

โครงการศึกษารูปแบบการคลังและการจัดการสาธารณสุขของประเทศไทย

ADB No. 2997-THA

การคลังสาธารณสุขในประเทศไทย

รายงานวิชาการ

พฤษภาคม 2542

โดย

เดลา โดแนลสัน, MPH, MA, ScD

ศุภลิตี พรรณารุโนทัย, MD, PhD

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, MD, PhD

การคลังสาธารณสุขในประเทศไทย

รายงานวิชาการ

พฤษภาคม 2542

โดย

เดล โดแนลสัน, MPH, MA, ScD

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโนทัย, MD, PhD

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, MD, PhD

สารบัญ

หน้า

สารบัญตาราง.....	IV
สารบัญรูปภาพ.....	VII
บทสรุปย่อสำหรับผู้บริหาร	VIII
บทที่ 1 เศรษฐกิจไทย	1
ก. โครงสร้างเศรษฐกิจไทย.....	1
ข. ประเทศไทยกับการพัฒนาอย่างรวดเร็ว	2
ค. วิฤตเศรษฐกิจ.....	3
บทที่ 2 ภาพรวมการเงินของระบบสาธารณสุข.....	7
ก. บัญชีรายจ่ายสุขภาพของประเทศ.....	7
ข. ค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุข	11
ค. ค่าใช้จ่ายของภาคเอกชน.....	18
บทที่ 3 ต้นทุนในการให้บริการสาธารณสุข.....	25
ก. ต้นทุนการให้บริการในโรงพยาบาล	25
ข. ต้นทุนการให้บริการด้านการสาธารณสุข	27
บทที่ 4 รายรับที่เกิดจากการให้บริการ.....	28
ก. นโยบายในการตั้งราคา	28
ข. อัตราค่านานา	28
บทที่ 5 ระบบการประกันสุขภาพ	31
ก. ระบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย.....	31
ข. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ.....	34
ค. กองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน.....	52
ง. โครงการบัตรประกันสุขภาพ	71
จ. โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.)	85
ฉ. สรุปข้อเสนอแนะ	104
บทที่ 6 การปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขสู่อนาคต.....	107
ก. วัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์การคลัง	107
ข. แผนการมุ่งไปสู่การประกันระบบเดียว.....	108
ค. การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	110

ง. สถาบันการเงินการคลังสาธารณะแบบใหม่	114
บรรณานุกรม.....	120
ภาคผนวก A ตารางภาคผนวก	124
ภาคผนวก B รูปภาพ.....	133
ภาคผนวก C POLITICAL MAPPING	149
ภาคผนวก D.....	162
รายละเอียดวิธีการคำนวณค่าใช้จ่ายโดยละเอียดของระบบ SST.....	162

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1	โครงสร้างเศรษฐกิจไทย ณ ปีพ.ศ. 2518 ถึง 2539.....	1
ตารางที่ 1.2	การกระจายของครัวเรือนตามการจ้างงาน (%)ของประเทศไทยช่วงปี 2531-2539	1
ตารางที่ 1.3	ร้อยละของรายจ่ายทางสังคมต่อค่าใช้จ่ายทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ปี 2530 ถึง ปี2539	2
ตารางที่ 1.4:	แนวโน้มการเติบโตของเศรษฐกิจไทย (ระดับกลางๆ) ณ ปี 2539 - 2544.....	4
ตารางที่ 2.1	ค่าใช้จ่ายสุขภาพของประเทศไทย 1983-1994.....	8
ตารางที่ 2.2	การจัดสรรรายจ่ายสุขภาพทั้งจากงบลงทุนและงบดำเนินการตามแหล่งที่มาของเงินทุน ของ ประเทศไทยในปีงบประมาณ 1994	10
ตาราง 2.3	หลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณของกองทุนสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย.....	13
ตารางที่ 2.4	แนวโน้มค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 1982-1999	15
ตารางที่ 2.5	แนวโน้มค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 1982-1999 (ต่อ)	15
ตารางที่ 2.6	สัดส่วนการจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขไปยังหน่วยบริการและโครงการต่างๆใน ประเทศไทย ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5-7	16
ตารางที่ 3.1	ต้นทุนต่อหน่วยบริการของสถานีนอนมัย จาก 3 อำเภอ ในประเทศไทย.....	27
ตารางที่ 4.1	เปรียบเทียบรายรับต่อต้นทุนในโรงพยาบาลจังหวัด 89แห่งทั่วประเทศไทย ในปี 1988-1990	29
ตารางที่ 4.2	เปรียบเทียบรายจ่ายในการดำเนินการและรายได้เงินบำรุงของโรงพยาบาลจังหวัดทั่วประเทศใน ประเทศไทย ระหว่างปี 1994-1996	29
ตารางที่ 4.3	เปรียบเทียบรายรับต่อต้นทุน ในโรงพยาบาลอำเภอ 350 แห่งในประเทศไทย ในช่วงปี 1987-1988	30
ตารางที่ 4.4	เปรียบเทียบระหว่างรายจ่ายค่าดำเนินการและรายรับเงินบำรุงของโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศ ไทย ในระหว่างปี 1994-1996	30
ตารางที่ 5.1	คุณลักษณะของระบบประกันสุขภาพประเภทต่างๆในประเทศไทย.....	32
ตารางที่ 5.2	ชุดสิทธิประโยชน์ในแต่ละโครงการประกันสุขภาพในประเทศไทย.....	33
ตารางที่ 5.3	แหล่งทุน, กลไกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล, และอัตราการไปใช้บริการของผู้มีสิทธิ ในแต่ละ โครงการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย, 2539	34
ตารางที่ 5.4	ค่าใช้จ่ายทั้งหมดภายใต้โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของประเทศไทย ปี 2531- 41 ณ ราคาในปีนั้นๆ.....	35
ตารางที่ 5.5	สาระสำคัญของมาตรการ 2 ระยะ.....	39
ตารางที่ 5.6	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรายเดือน (ล้านบาท) ก่อนและหลังการปฏิรูป จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2541	40
ตารางที่ 5.7	โครงสร้างค่ารักษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรัฐ ที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2541	42
ตารางที่ 5.9:	ทางเลือกในการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน ในโครงการ CSMBs	47
ตารางที่ 5.10	คะแนนการบรรลุวัตถุประสงค์ของแต่ละกลไกทางเลือกการจ่ายบริการผู้ป่วยนอก จากคะแนน เต็ม 100 เฉลี่ยจากการลงคะแนนของคณะกรรมการ 15 ท่าน	49

ตารางที่ 5.11: คะแนนทั้งหมดตาม น้ำหนักคะแนนสัมพัทธ์ ของ ทั้ง 9 วัตถุประสงค์ กรณีการจ่ายเงินผู้ป่วยนอก	49
ตารางที่ 5.12: ความถี่ของลำดับคะแนนคุณค่า 1-3 อันดับของ ทางเลือกที่ 1 ถึง 7 โดยคณะกรรมการ 10 ท่าน โดยที่ยังไม่แสดงผลเชิงปริมาณ	49
ตารางที่ 5.13: เพดานงบประมาณ สำหรับรายจ่าย 4 ประเภท ในโครงการ CSMBS ปี 2541	50
ตารางที่ 5.14: อัตราเหมาจ่ายรายหัวปรับตามกลุ่มอายุ	51
ตารางที่ 5.15: ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในต่อราย (บาทต่อราย)	51
ตารางที่ 5.16: อัตราการสูญเสียและอัตราการจ่าย, กองทุนเงินทดแทน. 2536	53
ตาราง 5.17 เงินสมทบที่เก็บได้และรายจ่ายเงินชดเชย (ล้านบาท) กองทุนเงินทดแทน 2529 – 2538	54
ตารางที่ 5.18: ประสิทธิภาพการแรงงาน การจ้างงาน และการว่างงานในประเทศไทย 2540 และ 2541 (พันคน) ...	56
ตารางที่ 5.19: แรงงานที่ถูกให้ออกจากงานตามข้อมูลจากศาลแรงงาน ประเทศไทย (1 มกราคม 2540 – 31 กรกฎาคม 2541)	57
ตารางที่ 5.20: แผนทางการเงินในกรณีขยายความคุ้มครองสิทธิประโยชน์ 4 รายการ ที่จัดเตรียมโดยคณะทำงาน สำหรับการประชุมครั้งที่ 13	58
ตารางที่ 5.21: อัตราการสูญเสียและอัตราประสบการณ์ กองทุนเงินทดแทน ประเทศไทย 2536	61
ตารางที่ 5.22: เงินสมทบกองทุนที่เก็บได้และค่าใช้จ่ายของกองทุนทดแทน ประเทศไทย 2529 – 2540	62
ตารางที่ 5.23: การเรียกร้องเงินชดเชยการเจ็บป่วยและโรคจากการทำงาน จำแนกตามชนิดของการชดเชย กอง ทุนเงินทดแทน ประเทศไทย 2540	62
ตารางที่ 5.24: การเรียกร้องเงินชดเชยการเจ็บป่วยและโรคจากการทำงาน จำแนกตามภาค กองทุนเงินทดแทน ประเทศไทย 2540	63
ตารางที่ 5.25: อัตราการเรียกร้องสิทธิต่อผู้มีสิทธิ 100 คน จำแนกตามกลุ่มอายุและชนิดของการชดเชย ประเทศ ไทย 2540	63
ตารางที่ 5.26: สัดส่วนของการร้องขอเงินชดเชยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ณ สำนักงานประกันสังคมเขต 5 ประเทศไทย 2541	65
ตาราง 5.27: สัดส่วนรัฐและเอกชนในกองทุนทดแทนที่สำนักงานประกันสังคมเขตประชาชน ประเทศไทย 2541	65
ตารางที่ 5.28: การเรียกร้องเงินชดเชยโดยเฉลี่ยจากโรงพยาบาลรัฐและเอกชน	66
ตารางที่ 5.29: อัตราเหมาจ่าย ณ สถานการณ์สมมติต่าง ๆ	67
ตารางที่ 5.30: ราคาเปรียบเทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง 2539	67
ตารางที่ 5.31: ประสิทธิภาพงบประมาณสำหรับการขยายโครงการประกันสังคม ประเทศไทย, 2542	70
ตารางที่ 5.32: ลักษณะหลักของโครงการบัตรสุขภาพในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2526	73
ตาราง 5.33: ความครอบคลุมของบัตรสุขภาพโดยสมัครใจและรายรับที่เก็บได้ ระหว่างปี 2530-2540 ประเทศ ไทย	73
ตารางที่ 5.34: อัตราการใช้บริการของประชากรกลุ่มต่างๆภายใต้บัตรประกันสุขภาพปี 2534 และ 2539	74

