



รายงานการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย
สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
และพนักงานส่วนท้องถิ่น

โดย

สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกัน
สุขภาพไทย (สวปก.)
ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 88/39 ถนนติวานนท์ 14
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี 11000

www.hsri.or.th

รายงานการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อต้นทุนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่น

โดย

สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

กันยายน 2558

ได้รับการสนับสนุนโดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร	9
Executive Summary.....	13
บทที่ 1: บทนำ	17
บทที่ 2: ทบทวนวรรณกรรม	19
2.1 กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการรักษายาบาลสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ที่ใช้ใน ปัจจุบัน.....	19
2.2 ที่มาของการจัดระบบเบิกจ่ายค่ารักษายาบาล สิทธิ อปท. โดย สปสช.	25
2.3 ระบบการดำเนินการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาล สิทธิ อปท. โดย สปสช. เทียบกับระบบการดำเนินการเบิกจ่ายค่า รักษายาบาลสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดย กรมบัญชีกลาง	27
บทที่ 3: ระเบียบวิธีวิจัย	30
3.1 วิธีการศึกษา.....	30
3.2 กรอบการวิเคราะห์.....	32
บทที่ 4: ผลการศึกษา.....	36
ส่วนที่ 1: ปัจจัยด้านประชากร ผู้ป่วย และลักษณะการใช้บริการ.....	36
1.1 ผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิ.....	36
1.2 ลักษณะการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก.....	38
1.3 ลักษณะการใช้บริการแบบผู้ป่วยใน.....	44
1.4 ลักษณะการเข้าผู้ป่วยนอก.....	49
ส่วนที่ 2: ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล	50
2.1 ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอก.....	50
2.2 คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ (adjusted RW) และค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน	52
2.3 การงบประมาณด้านการรักษายาบาลที่คาด หากผู้ป่วยสิทธิ อปท. มีลักษณะเช่นเดียวกับสวัสดิการ รักษายาบาลข้าราชการ.....	55
ส่วนที่ 3: ความคิดเห็นต่อสิทธิประโยชน์และบริการสุขภาพ ในมุมมองของผู้มีสิทธิ/ผู้ใช้สิทธิ ผู้ให้บริการ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริหาร	60
3.1 ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบาย.....	60
3.2 ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานพยาบาล.....	60
3.3 ความคิดเห็นต่อสิทธิประโยชน์และบริการสุขภาพของผู้ใช้สิทธิ อปท.	71
บทที่ 5: สรุปผลการศึกษา.....	75
บรรณานุกรม.....	80
ภาคผนวก.....	81

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1	สรุปการจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิ อปท.	17
ตารางที่ 1.2	งบประมาณค่ารักษาพยาบาลของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2551-2554	17
ตารางที่ 2.1	การจัดสวัสดิการรักษายาบาลของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และ สิทธิ อปท.	20
ตารางที่ 2.2	หมวดการเบิกจ่ายในการจัดสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	23
ตารางที่ 2.3	ระบบการดำเนินการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และสิทธิ อปท.	27
ตารางที่ 3.1	วิธีการศึกษาสำหรับแต่ละวัตถุประสงค์	30
ตารางที่ 3.2	จำนวนกลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ดำเนินการศึกษาเชิงคุณภาพ	34
ตารางที่ 3.3	ประเภทของอาสาสมัครและคุณสมบัติ	35
ตารางที่ 4.1	จำนวน (คน) และสัดส่วน (ร้อยละ) ตามกลุ่มอายุและเพศของสมาชิก อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2558	36
ตารางที่ 4.2	สัดส่วน (ร้อยละ) ตามการศึกษา เศรษฐฐานะ และภูมิสำเนาของประชากรสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2558	38
ตารางที่ 4.3	จำนวนผู้ป่วยนอกที่เป็นสมาชิก อปท. จำแนกตามลักษณะของแหล่งข้อมูลและกลุ่มอายุ	39
ตารางที่ 4.4	สัดส่วนการวินิจฉัยโรคที่พบบ่อยของผู้ป่วยนอก อปท. ที่ไม่พบข้อมูลการเบิกจ่าย	40
ตารางที่ 4.5	สัดส่วนการวินิจฉัยโรคที่พบบ่อยของผู้ป่วยนอก อปท. ที่พบข้อมูลการเบิกจ่าย	41
ตารางที่ 4.6	ผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ อปท. ผ่านระบบจ่ายตรงเทียบกับสมาชิกทั้งหมด จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ	42
ตารางที่ 4.7	แบบแผนการใช้บริการผู้ป่วยนอกระบบจ่ายตรง สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	43
ตารางที่ 4.8	ผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมดที่เป็นสมาชิก จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ	44
ตารางที่ 4.9	แบบแผนการใช้บริการผู้ป่วยใน สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	45
ตารางที่ 4.10	ความแตกต่างของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของสิทธิ อปท. จากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทุกกลุ่มโรค ปี 2557-2558	46
ตารางที่ 4.11	สาเหตุการเข้านอนโรงพยาบาลรัฐ 10 อันดับแรกของผู้ป่วยสิทธิ อปท. ปี 2557-2558	46
ตารางที่ 4.12	ระยะเวลานอนเฉลี่ย (วัน) ของผู้ป่วยใน สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และความแตกต่างระหว่าง 2 สิทธิ ของโรคที่พบบ่อย 10 อันดับแรก จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2557-2558	47
ตารางที่ 4.13	ครั้งของการเข้านอนโรงพยาบาลรัฐด้วยโรคมะเร็งของผู้ป่วยสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2557-2558	47
ตารางที่ 4.14	ระยะเวลานอนเฉลี่ย (วัน) ของผู้ป่วยใน สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ของโรคมะเร็งที่สำคัญ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2557-2558	48
ตารางที่ 4.15	ความแตกต่างของระยะเวลานอนเฉลี่ย (วัน) ผู้ป่วยใน สิทธิ อปท. จากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ของโรคมะเร็งที่สำคัญ จำแนกตามการได้ใช้-ไม่ใช้เคมีบำบัด ปี 2557-2558	48
ตารางที่ 4.16	Odds ratio (OR) สำหรับการเข้านอน รพ. ที่สูงกว่าระดับ รพช. ของ อปท. เทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในโรคที่พบบ่อย 10 อันดับแรก ปี 2557-2558	49
ตารางที่ 4.17	ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกของ อปท. ตามระบบเบิกจ่าย	50
ตารางที่ 4.18	ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกผ่านระบบจ่ายตรง (ยอดรวมและเฉลี่ย) ตามประเภทสถานพยาบาล	51
ตารางที่ 4.19	ค่า adjusted RW และค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน (ยอดรวมและเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วย) ตามประเภทโรงพยาบาล	52
ตารางที่ 4.20	ความแตกต่างของ adjusted RW และค่ารักษายาบาลต่อครั้งการนอน ผู้ป่วยในของสิทธิ อปท. จากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทุกกลุ่มโรค ปี 2557-2558	53

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ 4.21 Adjusted RW เฉลี่ยต่อครั้งการนอน รพ. ของโรคที่พบบ่อย 10 อันดับแรก สิทธิ อปท. เทียบกับสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ ตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2557-2558.....	53
ตารางที่ 4.22 ค่ารักษาพยาบาล (มัธยฐาน, บาท) เฉลี่ยต่อครั้งการนอน รพ. ของโรคที่พบบ่อย 10 อันดับแรก สิทธิ อปท. เทียบกับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2557-2558.....	54
ตารางที่ 4.23 Adjusted RW เฉลี่ยต่อครั้งการนอน รพ. ตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2557-2558.....	54
ตารางที่ 4.24 ความแตกต่างของค่า adjusted RW ระหว่างสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ตามการได้ใช้ และไม่ใช้เคมีบำบัด ปี 2557-2558.....	54
ตารางที่ 4.25 ค่ารักษาพยาบาล (มัธยฐาน บาท) ต่อครั้งการนอน รพ. ตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2557-2558.....	55
ตารางที่ 4.26 ความแตกต่างของค่ารักษาพยาบาล ระหว่างสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ตามการได้ใช้ และไม่ใช้เคมีบำบัด ปี 2557-2558.....	55
ตารางที่ 4.27 การกระจายของผู้ป่วยและการใช้บริการตามเพศ-อายุของผู้ป่วยนอกที่เบิกผ่านระบบจ่ายตรงของสถานพยาบาล นอกกลุ่ม 169 แห่งที่มีค่าใช้จ่ายสูง สิทธิ อปท. เปรียบเทียบกับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ปี 2558.....	56
ตารางที่ 4.28 ครั้งการใช้บริการและค่าใช้จ่ายที่เปลี่ยนแปลง หากเปลี่ยนโครงสร้างทางประชากรและแบบแผนการใช้บริการ ของผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ อปท.	58
ตารางที่ 4.29 ค่า adjusted RW และค่าใช้จ่ายที่เปลี่ยนแปลง หากเปลี่ยนโครงสร้างทางประชากรและแบบแผนการใช้บริการ ของผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิ อปท.....	59
ตารางที่ 4.30 สรุปข้อมูลหน่วยงานที่ทำการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลทั้งหมด	60
ตารางที่ 4.31 ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการที่ทำการสัมภาษณ์.....	60
ตารางที่ 4.32 ข้อมูลพื้นฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำการสัมภาษณ์.....	61
ตารางที่ 4.33 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาความคิดเห็นต่อสิทธิประโยชน์	71
ตารางที่ 4.34 การใช้บริการสถานพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างสิทธิ อปท.	72
ตารางที่ 4.35 ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของสิทธิ อปท.	72
ตารางที่ ก.1 จำนวนรวมของครั้งการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก สิทธิ อปท. จำแนกตามประเภทและจังหวัดที่ตั้งของ สถานพยาบาล (ยกเว้น กทม.).....	82
ตารางที่ ก.2 จำนวนผู้ป่วยนอกและจำนวนครั้งการใช้บริการเฉลี่ยต่อคน สิทธิ อปท. จำแนกตามจังหวัดที่ตั้งของ สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยใช้บริการครั้งแรกในรอบปี.....	85
ตารางที่ ข.1 จำนวนรวมของครั้งการใช้บริการแบบผู้ป่วยใน สิทธิ อปท. จำแนกตามประเภทและจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล (รวม กทม.).....	88
ตารางที่ ข.2 จำนวนรวมของครั้งการใช้บริการแบบผู้ป่วยใน สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ จำแนกตามประเภทและ จังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล (รวม กทม.).....	91
ตารางที่ ข.3 จำนวนผู้ป่วยใน จำนวนครั้งการใช้บริการและจำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อคน และสัดส่วนการเสียชีวิตใน รพ. สิทธิ อปท. จำแนกตามจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยใช้บริการครั้งแรกในรอบปี.....	94
ตารางที่ ข.4 จำนวนผู้ป่วยใน จำนวนครั้งการใช้บริการและจำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อคน และสัดส่วนการเสียชีวิตใน รพ. สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ จำแนกตามจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยใช้บริการครั้งแรกในรอบปี	97
ตารางที่ ข.5 โรคตามรหัส ICD 10 ที่พบบ่อย 50 อันดับแรกของจำนวนครั้งในการวินิจฉัยหลัก จำแนกตามประเภทของ โรงพยาบาล สิทธิ อปท.	100
ตารางที่ ข.6 โรคตามรหัส ICD 10 ที่พบบ่อย 50 อันดับแรกของจำนวนครั้งในการวินิจฉัยหลัก จำแนกตามประเภทของ โรงพยาบาล สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	102
ตารางที่ ข.7 การมีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก (severe-to-catastrophic comorbidity and complication, CC level 3-4) ตามรหัส DRG สำหรับโรคที่พบบ่อย 50 อันดับแรกของจำนวนครั้งในการวินิจฉัยหลัก สิทธิ อปท.	104

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ ข.8 การมีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก (severe-to-catastrophic comorbidity and complication, CC level 3-4) ตามรหัส DRG สำหรับโรคที่พบบ่อย 50 อันดับแรกของจำนวนครั้งในการวินิจฉัยหลัก สวัสดีการรักษายาบาลข้าราชการ.....	106
ตารางที่ ค.1 จำนวนผู้ป่วย (คน) และสัดส่วน (%) ผู้ใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NE) ในกลุ่มยาที่ใช้มาก สวัสดิการ รักษายาบาลข้าราชการ และสิทธิ อปท. กลุ่ม 168-169 รพ. ที่มีค่าใช้จ่ายสูง.....	108
ตารางที่ ค.2 จำนวนผู้ป่วย (คน) และสัดส่วน (%) ผู้ใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NE) ในกลุ่มยาที่ใช้มาก สิทธิ อปท. ตามกลุ่มค่าใช้จ่ายของ รพ. และประเภทของสถานพยาบาล.....	109

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 4.1 ปิรามิดประชากรของผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2558	37
รูปที่ 4.2 ปิรามิดประชากรของผู้ป่วยนอก สถานพยาบาลนอกกลุ่ม 169 แห่งที่มีค่าใช้จ่ายสูง สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2558.....	57
รูปที่ 4.3 ปิรามิดประชากรของผู้ป่วยใน ตามประเภทของ รพ. สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2558	59

คำนำ

ก่อน พ.ศ. 2556 ข้าราชการและพนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แม้จะได้รับสวัสดิการรักษายาบาลจากรัฐ มักประสบปัญหาด้านภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษายาบาล โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพราะต้องสำรองจ่ายก่อนจากนั้นจึงนำไปเบิกกับหน่วยงานในความรับผิดชอบของ อปท.แต่ละแห่ง ส่งผลให้เกิดปัญหาการกั๊กหนี้สินในการสำรองจ่าย ถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงการรักษา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เริ่มทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการคุ้มครองสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 โดยได้จัดระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่นไม่แตกต่างจากข้าราชการพลเรือน ทั้งนี้ได้ประมาณการค่าใช้จ่ายพบว่าต้องจ่ายเงิน จำนวน 10,000 บาทต่อประชากร แต่ในปีงบประมาณ พ.ศ.2557 พบว่ามีข้าราชการพลเรือนเฉลี่ย 5,349.87 บาทต่อคนซึ่งต่ำกว่าข้าราชการพลเรือนมาก สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยจึงได้รับมอบหมายให้ทำการศึกษาปัจจัยที่ทำให้ต้นทุนค่ารักษายาบาลของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่นน้อยกว่าผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทั้งที่กำหนดให้ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษายาบาลไม่แตกต่างกัน เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยดังกล่าว ไปใช้ในการปรับปรุงการวางแผนด้านงบประมาณ ด้านสิทธิประโยชน์ และการบริหารจัดการระบบด้านอื่นๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มีสิทธิและภาครัฐที่จะต้องจัดสรรงบประมาณสนับสนุนต่อไป

คณะผู้วิจัย
2559

คณะผู้วิจัย

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.จุฬารัตน์	ลิมวัฒนานนท์
รศ.ดร.สุพล	ลิมวัฒนานนท์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร.อรอนงค์	วลีขจรเลิศ
ผศ.ดร.ธนรรจ์	รัตนโชติพานิช

สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นายแพทย์ถาวร	สกุลพาณิชย์
นางสาวพัชนี	ธรรมวันนา
นายภาสกร	สวนเรือง
นางสาวพัฒนวิไล	อินใหม่
นางสาวเข็มจรรย์	โรจนพรทิพย์
นางสาวประไพพร	อุตมา

บทสรุปผู้บริหาร

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่ทำให้การรักษาพยาบาลของสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สิทธิ อปท.) น้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จากข้อมูลในปีงบประมาณ 2557-2558 มีข้อค้นพบสำคัญดังต่อไปนี้

ในปี 2558 ประชากรผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิซึ่งขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของสิทธิ อปท. มีจำนวนประมาณ 6 แสนคน เพิ่มขึ้นจากปี 2557 ร้อยละ 6 เมื่อเปรียบเทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ประมาณ 4.8 ล้านคน) สมาชิกของสิทธิ อปท. มีเพศชายคิดเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าเล็กน้อย (44 vs. 47%) แต่มีผู้สูงอายุในสัดส่วนที่ต่ำกว่าค่อนข้างมาก (26 vs. 33%) นอกจากนี้ สมาชิก อปท. มีโอกาสเป็นผู้ป่วยน้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในประชากรทุกกลุ่มอายุ (ผู้ป่วยใน เพศหญิง-ชาย: เด็ก 6-8 vs. 10-11%; ผู้ใหญ่ 7-5 vs. 7-6%; ผู้สูงอายุ 14-15 vs. 18-15%) โครงสร้างประชากรที่แตกต่างกันเช่นนี้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้การใช้บริการในภาพรวมของสมาชิก อปท. มีสัดส่วนที่เป็นผู้ป่วยน้อยกว่าของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (รพ. ทุกประเภท: 8.8 vs. 9.4%)

สมาชิก อปท. ยังมีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่างจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ คือ มีการศึกษาและเศรษฐกิจในระดับที่ต่ำกว่า (จบการศึกษามากกว่าชั้นมัธยม: 26 vs. 42% และอยู่ในครัวเรือนร้อยละ 20 ซึ่งมีดัชนีทรัพย์สินสูงสุดหรือควินไทล์ที่ห้า: 26 vs. 50%) ที่สำคัญ คือ ความแตกต่างด้านภูมิลาเนา โดยสมาชิกของสิทธิ อปท. อาศัยในเขตเทศบาลคิดเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่า (30 vs. 58%) ทำให้การเลือกใช้บริการรักษายาบาลส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. อยู่ในสถานพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ สอ./รพ.สต. และ รพ.ช. ในขณะที่ผู้ใช้บริการของ รพ.ม. ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง มีสัดส่วนน้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ผู้ป่วยนอก: 15-16 vs. 25-26%; ผู้ป่วยใน: 9 vs. 15%) นอกจากนี้ ยังมีสถานพยาบาลพิเศษซึ่งมีรักษายาบาลค่อนข้างสูง คือ คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา ซึ่งตั้งอยู่ในเขต กทม. และเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยนอกที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ประมาณ 5-7 หมื่นราย) แต่ยังไม่เคยมีการเบิกจ่ายในระบบจ่ายตรงสำหรับผู้ป่วย อปท.

เมื่อควบคุมความแตกต่างในปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปีที่เข้านอน รพ. ลักษณะของผู้ป่วย (เพศ อายุ ความรุนแรงของโรคร่วม) และเขตที่ตั้งของ รพ. ผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิ อปท. มีโอกาสเข้านอน รพ. ขนาดใหญ่ (คือ รพ.ท./รพ.ศ. และ รพ.ม.) เทียบกับ รพ.ช. ต่ำกว่าผู้ป่วยในที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สำหรับ 8 ใน 10 โรคที่เป็นสาเหตุการนอน รพ. บ่อย ตั้งแต่ร้อยละ 14 (ปอดบวม) ถึง 24 (เบาหวาน) (odds ratio, OR: 0.76-0.86) การที่ผู้ป่วย อปท. มีโอกาสเข้านอนใน รพ. ขนาดใหญ่ต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการดังกล่าวมาจะมีความสัมพันธ์อย่างเป็นอิสระกับปัจจัยด้านภูมิลาเนา (นอกเหนือจากปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย ความเจ็บป่วย และที่ตั้งของ รพ. ที่ได้รับการควบคุมแล้ว) เนื่องจากสมาชิก อปท. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) มีที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาล ในขณะที่สมาชิกสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58) อาศัยในเขตเทศบาล

ลักษณะทางประชากรโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย อปท. ใช้บริการรักษายาบาลด้วยความถี่ในปี 2557-2558 ไม่บ่อยครั้งเท่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ผู้ป่วยนอกระบบจ่ายตรง: รพ. ขนาดใหญ่ 4.9-5.3 ครั้ง และ รพ. ขนาดเล็ก 4.6-4.9 ครั้ง vs. 6.1-6.2 ครั้ง; ผู้ป่วยใน: 1.5 vs. 1.6 ครั้ง) เมื่อวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคที่เป็นสาเหตุการนอน รพ. พบว่า ผู้ป่วย อปท. มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมากคิดเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (โรคที่พบบ่อย 50 อันดับแรก: 19 vs. 24% และโรคอื่นที่เหลือ: 17 vs. 22%) ความแตกต่างดังกล่าวอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การนอน รพ. ของผู้ป่วย อปท. มีระยะเวลาสั้นกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทั้งในภาพรวมทุก รพ. (6.9-7.0 vs. 9.0-9.1 วัน) และใน รพ. แต่ละระดับ (รพ.ช. 4.4 vs. 5.1 วัน; รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ 7.0 vs. 9.0 วัน; รพ.ม. 8.7-9.1 vs. 10.4-10.7 วัน) เมื่อควบคุมความแตกต่างในด้านปีที่เข้านอน รพ. ลักษณะของผู้ป่วย ประเภทของ รพ. เขตที่ตั้งของ รพ. และกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการนอน รพ. แล้ว ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. มีระยะเวลาการนอน รพ. สั้นกว่าผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) เท่ากับ 0.32 วันใน รพ. ทุกประเภท และตั้งแต่ 0.17 วันใน รพ.ช. ถึง 0.36 วันใน รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ และ 0.39 วันใน รพ.ม.

ผลลัพธ์จากปัจจัยด้านประชากร สถานะทางสังคม-เศรษฐกิจ และภูมิลาเนาของผู้ใช้สิทธิ (ซึ่งสัมพันธ์กับการเข้าถึงหรือทางเลือกสถานพยาบาลขนาดใหญ่หรือเล็ก) รวมทั้งลักษณะความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุการนอน รพ. (ความรุนแรงของโรค

ร่วม และชนิดของโรค) ทำให้ค่ารักษาพยาบาลในปี 2557-2558 โดยเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยหรือต่อครั้งการใช้บริการของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. ต่ำกว่าของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ผู้ป่วยนอกระบบจ่ายตรง: ต่อราย 6,019-7,019 บาท หรือต่อครั้ง 1,092-1,170 บาท vs. 1,667-1,623 บาท; ผู้ป่วยใน: ต่อราย 28,495-30,354 vs. 41,299-42,852 บาท หรือต่อครั้ง 18,903-19,742 บาท vs. 26,658-27,556 บาท และค่า adjusted RW: ต่อราย 2.1-2.2 vs. 2.7-2.7 หน่วย หรือต่อครั้ง 1.4-1.4 vs. 1.7-1.7 หน่วย) นอกจากนี้ ยังพบว่า สมาชิก อปท. จำนวนไม่น้อยที่ใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (1.5-1.6 แสนคน หรือร้อยละ 30-34 ของผู้ป่วยที่ปรากฏในฐานข้อมูลทั้งหมด) ไม่ปรากฏข้อมูลการเบิกค่ารักษาพยาบาลทั้งระบบจ่ายตรงและใบเสร็จรับเงิน

ในกรณีผู้ป่วยใน เมื่อควบคุมความแตกต่างด้านเพศ กลุ่มอายุ ระดับความรุนแรงของโรค และกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุของผู้ป่วย ปีที่เข้านอน รพ. รวมทั้งเขตที่ตั้งและประเภทของ รพ. แล้ว พบว่า ในภาพรวมของทุกโรค ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (adjusted RW) สูงกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเล็กน้อย (0.018 หน่วยใน รพ. ทุกประเภท และ 0.067 หน่วยใน รพ.ม.) และมีค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (529 บาทใน รพ. ทุกประเภท, 375 บาทใน รพ.ช. และ 752 บาทใน รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ) เมื่อพิจารณารายโรค พบว่า ผู้ป่วย อปท. มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ (0.025 หน่วยใน รพ.ช.); ปอดบวม (1.19 หน่วยใน รพ.ม.); มะเร็งเต้านมที่มีการได้ใช้เคมีบำบัด (0.006 หน่วย) และมะเร็งปอดที่ไม่มีการใช้เคมีบำบัด (0.005 หน่วย) และมีค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับโรคที่พบบ่อยทั้ง 10 ชนิด (ท้องเสีย ปอดบวม เบาหวาน หลอดลมอักเสบ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หัวใจล้มเหลวสมองขาดเลือด ทางเดินปัสสาวะอักเสบ ไข้ดั่งอักเสบ) และมะเร็งปากมดลูก

การที่ผู้ป่วย อปท. มีค่ารักษาพยาบาลต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการภายหลังการควบคุมความแตกต่างด้านลักษณะทางประชากรและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งลักษณะของ รพ. และการเข้านอนแล้ว แสดงว่า น่าจะยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างระหว่าง อปท. กับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการดังกล่าวแต่ไม่ปรากฏในข้อมูลที่วิเคราะห์ ที่สำคัญได้แก่ สถานะทางสังคม-เศรษฐกิจและภูมิสำเนาของผู้ป่วยหรือครัวเรือน (ซึ่งสัมพันธ์กับการเข้าถึงทางเลือกการใช้สถานพยาบาล และการใช้สิทธิเมื่อใช้บริการ) การเลือกใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีเพื่อการรักษาของสถานพยาบาลผู้ให้บริการ ซึ่งพบว่าผู้ป่วย อปท. มีการใช้ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติในสัดส่วนที่น้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในโรงพยาบาลทุกระดับ และประสิทธิภาพในการบริหารจัดการของ สปสช. ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnostic related group, DRG) สำหรับผู้ป่วยใน และแบบรายการบริการ (fee for service) สำหรับผู้ป่วยนอกซึ่งปัจจุบันยังมีทั้งระบบจ่ายตรงและใบเสร็จรับเงิน

ผลการจำลองสถานการณ์เพื่อทำนายภาระงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลของสิทธิ อปท. ในปี 2558 หากกำหนดเงื่อนไขให้ผู้ป่วย อปท. มีลักษณะเหมือนกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ดังนี้ (1) เพศ-อายุของผู้ป่วย จะทำให้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 14 ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกในปัจจุบัน (2,566 ล้านบาท) และเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 29 ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (1,656 ล้านบาท) ตามลำดับ คิดเป็นมูลค่ารวมของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในซึ่งเพิ่มขึ้น 830 ล้านบาท; (2) ค่าใช้จ่ายต่อรายที่จำเพาะกับเพศ-อายุของผู้ป่วย จะทำให้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. เพิ่มขึ้นร้อยละ 29 และ 10 ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามลำดับ คิดเป็นมูลค่าที่เพิ่มขึ้นรวม 920 ล้านบาท และ (3) ทั้งลักษณะทางประชากรและค่าใช้จ่าย จะทำให้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. เพิ่มขึ้นร้อยละ 45 และ 41 ตามลำดับ คิดเป็นมูลค่าที่เพิ่มขึ้นรวม 1,850 ล้านบาท

ในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย อปท. น้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สอดคล้องกับการศึกษาในส่วนเชิงปริมาณ คือ อปท. อายุรน้อยจึงไม่ค่อยเจ็บป่วย และเมื่อเจ็บป่วยจะใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐ ใกล้บ้าน ซึ่งในส่วนของภูมิภาคมักมีขนาดเล็ก (สอ./รพ.สต. รพ.ช.) ปัจจัยที่พบเพิ่มเติมจากการศึกษาเชิงคุณภาพ คือ การบริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำให้มีระบบตรวจสอบการเบิกค่ารักษาพยาบาล ลดปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนที่ตรวจสอบไม่ได้ ตลอดจนควบคุมรายการเบิกให้ถูกต้อง การเบิกจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในที่เปลี่ยนจากการจ่ายตามรายการเต็มจำนวน เป็นการเบิกจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมซึ่งมีผลลดค่าใช้จ่าย และสิทธิ อปท. ใช้สิทธิอิงตามสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในช่วงที่มีนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายแล้ว นอกจากนี้ในส่วนของการใช้สิทธิพบว่า ผู้อาศัยสิทธิไม่ค่อยรู้สิทธิ ไม่ค่อยไปใช้บริการ และมี อปท. ที่ยอมจ่ายเงินเอง หรือซื้อประกันเอกชนแล้วใช้สิทธิไป รพ. เอกชน โดยพบว่าสัดส่วนของสิทธิ อปท. ที่เคยใช้บริการ

ภาคเอกชนที่ต้องจ่ายเงินเองในรอบปีที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 59 โดยค่ามีมาตรฐานการใช้บริการ 3 ครั้ง เป็นเงิน 1,050 บาท/ราย/ปี หรือประมาณ 384 ล้านบาทเมื่อคำนวณจากผู้มีสิทธิทั้งหมด

ผู้ให้บริการและผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่รู้สึกว่าคุณภาพของบริการรักษาพยาบาลมีความแตกต่างจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และมีความเห็นตรงกันว่าผู้รับบริการยังมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ไม่มากนัก พบว่า

ประเด็นที่พบว่ามีพัฒนาชัดเจนของ สปสช. คือ การเบิกจ่ายผ่านใบเสร็จรับเงินของสิทธิ อปท. ดำเนินการได้รวดเร็วขึ้น การประสานงานกับ สปสช. เขต มีความสะดวก ระบบทะเบียนมีการปรับปรุงปัญหาช่องว่างสิทธิในช่วงการย้ายที่ทำงาน การขยายระบบเบิกจ่ายตรงไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขและ รพสต. ที่มีความพร้อม และแนวปฏิบัติและระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายเฉพาะรายที่มีราคาแพง เช่น ยาควบคุมเฉพาะ ยามะเร็งค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งแม้จะแตกต่างจากระบบของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) แต่การใช้งานสะดวกกว่า นอกจากนี้ การติดตามตรวจสอบการส่งใข้ยาของผู้ให้บริการจาก สปสช. อาจเป็นการส่งสัญญาณให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายในฝั่งผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้สิทธิ อปท. ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ระบบการตรวจสอบสิทธิ อปท. ระหว่างผู้ป่วยกับสถานพยาบาล หรือระหว่างสถานพยาบาลกับ สปสช. ค่อนข้างมีความยุ่งยากกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

การศึกษานี้มีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการบริหาร-จัดการสิทธิ อปท. ในด้านต่างๆ ดังนี้

(1) ข้อมูลเพื่อการติดตามและประเมินผล (data for monitoring and evaluation)

- a. ฐานข้อมูลทะเบียนสมาชิก นอกจากข้อมูลเพศและวัน-เดือน-ปีเกิด ควรมีการจำแนกระหว่างผู้มีสิทธิ (พนักงาน อปท.) และผู้อาศัยสิทธิ การบ่งชี้ความสัมพันธ์ของผู้อาศัยสิทธิ (บิดา-มารดา สามเณร-ภรรยา และบุตร-ธิดา) กับผู้มีสิทธิ และมีข้อมูลระบุสิทธิประกันสุขภาพอื่นที่ผู้อาศัยสิทธิ รวมทั้งมีรหัสมาตรฐานของ อปท. ที่เป็นต้นสังกัด (department) ของผู้มีสิทธิ
- b. ฐานข้อมูลบริการสุขภาพ นอกจากรหัสประจำตัวบุคคล (pid) ของผู้ป่วย สถานพยาบาล (hcode) ควรมีรหัสที่ระบุแพทย์ (เช่น เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ) ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการรักษา เช่น ผู้ส่งใข้ยา ในลักษณะเดียวกับฐานข้อมูลการเบิกจ่ายผู้ป่วยนอกระบบจ่ายตรงของกลุ่ม 168-169 รพ. ที่มีค่าใช้จ่ายสูง สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งดูแลโดย สทส.
- c. ฐานข้อมูลการส่งใข้ยา ยาที่มีการส่งใข้แต่ละรายการควรระบุชื่อตัวยาสำคัญ-ชนิดหรือรูปแบบการใช้-ขนาดความแรง-ผู้ผลิตจำหน่าย โดยใช้รหัสมาตรฐานของ สมสท. คือ Trade Product Unit (TPU) และควรมีข้อมูลด้านมูลค่ายาที่ส่งใข้แต่ละครั้ง
- d. ควรปรับปรุงระบบข้อมูลซึ่งมีที่มาจากหลายแหล่ง เช่น ผู้ป่วยนอก ให้ครอบคลุมและสามารถเชื่อมโยงระหว่างแหล่งต่างๆ ได้สมบูรณ์ เช่น ระหว่าง OP individual, OP E-claim และ OP receipt; ระหว่างพื้นที่ของสถานพยาบาลในส่วนภูมิภาค (12 เขต) และส่วนกลาง (กทม. ซึ่งไม่มีข้อมูล OP individual) เพื่อสามารถประเมินอัตราการไม่ใช้สิทธิของผู้ใช้บริการที่ไม่พบข้อมูลการเบิกจ่าย
- e. ควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลระดับรายบุคคล (individual data) ด้วยรหัสประจำตัวบุคคล (pid) ได้อย่างสมบูรณ์ระหว่าง ฐานข้อมูลทะเบียนสมาชิก ฐานข้อมูลบริการสุขภาพ (ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการส่งใข้ยา) และฐานทะเบียนราษฎรที่แสดงวันที่เสียชีวิต (หากมีการเสียชีวิต) เพื่อติดตามความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (continuity of care) และประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว เช่น การเสียชีวิตใน 30 วัน หรือจากทุกสาเหตุ

(2) การประมาณการงบประมาณค่ารักษายาบาล (budget forecasting)

- a. ควรคำนึงถึงโครงสร้างทางประชากรของสมาชิกและผู้ป่วยที่ใช้บริการสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความน่าจะเป็น และความถี่-ระยะเวลา ในการใช้บริการรักษายาบาล เนื่องจากพบว่า สมาชิก อปท. ส่วนใหญ่มีอายุไม่มาก จึงมีสมาชิกซึ่งเป็นผู้ป่วยใช้บริการรักษายาบาลด้วยสัดส่วนที่น้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รวมทั้งมีจำนวนครั้งการใช้บริการและจำนวนวันนอนน้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
- b. ควรคำนึงถึงการเข้าถึงและทางเลือกสถานพยาบาล ซึ่งเกิดจากปัจจัยด้านภูมิลาเนา และสถานะทางสังคม-เศรษฐกิจของครัวเรือนสมาชิก เนื่องจากพบว่า สมาชิก อปท. ใช้บริการรักษายาบาลจากสถานพยาบาลในระดับไม่เกิน รพช. เป็นส่วนมาก และใช้ รพ. ขนาดใหญ่ซึ่งมีค่ารักษายาบาลแพง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รพ.ม. และ รพ. ในเขต กทม. เป็นส่วนน้อย เมื่อเทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

- c. ในกรณีที่ สปสช. ยังคงเลือกวิธีการจ่ายเงินชดเชยค่ารักษายาบาล ในอนาคตด้วยระบบรายการบริการ (fee for service) หากคำนึงถึงโครงสร้างทางประชากรของผู้ป่วย อปท. ซึ่งจะมีอายุสูงขึ้น และหากมีการใช้เทคโนโลยีราคาแพง เช่น ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในสัดส่วนมากขึ้น จนใกล้เคียงกับลักษณะของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สปสช. ควรเตรียมเพิ่มงบประมาณรองรับอีกประมาณร้อยละ 20-44 ของงบประมาณที่ใช้ในปัจจุบัน เมื่อไม่คำนึงถึงอัตราเงินเฟ้อ

(3) การนำนโยบายไปปฏิบัติ (policy implementation)

- a. หากต้องการให้สิทธิประโยชน์ของ อปท. เท่ากับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในกรณีระบบใบเสร็จ ควรพัฒนาระบบการแจ้งกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์ ให้ อปท. แต่ละแห่งสามารถรับทราบข้อมูลจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นและดำเนินการได้ทันที ไม่เกิดความล่าช้า
- b. วิธีการเบิกจ่ายของสิทธิ อปท. ที่ดูแลโดย สปสช. สำหรับการใช้จ่ายเฉพาะราย ควรพัฒนาระบบให้มีความยุ่งยากน้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ดูแลโดยกรมบัญชีกลางผ่าน สกส.
- c. สปสช. ควรพัฒนาระบบและขั้นตอนการตรวจสอบสิทธิให้ใกล้เคียงกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของกรมบัญชีกลาง

Executive Summary

This study identified factors affecting health care expenditures and magnitudes of their associations for Local Government Medical Benefit Scheme (LGMBBS). Specifically, the study compared population structure and health utilization pattern between LGMBBS and Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBBS) that provides a comparable benefit package with a relatively higher expenditure. Based on data in fiscal years 2014-2015, major findings are as follows:

In 2015, persons eligible and registered to LGMBBS amounted to approximately 0.6 million, a 6% increase from that in 2014. Comparing to CSMBBS with 4.8 million members, LGMBBS had a lower proportion in male (44 vs. 47%) and elderly people (26 vs. 33%). The LGMBBS members in each age-group were less likely to be hospitalized in a year, as compared with the same-age CSMBBS members (For female-male: children 6-8 vs. 10-11%; adults 7-5 vs. 7-6%; elderly 14-15 vs. 18-15%). Such a difference in the demographic profiles resulted in a lower patient proportion of the LGMBBS than the CSMBBS (all hospital types: 8.8 vs. 9.4%).

The second factor is socio-economic status. Members of LGMBBS tend to have a lower education and living standards than CSMBBS (Higher education 26 vs. 42%; Living in the top 20% richest households – quintile 5 26 vs. 50%). The key factor leading to choices of service use is resident areas, whereby 30% of the LGMBBS members resided inside the municipality area and 58% of the CSMBBS did so. Patients visiting health facilities with a higher and expensive care level such as university hospitals were lower in LGMBBS than CSMBBS (Outpatient, OP: 15-16 vs. 25-26%; Inpatient, IP: 9 vs. 15%).

After controlling for differences between the two Schemes in various characteristics, including hospitalization years, patient sex, age and disease severity, and health zone of hospitals, the LGMBBS patients were less likely to be admitted to a provincial or university hospital (PH or UH), which is larger than a district hospital (DH) than the CSMBBS ($P<0.05$) for 8 in 10 most common hospitalized illnesses by a magnitude ranging from 14% for pneumonia to 24% for diabetes (odds ratio, OR: 0.76-0.86).

Difference in the ages also led to a lower frequency of health utilization in the LGMBBS patients (OP visits via direct disbursement: PH&UH 4.9-5.3 times and DH 4.6-4.9 times vs. 6.1-6.2 times; IP admissions: 1.5 vs. 1.6 times). For severity of the diseases leading to hospitalization, the LGMBBS patients tend to have a lower proportion of severe-very severe levels than the CSMBBS (Top 50-diseases: 19 vs. 24% and the rest: 17 vs. 22%). Such a difference could lead to a relatively shorter stay for LGMBBS in all-type hospitals (6.9-7.0 vs. 9.0-9.1 days) and in each hospital sub-type (DH 4.4 vs. 5.1 days; PH 7.0 vs. 9.0 days; UH 8.7-9.1 vs. 10.4-10.7 days). Once hospitalization years, patient sex, age and disease severity, hospital types, health zone, and disease groups have been accounted for, the LGMBBS patients stayed in hospitals shorter than the CSMBBS by 0.32 days ($P<0.01$) for all-type hospitals and ranging from by 0.17 days in DH to 0.36 days in PH and 0.39 days in UH.

Demographic, socio-economic and residential characteristics plus clinical conditions stated previously are key factors that made the LGMBBS expenditure per patient or per visit in 2014-2015 lower than the CSMBBS (OP via direct disbursement: 6,019-7,019 Baht per patient or 1,092-1,170 Baht per visit vs. 1,667-1,623 Baht per visit; IP: 28,495-30,354 vs. 41,299-42,852 Baht per patient or 18,903-19,742 vs. 26,658-27,556 Baht per admission; and for adjusted RW: 2.1-2.2 vs. 2.7-2.7 units per patient or 1.4-1.4 vs. 1.7-1.7 units per admission). Furthermore, a significant number of LGMBBS OP patients (30-34%) were not found to have a payment claim.

After controlling for patient characteristics, hospitalization years, hospital types and health zones; the LGMBS patients had a slightly higher adjusted RW than the CSMBS for all-type diseases (by 0.018 units in all-type hospitals and by 0.067 units in UH). However, the LGMBS' IP expenditure was relatively lower (by 529 Baht per admission in all-type hospitals, by 375 Baht per admission in DH and by 752 Baht per admission in PH). Specific to diseases, the LGMBS patients had a relatively lower adjusted RW (by 0.025 units in DH for bronchitis; by 1.19 units in UH for pneumonia; by 0.006 units for breast cancer with chemotherapy; and by 0.005 units for lung cancer without chemotherapy). The IP expenditure for LGMBS was also lower than CSMBS for all top-10 common diseases (diarrhea, pneumonia, diabetes, bronchitis, COPD, CKD, CHF, CVA, UTI and appendicitis) plus cervical cancer.

The facts that health expenditures for LGMBS were lower than CSMBS even after controlling for demographic and clinical characteristics of patients as well as hospital characteristics hint to additional factors remaining unaccounted for due to unavailability in analytic datasets. These could include socio-economic status, residential areas and choices of health technology such as use of expensive, non-essential medicines, which were found a higher use by the CSMBS patients in all hospital types. In addition, efficiency in the management system by National Health Security Office (NHSO) through the diagnostic related group (DRG) for IP and fee-for-service payment for OP services through direct disbursement and receipt systems.

Results from a model simulation predicting the LGMBS budget increase due to selective scenarios assuming the LGMBS patient characteristics comparable to the CSMBS as follows: (1) same age-sex structure: the LGMBS expenditure would increase by 14% of the current 2015-OP expenditure (2,566 million Baht) and by 29% of IP expenditure (1,656 million Baht) over the same year or in total by 830 million Baht (combined OP-IP); (2) same age-sex specific expenditure per patient: the LGMBS expenditure would increase by 29% and 10% of the current OP and IP expenditures, respectively or by 920 million Baht in total; and (3) assuming both (1) and (2): the LGMBS would increase by 45% and 41%, respectively or by 1,850 million Baht in total.

Results from the qualitative study using in-depth interviews with key partners, including patients, the LGO's staff and health care providers revealed findings consistent with the quantitative analysis that due to a relatively young age of the LGMBS members, they were relatively healthier. Once they got sick, a health facility closed to their homes, whereby in provincial areas is typically a DH or health center is a usual source of services. Management by NHSO including for example reimbursement audit could reduce duplicating enrollment and rational drug use according to treatment guidelines. In addition, existing cost-containment measures on the use of non-essential medicines that have been implemented for CSMBS patients had a spill-over effect on the LGMBS.

Service users who were first-line relatives of the LGMBS beneficiaries may not be aware of eligible benefits or may opt out by paying out of their own pockets (OOP) or using private insurance. Results from an additional survey of the LGMBS patients found that 59% of users of private health facilities have paid OOP with the median utilization of 3 times in a year.

For perception on the services obtained, both LGMBS patients and providers did not distinguish the quality of care to be poorer than the CSMBS. In addition, they agreed certain patients did not understand about the eligible benefits.

Perceived improvement in the NHSO performance on managing the LGMBS included time taken for reimbursement through receipt system, co-ordination made by the NHSO Regional Office, member registration during work transition, direct disbursement to selected health centers, claim processing for selective benefits such as expensive medicines.

Policy recommendations by this study are divided into three issues as follows:

(1) Data for monitoring and evaluation

- a. Member registry: Apart from data on sex and date of birth, there should be data on the members should distinguish between beneficiaries and their first-line relatives who are eligible to benefits and their relationship. Identification of the LGOs whose employees are the LGMBS beneficiaries should be through standardized coding system.
- b. Health service databases: In addition to the unique identifiers for the LGMBS patients through personal identification number (*pid*), health care facilities (*hcode*), there should be an identification for physicians who provided services similar to those available in the CHI's drug reimbursement data for the CSMBS patients.
- c. Drug prescribing data: For each drug prescribed, identification of active ingredients, dosage forms and strength plus manufacturers should be based on the Thai Medical Terminology (TMT)'s standard codes, called Trade Product Units (TPU) which is maintained regularly by Thai Health Information Standards Development Center (THIS). In addition, there should be data on amount of Baht reimbursed at the individual level.
- d. Data in various types of services and from different sources should be able to link perfectly to each other, for example between OP individual, OP E-claim and OP receipt; across health zones in provincial areas (12 zones) and Bangkok which at present contains no OP individual data.
- e. Individual level data should be linked completely by using personal identification number (*pid*) between member registry, health services (OP, IP and drug prescribing) and civil death registry.

(2) Budget estimation and forecast

- a. Population structure of the LGMBS members and patients should be taken as a basis for estimating and forecasting health care budgets.
- b. Access to and choice of health facilities which are related to domiciles and socio-economic status of the LGMBS members are the second key factors affecting service utilization pattern, which in turn determining health expenditure.
- c. If fee for service is still used as the method for provider payment, NHSO should prepare for an increase in health care expenditure for the LGMBS patients by approximately 20-44% of the current spending, given possible scenarios of similarity to the CSMBS in that (1) the LGMBS population became older, (2) use of expensive health technology such as non-essential medicines increased, or both (1) and (2).

(3) Policy implementation

- a. To be comparable with CSMBS in exercising the eligible health benefits, any rules and regulation enforced for the CSMBS by the Ministry of Finance (MOF) Comptroller General's Department (CGD) should be effective immediately to LGMBS without the administrative delays by the Ministry of Interior (MOI) Department of Local Administration (DLA).
- b. Methods of reimbursement for expensive drug use should be improved for timeliness and simplicity, similar to those implemented by the CGD through CHI.

- c. Steps taken for verification of the LGMBS' insurance rights should be improved to reduce the waiting time as in the CSMBS direct disbursement system.

บทที่ 1: บทนำ

ตามมติ ครม. เมื่อวันที่ 17 กันยายน 2556 เห็นชอบให้ข้าราชการและพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้รับสิทธิครอบคลุมการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องกังวลเรื่องการสำรองจ่ายค่ารักษา ด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 9 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีมติให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการคุ้มครองสิทธิ อปท. โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 เป็นต้นไป

ในการดำเนินการ สปสช. ได้ประมาณการค่าใช้จ่ายจากข้อมูลที่รวบรวมได้ พบว่าต้องใช้เงินจำนวน 10,000 บาทต่อหัวประชากร โดยคาดการณ์ว่าจะมีผู้มีสิทธิและอาศัยสิทธิจำนวน 7 แสนคน (ที่มา: สปสช.) เป็นวงเงินรวมทั้งสิ้น 7,000 ล้านบาทต่อปี โดยมีการแบ่งงบประมาณเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สถ.) โอนให้ สปสช. 4,061,950,400 บาทต่อปี¹ และ 3,000,000 บาท² ให้ สถ. กั้นเงินไว้จ่ายให้ สปสช. กรณีเงินไม่พอ

ข้อมูลการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของ สปสช. ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้บริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาล แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 7,851 แห่ง โดยกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลไม่มีความแตกต่างจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 จนถึงวันที่ 27 ตุลาคม 2557 พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ.2557 มีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 5,349.87 บาทต่อคน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการค่อนข้างมาก (ตารางที่ 1.1)

ตารางที่ 1.1 สรุปการจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิ อปท.

กรณี	ประเภท	ปี 2557		ปี 2558	
		ครั้ง	ชดเชย	ครั้ง	ชดเชย
1. ระบบจ่ายตรง	ผู้ป่วยนอก	1,526,895	1,602,003,754	40,728	46,317,699
	ผู้ป่วยใน	77,315	1,509,408,413	993	18,768,699
	รวมจ่ายตรง	1,604,210	3,111,412,167	41,721	65,086,399
2. เบิกด้วยใบเสร็จรับเงิน		219,002	308,258,592	2,632	1,499,258
3. กรณีฟอกเลือดล้างไต		100,721	258,203,256	6,725	16,173,145
รวมทั้งสิ้น		1,923,933	3,677,874,017	51,078	82,758,803

ในขณะที่ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในปี พ.ศ. 2551-2554 มีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย อยู่ที่ 12,766 -14,948 บาทต่อคน (ตารางที่ 1.2)

ตารางที่ 1.2 งบประมาณค่ารักษาพยาบาลของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2551-2554

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้มีสิทธิ (คน)	วงเงินที่ใช้ (ล้านบาท)	ค่าเฉลี่ยต่อคน (บาท)
2551	4,300,738	54,904.48	12,766.29
2552	4,234,743	63,304.47	14,948.83
2553	4,259,744	62,195.57	14,600.78
2554	4,284,566	56,764.53	13,248.61

ดังนั้น เพื่อให้ สปสช. มีข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงพอเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของสิทธิ อปท. แตกต่างจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อนำผลที่ได้จาก

¹ ข้อ 1(10) ของประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

² ข้อ 2(2) ของประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การศึกษาวิจัยดังกล่าว ไปใช้ในการปรับปรุงการวางแผนด้านงบประมาณ ด้านสิทธิประโยชน์ และการบริหารจัดการระบบด้านอื่นๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มีสิทธิและภาครัฐที่จะต้องจัดสรรงบประมาณสนับสนุนต่อไป

คำถามการวิจัย

“อะไรเป็นปัจจัยที่ทำให้ค่ารักษาพยาบาลของผู้มีสิทธิ อปท. น้อยกว่าผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทั้งที่กำหนดให้ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษายาบาลไม่แตกต่างกัน”

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของผู้มีสิทธิ/ผู้อาศัยสิทธิ ผู้มาใช้บริการ ผู้ให้บริการ และการใช้บริการของระบบสวัสดิการรักษายาบาลสิทธิ อปท.เปรียบเทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในประเด็นต่างๆ ดังนี้
 - (1) ลักษณะโครงสร้างประชากรของผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิ
 - (2) ลักษณะของสถานพยาบาลส่วนใหญ่ที่ผู้มีสิทธิ/ผู้อาศัยสิทธิไปใช้บริการ
 - (3) ลักษณะการให้บริการสุขภาพของผู้มีสิทธิ/ผู้อาศัยสิทธิ ทั้ง กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล จำแนกตามรูปแบบการเบิกจ่ายระบบจ่ายตรงกับการเบิกจ่ายผ่านต้นสังกัด และค่าใช้จ่ายของกลุ่มที่ใช้บริการโรงเรียนแพทย์ กลุ่มโรคเรื้อรัง และกลุ่มโรคมะเร็ง
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อสิทธิประโยชน์และบริการสุขภาพ ในมุมมองของผู้มีสิทธิ/ผู้ใช้สิทธิ และผู้ให้บริการ รวมถึงผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริหารจัดการระบบที่เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับ

สปสข. และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ได้รับทราบปัจจัยที่ทำให้ค่ารักษาพยาบาลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของ สิทธิ อปท. แตกต่างสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนด้านงบประมาณและปรับปรุงระบบด้านต่างๆ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มีสิทธิ/ผู้อาศัยสิทธิและภาครัฐในระยะต่อไปได้

บทที่ 2: ทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมในบทนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน

1. กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการรักษายาบาลสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ที่ใช้ในปัจจุบัน
2. ที่มาของการจัดระบบเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลสิทธิ อปท. โดย สปสช.”
3. ระบบการดำเนินการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาล สิทธิ อปท. โดย สปสช.” เทียบกับระบบการดำเนินการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดย กรมบัญชีกลาง

2.1 กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการรักษายาบาลสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ที่ใช้ในปัจจุบัน

2.1.1 กฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการรักษายาบาล สิทธิ อปท.

กฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับ สิทธิ อปท. จะยึดตามพระราชกฤษฎีกา กำหนดให้พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคคลในครอบครัวของพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งพระราชกฤษฎีกาฉบับดังกล่าวออกใน พ.ศ. 2556 ซึ่งให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชกฤษฎีกานี้ เหตุผลในการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาฉบับนี้ เกิดจากมาตรา 9 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บัญญัติให้กำหนดให้บุคคลประเภทใดหรือหน่วยงานใด ใช้สิทธิ รับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ได้เมื่อใด ให้เป็นไปตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา ดังนั้น เพื่อให้พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส และบุตรที่ขอบด้วยกฎหมายของพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้สิทธิรับบริการ สาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงจำเป็นต้องตราพระราชกฤษฎีกานี้ จากนั้นกระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้ดำเนินการแก้ไขระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2541 โดยจัดทำเป็นระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินทุนเกี่ยวกับการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2557 เพื่อให้มีความสอดคล้องกับร่างพระราชกฤษฎีกา

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2557 ประกาศ ณ วันที่ 23 กค 2557 และบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตค 2556 เป็นต้นไป เมื่อเปรียบเทียบระหว่างระเบียบกระทรวงมหาดไทยฉบับปัจจุบันกับฉบับก่อนหน้า คือ ฉบับ พ.ศ. 2549 พบว่าสาระสำคัญไม่ได้แตกต่างกัน

2.1.2 กฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

หน่วยงานที่ดูแลการเบิกจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ คือ กรมบัญชีกลาง ซึ่งได้กำหนดกฎหมายและหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องไว้ ดังนี้

- 1) พระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518

พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวเป็นกฎหมายหลักที่ให้อำนาจกระทรวงการคลังในการกำหนดหลักเกณฑ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ตามมาตรา 3 (6) ได้กำหนดให้การจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินสวัสดิการจากทางราชการให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกาการจ่ายเงินค่ารักษายาบาลนั้นเป็นสวัสดิการจากทางราชการอย่างหนึ่ง จึงต้องตราเป็นพระราชกฤษฎีกา ฉะนั้นพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลจึงเป็นกฎหมายซึ่งฝ่ายบริหารเป็นผู้กำหนดขึ้นโดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว

2) พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

เริ่มมีพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2521 ต่อมาได้เปลี่ยนเป็นพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (รวม 8 ฉบับ) และในปัจจุบันระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอ้างอิงพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555

3) หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553

มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 กันยายน 2553 ในปัจจุบันสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของทางราชการ มีหลักเกณฑ์การจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลที่ใช้บังคับโดยพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ส่วนวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนดตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 และหนังสือเวียนหรือหนังสือขอความเข้าใจวิธีปฏิบัติในการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล

จากกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการรักษายาบาลตาม สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สามารถสรุปโดยสังเขปได้ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 การจัดสวัสดิการรักษายาบาลของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และ สิทธิ อปท.

	สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	สิทธิ อปท.
ระเบียบที่เกี่ยวข้อง	(1) พระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518 (2) พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (3) หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553	ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงิน สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2557
ผู้มีสิทธิ	(1) ข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่าย งบประมาณของกระทรวง ทบวง กรม เว้นแต่ข้าราชการตำรวจชั้นพลตำรวจอยู่ในระหว่างรับการศึกษาอบรมในสถานศึกษาของสำนักงานตำรวจแห่งชาติก่อนเข้าปฏิบัติหน้าที่ราชการประจำ (2) ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายและสัญญาจ้างนั้นมีได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลไว้ (3) ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเพราะเหตุทุพพลภาพตามกฎหมายว่าด้วยบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด ทั้งนี้ไม่รวมข้าราชการส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานองค์กรของรัฐ พนักงานราชการ	(1) ข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด พนักงานเทศบาล และ พนักงานส่วนตำบล แต่ไม่หมายรวมถึงพนักงานจ้าง (2) ผู้ที่รับบำนาญตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น (3) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศมนตรี เทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล
ผู้อาศัยสิทธิ	(1) บุตรคนที่ 1-3 ที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีสิทธิ แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น (2) คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ (3) บิดาหรือมารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิ	(1) บุตรคนที่ 1-3 ชอบด้วยกฎหมายซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของบิดาหรือมารดา ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรม หรือบุตรซึ่งได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่นแล้ว (2) คู่สมรสของผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล

สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ		สิทธิ อปท.
		(3) บิดาหรือมารดาของผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล
ค่ารักษายาบาล	(1) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือ สารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าออกซิเจน และอื่น ๆ ทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค (2) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ดังกล่าว (3) ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าวิเคราะห์โรค แต่ไม่รวมถึงค่าธรรมเนียมแพทย์พิเศษ ค่าจ้างผู้พยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่น ทำนองเดียวกันที่มีลักษณะเป็นเงินตอบแทนพิเศษ (4) ค่าตรวจครรภ์ ค่าคลอดบุตรและการดูแลหลังคลอดบุตร (5) ค่าห้องและค่าอาหาร ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล (6) ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค (7) ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ (8) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นแก่การรักษาพยาบาลตามที่กระทรวงการคลังกำหนด	ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษายาบาลตามพระราชบัญญัติว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล หรือตามที่กระทรวงมหาดไทยประกาศกำหนด
สถานพยาบาล	สถานพยาบาลของทางราชการและสถานพยาบาลของเอกชน	สถานพยาบาลของทางราชการและสถานพยาบาลของเอกชน
สถานพยาบาลของทางราชการ	สถานพยาบาลซึ่งเป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน และให้หมายความรวมถึงสถานพยาบาลของมหาวิทยาลัยของรัฐ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา องค์การมหาชนตามกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชน รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการ งบประมาณ กรุงเทพมหานคร สภาวิชาชีพไทย และองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก โรงพยาบาลประสานมิตร และสถานพยาบาลอื่นตามที่กระทรวงการคลังกำหนด	- สถานพยาบาลของทางราชการตามพระราชบัญญัติว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล - สถานพยาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามกฎหมายว่าด้วยการจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภท - สถานพยาบาลอื่นตามที่กระทรวงมหาดไทยประกาศกำหนด
สถานพยาบาลของเอกชน	สถานพยาบาลที่มีลักษณะการให้บริการเป็นโรงพยาบาล ซึ่งได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล	สถานพยาบาลของเอกชนที่มีลักษณะการให้บริการเป็นโรงพยาบาล ซึ่งได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
การเกิดสิทธิและการหมดสิทธิ	ผู้มีสิทธิจะมีสิทธิตั้งแต่วันที่ได้รับการบรรจุแต่งตั้ง และหมดสิทธิเมื่อเกษียณอายุราชการ ลาออกถูกไล่ออก หรือเสียชีวิต และกรณีถูกระงับสิทธิเพราะถูกพักรักษา สำหรับบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธินั้น ถึงการเกิดสิทธิ และหมดสิทธิของผู้มีสิทธิ	ไม่ได้ระบุแต่หลักการเหมือนกัน
สิทธิซ้ำซ้อน	ในกรณีที่ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษายาบาลจากหน่วยงานอื่น ให้ผู้มีสิทธิเลือกที่จะใช้สิทธิรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลตามพระราชบัญญัตินี้ หรือใช้สิทธิรับเงินค่ารักษายาบาลจากหน่วยงานอื่น และหากเลือกใช้สิทธิจากหน่วยงานอื่น ผู้นั้นไม่มีสิทธิตามพระราชบัญญัตินี้ ทั้งนี้ การเลือกและการเปลี่ยนแปลงการใช้สิทธิให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนด ในกรณีที่บุคคลในครอบครัวผู้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษายาบาลตามสิทธิของตนเอง	ในกรณีที่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลตามระเบียบนี้ หรือบุคคลในครอบครัวของผู้นั้นมีสิทธิ หรือได้รับเงินค่ารักษายาบาลจากหน่วยงานอื่นแล้ว ผู้นั้นไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลตามระเบียบนี้ เว้นแต่ค่ารักษายาบาลที่ได้รับนั้นต่ำกว่าเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลที่มีสิทธิจะได้รับตามระเบียบนี้ ก็ให้ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล

	สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	สิทธิ อปท.
	จากหน่วยงานอื่น ผู้มีสิทธิไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกานี้ เว้นแต่ค่ารักษายาบาลที่ได้รับนั้นต่ำกว่าเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลที่มีสิทธิจะได้รับตามพระราชกฤษฎีกานี้ ให้ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวเฉพาะส่วนที่ขาดอยู่ ในกรณีที่บุคคลในครอบครัวเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่นซึ่งมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษายาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวจากหน่วยงานอื่นในขณะเดียวกัน ให้ผู้มีสิทธิมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวตามพระราชกฤษฎีกานี้	เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่ กรณีที่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลตามระเบียบนี้ หรือบุคคลใดในครอบครัวของผู้นั้น ได้รับค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่ารักษายาบาลจากบุคคลอื่นแล้ว ผู้นั้นไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลตามระเบียบนี้ เว้นแต่ค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่ารักษายาบาลที่ได้รับนั้นต่ำกว่าเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลที่มีสิทธิจะได้รับตามระเบียบนี้ ก็ให้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลเฉพาะส่วนที่ขาดอยู่
การตรวจสอบสุขภาพประจำปี	ให้เฉพาะผู้มีสิทธิ (ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ) สามารถเบิกค่าตรวจสอบสุขภาพประจำปีได้ปีละ 1 ครั้ง ตามรายการและอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด บุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิไม่สามารถเบิกค่าตรวจสอบสุขภาพประจำปีได้ แบ่งชุดการตรวจเป็น 2 กลุ่ม คือ อายุต่ำกว่า 35 ปีบริบูรณ์ เบิกได้ 7 รายการ และอายุตั้งแต่ 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เบิกได้ 16 รายการ ให้ผู้มีสิทธิตรงจ่ายไปก่อน และนำใบเสร็จมาเบิกจากส่วนราชการต้นสังกัด (ห้ามจ่ายตรง) ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0422.2/ว 362 ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2554 ค่า Chest X-ray ค่าเอ็กซเรย์ปอดมีการนำระบบดิจิทัล จึงยกเลิกหลักเกณฑ์เบิกเดิม (170+50) และกำหนดให้เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 170 บาท โดยไม่ต้องระบุรหัส ทั้งนี้ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 เป็นต้นไป	ไม่ได้ระบุ
นายทะเบียนและเจ้าหน้าที่ทะเบียน	นายทะเบียนระดับกรม และส่วนภูมิภาคที่ได้รับการแต่งตั้งจากหัวหน้าส่วนราชการระดับกรมในส่วนกลาง หรือหัวหน้าหน่วยงานในส่วนภูมิภาคซึ่งมีรหัสผู้ใช้งาน (Username) และรหัสผ่าน (Password) ที่กำหนดโดยกรมบัญชีกลาง	ให้ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นนายทะเบียน บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่งตั้งพนักงานส่วนท้องถิ่นที่มีหน้าที่เกี่ยวกับบุคลากรหรืองานคลังอย่างน้อยสองคนเป็นเจ้าหน้าที่ทะเบียน
สิทธิ	ไม่ได้ระบุ แต่มีการกำหนดรายการและอัตราเบิกจ่ายในการจัดสวัสดิการรักษายาบาล	(1) การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (2) การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน ตามประกาศ หลักเกณฑ์ที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด ประเภทผู้ป่วยใน (3) การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนที่มีใช้สถานพยาบาลตามข้อ 2 ประเภทผู้ป่วยในเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน (4) การเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนตามที่กระทรวงการคลัง หรือกระทรวงมหาดไทยกำหนด ประเภทผู้ป่วยนอกเป็นครั้งคราว เพราะเหตุที่สถานพยาบาลของทางราชการมีความจำเป็นต้องส่งตัวให้แก่สถานพยาบาลของเอกชนนั้น ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลของเอกชนตามระเบียบนี้หรือไม่ก็ตาม

สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ		สิทธิ อปท.
		(5) การจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลให้จ่ายเป็นค่ารักษายาบาลโดยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ประเภท และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนดตามพระราชบัญญัติว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล
การเบิกจ่ายที่ระเบียบยังไม่รองรับ	ไม่ได้ระบุ	กรณีระเบียบนี้ยังไม่ได้กำหนดให้นำหลักเกณฑ์วิธีการ เงื่อนไข และอัตราค่าใช้จ่ายที่กระทรวงการคลังกำหนดตามพระราชบัญญัติว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลมาบังคับใช้โดยอนุโลม
ส่วนที่ต้องออกเงินเอง	ผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชน ประเภทผู้ป่วยนอกในกรณีที่เป็นกรเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นครั้งแรกเพราะเหตุที่สถานพยาบาลของทางราชการมีความจำเป็นต้องส่งตัวให้แก่สถานพยาบาลของเอกชนนั้น ให้เบิกค่ารักษายาบาลได้ตามที่หลักเกณฑ์ ประเภท และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด	ไม่ได้ระบุ
ผู้รักษาการตามระเบียบ	ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังรักษาการตามพระราชกฤษฎีกา	ให้ปลัดกระทรวงมหาดไทยรักษาการตามระเบียบนี้ และให้มีอำนาจตีความ วินิจฉัยปัญหาในการปฏิบัติตามระเบียบนี้ กำหนดหลักเกณฑ์ และกำหนดวิธีปฏิบัติเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามระเบียบนี้

จากตารางที่ 2.1 จะเห็นได้ว่าแม้ว่ากฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการรักษายาบาล สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีที่มาแตกต่างกัน แต่โดยภาพรวมแล้ว รายละเอียดในด้านสิทธิการรักษายาบาลเหมือนกันเกือบทั้งหมด

ทั้งนี้การกำหนดรายการและอัตราเบิกจ่ายในการจัดสวัสดิการรักษายาบาล สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เกือบทั้งหมดอ้างอิงประกาศกระทรวงการคลัง เรื่องอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ทั้งนี้ อัตราเบิกจ่ายมีทั้งหมด 16 หมวด โดยรายละเอียดของแต่ละหมวด และหลักการร่วมจ่ายสามารถสรุปแบบสังเขป ดังแสดงในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 หมวดการเบิกจ่ายในการจัดสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

หมวดในการเบิกจ่าย	ข้อมูลโดยสังเขป
หมวดที่ 1 ค่าห้องและค่าอาหาร	ผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบเงินส่วนที่เกินกว่าอัตรากระทรวงการคลังกำหนดให้เบิกได้ ตัวอย่าง เช่น - เติงสามัญ เบิกได้ร่วมกับค่าอาหารในราคาไม่เกิน 300 บาท/วัน ตามระเบียบกระทรวงการคลัง - ค่าห้องพิเศษ เบิกได้ร่วมกับค่าอาหารในราคาไม่เกิน 600 บาท/วัน ตามระเบียบกระทรวงการคลัง (เบิกได้ไม่เกิน 13 วัน ถ้าเกินต้องมีหนังสือรับรอง) - เติงสังเกตอาหาร ราคาไม่เกิน 100 บาท/วัน
หมวดที่ 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค	ผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบเงินส่วนที่เกินกว่าอัตรากระทรวงการคลังกำหนดให้เบิกได้ มีรายการที่เบิกได้ ณ ปัจจุบัน 394 รายการ ในการเบิกค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคนั้น ใบเสร็จค่ารักษายาบาลต้องมีการลงรหัส
หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด	ให้เบิกได้ ตามรายการ อัตรา และหลักเกณฑ์ที่กำหนด ผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบ กรณีมีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติโดยไม่ทำตามเงื่อนไข และข้อบ่งชี้ที่กำหนด
หมวดที่ 4 ค่ายากลับบ้าน	- กรณียามะเร็ง 6 ชนิด ต้อง preauthorization ก่อนการเบิกจ่ายตรง (ด่วนที่สุด ที่ กค. 0417/ว. 37

หมวดในการเบิกจ่าย	ข้อมูลโดยสังเขป
	ลงวันที่ 3 กรกฎาคม 2550) - กรณีชีววัตถุตามรายการที่กำหนดสำหรับรักษา rheumatoid และสะเก็ดเงิน ต้อง preauthorization ก่อนการเบิกจ่ายตรง (ด่วนที่สุด ที่ กค. 0422.2/ว. 124 ลงวันที่ 2 เมษายน 2553) - กรณีสมุนไพรสามารถเบิกได้ 4 ประเภท ตามรายการที่กำหนด (ที่ กค. 0422.2/ว. 33 ลงวันที่ 11 เมษายน 2554) - กรณี glucosamine sulfate ที่ กค. 0422.2/ว. 62 ลว. 28 มิถุนายน 2554 ต้องใช้ตามเงื่อนไขที่ระบุไว้เท่านั้น และไม่สามารถเบิกในระบบเบิกจ่ายตรงได้ ผู้ป่วยต้องนำใบเสร็จไปเบิกต้นสังกัด พร้อมหนังสือรับรองการใช้ยา - วิตามิน แร่ธาตุ (ด่วนที่สุด ที่ กค. 0422.2/ว. 45 ลงวันที่ 11 มิถุนายน 2552) เบิกได้เฉพาะรายการที่ขึ้นทะเบียนเป็นยา กับ ออย. มีคุณสมบัติในการรักษาโรค และอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น
หมวดที่ 5 ค่าเวชภัณฑ์ที่มีไซยา	ให้เบิกได้ ตามรายการ อัตรา และหลักเกณฑ์ที่กำหนด ผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบค่าเวชภัณฑ์ที่มีไซยาที่มีการจ่ายให้เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อนำไปใช้นอกโรงพยาบาล ยกเว้นรายการที่กระทรวงการคลังกำหนด
หมวดที่ 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	ให้เบิกได้ ตามรายการ อัตรา และหลักเกณฑ์ที่กำหนด
หมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา	ให้เบิกได้ ตามรายการ อัตรา และหลักเกณฑ์ที่กำหนด
หมวดที่ 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา	ให้เบิกได้ ตามรายการ อัตรา และหลักเกณฑ์ที่กำหนด ในการเบิก ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลต้องมีการลงรหัส
หมวดที่ 9 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ	ให้เบิกได้ ตามรายการ อัตรา และหลักเกณฑ์ที่กำหนด ในการเบิก ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลต้องมีการลงรหัส สำหรับวัสดุสิ้นเปลืองที่เป็นวัสดุทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยใน เบิกรวมใน DRG กรณีผู้ป่วยนอก (ในโรงพยาบาล) เบิกได้เต็ม กรณีผู้ป่วยนอก (กลับบ้าน) สำหรับส่วนที่ไม่กำหนดอัตรา เบิกไม่ได้ และสำหรับส่วนที่กำหนดอัตรา เบิกได้ไม่เกินอัตราที่กำหนด
หมวดที่ 10 ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์	ให้เบิกได้ ตามรายการ อัตรา และหลักเกณฑ์ที่กำหนด
หมวดที่ 11 ค่าทำหัตถการและวิสัญญี	ให้เบิกจ่ายได้ตามอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บในปี 2548
หมวดที่ 12 ค่าบริการทางการแพทย์	ให้เบิกได้ ตามรายการ อัตรา และหลักเกณฑ์ที่กำหนด
หมวดที่ 13 ค่าบริการทางทันตกรรม	ให้เบิกได้ตามรายการ อัตรา และหลักเกณฑ์ที่กำหนด นอกเหนือจากนี้เป็นส่วนที่เบิกไม่ได้ ผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง - ค่าบริการทางทันตกรรมที่เบิกได้ต้องเป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ เช่น การถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน การจัดฟันเฉพาะกรณีประสบอุบัติเหตุ (โดยให้มีหนังสือรับรองแสดงเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย) การพิมพ์ปาก เพื่อการรักษา - ตัวอย่างที่เบิกไม่ได้ เช่น ค่าจัดฟัน ค่าใส่เดือย ค่าฟันเทียม ค่าครอบฟัน และการทำหัตถการเพื่อเป็นการป้องกัน (เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์)
หมวดที่ 14 ค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟู	ให้เบิกได้ ตามรายการ อัตรา และหลักเกณฑ์ที่กำหนด โดยค่าบริการทางกายภาพบำบัดและทางเวชกรรมฟื้นฟูหมายถึงค่าบริการในการทำกายภาพบำบัด และการบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจหรือร่างกายของผู้ป่วย โดยมีการคิดค่าบริการตามรายการหัตถการหรือรายครั้งหรือรายกิจกรรม ทั้งนี้ ให้

หมวดในการเบิกจ่าย	ข้อมูลโดยสังเขป
	รวมค่ายาพื้นฐาน ค่าวัสดุสิ้นเปลือง และค่าเครื่องมือในการทำกรรมนั้น ๆ
หมวดที่ 15 ค่าบริการฝังเข็มและค่าบริการการให้การบำบัดของผู้ประกอบโรคศิลปะอื่น	ให้เบิกได้ ตามรายการ อัตรา และหลักเกณฑ์ที่กำหนด (ที่ กค. 0422.2/ว. 33 ลงวันที่ 11 เมษายน 2554) ระบุว่า การฝังเข็ม นวด ประคบ อบสมุนไพร ต้องมีหนังสือรับรองแพทย์ หรือใบรับรองการรักษา หรือใบความเห็นของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ของบุคคลผู้ได้รับมอบหมายตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขประกอบการเบิกจ่าย โดยระบุระยะเวลา เริ่ม-สิ้นสุดให้ชัดเจน และให้ใช้ระบบใบเสร็จในการเบิกจ่าย (ไม่ให้เบิกจ่ายตรง) - ค่าฝังเข็ม เบิกได้ 100 บาท/ครั้ง (รวมค่าเข็ม และค่าบริการทางการแพทย์) - ค่านวดเพื่อรักษา: นวด+ประคบ 250 บาท/ครั้ง, นวด 200 บาท/ครั้ง, ประคบ 100 บาท/ครั้ง (รวมค่าบริการทางการแพทย์) - ค่าอบสมุนไพร 100 บาท/ครั้ง (รวมสมุนไพร และค่าบริการทางการแพทย์)
หมวดที่ 16 ค่าบริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง	- ส่วนที่ผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง เช่น ค่าใช้โทรศัพท์ - ส่วนที่เบิกได้ เช่น ค่ารถ refer ในการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล เหมมา 500 บาท/ครั้ง (รวมค่าแพทย์ พยาบาล ค่าบริการ) และตามระยะทางอีก กม ละ 4 บาท

ประเด็นอื่นๆ

- รพ. เอกชน ผู้ป่วยนอก จ่ายตรง (เฉพาะล้างไต และฉายรังสี) ผู้ป่วยใน จ่ายตรง ตาม DRG
 - โครงการนำร่องในปีแรก 32 รพ. (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554)
 - โรคที่กำหนดให้เบิกได้ในระยะแรก คือ “โรคที่ต้องมีการผ่าตัดล่วงหน้า (Elective Surgery)” ประมาณ 77 โรค
 - ใช้ระบบเหมาจ่ายตามกลุ่มโรค DRGs โดยกรมบัญชีกลางจะจ่ายเงินโดยตรง เข้าบัญชีธนาคารของโรงพยาบาล (ส่วนที่เบิกได้)
 - ผู้ป่วยจะต้องร่วมจ่าย (Copayment) ในค่าใช้จ่ายบางส่วน เช่น ค่าห้องค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ค่าธรรมเนียมแพทย์พิเศษ ค่า Surcharge
 - การตรวจสอบ: มีขั้นตอนการดำเนินการทั้งก่อน (Prior Authorized Admission: PAA) และหลัง (Post Audit)
 - โรงพยาบาลต้องส่งบัญชีค่ารักษาพยาบาล และข้อมูลประกอบตามเงื่อนไข มาพร้อมการเบิก

2.2 ที่มาของการจัดระบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สิทธิ อปท. โดย สปสช.

ก่อนปี พ.ศ. 2556 สิทธิ อปท. ต้องซึ่งได้รับสวัสดิการรักษายาพยาบาลจากรัฐ ประสบปัญหาภาระค่าใช้จ่ายในการรักษายาพยาบาล โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพราะต้องสำรองจ่ายก่อน จากนั้นนำไปเบิกกับหน่วยงานโดยภาระค่ารักษาจะอยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่ง ส่งผลให้เกิดปัญหาการกั๊นยืมเงินในการนำมาสำรองจ่ายนี้ ถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงการรักษา สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็ก ซึ่งมีงบประมาณน้อย เมื่อมีพนักงานเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง จะประสบปัญหาไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เกิดผลกระทบต่อตัวข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่น มาตรา 9 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำหนดให้พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ได้ ตามที่มีการตกลงกัน

ในเดือนมิถุนายน 2555 นายกรัฐมนตรี ได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.หารือกับกระทรวงมหาดไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมพัฒนาระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาล เพื่อคุ้มครองความมั่นคงสิทธิด้านการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่น ให้ได้รับบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียม ทั้งถึง ตามมาตรฐานเดียวกัน

ตั้งแต่ ก.ค.-ธ.ค. 2555 มีการประชุม ระหว่าง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเลขาธิการ สปสช. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวน 6 ครั้ง

ข้อสรุปจากการประชุมมีดังนี้

- ให้มีการจัดตั้งกองทุนคุ้มครองความมั่นคงสิทธิด้านการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่น ภายใต้การบริหารของ สปสช. และคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
- สิทธิประโยชน์ให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของ พนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2541 โดยผู้ใช้สิทธิไม่ต้องสำรองจ่าย ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- ตั้งคณะทำงานร่วมระหว่าง สปสช. และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ร่างบันทึกความร่วมมือ และ บันทึกข้อตกลงโดยมี อาจารย์ วุฒิสาร ตันไชย เป็นประธาน
- มีมติจัดให้มีการลงนามใน บันทึกข้อตกลง เพื่อแสดงเจตจำนงร่วมกัน ในวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2556

จากนั้นมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบให้มีการลงนามในร่างข้อตกลงระหว่างรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย และสมาคมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในฐานะตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ/พนักงานท้องถิ่น และอนุมัติให้เลขาธิการ สปสช. สำรองจ่ายเงินเพื่อการรักษาพยาบาล ข้าราชการ/พนักงานท้องถิ่นไปพลางก่อน หากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นไม่สามารถตั้งงบประมาณปี 2557 ได้ทันตามกรอบเวลา

ทั้งนี้ในการทำข้อตกลงเพื่อให้บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2541 ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นการร่วมระหว่าง 13 องค์กร ดังนี้

- 1) สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย
- 2) สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย
- 3) สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย
- 4) สมาคมข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย
- 5) สมาคมพนักงานเทศบาลแห่งประเทศไทย
- 6) สมาคมข้าราชการส่วนตำบลและเทศบาล
- 7) สมาคมข้าราชการและพนักงานจ้างท้องถิ่นแห่งประเทศไทย
- 8) สมาพันธ์ปลัดเทศบาลแห่งประเทศไทย
- 9) สมาพันธ์ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย
- 10) สมาคมลูกจ้างประจำองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย
- 11) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย
- 12) สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
- 13) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2556 มีการออกพระราชกฤษฎีกา กำหนดให้พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคคลในครอบครัวของพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เหตุผลในการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาฉบับนี้ คือ โดยที่มาตรา 9 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 บัญญัติให้การกำหนดให้บุคคลประเภทใดหรือหน่วยงานใด ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ได้เมื่อใด ให้เป็นไปตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา ดังนั้น เพื่อให้พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส และบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายของพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้สิทธิรับบริการ สาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงจำเป็นต้องตราพระราชกฤษฎีกานี้

ในส่วนของการดำเนินงาน ให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นหรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้องตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 เป็นต้นไป เพื่อส่งเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกานี้ โดยคำนวณเป็นอัตราต่อหัวของผู้มีสิทธิตามที่ได้ตกลงกัน คุณด้วย

จำนวนของผู้มีสิทธิ สำหรับในปีถัดไปให้เป็นไปตามอัตราที่ตกลงกันระหว่างคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการกับ คณะกรรมการ ในกรณีมีเงินเหลือจ่ายให้นำมาสมทบเป็นค่าใช้จ่ายในปีถัดไป และให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นหรือส่วน ราชการที่เกี่ยวข้องตามวรรคหนึ่ง จัดสรรเงินในอัตราร้อยละหนึ่งจุดห้าของจำนวนเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ใช้จ่าย จจริงในแต่ละปี เพื่อเป็นค่าบริหารจัดการของ สปสช. แต่สำหรับในปีงบประมาณ 2557 ให้จัดสรรในอัตราร้อยละหนึ่งจุดห้าของ งบประมาณที่จัดส่งเข้ากองทุน

ในการดำเนินการของ สปสช. ได้ประมาณการค่าใช้จ่ายจากข้อมูลที่รวบรวมได้พบว่าต้องใช้เงิน จำนวน 10,000 บาทต่อประชากรซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีผู้มีสิทธิและอาศัยสิทธิจำนวน 7 แสนคน (ที่มา : สปสช.) เป็นวงเงินรวมทั้งสิ้น 7,000 ล้าน บาทต่อปี โดยในปีแรก จากการคาดการณ์ข้อมูลการใช้บริการ จึงมีการแบ่งงบประมาณเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นส่วน ที่กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นโอนให้ สปสช. 4,061,950,400 บาทต่อปี³ และ 3,000,000 บาท⁴ ที่ให้กรมส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่นกันเงินไว้จ่ายให้ สปสช. เพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาล กรณีเงินไม่พอ

สภาผู้แทนราษฎร ได้เห็นชอบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 โดยรายการค่ารักษาพยาบาล ของข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่น และลูกจ้าง ได้รับงบประมาณ เป็นเงินอุดหนุนทั่วไป จำนวน 4,061.95 ล้านบาท และ คณะอนุกรรมการด้านการเงิน การคลัง และงบประมาณ ของคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ได้ประชุมครั้งที่ 5/2556 เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2556 มีมติเห็นชอบ ให้กันเงินสำรอง จากเงินอุดหนุนทั่วไป (ตาม อำนาจหน้าที่) จำนวน 3,000 ล้านบาท และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ประชุม เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2556 มีมติเห็นชอบในหลักการตามมติของคณะอนุกรรมการด้านการเงิน การคลัง และงบประมาณฯ

ในด้านการลงทะเบียนผู้มีสิทธิระบบเบิกจ่ายตรง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้ดำเนินการบันทึกข้อมูลผู้มีสิทธิเข้าสู่ โปรแกรมระบบทะเบียนบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของ สปสช. และในส่วนของการลงทะเบียนเบิกจ่ายตรงที่ สถานพยาบาล ได้มีหนังสือแจ้งให้ผู้มีสิทธิและครอบครัวไปทำเรื่องลงทะเบียนเบิกจ่ายตรงที่สถานพยาบาล

2.3 ระบบการดำเนินการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สิทธิ อปท. โดย สปสช. เทียบกับระบบการดำเนินการเบิกจ่ายค่า รักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดย กรมบัญชีกลาง

ข้อมูลเปรียบเทียบระบบการดำเนินการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สิทธิ อปท. โดย สปสช. เมื่อเทียบกับการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยกรมบัญชีกลาง แสดงในตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 ระบบการดำเนินการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และสิทธิ อปท.

	สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	สิทธิ อปท.
นายทะเบียน	นายทะเบียนระดับกรม และส่วนภูมิภาคที่ได้รับแต่งตั้งจาก หัวหน้าส่วนราชการระดับกรมในส่วนกลาง หรือหัวหน้า หน่วยงานในส่วนภูมิภาค ซึ่งมีรหัสผู้ใช้งาน (Username) และรหัสผ่าน (Password) ที่กำหนดโดยกรมบัญชีกลาง มี หน้าที่ดูแลข้อมูล (ตรวจสอบ เพิ่มเติม ปรับปรุง หรือแก้ไข ข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน) ของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้าง ชาวต่างประเทศในสังกัด และบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้ผู้มี สิทธิมีหน้าที่รายงาน และรับรองข้อมูลของตนเองและบุคคล ในครอบครัวภายใน 1 เดือนนับแต่วันบรรจุเข้ารับราชการ หรือวันที่ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลง กรมบัญชีกลางจะทำการปรับปรุงข้อมูลที่สมบูรณ์แล้วทุก 15 วัน (วันที่ 4 และวันที่ 8 ของเดือน) ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และบุคคลในครอบครัวสามารถตรวจสอบว่ามีชื่อใน ฐานข้อมูลและมีสิทธิเบิกจ่ายค่า รักษาพยาบาล ผ่าน website กรมบัญชีกลาง (www.cgd.go.th) โดยเข้าไปที่	นายทะเบียนมีหน้าที่ 1. รวบรวมหลักฐาน ลงทะเบียนข้าราชการ ลูกจ้าง ใน สังกัด อปท.ของตน ในโปรแกรมระบบทะเบียนบุคลากร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2. ตรวจสอบ ปรับปรุงข้อมูลบุคลากรให้เป็นปัจจุบัน (เพิ่ม ปลดสิทธิ) หากไม่เป็นปัจจุบัน อปท.ต้นสังกัดต้อง รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น 3. บันทึกเบิกค่ารักษาการณ บุคลากรนำไปเสริมมาตั้งเบิก 4. กรณีมอบหมายให้ทำหน้าที่การเงิน ต้องวางฎีกาเบิกค่า รักษาคืนให้กับบุคลากร

³ ข้อ 1(10) ของประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

⁴ ข้อ 2(2) ของประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

	สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	สิทธิ อปท.
	หัวข้อสวัสดิการรักษายาบาลและเลือก รายการตรวจสอบ สิทธิการรักษาสวัสดิการ ใส่เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก เพื่อตรวจสอบสิทธิ	
ระบบการ ลงทะเบียนจ่าย ตรงที่โรงพยาบาล	ต้องสมัครลงทะเบียนและสแกนลายนิ้วมือ ณ สถานพยาบาล ที่จะเข้ารับการรักษา ก่อน (ไม่จำกัดจำนวนโรงพยาบาลที่จะ สมัคร) กรณีผู้ป่วยนอก สามารถใช้ระบบจ่าย ตรงได้หลังจาก ลงทะเบียนแล้ว 15 วัน และในช่วง 15 วันนั้น หากต้องเข้า รักษายาบาล ให้นำใบเสร็จค่า รักษาพยาบาลไปวางเบิกกับ ต้นสังกัด ยกเว้น การตรวจสอบภาพประจำปีซึ่งไม่ สามารถใช้ สิทธิเบิกจ่ายตรงได้ต้องนำใบเสร็จมาเบิกจากต้นสังกัด	ใช้บัตรประจำตัวประชาชน หรือสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี) ไปตรวจสอบสิทธิ และ scan นิ้วมือนิที่สถานพยาบาล
ระบบการเบิกจ่าย กรณีที่สามารถจ่าย	ต้นสังกัดเปิดบัญชี โดยชื่อบัญชีเป็นชื่อส่วนราชการเพื่อใช้ในการ โอนเงินคืนกรณีผู้มีสิทธิสำรองจ่ายและเอาใบเสร็จมาเบิก คืน ใบเสร็จรับเงินนอกเหนือจากค่ายาในบัญชีหลักแห่งชาติ เช่น ค่าอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุข สถานพยาบาลต้องใส่รหัสของอุปกรณ์ อวัยวะเทียม และ ค่าบริการสาธารณสุขรายการนั้น ๆ ในใบเสร็จรับเงินด้วย เพื่อส่วนราชการสามารถตรวจสอบรายการเบิกจ่ายตามอัตรา ที่กำหนด ค่ายานอกบัญชีหลักแห่งชาติต้องมีหนังสือรับรอง จากสถานพยาบาลแนบด้วย (ใบเสร็จรับเงินมีอายุ 1 ปี นับ จากวันที่ที่ลงในใบเสร็จรับเงิน) จากนั้นเจ้าหน้าที่รับและ ตรวจสอบเอกสาร ขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน และรวบรวม เอกสารใบสำคัญขอเบิกแยกตามศูนย์ต้นทุน และนำไปบันทึก รายการขอเบิก ในทะเบียนคุมฎีกาเบิกจ่ายเงินเพื่อประโยชน์ ในการควบคุมการใช้จ่ายเงินภายในระยะเวลาที่ระเบียบ กำหนด รวมทั้งบันทึกรายการขอเบิกในระบบ GFMS พร้อม ทั้งพิมพ์รายงานการขอเบิกเงินคงคลัง/ขอเบิก เงิน งบประมาณที่ไม่อ้างอิงใบสั่งซื้อจากระบบ GFMS เพื่อ ตรวจสอบความถูกต้อง และเสนอหัวหน้า หน่วยงานผู้เบิก หรือผู้ที่หัวหน้าหน่วยงานผู้เบิกมอบหมายอนุมัติต่อไป การ อนุมัติการเบิกในระบบ GFMS เพื่อส่งคำขอเบิกเงินไปยัง กรมบัญชีกลางหรือสำนักงานคลังจังหวัดแล้วแต่กรณี ทั้งนี้ ส่วนราชการสามารถตรวจสอบการโอนเงินจากธนาคาร ที่ ได้รับอนุมัติรายการขอเบิกเงินในระบบ GFMS บันทึกวันที่ที่ ธนาคารโอนให้ในทะเบียนคุมฎีกา เบิกจ่ายเงินเพื่อควบคุมให้ จ่ายเงินภายใน 15 วันทำการนับจากวันที่ที่ธนาคารโอนเงิน ให้ เจ้าหน้าที่การเงินเขียนเช็คส่งจ่ายในนามของผู้มีสิทธิรับ เงิน สามารถดำเนินการได้ 2 กรณีคือ กรณีที่ 1. ส่งจ่ายให้กับ ผู้มีสิทธิรับเงินโดยตรง หรือกรณีที่ 2. ส่งจ่ายส่วน ราชการ แล้ว ส่วนราชการจ่ายเงินสดให้ผู้มีสิทธิรับเงินต่อไป	ต้นสังกัดเปิดบัญชีกับ ธกส.หรือกรุงไทย โดยชื่อบัญชีเป็นชื่อ หน่วยงานเพื่อใช้ในการโอนเงินคืนกรณีผู้มีสิทธิสำรองจ่าย และเอาใบเสร็จมาเบิกคืน - ให้ผู้มีสิทธินำเสร็จรับเงินที่ได้รับจากพ.มาส่งให้นาย ทะเบียนหน่วยเบิก - นายทะเบียนจะต้องทำการบันทึกข้อมูลรายละเอียด ค่าใช้จ่ายเข้าสู่เว็บไซต์ของสปสข. รับรองใบเสร็จถูกต้อง พร้อมสแกนใบเสร็จรับเงินเข้าสู่ระบบเพื่อรอการ ตรวจสอบ - สปสข. จะทำการประมวลผลจ่ายเงินคืนเป็นรายรอบ ตัด รอบทุกสิ้นเดือน ใช้เวลาดังโอน 15 วัน รวมประมาณ 45 วัน - เมื่อได้รับเงินโอน นายทะเบียนจะต้องจัดระบบการ จ่ายเงินคืนผู้มีสิทธิต่อไป
การหมดสิทธิ	ข้าราชการจะหมดสิทธิเมื่อเกษียณอายุราชการ ลาออก ถูกไล่ออก หรือเสียชีวิต และกรณีถูกระงับสิทธิเพราะถูกพัก ราชการ สำหรับบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธินั้น ถึงการ เกิดสิทธิ และหมดสิทธิของผู้มีสิทธิ	- นายทะเบียนของหน่วยเบิกจะต้องทำการปรับปรุงข้อมูล ของผู้หมดสิทธิของหน่วยงานนั้น ๆ เช่น กรณีบุคลากร เสียชีวิต ลาออก เกษียณอายุ รวมถึงการหมดสิทธิของผู้มี สิทธิร่วม เช่น บิดามารดาเสียชีวิต การหย่าร้างกับคู่สมรส บุตรบรรลุนิติภาวะ เป็นต้น ข้อมูลที่แจ้งจะได้รับการ ประมวลผลภายในวันนั้นเช่นเดียวกับข้อมูลผู้มีสิทธิราย ใหม่ - สำหรับการหมดสิทธิจากกรณีเกษียณอายุ หรือบุตรบรรลุนิติ

สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ		สิทธิ อปท.
		นิตินาเว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำการตรวจสอบและปรับปรุงให้หมดสิทธิโดยอัตโนมัติทุกเดือน หากข้อมูลนั้นยังไม่ได้รับการปรับปรุง - ในกรณีที่เจ้าของสิทธิหมดสิทธิการรักษาพยาบาลจากระบบแล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำการตรวจสอบและปรับปรุงให้ผู้มีสิทธิร่วมหมดสิทธิไปพร้อมกันโดยอัตโนมัติ
การคุ้มครองสิทธิ	กรมบัญชีกลางดูแลเรื่องสิทธิ เป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีสมาคมพิทักษ์สิทธิข้าราชการ และชมรมพิทักษ์สิทธิข้าราชการ	ในการคุ้มครองสิทธิควรเป็นบทบาทของกรมการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น แต่พบว่าในการบริหารจัดการมีการสร้างระบบการคุ้มครองสิทธิโดย สปสช. ซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่เบิกจ่าย โดยมีช่องทางติดต่อคือ 1. สายด่วน สปสช. 1330 2. E-mail 1330@nhso.go.th 3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต 4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด ทุกจังหวัด
การจัดการเมื่อมีการย้ายที่ทำงาน โดยยังเป็นข้าราชการอยู่	นายทะเบียนของที่ทำงานใหม่และเก่าต้องประสานกันในการจัดการข้อมูล แต่ข้อมูลสิทธิจะยังคงอยู่ ไม่ต้องทำเรื่องลงทะเบียนจ่ายตรงอีกครั้ง ยกเว้นต้องการเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลที่สามารถรับบริการจ่ายตรงได้	นายทะเบียนของที่ทำงานใหม่และเก่าต้องประสานกันในการจัดการข้อมูล ผู้มีสิทธิและครอบครัวต้องลงทะเบียนจ่ายตรงที่โรงพยาบาลใหม่
การประชาสัมพันธ์การแจ้งข้อมูลต่างๆ	กรมบัญชีกลาง ทำหนังสือแจ้ง เรียกประชุม และมีระเบียบที่ชัดเจน	สปสช. เรียกประชุม ชี้แจง

บทที่ 3: ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เพื่อตอบโจทย์คำถามวิจัย ตามวัตถุประสงค์ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงปริมาณ และการศึกษาเชิงคุณภาพ ตามตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 วิธีการศึกษาสำหรับแต่ละวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์	ทบทวนวรรณกรรม	เชิงปริมาณ *	เชิงคุณภาพ
1. ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของผู้มีสิทธิ/ผู้อาศัยสิทธิ ผู้มาใช้บริการ ผู้ให้บริการ และลักษณะการใช้บริการ (1) โครงสร้างประชากรของผู้มีสิทธิ/ผู้อาศัยสิทธิ (2) สถานพยาบาลที่ผู้มีสิทธิ/ผู้อาศัยสิทธิไปใช้บริการ (3) ลักษณะการใช้บริการของผู้มีสิทธิ/ผู้อาศัยสิทธิ กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	✓	✓	✓
2. ศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (1) รูปแบบการเบิกจ่ายระบบจ่ายตรงกับการเบิกจ่ายผ่านต้นสังกัด กรณี ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (2) กลุ่มที่ใช้บริการในโรงเรียนแพทย์ (3) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น กรณี ฟอกเลือดล้างไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (4) กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง	✓	✓	✓
3. ศึกษาความคิดเห็นต่อสิทธิประโยชน์และบริการสุขภาพ ในมุมมองของผู้มีสิทธิ/ผู้ใช้สิทธิ และผู้ให้บริการ รวมถึงผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริหารจัดการระบบที่เกี่ยวข้อง	✓		✓

หมายเหตุ * ขึ้นกับความสมบูรณ์ของฐานข้อมูลจาก สปสช. และข้อมูลของสวัสดิการรักษาราชการจากกรมบัญชีกลาง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อ 1 และ 2 แบ่งเป็น 3 ส่วนย่อย คือ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.), 2) ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก และ 3) ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน

ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์มีดังนี้

เป็นข้อมูลในปีงบประมาณ 2557 และ 2558 เกี่ยวกับลักษณะทางประชากร (วันเดือนปีเกิด และเพศ) และบริการรักษาพยาบาล (วันที่ให้บริการ รหัสการวินิจฉัยโรค และค่าใช้จ่าย) ของสถานพยาบาลผู้ให้การรักษาที่ส่ง สปสช. และกรมบัญชีกลาง (ผ่าน สกส.) ได้แก่

ก. ข้อมูลรวม (aggregate) จำนวนผู้มีสิทธิหรือผู้อาศัยสิทธิ ซึ่งขึ้นทะเบียนกับ สปสช. สำหรับสิทธิ อปท. และกรมบัญชีกลางสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (มีเฉพาะปี 2558)

ข. ข้อมูลบริการรักษายาบาลรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยสิทธิ อปท. จาก สปสช. ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยนอก (outpatient, OP) มี 3 ลักษณะ คือ

1.1 OP individual (ไม่มีข้อมูลจากสถานพยาบาลในเขต กทม.) ประกอบด้วย รหัสสถานพยาบาล (*hcode*) วันที่ให้บริการ (*date_serv*) และการวินิจฉัยโรค (*dx*)

1.2 OP E-claim เป็นการเบิกค่ารักษายาบาลในระบบจ่ายตรง ซึ่งประกอบด้วย 19 หมวดย่อยและยอดรวม รวมทั้งรหัสสถานพยาบาล (*hcode*) และวันที่ให้บริการ (*date_serv*)

1.3 OP receipt เป็นการเบิกค่ารักษายาบาลจากต้นสังกัดของผู้มีสิทธิโดยใช้ใบเสร็จรับเงินของสถานพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยยอดรวมที่เบิก รหัสต้นสังกัด และวันที่

2. ผู้ป่วยใน (inpatient, IP) มี 3 ลักษณะ คือ

2.1 IP individual ประกอบด้วย รหัส รพ. (*hcode*) วันที่เข้าและออก รพ. (*dateadm*, *datedsc*) สถานะการจำหน่าย (*dischs*, *discht*) การวินิจฉัยโรคหลักและรอง (*pdx*, *sdx*) หัตถการ (*proc*) กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ (*drg*, *rw*) และค่ารักษายาบาล (*amount*)

2.2 IP E-claim เป็นการเบิกค่ารักษายาบาลในระบบจ่ายตรง ซึ่งประกอบด้วย 19 หมวดย่อยและยอดรวม

2.3 IP receipt เป็นการเบิกค่ารักษายาบาลจากต้นสังกัดของผู้มีสิทธิโดยใช้ใบเสร็จรับเงินของ รพ. (ไม่ได้ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล)

3. ใบสั่งยาผู้ป่วยนอกรายบุคคล ประกอบด้วย วันที่ให้บริการ (*date_serv*) รายการยา (ตามรหัส 24 หลักของ สกส.) และจำนวนยาที่สั่งใช้ (แต่ไม่มีมูลค่ายา)

4. ใบสั่งยาผู้ป่วยใน (ไม่ได้ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล)

ค. ข้อมูลบริการรักษายาบาลรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

1. ผู้ป่วยนอก (OP) จำแนกเป็น 2 ส่วนตามกลุ่มของสถานพยาบาล คือ

1.1 OP E-claim เป็นค่ารักษายาบาลที่เบิกในระบบจ่ายตรงของกลุ่ม 168-169 สถานพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงของผู้ป่วยนอกที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ได้แก่ รพ. ม. ในกลุ่ม UHosNet, รพ.ท./รพ.ศ. ทุกแห่ง รพ.ช. ขนาดใหญ่ และ รพ. รัฐอื่นๆ ที่มีขนาดใหญ่) ของกรมบัญชีกลาง (ผ่าน สกส.) ข้อมูลชุดนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากไม่ปรากฏตัวชี้เอกลักษณ์ที่เป็นรหัสประจำตัวบุคคล (*pid*) แต่บ่งชี้ด้วยรหัสผู้ป่วยของ รพ. (*hn*) จึงไม่สามารถใช้นับจำนวนคนที่เป็นผู้ป่วยในภาพรวมของ รพ. ทั้งหมดได้

1.2 OP E-claim เป็นค่ารักษายาบาลที่เบิกในระบบจ่ายตรงของสถานพยาบาลซึ่งอยู่นอกกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง (ได้แก่ รพ.ช. และ รพ. รัฐอื่นๆ ที่เหลือ) จาก สปสช.

2. ผู้ป่วยใน (IP) ใช้ข้อมูลลักษณะผู้ป่วย การให้บริการ การวินิจฉัย และมูลค่าเบิกจ่ายจาก รพ. ทุกแห่งของกรมบัญชีกลาง สำหรับข้อมูล IP individual และ IP E-claim ของ สปสช. ที่ได้จาก รพ. ซึ่งอยู่นอกกลุ่ม 168-169 แห่ง ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ไม่ได้ใช้ในการวิเคราะห์ เนื่องจากไม่สมบูรณ์

3. ใบสั่งยาผู้ป่วยนอกรายบุคคล ที่เบิกในระบบจ่ายตรงของกลุ่ม 168-169 สถานพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงของกรมบัญชีกลาง (ผ่าน สกส.)

