

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

การวิเคราะห์และกำหนดอัตราเหมาจ่าย ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับ ปีงบประมาณ ๒๕๔๗

กัญญา ติชยาธิตม

จิตปราณี วาศวิท

วลัยพร พัทธนนฤมล

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

การจัดทำอัตราเหมาจ่ายรายหัวโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งแรกในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ คิดเป็น ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี โดยใช้ฐานข้อมูลสองชุดคือ อัตราเจ็บป่วยและต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาล การคำนวณครั้งที่สอง ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ ได้อัตราเหมาจ่ายเป็น ๑,๔๑๔ บาทต่อคนต่อปี โดยยึดแนวทางเช่นเดียวกับปี ๒๕๔๕ ในครั้งนี้ ได้คำนวณอัตราเหมาจ่ายกรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล และการนำข้อมูลต้นทุนค่ารักษาพยาบาลระดับตติยภูมิของของโรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาลเอกชนมาร่วมในการคำนวณด้วย การศึกษาในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงวิธีการและฐานข้อมูลสำคัญ สำหรับการประมาณการ อัตราเหมาจ่าย ปีงบประมาณ ๒๕๔๗ และเสนอทางเลือกในการใช้ฐานข้อมูลเพื่อกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัว

การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว ปี ๒๕๔๗ ให้คงหลักการเหมือนปี ๒๕๔๖ คือ อัตราการเจ็บป่วยและต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน อัตราการเจ็บป่วยมีสองฐานข้อมูล คือ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) ปี ๒๕๔๕ และการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (สศส.) ปี ๒๕๔๕ ครั้งปีแรก การวิเคราะห์พบว่า การเจ็บป่วยทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน กลุ่มที่ได้รับสิทธิประโยชน์จากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ สศส. ๒๕๔๕ ต่ำกว่า สอศ. ๒๕๔๕ เท่ากับ ๒.๔๑ เท่า และ ๑.๒๑ เท่า ตามลำดับ คณะกรรมการพิจารณาเห็นว่าควรใช้ข้อมูลอัตราการเจ็บป่วยจาก สอศ. ๒๕๔๕ เนื่องจากมีความเชื่อมั่นต่อข้อมูล สอศ. ๒๕๔๕ มากกว่า สศส. ๒๕๔๕

วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยด้วยสองวิธีการ คือ วิธีที่หนึ่ง การคำนวณแบบลดจากข้อมูลรายงาน ๐๑๑๐ รง. ๕ ปีงบประมาณ ๒๕๔๕ พบว่า ต้นทุนของโรงพยาบาลจังหวัดสูงกว่าปี ๒๕๔๔ ร้อยละ ๑๑ ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชนต่ำกว่าปี ๒๕๔๔ ร้อยละ ๑๓ วิธีที่สอง การปรับต้นทุนปี ๒๕๔๔ ด้วยอัตราเพิ่มของเงินเดือนและดัชนีราคาผู้บริโภค พบว่าต้นทุนต่อหน่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒.๘ สำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ เมื่อนำมาคำนวณอัตราเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยอัตราเหมาจ่ายของสิทธิประโยชน์อื่น ๆ เท่ากับปี ๒๕๔๖ ส่วนค่าลงทุน (replacement cost) ให้ใช้สัดส่วนเดิมในปี ๒๕๔๖ คือร้อยละ ๑๐ ของค่ารักษาพยาบาล ดังนั้น พบว่า อัตราเหมาจ่ายรายหัวจากการคำนวณต้นทุนทั้งสองวิธี เท่ากับ ๑,๔๑๒ และ ๑,๔๔๗ บาทต่อคนต่อปี ตามลำดับ

คณะกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง พิจารณาให้ใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ได้จากการคำนวณต้นทุนด้วยวิธีที่สอง ด้วยเหตุผลว่า ฐานข้อมูลรายงาน ๐๑๑๐ รง. ๕ มีความจำเป็น ต้องตรวจสอบอย่างถี่ถ้วนเพราะมีการเปลี่ยนแปลงแบบบันทึกข้อมูล และความครอบคลุมของรายงาน ในปี ๒๕๔๕ ซึ่งอาจทำให้เกิดความสับสน และสร้างปัญหาของความน่าเชื่อถือของข้อมูลการปรับเพิ่มต้นทุนด้วย วิธีที่สองอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และมีแหล่งอ้างอิงที่ยอมรับได้ ดังนั้น อัตราเหมาจ่าย ปี ๒๕๔๗ ตามหลัก วิชาการควรเป็น ๑,๔๔๗ บาทต่อคนต่อปี

การจัดทำอัตราเหมาจ่ายปี ๒๕๔๗ นั้น ใช้สอส. ๒๕๔๔ ซึ่งเป็นอัตราป่วยและการใช้บริการก่อนมีระบบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากเมื่อมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ประชาชนไทยจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้มากขึ้น อัตราการใช้บริการในสถานพยาบาลควร จะเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: อัตราเหมาจ่ายรายหัว, โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ปีงบประมาณ ๒๕๔๗

บทนำ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มดำเนินการเต็มพื้นที่ ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม ๒๕๔๔ (ปีงบประมาณ ๒๕๔๕) โดยมีการคำนวณงบประมาณในการใช้จ่าย ด้านสุขภาพต่อรายหัวประชากร สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๔๕ เท่ากับ ๑,๒๐๒^(๑) และ ๒๕๔๖ เท่ากับ ๑,๔๐๔ บาท^(๒) การประมาณการครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล^(๓) การคำนวณอัตราเหมาจ่าย ผู้วิจัย ได้ใช้ฐานข้อมูลการเจ็บป่วย และการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของคนไทย จากรายงานการสำรวจอนามัย และสวัสดิการ (สอส.) ปี ๒๕๓๙ สำหรับการคำนวณ อัตราเหมาจ่ายในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ และ ใช้ สอส. ๒๕๔๔ สำหรับการคำนวณอัตราเหมาจ่ายในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจทุก ๆ ๕ ปี รวมทั้งได้ใช้ข้อมูลต้นทุนจากรายงานการเงินของสถาน พยาบาลระดับต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน

การคำนวณอัตราเหมาจ่ายสำหรับการส่งเสริม สุขภาพ และป้องกันโรค ในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ มีข้อ จำกัดด้านข้อมูลค่อนข้างมาก จึงใช้ประมาณการเป็น ร้อยละ ๒๐ ของต้นทุนในด้านการรักษาพยาบาล (เท่ากับ ๑๗๕ บาทต่อประชากรต่อปี) สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๔๖

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์อัตราเหมาจ่ายรายหัวในการให้บริการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล โดยอ้างอิง ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และต้นทุน ของบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๔๗ นั้น ประชาชนใน โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรได้รับรู้สิทธิและ สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลมากขึ้นกว่าปีก่อน ๆ การจัดทำอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากร ควรต้องใช้ ฐานข้อมูลการเจ็บป่วยและการใช้บริการของคนไทย ที่ เป็นปัจจุบัน รวมทั้ง ฐานต้นทุนที่ทันสมัยมากที่สุด เพื่อให้ได้อัตราเหมาจ่ายที่เป็นธรรมแก่สถานพยาบาลทั่ว ประเทศ

คณะกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหาร จัดการด้านการเงินการคลัง จึงมอบหมายให้คณะผู้วิจัย ศึกษาประมาณการงบประมาณการใช้จ่ายรายหัว สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๔๗ และดำเนินการวิจัยโดยมี วัตถุประสงค์เพื่อ

- แสดงวิธีการและฐานข้อมูลสำคัญ สำหรับการ ประมาณการอัตราเหมาจ่าย สำหรับโครงการประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๗

• เสนอทางเลือกในการใช้ฐานข้อมูลเพื่อกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัว

วิธีการศึกษา

ทบทวนฐานข้อมูลการเจ็บป่วยของคนไทยและฐานข้อมูลต้นทุน

การจัดทำอัตราเหมาจ่าย ใช้ฐานข้อมูลสำคัญ ๒ ชุด คือ สอศ. และต้นทุนต่อหน่วยบริการในภาครัฐและเอกชน ซึ่งทีมวิจัยใช้วิธีลัดเป็นหลัก จนกว่าในอนาคตจะมีข้อมูลต้นทุนแบบมาตรฐานในจำนวนมากเพียงพอสำหรับการใช้คำนวณ

ตารางที่ ๑ แสดงกรอบเวลาของการจัดทำอัตราเหมาจ่ายรายปีงบประมาณ และฐานข้อมูล สอศ. ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ตัดสินใจดำเนินการให้ดีขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์ในด้านนโยบาย โดยจัดทำทุก ๒ ปี แทนทุก ๕ ปี อย่างแต่ก่อน ทั้งนี้ตั้งแต่ ปี ๒๕๔๖ เป็นต้นไป ฐานข้อมูล สอศ. มีคาบเวลาการสำรวจในเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน จะไม่ทันการณกับการจัดทำงบประมาณประจำปี ซึ่งจะต้องจัดทำคำขอประมาณเดือนมีนาคมของปีก่อนหน้างบประมาณนั้น ๆ