ตารางที่ 5.35 สัดส่วนของผู้มีสิทธิจากบัตรประกันสุขภาพ, ประกันสุขภาพทั้งหมดและกลุ่มผู้ไม่มีประกันใน ประเทศไทย จำแนกตามเขตเมืองเขตชนบท และรายได้ ปี 2538	76
ตารางที่ 5.36 สัดส่วนของผู้มีสิทธิจำแนกตามรายรับและสัดส่วนการพึ่งพาใน 3 จังหวัด ประเทศไทย	76
ตารางที่ 5.37 ต้นทุนในการให้บริการแก่ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพในประเทศไทย 2540	78
ตารางที่ 5.38 รายงานการตอบสนองต่อการเพิ่มราคาบัตรประกันสุขภาพในประเทศไทย	79
ตารางที่ 5.39 เหตุผลในการให้มีการร่วมจ่าย ในมุมมองของผู้ป่วย	80
ตารางที่ 5.40 อัตราที่สามารถร่วมจ่ายได้ (บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก และบาทต่อวันผู้ป่วยใน)	80
ตารางที่ 5.41 การบริหารจัดการประกันความเสี่ยงและกรณีข้ามเขต	82
ตาราง 5.42 จำนวนผู้ถือบัตรสปร. (ล้านคน) จำแนกตามภาค ประเทศไทย 2524 – 2541	88
ตารางที่ 5.43 เส้นแบ่งความยากจนและจุดตัดแบ่งสำหรับการคัดเลือกผู้มีสิทธิ ปี 2518/19 – 2520/1	90
ตารางที่ 5.44 เป้าหมายและผลการดำเนินงานการออกบัตรสปร. (ล้านคน) ประเทศไทย 1998	91
ตารางที่ 5.45 การเปลี่ยนแปลงในการจัดสรรงบสปร.ต่อหัว ประเทศไทย 2524 – 2542	95
ตารางที่ 5.46 งบประมาณและรายจ่ายของโครงการสปร. จำแนกตามรายปี	95
ตารางที่ 5.47 อัตราการใช้บริการ, อัตราค่าบริการต่อครั้งและต่อคน (บาท)	96
ตาราง 5.48 งบประมาณต่อหัวที่จัดสรรไปสู่ภาคต่าง ๆ	97
ตาราง 5.49 น้าหนักสำหรับการจัดสรรงบประมาณสปร.	97
ตารางที่ 5.50 การจัดสรรงบประมาณไปยังสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐนอกสำนักงานปลัดกระทรวงสา ธารณสุข 2539 – 2542	100
ตารางที่ 5.51 งบประมาณสปร. และค่าใช้จ่ายจริงในโรงเรียนแพทย์ ปี 2538	101
ตารางที่ 5.52 งบประมาณจัดสรรต่อหัวจำแนกตามภาค (บาท)	102
ตารางที่ 6.1 อัตราค่าธรรมเนียมเรียกเก็บเมื่อมารับบริการ ภายใต้ระบบ SST	113
ตารางที่ 6.1 เปรียบเทียบบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) กับคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด	115

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพที่ 1.1 แนวโน้มค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพทั้งรักษาด้วยตนเองและรักษาที่สถานพยาบาล ช่วง ปี 2524 ถึง 2541, ณ ราคาปี 2539.	5
รูปภาพที่ 2.1 การไหลเวียนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ปี 2540.....	9
รูปภาพที่ 2.2 งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขต่อหัวประชากร ปีงบประมาณ 2539 เทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดต่อหัวประชากร ปีพ.ศ.2537	17
รูปภาพที่ 2.3 แสดงการเปลี่ยนจากการซื้อยากินเองเป็นไปใช้บริการที่สถานบริการมากขึ้นในช่วง, 1970 –1996	19
รูปภาพที่ 3.1 แสดงต้นทุนต่อครั้งบริการผู้ป่วยนอกกระจายตามจำนวนเตียง	25
รูปภาพที่ 3.2 ต้นทุนผู้ป่วยในต่อครั้งกับขนาดโรงพยาบาล (จำนวนเตียง)	26
รูปภาพที่ 5.1 ค่าใช้จ่ายในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 1988-98	35
รูปภาพที่ 5.2 ค่าใช้จ่ายในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการแบ่งตามประเภทการป่วยและสถานพยาบาล ..	36
รูปภาพที่ 5.4 ความสามารถร่วมจ่ายได้สูงสุดต่อปี (แกน Y) และ รายได้ครัวเรือนต่อเดือน (แกน X).....	81
รูปภาพที่ 5.5 อัตราร้อยละของการออกบัตรไปสู่อายุผู้มีรายได้น้อย, ผู้พิการ, และพระ จำแนกรายจังหวัด	91
รูปภาพที่ 5.6 อัตราร้อยละของการออกบัตรไปสู่อายุต่ำกว่า 12 ปี, นักเรียน และผู้สูงอายุจำแนกรายจังหวัด	92
รูปภาพที่ 5.7 งบประมาณของรัฐสำหรับโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล ตั้งแต่ปี 2519 ถึง 2542 ที่ราคาปัจจุบัน.....	94
รูปภาพที่ 5.8 การจัดสรรงบประมาณผู้มีรายได้น้อยในปี 2542	98

บทสรุปย่อสำหรับผู้บริหาร

ในช่วงระหว่างปี 2518 -2538 ผลผลิตมวลรวมในประเทศ (GDP) ต่อหัวประชากรในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าในมูลค่าจริง เป็น 3,000 บาท การเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนโครงสร้างทางเศรษฐกิจจากภาคเกษตรกรรมมุ่งสู่ภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น และการเพิ่มการเปิดเสรีทางการค้า การเคลื่อนตัวของประชากรจากชนบทเข้าสู่เมืองมากขึ้น สัดส่วนประชากรที่มีรายได้ต่ำเส้นวัดความยากจนลดลงเป็น 19 % ขณะที่ความแตกต่างของการกระจายรายได้จะเพิ่มสูงขึ้น

ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน อัตราตายทารกแรกเกิด (IMR) ลดลงเกือบร้อยละ 40 (เหลือเพียง 33 คนต่อการเกิดมีชีวิต 1000 คน) และอัตราการเพิ่มประชากรลดลงมากกว่าครึ่งหนึ่ง (เหลือเพียงร้อยละ 1.1 ในปี 2538) โครงสร้างอายุของประชากรเปลี่ยนแปลงไป สัดส่วนประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปีลดลงในขณะที่กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลให้ประเทศไทยจะต้องเผชิญหน้ากับอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม อัตราตายทารกแรกเกิดและอายุเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยก็ยังไม่ดีเท่าประเทศในเอเชียที่มีรายจ่ายเพื่อสุขภาพต่อหัวประชากรน้อยกว่า อันแสดงถึงการที่ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นเทคโนโลยีสูงมากกว่าที่จะมุ่งแก้ไขปัญหาสุขภาพพื้นฐานที่คุกคามชีวิตของประชาชนส่วนใหญ่

การใช้จ่ายเพื่อสุขภาพทั้งในภาครัฐและเอกชนในมูลค่าจริงได้เพิ่มขึ้น และพฤติกรรมสุขภาพของประชากรก็เปลี่ยนจากการดูแลตนเองไปสู่การใช้บริการที่สถานพยาบาลทั้งที่คลินิกหรือโรงพยาบาลมากขึ้น ในด้านสถานบริการก็มีการขยายตัวของภาคเอกชนทั้งในด้านจำนวนของแพทย์ (ร้อยละ 22 ของแพทย์ทั้งหมด) และโรงพยาบาล (ร้อยละ 21 ของจำนวนเตียงทั้งหมดในประเทศ) แต่การเพิ่มจำนวนนี้จำกัดอยู่ในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่ โดยสถานพยาบาลของภาครัฐยังเป็นผู้ให้บริการหลักในเขตชนบท

อัตราส่วนของรายจ่ายเพื่อสุขภาพเมื่อเทียบกับผลผลิตมวลรวมในประเทศยังคงเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ แต่ค่าที่เป็นที่ยอมรับมากที่สุดคือร้อยละ 3.6 โดยร้อยละ 51 เป็นรายจ่ายในภาครัฐ และร้อยละ 49 ในภาคเอกชน ในแง่ของการคลังโรงพยาบาล สถานบริการด้านสุขภาพของรัฐมีรายได้ 3 ใน 4 มาจากแหล่งเงินภาครัฐ (รวมการประกัน) ในขณะที่สถานบริการของเอกชนมีรายได้ 3 ใน 4 มาจากแหล่งเงินภาคเอกชน

ความเสมอภาคและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัดสามารถนำไปใช้ได้ตามเป้าหมายความต้องการของท้องถิ่น