ง. ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) ของประชากรไทยทั่วประเทศในครัวเรือนตัวอย่าง จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2558

กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อค่ารักษาพยาบาลของ สิทธิ อปท. เทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและป็นดังภาพ โดยปัจจัยจากตัวผู้ป่วยประกอบด้วย ลักษณะของผู้ป่วย โดยส่วนที่สามารถวิเคราะห์ได้คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ และการมี/ไม่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งจะมีผลต่อการเลือกใช้บริการทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โดยมีผลต่อการเลือกใช้ รพ.ม./รพ.ศ./รพ.ท. หรือเลือกใช้ รพ.ช.



ลักษณะการใช้บริการที่มีค่าคาดว่าจะมีผลต่อค่าใช้จ่าย แบ่งเป็นการใช้บริการผู้ป่วยนอก ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อคน ในโรงพยาบาลแต่ละระดับ ส่วนการใช้บริการผู้ป่วยใน แบ่งเป็น จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล ระดับความรุนแรงของโรคที่มานอนโรงพยาบาล โรคที่พบบ่อย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (adjusted RW) โดยจำแนกตามระดับโรงพยาบาล

3.2 กรอบการวิเคราะห์

ส่วนที่ 1: เปรียบเทียบลักษณะของผู้มีสิทธิ/ผู้อาศัยสิทธิ ผู้มาใช้บริการ ผู้ให้บริการ สถานพยาบาล และลักษณะการใช้บริการของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่นเปรียบเทียบกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

- โครงสร้างประชากร (กลุ่มอายุและเพศ) ของผู้มีสิทธิ/ผู้อาศัยสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการทั้งหมด (Pop) จากทะเบียน
- โครงสร้างประชากร (สถานะสังคมและเศรษฐกิจ) ของผู้มีสิทธิ/ผู้อาศัยสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทั้งหมด (Pop) จากสอศ
- จำนวนสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยสิทธิ อปท. (OP, IP) และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (IP) ที่ใช้บริการ แยกตามประเภท
- โครงสร้างประชากร (กลุ่มอายุและเพศ) ของผู้ป่วยสิทธิ อปท. (OP, IP) และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (IP) ที่ใช้บริการ จาก Claim data
- ลักษณะการใช้บริการภาพรวมของผู้ป่วยสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จาก สอศ OP--- เปรียบเทียบ การเลือกใช้บริการที่ รพ.ม./รพ.ศ./รพ.ท. (Multivariate analysis) และจำนวนครั้ง/คน
- ลักษณะการใช้บริการภาพรวมของผู้ป่วยสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จาก IP Claim data --- จำนวนครั้ง/คน และ Adjusted RW, เสียชีวิตในโรงพยาบาล, โรคที่พบบ่อย และระดับความรุนแรง วันนอนเฉลี่ย และเปรียบเทียบ Multivariate analysis เฉพาะ Adjusted RW และจำนวนวันนอน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอก ระหว่างระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่น
เปรียบเทียบกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ผู้ป่วยนอก	ศึกษาสัดส่วนการส่งไข้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติโรคเรื้อรังที่มีการส่งไข้ย่อย เปรียบเทียบ อปท vs สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยวิเคราะห์แยกตาม ประเภทของโรงพยาบาล
1. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	โรคเบาหวาน: ATC code A10 โรคความดันโลหิตสูง: ATC code C02, C03 - Diuretics, C07 - Beta blocking agents, C08 - Calcium channel blockers and C09 - Agents acting on the renin-angiotensin system โรคลมชัก: ATC code N03 โรคหอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง: ATC code R03 Drugs for obstructive airway diseases
2. กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง	L01A Alkylating agents: e.g. cyclophosphamide, , carmustin, L01B Antimetabolites e.g. methotrexate, premetrexed, cytarabine, fluorouracil, tegafur, cytarabine L01C Plant alkaloids and other natural products e.g. vincristine, paclitaxel, docetaxel, etoposide L01D Cytotoxic antibiotics and related substances e.g. doxorubicin, bleomycin, mitomycin L01X Other antineoplastic agents e.g. cisplatin, rituximab, trastuxumab, bevacixumab, gefitinib, dasatinib, nilotinib,
3. กลุ่มที่ใช้บริการในโรงเรียนแพทย์	การวิเคราะห์แยกตามประเภทโรงเรียนแพทย์
ผู้ป่วยใน	เปรียบเทียบ อปท vs สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ด้วย multivariate analysis และทำ subgroup analysis ตามประเภทโรงพยาบาล
4. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	โรคที่ sum adj RW สูงสุด 10 อันดับแรก และมี % ความแปรปรวนของค่าใช้จ่ายเรียกเก็บสูงเกิน 80
5. กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง	Breast cancer, Colon cancer, Cervical cancer, Lung cancer, Cholangiocarcinoma, Lymphoma
6. กลุ่มที่ใช้บริการในโรงเรียนแพทย์	ผลการวิเคราะห์ subgroup analysis

ส่วนที่ 3 ศึกษาความคิดเห็นต่อสิทธิประโยชน์และบริการสุขภาพ ในมุมมองของผู้มีสิทธิ/ผู้ใช้สิทธิ และผู้ให้บริการ รวมถึงผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริหารจัดการระบบที่เกี่ยวข้อง

จำนวนกลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ดำเนินการศึกษาเชิงคุณภาพ ตามตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 จำนวนกลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ดำเนินการศึกษาเชิงคุณภาพ

กลุ่มเป้าหมาย	กระบวนการศึกษา	พื้นที่ดำเนินการ
1.ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารระบบ จำนวน 2 คน 1.1.กระทรวงมหาดไทย จำนวน 1 คน 1.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1 คน	สัมภาษณ์เชิงลึก	หน่วยงานในส่วนกลาง
2.ผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่น ในพื้นที่ 4 จังหวัดละ 11 คน รวม 44 คน 2.1 อบจ. จังหวัดละ 1 คน 2.2 เทศบาลทุกประเภท จังหวัดละ 5 คน 2.2.1 เทศบาลนคร 1 คน 2.2.2 เทศบาลเมือง 1 คน 2.2.3 เทศบาลตำบล 3 คน 2.3 อบต.จังหวัดละ 5 คน	สัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม	ดำเนินการในพื้นที่ 4 จังหวัดจาก 4 ภูมิภาค โดยเลือกแบบเจาะจง ในจังหวัดที่มีโรงเรียนแพทย์ และครอบคลุมองค์กรปกครองท้องถิ่นทุกประเภท ประกอบด้วย 1.จังหวัดขอนแก่น 2.จังหวัดเชียงใหม่ 3.จังหวัดสงขลา 4.จังหวัดปทุมธานี
3.ผู้บริหารสถานพยาบาลในพื้นที่ 4 จังหวัดๆ ละ 7 คน รวม 28 คน 3.1 รร.แพทย์ จังหวัดละ 1 คน 3.2 รพ.ศูนย์/ทั่วไป จังหวัดละ 1 คน 3.3 รพ.ชุมชน 2 แห่งๆ ละ 1 คน (ตามขนาดรพ.เล็ก-ใหญ่) จังหวัดละ 2 คน 3.4 รพ.สต. 2 แห่ง ในพื้นที่เดียวกับรพ.ชุมชน จังหวัดละ 2 คน 3.4 ศูนย์ฟอกเลือดล้างไตเอกชนในพื้นที่จังหวัดละ 1 คน	สัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์เชิงลึก	
4.ผู้ป่วยที่มาใช้สิทธิในสถานพยาบาล จังหวัดละ 60 คน จำนวนรวม 240 คน ประกอบด้วย 4.1 รร.แพทย์ แห่งละ 15 คน 4.2 รพ.ศูนย์/ทั่วไป แห่งละ 15 คน 4.3 รพ.ชุมชน 2 แห่งๆ ละ 10 คน รวมจังหวัดละ 20 คน 4.4 รพ.สต.ในพื้นที่เดียวกับรพ.ชุมชน 2 แห่งๆ ละ 3 คน รวมจังหวัดละ 6 คน 4.5 ศูนย์ฟอกเลือดล้างไตเอกชนในพื้นที่จังหวัดละ 4 คน	สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์	สุ่มเลือกผู้ป่วยที่เคยมารับบริการและมีเบอร์โทรศัพท์ จากฐานข้อมูลเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของสปสช. ให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยประเภทต่างๆ

ตารางที่ 3.3 ประเภทของอาสาสมัครและคุณสมบัติ

ประเภทอาสาสมัคร	คุณสมบัติ
1.ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารระบบ	ปลัดกระทรวงมหาดไทย หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
2.ผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่น	ผู้บริหาร อบจ. หมายถึง นายก อบจ. หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ผู้บริหารเทศบาล หมายถึงนายกเทศมนตรี หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ผู้บริหาร อบต. หมายถึง นายก อบต. หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
3.ผู้บริหารสถานพยาบาล	ผู้บริหารสถานพยาบาล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ รพสต. หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย, เจ้าของศูนย์ฟอกเลือดล้างไตเอกชน
4.ผู้ที่เคยมาใช้สิทธิในสถานพยาบาล	พนักงานส่วนท้องถิ่นหรือครอบครัวซึ่งใช้สิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่นในการมารับบริการที่ สถานพยาบาลของรัฐ ภายในระยะเวลา 1 ปีย้อนหลัง และมีหมายเลขโทรศัพท์ จากฐานข้อมูล เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของ สปสช.

ขั้นตอนและวิธีการศึกษา เป็นดังต่อไปนี้

1. ประชุมหารือคณะทำงานกับทีม สปสช.
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
3. ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัย
4. ทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์/ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยที่ดูแลฐานข้อมูล สปสช. ในการเข้าถึงรายชื่อ และขออนุญาตหน่วยงานที่สังกัดในการเข้าถึงเบอร์โทรศัพท์ของอาสาสมัคร เช่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด
5. ทำหนังสือความอนุเคราะห์ในการให้สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม
6. รวบรวมและจัดการฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จาก สปสช. สำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ
7. วิเคราะห์และประมวลผล
8. พัฒนาแบบเก็บข้อมูลและประเด็นการศึกษาเชิงคุณภาพ
9. ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก/สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์
10. วิเคราะห์และประมวลผลการศึกษาเชิงคุณภาพ
11. นำเสนอผลการศึกษาต่อคณะที่ปรึกษาวิชาการ สวปก.หรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง
12. เขียนรายงานผลการศึกษา

บทที่ 4: ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 และ 2 เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณตามปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อค่ารักษาพยาบาลของพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สิทธิ อบท. Local Government Organization, LGO) ซึ่งในกรณีที่ มีข้อมูลจะเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างจากผู้ป่วยที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (สิทธิ ขรก. Civil Servant Medical Benefit Scheme, CS) ประกอบด้วย ในส่วนที่ 1 ลักษณะของประชากรผู้มีสิทธิ/ผู้อาศัยสิทธิ ลักษณะของ ผู้ใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และแบบแผนการใช้บริการ ในส่วนที่ 2 เป็นผลการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมทั้งการจำลองสถานการณ์ (simulation) เพื่อคำนวณค่าใช้จ่ายหากผู้ป่วยที่ใช้ สิทธิ อบท. มีลักษณะทางประชากรและต้นทุนต่อหน่วยเช่นเดียวกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับส่วนที่ 3 เป็น ผลการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อสิทธิประโยชน์และบริการสุขภาพในมุมมองของผู้มีสิทธิ ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ และผู้ ให้บริการสุขภาพ รวมทั้งผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหาร

ส่วนที่ 1: ปัจจัยด้านประชากร ผู้ป่วย และลักษณะการใช้บริการ

1.1 ผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิ

1.1.1 โครงสร้างประชากร

จากฐานข้อมูลเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2558 ประชากรที่ลงทะเบียนเป็นผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิของ อบท. มีทั้งสิ้น 621,199 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยกว่าประชากรของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ประมาณ 4.8 ล้านคน) ถึงเกือบ 8 เท่า ทั้งนี้จำนวนสมาชิก อบท. ซึ่งปรากฏในข้อมูลปี 2558 เพิ่มขึ้นจากในปี 2557 (584,876 คน) ประมาณร้อยละ 6

จำนวน (และสัดส่วน) ผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิ อบท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จำแนกตามลักษณะทางประชากร ได้แก่ กลุ่มอายุ (เด็ก-ผู้ใหญ่-ผู้สูงอายุ) และเพศ (ชาย-หญิง) แสดงในตารางที่ 4.1

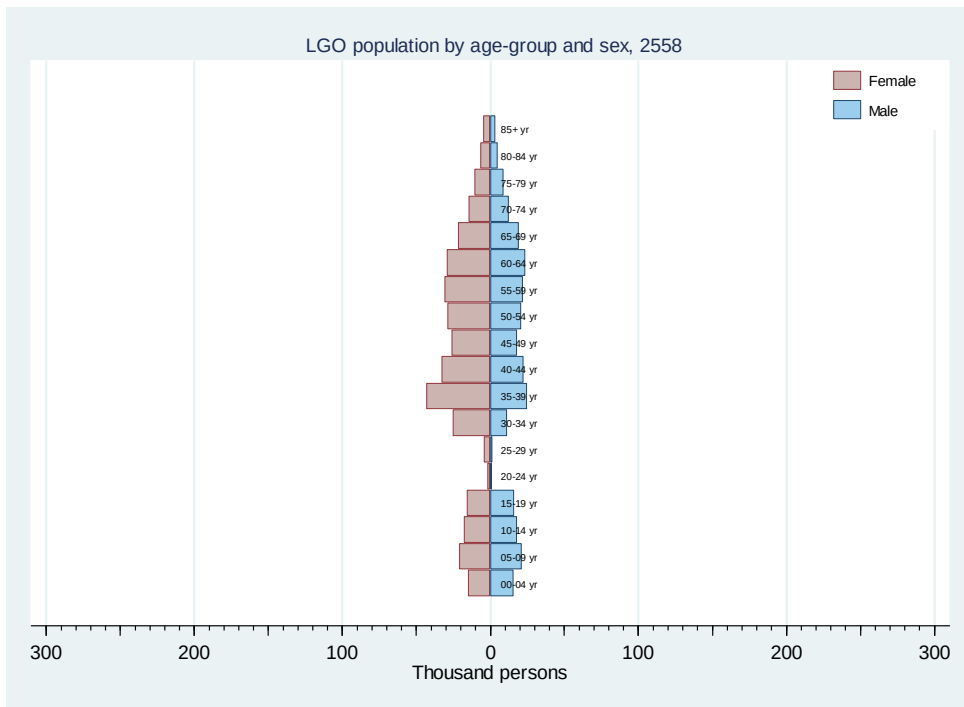
ตารางที่ 4.1 จำนวน (คน) และสัดส่วน (ร้อยละ) ตามกลุ่มอายุและเพศของสมาชิก อบท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2558

	อบท. (N= 621,199)				สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (N=4,842,065)			
	ก. หญิง		ข. ชาย		ก. หญิง		ข. ชาย	
รวม	348,016	56.0%	273,183	44.0%	2,571,866	53.2%	2,270,199	46.8%
1. เด็ก 0-14 ปี	53,309	8.6%	56,339	9.1%	239,285	4.9%	254,197	5.2%
2. ผู้ใหญ่ 15-59 ปี	207,796	33.5%	142,062	22.9%	1,437,086	29.7%	1,293,566	26.7%
3. ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	86,911	14.0%	74,782	12.0%	895,495	18.5%	722,436	14.9%
60-69 ปี	50,506	8.1%	43,347	7.0%	424,314	8.8%	380,085	7.8%
70-79 ปี	25,246	4.1%	22,285	3.6%	278,264	5.7%	218,005	4.5%
80 ปีขึ้นไป	11,159	1.8%	9,150	1.5%	192,917	4.0%	124,346	2.6%

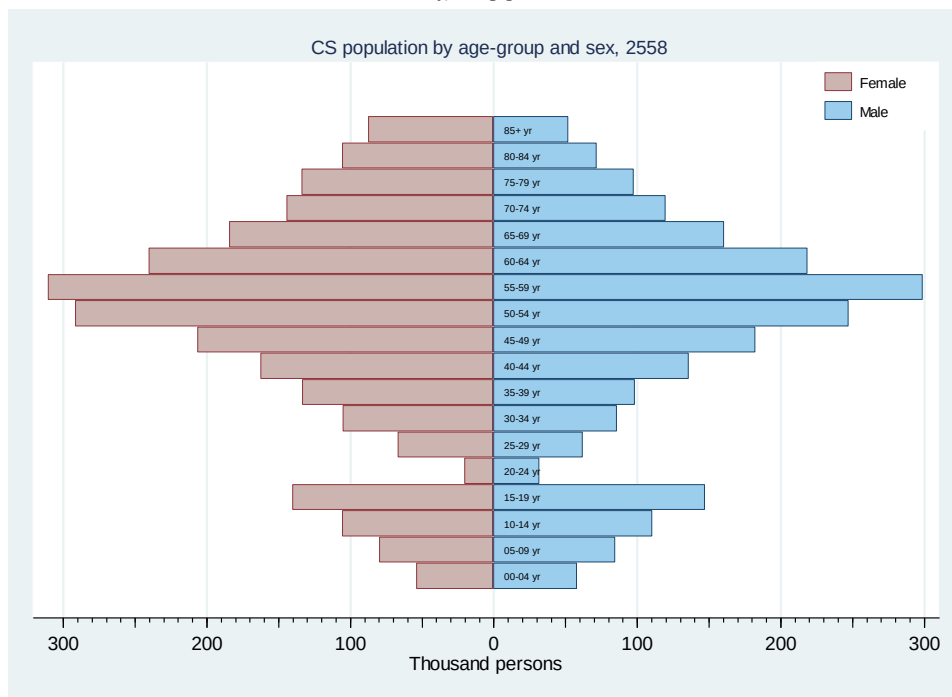
ที่มา ทะเบียนสมาชิก อบท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2558

ในปี 2558 สมาชิก อบท. มีประชากรเพศชายคิดเป็นร้อยละ 44.0 ซึ่งต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ 46.8) เล็กน้อย แต่มีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วน (ร้อยละ 26.0) ซึ่งต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ 33.4) ค่อนข้างมาก นอกจากนี้ สมาชิก อบท. มีสัดส่วนที่เป็นเด็กต่ำกว่า 15 ปี และคนในวัยทำงานที่มีอายุต่ำกว่า 45 ปีสูงกว่าของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

รูปที่ 4.1 แสดงปริมิตประชากรของผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิ อบท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในปี 2558



สิทธิ อปท.



สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

รูปที่ 4.1 ปิรามิตประชากรของผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2558

1.1.2 สถานะทางสังคม เศรษฐกิจ และภูมิสำเนา

จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) พ.ศ. 2558 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ สมาชิกสิทธิ อปท. เปรียบเทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ และภูมิสำเนา แสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 สัดส่วน (ร้อยละ) ตามการศึกษา เศรษฐฐานะ และภูมิฐานะของประชากรสิทธิ อปท. และสวัสดิการ
รักษาพยาบาลข้าราชการ ปี 2558

	อปท.	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
1. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาลงมา	48.8%	37.1%
มัธยมศึกษา	24.6%	21.0%
สูงกว่ามัธยมศึกษา	26.5%	41.9%
2. ดัชนีทรัพย์สินครัวเรือน		
ควินไทล์ที่ 1 (20% จนที่สุด)	14.1%	3.9%
ควินไทล์ที่ 2	14.4%	7.0%
ควินไทล์ที่ 3	16.4%	9.4%
ควินไทล์ที่ 4	27.4%	28.7%
ควินไทล์ที่ 5 (20% รวยที่สุด)	26.3%	49.8%
3. อาศัยในเขตเทศบาล	29.6%	58.0%

ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2558

โดยเฉลี่ย สมาชิก อปท. มีการศึกษาต่ำกว่าของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49) จบการศึกษาไม่เกินระดับประถมศึกษา และมีการศึกษาสูงกว่าชั้นมัธยมเพียงหนึ่งในสี่ซึ่งต่ำกว่าของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ 42) นอกจากนี้ ยังมีเศรษฐฐานะซึ่งวัดจากดัชนีทรัพย์สินครัวเรือน (asset index) ต่ำกว่าของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยร้อยละ 28 ของสมาชิก อปท. อยู่ในครัวเรือนร้อยละ 40 ซึ่งจนที่สุด (ควินไทล์ที่ 1 และ 2) และหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 26) อยู่ในครัวเรือนร้อยละ 20 ซึ่งรวยที่สุด (ควินไทล์ที่ 5) ในขณะที่ร้อยละ 11 ของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อยู่ใน 2 ควินไทล์ล่างซึ่งจนที่สุด และครึ่งหนึ่งอยู่ในควินไทล์ที่ 5 นอกจากนี้ สมาชิก อปท. อาศัยในเขตเทศบาลในสัดส่วน (ร้อยละ 30) ที่ต่ำกว่าของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ 58)

1.2 ลักษณะการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก

1.2.1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยนอก: สิทธิ อปท.

จำนวนผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ อปท. ในตารางที่ 4.3 ได้จากการวิเคราะห์รหัสประจำตัวบุคคล (PID) ที่ปรากฏในฐานข้อมูล 3 แหล่ง ได้แก่ (1) การวินิจฉัยโรครายบุคคล (OP individual) จากสถานพยาบาลในส่วนภูมิภาครวม 12 เขตสุขภาพ (ไม่มีข้อมูลจากสถานพยาบาลใน กทม.); (2) การเบิกในระบบจ่ายตรง (E-claim) จากสถานพยาบาลทั่วประเทศซึ่งมักเป็นระดับตั้งแต่ รพ.ช. ขึ้นไป; และ (3) การเบิกผ่านต้นสังกัดประมาณ 7 พันกว่าแห่งโดยใช้ใบเสร็จรับเงิน (receipt)

ประมาณการว่าผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ อปท. มีจำนวนทั้งสิ้น 486,201 คน ในปี 2557 และเพิ่มขึ้นเป็น 513,738 คน ในปี 2558 ทั้งนี้ผู้ป่วยนอกที่มีการเบิกในระบบจ่ายตรงเพียงอย่างเดียวในปี 2558 มีสัดส่วน (ร้อยละ 55) เพิ่มขึ้นจากปี 2557 (ร้อยละ 43) ในขณะที่การเบิกโดยใช้ใบเสร็จรับเงินเพียงอย่างเดียว และโดยใช้ระบบจ่ายตรงร่วมกับใบเสร็จรับเงินในปี 2558 มีสัดส่วน (ร้อยละ 5 และ 10 ตามลำดับ) ลดลงจากปี 2557 (ร้อยละ 8 และ 16 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.3 จำนวนผู้ป่วยนอกที่เป็นสมาชิก อปท. จำแนกตามลักษณะของแหล่งข้อมูลและกลุ่มอายุ

	พบข้อมูลการ วินิจฉัยอย่างเดียว	พบข้อมูลระบบ จ่ายตรง	พบข้อมูล ใบเสร็จรับเงิน	พบข้อมูลระบบจ่ายตรง และใบเสร็จรับเงิน	รวม
ก. ปี 2557					
1. เด็ก 0-14 ปี	35,512	31,761	5,423	6,228	78,924
2. ผู้ใหญ่ 15-59 ปี	87,762	105,802	21,974	40,512	256,050
3. ผู้สูงอายุ 60+ ปี					
60-69 ปี	21,565	38,413	3,841	15,331	79,150
70-79 ปี	9,567	20,693	1,932	8,992	41,184
80 ปีขึ้นไป	3,866	7,896	1,052	3,571	16,385
4. ไม่ทราบอายุ	5,132	2,731	6,015	630	14,508
รวม	163,404	207,296	40,237	75,264	486,201
ร้อยละ	33.6%	42.6%	8.3%	15.5%	100%
ข. ปี 2558					
1. เด็ก 0-14 ปี	33,621	42,791	3,828	4,546	84,786
2. ผู้ใหญ่ 15-59 ปี	86,053	149,792	13,885	30,602	280,332
3. ผู้สูงอายุ 60+ ปี					
60-69 ปี	19,407	52,569	2,268	10,132	84,376
70-79 ปี	8,460	27,852	1,138	5,242	42,692
80 ปีขึ้นไป	3,639	10,337	532	1,858	16,366
4. ไม่ทราบอายุ	448	399	4,286	53	5,186
รวม	151,628	283,740	25,937	52,433	513,738
ร้อยละ	29.5%	55.2%	5.0%	10.2%	100%

สำหรับสมาชิก อปท. ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแบบผู้ป่วยนอก (จากฐานข้อมูล OP individual) แต่ไม่พบข้อมูลการเบิกจ่าย (ทั้งระบบจ่ายตรง OP E-claim หรือใบเสร็จรับเงิน OP receipt) ในปีงบประมาณ 2557 มีจำนวน 163,404 คน (คิดเป็นร้อยละ 34 ของจำนวนผู้ป่วยนอกที่ปรากฏรวมในทั้ง 3 ฐานข้อมูล) และลดลงในปีงบประมาณ 2558 เป็น 151,628 คน (ร้อยละ 30) โดยในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีจำนวนคนที่ไม่พบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นสัดส่วนค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 6 ในปี 2558) ในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่พบข้อมูลการวินิจฉัยโรคแต่ไม่ปรากฏข้อมูลการเบิกจ่ายเหล่านี้ ยังพบว่า เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.9 และ 99.7 ในปี 2557 และ 2558 ตามลำดับ) เป็นผู้ลงทะเบียนในฐานข้อมูลผู้มีสิทธิหรือผู้อาศัยสิทธิ ของ อปท. ทั้งนี้ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.5 และ 83.1 ในปี 2557 และ 2558 ตามลำดับ) ของผู้ป่วยซึ่งยังไม่ได้ลงทะเบียนสมาชิก อปท. (ร้อยละ 3 และ 1 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมดในปีดังกล่าว) คือ ผู้ที่เบิกจ่ายด้วยใบเสร็จรับเงิน ดังนั้น สัดส่วนการไม่พบข้อมูลเบิกจ่ายที่ค่อนข้างมากเช่นนี้ อาจเป็นปัจจัยให้การให้บริการแบบผู้ป่วยนอกที่มีการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลต่ำกว่าที่ควรจะเป็นตามสิทธิของ อปท.

เมื่อวิเคราะห์ลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอกที่ไม่พบข้อมูลการเบิกจ่ายจากรหัส ICD-10 ของการวินิจฉัยโรคหลักซึ่งพบบ่อย 20 อันดับแรก (คิดเป็นร้อยละ 10 ของครั้งการวินิจฉัยทั้งหมด) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองโรค การรับค่าปรึกษา การติดตามผลการรักษา หรือการรับวัคซีน ซึ่งไม่ใช่บริการรักษาพยาบาลสำหรับโรคที่เป็นสาเหตุอย่างชัดเจน แม้ว่าจะพบบริการรักษาพยาบาลสำหรับโรคความดันโลหิตสูง ไข้หวัด หรือเบาหวานอยู่บ้าง (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 สัดส่วนการวินิจฉัยโรคที่พบบ่อยของผู้ป่วยนอก อพท. ที่ไม่พบข้อมูลการเบิกจ่าย

อันดับ	ICD-10		ปี 2557	ปี 2558
1	Z13	Special screening examination for other diseases and disorders	2.4%	2.2%
		General examination and investigation of persons without		
2	Z00	complaint or reported diagnosis	1.6%	1.4%
3	Z23	Need for immunization against single bacterial diseases	0.1%	1.3%
		Other special examinations and investigations of persons without		
4	Z01	complaint or reported diagnosis	1.0%	1.0%
5	Z12	Special screening examination for neoplasms	0.5%	0.6%
6	I10	Essential (primary) hypertension	0.8%	0.6%
7	Z48	Other surgical follow-up care	0.6%	0.5%
8	J00	Acute nasopharyngitis [common cold]	0.6%	0.5%
		Persons encountering health services for other counselling and		
9	Z71	medical advice, not elsewhere classified	0.6%	0.4%
10	M79	Other soft tissue disorders, not elsewhere classified	0.4%	0.3%
11	Z10	Routine general health check-up of defined subpopulation	0.4%	0.3%
12	Z27	Need for immunization against combinations of infectious diseases	0.2%	0.3%
13	E11	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	0.4%	0.3%
14	Z02	Examination and encounter for administrative purposes	0.3%	0.2%
15	J02	Acute pharyngitis	0.3%	0.2%
16	Z25	Need for immunization against other single viral diseases	0.2%	0.2%
17	Z24	Need for immunization against certain single viral diseases	0.2%	0.2%
18	K30	Dyspepsia	0.2%	0.2%
19	K02	Dental caries	0.1%	0.1%
20	Z11	Special screening examination for infectious and parasitic diseases	0.1%	0.1%
รวม 20 อันดับ			11.1%	10.8%

สำหรับผู้ป่วยนอกที่พบข้อมูลการเบิกจ่าย (ไม่ว่าผ่านระบบจ่ายตรงหรือใช้ใบเสร็จรับเงิน) ความเจ็บป่วยซึ่งพบบ่อย (มีสัดส่วนเกือบครึ่งหนึ่งของครั้งการวินิจฉัยทั้งหมด) มีจำนวนไม่น้อยที่เป็นบริการรักษาพยาบาลสำหรับสาเหตุจากโรคเรื้อรังที่ต้องการการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไตวาย (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 สัดส่วนการวินิจฉัยโรคที่พบบ่อยของผู้ป่วยนอก อพท. ที่พบข้อมูลการเบิกจ่าย

อันดับ	ICD-10	ปี 2557	ปี 2558
1	I10 Essential (primary) hypertension	7.3%	7.2%
2	E11 Non-insulin-dependent diabetes mellitus	5.6%	5.6%
3	Z48 Other surgical follow-up care	5.4%	5.1%
4	Z13 Special screening examination for other diseases and disorders	3.4%	3.9%
	Other special examinations and investigations of persons without		
5	Z01 complaint or reported diagnosis	3.1%	3.6%
6	M79 Other soft tissue disorders, not elsewhere classified	2.3%	2.4%
	General examination and investigation of persons without		
7	Z00 complaint or reported diagnosis	2.4%	2.3%
8	Z23 Need for immunization against single bacterial diseases	0.3%	2.2%
9	N18 Chronic renal failure	2.1%	2.1%
10	U57	1.6%	2.0%
11	M62 Other disorders of muscle	1.5%	1.6%
12	J00 Acute nasopharyngitis [common cold]	1.6%	1.5%
13	M54 Dorsalgia	1.2%	1.3%
14	K30 Dyspepsia	1.3%	1.2%
15	K02 Dental caries	1.2%	1.2%
16	Z12 Special screening examination for neoplasms	0.8%	1.2%
	Persons encountering health services for other counselling and		
17	Z71 medical advice, not elsewhere classified	1.2%	1.1%
18	K05 Gingivitis and periodontal diseases	1.1%	1.0%
19	J02 Acute pharyngitis	1.2%	1.0%
20	E78 Disorders of lipoprotein metabolism and other lipidaemias	1.1%	1.0%
รวม 20 อันดับ		45.6%	48.7%

ในภาพรวม ผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ อพท. ผ่านระบบจ่ายตรง (อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปี) เมื่อเทียบเป็นสัดส่วนกับจำนวนผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 48.3 ในปี 2557 และเพิ่มเป็นร้อยละ 54.1 ในปี 2558 และมีจำนวนครั้งของการใช้บริการผ่านระบบจ่ายตรงคิดเป็น 2.66 และ 3.25 ครั้งต่อหัวประชากรในช่วงเวลาดังกล่าว ในขณะที่ผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกผ่านระบบจ่ายตรงบ่อยครั้งกว่า (4.80 ครั้งต่อหัวประชากรในปี 2558)

ตารางที่ 4.6 แสดงข้อมูลโดยจำแนกตามอายุและเพศ พบว่า ผู้ป่วยนอกที่เป็นผู้สูงอายุคิดเป็นสัดส่วนต่อสมาชิกมากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งสูงกว่าในกลุ่มอายุอื่นๆ และผู้ป่วยนอกที่เป็นเด็กต่ำกว่า 15 ปีมีสัดส่วนต่อสมาชิกซึ่งต่ำที่สุด ในขณะที่ผู้ป่วยนอกเพศหญิงมีสัดส่วนมากกว่าที่เป็นเพศชาย

ตารางที่ 4.6 ผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ อปท. ผ่านระบบจ่ายตรงเทียบกับสมาชิกทั้งหมด จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

	ก. หญิง			ข. ชาย		
	สมาชิกทั้งหมด (คน)	ผู้ป่วยนอก (คน)	สัดส่วนผู้ใช้บริการ (ร้อยละ)	สมาชิกทั้งหมด (คน)	ผู้ป่วยนอก (คน)	สัดส่วนผู้ใช้บริการ (ร้อยละ)
ก. ปี 2557						
1. เด็ก 0-14 ปี	50,875	18,594	36.5%	53,808	21,277	39.5%
2. ผู้ใหญ่ 15-59 ปี	199,066	99,122	49.8%	137,557	52,332	38.0%
3. ผู้สูงอายุ 60+ ปี	76,995	51,806	67.3%	66,575	39,418	59.2%
60-69 ปี	44,961	30,049	66.8%	39,173	21,949	56.0%
70-79 ปี	22,840	15,846	69.4%	19,907	12,738	64.0%
80 ปีขึ้นไป	9,194	5,911	64.3%	7,495	4,731	63.1%
ข. ปี 2558						
1. เด็ก 0-14 ปี	53,309	22,204	41.7%	56,339	25,207	44.7%
2. ผู้ใหญ่ 15-59 ปี	207,796	117,380	56.5%	142,062	62,232	43.8%
3. ผู้สูงอายุ 60+ ปี	86,911	62,022	71.4%	74,782	47,100	63.0%
60-69 ปี	50,506	36,049	71.4%	43,347	26,341	60.8%
70-79 ปี	25,246	18,712	74.1%	22,285	14,944	67.1%
80 ปีขึ้นไป	11,159	7,261	65.1%	9,150	5,815	63.6%

1.2.2 แบบแผนการใช้บริการผู้ป่วยนอก: สิทธิ อปท. เปรียบเทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ในภาพรวมของสถานพยาบาลทุกประเภท ผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการรักษายาบาลผ่านระบบจ่ายตรงของสิทธิ อปท. มีความถี่เฉลี่ย 5.51 ครั้งในปี 2557 และเพิ่มเป็น 6.00 ครั้งต่อคนในปี 2558 (ตารางที่ 4.7)

ในกลุ่ม รพ. 168-169 แห่งที่มีค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูง (ได้แก่ รพ.ม. ของ UHosNet และ รพ.ท./รพ.ศ. ทุกแห่ง รวมทั้ง รพ. รัฐอื่นๆ และ รพ.ช. ขนาดใหญ่) ผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ อปท. มีการใช้บริการผ่านระบบจ่ายตรงโดยเฉลี่ย คือ 4.90 ครั้งในปี 2557 และ 5.35 ครั้งในปี 2558

ในสถานพยาบาลนอกกลุ่ม 168-169 แห่ง (ได้แก่ รพ.ช. และ รพ. รัฐอื่นๆ ที่เหลือ) ผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ อปท. มีการใช้บริการผ่านระบบจ่ายตรงน้อยกว่า คือ 4.65 และ 4.87 ครั้ง ในปีดังกล่าว ในขณะที่ผู้ป่วยนอกที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีการใช้บริการบ่อยครั้งกว่า คือ 6.13 และ 6.21 ครั้ง ในปี 2557 และ 2558 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 แบบแผนการใช้บริการผู้ป่วยนอกระบบจ่ายตรง สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

	อปท.				สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ			
	รพ. (แห่ง)	ผู้ป่วย ^ก (รวม คน และสัดส่วน ^ก)	ใช้บริการ (รวม ครั้ง)	ใช้บริการ (เฉลี่ย ครั้ง/คน)	รพ. (แห่ง)	ผู้ป่วย ^ก (รวม คน และสัดส่วน ^ก)	ใช้บริการ (รวม ครั้ง)	ใช้บริการ (เฉลี่ย ครั้ง/คน)
ก. ปี 2557								
สถานพยาบาลทุกแห่ง	1,009	282,560 ^ข	1,557,309	5.51	1,029	N/A	22,339,791	N/A
1. กลุ่มค่าใช้จ่ายสูง*	162	168,657 ^ข	826,722	4.90	168	N/A	14,423,502	N/A
สอ./รพ.สต.**	2	915 (0.5%)	3,420	3.7	6	40,446 (1.6%)	227,140	5.6
รพ.ช.	6	4,562 (2.4%)	20,785	4.6	6	29,435 (1.2%)	172,308	5.9
รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ	144	157,944 (82.2%)	684,674	4.3	145	1,782,156 (72.2%)	10,024,208	5.6
รพ.ม.	10	28,673 (14.9%)	117,843	4.1	10	615,698 (24.9%)	3,714,253	6.0
คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา	0				1	47,252	285,593	6.0
2. กลุ่ม รพ. ที่เหลือ	847	157,010 ^ข	730,587	4.65	861	1,291,155 ^ข	7,916,289	6.13
สอ./รพ.สต.**	10	981 (0.6%)	4,330	4.4	16	19,211 (1.4%)	74,413	3.9
รพ.ช.	731	143,336 (86.0%)	641,157	4.5	732	1,096,177 (78.6%)	6,532,243	6.0
รพ.รัฐอื่นๆ	106	22,351 (13.4%)	85,100	3.8	113	278,848 (20.0%)	1,309,633	4.7
ข. ปี 2558								
สถานพยาบาลทุกแห่ง	1,038	336,173 ^ข	2,017,043	6.00	1,055	N/A	23,231,558	N/A
1. กลุ่มค่าใช้จ่ายสูง*	164	201,051 ^ข	1,075,378	5.35	169	N/A	14,804,185	N/A
สอ./รพ.สต.**	2	1,689 (0.7%)	9,330	5.5	6	44,409 (1.8%)	222,726	5.0
รพ.ช.	7	6,676 (2.9%)	31,712	4.8	7	34,767 (1.4%)	196,624	5.7
รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ	145	187,343 (80.0%)	849,945	4.5	145	1,777,052 (71.2%)	10,130,972	5.7
รพ.ม.	10	38,527 (16.4%)	184,391	4.8	10	640,025 (25.6%)	3,946,851	6.2
คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา	0				1	75,805	307,012	4.1
2. กลุ่ม รพ. ที่เหลือ	874	193,418 ^ข	941,665	4.87	886	1,357,420 ^ข	8,427,373	6.21
สอ./รพ.สต.**	19	1,421	5,537	3.9	24	23,719 (1.6%)	91,841	3.9
รพ.ช.	745	175,255	819,790	4.7	745	1,147,125 (77.7%)	6,888,946	6.0
รพ.รัฐอื่นๆ	110	31,558	116,338	3.7	117	305,124 (20.7%)	1,446,586	4.7

^ก สัดส่วน = จำนวนผู้ป่วยของสถานพยาบาลแต่ละประเภท/ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยสถานพยาบาลของรัฐ (สอ./รพ.สต. + รพ.ช. + รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ + รพ.ม.) ไม่รวมคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

^ข ผู้ป่วยสถานพยาบาลทุกแห่ง มีจำนวนน้อยกว่าผลรวมของผู้ป่วยสถานพยาบาลแต่ละประเภท เนื่องจากผู้ป่วย 1 คนอาจใช้บริการในรอบปีจากสถานพยาบาลหลายประเภท

^ค จำนวนผู้ป่วยของสถานพยาบาลแต่ละประเภท บ่งชี้ด้วยรหัสผู้ป่วย-โรงพยาบาล (PID/HN-hcode); จำนวนผู้ป่วยของกลุ่มหรือสถานพยาบาลทุกแห่ง บ่งชี้ด้วยรหัสบุคคล (PID) ซึ่งไม่มีข้อมูล (N/A) ในกลุ่มค่าใช้จ่ายสูงของผู้ป่วยนอกของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

* กลุ่มสถานพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกสูงของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มี 168 แห่งในปี 2557 และ 169 แห่งในปี 2558 ได้แก่ รพ.ม. รพ.ท./รพ.ศ. ทุกแห่ง และ รพ. รัฐอื่นๆ และ รพ.ช. ขนาดใหญ่

** ปี 2557 มี 12 แห่ง ได้แก่ คลินิกชุมชนอบอุ่นเทศบาลเมืองชุมแสง ศูนย์บริการสาธารณสุข (เทศบาล 8) ศูนย์บริการสุขภาพเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง สถานพยาบาลกรมแพทย์ทหารบก ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพา ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกมหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพระญาติการาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดแค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระพรหม ตำบลนาพรุ สถาบันทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 2

*** ปี 2558 เพิ่มอีก 9 แห่ง ได้แก่ หน่วยบริการประจำเทศบาลนครอุดรธานี ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครภูเก็ต 1 คลินิกชุมชนอบอุ่นเทศบาลเมืองชุมแสง โรงพยาบาลชุมชนเทศบาลเมืองกำแพงเพชร คลินิกชุมชนอบอุ่นเทศบาลแผนกพยาบาล กอง 11 ศูนย์รักษาความปลอดภัยกองบัญชาการทหารสูงสุดเทศบาลนครแม่สอด ศูนย์สุขภาพวิทยาลัยแพทย์ศาสตร์และการสาธารณสุขมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะนง

เมื่อเปรียบเทียบในโรงพยาบาลประเภทเดียวกัน ผู้ป่วยสิทธิ อปท. มีการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกด้วยความถี่ซึ่งต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นที่น่าสังเกตว่ามีผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจำนวนมาก (5-7 หมื่นคน) ใช้บริการจากคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาซึ่งเป็นสถานพยาบาลใน กทม. ในขณะที่ยังไม่มีผู้ป่วยสิทธิ อปท. ใช้บริการ

นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. ยังมีการเลือกใช้ รพ. ที่แตกต่างจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ คือ ในกลุ่ม 168-169 รพ. ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง จำนวนผู้ใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกจาก รพ.ม. ของ อปท. มีสัดส่วน 14.9-16.4% ซึ่งต่ำกว่าของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (24.9-25.6%)

1.2.3 แบบแผนการใช้บริการผู้ป่วยนอกรายจังหวัด: สิทธิ อปท.

จำนวนรวมของครั้งการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกของผู้ใช้สิทธิ อปท. และจำนวนผู้ป่วยนอก ซึ่งจำแนกตามจังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาล อาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลการวินิจฉัยโรครายบุคคล (OP individual) จากสถานพยาบาลในส่วนภูมิภาค รวม 12 เขตสุขภาพ (ไม่มีข้อมูลของสถานพยาบาลใน กทม.) ซึ่งร้อยละ 30-34 ของผู้ป่วยที่มีข้อมูลดังกล่าวไม่ปรากฏข้อมูลการเบิกจ่าย (ทั้งระบบจ่ายตรง E-claim หรือใบเสร็จรับเงิน receipt) แสดงในภาคผนวก ก.1 และ ก.2

1.3 ลักษณะการใช้บริการแบบผู้ป่วยใน

1.3.1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยใน: สิทธิ อปท. เปรียบเทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ประชากรที่ใช้สิทธิ อปท. ในการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยในมีจำนวนทั้งสิ้น 50,903 คนในปี 2557 และ 54,712 คนในปี 2558 ในขณะที่ผู้ป่วยในที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีจำนวน 444,187 คน และ 455,289 คน ในปีดังกล่าว

เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิในปี 2558 พบว่า อปท. มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน 0.14 ครั้งต่อประชากร และคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 8.8 ของผู้ขึ้นทะเบียนทั้งหมด ในขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมาใช้บริการผู้ป่วยใน 0.15 ครั้งต่อหัวประชากร และคิดเป็นร้อยละ 9.4 ของประชากรทั้งหมด

ลักษณะทั่วไปของสมาชิก อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ที่ใช้บริการผู้ป่วยใน ในปี 2558 จำแนกตามอายุ แสดงในตารางที่ 4.8 พบว่า สัดส่วนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สูงกว่า กลุ่มสมาชิก อปท. อย่างชัดเจน ในกลุ่มอายุอื่นๆ ไม่พบความแตกต่าง ในทั้งสองกลุ่ม เมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเกิน 1 เท่า เมื่อเทียบกับช่วงอายุ 60-69 ปี

ตารางที่ 4.8 ผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมดที่เป็นสมาชิก จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

	อปท.				สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ			
	ก. หญิง		ข. ชาย		ก. หญิง		ข. ชาย	
	จำนวน คน	% ของสมาชิก	จำนวน คน	% ของสมาชิก	จำนวน คน	% ของสมาชิก	จำนวน คน	% ของสมาชิก
ก. ปี 2557								
รวม	28,964	8.9%	21,939	8.5%	240,460	N/A	203,727	N/A
1. เด็ก 0-14 ปี	3,400	6.7%	4,594	8.5%	24,614		30,629	
2. ผู้ใหญ่ 15-59 ปี	14,522	7.3%	7,072	5.1%	87,142		61,114	
3. ผู้สูงอายุ 60+ ปี	11,042	14.3%	10,273	15.4%	128,704		111,984	
60-69 ปี	4,941	11.0%	4,610	11.8%	38,033		38,116	
70-79 ปี	3,957	17.3%	3,733	18.8%	47,261		40,185	
80 ปีขึ้นไป	2,144	23.3%	1,930	25.8%	43,410		33,683	
ข. ปี 2558								
รวม	30,930	8.9%	23,782	8.7%	246,594	10.9%	208,695	9.4%
1. เด็ก 0-14 ปี	3,391	6.4%	4,639	8.2%	25,450	10.0%	30,917	11.4%
2. ผู้ใหญ่ 15-59 ปี	15,005	7.2%	7,726	5.4%	88,946	6.9%	61,567	5.5%
3. ผู้สูงอายุ 60+ ปี	12,534	14.4%	11,417	15.3%	132,198	18.3%	116,211	15.4%
60-69 ปี	5,604	11.1%	5,111	11.8%	39,993	10.5%	40,937	10.1%
70-79 ปี	4,446	17.6%	4,068	18.3%	46,939	21.5%	40,495	17.6%
80 ปีขึ้นไป	2,484	22.3%	2,238	24.5%	45,266	36.4%	34,779	25.2%

1.3.2 แบบแผนการให้บริการผู้ป่วยใน: สิทธิ อปท. เปรียบเทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

1.3.2.1 ภาพรวม

ดังที่กล่าวมาแล้ว ร้อยละ 8.7 และ 8.8 ของประชากรผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิ อปท. เข้านอน รพ. อย่างน้อย 1 ครั้ง ในปี 2557 และ 2558 ตามลำดับ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าของประชากรผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ที่เข้านอน รพ. ในปี 2558 (ร้อยละ 9.4)

เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ให้บริการในภาพรวมของ รพ. ทุกระดับ ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. เข้านอน รพ. ในปี 2557-2558 ด้วยความถี่โดยเฉลี่ย 1.51-1.54 ครั้ง และใช้ระยะเวลานอน 6.9-7.0 วัน สำหรับผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แม้ว่าจะมีจำนวนการเข้านอน รพ. โดยเฉลี่ย คือ 1.55-1.56 ครั้ง ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ป่วย อปท. แต่มีระยะเวลานอนที่นานกว่า คือ 9.0-9.1 วัน (ตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 แบบแผนการให้บริการผู้ป่วยใน สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

	อปท.				สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ			
	รพ. (แห่ง)	ผู้ป่วย (คน, สัดส่วน ^ก)	เข้านอน (ครั้ง)	เวลานอน (วัน)	รพ. (แห่ง)	ผู้ป่วย (คน, สัดส่วน ^ก)	เข้านอน (ครั้ง)	เวลานอน (วัน)
ก. ปี 2557								
1. ยอดรวม			76,736	349,944			689,167	4,012,029
2. เฉลี่ย (ต่อคน)								
รพ. ทุกแห่ง	958	50,905 ^ข	1.51	6.87	1,006	444,856 ^ข	1.55	9.02
รพ.ช.	722	17,739 (31.8%)	1.35	4.36	730	120,259 (24.8%)	1.40	5.07
รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ	226	33,148 (59.5%)	1.38	6.96	249	289,070 (59.7%)	1.41	9.02
รพ.ม.	10	4,827 (8.7%)	1.44	8.65	10	75,025 (15.5%)	1.43	10.42
รพ. เอกชน	0				17	3,724	1.28	3.68
ข. ปี 2558								
1. ยอดรวม			84,132	383,351			709,223	4,125,268
2. เฉลี่ย (ต่อคน)								
รพ. ทุกแห่ง	967	54,717 ^ข	1.54	7.01	1,029	456,063 ^ข	1.56	9.05
รพ.ช.	727	19,616 (32.7%)	1.38	4.39	735	127,824 (25.7%)	1.41	5.13
รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ	230	35,086 (58.4%)	1.40	7.08	253	294,354 (59.1%)	1.41	8.99
รพ.ม.	10	5,358 (8.9%)	1.47	9.11	10	75,672 (15.2%)	1.43	10.71
รพ. เอกชน	0				31	3,411	1.27	4.00

^ก สัดส่วน = จำนวนผู้ป่วยของ รพ. แต่ละประเภท/ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยใน รพ. ของรัฐ (รพ.ช. + รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ + รพ.ม.) ไม่รวม

รพ. เอกชน

^ข ผู้ป่วย รพ. ทุกแห่ง มีจำนวนน้อยกว่าผลรวมของผู้ป่วยใน รพ. แต่ละประเภท เนื่องจากผู้ป่วย 1 คนอาจใช้บริการในรอบปีจาก รพ. หลายประเภท

ความถี่ในการเข้านอนและจำนวนวันนอนของทั้งผู้ป่วย อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพิ่มขึ้นตามระดับของ รพ. คือ ต่ำสุดใน รพ.ช. และสูงสุดใน รพ.ม. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้านอน รพ. รัฐในระดับ รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ โดยมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันระหว่างอปท. (58.4-59.5%) กับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (59.1-59.7%) อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วย อปท. ที่เข้านอนใน รพ.ม. มีสัดส่วน (8.7-8.9%) ต่ำกว่าของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (15.2-15.5%) ในขณะที่ผู้ป่วย อปท. ใน รพ.ช. มีสัดส่วน (31.8-32.7%) สูงกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (24.8-25.7%)

1.3.2.2 จำนวนวันนอน รพ.

