

ระบบ

กลไก

และวิธีการ

จ่ายเงิน

ค่าบริการ

สุขภาพ

ด้วยความซับซ้อนและซ้ำซ้อนของระบบประกันสุขภาพและวิธีการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการ ทำให้ระบบบริการสุขภาพยังไม่มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร ประชาชนได้รับความคุ้มครองทางสุขภาพอย่างไม่เท่าเทียม คุณภาพยังไม่เป็นที่พึงพอใจ และระบบขาดความโปร่งใสและตรวจสอบได้ยาก ผลจากการศึกษานี้ได้จัดทำเป็นข้อเสนอทางเลือกสำหรับการปฏิรูประบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงิน ที่สอดคล้องกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่จะเกิดขึ้น ไว้ดังนี้

- (1) ใช้รูปแบบวิธีการจ่ายแก่ผู้ให้บริการผสมผสานร่วมกันหลายวิธี
- (2) มีส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ ณ จุดการใช้บริการอย่างเหมาะสม
- (3) สร้างระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างสมดุล
- (4) พัฒนากลไกการตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประกันคุณภาพบริการ
- (5) สร้างความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง

รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพ

และการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

ระบบ

กลไก

และวิธีการจ่ายเงิน

ค่าบริการสุขภาพ



เพื่อความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ

ISBN 974-296-056-9

9 789742 960568

ราคา 95 บาท

พศ. นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุกัลยา คงสวัสดิ์

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข



ระบบ ทั่วโลก และวิธีการจ่ายเงิน ค่าบริการสุขภาพ

เพื่อความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ

พศ. นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สุกัลยา คงสวัสดิ์
สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข



ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ
เพื่อความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ

โดย ผศ. นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
สุกัลยา คงสวัสดิ์

จัดพิมพ์โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2951-1286-93 โทรสาร 0-2951-1295

<http://www.hsri.or.th>

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: กันยายน 2544

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ราคา 95 บาท

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์.

ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ.--นนทบุรี: สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข, 2544.

126 หน้า.

1. บริการทางการแพทย์. I. ชื่อเรื่อง

362.1

ISBN 974-296-056-9

ออกแบบ: Desire CRM

พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซน์ จำกัด

คำนำ

ประวัติศาสตร์ของระบบสุขภาพกำลังพลิกผันไปสู่หน้าใหม่ที่กำหนดให้ประชาชนมีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานเดียวกันอย่างเท่าเทียมตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 รัฐบาลได้เสนอให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ได้โดยเร็ว อันนับว่าเป็นการขับเคลื่อนทางการเมืองสำคัญซึ่งจะมีอิทธิพลต่อระบบบริการสุขภาพของคนไทยในอนาคต

โครงสร้างของระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องปรับสร้างขึ้นใหม่ให้เป็นกลไกที่มีสมรรถนะเพียงพอในการหนุนเนื่องรองรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความเท่าเทียมเป็นธรรม ตลอดจนโปร่งใสและมีธรรมาภิบาล กลไกและวิธีการที่จำเป็นประกอบด้วย ระบบบริการในระดับปฐมภูมิ บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน บริการผู้ป่วยตติยภูมิ กลไกข้อมูลสารสนเทศสำหรับใช้ควบคุมกำกับระบบหลักประกันสุขภาพ และประการสำคัญอันหนึ่งก็คือ กลไกการคลัง หรือวิธีการจ่ายเงินตอบแทนต่อบริการสุขภาพ เพื่อเป็นแรงจูงใจทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการให้ปรับพฤติกรรมใช้บริการสุขภาพที่เอื้อต่อคุณภาพ ในราคาที่คุ้มทุน และกระจายบริการออกไปยังผู้ที่จำเป็นต้องใช้บริการได้อย่างทั่วถึง

การจัดระบบและกลไกวิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพถือเป็นเครื่องมือสำคัญอันหนึ่งในการจัดสรรทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพให้เกิดความสมดุลระหว่างความจำเป็น ความต้องการทางบริการสุขภาพ กับทรัพยากรสุขภาพที่มีอยู่ ทั้งงบประมาณ บุคลากร และเครื่องมือทางการแพทย์ การปรับเปลี่ยนระบบการคลังสุขภาพที่กำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบันจึงจำเป็นต้องใช้ความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์จากทั้งต่างประเทศและในประเทศ มาประกอบขึ้นเป็นพื้นฐานสำหรับวางแผนกำหนดกลไกเหล่านี้ขึ้น

ข้อจำกัดสำคัญสำหรับการกำหนดกลไกเหล่านี้ก็คือ ผลประโยชน์จากกลไกทางเลือกแต่ละอย่างอาจจะตกสู่ผู้เกี่ยวข้องไม่เท่ากัน ดังนั้น การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อันได้แก่ ผู้ให้บริการ ผู้ซื้อบริการ ผู้ใช้บริการ เอกชนที่ประกอบธุรกิจยา หรือเครื่องมือแพทย์ และรัฐ ได้เข้ามามีส่วนร่วมศึกษาทำความเข้าใจกับข้อดีข้อเสียของแต่ละกลไก ตลอดจนอาจจะต้องทดลองดำเนินการและปรับแก้ให้เหมาะสมกับเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองในประเทศไทย

ผลการศึกษาวิจัยเรื่อง “ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ” เป็น

การทบทวนบทเรียนเพื่อจำแนกให้ผู้สนใจสามารถมองเห็นความหลากหลายประโยชน์ และโทษของกลไกต่างๆ ที่เคยใช้กันมา โดยมีการประมวลข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางส่วนเข้ามาประกอบการพิจารณาด้วย แล้วจึงสังเคราะห์ออกมาเป็นข้อเสนอสำหรับพัฒนาเป็นเครื่องมือขึ้นใช้ในประเทศไทย

ทั้งนี้ มิได้หมายความว่าแนวทางข้อเสนอเหล่านี้เป็นสิ่งที่เส้นทางออกเพียงประการเดียวสำหรับการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น หากแต่เป็นการประมวลความรู้และความคิดที่มีอยู่ มาวางไว้เป็นฐานประกอบการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคมไทย โดยมุ่งหวังว่าผลการศึกษาจะสามารถก่อประกายให้แก่ทุกผู้คนที่สนใจ และเกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพได้นำไปใช้เป็นแนวทางประกอบการพิจารณาสร้างสรรค์กลไกให้สมบูรณ์ และชัดเจนขึ้น

การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องใช้เวลาร่วมศึกษาและวางรากฐานให้แข็งแกร่งกันเป็นทศวรรษ การระดมใช้ภูมิปัญญาของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบสุขภาพให้กว้างขวางที่สุดมาร่วมศึกษาและถกเถียงกันก่อให้เกิดวิวัฒนาการของระบบฯ ที่ยั่งยืนจึงเป็นจุดมุ่งหมายสำคัญของการเผยแพร่ผลการศึกษา

นพ.วิพุธ พูลเจริญ

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กันยายน 2544

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	iii
สารบัญตาราง	vii
สารบัญภาพ	ix
กิตติกรรมประกาศ	x
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ที่มาและเป้าหมาย	1
2. กรอบในการวิเคราะห์และแหล่งข้อมูล	2
บทที่ 2 ประสพการณ์การจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการในประเทศไทย	5
1. สถิติการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)	5
2. สถิติการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	14
3. การประกันสุขภาพภาคบังคับ	16
4. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ	31
5. สรุป	38
บทที่ 3 ประสพการณ์การจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการในต่างประเทศ	41
1. การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ (Physician remuneration) และการรักษาพยาบาล	41
2. การอุดหนุนและชำระค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาล (Hospital care)	47
3. การจ่ายค่าตอบแทนและอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพอื่นๆ	54
4. สรุป	56
บทที่ 4 ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ	59
1. ความคิดเห็นต่อวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์	59
2. ความคิดเห็นต่อวิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาล	61
3. ความคิดเห็นต่อการกำหนดอัตราค่าตอบแทนและการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการ	62

	4. ความคิดเห็นอื่นๆ	62
	5. สรุป	63
บทที่ 5	บทวิเคราะห์	75
	1. วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการและความสัมพันธ์กับผลกระทบ ต่อบริบทของการบริการทางสุขภาพ	75
	2. ระบบและกลไกที่เกี่ยวข้อง	84
	3. สรุป	85
บทที่ 6	ข้อเสนอทางเลือก	87
	1. หลักการสำคัญของระบบและกลไกการจ่าย	87
	2. องค์ประกอบของระบบและกลไกการจ่าย	88
	3. ประเด็นที่ควรระบุไว้ในกฎหมาย	103
	4. สรุป	104
เอกสารอ้างอิง		107

ตารางที่ 2.19	จำนวนกรรมธรรม์ประกันสุขภาพที่ขายโดยบริษัทประกันชีวิต (Life Sector) และบริษัทประกันภัย (Non-life Sector) ในปี พ.ศ. 2535-2541	36
ตารางที่ 2.20	มูลค่าของเบี้ยประกันของประกันสุขภาพที่ขายโดยบริษัทประกันชีวิต (Life Sector) และบริษัทประกันภัย (Non-life Sector) ในปี พ.ศ. 2535-2541	36
ตารางที่ 4.1	ความคิดเห็นต่อวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ในกรณีการดูแลรักษาทั่วไปในระดับ Primary medical care	64
ตารางที่ 4.2	ความคิดเห็นต่อวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ในกรณีการส่งปรึกษาเพื่อรับการดูแลรักษาเฉพาะทาง	65
ตารางที่ 4.3	วิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์สำคัญ	66
ตารางที่ 4.4	โรงพยาบาลควรได้รับเงินอุดหนุนหรือค่าตอบแทนการบริการในด้านใดบ้าง และด้วยวิธีการใด หากมีการจ่ายโดยบุคคลที่ 3 (รัฐบาล กองทุนการประกันสุขภาพ หรือประกันสุขภาพเอกชน)	67
ตารางที่ 4.5	วิธีการใดเหมาะสมที่สุดในการจ่ายค่าบริการแก่โรงพยาบาลในกรณีของบริการผู้ป่วยใน	71
ตารางที่ 4.6	วิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์สำคัญ	72
ตารางที่ 4.7	การตั้งอัตราค่าจ่ายเงินควรใช้กระบวนการอย่างไร ผู้ให้บริการควรมีส่วนร่วมหรือไม่อย่างไร	73
ตารางที่ 5.1	วิธีการจ่ายเงินแก่แพทย์และบริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ และผลกระทบต่อบริการรักษาพยาบาล	78
ตารางที่ 5.2	รูปแบบต่างๆ ของการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาล องค์ประกอบที่ใช้ในการคำนวณจำนวนเงิน และพฤติกรรมของโรงพยาบาลที่จะดำเนินการ	82
ตารางที่ 5.3	วิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาล และผลกระทบต่อบริการรักษาพยาบาล	82
ตารางที่ 6.1	ตัวอย่างผู้ให้บริการตามกลุ่มของบริการ	91
ตารางที่ 6.2	วิธีการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนการให้บริการทางสุขภาพ	94
ตารางที่ 6.3	การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนของวิธีการจ่ายเงิน	100
ตารางที่ 6.4	ระบบและกลไกทบทวนการใช้ทรัพยากรสำหรับการจ่ายผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ	101
ตารางที่ 6.5	ระบบและกลไกทบทวนการใช้ทรัพยากรสำหรับการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาล	101

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1	
การจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยงานในและนอกสังกัด	
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	10
ภาพที่ 2.2	
ผังแสดงการบริหารงบประมาณโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล	
จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ	13
ภาพที่ 6.1	
ลักษณะของเครือข่ายการให้บริการสุขภาพที่เข้าข่ายมาตรฐานการจัดบริการ	
ตามสัญญาการจ่ายเงิน	93
ภาพที่ 6.2	
การจัดระบบเงินทุนและบัญชีของหน่วยบริการคู่สัญญา	98
ภาพที่ 6.3	
การจัดสรรงบประมาณรวมไปสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่	99
ภาพที่ 6.4	
องค์ประกอบของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการจ่ายเงิน	
แก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ	102

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในการให้การสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ ทั้งในส่วนของเอกสารวิชาการและทุนวิจัย และขอขอบคุณผู้ที่ให้สัมภาษณ์และให้ความเห็นต่อการศึกษาทุกท่าน

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่มีส่วนร่วมกันอย่างยิ่งในการร่วมคิด และให้ข้อมูลสะท้อนกลับ สำหรับการสร้างข้อเสนอแนะของระบบและกลไกในการจ่ายเงินผู้ให้บริการ ทั้งนี้ เพื่อให้ระบบและกลไกในการจ่ายเงินผู้ให้บริการดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างดี

1. ที่มาและเป้าหมาย

วิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการ (Provider payment) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage) สำหรับระบบสุขภาพของประเทศ ที่จะเป็เครื่องมือนำไปสู่ความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพในการให้บริการทางสุขภาพได้

ที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและประกันสุขภาพที่มีให้แก่ประชาชนในประเทศมีความหลากหลายทั้งในด้านของสิทธิประโยชน์ งบประมาณที่ได้รับ ตลอดจนวิธีการและกลไกในการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ซึ่งประเด็นหลังนี้มีผลกระทบต่อแรงจูงใจและพฤติกรรมของผู้ให้บริการทางสุขภาพในการใช้ทรัพยากรและสร้างผลผลิตบริการสุขภาพในรูปแบบต่างกันไป วิธีการจ่ายที่แตกต่างกันยังส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการทางสุขภาพที่มีคุณลักษณะและมาตรฐานที่แตกต่างกัน ขาดความเท่าเทียมกันในสิทธิขั้นพื้นฐาน อาจมีการอุดหนุนข้ามระบบกรณีที่เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างรายได้ที่ได้จากการเบิกจ่ายและค่าใช้จ่ายที่ใช้ไป การบริหารจัดการขาดประสิทธิภาพ ทำให้ระบบขาดความโปร่งใสและตรวจสอบได้ยาก ขาดข้อมูลที่เป็นรูปแบบสากลในการประมวลผลภาพรวมของระบบทั้งในด้านต้นทุนและผลผลิต

ดังนั้นการวางระบบและกลไกของวิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพจึงเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นอย่างยิ่งของการคลังสาธารณสุขสมควรมีการศึกษาประสบการณ์ที่ผ่านมารอบคอบ และมีการติดตาม ประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการนำมาใช้ปฏิบัติในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ

อย่างไรก็ตาม ด้วยความจำกัดของเวลาและทรัพยากร การศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาเบื้องต้นที่รวบรวมข้อมูลจากประสบการณ์ที่ผ่านมารอบคอบ และประสบการณ์บางส่วนจากประเทศอื่นที่มีการจัดระบบประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนในลักษณะที่แตกต่างกันไปเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของระบบประกันสุขภาพ การจัดระบบหลักประกันสุขภาพ หรือองค์ความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขทั้งหมด

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ

1. เพื่อทบทวนและวิเคราะห์รูปแบบต่างๆ ของระบบและกลไกของวิธีการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ทั้งที่เป็นประสบการณ์ในประเทศไทย และที่มีในต่างประเทศ พร้อมกับวิเคราะห์ผลกระทบของแต่ละรูปแบบต่อความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการทางสุขภาพ
2. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะและทางเลือกของรูปแบบและกลไกของวิธีการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย
3. เพื่อสังเคราะห์เป็นข้อเสนอสาระบัญญัติที่ควรกำหนดในกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2. กรอบในการวิเคราะห์และแหล่งข้อมูล

1. รวบรวมเอกสารทางวิชาการที่ศึกษาและวิเคราะห์เกี่ยวกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลและประกันสุขภาพทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ
2. สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหารตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสวัสดิการรักษายาบาลและประกันสุขภาพในประเทศ
 - 2.1. สุ่มเลือกตัวอย่างจาก โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน โดยการจับฉลาก รวมจำนวนโรงพยาบาลที่สัมภาษณ์ทั้งสิ้นจำนวน 9 แห่ง ดังนี้

โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย

 - 1) โรงพยาบาลศิริราช
 - 2) โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - 3) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

 - 4) โรงพยาบาลชลบุรี จ.ชลบุรี (ขนาด 782 เตียง)
 - 5) โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จ. อำนาจเจริญ (ขนาด 400 เตียง)
 - 6) โรงพยาบาลเทพา อ.เทพา จ.สงขลา (ขนาด 30 เตียง)
 - 7) โรงพยาบาลบางกรวย อ.บางกรวย จ.นนทบุรี (ขนาด 30 เตียง)

โรงพยาบาลเอกชน

 - 8) โรงพยาบาลสำโรง (ขนาด 250 เตียง)
 - 9) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ (ขนาด 500 เตียง)
 - 2.2. เลือกตัวอย่างหน่วยงานผู้รับผิดชอบด้านการประกันสุขภาพอย่างจำเพาะเจาะจง โดยสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบด้านวิชาการงานประกันสุขภาพของสำนักงานประกันสุขภาพ และผู้อำนวยการกองประสานการ

แพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม รวม 2 ท่าน

3. ทบทวนบทวิเคราะห์และเอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับวิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนและการอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ เทียบเคียงกับข้อสรุปจากข้อ 1 และข้อ 2

4. สังเคราะห์ข้อสังเกตเกี่ยวกับวิธีการจ่าย องค์ประกอบของระบบที่เกี่ยวข้อง และข้อเสนอสำหรับการกำหนดสาระสำคัญในกฎหมายที่เกี่ยวข้อง



บทที่ 2

ประสบการณ์การจ่ายค่าตอบแทน และเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการในประเทศไทย

วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ (Provider payment) มีความสำคัญมากในระบบการคลังสาธารณสุขเนื่องจากมีผลต่อพฤติกรรมบริการให้บริการ ในประเทศไทยมีวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการหลายแบบขึ้นกับที่มาและวัตถุประสงค์ แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล
2. สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ
3. การประกันสุขภาพภาคบังคับ ได้แก่ การประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน และประกันผู้ประสบภัยจากรถ
4. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ได้แก่ โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข การประกันสุขภาพเอกชน

1. สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)

วิวัฒนาการของการให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชนผู้มีรายได้น้อยหรือคนยากจน ได้เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 โดยรัฐบาลดำเนินการในรูปของโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (โครงการ สปน.) ซึ่งเป็นโครงการที่รัฐบาลไทยให้หลักประกันแก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (1,000 บาทต่อครัวเรือน) ให้สามารถใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐได้โดยไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้ให้หัวหน้าสถานพยาบาลเป็นผู้พิจารณาบุคคลผู้ควรอยู่ในข่ายได้รับการสงเคราะห์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2524 รัฐบาลจึงได้กำหนดให้มีการออกบัตรแก่ผู้ควรได้รับการสงเคราะห์ (บัตร สปน.) เพื่อเป็นหลักฐานในการขอรับบริการ โดยกำหนดว่าผู้ควรได้รับการสงเคราะห์จะต้องเป็นคนโสดซึ่งบรรลุนิติภาวะและมีรายได้ไม่เกินเดือนละ 1,500 บาท ยกเว้นผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์หรือได้รับสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างอื่นแล้ว บัตรมีอายุ 3 ปี ซึ่งเราเรียกกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการสงเคราะห์ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าวว่า “ผู้ได้รับการสงเคราะห์ประเภท ก.” ในขณะที่เดียวกันรัฐบาลยังได้จัดงบประมาณบางส่วนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีสิทธิรักษาฟรีแต่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลในการเจ็บป่วยครั้งนั้นๆ โดยให้อยู่ใน

ดุลยพินิจของหัวหน้าสถานบริการ และเรียกผู้ป่วยที่ได้รับการสงเคราะห์ในลักษณะนี้ว่า “ผู้ได้รับการสงเคราะห์ประเภท ข.” การให้สวัสดิการที่กล่าวมาเป็นรูปแบบหนึ่งของการประกันสุขภาพโดยรัฐ ที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรเฉพาะ

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการออกบัตรไปแล้ว 7 ครั้ง โดยเป็นการออกบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2522 (บัตร สปน.) ทั้งหมด 4 ครั้ง คือ ในปีงบประมาณ 2524, 2527, 2530, 2533 ต่อมาในปี พ.ศ. 2536-2537 กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันปรับปรุงระเบียบดังกล่าวและเปลี่ยนชื่อเป็น “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 (บัตร สปร.)” ซึ่งได้ดำเนินการออกบัตรภายใต้ระเบียบใหม่ไปแล้ว 3 ครั้ง คือ ครั้งแรกเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537-2540 (ถือเป็นการออกบัตรครั้งที่ 5) ครั้งที่สองเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2543 (เป็นการออกบัตรครั้งที่ 6) และครั้งที่สามเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2546 (เป็นการออกบัตรครั้งที่ 7)

ในการออกบัตรครั้งที่ 6 เป็นต้นมา ได้มีการปรับปรุงกระบวนการออกบัตรและขึ้นทะเบียนใหม่ โดยกำหนดให้ออกบัตรเป็นรายบุคคล และให้มีการขึ้นทะเบียนโดยระบบคอมพิวเตอร์เพื่อพัฒนารฐานข้อมูลกลาง ได้เสนอให้ใช้กลวิธีสังคมช่วยชี้แนะในการเข้าถึงผู้มีรายได้น้อยได้จริง และเปิดโอกาสให้ผู้มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลได้ 2 แห่ง โดยเป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัวหลัก 1 แห่ง และสถานพยาบาลประจำครอบครัวเครือข่ายอีก 1 แห่ง โดยคำนึงถึงความสะดวกที่จะไปรับบริการ เป็นสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในภูมิลำเนาหรือใกล้ภูมิลำเนาหรือใกล้ที่ทำงาน เพื่อช่วยให้ผู้มีบัตรได้รับบริการอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกัน การส่งเสริม และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2540)

ในระยะแรกผู้สมควรได้รับการสงเคราะห์ตามโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล จะต้องมียาได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 2,000 บาท หรือเป็นคนโสดที่บรรลุนิติภาวะและมีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 1,500 บาท ในปี พ.ศ. 2537 ได้ปรับเปลี่ยนเป็นผู้มีรายได้น้อยต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 2,800 บาท หรือคนโสดที่บรรลุนิติภาวะและมีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 2,000 บาท ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลครอบคลุมกลุ่มประชาชน 1) ผู้มีรายได้น้อย 2) เด็กอายุ 0-12 ปี 3) นักเรียนระดับมัธยมต้น 4) ผู้สูงอายุ 5) ทหารผ่านศึก และครอบครัว 6) ผู้พิการ 7) พระภิกษุสามเณร โดยผู้มีบัตรมีสิทธิในการใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในได้ในสถานพยาบาลของรัฐ

ประเทศไทยได้นำเอาวิธีการกำหนดเกณฑ์รายได้ (Mean testing) มาใช้ตรวจสอบคุณสมบัติและคัดกรองผู้มีรายได้น้อยเพื่อออกบัตร สปร. ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งใน

โครงการช่วยเหลือผู้ยากจน (Targeting the poor) วิธีการนี้เป็นการกำหนดแบบจำเพาะเจาะจงคือ คัดเลือกผู้รับผลประโยชน์ที่โครงการจัดให้เป็นรายบุคคล

ประสบการณ์ในหลายๆ ประเทศ ที่ยังคงใช้ mean testing เช่น ละตินอเมริกา เอเชีย มักจะมีปัญหาข้อมูลไม่เพียงพอ หากข้อมูลในเรื่องรายได้ไม่เพียงพอที่จะประเมิน อาจมีการกำหนดตัววัดอื่นทดแทน โดยเป็นตัววัดอย่างหยาบเพื่อให้สามารถสะท้อนความขัดสนของผู้ยากจน อย่างไรก็ตามการดำเนินการวัดโดยใช้วิธีนี้จะมีปัญหาในเรื่อง **ความถูกต้อง ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ข้อดีอย่างเดียวที่ปรากฏชัดเจนคือต้นทุนในเรื่องการบริหารจัดการต่ำ**

จุดอ่อนของการใช้เกณฑ์รายได้คือ เป็นเกณฑ์ที่วัดยากในทางปฏิบัติหากปราศจากระบบฐานข้อมูลที่ดี ในต่างประเทศระบบฐานข้อมูลรายได้จะบันทึกไว้ในฐานข้อมูลการจัดเก็บภาษี ซึ่งปรากฏประเภทของอาชีพอย่างละเอียดและชัดเจน ในการประเมินรายได้ของประเทศไทย ผู้ทำการประเมินรายได้ไม่มีวิธีการตรวจสอบว่าผลการประเมินนั้นถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากผู้ที่รู้เรื่องข้อมูลดีที่สุดคือผู้ได้รับประเมิน ปัญหาที่เกิดขึ้นคือผู้ให้ข้อมูลจะแจ้งว่ารายได้ของตนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อให้ได้สิทธิประโยชน์ ทำให้ข้อมูลผิดพลาด นอกจากนี้การตรวจสอบเรื่องรายได้ยังเป็นเรื่องละเอียดอ่อนเนื่องจากมีที่มาของรายได้จากหลายแหล่ง การประเมินรายได้แต่ละครั้งจึงมีเกณฑ์ประกอบมากมายยุ่งยากในการวัด หากผู้มีหน้าที่ในการประเมินไม่เคร่งครัดเอาจริงเอาจัง จะไม่สามารถประเมินรายได้ได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งในการเก็บข้อมูลรายได้ต้องมีการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องและปรับมาตรฐาน (มาตรฐานรายได้เปลี่ยนแปลงไปตามสถานที่ เวลา อัตราค่าครองชีพ และอัตราเงินเฟ้อ) เกณฑ์รายได้ให้เหมาะสมให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

ในปี พ.ศ. 2538 สำนักงานประกันสุขภาพได้โอนงานจากกองสาธารณสุขภูมิภาค โดยได้จัดงบประมาณสนับสนุนตามกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนั้นยังได้จัดให้แก่โรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ ด้วย แต่การเบิกจ่ายงบประมาณในอดีตที่ผ่านมาทำได้เฉพาะค่าเวชภัณฑ์และค่าอาหารผู้ป่วยเท่านั้น ในขณะที่การให้บริการแก่ประชาชนกลุ่มดังกล่าวยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีก ดังนั้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2539 สำนักงานประกันสุขภาพจึงได้ทำความตกลงกับกระทรวงการคลังให้สามารถเบิกจ่ายได้เพิ่มขึ้น คือให้สามารถเบิกจ่ายเป็นค่าตอบแทนล่วงหน้าได้ตามข้อบังคับการจ่ายค่าตอบแทนของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536 และ พ.ศ. 2538 โดยเบิกได้ไม่เกินร้อยละ 20 ของงบประมาณของแต่ละสถานบริการได้รับ และขยายการเบิกจ่ายให้รวมถึงวัสดุที่ใช้กับผู้ป่วยโดยตรงและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการให้บริการรักษาพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย เช่น ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและชันสูตร

งบประมาณที่จัดสรรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2542 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2.1 การให้บริการและค่าใช้จ่ายแสดงในตารางที่ 2.2 (งบประมาณ

ตารางที่ 2.1 งบประมาณที่จัดสรรในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2535-2542

ปี พ.ศ.	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542
จำนวนเงิน (ล้านบาท)	2,500	3,456	4,770	4,667	4,950	6,352	7,441	8,841
ร้อยละที่เปลี่ยนแปลง	na	38	38	-	26	28	17	19

ที่มา: สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 2.2 การให้บริการและค่าใช้จ่ายในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537-2539

สังกัดหน่วยงาน	ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยนอก			ผู้ป่วยใน			รวม ค่าใช้จ่าย
		คน	ครั้ง	ค่าใช้จ่าย	คน	ครั้ง	ค่าใช้จ่าย	
ในสังกัด สำนักงาน	2537	21,299,967	35,085,917	2,174,779,727	1,718,770	8,094,906	3,068,262,467	5,243,042,194
ปลัดกระทรวง	2538	25,462,268	37,357,814	2,420,111,385	1,582,218	7,419,495	2,840,344,912	5,260,456,297
สาธารณสุข (สป.)	2539	23,177,969	37,316,530	2,758,687,783	1,547,592	6,945,048	3,673,607,669	6,432,295,452
นอกสังกัด สป.	2537	2,214,533	2,699,581	160,016,401	96,599	521,877	189,701,313	349,717,714
และนอกกระทรวง	2538	2,492,575	2,991,090	241,044,890	233,796	1,158,196	684,995,768	926,040,655
สาธารณสุข	2539	3,140,553	3,768,664	314,005,932	201,128	1,468,453	395,694,305	709,200,237
รวมทุกสังกัด	2537	23,514,500	37,785,498	2,334,796,128	1,815,369	8,616,783	3,257,963,780	5,592,759,908
	2538	27,954,843	40,348,904	2,661,156,275	1,816,014	8,577,691	3,525,340,680	6,186,496,952
	2539	26,318,522	41,085,194	3,072,693,715	1,748,720	8,413,501	4,069,301,974	7,141,495,689

ที่มา: สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สปร. จัดอยู่ในหมวดอุดหนุนทั่วไป จากเดิมอยู่ในหมวดอุดหนุนเฉพาะกิจ)

ระเบียบและประกาศที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงบประมาณโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลประกอบด้วย

1. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537

2. ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541

2.1. ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ส่วนกลาง พ.ศ. 2541 เรื่อง ผู้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยไม่คิดมูลค่า

2.2. ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ส่วนกลาง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541 เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ

2.3. ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล

ส่วนกลาง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2541 เรื่อง หลักเกณฑ์การคัดเลือกหน่วย
บริการนอกสังกัดเข้าร่วมโครงการ

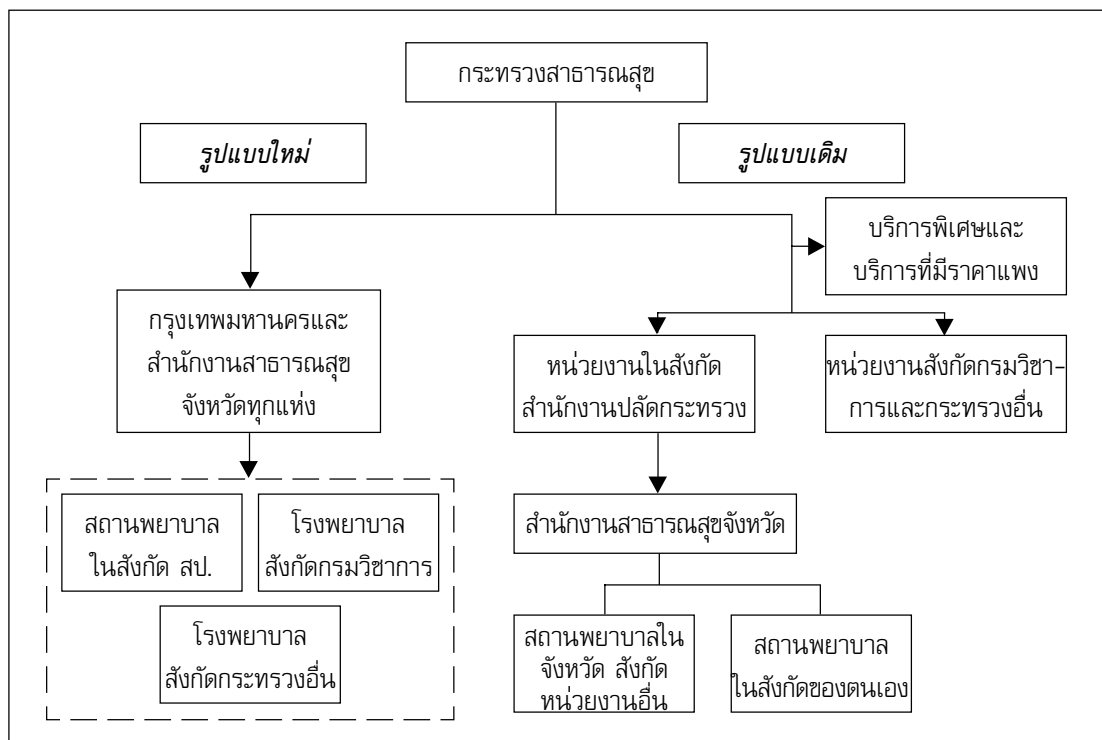
- 2.4. ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล
ส่วนกลาง (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2541 เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการ
จัดสรรเงินอุดหนุนและการใช้จ่ายเงินอุดหนุน
- 2.5. ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล
ส่วนกลาง (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2542 เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการ
จัดสรรเงินอุดหนุนและการใช้จ่ายเงินอุดหนุน
- 2.6. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่าย
สูงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups) พ.ศ.
2542
- 2.7. ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล
ส่วนกลาง (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2542 เรื่อง ผู้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์และ
สาธารณสุขโดยไม่คิดมูลค่า (เพิ่มเติม)
- 2.8. ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล
ส่วนกลาง (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2543 เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการ
ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ (ฉบับที่ 2)
- 2.9. ประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2543 เรื่องหลัก
เกณฑ์การเบิกจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อใช้จ่ายเป็นเงินชดเชยค่ารักษา
พยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง
- 2.10. ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล
ส่วนกลาง (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2543 เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการ
ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ (ฉบับที่ 2)
- 2.11. ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล
ส่วนกลาง (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2543 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและอัตรา
ค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายให้แก่หน่วยบริการนอกเครือข่ายจังหวัด
- 2.12. ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล
ส่วนกลาง (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2543 เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขใน
การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ (ฉบับที่ 3) อยู่ระหว่างรอลงราชกิจจานุเบกษา
- 2.13. ประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2543 เรื่อง วิธีการ
เบิกจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง

(1) การจัดสรรเงินงบประมาณ

ตามระเบียบกระทรวงการคลังกำหนดให้ต้องมีการจัดสรรเงินให้กับจังหวัดต่างๆ ตามจำนวนผู้มีสิทธิทั้งหมด หลังจากที่กันเงินสำหรับค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Reinsurance) ร้อยละ 2.5 แล้ว โดยไม่ได้มีการกันเงินสำหรับการจัดสรรให้หน่วยงานนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นั่นคือ กรุงเทพมหานคร ใช้สำหรับการดูแลประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสำหรับดูแลประชาชนผู้มีสิทธิในจังหวัดของตนเอง ดังแสดงในภาพที่ 2.1 กรณีนี้ทั้งกรุงเทพมหานคร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีบทบาทในการกำหนดระบบบริการและการจัดเครือข่ายสถานพยาบาล รวมถึงระบบการส่งต่อภายในจังหวัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากจะมีเอกภาพในการจัดบริการมากขึ้น ดังนั้นจังหวัดต้องรวมโรงพยาบาลนอกสังกัดเข้าเป็นเครือข่ายการจัดบริการของตนด้วย ทั้งนี้บทบาทของสถานพยาบาลดังกล่าวจะเป็นสถานพยาบาลปฐมภูมิ ทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ก็ขึ้นกับศักยภาพของสถานพยาบาลนั้นๆ และต้องมีการตามจ่ายในกรณีที่มีการส่งต่อไปรับบริการที่อื่น รูปแบบดังกล่าวจะทำให้ระบบการจัดบริการสาธารณสุขภาครัฐมีความเป็นเอกภาพและเหมาะสม

เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและโปร่งใส การจัดสรรงบประมาณในระบบ สปร. ให้กับจังหวัดต่างๆ ทำตามจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียนจริง

ภาพที่ 2.1 การจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยงานในและนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



(Per-Capita Budget Allocation) ด้วยฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยตัดยอดการขึ้นทะเบียนที่ใช้ในการจัดสรรงบประมาณปี พ.ศ. 2544 เป็น 2 งวดคือ 31 ธันวาคม 2543 และ 31 มีนาคม 2544 และได้มีการถ่วงน้ำหนักของประชากรตามกลุ่มเป้าหมาย อาศัยข้อมูลอัตราการให้บริการและค่าใช้จ่ายต่อครั้งต่อคนและถ่วงน้ำหนักให้กับกลุ่มผู้พิการเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัว เพื่อให้มีความเป็นธรรมยิ่งขึ้น

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2543 มีการถ่วงน้ำหนักสัมพัทธ์ตามการให้บริการของผู้มีสิทธิ สปร. กลุ่มต่างๆ โดยผู้มีรายได้น้อยกว่า 0.69 เด็ก 0-12 ปีเท่ากับ 0.80 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่ากับ 2.40 ผู้พิการเท่ากับ 2.26 ทหารผ่านศึกและครอบครัวเท่ากับ 1.49 พระภิกษุ สามเณรและผู้นำศาสนาเท่ากับ 2.33 บัตรชั่วคราวทุกกลุ่มและคนตกงานเท่ากับ 0.69

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 ยังคงใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เหมือนกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2543 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จัดสรรตามที่ได้รับงบประมาณเป็นรายหัวจำนวน 195 บาท ในส่วนการบริหารงบประมาณจะเหมือนกับกลุ่มอื่นๆ

เงื่อนไขและการเตรียมการที่สำคัญเพื่อความสำเร็จ ได้แก่

1. ระบบข้อมูลของผู้มีสิทธิและการระบุสิทธิต้องมีความถูกต้องน่าเชื่อถือและตรวจสอบได้
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกรุงเทพมหานครจะต้องมีศักยภาพที่ดีและมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านระบบการจัดบริการ (เครือข่ายส่งต่อ) ระบบการเงินการคลัง และระบบข้อมูลสารสนเทศ
3. ต้องมีการจัดระบบและเครือข่ายบริการที่ดีสำหรับสถานพยาบาลทุกสังกัดในจังหวัด เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้
4. วิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลทั้งหลักเกณฑ์และอัตราในการจ่ายต้องชัดเจนและเป็นธรรม ในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปใช้บริการนอกเครือข่ายหรือนอกจังหวัดจะต้องมีการตามจ่าย

(2) การบริหารงบประมาณสำหรับเงินที่กันไว้ส่วนกลาง ร้อยละ 2.5

การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่กันไว้ที่ส่วนกลาง ร้อยละ 2.5 เป็นการจ่ายย้อนหลังให้กับโรงพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และการจ่ายในกรณีค่าใช้จ่ายสูงตามประเภทบริการตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2543 เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อใช้จ่ายเป็นเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง และประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2543 เรื่อง วิธีการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง

(3) การบริหารงบประมาณในระดับจังหวัด

ตามระเบียบกระทรวงการคลังกำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีเงินสำรองในส่วนจังหวัดไม่เกินวงเงินที่คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (กสปร.กลาง) กำหนด และตามประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2541 เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจัดสรรเงินอุดหนุน โดยกำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีเงินสำรองในส่วนจังหวัดไม่เกินร้อยละ 10

การบริหารงบประมาณที่กันไว้ร้อยละ 10 สำหรับการตามจ่ายเมื่อมีการส่งผู้ป่วยไปใช้บริการข้ามจังหวัดหรือส่งไปรับการรักษาต่อในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิและกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีรายละเอียดวิธีปฏิบัติสำหรับการเรียกเก็บและการจ่ายเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2543 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายให้แก่หน่วยบริการนอกเครือข่ายจังหวัดและการสนับสนุนบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค (ซึ่งในกรณีนี้ไม่เกินร้อยละ 1 ของงบประมาณที่ได้รับ)

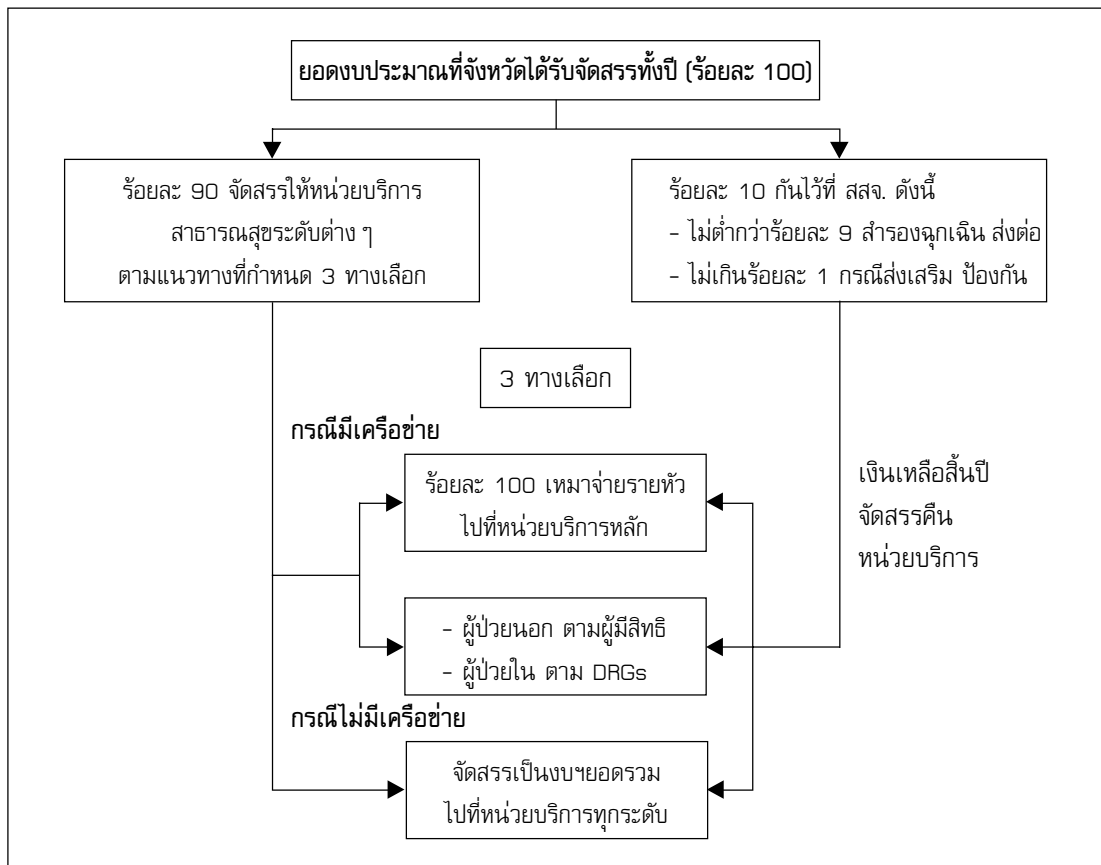
ตั้งแต่สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถมีเงินคงเหลือไว้ได้สำหรับกรณีตามจ่ายเมื่อมีการส่งผู้ป่วยไปใช้บริการข้ามจังหวัด หรือส่งไปรับการรักษาต่อในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิและกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในกรณีที่ทางส่วนกลางโอนเงินไปให้ตามจ่ายโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเรียบร้อยแล้วและยังมีเงินคงค้างอยู่ ซึ่งตามกำหนดในประกาศดังกล่าว หากมีเงินเหลือ ให้จัดสรรให้กับหน่วยบริการ สำหรับกรณีที่มีเงินคงเหลือไม่พอในการตามจ่ายนอกจังหวัด ให้ดำเนินการจ่ายเมื่อได้รับเงินจัดสรรในแต่ละงวดก่อนแล้วจึงดำเนินการจัดสรรภายในจังหวัด ดังแสดงในภาพที่ 2.2 วิธีการหนึ่งที่มีการนำมาใช้สำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง คือการจ่ายจากงบประมาณรวม (Global budget) ตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups, DRGs)

