค่าเผื่อหนี้สงสัยจะสูญอัตราร้อยละ 5) ซึ่งถ้ามีผู้รับบริการกลุ่มนี้มาใช้บริการมาก จะก่อให้เกิดรายได้กับหน่วยงานมาก

#### สูตรปรับใช้ร.5

$$\text{รายได้ค่ารักษาเบิกคลังและต้นสังกัด} \times 100$$


---


$$\text{รวมรายได้จากการดำเนินงาน-รายได้งบประมาณงบลงทุน-รายได้กองทุน UC(งบลงทุน)}$$

#### คำอธิบาย

รายได้ค่ารักษาเบิกคลังและต้นสังกัด ใช้ข้อมูลรายได้ค่ารักษาเบิกคลังและต้นสังกัดรวมตั้งแต่ต้นปี

รวมรายได้จากการดำเนินงาน ใช้ข้อมูลรวมรายได้จากการดำเนินงานรวมตั้งแต่ต้นปีในการวิเคราะห์ที่หลบด้วยรวมรายได้งบประมาณงบลงทุนและรายได้กองทุนUC(งบลงทุน)

#### การแปลผล

- สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน แสดงว่ารายได้ส่วนใหญ่ของหน่วยงานมาจากรายได้ค่ารักษาเบิกคลังและต้นสังกัด แสดงถึงประสิทธิภาพในการหารายได้ ส่งผลถึงความมั่นคงทางการเงินของหน่วยงาน

- ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน แสดงว่าหน่วยงานอาจมีปัญหาในคุณภาพในการให้บริการ หรือข้อจำกัดของหน่วยงานในการดำเนินงาน เช่นความไม่สะดวกในการเดินทางหรือความเชี่ยวชาญในการรักษาเฉพาะทาง ทำให้ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่เลือกใช้บริการ

**3.2.3 สัดส่วนรายได้ค่ารักษาประกันสังคมต่อรวมรายได้จากการดำเนินงาน** แสดงถึงการมีประสิทธิภาพในการบริการและการหารายได้ของหน่วยงาน ถ้ามีกลุ่มผู้รับบริการสิทธิประกันสังคมในเครือข่ายมาก จะก่อให้เกิดรายได้กับหน่วยงานมาก

**สูตรปรับใช้ร.5**

$$\text{รายได้ค่ารักษาประกันสังคม} \times 100$$


---


$$\text{รวมรายได้จากการดำเนินงาน-รายได้งบประมาณงบลงทุน- รายได้กองทุน UC(งบลงทุน)}$$
**คำอธิบาย**

**รายได้ค่ารักษาสวัสดิการประกันสังคม** ใช้ข้อมูลรายได้ค่ารักษาพยาบาลสวัสดิการประกันสังคมรวมตั้งแต่ต้นปี

**รวมรายได้จากการดำเนินงาน** ใช้ข้อมูลรวมรายได้จากการดำเนินงานรวมตั้งแต่ต้นปีในการวิเคราะห์ที่ช่วยลดด้วยรวมรายได้งบประมาณงบลงทุนและรายได้กองทุนUC(งบลงทุน)

**การแปลผล**

- **สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน** แสดงว่ามีประสิทธิภาพในการหารายได้ค่ารักษาสวัสดิการประกันสังคม หน่วยงานตั้งอยู่ในพื้นที่ ที่มีโรงงานอุตสาหกรรมมีโอกาสที่ผู้มีสิทธิประกันสังคมเลือกขึ้นทะเบียนใช้บริการ ส่งผลถึงความมั่นคงทางการเงินของหน่วยงาน
- **ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน** หน่วยงานอาจไม่ได้ตั้งอยู่ในพื้นที่ ที่มีโรงงานอุตสาหกรรม แต่ถ้าหน่วยงานตั้งอยู่ในพื้นที่ ที่มีโรงงานอุตสาหกรรมและสัดส่วนนี้มีค่าต่ำ หน่วยงานควรมีการพิจารณาคุณภาพในการให้บริการ และปัญหาในการเลือกใช้บริการ

**3.3 ต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วยนอก ( Unit Cost OPD) แสดงประสิทธิภาพในการบริหารต้นทุนต่อการให้บริการผู้ป่วยนอก**

