

ราคากลางผู้ประสบภัยจากรถ โดยกลุ่มวิจัยวิจัยโรคร่วม : จะได้ประโยชน์หรือ?

Price Schedule for Road Traffic Accidents : How Useful ?

- **บพ.สุกสิทธ์ พรรณารุณทไถย**
โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก
Dr.Supasit Pannarunothai
Buddhachinarai Hospital, MOPH
- **บพ.สุภชัย คุณารัตนพฤกษ์**
ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข
Dr.Supachai Kunaratnapruk
Assistant Secretary, MOPH
- **บพ.ประดิษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล**
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม
Dr.Pradit Wongkanaratnakul
Director of Potharam Hospital, MOPH
- **บพ.อนุวัฒน์ สุภษุฒิกุล**
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
Dr.Anuwat Supachutikul
Health Systems Research Institute
- **พรพิชัย กิ่งแก้ว**
กองโรงพยาบาลภูมิภาค
Pornpat Kingkaew
Provincial Hospital Division, MOPH

เงินเบี้ยประกันสำหรับการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถมียอดไม่ต่ำกว่า 3,000 ล้านบาทต่อปี เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของประเทศที่ให้โอกาสภาคเอกชนค้ากำไรเข้ามาบริหารกองทุนสาธารณะซึ่งบังคับให้เจ้าของรถทุกคันต้องจ่ายเบี้ยประกัน มีข้อสงสัยมากมายว่าผู้ประสบภัยได้รับประโยชน์จากเงินก้อนนี้ สมตามเจตารมณ์ของกฎหมายเพียงใด ประสิทธิภาพในการใช้จ่ายเป็นอย่างไร ผู้รายงานได้นำเอาวิธีการจัดกลุ่มโรคซึ่งมีการใช้กัน อยู่ในประเทศตะวันตกมาวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ประสบภัย และเสนอทางเลือกเพื่อปรับปรุงการจ่ายเงิน

1. อุบัติเหตุ

อุบัติเหตุเป็นสิ่งที่เกิดโดยไม่คาดคิด และนำความเสียหายมาสู่ผู้ประสมภยมากน้อยแล้วแต่กรณี อุบัติเหตุจากรดหรืออุบัติเหตุการจราจร ทำความเสียหายแก่ประเทศเป็นอันดับหนึ่งในบรรดาอุบัติเหตุด้วยกัน อุบัติเหตุจากรดสามารถป้องกันได้โดยอาศัยมาตรการหลายอย่างผสมผสานกัน เช่น วิศวกรรมจราจร วิศวกรรมยานยนต์ และมาตรการด้านผู้ใช้รถใช้ถนน การป้องกันที่ได้ผลจะช่วยลดความเสียหายลงได้มาก

เมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้นแล้วการดูแลทางการแพทย์ที่ถูกต้องจะสามารถช่วยป้องกันความเสียหายมิให้รุนแรงซ้ำเติมมากขึ้นไปอีก การขนส่งผู้ประสมภยอย่างถูกต้องไปยังสถานพยาบาล และการรักษาอย่างทันท่วงทีโดยไม่มีรีรอ จะช่วยเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต ลดอัตราความพิการ และลดภาระค่ารักษาพยาบาลตลอดจนภาระการหาเลี้ยงชีพภายในครัวเรือนของผู้ประสมภยได้

ความไม่แน่นอนของอุบัติเหตุร่วมกับความไม่แน่นอนของความเสียหายที่จะเกิดขึ้นทำให้เกิดบุคคลที่สามหรือองค์กรประกันที่มีบทบาทในการลดภาระของความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นแก่ครัวเรือน โดยเฉลี่ยความเสี่ยงของความเสียหายที่จะเกิดขึ้นระหว่างผู้ใช้รถใช้ถนนด้วยกัน พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสมภยจากรด พ.ศ. 2535 กำหนดให้เจ้าของรถทุกคันต้องจ่ายเบี้ยประกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นไว้ล่วงหน้า เพื่อเจตนากรมสำคัญคือให้ผู้ประสมภยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที โดยไม่ต้องมีปัญหว่าใครจะเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล

ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาในการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลและแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ประสมภยจากรดคือ องค์กรประกันควรจ่ายให้แก่ผู้ให้การดูแลรักษาอย่างไรในอัตราเท่าใดจึงจะทำให้การรักษานั้นมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) เช่นการประกันสังคม ย่อมนำมาใช้ไม่ได้กับกรณีผู้ประสมภยจากรดเพราะยากที่จะขึ้นทะเบียนเนื่องจากไม่ทราบว่าจะใครจะเป็นผู้ประสม

