



การศึกษารูปแบบการจัดสรรงบประมาณรักษาพยาบาลรายหัว ของคนไทยจากกองทุนรัฐสวัสดิการให้กับสถานบริการสุขภาพ ในประเทศไทย

A STUDY OF HEALTH SERVICES BUDGETING ALLOCATION PATTERN FOR THAI PEOPLE VIA THE WELFARE STATE FUND IN THAILAND

ศักดิ์สิทธิ์ คชกุลไพโรจน์

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Saksit Kochakulpirot

Division of Health Economics and Health Security, Office of the Permanent Secretary, Ministry of
Public Health

บทคัดย่อ

การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับคนไทย ได้มีการพัฒนามาแล้วกว่า 50 ปี โดยในปี พ.ศ. 2515 ได้จัดตั้งกองทุนเงินทดแทนเพื่อให้หลักประกันแก่ลูกจ้างกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน และหลังจากนั้นมีการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2521 มีพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นอกจากนี้ยังมีหลักประกันสุขภาพเสริมอื่นๆ เช่นพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 การประกันสุขภาพภาคเอกชน ทั้งนี้เพื่อให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ ในระยะที่ผ่านผู้วิจัยเห็นว่ายังมีปัญหาการจัดสรรงบประมาณจากแต่ละแหล่งงบประมาณของกองทุนสวัสดิการของรัฐซึ่งมีรูปแบบและวิธีการจัดสรรที่แตกต่างกัน อาจเกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณที่ส่งผลให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณที่แตกต่างกัน

การศึกษานี้ได้กำหนดวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษารูปแบบและวิธีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุข ของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จัดสรรให้แก่หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 2) เพื่อเปรียบเทียบอัตราค่าใช้จ่ายต่อประชากรของงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับจากหน่วยงานหรือกองทุนที่ทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดสรรงบประมาณในปัจจุบันของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นรายได้หลักของหน่วยบริการ โดยใช้หลักความเป็นธรรมเป็นเกณฑ์ในการสร้างแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์เพื่อเปรียบเทียบผลการจัดสรรงบประมาณ 3) เพื่อเสนอแนะแนวทางการจัดสรรงบประมาณ ในการจัดบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนอื่นๆ ที่จัดสรรให้แก่หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป วิธีการศึกษาใช้ข้อมูลระดับทุติยภูมิ จากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพและข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สำนักงานสถิติแห่งชาติ

โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) การศึกษาเชิงพรรณนา เกี่ยวกับแนวคิดรูปแบบและกระบวนการจัดสรรงบประมาณ ด้านการรักษาพยาบาล สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) การวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยการสร้างแบบจำลองทางเศรษฐมิติเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระจากวิธี Ordinary Least Squares (OLS)

ผลการศึกษาพบว่าการจัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละกองทุน โดยอัตราที่จัดสรรต่อประชากรเฉลี่ยทั้งประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพฯ) พบว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีอัตราสูงสุด เฉลี่ย 5,502.92 บาท/คน/ปี รองลงมา คือ กองทุนประกันสังคม เฉลี่ย 2,579.56 บาท/คน/ปี และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เฉลี่ย 2,205.02 บาท/คน/ปี ส่วนผลการศึกษาด้านความเป็นธรรมตามสมการเศรษฐมิติ ซึ่งศึกษาเฉพาะกองทุนหลักประกันสุขภาพเนื่องจากมีข้อมูลค่อนข้างครบถ้วนพบว่า มีความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณที่จัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว (เงิน OP IP และ PP) ตามหลักความเป็นธรรมที่ผู้ศึกษาจัดทำสมการขึ้นมา โดยพบว่ามี 4 จังหวัดที่จัดสรรได้อย่างเหมาะสม มี 37 จังหวัดที่ได้รับจัดสรรงบประมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับ และมี 35 จังหวัดได้รับจัดสรรงบประมาณมากกว่าที่ควรได้รับ โดยมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบันทึกบัญชีบริหารของหน่วยบริการในปัจจุบันซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างเนื่องจากปัญหาความไม่เข้าใจในหมวดรายการซึ่งมีรายละเอียดจำนวนมากและมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยจึงควรมีการพัฒนากระบวนการบันทึกข้อมูลและทวนสอบความถูกต้องจากผู้บริหารระดับหน่วยบริการอย่างจริงจัง และจากการศึกษาวิเคราะห์ตามแบบจำลองทางเศรษฐมิติ พบว่าการจัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีหลายจังหวัดได้รับงบประมาณมากกว่าที่พึงได้รับและหลายจังหวัดได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่พึงได้รับ ดังนั้นผู้ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาทบทวนวิธีการจัดสรรให้เกิดความเหมาะสมและเป็นธรรมให้มากขึ้น สุดท้ายควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานะทางการเงินของหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อการวางแผนบริหารจัดการหน่วยบริการภาครัฐให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: งบประมาณรายหัว กองทุนรัฐสวัสดิการ หลักประกันสุขภาพ

