



การเงินการคลังสุขภาพเพื่อตอบสนองการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย
(Health financing during COVID 19 responses in Thailand)

อังสุมาลี ผลภาค
ศิกานต์ อิศสระชัยยศ
อรรวรรณ ประสิทธิ์ศิริผล
ไอลดา สุขนาค
ปภาดา ราญรอน
แพรวา กุลรัตน์าม
สิริธร โฆษิตชัยวัฒน์
ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย
ยศ ตีระวัฒนานนท์

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าเพื่อให้ข้อมูลและความคิดเห็นต่าง ๆ สำหรับการศึกษาวิจัยในโครงการการเงินการคลังสุขภาพเพื่อตอบสนองการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย (Health financing during COVID 19 responses in Thailand) ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กับแหล่งงบประมาณหลักด้านสาธารณสุขที่ประเทศไทยใช้ในการตอบสนองต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ทุก ท่านที่เข้าร่วมประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อโครงร่างการศึกษา ผลการศึกษาเบื้องต้น และ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อให้ผู้วิจัยนำข้อมูลและข้อคิดเห็นที่ได้จากการประชุมไปใช้ในการปรับปรุงการ ศึกษาวิจัย และตรวจทานความถูกต้องของข้อมูลที่น่าเสนอ และขอขอบคุณกรมควบคุมโรค กรมบัญชีกลาง กอง เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานงบประมาณ สำนักงาน บริหารหนี้สาธารณะ สำนักงานประกันสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับการสนับสนุนข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในการวิจัย

สุดท้ายนี้ ทีมวิจัยขอขอบคุณสำนักงานบริหารการวิจัยและนวัตกรรมสาธารณสุข (สวส.) และโครงการ ประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ที่ได้สนับสนุนงบประมาณสำหรับดำเนินโครงการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งให้การสนับสนุนในด้านข้อมูลที่ใช้ประกอบการศึกษาวิจัย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษา ข้อคิดเห็น และ ข้อเสนอแนะที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้เป็นข้อมูลที่เกิดจากการรวบรวม วิเคราะห์ และสรุปผลของ คณะผู้วิจัย เท่านั้น ไม่ได้แสดงทัศนคติของหน่วยงานผู้ให้ทุนแต่อย่างใด

คณะผู้วิจัย

มีนาคม 2566

บทสรุปผู้บริหาร

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โครonavirus 19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ การคลังสุขภาพ (Health financing) เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของระบบสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการตอบสนองการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และให้ความคุ้มครองทางสังคมด้านสุขภาพ (Social health protection) กับประชาชน

แหล่งงบประมาณหลักด้านสาธารณสุขที่ประเทศไทยใช้ในการตอบสนองต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ งบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น และรายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหาและเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และงบประมาณเงินกู้ตามพระราชกำหนด (พ.ร.ก.)ให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 นอกจากนี้ ยังมีงบประมาณจากเงินสมทบของกองทุนประกันสังคม แหล่งเงินภาคเอกชนและครัวเรือนเข้ามาเกี่ยวข้อง

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการค่าใช้จ่ายภาพรวมด้านสุขภาพในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่าง พ.ศ. 2563-2565 ศึกษากลไกและพัฒนาการของกลไกการตัดสินใจด้านงบประมาณ และเศรษฐศาสตร์การเมืองของการตัดสินใจด้านงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 รวมถึงวิเคราะห์ผลกระทบของโรคโควิด 19 ต่อสถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน

สรุปข้อค้นพบที่สำคัญ

- ประเทศไทยใช้จ่ายงบประมาณภาครัฐด้านสาธารณสุขระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 รวมทั้งสิ้นประมาณ 440,022.84 ล้านบาท ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ค่าบริการสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคโควิด 19 (เช่น ค่าตรวจคัดกรอง ค่ารักษาพยาบาล ค่าฉีดวัคซีน) 257,891.89 ล้านบาท (ร้อยละ 59) รองลงมาคือ การจัดซื้อและบริหารจัดการวัคซีน 79,901.93 ล้านบาท (ร้อยละ 18) และค่าตอบแทนเยียวยา ชดเชย และเสี่ยงภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 53,530.97 ล้านบาท (ร้อยละ 12)
- เมื่อเปรียบเทียบกับสถานะเงินบำรุงก่อนการแพร่ระบาดพบว่า ภาพรวมของสถานะเงินบำรุงของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีงบประมาณ พ.ศ.

2565 ในขณะที่ อัตราการเพิ่มของสินทรัพย์ของโรงพยาบาลเอกชนที่มีการปรับตัวเพิ่มขึ้นในปีพ.ศ. 2564 นอกจากนี้พบว่า อัตราการเติบโตของเงินบริจาคของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างมากในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 สะท้อนให้เห็นว่าเงินที่อุดหนุนโรงพยาบาลเพียงพอในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

- กลไกและกระบวนการตัดสินใจด้านงบประมาณในส่วนกลางเป็นแบบรวมศูนย์ โดยได้รับประโยชน์จากกลไกระบบการคลังสุขภาพที่มีอยู่แล้ว ทั้งนี้ งบประมาณรายจ่ายงบกลางเป็นกลไกการตัดสินใจแบบแบบบนลงล่าง (Top-down decision making) และเป็นไปตามสายการบังคับบัญชา (Hierarchical decision making) ในขณะที่ งบประมาณเงินกู้ เป็นกลไกการตัดสินใจในรูปแบบของการปรึกษาหารือ (Consultative decision-making mechanism) และการตัดสินใจแบบแบบบนลงล่าง
- แม้ว่ารัฐบาลจะพยายามสร้างกลไกการตัดสินใจด้านการคลังสุขภาพในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ให้แตกต่างจากสถานการณ์ปกติ แต่กฎระเบียบและวิธีการใช้เงินกลับไม่แตกต่างจากกลไกเดิมมากนัก ส่งผลต่อความรวดเร็วในการจัดสรรงบประมาณและการระดมทรัพยากรเพื่อตอบสนองต่อภาวะระบาดของโรคโควิด 19
- การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในปีพ.ศ. 2563 และพ.ศ. 2564 ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพในส่วนที่ชำระด้วยตนเอง (Out-of-pocket payment) ในหมวดค่ายาและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้น ในขณะที่การใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในลง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความเสี่ยงต่อการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนไทยลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ก่อนการระบาด แม้แต่ครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำที่สุด

สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ประเทศไทยควรมีการเตรียมความพร้อมของ**แหล่งงบประมาณ**สำหรับสถานการณ์แพร่ระบาดอย่างน้อยในระยะเริ่มต้น และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเป็นไปได้และความจำเป็นในการจัดตั้งกองทุนหรือแหล่งเงินสำรองของประเทศ (National reserve) สำหรับสถานการณ์แพร่ระบาด โดยอาจพิจารณาการรวมเงินจากงบประมาณจากหลาย ๆ แหล่ง เช่น รายได้จากการจัดเก็บภาษี งบประมาณส่วนเกิน ส่วนแบ่งการเก็บค่าธรรมเนียมผู้เดินทางเข้าประเทศทางอากาศ
- การพัฒนา**กลไกและขั้นตอนการตัดสินใจ**ด้านงบประมาณในสถานการณ์การแพร่ระบาดให้มีความรวดเร็วคล่องตัวและทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว
 - ลดลำดับขั้นตอนของการพิจารณาโครงการต่าง ๆ ตามโครงสร้างสายบังคับบัญชา
 - ปรับกฎระเบียบและข้อบังคับเพื่อเอื้อต่อการตัดสินใจในสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมถึงกลไกการตรวจสอบให้มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับสถานการณ์

- การจัดทำระบบฐานข้อมูลกลางของทรัพยากรที่จำเป็นต่อสถานการณ์แพร่ระบาด การแลกเปลี่ยนและเปิดเผยข้อมูลในระดับหน่วยงานและต่อสาธารณะ เพื่อให้เกิดความโปร่งใส เอื้อต่อการประสานงาน และช่วยให้การใช้ทรัพยากรมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสถานการณ์
 - ระดับหน่วยงาน: ข้อมูลทรัพยากรของหน่วยงาน เช่น จำนวนเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) จำนวนเครื่องช่วยหายใจ จำนวนเครื่องผลิตออกซิเจน
 - ระดับหน่วยงานและสาธารณะ: ข้อมูลเกี่ยวกับการแพร่ระบาด เช่น จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนผู้รับบริการ

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	2
บทสรุปผู้บริหาร	3
บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	11
1.1 บทนำ	11
1.2 วัตถุประสงค์	13
1.3 กรอบการศึกษา	14
บทที่ 2 กลไกการตัดสินใจด้านงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	15
2.1 กลไกการตัดสินใจเพื่อบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	15
2.2 กลไกและกระบวนการพิจารณาตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายงบกลาง	17
2.3 กลไกและกระบวนการพิจารณาตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณเงินกู้	21
2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างงบประมาณกลางและงบประมาณเงินกู้	30
2.5 เศรษฐศาสตร์การเมืองของการตัดสินใจด้านงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	33
บทที่ 3 การคลังสุขภาพเพื่อตอบสนองการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19.....	40
3.1 ภาพรวมค่าใช้จ่ายงบประมาณภาครัฐด้านสาธารณสุข	42
3.2 งบประมาณรายจ่ายงบกลางด้านสาธารณสุขและการจัดสรรงบประมาณ	45
3.3 งบประมาณเงินกู้ด้านสาธารณสุขและการจัดสรรงบประมาณ	46
3.4 การจัดสรรงบประมาณภาครัฐจำแนกรายละเอียดของกิจกรรม	49
บทที่ 4 ผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต่อการดำเนินงานทางการเงินของโรงพยาบาลรัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน	58
4.1 ผลการดำเนินงานทางการเงินของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	58
4.2 ผลการดำเนินงานทางการเงินของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด	66
4.3 ผลการดำเนินงานทางการเงินของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด(มหาชน)	69

บทที่ 5 ผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ	72
5.1 ค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพก่อนและระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	72
5.2 การวิเคราะห์ผลกระทบของโควิด 19 ต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพในส่วนที่ชำระด้วยตนเอง	74
5.3 การวิเคราะห์ผลกระทบของโควิด 19 บนภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ.....	79
บทที่ 6 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา	84
6.1 สรุปผลการศึกษา.....	84
6.2 อภิปรายผลการศึกษา.....	85
6.3 ข้อจำกัดของการศึกษา.....	92
รายการอ้างอิง.....	93
ภาคผนวก.....	97
ระเบียบวิธีวิจัย	98
บทบาทและหน้าที่ระดับองค์กร/หน่วยงาน (Institutions)	100
บทบาทและหน้าที่ระดับตัวแสดง (Actors) ที่เป็นปัจเจกบุคคลและกลุ่มคน	103

สารบัญรูป

รูปที่ 1 สถานการณ์โควิด 19 และลำดับเหตุการณ์สำคัญในประเทศไทย	12
รูปที่ 2 กรอบการศึกษา	14
รูปที่ 3 โครงสร้างของกลไกการตัดสินใจเพื่อบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	16
รูปที่ 4 กระบวนการในการตัดสินใจของงบประมาณรายจ่ายงบกลาง	19
รูปที่ 5 กระบวนการในการตัดสินใจของงบประมาณเงินกู้	24
รูปที่ 6 แหล่งงบประมาณของภาครัฐด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในการรับมือกับแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	40
รูปที่ 7 ภาพรวมค่าใช้จ่ายงบประมาณภาครัฐด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 จำแนกตามแหล่งงบประมาณและหมวดค่าใช้จ่าย	43
รูปที่ 8 ภาพรวมค่าใช้จ่ายงบประมาณภาครัฐด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 จำแนกตามปีงบประมาณ	44
รูปที่ 9 การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายงบกลาง ปีงบประมาณพ.ศ. 2563-2565 จำแนกตามหมวดค่าใช้จ่าย	45
รูปที่ 10 การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายงบกลาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 จำแนกตามปีงบประมาณ	46
รูปที่ 11 การจัดสรรงบประมาณเงินกู้ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 จำแนกตามหมวดค่าใช้จ่าย	47
รูปที่ 12 การจัดสรรงบประมาณเงินกู้ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 จำแนกตามปีงบประมาณ	48
รูปที่ 13 แหล่งเงินและการจัดสรรงบประมาณสำหรับการตรวจคัดกรองและฉีดวัคซีน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565	51
รูปที่ 14 แหล่งเงินและการจัดสรรงบประมาณค่ารักษาพยาบาลกรณีโรคโควิด 19 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565	53
รูปที่ 15 แหล่งเงินและการจัดสรรงบประมาณสำหรับค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อและบริหารจัดการวัคซีน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565	54
รูปที่ 16 แหล่งเงินและการจัดสรรงบประมาณสำหรับค่าตอบแทน เยียวยา ชดเชย และเสี่ยงภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565	55
รูปที่ 17 รายได้-ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. ปีงบประมาณพ.ศ. 2558-2565	59
รูปที่ 18 รายได้รวมของโรงพยาบาลสังกัดสป.สธ. ปีงบประมาณพ.ศ. 2558-2565 จำแนกตามระดับของโรงพยาบาล	60
รูปที่ 19 รายได้รวมของโรงพยาบาลสังกัดสป.สธ. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2565 จำแนกตามเขตสุขภาพ	61

รูปที่ 20 ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2565 จำแนกตามประเภทของต้นทุน	62
รูปที่ 21 สถานการณ์เงินบำรุงของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2565	63
รูปที่ 22 สถานการณ์เงินบริจาคของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	65
รูปที่ 23 รายได้ของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด	67
รูปที่ 24 รายได้ของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด จำแนกตามขนาดทุนจดทะเบียน	67
รูปที่ 25 อัตราการเพิ่มของสินทรัพย์รวมเฉลี่ยของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด	69
รูปที่ 26 รายได้จากการรักษาพยาบาลรวมของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด(มหาชน)	70
รูปที่ 27 จำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด (มหาชน) ที่มีอัตรากำไรเบื้องต้นลดลง	70
รูปที่ 28 อัตราการเพิ่มของสินทรัพย์รวมเฉลี่ยของโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นบริษัทจำกัด(มหาชน)	71
รูปที่ 29 ค่าเวชภัณฑ์และค่ารักษาพยาบาล (ต่อเดือน) ก่อนและระหว่างการแพร่ระบาดโควิด 19.....	72
รูปที่ 30 ค่าเวชภัณฑ์และค่ารักษาพยาบาล (ต่อเดือน) ก่อนและระหว่างการแพร่ระบาดโควิด 19 จำแนกตามการ ชำระด้วยตนเองและไม่ได้ชำระด้วยตนเอง/เบิกได้.....	73
รูปที่ 31 ความชุกของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระหว่างปี พ.ศ. 2554-2564.....	80
รูปที่ 32 ความชุกของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระหว่างปี พ.ศ. 2554-2564 จำแนกความ มั่งคั่ง.....	81

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	เปรียบเทียบวงเงินของแผนที่ 1 ระหว่างบัญชีแนบท้ายและวงเงินที่ได้รับการอนุมัติจากกรม.....	22
ตารางที่ 2	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างงบประมาณรายจ่ายงบกลางและงบประมาณเงินกู้.....	30
ตารางที่ 3	จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่สถานการณ์เงินบำรุงปรับตัวลดลงหลังการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	64
ตารางที่ 4	จำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดที่มีอัตรากำไรเบื้องต้นลดลง.....	68
ตารางที่ 5	ผลการวิเคราะห์ 2-part model ของค่าใช้จ่ายที่ชำระด้วยตนเองสำหรับค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าบริการผู้ป่วยนอก และค่าบริการผู้ป่วยใน	76
ตารางที่ 6	ผลกระทบส่วนเกิน (Marginal effect) ค่าใช้จ่ายครัวเรือนที่ชำระด้วยตนเอง.....	78
ตารางที่ 7	ผลการวิเคราะห์โลจิสติกส์บนภาวะความล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพ จำแนกตามควินไทล์	82
ตารางที่ 8	ข้อดีและข้อจำกัดของการมีแหล่งเงินนอกงบประมาณด้วยการจัดตั้งกองทุน/แหล่งเงินสำรอง	89

บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1.1 บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โครโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) (World Health Organization, 2020) การแพร่ระบาดดังกล่าวส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และสถานะสุขภาพของประชาชน และกลายเป็นความท้าทายของระบบสุขภาพในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก

การคลังสุขภาพ (Health financing) เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของระบบสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการตอบสนองการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทั้งนี้ สิ่งที่แตกต่างกันจากการคลังสุขภาพในภาวะปกติคือ การคลังภาครัฐ (Public financing) กลายเป็นแหล่งงบประมาณสำคัญของการคลังสุขภาพในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ โดยงบประมาณดังกล่าวถูกจัดสรรให้กับด้านสาธารณสุขเพื่อจัดซื้อและกระตุ้นให้เกิดบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 เช่น การกักตัว การสอบสวนโรค การตรวจหาเชื้อ การรักษาพยาบาล การจัดซื้อและการบริหารจัดการวัคซีน เป็นต้น (Jin, Li, & Jakovljevic, 2022; Park, Sim, Zhao, & Nam, 2022; Sachdev, Viriyathorn, Chotchoungchatchai, Patcharanarumol, & Tangcharoensathien, 2022) นอกจากนี้ หลาย ๆ ประเทศยังได้มีการขยายความครอบคลุมของบริการดังกล่าวไปยังกลุ่มประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนและสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Hoang Viet Lam, 2021; Tangcharoensathien et al., 2022)

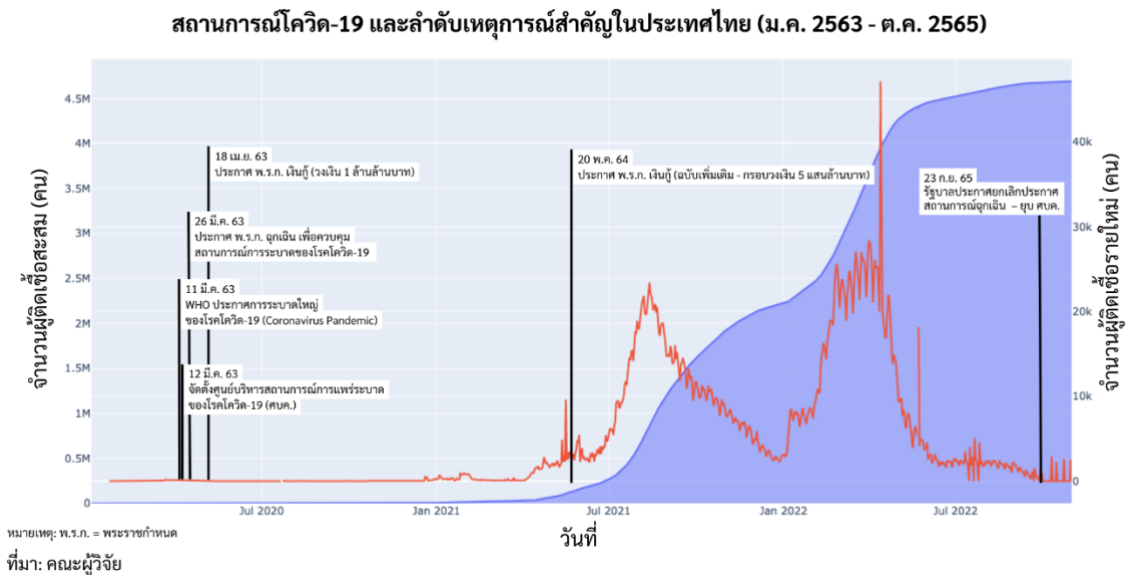
ทั้งนี้ กระบวนการการคลังสุขภาพภาครัฐสำหรับการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดยังขึ้นอยู่กับกลไกและเกณฑ์การตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณภาครัฐไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสะท้อนถึงกลไกการอภิบาลภาครัฐในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข จึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มิติด้านประสิทธิภาพของกลไกการตัดสินใจ (Ungsuchaval & Kumlungpat, 2020) เนื่องจากส่งผลต่อความพร้อมและความรวดเร็วในการจัดสรรงบประมาณ การกระจายทรัพยากร และการซื้อบริการที่จำเป็น เพื่อการตอบสนองการแพร่ระบาดในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Gao & Yu, 2020)

ประเทศไทยเริ่มมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา และได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยมีรายละเอียดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563¹ เพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดดังกล่าว ประเทศไทยได้มีการระดมทรัพยากรและงบประมาณจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อลดผลกระทบของแพร่ระบาดทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสาธารณสุข ทั้งนี้ งบประมาณส่วนที่เพิ่มจากงบประมาณปกติมาจากการกู้เงินจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกประเทศ

¹ ประกาศฉบับนี้ได้ถูกยกเลิกไปแล้วตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข, 2565) เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป (รัฐบาลไทย, 2565)

โดยการออกพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน เพื่อแก้ปัญหา เยียวยาและฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 โดยมีวงเงินหนึ่งล้านล้านบาท ต่อมาได้มีการพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มเติม พ.ศ 2564 วงเงินห้าแสนล้านบาท เนื่องจากการแพร่ระบาดยังไม่ยุติ รายละเอียดดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 สถานการณ์โควิด 19 และลำดับเหตุการณ์สำคัญในประเทศไทย



ทั้งนี้ แผนงานการแพทย์และสาธารณสุข เป็น 1 ใน 3 แผนงานที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน ฯ ทั้งสองฉบับ ทั้งนี้ งบประมาณดังกล่าวถูกจัดสรรให้กับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อใช้ในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้เพื่อพิจารณางบประมาณของแต่ละโครงการ ซึ่งเป็นกลไกใหม่ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณที่มาจากพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงิน ฯ นอกจากนี้ ยังมีงบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น และรายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหาและเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กระทรวงต่าง ๆ สามารถขอรับการจัดสรรจากสำนักงบประมาณ เพื่อนำไปใช้ในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

นอกจากนี้ การคลังสุขภาพในการควบคุมการแพร่ระบาดโรคโควิด19 ยังมีแหล่งเงินสมทบจากกองทุนประกันสังคมที่นำมาใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ประกันตน รวมถึงแหล่งเงินของภาคเอกชนและครัวเรือนเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น เงินบริจาคเพื่อสนับสนุนโรงพยาบาลของรัฐ การให้การสนับสนุนอุปกรณ์และสถานที่ในการควบคุม

การแพร่ระบาด เป็นต้น รวมถึงค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่เพิ่มขึ้นจากการจัดซื้ออุปกรณ์ป้องกันและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ เช่น หน้ากากอนามัย ยา แอลกอฮอล์ รวมถึงการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาลเอกชนในการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตราย กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนาภายใต้โครงการ Universal Coverage for Emergency COVID 19 Patients (UCEP-COVID 19)

การบริหารจัดการการคลังสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทยไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการดำเนินการของกองทุนประกันสุขภาพ 3 กองทุนและกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังมี การจัดสรรงบประมาณไปยังกระทรวงและหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้ขาดภาพรวมของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในช่วงการแพร่ระบาดที่ผ่านมา นอกจากนี้ กลไกการจัดงบประมาณภายใต้สถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ยังดำเนินการผ่านกลไกการจัดสรรและการพิจารณาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับแหล่งงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการ เช่น งบประมาณเงินกู้ งบประมาณรายจ่ายงบกลาง เป็นต้น

ดังนั้นคำถามสำคัญและช่องว่างของการศึกษาคือ ภาระทางการเงินโดยภาพรวม แหล่งเงินทั้งจากภาครัฐและเอกชน กลไกและเกณฑ์การตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย ซึ่งจะเป็นบทเรียนที่สำคัญต่อการตัดสินใจ การกำหนดนโยบาย และการออกแบบการคลังสุขภาพในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข รวมทั้งสามารถเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณและแหล่งเงิน หากมีการแพร่ระบาดเกิดขึ้นในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์

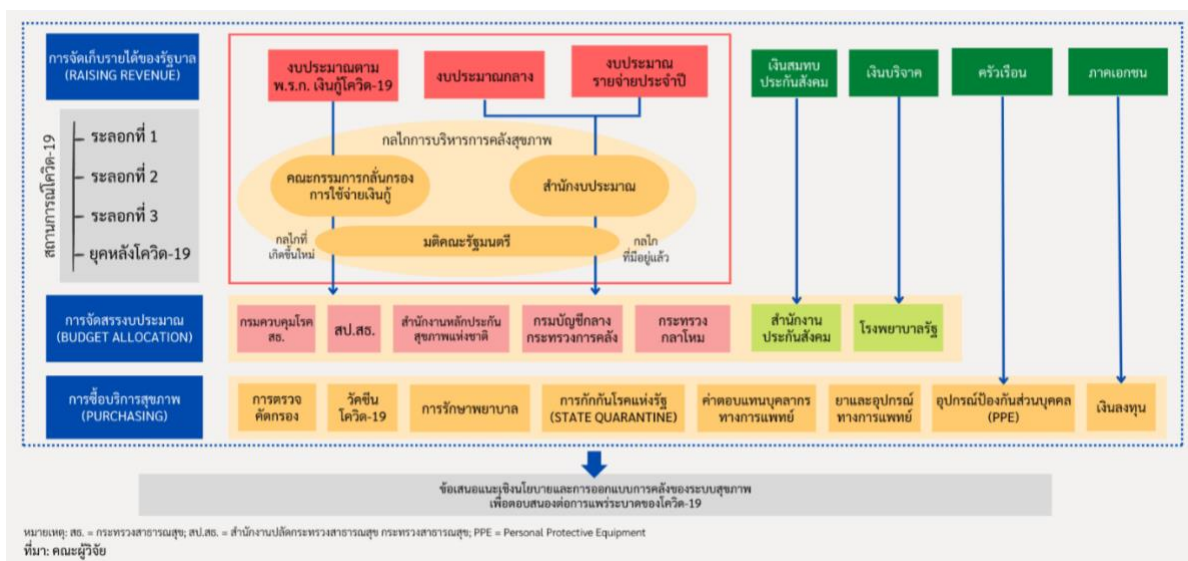
1. เพื่อประมาณการค่าใช้จ่ายภาพรวมด้านสุขภาพในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19
 - 1.1 ประมาณค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่าง พ.ศ. 2563- 2565
 - 1.2 เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานทางการเงินของโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลรัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่าง พ.ศ. 2558-2564
 - 1.3 เพื่อศึกษาปริมาณและการเปลี่ยนแปลงของเงินบริจาคของโรงพยาบาลรัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่าง พ.ศ. 2558-2564
 - 1.4 เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงรายจ่ายครัวเรือนที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่าง พ.ศ. 2553-2564
2. เพื่อศึกษากลไกการตัดสินใจด้านงบประมาณและพัฒนาการของกลไกการตัดสินใจเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจด้านงบประมาณ ระหว่าง พ.ศ. 2563-2565

3. เพื่อทำความเข้าใจเศรษฐศาสตร์การเมืองของการตัดสินใจด้านงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่าง ๆ ที่มีผลต่อสถานการณ์ของโรคระบาดตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน
4. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการบริหารจัดการการคลังสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

1.3 กรอบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method) เพื่อให้ได้ภาพรวมของการเงินการคลังสุขภาพของประเทศไทยช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยขอบเขตของการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ กลไกและกระบวนการตัดสินใจด้านงบประมาณ การคลังสุขภาพและการจัดสรรงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และผลกระทบของโรคโควิด 19 ต่อการสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลและรายจ่ายคร้วเรือนด้านสุขภาพ ดังรูปที่ 2

รูปที่ 2 กรอบการศึกษา



บทที่ 2 กลไกการตัดสินใจด้านงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 รัฐบาลซึ่งมีหน้าที่หลักในการบริหารงานแผ่นดินและดูแลความมั่นคงและสงบสุขของประเทศชาติและประชาชนจำเป็นต้องเข้ามาจัดการและควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 รวมทั้งลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้นกับประชาชน ดังนั้นรัฐบาลจำเป็นต้องมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอย่างเหมาะสม รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มุ่งศึกษาเฉพาะกลไกและกระบวนการตัดสินใจของแหล่งงบประมาณหลักด้านสาธารณสุขในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย ได้แก่ งบประมาณรายจ่ายงบกลางและงบประมาณเงินกู้

ผลการศึกษาในบทที่ 2 จะแบ่งเป็น 3 ส่วนหลักที่สำคัญ โดยส่วนที่ 1 จะกล่าวถึงกลไกและกระบวนการในการตัดสินใจด้านงบประมาณที่ใช้ในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของรัฐบาล ส่วนที่ 2 จะกล่าวถึงพัฒนาการของกลไกหรือกระบวนการในการตัดสินใจด้านงบประมาณดังกล่าว ซึ่งโดยทั่วไปการตัดสินใจเชิงนโยบายควรเป็นไปอย่างมีเหตุมีผล (Rational decision-making) แต่ในสภาพความเป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ฉุกเฉินและมีความไม่แน่นอนสูงนั้น มีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย และในบางครั้งอาจทำให้การตัดสินใจเชิงนโยบายดังกล่าวเกิดความไม่สมเหตุสมผลขึ้น (Andrews, 2017, p. 161) อันนำมาซึ่งเนื้อหาในส่วนที่ 3 ที่จะกล่าวถึงเศรษฐศาสตร์การเมืองของการตัดสินใจด้านงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

ทั้งนี้ ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ในส่วนของเศรษฐศาสตร์การเมืองเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคลากรในหน่วยงานและคณะกรรมการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อมูลที่เก็บได้นี้ถือเป็นข้อมูลบางส่วน นอกจากนั้น การศึกษาวิเคราะห์ในส่วนนี้มีได้มีเป้าหมายที่จะประเมินผลการดำเนินงานหรือการตัดสินใจของผู้บริหารหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากแต่เป็นการศึกษาที่พยายามแสดงให้เห็นถึงปัจจัยต่าง ๆ รวมทั้งปัจจัยทางการเมืองซึ่งควบคุมได้ยากและอาจมีผลต่อการตัดสินใจในการดำเนินงานของรัฐบาล

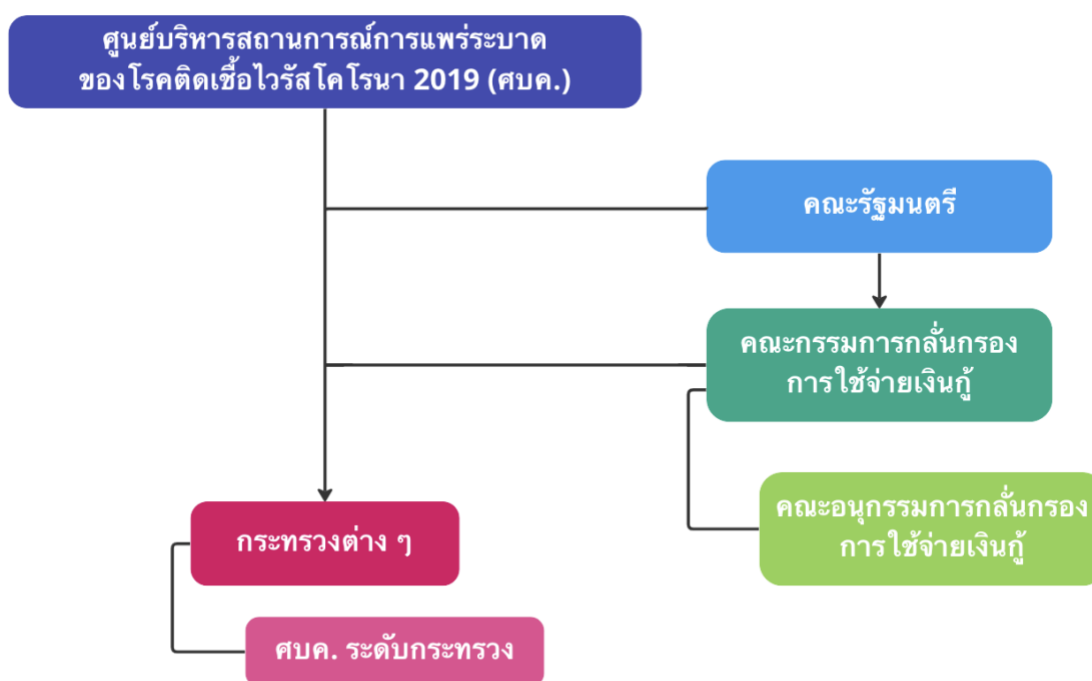
2.1 กลไกการตัดสินใจเพื่อบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยเริ่มต้นในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลมีการกำหนดและดำเนินนโยบายหรือมาตรการต่าง ๆ เพื่อควบคุมการระบาด อาทิ มาตรการการเว้นระยะห่างทางกายภาพ (Physical distancing) มาตรการปิดประเทศและปิดเมือง (Lockdown) และการให้ผู้ต้องสงสัยว่าอาจได้รับเชื้อ เช่น ผู้ที่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย และผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศต้องกักตัวหรือแยกตัวเอง (Quarantine) อย่างน้อย 14 วันเพื่อดูอาการและเลี่ยงการแพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่น เป็นต้น รวมทั้งมีการจัดตั้ง “ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” หรือเรียกโดยย่อว่า “ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 (ศบค.)” ซึ่งเป็นหน่วยงานพิเศษที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (พ.ร.ก. ฉุกเฉิน) เพื่อรับมือกับวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทั้งนี้ พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ เป็น

การสร้างระบบการตัดสินใจแบบรวมศูนย์ โดยให้อำนาจอย่างกว้างขวางแก่รัฐบาล ซึ่งจากอำนาจดังกล่าวทำให้รัฐบาลสามารถออกข้อกำหนดหรือข้อกำหนดต่าง ๆ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ เช่น การสั่งปิดเมือง (Lockdown) การห้ามนั่งทานอาหารในร้าน การกำหนดพื้นที่เฝ้าระวัง และการปิดสถานศึกษา ยิ่งไปกว่านั้น พ.ร.ก. ดังกล่าว ยังก่อให้เกิดการโอนอำนาจจากรัฐมนตรีกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การระบาดมาเป็นอำนาจของ ศบค. ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้อำนวยการศูนย์ โดยมีเหตุผลสำคัญ คือ “เพื่อให้การสั่งการและแก้ไขสถานการณ์เป็นไปโดยมีเอกภาพ รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ” (iLaw, 2564) ทั้งนี้สามารถสรุปเป็นแผนภาพโครงสร้างของกลไกการตัดสินใจเพื่อบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ดังรูปที่ 3

รูปที่ 3 โครงสร้างของกลไกการตัดสินใจเพื่อบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

โครงสร้างของกลไกการตัดสินใจเพื่อบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19



ที่มา: คณะผู้วิจัย

ศบค. เกิดขึ้นหลังจากการประกาศใช้ พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ และไปเป็นตามคำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 5/2563 เรื่อง การจัดตั้งหน่วยงานพิเศษเพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (2563) โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้อำนวยการศูนย์² และมีรัฐมนตรีกระทรวงต่าง ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการ ทั้งนี้ ศบค. มีหน้าที่หลักในการพิจารณา วิเคราะห์ ติดตาม ตัดสินใจ และสั่งการในเชิงนโยบายและมาตรการเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินต่าง ๆ ในช่วงของการระบาดของโรค นอกจากการจัดตั้ง ศบค. ในระดับชาติ

² นอกจากเป็นผู้อำนวยการศูนย์ ศบค. แล้ว นายกรัฐมนตรียังเป็นผู้นำของคณะรัฐมนตรี และเป็นประธานคณะกรรมการกลั่นกรองเงินกู้อีกด้วย

แล้ว ยังมีการจัดตั้ง ศบค. ในระดับกระทรวงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อติดตามและแก้ไขปัญหาสถานการณ์อย่างใกล้ชิด

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เกิดขึ้น ทำให้รัฐบาลไทยจำเป็นต้องจัดหาแหล่งงบประมาณที่เพียงพอเพื่อใช้ในการควบคุมการแพร่ระบาด การให้คุ้มครองความเสี่ยงทางการเงิน (Financial risk protection) หรือภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด 19 รวมทั้งบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องให้กับประชาชน ตลอดจนเพื่อช่วยเหลือและเยียวยาประชาชนและผู้ประกอบการที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการแพร่ระบาดของโรค ทั้งนี้ แหล่งเงินหรืองบประมาณหลักที่รัฐบาลใช้ในการจัดการสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 แบ่งออกเป็น 2 แหล่ง ได้แก่ งบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น และรายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหาและเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสำนักงบประมาณเป็นหน่วยงานหลักที่บริหารจัดการงบประมาณดังกล่าว และงบประมาณเงินกู้ตามพระราชกำหนด (พ.ร.ก.) ให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 (พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 1 และ 2) ซึ่งงบประมาณเงินกู้จะมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการทรัพยากรในรูปแบบของคณะกรรมการ กล่าวคือ มีการจัดตั้งคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ (และคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้) เพื่อดำเนินการพิจารณาความเหมาะสมของการจัดสรรงบประมาณเงินกู้ ทั้งนี้ มีรายละเอียดเกี่ยวกับวงเงิน กระบวนการในการตัดสินใจ และตัวแสดงที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

2.2 กลไกและกระบวนการพิจารณาตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายงบกลาง

2.2.1 งบประมาณรายจ่ายงบกลางในการจัดการสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

ประเทศไทยมีการใช้งบประมาณรายจ่ายงบกลางในการจัดการสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มีการใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายงบกลางโดยเบิกจ่ายจาก “รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น” ที่กำหนดไว้จำนวน 96,000 ล้านบาท สาเหตุสำคัญที่ต้องเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบกลางจากรายการดังกล่าว เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยเกิดขึ้นหลังจากที่มีการจัดทำและพิจารณาอนุมัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เรียบร้อยแล้ว ดังที่ผู้แทนสำนักงบประมาณ กล่าวไว้ว่า

“ปี 2563 ช่วงที่โควิด 19 เริ่มก่อตัว เราไม่มีเลยเพราะเรายังไม่รู้ตัว มีการจัดทำงบประมาณล่วงหน้าปีครึ่ง เมื่องบประมาณประกาศใช้แล้วมีแค่ก้อนสำหรับสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินและจำเป็นทั้งประเทศอยู่ที่ 80,000–90,000 กว่าล้านบาท ใช้ทุกเรื่อง ฝนตก พายุ ไฟไหม้ น้ำท่วม และมาใช้โควิด 19 ด้วยในปี 2563”

(ผู้แทนสำนักงบประมาณ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 7 ตุลาคม 2565)