ภยและยากที่จะให้ผู้ประสมภยไปรับบริการจากสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเนื่องจากไม่ทราบว่าเกิดอุบัติเหตุขึ้นที่ใด วิธีการจ่ายเงินย้อนหลังตามค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง (retrospective reimbursement on itemised bills) ตามที่ใช้ในกองทุนเงินทดแทนแรงงาน หรือสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ จะมีแนวโน้มทำให้รายจ่ายสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยไม่มีหลักประกันว่าคุณภาพจะสูงตามค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นหรือไม่ วิธีการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรครวม (Diagnosis related group, DRG) ตามความรุนแรงของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นและการรักษาที่ให้ เป็นทางเลือกที่ควรพิจารณาเพื่อมุ่งให้มีการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

บทความนี้เป็นการสังเคราะห์นโยบายราคากลาง จากการวิจัยราคากลางค่ารักษาพยาบาลผู้ประสมภยจากรด (ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และคณะ 2537) เปรียบเทียบวิธีการจ่ายเงินตามราคากลางกลุ่มวินิจฉัยโรครวมกับวิธีการจ่ายเงินตามการรักษาพยาบาลที่ใช้ไปจริงว่าจะสามารถควบคุมรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เพียงใด บทความนี้ได้ประเมินอุบัติการณ์ของอุบัติเหตุ และประเมินความเสียหายของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจว่าค่าเสียหาย เบี้ยประกันและราคากลางที่จะจ่ายชดเชยมีความแตกต่างกันมากเพียงใด

2. อุบัติการณ์ของอุบัติเหตุ

อัตราอุบัติเหตุยานยนต์ในอเมริกาเท่ากับ 2.266 ต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้รักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 9.7 และ อัตราป่วยตายร้อยละ 0.86 (หรืออัตราตาย 19.4 ต่อแสนประชากร) (Rice et al 1989) อัตราอุบัติเหตุยานยนต์ในประเทศกำลังพัฒนามีน้อยกว่า 665 ต่อแสนประชากร อัตราตาย 11.3 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายสูงกว่าอเมริกา 2 เท่า (ร้อยละ 1.7) (Ali and Naraynsigh 1987) ในปี 2534 ประเทศไทยมีอัตราตายจากอุบัติเหตุยานยนต์เท่ากับ 18.0 ต่อแสนประชากร (เฉพาะในกรุงเทพฯ เท่ากับ 32.4 ต่อแสนประชากร) อัตราการรับเป็นผู้

ป่วยในเท่ากับ 276.7 รายต่อแสน (เฉพาะในกรุงเทพฯ เท่ากับ 194.5 ต่อแสนประชากร)

ผู้รายงานพบว่าอัตราการรับผู้ป่วยอุบัติเหตุไว้เป็นผู้ป่วยในมีค่าประมาณร้อยละ 25 (ทั่วประเทศ) และร้อยละ 16 (สำหรับกรุงเทพฯ) ผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ในเขตกรุงเทพฯไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 32 สำหรับกรณีผู้ป่วยนอก และร้อยละ 54 สำหรับกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยอุบัติเหตุในเขตต่างจังหวัดไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 36 สำหรับกรณีผู้ป่วยนอก และร้อยละ 24 สำหรับกรณีผู้ป่วยใน

ตารางที่ 1 ประมาณการผู้ป่วยอุบัติเหตุยานยนต์และค่าเสียหายปี 2538

	หน่วย	2534 ¹	งานวิจัย ²	2538 ³
ประชากร	ล้านคน	56.6	-	59.6
จำนวนตายด้วยอุบัติเหตุและการเป็นพิษทั้งหมด	ราย	25,852	498	27,178
อัตราตายด้วยอุบัติเหตุและการเป็นพิษทั้งหมด	ต่อแสน	45.6	-	45.6
จำนวนตายด้วยอุบัติเหตุยานยนต์	ราย	10,179	347	10,728
อัตราตายด้วยอุบัติเหตุยานยนต์	ต่อแสน	18.0	-	18.0
จำนวนผู้ป่วยในของอุบัติเหตุยานยนต์	ราย	156,787	10,620	164,913
อัตราการรักษาในร.พ.ของอุบัติเหตุยานยนต์	ต่อแสน	276.7	-	276.7
อัตราการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน	%	-	25	25
จำนวนผู้ป่วยนอก	ราย	-	31,965	494,739
ค่าเสียหายโดยตรง	ล้านบาท	1,712.4	79.5	1,697.8

หมายเหตุ

- ¹ 2534 จากกองสถิติสาธารณสุข และ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- ² งานวิจัย คือข้อมูลจากงานวิจัยราคากลางผู้ประสบภัยจากรถของศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และคณะ
- ³ 2538 เป็นการคาดการณ์จากข้อมูลปี 2534 และผลการวิจัย

อุบัติเหตุการณอุบัติเหตุของไทยมีน้อยกว่าอุบัติเหตุการณในสหรัฐอเมริกาถึง 2 เท่า แต่สูงกว่าประเทศกำลังพัฒนาด้วยกัน อัตราตายจากอุบัติเหตุยานยนต์ของไทยน้อยกว่าในสหรัฐอเมริกาเพียงเล็กน้อย การประเมินค่าเสียหายจากอุบัติเหตุที่รุนแรงในตอนต่อไปจึงน่าจะใกล้เคียงความเป็นจริง แต่การประเมินค่าเสียหายจากอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรงอาจต่ำกว่าที่เป็นจริง

