

อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖

ภูษิต ประคองสาย
วัลย์พร พัทธนฤมล
กัญญา ติชยาธิคม
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงอัตราการเจ็บป่วยของประชาชนไทย และต้นทุนสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ เป็นแรงกดดันให้มีการปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ในเชิงวิชาการ สำหรับการกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๖ โดยใช้กรอบการคำนวณอัตราเหมาจ่ายปีงบประมาณ ๒๕๔๕ เป็นหลัก และใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมากที่สุด ได้แก่ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ต้นทุนสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนปีงบประมาณ ๒๕๔๔ อ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและแนวทางการตรวจสุขภาพประชาชนไทยของแพทยสภา การศึกษานี้ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคมถึงเมษายน ๒๕๔๕ ผ่านการทำงานของคณะกรรมการพิจารณาดำเนินการอัตราเหมาจ่ายต่อรายหัวประชากร และการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐและเอกชน โดยคณะนักวิจัยเป็นเลขานุการวิชาการของคณะกรรมการ

ผลการศึกษาพบว่า อัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๔๖ เท่ากับ ๑,๔๑๔ บาท โดยมีองค์ประกอบของอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ๖๑๘ บาท บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ๔๖๕ บาท บริการทันตกรรมประดุษุ ๒.๓๑ บาท บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล ๒๐๖ บาท บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๐ บาท การลงทุนเพื่อทดแทนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง ๑๐๕ บาท อัตราเหมาจ่ายรายหัว ๑,๔๑๔ บาทในปี ๒๕๔๖ นี้ สูงกว่าปี ๒๕๔๕ (๑,๒๐๒ บาท) เท่ากับ ๒๑๒ บาทต่อคนคิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ ๑๗.๖ ทำให้รัฐบาลมีภาระงบประมาณสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๔๕ เท่ากับ ๘,๕๔๐ ล้านบาท

คำสำคัญ: อัตราเหมาจ่ายรายหัว, โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ปีงบประมาณ ๒๕๔๖

บทนำ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เริ่มดำเนินการครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ (ยกเว้น บางเขตของกรุงเทพมหานคร) ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๔๔ ที่ผ่านมา วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล รัฐบาลตัดสินใจ จัดสรรงบประมาณแบบปลายปิด เป็น "เหมาจ่ายรายหัวประชากร - capitation" โดยในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ ได้มีการกำหนดความต้องการงบประมาณจากรัฐบาลในอัตราเหมาจ่ายรายหัวเท่ากับ ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี อัตราเหมาจ่ายดังกล่าวครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล การส่งเสริมป้องกันโรคระดับบุคคล การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง การเจ็บป่วยประเภทอุบัติเหตุฉุกเฉินและการลงทุนครุภัณฑ์และที่ดินสิ่งก่อสร้างของสถานพยาบาล

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ^(๑) ได้แสดงวิธีการคำนวณความต้องการงบประมาณของอัตราเหมาจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ โดยใช้ฐานข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลระดับต่างๆ ในปี ๒๕๔๒ รายจ่ายกรณีคำรักษาพยาบาลที่มีราคาแพงและอุบัติเหตุฉุกเฉินของสำนักงานประกันสังคมปี ๒๕๔๒-๒๕๔๓ ฐานข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของประชากรไทยจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี ๒๕๓๙ พบว่า ความต้องการงบประมาณเท่ากับ ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี โดยจำแนกเป็นต้นทุนสำหรับผู้ป่วยนอก ๕๗๔ บาท ผู้ป่วยใน ๓๐๓ บาท บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลเท่ากับร้อยละ ๒๐ ของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลซึ่งเท่ากับ ๑๗๕ บาท บริการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ๓๒ บาท บริการกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ๒๕ บาทและงบประมาณเพื่อการลงทุนร้อยละ ๑๐ ของค่ารักษาพยาบาลซึ่งเท่ากับ ๙๓ บาท ต่อมา ศุภสิทธิ์ พรหมารุโนทัยและคณะ^(๒) ได้วิจารณ์ถึงจุดอ่อนของการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๕ คือ การประมาณการอัตราป่วยกรณีผู้ป่วยในต่ำกว่าที่

ควรจะเป็น ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยของสถานพยาบาลที่แตกต่างจากงานวิจัยปฏิบัติการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในปี ๒๕๔๑^(๓) และการมิได้นำต้นทุนของสถานพยาบาลที่มีต้นทุนสูง คือ โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยมาใช้ในการคำนวณ

เนื่องจากปีงบประมาณ ๒๕๔๖ มีข้อมูลใหม่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของประชากร ข้อมูลต้นทุนของสถานพยาบาล ข้อเสนอแนะต่อวิธีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประกอบกับเสียงเรียกร้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๖ จากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายต่อรายหัวประชากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๔ / ๒๕๔๕ โดยมี ศาสตราจารย์ ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธานคณะกรรมการและมีตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานงบประมาณ ตัวแทนสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ตัวแทนสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย นักวิชาการและนักวิจัยระบบสาธารณสุข ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขเป็นคณะกรรมการดำเนินการโดยมีคณะผู้วิจัยเป็นเลขานุการด้านวิชาการ ทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอให้คณะกรรมการฯ เพื่อหาข้อสรุปในทางวิชาการสำหรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่อปีของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ ๒๕๔๖

งานวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงวิธีการคำนวณความต้องการงบประมาณจากรัฐบาลต่ออัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๖ และแหล่งข้อมูลที่ใช้ เพื่อเป็นเอกสารอ้างอิงในการสร้างความเข้าใจให้กับผู้บริหาร นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ถึงฐานที่มาของการคำนวณ องค์ประกอบของอัตราเหมาจ่ายรายหัว ตลอดจนข้อจำกัดต่างๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาวิธีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวในอนาคต

วิธีการศึกษา

การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๔๖ อาศัยกรอบวิธีการคำนวณของปีงบประมาณ ๒๕๔๕ โดยดำเนินการศึกษาในช่วงระหว่างเดือน มกราคม ถึง เมษายน ๒๕๔๕ และอาศัยฐานข้อมูลดังต่อไปนี้

๑. ข้อมูลการเจ็บป่วยของคนไทยใช้ข้อมูลรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๔๔^(๔) สำนักงานสถิติแห่งชาติ

๒. ข้อมูลต้นทุนสถานพยาบาลในภาครัฐ ใช้ข้อมูลต้นทุนดำเนินการสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๔๔ ที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลมากที่สุดโดยระดับโรงพยาบาลชุมชนใช้ข้อมูล ๒๔๐ แห่ง ใน ๓๕ จังหวัดจากโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด ๗๐๔ แห่ง ใน ๗๕ จังหวัด ส่วนข้อมูลโรงพยาบาลจังหวัดใช้ข้อมูล ๗๔ แห่ง จากโรงพยาบาลจังหวัดทั้งหมด ๙๒ แห่ง

๓. ข้อมูลต้นทุนของสถานพยาบาลในภาคเอกชน ใช้ข้อมูลต้นทุนดำเนินการของโรงพยาบาลเอกชนปี ๒๕๔๔ สืบจากโรงพยาบาลเอกชน ๒๕ แห่ง จากข้อมูลโรงพยาบาลเอกชน ๔๐ แห่งที่จัดส่งให้โดยการประสานงานของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน

๔. ข้อมูลต้นทุนของสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ใช้ข้อมูลการศึกษาต้นทุนดำเนินการของโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยจำนวน ๗ แห่ง ปีงบประมาณ ๒๕๔๔