(4) การจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลนอกสังกัดภายในจังหวัด

การจัดสรรเงินให้กับสถานพยาบาลนอกสังกัดสามารถดำเนินการได้สามแนวทางหลัก ๆ คือ

1. พิจารณาจัดสรรเงินให้กับสถานพยาบาลนอกสังกัดที่ตั้งอยู่ภายในจังหวัดก่อน เพื่อลดความยุ่งยากในการตามจ่ายและการบริหารจัดการ ทั้งนี้โดยพิจารณาจากข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาลนั้น ๆ รวมถึงต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการ หรือนำหนักสัมพัทธ์การให้บริการเมื่อคิดเทียบกับสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 2.2 ผังแสดงการบริหารงบประมาณโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ



2. ไม่ต้องจัดสรรแยกแต่ให้รวมสถานพยาบาลดังกล่าวเข้าเป็นเครือข่ายเดียวกัน และจัดสรรให้ตามหลักเกณฑ์เดียวกันกับที่ใช้กับสถานพยาบาลภายในสังกัดตามรูปแบบที่จังหวัดใช้
3. ในกรณีที่รับเป็นเฉพาะสถานพยาบาลทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ต้องใช้วิธีการตามจ่ายเมื่อมีการส่งต่อตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่ กสปร.กลาง ได้กำหนดให้เป็นแนวทาง หรือตามที่จังหวัดและสถานพยาบาลตกลงกัน

(5) การจัดสรรเงินให้กับสถานพยาบาลในเครือข่ายของจังหวัด

ขึ้นอยู่กับมติ กสปร. จังหวัด โดยต้องไม่ขัดแย้งกับระเบียบและประกาศที่เกี่ยวข้องในการจัดสรรงบประมาณโครงการนี้แต่ละจังหวัดจึงอาจมีการจัดสรรแตกต่างกันออกไปดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. การจัดสรรตามสัดส่วน โดยอาศัยข้อมูลการให้บริการและค่าใช้จ่ายในอดีตที่ผ่านมา ทั้งนี้อาศัยความสะดวกและง่ายในการบริหารจัดการ เช่น

- จังหวัดขอนแก่น รพศ. ได้รับจัดสรรร้อยละ 34, รพช. และ สอ. ได้ร้อยละ 56
- จังหวัดยโสธร จัดสรรให้ รพท. ร้อยละ 42, รพช. ร้อยละ 34 และ สอ. ได้ร้อยละ 13
- จังหวัดพระนครศรีอยุธยาจัดสรรตามรายได้เงินบำรุงร้อยละ 50 และจัดสรรตามค่าใช้จ่ายพื้นฐานร้อยละ 40 โดยให้น้ำหนักตามขนาดของโรงพยาบาล

2. จัดสรรให้ตามน้ำหนักบริการ ในจังหวัดที่ใช้เกณฑ์นี้จะนำผลงานและน้ำหนักบริการมาคิดคำนวณในการจัดสรร ได้แก่ จังหวัดสงขลาและจังหวัดพะเยา

สำหรับการจัดสรรให้สถานือนามียนั้น ทราบแต่เพียงวงเงินที่ได้รับจัดสรร เพราะงบประมาณส่วนนี้จังหวัดหรือโรงพยาบาลชุมชนจะดำเนินการจัดซื้อยานับสนุนสถานือนามียในวงเงินที่ได้รับจัดสรร โดยแต่ละสถานือนามียจะต้องทำแผนความต้องการใช้ยาให้จังหวัดหรือโรงพยาบาลชุมชนทราบเพื่อดำเนินการจัดซื้อให้ และสถานือนามียแต่ละแห่งต้องจัดทำทะเบียนการเบิกยาของตนเอง โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีหน้าที่กำกับดูแลนอกจากจัดสรรเป็นค่ายาแล้วบางจังหวัดก็มีการจัดสรรเป็นค่าอยู่เวรของเจ้าหน้าที่ เช่น สถานือนามียที่ให้บริการ 24 ชั่วโมง ประมาณ 7,000 บาทต่อคนต่อปี

2. สวัสดิการรักษายาของข้าราชการ

รัฐบาลในฐานะเป็นนายจ้างของข้าราชการได้ให้การคุ้มครองข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ รวมทั้งบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส และบุตรอีก 3 คนที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ สวัสดิการนี้จ่ายจากงบกลางในส่วนของงบประมาณประจำปี โดยอยู่ในความรับผิดชอบของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

สวัสดิการรักษายาของข้าราชการใช้วิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการแบบตามบริการที่มีการจ่ายจริง (Fee-for-service) เป็นหลัก ผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น สำหรับผู้ป่วยในนั้นสามารถใช้บริการได้ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน กรณีโรงพยาบาลเอกชน ผู้ป่วยจะต้องร่วมจ่าย (co-payment) ตามรายการต่างๆ ได้แก่ ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าอุปกรณ์บำบัดต่างๆ เบิกได้เท่ากับโรงพยาบาลรัฐ ค่ารักษายาพยาบาลนอกเหนือจากนี้เบิกได้เพียงครึ่งหนึ่งของที่จ่ายจริง และไม่เกิน 3,000 บาท

ปัญหาของระบบสวัสดิการข้าราชการ ได้แก่ การที่รายจ่ายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องจากกลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลตามรายบริการที่จ่ายจริง เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจระบบสวัสดิการฯ ได้บังคับใช้ยาบัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษายาพยาบาล

ให้ผู้มีสิทธิต้องมีส่วนร่วมจ่ายในเรื่องค่าห้องและค่าอาหาร ระวังการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ยกเว้นเจ็บป่วยฉุกเฉินถึงขั้นชีวิต และให้มีส่วนร่วมจ่ายโครงการได้บ้าง กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังสรุปว่าช่วยลดรายจ่ายถึงร้อยละ 20 คณะที่ปรึกษากระทรวงการคลังได้เสนอขั้นตอนการปฏิรูปสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการในระยะสั้นและระยะยาวดังนี้

ระยะสั้น (ปี พ.ศ. 2544-2546) ให้จัดทำฐานข้อมูลการเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยใน เพื่อใช้ในการจ่ายเงินชดเชยแก่สถานพยาบาลของรัฐร้อยละ 80 ของการเบิกจ่าย ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยแต่ละราย จะนำมาวิเคราะห์หาความรุนแรงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเพื่อจ่ายในร้อยละ 20 ที่เหลือสำหรับปีแรก สัดส่วนนี้จะเพิ่มเป็นร้อยละ 40 และ 60 ตามลำดับ เป็นการกระตุ้นให้เกิดระบบฐานข้อมูลที่ใช้สำหรับทบทวนการใช้บริการ (utilization review) ในขณะเดียวกันให้จัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิเพื่อใช้ในการวางระบบขึ้นทะเบียนและเหมาจ่ายรายหัว (capitation) รวมทั้งพัฒนาฐานข้อมูลการใช้จ่าย เพื่อใช้ในการดำเนินงานระยะยาว

ระยะยาว (ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นไป) เริ่มระบบเลือกสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายการให้บริการ ให้ผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนรับการดูแลตลอด 1 ปี กลไกการจ่ายเงินสำหรับกรณีผู้ป่วยนอกให้ใช้การเหมาจ่ายรายหัว (ไม่รวมค่ายา) สำหรับกลไกการจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยในให้ตัดสินใจในปี พ.ศ. 2546 ว่า ควรรวมอยู่ในอัตราเหมาจ่ายโดยปรับอัตราเหมาจ่ายตามค่าความเสี่ยงของกลุ่มอายุและความรุนแรงของโรค (*Risk-adjusted capitation rate*) หรือใช้วิธีการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีงบประมาณรวม (*DRGs payment under global budget*)

ระบบยาตามบัญชียาหลักจะเปลี่ยนไปจากเดิมคือ จากการกำหนดรายการยาโดยไม่กำหนดราคา จะให้เป็นกำหนดทั้งรายการและราคา โดยผู้มีสิทธิสามารถเลือกยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาคุมครองได้ แต่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายเงินสำหรับส่วนต่างของราคาที่ต้องการกับราคาที่รับรองในบัญชียาหลัก ซึ่งจะก่อผลดีคือทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่สมควรได้โดยไม่ถูกจำกัดด้วยระบบจ่ายเหมา และควบคุมรายจ่ายค่ายาที่ไม่เท่ากันระหว่างสถานพยาบาล ระบบเช่นนี้จำเป็นต้องแยกอำนาจการสั่งยากับการจ่ายยาออกจากกัน และต้องเพิ่มการบริหารจัดการฐานข้อมูลการสั่งและจ่ายยา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการใช้จ่ายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2537-2542 แสดงในตารางที่ 2.3 ส่วนรายละเอียดค่าใช้จ่ายจำแนกตามประเภทผู้ป่วยและโรงพยาบาล แสดง ในตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.3 ค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2535-2543

ปี พ.ศ.	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542
จำนวนเงิน	5,419	7,136	8,906	9,940	12,055	13,741	14,510	15,253
ร้อยละที่เปลี่ยนแปลง	na	32	25	12	21	14	6	5

ที่มา: กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

ตารางที่ 2.4 ค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการปีงบประมาณ พ.ศ. 2531-2541 จำแนกตามประเภทผู้ป่วย และโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาของผู้ป่วยใน (หน่วย: ล้านบาท)

ประเภทรายจ่าย	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541
1. ผู้ป่วยนอก	1,306.21	1,485.29	1,728.98	2,021.81	2,337.19	2,766.48	3,373.89	3,971.52	4,821.94	5,624.92	5,865.80
อัตราเพิ่มต่อปี (ร้อยละ)		14	16	17	16	18	22	18	21	17	4
2. ผู้ป่วยใน	1,849.70	2,035.63	2,586.57	3,105.57	3,626.95	5,140.03	6,580.11	7,184.42	8,761.27	9,877.98	10,574.16
อัตราเพิ่มต่อปี (ร้อยละ)		10	27	20	17	42	28	9	22	13	7
2.1 โรงพยาบาลเอกชน	1,500.66	1,634.65	2,053.58	2,452.58	2,781.81	3,869.71	4,874.63	5,476.42	6,660.17	7,520.33	8,772.20
อัตราเพิ่มต่อปี (ร้อยละ)		9	26	19	13	39	26	12	22	13	17
2.2 โรงพยาบาลรัฐ	349.04	400.98	532.99	653.01	845.01	1,270.32	1,705.48	1,708	2,101.10	2,357.65	1,821.96
อัตราเพิ่มต่อปี (ร้อยละ)		15	33	23	29	50	34	0	23	12	-23
ส่วนแบ่ง รพ. เอกชน (ร้อยละ)	19	20	21	21	23	25	26	24	24	24	17
รวมผู้ป่วยนอก + ผู้ป่วยใน	3,155.91	3,520.92	4,315.55	5,127.30	5,854.14	7,906.14	9,954.06	11,155.95	13,587.21	15,502.90	16,439.96
อัตราเพิ่มต่อปี (ร้อยละ)		12	23	19	16	33	26	12	22	14	6

ที่มา: กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

3. การประกันสุขภาพภาคบังคับ

ได้แก่ การประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน และการประกันภัยอุบัติเหตุตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

3.1 การประกันสังคม

ระบบการให้บริการภายใต้ระบบการประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เป็นระบบที่ให้บริการเฉพาะผู้ประกันตน โดยสิทธิประโยชน์จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบจนครบระยะเวลาที่จะเกิดสิทธิ สำนักงานได้จัดเก็บเงินสมทบเพื่อประโยชน์ทดแทน 6 ประเภท ได้แก่ เจ็บป่วย คลอดบุตร ตาย ทูพพลภาพ สงเคราะห์

บุตร และชราภาพ โดยนายจ้างและผู้ประกันตนเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนฝ่ายละเท่าๆ กัน โดยรัฐบาลร่วมให้เงินสนับสนุนด้วย

สำหรับประโยชน์ทดแทน 4 ประเภทแรก (เจ็บป่วย คลอดบุตร ตาย และทุพพลภาพ) กำหนดเก็บอัตราเงินสมทบฝ่ายละร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างรายเดือนของผู้ประกันตน ส่วนประโยชน์ทดแทน 2 ประเภทหลัง (สงเคราะห์บุตรและชราภาพ) กำหนดเก็บอัตราเงินสมทบไม่เกินร้อยละ 3 ของค่าจ้างรายเดือนของผู้ประกันตน แต่เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจถดถอย สำนักงานประกันสังคมจึงได้ลดอัตราเงินสมทบของประโยชน์ทดแทน 4 ประเภทแรกเป็นฝ่ายละร้อยละ 1 ของค่าจ้างตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2543 และกำหนดอัตราเงินสมทบของประโยชน์ทดแทน 2 ประเภทหลังในปี พ.ศ. 2542 เป็นฝ่ายละร้อยละ 1 ของค่าจ้าง ปี 2543 ฝ่ายละร้อยละ 2 ของค่าจ้าง และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป ฝ่ายละร้อยละ 3 ของค่าจ้างเพื่อช่วยลดภาระของนายจ้างและผู้ประกันตน

รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนที่ใช้ในประเทศไทย

การให้บริการด้านการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ใน 4 กรณีคือ เจ็บป่วย ทุพพลภาพ คลอดบุตร และสงเคราะห์บุตร มีคณะกรรมการการแพทย์ ซึ่งเป็นคณะกรรมการคณะหนึ่งที่แต่งตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เป็นผู้มีอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และอัตรา หรือเป็นผู้มีอำนาจที่จะเลือกรูปแบบการใช้จ่ายค่าตอบแทนด้านบริการทางการแพทย์ การพิจารณารูปแบบการใช้จ่ายค่าตอบแทนด้านบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วย มีเพียง 2 รูปแบบ คือ การจ่ายค่าตอบแทนตามบริการ (Fee-for-service) กับ การจ่ายค่าตอบแทนเป็นเหมาจ่ายรายหัว (Capitation payment) ซึ่งได้มีการพิจารณาหลายครั้งโดยนำข้อเสนอขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization - ILO) และรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำขึ้นประกอบการพิจารณาด้วย ในที่สุดคณะกรรมการการแพทย์ได้เลือกวิธีการจ่ายค่าตอบแทนเหมาจ่ายรายหัว (Capitation payment) โดยมีเหตุผลดังนี้

1. มีความเป็นไปได้ต่อการบริหารจัดการ ในเบื้องต้นกระทรวงสาธารณสุขได้เสนออัตราการให้บริการด้านการแพทย์เฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 3 ครั้งต่อคนต่อปี และขณะที่มีการพิจารณาปรากฏว่ามีจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียน 2 ล้านคน คิดเป็นอัตราการให้บริการด้านการแพทย์ 6 ล้านครั้งต่อปี หากใช้รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนตามบริการที่มีการจ่ายจริง จะต้องตรวจสอบใบเสร็จรับเงินจำนวน 6 ล้านฉบับ ซึ่งถ้ารวมใบเสร็จรับเงินกรณีผู้ป่วยใน และการรับบริการทางการแพทย์กรณีอื่นๆ ด้วย จะมีปริมาณใบเสร็จรับเงินที่เพิ่มขึ้นอีกหลายล้านฉบับ ขณะนั้นสำนักงานประกันสังคมมีบุคลากรไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติงานและไม่สามารถขยายอัตราค่าจ้างได้ ดังนั้นการจ่ายตามที่จ่ายจริงจึงเป็นไปได้

จึงเป็นเหตุผลที่เลือกการจ่ายค่าตอบแทนเหมาจ่ายรายหัว

2. สามารถควบคุมต้นทุนได้ การจ่ายค่าตอบแทนตามบริการจะควบคุมต้นทุนได้ยาก เพราะทั้งแพทย์หรือสถานพยาบาลที่ให้บริการและผู้ป่วยมีแนวโน้มที่ต้องการให้มีการบริการเป็นรายการที่เพิ่มขึ้นโดยไม่มีความจำเป็นต่อการรักษาพยาบาล และยังเกิดปัญหาการปลอมแปลงใบเสร็จรับเงิน หรือการปลอมแปลงผู้ป่วยที่รับบริการ ดังที่เกิดในหลายประเทศที่จ่ายค่าตอบแทนในระบบนี้ ถ้าเป็นระบบการจ่ายค่าตอบแทนเหมาจ่ายรายหัวจะทำให้เกิดการควบคุมต้นทุนที่ดีกว่า

3. สถานการณ์เกี่ยวกับจำนวนแพทย์และผู้เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ไม่เพียงพอ หากเลือกการใช้จ่ายค่าตอบแทนตามบริการ การบริการอาจใช้เทคโนโลยีสูงและราคาแพง ทำให้เงินจากระบบประกันสังคมไปสู่แพทย์และสถานพยาบาลเป็นจำนวนมาก ซึ่งจะส่งผลให้กำลังคนด้านการแพทย์ถ่ายทอดจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน และเกิดปัญหาการกระจุกตัวของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในเขตเมืองอุตสาหกรรม ทำให้ผู้ยากจนและผู้อยู่ในภาคเกษตรกรรมอาจได้รับบริการที่แย่ง เกิดความไม่เป็นธรรมในการรับบริการสาธารณสุข การเลือกจ่ายค่าตอบแทนเหมาจ่ายรายหัวจึงเป็นทางเลือกที่จะช่วยป้องกันปัญหาดังกล่าวได้อีกทางหนึ่ง

4. จากการศึกษาของ ILO ได้เสนอว่าอัตราเงินสมทบที่กำหนดในพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เพื่อให้ความคุ้มครองในกรณีเจ็บป่วย ทุพพลภาพ คลอดบุตร และตาย ซึ่งกำหนดไว้ในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างแต่ละเดือน เป็นอัตราเก่าที่กำหนดไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2524 ในขณะที่การดำเนินการในด้านต่างๆ ได้เพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากเหตุผลทางด้านเศรษฐกิจ และขอบเขตของการให้บริการด้านการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมในปี พ.ศ. 2533 ได้ให้ความคุ้มครองอย่างกว้างขวาง หากเลือกการจ่ายค่าตอบแทนตามรายการบริการที่จ่ายจริง กองทุนประกันสังคมจะขาดทุนในปีแรกประมาณ 500 ล้านบาท ILO จึงเสนอแนะให้เลือกระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว

เมื่อคณะกรรมการการแพทย์และคณะกรรมการประกันสังคมได้ตัดสินใจเลือกใช้ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งต้องให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลที่จะไปรับบริการทางการแพทย์เพียงแห่งเดียว ได้ก่อให้เกิดความไม่พอใจในระบบการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้เกี่ยวข้องโดยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นผู้ประกันตน นายจ้าง หรือประชาชน และการประชาสัมพันธ์ได้ผลน้อย เพราะผู้ที่จ่ายเงินมีความคาดหวังสูงและไม่พอใจต่อการให้บริการในระบบดังกล่าวเนื่องจากความไม่สะดวก ปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการให้บริการในระบบจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัวพอสรุปได้ดังนี้

อัตราที่เหมาะสมของการจ่ายเป็นรายหัว

ในปี พ.ศ. 2534 การเหมาจ่ายเริ่มต้นที่อัตรา 700 บาทต่อผู้ประกันตนคนหนึ่งต่อปี ต่อมาในปี พ.ศ. 2541 เพิ่มขึ้นเป็น 1,000 บาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนต่อปีตามจำนวนผู้ประกันตนไม่เกินห้าหมื่นคน และในอัตรา 900 บาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนต่อปีตามจำนวนผู้ประกันตนส่วนที่เกินกว่า 50,000 คนขึ้นไป

ในช่วงแรกที่มีการจ่ายในอัตรา 700 บาท สถานพยาบาลเอกชนจำนวนมากได้แย้งว่าเป็นอัตราที่ไม่คุ้มทุน เพราะต้นทุนของสถานพยาบาลเอกชนสูงกว่าสถานพยาบาลของรัฐมาก และต้องจ่ายค่าภาษีอากรจากรายได้ที่ได้จากโครงการประกันสังคมด้วย แต่หลังจากผ่านไป 2 ปี พบว่าอัตราเหมาจ่ายหัวละ 700 บาทยังคงเป็นอัตราที่สถานพยาบาลมีกำไรในระดับที่น่าพอใจ และมีสถานพยาบาลเอกชนสมัครใจเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก

การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง

กรณีที่ต้องให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือต้องใช้กายอุปกรณ์เทียม เช่น การผ่าตัดหัวใจ การผ่าตัดสมอง การใช้ข้อเทียม แขนเทียม ขาเทียม สถานพยาบาลก็สามารถเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดไว้ (Fee schedule) เพิ่มเติมได้อีก เช่น กรณีผ่าตัดหัวใจเบิกค่าใช้จ่ายเพิ่มได้อีก รายละ 100,000 บาท

กรณีคลอดบุตร

การให้บริการทางการแพทย์กรณีคลอดบุตร จ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัวเช่นกัน โดยเหมาจ่ายให้แก่ผู้ประกันตน ในระยะแรกเหมาจ่ายในอัตรา 2,500 บาทต่อการคลอด 1 ครั้ง ต่อมาได้ปรับปรุงอัตราเป็น 3,000 บาทต่อการคลอด 1 ครั้ง โดยผู้ประกันตนเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายสำรองไปก่อน เมื่อคลอดบุตรแล้วขอเบิกคืนได้จากสำนักงานประกันสังคม

กรณีฉุกเฉิน

สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้มีการรักษาพยาบาลระบบฉุกเฉิน และระบบอุบัติเหตุเพื่อรองรับความจำเป็นพื้นฐาน ผู้ประกันตนสามารถไปรับบริการจากสถานพยาบาลได้ทุกแห่งและทุกประเภท โดยผู้ประกันตนต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนแล้วเบิกคืน แต่จำนวนเงินที่ผู้ประกันตนสามารถเบิกคืนมีอัตราที่ต่ำมากทำให้ผู้ประกันตนไม่ยอมรับ ไม่พอใจ และไม่ใช้สิทธิเบิกคืน ต่อมาสำนักงานประกันสังคมได้ปรับปรุงอัตราเบิกคืนให้มีอัตราที่ใกล้เคียงกับอัตราค่าใช้จ่ายจริง ซึ่งในปัจจุบันมีอัตราดังนี้

- ผู้ป่วยนอก 200 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 400 บาทต่อปี
- ผู้ป่วยใน 1,600 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3,200 บาทต่อปี
- กรณีผ่าตัดใหญ่ 10,000 บาทต่อครั้ง

ในโรงพยาบาลของรัฐ เบิกได้เต็มจำนวนเท่าที่จ่ายจริง สำหรับการเข้ารับรักษาใน 72 ชั่วโมงแรก ไม่นับรวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ

ในโรงพยาบาลเอกชน เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 10,000 บาท เฉพาะกรณี ผ่าตัดใหญ่ สำหรับระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก ไม่นับรวมเวลาในวันหยุดราชการเช่นกัน

รายละเอียดของข้อมูลที่เกี่ยวข้องแสดงในตารางที่ 2.5-2.8

ตารางที่ 2.5 จำนวนสถานพยาบาลหลักภายใต้โครงการประกันสังคม พ.ศ. 2535-2542

สถานพยาบาล	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542
สถานพยาบาลหลัก	145	156	178	189	198	196	205	231
รัฐบาล	118	119	122	126	126	127	127	128
เอกชน	27	37	56	63	72	69	78	103
สถานพยาบาลเครือข่าย	754	864	1,294	1,897	2,839	2,868	2,256	3,816

ที่มา: กองทุนประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม

ตารางที่ 2.6 อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ พ.ศ. 2535-2542

ประเภท	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542
ผู้ป่วยนอก	0.78	0.7	1.08	1.22	1.34	1.52	1.46	2.15
รัฐบาล	0.59	0.60	0.86	1.00	1.17	1.44	1.40	2.07
เอกชน	1.07	1.13	1.25	1.41	1.45	1.59	1.50	2.22
ผู้ป่วยใน	0.036	0.038	0.038	0.027	0.030	0.034	0.032	0.043
รัฐบาล	0.032	0.033	0.040	0.024	0.029	0.032	0.031	0.041
เอกชน	0.042	0.040	0.037	0.030	0.031	0.035	0.033	0.043

ที่มา: กองทุนประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม

ตารางที่ 2.7 เงินสมทบและประโยชน์ทดแทน พ.ศ. 2534-2542

ปี พ.ศ.	เงินสมทบ (ล้านบาท)	ประโยชน์ทดแทน (ล้านบาท)
2534	2,962	778
2535	6,016	2,057
2536	9,358	2,473
2537	12,172	3,773
2538	12,602	3,991
2539	15,234	6,239
2540	16,448	10,245
2541	10,735	7,637
2542	22,471	7,676

ที่มา: กองทุนประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม

ตารางที่ 2.8 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2535-2542

ปี พ.ศ.	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542
จำนวนเงิน (ล้านบาท)	1,973	2,367	2,889	3,590	4,713	5,072	6,931	na
ร้อยละที่เปลี่ยนแปลง	na	20	22	24	31	8	37	na

ที่มา: กองทุนประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม

3.2 กองทุนเงินทดแทน

เงินสมทบสำหรับกองทุนเงินทดแทน (Workmen compensation fund) คือ เงินที่นายจ้างจ่ายสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทนเพื่อใช้เป็นเงินทดแทนแก่ลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย ตาย หรือสูญหาย เนื่องจากการทำงาน โดยอัตราเงินสมทบที่นายจ้างจ่ายจะอยู่ระหว่างร้อยละ 0.2-1.0 ของค่าจ้าง ขึ้นกับลักษณะความเสี่ยงภัยในการประกอบกิจการของแต่ละประเภทกิจการ อัตราเงินสมทบนี้เรียกว่า อัตราเงินสมทบหลัก ซึ่งเป็นอัตราเงินสมทบจากนายจ้างเป็นเวลา 4 ปีแรก เมื่อขึ้นปีที่ 5 นายจ้างแต่ละรายจะได้รับการเพิ่มหรือลดอัตราเงินสมทบขึ้นอยู่กับการประสบอันตรายที่เกิดขึ้นกับลูกจ้าง อัตราเงินสมทบที่นายจ้างต้องจ่ายตั้งแต่ปีที่ 5 เป็นต้นไปเรียกว่า อัตราเงินสมทบตามค่าประสบการณ์ ซึ่งปรับลดลงได้ไม่เกินร้อยละ 80 และปรับเพิ่มขึ้นไม่เกินร้อยละ 150 ของอัตราสมทบหลัก ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมให้นายจ้างมีความกระตือรือร้นในการป้องกันอุบัติเหตุหรือจัดให้มีมาตรการรักษาความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น จำนวนเงินทดแทนที่จ่ายให้แก่ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิรับเงินทดแทน ส่วนใหญ่จ่ายเป็นค่าทดแทน รongมาได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าทำศพ และค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน

การจ่ายค่าตอบแทนกรณีเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานเป็นการจ่ายตามบริการที่จ่ายจริง (Fee-for-service) และควบคุมการจ่ายที่ชัดเจนด้วยเพดานที่กำหนดไว้ (Ceiling) การดำเนินการดังกล่าวยังมีปัญหา กล่าวคือ การที่มีรายจ่ายสูงเพราะใช้กลไกการจ่ายเงินตามรายกิจกรรม แม้อัตราการจ่ายเงินสมทบของนายจ้างเข้ากองทุนเงินทดแทนจะเพิ่มขึ้นตามอัตราการพบอุบัติเหตุที่เกิดจากงาน (experience rate) แต่ก็ไม่จูงใจพอให้เกิดกระบวนการลดอุบัติเหตุในงาน นอกจากนี้การมีทั้งกองทุนเงินทดแทนกับกองทุนประกันสังคมอยู่คู่กันในสำนักงานประกันสังคม ทำให้มีสองหน่วยงานทำงานที่เกือบจะเหมือนกัน โดยเฉพาะการจ่ายเงินประโยชน์ทดแทนซึ่งแยกกันตามสาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากการทำงานหรือไม่เท่านั้น เป็นการบริหารจัดการที่ซ้ำซ้อนและไม่เกิดประสิทธิภาพ รายละเอียดของข้อมูลที่เกี่ยวข้องแสดงในตารางที่ 2.9-2.12

ตารางที่ 2.9 สัดส่วนของนายจ้างที่ใช้อัตราเงินสมทบตามค่าประสบการณ์ พ.ศ. 2534-2542

ปี พ.ศ.	เพิ่มอัตราเงินสมทบ	ใช้อัตราเงินสมทบหลัก	ลดอัตราเงินสมทบ
2534	23.61	1.95	74.45
2535	23.88	2.27	73.85
2536	24.32	2.49	73.19
2537	24.54	2.46	73.00
2538	25.89	2.86	71.25
2539	26.67	2.59	70.74
2540	20.69	1.84	77.47
2541	21.50	1.86	76.64
2542	20.76	1.85	77.43

ที่มา: กองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม

ตารางที่ 2.10 เงินทดแทน พ.ศ. 2539-2542

(หน่วย: ล้านบาท)

ปี พ.ศ.	ค่ารักษาพยาบาล	ค่าทดแทน	ค่าฟื้นฟู	ค่าทำศพ
2539	47.56	51.19	0.14	1.11
2540	48.13	50.64	0.16	1.07
2541	48.63	50.28	0.13	0.96
2542	43.93	54.98	0.16	0.93

ที่มา: กองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม

ตารางที่ 2.11 เงินสมทบและเงินทดแทน พ.ศ. 2534-2542

ปี พ.ศ.	เงินสมทบ (ล้านบาท)	เงินทดแทน (ล้านบาท)	อัตราเงินทดแทนต่อเงินสมทบ (ร้อยละ)
2534	653.38	623.80	95.47
2535	741.95	753.31	101.63
2536	921.36	926.51	100.56
2537	1,126.35	1,169.39	103.82
2538	1,397.81	1,370.03	98.01
2539	1,837.50	1,609.50	87.59
2540	2,235.25	1,986.48	88.87
2541	1,732.53	1,629.82	94.07
2542	1,630.79	1,404.40	86.12

ที่มา: กองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม

ตารางที่ 2.12 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกองทุนเงินทดแทน พ.ศ. 2535-2542

ปี พ.ศ.	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542
จำนวนเงิน (ล้านบาท)	259	323	386	480	602	727	615	na
ร้อยละที่เปลี่ยนแปลง	na	24	19	24	25	21	-15	na

ที่มา: กองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม

3.3 การประกันอุบัติเหตุ

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 มีวัตถุประสงค์สำคัญคือ เพื่อคุ้มครองและให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งได้รับความเสียหายแก่ชีวิตและร่างกาย ให้ได้รับการชดเชยค่าเสียหายและค่าเสียหายเบื้องต้นอย่างทันท่วงที และเป็นหลักประกันให้สถานพยาบาลทุกแห่งว่าจะได้เงินค่ารักษาพยาบาลอย่างแน่นอน และรวดเร็วในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประสบภัยจากรถ

ความเสียหายที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายนี้เป็นค่าเสียหายเฉพาะที่เกิดขึ้นกับชีวิตและร่างกายเท่านั้น ไม่รวมถึงค่าเสียหายที่อาจเกิดขึ้นกับทรัพย์สิน โดยค่าเสียหายที่ผู้ประกันภัยหรือทายาทจะได้รับการชดเชย มีดังนี้

(1) ค่าเสียหายเบื้องต้น

บริษัทจะชดเชยค่าเสียหายให้แก่ผู้ประสบภัยที่ได้รับความเสียหายต่อชีวิตและร่างกายเป็นค่าเสียหายเบื้องต้น โดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิด ให้เสร็จสิ้นภายใน 7 วันนับแต่วันที่บริษัทได้รับการร้องขอ ดังนี้

1. บาดเจ็บ ได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นเป็นค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นจำเป็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามความเสียหายที่แท้จริงหรือตามจำนวนที่ได้จ่ายไปจริง แต่รวมแล้วไม่เกิน 15,000 บาท
2. เสียชีวิตทันที ได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นเป็นค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายอื่นจำเป็นเกี่ยวกับการจัดการศพ จำนวน 15,000 บาท
3. บาดเจ็บและเสียชีวิตในเวลาต่อมาหลังจากเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นเป็นค่ารักษาพยาบาลตามข้อ 1 และค่าปลงศพตามข้อ 2 รวมแล้วไม่เกิน 30,000 บาท

(2) ค่าเสียหายส่วนที่เกินกว่าค่าเสียหายเบื้องต้น

ต้องรอการพิสูจน์ความผิดก่อน ผู้ประสบภัยหรือทายาทจะได้รับการชดเชยค่าเสียหายดังกล่าวเมื่อรวมกับค่าเสียหายเบื้องต้นแล้วไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยต่อคน 50,000 บาทในกรณีที่ได้รับความเสียหายต่อร่างกาย และ 80,000 บาทกรณีเสียชีวิต หรือสูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพอย่างถาวร

อย่างไรก็ตาม กรณีที่รุดตั้งแต่สองคันชนกัน และรถทุกคันจัดทำประกันภัยตาม พ.ร.บ. ปัจจุบันบริษัทได้มีการสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทน และค่าปลงศพ ให้แก่ผู้ประสบภัย ในกรณีที่ผู้ประสบภัยเป็นผู้โดยสารหรือเป็นบุคคลที่อยู่ภายนอกรถสามารถขอรับชดเชยค่ารักษาพยาบาลตามใบเสร็จรับเงินไม่เกิน 50,000 บาท ค่าทดแทนหรือค่าปลงศพเป็นจำนวน 80,000 บาท ทันที โดยไม่ต้องรอผลพิสูจน์ความผิดแต่อย่างใด

สำหรับค่าเสียหายส่วนที่เกินกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัย ผู้ประสบภัยสามารถเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนได้จากผู้กระทำละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ในกรณีที่ผู้ประสบภัยเป็นผู้ขับขี่รถคันที่เอาประกันภัยและเป็นฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมายหรือไม่ผู้ใดรับผิดชอบตามกฎหมายต่อผู้ขับขี่ที่ประสบภัย จะได้รับการชดเชยเฉพาะค่าเสียหายเบื้องต้นเท่านั้น)

(3) บทบาทและภารกิจสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทและภารกิจที่สำคัญคือ ประสานและสนับสนุนการจัดบริการของสถานพยาบาลต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดย

1. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่สถานพยาบาลเกี่ยวกับ พ.ร.บ. โดยการจัดอบรมให้ความรู้แก่นิติกร ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติของสถานพยาบาล ตลอดจนการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติตาม พ.ร.บ.
2. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กรมการประกันภัย สำนักงาน

ทะเบียนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เพื่อพัฒนางาน พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ใน ส่วนของกระทรวงสาธารณสุข และประสานงานเมื่อมีข้อขัดแย้งระหว่างสถานพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย หรือ ประสานกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับสถานพยาบาลในการ แจ้งอุบัติเหตุจากรถและการขอรับสำเนาบันทึกประจำวัน นอกจากนี้ยังประสานกับ สำนักงานประกันสังคมและกระทรวงการคลังในเรื่องกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับพระราช บัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

ในการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พบว่าปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานคือ การเรียกเก็บเงินค่ารักษาของสถานพยาบาล ดังตารางที่ 2.13

ตารางที่ 2.13 ข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการจากบริษัทประกันภัยของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและที่ สามารถเรียกเก็บได้

รายการ	จำนวนการเรียกเก็บค่าบริการ (บาท)	ร้อยละที่เก็บได้
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2537	37,869,801	55.06
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2539 (57 จว.)	129,171,651	92.0
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2540 (71 จว.)	227,511,064	92.7
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2541 (73 จว.)	344,700,708	72.9
โรงพยาบาลขอนแก่นปี 2543	13,323,528	82.0

แหล่งที่มา : ปี 2537-2541 สำนักงานประกันสุขภาพ

ปี 2543 สำนักงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

จากการศึกษาของ ไฉไล ศักดิ์วิระพงศ์ (พ.ศ. 2542) เรื่องปัญหาและอุปสรรคใน การบังคับใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 พบว่าประชาชนยังไม่ทราบ รายละเอียด ตลอดจนสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจาก พ.ร.บ. นี้ หน่วยงานของรัฐและเอกชนที่ เกี่ยวข้องยังไม่มีหลักเกณฑ์ปฏิบัติที่อยู่ในทิศทางเดียวกัน ทำให้เกิดความล่าช้าในการจ่าย ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้ประสบภัย ส่งผลให้ไม่บรรลุเจตนารมณ์อันแท้จริงของกฎหมายที่มี วัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากรถ ผลการศึกษาในส่วนที่เกี่ยวข้องตัวแทนของ สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนมีรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2.14

ตารางที่ 2.14 ความเห็นของตัวแทนสถานบริการของรัฐและเอกชนในเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ป่วยประสพภัยจากรถ พ.ศ. 2535

คำถาม	โรงพยาบาลศิริราช	โรงพยาบาลรามธิบดี	โรงพยาบาลวิภาวดี	โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
1. หลังประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ป่วยประสพภัยจากรถ โรงพยาบาลได้รับคนไข้จากประสบอุบัติเหตุเกี่ยวกับรถ	มากขึ้น	มากขึ้น	มากขึ้น	เท่าเดิม
2. เมื่อคนไข้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว โรงพยาบาลใช้วิธีการเรียกเก็บค่ารักษา (ใส่ตัวเลขเรียงลำดับก่อนหลัง)	1. โดยตรงจากคนไข้ 2. กองทุนทดแทนผู้ป่วยประสพภัยจากรถ 3. บริษัทประกันภัย 4. บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัย	1. โดยตรงจากคนไข้ 2. บริษัทประกันภัย 3. กองทุนทดแทนผู้ป่วยประสพภัยจากรถ 4. บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัย	1. บริษัทประกันภัย 2. กองทุนทดแทนผู้ป่วยประสพภัยจากรถ 3. บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัย 4. โดยตรงจากคนไข้	1. บริษัทประกันภัย 2. โดยตรงจากคนไข้ในกรณีที่คนไข้ไม่มีเอกสารครบ
3. ค่ารักษาพยาบาลกรณีค่าใช้จ่ายเบื้องต้น (ไม่เกิน 15,000บาท) เรียกเก็บได้ภายใน 7 วัน	ได้	ไม่ได้	ไม่ได้	ไม่ได้
4. ในการติดต่อกับบุคคลหรือหน่วยงานเหล่านี้มีปัญหายังไร 4.1 ผู้ประสบภัย	1. ผู้ประสบภัยไม่มีความรู้และขาดความเข้าใจในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ป่วยประสพภัยจากรถ พ.ศ. 2535 เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่จะได้รับ ความคุ้มครองเมื่อเกิดอุบัติเหตุ 2. ผู้ประสบภัยขาดหลักฐานการยืนยันตนเอง เช่นไม่มีบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านใบสำคัญต่างตัว หรือเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ที่หน่วยราชการเป็นผู้ออก	1. ผู้ประสบภัยไม่เข้าใจในเรื่องที่แนะนำ จึงทำให้ต้องอธิบายหลายครั้ง 2. ผู้ประสบภัยไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการติดต่อกับสถานงานตามหน่วยงานต่าง ๆ 3. ผู้ประสบภัยบางท่านให้ข้อมูลไม่ตรงตามความเป็นจริง 4. ผู้ประสบภัยบางท่านเกิดอุบัติเหตุจากรถที่ไม่มีประกันตามพระราชบัญญัติ จึงไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้	1. หลักฐานบางอย่างหมดอายุ เช่น บัตรประชาชน หรืออยู่ต่างจังหวัด เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน 2. บันทึกประจำวันบางครั้งข้อความไม่ชัดเจน เช่นไม่มีชื่อผู้ขับขี่ ไม่ได้ระบุเลขทะเบียนรถทำให้ผู้ประสบภัยหรือญาติต้องเสียเวลาเข้าไปที่สถานีตำรวจเพื่อขอบันทึกประจำวันใหม่ และบางครั้งต้องรอร้อยเวรเจ้าของคดีอีก ยิ่งเวลานานไป ค่ารักษาก็จะ	โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ประสบภัยยังไม่ค่อยเข้าใจในการเบิกค่ารักษา เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลต้องอธิบายและคอยสอบถามลักษณะการเกิดอุบัติเหตุและแนะนำเกี่ยวกับเรื่องเอกสารและขั้นตอนการเบิกพร้อมทั้งจำนวนค่ารักษาที่มีสิทธิเบิกได้

ตารางที่ 2.14 ความเห็นของตัวแทนสถานบริการของรัฐและเอกชนในเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 (ต่อ)