1.3.2.2.1 ทุกกลุ่มโรค

ผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ (multivariable analysis) เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนระหว่างสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในโรงพยาบาลแต่ละระดับ ได้แก่ รพ.ช. รพ.ท./รพ.ศ./รพ. รัฐอื่นๆ และ รพ.ม. โดยควบคุมความแตกต่างในปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปีที่เข้านอน รพ. เพศ กลุ่มอายุ ระดับความรุนแรงของโรคร่วม (CC level และ Charlson comorbidity index) เขตสุขภาพของ รพ. และกลุ่มโรค Global Burden of Diseases (GBD) 106 กลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้

สิทธิ อปท. มีจำนวนวันนอนน้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็น 0.32 วัน ในภาพรวม และคิดเป็น 0.17, 0.36 และ 0.39 วัน ใน รพ.ช., รพ.ท./รพ.ศ./รพ. รัฐอื่นๆ และ รพ.ม. ตามลำดับ (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 ความแตกต่างของจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของสิทธิ อปท. จากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทุกกลุ่มโรค ปี 2557-2558

	ระยะเวลา (วัน)
รวม รพ. ทุกประเภท	-0.32 *
รพ.ช.	-0.17 *
รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ	-0.36 *
รพ.ม.	-0.39 *

* $P < 0.01$; วิเคราะห์ด้วย Poisson regression โดยควบคุมความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยตัวแปรร่วม คือ ปีที่เข้านอน รพ. เพศ กลุ่มอายุ ระดับความรุนแรงของโรคร่วม (CC level และ Charlson comorbidity index) ประเภทโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ตั้งของ รพ. และกลุ่มโรค (Global Burden of Diseases, GBD) จำนวน 106 ประเภท โดยคำนึงถึงกลุ่ม (cluster) ของการนอนใน รพ. เดียวกัน (hcode)

1.3.2.2.2 โรคที่พบบ่อย

ในปี 2557-2558 โรคที่เป็นสาเหตุการเข้านอนในโรงพยาบาลร้อยละ 10 อันดับแรกตามการวินิจฉัยหลักของผู้ป่วยสิทธิ อปท. คิดเป็นร้อยละ 21 ของจำนวนครั้งของการเข้านอนทั้งหมด (ตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.11 สาเหตุการเข้านอนโรงพยาบาลร้อยละ 10 อันดับแรกของผู้ป่วยสิทธิ อปท. ปี 2557-2558

อันดับ	ICD-10	ชนิดโรค	ครั้งของการเข้านอน รพ.	สัดส่วน (ร้อยละ)
1	A09	Diarrhea	8,472	5.3%
2	J18	Pneumonia, organism unspecified	4,680	2.9%
3	E11	Non-insulin-dependent diabetes mellitus (DM)	2,949	1.8%
4	J20	Acute bronchitis	2,734	1.7%
5	J44	Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)	2,726	1.7%
6	N18	Chronic renal failure	2,686	1.7%
7	I50	Heart failure	2,553	1.6%
8	I63	Cerebral infarction	2,442	1.5%
9	N39	Other disorders of urinary system	2,124	1.3%
10	K35	Acute appendicitis	2,095	1.3%
รวมอันดับที่ 1 – 10			33,461	20.8%
โรคอื่นๆ ที่เหลือ			127,147	79.2%
รวมทั้งสิ้น			160,608	100%

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาอนเฉลี่ยของโรคที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของผู้ป่วย อปท. กับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในโรงพยาบาลแต่ละประเภทโดยควบคุมความแตกต่างในปัจจัยอื่นๆ พบว่า อปท. มีจำนวนวันนอนต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน รพ.ช. สำหรับท้องเสีย หัวใจล้มเหลว ปอดบวม และการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ใน รพ.ท./รพ.ศ. สำหรับหัวใจล้มเหลว หลอดเลือดสมองตีบ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง และความผิดปกติของทางเดินปัสสาวะ และใน รพ.ม. สำหรับปอดบวม (ตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12 ระยะเวลาอนเจเลีย (วัน) ของผู้ป่วยใน สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และความแตกต่างระหว่าง 2 สิทธิ ของโรคที่พบบ่อย 10 อันดับแรก จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2557-2558

ชนิดโรค	รพ.ช.		รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ			รพ.ม.		
	อปท.	ชรก.	อปท. - ชรก.	อปท.	ชรก.	อปท. - ชรก.	อปท.	ชรก.
Diarrhea	2.2	2.3	-0.09 *	3.1	3.2	NS	6.8	5.4
Pneumonia, organism unspecified	4.6	5.3	-0.26 *	7.2	9.8	NS	9.9	14.2
Non-insulin-dependent DM	3.3	3.5	NS	5.2	6.0	NS	6.4	9.3
Acute bronchitis	2.9	3.3	-0.15 *	3.5	4.3	NS	6.0	8.8
COPD	3.8	4.0	NS	6.6	8.5	-1.14 *	10.1	13.2
Chronic renal failure	2.9	3.0	NS	4.9	6.2	-0.53 **	7.6	8.4
Heart failure	3.4	3.8	-0.35 *	5.5	6.7	-0.54 *	8.0	10.8
Cerebral infarction	4.5	5.3	NS	6.0	8.1	-0.67 **	9.3	12.4
Other disorders of urinary system	4.6	5.1	NS	7.6	10.1	-0.53 **	8.3	13.2
Acute appendicitis	3.0	2.8	NS	4.1	4.4	NS	5.1	4.5

^{NS} ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (statistical non-significance); * $P < 0.01$; ** $P < 0.05$; วิเคราะห์ด้วย Poisson regression โดยควบคุมความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยตัวแปรร่วม คือ ปีที่เข้านอน รพ. เพศ กลุ่มอายุ ระดับความรุนแรงของโรคร่วม (CC level และ Charlson comorbidity index) และเขตสุขภาพที่ตั้งของ รพ. โดยคำนึงถึงกลุ่ม (cluster) ของการนอนใน รพ. เดียวกัน (hcode)

1.3.2.2.3 โรคมะเร็ง

จำนวนครั้งของการเข้านอน รพ.ด้วยโรคมะเร็ง 6 ชนิดสำคัญของสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ใน รพ. ของรัฐแต่ละระดับ แสดงในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ครั้งของการเข้านอนโรงพยาบาลรัฐด้วยโรคมะเร็งของผู้ป่วยสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2557-2558

ชนิดมะเร็ง	รพ.ช.		รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ		รพ.ม.	
	อปท.	ชรก.	อปท.	ชรก.	อปท.	ชรก.
Breast cancer	64	513	748	6,012	315	3,040
Cervical cancer	49	357	258	2,174	143	1,489
Colon cancer	96	893	1,027	11,456	463	5,657
Cholangiocarcinoma	122	854	401	3,256	138	1,663
Lung cancer	201	1,837	677	6,641	160	2,919
Lymphoma	18	208	72	846	18	134

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาอนเจเลียของโรคมะเร็งของผู้ป่วย อปท. กับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในโรงพยาบาลแต่ละประเภท โดยยังไม่ได้คำนึงถึงความแตกต่างในปัจจัยด้านอื่นๆ พบว่า อปท. มักมีจำนวนวันนอนต่ำกว่า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ตารางที่ 4.14)

ตารางที่ 4.14 ระยะเวลาอนเนลีย (วัน) ของผู้ป่วยใน สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ของโรคมะเร็งที่สำคัญ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2557-2558

ชนิดมะเร็ง	รพ.ช.		รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐ อื่นๆ		รพ.ม.	
	อปท.	ชรก.	อปท.	ชรก.	อปท.	ชรก.
Breast cancer	5.3	6.1	5.4	6.4	4.5	6.0
Cervical cancer	3.8	4.6	5.5	7.0	4.7	5.7
Colon cancer	6.1	6.5	5.2	5.8	4.8	5.4
Cholangiocarcinoma	5.3	5.9	6.3	8.1	7.2	7.7
Lung cancer	6.1	6.4	7.2	9.0	9.2	8.9
Lymphoma	4.4	5.4	8.3	8.0	7.4	11.2

เมื่อจำแนกข้อมูลการนอน รพ. ตามการได้ใช้หรือไม่ใช้เคมีบำบัด และควบคุมความแตกต่างในปัจจัยอื่นๆ พบว่า สำหรับการนอน รพ. ที่มีการใช้เคมีบำบัด อปท. มีจำนวนวันนอนต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก สำหรับการนอน รพ. ที่ไม่ใช้เคมีบำบัด อปท. มีจำนวนวันนอนต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งท่อน้ำดี (ตารางที่ 4.15)

ตารางที่ 4.15 ความแตกต่างของระยะเวลาอนเนลีย (วัน) ผู้ป่วยใน สิทธิ อปท. จากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ของโรคมะเร็งที่สำคัญ จำแนกตามการได้ใช้-ไม่ใช้เคมีบำบัด ปี 2557-2558

ชนิดมะเร็ง	ได้ใช้เคมีบำบัด	ไม่ได้ใช้เคมีบำบัด
Breast cancer	-0.54 *	NS
Cervical cancer	-0.63 *	-1.19 *
Colon cancer	NS	NS
Cholangiocarcinoma	NS	-1.01 *
Lung cancer	NS	NS
Lymphoma	NS	NS

^{NS} ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (statistical non-significance); * $P < 0.01$; วิเคราะห์ด้วย Poisson regression โดยควบคุมความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยตัวแปรรวม คือ ปีที่เข้านอน รพ. เพศ กลุ่มอายุ ระดับความรุนแรงของโรคร่วม (CC level และ Charlson comorbidity index) ประเภทโรงพยาบาล และเขตสุขภาพที่ตั้งของ รพ. โดยคำนึงถึงกลุ่ม (cluster) ของการนอนใน รพ. เดียวกัน (hcode)

1.3.2.3 การเข้านอนใน รพ. ระดับสูงกว่า รพ.ช. ของโรคที่พบบ่อย

ในโรคที่เป็นสาเหตุการเข้านอน รพ. บ่อย 10 อันดับแรกของผู้ป่วยสิทธิ อปท. พบว่า เมื่อควบคุมความแตกต่างจากปัจจัยอื่นๆ แล้ว Odds ของการเข้านอนใน รพท./รพศ./รพ. รัฐอื่นๆ และ รพม. ต่ำกว่า Odds ของการเข้านอนใน รพช. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกโรค ยกเว้น หัวใจล้มเหลว และไส้ติ่งอักเสบ (ตารางที่ 4.16)

ตารางที่ 4.16 Odds ratio (OR) สำหรับการเข้านอน รพ. ที่สูงกว่าระดับ รพช. ของ อปท. เทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในโรคที่พบบ่อย 10 อันดับแรก ปี 2557-2558

ชนิดโรค	Odds ratio (OR)	95% CI
Diarrhea	0.80 *	0.76 - 0.86
Pneumonia, organism unspecified	0.86 *	0.81 - 0.93
Non-insulin-dependent DM	0.76 *	0.67 - 0.86
Acute bronchitis	0.77 *	0.71 - 0.84
COPD	0.83 *	0.76 - 0.91
Chronic renal failure	0.79 *	0.72 - 0.87
Heart failure	0.94 ^{NS}	0.85 - 1.03
Cerebral infarction	0.85 *	0.74 - 0.98
Other disorders of urinary system	0.78 *	0.71 - 0.86
Acute appendicitis	0.87 ^{NS}	0.70 - 1.08

^{NS} ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (statistical non-significance); * P<0.05; วิเคราะห์ด้วย logistic regression โดยควบคุมความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยตัวแปรร่วม คือ ปีที่เข้านอน รพ. เพศ กลุ่มอายุ ระดับความรุนแรงของโรคร่วม (CC level และ Charlson comorbidity index) และเขตสุขภาพที่ตั้งของ รพ. โดยคำนึงถึงกลุ่ม (cluster) ของการนอนใน รพ. เดียวกัน (hcode)

1.3.3 แบบแผนการให้บริการผู้ป่วยในรายจังหวัด: สิทธิ อปท. เปรียบเทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

จำนวนผู้ป่วยใน จำนวนครั้งการเข้านอนโรงพยาบาล จำนวนวันนอน สัดส่วนการเสียชีวิตใน รพ. ซึ่งจำแนกตามจังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาล และโรคที่พบบ่อยในการเข้านอน รพ. รวมทั้งระดับความรุนแรงจากการมีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน อาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้งในส่วนภูมิภาคและ กทม. ซึ่งได้จาก สปสช. สำหรับสิทธิ อปท. และ กรมบัญชีกลาง (ผ่าน สกส.) สำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แสดงในภาคผนวก ข.1 - ข.8

1.4 ลักษณะการใช้จ่ายผู้ป่วยนอก

จากข้อมูลการส่งใ้ยาในปี 2557 และ 2558 ของสถานพยาบาลทั้งในกลุ่ม 168-169 แห่งที่มีค่าใช้จ่ายสูง และนอกกลุ่มดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ อปท. มีการใ้ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติในสัดส่วนที่น้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในโรงพยาบาลทุกระดับ แม้ว่าจะมีสัดส่วนการใ้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในปี 2558 เพิ่มขึ้นจากปี 2557 (ตารางที่ ค.1 และ ค.2 ภาคผนวก)

ส่วนที่ 2: ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

2.1 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก

ในปี 2558 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ อปท. เบิกผ่านระบบจ่ายตรงมีมูลค่าประมาณ 2,360 ล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 92 ของมูลค่าการเบิกจ่ายซึ่งรวมกับระบบใบเสร็จรับเงิน เพิ่มขึ้นจากปี 2557 ซึ่งมีมูลค่า 1,701 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 82 (ตารางที่ 4.17)

ตารางที่ 4.17 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของ อปท. ตามระบบเบิกจ่าย

	มูลค่าเบิก, บาท (สัดส่วน)	
	ปี 2557	ปี 2558
ก. ประเภทผู้ป่วย		
1. เบิกผ่านใบเสร็จรับเงินเพียงอย่างเดียว	87,226,976 (4.2%)	53,558,039 (2.1%)
2. เบิกผ่านระบบจ่ายตรงเพียงอย่างเดียว	939,518,185 (45.5%)	1,815,420,137 (70.8%)
3. เบิกผ่านทั้งใบเสร็จรับเงินและระบบจ่ายตรง	1,038,285,206	696,825,683
3.1 ผ่านใบเสร็จรับเงิน	277,082,070 (13.4%)	152,530,547 (5.9%)
3.2 ผ่านระบบจ่ายตรง	761,203,137 (36.9%)	544,295,136 (21.2%)
ข. ข้อมูลตามระบบเบิกจ่าย (รวม)		
1. เบิกผ่านใบเสร็จรับเงิน (ก.1 และ ก.3.1)	364,309,046 (17.6%)	206,088,586 (8.0%)
2. เบิกผ่านระบบจ่ายตรง (ก.2 และ ก.3.2)	1,700,721,322 (82.4%)	2,359,715,273 (92.0%)
รวม (ข.1 และ ข.2)	2,065,030,367 (100%)	2,565,803,859 (100%)

ผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิ อปท. มีค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกผ่านระบบจ่ายตรง โดยเฉลี่ยต่อคนคิดเป็นมูลค่า 2,908 บาทในปี 2557 และเพิ่มขึ้นเป็น 3,799 บาทในปี 2558 ซึ่งยังต่ำกว่าผู้มีสิทธิและผู้อาศัยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (7,789 บาทในปี 2558)

ในภาพรวมของสถานพยาบาลทุกประเภท ผู้ป่วยนอกมีค่ารักษาพยาบาลผ่านระบบจ่ายตรงของ อปท. โดยเฉลี่ย 6,019 และ 7,019 บาทต่อคน หรือ 1,092 และ 1,170 บาทต่อครั้ง ในปี 2557 และ 2558 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าผู้ป่วยที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (1,667 และ 1,623 บาทต่อครั้งในปีดังกล่าว) (ตารางที่ 4.18)

ตารางที่ 4.18 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกผ่านระบบจ่ายตรง (ยอดรวมและเฉลี่ย) ตามประเภทสถานพยาบาล

	อปท.				สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ			
	รพ.	มูลค่า		รพ.	มูลค่า			
		ยอดรวม	เฉลี่ย		ยอดรวม	เฉลี่ย		
			(บาทต่อครั้ง)			(บาทต่อคน)		(บาทต่อครั้ง)
(แห่ง)	(บาท)			(แห่ง)	(บาท)			
ก. ปี 2557								
สถานพยาบาลทุกแห่ง	1,009	1,700,721,152	1,092	6,019	1,029	37,245,966,300	1,667	N/A
1. กลุ่มค่าใช้จ่ายสูง*	162	1,319,856,807	1,596	7,826	168	32,328,380,999	2,241	N/A
สอ./รพ.สต.**	2	6,744,233	1,972	7,371	6	353,149,985	1,555	8,731
รพ.ช.	6	12,558,614	604	2,753	6	137,969,528	801	4,687
รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ	144	892,243,607	1,303	5,649	145	17,027,043,779	1,699	9,554
รพ.ม.	10	408,310,354	3,465	14,240	10	13,871,159,607	3,735	22,529
คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา	0				1	939,058,099	3,288	19,873
2. กลุ่ม รพ. ที่เหลือ	847	380,864,345	521	2,426	861	4,917,585,301	621	3,809
สอ./รพ.สต.**	10	1,361,936	315	1,388	16	44,414,466	597	2,312
รพ.ช.	731	278,759,847	435	1,945	732	2,908,423,035	445	2,653
รพ.รัฐอื่นๆ	106	100,742,562	1,184	4,507	113	1,964,747,800	1,500	7,046
ข. ปี 2558								
สถานพยาบาลทุกแห่ง	1,038	2,359,715,273	1,170	7,019	1,055	37,714,614,317	1,623	N/A
1. กลุ่มค่าใช้จ่ายสูง*	164	1,853,778,341	1,724	9,220	169	32,475,853,673	2,194	N/A
สอ./รพ.สต.**	2	12,324,681	1,321	7,297	6	305,955,665	1,374	6,889
รพ.ช.	7	18,234,369	575	2,731	7	151,384,081	770	4,354
รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ	145	1,146,118,014	1,348	6,118	145	16,765,010,418	1,655	9,434
รพ.ม.	10	677,101,277	3,672	17,575	10	14,486,441,360	3,670	22,634
คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา	0				1	767,062,149	2,498	10,119
2. กลุ่ม รพ. ที่เหลือ	874	505,936,932	537	2,616	886	5,238,760,643	622	3,859
สอ./รพ.สต.**	19	2,382,633	430	1,677	24	64,871,833	706	2,735
รพ.ช.	745	359,010,829	438	2,049	745	3,029,190,368	440	2,641
รพ.รัฐอื่นๆ	110	144,543,470	1,242	4,580	117	2,144,698,442	1,483	7,029

* กลุ่มสถานพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกสูงของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มี 168 แห่งในปี 2557 และ 169 แห่งในปี 2558 ได้แก่ รพ.ม. รพ.ท./รพ.ศ. ทุกแห่ง และ รพ. รัฐอื่นๆ และ รพ.ช. ขนาดใหญ่

** ปี 2557 มี 12 แห่ง ได้แก่ คลินิกชุมชนอบอุ่นเทศบาลเมืองชุมแสง ศูนย์บริการสาธารณสุข (เทศบาล 8) ศูนย์บริการสุขภาพเทศบาลตำบลหนองปากครั้ง สถานพยาบาลกรมแพทย์ทหารบก ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพา ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกมหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพระญาติการาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดแค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพระพรหม ตำบลนาพรุ สถาบันทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 2

** ปี 2558 เพิ่มอีก 9 แห่ง ได้แก่ หน่วยงานบริการประจำเทศบาลนครอุดรธานี ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครภูเก็ต 1 คลินิกชุมชนอบอุ่นเทศบาลเมืองชุมแสง โรงพยาบาลชุมชนเทศบาลเมืองกำแพงเพชร คลินิกชุมชนอบอุ่นเทศบาลแผนกพยาบาล กอง 11 ศูนย์รักษาความปลอดภัยกองบัญชาการทหารสูงสุดเทศบาลนครแม่สอด ศูนย์สุขภาพวิทยาลัยแพทย์ศาสตร์และการสาธารณสุขมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะนง

เมื่อจำแนกตามประเภทสถานพยาบาล สำหรับกลุ่ม รพ. 168-169 แห่งที่มีค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูง (ได้แก่ รพ.ม. ของ UHosNet และ รพ.ท./รพ.ศ. ทุกแห่ง รวมทั้ง รพ. รัฐอื่นๆ และ รพ.ช. ขนาดใหญ่) ผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ อปท. มีค่ารักษาพยาบาลผ่านระบบจ่ายตรงโดยเฉลี่ย 1,596 และ 1,724 บาทต่อครั้ง ในปี 2557 และ 2558 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าผู้ป่วยที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (2,241 และ 2,194 บาทต่อครั้งในปีดังกล่าว) เป็นที่น่าสังเกตว่า คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาซึ่งมีผู้ป่วยนอกของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้บริการในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก (5-7 หมื่นคน ตารางที่ 4.7) มีค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างสูง แต่ยังไม่มีการเบิกค่ารักษาพยาบาลในระบบจ่ายตรงสำหรับผู้ใช้นิติ อปท. นอกจากนี้ ยังเป็นที่น่าสนใจว่า สิทธิ อปท. มีสัดส่วนของค่ารักษาพยาบาลในกลุ่ม รพ. ค่าใช้จ่ายสูง (ร้อยละ 78.6 ในปี 2558) และใน รพ.ม. (ร้อยละ 28.7 ในปี 2558) มีค่าน้อยกว่าในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ 86.1 และ 38.4 ในปี 2558 ตามลำดับ)

ในสถานพยาบาลนอกกลุ่ม รพ. 168-169 แห่ง (ได้แก่ รพ.ช. และ รพ. รัฐอื่นๆ ที่เหลือ) ผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ อปท. มีค่ารักษาพยาบาลผ่านระบบจ่ายตรงโดยเฉลี่ย 521 และ 537 บาทต่อครั้ง ในปี 2557 และ 2558 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าผู้ป่วยที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (621 และ 622 บาทต่อครั้งในปีดังกล่าว)

2.2 คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ (adjusted RW) และค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน

2.2.1 ทุกกลุ่มโรค

ตารางที่ 4.19 เปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (adjusted RW) และค่ารักษาพยาบาลเรียกเก็บของ รพ. (hospital charge) สำหรับโรคทุกกลุ่ม ระหว่างผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พบว่า เมื่อยังไม่มีการควบคุมความแตกต่างในปัจจัยอื่นๆ ทั้งค่า adjusted RW และค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อคน ของ อปท. ต่ำกว่าของ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทั้งในภาพรวมของทุก รพ. และใน รพ. แต่ละประเภท

ตารางที่ 4.19 ค่า adjusted RW และค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (ยอดรวมและเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วย) ตามประเภทโรงพยาบาล

	อปท.			สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ		
	รพ. (แห่ง)	adjusted RW	มูลค่า (บาท)	รพ. (แห่ง)	Adjusted RW	มูลค่า (บาท)
ก. ปี 2557						
1. รวม	958	108,627	1,450,533,168	1,006	1,205,918	18,372,020,263
2. เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน						
ภาพรวมทุกแห่ง	958	2.1	28,495	1,006	2.7	41,299
รพ.ช.	722	0.9	9,189	730	1.1	11,080
รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ	226	2.2	28,083	249	2.5	36,955
รพ.ม.	10	4.3	73,881	10	4.4	82,687
รพ. เอกชน	0			17	1.9	41,211
ข. ปี 2558						
1. รวม	967	119,933	1,660,899,416	1,029	1,239,363	19,543,130,364
2. เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน						
ภาพรวมทุกแห่ง	967	2.2	30,354	1,029	2.7	42,852
รพ.ช.	727	1.0	9,839	735	1.1	11,679
รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ	230	2.2	29,392	253	2.6	38,308
รพ.ม.	10	4.4	81,497	10	4.5	87,800
รพ. เอกชน	0			31	1.9	38,157

เป็นที่น่าสังเกตว่า สิทธิ อปท. มีสัดส่วน (ร้อยละ 26.3 ในปี 2558) สำหรับค่ารักษาพยาบาลใน รพ. ซึ่งเป็น รพ. ที่มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยสูงสุด มีค่าน้อยกว่าในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ 34.0 ในปี 2558)

เมื่อควบคุมความแตกต่างในปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ ระดับความรุนแรงของโรคร่วม (CC level และ Charlson comorbidity index) ประเภทโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ตั้งของ รพ. และกลุ่มโรค (Global Burden of Diseases, GBD) แล้ว ค่า adjusted RW ต่อครั้งการเข้านอน รพ. ของผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิ อปท. มีค่าสูงกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเล็กน้อย (0.018 หน่วย) ในภาพรวมของ รพ. ทุกประเภท และเท่ากับ 0.067 หน่วยสำหรับการนอนใน รพ.ม. ในขณะที่ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งการนอน รพ. ของผู้ป่วย อปท. มีมูลค่าน้อยกว่าของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในภาพรวมของ รพ. ทุกประเภท เป็นเงิน 529 บาท และในโรงพยาบาลแต่ละระดับ คือ 375 บาทใน รพ.ช. และ 752 บาทใน รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ ยกเว้นใน รพ.ม. ที่ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งการนอนของ อปท. มากกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ตารางที่ 4.20)

ตารางที่ 4.20 ความแตกต่างของ adjusted RW และค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งการนอน ผู้ป่วยในของสิทธิ อปท. จากสถิติการรักษาพยาบาลข้าราชการ ทุกกลุ่มโรค ปี 2557-2558

	Adjusted RW ¹	ค่ารักษาพยาบาล (บาท) ²
ภาพรวมทุกประเภท รพ.	0.018 **	-529 *
รพ.ช.	NS	-375 *
รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ	NS	-752 *
รพ.ม.	0.067 **	3,496 **

* P < 0.01; ** P < 0.05

¹ วิเคราะห์ด้วย ordinary least square (OLS) linear regression; ² วิเคราะห์ด้วย generalized linear model (GLM) with log-link gamma distribution โดยควบคุมความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยตัวแปรร่วม คือ ปีที่เข้านอน รพ. เพศ กลุ่มอายุ ระดับความรุนแรงของโรคร่วม (CC level และ Charlson comorbidity index) ประเภทโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ตั้งของ รพ. และกลุ่มโรค Global Burden of Diseases (GBD) 106 กลุ่ม โดยคำนึงถึงกลุ่ม (cluster) ของการนอนใน รพ. เดียวกัน (hcode)

2.2.2 โรคที่พบบ่อย

เมื่อเปรียบเทียบค่า adjusted RW เฉลี่ยต่อครั้งการนอน รพ. ของโรคที่พบบ่อย 10 อันดับแรก ระหว่าง อปท. และสถิติการรักษาพยาบาลข้าราชการ ในแต่ละประเภทของ รพ. พบว่า เมื่อควบคุมความแตกต่างในด้านปัจจัยอื่นๆ โรคเกือบทั้งหมดมีค่า adjusted RW แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นสำหรับปอดบวม และหลอดลมอักเสบ ซึ่ง อปท. มีค่าต่ำกว่าสถิติการรักษาพยาบาลข้าราชการ (ตารางที่ 4.21)

ตารางที่ 4.21 Adjusted RW เฉลี่ยต่อครั้งการนอน รพ. ของโรคที่พบบ่อย 10 อันดับแรก สิทธิ อปท. เทียบกับสถิติการรักษาพยาบาลข้าราชการ ตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2557-2558

	รพ.ช.			รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ			รพ.ม.		
	อปท.	ชรก.	อปท. - ชรก.	อปท.	ชรก.	อปท. - ชรก.	อปท.	ชรก.	อปท. - ชรก.
Diarrhea	0.37	0.39	NS	0.43	0.50	NS	0.69	0.73	NS
Pneumonia, organism unspecified	0.96	1.11	NS	2.10	2.87	NS	2.85	4.16	-1.19 **
Non-insulin-dependent DM	0.63	0.63	NS	1.05	1.11	NS	1.90	2.23	NS
Acute bronchitis	0.44	0.50	NS	0.47	0.64	-0.025 **	2.34	2.03	NS
COPD	0.79	0.76	NS	2.35	2.56	NS	4.47	4.19	NS
Chronic renal failure	0.91	0.92	NS	1.40	1.51	NS	4.25	4.02	NS
Heart failure	1.05	1.07	NS	1.59	1.78	NS	2.45	2.92	NS
Cerebral infarction	1.49	1.51	NS	1.97	2.23	NS	2.44	2.78	NS
Other disorders of urinary system	0.85	0.85	NS	1.27	1.63	NS	1.45	2.30	NS
Acute appendicitis	0.95	0.89	NS	1.49	1.53	NS	1.70	1.64	NS

** P < 0.05; วิเคราะห์ด้วย ordinary least square (OLS) linear regression โดยควบคุมความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยตัวแปรร่วม คือ ปีที่เข้านอน รพ. เพศ กลุ่มอายุ ระดับความรุนแรงของโรคร่วม (CC level และ Charlson comorbidity index) และเขตสุขภาพที่ตั้งของ รพ. โดยคำนึงถึงกลุ่ม (cluster) ของการนอนใน รพ. เดียวกัน (hcode)

สำหรับค่ารักษาพยาบาลของโรคที่พบบ่อย 10 อันดับแรก พบว่า อปท. มีค่ารักษาพยาบาลต่ำกว่าสถิติการรักษาพยาบาลข้าราชการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกโรค (ตารางที่ 4.22)

ตารางที่ 4.22 ค่ารักษายาบาล (มัธยฐาน, บาท) เฉลี่ยต่อครั้งการนอน รพ. ของโรคที่พบบ่อย 10 อันดับแรก สิทธิ อปท. เทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2557-2558

	รพ.ช.			รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ			รพ.ม.		
	อปท.	ชรก.	อปท. - ชรก.	อปท.	ชรก.	อปท. - ชรก.	อปท.	ชรก.	อปท. - ชรก.
Diarrhea	3,275	3,374	-236 *	4,125	4,513	-258 **	7,171	7,362	NS
Pneumonia, organism unspecified	7,259	8,348	-901 *	9,656	14,020	-1,339 **	29,035	37,629	NS
Non-insulin-dependent DM	4,789	4,985	-329 **	6,962	7,463	NS	19,122	23,955	NS
Acute bronchitis	4,654	5,070	-395 *	5,514	6,254	NS	12,045	16,332	NS
COPD	6,121	6,305	-589 *	9,844	11,333	-3,837 *	24,974	27,991	NS
Chronic renal failure	4,962	5,039	NS	10,113	11,779	-1,826 *	26,245	25,927	NS
Heart failure	6,029	6,295	-750 *	9,266	11,180	-2,179 *	22,058	26,650	-6,446 **
Cerebral infarction	5,846	6,886	-1,834 *	10,351	12,077	NS	22,268	28,867	NS
Other disorders of urinary system	5,987	6,912	-798 *	11,156	14,900	-1,418 **	16,937	29,243	NS
Acute appendicitis	9,598	9,648	NS	12,775	13,533	-840 *	20,333	19,383	NS

* P < 0.01; ** P < 0.05; วิเคราะห์ด้วย generalized linear model (GLM) with log-link gamma distribution โดยควบคุมความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยตัวแปรร่วม คือ ปีที่เข้านอน รพ. เพศ กลุ่มอายุ ระดับความรุนแรงของโรคร่วม (CC level และ Charlson comorbidity index) และเขตสุขภาพที่ตั้งของ รพ. โดยคำนึงถึงกลุ่ม (cluster) ของการนอนใน รพ. เดียวกัน (hcode)

2.2.3 โรคมะเร็ง

เมื่อเปรียบเทียบค่า adjusted RW ของการนอน รพ. ด้วยโรคมะเร็งที่สำคัญ 6 ชนิดระหว่างผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ภายหลังควบคุมความแตกต่างในปัจจัยอื่นๆแล้ว พบว่า ส่วนใหญ่มีค่า adjusted RW แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในส่วนของการนอนโรงพยาบาลเพื่อรับเคมีบำบัด (ยกเว้น มะเร็งเต้านม) และไม่ใช่เคมีบำบัด (ยกเว้น มะเร็งปอด) (ตารางที่ 4.23 และ 4.24)

ตารางที่ 4.23 Adjusted RW เฉลี่ยต่อครั้งการนอน รพ. ตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2557-2558

ชนิดมะเร็ง	รพ.ช.		รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ		รพ.ม.	
	อปท.	ชรก.	อปท.	ชรก.	อปท.	ชรก.
Breast cancer	1.40	1.35	1.83	1.94	2.14	2.32
Cervical cancer	1.11	1.13	1.98	1.94	2.27	2.20
Colon cancer	1.66	1.57	3.06	3.08	3.22	3.33
Cholangiocarcinoma	1.79	1.99	3.12	3.14	3.64	3.61
Lung cancer	1.34	1.26	2.41	2.76	3.65	3.61
Lymphoma	1.33	1.78	2.82	3.27	4.22	4.39

ตารางที่ 4.24 ความแตกต่างของค่า adjusted RW ระหว่างสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ตามการได้ใช้และไม่ใช้เคมีบำบัด ปี 2557-2558

ชนิดมะเร็ง	ได้ใช้เคมีบำบัด	ไม่ใช่เคมีบำบัด
Breast cancer	-0.006 **	NS
Cervical cancer	NS	NS
Colon cancer	NS	NS
Cholangiocarcinoma	NS	NS
Lung cancer	NS	-0.005 **
Lymphoma	NS	NS

** P < 0.05; วิเคราะห์ด้วย ordinary least square (OLS) linear regression โดยควบคุมความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยตัวแปรร่วม คือ ปีที่เข้านอน รพ. เพศ กลุ่มอายุ ระดับความรุนแรงของโรคร่วม (CC level และ Charlson comorbidity index) ประเภทโรงพยาบาล และเขตสุขภาพที่ตั้งของ รพ. โดยคำนึงถึงกลุ่ม (cluster) ของการนอนใน รพ. เดียวกัน (hcode)

สำหรับค่ารักษาพยาบาลโรคมะเร็งต่อครั้ง พบว่า ควบคุมความแตกต่างในปัจจุบันอื่นๆ ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. มีค่ารักษาน้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในโรคมะเร็งปากมดลูก (ตารางที่ 4.25 และ 4.26)

ตารางที่ 4.25 ค่ารักษาพยาบาล (มัธยฐาน บาท) ต่อครั้งการนอน รพ. ตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2557-2558

ชนิดมะเร็ง	รพ.ช.		รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ		รพ.ม.	
	อปท.	ชรก.	อปท.	ชรก.	อปท.	ชรก.
Breast cancer	6,883	6,630	14,799	18,208	33,998	30,892
Cervical cancer	5,200	5,691	9,702	10,912	10,919	14,226
Colon cancer	6,952	7,353	30,342	34,258	52,215	53,166
Cholangiocarcinoma	9,330	8,627	16,215	17,062	26,928	27,950
Lung cancer	7,840	8,265	14,746	17,200	46,901	36,999
Lymphoma	6,794	6,628	21,290	22,455	37,155	55,826

ตารางที่ 4.26 ความแตกต่างของค่ารักษาพยาบาล ระหว่างสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ตามการได้ใช้และไม่ใช้เคมีบำบัด ปี 2557-2558

ชนิดมะเร็ง	ได้ใช้เคมีบำบัด	ไม่ได้ใช้เคมีบำบัด
Breast cancer	NS	NS
Cervical cancer	-4,178 *	-2,704 *
Colon cancer	NS	NS
Cholangiocarcinoma	NS	NS
Lung cancer	NS	NS
Lymphoma	NS	NS

* $P < 0.01$; วิเคราะห์ด้วย generalized linear model (GLM) with log-link gamma distribution โดยควบคุมความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยตัวแปรร่วม คือ ปีที่เข้านอน รพ. เพศ กลุ่มอายุ ระดับความรุนแรงของโรคร่วม (CC level และ Charlson comorbidity index) ประเภทโรงพยาบาล และเขตสุขภาพที่ตั้งของ รพ. โดยคำนึงถึงกลุ่ม (cluster) ของการนอนใน รพ. เดียวกัน (hcode)

2.3 การงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลที่คาด หากผู้ป่วยสิทธิ อปท. มีลักษณะเช่นเดียวกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

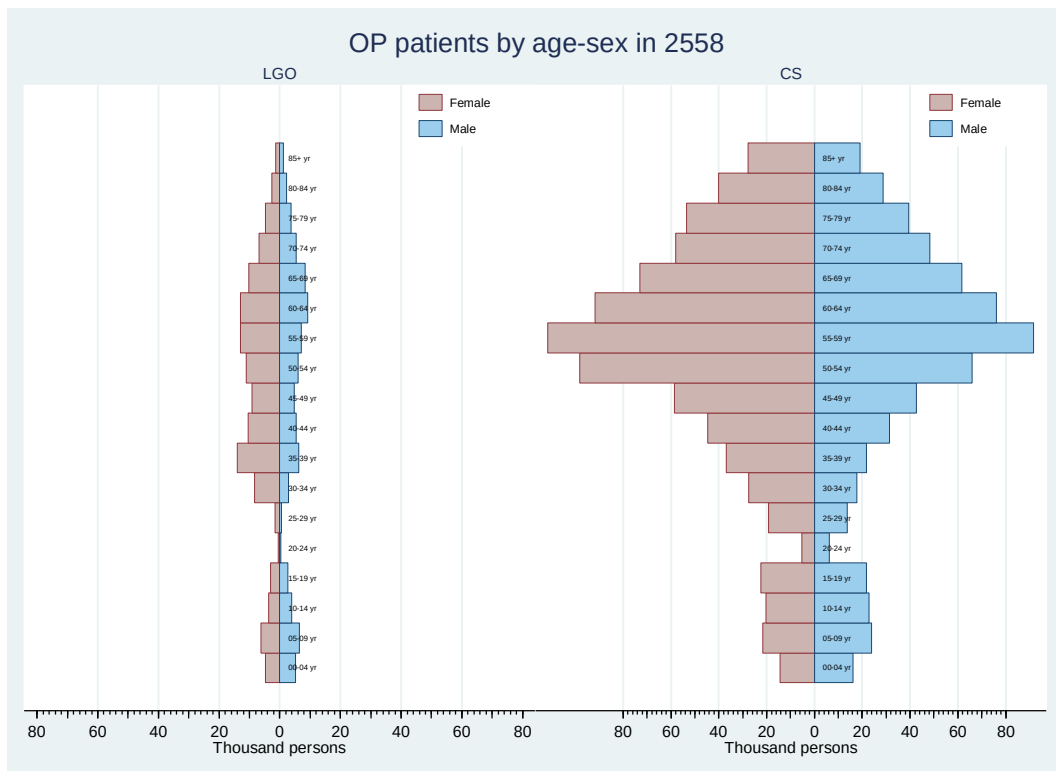
จากผลการศึกษาข้างต้นซึ่งพบว่า ลักษณะทางประชากร (อายุและเพศ) และแบบแผนการใช้บริการ (ทางเลือกสถานพยาบาล จำนวนครั้งและวันนอน) รวมทั้งการใช้ทรัพยากรสุขภาพ (ค่ารักษาพยาบาลหรือน้ำหนักสัมพัทธ์ adjusted RW ต่อหน่วย) ของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. มีความแตกต่างจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ดังนั้น จึงทำการจำลองสถานการณ์เพื่อทำนายการเปลี่ยนแปลงของภาระงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลหากผู้ป่วย อปท. มีลักษณะทางประชากรและแบบแผนการใช้บริการรักษายาบาลที่เหมือนกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในกรณีต่อไปนี้

2.3.1 ผู้ป่วยนอก

ตารางที่ 4.27 แสดงแบบแผนการใช้บริการผู้ป่วยนอกในปี 2558 ได้แก่ จำนวนครั้งและค่ารักษาพยาบาลรวม และค่าโดยเฉลี่ยต่อคนตามการกระจายของลักษณะทางประชากร (รูปที่ 4.2) ของผู้ป่วยนอกที่เบิกผ่านระบบจ่ายตรง ของสถานพยาบาลนอกกลุ่ม 169 แห่งที่มีค่าใช้จ่ายสูง เป็นที่น่าสังเกตว่า ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ อปท. ต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในทุกกลุ่มย่อยตามเพศ-อายุ

ตารางที่ 4.27 การกระจายของผู้ป่วยและการใช้บริการตามเพศ-อายุของผู้ป่วยนอกที่เบิกผ่านระบบจ่ายตรงของสถานพยาบาล
นอกกลุ่ม 169 แห่งที่มีค่าใช้จ่ายสูง สิทธิ อปท. เปรียบเทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2558

เพศ	กลุ่มอายุ	อปท.			สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ		
		ผู้ป่วย (คน)	ใช้บริการ (ครั้ง)	ค่ารักษายาบาล (บาท)	ผู้ป่วย (คน)	ใช้บริการ (ครั้ง)	ค่ารักษายาบาล (บาท)
		รวม	รวมและเฉลี่ยต่อคน	รวมและเฉลี่ยต่อคน	รวม	รวมและเฉลี่ยต่อคน	รวมและเฉลี่ยต่อคน
	รวม	207,505	957,715	506,258,572	1,476,138	8,589,418	5,240,643,469
ชาย	0-4 ปี	5,460	3.52	723	16,377	4.23	920
ชาย	5-9 ปี	6,686	3.09	1,012	23,877	3.48	1,323
ชาย	10-14 ปี	4,210	2.64	1,135	22,758	2.93	1,706
ชาย	15-19 ปี	2,617	2.57	986	21,887	2.99	1,530
ชาย	20-24 ปี	280	2.10	1,331	6,403	2.68	1,334
ชาย	25-29 ปี	500	2.90	1,062	13,748	3.89	1,631
ชาย	30-34 ปี	3,062	3.05	1,274	17,977	3.80	1,579
ชาย	35-39 ปี	6,379	3.47	1,476	21,816	4.19	2,031
ชาย	40-44 ปี	5,697	3.97	1,883	31,723	4.31	2,356
ชาย	45-49 ปี	5,026	4.20	2,234	42,809	4.81	2,753
ชาย	50-54 ปี	6,158	4.75	2,608	66,052	5.19	3,364
ชาย	55-59 ปี	7,390	5.16	2,966	91,581	5.87	3,948
ชาย	60-64 ปี	9,095	5.72	3,171	76,376	6.47	4,325
ชาย	65-69 ปี	8,376	6.03	3,499	61,851	6.92	4,818
ชาย	70-74 ปี	5,650	6.29	3,852	48,465	7.09	5,011
ชาย	75-79 ปี	3,933	6.38	4,486	39,522	7.11	5,236
ชาย	80-84 ปี	2,170	6.20	4,001	29,058	7.03	5,116
ชาย	85+ ปี	1,273	6.11	3,644	19,451	6.77	4,600
หญิง	0-4 ปี	4,745	3.30	650	14,408	3.85	804
หญิง	5-9 ปี	6,162	2.75	809	21,605	3.21	1,041
หญิง	10-14 ปี	3,637	2.35	812	20,200	2.56	991
หญิง	15-19 ปี	2,997	2.69	1,007	22,487	2.80	1,133
หญิง	20-24 ปี	507	2.21	816	5,257	2.65	1,128
หญิง	25-29 ปี	1,504	3.00	1,016	19,325	5.26	1,793
หญิง	30-34 ปี	8,216	3.18	1,387	27,584	5.11	1,825
หญิง	35-39 ปี	13,931	3.37	1,375	36,806	5.61	2,257
หญิง	40-44 ปี	10,352	3.88	1,886	44,533	5.94	2,736
หญิง	45-49 ปี	9,063	4.38	2,452	58,604	6.04	2,978
หญิง	50-54 ปี	11,017	5.20	2,653	98,186	6.50	3,624
หญิง	55-59 ปี	12,855	5.69	3,229	111,509	6.55	3,926
หญิง	60-64 ปี	13,028	5.86	3,501	91,816	6.75	4,364
หญิง	65-69 ปี	10,205	6.17	3,755	72,981	6.79	4,554
หญิง	70-74 ปี	6,765	6.24	3,981	57,930	6.76	4,786
หญิง	75-79 ปี	4,663	6.22	3,716	53,419	6.62	4,811
หญิง	80-84 ปี	2,570	5.62	3,965	39,992	6.27	4,744
หญิง	85+ ปี	1,326	5.86	4,341	27,765	6.06	4,500



รูปที่ 4.2 ปิรามิดประชากรของผู้ป่วยนอก สถานพยาบาลนอกกลุ่ม 169 แห่งที่มีค่าใช้จ่ายสูง สิทธิ อปท. และสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ ปี 2558

การจำลองสถานการณ์สำหรับการใช้บริการและค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ได้ผลตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 4.28)

(1) หากโครงสร้างทางประชากร (เพศ-อายุ) ของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. เป็นเช่นเดียวกับสวัสดิการรักษาพยาบาล ข้าราชการ ในปี 2558 จะมีจำนวนครั้งการใช้บริการเพิ่มขึ้นจาก 957,715 ครั้ง เป็น 1,030,464 ครั้ง (หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.6 ของจำนวนครั้งการใช้บริการในสถานการณ์ปัจจุบัน) และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจาก 506 ล้านบาท เป็น 577 ล้านบาท (หรือ เพิ่มขึ้นร้อยละ 13.9 ของค่ารักษาพยาบาลในสถานการณ์ปัจจุบัน)

(2) หากจำนวนครั้งการใช้บริการ หรือค่าใช้จ่ายที่จำเพาะกับเพศ-อายุของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. เป็นเช่นเดียวกับ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ในปี 2558 จะมีจำนวนครั้งการใช้บริการเพิ่มขึ้นเป็น 1,155,360 ครั้ง (เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.6) และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็น 656 ล้านบาท (เพิ่มขึ้นร้อยละ 29.5)

(3) หากเปลี่ยนตามเงื่อนไขทั้งข้อ (1) และ (2) ในปี 2558 จะมีจำนวนครั้งการใช้บริการเพิ่มขึ้นเป็น 1,207,439 ครั้ง (เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.1) และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็น 737 ล้านบาท (เพิ่มขึ้นร้อยละ 45.5)

ตารางที่ 4.28 ครึ่งการใช้บริการและค่าใช้จ่ายที่เปลี่ยนแปลง หากเปลี่ยนโครงสร้างทางประชากรและแบบแผนการใช้บริการของผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิ อปท.

	ปี 2557				ปี 2558			
	ใช้บริการ		ค่ารักษาพยาบาล		ใช้บริการ		ค่ารักษาพยาบาล	
	รวม (ครั้ง)	เปลี่ยนแปลง (%)	รวม (บาท)	เปลี่ยนแปลง (%)	รวม (ครั้ง)	เปลี่ยนแปลง (%)	รวม (บาท)	เปลี่ยนแปลง (%)
ก. สถานการณ์ปัจจุบัน	743,248		381,173,846		957,715		506,258,572	
ข. สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง								
1. เปลี่ยนโครงสร้างทางประชากร	791,456	6.5%	428,234,176	12.3%	1,030,464	7.6%	576,532,992	13.9%
2. เปลี่ยนจำนวนครึ่งการใช้บริการหรือค่าใช้จ่ายที่จำเพาะกับเพศอายุ	927,288	24.8%	523,932,288	37.5%	1,155,360	20.6%	655,662,144	29.5%
3. เปลี่ยนทั้งข้อ 1. และ 2.	963,469	29.6%	587,710,464	54.2%	1,207,439	26.1%	736,692,416	45.5%

ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลที่ใช้ในการจำลองสถานการณ์ดังต่อไปนี้ อาจทำให้การคำนวณค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของ อปท. ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

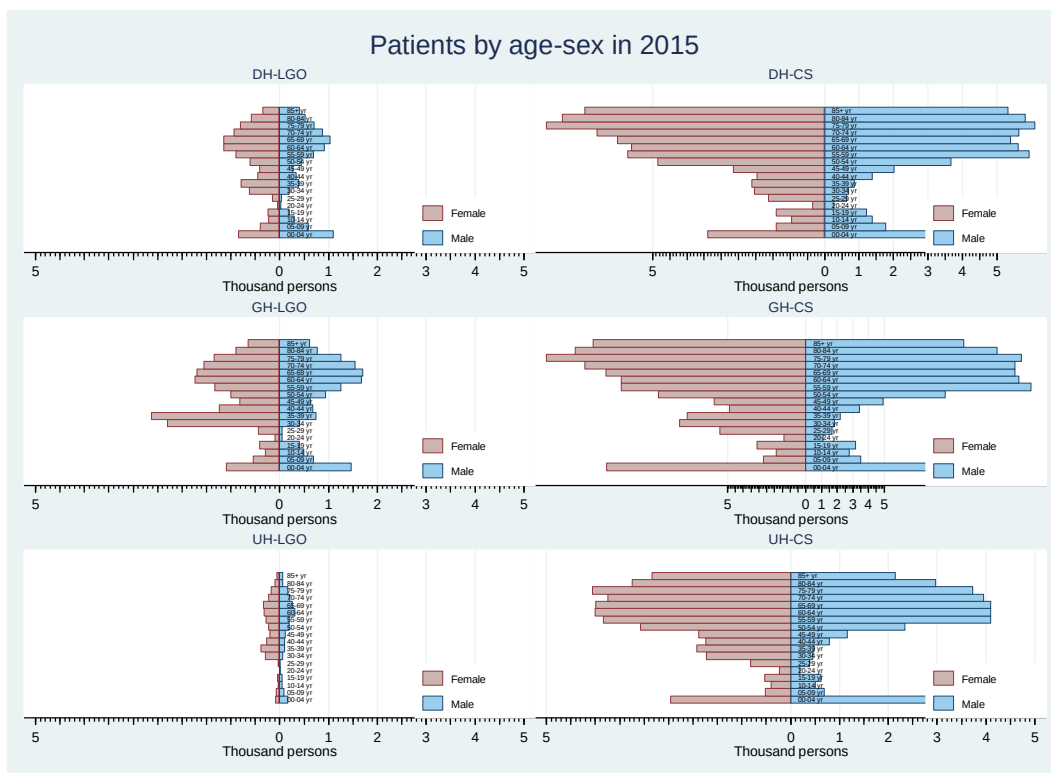
1. ร้อยละ 30-34 ของผู้ป่วยนอกสิทธิ อปท. ที่เป็น OP individual ไม่ปรากฏข้อมูลการเบิกจ่าย (ทั้งระบบจ่ายตรง E-claim หรือใบเสร็จรับเงิน receipt) ควรหาสาเหตุว่าเกิดจากผู้ป่วยที่ใช้บริการแต่ไม่ใช้สิทธิในการเบิกจ่ายหรือไม่ ดังนั้นภาระงบประมาณอาจเพิ่มขึ้นในอนาคตหากผู้ป่วยมีการใช้สิทธิเบิกจ่ายเต็มที่

2. การไม่มีข้อมูลรหัสประจำตัวบุคคล (pid) ของผู้ป่วยนอกของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในกลุ่ม 168-169 รพ. ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้ไม่ทราบอายุและเพศ จึงไม่สามารถจำลองสถานการณ์ค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นหากใช้ข้อมูลที่ครอบคลุมสถานพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงเหล่านี้

ดังนั้น หากใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของสิทธิ อปท. ผ่านระบบจ่ายตรงและใบเสร็จรับเงินในปี 2558 (ตารางที่ 4.17) ซึ่งมีมูลค่ารวม 2,565,803,859 บาทเป็นฐานในการคำนวณ ภาระงบประมาณสำหรับผู้ป่วยนอกของ อปท. จะเพิ่มขึ้นอีก 356,162,617; 757,202,510; และ 1,167,877,600 บาท หากผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. มีลักษณะเหมือนกับของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการตามเงื่อนไขข้อ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ

2.3.2 ผู้ป่วยใน

การกระจายลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับโรงพยาบาลแต่ละระดับ ได้แก่ รพ.ช. รพ.ท./รพ.ศ. และ รพ.ม. แสดงในรูปที่ 4.3



รูปที่ 4.3 ปีรามิตประชากรของผู้ป่วยใน ตามประเภทของ รพ. สิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2558

ผลการจำลองสถานการณ์สำหรับค่า adjusted RW และค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน เมื่อกำหนดสถานการณ์ให้ผู้ป่วย อปท. เป็นไปตามเงื่อนไขดังนี้ (ตารางที่ 4.29)

- (1) หากโครงสร้างทางประชากร (เพศ-อายุ) ของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. เป็นเช่นเดียวกับสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ ในปี 2558 จะมีค่าผลรวมของ adjusted RW เพิ่มขึ้นจาก 119,641 เป็น 146,056 หน่วย (หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 22 ของค่า adjusted RW ในสถานการณ์ปัจจุบัน) และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอีก 474 ล้านบาท จาก 1,656 ล้านบาท เป็น 2,130 ล้านบาท (เพิ่มขึ้นร้อยละ 28.6 ของค่ารักษายาบาลในสถานการณ์ปัจจุบัน)
- (2) หากค่า adjusted RW หรือค่าใช้จ่ายที่จำเพาะกับเพศ-อายุของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. เป็นเช่นเดียวกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในปี 2558 จะมีค่าผลรวมของ adjusted RW เพิ่มขึ้นเป็น 121,302 หน่วย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.4) หรือค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอีก 163 ล้านบาท เป็น 1,820 ล้านบาท (เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.8)
- (3) กำหนดทั้งข้อ (1) และ (2) พบว่าในปี 2558 จะมีค่าผลรวมของ adjusted RW เพิ่มขึ้นเป็น 148,387 หน่วย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 24) หรือค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอีก 681 ล้านบาท เป็น 2,337 ล้านบาท (เพิ่มขึ้นร้อยละ 41.1)

ตารางที่ 4.29 ค่า adjusted RW และค่าใช้จ่ายที่เปลี่ยนแปลง หากเปลี่ยนโครงสร้างทางประชากรและแบบแผนการใช้บริการ ของผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิ อปท.