ยกตัวอย่าง การจัดทำงบประมาณประจำปี เป็นการจัดทำล่วงหน้า ประมาณ ๑ ปี กลางปีงบประมาณ ๒๕๔๖ (มีนาคม ๒๕๔๖) ต้องจัดงบประมาณปี ๒๕๔๗ แต่การสำรวจ สอศ. ๒๕๔๖ จะได้ข้อมูลที่พร้อมจะใช้

งานในราวเดือนสิงหาคม ๒๕๔๖ ซึ่งไม่ทันใช้สำหรับการวิเคราะห์อัตราเหมาจ่ายในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ มีความจำเป็นต้องใช้ ฐานข้อมูล สอศ. ปี ๒๕๔๔ ไปพลางก่อน ข้อกังวลของการใช้ สอศ.๒๕๔๔ เพื่อจัดทำอัตราเหมาจ่ายในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ คือ แบบแผนการใช้บริการในปี ๒๕๔๔ จากฐานข้อมูล สอศ.๒๕๔๔ ซึ่งคาบการสำรวจคือ เมษายน ถึง มิถุนายน ๒๕๔๔ นั้น เป็นห้วงเวลาก่อนที่จะมีการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การใช้บริการน่าจะน้อย ทำให้อัตราเหมาจ่าย ในปี ๒๕๔๗ อาจจะต่ำกว่าความจริง และไม่เพียงพอกับการใช้บริการของประชาชนได้

นอกจากนี้ ต้นทุนต่อหน่วยที่ใช้คำนวณอัตราเหมาจ่ายปีงบประมาณ ๒๕๔๗ คือ ฐานข้อมูลต้นทุนในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ ซึ่งได้ข้อมูลสมบูรณ์เต็มปี เนื่องจากข้อมูล ๒๕๔๖ ยังไม่สมบูรณ์ อย่างมากได้เพียงหนึ่งไตรมาสของปี ๒๕๔๖ เท่านั้น

หากการคำนวณอัตราเหมาจ่ายในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังอ้างอิงและใช้ฐานข้อมูล ๒ ชุดนี้ ก็ต้องยอมรับข้อจำกัดเชิงโครงสร้างเหล่านี้ จนกว่าในอนาคต จะมีฐานข้อมูลจากสถานพยาบาล (hospital based data) ที่สามารถระบุถึงอัตราการใช้บริการของผู้มีสิทธิ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำลังพัฒนาฐานข้อมูลอยู่ นอกจากนี้ โครงการอื่น เช่น โครงการประกันสังคม ไม่มีการใช้

ตารางที่ ๑ ฐานข้อมูลเพื่อการจัดทำอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

	ปีงบประมาณ							
	๒๕๔๔	๒๕๔๕	๒๕๔๖	๒๕๔๗	๒๕๔๘	๒๕๔๙	๒๕๕๐	๒๕๕๑
อัตราเหมาจ่าย (บาท / คน / ปี)	๑,๒๐๒	๑,๒๐๒	๑,๔๑๔					
ข้อมูลการเจ็บป่วย และการให้บริการ	๒๕๓๕	๒๕๓๕	๒๕๔๔	๒๕๔๔	๒๕๔๖	๒๕๔๖	๒๕๔๘	๒๕๔๘
ข้อมูลต้นทุนวิธีลัด	ปี ๒๕๔๓	ปี ๒๕๔๓	ปี ๒๕๔๔	ปี ๒๕๔๕	ปี ๒๕๔๖	ปี ๒๕๔๗	ปี ๒๕๔๘	ปี ๒๕๔๙

ฐานข้อมูลเหล่านี้ (สอส. และข้อมูลต้นทุนต่อหน่วย) ในการปรับอัตราเหมาจ่ายของตนให้เหมาะสม ทันสมัย และเป็นธรรมต่อสถานพยาบาลคู่สัญญา

หลักการประมาณการอัตราเหมาจ่ายปีงบประมาณ ๒๕๔๗

๑. ใช้หลักการ กรอบการวิเคราะห์และระเบียบวิธีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายสำหรับปีงบประมาณ ๒๕๔๖^(๓) เนื่องจากวิธีการที่ใช้ในปี ๒๕๔๖ ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายอย่างถ้วนถี่ ข้อสมมุติต่าง ๆ ในกรณีที่ข้อมูลมีข้อจำกัดนั้นได้รับการตัดสินใจโดยฉันทามติ (consensus) โดยนักวิชาการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องแล้ว

๒. ใช้อัตราการเจ็บป่วยและการใช้บริการของคนไทย จาก สอส.๒๕๔๔ เป็นหลัก แต่ให้นักวิจัยตรวจสอบ (verify) การเจ็บป่วยและการใช้บริการของ สอส.๒๕๔๔ กับการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (สศส.) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยปี ๒๕๔๕ (Health Module) ว่ามีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด เนื่องจาก สศส.เป็นการสำรวจที่มี health module ซึ่งเป็นข้อมูลล่าสุดที่มีอยู่ในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๔๖ ขณะที่ทำการวิเคราะห์ครั้งนี้

๓. วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย โดยวิธีลัดโดยใช้ข้อมูลล่าสุดที่มีคือ ข้อมูลจากรายงาน ๐๑๐๐ รง ๕ ของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ เป็นหลัก สถานพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุข และภาคเอกชน ให้ใช้ข้อมูลจริงในปีงบประมาณ ๒๕๔๔ ปรับด้วยอัตราเพิ่มระหว่างปี ๒๕๔๔-๔๕ ของโรงพยาบาลระดับจังหวัด เป็น proxy increase

๔. พิจารณาใช้ดัชนีราคาผู้บริโภคหมวดค่ารักษาพยาบาล ซึ่งจัดทำโดยกระทรวงพาณิชย์ เพื่อปรับต้นทุนต่อหน่วยจากปี ๒๕๔๔ เป็น ๒๕๔๕ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูล ในกรณีที่ข้อมูลต้นทุนโดยวิธีลัด ไม่น่าเชื่อถือ

๕. ปรับอิทธิพลของฤดูกาลต่อการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากคาบการสำรวจของ สอส. อยู่ในเดือน

เมษายน ถึง มิถุนายน ปรับเพิ่มอัตราร้อยละ ๓ เนื่องจากเป็นช่วงที่จำนวนผู้ป่วยนอกต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั้งปี อยู่ร้อยละ ๓^(๓)

๖. อัตราเหมาจ่ายสำหรับชุดสิทธิประโยชน์อื่นได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทันตกรรมประดิษฐ์ รายจ่ายเพื่อ emergency medical services ให้ใช้ตัวเลขในปี ๒๕๔๖^(๓) เป็นเกณฑ์ ส่วนรายจ่ายเพื่อการลงทุน (capital replacement) ให้ใช้สัดส่วนในปี ๒๕๔๖^(๓) (ร้อยละ ๑๐ ของอัตราเหมาจ่ายกรณีรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) เป็นเกณฑ์

วิธีการประมาณการอัตราเหมาจ่าย ปีงบประมาณ ๒๕๔๗

สรุปแนวทางในการศึกษาโดยอ้างอิงตามการศึกษาอัตราเหมาจ่ายรายหัวในปีงบประมาณ ๒๕๔๖^(๓) ให้มีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันเท่าที่ฐานข้อมูลจะทำการศึกษานั้น มีขั้นตอนในการดำเนินการศึกษาดังนี้

๑. เปรียบเทียบข้อมูลอัตราการเจ็บป่วย จาก สอส. ๒๕๔๔ กับอัตราการเจ็บป่วย จากข้อมูลเบื้องต้น ในการสำรวจ สศส ๒๕๔๕ระยะเวลา ๖ เดือน ในปี ๒๕๔๕

๒. ศึกษาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรตามกลุ่มอายุและเพศ ในปี ๒๕๔๕ ถึง ๒๕๔๗ จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๕๕ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ^(๔) เปรียบเทียบกับข้อมูลจาก สอส.๒๕๔๔

๓. คำนวณต้นทุนต่อหน่วย ปี ๒๕๔๕ โดยใช้ข้อมูลต้นทุนของสถานพยาบาล ตามรายงาน ๐๑๐๐ รง ๕ ปีงบประมาณ ๒๕๔๕ จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยวิธีลัด^(๔)

๔. คำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวเปรียบเทียบ ๒ กรณี คือ

วิธีที่ ๑ ใช้ต้นทุนต่อหน่วยจากการคำนวณตามข้อ ๓

วิธีที่ ๒ ใช้ข้อมูลต้นทุนด้านการรักษาพยาบาล ปี ๒๕๔๔ ปรับด้วยดัชนีราคาผู้บริโภคเฉพาะหมวดค่า

รักษาพยาบาลและยา จากสำนักดัชนีเศรษฐกิจการค้า กรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์^(๖)

ผลการศึกษา

๑. การตรวจสอบรายงานการเจ็บป่วยของคนไทย จาก สอศ.๒๕๔๔ กับ สศส.๒๕๔๕

การจัดทำอัตราเหมาจ่ายสำหรับปีงบประมาณ ๒๕๔๗ นั้น ต้องใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยของคนไทยที่เป็นข้อมูลล่าสุด ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบอัตราการเจ็บป่วย จากสอศ. ๒๕๔๔ กับ สศส. ๒๕๔๕ โดยใช้ข้อมูล ๖ เดือนแรก ซึ่งเป็นข้อมูลล่าสุดในขณะนั้น เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงอัตราการเจ็บป่วยของคนไทยในช่วงหนึ่งปี ระหว่าง ๒๕๔๔ และ ๒๕๔๕ ดังกล่าว และเพื่อตัดสินใจว่าจะใช้ฐานข้อมูลใด ระหว่าง สอศ. ๒๕๔๔ และ สศส. ๒๕๔๕