3. ประเมินค่าเสียหายของอุบัติเหตุ

องค์การอนามัยโลกประมาณความเสียหายทางการแพทย์และสังคมของอุบัติเหตุทุกชนิดทั่วโลกไว้มากกว่า 5 แสนล้านดอลลาร์ (WHO 1989) ในอเมริกา ความสูญเสียจากอุบัติเหตุคิดเป็นเงิน 317,000 ดอลลาร์ต่อผู้เสียชีวิต 1 ราย 34,000 ดอลลาร์ต่อผู้ป่วยใน 1 ราย และ 500 ดอลลาร์ต่อผู้ที่ไม่ต้องรักษาในโรงพยาบาล (Rice et al 1989) ความสูญเสีย

จากอุบัติเหตุยานยนต์อย่างเดียวยังสูงถึงร้อยละ 1 ของ GNP ของประเทศกำลังพัฒนา และคาดว่ามีมากถึง ร้อยละ 2 ของ GNP สำหรับประเทศไทย (WHO 1987) โดยค่ารักษาพยาบาลเป็นส่วนประกอบเพียง ร้อยละ 9 ของค่าเสียหายทั้งหมด ขณะที่ ค่าเสียหายต่อรถและทรัพย์สินสูงถึงร้อยละ 60 - 87 (Stansfields et al 1993)

อุบัติเหตุในประเทศไทยทำให้มีการตายก่อนวัยอันสมควร (Potential Productive Years of Life Lost, PPYLL) รวมแล้วประมาณ 176,490 ปี เพราะตายที่อายุเฉลี่ย 31.8 ปี (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ 2538) หรือคิดเป็น 312 PPYLL ต่อแสนประชากร ได้หวั่นประสพความสูญเสียจากอุบัติเหตุยานยนต์เท่ากับ 530 PPYLL ต่อแสนประชากร นับว่าสูงกว่าประเทศอุตสาหกรรม เช่น เกาหลี และมากกว่าอเมริกาถึง 2 เท่า เพราะมีการใช้มอเตอร์ไซด์กันมาก โดยไม่ใช้หมวกนิรภัย มีจำนวนรถหนาแน่นมาก รวมทั้งมีปัญหายุ่งยากเกี่ยวกับการออกแบมรดกและถนน (Mac Kinney and Baker 1994)

ผู้รายงานประมาณค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ประสมภัยจากรถในปี 2538 โดยคำนวณจำนวนผู้ป่วยที่ต้องนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลจากจำนวนประชากรในปี 2538 และอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในปี 2534 จำนวน

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยนำสัดส่วนจากงานวิจัยนี้มาปรับ (แสดงในตารางที่ 1) จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลจากอุบัติเหตุยานยนต์ 164,913 ราย และจำนวนผู้ป่วยนอกประมาณเกือบ 5 แสนราย ถ้าคำนวณความเสียหายทั้งการรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจากราคาเฉลี่ยที่เรียกเก็บ จะได้ค่าเสียหาย 1,697.8 ล้านบาท ต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้สำหรับปี 2534 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการคำนวณสำหรับปี 2534 ใช้อัตราค่าเสียหายจากโรงพยาบาลมหาราช ในการคำนวณค่ารักษาของทั่วประเทศ

ผู้รายงานคำนวณค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลใหม่ โดย

(1) แยกผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยต่างจังหวัด และกรุงเทพฯ ตามอัตราการรักษาแบบผู้ป่วยใน (กรุงเทพฯ 194.5 ต่อแสน ทั้งประเทศ 276.7 ต่อแสน) และคำนวณจำนวนผู้ป่วยนอกจากสัดส่วนการรับเป็นผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยทั้งหมด (กรุงเทพฯ ร้อยละ 16 ทั้งประเทศร้อยละ 25) ดูตารางที่ 2

(2) แบ่งจำนวนการเจ็บป่วยรับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน

(3) ปรับราคาของสถานพยาบาลของรัฐต่อรายเป็นต้นทุนการรักษาต่อราย ส่วนราคาของภาคเอกชนยังคงเดิม

ตารางที่ 2 ประมาณจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งประเทศและเฉพาะกรุงเทพฯ

	หน่วย	2534 ¹	การวิจัย ²	2538 ³
จำนวนผู้ป่วยในของอุบัติเหตุยานยนต์ทั่วประเทศ	ราย	156,787	10,620	164,913
อัตราการรักษาในร.พ.ของอุบัติเหตุยานยนต์	ต่อแสน	276.7	-	276.7
อัตราการรับไว้เป็นผู้ป่วยในทั่วประเทศ	%	-	25	25
จำนวนผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุทั่วประเทศ	ราย	-	31,965	494,739
จำนวนผู้ป่วยในของอุบัติเหตุยานยนต์ในกรุงเทพฯ	ราย	10,828	1,087	11,476
อัตราการรักษาในร.พ.ของอุบัติเหตุยานยนต์กทม.	ต่อแสน	194.5	-	194.5
อัตราการรับไว้เป็นผู้ป่วยในของกรุงเทพฯ	%	-	16	16
จำนวนผู้ป่วยนอกของกรุงเทพฯ	ราย	-	3,261	60,246