อีกนัยหนึ่งคือ หน่วยงานราชการต่าง ๆ ได้มีการจัดทำแผนงานและ/หรือโครงการเพื่อใช้จ่ายงบประมาณในปี 2563 เสร็จสิ้นแล้ว และเริ่มเบิกจ่ายงบประมาณดังกล่าวตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ 2563 หรือตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ในขณะที่การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยเริ่มต้นในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 หรือช่วงเริ่มต้นไตรมาสที่ 2 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 และจากการที่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อประเทศเป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ยาก ไม่มีความแน่นอน และอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อความสงบเรียบร้อยและความมั่นคงของประเทศ การเร่งควบคุมการระบาดของโรคจึงเป็นภารกิจที่มีความจำเป็นเร่งด่วนของประเทศ ดังนั้นรัฐบาลจึงตัดสินใจจัดสรรงบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเร่งแก้ไขปัญหาและควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ดังที่ผู้แทนสำนักงบประมาณได้ให้ข้อมูลว่า

“... ช่วงมีนาคม 2563 ขณะนั้นเป็นการเตรียมการจัดทำงบประมาณปี 2564 แต่ งบประมาณในปี 2563 เสร็จสิ้นแล้ว เป็นขั้นตอนของการบริหารงบประมาณปี 2563 ซึ่ง งบประมาณรายจ่ายงบกลางในปี 2563 ในชั้นบริหาร จะมีอยู่ก่อนหนึ่งที่เรียกว่า งบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินและจำเป็น งบกลาง ก้อนนี้เป็นเงินกลางสารพัดประโยชน์ทุกเรื่องในแง่ของภัยพิบัติสาธารณะ ซึ่งรวมถึงโควิด 19 ที่เกิดในปี พ.ศ. 2563 ด้วย นั่นหมายความว่า การจะใช้เงินตั้งแต่มีนาคม 2563 เกี่ยวกับโควิด 19 เราจะใช้จากแหล่งเงินคือ งบประมาณรายจ่ายงบกลางรายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินและจำเป็น ซึ่งเป็นเงินงบประมาณรายจ่ายงบกลางก้อนเดียวที่มีเพื่อผจญเหตุ ฉะนั้นในปี 2563 จะใช้เงินจากก้อนนี้”

(ผู้แทนสำนักงบประมาณ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 7 ตุลาคม 2565)

ส่วนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 นั้น รัฐบาลมีการกำหนดวงเงินงบประมาณที่จะใช้ในการจัดการการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 รวมทั้งช่วยเหลือ เยียวยา หรือบรรเทาปัญหาความเดือดร้อนและความสูญเสียของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคดังกล่าวไว้โดยเฉพาะ เป็นหนึ่งในรายการของ งบประมาณรายจ่ายงบกลางซึ่งเรียกว่า “รายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหา และเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” กำหนดวงเงินในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 ไว้โดยประมาณที่ 40,326 ล้านบาท และ 16,362 ล้านบาท ตามลำดับ (พระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564, 2564, น. 1-2; พระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565, 2565, น. 1-2) ซึ่งหากงบประมาณดังกล่าวไม่เพียงพอ ก็สามารถใช้งบประมาณรายจ่ายงบกลางรายการเงิน

สำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินและจำเป็นเพิ่มเติมได้ (ผู้แทนสำนักงบประมาณ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 7 ตุลาคม 2565)

ทั้งนี้ อาจกล่าวโดยสรุปตามลำดับเหตุการณ์ได้ว่า แผนงานหรือโครงการส่วนใหญ่ที่ต้องการ จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณในช่วงต้นของการระบายนั้น จะเน้นการใช้งบประมาณรายจ่ายงบกลางเป็นหลัก เนื่องจากขณะนั้นสถานการณ์การแพร่ระบาดเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา รัฐบาลเองยังอยู่ในระหว่างการประเมินและคาดการณ์สถานการณ์เพื่อพิจารณาว่าทรัพยากรที่มีอยู่นั้นมีความเพียงพอหรือไม่ อย่างไรก็ตาม งบประมาณรายจ่ายงบกลางจึงเป็นแหล่งเงินที่สามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็วที่สุดในขณะนั้น และมีระเบียบรองรับการใช้งบประมาณที่เกี่ยวกับการบรรเทาสาธารณภัยอยู่แล้ว ซึ่งหัวหน้าส่วนราชการสามารถเสนอของบประมาณดังกล่าวผ่านกระทรวงต่าง ๆ ไปยังรัฐมนตรีเจ้ากระทรวง และสำนักงบประมาณเพื่อดำเนินการต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลที่กล่าวว่า

“งบประมาณรายจ่ายงบกลาง จะไม่มีการวางกรอบหรือวางเกณฑ์ไว้ก่อนว่าจะต้องเป็นกระทรวงนั้น กระทรวงนี้ได้เท่าไร แต่จะเป็นการตั้งวงเงินงบประมาณเพื่อการเบิกจ่ายในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนเป็นหลัก”

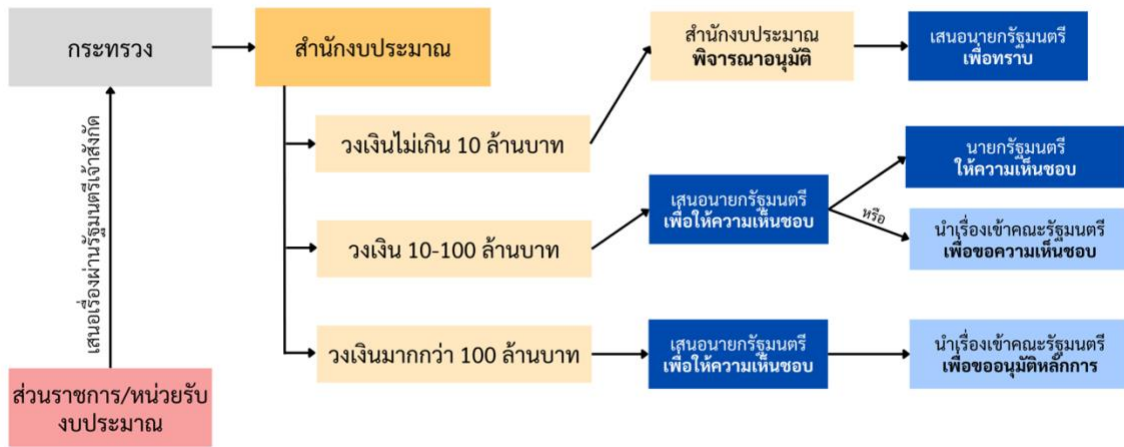
(ผู้แทนสำนักงบประมาณ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 12 ตุลาคม 2565)

2.2.2 กลไกและกระบวนการการตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายงบกลาง

กลไกและกระบวนการการตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายงบกลางเป็นการตัดสินใจตามที่กฎหมายกำหนด นั่นคือ ตามระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น พ.ศ. 2562 ซึ่งกลไกและกระบวนการในการตัดสินใจด้านงบประมาณมีลักษณะแบบบนลงล่าง (Top-down decision making) และเป็นไปตามสายการบังคับบัญชา (Hierarchical decision making) ทั้งนี้ สามารถแสดงเป็นแผนภาพของกระบวนการในการตัดสินใจของงบประมาณรายจ่ายงบกลาง ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงาน/ตัวแสดงที่เกี่ยวข้อง ดังรูปที่ 4

รูปที่ 4 กระบวนการในการตัดสินใจของงบประมาณรายจ่ายงบกลาง

กระบวนการในการตัดสินใจของงบประมาณรายจ่ายงบกลาง



ที่มา: คณะผู้วิจัย

จากรูปที่ 4 จะเห็นได้ว่าการขอรับจัดสรรงบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น และรายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหา และเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น หน่วยรับงบประมาณ อาทิ หน่วยงานในระดับกรมต้องจัดทำรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องที่จะเสนอขอรับจัดสรรงบประมาณ³ โดยชี้แจงเกี่ยวกับเหตุผลและความจำเป็นวัตถุประสงค์ในการของงบประมาณ แผนงาน แผนการใช้จ่ายงบประมาณ ตลอดจนรายละเอียดสำคัญอื่น ๆ และเสนอเรื่องดังกล่าวให้กระทรวงและรัฐมนตรีเจ้าสังกัดพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อนส่งคำขอให้สำนักงานงบประมาณ เมื่อสำนักงานงบประมาณรับเรื่องแล้วก็จะทำการพิจารณาตามวงเงินงบประมาณที่หน่วยรับงบประมาณได้ทำคำขอมมา และเสนอนายกรัฐมนตรีต่อไป กล่าวคือ กรณีวงเงินที่ยื่นคำขอไม่เกิน 10 ล้านบาท สำนักงานงบประมาณสามารถพิจารณาอนุมัติได้โดยตรง และเสนอนายกรัฐมนตรีเพื่อทราบ ในกรณีวงเงินที่ขอยุ่ที่ 10-100 ล้านบาท สำนักงานงบประมาณจะเสนอนายกรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ซึ่งนายกรัฐมนตรีอาจให้ความเห็นชอบโดยตรงหรืออาจให้นำเรื่องดังกล่าวเข้าพิจารณาในคณะรัฐมนตรีด้วยก็ได้ ส่วนในกรณีวงเงินมากกว่า 100 ล้านบาท สำนักงานงบประมาณจะเสนอเรื่องให้นายกรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ เมื่อนายกรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบแล้ว หน่วยรับงบประมาณต้องนำเสนอเรื่องเพื่อขออนุมัติต่อคณะรัฐมนตรีด้วย (ระบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น พ.ศ. 2562, 2562, น. 2-3)

³ อาจกล่าวได้ว่า ในแง่ของที่มาของโครงการจะเป็นลักษณะแบบล่างขึ้นบน (Bottom-up) กล่าวคือ หน่วยรับงบประมาณต้องจัดทำรายละเอียดโครงการที่จะขอเงินงบประมาณให้ชัดเจนก่อนดำเนินการยื่นของงบประมาณในขั้นตอนต่อไป

2.3 กลไกและกระบวนการพิจารณาตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณเงินกู้

2.3.1 งบประมาณเงินกู้ในการจัดการสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

งบประมาณเงินกู้เป็นแหล่งเงินที่ไม่ได้อยู่ในงบประมาณตามปกติ แต่เป็นแหล่งเงินที่ได้มาจากการที่รัฐบาลมีการใช้กฎหมายพิเศษเพื่อกู้เงินอย่างเร่งด่วนเพื่อให้มีงบประมาณเพียงพอในการแก้ไขปัญหาของประเทศ ซึ่งกฎหมายดังกล่าว ได้แก่ การออกพระราชกำหนด (พ.ร.ก.) ให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 หรือที่เรียกโดยย่อว่า พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 1 และ 2 โดยมีวงเงิน 1 ล้านล้านบาท และ 500,000 ล้านบาท ตามลำดับ ทำให้เงินกู้กลายเป็นแหล่งงบประมาณหลักที่ใช้ในการจัดการสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งกระทรวงการคลังจะทยอยกู้เงิน โดยการออกตราสารหนี้ภายใต้ พ.ร.ก. และนำไปใช้สำหรับแผนงานหรือโครงการที่ผ่านการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีตามความจำเป็นเร่งด่วน ทั้งนี้มีการจัดแบ่งแผนงาน/โครงการเพื่อรองรับงบประมาณเงินกู้ดังกล่าวเป็น 3 แผนงาน ประกอบด้วย

- (1) แผนงาน/โครงการที่มีวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคโควิด 19
- (2) แผนงาน/โครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือ เยียวยา และชดเชยให้แก่ประชาชนทุกสาขาอาชีพที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19
- (3) แผนงาน/โครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19

ทั้งนี้ มีการกำหนดวงเงินงบประมาณที่จะใช้จ่ายของแต่ละแผนไว้ในบัญชีแนบท้าย พ.ร.ก. โดย พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 1 กำหนดวงเงินเพื่อใช้จ่ายในแผนงานที่ 1 จำนวน 45,000 ล้านบาท แผนงานที่ 2 จำนวน 555,000 ล้านบาท และแผนงานที่ 3 จำนวน 400,000 ล้านบาท ในขณะที่ พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 2 มีการกำหนดวงเงินกู้ไว้สำหรับแผนงานที่ 1 จำนวน 30,000 ล้านบาท แผนงานที่ 2 จำนวน 300,000 ล้านบาท และแผนงานที่ 3 จำนวน 170,000 ล้านบาท แต่อย่างไรก็ดี รัฐบาลสามารถปรับเปลี่ยนวงเงินการใช้จ่ายเงินกู้ในแต่ละแผนงานของ พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ทั้ง 2 ฉบับ ได้ตามความเหมาะสมของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งการระบาดอาจเกิดขึ้นได้หลายระลอก ทำให้คาดการณ์สถานการณ์ได้ยากและมีความไม่แน่นอนสูง ส่งผลให้แผนการใช้จ่ายเงินจำเป็นต้องมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ด้วย

ข้อค้นพบที่น่าสนใจเกี่ยวกับงบประมาณเงินกู้คือ แม้ว่าแผนงานที่ 1 หรือแผนงานโครงการที่มีวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามบัญชีแนบท้าย พ.ร.ก. 2563 และ พ.ร.ก. 2564 จะมีการระบุงเงินไว้ต่ำที่สุด เมื่อเทียบกับแผนงานอื่น ๆ แต่ตามผลการอนุมัติวงเงินตามฐานข้อมูล

การติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลโครงการภายใต้ พ.ร.ก. กู้เงินฯ 1 ล้านล้านบาท และ พ.ร.ก. กู้เงินฯ 5 แสนล้านบาท พบว่า มีการจัดสรรงบประมาณให้กับแผนงานที่ 1 มากกว่าเพดานวงเงินที่กำหนดไว้ในบัญชีแนบท้าย ดังตารางที่ 1 นอกจากนี้พบว่าแผนงานที่ 1 มีการเบิกจ่ายที่เพิ่มขึ้นจากเพดานที่ตั้งไว้แล้ว ยังพบว่ามีการเบิกจ่ายที่รวดเร็วกว่าแผนงานที่ 2 และ 3 อีกด้วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบวงเงินของแผนที่ 1 ระหว่างบัญชีแนบท้ายและวงเงินที่ได้รับการอนุมัติจากกรม.

พ.ร.ก. 2563		พ.ร.ก. 2564	
บัญชีแนบท้าย	วงเงินที่ กรม.อนุมัติ	บัญชีแนบท้าย	วงเงินที่ กรม.อนุมัติ
45,000,000,000	63,398,962,100	30,000,000,000	221,409,151,000

ที่มา: วงเงินกู้ที่ได้รับการอนุมัติจากสรุปภาพรวมมติและผลการเบิกจ่ายโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลัง กู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ.2563 และเพิ่มเติม พ.ศ. 2564 ณ วันที่ 22 พ.ย. 65 จากรายงาน MIS ของกรมบัญชีกลาง ณ วันที่ 23 พ.ย. 65

อย่างไรก็ตาม มีข้อควรพิจารณาในการใช้งบประมาณจากแหล่งเงินกู้ก็คือ ผลของการกู้เงินและก่อหนี้สาธารณะของประเทศไทย อาจส่งผลโดยตรงต่อสถานการณ์เศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศ เช่น สัดส่วนของหนี้สาธารณะต่อ GDP ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นจากการประมาณการของธนาคารแห่งประเทศไทยเป็นประเด็นที่ภาคประชาชนและหน่วยงานด้านเศรษฐกิจแสดงความกังวลว่า การบริหารจัดการโควิดนี้อาจเป็นภาระทางการคลังและส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนทางการคลังของประเทศไทยในอนาคตอันใกล้ จากบทวิเคราะห์โดยธิติมา ชูเชิด (2563) ได้อภิปรายถึงบาดแผลทางเศรษฐกิจ การเงินและการคลังในช่วงสถานการณ์โควิด 19 เอาไว้ว่า

“...หากหนี้สาธารณะสูงเกินเพดานหนี้ตามกรอบความยั่งยืนทางการคลังปัจจุบันไปบ้าง ก็อาจพอจะขยับเพดานขึ้นได้บ้างในระยะสั้น เพราะจริงๆ ก็เป็นกรอบที่กำหนดขึ้นมาเองเพื่อให้ประเทศมีวินัยการคลัง トラบไตที่รัฐบาลสามารถสื่อสารถึงความจำเป็นและสร้างความมั่นใจให้ผู้ถือพันธบัตรรัฐบาลได้ว่า รัฐบาลไม่ได้ก่อหนี้เกินตัว และสามารถบริหารจัดการหนี้ให้กลับมายั่งยืนได้อีกครั้ง โดย (1) ใช้จ่ายเงินกู้ยืมอย่างคุ้มค่าเพื่อเร่งฟื้นเศรษฐกิจ และใช้ประโยชน์จากภาวะดอกเบี้ยต่ำในช่วงนี้เพื่อลดต้นทุนเงินกู้ระยะยาว (2) มีแผนปฏิรูปรายได้และรายจ่ายในอนาคตเพื่อลดขนาดการขาดดุลและเพื่อให้มีเงินมาชำระคืนหนี้ และ (3) ไม่สร้างภาระผูกพันทางการคลังที่ไม่โปร่งใสและไม่จำเป็น ซึ่งจะช่วยให้พลวัตหนี้สาธารณะยั่งยืนได้ด้วย 3 แรงข้างต้นดังที่ได้กล่าวไว้...”

การวิเคราะห์ดังกล่าวทำให้เห็นภาพรวมของบทเรียนการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขในอนาคตว่า แม้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นความจำเป็นทางสาธารณสุขที่ทุกฝ่ายจะต้องระดมทรัพยากรทั้งการเงินการคลังและความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์เพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาด แต่ในขณะเดียวกัน จำเป็นต้องมีการไตร่ตรองการใช้เงินงบประมาณประเทศเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ อัตราการตาย ซึ่งนอกจากจะต้องคำนึงถึงสวัสดิภาพ ความปลอดภัย และการคุ้มครองความเสี่ยงทางการเงินจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนเป็นที่ตั้งแล้ว ผู้กำหนดนโยบายยังถูกวางกรอบการตัดสินใจให้คำนึงถึงผลกระทบและภาระทางการคลังในอนาคตจากการก่อกวนสาธารณะและการวางแผนรับมือต่อสถานการณ์อื่น ๆ ที่มีไข้โควิด 19 อีกด้วย

2.3.2 กลไกและกระบวนการพิจารณาตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณเงินกู้

กลไกและกระบวนการตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณจากเงินกู้ตาม พ.ร.ก. 2563 และ พ.ร.ก. 2564 เป็นการใช้กลไกการตัดสินใจในรูปแบบของการปรึกษาหารือ (Consultative decision-making mechanism) ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่ผู้นำมีการขอข้อมูล รับฟังและแบ่งปันความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ต้องตัดสินใจกับสมาชิกในกลุ่ม หากแต่อำนาจและความรับผิดชอบในการตัดสินใจยังคงอยู่ที่ผู้นำ โดยผู้นำจะใช้ข้อมูลและพิจารณาความเหมาะสมของข้อเสนอแนะจากทีมงานเพื่อใช้ในการตัดสินใจขั้นสุดท้าย (Child care state systems specialist network, 2014, p. 1)

ทั้งนี้ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19 รัฐบาลไทยมีการตั้งคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ และคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ เพื่อทำหน้าที่ในการรวบรวม วิเคราะห์ และพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับแผนงาน/โครงการต่าง ๆ ที่หน่วยรับงบประมาณเสนอของงบประมาณเข้ามา และนำเสนอความเห็นและข้อเสนอแนะเบื้องต้นให้ผู้ว่าราชการ (ในที่นี้คือ นายกรัฐมนตรี) ซึ่งเป็นประธานในคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ตัดสินใจ แล้วจึงนำข้อคิดเห็นดังกล่าวเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณานุมัติต่อไป หรืออีกนัยหนึ่งอาจกล่าวได้ว่า เป็นการพิจารณาตัดสินใจโดยผู้ว่าราชการและคณะกรรมการ ซึ่งในที่นี้คือ นายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรี โดยใช้กลไกการปรึกษาหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ หากแต่อำนาจการตัดสินใจในขั้นสุดท้ายเป็นของนายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรี และจากกลไกดังกล่าวจะสังเกตได้ว่า นายกรัฐมนตรีทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ว่าราชการ ได้แก่ รัฐบาลและคณะรัฐมนตรี รวมทั้งเป็นประธานคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ ทั้งนี้ ผู้แทนสำนักงบประมาณได้กล่าวถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับอำนาจในการตัดสินใจว่า

“มีการแบ่งเส้นแบ่งอย่างไร เส้นแบ่งที่เห็นได้ชัดเจน คือ ผู้บริหารระดับสูงเป็นคนคนเดียวกัน หมายความว่าอำนาจสูงสุดในการอนุมัติเป็นคณะรัฐมนตรี ... เราก็ก

ต้องเสนอคณะรัฐมนตรีอนุมัติอยู่แล้ว ดังนั้น พูดได้ว่าคนอนุมัติไม่ว่าจะเป็นเงินกู้หรืองบประมาณกลางอยู่ในตัวคนคนเดียวกัน”

(ผู้แทนสำนักงบประมาณ, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 7 ตุลาคม 2565)

ยิ่งไปกว่านั้น ในส่วนของกระบวนการตัดสินใจยังคงมีลักษณะแบบบนลงล่าง (Top-down decision making process) ซึ่งเป็นรูปแบบปกติโดยทั่วไปที่เกิดขึ้นในระบบราชการ และเป็นรูปแบบเดียวกันกับการพิจารณาอนุมัติงบประมาณจากงบประมาณรายจ่ายงบกลาง ทั้งนี้ สามารถแสดงเป็นแผนภาพของกระบวนการในการตัดสินใจของงบประมาณเงินกู้ ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงาน/ตัวแสดงที่เกี่ยวข้อง ดังรูปที่ 5

รูปที่ 5 กระบวนการในการตัดสินใจของงบประมาณเงินกู้



รูปที่ 5 นำเสนอกระบวนการตัดสินใจและหน่วยงาน/ตัวแสดงที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณจากงบเงินกู้ พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 1 และ 2 โดยกระบวนการเริ่มจากการที่หน่วยรับงบประมาณ เช่น หน่วยงานในระดับกรม จัดทำรายละเอียดแผนงานหรือโครงการที่ต้องการใช้เงิน และเสนอไปที่กระทรวงเพื่อเสนอของบประมาณ กระทรวงมีหน้าที่ในการพิจารณากลับกรองแผนงาน/โครงการต่าง ๆ ที่หน่วยรับงบประมาณในสังกัดนำเสนอมาเบื้องต้นก่อนที่จะส่งต่อคำของบประมาณเหล่านั้นไปให้คณะกรรมการกฤษฎีกาการใช้จ่ายเงินกู้พิจารณาในรายละเอียดในลำดับถัดไป ในส่วนของคณะกรรมการกฤษฎีกาการใช้จ่ายเงินกู้ มีหน้าที่หลักในการช่วยพิจารณา วิเคราะห์ และกลับกรองแผนงานหรือโครงการที่หน่วยรับงบประมาณเสนอเข้ามา รวมถึงหาหรือขอข้อมูลเพิ่มเติม (ในกรณีที่เป็น) จากหน่วยงานที่ของบประมาณ และเสนอแนะ

แนวทางเกี่ยวกับการตัดสินใจด้านการจัดสรรงบประมาณให้แก่คณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ หลังจากนั้นเมื่อแผนงาน/โครงการผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบทั้งด้านหลักการและวงเงินงบประมาณจากคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้แล้ว จึงจะนำเสนอเพื่อขออนุมัติต่อคณะรัฐมนตรีในลำดับต่อไป ทั้งนี้ คณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ และคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (รายละเอียดเป็นไปตามที่นำเสนอในรูปที่ 5) และผู้ทรงคุณวุฒิ (เช่น นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญ และ/หรือผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่) ที่ได้รับการแต่งตั้งโดยนายกรัฐมนตรี

อย่างไรก็ตาม กลไกการตัดสินใจแบบปรึกษาหารือ (Consultative decision making mechanism) มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ในส่วนของข้อดีนั้น การตัดสินใจในรูปแบบดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้สมาชิกหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดความรับผิดชอบและความร่วมแรงร่วมใจในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น การแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น รวมถึงการระดมสมองร่วมกันทำให้เกิดความเข้าใจในปัญหาและสถานการณ์มากยิ่งขึ้น มีมุมมองที่หลากหลาย และจะช่วยให้ผู้นำมีการตัดสินใจที่ดีและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น (Child care state systems specialist network, 2014, p. 1) ยิ่งไปกว่านั้น อาจเป็นโอกาสในการโน้มน้าวหรือจูงใจผู้นำหรือกลุ่มผู้นำที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ในส่วนของข้อเสียนั้น พบว่า การตัดสินใจแบบปรึกษาหารือมีข้อจำกัดในแง่ของสมาชิกหรือผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เข้าร่วมในการปรึกษาหารือจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในประเด็นปัญหานั้นๆ อย่างแท้จริง จึงสามารถให้ความเห็นและข้อเสนอแนะที่เหมาะสมและมีประโยชน์ได้ นอกจากนี้ การตัดสินใจในรูปแบบดังกล่าวอาจทำให้สมาชิกหรือหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจบางส่วนเกิดความรู้สึกไม่พอใจหรือไม่เห็นด้วย หากการตัดสินใจขั้นสุดท้ายไม่เป็นไปตามที่ได้นำเสนอความเห็นไป

2.3.3 หลักเกณฑ์ในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณเงินกู้

การจัดสรรงบประมาณตาม พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ทั้ง 2 ฉบับนั้น มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการตัดสินใจเพื่อใช้การพิจารณาความเหมาะสมของแผนงานและ/หรือโครงการซึ่งผู้แทนอนุกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวอย่างของหลักเกณฑ์บางประการที่ใช้ในการพิจารณาตัดสินใจเพื่อการจัดสรรงบประมาณจากเงินกู้ อาทิ เป็นโครงการที่มีความคุ้มค่า และต้องไม่สามารถเข้าถึงแหล่งเงินอื่น ๆ ได้ เป็นต้น ดังคำให้สัมภาษณ์ที่กล่าวไว้ว่า

“อะไรไม่มีข้อมูลเพียงพอที่ตัดสินใจความคุ้มค่า เพราะเงื่อนไขของเงินกู้คือ เราใช้โครงการนี้ได้ต่อเมื่อไม่มีงบประมาณอื่น ๆ หรือต้องมีการยืนยันว่าไม่ใช่งบประจำ ไม่ใช่งบประมาณรายจ่ายงบกลาง หรือเงินอื่น ๆ ที่คุณมี จนไม่เหลืออะไรแล้วคุณถึงจะใช้เงินกู้ได้” (ผู้แทนคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 20 ตุลาคม 2565)

ความจำเป็นเร่งด่วน ลำดับความสำคัญของโครงการ และรายละเอียดของข้อมูลที่มีความจำเป็นต่อการขอรับการพิจารณาโครงการ ก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการพิจารณาจัดสรรงบประมาณโครงการ นอกจากนี้ ระยะเวลาที่หน่วยงานใช้ในการแก้ไขหรือเพิ่มเติมรายละเอียดของโครงการตามที่ได้รับแจ้งจากคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ ก็ส่งผลต่อระยะเวลาที่โครงการจะได้รับการอนุมัติเช่นเดียวกัน

“จำไม่ได้ว่า ได้ทั้งหมดก็โครงการ แต่ที่เหลือคือส่งโครงการกลับไป เจื่อนไขแรก คือ ให้กระทรวงสาธารณสุขไปบูรณาการมาให้เรา จำไม่ได้ว่าตรงนั้นมีเรื่องเครื่องมือเครื่องมือแพทย์ด้วยหรือเปล่าที่เราไม่กล้าฟันธง ก็ได้มีการแจ้งว่า อย่างนี้ต้องไปเคลียร์มาว่าครุภัณฑ์ที่ขอมามีความขาดแคลนจริง ๆ หรือเปล่า และควรมี list ใครควรมีเท่าไร อะไรบ้างและที่ขอไปอยู่ที่ตรงไหน ให้ไปทำ priority มา”

(ผู้แทนคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 20 ตุลาคม 2565)

ทั้งนี้ จากการสื่อสารระหว่างบุคคลกับผู้แทนคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาความเหมาะสมของแผนงาน/โครงการเพื่อการจัดสรรงบประมาณจากพ.ร.ก.กู้เงินโควิด 19 ดังนี้

- (1) แผนงาน/โครงการต้องมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของ พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 นั่นคือ โครงการต้องเกี่ยวข้องกับ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และรักษาโรคโควิด 19 โดยตรง
- (2) แผนงาน/โครงการสามารถก่อนี้ผู้กค้นและดำเนินโครงการได้ภายในกรอบระยะเวลาการใช้จ่ายเงินตามที่กำหนดไว้ใน พ.ร.ก.
- (3) ต้องเป็นแผนงาน/โครงการที่ไม่มีความซับซ้อนหรือไม่สามารถเข้าถึงแหล่งเงินอื่นได้ และไม่ใช้การใช้จ่ายเพื่อการจัดซื้อเครื่องมือ/อุปกรณ์สำหรับการดำเนินงานตามภารกิจปกติของหน่วยงาน
- (4) เป็นแผนงาน/โครงการที่มีความพร้อมในการดำเนินการได้ทันที (หรือพร้อมดำเนินงานในระยะเวลาอันสั้นภายในกรอบระยะเวลาที่กำหนดไว้ตาม พ.ร.ก.) อาทิ การก่อสร้างก็ต้องมีรูปแบบการก่อสร้างตาม พ.ร.ก. หรือครุภัณฑ์ต้องมีการจัดทำราคาอ้างอิง เพื่อให้แน่ใจว่า สามารถดำเนินการได้ทันทีเมื่อได้รับการอนุมัติจัดสรรเงินกู้
- (5) ได้รับความเห็นประกอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแผนงาน/โครงการนั้น ๆ เช่น ในกรณีการของบประมาณเพื่อการวิจัย ต้องได้รับความเห็นประกอบจากกระทรวงการอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์ วิจัย

และนวัตกรรม (อว.) ในประเด็นสำคัญ อาทิ ความจำเป็นเร่งด่วน ลำดับความสำคัญของโครงการ และความซ้ำซ้อนของโครงการกับแหล่งทุนอื่น ๆ เป็นต้น (ผู้แทนคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 20 ตุลาคม 2565) ในฐานะหน่วยงานร่วมกลั่นกรองโครงการกลุ่มวิจัยตามมติคณะรัฐมนตรี

ในส่วนของหลักเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณเงินกู้ให้แก่แผนงาน/โครงการของ พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 2 นั้น มีความคล้ายคลึงกับ พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 1 หากแต่มีการปรับหลักเกณฑ์บางส่วนให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์มากยิ่งขึ้น และคำนึงถึงค่าเสียโอกาสและความสมดุลของการดำเนินโครงการที่แก้ไขปัญหาการระบาดของโรคโควิด 19 รวมถึงการช่วยเหลือ เยียวยา และชดเชยให้แก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรค และการฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมด้วย ทั้งนี้ มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเหมาะสมของแผนงาน/โครงการ ดังต่อไปนี้

- (1) แผนงาน/โครงการต้องมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ตามบัญชีแนบท้ายของ พ.ร.ก. เงินกู้ฯ ได้แก่ โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคโควิด 19 การใช้จ่ายเพื่อจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยารักษาโรค วัคซีน และการวิจัยเพื่อพัฒนาและผลิตวัคซีนภายในประเทศ การปรับปรุงสถานพยาบาลเพื่อรักษาผู้ติดเชื้อโควิด 19 ตลอดจนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
- (2) เป็นแผนงาน/โครงการที่ก่อให้เกิดประโยชน์อย่างชัดเจนและเป็นวงกว้าง
- (3) เป็นโครงการที่สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ของประเทศในขณะนั้น เช่น การเฝ้าระวังและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค การลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตของประชาชน การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้แก่ประชาชน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ประเทศสามารถกลับสู่สภาวะปกติทางเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างรวดเร็ว
- (4) เป็นแผนงาน/โครงการที่มีความจำเป็นเร่งด่วน มีความเหมาะสม และมีความพร้อมในการดำเนินการได้ทันที และสามารถทำให้แล้วเสร็จได้ตามกรอบระยะเวลาที่กำหนดไว้ภายใต้ พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 2 นั่นคือ ภายในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565
- (5) ให้ความสำคัญกับการใช้จ่ายเงินในรายการครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย และการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีอาการรุนแรง เช่น เครื่องช่วยหายใจ ชุดเครื่องมือใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ เป็นต้น

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้แทนคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ได้มีการยกตัวอย่างกรณี การพิจารณาความเหมาะสมของแผนงาน/โครงการที่ขอรับการจัดสรรงบประมาณเงินกู้ ซึ่งมีการพิจารณาและ คำนึงถึงบริบทและสถานการณ์ของประเทศในขณะนั้น กล่าวคือ

"ในทุกครั้งก่อนที่จะมีการพิจารณาโครงการ เราจะนำสถานการณ์ ณ ขณะนั้นมาดูโควิด 19 เป็นอะไร อย่างไร มีการเจ็บป่วยประมาณไหน ห้องพักรักษาพยาบาลเป็นอย่างไร มีจังหวัด ไหนแดงมาก นำมาดูตลอด เพราะฉะนั้นไม่ได้หมายความว่าโครงการหรือรายการที่อยู่ในช่วง พิค ๆ พอมาอยู่ช่วงท้ายแล้วคุณจะได้ เพราะว่าสถานการณ์ไม่จำเป็นแล้ว อย่างชัด ๆ เลย ตอนนั้นเขาขอเรื่องค่าใช้จ่าย state quarantine local quarantine อะไรสักอย่างหนึ่งมา ซึ่งสถานการณ์ ณ ตอนนั้นไม่ใช่แล้ว เราก็มีการ reject ไป เพราะไม่เหมาะกับสถานการณ์ มีการประมาณทุกครั้งที่มีการพิจารณาโครงการ มีการเชื่อมโยงกับ ศบค. ด้วย นำข้อมูลจาก ศบค. มาค่อนข้างเยอะ นำข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ค่อนข้างเยอะ นำมาเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา ...priority ก็ต้องมีการถูกปรับไป"

(ผู้แทนคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 20 ตุลาคม 2565)

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า หลักเกณฑ์ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณตามกรอบ พ.ร.ก. เงินกู้ ดังกล่าวนั้นประกอบด้วยเกณฑ์หลายประการตามที่ได้นำเสนอไปข้างต้น ทั้งนี้พื้นฐานของการกำหนดหลักเกณฑ์ ดังกล่าวปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์การระบาด ระดับความรุนแรง และการดำเนินไปของโรคโควิด 19 ที่มีการ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และถือเป็นเรื่องใหม่ของวงการการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก ผลกระทบของการ แพร่ระบาดที่เกิดขึ้นต่อเศรษฐกิจและสังคมซึ่งล้วนแต่มีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับหลาย ๆ แผนงาน/โครงการที่ หน่วยงานภาครัฐได้ยื่นขอของบประมาณนั่นเอง ซึ่งหากแผนงาน/โครงการที่เสนอมานี้ไม่สอดคล้องกับหลักเกณฑ์และ สถานการณ์ ณ ขณะนั้น ก็มีความเป็นไปได้สูงที่แผนงาน/โครงการนั้นอาจจะไม่ได้รับการอนุมัติงบประมาณ (ผู้แทน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สสภาพัฒน์), การสื่อสารระหว่างบุคคล, 25 ตุลาคม 2565)

2.3.4 พัฒนาการของกลไกการตัดสินใจด้านงบประมาณเงินกู้

แม้ว่าจะไม่พบการเปลี่ยนแปลงของกลไกการตัดสินใจในพ.ร.ก.ทั้งสองฉบับ แต่พบว่าการศึกษาตัดสินใจ อนุมัติงบประมาณเงินกู้มีความรวดเร็วมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับการอนุมัติโครงการภายใต้ พ.ร.ก. ฉบับที่ 1 ในช่วงแรก ทั้งนี้อาจวิเคราะห์ได้ว่าสาเหตุหลัก มีดังนี้ (1) หน่วยงานของงบประมาณมีความคุ้นเคยกับการจัดเตรียม เอกสารและกระบวนการต่าง ๆ มากขึ้น ซึ่งถ้าเอกสารมีความพร้อมและมีข้อมูลเพียงพอ ก็ทำให้กระบวนการ พิจารณาอนุมัติดำเนินไปได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น (2) หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาที่มีความชัดเจนและคำนึงถึง

พลวัต/การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์มากยิ่งขึ้น และ (3) ความกดดันของสถานการณ์การระบาดที่ทำให้ต้องมีการพิจารณาและตัดสินใจอย่างรวดเร็วมากขึ้น

นอกจากพัฒนาการด้านความเร็วแล้ว มีประเด็นของพัฒนาการความเปลี่ยนแปลงในแง่มุมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจด้านงบประมาณ อาทิ การเปลี่ยนแปลงองค์คณะของผู้ร่วมพิจารณา ขอบเขตของการเบิกจ่าย และลักษณะโครงการที่ได้รับการอนุมัติโดยมีรายละเอียด ดังนี้

(1) การแบ่งแยกแผนงาน/โครงการเพื่อการพิจารณาจัดสรรเงิน

งบเงินกู้ภายใต้พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 1 มีการกำหนดให้คณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้และคณะอนุกรรมการฯ มีการพิจารณาความเหมาะสมของแผนงาน/โครงการในส่วนของแผนที่ 1 และแผนที่ 2 ร่วมกัน นั่นคือ มีการพิจารณาแผนงาน/โครงการด้านสาธารณสุขและรักษาพยาบาลร่วมกับแผนงาน/โครงการด้านการช่วยเหลือ และเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ ในขณะที่งบเงินกู้ภายใต้พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนให้คณะกรรมการกลั่นกรองเงินกู้และคณะอนุกรรมการฯ พิจารณาแผนงาน/โครงการในส่วนของแผนที่ 2 และ 3 ร่วมกัน ซึ่งทั้ง 2 แผนนี้เกี่ยวกับการช่วยเหลือเยียวยาและการฟื้นฟูเศรษฐกิจ โดยแยกการพิจารณาแผนงาน/โครงการในส่วนของสาธารณสุขและการรักษาพยาบาลออกมา

(2) รายละเอียดบัญชีท้ายพระราชกำหนดของ พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 1 และ 2 โดยมีการปรับปรุงรายละเอียดของการเบิกจ่ายในแผนงานที่ 1 ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น กล่าวคือ ในแผนที่ 1 ของ พ.ร.ก. ฉบับที่ 1 ให้มีการพิจารณาอนุมัติการเบิกจ่ายในส่วนของค่าใช้จ่าย ค่าเยียวยา ค่าชดเชย และค่าเสียหาย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง แต่ในแผนงานที่ 1 ของ พ.ร.ก. ฉบับที่ 2 ให้เบิกจ่ายค่าใช้จ่ายข้างต้นได้เฉพาะในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งนี้ การแก้ไขเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิดความชัดเจนในการพิจารณาอนุมัติงบประมาณมากยิ่งขึ้น เนื่องจากในการพิจารณาอนุมัติงบประมาณเพื่อเบิกจ่ายตาม พ.ร.ก. ฉบับที่ 1 มีขอบเขตครอบคลุมกว้างขวาง และนำมาซึ่งการถกเถียงกันว่า “ผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง” ในที่นี้คือใครบ้าง เช่น หมอ พยาบาล คนขับรถพยาบาล พ่อครัวหรือแม่ครัวที่ทำอาหารให้ผู้ป่วย ฯลฯ (ผู้แทนคณะอนุกรรมการกลั่นกรองเงินกู้, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 6 ธันวาคม 2565)

