

Letter to Editor

จดหมายถึงบรรณาธิการ

ตอบข้อสังเกตจุดอ่อนของที่มา ๑,๒๐๒ บาท ต่อคนต่อปี ของนพ.ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุโนทัย และคณะ

จากบทความ “งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า : จุดอ่อนของที่มา ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี” ในจดหมายถึงบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๑ มกราคม-กุมภาพันธ์ ๒๕๔๕ ของนพ.ศุภสิทธิ์ พรธรรณารุโนทัยและคณะ^(๑) ได้วิจารณ์ถึงจุดอ่อนของการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๕ คือ การประมาณการอัตราป่วยกรณีผู้ป่วยในต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยของสถานพยาบาลที่แตกต่างจากงานวิจัยปฏิบัติการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในปี ๒๕๔๑^(๒) และการมิได้นำต้นทุนของสถานพยาบาลที่มีต้นทุนสูง คือ โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยมาใช้ในการคำนวณ โดยศุภสิทธิ์และคณะได้แสดงความห่วงใยต่อผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากมีความเห็นว่า อัตราเหมาจ่าย ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี เป็นอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรให้ความสำคัญกับระบบคุณภาพมากกว่าการควบคุมค่าใช้จ่าย บทความดังกล่าวเน้นว่าเป็นการแสดงความคิดเห็นทางวิชาการที่มีคุณค่าอย่างยิ่งและสมควรสนับสนุนให้เกิดการอภิปรายอย่างกว้างขวาง ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายสำคัญของทางรัฐบาลที่ส่งผลกระทบต่อระบบการคลังด้านสุขภาพ และระบบการประกันสุขภาพของ

ประเทศ รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคจะเป็นผู้ได้รับผลกระทบอย่างกว้างขวาง ดังนั้น การอภิปรายในวงกว้างอย่างรอบด้านเพื่อสร้างความแตกฉานทางวิชาการและนำเสนอข้อมูลที่ครอบคลุมทุกด้านให้กับสาธารณสุขชนเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในจดหมายถึงบรรณาธิการฉบับนี้ ผู้เขียนต้องการอภิปรายเพิ่มเติมในประเด็นต่างๆ ที่ศุภสิทธิ์และคณะได้ตั้งข้อสังเกตไว้ เนื่องจากขณะนี้ข้อมูลสำหรับการอ้างอิงมากขึ้น และหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านวารสารวิชาการสาธารณสุขฉบับนี้

ประเด็นข้อถกเถียงที่หนึ่ง การประมาณอัตรานอนโรงพยาบาล

ศุภสิทธิ์และคณะได้อ้างอิงการประมาณการจำนวนผู้ป่วยในของการศึกษาวิจัย “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ทางเลือกและความเป็นไปได้”^(๓) จากฐานข้อมูลพฤติกรรมการใช้บริการของการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนปี พ.ศ. ๒๕๓๙^(๔) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อนำมาสร้างแบบจำลองการนอนโรงพยาบาลและประมาณการจำนวนการนอนในโรงพยาบาลปี ๒๕๔๕ จะมีจำนวนเท่ากับ ๕.๓ ล้านครั้ง (คิดเป็นอัตราการนอนโรงพยาบาล ๐.๐๔๔ ครั้งต่อคนต่อปี) โดยการประมาณการดังกล่าวคำนึงถึงโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในช่วง