1, 2, 3 ดูได้ตารางที่ 1

โดยวิธีนี้ ค่าเสียหายจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 2,723 ล้านบาท มากกว่าการประมาณโดยวิธีใช้ราคาทั้งภาครัฐและเอกชนถึงกว่า 1 พันล้านบาท การประเมินนี้น่าจะถูกต้องกว่า เพราะ

ราคาค่ารักษาพยาบาลของภาครัฐเป็นราคาที่ต่ำกว่าต้นทุนมาก ค่าเสียหายจริงจึงควรประเมินจากต้นทุน (ดูตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเสียหายทางการแพทย์ของอุบัติเหตุ คิดจากต้นทุนของรัฐและราคาเอกชน

ประเภทผู้ป่วย	รัฐ (ราย)	เอกชน (ราย)	ต้นทุนของรัฐ (บาท)	ราคาเอกชน (บาท)	รวม (บาท)
ผู้ป่วยนอกต่างจังหวัด	278,076	156,417	107,615,226	87,124,536	195,174,256
ผู้ป่วยในต่างจังหวัด	116,612	36,825	1,624,873,280	537,569,598	2,162,596,315
ผู้ป่วยนอก กทม.	40,967	19,279	24,990,041	15,847,108	40,897,395
ผู้ป่วยใน กทม.	5,279	6,197	104,702,893	219,889,570	324,603,939
รวม					2,723,271,905

ค่าเสียหายทางการแพทย์ที่ประเมินจาก 2 วิธีนี้ อยู่ระหว่าง 1,700 - 2,730 ล้านบาท (หรือ 1,870 - 3,003 ล้านบาท ถ้าราคาเพิ่มร้อยละ 10 ต่อปี) ยังแตกต่างจากที่สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2535) ประมาณความเสียหายไว้ในบทความ "เบียดเบียนที่เหมาะสมในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ" ว่าประมาณ 4,260 ล้านบาทต่อปี ส่วนต่างกันถึง 1,260 ล้านบาท เนื่องจากสงวนและคณะ (2535) ประเมินค่าเสียหายต่อหน่วยของการรักษาผู้ป่วยในแบบผ่าตัดสูงถึง 3,442 ล้านบาท โดยตั้งสมมติฐานว่าผู้ป่วยในต้องผ่าตัดร้อยละ 30 ของผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมด ขณะที่ผู้รายงานพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดประมาณร้อยละ 26 ของผู้ป่วยในทั้งหมด สงวนและคณะใช้ค่ารักษาที่ปรับน้ำหนักของภาครัฐและภาคเอกชนจากราคาผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรที่เบิกจากกองทุนประกันสังคม ซึ่งเป็นราคาที่สูง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ 2535)

การประเมินค่าเสียหายจากแหล่งอื่นๆ ยังต่ำกว่านี้มาก เช่น ค่าเสียหายทางตรงในปี 2534 เท่ากับ

323.7 ล้านบาท (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ 2538) หรือที่กองวิศวกรรมจราจร กรมทางหลวง ประเมินค่าเสียหายของปี 2535 ไม่ต่ำกว่า 336.7 ล้านบาท (ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2536-2537) ปัญหาหลักของการประเมินต่ำคือใช้สถิติเชิงรับ ซึ่งต่ำกว่าความเป็นจริง

4. ราคากลางจะเข้ามามีบทบาทอย่างไร

ราคากลางที่ผู้รายงานนำเสนอ คือราคากลางที่เหมาะสมตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group, DRG) จัดกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามความรุนแรงของการบาดเจ็บและการรักษาที่ให้เป็นกลุ่มต่างๆ ประมาณ 70 กลุ่ม สามารถเทียบความรุนแรงและทรัพยากรที่ใช้รักษาโรคในแต่ละกลุ่มได้ตามน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight) และจากน้ำหนักสัมพัทธ์สามารถกำหนดคะแนน 1 หน่วยให้เท่ากับต้นทุนการรักษาพยาบาลได้ ตามการเพิ่มขึ้นของอัตราเงินเฟ้อ หรือตามต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจริง หรือตามยอดจำนวนเงินที่มีอยู่ในกอง

ทุนเพื่อความคุ้มค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์

ราคากลางที่กำหนดเหมาะจ่ายตามความรุนแรงของโรคนี้ จะช่วยส่งเสริมให้โรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะจะได้รับเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลคงที่ แม้จะรักษาโรคด้วยการให้นอนโรงพยาบาลนาน หรือรักษาด้วยยาหรือวิธีการที่มีราคาแพงกว่า แต่ผลการรักษาคือหายเท่ากัน ดังนั้นโรงพยาบาลจึงมีแนวโน้มที่จะลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ไม่ถ่วงเวลาของการรักษาให้เนิ่นนานออกไป