Abstract

Health security for Thai people has been developed for more than 50 years. For instance, in 1972, Thailand established the Compensation Fund primarily aimed at providing security for employee who may be injured from work or suffer illness from work-related disease. After that, several major laws were promulgated including the Decree on Medical Expense Welfare B.E. 2521 (1978), Social Security Act B.E. 2533 (1990) and National Health Security Act B.E. 2545 (2002). In addition, other supplementary health securities were introduced such as Protection for Motor Vehicle Victims Act, health insurance by private sector etc. to ensure that all Thai citizens can have health assurance and access public health services. Over the period, the researcher also observed that there still had certain issues of budget allocation from each source of budget of the government welfare fund of different pattern and method of allocation which may lead to unfair budget allocation resulting in different amount of budget received by each service unit.

Over the past years, allocation of budget on health by each fund/agency may differ from one another. It is therefore necessary to investigate the form, guideline and allocation of budget by each fund. The objectives of this study are as follows: 1) To examine form and method for allocation of budget for public health services by National Health Security Fund, Social Security Fund and civil servant's medical expenses welfare allocated to service agencies subordinated to the Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, fiscal year 2021 2) To compare per capita expenditure based on the budget which service agencies have received from other agency or fund charged with the duty to allocate budget for public health services in the fiscal year 2021 and to analyze the difference with current practice in budget allocation by the National Health Security Fund which provide the major source of income of each service agency based on the principle of fairness as a criteria for developing economic models used for comparing the outcomes of budget allocation and 3) To propose budget allocation guideline for public health services to the National Health Security Fund and other funds providing budget for service agency under the Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. The study applied secondary data collected by the Division of Health Economics and Health Security and data from other relevant agencies e.g. Social Security Office, Comptroller General's Department, National Statistical Office of Thailand and was divided into 2 parts, namely, 1) Descriptive study regarding concept, pattern and procedure for allocating healthcare expenditure budget for healthcare benefit for civil servant, Social Security Fund and National Health Security Fund and 2) Quantitative analysis by developing econometric model in order to find coefficient between dependent variable and independent variable by Ordinary Least Squares (OLS) method.

Findings from the study suggest that budget allocation in the fiscal year 2021 varied from one fund to one fund to another. With respect to the average per capita allocation of the entire country (excluding Bangkok), it appears that the highest rate of medical expenses welfare was at the average of 5,502.92 baht/person/year followed by such allocated by the Social Security Fund at the average of 2,579.56 baht/person/year and National Health Security Fund at the average of 2,205.02 baht/person/year, respectively. With respect to the study on fairness according to econometric models which was

limited only to the National Health Security Fund due to sufficient data, it reveals that there had certain unfairness in per capita budget allocation (OP, IP and PP) based on the fairness models developed the author. There were 4 provinces that could appropriately allocate the budget while 37 provinces were allocated with under-budget and another 35 provinces were, on the contrary, provided with over-budget. Suggestion is made, inter alia, on record of managerial accounting by service units which presently differs from unit to unit as a result of misunderstanding on section of entries which has range of details while the turnover rate of personnel was high. It should have intense development on data entry system and verification by the management at service unit level. According to the analysis of econometric model, it revealed that budget allocation for the fiscal year 2021 had caused number of provinces to acquire over-budget while several provinces gained under-budget. The person in charge should therefore review method of allocation to ensure appropriateness and fairness as much as possible. Lastly, there should have further study on financial position of healthcare service unit for further planning on effective management of government service agency.

