

รายงานผลการศึกษา

โครงการวิจัยพัฒนาโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด A Model Development for Provincial Health Account

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์¹

นิพนธ์ โตวิวัฒน์³

วีระศักดิ์ พุทธาศรี²

วลัยพร พัทธนกุล²

จิตปรานี วาศวิท²

พัชนี ธรรมวันนา¹

สุธีรดา ฉิมน้อย¹

¹สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

²สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

³สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาจากองค์การอนามัยโลก

ตุลาคม พ.ศ. 2552

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ประเทศไทยมีการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Account, NHA) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา โดยประยุกต์ใช้แบบการจัดทำบัญชี (account matrix) แบบง่ายขององค์การอนามัยโลก และต่อมาในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติในระยะที่สองถึงปัจจุบัน ได้นำกรอบแนวคิดการกระจายบัญชีรายจ่ายสุขภาพของประเทศในกลุ่ม OECD (the OECD Satellite Health Account framework, SHA) มาประยุกต์ใช้ แต่ข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและติดตามการดำเนินงานของระบบต่างๆ ได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ไม่สามารถให้ข้อมูลที่เพียงพอสำหรับกำหนดยุทธศาสตร์การลงทุนของภาครัฐที่สำคัญบางเรื่อง เช่น ค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐต้องใช้เพื่อลงทุนด้านบริการปฐมภูมิควรจะเป็นเท่าไร ฉะนั้นกลุ่มนักวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงพยายามที่จะพัฒนาการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพดังกล่าว ให้ครอบคลุมลงไปถึงระดับจังหวัด (Provincial Health account, PHA)

โครงการวิจัยพัฒนาโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากองค์การอนามัยโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากรอบแนวคิดการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด ประเมินสถานการณ์ระบบข้อมูลข่าวสารค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภาครัฐ สร้างโมเดลในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด และศึกษานำร่องการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพของภาครัฐในระดับจังหวัด

วิธีการศึกษาประกอบด้วยการทบทวนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องของต่างประเทศและการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย การพัฒนากรอบแนวคิด/ออกแบบ/สร้างโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด การจัดประชุมปรึกษา/ระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ การประเมินความเป็นไปได้ในการศึกษา การจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในจังหวัดนำร่อง การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานของจังหวัดร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งการจัดทำรายงานผลการศึกษาและเผยแพร่ โดยคาดหวังว่ากรอบแนวคิดและโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพและระบบข้อมูลข่าวสารจะถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลรายจ่ายสุขภาพในระดับจังหวัดต่อไป

การศึกษานี้เป็นการทดสอบความเป็นไปได้ของการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด โดยเก็บข้อมูลจากสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการและพัฒนาาระบบบริการ ซึ่งเป็นฐานข้อมูลเดิมที่มีอยู่ในจังหวัด จากการศึกษาทั้ง 2 กรณีศึกษา คือ จังหวัดอุทัยธานีและสมุทรสงคราม พบว่ามีความเป็นไปได้ในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด และสามารถวิเคราะห์บัญชีรายจ่าย จำแนกตามแหล่งรายจ่ายของเงิน ประเภทกิจกรรมบริการสุขภาพ และผู้จัดบริการ

จังหวัดอุทัยธานีมีรายจ่ายสุขภาพทั้งจังหวัด 1.2 พันล้านบาท เป็นรายจ่ายที่มาจากแหล่งกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมบัญชีกลาง ร้อยละ 30.6, 19.9 และ 17.5 ตามลำดับ รายจ่ายสุขภาพจำแนกเป็นงานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน และงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เท่ากับร้อยละ 33.6, 29.8 และ 17.5 ตามลำดับ ผู้จัดบริการสุขภาพที่

สำคัญ คือ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และ องค์การปกครองท้องถิ่น เท่ากับร้อยละ 39.4, 31.2 และ 13.5 ตามลำดับ

จังหวัดสมุทรสงครามมีรายจ่ายสุขภาพทั้งจังหวัด 672 ล้านบาท เป็นรายจ่ายที่มาจากแหล่ง กระทรวงสาธารณสุข กรมบัญชีกลาง และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 36.5, 21.8 และ 14.7 ตามลำดับ โดยรายจ่ายสุขภาพจำแนกเป็นงานบริการผู้ป่วยใน งานบริการผู้ป่วยนอก และ งานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เท่ากับร้อยละ 36.4, 34.9 และ 8.2 ตามลำดับ ผู้จัดบริการสุขภาพที่สำคัญ คือ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และ คลินิกเอกชน เท่ากับร้อยละ 62, 17.8 และ 6.4 ตามลำดับ

ความเบี่ยงเบนของข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษารายจ่ายเพื่อสุขภาพระดับจังหวัดนี้ กับข้อมูลทุติยภูมิต้นทางที่โอนเงินมาที่จังหวัดแล้ว ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขที่โอนลงไปที่จังหวัดสูงกว่าผลที่ได้จากการศึกษา ส่วนเงินสวัสดิการรักษายาของข้าราชการที่กรมบัญชีกลางรับผิดชอบนั้น ผลที่ได้จากการศึกษานี้สูงกว่าข้อมูลของกรมบัญชีกลาง ซึ่งสันนิษฐานว่าน่าจะเกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น การจัดเก็บรวบรวมข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน กรณีข้อมูลรายได้ของหน่วยบริการที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุขต่ำกว่าเงินจัดสรรของกระทรวงที่จ่ายไปยังหน่วยบริการในจังหวัด และกรณีข้อมูลรายรับจากสปสช.ที่ต่ำกว่าข้อมูลรายงานการโอนเงินของสปสช. ส่วนกรณีข้อมูลเงินที่หน่วยบริการในจังหวัดได้รับจากกรมบัญชีกลางมากกว่ารายงานของกรมบัญชีกลาง น่าจะเกิดจากเงินที่หน่วยบริการได้รับจากการเบิกต้นสังกัดไม่ผ่านระบบจ่ายตรง

และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการศึกษานี้คือ บัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัดเป็นเครื่องมือสำคัญของภาครัฐ เพื่อใช้ในการกำกับติดตามรวมถึงวางแผนเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขในพื้นที่ ภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจและการเกิดขึ้นขององค์กรอิสระต่างๆ และมีความเป็นไปได้ในการจัดทำ โดยต้องมีการพัฒนาการบริหารจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศการคลังสุขภาพ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่พื้นที่ในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด รวมทั้งการจัดทำมาตรฐานรายจ่ายให้เป็นสากลในการนำไปปฏิบัติต่อไป สำหรับหน่วยงานในระดับพื้นที่มีศักยภาพและบทบาทภารกิจเหมาะสมในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัดคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

Executive Summary

A National Health Account (NHA) in Thailand has been developed in 1994 as the first phase by applying a WHO simple account matrix and the OECD Satellite Health Account framework (SHA) was applied for the second (1996 and 1998 Thai NHA) and the third (1994 – 2001) phases. The latest 2002 – 2005 NHA, provides a matrix of health expenditure by source of funding, by function of care, and by provider. Further extension and diversification of NHA to sub-national accounts would maximize the use of NHA, especially for planning and monitoring of the sub-systems such as extension of the NHA to a provincial health account (PHA) and level of care, in particularly the district health system (DHS) and primary health care (PHC). This would provide rich information for the country to monitor and tackle inequity in health and health care.

Objective

This study aimed to develop a framework of Provincial Health Account, to assess feasibility of current financial information system of public health facilities in constructing the provincial health account, and to conduct a pilot study on establishment of provincial health account in 2 pilot provinces; Uthai Thani and Samut Songkram, focusing only on public expenditure and financing of public facilities.

Methodology

The revenue approach was employed to construct a framework for Provincial Health Account. In order to make it consistent with the National Health Account which employs expenditures of intermediate financing sources as total expenditure then revenues received from various intermediate financing sources of providers will be employed as total health expenditure of the province. Following are the methodology of the study;

First, the project identified providers of services or health activities within the provinces which includes private providers (pharmacy, clinic, private hospital) public providers (health center, district hospital, provincial hospital, and other public hospital) non-government organization, local governments, community health funds, and district and provincial health offices.

Second, intermediate financing sources were identified; MOPH and other ministries, National Health Security Office (NHSO), Controllers' General Department (CGD), other health benefits of public or autonomous organizations, Social Security Office (SSO), migrant health

insurance, traffic act insurance, local governments, households, health promotion fund, and others.

Third, identifying health care functions of those various providers which included; personal prevention and promotion services, outpatient service, rehabilitation service, emergency medical service, traditional medicine, inpatient service, public health programs, administration, and capital expenditure.

Forth, data collection forms were developed and data was collected from four main points, Provincial and District Health Office, Main contractor of UC scheme (including data of their network), private providers, and local governments.

Fifth, revenues received for specific function was directly allocated to particular function, i.e. outpatient, inpatient, personal prevention and promotion services, etc. For those received for overall purpose, i.e. salaries, was allocated to specific functions according to cost structure of particular type of health facilities, provincial hospital, district hospital, health center, from the latest available studies.

Sixth, local government was defined as both financing agency and provider according to its actual practice. Community health fund which jointed funded by NHSO and local government was defined as provider of health promotion and prevention services according to purpose of the fund.

Seventh, health account of Uthai Thani and Samut Songkam province was constructed by employing available collected data without adjustment for missing data.

Results

Collected data of Uthai Thani province was complete from all providers but only 50 and 67 percent of local government and private providers respectively in Samut Songkam province provided data. Total health expenditure of Uthai Thani province in 2008 was 1,272.79 million Baht. Major financing sources were MOPH (30.64%), NHSO (19.89%), and CGD (17.57%). Majority of expenditure went to outpatient service (33.6%), inpatient service (29.83%), and prevention and promotion service (17.55%); however, 1.8% could not be differentiated to specific function. Major providers were district hospitals followed by the provincial hospital, and local governments.

Total health expenditure of Samut Songkam province in 2008 was 672.29 million Baht. Major financing sources were MOPH (36.49%) followed by CGD (21.83%) and NHSO (14.72%). Most of the expense went to inpatient care (36.38%) followed by outpatient service

(34.89%) and prevention and promotion service (8.17%). Nearly 5 percent of the expenditure could not be differentiated to specific function. In contrast to Uthai Thani province, the provincial hospital was a major provider and consumed 62 percent of total expenditure, the two district hospitals consumed 17.86 percent of total expenditure followed by private clinic, 6.37 percent and local government 5.14 percent.

Discussion

The study indicates that constructing a provincial health account based on current information structure is technically feasible, particularly from public providers; however, it requires additional effort to collect data from provider unless an effective financial information system has been developed. Data could be gathered from MOPH hospitals, other public hospitals if exist, provincial and district health offices. Financial data of health centers are already available at district/ provincial hospitals and district health office. Revenues collected from both public and private financing sources could be collected from public facilities. Financial database of local governments has been developed by the Ministry of Interior for monitoring budget utilization and available at the provincial level; therefore, it is feasible to get local government expenditures by function of health service within the province if the data is accessible. Accessibility to financial data of private providers is still problematic and need further legal measures in doing so. Therefore, a provincial health account could be constructed at provincial level although completion of data remains problematic, especially on the part of private financing to private providers.

Collecting data on revenues of providers will result in consistency of data with that of the National Health Account. Completion of data collection from all providers is crucial which is more difficult than collecting from intermediate financing sources according to greater numbers of providers. Moreover, budgets allocated to unusual providers are likely to be missed. Cash benefits directly provided to those getting damage on health and life from medical services provided under the UC is likely missing from the survey in addition to budgets directly allocated from NHSO to groups of people for providing services to specific target groups, i.e. AIDS, disable persons. However, the magnitude of expenses on these specific groups is not much, errors in data collection of formal providers according to lack of effective information system is more problematic.

Utilization of data from the provincial health account is crucial for the success of establishing a system. Current decentralization pressure on the health sector indicates the need to improve institutional capacity of the MOPH and the Provincial Health Office as

a national and provincial health authority in order to be able to direct, monitor, and regulate the system.

Recommendations

A provincial health account is a crucial tool and financial information for the provincial health office to direct, monitor, and regulates the health care system in the province, particularly, in the context of decentralization on health. Therefore, a provincial health account should be constructed and used for gearing the system toward a more equitable and efficient health care system.

Further actions are need in order to standardize a framework for constructing a provincial health account and improving institutional capacity of the provincial health office is crucial for constructing a provincial health account including human resource capacity and information technology system.

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยพัฒนาการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด ได้รับทุนสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก โครงการวิจัยนี้สามารถดำเนินการแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดและประสบความสำเร็จด้วยดี เนื่องจากได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และสมุทรสงคราม ผู้บริหารโรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่ 2 จังหวัด คณะทำงานของจังหวัดและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการจัดทำข้อมูล ที่ได้อำนวยความสะดวกและให้ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อคณะนักวิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของท้องถิ่นจังหวัดและองค์กรปกครองท้องถิ่นที่ให้ความสนใจและร่วมมือเป็นอย่างดีเช่นเดียวกัน

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย จึงใคร่ขอขอบพระคุณทุกท่านดังกล่าวถึงมาแล้วข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นายแพทย์นิพนธ์ ไตวิวัฒน์ ซึ่งเป็นนักวิจัยร่วมของจังหวัดอุทัยธานี และคณะนักวิจัยร่วมจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ที่ได้ทุ่มเทและเสียสละเวลามาทำงานร่วมกันจนประสบความสำเร็จด้วยดี และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะมีโอกาสได้ทำงานเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และกลไกเชิงวิชาการที่จะเป็นประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุขของประเทศร่วมกันอีกต่อไปในอนาคต

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

14 ตุลาคม 2552

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	3
Executive Summary	5
• Objective	5
• Methodology	5
• Results	6
▪ Discussion	7
• Recommendation	8
กิตติกรรมประกาศ	9
สารบัญ	10
สารบัญภาพ	13
สารบัญตาราง	14
บทที่ 1 บทนำ	16
• การจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพ	16
• การคลังระบบสาธารณสุขในระดับจังหวัด	17
• วัตถุประสงค์	19

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
• ขอบเขตการศึกษา	19
• วิธีการศึกษา	20
• การใช้ประโยชน์จากงานวิจัย	20
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	21
• วิวัฒนาการของรายจ่ายสุขภาพในนานาประเทศ	21
• ระบบการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพ	22
▪ UN-SHA (United Nation – System of National Account)	22
▪ National Health Account (NHA) and System Health Account (SHA)	23
• วิวัฒนาการของบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติประเทศไทย	24
• การพัฒนาระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด	26
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษาวิจัย	27
• กรอบแนวคิดการจัดทำระบบบัญชีสุขภาพระดับจังหวัด	27
• ขั้นตอนการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด	28
บทที่ 4 ผลการศึกษา	33
• บัญชีรายจ่ายสุขภาพ จังหวัดอุทัยธานี	34

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
• บัญชีรายจ่ายสุขภาพ จังหวัดสมุทรสงคราม	35
บทที่ 5 สรุปและอภิปราย	43
• สรุปผลการศึกษา	43
• อภิปรายผล	44
• ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	45
เอกสารอ้างอิง	46
ภาคผนวก 1	47
• แบบสอบถามสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	48
• แบบสอบถามสำหรับเครือข่ายปฐมภูมิ (CUP และเครือข่าย)	53
• แบบสอบถามสำหรับหน่วยบริการสุขภาพเอกชน	60
• แบบสอบถามสำหรับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ./เทศบาล/อบต.)	63
ภาคผนวก 2	71
• Template สำหรับการเก็บข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพจังหวัดของหน่วยบริการ	72
• Template สำหรับการเก็บข้อมูลรายจ่ายสุขภาพจำแนกตามผู้ให้บริการ/ผู้ดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2551	73

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
ภาพที่ 1.1 ความสัมพันธ์การเงินการคลังเพื่อสุขภาพในจังหวัด	18
ภาพที่ 3.1 กรอบแนวคิดการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด	28

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
ตารางที่ 2.1 กรอบแนวคิดการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี 2537	25
ตารางที่ 3.1 สัดส่วนรายจ่ายบุคลากรเพื่อบริการสุขภาพ	31
ตารางที่ 4.1 จำนวนสถานพยาบาล/ผู้จัดบริการที่สามารถเก็บข้อมูลได้	33
ตารางที่ 4.2 ข้อมูลขององค์กรปกครองท้องถิ่น	16
ตารางที่ 4.3 รายจ่ายเพื่อสุขภาพจังหวัดอุทัยธานี จำแนกตามประเภทกิจกรรม ปีงบประมาณ 2551	36
ตารางที่ 4.4 รายจ่ายเพื่อสุขภาพจังหวัดอุทัยธานี จำแนกตามผู้ให้บริการ/ดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2551	37
ตารางที่ 4.5 รายจ่ายเพื่อสุขภาพจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามประเภทกิจกรรมปีงบประมาณ 2551	38
ตารางที่ 4.6 รายจ่ายเพื่อสุขภาพจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามผู้ให้บริการ/ดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2551	39
ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพจังหวัดอุทัยธานีและสมุทรสงคราม จำแนกตาม แหล่งที่มาของรายจ่ายปีงบประมาณ 2551	40
ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพจังหวัดอุทัยธานีและสมุทรสงครามจำแนกตามประเภท กิจกรรมปีงบประมาณ 2551	41
ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพจังหวัดอุทัยธานีและสมุทรสงครามจำแนกตามผู้จัดบริการ ปีงบประมาณ 2551	42

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
ตารางที่ 5.1 เปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพจากการศึกษาและฐานข้อมูลปีงบประมาณ 2551	44