คำถาม	โรงพยาบาลศิริราช	โรงพยาบาลรามธิบดี	โรงพยาบาลวิภาวดี	โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
	3. เมื่อเกิดอุบัติเหตุ จำเป็นต้องมีบันทึกประจำวันจากสถานีตำรวจซึ่งระบุวัน เวลา สถานที่เกิดเหตุ ชื่อผู้ก่อเหตุ ชื่อผู้ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งบางครั้งญาติ หรือผู้บาดเจ็บไม่ต้องการเป็นคดีความ 4. ผู้ประสบภัยเข้ารับการรักษาโดยไม่นำหลักฐานในการเบิกเงินมาให้แก่โรงพยาบาลซึ่งทำให้โรงพยาบาลไม่มีหลักฐานเพื่อนำไปเบิกเงินจากบริษัทประกันภัย	5. ผู้ประสบภัยบางท่านเกิดอุบัติเหตุร่วมกับผู้ที่ไม่ใช่ใบอนุญาตขับขี่ซึ่งไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ 6. ผู้ประสบภัยบางท่านขอใช้สิทธิคืนสังกัดและสิทธิประกันสังคม 7. ผู้ทำละเมิดไม่มีเงินชำระ บริษัทประกันภัยยินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่าย แต่ผู้ประสบภัยไม่มีเอกสารครบถ้วนและไม่ติดตามเรื่องเพื่อหาเอกสารเพิ่มเติม	เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ 3. ผู้ประสบภัยมีความเข้าใจในสิทธิตามพระราชบัญญัติน้อย ส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าตนมีสิทธิ 50,000 บาท และบางรายเข้าใจว่าตนเองได้ถึง 80,000 บาท แม้ว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะอธิบายให้ฟังก็ไม่ค่อยเชื่อ พยายามหลีกเลี่ยงที่จะจ่ายส่วนเกินจากสิทธิ หรือจ่ายให้น้อยที่สุด หรือบางรายไม่มีจะจ่ายเลย 4. กรณีทำผลเล็กน้อยเรียกเก็บไม่ได้	
4.2 บริษัทประกันภัย	1. เอกสารที่ใช้ในการเรียกเก็บมากเกินไป 2. ไม่ให้ความรู้และการแนะนำที่ดีแก่ผู้เอาประกันภัย 3. ระยะเวลาที่ชำระคืนแก่ผู้เอาประกันภัยนานกว่าที่กฎหมายกำหนด (ในบางบริษัท) 4. ในกรณีที่มิได้ค่ารักษาพยาบาลเกิน 15,000 บาท จะต้องรอบันทึกข้อยุติจากสถานีตำรวจ ซึ่งจะต้องมีการตกลงหลายฝ่าย เช่น ผู้ประสบภัย	ไม่มี	1. บางบริษัทมีเลขที่รับแจ้งอุบัติเหตุแล้วยังต้องให้ญาติเข้าไปติดต่อขอเลขเคลมอีก ทำให้เสียเวลา 2. เจ้าหน้าที่เคลมส่งเรื่องเข้าบริษัทช้า เมื่อทางโรงพยาบาลติดต่อไปบริษัทประกันภัยยังไม่สามารถรับเรื่องได้ ต้องรอเจ้าหน้าที่เคลมส่งเรื่องไปก่อน 3. การชำระเงินล่าช้ามาก เช่น ค่าเสียหายเบื้องต้นจำนวน 15,000 บาท กฎหมายกำหนดไว้ให้บริษัทประกันภัยจ่ายให้ภายใน 7 วัน นับแต่วันทำ	ในกรณีที่เบิกเฉพาะค่ารักษาพยาบาล เบื้องต้นถ้ามีเอกสารครบก็ไม่มีปัญหาในการส่งเอกสารตั้งเบิก แต่มีบางบริษัท เช่น บริษัทลิเบอร์ตี้ประกันภัย บริษัทสินมั่นคงประกันภัย ที่ต้องให้พนักงานของบริษัทมาออกไปสำหรับติดต่อเพื่อไปเบิกที่บริษัทฯ ซึ่งมักจะทำให้ผู้ประกันไม่พอใจ เพราะบางครั้งรอพนักงานของบริษัทนาน ในกรณีที่ค่ารักษาเกินจากค่าเสียหายเบื้องต้น (เกิน 15,000 บาท) ในรายที่มีสิทธิ

ตารางที่ 2.14 ความเห็นของตัวแทนสถานบริการของรัฐและเอกชนในเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2535 (ต่อ)

คำถาม	โรงพยาบาลศิริราช	โรงพยาบาลรามาธิบดี	โรงพยาบาลวิภาวดี	โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
	คู่กรณี เจ้าหน้าที่ของบริษัทประกันภัย และร้อยละเจ้าของคดี เป็นอุปสรรคต่อการเบิกเงินคืน ซึ่งอาจต้องใช้เวลานานในการนำทุกฝ่ายมาเจรจาตกลงกัน		เรื่องขอเบิกแต่ในทางปฏิบัติจะได้รับเงินอย่างรวดเร็วประมาณ 1 เดือน 4. จำกัดความรับผิดชอบในเรื่องค่าห้องและอาหาร 700 บาท/วัน ซึ่งตามกฎหมายไม่ได้กำหนดทำให้ผู้ป่วยต้องชำระส่วนเกินเอง 5. ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่บริษัทประกันภัยเช่น มารยาทในการพูดหรือถ้าเจ้าหน้าที่ผู้เป็นเจ้าของเรื่องไม่อยู่ก็ไม่สามารถดำเนินการได้	ได้ถึง 50,000 บาทมักจะมีปัญหาเพราะบริษัทประกันภัยส่วนใหญ่จะให้คนใช้สำรองจ่าย แล้วไปเบิกคืนจากบริษัทเอง ซึ่งผู้ประสบภัยมักจะไม่มีการสำรองจ่าย เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลต้องคอยติดต่อกับบริษัทประกันภัยนั้น ๆ แทนเป็นราย ๆ ไป
4.3 กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย	1. กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยต้องตรวจสอบรายละเอียดของเอกสารต่าง ๆ เช่น บันทึกประจำวันจากสถานีตำรวจ ซึ่งกองทุนทดแทนต้องการเป็นรายงานประจำวันเกี่ยวกับคดีให้ถึงที่สุด แต่ทางสถานีตำรวจลงให้เป็นรายงานประจำวันรับแจ้งเป็นหลักฐาน และยืนยันว่าเบิกได้ 2. ขาดการประสานงานที่ดีกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น บริษัทประกันภัย สถานีตำรวจ	ไม่มี	กรณีที่ย้ายคนไข้จากโรงพยาบาลไปโรงพยาบาลอื่นต่อเนื่องในวันเดียวกันบริษัทประกันภัยกลับให้โรงพยาบาลที่ย้ายไปโดยไม่เบิกในส่วนที่โรงพยาบาลวิภาวดีรักษาไปแล้ว กองทุนฯเรียกมาเจรจาไกล่เกลี่ย บริษัทรับว่าจ่ายผิดและจ่ายเร็วไป แต่โรงพยาบาลหลังก็ไม่ยอมจ่ายเงิน กองทุนฯจะช่วยแก้ไขระเบียบข้อบังคับของการจ่ายได้หรือไม่	ไม่ค่อยได้ใช้บริการของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย

ตารางที่ 2.14 ความเห็นของตัวแทนสถานบริการของรัฐและเอกชนในเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 (ต่อ)

คำถาม	โรงพยาบาลศิริราช	โรงพยาบาลรามธิบดี	โรงพยาบาลวิภาวดี	โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
4.4 บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด	1. เอกสารที่ใช้ในการเบิกค่ารักษาพยาบาลมีมากเกินไป เช่น ตารางกรมธรรม์ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยซื้อรถแบบผ่อนชำระ ตารางกรมธรรม์ย่อมอยู่ที่ตัวแทนขายรถซึ่งผู้เอาประกันภัยจะมีตารางสีเหลี่ยมซึ่งปะหน้ารถก็สามารถยืนยันการเบิกได้ 2. ถ้าผู้บาดเจ็บเป็นนาย/นางไม่ทราบชื่อ ทางบริษัทก็ไม่จ่ายค่ารักษาพยาบาลคืนให้แก่ผู้บาดเจ็บ ซึ่งในบางบริษัทก็รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลคืนให้แก่ผู้บาดเจ็บ	ไม่มี	บริษัทกลางจะไม่จ่ายค่าบริการรักษาพยาบาล ถ้าในใบแจ้งค่าใช้จ่ายจำนวน 50,000 บาท มีค่าบริการพยาบาลรวมอยู่ด้วย บริษัทกลางจะหักค่าบริการพยาบาลออกก่อน แล้วจึงจ่ายส่วนที่เหลือให้ (ค่าบริการพยาบาลไม่ใช่ค่าพยาบาลพิเศษ) จึงต้องเบิกจากกองทุนฯ จะไม่ค่อยเบิกจากบริษัทกลาง นอกจากนี้ สำนักงานกองทุนฯ ตั้งอยู่ใกล้โรงพยาบาล สะดวกในการติดต่อของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	ไม่เคยใช้บริการของบริษัทกลาง
5. ข้อเสนอแนะ 1) การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่พบในปัจจุบัน	วงเงินตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถไม่เพียงพอต่อค่ารักษาพยาบาลในสภาวะปัจจุบันซึ่งจำเป็นต้องเรียกเก็บจากผู้ประสบภัย หรือคู่กรณี	ไม่มี	บริษัทประกันภัยไม่ควรเรียกร้องหลักฐานต่าง ๆ มากเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด เช่น มีป้ายเสียภาษีพระราชบัญญัติที่ติดหน้ารถแล้วยังต้องขอกรมธรรม์อีก	น่าจะมีการควบคุมการปฏิบัติของบริษัทประกันภัยให้เหมือนกันในการที่ให้โรงพยาบาลเรียกเก็บค่าเสียหายเบื้องต้น ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของผู้ประสบภัยเอง และเพื่อให้การเรียกเก็บค่ารักษาเป็นไปโดยสะดวกยิ่งขึ้น
2) การแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในส่วนที่เกี่ยวข้อง	เพิ่มวงเงินค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นในกรณีที่เป็นผู้ป่วยหนัก	ไม่มี	1. ควรมีการกำหนดความรับผิดชอบให้ชัดเจนต่อผู้ขับขี่และผู้โดยสาร 2. กรณีเป็นผู้โดยสารควรมีระเบียบให้ชัดเจนว่า ให้เบิกจากรถคันที่นั่งโดยไม่	เกี่ยวกับอัตราค่าห้องพักรับไว้ 700 บาท/วัน เห็นว่าไม่ควรกำหนดราคาห้องพักรับไว้ เพราะมีปัญหาระหว่างผู้ประสบภัยกับคู่กรณี และบริษัท

ตารางที่ 2.14 ความเห็นของตัวแทนสถานบริการของรัฐและเอกชนในเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 (ต่อ)

คำถาม	โรงพยาบาลศิริราช	โรงพยาบาลรามธิบดี	โรงพยาบาลวิภาวดี	โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
			ต้องรอให้มีการชื้อถูกซื้อแล้วบริษัทประกันภัยค่อยไปเคลมกันเอง ปัจจุบันบริษัทประกันภัยส่วนใหญ่จะรับผิดชอบเฉพาะค่าเสียหายเบื้องต้น แม้ว่าผู้ป่วยจะเป็นผู้โดยสารก็จะต้องรอให้ชื้อถูกซื้อผิดก่อน บางรายต้องออกจากโรงพยาบาลแล้วยังไม่สามารถบอกได้ว่าฝ่ายใดผิดฝ่ายใดถูก ทำให้เป็นปัญหาในเรื่องการชำระเงิน ทั้งผู้ป่วยและโรงพยาบาล	ประกันภัยเอง ซึ่งมีผลกระทบต่อโรงพยาบาลด้วยในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล

ที่มา : ไนโล ศักดิพรพงศ์ รายงานผลการวิจัยประจำปี 2542 ปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

4. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

4.1 โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการที่จะขยายความครอบคลุมการมีหลักประกันด้านสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มที่ยังไม่มีหลักประกันใดๆ ได้นำเอาประสบการณ์จากการดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพในช่วงของปีงบประมาณ 2526 มาปรับเข้าสู่โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ มีเป้าหมายให้ประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นแบ่งความยากจน (Poverty line) และยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ เช่น กลุ่มเกษตรกรในชนบท ผู้ใช้แรงงานในเขตเมืองที่ไม่เข้าข่าย พ.ร.บ.ประกันสังคม ผู้ใช้แรงงานที่มีการเคลื่อนย้ายตามฤดูกาล และผู้ประกอบการอาชีพอิสระ ได้เข้าร่วมโครงการ เพื่อให้เกิดความเสมอภาคและเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยคณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้ดำเนินการได้เมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2536 มีหลักในการดำเนินการโดยให้ประชาชนออกเงินสมทบค่าบัตรประกันสุขภาพครอบครัวละ 500 บาทต่อปี (5 คนต่อบัตร) และปัจจุบันได้ออกเป็นบัตรบุคคล รัฐบาลออกเงินงบประมาณอุดหนุนในจำนวนเท่ากันเพื่อจ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาล ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยครอบคลุมบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น (basic essential package)

เนื่องจากโครงการประกันสุขภาพไม่มีความคล่องตัวและมีปัญหาในการปฏิบัติหลายประการ กระทรวงสาธารณสุขจึงดำเนินการในรูปเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ และได้รับอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2537

โครงการประกันสุขภาพมีการขยายตัวมากในช่วงเริ่มต้นแล้วค่อยๆ ถดถอยลงมายาวตัวอีกครั้งช่วงปี พ.ศ. 2536-2537 ในปี พ.ศ. 2539 ประชากร 5.08 ล้านคนหรือร้อยละ 9 ของประชากรไทยอยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพดังกล่าว (ตารางที่ 2.15)

ตารางที่ 2.15 ความครอบคลุมของบัตรประกันสุขภาพและรายรับของโครงการ พ.ศ. 2530-2539

	2530	2531	2534	2535	2536	2537	2538	2539
จำนวนบัตร (ล้านใบ)	0.66	0.46	0.30	0.29	0.49	0.81	1.46	1.25
จำนวนประชากรที่ครอบคลุม (ล้านคน)	2.69	2.11	1.40	1.32	2.08	3.44	6.49	5.08
การครอบคลุมประชากร (ร้อยละ)	4.7	4.5	2.7	2.6	3.7	6.1	10.8	8.5
รายได้จากการขายบัตร (ล้านบาท)	182.99	119.75	84.02	81.23	244.8	403.0	727.8	627.9
งบสนับสนุนจากรัฐ (ล้านบาท)	0	0	0	0	50.0	200.0	1,194	1,200

ที่มา : 2520-2531 เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ (2533)

2534-2535 รายงานประจำปีสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

2536-2539 ข้อมูลจากรายงานและการโอนเงินของสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานประกันสุขภาพสนับสนุนงบประมาณให้รายปีตามที่สำนักงานประกันสุขภาพเป็นผู้ขอตั้ง ในปี พ.ศ. 2537 สำนักงานประกันสุขภาพตั้งไว้เพียง 200 ล้านบาท เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนบัตรจะต่ำกว่าที่กำหนดไว้ คือสนับสนุน 500 บาทต่อบัตร ในปี พ.ศ. 2538 ได้มีการขุดเคยให้กับกองทุนจังหวัดต่างๆ ที่ดำเนินการขายบัตรได้ในปีดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2538 และ 2539 งบประมาณที่ได้รับจากรัฐบาลสูงกว่าที่ได้จากการขายบัตร แต่เงินที่สามารถใช้ได้ก็เป็นไปตามจำนวนบัตรที่ขายได้เท่านั้น

อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกประมาณ 2 ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนอัตราการให้บริการผู้ป่วยในประมาณ 0.05-0.09 ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีวันนอนเฉลี่ยต่อครั้งประมาณ 4 วัน (การคิดอัตราการให้บริการ ให้จำนวนบัตรและสมาชิกที่ได้จากการโอนเงินรวมทั้งหมด ในปีนั้น ดังนั้นอัตราการให้บริการจึงมีพื้นฐานประชากรที่แท้จริงในช่วงปีงบประมาณนั้นๆ เนื่องจากการขายบัตรเกิดขึ้นทั้งปีและมีอายุการใช้งาน 1 ปี ดังนั้นอายุบัตรจึงหมดไม่พร้อมกัน การคำนวณอัตราการให้บริการจึงไม่ใช่ค่าจริง โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกระหว่างปีมาก) สำหรับค่าใช้จ่ายต่อครั้งในการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอด มีผลให้ค่าใช้จ่ายรวมที่เรียกเก็บต่อบัตรโดยเฉลี่ยต่อบัตรในปี พ.ศ. 2539 สูงถึง 1,876 ต่อบัตร (ตารางที่ 2.16)

ตารางที่ 2.16 ผลการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2537-2539

ผลการดำเนินงาน	2537	2538	2539
จำนวนบัตรที่ขายได้	806,000	1,455,978	1,255,765
จำนวนสมาชิก (คน)	3,439,999	6,187,907	5,085,848
จำนวนงบประมาณที่ได้รับ (ล้านบาท)	200	800	1,200
งบสนับสนุนต่อบัตร (บาท)	248	500	500
การให้บริการและค่าใช้จ่าย			
จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก	6,844,834	7,756,869	10,920,063
ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก (บาท)	476,301,331	698,459,909	1,098,152,124
จำนวนรายผู้ป่วยใน	322,230	321,098	480,229
จำนวนวันนอนโรงพยาบาลรวม	1,418,338	1,453,940	2,082,819
ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน (บาท)	471,429,394	750,601,753	1,312,661,537
อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้งต่อคนต่อปี)	1.99	1.25	2.15
อัตราการให้บริการผู้ป่วยใน (ครั้งต่อคนต่อปี)	0.09	0.05	0.09
จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (วันต่อครั้ง)	4.40	4.53	4.33
ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกต่อครั้ง (บาท)	70	90	101
ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในต่อครั้ง (บาท)	1,464	2,338	2,735
ค่าใช้จ่ายต่อบัตร (บาท)	1,157	975	1,876

ปัญหาในการดำเนินงานประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การขายบัตรประกันสุขภาพมีความครอบคลุมต่ำและไม่ตรงกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ และเปิดขายตลอดเวลา ทำให้ได้สมาชิกที่มีความเสี่ยงสูงในสัดส่วนมากกว่าประชาชนทั่วไป เช่นผู้ที่มีโรคประจำตัว หรือผู้ที่เพิ่งเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษา จึงไม่มีการเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการให้บริการระหว่างกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ 2) กองทุนยังมีปัญหาเรื่องความมั่นคง เนื่องจากราคาบัตรที่จำหน่ายกับราคาที่ขดเขยจากรัฐบาลเป็นราคาที่ไม่ขดเขยค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เรียกเก็บได้ การได้รับงบประมาณในอัตราที่ต่ำกว่าใช้จ่ายจริงที่เกิดขึ้นส่งผลให้สถานพยาบาลขาดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพบริการ

จำนวนวงเงินงบประมาณสำหรับโครงการเพิ่มขึ้นในแต่ละปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2540 (ดังแสดงในตารางที่ 2.17) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นอัตราเงินสมทบ 500 บาทต่อบัตรจากรัฐบาล อัตรานี้ได้เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเป็น 1,000 บาทในปี 2541 โดยมีมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2541 ที่ได้อนุมัติให้ภาครัฐสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้น ซึ่งเงินสมทบของรัฐที่จัดสรรให้เพิ่มขึ้นอีก 500 บาทนี้ เป็นค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมด

ตารางที่ 2.17 งบประมาณที่จัดสรรในโครงการประกันสุขภาพ พ.ศ. 2535-2542

ปี พ.ศ.	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542
จำนวนเงิน (ล้านบาท)	81	295	603	1,383	1,240	2,062	2,169	3,135
ร้อยละที่เปลี่ยนแปลง	na	263	105	129	-10	66	5	45

ที่มา: สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แผนการจัดสรรเงินในโครงการบัตรประกันสุขภาพในปัจจุบันซึ่งเป็นแหล่งเงินทุนหมุนเวียนมูลค่า 1,500 บาท/บัตร (ประกอบด้วย ประชาชนสมทบ 500 บาทต่อบัตร รัฐสมทบ 1,000 บาทต่อบัตร) มีแนวทางการจัดสรร ดังนี้

1. ค่าบริการทางการแพทย์ มูลค่า **1,425 บาทต่อบัตร** (ร้อยละ 92.5 ของมูลค่าเดิม 1,000 บาทต่อบัตร หรือคิดเป็น 925 บาทต่อบัตร บวกกับที่รัฐสมทบเพิ่มอีก 500 บาทต่อบัตร) กันไว้เป็นค่าใช้จ่ายสูงในอัตราร้อยละ 2.5 ของ 1,500 บาทต่อบัตร หรือ 38 บาทต่อบัตร ที่เหลือจัดสรรเป็นค่าบริการทางการแพทย์เท่ากับ 1,387 บาทต่อบัตร โดยมีรายละเอียดของค่าใช้จ่ายดังนี้

- 1) ค่าอนามัยพื้นฐาน (ร้อยละ 7.5 ของ 1,387 บาท) เท่ากับ 104 บาทต่อบัตร จัดสรรให้หน่วยบริการผู้รับผิดชอบพื้นที่ทันทีเมื่อได้รับเงินจัดสรรตามจำนวนบัตรที่มีอยู่ในพื้นที่นั้นๆ ไม่ว่าจะได้มาหรือซื้อจากหน่วยบริการใด เพื่อเป็นการส่งเสริมให้หน่วยบริการประจำครอบครัวได้ให้

บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการสาธารณสุขอื่นๆ ถึงบ้าน หรือชุมชนของผู้มีบัตร ซึ่งจังหวัดกำหนดหลักเกณฑ์ให้หน่วยบริการเบิกจ่ายเงินนั้นตามปริมาณและคุณภาพของงาน

- 2) เงินสำรองส่วนจังหวัด เพื่อจ่ายค่าบริการข้ามเครือข่าย การส่งต่อ และกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องร้อยละ 10 ของจำนวนที่เหลือ 1,283 บาท (1,387-104) เป็นเงิน 128 บาทต่อบัตร โดยให้จังหวัดบริหารเงินแทนหน่วยบริการเพื่อลดภาระงานติดตามเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ระหว่างหน่วยบริการ
- 3) เงินจัดสรรให้หน่วยบริการเป็นค่ารักษาในเครือข่าย (1,387-104-128) เท่ากับ 1,155 บาทต่อบัตร จัดสรรให้หน่วยบริการเป็นงวดตามหลักเกณฑ์ที่จังหวัดกำหนดไม่ช้ากว่า 2 เดือนต่องวด

2. **ค่าบริหารจัดการ 75 บาท** (ร้อยละ 7.5 จากเงินจำนวน 1,000 บาท/บัตร ซึ่งเป็นเงินที่ประชาชนสมทบ 500 บาทต่อบัตร และที่รัฐสมทบเดิม 500 บาทต่อบัตร แต่ไม่รวมที่รัฐสมทบเพิ่มอีก 500 บาท) แบ่งเป็นค่าบริหารจัดการส่วนกลางร้อยละ 2.5 เท่ากับ 25 บาทต่อบัตร และค่าบริหารจัดการส่วนภูมิภาคร้อยละ 5 คิดเป็น 50 บาทต่อบัตร ทั้งนี้ ให้จัดสรรตามความจำเป็นของงานที่จังหวัดได้เสนอในประมาณการรายจ่ายประจำปี ที่กระทรวงการคลังได้อนุมัติแล้ว ซึ่งอาจได้รับอนุมัติมากหรือน้อยกว่าวงเงินที่เสนอไป

ให้ส่วนภูมิภาคใช้จ่ายเงินค่าบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานบัตร ประกันสุขภาพตามแผนปฏิบัติการในประมาณการรายจ่ายประจำปี และภายในวงเงินที่ กระทรวงการคลังอนุมัติให้เสร็จสิ้นภายในปีงบประมาณ โดยงดจ่ายเงินค่าตอบแทนส่งเสริมการจำหน่ายบัตรให้แก่ผู้จำหน่ายบัตร และให้จ่ายเป็นค่าสาธารณูปโภค ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนอกเวลา และค่าใช้สอยและวัสดุ เงินค่าตอบแทนการจำหน่ายบัตร ประกันสุขภาพเดิมส่วนหนึ่งได้นำมาจัดสรรเพิ่มเป็นค่าบริหารจัดการให้จังหวัด และอีก ส่วนหนึ่งสำหรับพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่ใช้ประโยชน์ได้ทั้งส่วนกลางและภูมิภาค

ในพื้นที่ที่ดำเนินการศึกษาโดยโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่ จัดสรรงบประมาณตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานประกันสุขภาพกำหนดขึ้น เช่น การกันเงิน สำหรับการส่งต่อ ค่าบริหารจัดการ ค่าอนามัยพื้นฐาน สำหรับการจัดสรรงบบริการด้านการแพทย์แก่สถานพยาบาลแต่ละระดับ มีรูปแบบแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด ซึ่งมัก จัดสรรตามสัดส่วนที่กำหนดโดยอาศัยข้อมูลค่าใช้จ่ายในการให้บริการในปีที่ผ่านมา เช่น

- จังหวัดพะเยา จัดสรรให้โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 40 โรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยร้อยละ 30
- จังหวัดขอนแก่น จัดสรรให้โรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 27 โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 47 และสถานอนามัยร้อยละ 25.5 ต่อบัตร สำหรับจังหวัดขอนแก่น การ

จัดสรรให้สถานื่อนามัยมีการหารือกันในระดับคณะกรรมการประสานงาน สาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) บางแห่งตามแต่จะตกลงกัน โดยอาจ พิจารณาตามผลงานหรือภาระรับผิดชอบอื่นๆ อีก

การจัดสรรเงินในบางจังหวัดให้ตามน้ำหนักบริการที่เกิดขึ้นในปีนั้นๆ เช่น

- จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรเหมือนโครงการ ประกันสังคม ซึ่งสถานพยาบาลต่างๆ ต้องส่งรายงานการให้บริการให้กับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- จังหวัดยโสธร จะนำมาจัดสรรโดยแยกการจัดสรรให้แต่ละอำเภอตามจำนวน บัตรประกันสุขภาพร้อยละ 55 และจัดสรรตามจำนวนการให้บริการ ร้อยละ 45 โดยจะมีการจัดสรรให้สถานื่อนามัยแบบเหมาจ่าย 30 บาทต่อครั้งของ การให้บริการ

สำหรับโครงการนี้ กลุ่มหัวหน้าสถานื่อนามัยให้ความเห็นว่า เป็นโครงการที่ ทราบหลักเกณฑ์การจัดสรรมากกว่าโครงการอื่น เนื่องจากมีการโอนเงินเข้าบัญชีเงินบำรุง ของสถานื่อนามัย

4.2 การประกันสุขภาพเอกชน

บริษัทประกันชีวิตเกี่ยวกับการประกันสุขภาพได้เริ่มก่อตั้งในประเทศไทยเมื่อปีพ.ศ. 2521 เป็นต้นมา โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ บริษัทประกันชีวิต และไม่เกี่ยวข้องกับการ ประกันชีวิต รายละเอียดของจำนวนบริษัทประกันทั้ง 2 กลุ่มแสดงในตารางที่ 2.18

ตลาดของประกันสุขภาพภาคเอกชนเป็นตลาดที่กำลังขยายตัว ส่วนใหญ่เป็น ตลาดของบริษัทประกันชีวิตที่ขายประกันสุขภาพเป็นสัญญาแบบทำกรมธรรม์ประกันชีวิต (Health rider) ประกันสุขภาพในส่วนที่ขายโดยบริษัทประกันภัยมีส่วนแบ่งตลาดน้อยกว่า มาก ดังแสดงในตารางที่ 2.19 และ 2.20

ตารางที่ 2.18 จำนวนบริษัทประกันในประเทศไทยปี 2535-2542

	จำนวนบริษัทประกัน								ค่าประกันที่เรียกเก็บ พ.ศ. 2540 (พันล้านบาท)
	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	
บริษัทประกันภัย	74	74	74	75	75	100	100	100	116,437
- บริษัทในประเทศ	68	68	68	69	68	94	94	94	84,972
- บริษัทสาขาต่างประเทศ	6	6	6	6	6	6	6	6	31,465
บริษัทประกันชีวิต	12	12	12	13	13	25	25	26	58,780

ที่มา : กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ตารางที่ 2.19 จำนวนกรมธรรม์ประกันสุขภาพที่ขายโดยบริษัทประกันชีวิต (Life sector) และบริษัทประกันภัย (non-life sector) ในปี พ.ศ. 2535-2541

(หน่วย: 1,000 กรมธรรม์)

ปี พ.ศ.	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541
จำนวนกรมธรรม์ประกันชีวิตรายบุคคล (only ordinary type)	2,444	2,838	3,272	3,773	4,299	4,549	4,616
จำนวนสัญญาประกันสุขภาพแนบท้าย (health rider*)	N/A	N/A	1,602	2,459	3,340	3,542	N/A
ร้อยละของสัญญาประกันสุขภาพแนบท้าย			49	65	78	78	
จำนวนกรมธรรม์ประกันภัย	3,018	6,237	4,342	12,669	14,873	14,352	12,938
กรมธรรม์ประกันสุขภาพที่ขายโดยบริษัทประกันภัย	24	36	44	54	41	39	53
ร้อยละของประกันสุขภาพในส่วนของบริษัทประกันภัย	0.8	0.6	1.0	0.4	0.3	0.3	0.4

ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

* สุวณิ สุรเสียงสังข์ พ.ศ. 2541

ตารางที่ 2.20 มูลค่าของเบี้ยประกันของประกันสุขภาพที่ขายโดยบริษัทประกันชีวิต (Life sector) และบริษัทประกันภัย (non-life sector) ในปี พ.ศ. 2535-2541

(หน่วย: ล้านบาท)

ปี พ.ศ.	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541
มูลค่าเบี้ยประกันของกรมธรรม์ประกันชีวิต รายบุคคล (only ordinary type)	29,128	34,558	40,867	48,253	55,727	58,780	56,339
มูลค่าเบี้ยประกันของสัญญาประกันสุขภาพ แนบท้าย (health rider*)	N/A	2,370	3,264	4,370	5,609	6,789	7,094
ร้อยละของมูลค่าเบี้ยประกันของสัญญา ประกันสุขภาพแนบท้าย	N/A	6.9	8.0	9.1	10.1	11.5	12.6
มูลค่าเบี้ยประกันกรมธรรม์ประกันภัย	25,144	35,946	44,424	53,079	61,185	57,657	48,475
มูลค่าเบี้ยประกันกรมธรรม์ประกันสุขภาพ ที่ขายโดยบริษัทประกันภัย	269	443	525	614	687	729	708
ร้อยละของมูลค่าเบี้ยประกันของประกัน สุขภาพในส่วนของบริษัทประกันภัย	1.1	1.2	1.2	1.2	1.1	1.3	1.5

ที่มา: กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

สิทธิประโยชน์และความคุ้มครองที่ผู้เอาประกันจะได้จากประกันสุขภาพเอกชนมีความแตกต่างกันไปตามกรมธรรม์และทุนประกันที่ซื้อ โดยทั่วไปสิทธิประโยชน์มักครอบคลุมค่าห้องและค่าอาหารผู้ป่วยใน ค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ค่าศัลยกรรม ค่าห้องผ่าตัด ค่าวางยาสลบ ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินกรณีประสบอุบัติเหตุ ค่าวินิจฉัยโรคด้วยการตรวจทางรังสีและห้องปฏิบัติการ ค่าปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาล ซึ่งผู้เอาประกันอาจใช้สิทธิได้ทั้งจากการไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ในบางบริษัทจะให้

สิทธิประโยชน์สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและการประกันการเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรคที่มีราคาแพง หรืออาจขายเป็นสัญญาต่างหากซึ่งผู้เอาประกันสามารถซื้อเพิ่มเติมได้ ซึ่งรายจ่ายในแต่ละรายการที่จะเบิกจ่ายได้ มักจะมีวงเงินเป็นเพดานกำหนดอยู่ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยทั่วไปยังเป็นแบบจ่ายตามบริการ (Fee-for-service) อาจมีการกำหนดอัตราคงที่ (Fee schedule) สำหรับบางรายการ ซึ่งโรงพยาบาลมักทำเรื่องแจ้งเพื่อขออนุมัติไปยังบริษัทประกันโดยตรงและส่งใบแจ้งหนี้เพื่อเรียกเก็บเงินตามภายหลัง ที่เรียกว่า “Fax claim” บริษัทประกันสุขภาพบางบริษัทเริ่มนำกลไกการทบทวนการใช้บริการมาพิจารณาก่อนการลงความเหมาะสมทางการแพทย์เพื่ออนุมัติการจ่ายค่าสินไหมแล้ว

ระบบประกันสุขภาพภาคเอกชนในปัจจุบันยังมีปัญหาที่สำคัญหลายประการ ได้แก่

- ความซับซ้อนของระบบประกันสุขภาพ ความยุ่งยากในการบริหารจัดการ การตรวจสอบและการใช้สิทธิ
- คุณภาพและจรรยาวิชาชีพของตัวแทนประกันที่มุ่งการขายมากกว่าการบริการและให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภค
- การขาดความรู้ความเข้าใจและการปกปิดข้อมูลสุขภาพของผู้เอาประกัน
- ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงเกินความจริง เนื่องจากการใช้สิทธิประโยชน์อย่างไม่สมเหตุสมผล การรักษาเกินความจำเป็น การตกแต่งใบเสร็จของสถานพยาบาลและการฉ้อโกง
- การถ่วงเวลาการจ่ายค่าสินไหม การปฏิเสธการประกันและสัญญาประกันภัยที่ไม่เป็นธรรมของบริษัทประกันในสายตาของผู้บริโภค (สุวณี สूरเสียงสังข์, พ.ศ. 2541; Sriratanaban, Supapong, et al., 1999; มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, พ.ศ. 2542)

นอกเหนือจากระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและประกันสุขภาพ 4 ระบบข้างต้น รัฐบาลและประชาชนยังเป็นแหล่งเงินสำคัญในการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ หรือสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาลของรัฐ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จะได้รับค่าตอบแทนในรูปของเงินเดือน โดยมีการจัดสรรเป็นงบประมาณตามหมวดของประเภทของการใช้เงิน (Line item budget) แก่สถานพยาบาลต้นสังกัด ในขณะที่ประชาชนผู้ไปใช้บริการเป็นผู้จ่ายเงินจากกระเป๋าของตนเอง (Out-of-pocket payment) เพื่อชำระค่าบริการส่วนที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งหมด เช่น ในสถานพยาบาลภาครัฐ หรือเป็นทั้งหมดของค่าใช้จ่ายบวกด้วยกำไรในการดำเนินการส่วนหนึ่งหากไปใช้บริการในภาคเอกชน

5. สรุป

ประสบการณ์ในประเทศไทยเกี่ยวกับการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการที่ผ่านมามีความหลากหลายมาก ระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและการประกันสุขภาพแต่ละระบบมีการนำวิธีการจ่ายมาใช้ในรูปแบบที่แตกต่างกัน มีการจัดระบบและกลไกในการจัดการจ่ายเงินไม่เหมือนกัน ส่วนใหญ่ไม่มีการกำหนดวิธีการจ่ายค่าตอบแทนที่ให้แก่แพทย์หรือบริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิโดยตรง ประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจ่ายที่ผ่านมามีการจัดเป็นกลุ่มได้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการให้แก่ผู้ให้บริการโดยตรง (Out-of-pocket payment)

2. การเบิกจ่ายตามบริการ (Fee-for-service) บางกรณีจะเป็นการเบิกจ่ายโดยตรงจากสถานพยาบาล เช่น กรณีผู้ป่วยในของสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และประกันสุขภาพภาคเอกชน บางกรณีเบิกเป็นสินไหมชดเชยจากผู้มีสิทธิโดยตรงกับต้นสังกัดหรือบริษัทประกันโดยตรง เช่น กรณีค่ายาและเวชภัณฑ์ผู้ป่วยนอกของสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ในหลายกรณีจะมีการกำหนดเพดานวงเงินสูงสุดที่จะให้ความคุ้มครองไว้ด้วย เช่น กรณีของความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติผู้ประสพภัยจากรถ และประกันสุขภาพภาคเอกชน เป็นต้น

3. การเบิกจ่ายตามบริการโดยมีรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule) เป็นการกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนสำหรับบริการแต่ละประเภท มีการนำมาใช้มากในระบบประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน บางกรณีจะเป็นการเบิกจ่ายโดยตรงจากสถานพยาบาล เช่น การจ่ายเงินอุดหนุนกรณีฉุกเฉิน บางกรณีเบิกเป็นสินไหมชดเชยจากผู้ประกันตนซึ่งสถานพยาบาลอาจเป็นผู้ดำเนินการให้ เช่น กรณีคลอดบุตร

4. การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation payment) เป็นรูปแบบที่ประกันสังคมนำมาใช้เมื่อมีการจัดตั้งระบบ วิธีการนี้เป็นวิธีการที่นับว่าประสบความสำเร็จอยู่ไม่น้อยในการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของระบบ อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีปัญหาอยู่มากในเรื่องคุณภาพของบริการ

5. การจ่ายตามรายป่วย (Per-case payment) โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups, DRGs) เป็นวิธีการที่เพิ่งจะเริ่มมีผู้นำมาใช้เพื่อจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลของรัฐสำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายราคาแพง แต่ยังไม่มีการศึกษาผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้น

6. การจัดสรรเป็นงบประมาณรายหัว (Allocated budget by capitation) เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่น่าสนใจจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้ให้บริการในประเทศไทย เป็นการนำมาใช้ในภาครัฐเท่านั้น เพื่อจัดสรรงบประมาณให้แก่เครือข่ายผู้ให้บริการระดับจังหวัด ซึ่ง

ยังไม่มีสูตรหรือกรอบของกฎเกณฑ์ที่สัมพันธ์กับความต้องการที่ชัดเจน

7. การจัดสรรเป็นงบประมาณรวมตามรายการที่มีการขอเบิกจ่าย (Line item budget) เป็นวิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการภาครัฐ ในส่วนของเงินเดือน (Salary) ของบุคลากร งบประมาณ และงบลงทุน จากงบประมาณของรัฐ ทำให้ระบบบริการทางสุขภาพของรัฐเป็นแบบช่วยเหลือสังคม (Public assistance) ซึ่งผู้ใช้บริการรับภาระเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น เช่น ค่ายาและเวชภัณฑ์

ด้วยความซ้ำซ้อนและความซับซ้อนของระบบประกันสุขภาพและวิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการ ทำให้ระบบบริการทางสุขภาพในปัจจุบันยังไม่มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรและการบริหารจัดการ ยังมีปัญหาในการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากไม่มีระบบและกลไกในการตรวจสอบความเหมาะสมของการเบิกจ่าย และยังไม่สามารถทำให้เกิดคุณภาพเป็นที่พึงพอใจ หรือกระตุ้นให้เกิดการสร้างเครือข่ายบริการที่สามารถให้บริการประชาชนได้ใกล้บ้านและต่อเนื่อง ประชาชนได้รับความคุ้มครองทางสุขภาพอย่างไม่เท่าเทียม ตลอดจนระบบขาดความโปร่งใสและตรวจสอบได้ยาก



บทที่ 3

ประสบการณ์การจ่ายค่าตอบแทน

และเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการในต่างประเทศ

ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว จะมีวิธีการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการที่แตกต่างกัน ในที่นี้ ขอนำเสนอประสบการณ์ของวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์และบริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ การจ่ายอุดหนุนแก่โรงพยาบาล และการจ่ายค่าตอบแทนแก่บริการทางสุขภาพอื่นๆ ใน 6 ประเทศหลัก คือ สหรัฐอเมริกา แคนาดา สหราชอาณาจักร สหพันธรัฐเยอรมนี ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น นอกจากนี้ยังมีประสบการณ์จากประเทศอื่นเสริมบ้างในบางประเด็น เช่น ฝรั่งเศส เดนมาร์ก เป็นต้น

1. การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ (Physician remuneration) และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ (Primary care)

1.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

แพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่ทำงานในภาคเอกชน โดยทำเวชปฏิบัติแบบส่วนบุคคล (Solo practice) เป็นส่วนใหญ่ เดิมก่อนที่จะมีการขยายตัวของระบบ Managed care ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา การจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการจ่ายตามบริการ (Fee-for-service) ซึ่งแต่เดิมมักใช้วิธีการอ้างอิงจากอัตราปกติที่ผู้ให้บริการปฏิบัติกันอยู่และมีเหตุผล (Usual, Customary and Reasonable, UCR) ทำให้ผู้ให้บริการขาดความสนใจในเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Bodenheimer, 1990)

เมื่อมีการขยายตัวของ Managed care มากขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำเวชปฏิบัติและการตอบแทนแก่แพทย์ ด้วยเหตุผลเพื่อการควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นสำคัญ มีการเปลี่ยนแปลงการทำเวชปฏิบัติไปสู่การจ้างงานแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือบริษัทประกันสุขภาพ และการทำเวชปฏิบัติเป็นกลุ่ม (Group practice) มากขึ้น ทำให้มีการเจรจาขอส่วนลดการจ่ายตามบริการ หรือกำหนดอัตราค่าบริการมากขึ้น มีการนำรูปแบบการจ่ายแบบเงินเดือน (Salary) และรูปแบบการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation payment) มาใช้มากขึ้นเช่นกัน ในขณะที่ตั้งแต่ทศวรรษ 1990 เป็นต้นมา ระบบ Medicare

ซึ่งเป็นระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของรัฐได้นำระบบ Resource-based relative value system (RBRVs) มาใช้ในการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ RBRVs เป็นระบบที่อาศัยการคำนวณค่าตอบแทนแก่แพทย์ตามทรัพยากรที่ต้องใช้ในการให้บริการและการฝึกอบรมของแพทย์ นำมาปรับอัตราค่าตอบแทนของบริการของแพทย์แต่ละประเภทสัมพันธ์กัน

นอกเหนือจากการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนที่นำรูปแบบที่มีการกำหนดอัตราไว้ล่วงหน้ามาใช้ รายงานของ Gabel และคณะ (1987) พบว่า วิธีการแบบ UCR นี้ยังมิใช้กันอยู่มากในการชำระค่าใช้จ่ายแก่แพทย์ แต่จะมีกลไกทบทวนการเบิกคินย้อนหลัง (Retrospective claims review) และการทบทวนการใช้บริการล่วงหน้า (Prospective utilization review) มาใช้มากขึ้น

อนึ่ง การเปลี่ยนวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์จากการขยายตัวของ Managed care และการปรับตัวของระบบ Medicare ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของรายได้ของแพทย์สาขาต่างๆ โดยในภาพรวมพบว่ารายได้เฉลี่ยของแพทย์ลดลง จาก 156,000 ดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ. 1993 เป็น 150,000 ดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ. 1994 หรือลดลงร้อยละ 3.8 โดยรายได้ของแพทย์ระดับปฐมภูมิ (Primary care physicians) มีสัดส่วนมากขึ้น ในขณะที่แพทย์เฉพาะทางมีสัดส่วนรายได้ลดลง อย่างไรก็ตามเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำไปสู่สิ่งที่เหมาะสมที่สุดผลมากขึ้น (Raffel and Raffel, 1997)