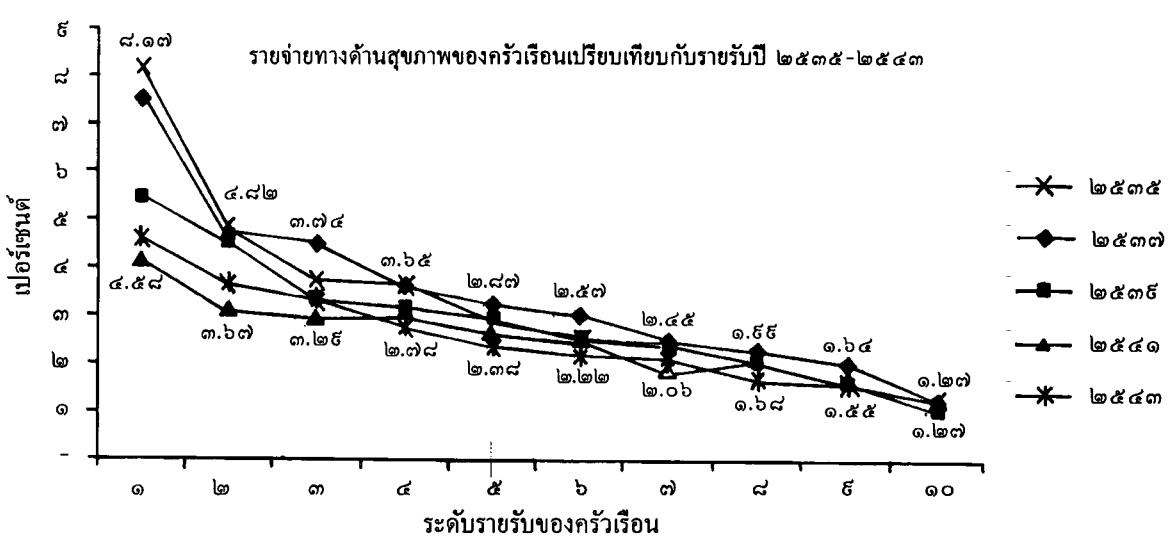
ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๙ ถึงปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ผลกระทบ ส่วนเพิ่มของการเกิดอุบัติเหตุและการมีหลักประกัน สุขภาพที่เพิ่มขึ้นของประชาชน (ซึ่งจะทำให้มีการใช้ บริการเพิ่มขึ้น - Moral hazard) ในขณะที่การศึกษา ของตัวเลข ๑,๒๐๒ บาท สรุปว่ามีผู้ป่วยนอนโรง พยาบาลเพียง ๔.๑ ล้านครั้งต่อปี โดยอ้างอิงอัตราการ นอนรักษาในโรงพยาบาลของการสำรวจอนามัยและ สวัสดิการปี พ.ศ. ๒๕๓๙ คือ ๐.๐๖๖ ครั้งต่อคนต่อปี โดยไม่ได้คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง ประชากร นอกจากนี้ ศุภสิทธิ์และคณะได้อ้างอิง ตัวเลขรายงานทรัพยากรสาธารณสุขของสำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ มีจำนวนผู้ป่วยในทั่วประเทศทั้งภาค รัฐและเอกชนสูงถึง ๔.๐๑ ล้านราย^(๔)

จากข้อวิจารณ์ดังกล่าว ถึงแม้ว่าศุภสิทธิ์และคณะ จะใช้วิธีประมาณการจำนวนการนอนโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ โดยการสร้างแบบจำลองการเจ็บป่วย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและเมื่อ ระบบประกันสุขภาพมีความครอบคลุมประชากรเพิ่ม มากขึ้นก็ตาม แต่การประมาณการดังกล่าว ยังมีได้ คำนึงถึงปัจจัยสำคัญคือการเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในปี

พ.ศ. ๒๕๔๐ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ บริการของประชาชน ดังจะเห็นได้จากข้อมูลเชิง ประจักษ์ต่อไปนี้ คือ

๑. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัว เรือนไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี ๒๕๓๕ ถึง ๒๕๔๓ พบว่า ครัวเรือนไทยมีค่าเฉลี่ยการใช้จ่ายทาง ด้านสุขภาพลดลงเมื่อเทียบกับรายรับของครัวเรือนหรือ รายจ่ายของครัวเรือนทั้งหมด โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี ฐานะยากจนถึงฐานะปานกลาง (income decile ๑-๕) ดังรูปที่ ๑ โดยรายจ่ายที่ลดลงเป็นรายจ่ายสำหรับสถาน พยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่วนรายจ่ายในการ ซื้อยากินเอง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ครัวเรือนที่จนที่สุด มีรายจ่ายเพื่อสุขภาพลดลง จากร้อยละ ๔.๑๗ ของรายได้ครัวเรือนต่อเดือน ในปี ๒๕๓๕ เป็นร้อยละ ๔.๒๒ และ ๔.๕๔ ในปี ๒๕๔๐ และ ๒๕๔๓ ตามลำดับ

๒. การกำหนดมาตรการระยะสั้นของรัฐบาลใน การควบคุมค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาพยาบาล ข้าราชการในช่วงต้นปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ภายหลังจากเกิด วิกฤติเศรษฐกิจ ได้ยกเลิกสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล แบบผู้ป่วยในของข้าราชการในสถานพยาบาลเอกชน