บทที่ 1: บทนำ

1.1 การจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพ

ประเทศไทยมีการพัฒนาการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 เป็นต้นมา ซึ่งการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของไทยครั้งแรกนั้น ได้ประยุกต์ใช้แบบการจัดทำบัญชี (account matrix) แบบง่ายขององค์การอนามัยโลก และต่อมาได้นำกรอบแนวคิดการกระจายบัญชีรายจ่ายสุขภาพ (the OECD Satellite Health Account framework , SHA) ของประเทศกลุ่ม OECD มาประยุกต์ใช้ในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สองและครั้งที่สามจนถึงปัจจุบัน และได้รับการยอมรับจากผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารของหน่วยงานด้านสุขภาพว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยในการติดตามประเมินผลและวางแผนด้านระบบการคลังบริการสุขภาพของประเทศไทย นอกจากนี้ การจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติครั้งต่อไป ยังวางแผนจะขยายความครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวม ลงไปในระดับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ และระดับกลุ่มโรค แต่อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ท้าทายในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ที่พบขณะนี้ คือ มีความแตกต่างกันระหว่างค่าใช้จ่ายสุขภาพจาก 2 แหล่ง คือ บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Accounts, NHA) กับบัญชีประชาชาติ (National Accounts, NA) และสันนิษฐานว่า อาจเกิดจากความแตกต่างของวิธีการจัดทำ ซึ่งทำให้สาธิตารณะเกิดความความสับสนและจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขโดยเร็ว

การขยายความครอบคลุมและความหลากหลายมากขึ้นในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ จะทำให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น โดยเฉพาะการวางแผนและติดตามกำกับ การดำเนินการของระบบย่อยต่างๆ การทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ กรณีโรคเอดส์ และการจำแนก รายจ่ายสุขภาพตามกลุ่มโรค เป็นตัวอย่างในการติดตามประเมินประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ปัจจุบันที่ตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และการะของโรคในระดับมหภาค ซึ่งในอนาคตจะมีการขยายความครอบคลุมในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติลงไปถึงระดับจังหวัด และระดับ บริการที่ให้ ตามลำดับ รวมถึงระบบสุขภาพระดับอำเภอ และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการติดตามประเมินความเป็นธรรมด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐจะต้องใช้ในการลงทุนด้านบริการปฐมภูมิควรจะเป็นเท่าไร ยังเป็นคำถามเชิง ยุทธศาสตร์ที่สำคัญเพื่อให้มีความเป็นธรรมด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ เนื่องจากข้อมูลจากบัญชี รายจ่ายสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน ยังไม่สามารถให้ข้อมูลที่เพียงพอสำหรับกรณีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก ที่ครอบคลุมหน่วยบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ไปจนถึงหน่วยบริการระดับตติยภูมิ ฉะนั้น การขยาย ความครอบคลุมในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติลงไปถึงระดับจังหวัด (Provincial Health Accounts, PHA) จะสามารถให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการติดตามประเมินความเป็นธรรมในการ กระจายทรัพยากรสุขภาพ และการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอและระดับปฐมภูมิได้มาก ขึ้น

1.2 การคลังระบบสาธารณสุขในระดับจังหวัด

การคลังระบบสาธารณสุขไทยในปัจจุบันมาจากแหล่งใหญ่ๆสองส่วนด้วยกัน คือ (1) ระบบการจ่ายล่วงหน้า (prepayment system) ซึ่งเป็นระบบระบบหลักประกันสุขภาพภาคบังคับ ทั้งจากการบังคับเก็บเบี้ยประกันอย่างในระบบประกันสังคม พระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ และระบบภาษีเช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ (2) ระบบการจ่ายของครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการ (Out-of-pocket payment) ทั้งนี้แม้ประเทศไทยจะดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 แล้วก็ตาม การจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือนของประชาชนยังคงดำรงอยู่ ถึงร้อยละ 36 ในปี พ.ศ. 2548 ในขณะที่รายจ่ายล่วงหน้า ร้อยละ 23 มาจากงบประมาณปกติของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ร้อยละ 16 มาจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 12 มาจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และร้อยละ 8 มาจากระบบประกันสังคม (สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2550)

สำหรับการคลังระบบสาธารณสุขในระดับจังหวัดก็คล้อยตามการเงินการคลังระบบใหญ่ของประเทศ กล่าวคือ มีแหล่งเงิน/การจัดการแหล่งเงิน 2 รูปแบบใหญ่ๆคือ รายจ่ายจากครัวเรือน (out-of-pocket payment: OOP) และโดยระบบการจ่ายล่วงหน้า (prepayment systems) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1.1

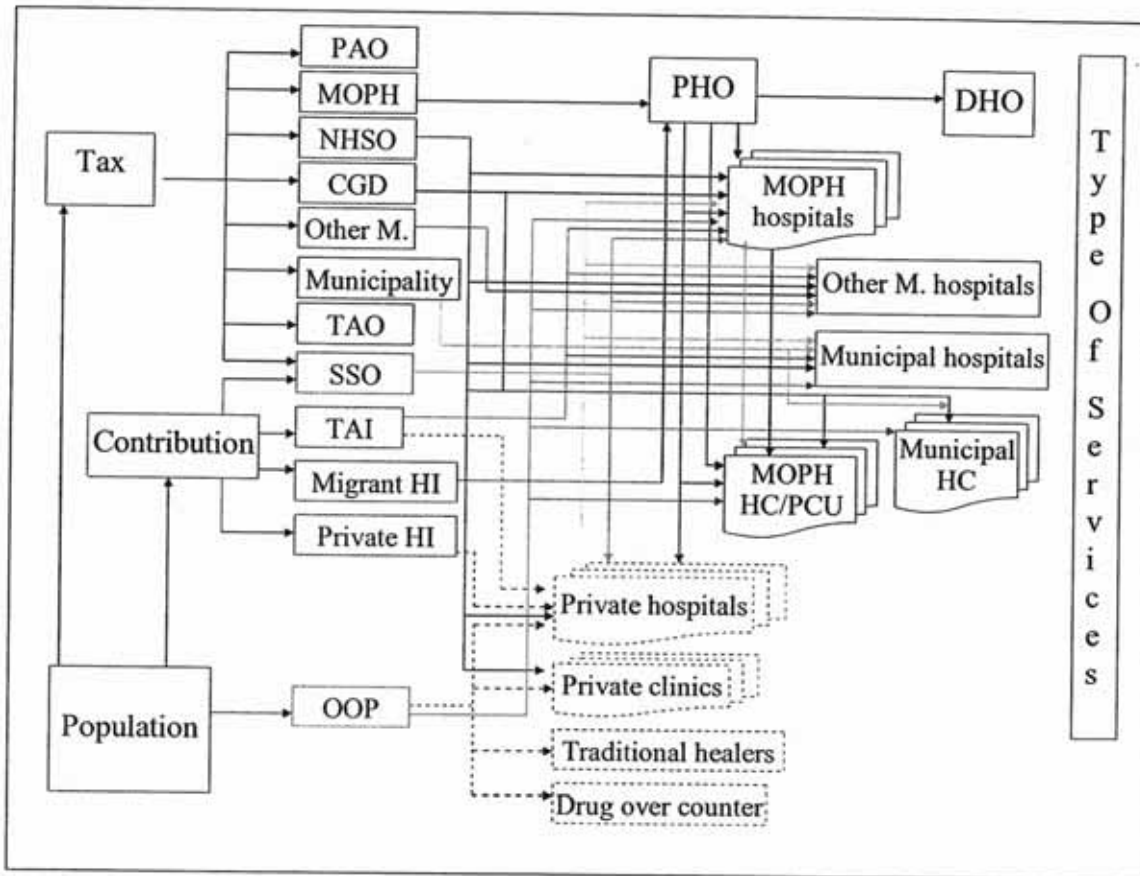
ระบบการจ่ายล่วงหน้าอาจจำแนกเป็น 2 แบบ คือการจ่ายผ่านระบบภาษีและการจ่ายสมทบเข้ากองทุนสุขภาพ ซึ่งการเงินการคลังสุขภาพในต่างจังหวัดมักเป็นแบบระบบภาษี ผ่านกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมบัญชีกลาง ส่วนกรุงเทพฯและปริมณฑลจะมีสัดส่วนของประกันสังคม และประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว มากขึ้น การสมทบเข้ากองทุนสุขภาพประกันสังคมบริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสังคม กองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถยนต์บริหารจัดการผ่านบริษัทประกันภัยเอกชน ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวบริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุขและบริษัทประกันสุขภาพเอกชน (กรณีประกันแบบสมัครใจ)

แหล่งการเงินการคลังหลักของประเทศจะกระจายหรือจัดสรรเงินไปยังหน่วยบริการ/ผู้จัดบริการประเภทต่างๆ ในจังหวัด ทั้งในลักษณะของการจัดสรรผ่านหน่วยงานบริหารในระดับจังหวัดก่อน คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อใช้จ่ายและจัดสรรต่อไปยังหน่วยบริการ ส่วนใหญ่คือระบบงบประมาณปกติของหน่วยราชการ อีกลักษณะคือแหล่งการคลังของประเทศจัดสรรหรือจ่ายตรงไปยังหน่วยบริการเอง รูปแบบนี้ใช้ในระบบประกันสุขภาพและที่ประชาชนจ่ายเงินตรงแก่หน่วยบริการ เช่น กองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ขณะเดียวกันก็ยังมี การจัดสรร/จ่ายต่อจากหน่วยบริการด้วยตนเอง เช่น จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ไปยังโรงพยาบาล/สถานื่อนามัยลูกข่าย

ทั้งนี้แหล่งเงินแต่ละประเภทมีบทบาทต่อการคลังของหน่วยบริการแตกต่างกัน กล่าวคือระบบงบประมาณและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีบทบาทต่อการคลังของสถานื่อนามัยและ

โรงพยาบาลชุมชนค่อนข้างมาก ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีบทบาทต่อการคลังโรงพยาบาลใหญ่ เช่น โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

แผนภาพที่ 1.1 ความสัมพันธ์การเงินการคลังเพื่อสุขภาพในระดับจังหวัด



หมายเหตุ:

MOPH = โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health)

NHSO = สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Office)

SSO = สำนักงานประกันสังคม (Social Security Office)

CGD = กรมบัญชีกลาง (Comptroller's General Department)

TAI = พรบ.คุ้มครองอุบัติเหตุรถยนต์ (Traffic Accident Insurance)

Other M. = กระทรวงอื่นๆ

HI = ประกันสุขภาพ (Health Insurance)

PAO = องค์การบริหารส่วนจังหวัด (Provincial Administrative Office)

TAO = องค์การบริหารส่วนตำบล (Tambon Administrative Organization)

OOP = รายจ่ายครัวเรือน (Out-of-pocket)

PHO = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Provincial Health Office)

DHO = สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (District Health Office)

HC = สถานีอนามัย (Health Center)

PCU = ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit)

จะเห็นว่าการไหลเวียนของเงินในระดับจังหวัดนั้นมีความซับซ้อนมากกว่าระดับประเทศ เนื่องจากมีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ในการจัดสรรเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือโรงพยาบาลแม่ข่ายคู่สัญญาในระบบประกันสุขภาพทั้งในกรณีของระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่อาศัยระบบเหมาจ่ายรายหัวกับแม่ข่ายคู่สัญญา ทั้งนี้การทราบถึงข้อมูลการไหลเวียนของการคลังในระดับจังหวัดนั้นมีความสำคัญมากขึ้นในบริบทที่มีการกระจายอำนาจสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะหน่วยงานราชในส่วนภูมิภาคและมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในจังหวัด ควรมีระบบข้อมูลและศักยภาพในการติดตามกำกับเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

ความเป็นไปได้ของการศึกษาการเงินการคลังสุขภาพระดับจังหวัดจึงขึ้นกับข้อมูลที่มี (Availability of information) โดยการศึกษาให้ความสนใจหลักไปที่การเงินการคลังภาครัฐหรือการคลังสาธารณะ (public health facility financing) เพราะด้วยระบบข้อมูลที่มีทำให้สามารถติดตามการไหลของการเงินการคลังในสถานพยาบาลของรัฐได้ไม่ยากนัก ขณะที่ข้อมูลการคลังของสถานพยาบาลเอกชนนั้นยังไม่ค่อยปรากฏต่อสายตาสาธารณะ

1.3 วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. พัฒนารอบแนวคิดการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด
2. ประเมินสถานการณ์ระบบข้อมูลข่าวสารค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภาครัฐ และสร้างโมเดลในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด
3. ศึกษาความพร้อมการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพของภาครัฐในระดับจังหวัด ใน 2 จังหวัดเป้าหมาย
4. ข้อเสนอแนะการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัดต่อไปในอนาคต

1.4 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัดครั้งนี้ ครอบคลุมรายจ่ายสาธารณสุขภาครัฐที่จัดสรรงบประมาณผ่านหน่วยงานและแก่อนุบริการในระดับจังหวัดเป็นหลัก ขณะเดียวกันก็จะศึกษาความเป็นไปได้ของการเก็บข้อมูลการคลังหน่วยบริการเอกชน

1.5 วิธีการศึกษา

1. ทบทวนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องของต่างประเทศ และการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับชาติของประเทศไทย
2. พัฒนารอบแนวคิด ออกแบบและสร้างโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด
3. จัดประชุมปรึกษาและระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญต่อร่างกรอบแนวคิดและโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด
4. ศึกษาประเมินความเป็นไปได้ในการศึกษา ในพื้นที่ 12 จังหวัด ซึ่งมีระบบข้อมูลการเงินและการบัญชีที่ค่อนข้างดี ประกอบด้วย เชียงราย พิชญ์โลก อุทัยธานี สมุทรสงคราม นครนายก สมุทรปราการ นนทบุรี ลำปาง กาฬสินธุ์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ สุราษฎร์ธานี และสงขลา
5. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการจัดเก็บข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ทีมวิจัยและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของพื้นที่ 2 จังหวัดเป้าหมายเบื้องต้น คือ สมุทรสงคราม และอุทัยธานี
6. ทีมวิจัยและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดำเนินการจัดเก็บ/รวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ในพื้นที่ 2 จังหวัดเป้าหมาย ตามกรอบแนวคิดและโมเดลที่ออกแบบไว้ โดยมีทีมวิจัยส่วนกลางติดตามลงไปในพื้นที่และให้คำปรึกษาแนะนำใกล้ชิด
7. วิเคราะห์ข้อมูลการเงินการคลังที่จัดเก็บ/รวบรวมจากหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ใน 2 จังหวัดเป้าหมาย โดยทีมนักวิจัยส่วนกลางร่วมกับทีมวิจัยของจังหวัด
8. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้รับผิดชอบงานจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด ทั้ง 2 จังหวัดเป้าหมาย
10. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรึกษา/รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ

1.6 การใช้ประโยชน์จากงานวิจัย

กรอบแนวคิดและโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพและระบบข้อมูลข่าวสาร จะถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัดต่อไป

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

2.1 วิวัฒนาการของรายจ่ายสุขภาพในนานาประเทศ

การคำนวณรายจ่ายสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาเริ่มต้นจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) โดย Abel-Smith (1963, 1967) ศึกษาโดยใช้แบบสอบถามเป็นหลัก การศึกษาในปี 1963 เป็นการศึกษาทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา รวมถึงประเทศชิลีและประเทศศรีลังกาด้วย การศึกษาในปี 1967 ได้รวมประเทศกำลังพัฒนาอีก 21 ประเทศ

งานของ Abel-Smith เป็นงานชิ้นแรกๆ ที่ให้คำนิยามของรายจ่ายสุขภาพและสาธารณสุข และได้มีการตั้งมาตรฐานการคำนวณประมาณการและวิเคราะห์ไว้ด้วย การศึกษาดังกล่าวเป็นการประมาณการโดยการสำรวจ และไม่มีการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) จึงไม่สามารถรวบรวมปัญหาต่างๆ ของการเก็บข้อมูลปฐมภูมิได้ เช่น คุณภาพข้อมูล ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ในประเทศ Botswana (Kam et al., 1977) เป็นประเทศที่กำลังพัฒนาประเทศแรกที่ Sandoz Institute for Health and Social-economic Studies (Switzerland) ร่วมกับองค์การอนามัยโลก เริ่มมีการสำรวจรายจ่ายสุขภาพผสมผสานงานของ Botswana และงานของ Abel-Smith เข้าด้วยกัน แต่ว่าการศึกษานี้ยังขาดรายละเอียดในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประมาณการและการสำรวจรายจ่ายสุขภาพที่จ่ายโดยประชาชนเอง

ในปี 1997 องค์การอนามัยโลก (1978) ได้ตั้งคณะทำงานทำการศึกษาระบบการคลังสาธารณสุข เพื่อทบทวนการวิธีการคำนวณ การจัดกลุ่มและประเภทรายจ่ายสุขภาพ คณะทำงานชุดนี้ได้ศึกษาและทบทวนงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และได้สรุปว่าการศึกษารายจ่ายสุขภาพมีคุณค่ามาก มีความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ โดยใช้ทุนดำเนินการเพียงเล็กน้อย

Newbrander และคณะ (1994) วิเคราะห์ข้อมูลของรายจ่ายสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่ามีปัญหาหลายประการ เช่น

- ข้อมูลขาดรายละเอียด ระยะการจัดเก็บทิ้งช่วงห่างเกินไป ไม่เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนานโยบายและการวางแผนงานสาธารณสุขเท่าที่ควร
- ข้อมูลรายจ่ายสุขภาพนั้นขาดความสมบูรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดข้อมูลรายจ่ายสุขภาพโดยครัวเรือน ภาคเอกชน และ NGOs
- ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายสุขภาพของรัฐบาลกลาง ไม่ได้รวมรายจ่ายสุขภาพของรัฐบาลท้องถิ่นอื่นๆ
- ไม่มีแรงจูงใจแก่หน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการเก็บและ แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน
- รายงานประจำที่มีอยู่เช่น งบประมาณสาธารณสุขของรัฐบาลกลับไม่ได้ใช้ประโยชน์เต็มที่

- ข้อมูลมักมีความหลากหลายในลักษณะการจัดเก็บ ฐานข้อมูล และคุณภาพของข้อมูลทำให้การเปรียบเทียบระหว่างประเทศเป็นไปได้ยาก
- ไม่มีมาตรการการจัดเก็บรายจ่ายสุขภาพ ทั้งที่จ่ายจากภาครัฐและเอกชนอย่างสม่ำเสมอ ยังไม่มีระบบบัญชีที่ได้มาตรฐาน
- ต้นทุนการจัดเก็บข้อมูลรายจ่ายสุขภาพค่อนข้างสูง ไม่สามารถพัฒนาเป็นระบบในระยะยาวได้