**สูตรปรับใช้ร.5**

$$\text{รวมค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน} - \text{ค่าใช้จ่ายโอนไป}$$


---


$$\text{ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)} + (\text{ผู้ป่วยใน (คน)} \times \text{Factor})$$

### คำอธิบาย

รวมค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน ใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงานรวมตั้งแต่ต้นปี ลบด้วยค่าใช้จ่ายโอนไปรวมตั้งแต่ต้นปี เนื่องจากค่าใช้จ่ายโอนไปเป็นรายการค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้ทำให้เกิดผลการดำเนินงานของหน่วยงาน

ผู้ป่วยนอก (ครั้ง) จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) รวมตั้งแต่ต้นปี

ผู้ป่วยใน (คน) จำนวนผู้ป่วยใน (คน) รวมตั้งแต่ต้นปี

Factor โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ใช้ค่าเท่ากับ 18 โรงพยาบาลชุมชน ใช้ค่าเท่ากับ 14

### การแปรผล

- สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลขนาดเดียวกัน แสดงว่าขาดประสิทธิภาพในการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายให้เหมาะสม
- ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลขนาดเดียวกัน แสดงว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายให้เหมาะสม

### ข้อเสนอแนะ

- ต้องมีการวิเคราะห์คุณภาพและศักยภาพของการให้บริการร่วมด้วย เช่น อัตราตายผู้ป่วยใน สัดส่วนผู้ป่วย Refer In / Refer Out มาประกอบการวิเคราะห์

3.4 ต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วยใน (Unit Cost IPD) แสดงประสิทธิภาพในการบริหารต้นทุนต่อการ ให้บริการผู้ป่วยใน

สูตรปรับใช้รง.5

ต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วยนอก X Factor

### คำอธิบาย

Factor โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปใช้ค่าเท่ากับ๑๘ โรงพยาบาลชุมชน ใช้ค่าเท่ากับ 14

### การแปรผล

- สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลขนาดเดียวกัน แสดงว่าขาดประสิทธิภาพในการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายให้เหมาะสม
- ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลขนาดเดียวกัน แสดงว่ามีประสิทธิภาพในการจัดการรายได้

3.5 สัดส่วนรายได้ต่อค่าใช้จ่าย (I/E Ratio) อัตราส่วนนี้ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงานของสถานพยาบาล เปรียบเทียบด้านรายรับต่อรายจ่าย

**สูตรปรับใช้ร.5**

$$\frac{\text{รวมรายได้-รายได้งบประมาณบลงทุน- รายได้กองทุน UC(งบลงทุน)}}{\text{รวมค่าใช้จ่าย - ค่าใช้จ่ายโอนไป}}$$
**คำอธิบาย**

**รวมรายได้** ใช้ข้อมูลรวมรายได้ รวมถึงตั้งแต่ต้นปี ในการวิเคราะห์ให้ลบด้วยรวม รายได้งบประมาณบลงทุนและรายได้กองทุนUC(งบลงทุน)

**รวมค่าใช้จ่าย** ใช้ข้อมูลรวมค่าใช้จ่าย รวมถึงตั้งแต่ต้นปี ลบด้วย ค่าใช้จ่ายโอนไปรวมตั้งแต่ต้นปี เนื่องจากค่าใช้จ่ายโอนไปเป็นรายการค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้ทำให้เกิดผลการดำเนินงานของหน่วยงาน

**การแปลผล**

- **มากกว่า 1** ถือว่าดี มีประสิทธิภาพการบริหารงานก่อให้เกิดรายได้ และมีประสิทธิภาพควบคุมค่าใช้จ่ายได้เหมาะสม

- **น้อยกว่า 1** ถือว่าไม่ดี ขาดประสิทธิภาพการบริหารงาน มีรายได้เข้าหน่วยงานน้อย ขาดประสิทธิภาพการควบคุมค่าใช้จ่าย ต้องพิจารณาว่ามีค่าใช้จ่ายรายการใดที่สามารถควบคุมได้ และบริหารจัดการลดค่านี้นั้นให้เหมาะสม หากไม่สามารถลดค่าใช้จ่ายใด ๆ ได้ ต้องบริหารจัดการให้เกิดรายได้มากยิ่งขึ้น