(3) พัฒนาการในส่วนของ การตัดสินใจอนุมัติโครงการและจัดสรรงบประมาณเงินกู้ จากการเปรียบเทียบเอกสารสรุปภาพรวมมติคณะรัฐมนตรีในการอนุมัติแผนงาน/โครงการจาก พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 1 และ 2 พบว่า การอนุมัติโครงการภายใต้พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 1 มีการอนุมัติโครงการที่เกี่ยวกับการจัดทำโครงสร้างพื้นฐาน อาทิ โครงการพัฒนาห้องปฏิบัติการชีววินิจฉัย ระดับ 3 เพื่อรองรับการเป็นเครือข่ายห้องปฏิบัติการวินิจฉัยการติดเชื้อโรคโควิด19 โรคอุบัติใหม่ และเชื้อโรคระบาดอื่น ๆ ในเขตภาคเหนือ โครงการปรับปรุงหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU Negative Pressure) โครงการเพิ่มประสิทธิภาพหอผู้ป่วยเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น ในขณะที่ พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 2 ปี พ.ศ. 2564 มีการอนุมัติโครงการในด้าน

ดังกล่าวน้อยลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ในเรื่องของความเหมาะสมของโครงการ กล่าวคือ แผนงาน/โครงการอาจไม่มีความพร้อมในการดำเนินการได้ทันที และ/หรือไม่สามารถทำให้แล้วเสร็จได้ตามกรอบระยะเวลาที่กำหนดไว้ภายใต้ พ.ร.ก. ฉุกเฉินโควิด19 ฉบับที่ 2 หรือภายในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างงบประมาณกลางและงบประมาณเงินกู้

แม้ว่างบประมาณรายจ่ายงบกลางและงบเงินกู้เป็นแหล่งงบประมาณภาครัฐที่ใช้ในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 แต่งบประมาณทั้งสองแหล่งมีความเหมือนและแตกต่างในเรื่องของแหล่งเงินและกลไกการตัดสินใจ รวมถึงมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างงบประมาณรายจ่ายงบกลางและงบประมาณเงินกู้

รายละเอียด	งบประมาณรายจ่ายงบกลาง	งบประมาณรายจ่ายจากเงินกู้
แหล่งงบประมาณ	เป็นแหล่งเงินในงบประมาณ (Budget expenditure) ที่หน่วยงานสามารถขอใช้ได้ ในกรณีที่มิใช่เหตุการณ์ฉุกเฉินเร่งด่วนเกิดขึ้น และเนื่องจากเป็นเงินในงบประมาณจึงเป็นแหล่งเงินที่ไม่มีต้นทุนทางดอกเบี้ย	เป็นแหล่งเงินพิเศษเพิ่มเติมที่รัฐบาล (ทยอย) กู้มาเพื่อใช้ในการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยเล็งเห็นว่า เงินงบประมาณปกติไม่เพียงพอ จึงเป็นแหล่งเงินที่มีต้นทุนทั้งในส่วนของเงินต้นและดอกเบี้ยที่ต้องชำระ
ความคุ้นเคยของหน่วยงาน	หน่วยงานมีความคุ้นชินในเรื่องการจัดเตรียมเอกสารที่จะใช้ในการจัดทำค่าของงบประมาณรายจ่ายงบกลาง	เนื่องจากเงินกู้เป็นแหล่งเงินพิเศษ หน่วยงานราชการจึงอาจไม่คุ้นชินกับระเบียบหรือการจัดเตรียมเอกสารจัดทำค่าของงบประมาณรายจ่ายจากงบเงินกู้
กลไกการพิจารณาอนุมัติงบประมาณ	การพิจารณาอนุมัติงบประมาณรายจ่ายงบกลางในกรณีของโควิด 19 จะเป็นไปตามสายการบังคับบัญชาตามปกติ มิได้มีการตั้งคณะทำงานพิเศษเพื่อพิจารณาอนุมัติงบประมาณดังกล่าว หากแต่การพิจารณาจะเป็นไปตามแต่ละกลุ่มงานของสำนักงบประมาณที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบงบประมาณของกรมที่ได้รับมอบหมาย และการเสนอคำของบประมาณเพื่อพิจารณาอนุมัติจะเป็นไปตามสายการบังคับบัญชา	การพิจารณาการจัดสรรงบประมาณจากงบเงินกู้จะใช้กลไกการพิจารณาในรูปแบบของคณะกรรมการกลั่นกรองเงินกู้ ซึ่งมีผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยกันพิจารณาและให้ความเห็น (และมีคณะอนุกรรมการกลั่นกรองเงินกู้เป็นทีมช่วยสนับสนุน)

รายละเอียด	งบประมาณรายจ่ายงบกลาง	งบประมาณรายจ่ายจากเงินกู้
ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจอนุมัติงบประมาณ	สำนักงบประมาณ นายกรัฐมนตรี และคณะรัฐมนตรีเป็นผู้ที่มีอำนาจอนุมัติงบประมาณ ทั้งนี้ขึ้นกับวงเงินงบประมาณที่หน่วยงานเสนอขอ	คณะรัฐมนตรี เป็นผู้ที่มีอำนาจในการอนุมัติงบประมาณ (ทุกวงเงิน)
ระยะเวลาในการพิจารณาอนุมัติ	อยู่ระหว่าง 7-10 วัน ขึ้นอยู่กับความพร้อมของเอกสารที่เสนอของบประมาณ	ประมาณ 20 วัน ขึ้นอยู่กับความพร้อมของเอกสารที่เสนอของบประมาณ
การเบิกจ่ายงบประมาณ	เมื่องบประมาณได้รับการพิจารณาอนุมัติแล้ว จะถูกกำกับและควบคุมการใช้จ่ายตามกลไกตามปกติที่หน่วยงานภาครัฐจะต้องปฏิบัติตาม	เมื่องบประมาณได้รับการพิจารณาอนุมัติแล้ว จะถูกกำกับและควบคุมการใช้จ่ายตามกลไกตามปกติที่หน่วยงานภาครัฐจะต้องปฏิบัติตาม
การติดตามและตรวจสอบการใช้งบประมาณ	เมื่องบประมาณได้รับการพิจารณาอนุมัติแล้ว การเบิกจ่ายเงินจะเป็นไปตามระเบียบและขั้นตอนตามกฎหมายที่กำหนด ตลอดจนมีการติดตามและประเมินผลการใช้จ่ายเงินดังกล่าว เช่น กระบวนการงบประมาณปกติ	เมื่องบประมาณได้รับการพิจารณาอนุมัติแล้ว ต้องสามารถเริ่มดำเนินโครงการได้ทันที การเบิกจ่ายเงินและระยะเวลาในการดำเนินโครงการให้แล้วเสร็จ ต้องเป็นไปตามระเบียบและขั้นตอน รวมทั้งกรอบเวลาของ พ.ร.ก. ที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นจะมีการติดตามและประเมินผลการใช้จ่ายเงินเช่นการใช้จ่ายเงินในกระบวนการงบประมาณปกติ

จากตารางข้างต้น อาจวิเคราะห์เพิ่มเติมถึงการเลือกใช้แหล่งเงินทั้งงบประมาณรายจ่ายงบกลางและงบประมาณเงินกู้ได้ดังต่อไปนี้

(1) หากเปรียบเทียบแหล่งเงินทั้ง 2 แหล่ง พบว่า งบประมาณรายจ่ายงบกลางมีต้นทุนต่ำกว่า เพราะเป็นเงินในงบประมาณที่มีการกำหนดและตั้งวงเงินรายจ่ายในแต่ละปีงบประมาณเรียบร้อยแล้ว ในขณะที่งบประมาณเงินกู้มีต้นทุนสูงกว่า โดยเฉพาะต้นทุนทางดอกเบี้ย จึงจำเป็นต้องพิจารณาความเหมาะสมในการจัดสรรเงินอย่างรอบคอบ เพื่อให้การใช้จ่ายเงินเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด ดังที่ผู้แทนคณะอนุกรรมการการคลังทรงการใช้จ่ายเงินกู้ (การสื่อสารระหว่างบุคคล, 20 ตุลาคม 2565) ได้กล่าวถึงหลักการใช้งบการเงินกู้ ดังนี้

“...ข้อแรก คือ “ต้นทุน” เงินกู้มีต้นทุน ดังนั้นต้องใช้ให้คุ้มค่า ใช้แล้วคิดแล้วคิดอีก คิดให้เยอะ แต่ถ้างบบริจาคส่วนอื่นก็ดี เป็นการ contribution กับสังคม อยากให้มีการติดตามด้วย คนที่จ่ายเงินไปไปติดตามด้วยว่ามีการใช้เงินคุ้มค่าไหม เงินกู้เป็นแหล่งสุดท้ายแล้ว ถ้าไม่มีแล้วค่อยมาตรงนี้”

(2) ในส่วนของการเสนอของบประมาณเมื่อเปรียบเทียบแหล่งเงินทั้ง 2 แหล่งแล้ว หน่วยงานราชการต่าง ๆ จะมีความคุ้นเคยกับการจัดทำหรือจัดเตรียมเอกสารคำขอของบประมาณรายจ่ายจากงบประมาณรายจ่ายงบกลางมากกว่างบประมาณเงินกู้ และด้วยความคุ้นชินนั้นอาจทำให้หน่วยงานเกิดความมั่นใจหรือแน่ใจมากกว่าว่า งบประมาณรายจ่ายงบกลางที่ขอไปนั้น มีโอกาสได้รับการอนุมัติจัดสรรเงินมากกว่าการยื่นของบประมาณเงินกู้ที่มีลักษณะของการพิจารณาอนุมัติและเงื่อนไขบางประการที่แตกต่างออกไป

(3) ในขั้นตอนของการพิจารณาอนุมัติงบประมาณ จะเห็นได้ว่า จำนวนหน่วยงานหรือตัวแสดงหลักที่เกี่ยวข้องมีความแตกต่างกัน โดยการพิจารณาอนุมัติงบประมาณรายจ่ายงบกลางจะมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องน้อยกว่าอย่างเห็นได้ชัด นั่นคือ สำนักงบประมาณ และมีตัวแสดงหลักเพิ่มเติมคือ นายกรัฐมนตรี และคณะรัฐมนตรี (ขึ้นอยู่กับจำนวนวงเงิน) นอกจากนี้การพิจารณาจะมีความเป็นลำดับชั้น (Hierarchy) ตามสายการบังคับบัญชาที่มากกว่า (ผ่านการพิจารณาจากผู้บังคับบัญชาในแต่ละระดับหลายลำดับชั้น) ในขณะที่การพิจารณาอนุมัติงบประมาณเงินกู้นั้น ถึงแม้จะมีลำดับชั้นในการพิจารณาที่น้อยกว่า แต่มีหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพิจารณามากกว่า เช่น สำนักงบประมาณ สภาพัฒนาฯ สำนักงานบริหารหนี้สาธารณะ สำนักงานปลัดนายกรัฐมนตรี ฯลฯ ตลอดจนนายกรัฐมนตรี และคณะรัฐมนตรี (ในทุกวงเงินเหมือนกัน) ซึ่งการที่มีหลายหน่วยงานร่วมกันพิจารณาจัดสรรงบเงินกู้ ก่อให้เกิดความคิดเห็นที่แตกต่างหลากหลายจากหน่วยงานเหล่านั้น จึงอาจทำให้หน่วยงานที่ขอของบประมาณเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจหรือไม่แน่ใจว่า แผนงาน/โครงการของตนจะมีความเหมาะสม และได้รับการอนุมัติ จึงอาจเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่หน่วยรับงบประมาณอาจเต็มใจยื่นของบประมาณจากรายจ่ายงบประมาณรายจ่ายงบกลางมากกว่าเงินกู้

(4) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้แทนสำนักงบประมาณ พบว่า การที่รัฐจะเลือกใช้ของบประมาณรายจ่ายงบกลางหรือของเงินกู้นั้น ลักษณะของแผนงาน/โครงการ รวมทั้งวงเงินงบประมาณที่ขอ เป็นเหตุผลส่วนหนึ่งของการเลือกแหล่งเงินในการเบิกจ่าย และเหตุผลสำคัญอีกประการหนึ่งคือ เป็นเรื่องของการใช้พิจารณาในการพิจารณาของผู้บริหาร/องค์กรของผู้บริหาร ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ นายกรัฐมนตรี และคณะรัฐมนตรี ดังคำสัมภาษณ์ของผู้แทนสำนักงบประมาณ (การสื่อสารระหว่างบุคคล, 7 ตุลาคม 2565) ดังต่อไปนี้

“...เส้นแบ่งมีอยู่ แต่ใช้องค์คณะของคนบริหารจัดการเป็นคนแบ่ง ไม่ได้ประกาศออกมาเป็นลายลักษณ์อักษรว่างบประมาณรายจ่ายงบกลางต้องอย่างนี้ เงินกู้ต้องอย่างนี้ แต่เงินกู้มีแผนของกฎหมายเขียนไว้ชัดเจนอยู่แล้ว”

“ในส่วนของงบประมาณรายจ่ายงบกลางรายการโควิด19 มีการออกระเบียบไว้ กำกับไว้ โดยวัตถุประสงค์คล้าย ๆ กับเงินกู้ ตัววัตถุประสงค์ในการใช้จ่าย

ไม่ว่างบประมาณรายจ่ายงบกลางหรือเงินกู้ มีการเขียนไว้คล้าย ๆ กัน แต่การตัดสินใจเรื่องโครงการจะใช้อำนาจของผู้บริหารในการเลือกหรือหยิบโครงการนั้น ๆ”

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า การพิจารณาตัดสินใจงบประมาณรายจ่ายงบกลางและงบประมาณเงินกู้เป็นองค์คณะเดียวกันนั่นคือ คือ คณะรัฐมนตรี ซึ่งจะช่วยลดความซ้ำซ้อนของการอนุมัติและจัดสรรงบประมาณให้แก่แผนงาน/โครงการที่เสนอของงบประมาณเข้ามา ในขณะเดียวกัน การตัดสินใจที่เกิดขึ้นเป็นแบบรวมศูนย์อำนาจ ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ดังจะกล่าวถึงในรายละเอียดในส่วนของกรณีอภิปราย

2.5 เศรษฐศาสตร์การเมืองของการตัดสินใจด้านงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

การวิเคราะห์และอธิบายปัจจัยด้านเศรษฐศาสตร์การเมืองของการตัดสินใจด้านงบประมาณนี้ คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดในการวิเคราะห์เศรษฐศาสตร์การเมืองของกระทรวงการต่างประเทศและการค้า (Department of Foreign Affairs and Trade) ของรัฐบาลออสเตรเลีย มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์กลไกการตัดสินใจด้านงบประมาณ โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ประกอบด้วย โครงสร้าง (Structure) สถาบัน (Institutions) และตัวแสดง (Actors) ที่เกี่ยวข้อง

1) องค์ประกอบด้านโครงสร้าง (Structure)

ในการวิเคราะห์เศรษฐศาสตร์การเมืองของการตัดสินใจด้านงบประมาณของรัฐบาลนั้น องค์ประกอบสำคัญประการแรกที่มีอาจมองข้ามได้ คือ โครงสร้างทางการเมือง (Political structure) ซึ่งเป็นโครงสร้างที่บ่งบอกถึงอำนาจและหน้าที่ของหน่วยงานและตัวแสดงต่าง ๆ ชั้นการบังคับบัญชาหรือลำดับชั้นในการตัดสินใจ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นจากโครงสร้างทางอำนาจดังกล่าว ทั้งนี้ การตัดสินใจด้านงบประมาณในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีรูปแบบการตัดสินใจในลักษณะแบบบนลงล่าง (Top-down decision making) ซึ่งรัฐบาลหรือผู้กำหนดนโยบายเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ซึ่งมุ่งเน้นด้านการบริหารปัจจัยที่ควบคุมได้ (ชินรัตน์ สมสืบ, 2553, อ้างถึงใน สุปราณี ธรรมพิทักษ์, 2561) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงของการรับมือกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่จำเป็นต้องตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากรในด้านต่าง ๆ อาทิ การจ่ายค่าตอบแทนบุคลากร การจัดซื้อวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ หรือการจัดสรรเงินเยียวยาและฟื้นฟูเศรษฐกิจ ทั้งนี้ หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขโดยส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการยื่นเสนอและพิจารณาโครงการตามความเหมาะสมของสถานการณ์และความจำเป็น โดยกระบวนการจัดสรรงบประมาณจำเป็นต้องผ่านการพิจารณาตามโครงสร้างอำนาจ ได้แก่ หน่วยงาน กรม กระทรวง คณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการ ตามลำดับ โดยผู้ที่มีอำนาจสั่งการหรือตัดสินใจด้านงบประมาณสูงสุด ได้แก่ คณะรัฐมนตรี

นอกจากนี้ รัฐและกลไกรัฐซึ่งมีรูปแบบความร่วมมือแบบรวมศูนย์ผ่านศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) โดยอาศัยพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์

ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้อำนวยการและมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงต่าง ๆ เป็นผู้มืบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับมาตรการและข้อบังคับเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรคโควิด 19 ซึ่ง ศบค. มีอำนาจและหน้าที่หลักในการพิจารณาภาพรวมของสถานการณ์การระบาดของโรคที่เกิดขึ้น รวมถึงมีอำนาจในการตัดสินใจและสั่งการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสถานการณ์ในภาพรวม การออกนโยบายและ/หรือ มาตรการที่จำเป็น ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาและจัดสรรงบประมาณเพื่อนำไปใช้ในการสนับสนุนการดำเนินนโยบายหรือมาตรการต่าง ๆ ต่อไป (ตามคำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 5/2563 ข้อ 4 วงเล็บ 7) นั่นคือ เป็นแนวทางในการพิจารณาอนุมัติงบประมาณรายจ่ายงบกลางและงบประมาณรายจ่ายจากเงินกู้ช่วยโควิด 19 ทั้ง 2 ฉบับ

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 นั้น มีความเกี่ยวข้องโดยตรงในด้านการแพทย์และสาธารณสุข การตัดสินใจหรือพิจารณามาตรการและนโยบายจึงให้ความสำคัญต่อความคิดเห็นของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องด้วยการตัดสินใจในหลายนโยบายหรือสถานการณ์จำเป็นต้องคำนึงถึงหลักการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหลัก ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจึงถือเป็นหนึ่งในอำนาจแฝงที่มีผลต่อการตัดสินใจด้านนโยบาย ดังคำให้สัมภาษณ์ที่กล่าวว่า

“ค่อนข้างมั่นใจว่ากระทรวงสาธารณสุขค่อนข้าง strong เวลาอยู่ใน ศบค. เวลาที่จะเลือกใช้ยา จะมี message ส่งมาให้เรา ซึ่งถามว่าสภาพพัฒนาฯ (หน่วยงาน) ไป against ความเห็นของกระทรวงสาธารณสุขได้ไหมในเรื่องการใช้วัคซีน องค์ความรู้ระหว่างเรากับเขา เราเก่งกันคนละด้าน การเกิดวิกฤตขณะนั้นเราก็ต้องเชื่อสาธารณสุขอยู่แล้ว...”

(ผู้แทนคณะอนุกรรมการกลั่นกรองเงินกู้, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 20 ตุลาคม 2565)

จากการสัมภาษณ์ผู้แทนคณะอนุกรรมการกลั่นกรองฯ ข้างต้น ซึ่งกล่าวถึงองค์ประกอบการตัดสินใจนโยบายที่เกี่ยวกับด้านการแพทย์และสาธารณสุข แสดงให้เห็นถึงอำนาจความเชี่ยวชาญ (expert power) (Robbins, 1983, p. 134) ที่แม้ว่าในเชิงโครงสร้างจะมีได้มีอำนาจเทียบเท่ากับคณะกรรมการหรือคณะรัฐมนตรี แต่กระนั้นก็มีอำนาจต่อรองหรือตัดสินใจต่อผู้กำหนดนโยบายระดับสูงกว่าได้

2) องค์ประกอบด้านหน่วยงานหรือสถาบัน (Institutions) และตัวแสดงหลัก (Actors)

บทบาทหน้าที่ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดสรรงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกได้ 2 ระดับ ได้แก่ ระดับองค์กร/หน่วยงาน (Institutions) และ ระดับตัวแสดง (Actors) ที่เป็นปัจเจกบุคคลและกลุ่มคน รายละเอียดดังภาคผนวก ทั้งนี้

ตัวแสดงที่สำคัญจะประกอบไปด้วยหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในฐานะผู้เผชิญเหตุและมีหน้าที่รับผิดชอบที่ตรงกับความเชี่ยวชาญด้านโรคระบาดโดยตรงอย่างกระทรวงสาธารณสุข และยังมีตัวแสดงอื่น ๆ ที่มาจากโครงสร้างอำนาจรัฐอยู่แล้ว เช่น นายกรัฐมนตรีในฐานะหัวหน้ารัฐบาล ผู้อำนวยการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ประธานคณะกรรมการกฤษฎีกา (พ.ร.ก. เงินกู้ 2563 และ 2564) ซึ่งถูกกำหนดด้วยกลไกทางกฎหมายที่มีการกล่าวถึงข้างต้น คณะรัฐมนตรี หน่วยงานภาค รัฐต่าง ๆ หน่วยงานสนับสนุนหลักฐานประกอบการตัดสินใจ เช่น คณะอนุกรรมการกฤษฎีกาซึ่งทำหน้าที่ รวมถึงหน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบประมาณ เช่น กรมควบคุมโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

ในการพิจารณาจัดสรรงบประมาณเพื่อบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผ่านมานั้น ถึงแม้จะมีกระบวนการพิจารณาและจัดสรรทรัพยากรที่มีกลไกเชิงโครงสร้างที่ชัดเจน หากแต่ในการพิจารณาตัดสินใจพบว่า มีอิทธิพลและความกดดันทางการเมืองและสังคมที่ส่งผลให้เกิดการแทรกแซงการตัดสินใจ และข้อจำกัดเรื่องกฎระเบียบที่ส่งผลต่อการจัดสรรทรัพยากรและการกำหนดนโยบาย/มาตรการของรัฐ ดังนี้

1) การเร่งรัดขั้นตอนหรืออนุมัติโครงการเพื่อขอรับการจัดสรรงบประมาณ

อิทธิพลหรือความกดดันทางการเมืองมีผลต่อการตัดสินใจด้านงบประมาณ ซึ่งมาจากอำนาจต่อรองที่มีสิทธิและเสียงในการพิจารณาเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ แม้ว่าข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์บางส่วนกล่าวว่าจะไม่พบการแทรกแซงของอิทธิพลทางการเมืองในกระบวนการการจัดสรรงบประมาณนั้น แต่ในขณะเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลบางท่านได้ให้ข้อมูลว่า พบกระบวนการพิจารณาจัดสรรงบประมาณมีประเด็นหรือความกดดันทางการเมืองอยู่ร่วมในการพิจารณาเช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการตัดสินใจที่มีการแทรกแซงของผู้ที่มีอำนาจหรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

การตัดสินใจด้านงบประมาณให้แก่แผนงาน/โครงการ โดยเฉพาะโครงการที่ใช้งบประมาณจาก พ.ร.ก. เงินกู้โควิด 19 จำเป็นต้องมีการผ่านพิจารณาอย่างเป็นทางการเป็นขั้นตอน แต่กระนั้นผู้วิจัยพบว่าโครงการการจ่ายค่าตอบแทนแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งได้รับการอนุมัติจัดสรรงบประมาณเงินกู้เป็นรายการอันดับต้น ๆ ในปี พ.ศ. 2563 นั้น มีการตั้งข้อสังเกตและอภิปรายภายในคณะอนุกรรมการกฤษฎีกา ถึงความสำคัญและจำเป็นของโครงการ เนื่องจากเมื่อเปรียบเทียบกับโครงการจ่ายค่าตอบแทน อสม. กับการจัดซื้อวัคซีนป้องกันโควิด 19 แล้วนั้น ความจำเป็นของวัคซีนที่ควรได้รับการพิจารณาเป็นอันดับต้น ๆ กลับถูกลดความเร่งด่วนของการพิจารณาลง ซึ่งก่อให้เกิดการตั้งข้อสงสัยว่าเป็นพิจารณาโครงการเพื่อใช้เป็นฐานเสียงทางการเมือง โดยผู้แทนคณะอนุกรรมการกฤษฎีกา (การสื่อสารระหว่างบุคคล, 27 ตุลาคม 2565) ได้มีการแสดงความคิดเห็นถึงประเด็นดังกล่าว

“อสม. เป็นอันที่เราตั้งข้อสังเกตไปว่ามันน่าจะไม่ใช่ มีการอภิปรายกันเยอะ ถ้าจ่ายจำเป็นต้องใช้เงินกู้หรือเปล่า เข้าใจว่าครั้งแรกไม่เห็นด้วย แต่ท้ายที่สุด ครม. อนุมัติ ...ก็พยายามส่งชิกเหมือนกันว่า priority (ระหว่างการจ่ายค่าตอบแทน อสม. กับการจัดซื้อ

วัคซีนป้องกันโควิด 19) สลับหรือเปล่า คาดว่าตรงนี้ก็มีการเมืองหรืออะไรที่แทรกอยู่ด้วย เป็นการหวังผลทางการเมืองให้อันแรกเป็น อสม.”

นอกจากประเด็นของโครงการจ่ายค่าตอบแทน อสม. นั้น แผนงานเกี่ยวกับการจัดซื้อวัคซีนในมีการวิพากษ์วิจารณ์จากหลายภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคประชาชนที่เกิดกระแสทางสังคมในวงกว้างเกี่ยวกับการจัดซื้อวัคซีนยี่ห้อซิโนแวค (Sinovac) ที่มีประเด็นด้านประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคโควิด 19 และเกิดการไม่ยอมรับในหมู่ประชาชนในประเทศไทย ซึ่งนำไปสู่ประเด็นความไม่ไว้วางใจในการทำงานของรัฐบาล ทั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าประเด็นการจัดซื้อวัคซีนในช่วงต้นอาจเกิดขึ้นโดยมีการแทรกแซงจากเรื่องการเมืองระหว่างประเทศจากคำสัมภาษณ์ของผู้แทนผู้ให้บริการสุขภาพและหน่วยงานภาคประชาสังคม กับผู้แทนคณะกรรมการกั่นกรองฯ ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับกรณีการจัดซื้อวัคซีนซิโนแวค ตามลำดับ

“ครั้งหนึ่งกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีการนำเสนอการซื้อวัคซีนซิโนแวคเพิ่มขึ้นอีกในขณะนั้น 12 ล้านโดส ซึ่งจากความเป็นในพื้นที่และในช่วงเวลานั้น พบว่าการฉีดวัคซีนซิโนแวค แม้กระทั่งสูตรไขว้ก็ตามเป็นที่นิยมลดลงแล้ว แรงงานต่างตัวยังขอเป็นอย่างอื่นเลยที่ไม่ใช่ซิโนแวค ที่คณะกรรมการวิชาการเสนอว่า 6 ล้านโดส น่าจะกำลังพอดี ลุยฉีดในเรือนจำ ลุยฉีดชายขอบ แต่สุดท้ายกลับมาเป็น 12 ล้านโดส ผมยกตัวอย่างให้เห็นว่าในการพิจารณาเรามองเอาข้อจำกัดที่เหมือนการเจรจาเรื่องวัคซีนต้องมีการ deal ล่วงหน้า ต้องมีการต่อรองเพื่อล็อกคิวไว้ก่อน ถึงแม้เหตุการณ์เปลี่ยนไป 12 ล้านโดสก็ต้องใช้ 12 ล้านโดส ไม่อย่างนั้นประเทศเสียเครดิต เป็นเหตุการณ์ที่มี dynamic สูงมาก ในขณะนั้นเราก็รู้อยู่แล้วว่ามีโอกาสของการ expire และต้องทิ้งไปในที่สุด”
(ผู้แทนคณะกรรมการกั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 11 พ.ย. 2565)

“คงเป็นเรื่องการเมืองระหว่างประเทศ และเรื่องธุรกิจที่เราไม่รู้ลึกซึ้ง เยอะ ๆ ก็ตอบยากว่าท้ายที่สุดคืออะไร ...โดยเฉพาะอย่างยิ่งรอบสุดท้ายที่ซื้อ ยี่ห้อที่ทราบกันดีทำไมถึงมีการตัดสินใจซื้อยี่ห้อนั้น คือก็มีเหตุผลมีการตกลงคุยกันท้ายที่สุดเป็นเหตุผลซึ่งอาจเปิดเผยไม่ได้ด้วยก็ได้ว่าเป็นการตกลงกันตั้งแต่แรกแล้วว่าถ้าซื้อ ต้องซื้อเท่านี้ แล้วค่อย ๆ เหมือนกับว่าแบ่งมา สถานการณ์ ณ ตอนที่ตัดสินใจอาจมีการตัดสินใจไปตั้งแต่แรกแล้ว เป็นเงื่อนไขการซื้อ ว่าถ้าซื้อได้ก็ต้องซื้อเท่านี้ น้อยกว่านี้ไม่ได้ ก็เลยต้องซื้อหลายรอบและซื้อมาเกินความจำเป็น โดยเฉพาะสถานการณ์ที่มีการซื้อรอบหลัง ๆ ”

(ผู้แทนคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 27 ตุลาคม 2565)

2) การปรับนโยบายตามความคาดหวังของประชาชน

การให้ความสนใจและคาดหวังต่อบทบาทของผู้กำหนดนโยบายในการตอบสนองและรับมือต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประชาชน ส่งผลให้เกิดการกดดันทางสังคมต่อภาครัฐหรือผู้กำหนดนโยบายในด้านการกำหนดมาตรการหรือการบริหารในหลายมิติ เช่น การกดดันต่อนโยบายการจัดซื้อและกระจายวัคซีนป้องกันโควิด 19 การเข้าร่วมโครงการโคแวกซ์ (COVID 19 Vaccines Global Access: COVAX) หรือการจัดทำภูเก็ตแซนด์บ็อกซ์ (Phuket Sandbox) เป็นต้น ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือปรับรูปแบบนโยบายใหม่เพื่อให้สอดคล้องตามความเหมาะสม หรือความต้องการของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ อย่างที่ผู้แทนศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ได้กล่าวถึงการกำหนดนโยบายที่อิทธิพลหรือความกดดันของสังคมนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องด้วย (ผู้แทนศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 10 พฤศจิกายน 2565)

“บางอันประชาชนมี voice ด้วยก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง อย่าง Phuket sandbox พูดได้เลยว่าถ้ามีการตัดสินใจระดับ ครม. หรือ ศบค. ก็อาจจะไม่ได้เร็วมาก แต่คนภูเก็ตนเองก็เกิดการเรียกร้องเพราะเขาอยู่ได้ด้วยเศรษฐกิจการท่องเที่ยว เปิดเร็วก็มีเศรษฐกิจเข้ามาพื้นที่เกิดการเรียกร้องและบอกว่ามีความพร้อม ยินดีร่วมมือกับมาตรการภาครัฐ ...เสียงประชาชนคนที่เดือดร้อนเกี่ยวข้อง ถ้าถามผมก็มีผลอยู่นะ”

อย่างไรก็ตาม นโยบายหรือคำสั่งโดยส่วนใหญ่ที่มีการปรับตามความกดดันทางสังคมจะเป็นนโยบายหรือคำสั่งที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดมาตรการเพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคมกกว่าการตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณหรือทรัพยากรโดยตรง หากแต่การปรับนโยบาย/มาตรการของรัฐจะส่งผลต่อเนื่องต่อการตัดสินใจในการอนุมัติจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินนโยบายหรือมาตรการดังกล่าว อย่างไรก็ตาม เมื่องบประมาณได้รับการอนุมัติแล้ว ไม่ว่าจะงบประมาณรายจ่ายงบกลางหรืองบประมาณเงินกู้ กระบวนการหลังจากนั้น เช่น การจัดซื้อจัดจ้าง การเบิกจ่ายเงิน จะมีความคล้ายคลึงหรือเหมือนกับกระบวนการในช่วงสถานการณ์ปกติซึ่งมีข้อกำหนดหรือขั้นตอนที่เป็นกฎเกณฑ์ชัดเจน

ดังนั้นอิทธิพลหรือความกดดันทางสังคมอาจไม่ส่งผลต่อการจัดสรรหรือตัดสินใจด้านงบประมาณระดับประเทศในทางตรงอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับอิทธิพลหรือความกดดันทางการเมือง อีกทั้งในระดับผู้กำหนดนโยบายที่มองว่าความกดดันทางสังคมนั้นจะมีอำนาจต่อหรือสร้างผลกระทบต่อการตัดสินใจด้านนโยบายได้

หากคำนึงถึงหลักการหรือความเหมาะสมโดยผ่านการพิจารณาจากผู้มีอำนาจทางการเมืองหรือผู้กำหนดระดับสูง ก่อน ดังที่ผู้แทนคณะอนุกรรมการกลั่นกรองฯ และผู้แทนกรมบัญชีกลาง ได้แสดงความคิดเห็น

“เรามีความมั่นคง กระแสสังคมก็ต้องอดทนหน่อยครับ ทำทุกอย่างให้ดีที่สุดอยู่แล้ว” (การสื่อสารระหว่างบุคคล, 21 ตุลาคม 2565)

“เป็นการมองในเชิงหลักการมากกว่า แต่เรื่องของความคาดหวังทางสังคมหรืออะไร ก็เป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบที่นำมาพิจารณาว่ามันโอเคไหม มันเหมาะสมไหม ไม่ใช่ว่าความคาดหวังของสังคมแล้วรัฐบาลต้องสนองให้ทุกเรื่อง” (การสื่อสารระหว่างบุคคล, 28 ตุลาคม 2565)

3) ข้อจำกัดเกี่ยวกับระเบียบและข้อบังคับด้านงบประมาณ

กระบวนการตัดสินใจและขั้นตอนเป็นไปตามระเบียบข้อบังคับที่หน่วยงานราชการ เช่น พ.ร.บ. จัดซื้อจัดจ้าง บังคับใช้อย่างเป็นปกติอยู่แล้ว เพียงแต่ในสถานการณ์ฉุกเฉินเช่นนี้ กระบวนการและขั้นตอนบางอย่างอาจไม่ได้มีการกำหนดไว้เพื่อครอบคลุมสถานการณ์บางอย่าง เช่น การจัดซื้อวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในระหว่างที่กำลังทำการวิจัยและพัฒนา ซึ่งหมายความว่า รัฐบาลไทยมิได้ทำสัญญาจัดซื้อวัคซีนที่เป็นสินค้าที่เสร็จสมบูรณ์และมีอยู่ในตลาด หากแต่เป็นการจองซื้อล่วงหน้าโดยที่ยังไม่ได้รับสินค้า ซึ่งข้อสังเกตเหล่านี้มีการพูดถึงในระหว่างการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลไว้เช่นกัน ดังตัวอย่างของบทสัมภาษณ์ของผู้แทนสถาบันวัคซีนแห่งชาติและกรมควบคุมโรค (การสื่อสารระหว่างบุคคล, 31 ตุลาคม 2565)

“...พ.ร.บ.การจัดซื้อจัดจ้างไม่ได้เป็นอุปสรรค เพียงแต่กระบวนการจัดหาซื้อวัคซีนแบบจองล่วงหน้าไม่ applicable กับ พ.ร.บ.การจัดซื้อจัดจ้าง ... คือ กฎหมายไม่ได้มีการระบุวิธีไว้ วิธีการจองซื้อวัคซีนล่วงหน้าโดยมีวัคซีนอยู่ระหว่างการวิจัย แล้วอาจวัคซีนนั้นอาจวิจัยไม่ได้ผลเสียเงินจองโดยที่ผู้รับจองนั้นไม่คืน ตามวิธีการแบบนี้ตาม พ.ร.บ.การจัดซื้อจัดจ้างไม่มี แล้ววัคซีนที่อยู่ระหว่างการวิจัยไม่เข้าขायินิยามของความเป็นพัสดุ...”