2.2 ระบบการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพ

ระบบการจัดทำรายจ่ายสุขภาพของประเทศที่สำคัญ มีอยู่ 2 แนวคิด คือ

2.2.1 UN-SNA (United Nation - System of National Accounts)

ระบบบัญชีประชาชาติ คือ ชุดของบัญชี (accounts) และงบดุล (balance sheet) ที่แสดงภาพการดำเนินกิจกรรมเศรษฐกิจมหภาคทั้งในลักษณะที่เป็น Flow และ stock ในรูปแบบที่มีความเกี่ยวเนื่องกันอย่างเป็นขั้นตอน (coherent) มีความแนบเนียนหรือความสอดคล้องกัน (Consistent) และเป็นการแสดงในลักษณะของภาพรวม

ระบบบัญชีประชาชาติเป็นระบบสากล ได้จัดทำและปรับปรุงขึ้นทั้งหมดสี่ครั้ง ครั้งแรกเรียกว่า A System of National Accounts and Supporting Tables เป็นระบบของ Statistical Commission, United Nations (UN) ออกใช้ในปี 1953 ประกอบด้วยบัญชีหลัก 6 บัญชี คือ domestic product, national income, domestic capital formation, household and private non-profit institution, general government และ external transaction ต่อมา UN ได้ปรับปรุงใหม่ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และเรียกระบบนี้ว่า System of National Accounts โดยเผยแพร่ให้ใช้ปี ค.ศ. 1968 ประกอบด้วยบัญชีหลัก 4 บัญชี คือ production, income and outlay, accumulation และ external transaction และปรับปรุงเป็น System of National Accounts 1993 (เรียกย่อว่า 1993 SNA หรือ revised SNA) ระบบใหม่นี้สร้างขึ้นโดยความร่วมมือระหว่าง 5 หน่วยงาน ประกอบด้วย Commission of the European Communities, International Monetary Fund, Organization for Economic Co-operation and Development, United nations และ World Bank โดยมีสาระหลักของการปรับปรุงที่สำคัญคือ (a) updating (b) clarifying and simplifying และ (c) harmonizing และในปี 2008 ได้มีการปรับปรุงอีกครั้งล่าสุดเป็น The 2008 UNSNA Revision โดยความร่วมมือของคณะทำงาน (the Intersecretariat Working Group on National Accounts; ISWGNA) ซึ่งประกอบด้วย the United Nations Statistics Division (UNSD), International Monetary Fund (IMF), World Bank (WB), Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), Statistical Office of the European Communities (Euro stat) and the United Nations regional commissions ทั้งนี้บัญชีหลักของ UNSNA ประกอบด้วย

- the production account (components of gross output)
- the primary distribution of income account (incomes generated by production)
- the transfers (redistribution) account (including social spending)
- the household expenditure account
- the capital account
- the (domestic) financial transactions account
- the changes in asset values account
- the assets and liabilities account (balance sheet)
- the external transactions account

2.2.2 National Health Account (NHA) and System Health Account (SHA)

องค์การอนามัยโลกใช้แบบมาตรฐานแสดงรายจ่ายสุขภาพ (National Health Expenditure template) ของ Mach & Able Smith (1983) ในการจัดทำบัญชีสุขภาพแห่งชาติ และในปี ค.ศ. 2000 องค์การความร่วมมือด้านเศรษฐกิจและพัฒนา (OECD) ได้พัฒนารอบการวิเคราะห์ด้านการเงินการคลังที่เรียกว่า the System National Account (SHA) และแนะนำให้ประเทศสมาชิกนำไปใช้ ทั้งนี้กรอบแนวคิดหลักในการพัฒนาลายลักษณ์กับของ SNA รวมถึงใช้ระเบียบวิธีเดียวกัน กรอบเศรษฐกิจและบัญชีเดียวกับ 1993 SNA อย่างไรก็ดีมีขอบเขตแคบกว่า กล่าวคือ SHA ไม่บันทึกกิจกรรมด้านการผลิตแต่ให้ความสนใจด้านการอุปโภคบริโภคสินค้าและบริการสาธารณสุขของประเทศแทน

SHA 2000 อาศัยกฎของ SNA สำหรับขอบเขตด้านการผลิตบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขยกเว้นสองกรณีคือ บริการด้านอาชีวอนามัยถูกรวมในรายจ่ายสุขภาพ และ การชดเชยเงินแก่ครัวเรือนที่ให้การดูแลระยะยาวแก่ผู้มีภาวะพึ่งพิงถูกบันทึกเป็นการจ่ายสำหรับการผลิตบริการสุขภาพของครัวเรือน ทั้งนี้ในด้านกิจกรรมบริการสุขภาพ SHA นับรวมบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของทุกสถาบันที่ให้บริการด้านนี้ นอกจากนั้นยังรวมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การลงทุนของผู้ให้บริการ การศึกษาและฝึกอบรมสำหรับบุคลากรสาธารณสุข การวิจัยและพัฒนา สุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่ม สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ค่าบริหารจัดการและการให้บริการช่วยเหลือด้านสังคมแก่ผู้มีภาวะทุพพลภาพและการให้เงินชดเชยแก่ครัวเรือนในเรื่องดังกล่าว ทั้งนี้รายจ่ายในส่วนของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจะแยกออกจากบริการหลักในระบบบริการสาธารณสุขอย่างชัดเจน

ทั้งนี้ SHA อาศัย the Classification for Health Accounts (ICHA) ในการแยกมิติต่างๆของรายจ่ายจำแนกตาม แหล่งการคลัง ผู้ให้บริการ และประเภทกิจกรรมต่างๆ และในปี ค.ศ. 2003 องค์การอนามัยโลก ร่วมกับ the World Bank, and the United States Agency for International Development (USAID) ได้ทำงานร่วมกันเพื่อผลิตหนังสือแนวทางการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพ

แห่งชาติสำหรับประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ "Guide to producing national health accounts: with special applications for low-income and middle income countries"

2.3 วิวัฒนาการของบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติประเทศไทย

ประเทศไทยได้มีการจัดทำระบบข้อมูลรายจ่ายสุขภาพ โดยเป็นส่วนหนึ่งของบัญชีประชาชาติ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2503 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดทำขึ้นตามระบบบัญชีสากล (System of National Account: SNA) เพื่อใช้วัดเป็นตัวชี้วัดปริมาณของทรัพยากรด้านสุขภาพ โดยแสดงเป็นมูลค่าของการใช้จ่ายในภาพรวมระดับมหภาค และมีรายงานอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด อย่างไรก็ตาม ระบบข้อมูลรายจ่ายด้านสุขภาพดังกล่าวมีข้อจำกัด คือไม่ยืดหยุ่นและแสดงข้อมูลที่เป็นภาพรวมมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้เท่าที่ควร

ในปี พ.ศ. 2538 วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ร่วมมือกับนักวิชาการจากหน่วยงานต่างๆ คือ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดทำโครงการวิจัยระบบบัญชีสุขภาพแห่งชาติ สำหรับปี 2537 (National Health Account I: NHA1) โดยประยุกต์หลักการจัดทำระบบบัญชีสุขภาพของประเทศในกลุ่มขององค์การความร่วมมือทางเศรษฐกิจและพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development - OECD) ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยการวิจัยดังกล่าวมีเป้าหมาย ให้นิยามรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย และสามารถเปรียบเทียบกับนานาชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่เป็นสมาชิกของ OECD โดยที่รายจ่ายสุขภาพแห่งชาตินั้น สามารถแสดงถึงการไหลเวียนของรายจ่ายสุขภาพจากแหล่งคลังสูงสุด (Ultimate Sources) ไปยัง Financing Agencies ต่างๆ และจาก financing agencies ไปยังประเภทของสถานพยาบาล และประเภทของกิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 กรอบแนวคิดการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี 2537.

Ultimate Source	Payment	Financing Agencies	Payment Mechanism	Providers/Public Health
กระทรวงการคลัง	จัดสรรงบประมาณ	กระทรวงสาธารณสุข	Budgeting	ซื้อบริการที่สถานพยาบาล ภาครัฐและเอกชน
	จัดสรรงบประมาณ	กระทรวงอื่นๆ	Budgeting	
	จัดสรรงบประมาณ	ก.คลัง (สวัสดิการรักษายาบาล)	fee for services	
	จัดสรรงบประมาณ	เทศบาล/สาขาภิบาล	Budgeting	
	จัดสรรงบประมาณ	กองทุนประกันสังคม	Capitation+ffs*	
	จัดสรรงบประมาณ	กองทุนทดแทน (ค่าบริหาร)	fee for services	
	จัดสรรงบประมาณ	องค์กรสาธารณประโยชน์	Budgeting	
รัฐวิสาหกิจ	จัดสรรงบประมาณ	รัฐวิสาหกิจ	fee for services	ดำเนินการกิจกรรมโดยตรง
			Budgeting	ซื้อบริการที่สถานพยาบาลรัฐ
			Budgeting	รัฐวิสาหกิจที่มีสถานพยาบาล
นายจ้าง	จ่ายเงินสมทบ	กองทุนประกันสังคม	Capitation + ffs *	ซื้อบริการที่ สถานพยาบาลรัฐ และ public health programme บางส่วนของ
	จ่ายเงินสมทบ	กองทุนทดแทนแรงงาน	fee for services	
	Reimbursement	สวัสดิการรักษายาบาลโดย	fee for services	
	Premium	ประกันสุขภาพ	fee for services	
ครัวเรือน	Out of pocket	ครัวเรือน	fee for services	สถานพยาบาลรัฐและเอกชน และบริการ Public health programmes
	Premium	ประกันสุขภาพเอกชน	fee for services	
	Premium	พ.ร.บ. คัมภีร์ฉบับประชาชน	fee for services	
	บริจาค	มูลนิธิ องค์กรสาธารณประโยชน์	Budgeting	
	จ่ายเงินสมทบ	กองทุนประกันสังคม	Capitation	
Donors	บริจาค	ก. สาธารณสุข. และ กระทรวง	Budgeting	ดำเนินการกิจกรรมด้าน สาธารณสุขและสุขภาพ
			Budgeting	

แหล่งข้อมูล อติศวร หลายชัยไทย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ

ต่อมาในปี 2542 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสนับสนุนให้ศึกษาและจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติระยะที่สอง ปี 2539 และ 2541 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พัฒนากรอบการจัดทำบัญชีสุขภาพแห่งชาติให้เป็นสากลและเปรียบเทียบกับนานาชาติได้ และได้มีการนำกรอบการจัดทำของ OECD มาปรับใช้ ในระยะที่ 3 สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศรับเป็นหน่วยงานกลางในการประสานและจัดทำบัญชีสุขภาพแห่งชาติให้มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และทำการจัดทำบัญชีรายจ่ายตั้งแต่ปี 2537 – 2544 โดยอาศัยระเบียบวิธีที่เสนอแนะโดย OECD SHA โดยจัดทำบัญชีสามตารางหลัก คือ รายจ่ายตามแหล่งคลัง ผู้ให้บริการ และประเภทบริการ ระยะที่สี่ สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศร่วมกับภาคีเครือข่ายจัดทำบัญชีรายจ่ายปี 2545 – 2548 ในปี พ.ศ. 2550 และขณะนี้ (2552) กำลังจัดทำบัญชีรายจ่ายของปี 2549 -2550 โดยมีการขยายแหล่งการคลังใหม่ๆที่สำคัญเพิ่มขึ้น เช่น กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สวัสดิการรักษายาบาลขององค์กรอิสระในกำกับของรัฐ

ในระหว่างการพัฒนาบบบัญชีสุขภาพแห่งชาติของไทยนั้น ได้มีการพัฒนาและขยายการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพในลักษณะที่แยกย่อยขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์เฉพาะในเรื่องนั้นๆ เช่น การวิจัยในเรื่องการลงทุนด้านสุขภาพในเด็ก (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และเพ็ญแข ลาภยิ่ง, 2542) ระบบบัญชีเอดส์แห่งชาติ (Thailand National AIDS Account 2000 – 2003, IHPP, 2004) ระบบบัญชียาแห่งชาติ เป็นต้น

2.4 การพัฒนาระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด

การขยายหรือต่อยอดระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติไปยังประเด็นหรือกลุ่มเป้าหมายย่อยได้รับการสนับสนุนจาก องค์การอนามัยโลก องค์การความร่วมมือด้านเศรษฐกิจและการพัฒนา เพื่อใช้ประโยชน์ในการติดตามการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ เช่น ดูการกระจายของรายจ่ายสุขภาพจำแนกตามกลุ่มโรค จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ พื้นที่ เป็นต้น เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในระบบ

บริบทของประเทศไทยที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะเรื่องการกระจายอำนาจ การถ่ายโอนภารกิจของหน่วยบริการสาธารณสุขไปยังท้องถิ่น การเกิดขึ้นของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (กองทุนตำบล) สิ่งเหล่านี้บ่งชี้ถึงกลไกการกำกับติดตามในพื้นที่ในด้านการคลังสาธารณสุข เพื่อติดตามประเมินทั้งในด้านความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุข ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัดเพื่อให้หน่วยงานบริหารในพื้นที่ใช้ในการกำกับติดตามประเมินการคลังระบบสาธารณสุขในพื้นที่ต่อไป

บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษานี้คือ พัฒนารอบแนวคิดการจัดทำระบบบัญชีสุขภาพระดับจังหวัด นำร่องและประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาระบบบัญชีสุขภาพระดับจังหวัด ในพื้นที่ทดลองสองจังหวัด คือ อุทัยธานี และสมุทรสงคราม ซึ่งทั้งสองจังหวัดถูกคัดเลือกอย่างเจาะจง มีขนาดเล็ก และมีระบบข้อมูลด้านการเงินการคลังที่ดี ประกอบกับทีมพื้นที่สนับสนุนและให้ความร่วมมือในการศึกษา

3.1 กรอบแนวคิดการจัดทำระบบบัญชีสุขภาพระดับจังหวัด

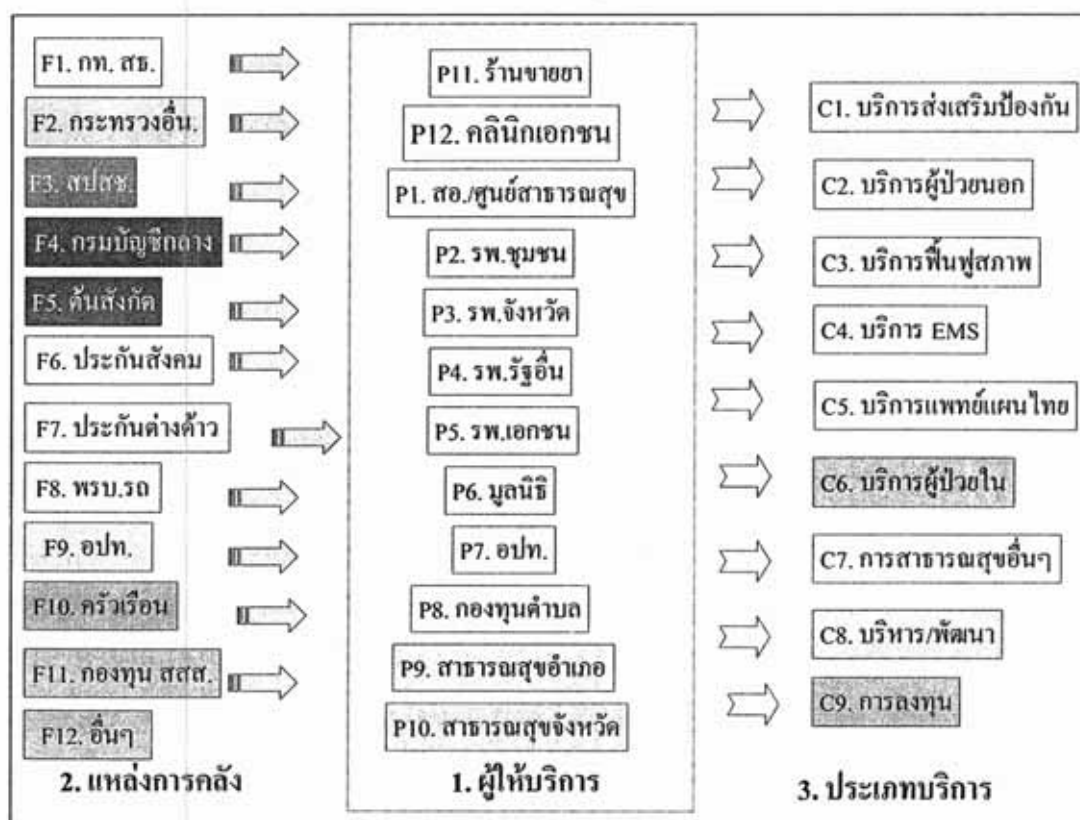
แนวคิดในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัดนั้นดัดแปลงจากกรอบแนวคิดการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ กล่าวคือ ในบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาตินั้น ยี่ดรายจ่ายของหน่วยบริหารการคลังระดับกลาง (Intermediate financing sources) เป็นรายจ่ายรวมทั้งหมด แล้วค่อยแจกแจงว่าเงินนั้นไหลไปที่ไหนสำหรับบริการอะไร แต่เนื่องจากในระดับจังหวัดนั้น มีแหล่งเงินมาจากทั้งในจังหวัดและนอกจังหวัด (ส่วนกลาง และจังหวัดอื่น) นอกจากนั้นยังมีการถ่ายโอนเงินกันระหว่างหน่วยบริการ เช่น จากแม่ข่ายคู่สัญญาหลักไปยังลูกข่ายของตนเอง ดังนั้นกรอบการรวบรวมข้อมูล จึงต้องเปลี่ยนจาก หน่วยบริหารการคลังในระดับประเทศ มาเป็นจัดเก็บจากหน่วยบริการเป็นหลัก โดยยี่ดรายได้ที่หน่วยบริการ/ หน่วยงานที่จัดและบริหารการจัดบริการได้รับสำหรับใช้จ่ายเอง (ไม่รวมรายรับที่ต้องถ่ายโอนไปยังหน่วยบริการอื่น) เป็นสำคัญ โดยประเภทของหน่วยบริการมีทั้งสถานพยาบาลภาครัฐ (สอ. / รพช. / รพศ./รพท. และ รพ.รัฐอื่น) สถานพยาบาลภาคเอกชน (ร้านยาคลินิกเอกชน และ โรงพยาบาลเอกชน) มูลนิธิที่จัดบริการด้านสุขภาพ เช่น บริการรถฉุกเฉิน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินงานด้านการสาธารณสุข กองทุนประกันสุขภาพในพื้นที่ (กองทุนตำบล)¹ ซึ่งดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในฐานะหน่วยบริหารและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่