ผู้วิจัยจำแนกข้อมูลประชากรเป็น ๔ กลุ่ม คือ กลุ่มที่ ๑ ผู้ที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจ กลุ่มที่ ๒ ผู้ประกันตนตาม พระราชบัญญัติประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน กลุ่มที่ ๓ กลุ่มประชาชนที่ประกันสุขภาพโดยสมัครใจภาคเอกชน

และ กลุ่มที่ ๔ ประชาชนที่ได้รับสิทธิประโยชน์จากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยให้ประชาชนที่ไม่มีสวัสดิการใด ๆ อยู่ในกลุ่มที่ ๔ ซึ่งคาบการสำรวจสอศ. ๒๕๔๔ (เมษายน ถึง มิถุนายน ๒๕๔๔) นั้นมี ๖ จังหวัดที่อยู่ในโครงการทดลองประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค) จังหวัดส่วนใหญ่ยังมีโครงการบัตรสุขภาพ ผู้มีรายได้น้อยที่สังคมพึงช่วยเหลือเกื้อกูล ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มเหล่านี้เข้าด้วยกันเป็นกลุ่มที่ ๔

อัตราการเจ็บป่วยทั้ง ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ของประชากรทั้งหมด จากข้อมูลครึ่งปีของสศส. ๒๕๔๕ ต่ำกว่า สอศ. ๒๕๔๔ ถึง ๒.๓๐ เท่า และ ๑.๒๖ เท่า ตามลำดับโดย เฉพาะในกลุ่มประชาชนที่ได้รับสิทธิประโยชน์จากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว นั้น พบว่า น้อยกว่า ๒.๔๑ เท่า และ ๑.๒๑ เท่า ตามลำดับ (ตารางที่ ๒) คณะกรรมการพิจารณาเห็นว่า ควรใช้ข้อมูล อัตราการเจ็บป่วยจากสอศ. ๒๕๔๔ เนื่องจากคำถามให้ความสำคัญเฉพาะด้านการเจ็บป่วย และสุขภาพเป็นหลัก ส่วนการถามข้อมูลข้อคร่ำเรือน

ตารางที่ ๒ อัตราการเจ็บป่วยผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยใน ต่อคน ต่อปี, การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ๒๕๔๔ และการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ๒๕๔๕

	สวัสดิการ ข้าราชการ	ประกัน สังคม	ประกันสุข ภาพเอกชน	ประกันสุข ภาพถ้วนหน้า	รวมทุก กลุ่ม
อัตราป่วยครั้งต่อคนต่อปี					
สอศ. ๒๕๔๔	๓.๗๗	๒.๔๔	๒.๕๕	๔.๑๐	๓.๕๔
สศส. ๒๕๔๕ ครั้งปีแรก	๑.๖๔	๑.๕๔	๑.๕๘	๑.๗๐	๑.๗๑
ดัชนีความแตกต่าง สอศ.๒๕๔๔ กับ สศส.๒๕๔๕	๒.๓๐	๑.๕๘	๑.๕๐	๒.๔๑	๒.๓๐
อัตราการนอนป่วยในโรงพยาบาล ครั้งต่อคนต่อปี					
สอศ. ๒๕๔๔	๐.๑๐	๐.๐๖	๐.๑๕	๐.๐๘	๐.๐๘
สศส.๒๕๔๕ ครั้งปีแรก	๐.๐๕	๐.๐๖	๐.๐๔	๐.๐๖	๐.๐๖
ดัชนีความแตกต่าง สอศ.๒๕๔๔ กับ สศส.๒๕๔๕	๒.๑๓	๑.๑๖	๓.๘๐	๑.๒๑	๑.๒๖

ที่มา: ข้อมูลดิบจากการโครงการ สอศ.และ โครงการ สศส. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลโดยผู้วิจัย

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบ โครงสร้างประชากร ตามเพศ และอายุ ปี ๒๕๔๕ - ๒๕๔๗

กลุ่มอายุ	หญิง (ร้อยละ)			ชาย (ร้อยละ)		
	ปี ๒๕๔๕	ปี ๒๕๔๖	ปี ๒๕๔๗	ปี ๒๕๔๕	ปี ๒๕๔๖	ปี ๒๕๔๗
	๐-๑๔	๒๒	๒๒	๒๑	๒๔	๒๔
๑๕-๕๕	๖๗	๖๗	๖๘	๖๗	๖๗	๖๗
๖๐+	๑๑	๑๑	๑๑	๕	๕	๕
รวม	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
จำนวนประชากร (๑,๐๐๐ คน)	๓๑,๕๕๕	๓๒,๒๗๑	๓๒,๕๖๖	๓๑,๖๓๐	๓๑,๕๑๕	๓๒,๑๘๕

ที่มา: การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๕๕ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ในสศส. ๒๕๔๕ นั้น โดยพนักงานสัมภาษณ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในระดับจังหวัด มุ่งเน้นเรื่องภาวะเศรษฐกิจ รายได้และรายจ่ายของครัวเรือนเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีคำถามจำนวนมาก ใช้เวลาประมาณ ๒-๓ ชั่วโมงต่อหนึ่งครัวเรือน ทำให้ไม่สามารถมุ่งเน้นในเรื่องของอนามัย และสวัสดิการโดยตรง อีกประเด็นที่สำคัญ คือ ปี ๒๕๔๕ เป็นปีแรกที่มีการเพิ่มคำถามด้านสุขภาพเข้าไปใน สศส. ผู้สัมภาษณ์อาจไม่มีความชำนาญเท่าผู้สัมภาษณ์ของ สอส.

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยมีความมั่นใจในข้อมูลอัตราเจ็บป่วยจาก สอส.๒๕๔๔ มากกว่า สศส.๒๕๔๕ ดังนั้นจึงตัดสินใจเสนอ อัตราการเจ็บป่วย อ้างอิงจาก สอส. ๒๕๔๔ ต่อคณะกรรมการฯ ซึ่งได้รับความเห็นชอบตามข้อเสนอ

๒. การพิจารณาฐานข้อมูลของ สอส.๒๕๔๔

ฐานข้อมูลเบื้องต้นประกอบที่ต้องคำนึงถึงหลายประการประกอบการพิจารณาใช้ข้อมูลในปี ๒๕๔๔ เพื่อประเมินอัตราเหมาจ่ายในปี ๒๕๔๗ คือ

๒.๑ โครงสร้างอายุ

อายุมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยผู้วิจัยเห็นว่าเป็นความจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบ โครงสร้างประชากรตามกลุ่มอายุและเพศ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ ถึง ๒๕๔๗ กับ

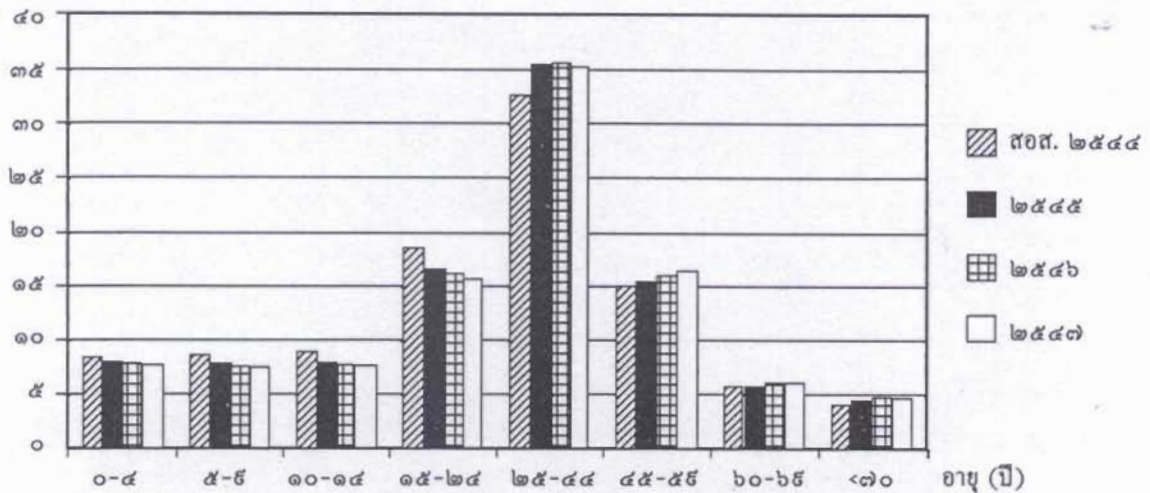
โครงสร้างประชากรจากสอส. พ.ศ. ๒๕๔๔ ถ้ามีความแตกต่างกันมาก ก็จะต้องปรับอัตราการป่วย และการใช้บริการของประชาชนไทย ให้สอดคล้องกับแบบแผนของโครงสร้างประชากร เพื่อให้อัตราเหมาจ่ายมีความถูกต้องมากที่สุด