Keyword: per capita expenditure, Welfare State Fund, Health Security Fund

บทนำ

รายงานองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2020 (Tracking Universal Health Coverage 2021 Global Monitoring Report, 2021) ซึ่งให้เห็นว่าแม้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั่วโลกครอบคลุมประชากรเพิ่มขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาแต่ยังเป็นอัตราขยายตัวที่ช้าและอาจส่งผลให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้คนทั้งโลกได้ภายในปี 2573 ก่อนหน้านั้นสหประชาชาติตั้งเป้าการบรรลุตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่ยั่งยืน ว่าต้องมีผู้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้น 1 พันล้านคนภายในปี 2566 และคนเหล่านี้ต้องไม่ล้มละลายด้วยค่าใช้จ่ายสุขภาพ แต่แนวโน้มในปัจจุบันชี้ว่าอาจมีจำนวนคนที่เข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นเพียง 270 ล้านคนเท่านั้น สาเหตุหนึ่งมาจากปัญหาความเหลื่อมล้ำประชากรบางส่วนมีแนวโน้มจนลงไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ประกอบกับต้นทุนด้านบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ยิ่งเมื่อเกิดวิกฤตโควิด 19 สถานการณ์การล้มละลายเพราะค่าใช้จ่ายสุขภาพอาจแย่ลงไปอีก เพราะโควิดกระทบการจ้างงานคนที่จนอยู่แล้วยิ่งจนลงไปอีก หากรัฐบาลไม่ดำเนินนโยบายลดความยากจนที่มีประสิทธิผล ผู้มีรายได้น้อยก็มีแนวโน้มที่จะตกอยู่ในวังวนของการล้มละลายต่อไป

แนวคิดในการจัดการระบบประกันสุขภาพที่ได้รับการยอมรับจากนานาประเทศ มีอยู่ด้วยกัน 2 แนวทาง (กิติพัฒน์ นนท์ปัทมาดุล, 2537) คือ แนวทางแรกเกิดจากแนวคิดที่ต้องการให้ประชาชนสามารถเลือกระบบประกันสุขภาพของตนเองได้อย่างเสรีโดยพิจารณาตามความเหมาะสมของแต่ละคน เช่น การซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทประกันภัยในรูปแบบต่างๆ ส่วนแนวทางที่สอง มาจากแนวคิดที่เชื่อว่ารัฐควรเป็นผู้จัดหาบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน โดยประชาชนทุกคนจะต้องได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน โดยถือว่าเป็นสวัสดิการที่รัฐเป็นผู้จัดหาให้ สำหรับประเทศไทยได้มีการจัดรูปแบบระบบประกันสุขภาพทางสายกลาง คือ การผสมผสานระหว่างทั้งสองแนวความคิดโดยประชาชน (ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและยอมรับภาระค่าใช้จ่ายได้เอง) สามารถมีสิทธิเลือกประกันสุขภาพได้ตามความสมัครใจด้วยตนเอง ในขณะที่เดียวกันรัฐบาลก็เป็นผู้จัดหาประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนที่ไม่มีความสามารถเข้าถึงประกัน

สุขภาพร่วมด้วยอีกทางหนึ่ง ทั้งนี้ก็เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงโดยภาระค่าใช้จ่ายมีใช้อยู่ประปราย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพของประเทศไทย ไม่ใช่นโยบายสงเคราะห์ (อัมมาร สยามวาลา, 2544) ดังนั้น การดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะประสบความสำเร็จได้ ก็ต่อเมื่อนโยบายเหล่านั้นได้ก่อให้เกิดระบบประกันสุขภาพ ที่ได้มาตรฐานทั้งในด้านคุณภาพของการให้บริการและความทั่วถึงของการกระจายของทรัพยากรได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมารัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนไทยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะได้ปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรทรัพยากรรวมทั้งการจัดสรรงบประมาณให้มีความเหมาะสมผ่านโครงการที่สำคัญๆ โดยเฉพาะโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ทิปรุ จิรวิฑูริกุลชัย, 2564) แต่ยังคงพบว่ามีปัญหาสำคัญปรากฏอยู่และยังเป็นภาระที่จะต้องหาวิธีการในการแก้ไข โดยเฉพาะปัญหาเรื่องความไม่เป็นธรรม เช่น ความไม่เป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร ถึงแม้ว่าอัตราส่วนของทรัพยากรสุขภาพโดยรวมของประเทศจะดีขึ้น แต่ก็ยังพบว่ายังคงมีความแตกต่างทั้งด้านกำลังคน จำนวนสถานบริการ จำนวนเตียงในการจัดสรรระหว่างภูมิภาคต่างๆ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันในการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงและการใช้บริการของประชาชนในเขตเมือง และเขตชนบท มีโอกาสในการเข้าถึงบริการที่แตกต่างกันมาก เนื่องจากอุปทานด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนมีการจัดบริการให้กับประชาชนแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง เช่น โรงพยาบาลขนาดใหญ่จะอยู่ที่กรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่มากมาย แต่ในขณะที่พื้นที่ชนบทห่างไกลๆ กลับต้องขาดแคลน และประชาชนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องตามมาอีกมากมาย ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม ถ้าจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น ค่าพาหนะเดินทาง ค่าอาหาร ที่พัก เป็นต้น ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ที่ประชาชนได้รับส่วนใหญ่เป็นบริการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งทำให้มีสุขภาพดีน้อยกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค อีกทั้งการบริการด้านการรักษาพยาบาลพบว่ามีคุณภาพประสิทธิภาพ