แหล่งที่มาที่สำคัญอีกแหล่งหนึ่งของการคลังระบบบริการสาธารณสุขก็คือการใช้จ่ายของครัวเรือน ซึ่งในช่วงปี 2529 ถึง 2539 นั้น รายจ่ายเพื่อสุขภาพต่อเดือนของครัวเรือนตามมูลค่าจริงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 55 (เป็น 343 บาทต่อครอบครัวต่อเดือนในปี 2539) รายจ่ายเพื่อการรักษาดตนเองลดลงตามมูลค่าจริงถึงร้อยละ 30 แต่รายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลในสถานบริการภาครัฐเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 66 และรายจ่ายในสถานบริการภาคเอกชนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 125 การเปลี่ยนแปลงนี้แตกต่างกันในแต่ละภาค บางภาคมีรายจ่ายในภาครัฐเพิ่มมากกว่าภาคเอกชน ในขณะที่บางภาคก็ตรงข้ามกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบรายจ่ายต่อเดือนของครัวเรือนระหว่างภาคตะวันออก เชียงเหนือกับกรุงเทพมหานครแล้วจะพบว่าลดลงจาก 0.92 ต่อ 1 ในปี 2529 ไปเป็น 0.48 ต่อ 1 ในปี 2539 แสดงให้เห็นว่า รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนนั้นเพิ่มขึ้นอย่างมากในเขตกรุงเทพมหานครเมื่อเทียบกับในเขตชนบท

รูปแบบรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนระหว่างปี 2529 ถึง 2539 นั้นแตกต่างไปตามลักษณะการทำงานของหัวหน้าครัวเรือนในแต่ละภาค ในภาพรวมของประเทศ รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนเพิ่มขึ้นตามมูลค่าจริงในทุกกลุ่มอายุ แต่ต่างกันไปในแต่ละกลุ่มอาชีพ เช่นในกลุ่มงานบริการเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 11 ในขณะที่กลุ่มวิชาชีพเฉพาะกลับเพิ่มถึงร้อยละ 212 นอกจากนี้ยังมีข้อสังเกตในกลุ่มไม่ได้ประกอบอาชีพจะมีรูปแบบรายจ่ายไม่คงที่ และในขณะที่เป็นกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีรายได้ได้น้อยกว่า แต่เนื่องจากการที่เป็นกลุ่มคนชราหรือผู้พิการ ก็ทำให้กลุ่มนี้มีรายจ่ายเพื่อสุขภาพที่สูง และอาจจะอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกทำงานอยู่ก็ได้

รายจ่ายจากครัวเรือนถือเป็นรายได้ส่วนสำคัญของสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายดำเนินการ ในระหว่างปี 2531 ถึง 2533²¹ งบประมาณและเงินเดือนและค่าจ้างประมาณร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลจังหวัด 89 แห่งและโรงพยาบาลชุมชน 350 แห่งได้มาจากรายรับจากการให้บริการ

²¹ ควรมีการวิเคราะห์สัดส่วนรายได้ต่อต้นทุน ในช่วงหลังปี พ.ศ.2533 เพื่อดูว่าอัตราการเก็บค่ารักษาจะคืนทุนในส่วนงบประมาณเพิ่มเติมที่กระทรวงสาธารณสุขได้ลงทุนไปอย่างมากหรือไม่

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่บริหารจัดการงบรายจ่ายเพื่อสุขภาพในภาค รัฐ คือร้อยละ 66 ของรายจ่ายเพื่อสุขภาพในภาครัฐทั้งหมด ส่วนที่เหลือถูกบริหารจัดการโดย กระทรวงและหน่วยราชการอื่น ๆ งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นในมูลค่าจริงถึง ร้อยละ 258 จากปี 2529 ถึง 2539 แต่หลังจากประเทศไทยประสบวิกฤตเศรษฐกิจซึ่งเริ่มขึ้นในปี 2540 อัตราการเพิ่มของงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขจากปี 2538 ถึง 2542 ลดลงเหลือ เพียงร้อยละ 6 ตามมูลค่าจริง

ในปี 2541 กระทรวงสาธารณสุขใช้เงินงบประมาณถึงร้อยละ 42 เพื่อจ่ายในหมวดเงินเดือนและค่าจ้าง ร้อยละ 31 เพื่อหมวดค่าใช้สอย และร้อยละ 27 ในหมวดลงทุน และเนื่องจากในช่วงเศรษฐกิจแบบฟองสบู่ได้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการลงทุนเพิ่มมากขึ้นกว่าร้อยละ 50 ตามมูลค่าจริง ดังนั้นมาตรการหลักในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจของกระทรวงสาธารณสุขก็คือการตัด รายจ่ายในหมวดลงทุน ร่วมกับการไม่เพิ่มจำนวนบุคลากรทดแทนตำแหน่งที่ว่าง พัฒนาปัญญา โรงพยาบาลเพื่อควบคุมรายจ่ายด้านยา และลดรายจ่ายการอบรมและดูงาน

ในขณะเดียวกัน การจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขไปยังส่วนราชการ ระดับจังหวัดยังมีได้เป็นไปตามหลักการที่จะมุ่งชดเชยแก่จังหวัดที่มีรายได้ต่ำมากกว่า การจัดสรร ในปัจจุบันจะเป็นไปตามความต้องการงบประมาณในอดีตซึ่งคำนวณจากปัจจัยพื้นฐานที่มีอยู่ และที่เพิ่งสร้างขึ้นใหม่ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องวางแผนการลงทุนที่ตอบสนองต่อความ ต้องการจริง ๆ ของพื้นที่ไม่ใช่จากความต้องการของนักการเมือง

ในการนี้ ทางทีมที่ปรึกษาด้านเทคนิคจึงได้เสนอข้อควรปฏิบัติในการปฏิรูประบบการจัด สรรงบประมาณไปยังสถานบริการสุขภาพของรัฐในระดับจังหวัด โดยเน้นที่การเปลี่ยนสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด (Provincial Health Offices – PHOs) ไปเป็นคณะกรรมการสาธารณสุขระดับ จังหวัด (Provincial Health Boards – PHBs) ซึ่งทำงานภายใต้การควบคุมของคณะกรรมการ อำนวยการที่คัดเลือกมาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องฝ่ายต่าง ๆ รวมถึงสมาชิกจากชุมชนนั้น ๆ คณะ กรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัดนี้จะทำงานต่างจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยจะเป็นผู้ ชื้อบริการสาธารณสุขให้ประชากรที่รับผิดชอบแทนที่จะเป็นผู้จัดสรรงบประมาณไปยังสถานบริการ หรืออาจจะพูดได้ว่า เงินงบประมาณจะไหลไปตามการใช้บริการของผู้ป่วย การจัดสรรงบลงทุน และเงินเดือนและค่าจ้างจะยังคงเป็นหน้าที่ของส่วนกลาง แต่งบใช้สอยที่มีใช้เงินเดือนจากกรม กองต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขควรจะรวมเข้าด้วยกันและจัดสรรลงสู่จังหวัดในลักษณะของ งบประมาณเหมาจ่ายโดยอาศัยสูตรการจัดสรรที่จะมีขึ้น อันจะนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณที่มี

ณ ปัจจุบัน จะพบว่ามีการศึกษาบัญชีต้นทุนของสถานบริการสาธารณสุขในประเทศไทยน้อยมาก และส่วนใหญ่ที่มีก็ถูกจัดทำขึ้นจากภาควิชาการ มีความจำเป็นที่ฝ่ายบริหารทรัพยากรสาธารณสุขต่าง ๆ จะต้องต้องมีข้อมูลที่ดีกว่านี้ในเรื่องต้นทุนการให้บริการโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องมีความรู้เพื่อใช้ในการตั้งราคาค่าบริการในหนังสือปกน้ำเงิน และยังมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาให้มีข้อมูลต้นทุนในกลุ่มโรคเฉพาะให้มากขึ้น วิธีการรวมค่าบริการที่เกิดขึ้นทั้งหมดแล้วนำมาคำนวณตามสูตรสัดส่วนต้นทุนต่อราคาค่าบริการ (Cost Charge Ratio) ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนั้นไม่เหมาะสมสำหรับการคำนวณอัตราค่าบริการเบิกจ่ายสำหรับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups – DRGs)

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ กลุ่มหลักคือ

- สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ
- โครงการประกันสังคม
- โครงการบัตรประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ
- โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.)
- ประกันเอกชน

นอกจากนี้ยังมี การประกันที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ เช่น กองทุนเงินทดแทน การประกันประสบภัยจากรถ เป็นต้น

ลักษณะสำคัญของแต่ละระบบแสดงในตารางด้านล่างนี้

ชนิดของประกันสุขภาพ	ความครอบคลุม	แหล่งที่มาของทุน	วิธีการจ่ายสถานบริการ	อัตราการใช้บริการ	
				ผู้ป่วยนอก (ครั้ง/หัวประชากร)	ผู้ป่วยใน (ครั้ง/100)
สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	6.6	ภาษี	ตามที่เรียกเก็บ	5.5	13.6
ประกันสังคม	4.8	1.5% จากลูกจ้าง/นายจ้าง/รัฐ	เหมาจ่ายต่อหัว	1.4	2.6
กองทุนทดแทน	4.8	นายจ้าง 0.2-2.0%	ตามที่เรียกเก็บ	0.04	0.6
บัตรประกันสุขภาพ	6.0	งบประมาณกระทรวงสธ.	เหมาจ่ายต่อหัว	1.7	5.8
บัตรสปร.	27.0	งบประมาณกระทรวงสธ.	กำหนดโดยงบประมาณ	0.7	3.0
ประกันเอกชน	1.2	เบี้ยประกัน	ตามที่เรียกเก็บ	2.0	5 - 6

ถึงแม้ว่าประมาณร้อยละ 76 ของประชากรจะมีประกันสุขภาพชนิดใดชนิดหนึ่ง ส่วนที่เหลือร้อยละ 24 จะต้องจ่ายค่ารักษายาบาลเอง หรือมีจะนั้นก็จะต้องไปรับบริการจากสถานบริการของรัฐที่ให้บริการฟรี และจากตารางด้านบนจะเห็นได้ว่ามีวิธีการจ่ายเงินให้สถานบริการหลาย