โครงสร้างประชากรในปี ๒๕๔๕-๒๕๔๗ พบว่าประชากรในช่วงอายุ ๑๕-๕๕ ปี ร้อยละ ๖๗-๖๘ ในช่วงอายุ ๐-๑๔ ปี พบว่า เพศชายจะมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ ๓ ประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป พบว่า เพศชายจะมีสัดส่วนน้อยกว่าเพศหญิง ร้อยละ ๒ (ตารางที่ ๓)

ผู้วิจัยนำข้อมูลโครงสร้างประชากรจากการคาดประมาณปี ๒๕๔๕-๔๗ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เปรียบเทียบ กับ ข้อมูล สอส.๒๕๔๔ พบว่า มีความแตกต่างกันไม่มากนัก (รูปที่ ๑) ดังนั้นการนำ ฐานข้อมูลการเจ็บป่วย และการใช้บริการจากสอส. ๒๕๔๔ มาใช้ในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับปีงบประมาณ ๒๕๔๗ จึงไม่น่าจะมีอิทธิพลจากปัจจัยเรื่องการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างทางด้านเพศ และอายุ ของประชากรไทย

๒.๒ ความผันแปรของฤดูกาลกับการเจ็บป่วยของคนไทย

ประชากร (ร้อยละ)



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โครงการสร้างประชากรจากการคาดประมาณปี ๒๕๔๒-๒๕๕๕ และ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สอศ.๒๕๔๔

รูปที่ ๑ เปรียบเทียบ โครงสร้างประชากร จำแนกตามเพศ และอายุ

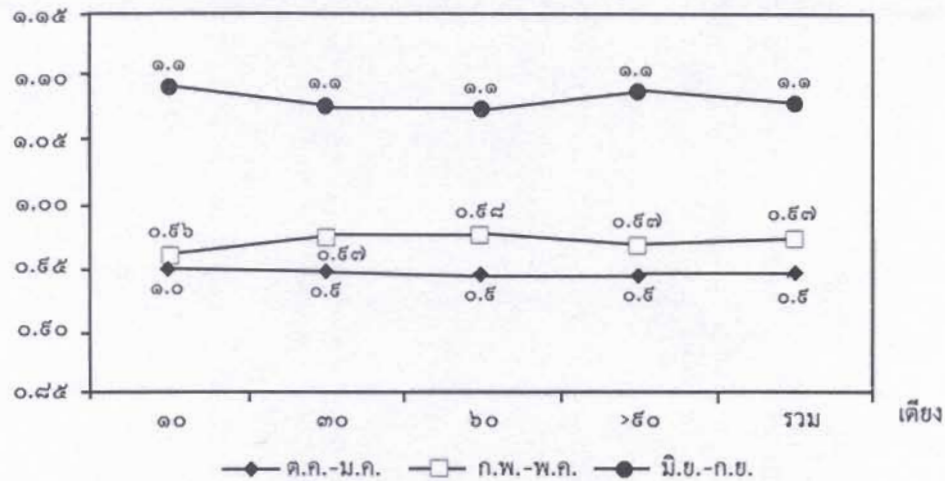
จากรายงาน สอศ. ๒๕๔๔ พบว่าอัตราการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอก ๔.๐๐๐ ครั้ง/คน/ปี^(๓) (นำข้อมูลอัตราการเจ็บป่วย ในช่วง ๒ สัปดาห์ มาคูณด้วย ๒๖ เพื่อเป็นอัตราการเจ็บป่วยหนึ่งปี) และ มีอัตราป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล (admission rate) ๐.๐๗๖๔ ครั้ง/คน/ปี (ตารางที่ ๔)

ในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายนั้น จะต้องปรับอัตราการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอก ด้วยร้อยละ ๔๗ เนื่องจากในการสำรวจใช้คาบเวลาอ้างอิง กรณีคนไข้นอกโดย การถามข้อมูลย้อนหลังระยะเวลาเพียง ๒ สัปดาห์ คาบการสำรวจของ สอศ. นั้น สำรวจในเดือนเมษายนถึงมิถุนายน ๒๕๔๔ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่จำนวนผู้-

ตารางที่ ๔ การเจ็บป่วยของประชากรไทยแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน จำแนกตามสิทธิ

บริการในกรณีเจ็บป่วย	สวัสดิการรักษ าพยาบาลข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุ ภาพเอกชน	ประกันสุ ภาพถ้วนหน้า	รวมทั้งหมด
จำนวนประชากร	๕,๓๔๑,๒๖๔	๔,๕๓๗,๑๗๒	๘๐๒,๕๓๓	๕๒,๑๘๕,๖๔๖	๖๒,๘๗๑,๐๑๕
ผู้ป่วยนอก					
จำนวนการป่วย (ครั้ง/๒ สัปดาห์)	๗๗๔,๓๗๕	๔๒๕,๕๒๔	๕๒,๓๒๒	๘,๒๓๒,๐๕๒	๕,๕๒๔,๓๑๓
อัตราป่วย (ครั้ง/คน/ปี)	๓.๗๖๕	๒.๔๓๘	๒.๕๕๐	๔.๑๐๑	๓.๕๓๕
ผู้ป่วยใน					
จำนวนป่วย (ครั้ง/ปี)	๕๕๗,๖๖๕	๒๕๓,๔๔๕	๑๒๒,๔๘๑	๓,๕๘๘,๕๖๒	๔,๕๑๒,๑๕๓
อัตราป่วย (ครั้ง/คน/ปี)	๐.๑๐๔๔	๐.๐๖๔๗	๐.๑๕๒๕	๐.๐๗๖๔	๐.๐๗๘๕

ที่มา: อัตราเหมาจ่ายในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖^(๒)



ที่มา: รายงานการประชุมคณะกรรมการพิจารณาอัตราเหมาจ่ายรายหัว ครั้งที่ ๓/๒๕๔๕. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข

รูปที่ ๒ ความผันแปรอัตราการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกตามฤดูกาล ของโรงพยาบาลชุมชนระดับต่าง ๆ ปี ๒๕๓๕ -๒๕๔๔

ป่วยนอกต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั้งปี ร้อยละ ๓ จากข้อมูลรายงาน ๐๑๐๐ รง ๕ ของรพ.ชุมชน ทุกแห่งรายไตรมาส ในปี ๒๕๓๙-๒๕๔๔ พบว่า ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม จะมีอัตราการให้บริการร้อยละ ๙๗ ของค่าเฉลี่ยทั้งปี^(๔) (รูปที่ ๒) คาบการสำรวจ สอส. ๒๕๔๔ อยู่ในช่วงเมษายน ถึง มิถุนายน จึงอนุโลมใช้ร้อยละ ๙๗ เป็นตัวปรับอิทธิพลของฤดูกาล (seasonal variation) ส่วนอัตรา การนอนโรงพยาบาลไม่ต้องปรับด้วยความผันแปร ของฤดูกาล เนื่องจาก สอส. ๒๕๔๔ ได้สอบถามการ นอนโรงพยาบาลของสมาชิกในครัวเรือนในรอบ ๑ ปีที่ ผ่านมา

๓. การพิจารณาฐานข้อมูลต้นทุนต่อหน่วย

๓.๑ ต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ ๒๕๔๕

ผู้วิจัยวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยแบบลัด^(๕) โดยใช้ข้อมูลต้นทุนค่าแรงและต้นทุนค่าวัสดุ (ไม่นำต้นทุน ค่าลงทุนมาคำนวณ) จากรายงาน ๐๑๐๐ รง ๕ ปีงบประมาณ ๒๕๔๕ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข การคำนวณต้นทุนต่อหน่วย ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ประกอบด้วยต้นทุนของ

- โรงพยาบาลจังหวัด ได้ข้อมูลจากโรงพยาบาล

ศูนย์ ๒๕ แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป ๕๔ แห่ง โดยใช้ สัดส่วนต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก เท่ากับ ๐:๑๔ พบว่าต้นทุนผู้ป่วยนอกเท่ากับ ๔๒๐ บาท/ครั้ง ต้นทุนผู้ป่วยใน เท่ากับ ๗,๕๗๔ บาท/ราย เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๔๔ เท่ากับ ร้อยละ ๑๐ (ตารางที่ ๕)

- โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๕๗๖ แห่ง ใช้ สัดส่วนต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก เท่ากับ ๐:๑๔ พบว่าต้นทุนผู้ป่วยนอกเท่ากับ ๒๒๔ บาท/ครั้ง ต้นทุนผู้ป่วยใน เท่ากับ ๓,๐๔๖ บาท/ราย พบว่าต้นทุน ลดลง จากปี ๒๕๔๔ ร้อยละ ๑๓ (ตารางที่ ๕)

- การรักษาเฉพาะทาง เนื่องจากผู้วิจัยไม่มี ข้อมูลต้นทุนของสถานพยาบาลเฉพาะทาง เช่น โรงเรียนแพทย์ ปี ๒๕๔๕ จึงประมาณการโดยใช้ข้อมูล ต้นทุนต่อหน่วยโรงเรียนแพทย์ ปี ๒๕๔๔ และปรับด้วย อัตราเพิ่มของต้นทุนโรงพยาบาลจังหวัด (เพิ่ม ๑๐%) การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยปี ๒๕๔๔ ผู้วิจัยใช้ฐาน ข้อมูลของโรงเรียนแพทย์เป็นตัวแทนของโรงพยาบาล เฉพาะทางที่มีความรุนแรงของผู้ป่วย (case-mix) แตก ต่างจากโรงพยาบาลทั่วไป โดยได้รับความอนุเคราะห์ ข้อมูลโรงเรียนแพทย์ ๗ แห่งจาก ศุภสิทธิ์ พรรณา-รุโณทัย^(๔) และทำการปรับให้เป็นข้อมูลของโรงเรียน