ในหลายด้าน เช่น การใช้ยาเกินความจำเป็น ปัญหาเกี่ยวกับการจัดระบบเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในยามฉุกเฉิน และยังไม่มีการจัดอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

สำหรับการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ ที่เกิดมีความชัดเจนมากที่สุดประการหนึ่งคือ หลังจากมีการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (วิโรจน์ ณ ระนอง และอัญญา ณ ระนอง, 2545) โดยการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีการนำระบบการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) มาใช้ ทำให้มีผลกระทบทางการเงินกับสถานพยาบาลในระดับต่างๆ หลายประการ

ด้วยเหตุผลตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในรูปแบบและวิธีการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันว่ามีความเหมาะสมและเป็นธรรมเพียงใดโดยเฉพาะผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐได้รับงบประมาณเพียงพอ เป็นธรรมหรือไม่ในการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และหากยังมีข้อควรพิจารณาเพิ่มเติมเพื่อสร้างความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลให้หน่วยบริการดังกล่าวควรต้องพิจารณาประเด็นอะไรเพิ่มเติมอีกหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบและวิธีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดการบริการสาธารณสุขของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จัดสรรให้แก่หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราค่าใช้จ่ายต่อประชากรของงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับจากหน่วยงานหรือกองทุนที่ทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดการบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการจัดสรรงบประมาณในปัจจุบันของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นรายได้หลักของหน่วยบริการ โดยใช้หลักความเป็นธรรมเป็นเกณฑ์ในการสร้างแบบจำลองเปรียบเทียบผลการจัดสรรงบประมาณ

3. เพื่อเสนอแนะแนวทางการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดการบริการสาธารณสุข ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนสวัสดิการอื่นๆ ที่จัดสรรให้แก่หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีต่อไป

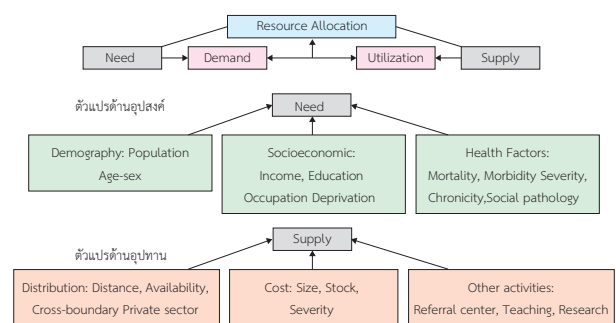
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเชิงนโยบายในการจัดสรรงบประมาณของกองทุนต่างๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการสาธารณสุข เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถจัดบริการให้กับประชาชนตามสิทธิต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

2. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยบริการ เพื่อทราบสถานะและพิจารณาหาแนวทางในการปรับปรุงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะข้อมูลทางบัญชีให้มีความถูกต้องครบถ้วนยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิด

การจัดสรรงบประมาณที่ดีต้องสะท้อนความจำเป็น (need) และองค์ประกอบด้านอุปทาน (supply) สำหรับการใช้บริการสุขภาพเป็นเพียงจุดเชื่อมต่อของความจำเป็นและความต้องการได้รับการตอบสนอง



ภาพที่ 1 แบบจำลองการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข (resource allocation model)

ที่มา จาก เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ (หน้า 154), โดย ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2543, พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร, ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ.

