

สาเหตุที่โรงพยาบาลของรัฐ (เฉพาะในสังกัด สำนักงานปลัด) ขาดทุน

thaidialogue / 3 Jul 2017

ปวดหัวอาจจะมาจากหลายสาเหตุ ต้องวิเคราะห์ความเป็นไปได้เป็นเรื่อยๆ ไป ไม่มีวิวิเศษขนานเดียวแก้โรคปวดหัวจากทุกสาเหตุ เรื่องโรงพยาบาลขาดทุนก็ทำนองเดียวกัน

คราวที่แล้วนำข้อเสนอปฏิรูประดับระบบการให้บริการสุขภาพมาเสนอแล้ว คราวนี้ขอกลับไปทบทวนสาเหตุของปัญหาในโรงพยาบาล แยกตามลักษณะของปัญหา และทางแก้ปัญหาเฉพาะกลุ่ม

สาเหตุของปัญหาทางการเงินของหน่วยบริการและข้อเสนอแนะทางแก้ปัญหา

1. ปัญหาด้านการเงินที่เกิดกับหน่วยบริการอันมีที่มาจากส่วนกลางหรือภาพรวมมี 3 ด้านคือ ก. เงินจำนวนรวมไม่พอ ข. การจัดสรรไม่เหมาะสม และ ค. การบริหารจัดการไม่ดี ข้อมูลจากการศึกษาของผู้บริหารจัดการ โครงการจากบททดลองโดยรวม มีข้อบ่งชี้ว่าจำนวนเงินโดยรวมเริ่มไม่พอ และถ้าหากว่ายังหาข้อสรุปไปในทางอื่นไม่ได้ สปสข. ควรหยุดการเพิ่มสิทธิประโยชน์ไว้ก่อน แต่เรื่องนี้อยู่นอกขอบเขตการทำงานของคณะกรรมการฯ ส่วนอีกสองด้านที่เหลือเป็นเนื้อหาของบทนี้
2. ปัญหาเชิงโครงสร้างที่ทำให้รายได้ไม่พอกับรายจ่าย (ปัญหาของโรงพยาบาลไม่ใช่ปัญหาของบุคคล) ที่ต้องการการแก้ไขระดับกระทรวงหรือกระทรวงร่วมกับสปสข
3. ข้อเสนอแนะ.

3.1. ข้อเสนอแนะที่ 1 ปัญหาเกิดมาจน แก้ปัญหาด้วยการจ่ายแบบขั้นบันไดเพื่อให้ครอบคลุมต้นทุน โรงพยาบาล โรงพยาบาลขนาดเล็กบางแห่งจำเป็นต้องให้เกิดขึ้นเพื่อให้บริการประชาชนในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่ที่ประชากรเบาบาง ตามนโยบายของรัฐที่จะให้มีโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอของประเทศไทย โรงพยาบาลแบบนี้ไม่ได้ economy of scale ในการดำเนินการ จึงมีค่าใช้จ่ายจำนวนหนึ่งเป็นต้นทุนคงที่ที่สูงกว่ารายได้ที่ทำได้ ดังนั้น การขาดทุนจากการดำเนินงานเป็นปัญหาของตัวโรงพยาบาลนั่นเองและนานไปก็กลายเป็นปัญหานี้ล้นล้นพันตัว เรื่องนี้ไม่อาจเยียวยาอาการรื้อแล้วได้ด้วย การหยอดน้ำเกลือ แบบให้เงินไปที่ละครั้งเพื่อพุงไว้ตามแต่จะมีเสียงเรียกร้อง แต่ควรแก้ไขให้พื้นที่ได้จริง โดยดำเนินการจาก 2 ด้านคือ