แบบ และสามารถตั้งข้อสังเกตได้ว่าการจ่ายตามที่เรียกเก็บจะมีอัตราการใช้บริการที่สูงกว่า (มีอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นจากการชักนำของผู้ให้บริการ) และการจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อหัวจะมีอัตราต่ำกว่า รายละเอียดของระบบประกันสุขภาพภาครัฐที่สำคัญจะกล่าวโดยละเอียดต่อไป

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการครอบคลุมข้าราชการและข้าราชการบำนาญทั้งหมดรวมถึงครอบครัว ระบบนี้ใช้เงินจากภาษีอากรโดยมีกระทรวงการคลังเป็นผู้บริหารจัดการ ซึ่งในปัจจุบันทำงานเหมือนกับ “ตราชาย” มากกว่าเป็นผู้จัดการโครงการสวัสดิการด้านสุขภาพ ไม่มีระบบการตรวจสอบข้อมูลการเบิกหัก ไม่มีข้อมูลผู้มีสิทธิ ค่าใช้จ่ายตามมูลค่าจริงเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 14 ทุกๆปีจนถึงปี 2540 ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจบีบบังคับให้กระทรวงการคลังต้องนำมาตราการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านอุปสงค์มาใช้เช่นการให้มีการจ่ายร่วมและการระงับให้บริการภาคเอกชน จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาในจังหวัดขอนแก่นพบว่าวิธีการเหล่านี้ทำให้รายจ่ายลดลงได้ร้อยละ 13 ถึง 15 โดยส่วนใหญ่มาจากการใช้ยาในบัญชียาหลัก (ผู้ใช้นอกบัญชียาหลักต้องจ่ายเงินเอง) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง การใช้บริการหอผู้ป่วยพิเศษลดลง และการใช้บริการในภาคเอกชนที่ลดลง และเนื่องจากรายรับของสถานบริการที่มาจากผู้ป่วยในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการถือเป็นแหล่งทุนสำคัญสำหรับไปชดเชยการให้บริการผู้ยากจน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินว่าการเข้าใช้บริการของกลุ่มผู้ยากจนถูกจำกัดลงหรือไม่

ขณะนี้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงการคลังและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ กำลังทำงานร่วมกันในการนำมาตราการควบคุมรายจ่ายจากด้านผู้ให้บริการมาใช้ ซึ่งจากการประชุมมีมติเลือกวิธีการจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อหัวสำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอก และกำหนดวงเงินงบประมาณสำหรับผู้ป่วยใน ในการนี้ได้มีการประมาณการเงินค่าบริการเหมาจ่ายต่อหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกไว้ที่ 615 บาท และ 11,681 บาทต่อการรับผู้ป่วยในหนึ่งครั้ง

กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมเป็นผู้ดูแลกองทุนประกันสังคมและกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากการทำงาน ซึ่งครอบคลุมประชากรเกือบเท่า ๆ กันคือ ลูกจ้างทุกคนในองค์กรที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป แต่มีวิธีการเก็บเงินสมทบและวิธีการจ่ายสถานบริการไม่เหมือนกัน คือประกันสังคมเก็บเงินสมทบจำนวนเท่า ๆ กันจากลูกจ้าง นายจ้าง และจากกระทรวงเองในอัตราร้อยละ 1.5 ของเงินเดือนลูกจ้าง แล้วจ่ายสถานบริการในลักษณะเหมาจ่ายต่อหัว โดยเพียงจะมีการเปลี่ยนอัตราเหมาจ่ายจาก 700 บาทเป็น 1,000 บาท และเปลี่ยนกฎหมายที่กระทรวงแรงงานฯ ต้องจ่ายเงินสมทบในอัตราที่เท่ากับลูกจ้าง กองทุนเงินทดแทนฯ เก็บเงินสมทบจากนายจ้างในสัดส่วน

ส่วนตั้งแต่ร้อยละ 0.2 ถึง 2.0 ของเงินเดือนทั้งหมด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถิติความปลอดภัยในองค์กรนั้น ๆ และจ่ายสถานบริการตามที่เบิกจ่ายจริงทั้งนี้ไม่เกิน 35,000 บาทต่อราย

มีข้อเสนอแนะหลายประการในการที่จะทำให้ทั้งสองระบบนี้ดีขึ้น วิธีแรกคือการรวมทั้งสองกองทุนเข้าด้วยกันและเพิ่มอัตราเหมาจ่ายอีก 162 บาทเพื่อให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการประสบภัยจากการทำงาน อีกวิธีคือการแยกกองทุนต่างหากเพื่อจ่ายให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลอีกแห่งที่ไม่ใช่ที่รับเงินเหมาจ่าย และกองทุนควรจะแยกออกมาเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาความปลอดภัยในการทำงาน นอกจากนี้ ทีมผู้เชี่ยวชาญยังมีข้อเสนอเพิ่มเติม เช่น ให้ขยายความครอบคลุมของประกันสังคมไปยังกลุ่มที่เพิ่งถูกให้ออกจากงาน (จนถึง 12 เดือน) ขยายการครอบคลุมไปยังกลุ่มครอบครัว เมื่อเกษียณอายุ และกลุ่มที่ไม่มีนายจ้าง พัฒนาระบบลงทะเบียนที่สามารถตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงการเลือกโรงพยาบาลของผู้มีสิทธิ พัฒนาระบบที่จะควบคุมและตรวจสอบคุณภาพของการให้บริการ

โครงการบัตรประกันสุขภาพได้เริ่มมีการดำเนินการตั้งแต่ช่วงปี 2526 ในลักษณะของโครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก แต่ต่อมาได้เปลี่ยนแปลงไปจนกลายเป็นโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (Voluntary Health Insurance scheme) โดยมุ่งเน้นที่กลุ่มผู้มีรายได้น้อยที่ไม่ถึงขั้นยากจน เบี้ยประกันรวมเป็นเงิน 1500 บาทต่อบัตรถูกจัดเก็บจาก 3 แหล่งหลักคือ จากครัวเรือน กระทรวงสาธารณสุข และจากกองทุนเงินกู้จากธนาคารพัฒนาเอเชีย โครงการบัตรประกันสุขภาพประสบปัญหาหลายประการ ที่สำคัญที่สุดคือการที่ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริง เนื่องจากกลุ่มผู้มีรายได้ก็ยังคงมาซื้อบัตร นอกจากนี้ เบี้ยประกันที่เก็บได้ก็ยังไม่เพียงพอสำหรับต้นทุนที่จ่ายไปเพื่อให้บริการ สำหรับการปฏิรูประบบโครงการบัตรประกันสุขภาพมีข้อเสนอแนะดังนี้

- เพิ่มราคาของบัตรให้ครอบคลุมต้นทุน
- เปลี่ยนการจัดเก็บเบี้ยประกันเป็นปีละหลายครั้งแทนที่จะเก็บครั้งเดียวเพื่อให้บัตรมีราคาถูกลง
- บังคับให้ผู้ป่วยต้องใช้บริการตามลำดับขั้นของสถานบริการจากสถานอนามัยจนถึงโรงพยาบาลจังหวัด ถ้าต้องการใช้บริการฟรี
- กระจายอำนาจการขายบัตรลงสู่การปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งน่าจะมีบทบาทในการสนับสนุนทรัพยากรเข้าสู่ระบบด้วย
- เพิ่มระยะเวลาก่อนการมีสิทธิเพื่อลดจำนวนผู้ซื้อบัตรเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย

ประเทศไทยได้เริ่มโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ตั้งแต่ปี 2518 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อจะลดความไม่เสมอภาคในสังคม โดยการให้บริการทางการแพทย์โดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้ยากไร้ ในปี 2538 บัตรผู้มีรายได้น้อยได้ขยายความครอบคลุมไปสู่ประชากรอีก 5 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ทหารผ่านศึก พระและผู้นำชุมชน และผู้พิการ มีการวิพากษ์วิจารณ์กันมากกว่าระบบนี้ไม่ได้มุ่งเป้าไปสู่ผู้มีรายได้น้อยอย่างแท้จริงและยังขยายไปครอบคลุมประชากรที่อาจจะมีประกันสุขภาพรูปแบบอื่นอยู่แล้วและไม่ได้ต้องการความช่วยเหลือเลย ผู้ถือบัตรรายได้น้อยจะต้องเข้ารับบริการที่สถานีนามัยและจะถูกส่งต่อไปยังสถานบริการระดับบนเฉพาะเมื่อมีความจำเป็น แต่ผู้ถือบัตรมักจะเข้าไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด และจากการที่มีการออกบัตรเป็นจำนวนมาก ทำให้งบประมาณต่อบัตรต่ำมาก คืออยู่ที่ 250 บาทต่อคน ในช่วงเวลาที่ผ่านมา วิธีการจัดสรรเงินงบประมาณไปยังแต่ละภาคหรือจังหวัดก็ได้เปลี่ยนไปเมื่อคิดในลักษณะงบประมาณต่อคน อันเป็นผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในด้านความเท่าเทียมกันระหว่างเขตที่ยากไร้ เช่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเขตที่รวยกว่าเช่นในภาคกลาง วิธีการจัดสรรในปัจจุบันจะคำนวณจากจำนวนประชากรปรับตามอัตราตายมาตรฐาน จำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล การมีโรงพยาบาลศูนย์ในเขตนั้น และรายรับเฉลี่ยของประชากรในจังหวัดนั้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาโครงการบัตรผู้มีรายได้น้อยได้แก่ การใช้เส้นแบ่งความยากจนใหม่เพื่อเป็นตัววัดในการแจกจ่ายบัตร การให้หน่วยงานระดับท้องถิ่นมีบทบาทในการกระจายบัตรโดยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ยากไร้ที่มีอยู่ การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อนับจำนวนผู้มีสิทธิเพื่อเป็นฐานในการคำนวณวงเงินที่จะต้องได้รับจากกระทรวงสาธารณสุขตามจำนวนคนที่มี ไม่ใช่ระบบแบ่งงบประมาณในปัจจุบัน ควรมีการเพิ่มศักยภาพของระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากระดับอำเภอไปสู่จังหวัดโดยการบังคับให้ผู้มีสิทธิต้องลงทะเบียนกับสถานพยาบาลระดับต้นก่อน