ที่มา : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช การบัญชีชั้นกลาง 2 รายงานทางการเงินและวิเคราะห์งบการเงิน (ม.ป.ท. พ.ศ.2550)



## ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นาย พิทักษ์พล บุญมาลิก

วัน เดือน ปีเกิด 4 พฤศจิกายน 2506

การศึกษา

- อนุมัติบัตรแพทย์เฉพาะทาง สาขาเวชกรรมป้องกัน จากแพทยสภา
  - 1) แขนงระบาดวิทยา
  - 2) แขนงสุขภาพจิตชุมชน
- ปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตร์ (Ph.D.)  
มหาวิทยาลัยจอนส์ ฮอปกินส์ สหรัฐอเมริกา
- ปริญญาโท
  - 1) ทางบริหารธุรกิจ (M.B.A.) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า)
  - 2) ทางด้านนโยบาย การวางแผน และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (M.Sc.)  
มหาวิทยาลัยลอนดอน สหราชอาณาจักร
- ปริญญาตรี แพทยศาสตรบัณฑิต  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติการทำงาน

ปัจจุบัน

- พ.ศ. 2558 – 2561 ผู้ช่วยปลัดกระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- พ.ศ. 2557- 2558 ผู้ช่วยอธิบดี กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- พ.ศ. 2556- 2557 ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- พ.ศ. 2556 ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
- พ.ศ.2554 – 2556 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
- พ.ศ.2550 – 2554 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
  
- พ.ศ. 2548 – 2550
  - ผู้อำนวยการศูนย์เตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์ภัยพิบัติด้านสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
  - ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
  - ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต

## แห่งชาติ กรมสุขภาพจิต

- พ.ศ.2542 – 2543 ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมสุขภาพจิต
- พ.ศ. 2540 – 2542 ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

## กรมสุขภาพจิต

- พ.ศ. 2537 – 2539 หัวหน้าฝ่ายฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม โรงพยาบาลศรีธัญญา
- พ.ศ. 2535 – 2536 หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลศรีธัญญา

## ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัย

- พ.ศ. 2556-2557 การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย เนื่องจากการทำงาน งบประมาณกรมสุขภาพจิต โดยจัดทำข้อเสนอผ่าน สำนักงาน คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (หัวหน้าโครงการ)
- พ.ศ.2555 การพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตเพื่อป้องกันพฤติกรรมรุนแรง ในนักเรียน/นักศึกษาอาชีวศึกษา งบประมาณ สนับสนุนจากสำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (หัวหน้าโครงการ)
- พ.ศ. 2554 การพัฒนาและทดสอบความเที่ยงตรงแบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิด เหตุการณ์วิกฤติ-10 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต (หัวหน้าโครงการวิจัย)
- พ.ศ.2553 การพัฒนาและศึกษาความเที่ยงตรงของเครื่องมือประเมินเพื่อใช้ในการป้องกัน แก้ไขปัญหาความรุนแรงของนักเรียนอาชีวศึกษา ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก กรมสุขภาพจิต (หัวหน้าโครงการวิจัย)
- พ.ศ. 2552 การพัฒนาแบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤติ-18 ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมด้วยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (หัวหน้าโครงการวิจัย)
- พ.ศ. 2552 ปัจจัยเสี่ยงความเครียดต่อโรคไม่ติดต่อ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก ผ่านกรมควบคุมโรค
- พ.ศ.2551 ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี 2549 : การติดตามดูแลระยะยาว 1 ปี ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต (หัวหน้าโครงการวิจัย)
- พ.ศ.2549-50 การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมและการตอบสนองทางสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมด้วยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (หัวหน้าโครงการวิจัย) โครงการต่อเนื่อง 2 ปี (ผลการศึกษาค้นคว้าและนำเสนอผลงานใน Research Expo จัดโดยสำนักงาน ก.พ.)