๕. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค คำนวณต้นทุนดำเนินการของกิจกรรมซึ่งอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ที่ระบุไว้ในเอกสาร “แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน” ของกระทรวงสาธารณสุข^(๕) และแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย^(๖) โดยแพทยสภาแห่งประเทศไทย

การควบคุมคุณภาพภายในและภายนอก

เมื่อนักวิจัยดำเนินการถึงขั้นตอนสุดท้าย ได้ส่งฐาน

ข้อมูลใน Excel file ไปยัง external reviewers จำนวน ๓ ราย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทั้ง ๓ คนได้ตรวจสอบความถูกต้องของการใช้สูตรการคำนวณและความแนบเนียน (consistency) ระหว่าง worksheet ต่างๆ ในทุกๆแฟ้มข้อมูลและให้ความเห็นชอบกับผลการศึกษา นอกจากนี้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ประสานเพื่อขอให้ผู้เชี่ยวชาญด้านคณิตศาสตร์ประกันภัยจากองค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Office, ILO) เป็น external reviewers เพื่อทบทวนความเหมาะสมทางด้านวิชาการอีกด้วย

ผลการศึกษา

องค์ประกอบของอัตราเหมาจ่ายรายหัวปีงบประมาณ ๒๕๔๖ มีรายการสำคัญ ๕ รายการ ได้แก่

๑. การรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

๒. การให้บริการทันตกรรมประดิษฐ์

๓. การให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล

๔. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๕. การลงทุนทดแทนครุภัณฑ์และที่ดินสิ่งก่อสร้างโดยคณะกรรมการฯ ได้มีมติให้ตัดอัตราเหมาจ่าย

สำหรับบริการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง และบริการกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งอยู่ในกรอบการคำนวณอัตราเหมาจ่ายในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ ออกเนื่องจากต้นทุนการให้บริการรักษาพยาบาลทั้งประเภทได้นำมาคำนวณรวมอยู่ในต้นทุนกรณีผู้ป่วยนอกและกรณีผู้ป่วยในของปีงบประมาณ ๒๕๔๖ แล้ว นอกจากนี้ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ คณะกรรมการฯ ได้เพิ่มอัตราเหมาจ่ายเพื่อชดเชยกรณีการรักษาพยาบาลราคาแพงในสถานพยาบาลตติยภูมิและกรณีทันตกรรมประดิษฐ์ ซึ่งหลักเกณฑ์ วิธีการคำนวณ ข้อกำหนด ข้อสมมุติ ต่างๆ กรณีที่ไม่มีข้อมูล ที่ปรากฏในผลการศึกษาเป็นมติและให้การรับรองโดยคณะกรรมการชุดนี้

การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๖ ประกอบด้วยรายละเอียดที่สำคัญดังต่อไปนี้

๑. อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ใช้ฐานข้อมูล ๒ ชุด คือ

ข้อมูลชุดที่ ๑ การเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนไทย

นำฐานข้อมูลการเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพของคนไทยจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๔๔ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์จำแนกข้อมูลประชากรเป็น ๔ กลุ่ม คือ

●กลุ่มที่ ๑ ผู้ที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ

●กลุ่มที่ ๒ ผู้ประกันตนตาม พรบ.ประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

●กลุ่มที่ ๓ กลุ่มประชาชนที่ประกันสุขภาพภาคเอกชนโดยสมัครใจ (private voluntary insurance)

●กลุ่มที่ ๔ ประชาชนที่เหลือ (rest of population) ได้แก่ กลุ่มประชาชนที่มีบัตร สปร.เดิม บัตรสุขภาพเดิมและผู้ที่ไม่มียุทธวิธีประกันสุขภาพใดๆ

ทั้งนี้ประชากรกลุ่มที่ ๔ เท่านั้นที่ได้รับสิทธิประโยชน์จากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นกลุ่มที่มีโครงสร้างอายุประชากรและแนวโน้มพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรเป้าหมายในโครงการหลัก

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้น จึงเลือกใช้ข้อมูลอัตราการเจ็บป่วย และสัดส่วนการเลือกใช้สถานพยาบาลของประชากรในกลุ่มที่ ๔ เท่านั้น พบว่า ประชากรกลุ่มที่ ๔ มีอัตราการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ๔.๑๐๑ ครั้ง/คน/ปี (นำข้อมูลอัตราการเจ็บป่วย ในช่วง ๒ สัปดาห์ มาคูณด้วย ๒๖ เพื่อเป็นอัตราการเจ็บป่วยทั้งปี) และมีอัตราป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล (admission rate) ๐.๐๗๖๔ ครั้ง/คน/ปี ดังตารางที่ ๑

พฤติกรรมกรเลือกใช้ใช้บริการเมื่อมีการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล พบว่า ผู้มีสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ เมื่อเจ็บป่วยจะเลือกไปรับบริการที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดมากที่สุด (ร้อยละ ๔๐) ส่วนผู้มีสิทธิประกันสังคมเลือกชื้อยากินเองมากที่สุด (ร้อยละ ๒๙) ประชาชนกลุ่มที่เหลือ ส่วนใหญ่ชื้อยากินเองและไปรับบริการที่สถานีนอนามัย (ร้อยละ ๒๓ และร้อยละ ๒๒ ตามลำดับ) ในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวคำนวณจากการเลือกใช้บริการของประชาชนกลุ่มที่เหลือ (rest of population) เฉพาะจากสถานพยาบาลเท่านั้น (สถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน) ดังแสดงในตารางที่ ๒

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเลือกรับบริการ

ตารางที่ ๑ อัตราการเจ็บป่วยของประชาชนไทย จำแนกตามสิทธิต่างๆ, ๒๕๔๔

| ลักษณะและอัตราการเจ็บป่วย | สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (กลุ่มที่ ๑) | ประกันสังคม (กลุ่มที่ ๒) | ประกันสุขภาพเอกชน (กลุ่มที่ ๓) | ประชาชนกลุ่มที่เหลือ (กลุ่มที่ ๔) | รวมทั้งหมด |
|---|--|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------|
| จำนวนประชากร | ๕,๓๔๑,๒๖๔ | ๔,๕๓๗,๑๗๒ | ๘๐๒,๕๓๓ | ๕๒,๑๘๕,๖๔๖ | ๖๒,๘๗๑,๐๑๕ |
| จำนวนการป่วยไม่ต้องนอนรพ. (ครั้ง/๒ สัปดาห์) | ๗๗๔,๓๗๕ | ๔๒๕,๕๒๔ | ๕๒,๓๒๒ | ๘,๒๓๒,๐๕๒ | ๕,๕๒๔,๓๑๗ |
| อัตราป่วย (ครั้ง/คน/ปี) | ๓.๗๖๕ | ๒.๔๓๘ | ๒.๕๕๐ | ๔.๑๐๑ | ๓.๕๓๕ |
| ป่วยจนต้องนอน รพ. (ครั้ง/ปี) | ๕๕๗,๖๖๕ | ๒๕๓,๔๔๕ | ๑๒๒,๔๘๑ | ๓,๕๘๘,๕๖๒ | ๔,๕๒๒,๑๕๓ |
| อัตราป่วยจนต้องนอน รพ. (ครั้ง/คน/ปี) | ๐.๑๐๔๔ | ๐.๐๖๔๗ | ๐.๑๕๒๕ | ๐.๐๗๖๔ | ๐.๐๗๘๕ |

ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๔๔, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ ๒ ร้อยละการเลือกใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยกรณีไม่ต้องนอนรพ.จำแนกตามสิทธิต่างๆ, ๒๕๔๔

| วิธีการเลือกรับบริการเมื่อเจ็บป่วย กรณีไม่ต้องนอนโรงพยาบาล | สวัสดิการรักษ พยาบาลข้าราชการ | ประกัน สังคม | ประกันสุข ภาพเอกชน | ประชาชน กลุ่มที่เหลือ | รวม ทั้งหมด |
|--|----------------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------------|----------------|
| ไม่ได้ทำการรักษา / ใช้จ่ายแผนโบราณ / สมุนไพร / หาหมอพื้นบ้าน / แผนโบราณ | ๕ | ๔ | ๖ | ๘ | ๘ |
| ชื้อยากินเอง | ๑๘ | ๒๕ | ๒๘ | ๒๓ | ๒๓ |
| ใช้บริการที่สถานีนามัย | ๕ | ๕ | ๔ | ๒๒ | ๒๐ |
| ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน | ๑๑ | ๖ | ๓ | ๑๔ | ๑๓ |
| ใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด/ โรงพยาบาลอื่นๆของรัฐ | ๔๐ | ๑๗ | ๑๔ | ๑๘ | ๒๐ |
| ใช้บริการที่คลินิกเอกชน | ๑๕ | ๑๔ | ๑๕ | ๑๒ | ๑๒ |
| ใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน | ๕ | ๒๓ | ๒๕ | ๓ | ๔ |
| อื่นๆ / ไม่ทราบ | ๑ | ๒ | ๑ | ๐ | ๑ |
| รวมทั้งหมด | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ |

ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๔๔, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดมากที่สุด (ร้อยละ ๕๑) ผู้มีสิทธิประกันสังคมส่วนใหญ่เลือกรับบริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ ๓๙ และร้อยละ ๓๓ ตามลำดับ) ประชาชนกลุ่มที่เหลือ (rest of population) ส่วนใหญ่ไปรับบริการจากโรงพยาบาลจังหวัด และ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ ๔๔ และร้อยละ ๓๐ ตามลำดับ) ดังในตารางที่ ๓

ข้อมูลชุดที่ ๒ ต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

สถานีนามัย ใช้ข้อมูลต้นทุนผู้ป่วยนอกของสถานีนามัยที่ใช้ในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๕ ปรับด้วยดัชนีราคาผู้บริโภค ร้อยละ ๓ เท่ากับ ๖๒ บาท

โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด ทำการคำนวณต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในปีงบประมาณ ๒๕๔๔ ด้วยวิธีลัด^(๗) โดยใช้สัดส่วนต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกต่อต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจังหวัด เท่ากับ ๑:๑๔ และ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ ๑:๑๔ ได้ค่ามัธยฐาน (median) ของต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก

ของโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ ๒๖๒ บาท/ครั้ง และโรงพยาบาลจังหวัด เท่ากับ ๓๗๔ บาท/ครั้ง ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน ๓,๖๖๙ บาท/ราย โรงพยาบาลจังหวัด เท่ากับ ๖,๔๑๒ บาท/ราย ดังตารางที่ ๔

คลินิกเอกชน ไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกของคลินิกเอกชน ผู้วิจัยอ้างอิงโครงสร้างกายภาพและจำนวนบุคลากรของสถานีนามัย และกำหนดให้คลินิกเอกชนมีต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก เท่ากับ ๑๐๐ บาท/ครั้ง

โรงพยาบาลเอกชน ทำการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยด้วยวิธีลัดจากข้อมูลปี ๒๕๔๔ ของโรงพยาบาลเอกชน ๒๕ แห่งที่มีข้อมูลครบถ้วนโดยใช้สัดส่วนต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก ต่อ ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในเท่ากับโรงพยาบาลจังหวัด คือ ๑:๑๔ พบว่า ค่ามัธยฐานของต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก เท่ากับ ๓๕๓ บาท/ครั้ง และ ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน เท่ากับ ๖,๓๕๐ บาท/ราย

โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ใช้ค่ามัธยฐานต้นทุนการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลสังกัด

ตารางที่ ๓ ร้อยละการเลือกใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลจำแนกตามสิทธิ, ๒๕๔๔

| การเลือกรับบริการในกรณีเจ็บป่วย จนต้องนอนโรงพยาบาล | สวัสดิการรักษ พยาบาลข้าราชการ | ประกัน สังคม | ประกันสุข ภาพเอกชน | ประชาชน กลุ่มที่เหลือ | รวม ทั้งหมด |
|---|----------------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------------|----------------|
| โรงพยาบาลชุมชน | ๑๕ | ๕ | ๓ | ๓๐ | ๒๖ |
| โรงพยาบาลจังหวัด | ๕๑ | ๓๕ | ๑๕ | ๔๔ | ๔๕ |
| โรงพยาบาลรัฐนอกจังหวัด | ๒๑ | ๑๒ | ๖ | ๑๕ | ๑๕ |
| โรงพยาบาลเอกชน | ๑๑ | ๓๓ | ๖๓ | ๘ | ๑๒ |
| โรงพยาบาลเอกชนนอกจังหวัด | ๓ | ๖ | ๑๒ | ๒ | ๓ |
| รวมทั้งหมด | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ |

ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๔๔, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ ๔ ค่ามัธยฐานต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก (บาท/ครั้ง) และต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน (บาท/ราย) ของสถานพยาบาลภาครัฐ ปี ๒๕๔๔ จำนวนด้วยวิธีลด

| | โรงพยาบาลชุมชน | | | | รวม | โรงพยาบาลจังหวัด | | |
|--|----------------|-------------|-------------|-----------------|-------|------------------|-------|-------|
| | ๑๐ เตียง | ๓๐ เตียง | ๖๐ เตียง | ๘๐-๑๒๐ เตียง | | รพท. | รพศ. | รวม |
| จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (N) | ๕๖ | ๔๑๘ | ๑๓๖ | ๖๔ | ๗๑๔ | ๖๗ | ๒๕ | ๙๒ |
| จำนวนตัวอย่าง (n) ที่มีข้อมูลสมบูรณ์ | ๓๐ | ๑๖๔ | ๕๘ | ๒๘ | ๒๘๐ | ๔๕ | ๒๕ | ๗๐ |
| ร้อยละของโรงพยาบาลตัวอย่างจากจำนวน โรงพยาบาลทั้งหมดในแต่ละระดับ (%) | ๓๑ | ๓๙ | ๔๓ | ๔๔ | ๓๙ | ๗๓ | ๑๐๐ | ๘๐ |
| ค่ามัธยฐาน (median) ต้นทุนต่อครั้ง ผู้ป่วยนอก (บาท/ครั้ง) | ๒๕๓ | ๒๖๓ | ๒๔๘ | ๒๗๑ | ๒๖๒ | ๓๓๑ | ๔๕๕ | ๓๗๘ |
| ค่ามัธยฐาน (median) ต้นทุนต่อราย ผู้ป่วยใน (บาท/ราย) | ๔,๑๐๒ | ๓,๖๘๒ | ๓,๔๗๒ | ๓,๗๕๔ | ๓,๖๖๕ | ๕,๕๕๘ | ๘,๒๖๒ | ๖,๘๑๒ |

ที่มา ฐานข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงินและประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากรของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสำนักงานพัฒนา
เครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ทบวงมหาวิทยาลัยในปีงบประมาณ ๒๕๔๔ เท่ากับ ๖๗๙ บาท ต่อครั้งผู้ป่วยนอก และ ๑๒,๒๒๒ บาท ต่อรายผู้ป่วยใน