ท้ายที่สุด ดูเหมือนบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขจะมีความเห็นเป็นเอกฉันท์ในเรื่องความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาความครอบคลุมด้านสุขภาพแก่คนไทยทุกคน ความพยายามทางด้านกฎหมายเพื่อการนี้ก็กำลังดำเนินการอยู่ แต่ก็ยังมีข้อติดขัดในหลายเรื่อง ทางทีมเทคนิคได้เสนอกลยุทธ์ในระยะกลางในขณะนี้ โดยการให้กระทรวงและผู้มีบทบาทในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องได้พยายามที่จะทำให้โครงสร้างผลประโยชน์และวิธีการจ่ายเงินแก่สถานบริการในระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่แต่ละวิธี ให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด

บทที่ 1 เศรษฐกิจไทย

ก. โครงสร้างเศรษฐกิจไทย

โครงสร้างเศรษฐกิจไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเห็นได้ชัดในภาคอุตสาหกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคการผลิต อัตราการเติบโตเพิ่มขึ้นจาก 26 เปอร์เซ็นต์ เป็น 40 เปอร์เซ็นต์ ขณะที่อัตราการเติบโตภาคเกษตรกรรมลดลงจาก 27% เป็น 11% โดยการขยายตัวของระบบเศรษฐกิจมุ่งเน้นไปที่การนำเข้า (ตาราง 1.1)

ตารางที่ 1.1 โครงสร้างเศรษฐกิจไทย ณ ปีพ.ศ. 2518 ถึง 2539

(% of GDP)	2518	2528	2538	2539
ภาคเกษตรกรรม	26.9%	15.8%	10.8%	10.7%
ภาคอุตสาหกรรม	25.8%	31.8%	39.4%	39.8%
ภาคบริการ	47.3%	52.3%	49.7%	49.5%
การนำเข้า	23.0%	25.9%	47.9%	44.3%

ที่มา : World Development Indicators, World Bank, 2541.

โครงสร้างระบบเศรษฐกิจไทยเปลี่ยนแปลงไปมาก โดยจะเห็นได้ชัดจากโครงสร้างการจ้างงานที่เปลี่ยนแปลงไป จากการปรับเปลี่ยนอาชีพของประชากร ในภาคเกษตรกรรม เช่น เจ้าของที่ดิน ให้เช่าที่ เกษตรกร หรือ แรงงานเกษตรกรรม มีจำนวนลดลงจากเดิม 48 เปอร์เซ็นต์ ของจำนวนประชากร ณ ปี 2531 ลดลงเหลือ 30 เปอร์เซ็นต์ ณ ปี 2539 หากแต่การจ้างงานในภาคอุตสาหกรรม เช่นคนงานในโรงงานต่างๆ กลับมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 23 เปอร์เซ็นต์ ของจำนวนประชากร ณ ปี 2531 เป็น 28 เปอร์เซ็นต์ ณ ปี 2539 ส่วนในอาชีพเฉพาะทางไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก กล่าวคือ เพิ่มขึ้นจาก 5.8 เปอร์เซ็นต์ ในปี 2531 เป็น 6.1 เปอร์เซ็นต์ ในปี 2539 และผู้ว่างงานในเชิงเศรษฐศาสตร์เพิ่มจาก 10 เปอร์เซ็นต์เป็น 13 เปอร์เซ็นต์ (ตาราง 1.2)

ตารางที่ 1.2 การกระจายของครัวเรือนตามการจ้างงาน (%)ของประเทศไทยช่วงปี 2531-2539

	2531	2535	2539
งานเกี่ยวกับที่ดิน	47.5	42.4	33.2
งานด้านการผลิต	13.6	16.3	19.1
งานด้านการบริการ	23.3	25.5	28.1
งานวิชาชีพ	5.8	5.6	6.1
ผู้ว่างงานเชิงเศรษฐศาสตร์	9.8	13.1	13.4

ที่มา: การสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือนภาคเกษตรกรรม ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2531-2539.

ข. ประเทศไทยกับการพัฒนาอย่างรวดเร็ว^{3/}

ในช่วงปี พ.ศ.2529-2539 ประเทศไทยเติบโตทางด้านเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วถึง 9.6 % ต่อปี โดยหุ้นเอกชนอยู่ในแดนบวกตลอดทศวรรษ 2530-2539 และในช่วงปลายทศวรรษ 2523 ถึง ต้นทศวรรษ 2533 เงินทุนจำนวนมากไหลเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจ ทำให้เกิดการขยายตัวและเพิ่มขึ้น ของความต้องการใช้จ่ายมวลรวม นี่สาธตารณะในประเทศลดน้อยลง ในภาครัฐ อัตราการเติบโต เป็นไปอย่างมีเสถียรภาพ เนื่องมาจากอัตราเงินเฟ้อที่ต่ำส่งผลให้ การออมและการลงทุนสูงขึ้น ค่า ใช้จ่ายด้านสังคม เช่น การศึกษา, สาธารณสุข, ประกันสังคมและสวัสดิการสังคม,การบำรุงรักษา บ้านเรือนและชุมชน เป็นต้น มีเปอร์เซ็นต์เพิ่มขึ้น ทั้งในรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น (ตาราง 1.3) และเมื่อดูจากเส้นแบ่งความยากจนแล้ว เปอร์เซ็นต์ของประชากรได้เส้นแบ่งความยากจนลด ลงจาก 33%ในปี 2531 เป็น 11%ในปี 2539 ซึ่งเป็นผลมาจากความเฟื่องฟูทางเศรษฐกิจและก่อ ให้เกิด trickle down effect(เศรษฐกิจเฟื่องฟู- เอื้อประโยชน์ให้ผู้ผลิต แต่ผลเสียตกแก่ชนชั้น กลาง) และเมื่อดูจาก สัมประสิทธิ์จีนิก็แย่งลงเช่นกัน(เครื่องมือวัดการกระจายรายได้ของระบบ เศรษฐกิจ : สัมประสิทธิ์จีนิยิ่งแย่งคือรายได้ของประชาชนแตกต่างกันมาก)

ตารางที่ 1.3 ร้อยละของรายจ่ายทางสังคมต่อค่าใช้จ่ายทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ปี 2530 ถึง ปี2539

	2530	2533	2536	2539
รายจ่ายรัฐบาลกลาง (พันล้านบาท)	227.3	307.4	504.6	755.3
รายจ่ายทางสังคมของรัฐบาลกลาง	69.6	100.3	177.6	287.5
ร้อยละของรายจ่ายทางสังคมต่อรายจ่ายรวมของรัฐบาล				
กลาง	30.6%	32.6%	35.2%	38.1%
รายจ่ายรัฐบาลท้องถิ่น	ไม่มีข้อมูล	24.4	40.3	ไม่มีข้อมูล
รายจ่ายทางสังคมของรัฐบาลท้องถิ่น	ไม่มีข้อมูล	9.5	18.5	ไม่มีข้อมูล
รายจ่ายทางสังคมของรัฐบาลท้องถิ่นเสมือนเปอร์เซ็นต์ราย				
จ่ายรัฐบาลท้องถิ่น	ไม่มีข้อมูล	38.7%	45.9%	ไม่มีข้อมูล

หมายเหตุ: รายจ่ายทางสังคมนี้รวมถึงรายจ่ายของรัฐบาลกลางและท้องถิ่นในด้านการศึกษา,สุขภาพ,ประกันสังคม,สวัสดิการ และการบูรณะบ้านเรือนและชุมชน

ที่มา: กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (2540) Government Finance Statistics Yearbook.

^{3/}

รายงานฉบับนี้ มาจากรายงาน Wilbulpolprasert, Tangcharoensathien, and Lertiendumrong (April 15, 1998).

ค. วิฤตเศรษฐกิจ

การผ่อนคลายการค้ากับในกิจการวิเทศนกิจ ในปี พ.ศ. 2537 ก่อให้เกิดหนี้สินเพิ่มพูน ในกิจการที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ และจากการเติบโตอย่างมากของระบบเศรษฐกิจและอัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศที่ปรับตัวสูงขึ้นทำให้อุปสงค์ต่อสินค้านำเข้าที่ฟุ่มเฟือยมีมากขึ้น และด้านการส่งออกสามารถแข่งขันได้น้อยลง ซึ่งส่งผลให้ประเทศไทยขาดดุลบัญชีเดินสะพัดถึง 8 เปอร์เซ็นต์ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศในช่วงปี พ.ศ.2538-2539 ซึ่งการขาดดุลดังกล่าวทำให้ในปี 2540 นักลงทุนต่างชาติโจมตีค่าเงินบาทถึง 2 ครั้ง จากการที่รัฐบาลปกป้องค่าเงินบาทนี้ทำให้เงินทุนสำรองระหว่างประเทศลดลงอย่างรวดเร็ว และก่อให้เกิดหนี้สาธารณะอย่างมหาศาล จากเหตุการณ์ดังกล่าว จำเป็นอยู่เองที่รัฐบาลจำต้องลดค่าเงินบาทโดยใช้นโยบาย"ระบบอัตราแลกเปลี่ยนลอยตัวภายใต้การควบคุม" ซึ่งจากนโยบายดังกล่าว ทำให้ค่าเงินบาทลดลงอย่างมาก เท่ากับว่าปริมาณหนี้ระหว่างประเทศมีมากขึ้นนั่นเอง