ตามที่คำนวณไว้ในกรณีวิจัย หากกำหนดให้น้ำหนักสัมพัทธ์ 1 หน่วยเท่ากับราคากลางที่จ่ายให้

กับโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนเท่ากัน คือ 13,229 บาท โรงพยาบาลรัฐทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดจะได้รับเงินจากราคากลางมากกว่าที่ ต้องการเรียกเก็บจากผู้ป่วย ส่วนโรงพยาบาลเอกชนต่างจังหวัดต้องเรียกเก็บเงินเพิ่มจากผู้ป่วยอีกประมาณร้อยละ 20 ของราคาที่ต้องการเก็บจากผู้ป่วยใน และร้อยละ 40 ของราคาที่ต้องการเรียกเก็บจากผู้ป่วยนอก เพื่อให้ได้เต็มตามราคาที่ต้องการเรียกเก็บ ส่วนโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ ต้องเรียกเก็บจากผู้ป่วยอีกร้อยละ 60 ของราคาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ดูตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 น้ำหนักของการรักษาผู้ป่วยนอก ราคาชดเชยจากราคากลางและการมีส่วนร่วมจ่าย

	ร.พ.รัฐ ต่างจังหวัด	ร.พ.รัฐกรุงเทพฯ	เอกชนต่างจังหวัด	เอกชนกรุงเทพฯ
จำนวนผู้ป่วยใน	7,086	500	2,290	587
น้ำหนักสัมพัทธ์	7,010.22	600.01	1,991.81	547.73
จ่ายตามราคากลาง	92,738,200	7,937,479	26,349,681	7,245,947
ได้เงินเกิน/(ขาด)	55,576,980	2,258,334	(5,884,478)	(11,891,676)
ต้องจ่ายเงินสมทบ	ไม่ต้อง	ไม่ต้อง	18.26%	62.14%
จำนวนผู้ป่วยนอก	5,493	1,370	3,048	443
น้ำหนักสัมพัทธ์	5,270.92	1,370.8	2,986.3	452.25
จ่ายตามราคากลาง	1,697,235	441,427	961,618	145,625
ได้เงินเกิน/(ขาด)	829,520	28,840	(727,860)	(217,994)
ต้องจ่ายเงินสมทบ	ไม่ต้อง	ไม่ต้อง	43.08%	59.95%

ที่มา: ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และคณะ (2537)

แม้จะมีปัญหาในเชิงนโยบายว่าควรปรับราคาต่อ 1 หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ ระหว่างรัฐและเอกชน และระหว่างต่างจังหวัดกับกรุงเทพฯ ให้แตกต่างกันหรือไม่ เพียงใด ในที่นี้หากเพิ่มการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลเอกชนจากราคากลางฯ เพื่อเพิ่มโอกาสของผู้ประสบภัยให้สามารถได้รับบริการที่ใกล้กับจุดเกิดเหตุ

ไม่ว่าจะเป็นการจากรัฐหรือเอกชน และเพื่อเป็นการลดภาระการจ่ายเงินเพิ่ม เมื่อต้องเข้ารับบริการจากภาคเอกชน เช่น “กองทุนราคากลาง” จ่ายส่วนเกินจากราคากลางให้กับโรงพยาบาลเอกชนครั้งหนึ่ง และให้ผู้ป่วยรับภาระอีกครั้งหนึ่ง (นั่นคือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาลเอกชนต่างจังหวัดจ่ายส่วน

เกินอีกประมาณร้อยละ 10 ของราคาผู้ป่วยในที่เรียกเก็บ ซึ่งเป็นเงินประมาณ 1,500 บาท หรือร้อยละ 20 ของราคาผู้ป่วยนอก ประมาณ 110 บาท และผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ จ่ายส่วนเกินอีกประมาณร้อยละ 30 ของราคาผู้ป่วยในคือจ่ายเพิ่ม 10,000 บาท และราคาผู้ป่วยนอก คือจ่ายเพิ่ม 250 บาท)

5. ผลกระทบของราคากลางตามกลุ่มวินิจัยโรคร่วม

ตารางที่ 5 แสดงค่าเสียหายทางด้านการแพทย์ของปัญหาอุบัติเหตุยานยนต์ โดยที่ขนาดปัญหา และจำนวนการให้บริการ ณ สถานพยาบาลรัฐและเอกชนไม่เปลี่ยน จะเปลี่ยนแปลงก็เพียงแต่วิธีการจ่ายเงิน (หรือวิธีคำนวณ) ค่าเสียหายเดิมที่คำนวณไว้ข้างต้นว่าอยู่ระหว่าง 1,700 - 2,700 ล้านบาท หากจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลตามราคากลาง โดยไม่เพิ่มเงินให้แก่ภาคเอกชน ค่าเสียหายทางการแพทย์จะเป็นเงิน 2,386 ล้านบาท แต่หากเพิ่มเงินจากราคากลางให้กับภาคเอกชนเพื่อลดภาระการจ่ายเงินเพิ่มของผู้ประสบภัยลงครึ่งหนึ่ง ค่าเสียหายทางการแพทย์จะเพิ่มอีกเกือบ 90 ล้านบาท เป็น 2,475 ล้านบาท ซึ่งยังต่ำกว่าต้นทุนอีกเกือบ 250 ล้านบาท