นำข้อมูลชุดที่ ๑ และ ชุดที่ ๒ มาคำนวณอัตรา
เหมาจ่ายรายหัวสำหรับงานรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก
และผู้ป่วยใน โดยปรับเพิ่มอัตราป่วยกรณีไม่ต้อง
นอนโรงพยาบาลด้วยค่าความแตกต่างของฤดูกาล (sea-
sonal variation of illness) ร้อยละ ๓ เนื่องจากการ

สำรวจอนามัยและสวัสดิการเป็นการสอบถามการเจ็บ
ป่วยในรอบ ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา คาบการสำรวจอยู่
ระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน ๒๕๔๔ เมื่อนำ
ปริมาณผู้ป่วยนอก จากรายงานของสถานพยาบาล
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รายงาน ๐๑๑๐ รง ๕) มา
วิเคราะห์ความแปรผันของฤดูกาลกับการใช้บริการผู้
ป่วยนอก พบว่า เดือนเมษายนถึงมิถุนายน เป็นช่วงที่
จำนวนผู้ป่วยนอกต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั้งปีอยู่ร้อยละ ๓^(๔) ส่วน

อัตราป่วยกรณีนอนโรงพยาบาลเป็นการสอบถามข้อมูลย้อนหลังหนึ่งปีจึงไม่ต้องปรับความแตกต่างของฤดูกาลจะได้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอก เท่ากับ ๖๑๔ บาท/คน/ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ ๕ และ ผู้ป่วยใน เท่ากับ ๔๖๙ บาท/คน/ปี ดังตารางที่ ๖

สำหรับวิธีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายเพื่อชดเชยการรักษาพยาบาลระดับตติยภูมิของสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและสถานพยาบาลเฉพาะทางคณะกรรมการฯ กำหนดให้ร้อยละ ๑๐ ของผู้ป่วยนอกที่ไปใช้บริการสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและสถานพยาบาลเฉพาะทางในปี ๒๕๔๔ เป็นผู้ป่วยนอกที่ส่งต่อจาก รพ.ชุมชน หรือ รพท. / รพศ. และมีค่าใช้จ่ายต่อครั้งเป็น ๒ เท่าของต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย คือ ๖๗๙ x ๒ = ๑,๓๕๘ บาท เนื่องจากความซับซ้อนของการเจ็บป่วย และ/หรือ ต้องการการวินิจฉัยพิเศษ เป็นต้น

ส่วนต้นทุนของสัดส่วนผู้ป่วยนอกที่เหลือ (๙๐%) ซึ่งไปใช้บริการสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและสถานพยาบาลเฉพาะทางคิดต้นทุนเท่ากับรพท./รพศ. คือ ๓๗๔ บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก ในขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยในของสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและสถานพยาบาลเฉพาะทาง คิดต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในเท่ากับต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในของสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย คือ ๑๒,๒๒๒ บาท ทำให้อัตราเหมาจ่ายเพิ่มเติมสำหรับสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้บริการเฉพาะทางเท่ากับ ๒๖ บาทสำหรับผู้ป่วยนอกและ ๖๒ บาทสำหรับผู้ป่วยใน

๒. อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการให้บริการทันตกรรมประดิษฐ์ (Denture care)

งานบริการทันตกรรมประดิษฐ์เป็นบริการที่ถูกระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ แต่เนื่องจากข้อจำกัดของ

ตารางที่ ๕ การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ ๒๕๔๖

| ผู้ป่วยนอก | สถานพยาบาล | สัดส่วนในการเลือกสถานพยาบาล | ค่ามัธยฐานต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก (บาท) | อัตราเหมาจ่ายต่อคนต่อปี (บาท)** |
|---------------------|---|-----------------------------|--|---------------------------------|
| อัตราป่วยต่อคนต่อปี | ไม่ได้ทำการรักษา | ๐.๐๕๑ | | |
| ๔.๑๐๑ | ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร | ๐.๐๑๘ | | |
| | ไปหาหมอที่บ้าน/แผนโบราณ | ๐.๐๐๖ | | |
| | ซื้อยากินเอง | ๐.๒๒๖ | | |
| | ไปสถานอนามัย | ๐.๒๒๒ | ๖๒ | ๕๘ |
| | ไปโรงพยาบาลชุมชน | ๐.๑๔๒ | ๒๖๒ | ๑๕๘ |
| | ไปโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลอื่นๆของรัฐ | ๐.๑๗๕ | ๓๗๘ | ๒๘๖ |
| | ไปโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ | ๐.๐๐๕ | ๑,๓๕๘ * | ๒๖ |
| | ไปหาแพทย์ที่คลินิก | ๐.๑๒๐ | ๑๐๐ | ๕๑ |
| | ไปโรงพยาบาลเอกชน | ๐.๐๒๖ | ๓๕๓ | ๓๕ |
| | อื่นๆ / ไม่ทราบ | ๐.๐๐๕ | | |
| | รวมทั้งหมด | ๑.๐๐ | | ๖๑๔ |

หมายเหตุ *กำหนดต้นทุนของผู้ป่วยนอกที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน/รพท./รพศมีค่าใช้จ่ายเป็น ๒ เท่าของต้นทุนผู้ป่วยนอกกรพ.ทบวงมหาวิทยาลัย = ๖๗๙ x ๒ = ๑,๓๕๘ บาท
**เป็นอัตราเหมาจ่ายที่ปรับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยนอกตามค่าความแตกต่างของฤดูกาล ๓%

ตารางที่ ๖ การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ ๒๕๔๖

| ผู้ป่วยใน | สถานพยาบาล | สัดส่วนผู้ป่วยใน | ค่ามัธยฐานต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน (บาท) | อัตราเหมาจ่ายต่อคนต่อปี (บาท) |
|------------------------------|--------------------------|------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| อัตราป่วย ครั้งต่อคนต่อปี | โรงพยาบาลชุมชน | ๐.๓๐๐ | ๓,๖๖๕ | ๘๔ |
| ๐.๐๗๖๔ | โรงพยาบาลระดับจังหวัด | ๐.๓๘๕ | ๖,๘๑๒ | ๒๐๒ |
| | โรงพยาบาลรัฐนอกจังหวัด | ๐.๑๓๔ | ๖,๘๑๒ | ๗๐ |
| | โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ | ๐.๐๖๗ | ๑๒,๒๑๒ | ๖๒ |
| | โรงพยาบาลเอกชน | ๐.๐๘๒ | ๖,๓๕๐ | ๔๐ |
| | โรงพยาบาลเอกชนนอกจังหวัด | ๐.๐๒๒ | ๖,๓๕๐ | ๑๑ |
| | อื่นๆ / ไม่ทราบ | ๐.๐๐๖ | ๐ | ๐ |
| | รวมผู้ป่วยในทั้งหมด | ๑.๐๐ | | ๔๖๘ |