- พศ. 2549 การพัฒนาและศึกษาความเที่ยงตรงของเครื่องมือประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นจากความขัดแย้งในความคิดเห็นทางการเมือง ได้รับความประมาณสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต (ผู้วิจัยหลัก)
- พศ. 2549 การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวชในระดับบุคคลและชุมชน งบประมาณกรมสุขภาพจิต โดยจัดทำข้อเสนอผ่านสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (ผู้วิจัยหลัก)
- พศ. 2548 การสำรวจระดับวิทยฐานะวิชาชีพของนักเรียนมัธยมศึกษาและนักเรียนอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร (หัวหน้าโครงการวิจัย)
- พศ. 2547 การสำรวจสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในสถานศึกษา กรมสุขภาพจิต (ผู้วิจัยหลัก) ได้รับความสนับสนุนงบประมาณกรมสุขภาพจิต โดยจัดทำข้อเสนอผ่านสภาวิจัยแห่งชาติ
- พศ.2543 วิจัยประเมินผลโครงการพิเศษหมวดรายจ่ายอื่น กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2543 (หัวหน้าโครงการวิจัย)
- พศ.2542 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนวัดสวนแก้ว (หัวหน้าโครงการวิจัย)

# สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข : สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้วิจัย นายพิทักษ์พล บุญยมาลิก      หลักสูตร วปอ.      รุ่นที่ 62

ตำแหน่ง ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะที่ผู้ให้บริการหลักด้านระบบสุขภาพในประเทศไทย ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ 13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ด้านสุขภาพ เดิมงบประมาณจัดสรรโดยตรงจากรัฐบาล สู่วิทยาศาสตร์ผ่านสำนักงานงบประมาณ ตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา กลไกการจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาล ได้เปลี่ยนแปลงไป โดยได้เกิดการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดย สปสช. ในฐานะผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ทำหน้าที่รับงบประมาณรายหัวประชากร และจัดสรรให้โรงพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการ (Provider) รายรับของโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับผลงานในการให้บริการ อีกทั้ง สปสช. จ่ายเงินให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นแบบปลายปิด (Global Budget) และมีอัตราคงที่ ในขณะที่ สปสช. จ่ายให้โรงพยาบาลสังกัดอื่นและภาคเอกชนเป็นแบบปลายเปิดทั้ง ๆ ที่โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนของ สปสช. ถึงประมาณร้อยละ 90

นอกจากนี้ สาเหตุของโรงพยาบาลประสบวิกฤติทางการเงิน อาจเกิดจากปัจจัยด้านผู้บริหารของหน่วยงานซึ่งเป็นแพทย์ ขาดความรู้ความเข้าใจทางการเงินการบัญชี ส่งผลทำให้โรงพยาบาลขาดทุน รวมทั้งโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่บริเวณชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้านจะประสบกับปัญหาชาวต่างชาติจำนวนมากข้ามเขตแดนมาใช้บริการสุขภาพ แต่ปฏิเสธการจ่ายค่ารักษา ปัญหาวิกฤติการเงิน และภาวะขาดทุนของโรงพยาบาล ที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นประเด็นปัญหาต่อเนื่องของรัฐบาลมาตลอด ในช่วง 4 - 5 ปีที่ผ่านมา รัฐบาลได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ได้เพิ่มการจัดสรรงบประมาณในส่วนของผู้ป่วยในให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประมาณปีละ 4,000 - 5,000 ล้านบาท เพื่อแก้ไขปัญหาโรงพยาบาลขาดทุน และในส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขก็ได้เพิ่มมาตรการในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การมอบหมายและกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลในการปฏิบัติงานให้กับผู้บริหาร การอบรมให้ความรู้ทางการเงินให้กับผู้บริหารทางการเงิน (Chief financial officer; CFO) และผู้อำนวยการโรงพยาบาล การมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงซึ่งทำหน้าที่เป็นประธานเจ้าหน้าที่บริหาร (Chief executive officer: CEO) ของเขตสุขภาพ ดูแลปรับเกลี่ยงบประมาณเพื่อให้โรงพยาบาลที่มีกำไรมาช่วยหน่วยที่ขาดทุน แต่ทว่าโรงพยาบาลก็ยังประสบกับปัญหาวิกฤติการเงิน