ตารางที่ 5 ค่าเสียหายทางการแพทย์ตามวิธีคำนวณต่าง ๆ และตามการกำหนดราคากลาง

ค่าเสียหาย	ล้านบาท
ตามราคาเรียกเก็บทั้งรัฐและเอกชน	1,697.8
ตามต้นทุนของรัฐและราคาเอกชน	2,723.3
ตามราคากลาง	2,386.1
ราคากลาง เพิ่มค่าธรรมเนียมเอกชน	2,474.7

การกำหนดราคากลางตามกลุ่มวินิจัยโรคร่วม โดยให้ผู้มีส่วนจ่ายเงินเพิ่มสำหรับบริการนอกเหนือจากบริการที่จำเป็น เช่น ต้องการอยู่ห้องพิเศษ

ต้องการเลือกแพทย์หรือพยาบาลพิเศษ ฯลฯ จะทำให้บริการการแพทย์มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพราะจะช่วยลดอุปสงค์ส่วนเกินที่ไม่จำเป็นของผู้ประสมภัยสามารถควบคุมการเบิกจ่ายของโรงพยาบาลมิให้สูงเกินไปอย่างการเบิกจ่ายตามรายการ หรือตามจำนวนวันที่นอนในโรงพยาบาล ทำให้ไม่มีผลกระทบต่อเบี้ยประกัน คือต้องเพิ่มอัตราเบี้ยประกันในปีต่อไป

อย่างไรก็ตาม ราคากลางที่กำหนดอาจส่งผลกระทบต่อระบบข้อมูลกลุ่มวินิจัยโรคร่วม เช่น อาจทำให้โรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะเลือกส่งรหัสกลุ่มวินิจัยโรคร่วมที่มีน้ำหนักสัมพัทธ์สูงกว่า (DRG creep) หรืออาจมีผลกระทบต่อคุณภาพของการรักษาทำให้ผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาลเร็วเกินสมควร หรือต้องกลับมาอนรักษาใหม่อีกครั้งโดยไม่จำเป็น

6. เบี้ยประกันและคุณภาพการรักษา

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งเป็นการประกันภาคบังคับ ทำให้ธุรกิจการประกันเติบโตอย่างรวดเร็ว ประมาณว่า 6 เดือนแรกของปี 2537 มูลค่าของกรมธรรม์สูงถึง 1.28 หมื่นล้านบาท เพิ่มจาก 9.2 พันล้านบาทในช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน คือเพิ่มในอัตราร้อยละ 35 อัตราที่เพิ่มส่วนหนึ่งเป็นเพราะยอดการขายรถในครึ่งปีแรกมากถึง 28,202 คัน (จากจำนวนรถนั่งส่วนบุคคลไม่เกิน 7 คน ที่มีอยู่ประมาณ 8 แสนคัน) และมีบริษัทหนึ่งที่มีส่วนแบ่งของธุรกิจประกันถึงร้อยละ 23 ของธุรกิจประกันทั้งหมด (Bangkok Post, November 1994)

ข้อมูลอีกแหล่งหนึ่งคือเบี้ยประกันจากบริษัทประกันภัย 57 แห่ง ตั้งแต่ 5 เมษายน 2536-31 พฤษภาคม 2537 รวมทั้งสิ้น 3,026,571 กรมธรรม์เป็นเงิน 3,337.7 ล้านบาท (สงวน นิตยารัมพงศ์ และคณะ 2538) จากที่คาดว่าเบี้ยประกันจะเป็นทั้งสิ้น 8,189.8 ล้านบาท (สงวน นิตยารัมพงศ์ และคณะ 2535) ส่วนที่ขาดหายไปส่วนใหญ่น่าจะ ได้แก่ รถจักรยานยนต์ ซึ่งประมาณว่าจะเก็บได้ 3,230 ล้านบาทจากรถจักรยานยนต์ 5.5 ล้านคัน (คิดอัตราเบี้ยประกัน 600 บาทต่อปี แต่ในประกาศกระทรวงพาณิชย์

แบ่งอัตราเบี้ยประกันของรถจักรยานยนต์ตามขนาดซีซี เริ่มตั้งแต่ 200 บาท ถึง 600 บาท (กรมการประกันภัย 2536))

ค่าเสียหายที่เรียกจากบริษัทประกันในปี 2536 เฉพาะกิจการประกันภาคบังคับ เท่ากับ 592.5 ล้านบาท (คิดเป็น loss ratio ร้อยละ 15.1 จากเบี้ยประกัน 3,934.2 ล้านบาท) (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ 2538) อัตราการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัยแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน คือ ระหว่างเดือนตุลาคม 2536 ถึงมีนาคม 2537 สํารวจข้อมูลจากโรงพยาบาลประมาณ 100 แห่ง โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันได้ร้อยละ 80 ของค่ารักษา 9.8 ล้านบาท ส่วนโรงพยาบาลรัฐเรียกเก็บได้เพียงร้อยละ 40 ของค่ารักษา 41.4 ล้านบาท (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ 2538)