ทั้งนี้รวบรวมข้อมูลรายรับสำหรับการใช้จ่ายเองของหน่วยบริการหรือหน่วยบริหารเหล่านี้ว่าได้รับเงินมาจากแหล่งใดบ้างในจำนวนเท่าใด ทั้งนี้มีการเพิ่มหน่วยบริหารการคลังในการจัดเก็บรายได้จากระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติคือ หน่วยต้นสังกัด ซึ่งรวมองค์กรอิสระภายใต้การกำกับของรัฐทั้งหลาย ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวซึ่งบริหารจัดการภายใต้กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ และอื่นๆ และทำการแจกแจงว่าเงินที่ได้รับนั้นใช้เพื่อ

¹ กองทุนตำบล เดิมจัดเป็นหน่วยบริหารการคลังระดับกลาง เนื่องจากสนับสนุนงบประมาณให้กับเครือข่ายต่างๆ ในการจัดบริการ/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชน และระบบการทำงานของกองทุนเป็นการอนุมัติให้วงเงิน แต่ต้องนำใบเสร็จมาเบิกจ่ายโดยตรงจากกองทุน ไม่ปรากฏรายรับนี้ในระบบบัญชีของหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนค่อนข้างยุ่งยากในการจัดเก็บข้อมูลให้ได้ครบถ้วน จึงต้องเปลี่ยนมาเป็นหน่วยบริการแทน

จัดบริการอะไร โดยอาศัยโครงสร้างต้นทุนของการจัดบริการประเภทต่างๆมาทำการกระจายเงินอีกชั้นหนึ่ง

แผนภาพที่ 3.1 กรอบแนวคิดการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด



3.2 ขั้นตอนการจัดทำบัญชีรายจ่ายเพื่อสุขภาพระดับจังหวัด

ขั้นตอนที่ 1 ทำความเข้าใจระบบบัญชีและการเงินการคลังของจังหวัดโดยใช้พื้นที่ 12 จังหวัดที่มีโครงการศึกษาการเงินการคลังของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย เชียงราย พะเยา โขงเมือง อุทัยธานี สมุทรสงคราม นครนายก สมุทรปราการ หนองบัวลำภู กาฬสินธุ์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ สุราษฎร์ธานี และสงขลา

ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกจังหวัดที่ทำการศึกษา 2 จังหวัด คือ อุทัยธานีและสมุทรสงคราม เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีความพร้อมด้านข้อมูล ขนาดของจังหวัดไม่ใหญ่เกินไป และระบบการจัดบริการ/สถานพยาบาลไม่มากหรือซับซ้อนเกินไป

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแบบสอบถามของหน่วยบริการ 4 ประเภท คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ โรงพยาบาลและเครือข่าย สถานพยาบาลเอกชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น (ดูเอกสารภาคผนวก 1) ทำการทดสอบแบบสอบถามในจังหวัดที่ทำการศึกษา ปรับปรุงและส่งให้ผู้ประสานงานจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล จะจัดทำรายจ่ายเพื่อสุขภาพจังหวัดแสดงหรือจำแนกตามประเภทกิจกรรมบริการสุขภาพ (C), แหล่งที่มาของรายจ่าย (F), และประเภทของผู้จัดบริการสุขภาพนั้นๆ (P)

ก. จำแนกตามประเภทกิจกรรมของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ

- C1 บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค หมายถึงบริการที่จัดแก่ปัจเจกบุคคล (personal prevention and prevention services) หรือที่รู้จักในนาม "PPF" หรือ PP Express Demand รวมถึงงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการโดยท้องถิ่นหรือกองทุนสุขภาพตำบลด้วย
- C2 บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient service) เฉพาะสถานพยาบาลโรงพยาบาลและสถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน
- C3 บริการผู้พิการ/ฟื้นฟูสภาพ
- C4 บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึงรายจ่าย เพื่อจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- C5 การแพทย์แผนไทย
- C6 บริการผู้ป่วยใน เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น
- C7 การสาธารณสุขอื่นๆหมายรวมถึง งบ Non-UC สธ.ที่จัดสรรไปให้เพื่อการสาธารณสุข งบองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการควบคุมป้องกันโรค เช่น สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาลอาหาร การกำจัดขยะ การควบคุมโรค โครงการอื่นๆที่ สปสช.ที่จัดสรรไปให้จังหวัด
- C8 งบบริหารจัดการ/พัฒนา หมายรวมถึงงบประมาณเพื่อการบริหารและพัฒนาระบบของ สธ ของกองทุนย่อยต่างๆของ สปสช.ที่จัดสรรไปให้หน่วยงานในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ ที่ต้องทำหน้าที่ประสานงาน กำกับติดตามประเมินผล
- C9 รายจ่ายด้านการลงทุน รายจ่ายด้านครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง

ข. จำแนกตามแหล่งที่มาของรายจ่ายเพื่อสุขภาพ

- F1 กระทรวงสาธารณสุข หมายถึง งบ Non-UC ของทุกกรมกองที่จัดสรรไปยังจังหวัดและหน่วยงานในจังหวัด รวมส่วนเงินเดือน ค่าจ้างและสวัสดิการต่างๆของบุคลากรด้วย
- F2 งบกระทรวงอื่นและงบบูรณาการจังหวัด หมายถึง งบของกระทรวงอื่นที่จัดสรรไปยังหน่วยบริการภายในจังหวัด รวมงบบูรณาการของจังหวัดที่ใช้ไปในด้านสุขภาพ
- F3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หมายรวมถึงงบบริหารจัดการ งบพัฒนา งบลงทุนเพื่อการทดแทน และงบบริการทั้งที่โอนล่วงหน้าไปยังสถานพยาบาล และงบที่จ่ายภายหลังทั้งที่ผ่านไปยังหน่วยบริการโดยตรง หรือผ่านมาทาง สปสช.เขต หรือ สสจ. (OP, PP, IP, EMS, Disabled) รวมถึงที่ได้รับจากหน่วยบริการคู่สัญญาหลักอื่นที่กลับไปให้หน่วยบริการอื่น

- F4 รายงานการบัญชีกลาง ที่จ่ายเพื่อสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและบุคคลในครอบครัวทั้งที่ผ่านการเบิกตรงผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และการเบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด
- F5 เบิกต้นสังกัด รวมถึงรัฐวิสาหกิจ องค์กรอิสระ เช่น รายงานรัฐวิสาหกิจ หมายถึงรายจ่ายค่ารักษายาบาลของหน่วยงานรัฐวิสาหกิจที่จ่ายไปยังหน่วยบริการในพื้นที่
- F6 รายงานประกันสังคม หมายถึง รายงานประกันสังคมรายหัว และรายจ่ายเพิ่มเติมอื่นๆที่คู่สัญญาหลักได้รับจากประกันสังคม รวมไปถึงรายรับที่หน่วยบริการได้รับจากหน่วยคู่สัญญาหลัก หักลบรายจ่ายที่จ่ายไปยังหน่วยบริการอื่น
- F7 ประกันแรงงานต่างด้าว หมายถึงรายรับที่หน่วยงานต่างๆได้รับจากงบประมาณประกันแรงงานต่างด้าว
- F8 พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ หมายถึงรายรับของหน่วยบริการที่เรียกเก็บจากบริษัทประกันสุขภาพเอกชนตาม พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ
- F9 รายงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึงรายจ่ายเพื่อการสาธารณสุข รวม งบโครงการสาธารณสุขที่ท้องถิ่นดำเนินการเอง งบอุดหนุนกองทุนสุขภาพตำบล งบอุดหนุนหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ โครงการแก้ปัญหาสุขภาพของพื้นที่ และรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการส่วนท้องถิ่น
- F10 รายงานจากกระเป๋าครัวเรือนด้านการรักษายาบาล ที่ประชาชนจ่ายโดยตรงไปยังหน่วยให้บริการในพื้นที่ รวมทั้งเงินที่ประชาชนสมทบเข้ากองทุนต่างๆ
- F11 สำนักงานกองทุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงเงินส่วนที่ได้รับการสนับสนุนหรือจัดสรรโดยตรงจาก สสส.
- F12 รายงานอื่น เช่น เงินช่วยเหลือต่างประเทศ (Global Fund) เงินองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร และเงินช่วยเหลืออื่นๆ

ค. จำแนกตามประเภทของผู้จัดบริการสุขภาพ

- P1. สถานีอนามัย/ Primary Care Unit (PCU) ของกระทรวงสาธารณสุข/ ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล
- P2. โรงพยาบาลชุมชน
- P3. โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป
- P4. โรงพยาบาลรัฐอื่น เช่น โรงพยาบาลกระทรวงกลาโหม โรงเรียนแพทย์
- P5. โรงพยาบาลเอกชน
- P6. มูลนิธิ/องค์กรที่ไม่แสวงหากำไร
- P7. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รวมองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล

P8. กองทุนประกันสุขภาพในพื้นที่ (กองทุนสุขภาพตำบล) ซึ่งเกิดจากการร่วมทุนระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

P9. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

P10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

P11. รานยา

P12. คลินิกเอกชน

ขั้นตอนที่ 5 ข้อสมมติในการคำนวณ

ก) รายจ่ายบุคลากรเพื่อสุขภาพ เนื่องจากข้อจำกัดความสมบูรณ์ของการกระจายค่าใช้จ่ายบุคลากรเพื่อกิจกรรมบริการประเภทต่างๆ การคำนวณดังกล่าวจะกำหนดข้อสมมติให้หน่วยบริการต่างๆ มีสัดส่วนรายจ่ายบุคลากรตามงานวิจัยเรื่องการศึกษาต้นทุนหมวดค่าแรง (โดยไม่จำแนกตามกลุ่มวิชาชีพ) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 3.1 สัดส่วนรายจ่ายบุคลากรเพื่อบริการสุขภาพ

กิจกรรม / ผู้จัดบริการ	รพท.*	รพช.*	สอ./ PCU**	สสจ./สสอ.***
C1. บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค	2.46%	9.09%	26.90%	0.00%
C2. บริการผู้ป่วยนอก	16.24%	35.92%	16.62%	0.00%
C3. บริการผู้พิการ/ฟื้นฟูสภาพ	0.00%	0.48%	8.45%	0.00%
C4. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	7.94%	15.02%	0.00%	0.00%
C5. การแพทย์แผนไทย	0.00%	12.70%	3.71%	0.00%
C6. บริการผู้ป่วยใน	73.36%	26.79%	0.00%	0.00%
C7. การสาธารณสุขอื่นๆ	0.00%	0.00%	44.32%	0.00%
C8. การบริหารจัดการ/ พัฒนา	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%
C9. การลงทุน	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
รวม	100%	100%	100%	100%

* สัดส่วนรายจ่ายบุคลากรของโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน ใช้สัดส่วนต้นทุนค่าแรงของกรณีศึกษาจังหวัดนครนายก พ.ศ.2551

** รายจ่ายบุคลากรสถานื่อนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนใช้ตามโครงสร้างค่าแรงของสถานื่อนามัยจังหวัดสมุทรสงคราม พ.ศ.2551 จำนวน 33 แห่ง

*** รายจ่ายบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ ทั้งหมดเป็นค่าบริหารจัดการ นิเทศติดตามประเมินผล เพราะไม่ได้เป็นผู้ดำเนินการให้บริการรักษาพยาบาลเอง

ข). รายจ่ายเพื่อสุขภาพจากองค์กรปกครองท้องถิ่น จะพิจารณาเฉพาะรายจ่ายจริงที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมบริการสุขภาพ เท่านั้น โดย

- แผนงานงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและการควบคุมโรค ประกอบด้วย โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ วัคซีน อนามัยโรงเรียน กลุ่มผู้ใหญ่ วัยรุ่น เป็นต้น จะถูกรวมเป็น C1 บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค
- แผนงานด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เช่น การกำจัดขยะ สิ่งปฏิกูล น้ำเสีย สุขาภิบาลร้านอาหาร สุขาภิบาลตลาดสด สุขาภิบาลโรงฆ่าสัตว์ งานบำบัดน้ำเสีย เป็นต้น จะถูกรวมเป็น C7. การสาธารณสุขอื่นๆ
- รายจ่ายในการอบรม/ศึกษาดูงาน หรือการศึกษาของบุคลากรด้านสาธารณสุข จะถูกนับเป็น C8. การบริหารจัดการและพัฒนา
- งานจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ใน C4 จะถูกจำแนกตามแหล่งที่มาของเงินอุดหนุน เช่น องค์การปกครองท้องถิ่น สปสช. ประชาชน หรือแหล่งอื่นๆ

ค). กรณี กองทุนสุขภาพตำบล ให้ถือเป็นหน่วยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยดูสัดส่วนรายรับของกองทุนในปีนั้นๆ ที่มารายรับของเงินกองทุนนั้น ได้แก่ องค์การปกครองท้องถิ่น สปสช. ประชาชนสมทบ หรือแหล่งอื่นๆ

ง). กรณีที่ได้ข้อมูลจากสถานบริการสุขภาพ/ อบต. ไม่ครบทุกแห่ง จะวิเคราะห์เฉพาะส่วนข้อมูลที่ได้มาจริงเท่านั้น จะไม่มีประมาณการส่วนที่เก็บข้อมูลไม่ได้ (Missing)

บทที่ 4 ผลการศึกษา

ผู้ประสานจังหวัดรับผิดชอบการกระจายแบบสอบถามทั้ง 4 แบบ ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงกรกฎาคม 2552 และเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืน จังหวัดอุทัยธานีได้รับแบบสอบถามจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ โรงพยาบาลและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และองค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) กลับมาครบทุกแห่ง ส่วนรายจ่ายเพื่อสุขภาพในภาคเอกชนนั้นไม่ได้ใช้แบบสอบถาม เพราะมีข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานรายรับของสถานพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด ที่สถานพยาบาลเอกชนจะต้องรายงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นประจำรายปี

จังหวัดสมุทรสงครามได้รับแบบสอบถามจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ โรงพยาบาลและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ กลับมาครบทุกแห่ง แบบสอบถามองค์กรปกครองท้องถิ่น ได้มา 18 ชุดจาก 36 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนสถานพยาบาลเอกชนได้ข้อมูลกลับมา 54 ชุด จากสถานพยาบาลเอกชน 80 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 67 ทั้งนี้ข้อมูลที่ไม่ได้นั้นรวมโรงพยาบาลเอกชน (ขนาด 60 เตียง) ที่มีหนึ่งแห่งด้วย

ตารางที่ 4.1 จำนวนสถานพยาบาล/ ผู้ให้บริการที่สามารถเก็บข้อมูลได้

จังหวัด / แบบสอบถาม	สสจ./สสอ.	รพ.	อปท.	เอกชน
จังหวัดอุทัยธานี				
จำนวนทั้งหมด (N)	9	8	64	รายงาน*
จำนวนที่เก็บข้อมูลได้ (n)	9	8	64	รายงาน
ร้อยละ (n/N)	100%	100%	100%	
จังหวัดสมุทรสงคราม				
จำนวนทั้งหมด (N)	4	3	36	83**
จำนวนที่เก็บข้อมูลได้ (n)	4	3	18	54
ร้อยละ (n/N)	100%	100%	50%	65%

* จังหวัดอุทัยธานีใช้ข้อมูลทุติยภูมิของรายรับร้านยาและคลินิกเอกชนทุกแห่งที่รายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยมีคลินิกแพทย์ 40 แห่ง ทันตกรรมชั้นหนึ่ง 5 แห่ง และร้านขายยา (ขย1) 19 แห่ง

** จังหวัดสมุทรสงคราม คลินิกแพทย์ 36 แห่ง ทันตกรรมชั้นหนึ่ง 6 แห่ง ร้านยา 40 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง

จังหวัดอุทัยธานีสามารถเก็บข้อมูลระดับองค์กรปกครองท้องถิ่นได้ครบทั้ง 64 แห่ง ส่วนจังหวัดสมุทรสงครามได้ข้อมูลตอบกลับมาเพียง 18 แห่งหรือร้อยละ 50 โดยไม่มีข้อมูลจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดและเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลขององค์กรปกครองท้องถิ่น

จังหวัด / แบบสอบถาม	อบจ.	เทศบาล เมือง	เทศบาล ตำบล	อบต.	รวม
จังหวัดอุทัยธานี					
จำนวนทั้งหมด (N)	1	1	13	49	64
จำนวนที่เก็บข้อมูลได้ (n)	1	1	13	49	64
ร้อยละ (n/N)	100%	100%	100%	100%	100%
จังหวัดสมุทรสงคราม					
จำนวนทั้งหมด (N)	1	1	4	30	36
จำนวนที่เก็บข้อมูลได้ (n)	0	0	1	17	18
ร้อยละ (n/N)	0%	0%	25%	56%	50%

4.1 บัญชีรายจ่ายสุขภาพ จังหวัดอุทัยธานี

ในปีงบประมาณ 2551 รวมกันทั้งสิ้น 1,272,794,652 บาท โดยเป็นรายจ่ายเพื่อจัดบริการผู้ป่วยนอก (C2) มากที่สุด เท่ากับ 427.80 ล้านบาทหรือร้อยละ 33.61 รองลงมาเป็นผู้ป่วยใน (C6) และบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (C1) เท่ากับ 379.65 และ 223.41 ล้านบาท หรือร้อยละ 29.83 และ 17.55 อย่างไรก็ตามยังมีอีก 23.28 ล้านบาทหรือร้อยละ 1.83 ที่ไม่สามารถจำแนกกิจกรรมออกมาได้ ตามลำดับหากพิจารณาตามแหล่งที่มาของรายจ่ายมาจากกระทรวงสาธารณสุขที่จ่ายเงินเดือนค่าจ้างบุคลากรเป็นหลัก เท่ากับ 389.96 ล้านบาท หรือร้อยละ 30.64 รองลงมาเป็นรายจ่ายที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 253.10 ล้านบาทหรือร้อยละ 19.89 และกรมบัญชีกลางที่ดูแลรับผิดชอบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ 223.64 ล้านบาท หรือร้อยละ 17.57 ทั้งนี้ไม่มีรายจ่ายเพื่อสนับสนุนการบริการสุขภาพจากงบกระทรวงอื่นและงบบูรณาการจังหวัด (F2) (ดูตารางที่ 5)