จากปัญหาดังกล่าว รัฐบาลไทยจำต้องพึ่งพากองทุนการเงินระหว่างประเทศ โดยทำหนังสือสัญญาซึ่งมีเงื่อนไขที่ต้องปฏิบัติตาม เพื่อให้ได้มาซึ่งเงินกู้ โดยวงเงินกู้ทั้งหมดประมาณ 17.2 พันล้านเหรียญสหรัฐ จากพันธสัญญาดังกล่าวทำให้รัฐบาลจำเป็นต้องเปลี่ยนแนวนโยบายให้สอดคล้องกับกองทุนการเงินระหว่างประเทศ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวรวมถึงการลดค่าใช้จ่ายรัฐบาล และเพิ่มภาษีมูลค่าเพิ่มจากเดิม 7 เปอร์เซ็นต์ เป็น 10 เปอร์เซ็นต์^{4/} และเพิ่มภาษีสรรพสามิตสุรา และสินค้าฟุ่มเฟือยต่างๆอีกด้วย ซึ่งเงินกู้ดังกล่าวจะถูกนำไปปรับโครงสร้างทางการเงิน การคลัง และการแปรรูปรัฐวิสาหกิจ

วิฤตเศรษฐกิจและเงื่อนไขดังกล่าว ก่อให้เกิดผลกระทบมากมายต่อการเติบโตทางด้านเศรษฐกิจของไทย ตาราง 1.4 แสดงค่าคาดประมาณของเศรษฐกิจไทยในช่วงปี 2539 ถึง 2544 อัตราการเจริญเติบโตของประเทศไทยติดลบในช่วงปี 2540 ถึง 2541 และระดับรายได้ต่อหัวประชากรก็ลดลงเมื่อเทียบกับค่าเงินดอลลาร์ ขณะที่ดัชนีราคาผู้บริโภค(CPI) เพิ่มขึ้นเป็น 11 เปอร์เซ็นต์ในปี 2541 และคาดว่าจะลดลงเหลือ 4 เปอร์เซ็นต์ในปี 2544^{5/} ซึ่งการขาดดุลบัญชีเดินสะพัดอย่างต่อเนื่องและมากขึ้นเท่ากับเปอร์เซ็นต์ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ จะเห็นได้ว่า รัฐบาลมีรายได้มากกว่ารายจ่ายมาตลอด ยกเว้นปี 2540 และ 2541 ซึ่งดุลเงินสดติดลบ

^{4/} การปรับขึ้นภาษีมูลค่าเพิ่มดังกล่าวทำให้ราคายาเพิ่มขึ้น 20 เปอร์เซ็นต์ในปี 2540 โดยราคายาที่ผลิตในประเทศเพิ่มขึ้นถึงจาก 15 เป็น 18 เปอร์เซ็นต์

ตารางที่ 1.4: แนวโน้มการเติบโตของเศรษฐกิจไทย (ระดับกลางๆ) ณ ปี 2539 - 2544

ตัวชี้วัด	2539p	2540e	2541e	2542e	2543e	2544e
GDP Growth (% p.a.)	5.5	-0.4	-3 to -3.5	1.8	3.4	3.7
GDP/Capita						
บาท	76,650	79,274	82,941	90,340	98,654	106,550
ดอลลาร์สหรัฐ	3,027	2,525	1,843	2,258	2,504	2,697
ดัชนีราคาผู้บริโภค (%)	5.9	5.6	11.6	6.0	5.0	4.0
บัญชีเดินสะพัด (% GDP)	-7.9	-2.2	3.9	2.8	1.5	0.2
รัฐบาล						
รายได้ (พันล้านบาท)	850.2	844.2	785.0	837.4	923.5	1,005.3
รายจ่าย (พันล้านบาท)	750.2	888.5	835.4	823.1	913.9	993.9
ดุลเงินสด (% GDP)	2.3	-0.6	-1.0	0.3	0.2	2.0

ที่มา : สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, มีนาคม 2541.

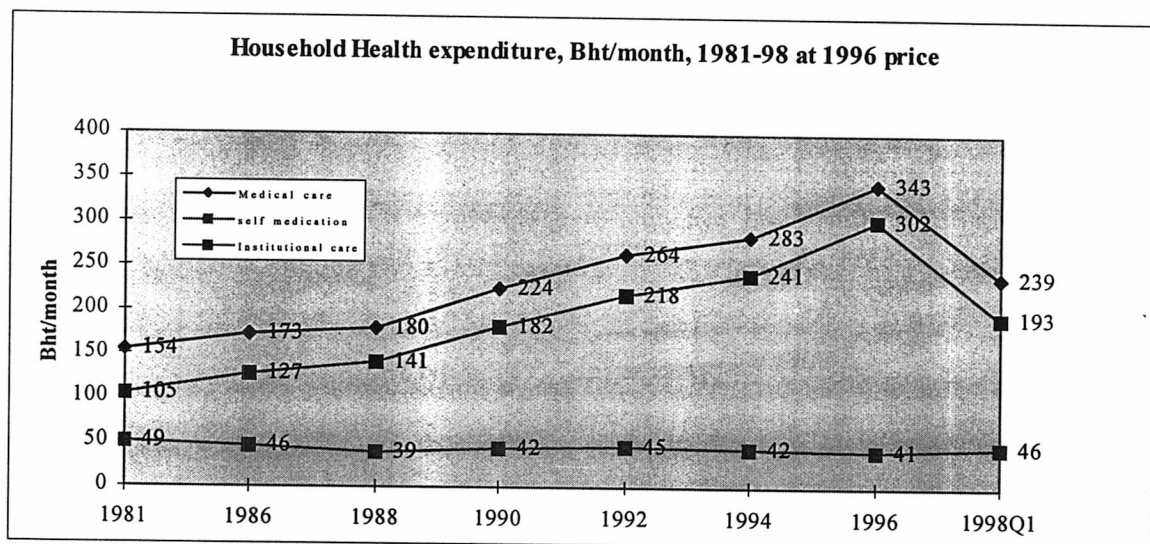
ในช่วงวิกฤตดังกล่าว ธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย ร่วมกับธนาคารโลกได้จัดสรรเงินกู้ทางสังคม เพื่อช่วยเพิ่มเติมเงินสำรองระหว่างประเทศและสนับสนุนโครงการที่จำเป็นอื่นๆ โดยรัฐบาลพยายามที่จะยังคงโครงการที่ให้การดูแลคนจนและผู้สมควรได้รับความช่วยเหลือไว้ จะเห็นได้ชัดจากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้ตัดค่าใช้จ่ายด้านสิ่งก่อสร้างจาก 25 พันล้านบาทในปี 2540 ลงเหลือ 6.6 พันล้านบาทในปี 2542 (ลดลงถึง 74 เปอร์เซ็นต์)⁶ นอกจากนี้คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้พักการบรรจุข้าราชการ หากแต่มีการยกเว้นสำหรับแพทย์และพยาบาลจบใหม่ (ประมาณ 6000 คนต่อปี) นอกจากนี้ยังยกเลิกการเดินทางไปต่างประเทศ งดเบี้ยเลี้ยงและควบคุมการเดินทางเพื่อการประชุมภายในประเทศด้วย ซึ่งก็ช่วยให้ลดงบประมาณลงได้ โดยงบประมาณรวมประจำปี 1997 ถึง ปี 1998 ถูกตัดลง 9.4 พันล้านบาท (หรือ ลดลง 14 เปอร์เซ็นต์) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นกระทรวงหนึ่งในหกกระทรวงที่ถูกตัดลดงบประมาณมากที่สุด ในขณะที่สัดส่วนงบประมาณด้านสุขภาพ ได้รับจัดสรรเพิ่มขึ้นจาก 7.1 เป็น 7.5 เปอร์เซ็นต์ของงบประมาณรวมของประเทศ

วิกฤตเศรษฐกิจดังกล่าวได้ก่อให้เกิดการว่างงานเพิ่มขึ้น จากเดือนกุมภาพันธ์ 2541 ประเทศมีผู้ว่างงานถึง 2 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 3 ล้านคน เมื่อรวมผู้จบการศึกษาใหม่เมื่อดูจาก 704 อำเภอทั่วประเทศ มีถึง 248 อำเภอที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ นั่นคือจะมีผู้ว่างงานเฉลี่ย 500 คนในแต่ละอำเภอ ซึ่งภาคที่มีผู้ว่างงานมากที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียง

6 / งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขในด้านค่าใช้จ่ายด้านทุนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในช่วงปี พ.ศ.2533 ถึง 2542 (เพิ่มขึ้นถึง 254 เปอร์เซ็นต์) เมื่อเทียบกับ ช่วงปี พ.ศ. 2523 ถึง 2532(เพิ่มขึ้น 112 เปอร์เซ็นต์) จึงเป็นคำถามที่ว่างงบประมาณที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ถูกใช้ไปเพื่อประโยชน์อะไร?

เหนือ (ประมาณ 61 เปอร์เซ็นต์) ตามด้วยภาคเหนือ (ประมาณ 28 เปอร์เซ็นต์) ภาคกลาง (8 เปอร์เซ็นต์) และภาคใต้ (4 เปอร์เซ็นต์) (ตาราง 1.4)^{7/} ซึ่งตามกฎหมายแล้วสิทธิคุ้มครองทางด้านการเจ็บป่วยจากประกันสังคมจะหมดไป 6 เดือนหลังจากหมดสภาพการจ้างงาน ซึ่งทางกระทรวงแรงงานก็พยายามยืดระยะเวลาของสิทธิคุ้มครองออกไป แต่ต้องใช้เวลาในการแก้ไขพระราชบัญญัติ ปัญหาสำคัญอีกประการคือหากผู้ว่างงานย้ายกลับภูมิลำเนาเดิมสิทธิคุ้มครองจากประกันสังคมจะยังคงติดตัวไป โดยเปลี่ยนผู้ให้บริการจากที่ลงทะเบียนไว้เดิมหรือไม่ วิฤต เศรษฐกิจดังกล่าวทำให้ค่าใช้จ่ายครัวเรือนในด้านการรับบริการจากสถานบริการทางการแพทย์ต่างๆลดลงถึง 36 เปอร์เซ็นต์(real terms) จากปี 2539 ถึง ไตรมาสแรกของปี 2541 ขณะที่ค่าใช้จ่ายจากการรักษาตนเองโดยการซื้อจากร้านขายยาเพิ่มขึ้นถึง 12 เปอร์เซ็นต์ (ดูตาราง 1.1) รายละเอียดเพิ่มเติมในเรื่องค่าใช้จ่ายครัวเรือนในด้านสุขภาพและผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจนี้ จะกล่าวต่อไปในบทที่ 2 ข้อ C.2.b

รูปภาพที่ 1.1 แนวโน้มค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพทั้งรักษาด้วยตนเองและรักษาที่สถานพยาบาล ช่วง ปี 2524 ถึง 2541, ณ ราคาปี 2539.