โดยสรุปแล้ว การตัดสินใจเพื่อจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 นั้น เกิดจากการประกอบสร้างของกลไกการทำงานของภาครัฐหรือผู้กำหนดนโยบายที่มีการพิจารณาร่วมกับปัจจัย

ทางการเมืองและเศรษฐกิจภายในและระหว่างประเทศ มิติทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของประเทศไทย รวมถึงความจำเป็นเร่งด่วนและระบาดวิทยาของโควิด 19 จะเห็นได้ว่าในช่วงต้นของการระบาดในปี พ.ศ. 2562 นั้น ประเทศไทยมีการบังคับใช้กฎหมายและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเชิงอำนาจหลายประการในภาครัฐโดยเฉพาะอำนาจนายกรัฐมนตรี และคณะรัฐมนตรีที่เป็นกรอบสำคัญในการกำหนดกลไกการตัดสินใจด้านการแก้ไขและรับมือสถานการณ์โควิด 19 และการตัดสินใจด้านงบประมาณที่ในวิกฤตครั้งนี้มีการใช้จ่ายงบประมาณแผ่นดินจากแหล่งเงิน 3 แหล่ง คืองบประมาณประจำปี งบประมาณรายจ่ายกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น และรายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหาและเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการเบิกจ่ายงบประมาณจาก พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 และ 2564 ด้วยลักษณะของแหล่งเงินที่มีความแตกต่างจากการใช้จ่ายงบประมาณในสถานการณ์ปกติ นั้น ทำให้กลไกการตัดสินใจต้องปรับตัวอย่างรวดเร็วต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่ไม่เคยมีมาก่อนและอาศัยการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานหลายภาคส่วนในการกลั่นกรองโครงการและมาตรการที่เสนอของงบประมาณภายใต้สถานการณ์ความตึงเครียดที่กำหนดความเป็นความตายของประชาชน การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีจำกัด และความท้าทายหลายประการ

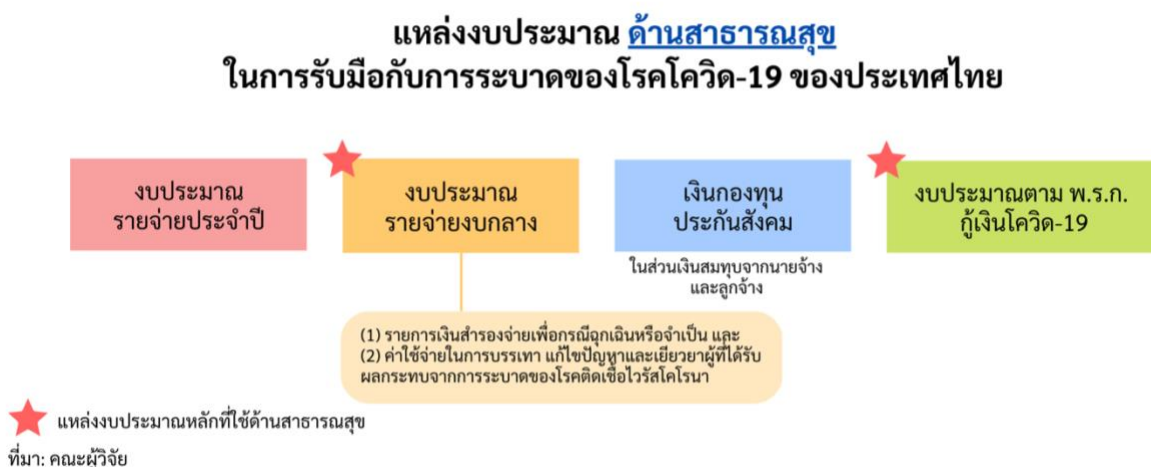
บทเรียนด้านกลไกการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการคลังและการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขใน ทั้งทางตรงและทางอ้อมในช่วงเวลานั้น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมและแรงจูงใจในการตัดสินใจของแต่ละตัวแสดง (players) ไม่ว่าจะเป็น นายกรัฐมนตรี ซึ่งมีบทบาทและหน้าที่เป็นหัวเรือใหญ่และผู้บัญชาการเหตุการณ์และได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจในฐานะหัวหน้าคณะรัฐมนตรี รวมถึงดำรงตำแหน่งสำคัญ เช่น ผู้อำนวยการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ประธานคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ ซึ่งมีหน้าที่ตัดสินใจ พิจารณาข้อเสนอและแผน/โครงการที่ขอเบิกจ่ายงบประมาณแผ่นดินทั้ง 3 แหล่งเงินในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโควิด 19 นอกจากนี้ยังมีคณะกรรมการอีกหลายชุดที่เป็นผู้เล่นที่สำคัญ เช่น คณะอนุกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข กองทุนด้านประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน นักวิชาการด้านนโยบาย กฎหมาย แพทยศาสตร์และสาธารณสุข รวมถึงภาคประชาสังคมและองค์กรไม่แสวงหากำไรต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจดังกล่าว บทเรียนเรื่องการจัดสรรทรัพยากรในครั้งนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่รัฐบาลไทยและรัฐบาลหลายประเทศในการบริหารความเชื่อมั่นและยึดถือหลักการเรื่องความโปร่งใสและตรวจสอบได้ในสถานการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินเพื่อเป้าหมายในการคุ้มครองดูแลและปกป้องผลประโยชน์ของประชาชนซึ่งมีฐานะเป็นทั้งผู้เสียภาษีและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงต่อกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินนโยบายต่าง ๆ

บทที่ 3 การคลังสุขภาพเพื่อตอบสนองการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

ประเทศไทยได้มีการระดมทรัพยากรและงบประมาณจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งจากภาครัฐและเอกชน เพื่อใช้ในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในบทที่ 3 นี้จะเป็นการประมาณการค่าใช้จ่ายภาครัฐ โดยพิจารณาจากแหล่งงบประมาณหลัก ๆ ของประเทศใน ส่วนกลาง ซึ่งเป็นผลของการตัดสินใจผ่านกลไกในการพิจารณา งบประมาณเงินกู้ให้กับหน่วยงานที่ยื่นโครงการขอรับการพิจารณาภายใต้แผนงานที่ 1 และงบประมาณรายจ่ายบ กลาง รวมถึงการจัดสรรและการเบิกจ่ายงบประมาณตามหมวดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของหน่วยรับงบประมาณต่าง ๆ ทั้งจากงบประมาณเงินกู้ งบประมาณรายจ่ายบกลาง และเงินสมทบของกองทุนประกันสังคม ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 โดยแหล่งเงินภาครัฐเป็นเพียงส่วนหนึ่งของแหล่งทรัพยากรทั้งหมด (กล่องที่ 1)

แม้ว่าประเทศไทยมีแหล่งการเงินการคลังเพื่อตอบสนองการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และครัวเรือน อย่างไรก็ตาม บทที่ 3 จะเป็นการประมาณการค่าใช้จ่ายและการจัดสรรงบประมาณของ ภาครัฐจากแหล่งเงินงบประมาณ กู้ งบประมาณรายจ่ายบกลาง และกองทุนประกันสังคม ซึ่งเป็นแหล่ง งบประมาณด้านสาธารณสุข รายละเอียดดังรูปที่ 6 ทั้งนี้ ผลกระทบของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต่อผลการดำเนินงานทางการเงินของโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนจะนำเสนอต่อไปใน บทที่ 4 และ 5

รูปที่ 6 แหล่งงบประมาณของภาครัฐด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในการรับมือกับแพร่ระบาดของโรคโค วิด 19



กล่องที่ 1 แหล่งเงินสำหรับการคลังสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

ประเทศไทยได้ใช้แหล่งการเงินการคลังสุขภาพที่หลากหลายเพื่อให้มีงบประมาณและทรัพยากรเพียงพอสำหรับการตอบสนองการแพร่ระบาดของโควิด 19 และขยายความคุ้มครองทางสังคมด้านสุขภาพให้กับประชาชน โดยมีงบประมาณของภาครัฐเป็นแหล่งงบประมาณหลัก นอกจากนี้ ยังมีเงินสมทบของกองทุนประกันสังคม การบริจาคจากภาคเอกชนและครัวเรือน การจ่ายโดยตรงจากครัวเรือน และการลงทุนของสถานพยาบาลเอกชน

ก. งบประมาณภาครัฐ

แหล่งการคลังสุขภาพในการตอบสนองการแพร่ระบาดของโควิด 19 ได้แก่ งบประมาณรายจ่ายงบกลางและงบประมาณเงินกู้ โดยงบประมาณรายจ่ายงบกลางเป็นงบประมาณที่มีอยู่เดิม (Existing budget) ส่วนงบประมาณเงินกู้เป็นแหล่งเงินนอกงบประมาณที่ได้มาจากการกู้เงินจากภายในและภายนอกประเทศ ภายใต้กฎหมายพิเศษเพื่อกู้เงินอย่างเร่งด่วนเพื่อมาแก้ไขปัญหาของประเทศนั้นคือ พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 (วงเงิน 1 ล้านล้านบาท) และ พ.ศ. 2564 (วงเงิน 5 แสนล้านบาท) ตามลำดับ หรือ พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 1 และ 2 ทำให้งบประมาณเงินกู้เป็นแหล่งงบประมาณหลัก ในขณะที่งบประมาณรายจ่ายงบกลางจะเป็นงบประมาณแหล่งแรกที่ถูกนำมาใช้ในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาด

ข. เงินสมทบของกองทุนประกันสังคม

ระบบประกันสังคมเป็นประกันภาคบังคับสำหรับลูกจ้าง โดยมีแหล่งเงินมาจากการสมทบของลูกจ้าง นายจ้างและรัฐบาล ซึ่งแหล่งเงินสมทบดังกล่าว ถูกนำมาใช้เป็นค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโควิด 19 สำหรับผู้ประกันตน ทั้งที่เป็นประชาชนไทยและแรงงานข้ามชาติ เช่น ค่าตรวจคัดกรอง ค่าฉีดวัคซีน ค่ารักษาพยาบาลและค่าชดเชยความเสียหายจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เป็นต้น

ค. การบริจาคจากภาคเอกชนและครัวเรือน

การบริจาคของภาคเอกชนและครัวเรือนทั้งที่อยู่ในรูปแบบของเงินและไม่ใช้เงิน (In-kind) เป็นอีกหนึ่งแหล่งเงินที่สนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลและกลไกสาธารณสุขต่าง ๆ ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเงินบริจาคให้โรงพยาบาลของรัฐได้รับประโยชน์จากมาตรการภาษีที่จูงใจให้ประชาชน บริษัท ห้างร้านต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการบริจาคเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของสถานพยาบาลของราชการ ตามพระราชกฤษฎีกา ฉบับที่ 663 พ.ศ. 2561 ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ให้สามารถหักลดหย่อนภาษีสำหรับการบริจาคให้สถานพยาบาลของทางราชการได้ 2 เท่า ทั้งนี้ การลดหย่อนภาษีตามมาตรการดังกล่าวไม่รวมเงินบริจาคให้กับมูลนิธิของโรงพยาบาลที่จะลดหย่อนภาษีได้เพียง 1 เท่า และนอกจากการบริจาคแล้ว ภาคเอกชนและครัวเรือนยังเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งในการสนับสนุน เช่น ในเรื่องของสถานที่ อาสาสมัคร ฯลฯ

ง. การจ่ายโดยตรงจากครัวเรือน

แม้ว่าประเทศไทยจะมีการออกสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตโรคโควิด-19 รวมถึงวัคซีนสำหรับประชาชนทุกคน แต่การแพร่ระบาดของโควิด 19 ก็ยังส่งผลกระทบต่อภาระการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายด้านสุขภาพ

ของครัวเรือน ซึ่งเป็นการจ่ายโดยตรง (Out-of-pocket payment) เพื่อซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ เช่น ยารักษาโรค แอลกอฮอล์ เจลล้างมือ และหน้ากากอนามัย เป็นต้น

จ. การลงทุนของสถานพยาบาลเอกชน

ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สถานพยาบาลเอกชนได้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและประชาชน โดยนอกเหนือจากกรณีผู้รับบริการที่ชำระเงินเองหรือใช้สิทธิประกันสุขภาพเอกชนแล้ว สถานพยาบาลเอกชนยังเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตโรคโควิด 19 (UCEP-COVID 19) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยสามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากภาครัฐ ในการรักษาตามประกาศสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคโควิด 19 ลงวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2563 ทำให้ภาคเอกชนได้มีการลงทุนเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยโรคโควิด 19

3.1 ภาพรวมค่าใช้จ่ายงบประมาณภาครัฐด้านสาธารณสุข

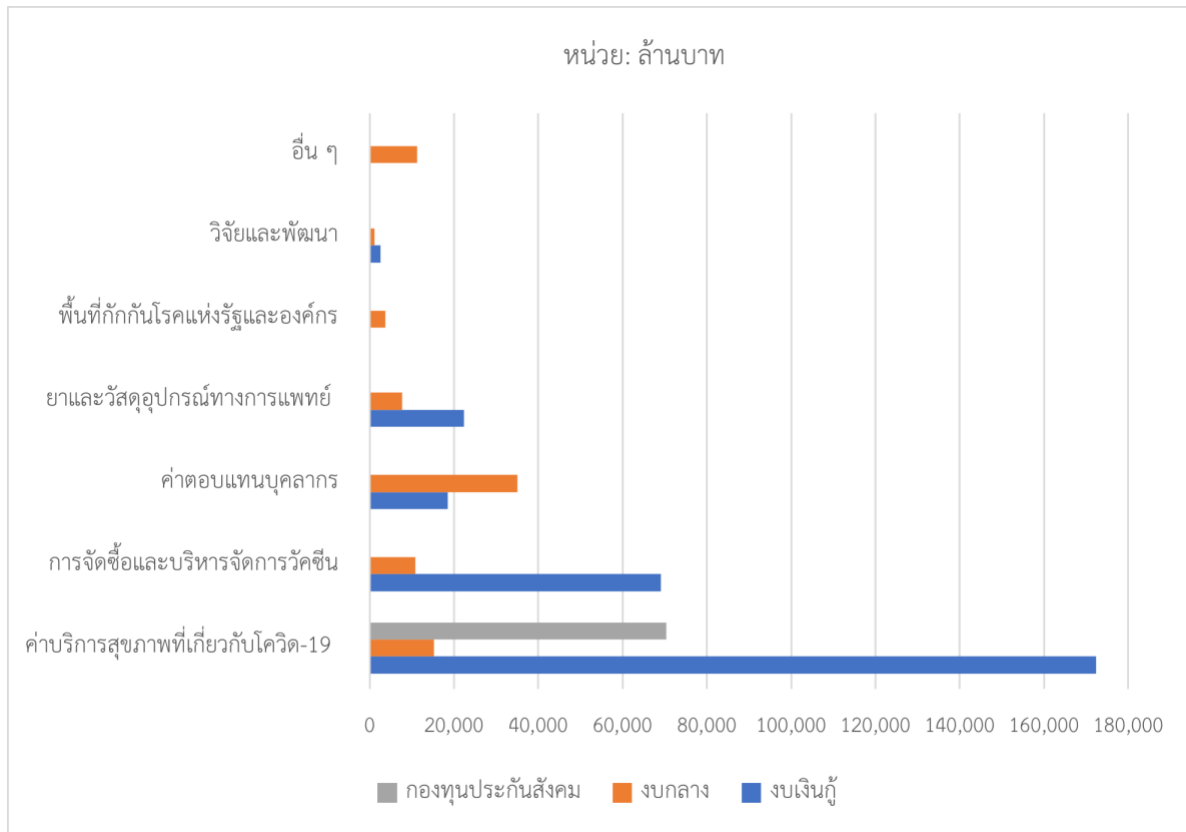
ในส่วนนี้ จะเป็นการนำเสนอผลการศึกษาเพื่อประมาณการค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสาธารณสุขที่ใช้ในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย โดยรวบรวมข้อมูลจากแหล่งงบประมาณดังต่อไปนี้ (1) งบประมาณเงินกู้จาก พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 1 และ 2 (2) งบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น รายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหาและเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และรายการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ กรณีโรคโควิด 19 และ (3) กองทุนประกันสังคม รายการเบิกจ่ายค่าบริการสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของผู้ประกันตน

จากการศึกษา พบว่า ประเทศไทยใช้งบประมาณด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 รวมทั้งสิ้นประมาณ 440,022.84 ล้านบาท ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายดังกล่าวยังไม่ได้รวมงบประมาณวิจัยที่ไม่ได้ใช้แหล่งงบประมาณเงินกู้และงบประมาณของหน่วยงานและองค์กรภาครัฐที่ถูกนำไปใช้ในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดหากจำแนกตามหมวดค่าใช้จ่าย พบว่า ค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงสุด ได้แก่ ค่าบริการสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคโควิด 19 (เช่น ค่าตรวจคัดกรอง ค่ารักษาพยาบาล ค่าฉีดวัคซีน) 257,891.89 ล้านบาท (ร้อยละ 59) รองลงมาคือ การจัดซื้อและบริหารจัดการวัคซีน 79,901.93 ล้านบาท (ร้อยละ 18) ค่าตอบแทน เยียวยา ชดเชยและเสี่ยงภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง⁴ 53,530.97 ล้านบาท (ร้อยละ 12) ยาและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ 30,110.25 ล้านบาท (ร้อยละ 7) พื้นที่กักกันโรคแห่งรัฐและองค์กร 3,716.75 ล้านบาท (ร้อยละ 1) การวิจัยและพัฒนา 3,626.86 ล้านบาท (ร้อยละ 1) และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ 11,244.18 ล้านบาท (ร้อยละ 3) ทั้งนี้ หากพิจารณาจากแหล่งงบประมาณ จะเห็นได้ว่า ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ได้รับการอนุมัติและเบิกจ่ายจากงบประมาณทั้งสองแหล่งคือ งบประมาณรายจ่ายงบ

⁴ เป็นการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจากค่าตอบแทนที่บุคลากรเหล่านี้ได้รับอยู่แล้วในช่วงสถานการณ์ปกติ

กลางและงบประมาณเงินกู้ ยกเว้น พื้นที่กักกันโรคแห่งรัฐและองค์กรที่เบิกจ่ายจากงบประมาณรายจ่ายงบกลาง เพียงแหล่งเดียว ส่วนค่าบริการสุขภาพที่เกี่ยวกับโควิด 19 มาจากงบประมาณรายจ่ายงบกลาง งบประมาณเงินกู้ และกองทุนประกันสังคม ดังรูปที่ 7

รูปที่ 7 ภาพรวมค่าใช้จ่ายงบประมาณภาครัฐด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 จำแนกตาม แหล่งงบประมาณและหมวดค่าใช้จ่าย



ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย

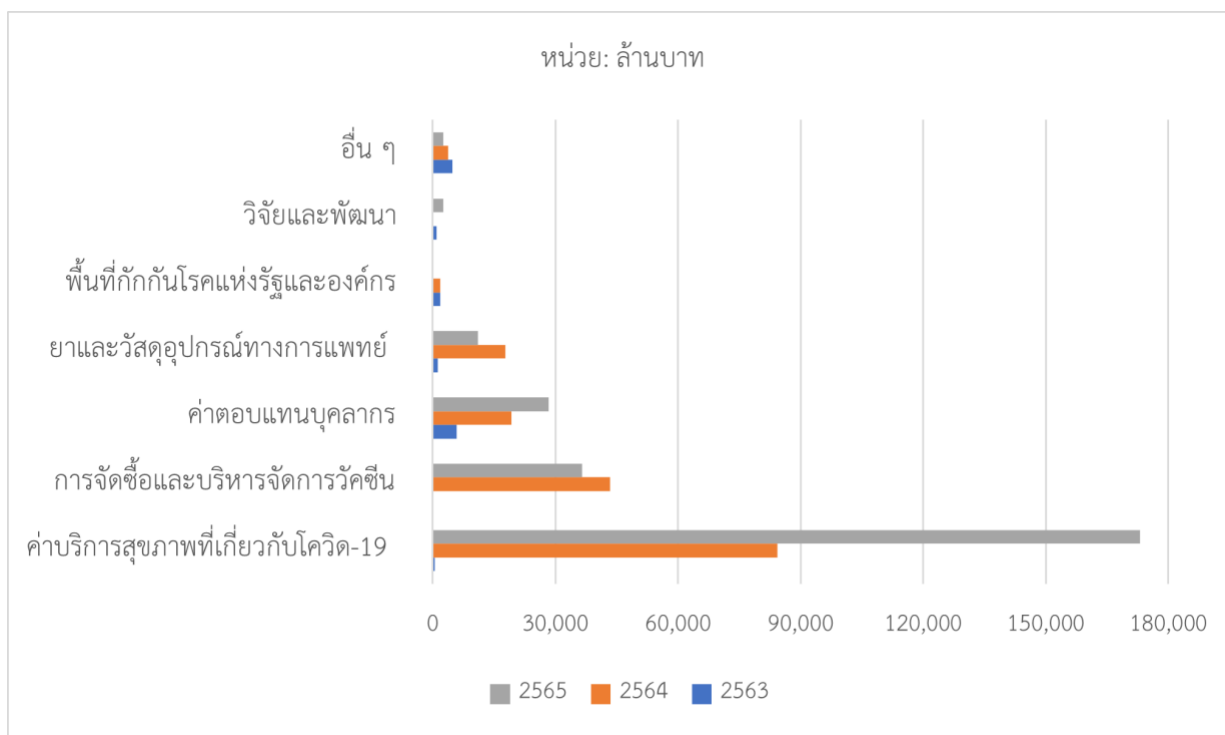
หมายเหตุ:

1. งบกลาง รวมค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ กรณีโควิด 19
2. ไม่ได้รวมงบประมาณที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพจัดสรรเพื่อใช้ในการจัดบริการ กรณีโรคโควิด 19 ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 3,302.09 ล้านบาท

ทั้งนี้ หากพิจารณาการอนุมัติรายจ่ายจำแนกตามปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 จะเห็นได้ว่า มีการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วงเริ่มต้นของการแพร่ระบาด ปีงบประมาณพ.ศ. 2563 รวมทั้งสิ้น 15,313.09 ล้านบาท ต่อมาในช่วงที่มีแพร่ระบาดสูงสุดในปีงบประมาณพ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 170,496.36 ล้านบาท และมีการอนุมัติงบประมาณสูงสุดในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 รวมทั้งสิ้น 254,213.38 ล้านบาท ซึ่งเป็นช่วงหลังการแพร่ระบาดใหญ่ (Post-pandemic) สำหรับ

ค่าบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 (เช่น ค่าตรวจคัดกรอง ค่ารักษาพยาบาล ค่าฉีดวัคซีน) เริ่มมีการจัดสรรงบประมาณเงินกู้ในปีงบประมาณพ.ศ. 2564 เช่นเดียวกับค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดซื้อและการบริหารจัดการวัคซีนที่เริ่มมีการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายงบกลางและงบประมาณเงินกู้ในปีเดียวกัน รายละเอียดดังรูปที่ 8

รูปที่ 8 ภาพรวมค่าใช้จ่ายงบประมาณภาครัฐด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 จำแนกตามปีงบประมาณ



ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย

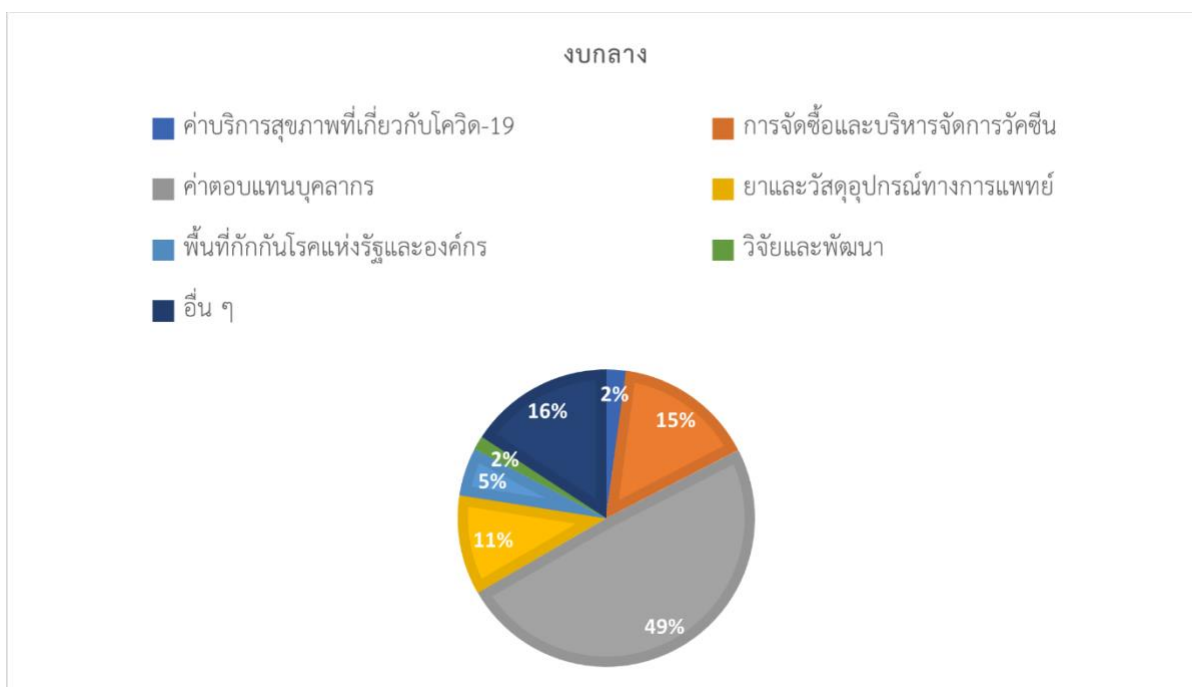
หมายเหตุ:

1. รวมค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ กรณีโควิด 19
2. ไม่ได้รวมงบประมาณที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพจัดสรรเพื่อใช้ในการจัดบริการกรณีโรคโควิด 19 ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 3,302.09 ล้านบาท
3. สำนักงานประกันสังคมใช้ปีปฏิทิน

3.2 งบประมาณรายจ่ายงบกลางด้านสาธารณสุขและการจัดสรรงบประมาณ

งบประมาณรายจ่ายงบกลางด้านสาธารณสุขที่ใช้ในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 คำนวณจากวงเงินอนุมัติของโครงการภายใต้งบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 และรายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหาและเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2565⁵ ทั้งนี้ มีการอนุมัติงบประมาณ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 รวมทั้งสิ้น 71,258.30 ล้านบาท ทั้งนี้ หากพิจารณาการจัดสรรงบประมาณตามหมวดค่าใช้จ่าย พบว่า ค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงสุดคือ ค่าตอบแทน เยียวยา ชดเชย และเลี้ยงภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง 35,068.53 ล้านบาท (ร้อยละ 49) รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและจัดซื้อวัคซีน 10,876.22 ล้านบาท (ร้อยละ 15) และยาและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ 7,724.03 ล้านบาท (ร้อยละ 11) รายละเอียดดังรูปที่ 9

รูปที่ 9 การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายงบกลาง ปีงบประมาณพ.ศ. 2563-2565 จำแนกตามหมวดค่าใช้จ่าย



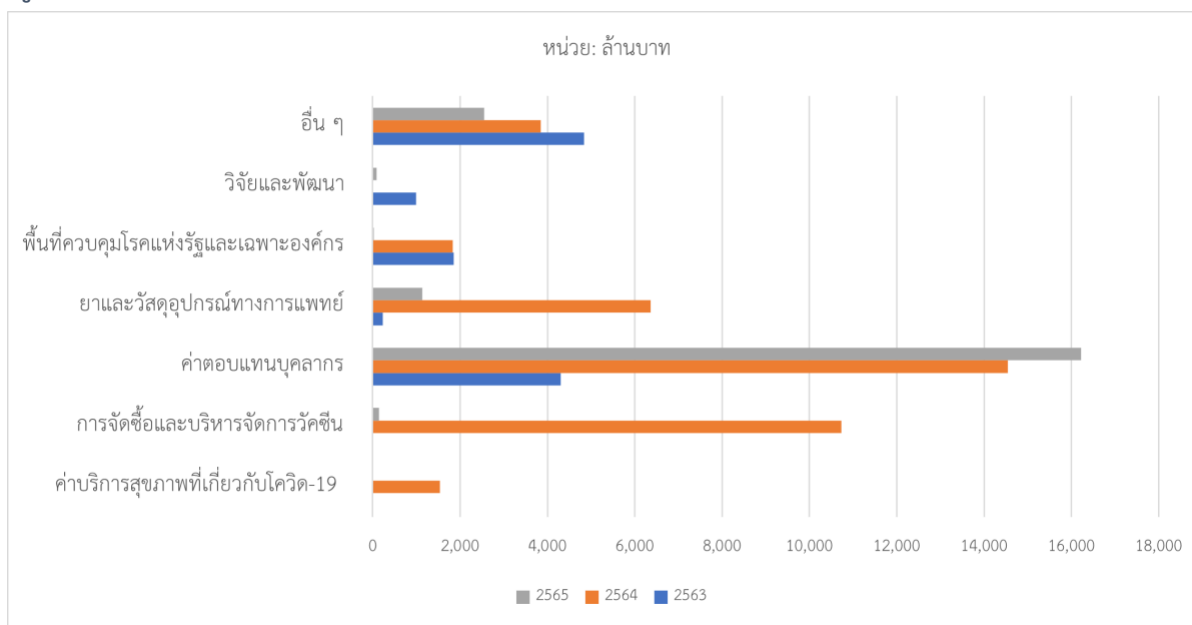
ที่มา: จำนวนโดยคณะผู้วิจัยจากสรุปการอนุมัติงบกลางรายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น ประจำปีงบประมาณ 2563-2565 และรายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น ค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหา และเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปีงบประมาณ 2564-2565

หากพิจารณาการอนุมัติค่าใช้จ่ายตามปีงบประมาณ พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของการแพร่ระบาดมีการอนุมัติงบประมาณ 12,216.29 ล้านบาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการ

⁵ ไม่รวมคำรักษาพยาบาลสิทธิข้าราชการ

แพรระบาดสูงสุด มีการอนุมัติงบประมาณเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่า หรือ 38,873.18 ล้านบาท และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นช่วงหลังการแพรระบาดใหญ่ (Post-pandemic) ลดลงเท่ากับ 20,168.82 ล้านบาท ทั้งนี้ หากพิจารณารายละเอียดการจัดสรรของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จะเห็นได้ว่า ค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงสุดคือ ค่าตอบแทนเยียวยา ชดเชย และเสี่ยงภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง 14,546.20 ล้านบาท รองลงมาคือ การจัดซื้อและบริหารจัดการวัคซีน 10,733.85 ล้านบาท รายละเอียดดังรูปที่ 10

รูปที่ 10 การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายงบกลาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 จำแนกตามปีงบประมาณ



ที่มา: จำนวนโดยคณะผู้วิจัยจากสรุปการอนุมัติงบกลางรายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น ประจำปีงบประมาณ 2563-2565 และรายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น ค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหา และเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปีงบประมาณ 2564-2565

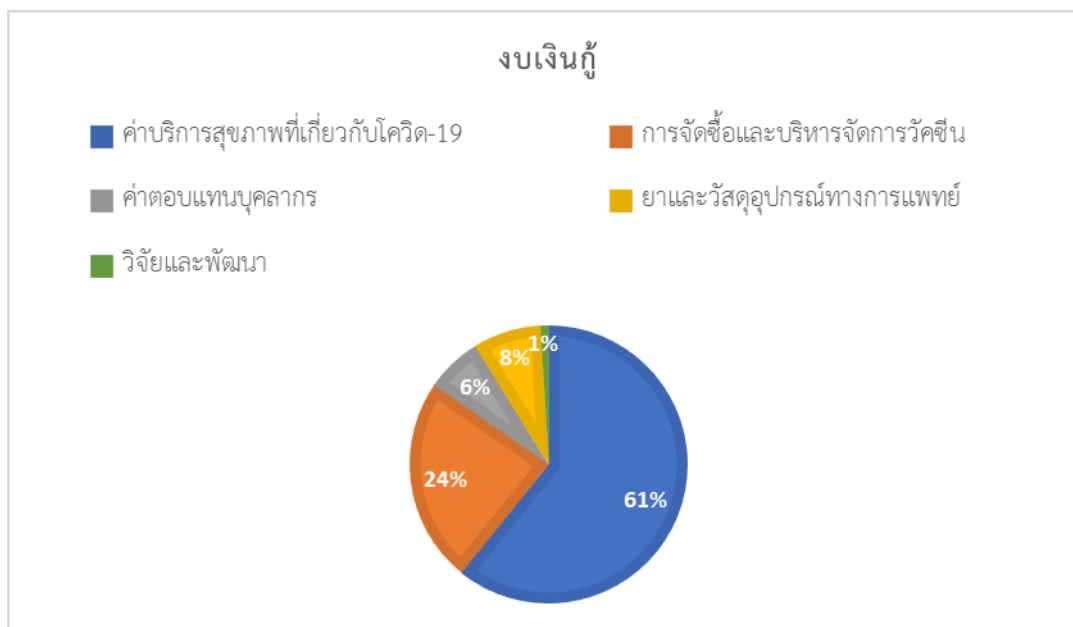
3.3 งบประมาณเงินกู้ด้านสาธารณสุขและการจัดสรรงบประมาณ

งบประมาณเงินกู้ด้านสาธารณสุขที่ใช้ในการตอบสนองต่อการแพรระบาดของโรคโควิด 19 จำนวนจากวงเงินอนุมัติของโครงการภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ.2563 และเพิ่มเติม พ.ศ. 2564 ทั้งนี้ มีการอนุมัติงบประมาณ ระหว่างปีงบประมาณพ.ศ. 2563-2565 รวมทั้งสิ้น 284,808.11 ล้านบาท

ทั้งนี้ หากพิจารณาการจัดสรรงบประมาณตามหมวดค่าใช้จ่าย พบว่า ค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงสุดคือ ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับโรคโควิด 19 (เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจคัดกรอง ค่าบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19) 172,393.44 ล้านบาท (ร้อยละ 61) รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อและบริหารจัดการวัคซีน 69,025.71 ล้านบาท (ร้อยละ 24) ยาและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ 22,386.21 ล้านบาท (ร้อยละ 8)

ค่าตอบแทน เยียวยา ชดเชย และเสี่ยงภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง 18,462.44 ล้านบาท (ร้อยละ 6) รายละเอียดดังรูปที่ 11

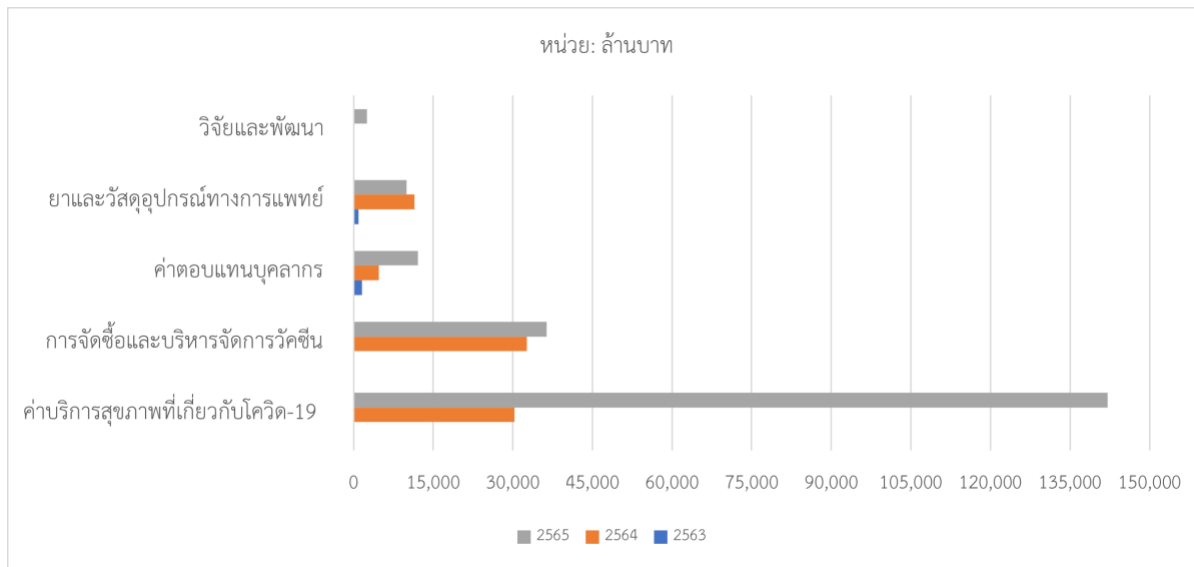
รูปที่ 11 การจัดสรรงบประมาณเงินกู้ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 จำแนกตามหมวดค่าใช้จ่าย



ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัยจากวงเงินอนุมัติตามมติกรม.ภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ.2563 และเพิ่มเติม พ.ศ. 2564 ณ วันที่ 22 พ.ย. 65 จากรายงาน MIS ของกรมบัญชีกลาง ณ วันที่ 23 พ.ย. 65

หากพิจารณาค่าใช้จ่ายตามปีงบประมาณ พบว่า การอนุมัติงบประมาณของโครงการแผนที่ 1 ของ พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 1 มีความล่าช้าในระยะเริ่มต้น แม้จะมีการออก พ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 1 เมื่อเดือน เมษายน พ.ศ. 2563 แต่มีโครงการที่ได้รับการอนุมัติในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (เมษายน-กันยายน พ.ศ.2563) เพียง 5 โครงการ โดยมีวงเงินอนุมัติทั้งสิ้น 2,555.49 ล้านบาท ต่อมาในปีงบประมาณ 2564 ซึ่งมีการแพร่ระบาดสูงสุด มีอนุมัติโครงการและจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น เป็น 79,215.51 ล้านบาท และเพิ่มสูงสุดในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 203,037.11 ล้านบาท ซึ่งเป็นช่วงหลังการแพร่ระบาดใหญ่ รวมวงเงินอนุมัติระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 283,495.14 ล้านบาท ซึ่งค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงสุดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 คือ ค่าบริการสุขภาพที่เกี่ยวกับโควิด 19 เท่ากับ 142,045.09 ล้านบาท รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อและบริหารจัดการวัคซีน 36,353.35 ล้านบาท และค่าตอบแทน เยียวยา ชดเชย และเสี่ยงภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 12,160.61 ล้านบาท รายละเอียดดังรูปที่ 12

รูปที่ 12 การจัดสรรงบประมาณเงินกู้ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 จำแนกตามปีงบประมาณ



ที่มา: จำนวนโดยคณะผู้วิจัยจากวงเงินอนุมัติตามมติกรม. ภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ.2563 และเพิ่มเติม พ.ศ. 2564 ณ วันที่ 22 พ.ย. 65 จากรายงาน MIS ของกรมบัญชีกลาง ณ วันที่ 23 พ.ย. 65

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือ โครงการที่ได้รับการอนุมัติหลายโครงการเป็นการเบิกจ่ายย้อนหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 แม้ว่าจะมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 แต่โครงการค่าบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รอบที่ 1 ได้รับการอนุมัติในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 และปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดสูงสุดมีการอนุมัติโครงการค่าบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รอบที่ 1-4 (ปี พ.ศ. 2564) จำนวน 4 โครงการ รวมทั้งหมด 30,348.35 ล้านบาท ในขณะที่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นช่วงหลังการแพร่ระบาดใหญ่ มีการอนุมัติโครงการค่าบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รอบที่ 5 (ปี พ.ศ. 2564) และรอบที่ 1-5 (ปี พ.ศ. 2565) จำนวน 6 โครงการ รวมทั้งหมด 140,023.62 ล้านบาท ส่วนค่ารักษาพยาบาลและค่าฉีดวัคซีนของกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิและผู้ที่ไม่ใช่ประชาชนไทยได้รับการอนุมัติเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 2 โครงการ รวมทั้งหมด 2,021.47 ล้านบาท ในขณะที่ค่าตอบแทน เภยวิทยา ชดเชย และเสี่ยงภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับการอนุมัติเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จำนวน 1 โครงการและเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 6 โครงการ รวมทั้งหมด 12,160.61 ล้านบาท ซึ่งการจัดสรรงบประมาณดังกล่าวเกิดขึ้นหลังจากมีเหตุการณ์แพร่ระบาดถึง 2 ปี

สำหรับการจัดซื้อวัคซีนที่มีการระบุความจำเป็นอย่างชัดเจนในแผนย่อย 1.2 หรือแผนงาน/โครงการเพื่อจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์การแพทย์และสาธารณสุข วัคซีนป้องกันโรค และห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เริ่มมีการอนุมัติงบประมาณในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 โดยช่วงแรกของการจัดซื้อและบริหารจัดการวัคซีน รวมถึงการ

จองวัคซีนล่วงหน้า ได้ใช้แหล่งงบประมาณจากงบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหาและเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเริ่มมีการอนุมัติงบประมาณในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