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ทางการเงิน และประเมินการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562
2. เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยในความสำเร็จ และความล้มเหลวของการบริหารการเงินของโรงพยาบาล
3. เพื่อเสนอแนวทางในการบริหารการเงินสำหรับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา ศึกษาสถานการณ์ทางการเงิน และการบริหารการเงินด้านสภาพคล่องทางบัญชีจากข้อมูลทางบัญชีของโรงพยาบาล ส่วนสาเหตุ และปัจจัยในความสำเร็จ ความล้มเหลว แนวทางการบริหารการเงินของโรงพยาบาลจากความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญทางการเงินของกระทรวงสาธารณสุข
2. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรในการศึกษาได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. ขอบเขตด้านระยะเวลาการวิจัย ใช้ข้อมูลทุติยภูมิปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 เป็นฐานข้อมูลในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย  
วิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)
  2. ประชากร  
ผู้บริหารการเงินระดับกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารด้านการเงิน (Chief Financial Officer: CFO) ระดับเขตสุขภาพ และผู้บริหารการเงินระดับโรงพยาบาลใน 12 เขตสุขภาพ
  3. กลุ่มตัวอย่าง  
ผู้บริหารการเงินระดับกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารด้านการเงิน (CFO) ระดับเขตสุขภาพแต่ละภาค ผู้บริหารโรงพยาบาลที่มีการบริหารด้านการเงินดี และผู้บริหารโรงพยาบาลที่มีปัญหาด้านการเงิน แต่ละเขตสุขภาพ
- วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
4. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง  
แบบเจาะจง (Purposive sampling)
  5. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากจำนวนประชากรแต่ละระดับในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนมีความแตกต่างกันมาก จึงใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยไม่ได้คำนวณตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละระดับ (Disproportionate Stratified Random Sampling) คือร้อยละ 10 ของประชากรแต่ละกลุ่ม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 92 ราย สำหรับตอบแบบสอบถามออนไลน์ และขนาดกลุ่มตัวอย่าง 8 รายสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก

#### 6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

6.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สาเหตุ และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ความล้มเหลว และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

6.2 แบบสอบถามออนไลน์ (Google form) แนวโน้มการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : สภาพปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

#### 7. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

7.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงินการคลังสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .91

7.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับแก้ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มาทดลองใช้กับผู้บริหารทางการเงินระดับโรงพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

#### 8. การเก็บรวบรวมข้อมูล

8.1 ข้อมูลปฐมภูมิ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

8.2 ข้อมูลทุติยภูมิ จากข้อมูลงบประมาณที่จัดสรรให้กับสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากสำนักงบประมาณ ข้อมูลงบประมาณที่จัดสรรให้กับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และข้อมูลทางบัญชีการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปีงบประมาณ 2558 – 2562

#### 9. การวิเคราะห์ข้อมูล

9.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) วิเคราะห์ข้อมูลโดยจัดหมวดหมู่ของเนื้อหาแต่ละหมวด พิจารณาเชื่อมโยง ความเหมือน ความแตกต่าง และความหลากหลายของข้อมูลที่ได้รวบรวมมาวิเคราะห์จับประเด็น (Theme analysis) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และตีความหมาย (Interpretation analysis)

9.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย (Descriptive statistic) จำนวน และร้อยละ

#### 10. การนำเสนอข้อมูล

การนำเสนอข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการนำเสนอข้อค้นพบ และความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และตีความหมาย (Interpretation analysis) จากภาพรวมสู่ประเด็นย่อย (General-to-specific) ในส่วนของการนำเสนอข้อมูลของการสำรวจความคิดเห็นโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) การวิเคราะห์แยกหมวดหมู่สรุปประเด็นต่าง ๆ การใช้สถิติแบบบรรยาย (Descriptive statistic) จำนวน และร้อยละของตัวแปรข้อมูล จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากทั้งสองส่วน มาสังเคราะห์ข้อเสนอแนะ เพื่อเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหา (เชิงนโยบาย) สำหรับผู้เกี่ยวข้องต่อไป

### ผลการวิจัย

สถานการณ์ทางการเงิน ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ 2558 ถึง 2562 สถานการณ์ด้านเงินของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน มีแนวโน้มดีขึ้น ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปกลับมีแนวโน้มแย่ลง การบริหารการเงินของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปพบว่าทุนสำรองมีแนวโน้มลดลง ส่วนโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ประเมินผลการบริหารการเงิน ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า แนวโน้มของภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ลดลงมาโดยตลอด โดยในปีงบประมาณ 2562 มีภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ร้อยละ 1.89 ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