- 3.1.1. กระทรวงสาธารณสุขประเมินต้นทุนคงที่ที่จำเป็น เพื่อให้ดำรงการให้บริการขั้นต่ำที่หน่วยบริการหนึ่งพึงมีในระดับคุณภาพที่กำหนดเอาไว้ให้ได้ โดยไม่ใช่จำนวนเตียงเป็นบรรทัดฐานเพียงปัจจัยเดียว เพราะอัตราการครองเตียงของหน่วยบริการขนาดเล็กก็ค่อนข้างต่ำ
- 3.1.2. สปสข. เปลี่ยนการเหมาจ่ายรายหัว โดยคำนึงถึงจำนวนประชากรด้วยและจ่ายเงินรายหัวเพิ่มให้โรงพยาบาลขนาดเล็กเพื่อสะท้อนความพยายามจะช่วยให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการได้ในพื้นที่ได้และสะท้อนความเป็นจริงที่ว่า โรงพยาบาลชุมชนส่วนมาก ให้บริการประชากรในระบบสปสข. เกือบทั้งหมด ตามหลักเศรษฐศาสตร์เป็นการจ่ายเพื่อให้คุ้มกับค่าบริการในพื้นที่ที่ไม่คุ้มกับการบริการตามปกติ
- 3.1.3. ข้อเสนอแนะมี 2 แบบ คือ เหมาจ่ายแบบกำหนดจำนวนประชากร UC ขั้นต่ำที่ 30,000 คน กับเหมาจ่ายแบบขั้นบันไดเพื่อให้เป็นธรรมมากขึ้นกับโรงพยาบาลที่มีประชากร UC ต่างกัน และสอดคล้องกับหลักการประกันภัยด้วย เช่น จ่ายเป็น 2 ช่วง ตัดช่วงแรกที่ 15,000 คน กับจ่ายเป็น 3 ช่วง ตัดทีละ 10,000 คน การตัด 3 ช่วง จะเป็นธรรมมากกว่า

3.1.4. แสดงการเหมาจ่ายรายหัวแบบขั้นบันได โดยเหมารวมงบ OP และ IP แบบง่าย ที่โรงพยาบาลขนาดเล็ก ให้บริการได้

ภาพที่ 7.1 ตัวอย่างจำนวนเงินที่โรงพยาบาลขนาดเล็กได้รับถ้าจ่ายเงิน UC แบบขั้นบันได

อัตราการจ่ายผู้ป่วยนอก 1103 บาท

อัตราการจ่ายแบบขั้นบันได

0-10000	1800 บาท
10000-20000	1200 บาท
20000-30000	900 บาท
30000 up	874 บาท

HospitalCode	PopUC	10000	10000-20000	20000-30000	30000 up	สูตรใหม่	สูตรเดิม
		1800	1200	900	874		
10849	2,155	2,155	-	-	-	3,879,000.00	2,376,965.00
10824	3,491	3,491	-	-	-	6,283,800.00	3,850,573.00
23736	10,029	10,000	29	-	-	18,034,800.00	11,061,987.00
10804	30,020	10,000	10,000	10,000	20	39,017,480.00	33,112,060.00
11442	50,013	10,000	10,000	10,000	20,013	56,491,362.00	55,164,339.00
10956	100,141	10,000	10,000	10,000	70,141	100,303,234.00	110,455,523.00
10675	209,432	10,000	10,000	10,000	179,432	195,823,568.00	231,003,496.00
10679	306,843	10,000	10,000	10,000	276,843	280,960,782.00	338,447,829.00
10682	401,928	10,000	10,000	10,000	371,928	364,065,072.00	443,326,584.00

3.1.5. การจ่ายเงินให้พอกับความจำเป็นของโรงพยาบาลจะลดภาระและความกังวลของแพทย์ผู้อำนวยการด้านการเงิน ทำให้แพทย์สามารถใส่ใจกับการให้บริการด้านสุขภาพ ได้ดียิ่งขึ้น

3.1.6. โรงพยาบาลที่ประชากรน้อยและมีปัญหาเพิ่มในด้าน geographical location ทำให้ transportation cost และ transaction cost สูง หากจำเป็นต้องจัดสรรเงินเพิ่ม ควรพิจารณาเพิ่มเติมด้วยหลักการอื่น หลังจากจัดสรรเงินตามจำนวนประชากรในสิทธิ UC แล้ว