3.4 การจัดสรรงบประมาณภาครัฐจําแนกรายละเอียดของกิจกรรม

การจัดสรรและเบิกจ่ายงบประมาณจําแนกตามกิจกรรมระหว่างปีงบประมาณพ.ศ. 2563-2565 แบ่งออกเป็น ค่าบริการส่งเสริมป้องกัน (ค่าตรวจคัดกรองและค่าฉีดวัคซีน) ค่ารักษาพยาบาลกรณีโควิด 19 ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อและบริหารจัดการวัคซีน และค่าตอบแทน เยียวยา ชดเชย และเสี่ยงภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งนี้ แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณมาจาก (1) วงเงินที่ได้รับการอนุมัติของงบกลางรายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจําเป็น ประจำปีงบประมาณ 2563-2565 และรายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจําเป็น ค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหา และเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปีงบประมาณ 2564-2565 และ (2) วงเงินอนุมัติตามมติกรม.ภายใต้พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ.2563 และเพิ่มเติม พ.ศ. 2564 ณ วันที่ 22 พ.ย. 65 จากรายงาน MIS ของกรมบัญชีกลาง ณ วันที่ 23 พ.ย. 65 (3) วงเงินอนุมัติตามมติกรม.เพื่อเป็นงบประมาณในการจัดซื้อและบริหารจัดการวัคซีนของกรมควบคุมโรค และ (4) รายการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุข กรณีโควิด 19 ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2565⁶ ของกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคมและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁷ ทั้งนี้ จะแสดงข้อมูลเฉพาะส่วนที่สามารถลงรายละเอียดของค่าใช้จ่ายและจําแนกออกเป็นรายการกิจกรรมได้

สำหรับค่าบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ได้แก่ ค่าบริการส่งเสริมป้องกัน (ค่าตรวจคัดกรองและฉีดวัคซีน) และค่ารักษาพยาบาลกรณีโควิด 19 เป็นการจัดสรรงบประมาณผ่านกลไกการคลังสุขภาพที่มีอยู่เดิมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ประกอบด้วย ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ บริหารจัดการโดยกรมบัญชีกลาง ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และระบบประกันสังคม บริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสังคม (สปส.) โดยทั้ง 3

⁶ สำนักงานประกันสังคม จําแนกรายการเบิกจ่ายตามปีปฏิทิน

⁷ ปีงบประมาณ 2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้จัดสรรงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและงบประมาณรายจ่ายงบกลางที่ได้รับเพิ่มเติมจากรัฐบาล รวมทั้งหมด 3,302.09 ล้านบาท เพื่อใช้ในการจัดบริการกรณีโควิด 19

ระบบได้มีการตกลงร่วมกันเพื่อขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมค่าบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 รวมทั้งกำหนดอัตราจ่ายและสิทธิประโยชน์ที่เหมือนกัน แต่ใช้แหล่งงบประมาณที่แตกต่างกัน

3.4.1 ค่าบริการส่งเสริมป้องกัน

ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ค่าใช้จ่ายตรวจคัดกรองและฉีดวัคซีนของประชาชนไทยทุกคนจะเบิกจ่ายจากสปสช. โดยเบิกจ่ายจากงบประมาณเงินกู้ ทั้งนี้ ค่าตรวจคัดกรองมีการปรับอัตราจ่ายอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ยกตัวอย่างเช่น การตรวจคัดกรองด้วยวิธี RT-PCR 3,000 บาทต่อครั้ง (มี.ค. 63) ลดลงมาเป็น 2,200 บาทต่อครั้ง (ธ.ค. 63) 1,500-1,700 บาทต่อครั้ง (ส.ค. 64) และ 900 บาทต่อครั้ง (มี.ค. 65) ส่วนค่าฉีดวัคซีน อัตราจ่าย 40 บาท/เข็ม

ส่วนค่าตรวจคัดกรองและการฉีดวัคซีนของผู้ประกันตนที่เบิกจ่ายจาก สปส. โดยใช้เงินสมทบของกองทุนประกันสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่ายของแรงงานต่างด้าวและบริการเชิงรุก ทั้งตรวจคัดกรองและฉีดวัคซีนที่ดำเนินการโดยประกันสังคม⁸ โดยค่าตรวจคัดกรองใช้อัตราเดียวกับสปสช. ส่วนค่าฉีดวัคซีน อัตราจ่าย 50 บาท/เข็ม

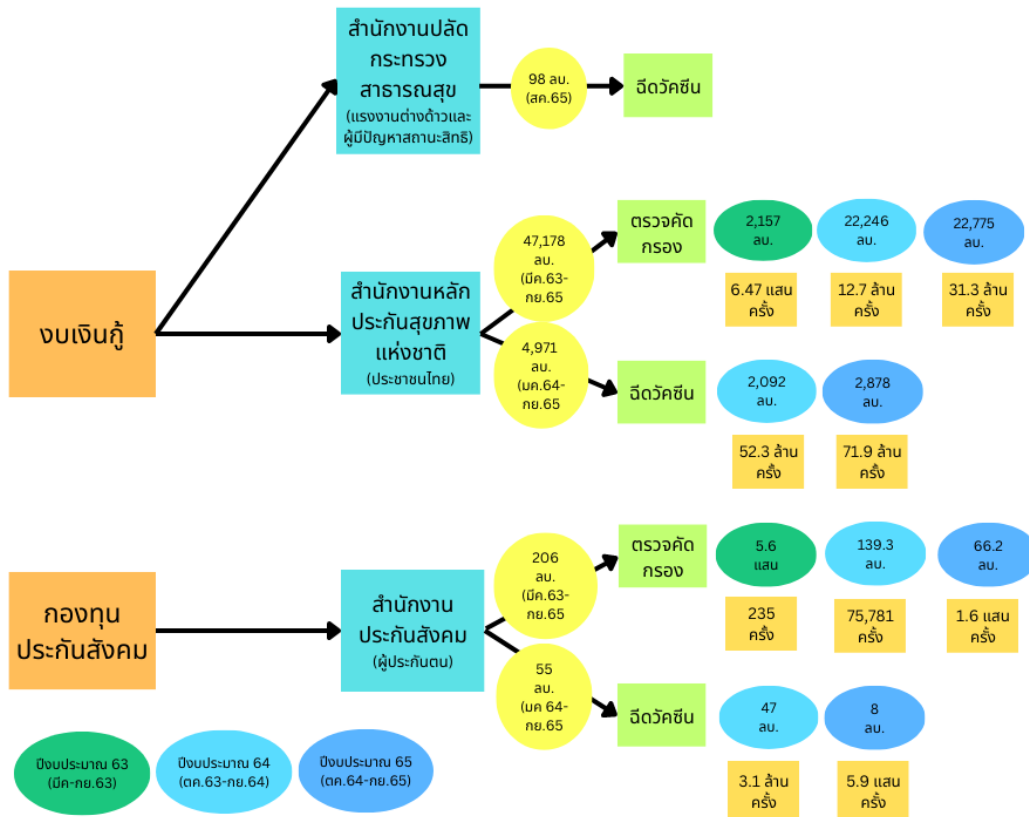
โดยสรุป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 มีการเบิกจ่ายค่าบริการตรวจคัดกรองจาก สปสช. และ สปส. จำนวน 44.9 ล้านครั้ง เท่ากับ 47,383.61 ล้านบาท⁹ และปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2565 มีการเบิกจ่ายค่าฉีดวัคซีนจาก สปสช. และ สปส. จำนวน 128.02 ล้านครั้ง เท่ากับ 5,025.73 ล้านบาท นอกจากนี้ ยังมีการอนุมัติค่าวัคซีนสำหรับกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ รวมทั้งผู้ที่ไม่ใช่ประชาชนไทย จากงบประมาณเงินกู้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 98.32 ล้านบาท รายละเอียดดังรูปที่ 13

⁸ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป ค่าตรวจคัดกรองของผู้ประกันตน (ประชาชนไทยและแรงงานต่างด้าว) เบิกจากกองทุนประกันสังคม

⁹ ไม่รวมค่าใช้จ่ายในการนำร่องฉีดวัคซีนโควิด 19 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563

รูปที่ 13 แหล่งเงินและการจัดสรรงบประมาณสำหรับการตรวจคัดกรองและฉีดวัคซีน ปีงบประมาณ พ.ศ.

2563-2565



หมายเหตุ สำนักงานประกันสังคม ใช้ปีปฏิทิน; ข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานประกันสังคมคำนวณจากข้อมูลการเบิกจ่ายงบประมาณ

ที่มา: คณะผู้วิจัย

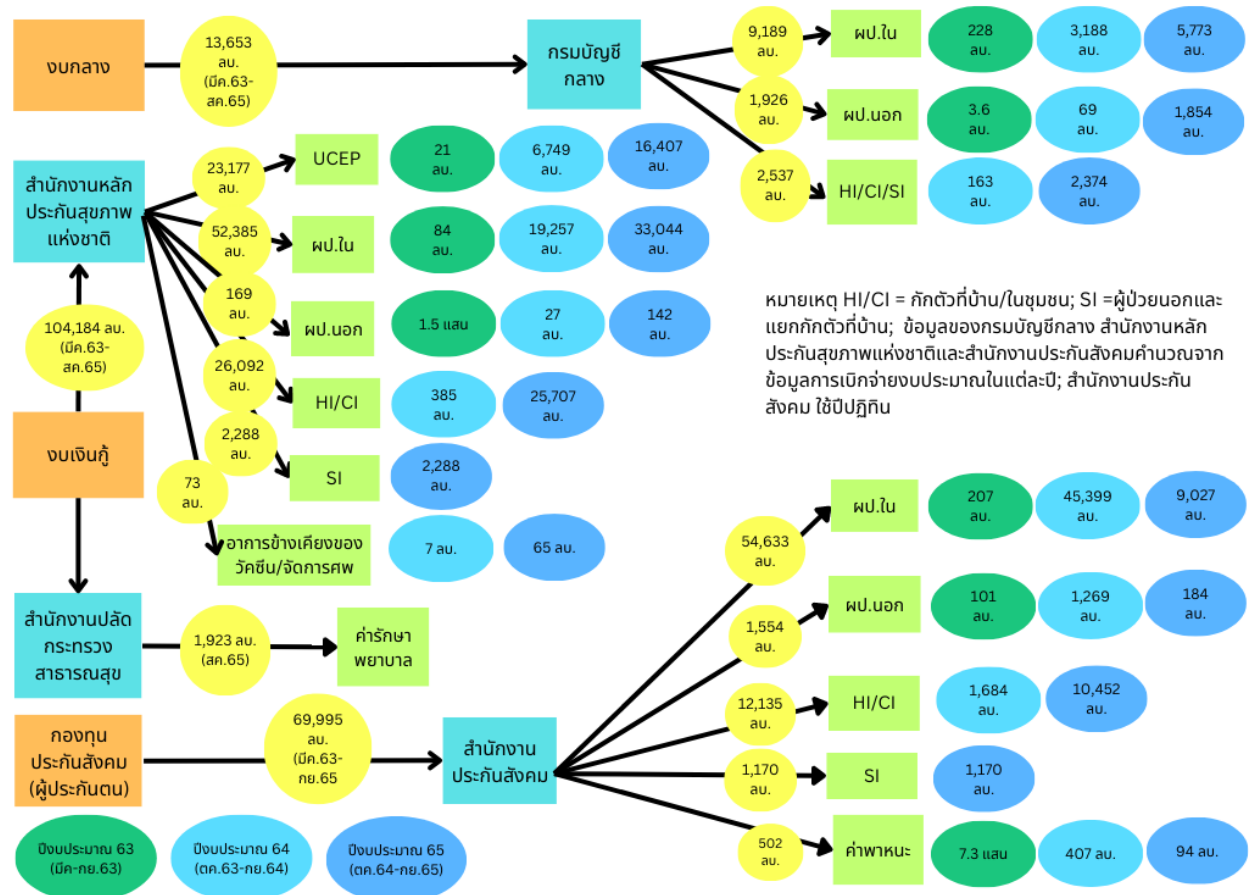
3.4.2 ค่ารักษาพยาบาลกรณีโรคโควิด 19

ค่ารักษาพยาบาลกรณีโรคโควิด 19 ของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สปสช.จะเบิกจ่ายจากงบประมาณเงินกู้ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลางจะเบิกจ่ายจากงบประมาณรายจ่ายงบกลาง และสิทธิประกันสังคม สปส.จะเบิกจ่ายจากกองทุนประกันสังคม ดังนั้น สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคมไม่ได้ใช้งบประมาณเงินกู้ นอกจากนี้ค่ารักษาพยาบาลของประชาชนไทยแล้ว ได้มีการจัดสรรงบประมาณค่ารักษาพยาบาลให้กับกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิและผู้ที่ไม่ใช่ประชาชนไทยผ่านสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้งบประมาณเงินกู้

จะเห็นได้ว่า มีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาสิทธิประโยชน์กรณีโรคโควิด 19 ให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เปลี่ยนแปลงไป โดยในช่วงเริ่มต้นของการแพร่ระบาดในปีพ.ศ. 2563 จะเป็นการรักษาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสนาม และในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) ร่วมกับการจ่ายกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตโรคโควิด 19 (UCEP-COVID 19) ให้กับสถานพยาบาลนอกคู่สัญญา ต่อมาเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของสายพันธุ์เดลตาในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 จนทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถรองรับผู้ติดเชื้อทุกรายเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลได้ จึงมีการเพิ่มสิทธิประโยชน์และค่าบริการสำหรับการแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation: HI) และในชุมชน (Community isolation: CI) ต่อมาเมื่อมีการแพร่ระบาดของสายพันธุ์โอมิครอนในเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ได้มีการยกเลิก UCEP-COVID 19 กลุ่มสีเขียว และเพิ่มสิทธิประโยชน์และค่าบริการสำหรับผู้ที่มีไม่มีภาวะเสี่ยงแบบผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน (OP Self Isolation: OPSI) (ณปภัช สัจจนกุล, 2565)

โดยสรุป ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล 645,513.13 ล้านบาท และปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 78,605.31 ล้านบาท และเพิ่มสูงสุดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 110,504.68 ล้านบาท ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลรวมทุกแหล่งงบประมาณและสิทธิการรักษา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 รวมทั้งสิ้น 189,755.51 ล้านบาท โดยค่าบริการที่มีการเบิกจ่ายสูงสุดคือ ค่าบริการผู้ป่วยใน 116,208.22 ล้านบาท รองลงมาคือ ค่าบริการสำหรับแยกกักตัวที่บ้านและในชุมชน 40,764.17 ล้านบาท ค่าบริการ UCEP-COVID 19 เฉพาะสปสช. 23,177.28 ล้านบาท ค่าบริการผู้ป่วยนอก 3,649.62 ล้านบาท และค่าบริการสำหรับผู้ที่มีไม่มีภาวะเสี่ยงแบบผู้ป่วยนอกและแยกกักตัวที่บ้าน 3,458.58 ล้านบาท นอกจากนี้ ยังมีการอนุมัติค่ารักษาพยาบาลสำหรับกลุ่มผู้ไร้สิทธิการรักษาพยาบาล จำนวน 1,923.14 ล้านบาท รายละเอียดดังรูปที่ 14

รูปที่ 14 แหล่งเงินและการจัดสรรงบประมาณค่ารักษาพยาบาลกรณีโรคโควิด 19 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565



ที่มา: คณะผู้วิจัย

3.4.3 ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อและบริหารจัดการวัคซีน

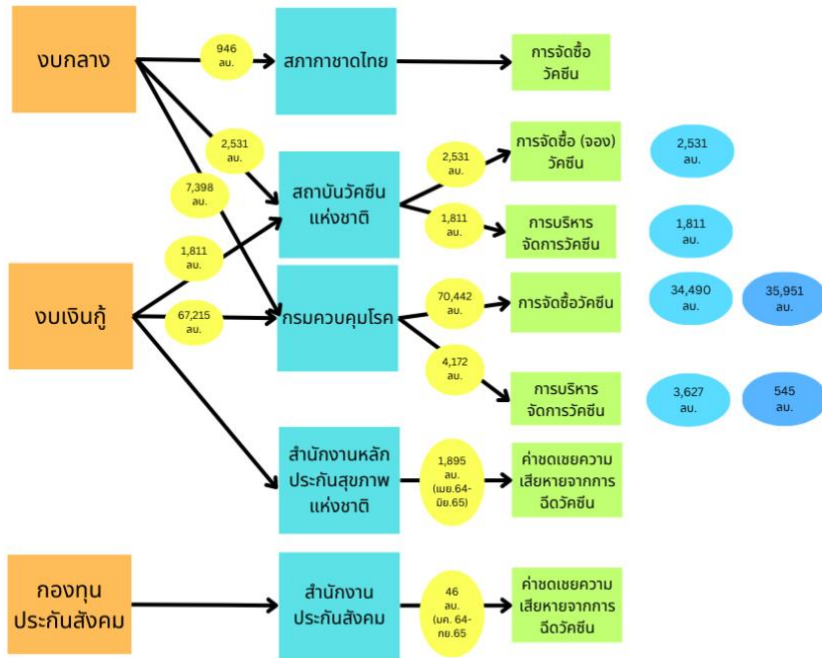
งบประมาณสำหรับจัดซื้อและบริการจัดการวัคซีนจัดเป็น Single pool เนื่องจากเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ดำเนินการโดยรัฐบาลกลางและไม่อนุญาตให้หน่วยงานอื่นจัดซื้อวัคซีนในระยะแรก เนื่องจากข้อกังวลเรื่องความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมในการกระจายวัคซีนและการเข้าถึงวัคซีนของประชาชน ทั้งนี้ แหล่งงบประมาณสำหรับจัดซื้อและบริหารจัดการวัคซีนมาจากงบประมาณรายจ่ายงบกลางและงบประมาณเงินกู้ โดยแหล่งเงินแรกที่ถูกรับไปใช้ในการจัดซื้อวัคซีนในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ได้แก่ งบประมาณรายจ่ายงบกลาง ค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหา และเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาด

ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ต่อมาเริ่มมีการจัดสรรงบประมาณเงินกู้เพื่อใช้ในการจัดซื้อวัคซีนในปีงบประมาณ 2564 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 อย่างไรก็ตาม ต่อมาในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ศบค. ได้ออกหนังสือให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดหาวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ได้ (หนังสือเลขที่ นร 0801.01/8850 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2564) และยังมีกรให้หน่วยงานเอกชนสามารถจัดหาวัคซีนได้ ดังนั้น จึงมีการจัดสรรงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานเอกชนเพื่อจัดหาวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้จะครอบคลุมเฉพาะแหล่งงบประมาณจากงบประมาณรายจ่ายงบกลางและงบประมาณเงินกู้เท่านั้น

ข้อสังเกตที่พบจากการศึกษาคือ มีการจัดสรรงบประมาณจากทั้งงบประมาณรายจ่ายงบกลางและงบประมาณเงินกู้ในช่วงระยะเวลาใกล้เคียงกันเพื่อจัดซื้อวัคซีนและบริหารจัดการวัคซีน อย่างไรก็ตาม งบประมาณส่วนใหญ่มาจากงบประมาณเงินกู้

โดยสรุป ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดซื้อและบริการจัดการวัคซีน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2565 รวมทั้งสิ้น 79,901.93 ล้านบาท แบ่งออกเป็นค่าจัดซื้อวัคซีน 73,919.38 ล้านบาท และค่าบริการจัดการวัคซีน 5,982.55 ล้านบาท นอกจากนี้ ยังมีการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เบิกจ่ายจาก สปสช. และ สปส. เท่ากับ 1,941.34 ล้านบาท รายละเอียดดังรูปที่ 15

รูปที่ 15 แหล่งเงินและการจัดสรรงบประมาณสำหรับค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อและบริหารจัดการวัคซีน
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565



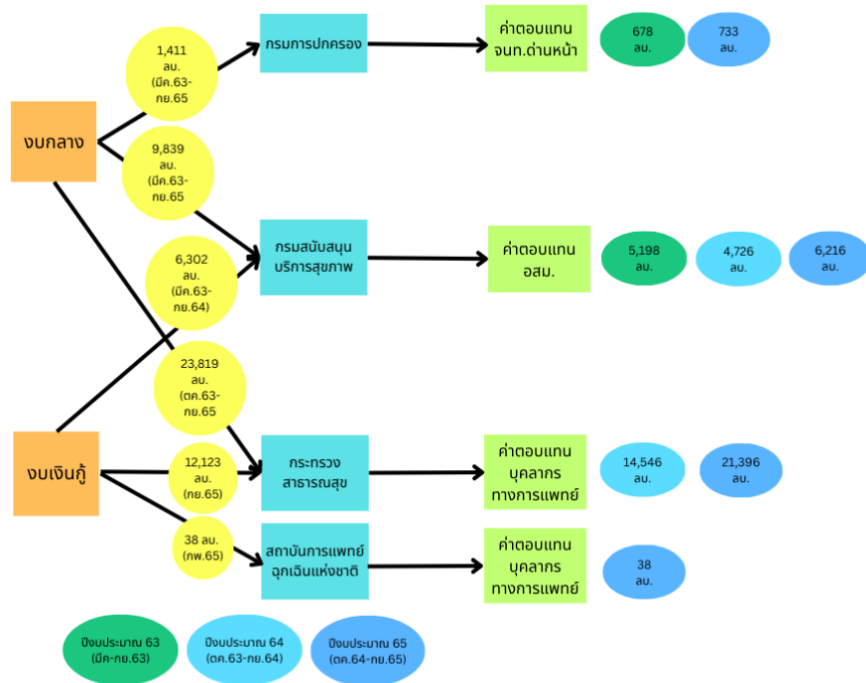
หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อและการบริหารวัคซีนคำนวณจากวงเงินที่ได้รับการอนุมัติ ทั้งนี้ วงเงินอาจมีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับลดหลังจากได้รับการอนุมัติ

3.4.4 ค่าตอบแทน เยียวยา ชดเชย และเสี่ยงภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

แหล่งงบประมาณสำหรับค่าตอบแทน เยียวยา ชดเชย และเสี่ยงภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมาจากงบประมาณรายจ่ายงบกลางและงบประมาณเงินกู้ โดยงบประมาณเหล่านี้เป็นการจัดสรรเพิ่มเติมจากค่าตอบแทนที่บุคลากรเหล่านี้ได้รับอยู่แล้วในช่วงสถานการณ์ปกติ แหล่งงบประมาณส่วนใหญ่มาจากงบประมาณรายจ่ายงบกลาง และสามารถแจกแจงค่าตอบแทนบุคลากรออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่ด้านหน้า ค่าตอบแทนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์

หากพิจารณาระยะเวลาการอนุมัติจำแนกตามปีงบประมาณ จะเห็นได้ว่า งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติในปี พ.ศ. 2563 มีเฉพาะค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่ด้านหน้าและอสม.เท่านั้น ส่วนค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เป็นการเบิกจ่ายย้อนหลัง โดยมีการอนุมัติในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ 2565 ตามลำดับ โดยสรุป มีการอนุมัติค่าตอบแทน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 53,530.97 ล้านบาท โดยแบ่งออกเป็น ค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ 35,979.47 ล้านบาท ค่าตอบแทนอสม. 16,140.46 ล้านบาท และค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ด้านหน้า 1,411.04 ล้านบาท รายละเอียดดังรูปที่ 16

รูปที่ 16 แหล่งเงินและการจัดสรรงบประมาณสำหรับค่าตอบแทน เยียวยา ชดเชย และเสี่ยงภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565



หมายเหตุ งบประมาณของงบประมารายจ่ายงบกลางและงบประมารายจ่ายเงินกู้ จำนวนจากวงเงินที่ได้รับอนุมัติ ทั้งนี้ วงเงินอาจมีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับลด หลังจากได้รับการอนุมัติ

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าการคลังสุขภาพของประเทศไทยมีการระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อให้มีงบประมาณเพียงพอสำหรับการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยข้อมูลจากการศึกษาแหล่งงบประมาณภาครัฐ พบว่า ประเทศไทยมีการระดมงบประมาณภาครัฐทั้งสิ้น ประมาณ 440,022.84 ล้านบาท ในช่วงปีงบประมาณพ.ศ.2563-2565 หากเปรียบเทียบกับงบประมาณภาครัฐเพื่อการรักษาพยาบาลและการสาธารณสุขในสถานการณ์ปกติ ก็ถือว่างบประมาณเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็น 1.6 เท่าของงบประมาณภาครัฐในปีอื่น ๆ

แหล่งเงินหลักคือ งบประมาณเงินกู้ (ร้อยละ 65) ส่วนใหญ่ใช้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (ร้อยละ 71) และกิจกรรมหลักคือ ค่าบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 (ร้อยละ 61) โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่ารักษาพยาบาลกรณีโรคโควิด 19 และค่าจัดซื้อและบริหารจัดการวัคซีน (ร้อยละ 24) นอกจากนี้ยังมีงบประมาณรายจ่ายงบกลางโควิด 19 (ร้อยละ 16) ส่วนใหญ่ใช้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (ร้อยละ 55) และกิจกรรมหลักคือ ค่าตอบแทน เยียวยาชดเชย และเสี่ยงภัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (ร้อยละ 49) และค่าจัดซื้อและบริหารจัดการวัคซีน (ร้อยละ 15)

ทั้งนี้ ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประเทศไทยได้ใช้กลไกและระบบการคลังสุขภาพที่มีอยู่เดิมในการประสานงานและจัดสรรงบประมาณสำหรับค่าบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 โดยกรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคมได้มีการหารือและประสานงานกันอย่างต่อเนื่องเพื่อร่วมกันกำหนดอัตราจ่ายและสิทธิประโยชน์กรณีโควิด 19 ที่เหมือนกันทั้ง 3 กองทุนและ

สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เปลี่ยนแปลงไป เพียงแต่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้แหล่งเงินที่แตกต่างไปจากเดิมนั้นคือ งบประมาณเงินกู้

จากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่า มีการอนุมัติและการเบิกจ่ายงบประมาณย้อนหลังเกิดขึ้นทั้งงบประมาณรายจ่ายงบกลางและงบประมาณเงินกู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหลังการแพร่ระบาดใหญ่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่ารักษาพยาบาลและค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ การเบิกจ่ายย้อนหลังที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อกระแสเงินสด (Cash flow) ของโรงพยาบาลและขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานบุคลากรทางการแพทย์ได้

บทที่ 4 ผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต่อการดำเนินงานทางการเงินของ โรงพยาบาลรัฐสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน

บทที่ 4 จะนำเสนอผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต่อการดำเนินงานทางการเงินของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เปรียบเทียบระหว่างก่อนและระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีขอบเขตของการศึกษาคือ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชนจดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด และโรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์ไทย โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราส่วนทางการเงินของโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยที่ได้จากการนำข้อมูลรายการในงบดุลและงบกำไรขาดทุนย้อนหลัง มาวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงินในด้านต่าง ๆ ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลาย ๆ ปีต่อเนื่องกันจะทำให้เปรียบเทียบและเห็นความแตกต่างของผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น และยังสามารถพิจารณาแนวโน้มที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ทั้งนี้ผลกระทบของโรคโควิด 19 จะแสดงผ่านรายงานทางการเงินของโรงพยาบาลรัฐในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เนื่องจากระบบงบประมาณของรัฐจะเป็นการดำเนินการตามแผนงบประมาณในปีถัดจากการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19

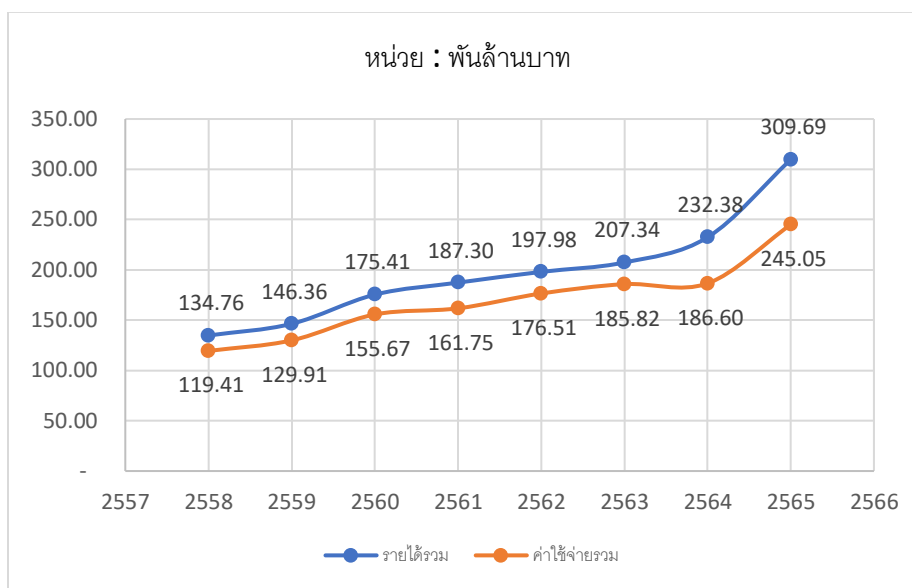
4.1 ผลการดำเนินงานทางการเงินของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

4.1.1 รายได้และค่าใช้จ่ายรวม

รายได้รวม หมายถึง รายได้ทุกประเภทของโรงพยาบาล ประกอบด้วย รายได้บริการผู้ป่วยใน (IPD) รายได้ผู้ป่วยนอก (OPD) และรายได้อื่น

รายได้รวมของโรงพยาบาลรัฐ คำนวณจากการรวมรายได้ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 843 แห่ง พบว่า รายได้รวมของโรงพยาบาลรัฐ มีการเติบโตของรายได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายได้จะมีการเติบโตมากตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา ดังรูปที่ 17 อย่างไรก็ตาม แม้ว่ารายได้รวมของโรงพยาบาลรัฐจะแสดงให้เห็นถึงการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่ารายได้รวมของโรงพยาบาลขยายตัวในอัตราลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2563 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นปีที่โรงพยาบาลรัฐได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้การเติบโตของรายได้โรงพยาบาลรัฐต่ำที่สุดใน 5 ปี นับแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา คือเหลืออัตรการเติบโตของรายได้รวมเพียงร้อยละ 4.73

รูปที่ 17 รายได้-ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลสังกัด สป.สร. ปีงบประมาณพ.ศ. 2558-2565

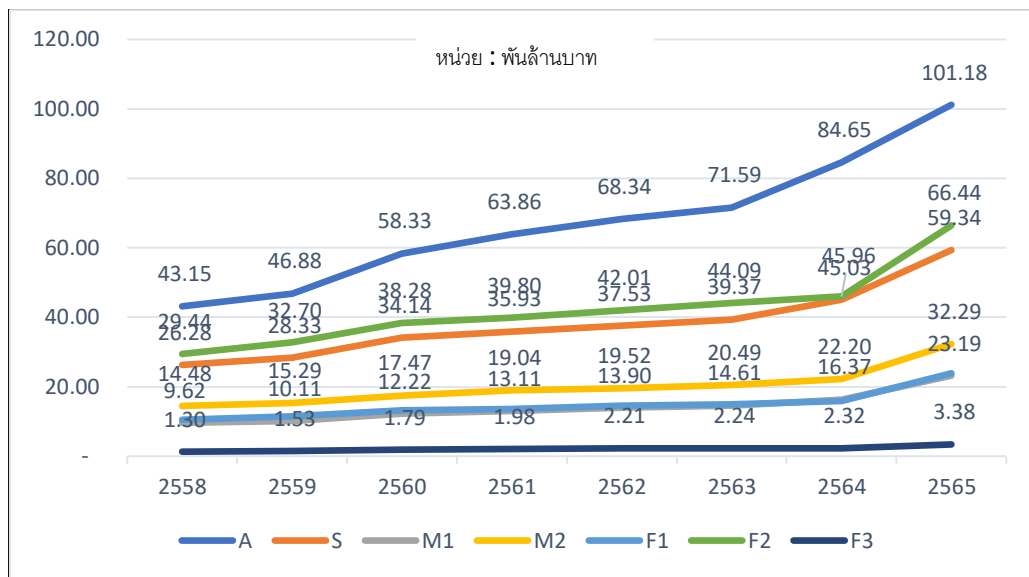


ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย

4.1.2 รายได้รวมจำแนกตามระดับของโรงพยาบาล

รายได้รวมของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สร.) จำแนกตามระดับของโรงพยาบาลตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ซึ่งแบ่งระดับของสถานพยาบาล เป็น 7 ระดับ ได้แก่ A, S, M1, M2, F1, F2, และ F3 พบว่า โรงพยาบาลสังกัดสป.สร.ในทุกะดับมีการเติบโตของรายได้ในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ยกเว้นรายได้รวมของโรงพยาบาลระดับ F3 ที่รายได้รวมไม่มีการเติบโตมากนัก ทั้งนี้ โรงพยาบาลระดับ A มีรายได้และการเติบโตสูงที่สุด รองลงมาคือ โรงพยาบาลระดับ F2, S, M2, F1, M1, และ F3 ตามลำดับ ดังรูปที่ 18

รูปที่ 18 รายได้รวมของโรงพยาบาลสังกัดสภ.ส.ร. ปีงบประมาณพ.ศ. 2558-2565 จำแนกตามระดับของโรงพยาบาล



ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย

หมายเหตุ:

A : Advance-level Hospital หมายถึง รพศ./รพท.ที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง

S : Standard-level Hospital หมายถึง รพท.ที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ

M1 : Middle-level Hospital หมายถึง รพท.ที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ

M2 : Middle-level Hospital หมายถึง รพช.ขนาด 120 เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 –5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก สาขาละอย่างน้อย 2 คน

F1 : First-level Hospital หมายถึง รพช. 60-120 เตียง

F2 : First-level Hospital หมายถึง รพช. 30-90 เตียง

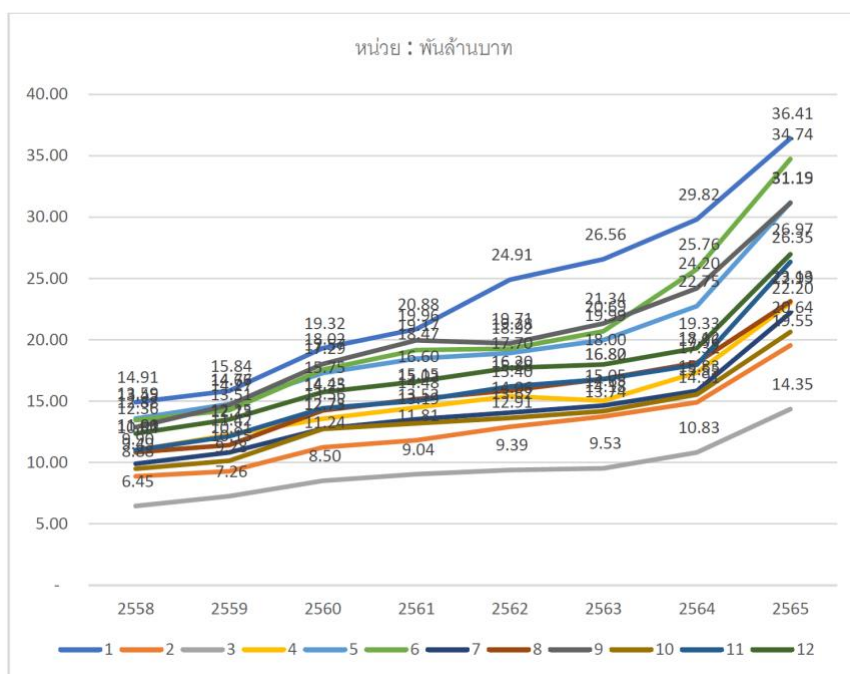
F3 : First-level Hospital หมายถึง รพช. 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 1-2 คน

4.1.3 รายได้รวมจำแนกตามเขตสุขภาพ

ข้อมูลรายได้โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สภ.ส.ร.) จำแนกตามเขตสุขภาพ พบว่าปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 และพ.ศ. 2563 เป็นช่วงที่อัตราการเติบโตของรายได้โรงพยาบาลสังกัดสภ.ส.ร.ในทุกเขตสุขภาพต่ำที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่าอัตราการเติบโตของ

รายได้ที่ลดลงที่ร้อยละ 2.25 และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และพ.ศ. 2565 โรงพยาบาลมีอัตราการเติบโตของรายได้เพิ่มขึ้นในระดับสูงใกล้เคียงกันทุกโรงพยาบาล โดยเขตสุขภาพที่มีอัตราการเติบโตของรายได้สูงที่สุด 3 ลำดับแรก คือ เขตสุขภาพที่ 11 เขตสุขภาพที่ 7 และ เขตสุขภาพที่ 12 และเขตสุขภาพที่มีอัตราการเติบโตของรายได้ต่ำที่สุด 3 ลำดับสุดท้ายคือ เขตสุขภาพที่ 1 เขตสุขภาพที่ 8 เขตสุขภาพที่ 9 ตามลำดับ ดังรูปที่ 19

รูปที่ 19 รายได้รวมของโรงพยาบาลสังกัดสภ.สร. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2565 จำแนกตามเขตสุขภาพ



ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย

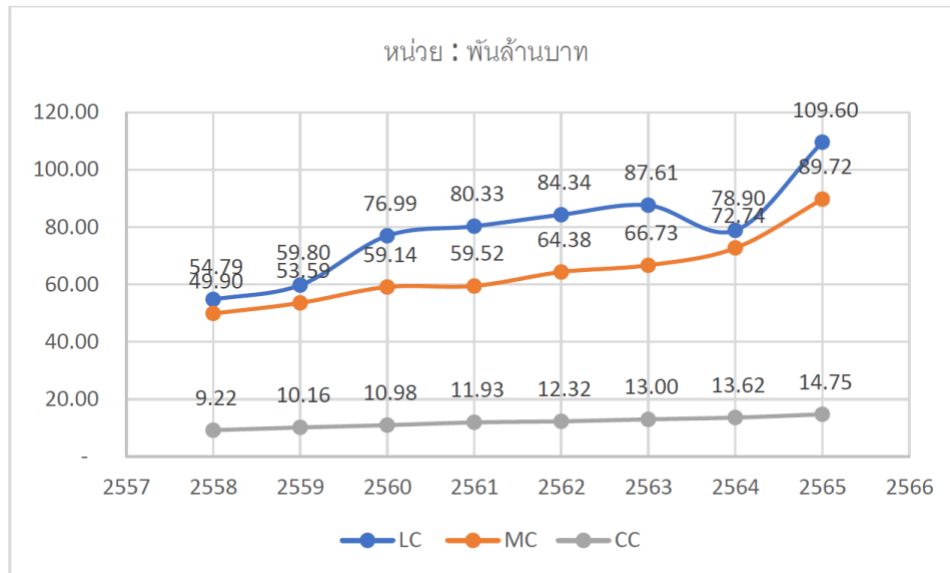
4.1.4 ค่าใช้จ่ายรวมของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามประเภทของต้นทุน