จำนวนบุคลากร ทำให้การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวต้องใช้ข้อมูลจำนวนทันตแพทย์และความสามารถในการให้บริการทันตกรรมประดิษฐ์เป็นฐานการคำนวณ โดยไม่สามารถใช้ความชุกของโรคหรือความต้องการของประชาชนได้ การคำนวณอัตราเหมาจ่ายปี ๒๕๔๖ ใช้จำนวนทันตแพทย์ที่อยู่ในภาคราชการทั่วประเทศ ๓,๓๗๐ คน (จากรายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๔๓ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย) ซึ่งสามารถให้บริการทันตกรรมประดิษฐ์ได้เต็มที่ ๔๐ ชิ้นต่อคนต่อปี^(๔) ค่าห้องปฏิบัติการงานทันตกรรมประดิษฐ์เฉลี่ยเท่ากับ ๑,๐๖๓ บาทต่อชิ้น^(๑๐) และผู้รับบริการเป็นประชากรในกลุ่มที่ได้รับสิทธิประโยชน์ประมาณ ๔๕ ล้านคนจากประชากรทั้งหมด ๖๒ ล้านคน จึงตั้งเป้าหมายให้มีการจัดทำทันตกรรมประดิษฐ์สำหรับประชากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับร้อยละ ๗๓ ของความสามารถทันตแพทย์ในการให้บริการทันตกรรมประดิษฐ์ตลอดทั้งปี ค่าวนอัตราเหมาจ่ายรายหัวเพื่อเตรียมไว้สำหรับงานทันตกรรมประดิษฐ์ในวงเงินสูงสุด เท่ากับ ๒.๓๑ บาทต่อคนต่อปี ดังแสดงในตารางที่ ๗

๓. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล

เมื่อใช้ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งกำหนดลักษณะการให้บริการทั้งหมด ๑๐ รูปแบบ^(๔) ทำการคำนวณต้นทุนต่อหน่วย โดยการหาต้นทุนดำเนินการที่เป็นค่าวัสดุอย่างเดีว (non-labor operating cost) และปรับเพิ่มต้นทุนค่าแรง ที่ร้อยละ ๖๒ ของต้นทุนดำเนินการทั้งหมด (อ้างอิงสัดส่วนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จาก การศึกษาต้นทุนสถานอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนในโครงการ Social Investment Project-SIP^(๑๑)) จะได้อัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากรสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เท่ากับ ๒๐๖ บาท/คน/ปี^(๑๒)

๔. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service EMS)

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและคณะกรรมการบริหารกองทุนบัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขได้มีมติเพิ่มเติมสิทธิประโยชน์ใน

ตารางที่ ๗ การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการทันตกรรมประดิษฐ์

| รายการ | จำนวน |
|--|-----------------|
| จำนวนทันตแพทย์ที่อยู่ในภาคราชการปี ๒๕๔๓ | ๓,๓๗๐ คน |
| ความสามารถในการให้บริการทันตกรรมประดิษฐ์อย่างเต็มที่ | ๔๐ ชิ้น/คน/ปี |
| จำนวนชิ้นของทันตกรรมประดิษฐ์สูงสุดที่ทันตแพทย์ในภาคราชการสามารถให้บริการได้ต่อปี | ๑๓๔,๘๐๐ ชิ้น |
| ค่าเฉลี่ยค่าบริการห้องปฏิบัติการ งานทันตกรรมประดิษฐ์ชนิดฐานอะคริลิก | ๑,๐๖๓ บาท |
| ร้อยละของประชากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับประชากรทั้งประเทศ | ๗๒.๖ |
| จำนวนทันตกรรมประดิษฐ์ที่คาดว่าจะได้รับบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า | ๕๗,๘๓๕ ชิ้น |
| วงเงินงบประมาณสำหรับบริการทันตกรรมประดิษฐ์ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ | ๑๐๔,๐๐๒,๕๔๘ บาท |
| อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการทันตกรรมประดิษฐ์ | ๒.๓๑ บาท/คน/ปี |

การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๕ ดังนั้น ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ได้กำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน ๑๐ บาทต่อคนต่อปี เท่ากับที่อนุมัติให้ในปีงบประมาณ ๒๕๔๕

๕. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในการลงทุนครุภัณฑ์และที่ดินสิ่งก่อสร้าง (capital replacement)

คณะกรรมการเห็นชอบตามที่นักวิจัยเสนอ กำหนดให้เท่ากับร้อยละ ๑๐ ของอัตราเหมาจ่ายด้านการรักษาพยาบาลโดยรวม คือ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ คิดเป็น ๑๐๙ บาทต่อคนต่อปี ซึ่งกำหนดเป็นงบประมาณสำหรับการลงทุนด้านครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างเพื่อทดแทนการชำรุดเท่านั้น ไม่รวมถึงการลงทุนใหม่

สรุปอัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ ๒๕๔๖

เมื่อนำอัตราเหมาจ่ายรายหัวแต่ละรายการมารวมกันเพื่อเป็นอัตราเหมาจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ดังตารางที่ ๘ พบว่า อัตราเหมาจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ เท่ากับ ๑,๔๑๔ บาทต่อคนต่อปี โดยมีองค์ประกอบของอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับ

บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ๖๑๔ บาท บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ๔๖๙ บาท บริการทันตกรรมประดิษฐ์ ๒.๓๑ บาท บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล ๒๐๖ บาท บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๐ บาท และการลงทุนเพื่อทดแทนครุภัณฑ์และที่ดินสิ่งก่อสร้าง ๑๐๙ บาท โดยมีสัดส่วนของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลเท่ากับร้อยละ ๑๕

หากอัตราเหมาจ่ายรายหัวเป็น ๑,๔๑๔ บาท รัฐบาลต้องใช้เงินงบประมาณเพิ่มจากปีงบประมาณ ๒๕๔๕ เท่ากับ ๙,๕๔๐ ล้านบาท หรือ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๗.๖๔ โดยอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการลงทุนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างมีอัตราการเพิ่มสูงสุดคือร้อยละ ๓๐.๗ (ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของอัตราเหมาจ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล) ในขณะที่การบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลและบริการด้านการรักษาพยาบาลมีอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๗.๗๑ และร้อยละ ๑๖.๖๓ ตามลำดับ

อภิปรายผล

อัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๖ เท่ากับ ๑,๔๑๔ บาท เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๔๕ เป็นเงิน ๒๑๒ บาทหรือมีอัตรา

ตารางที่ ๘ เปรียบเทียบรายการอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๖

| ลำดับที่ | รายการอัตราเหมาจ่ายรายหัว | ปีงบประมาณ | ปีงบประมาณ | อัตราการเพิ่มของ งบประมาณ (ร้อยละ) |
|----------|--|---------------|------------|---------------------------------------|
| | | ๒๕๔๕ | ๒๕๔๖ | |
| ๑ | การรักษาพยาบาล | | | |
| | • ผู้ป่วยนอก | ๕๗๔ | ๖๑๘ | |
| | • ผู้ป่วยใน | ๓๐๓ | ๔๖๕ | |
| ๒ | การรักษาพยาบาลที่มีอัตราเหมาจ่ายสูง | ๓๒ | X | ๑๖.๖๓ |
| | งานทันตกรรมประดิษฐ์ | X | ๒.๓๑ | |
| ๓ | การรักษาพยาบาลกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน | ๒๕ | X | ๑๗.๗๑ |
| ๔ | การให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล | ๑๗๕ | ๒๐๖ | |
| ๖ | การพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service; EMS) | ๑๐ | ๑๐ | ๐ |
| ๗ | การลงทุนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง (capital replacement) | ๕๓.๔-๑๐=๔๓.๔* | ๑๐๕ | ๓๐.๗ |
| | อัตราเหมาจ่ายรายหัว (บาทต่อคนต่อปี) | ๑,๒๐๒ | ๑,๔๑๔ | ๑๗.๖๔ |
| | ความแตกต่างจากปีงบประมาณ ๒๕๔๕ (บาทต่อคนต่อปี) | | | |
| | งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ร้อยละ) | ๑๕ | ๑๕ | |
| | ยอดรวมของงบประมาณ ต่อประชากร ๔๕ ล้านคน (ล้านบาท) | ๕๔,๐๕๐ | ๖๓,๖๓๐ | |
| | งบประมาณที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๔๕ (ล้านบาท) | | | ๘,๕๘๐ |

*ในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ งบประมาณเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) จำนวน ๑๐ บาทต่อหัวประชากร หักจากงบลงทุนด้านครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง

เพิ่มร้อยละ ๑๗.๖๔ นั้น เนื่องจากปัจจัยที่สำคัญดังต่อไปนี้

๑. ข้อมูลการเจ็บป่วยของประชากรไทย จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๔๔ ซึ่งมีอัตราการเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลของประชาชนเท่ากับ ๐.๐๗๖๔ ครั้งต่อคนต่อปี ในขณะที่การสำรวจปี ๒๕๓๙ มีอัตราการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลเท่ากับ ๐.๐๖๖๖ ครั้งต่อคนต่อปี หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๕.๖ ในขณะที่อัตราการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอกในปี ๒๕๔๔ ลดลงจากปี ๒๕๓๙ เล็กน้อย (๔.๑๐ ครั้งต่อคนต่อปีในปี ๒๕๔๔ และ ๔.๓๔ ครั้งต่อคนต่อปีในปี ๒๕๓๙)

๒. ต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดที่นำมาใช้ในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายปี ๒๕๔๖ มีค่าสูงมากกว่าตัวเลขต้นทุนที่ใช้ในการคำนวณปี ๒๕๔๕ โดยเฉพาะในส่วนของโรงพยาบาลระดับจังหวัด ปี ๒๕๔๖ ใช้ตัวเลขต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก ๓๗๔ บาท และต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน ๖,๔๑๒ บาท ในขณะที่ปี ๒๕๔๕ ใช้ตัวเลขต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก ๒๗๔ บาท และต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน ๕,๔๒๔ บาท คือ มีการเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๖ และร้อยละ ๒๕.๖ ตามลำดับ

๓. การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๖ มี

การนำตัวเลขต้นทุนของสถานพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยซึ่งมีต้นทุนต่อหน่วยสูงทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (๖๗๙ บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอกและ ๑๒,๒๒๒ บาทต่อรายผู้ป่วยใน) มาร่วมคำนวณด้วย

วิธีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวในปี ๒๕๔๕ และ ๒๕๔๖ ใช้ข้อมูลที่สำคัญคือ ข้อมูลต้นทุนของสถานพยาบาลทุกระดับ ข้อมูลการเจ็บป่วยและการใช้บริการสถานพยาบาลของประชาชนไทย ดังนั้น ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลทั้งสองชุด จึงมีความสำคัญอย่างมาก แต่จากการสำรวจในช่วงต้นปี ๒๕๔๕ พบว่า มีสถานพยาบาลในภาครัฐที่ดำเนินการศึกษาดำเนินการโดยวิธีมาตรฐานจำนวนน้อยมาก ทั้งๆ ที่สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส.) กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดอบรม รวมทั้งจัดส่งแผ่น Compact Disc ช่วยสอนเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนของสถานพยาบาลให้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศทั้งภาครัฐและเอกชนแล้วก็ตาม ดังนั้น ข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์อัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๖ จึงเป็นค่าใช้จ่ายรวมของสถานพยาบาลในปี ๒๕๔๔ แล้วนำมาคำนวณต้นทุนโดยวิธีลัด จากนั้นจึงนำค่ามัธยฐานต้นทุนของสถานพยาบาลแต่ละระดับมาใช้ในการคำนวณอัตราเหมาจ่าย ซึ่งวิธีการดังกล่าวอาจไม่สามารถสะท้อนต้นทุนจริงของสถานพยาบาลได้ โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่เฉพาะหรือมีการให้บริการที่มีลักษณะพิเศษ แต่เนื่องจากข้อจำกัดของฐานข้อมูลด้านการเงินและการคลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ไม่สามารถใช้ตัวเลขข้อมูลต้นทุนที่มาจากวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนแบบมาตรฐาน จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนสำหรับการพัฒนาฐานข้อมูลด้านการเงินและการคลังสุขภาพต่อไปในอนาคต

ข้อมูลการเจ็บป่วยของประชากรไทยจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการนั้น มีแนวโน้มที่อัตราป่วยกรณีไม่ต้องนอนโรงพยาบาลจะต่ำกว่าความเป็นจริง ทั้งนี้เนื่องจากการสัมภาษณ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลจากหัวหน้าครัวเรือน (proxy

respondent) หากไม่สามารถสัมภาษณ์สมาชิกทุกคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งจากการสำรวจในปี ๒๕๔๔ พบว่าเป็นการสัมภาษณ์โดยผู้อื่นตอบแทนร้อยละ ๕๔.๕^(๑) ดังนั้น จึงมีแนวโน้มว่า ผู้ให้ข้อมูลแทนจะไม่สามารถทราบการเจ็บป่วยและการใช้บริการของสมาชิกทุกคนในครัวเรือนได้ ส่วนการเจ็บป่วยกรณีนอนโรงพยาบาลจะเป็นเหตุการณ์สำคัญของครัวเรือนและสมาชิกทุกคน ข้อมูลอัตราการเจ็บป่วยกรณีนอนโรงพยาบาลจึงมีแนวโน้มใกล้เคียงความเป็นจริงค่อนข้างมาก

การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ถึงแม้ว่าจะมีวิธีการคำนวณและรายละเอียดที่มากกว่าปีงบประมาณ ๒๕๔๕ ซึ่งในปี ๒๕๔๕ ใช้วิธีประมาณการเท่ากับร้อยละ ๒๐ ของรายจ่ายบริการรักษาพยาบาล แต่พบว่า มีข้อจำกัดของข้อมูลในการคำนวณต้นทุนของกิจกรรมบางรายการ ทำให้ต้องใช้ข้อมูลต้นทุนของโครงการทั้งหมดจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ เช่น กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ มาคำนวณงบประมาณที่ต้องใช้ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ซึ่งอาจจะไม่ถูกต้องกับต้นทุนที่แท้จริง นอกจากนี้ สัดส่วนต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าแรงของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลในแต่ละกิจกรรมควรต้องมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในอนาคต

ความเห็นของฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๖

อัตราเหมาจ่ายซึ่งคำนวณได้ทางวิชาการเท่ากับ ๑,๔๑๔ บาทต่อคนต่อปี นำไปสู่การอภิปรายอย่างกว้างขวางในหลายเวที ในหลายคณะทำงานและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง โดยมีความเห็นเป็น ๒ กลุ่มใหญ่ คือ

กลุ่มที่หนึ่ง ในฝ่ายที่ดูแลรับผิดชอบการคลังภาครัฐ นักวิชาการ และนักเศรษฐศาสตร์ เห็นว่าอัตราที่สูงเกินไป เมื่อเทียบกับภาระงบประมาณ ฐานะการคลัง การรักษาวินัยการคลัง ภาระหนี้สาธารณะต่อผลิตภัณฑ์