	ปี 2557				ปี 2558			
	adjusted RW		ค่ารักษายาบาล		adjusted RW		ค่ารักษายาบาล	
	รวม (หน่วย)	เปลี่ยนแปลง (%)	รวม (บาท)	เปลี่ยนแปลง (%)	รวม (หน่วย)	เปลี่ยนแปลง (%)	รวม (บาท)	เปลี่ยนแปลง (%)
ก. สถานการณ์ปัจจุบัน	108,497		1,448,650,511		119,641		1,656,471,288	
ข. สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง								
1. เปลี่ยนโครงสร้างทางประชากร	135,286	24.7%	1,899,386,240	31.1%	146,056	22.1%	2,130,275,712	28.6%
2. เปลี่ยนจำนวนครั้งการใช้บริการ หรือค่าใช้จ่ายที่จำเพาะกับเพศ-อายุ	109,987	1.4%	1,591,151,616	9.8%	121,302	1.4%	1,819,624,832	9.8%
3. เปลี่ยนทั้งข้อ 1. และ 2.	137,578	26.8%	2,091,415,296	44.4%	148,387	24.0%	2,337,109,248	41.1%

ส่วนที่ 3: ความคิดเห็นต่อสิทธิประโยชน์และบริการสุขภาพ ในมุมมองของผู้มีสิทธิ/ผู้ใช้สิทธิ ผู้ให้บริการ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริหาร

การนำเสนอในส่วนนี้แบ่งย่อยเป็น 3.1) ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบาย 3.2) ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานพยาบาล และ 3.3) ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้ใช้สิทธิ เพื่อเป็นข้อมูลในส่วนของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการ

3.1 ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบาย

พบว่ากระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงานที่กำหนดสิทธิประโยชน์ ซึ่งกำหนดตามกรมบัญชีกลาง และตั้งงบประมาณส่วน สปสช. ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการกองทุน โดยมีหน่วยงานย่อยที่ดูแลรับผิดชอบระบบการลงทะเบียน การขอชดเชยค่าบริการ การจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ การตรวจสอบเวชระเบียน การบริหารระบบ การรับเรื่องร้องทุกข์ร้องเรียน ติดตามประเมินผลสถานะสุขภาพ และวิเคราะห์ข้อมูล และมีระบบการกำกับโดยคณะกรรมการร่วม 13 องค์กร ซึ่งประชุม 2-3 เดือน/ครั้ง ในส่วนของการบริหารจัดการกองทุนของ สปสช. นอกจากระบบที่ส่วนกลางแล้ว มีการพัฒนาระบบให้ สปสช. เขตประสานงานกับพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินการรวดเร็วขึ้น

3.2 ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานพยาบาล

ในการศึกษารั้วนี้ ลงพื้นที่สัมภาษณ์ 4 จังหวัด คือ ขอนแก่น ปทุมธานี สงขลา และเชียงใหม่ โดยสัมภาษณ์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 16 แห่ง และสถานพยาบาล 17 แห่ง รายละเอียดดังตารางที่ 4.30 ข้อมูลพื้นฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการ/สถานพยาบาล ที่ทำการสัมภาษณ์แสดงในตารางที่ 4.31 และ 4.32

ตารางที่ 4.30 สรุปข้อมูลหน่วยงานที่ทำการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลทั้งหมด

จังหวัด	หน่วยงานที่สัมภาษณ์ เก็บข้อมูลทั้งหมด
ขอนแก่น	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: เทศบาลน้ำพอง, เทศบาลขอนแก่น, อบจ. ขอนแก่น สถานพยาบาล: รพ.น้ำพอง, รพ.ขอนแก่น, ศูนย์ไตเทียม รพ.ขอนแก่นราม
ปทุมธานี	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: เทศบาลตำบลหนองเสือ, อบต. หนองสามวัง, อบจ. ปทุมธานี, เทศบาลปทุมธานี, เทศบาลนครรังสิต สถานพยาบาล: รพ.หนองเสือ, รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, รพ.ปทุมธานี, ศูนย์ไตเทียม รพ.ปทุมธานี
สงขลา	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: เทศบาลตำบลพะวง, เทศบาลตำบลคลองขี้เหล็ก, อบจ. สงขลา, อบจ. ฉาง นาทวี สถานพยาบาล: รพ.หาดใหญ่, รพ.สมเด็จพระนารายณ์, รพ.สงขลา, ศูนย์ไตเทียม รพ.กรุงเทพ
เชียงใหม่	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: เทศบาลเมืองแม่เหิยะ, เทศบาลนครเชียงใหม่, เทศบาลตำบลจอมทอง, อบจ. เชียงใหม่ สถานพยาบาล: รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ รพ.จอมทอง รพ.สันป่าตอง รพ.เชียงใหม่ราม รพ.สต.บ้านทุ่งเสียว รพ.ชุมชนตำบลดอนแก้ว

ตารางที่ 4.31 ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการที่ทำการสัมภาษณ์

จังหวัด	หน่วยบริการ	ข้อมูลพื้นฐาน
ขอนแก่น	รพ.น้ำพอง	รพ.ช. ขนาดเล็ก มี รพสต. 18 แห่ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรทอง และผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อบต. จะเป็นส่วนน้อย มีแพทย์เฉพาะทาง ประมาณ 4 คน โรงพยาบาลมีสภาพคล่องทางการเงิน ได้รับเงินบริจาคเยอะ
	รพ.ขอนแก่น	รพ.ศ. สภาพค่อนข้างแออัด มีเตียงประมาณ 1000 เตียง บุคลากรมากกว่า 2500 คน
	ศูนย์ไตเทียม รพ.ขอนแก่นราม	รพ.เอกชน ทางโรงพยาบาลเปิดศูนย์ฟอกไตมาแล้วประมาณ 20 ปี สิทธิเบิกตรงเริ่มทำมาตั้งแต่ปี 2549 ส่วนเบิกตรงของ อบต.เริ่มเมื่อปี 2556
ปทุมธานี	รพ.หนองเสือ	รพ.ช. 30 เตียง แพทย์ 5 คน พยาบาล 50-60 คน, จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 200 คน มีคนใช้สิทธิ อบต. ประมาณ 10 คน/เดือน ส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิมาใช้บริการเองด้วยโรคทั่วไป มีระบบ extend OPD (ไปตรวจนอก รพ.) แล้วนำข้อมูลกลับมา key เพราะบริบทของ รพสต. มีเฉพาะ จนท. สาธารณสุข
	รพ.ธรรมศาสตร์	โรงเรียนแพทย์ (UHOSPNET) มีแพทย์ทั้งหมด ประมาณ 240 คน ได้รายได้จากการใช้บริการของสิทธิ อบต. สำหรับแผนกผู้ป่วยนอก 4-5 ล้านบาท/เดือน ผู้อาศัยบริเวณปริมณฑลนิยมมาใช้บริการ
	รพ.ปทุมธานี	รพ.ท. ที่มีผู้ป่วย อบต. มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก 200 ราย/เดือน และผู้ป่วยใน 100 ราย/เดือน รพ.ค่อนข้างช่วยเหลือคนไข้ เช่น สำหรับสิทธิ อบต. พยายามไม่ให้อดสำรองจ่ายก่อน ให้ใช้สิทธิแล้ว

จังหวัด	หน่วยบริการ	ข้อมูลพื้นฐาน
		นำหลักฐานมาแสดงภายหลังได้
สงขลา	รพ.สงขลา	รพ.ท. ดำเนินการ 2 แห่ง 508 เตียง มีแพทย์ครบทุกสาขา
	รพ.หาดใหญ่	รพ.ท. 650 เตียง แต่ดำเนินการจริงประมาณ 800 เตียง สิทธิ อปท. มาใช้บริการผู้ป่วยนอกประมาณ 50 คน/วัน
	รพ.สมเด็จพระนารายณ์	รพ.ท. 60 เตียง แต่ให้บริการจริงประมาณ 120 เตียง เป็นแม่ข่ายของ zone มีปัญหาต่างด้าวมารับบริการมากและต้องดูแลคนไข้เรื้อรังด้วย
	ศูนย์ไตเทียม รพ.กรุงเทพ หาดใหญ่	รพ.เอกชน มี สิทธิ อปท. มาใช้บริการไตเทียม 4 คน ซึ่งส่งต่อมาจาก รพ.สงขลา นครินทร์ 2 ราย รพ.หาดใหญ่ 2 ราย มีเตียงฟอกไตทั้งหมด 10 เตียง เก็บค่าฟอกเลือดครั้งละ 2200 บาท คือผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนเกินเอง 200 บาท/ครั้ง
เชียงใหม่	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	โรงเรียนแพทย์ ผู้ป่วยนอกสิทธิ อปท. 70-100 คน/วัน และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 1,000 คน/วัน ผู้ป่วยในสิทธิ อปท. 120 คน/เดือน และ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 1000 คน/เดือน มี รพ.ในเครือ คือ รพ.ศรีพัฒน์ ซึ่งมีนโยบายบริหารเป็นกึ่งเอกชน ผู้ใช้บริการจะเสียค่าบริการ และไม่ผ่านระบบจ่ายตรง
	รพ.จอมทอง	รพ. ขนาด 210 เตียง แพทย์ 40 คน
	รพ.สันป่าตอง	รพ. ขนาด 120 เตียง เป็นศูนย์รับส่งต่อเพื่อการรักษาเฉพาะทาง เช่น ผ่าตัดไส้ติ่ง มีแพทย์ 20 คน ผู้ป่วยนอก 1000 คน/วัน ในช่วงแรกมีการออกไปให้บริการรับขึ้นทะเบียนเบิกจ่ายตรงที่เทศบาลต่างๆ
	รพ.ชุมชนตำบลดอนแก้ว	เป็น รพ.สต.ที่ย้ายมาอยู่ภายใต้การดูแลของ อปท.ดอนแก้ว และได้รับงบประมาณสนับสนุนในด้านโครงสร้าง เปิดบริการทุกวัน และมีบริการตรวจรักษาโดยแพทย์ 4 วัน (จำนวน 3-4 ท่าน) เบิกจาก รพ.นครพิงค์ มีบริการแพทย์แผนไทย เพิ่งเปิดให้มีระบบเบิกจ่ายตรง ซึ่งพบปัญหาว่ามีจุดให้ตรวจสอบขึ้นทะเบียนเพียงจุดเดียว ทำให้ต้องรอคิว
	รพ.สต.บ้านทุ่งเสี้ยว	ยังไม่มีระบบจ่ายตรง ผู้มารับบริการที่เป็นสิทธิ อปท. ไม่มาก
	รพ.เชียงใหม่ราม	มีบริการเบิกจ่ายตรงของฟอกไต ซึ่งตอนนี้มีเพียง 1 ราย

ตารางที่ 4.32 ข้อมูลพื้นฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำการสัมภาษณ์

จังหวัด	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ข้อมูลพื้นฐาน
ขอนแก่น	เทศบาลน้ำพอง	เป็นหน่วยงานส่วนท้องถิ่นขนาดเล็ก เจ้าหน้าที่น้อยกว่า 30 คน ไม่มีผู้ใช้สิทธิที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การรับรู้ของเจ้าหน้าที่ดูเหมือนจะน้อยกว่าในเขตเมือง เดิมงบประมาณทั้งหมดที่ได้รับปีละประมาณ 1.2 ล้านบาท ดังนั้นงบสวัสดิการทั้งหมดต้องน้อยกว่า 40% (4 แสน) เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ใช้บริการในเมือง
	อบจ.ขอนแก่น	เป็นหน่วยงานส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ เจ้าหน้าที่ และผู้ใช้สิทธิร่วมที่ต้องดูแลทั้งหมด 300 คน มีครูในสังกัดที่ต้องดูแลด้วย ไม่ค่อยมีผู้ใช้สิทธิที่มีความรุนแรงของโรครุนแรง เดิมงบสวัสดิการทั้งหมดตั้งไว้ปีละ 6 ล้านบาท มีคนย้ายเข้าออกบ่อย หลังเข้าร่วม สปสช. แล้ว ยังมีส่วนที่พนักงานส่วนท้องถิ่นสำรองจ่ายก่อน แล้วส่งใบเสร็จเบิกเงินเดือนละประมาณ 60 ครั้ง การดำเนินการเข้มแข็ง มีเจ้าหน้าที่ที่ตรวจเอกสาร
	เทศบาลขอนแก่น	เป็นหน่วยงานส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ มี 7 สำนักกอง มี 11 โรงเรียนในสังกัด งบประมาณของแต่ละกองแยกกัน รวมข้าราชการบำนาญเดิมซึ่งปัจจุบันย้ายไปจังหวัดอื่นด้วย เจ้าหน้าที่และผู้ใช้สิทธิร่วมที่ต้องดูแลทั้งหมด 2,000 คน ครูประมาณ 600 คน (เบิกน้อยกว่า)
ปทุมธานี	อปท.หนองสามวัง	เป็นหน่วยงานส่วนท้องถิ่นขนาดเล็ก เจ้าหน้าที่น้อยกว่า 30 คน ไม่ค่อยมีผู้ใช้สิทธิที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
	เทศบาลตำบลหนองเสือ	เป็นหน่วยงานส่วนท้องถิ่นขนาดเล็ก ลูกจ้างประจำ 4 คน เจ้าหน้าที่ 17 คน นายก 1 คน แต่มีผู้ใช้สิทธิที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากและมีปัญหาในการใช้บริการ
	เทศบาลนครรังสิต	เป็นหน่วยงานส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ เจ้าหน้าที่ประมาณ 700 คน
	เทศบาลเมืองปทุมธานี	เป็นหน่วยงานส่วนท้องถิ่นขนาดกลาง มีผู้ไปใช้บริการที่ รพ.สต. รอบๆ เพราะสะดวก ดังนั้น จึงยังมีใบเสร็จที่ต้องมาเคลียร์ มีประมาณ 10-15 ใบ/เดือน
	อปท.ปทุมธานี	เป็นหน่วยงานส่วนท้องถิ่นขนาดกลาง ปัจจุบันมีข้าราชการและครู ประมาณ 200 คน เบิกใบเสร็จประมาณ 60-70 ใบ/เดือน
สงขลา	เทศบาลตำบลพะวง	เจ้าหน้าที่ 57 คน เบิกใบเสร็จประมาณ 5 ใบ/เดือน ส่วนใหญ่ใช้บริการที่ รพ. สงขลา และ รพ.หาดใหญ่
	เทศบาลตำบลคลองสรี	เจ้าหน้าที่ 133 คน เป็นครู 12 คน เบิกใบเสร็จประมาณ 20 ใบ/เดือน ส่วนใหญ่ใช้บริการแบบจ่ายตรงที่ รพ.สงขลา นครินทร์ เพราะใกล้มาก
	อบจ.สงขลา	เป็นหน่วยงานส่วนท้องถิ่นที่จัดตั้งมานาน มีข้าราชการบำนาญประมาณ 30 คน ข้าราชการส่วนท้องถิ่น 186 คน ลูกจ้างประจำ 32 คน ครู 6 คน เบิกใบเสร็จประมาณ 22 ใบ/เดือน

จังหวัด	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ข้อมูลพื้นฐาน
	อบจ.ฉะเชิงเทรา	เจ้าหน้าที่ 16 คน เบิกใบเสร็จประมาณ 1 ใบ/ 2 เดือน
เชียงใหม่	เทศบาลเมืองแม่เหิยะ	มีข้าราชการท้องถิ่น 40 คน ยังไม่ค่อยได้ไปทำสิทธิจ่ายตรง เพราะขั้นตอนนั้นยุ่งยากมาก ใช้เวลาเป็นวันกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย ส่วนใหญ่เลือกใช้บริการคลินิกเอกชน ใกล้บ้าน หรือ รพสต. หรือ รพ.เอกชน เพื่อความรวดเร็ว ไม่เสียเวลาทำงาน เพราะถ้าไป รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ ต้องรอคิวนาน
	เทศบาลนครเชียงใหม่	มีผู้ใช้สิทธิและผู้ร่วมสิทธิ ประมาณ 2 พันกว่าคน (ข้าราชการบำนาญ 401 คน ครู 200 คน) นายทะเบียน 4 คน ขึ้นทะเบียนประมาณ 80% และมีบางส่วนที่ยังไม่เคยได้ใช้สิทธิ ยังมีการใช้ใบเสร็จเบิกจำนวนมาก เนื่องจากสะดวกไปใช้บริการที่ รพ.ศรีพัฒน์ (เครือข่ายของ รพ.มหาราชนครเชียงใหม่) มีโรงพยาบาลของเทศบาล ขนาด 18 เตียง มีแพทย์ 3 คน แต่ไม่ค่อยมีผู้ป่วยนอนพักรักษา มีแพทย์แผนไทยของตนเองที่มีระบบเบิกจ่ายตรง แต่พบปัญหาขาดสภาพคล่อง ไม่มีเงินจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ เพราะไม่สามารถนำเงินหมุนเวียนของหน่วยงานมาสำรองจ่ายได้ และ สปสช. จ่ายเงินกลับมาช้า กรมบัญชีกลางเคยมาตรวจและพบว่ามีการส่งใข่ยานอกบัญชีฯ มาก และเข้มงวดมากขึ้น ทำให้ช่วงหลังจึงไม่ค่อยได้จ่ายยานอกบัญชีฯ
	เทศบาลตำบลจอมทอง	มีข้าราชการท้องถิ่น 36 คน มีทั้งที่ใช้บริการจ่ายตรงที่ รพ.ใกล้บ้าน และใช้บริการที่ รพ.ศรีพัฒน์ และนำไปเสร็จมาเบิก
	อบจ.เชียงใหม่	มีจำนวนผู้ใช้สิทธิและผู้ร่วมสิทธิ ประมาณ 1700 คน มีการขึ้นทะเบียนใช้สิทธิเกือบ 100% เจ้าหน้าที่กองคลัง 3 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในการเบิกจ่ายสิทธิข้าราชการมานาน โดยแบ่งความรับผิดชอบในการดูแลข้าราชการ 3 กลุ่ม กลุ่มเกษียณ กลุ่ม อบท และกลุ่มครู ส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่ รพ.ศรีพัฒน์ เนื่องจากสะดวก และนำไปเสร็จมาเบิกคืน ยินดีที่จะจ่ายค่าบริการที่เรียกเก็บเพิ่ม

3.2.1 ความเห็นต่อสิทธิประโยชน์เมื่อเทียบระหว่างก่อนและหลังความร่วมมือกับ สปสช. ในปี 2556

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สถานพยาบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเห็นที่สอดคล้องกัน

ข้อดี: จากการที่ สปสช. บริหารจัดการระบบจ่ายตรงสำหรับสมาชิก อบท. และผู้ใช้สิทธิร่วม ทำให้ลดภาระที่ต้องสำรองเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กที่มีงบประมาณน้อยแต่มีภาระค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก ขาดสภาพคล่องทางการเงิน รวมถึงความสะดวกในการเข้ารับบริการซึ่งเดิมหากเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในต้องมีหนังสือรับรองการมีสิทธิ (หนังสือส่งตัว) จากต้นสังกัดไปยื่นให้สถานพยาบาลก่อนเข้ารับการรักษา ในด้านโรงพยาบาล พบว่าเพิ่มความสะดวกในการเบิกคืนเงิน ไม่ต้องติดตามทวงหนี้การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

“เป็นหน่วยงานขนาดเล็ก มีเงินหมุนน้อย พอมีระบบนี้ช่วยให้ไม่ต้องกังวลว่าจะไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะถ้าเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคมะเร็ง”

“ตอนนี้ไม่ต้องกังวลว่าต้องเตรียมเงินให้พอเวลาไปหาหมอ”

“พอมีระบบเบิกจ่ายตรง ทำให้ รพ. ไม่ต้องคอยตามทวงหนี้ค่ารักษาพยาบาล และ สปสช. เบิกคืนเงินให้เร็ว”

ข้อเสีย: ความคิดเห็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเด็นปัญหาที่พบในบางพื้นที่ในช่วงแรกๆ ของการดำเนินการ พบว่าเกี่ยวข้องกับการขาดความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ เนื่องจากประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ยังไม่ทั่วถึง และสถานพยาบาลมีข้อกำหนดหรือนโยบายปฏิบัติที่แตกต่างกัน รวมถึงประสบการณ์ส่วนตัวของผู้ใช้บริการ ทำให้ผู้มีสิทธิมีความคิดเห็นในเชิงลบต่อการเข้ามาบริหารจัดการโดย สปสช. เช่น มีความเข้าใจว่าการอิงสิทธิการรักษาพยาบาลแบบข้าราชการ ทำให้ได้สิทธิลดลง เนื่องจากในอดีตมีประสบการณ์ที่เคยได้รับทั้งยาในบัญชียาหลักและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมถึงเวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์ต่างๆ แต่เมื่อเปลี่ยนมาใช้สิทธิเทียบเท่าสิทธิข้าราชการพลเรือน มีการควบคุมค่าใช้จ่ายเข้มงวดขึ้น นอกจากนี้ ระบบเบิกจ่ายตรงเป็นเรื่องใหม่สำหรับสมาชิก อบท. ซึ่งระบบเดิมไม่ต้องมีระบบการขึ้นทะเบียน ณ สถานพยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่การเงินของ อบท. ส่วนใหญ่ยังขาดประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับตรวจสอบใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล และรายการสิทธิประโยชน์ที่สามารถเบิกได้เนื่องจากมีรายละเอียดมาก ตัวอย่างประเด็นที่มีกล่าวถึง เช่น การขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงใช้เวลาค่อนข้างมาก และต้องขึ้นทะเบียนหลายโรงพยาบาลเนื่องจาก

ที่ทำงานและบ้านพัก และผู้ร่วมสิทธิ อยู่คนละพื้นที่ และต้องขาดงานหลายครั้ง เพราะหากไปใช้บริการโดยไม่ทำเรื่องเบิกจ่ายตรงที่โรงพยาบาลนั้นๆ ต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อน กรณีการเบิกจ่ายโดยใช้ใบเสร็จ ในช่วงแรกของการดำเนินการโดย สปสช. ยังคงมีความล่าช้า ซึ่งอาจเกิดจากปริมาณใบเสร็จที่มากเพราะเกือบทุกหน่วยงานยังมีส่วนหนึ่งของสมาชิกที่ยังไม่ไปขึ้นทะเบียนเบิกจ่ายตรงแต่มาใช้ใบเสร็จมาเบิก ปัญหากรณีเบิกจ่ายโดยใช้ใบเสร็จและต้องมีการเซ็นรับรอง ปัญหาในการตีความใบเสร็จของ สปสช.และโรงพยาบาลที่ไม่ตรงกัน เช่น โรงพยาบาลออกใบเสร็จโดยระบุยอดเงินที่เบิกได้ แต่เมื่อส่งเบิกไปที่ สปสช. ไม่สามารถเบิกได้ทั้งหมด นอกจากนี้ ยังมีความไม่เสถียรของข้อมูลสิทธิการรักษา เช่น สิทธิไม่สอดคล้องกับครั้งก่อนที่มาใช้บริการซึ่งระบุว่าเป็นสิทธิ อปท. แล้ว แต่ครั้งปัจจุบันสิทธิหายไป ทำให้ต้องสำรองเงินจ่าย หรือกรณีสิทธิหลักและสิทธิรอง ทำให้ผู้ใช้บริการกังวลว่าต้องสำรองจ่ายเงินในแต่ละครั้งหรือไม่ การใช้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล ต้องมีการสำรองจ่าย แม้ทำเบิกจ่ายตรงแล้ว

แต่ช่วงปีที 2 การบริหารจัดการของ สปสช. เริ่มดีขึ้น พยายามที่จะแก้ไขปัญหาให้อย่างรวดเร็ว การปรับระบบการปลดล็อกสิทธิที่ให้ปลายทางดำเนินการซึ่งลดความเสี่ยงต่อการไม่มีสิทธิระหว่างโยกย้ายที่ทำงาน แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีบางแห่งที่ระบุว่าระยะเวลาการได้รับเงินคืนกรณีเบิกใบเสร็จยังใช้เวลา 2-3 เดือน ซึ่งระบบเดิมใช้เวลาไม่เกิน 1 เดือน

ในส่วนของสถานพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลมองว่าความเสี่ยงทางการเงินมากขึ้น เพราะระบบผู้ป่วยในแบบใหม่จ่ายตาม DRG มีโอกาสขาดทุน ในขณะที่ระบบเดิมของสิทธิ อปท. สามารถเบิกคืนได้เต็ม และในอดีตการให้บริการจะได้เงินสด

3.2.2 ความเห็นต่อสิทธิประโยชน์เมื่อเทียบระหว่างสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในประเด็นต่างๆ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่มองว่าสิทธิประโยชน์ของสิทธิ อปท. ไม่แตกต่างจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพราะเป็นข้าราชการเหมือนกัน สำหรับผู้ที่เห็นว่ามีความแตกต่างกัน มีสาเหตุจากการจัดระบบบริการของโรงพยาบาล ในประเด็นการตรวจสอบสิทธิของผู้มารับบริการสิทธิ อปท. ที่เข้มงวดกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยจะพบในสถานพยาบาลบางแห่งในจังหวัดปทุมธานี นอกจากนี้เกิดจากความรู้ ความเข้าใจของผู้ให้บริการต่อสิทธิประโยชน์และความล่าช้าของการประกาศระเบียบฯ อัตราเบิกจ่ายของกระทรวงมหาดไทย

ในมุมมองของผู้ให้บริการ จากการสัมภาษณ์สถานพยาบาลทุกแห่งมองว่าสิทธิประโยชน์ของ อปท. ไม่มีความแตกต่างจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการ และคุณภาพบริการ นอกจากนี้ในส่วนของการเบิกจ่ายของทั้งสองสิทธิก็ใช้ระเบียบของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังเหมือนกัน อย่างไรก็ตาม การประกาศใช้เกณฑ์การอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ของสิทธิ อปท. มีความล่าช้ากว่าของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งหากมีการปรับปรุงให้สอดคล้องในช่วงเวลาเดียวกัน ขั้นตอนการขออนุมัติเบิกจ่ายที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและเป็นไปในทางเดียวกัน รวมถึงระบบฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันสำหรับผู้ให้บริการที่ต้องกรอกข้อมูล จะทำให้ระบบการเบิกจ่ายของ รพ.มีความสะดวกและมั่นใจมากขึ้น เพราะถ้าจ่ายไปโดยไม่ได้รับการอนุมัติคืน รพ.ต้องสูญเสียเงินส่วนนี้ที่ได้จ่ายยาให้กับผู้ป่วยไปแล้ว

สำหรับกรณี สมาชิก อปท.ที่มองว่าแตกต่าง ให้ความเห็น ดังนี้

“ไม่เท่ากัน มีปัญหาการเช็คสิทธิทุกครั้งที่ใช้บริการ” (อบจ.ปทุมธานี)

“รู้สึกว่ามี ความแตกต่าง ในการเข้ารับบริการ เมื่อเทียบกับสิทธิข้าราชการ เนื่องจากทุกครั้งที่ไปรับบริการ จะต้องไปตรวจสอบสิทธิก่อนทุกครั้ง และจุดสำหรับตรวจสอบสิทธิเป็นคนละจุดกับรับบัตรคิวเพื่อตรวจรักษา ทำให้เสียเวลาทุกครั้ง และสงสัยว่าทำไมจะต้องตรวจสอบสิทธิทุกครั้ง” (เทศบาลเมืองปทุมธานี)

“สิทธิไม่เท่าข้าราชการพลเรือน เช่น หาก อปท. ไปเอกชน เบิกได้ 3000 บาท ข้าราชการพลเรือนเบิกได้ 8000 บาท และค่าห้องพิเศษ/คืน อปท. เบิกได้ 600 บาท ข้าราชการพลเรือนเบิกได้ 1000 บาท เพราะ อปท. ยังต้องอิงระเบียบกระทรวงมหาดไทย” (เทศบาลนครรังสิต)

“ขั้นตอนต่างๆ ยุ่งยากกว่าข้าราชการพลเรือน เช่น การที่ต้องรับรองสิทธิ เช็คสิทธิ เสียเวลาเยอะ โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ใช้สิทธิร่วม เช่น รพ. ธรรมศาสตร์ รพ. ภูมิพลฯ” (เทศบาลนครรังสิต)

“การตั้งเบิก กรณีที่ไม่ใช่เบิกจ่ายตรงต้องมีการเซ็นรับรอง วุ่นวาย บางที่มองว่าสิทธิ อปท. น้อยกว่า สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย เพราะมักจะต้องการจ่ายเงินเองด้วย เช่น การเจาะเลือด อุปกรณ์สำหรับหัตถการเจาะขึ้นเนื้อเต้านม การตรวจบางอย่าง เช่น MRI scan รพ. ให้คนใช้สำรองจ่ายก่อน” (เทศบาลนครรังสิต)

“บางสถานพยาบาลไม่ให้ อปท. ไปขึ้นทะเบียนจ่ายตรง หากยังไม่ป่วย เช่น สถาบันมะเร็ง” (เทศบาลนครรังสิต)
 “สำหรับข้าราชการ กรณีผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า ประมาณ 80 รายการ มีเอกชนเข้าร่วม และมีรายละเอียดการร่วมจ่าย แต่ อปท. ไม่มี” (เทศบาลนครรังสิต)
 “ตัวเองมีสิทธิ อปท. และสามีมีสิทธิข้าราชการ เวลาไปใช้บริการที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่พูดว่า คุณจะใช้สิทธิที่สูงกว่าหรือเปล่า แสดงว่าเจ้าหน้าที่เห็นว่าสิทธิไม่เท่ากัน” (เทศบาลนครรังสิต)
 “ระเบียบการอนุมัติสิทธิประโยชน์ที่ล่าช้ากว่าข้าราชการพลเรือน บางครั้งนายทะเบียนก็ไม่แน่ใจว่า ประกาศดังกล่าวใช้ได้แล้วยัง” (เทศบาลนครเชียงใหม่)

3.2.3 การกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการสิทธิประโยชน์โดยส่วนกลาง และพื้นที่

พบว่า นโยบายที่เกี่ยวข้องทั้งหมดถูกกำหนดจากกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และส่งหนังสือแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่และสถานพยาบาล กรมการปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้กำหนดแนวปฏิบัติขั้นตอนในการดำเนินการใดๆ ไม่มีระบบการติดตาม รวมถึงกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นของจังหวัดไม่ได้ประสานงานหรือสื่อสารกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ การดำเนินการทุกอย่างให้เป็นไปตามระบบของ สปสช. ทั้งหมด ตั้งแต่การเรียกประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวปฏิบัติของระบบเบิกจ่ายตรง การอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายตรง และการประสานงานช่วยเหลือ ตอบคำถาม/ข้อสงสัย การบริหารกองทุนของ สปสช. ทั้งนี้ยังพบปัญหาอยู่บ้างในด้านความรวดเร็วในการตรวจเอกสารส่งเบิกส่วนกลาง สปสช. แต่ละเขต บางเขตดำเนินการได้เร็ว ในขณะที่บางเขตดำเนินการช้า เพราะเจ้าหน้าที่มีน้อย และไม่มีประสบการณ์ ทำให้ตรวจช้า บางครั้งตอบคำถามไม่ชัดเจน

ในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบการเบิกจ่ายกรณีใบเสร็จจากสถานพยาบาล ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านสาธารณสุข ในขณะที่รายการเบิกมีจำนวนมาก มีความซับซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงของระเบียบ ซึ่งเป็นการแจ้งทางเอกสารราชการ บางครั้งเอกสารส่งไม่ถึงหน่วยงาน หรือได้รับข้อมูลล่าช้า จึงมีความผิดพลาดในการตั้งเบิกสำหรับใบเสร็จ ตลอดจนทำให้ไม่การตอบคำถามและการชี้แจงบุคลากรในหน่วยงานได้อย่างชัดเจน

ในส่วนของโรงพยาบาล การชี้แจงแนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงได้รับทราบข้อมูลจากการประชุมชี้แจงของ สปสช. สำหรับระเบียบการเบิกจ่ายได้รับหนังสือแจ้งจากกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น (ส่วนกลาง) แต่พบปัญหาหนังสือล่าช้า และในช่วงแรกของการดำเนินการ มีปัญหาการส่งการไม่ตรงกันของหน่วยงานที่ดูแลเรื่องสวัสดิการ ทำให้โรงพยาบาลเกิดความสับสนด้านการบริหารจัดการสิทธิประโยชน์

3.2.4 กลไก การประสานงานระหว่างหน่วยงานส่วนท้องถิ่น และสถานพยาบาล และ สปสช.

การประสานงานตั้งแต่ระดับส่วนกลางและระดับท้องถิ่น ใช้การแจ้งข้อมูลทางหนังสือราชการเป็นหลัก และมีการประชุมภายในของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงบางแห่ง ซึ่งดำเนินการเพียงปีละ 1-2 ครั้ง ทำให้การรับรู้สิทธิประโยชน์ และความเข้าใจข้อมูลสิทธิประโยชน์ของสมาชิก อปท. อาจไม่ทันนัก การจัดประชุมโดย สปสช. เน้นการชี้แจงเกี่ยวกับระบบนายทะเบียน, scan เอกสาร, ระบบ E-claim แต่ไม่มีเอกสารชี้แจง ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิ ขั้นตอนต่างๆ แม้ว่าปัจจุบันจะมีคู่มือแนวปฏิบัติ แต่ส่วนใหญ่จะทราบเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องในการทำหน้าที่เบิกจ่าย ในขณะที่ สมาชิก อปท. อื่นๆ ไม่ค่อยทราบ ไม่ค่อยมีการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการเบิกจ่ายของ อปท. พยายามแก้ปัญหาต่างๆ โดยอาศัยช่องทางการบริหารจัดการผ่าน สปสช.เขต ตลอดจนการตั้งกลุ่มของเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ทำหน้าที่เบิกจ่ายซึ่งมีประสบการณ์สูงคอยเป็นที่ปรึกษาให้ อปท. ขนาดเล็กที่เจ้าหน้าที่ใหม่ ไม่มีประสบการณ์ ทำให้ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา การประสานงานและการให้คำตอบแก่ อปท. และสถานพยาบาลรวดเร็วมากขึ้น

“ในบางพื้นที่มี line group ที่ครู ก เข้ามาตอบคำถาม ทำให้สามารถแก้ปัญหาที่พบไปได้” (หมายเหตุ ครู ก หมายถึงเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ทำหน้าที่เบิกจ่ายซึ่งมีประสบการณ์สูง)

“บางอันไม่รู้ก็ถามเจ้าหน้าที่การเงิน หากไม่แน่ใจจะเปิดระเบียบการเอาหรือโทรไปถาม สปสช.”

“โรงพยาบาลบางแห่งไม่เข้าใจ ออกเอกสารให้ไม่ครบถ้วน เช่น เลขรหัสเบิกทำให้เกิดความล่าช้าในการตามเอกสาร”

3.2.5 การติดตามประเมินผลการดำเนินการเบิกจ่ายตรงของโรงพยาบาล

ในปี 2558 พบว่า สปสช. มีการติดตามประเมินผลระบบการเบิกจ่ายตรงของโรงพยาบาล โดยสุ่มเวชระเบียนของโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หากพบกรณีที่มีปัญหาจะแจ้งกลับและให้โรงพยาบาลสามารถทำเรื่องอุทธรณ์ตัวอย่างเช่น กรณี รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ มีการสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยนอก 300 ราย และพบว่า มี 22 ราย ที่มีปัญหาการเบิกจ่าย โดย สปสช. แจ้งว่า จ่ายยาไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ เช่น ผู้ป่วยได้รับยา NSAIDs แต่ไม่มีการระบุการวินิจฉัยโรคใน OPD card หรือกรณีแพทย์ระบุว่าใช้ยาตัวอื่นไม่ได้ผล จึงเลือกจ่ายดังกล่าว ทาง สปสช. แจ้งว่าไม่มีหลักฐานการใช้ยาอื่นที่ไม่เป็นผล และจะเรียกเก็บเงินคืน นอกจากนี้มีการสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยใน 100 ราย ซึ่งทาง รพ.สะท้อนว่า ค่อนข้างมีรายละเอียดปลีกย่อยกว่ากรมบัญชีกลางซึ่งให้ความสำคัญกับการรักษาในผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง ในช่วงเวลาเดียวกัน รพ.สันป่าตอง ซึ่งเป็น รพ. ขนาด 120 เตียง ถูกเรียกสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยใน 50 ราย รพ.จอมทอง ซึ่งเป็น รพ. ขนาด 210 เตียง ถูกเรียกสุ่มตรวจเวชระเบียนเช่นกัน

3.2.6 การปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาระบบบริการ

สปสช. ได้ขยายให้ รพสต.ที่มีความพร้อม สามารถเบิกจ่ายตรงได้ ซึ่งจากการดำเนินงานมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมเข้าร่วมนำร่องในระบบเบิกจ่ายตรง ในหลายจังหวัด เช่น นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี อ่างทอง เชียงใหม่ โดยจัดให้มีการอบรม ระบบการลงทะเบียนผ่านโปรแกรม (สแกนนิ้ว) NHSO Client การจัดทำบัญชีข้อมูลยา (Drug catalogue) สิทธิประโยชน์/หลักเกณฑ์เงื่อนไขการเบิกจ่ายสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/พนักงานส่วนท้องถิ่นฯ และการเบิกจ่ายในโปรแกรม E-Claim หน่วยบริการสามารถบันทึกข้อมูลการขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จาก สปสช. ผ่านทางโปรแกรมฯ ได้อย่างถูกต้อง และทั้งนี้ สปสช. จัดให้มีเกณฑ์การพิจารณาเพื่อรับรองโดยมีการลงมาเยี่ยมสำรวจ ซึ่งผู้อำนวยการ รพสต. (รพ.ชุมชน ดอนแก้ว) ได้ให้ความเห็นว่า หน่วยบริการ รพสต. ที่จะรับเบิกจ่ายตรงได้ จำเป็นต้องมีการบริหารงานที่ยึดหลักธรรมาภิบาล เพราะมีความเสี่ยงสูงต่อการคอร์รัปชัน และจำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานเบิกจ่ายตรง และคำนึงถึงสภาพคล่องทางการเงิน

สำหรับมุมมองของโรงพยาบาล เห็นว่า สปสช. มีความพยายามที่จะรีบแก้ไขปัญหาเร่งด่วนมาตลอดช่วง 2 ปี (ตั้งแต่เริ่มดำเนินการ)

3.2.7 ปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการ การเบิกจ่าย และอื่นๆ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัญหาหลักที่พบในช่วงแรกๆ คือ ความล่าช้าในการเบิกจ่าย กรณีที่ไม่ใช่การเบิกจ่ายตรง ระบบการตรวจสอบสิทธิที่โรงพยาบาลบางแห่ง ความยุ่งยากของระบบการตั้งเบิกในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ การขึ้นทะเบียนที่ต้องไปทำเรื่องในเวลาราชการ และความไม่สะดวกในการที่ต้องไปขึ้นทะเบียนหลายที่ ตลอดจนระบบทะเบียน กรณีที่มีการย้ายที่ทำงาน กรณีข้าราชการบำนาญที่มีการโอนย้ายไปรับเงินเดือนที่อื่น แต่สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลยังอยู่ที่เดิมทำให้เป็นภาระในการจัดการของเจ้าหน้าที่การเงิน ไม่มีแบบฟอร์มสำหรับกรอกข้อมูลเพื่อขึ้นทะเบียน การใช้สิทธิหลักและสิทธิรองยังไม่เอื้อต่อบางกรณี เช่น สิทธิของลูกที่พ่อแม่หย่าร้าง การกำหนดประเภทของสถานพยาบาลที่เบิกจ่ายตรง สิทธิประโยชน์ ความแตกต่างของระบบบริการของแต่ละโรงพยาบาล และระบบการเชื่อมข้อมูลระหว่าง สปสช. โรงพยาบาล และงานทะเบียนราษฎร์

ตัวอย่างความคิดเห็นในแต่ละประเด็น ดังแสดงด้านล่างนี้

1) ความล่าช้าในการเบิกจ่ายกรณีที่ไม่ใช่การเบิกจ่ายตรง

“ในช่วง 1 ปีแรก ยังคงมีความล่าช้าเรื่องเบิกใบเสร็จ เพราะ กว่า สปสช. จะตรวจ 1 ใบเสร็จ 1 คำร้อง แต่ไม่ได้อนุมัติทั้งหมด เช่น 1 ชุดคำร้องมี 3 ใบเสร็จ แต่ส่งเงินคืนใบเสร็จเดียว ซึ่งเลขที่ใบคำร้องเดียวกันต้องทำใบ รบ. ใหม่ ทั้งที่ส่งเรื่องไปพร้อมกันแต่เงินได้ไม่พร้อมกัน ซึ่งเลขคำร้องเดียวกัน ทำให้สแกนใบเสร็จที่เหลือไม่ได้ มันจะบอกว่าอนุมัติไปแล้ว จึงแก้ไขโดยการ เบิกหนึ่งต่อหนึ่งทำให้เอกสารเยอะ โดยเฉพาะใบเสร็จเกี่ยวกับการนัดจะเยอะมาก เช่น นัด 1 สัปดาห์ 3 ครั้ง ใน 1 เดือนก็จะเป็น 12 ครั้ง รวมเป็น 12 ใบเสร็จต่อคน” (เทศบาลขอนแก่น)

“การสำรองจ่ายแล้วเบิกในกรณีที่เป็นโรครุนแรงมีความล่าช้า แต่ในบางกรณีมีความรวดเร็ว เช่น สิทธิประโยชน์เกี่ยวกับทันตกรรม” (อบจ.ขอนแก่น)

“สแกนเรื่อง, ตรวจสอบ และอนุมัติช้า เมื่ออนุมัติแล้ว สปสช. จะโอนเงินไปบัญชีเทศบาลแล้วเทศบาลจะไปโอนเข้าบัญชีเจ้าหน้าที่ที่ขอเบิก” (เทศบาลน้ำพอง)

“ระบบใบเสร็จเบิกจ่าย ใช้เวลา 2-3 เดือน” (อปท.หนองสามวัง)

“ใบเสร็จเบิกจ่ายล่าช้า หลายเดือน (6-7 เดือน) ซึ่งเคยสะท้อนไปที่ สปสช. แล้ว เพราะ ระเบียบกำหนดว่าจริงๆ แล้วต้องแล้วเสร็จภายใน 30 วัน” (เทศบาลนครรังสิต)

“กรณีที่ต้องมีใบเสร็จจากเคสิลียร์ ระบบไม่สร้างความมั่นใจว่าจะได้เงินคืนเมื่อใด เพราะตอนนี้บาง case นานประมาณ 2 เดือน ซึ่งถ้าเป็นสมัยก่อน จะมั่นใจได้เลยว่าจะได้เงินคืนภายในสิ้นเดือนแน่นอน ทำให้สามารถวางแผนการใช้จ่ายเงินได้ หรือบางครั้งต้องไปหยิบยืมเงินคนอื่น” (เทศบาลเมืองปทุมธานี)

“อยากให้มีการเคลียร์เงินคืนเร็ว” (เทศบาลนครเชียงใหม่)

2) ระบบการตรวจสอบสิทธิที่โรงพยาบาลบางแห่ง

“ขั้นตอนต่างๆ ยุ่งยากกว่าข้าราชการพลเรือน เช่น การที่ต้องรับรองสิทธิ เช็กสิทธิ เสียเวลาเยอะ โดยเฉพาะกับผู้ป่วยอายุ โรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ใช้สิทธิร่วม เช่น รพ.ธรรมศาสตร์ รพ.ภูมิพล” (เทศบาลนครรังสิต)

“อปท. มีปัญหาในการใช้บริการ เพราะต้องมีการเช็กสิทธิทุกครั้งที่ใช้บริการ แม้เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาต่อเนื่องที่ รพ. เดิมตลอด และบาง รพ. ให้เช็กสิทธิได้เฉพาะ 7.00 – เวลาราชการ (รพ.ธรรมศาสตร์) ทำให้เสียเวลามาก เพราะต้องเข้าคิวเช็กสิทธิก่อน จึงสามารถเข้าคิวตรวจได้ ไม่เหมือนข้าราชการพลเรือนที่ไม่ต้องเช็กสิทธิ บาง รพ. อาจดีหน่อยให้เช็กสิทธิได้ 24 ชม (รพ.ปทุมธานี) แต่ยังไม่ถึงกับรู้สึกรำคาญเท่าที่ข้าราชการพลเรือน หรืออาจเป็นเพราะข้อมูล อปท. ไม่นิ่ง ทำให้ต้องมีการเช็กสิทธิตลอด” (อปท.หนองสามวัง)

“การไปใช้บริการนอกเวลา บาง รพ. ที่ไม่มีการเช็กสิทธินอกเวลา ทำให้ต้องสำรองจ่ายและมาตั้งเบิก ซึ่งไม่สะดวก และได้เงินช้า ซึ่งจริงๆ แล้ว ในเวลาทำงาน ครูและเจ้าหน้าที่ไม่สะดวกที่จะไปใช้บริการ” (อบจ. ปทุมธานี)

“ทุกครั้งที่ไปรับบริการ จะต้องไปตรวจสอบสิทธิ์ก่อนทุกครั้ง และจุดสำหรับตรวจสอบสิทธิ์เป็นคนละจุดกับรับบัตรคิวเพื่อตรวจรักษา ทำให้เสียเวลาทุกครั้ง และสงสัยว่าทำไมจะต้องตรวจสอบสิทธิ์ทุกครั้ง” (เทศบาลปทุมธานี)

3) การตั้งเบิกสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่

“กรณีที่มิใช่เบิกจ่ายตรงต้องมีการเซ็นรับรอง วนวาย” (เทศบาลนครรังสิต)

“เอกสารที่ประกอบการ key ข้อมูล ลายเซ็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีชัดเจนแน่นอน เปลี่ยนไปมา ทำให้ผู้ปฏิบัติสับสน จำนวนใบเสร็จที่ key ไป มีใบเสร็จที่ค้าง” (เทศบาลปทุมธานี)

4) การขึ้นทะเบียนและระบบทะเบียน

“อยู่ห่างไกล มีปัญหาในการเข้าถึงบริการ การต้องพาผู้ร่วมใช้สิทธิ ทำเรื่องเบิกจ่ายตรง”

“อยากให้มีระบบคือบัตรเดียวใช้ได้บริการ รพ. ตามสิทธิได้ทุกที่ และควรขยายเขตบริการมากขึ้น เพราะทำงานที่หนึ่ง แต่อาจพักอาศัยอีกที่หนึ่ง”

“การไปลงทะเบียนเบิกจ่ายตรง กำหนดให้ไปทำเฉพาะในเวลาราชการ ไม่สะดวก และต้องเดินทางไปทำที่โรงพยาบาล ซึ่งคนส่วนใหญ่ไม่ค่อยอยากไป โดยเฉพาะตอนที่ไม่ได้เจ็บป่วย”