การที่โรงพยาบาลรัฐเรียกเก็บเงินจากบริษัทประกันได้ในอัตราที่ต่ำกว่าโรงพยาบาลเอกชน ทั้งที่ราคาการรักษาต่อรายที่เรียกเก็บต่ำกว่าของโรงพยาบาลเอกชน อาจเนื่องมาจากวิธีบริหารงานติดตามหนี้สินของโรงพยาบาลเอกชนมีประสิทธิภาพมากกว่าของโรงพยาบาลรัฐ แต่ปัญหาการเรียกเก็บเงินได้ดำนี้นี้ไม่พบในการบริหารงานของกองทุนเงินทดแทนหรือสวัสดิการรักษายาบาลที่ดำเนินงานโดยรัฐเลย ตรงกันข้าม อาจจูงใจให้เกิดการเบิกจ่ายในราคาที่สูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปเสียอีก (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ 2536 และ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย 2536)

การเบิกเงินไม่ได้ตามที่ขอตั้งเบิกไป อาจส่งผลกระทบต่อกลับมาที่โรงพยาบาลผู้ให้บริการ ไม่นับดีให้บริการผู้ที่ไม่สามารถจ่ายเงินสำรองค่ารักษาพยาบาลก่อนได้ หรืออาจชลอการรักษาไว้จนกระทั่งไม่เกิดผลดี ทำให้คุณภาพและผลสัมฤทธิ์ของการรักษาผู้ประสมภัยจากรถลดลง จึงเป็นการขัดต่อเจตนารมณ์ของการตราพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสมภัยจากรถที่ต้องการ "ให้ผู้ประสมภัยได้รับการชดเชยค่าเสียหายและได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นที่แน่นอนและทันท่วงที" (สำนักนายกรัฐมนตรี 2535)

7. ไตรถ่ประโยชน์โรเสียชีวิต

การจ่ายเงินตามราคากลางผู้ประสมภัยจากรถตามกลุ่มวินิจัยโรคร่วมจะเกิดผลกระทบต่อบุคคล 3 กลุ่ม ตามองค์ประกอบของการประกัน ได้แก่

7.1 ประชาชนที่พระราชบัญญัติครอบคลุม

ผลที่เกิดกับกลุ่มนี้มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ถ้าราคากลางฯ สามารถกระตุ้นให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้จริง ผู้ประสมภัยจะได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาได้จากทั้งโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน แต่อาจต้องมีส่วนจ่ายเพิ่ม หากต้องการบริการที่นอกเหนือจากบริการที่จำเป็นด้านลบที่อาจเป็นไปได้คือ คุณภาพการรักษาอาจลดลงจากการที่เน้นควบคุมรายจ่ายจนเกินไป

ผู้ที่พระราชบัญญัตินี้ครอบคลุมอีกกลุ่มหนึ่งคือผู้มียานยนต์เข้าข่ายต้องประกัน จะได้รับประโยชน์จากราคากลางคือ การควบคุมรายจ่ายค่าเสียหายทางการแพทย์ ซึ่งทำให้ไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกันในอัตราที่สูงขึ้น

7.2 โรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ประสมภัยจากรถ

โรงพยาบาลที่ได้ประโยชน์จากราคากลางมาก ได้แก่โรงพยาบาลรัฐ เนื่องจากสามารถเบิกค่าทดแทนจากองค์กรประกันได้ในอัตราที่สูงกว่าราคาที่เราเรียกเก็บในกรณีที่กำหนดให้ 1 หน่วยน้ำหนักเท่ากับระหว่างรัฐและเอกชน แต่ถ้าปรับราคาให้ลดลงเพื่อไม่ให้รับเงินสนับสนุน 2 ทางทั้งจากงบประมาณ และจากองค์กรประกัน (ซึ่งโรงพยาบาลรัฐอาจต้องการรายรับเป็นเงินบำรุง มากกว่าเงินที่จัดสรรจากงบประมาณ) โรงพยาบาลก็ยังได้รับผลกระทบด้านดีคือปรับระบบการบริการผู้ป่วย และการบริหารให้มีประสิทธิภาพขึ้น

โรงพยาบาลเอกชนมีทั้งที่ได้ผลกระทบด้านดีและด้านลบ ราคากลางอาจช่วยลดข้อถกเถียงระหว่างผู้ป่วยกับโรงพยาบาลว่า โรงพยาบาลเก็บค่าบริการที่สูงเกินไป และอาจกำหนดได้คร่าว ๆ ว่าผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมจ่ายเท่าไร สำหรับกลุ่มวินิจัยโรคร่วม