มวลรวมภายในประเทศ ภาระการจ่ายงบประมาณเพื่อชำระดอกเบี้ยเงินกู้ภาครัฐ เพดานงบประมาณปี ๒๕๔๖ กำหนดไว้ที่ ๙๙๙,๐๐๐ ล้านบาทโดยจัดท่างบประมาณขาดดุลต่อเนื่องจากปีงบประมาณก่อนหน้า ดังนั้นภาระงบประมาณที่เพิ่มจากปี ๒๕๔๕ จำนวน ๙,๕๓๔ ล้านบาท หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๗.๖ จึงมากเกินไปจนไม่สามารถที่จะหามาให้ทั้งหมดได้ นอกจากนี้ข้ออภิปรายสนับสนุนว่า อัตราหนี้สูงเกินไป ได้แก่

● การสำรวจภาคสนามของ ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโนทัย และคณะ^(๑๔) ในพื้นที่ ๔ จังหวัดระหว่างเดือน ตุลาคม ถึงธันวาคม ๒๕๔๔ พบว่า อัตราการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับร้อยละ ๕๙ และร้อยละ ๖๙ ตามลำดับ ดังนั้น ควรจะต้องปรับลดอัตราเหมาจ่ายนี้ด้วยอัตราการใช้บริการจริง ซึ่งอัตราเหมาจ่าย ๑,๔๑๔ บาทนั้น คำนวณจากสมมติฐาน อัตราการใช้บริการร้อยละ ๑๐๐ ทุกครั้งที่เจ็บป่วยตามแบบแผนตามการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี ๒๕๔๔

● ต้นทุนดำเนินการ ของการรักษาพยาบาลนั้น อาจสูงเกินไป ด้วยเหตุของความด้อยประสิทธิภาพของสถานพยาบาล นอกจากนี้ต้นทุนที่คำนวณได้นี้ และการรวมเอาต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วย สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งค่อนข้างฟุ่มเฟือยในการสั่งจ่ายยา และการตรวจวินิจฉัยต่างๆ ที่เกินความจำเป็นรวมอยู่ด้วย

กลุ่มที่สอง ในฝ่ายที่รับผิดชอบการจัดบริการให้ผู้ป่วย ทั้งภาครัฐโดยเฉพาะโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและสถานพยาบาลภาคเอกชน เห็นว่าอัตรานี้เหมาะสมแล้ว ข้อเสนอสนับสนุน คือ เมื่อประชาชนมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีการใช้บริการเพิ่มมากขึ้น จนอาจถึงระดับเกินความจำเป็นในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ต้นทุนในการเข้าถึงบริการ นอกจากค่าเดินทาง ค่าเสียโอกาสแล้ว เท่ากับ ๓๐ บาท สำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับการคุ้มครองมาก่อน (ซึ่งต้องการข้อมูลพิสูจน์สมมุติฐานนี้ต่อไป) นอกจากนี้ สถานพยาบาล

เฉพาะทางและสถานพยาบาลตติยภูมิไม่สามารถรับอัตราเหมาจ่ายนี้ได้ เนื่องจากมีต้นทุนการให้บริการที่สูง โดยเฉพาะมีการเรียนการสอนในระดับปริญญาและหลังปริญญา (ข้อโต้แย้งกลับคือ สถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย จะต้องวิเคราะห์ต้นทุนของการผลิตบัณฑิต ออกจากต้นทุนการให้บริการผู้ป่วย และไม่พึงใช้งบประมาณเพื่อการรักษาพยาบาล มาอุดหนุน - cross subsidy การผลิตบัณฑิต งบประมาณการผลิตบัณฑิต ควรจะได้จากทบวงมหาวิทยาลัย หรือค่าหน่วยกิตที่สอดคล้องกับต้นทุน)

ประสบการณ์ของผู้วิจัย ในการเป็นเลขานุการด้านวิชาการให้คณะกรรมการฯ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างแนบแน่น ระหว่างอัตราเหมาจ่ายกับการบริหารงบประมาณ (กรณีเหมาจ่ายทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน - inclusive capitation หรือ กรณีเหมาจ่ายผู้ป่วยนอก - capitation และกำหนดเพดานงบประมาณสำหรับผู้ป่วยใน - Global budget หรือที่เรียกว่า exclusive capitation) และพฤติกรรมการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลปฐมภูมิไปยังสถานพยาบาลตติยภูมิภายใต้วิธีการบริหารงบประมาณ ทั้ง ๒ แบบ ซึ่งมีผลต่อฐานะการเงินของสถานพยาบาลตติยภูมิ ความกังวลและความไม่แน่ใจในอนาคตของฐานะการเงินของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน การพิจารณาอัตราเหมาจ่ายครั้งนี้ไม่ได้นำไปจจัยเหล่านี้ มาเกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ ดังนั้น รูปแบบการบริหารงบประมาณจึงมีความสำคัญไม่น้อยกว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเลขเหมาจ่ายรายหัว

ผู้วิจัยเห็นว่า การเลือกอัตราเหมาจ่าย อัตราใดอัตราหนึ่งระหว่าง ๑,๒๐๒ บาทถึง ๑,๔๑๔ บาทนั้น นอกจากข้อมูลเชิงวิชาการด้านคณิตศาสตร์ประกันภัย เพื่อเป็นฐานการตัดสินใจทางการเมืองแล้ว น่าจะได้พิจารณาปัจจัยที่สำคัญเช่น

● ภาระงบประมาณ ฐานะการคลังภาครัฐ และภาระหนี้สาธารณะ และการสนองตอบต่อนโยบายรัฐบาลที่สำคัญ โดยเฉพาะการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรจะ

ได้รับงบประมาณที่เหมาะสมและเพียงพอ

●เมื่อมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทยทุกคนแล้ว บทบาทการจ่ายสินไหมทดแทนแก่ผู้ประสบภัยซึ่งบาดเจ็บจากรถ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ โดยบริษัทประกันวินาศภัย อาจจะไม่ค่อยๆ หดความจำเป็นลง รัฐบาลควรจะบริหารเงินก้อนนี้แทนบริษัทประกันภัย โดยมีส่วนแบ่งจากเบี้ยประกันภัยรับจากเจ้าของรถตามพระราชบัญญัตินี้ บริษัทประกันวินาศภัย อาจคงรับผิดชอบจ่ายสินไหมทดแทนกรณีตายและทุพพลภาพเท่านั้น การปรับนโยบายนี้ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีรายได้จากกรณีนี้อยู่หลายพันล้านบาทต่อปี

●อัตราการให้บริการจริงของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การรับลดอัตราเหมาจ่ายตามการยอมรับ (compliance) ของการใช้บริการนั้น มีความจำเป็นต้องมีฐานข้อมูลอัตราการให้บริการของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่เป็นระยะ ในขั้นนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยจะทำการสำรวจอนามัยและสวัสดิการเป็นการประจำทุก ๒ ปี (แทนการสำรวจทุก ๕ ปี)

●วิธีการบริหารงบประมาณที่ส่งสัญญาณให้สถานพยาบาลจัดบริการอย่างเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อผู้มีสิทธิ์อย่างสูงสุด ให้มีการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลปฐมภูมิไปยังสถานพยาบาลตติยภูมิอย่างเหมาะสม ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยไม่ “กัก” หรือ “ผลัก” ผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสม

●การเพิ่มประสิทธิภาพของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้ต้นทุนการให้บริการเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขอย่างคุ้มค่ามากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

๑. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการซึ่งเดิมดำเนินการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติทุก ๕ ปี ครั้ง