1.2 ประเทศแคนาดา

แคนาดาเป็นประเทศที่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National health insurance) ให้ความคุ้มครองภาคบังคับกับประชาชนทั้งประเทศ แพทย์ในแคนาดาประมาณครึ่งหนึ่งเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือเวชศาสตร์ครอบครัว ที่เรียกว่า "Family practitioners" (Evans, 1992) ซึ่งราร้อยละ 90 ของแพทย์ ได้รับค่าตอบแทนตามบริการ (Fee-for-service) (Barkin, 1992) การตอบแทนแพทย์ในรูปแบบของเงินเดือน (Salary) หรือการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ยังใช้กันไม่กว้างขวางนัก แพทย์จะมีสมาคมในระดับประเทศและระดับจังหวัดที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนทางการเมืองไปเจรจากับกระทรวงสุขภาพของจังหวัดเพื่อกำหนดอัตราค่าตอบแทนตามรายการของการบริการ (Fee schedule) (Leatt and Williams, 1997)

รายได้ของแพทย์ในแคนาดาต่ำกว่าประเทศสหรัฐอเมริกาเล็กน้อย แม้ว่ารายรับจะต่ำกว่ามากเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการประกอบวิชาชีพในแคนาดาต่ำกว่ามาก ค่าตอบแทนแพทย์คิดเป็นเพียงประมาณร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประเทศเท่านั้น อย่างไรก็ตามแพทย์มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เกิดตามมาถึงร้อยละ 50-70 จากการสั่งการตรวจรักษา เช่น การรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล การส่งต่อ การให้ยา ตลอดจนการส่งตรวจทางรังสีวิทยาและห้องปฏิบัติการ

ดังนั้นจึงเริ่มมีความกังวลเกี่ยวกับวิธีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ เนื่องจาก

เป็นวิธีการจ่ายแบบระบบเปิด (Open-ended system) โดยแพทย์เป็นผู้กำหนดทั้งประเภทและปริมาณของบริการ ซึ่งมีผลต่อรายได้ของแพทย์ ในบางจังหวัดจึงมีการกำหนดเพดาน (Caps) ของรายได้ของแพทย์เป็นรายบุคคลเมื่อแพทย์มีรายได้สูงถึงระดับหนึ่ง นอกจากนี้รัฐบาลยังห้ามไม่ให้มีการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยสูงกว่าอัตราตามรายการที่กำหนด (Fee schedule) ในส่วนของระบบประกันของรัฐ (Medicare) นอกจากนี้ยังมีปัญหาว่าวิธีการจ่ายดังกล่าวเป็นการให้ความสำคัญกับ “การรักษาพยาบาล (Curative care)” มากกว่า “การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotive and preventive care)” ตลอดจนยังมีการตอบแทนในอัตราที่มีความแตกต่างกันมากระหว่างแพทย์สาขาต่างๆ เกิดความไม่เป็นธรรม (Leatt and Williams, 1997)

1.3 ประเทศสหราชอาณาจักร

ระบบบริการสุขภาพของประเทศสหราชอาณาจักรส่วนใหญ่อยู่ภายใต้ National Health Service (NHS) ซึ่งมีการจัดองค์กรเป็นหลายระดับตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) ที่มีความรับผิดชอบในเรื่องการจัดหางบประมาณทั้งหมดและกระจายไปสู่พื้นที่ต่างๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 14 เขต (Region) ในอังกฤษ (England) ดูแลโดย Regional health authorities (RHA) ซึ่งอาจรับผิดชอบประชากรประมาณ 2-5 ล้านคน ส่วนในสกอตแลนด์ เวลส์ และไอร์แลนด์เหนือ นั้น บริหารโดยสำนักงานแห่งชาติ (National Office) ของพื้นที่นั้น ในยุคก่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุข ในปี ค.ศ. 1989 ระบบของประเทศสหราชอาณาจักรมีกลไกการคลังและการควบคุมเป็นแบบรวมศูนย์ (Centralized financing and regulation) RHA และ National Office มีหน้าที่วางแผนของพื้นที่ของตนในการจัดบริการและจัดสรรทรัพยากร จัดตั้งสภาสุขภาพประจำชุมชน (Community health council, CHC) รวมทั้งกำกับผลการดำเนินงาน ทำสัญญากับที่ปรึกษาโรงพยาบาลต่างๆ และกำหนดงบประมาณสำหรับอำเภอ แต่ละอำเภอจะมี District health authorities (DHA) ทำหน้าที่เป็นตัวจักรสำคัญในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนจำนวนประมาณ 250,000 คน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังให้งบประมาณแก่ Family practitioner committees (FPCs) ที่รับผิดชอบในการจัดระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Primary care) รวมทั้ง Special health authorities (SHA) ที่รับผิดชอบด้านการตั้งราคาค่ายา และการฝึกอบรม (Culyer and Meads, 1992)

ระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิเป็นรูปแบบของสัญญาที่ NHS จะทำกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General practitioner, GP) ซึ่งเป็นสัญญาในรูปแบบเดียวกันทั้งประเทศ โดยจะมีการเจรจาอัตราค่าตอบแทนในระดับประเทศ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะได้รับค่าตอบแทนเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation payment) ตามจำนวนของผู้

ป่วยที่ลงทะเบียนกับแพทย์ผู้นั้น รวมกับการจ่ายแบบตามบริการ (Fee-for-service) สำหรับบริการบางอย่างตามเป้าหมาย เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การผ่าตัดเล็ก การดูแลเด็กดี การให้การส่งเสริมสุขภาพ และจัดการโรคเรื้อรังสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือด หอบหืด เบาหวาน เป็นต้น แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะทำหน้าที่เป็นผู้รักษาประตู (Gatekeeper) ของระบบบริการ ดูแลรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กน้อยเป็น คนไข้นอก ซึ่งอาจส่งต่อผู้ป่วยให้แก่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้โดยอิสระตามแต่จะเลือกและเห็นสมควร รวมทั้งเป็นผู้ให้บริการด้านการป้องกันโรคต่างๆ แก่ประชาชน จัดทีมดูแลสุขภาพในชุมชน เยี่ยมบ้าน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมักไม่มีบริการการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติหรือรังสีวิทยาของตนเอง แต่มักจะส่งผู้ป่วยไปรับการดูแลที่โรงพยาบาล ระบบเช่นนี้ช่วยให้แพทย์รู้จักผู้ป่วยของตนเป็นอย่างดี และให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการเลือกแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นแพทย์ประจำครอบครัว (Culyer and Meads, 1992)

ประชาชนแต่ละคนต้องเลือกลงทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่ซึ่งมักทำเวชปฏิบัติเป็นกลุ่ม ส่วนมากมีขนาดของกลุ่ม (Partnership) ตั้งแต่ 1-8 คน ทั้งนี้ประชาชนไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมจ่ายใดๆ เมื่อไปรับบริการ จำนวนผู้ที่มาลงทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปแต่ละคนมีประมาณ 1,669-2,103 คน Health Authority จะควบคุมการทำเวชปฏิบัติของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม โดยสนับสนุนให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไปอยู่ในพื้นที่ที่ไม่มีแพทย์ ซึ่งอาจใช้วิธีการต่างๆ กัน เช่น ทุนสำหรับการฝึกอบรม การพัฒนาสถานที่อุปกรณ์ต่างๆ ตลอดจนการให้บุคลากรอื่นเพิ่มเติม

กลุ่มของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่รวมตัวกันแล้วมีผู้ลงทะเบียนตั้งแต่ 5,000 คนขึ้นไป สามารถสมัครเป็น GP Fundholders ได้ ซึ่ง GP Fundholders นี้จะสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ และทำสัญญากับโรงพยาบาล ตลอดจนสถานพยาบาล บริการสุขภาพชุมชน และผู้ให้บริการทางสุขภาพอื่นๆ ได้เอง โดยไม่ต้องผ่าน Health Authority โดยจะเจรจาเพื่อขอรับเงินอุดหนุนจากรัฐ สำหรับการซื้อบริการต่างๆ ตลอดจนเงินเดือนหรือค่าจ้าง เพื่อจัดจ้างเจ้าหน้าที่เพื่อทำงานด้านการบริหารจัดการและให้บริการต่างๆ ของตนเองได้ เช่น โรงพยาบาล นักกายภาพบำบัด ซึ่งโดยปกติในพื้นที่ที่ไม่มี GP Fundholders นั้น Health Authority จะเป็นผู้ทำหน้าที่ซื้อบริการ การบริหารทางการเงินของ GP Fundholders ที่มีกำไร จะสามารถนำเงินที่เหลือไปพัฒนาบริการหรือใช้ลงทุนกับบริการดูแลสุขภาพแก่คนไข้ในด้านอื่นเพิ่มเติมได้ แต่ไม่สามารถนำไปแบ่งปันให้กับแพทย์

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Specialists) ส่วนใหญ่จะทำงานในโรงพยาบาล โดยมีสัญญาจ้างงานกับโรงพยาบาลซึ่งจัดตั้งเป็น Trusts และ Trusts แต่ละแห่งจะตัดสินใจเองในเรื่องจำนวนและส่วนผลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับตามนโยบายของ NHS อัตราค่าตอบแทนเป็นเงินเดือนมีการวางแผนมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ (Hatcher, 1997)

ก่อนปี ค.ศ. 1980 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานเต็มเวลา (Full-time specialist) ให้กับภาครัฐ ไม่ได้รับอนุญาตให้ทำงานเอกชนได้ ในขณะที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญครึ่งเวลา (Part-time specialist) จะได้รับเงินเดือนประมาณ 9 ใน 11 ส่วนของเงินเดือนเต็ม และทำงานในภาคเอกชนได้ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานเต็มเวลาของ NHS ได้รับอนุญาตให้ทำงานในภาคเอกชนได้ โดยให้มีรายได้ไม่เกินร้อยละ 10 ของรายได้ทั้งหมด ซึ่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Specialist) มักทำงานเอกชนด้วยในช่วงตอนเย็นและค่ำ (Richmond, 1994) ในขณะที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมักไม่มีเรื่องของเวชปฏิบัติภาคเอกชนเข้าไปเกี่ยวข้อง นโยบายนี้ทำให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเต็มเวลาของ NHS เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49 ในปี ค.ศ. 1979 เป็นร้อยละ 54 ในปี ค.ศ. 1986

1.4 ประเทศสหพันธรัฐเยอรมนี

แพทย์เกือบครึ่งหนึ่งในประเทศสหพันธรัฐเยอรมนีทำงานโดยการจ้างงานของโรงพยาบาล การทำเวชปฏิบัติเป็นกลุ่ม (Group practice) มีแนวโน้มเป็นสัดส่วนที่สูงขึ้น แพทย์ส่วนที่ให้บริการผู้ป่วยนอกที่เหลือนั้นถือเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระ ซึ่งจะต้องขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการแพทย์ (Association of Panel Doctors, APD) ของแต่ละรัฐ จึงจะเปิดคลินิกทำการรักษาผู้ป่วยได้

คณะกรรมการแพทย์ (APD) จะทำการเจรจาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกับ Sickness Funds รัฐบาลกลางมอบความรับผิดชอบบริหารจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายตอบแทนแพทย์ การประกันคุณภาพการให้บริการ ให้แก่คณะกรรมการแพทย์ของแต่ละรัฐไปดำเนินการ (OECD, 1992) โดยจะจ่ายงบประมาณเป็นก้อนให้ในแต่ละปี แล้วให้คณะกรรมการแพทย์ในแต่ละรัฐตกลงกับแพทย์ในสังกัดเอง โดยใช้วิธีการจ่ายตามบริการ (Fee-for-service) ตามระบบสะสมแต้มในการให้การรักษาแต่ละครั้ง และนำแต้มสะสมมาคิดเป็นค่าตอบแทนให้แพทย์แต่ละคน (OECD, 1992) อย่างไรก็ตามวิธีการจ่ายดังกล่าว ยังคงทำให้แพทย์เฉพาะทางได้รับค่าตอบแทนในอัตราสูงกว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (Greiner and Schulenburg, 1997)

1.5 ประเทศออสเตรเลีย

รัฐบาลพรรคแรงงานของออสเตรเลียได้เริ่มต้น Medibank ขึ้นในปี ค.ศ. 1975 Medibank เป็นระบบการประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองอย่างถ้วนหน้า (Universal coverage) ให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมร้อยละ 75 ของค่าแพทย์ตามที่รัฐบาลกำหนดไว้ (Schedule fees) ซึ่งอาจเสียค่าใช้จ่ายส่วนต่างได้ไม่เกิน 10 ดอลลาร์สหรัฐ (Gap payment) ส่วนประกันสุขภาพภาคเอกชนนั้นให้ความคุ้มครองสำหรับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยเอกชน ครอบคลุมค่าใช้จ่ายส่วนต่างระหว่างอัตราค่าตอบแทนที่กำหนด

และการเบิกจ่ายคืนร้อยละ 75 สำหรับค่าใช้จ่ายเรื่องแพทย์ และสิทธิประโยชน์สำหรับบริการข้างเคียง เช่น ทันตกรรม (Herron, 1991; Willcox, 1991)

จนกระทั่งถึงปี ค.ศ. 1984 ได้มีระบบ Medicare ขึ้น เป็นระบบของรัฐที่ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนทุกคนในด้านการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลของรัฐทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งรวมค่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ โดยการทำข้อตกลงกันระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นของแต่ละรัฐ และให้ความคุ้มครองแบบถ้วนหน้า (Universal coverage) สำหรับบริการทางการแพทย์ในภาคเอกชนให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมร้อยละ 85 ของอัตราค่าบริการที่กำหนดไว้ โดยมีการตั้งเพดานที่ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมจ่ายไว้ล่วงหน้า ทั้งในแต่ละระดับการบริการและค่าใช้จ่ายรวม ต่อมาความคุ้มครองได้ปรับเป็นร้อยละ 75 ในปี ค.ศ. 1987 (Deeble, 1991) ทั้งนี้ Medicare อาศัยเงินค่าใช้จ่ายมาจากภาษีร้อยละ 1.25 ของรายได้พึงประเมิน รายได้รวมกันจากแหล่งอื่นๆ และส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วย โดยจะมีการออกบัตรให้กับประชาชนทุกคนที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

1.6 ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นไม่มีการจำกัดการเข้าถึงแพทย์ ประชาชนสามารถขอรับบริการจากแพทย์ได้ทั้งที่คลินิกหรือโรงพยาบาลใดก็ได้ ที่ได้รับความนิยมคือ “Home doctor’s office” โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหากแสดงบัตรสมาชิกของแผนประกันสุขภาพ แพทย์ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 73 จ้างโดยสถานพยาบาลให้ทำงานเต็มเวลาโดยได้รับเงินเดือน อีกประมาณร้อยละ 27 ทำงานอยู่ในภาคเอกชนโดยได้รับค่าตอบแทนตามบริการ (Fee-for-service) จากสำนักงานประกันสังคมหรือระบบประกันสุขภาพของประเทศตามระบบคะแนน “Point system” ซึ่งเป็นระบบเดียวกันสำหรับการจ่ายค่าตอบแทนแก่บริการทางการแพทย์ทั้งในโรงพยาบาลและคลินิก (กล่าวถึงโดยละเอียดในส่วนของเงินอุดหนุนโรงพยาบาล) ด้วยเหตุดังกล่าวทำให้บริการทางการแพทย์เป็นระบบที่แพงมาก และมีการเอาเปรียบ (Abuse) ได้ง่าย ในขณะที่มีเสียงร้องเรียนจากแพทย์ว่าอัตราตามคะแนนเหล่านั้นต่ำเกินไป และไม่ได้นำถึงประสบการณ์และคุณวุฒิที่แตกต่างกันของแพทย์ผู้ให้บริการ (Nakahara, 1997)

สำหรับประเทศอื่นๆ อาจมีวิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนที่แตกต่างกันไปบ้างในรายละเอียด แต่องค์ประกอบหลักคล้ายคลึงกัน เช่น

- ฝรั่งเศส มีการกำหนดอัตราค่าตอบแทนแพทย์เป็นราคาดกลาง (Administered price) (Pomey and Poullier, 1997)
- เดนมาร์ก จ่ายค่าตอบแทนแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเป็นเงินเดือน โดย

ผ่านการเจรจาระหว่าง Danish Medical Association กับ Danish Association of County Council ส่วนแพทย์ที่ทำงานในภาคเอกชนจะมีรายได้จากค่าตอบแทนต่อหัว (Fee per capita) ประมาณหนึ่งในสามถึงครึ่งหนึ่ง ที่เหลือเป็นค่าตอบแทนตามบริการ (Fee-for-service) ซึ่งอัตรากำหนดโดยการเจรจาระหว่าง Association of General Practitioners และ Association of County Council (Krasnik and Vallgarda, 1997)

2. การอุดหนุนและชำระค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาล (Hospital care)

2.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร (Not-for-profit) ขนาดประมาณ 100-300 เตียง โดยมีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยประมาณร้อยละ 60-70 การคลังสำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่จึงอาศัยแหล่งเงินต่างๆ ที่หลากหลาย ทั้งจากบริษัทประกันสุขภาพ องค์กรทางธุรกิจ ระบบ Medicare ของรัฐ องค์กรการกุศล ตลอดจนการจ่ายเองจากกระเป๋าของผู้ใช้บริการ (Out-of-pocket payment) ในขณะที่โรงพยาบาลของรัฐได้รับงบประมาณจากระบบภาษีของรัฐบาล

การจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลแต่เดิมใช้รูปแบบการเบิกจ่ายตามต้นทุน (Cost-based reimbursement) หรือตามที่เรียกเก็บ (Charge-based reimbursement) ซึ่งประสบปัญหาทำให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลขาดประสิทธิภาพ ต้นทุนค่าใช้จ่ายในภาพรวมสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (Bodenheimer, 1990) ทำให้ตั้งแต่ปี ค.ศ.1983 จนถึงปัจจุบัน ระบบ Medicare ซึ่งจ่ายเงินประมาณร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของระบบโรงพยาบาล ได้มีการปรับเปลี่ยนการจ่ายเงินอุดหนุนเป็นการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-Related Groups, DRGs) ทั้งนี้ระบบ Medicare มี Health Care Financing Administration (HCFA) เป็นผู้บริหารจัดการ HCFA จะทำสัญญากับ Peer Review Organization (PRO) ของแต่ละพื้นที่ให้เป็นผู้ทำการทบทวนการใช้บริการของคนไข้และการเบิกจ่ายของโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมระบบ Medicare จะต้องส่งข้อมูลต้นทุน (Cost report) ให้แก่ HCFA และได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจาก Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) (Raffel and Raffel, 1997)

การจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นวิธีการจ่ายในอัตราคงที่ต่อการอยู่โรงพยาบาล 1 ครั้งของผู้ป่วย ซึ่งจะจ่ายตามการวินิจฉัยโรค โดยทั่วไปมักจะมีการจัดการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยเพื่อการชำระค่าใช้จ่ายเป็นรายกลุ่มบนพื้นฐานของต้นทุนในการรักษาพยาบาล เพื่อให้่ายต่อการบริหารจัดการไม่ให้เกิดกลุ่มของโรคและวิธีการรักษาพยาบาลมากเกินไป การใช้ระบบ DRGs มีผลให้การรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลลดลง ระยะเวลา

วันนอนโรงพยาบาลสั้นลง และมีการส่งผ่านผู้ป่วยสู่บริการผู้ป่วยนอกและการฟื้นฟูสมรรถภาพภายนอกโรงพยาบาลที่ไม่รวมอยู่ในค่าใช้จ่ายตาม DRGs มากขึ้น โรงพยาบาลจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถปรับตัวได้ต้องปิดตัวลง (Iglehart, 1992; Raffel and Raffel, 1997)

รูปแบบการจ่ายอื่นๆ สำหรับโรงพยาบาลที่มีการนำมาใช้ ได้แก่ การจ่ายเป็นรายวัน (per diem) การกำหนดเป็นอัตราค่าบริการล่วงหน้า (Fee schedule) รวมถึงการเหมาจ่ายเป็นรายหัว โดยเฉพาะในแผนการประกันแบบ Managed care การจ่ายตามการเจ็บป่วย (Episode of care-based reimbursement) เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนา นอกจากนี้ยังมีการจ่ายตามรายผู้ป่วยปรับตามผลการรักษา (Result graded per-case reimbursement) ซึ่งนำมาทดลองใช้ในมลรัฐโอเรกอน ที่มีการจ่ายตามต้นทุนการรักษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้นและระยะเวลาที่ดีขึ้นดังกล่าว (Kaplan, 1994) อย่างไรก็ตาม การจ่ายแบบนี้ยังมีประเด็นทางจริยธรรมที่เป็นที่ถกเถียงอยู่ และมีข้อเสียเปรียบสำหรับการรักษาผู้ที่เจ็บป่วยอย่างรุนแรง

การปฏิรูประบบสาธารณสุขในมลรัฐแมริแลนด์ โดยการผ่านเป็นกฎหมายควบคุมตลาดประกันสุขภาพภาคเอกชนในช่วง ค.ศ. 1993 มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย และปฏิรูปการประกันสุขภาพเพื่อให้ครอบคลุมหมู่คนได้มากขึ้นเป็นสำคัญ มลรัฐแมริแลนด์ได้เริ่มใช้กฎหมายควบคุมห้ามไม่ให้โรงพยาบาลเสนอการลดราคาแก่บริษัทประกันสุขภาพรายใดรายหนึ่งโดยเฉพาะ ยกเว้นการลดราคาเพียงเล็กน้อยในกรณีการจ่ายเป็นเงินสด มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1976 และมีฐานข้อมูลบริการและต้นทุนของโรงพยาบาลที่มีบูรณาการ ทำให้มลรัฐแมริแลนด์ประสบความสำเร็จพอสมควรในการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ระบบการประกันสุขภาพภาคเอกชนภายหลังการปฏิรูปของมลรัฐประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้เพิ่มเติม

1. ให้มี Maryland Health Care Access and Cost Commission เป็นผู้รับผิดชอบและดำเนินการปฏิรูป
2. สร้างฐานข้อมูลของบริการของแพทย์ และผู้ประกอบการโรคศิลปะในระดับมลรัฐ
3. สร้างระบบเปรียบเทียบค่าแพทย์เพื่อนำมากำหนดอัตราการจ่ายเงินโดยคำนวณจากองค์ประกอบด้านทรัพยากรที่ใช้ในการทำเวชปฏิบัติ องค์ประกอบของการรักษาแต่ละชนิดตามรหัส Current Procedural Terminology (CPT) และ Conversion modifier
4. สร้าง Practice parameters เพื่อเป็นแนวทางในการทำเวชปฏิบัติ
5. ปฏิรูปการประกันสุขภาพ โดยเฉพาะสำหรับลูกจ้างในธุรกิจขนาดเล็ก (มีลูกจ้าง 2-50 คน) เพื่อให้แบกรับภาระได้ โดยกำหนดให้มีชุดสิทธิประโยชน์มาตรฐาน ห้ามการไม่รับประกันโดยใช้กรณีเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ก่อน (Pre-existing condition) บังคับการคิดเบี้ยประกันภัยโดยใช้วิธีคำนวณอัตราแบบชุมชนปรับค่าตามอายุและพื้นที่ (community rating)

adjusted by age and geographic area) โดยที่ให้มีค่าแปรผันไม่เกินร้อยละ 16 ของค่าเฉลี่ยของอัตราแบบชุมชน และจำกัดไม่ให้เบี่ยงเบนกันภัยอัตราชุมชนนี้เกินกว่าร้อยละ 12 ของค่าจ้างเฉลี่ยรายปีของมลรัฐ หากมากกว่าจะมีการพิจารณาปรับชุดสิทธิประโยชน์มาตรฐาน อย่างไรก็ตามกฎหมายไม่ได้บังคับให้บริษัทนายจ้างขนาดเล็กต้องซื้อประกันให้ลูกจ้าง (Anderson, Chaulk et al. 1993)

2.2 *Us: เทศแคนาดา*

แม้ว่าระบบประกันสุขภาพของประเทศจะเป็นของสาธารณะ (Public) ทั้งในการบริหารและการคลัง ผู้ให้บริการทางการแพทย์รวมถึงสถานพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศนี้ยังคงเป็นเอกชน โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลสาธารณะที่ไม่แสวงหาผลกำไร (nonprofit) ที่เจ้าของอาจเป็นองค์กรอาสาสมัคร องค์กรทางศาสนา เทศบาล จังหวัด หรือเป็นของรัฐบาลกลาง โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะบริหารงานโดยมี Board of Trustees ซึ่งจะเจรจากับจังหวัดเป็นรายปีเพื่อกำหนดงบประมาณดำเนินการ (Operating budget) ก่อนล่วงหน้าเป็นงบประมาณรวม (Global budget) กับรัฐบาลระดับจังหวัด (Provincial government) หรือรัฐบาลกลาง นอกเหนือจากนี้ โรงพยาบาลอาจมีรายได้เพิ่มเติมจากบริษัทประกันสุขภาพเอกชนหรือจากผู้ให้บริการโดยตรง เช่น ในกรณีการขอยุ่ห้องพิเศษหรือให้บริการที่ไม่อยู่ในกรอบของสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของระบบประกันสุขภาพ ทั้งนี้โรงพยาบาลไม่ได้รับอนุญาตให้เก็บเงินเพิ่มเติมสำหรับบริการที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองในระบบ Medicare (Leatt and Williams, 1997)

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในแคนาดามีการนำ Case Mix Groups (CMGs) และ Resource Intensity Weights (RIWs) มาใช้ในการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคและประมาณการทรัพยากรที่ต้องใช้ตามประเภทของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามยังมีความสัมพันธ์ทางตรงกันค่อนข้างน้อยระหว่างการให้เงินอุดหนุนโรงพยาบาลกับเทคนิคเหล่านี้ แม้ว่ารัฐบาลของจังหวัดออนตาริโอ และอัลเบอร์ตา เริ่มนำ CMGs และ RIWs มาใช้ในการเจรจาเงินอุดหนุนด้วย

การใช้จ่ายด้านสินค้านำทุน (Capital spending) มีกลไกควบคุมแยกไปอีกต่างหาก ซึ่งจะจัดสรรโดยรัฐบาลของจังหวัดนั้นๆ บนพื้นฐานของความจำเป็น ความเชี่ยวชาญในการตรวจรักษา และปัจจัยอื่นๆ ส่วนแพทย์ซึ่งอยู่ในภาคเอกชนมีทางเลือกที่จะประกอบวิชาชีพภายใต้ระบบประกันสุขภาพของประเทศนี้หรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้เป็นแบบที่ต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง คือรับรักษาแต่ผู้ป่วยในระบบเท่านั้น หรือไม่รับรักษาผู้ป่วยในระบบเลย (All-or-nothing) ถ้าแพทย์เลือกที่จะตรวจรักษาผู้ป่วยในระบบประกันนี้ ค่าแพทย์จะอยู่ในอัตราคงที่ ซึ่งกำหนดโดยกลไกการเจรจากันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขของแต่ละจังหวัดและสมาคมแพทย์ของจังหวัดนั้นๆ แพทย์ไม่สามารถคิดเพิ่มเติมจากผู้ป่วยในส่วนที่ขาด

ไปได้อีก โดยมีเป้าหมายของค่าใช้จ่ายเป็นตัวกำกับการขยายตัวของการให้บริการ (Coyte, 1990; Evans, 1992; Anderson and Maxwell, 1994)

2.3 ประเทศสหราชอาณาจักร

ในปี ค.ศ. 1990 NHS and Community Care Act แปลงสภาพโรงพยาบาลและหน่วยดูแลสุขภาพชุมชน (Community care units) เป็นองค์กรปกครองตนเองในรูปแบบ NHS Trusts โดยจะทำสัญญากับส่วนราชการด้านสุขภาพ (Health authorities) ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ ทั้งนี้บริการโรงพยาบาลในประเทศสหราชอาณาจักรส่วนใหญ่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลอำเภอ (District hospitals) และโรงพยาบาลเฉพาะทางระดับเขต (Regional specialty hospitals)

โรงพยาบาลอำเภอมักเป็น Multihospital Trusts มีขนาดตั้งแต่ 300-1,200 เตียง ซึ่งส่วนใหญ่มีขนาดประมาณ 600-700 เตียง ให้บริการระดับตติยภูมิโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยไม่อนุญาตให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) สั่งรับคนไข้เข้าโรงพยาบาลและรักษาคนไข้ในโรงพยาบาล ในขณะที่โรงพยาบาลเฉพาะทางระดับเขตจะให้บริการระดับตติยภูมิ มีเทคโนโลยีสูง และมักเป็นสถาบันสมทบกับโรงเรียนแพทย์สำหรับการเรียนการสอนและการวิจัย

รัฐบาลกลางจัดสรรงบประมาณดำเนินการของโรงพยาบาลสู่ Regional Health Authorities (RHA) โดยใช้ Weighted capitation formula ซึ่งคำนวณโดยอาศัยอายุเพศ ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรในพื้นที่ และความแตกต่างของต้นทุนระหว่างพื้นที่ (Maynard, 1994) เงินทุนจะถูกจัดสรรให้ GP fundholder เพื่อทำสัญญาซื้อบริการของโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นความรับผิดชอบของ Health Authority ว่าการซื้อบริการจะตอบสนองต่อปัญหาที่มีความสำคัญของพื้นที่

ในช่วงปี ค.ศ. 1975-1990 งบประมาณที่โรงพยาบาลจะได้รับการจัดสรรผ่านทาง RHA ตามสูตรคำนวณที่เรียกว่า RAWP จาก Resource Allocation Working Party Report ซึ่งจะจัดสรรงบประมาณตามความต้องการด้านสุขภาพ ภายใต้กรอบงบประมาณ (Expenditure cap) โดยอาศัยอายุ เพศ ความเจ็บป่วยพิการ และอัตราตาย ตลอดจนความยากไร้ในพื้นที่ เป็นองค์ประกอบในการคำนวณ

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา RHA จะทำสัญญากับโรงพยาบาลในลักษณะที่เป็น Cost-volume และ Cost-per-case สำหรับบริการทางคลินิกเฉพาะสาขามากขึ้น การจ่ายเงินอุดหนุนจะเป็นแบบกำหนดอัตราล่วงหน้า (Prospective basis) มากกว่าการขอเบิกจ่ายเป็นรายๆ โดยมีการเจรจาอัตราราคากันระหว่าง Health authorities กับโรงพยาบาลที่เป็น Trust แต่ละแห่งมากกว่าที่ Health Authorities จะเป็นผู้กำหนดขึ้นเองแต่ผู้เดียว ซึ่งจะอยู่บนพื้นฐานของต้นทุนที่แท้จริง (Actual cost) ไม่อนุญาตให้มีการอุดหนุนข้าม

สัญญาของบริการแต่ละสาขา (Cross-subsidization between contracts) และมีการทำข้อตกลงเกี่ยวกับข้อกำหนดด้านบริการอื่นๆ ไปด้วย เช่น ด้านคุณภาพ ซึ่งที่ผ่านมาวิธีการนี้ทำให้มีการแข่งขันในด้านราคาระหว่างโรงพยาบาลที่ดูแลประชาชนในพื้นที่เดียวกัน ส่วนระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) กำลังมีการพัฒนาอยู่ แต่ยังไม่ใช่วิธีการจ่ายที่เป็นมาตรฐาน (Hatcher, 1997)

งบประมาณสำหรับ Hospital and community care Trusts จะได้รับการจัดสรรจาก Health Authority บนพื้นฐานของงบที่ได้รับการจัดสรรจากเขตทั้งหมด มีการวางแผนการลงทุน (Capital planning) เพื่อให้แน่ใจว่าเงินได้รับการจัดสรรไปเพื่อบำรุงรักษาอาคารและอุปกรณ์ต่างๆ ทั่วทั้งเขตมากกว่าจะกระจายไปเท่าๆ กันสำหรับแต่ละอำเภอ ซึ่งตามกฎหมายปฏิรูปในปี ค.ศ. 1990 ได้พยายามส่งเสริมให้มีการใช้สินทรัพย์ให้คุ้มค่าที่สุดตามมูลค่าปัจจุบัน และมีผลตอบแทนในระดับร้อยละ 6 ต่อปี แม้ว่าจะไม่มีนโยบายระดับชาติในการควบคุมการกระจายเทคโนโลยีเฉพาะทาง แต่การตัดสินใจในการลงทุนขนาดใหญ่ส่วนใหญ่ในอดีตจะอยู่ที่ RHA ปัจจุบันโรงพยาบาลมีอิสระในการควบคุมการตัดสินใจดังกล่าวมากขึ้น แต่ RHA ยังคงอำนาจในการตัดสินใจว่าจะซื้อบริการเทคโนโลยีดังกล่าวจากโรงพยาบาลใด

นอกจากนี้โรงพยาบาลยังสามารถหารายได้สะสมเป็นทุนเพิ่มเติมได้จากการรับบริจาค การทำกิจกรรมหารายได้ เช่น ให้เช่าที่ประกอบธุรกิจ การขายสินทรัพย์ที่เกินความจำเป็น การกู้ยืมเงิน ตลอดจนการเก็บเงินเพิ่มจากการให้บริการห้องพักแบบเอกชน ทั้งนี้เป็นไปตามเงื่อนไขที่ NHS กำหนดไว้

2.4 ประเทศสหพันธรัฐเยอรมนี

สำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เดิม Sickness Funds ซึ่งเป็นระบบกองทุนประกันสุขภาพของประเทศ จะทำการเจรจาโดยตรงกับโรงพยาบาล โดยจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นอัตรารายวัน (per diem) ตามที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ประชาชนมีสิทธิที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชนใดก็ได้แล้วแต่ความต้องการ โดยมีการร่วมจ่ายเล็กน้อย คือ 11 ดอยช์มาร์กต่อวัน และไม่เกิน 154 ดอยช์มาร์กต่อปี (Schulenburg, 1994) อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวทำให้เกิดภาระทางการเงินแก่ Sickness funds จำนวนมากเนื่องจากไม่มีแรงจูงใจให้โรงพยาบาลควบคุมต้นทุนมากนัก ปัจจุบันจึงได้เริ่มมีการนำระบบ DRGs มาทดลองใช้ โดยในระยะแรกมีการกำหนดอัตราเงินอุดหนุนสำหรับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม 40 กลุ่ม ร่วมกับอัตราค่าบริการของหัตถการอีก 160 เรื่อง ซึ่งมีแผนการที่จะขยายขอบเขตของความครอบคลุมต่อไป (Greiner, Schulenburg, 1997)

ค่าใช้จ่ายที่ทาง Sickness Funds จ่าย เกือบทั้งหมดเป็นเงินสำหรับดำเนินการ

ทางการแพทย์ สำหรับงบประมาณทางการแพทย์ รัฐบาลของแต่ละรัฐเป็นผู้ลงทุนให้ แม้แต่ งบประมาณในภาคเอกชน เช่น การสร้างอาคารสถานที่ หากการลงทุนนั้นสอดคล้องและอยู่ใน แผนการดำเนินการของแต่ละรัฐ (Iglehart, 1991)

ผลประโยชน์ที่จะได้รับจากประกันสุขภาพเอกชนนี้ก็คล้ายกับ sickness funds เว้น แต่จะมีเรื่องความสะดวกสบายบางอย่างที่เพิ่มขึ้น เช่น ห้องส่วนตัวในโรงพยาบาล และมี ข้อได้เปรียบในเรื่องการได้รับบริการที่รวดเร็วกว่าทั้งผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน รวมทั้งอาจ ได้รับบริการจากแพทย์ที่มีชื่อเสียงมากกว่า ทั้งนี้เพราะประกันสุขภาพภาคเอกชนจ่าย ค่าตอบแทนให้แพทย์มากกว่าประมาณสองเท่าของ sickness funds แต่ในบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจะต้องชำระเงินออกไปก่อนแล้วถึงจะไปเบิกคืน (Reimbursement) จากบริษัทอีกที หนึ่ง (Indaratna, 1996)

2.5 ประเภทยุทธศาสตร์

ระบบสวัสดิการของรัฐบาลออสเตรเลีย เริ่มต้นมาจากระบบสวัสดิการด้านยาในปี ค.ศ. 1950 ซึ่งรัฐให้การอุดหนุนการจำหน่ายยาที่ช่วยชีวิต และยาที่ใช้ในการป้องกันโรค ต่างๆ (Herron, 1991) ในปี ค.ศ. 1969 ได้มีความพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการ ริเริ่มให้มีข้อกำหนดในเรื่องของสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์เดียวกันสำหรับแต่ละรัฐใน ประเทศขึ้น มีการจัดข้อกำหนดสำหรับประกันค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลใหม่เป็น 3 ชุด (Public, Intermediate และ Private) และมีการจำกัดสิทธิประโยชน์ในเรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายที่ผู้ ให้บริการคิดโดยตรง (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และวิรัช เกษมทรัพย์, พ.ศ. 2542)

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975 ที่มีการจัดตั้ง Medibank ประชาชนสามารถใช้บริการใน โรงพยาบาลของรัฐได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ระบบ Medicare ที่จัดตั้งขึ้นแทนที่ในปี ค.ศ. 1984 กำหนดให้โรงพยาบาลได้รับเงินจาก Medicare ในรูปของเงินก้อน (Block grant) ผ่านทางรัฐบาลท้องถิ่น ที่จะจัดสรรเงินให้กับโรงพยาบาลเป็นงบประมาณรวม (Global budget) โดยอาศัยระบบคะแนนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่โรงพยาบาลให้บริการ แก่ผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา

การประกันสุขภาพภาคเอกชนมีบทบาทเป็นทางเลือกเพื่อเสริมความคุ้มครองของ Medicare ซึ่งจะให้สิทธิประโยชน์คุ้มครองค่าห้อง และค่ารักษาพยาบาลทางการแพทย์ แบบผู้ป่วยเอกชน (Private patient) ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน เรียกว่า **การประกัน ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล (Hospital insurance)** และคุ้มครองบริการทันตกรรม เวชศาสตร์ พืชพันธุ์ รวมทั้งบริการอื่นๆ เรียกว่า **การประกันบริการข้างเคียง (Ancillary insurance)** (Willcox, 1991) การประกันค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลนั้น มีลักษณะเป็นการแข่งขันกับ Medicare ในการจ่ายค่าบริการของรัฐ ในขณะที่การประกันบริการข้างเคียงมีไว้สำหรับ บริการที่ไม่จ่ายโดย Medicare

การประกันค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลโดยระบบประกันสุขภาพ สามารถซื้อหาได้ 2 แบบ คือ *ระดับประกันตารางพื้นฐาน (Basic table level)* และ *ระดับประกันตารางเสริม (Supplementary table level)* การประกันค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลตามตารางพื้นฐาน จะให้สิทธิประโยชน์คุ้มครองค่าห้องรวมทั้งหมดในโรงพยาบาลของรัฐ ค่าใช้จ่ายจำนวนคงที่จำนวนหนึ่งสำหรับค่าห้องในโรงพยาบาลเอกชน ค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาประเภททำในวันเดียวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์อวัยวะเทียมในการผ่าตัด และประกันส่วนต่างสำหรับค่าแพทย์ ซึ่งตั้งไว้ที่ร้อยละ 75 ของที่รัฐบาลกำหนดไว้สำหรับผู้ป่วยในในระบบ Medicare และค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามที่กำหนดไว้ หากแพทย์คิดค่าใช้จ่ายเกินกว่าที่กำหนดไว้ ส่วนที่เกินจะไม่ได้รับความคุ้มครอง ผู้ป่วยต้องเป็นผู้จ่ายเอง (จิตรมศรีรัตนบัลล์ และวิรัช เกษมทรัพย์, พ.ศ. 2542) ทั้งนี้ค่าสินไหมดังกล่าวจะจ่ายให้แก่

- ผู้ป่วย ในรูปของเงินสดหรือเช็ค เมื่อได้รับการแจ้งมา
- แพทย์ ผ่านทางผู้ป่วยโดยการจ่ายเป็น “pay doctor cheque” ซึ่งผู้ป่วยอาจจ่ายเสริมได้
- แพทย์ จ่ายโดยตรง ผ่านทางการจัดการผ่านทางบัญชี เรียกว่า Direct หรือ Bulk billing (Deeble, 1991)

2.6 ประเด็นปัญหา

ค่าใช้จ่ายในบริการทางการแพทย์จะได้รับการสนับสนุนโดยระบบประกันสังคม (Social health insurance) โดยจ่ายแบบตามบริการ (Fee-for-service) คำนวณโดยระบบคะแนน (Point system) ซึ่งถือตามใบแจ้งหนี้รายเดือนที่ส่งให้แก่หน่วยงานที่รับผิดชอบ ไม่เว้นแม้แต่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย คะแนนดังกล่าวจะนำมาคูณกับต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) เพื่อกำหนดจำนวนค่าตอบแทน นอกจากนี้ยังมีการกำหนดอัตราค่าตอบแทนตามรายการ (Fee schedule) สำหรับการดูแลรักษาผู้สูงอายุในโรคเรื้อรังที่กำหนดไว้ อัตราค่าตอบแทนเหล่านี้ถูกกำหนดโดยคำแนะนำของสภาการแพทย์ของประกันสังคมกลาง (Central Social Insurance Medical Council) การเบิกจ่ายทั้งหมดจะได้รับการทบทวนก่อนจ่ายโดยคณะกรรมการที่ปรึกษาทางการแพทย์ การดูแลรักษาที่ได้รับการพิจารณาว่าไม่จำเป็นจะถูกปฏิเสธการจ่าย

ค่าใช้จ่ายในการลงทุน (Capital investment) ของโรงพยาบาลรัฐระดับประเทศจ่ายโดยรัฐบาลกลาง ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานและบำรุงรักษาจ่ายโดยประกันสังคมและผู้มารับบริการ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลของรัฐบาลระดับท้องถิ่น โรงพยาบาลของเอกชนซึ่งมักเป็นโรงพยาบาลแสวงหากำไร สามารถกู้เงินลงทุนได้จาก Social Welfare and Medical Care Facilities Financing Corporation โดยเสียดอกเบี้ยในอัตราต่ำ ซึ่งการให้กู้จะเป็นไปตามแนวทางที่วางไว้ในนโยบายของรัฐบาลกลาง ค่าใช้จ่าย

ที่เกิดขึ้นในการใช้งานและบำรุงรักษาจะเก็บจากกองทุนประกันสังคมและผู้รับบริการ

กลไกการจ่ายแบบนี้พบว่าหน่วยงานจ่ายเงินเป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ ซึ่งจำกัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลสามารถทำได้ อย่างไรก็ตาม พบว่าการเอาเปรียบระบบเป็นสิ่งที่พบได้ โดยเฉพาะกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมักอยู่ในโรงพยาบาลยาวนานมาก เช่น เฉลี่ย 36.2 วันในปี ค.ศ. 1992 ซึ่งมีผลตามมาคือการปรับตารางการจ่ายค่าบริการ (Fee schedule) ให้มีส่วนลดของอัตราค่าตอบแทนเมื่อคนไข้อยู่ในโรงพยาบาลนานเป็นระดับๆ ไป (Nakahara, 1997)

ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมจ่ายเมื่อไปใช้บริการที่สถานพยาบาลด้วย ทั้งนี้ระดับของส่วนร่วมจ่ายขึ้นกับระบบประกันสุขภาพที่เป็นสมาชิกอยู่ ในระบบประกันสุขภาพของลูกจ้าง ผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองประมาณร้อยละ 90 สำหรับคู่สมรสและบุตรได้รับความคุ้มครองในอัตราร้อยละ 70 สำหรับผู้ป่วยนอก และร้อยละ 80 สำหรับผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพของประเทศจะคุ้มครองในอัตราร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งนี้โดยมีการตั้งเพดานสูงสุดของการมีส่วนร่วมจ่ายไว้ด้วย

สำหรับประเทศอื่นๆ อาจมีวิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลที่แตกต่างกันไปบ้างในรายละเอียด แต่องค์ประกอบหลักคล้ายคลึงกัน ตัวอย่างเช่น บางเขตในประเทศนอร์เวย์มีการนำระบบการจ่ายแบบงบประมาณรวม (Global budget) มาใช้ร่วมกับการจ่ายตามรายป่วยที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ในช่วงปี ค.ศ. 1991-1993 เป็นต้นมา โดยอุดหนุนค่าใช้จ่ายให้โรงพยาบาลร้อยละ 60-70 ตามงบประมาณรวม และร้อยละ 30-40 จ่ายตามรายป่วยโดยใช้ DRGs ทั้งนี้มุ่งหวังให้การจ่ายแบบ Global budget เป็นการจ่ายเพื่อครอบคลุมต้นทุนคงที่ (Fixed cost) และการจ่าย DRGs เพื่ออุดหนุนต้นทุนส่วนที่ผันแปร (Variable cost) จากการบริการ เป็นต้น (Carlsen, 1994)

3. การจ่ายค่าตอบแทนและอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพอื่นๆ

3.1 ก้นดแพทย

◆ ประเทศแคนาดา

ส่วนใหญ่ทันตแพทย์จะเป็นผู้ประกอบการอาชีพอิสระในภาคเอกชน บริการของทันตแพทย์จะได้รับการจ่ายค่าตอบแทนตามบริการ (Fee-for-services) ตามอัตราที่กำหนดไว้ล่วงหน้าโดยสมาคมทันตแพทย์ ทันตแพทย์ที่ทำงานในภาครัฐจะได้รับความตอบแทนเป็นเงินเดือน ทั้งนี้การดูแลทางทันตกรรมไม่ได้อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของประกันสุขภาพของรัฐ ยกเว้นกรณีต้องได้รับการผ่าตัดโดยการดมยาภายในโรงพยาบาล ผู้รับ

บริการต้องจ่ายค่าบริการเอง ซึ่งอาจมีประกันสุขภาพภาคเอกชนออกค่าใช้จ่ายให้ (Leatt and Williams, 1997)

◆ ประเทศสหราชอาณาจักร

ในปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา NHS ทำสัญญากับทันตแพทย์ทั่วไป เพื่อให้การดูแลสุขภาพฟันและช่องปากอย่างต่อเนื่องให้กับประชาชน ค่าตอบแทนที่ทันตแพทย์ได้รับจะเป็นอัตราต่อหัว โดยมีการลงทะเบียนกับทันตแพทย์เป็นระยะเวลา 2 ปี ซึ่งจะครอบคลุมการดูแลด้านการป้องกันต่อเนื่องและรักษาโรคต่างๆ และในกรณีฉุกเฉินตามที่กำหนดไว้สำหรับการรักษาโรคส่วนใหญ่ ผู้รับบริการยังต้องจ่ายค่าบริการตามบริการ (Fee-for-service) เอง และทันตแพทย์ยังคงให้บริการในภาคเอกชนได้ รายได้จากการลงทะเบียนเหมาจ่ายของรัฐ จะมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 20 ของรายได้ของทันตแพทย์เท่านั้น

◆ ประเทศเดนมาร์ก

เช่นเดียวกับประเทศแคนาดา ทันตแพทย์ในภาคเอกชนทำงานโดยได้รับค่าตอบแทนตามบริการ ในขณะที่ทันตแพทย์ในภาครัฐเป็นลูกจ้างได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกันแล้วภาครัฐจะได้ค่าตอบแทนที่ต่ำกว่าภาคเอกชน (Krasnik and Vallgarda, 1997)

◆ ประเทศสหพันธรัฐเยอรมนี

ทันตแพทย์ได้รับค่าตอบแทนตามบริการ Sickness fund จะจ่ายค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งหมดแก่คนไข้ แต่คนไข้ต้องออกค่าใช้จ่ายในส่วนของค่าวัสดุในการรักษาเอง

◆ ประเทศออสเตรเลีย

การประกันบริการข้างเคียงให้สิทธิประโยชน์คุ้มครองค่าใช้จ่ายของบริการต่างๆ ที่ไม่อยู่ภายใต้ Medicare ซึ่งอาจได้แก่ บริการทันตกรรมเอกชน และบริการอื่นๆ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันได้มากระหว่างกองทุนประกันต่างๆ ในด้านบริการที่คุ้มครองและระดับของสิทธิประโยชน์ (Willcox, 1991)

◆ ประเทศญี่ปุ่น

ทันตแพทย์ได้ค่าตอบแทนในลักษณะเดียวกับแพทย์ คือเป็นเงินเดือนในกรณีที่สถานพยาบาลเป็นผู้จ้าง บริการทันตกรรมที่ต้องการวัสดุอุปกรณ์พิเศษจะจ่ายแบบตามบริการ (Fee-for-service)

3.2 พยาบาล

ในประเทศแคนาดา เดนมาร์ก เยอรมนี พยาบาลส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างของโรงพยาบาล หน่วยงานทางสุขภาพ หรือมหาวิทยาลัย ได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน ซึ่งมักจะเป็นอัตราที่ต่ำกว่ารายได้ของแพทย์หรือทันตแพทย์มากพอสมควรหากเปรียบเทียบเป็นรายเดือน (Raffel, 1997)

การประกันบริการข้างเคียงให้สิทธิประโยชน์คุ้มครองค่าใช้จ่ายของบริการต่างๆ ที่ไม่อยู่ภายใต้ Medicare ซึ่งอาจได้แก่ พยาบาลดูแลที่บ้าน (Home nursing) และบริการอื่นๆ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันได้มากระหว่างกองทุนประกันต่างๆ ในด้านบริการที่คุ้มครองและระดับของสิทธิประโยชน์ (Willcox, 1991)

3.3 การดูแลระยะยาว (Long-term care)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการดูแลในระยะยาวยังมีไม่มากนัก และมีความแตกต่างกันมากในแต่ละประเทศ

“Health Facilities for the Aged” ในประเทศญี่ปุ่นเป็นสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการบริการทางการแพทย์ในระดับสูงนัก จะได้รับค่าใช้จ่ายจากระบบประกันสุขภาพเป็นแบบเหมาจ่ายต่อหัวของผู้ที่อยู่ในความดูแลของสถานพยาบาล (Per-capita payment) โดยผู้ให้บริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วน of ค่าอาหารและค่าใช้จ่ายประจำวันเอง

4. สรุป

ประสบการณ์ของวิธีการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการของประเทศต่างๆ มีอยู่อย่างหลากหลาย ค่าตอบแทนแพทย์ที่มีโรงพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นว่าจ้างมักจะเป็นเงินเดือน (Salary) ในขณะที่แพทย์ที่ทำงานในภาคเอกชนโดยอิสระอาจได้ค่าตอบแทนเป็นการจ่ายตามบริการ (Fee-for-service) การจ่ายตามรายการอัตราค่าบริการ (Fee schedule) และการเหมาจ่ายเป็นรายหัว (Capitation) ทั้งนี้รูปแบบการจ่ายมักขึ้นกับองค์ประกอบอื่นของระบบบริการสุขภาพว่ามีการจัดระบบบริการของประเทศเป็นอย่างไร การอุดหนุนโรงพยาบาลมีหลายรูปแบบเช่นกัน ทั้งการจ่ายแบบตามการเบิกจ่ายหรือต้นทุนการให้บริการ การจ่ายตามรายป่วย หรือการรับเข้าอยู่โรงพยาบาลซึ่งมักใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups, DRGs) การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ตลอดจนการใช้งบประมาณรวม (Global budget)

มีหลายประเทศที่อัตราค่าตอบแทนแพทย์ ตลอดจนจำนวนเงินอุดหนุนที่จัดสรรให้แก่โรงพยาบาลจะได้รับการกำหนดผ่านทางกลไกการเจรจาระหว่างสมาคมวิชาชีพ หรือ

ตัวแทนผู้ให้บริการกับหน่วยงานที่รับผิดชอบของรัฐในระบบประกันสุขภาพของประเทศ ไม่ว่าวิธีการจ่ายจะเป็นแบบจ่ายตามรายการอัตราค่าบริการ (Fee schedule) หรือการจัดสรรงบประมาณรวม (Global budget)

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เป็นแนวโน้มอย่างชัดเจนประการหนึ่งคือ การหันเหจากรูปแบบวิธีการจ่ายที่เป็นปลายเปิด (Open-ended payment) เป็นวิธีการจ่ายแบบปลายปิด (Closed-ended payment) มากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะการจ่ายในรูปแบบการเหมาจ่ายรายหัว และการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ร่วมกับการจัดทำงบประมาณรวม (Global budget)

นอกเหนือจากวิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการแล้ว ข้อสังเกตที่น่าสนใจบางประการเกี่ยวกับระบบและกลไกในการจ่ายคือ การมีองค์กรหรือหน่วยงานกลางซึ่งไม่ใช่ผู้ให้บริการเป็นผู้กำกับดูแล ซึ่งอาจจัดได้ทั้งในระดับประเทศหรือระดับท้องถิ่น และการมีกระบวนการในการเจรจาอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุน



บทที่ 4

ความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับ วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ

การสัมภาษณ์ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ (1) กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ในระดับปฏิบัติกับวิธีการจ่ายเงินรูปแบบต่างๆ และ (2) ผู้บริหารหน่วยงานด้านประกันสุขภาพของรัฐที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ

1. ความคิดเห็นต่อวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์

1.1 กรณีการดูแลรักษาทั่วไปในระดับปฐมภูมิ

คณะผู้วิจัยได้สอบถามกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์เพื่อขอความคิดเห็นว่าวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ในการดูแลรักษาทั่วไประดับปฐมภูมิควรจะใช้วิธีการอะไรและเพราะเหตุใดระหว่างวิธีการจ่ายค่าตอบแทน 6 วิธี ซึ่งมีรายละเอียดดังแสดงในกรอบที่ 1

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ที่เป็นผู้ให้บริการยังคงเห็นว่าการจ่ายเป็นแบบตามบริการ (Fee-for-service) เป็นวิธีที่น่าเลือกใช้ ร่วมกับการจ่ายแบบอื่น เช่น จ่ายเป็นเงินเดือน (Salary) หรือจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule) มีบ้างที่เห็นว่าการจ่ายเป็นครั้งในอัตราคงที่ (Per-visit payment) หรือการจ่ายเหมาตามรายป่วย (Per-case payment) อาจนำมาใช้ได้ โดยต้องมีกลไกในการควบคุมและตรวจสอบ มีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน มีผู้ให้บริการเพียงรายเดียวที่สนับสนุนการจ่ายปลายปิดอย่างการเหมาจ่ายเป็นรายหัว

ในขณะที่ผู้บริหารในหน่วยงานด้านประกันสุขภาพจะเห็นว่า การจ่ายค่าตอบแทนแบบปลายปิด อันได้แก่ การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) น่าจะเป็นวิธีที่ดีที่สุด โดยเฉพาะเมื่อมีการแยกเรื่องค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ออกมา เพราะจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลคนไข้ที่ลงทะเบียนกับตนเองในระยะยาว รู้จักคนไข้เป็นอย่างดี ทั้งนี้อาจมีการนำการจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทนมาใช้ร่วมด้วยได้ (ดูตารางที่ 4.1 ประกอบ)

แต่ละวิธีการจ่ายต่างมีข้อดีและข้อเสีย ดังนั้นไม่ว่าจะใช้วิธีใดก็ตาม ยังต้องขึ้นอยู่กับว่าใช้วิธีการนั้นอย่างไร มีการประเมิน ติดตามผล และปรับปรุงหรือไม่ และที่สำคัญคือ การที่แพทย์ผู้รักษาต้องมีจริยธรรม และประชาชนจะต้องมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้อง

กรอบที่ 1: 6 วิธีการจ่ายค่าตอบแทน

1. จ่ายตามบริการ (Fee-for-service) หมายถึง การจ่ายค่าตอบแทนในมูลค่าและตามจำนวนที่ได้ให้บริการไป ซึ่งผู้ป่วยอาจเป็นผู้จ่ายโดยตรงหรือประกันสุขภาพเป็นผู้จ่าย
2. จ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule) หมายถึง การจ่ายค่าตอบแทนในอัตราหรือราคาดังที่ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าตามรายการ/ประเภทของการให้บริการซึ่งผู้ป่วยอาจเป็นผู้จ่ายโดยตรงหรือประกันสุขภาพเป็นผู้จ่าย
3. จ่ายเป็นครั้ง (Per-visit payment) หมายถึง การจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาในอัตราคงที่ต่อการให้บริการแต่ละครั้ง โดยไม่ต้องพิจารณารายละเอียดหรือประเภทของการบริการ ซึ่งผู้ป่วยอาจเป็นผู้จ่ายโดยตรงหรือประกันสุขภาพเป็นผู้จ่าย
4. จ่ายเหมาตามรายป่วย (Per-case payment) หมายถึง การจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาตามประเภทของภาวะหรือโรคของผู้ป่วย โดยไม่คำนึงถึงจำนวนครั้งในการให้บริการหรือประเภทของบริการที่ให้ ซึ่งประกันสุขภาพจะเป็นผู้จ่าย
5. จ่ายเป็นเงินเดือน (Salary payment) หมายถึง การจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาจ่ายเป็นรายเดือนโดยไม่คำนึงถึงจำนวนคนไข้ที่ดูแล หรือจำนวนครั้งที่ให้บริการ
6. เหมาจ่ายรายหัว (Capitation payment) หมายถึง การจ่ายค่าตอบแทนล่วงหน้าเป็นรายหัวของผู้ป่วยที่มาลงทะเบียน เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยครอบคลุมระยะเวลาหนึ่ง

1.2 กรณีกการส่งปรึกษาเพื่อรับการดูแลรักษาเฉพาะทาง

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ทั้งที่เป็นผู้ให้บริการ และหน่วยงานด้านประกันสุขภาพที่เป็นผู้ซื้อบริการ เห็นพ้องว่าการจ่ายแบบตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule) น่าจะเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับการตอบแทนแพทย์เฉพาะทางที่มีการส่งปรึกษา ทั้งนี้อาจมีการนำความยากง่ายมาพิจารณาร่วมด้วยในการกำหนดอัตรา เช่น การคิดเป็นคะแนนสัมพัทธ์ (Relative value) ทั้งนี้มีบางท่านเห็นว่าอาจนำการจ่ายเป็นเงินเดือน (Salary) และจ่ายเหมาตามรายป่วยตามภาวะของโรค (Per-case payment) มาใช้ได้ ซึ่งทั้งหมดนี้จำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายที่ชัดเจน และมีการติดตามประเมิน (ดูตารางที่ 4.2)

1.3 วิธีการที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์สำคัญของบริการทางสุขภาพ

เป็นที่น่าสังเกตว่า เมื่อคิดถึงวิธีการจ่ายที่มีส่วนส่งเสริมเรื่องคุณภาพบริการ ผู้ให้สัมภาษณ์เกือบทั้งหมดเห็นว่าวิธีการจ่ายตามบริการ (Fee-for-service) ดีที่สุด ยกเว้นเพียงท่านเดียวที่ยังเชื่อว่าการเหมาจ่ายรายหัวดีกว่า ซึ่งอยู่บนพื้นฐานว่าต้องไม่รวมค่ายาและเวชภัณฑ์ ในขณะที่เดียวกันการจ่ายตามบริการยังเป็นวิธีการที่เชื่อว่าจะให้เสรีภาพในการเลือก

ใช้บริการแก่คนไข้มากที่สุด แต่การจ่ายแบบปลายปิด เช่น การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) เชื่อว่าเป็นวิธีการที่น่าจะควบคุมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้ดีที่สุด และส่วนใหญ่ยังเห็นว่าน่าจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย ส่วนประเด็นอื่นๆ เช่น การทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ และการลดการทำผิดจริยธรรมทางการแพทย์นั้น มีความเห็นคล้อยกันไประหว่างการจ่ายตามบริการ และการเหมาจ่ายรายหัว (ดูตารางที่ 4.3)

2. ความคิดเห็นต่อวิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาล

2.1 ประเภทและวิธีการจ่ายเงินอุดหนุน

ผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นที่หลากหลายมากกว่า โรงพยาบาลควรได้รับการอุดหนุนทางการเงินจากผู้ซื้อบริการที่เป็นหน่วยงานประกันสุขภาพในเรื่องใดบ้าง ส่วนหนึ่งประเมินได้ว่าไม่ตระหนักถึงรูปแบบการอุดหนุนในส่วนที่มาในรูปของงบประมาณ หลายท่านไม่เคยทราบว่าในต่างประเทศมีระบบที่รัฐบาลให้เงินอุดหนุนการลงทุนในบางเรื่องแก่โรงพยาบาลเอกชนด้วย ทำให้ผู้ให้สัมภาษณ์ที่ทำงานในภาครัฐจำนวนหนึ่งไม่แสดงทัศนะในส่วนที่กล่าวถึงการอุดหนุนภาคเอกชน ประเด็นที่สังเกตได้ค่อนข้างชัดเจนคือ การแยกการอุดหนุนเงินลงทุนด้วยวิธีการต่างหากที่ไม่เหมือนหรือไม่รวมอยู่กับค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ เช่นเดียวกับเรื่องค่าใช้จ่ายในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์หรือพยาบาลที่ควรมีการแยกอุดหนุน (ดูตารางที่ 4.4)

2.2 วิธีการจ่ายเงินอุดหนุนกรณีผู้ป่วยใน

ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการมีความเห็นแตกต่างกันบ้างพอสมควร ส่วนมากเห็นว่าการจ่ายเหมาตามรายป่วย (Per-case payment) ตามภาวะหรือโรคที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรครวม (DRGs) เป็นวิธีการที่ยอมรับได้ หลายท่านเห็นว่าควรเสริมด้วยการกำหนดงบประมาณรวม (Global budget) ไว้ด้วย นั่นคือใช้ DRGs เป็นกลไกในการจัดสรรงบประมาณรวม แต่ต้องคำนึงถึงน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight) ของ DRGs ที่อาจแตกต่างกันตามสถานะของโรงพยาบาล

มีผู้ให้สัมภาษณ์หลายท่านที่เห็นว่าน่าจะมีการนำวิธีการจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule) มาปรับใช้ด้วยในบางกรณี นอกจากนี้ยังคงมีผู้เห็นว่าการจ่ายตามบริการ (Fee-for-service หรือ Charge-based payment) ยังอาจนำมาใช้ได้ แต่ทั้งหมดเห็นว่ากระบวนการทบทวนการใช้บริการ (Utilization review) และการตรวจสอบทางการแพทย์ (Medical audit) เป็นกระบวนการที่จำเป็นเพื่อลดปัญหาที่เป็นผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของวิธีการจ่ายข้างต้นทั้งหมดต่อบริการ (ดูตารางที่ 4.5)

2.3 วิธีการที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์สำคัญของบริการทางสุขภาพ

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ยังเห็นว่ารูปแบบการจ่ายเงินอุดหนุนที่ส่งเสริมคุณภาพบริการคือการจ่ายตามบริการ (Fee-for-service) หรือการจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule) มากกว่าการจ่ายเป็นปลายปิด เช่น การใช้งบประมาณรวม (Global budget) หรือการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ซึ่งจะตอบสนองวัตถุประสงค์ในเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้ดีกว่า ในขณะที่ความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการจ่ายที่ต้องการกระตุ้นการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ ให้เสรีภาพในการเลือกใช้บริการ หรือลดการทำผิดจริยธรรมทางการแพทย์ มีความหลากหลายในรูปแบบ ไม่อาจสรุปได้ชัดเจน (ดูตารางที่ 4.6)

3. ความคิดเห็นต่อการกำหนดอัตราการจ่ายเงินและการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการ

ผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นว่า การกำหนดอัตราการจ่ายเงินควรมีการวางระบบให้ชัดเจนและกลไกที่ชัดเจนว่าใครเป็นผู้กำหนด โดยอาจทำในรูปคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยตัวแทนของผู้ทรงคุณวุฒิ ประชาชน ผู้ประกอบวิชาชีพ มีการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยในกลุ่มโรค และระดับและกลุ่มของผู้ให้บริการประเภทต่างๆ ให้ถูกต้อง โดยอาจจัดให้มีงบประมาณสนับสนุนการศึกษาต้นทุนที่ได้มาตรฐานในทุกระดับ และเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาว่าจะตอบแทนและอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการ เช่น โรงพยาบาลระดับต่างๆ ในอัตราเดียวกันหรือแตกต่างกันอย่างไร

นอกจากนี้ ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่ายังควรมีการตรวจสอบ ควบคุม กำกับการใช้จ่ายเงิน และบางท่านมีความเชื่อว่าการจัดระบบบริการและระบบส่งต่อที่ดีจะช่วยให้การจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนต่างๆ ตรงตามความเป็นจริงได้ การประเมินเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่ายไม่ควรใช้ตัวเลขปีต่อปีเพราะจะอ่อนไหวต่อเหตุผิดปกติ และจะทำให้ผู้ให้บริการเข้ามาบิดเบือนได้ง่าย (ดูตารางที่ 4.7)

4. ความคิดเห็นอื่นๆ

ผู้ให้สัมภาษณ์ท่านหนึ่งตั้งคำถามว่าการจัดทำหลักประกันสุขภาพเพื่อให้ครอบคลุมทุกคนนั้น ผู้ที่ได้รับหลักประกันบางกลุ่มจะมาใช้บริการหรือไม่ พร้อมเสนอว่าควรแบ่งกลุ่มของการให้หลักประกันสุขภาพออกเป็น basic coverage คือให้เท่ากันทุกคน หรือควรแบ่งกลุ่มโดยให้รายได้เป็นตัวแบ่ง เช่น ร้อยละ 70 ของประชากรที่สามารถดูแลตัวเองได้ กับอีกร้อยละ 30 ที่รัฐควรกำหนดนโยบายดูแลเฉพาะ และเมื่อได้รับ basic coverage ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนดขึ้นแล้ว ผู้ที่ต้องการสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมก็

สามารถจ่ายเพิ่มเองได้ และยังมีคำถามว่า ในระบบประกันสังคมเคยมีการศึกษาหรือไม่ว่ามีผู้ประกันตนที่ใช้บริการและไม่ใช้บริการเป็นสัดส่วนเท่าไร

5. สรุป

การศึกษาข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีทั้งตัวแทนที่เป็นผู้ให้บริการภาครัฐ ภาคเอกชน และหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการประกันสุขภาพที่เป็นผู้ซื้อบริการของรัฐชี้ให้เห็นว่าวิธีการจ่ายค่าตอบแทนและจ่ายเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการเป็นประเด็นที่มีข้อควรคำนึงหลายด้าน แม้คิดดังกล่าวดังสะท้อนออกมาจากความเห็นที่หลากหลายไม่ตรงกันในหลายประเด็น ทั้งนี้อาจขึ้นกับประสบการณ์และมุมมอง ความคิดเห็นต่อวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการสุขภาพอาจเป็นเงินเดือน (Salary) การจ่ายตามบริการ (Fee for service) การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule) ตลอดจนการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) สามารถเป็นทางเลือกสำหรับการจ่ายค่าตอบแทนสำหรับการบริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิได้ การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule) น่าจะเป็นทางเลือกสำหรับการจ่ายค่าตอบแทนการบริการแพทย์เฉพาะทาง โดยมีข้อสังเกตว่า การจ่ายตามบริการอาจส่งเสริมคุณภาพของบริการได้ดีกว่า แต่การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวที่มีการแยกเรื่องยาออกมา น่าจะสามารถทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลในระยะยาวได้เช่นกัน และยังสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี

การจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลสำหรับบริการผู้ป่วยในที่อาจเป็นทางเลือกที่ดีได้ อาจเป็นการใช้งบประมาณรวม (Global budget) ร่วมกับการจัดสรรเงินตามภาระงาน โดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups, DRGs) หรือจ่ายต่อรายของการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (Per-case payment) โดยใช้ DRGs และการใช้รายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule) โดยที่ผู้เห็นว่าการเหมาจ่ายรายหัวเป็นทางเลือกในการจ่ายด้วยเช่นกัน

มีข้อสังเกตว่า ผู้ให้สัมภาษณ์หลายท่านยังสับสนเกี่ยวกับการจ่ายเงินโดยใช้ DRGs ระหว่างการจ่ายต่อรายของการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล กับการใช้ DRGs เป็นเครื่องมือในการจัดสรรงบประมาณรวม

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเลือกวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการในรูปแบบใด ความเห็นจากผู้ให้สัมภาษณ์ชี้ว่า ระบบและกลไกในการกำกับและตรวจสอบการเบิกจ่าย รวมถึงการทบทวนการใช้บริการ (Utilization review) เป็นเรื่องจำเป็น การกำหนดอัตราของค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนที่มีความถูกต้อง และสะท้อนต้นทุนที่แท้จริงเป็นเรื่องสำคัญมากเช่นกัน ซึ่งฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องควรเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดอัตราดังกล่าว

ตารางที่ 4.1 ความคิดเห็นต่อวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ในการดูแลรักษาทั่วไปในระดับ Primary medical care

	วิธีการจ่าย และท่ามเลือกหรือไม่เลือกวิธีการดังกล่าว	“อย่างไร ถ้าต้องเลือกใช้”
โรงพยาบาลศิริราช	จ่ายเป็นเงินเดือน (Salary payment) ร่วมกับจ่ายเป็นครั้งในอัตราคงที่ (Per-visit payment) และจ่ายเหมาตามรายป่วย (Per-case payment)	เก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลทั้งต้นทุน ผลลัพธ์ และความพึงพอใจ
โรงพยาบาลรามธิบดี	เลือกจ่ายเป็นเงินเดือน (Salary payment) อันดับแรก เพื่อเป็นหลักประกันรายได้ และเลือกจ่ายตามรายการที่กำหนด (Fee schedule) เพื่อเป็นแรงจูงใจแก่แพทย์	ควบคุมโดยจัดเวลาการทำงานแก่แพทย์ และกำหนดจำนวนผู้ป่วยสูงสุดต่อวัน มาตรการเสริมคือใช้การตรวจสอบมาตรฐานการปฏิบัติงานของแพทย์โดยทำ medical reviewed ในกรณีที่ตรวจแล้วพบว่าแพทย์ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงจะมีการตัดจำนวน per-visit ออกไป
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	จ่ายตามบริการ (Fee-for-service) + จ่ายเหมาตามรายป่วย (Per-case payment)	มีระบบการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง
โรงพยาบาลชลบุรี	เลือกจ่ายตามบริการ (Fee-for-service) เนื่องจากการจ่ายดังกล่าวยุติธรรม	กำหนดค่ารักษาตามกลุ่มโรค
โรงพยาบาลอำนาจเจริญ	เลือกจ่ายตามบริการ (Fee-for-service) และเลือกจ่ายเป็นเงินเดือน (Salary payment) เพื่อให้แพทย์เลือกที่จะทำงานในระดับ primary medical care	การใช้ร่วมกันกับการจ่ายเป็นเงินเดือน จะทำให้สามารถควบคุมการรักษาที่ over หรือ under ได้
โรงพยาบาลเทพา	เหมาจ่ายเป็นรายหัว (Capitation payment) เนื่องจากการต้นทุนการบริหารจัดการต่ำสุด	ต้องมีกลไกควบคุมกำกับมาตรฐานและการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
โรงพยาบาลบางกรวย	จ่ายเป็นเงินเดือน (Salary payment) และจ่ายเป็นครั้งในอัตราคงที่ (Per-visit payment) เพื่อให้เกิดความรู้สึกรับประกัน และจูงใจ	ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนจ่ายร่วม (co-payment)
โรงพยาบาลสำโรง	จ่ายเป็นครั้งในอัตราคงที่ (Per-visit payment) และจ่ายตามรายการที่กำหนด (Fee schedule) จ่ายเป็นครั้งกรณีผู้ป่วยนอกทั่วไป และจ่ายตามรายการกรณีทำหัตถการเป็นเรื่อง ๆ กรณีเฉพาะเรื่องการกำหนดอัตราคงที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายได้ แต่ผู้ป่วยอาจพบปัญหา under treatment	● วางมาตรฐานบริการผู้ป่วยนอกในโรคเฉพาะ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มีแนวทางชัดเจนเป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบ ให้โรงพยาบาลตรวจสอบวิธีการ Practice ของแพทย์เพื่อควบคุมต้นทุน ถ้า visit ไม่สูงเกินไปก็ไม่น่าจะจูงใจ การแยก 1st กับ F/U จะยุ่งยากในด้านธุรการ เกิดระบบตรวจสอบมากเกินไป การตรวจสอบหัตถการพอแยกได้ ถ้าไม่ใช้อัตราที่สูงเกินไป ไม่น่าจะมีปัญหามาก
โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	1) contract กับแพทย์โดยตรง หรือ 2) มี 3 rd party payer หรือ 3) โรงพยาบาลจ่าย	จ่ายแพทย์เฉพาะผู้ป่วยนอก กระตุ้นให้แพทย์มีการรวมกลุ่ม ไม่อยากให้โรงพยาบาลสาขาก และไม่อยากให้โรงพยาบาลเอาเปรียบ ขณะนี้ทุกอย่างอยู่ที่โรงพยาบาลจัดการทั้งหมด
นักวิชาการในสำนักงานประกันสุขภาพ	เหมาจ่ายเป็นรายหัว (Capitation payment) ร่วมกับจ่ายเป็นครั้งในอัตราคงที่ (Per-visit payment) เพื่อดูแลรับผิดชอบในทุกด้านของการบริการ และเพื่อสร้างแรงจูงใจในการให้บริการ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ฯลฯ	● แยกค่าออกจากอัตราเหมาจ่าย ● จ่ายเสริมสำหรับส่วนที่ต้องการให้มีการให้บริการที่เพิ่มขึ้น ● มี schedule ชัดเจนในการจ่ายเป็นครั้ง
ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม	เหมาจ่ายรายหัว (Capitation payment) ทำให้แพทย์ได้รายได้ตามจำนวนหัวคนไข้ มีแรงจูงใจให้คนไข้ที่ลงทะเบียนกับตนให้ดี ส่งเสริมการดูแลระยะยาว รู้จักกับคนไข้ดี โดยเฉพาะหากไม่ต้องรับผิดชอบค่ายา ควรเลิกจ่ายเป็นเงินเดือน	หากค่าเหมาจ่ายรายหัวไม่รวมค่ายาไว้ จะช่วยได้มาก ไม่น่าจะมีผลกระทบต่อคุณภาพการรักษา หรือมีก็น้อยมาก ยกเว้นกรณีแพทย์ท่านนั้นไม่มีจริยธรรมหรือไม่มีความรับผิดชอบจริง ๆ แต่ถ้าไม่แยกค่ายาออกไปเชื่อว่าจะต้องมีกลไกติดตามเรื่องคุณภาพมากขึ้นซึ่งทำได้ยาก

ตารางที่ 4.2 ความคิดเห็นต่อวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ในการส่งปรึกษาเพื่อรับการดูแลรักษาเฉพาะทาง

	วิธีการจ่าย และทำมเลือกหรือไม่เลือกวิธีการดังกล่าว	“ตัวอย่างโร ถ้าต้องเลือกใช้”
โรงพยาบาลศิริราช	จ่ายตามบริการ (Fee-for-service) และจ่ายเหมาตามรายป่วย (Per-case payment)	● ติดตามประเมินอย่าให้ induce demand ● ติดตามประเมินและต้องมีข้อมูลที่ดีตั้งแต่แรก
โรงพยาบาลรามธิบดี	จ่ายเป็นเงินเดือน (Salary payment) และจ่ายเหมาตามรายป่วย (Per-case payment) เพื่อให้เกิดความผูกพันกับผู้ป่วย การมาทำหัตถการอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นการทำงานอย่างฉาบฉวย หรืออาจจ่ายตามรายการที่กำหนด (Fee schedule) ก็ได้	กรณีแพทย์มีชื่อเสียง จะมีการให้ค่าตอบแทนสูงกว่าปกติ โดยทั่วไปจะแบ่งออกเป็น OPD per-visit และ IP case ซึ่งต้องดูเรื่อง case mix severity ปรับค่าตอบแทน ดูผู้ป่วยทั้งคน โดยใช้น้ำหนักของโรคต่อรายแบ่งเป็น mild moderate และ severe add on salary
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	จ่ายตามรายการที่กำหนด (Fee schedule) และ DRGs + extra charge 15 % เช่น การรักษาโรคมะเร็งที่โรงพยาบาลต่างจังหวัดกับโรงเรียนแพทย์ ความยากของโรคและ complication จะแตกต่างกัน	
โรงพยาบาลชลบุรี	จ่ายตามบริการ (Fee-for-service)	
โรงพยาบาลอำนาจเจริญ	จ่ายตามรายการที่กำหนด (Fee schedule) ร่วมกับจ่ายเป็นกรณีตามภาวะโรค (Per-case payment) และจ่ายเป็นเงินเดือน (Salary payment)	การใช้หลายวิธีร่วมกันจะช่วยให้การควบคุมกำกับในแง่คุณภาพบริการ
โรงพยาบาลเทพา	จ่ายตามรายการที่กำหนด (Fee schedule)	Medical Audit + Review
โรงพยาบาลบางกรวย	จ่ายเป็นเงินเดือน (Salary payment) และจ่ายเป็นครั้งในอัตราคงที่ (Per-visit payment)	
โรงพยาบาลสำโรง	จ่ายตามรายการที่กำหนด (Fee schedule) จ่ายเหมาตามรายป่วย (Per-case payment) กำหนดอัตราเหมาต่อครั้ง มีช่องทางให้เขียนขอเพิ่มได้เช่นเดียวกับผ่าตัด ขอเพิ่มได้ มีระบบ relative value ขออนุมัติจากผู้อำนวยการ ในกรณีตามภาวะโรค (Per-case payment) ใช้กับ IPD คนไข้เป็นบางโรค เช่น คลอดเหมาจ่าย Hernia ริดสีดวงทวาร มักใช้กับโรคง่าย ๆ	Per-case payment เป็นเรื่องเฉพาะที่ติดตามจ่ายในช่วงระยะที่จำกัด เห็นบริการ หรือใช้ทรัพยากรที่ชัดเจน
โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	1) contract กับแพทย์โดยตรง หรือ 2) มี 3 rd party payer หรือ 3) โรงพยาบาลจ่าย	
นักวิชาการในสำนักงานประกันสุขภาพ	จ่ายตามรายการที่กำหนด (Fee schedule) สร้างแรงจูงใจในการให้บริการ	มี global budget คุมอีกครั้ง
ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม	จ่ายตามรายการที่กำหนด (Fee schedule) ซึ่งถ้ามีการกำหนดอัตราที่ชัดเจนจะทำให้เกิดความสบายใจและเป็นที่ยึดถือกันได้มากกว่า แต่ละเรื่องอาจมีความแตกต่างกัน	ควรมีกฎเกณฑ์กำกับกับการจ่ายที่ชัดเจน

ตารางที่ 4.3 วิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์สำคัญ

	วัตถุประสงค์หลัก/ วิธีการจ่ายค่าตอบแทน					
	ส่งเสริมคุณภาพการบริการ	ควบคุมค่าใช้จ่าย ทางการแพทย์	กระตุ้นให้บริการส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรค	ทำให้เกิดความต่อเนื่องของ การดูแลสุขภาพ	ให้เสรีภาพในการเลือกใช้ บริการแก่คนไข้	ลดการทำผิดจริยธรรม ทางการแพทย์
โรงพยาบาลศิริราช	Fee-for-service	Capitation	Capitation	-	Fee-for-service	Salary
โรงพยาบาลรามธิบดี	-	Fee schedule, Per-visit, Per-case, Capitation ผู้ป่วยต้อง co-payment	Capitation	-	Fee-for-service, Salary	-
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	Fee-for-service	Capitation	Capitation	Fee-for-service	Fee-for-service	Fee-for-service
โรงพยาบาลชลบุรี	-	-	-	-	-	-
โรงพยาบาลอำนาจเจริญ	Fee-for-service	Per-case payment	Per-visit payment, Per-case payment	Capitation	Capitation	Capitation, Fee-for-service
โรงพยาบาลเทพา	-	-	-	-	-	-
โรงพยาบาลบางกรวย	Fee-for-service	Capitation	Capitation	Fee-for-service	Per-visit payment	-
โรงพยาบาลสำโรง	Fee-for-service, Fee schedule	Capitation, Per-case payment	จ่ายเฉพาะกิจกรรมเป็น session ต่าง ๆ ไม่ปะปน กับ curative	การ monitor คุณภาพ แล้วให้เงินเพิ่มตามคะแนน ที่ monitor จะได้ผลดีกว่า อาจทำเป็นเรื่องเฉพาะโรค	ไม่ควรเลือกความสัมพันธ์ ทำให้เกิด Over ควรจะมี gap อยู่บ้าง	Fee schedule โดยตั้งค่า ตอบแทนไม่ให้สูงนักโดย เฉพาะผ่าตัดใหญ่
โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	-	-	อยู่ที่ความรู้และการจัดการ	-	-	-
นักวิชาการในสำนักงาน ประกันสุขภาพ	Fee-for-service	Global budget โดยใช้ performance เป็นcriteria	Per-visit payment	Capitation	Fee-for-service with Global budget (point system)	ไม่คิดว่าจะมีวิธีจ่ายแบบใด ลดได้
ผู้อำนวยการกองประสานการ แพทย์ สำนักงานประกันสังคม	Capitation (ถ้าไม่รวมค่ายา)	Capitation (แม้เป็น inclusive ก็ได้)	Capitation	Capitation	Fee-for-service	ใกล้เคียงกันในทุกวิธี Capitation น่าจะดีกว่า

ตารางที่ 4.4 โรงพยาบาลควรได้รับเงินอุดหนุนหรือค่าตอบแทนการบริการในด้านใดบ้าง และด้วยวิธีการใดหากมีการจ่ายโดยบุคคลที่ 3 (รัฐบาล กองทุนประกันสุขภาพ หรือ ประกันสุขภาพเอกชน)

	การได้รับการอุดหนุน/ รูปแบบการจ่าย						
	ค่าใช้จ่ายการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยโดยตรง	การลงทุนในเทคโนโลยีเครื่องมือทางการแพทย์	การลงทุนในสิ่งก่อสร้างอาคาร สถานที่	ค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล)	ค่าใช้จ่ายกรณีที่มีการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์หรือพยาบาล	ค่าใช้จ่ายในการทำวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์	เงินอุดหนุนกิจกรรมการกุศลและสาธารณะประโยชน์อื่น ๆ
โรงพยาบาลศิริราช							
รัฐ	Per-case payment, Capitation	ควรได้รับ	ควรได้รับ	ควรได้รับ	ทบวงมหาวิทยาลัยเป็น Capitation	ควรได้รับต่อเนื่อง	Global budget
โรงพยาบาลรามาธิบดี							
รัฐ (หลักเกณฑ์คือให้เท่ากับค่าใช้จ่ายจริงไม่มีปัญหาแต่ถ้าไม่สะท้อนทุนต้องสนับสนุนช่วยเหลือ โดยคิดเป็นร้อยละต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด)	OPD-pervisit, IPD-percase หรือ Fee schedule	Program budgeting มี performance indicators	Program budgeting มี performance indicators	Basic salary + incentive (use workload+ performance)	Unit cost per head count	Research grant	Percentage of total expenditure
เอกชน (ลดาภาชี)	-	-	-	-	-	-	-
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์							
รัฐ	Fee-for-service + Per-case payment โดยมี Relative weight ต่างกัน มีข้อมูลตาม DRGs	ร้อยละของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ	ร้อยละของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ	-	รับจากมหาวิทยาลัย	-	-
เอกชน	-	-	-	-	เหมือนรัฐ	-	-

ตารางที่ 4.4 โรงพยาบาลควรได้รับเงินอุดหนุนหรือค่าตอบแทนการบริการในด้านใดบ้าง และด้วยวิธีการใดหากมีการจ่ายโดยบุคคลที่ 3 (รัฐบาล กองทุนประกันสุขภาพ หรือ ประกันสุขภาพเอกชน) (ต่อ)