ค่าใช้จ่ายรวม ประกอบด้วย (1) ต้นทุนค่าแรง (Labor cost: LC) หมายถึง รายจ่ายที่จัดให้กับเจ้าหน้าที่เป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา เบี้ยเลี้ยง ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติราชการ เงินประจำตำแหน่ง เงินเพิ่มพิเศษ เงินช่วยเหลือบุตร ค่าเช่าบ้าน สวัสดิการอื่นๆ (2) ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost: MC) หมายถึง ค่าวัสดุทุกประเภทที่แต่ละหน่วยงานเบิกจ่ายจาก หน่วยจ่ายวัสดุ (หน่วยหลักของโรงพยาบาลได้แก่ฝ่ายเภสัชกรรมและงานพัสดุ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป) และ (3) ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost: CC) ได้แก่ ต้นทุนค่าเสื่อมราคาประจำปีของอาคารและสิ่งปลูกสร้าง ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ และค่าตัดจำหน่าย

ข้อมูลต้นทุนค่าใช้จ่ายทั้ง 3 ประเภท ของโรงพยาบาลรัฐในช่วงก่อนและหลังโควิด 19 ไม่แตกต่างกัน มีเพียงต้นทุนค่าแรงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ที่มีจำนวนลดลงจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มาก โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีต้นทุนค่าแรง 78.90 พันล้านบาท ลดลงจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ที่มีต้นทุนค่าแรง 87.61

พันล้านบาท คือลดลงร้อยละ 9.94 ในขณะที่ต้นทุน MC และ CC มีอัตราการเติบโตปกติมาตลอดตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2565 ดังรูปที่ 20

รูปที่ 20 ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2565 จำแนกตามประเภทของต้นทุน



ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย

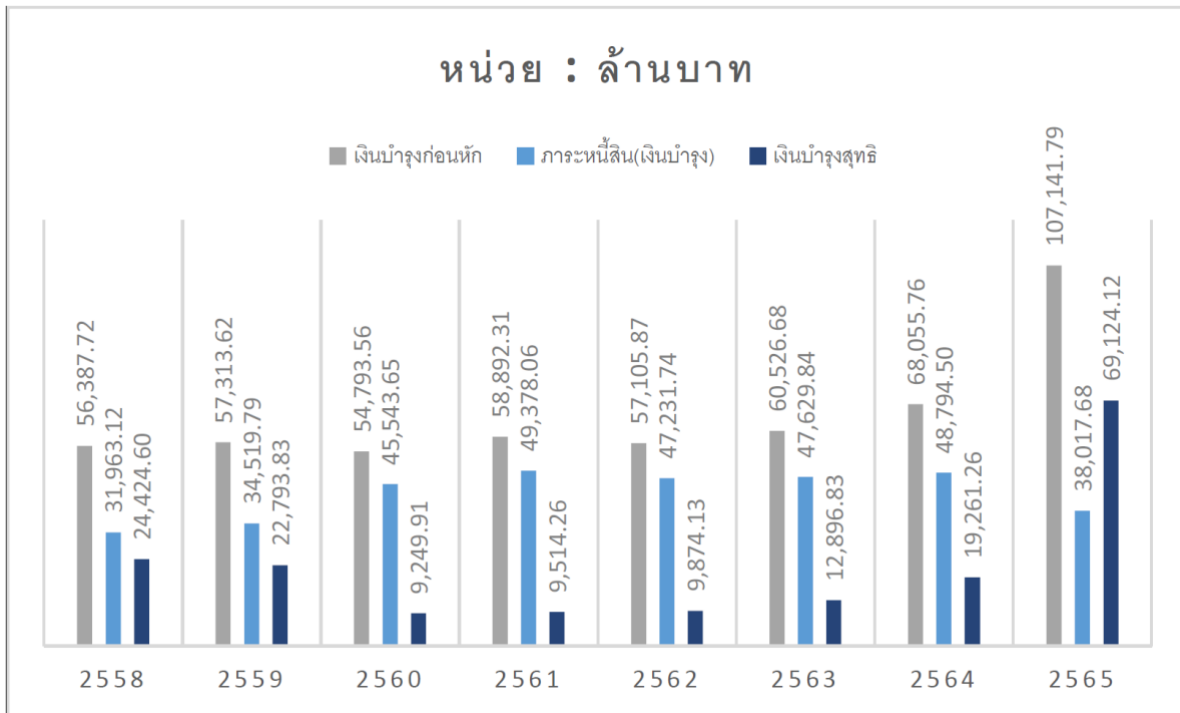
ข้อสังเกตจากข้อมูลดังกล่าวคือ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 เป็นช่วงที่เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขมีการปฏิบัติงานที่เสี่ยงและมีภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากมาตรการภาครัฐ แต่ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรสาธารณสุขในช่วงดังกล่าวกลับไม่ได้เติบโตตามภาระงานแต่อย่างใด ทั้งนี้จากวิเคราะห์ต้นทุนค่าแรงพบว่าค่าตอบแทนเพิ่มเติม เช่น เงินเพิ่มพิเศษหรือค่าตอบแทนเสี่ยงภัยสำหรับบุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์แพร่ระบาดดังกล่าว เพิ่งมีการดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 หลังจากเกิดสถานการณ์แพร่ระบาด ถึง 2 ปี ทำให้ตัวเลขค่าใช้จ่ายในแต่ละปีอาจไม่สะท้อนต้นทุนรายจ่ายจริงในปีนั้น ๆ โดยมีการล่าช้าของส่วนค่าตอบแทนอยู่ช่วงเวลาหนึ่ง

4.1.5 สถานการณ์เงินบำรุงของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เงินบำรุงสุทธิของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2565 พบว่า ช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2562 เงินบำรุงสุทธิของโรงพยาบาลสังกัดสป.สธ. มีจำนวนลดลงมาตลอดจนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ภายหลังจากเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กลับพบว่าสถานการณ์เงินบำรุงสุทธิของโรงพยาบาลสังกัดสป.สธ. มีปริมาณเพิ่มขึ้นอย่าง

ต่อเนื่องจนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เงินบำรุงสุทธิของโรงพยาบาลสังกัดสป.สธ. มีเงินสุทธิเพิ่มขึ้นสูงสุดที่ 69,124.12 ล้านบาท ส่วนภาระหนี้สิน (เงินบำรุง) ในภาพรวมปีงบประมาณพ.ศ. 2558-2565 มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก ยกเว้น ปีงบประมาณพ.ศ. 2565 พบว่า ภาระหนี้สินเงินบำรุงในภาพรวมลดลง 10,776.82 ล้านบาท จากปีงบประมาณพ.ศ. 2564 ที่มีภาระจำนวน 48,794.50 ล้านบาท เหลือเพียง 38,017.68 ล้านบาทในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ดังรูปที่ 21

รูปที่ 21 สถานการณ์เงินบำรุงของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2565



ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย

อย่างไรก็ตาม เมื่อจำแนกโรงพยาบาลสังกัดสป.สธ.ตามขนาดของโรงพยาบาลหรือ Service Plan 7 ประเภท พบว่า มีโรงพยาบาลที่สถานการณ์เงินบำรุงปรับตัวลดลงหลังการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบสถานการณ์เงินบำรุง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 กับปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 พบว่า มีโรงพยาบาล จำนวน 484 แห่ง จากโรงพยาบาลสังกัดสป.สธ.ที่ทำการศึกษานี้จำนวน 866 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 55.89

จากข้อมูลพบว่า โรงพยาบาลสังกัดสป.สธ. ระดับ A มีสถานการณ์เงินบำรุงปรับตัวลดลงหลังการเกิดสถานการณ์โควิด เป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดคือร้อยละ 69.44 รองลงมาคือโรงพยาบาลระดับ M1 สถานการณ์เงินบำรุงปรับตัวลดลงหลังการเกิดสถานการณ์โควิดร้อยละ 62.16 และลำดับที่ 3 คือ โรงพยาบาลระดับ S ทั้ง A และ S เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ในขณะที่ M1 เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

สำหรับโรงพยาบาลที่มีสถานการณ์เงินบำรุงปรับตัวลดลงหลังการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดโรค โควิด 19 เป็นสัดส่วนที่น้อยที่สุด F3, F2, และ F1 คือมีโรงพยาบาลจำนวนร้อยละ 53.06, ร้อยละ 53.44, และร้อยละ 57.43 เทียบกับโรงพยาบาลในระดับเดียวกันแล้วมีสถานการณ์เงินบำรุงปรับตัวลดลงหลังการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทั้งนี้ โรงพยาบาลทั้ง 3 ประเภทเป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ

ตารางที่ 3 จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่สถานการณ์เงินบำรุงปรับตัวลดลงหลังการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19

ระดับ โรงพยาบาล	จำนวน รพ. รวม	ปี 63 เทียบ 62		ปี 64 เทียบ 63		ปี 65 เทียบ 64	
		เงินบำรุง ลดลง	ร้อยละต่อ จำนวนรพ. รวม	เงินบำรุง ลดลง	ร้อยละต่อ จำนวนรพ. รวม	เงินบำรุง ลดลง	ร้อยละต่อ จำนวนรพ. รวม
A	36	25	69.44	20	55.56	19	52.78
S	54	33	61.11	36	66.67	30	55.56
M1	37	23	62.16	24	64.86	19	51.35
M2	95	55	57.89	45	47.37	58	61.05
F1	101	58	57.43	47	46.53	35	34.65
F2	494	264	53.44	299	60.53	185	37.45
F3	49	26	53.06	33	67.35	13	26.53
รวม	866	484	55.89	504	58.20	359	41.45

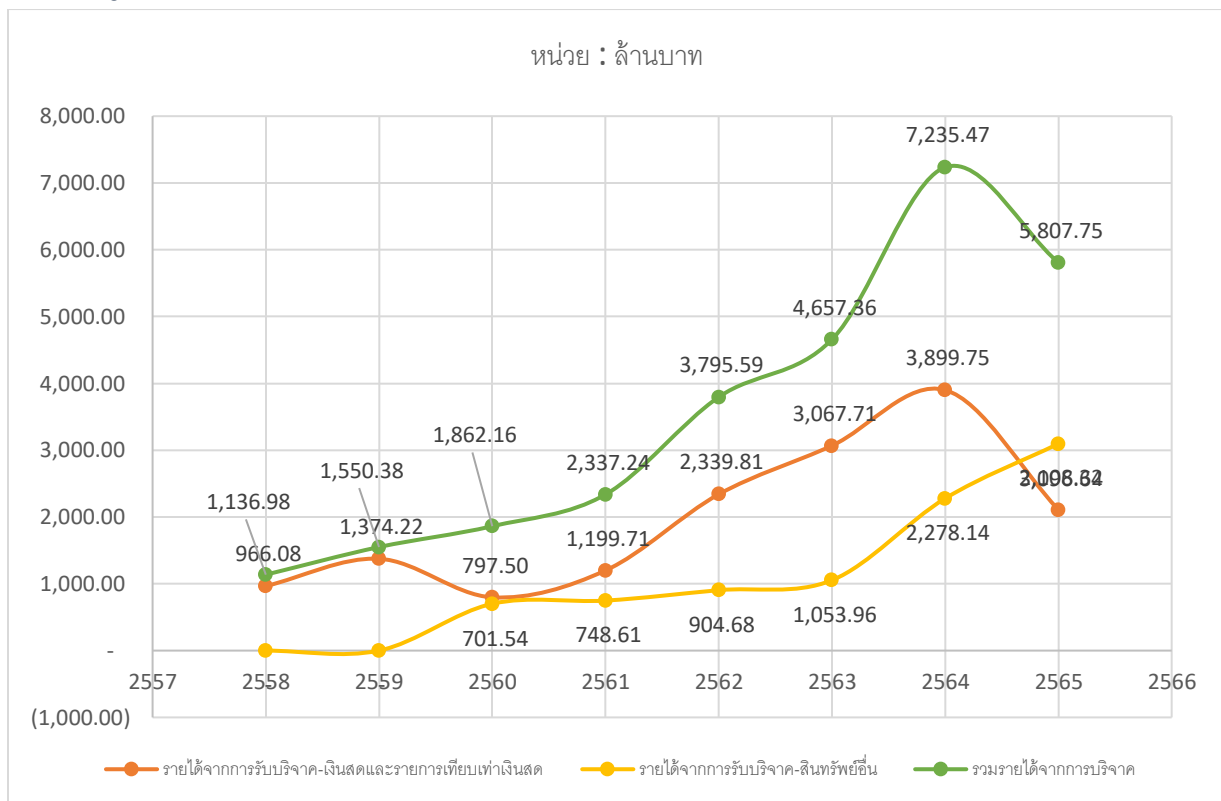
ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย

กล่าวโดยสรุปคือ แม้ว่าภาพรวมจำนวนเงินบำรุงของโรงพยาบาลสังกัดสพ.สธ. ภายหลังจากเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า จำนวนโรงพยาบาล ที่มีเงินบำรุงลดลงในแต่ละปี กลับพบว่ามีสัดส่วนประมาณครึ่งหนึ่งของโรงพยาบาลทั้งหมด (ตารางที่ 3) แสดงถึงความหลากหลายของผลกระทบของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต่อสถานการณ์เงินบำรุงของโรงพยาบาลสังกัดสพ.สธ.

4.1.6 สถานการณ์เงินบริจาคของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมวดเงินบริจาคของโรงพยาบาลที่ทำการวิเคราะห์ในการศึกษานี้ประกอบด้วย รายได้จากการรับบริจาคเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด และรายได้จากการรับบริจาค-สินทรัพย์อื่น พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 รายได้จากการบริจาครวม มีอัตราการเติบโตสูงที่สุดคือร้อยละ 62.4 คือ มีรายได้จากการบริจาครวมในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จำนวน 3,795.59 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จำนวน 1,458.35 ล้านบาท และปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นปีที่เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ก็ยังพบว่ารายได้จากการบริจาครวมยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่มีอัตราการเติบโตของเงินบริจาครวมต่ำที่สุดคือ ร้อยละ 22.7 ก่อนที่จะเติบโตอย่างมากในปีงบประมาณพ.ศ. 2564 ที่มีอัตราการเติบโตของเงินบริจาครวมที่ร้อยละ 55.36 และมีอัตราการเติบโตสูงสุดของสินทรัพย์อื่นคือ ร้อยละ 116.15 อย่างไรก็ตามเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เริ่มคลี่คลายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า อัตราการเติบโตของเงินบริจาครวมปรับตัวลดลง ตีดลงที่ร้อยละ 19.73 ดังรูปที่ 22

รูปที่ 22 สถานการณ์เงินบริจาคของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ที่มา: คำนวณโดยผู้วิจัย

หมายเหตุ การคำนวณไม่รวมมูลนิธิของโรงพยาบาล

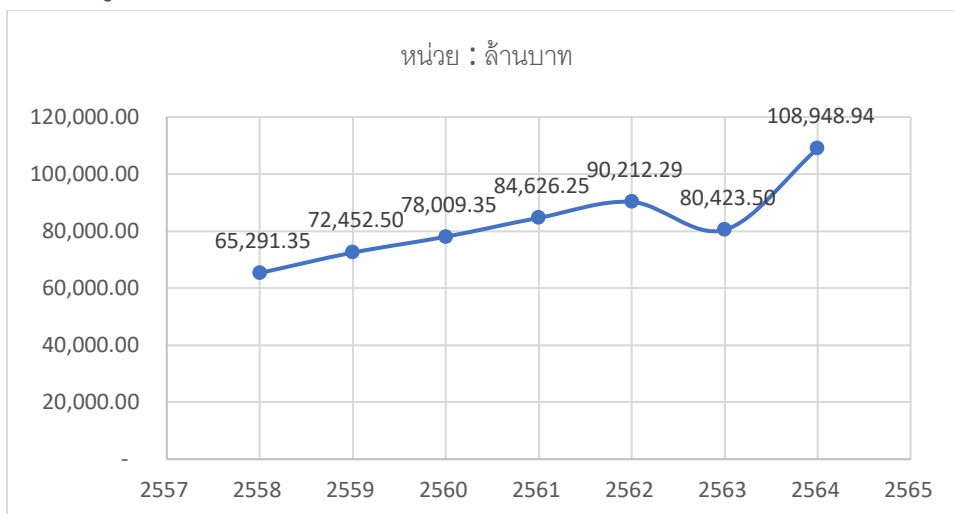
ทั้งนี้ การเพิ่มขึ้นของเงินบริจาคตั้งแต่ปีงบประมาณพ.ศ. 2562 เป็นต้นมา อาจผลมาจากมาตรการภาษีที่จูงใจให้ประชาชน บริษัท ห้างร้านต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการบริจาคเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของสถานพยาบาลของราชการ โดยมีการออกพระราชกฤษฎีกา ฉบับที่ 663 พ.ศ. 2561 ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ระบุให้หักลดหย่อนภาษีสำหรับการบริจาคให้สถานพยาบาลของทางราชการได้ 2 เท่า อย่างไรก็ตามการลดหย่อนภาษีตามมาตรการดังกล่าวไม่รวมเงินบริจาคให้กับมูลนิธิของโรงพยาบาลที่จะลดหย่อนภาษีได้เพียง 1 เท่า ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นของรายได้รวมจากการบริจาคในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 อาจเป็นผลมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดที่รุนแรงจึงมีการบริจาคทั้งในรูปแบบของเงินและไม่ใช่เงิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสินทรัพย์อื่น (เช่น สิ่งของ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์) เพื่อเป็นการระดมทรัพยากรในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดให้กับโรงพยาบาลสังกัดส.สธ. ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือ มีการเพิ่มขึ้นของการบริจาคสินทรัพย์อื่นอย่างมากและต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นของการแพร่ระบาดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา และแม้ว่าจะเข้าสู่ระยะหลังการแพร่ระบาดใหญ่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ก็ยังคงเพิ่มขึ้น

4.2 ผลการดำเนินงานทางการเงินของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด

4.2.1 รายได้ของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด

โรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 159 แห่ง ในปีพ.ศ. 2558-2564 พบว่ามีรายได้เพิ่มขึ้นทุกปี ยกเว้นในปีพ.ศ. 2563 ที่ภาพรวมรายได้ของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดมีรายได้ลดลงมาก ถึง 9,788.79 ล้านบาท ซึ่งสอดคล้องกับการเกิดสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19 ที่แพร่ระบาดในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 จนส่งผลกระทบต่อรายได้รวมของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดที่ลดลง ดังรูปที่ 23

รูปที่ 23 รายได้ของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด

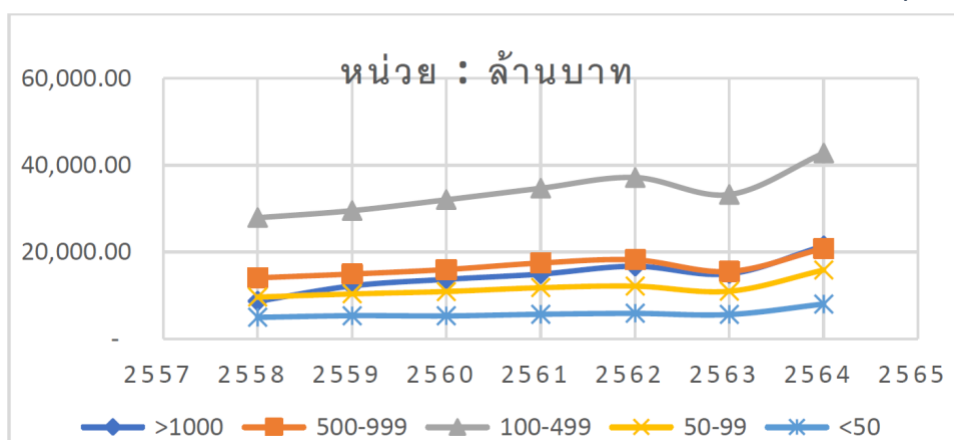


ที่มา: คำนวณโดยผู้วิจัย

4.2.2 รายได้ของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดจำแนกตามขนาดทุนจดทะเบียน

เมื่อจำแนกรายได้จากการรักษาพยาบาลรวมของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด ตามขนาดของโรงพยาบาล พบว่า รายได้ของโรงพยาบาลทุกขนาดได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สะท้อนจากรายได้ของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดทุกขนาดมีรายได้ที่ลดลงในปี พ.ศ.2563 ดังรูปที่ 24 ทั้งนี้ โรงพยาบาลที่มีทุนจดทะเบียน 500-999 ล้านบาท มีอัตราการเติบโตของรายได้ที่ลดลงมากที่สุดถึงร้อยละ 14.6 ในขณะที่ โรงพยาบาลที่มีทุนจดทะเบียนต่ำกว่า 50 ล้านบาท อัตราการเติบโตของรายได้ลดลงน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 4.4

รูปที่ 24 รายได้ของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด จำแนกตามขนาดทุนจดทะเบียน



ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย

4.2.3 จำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดที่อัตรากำไรเบื้องต้นที่ลดลง

จากการศึกษาพบว่าสถานการณ์โควิด 19 ในช่วงแรก ส่งผลกระทบต่อกำไรเบื้องต้นของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดที่มีอัตรากำไรเบื้องต้นลดลง จำนวน 136 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.53 จากโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดจำนวน 159 แห่ง รายละเอียดดังตารางที่ 4 โดยยังไม่มีข้อมูลในปี พ.ศ. 2565 และ 2566 เพื่อมาวิเคราะห์ผลกระทบในปีถัด ๆ มา

ตารางที่ 4 จำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดที่มีอัตรากำไรเบื้องต้นลดลง

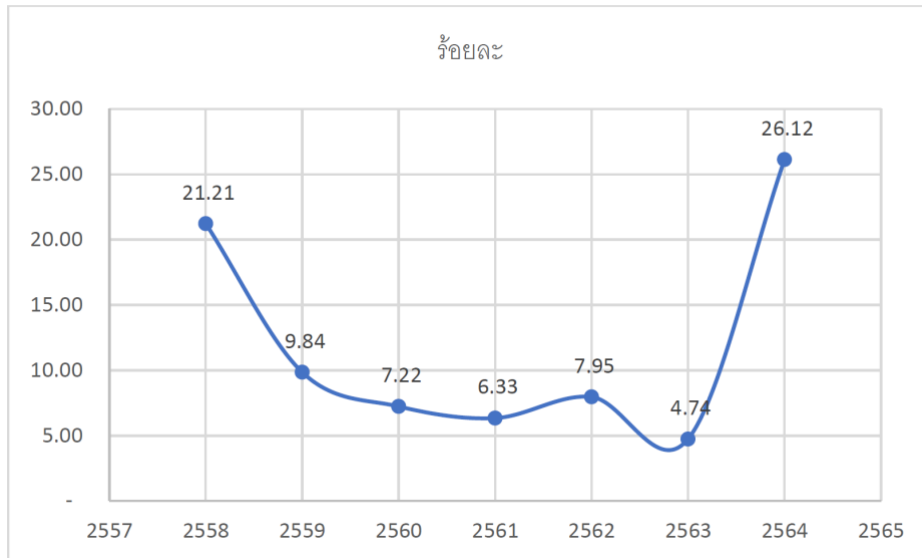
ปี	กลุ่มที่ 1		กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3		กลุ่มที่ 4		กลุ่มที่ 5		รวม	
	ทุนจดทะเบียน		ทุนจดทะเบียน		ทุนจดทะเบียน		ทุนจดทะเบียน		ทุนจดทะเบียน			
	>1000 ลบ.		500-999 ลบ.		100-499 ลบ.		50-99 ลบ.		<50 ลบ.			
	แห่ง	%	แห่ง	%	แห่ง	%	แห่ง	%	แห่ง	%	แห่ง	%
ปชก.รวม	14	100.0	21	100.0	58	100.0	28	100.0	38	100.0	159	100.0
ปี												
2559	9	64.29	12	57.14	20	34.48	14	50.00	32	84.21	87	54.72
2560	8	57.14	12	57.14	38	65.52	16	57.14	24	63.16	98	61.64
2561	8	57.14	9	42.86	20	34.48	9	32.14	15	39.47	61	38.36
2562	7	50.00	18	85.71	36	62.07	14	50.00	26	68.42	101	63.52
2563	13	92.86	19	90.48	50	86.21	22	78.57	32	84.21	136	85.53
2564	5	35.71	1	4.76	5	8.62	5	17.86	12	31.58	28	17.61

ที่มา: คำนวณโดยผู้วิจัย

4.2.4 อัตราการเพิ่มของสินทรัพย์รวมของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด

แม้ว่าจำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดที่มีอัตราการเติบโตของสินทรัพย์รวมลดลงจะมีจำนวนมากขึ้น แต่อัตราการเพิ่มของสินทรัพย์รวมเฉลี่ยของรพ.เอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดในปี พ.ศ. 2564 กลับเพิ่มขึ้น แม้ว่าในปี พ.ศ. 2563 อัตราการเพิ่มของสินทรัพย์รวมเฉลี่ยของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดซึ่งเป็นช่วงที่เกิดสถานการณ์โควิดจะลดลงต่ำที่สุด ดังรูปที่ 25

รูปที่ 25 อัตราการเพิ่มของสินทรัพย์รวมเฉลี่ยของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด



ที่มา: คำนวณโดยผู้วิจัย

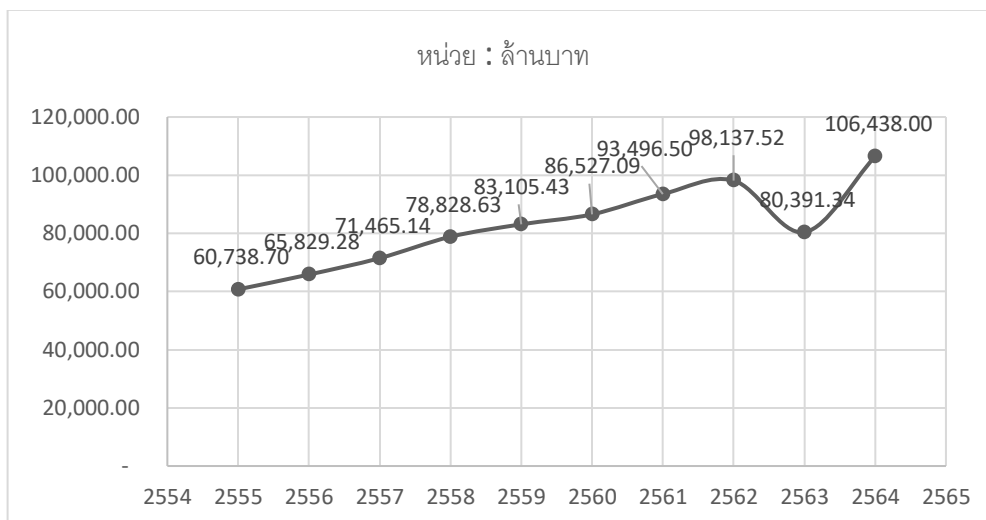
กล่าวโดยสรุปคือ รพ.เอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดจำนวนมากที่ลดการสะสมสินทรัพย์ลงในช่วงต้นของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปีพ.ศ. 2563 แต่ในขณะเดียวกัน ภาพรวมของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดทั้งหมดก็จะมีการปรับตัวเพิ่มสินทรัพย์ของโรงพยาบาลในทันทีที่ทำการปรับตัวภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2564

4.3 ผลการดำเนินงานทางการเงินของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด(มหาชน)

4.3.1 รายได้ของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด (มหาชน)

เมื่อพิจารณารายได้จากการรักษาพยาบาลรวมของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด (มหาชน) จำแนกตามขนาด พบว่า รายได้ของโรงพยาบาลเอกชนทุกขนาดได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นปรากฏการณ์เดียวกับโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดทุกขนาดมีรายได้ที่ลดลงในปี พ.ศ. 2563 แต่ก็มีมีการปรับเพิ่มขึ้นจนใกล้เคียงแนวโน้มเดิมในปี 2564 ดังรูปที่ 26

รูปที่ 26 รายได้จากการรักษาพยาบาลรวมของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด(มหาชน)

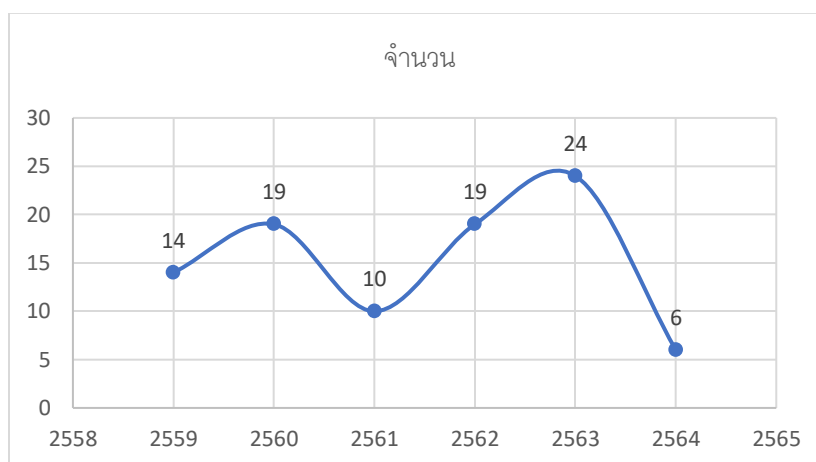


ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย

4.2.3 จำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด (มหาชน) ที่มีอัตรากำไรเบื้องต้นที่ลดลง

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลต่อผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลทุกแห่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ส่งผลต่อกำไรเบื้องต้นของโรงพยาบาลเหล่านั้น โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด (มหาชน) ที่มีอัตรากำไรเบื้องต้นลดลงจำนวน 24 แห่ง ซึ่งเป็นสถิติสูงที่สุดในระยะเวลา 6 ปี ดังรูปที่ 27

รูปที่ 27 จำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด (มหาชน) ที่มีอัตรากำไรเบื้องต้นลดลง

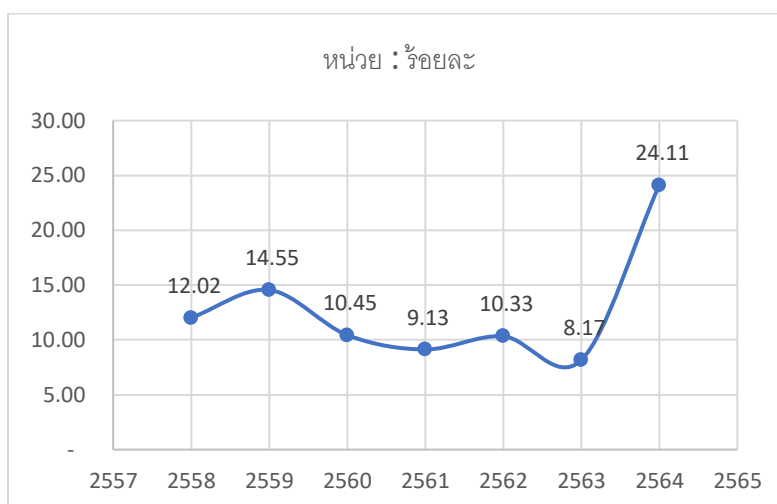


ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย

4.2.4 อัตราการเพิ่มของสินทรัพย์รวมเฉลี่ยของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด(มหาชน)

แม้ว่าจำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด (มหาชน) ที่มีอัตราการเติบโตของสินทรัพย์รวมลดลงจะมีจำนวนไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 แต่ในปี พ.ศ. 2563 อัตราการเพิ่มของสินทรัพย์รวมเฉลี่ยของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด (มหาชน) ลดลงต่ำสุด เหลือเพียงร้อยละ 8.17 แต่อัตราการเพิ่มของสินทรัพย์รวมเฉลี่ยของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด (มหาชน) ในปี พ.ศ. 2564 กลับเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 24.11 ซึ่งมีสถานการณ์การเพิ่มของสินทรัพย์รวมเฉลี่ยในรูปแบบเดียวกับโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด ดังรูปที่ 28

รูปที่ 28 อัตราการเพิ่มของสินทรัพย์รวมเฉลี่ยของโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นบริษัทจำกัด(มหาชน)



ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย

กล่าวโดยสรุปคือ รพ.เอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด (มหาชน) จำนวนมากที่ลดการสะสมสินทรัพย์ลงในช่วงต้นของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2563 แต่ในขณะเดียวกัน ภาพรวมของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัด (มหาชน) ทั้งหมดก็จะมีการปรับตัวเพิ่มสินทรัพย์ของโรงพยาบาลในทันทีที่ทำการปรับตัวหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2564

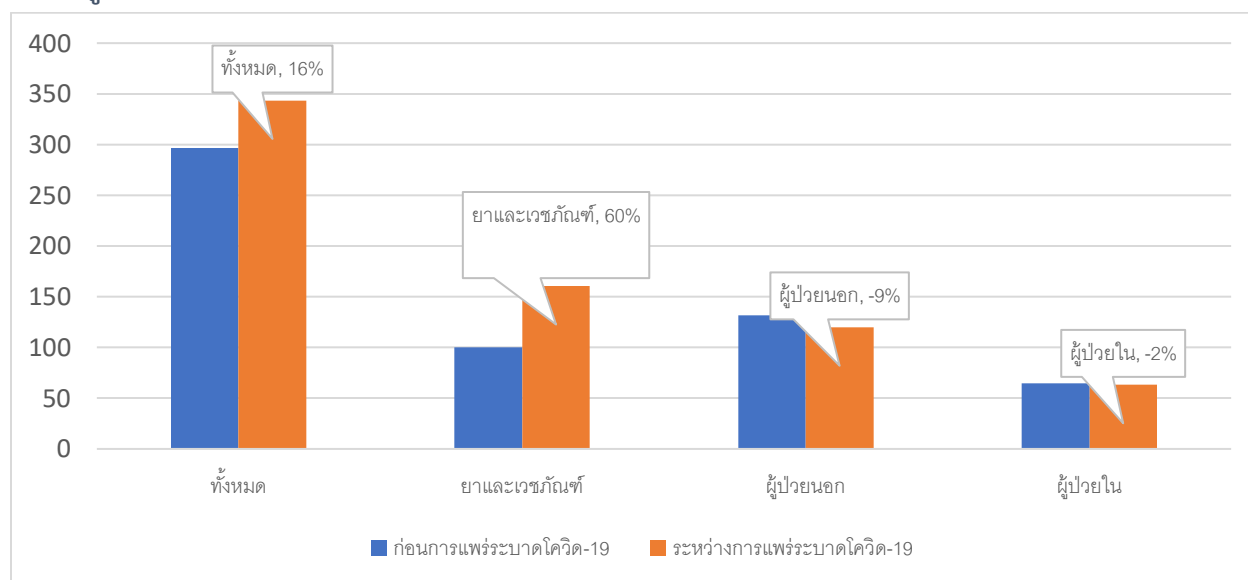
บทที่ 5 ผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ

บทที่ 5 จะนำเสนอผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต่อการเปลี่ยนแปลงรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ ระหว่าง พ.ศ. 2553-2564 โดยการวิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายครัวเรือน (Household expenditure) จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายจ่ายเพื่อการอุปโภคและบริโภคของการสำรวจถูกใช้เพื่อคำนวณทางด้านรายจ่าย (Expenditure approach) โดยปรับค่าใช้จ่ายแต่ละปีเป็นค่าคงที่ ณ ปี พ.ศ. 2553

5.1 ค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพก่อนและระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

ค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพอยู่ในหมวดค่าเวชภัณฑ์และค่ารักษาพยาบาลก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (ระหว่าง พ.ศ. 2554-2562) มีค่าเฉลี่ยต่อเดือนที่ 296 บาท และระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (พ.ศ. 2563-2564) มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนเพิ่มขึ้นเป็น 343 บาท โดยการเพิ่มขึ้นของหมวดค่าเวชภัณฑ์และค่ารักษาพยาบาลนี้เกิดขึ้นจากรายการยาและเวชภัณฑ์ (ที่ซื้อมาเอง) ที่เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 60 ขณะที่ค่ารักษาพยาบาลสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในลดลง ร้อยละ 9 และร้อยละ 3 ตามลำดับ ดังรูปที่ 29

รูปที่ 29 ค่าเวชภัณฑ์และค่ารักษาพยาบาล (ต่อเดือน) ก่อนและระหว่างการแพร่ระบาดโควิด 19



ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย

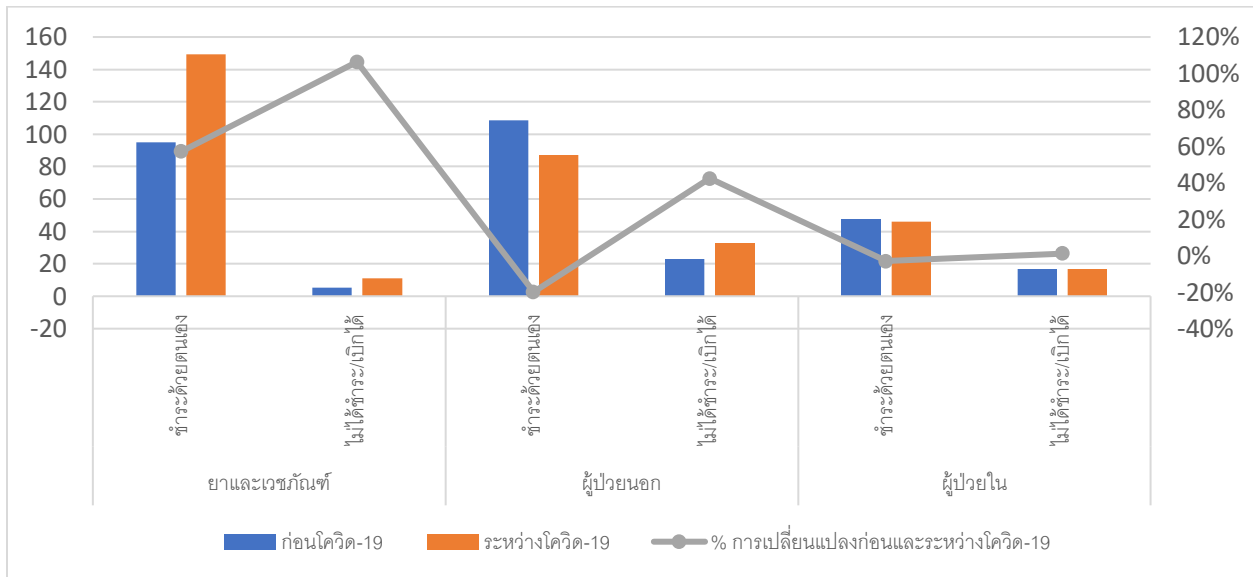
หมายเหตุ การคำนวณไม่รวมข้อมูล พ.ศ. 2558

แต่ละรายการของค่าใช้จ่ายครัวเรือนในหมวดค่าเวชภัณฑ์และค่าตรวจรักษาพยาบาล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ชำระด้วยตนเอง และไม่ได้ชำระด้วยตนเอง/เบิกได้ เพื่อแสดงภาวะค่าใช้จ่ายของครัวเรือนและภาครัฐ/เอกชน โดย