3.1.7. สิ่งที่พึงแก้ไขเพิ่มเติม เมื่อแก้ไขปัญหาหายไปได้แล้ว จำเป็นต้องพิจารณาดำเนินการสะสางหนี้เก่าที่พอกพูนอยู่ อย่างเป็นขั้นต้นต่อไป

3.2. ข้อเสนอแนะที่ 2 ปัญหาสายน้ำเปลี่ยนทาง แก้ปัญหาด้วยทีมพัฒนาธุรกิจ โรงพยาบาลที่ over capacity คือ มีประชากรทุกสิทธิน้อย แต่มีอาคาร อุปกรณ์ ฯลฯ แล้ว ซึ่งอาจเกิดได้แม้ในปัจจุบัน เช่น ประชากรจำนวนหนึ่งย้ายสิทธิไปตามการแบ่งอำเภอ แบ่งจังหวัด ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของกระทรวงสาธารณสุข ควรจัดทีมพัฒนาศึกษาเป็นรายโรงพยาบาล และกำหนดแผนร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงบางส่วนเป็นสถานพักฟื้น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ หรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง ฯลฯ ตามศักยภาพของพื้นที่และความเป็นไปได้ในด้านความยั่งยืน ในเรื่องนี้ควรจัดจ้างผู้มีความรู้ความชำนาญและมีผลงานด้านการทำ turn around ธุรกิจ หรือพัฒนาธุรกิจมาก่อนแล้ว เป็นที่ศึกษาและนำเสนอจนถึงขั้นลงมือดำเนินการ เมื่อได้ข้อสรุปแล้ว จึงเป็นเรื่องที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและส่วนงานในกระทรวงร่วมกันทำให้เกิดต่อไป

3.3. ข้อเสนอแนะที่ 3 ปัญหาแย่งผู้ป่วยจากการแยก ขยาย และยกระดับ โรงพยาบาล แก้ปัญหาด้วยการวางแผนการลงทุนเป็นเครือข่าย การที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งลงทุนขยายงาน ไม่ว่าจะเข้าไปเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลอื่นหรือหวังว่าจะได้รายได้เพิ่มจากคำรักษาพยาบาล ก็เป็นการแย่งผู้ป่วยสิทธิต่างๆ มาจากโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้ว การลงทุน

จึงอาจจะสร้างปัญหารายได้ไม่พอกับรายจ่ายในโรงพยาบาลอื่นๆ แทน ดังนั้น การจะลงทุนจำเป็นต้องประเมินรอบด้าน โดยหน่วยบริการ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานประมาณ ในประเด็นต่อไปนี้