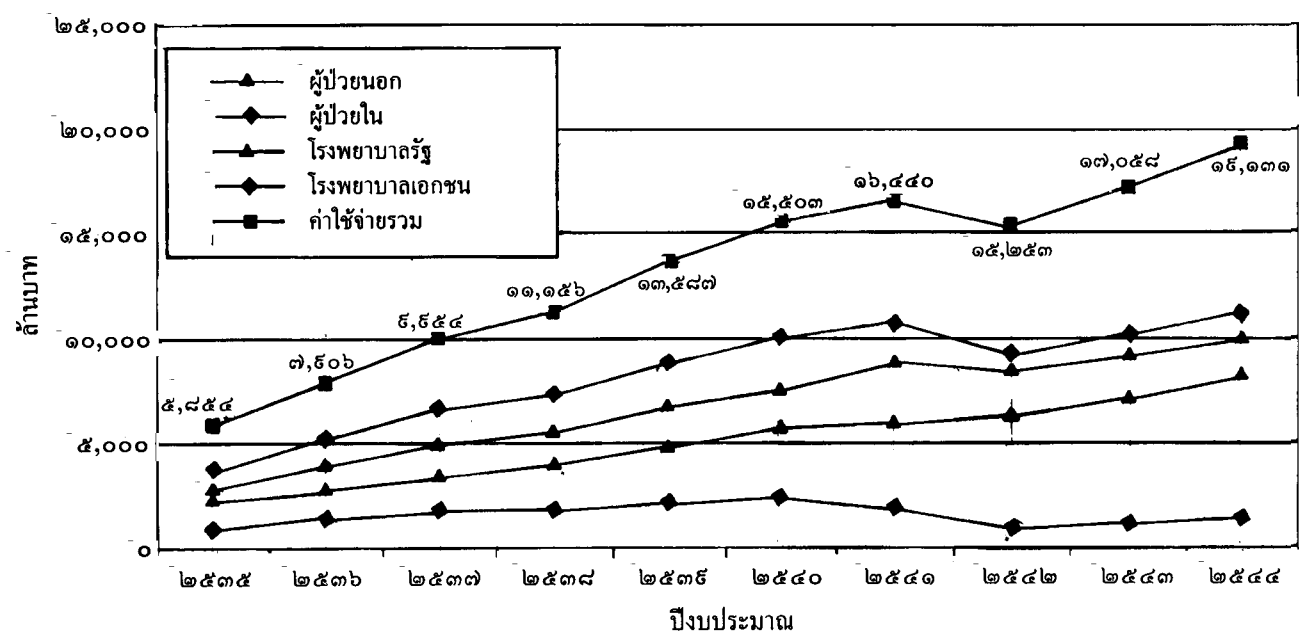
รูปที่ ๑ รายจ่ายของครัวเรือนด้านสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๕ - ๒๕๔๓

ทำให้ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการลดลงร้อยละ ๑๗ ในปี ๒๕๔๒^(๖) ดังรูปที่ ๒ ทั้งการนอนในโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน นอกจากนี้ ผู้มีสิทธิ์ในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นกลุ่มที่มีอัตราการนอนรักษาตัวในสถานพยาบาลสูงกว่าประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ^(๗) ข้อมูลดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดหนึ่งซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การกำหนดมาตรการของรัฐบาลส่งผลให้อัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้มีสิทธิ์ตามสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการลดลงในช่วงภายหลังจากการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจปี พ.ศ. ๒๕๔๐

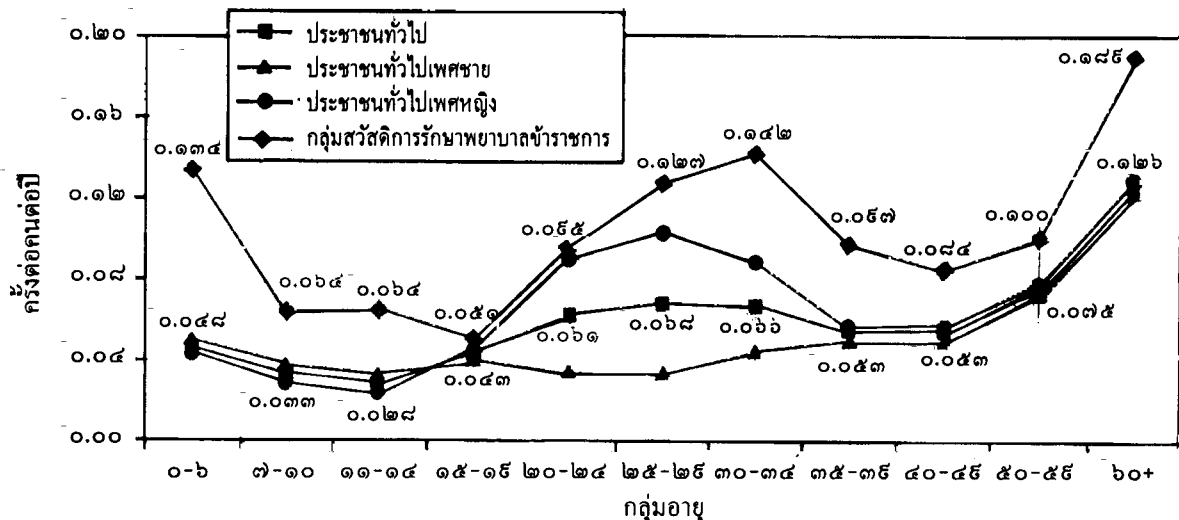
ดังนั้น อัตราการนอนโรงพยาบาลปี พ.ศ. ๒๕๓๙ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ จึงเป็นตัวเลขาอัตราการนอนโรงพยาบาลของประชาชนและผู้มีสิทธิ์ตามสวัสดิการข้าราชการในสถานการณ์เศรษฐกิจฟองสบู่และเป็นข้อมูลของการสำรวจก่อนที่จะมีมาตรการระยะสั้น ๖ มาตรการสำหรับการควบคุมเกี่ยวกับสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการในช่วงต้นปี พ.ศ. ๒๕๔๑ จึงมีแนวโน้มว่าการนอนโรงพยาบาลจำนวน