	การได้รับการอุดหนุน/ รูปแบบการจ่าย						
	ค่าใช้จ่ายการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยโดยตรง	การลงทุนในเทคโนโลยีเครื่องมือทางการแพทย์	การลงทุนในสิ่งก่อสร้างอาคาร สถานที่	ค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์พยาบาล)	ค่าใช้จ่ายกรณีที่มีการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์หรือพยาบาล	ค่าใช้จ่ายในการทำวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์	เงินอุดหนุนกิจกรรมการกุศลและสาธารณะประโยชน์อื่น ๆ
โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี							
รัฐ	โดยตรงกับแพทย์	-	-	โดยตรงกับผู้รับเงิน	โดยตรงกับผู้รับเงิน	ควรอุดหนุน (ถ้ามี)	ควรอุดหนุน (ถ้ามี)
เอกชน	โดยตรงกับแพทย์	-	-	โดยตรงกับผู้รับเงิน	โดยตรงกับผู้รับเงิน	ควรอุดหนุน (ถ้ามี)	ควรอุดหนุน (ถ้ามี)
โรงพยาบาลอำนาจเจริญ							
รัฐ	ประกันสุขภาพเอกชนตามค่าใช้จ่ายจริง	รัฐบาลหรือกองทุนประกันสุขภาพตามปริมาณผู้รับบริการ	รัฐบาลตามปริมาณผู้รับบริการ	รัฐบาลตามปริมาณผู้รับบริการ	รัฐบาลตามนโยบายและปริมาณงาน	กองทุนประกันสุขภาพตามค่าใช้จ่ายจริง	กองทุนประกันสุขภาพตามค่าใช้จ่ายจริง
เอกชน	ประกันสุขภาพเอกชนตามค่าใช้จ่ายจริง	-	-	-	-	กองทุนประกันสุขภาพตามค่าใช้จ่ายจริง	กองทุนประกันสุขภาพตามค่าใช้จ่ายจริง
โรงพยาบาลเทพา							
รัฐ	Fee schedule	Fee schedule	-	Salary + Capitation + Performance based + Bonus	Capitation	จ่ายเป็น Project พิจารณาจาก proposal + cutpoint	ควรอุดหนุน (ถ้ามี)
เอกชน	เหมือนรัฐ	เหมือนรัฐ	-	-	-	-	ควรอุดหนุน (ถ้ามี)
โรงพยาบาลบางกรวย							
รัฐ	Capitation ตรวจสอบผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล	Capitation ตรวจสอบระบบบัญชีงบลงทุน: การจัดสรรทั้งหมด	Capitation ตรวจสอบระบบบัญชีงบลงทุน: การจัดสรรทั้งหมด	Salary + DF + Per-visit ดูข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย	Capitation	คำวิจัยต่อเรื่อง มีอิสระในการใช้เงิน	-
เอกชน	เหมือนรัฐ	-	-	-	เหมือนรัฐ	เหมือนรัฐ	-

ตารางที่ 4.4 โรงพยาบาลควรได้รับเงินอุดหนุนหรือค่าตอบแทนการบริการในด้านใดบ้าง และด้วยวิธีการใดหากมีการจ่ายโดยบุคคลที่ 3 (รัฐบาล กองทุนประกันสุขภาพ หรือ ประกันสุขภาพเอกชน) (ต่อ)

	การได้รับการอุดหนุน/ รูปแบบการจ่าย						
	ค่าใช้จ่ายการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยโดยตรง	การลงทุนในเทคโนโลยีเครื่องมือทางการแพทย์	การลงทุนในสิ่งก่อสร้างอาคาร สถานที่	ค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์พยาบาล)	ค่าใช้จ่ายกรณีที่มีการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์หรือพยาบาล	ค่าใช้จ่ายในการทำวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์	เงินอุดหนุนกิจกรรมการกุศลและสาธารณะประโยชน์อื่น ๆ
โรงพยาบาลสำหรับเอกชน	ไม่ต้องอุดหนุน	น่าจะอุดหนุน ต้องมีกฎเกณฑ์ในการประเมินความคุ้มค่าก่อนที่จะลงทุน	ไม่ต้องอุดหนุน	จ่ายไปให้โรงพยาบาลจัดการเองแต่ขอให้อัตราดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลอยู่ได้	ไม่ต้องอุดหนุน	ไม่ต้องอุดหนุน	ไม่ต้องอุดหนุน
โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	หากคิดว่าทรัพยากรเป็นของชาติ ไม่ว่าเจ้าของจะเป็นรัฐหรือเอกชน คงต้องใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและการสนับสนุนก็คงอยู่บนพื้นฐานเดียวกัน						
นักวิชาการในสำนักงานประกันสุขภาพ							
รัฐ	Performance และ Per-case เป็น DRGs มี global budget ควบคุม, มีระบบข้อมูลที่ดี, มีการตรวจสอบที่ดี	ตามต้นทุนแต่ละรายการ	ตามต้นทุนการก่อสร้าง มีการควบคุมการกระจาย และการมีเครื่องมือราคาแพง เหมือนรัฐ	จ่ายจากรายรับของตนเอง	เงินอุดหนุนรายหัวตามต้นทุน	เงินอุดหนุนตามโครงการ	-
เอกชน	เหมือนรัฐ	เหมือนรัฐ	-	เหมือนรัฐ	เหมือนรัฐ	เหมือนรัฐ	-

ตารางที่ 4.4 โรงพยาบาลควรได้รับเงินอุดหนุนหรือค่าตอบแทนการบริการในด้านใดบ้าง และด้วยวิธีการใดหากมีการจ่ายโดยบุคคลที่ 3 (รัฐบาล กองทุนประกันสุขภาพ หรือ ประกันสุขภาพเอกชน) (ต่อ)

	การได้รับการอุดหนุน/ รูปแบบการจ่าย						เงินอุดหนุนกิจกรรมการกุศลและสาธารณะประโยชน์อื่น ๆ
	ค่าใช้จ่ายการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยโดยตรง	การลงทุนในเทคโนโลยีเครื่องมือทางการแพทย์	การลงทุนในสิ่งก่อสร้างอาคาร สถานที่	ค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล)	ค่าใช้จ่ายกรณีที่มีการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์หรือพยาบาล	ค่าใช้จ่ายในการทำวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์	
ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม							
รัฐ	Global budget และ Per-case payment โดย Global budget ต้องไม่น้อยเกินไป	รัฐลงทุนให้หากเอกชนในพื้นที่ยังไม่มีการลงทุน หากมีแล้วให้ใช้ร่วมกัน	รัฐยังคงลงทุนให้กับโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ เพื่อลดปัญหาการค้างเงินจากผู้ให้บริการ	ให้เป็น Block grant เพื่อให้อิสระและความรับผิดชอบไปดูแลตนเอง	จัดเก็บค่าเล่าเรียนร่วมกับรัฐอุดหนุนเป็น Block grant โดยมี Performance indicator ที่ชัดเจน	เป็นงบประมาณต่างหาก	ถือเป็นภาระของรัฐบาลที่จะอุดหนุนโดยเฉพาะกรณีแรงงานต่างด้าวหรือผู้ยากไร้ เพราะถือว่าสะท้อนความบกพร่องของส่วนราชการของรัฐเอง
เอกชน	เหมือนรัฐ	เอกชนลงทุนเองโดยประเมินความคุ้มค่า	ไม่ต้องลงทุนให้	ไม่มี		เหมือนรัฐ	

ตารางที่ 4.5 วิธีการใดเหมาะสมที่สุดในการจ่ายค่าบริการแก่โรงพยาบาลในกรณีของบริการผู้ป่วยใน

	วิธีการจ่าย และทำไมเลือกหรือไม่เลือกวิธีการดังกล่าว	“อย่างไร ถ้าต้องเลือกใช้”
โรงพยาบาลศิริราช	จ่ายเป็นกรณีตามรายป่วย (Per-case payment) เช่น Diagnosis-related groups (DRGs) และจ่ายเป็นงบประมาณเหมารวม (Global budget)	-
โรงพยาบาลรามธิบดี	จ่ายตามรายการที่กำหนด (Fee schedule) ซึ่งอาจก่อให้เกิดประสิทธิภาพถ้าไม่ควบคุม activity และจ่ายเป็นกรณีตามรายป่วย (Per-case payment) เช่น DRGs	Grading severity ให้เหมาะสม ละเอียด และยุติธรรม ควบคุมจาก readmission rate, monitor outcome โดยการทำให้ Medical audit
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	Fee-for-service/ Charge-based payment สำหรับ 3 ^o care ที่มีวิธีการรักษาแตกต่างกัน ร่วมกับ Fee schedule ในกลุ่มโรค routine เช่น Dialysis และ Per-case payment เช่น DRGs โดยมี RW แตกต่างกันตามระดับบริการว่าเป็นมหาวิทยาลัยหรือทั่วไป	Medical review, Audit
โรงพยาบาลชลบุรี	จ่ายตามบริการ Fee-for-service/ Charge-based payment	มีการ audit และเรียกคืน
โรงพยาบาลอำนาจเจริญ	จ่ายตามรายการที่กำหนด (Fee schedule) และจ่ายเป็นกรณีตามรายป่วย (Per-case payment) เช่น DRGs	มีการตรวจสอบรายการที่ใช้จ่ายเกินจำเป็นโดยควบคุมค่าต่ำสุดและสูงสุดกำกับแต่ละรายการ เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลได้ โรคจะเป็นตัวกำหนดความจำเป็นในการเข้านอนในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลจะเป็นตัวควบคุม
โรงพยาบาลเทพา	จ่ายเป็นกรณีตามรายป่วย (Per-case payment) เช่น DRGs	audit
โรงพยาบาลบางกรวย	Per-case payment เช่น DRGs ในการ refer ระหว่างโรงพยาบาล และจ่ายเป็น Global budget กรณี case ปกติ จ่ายต่อการบริหาร	-
โรงพยาบาลสำโรง	Fee schedule นำสนใจโรคที่มีอะไรเพิ่มเติมเข้ามา Per-diem payment นำสนใจดี Per-case payment อาจทำได้ในบางโรคที่ยังไม่ซับซ้อน	Utilization review ดู admission หรือมี General guideline สำหรับโรคต่าง ๆ เพราะจะมี admit for investigation ต้องมีแบบฟอร์มที่ชัดเจน เช่น Fever caused หรือ Diarrhea ต้อง practical
โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	Capitation การจ่ายด้วย DRGs หรือ Fee for service มีปัญหาเรื่องความเหมาะสมของราคา ค่าบริการ และความยุ่งยากของผู้ปฏิบัติเนื่องจากต้องมี document มาก	Capitate ทุกคนเหมาะสมหรือไม่เป็นคำถามที่สำคัญ เนื่องจาก resource ที่ใช้ไป เป็นการใช้ที่ไม่จำเป็น เมื่อมีการ capitate เงินถูกใช้ไปแล้วถึงแม้จะเป็น simple way แต่เมื่อต้องใช้กับโรคจริง ๆ เงินอาจจะถูก dilute จนไม่พอเพียงที่จะรักษาได้อย่างเต็มที่
นักวิชาการในสำนักงาน ประกันสุขภาพ	Fee schedule สำหรับบริการที่มีราคาแพง เช่น Chemo, Radiation, กายอุปกรณ์ต่าง ๆ Per-case payment เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายและควบคุมบริการ เกินจำเป็น และ Global budget โดยมี DRGs เป็น criteria ในการจ่าย	ต้องมี utilization review สำหรับกรณี Fee schedule และ Global budget ต้องมีระบบข้อมูลที่ดี ระบบการตรวจสอบ สำหรับกรณี Per-case payment
ผู้อำนวยการกองประสานการ แพทย์ สำนักงานประกันสังคม	จ่ายเป็นงบประมาณเหมารวม (Global budget) โดยมีการจ่ายเป็นกรณีตามรายป่วย โดยใช้ DRGs เป็นตัวจัดสรร	ต้องมีการทำ Utilization review และการตรวจสอบติดตาม (Audit)

ตารางที่ 4.6 วิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์สำคัญ

	วัตถุประสงค์หลัก/ วิธีการจ่ายค่าตอบแทน					
	ส่งเสริมคุณภาพ การบริการ	ควบคุมค่าใช้จ่ายทาง การแพทย์	กระตุ้นให้บริการ ส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค	ทำให้เกิดความต่อเนื่อง ของการดูแลสุขภาพ	ให้เสรีภาพในการเลือกใช้ บริการแก่คนไข้	ลดการทำผิดจริยธรรม ทางการแพทย์
โรงพยาบาลศิริราช	วัตถุประสงค์สำคัญควรเป็นเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของประชาชนบนรากฐานแห่งความเป็นธรรมสำหรับทั้งสถานพยาบาลผู้ป่วยและสังคมถ้าวัตถุประสงค์เป็นเช่นนี้ ก็จะพบว่าข้อวิธีใด ๆ ไม่สำคัญเท่าการใช้วิธีอื่นและจริยธรรมของผู้ใช้					
โรงพยาบาลรามธิบดี	HA คิดค่าอบรมให้ต่ำลง รัฐควรสนับสนุนให้เต็มที่ ไม่ใช้ให้องค์กรมาหาเงินเอง	-	Program subsidize และวัดผลให้ชัดเจน	-	-	-
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	Fee-for-service	Fee-for-service (ที่มีการกำกับควบคุม)	Fee-for-service	Fee-for-service	Fee-for-service	Fee-for-service
โรงพยาบาลชลบุรี	-	-	-	-	-	-
โรงพยาบาลอำนาจเจริญ	Fee-for-service และ Per-case payment	Fee-schedule และ Per-case payment	Capitation	Per-case payment	Per-case payment	-
โรงพยาบาลเทพา	Fee schedule	Fee schedule	Fee schedule	Fee schedule	-	-
โรงพยาบาลบางกรวย जननपुरी	-	-	-	-	-	-
โรงพยาบาลสำโรง	Fee schedule	Capitation, Per-case payment	วิธีจ่ายไม่มีผล อยากดั่งให้ตามเนื้องาน	ไม่มีผล	ไม่มีผล	
โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	การให้เป็น Capitation โดยที่ต้นทุนไม่สะท้อนความเป็นจริงทำให้การให้บริการแตกต่างกันอย่างแน่นอนไม่ว่าจะเป็นยา หรือคุณภาพบริการ					
นักวิชาการในสำนักงาน ประกันสุขภาพ	-	Global budget under performance based	Per-visit payment	Capitation	รัฐเป็นผู้ลงทุนสนับสนุน	-
ผู้อำนวยการกองประสานการ แพทย์ สำนักงานประกันสังคม	Global budget + DRGs (เงินต้องพอ)	Global budget + DRGs	Capitation	Capitation	Global budget + DRGs	Global budget + DRGs

ตารางที่ 4.7 การตั้งอัตราการจ่ายเงินควรใช้กระบวนการอย่างไร ผู้ให้บริการควรมีส่วนร่วมหรือไม่อย่างไร

	ความเห็น
โรงพยาบาลศิริราช	1. ควรมีการศึกษาที่ดี จำนวนมากพอ หลาย subgroup ให้ถูกต้องก่อน ควรมีการวัดผลการรักษาด้วย 2. ควรเก็บ co-payment จากผู้ป่วย
โรงพยาบาลรามธิบดี	● วางระบบให้ชัดเจน ใครเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ใครเป็นผู้กำหนดต้นทุนหรือราคา ประชาชนต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้ต้องชัดเจนเชิงระบบ รัฐพัฒนาระบบ Payment mechanism ที่ให้ประชาชนทุกคนมีระบบประกันสุขภาพ สร้างระบบการออมเพื่อนำไปใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วยเช่น สิงคโปร์ เพื่อให้เกิดความรู้สึกร่วมในการดูแลป้องกันโรค ● มีการจัดบริการ referral system โดยแบ่งเป็น region level ใน primary care การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นอีกระดับ ต้นทุนต่อหน่วยบริการในแต่ละระดับควรเป็นเท่าไร ระบบที่ดีจะช่วยให้การตอบแทนเหมาะสมตรงตามความเป็นจริง ถึงแม้จะหาวิธีการจ่ายเงินที่ดีแต่ถ้าระบบไม่เกิดก็ไม่มีความประโยชน์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	1. fee for service เปลี่ยนเป็นอัตราค่ารักษา review charge price ตาม unit cost 2. DRGs ปรับ Weight RW ให้ถูกต้อง 3. Per-cap review อัตราค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยตามความเป็นจริง โดยกำหนดใช้ per-visit มากกว่าจะใช้ต่อหัว 4. ควรมีงบประมาณสนับสนุนการจัดทำ Unit cost ที่ได้มาตรฐาน ทุกระดับ 5. charge cost ควรเป็นเท่าไร หรือตาม unit cost 6. guideline การรักษาพยาบาล 7. ต้องผลักดัน global budget
โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี	ผู้ให้บริการควรมีส่วนร่วม
โรงพยาบาลเทพา	กำหนดให้มีคณะกรรมการในระดับต่าง ๆ อย่างน้อยในระดับอำเภอ มีตัวแทนของผู้ซื้อบริการ ผู้ให้บริการ ผู้ทรงคุณวุฒิ วิชาชีพ ประชาชน คณะกรรมการมีหน้าที่ตรวจสอบ ควบคุมกำกับ การใช้จ่ายเงิน กำหนดอัตราค่าบริการ minimum guarantee + add level ส่วนใหญ่ → co-payment ป้องกัน overuse ส่วนน้อยใช้สิทธิ สปร.
โรงพยาบาลบางกรวย	1. ภาระที่รับผิดชอบเป็นประชาชนในพื้นที่ (population) 2. ผลงานในอดีต โดยงบประมาณควรจ่ายเป็นก้อน โดยผู้บริหารสามารถใช้จ่ายที่เหลือดำเนินการได้ แต่ต้องกำหนดหลักเกณฑ์
โรงพยาบาลสำโรง	1. ทำ list ของ Fee schedule ของกิจกรรมต่าง ๆ ออกมา แล้วทำประชาพิจารณ์ ดูภาพรวมของทั้งประเทศเพื่อให้เกิดความเหมาะสมจึงให้ทำงานพอสมควร 2. ค่าบริการของโรงพยาบาลอาจทำในลักษณะเดียวกันได้ 3. การใช้วิธีการจ่ายเงินที่มีปัญหาที่ขัดกันไม่น่าจะดีในระยะยาว ใช้วิธีการตรวจสอบการให้บริการโดยตรง เพราะถ้าให้โรงพยาบาลชี้ แพทย์จะใช้หลักการแพทย์ มีคนมา involve จากฝ่ายธุรกิจ ซึ่งไม่ควรจะเป็นตามแนววิชาการ ให้อ้างหรือปฏิเสธไม่ได้

ตารางที่ 4.7 การตั้งอัตราการจ่ายเงินควรใช้กระบวนการอย่างไร ผู้ให้บริการควรมีส่วนร่วมหรือไม่อย่างไร (ต่อ)

	ความเห็น
โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	● การ reimbursement ในประเทศที่พัฒนาแล้วยังมีปัญหาไม่มีใครสามารถแก้ปัญหาได้ ในสหรัฐอเมริกาพบปัญหา over utilization ในขณะที่อังกฤษ ก็พบปัญหาคิวยาวมาก รอผ่าตัดถึง 3 ปี ขณะนี้มีบริษัทประกันติดต่อเพื่อผ่าตัดเปลี่ยน HIP ซึ่งปัจจุบันทำได้ทันทีไม่ต้องคอย ● ไม่เห็นด้วยกับการจ่ายอัตราเดียวกันทั่วประเทศ เช่น พื้นที่ต่างกันควรแตกต่างกัน ในกรุงเทพฯควรสูงกว่าต่างจังหวัด ● capitation เป็นวิธีการที่เหมาะสม แต่ติดปัญหาเรื่องต้นทุนคือต้นทุนควรเป็นต้นทุนที่ไม่เท่ากันในการสนับสนุนทรัพยากรทั้งรัฐและเอกชน ● ควรมีการศึกษาว่าค่าใช้จ่ายจริงควรจะเป็นเท่าไร การกำหนดของสำนักงานประกันสังคมในปัจจุบันเป็น 1,100 หรือ 800 บาท เอาอะไรมาเป็นตัวกำหนด โรงพยาบาลไม่สามารถจัดบริการได้ ที่รัฐทำได้เนื่องจากใช้ทรัพยากรอื่นมาช่วย ตัวเลขที่คิดว่าเอกชนทำได้ในขณะนี้ มีบริษัทจากประเทศออสเตรเลียมาศึกษาไว้อยู่ที่ 2,500 บาท ซึ่งจะทำให้ไม่เกิด double standard
นักวิชาการในสำนักงานประกันสุขภาพ	ในการกำหนดอัตราควรให้นักเศรษฐศาสตร์/ บัญชี เป็นคนทำแต่ตอนใช้อิงศรัทธาวิชาชีพ เช่น ราชวิทยาลัยแพทย์ต่าง ๆ มาให้ความเห็น พิจารณาความเหมาะสมอีกครั้ง
ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม	● ควรให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมเป็นอย่างยิ่ง ● ไม่ควรดำเนินการเป็นปีต่อปี เนื่องจากตัวเลขในช่วง 1 ปีจะ Manipulate ได้ง่ายเมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติจะควบคุมและประเมินได้ยาก ควรใช้เวลา 2 ปีขึ้นไป ไม่เกิน 3 ปี



บทวิเคราะห์

รูปแบบการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพมีความหลากหลายมากทั้งที่มีการใช้ในประเทศไทยและในต่างประเทศ จากการศึกษาทบทวนเอกสาร และการสัมภาษณ์ เพื่อรวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้มาข้างต้น สรุปบทเรียนได้ใน 2 ประการที่สำคัญคือ (1) วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการและความสัมพันธ์กับผลกระทบต่อระบบของการบริการทางสุขภาพ และ (2) ระบบและกลไกในการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ

1. วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการและความสัมพันธ์กับผลกระทบต่อระบบของการบริการทางสุขภาพ

วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพที่พบว่ามีทางเลือกอยู่หลายวิธีการ รวมถึงมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพและคุณภาพได้มาก ได้แก่ การจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ และบริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ (Primary-care physician remuneration) และการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาล (Hospital funding) ในขณะที่ข้อมูลเกี่ยวกับการจ่ายเงินแก่ทันตแพทย์ หรือบริการการดูแลสุขภาพในระยะยาว ยังมีข้อมูลไม่มากนัก และมักไม่ชัดเจนนัก

1.1 การจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์และจ่ายเงินสำหรับบริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ

เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างการให้บริการของแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General practitioners) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family physicians) และการให้บริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ทำให้การจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ และบริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิไม่อาจแยกประเด็นออกจากกันโดยเด็ดขาด การศึกษานี้สามารถจำแนกรูปแบบสำคัญๆ ที่มีการใช้เพื่อจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์และจ่ายเงินสำหรับบริการการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ ได้เป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

(1) การจ่ายตามบริการ (Fee-for-service reimbursement)

การจ่ายค่าตอบแทนวิธีนี้เป็น การจ่ายค่าตอบแทนตามชิ้นงาน (Piece-rate method) ซึ่งแพทย์ผู้ให้บริการจะได้รับค่าตอบแทนจากผู้จ่าย ซึ่งอาจเป็นผู้ให้บริการเอง หรือจากองค์กรด้านการประกันสุขภาพที่เป็นบุคคลที่สาม ในอัตราตามประเภทและปริมาณของบริการที่ให้แก่มูลนิธิผู้ให้บริการ ซึ่งอาจมีได้หลายวิธี เช่น

- การจ่ายในอัตราที่ผู้ให้บริการเป็นผู้กำหนดเอง วิธีการนี้แพทย์ผู้ให้บริการจะเป็นผู้ใช้วิจารณญาณในการตัดสินอัตราค่าตอบแทนที่ตนสมควรได้รับจากผู้ให้บริการ ซึ่งแปรไปตามแต่ประเภทของบริการ คุณภาพของงาน ปริมาณ เวลา ที่ใช้ ประสิทธิภาพ และความพอใจของผู้ให้บริการแต่ละบุคคล ทำให้ผู้ใช้บริการอาจต้องจ่ายเงินในอัตราที่แตกต่างกันสำหรับบริการประเภทเดียวกัน ที่ไปรับบริการจากผู้ให้บริการคนละคน หรือแม้แต่คนๆ เดียวกัน แต่ต่างกาลเวลา
- การจ่ายต่อครั้งของการบริการตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule) ที่ผู้จ่ายเงินบุคคลที่สามเป็นผู้กำหนด วิธีการนี้ผู้จ่ายเงินบุคคลที่สามจะเป็นผู้กำหนดอัตราค่าบริการแต่ละประเภท โดยจะจ่ายเป็นอัตราต่อครั้งของการบริการ จำนวนเงินจะแตกต่างกันไปตามประเภทของบริการ ซึ่งจะมีการกำหนดอัตราที่แตกต่างกันตามความยากง่ายของวิธีการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรค แต่จะไม่มี ความแตกต่างเนื่องจากเหตุผลของตัวบุคคล วิธีการกำหนดรายการอัตราค่าตอบแทนดังกล่าวอาจทำได้หลายวิธี หลักการหนึ่งที่น่ามาใช้คืออัตราปกติที่มีเหตุผลตามตลาด (Usual, Customary and Reasonable, UCR) หรืออาจใช้การตกลงเจรจาต่อรองกัน (Negotiation) ระหว่างผู้จ่ายและผู้ให้บริการ
- การจ่ายบนพื้นฐานของค่าสัมพัทธ์ (Relative value scale) วิธีการนี้เป็นการกำหนดอัตราค่าตอบแทนโดยอาศัยการศึกษาวิจัยต้นทุนและทรัพยากรที่ต้องใช้ไปในการให้บริการของแพทย์ ซึ่งจะรวมถึงต้นทุนของการทำงาน การทำหัตถการ ตลอดจนการคิดทอนต้นทุนจากการศึกษาฝึกอบรมของแพทย์ แล้วนำบริการประเภทต่างๆ มาเปรียบเทียบสัมพัทธ์กัน คำนวณเป็นคะแนนค่าสัมพัทธ์สำหรับบริการแต่ละประเภท และมีการกำหนดอัตราค่าตอบแทนพื้นฐานเป็นตัวคูณไว้ เช่น ระบบ RBRVS ของ Medicare ประเทศสหรัฐอเมริกา

(2) การจ่ายเหมาตามรายป่วย (Per-case reimbursement)

การจ่ายตามรายป่วยเป็นวิธีการจ่ายที่แพทย์จะได้รับค่าตอบแทนเหมาจ่ายใน

อัตราค่าที่อัตราหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยแต่ละโรคและมารับการตรวจรักษา ซึ่งการให้บริการการตรวจรักษาอาจต้องมีการให้บริการหลายประเภท หรือนัดมาพบหลายครั้ง คล้ายๆ กับการจ่ายแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ที่จ่ายให้แก่โรงพยาบาล การเหมาจ่ายตามรายผู้ป่วยมักใช้กับการจ่ายแพทย์ที่ได้รับการส่งปรึกษาเฉพาะทางและต้องทำหัตถการทางศัลยกรรม เช่น การผ่าตัด ซึ่งจะรวมค่าตอบแทนในการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด หรือการฝากครรภ์และการทำคลอด ซึ่งจะรวมการดูแลภายหลังคลอดด้วย เป็นต้น

(3) การเหมาจ่ายรายหัว (Per-capita reimbursement หรือ capitation)

การเหมาจ่ายรายหัวแก่แพทย์และผู้ให้บริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ เป็นวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อคนต่อปี โดยไม่คำนึงว่าประชาชนจะใช้บริการกับผู้ให้บริการนั้นกี่ครั้ง ด้วยโรคอะไรบ้าง หรือผู้ให้บริการนั้นจะต้องให้บริการอะไร ทั้งนี้จะต้องมีการกำหนดขอบเขตสิทธิประโยชน์ของบริการทางสุขภาพที่ผู้ใช้บริการมีสิทธิภายใต้การเหมาจ่ายที่ให้กับผู้ให้บริการไว้ล่วงหน้า ค่าตอบแทนของผู้ให้บริการแต่ละรายจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามจำนวนของผู้ที่ไปลงทะเบียนด้วย

ในกรณีที่เป็นการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ผู้ให้บริการโดยตรง การเหมาจ่ายนี้มักรวมเฉพาะในส่วนที่เป็นค่าแรงของการประกอบวิชาชีพ (Professional fee) และค่าตอบแทนในการบริหารสำนักงานของแพทย์ผู้ให้บริการ แต่จะไม่รวมค่าใช้จ่ายในเรื่องยาและเวชภัณฑ์

ในกรณีจ่ายผ่านสถานพยาบาล (โรงพยาบาลหรือกลุ่มของแพทย์ เช่น โพลีคลินิก) ที่เป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการรักษาพยาบาลปฐมภูมิที่มีกลุ่มผู้ลงทะเบียนจำนวนมาก การเหมาจ่ายรายหัวนี้อาจรวมถึงค่ายาและเวชภัณฑ์ตามสิทธิที่กำหนดไว้ด้วย

(4) การจ่ายเป็นเงินเดือน (Salary reimbursement)

การจ่ายเป็นเงินเดือนแก่แพทย์ผู้ให้บริการเป็นการจ่ายเหมาบริการของผู้ให้บริการรูปแบบหนึ่ง ที่จ่ายเหมารวมการบริการทั้งประเภทและจำนวนของการบริการที่ผู้ให้บริการจะให้แก่ผู้ใช้บริการในระยะเวลาหนึ่งเดือนที่กำหนด ภายใต้กรอบสิทธิประโยชน์ของผู้ใช้บริการที่มีการกำหนดกันไว้ล่วงหน้า ซึ่งมักรวมเฉพาะค่าตอบแทนของการประกอบวิชาชีพเท่านั้น ดังนั้นค่าตอบแทนที่ผู้ให้บริการจะได้รับจะมีอัตราคงที่ไม่ว่าจะให้บริการเป็นจำนวนมากน้อยเพียงใด

วิธีการจ่ายแต่ละรูปแบบมีผลกระทบทั้งในด้านที่ดี และข้อที่ต้องพึงระวังแตกต่างกันไป อันเนื่องมาจากการสร้างแรงจูงใจให้แก่แพทย์ผู้ให้บริการแตกต่างกัน (Bodenheimer, 1994; Jacobs, 1997) ในหลายประเทศจะมีวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ผู้ให้บริการ

ตารางที่ 5.1 วิธีการจ่ายเงินแก่แพทย์และบริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ และผลกระทบต่อบริการรักษาพยาบาล

กลไกการจ่ายเงิน	ข้อดีต่อบริบทของการบริการ	ข้อพึงระวังต่อบริบทของการบริการ
จ่ายตามบริการ (Fee-for-service reimbursement)	● การกำหนดอัตราค่าตอบแทนที่แตกต่างกันไปจะมีอิทธิพลกับส่วนผสมของประเภทของการบริการ (Service mix) และแพทย์ผู้ที่จะเป็นผู้ให้บริการได้ ● อาจใช้กระตุ้นในการเพิ่มผลผลิต (Productivity) และคุณภาพได้ง่าย	● ผู้ให้บริการมีแนวโน้มจะให้บริการมากเกินไปจนจำเป็นเพื่อเพิ่มรายได้ ซึ่งอาจมีผลลบต่อคุณภาพ ● การกำหนดอัตราค่าตอบแทนกลางที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ อาจมีกระบวนการที่ยู้งยากซับซ้อน ต้องอาศัยข้อมูลและการศึกษาวิจัย ● ผู้ให้บริการอาจมีแนวโน้มที่จะไม่ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่อื่น ● มักขาดระบบตรวจสอบการเบิกจ่าย หรือต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมากเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
จ่ายเหมาตามรายป่วย (Per-case reimbursement)	● มีแรงจูงใจให้มีการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพและความคุ้มค่า กระตุ้นให้มีการปรับปรุงคุณภาพการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย ● ใช้ได้ดีกับโรคที่เป็นหัตถการและต้องมีการนัดติดตามผู้ป่วย	● มีแรงจูงใจให้ควบคุมต้นทุน อาจมีการลดการให้บริการที่จำเป็น ● มีแรงจูงใจที่จะแยกและเบิกจ่ายการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยที่มีหลายโรคเป็นส่วน ๆ (Unbundling) ทั้งที่ทำการรักษาร่วมกันไปได้ ● คำนวณค่าใช้จ่ายต่อรายในการเจ็บป่วยบางเรื่องได้ยาก ความไม่แน่นอนสูง ● ควรมีระบบศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายซึ่งต้องมีการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
เหมาจ่ายรายหัว (Per-capita reimbursement)	● มีแรงจูงใจให้มีการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพและความคุ้มค่า ลดความผิดพลาดในการทำงาน ● บริหารจัดการง่าย ต้นทุนต่ำ ไม่จำเป็นต้องมีกระบวนการเบิกจ่าย (Claim processing) ● อาจกระตุ้นให้ปรับปรุงคุณภาพเพื่อแข่งขันกันให้ผู้ลงทะเบียนจำนวนมาก ● หากดำเนินการอย่างถูกต้อง น่าจะกระตุ้นผู้ให้บริการให้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อลดต้นทุน ● จำกัดวงเงินงบประมาณได้ ไม่บานปลาย	● ควรจะต้องมีการปรับอัตราตามความเสี่ยงในระดับหนึ่ง เช่น เพศ และกลุ่มอายุ ● มีแรงจูงใจของการให้บริการน้อยกว่าที่ควรจะเป็นเพื่อควบคุมต้นทุน มีผลเสียต่อคุณภาพการรักษายาบาล จึงต้องการระบบตรวจสอบด้านคุณภาพของการตรวจวินิจฉัยและรักษายาบาล ● ถ้าระบบไม่ส่งเสริมให้มีการลงทะเบียนต่อเนื่องในระยะยาว จะไม่ทำให้เกิดการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน ● ต้องสร้างระบบให้มีการส่งข้อมูลให้แก่ผู้ซื้อบริการเพื่อติดตามแนวโน้มค่าใช้จ่ายได้
จ่ายเป็นเงินเดือน (Salary reimbursement)	● บริหารจัดการง่าย ● ไม่กระตุ้นให้เกิดบริการเกินจำเป็น ลดความจำเป็นในการวางระบบตรวจสอบการเอาเปรียบระบบ (Abuse) ● จำกัดวงเงินงบประมาณได้ ไม่บานปลาย	● ขาดแรงจูงใจในการเพิ่มผลผลิต อาจทำให้ต้องมีการรอคอยยาวนาน ● ลดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพของการบริการ รวมทั้งอาจมีการให้บริการน้อยกว่าที่จำเป็น ● การกำหนดอัตราค่าตอบแทนที่ต่ำเกินไปจะเสี่ยงต่อภาวะสมองไหลได้ง่าย

ระดับปฐมภูมิ (Primary-care physician) และแพทย์เฉพาะทาง (Specialists) ที่เป็นแพทย์ที่ปรึกษาแตกต่างกัน การจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์อาจรวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตามวิธีการจ่ายแต่ละวิธีย่อมทำให้เกิดแรงจูงใจต่อการให้บริการที่ไม่แตกต่างกันมาก รูปแบบวิธีการจ่ายเงินแก่แพทย์และบริการรักษาพยาบาลปฐมภูมิ รวมถึงผลกระทบต่อบริการรักษาพยาบาลสรุปได้ตามตารางที่ 5.1 ทั้งนี้การนำรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนมาใช้ อาจนำหลายๆ วิธีมาปรับใช้ร่วมกันได้ตามความเหมาะสมเพื่อสร้างแรงจูงใจในการให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง ตลอดจนเพื่อลดปัญหาอันเป็นผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์

1.2 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลและเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาล

การจ่ายค่ารักษาพยาบาลและเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบเช่นกัน วิธีการจ่ายแต่ละวิธีมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดำเนินการ การให้การดูแลรักษาพยาบาล การลงทุน ตลอดจนการบริหารจัดการในหลายๆ ด้านของโรงพยาบาลได้ รูปแบบของการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลที่ได้นำเสนอไว้จากประสบการณ์ในประเทศไทย และต่างประเทศ สรุปได้พอสังเขปดังนี้

(1) การจ่ายตามที่เรียกเก็บ (Charge-based reimbursement)

เป็นวิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลแบบย้อนหลัง (Retrospective reimbursement) เพื่ออุดหนุนการให้บริการในการอยู่โรงพยาบาลแต่ละครั้งของผู้ป่วย ตามที่โรงพยาบาลเรียกเก็บมา ซึ่งอาจมีทั้งส่วนที่เป็นต้นทุนและกำไร ไม่มีการกำหนดวงเงินไว้ล่วงหน้า ในบางกรณีอาจมีการจ่ายบนพื้นฐานของต้นทุน (Cost-based reimbursement) ได้ หากมีระบบในการรายงานต้นทุนของโรงพยาบาลที่ดี

(2) การจ่ายค่าบริการ (Per-service reimbursement)

เป็นวิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลที่มีการกำหนดอัตราค่าบริการของบริการแต่ละประเภทของโรงพยาบาลไว้ล่วงหน้า (Prospective reimbursement) ทั้งนี้ต้องมีรายการของบริการที่แน่นอนและครอบคลุม ซึ่งอาจทำได้ยากสำหรับบริการในการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

(3) การจ่ายเป็นรายวัน (Per-diem reimbursement)

การจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลเป็นรายวัน เป็นการอุดหนุนการบริการผู้ป่วยใน โดยคิดเป็นอัตราเงินอุดหนุนเฉลี่ยต่อวันนอนของผู้ป่วยใน ซึ่งได้จากต้นทุนต่อหน่วยของบริการต่างๆ คูณด้วยจำนวนเฉลี่ยของบริการที่ให้ในแต่ละวัน ซึ่งโดยทั่วไปต้นทุนของการ

บริการในวันแรกๆ มักสูงกว่าวันหลังๆ ของการอยู่โรงพยาบาล เนื่องจากการตรวจวินิจฉัยตลอดจนการรักษาส่วนใหญ่มักกระทำในช่วงวันแรกๆ การจ่ายเป็นรายวันจึงอาจจ่ายได้ดังนี้

- อัตราคงที่เป็นมาตรฐานเท่ากันหมด (Standard rate)
- ปรับตามประเภทของโรงพยาบาลหรือผู้ป่วย (Rate by hospital category or patient category)
- จ่ายมากในวันแรกๆ ของการอยู่โรงพยาบาล และลดลงในวันหลังๆ (Degressive rate) (Aas, 1995)

(4) การจ่ายตามรายผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (Per-admission หรือ Per-case reimbursement)

เป็นการจ่ายโรงพยาบาลตามรายผู้ป่วยของผู้ป่วยใน ซึ่งมักกำหนดอัตราเงินอุดหนุนไว้ล่วงหน้า (Prospective reimbursement) ตามการศึกษาด้านทุนทรัพยากรในการวินิจฉัยโรคร่วมกับการดูแลรักษาที่ใช้ วิธีการจ่ายที่เป็นที่นิยมคือ การจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups, DRGs)

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแต่ละโรค จะมีคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight, RW) ของการใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาโรคนำมาใช้คูณกับค่าอ้างอิงมาตรฐานเพื่อกำหนดจำนวนเงินที่จะจ่าย เช่น DRGs 70 Otitis media, age 0-17 จะมี RW= 0.5812 ถ้าค่าอ้างอิงเท่ากับ 4,000 บาท โรงพยาบาลจะได้รับเงินจำนวน 2,324.80 บาท

ปัจจัยที่นำมาใช้ในการกำหนดเงินอุดหนุนโรงพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรค ได้แก่ อายุของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคหลัก การวินิจฉัยโรคเจ็บป่วยร่วม หัตถการในการรักษาโรค และสถานะเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้อัตราเงินอุดหนุนอาจมีการปรับตามปัจจัยอื่นๆ ได้อีก เช่น ที่ตั้งของโรงพยาบาล (อยู่นอกเมืองหรือในเมือง ซึ่งจะมีผลต่อต้นทุนการดำเนินการ) การมีการจัดการเรียนการสอนหรือฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้าน (อัตราส่วนแพทย์ประจำบ้านต่อเตียง) จำนวนของผู้มีรายน้อยที่ดูแลรักษา เป็นต้น (Jacobs, 1997)

บางกรณีการจ่ายตามการรับอยู่โรงพยาบาลอาจนำผลการรักษาเข้ามาร่วมพิจารณาด้วย แต่วิธีการดังกล่าวยังอยู่ในขั้นทดลอง ยังไม่มีการนำมาใช้ในวงกว้าง (Kaplan, 1994)

(5) การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation payment)

เป็นวิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลโดยเหมาให้เป็นการดูแลต่อคนต่อปี ซึ่งอาจทำได้ 2 วิธี คือ (1) ตามพื้นที่ (Geographic capitation) เช่นในสหราชอาณาจักร หรือ (2) ตามผู้ใช้บริการที่มალทะเบียน (List patient capitation) ซึ่งโรงพยาบาลจะได้เงินตามจำนวนผู้ใช้บริการที่มალทะเบียนเลือกโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาตาม

แบบที่ใช้อยู่กับระบบประกันสังคมของประเทศไทย ทั้งนี้โรงพยาบาลจะได้เงินอุดหนุนโดยไม่คำนึงว่าแต่ละคนจะใช้บริการมากหรือน้อย โรงพยาบาลจะต้องเฉลี่ยความเสี่ยงดังกล่าวเองภายในกลุ่มของผู้ที่มาลงทะเบียน การพิจารณาความคุ้มค่าจึงต้องพิจารณาในมุมมองของกลุ่ม ไม่ใช่เป็นรายบริการหรือรายบุคคลเหมือนวิธีการจ่ายอื่นๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว

การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว อาจให้อัตราคงที่ (Flat rate) เท่ากันสำหรับทุกคน หรืออาจมีการปรับตามความเสี่ยงของบุคคล (Risk-adjusted capitation) เช่น เพศ อายุ หรือความเสี่ยงของกลุ่มคนที่มาใช้บริการในภาพรวมจากอัตราการให้บริการหรือต้นทุนอันเนื่องจากการเจ็บป่วย การเหมาจ่ายรายหัวแก่โรงพยาบาลอาจครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หรือเฉพาะผู้ป่วยใน

(6) การจ่ายงบประมาณรวม (Global budget payment)

การจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลโดยกำหนดงบประมาณรวม เป็นการกำหนดวงเงินรวมของงบประมาณของระบบที่จะใช้ในการจ่ายอุดหนุนแก่โรงพยาบาลทั้งหมดเพื่อใช้ในการดูแลรักษาประชากรกลุ่มเป้าหมายไว้ แล้วจัดสรรแก่โรงพยาบาลแต่ละแห่งด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งตามแต่จะตกลงกันได้ ซึ่งอาจพิจารณาจากต้นทุนในอดีต (Historical cost) แล้วมีการปรับยอดวงเงินปีต่อปี หรือจัดสรรตามภาระงาน เช่น จำนวนการรับผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล โดยอาศัยตัววัดส่วนผสมรายป่วย (Case-mix measure) เช่น DRGs เป็นต้น (Aas, 1995) ทั้งนี้อัตราการจ่ายในแต่ละปีหรือแต่ละช่วงเวลาอาจเปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนหน่วย (จำนวนครั้งของบริการ หรือหัวประชากร) ที่นำมาหารงบประมาณรวมทั้งหมด ซึ่งจะทำให้รูปแบบการจ่ายงบประมาณรวมแตกต่างไปจากการจ่ายตามการรับอยู่โรงพยาบาลหรือการเหมาจ่ายรายหัวทั่วไป

ทั้งนี้การคำนวณที่ต้องรวมองค์ประกอบมากกว่า 1 องค์ประกอบ จะเป็นการคำนวณโดยใช้ค่าเฉลี่ยของหน่วยบริการ ดังแสดงในตารางที่ 5.2