แต่ละชนิด แต่สำหรับโรงพยาบาลที่มีต้นทุนการรักษาที่สูงกว่าค่าราคากลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ก็ไม่สามารถให้บริการได้ และอาจต้องเรียกเก็บค่ารักษาเพิ่มเติมในอัตราที่เป็นภาระต่อผู้ป่วย

7.3 องค์การประกัน

ประโยชน์ของราคากลางต่อองค์การประกันมีมาก เพราะเป็นเครื่องมือที่ดีสำหรับเจรจาต่อรองกับโรงพยาบาลผู้ให้บริการ หรือต่อรองขึ้นเบี้ยประกันกับกระทรวงพาณิชย์ และยังเป็นเครื่องมือที่ดีในการประเมินคุณภาพของการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลต่างๆ ด้วย ผลกระทบด้านลบต่อองค์การประกันคือ ต้องเพิ่มภาระด้านข้อมูลทางการแพทย์มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันที่กำหนดให้บริษัทเอกชนเข้ามาทำหน้าที่เป็นองค์การประกัน และมีจำนวนมากกว่า 50 บริษัท เกิดปัญหาเบี้ยเบี้ยไม่จ่ายเงินทดแทนด้วยเหตุผลต่างๆ นานา สมควรต้องปรับกฎหมายให้องค์การประกันในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นองค์การไม่แสวงกำไรเพียงองค์กรเดียว (เช่น ประกันสังคม) หรือมีไม่มากกว่า 5 บริษัท (ไม่แสวงกำไร) เพื่อให้เกิดการแข่งขันกันด้านบริการ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ประสบภัย เจ้าของรถ และสถานพยาบาล

8. สรุป

ราคากลางผู้ประสบภัยจากรถโดยวิธีเหมาจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสามารถใช้ประเมินค่าเสียหายทางการแพทย์จากอุบัติเหตุยานยนต์ว่า ปี 2538 จะมียอดค่าเสียหายประมาณ 3 พันล้านบาท การใช้ราคากลางโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนจ่ายเงินเพิ่มสำหรับบริการที่นอกเหนือจากที่จำเป็น จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ และประหยัดรายจ่ายจาก "กองทุนผู้ประสบภัยจากรถ" ได้ถึง 250 ล้านบาท

กติการวมประเภท

ผู้รายงานขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบ

สาธารณสุขที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยราคากลางค่ารักษาผู้ประสบภัยจากรถ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ (2536) พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2535 กฎกระทรวงฯ ประกาศ คำสั่ง และระเบียบต่างๆ กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2538) รายงานย่อสถานการณ์การควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุจากรถในประเทศไทย (จะตีพิมพ์)
- ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2536-2537 กรุงเทพฯ: อีรพงศ์การพิมพ์
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ Sara Bennett และคณะ (2536) ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในภายใต้สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ ศุภสิทธิ์ พรธนาโรนทัย ประดิษฐ์ วงษ์คนารัตนกุล อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และพรพจน์ กิ่งแก้ว (2537) ราคากลางค่ารักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถ รายงานการวิจัย
- ศุภสิทธิ์ พรธนาโรนทัย (2536) เศรษฐศาสตร์โรงพยาบาลใน ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์และคณะ (บรรณาธิการ) สานความหวัง สู่อำนาจเป็นเลิศของโรงพยาบาลรัฐ ชมรมโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2535) อัตราเบี้ยประกันที่เหมาะสมของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ กรุงเทพฯ : กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารโรเนียว)
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ คณะ (2538) ผลกระทบของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 รายงานการวิจัย
- สำนักนายกรัฐมนตรี (2535) บันทึกหลักการและเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ แนบหนังสือคำสั่งที่ นร 0203/3141 ลงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2535
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล Sara Bennett วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สุภัทลยา คงสวัสดิ์ และ นวลอนันต์ ตันติเกตุ (2535) ประโยชน์ทดแทนกรณีรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ภาย

ได้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กอง
แผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
Ali J and Naraynsingh (1987) Potential Impact of
Advanced Trauma Life Support (ATLS) Pro-
gram in a Third World Country. International
Surgery, 72, 3, 179-184.
MacKinney T and Baker T (1994) Impact of Motor
Vehicle Injury in Taiwan Using Potential Pro-
ductive Years of Life Lost. Asia-Pacific Journal
of Public Health, 7, 1, 10-15.
Rice DP et al (1989) Cost of Injury in the United
States: A Report to Congress. Institute for
Health and Aging, University of California and
Injury Prevention Center (San Francisco) and

Johns Hopkins University.
Stansfield SK, Smith GS and McGreevey WP (1993)
Injury. In Jamison DT et al (eds) Disease
Control Priorities in Developing Countries.
Oxford Medical Publications.
WHO (1987) Report of the Asian Seminar on Road
Safety. IPR/APR 218G. WHO Regional Office
for Europe, Geneva.
WHO (1989) "Manifesto for Safe Communities:
Safety-A Universal Concern and Respon-
sibility for All". Resolution adopted at the First
World Conference on Accident and Injury
Prevention, September 20, Stockholm.