หนึ่งเป็นการนอนโรงพยาบาลที่เกินความจำเป็น (ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์) โดยเฉพาะการนอนโรงพยาบาลเอกชนของกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (รูปที่ ๓) และกลุ่มประชาชนที่มีฐานะปานกลางไปถึงกลุ่มที่มีฐานะดี การนอนโรงพยาบาลเอกชนโดยไม่จำเป็นสืบเนื่องจาก เดิมกรมบัญชีกลางกำหนดให้เบิกค่ารักษายาบาลได้เฉพาะผู้ป่วยในเท่านั้นจากการศึกษาในเชิงลึกพบว่าผู้มีสิทธิ์ในสวัสดิการข้าราชการบางคนร่วมมือกับโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง จัดให้มีการนอนโรงพยาบาลเป็นพิธีเพื่อให้สามารถเบิกค่ารักษายาบาลได้^(๘)

นอกจากนี้ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ยืนยันได้ว่า อัตราการนอนโรงพยาบาลของประชาชนทั่วประเทศเท่ากับ ๐.๐๗๔๙ ครั้งต่อคนต่อปี^(๙) ซึ่งไม่สูงเท่ากับที่คุุณสิทธิ์และคณะได้ทำการประมาณการไว้คือ ๐.๐๘๔ ครั้งต่อคนต่อปี ทั้งนี้หากศึกษาข้อมูลอัตราการนอนโรงพยาบาลของกลุ่มประชาชนตามระบบการประกันสุขภาพในปี ๒๕๔๔ พบว่า อัตราการนอนโรงพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเท่ากับ ๐.๑๐๔ ครั้งต่อคนต่อปี ระบบประกัน



รูปที่ ๒ ค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการปีงบประมาณ ๒๕๓๕-๒๕๔๔



รูปที่ ๓ อัตราการป่วยนอนโรงพยาบาลของประชาชนทั่วไปและกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

สังคมเท่ากับ ๐.๐๖๕ ครั้งต่อคนต่อปี และระบบประกันสุขภาพเอกชนเท่ากับ ๐.๑๕๓ ครั้งต่อคนต่อปี ดังนั้นการประเมินอัตราการนอนโรงพยาบาลของประชาชนในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ของการศึกษาวิจัยเรื่อง "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ทางเลือกและความเป็นไปได้" จึงน่าจะสูงกว่าความเป็นจริง ในขณะที่การใช้ตัวเลข ๐.๐๖๖ ครั้งต่อคนต่อปี ในการคำนวณอัตราเหมาจ่าย ๑,๒๐๒ บาทสำหรับปีงบประมาณ ๒๕๔๕ ของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ ก็ต่ำกว่าความเป็นจริง ประเด็นข้อถกเถียงที่สอง ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยของสถานพยาบาลแต่ละระดับควรเป็นเท่าไร?