สาเหตุ และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 8 ประเด็นหลัก (Theme) ดังนี้ คือ 1) ในระดับประเทศกันเงินเพื่อการบริหารจัดการไม่เกินร้อยละ 10 2) การปรับตัว 3) ผู้นำ 4) จัดหารายได้เพิ่ม ลดรายจ่าย 5) ใช้ระบบสารสนเทศโปรแกรมทางบัญชี (ERP) 6) ลดต้นทุนค่าแรง 7) ใช้ระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E - bidding) และ 8) การจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin)

นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการบริหารการเงิน ประกอบด้วย การของบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) สำหรับหน่วยบริการขาขึ้น ควรแยกเงินเดือนออกจากงบประมาณ UC ร้อยละ 39.74 การบริหารแผนทางการเงิน (Planfin) สถานพยาบาลมีการวิเคราะห์ ทำแผนให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และความจำเป็นทางสุขภาพ ร้อยละ 66.67 การบริหารระบบบัญชี ความถูกต้อง และเป็นปัจจุบันของการลงบัญชี ร้อยละ 71.79 การบริหารกำลังคน การจ้างพนักงานกระทรวง และลูกจ้างชั่วคราวให้เหมาะสมยึดตามเกณฑ์ FTE ร้อยละ 46.15 การบริหารยา และเวชภัณฑ์ โดยการจัดซื้อยา และเวชภัณฑ์ร่วมระดับเขต ร้อยละ 41.02

สาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ล้มเหลวขาดทุนหรือขาดสภาพคล่องทางการเงิน ประกอบด้วย 10 ประเด็นหลัก ดังนี้ คือ

1) การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ 2) วิธีการจัดสรรเงินรายหัว (Capitation) 3) การจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ขาลง 4) การกระจายเงินในระบบบริหารจัดการไม่ดี 5) ผู้บริหารแต่ละโรงพยาบาลศักยภาพไม่เท่ากัน 6) โรงพยาบาลใช้ศักยภาพไม่เต็มที่ 7) ต้นทุนค่าแรง (Labor cost) 8) ต้นทุนวัสดุ (Material cost) 9) ระบบการลงข้อมูลทางบัญชีไม่ถูกต้อง และ 10) ค่าใช้จ่ายการดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนการเงิน (Planfin)

## ข้อเสนอแนะ

1. แนวทางในการจัดสรรทรัพยากร รัฐบาลควรมีแนวทางจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation) สำหรับกระทรวงสาธารณสุข

2. แนวทางในการบริหารการเงิน

2.1 ผู้บริหารส่วนกลางระดับกระทรวง สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management) โดยวิธีการ ดังนี้ คือ นโยบายการกระจายอำนาจ ให้เขตสุขภาพ และจังหวัดบริหารมากขึ้น กั้นเงินเพื่อการบริหารจัดการระดับเขตไม่เกินร้อยละ 10 ปรับเกณฑ์การจ่ายเงินแบบขั้นบันได (Step Ladder) และการเพิ่มค่าถ่วงน้ำหนักบริการผู้ป่วยใน (K Factor) เปลี่ยนตัวกำไรสุทธิ (NI) เป็นตัวรายรับก่อนดอกเบี้ยภาษีค่าเสื่อม และค่าตัดจำหน่าย (EBITDA) การแยกเงินเดือนออกจากงบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) การกั้นเงินช่วยโรงพยาบาลที่มีปัญหา การเติมเงินให้เขตสุขภาพ การกั้นเงินไว้บริหารร่วมโดยใช้บัญชีเสมือน (Virtual Account) และการจัดสรรเงินร่วมกัน

2.2 ผู้บริหารด้านการเงินระดับเขต (CFO) สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management) โดยใช้วิธีการดังนี้ คือ สร้างระบบแรงจูงใจสำหรับผู้บริหารที่มีสภาพคล่องทางการเงิน ทีมผู้บริหารด้านการเงินระดับเขต (CFO) ต้องเข้มแข็งพร้อมให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support System) และให้ทุกโรงพยาบาลจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) รวมทั้งมีการกำกับติดตาม