ค่าใช้จ่ายครัวเรือนในส่วนชำระด้วยตนเอง คือ ภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือน และส่วนที่ไม่ได้ชำระด้วยตนเอง/เบิกได้ คือ ภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐ/เอกชน

รูปที่ 30 แสดงให้เห็นว่า ภาครครัวเรือนรับภาระค่าใช้จ่ายรายการยาและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 57 แต่รับภาระค่าใช้จ่ายลดลง ร้อยละ 20 และร้อยละ 3 ในรายการค่ารักษาพยาบาลสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามลำดับ เป็นที่น่าตกใจว่าภาครัฐ/เอกชนรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไม่ว่าจะเป็นรายการยาและเวชภัณฑ์ แต่รวมถึงค่ารักษาพยาบาลสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยภาครัฐ/เอกชนรับภาระค่าใช้จ่ายในรายการยาและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 106 ตามด้วยค่ารักษาพยาบาลสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ 42 และบริการผู้ป่วยใน ร้อยละ 1

รูปที่ 30 ค่าเวชภัณฑ์และค่ารักษาพยาบาล (ต่อเดือน) ก่อนและระหว่างการแพร่ระบาดของโควิด 19 จำแนกตามการชำระด้วยตนเองและไม่ได้ชำระด้วยตนเอง/เบิกได้



ที่มา: คำนวณโดยผู้วิจัย

หมายเหตุ การคำนวณไม่รวมข้อมูล พ.ศ. 2558

ตามผลการศึกษาข้างต้น สรุปได้ว่า ระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนเพิ่มขึ้น และเพิ่มขึ้นสูงสุดในหมวดค่าเวชภัณฑ์และค่าตรวจรักษาพยาบาลที่ร้อยละ 16 แบ่งเป็นกลุ่มรายการยาและเวชภัณฑ์ (ที่ซื้อมาเอง) ที่เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 60 ขณะที่ค่ารักษาพยาบาลสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในลดลง เมื่อพิจารณาเฉพาะค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนจ่ายจริง (Out-of-pocket payment) พบว่า ครัวเรือนจ่ายรายการยาและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 57 และจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในลดลง ร้อยละ 3-20

5.2 การวิเคราะห์ผลกระทบของโควิด 19 ต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพในส่วนที่ชำระด้วยตนเอง

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ 2-part model ของค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าบริการผู้ป่วยนอก และค่าบริการผู้ป่วยใน ในส่วนที่ชำระด้วยตนเองเท่านั้น

หมวดยาและเวชภัณฑ์พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ของทุกตัวแปรจากแบบจำลองที่ 1 และ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การใช้บริการและค่าใช้จ่ายของการใช้ยาและเวชภัณฑ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเพิ่มขึ้นตามร้อยละของสมาชิกอายุ 60 ปีขึ้นไป และระดับความมั่งคั่งของครัวเรือน ในทางตรงกันข้าม ความน่าจะเป็นของการใช้บริการและค่าใช้จ่ายของการใช้ยาและเวชภัณฑ์ลดลงในครัวเรือนที่มีร้อยละสมาชิกที่อายุน้อยกว่า 15 ปี นอกจากนี้ ครัวเรือนในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีความน่าจะเป็นของการซื้อยาและเวชภัณฑ์และค่าใช้จ่ายต่ำกว่าครัวเรือนในกรุงเทพมหานคร สำหรับจำนวนสมาชิกในครัวเรือนและสมาชิกผู้พิการพบความสัมพันธ์ที่ผกผันกันระหว่างการใช้บริการและค่ายาและเวชภัณฑ์ เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยผลกระทบส่วนเกินในตารางที่ 6 ซึ่งรวมแบบจำลองส่วนที่ 1 และ 2 เข้าด้วยกัน แสดงให้เห็นว่า ทุก ๆ การเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นของจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ทำให้ครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายที่ชำระด้วยตนเองสำหรับยาและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้น 4 บาทต่อปี และครัวเรือนที่เป็นผู้พิการมีค่าเป็นบวกมีค่าใช้จ่ายที่ชำระด้วยตนเองมากกว่าครัวเรือนที่ไม่มีผู้พิการ 4 บาทต่อปี

ผลการศึกษาของส่วนที่ชำระด้วยตนเองของหมวดบริการผู้ป่วยนอก (ตารางที่ 5) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ของทุกตัวแปรจากแบบจำลองที่ 1 และ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นร้อยละสมาชิกอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ค่าสัมประสิทธิ์ของแบบจำลองที่ 2 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งความน่าจะเป็นของการใช้บริการและค่าบริการผู้ป่วยนอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับร้อยละสมาชิกอายุ 60 ปีขึ้นไป สมาชิกที่เป็นผู้พิการ และระดับความมั่งคั่ง ขณะที่ความน่าจะเป็นของการใช้บริการและค่าบริการผู้ป่วยนอกมีความสัมพันธ์ทางลบกับช่วงการแพร่ระบาดปี พ.ศ. 2563 เท่านั้น สำหรับช่วงการแพร่ระบาดปี พ.ศ. 2564 นั้นพบความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้บริการ แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าบริการผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ ตัวแปรจำนวนสมาชิกในครัวเรือน และภาคนั้นพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้บริการผู้ป่วยนอกแต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าบริการผู้ป่วยนอก ค่าเฉลี่ยผลกระทบส่วนเกินในตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าทุก ๆ การเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นของจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ทำให้ครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายที่ชำระด้วยตนเองสำหรับบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น 2 บาทต่อปี และครัวเรือนในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้มีค่าใช้จ่ายที่ชำระด้วยตนเองสำหรับบริการผู้ป่วยนอกน้อยกว่าครัวเรือนในกรุงเทพมหานครที่ราวๆ 12-42 บาทต่อปี

หมวดบริการผู้ป่วยในพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ของทุกตัวแปรจากแบบจำลองที่ 1 และ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นช่วงการแพร่ระบาดโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 และ 2564 และร้อยละสมาชิกอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ไม่พบความสัมพันธ์กับค่าบริการผู้ป่วยในอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ร้อยละสมาชิกอายุ 60 ปีขึ้นไป สมาชิกที่มีผู้พิการและความมั่งคั่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้บริการผู้ป่วยในรวมถึงค่าใช้จ่ายด้านบริการผู้ป่วยใน

ความสัมพันธ์ของจำนวนสมาชิกในครัวเรือนและภาคกับการใช้บริการผู้ป่วยในและค่าบริการผู้ป่วยใน เหมือนกันกับการใช้บริการและค่าบริการผู้ป่วยนอก กล่าวคือ การเพิ่มขึ้นของจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเพิ่มโอกาสของการใช้บริการ แต่ครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายลดลง นอกจากนี้ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้มีความน่าจะเป็นของการใช้บริการสูงกว่ากรุงเทพมหานคร แต่ครัวเรือนในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้มีค่าใช้จ่ายด้านบริการผู้ป่วยในน้อยกว่ากรุงเทพมหานคร ค่าเฉลี่ยผลกระทบส่วนเกินแสดงให้เห็นว่า ทุกๆการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นของจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ทำให้ครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายที่ชำระด้วยตนเองสำหรับบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น 7 บาทต่อปี และครัวเรือนในภาคเหนือ และภาคใต้มีค่าใช้จ่ายที่ชำระด้วยตนเองสำหรับบริการผู้ป่วยในน้อยกว่าครัวเรือนในกรุงเทพมหานครที่ราวๆ 1-5 บาทต่อปี แต่ครัวเรือนในภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าใช้จ่ายที่ชำระด้วยตนเองสำหรับบริการผู้ป่วยในมากกว่าครัวเรือนในกรุงเทพมหานครที่ราว ๆ 5-9 บาท

ดังนั้นครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้นแต่ค่าใช้จ่ายด้านบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในลดลงในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทั้งนี้ ครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายที่ชำระด้วยตนเองมากขึ้น โดยเฉลี่ย 46 บาทต่อปี ในปี พ.ศ. 2563 และ 52 บาทต่อปี ในปี พ.ศ. 2564 (ตารางที่ 6) ขณะที่ผลการศึกษาของบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ช่วงการแพร่ระบาดโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 และ 2564 มีความน่าจะเป็นของการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในลดลงเมื่อเทียบกับสถานการณ์ก่อนการแพร่ระบาดโควิด 19 ส่งผลให้ครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายที่ชำระด้วยตนเองสำหรับบริการผู้ป่วยนอกลดลง 20 บาทต่อปี และผู้ป่วยใน 3-5 บาทต่อปี ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564

นอกจากนี้ครัวเรือนที่มีความมั่งคั่งมากกว่าจะมีแนวโน้มของการใช้บริการและค่าใช้จ่ายในหมวดสุขภาพสูงกว่าครัวเรือนที่มีความมั่งคั่งน้อยกว่า โดยครัวเรือนที่มีความมั่งคั่งในระดับควินไทล์ 2 3 4 และ 5 จะมีค่าใช้จ่ายที่ชำระด้วยตนเองในหมวดค่ายาและเวชภัณฑ์สูงกว่าครัวเรือนที่มีความมั่งคั่งในควินไทล์ 1 ที่ 21 42 67 และ 144 บาทต่อปี ตามลำดับ เช่นเดียวกับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ครัวเรือนที่มีความมั่งคั่งในระดับควินไทล์ 2 3 4 และ 5 จะมีค่าใช้จ่ายที่ชำระด้วยตนเองสำหรับบริการผู้ป่วยนอกสูงกว่าครัวเรือนที่มีความมั่งคั่งในควินไทล์ 1 ที่ 23 48 85 และ 232 บาทต่อปี และส่วนที่ชำระด้วยตนเองสำหรับบริการผู้ป่วยใน คือ 8 16 27 และ 87 บาทต่อปี ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ 2-part model ของค่าใช้จ่ายที่ชำระด้วยตนเองสำหรับค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าบริการผู้ป่วยนอก และค่าบริการผู้ป่วยใน

ตัวแปร	แบบจำลอง 1 การใช้บริการเวชภัณฑ์	แบบจำลอง 2 ค่าใช้จ่ายเวชภัณฑ์	แบบจำลอง 1 การใช้บริการผู้ป่วย นอก	แบบจำลอง 2 ค่าใช้จ่ายบริการ ผู้ป่วยนอก	แบบจำลอง 1 การใช้บริการ ผู้ป่วยใน	แบบจำลอง 2 ค่าใช้จ่ายบริการ ผู้ป่วยใน
ช่วงเวลา						
ก่อนการแพร่ระบาดโค วิด 19	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference
พ.ศ. 2563	0.240*** (0.0126)	0.332*** (0.00892)	-0.274*** (0.0216)	-0.00426 (0.0223)	-0.0958*** (0.0263)	0.0113 (0.0331)
พ.ศ. 2564	0.295*** (0.0128)	0.355*** (0.00885)	-0.391*** (0.0226)	0.100*** (0.0236)	-0.183*** (0.0277)	0.00718 (0.0352)
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	0.112*** (0.00345)	-0.0106*** (0.00263)	0.0893*** (0.00491)	-0.0539*** (0.00541)	0.259*** (0.00576)	-0.0434*** (0.00777)
ร้อยละสมาชิกอายุ < 15 ปี	-0.322*** (0.0272)	-0.118*** (0.0197)	0.749*** (0.0414)	-0.0449 (0.0416)	1.059*** (0.0495)	0.0183 (0.0658)
ร้อยละสมาชิกอายุ 60+ ปี	0.158*** (0.0130)	0.395*** (0.0101)	0.717*** (0.0225)	0.482*** (0.0219)	0.811*** (0.0287)	0.308*** (0.0395)
สมาชิกที่เป็นผู้พิการ	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference
ไม่มี						
มี	-0.0857*** (0.0160)	0.0857*** (0.0127)	0.108*** (0.0249)	0.0541** (0.0259)	0.585*** (0.0262)	0.100*** (0.0307)
ภาค						
กรุงเทพมหานคร	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference
เหนือ	-0.110*** (0.0155)	-0.150*** (0.0109)	0.123*** (0.0266)	-0.580*** (0.0282)	0.233*** (0.0366)	-0.384*** (0.0570)
กลาง	-0.202*** (0.0165)	-0.351*** (0.0118)	0.698*** (0.0273)	-0.727*** (0.0291)	0.811*** (0.0374)	-0.510*** (0.0573)

ตัวแปร	แบบจำลอง 1 การใช้บริการเวชภัณฑ์	แบบจำลอง 2 ค่าใช้จ่ายเวชภัณฑ์	แบบจำลอง 1 การใช้บริการผู้ป่วย นอก	แบบจำลอง 2 ค่าใช้จ่ายบริการ ผู้ป่วยนอก	แบบจำลอง 1 การใช้บริการ ผู้ป่วยใน	แบบจำลอง 2 ค่าใช้จ่ายบริการ ผู้ป่วยใน
ตะวันออกเฉียงเหนือ	-0.421*** (0.0166)	-0.535*** (0.0123)	0.455*** (0.0279)	-0.731*** (0.0297)	0.739*** (0.0377)	-0.540*** (0.0573)
ใต้	-0.303*** (0.0175)	-0.269*** (0.0130)	0.646*** (0.0291)	-0.673*** (0.0314)	0.524*** (0.0405)	-0.513*** (0.0603)
ความมั่งคั่ง						
ควินไทล์ 1	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference
ควินไทล์ 2	0.189*** (0.0134)	0.366*** (0.00921)	0.531*** (0.0263)	0.385*** (0.0243)	0.280*** (0.0313)	0.414*** (0.0347)
ควินไทล์ 3	0.296*** (0.0139)	0.633*** (0.00987)	0.824*** (0.0261)	0.623*** (0.0247)	0.377*** (0.0318)	0.737*** (0.0363)
ควินไทล์ 4	0.338*** (0.0145)	0.898*** (0.0107)	1.018*** (0.0264)	0.909*** (0.0253)	0.473*** (0.0324)	1.010*** (0.0384)
ควินไทล์ 5	0.318*** (0.0153)	1.474*** (0.0123)	1.468*** (0.0264)	1.424*** (0.0266)	0.806*** (0.0328)	1.710*** (0.0401)
ค่าคงที่	-0.516*** (0.0187)	3.895*** (0.0131)	-3.933*** (0.0350)	5.887*** (0.0353)	-4.838*** (0.0451)	4.798*** (0.0659)
จำนวนตัวอย่าง	445,276	445,276	445,276	445,276	445,276	445,276

หมายเหตุ การคำนวณไม่รวมข้อมูล พ.ศ. 2558

ตารางที่ 6 ผลกระทบส่วนเกิน (Marginal effect) ค่าใช้จ่ายครัวเรือนที่ชำระด้วยตนเอง
สำหรับค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ตัวแปร	ค่าเวชภัณฑ์	ค่าบริการผู้ป่วยนอก	ค่าบริการผู้ป่วยใน
ก่อนการแพร่ระบาดโควิด19			
พ.ศ. 2563	46	-20	-3
พ.ศ. 2564	52	-20	-5
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	4	2	7
ร้อยละสมาชิกอายุ < 15 ปี	-25	53	34
ร้อยละสมาชิกอายุ 60+ ปี	43	97	37
ครัวเรือนที่ไม่มีผู้พิการ			
ครัวเรือนที่มีผู้พิการ	4	14	28
กรุงเทพมหานคร			
ภาคเหนือ	-23	-42	-5
ภาคกลาง	-46	-13	9
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	-67	-32	5
ภาคใต้	-44	-12	-1
ควินไทล์ 1			
ควินไทล์ 2	21	23	8
ควินไทล์ 3	42	48	16
ควินไทล์ 4	67	85	27
ควินไทล์ 5	144	232	87

หมายเหตุ การคำนวณไม่รวมข้อมูล พ.ศ. 2558

จากผลการวิเคราะห์ 2-part model และผลกระทบส่วนเกิน (Marginal effect) สรุปได้ชัดว่า ครัวเรือนมีผลกระทบค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนเกี่ยวกับของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต่อค่าใช้จ่ายด้านบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพราะผลการศึกษาจาก 2-part model มีความซับซ้อนและขัดแย้งกันบนผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต่อการใช้บริการและค่ารักษาพยาบาล กล่าวคือแบบจำลองที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ทางลบระหว่างการแพร่ระบาดโควิด 19 และการใช้บริการ และแบบจำลองที่

2 แสดงความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และค่ารักษาพยาบาล ความสัมพันธ์แรกมีความเป็นไปได้ว่ามาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด 19 ทำให้สถานพยาบาลเลื่อนการเข้ารับรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ขณะเดียวกันผู้ป่วยอาจจะหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ในสถานพยาบาล ในส่วนความสัมพันธ์ที่ 2 การรักษาพยาบาลในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 อาจต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลมากขึ้นเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ตามข้อกำหนดทางการแพทย์ (Protocol) จึงส่งผลต่อค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลกระทบส่วนเกินพบว่า มีการลดลงของค่าใช้จ่ายครัวเรือนที่ชำระด้วยตนเองสำหรับค่ารักษาพยาบาล จึงเป็นไปได้ว่ามาตรการของรัฐในการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด 19 และการขยายสิทธิประโยชน์ของบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ร่วมกับการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโควิด 19 ของผู้ป่วย มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือนมากกว่า

5.3 การวิเคราะห์ผลกระทบของโควิด 19 บนภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

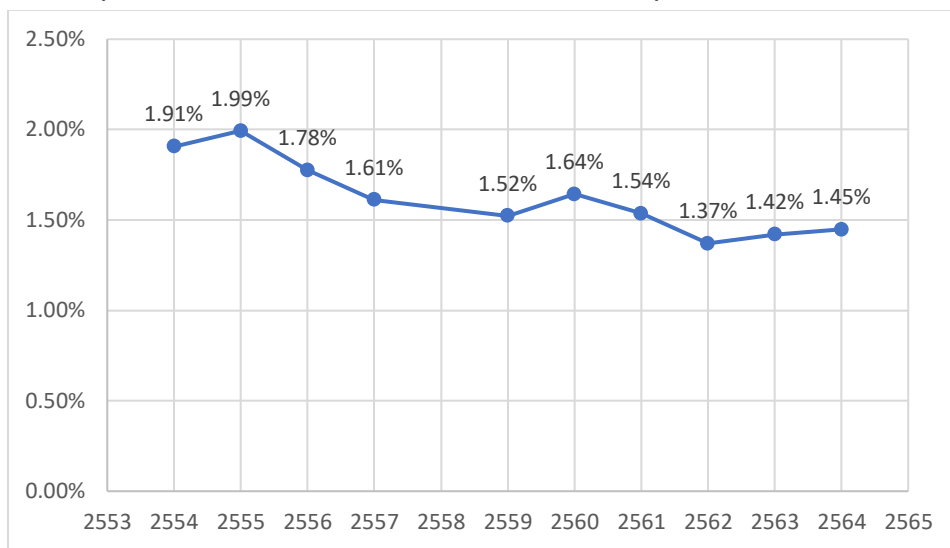
ภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Catastrophic Health Expenditure: CHE) หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลใดหรือครัวเรือนใดมีการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยจำนวนเงินที่สูงกว่ารายได้หรือค่าใช้จ่ายในครัวเรือนทั้งหมด

การพิจารณาความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายมีตัวหารและเกณฑ์ในการระบุความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่างกัน การศึกษาครั้งนี้อ้างอิงคำนิยามของ ธนาคารโลก (2559) ที่กำหนดว่า ครัวเรือนที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเองเท่ากับหรือสูงกว่าร้อยละ 10 ว่าจะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ดังนั้นการศึกษานี้ได้กำหนดค่าใช้จ่ายในครัวเรือนทั้งหมดเป็นตัวหาร และกำหนดเกณฑ์ร้อยละ 10 เพื่อระบุจุดเริ่มต้นของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ กล่าวคือ ครัวเรือนที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเองเท่ากับหรือสูงกว่าร้อยละ 10 จะถูกระบุว่ามีความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

5.3.1 ความชุกของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ความชุกของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2554 มีความชุกของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ร้อยละ 1.91 เป็นร้อยละ 1.52 ในปี พ.ศ. 2559 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.64 ในปี พ.ศ. 2560 หลังจากนั้นค่อย ๆ ลดลงเป็นร้อยละ 1.37 ในปี พ.ศ. 2562 และเพิ่มขึ้นอีกครั้งแต่เป็นเพียงเล็กน้อยเท่านั้นในปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นช่วงการเกิดแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีความชุกของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ร้อยละ 1.42 และ 1.45 ตามลำดับ ดังรูปที่ 31

รูปที่ 31 ความชุกของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระหว่างปี พ.ศ. 2554-2564

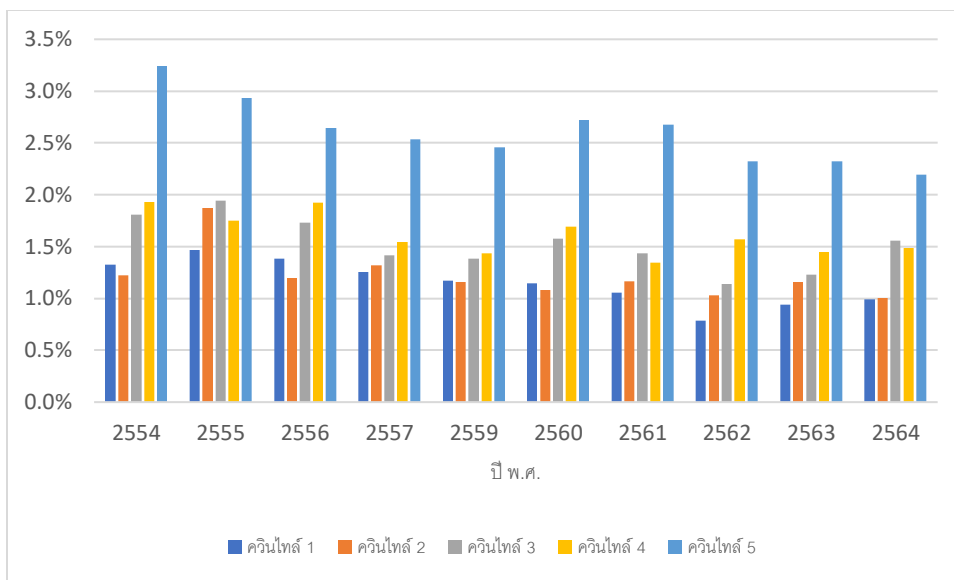


ที่มา: คำนวณโดยคณะผู้วิจัย

หมายเหตุ การคำนวณไม่รวมข้อมูล พ.ศ. 2558

รูปที่ 32 แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความมั่งคั่งและความชุกของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แม้ว่ากลุ่มควินไทล์ 5 มีความชุกของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพลดลง แต่ระดับความชุกก็สูงกว่าควินไทล์อื่น ๆ อย่างเห็นได้ชัด เมื่อเทียบความชุกของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2562 และระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า ควินไทล์ 1-3 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงขึ้น ขณะที่ควินไทล์ 4 ลดลง และไม่มีการเปลี่ยนแปลงในควินไทล์ 5 หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2564 พบว่า ควินไทล์ 1 และ 3 ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้น ขณะที่ควินไทล์ 2 ลดลง เช่นเดียวกับควินไทล์ 5

รูปที่ 32 ความชุกของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระหว่างปี พ.ศ. 2554-2564 จำแนกความมั่งคั่ง



หมายเหตุ การคำนวณไม่รวมข้อมูล พ.ศ. 2558

5.3.2 ผลการวิเคราะห์โลจิสติกส์

เมื่อควบคุมตัวแปรบวกรวมต่าง ๆ ผลการวิเคราะห์โลจิสติกส์ (ตารางที่ 7) แสดงให้เห็นว่า การแพร่ระบาดของโควิด 19 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพน้อยกว่าสถานการณ์ปกติราวๆ ร้อยละ 26-27 (แบบจำลองที่ 1) หากจำแนกตัวอย่างตามระดับความมั่งคั่งพบผลการศึกษาไปในทิศทางเดียวกัน (แบบจำลองที่ 2-6) กล่าวคือการแพร่ระบาดของโควิด 19 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพน้อยกว่าสถานการณ์ปกติที่ร้อยละ 30-33 ในกลุ่มควินไทล์ 1 และร้อยละ 25-32 ในกลุ่มควินไทล์ 2

เมื่อพิจารณาตัวแปรอื่น ๆ พบปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพ คือ ร้อยละของสมาชิกอายุ 60 ปีขึ้นไป จากแบบจำลองที่ 1 ทุก ๆ การเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นของร้อยละสมาชิกอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความล้มละลายร้อยละ 167 และเมื่อพิจารณาตามระดับความมั่งคั่งแล้วพบว่า ความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นของร้อยละสมาชิกอายุ 60 ปีขึ้นไปต่อการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพ กล่าวคือ ทุก ๆ การเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นของร้อยละสมาชิกอายุ 60 ปีขึ้นไปในกลุ่มควินไทล์ 1 เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความล้มละลายร้อยละ 114 และกลุ่มควินไทล์ 5 มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่ร้อยละ 185

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์โลจิสติกส์บนภาวะความล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพ จำแนกตามควินไทล์

ตัวแปร	แบบจำลอง 1 (ทั้งหมด)	แบบจำลอง 2 (ควินไทล์ 1)	แบบจำลอง 3 (ควินไทล์ 2)	แบบจำลอง 4 (ควินไทล์ 3)	แบบจำลอง 5 (ควินไทล์ 4)	แบบจำลอง 6 (ควินไทล์ 5)
ช่วงเวลา						
ก่อนการแพร่ระบาดโควิด 19	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference
พ.ศ. 2563	-0.261*** (0.0510)	-0.328*** (0.121)	-0.179 (0.120)	-0.349*** (0.126)	-0.230** (0.113)	-0.245*** (0.0949)
พ.ศ. 2564	-0.273*** (0.0524)	-0.301** (0.146)	-0.386*** (0.122)	-0.147 (0.111)	-0.239** (0.118)	-0.319*** (0.100)
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	-0.0761*** (0.0140)	-0.000827 (0.0532)	-0.174*** (0.0398)	-0.221*** (0.0346)	-0.101*** (0.0290)	-0.0295 (0.0217)
ร้อยละสมาชิกอายุ < 15 ปี	0.219* (0.119)	-0.834** (0.425)	0.402 (0.295)	0.797*** (0.252)	0.412* (0.243)	0.198 (0.212)
ร้อยละสมาชิกอายุ 60+ ปี	1.686*** (0.0472)	1.139*** (0.106)	1.703*** (0.0982)	1.638*** (0.103)	1.898*** (0.101)	1.848*** (0.0966)
สมาชิกที่เป็นผู้พิการ						
ไม่มี	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference
มี	0.682*** (0.0493)	0.529*** (0.109)	0.518*** (0.115)	0.844*** (0.111)	0.769*** (0.119)	0.784*** (0.0969)
ภาค						
กรุงเทพมหานคร	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference
เหนือ	-0.355*** (0.0523)	-0.213 (0.293)	0.790*** (0.243)	-0.243 (0.156)	-0.167 (0.117)	-0.555*** (0.0753)

ตัวแปร	แบบจำลอง 1 (ทั้งหมด)	แบบจำลอง 2 (ควินไทล์ 1)	แบบจำลอง 3 (ควินไทล์ 2)	แบบจำลอง 4 (ควินไทล์ 3)	แบบจำลอง 5 (ควินไทล์ 4)	แบบจำลอง 6 (ควินไทล์ 5)
กลาง	-0.0458 (0.0555)	-0.208 (0.290)	1.112*** (0.246)	0.291* (0.159)	0.0407 (0.129)	-0.166* (0.0869)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	-0.219*** (0.0580)	-0.258 (0.293)	0.778*** (0.250)	0.275* (0.163)	0.0190 (0.132)	-0.608*** (0.100)
ใต้	0.00318 (0.0606)	0.0956 (0.309)	0.997*** (0.257)	0.274 (0.171)	0.268** (0.131)	-0.249*** (0.0946)
ความมั่งคั่ง						
ควินไทล์ 1	Reference					
ควินไทล์ 2	0.616*** (0.0601)					
ควินไทล์ 3	1.041*** (0.0619)					
ควินไทล์ 4	1.191*** (0.0626)					
ควินไทล์ 5	1.730*** (0.0609)					
ค่าคงที่	-5.301*** (0.0764)	-4.921*** (0.297)	-5.468*** (0.239)	-4.212*** (0.167)	-4.304*** (0.129)	-3.632*** (0.0979)
จำนวนตัวอย่าง	445,276	445,276	445,276	445,276	445,276	445,276

หมายเหตุ การคำนวณไม่รวมข้อมูล พ.ศ. 2558

บทที่ 6 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

6.1 สรุปผลการศึกษา

ประเทศไทยได้ระดมงบประมาณจากหลายแหล่งเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เริ่มต้นจากการใช้งบประมาณรายจ่ายงบกลางที่เป็นงบสำรอง (รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563) และงบประมาณเงินกู้ภายใต้ พ.ร.ก. กู้เงินโควิด-10 ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2563) และต่อมาในปีงบประมาณพ.ศ. 2564 และพ.ศ. 2565 ได้มีการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายงบกลางเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหา และเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีการออก พ.ร.ก. เงินกู้ช่วยโควิด 19 ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2564) นอกจากนี้ ยังมีแหล่งเงินสมทบของกองทุนประกันสังคมสำหรับค่าบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ของผู้ประกันตน ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า มีการอนุมัติงบประมาณเงินกู้มากกว่าวงเงินงบประมาณที่กำหนดไว้ใน พ.ร.ก. เงินกู้ทั้งสองฉบับ รวมทั้งสิ้น 284,808.11 ล้านบาท ทำให้ประเทศไทยมีงบประมาณเพียงพอสำหรับการตอบสนองต่อการแพร่ระบาด โดยงบประมาณส่วนใหญ่ใช้สำหรับค่าบริการพยาบาลกรณีโรคโควิด 19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าบริการผู้ป่วยใน และค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อและบริหารจัดการวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

แม้ว่าจะมีการระดมงบประมาณให้เพียงพอต่อการตอบสนองการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 แต่ยังคงมีความล่าช้าในการจัดสรรงบประมาณ โดยกลไกการพิจารณางบประมาณเงินกู้ ซึ่งเป็นกลไกการตัดสินใจที่สร้างขึ้นมาเพื่อใช้ในการพิจารณาจัดสรรเงินกู้ตามพ.ร.ก. กู้เงินโควิด 19 ฉบับที่ 1 และ 2 โดยเฉพาะ เพื่อให้สามารถนำงบประมาณมาใช้ในการตอบสนองต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดได้อย่างเพียงพอและรวดเร็ว นั้น ยังมีความล่าช้าของกระบวนการพิจารณาและการตัดสินใจ เมื่อเปรียบเทียบกับกลไกและกระบวนการพิจารณาของงบประมาณรายจ่ายงบกลาง นอกจากนี้ เมื่อโครงการผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกฤษฎีกาแล้ว งบการเงินกู้แล้ว กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างและการตรวจสอบยังเป็นไปตามระเบียบราชการตามปกติ แม้ว่าจะเป็นการจัดซื้อจัดจ้างในสถานการณ์ฉุกเฉิน ส่งผลให้งบประมาณเงินกู้ไม่สามารถถูกนำไปใช้ในการระดมทรัพยากรเพื่อตอบสนองสถานการณ์การแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็วตามวัตถุประสงค์ของ พ.ร.ก. และยังคงพบว่ามีอิทธิพลทางการเมืองเข้ามามีผลต่อการจัดลำดับความสำคัญของโครงการและการตัดสินใจในการอนุมัติงบประมาณเงินกู้ ส่วนค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ประเทศไทยใช้กลไกและระบบการคลังสุขภาพที่มีอยู่เดิม ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบประกันสังคมในการจัดสรรงบประมาณและขยายสิทธิประโยชน์กรณีโรคโควิด 19

เมื่อพิจารณาการจัดสรรงบประมาณเงินกู้และงบประมาณรายจ่ายงบกลางพบว่ามีบางรายการที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาด กล่าวคือ มีการอนุมัติและเบิกจ่ายงบประมาณย้อนหลังในส่วนของค่าบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโควิด 19 และค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีงบประมาณพ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นช่วงหลังการแพร่ระบาดใหญ่ สอดคล้องกับผลการศึกษาในส่วนของ การ

ดำเนินงานทางการเงินของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) ที่พบว่า ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรทางการแพทย์กลับไม่ได้เพิ่มขึ้นตามภาระงาน ทั้ง ๆ ที่บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงและภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากมาตรการภาครัฐ

แม้ว่าจะมีการจ่ายงบประมาณย้อนหลังในส่วนของค่าบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโควิด 19 แต่สถานการณ์เงินบำรุงของโรงพยาบาลสังกัดสป.สธ. ที่ลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กลับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 อย่างไรก็ตาม พบว่า มีโรงพยาบาลสังกัดสป.สธ.ที่มีเงินบำรุงลดลงประมาณครึ่งหนึ่งของโรงพยาบาลทั้งหมด นอกจากนี้พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีอัตราการเติบโตของการรายได้จากการบริจาคเพิ่มขึ้นอย่างมากถึงร้อยละ 55.36 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบริจาคในรูปแบบที่ไม่ใช่เงินหรือสินทรัพย์อื่น

ส่วนโรงพยาบาลเอกชนทั้งที่เป็นบริษัทจำกัดและบริษัทจำกัดมหาชนพบว่า แม้จะรายได้และการสะสมสินทรัพย์จะลดลงช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2563 แต่ก็มีมีการปรับตัวหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้อย่างรวดเร็ว โดยสามารถเพิ่มรายได้และสินทรัพย์ของโรงพยาบาลได้ในทันทีในปี พ.ศ. 2564

เมื่อพิจารณาผลกระทบของโรคโควิด 19 ต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2563-2564 พบว่า การใช้ยาและเวชภัณฑ์และค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพส่วนที่ชำระเอง (Out-of-pocket payment) ในหมวดค่ายาและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้น ในขณะที่ การใช้บริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยในลดลง และความชุกของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเล็กน้อยที่ร้อยละ 1.42 และ 1.45 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์การศึกษาพบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นต่าง ๆ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ครัวเรือนมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพน้อยกว่าสถานการณ์ปกติประมาณร้อยละ 26-27 และหากพิจารณาเฉพาะครัวเรือนที่มีรายได้น้อย พบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพน้อยกว่าสถานการณ์ปกติที่ร้อยละ 30-33 ในกลุ่มควินไทล์ 1 และร้อยละ 25-32 ในกลุ่มควินไทล์ 2

6.2 อภิปรายผลการศึกษา

6.2.1 การตัดสินใจแบบรวมศูนย์: ข้อดี ข้อเสียและบริบททางการเมือง

จากการวิเคราะห์กระบวนการตัดสินใจและตัวแสดงที่สำคัญในกระบวนการตัดสินใจและการจัดสรรงบประมาณ พบว่า ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในลำดับท้ายสุด ทั้งงบประมาณรายจ่ายงบกลาง (วงเงินมากกว่า 10 ล้านบาทขึ้นไป) และงบเงินกู้ นั่นคือกลุ่มคนกลุ่มเดียวกัน ได้แก่ คณะรัฐมนตรี นำโดยนายกรัฐมนตรี ซึ่งสะท้อนการตัดสินใจแบบรวมศูนย์อำนาจ

ลักษณะการรวมอำนาจ (Centralization) ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดภูมิทัศน์ทางเศรษฐศาสตร์ การเมืองในด้านการจัดสรรทรัพยากร ข้อดีของการรวมศูนย์อำนาจ อาทิ การตัดสินใจมีความชัดเจนและรวดเร็ว การสื่อสารสาธารณะเป็นไปในแนวทางเดียวกันซึ่งจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารประกาศขอความร่วมมือและการออกมาตรการต่าง ๆ และสร้างน่าเชื่อถือให้กับข้อมูลและประกาศต่าง ๆ เนื่องจากมาจากแหล่งข้อมูลที่เป็นหน่วยงานกลางของรัฐบาล ส่วนข้อเสียของการรวมศูนย์อำนาจนั้นคืออาจส่งผลให้เกิดการขาดกระบวนการถ่วงดุลอำนาจ (Check and balances) ภายใน เนื่องจากผู้มีอำนาจตัดสินใจสูงสุดคือบุคคลหรือกลุ่มคนเดี่ยว ซึ่งอาจส่งผลให้ขาดการมีส่วนร่วมและการตรวจสอบเรื่องความโปร่งใสจากหลาย ๆ ภาคส่วน จากการศึกษาโดย Greer และคณะ (2022) พบว่าในช่วงต้นของการระบาด (ฤดูใบไม้ผลิ 2563 หรือ การระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกที่ 1) รัฐบาลหลายประเทศมีลักษณะการตัดสินใจแบบรวมศูนย์และค่อย ๆ เปลี่ยนรูปแบบให้มีการกระจายอำนาจมากขึ้นในภายหลัง ทั้งนี้ เพื่อเป้าหมายในการตัดสินใจที่เด็ดขาดและอีกนัยหนึ่งคือเพื่อตอบสนองความต้องการของรัฐบาลกลางในการเรียกคะแนนนิยมและความชื่นชมจากประชาชนนั่นเอง ภายหลังที่เริ่มมีการกระจายอำนาจไปยังรัฐบาลท้องถิ่นและหน่วยงานส่วนภูมิภาคก็มีการศึกษาที่ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการตัดสินใจดังกล่าวเกิดขึ้นเพื่อลดการถูกตำหนิจากการออกมาตรการ/นโยบายที่เคร่งครัดและมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชน (Darmen, 2022)

เมื่อเปรียบเทียบในกรณีของประเทศไทยนั้น ทุกระลอกของการระบาด การรวมศูนย์อำนาจในการตัดสินใจไปยังคณะรัฐมนตรีก็ยังคงอยู่ และเมื่อพิจารณาบริบทและสถานการณ์ในประเทศแล้วนั้น ผลของการอนุมัติงบประมาณและการจัดสรรทรัพยากรไปยังจังหวัดและสถานบริการต่าง ๆ สะท้อนมุมมองที่น่าสนใจและควรมีการศึกษาต่อหลายประการ เช่น ในการตัดสินใจแบบรวมศูนย์ที่มีข้อเสียคือขาดการมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและประชาชนทั่วไป การขาดข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่รอบด้าน เป็นต้น (OECD, 2021) ในประเทศไทยนั้น หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการตัดสินใจแม้จะปรากฏชื่อคณะกรรมการหลายกลุ่ม แต่เมื่อศึกษาองค์ประกอบของคณะกรรมการต่าง ๆ เช่น องค์ประกอบของคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้เงินกู้ องค์ประกอบของ ศบค. และองค์ประกอบของผู้เสนอแผนงาน/โครงการ พบว่ามีผู้แสดงกลุ่มเดียวกัน เช่น นายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการมากกว่า 1 คณะกรรมการ ภาพรวมสถานการณ์และกลไกการตัดสินใจดังกล่าวจึงสะท้อนภาพโครงสร้างการตัดสินใจที่อาจได้รับอิทธิพลมาจากกลุ่มคนกลุ่มเดียว และขาดการสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลายและภาคประชาสังคมที่มีบทบาทในระดับการปรึกษาหารือเท่านั้น แต่การตัดสินใจขั้นสุดท้ายมาจากกลุ่มคนเพียงไม่กี่กลุ่ม