“การที่ต้องไปขึ้นทะเบียนหลายที่ ไม่สะดวก อยากให้เป็นระบบ online ”

“ระบบทะเบียนสำหรับ หน่วยงานที่มีคนย้ายเข้าออกบ่อย มีปัญหาเรื่องเมนู สปสช. ที่ให้รับย้ายปลายทาง และ เนื่องจากการย้ายจากท้องถิ่นหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง โดยสิทธิ อปท. เหมือนเดิม ไม่ควรให้ยุ่งยากจึงอยากให้มีการ เพิ่มเมนูย้ายจากต้นทางได้ด้วยหรือมีการเชื่อมโยงเครือข่าย เนื่องจากบางกรณีเกิดช่องว่างระหว่างสิทธิว่าควรขึ้นกับ เขตใดในการเบิก”

“การไม่มีแบบฟอร์มที่ให้ผู้ที่เป็นข้าราชการใหม่กรอกข้อมูลเพื่อขึ้นทะเบียน ทำให้นายทะเบียนแต่ละแห่งต้อง ออกแบบเอง และไม่แน่ใจว่าครบถ้วนตามที่ สปสช.กำหนดหรือไม่ และเกรงว่าที่ สปสช. บอกว่า จะมาสุ่มตรวจ และ หากหลักฐานไม่ถูกต้อง จะเป็นปัญหากับนายทะเบียนได้ และพบปัญหาเช่น นายทะเบียนไม่สามารถตรวจสอบ ข้อมูลได้ชัดเจน ว่าข้อมูลที่ทางผู้มีสิทธิกรอกไว้ มีความบิดเบือนหรือไม่ เช่น กรณีคู่สมรส ที่หย่ากันแล้วเป็นต้น จึงมี ความกังวลหากรับรองสิทธิไม่ถูกต้อง”

“กรณีข้าราชการบำนาญ ที่โอนย้ายไปรับเงินเดือนที่อื่นแล้ว ควรให้เขาได้โอนไปใช้สิทธิเบิกที่รับเงินเดือนใหม่ เพราะปัจจุบันมีค่อนข้างมาก และเป็นภาระที่ต้องส่งไปรษณีย์ ไปให้ ไม่สะดวกทั้งผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ให้บริการ”

“อยากเสนอให้มีการพิจารณาบางกรณี เช่น ลูก มีพ่อเป็นสิทธิหลัก แต่เมื่อหย่าร้างแล้ว แม่อยากให้เปลี่ยนมาใช้สิทธิ อปท. ของแม่ แต่ในทางระบบทำไม่ได้ ควรมีช่องทางให้เป็นทางเลือกแก่ผู้ใช้สิทธิ หรือกรณี ภรรยาสิทธิ ประกันสังคม และออกจากงานแล้ว และในช่วง 6 เดือนหลังจากออกจากงานใกล้คลอด จึงอยากใช้สิทธิ อปท. เนื่องจาก ไปฝากท้องกับ รพ.ที่จะเบิกจ่ายตรง แต่ทำไม่ได้ ทั้งที่คนไข้มีความสะดวกไปใช้บริการมากกว่า”

“ควรปรับปรุงระบบการตัดซื้อ เช่น อายุเกิน 20 ปี ควรมีช่วงระยะเวลาที่ให้อาสาสมัครส่งเบิกได้ หากเหตุการณ์เกิดก่อน อายุ 20 ปี หรือกรณีเสียชีวิต และถูกตัดซื้อออกจากระบบไป ทั้งที่ยังมีภาระค่ารักษาพยาบาลที่ค้างจ่ายอยู่”

5) การกำหนดประเภทสถานพยาบาลที่เบิกจ่ายตรงได้

“หน่วยให้บริการ เช่น รพสต. หน่วยบริการของเทศบาล วิทยาลัยสาธารณสุข ควรเบิกจ่ายตรงได้สำหรับการใช้ บริการผู้ป่วยนอก เนื่องจาก สมาชิก อปท. และผู้มีสิทธิ์ร่วม ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ที่ควรให้ใช้บริการในพื้นที่ เพราะ ผู้ใช้บริการจะได้สะดวก ลดความแออัดของโรงพยาบาล และลดภาระของหน่วยงานในการเคลียร์ใบเสร็จเบิก”

“รพสต. หลายแห่ง ก็จ่ายยาให้ข้าราชการและพนักงานส่วนท้องถิ่น โดยไม่ได้เรียกเก็บเงิน เพราะทำงานด้วยกัน ซึ่ง ค่ายาก็ไม่มาก แต่ผู้มาใช้บริการไม่ยินยอมสำรองจ่ายก่อน รพสต. ก็จะจ่ายเงินอื่นๆ มาชดเชยค่าใช้จ่ายส่วนนี้”

6) สิทธิประโยชน์

“ระบบที่ระเบียบการอนุมัติสิทธิประโยชน์ที่ล่าช้ากว่า ข้าราชการพลเรือน บางครั้งนายทะเบียนก็ไม่แน่ใจว่า ประกาศดังกล่าวใช้ได้แล้วยัง”

“สิทธิประโยชน์ เช่น การใส่ฟันเทียม กรณีฟันหักจากอุบัติเหตุ ควรให้เบิกได้ เพราะเป็นปัญหาสุขภาพ ไม่ใช่ความ งาม และมีค่าใช้จ่ายสูง”

“ค่ารักษาพยาบาลบางรายการ ยังไม่เข้าสู่ระบบจ่ายตรง เช่น ค่าตรวจสุขภาพประจำปี ค่ารักษาเกี่ยวกับทันตกรรม ค่าแผนไทย (แบบที่มีใบรับรองแนบ) ทำให้ผู้ใช้บริการต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อน แล้วเบิกได้ช้า”

“ค่าตรวจ lab นอก ไม่ควรให้ผู้ใช้บริการต้องสำรองเงินจ่ายก่อน”

“อยากให้มีการดำเนินการเรื่องสิทธิประโยชน์อย่างรวดเร็ว ไม่มีสิทธิติดค้าง เช่น ในกรณีการคลอดบุตรควรให้บุตรมี สิทธิทันที เพราะหากบุตรที่เกิดใหม่มีปัญหาสุขภาพควรทำการเบิกจ่ายได้เลย”

7) ความแตกต่างของระบบบริการของแต่ละโรงพยาบาล

“ระยะเวลาในการอนุมัติให้ใช้สิทธิ พบว่าบางแห่ง สามารถใช้สิทธิได้เลยทันที ในขณะที่บางแห่งต้องรอเวลาในการ อนุมัติสิทธิ 15 วัน”

“รพ.บางแห่ง ถ้าเป็นคลินิกนอกเวลา จะให้สำรองเงินก่อนและนำไปเสร็จมาเคลียร์เบิก”

“ขาดความเชื่อมโยงของข้อมูลของผู้ป่วยในแต่ละจุดบริการของโรงพยาบาล เช่น รพ.บางแห่งจะต้องยื่นบัตร ประชาชน ณ จุดจ่ายเงินเพื่อตรวจสอบสิทธิอีกครั้ง (รพ.ธรรมศาสตร์)”

8) การเชื่อมโยงของข้อมูล

“การเชื่อมฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์กับ สปสช. เช่น กรณีที่เปลี่ยนชื่อ นามสกุล ที่ทะเบียนราษฎร์แล้ว แต่ชื่อสกุล ในฐาน สปสช. ไม่เปลี่ยน ทำให้ชื่อไม่ตรงกัน ใช้สิทธิไม่ได้”

“ระบบคอมพิวเตอร์ ฐานข้อมูล ของโรงพยาบาลกับ สปสช. เหมือนไม่เสถียร เช่น บางวันเช็คว่ามีสิทธิแล้ววันถัดๆ ไป สิทธิหาย”

“บาง รพสต. มีปัญหาการเบิกจ่าย เนื่องจากการเปลี่ยนชื่อ รพสต. แต่ในฐานข้อมูลของ สปสช. ชื่อไม่ตรงทำให้เบิกไม่ได้”

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์โรงพยาบาล พบว่ามีปัญหาในช่วงแรกๆ ที่ สปสช. มาบริหารจัดการ เช่น ปัญหาสิทธิซ้ำซ้อน ความล่าช้าในการเบิกจ่ายเงินคืน ขั้นตอนการตรวจสอบสิทธิ ทั้งนี้ รพ.พยายามอำนวยความสะดวกในด้านการลดขั้นตอนการตรวจสอบสิทธิของผู้มารับบริการ ปัญหาการประกาศระเบียบการเบิกจ่ายที่ล่าช้ากว่ากรมบัญชีกลาง ทำให้ผู้ให้บริการไม่มั่นใจว่าจะได้รับเงินคืนหรือไม่ รวมถึงแนวปฏิบัติของการเบิกจ่ายยาราคาแพง เช่น ยาควบคุมเฉพาะ OCPA และยา มะเร็ง ซึ่งมีความล่าช้าและเจ้าหน้าที่ สปสช. ไม่แม่นยำในระเบียบฯ ทำให้เกิดปัญหาการเบิกจ่าย ทั้งนี้ รพ.มองว่าปัจจุบันระบบดังกล่าวไม่ค่อยมีปัญหาแล้ว และค่อนข้างสะดวก ได้เงินคืนรวดเร็ว

ตัวอย่างความคิดเห็น ดังแสดงด้านล่างนี้

“ปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนซึ่งทำให้สถานบริการไม่สามารถเบิกเงินได้ จึงต้องประสานทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำการแก้ไขสิทธิจึงเบิกเงินคืนได้”

“การเบิกจ่ายจาก สปสช. ได้เดือนละ 2 ครั้ง ช่วงต้น และปลายเดือน แต่ schedule ไม่แน่นอน มีผลต่อ cash flow ของ รพ. (รพ.ธรรมศาสตร์)”

“Case ที่มีปัญหาคือ มะเร็ง ยาราคาแพง 2-3 ล้านบาท ต้องทำ pre authorization แต่ช่วงแรก รพ.ไม่รู้ เพราะ สปสช. ไม่ได้ประชาสัมพันธ์โดยตรง แต่ให้ข้อมูลทาง internet (รพ.ขอนแก่น ปทุมธานี)”

“ระบบสิทธิประโยชน์ไม่พัฒนาได้ทันตาม สกส. และเจ้าหน้าที่ สปสช. ไม่แม่นยำในระเบียบฯ ตัวอย่างที่พบปัญหาคือ ยามะเร็งที่ใช้ในกรณีปลูกถ่ายไตได้ ซึ่งโดยประกาศพบว่า อปท. สามารถใช้ได้ ซึ่งแพทย์ได้สั่งจ่ายแล้ว แต่เมื่อจะลงข้อมูล ไม่สามารถลงข้อมูลได้ โดย สปสช. จ่ายเป็น DRG ให้ ซึ่งปัจจุบันกำลังทำเรื่องอุทธรณ์ ภาระค่าใช้จ่ายดังกล่าว รพ.รับผิดชอบ หากไม่ได้คืนจะสูญเสียเงินนี้ไป ซึ่งหากมีปัญหาแบบนี้บ่อยๆ ทาง รพ.คงอาจจะไม่กล้าที่จะให้ยาคนไข้ได้”

“การติดต่อประสานงานกับ สปสช. ยาก รพ. ต้องรู้ชื่อ และเบอร์โทร contact person เพื่อติดต่อเป็นประจำ”

3.2.8 ปัจจัยที่มีคาดว่าจะมีผลให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยสิทธิ อปท. ต่างจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

จากการสัมภาษณ์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจัยที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องได้แก่ อายุที่อยู่ในช่วงวัยทำงาน ไม่ค่อยเจ็บป่วย สะดวกในการไปรับบริการนอกเวลาราชการ ยอมจ่ายเงินเองหรือซื้อประกันเอกชน สถานพยาบาลบางแห่งเสนอให้เลือกใช้สิทธิประกันชีวิต เลือกใช้สถานพยาบาลใกล้บ้านกรณีอาศัยอยู่นอกเขตเมือง คนในครอบครัวมีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จึงไม่ได้ใช้สิทธิ อปท. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์

ตัวอย่างความคิดเห็น ดังแสดงด้านล่างนี้

“สมาชิก อปท. ยังอายุอยู่ในช่วงวัยทำงานตอนต้น ไม่ค่อยเจ็บป่วย แม้ว่าขึ้นทะเบียนแล้ว และมีส่วนหนึ่งที่ยังไม่ไปขึ้นทะเบียนเนื่องจากขั้นตอนยุ่งยาก เสียเวลานาน และต้องไป รพ.ทุกแห่งที่จะเลือกไปใช้บริการ”

“สมาชิก อปท. บางคนยอมจ่ายเงินเอง หรือซื้อประกันเอกชนแล้วใช้สิทธิ รพ.เอกชน หรือสะดวกไปใช้บริการนอกเวลาราชการ เพราะต้องการความสะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องเสียเวลาทำงาน หรือขาดงาน โดยเฉพาะสมาชิก อปท. ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง เพราะโรงพยาบาลรัฐมีผู้ป่วยมารับบริการหนาแน่น”

“สมาชิก อปท. ที่อาศัยนอกอำเภอเมือง เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐใกล้บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลจังหวัด”

“คนอื่นๆ ในครอบครัวมีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทำให้ต้องใช้สิทธิดังกล่าวก่อนสิทธิ อปท.”
 “ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษายาบาล สิทธิประโยชน์ ยังมีไม่เพียงพอ การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ไม่ดีเท่าที่ควร”
 “ผู้ที่ใช้สิทธิร่วม มักไม่ค่อยรู้สิทธิ ไม่ค่อยไปใช้บริการ บางคนคิดว่าถ้าใช้สิทธิรักษายาบาล ลูกอาจถูกไล่ออกจากงาน”
 “รพ. บางแห่งมีการสอบถามคนไข้ ว่ามีสิทธิประกันชีวิตหรือไม่ และให้ใช้สิทธิประกันชีวิตก่อน”

จากการสัมภาษณ์สถานพยาบาล ปัจจัยที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องสอดคล้องกับความคิดเห็นของสมาชิก อปท. ในด้านโครงสร้างประชากร สำหรับประเด็นเพิ่มเติม ได้แก่ ระบบการเบิกจ่ายแบบเดิมไม่เข้มงวด สามารถเบิกคืนได้เต็มจำนวน แต่ระบบเบิกจ่ายตรงที่อิงตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีความเข้มงวดมากขึ้น

ตัวอย่างความคิดเห็น ดังแสดงด้านล่างนี้

“โครงสร้างประชากรของสมาชิก อปท. ส่วนใหญ่กระจายอยู่ในกลุ่มที่อายุน้อย ไม่ค่อยเจ็บป่วย เพราะหากเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลที่ รพ. ให้บริการไม่แตกต่างกันในทั้งสองสิทธิ”
 “วิธีการเบิกจ่าย แต่เดิม รพ. จะได้เงินเต็มจำนวนตามที่ให้บริการ แต่ในปัจจุบัน สปสช. จ่ายตาม RW ซึ่งน้อยกว่าที่ให้บริการ”
 “ระบบการเบิก ที่เดิมให้ อปท. แต่ละแห่งทำเรื่องเบิกเอง ซึ่งอาจมีรายการ ที่ไม่ควรเบิกได้แต่ได้เบิก และปัญหาสิทธิซ้ำซ้อนที่ตรวจสอบไม่ได้ แต่พอมี สปสช. และระบบตรวจสอบ ทำให้ตรงนี้ลดลง”

3.2.9 ประเด็นที่ต้องการให้พัฒนา

3.2.9.1 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีประเด็นที่ต้องการให้พัฒนา ดังนี้

ระบบบริหารจัดการ

- 1) ระบบการขึ้นทะเบียน ควรสามารถใช้สิทธิได้ทันที และระบบตรวจสอบสิทธิเมื่อใช้บริการทุกครั้งควรมีขั้นตอนที่รวดเร็ว
- 2) แก้ไขปัญหาการเบิกของข้าราชการบำนาญ โดยเฉพาะกรณีที่มีการโอนย้ายไปรับเงินบำนาญที่อื่น ควรให้ทำเรื่องเบิกจ่ายตรงโดยหน่วยงานที่ข้าราชการบำนาญโอนย้ายไปรับเงินบำนาญ
- 3) แก้ไขระบบทะเบียน กรณีการย้ายที่ทำงานแต่ยังคงเป็นงานส่วนท้องถิ่นอยู่ หากจะใช้ รพ.เดิม ไม่ควรต้องไปขอขึ้นทะเบียนใหม่
- 4) สามารถทำเรื่องเบิกจ่ายตรง ณ รพ.แห่งเดียว และใช้สิทธิได้ใน รพ. ทุกแห่ง
- 5) ควรมีการประชุมชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยให้ทุกฝ่ายเข้าร่วมประชุม และ สปสช. มีการประสานงานที่ดีกับโรงพยาบาล
- 6) ควรดูแลไม่ให้เกิดความแตกต่างในการบริหารจัดการของโรงพยาบาลเรื่องการออกใบเสร็จที่ให้มีมาตรฐานเพื่อความสะดวกในการเบิกคืนค่ารักษาพยาบาล การขึ้นทะเบียนและการใช้สิทธิได้รวดเร็ว ความชัดเจนของรายการที่ต้องสำรองจ่าย เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 7) ควรเพิ่มความรวดเร็วในการตรวจสอบใบเสร็จและเบิกจ่ายคืน รวมถึงกรณีที่มีการยื่นอุทธรณ์
- 8) ควรมีระบบการตรวจสอบ กรณีไปใช้สิทธิเอกชน เนื่องจากมีบางรายเลือกไปใช้บริการเอกชน ทั้งที่ไม่ได้ผูกเงินและนำไปเสร็จมาเบิก
- 9) หน่วยงานกรมการปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนกลางควรติดตามผล ช่วยเหลือ แก้ปัญหา และประสานงาน
- 10) พัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ ฐานข้อมูล ของโรงพยาบาล กับ สปสช. ให้มีความเสถียร และข้อมูลระเบียบการเบิกค่ารักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับกรมบัญชีกลาง รวมทั้งมีระบบสำรองกรณีระบบล่ม
- 11) แก้ไขปัญหาเชิงเทคนิค เช่น ส่งรายการเบิกไปแล้ว สปสช. ไม่เห็นไฟล์ ขนาด file รูปภาพที่ส่งเข้าระบบกลายเป็นขนาดเล็ก
- 12) โครงสร้างการทำงานของนายทะเบียนของ อปท.บางแห่งยังไม่เอื้อต่อระบบการทำงาน เช่น เป็นงานรับฝาก ดังนั้นควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง

- 13) ควรเพิ่มจำนวนโควตาการเข้าอบรมสำหรับผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการเบิกจ่าย เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีการย้ายเข้า-ออก ขาดความต่อเนื่องในการส่งต่อข้อมูล
- 14) ควรปรับปรุงขั้นตอนการรับคืนเงินที่สะดวกต่อเจ้าหน้าที่การเงินของ อปท. กรณีที่ สปสช. โอนเงินให้เกินจำนวนที่ยื่นของเบิก

สิทธิประโยชน์

- 1) ปรับรายการที่ต้องสำรองจ่ายในปัจจุบันให้เป็นจ่ายตรง เช่น การตรวจสอบสุขภาพประจำปีที่ตรงตามเงื่อนไขของกรมบัญชีกลาง
- 2) ควรขยายสิทธิประโยชน์ในการเข้ารับการรักษาพยาบาลให้มากขึ้น เพื่อเป็นขวัญกำลังใจแก่สมาชิก อปท. ครอบคลุมสิทธิเรื่องสุขภาพฟัน เช่น ฟันปลอม การตกแต่งฟันที่เกิดปัญหาจากอุบัติเหตุ
- 3) ควรขยายสิทธิสวัสดิการจ่ายตรงให้ครอบคลุมถึงสถานพยาบาลเอกชน
- 4) ควรมีวิธีการให้เจ้าหน้าที่ให้บริการมีข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับสิทธิ อปท. และรายละเอียดสิทธิ และมีแผนพบประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิเพิ่มเติม เพราะมีประเด็นที่เข้าใจผิด เช่น การรักษาเอกชน มีคนที่เข้าใจผิดค่อนข้างมากกว่าไปรักษาได้ทุกโรค
- 5) ควรพิจารณาความสะดวกของผู้รับบริการ เช่น ในครอบครัวหนึ่ง พ่อเป็น อปท. แม่เป็นประกันสังคม ระบบจะบังคับให้แม่ต้องใช้ประกันสังคมก่อน แล้วนำส่วนเกินมาเบิก อปท. ซึ่งการที่อยู่คนละระบบ ขึ้นทะเบียนคนละที่ แล้วต้องมาจัดการส่วนเกิน ทำให้มีความยุ่งยาก

3.2.9.2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์สถานพยาบาล มีประเด็นที่ต้องการให้พัฒนา ดังนี้

- 1) ควรพิจารณาปรับเพิ่ม base rate โดยให้ตามที่ใช้จริงเพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของ รพ.
“เสนอปรับการเบิกจ่ายสำหรับโรคติดเชื้อ, premature birth, Ortho, Debridement โรคที่รักษาด้วยยาโรคที่นอนนาน” (รพ.ปทุมธานี)
“เสนอการปรับการเบิกจ่ายการรักษาที่ รพ ขาดทุน/มีปัญหา เช่น เด็ก premature, laparoscopic พวกที่ซับซ้อน, ยามะเร็ง (เป็น 20% ของค่ายาทั้ง รพ), Erythropoietin, procedure ผ่าตัดหัวใจ, code ยาที่ผลิตเอง มีปัญหา TMT code” (รพ.ธรรมศาสตร์)
- 2) เบิกเงินคืนรวดเร็ว เพราะมีผลต่อสภาพคล่องทางการเงินของ รพ.
- 3) พิจารณาย้ายหน่วยบริการที่สามารถเบิกจ่ายตรงได้ โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือ รพสต.จะสร้างความสะดวกให้แก่ผู้ใช้บริการและลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้ดียิ่งขึ้น
- 4) ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิ อปท. มากขึ้น เพราะผู้ป่วยยังไม่ค่อยรู้และเข้าใจ
- 5) พัฒนฐานข้อมูลทะเบียนของผู้มีสิทธิของให้มีความเสถียร เพื่อลดความยุ่งยากของ รพ.ที่ต้องคอยตรวจสอบสิทธิเพื่อให้ผู้ให้บริการมีความมั่นใจว่าได้รับสิทธิที่ถูกต้องให้แก่ผู้มารับบริการ และมักจะมีปัญหากรณีมีสิทธิหลักและสิทธิรอง และหากไม่ต้องตรวจสอบสิทธิซ้ำทุกครั้งที่มาใช้บริการ จะช่วยอำนวยความสะดวกในการให้บริการแก่ผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น
- 6) ควรมีความชัดเจนในเกณฑ์การให้เบิกจ่าย เช่น ประกาศในช่วงเวลาเดียวกับที่กรมบัญชีกลางประกาศของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
- 7) ควรมีเจ้าหน้าที่ สปสช. เขต ที่สามารถติดต่อประสานงานได้มากกว่า 1 คน เพื่อความรวดเร็วในการประสานงานแก้ไขปัญหาเร่งด่วน
- 8) ควรส่งข้อมูลที่ รพ.ส่งให้ กลับ ครบถ้วน เพราะทาง รพ.ต้องนำมาข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการสรุปข้อมูลทางสถิติ
- 9) รพสต.ที่จะมีระบบจ่ายตรง จำเป็นต้องพิจารณาถึงหลักธรรมาภิบาล การเป็นที่พึงของชุมชน ความเชื่อถือศรัทธาของผู้มาใช้บริการ และควรมีเจ้าหน้าที่การเงินเพื่อทำหน้าที่โดยตรง
- 10) หากภาพรวมของ อปท. ใช้งบประมาณน้อย ควรจัดสรรงบที่เหลือมาเป็นงบลงทุนให้แก่ รพ.

3.3 ความคิดเห็นต่อสิทธิประโยชน์และบริการสุขภาพของผู้ใช้สิทธิ อปท.

3.3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างสิทธิ อปท. ที่เคยรับบริการที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ ในจังหวัดขอนแก่น ปทุมธานี สงขลา และเชียงใหม่ รวม 230 คน พบว่า ร้อยละ 38.7 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.2 มีอายุระหว่าง 46-60 ปี และร้อยละ 30.9 เป็นผู้สูงอายุ ประมาณครึ่งหนึ่งสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.3 มารับบริการด้วยการเจ็บป่วยทั่วไป และร้อยละ 36 มารับบริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรัง ค่ามัธยฐานรายได้ของครัวเรือนเท่ากับ 22,000 บาท เมื่อพิจารณาข้อมูลจำแนกตามจังหวัดพบว่าจังหวัดขอนแก่นมีสัดส่วนของเพศชาย และสัดส่วนผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมากกว่าจังหวัดอื่นๆ (52.5% และ 44.1%) จังหวัดสงขลามีสัดส่วนผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยโรคทั่วไปมากกว่าจังหวัดอื่นๆ (70.0%) ค่ามัธยฐานของรายได้ครัวเรือนแตกต่างกันระหว่างจังหวัด ตั้งแต่ 10,000-30,000 บาท (ตารางที่ 4.33)

ตารางที่ 4.33 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาความคิดเห็นต่อสิทธิประโยชน์

	ทั้งหมด (N=230)	ขอนแก่น (N=59)	ปทุมธานี (N=62)	สงขลา (N=40)	เชียงใหม่ (N=69)
เพศชาย, จำนวน (ร้อยละ)	89 (38.7)	31 (52.5)	16 (25.8)	14 (35.0)	28 (40.6)
อายุ, จำนวน (ร้อยละ)					
<18 ปี	9 (3.9)	0 (0.0)	5 (8.1)	1 (2.5)	3 (4.4)
18-25 ปี	5 (2.2)	1 (1.7)	3 (4.8)	1 (2.5)	0 (0.0)
26-35 ปี	18 (7.8)	2 (3.4)	5 (8.1)	4 (10.0)	7 (10.1)
36-45 ปี	46 (20.0)	10 (17.0)	13 (21.0)	9 (22.5)	14 (20.3)
46-60 ปี	81 (35.2)	20 (33.9)	20 (32.3)	17 (42.5)	24 (34.8)
>60 ปี	71 (30.9)	26 (44.1)	16 (25.8)	8 (20.0)	21 (30.4)
ระดับการศึกษา, จำนวน (ร้อยละ)					
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	57 (24.8)	15 (25.4)	16 (25.8)	8 (20.0)	18 (26.1)
มัธยมศึกษาตอนต้น	14 (6.1)	4 (6.8)	5 (8.1)	2 (5.0)	3 (4.4)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	23 (10.0)	8 (13.6)	9 (14.5)	2 (5.0)	4 (5.8)
อนุปริญญา/ปวส	17 (7.4)	3 (5.1)	6 (9.7)	6 (15.0)	2 (2.9)
ปริญญาตรี	77 (33.5)	20 (33.9)	18 (29.0)	15 (37.5)	24 (34.8)
สูงกว่าปริญญาตรี	42 (18.3)	9 (15.3)	8 (12.9)	7 (17.5)	18 (26.1)
ประเภทการมาใช้บริการ,จำนวน (ร้อยละ)					
ทั่วไป	134 (58.3)	30 (50.9)	38 (61.3)	28 (70.0)	38 (55.1)
โรคเรื้อรัง	83 (36.1)	25 (42.4)	21 (33.9)	12 (30.0)	25 (36.2)
มะเร็ง	13 (5.7)	4 (6.8)	3 (4.8)	0 (0.0)	6 (8.7)
รายได้ของครัวเรือน (บาท), มัธยฐาน	22,000	20,000	30,000	10,000	30,000

3.3.2 การใช้บริการสถานพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างสิทธิ อปท.

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเกี่ยวกับการมาใช้บริการ พบว่าร้อยละ 77.4 เป็นผู้ที่เคยมาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ในรอบปีที่ผ่านมา โดยผู้ที่เคยใช้บริการผู้ป่วยแผนกนอก มีค่ามัธยฐานของการใช้บริการเท่ากับ 3 ครั้ง ร้อยละ 27.4 เป็นผู้ที่เคยมาใช้บริการแผนกผู้ป่วยใน ในรอบปีที่ผ่านมา โดยมีค่ามัธยฐานของการใช้บริการเท่ากับ 1 ครั้ง มีสัดส่วนของผู้ที่ไปใช้บริการรักษาพยาบาลภาคเอกชนที่ต้องจ่ายเงินเองร้อยละ 56.9 ในรอบปีที่ผ่านมา โดยมีค่ามัธยฐานของการใช้บริการเท่ากับ 3 ครั้ง ซึ่งมีค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่าย 1,050 บาท ร้อยละ 11.3 เคยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาในรอบปีที่ผ่านมา จำนวน 1 ครั้ง เมื่อพิจารณาข้อมูลจำแนกตามจังหวัด พบว่าจังหวัดสงขลามีสัดส่วนของผู้ที่ไปใช้บริการรักษาพยาบาลภาคเอกชนที่ต้องจ่ายเงินเองสูงกว่าจังหวัดอื่นๆ (67.5%) แต่ค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลภาคเอกชนที่ต้องจ่ายเงินเองใน 1 ปีที่ผ่านมาต่ำกว่าจังหวัดอื่น (800 บาท) ตารางที่ 4.34

ตารางที่ 4.34 การใช้บริการสถานพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างสิทธิ อปท.

	ทั้งหมด (N=230)	ขอนแก่น (N=59)	ปทุมธานี (N=62)	สงขลา (N=40)	เชียงใหม่ (N=69)
ร้อยละของผู้ที่เคยใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ในรอบปีที่ผ่านมา	77.4	78.0	71.0	72.5	85.5
จำนวนครั้งที่ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก (มัธยฐาน)	3	4	4	3	3
ร้อยละของผู้ที่เคยใช้บริการแผนกผู้ป่วยใน ในรอบปีที่ผ่านมา	27.4	32.2	27.4	22.5	26.1
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (มัธยฐาน)	1	1	2	3	1
ร้อยละของผู้ที่เคยใช้บริการภาคเอกชนที่ต้องจ่ายเงินเองในรอบปีที่ผ่านมา	59.1	62.7	53.2	67.5	56.5
จำนวนครั้งที่ใช้บริการภาคเอกชน (มัธยฐาน)	3	3	3	3	2
ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการภาคเอกชน (มัธยฐาน)	1,050	1,450	1,600	800	900
ร้อยละของผู้ที่เคยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น ในรอบปีที่ผ่านมา	11.3	17.0	4.8	17.5	8.7
จำนวนครั้งที่ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นๆ (มัธยฐาน)	1	1	1	1	1

3.3.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของสิทธิ อปท.

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ พบว่าได้คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.0 ขึ้นไปทุกข้อ (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) โดยประเด็นที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ (3.4 คะแนน) เมื่อพิจารณาจำแนกตามจังหวัด พบว่าสำหรับจังหวัดขอนแก่น ประเด็นที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ และประเด็นที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความพึงพอใจต่อระบบการส่งต่อ สำหรับจังหวัดปทุมธานี ประเด็นที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความพึงพอใจต่อระบบการส่งต่อ สำหรับประเด็นที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับและความพึงพอใจต่อการจัดบริการของสถานพยาบาล สำหรับจังหวัดสงขลา ประเด็นที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความพึงพอใจต่อระบบการส่งต่อและความพึงพอใจว่าสิทธิประโยชน์ที่ได้รับไม่แตกต่างจากข้าราชการพลเรือน สำหรับประเด็นที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ประเด็นที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความพึงพอใจต่อระบบการส่งต่อ สำหรับประเด็นที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

ตารางที่ 4.35 ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของสิทธิ อปท.

หัวข้อ	คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)				
	ทั้งหมด (N=230)	ขอนแก่น (N=59)	ปทุมธานี (N=62)	สงขลา (N=40)	เชียงใหม่ (N=69)
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ	3.4 (0.9)	3.3 (1.0)	3.4 (0.9)	3.7 (1.0)	3.5 (0.8)
ความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ	3.9 (0.8)	4.1 (0.7)	3.7 (1.1)	4.1 (0.7)	4.0 (0.7)
ความพึงพอใจต่อการจัดบริการของสถานพยาบาลหลักตามสิทธิประโยชน์	3.7 (0.9)	3.7 (0.8)	3.4 (1.1)	3.8 (0.9)	3.8 (0.8)
ความพึงพอใจต่อระบบการเบิกจ่ายตามสิทธิประโยชน์	4.0 (0.8)	4.0 (1.0)	4.0 (0.9)	4.1 (0.5)	3.9 (0.8)
ความคิดเห็นว่าสิทธิประโยชน์ที่ได้รับไม่แตกต่างจากผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการพลเรือน	3.8 (1.2)	3.8 (1.1)	3.6 (1.4)	4.5 (1.0)	3.7 (1.1)
ความพึงพอใจต่อระบบการส่งต่อ (เฉพาะผู้ที่เคยมีประวัติส่งต่อ)	3.9 (1.2)	3.2 (1.3)	5.0 (0.0)	4.5 (0.6)	4.2 (1.2)

3.3.4 ข้อเสนอแนะของผู้ที่เคยใช้บริการเกี่ยวกับสิ่งที่อยากให้ปรับปรุง พัฒนาสำหรับสิทธิประโยชน์ และการจัดบริการ

- 1) ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ควรมีเพิ่มมากขึ้น เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี ค่ายาหรือวัสดุการแพทย์ บางรายการ ค่าห้องพิเศษ คลินิกนอกเวลา กลุ่มสูงอายุสามารถรับบริการได้ฟรี การขยายกรอบของผู้ร่วมสิทธิ

“อยากให้เบิกจ่ายตรงครอบคลุมไปถึงการตรวจสุขภาพประจำปี เนื่องจากบางครั้งมีค่าใช้จ่ายสูงในการตรวจพิจารณาบัญชียาให้ครอบคลุมยาประเภทหรือชนิดอื่น ๆ มากขึ้นกว่าปัจจุบัน”

“แยกการจัดสรรงบให้ดีกว่านี้ เช่น สิทธินอนห้องพิเศษ”

“อยากให้ครอบคลุมคลินิกนอกเวลาด้วย”

“อยากให้ผู้สูงอายุรับบริการได้ฟรี”

“อยากให้ใช้สิทธิครอบคลุมทั้งครอบครัว”

“อยากได้สิทธิเท่ากรมบัญชีกลาง”

“อยากให้เบิกได้ทั้งหมด ไม่ต้องมาจ่ายส่วนต่าง”

“อยากให้สามารถเบิก Wheel chair สำหรับผู้สูงอายุได้”

“อุปกรณ์การแพทย์ที่ราคาแพงบางอย่างเบิกไม่ได้ อยากให้เบิกได้”

- 2) ความครอบคลุมของสถานพยาบาล เช่น ขยายบริการไปสู่ รพ.เอกชน สถานือนามัย เนื่องจากใกล้บ้าน

“อยากให้จัดสรรให้สามารถไปใช้ รพ.เอกชนได้ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเล็กน้อย เนื่องจากรพ.รัฐ ต้องรอนานมาก”

“อยากให้ครอบคลุมสถานือนามัย โดยใช้บริการได้แบบที่ไม่ต้องสำรองจ่าย”

- 3) สามารถใช้บริการข้ามเขตได้โดยไม่มีภาระหรือขั้นตอนยุ่งยาก เช่น บัตรเดียวสามารถใช้บริการได้ทุกโรงพยาบาล

“ให้ใช้สิทธิประโยชน์ได้ในทุกๆ เขต”

“จ่ายตรงบัตรเดียวทุกโรงพยาบาล”

“สามารถใช้สิทธิได้ทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ”

“สิทธิที่สามารถเบิกได้โดยไม่ต้องทำเรื่องทุกครั้งที่พบแพทย์”

- 4) ระบบการเบิกจ่าย ควรปรับให้ไม่ต้องมีการสำรองจ่ายเงินก่อน และควรมีระเบียบการเบิกจ่ายที่ชัดเจนมากขึ้น เช่น เมื่อเจ็บป่วยควรให้เบิกด้วยสิทธิ อปท.เป็นหลัก รวมถึงความรวดเร็วในการเบิกคืน

“การเบิกเงินช้ามากประมาณ 6 เดือน”

“เบิกยาก เสียเวลาเบิกลาน ระบบล่าช้า วนวาย เข้าใจยาก”

- 5) ควรมีการชี้แจงเรื่องสิทธิประโยชน์ให้ทราบอย่างชัดเจน หรือแจกคู่มือฉบับเข้าใจง่าย

“อยากให้ประชาชนทราบเรื่องสิทธิของตัวเอง”

“ทำคู่มือเกี่ยวกับสิทธิให้ชัดเจน”

“เจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิดีพอ”

“ชี้แจงรายละเอียดในส่วนบริการที่เบิกได้/ไม่ได้ให้ชัดเจน”

6) ระบบบริการของ รพ. โดยควรลดขั้นตอนการตรวจสอบสิทธิ และควรจัดบริการที่สะดวกรวดเร็ว

“การตรวจสอบสิทธิใช้เวลานาน”

“อยากให้ระบบที่ไม่ต้องมาตรวจสอบสิทธิซ้ำ”

“ไม่ต้องตรวจสอบสิทธิใหม่ทุกครั้งที่เข้ารับการรักษาโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่มาจากแพทย์นัด”

“โรงพยาบาลรัฐรอคิวนานมาก คนเยอะ ให้บริการช้า ไม่สะดวกในการไปรับบริการ”

บทที่ 5: สรุปผลการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่ทำให้การรักษาพยาบาลของสวัสดิการรักษายาบาลของ อปท. น้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีข้อค้นพบที่สำคัญดังต่อไปนี้

จากข้อมูลปีงบประมาณ 2558 จำนวนสมาชิก อปท. ที่ขึ้นทะเบียน รวม 621,199 คน โดยมีสมาชิกเพิ่มขึ้นจากปี 2557 คิดเป็นร้อยละ 6 สมาชิก อปท. มีสัดส่วนของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป น้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (26 vs. 33%) ในขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในวัยทำงานที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี มีสัดส่วนน้อย และสมาชิกสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีการกระจายของสมาชิกในช่วงอายุ 50-54, 55-59 ปี ในสัดส่วนที่สูงที่สุด (1.15 ล้านคน) สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างด้านโครงสร้างอายุของประชากรระหว่างสมาชิกสิทธิ อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล และการศึกษาครั้งนี้พบว่า สมาชิก อปท. มีสัดส่วนของผู้ป่วยในน้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในทุกกลุ่มอายุ ข้อมูลการใช้บริการในภาพรวมของสมาชิก อปท. ต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (8.8 vs. 9.4%) และสิทธิ อปท. มีความถี่ของการใช้บริการในปี 2557-2558 น้อยครั้งกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ผู้ป่วยนอกระบบจ่ายตรง: รพ.ขนาดใหญ่ 4.9-5.3 ครั้ง และ รพ.ขนาดเล็ก 4.6-4.9 ครั้ง vs. 6.1-6.2 ครั้ง; ผู้ป่วยใน: 1.5 vs. 1.6 ครั้ง)

จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2558 สมาชิก อปท. มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่ต่ำจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยพบว่า สมาชิก อปท. ที่อาศัยในเขตเทศบาลมีสัดส่วนน้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (30 vs. 58%) อปท. มีสัดส่วนผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาในน้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (27 vs. 42%) อปท. มีสัดส่วนผู้ที่มีฐานะในลำดับที่ต่ำสุดน้อยกว่า (26 vs. 50%) และ อปท. มีสัดส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรังน้อยกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (21 vs. 32%) ปัจจัยดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับแบบแผนการตัดสินใจเลือกใช้บริการในสถานพยาบาลต่างจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยสิทธิ อปท. ส่วนใหญ่ใช้บริการสถานพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ สอ./รพสต. และ รพ.ช. รวมถึงสิทธิ อปท. ที่ใช้บริการ รพ.ม. ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง มีสัดส่วนต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ผู้ป่วยนอก: 15-16 vs. 25-26%; ผู้ป่วยใน: 9 vs. 15%) นอกจากนี้ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในเขตกรุงเทพมหานคร มีการใช้บริการของสถานพยาบาลพิเศษคือ คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีค่ารักษายาบาลค่อนข้างสูง (ประมาณ 5-7 หมื่นราย) แต่ไม่เคยมีการใช้บริการโดยสมาชิก อปท.

การวิเคราะห์ข้อมูลโรคที่พบบ่อย/โรคเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วยใน 10 อันดับแรกที่พบความแปรปรวนของค่ารักษายาบาลเรียกเก็บ คือ ท้องเสีย เบาหวาน หัวใจล้มเหลว สมอขาดเลือด ปอดบวม การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลำไส้อักเสบ โรคไต และความผิดปกติของทางเดินปัสสาวะ ระหว่าง อปท. และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แบบ multivariate analysis โดยควบคุมความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปีที่เข้านอน รพ. ลักษณะของผู้ป่วย (เพศ อายุ ความรุนแรงของโรคร่วม) เขตที่ตั้งของ รพ. พบว่าผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิ อปท. มีโอกาสเข้านอน รพ.ขนาดใหญ่ (รพ.ท./รพ.ศ.และ รพ.ม.) เทียบกับ รพ.ช. ต่ำกว่า ผู้ป่วยในที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR: 0.76-0.86) ซึ่งน่าจะสัมพันธ์อย่างเป็นอิสระกับปัจจัยด้านภูมิลาเนา ซึ่ง สมาชิก อปท. ส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (70%) ในขณะที่สมาชิกสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มากกว่าครึ่งอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (58%)

เมื่อวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคที่เป็นสาเหตุการนอน รพ. พบว่า ผู้ป่วย อปท. มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมากคิดเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (โรคที่พบบ่อย 50 อันดับแรก: 19 vs. 24% และโรคอื่นที่เหลือ: 17 vs. 22%) และ อปท. มีระยะเวลาอน รพ. สั้นกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทั้งในภาพรวมทุก รพ. (6.9-7.0 vs. 9.0-9.1 วัน) และใน รพ. แต่ละระดับ (รพ.ช. 4.4 vs. 5.1 วัน; รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ 7.0 vs. 9.0 วัน; รพ.ม. 8.7-9.1 vs. 10.4-10.7 วัน) เมื่อควบคุมความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปีที่เข้านอน รพ. ลักษณะของผู้ป่วย (เพศ อายุ ความรุนแรงของโรคร่วม) เขตที่ตั้งของ รพ. และกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการนอน รพ. พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. มีระยะเวลาอน รพ. สั้นกว่าผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) เท่ากับ 0.32 วันใน รพ. ทุกประเภท และตั้งแต่ 0.17 วันใน รพ.ช. ถึง 0.36 วันใน รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ และ 0.39 วันใน รพ.ม.

จากปัจจัยด้านประชากร สถานะทางสังคม-เศรษฐกิจ และภูมิสำเนา รวมถึงลักษณะความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุการนอน รพ. ทำให้สัดส่วนการใช้บริการ ความถี่ของการใช้บริการ และค่าใช้จ่ายต่อครั้งที่ใช้บริการของสิทธิ อปท. ในปี 2557-2558 น้อยกว่าสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในปี 2558 สิทธิ อปท. มีอัตราใช้บริการผู้ป่วยนอกผ่านระบบจ่ายตรง 3.25 ครั้งต่อหัวประชากร หรือร้อยละ 54.1 ของประชากร กลุ่มผู้ป่วยนอกผ่านระบบจ่ายตรงใช้บริการเฉลี่ย 6.00 ครั้งต่อคนปี เป็นเงิน 7,019 บาทต่อคนต่อปี (คิดเป็น 3,799 บาทต่อหัวประชากร) หรือ 1,170 บาทต่อครั้ง และมีอัตราใช้บริการผู้ป่วยใน 0.14 ครั้งต่อหัวประชากร หรือร้อยละ 8.8 ของประชากร ในกลุ่มผู้ป่วยในใช้บริการเฉลี่ย 1.54 ครั้งต่อคนปี เป็นเงิน 30,354 บาทต่อคนต่อปี (คิดเป็น 2,674 บาทต่อหัวประชากร) หรือ 19,742 บาทต่อครั้ง อย่างไรก็ตาม พบว่า สมาชิก อปท. จำนวนไม่น้อยที่ใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (1.5 แสนคน หรือร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่ปรากฏในฐานข้อมูลทั้งหมด) ไม่ปรากฏข้อมูลการเบิกค่ารักษายาพยาบาลทั้งระบบจ่ายตรงและใบเสร็จรับเงิน ซึ่งอาจเกิดจากสมาชิก อปท. ไม่ยื่นเพื่อขอเบิกจ่ายหรือใบเสร็จมีปัญหาการเบิกจ่าย อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ต้นทุนการให้บริการของ อปท. ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

ในขณะที่ สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ มีอัตราใช้บริการผู้ป่วยนอกผ่านระบบจ่ายตรง 4.80 ครั้งต่อหัวประชากร ในกลุ่มผู้ป่วยนอกใช้บริการเฉลี่ยเป็นเงิน 7,789 บาทต่อหัวประชากร หรือ 1,623 บาทต่อครั้ง มีอัตราใช้บริการผู้ป่วยใน 0.15 ครั้งต่อหัวประชากร หรือร้อยละ 9.4 ของประชากร ในกลุ่มผู้ป่วยในใช้บริการเฉลี่ย 1.56 ครั้งต่อคนปี เป็นเงิน 42,852 บาทต่อคนต่อปี (คิดเป็น 4,036 บาทต่อหัวประชากร) และพบว่าสัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยใน ที่ รพสต/รพช. เทียบกับ รพม/รพท/รพศ/เอกชน ของ สิทธิ อปท. เท่ากับ 0.47: 1 ในขณะที่ของสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเท่ากับ 0.33: 1 ในระบบจ่ายตรงผู้ป่วยนอก จำนวนครั้งการใช้บริการต่อคนต่อปีที่ รพ.ม. สูงขึ้นทั้งสองสิทธิ เมื่อเทียบกับปีก่อน สัดส่วนผู้ป่วย อปท. ไปใช้บริการที่ รพ.ม. เท่ากับร้อยละ 17% (ในปีงบประมาณ 2557 เท่ากับ ร้อยละ 14) และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเท่ากับ ร้อยละ 26 โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อปีสูงขึ้นจากปีก่อน ในโรงพยาบาลทุกระดับ

ในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่ 169 แห่งที่เป็นกลุ่มค่าใช้จ่ายสูงของกรมบัญชีกลาง การใช้บริการผู้ป่วยนอกผ่านระบบจ่ายตรง ในกลุ่มอายุและเพศเดียวกัน พบว่า อปท. มีจำนวนครั้ง และค่าใช้จ่ายต่อครั้งและต่อคน ต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ในด้านค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มยาโรคเรื้อรัง พบว่าสัดส่วนที่ได้รับยานอกบัญชีหลักแห่งชาติของสิทธิ อปท. น้อยกว่าสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ในโรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งนี้ข้อมูลสัดส่วนการใช้นายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติของ อปท. ในปีงบประมาณ 2558 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2557 อย่างไรก็ตามระบบจ่ายตรงของสิทธิ อปท. เพิ่งเริ่ม และเป็นช่วงที่กรมบัญชีกลางมีมาตรการควบคุมการสั่งใช้นายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติในผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

ในกรณีผู้ป่วยใน เมื่อควบคุมความแตกต่างด้านเพศ กลุ่มอายุ ระดับความรุนแรงของโรค และกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุของผู้ป่วย ปีที่เข้านอน รพ. รวมทั้งเขตที่ตั้งและประเภทของ รพ. แล้ว พบว่า ในภาพรวมของทุกโรค ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อปท. มีค่า adjusted RW สูงกว่าสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเล็กน้อย (0.018 หน่วยใน รพ. ทุกประเภท และ 0.067 หน่วยใน รพ.ม.) และมีค่ารักษายาพยาบาลต่อครั้งต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (529 บาทใน รพ. ทุกประเภท, 375 บาทใน รพ.ช. และ 752 บาทใน รพ.ท./รพ.ศ./รพ.รัฐอื่นๆ) เมื่อพิจารณาโรค พบว่า ผู้ป่วย อปท. มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (0.025 หน่วยใน รพ.ช.); ปอดบวม (1.19 หน่วยใน รพ.ม.); มะเร็งเต้านมที่มีการได้ใช้เคมีบำบัด (0.006 หน่วย) และมะเร็งปอดที่ไม่มีการใช้เคมีบำบัด (0.005 หน่วย) และมีการรักษายาพยาบาลต่อครั้งต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับโรคที่พบบ่อยทั้ง 10 ชนิด (ท้องเสีย ปอดบวม เบาหวาน หลอดลมอักเสบ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หัวใจล้มเหลว สมอขาดเลือดทางเดินปัสสาวะอักเสบ ไข้ดั่งอักเสบ) และมะเร็งปากมดลูก

การที่ผู้ป่วย อปท. มีค่ารักษายาพยาบาลต่ำกว่าสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการภายหลังการควบคุมความแตกต่างด้านลักษณะทางประชากรและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งลักษณะของ รพ. และการเข้านอนแล้ว แสดงว่า น่าจะยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างระหว่าง อปท. กับสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการดังกล่าวแต่ไม่ปรากฏในข้อมูลที่วิเคราะห์ ที่สำคัญได้แก่ สถานะทางสังคม-เศรษฐกิจและภูมิสำเนาของผู้ป่วยหรือครัวเรือน (ซึ่งสัมพันธ์กับการเข้าถึงทางเลือกการใช้สถานพยาบาล และการใช้สิทธิเมื่อใช้บริการ) การเลือกใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีเพื่อการรักษาของสถานพยาบาลผู้ให้บริการ ซึ่งพบว่าผู้ป่วย อปท. มีการใช้นายนอกบัญชีหลักแห่งชาติในสัดส่วนที่น้อยกว่าสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ในโรงพยาบาลทุกระดับ และประสิทธิภาพในการบริหารจัดการของ สปสช. ในการจ่ายค่ารักษายาพยาบาลด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnostic related group, DRG) สำหรับผู้ป่วยใน และแบบรายบริการ (fee for service) สำหรับผู้ป่วยนอกซึ่งปัจจุบันยังมีทั้งระบบจ่ายตรงและใบเสร็จรับเงิน

ในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ส่วนใหญ่ไม่รู้สึกว่าคุณภาพของบริการรักษาพยาบาลมีความแตกต่างจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แต่เนื่องจาก สมาชิก อบท. ส่วนใหญ่นิยมใช้บริการจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งในส่วนภูมิภาคมักมีขนาดเล็ก (สอ./รพ.สต. รพ.ช.) นอกจากนี้ สมาชิกในครอบครัวของพนักงาน อบท. มักใช้สิทธิอื่นๆ ของตนที่มีเมื่อใช้บริการรักษาพยาบาล สำหรับการเบิกจ่ายทั้งระบบจ่ายตรงและผ่านใบเสร็จรับเงินของสิทธิ อบท. สปสช. ดำเนินการได้ค่อนข้างดี ไม่มีปัญหาล่าช้า แม้กระทั่ง การบันทึกข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายเฉพาะรายที่มีราคาแพง เช่น ยาควบคุมเฉพาะ ยามะเร็ง แม้จะแตกต่างจากระบบของ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) แต่ก็ไม่ยุ่งยาก นอกจากนี้ การติดตามตรวจสอบการส่งจ่ายของผู้ให้บริการ จาก สปสช. อาจเป็นการส่งสัญญาณให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายในฝั่งผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้สิทธิ อบท. ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ระบบการตรวจสอบสิทธิ อบท. ระหว่างผู้ป่วยกับสถานพยาบาล หรือระหว่างสถานพยาบาลกับ สปสช. ค่อนข้างมีความยุ่งยากกว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

โดยสรุปปัจจัยหลักที่มีผลต่อต้นทุนการรักษาพยาบาล คือ โครงสร้างประชากรคือ อายุ ภูมิสำเนา และแบบแผนการใช้บริการที่โรงพยาบาลแต่ละระดับ สัดส่วนการไต่ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ ผลการจำลองสถานการณ์เพื่อทำนายภาระงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลของสิทธิ อบท. ในปี 2558 หากกำหนดเงื่อนไขให้ผู้ป่วย อบท. มีลักษณะเหมือนกับ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ดังนี้

(1) เพศ-อายุของผู้ป่วย จะทำให้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อบท. เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 14 ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกในปัจจุบัน (2,566 ล้านบาท) และเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 29 ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (1,656 ล้านบาท) ตามลำดับ คิดเป็นมูลค่ารวมของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในซึ่งเพิ่มขึ้น 830 ล้านบาท;

(2) ค่าใช้จ่ายต่อรายที่จำเพาะกับเพศ-อายุของผู้ป่วย จะทำให้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อบท. เพิ่มขึ้นร้อยละ 29 และ 10 ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามลำดับ คิดเป็นมูลค่าที่เพิ่มขึ้นรวม 920 ล้านบาท

(3) ทั้งลักษณะทางประชากรและค่าใช้จ่าย จะทำให้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ อบท. เพิ่มขึ้นร้อยละ 45 และ 41 ตามลำดับ คิดเป็นมูลค่าที่เพิ่มขึ้นรวม 1,850 ล้านบาท

การศึกษาก่อนหน้านี้ (Thammatacharee, 2009) พบว่าการรับรู้สิทธิ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการเนื่องจาก อยู่ในเขตเมือง และต้นทุนการเสียโอกาส มีผลต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอก ส่วนการใช้บริการผู้ป่วยใน พบว่าสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีการใช้บริการผู้ป่วยในสูงกว่าสิทธิอื่น โดยมีการใช้บริการเป็น 1.25 เท่าของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อปรับด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ภูมิสำเนา และการมีภาวะโรคเรื้อรังแล้ว

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดในการศึกษาความเหลื่อมล้ำในการใช้บริการสุขภาพ ซึ่งได้อธิบายไว้ว่าปัจจัยที่กำหนดความแตกต่างกันของการได้รับบริการระหว่างผู้ป่วยสามารถอธิบายได้จากทั้งปัจจัยของตัวผู้ป่วย ปัจจัยในระบบบริการ และปัจจัยด้านระบบประกันสุขภาพ ทั้งนี้ปัจจัยของตัวผู้ป่วยมีผลต่อศักยภาพในการแสวงหา เลือก และเข้าถึงประเภทบริการที่ต่างกัน ในขณะที่ปัจจัยในระบบบริการจะเป็นตัวกำหนดทรัพยากรและการเข้าถึงบริการ ส่วนระบบประกันสุขภาพมีผลในการกำหนดสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการใช้บริการ วิธีการบริหารจัดการ รวมถึงรูปแบบวิธีและอัตราการจ่าย โดยการใช้บริการเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอุปสงค์ และอุปทาน โดยการตัดสินใจไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยเฉียบพลันมักเกิดจากการตัดสินใจของผู้ใช้บริการเอง ในขณะที่ปริมาณและชนิดของบริการที่มักเกิดจากการตัดสินใจของผู้ให้บริการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจาก สปสช. ที่ดูแลสิทธิ อบท. นั้นให้สิทธิ อบท. เหมือนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ดังนั้น จึงพบความแตกต่างที่เกิดจากปัจจัยของตัวผู้ป่วย ได้แก่ โครงสร้างประชากรคือ อายุ ภูมิสำเนา และแบบแผนการใช้บริการที่โรงพยาบาลแต่ละระดับ สำหรับปัจจัยในระบบบริการซึ่งพบว่ามีส่วนการไต่ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ น้อยกว่าสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

การศึกษานี้มีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการบริหาร-จัดการสิทธิ อปท. ในด้านต่างๆ ดังนี้

(1) ข้อมูลเพื่อการติดตามและประเมินผล (data for monitoring and evaluation)

- a. ฐานข้อมูลทะเบียนสมาชิก นอกจากข้อมูลเพศและวัน-เดือน-ปีเกิด ควรมีการจำแนกระหว่างผู้มีสิทธิ (พนักงาน อปท.) และผู้อาศัยสิทธิ การบ่งชี้ความสัมพันธ์ของผู้อาศัยสิทธิ (บิดา-มารดา สามเณร-ภรรยา และบุตร-ธิดา) กับผู้มีสิทธิ และมีข้อมูลระบุสิทธิประกันสุขภาพอื่นที่ผู้อาศัยสิทธิ รวมทั้งมีรหัสมาตรฐานของ อปท. ที่เป็นต้นสังกัด (department) ของผู้มีสิทธิ
- b. ฐานข้อมูลบริการสุขภาพ นอกจากรหัสประจำตัวบุคคล (pid) ของผู้ป่วย สถานพยาบาล (hcode) ควรมีรหัสที่ระบุแพทย์ (เช่น เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ) ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการรักษา เช่น ผู้ส่งยา ในลักษณะเดียวกับฐานข้อมูลการเบิกจ่ายผู้ป่วยนอกระบบจ่ายตรงของกลุ่ม 168-169 รพ. ที่มีค่าใช้จ่ายสูง สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งดูแลโดย สกส.
- c. ฐานข้อมูลการส่งยา ยาที่มีการส่งใช้แต่ละรายการควรระบุชื่อตัวยาสำคัญ-ชนิดหรือรูปแบบการใช้-ขนาดความแรง-ผู้ผลิตจำหน่าย โดยใช้รหัสมาตรฐานของ สมสท. คือ Trade Product Unit (TPU) และควรมีข้อมูลด้านมูลค่ายาที่ส่งใช้แต่ละครั้ง
- d. ควรปรับปรุงระบบข้อมูลซึ่งมีที่มาจากหลายแหล่ง เช่น ผู้ป่วยนอก ให้ครอบคลุมและสามารถเชื่อมโยงระหว่างแหล่งต่างๆ ได้สมบูรณ์ เช่น ระหว่าง OP individual, OP E-claim และ OP receipt; ระหว่างพื้นที่ของสถานพยาบาลในส่วนภูมิภาค (12 เขต) และส่วนกลาง (กทม. ซึ่งไม่มีข้อมูล OP individual) เพื่อสามารถประเมินอัตราการไม่ใช้สิทธิของผู้ใช้บริการที่ไม่พบข้อมูลการเบิกจ่าย
- e. ควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลระดับรายบุคคล (individual data) ด้วยรหัสประจำตัวบุคคล (pid) ได้อย่างสมบูรณ์ระหว่าง ฐานข้อมูลทะเบียนสมาชิก ฐานข้อมูลบริการสุขภาพ (ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการส่งยา) และฐานทะเบียนราษฎรที่แสดงวันที่เสียชีวิต (หากมีการเสียชีวิต) เพื่อติดตามความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (continuity of care) และประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว เช่น การเสียชีวิตใน 30 วัน หรือจากทุกสาเหตุ

(2) การประมาณการงบประมาณค่ารักษายาพยาบาล (budget forecasting)

- a. ควรคำนึงถึงโครงสร้างทางประชากรของสมาชิกและผู้ป่วยที่ใช้บริการสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความน่าจะเป็น และความถี่-ระยะเวลา ในการใช้บริการรักษายาพยาบาล เนื่องจากพบว่า สมาชิก อปท. ส่วนใหญ่มีอายุไม่มาก จึงมีสมาชิกซึ่งเป็นผู้ป่วยใช้บริการรักษายาพยาบาลด้วยสัดส่วนที่น้อยกว่าสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ รวมทั้งมีจำนวนครั้งการใช้บริการและจำนวนวันนอนน้อยกว่าสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ
- b. ควรคำนึงถึงการเข้าถึงและทางเลือกสถานพยาบาล ซึ่งเกิดจากปัจจัยด้านภูมิลำเนา และสถานะทางสังคม-เศรษฐกิจของครัวเรือนสมาชิก เนื่องจากพบว่า สมาชิก อปท. ใช้บริการรักษายาพยาบาลจากสถานพยาบาลในระดับไม่เกิน รพช. เป็นส่วนมาก และใช้ รพ. ขนาดใหญ่ซึ่งมีค่ารักษายาพยาบาลแพง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รพ.ม. และ รพ. ในเขต กทม. เป็นส่วนน้อย เมื่อเทียบกับสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ
- c. ในกรณีที่ สปสช. ยังคงเลือกวิธีการจ่ายเงินชดเชยค่ารักษายาพยาบาล ในอนาคตด้วยระบบรายบริการ (fee for service) หากคำนึงถึงโครงสร้างทางประชากรของผู้ป่วย อปท. ซึ่งจะมีอายุสูงขึ้น และหากมีการใช้เทคโนโลยีราคาแพง เช่น ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในสัดส่วนมากขึ้น จนใกล้เคียงกับลักษณะของสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ สปสช. ควรเตรียมเพิ่มงบประมาณรองรับอีกประมาณร้อยละ 20-44 ของงบประมาณที่ใช้ในปัจจุบัน เมื่อไม่คำนึงถึงอัตราเงินเฟ้อ

(3) การนำนโยบายไปปฏิบัติ (policy implementation)

- a. หากต้องการให้สิทธิประโยชน์ของ อปท. เท่ากับสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ควรมีการเร่งรัดให้สามารถนำกฎระเบียบจากกรมบัญชีกลางไปใช้ได้ทันที โดยไม่ต้องรอกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากพบความล่าช้าของการประกาศใช้โดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น

- b. วิธีการเบิกจ่ายของสิทธิ อปท. ที่ดูแลโดย สปสช. สำหรับการใช้จ่ายเฉพาะราย ควรพัฒนาระบบให้มีความยุ่งยากน้อยลง เพื่อลดความแตกต่างจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ดูแลโดยกรมบัญชีกลางผ่าน สกส.
- c. สปสช. ควรพัฒนาระบบและขั้นตอนการตรวจสอบสิทธิให้ใกล้เคียงกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของกรมบัญชีกลาง

บรรณานุกรม

1. คู่มือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดย กรมบัญชีกลาง. [เข้าถึงวันที่ 10 มิถุนายน 2558]. Available from: <http://www.cgd.go.th/cs>
2. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ.2555. [เข้าถึงวันที่ 10 มิถุนายน 2558]. Available from: http://www.qsds.go.th/audit/file_upload/2015-08-07-healthcare.pdf.
3. พระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518. [เข้าถึงวันที่ 10 มิถุนายน 2558]. Available from: <http://www.local.moi.go.th/law53.htm>.
4. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงิน สวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษายาบาล ของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2557. [เข้าถึงวันที่ 10 มิถุนายน 2558]. Available from: <http://www.local.moi.go.th/law76.pdf>.
5. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; เมษายน 2556.
6. หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ.2553. [เข้าถึงวันที่ 10 มิถุนายน 2558]. Available from: http://www.audit.moi.go.th/rule_7.htm.
7. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการดำเนินการคุ้มครองความมั่นคงสิทธิด้านการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น ในการสัมมนา เรื่องกองทุนค่ารักษายาบาลคนท้องถิ่น เฉลี่ยทุกข์เพิ่มพูนความสุขให้คนท้องถิ่น. โรงแรมสตาร์ จ. ระยอง; เมษายน 2556.
8. Thammatacharee J. Variations in the performance of three public health insurance schemes in Thailand. (PhD Thesis), London School of Hygiene & Tropical Medicine, University of London; 2009.

ภาคผนวก

ภาคผนวก

ก. การใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก

ผลการวิเคราะห์แบบแผนการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของสิทธิ อปท. จำแนกตามจังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาลอาศัยข้อมูลการวินิจฉัยโรครายบุคคล (OP individual) ในปีงบประมาณ 2557-2558 จากสถานพยาบาลในส่วนภูมิภาครวม 12 เขตสุขภาพ ซึ่งร้อยละ 30-34 ของผู้ป่วยที่มีข้อมูลดังกล่าวไม่ปรากฏข้อมูลการเบิกจ่าย (ทั้งระบบจ่ายตรง E-claim หรือใบเสร็จรับเงิน receipt) นอกจากนี้ ข้อมูลดังกล่าวไม่มีข้อมูลของสถานพยาบาลใน กทม.

ตารางที่ ก.1 แสดงผลรวมของจำนวนครั้งการใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ใช้สิทธิ อปท. จำแนกตามประเภทและจังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาล พบว่า ในภาพรวมของทุกจังหวัด ไม่รวมสถานพยาบาลใน กทม. (10) การใช้บริการส่วนใหญ่เกิดที่สถานพยาบาลของรัฐขนาดเล็ก ได้แก่ สอ./รพ.สต. และ รพ.ช. การใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ รพ.ท./รพ.ศ. และ รพ.ม. มีสัดส่วนร้อยละ 33 ในปี 2557 และลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 31 ในปี 2558

จังหวัดที่มีจำนวนรวมของครั้งการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ขอนแก่น (40) นครราชสีมา (30) สงขลา (90) ร้อยเอ็ด (45) และอุบลราชธานี (34) จังหวัดขอนแก่นและสงขลาซึ่งมี รพ.ม. มีการใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่คิดเป็นสัดส่วนสูงกว่าจังหวัดอื่นๆ จังหวัดอื่นที่มีการใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 ในทั้ง 2 ปี ได้แก่ สมุทรสาคร (74) ภูเก็ต (83) ชัยนาท (17) ราชบุรี (70) และนครนายก (26)

ตารางที่ ก.1 จำนวนรวมของครั้งการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก สิทธิ อปท. จำแนกตามประเภทและจังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาล (ยกเว้น กทม.)

รหัส จังหวัด	ปีงบประมาณ 2557							% รพ.ท./รพ.ศ. และ รพ.ม.	ปีงบประมาณ 2558							% รพ.ท./รพ.ศ. และ รพ.ม.
	สอ./รพ.สต.	รพ.ช.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ม.	เอกชน	ไม่ระบุ	รวม		สอ./รพ.สต.	รพ.ช.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ม.	เอกชน	ไม่ระบุ	รวม	
รวม	1,033,738	894,827	866,958	87,337	5,386	1,419	2,889,665	33.0	993,139	852,893	756,969	65,635	5,868	1,520	2,676,024	30.7
11	6,548	2,308	5,232		61	269	14,418	36.3	5,846	2,164	4,596		39	285	12,930	35.5
12	8,746	7,529	5,113			596	21,984	23.3	8,849	6,689	2,366			489	18,393	12.9
13	7,564	2,680	2,850			213	13,307	21.4	8,314	2,188	2,643			244	13,389	19.7
14	15,652	13,714	10,164				39,530	25.7	13,591	13,251	9,133				35,975	25.4
15	5,600	9,320	6,573				21,493	30.6	5,140	8,665	5,048				18,853	26.8
16	5,471	7,337	8,866				21,674	40.9	5,146	7,500	9,289				21,935	42.3
17	3,140	2,534	9,212				14,886	61.9	2,500	2,436	6,812				11,748	58.0
18	6,202	5,103	5,439				16,744	32.5	6,692	5,060	4,804				16,556	29.0
19	9,038	10,750	13,270				33,058	40.1	8,464	10,646	2,660				21,770	12.2
20	13,520	10,655	15,888			24	40,087	39.6	16,306	12,653	15,588			24	44,571	35.0
21	8,921	3,157	6,783				18,861	36.0	10,726	3,451	7,823				22,000	35.6
22	9,190	10,358	6,412				25,960	24.7	9,569	9,037	6,337				24,943	25.4
23	2,721	4,133	4,221				11,075	38.1	2,884	4,011	4,099				10,994	37.3
24	9,467	8,474	15				17,956	0.1	8,902	8,437	813				18,152	4.5
25	6,259	3,019	6,341				15,619	40.6	6,269	3,212	6,006				15,487	38.8
26	3,397	6,499	13,580				23,476	57.8	2,086	5,999	8,716				16,801	51.9

รหัส จังหวัด	ปีงบประมาณ 2557							% รพ.ท./รพ.ศ. และ รพ.ม.	ปีงบประมาณ 2558							% รพ.ท./รพ.ศ. และ รพ.ม.
	สอ./รพ.สต.	รพ.ช.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ม.	เอกชน	ไม่ระบุ	รวม		สอ./รพ.สต.	รพ.ช.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ม.	เอกชน	ไม่ระบุ	รวม	
27	5,493	4,663	5,800				15,956	36.3	4,425	4,650	5,843				14,918	39.2
30	46,237	42,975	36,884		518	91	126,705	29.1	41,290	39,281	35,412		644	178	116,805	30.3
31	30,966	29,619	17,839				78,424	22.7	30,571	28,060	14,988				73,619	20.4
32	21,145	17,032	14,628				52,805	27.7	19,086	16,189	13,017				48,292	27.0
33	30,255	26,157	9,708				66,120	14.7	25,974	23,592	8,905				58,471	15.2
34	34,919	21,644	31,639		565		88,767	35.6	37,587	19,929	21,918		523		79,957	27.4
35	12,692	8,756	6,456		23		27,927	23.1	11,903	7,859	6,062		21		25,845	23.5
36	16,916	20,535	7,407				44,858	16.5	13,966	19,054	7,658				40,678	18.8
37	6,466	6,978	7,477				20,921	35.7	6,578	6,411	7,102				20,091	35.3
38	5,554	7,159	2,565				15,278	16.8	7,753	7,014	2,205				16,972	13.0
39	19,156	5,529	4,232		142		29,059	14.6	16,565	5,498	3,785		169		26,017	14.5
40	46,418	28,378	17,456	37,082			129,334	42.2	45,167	26,234	16,685	20,034			108,120	34.0
41	25,763	18,318	20,456				64,537	31.7	29,495	19,520	17,845				66,860	26.7
42	13,068	13,193	10,128				36,389	27.8	12,476	14,235	8,775				35,486	24.7
43	10,934	10,074	7,911		455		29,374	26.9	11,998	9,965	7,090		601		29,654	23.9
44	27,676	20,654	14,661				62,991	23.3	24,955	20,012	12,457				57,424	21.7
45	41,681	33,074	15,561		1,676		91,992	16.9	37,037	30,526	14,871		1,801		84,235	17.7
46	33,720	30,905	9,332				73,957	12.6	34,719	30,961	8,351				74,031	11.3
47	26,817	21,678	13,758				62,253	22.1	28,342	20,082	15,796				64,220	24.6
48	14,295	11,554	5,624				31,473	17.9	15,721	11,406	5,117				32,244	15.9
49	7,029	4,783	2,778				14,590	19.0	6,312	4,256	718				11,286	6.4
50	25,097	22,792	14,948	20,426	682	14	83,959	42.1	14,094	21,981	15,456	20,417	441		72,389	49.6
51	10,328	8,888	8,124		611		27,951	29.1	7,766	9,525	4,619		710		22,620	20.4
52	13,554	17,322	18,755				49,631	37.8	14,367	14,308	13,043				41,718	31.3
53	13,877	9,891	14,838				38,606	38.4	12,128	8,020	14,534				34,682	41.9
54	11,135	9,630	10,938				31,703	34.5	13,598	9,787	10,735				34,120	31.5
55	12,092	15,027	9,359				36,478	25.7	11,181	13,755	8,569				33,505	25.6
56	11,580	7,307	15,153				34,040	44.5	4,862	6,919	6,397				18,178	35.2
57	19,067	22,639	23,221				64,927	35.8	21,089	23,247	18,691				63,027	29.7
58	3,494	5,227	2,606				11,327	23.0	3,591	5,085	2,124				10,800	19.7
60	17,356	13,126	12,752		194		43,428	29.4	17,079	11,421	13,564		377	14	42,455	31.9
61	6,224	10,444	5,118				21,786	23.5	5,588	9,904	5,268				20,760	25.4
62	10,171	10,710	7,334				28,215	26.0	9,634	9,782	6,560				25,976	25.3
63	8,012	7,066	17,777				32,855	54.1	9,148	6,617	15,667				31,432	49.8

รหัส จังหวัด	ปีงบประมาณ 2557							% รพ.ท./รพ.ศ. และ รพ.ม.	ปีงบประมาณ 2558							% รพ.ท./รพ.ศ. และ รพ.ม.
	สอ./รพ.สต.	รพ.ช.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ม.	เอกชน	ไม่ระบุ	รวม		สอ./รพ.สต.	รพ.ช.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ม.	เอกชน	ไม่ระบุ	รวม	
64	8,355	11,197	12,523				32,075	39.0	10,394	11,244	10,553				32,191	32.8
65	11,744	10,399	21,252				43,395	49.0	10,430	9,911	21,394				41,735	51.3
66	12,413	11,876	9,304				33,593	27.7	9,037	11,507	7,983				28,527	28.0
67	12,394	13,316	8,589				34,299	25.0	11,961	10,775	8,058				30,794	26.2
70	13,230	5,917	19,350				38,497	50.3	11,082	5,338	21,975				38,395	57.2
71	10,368	9,847	13,553				33,768	40.1	11,015	10,285	12,870				34,170	37.7
72	10,104	17,399	15,780		242		43,525	36.3	11,203	14,876	16,349		297		42,725	38.3
73	9,436	11,315	16,273				37,024	44.0	9,065	10,079	10,710				29,854	35.9
74	2,611		22,022		217		24,850	88.6	3,080		18,425		245		21,750	84.7
75	3,402	2,502	5,764				11,668	49.4	3,470	2,413	5,564				11,447	48.6
76	12,047	11,941	6,599				30,587	21.6	11,524	12,530	7,116				31,170	22.8
77	7,461	4,963	12,546				24,970	50.2	9,642	6,462	7,949				24,053	33.0
80	28,851	24,768	32,385				86,004	37.7	24,852	23,816	29,699				78,367	37.9
81	9,477	5,150	1,212				15,839	7.7	2,764	4,745	2,473				9,982	24.8
82	3,371	4,370	8,050				15,791	51.0	4,774	3,741	7,362				15,877	46.4
83	2,217	2,065	12,973				17,255	75.2	1,681	1,921	14,100				17,702	79.7
84	15,618	18,872	13,022				47,512	27.4	13,355	17,792	11,677				42,824	27.3
85	2,804	1,620	5,015				9,439	53.1	3,035	1,513	4,071				8,619	47.2
86	8,728	8,101	6,005				22,834	26.3	6,894	7,584	467				14,945	3.1
90	26,637	17,619	23,041	29,829		146	97,272	54.4	28,463	16,278	14,901	25,184		262	85,088	47.1
91	5,191	5,582	7,617				18,390	41.4	5,544	5,824	7,428				18,796	39.5
92	11,578	12,078	10,642				34,298	31.0	12,685	11,981	10,467				35,133	29.8
93	21,324	14,791	11,351			51	47,517	23.9	23,234	14,104	13,847			9	51,194	27.0
94	7,125	8,574	7,086			15	22,800	31.1	7,906	7,641	6,764			15	22,326	30.3
95	10,493	2,143	13,382				26,018	51.4	11,981	2,732	9,263				23,976	38.6
96	6,136	7,125	8,440				21,701	38.9	6,739	7,317	8,944				23,000	38.9

ตารางที่ ก.2 แสดงจำนวนรวมของผู้ป่วยนอกและจำนวนครั้งการใช้บริการโดยเฉลี่ย พบว่า ในภาพรวมของทุกจังหวัด ไม่รวมสถานพยาบาลใน กทม. (10) การใช้บริการเฉลี่ยต่อผู้ป่วยนอก 1 ราย มีค่าเท่ากับ 6.2 ครั้งต่อคนในปี 2557 และลดลงเล็กน้อยเหลือ 5.6 ครั้งต่อคนในปี 2558 เมื่อพิจารณาตามพื้นที่พบว่า จังหวัดซึ่งมีการใช้บริการโดยเฉลี่ยสูงเกิน 7 ครั้งต่อคนในทั้ง 2 ปีงบประมาณ ได้แก่ สมุทรสงคราม (75) ตราด (23) และอุทัยธานี (61) ในขณะที่จังหวัดซึ่งมีการใช้บริการต่ำกว่า 5 ครั้งต่อคนในทั้ง 2 ปีงบประมาณ ได้แก่ พระนครศรีอยุธยา (13) นนทบุรี (11) กระบี่ (81) และระยอง (21)

ตารางที่ ก.2 จำนวนผู้ป่วยนอกและจำนวนครั้งการใช้บริการเฉลี่ยต่อคน สิทธิ อปท. จำแนกตามจังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยใช้บริการครั้งแรกในรอบปี

รหัส จังหวัด	ปีงบประมาณ 2557		ปีงบประมาณ 2558	
	ผู้ป่วย (คน)	การใช้บริการ (ครั้ง/คน)	ผู้ป่วย (คน)	การใช้บริการ (ครั้ง/คน)
รวม	462,536	6.2	479,217	5.6
11	3,131	4.6	3,167	4.2
12	4,142	5.3	4,373	4.3
13	3,126	4.2	3,834	3.4
14	6,098	6.5	6,030	6.0
15	3,038	7.0	2,985	6.3
16	3,830	5.6	4,376	5.2
17	2,296	6.4	2,149	5.4
18	2,331	7.3	2,565	6.3
19	5,344	6.2	4,239	5.0
20	6,650	5.9	8,239	5.4
21	3,937	4.8	4,676	4.7
22	4,473	5.9	4,758	5.3
23	1,437	7.7	1,553	7.0
24	3,291	5.4	3,862	4.7
25	2,769	5.5	3,030	5.1
26	3,061	7.7	2,788	6.1
27	2,734	5.9	2,783	5.3
30	20,116	6.3	21,910	5.3
31	12,716	6.1	13,398	5.5
32	8,591	6.1	8,929	5.4
33	11,655	5.7	11,985	4.8
34	14,475	6.1	15,525	5.2
35	4,249	6.6	4,525	5.7
36	7,186	6.2	8,045	5.1
37	3,064	6.8	3,239	6.1

รหัส จังหวัด	ปีงบประมาณ 2557		ปีงบประมาณ 2558	
	ผู้ป่วย (คน)	การใช้บริการ (ครั้ง/คน)	ผู้ป่วย (คน)	การใช้บริการ (ครั้ง/คน)
38	2,674	5.8	3,165	5.5
39	4,318	6.9	4,321	6.1
40	21,568	6.1	18,356	5.6
41	11,023	5.8	11,885	5.6
42	6,269	5.8	6,743	5.3
43	4,123	7.0	4,432	6.6
44	9,478	6.5	10,353	5.6
45	13,877	6.6	13,800	6.1
46	11,388	6.5	12,361	6.1
47	10,242	6.1	11,108	5.8
48	4,861	6.5	5,542	5.9
49	2,864	5.2	2,574	4.3
50	12,782	6.5	13,415	5.4
51	4,406	6.4	4,112	5.4
52	7,915	6.3	7,652	5.4
53	5,393	7.2	5,388	6.4
54	5,021	6.3	5,561	6.1
55	5,778	6.3	5,984	5.6
56	5,058	6.6	4,101	4.4
57	10,654	6.1	11,379	5.6
58	1,955	6.0	2,115	5.1
60	6,765	6.4	6,942	6.2
61	2,822	7.7	2,899	7.2
62	4,358	6.5	4,398	6.0
63	5,044	6.6	4,908	6.4
64	5,335	6.1	5,313	6.0
65	6,274	6.8	6,727	6.2
66	4,761	7.1	4,527	6.3
67	5,809	5.9	6,043	5.0
70	6,712	5.7	6,786	5.7
71	5,679	6.0	6,262	5.4
72	6,852	6.3	7,526	5.7
73	5,241	7.1	5,144	5.7

รหัส จังหวัด	ปีงบประมาณ 2557		ปีงบประมาณ 2558	
	ผู้ป่วย (คน)	การใช้บริการ (ครั้ง/คน)	ผู้ป่วย (คน)	การใช้บริการ (ครั้ง/คน)
74	3,278	7.4	3,500	6.4
75	1,396	8.5	1,445	7.8
76	4,440	6.9	4,720	6.6
77	3,862	6.4	3,907	6.1
80	14,048	6.1	14,406	5.4
81	3,364	4.8	2,687	3.8
82	2,216	7.1	2,411	6.5
83	2,546	6.8	2,952	5.9
84	8,170	5.8	7,796	5.5
85	1,528	6.3	1,618	5.4
86	3,996	5.7	3,340	4.5
90	13,965	6.9	15,082	5.8
91	2,789	6.6	3,027	6.0
92	5,719	6.0	5,931	5.9
93	7,481	6.4	7,880	6.4
94	4,285	5.3	4,502	5.0
95	4,208	6.2	4,490	5.4
96	4,206	5.2	4,738	4.8

ข. การใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

ตารางที่ ข.1 แสดงจำนวนรวมของครั้งการเข้านอน รพ. จำแนกตามประเภทและจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาลซึ่งให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้ใช้สิทธิ อปท. พบว่า ในภาพรวมของทุกจังหวัดรวมทั้ง กทม. (10) จำนวนครั้งการเข้านอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ที่ รพ. ขนาดใหญ่ ได้แก่ รพ.ม. และ รพ.ท./รพ.ศ. ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 62-63 ในปี 2557-2558 การเข้านอนใน รพ.ช. มีเป็นส่วนน้อย (ร้อยละ 37-38 ในปีดังกล่าว) โดยในปี 2558 จังหวัดมหาสารคาม (44) พิษณุโลก (65) ลำปาง (52) สุราษฎร์ธานี (84) และปราจีนบุรี (25) มีจำนวนครั้งการใช้บริการใน รพ.ช. เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 10

จังหวัดที่มีจำนวนครั้งการเข้านอน รพ. มากที่สุด ได้แก่ ขอนแก่น นครราชสีมา กรุงเทพมหานคร อุบลราชธานี และเชียงใหม่ ซึ่งเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ที่มี รพ.ศ. และ รพ.ม. โดยมีสัดส่วนการเข้านอนใน รพ.ช. ต่ำกว่าจังหวัดอื่นๆ อย่างชัดเจน

ตารางที่ ข.1 จำนวนรวมของครั้งการใช้บริการแบบผู้ป่วยใน สิทธิ อปท. จำแนกตามประเภทและจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล (รวม กทม.)

รหัสจังหวัด	ปีงบประมาณ 2557						% รพ.ม. และ รพ.ท./รพ.ศ.	ปีงบประมาณ 2558						% รพ.ม. และ รพ.ท./รพ.ศ.
	รพ.ม.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ช.	รพ. เอกชน	อื่นๆ หรือ ไม่ระบุ	รวม		รพ.ม.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ช.	รพ. เอกชน	อื่นๆ หรือ ไม่ระบุ	รวม	
รวม	7,715	40,464	28,501	256	24	76,960	62.6	6,485	30,050	22,291	164	126	59,116	61.8
10	2,468	560	112			3,140	96.4	2,159	406	106			2,671	96.0
11		146	71			217	67.3		93	61			154	60.4
12		433	46			479	90.4		246	32			278	88.5
13	609	93	85			787	89.2	562	89	53			704	92.5
14		369	163			532	69.4		249	127			376	66.2
15		337	238			575	58.6		268	201			469	57.1
16		590	250			840	70.2		410	176			586	70.0
17		365	38			403	90.6		277	36			313	88.5
18		279	72			351	79.5		257	71			328	78.4
19		779	146			925	84.2		543	139			682	79.6
20		701	318			1,019	68.8		558	267			825	67.6
21		223	119			342	65.2		198	71			269	73.6
22		540	212			752	71.8		450	165			615	73.2
23		150	43			193	77.7		107	27			134	79.9
24		276	304			580	47.6		287	230			517	55.5
25		241	127			368	65.5		59	83			142	41.5
26	254	171	54			479	88.7	255	171	33			459	92.8
27		207	186			393	52.7		155	129			284	54.6
30		1,939	1,412	1		3,352	57.8		1,560	1,093		52	2,705	57.7
31		913	1,488			2,401	38.0		728	1,085			1,813	40.2
32		829	783			1,612	51.4		657	526			1,183	55.5

รหัสจังหวัด	ปีงบประมาณ 2557						% รพ.ม. และ รพ.ท./รพ.ศ.	ปีงบประมาณ 2558						% รพ.ม. และ รพ.ท./รพ.ศ.
	รพ.ม.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ช.	รพ. เอกชน	อื่นๆ หรือ ไม่ระบุ	รวม		รพ.ม.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ช.	รพ. เอกชน	อื่นๆ หรือ ไม่ระบุ	รวม	
33		729	898			1,627	44.8		506	646			1,152	43.9
34		1,808	1,079			2,887	62.6		1,341	824			2,165	61.9
35		496	229			725	68.4		398	167			565	70.4
36		509	613			1,122	45.4		437	481			918	47.6
37		366	150			516	70.9		243	119			362	67.1
39		186	197			383	48.6		122	137			259	47.1
40	1,596	1,084	1,272			3,952	67.8	1,179	847	997			3,023	67.0
41		1,052	676		4	1,732	60.7		841	530		2	1,373	61.3
42		589	538			1,127	52.3		452	350			802	56.4
43		291	779			1,070	27.2		237	612			849	27.9
44		905	656		10	1,571	57.6		673	663		72	1,408	47.8
45		1,210	833			2,043	59.2		971	722			1,693	57.4
46		721	1,084			1,805	39.9		606	772			1,378	44.0
47		730	928			1,658	44.0		528	729			1,257	42.0
48		220	333			553	39.8		178	280			458	38.9
49		356	152			508	70.1		238	100			338	70.4
50	1,130	529	851			2,510	66.1	927	388	762			2,077	63.3
51		468	172			640	73.1		361	118			479	75.4
52		764	520			1,284	59.5		301	377			678	44.4
53		657	196			853	77.0		511	168			679	75.3
54		614	254			868	70.7		513	188			701	73.2
55		675	393			1,068	63.2		508	364			872	58.3
56		682	114			796	85.7		566	110			676	83.7
57		937	474		10	1,421	65.9		792	397			1,189	66.6
58		79	174			253	31.2		43	114			157	27.4
60		459	521			980	46.8		365	410			775	47.1
61		207	217			424	48.8		167	147			314	53.2
62		289	279			568	50.9		289	206			495	58.4
63		518	135			653	79.3		369	110			479	77.0
64		465	195			660	70.5		298	175			473	63.0
65	398	628	265			1,291	79.5	389		220			609	63.9
66		375	286			661	56.7		221	208			429	51.5

รหัสจังหวัด	ปีงบประมาณ 2557						% รพ.ม. และ รพ.ท./รพ.ศ.	ปีงบประมาณ 2558						% รพ.ม. และ รพ.ท./รพ.ศ.
	รพ.ม.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ช.	รพ. เอกชน	อื่นๆ หรือ ไม่ระบุ	รวม		รพ.ม.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ช.	รพ. เอกชน	อื่นๆ หรือ ไม่ระบุ	รวม	
67		414	498			912	45.4		313	381			694	45.1
70		924	160			1,084	85.2		622	111			733	84.9
71		509	404			913	55.8		380	314			694	54.8
72		717	427			1,144	62.7		541	349			890	60.8
73		485	347			832	58.3		376	233			609	61.7
74		190	70	255		515	36.9		143	62	164		369	38.8
75		150	36			186	80.6		125	29			154	81.2
76		450	154			604	74.5		343	156			499	68.7
77		348	148			496	70.2		279	120			399	69.9
80		673	1,415			2,088	32.2		513	1,126			1,639	31.3
81		211	161			372	56.7		165	140			305	54.1
82		294	76			370	79.5		215	45			260	82.7
83		303	38			341	88.9		207	35			242	85.5
84		630	467			1,097	57.4		406	457			863	47.0
85		113	37			150	75.3		102	44			146	69.9
86		373	225			598	62.4		276	146			422	65.4
90	1,260	849	406			2,515	83.9	1,014	622	311			1,947	84.0
91		267	235			502	53.2		195	157			352	55.4
92		561	408			969	57.9		440	367			807	54.5
93		720	335			1,055	68.2		580	301			881	65.8
94		325	287			612	53.1		302	187			489	61.8
95		587	153			740	79.3		355	92			447	79.4
96		632	284			916	69.0		472	214			686	68.8

เมื่อพิจารณาการใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ตารางที่ ข.2) พบว่าในภาพรวม สัดส่วนการเข้านอนในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ รพ.ม. และ รพ.ท./รพ.ศ. มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 74-75 ในปี 2557-2558 ในขณะที่การเข้านอนใน รพ.ช. มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 25-26 โดยพบว่าจังหวัดส่วนใหญ่มีแนวโน้มการใช้บริการที่ รพ.ช. ลดลงหรือคงที่ในปี 2558 จังหวัดที่มีจำนวนครั้งการเข้านอน รพ. มากที่สุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ขอนแก่น นครราชสีมา สงขลา และเชียงใหม่ โดยจังหวัดเหล่านี้มีสัดส่วนการเข้านอนใน รพ.ช. ต่ำกว่าจังหวัดอื่นๆ อย่างชัดเจน

ตารางที่ ข.2 จำนวนรวมของครั้งการใช้บริการแบบผู้ป่วยใน สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จำแนกตามประเภทและจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล (รวม กทม.)

รหัสจังหวัด	ปีงบประมาณ 2557							ปีงบประมาณ 2558						
	รพ.ม.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ช.	รพ. เอกชน	อื่นๆ หรือ ไม่ระบุ	รวม	% รพ.ม. และ รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ม.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ช.	รพ. เอกชน	อื่นๆ หรือ ไม่ระบุ	รวม	% รพ.ม. และ รพ.ท./รพ.ศ.
รวม	107,082	408,398	167,036	1,896	4,755	689,167	74.8	108,175	416,319	178,323	2,057	4,349	709,223	74.0
10	61,878	32,817			847	95,542	99.1	61,969	33,957			787	96,713	99.2
11		2,332	516			2,848	81.9		2,242	690		1	2,933	76.4
12		8,889	522			9,411	94.5		8,889	521			9,410	94.5
13	6,647	1,708	285			8,640	96.7	6,924	1,593	304			8,821	96.6
14		2,906	1,738		1,171	5,815	50.0		2,937	1,791		662	5,390	54.5
15		2,332	2,058			4,390	53.1		2,323	2,362			4,685	49.6
16		9,757	1,482			11,239	86.8		9,741	1,588			11,329	86.0
17		4,122	508			4,630	89.0		3,821	598			4,419	86.5
18		2,519	837			3,356	75.1		2,610	911		1	3,522	74.1
19		6,265	1,253			7,518	83.3		5,783	1,363			7,146	80.9
20		10,440	1,584	1,244	26	13,294	78.5		10,470	1,607	1,350	17	13,444	77.9
21		2,303	449			2,752	83.7		2,515	408			2,923	86.0
22		4,259	1,616			5,875	72.5		4,297	1,720			6,017	71.4
23		1,569	407			1,976	79.4		1,610	390			2,000	80.5
24		2,748	1,857			4,605	59.7		2,592	1,985		1	4,578	56.6
25		4,206	591			4,797	87.7		3,895	576			4,471	87.1
26		6,306	512			6,818	92.5		6,576	515			7,091	92.7
27		2,855	873			3,728	76.6		2,782	837			3,619	76.9
30		18,523	8,050			26,573	69.7		19,162	8,469			27,631	69.3
31		7,398	6,490			13,888	53.3		7,696	6,839			14,535	52.9
32		7,302	5,198			12,500	58.4		7,496	5,509			13,005	57.6
33		3,759	5,083			8,842	42.5		3,937	5,493			9,430	41.7
34		19,182	3,188			22,370	85.7		19,611	3,760			23,371	83.9
35		2,924	1,516			4,440	65.9		3,080	1,873			4,953	62.2

รหัสจังหวัด	ปีงบประมาณ 2557						ปีงบประมาณ 2558							
	รพ.ม.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ช.	รพ.	อื่นๆ หรือ	รวม	% รพ.ม. และ	รพ.ม.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ช.	รพ.	อื่นๆ หรือ	รวม	% รพ.ม. และ
				เอกชน	ไม่ระบุ		รพ.ท./รพ.ศ.				เอกชน	ไม่ระบุ		รพ.ท./รพ.ศ.
36	15,666	3,304	3,845			7,149	46.2		3,702	4,189			7,891	46.9
37		2,172	920			3,092	70.2		1,978	1,095			3,073	64.4
38		921	1,234			2,155	42.7		894	1,293			2,187	40.9
39		1,361	975			2,336	58.3		1,354	1,038			2,392	56.6
40		7,243	6,418			29,327	78.1	15,517	7,777	6,464		1	29,759	78.3
41		9,372	3,028			12,400	75.6		9,617	3,209			12,826	75.0
42		3,397	2,501			5,898	57.6		3,415	2,785			6,200	55.1
43		2,035	2,595			4,630	44.0		2,142	2,690			4,832	44.3
44		4,628	4,514			9,142	50.6		5,251	4,911		1	10,163	51.7
45		7,041	4,963			12,004	58.7		7,228	5,498		10	12,736	56.8
46	11,158	3,492	5,380			8,872	39.4		3,571	5,342			8,913	40.1
47		5,476	3,843			9,319	58.8		5,658	4,315			9,973	56.7
48		1,813	1,988			3,801	47.7		2,042	2,101			4,143	49.3
49		2,349	1,268			3,617	64.9		2,420	1,225			3,645	66.4
50		7,470	3,900	9	42	22,579	82.5	11,448	7,712	4,335		49	23,544	81.4
51		3,160	1,068			4,228	74.7		2,968	1,040			4,008	74.1
52		7,665	1,870			9,535	80.4		8,016	1,961			9,977	80.3
53		5,384	1,239			6,623	81.3		5,466	1,454			6,920	79.0
54		4,777	2,050			6,827	70.0		4,889	2,217			7,106	68.8
55		4,895	2,590			7,485	65.4		5,132	2,744			7,876	65.2
56	4,652	1,025			5,677	81.9		4,911	1,087			5,998	81.9	
57	6,020	3,102		166	9,288	64.8		6,419	3,467		127	10,013	64.1	
58	567	1,221			1,788	31.7		736	1,143			1,879	39.2	
60	5,776	2,778		820	9,374	61.6		6,151	2,893		954	9,998	61.5	
61	1,903	2,189			4,092	46.5		2,114	2,219			4,333	48.8	
62	2,284	1,775			4,059	56.3		2,245	1,870			4,115	54.6	
63	3,395	830			4,225	80.4		3,327	992			4,319	77.0	
64	3,120	1,469			4,589	68.0		2,963	1,612			4,575	64.8	
65	12,224	1,544			13,768	88.8		12,751	1,652		9	14,412	88.5	
66	2,777	2,152			4,929	56.3		2,650	2,082			4,732	56.0	
67	3,988	4,009			7,997	49.9		3,921	4,172			8,093	48.4	
70	10,677	1,193			11,870	89.9		10,370	1,151			11,521	90.0	
71	5,497	2,513			8,010	68.6		5,398	2,869			8,267	65.3	
72	4,836	3,542		1,683	10,061	48.1		5,069	3,525		1,725	10,319	49.1	

รหัสจังหวัด	ปีงบประมาณ 2557						ปีงบประมาณ 2558							
	รพ.ม.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ช.	รพ.	อื่นๆ หรือ ไม่ระบุ	รวม	% รพ.ม. และ	รพ.ม.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ช.	รพ.	อื่นๆ หรือ ไม่ระบุ	รวม	% รพ.ม. และ
				เอกชน			รพ.ท./รพ.ศ.				เอกชน			รพ.ท./รพ.ศ.
73		7,315	1,931	643		9,889	74.0		7,322	2,015	707	2	10,046	72.9
74		5,439				5,439	100.0		5,532			1	5,533	100.0
75		1,497	565			2,062	72.6		1,587	591			2,178	72.9
76		4,108	1,296			5,404	76.0		4,062	1,412			5,474	74.2
77		3,446	1,737			5,183	66.5		3,408	1,665			5,073	67.2
80		11,986	5,752			17,738	67.6		11,669	5,755			17,424	67.0
81		1,413	875			2,288	61.8		1,476	1,028			2,504	58.9
82		2,459	437			2,896	84.9		2,440	430			2,870	85.0
83		2,735	241			2,976	91.9		2,998	206			3,204	93.6
84		6,003	3,525			9,528	63.0		6,042	4,403			10,445	57.8
85		1,243	354			1,597	77.8		1,328	318			1,646	80.7
86		3,192	2,042			5,234	61.0		3,464	1,923			5,387	64.3
90	11,733	8,405	3,855			23,993	83.9	12,317	8,249	4,074		1	24,641	83.5
91		1,690	1,232			2,922	57.8		1,675	1,382			3,057	54.8
92		4,295	2,818			7,113	60.4		4,703	3,349			8,052	58.4
93		5,239	2,937			8,176	64.1		5,709	3,285			8,994	63.5
94		3,105	1,928			5,033	61.7		3,376	2,280			5,656	59.7
95		5,920	1,031			6,951	85.2		5,691	932			6,623	85.9
96		5,816	2,336			8,152	71.3		5,716	2,526			8,242	69.4

ตารางที่ ข.3 แสดงจำนวนรวมของผู้ป่วยใน จำนวนครั้งการใช้บริการและวันนอนเฉลี่ย รวมทั้งการเสียชีวิตใน รพ. พบว่า ในภาพรวมของทุกจังหวัด รวมทั้ง กทม. (10) การเข้านอนเฉลี่ยต่อผู้ป่วยมีค่าเท่ากับ 1.51 ครั้งต่อคนในปี 2557 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 1.54 ครั้งต่อคนในปี 2558 โดยมีจำนวนวันนอนก่อนข้างคางที่ทั้งสองปี คือ 4.3 วันต่อคน และมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ 3.1-3.4 เมื่อพิจารณาตามพื้นที่พบว่า จังหวัดซึ่งมีจำนวนวันนอนใน รพ. ที่นานกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ ได้แก่ รพ. ใน กทม. และจังหวัดในภาคกลางและภาคตะวันออก สำหรับโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนวันนอนก่อนข้างคางสั้น

ตารางที่ ข.3 จำนวนผู้ป่วยใน จำนวนครั้งการใช้บริการและจำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อคน และสัดส่วนการเสียชีวิตใน รพ. สิทธิ อปท. จำแนกตามจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยใช้บริการครั้งแรกในรอบปี

รหัส จังหวัด	ปีงบประมาณ 2557				ปีงบประมาณ 2558			
	ผู้ป่วย (คน)	การเข้านอน (ครั้ง/คน)	ระยะเวลาอน (วัน/คน)	เสียชีวิตใน รพ. (%)	ผู้ป่วย (คน)	การเข้านอน (ครั้ง/คน)	ระยะเวลาอน (วัน/คน)	เสียชีวิตใน รพ. (%)
รวม	50,905	1.51	4.3	3.1%	54,717	1.54	4.3	3.4%
10	1,718	1.67	6.2	5.0%	2,094	1.63	6.5	5.1%
11	167	1.38	6.7	7.8%	174	1.36	8.2	9.2%
12	312	1.33	6.5	6.4%	306	1.48	5.8	3.6%
13	493	1.56	5.6	7.3%	576	1.62	5.7	4.9%
14	367	1.53	4.9	8.4%	362	1.51	4.9	8.3%
15	383	1.50	4.2	2.6%	382	1.57	4.2	2.1%
16	585	1.45	5.3	5.6%	580	1.38	4.9	4.8%
17	283	1.47	4.3	4.6%	296	1.45	4.3	2.7%
18	249	1.46	4.9	4.0%	309	1.44	4.2	4.9%
19	612	1.50	5.3	4.4%	664	1.50	5.5	5.4%
20	691	1.45	4.9	4.6%	784	1.49	4.8	8.4%
21	260	1.34	5.8	6.9%	274	1.34	4.5	5.8%
22	468	1.62	3.8	3.2%	514	1.69	4.0	4.7%
23	134	1.47	4.7	4.5%	123	1.39	4.1	4.9%
24	367	1.60	4.5	5.2%	436	1.70	4.5	5.7%
25	255	1.49	4.7	5.5%	260	1.39	4.4	4.6%
26	310	1.52	5.0	3.2%	403	1.56	5.0	5.2%
27	254	1.55	4.5	2.8%	268	1.66	4.8	3.0%
30	2,141	1.53	4.0	3.9%	2,430	1.58	4.0	4.6%
31	1,688	1.43	3.6	1.8%	1,749	1.52	3.7	2.2%
32	1,083	1.48	3.8	1.8%	1,130	1.55	3.5	2.0%
33	1,123	1.48	3.5	2.8%	1,205	1.48	3.5	2.8%