วิธีการศึกษา

การศึกษารูปแบบการจัดสรรงบประมาณรักษาพยาบาลรายหัวของคนไทยจากกองทุนสวัสดิการให้กับสถานบริการสุขภาพในประเทศไทยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยเก็บข้อมูลจากการศึกษาวิเคราะห์เอกสารการบริหารกองทุนต่างๆ ประกอบด้วย สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. มุ่งเน้นการวิเคราะห์รูปแบบและวิธีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขจาก 3 กองทุนหลักๆ ของประเทศ ประกอบด้วย สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากระบบบัญชีบริหารของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพปีงบประมาณ 2564 กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานสถิติแห่งชาติ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์และสร้างแบบจำลองการจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. ผู้วิจัยทำการศึกษาวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณโดยใช้หลักความเป็นธรรมเป็นเกณฑ์ตามแบบจำลองที่สร้างขึ้น โดยศึกษาเฉพาะกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้จัดสรรให้กับจังหวัดต่างๆ จำนวน 76 จังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) ในปีงบประมาณ 2564 ว่ามีเกณฑ์การจัดสรรอย่างไรแล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้หลักความเป็นธรรมเป็นตัวกำหนดในการจัดสรรงบประมาณเหล่านั้น

แหล่งที่มาของข้อมูล

ใช้ข้อมูลระดับทุติยภูมิ จากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานสถิติแห่งชาติ และข้อมูลอื่นๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการศึกษา

1. ศึกษาเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์รูปแบบและวิธีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขของ 3 กองทุนหลักๆ ของประเทศ ประกอบด้วย กองทุนประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. วิเคราะห์โดยดัดแปลงมาจากแบบจำลองเศรษฐมิติ (Arthur S. Goldberger, 1964) สำหรับการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยศึกษาเฉพาะงบประมาณรายหัวประเภทค่าบริการผู้ป่วยนอก ค่าบริการผู้ป่วยใน และค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคติดต่อประมาณบุคลากรออกก่อน เนื่องจากในการจัดสรรงบประมาณดังกล่าวไม่ได้รวมเงินเดือนของบุคลากรที่ให้บริการสาธารณสุข โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรตามและตัวแปรอิสระด้วยวิธี Ordinary Least Squares (OLS) ที่คำนึงถึงตัวแปรสำคัญ ทั้งด้านอุปสงค์และอุปทานในระบบบริการสาธารณสุข เพื่อทำนายความต้องการงบประมาณของแต่ละจังหวัด โดยแบบจำลองในการจัดสรรงบประมาณ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำนายความต้องการงบประมาณในแต่ละจังหวัด ดังนี้

$$BG = a + b_1 \text{PopUC} + b_2 \text{AMHI} + b_3 \text{DepRatio} + b_4 \text{OP} + b_5 \text{IP} + b_6 \text{HsvRatio} + b_7 \text{ACC}$$

โดยที่ BG หมายถึง จำนวนงบประมาณรายจ่ายของหน่วยบริการหักจำนวนเงินเดือนรายจังหวัด

Pop UC หมายถึง จำนวนประชากรของผู้มีสิทธิกองทุนหลักประกันสุขภาพ ณ 30 กันยายนรายจังหวัด AMHI หมายถึง ระดับรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน ปี พ.ศ. 2564 รายจังหวัด

DepRatio หมายถึง จำนวนประชากรวัยพึ่งพิง (อายุ 0-14 ปีและมากกว่า 60ปี) ปี พ.ศ. 2564 รายจังหวัด OP หมายถึง จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 รายจังหวัด

IP หมายถึง จำนวนรายของผู้ป่วยในที่มาใช้บริการเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 รายจังหวัด

HsvRatio หมายถึง สัดส่วนหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต่อประชากร สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 รายจังหวัด

ACC หมายถึง จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ปี พ.ศ. 2564 รายจังหวัด

หลังจากนั้นเมื่อได้งบประมาณจากแบบจำลอง (BG) แล้วจะนำไปเปรียบเทียบกับงบประมาณที่จังหวัดต่างๆ พึ่งได้รับ (Ex) ดังนี้

$$Rp = \frac{EX}{BG}$$

โดย $R_p =$ อัตราส่วนที่ได้รับจากการเปรียบเทียบระหว่าง Ex กับ BG

Ex = งบประมาณที่จังหวัดต่างๆ ได้จากการจัดสรร (expected allocation)

BG = งบประมาณที่ควรได้รับในปี 2564

p = จังหวัดที่ 1-76 (ยกเว้น กทม.)