- 3.3.1. ดูความเหมาะสมและสอดคล้องของการลงทุนเทียบกับนโยบายสาธารณสุขของประเทศ และผลกระทบที่จะเกิดกับหน่วยบริการอื่นๆ และประเมินความยั่งยืนของการลงทุน (sustainability) คือ การที่จะมีกระแสเงิน (รายได้) เข้ามาเพียงพอที่จะดูแลสินทรัพย์ให้อยู่ในสภาพดีและให้บริการได้ตามวัตถุประสงค์ โดยไม่กลับมาเป็นภาระต่อโรงพยาบาลและต้องงบประมาณ เว้นแต่เป็นการลงทุนตามยุทธศาสตร์ประเทศซึ่งสังคมต้องยอมรับ (ผ่านการได้เงินอุดหนุน)
- 3.3.2. วางกลยุทธ์การลงทุนเป็นเครือข่ายให้มีความชำนาญพิเศษต่างๆ กันในเขตเดียวกัน (บทบาทของเขตจะกล่าวต่อไปในข้อ 731)
- 3.3.3. หน่วยบริการทำแผน “งาน คน เงิน” ประจำปีที่สะท้อนสถานะการเงินของหน่วยบริการและสอดคล้องกับระเบียบการใช้เงินรายได้และเงินบำรุง (การออกระเบียบต่างๆ จะกล่าวต่อไปในข้อ 722 เป็นต้นไป)
- 3.4. **ข้อเสนอแนะที่ 4** บางหน่วยบริการมีปัญหาจากการที่ประชาชนเลือกไปใช้บริการของโรงพยาบาลใหญ่ที่อยู่ใกล้ๆ กระทรวงควรพิจารณาออกระเบียบเพื่อช่วยหน่วยบริการแก้ปัญหาเรื่องผู้ป่วยเลือกโรงพยาบาลใหญ่ โดยการให้ดำเนินการตามสิทธิอย่างเคร่งครัดและใช้ระบบ refer ทุกราย ผู้ลี้ดขึ้นตอนจะต้องจ่ายเองหรือร่วมจ่ายบางส่วน (ดูข้อ 719 ร่วมด้วย)
- 3.5. **ข้อเสนอแนะที่ 5** ปัญหาจากการได้ทุกขลาภ งานรักษาพยาบาลมักได้รับความช่วยเหลือจากผู้ใจบุญ นักการเมือง ฯลฯ แต่มักได้มาแต่อาคาร โดยหน่วยบริการต้องใช้เงินตนเองลงทุนในอุปกรณ์ ค่าสาธารณูปโภค ค่าบริหารอาคาร ตลอดจนค่าบุคลากรทางการแพทย์เพิ่ม ซึ่งหากไม่มีรายได้มากพอ ก็จะขาดทุนในที่สุด ค่านิยมในการบริจาคให้โรงพยาบาลเป็นเรื่องที่ดี แต่เงินทุกก้อนที่ได้รับมาควรต้องครบทั้งอาคารและอุปกรณ์ และกันส่วนหนึ่งไว้เป็นค่าดำเนินการในระยะยาว เช่น ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีมูลนิธิ หรือผู้บริจาคตั้งโรงเรียนไทยรัฐวิทยามีมูลนิธิไว้เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของโรงเรียน **ปัญหาการจัดสรรเงินและจ่ายเงินให้หน่วยบริการ (ปัญหาของสำนักงานไม่ใช่ปัญหาของกองทุนฯ) ซึ่งต้องการการแก้ไขโดยสำนักงานของสปสข.**
- 3.6. **ข้อเสนอแนะที่ 6** สปสข. ควรวาง road map เพื่อการจัดสรรที่ชัดเจน ภาคการณได้ สปสข. ควรคำนึงถึงว่าทุกครั้งที่ สปสข. เปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบ เช่น จัดสรรงบไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งจ่ายก่อนเรียกคืนที่หลัง เป็นปัญหาต่อหน่วยบริการอย่างน้อย 2 ประเด็น คือ

 - 3.6.1. การขาดทุนของหน่วยบริการบางแห่งเกิดจากการลงทุนผิดพลาดเพราะการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรอย่างกระทันหัน เพื่อแก้ปัญหากการจัดสรรที่เปลี่ยนบ่อย สถาบันเอเชียศึกษาเสนอให้ สปสข. วาง road map เพื่อให้การทำงานต่อเนื่อง เพื่อให้ฝ่ายบริการวางแผนการลงทุนให้บริการได้ หากมีการเปลี่ยนแปลงแนวทาง ควรมียังเงินรองรับหน่วยบริการที่ได้รับผลกระทบ
 - 3.6.2. การเปลี่ยนแปลงทุกครั้งก่อให้เกิด operation cost ในการปรับระบบคอมพิวเตอร์เพื่อเตรียมข้อมูลและรายงานในการเบิกเงิน

เรื่องอื่นๆ ยังมีต่ออีกมากมาย ไม่ขอนำมาลงไว้ในที่นี้ แต่ขอเรียนว่า “รายงานของคณะกรรมการพิจารณา