ตารางที่ 6 จำแนกรายจ่ายสุขภาพของจังหวัดอุทัยธานีตามสถานพยาบาล/ผู้จัดบริการ โดยรายจ่าย 501.38 ล้านบาทหรือร้อยละ 39.39 เป็นการบริการของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง (P2) รองลงมาเป็นค่าใช้จ่ายที่จัดบริการโดยโรงพยาบาลจังหวัดอุทัยธานี (P3) 397.50 ล้านบาทหรือร้อยละ 31.23 และการจัดดำเนินงานโครงการสุขภาพโดยองค์กรปกครองท้องถิ่นทั้ง 64 แห่ง (P7) 172.45 ล้านบาทหรือร้อยละ 13.55 ส่วนกองทุนสุขภาพตำบล (P8) ยังมีสัดส่วนรายจ่ายเพียง 6.10 ล้านบาทเท่านั้น

4.2 บัญชีรายจ่ายสุขภาพ จังหวัดสมุทรสงคราม

ในปีงบประมาณ 2551 รวมกันทั้งสิ้น 672,289,969 บาท โดยเป็นรายจ่ายเพื่อจัดบริการผู้ป่วยใน (C6) มากที่สุด เท่ากับ 244.60 ล้านบาท หรือร้อยละ 36.38 รองลงมาเป็นผู้ป่วยนอก (C2) มากที่สุด เท่ากับ 234.59 ล้านบาทหรือร้อยละ 34.89 และงานบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เท่ากับ 54.98 ล้านบาท หรือร้อยละ 8.17 มีส่วนที่ไม่สามารถจำแนกกิจกรรมออกมาได้ 31.92 ล้านบาทหรือร้อยละ 4.75 หากพิจารณาตามแหล่งที่มาของรายจ่ายมาจากกระทรวงสาธารณสุขที่จ่ายเงินเดือนค่าจ้างบุคลากรเป็นหลัก เท่ากับ 245.34 ล้านบาท หรือร้อยละ 36.49 รองลงมาเป็นรายจ่ายที่ได้รับจากกรมบัญชีกลางที่ดูแลรับผิดชอบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ 146.75 ล้านบาทหรือร้อยละ 21.83 และการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 98.97 ล้านบาทหรือร้อยละ 14.72 นอกจากนี้ยังมีรายจ่ายเพื่อสนับสนุนการบริการสุขภาพจากงบกระทรวงอื่นและงบบูรณาการจังหวัด (F2) ด้วย 1.70 ล้านบาท (ดูตารางที่ 7)

ตารางที่ 8 จำแนกรายจ่ายสุขภาพของจังหวัดอุทัยธานีตามสถานพยาบาล/ผู้จัดบริการ โดยเป็นค่าใช้จ่ายที่จัดบริการโดยโรงพยาบาลจังหวัดอุทัยธานี (P3) 417.13 ล้านบาทหรือร้อยละ 62.05 รองลงมาเป็นรายจ่ายการบริการของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 2 แห่ง (P2) รายจ่าย 120.04 ล้านบาทหรือร้อยละ 17.86 คลินิกเอกชนเท่ากับ 42.80 ล้านบาทหรือร้อยละ 6.37 และการจัดดำเนินงานโครงการสุขภาพโดยองค์กรปกครองท้องถิ่นทั้ง 18 แห่ง (P7) 34.57 ล้านบาทหรือร้อยละ 5.14 นอกจากนี้ยังมีกองทุนสุขภาพตำบล (P8) ยังมีสัดส่วนรายจ่าย 2.18 ล้านบาทเท่านั้น

ตารางที่ 4.3 รายจ่ายเพื่อสุขภาพจังหวัดอุทัยธานี จำแนกตามประเภทกิจกรรมปีงบประมาณ 2551

แหล่งที่มา/ประเภทกิจกรรม	F1	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	รวม	ร้อยละ
	สบ.	สบสข.	กรมบัญชีกลาง	ค่าน้ำเสีย	ประกันสังคม	ประกันแรงงานต่างด้าว	พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ	อปท.	รายจ่ายครัวเรือน	สสส	อื่นๆ		
C1. บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค	33,233,964	24,361,622	2,784,171	0	0	0	0	152,702,966	33,855	1,200,000	9,101,609	223,418,187	17.55 %
C2. บริการผู้ป่วยนอก	82,006,764	97,896,444	132,176,446	9,913,386	7,193,771	199,218	5,157,924	65,000	59,387,691	0	33,806,590	427,803,233	33.61 %
C3. บริการผู้พิการ/ฟื้นฟูสภาพ	5,334,920	168,810	553,246	0	0	0	0	0	0	0	860,644	6,917,620	0.54%
C4. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	32,460,475	4,789,735	2,323,838	0	2,583	0	0	147,184	150,610	0	28,773,014	68,647,438	5.39%
C5. การแพทย์แผนไทย	18,481,986	272,110	1,584,029	0	0	0	0	0	0	0	9,309,085	29,647,210	2.33%
C6. บริการผู้ป่วยใน	155,524,295	92,748,737	79,968,251	2,802,844	7,032,342	0	5,304,528	0	0	0	36,272,035	379,653,031	29.83 %
C7. การสาธารณสุขอื่นๆ	26,475,885	8,606,220	2,630,872	0	0	0	0	5,278,334	0	0	4,435,736	47,427,046	3.73%
C8. การบริหารจัดการ/พัฒนา	36,447,792	6,960,826	1,621,570	0	0	0	0	5,000	0	0	3,011,077	48,831,630	3.77%
C9. การลงทุน	0	17,299,097	0	0	0	0	0	0	0	0	654,727	17,953,824	1.41%
จำแนกไม่ได้	0	0	0	0	0	285,688	0	0	15,215,013	0	7,780,006	23,280,707	1.83%
รวม	389,966,081	253,103,600	223,642,422	12,716,230	14,228,696	484,906	10,462,452	158,198,484	74,787,169	1,200,000	134,004,523	1,272,794,652	100.0 %
ร้อยละ	30.64%	19.89%	17.57%	1.00%	1.12%	0.04%	0.82%	12.43%	5.88%	0.09%	10.53%	100.00%	

ตารางที่ 4.4 รายจ่ายเพื่อสุขภาพจังหวัดอุทัยธานี จำแนกตามผู้ให้บริการ/ดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2551

แหล่งที่มา/ประเภท กิจกรรม	F1	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	รวม	ร้อยละ
	สธ.	สปสข.	กรมบัญชี กลาง	ต้นสังกัด	ประกัน สังคม	ประกัน แรงงาน ต่างด้าว	พรบ. ผู้ประสบภัย จากรถ	อปท.	รายจ่าย ครัวเรือน	สสส	อื่นๆ		
P1. สถานีอนามัย/PCU สธ.	56,772,291	30,858,870	7,033,160	0	97,856	0	0	65,000	313,873	0	12,770,507	107,911,557	8.48%
P2. โรงพยาบาลชุมชน	128,293,628	174,065,856	96,009,997	2,825,125	5,047,419	199,218	4,657,037	5,000	14,932,908	0	75,353,226	501,389,414	39.39%
P3. โรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป	165,322,058	41,825,026	118,977,695	9,891,105	9,083,421	285,688	5,805,415	0	15,215,013	0	31,101,937	397,507,359	31.23%
P4. โรงพยาบาลรัฐอื่น	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00%
P5. โรงพยาบาล เอกชน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00%
P6. มูลนิธิ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00%
P7. องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น	0	1,001,288	0	0	0	0	0	156,919,432	140,000	0	14,397,119	172,457,838	13.55%
P8. กองทุนสุขภาพ ตำบล	0	4,606,487	0	0	0	0	0	1,086,052	33,855	0	381,734	6,108,128	0.48%
P9. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ	8,811,381	0	380,662	0	0	0	0	0	0	0	0	9,192,043	0.72%
P10. สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด	30,766,723	746,073	1,240,908	0	0	0	0	123,000	0	1,200,000	0	34,076,704	2.68%
P11. ร้านยา	0	0	0	0	0	0	0	0	16,714,725	0	0	16,714,725	1.31%
P12. คลินิกเอกชน	0	0	0	0	0	0	0	0	27,436,795	0	0	27,436,795	2.16%
รวม	389,966,081	253,103,600	223,642,422	12,716,230	14,228,696	484,906	10,462,452	158,198,484	74,787,169	1,200,000	134,004,523	1,272,794,562	1000%
ร้อยละ	30.64%	19.89%	17.57%	1.00%	1.12%	0.04%	0.82%	12.43%	5.88%	0.09%	10.53%	100.00%	

ตารางที่ 4.5 รายจ่ายสุขภาพจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามประเภทกิจกรรม ปีงบประมาณ 2551

แหล่งที่มา/ ประเภทกิจกรรม	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	รวม	ร้อยละ
	สธ.	กระทรวง อื่น รวมงบ บูรณาการ จังหวัด	สปสข.	กรมบัญชี กลาง	ต้นสังกัด	ประกันสังคม	ประกัน แรงงาน ต่างดาว	พรบ. ผู้ประสบภัย จากรถ	องค์กร ปกครอง ท้องถิ่น	รายจ่าย ครัวเรือน	สสส	อื่นๆ		
C1. บริการส่งเสริม สุขภาพป้องกัน โรค	10,383,449	1,700,000	11,593,404	1,818,117	141,696	0	0	0	27,801,460	7,000	1,260,000	243,543	54,948,669	8.17%
C2. บริการผู้ป่วย นอก	48,740,730	0	19,308,586	83,917,366	13,163,879	3,616,807	292,463	0	3,916,237	61,364,552	0	273,879	234,594,500	34.89%
C3. บริการผู้พิการ/ ฟื้นฟูสภาพ	623,411	0	954,202	107,836	7,506	0	0	0	0	0	0	3,673	1,696,628	0.25%
C4. บริการ การแพทย์ ฉุกเฉิน (EMS)	22,128,934	0	1,070,037	2,929,642	234,001	0	0	0	700,000	0	0	116,097	27,178,710	4.04%
C5. การแพทย์แผน ไทย	6,895,733	0	0	2,483,845	197,908	0	0	0	0	0	0	96,837	9,674,324	1.44%
C6. บริการผู้ป่วยใน	145,085,972	0	14,671,895	55,428,687	3,460,576	16,421,205	0	3,461,989	5,874,357	0	0	204,311	244,608,992	36.38%
C7. การ สาธารณสุขอื่นๆ	1,930,460	730	436,735	72,707	0	0	0	0	6,511,607	0	0	10,844,649	19,796,889	2.94%
C8. การบริหาร จัดการ/ พัฒนา	9,559,300	0	19,671,940	0	0	0	5,797,151	0	0	25,000	0	4,609,316	39,662,708	5.90%
C9. การลงทุน	0	0	2,645,302	0	0	0	0	0	0	0	0	5,555,023	8,200,325	1.22%
จำแนกไม่ได้	0	0	28,627,347	0	0	1,313,451	395,589	299,084	0	1,292,754	0	0	31,928,225	4.75%
รวม	245,347,990	1,700,730	98,979,449	146,758,201	17,205,566	21,351,463	6,485,203	3,761,073	44,803,661	62,689,305	1,260,000	21,947,328	672,289,969	100%
ร้อยละ	36.49%	0.25%	14.72%	21.83%	2.56%	3.18%	0.96%	0.56%	6.66%	9.32%	0.19%	3.26%	100.00%	

ตารางที่ 4.6 รายจ่ายสุขภาพจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามผู้ให้บริการ/ผู้ดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2551

แหล่งที่มา/ ประเภทกิจกรรม	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	รวม	ร้อยละ
	สธ.	กระทรวง อื่น รวมงบ บูรณาการ จังหวัด	สปสช.	กรมบัญชี กลาง	คั่นสังกัด	ประกันสังคม	ประกัน แรงงาน ต่างด้าว	พรบ. ผู้ประสบภัย จากรถ	องค์กร ปกครอง ท้องถิ่น	รายจ่าย ครัวเรือน	สสส	อื่นๆ		
P1. สถานีอนามัย/ PCU สธ.	4,355,259	0	4,930,047	164,033	0	3,616,807	292,463	0	0	2,108,552	0	0	15,467,161	2.30%
P2. โรงพยาบาล ชุมชน	53,028,616	0	41,882,214	19,510,856	1,558,403	1,313,451	395,589	299,084	0	1,292,754	0	762,528	120,043,495	17.86%
P3. โรงพยาบาล ศูนย์/ทั่วไป	178,404,815	730	39,958,123	127,083,312	15,647,163	16,421,205	5,336,711	3,461,989	9,790,594	25,000	0	21,008,988	417,138,630	62.05%
P4. โรงพยาบาลรัฐ อื่น	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00%
P5. โรงพยาบาล เอกชน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00%
P6. มูลนิธิ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00%
P7. องค์กร ปกครองส่วน ท้องถิ่น	0	0	0	0	0	0	0	0	34,573,079	0	0	1,600	34,574,679	5.14%
P8. กองทุน สุขภาพตำบล	0	0	1,559,438	0	0	0	0	0	439,988	7,000	0	174,211	2,180,637	0.32%
P9. สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอ	4,500,000	0	270,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,770,000	0.71%
P10. สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด	5,059,300	1,700,000	10,379,628	0	0	0	460,440	0	0	0	1,260,000	0	18,859,368	2.81%
P11. รันยา	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,452,000	0	0	16,452,000	2.45%
P12. คลินิกเอกชน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42,804,000	0	0	42,804,000	6.37%
รวม	245,347,990	1,700,730	98,979,449	146,758,201	17,205,566	21,351,463	6,485,203	3,761,073	44,803,661	62,689,305	1,260,000	21,947,328	672,289,969	100.00%
ร้อยละ	36.49%	0.25%	14.72%	21.83%	2.56%	3.18%	0.96%	0.56%	6.66%	9.32%	0.19%	3.26%	100.00%	

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพจังหวัดอุทัยธานีและสมุทรสงคราม จำแนกตามแหล่งที่มาของรายจ่าย ปีงบประมาณ 2551

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	
แหล่งที่มา	สธ.	กระทรวงอื่น รวมงบบูรณาการจังหวัด	สปสช.	กรมบัญชีกลาง	ต้นสังกัด	ประกันสังคม	ประกันแรงงานต่างด้าว	พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ	องค์กรปกครองท้องถิ่น	รายจ่ายครัวเรือน	สสส	อื่นๆ	รวม
จังหวัดอุทัยธานี													
รวม	389,966,081	0	253,103,600	223,642,422	12,716,230	14,228,696	484,906	10,462,452	158,198,484	74,787,169	1,200,000	134,004,523	1,272,794,652
ร้อยละ	30.64%	0.00%	19.89%	17.57%	1.00%	1.12%	0.04%	0.82%	12.43%	5.88%	0.09%	10.53%	100.00%
จังหวัดสมุทรสงคราม													
รวม	245,347,990	1,700,730	98,979,449	146,758,201	17,205,566	21,351,463	6,485,203	3,761,073	44,803,661	62,689,305	1,260,000	21,947,328	672,289,969
ร้อยละ	36.49%	0.25%	14.72%	21.83%	2.56%	3.18%	0.96%	0.56%	6.66%	9.32%	0.19%	3.26%	100.00%

หากเปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพของจังหวัดอุทัยธานีและสมุทรสงคราม เมื่อจำแนกตามแหล่งที่มาของเงิน จะเป็นรายจ่ายมาจากกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นเงินเดือนค่าจ้างของบุคลากรมากที่สุด คือร้อยละ 30.64 และ 36.49 ตามลำดับ รองลงมาในจังหวัดอุทัยธานีเป็นรายจ่ายมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 19.89 และกรมบัญชีกลางร้อยละ 17.57 ส่วนที่จังหวัดสมุทรสงคราม ลำดับรองลงมาเป็นกรมบัญชีกลางร้อยละ 21.83 จากนั้นถึงจะเป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 14.72 รายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือนมีสัดส่วนร้อยละ 5.88 และ 9.32 ในอุทัยธานีและสมุทรสงคราม ตามลำดับ (ตารางที่ 9)

จังหวัดอุทัยธานีมีสัดส่วนเงินที่จัดบริการสุขภาพ 3 กิจกรรมหลักๆคือผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 33.61) ผู้ป่วยใน (ร้อยละ 29.83) และงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (ร้อยละ 17.55) ตามลำดับ ส่วนที่สมุทรสงคราม เป็นกิจกรรมผู้ป่วยใน (ร้อยละ 36.38) ผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 34.89) และงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (ร้อยละ 8.17) ตามลำดับ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพจังหวัดอุทัยธานีและสมุทรสงคราม จำแนกตามประเภทกิจกรรม ปีงบประมาณ 2551

ประเภทกิจกรรม	อุทัยธานี		สมุทรสงคราม	
	บาท	ร้อยละ	บาท	ร้อยละ
C1. บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค	223,418,187	17.55%	54,948,669	8.17%
C2. บริการผู้ป่วยนอก	427,803,233	33.61%	234,594,500	34.89%
C3. บริการผู้พิการ/ฟื้นฟูสภาพ	6,917,620	0.54%	1,696,628	0.25%
C4. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	68,647,438	5.39%	27,178,710	4.04%
C5. การแพทย์แผนไทย	29,647,210	2.33%	9,674,324	1.44%
C6. บริการผู้ป่วยใน	379,653,031	29.83%	244,608,992	36.38%
C7. การสาธารณสุขอื่นๆ	47,427,046	3.73%	19,796,889	2.94%
C8. การบริหารจัดการ/ พัฒนา	48,831,630	3.77%	39,662,708	5.90%
C9. การลงทุน	17,953,824	1.41%	8,200,325	1.22%
จำแนกไม่ได้	23,280,707	1.83%	31,928,225	4.75%
รวม	1,272,794,652	100.0%	672,289,969	100%