วิธีการจ่ายแต่ละรูปแบบมีผลกระทบทั้งในด้านที่ดี และข้อที่พึงระวังแตกต่างกัน เนื่องจากสร้างแรงจูงใจต่อโรงพยาบาลในลักษณะที่แตกต่างกันไป (Bodenheimer, 1994; Davis and Anderson, 1990; Jacobs, 1997) รูปแบบวิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลแต่ละวิธี รวมถึงผลกระทบต่อบริการรักษาพยาบาล สามารถสรุปได้ตามตารางที่ 5.3

ระบบประกันสุขภาพอาจนำรูปแบบการจ่ายเงินอุดหนุนหลายๆ วิธีมาปรับใช้ร่วมกันได้ตามความเหมาะสม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง รวมทั้งเพื่อลดปัญหาอันเป็นผลกระทบที่ไม่ต้องการ เช่นเดียวกับการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์และบริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ

ตารางที่ 5.2 รูปแบบต่าง ๆ ของการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาล องค์ประกอบที่ใช้ในการคำนวณจำนวนเงิน และ พฤติกรรมของโรงพยาบาลที่จะดำเนินการ

วิธีการจ่ายเงินต้นทุนของ บริการ	องค์ประกอบของการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของการบริการ			
	จำนวนบริการ ต่อวันนอน	จำนวนวันนอนของ การอยู่โรงพยาบาล	จำนวนครั้งของ การอยู่โรงพยาบาล	จำนวนประชากร ในความดูแล
1. จ่ายตามที่เรียกเก็บ (Charge-based reimbursement)	✓ เพิ่มจำนวน เพื่อเพิ่มรายได้	✓ เพิ่มจำนวน เพื่อเพิ่มรายได้	✓ เพิ่มจำนวน เพื่อเพิ่มรายได้	เพิ่มจำนวนเพื่อ เพิ่มรายได้
2. จ่ายต่อบริการ (Per-service reimbursement)	✓ ต้องควบคุม	เพิ่มจำนวนเพื่อ เพิ่มรายได้	เพิ่มจำนวนเพื่อ เพิ่มรายได้	เพิ่มจำนวนเพื่อ เพิ่มรายได้
3. จ่ายเป็นรายวัน (Per-diem reimbursement)	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม	เพิ่มจำนวนเพื่อ เพิ่มรายได้	เพิ่มจำนวนเพื่อ เพิ่มรายได้
4. จ่ายตามการรับอยู่ รพ. (Per-admission reimbursement)	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม	เพิ่มจำนวนเพื่อ เพิ่มรายได้
5. เทมาจ่ายรายหัว (Capitation payment)	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม
6. จ่ายงบประมาณรวม (Global budget)	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม

ตารางที่ 5.3 วิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาล และผลกระทบต่อบริการรักษาพยาบาล

วิธีการจ่ายเงิน	ข้อดีต่อบริบทของการบริการ	ข้อพึงระวังต่อบริบทของการบริการ
จ่ายตามที่เรียกเก็บ (Charge-based reimbursement)	อาจใช้กระตุ้นในการเพิ่มผลผลิต (Productivity) และคุณภาพได้ง่ายหากจัดระบบให้มีการแข่งขันกันให้บริการ	- ไม่มีแรงจูงใจใด ๆ สำหรับโรงพยาบาลในการจัดบริการให้มีประสิทธิภาพ - โรงพยาบาลมีแนวโน้มจะให้บริการมากเกินไปจนเกินจำเป็นเพื่อเพิ่มรายได้ ซึ่งอาจมีผลลบต่อคุณภาพ - โรงพยาบาลอาจไม่ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่อื่น จะสะสมเทคโนโลยีราคาแพงของตนเอง ทำให้ไม่มีการวางแผนการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า - ต้องมีระบบตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของการเบิกจ่าย ซึ่งใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมาก
จ่ายต่อบริการ (Per-service reimbursement)	- การกำหนดอัตราเงินอุดหนุนที่แตกต่างกันไป จะมีอิทธิพลกับส่วนผสมของประเภทของบริการ (Service mix) ของโรงพยาบาลได้ - อาจใช้กระตุ้นในการเพิ่มผลผลิต (Productivity) และคุณภาพได้ง่าย	- โรงพยาบาลมีแนวโน้มจะเพิ่มจำนวนครั้งบริการเกินความจำเป็น เพื่อเพิ่มรายได้ มีผลเสียต่อคุณภาพ - การกำหนดอัตรากลางที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ อาจมีกระบวนการที่ยุ่ยยาก ซับซ้อน ต้องอาศัยข้อมูลและการศึกษาวิจัยกว้างขวาง - มักขาดระบบตรวจสอบทบทวนการเบิกจ่าย หรือ ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมากเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

ตารางที่ 5.3 วิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาล และผลกระทบต่อบริการรักษาพยาบาล (ต่อ)

วิธีการจ่ายเงิน	ข้อดีต่อบริบทของการบริการ	ข้อพึงระวังต่อบริบทของการบริการ
จ่ายเป็นรายวัน (Per-diem reimbursement)	● โรงพยาบาลมีแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน	● กระตุ้นให้มีการใช้โรงพยาบาลมากขึ้น ● มีแรงจูงใจให้โรงพยาบาลเก็บผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลนานเกินจำเป็นซึ่งเพิ่มต้นทุนการดูแลสุขภาพ ● มีแรงจูงใจในการลดทอนบริการที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน ● ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมาก เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของการอยู่โรงพยาบาลและคุณภาพบริการที่ให้บริการในแต่ละวัน
จ่ายตามรายป่วยที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (Per-admission reimbursement)	● สร้างแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเพื่อลดต้นทุนและให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็ว ● กระตุ้นให้มีการนำเทคโนโลยีที่คุ้มค่า (Cost-effective) และเหมาะสมมาใช้ ● ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ● อาจใช้กระตุ้นในการเพิ่มผลผลิต (Productivity) ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่โรงพยาบาลได้กำไร	● โรงพยาบาลมีแรงจูงใจในการรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กน้อยเข้าโรงพยาบาล และหลีกเลี่ยงรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง ● โรงพยาบาลมีแรงจูงใจในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น ผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะไม่พร้อม ● โรงพยาบาลหลีกเลี่ยงรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในกลุ่มวินิจฉัยโรคที่จ่ายน้อย และโรงพยาบาลขาดทุน ● โรงพยาบาลหลีกเลี่ยงไม่พัฒนาเทคโนโลยีการรักษาพยาบาลที่เพิ่มต้นทุน แม้ว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ● ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมากเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมในการรับรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าใช้จ่ายรวมของระบบอาจเพิ่มสูงกว่าคาดการณ์ได้จากจำนวนการรับรักษาในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น
เหมาจ่ายรายหัว (Capitation payment)	● สร้างแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเพื่อลดต้นทุนและให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็ว ● อาจกระตุ้นให้ปรับปรุงคุณภาพเพื่อแข่งขันกันให้ผู้ลงทะเบียนจำนวนมาก ● หากดำเนินการอย่างถูกต้อง น่าจะกระตุ้นผู้ให้บริการให้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อลดต้นทุน ● จำกัต้นทุนงบประมาณได้ ไม่บานปลาย ไม่ต้องใช้เงินในการบริหารจัดการมากนัก โดยเฉพาะในส่วนของการจัดการการเบิกจ่าย	● มีแนวโน้มหลีกเลี่ยงการรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง มีค่าใช้จ่ายสูง ● ควรมีการปรับอัตราตามความเสี่ยง (Risk Adjustment) เช่น เพศ และกลุ่มอายุ เพื่อลดผลกระทบจากปัญหาการเลือกรับความเสี่ยง ● มีแรงจูงใจของการให้บริการน้อยกว่าที่ควรจะเป็นเพื่อควบคุมต้นทุน มีผลเสียต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล จึงต้องมีระบบตรวจสอบด้านคุณภาพของการดูแลรักษา ● ถ้าระบบไม่ส่งเสริมให้มีการลงทะเบียนต่อเนื่องในระยะยาว จะไม่ทำให้เกิดการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน ● ต้องสร้างระบบให้มีการส่งข้อมูลให้แก่ผู้ให้บริการเพื่อติดตามแนวโน้มค่าใช้จ่ายได้

ตารางที่ 5.3 วิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาล และผลกระทบต่อบริการรักษาพยาบาล (ต่อ)

วิธีการจ่ายเงิน	ข้อดีต่อบริบทของการบริการ	ข้อพึงระวังต่อบริบทของการบริการ
จ่ายงบประมาณรวม (Global budget payment)	● สร้างแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการของโรงพยาบาลเพื่อลดต้นทุนและให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็ว ● จำกัดวงเงินงบประมาณไว้ได้ ไม่บานปลาย	● โรงพยาบาลมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงการรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง มีค่าใช้จ่ายสูง ● หากวางระบบการจัดสรรเงินไม่ดี ระบบจะส่งผลเสียต่อโรงพยาบาลที่ดีอย่างรุนแรงในระยะกลางถึงยาว เนื่องจากโรงพยาบาลที่เอาเปรียบระบบและคดโกงจะดึงงบประมาณไปเกินสมควร ● ต้องมีระบบตรวจสอบการเบิกจ่ายที่ดี อาจต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการพอสมควร

สำหรับการจ่ายค่าตอบแทนแก่ทันตแพทย์พบว่า ส่วนใหญ่ยังใช้วิธีการจ่ายตามบริการ (Fee-for-service) โดยกำหนดเป็นรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule) ในขณะที่รูปแบบของการจ่ายเงินสำหรับอุดหนุนการดูแลสุขภาพระยะยาวในสถานพยาบาล เช่น บ้านพักฟื้น (Nursing home) นั้นยังไม่มีวิธีการที่ดีที่สุด แต่วิธีการที่มีแนวโน้มว่าน่าจะดีคือ การจ่ายเป็นรายวันที่ปรับความเสี่ยงตามระดับความพิการ (Disability-adjusted per-diem rate)

2. ระบบและกลไกที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาทบทวนระบบและกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการนอกเหนือจากวิธีการจ่ายเงินแล้ว องค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องที่ต้องพิจารณาในการบริหารจัดการการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ ได้แก่

2.1 การกำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพ

สิทธิประโยชน์ที่จะอยู่ภายใต้วิธีการจ่ายแบบหนึ่งๆ ต้องมีการกำหนดอย่างแน่ชัดโดยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง สิทธิประโยชน์จะนำไปสู่การกำหนดต้นทุนค่าบริการ การเจรจาและกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการ ซึ่งมักมีองค์กรที่เป็นตัวแทนของวิชาชีพ หรือผู้ให้บริการ ทำหน้าที่เป็นผู้เจรจากับหน่วยงานด้านการประกันสุขภาพของรัฐ

2.2 องค์กรที่ทำหน้าที่กำกับดูแล

แนวโน้มการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการที่เป็นไปในลักษณะปลายปิดมักเกิดร่วมกับการประกันสุขภาพ ที่เป็นการส่งผ่านภาระการจ่ายจากกระเป๋า (Out-of-pocket payment)

ของผู้ใช้บริการมาสู่หน่วยงานด้านการประกันสุขภาพ เพื่อเป็นบุคคลที่สามที่จะทำการชำระค่าใช้จ่ายให้ ประเทศต่างๆ จึงมักจัดตั้งหรือมอบหมายหน้าที่ดังกล่าวให้กับองค์กรหรือหน่วยงานของรัฐในรูปแบบต่างๆ เป็นผู้ดูแล ชื้อบริการ และชำระค่าใช้จ่ายด้วยวิธีการที่กำหนดไว้ หน่วยงานนั้นมักจะต้องแยกตัวออกจากฐานะการเป็นผู้ให้บริการ (Provider-purchaser split) ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งของระบบภายในรัฐบาล เป็นองค์กรในกำกับของรัฐหรือเป็นกองทุนประกันสุขภาพที่ไม่แสวงหาผลกำไรที่มีกฎหมายของประเทศกำกับกับการดำเนินการอยู่

2.3 กลไกในการกำกับจ่าย ตรวจสอบการใช้ทรัพยากร และคุณภาพของบริการ

เนื่องจากไม่มีวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการวิธีใดที่มีความสมบูรณ์ในตัวเอง ในการสร้างให้เกิดสมดุลระหว่างประสิทธิภาพหรือการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายกับคุณภาพของบริการ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบสารสนเทศที่มีความซับซ้อนในการติดตามการใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาพยาบาล พร้อมทั้งจัดให้มีระบบและกลไกในการตรวจสอบการใช้บริการ (Utilization review) และการเบิกจ่ายว่าเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนการตรวจสอบและประกันคุณภาพของการดูแลรักษาว่าได้มาตรฐานทางวิชาชีพและวิชาการ (Quality assurance)

อย่างไรก็ตาม ความต้องการในระบบและกลไกในการทบทวนการใช้บริการ หรือการประกันคุณภาพที่กว้างขวางเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับรูปแบบของวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการที่มีการนำมาใช้ หากเป็นวิธีการจ่ายที่มีลักษณะปลายปิด (Close-ended payment) การทบทวนการใช้บริการอาจไม่มีความจำเป็นมากสำหรับการกำกับดูแล การประกันคุณภาพจะเป็นเรื่องสำคัญกว่า หากใช้วิธีการจ่ายที่มีลักษณะที่เป็นปลายเปิด (Open-ended payment) ระบบและกลไกในการทบทวนความเหมาะสมการใช้บริการ จะมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่ง

3. สรุป

วิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนแก่แพทย์และเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลมีความหลากหลาย มีลักษณะปลายเปิดหรือปลายปิด (Open-ended or Close-ended) การนับรวมปริมาณและประเภทของบริการไว้ใน การจ่ายเงินแต่ละหน่วยที่แตกต่างกันไป ทำให้วิธีการจ่ายเงินแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อพึงระวังที่แตกต่างกันไป จำต้องนำมาเลือกใช้ตามความเหมาะสมกับลักษณะของพฤติกรรม การให้บริการของผู้ให้บริการทางสุขภาพที่ต้องการระบบและกลไกประกอบวิธีการจ่ายเงินที่สำคัญได้แก่ การกำหนดสิทธิประโยชน์ทาง

สุขภาพภายใต้วิธีการจ่ายแต่ละประเภท การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนที่เหมาะสม องค์กรที่เป็นผู้จัดการ รวมถึงระบบและกลไกในการตรวจสอบการให้บริการ และประกันคุณภาพ



บทที่ 6

ข้อเสนอทางเลือก

ประสบการณ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพที่น่าเสนอและวิเคราะห์ไว้ข้างต้น ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพิจารณาระบบและกลไกการจ่ายเงินค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการและเงินอุดหนุนสถานพยาบาลต่างๆ ว่าจะต้องกระทำโดยรอบคอบและรัดกุม ทั้งนี้เพื่อให้ระบบสุขภาพของประเทศบรรลุถึงเป้าหมายในการสร้างสุขภาพแก่ประชาชนโดยมีผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อองค์ประกอบในระบบน้อยที่สุด ข้อเสนอทางเลือกที่น่าเสนอสุดท้ายนี้ ประกอบด้วย หลักการสำคัญของระบบและกลไกในการจ่าย องค์ประกอบของระบบและกลไก และประเด็นที่ควรระบุไว้ในกฎหมาย

1. หลักการสำคัญของระบบและกลไกการจ่าย

วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ เป็นกลไกหนึ่งที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารและส่งผ่านความเสี่ยงของการใช้บริการทางสุขภาพภายในระบบ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (Modulation of provider behavior) ได้ อย่างไรก็ตาม การวางระบบและกลไกการจ่ายเงินเพียงประการเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการในระบบได้ รูปแบบการจ่ายแต่ละแบบย่อมมีทั้งข้อดีและข้อบกพร่องทั้งสิ้นความเสี่ยงของการให้การดูแลรักษาน้อยเกินสมควร (Under-treatment) และมากเกินสมควร (Over-treatment) ยังมีอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นจำเป็นต้องมีกลไกของระบบประกันสุขภาพอื่นประกอบด้วยเสมอ ในที่นี้จะขอกล่าวเฉพาะในส่วนของการจ่ายเงินค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการเท่านั้น

หลักการสำคัญของระบบและกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ ได้แก่

(1) สอดคล้องกับระบบการคลังสาธารณสุขในระดับมหภาคของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ

(2) ใช้รูปแบบวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการผสมผสานร่วมกันหลายวิธีตามที่เหมาะสมกับการใช้ทรัพยากร โดยเน้น

- การกระตุ้นผู้ให้บริการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการ และการจัดการ
- การสร้างความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการในระดับที่ยอมรับได้

สำหรับคนในสังคม

- การเอื้อต่อการพัฒนาบริการให้มีความต่อเนื่อง ตลอดจนได้รับความสะดวกตามสมควรในการใช้บริการข้ามเขต
- การสนับสนุนให้เกิดบริการแบบองค์รวมและมีบูรณาการ คือมีบริการทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม
- การลดความซับซ้อนของวิธีการจ่าย และการจัดการข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย ทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ

(3) ให้มีการร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ ณ จุดการให้บริการในระดับหนึ่ง เพื่อลดทอนปัญหาการให้บริการที่ไม่จำเป็น โดยการเงินไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ

(4) สร้างระบบฐานข้อมูลของผู้มีสิทธิเพื่อการจัดสรรทรัพยากร และฐานข้อมูลของการให้บริการและทรัพยากรตลอดจนรูปแบบการเบิกจ่ายเพื่อการวางแผนด้านการเงิน การคลังทางสุขภาพ และการติดตามตรวจสอบประสิทธิภาพและคุณภาพของผู้ให้บริการ

(5) พัฒนากลไกการตรวจสอบการเบิกจ่ายและการให้บริการ โดยจัดระบบให้มีการแยกระหว่างผู้ซื้อบริการหรือผู้จ่ายเงินออกจากฐานะการเป็นผู้ให้บริการ (Purchaser-provider split) โดยเฉพาะการให้บริการทางสุขภาพบุคคล (Personal healthcare)

(6) สร้างความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

2. องค์ประกอบของระบบและกลไกการจ่าย

การวางระบบและกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการในทางปฏิบัติจึงควรมุ่งตอบคำถามต่อไปนี้คือ จ่ายสำหรับอะไร จ่ายให้กับใคร จ่ายอย่างไร จ่ายเท่าไร และจะกำกับการจ่ายอย่างไร

2.1 จ่ายสำหรับอะไร: จัดกลุ่มของบริการสุขภาพ

การจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการจะต้องมีการกำหนดกรอบของสิทธิประโยชน์ที่อยู่ในความคุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าประกอบด้วยบริการทางสุขภาพอะไรบ้าง ตลอดจนจัดชุดบริการดังกล่าวเป็นกลุ่มๆ โดยพิจารณาปัจจัยต่อไปนี้

(1) ลักษณะของบริการอันเนื่องจากลักษณะของปัญหาทางสุขภาพ เช่น ความต้องการในการได้รับการดูแลที่เบ็ดเสร็จเป็นครั้งๆ หรือต่อเนื่อง การบริการเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน บริการส่งเสริมสุขภาพหรือการให้สุขศึกษาและคำปรึกษาต่างๆ ที่มีลักษณะ

จับต้องไม่ได้ชัดเจน (Intangible) เป็นต้น

(2) ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการให้บริการ ทั้งในเรื่องค่าเฉลี่ยของต้นทุนในการให้บริการ (Mean cost) และความแปรปรวนของระดับของต้นทุน (Variance)

(3) การจัดกลุ่มของบริการทางสุขภาพบุคคล (Personal healthcare) อย่างง่าย ซึ่งอาจใช้เป็นต้นแบบเพื่อการพิจารณาขอบเขตของสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองต่อไปได้แก่

- (ก) กลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไป (บริการกลุ่ม A และ B) ได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีการจัดบริการในลักษณะของ (A) บริการในสถานพยาบาลเป็นผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) หรือในลักษณะบริการเชิงรุกในชุมชน (Community care) หรือ (B) บริการผู้ป่วยใน (Inpatient care) ที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานทางสุขภาพ และไม่มีการระบุไว้โดยเฉพาะในกลุ่มบริการอื่น
- (ข) กลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (บริการกลุ่ม C) ได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ที่มีการระบุประเภทและชนิดของบริการไว้โดยเฉพาะ ทั้งนี้ควรเป็นบริการที่มีรูปธรรม และสามารถหาหลักฐานการปฏิบัติที่ชัดเจน
- (ค) กลุ่มบริการทันตกรรม (บริการกลุ่ม D) ได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาโรคของช่องปากและฟัน
- (ง) กลุ่มบริการอนามัยแม่และเด็ก (บริการกลุ่ม E) ได้แก่ บริการฝากครรภ์ การดูแลก่อนคลอด การคลอด การดูแลหลังคลอดทั้งแม่และทารก บริการคลินิกเด็กดีในเด็กกลุ่มอายุต่างๆ มีการจัดการให้บริการในสถานพยาบาลในลักษณะผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตลอดจนการเข้าไปให้บริการดังกล่าวแก่บุคคลเชิงรุกในชุมชน
- (จ) กลุ่มบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (บริการกลุ่ม F) ได้แก่ บริการทางสุขภาพเพื่อการช่วยเหลือปัญหาทางสุขภาพและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นโดยฉับพลันและต้องได้รับการดูแลโดยด่วน
- (ฉ) กลุ่มบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือบริการเฉพาะทาง (บริการกลุ่ม G) ได้แก่ บริการทางสุขภาพที่ส่วนมากจะเป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงมากหรือต้องใช้เทคโนโลยีตลอดจนเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง ต้องการความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะในการดูแลรักษาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี รวมถึงบริการด้านสุขภาพจิต และค่าใช้จ่ายเรื่องยา รักษาโรคเรื้อรังบางโรคซึ่งทั้งหมดนี้อาจจำเป็นต้องมีการกำหนดผู้ให้บริการประเภท

ของโรคหรือบริการที่อยู่ในกรณีนี้ ตลอดจนค่าตอบแทนไว้โดยเฉพาะ

- (ข) **กลุ่มบริการการดูแลฟื้นฟูสุขภาพระยะยาว** (บริการกลุ่ม H) ได้แก่ บริการรักษาพยาบาลพื้นฐานและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต้องให้กับผู้รับบริการในระยะยาวอันเนื่องมาจากธรรมชาติความเรื้อรังของโรคหรือสภาวะตามอายุขัย ที่ทำให้เกิดความพิการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผลให้ไม่สามารถใช้ชีวิตโดยอิสระหรือช่วยเหลือตนเองได้
- (ค) **กลุ่มบริการข้ามเขต** (บริการกลุ่ม T) ได้แก่ บริการรักษาทางสุขภาพทั่วไปที่ประชาชนใช้บริการนอกเขตพื้นที่ของผู้ให้บริการหรือระบบประกันสุขภาพที่ตนเองทะเบียนขอใช้บริการไว้
- (ง) **กลุ่มบริการยกเว้น** (บริการกลุ่ม X) ได้แก่ บริการทางสุขภาพที่ไม่มีความจำเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างสุขภาพบริการที่เป็นไปเพื่อการเสริมความงาม บริการเพื่อช่วยเหลือผู้มีบุตรยาก บริการที่ยังอยู่ในขั้นทดลอง หรือยังไม่มีหลักฐานเป็นที่ประจักษ์ชัดหรือได้รับการยอมรับว่าเป็นบริการที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ตลอดจนบริการทางสุขภาพอื่นๆ ที่เห็นสมควรให้ยกเว้นจากชุดสิทธิประโยชน์ด้วยเหตุที่จะทำให้ระบบไม่สามารถอยู่รอดได้เนื่องจากความจำกัดทางทรัพยากร

องค์ประกอบของต้นทุนที่การจ่ายเงินในระบบหลักประกันสุขภาพต้องครอบคลุม ได้แก่

- (1) **ค่าวัสดุ (Material cost)** ทั้งในส่วนค่าวัสดุทางการแพทย์ เช่น ยาและเวชภัณฑ์ ตลอดจนวัสดุอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการจัดและการให้บริการ
- (2) **ค่าแรง (Labor cost)** ได้แก่ ค่าแรงบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรที่ให้บริการสนับสนุน และบุคลากรด้านการบริหารจัดการ
- (3) **ค่าเสื่อมราคาของการลงทุน (Capital cost)** ได้แก่ การขดเชยค่าเสื่อมราคาของอาคารสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ ตลอดจนเครื่องมือแพทย์ต่างๆ เพื่อให้สถานพยาบาลสามารถจัดหาปัจจัยเหล่านี้มาทดแทนเพื่อให้บริการต่อไปได้ เมื่อหมดอายุการใช้งาน

2.2 จ่ายให้กับใคร: จัดระดับของการบริการ

การกำหนดว่าการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการให้ชัดเจนว่าจะจ่ายให้กับใครสำหรับการให้บริการแต่ละกลุ่มข้างต้น มีความสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร ส่งเสริมการเข้าถึงบริการ ตลอดจนประกันคุณภาพของบริการที่ประชาชนจะได้รับ ประเด็นที่ควรได้รับการพิจารณาคือ หลักการทั่วไปและผู้ให้บริการที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา

หลักการทั่วไปของการจัดระบบและกลไกการจ่ายเงิน คือ

1. ต้องมีการลงทะเบียนและทำสัญญาที่ชัดเจนระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการที่เป็นผู้รับค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนต่าง ๆ

2. ต้องมีการกำหนดคุณสมบัติ ระดับของศักยภาพและมาตรฐานทางโครงสร้างและกระบวนการในการจัดบริการของผู้ให้บริการในระดับต่างๆ ที่ชัดเจน ตัวอย่างมาตรฐานที่สำคัญเช่น ขนาดของสถานพยาบาล สถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ ตำแหน่งที่ตั้งและระยะทางในการเข้าถึงบริการ ทั้งของสถานพยาบาลหลักและเครือข่าย ความสามารถในการให้บริการทางสุขภาพในสาขาต่างๆ ระบบเวชระเบียนและสารสนเทศ และระบบคุณภาพของสถานพยาบาล

ตัวอย่างผู้ให้บริการตามกลุ่มของบริการต่างๆ สามารถแสดงได้ตามตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1 ตัวอย่างผู้ให้บริการตามกลุ่มของบริการ

กลุ่มของบริการ	ตัวอย่างผู้ให้บริการ	เงื่อนไขบางประการที่สำคัญ
A. กลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไป: กรณีผู้ป่วยนอก	● โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ● โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายสถานีนานามัย ● เครือข่ายของคลินิกเอกชน	● มาตรฐานและข้อกำหนดด้านความพร้อมของบริการ ● มาตรฐานเครือข่าย
B. กลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไป: กรณีผู้ป่วยใน	● โรงพยาบาลของรัฐ ● โรงพยาบาลของเอกชน	● มาตรฐานความพร้อมของบริการการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย
C. กลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	● โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ● โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายสถานีนานามัย ● เครือข่ายของคลินิกเอกชน	● มาตรฐานร่วมกับกลุ่ม A
D. กลุ่มบริการทันตกรรม	● โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ● คลินิกทันตแพทย์	● มีมาตรฐานกำหนด ● แยกสัญญาของกลุ่ม A, B
E. กลุ่มบริการอนามัยแม่และเด็ก	● เช่นเดียวกับกลุ่ม C	● มาตรฐานความพร้อมในการบริการอนามัยแม่และเด็ก
F. กลุ่มบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	● โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ● สถานีนานามัย	● ขอบเขตของบริการฉุกเฉิน
G. กลุ่มบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือบริการเฉพาะทาง	● โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนคู่สัญญา	● มาตรฐานเฉพาะทาง ● การทำสัญญาเฉพาะด้านกับสถานพยาบาล
H. กลุ่มบริการการดูแลฟื้นฟูสุขภาพระยะยาว	● สถานพยาบาลพักฟื้น ● บริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care)	● มาตรฐานสถานพยาบาลพักฟื้นและบริการการดูแลที่บ้าน
T. กลุ่มบริการข้ามเขต	● สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนคู่สัญญากับระบบหลักประกันสุขภาพที่อยู่นอกพื้นที่บริการที่ประชาชนลงทะเบียนไว้	● มาตรฐานการใช้บริการและการให้บริการกรณีข้ามเขต

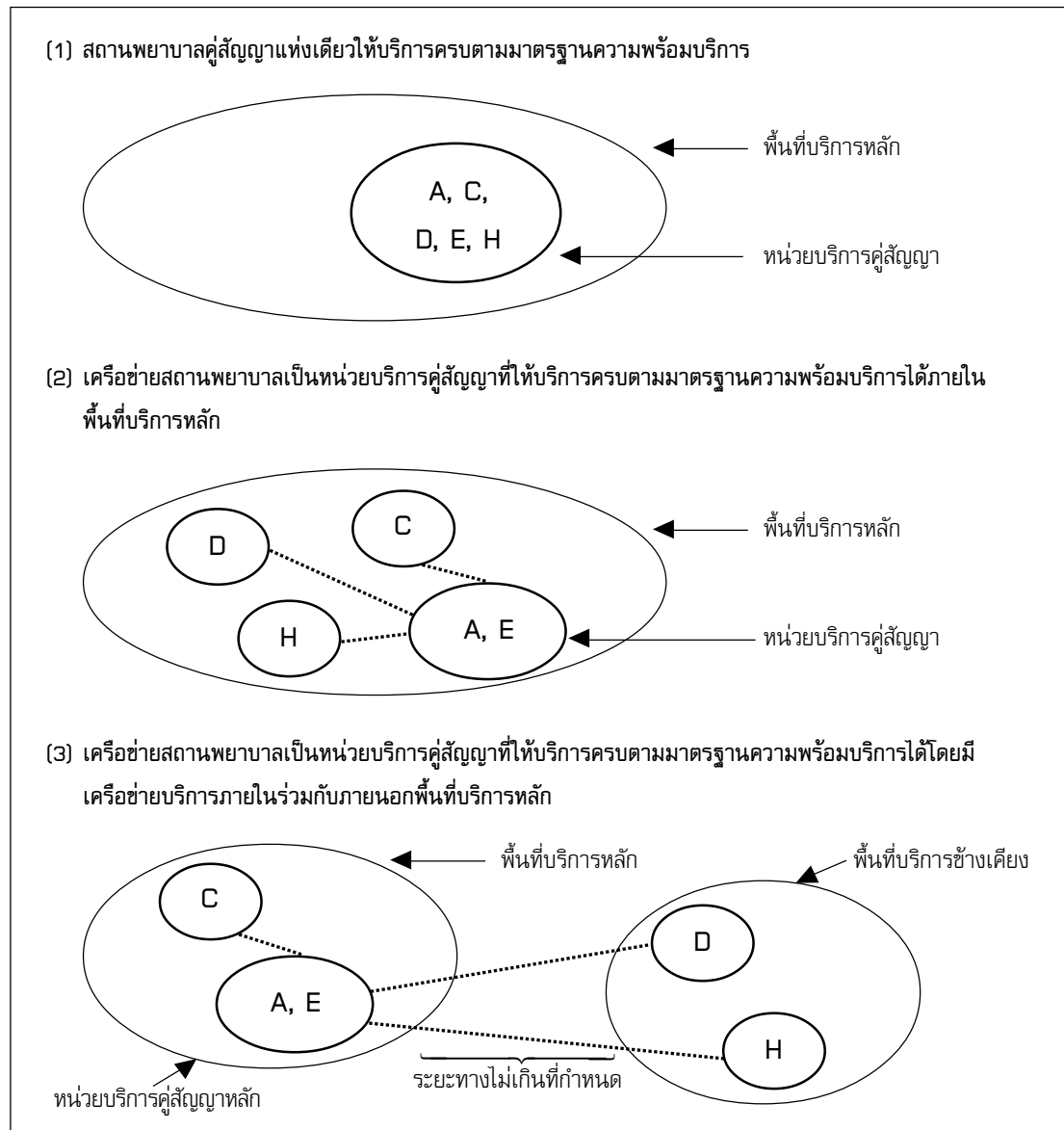
อาจกล่าวได้ว่า การจ่ายเงินค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการจำเป็นต้องคำนึงถึงประเภทของกลุ่มบริการที่ผู้ให้บริการจะได้รับหากมองในมุมมองของการจัดเครือข่ายบริการสัมพันธ์กับวิธีการจ่ายเงิน ซึ่งทำให้จัดระดับของผู้ให้บริการได้เป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. **หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit, PCU)** คือ ผู้ให้บริการที่ให้บริการกลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยนอก (A) เป็นหลัก อาจมีบริการกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่บริการผู้ป่วยในมาเสริมได้ PCU มีพื้นที่บริการ (Catchment area) ที่ชัดเจน และเป็นหน่วยบริการที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพต้องเลือกขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นหน่วยบริการประจำตัว โดยเฉพาะกรณีที่ใช้ระบบเงินอุดหนุนแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) หน่วยบริการอาจทำสัญญาเพียงรายเดียวซึ่งเป็นหน่วยงานที่เป็นผู้ทำสัญญา หรืออาจจัดเป็นเครือข่ายของการบริการก็ได้ อย่างไรก็ตามการจัดระบบแบบเครือข่ายเป็นรูปแบบที่น่าจะสนับสนุนให้เกิดขึ้น
2. **หน่วยบริการทุติยภูมิ (Secondary care unit, SCU)** คือ ผู้ให้บริการที่ให้บริการกลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยใน (B) เป็นหลัก หมายถึงโรงพยาบาลนั่นเอง ซึ่งอาจได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายการบริการ SCU จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจาก PCU เพื่อเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน
3. **หน่วยบริการตติยภูมิ (Tertiary care unit, TCU)** คือ ผู้ให้บริการที่ให้บริการเฉพาะทาง ที่ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง TCU นี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ

การจัดระบบเครือข่ายการบริการภายใต้สัญญาการให้บริการ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit) อาจจัดได้ 3 ลักษณะ โดยยึดพื้นที่บริการ (Catchment area) ที่ประชาชนในพื้นที่เขตนั้นๆ ลงทะเบียนหรือมีภูมิลำเนาอยู่ ดังแสดงในภาพที่ 6.1 คือ

- (1) หน่วยบริการแห่งเดียวให้บริการครบตามมาตรฐานความพร้อมบริการ
- (2) เครือข่ายสถานพยาบาลเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการครบตามมาตรฐานความพร้อมบริการได้ภายในพื้นที่บริการหลัก
- (3) เครือข่ายสถานพยาบาลเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการครบตามมาตรฐานความพร้อมบริการได้ โดยมีเครือข่ายบริการทั้งภายในและภายนอกพื้นที่บริการหลัก แต่หน่วยบริการปฐมภูมิลำดับต้องอยู่ภายในพื้นที่บริการหลัก

ภาพที่ 6.1 ลักษณะของเครือข่ายการให้บริการสุขภาพที่เข้าข่ายมาตรฐานการจัดบริการตามสัญญาการจ่ายเงิน



2.3 จ่ายอย่างไร: กำหนดวิธีการจ่ายเงินที่เหมาะสม

วิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการและเงินอุดหนุนแก่สถานพยาบาล และการจัดระบบเงินทุน เป็นองค์ประกอบของกลไกการจ่ายเงินที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการ ให้บริการและการกระจายและส่งผ่านความเสี่ยงภายในกองทุนเป็นอย่างมาก กลุ่มบริการแต่ละกลุ่มควรจะใช้วิธีการจ่ายแตกต่างกันไปตามบริบทเหมาะสม และความมุ่งหมายในการกำหนดพฤติกรรมและบริหารความเสี่ยงข้างต้น แสดงในรายละเอียดได้ดังตารางที่ 6.2

ตารางที่ 6.2 วิธีการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนการให้บริการทางสุขภาพ

กลุ่มของบริการ	วิธีการจ่าย	เงื่อนไขที่สำคัญ
A. กลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไป: กรณีผู้ป่วยนอก	● การเหมาจ่ายรายหัวปรับอัตราตามความเสี่ยง (Risk-adjusted capitation) สำหรับการให้บริการ ● การจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์ตามรายการอัตรากลาง (Price list)	● จ่ายให้แก่สถานพยาบาลคู่สัญญาล่วงหน้ารายเดือน ● มีการหักและจ่ายเงินเพิ่มเติมผูกพันกับอัตราการส่งผู้ป่วยเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน
B. กลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไป: กรณีผู้ป่วยใน	● การจ่ายโดยงบประมาณรวมจัดสรรตามการรับอยู่ในโรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Global budget with per-admission allocation by DRGs) ● การจ่ายเป็นรายวัน	● คำนวณจากงบประมาณรวมของกองทุนส่วนผู้ป่วยในรวมของประเทศ; DRGs คิดเป็นสัดส่วนกรณีนอนสั้น ● การจ่ายเป็นรายวันใช้กรณีนอนนานกว่าค่าปกติ
C. กลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	● การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	● จ่ายให้กับผู้ให้บริการย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย
D. กลุ่มบริการทันตกรรม	● การเหมาจ่ายรายหัวปรับค่าตามกลุ่มอายุ (Age adjusted) ● การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	● จ่ายให้กับผู้ให้บริการล่วงหน้าเป็นรายเดือน ● จ่ายให้กับผู้ให้บริการย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย
E. กลุ่มบริการอนามัยแม่และเด็ก	● การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	● จ่ายให้กับผู้ให้บริการย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย
F. กลุ่มบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	● การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule) ● ส่วนหัก (Deduction) กรณีการส่งต่อผู้ป่วยใน	● จ่ายให้กับผู้ให้บริการย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย ● กำหนดอัตราการจ่ายส่วนเกินสิทธิของผู้มีสิทธิ
G. กลุ่มบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือ บริการเฉพาะทาง	● การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule) ● ค่ายาและเวชภัณฑ์อัตรากลางกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง	● จ่ายให้กับผู้ให้บริการย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย
H. กลุ่มบริการการดูแลฟื้นฟู สุขภาพระยะยาว	● การจ่ายเป็นรายวัน ● การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	● จ่ายให้กับผู้ให้บริการย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย
T. กลุ่มบริการข้ามเขต	● การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	● ผู้มีสิทธิเป็นผู้ขอเบิกจ่าย

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่าวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการที่ควรจะนำมาใช้ประกอบด้วย 7 รูปแบบ ได้แก่

1. การเหมาจ่ายรายหัวปรับตามความเสี่ยง (**Risk-adjusted capitation**) สำหรับบริการทางสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยนอก (บริการกลุ่ม A)

ปัจจัยที่ควรนำมาใช้ในการปรับความเสี่ยงของกลุ่มประชากร ได้แก่

- | | |
|---------|--------------------------------|
| 1) เพศ | 3) พื้นที่ |
| 2) อายุ | 4) ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง |

ทั้งนี้โดยมีการหักส่วนเงินค่าตอบแทนจำนวนเล็กน้อยเมื่อมีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (*Admission toll*) และชดเชยกลับคืนให้ผกผันกับอัตราการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยของประเทศ (*Retrospective compensation*) และมีส่วนหักกรณีผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนมีการใช้บริการข้ามเขตเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนดโดยไม่เคยมาใช้บริการที่หน่วยบริการคู่สัญญา

2. การจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์ในกรณีผู้ป่วยนอกตามรายการอัตรากลาง (**Price list**) โดยทำการเบิกจ่ายให้ย้อนหลังเป็นรายเดือนให้แก่ผู้ให้บริการหรือร้านขายยาคู่สัญญา ซึ่งสามารถดำเนินการด้วยการรวบรวมข้อมูลการสั่งยาสำหรับผู้สิทธิที่ใช้บริการรายบุคคลพร้อมหลักฐานที่จำเป็นประกอบ เช่น ใบสั่งยาของแพทย์ (พร้อมรหัสแพทย์) สถานพยาบาล (พร้อมรหัสสถานพยาบาล) ใบเสร็จรับเงิน เลขประจำตัวของผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ในบัญชีรายการอัตรากลางจะเป็นชื่อสามัญ และมีการกำหนดราคาที่จะให้เบิกจ่ายไว้ ผู้ให้บริการต้องรับภาระของค่าใช้จ่ายส่วนเกินของยาตามบัญชีเอง ในขณะที่ยานอกบัญชีไม่สามารถเบิกจ่ายได้ ผู้ใช้บริการต้องเป็นผู้รับภาระ ทั้งนี้การจัดทำการเบิกจ่ายผ่านระบบบัญชียาอาจเริ่มต้นดำเนินการจากกลุ่มโรคเรื้อรังและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงในระยะยาวก่อน

3. การจ่ายโดยงบประมาณรวมจัดสรรตามการรับอยู่โรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (**Global budget with per-admission allocation by DRGs**) สำหรับบริการทางสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยใน (บริการกลุ่ม B)

ปัจจัยที่สมควรนำมาปรับอัตราการเบิกจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมอีก ได้แก่

- 1) ที่ตั้งของโรงพยาบาล เช่น นอกเมืองหรือในเมือง หรือเขตพื้นที่ ซึ่งจะมีผลต่อต้นทุนการดำเนินการ
- 2) การมีการจัดการเรียนการสอนหรือฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้าน เช่น จำนวนแพทย์ประจำบ้านต่อเตียง เป็นต้น

การจัดตั้งบัญชีเงินทุนงบประมาณรวม ให้ทำในระดับพื้นที่ หรือที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (*Area purchaser board, APB*) เป็น **กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APF)** การคำนวณอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนให้คิดตามพื้นที่ที่ประชาชนลงทะเบียนเป็นหลัก ไม่ใช่พื้นที่ตั้งของโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดความ

รับผิดชอบและตรวจสอบติดตามได้ง่าย (Accountability)

การจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและงบประมาณรวมมาปฏิบัติอาจวางแผนการเปลี่ยนผ่านจากการจ่ายตามที่เรียกเก็บเป็นระยะได้ โดยอิงตามโครงสร้างต้นทุนที่ผ่านมา เพื่อให้สถานพยาบาลปรับตัวได้ เช่น

- ปีที่ 1 จ่ายตามที่เรียกเก็บร้อยละ 80 กันเงินไว้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมร้อยละ 20
- ปีที่ 2 จ่ายตามที่เรียกเก็บร้อยละ 50 กันเงินไว้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมร้อยละ 50
- ปีที่ 3 จ่ายตามที่เรียกเก็บร้อยละ 20 กันเงินไว้จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมร้อยละ 80
- ปีที่ 4 จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมทั้งหมด

4. การจ่ายเป็นรายวัน (**Per-diem payment**) สำหรับกรณีผู้ป่วยในที่เกิดขอบเขตของการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ครอบคลุมต้นทุนค่าวัสดุและค่าแรงเป็นหลัก