ตารางที่ ๕ ต้นทุนต่อหน่วยคำนวณด้วยวิธีลดจากฐานข้อมูลจากรายงาน ๐๑๑๐ รง ๕ ปีงบประมาณ ๒๕๔๔ และ ๒๕๔๕

	ปีงบ ๒๕๔๔	ปีงบ ๒๕๔๕	อัตราเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)
โรงพยาบาลจังหวัด (จำนวนทั้งหมด ๙๒ แห่ง)			
จำนวนโรงพยาบาลที่นำข้อมูลมาประมวล	๗๔	๗๕	
ค่ามัธยฐานของต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก (บาท/ครั้ง)	๓๗๘	๔๒๑	๑๑
ค่ามัธยฐานของต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน (บาท/ราย)	๖,๘๑๒	๗,๕๗๘	๑๑
โรงพยาบาลชุมชน (จำนวนทั้งหมด ๗๑๔ แห่ง)			
จำนวนโรงพยาบาลที่นำข้อมูลมาประมวล	๒๘๐	๕๗๖	
ค่ามัธยฐานของต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก (บาท/ครั้ง)	๒๖๒	๒๒๘	-๑๓
ค่ามัธยฐานของต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน (บาท/ราย)	๓,๖๖๕	๓,๑๘๖	-๑๓
ศูนย์การรักษาเฉพาะทาง			
จำนวนโรงพยาบาลที่นำข้อมูลมาประมวล	๗	na	
ค่ามัธยฐานของต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก (บาท/ครั้ง)	๖๗๕	๗๕๕	
ค่ามัธยฐานต้นทุนการส่งต่อผู้ป่วยนอก	๑,๓๕๘	๑,๕๑๑	
ค่ามัธยฐานของต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน (บาท/ราย)	๑๒,๒๒๒	๑๓,๕๕๖	
โรงพยาบาลเอกชน			
จำนวนโรงพยาบาลที่นำข้อมูลมาประมวล	๒๕	na	
ค่ามัธยฐานของต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก (บาท/ครั้ง)	๓๕๓	๓๕๒	
ค่ามัธยฐานของต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน (บาท/ราย)	๖,๓๕๐	๗,๐๖๓	

ที่มา: ฐานข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลโดยผู้วิจัย

แพทย์ทั้ง ๑๐ แห่ง ส่วนต้นทุนโรงพยาบาลเอกชน ได้จากการสำรวจข้อมูลจำนวน ๒๕ แห่ง โดยได้รับความร่วมมือจากสมาคมโรงพยาบาลเอกชน

ในปี ๒๕๔๔ ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกของการรักษาเฉพาะทางเท่ากับ ๗๕๕ บาท/ครั้ง และต้นทุนผู้ป่วยใน เท่ากับ ๑๓,๕๗๖ บาท/ราย ทั้งนี้ในการประมาณการต้นทุนผู้ป่วยนอกที่ต้องส่งต่อ อ้างตามการคำนวณต้นทุน ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ โดยกำหนดให้เท่ากับ ๒ เท่าของต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก เท่ากับ ๑,๕๑๑ บาท เนื่องจากในการส่งต่อนั้นจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงที่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลทั่วไปแต่ทั้งนี้จะคิดเฉพาะผู้ป่วยนอกเท่านั้น ส่วนผู้ป่วยในให้เท่ากับต้นทุนของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรักษาเฉพาะทาง

เมื่อคำนวณต้นทุนต่อครั้งในปีงบประมาณ ๒๕๔๔ ด้วยข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยที่คำนวณด้วยวิธีลด (จากตารางที่ ๕) ร่วมกับอัตราการเจ็บป่วยและแบบแผนการใช้บริการของคนไทย จากสอส. ๒๕๔๔ แล้ว พบว่าอัตราเหมาจ่ายต่อคนต่อปี สำหรับบริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ ๖๓๔ บาท และอัตราเหมาจ่ายต่อคนต่อปี สำหรับบริการผู้ป่วยใน ๕๐๐ บาท ตามลำดับ (ตารางที่ ๖)

๓.๒ การปรับต้นทุนต่อหน่วยในปี ๒๕๔๔ ด้วยการเปลี่ยนแปลงของเงินเดือนและดัชนีราคาผู้บริโภค ผู้วิจัยกำหนดให้อัตราการเพิ่มในส่วนของค่าแรง (labor cost) เท่ากับ ร้อยละ ๕ ตามอัตราเงินเดือนข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๓๘^(๑๐) และอัตราเพิ่มของต้นทุนค่าวัสดุ (material cost) ตามดัชนีราคาผู้บริโภค

ตารางที่ ๖ อัตราเหมาจ่าย ต่อคนต่อปี สำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในกรณีใช้ต้นทุนปี ๒๕๔๕

อัตราป่วย ครั้งต่อคนต่อปี	สถานพยาบาล	สัดส่วนในการเลือก สถานพยาบาล	ค่ามัธยฐานต้นทุน ต่อครั้ง (บาท)	อัตราเหมาจ่าย ต่อคนต่อปี (บาท)
ผู้ป่วยนอก ๔.๑๐๑	ไม่ได้รับการรักษา	๐.๐๕		
	ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร	๐.๐๒		
	หาหมอพื้นบ้าน/แผนโบราณ	๐.๐๑		
	ซื้อยากินเอง	๐.๒๓		
	สถานีอนามัย	๐.๒๒	๖๔	๖๐
	โรงพยาบาลชุมชน	๐.๑๔	๒๒๘	๑๓๗
	โรงพยาบาลระดับจังหวัด/โรงพยาบาลอื่น ๆ ของรัฐ	๐.๑๗๘๖	๔๒๑	๓๑๘
	โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	๐.๐๐๔๖	๑,๕๑๑	๒๕
	คลินิก	๐.๑๒	๑๐๐	๕๑
	โรงพยาบาลเอกชน	๐.๐๓	๓๕๒	๔๓
	อัตราเหมาจ่ายผู้ป่วยนอก			๖๓๘
	ผู้ป่วยใน ๐.๐๗๖๔	โรงพยาบาลชุมชน	๐.๓๐	๓,๑๘๖
โรงพยาบาลระดับจังหวัด		๐.๓๕	๗,๕๗๘	๒๒๕
โรงพยาบาลรัฐนอกจังหวัด		๐.๑๓๓๗	๗,๕๗๘	๗๗
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ		๐.๐๖๖๗	๑๓,๕๕๖	๗๐
โรงพยาบาลเอกชน		๐.๐๘	๗,๐๖๓	๔๔
โรงพยาบาลเอกชนนอกจังหวัด		๐.๐๒	๗,๐๖๓	๑๒
อัตราเหมาจ่ายผู้ป่วยใน				๕๐๑

ตารางที่ ๗ อัตราการเพิ่มต้นทุนต่อหน่วยบริการ ปรับตามดัชนีราคา และองค์ประกอบต้นทุน

	สัดส่วนองค์ประกอบต้นทุน	อัตราเพิ่มต่อปี (ร้อยละ)	ดัชนีการเพิ่มต่อปี/องค์ประกอบต้นทุน
ค่าแรง	๐.๔๕	๕.๐๐	๐.๔๗๓
ค่าวัสดุ	๐.๔๕	๑.๔๑	๐.๔๕๖
ค่าลงทุน	๐.๑	๐.๐๐	๐.๑๐๐
รวม	๑		๑.๐๒๙
อัตราการเพิ่ม (ร้อยละ)			๒.๙

ด้านยา และการรักษาพยาบาล^(๖) (CPI for drug and medical services) ปี ๒๕๔๕ เท่ากับ ร้อยละ ๑.๔๑ (ดัชนีราคาผู้บริโภคในปี ๒๕๔๔ เท่ากับ ๑๐๖.๗ ดัชนีราคาผู้บริโภคในปี ๒๕๔๕ เท่ากับ ๑๐๘.๒) ดังนั้นเมื่อประมวลร่วมกับโครงสร้างต้นทุน โดยกำหนดให้ ต้นทุน

ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน เป็นร้อยละ ๔๕, ๔๕ และ ๑๐ ตามลำดับ จะได้ อัตราการเพิ่ม (growth rate) เท่ากับ ร้อยละ ๒.๙ (ตารางที่ ๗) สำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ เมื่อนำต้นทุนต่อครั้ง ในปีงบประมาณ ๒๕๔๔ ปรับด้วย อัตราการเพิ่มร้อยละ ๒.๙ (จากตารางที่ ๗)

ตารางที่ ๔ อัตราเหมาจ่ายการให้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ต่อคนต่อปี กรณีปรับต้นทุนปี ๒๕๔๔ ด้วยดัชนีราคาผู้บริโภค