ค่า R ที่ได้จะมีความหมายดังนี้

R เท่ากับ 1 หมายถึง การจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนด มีความสอดคล้องกับการจัดสรรงบประมาณโดยยึดหลักความเป็นธรรมหรือจัดสรร

R มากกว่า 1 หมายถึง การจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนด ต่ำกว่างบประมาณที่สมควรได้รับโดยยึดหลักความเป็นธรรม จึงควรได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม

R น้อยกว่า 1 หมายถึง การจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนด สูงกว่างบประมาณที่สมควรได้รับโดยยึดหลักความเป็นธรรม หรือควรได้รับการจัดสรรงบประมาณลดลง

ผลการศึกษา

1. ด้านการวิเคราะห์รูปแบบและวิธีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขของ 3 กองทุนหลักๆ ของประเทศ มีความแตกต่างกันทั้งด้านหลักการที่มาของการจัดตั้งกองทุน ที่มาและจำนวนงบประมาณ การกำหนดสิทธิประโยชน์ กลไกในการจัดสรรงบประมาณ ประเภทของหน่วยบริการที่เป็นผู้ให้บริการของแต่ละกองทุน รวมทั้งอัตราค่าบริการในแต่ละสิทธิ ล้วนมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากการก่อเกิดของแต่ละกองทุน มีความแตกต่างกัน และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความแตกต่างจากกองทุนอื่น ๆ ในด้านการจัดสรรงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานที่จัดสรรงบประมาณครอบคลุมบริการระดับบุคคลสำหรับคนไทยทุกคนรวมผู้ที่อยู่ภายใต้สิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้วย โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 พบว่าหน่วยบริการได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด จำนวน 96,751,883,432.10 บาท (64.67 %) รองลงมาได้รับการจัดสรรจากสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จำนวน 30,121,391,821.25 บาท (20.13%) และได้รับจัดสรร

จากกองทุนประกันสังคม จำนวน 22,746,641,461.57 บาท (15.20%) โดยเขตที่ได้รับงบประมาณในภาพรวมมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 9 ได้รับงบประมาณทั้งสิ้น 17,375,038,511.95 บาท (11.61%) รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 6 ได้รับงบประมาณ 15,713,229,520.73 บาท (10.50%) และเขตสุขภาพที่ 1 ได้รับงบประมาณ 14,715,584,049.82 บาท (9.84%) ตามลำดับ ส่วนเขตที่ได้รับงบประมาณในภาพรวมน้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 3 ได้รับงบประมาณทั้งสิ้น 7,283,860,720.40 บาท (4.87%) รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 2 ได้รับงบประมาณ 8,851,004,031.47 บาท (5.92%) และเขตสุขภาพที่ 10 ได้รับงบประมาณ 11,134,000,559.78 บาท (7.44%) ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณรักษายาบาลรายหัวในแต่ละกองทุน พบว่า สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจัดสรรงบประมาณต่อหัวสูงสุดเฉลี่ย 5,502.92 บาท/ประชากร รองลงมาคือ กองทุนประกันสังคม เฉลี่ย 2,579.56 บาท/ประชากร และต่ำที่สุดคือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เฉลี่ย 2,205.02 บาท/ประชากร โดยเขตที่ได้รับจัดสรรงบประมาณต่อหัวที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ 9 เฉลี่ย 2,912.82 บาท/คน/ปี ได้รับจัดสรรรองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 2 เฉลี่ย 2,851.35 บาท/คน/ปี และเขตสุขภาพที่ 3 เฉลี่ย 2,804.84 บาท/คน/ปี ตามลำดับ ส่วนเขตสุขภาพที่ได้รับงบประมาณต่อหัวน้อยที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ 4 ได้รับจัดสรรเฉลี่ย 2,025.76 บาท/คน/ปี รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 6 เฉลี่ย 2,108.11 บาท/คน/ปี และเขตสุขภาพที่ 12 เฉลี่ย 2,378.60 บาท/คน/ปี ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแบบจำลองทางเศรษฐมิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS Version 24 ได้ผลการคำนวณ ดังนี้

$$BG = (-193456105) + (2499.114 * \text{PopUC}) - (359.594 * \text{AMHI}) + (66.159 * \text{Dep}) - (11.498 * \text{OP}) - (2,222.89 * \text{IP}) + (4,446.509 * \text{HsvRatio}) - (8.875 * \text{ACC})$$

ซึ่งเมื่อนำค่า (BG) ที่ได้จากสมการของแต่ละจังหวัดเปรียบเทียบ งบประมาณงบประมาณที่จังหวัดต่างๆ ได้รับจากการจัดสรร (EX) พบว่ายังมีความไม่มีความเป็นธรรมในการจัดสรรด้วยระบบปัจจุบัน โดยมีจังหวัดที่ได้รับงบประมาณมากกว่าที่ควรได้รับตามแบบจำลองหรือค่าสัดส่วนน้อยกว่า 1 (R_p น้อยกว่า 1) จำนวน 35 จังหวัดหรือคิดเป็นร้อยละ 46.05 โดยจังหวัดที่ได้รับงบประมาณมากกว่าที่ควรได้รับมากที่สุดคือ จังหวัดสมุทรสงคราม ($R_p = 0.05$) ได้รับ