ปัญหาสถานะทางการเงินและปรับปรุงระบบการเงินและบัญชีของหน่วยบริการ สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข” นี้ เป็นผลงานที่ดิฉันในฐานะประธานคณะกรรมการฯ ภูมิใจ เพราะ (๑) ได้ข้อมูลตรงทั้ง ฝ่ายโรงพยาบาล กระทรวง และสปสช (๒) ลงพื้นที่ทำงานวิจัยภาคสนาม และทำงานในสำนักงาน ประกอบกับ (๓) ผู้ร่วมงาน เป็น “มืออาชีพ” ในด้านนั้นๆ เช่น การวิเคราะห์ต้นทุน โรงพยาบาลผู้ทำเป็นนักบัญชีต้นทุน ที่มีอาชีพตรงในด้านนี้ เป็นต้น ทำให้ได้ต้นทุนโรงพยาบาลรายโรง ที่เลือกมาศึกษา ทั้งที่มีปัญหาและ ไม่มีปัญหา (ใช้เป็นตัวเทียบ) และยังได้ต้นทุนรายกองทุนอีกด้วย และทุกฝ่ายต่างก็ลงพื้นที่ด้วยตนเอง (๔) มีการร่วมกันคิดโดยผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ระดับต่างๆ และผู้บริหารในส่วนกลาง ส่วนการประมวลรวมและประเมินออกมาเป็นข้อเสนอแนะ มาจากการประชุมกลุ่มใหญ่ กลุ่มเล็ก และการสนทนากับอีกหลายๆ ฝ่าย (๕) ศึกษาเพิ่มเติมจากแนวปฏิบัติในต่างประเทศเพื่อประกอบความคิด และยังทำได้ลู่ตามเวลาที่กำหนดอีกด้วย สำหรับการนำไปใช้ หรือปรับปรุงต่อไป เป็นเรื่องของฝ่ายปฏิบัติซึ่งอยู่นอกอำนาจและหน้าที่เฉพาะกิจที่ได้รับมา

งานเขียนและการออกความเห็นอีกบางส่วนเป็นความเห็นที่คิดขึ้นมาใหม่บ้าง เป็นความเห็นกลุ่มย่อยบ้าง แต่ก็ทบทวนร่วมกัน ก่อนนำเสนอเวอร์ชันสุดท้าย จึงเชื่อว่าไม่มีข้อเสนอใดที่ดึงดันเห็นดีเห็นงามอยู่คนเดียวแล้วไปส่งไปเป็นความเห็นร่วม

แต่ขอกล่าวเพิ่มไว้ ณ ที่นี้เลยว่า จากประสบการณ์การทำงาน ยังมีหลุมดักอีกหลายด้าน คือ

1. idea กับสิ่งที่ทำได้จริง ห่างกันอยู่ จะทำ idea ให้เกิดผล ต้องการผู้ปฏิบัติที่ใส่ใจ ใจให้เวลา และมีความสามารถในงานที่จะทำ เพื่อ craft ให้ idea กลายเป็นงานที่สำเร็จ ถ้า idea ไม่เกิดผล ต้องกลับไปดูว่า การลงมือทำเป็นอย่างไร คิดทศ คิดเจตนาธรรมณ์ มีประโยชน์ที่แอบแฝง หรือบกรพร่อง บ่อยครั้งที่ไอเดียดีๆ execute ไม่เก่งแล้วโทษว่าไอเดียไม่ดี
2. หลายครั้ง idea ดี กลับว่าไม่ดี เพราะไม่ถูกใจ ไม่สมประโยชน์ฝ่ายตน
3. idea นั้น ถ้าแก่อ่านพาดหัวข่าว “จำเอาแต่ศัพท์จับ ไปกระเดียด” มโนที่เหลือเอาเองตามความพอใจส่วนตน idea ดีแค่ไหนก็เสียเปล่า

4. การจะฟัง idea ให้เข้าใจ ต้องฟังให้ครบ ฟังทั้งส่วนที่อยากฟัง และไม่อยากฟัง แล้วคิดใคร่ครวญ จนเข้าใจ โดยยึดประโยชน์ส่วนรวมและความยั่งยืนของระบบเป็นตัวตั้ง ตามหลัก “เข้าใจ” “เข้าถึง” จึงจะ “พัฒนา” ได้
5. idea ที่กลายเป็นข้อเสนอบางเรื่องขัดแย้งต่อกัน จึงออกมาเกี่ยวข้องกับตามที่ตนได้ประโยชน์ ย่อมไปไม่รอด