ผู้จัดบริการสุขภาพที่มีสัดส่วนรายจ่ายมากที่สุดในอุทัยธานี คือ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 39.39) โรงพยาบาลจังหวัด (ร้อยละ 31.23) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 13.55) ตามลำดับ ส่วนที่สมุทรสงครามเป็นโรงพยาบาลจังหวัด (ร้อยละ 62.05) โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 17.86) และคลินิกเอกชน (ร้อยละ 6.37) ตามลำดับ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพจังหวัดอุทัยธานีและสมุทรสงคราม จำแนกตามผู้จัดบริการ
ปีงบประมาณ 2551

ผู้จัดบริการ/ดำเนินการ	อุทัยธานี		สมุทรสงคราม	
	บาท	ร้อยละ	บาท	ร้อยละ
P1. สถานีอนามัย/PCU สธ.	107,911,557	8.48%	15,467,161	2.30%
P2. โรงพยาบาลชุมชน	501,389,414	39.39%	120,043,495	17.86%
P3. โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	397,507,359	31.23%	417,138,630	62.05%
P4. โรงพยาบาลรัฐอื่น	0	0.00%	0	0.00%
P5. โรงพยาบาลเอกชน	0	0.00%	0	0.00%
P6. มูลนิธิ	0	0.00%	0	0.00%
P7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	172,457,838	13.55%	34,574,679	5.14%
P8. กองทุนสุขภาพตำบล	6,108,128	0.48%	2,180,637	0.32%
P9. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	9,192,043	0.72%	4,770,000	0.71%
P10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	34,076,704	2.68%	18,859,368	2.81%
P11. ร้านยา	16,714,725	1.31%	16,452,000	2.45%
P12. คลินิกเอกชน	27,436,795	2.16%	42,804,000	6.37%
รวม	1,272,794,562	1000%	672,289,969	100.00%

บทที่ 5 สรุปและอภิปราย

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทดสอบความเป็นไปได้ของการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด โดยเก็บข้อมูลจากสถานพยาบาลหรือหน่วยงานจัดดำเนินการ ซึ่งเป็นฐานข้อมูลเดิมที่มีอยู่ในจังหวัด จากการศึกษาจาก 2 กรณีศึกษา คือที่จังหวัดอุทัยธานีและสมุทรสงคราม พบว่า มีความเป็นไปได้ของการวิเคราะห์บัญชีรายจ่ายสุขภาพ จำแนกตามแหล่งรายจ่ายของเงิน ประเภทกิจกรรมบริการสุขภาพ และผู้จัดบริการ

จังหวัดอุทัยธานีมีรายจ่ายสุขภาพทั้งจังหวัด 1.2 พันล้านบาท เป็นรายจ่ายที่มาจากแหล่งกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ กรมบัญชีกลาง ร้อยละ 30.6, 19.9 และ 17.5 ตามลำดับ รายจ่ายสุขภาพจำแนกเป็นงานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน และงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เท่ากับร้อยละ 33.6, 29.8 และ 17.5 ตามลำดับ ผู้จัดบริการสุขภาพที่สำคัญคือ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และ องค์การปกครองท้องถิ่น เท่ากับร้อยละ 39.4, 31.2 และ 13.5 ตามลำดับ

จังหวัดสมุทรสงครามมีรายจ่ายสุขภาพทั้งจังหวัด 672 ล้านบาท เป็นรายจ่ายที่มาจากแหล่งกระทรวงสาธารณสุข กรมบัญชีกลาง และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 36.5, 21.8 และ 14.7 ตามลำดับ โดยรายจ่ายสุขภาพจำแนกเป็นงานบริการผู้ป่วยใน งานบริการผู้ป่วยนอก และงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เท่ากับร้อยละ 36.4, 34.9 และ 8.2 ตามลำดับ ผู้จัดบริการสุขภาพที่สำคัญคือ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และ คลินิกเอกชน เท่ากับร้อยละ 62, 17.8 และ 6.4 ตามลำดับ ทั้งนี้จังหวัดสมุทรสงครามมีโรงพยาบาลชุมชนเพียง 2 แห่ง ขณะที่จังหวัดอุทัยธานีมี 7 แห่ง นอกจากนั้นแล้วจังหวัดสมุทรสงครามยังไม่สามารถเก็บข้อมูลจากองค์การปกครองท้องถิ่นและสถานพยาบาลเอกชนได้ครบถ้วนอีกด้วย

ถ้าเปรียบเทียบผลการศึกษารายจ่ายเพื่อสุขภาพระดับจังหวัดนี้ กับข้อมูลทุติยภูมิต้นทางที่โอนเงินมาที่จังหวัดแล้ว ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขที่โอนลงไปที่จังหวัด(รวมงบบุคลากรที่นับตามตำแหน่ง) อุทัยธานีและสมุทรสงครามในปีงบประมาณ 2551 เท่ากับ 400.40 และ 341.87 ล้านบาท ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าผลที่นับได้จากการศึกษา 10.43 และ 96.53 ล้านบาท ตามลำดับ ส่วนเงินสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการที่กรมบัญชีกลางรับผิดชอบนั้น การศึกษาจะได้ค่าสูงกว่าข้อมูลของกรมบัญชีกลาง 47.97 และ 14.31 ล้านบาทในอุทัยธานีและสมุทรสงคราม ตามลำดับ

หากเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการศึกษากับข้อมูลทุติยภูมิอื่นๆสำหรับอุทัยธานีและสมุทรสงคราม พบว่ารายงานงบประมาณที่จัดสรรลงไปสู่จังหวัดของกลุ่มบริหารนโยบายและแผนงบประมาณสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ มีค่าสูงกว่าผลการศึกษา 10.4 และ 96.5 ล้านบาท ตามลำดับ งบประมาณที่โอนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลงไปที่จังหวัดทั้งสองมีค่าสูงกว่าการศึกษา 32 และ 28.4 ตามลำดับ ข้อมูลสำนักงานประกันสังคมสูงกว่าผลการศึกษา 1.9 และ

4.7 ล้านบาทตามลำดับ ขณะที่ข้อมูลจากฐานกรณบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง มีค่าน้อยกว่าผลการศึกษา 47.9 และ 14.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 5.1 เปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพจากการศึกษาและฐานข้อมูล ปีงบประมาณ 2551

แหล่งที่มา	F1	F3	F4	F6
	สธ.	**สปสช.	***กรมบัญชีกลาง	ประกันสังคม
จังหวัดอุทัยธานี				
การศึกษา	389,966,081	253,103,600	223,642,422	14,228,696
แหล่งข้อมูล	*400,403,530	295,203,165	175,665,691	16,224,815
ส่วนต่าง	-10,437,449	-32,099,565	+47,976,731	-1,996,119
จังหวัดสมุทรสงคราม				
การศึกษา	245,347,990	98,979,449	146,758,201	21,351,463
แหล่งข้อมูล	*341,878,360	127,470,545	132,444,036	****26,062,573
ส่วนต่าง	-96,530,370	-28,491,096	+14,314,165	-4,711,110

ที่มาของข้อมูล

* กลุ่มบริหารนโยบายและแผนงบประมาณสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์

**สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

***กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

****สำนักงานประกันสังคม เป็นข้อมูลปีปฏิทิน 2551 โดยจังหวัดสมุทรสงครามมี 2 คู่สัญญาหลักรวมทั้งสิ้น 43.25 ล้านบาท หากไม่คิดโรงพยาบาลแม่กลอง 2 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่รับประกันสังคม แต่ไม่ได้ถูกรวมในข้อมูลจะได้เท่ากับ 26.06 ล้านบาท ส่วนจังหวัดอุทัยธานีรวม 2 คู่สัญญาหลัก คือโรงพยาบาลอุทัยธานีและทัพทัน

5.2 อภิปรายผล

5.1 กรอบแนวคิดในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด โดยยึดรายได้ของหน่วยบริการ/สถานพยาบาล/ และหน่วยบริหารและพัฒนาระบบบริการเป็นสำคัญนั้น พบว่ามีความยุ่งยากกว่าการจัดเก็บจากแหล่งบริหารจัดการการคลัง เนื่องจากมีจำนวนหน่วยที่ต้องจัดเก็บข้อมูลมากกว่า นอกจากนั้นยังคงมีปัญหาด้านความครบถ้วนของการกำหนดหน่วยจัดบริการ หรือหน่วยรับเงินจากแหล่งทุน เช่น กรณี สปสช. จ่ายตรงไปยังกลุ่มบุคคล/ ชมรม เช่นผู้พิการ หรือจ่ายแก่บุคคลเพื่อชดเชยความเสียหายจากการให้หรือรับบริการทางการแพทย์ (ตามมาตรา 41) กรณีดังกล่าวไม่ผ่านหน่วยจัดบริการทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน อย่างไรก็ตาม ใ้ก้ตีปริมาณจำนวนเงินที่หายไปไม่มากนัก

5.2 การเบี่ยงเบนของข้อมูลของการศึกษานี้เมื่อเทียบกับแหล่งข้อมูลจากระบบการจัดสรรเงินของส่วนกลาง เกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน

- รายได้ของหน่วยบริการจากกระทรวงสาธารณสุขที่ต่ำกว่าเงินจัดสรรของกระทรวงที่จ่ายไปยังหน่วยบริการในจังหวัด น่าจะเกิดจากการขาดความครบถ้วนและผิดพลาดจากการจัดเก็บข้อมูลเป็นสำคัญ

- ข้อมูลรายรับจาก สปสช. ที่ต่ำกว่าที่ สปสช. รายงานการโอนเงินลงในพื้นที่จังหวัดนั้นๆ เกิดได้จากสาเหตุของการขาดความครบถ้วนของการรวบรวมหน่วยบริการ/ กลุ่มบุคคล/ บุคคล ที่ได้รับเงินจาก สปสช. รวมถึงปัญหาด้านความผิดพลาดของรายงาน โดยเฉพาะ จังหวัดสมุทรสงครามซึ่งขาดถึงร้อยละ 22
- ข้อมูลกรมบัญชีกลางของการศึกษานี้ที่มากกว่าของรายงานของกรมบัญชีกลางน่าจะเกิดจากมีข้อมูลเบิกต้นสังกัดไม่ผ่านระบบการเบิกจ่ายตรงทำให้ข้อมูลกรมบัญชีกลางต่ำกว่า ข้อมูลจากการศึกษานี้ หากข้อมูลการศึกษาไม่ผิดพลาดแสดงว่า ยังคงมีการเบิกจ่ายจาก ต้นสังกัดสูงถึงร้อยละ 20 ในจังหวัดอุทัยธานีและร้อยละ 10 ในจังหวัดสมุทรสงคราม

5.3 ความเป็นไปได้ของการจัดเก็บข้อมูล การศึกษานี้บ่งชี้ว่ามีความเป็นไปได้ในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด เนื่องจากข้อมูลที่ใช้ในการจัดทำทั้งหมดมีอยู่ในระบบอยู่แล้วเพียงแต่ต้องการการจัดการอย่างเป็นระบบมากขึ้น รวมถึงการต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลเพิ่มขึ้น แม้จะมีความแตกต่างของข้อมูลจากแหล่งการคลังและที่จัดเก็บจากหน่วยบริการบ้างแต่หากมีการสำรวจอย่างครอบคลุมและเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครบถ้วนก็น่าจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้

5.4 การจัดเก็บข้อมูลจากสถานบริการเอกชน ยังคงเป็นประเด็นขาดความน่าเชื่อถือมากที่สุด เนื่องจากมีความยากลำบากในการเข้าถึงข้อมูล นอกจากนั้นข้อมูลจากสรรพากรจังหวัดในการประเมินรายได้ก็น่าจะมีปัญหามากกว่าความเป็นจริงค่อนข้างมาก

5.5 ข้อมูลการใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพขององค์กรปกครองท้องถิ่นในการศึกษานี้สูงกว่าในระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติมาก ขณะเดียวกันพบว่า กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดให้อบจ. และ อบต. ทุกแห่งรายงานการเบิกจ่ายเงินผ่านทางโปรแกรมบันทึกข้อมูลออนไลน์ และมีฐานข้อมูลดังกล่าวที่ท้องถิ่นจังหวัด ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขน่าจะขอใช้ได้เพื่อประโยชน์ในการวางแผนและติดตามกำกับต่อไป อย่างไรก็ตามเนื่องจากนิยามและขอบเขตของการสาธารณสุขในรายงานของท้องถิ่นกับที่ใช้ในการศึกษานี้ต่างกัน จึงจำเป็นต้องใช้ฐานข้อมูลของกรมการปกครองส่วนท้องถิ่นมาทำการวิเคราะห์ใหม่ถึงจะใช้ได้

5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.3.1 ภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจ และการเกิดขึ้นของหน่วยบริการอิสระต่างๆ จำเป็นอย่างยิ่งที่ภาครัฐจำเป็นต้องมีระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อใช้ในการกำกับติดตามรวมถึงการวางแผนเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขในพื้นที่ โดยการศึกษานี้บ่งชี้ว่ามีความเป็นไปได้ในการจัดทำ

5.3.2 เพื่ออำนวยความสะดวกในการจัดทำระบบบัญชีสุขภาพระดับจังหวัด จำเป็นต้องมีการพัฒนาการบริหารจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศการคลังสุขภาพเพื่ออำนวยความสะดวกแก่พื้นที่ในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด รวมถึงการจัดทำมาตรฐานบัญชีรายจ่ายให้เป็นสากลในการนำไปปฏิบัติต่อไป

- Viroj Tangcharoensathien, Adit Laixuthai, Jitpranee Vasavit, Nuan-Anan Tantigate, Wiphant prajuabmoh-Ruffolo, Duangkamol Vimolkit, and Jongkol Lertiendurmrong. National Health Accounts development: Lessons from Thailand Policy Plan. 1999 14: 342-353; doi: 10.1093/heapol/14.4.342
- World Health Organization. (2003) Guide to producing national health accounts: with special applications for low-income and countries, Canada.
- Tisayaticom K, Pachranarumol W, Tangcharoensathien V, Tiampriwan A, Sumalee H. SHA-Based Health Account in Asia Pacific: Country studies Thailand. Nonthaburi: International Health Policy Program: 2005

ภาคผนวก 1

แบบสอบถามเพื่อการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด ชุดที่ 1
สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

****ใช้แบบสอบถาม 1 ชุด ต่อ สสอ./สสจ. แต่ละแห่ง****

ชื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ

ข้อมูลนี้ให้รวมรายรับของการจัดบริการเองโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ)เท่านั้น
ไม่รวมส่วนเงินที่ สสจ./สสอ. จัดสรรไปให้ CUP/PCU/ สอ. ดำเนินการ

วัตถุประสงค์แบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยพัฒนาโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งครอบคลุม
รายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐที่จัดสรรงบประมาณผ่านหน่วยงานต่างๆ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของหน่วยบริการใน
ระดับจังหวัดเท่านั้น รวมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการเอกชน และค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนควักกระเป๋าจ่ายเอง ผลจาก
การศึกษานี้จะใช้เป็นกรอบแนวคิดและโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพและระบบข้อมูลข่าวสารระดับจังหวัดอื่นๆ
ของไทยต่อไป

โดยข้อมูลของท่านจะถูกนำไปใช้เพื่อพัฒนาระบบการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัดในภาพรวมเท่านั้น ผู้ทำ
การศึกษาจะไม่เปิดเผยข้อมูลหรือนำข้อมูลของท่านไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์หรือกิจกรรมอื่นๆ

ผู้ตอบ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

เมื่อตอบแบบสอบถามแล้วเสร็จ โปรดส่งแบบสอบถามนี้กลับคืนที่ผู้ประสานงานจังหวัด คุณ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... ภายในวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2552

หากสงสัยในประเด็นคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โปรดติดต่อ

คุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... โทร.

คุณ พัทธน์ ธรรมวันนา สำนักงานวิจัยหลักประกันสุขภาพไทย โทร. 086 9998164

หน่วยงานรับผิดชอบโครงการ

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข

โดยได้รับการสนับสนุนการดำเนินโครงการ จากองค์การอนามัยโลก

ข้อมูลผู้ตอบ

ชื่อ-สกุล

ตำแหน่ง (ถ้ามี)

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

ข้อ 1 ให้ระบุจำนวนสถานพยาบาล/หน่วยงาน ทั้งหมดที่ดำเนินการในจังหวัดของท่านในปัจจุบัน
(ข้อนี้ให้เฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตอบ)

ประเภท	จำนวนแห่ง
1. เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP)	
2. คลินิกเอกชน/ คลินิกชุมชนอบอุ่น	
3. ร้านยา	
4. โรงพยาบาลเอกชน	
5. มูลนิธิ / NGOs	
6. อบจ.	
7. เทศบาล	
8. อบต.	