ที่มา: ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2541.

^{7/} ผู้ว่างงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนืออยู่ในภาคเกษตรกรรม ขณะที่ในภาคกลางและภาคใต้ส่วนใหญ่อยู่ในภาคอุตสาหกรรม

การคาดการณ์ทางเศรษฐกิจระยะสั้น เศรษฐกิจที่เลวร้ายในช่วงปี 2541 จะค่อยๆดีขึ้นในปี 2542 ยกตัวอย่างเช่น ศูนย์วิจัยธนาคารไทยพาณิชย์ ได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2541 เศรษฐกิจไทยจะหดตัว จากระดับเดิมในปี 2540 ลงถึง 7.4 เปอร์เซ็นต์ และอัตราการเติบโตโดยรวมของประเทศในปี 2542 จะเป็น 5.2 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับความมีเสถียรภาพของค่าเงินบาท การลดลงของอัตราเงินเฟ้อ และมาตรการการกระตุ้นของรัฐบาล^{8/} รวมถึงปัจจัยอื่นๆ คาดว่าจะก่อให้เกิดผลกระทบต่ออัตราการเติบโตในปี 2542 ไม่เกิน 2 เปอร์เซ็นต์ (Bangkok Post, ธันวาคม 15, 2541)

^{8/} การประมาณอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจในไตรมาสที่ 1 เท่ากับ -3.8%, ไตรมาสที่ 2 เท่ากับ 1.2 %, ไตรมาสที่ 3 เท่ากับ 9.6 % และไตรมาสที่ 4 เท่ากับ 14.6 %

บทที่ 2 ภาพรวมการเงินของระบบสาธารณสุข

ก. บัญชีรายจ่ายสุขภาพของประเทศ

การเงินของระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมีข้อมูลที่ทำให้สับสน อยู่อย่างน้อยสองประการคือ 1) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐและเอกชนมีสัดส่วนเป็นเท่าไรของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) 2) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายระหว่างภาครัฐต่อ ภาคเอกชนเป็นเท่าไร เนื่องจากการศึกษาที่ให้คำตอบแตกต่างกันหลายชิ้น โดยการศึกษาครั้งแรกเกี่ยวกับบัญชีรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยจัดทำโดย Myers และคณะ (1985) พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็น 4.6% ของผลผลิตมวลรวมภายในประเทศ (GDP) และมีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐต่อภาคเอกชนเป็น 32:68 ต่อมา Hsiao (1993) ได้ทำการประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระหว่างปี 1978-1992 ไว้พบว่าในปี 1984 ประเทศไทยมีรายจ่ายด้านสุขภาพเท่ากับ 5.1% ของ GDP และสัดส่วนรายจ่ายของภาครัฐต่อภาคเอกชนเป็น 32:68

ต่อมาในปี 1994 นักวิชาการไทยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจัดทำบัญชีรายจ่ายด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาสองครั้งแรก โดยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็น 3.6% ของ GDP และ สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐและเอกชนเป็น 49:51 (ดูได้จากตารางที่ 2.1) การศึกษานี้ได้รวมทั้งรายจ่ายด้านการลงทุนและรายจ่ายอื่นๆ (จึงทำให้ผลการศึกษาแตกต่างจากสองครั้งแรก) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (NESDB) ได้ทำบัญชีรายจ่ายด้านสุขภาพในปี 1994 เช่นเดียวกัน แต่พบว่า รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเป็น 5% ของ GDP และสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพระหว่างภาครัฐและเอกชนเป็น 18:82 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของนักวิชาการกลุ่มดังกล่าวอย่างสิ้นเชิง^{9/}

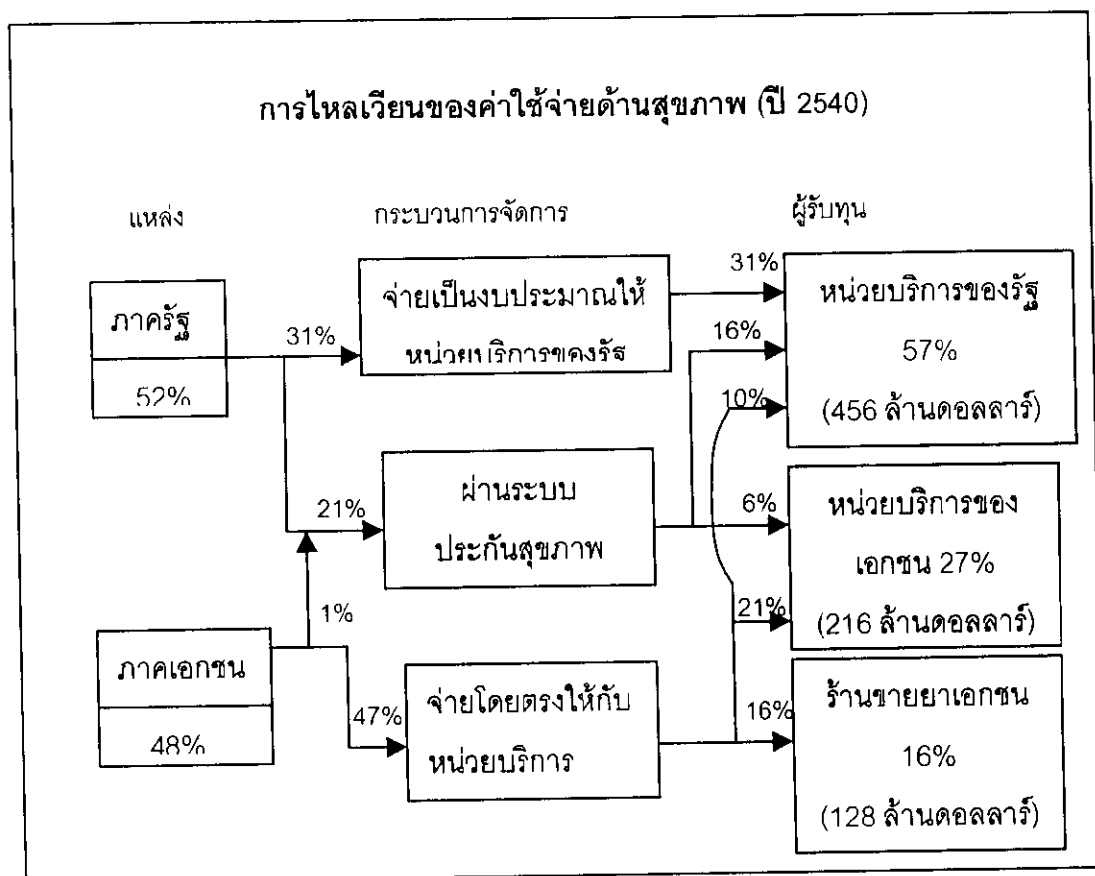
^{9/} เหตุผลที่มีความแตกต่างกันของผลการศึกษาในปี 2537 ระหว่างกลุ่มนักวิชาการกับ NESDB มาจากการวัดค่าใช้จ่ายของครัวเรือน กลุ่มนักวิชาการใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ขณะที่ NESDB ประมาณจากการประมาณค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านยาและบริการสุขภาพในปี 2523 มีหลักฐานอื่นชี้ให้เห็นว่าน่าจะมีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนค่าใช้จ่ายใน 14 ปี ระหว่างการศึกษาทั้งสองครั้งของ NESDB

ตารางที่ 2.1 ค่าใช้จ่ายสุขภาพของประเทศไทย 1983-1994

แหล่งที่มาของเงินทุน	1983	1992	1994
ภาครัฐ			
กระทรวงสาธารณสุข / และกระทรวงอื่นๆ	26.4%	20.1%	36.7%
สวัสดิการข้าราชการ / สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	3.8%	39.0%	9.0%
กึ่งภาครัฐ			
ประกันสังคมและกองทุนทดแทน	5.0%	17.0%	3.0%
ประกันผู้ประสบภัยจากรถ	0.0%	0.0%	1.5%
บัตรสุขภาพ	0.0%	1.0%	5.0%
ภาคเอกชน			
จ่ายเอง	67.5%	73.6%	43.8%
ประกันสุขภาพเอกชน / นายจ้างจ่าย	8.0%	4.0%	5.5%
เงินช่วยเหลือจากต่างประเทศ	9.0%	2.0%	0.0%
รวม (พันล้านบาท)	41.8	148.5	128.3
รวม / หัว (บาท)	845	2,474	2,171
รายจ่ายสุขภาพเป็นสัดส่วน(%) ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)	4.6%	5.9%	3.6%

แหล่งข้อมูล 1983 - Myers et.al. (1985) , 1992- Hsiao, adj. (1993) , 1994- Laixuthai et.al. (1997)

รูปภาพที่ 2.1 การไหลเวียนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ปี 2540



ที่มา : สงขลา และคณะ (28 มิ.ย. , 1997)