งบประมาณเกินไปเป็นร้อยละ 49.51 รองลงมาจังหวัดอ่างทอง (Rp = 0.76) ได้รับงบประมาณเกินไปเป็นร้อยละ 23.77 และจังหวัดชัยนาท (Rp = 0.76) ได้รับงบประมาณเกินไปเป็นร้อยละ 22.80 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดที่ได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับตามแบบจำลองหรือมีค่าสัมมากกว่า 1 (Rp มากกว่า 1) จำนวน 37 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 48.68 จังหวัดที่ได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับมากที่สุดคือ จังหวัดสระบุรี (Rp = 1.40) ได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับร้อยละ 46.05 รองลงมา คือ จังหวัดราชบุรี (Rp = 1.32) ได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับร้อยละ 33.39 และจังหวัดภูเก็ต (Rp = 1.30) ได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่ควรได้รับร้อยละ 32.04 ตามลำดับ โดยมีเพียง 4 จังหวัดเท่านั้นที่ได้รับงบประมาณสอดคล้องกับแบบจำลองที่กำหนด (Rp=1) คือ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย จังหวัด นครราชสีมาและจังหวัดระนอง

อภิปรายผล

1. การกำหนดวิธีการจัดสรรงบประมาณ มีผลต่อการได้รับชดเชยค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น การที่กรมบัญชีกลางใช้วิธีการเบิกจ่ายตรงโดยหน่วยบริการสามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายแบบรายการที่เบิกจริง (fee for service) และตามรายการ (Fee schedule) จะทำให้หน่วยบริการมีรายรับจากการให้บริการมากกว่าการเรียกเก็บจากกองทุนซึ่งใช้ระบบการจัดสรรงบประมาณรักษาพยาบาลรายหัว คือ กองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. อัตราค่าต่อหัวประชากร มีความสัมพันธ์กับการกำหนดวงเงินของแต่ละกองทุน หากเป็นกองทุนปลายปิด (Closed end) คือ กองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะใช้วิธีการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวของคนไทย ทำให้หน่วยบริการได้รับการจัดสรรงบประมาณที่ค่อนข้างจำกัดตามจำนวนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากรัฐบาล หากมีภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกินก็จะตกเป็นภาระของหน่วยบริการ

สรุปผล

1. วิธีการจัดสรรเงินสวัสดิการข้าราชการโดยเบิกจ่ายตรงให้หน่วยบริการ (fee for service) และตามรายการ

(Fee schedule) เทียบกับ กองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จัดสรรให้แก่หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยเหมาจ่ายรายหัว ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 พบว่ามีความแตกต่างกันด้านรายรับของหน่วยบริการอย่างชัดเจน ดังนี้

ประเภท	รายรับค่าบริการสาธารณสุข	ร้อยละ
สวัสดิการข้าราชการ	22,746,641,461.57	15.20
ประกันสังคม	30,121,391,821.25	20.13
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	96,751,883,432.10	64.67
รวม	149,619,916,714.91	100.00%

ที่มา: จาก การคำนวณ (2564)

2. ในการวิเคราะห์อัตราค่าใช้จ่ายรายหัว ที่หน่วยบริการได้รับจากสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีอัตราต่อหัวประชากรไทยที่แตกต่างกัน ดังนี้

ประเภท	อัตราต่อหัวประชากร (บาท/คน)
สวัสดิการข้าราชการ	5,561.62
ประกันสังคม	2,579.56
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	5,155.28

ที่มา: จาก การคำนวณ (2564)

3. แนวทางการจัดสรรจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุข ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้หน่วยบริการสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อพิจารณาด้านความสอดคล้องกับแนวคิดของความเป็นธรรมตามสมการแบบจำลองทางเศรษฐมิติที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมานั้น พบว่ามีเพียง 4 จังหวัด (5.26%) เท่านั้นที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม ส่วนจังหวัดอื่นๆ มีจังหวัดที่ได้รับงบประมาณเกินกว่าที่ควรจะได้รับจำนวน 35 จังหวัด (46.05%) และจังหวัดที่ได้รับงบประมาณต่ำกว่าที่ควรจะได้รับ 37 จังหวัด (48.68%)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลการจัดสรรงบประมาณรักษาพยาบาลรายหัวของคนไทยจากกองทุนสวัสดิการให้กับสถานบริการสุขภาพในประเทศไทยในหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในที่ใช้ข้อมูลจากระบบบัญชีบริหารของหน่วยบริการเป็นหลัก พบว่ายังมีความคลาดเคลื่อนเนื่องจากความเข้าใจในการลงข้อมูลทางบัญชียังมีความแตกต่างกันอยู่บ้าง ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลดังกล่าวและมีการทวนสอบ