อัตราป่วย (ครั้งต่อคนต่อปี)	สถานพยาบาล	สัดส่วนในการ เลือกสถาน พยาบาล	ต้นทุน ต่อครั้ง (บาท) ปี ๒๕๔๔	ต้นทุนต่อครั้ง ปี ๒๕๔๕ (ปรับตาม ดัชนีราคา ๑.๐๒๙)	อัตราเหมาจ่าย ต่อคนต่อปี (บาท)
ผู้ป่วยนอก ๔.๑๐๑	ไม่ได้รับการรักษา	๐.๐๒			
	ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร ไปหาหมอ ที่บ้าน/แผนโบราณ	๐.๐๑			
	ซื้อยากินเอง	๐.๒๓			
	ไปสถานเอนามัย	๐.๒๒	๖๒	๖๔	๖๐
	ไปโรงพยาบาลชุมชน	๐.๑๔	๒๖๒	๒๗๐	๑๖๒
	ไปโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลอื่น ๆของรัฐ	๐.๑๘	๓๗๘	๓๘๕	๒๕๔
	ปรับให้สำหรับการรักษาเฉพาะทาง	๐.๐๐	๑,๓๕๘	๑,๓๕๗	๒๗
	ไปคลินิก	๐.๑๒	๑๐๐	๑๐๓	๕๒
	ไปโรงพยาบาลเอกชน	๐.๐๓	๓๕๓	๓๕๖	๓๕
	อัตราเหมาจ่ายผู้ป่วยนอก				
ผู้ป่วยใน ๐.๐๗๖๔	โรงพยาบาลชุมชน	๐.๓๐	๓,๖๖๕	๓,๗๗๖	๘๗
	โรงพยาบาลระดับจังหวัด	๐.๓๕	๖,๘๑๒	๗,๐๑๐	๒๐๘
	โรงพยาบาลรัฐนอกจังหวัด	๐.๑๓	๖,๘๑๒	๗,๐๑๐	๗๒
	ปรับให้สำหรับการรักษาเฉพาะทาง	๐.๐๗	๑๒,๒๒๒	๑๒,๕๗๗	๖๔
	โรงพยาบาลเอกชน	๐.๐๘	๖,๓๕๐	๖,๔๑๓	๔๐
	โรงพยาบาลเอกชนนอกจังหวัด	๐.๐๒	๖,๓๕๐	๖,๔๑๓	๑๑
	อัตราเหมาจ่ายผู้ป่วยใน				

มาคำนวณร่วมกับอัตราการเจ็บป่วยและแบบแผนการใช้บริการของคนไทย จาก สอส. ๒๕๔๔ แล้ว พบว่าอัตราเหมาจ่ายต่อคนต่อปี สำหรับบริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ ๖๓๕ บาท และอัตราเหมาจ่ายต่อคนต่อปี สำหรับบริการผู้ป่วยใน ๔๘๒ บาท ตามลำดับ (ตารางที่ ๔)

๔. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๗

การคำนวณอัตราเหมาจ่ายในปี ๒๕๔๗ ครั้งนี้ ได้อ้างอิงตามกรอบการศึกษาในปี ๒๕๔๖ โดยอัตราเหมาจ่ายรายหัวของบริการทันตกรรมประดิษฐ์ อัตราเหมาจ่ายรายหัวในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคล อัตราเหมาจ่ายรายหัวในการ

พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น ยังคงกำหนดให้เท่ากับ ปี ๒๕๔๖ อัตราเหมาจ่ายรายหัวในการลงทุนครุภัณฑ์และที่ดินสิ่งก่อสร้าง กำหนดให้เป็นต้นทุนในการทดแทน เท่ากับร้อยละ ๑๐ ของอัตราเหมาจ่ายกรณีรักษาพยาบาล

เมื่อนำอัตราเหมาจ่ายรายหัวแต่ละรายการของชุดสิทธิประโยชน์ มารวมกันเพื่อเป็นอัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อัตราเหมาจ่ายรายหัว ปี ๒๕๔๗ จะมีการคำนวณ ๒ วิธีตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การคำนวณโดยปรับฐานข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยปี ๒๕๔๔ เป็นข้อมูลต้นทุนในปี ๒๕๔๕ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ จะได้อัตราเหมาจ่ายรายหัวเท่ากับ ๑,๔๗๒ บาทต่อคนต่อปี มากกว่า

ตารางที่ ๙ อัตราเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ และ ๒๕๔๗

ลำดับที่	รายการอัตราเหมาจ่ายรายหัว	ปีงบประมาณ ๒๕๔๖	ปีงบประมาณ ๒๕๔๗ (ใช้ต้นทุนต่อหน่วย ปี ๒๕๔๕)	ปีงบประมาณ ๒๕๔๗ (ปรับต้นทุนปี ๒๕๔๕ ตามอัตราเพิ่มจาก ๒๕๔๔ คำนวณจากดัชนีราคา)
๑	การรักษาพยาบาล			
	• ผู้ป่วยนอก	๖๑๗.๖	๖๓๕.๐	๖๓๔.๕
	• ผู้ป่วยใน	๔๖๕.๓	๕๐๐.๐	๔๘๒.๐
๒	งานทันตกรรมประดิษฐ์	๒.๓	๒.๓	๒.๓
๓	การให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคระดับบุคคล	๒๐๖.๒	๒๐๖.๒	๒๐๖.๒
๔	การพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service; EMS)	๑๐.๐	๑๐.๐	๑๐.๐
๕	การลงทุนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง (capital replacement)	๑๐๘.๕	๑๑๔.๒	๑๑๑.๕
	อัตราเหมาจ่ายรายหัว	๑,๔๑๔.๓	๑,๔๗๒.๔	๑,๔๔๗.๔
	งบประมาณเพิ่มจากปี ๒๕๔๖		๕๘.๑	๓๓.๐

ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ จำนวน ๕๔ บาทต่อคนต่อปี ส่วนการคำนวณโดยใช้ข้อมูลต้นทุนปี ๒๕๔๔ ปรับด้วยดัชนีราคาผู้บริโภค ด้านยา และการรักษาพยาบาล จะเท่ากับ ๑,๔๔๗ บาทต่อคนต่อปี มากกว่าปีงบประมาณ ๒๕๔๖ เท่ากับ ๓๓ บาท ต่อคนต่อปี ดังตารางที่ ๙

วิจารณ์

อัตราการเหมาจ่ายรายหัว ปี ๒๕๔๗ มาจากฐานข้อมูล ๒ ชุดคือ

๑. อัตราการป่วยและการใช้บริการของคนไทยจาก สอ.ส. ๒๕๔๔ คาบการสำรวจ เมษายน ถึง มิถุนายน ๒๕๔๔ ซึ่งยังไม่ได้ดำเนินการโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเต็มพื้นที่ การเข้าถึงและการใช้บริการเป็นข้อมูลภาคตัดขวางก่อน UC การใช้ข้อมูลชุดนี้เพื่อจัดทำอัตราเหมาจ่ายในปี ๒๕๔๗ ซึ่งโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดำเนินการทั่วทั้งประเทศไทยแล้ว ไม่น่าจะเหมาะสมนัก เพราะอัตราการใช้บริการเมื่อมีโครงการ

ประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ อาจจะไม่เพิ่มสูงขึ้นกว่าตัวเลข สอ.ส. ในปี ๒๕๔๔

๒. ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยในปี ๒๕๔๕ ซึ่งเป็นข้อมูลเต็มปี ล่าสุดที่มี ณ วันที่ทำการวิเคราะห์อัตราเหมาจ่าย (มีนาคม ๒๕๔๖) เป็นข้อมูลที่นำเชื่อถือและน่าจะรับได้ ยังมีข้อสมมุติคือ ต้นทุนของโรงพยาบาลทบวงมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชน ในปี ๒๕๔๕ ใช้ปรับเพิ่มจากข้อมูลจริงปี ๒๕๔๔ (ซึ่งเป็นข้อมูลที่นำเชื่อถือ) โดยใช้อัตราเพิ่มระหว่างปี ๒๕๔๔-๒๕๔๕ ของโรงพยาบาลระดับจังหวัดเป็น proxy (ร้อยละ๑๐) ซึ่งอาจจะไม่เป็นจริงก็ได้ นอกจากนี้ ต้นทุนต่อหน่วยในโรงพยาบาลชุมชนลดลงร้อยละ ๑๓ ในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายปีงบประมาณ ๒๕๔๗ นั้น ผู้วิจัยใช้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วย ๒ ชุดคือ ต้นทุนต่อหน่วยจริงที่ประมาณจากรายงาน ๐๑๐๐ รง.ปี ๒๕๔๕ และต้นทุนต่อหน่วยในปี ๒๕๔๕ โดยปรับอัตราเพิ่มของเงินเดือนและดัชนีราคาผู้บริโภค

ผู้วิจัยจึงตัดสินใจ โดยได้รับการเห็นชอบจาก คณะกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ด้านการเงินการคลัง (โดยมี ศ.อัมมาร สยามวาลา เป็น ประธาน) ให้ใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยจาก สอส. ๒๕๔๔ เป็นหลัก และในการจัดทำอัตราหมาจ่ายปีงบประมาณ ๒๕๔๔ ให้ใช้ข้อมูล สอส. ๒๕๔๖