ศุภสิทธิ์และคณะได้เปรียบเทียบต้นทุนของสถานพยาบาลแต่ละระดับในการคำนวณอัตราเหมาจ่าย ๑,๒๐๒ บาท กับต้นทุนของสถานพยาบาลในจังหวัดที่วิจัย ปฏิบัติการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขปี ๒๕๔๑ และจังหวัดภายใต้โครงการซิป (Social Investment Project-SIP) และตั้งข้อสังเกตว่า ตัวเลขต้นทุนของสถานพยาบาลมีความแตกต่างกัน โดยงานวิจัยของวิโรจน์และคณะมีตัวเลขต้นทุนของโรงพยาบาลชุมชนสูงกว่า ในขณะที่ตัวเลขต้นทุนของโรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์มีค่าต่ำกว่าตารางที่ ๑ และ ๒

ทั้งนี้ เป็นการยากที่จะสรุปว่า ควรเลือกใช้ตัวเลขต้นทุนของสถานพยาบาลแต่ละระดับด้วยตัวเลขใด เนื่องจากการศึกษาที่นำมาเปรียบเทียบดำเนินการศึกษาต้นทุน ณ พื้นที่และช่วงเวลาที่แตกต่างกัน อีกทั้งไม่สามารถสืบค้นรายละเอียดของวิธีการศึกษาของแต่ละการศึกษาได้ แต่จากตัวเลขต้นทุนที่นำมาเปรียบเทียบ จะเห็นว่าในการศึกษาของวิโรจน์และคณะจะมีต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนสูงกว่า ในขณะที่การศึกษาของสุกัลยา คงสวัสดิ์และของศุภสิทธิ์และคณะมีต้นทุนเฉลี่ยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่สูงกว่า

อย่างไรก็ตาม ตัวเลขต้นทุนสถานพยาบาลของการศึกษาที่นำมาเปรียบเทียบ เป็นค่ากลางของการให้บริการผู้ป่วยทุกประเภท ซึ่งรวมผู้ป่วยตามสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม กลุ่มประชาชนที่มีประกันสุขภาพเอกชนและกลุ่มประชาชนทั่วไป หลักฐานการวิจัยพบว่า กลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และผู้ที่มีประกันสุขภาพเอกชนมีแนวโน้มของต้นทุนต่อรายทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่สูงมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป (ตารางที่ ๓)

ตัวเลขต้นทุนของสถานพยาบาลที่นำมาใช้ในการ

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบต้นทุนดำเนินการต่อครั้งผู้ป่วยนอกของ ๒ การศึกษา

	ต้นทุนดำเนินการต่อครั้งผู้ป่วยนอก (บาท/ราย)	
	การศึกษาอัตรา เท่ากับ ๑,๒๐๒ บาท	การศึกษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในประเทศไทย ของศุภสิทธิ์และคณะ ^(๓)
สถานีอนามัย	๖๐	๕๐
โรงพยาบาลชุมชน	๒๒๑	๑๓๐
รวมโรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์	๒๓๘	๔๑๖
คลินิกเอกชน	๒๒๑	๒๕๐
โรงพยาบาลเอกชน	๒๓๘	๔๑๖

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบต้นทุนดำเนินการต่อรายผู้ป่วยในของ ๓ การศึกษา

	ต้นทุนดำเนินการต่อรายผู้ป่วยใน (บาท/ราย)		
	การศึกษาอัตรา เท่ากับ ๑,๒๐๒ บาท	การศึกษาใน ๕ จังหวัด Health Care Reform ปี ๒๕๔๑ ^(๒)	การศึกษาหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าในประเทศไทย ของศุภสิทธิ์และคณะ
โรงพยาบาลชุมชน	๒,๘๕๗	๑,๗๒๑	๑,๘๖๒
โรงพยาบาลทั่วไป	๕,๔๒๔	๔,๕๐๕	๖,๕๐๕
โรงพยาบาลศูนย์	๕,๔๒๔	๖,๔๗๗	๖,๕๐๕
รวมโรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์	๕,๔๒๔	๕,๘๕๘	๖,๕๐๕
โรงพยาบาลเอกชน	๕,๔๒๔		๖,๕๐๕

ตารางที่ ๓ ต้นทุนยา, บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก ตามประเภทสิทธิ์ และกลุ่มอายุ โรงพยาบาลบรรพตพิสัย ๒๕๔๓^(๑๐)

	๐-๕	๖-๑๒	๑๓-๓๙	๔๐-๔๕	๔๖-๖๐	>๖๐	ทุกกลุ่มอายุ
โครงการ สปร.	๔๐.๗	๔๔.๑	๓๔.๕	๔๕.๕	๗๑.๔	๘๐.๕	๖๑.๔
บัตรสุขภาพ	๒๖.๘	๔๐.๔	๕๗.๓	๑๐๕.๖	๑๒๔.๐	๕๕.๔	๘๕.๘
สวัสดิการข้าราชการ	๓๖.๗	๓๑.๖	๗๖.๓	๒๐๑.๕	๘๒๓.๒	๒๓๔.๘	๒๖๘.๕
ประกันสังคม			๕๔.๕	๖๗.๐	๕๕.๘		๖๐.๕
จ่ายเงินเอง	๓๘.๗	๕๕.๕	๓๕.๕	๕๕.๒	๒๒๘.๘	๑๔๓.๖	๕๑.๒
ทุกกลุ่ม	๓๘.๘	๔๕.๕	๔๓.๑	๕๑.๕	๑๕๘.๕	๕๕.๔	๘๐.๘