ล่าสุดคือปี ๒๕๔๔ และครั้งต่อไปจะดำเนินการในปี ๒๕๔๙ อาจเป็นระยะเวลาสั้นเกินไปสำหรับการประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้น ควรมีการประสานงานกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อจัดให้มีการสำรวจอนามัยและสวัสดิการอีกครั้งในปี ๒๕๔๖ และต่อเนื่องทุก ๒ ปี ซึ่งนอกจากจะเป็นการประเมินผลของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวในปีต่อไป

๒. ในขณะเดียวกัน การพัฒนาระบบข้อมูล การใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ในสถานพยาบาลคู่สัญญา (CUP) มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการประเมิน และการปรับนโยบายที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อประชาชน และให้การอุดหนุนสถานพยาบาลอย่างเหมาะสมต่อไปในอนาคต

๓. ต้องมีมาตรการบังคับให้มีการศึกษาต้นทุนของสถานพยาบาลแบบวิธีมาตรฐาน (conventional method of unit cost analysis) ในสถานพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุขและของภาคเอกชน รวมทั้งต้นทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับบุคคล

๔. ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับการบริหารงบประมาณที่จัดสรรเงินเพิ่มเติมสำหรับสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้บริการแบบเฉพาะทาง และสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย (๒๖ บาทสำหรับผู้ป่วยนอกและ ๖๒ บาทสำหรับผู้ป่วยใน)

๕. เนื่องจากการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวในงานส่งเสริมสุขภาพระดับบุคคลบางรายการ เช่น บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็ก การให้ยาต้านเชื้อไวรัส HIV จากมารดาสู่ลูกและการให้นมผงสำหรับทารกที่มารดาติดเชื้อ จะคิดครอบคลุมประชากรเป้าหมายทั่วประเทศ ดังนั้น จึงเป็นการกิจของกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องให้บริการและดูแลกลุ่มบุคคลเป้าหมายเหล่านี้

ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศต่อไป โดยในอนาคต กองทุนประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง ซึ่งรับผิดชอบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอาจจะต้องร่วมจ่ายกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ให้บริการกับกลุ่มผู้ประกันตนในความรับผิดชอบของกองทุนทั้งสอง

๖. การบริหารงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล และกิจกรรมสำหรับกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงจะต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์การคัดเลือกประชากรกลุ่มเสี่ยงและควรสรุปบทเรียนในการจัดสรรเงินงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลในปีงบประมาณที่ผ่านมา

๗. ควรมีการวิเคราะห์และวางแผนงบประมาณสำหรับการลงทุนที่เหมาะสมของระบบสุขภาพในระยะยาว ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการกำหนดงบประมาณเพื่อการลงทุน และป้องกันภาวะถดถอยของการลงทุนในระบบสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.อัมมาร สยามวาลาและคณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกท่านที่ได้ร่วมให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นต่อวิธีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว สำนักงานสถิติแห่งชาติที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๔๔ นพ.ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรนทัย, สมาคมโรงพยาบาลเอกชน, สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, กรมอนามัย, กรมควบคุมโรคติดต่อ, ทันตแพทย์หญิงเพ็ญแข ลากยี่ง ทันตแพทย์ วีระศักดิ์ พุทธาศรี, นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญสำหรับการศึกษาคั้งนี้ ขอขอบพระคุณ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข นพ.สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ Mr. Kenichi Hirose จากองค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงผลการศึกษาให้มีความเหมาะสมและถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

ขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานองค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย ที่สนับสนุนโครงการเมธีวิจัยอาวุโส และการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

๑. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ภูษิต ประคองสาย. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๐: ๓๘๑-๘๐.
๒. ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรนทัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: จุดอ่อนของที่มา ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี (จดหมายถึงบรรณาธิการ). วารสารวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๑: ๑๒๑-๖.
๓. ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรนทัย, สุกัลยา คงสวัสดิ์. ต้นทุนต่อหน้าหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๐: ๓๕๑-๕.
๔. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.๒๕๔๔. กรุงเทพมหานคร: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ; ๒๕๔๕.
๕. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๔ : ๒๘-๓๑.
๖. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, วิทยา ศรีดามา, วีระพล จันทร์ดีชัย, ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช. แนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: แพทยสภาแห่งประเทศไทย/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๗. กัญญา ดิษยาริคม, วลัยพร พชรนฤมล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. วิเคราะห์ต้นทุนบริการของสถานพยาบาลแบบมาตรฐานและแบบถัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๐: ๓๕๕-๖๗.
๘. คณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายต่อรายหัวประชากรในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สรุปรายงานการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๔๕. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๙. จารุรัตน์ บุษราคัมรุหะ. การคาดการณ์ค่าใช้จ่ายการบริการทันตสุขภาพในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.

๑๐. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ข้อเสนอแนะต่อการเพิ่มค่าใช้จ่ายรายหัวกรณีทัศนคติกรมประดิษฐ์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี ๒๕๔๖. เอกสารประกอบการประชุมครั้งที่ ๕ /๒๕๔๕. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๑๑. กัญญา ดิษยาธิคม, ดวงเนตร โคนิมิตร. การศึกษาต้นทุนและต้นทุนต่อหน่วยการจัดบริการสุขภาพสถานพยาบาลของรัฐระดับต่างๆ ใน ๖ จังหวัดภายใต้โครงการ SIP ปีงบประมาณ ๒๕๔๓. นนทบุรี: สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๔.
๑๒. วลัยพร พัทธนฤมล, ภูษิต ประคองสาย, กัญญา ดิษยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อัตราเหมาจ่ายรายหัวของชุดสิทธิประโยชน์กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปีงบประมาณ ๒๕๔๖. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ / องค์การอนามัยโลก; ๒๕๔๕.
๑๓. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานการประชุมปรึกษาหารือในการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๔๖ ครั้งที่ ๓. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๑๔. Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Kongsawat S, Srithamrongsawat S, Suttayakom W, Rodsawaeng P. Sustainable Universal Health Coverage : household met need. Nonthaburi : Health System Research Institute; ๒๐๐๒.

Abstract Capitation Rate of the Universal Health Care Coverage for the Fiscal Year 2546 Phusit Prakongsai, Walaiporn Patcharanarumol, Kanjana Tisayatikom and Viroj Tangcharoensathien

Senior Research Scholar Program in Health System and Policy Research - International Health Policy Program-Thailand

Journal of Health Science 2002; 11:599-613.

Changes in morbidity and cost of service provision were the two major pressures for the revision of capitation for the fiscal year 2546BE (2003AD).

The objective of this study was to analyze and propose capitation rate for FY2546. The same analytical framework for FY2545 was used with the most updated morbidity information from Health and Welfare Survey 2544 conducted by National Statistical Office, and cost of public and private health care providers using quick method of outpatient and inpatient operating cost estimations for FY2544. On preventive and promotion services, the benefit package as stipulated by the universal health care coverage scheme was referred. This study invited a genuine participation and involvement by all major public and private stakeholders through a task force arrangement whereby the researchers served as technical secretariat. The study was conducted during January to April 2545.

Based on the most updated evidence, the capitation rate for FY 2546 was 1,414 baht per capita beneficiary. The capitation amount comprised several key components: 618 baht for ambulatory care, 469 baht for hospitalization, 2.31 baht for dentures, 206 baht for personal preventive promotion services, 10 baht for pre-hospital ambulance services and finally 109 baht for replacement of capital expenditure. The 2546 capitation rate of 1,414 baht was 212 baht higher than capitation rate in 2545 (1,202 baht), an increase of 17.6 percent; this resulted in 9,540 million baht additional budget required by the government compared to that in FY2545.

Key words: capitation rate, universal health care coverage, FY2546BE.