6.2.2 กลไกการตัดสินใจและวัฒนธรรมองค์กรของราชการไทย

แม้ว่าจะจะเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข กลไกและกระบวนการตัดสินใจยังเป็นไปตามลำดับขั้นตอนและสายการบังคับบัญชา (Hierarchical decision making) แบบราชการ ยกตัวอย่างเช่นกรณีเงินกู้ จะมีลำดับขั้นของการพิจารณาเริ่มต้นจากหน่วยงานย่อยหรือระดับกรมขึ้นไปยังกระทรวง จากนั้นกระทรวงยื่น

โครงการเพื่อขอรับการพิจารณาผ่านคณะกรรมการกลั่นกรองเงินกู้ และอาจมีช่องว่างของระยะเวลาของการแก้ไขเอกสารที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากข้อมูลที่ยื่นโดยหน่วยงานหรือกระทรวง อาจไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ จากนั้นเมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกลั่นกรองเงินกู้ จะนำไปสู่เป็นการตัดสินใจขั้นสุดท้ายเพื่ออนุมัติงบประมาณโดยคณะรัฐมนตรี ซึ่งกระบวนการดังกล่าว อาจทำให้การตัดสินใจล่าช้าและไม่ทันกับสถานการณ์ฉุกเฉินเร่งด่วน

นอกจากนี้ กระบวนการตัดสินใจและขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้างเป็นไปตามระเบียบข้อบังคับที่หน่วยงานราชการ เช่น พ.ร.บ. การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 บังคับใช้อย่างเป็นปกติอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม กระบวนการและขั้นตอนบางอย่างอาจไม่ได้มีการกำหนดไว้เพื่อครอบคลุมสถานการณ์บางอย่างในกรณีฉุกเฉินของประเทศ เช่น กรณีการจัดซื้อวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในระยะแรกของการระบาด ซึ่งพบว่าในทางปฏิบัตินั้นอาจถือว่าไม่มีมาตราใดใน พ.ร.บ. ฉบับดังกล่าวที่มีระเบียบข้อบังคับที่รองรับการจัดซื้อสินค้าที่ต้องมีการส่งจ่องล่วงหน้าอย่างวัคซีนโควิดป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งในขณะนั้นยังอยู่ในกระบวนการวิจัยและพัฒนา ไม่ได้มีการรับรองผลอย่างเป็นทางการ และไม่สามารถกำหนดวันส่งมอบวัคซีนได้อย่างชัดเจน ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศและทั่วโลกเริ่มทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ การจัดทำแผนงานดังกล่าวจึงมีความล่าช้า อันเนื่องมาจากความกังวลของผู้รับผิดชอบว่าอาจจะถูกตรวจสอบย้อนหลังและความล้าช้าในการพิจารณาจัดซื้อวัคซีน ซึ่งอาจทำให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์ สอบสวนหรือในกรณีร้ายแรงที่สุดคือ การถูกดำเนินคดีกับผู้รับผิดชอบในภายหลัง ในเวลาต่อมา หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องได้มีการหารือถึงประเด็นปัญหาดังกล่าว นำมาซึ่งการออกหนังสือคณะกรรมการวินิจฉัยปัญหาการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ ส่วน ที่ กค (กวจ) 0405.2/ว 115 ลงวันที่ 27 มีนาคม 2563 ในเดือนมีนาคม 2563 เพื่อยกเว้นระเบียบตาม พ.ร.บ. การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 บางประการเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นและความคล่องตัวในการจัดซื้อจัดจ้างเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ในกรณีเร่งด่วน ซึ่ง รัตพงษ์ สอนสุภาพ และคณะ (2565) เสนอว่า กรณีศึกษาของการจัดซื้อวัคซีนโควิด 19 นี้จะนำไปสู่การพิจารณาปรับปรุงสาระสำคัญของ พ.ร.บ. ดังกล่าวเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ฉุกเฉินอื่น ๆ ในอนาคตและเพื่อให้การแก้ปัญหาที่เป็นวาระระดับชาติสามารถดำเนินไปได้อย่างทันท่วงทีและลดผลกระทบอื่น ๆ ที่ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากระเบียบราชการที่ไม่เอื้อต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่

ประเด็นตัวอย่างที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงรากอย่างหนึ่งของปัญหาด้านการบริหารจัดการของภาครัฐที่ควรมีการพิจารณาต่อไปในอนาคต เพราะนอกจากจะก่อให้เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจและเสนอแผนงาน/โครงการเพื่อเบิกจ่ายงบประมาณต่าง ๆ แล้วนั้น ยังอาจส่งผลให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานขาดแรงจูงใจในการทำงานหรือเกิดความรู้สึกลังเลถึงความไม่เป็นธรรมและไม่ได้การคุ้มครองหรือสนับสนุนจากหน่วยงานเท่าที่ควร

6.2.3 การเตรียมแหล่งเงินสำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาด

งบประมาณในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทยนั้น มีแหล่งงบประมาณและลักษณะของการรวมเงิน (Pooling) ที่แตกต่างกัน โดยงบประมาณรายจ่ายงบกลางเป็นการรวมเงินจากการโยกงบประมาณ (Budget reallocation) จากหน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ ส่วนกองทุนประกันสังคมเป็นรวมเงินจากเงินสมทบที่เรียกเก็บจากผู้ประกันตน นายจ้างและรัฐบาล ซึ่งทั้งสองแหล่งเป็นงบประมาณที่มีอยู่แล้ว (Existing budget) ในขณะที่ งบประมาณเงินกู้เป็นแหล่งเงินนอกงบประมาณ (Extra-budgetary fund) และเป็นการรวมเงินที่มาจากภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา จึงมีต้นทุนและมีดอกเบี้ยที่ต้องจ่ายในอนาคต อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีเตรียมความพร้อมของแหล่งเงินหรืองบประมาณสำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาด ดังนั้น ประเทศไทยอาจพิจารณาแหล่งเงินนอกงบประมาณอื่น ๆ เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับเตรียมการในอนาคต

แหล่งเงินสำรอง (National reserve) เป็นหนึ่งในแหล่งงบประมาณที่ประเทศต่าง ๆ นำมาใช้ในการตอบสนองการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งแต่ละประเทศมีแหล่งที่มาของเงินสำรองแตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น ประเทศสิงคโปร์ได้เตรียมแหล่งเงินสำรองที่ได้มาจากสินทรัพย์ต่าง ๆ ของประเทศ ไม่ว่าจะเป็น ที่ดิน อาคาร เงินสด การลงทุนทางการเงินต่าง ๆ เพื่อใช้ในภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยก่อนที่ จะมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประเทศสิงคโปร์ได้มีการถอนเงินจากแหล่งเงินสำรองครั้งแรกใน พ.ศ. 2552 เพื่อลดผลกระทบทางเศรษฐกิจจากวิกฤตการเงินโลก พ.ศ. 2551 (Teo, 2021) ในขณะที่ ประเทศอิหร่าน ใช้แหล่งเงินสำรองที่มาจากแหล่งภาษีภายในประเทศ ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงรายได้จากน้ำมัน และหุ้นของบริษัทต่าง ๆ ที่รัฐบาลเป็นผู้ถือหุ้น ซึ่งแหล่งเงินสำรองดังกล่าวถูกนำมาใช้ในการตอบสนองการแพร่ระบาดในระยะเริ่มต้น (Brunet, Cuadro-Sáez, & Pérez, 2020)

นอกจากนี้ แหล่งเงินนอกงบประมาณอาจอยู่ในรูปแบบของการจัดตั้งกองทุน ยกตัวอย่างเช่น ประเทศชิลี ให้แหล่งเงินจากกองทุน Economic and Social Stabilization Fund ที่มีแหล่งเงินตั้งต้นจากทรัพยากรธรรมชาติ (Copper Stabilization Fund) ของประเทศ และหารายได้จากการลงทุนในสินทรัพย์ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสินทรัพย์สภาพคล่องต่าง ๆ (Brunet, Cuadro-Sáez, & Pérez, 2020) ในขณะที่ ประเทศนิวซีแลนด์ได้จัดตั้งกองทุน COVID 19 Response and Recovery Fund ในเดือนเมษายน พ.ศ.2563 และจัดสรรงบประมาณให้กับกองทุนดังกล่าวเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยเฉพาะโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้จัดสรรงบประมาณเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดมีความคล่องตัวและรวดเร็ว กล่าวคือ มีจัดสรรงบประมาณทันทีที่การตัดสินใจทางการคลังเกิดขึ้น (The Treasury, 2022)

สำหรับประเทศไทยที่เริ่มจัดเก็บค่าทำเนียมการท่องเที่ยวภายในประเทศของนักท่องเที่ยวต่างชาติ 300 บาทต่อคนต่อครั้ง สำหรับผู้เดินทางเข้าประเทศไทยผ่านช่องทางอากาศ และ เก็บค่าธรรมเนียม 150 บาทต่อคนต่อครั้ง สำหรับผู้เดินทางเข้าช่องทางบกและช่องทางน้ำ ตั้งแต่ต้นปีพ.ศ. 2566 อาจพิจารณาจัดสรรเงินบางส่วนจากรายได้นี้เพื่อลงทุนในการเฝ้าระวังและตอบสนองสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคหรือ

สถานการณ์ฉุกเฉินก็ได้ ทั้งนี้ ข้อดีและข้อจำกัดของการมีแหล่งเงินนอกงบประมาณสำหรับการสถานการณ์การแพร่ระบาดหรือสถานการณ์ฉุกเฉินมี (Lu & Abrigo, 2018; Rahim, et al, 2020) ดังนี้

ตารางที่ 8 ข้อดีและข้อจำกัดของการมีแหล่งเงินนอกงบประมาณด้วยการจัดตั้งกองทุน/แหล่งเงินสำรอง

ข้อดี	ข้อจำกัด
มีแหล่งงบประมาณที่สามารถจัดสรรเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งสามารถลดขั้นตอนและข้อจำกัดของกฎระเบียบเข้มงวด ซึ่งแตกต่างจากการใช้งบประมาณปกติ	ประเทศที่มีภาระหนี้สินจะไม่มีแหล่งงบประมาณเพียงพอที่จะสำรองเงินไว้ในกองทุนได้
มีการระบุวัตถุประสงค์ของการใช้งบประมาณที่ชัดเจน ทำให้สามารถประมาณการค่าใช้จ่ายและสร้างความรับผิดชอบ (Accountability) ในการใช้งบประมาณได้	ต้นทุนที่เกิดจากการจัดตั้งกองทุนสำหรับสถานการณ์แพร่ระบาดในอนาคต เช่น ค่าเสียโอกาสจากการนำเงินดังกล่าวไปลงทุนสร้างผลประโยชน์ด้านอื่นๆ
เป็นการใช้งบประมาณแบบระบุวัตถุประสงค์ (Earmarked budget) ช่วยลดความซ้ำซ้อนของโครงการที่มีลักษณะเดียวกันและเกิดประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณ เนื่องจากสามารถเห็นทั้งภาพรวมและรายละเอียดของการใช้งบประมาณในแต่ละโครงการ	ความเสี่ยงที่งบประมาณหรือกองทุนที่สำรองไว้ไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์แพร่ระบาดและอาจนำไปสู่การกู้เงินเพื่อจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม ซึ่งมีต้นทุนและดอกเบี้ย

ถึงแม้ว่าการมีแหล่งเงินสำรองหรือการจัดตั้งกองทุนจะทำให้การจัดสรรงบประมาณในภาวะวิกฤตหรือการแพร่ระบาดมีความคล่องตัวและรวดเร็วกว่างบประมาณปกติ แต่ก็มีข้อจำกัดที่สำคัญในเรื่องต้นทุนของการจัดตั้งกองทุน นอกจากนี้ ยังมีข้อควรพิจารณาเบื้องต้น หากตัดสินใจว่าจะมีการจัดตั้งกองทุนดังนี้

- กฎระเบียบของกองทุนที่มีการระบุวัตถุประสงค์ของกองทุนและแหล่งเงินที่ชัดเจน ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งเงินและวัตถุประสงค์ของการใช้เงิน รวมถึงจุดตัดสินใจหรือหลักเกณฑ์ของการนำแหล่งเงินดังกล่าวออกมาใช้
- ความคล่องตัวและความยืดหยุ่นของกฎระเบียบและข้อบังคับเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว
- โครงสร้างการบริหารจัดการ ขั้นตอนการใช้จ่ายงบประมาณ และการควบคุมกำกับติดตาม เพื่อให้เกิดความโปร่งใส (Transparency) และความรับผิดชอบ (Accountability) ในการใช้งบประมาณ

- แหล่งที่มาของเงินกองทุนและความเพียงพอของแหล่งรายได้หรือเงินทุนสะสมที่จะสามารถใช้ในภาวะวิกฤตหรือการแพร่ระบาดอย่างน้อยในระยะเริ่มต้นของสถานการณ์ ทั้งนี้ผู้วิจัยเสนอว่าไม่จำเป็นต้องจัดสรรเงินสำรองหรือการจัดตั้งกองทุนจำนวนมาก แค่ให้เพียงพอในการพัฒนาขีดความสามารถในการเฝ้าระวังและตอบสนองสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคหรือสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างเพียงพอในระยะ 90 วันแรกเท่านั้น ซึ่งอาจมีวงเงินไม่เกิน 10,000 ล้านบาท และควรมีการใช้จ่ายทุกปีเพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการเฝ้าระวังและตอบสนองสถานการณ์การแพร่ระบาดให้ดียิ่งขึ้นไปเรื่อย ๆ

6.2.4 ความยืดหยุ่นของระบบการคลังสุขภาพ

การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สะท้อนให้เห็นถึงความยืดหยุ่นของระบบการคลังสุขภาพ (Health financing resilience) ของประเทศภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ระดับนโยบายไปจนถึงระดับสถานบริการ

เริ่มต้นจากการแพร่ระบาดในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งได้มีการอนุมัติงบประมาณปี พ.ศ. 2563 เสร็จสิ้นไปแล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ระดมงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและงบประมาณรายจ่ายงบกลาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เพื่อสนับสนุนการจัดบริการที่จำเป็นกรณีโรคโควิด 19 (ณ ปักษ สัจจนกุล, 2565) ทั้งนี้ เพื่อให้มีงบประมาณที่เพียงพอ สปสช. ได้ขออนุมัติงบประมาณเพิ่มเติมจากแหล่งเงินกู้เพื่อใช้ในการตอบสนองการแพร่ระบาดสำหรับปีงบประมาณพ.ศ. 2564 และพ.ศ. 2565

จากการศึกษาพบว่า การจัดสรรงบประมาณค่ารักษาพยาบาลบางส่วนและค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์จากงบประมาณเงินกู้เป็นการจ่ายแบบย้อนหลัง โดยมีการอนุมัติงบประมาณเงินกู้เพื่อเป็นค่าบริการสาธารณสุขสำหรับโควิด 19 ในปีงบประมาณพ.ศ. 2564 และพ.ศ. 2565 ส่วนค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์มีการอนุมัติในปีงบประมาณพ.ศ. 2565 เช่นเดียวกับงบประมาณรายจ่ายงบกลางที่มีการอนุมัติค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ในปีงบประมาณพ.ศ. 2564 และพ.ศ. 2565 แต่โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชนยังสามารถระดมทรัพยากรและงบประมาณเพื่อจัดบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็น การรักษาพยาบาล การตรวจคัดกรอง และการฉีดวัคซีน

เหตุการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความยืดหยุ่นของระบบการคลังสุขภาพของประเทศไทย เมื่อมีสถานการณ์การแพร่ระบาดเกิดขึ้น ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคมมีการเหมาจ่ายรายหัวค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลล่วงหน้า และการจ่ายแบบระบบการวินิจฉัยโรคร่วมแบบมีเพดานวงเงิน (DRGs with global budget) กรณีบริการผู้ป่วยในของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่การใช้

บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในลดลง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และมาตรการล็อกดาวน์ โดยการศึกษาของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2565) พบว่า มาตรการล็อกดาวน์ (เม.ย.-มิ.ย. 63) และหลังการประกาศล็อกดาวน์ ส่งผลให้จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดลงร้อยละ 28 และ 11 ตามลำดับเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาด ในช่วงเวลาเดียวกัน (เม.ย.-มิ.ย. 63) มาตรการดังกล่าวทำให้การใช้บริการผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดลงร้อยละ 25 และการแพร่ระบาดรอบที่ 3 (เม.ย.-พ.ย. 64) ซึ่งเป็นการแพร่ระบาดรุนแรง ทำให้การใช้บริการผู้ป่วยในลดลงมากที่สุดคือ ร้อยละ 34 ทำให้ค่าเฉลี่ยอัตราจ่ายผู้ป่วยในทั้งประเทศ ปีงบประมาณพ.ศ. 2564 เท่ากับ 10,662 บาทต่อ adj.RW สูงกว่าอัตราจ่ายที่กำหนด (ไม่ต่ำกว่า 8,350 บาทต่อ adj.RW) คิดเป็นร้อยละ 127.69 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565) ดังนั้น การใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ลดลงร่วมกับกลไกการจ่ายของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้โรงพยาบาลมีงบประมาณคงเหลือหลังจากตัดรายจ่ายเพิ่ม (Fiscal space) และสามารถนำงบประมาณดังกล่าวไปใช้ในจัดบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ระหว่างที่รอรับการจัดสรรงบประมาณเงินกู้ผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับสถานการณ์ภาพรวมเงินบำรุงของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณพ.ศ. 2563 เป็นต้นมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีงบประมาณพ.ศ. 2565 ที่มีการจัดสรรงบประมาณเงินกู้เพื่อเป็นค่าบริการสาธารณสุขสำหรับโรคโควิด 19 ให้กับประชาชนไทยและประชาชนที่ไม่ใช่คนไทย จำนวน 142,045.09 ล้านบาท

นอกจากนี้ การที่ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้สามารถใช้กลไกและระบบการคลังสุขภาพที่มีอยู่เดิมในการจัดสรรงบประมาณและการขยายสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 และอาจมีส่วนเอื้อให้เกิดการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องและมีการตัดสินใจจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางเพื่อเป็นค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 เป็นไปได้รวดเร็วขึ้น

6.2.5 การคุ้มครองความเสี่ยงต่อภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

การศึกษานี้พบว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2563 และพ.ศ. 2564 ทำให้การใช้ยาและเวชภัณฑ์และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนที่ชำระด้วยตนเองของครัวเรือนในหมวดยาและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้น ในขณะที่ การใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในลดลง และพบว่าความเสี่ยงต่อการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนไทยลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ก่อนการระบาด แม้แต่ครัวเรือนที่มีรายได้น้อยที่สุด ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความเสี่ยงต่อการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนไทยลดลงอาจเป็นผลมาจากการใช้บริการสุขภาพที่ลดลงทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

เนื่องจากแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และการขยายความคุ้มครองสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 3 กองทุน ให้ครอบคลุมบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ไม่ว่าจะเป็น ค่าตรวจคัดกรอง ค่ารักษาพยาบาลทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ค่าบริการฉีดวัคซีน เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของประชาชน

6.3 ข้อจำกัดของการศึกษา

การแปลผลและเปรียบเทียบผลกับการศึกษาอื่นควรทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดดังต่อไปนี้

1. การประมาณการค่าใช้จ่ายภาครัฐเป็นข้อมูลค่าใช้จ่ายเหลืออมเวลา เนื่องจากมีการเลื่อนปีงบประมาณ/ปีปฏิทินของหน่วยงานที่ให้ข้อมูลบางแห่ง รวมทั้งมีการอนุมัติและเบิกจ่ายงบประมาณย้อนหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

2. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ กำหนดน้ำหนักของตัวอย่าง (Sampling weight) และปรับค่าดังกล่าวทุก ๆ 10 ปี ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ที่มีมาตรการควบคุมแบบบูรณาการ (เกิดขึ้นในบางจังหวัด และบางเวลา) การใช้ค่าน้ำหนักตัวอย่างที่กำหนดไว้ในสถานการณ์ปกติอาจทำให้ผลการศึกษาเอนเอียงได้ เพราะกลุ่มคนมีการย้ายถิ่นเข้าและออก โดยกลุ่มคนที่อาศัยในเมืองโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางมีแนวโน้มที่จะออกจากเมืองไปอยู่ต่างจังหวัด อย่างไรก็ดี การศึกษาครั้งนี้เสนอผลการศึกษาในระดับประเทศซึ่งสามารถลดความเอนเอียงของผลการนำเสนอผลการศึกษาระดับเขตที่อยู่อาศัยได้

3. ค่าประมาณผลกระทบของการแพร่ระบาดของโควิด 19 จากแบบจำลอง 2-part model ค่าใช้จ่ายสุขภาพส่วนที่ชำระด้วยตนเอง ประกอบด้วย ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าบริการผู้ป่วยนอก และค่าบริการผู้ป่วยในชี้ให้เห็นว่าครัวเรือนไทยมีค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นจากค่ายาและเวชภัณฑ์ แต่การใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า ความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง จึงมีความเป็นไปได้ว่า การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลต่อการใช้บริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และผลลัพธ์ของการรักษาได้ ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไป ควรพิจารณาผลกระทบด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วย

รายการอ้างอิง

ฐิติมา ชูเชิด (2563). ความยั่งยืนทางการคลังหลังโควิด 19. Available from:

https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/articles/Pages/Article_22Jun2020.aspx

ณปภัช สัจจนกุล (2565). บทบาทและการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในวิกฤตโควิด 19. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ธนาคารโลก. (2559). ปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ. วอชิงตัน ดี.ซี.: World bank group.

ภูมิพิชญ์ ยาสีทธิ์. (2563). พระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยา และฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563.

รัตพงษ์ สอนสุภาพ สิตานนท์ เจษฎาพิพัฒน์ และอิสริย์ ภักดิ์ศรีแพง. (2565). การบริหารจัดการเวชภัณฑ์กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: ปัญหา อุปสรรคในการจัดซื้อของภาครัฐ ภาคเอกชน และแนวทางแก้ไข. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานงบประมาณ. (2553). หลักการจำแนกประเภทรายจ่ายตามงบประมาณ (ฉบับปรับปรุง).

สำนักงานงบประมาณ. (2560). ระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานงบประมาณ. (2562). ระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานงบประมาณของรัฐสภา. (2565a). การติดตามการอนุมัติโครงการภายใต้ พ.ร.ก. กู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา Covid 19. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานงบประมาณของรัฐสภา. (2565b). งบประมาณรายจ่ายงบกลางของไทย : การจัดสรรและการบริหารงบประมาณ (Vol. 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานงบประมาณของรัฐสภา.

สำนักงานงบประมาณของรัฐสภา. (2565c). รายงานผลการอนุมัติให้ใช้จ่ายงบประมาณรายจ่ายงบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น และรายการค่าใช้จ่ายในการบรรเทา แก้ไขปัญหา และเยียวยา ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประจำปีงบประมาณ 2565 ไตรมาสที่ 2. Retrieved from

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2565). การวิเคราะห์ผลกระทบของ COVID 19 ต่อระบบสาธารณสุขเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในการปรับตัวของระบบบริการต่อการระบาดและความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศ

- ไทย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2564). 7 แผนขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ (Big Rock) ด้านสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2565). รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณ 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ไอลอว์ (iLaw). (2563a). เครื่องมือทางการคลังในสถานการณ์ฉุกเฉิน. <https://ilaw.or.th/node/5585>
- ไอลอว์ (iLaw). (2563b). พ.ร.ก.กู้เงินฯ: ช่องทางหาเงินพิเศษของรัฐบาลที่ต้องจับตา. <https://ilaw.or.th/node/5614>
- ไอลอว์ (iLaw). (2564). ยกเลิก พ.ร.ก.ฉุกเฉินฯ ได้ มีกฎหมายทดแทน. <https://ilaw.or.th/node/5671>
- Andrews, C. J. (2017). Rationality in Policy Decision Making. In G. J. M. Frank Fischer, Mara S. Sidney (Ed.), *Handbook of public policy analysis* (pp. 161-171): CRC Press.
- Bertrand Teo (2021, 24 May). Singapore's National Reserves: What Is It And What Can They Be Used For?. Available from <https://dollarsandsense.sg/singapores-national-reserves-can-used/>
- Brunet, J.P., Cuadro-Sáez, L. & Pérez, J.J. (2020). Contingency public funds for emergencies: The lessons from the international experience. Spain: Banco De España.
- Child care state systems specialist network. (2014). Group decision making styles. Available from https://childcareta.acf.hhs.gov/sites/default/files/public/group_decision_making_styles_handout.pdf
- Jonathan Darman. (2022). *Becoming FDR : the personal crisis that made a president* (First edition.). Random House.
- Gao, X., & Yu, J. (2020). Public governance mechanism in the prevention and control of the COVID 19: information, decision-making and execution. *Journal of Chinese Governance*, 5(2), 178-197. doi:10.1080/23812346.2020.1744922
- Greer, S. L., Rozenblum, S., Falkenbach, M., Löblová, O., Jarman, H., Williams, N., Wismar, M. (2022). Centralizing and decentralizing governance in the COVID-19 pandemic: The politics of credit and blame. *Health Policy*, 126(5), 408-417. doi: 10.1016/j.healthpol.2022.03.004

- Hoang Viet Lam, L. (2021). Social Security Policy in Response to the Pandemic COVID 19: A Case Study from Vietnam. *Journal of Applied Social Science*, 16(1), 124-139. doi:10.1177/19367244211026912
- Jin, H., Li, B., & Jakovljevic, M. (2022). How China controls the Covid 19 epidemic through public health expenditure and policy? *Journal of Medical Economics*, 25(1), 437-449. doi:10.1080/13696998.2022.2054202
- Lu, X. & Abrigo, R (2018). Mobilizing Contingency Funds for Climate-Related Disasters. Available from <https://development.asia/explainer/mobilizing-contingency-funds-climate-related-disasters>
- Park, H., Sim, B., Zhao, B., & Nam, E. W. (2022). Public Health Financing and Responses to COVID 19: Lessons from South Korea. *Healthcare*, 10(4), 750. Available from <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/4/750>
- Rahim, F., Allen, R., Barroy, H., Gores, L., and Kutzin, J. (2020). *COVID 19 Funds in Response to the Pandemic*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Sachdev, S., Viriyathorn, S., Chotchoungchatchai, S., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien, V. (2022). Thailand's COVID 19: How public financial management facilitated effective and accountable health sector responses. *Int J Health Plann Manage*, n/a(n/a). doi:<https://doi.org/10.1002/hpm.3464>
- Tao, B (2021) Singapore's National Reserves: What Is It And What Can They Be Used For?. Available from <https://dollarsandsense.sg/singapores-national-reserves-can-used/>
- Tangcharoensathien, V., Sachdev, S., Viriyathorn, S., Sriprasert, K., Kongkam, L., Srichomphu, K., & Patcharanarumol, W. (2022). Universal access to comprehensive COVID 19 services for everyone in Thailand. *BMJ Global Health*, 7(6), e009281. doi:10.1136/bmjgh-2022-009281
- The Treasury (2022). COVID 19 Response and Recovery Fund (CRRF) funding decisions. Available from <https://www.treasury.govt.nz/publications/data/covid-19-response-and-recovery-fund-crrf-funding-decisions>
- Ungsuchaval, T., & Kumlungpat, C. H. (2020). Public health governance mechanisms of Thailand in response to COVID 19. *Journal of Social Sciences Naresuan University*, 16(2), 37-76. doi:10.14456/jssnu.2020.10
- United Nations. n.d. Launch of policy brief on covid 19 and universal health coverage "scale up investment in universal health coverage and in stronger health systems". Available

from <https://www.un.org/en/coronavirus/scale-investment-universal-health-coverage-and-stronger-health-systems>.

World Health Organization. (2020). COVID 19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC). Global research and innovation forum: towards a research roadmap. Available from <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/714>

World Health Organization and World Bank (2021). Global monitoring report on financial protection in health. Geneva: World Health Organization and World Bank.

World Health Organization. (2022). Global spending on health: rising to the pandemic's challenges. Geneva: World Health Organization

ภาคผนวก

ระเบียบวิธีวิจัย

วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูล	ข้อมูลที่ใช้	การวิเคราะห์ข้อมูล
1.1 ประมาณค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโควิด 19 ระหว่าง พ.ศ. 2563-มีนาคม พ.ศ. 2565	กรมบัญชีกลาง, กรมควบคุมโรค, สำนักงานประมาณ, สำนักงานบริหารหนี้สาธารณะ, สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, และสำนักงานประกันสังคม	รายงาน เอกสารและข้อมูลงบประมาณ รายรับและรายจ่ายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโควิด 19	สถิติพรรณนา (Descriptive statistics)
1.2 เพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานทางการเงินของโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลสังกัดส.สธ ระหว่าง พ.ศ. 2558-2564	1) โรงพยาบาลเอกชน: ตลาดหลักทรัพย์ไทย (www.set.or.th) หรือ ฐานข้อมูล BOL: Corpus X (ข้อมูลจากกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์) 2) โรงพยาบาลสังกัดส.สธ.: กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	1) ข้อมูลรายงานทางการเงิน (งบลงทุน รายรับ และรายจ่าย) ของโรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์หรือโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด 2) ข้อมูลทุนนิยมเงินบำรุงของโรงพยาบาลสังกัดส.สธ	1) สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) 2) การวิเคราะห์อัตราส่วนทางการเงิน, และ pair t-test
1.3 เพื่อศึกษาปริมาณและการเปลี่ยนแปลงของเงินบริจาคของโรงพยาบาลสังกัดส.สธ ระหว่าง พ.ศ. 2558-2564	กองเศรษฐกิจสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	ข้อมูลทุนนิยมหมวดเงินบริจาคของโรงพยาบาลสังกัดส.สธ	สถิติพรรณนา (Descriptive statistics)
1.4 เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงรายจ่ายครัวเรือนที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพในช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 ระหว่าง พ.ศ. 2553-2564	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	ข้อมูลทุนนิยมจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2553-2564: ค่าใช้จ่ายครัวเรือน รวมถึงค่าใช้จ่ายสุขภาพ	1) สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) 2) Two-part model 3) Logistic regression

วัตถุประสงค์	แหล่งข้อมูล	ข้อมูลที่ใช้	การวิเคราะห์ข้อมูล
<p>2. เพื่อศึกษากลไกการตัดสินใจด้านงบประมาณและพัฒนาการของกลไกการตัดสินใจเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโควิด 19 รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจด้านงบประมาณ</p>	<p>ผู้แทนจากหน่วยงานดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - คณะอนุกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้ - กรมบัญชีกลาง - กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข - กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข - กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างด้วยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) และ Snowball sampling ระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 จำนวน 21 คน - เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย: เป็นผู้บริหารหน่วยงานมีส่วนสำคัญต่อการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการการคลังสุขภาพและการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด 19 ของประเทศไทย หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน 	<p>การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis)</p>
<p>3. เพื่อทำความเข้าใจเศรษฐกิจสาธารณสุขการเมืองของการลงทุนเพื่อตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโควิด 19 ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่าง ๆ ที่มีผลต่อสถานการณ์ของโรคระบาดตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สถาบันวัคซีนแห่งชาติ - สำนักงบประมาณ - สำนักงานบริหารหนี้สาธารณะ - สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมกลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ครั้งที่ 1 วันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 24 คน และครั้งที่ 2 วันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 32 คน 	
<p>4. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการบริหารจัดการการคลังสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - สำนักงานประกันสังคม - สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย - กลุ่มเส้นด้าย 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมกลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ครั้งที่ 1 วันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 24 คน และครั้งที่ 2 วันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 32 คน 	

บทบาทและหน้าที่ระดับองค์กร/หน่วยงาน (Institutions)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระดับองค์กร/หน่วยงาน	
1. หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายและผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากร	
<p>คณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้</p> <ul style="list-style-type: none"> • เลขาธิการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ประธานกรรมการ) • ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (กรรมการ) • ปลัดกระทรวงการคลัง (กรรมการ) • ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ (กรรมการ) • ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารหนี้สาธารณะ (กรรมการ) • ผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (กรรมการ) • ผู้ทรงคุณวุฒิที่นายกรัฐมนตรีแต่งตั้ง (ไม่เกิน 5 คน) กรรมการ • รองเลขาธิการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (เลขานุการ) • ผู้แทนสำนักงบประมาณ (เลขานุการร่วม) • ผู้แทนสำนักงานบริหารหนี้สาธารณะ (เลขานุการร่วม) 	<p>บทบาทหน้าที่</p> <ul style="list-style-type: none"> • พิจารณากลั่นกรองและอนุมัติการใช้จ่ายเงินกู้ • พิจารณากลั่นกรองแผนงานหรือโครงการให้เป็นที่ไปตามแผนงานหรือโครงการตามบัญชีท้าย พ.ร.ก. ก่อนเสนอคณะรัฐมนตรีอนุมัติ • กำกับดูแลการดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการที่ใช้เงินกู้และรายงานความก้าวหน้าต่อคณะรัฐมนตรีอย่างน้อยทุก 3 เดือน • กำหนดวงเงินสำหรับรายการเงินสำรองจ่ายตามแผนงานหรือโครงการที่กำหนดไว้ในบัญชีท้าย พ.ร.ก. • เสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา) • แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย • เสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อวางระเบียบเกี่ยวกับการดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการที่ใช้เงินกู้ตาม พ.ร.ก. • ปฏิบัติการอื่นตามที่คณะรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย
<p>คณะอนุกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้แทนสำนักงานบริหารหนี้สาธารณะ (เลขานุการร่วม) 	<p>บทบาทหน้าที่</p> <ul style="list-style-type: none"> • วิเคราะห์และพิจารณากลั่นกรองความเหมาะสมของโครงการภายใต้แผนงานหรือโครงการ รวมถึงวงเงินโครงการ เพื่อนำส่งความเห็นและข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการกลั่นกรองการใช้จ่ายเงินกู้

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระดับองค์กร/หน่วยงาน	
สำนักบริหารหนี้สาธารณะ กระทรวงการคลัง	<p>บทบาทหน้าที่</p> <ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารและจัดการการกู้เงิน การเบิกจ่ายเงินกู้ การชำระหนี้ และการอื่นใดที่เกี่ยวกับการกู้เงิน
คณะกรรมการติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณและการใช้จ่ายภาครัฐ กระทรวงการคลัง	<p>บทบาทหน้าที่</p> <ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการติดตามเร่งรัดการใช้จ่ายภาครัฐทั้งรายจ่ายประจำ รายจ่ายลงทุนและโครงการภายใต้ พ.ร.ก. เงินกู้ยืมวงเงินไม่เกิน 1 ล้านล้านบาท
2. หน่วยงาน หรือองค์กรที่ได้รับการจัดสรรทรัพยากร	
กระทรวงสาธารณสุข	<p>บทบาทหน้าที่</p> <ul style="list-style-type: none"> พิจารณาโครงการหรือแผนงานของกรมต่าง ๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอโครงการหรือแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการรับมือโรคโควิด 19 เพื่อรับพิจารณาจัดสรรงบประมาณ ต่อ คณะอนุกรรมการ/คณะกรรมการ หรือหน่วยงานที่จัดสรรงบประมาณ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	<p>บทบาทหน้าที่</p> <ul style="list-style-type: none"> การเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) นำเสนอโครงการหรือแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการรับมือโรคโควิด 19 เพื่อรับพิจารณาจัดสรรงบประมาณ คาดการณ์สถานการณ์ความรุนแรงของโรคโควิด 19 หรือจำนวนทรัพยากรที่จำเป็นต่อการรับมือสถานการณ์แพร่ระบาด
กรมบัญชีกลาง	<p>บทบาทหน้าที่</p>

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระดับองค์กร/หน่วยงาน	
	<ul style="list-style-type: none"> • เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคโควิด19 ให้แก่ข้าราชการ
สถาบันวัคซีนแห่งชาติ	บทบาทหน้าที่ <ul style="list-style-type: none"> • จัดหาซื้อวัคซีนแบบจองซื้อล่วงหน้าร่วมกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันวัคซีนแห่งชาติทำหน้าที่เป็นผู้จองล่วงหน้า ส่วนกรมควบคุมโรค เป็นผู้ซื้อวัคซีนเมื่อวัคซีนที่มีการจองนั้นสามารถที่จะส่งมอบได้
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	บทบาทหน้าที่ <ul style="list-style-type: none"> • สนับสนุนงบประมาณด้านการรักษาโรคโควิด 19 ให้แก่ประชาชนไทย • สนับสนุนงบประมาณการฉีดวัคซีนป้องกันและตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 • เบิกจ่ายค่าชดเชยให้แก่ผู้ได้รับผลกระทบหรือความเสียหายจากการฉีดวัคซีนโรคโควิด19
กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	บทบาทหน้าที่ <ul style="list-style-type: none"> • เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคโควิด19 ให้แก่คนต่างด้าว

ที่มา: คณะผู้วิจัย

บทบาทและหน้าที่ระดับตัวแสดง (Actors) ที่เป็นปัจเจกบุคคลและกลุ่มคน

กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องระดับตัวแสดง	
1. ปัจเจกบุคคลและกลุ่มคนที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากร	
<ul style="list-style-type: none"> • นายกรัฐมนตรี 	บทบาทหน้าที่ <ul style="list-style-type: none"> • นายกรัฐมนตรีและผู้สนองพระบรมราชโองการ พ.ร.ก. เงินกู้ • พิจารณาอนุมัติงบประมาณรายจ่ายในฐานะหัวหน้าคณะรัฐมนตรี • ผู้อำนวยการศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
<ul style="list-style-type: none"> • คณะรัฐมนตรี 	บทบาทหน้าที่ <ul style="list-style-type: none"> • ประกาศและออกคำสั่งบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 • พิจารณาและอนุมัติงบประมาณของแผนงาน/โครงการภายใต้ พ.ร.ก. เงินกู้
2. ภาคประชาสังคม	
กลุ่มเส้นด้าย	บทบาทหน้าที่ <ul style="list-style-type: none"> • ทำงานร่วมกับภาคประชาชนในการให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อโควิด19 ที่ต้องการเตียงหรือเข้ารับการรักษาตัวโรงพยาบาล • ส่งยาหรือให้การรักษาโดยแพทย์อาสาและพยาบาลอาสาของมูลนิธิ

ที่มา: คณะผู้วิจัย