ที่มา เพียงฤทัย มงคลชาติ ๒๕๔๓

คำนวณจึงเป็นต้นทุนเฉลี่ยของผู้ใช้บริการทุกประเภทสิทธิ์ และยอมสูงกว่าที่ควรจะเป็นสำหรับเฉพาะกลุ่มประชาชนทั่วไป (ส่วนใหญ่เป็นอดีตบัตร สปร.) ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การแยกวิเคราะห์ต้นทุนบริการของสถานพยาบาลให้กับประชาชนเป็นกลุ่มย่อย (subgroup analysis) อาจมีความจำเป็นในอนาคต

นอกจากนี้ ข้อมูลต้นทุนที่นำมาใช้ในการคำนวณอัตราเหมาจ่าย ๑,๒๐๒ บาทของวิโรจน์และคณะเป็นต้นทุนของสถานพยาบาลที่ใช้กรอบบัญชียาหลักแห่งชาติปี ๒๕๔๒ มีกรอบบัญชียาหลักถึง ๙๓๓ รายการ ซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพการใช้ยาของระบบบริการสาธารณสุข^(๑) ตัวเลขต้นทุนของสถานพยาบาลที่ใช้ในการคำนวณอัตราเหมาจ่าย ๑,๒๐๒ บาท ในปี ๒๕๔๕ จึงเป็นตัวเลขต้นทุนที่ค่อนข้างสูงและน่าจะเพียงพอในการจัดบริการสาธารณสุขได้อย่างมีคุณภาพ หากสถานพยาบาลมีการปรับปรุงในเรื่องประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทำให้การประชุมเมื่อวันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๔๔ ที่ทำเนียบรัฐบาล ในการพิจารณาอัตราเหมาจ่ายรายหัวของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงมีการนำเสนอตัวเลขเพื่อการปรับประสิทธิภาพของสถานพยาบาล โดยมีข้อเสนอเพื่อลดอัตราเหมาจ่ายรายหัวลงร้อยละ ๕-๑๐ จากตัวเลขอัตราเหมาจ่ายที่มีการนำเสนอในการประชุมดังกล่าว ซึ่งน่าจะเป็นไปได้ในการลดต้นทุน (potential cost saving) อย่างไรก็ตาม ที่ประชุมไม่ได้พิจารณาข้อเสนอดังกล่าว คงใช้ตัวเลข ๑,๒๐๒ บาท ซึ่งไม่ได้มีการปรับลดต้นทุนแต่อย่างใด

ประเด็นถกเถียงที่สาม การมิได้รวมต้นทุนของสถานพยาบาลระดับสูงเข้ามาร่วมในการคำนวณ

ผู้เขียน ยอมรับว่าในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๕ ไม่ได้นำตัวเลขต้นทุนของสถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยมาคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว ๑,๒๐๒ บาท ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดในการ

เข้าถึงข้อมูล อย่างไรก็ตาม พบว่า สถานพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน ๒๕๔๕ ยกเว้นคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประกอบกับอัตราการใช้บริการที่ค่อนข้างต่ำของประชาชนในระยะแรก อัตราเหมาจ่ายที่มีได้คำนวณด้วยต้นทุนผู้ป่วยของโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย แต่ใช้ตัวเลขต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทดแทน จึงกระทบกับคุณภาพของการจัดบริการของสถานพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยไม่มากนัก

อย่างไรก็ตาม การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ไม่ได้รายงานการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เป็นการเฉพาะสำหรับโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ดังนั้น จึงเป็นการยากในการดำเนินการทางคณิตศาสตร์ประกันภัยเพื่อคำนวณอัตราเหมาจ่าย กรณีการให้บริการในระดับโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยจำนวน ๑๐ แห่ง ซึ่งมีสัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยในร้อยละ ๒.๕ ของผู้ป่วยทั้งหมด^(๔) เมื่อเทียบกับระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๕๔๔ ที่มีสถานอนามัย ๙,๖๔๑ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๗๑๔ แห่ง และโรงพยาบาลระดับจังหวัด ๙๒ แห่ง^(๑๒)