เนื่องจากข้อมูลการเจ็บป่วย ผู้วิจัยใช้ สอส. ๒๕๔๔ ซึ่งเป็นยุคก่อนประกันสุขภาพถ้วนหน้า นำเชื่อได้ว่า เมื่อมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ประชาชนไทย จะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้มากขึ้น ทำให้อัตราการใช้บริการในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น ดังนั้น เพื่อแสดงความรับผิดชอบทางศีลธรรม (moral responsibility) ในการวิเคราะห์อัตราหมาจ่าย ผู้วิจัยจะ ทำการวิเคราะห์อัตราการเจ็บป่วยและการใช้บริการ ของคนไทย จากข้อมูลการเจ็บป่วยจาก สอส. ๒๕๔๖ ในเดือนสิงหาคม ๒๕๔๖ เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับ งบประมาณ ณ วินาทีสุดท้าย ให้เหมาะสม ในสภา ผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาต่อไป

ต้นทุนต่อหน่วยโรงพยาบาลชุมชนลดลงร้อยละ ๑๓ เป็นข้อมูลใหม่ที่ค้นพบในครั้งนี้ ข้อมูลรายงาน ๑๑๑๐ รง ๕ จาก ๕๗๖ โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลขนาด ๑๐, ๓๐, ๖๐, ๙๐-๑๕๐ เตียง ร้อยละ ๗๑, ๗๗, ๘๖, ๙๙ ตามลำดับ การที่ต้นทุนผู้ป่วยนอก ลดลงจาก ๒๖๒ บาทต่อครั้งเป็น ๒๒๔ บาทต่อครั้ง และ ๓,๖๖๙ บาทต่อ รายผู้ป่วยในเป็น ๓,๑๘๖ บาทต่อรายนั้น สามารถ ตีความดังนี้

- ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรโรงพยาบาล ชุมชนดีขึ้น มีการใช้ทรัพยากรสมเหตุสมผล โดยเฉพาะ การใช้จ่าย โดยที่คุณภาพบริการคงเดิม

- ด้วยต้นทุนค่าแรงและเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่ ซึ่งเป็นต้นทุนกึ่งคงที่ สามารถบริการจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และต้นทุนต่อหน่วยลดลง

- การตีความประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นนี้ จะต้อง พิจารณาว่า คุณภาพของการบริการรักษาพยาบาล คง เดิมหรือไม่ การทำการตรวจสอบทางคลินิก (clinical

audit) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้คำตอบเกี่ยวกับ คุณภาพบริการ

- ถ้าคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนลดลง อย่างชัดเจน และผู้ป่วยมีการสูญเสียสวัสดิการ (welfare loss) แสดงว่า สถานพยาบาลเหล่านี้ บริการในภาวะ ขาดแคลนทรัพยากรอย่างยิ่ง มีความจำเป็นต้องได้รับการ แก้ไขอย่างรวดเร็ว

ในทางตรงกันข้าม ต้นทุนต่อหน่วยโรงพยาบาล ระดับจังหวัด เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๑ เป็นข้อมูลใหม่ที่พบใน ครั้งนี้ ข้อมูล รายงาน ๑๑๑๐ รง ๕ จาก ๗๙ โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๘๐, ๑๐๐, ตามลำดับ การที่ต้นทุนผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นจาก ๓๗๔ บาทต่อครั้งเป็น ๔๒๑ บาทต่อครั้ง และ ๖,๔๑๒ บาทต่อรายผู้ป่วยในเป็น ๗,๕๗๔ บาทต่อราย นั้น สามารถตีความดังนี้

- ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรโรงพยาบาล ระดับจังหวัดต่ำลง อาจจะมีการใช้ทรัพยากรไม่สมเหตุ สมผล โดยเฉพาะการใช้จ่าย โดยที่คุณภาพบริการไม่ได้ เพิ่มขึ้น การใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งหากมีสัดส่วน มากในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จะเป็นตัวการสำคัญใน การทำให้ต้นทุนต่อหน่วยเพิ่มขึ้น รายงานการศึกษาของ จุฬาราชการ และคณะ^(๑๑) ระบุให้เห็นถึงความฟุ่มเฟือยของ การใช้จ่าย original product สำหรับสวัสดิการข้าราชการ เปรียบเทียบกับผู้ป่วยประเภทอื่น นอกจากนี้รายงาน สอส.๒๕๔๔^(๑๒) พบว่า ผู้มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการเลือกใช้บริการในโรงพยาบาลระดับจังหวัด ถึงร้อยละ ๔๐ ในกรณีผู้ป่วยนอก ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยทุกกลุ่ม (ร้อยละ ๒๐) และเลือกใช้บริการในโรงพยาบาลระดับ จังหวัด ร้อยละ ๗๒ ในกรณีผู้ป่วยใน ซึ่งสูงกว่าค่า เฉลี่ยทุกกลุ่ม (ร้อยละ ๕๙) เช่นกัน

- การตีความประสิทธิภาพลดลงนี้ จะต้อง พิจารณาว่า คุณภาพของการบริการรักษาพยาบาลคง เดิมหรือเพิ่มขึ้น การทำ clinical audit มีความสำคัญ อย่างยิ่งในการให้คำตอบเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

ดังนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องทำการ ศึกษาเพื่อประเมินผลนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า โดยรูปแบบเหมาจ่าย (contract capitation model) ว่ามีผลกระทบต่อประสิทธิภาพ และความสามารถ (performance) ของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ อย่างไร

หากใช้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยจริงในปี ๒๕๔๕ ซึ่ง รพ.ชุมชนลดลงร้อยละ ๑๓ และโรงพยาบาลระดับ จังหวัดเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๑ และกำหนดให้โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๑ เท่ากัน จะได้อัตราเหมาจ่ายปีงบประมาณ ๒๕๔๗ เท่ากับ ๑,๔๗๒ บาทต่อคนต่อปี

หากใช้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยปี ๒๕๔๕ ซึ่งปรับเพิ่ม จากปี ๒๕๔๔ ในอัตราร้อยละ ๒.๙ จะได้อัตราเหมาจ่าย ปีงบประมาณ ๒๕๔๗ เท่ากับ ๑,๔๔๗ บาทต่อคนต่อปี

คณะผู้วิจัยโดยความเห็นชอบจากคณะกรรมการ พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการ คลัง เลือกการปรับต้นทุนต่อหน่วยในปี ๒๕๔๕ โดยเพิ่ม ขึ้นจากปี ๒๕๔๔ ในอัตราร้อยละ ๒.๙ ดังนั้น อัตรา เหมาจ่ายที่ควรจะเป็นตามหลักวิชาการเท่ากับ ๑,๔๔๗ บาทต่อคนต่อปี ด้วยเหตุผลต่อไปนี้

- ในปี ๒๕๔๕ เมื่อเทียบกับ ๒๕๔๔ การปรับตัว ของโรงพยาบาลชุมชน มีประสิทธิภาพมากขึ้น และ โรงพยาบาลระดับจังหวัดมีประสิทธิภาบน้อยลง มีความจำเป็นต้องตรวจสอบและศึกษาเพิ่มเติมโดยเร็ว เกี่ยวกับคุณภาพบริการ การใช้ตัวเลขที่วิเคราะห์ได้ อาจจะมีผลเสียต่อระบบการคลังของสถานพยาบาล เนื่องจากสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพดีขึ้นกลับจะได้ รับอัตราเหมาจ่ายน้อยลง และสถานพยาบาลที่มี ประสิทธิภาพต่ำ (ซึ่งยังต้องตรวจสอบคุณภาพบริการ) กลับได้รับอัตราเหมาจ่ายเพิ่มขึ้นเป็นต้น นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงแบบบันทึกข้อมูล และความ ครบคลุมของรายงาน ในปี ๒๕๔๕ กล่าวคือให้รายงาน การใช้จ่ายเงินงบประมาณและเงินบำรุง รวมทั้ง ปริมาณบริการที่เกิดขึ้นทั้งหมดในเครือข่ายบริการ

ปฐมภูมิ (CUP) ซึ่งรวมทั้งโรงพยาบาลชุมชน, สถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ทั้งหมด ทำให้ เกิดความสับสน และสร้างปัญหาของความน่าเชื่อถือ ของข้อมูลในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านนี้

- การปรับเพิ่มร้อยละ ๒.๙ โดยเพิ่มในส่วนของ ค่าแรงร้อยละ ๕ และค่าวัสดุร้อยละ ๑.๔๑ อยู่ในเกณฑ์ ที่เหมาะสม และมีแหล่งอ้างอิงที่ยอมรับได้

อัตราเหมาจ่ายในปี ๒๕๔๗ เป็นการปรับเลือก อัตราเหมาจ่าย ๑,๔๔๗ บาทต่อคนต่อปี เพิ่มขึ้นเพียง เล็กน้อย เมื่อเทียบกับอัตราที่ควรจะเป็นในปี ๒๕๔๖ (๑,๔๑๔ บาทต่อคนต่อปี) ทั้งนี้เพราะการจัดทำอัตรา เหมาจ่ายปี ๒๕๔๗ นั้น จำเป็นต้องอาศัยข้อมูล สอส. ๒๕๔๔ ซึ่งเป็นอัตราป่วยและการใช้บริการก่อนมีระบบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการจัดทำอัตราเหมาจ่ายปี ๒๕๔๔ จะใช้ สอส. ๒๕๔๖ ซึ่งประชาชนไทยสามารถ เข้าถึงและใช้บริการได้มากขึ้น อัตราเหมาจ่ายในปี ๒๕๔๔ จะเป็นอัตราเหมาจ่ายที่สอดคล้องกับต้นทุนของการใช้ บริการจริงในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การ วิเคราะห์ความอ่อนไหว (sensitivity analysis) พบว่า หากอัตราการนอนโรงพยาบาลในกลุ่มนี้ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากฐานข้อมูล สอส. ๒๕๔๔ จะทำให้อัตราเหมา จ่ายเป็น ๑,๕๓๑ บาท ในปี ๒๕๔๗