5. การเหมาจ่ายรายหัวปรับอัตราตามกลุ่มอายุ (**Age-adjusted capitation**) สำหรับบริการพื้นฐานทางทันตกรรม

6. การจ่ายตามรายการอัตราค่าบริการ (**Fee schedule**) สำหรับกลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (C) กลุ่มบริการทันตกรรมที่เป็นหัตถการ (D) กลุ่มบริการอนามัยแม่และเด็ก (E) กลุ่มบริการฉุกเฉินและส่งต่อ (F) G, H

7. การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นรายวัน (**Per-diem**) เหมาจ่ายสำหรับกลุ่มบริการการดูแลระยะยาว

ประเด็นที่ต้องพิจารณาอีกประการที่สำคัญคือ การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล (Inpatient referral) ว่าจะพิจารณาการหักส่วนเงิน (Deduction) จากยอดเงินที่ต้องจ่ายให้กับสถานพยาบาลผู้ส่งหรือไม่อย่างไร ซึ่งกฎเกณฑ์ดังกล่าวยังไม่มีกฎเกณฑ์ใดๆ วางไว้ชัดเจนยกเว้นกรณีที่ได้รับเข้าโรงพยาบาลในระยะสั้นกว่าปกติวันนอนเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่อัตราค่าตอบแทนจะลดลงตามส่วน

นอกเหนือจากนี้จะต้องมีข้อกำหนดที่ชัดเจนเกี่ยวกับการร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการในแต่ละกรณี (ถ้ามี) ตลอดจนภาระการจ่ายชดเชยจำนวนเงินที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บส่วนที่ขาดไปโดยผู้ให้บริการ (Balance billing) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรายละเอียดของวิธีการจ่ายที่ใช้และอัตราการจ่ายต่อไป

หากจะพิจารณาถึงวิธีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ด้วย จะต้องพิจารณาแยกกันสำหรับแพทย์ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิที่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family physician) และการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์เฉพาะทางที่เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มักเป็นผู้ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลออกจากกัน อย่างไรก็ตาม รายละเอียดของวิธีการจ่ายขึ้นอยู่กับบริบทของระบบบริการที่จะเกิดขึ้น องค์การและการตกลงกันในกลุ่มวิชาชีพมากกว่า ซึ่งจะขอยุติไม่นำเสนอข้อเสนอในรายละเอียดในที่นี้

กรอบที่ 2: การคิดส่วนหักหน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ กรณีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การจ่ายเงินอุดหนุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัวแก่หน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิทำให้มีแรงจูงใจในการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล เพื่อลดค่าใช้จ่ายในส่วนของผู้ป่วยนอกที่ต้องรับผิดชอบ การคิดส่วนหักสำหรับการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Admission toll) สำหรับหน่วยบริการคู่สัญญาจะมีส่วนช่วยลดแรงจูงใจดังกล่าวได้ในระดับหนึ่ง หลักการของการคิดส่วนหักดังกล่าวมีดังนี้

1. เมื่อมีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในแต่ละราย คิดส่วนหัก (Admission toll) ในอัตราคงที่อัตราหนึ่งจากบัญชีเงินเหมาจ่ายของหน่วยบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ
2. ส่วนหักที่ได้อาจเป็น “กองทุนส่วนหัก” ของเขตพื้นที่ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
3. เมื่อสิ้นปี มีการรวบรวมเงินจ่ายเป็นเงินส่วนจ่ายคืน (Non-admission refund) กลับสู่หน่วยบริการคู่สัญญาในระดับปฐมภูมิในสัดส่วนผกผันกับอัตราการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในบนฐานของประชากรที่ลงทะเบียนของหน่วยบริการแต่ละแห่ง (Admission rate)

$$\text{ส่วนจ่ายคืน (Refund) ของหน่วยบริการ } i = \text{Total fund} \times [(A_{\max} - A_i) * B_i \div (A_{\text{avg}} * B_{\text{total}})]$$

เมื่อ $A_{\max}$ = Admission rate ที่สูงที่สุด A_i = Admission rate ของหน่วยบริการ i
 A_{avg} = Admission rate เฉลี่ยของกองทุน B_{total} = จำนวนผู้มีสิทธิทั้งหมด
 B_i = จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการ i

โครงสร้างกลไกการจ่ายจะใช้รูปแบบในการจ่ายแก่สถานพยาบาลคู่สัญญาด้วยโครงสร้างแบบ 2 ขา (Two-tier system) เป็นหลัก โดยมีการใช้โครงสร้างแบบ 3 ขา (Three-tier system) สำหรับกลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยนอก บริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และบริการอนามัยแม่และเด็กที่มีการสร้างเครือข่ายของการบริการระดับปฐมภูมิ กรอบการจัดระบบเงินทุนและบัญชีหน่วยบริการคู่สัญญาในเมืองต้น สามารถแสดงได้ดังภาพที่ 6.2

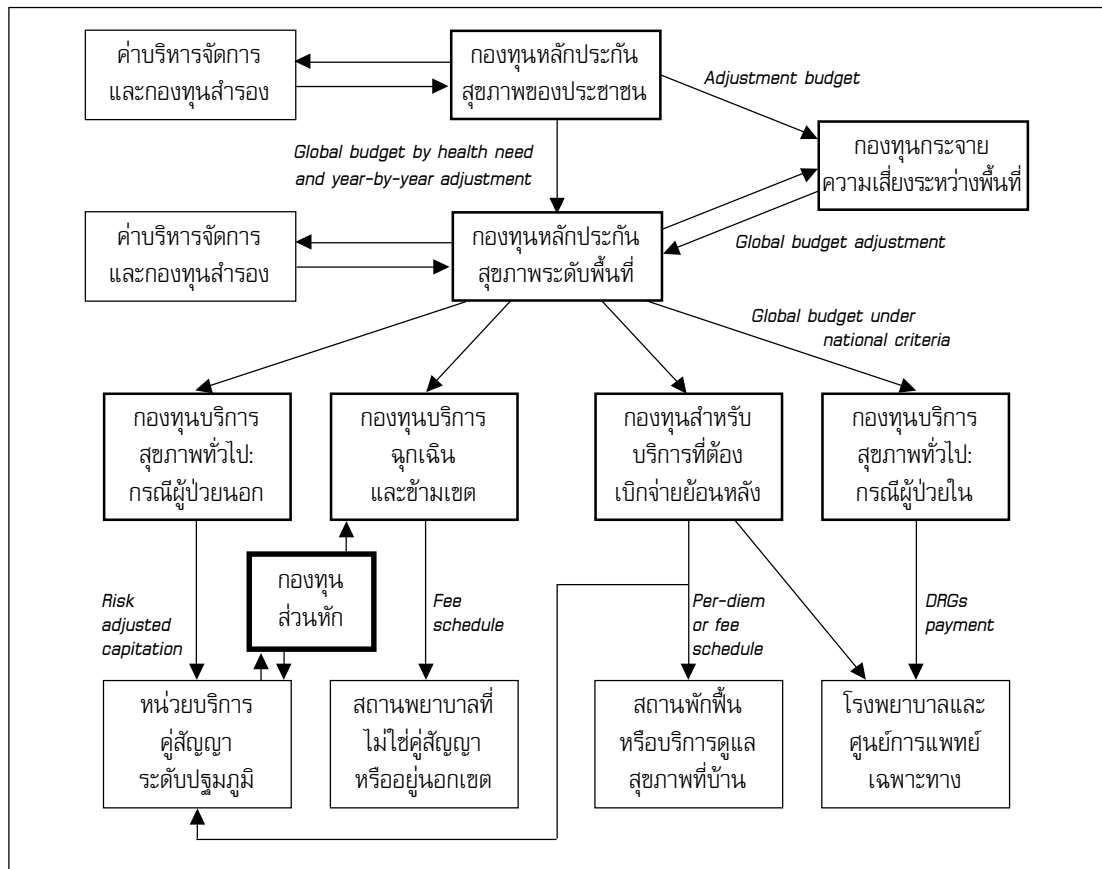
การจัดสรรเงินให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ควรเป็นไปตามปัจจัยต่อไปนี้

- (1) จำนวนประชากรและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพพื้นฐานโดยเฉลี่ย
- (2) ความต้องการทางสุขภาพเฉพาะพื้นที่ (Area-specific health needs)
- (3) สถิติการไปใช้บริการ (Utilization) ซึ่งควรคิดไว้ในระดับหนึ่ง อย่างน้อยใน

ระยะแรกของการเริ่มระบบ

การจัดสรรจำเป็นต้องมีกลไกในการหักส่วนเงินของการจัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC Fund) ไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (APF)

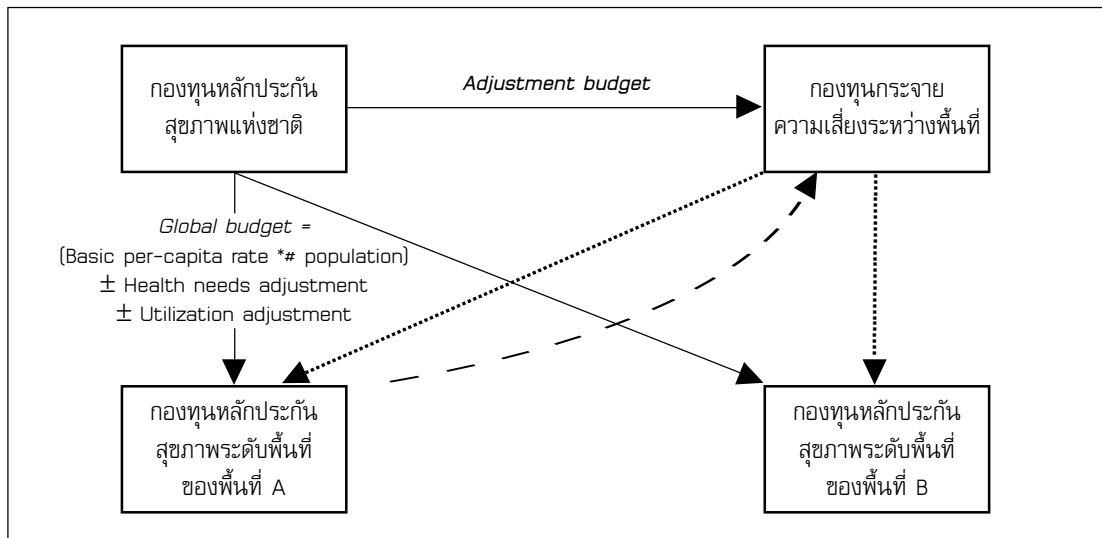
ภาพที่ 6.2 การจัดระบบเงินทุนและบัญชีของหน่วยบริการคู่สัญญา



ที่สูงเกินไป หรือจ่ายขาดเขยว่งเงินที่จัดสรรในระดับที่ต่ำเกินไปไม่ลงตัวตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้โดยจัดสรรเผื่อไว้ก่อนเป็นกองทุนที่เรียกว่า **“กองทุนกระจายความเสี่ยงระหว่างพื้นที่ (Risk redistribution fund, RRF)”** ซึ่งอาจใช้เกณฑ์ในการพิจารณา เช่น การตั้งกรอบสัดส่วนของเงินที่จ่ายจริงของพื้นที่ต่อ 1 คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Payment per 1 RW) เปรียบเทียบกับวงเงินคาดการณ์จากค่าเฉลี่ยของประเทศที่จัดสรรไว้ (0.85 -1.15 เท่าของวงเงินจัดสรรต่อ 1 RW)

ข้อมูลของการคาดเคลื่อนของงบประมาณรวมที่จัดสรรให้กับพื้นที่ในปีก่อนหน้า จะนำมาปรับปรุงสัดส่วนขององค์ประกอบต่างๆ ในหลักเกณฑ์ของการจัดสรรวงเงินงบประมาณรวมสำหรับแต่ละพื้นที่ในปีต่อไป โดยเพิ่มส่วนที่จัดสรรที่คำนึงถึงความต้องการทางสุขภาพสูงขึ้นเรื่อยๆ (Health need adjustment) และลดทอนส่วนของจำนวนการใช้บริการลงเรื่อยๆ (Utilization adjustment) (ดูภาพที่ 6.3)

ภาพที่ 6.3 การจัดสรรงบประมาณรวมไปสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่



2.4 จ่ายเท่าไร: วางวิธีการและหลักเกณฑ์ในการกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุน

การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการจำเป็นต้องคำนึงถึงต้นทุนในการบริการที่แท้จริงทั้งหมดของผู้ให้บริการเป็นสำคัญ โดยคำนึงถึงสถานะที่ต้องการให้บริการนั้นจัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการสำหรับวิธีการแต่ละประเภท อาจใช้แนวทางดังตารางที่ 6.3

ประเด็นปัญหาของการกำหนดวิธีการและอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนที่ต้องคำนึงถึงยังมีอีกหลายประเด็น เช่น

1. การให้บริการผู้ป่วยนอกกับผู้ให้บริการที่ไม่ใช่คู่สัญญา โดยเฉพาะกรณีแรงงานย้ายถิ่น
2. การอุดหนุนสถานพยาบาลในท้องถิ่นที่มีผู้หลบหนีเข้าเมือง หรือคนงานต่างชาตบริเวณชายแดนมาใช้บริการจำนวนมาก
3. การลงทุนอาคาร สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ของโรงพยาบาล

ตารางที่ 6.3 การกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนของวิธีการจ่ายเงิน

วิธีการจ่าย	เงื่อนไขในการกำหนดอัตรา
การเหมาจ่ายรายหัวปรับอัตราตามความเสี่ยง (Risk-adjusted capitation)	● กำหนดต้นทุนการให้บริการจากฐานข้อมูลการเบิกจ่าย และรายงานการศึกษาวิจัย
การจ่ายตามการรับอยู่ในโรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และงบประมาณรวม (DRGs payment under global budget)	● กำหนดวงเงินงบประมาณรวมโดยการศึกษาบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับคำนวณจากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายผู้ป่วยใน ● การคำนวณ Relative Weight (RW) ของ DRGs ตามหลักวิชาการ รวมต้นทุนค่าวัสดุ ค่าแรงและค่าเสื่อมราคาของการลงทุนในครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง รวมค่าใช้จ่ายในส่วนของการอยู่โรงพยาบาลและการติดตามภายหลังจำหน่ายผู้ป่วย (Follow-up) ในระยะเวลาอันสมควร ● Recalibrate DRGs RW ทุก 2 ปี
การจ่ายเป็นรายวันสำหรับโรงพยาบาล (Per-diem payment)	● คำนวณจากศึกษาต้นทุนค่าวัสดุและค่าแรงเฉลี่ยต่อวันในกลุ่มผู้ป่วยที่นอนนานของวันนอนที่เกินไปจากค่าปกติ
การเหมาจ่ายรายหัวปรับค่าตามกลุ่มอายุ (Age-adjusted capitation)	● กำหนดต้นทุนการให้บริการจากฐานข้อมูลการเบิกจ่าย และการศึกษาวิจัย
การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	● การกำหนดอัตราเป็นไปตามต้นทุนและกลไกตลาด ● อัตราต่ำกว่าตลาดกรณีเป็นบริการเสริมจากกลุ่มบริการทางสุขภาพทั่วไป (A, B)
การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นรายวัน (Per-diem) เหมาจ่ายสำหรับบริการการดูแลระยะยาว	● คำนวณจากการศึกษาต้นทุน ปรับด้วยปัจจัยตามกลไกตลาด

2.5 กำกับกับการจ่ายอย่างไร: ตรวจสอบการเบิกจ่าย และทบทวนการใช้ทรัพยากร

วิธีการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการไม่มีวิธีใดที่มีความสมบูรณ์ในการป้องกันพฤติกรรมเอารัดเอาเปรียบของผู้ให้บริการ พฤติกรรมดังกล่าวอาจเกิดขึ้นได้ทั้งด้วยความจงใจและความไม่จงใจ ซึ่งเกิดได้จากการใช้บริการของผู้มีสิทธิที่ไม่เหมาะสม การให้บริการหรือใช้ทรัพยากรต่างๆ น้อยกว่าหรือมากกว่าความจำเป็น รวมถึงการจัดทำและส่งข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย ทำให้จำเป็นต้องมีระบบและกลไกในการกำกับการจ่ายเงิน โดยตรวจสอบข้อมูลและติดตามการใช้ทรัพยากรในระดับต่างๆ กิจกรรมที่สำคัญสรุปได้ดังตารางที่ 6.4 และ 6.5

ตารางที่ 6.4 ระบบและกลไกบทบทวนการใช้ทรัพยากรสำหรับการจ่ายผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ

ทางเลือกวิธีการจ่าย	ระบบและกลไกที่จำเป็น	องค์ประกอบเสริม
การเหมาจ่ายรายหัวปรับอัตราตามความเสี่ยง (Risk-adjusted capitation)	การรับและจัดการเรื่องร้องเรียน	ความสัมพันธ์กับแพทยสภาและกระบวนการยุติธรรม
	การทบทวนการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยใน	การจัดทำ Clinical Practice Guidelines ในเรื่องที่จำเป็น
	การทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	การลงทะเบียนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สถานพยาบาล
การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	การทบทวนสถิติการเบิกจ่าย	การจัดทำรายการบริการที่เข้าข่ายการเบิกจ่าย
	การทบทวนหลักฐานข้อบ่งชี้	การจัดทำความสัมพันธ์กับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

ตารางที่ 6.5 ระบบและกลไกบทบทวนการใช้ทรัพยากรสำหรับการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาล

ทางเลือกวิธีการจ่าย	ระบบและกลไกที่จำเป็น	องค์ประกอบเสริม
การจ่ายตามการรับอยู่ในโรงพยาบาลโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและงบประมาณรวม (DRGs payment under global budget)	การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการเบิกจ่าย	คณะทำงานภาคสนาม
	การทบทวนการรับผู้ป่วยใน	การจัดทำ Clinical Practice Guidelines ในเรื่องที่จำเป็น
	การติดตามระยะเวลานอน	การจัดทำเกณฑ์สัมพันธ์กับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม
	การทบทวนการส่งต่อและการจำหน่ายผู้ป่วยใน	คณะทำงานภาคสนาม
การจ่ายเป็นรายวันสำหรับโรงพยาบาล (Per-diem payment)	การติดตามระยะเวลานอน	คณะทำงานภาคสนาม
	การทบทวนข้อบ่งชี้และแนวทางการรักษาผู้ป่วยใน	การจัดทำ Clinical Practice Guidelines ในเรื่องที่จำเป็น
การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule)	การทบทวนสถิติการเบิกจ่าย	การจัดทำรายการบริการที่เข้าข่ายการเบิกจ่าย
	การทบทวนหลักฐานข้อบ่งชี้	การจัดทำความสัมพันธ์กับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

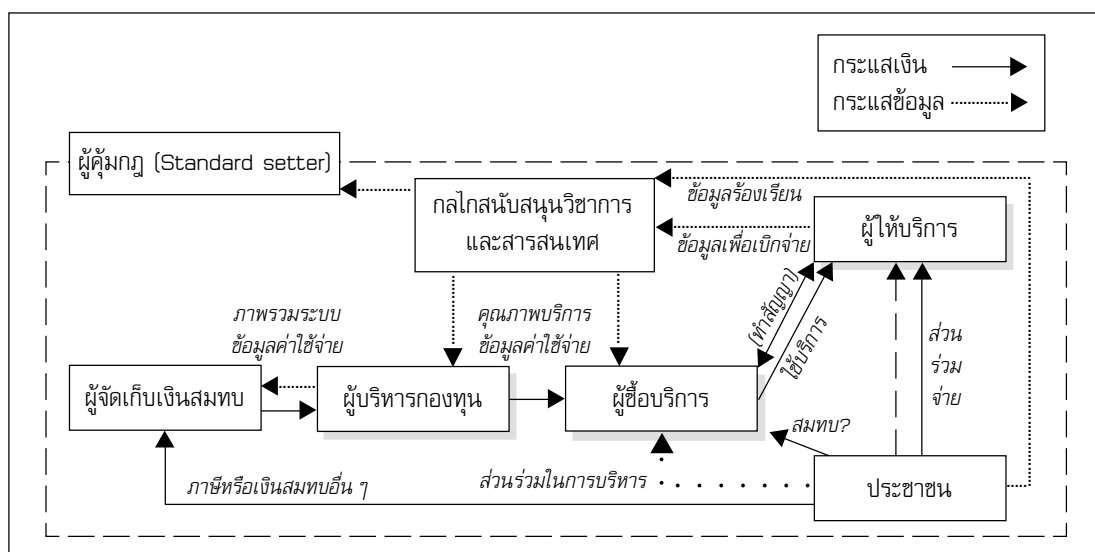
นอกเหนือจากระบบการตรวจสอบการเบิกจ่ายและการทบทวนการให้บริการแล้ว ระบบและกลไกที่จำเป็นสำหรับการกำกับดูแลการจ่ายเงินให้เกิดประสิทธิภาพที่แท้จริงกับระบบบริการยังต้องรวมถึงการประกันคุณภาพของการบริการทั้งหมดในเครือข่ายด้วย

2.6 องค์กรและหน่วยงานรับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง

ด้วยความซับซ้อนของระบบและกลไกที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ อาจทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องมีการทบทวนการจัดระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และการประกันสุขภาพในประเทศไทย ตลอดจนองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การจัดตั้งระบบประกันสุขภาพเป็นแบบมีผู้จ่ายรายเดียว (Single payer system) เป็นทางเลือกหนึ่งเพื่อนำวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกันไปสู่การปฏิบัติ แต่ระบบผู้จ่ายรายเดียวไม่ใช่เป็นเพียงทางเลือกเดียว การจัดระบบที่มีกองทุนประกันสุขภาพหลายกองทุน แต่มีผู้คุมกฎ (Unifier หรือ Standard setter) ที่มีอำนาจตามกฎหมายในการดูแลในเรื่องดังกล่าวของทั้งระบบอาจเป็นทางเลือกได้เช่นกัน องค์กรประกอบแวดล้อมที่สำคัญดังกล่าวแสดงได้ดังภาพที่ 6.4

การจัดให้มีคณะกรรมการระดับนโยบายทางด้านหลักประกันสุขภาพที่มีอำนาจตามกฎหมายเป็นผู้คุมกฎ และตั้งองค์กร เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพของประชาชน คล้ายกับ Health Care Financing Administration (HCFA) ในประเทศสหรัฐอเมริกา อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการบริหารจัดการการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการได้ โดยเฉพาะจะเป็นผู้รับผิดชอบในฐานะเป็นกลไกด้านการสนับสนุนทางวิชาการและสารสนเทศ เพื่อประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลของค่าใช้จ่ายและการเบิกจ่าย ตลอดจนเป็นตัวกลางในการตรวจ

ภาพที่ 6.4 องค์กรประกอบของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ



สอบและประกันคุณภาพของการบริการ ทั้งนี้องค์กรดังกล่าวควรมีความเป็นกลาง ไม่ฝักใฝ่ผู้ให้บริการภาครัฐหรือภาคเอกชน มีความโปร่งใสในการบริหารงาน สามารถกำกับและตรวจสอบการดำเนินงานโดยสาธารณชนได้

การจัดระบบกองทุนอาจต้องมีการตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพและสำนักงานที่จะดูแลในระดับพื้นที่ด้วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความใกล้ชิดระหว่างผู้ซื้อบริการ ผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการในระดับหนึ่ง แต่ไม่ใกล้ชิดจนเกินไป เช่น ผู้ซื้อบริการระดับเขต (Area purchaser) เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ และติดตามตรวจสอบผู้ให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

3. ประเด็นที่ควรระบุไว้ในกฎหมาย

จากผลการศึกษาข้างต้น ประเด็นต่อไปนี้น่าจะเป็นประเด็นที่กฎหมายควรให้อำนาจไว้เพื่อเป็นประโยชน์ในการปฏิรูประบบสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายค่าตอบแทนและการให้เงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการ ซึ่งอาจระบุไว้โดยชัดเจนในพระราชบัญญัติ เพื่อให้อำนาจในการออกกฎหมายลูกระดับต่างๆ เพื่อใช้บังคับได้ต่อไป ดังนี้

1. การจัดตั้งและให้อำนาจแก่งานอัยการและคณะกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพ การกำหนดกรอบสิทธิประโยชน์ภายใต้ความคุ้มครอง การจ่ายเงินค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่สถานพยาบาล ตลอดจนถึงการตรวจสอบการเบิกจ่าย การทบทวนการใช้ทรัพยากร และประกันคุณภาพ

2. การกำหนดแนวปฏิบัติตามหลักการของการแยกผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการ หรือผู้จ่ายออกจากกัน (Provider-purchaser split) ทั้งนี้เพื่อลดความขัดแย้งของแรงจูงใจในการปฏิบัติ (Conflict of interest) รวมทั้งให้เกิดการดำเนินงานที่มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้

3. การส่งมอบและจัดการข้อมูลบริการและต้นทุนเกี่ยวกับการให้บริการทางสุขภาพ

3.1. การกำหนดให้ผู้ให้บริการต้องส่งมอบข้อมูลการให้บริการและต้นทุนที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล พันธุสุขภาพ หรือบริการทางสุขภาพอื่นๆ ตามที่กฎหมายกำหนดให้แก่องค์กรด้านการประกันสุขภาพของรัฐ เพื่อใช้ตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่าย และใช้ในการติดตามและคำนวณค่าใช้จ่ายต่อหัวในการตั้งงบประมาณ ซึ่งอาจต้องให้ข้อมูลเป็นรายบริการหรือรายบุคคลตามความจำเป็น

3.2. การวางกฎเกณฑ์และมาตรการในการรักษาความลับของผู้ป่วย อันเนื่องมาจากกระบวนการจัดการข้อมูลบริการและต้นทุนในระบบประกันสุขภาพ เช่น การกำหนดให้ใช้รหัสเลขประจำตัวแทนชื่อ การกำหนดบทลงโทษ

แก่บุคคลหรือหน่วยงานที่นำข้อมูลไปเปิดเผยให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลเป็นต้น

4. การกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับบริหารจัดการระบบบัญชีต้นทุนของสถานพยาบาล (Cost accounting practice) และการส่งมอบข้อมูลต้นทุนของสถานพยาบาล (ต้นทุนการดำเนินการ และค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บเป็นตัวเลขคนละตัวกัน)

5. การยินยอมของผู้ให้บริการ และสถานพยาบาลคู่สัญญา เพื่อให้คณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตรวจสอบข้อมูลของสถานพยาบาล รายงาน เวชระเบียน ตลอดจนขอข้อมูลอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของสถานพยาบาล รวมถึงการสืบหาข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง

6. การกำหนดลำดับการบังคับใช้องค์ประกอบต่างๆ ของกลไกการจ่ายเงินในเวลาอันสมควร ตลอดจนบทเฉพาะกาลในช่วงเปลี่ยนผ่าน

7. การวางกฎเกณฑ์หรือระเบียบในรายละเอียดส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่สำคัญของการจ่ายเงิน ดังนี้

- 7.1. การจัดกลุ่มบริการ คุณสมบัติของผู้ให้บริการและวิธีการจ่ายเงินสำหรับกลุ่มบริการแต่ละกลุ่ม ตลอดจนการส่งต่อและการใช้บริการข้ามเขต
- 7.2. การวางเกณฑ์ในการกำหนดอัตราค่าตอบแทนหรือเงินอุดหนุนประเภทต่างๆ
- 7.3. การจ่ายชดเชยจำนวนเงินที่เรียกเก็บส่วนที่ขาดไปโดยผู้ให้บริการ (Balance billing)
- 7.4. การตรวจสอบการเบิกจ่าย การทบทวนการใช้ทรัพยากรและประกันคุณภาพ

4. สรุป

ข้อเสนอทางเลือกของการจ่ายเงินค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการขึ้นอยู่กับบริบทของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และบริบทของการจัดระบบบริการ การวางระบบและกลไกการจ่ายเงินจึงต้องมีการจัดกลุ่มของบริการที่ชัดเจน ข้อมูลที่ศึกษาและวิเคราะห์ได้ทำให้สามารถวางข้อเสนอทางเลือกสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย ตลอดจนประเด็นที่ควรระบุไว้ในกฎหมาย ได้แก่

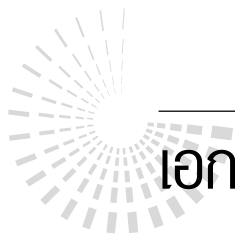
- (1) ใช้รูปแบบวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการผสมผสานร่วมกันหลายวิธี
- (2) มีส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ ณ จุดการใช้บริการอย่างเหมาะสม
- (3) สร้างระบบฐานข้อมูลของผู้มีสิทธิและฐานข้อมูลของการใช้บริการและทรัพยากร
- (4) พัฒนากลไกตรวจสอบการเบิกจ่ายและการให้บริการ
- (5) สร้างความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน

ต่อเนื่องในระยะยาว

ด้วยเหตุดังกล่าวจำเป็นต้องมีการกำหนดให้ชัดเจนว่าการจ่ายเงินค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการนั้นจะจ่ายสำหรับอะไร ให้แก่ใคร ด้วยวิธีการอย่างไร ในอัตราเท่าใด และจะกำกับดูแลอย่างไร ตามวิธีการจ่ายเงินประเภทหลักๆ ที่เสนอแนะไว้ข้างต้น

ทั้งนี้การนำวิธีการจ่ายต่างๆ กันมาใช้จะต้องคำนึงถึงระบบแวดล้อมประกอบเป็นสำคัญ โดยเฉพาะการจัดรูปแบบของเครือข่ายบริการ การเข้าร่วมของผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน และระบบสารสนเทศที่จำเป็นต่อการตรวจสอบการเบิกจ่าย คุณภาพของบริการ และสถานะความน่าเชื่อถือของผู้ให้บริการ ดังนั้นการจัดตั้งองค์กรที่มีความเป็นกลาง (Neutrality) จึงมีความจำเป็น

ด้วยเหตุของความซับซ้อนของระบบและกลไก ในการกำหนดประเด็นในกฎหมายที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีความยืดหยุ่น ให้อำนาจแก่หน่วยงานที่รับผิดชอบในการปรับองค์ประกอบของระบบในเรื่องต่างๆ และให้อำนาจในการขอและเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อการตรวจสอบและความโปร่งใสของระบบ ในขณะที่ต้องมีการกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบในเรื่องการรักษาความลับของผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสมด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ระบบสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและให้ความเคารพต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในระดับที่สมควร



เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองสาธารณสุขภูมิภาค. (พ.ศ. 2533). วิเคราะห์ผลการให้บริการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล ปีงบประมาณ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงการคลัง, กรมบัญชีกลาง. (พ.ศ. 2544). สรุปสาระสำคัญของการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ. เอกสารอัดสำเนา. ม.ป.ท.
- กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, สำนักงานประกันสังคม, กองนิติการ. (พ.ศ. 2543). พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 พร้อมด้วยพระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง ระเบียบ ประกาศ คำสั่ง. ม.ป.ท.
- กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, สำนักงานประกันสังคม, กองวิชาการ. (พ.ศ. 2538-2542). สถิติงานประกันสังคม ประจำปี 2538-2542. ม.ป.ท.
- กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, สำนักงานประกันสังคม. (พ.ศ. 2534-2542). รายงานประจำปี 2534-2542.
- กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม, สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (พ.ศ. 2536). รายงานวิจัยเรื่องผลกระทบของกฎหมายประกันสังคมที่มีต่อลูกจ้างผู้ประกันตน ทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทกำหนดเรื่องสาขานิติศาสตร์. ม.ป.ท.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2538). ประกาศคณะกรรมการบริหารเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ เรื่อง การพิจารณาช่วยเหลือในกรณีการรักษาพยาบาลพิเศษที่มีค่าใช้จ่ายสูง พ.ศ. 2538.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2540). การจัดสรรงบประมาณโครงการสวัสดิการด้านรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล ปี 2539 และ 2540. เอกสารประกอบการประชุมการพิจารณาการจัดสรรงบประมาณ สป.ร. ม.ป.ท.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2541). ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาลส่วนกลาง (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2541 เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจัดสรรเงินอุดหนุนและการใช้จ่ายเงินอุดหนุน. ม.ป.ท.

- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2541). ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง พ.ศ. 2541 เรื่อง ผู้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยไม่คิดมูลค่า. ม.ป.ท.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2541). ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541 เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ. ม.ป.ท.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2541). ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2541 เรื่อง หลักเกณฑ์การคัดเลือกหน่วยบริการนอกสังกัดเข้าร่วมโครงการ.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2542). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups) พ.ศ. 2542.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2542). ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2542 เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจัดสรรเงินอุดหนุนและการใช้จ่ายเงินอุดหนุน.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2542). ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2542 เรื่อง ผู้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยไม่คิดมูลค่า (เพิ่มเติม).
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2542). ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2543 เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ (ฉบับที่ 3) (อยู่ระหว่างรอลงราชกิจจานุเบกษา).
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2542). ประกาศคณะกรรมการบริหารเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2543). ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2543 เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ (ฉบับที่ 2).
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2543). ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2543 เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ (ฉบับที่ 2).
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2543). ประกาศคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2543 เรื่อง

หลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายให้แก่หน่วยบริการนอกเครือข่ายจังหวัด.

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2543). ประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2543 เรื่อง วิธีการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง.

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ (พ.ศ. 2543). ประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2543 เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อใช้จ่ายเป็นเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง.

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2535). ผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2535 ม.ป.ท.

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2536). ผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2536. ม.ป.ท.

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2537-2539). รายงานประจำปีสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2537-2539. ม.ป.ท.

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2542). คู่มือประมวลระเบียบ ประกาศ คำสั่ง หนังสือเวียน เงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ ปี 2542. ม.ป.ท.

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2542). แนวทางการดำเนินงานบัตรประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2542. ม.ป.ท.

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกันสุขภาพ. (พ.ศ. 2544). คู่มือการออกบัตรสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล สำหรับกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร. ม.ป.ท.

โครงการบัณฑิตศึกษาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA). (พ.ศ. 2533). รายงานโครงการวิจัยประเมินผล เรื่อง การจัดทำบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2533. ม.ป.ท.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, วิษย์ เกษมทรัพย์. (พ.ศ. 2542). การประกันสุขภาพภาคเอกชน: ประสมการณ์ของต่างประเทศ. รายงานการศึกษาได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ม.ป.ท.

ไฉไล ศักดิพรพงศ์. (พ.ศ. 2543). ปัญหาอุปสรรคในการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535. รายงานวิจัยประจำปี 2542 โครงการวิจัยรหัส ส-ค 9.42.

- พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2528. ประกาศ
ในราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่มที่ 102 ตอนที่ 201 วันที่ 31 ธันวาคม 2528.
- พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2532. ประกาศ
ในราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่มที่ 106 ตอนที่ 52 วันที่ 1 เมษายน 2532.
- พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2533. ประกาศ
ในราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่มที่ 107 ตอนที่ 75 วันที่ 7 พฤษภาคม 2533.
- พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2534.
ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่มที่ 108 ตอนที่ 195 วันที่ 8 พฤศจิกายน
2534.
- พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2540. ประกาศ
ในราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่มที่ 114 ตอนที่ 37ก วันที่ 7 สิงหาคม 2540.
- พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523. ประกาศในราชกิจจา-
นุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่มที่ 97 ตอนที่ 178 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2523.
- พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และแก้ไขถึง (ฉบับที่
7) พ.ศ. 2541 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษ เล่มที่ 115 ตอนที่ 49ก วัน
ที่ 19 สิงหาคม 2541
- พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) แก้ไข
เพิ่มเติม (ฉบับที่ 3 รวมทั้งกฎกระทรวง (ฉบับที่ 12) (พ.ศ. 2540) ออกความใน
พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535.
- พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม
(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 พร้อมด้วยพระราชกฤษฎีกา
กฎกระทรวง ระเบียบ ประกาศ คำสั่ง.
- พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา
เล่ม 107 ตอนที่ 161 ลงวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2533 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2
กันยายน 2533 ได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่
2) พ.ศ. 2537 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา เล่ม 111 ตอนที่ 63
ลงวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2537 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 30 มีนาคม 2538 เป็นต้น
ไป และพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ซึ่งประกาศใน
ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 116 ตอนที่ 22 ก ลงวันที่ 31 มีนาคม 2542
และมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2542 เป็นต้นไป.
- ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้
ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541.
- ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537.

- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (พ.ศ. 2539). ทุกข์ สมุทัยในระบบสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพคนไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง “ปฏิรูปเพื่อสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ.”
 นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (พ.ศ. 2535). การประกันสุขภาพในประเทศไทยปัจจุบันและอนาคต ในผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2535. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (พ.ศ. 2540). การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ.
 นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศุภสิทธิ์ พรธรรมาวุธ, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (พ.ศ. 2544). หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยทางเลือกและความเป็นไปได้ (2543).
 นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (พ.ศ. 2536-2537). การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาล. ใน: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ผลการดำเนินงาน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมชาย สุขสิริเสรีกุล. (พ.ศ. 2541). รายงานการวิจัยเบื้องต้นเรื่องการทบทวนและระดมความคิดเห็นเพื่อสังเคราะห์ประเด็นการวิจัยเรื่องโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านบริการสุขภาพ. คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ม.ป.ท. เอกสารอัดสำเนา.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, สุภัทรา คงสวัสดิ์ และนทีรัตน์ ไกรลาศ. (พ.ศ. 2543). ระบบการคลังสาธารณสุข สถานพยาบาลรัฐในระดับจังหวัด. การวิจัยและพัฒนาระบบการคลังสาธารณสุขของสถานพยาบาลของรัฐในระดับจังหวัด โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ท.
- สุภัทรา คงสวัสดิ์, พิชญ์ รอดแสง, สนิท ไขนงนุช และวรรณ จารุสมบุญ. (พ.ศ. 2543). ประสิทธิภาพและกระบวนการออกบัตรด้านการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยรอบที่ 6 (พ.ศ. 2541-2543). นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (พ.ศ. 2542). สถานการณ์ปัญหาและการแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิผู้บริโภคจากประกันสุขภาพเอกชนและปัญหาในการได้รับความคุ้มครองตาม พ.ร.บ. คุ้มครองผู้บริโภค. โครงการวิจัยสนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุวณี สุรเสียงสังข์. (พ.ศ. 2541). การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย. รายงานการวิจัยโดยได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- Anderson G, Chaulk P, et al. (1993). Maryland: A Regulatory Approach to Health System Reform. *Health Affairs* 12: 40-47.
- Barkin M. (1992). The Canadian health care system. *Annals of Emergency Medicine* 21: 1245-1249.
- Bodenheimer, T. (1990). "Should we abolish the private health insurance industry?" *International Journal of Health Services* 20: 199-220.
- Bodenheimer T. (1994). Reimbursing physicians and hospitals. *JAMA* 272 (12): 971-977.
- Carlsen F. (1994). Hospital financing in Norway. *Health Policy* 28: 79-88.
- Culyer AJ, Meads A. (1992). The United Kingdom: Effective, Efficient, Equitable? *Journal of Health Politics, Policy and Law* 17: 667-688.
- Davis K, Anderson G, et al. (1990). *Health Care Cost Containment*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Deeble J. (1991). Medical services through Medicare. Australia, National Health Strategy Background Paper No. 2.
- Evans R. (1992). Canada: The real issue. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 17: 463-486.
- Gabel J, Jajich-Toth C, et al. (1987). The commercial health insurance industry in transition. *Health Affairs* 6 (3): 46-60.
- Greiner W., Schulenburg J-MG v.d. (1997). The health system in Germany. In: Raffel MW. (ed). *Health care and reform in industrialized countries*. Pennsylvania State University Press: University Park, PA. 77-104.
- Hatcher PR. (1997). The Health System of the United Kingdom. In: Raffel MW. (ed). *Health care and reform in industrialized countries*. Pennsylvania State University Press: University Park, PA. 227-261.
- Herron J. (1991). Current problems in health care-government criteria in resource allocation today and in the future. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynecology* 31 (4): 351-354.
- Iglehart JK. (1991). Germany's Health Care System: Part I. *New England Journal of Medicine* 324: 503-508.
- Iglehart JK. (1992). The American Health Care System: Medicare. *New England Journal Of Medicine* 327: 1467-1472.
- Jacobs P. (1997). *The economics of health and medical care*. 4th ed. Aspen

Publishers: Gaithersburg, MD.

- Krasnik A., Vallgarda S. (1997). The Health system of Denmark. In: Raffel MW. (ed). Health care and reform in industrialized counties. Pennsylvania State University Press: University Park, PA. 29-47.
- Leatt P., Williams AP. (1997). Canada. In: Raffel MW. (ed). Health care and reform in industrialized counties. Pennsylvania State University Press: University Park, PA. 1-28.
- Maynard A. (1994). Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the U.K. National Health Service. *Social Science & Medicine* 39: 1433-1445.
- Monrad Aas IH. (1995). Incentives and financing methods. *Health Policy* 34: 205-220.
- Nakahara T. (1997). The health system of Japan. In: Raffel MW. (ed). Health care and reform in industrialized counties. Pennsylvania State University Press: University Park, PA. 105-133.
- OECD (1992). The Reform of Health Care in Germany. In: THE REFORM OF HEALTH CARE: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. OECD: Paris. 57-72.
- Pomey M-P, Poullier J-P. (1997). The health system of France. In: Raffel MW. (ed). Health care and reform in industrialized counties. Pennsylvania State University Press: University Park, PA. 49-75.
- Raffel MW, Raffel NK. (1997). The health system of the United States. In: Raffel MW. (ed). Health care and reform in industrialized counties. Pennsylvania State University Press: University Park, PA. 263-289.
- Schulenburg J.-M. Graf Von der. (1994). Forming and Reforming the Market for Third-Party Purchasing of Health Care: A German Perspective. *Social Science & Medicine* 39: 1473-1481.
- Sriratanaban J, Supopong S, et al. (2001). Situational analysis of the health insurance market and related educational needs in the era of health care reform in Thailand. *Journal of Medical Association of Thailand* 83 (12): 1492-1501.
- Tangcharoensathien V, Pitayarangsarit S, Srithamrongswad S. (2000). The insurance mapping: a reform direction for Thailand. Bangkok: Health

Systems Research Institute.

Willcox S. (1991). A healthy risk? Use of private insurance. Australia, National Health Strategy Background Paper No. 4.