ข้อ 2 ให้ระบุรายรับจริงของกิจกรรมที่บริการเอง โดย "สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ" ในปีงบประมาณ 2551 จำแนกตามแหล่งที่มา และประเภทกิจกรรม

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	รวม
	สร.	กระทรวงอื่น รวมงบบูรณา การจังหวัด	สปสช.	กรมบัญชีกลาง	ต้นสังกัด	ประกันสังคม	ประกัน แรงงานต่าง ด้าว	พรบ. ผู้ประสบภ ยจากรถ	องค์กร ปกครอง ท้องถิ่น	กองทุน ตำบล	รายจ่าย ครัวเรือน	สสส	อื่นๆ	
C1. บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค														
C2. บริการผู้ป่วยนอก														
C3. บริการผู้พิการ/ฟื้นฟูสภาพ														
C4. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)														
C5. การแพทย์แผนไทย														
C6. บริการผู้ป่วยใน														
C7. การสาธารณสุขอื่นๆ														
C8. การบริหารจัดการ/ พัฒนา														
C9. การลงทุน														
รวม (C1-C9)														

หมายเหตุ

- ให้ความหมายของแต่ละแถวและคอลัมน์ด้านท้ายของแบบสอบถาม พร้อมทั้งตัวอย่างในการลงข้อมูล
- กรณีเจ้าเป็น ที่ไม่สามารถแยกรายรับตามกิจกรรม C1 ถึง C9 ตามตารางข้างบนได้ ให้ตัวเลขในช่องรวม (C1-C9)
- ใช้ข้อมูลรายรับจากบัญชีเงินเดือนคงค้างของหน่วยงาน
- ไม่รวมงบประมาณที่โอนไปให้ CUP/PCU/สถานีอนามัย ซึ่งหน่วยงาน สสจ./สสอ.ไม่ได้จัดบริการดังกล่าวเอง

กรณีที่หน่วยงานของท่านยังไม่เคยศึกษาต้นทุนต่อหน่วย ทำให้ไม่สามารถกระจายเงินเดือน ค่าตอบแทน
สวัสดิการของบุคลากรกระจายตามกิจกรรม C1-C9 ในข้อ 2 ได้ โปรดระบุข้อมูลในข้อ 3 (หากท่าน
สามารถกระจายเงินหมวดนี้ในตารางข้อ 2 ได้แล้วให้ข้ามไปตอบข้อ 4 ได้เลย)

ข้อ 3 ให้ระบุเงินเดือน ค่าตอบแทน และสวัสดิการต่างๆที่จ่ายให้บุคลากร ปีงบประมาณ 2551

3.1 จำนวนคนและเงินเดือน

	แพทย์	พยาบาล	ทันตแพทย์	จนท.บริการ พยาบาล อื่นๆ	จนท. สนับสนุน อื่นๆ	รวม
จำนวนคน (คน)						
เงินเดือน ค่าจ้าง (บาท)						
สวัสดิการอื่นๆ (บาท)						

ใช้ข้อมูลจากฝ่ายการเงินของหน่วยงาน

3.2 ระบุประมาณสัดส่วนร้อยละของเวลาที่บุคลากรแต่ละกลุ่มวิชาชีพ ปฏิบัติงาน C1-C9 (ระบุเป็น
ภาพรวม ไม่ต้องแยกแยะรายบุคคล)

	แพทย์	พยาบาล	ทันตแพทย์	จนท.บริการ พยาบาล อื่นๆ	จนท. สนับสนุน อื่นๆ
C1. บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค					
C2. บริการผู้ป่วยนอก					
C3. บริการผู้พิการ/ฟื้นฟูสภาพ					
C4. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)					
C5. การแพทย์แผนไทย					
C6. บริการผู้ป่วยใน					
C7. การสาธารณสุขอื่นๆ					
C8. การบริหารจัดการ/ พัฒนา					
C9. การลงทุน					
รวม	100%	100%	100%	100%	100%

ใช้ข้อมูลจากการสอบถามประมาณการสัดส่วนบุคลากรจากรายบุคคล แล้วรวมเป็นกลุ่มวิชาชีพ โดยรวมเวลาทั้งหมด
เป็น 100% (ดูตัวอย่างการลงข้อมูลหน้าสุดท้าย)

ข้อ 4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ ยังมีโครงการพิเศษต่างๆ หรือโครงการอื่นๆอีกหรือไม่ ที่ท่านไม่สามารถจัดเข้าประเภท C1 ถึง C9 ตามตารางในข้อ 2 ได้

[] ไม่มีโครงการพิเศษอื่นๆอีก

[] มี (โปรดระบุให้รายละเอียดกิจกรรม ในตารางข้างล่าง)

ชื่อกิจกรรม/โครงการ	แหล่งที่มาของเงิน	งบประมาณที่ได้รับ (บาท)

แบบสอบถามเพื่อการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด ชุดที่ 2
สำหรับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUPและเครือข่าย)

****ใช้แบบสอบถาม 1 ชุด ต่อ 1 CUP****

ชื่อโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการ

เขต/อำเภอ

จังหวัด

ข้อมูลนี้ให้รวมหน่วยบริการที่อยู่ในเครือข่ายทั้งหมดของท่าน ได้แก่

1. สถานีอนามัย/ PCU
2. ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล (ถ้ามี)
3. ศูนย์แพทย์ชุมชน (ถ้ามี)
4. โรงพยาบาล

วัตถุประสงค์แบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยพัฒนาโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งครอบคลุมรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐที่จัดสรรงบประมาณผ่านหน่วยงานต่างๆ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของหน่วยบริการในระดับจังหวัดเท่านั้น รวมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการเอกชน และค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนควักกระเป๋าจ่ายเอง ผลจากการศึกษานี้จะใช้เป็นกรอบแนวคิดและโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพและระบบข้อมูลข่าวสารระดับจังหวัดอื่นๆ ของไทยต่อไป โดยข้อมูลของท่านจะถูกนำไปใช้เพื่อพัฒนาระบบการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัดในภาพรวมเท่านั้น ผู้ทำการศึกษาจะไม่เปิดเผยข้อมูลหรือนำข้อมูลของท่านไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์หรือกิจกรรมอื่นๆ

ผู้ตอบ โรงพยาบาลเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

เมื่อตอบแบบสอบถามแล้วเสร็จ โปรดส่งแบบสอบถามนี้กลับคืนที่ผู้ประสานงานจังหวัด คุณ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... ภายในวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2552

หากสงสัยในประเด็นคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โปรดติดต่อ

คุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... โทร.

คุณ พัทธนี ธรรมวันนา สำนักงานวิจัยหลักประกันสุขภาพไทย โทร. 086 9998164

หน่วยงานรับผิดชอบโครงการ

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข

โดยได้รับการสนับสนุนการดำเนินโครงการ จากองค์การอนามัยโลก

ข้อมูลผู้ตอบ

ชื่อ-สกุล

ตำแหน่ง (ถ้ามี) โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

หมวด 1 รายรับของโรงพยาบาล ไม่รวมส่วนที่จัดสรรไปให้ สอ./PCU

ข้อ 1 ให้ระบุรายรับจริงของ "โรงพยาบาล" ไม่รวมส่วนที่จัดสรรไปให้ สอ./PCU ปีงบประมาณ 2551 จำแนกตามแหล่งที่มา และประเภทกิจกรรม

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	รวม
	สร.	กระทรวงอื่น รวมงบบูรณา การจังหวัด	สปสช.	กรมบัญชีกลาง	ต้นสังกัด	ประกันสังคม	ประกัน แรงงานต่าง ด้าว	พรบ. ผู้ประสบภ ยจากรถ	องค์กร ปกครอง ท้องถิ่น	กองทุน ตำบล	รายจ่าย ครัวเรือน	สสส	อื่นๆ	
C1. บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค														
C2. บริการผู้ป่วยนอก														
C3. บริการผู้พิการ/ฟื้นฟูสภาพ														
C4. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)														
C5. การแพทย์แผนไทย														
C6. บริการผู้ป่วยใน														
C7. การสาธารณสุขอื่นๆ														
C8. การบริหารจัดการ/ พัฒนา														
C9. การลงทุน														
รวม (C1-C9)														

หมายเหตุ

- ให้ดูความหมายของแต่ละแถวและคอลัมน์ด้านท้ายของแบบสอบถาม พร้อมทั้งตัวอย่างในการลงข้อมูล
- กรณีเจ้าเป็น ที่ไม่สามารถแยกรายรับตามกิจกรรม C1 ถึง C9 ตามตารางข้างบนได้ ให้ตัวเลขในช่องรวม (C1-C9)
- ใช้ข้อมูลรายรับจากบัญชีเกณฑ์คงค้างของหน่วยงาน
- ไม่รวมงบประมาณที่โอนไปให้ CUP/PCU/สถานีนอนมัย ซึ่งโรงพยาบาลไม่ได้จัดบริการดังกล่าวเอง

กรณีที่โรงพยาบาลของท่านยังไม่เคยศึกษาต้นทุนต่อหน่วย ทำให้ไม่สามารถกระจายเงินเดือน
ค่าตอบแทน สวัสดิการของบุคลากรกระจายตามกิจกรรม C1-C9 ในข้อ 1 ได้ โปรดระบุข้อมูลในข้อ 2
(หากท่านสามารถกระจายเงินหมวดนี้ในตารางข้อ 1 ได้แล้วให้ข้ามไปตอบข้อ 3 ได้เลย)

ข้อ 2 ให้ระบุเงินเดือน ค่าตอบแทน และสวัสดิการต่างๆที่จ่ายให้บุคลากรของโรงพยาบาล ปีงบประมาณ
2551

2.1 จำนวนคนและเงินเดือน

	แพทย์	พยาบาล	ทันตแพทย์	จนท.บริการ พยาบาล อื่นๆ	จนท. สนับสนุน อื่นๆ	รวม
จำนวนคน (คน)						
เงินเดือน ค่าจ้าง (บาท)						
สวัสดิการอื่นๆ (บาท)						

ใช้ข้อมูลจากฝ่ายการเงินของหน่วยงาน

**2.2 ระบุประมาณสัดส่วนร้อยละของเวลาที่บุคลากรแต่ละกลุ่มวิชาชีพ ปฏิบัติงาน C1-C9 (ระบุเป็น
ภาพรวม ไม่ต้องแยกแยะรายบุคคล)**

	แพทย์	พยาบาล	ทันตแพทย์	จนท.บริการ พยาบาล อื่นๆ	จนท. สนับสนุน อื่นๆ
C1. บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค					
C2. บริการผู้ป่วยนอก					
C3. บริการผู้พิการ/ฟื้นฟูสภาพ					
C4. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)					
C5. การแพทย์แผนไทย					
C6. บริการผู้ป่วยใน					
C7. การสาธารณสุขอื่นๆ					
C8. การบริหารจัดการ/ พัฒนา					
C9. การลงทุน					
รวม	100%	100%	100%	100%	100%

ใช้ข้อมูลจากการสอบถามประมาณการสัดส่วนบุคลากรจากรายบุคคล แล้วรวมเป็นกลุ่มวิชาชีพ โดยรวมเวลาทั้งหมด
เป็น 100% (ดูตัวอย่างการลงข้อมูลหน้าสุดท้าย)

หมวด 2 รายรับของ สอ./PCU/ศูนย์แพทย์ชุมชน โดยให้รวมรายรับส่วนที่ได้รับจัดสรรจากโรงพยาบาล/สสจ./สสอ.

ข้อ 4 ให้ระบุรายรับจริงของ “สถานีนามัย/PCU” ปีงบประมาณ 2551 จำแนกตามแหล่งที่มา และประเภทกิจกรรม

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	รวม
	สร.	กระทรวงอื่น รวมงบอุดหนุน การจังหวัด	สปสช.	กรมบัญชีกลาง	ต้นสังกัด	ประกันสังคม	ประกันแรงงานต่าง ด้าว	พรบ. ผู้ประสบภัย จากจรด	องค์กรปกครอง ท้องถิ่น	กองทุน ตำบล	รายจ่าย ครัวเรือน	สสส	อื่นๆ	
C1. บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค														
C2. บริการผู้ป่วยนอก														
C3. บริการผู้พิการ/ฟื้นฟูสภาพ														
C4. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)														
C5. การแพทย์แผนไทย														
C6. บริการผู้ป่วยใน														
C7. การสาธารณสุขอื่นๆ														
C8. การบริหารจัดการ/ พัฒนา														
C9. การลงทุน														
รวม (C1-C9)														

หมายเหตุ

- ให้ดูความหมายของแต่ละแถวและคอลัมน์ด้านท้ายของแบบสอบถาม พร้อมทั้งตัวอย่างในการลงข้อมูล
- กรณีจำเป็น ที่ไม่สามารถแยกรายรับตามกิจกรรม C1 ถึง C9 ตามตารางข้างบนได้ ให้ตัวเลขในช่องรวม (C1-C9)
- ใช้ข้อมูลรายรับจากบัญชีเกิดองค์ก้างของหน่วยงาน
- รวมงบประมาณที่ได้รับโอนจากโรงพยาบาล/สสจ./สสอ.

กรณีที่สถานเอนามัยหรือเครือข่ายยังไม่เคยศึกษาดัชนีทุนต่อหน่วย ทำให้ไม่สามารถกระจายเงินเดือน
ค่าตอบแทน สวัสดิการของบุคลากรกระจายตามกิจกรรม C1-C9 ในข้อ 4 ได้ โปรดระบุข้อมูลในข้อ 5
(หากท่านสามารถกระจายเงินหมวดนี้ในตารางข้อ 4 ได้แล้วให้ข้ามไปตอบข้อ 6 ได้เลย)

ข้อ 5 ให้ระบุเงินเดือน ค่าตอบแทน และสวัสดิการต่างๆที่จ่ายให้บุคลากรของ สอ./PCU ปีงบประมาณ
2551

5.1 จำนวนคนและเงินเดือน

	แพทย์	พยาบาล	ทันตแพทย์	จนท. สาธารณสุข	จนท. สนับสนุนอื่นๆ	รวม
จำนวนคน (คน)						
เงินเดือน ค่าจ้าง (บาท)						
สวัสดิการอื่นๆ (บาท)						

ใช้ข้อมูลจากฝ่ายการเงินของหน่วยงาน

5.2 ระบุประมาณสัดส่วนร้อยละของเวลาที่บุคลากรแต่ละกลุ่มวิชาชีพ ปรึการงาน C1-C9 (ระบุเป็น
ภาพรวม ไม่ต้องแยกแยะรายบุคคล)

	แพทย์	พยาบาล	ทันตแพทย์	จนท. สาธารณสุข	จนท. สนับสนุน อื่นๆ
C1. บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค					
C2. บริการผู้ป่วยนอก					
C3. บริการผู้พิการ/ฟื้นฟูสภาพ					
C4. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)					
C5. การแพทย์แผนไทย					
C6. บริการผู้ป่วยใน					
C7. การสาธารณสุขอื่นๆ					
C8. การบริหารจัดการ/ พัฒนา					
C9. การลงทุน					
รวม	100%	100%	100%	100%	100%

ใช้ข้อมูลจากการสอบถามประมาณการสัดส่วนบุคลากรจากรายบุคคล แล้วรวมเป็นกลุ่มวิชาชีพ โดยรวมเวลาทั้งหมด
เป็น 100% (ดูตัวอย่างการลงข้อมูลหน้าสุดท้าย)

ข้อ 6 สถานื่อนามัย/PCU ยังมีโครงการพิเศษต่างๆ หรือโครงการอื่นๆอีกหรือไม่ ที่ท่านไม่สามารถจัดเข้าประเภท C1 ถึง C9 ตามตารางในข้อ 4 ได้

[] ไม่มีโครงการพิเศษอื่นๆอีก

[] มี (โปรดระบุให้รายละเอียดกิจกรรม ในตารางข้างล่าง)

ชื่อกิจกรรม/โครงการ	แหล่งที่มาของเงิน	งบประมาณที่ได้รับ (บาท)

แบบสอบถามเพื่อการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด ชุดที่ 3
สำหรับหน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชน

****ใช้แบบสอบถาม 1 ชุด ต่อ 1 สถานพยาบาล/หน่วยบริการ****

*****หากจังหวัดมีข้อมูลภาคเอกชนในภาพรวมแล้ว ไม่ต้องให้สถานพยาบาลเอกชนเก็บข้อมูลใหม่*****

ชื่อสถานบริการ/ หน่วยบริการ

เขต/อำเภอ

จังหวัด

ประเภท (เลือกได้เพียงข้อเดียวเท่านั้น)

- ☐ 1. คลินิกเอกชน/ คลินิกชุมชนอบอุ่น
- ☐ 2. ร้านยา
- ☐ 3. โรงพยาบาลเอกชน
- ☐ 4. มูลนิธิ / NGOs

วัตถุประสงค์แบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยพัฒนาโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งครอบคลุมรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐที่จัดสรรงบประมาณผ่านหน่วยงานต่างๆ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของหน่วยบริการในระดับจังหวัดเท่านั้น รวมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการเอกชน และค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนควักกระเป๋าจ่ายเอง ผลจากการศึกษานี้จะใช้เป็นกรอบแนวคิดและโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพและระบบข้อมูลข่าวสารระดับจังหวัดอื่นๆ ของไทยต่อไป โดยข้อมูลของท่านจะถูกนำไปใช้เพื่อพัฒนาระบบการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัดในภาพรวมเท่านั้น ผู้ทำการศึกษาจะไม่เปิดเผยข้อมูลหรือนำข้อมูลของท่านไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์หรือกิจกรรมอื่นๆ

ผู้ตอบ เจ้าของกิจการสถานบริการภาคเอกชน/ NGOs หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

เมื่อตอบแบบสอบถามแล้วเสร็จ โปรดส่งแบบสอบถามนี้กลับคืนที่ผู้ประสานงานจังหวัด คุณ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... ภายในวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2552

หากสงสัยในประเด็นคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โปรดติดต่อ

คุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... โทร.

คุณ พัทณี ธรรมวันนา สำนักงานวิจัยหลักประกันสุขภาพไทย โทร. 086 9998164

หน่วยงานรับผิดชอบโครงการ

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข

โดยได้รับการสนับสนุนการดำเนินโครงการ จากองค์การอนามัยโลก

ข้อมูลผู้ตอบ

ชื่อ-สกุล

ตำแหน่ง (ถ้ามี) โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

ข้อ 1 โปรดระบุรายรับจริงจากกิจกรรมบริการสุขภาพ ของหน่วยบริการท่านในปี 2551 จำแนกตามแหล่งที่มา และประเภทกิจกรรม

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	รวม
	สร.	กระทรวงอื่น รวมงบบูรณา การจังหวัด	สปสช.	กรมบัญชีกลาง	ต้นสังกัด	ประกันสังคม	ประกัน แรงงานต่าง ด้าว	พรบ. ผู้ประสบภ ยจากรถ	องค์กร ปกครอง ท้องถิ่น	กองทุน ตำบล	รายจ่าย ครัวเรือน	สสส	อื่นๆ	
C1. บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค														
C2. บริการผู้ป่วยนอก														
C3. บริการผู้พิการ/ฟื้นฟูสภาพ														
C4. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)														
C5. การแพทย์แผนไทย														
C6. บริการผู้ป่วยใน														
C7. การสาธารณสุขอื่นๆ														
C8. การบริหารจัดการ/ พัฒนา														
C9. การลงทุน														
รวม (C1-C9)														

หมายเหตุ

- ให้ความหมายของแต่ละแถวและคอลัมน์ด้านท้ายของแบบสอบถาม พร้อมทั้งตัวอย่างในการลงข้อมูล
- กรณีจำเป็น ที่ไม่สามารถแยกรายรับตามกิจกรรม C1 ถึง C9 ตามตารางข้างบนได้ ให้ตัวเลขในช่องรวม (C1-C9)

แบบสอบถามเพื่อการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด ชุดที่ 4
สำหรับองค์การปกครองท้องถิ่น (อบจ./ เทศบาล/ อบต.)