รหัส จังหวัด	ปีงบประมาณ 2557				ปีงบประมาณ 2558			
	ผู้ป่วย (คน)	การเข้านอน (ครั้ง/คน)	ระยะเวลานอน (วัน/คน)	เสียชีวิตใน รพ. (%)	ผู้ป่วย (คน)	การเข้านอน (ครั้ง/คน)	ระยะเวลานอน (วัน/คน)	เสียชีวิตใน รพ. (%)
34	1,729	1.61	3.9	2.4%	1,890	1.62	4.0	2.6%
35	457	1.57	3.4	2.8%	522	1.57	2.7	1.9%
36	746	1.52	3.4	1.7%	870	1.56	3.8	3.7%
37	370	1.54	3.4	1.1%	355	1.63	3.8	1.1%
38	272	1.48	3.1	1.1%	254	1.61	3.6	1.2%
39	272	1.39	3.1	0.7%	260	1.51	3.3	1.5%
40	2,351	1.59	4.6	2.3%	2,395	1.67	4.7	1.6%
41	1,070	1.61	4.2	3.0%	1,163	1.61	4.6	2.8%
42	763	1.50	3.3	2.2%	752	1.54	3.3	2.3%
43	450	1.52	3.7	2.2%	561	1.50	3.6	1.1%
44	1,043	1.52	3.3	1.8%	1,292	1.56	3.3	2.0%
45	1,341	1.54	3.4	1.3%	1,484	1.57	3.4	2.7%
46	1,221	1.50	3.5	1.8%	1,212	1.53	3.8	2.0%
47	1,158	1.43	4.0	2.0%	1,236	1.45	3.8	1.8%
48	407	1.43	3.6	2.0%	442	1.61	3.4	1.4%
49	330	1.55	3.3	1.5%	330	1.47	3.2	2.4%
50	1,577	1.57	5.2	3.0%	1,697	1.61	5.0	2.3%
51	429	1.48	4.0	2.8%	438	1.53	4.1	2.5%
52	792	1.57	4.0	2.5%	641	1.61	3.9	3.0%
53	569	1.47	4.9	3.7%	615	1.49	4.9	3.6%
54	581	1.52	4.1	4.0%	647	1.48	4.0	2.6%
55	687	1.60	4.0	3.6%	757	1.56	3.9	2.4%
56	560	1.44	4.2	1.1%	582	1.50	4.1	1.7%
57	874	1.60	4.2	3.0%	996	1.61	3.7	3.6%
58	181	1.49	3.5	1.7%	185	1.51	4.0	1.6%
60	692	1.39	4.3	4.0%	749	1.49	4.3	5.5%
61	302	1.44	4.4	3.6%	317	1.39	4.0	3.8%
62	403	1.43	3.4	2.7%	450	1.54	3.5	2.2%
63	472	1.39	4.0	4.4%	486	1.47	4.0	4.5%
64	436	1.57	4.6	6.4%	455	1.44	4.3	3.1%
65	810	1.51	4.7	4.0%	920	1.54	4.3	2.9%
66	455	1.47	4.3	4.6%	449	1.44	4.4	5.3%

รหัส จังหวัด	ปีงบประมาณ 2557				ปีงบประมาณ 2558			
	ผู้ป่วย (คน)	การเข้านอน (ครั้ง/คน)	ระยะเวลานอน (วัน/คน)	เสียชีวิตใน รพ. (%)	ผู้ป่วย (คน)	การเข้านอน (ครั้ง/คน)	ระยะเวลานอน (วัน/คน)	เสียชีวิตใน รพ. (%)
67	625	1.47	4.1	2.9%	649	1.48	4.3	2.8%
70	724	1.47	4.4	2.9%	721	1.47	5.1	4.6%
71	635	1.50	4.5	3.0%	679	1.48	4.1	4.1%
72	799	1.45	4.8	3.8%	886	1.47	4.4	4.6%
73	571	1.50	4.3	4.0%	587	1.47	4.7	6.6%
74	374	1.41	5.1	4.5%	406	1.42	5.4	4.2%
75	121	1.55	5.1	5.8%	136	1.59	7.2	9.6%
76	425	1.43	4.0	5.4%	518	1.45	4.2	3.5%
77	343	1.45	4.8	5.5%	385	1.47	5.7	6.0%
80	1,445	1.49	3.7	2.9%	1,515	1.55	3.6	4.8%
81	261	1.44	3.9	1.1%	306	1.44	4.0	2.9%
82	256	1.55	3.8	1.6%	261	1.55	4.3	6.1%
83	394	1.48	4.3	1.5%	479	1.46	4.3	1.5%
84	718	1.51	4.5	3.6%	770	1.51	4.5	4.4%
85	117	1.36	6.1	2.6%	140	1.51	5.4	6.4%
86	439	1.36	4.7	0.7%	405	1.49	5.3	0.5%
90	1,621	1.47	4.8	3.8%	1,660	1.48	4.6	3.2%
91	346	1.49	3.2	2.0%	339	1.53	3.0	0.9%
92	632	1.55	3.4	2.2%	736	1.58	3.7	2.4%
93	740	1.43	3.7	2.4%	826	1.58	3.6	2.8%
94	456	1.34	5.0	3.7%	459	1.43	4.3	3.1%
95	498	1.48	5.1	3.0%	464	1.41	4.9	3.2%
96	622	1.49	3.5	3.2%	669	1.46	3.4	3.3%

สำหรับสถิติการรักษาพยาบาลข้าราชการ ในภาพรวมของทุกจังหวัด ผู้ป่วยที่เข้านอน รพ. ในปี 2557-2558 โดยเฉลี่ย มีความถี่ 1.6 ครั้ง/คน นอนนาน 5.5 วัน/คน และเสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ 5 (ตารางที่ ข.4) โรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยสถิติการรักษาพยาบาลข้าราชการนอนนานกว่าค่าเฉลี่ยมักตั้งอยู่ในพื้นที่ กทม. ภาคกลางและภาคตะวันออก โรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนวันนอนค่อนข้างสั้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิ อปท. พบว่า จำนวนวันนอนของผู้ป่วยสถิติการรักษาพยาบาลข้าราชการมากกว่า อปท. ประมาณ 1 วัน ในขณะที่อัตราการเข้านอน รพ. และการเสียชีวิตใกล้เคียงกัน

ตารางที่ ข.4 จำนวนผู้ป่วยใน จำนวนครั้งการใช้บริการและจำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อคน และสัดส่วนการเสียชีวิตใน รพ. สถิติการรักษาพยาบาลข้าราชการ จำแนกตามจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยใช้บริการครั้งแรกในรอบปี

รหัส จังหวัด	ปีงบประมาณ 2557				ปีงบประมาณ 2558			
	ผู้ป่วย (คน)	การเข้านอน (ครั้ง/คน)	ระยะเวลานอน (วัน/คน)	เสียชีวิตใน รพ. (%)	ผู้ป่วย (คน)	การเข้านอน (ครั้ง/คน)	ระยะเวลานอน (วัน/คน)	เสียชีวิตใน รพ. (%)
รวม	444,856	1.55	5.5	5.1%	456,061	1.56	5.5	5.0%
10	61,664	1.50	8.3	6.8%	62,399	1.50	8.4	6.7%
11	1,824	1.55	7.5	10.5%	2,003	1.48	8.3	9.0%
12	6,011	1.52	8.3	7.9%	6,106	1.50	8.2	7.9%
13	5,462	1.53	7.0	7.6%	5,581	1.54	6.9	7.2%
14	3,949	1.55	5.1	7.9%	3,628	1.55	5.5	9.0%
15	2,663	1.67	5.1	6.4%	2,911	1.66	4.6	6.0%
16	7,789	1.47	6.2	6.0%	7,752	1.48	6.4	6.2%
17	3,058	1.56	5.4	5.9%	2,907	1.57	5.3	6.3%
18	2,261	1.52	5.1	7.5%	2,344	1.54	4.8	8.3%
19	4,812	1.59	6.2	7.8%	4,872	1.49	6.5	7.5%
20	9,109	1.45	6.1	6.2%	9,078	1.48	6.1	6.5%
21	1,826	1.54	5.4	6.9%	2,013	1.49	5.2	7.5%
22	3,546	1.64	4.6	6.0%	3,650	1.64	4.7	7.1%
23	1,398	1.48	5.3	6.2%	1,417	1.47	5.5	6.7%
24	2,981	1.59	5.7	5.9%	3,033	1.57	5.6	4.7%
25	3,245	1.50	6.1	6.7%	3,090	1.48	6.0	5.9%
26	4,328	1.57	6.4	6.7%	4,343	1.61	5.7	5.9%
27	2,547	1.51	5.2	5.0%	2,495	1.53	5.2	4.2%
30	16,407	1.61	5.2	7.0%	17,009	1.61	5.1	6.7%
31	9,043	1.56	4.1	2.5%	9,415	1.57	4.0	2.1%
32	8,079	1.57	4.2	3.2%	8,261	1.59	4.2	2.9%

รหัส จังหวัด	ปีงบประมาณ 2557				ปีงบประมาณ 2558			
	ผู้ป่วย (คน)	การเข้านอน (ครั้ง/คน)	ระยะเวลานอน (วัน/คน)	เสียชีวิตใน รพ. (%)	ผู้ป่วย (คน)	การเข้านอน (ครั้ง/คน)	ระยะเวลานอน (วัน/คน)	เสียชีวิตใน รพ. (%)
33	5,843	1.55	4.0	4.0%	6,268	1.55	4.0	3.4%
34	12,808	1.70	4.8	3.9%	13,218	1.72	4.7	4.0%
35	2,871	1.65	3.1	3.1%	3,202	1.63	3.2	2.0%
36	4,723	1.56	4.1	4.1%	5,274	1.56	4.2	4.0%
37	2,044	1.59	4.0	2.4%	2,007	1.61	5.3	2.5%
38	1,412	1.54	3.2	1.5%	1,428	1.62	3.6	1.7%
39	1,592	1.48	3.4	1.4%	1,582	1.52	3.3	2.2%
40	16,449	1.71	5.4	3.1%	16,722	1.70	5.3	3.3%
41	7,900	1.55	4.9	4.4%	7,883	1.61	4.8	4.1%
42	3,836	1.58	3.6	3.8%	3,927	1.60	3.7	3.6%
43	3,045	1.55	4.1	2.3%	3,166	1.54	4.2	2.9%
44	5,845	1.59	3.6	3.2%	6,358	1.63	3.6	2.3%
45	7,541	1.61	3.8	3.1%	8,005	1.61	3.8	2.9%
46	5,613	1.61	4.2	3.7%	5,553	1.65	4.1	3.4%
47	6,243	1.53	4.6	3.5%	6,607	1.51	4.6	3.6%
48	2,551	1.55	4.0	2.9%	2,718	1.58	3.7	3.0%
49	2,327	1.58	4.1	2.5%	2,363	1.57	3.8	3.0%
50	13,938	1.58	6.3	4.4%	14,514	1.61	6.7	4.6%
51	2,717	1.58	4.5	3.0%	2,614	1.57	5.4	3.5%
52	5,883	1.59	4.4	5.4%	6,134	1.60	4.2	4.8%
53	4,279	1.58	5.5	5.6%	4,374	1.61	6.0	6.5%
54	4,269	1.64	5.0	5.0%	4,457	1.61	4.6	4.6%
55	4,740	1.62	4.4	4.9%	4,931	1.61	4.2	4.7%
56	3,796	1.53	5.5	3.8%	3,886	1.57	5.2	4.0%
57	5,774	1.61	4.2	4.8%	6,216	1.62	3.9	5.1%
58	1,240	1.52	4.3	3.7%	1,345	1.45	4.2	2.2%
60	6,273	1.51	4.8	6.1%	6,423	1.57	4.7	7.0%
61	2,635	1.57	4.9	5.4%	2,827	1.57	4.9	5.2%
62	2,718	1.55	4.2	4.4%	2,708	1.58	4.3	5.4%
63	2,915	1.50	5.2	4.6%	3,023	1.47	4.8	5.1%
64	3,030	1.57	5.5	6.6%	3,009	1.55	5.4	6.5%
65	8,345	1.57	4.9	4.6%	8,706	1.59	5.1	4.4%

รหัส จังหวัด	ปีงบประมาณ 2557				ปีงบประมาณ 2558			
	ผู้ป่วย (คน)	การเข้านอน (ครั้ง/คน)	ระยะเวลานอน (วัน/คน)	เสียชีวิตใน รพ. (%)	ผู้ป่วย (คน)	การเข้านอน (ครั้ง/คน)	ระยะเวลานอน (วัน/คน)	เสียชีวิตใน รพ. (%)
66	3,088	1.62	5.0	6.8%	2,975	1.66	4.8	6.8%
67	5,353	1.54	4.5	4.6%	5,300	1.57	4.8	4.9%
70	7,764	1.55	6.0	6.1%	7,685	1.51	6.3	6.3%
71	5,428	1.53	5.2	5.7%	5,674	1.48	5.0	4.6%
72	6,755	1.51	4.8	4.9%	6,972	1.53	4.7	4.9%
73	6,626	1.51	5.4	5.4%	6,710	1.51	5.2	5.2%
74	3,683	1.51	6.1	3.9%	3,815	1.46	6.3	4.4%
75	1,283	1.62	7.1	8.7%	1,391	1.61	7.5	8.7%
76	3,704	1.50	5.3	7.5%	3,839	1.48	5.4	6.0%
77	3,434	1.55	5.8	5.6%	3,420	1.53	5.9	4.5%
80	11,988	1.50	4.3	5.1%	11,754	1.51	4.4	5.1%
81	1,628	1.45	4.4	3.2%	1,711	1.51	4.7	4.1%
82	1,962	1.50	4.1	4.0%	1,979	1.51	4.2	3.8%
83	2,025	1.48	5.5	1.4%	2,132	1.49	5.5	1.6%
84	6,054	1.58	5.3	4.0%	6,339	1.64	4.9	4.2%
85	1,120	1.49	6.2	4.2%	1,201	1.42	5.7	5.0%
86	3,642	1.48	5.5	5.8%	3,780	1.47	5.6	5.8%
90	15,407	1.50	5.5	4.3%	15,651	1.51	5.4	4.4%
91	2,050	1.46	3.7	2.2%	2,110	1.52	3.9	2.9%
92	4,525	1.59	4.1	4.0%	5,110	1.59	4.1	3.9%
93	5,501	1.51	4.4	3.5%	5,935	1.55	4.4	4.4%
94	3,761	1.40	5.6	3.3%	4,045	1.43	5.0	3.0%
95	5,036	1.38	5.0	2.1%	4,900	1.38	5.0	3.2%
96	5,842	1.43	4.2	2.6%	5,878	1.44	4.2	2.4%

ตารางที่ ข.5 แสดงโรคจากการวินิจฉัยหลักที่พบบ่อย 5 อันดับแรกของการเข้านอน รพ. ของผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิ อปท. ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 45 ของการเข้านอนโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี (ประมาณ 1,120 รหัสโรคตามระบบ International Classification of Diseases, version 10 -ICD10) โรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในภาพรวมของ รพ. ทุกประเภท ได้แก่ ท้องเสีย (A09) ต้อกระจก (H25) ปอดบวม (J18) เบาหวานประเภท 2 (E11) และหลอดลมอักเสบ (J20) ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 16 ของการเข้านอน รพ. ทั้งหมด

เมื่อจำแนกตามระดับของ รพ. โรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรกใน รพ.ม. และ รพ.ท./รพ.ศ. ได้แก่ ต้อกระจก (H25) ท้องเสีย (A09) การดูแลแม่ผิดปกติในอึ้งเชิงกราน (O34) ปอดบวม (J18) และการดูแลทารกแรกเกิด (Z38) ในขณะที่ใน รพ.ช. โรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ ท้องเสีย (A09) ปอดบวม (J18) เบาหวานประเภท 2 (E11) หลอดลมอักเสบ (J20) และปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44)

ตารางที่ ข.5 โรคตามรหัส ICD 10 ที่พบบ่อย 5 อันดับแรกของจำนวนครั้งในการวินิจฉัยหลัก จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล สิทธิ อปท.

โรค		ปีงบประมาณ 2557					ปีงบประมาณ 2558						
ICD 10	ชื่อ	รพ.สต.	รพ.ช.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ม.	รพ. เอกชน	รวม	รพ.สต.	รพ.ช.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ม.	รพ. เอกชน	รวม
K35	Acute appendicitis	2.6%	0.7%	1.8%	0.5%		1.3%	2.8%	0.7%	1.7%	0.6%		1.3%
J20	Acute bronchitis	4.3%	3.0%	1.2%	0.1%		1.7%	0.7%	3.0%	1.2%	0.1%		1.7%
I21	Acute myocardial infarction	0.9%	0.5%	1.4%	1.4%		1.1%	4.1%	0.5%	1.4%	1.5%		1.2%
J02	Acute pharyngitis	1.7%	0.9%	0.5%	0.0%		0.6%	1.4%	0.8%	0.4%	0.0%		0.5%
J03	Acute tonsillitis		1.0%	0.4%	0.0%		0.6%	0.7%	0.9%	0.5%	0.1%		0.6%
N10	Acute tubulo-interstitial nephritis	1.7%	1.6%	0.9%	0.4%		1.1%	2.8%	1.7%	0.9%	0.3%		1.1%
I20	Angina pectoris		0.7%	0.7%	0.6%		0.7%	1.4%	0.7%	0.7%	0.6%		0.7%
J15	Bacterial pneumonia, not elsewhere classified	2.6%	1.4%	1.4%	0.6%		1.3%	1.4%	1.3%	1.1%	0.4%		1.1%
N20	Calculus of kidney and ureter	0.9%	0.2%	1.0%	0.6%		0.7%	2.1%	0.2%	1.1%	0.8%		0.8%
L03	Cellulitis	0.9%	2.0%	0.7%	0.3%		1.1%	0.7%	1.9%	0.9%	0.2%		1.1%
I63	Cerebral infarction	0.9%	0.5%	2.1%	0.9%		1.5%		0.6%	2.1%	0.8%		1.5%
K80	Cholelithiasis	0.9%	0.3%	0.9%	1.4%		0.8%		0.3%	1.0%	1.4%		0.8%
I25	Chronic ischaemic heart disease		0.2%	0.7%	3.6%		0.8%		0.2%	0.7%	3.7%		0.8%
N18	Chronic renal failure	0.9%	1.9%	1.6%	1.1%		1.6%	1.4%	2.2%	1.5%	1.0%		1.7%
R56	Convulsions, not elsewhere classified		0.9%	0.4%	0.1%		0.5%		0.8%	0.4%	0.1%		0.5%
A90	Dengue fever [classical dengue]	0.9%	0.6%	0.4%	0.1%		0.4%	3.4%	1.2%	0.7%	0.1%		0.8%
A09	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	5.2%	10.0%	4.0%	0.6%		5.5%	3.4%	9.5%	3.3%	0.7%		5.0%
H81	Disorders of vestibular function	1.7%	0.9%	0.3%	0.0%		0.5%	0.7%	0.9%	0.3%	0.0%		0.4%
R42	Dizziness and giddiness	0.9%	1.9%	0.3%	0.0%		0.8%	1.4%	1.9%	0.3%	0.0%		0.8%
K30	Dyspepsia	0.9%	2.6%	0.5%	0.0%		1.1%	0.7%	2.4%	0.6%	0.0%		1.1%
I10	Essential (primary) hypertension	1.7%	1.9%	0.6%	0.2%		1.0%	0.7%	1.9%	0.6%	0.1%		1.0%
R50	Fever of unknown origin	0.9%	1.2%	0.4%	0.1%		0.6%	0.7%	1.4%	0.5%	0.2%		0.7%
S72	Fracture of femur	2.6%	0.1%	0.6%	0.4%		0.4%	3.4%	0.2%	0.6%	0.4%		0.5%
K29	Gastritis and duodenitis	0.9%	1.1%	1.0%	0.2%		1.0%	1.4%	1.1%	0.9%	0.2%		0.9%

โรค		ปีงบประมาณ 2557					ปีงบประมาณ 2558						
ICD 10	ชื่อ	รพ.สต.	รพ.ช.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ม.	รพ. เอกชน	รวม	รพ.สต.	รพ.ช.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ม.	รพ. เอกชน	รวม
M17	Gonarthrosis [arthrosis of knee]	1.7%	0.1%	0.6%	1.2%		0.5%	4.1%	0.1%	0.8%	1.8%		0.6%
I50	Heart failure	2.6%	1.9%	1.7%	0.8%		1.7%	1.4%	1.7%	1.4%	1.1%		1.5%
K40	Inguinal hernia	0.9%	0.2%	0.8%	0.7%		0.6%	0.7%	0.2%	0.7%	0.7%		0.6%
I61	Intracerebral haemorrhage		0.1%	0.7%	0.3%		0.5%		0.1%	0.6%	0.3%		0.4%
S06	Intracranial injury	1.7%	0.5%	0.7%	0.3%		0.6%	0.7%	0.4%	0.7%	0.3%		0.6%
D25	Leiomyoma of uterus		0.1%	0.6%	1.4%		0.6%		0.2%	0.6%	1.3%		0.5%
Z38	Liveborn infants according to place of birth		0.3%	1.5%	0.7%		1.0%		0.4%	1.7%	1.1%		1.2%
C50	Malignant neoplasm of breast		0.1%	0.7%	2.2%		0.7%	0.7%	0.2%	0.8%	2.0%		0.7%
C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	1.7%	0.5%	0.6%	1.1%		0.6%	0.7%	0.3%	0.8%	1.1%		0.7%
C18	Malignant neoplasm of colon		0.2%	1.0%	3.0%		0.9%	1.4%	0.2%	1.2%	3.3%		1.1%
C22	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts		0.6%	0.7%	2.9%		0.9%		0.5%	0.9%	2.9%		1.0%
C20	Malignant neoplasm of rectum		0.0%	0.7%	1.7%		0.6%	0.7%	0.0%	0.6%	1.8%		0.5%
O34	Maternal care for known or suspected abnormality of pelvic organs		0.2%	2.4%	1.8%		1.7%		0.3%	2.1%	1.4%		1.5%
O33	Maternal care for known or suspected disproportion		0.2%	0.9%	0.3%		0.6%		0.2%	0.9%	0.3%		0.6%
P59	Neonatal jaundice from other and unspecified causes		0.2%	0.5%	0.1%		0.4%		0.2%	0.6%	0.3%		0.4%
E11	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	1.7%	3.8%	1.2%	0.3%		1.9%		3.5%	1.1%	0.4%		1.8%
J44	Other chronic obstructive pulmonary disease	4.3%	3.0%	1.2%	0.3%		1.7%		3.1%	1.2%	0.2%		1.7%
K92	Other diseases of digestive system	1.7%	1.3%	0.8%	0.2%		0.9%	1.4%	1.1%	0.6%	0.1%		0.7%
E87	Other disorders of fluid, electrolyte and acid-base balance	0.9%	1.2%	0.4%	0.2%		0.6%		1.2%	0.5%	0.2%		0.7%
N39	Other disorders of urinary system		1.8%	1.0%	0.5%		1.2%	0.7%	2.4%	1.0%	0.5%		1.4%
A41	Other septicaemia	0.9%	0.7%	0.6%	0.3%		0.6%	0.7%	0.6%	0.5%	0.3%		0.5%
J18	Pneumonia, organism unspecified	2.6%	4.3%	2.5%	0.4%		2.9%	2.8%	4.3%	2.6%	0.6%		2.9%
H25	Senile cataract	6.1%	1.6%	5.9%	3.5%		4.3%	7.6%	1.6%	6.1%	3.2%		4.4%
O80	Single spontaneous delivery		0.8%	1.7%	0.4%		1.3%		0.6%	1.3%	0.4%		1.0%
J46	Status asthmaticus		1.2%	0.5%	0.1%		0.7%	1.4%	1.2%	0.5%	0.1%		0.7%
D56	Thalassaemia		0.5%	0.8%	0.3%		0.6%		0.9%	0.7%	0.2%		0.7%
	โรคอื่นๆ ที่เหลือ	39.1%	38.3%	45.5%	61.5%	100.0%	44.7%	40.0%	38.5%	46.0%	61.1%		45.0%
	รวมทุกโรค (ครั้ง)	115	23,759	45,898	6,964	1	76,737	145	26,832	49,262	7,893	0	84,132

สำหรับผู้ป่วยในที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในภาพรวมของ รพ. ทุกประเภท ได้แก่ ต้อกระจก (H25) ท้องเสีย (A09) ปอดบวม (J18) หัวใจล้มเหลว (I50) หลอดเลือดสมองแบบตีบ (I63) และปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44) ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 18 ของการเข้านอน รพ. ทั้งหมด (ตารางที่ ข.6)

ตารางที่ ข.6 โรคตามรหัส ICD 10 ที่พบบ่อย 50 อันดับแรกของจำนวนครั้งในการวินิจฉัยหลัก จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ICD 10	โรค	ปีงบประมาณ 2557						ปีงบประมาณ 2558					
		รพ.สต.	รพ.ช.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ม.	รพ. เอกชน	รวม	รพ.สต.	รพ.ช.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ม.	รพ. เอกชน	รวม
K35	Acute appendicitis	0.9%	0.5%	1.3%	0.6%	0.0%	1.0%	1.0%	0.5%	1.4%	0.6%	0.0%	1.0%
J20	Acute bronchitis	1.7%	2.2%	1.1%	0.3%	0.1%	1.2%	1.6%	2.3%	1.0%	0.3%	0.0%	1.2%
I21	Acute myocardial infarction	0.7%	0.6%	1.7%	1.3%	0.2%	1.3%	1.2%	0.6%	1.6%	1.3%	0.1%	1.3%
J02	Acute pharyngitis	0.3%	0.7%	0.4%	0.1%		0.4%	0.3%	0.6%	0.3%	0.1%		0.3%
J03	Acute tonsillitis	0.1%	0.7%	0.3%	0.1%		0.4%	0.1%	0.6%	0.3%	0.1%		0.3%
N10	Acute tubulo-interstitial nephritis	2.9%	1.7%	1.1%	0.5%	0.1%	1.1%	3.7%	1.7%	1.0%	0.4%	0.3%	1.1%
I20	Angina pectoris	0.7%	0.8%	0.9%	0.5%	0.0%	0.8%	0.4%	0.7%	0.7%	0.5%	0.0%	0.7%
J15	Bacterial pneumonia, not elsewhere classified	2.4%	1.7%	1.6%	0.8%	0.1%	1.5%	3.1%	1.5%	1.4%	0.7%	0.2%	1.3%
N20	Calculus of kidney and ureter	1.3%	0.2%	0.7%	0.5%	0.4%	0.6%	1.1%	0.2%	0.7%	0.4%	0.5%	0.5%
L03	Cellulitis	1.2%	2.2%	1.0%	0.4%	0.0%	1.2%	1.4%	2.4%	1.1%	0.4%	0.1%	1.3%
I63	Cerebral infarction	0.7%	0.7%	2.6%	1.4%	0.0%	1.9%	1.6%	0.8%	2.6%	1.3%	0.0%	1.9%
K80	Cholelithiasis	1.3%	0.3%	1.0%	1.8%	0.2%	0.9%	0.8%	0.3%	1.0%	1.9%	0.4%	0.9%
I25	Chronic ischaemic heart disease	0.1%	0.3%	0.9%	4.0%	0.2%	1.2%		0.3%	0.9%	3.8%	0.0%	1.2%
N18	Chronic renal failure	0.9%	2.1%	1.6%	1.1%	3.2%	1.7%	1.8%	2.3%	1.6%	1.0%	3.4%	1.7%
R56	Convulsions, not elsewhere classified	0.3%	0.5%	0.3%	0.1%		0.3%	0.3%	0.4%	0.3%	0.1%		0.3%
A90	Dengue fever [classical dengue]	0.3%	0.5%	0.3%	0.1%		0.3%	1.3%	0.9%	0.6%	0.2%	0.0%	0.6%
A09	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	3.7%	9.1%	3.5%	0.8%	0.1%	4.4%	3.5%	8.7%	3.1%	0.8%	0.5%	4.2%
H81	Disorders of vestibular function	0.6%	0.9%	0.4%	0.1%	0.0%	0.5%	1.2%	0.9%	0.4%	0.1%	0.1%	0.5%
R42	Dizziness and giddiness	0.4%	2.2%	0.4%	0.0%	0.1%	0.8%	0.4%	2.2%	0.4%	0.0%	0.0%	0.8%
K30	Dyspepsia	0.8%	2.4%	0.5%	0.0%		0.9%	0.5%	2.4%	0.6%	0.0%		0.9%
I10	Essential (primary) hypertension	1.2%	2.2%	0.7%	0.1%	0.1%	0.9%	0.7%	2.0%	0.7%	0.1%	0.1%	0.9%
R50	Fever of unknown origin	0.4%	1.1%	0.4%	0.2%	0.1%	0.5%	0.3%	1.3%	0.5%	0.2%	0.1%	0.7%
S72	Fracture of femur	1.3%	0.2%	1.0%	0.8%	0.0%	0.8%	1.3%	0.2%	1.0%	0.8%		0.8%
K29	Gastritis and duodenitis	1.6%	1.0%	0.9%	0.3%		0.8%	1.7%	0.9%	0.8%	0.3%	0.0%	0.8%
M17	Gonarthrosis [arthrosis of knee]	3.3%	0.1%	0.8%	1.8%	4.4%	0.8%	3.3%	0.1%	0.9%	1.9%	3.4%	0.9%
I50	Heart failure	1.5%	2.5%	2.1%	1.1%	0.4%	2.0%	2.0%	2.5%	1.9%	1.1%	0.3%	1.9%
K40	Inguinal hernia	1.4%	0.2%	0.8%	1.0%	0.2%	0.7%	0.8%	0.2%	0.8%	0.9%	0.4%	0.7%
I61	Intracerebral haemorrhage	0.3%	0.1%	0.8%	0.3%		0.5%	0.3%	0.2%	0.8%	0.4%	0.0%	0.5%

ICD 10	โรค ชื่อ	ปีงบประมาณ 2557						ปีงบประมาณ 2558					
		รพ.สต.	รพ.ช.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ม.	รพ. เอกชน	รวม	รพ.สต.	รพ.ช.	รพ.ท./รพ.ศ.	รพ.ม.	รพ. เอกชน	รวม
S06	Intracranial injury	1.3%	0.4%	0.7%	0.4%		0.6%	1.0%	0.4%	0.7%	0.4%		0.6%
D25	Leiomyoma of uterus	0.3%	0.1%	0.5%	1.0%	0.1%	0.4%	0.1%	0.1%	0.4%	0.9%	0.1%	0.4%
Z38	Liveborn infants according to place of birth	0.2%	0.3%	2.1%	1.2%	2.3%	1.6%	0.2%	0.4%	2.2%	1.4%	1.9%	1.6%
C50	Malignant neoplasm of breast	0.7%	0.2%	0.7%	1.4%	0.7%	0.7%	0.3%	0.1%	0.7%	1.4%	0.8%	0.7%
C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	0.5%	0.5%	0.8%	1.4%	0.8%	0.8%	0.7%	0.5%	0.8%	1.4%	0.6%	0.8%
C18	Malignant neoplasm of colon	1.3%	0.3%	1.3%	2.6%	0.0%	1.3%	1.5%	0.3%	1.4%	2.7%	0.1%	1.3%
C22	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts	0.6%	0.6%	0.9%	2.8%	0.2%	1.1%	0.3%	0.6%	0.9%	2.9%	0.2%	1.1%
C20	Malignant neoplasm of rectum	0.3%	0.1%	0.7%	1.8%	0.5%	0.7%	0.1%	0.1%	0.8%	1.7%	0.3%	0.7%
O34	Maternal care for known or suspected abnormality of pelvic organs	0.1%	0.1%	0.9%	0.6%	1.6%	0.7%	0.1%	0.1%	0.9%	0.6%	1.1%	0.7%
O33	Maternal care for known or suspected disproportion	0.2%	0.1%	0.4%	0.2%	0.4%	0.3%	0.2%	0.1%	0.5%	0.2%		0.4%
P59	Neonatal jaundice from other and unspecified causes	0.2%	0.2%	0.7%	0.4%	0.1%	0.5%	0.0%	0.2%	0.7%	0.4%	0.2%	0.5%
E11	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	2.1%	3.8%	1.4%	0.4%	0.1%	1.8%	1.7%	3.6%	1.3%	0.4%	0.0%	1.7%
J44	Other chronic obstructive pulmonary disease	1.1%	4.0%	1.5%	0.5%	0.0%	1.9%	1.0%	3.8%	1.5%	0.5%	0.1%	1.9%
K92	Other diseases of digestive system	0.4%	1.3%	0.8%	0.3%	0.0%	0.8%	0.5%	1.2%	0.8%	0.3%	0.1%	0.8%
E87	Other disorders of fluid, electrolyte and acid-base balance	0.8%	1.4%	0.6%	0.3%	0.2%	0.7%	1.0%	1.4%	0.6%	0.3%	0.1%	0.8%
N39	Other disorders of urinary system	2.2%	2.3%	1.4%	0.9%	0.3%	1.5%	1.8%	2.6%	1.5%	0.9%	0.4%	1.7%
A41	Other septicaemia	1.1%	1.0%	0.8%	0.4%	0.2%	0.8%	0.4%	0.9%	0.8%	0.4%	0.3%	0.7%
J18	Pneumonia, organism unspecified	1.6%	4.4%	2.6%	0.8%	0.3%	2.7%	3.1%	4.3%	2.7%	0.9%	0.3%	2.8%
H25	Senile cataract	6.0%	1.7%	6.7%	5.3%	74.3%	5.7%	4.6%	1.6%	6.9%	5.0%	74.6%	5.7%
O80	Single spontaneous delivery	0.2%	0.4%	0.8%	0.3%	0.2%	0.6%	0.1%	0.4%	0.8%	0.4%	0.3%	0.6%
J46	Status asthmaticus	0.9%	1.0%	0.5%	0.2%		0.6%	0.4%	1.0%	0.4%	0.2%		0.5%
D56	Thalassaemia	0.4%	0.4%	0.5%	0.1%		0.4%	0.4%	0.5%	0.5%	0.1%		0.4%
	โรคอื่นๆ ที่เหลือ	45.4%	37.9%	43.7%	56.6%	7.7%	44.1%	44.7%	38.4%	43.8%	56.9%	8.2%	44.2%
	รวมทุกโรค (ครึ่ง)	1,896	167,036	408,398	107,082	4,755	689,167	2,057	178,323	416,319	108,175	4,349	709,226

โรคที่พบบ่อย 50 อันดับแรกเหล่านี้มีความรุนแรงของโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน (comorbidity and complication, CC) ตามรหัสการวินิจฉัยโรคร่วม (diagnostic-related group, DRG) ในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก (severe-to-catastrophic CC level 3-4) ประมาณร้อยละ 19 ของการเข้าอน รพ. ทั้งหมดของผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิ อปท. ในขณะที่โรคที่เหลือน้อยมีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมากร้อยละ 17 (ตารางที่ ข.7)

ตารางที่ ข.7 การมีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก (severe-to-catastrophic comorbidity and complication, CC level 3-4) ตามรหัส DRG สำหรับโรคที่พบบ่อย 50 อันดับแรกของจำนวนครั้งในการวินิจฉัยหลัก สิทธิ อปท.

รหัส ICD10	ชื่อโรค	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558
K35	Acute appendicitis	6.7%	8.4%
J20	Acute bronchitis	9.8%	9.4%
I21	Acute myocardial infarction	38.6%	39.9%
J02	Acute pharyngitis	4.1%	4.3%
J03	Acute tonsillitis	2.2%	3.0%
N10	Acute tubulo-interstitial nephritis	27.7%	29.0%
I20	Angina pectoris	20.6%	19.4%
J15	Bacterial pneumonia, not elsewhere classified	46.7%	47.1%
N20	Calculus of kidney and ureter	10.7%	11.1%
L03	Cellulitis	18.1%	17.6%
I63	Cerebral infarction	25.6%	25.9%
K80	Cholelithiasis	15.3%	12.9%
I25	Chronic ischaemic heart disease	29.2%	31.7%
N18	Chronic renal failure	25.0%	22.2%
R56	Convulsions, not elsewhere classified	12.6%	13.7%
A90	Dengue fever [classical dengue]	4.0%	2.6%
A09	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	12.9%	13.1%
H81	Disorders of vestibular function	7.7%	6.7%
R42	Dizziness and giddiness	7.1%	9.1%
K30	Dyspepsia	7.2%	6.2%
I10	Essential (primary) hypertension	12.6%	14.0%
R50	Fever of unknown origin	18.3%	15.6%
S72	Fracture of femur	25.9%	33.1%
K29	Gastritis and duodenitis	12.7%	12.5%

รหัส ICD10	ชื่อโรค	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558
M17	Gonarthrosis [arthrosis of knee]	8.1%	11.5%
I50	Heart failure	44.9%	45.9%
K40	Inguinal hernia	6.1%	6.6%
I61	Intracerebral haemorrhage	46.0%	47.6%
S06	Intracranial injury	27.8%	23.8%
D25	Leiomyoma of uterus	5.8%	4.8%
Z38	Liveborn infants according to place of birth	0.0%	0.0%
C50	Malignant neoplasm of breast	9.5%	14.2%
C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	46.6%	39.1%
C18	Malignant neoplasm of colon	22.1%	21.1%
C22	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts	50.0%	48.7%
C20	Malignant neoplasm of rectum	20.8%	20.2%
O34	Maternal care for known or suspected abnormality of pelvic organs	0.7%	0.9%
O33	Maternal care for known or suspected disproportion	0.0%	0.2%
P59	Neonatal jaundice from other and unspecified causes	0.0%	0.0%
E11	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	24.4%	24.3%
J44	Other chronic obstructive pulmonary disease	33.1%	35.9%
K92	Other diseases of digestive system	35.9%	37.8%
E87	Other disorders of fluid, electrolyte and acid-base balance	21.9%	22.8%
N39	Other disorders of urinary system	36.4%	33.3%
A41	Other septicaemia	53.9%	53.5%
J18	Pneumonia, organism unspecified	30.1%	31.7%
H25	Senile cataract	4.5%	4.0%
O80	Single spontaneous delivery	0.0%	0.0%
J46	Status asthmaticus	12.5%	10.6%
D56	Thalassaemia	4.2%	2.9%
รวม 50 โรค		18.8%	18.8%
โรคอื่นๆ ที่เหลือ		17.6%	17.2%
เฉลี่ยรวมทุกโรค		18.3%	18.1%

สำหรับผู้ป่วยในที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โรคที่พบบ่อย 50 อันดับแรกเหล่านี้มีความรุนแรงของโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก (CC level 3-4) ประมาณร้อยละ 24 ของการเข้าอน รพ. ทั้งหมด ในขณะที่ในโรคที่เหลือมีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมากร้อยละ 22 (ตารางที่ ข.8) การมีโรคในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมากของผู้ป่วยในที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการดังกล่าวมีสัดส่วนมากกว่าผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิ อปท. (ร้อยละ 19 และ 17 ตามลำดับ) ที่กล่าวมาแล้ว

ตารางที่ ข.8 การมีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก (severe-to-catastrophic comorbidity and complication, CC level 3-4) ตามรหัส DRG สำหรับโรคที่พบบ่อย 50 อันดับแรกของจำนวนครั้งในการวินิจฉัยหลัก สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

รหัส ICD10	ชื่อโรค	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558
K35	Acute appendicitis	8.6%	9.3%
J20	Acute bronchitis	17.3%	16.6%
I21	Acute myocardial infarction	42.3%	41.9%
J02	Acute pharyngitis	5.4%	4.3%
J03	Acute tonsillitis	3.3%	3.5%
N10	Acute tubulo-interstitial nephritis	36.4%	37.1%
I20	Angina pectoris	21.5%	20.3%
J15	Bacterial pneumonia, not elsewhere classified	59.9%	60.6%
N20	Calculus of kidney and ureter	10.4%	9.5%
L03	Cellulitis	19.5%	20.3%
I63	Cerebral infarction	32.5%	30.7%
K80	Cholelithiasis	20.5%	19.7%
I25	Chronic ischaemic heart disease	34.0%	34.0%
N18	Chronic renal failure	27.8%	27.1%
R56	Convulsions, not elsewhere classified	20.6%	17.9%
A90	Dengue fever [classical dengue]	5.1%	4.5%
A09	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	16.3%	16.1%
H81	Disorders of vestibular function	8.5%	8.8%
R42	Dizziness and giddiness	8.1%	8.1%
K30	Dyspepsia	7.7%	7.6%
I10	Essential (primary) hypertension	14.8%	13.9%
R50	Fever of unknown origin	20.5%	20.7%
S72	Fracture of femur	35.4%	36.0%
K29	Gastritis and duodenitis	16.0%	16.2%
M17	Gonarthrosis [arthrosis of knee]	12.5%	12.5%
I50	Heart failure	49.5%	48.0%

รหัส ICD10	ชื่อโรค	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558
K40	Inguinal hernia	9.3%	9.1%
I61	Intracerebral haemorrhage	50.3%	48.5%
S06	Intracranial injury	28.1%	29.0%
D25	Leiomyoma of uterus	4.9%	5.0%
Z38	Liveborn infants according to place of birth	0.0%	0.0%
C50	Malignant neoplasm of breast	15.6%	14.7%
C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	44.7%	45.5%
C18	Malignant neoplasm of colon	21.5%	20.2%
C22	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts	55.8%	56.4%
C20	Malignant neoplasm of rectum	20.8%	20.3%
O34	Maternal care for known or suspected abnormality of pelvic organs	0.6%	0.7%
O33	Maternal care for known or suspected disproportion	0.4%	0.6%
P59	Neonatal jaundice from other and unspecified causes	0.1%	0.0%
E11	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	28.1%	28.0%
J44	Other chronic obstructive pulmonary disease	36.4%	39.0%
K92	Other diseases of digestive system	40.6%	41.3%
E87	Other disorders of fluid, electrolyte and acid-base balance	26.4%	26.2%
N39	Other disorders of urinary system	43.1%	43.6%
A41	Other septicaemia	60.9%	60.2%
J18	Pneumonia, organism unspecified	43.8%	44.3%
H25	Senile cataract	4.5%	4.5%
O80	Single spontaneous delivery	0.0%	0.0%
J46	Status asthmaticus	17.9%	16.3%
D56	Thalassaemia	5.6%	4.8%
รวม 50 โรค		24.3%	23.9%
โรคอื่นๆ ที่เหลือ		22.5%	22.4%
เฉลี่ยรวมทุกโรค		23.5%	23.2%

ค. การใช้ยาผู้ป่วยนอก

ตารางที่ ค.1 จำนวนผู้ป่วย (คน) และสัดส่วน (%) ผู้ใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NE) ในกลุ่มยาที่ใช้มาก สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และสิทธิ อปท. กลุ่ม 168-169 รพ. ที่มีค่าใช้จ่ายสูง

อันดับ * รหัส ATC ชื่อ			กลุ่มยา			สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ						สิทธิพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)											
						ปีงบประมาณ 2558						ปีงบประมาณ 2558						ปีงบประมาณ 2557					
						ก. กลุ่ม 34 รพ. ขนาดใหญ่			ข. กลุ่ม 135 รพ.			ก. กลุ่ม 34 รพ. ขนาดใหญ่			ข. กลุ่ม 135 รพ.			ก. กลุ่ม 34 รพ. ขนาดใหญ่			ข. กลุ่ม 134 รพ.		
						แห่ง	ผู้ป่วย (คน)	% NE	แห่ง	ผู้ป่วย (คน)	% NE	แห่ง	ผู้ป่วย (คน)	% NE	แห่ง	ผู้ป่วย (คน)	% NE	แห่ง	ผู้ป่วย (คน)	% NE	แห่ง	ผู้ป่วย (คน)	% NE
1	M01	NSAID-Coxib	21	140,820	45.7%	105	248,508	38.0%	21	10,771	36.0%	111	26,617	27.4%	22	12,286	32.7%	113	29,659	26.0%			
2	C10	Fibrate-Statin	21	142,832	11.7%	105	252,157	7.9%	21	9,001	7.5%	111	22,311	4.1%	21	9,001	7.4%	113	21,630	4.5%			
3	C08	CCB	21	88,176	29.9%	105	151,589	25.5%	21	5,700	25.4%	111	14,392	17.8%	21	5,683	24.6%	113	13,979	18.6%			
4	N05	Psycholeptics	21	81,001	4.7%	105	146,383	11.5%	21	5,297	2.3%	111	12,459	1.3%	21	6,199	1.7%	113	13,767	1.0%			
5	B01	Antithrombotic agents	21	75,248	5.2%	105	75,336	6.6%	21	5,087	2.7%	111	11,618	2.7%	21	4,993	1.9%	113	11,496	2.3%			
6	C09	ACEI	21	40,315	8.7%	105	81,776	11.3%	21	3,190	5.1%	110	8,745	3.3%	21	3,380	4.8%	113	8,988	3.8%			
7	A10	Oral hypoglycemic	21	57,079	21.4%	105	97,513	16.4%	21	4,101	15.4%	111	9,648	10.2%	21	3,920	14.0%	113	9,195	9.6%			
8	C07	Beta blocking agents	21	58,329	12.8%	105	94,204	8.0%	21	4,146	10.4%	110	9,600	4.6%	21	4,437	8.4%	111	9,715	4.3%			
9	C03	Diuretics	21	41,974	3.0%	105	69,139	2.5%	21	2,650	3.2%	110	7,307	1.1%	21	2,945	2.8%	113	7,766	1.1%			
10	N06	Psychoanaleptics	21	48,522	21.3%	103	64,262	12.3%	21	3,842	18.5%	110	6,780	9.1%	21	4,315	15.4%	112	7,081	8.3%			
11	C09	ARB	21	62,409	37.9%	104	92,185	25.1%	21	3,115	23.6%	108	7,423	14.6%	21	3,052	24.8%	111	6,854	17.6%			
12	N07	Other nervous system drugs	21	39,719	33.1%	104	67,921	39.4%	21	2,497	37.7%	111	6,011	39.8%	21	2,597	38.5%	113	6,698	42.0%			
13	R03	Drugs for obstructive airway diseases	21	30,598	10.0%	105	49,115	10.2%	21	2,387	6.5%	111	5,070	5.3%	21	2,635	8.0%	113	5,654	5.8%			

* อันดับตามจำนวนผู้ป่วย อปท. ที่ได้รับการส่งยาจากแผนกผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลรัฐ ระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในปีงบประมาณ 2558

ตารางที่ ค.2 จำนวนผู้ป่วย (คน) และสัดส่วน (%) ผู้ใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NE) ในกลุ่มยาที่ใช้มาก สิทธิ อปท. ตามกลุ่มค่าใช้จ่ายของ รพ. และประเภทของสถานพยาบาล

กลุ่มยา	ปีงบประมาณ 2558												ปีงบประมาณ 2557											
	ก. กลุ่ม 34 รพ. ขนาดใหญ่			ข. กลุ่ม 135 รพ.			ค. รพ.ช. อื่นๆ			ง. สอ., รพ. เอกชน และอื่นๆ			ก. กลุ่ม 34 รพ. ขนาดใหญ่			ข. กลุ่ม 134 รพ.			ค. รพ.ช. อื่นๆ			ง. สอ., รพ. เอกชน และอื่นๆ		
	แห่ง	ผู้ป่วย (คน)	% NE	แห่ง	ผู้ป่วย (คน)	% NE	แห่ง	ผู้ป่วย (คน)	% NE	แห่ง	ผู้ป่วย (คน)	% NE	แห่ง	ผู้ป่วย (คน)	% NE	แห่ง	ผู้ป่วย (คน)	% NE	แห่ง	ผู้ป่วย (คน)	% NE	แห่ง	ผู้ป่วย (คน)	% NE
NSAID-Coxib	21	10,771	36.0%	111	26,617	27.4%	761	42,808	5.8%	7,603	28,072	3.5%	22	12,286	32.7%	113	29,659	26.0%	762	45,700	5.8%	8,093	33,684	3.3%
Fibrate-Statins	21	9,001	7.5%	111	22,311	4.1%	757	32,039	0.4%	4,649	12,712	0.9%	21	9,001	7.4%	113	21,630	4.5%	757	29,731	0.4%	4,721	13,571	0.6%
H2RA-PPI	21	9,932	8.4%	111	21,243	3.6%	756	31,906	0.4%	4,670	11,246	3.2%	21	10,819	7.2%	113	22,905	3.6%	758	32,678	0.5%	5,175	13,158	3.1%
CCB	21	5,700	25.4%	111	14,392	17.8%	754	23,420	5.8%	4,132	9,601	5.4%	21	5,683	24.6%	113	13,979	18.6%	751	21,293	6.7%	4,100	9,980	6.1%
Psycholeptics	21	5,297	2.3%	111	12,459	1.3%	754	18,858	0.1%	3,792	8,558	0.3%	21	6,199	1.7%	113	13,767	1.0%	753	20,699	0.2%	4,475	11,266	0.4%
Antithrombotic agents	21	5,087	2.7%	111	11,618	2.7%	741	16,535	0.1%	2,805	5,507	0.3%	21	4,993	1.9%	113	11,496	2.3%	739	16,047	0.1%	2,979	6,154	0.5%
ACEI	21	3,190	5.1%	110	8,745	3.3%	754	19,157	0.2%	4,082	8,526	0.1%	21	3,380	4.8%	113	8,988	3.8%	754	18,340	0.3%	4,186	9,148	0.1%
Beta blocking agents	21	4,146	10.4%	110	9,600	4.6%	746	10,380	0.4%	2,510	4,476	0.7%	21	4,437	8.4%	111	9,715	4.3%	753	10,491	0.4%	2,814	5,306	0.4%
Diuretics	21	2,650	3.2%	110	7,307	1.1%	741	11,416	0.1%	3,654	7,082	0.3%	21	2,945	2.8%	113	7,766	1.1%	747	12,356	0.2%	4,057	8,827	0.4%
Psychoanaleptics	21	3,842	18.5%	110	6,780	9.1%	737	9,493	0.7%	1,314	2,334	1.6%	21	4,315	15.4%	112	7,081	8.3%	743	10,127	0.8%	1,535	2,669	1.1%
ARB	21	3,115	23.6%	108	7,423	14.6%	642	6,138	3.4%	996	1,871	4.1%	21	3,052	24.8%	111	6,854	17.6%	603	5,075	4.4%	912	1,741	5.3%
Other nervous system drugs	21	2,497	37.7%	111	6,011	39.8%	691	7,422	60.3%	1,774	3,652	80.2%	21	2,597	38.5%	113	6,698	42.0%	709	8,293	63.5%	2,216	4,909	85.5%
Drugs for obstructive airway diseases	21	2,387	6.5%	111	5,070	5.3%	734	8,330	2.0%	1,401	2,336	9.3%	21	2,635	8.0%	113	5,654	5.8%	733	8,990	2.6%	1,697	2,638	11.0%