ประเด็นถกเถียงที่สี่ การควบคุมอัตราเหมาจ่ายรายหัวกับผลกระทบต่อคุณภาพบริการ

ผู้เขียนเห็นด้วยกับความกังวลของศุภสิทธิ์และคณะว่าการกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ต่ำจนเกินไป อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพบริการสาธารณสุขได้ แต่จากการคำนวณของวิโรจน์และคณะ ประกอบกับข้อชี้แจงข้างต้นจะเห็นว่า ตัวเลขอัตราเหมาจ่ายในปี ๒๕๔๕ มิใช่ตัวเลขที่ต่ำเกินไป ขณะเดียวกัน การป้องกันหรือการแก้ไขปัญหาทางด้านคุณภาพของระบบบริการ

สาธารณสุข ต้องใช้มาตรการควบคุมกำกับและตรวจสอบคุณภาพที่เข้มแข็ง รวมทั้งวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลอย่างเหมาะสม การเพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัวเป็น ๑,๔๐๐ หรือ ๑,๕๐๐ บาท ตามที่คุุณสิทธิ์และคณะเสนอนั้น หากไม่มีระบบควบคุมกำกับ หรือขาดความเข้มแข็งในการตรวจสอบคุณภาพ คุณภาพบริการไม่น่าจะแปรผันตามอัตราเหมาจ่าย อย่างตรงไปตรงมา

นอกจากนี้ ประเด็นเรื่องการควบคุมคุณภาพ ควรเน้นกระบวนการควบคุมคุณภาพให้มีการบริการที่เป็นไปตามหลักทางการแพทย์ที่มีหลักฐานบ่งชี้ชัดเจนว่าเป็นวิธีการที่คุ้มค่าควรทำ (cost effectiveness intervention) โดยต้องไม่ละเลยข้อจำกัดเรื่องงบประมาณของประเทศ

ข้อเท็จจริงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ถึงแม้ว่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวปี ๒๕๔๕ จะมีการตั้งคำถามถึงความเพียงพอของงบประมาณที่จัดให้กับสถานพยาบาลเพื่อจัดระบบบริการสาธารณสุข แต่จากกรอบวิธีคิดในการคำนวณ ข้อเท็จจริงข้างต้นรวมทั้งฐานข้อมูลตัวเลขที่ใช้ แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์ทั้งหมด ทำให้สามารถสรุปได้ว่า อัตราเหมาจ่ายรายหัว ๑,๒๐๒ บาท เพียงพอสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ เพียงแต่รูปแบบการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลจะต้องมีความเป็นธรรมและเลือกใช้รูปแบบที่สร้างแรงจูงใจให้กับสถานพยาบาลในการให้บริการกับประชาชนอย่างมีคุณภาพ ขณะเดียวกันก็ต้องมีการพัฒนาระบบการควบคุมกำกับและตรวจสอบคุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็ง ในบทความของ คุุณสิทธิ์และคณะ ก็ยอมรับถึงอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (compliance rate) ของประชาชนในระบบ ๓๐ บาท น่าจะค่อนข้างต่ำในปีแรกๆ โดยดูจากประสบการณ์กรณีกองทุนประกันสังคม

นอกจากนี้ ผลการสำรวจภาคสนามในพื้นที่ ๔ จังหวัดของ คุุณสิทธิ์และคณะในช่วงเดือนตุลาคมถึง

ธันวาคม ๒๕๔๔ ในพื้นที่ ๔ จังหวัดที่มีการดำเนินการประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน พบว่า อัตราการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับร้อยละ ๕๙ และร้อยละ ๖๙ ตามลำดับ^(๑๓) ดังนั้น อัตราเหมาจ่าย ๑,๒๐๒ บาทซึ่งคำนวณจากสมมติฐานอัตราการใช้บริการร้อยละ ๑๐๐ ทุกครั้งที่เจ็บป่วยตามแบบแผนตามการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี ๒๕๓๙ จึงสามารถสรุปได้ว่า เพียงพอสำหรับการจัดบริการที่มีคุณภาพของสถานพยาบาล

ประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ประชาชนส่วนใหญ่ยังนิยมข้ามไปรับบริการจากสถานพยาบาลที่ตนเชื่อถือ แม้ว่าจะมิใช่สถานพยาบาลที่ตนเองขึ้นทะเบียนอยู่ และยินดีจ่ายเงินเองโดยไม่ใช้สิทธิ์ตามบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้เขียนอ้างอิงจากการประเมินตัวเลขประชาชนที่ข้ามเขตไปรับบริการที่สถานพยาบาลอื่น และรายรับของสถานพยาบาลไม่ได้ลดลงในช่วง ๖ เดือนแรกของปีงบประมาณ ๒๕๔๕ เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๔๔ นอกจากนี้ จากการประเมินของกระทรวงสาธารณสุขในรอบ ๖ เดือนของปี ๒๕๔๕ พบว่า ประชาชนยังมีการจ่ายเงินเองให้กับสถานพยาบาลอยู่ค่อนข้างมาก