จากผู้บริหารแต่ละระดับ เพื่อให้การคำนวณงบประมาณจ่ายรายหัวของคนไทยในแต่ละกองทุนมีความใกล้เคียงความจริงมากที่สุด และจะเป็นประโยชน์ในการบริหารหน่วยบริการและการจัดสรรงบประมาณในภาพรวมของประเทศก็จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. การศึกษาวิเคราะห์การจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแบบจำลองทางเศรษฐมิติ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 พบว่ามีหลายจังหวัดได้รับงบประมาณมากกว่าที่พึงได้รับและหลายจังหวัดได้รับงบประมาณน้อยกว่าที่พึงได้รับ ดังนั้นผู้ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมหรือลดการจัดสรรในบางจังหวัด โดยพิจารณาถึงรายละเอียดและสถานะทางการเงินของแต่ละจังหวัดประกอบในการเพิ่มหรือลดการสนับสนุนงบประมาณ เช่น จัดสรรเพิ่มตามปริมาณผลงาน หรืออุดหนุนงบประมาณในลักษณะแผนงานโครงการ เพื่อชดเชยส่วนที่ขาดหรือลดส่วนที่เกินในบางจังหวัด

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานะทางการเงินของสถานพยาบาล เช่น การวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงิน ความสามารถในการอยู่รอดของหน่วยบริการ เพื่อเป็นการยืนยันความถูกต้องจากผลการวิเคราะห์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Ammar Siamwalla. (2001). Universal Health Coverage: Policy Goals. TDRI Report No. 30. Bangkok: Thailand Development Research Institute. (in Thai).
- Arthur S. Goldberger. Econometrics Theory. New York : John Wiley & Sons Inc., 1971.
- Chueathai, Somyot. (2006). Theory of Law: Philosophy of Law. (2nd Edition). Bangkok: Winyuchon Publishing. (in Thai).
- Civil Servant Medical Welfare Manual. (2017). Office of the Treasury Area 8 and the Provincial Treasury Office in Area 8: Suratthani.(in Thai).
- Culyer, A. J. (1991). *Health expenditures and equity* (discussion paper 83, pp.30-67) York, University of York, Centre for Health Economics.
- Faamnuyaphon, Penit and Suppasit Phannarunothai. (2002). Development of a tool kit to measure health fairness by relying on the community mechanism. Nonthaburi. (in Thai).
- Handbook for the people. (2022). The Facilitation of Government Authorization Act, B.E. 2558 (2015). Nonthaburi: Social Security Office Ministry of Labor. (in Thai).
- Kitiphath Nonthapatamadul. (1994). Good health for all. Bangkok : Srichai Printing. (in Thai)
- Mooney, G (1987). *What does equity in health mean?*. Copenhagen, University of Copenhagen, Institute of Social Medicine.
- National Health Security Office. (2021). Manual of National Health Security Fund Administration. Bangkok: Sahamit Printing and Publishing Company Limited. (in Thai).
- Office of Policy and Strategy. (2011). Thai Public Health 2008-2010. Bangkok: Shipping and Parcel Organization Printing House. (in Thai).
- Phannarunothai, (2000). Health economics in the era of health system reform. Phitsanulok: Naresuan University, Health Justice Research and Monitoring Center. (in Thai).
- Phannarunothai, Suphasit. (2005). Health fairness: lessons from universal health coverage in Thailand. Documents for academic seminars, Bangkok: The year of publication does not appear. (in Thai).
- Teepakorn Jithitikulchai (2021) Developing Sustainable Fiscal Efficiency for the Health Security System and Human Resource Allocation Model for Health : Health Systems Research Institute (HSRI). (in Thai).
- Wirot Na Ranong and Anchana Na Ranong. (2002). Monitoring and evaluating the implementation of the project “30 baht treatment All diseases” of the Ministry of Public Health. Thailand Development Research Institute (TDRI). (in Thai).
- World Health Organization, THE WORLD BANK (2021). *Tracking Universal Health Coverage 2021 Global Monitoring Report*, World Health Organization 20, Avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Switzerland.