ข้อความข้างต้น มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย ๓ ฝ่าย ดังนี้

๑. ผู้ซื้อบริการ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.) ที่จะต้องแสดงหลักฐานให้สำนักงบประมาณ เห็นข้อเท็จจริง ข้อมูลทางวิชาการ อัตราการ ใช้บริการ และต้นทุนที่แท้จริงเพื่อจัดสรรงบประมาณ ให้อย่างเพียงพอ การตัดสินใจจัดสรรงบประมาณเป็น เรื่องของข้อเท็จจริง (evidence based policy decision) ไม่ใช่ประเด็นทางการเมืองแต่ฝ่ายเดียว (political decision)

๒. นักการเมืองซึ่งตัดสินใจจัดสรรทรัพยากร ใน พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปี ต้องอาศัยข้อ เท็จจริง และให้ความสำคัญต่อโครงการหลักประกัน

สุขภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และไม่เป็นภาระรายจ่ายของครอบครัวจนถึงกับสิ้นเนื้อประดาตัว (catastrophic illnesses)

๓. ด้านข้าราชการประจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานหลักของระบบบริการ จะต้องประสานกับ สปสช. เพื่อจัดทำงบประมาณและกระจายงบประมาณอย่างเหมาะสม และส่งสัญญาณของการปฏิรูปไปสู่ประสิทธิภาพ ระหว่างบริการระดับจังหวัด และระบบสาธารณสุขในระดับอำเภอ (district health system) โดยเฉพาะการจัดสรรและกระจายกำลังคน อย่างเหมาะสมกับคุณภาพและปริมาณงาน

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ คือตัวเลขทางวิชาการน่าจะอยู่ที่ประมาณ ๑,๔๐๔ บาท หากปรับด้วย อัตราการใช้สิทธิ์เพียงร้อยละ ๔๕ สำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเท่านั้น (ส่วนผู้ป่วยใน และสิทธิประโยชน์อื่น ๆ ให้มีอัตราการใช้สิทธิ์เต็มร้อย) ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อัตราเหมาจ่ายจะอยู่ที่ประมาณ ๑,๓๐๒ บาท แต่สำนักงานประมาณยังคงจัดสรรให้เพียง ๑,๒๐๒ บาทเท่านั้น หากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประสบภาวะขาดแคลนงบประมาณต่อเนื่องเป็นเวลา ๓-๕ ปี สภาพการณ์แห่งวงจรความล้มเหลวจะเกิดขึ้นคือ

• สถานพยาบาลให้บริการเท่าที่งบประมาณมี หลังการหักจ่ายเงินเดือนในระดับประเทศแล้ว คงเหลืองบประมาณเพียงน้อยนิด ทำให้คุณภาพบริการตกต่ำลง

• ประชาชนขาดศรัทธาในบริการ คุณภาพบริการเป็นแบบขั้นสาม (ขั้นหนึ่งคือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, ขั้นสองคือ ประกันสังคม)

• อัตราการใช้บริการในสิทธิประโยชน์ของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่ำ ประชาชนยอมจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการข้ามขั้นตอนในระดับจังหวัด

- ประสิทธิภาพระบบสุขภาพตกต่ำ
- ราชจ่ายสุขภาพเป็นภาระแก่ครัวเรือน อาจจะมีเหตุการณ์ที่ครัวเรือนเป็นหนี้เป็นสินเนื่องจากค่ารักษาพยาบาล

มีเหตุการณ์ที่ครัวเรือนเป็นหนี้เป็นสินเนื่องจากค่ารักษาพยาบาล

• ความล้มเหลวอย่างสิ้นเชิงของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การให้งบประมาณอย่างเพียงพออย่างเดียว ไม่ใช่ว่าคุณภาพบริการจะดีขึ้นทันทีอย่างอัตโนมัติ สปสช. จะต้องติดตามกำกับให้การให้บริการของสถานพยาบาล ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข และภาคเอกชน เพื่อให้บริการที่เหมาะสม มีคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุขจะต้องส่งสัญญาณให้สถานพยาบาลทุกระดับ ปฏิรูปการให้บริการของตนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนมีการพัฒนาและตรวจสอบระบบฐานข้อมูลในการรายงานทางการเงิน และรายงานการให้บริการของสถานพยาบาลทุกแห่งภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศ.อัมมาร สยามวาลา และกรรมการทุกท่านใน คณะกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลการสำรวจสส.ปี ๒๕๔๔ ขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และที่สนับสนุนโครงการเมธีวิจัยอาวุโส และการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

๑. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ภูษิต ประคองสาย. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐:๓๘๑-๕๐.
๒. ภูษิต ประคองสาย, วลัยพร พัทธนฤมล, กัญญา ดิษยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๑:๕๕๕-๖๑๓.
๓. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๔: ๒๘-๓๑.
๔. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๕๕. [ค้นเมื่อ ๒๘ มกราคม ๒๕๔๖]; ๒๕๔๒. Available from

- : URL :http://www.nesdb.go.th/Main_menu/hum_soc/data/Population/11POP-projec.xls
๕. กัญญา ติชยาธิคม, วลัยพร พชรนฤมล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. วิธีวิเคราะห์ต้นทุนบริการของสถานพยาบาลแบบมาตรฐานและแบบลัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐:๓๕๕-๖๗.
 ๖. Department of Internal Trade, Ministry of Commerce. [cited 2003 Febuary 5]: 1990. Available from: URL:http://www.indexpr.moc.go.th/price_present/tableindexG_45_Country.asp
 ๗. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๔. กรุงเทพมหานคร: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ; ๒๕๔๕.
 ๘. คณะกรรมการพิจารณาต้นทุนอัตราเหมาจ่ายต่อรายหัวประชากรในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สรุปรายงานการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๔๕. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
 ๙. สุภสิทธิ์ พรณารุโนทัย, สุกัลยา คงสวัสดิ์. ต้นทุนต่อหน้าหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐:๓๕๑-๕.
 ๑๐. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง บัญชีอัตราเงินเดือนข้าราชการพลเรือน. [ค้นเมื่อ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๕]: Available from: URL: http://www.mof.go.th/salary/sal_rate.htm
 ๑๑. จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, สุภสิทธิ์ พรณารุโนทัย. รายงานการวิจัยการไม่ได้รับยาของผู้ป่วยที่รับการรักษาจากโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๔.

Abstract Cost Analysis and Estimate of Capitation Rate for Universal Health Care Coverage Project for Fiscal Year 2004

Kanjana Tisayaticom, Chitpranee Vasavid, Walaiporn Patcharanarumol, Viroj Tangcharoensathien

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

Journal of Health Science 2003; 12:907-22.

Based on utilization rate and unit cost of services, the capitation rates for FY2002 and 2003 were estimated to be 1,202 and 1,414 Baht respectively. In FY2003, there were more detail costing of preventive and promotion package, super-tertiary care, and private hospitals. This study was aimed to provide details on database and demonstrate how capitation was estimated for FY2004.

Similar methods used for FY2003 were employed. There were two most updated data sets on utilization rate, based on the 2001 Health and Welfare Survey (HWS) and the first half of the 2002 Socio-economic Survey (SES). Both surveys were conducted by the National Statistical Office. It was found that the use rate among UC beneficiaries as reported by SES was much lower than that by HWS. It was 2.41 and 1.21 times lower for ambulatory and admission rate. The Task Force (TF) decided to use HWS data set as it was more reliable than SES.

Two approaches were used to calculate unit cost for FY2002. First, by quick method was based on routine financial and output reported by contractor hospitals. Second, adjustment of 2001 cost figures were based on labor cost increase and consumer price index, an overall growth rate of 2.9 percent. The first method demonstrated controversial findings, the unit cost has reduced (13%) among district hospitals yet increased (11%) among provincial hospitals.

Based on the FY2003 principle (same figure for preventive and promotion services, dental services and percent on capital replacement), when the use rate from HWS2001 was multiplied by two unit cost figures, two capitation rates for FY2004 amounted to 1,472 and 1,447 Baht respectively.

The TF decided to adopt the second method of unit cost estimate, as routine hospital report was not reliable due to changes in reporting form and scope of report (covering health centers and Primary Care Units). Whereas adjustment of 2001 cost by the increment of the labor cost and inflation would be more realistic. The TF, thereby, adopted 1,447 Baht as capitation for FY2004.

The rate might be under-estimated, as the utilization rate was quoted from HWS 2001, under the totally different circumstances prior to the implementation of UC. When the financial barrier became minimal, utilization would increase.

Key words: capitation, universal health insurance coverage, fiscal year 2004