****ใช้แบบสอบถาม 1 ชุด ต่อ 1 องค์การปกครองท้องถิ่น****

วัตถุประสงค์แบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยพัฒนาโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งครอบคลุมรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐที่จัดสรรงบประมาณผ่านหน่วยงานต่างๆ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของหน่วยบริการในระดับจังหวัดเท่านั้น รวมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการเอกชน และค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนควักกระเป๋าจ่ายเอง ผลจากการศึกษานี้จะใช้เป็นกรอบแนวคิดและโมเดลการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพและระบบข้อมูลข่าวสารระดับจังหวัดอื่นๆของไทยต่อไป

โดยข้อมูลของท่านจะถูกนำไปใช้เพื่อพัฒนาระบบการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพระดับจังหวัดในภาพรวมเท่านั้น ผู้ทำการศึกษาจะไม่เปิดเผยข้อมูลหรือนำข้อมูลของท่านไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์หรือกิจกรรมอื่นๆ

ผู้ตอบ หัวหน้าหน่วยงานองค์การปกครองท้องถิ่น หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

เมื่อตอบแบบสอบถามแล้วเสร็จ โปรดส่งแบบสอบถามนี้กลับคืนที่ผู้ประสานงานจังหวัด คุณ
..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... ภายในวันที่ 30 เมษายน
พ.ศ. 2552

หากสงสัยในประเด็นคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โปรดติดต่อ
คุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... โทร.
คุณ พัทณี ธรรมวันนา สำนักงานวิจัยหลักประกันสุขภาพไทย โทร. 086 9998164

หน่วยงานรับผิดชอบโครงการ

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข

โดยได้รับการสนับสนุนการดำเนินโครงการ จากองค์การอนามัยโลก

ข้อมูลผู้ตอบ

ชื่อ-สกุล

ตำแหน่ง (ถ้ามี)

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ชื่อหน่วยงาน

ที่ตั้ง

เบอร์โทรศัพท์.....

1.2 ประเภทขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เลือกเพียงข้อเดียว)

- ☐ องค์การบริหารส่วนจังหวัด
- ☐ เทศบาลนคร
- ☐ เทศบาลเมือง
- ☐ เทศบาลตำบล
- ☐ องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่
- ☐ องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง
- ☐ องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก

1.3 องค์การปกครองท้องถิ่นของท่าน มีสถานพยาบาลในสังกัดหรือไม่

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี ระบุจำนวน แห่ง

ส่วนที่ 2 การบริหารจัดการ

2.1 รายรับขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นของท่านในปี 2551 (เดือน ตค. 2550 - กย. 2551)

แหล่งเงิน	จำนวนเงิน (บาท)
1. งบประมาณแผ่นดิน (สนับสนุนจากส่วนกลาง)	
2. เงินรายได้ภาษีที่ส่วนกลางจัดเก็บให้	
3. เงินรายได้ภาษีจากท้องถิ่นจัดเก็บเอง	
4. องค์การช่วยเหลือต่างประเทศ	
5. เงินบริจาค	
6. เงินกู้ยืม	
7. อื่นๆ ระบุ.....	
รวม	

2.2 รายจ่ายตามแผนงานขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ปี 2551 (เดือน ตค. 2550 – กย. 2551)

หมวดรายจ่าย	รายจ่ายจริง (บาท)
1. โครงสร้างพื้นฐาน	
2. ด้านการศึกษา	
3. ด้านสิ่งแวดล้อม	
• การสาธารณสุข	
• ด้านสุขภิบาล	
• ด้านอื่นๆ	
รวมด้านสิ่งแวดล้อม	
4. ด้านสังคม	
• การสาธารณสุข	
• พัฒนาชุมชน	
• อื่นๆ	
รวมด้านสังคม	
5. บริหาร	
รวมทุกด้าน	

2.3 องค์การปกครองท้องถิ่นของท่าน ได้ จัดสรรและใช้จ่ายงบประมาณปี 2551 อุดหนุน
การดำเนินงานของหน่วยงาน/กองทุน เพื่อการสาธารณสุข หรือไม่ ถ้ามีให้ระบุจำนวนเงิน

ชื่อหน่วยงาน/โครงการ /แผนงาน/ กิจกรรม	จัดสรร (บาท)	ใช้จ่ายจริง (บาท)
1. องค์การปกครองท้องถิ่นดำเนินการให้บริการด้วยตนเอง เช่น การดูแลสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม		
2. หน่วยบริการสาธารณสุขที่องค์การปกครองท้องถิ่นเป็นเจ้าของโดยตรง เช่น หน่วยบริการของเทศบาล รวมค่าจ้างแพทย์ด้วย (ถ้ามี) หรือ สถานีนอนามัยที่ได้รับโอนมา		
3. การสนับสนุนงานของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ (เช่น สสจ./สสอ./รพ./สอ.)		
4. กองทุนสุขภาพตำบล		
5. สถานศึกษา ระบุ (ชื่อ)		
5.1		
5.2		
5.3		
5.4		
5.5		
6. เงินสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม		
7. ค่ารักษาพยาบาลพนักงาน เจ้าหน้าที่ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น		
8. อื่นๆ (ระบุ)		
8.1		
8.2		
8.3		
8.4		
8.5		
รวม		

2.4 ในปี 2551 หน่วยงานของท่านมีรายจ่ายตามแผนงานด้าน การควบคุมป้องกันโรค อย่างไร (ระบุชื่อโครงการ / แผนงาน / กิจกรรม รวมทั้งรายจ่ายที่ใช้ในตาราง)

[illegible]

หมายเหตุ เช่น โรคติดต่อ เช่น เอชไอวีเลือดออก ทั่วตัว อูจจาระร่วง มาลาเรีย วัณโรค ฯลฯ
โรคไม่ติดต่อ เช่น เบาหวาน/ความดัน อุบัติเหตุ การลดความรุนแรงในครอบครัว
ปัญหาสังคม เช่น ยาเสพติด

2.5 ในปีงบประมาณ 2551 หน่วยงานท่านมีรายจ่ายตามแผนงาน/โครงการด้านการการ
ส่งเสริมสุขภาพดังนี้ (ไม่รวมเงินที่อุดหนุนกองทุนสุขภาพตำบล)

ชื่อโครงการ / แผนงาน/ กิจกรรม	จำนวน (บาท)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
รวม	

หมายเหตุ การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงถึง กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่ม

- เด็กเล็ก (วัคซีน ศูนย์เด็กเล็ก)
- เด็กวัยเรียน (อนามัยโรงเรียน นมนักเรียน อาหารกลางวัน ยาเสพติด)
- วัยรุ่น ผู้ใหญ่ (อาชีพอนามัย ครอบครัวอบอุ่น เบี้ยยังชีพผู้พิการ เบี้ยผู้ป่วยเอดส์)
- ผู้สูงอายุ (เบี้ยผู้สูงอายุ)

2.6 ในปีงบประมาณ 2551 หน่วยงานท่านมีรายจ่ายตามแผนงาน/โครงการ ด้านสุขาภิบาล
สิ่งแวดล้อม อย่างไร

ชื่อโครงการ /แผนงาน/ กิจกรรม	จำนวน (บาท)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
รวม	

หมายเหตุ เช่น การกำจัดขยะ สิ่งปฏิกูล น้ำเสีย สุขาภิบาลร้านอาหาร สุขาภิบาลตลาดสด สุขาภิบาลโรงฆ่าสัตว์ งานบำบัดน้ำเสีย เป็นต้น

2.7 องค์การปกครองท้องถิ่นที่มีการสนับสนุน/ จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ใน
ปีงบประมาณ 2551

- [] องค์การปกครองท้องถิ่นจัดงบสนับสนุน จำนวน.....บาท
- [] ได้รับเงินอุดหนุนการดำเนินงานจาก สปสช. จำนวน.....บาท
- [] ได้รับเงินอุดหนุนจากประชาชน จำนวน.....บาท
- [] ได้รับเงินอุดหนุนจากแหล่งอื่นๆ จำนวน.....บาท

2.8 นอกเหนือจากโครงการในแผนงานด้านการสาธารณสุขข้างต้นหน่วยงานของท่านมี
รายจ่ายในการอบรม/ศึกษาดูงาน หรือการศึกษาของบุคลากรด้านสาธารณสุข*

ชื่อโครงการ /แผนงาน/ กิจกรรม	จำนวน (บาท)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
รวม	

* ตัวอย่างเช่น การให้ทุนการศึกษานักเรียนพยาบาล, การอบรม/ศึกษาดูงาน อสม., อผส. . เป็นต้น

2.9 สำหรับพื้นที่ที่มีกองทุนสุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ 2551

- [] ท่านได้รับเงินอุดหนุนจาก สปสช. จำนวน.....บาท
- [] ชาวบ้านร่วมสมทบ จำนวนบาท
- [] อื่นๆ ระบุ..... จำนวนบาท
- [] อื่นๆ ระบุ..... จำนวนบาท

2.10 สำหรับพื้นที่ที่มีกองทุนสุขภาพตำบล ในปี 2551 หน่วยงานของท่านมีการใช้
เงินกองทุนสุขภาพตำบล ดังนี้

หมวดรายจ่ายตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด	จำนวน (บาท)
1. จัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แก่กลุ่มเป้าหมาย	
2. สนับสนุนหน่วยบริการในการจัดบริการส่งเสริมป้องกัน	
3. แก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่	
4. บริหารจัดการกองทุน	
รวม	

ภาคผนวก 2

Template สำหรับการเก็บข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพจังหวัดของหน่วยบริการ
 ตารางที่ 1 รายจ่ายจำแนกตามประเภทกิจกรรมปีงบประมาณ 2551

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	รวม
	สร	กระทรวงอื่น รวมงบบูรณาการ จังหวัด	สปสช.	กรมบัญชี กลาง	รัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม	ประกัน แรงงาน ต่างด้าว	พรบ. ผู้ประสบภัยจาก รถ	องค์กร ปกครอง ท้องถิ่น	รายจ่าย ครัวเรือน	อื่นๆ	
C1. บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค												
C2. บริการผู้ป่วยนอก												
C3. บริการผู้พิการ/ฟื้นฟูสภาพ												
C4. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)												
C5. การแพทย์แผนไทย												
C6. บริการผู้ป่วยใน												
C7. การสาธารณสุขอื่นๆ												
C8. การบริหารจัดการ/พัฒนา												
C9. การลงทุน												
รวม												

F = Financing sources

C = Health care functions

ตารางที่ 2 รายจ่ายสุขภาพจำแนกตามผู้ให้บริการ/ผู้ดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2551

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	รวม
	สร.	กระทรวงอื่น รวม งบบูรณาการ จังหวัด	สปสช.	กรมบัญชี กลาง	รัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม	ประกัน แรงงาน ต่างด้าว	พรบ. ผู้ประสบภัย จากรถ	องค์กร ปกครอง ท้องถิ่น	รายจ่าย ครัวเรือน	อื่นๆ	
P1. สถานีอนามัย/ PCU สร.												
P2. ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล												
P3. คลินิกเอกชน/ คลินิกชุมชนอบอุ่น												
P4. ศูนย์แพทย์ชุมชน												
P5. โรงพยาบาลชุมชน												
P6. โรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป												
P7. โรงพยาบาลรัฐอื่น												
P8. โรงพยาบาลเอกชน												
P9. มูลนิธิ												
P10. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น												
P11. กองทุนสุขภาพตำบล												
P12. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ												
P13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด												
P14. ร้ายยา												
รวม												

F = Financing sources

P = Providers

ความหมายและขอบเขตของแหล่งเงิน

- F1. รายจ่าย สธ. หมายถึงงบ Non-UC ของทุกกรมกองที่จัดสรรไปยังจังหวัดและหน่วยงานในจังหวัด
- F2. งบกระทรวงอื่น หมายถึง งบของกระทรวงอื่นที่จัดสรรไปยังหน่วยบริการภายในจังหวัด รวม งบบูรณาการของจังหวัดที่ใช้ไปในด้านสุขภาพ
- F3. รายจ่าย สปสช. หมายถึงงบบริหารจัดการ งบพัฒนา งบลงทุนเพื่อการทดแทน และงบบริการทั้งที่โอนล่วงหน้าไปยังสถานพยาบาล และงบที่จ่ายภายหลังทั้งที่ผ่านไปยังหน่วยบริการโดยตรง หรือผ่านมาทาง สปสช.เขต หรือ สสจ. (OP, PP, IP, EMS, Disabled) รวมถึงที่ได้รับจากหน่วยบริการคู่สัญญาหลักอื่นหักลบที่จ่ายไปให้หน่วยบริการอื่น
- F4. รายจ่ายกรมบัญชีกลางที่จ่ายเพื่อสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและบุคคลในครอบครัวทั้งที่ผ่านการเบิกตรงผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และการเบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด
- F5. รายจ่ายรัฐวิสาหกิจ หมายถึงรายจ่ายค่ารักษายาบาลของหน่วยงานรัฐวิสาหกิจที่จ่ายไปยังหน่วยบริการในพื้นที่
- F6. รายจ่ายประกันสังคม หมายถึง รายจ่ายประกันสังคมรายหัว และรายจ่ายเพิ่มเติมอื่นๆที่คู่สัญญาหลักได้รับจากประกันสังคม รวมไปถึงรายรับที่หน่วยบริการได้รับจากหน่วยคู่สัญญาหลัก หักลบรายจ่ายที่จ่ายไปยังหน่วยบริการอื่น
- F7. ประกันแรงงานต่างด้าว หมายถึงรายรับที่หน่วยงานต่างๆ ได้รับจากงบประมาณแรงงานต่างด้าว
- F8. พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ หมายถึงรายรับของหน่วยบริการที่เรียกเก็บจากบริษัทประกันสุขภาพเอกชนตาม พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ
- F9. รายจ่ายองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึงรายจ่ายเพื่อการสาธารณสุข รวม งบโครงการสาธารณสุขที่ท้องถิ่นดำเนินการเอง งบอุดหนุนกองทุนสุขภาพตำบล งบอุดหนุนหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ โครงการแก้ปัญหาสุขภาพของพื้นที่ และรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการส่วนท้องถิ่น
- F10. รายจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือนด้านการรักษายาบาลที่จ่ายไปยังหน่วยให้บริการในพื้นที่
- F11. รายจ่ายอื่น เช่น เงินช่วยเหลือต่างประเทศ (เช่น global fund) เงิน สสส. เงินองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร และเงินช่วยเหลืออื่นๆ

ความหมายและขอบเขตบริการ/กิจกรรม (ร่างต้องทบทวนให้มีความชัดเจน)

- C1. บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค หมายถึงบริการที่จัดแก่ปัจเจกบุคคล (personal prevention and prevention services)
- C2. บริการผู้ป่วยนอก
- C3. บริการผู้พิการ/ฟื้นฟูสภาพ หมายถึงเฉพาะรายจ่ายของงบผู้พิการ สปสช.?
- C4. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึงรายจ่าย สปสช./ ท้องถิ่น/ หน่วยเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เพื่อจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- C5. การแพทย์แผนไทย หมายถึงรวม
- C6. บริการผู้ป่วยใน

- C7. การสาธารณสุขอื่นๆหมายถึง งบ Non-UC สบ.ที่จัดสรรไปให้เพื่อการสาธารณสุข งบองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการควบคุมป้องกันโรค เช่น สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาลอาหาร การกำจัดขยะ การควบคุมโรค โครงการเพื่อ งบบริหารจัดการ สปสช.ที่จัดสรรไปให้จังหวัด
- C8. งบบริหารจัดการ/พัฒนา หมายถึง งบประมาณเพื่อการบริหารและพัฒนาระบบของ สบ. ของกองทุนย่อยต่างๆของสปสช.ที่จัดสรรไปให้หน่วยงานในพื้นที่
- C9. รายจ่ายด้านการลงทุน หมายถึง รายจ่ายจากงบลงทุนเพื่อการทดแทนด้วยหรือไม่??

ความหมายและขอบเขตของผู้ให้บริการ/ผู้ดำเนินงาน

- P1. สถานีอนามัย/ PCU สบ.หมายถึงสถานีอนามัยและ PCU ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- P2. ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล หมายถึงศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล
- P3. คลินิกเอกชน/คลินิกชุมชนอบอุ่น หมายถึงคลินิกเอกชนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งในลักษณะการเป็นลูกข่ายหรือแม่ข่ายในการให้บริการ
- P4. ศูนย์แพทย์ชุมชน หมายถึงหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐในทุกสังกัดที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาหลักของ สปสช.ในการให้บริการ
- P5. โรงพยาบาลชุมชน หมายถึงโรงพยาบาลชุมชนในสังกัด สปสช.
- P6. โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป หมายถึงโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปของ สปสช.
- P7. โรงพยาบาลรัฐอื่น หมายถึงโรงพยาบาลรัฐอื่นนอกเหนือจากของ สปสช. เช่น รพ.เทศบาล กรมอื่นใน สบ. กระทรวงอื่นๆ รวมรพ.ที่เป็น รร.แพทย์
- P8. โรงพยาบาลเอกชน หมายถึงโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยเอกชน
- P9. มูลนิธิ หมายถึงหน่วยงานเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรที่ดำเนินการจัดบริการแก่ประชาชนในพื้นที่ เช่น บริการ EMS
- P10. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง อบต.ที่มีการดำเนินงานการให้บริการสุขภาพ (เช่น EMS) หรือโครงการสาธารณสุขแก่ประชาชนในพื้นที่ นอกเหนือจากที่หน่วยบริการสาธารณสุขของ อบต. ดำเนินการอยู่
- P11. กองทุนสุขภาพตำบล หมายถึง กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช.
- P12. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
- P13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- P14. ร้านยา