บทสรุป

ถึงแม้ว่า การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวในปี ๒๕๔๕ จะมีความไม่สมบูรณ์ทั้งหมด แต่กรอบวิธีคำนวณที่ได้รับการยอมรับ ข้อเท็จจริงของตัวเลขต้นทุนสถานพยาบาลที่โปร่งใส สามารถตรวจสอบและพิสูจน์ได้ อัตราการใช้บริการที่ค่อนข้างต่ำของประชาชนในปีแรก และข้อโต้แย้งในจดหมายถึงบรรณาธิการฉบับนี้ ทำให้ผู้เขียนมีความมั่นใจและน่าเชื่อถือได้ว่า อัตราเหมาจ่ายรายหัว ๑,๒๐๒ บาท ปี ๒๕๔๕ มีความเพียงพอในการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนและประสบการณ์ในปี ๒๕๔๕ ควรนำมาเป็นบทเรียนที่

สำคัญสำหรับการพัฒนาวิธีคำนวณอัตราเหมาจ่ายราย
หัวปี ๒๕๔๖ ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นในปีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

๑. ศุภสิทธิ์ พรธรรณูโนทัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรง
สวัสดิ์. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วน
หน้า: จุดอ่อนของที่มา ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี (จดหมาย
ถึงบรรณาธิการ). วารสารวิชาการกระทรวงสาธารณสุข
๒๕๔๕; ๑๑:๑๒๑-๖.
๒. สุกัลยา กงสวัสดิ์. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการใน ๕
จังหวัดภายใต้โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข. นนทบุรี:
สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; ๒๕๔๒.
๓. ศุภสิทธิ์ พรธรรณูโนทัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, สัมฤทธิ์
ศรีธำรงสวัสดิ์. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย
ทางเลือกและความเป็นไปได้. นนทบุรี: สำนักงานโครงการ
ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๔. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและ
สวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๓๕. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติ
แห่งชาติ; ๒๕๔๐.
๕. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. รายงานทรัพยากร
สาธารณสุข ประจำปี ๒๕๔๑-๒๕๔๒. นนทบุรี: กระทรวง
สาธารณสุข; ๒๕๔๔.

๖. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การปฏิรูประบบสวัสดิการ
รักษาพยาบาลข้าราชการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๗. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นวลอนันต์ ดันติเกตุ, ศิริวรรณ พิทย-
รังษฤษฎ์. การสำรวจการเจ็บป่วยและการใช้บริการทางการ
แพทย์ของข้าราชการ ข้าราชการบำนาญและบุคคลใน
ครอบครัวใน สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๓๘.
นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๒.
๘. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นวลอนันต์ ดันติเกตุ, สุกัลยา กงสวัสดิ์.
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรณีศึกษาหนึ่งจังหวัด.
นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๒.
๙. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและ
สวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๔. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติ
แห่งชาติ; ๒๕๔๕.
๑๐. เพียงฤทัย มงคลชาติ. ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
บรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์สาธารณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิต) บัณฑิตวิทยาลัย. เชียงใหม่:
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๔๓.
๑๑. อารยา ศรีไพโรจน์, ศรีเพ็ญ ดันติเวสส, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร.
ผลกระทบของบัญชีหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ ต่อโรง
พยาบาลภาครัฐ. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข ๒๕๔๓;
๓:๒๐-๔๐.
๑๒. สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย. ปฏิทินสาธารณสุข ๒๕๔๔.
กรุงเทพมหานคร; ๒๕๔๔.
๑๓. Supasit Pannarunothai, Direk Patmasiriwat, Sukalaya
Kongsawatt, Samrit Srithamrongsawat, Wirudchada
Suttayakom, Phit Rodsawaeng. Sustainable Universal
Health Coverage: Household Met Need. Nonthaburi:
Research Project Funded by JICA and HSRI; 2002.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

ภูษิต ประคองสาย

วลัยพร พัชรนฤมล

กัญญา ดิษยาธิคม

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

1 กรกฎาคม 2545

ขอขอบคุณที่ใช้หน้าของวารสารฯ เพื่ออภิปรายมุมมองหลากหลายทางวิชาการให้ประเทืองปัญญา.

นิคม จันทร์เรือง อนุพล .