จากรูปประกอบที่ 2.1 ข้างบนเป็นข้อมูลแสดงรายจ่ายด้านสุขภาพในปี 1994 แยกตามแหล่งที่มาของเงินทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน ใน 52% ของรายจ่ายด้านสุขภาพที่มาของเงินจากภาครัฐนั้น 31% จ่ายให้หน่วยบริการของรัฐ อีก 21% จ่ายเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ ซึ่งในจำนวนนี้ 16% จ่ายให้กับหน่วยบริการของรัฐ และค่าใช้จ่ายอีก 10% ที่ทางหน่วยบริการของรัฐได้รับนั้นมาจากแหล่งทุนเอกชน ดังนั้นหน่วยบริการของรัฐจะต้องพึ่งพิงแหล่งเงินทุนของภาครัฐเป็นสัดส่วนมากกว่า 75% $(31+16)/(37+16+10)$

ในทางกลับกันหน่วยบริการภาคเอกชนได้รับเงินทุนเป็น 6% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดจากระบบประกันสุขภาพและได้จากการใช้จ่ายของเอกชนอีก 21% ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด ซึ่งทำให้หน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชนพึ่งพิงแหล่งทุนเอกชนสูงมากกว่า 75% $(21)/(6+21)$ ของราย

ได้ ร้านขายยาทั้งหมดทั้งพึ่งการใช้จ่ายจากเอกชน ซึ่งคิดเป็น 16% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด

การวิเคราะห์นี้จะแตกต่างไปจากข้อมูลที่แสดงในบัญชีรายจ่ายสุขภาพที่จัดทำขึ้นในปี 1994 ที่แสดงค่าการใช้จ่ายสุขภาพของการปกครองระดับท้องถิ่น และแสดงการจัดสรรเงินให้แก่โครงการทางด้านสาธารณสุขต่างๆ ไว้ด้วย (ดูในตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.2 การจัดสรรรายจ่ายสุขภาพทั้งจากงบลงทุนและงบดำเนินการตามแหล่งที่มาของเงินทุนของประเทศไทยในปีงบประมาณ 1994

	รายจ่าย จากการให้บริการ (%)				รายจ่ายจากการให้บริการ (ล้านบาท)	รายจ่ายด้านการลงทุน (ล้านบาท)	รวมรายจ่าย (ล้านบาท)
	บริหารจัดการ	บริการภาครัฐ	บริการภาคเอกชน	โครงการด้านสาธารณสุข			
แหล่งเงินทุน							
กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงต่างๆ	15%	58%	0%	27%	29,256	12,263	41,519
ราชการส่วนกลางอื่นๆ	8%	61%	30%	1%	17,282	136	17,418
ราชการส่วนภูมิภาค	16%	3%	0%	82%	5,289	285	5,574
ครัวเรือน	0%	34%	66%	0%	49,676	7,265	56,941
เอกชนอื่นๆ	18%	20%	55%	7%	6,364	489	6,853
รวม	6%	36%	32%	10%	107,867	20,438	128,305

แหล่ง: คัดแปลงจาก วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (ไม่ได้ตีพิมพ์)

จากข้อมูลในตาราง 2.2 เน้นให้เห็นความสำคัญของรายจ่ายจากครัวเรือนและรายจ่ายจากราชการส่วนกลาง ครัวเรือนจ่ายประมาณ 34% ของรายจ่ายทั้งหมดในการให้บริการให้กับบริการภาครัฐและ 66% ให้กับบริการภาคเอกชน กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงต่างๆ จ่าย 58% ให้กับบริการภาครัฐ และ 27% ให้กับโครงการทางสาธารณสุข ราชการส่วนท้องถิ่นใช้จ่ายเงินไปในโครงการสาธารณสุขถึง 82% โดยภาพรวมของการจัดสรรค่าใช้จ่ายพบว่า 6% เป็นด้านบริหารจัดการ, 36% เป็นการบริการภาครัฐ, 32% เป็นการบริการภาคเอกชน, 10% ใช้จ่ายไปในด้านโครงการสาธารณสุข

เป็นเรื่องสำคัญที่รัฐบาลไทยต้องทราบข้อมูลที่ถูกต้องของบัญชีรายจ่ายสุขภาพของประเทศเพื่อที่จะสามารถประมาณค่าใช้จ่ายที่มาจากทั้งภาครัฐและเอกชนและทราบสัดส่วนการใช้จ่ายด้านสุขภาพเมื่อเทียบกับ GDP นักวิชาการต้องร่วมกับสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเพื่อที่จะพัฒนาวิธีที่เชื่อถือได้ ในการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพขึ้น และมีการจัดเก็บข้อมูลที่

จะค้นหาได้ง่าย การได้รายละเอียดมากพอจะสามารถช่วยให้บ่งชี้ได้ว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นใช้ไปกับ
บริการสาธารณสุขต่างๆ อย่างไรและจัดสรรให้กับส่วนใดบ้าง

ข. ค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุข

1. ภาพรวมการจัดทำงบประมาณของรัฐบาล

มีหน่วยงานที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการจัดทำงบประมาณอยู่ 4 แห่งนอกจากกระทรวง
สาธารณสุข ในขณะที่รัฐบาลและรัฐสภาเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องในการกำกับด้วย การจัดทำ
งบประมาณสามารถแบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนแรกจะเริ่มตั้งแต่เดือน ตุลาคมจนถึงมิถุนายน โดยสำนักงานงบประมาณจะให้แนว
นโยบายและแผนการจัดสรรงบประมาณไปยังกระทรวงต่างๆ ซึ่งแต่ละกระทรวงจะต้องจัดทำแผน
งบประมาณและเสนอต่อสำนักงานงบประมาณภายในเดือนมกราคม ในเดือนมีนาคมสำนักงาน
งบประมาณ กระทรวงการคลัง สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ธนาคารแห่งประเทศไทยจะ
มาร่วมกันกำหนดแนวทางการจัดสรรงบประมาณ จากการประมาณารายรับ รายจ่าย และหนี้สิน
ของประเทศ จากนั้นสำนักงานงบประมาณก็จะมาจัดทำร่างงบประมาณเพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี
และสภาผู้แทนราษฎรต่อไป

ขั้นตอนที่สอง ในเดือนเมษายนและพฤษภาคมคณะรัฐมนตรีจะพิจารณาเพดานค่าใช้จ่าย
รวมของทั้งหมดและแยกเป็นรายกระทรวง จากนั้นก็จะส่งกลับมาให้แต่ละกระทรวงพิจารณาแก้
ไขของตัวเองให้เป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรี และในเดือนมิถุนายนคณะรัฐมนตรีก็จะเสนอร่างกฎ
หมายงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อสภาผู้แทนราษฎรให้พิจารณาต่อไปให้เสร็จสมบูรณ์ภายใน
เดือนกันยายน บทบาทของสภาผู้แทนราษฎรถูกกำหนดให้มีหน้าที่แค่เฉพาะตัดทอนรายจ่ายลง
เท่านั้น และงบประมาณที่ตัดทอนลงในโครงการหนึ่งจะถูกนำไปเสริมให้กับโครงการอื่น แต่โดย
ภาพรวมแล้วเป็นการตรวจสอบความถูกต้องตามหนังสือเท่านั้นไม่ได้ลงไปรายละเอียดของแต่ละ
โครงการ ในวาระแรกของการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรนั้นกำหนดไว้ 3 วันในเดือนมิถุนายน
และถ้าสภาไม่ผ่านร่างนี้ก็ต้องมีการพิจารณาใหม่ในวาระที่สองในช่วงเดือน กรกฎาคมถึง
สิงหาคมโดยคณะกรรมการพิเศษภายใต้กำกับของกระทรวงการคลัง หน่วยงานต่างๆ จะต้องมาชี้
แจงรายละเอียดต่อหน้าคณะกรรมการต่อไปและก็จะมีการพิจารณาในวาระสามโดยสภาผู้แทน
ราษฎรอีกเพื่อผ่านเป็นร่างกฎหมายต่อไป

ขั้นตอนที่สาม คือการจัดแบ่งงบประมาณออกเป็นรายไตรมาสโดยสำนักงานงบประมาณที่เริ่มในเดือนตุลาคม ซึ่งการเบิกจ่ายเป็นหน้าที่ของกรมบัญชีกลางกระทรวงการคลัง การจัดสรรให้แต่ละไตรมาสก็ดูจากปริมาณเม็ดเงินที่มีอยู่จริง^{10/ 11/} เงินจะถูกส่งไปที่กระทรวงส่วนกลางหรือไปให้หน่วยราชการระดับท้องถิ่นเลยก็ขึ้นกับว่าเป็นงบประมาณในแผนงานหรือโครงการอะไร หน่วยราชการต่างๆ จะต้องส่งแสดงหลักฐานการเบิกจ่ายเงินมายังสำนักงานคลังจังหวัดที่สังกัดและสำนักงานคลังจังหวัดก็จะส่งเอกสารต่อไปยังกรมบัญชีกลางในรูปของหมวดเงินต่างๆ ตั้งแต่ 100-900 เอกสารต่างๆ จากสำนักงานคลังจังหวัดจะถูกส่งไปยังสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินภาคซึ่งก็จะดำเนินการตรวจสอบต่อไป

ขั้นตอนที่สี่ ระบบการกำกับและตรวจสอบซึ่งเป็นจุดที่ยังอ่อนแอ การตรวจสอบรายจ่ายที่ดำเนินการโดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินมักจะเป็นการตรวจความถูกต้องตามหลักฐานการเบิกจ่าย เป็นส่วนน้อยเท่านั้นที่สำนักงานงบประมาณให้ความสนใจติดตามศึกษาและประเมินผลการดำเนินงานและผลกระทบจากโครงการที่ใช้งบประมาณไป สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทำการศึกษาผลกระทบในวงกว้างของแต่ละโครงการบ้างบางโครงการ (ธนาคารโลก, 30 พฤศจิกายน, 1997 และข้อมูลจากสำนักงานงบประมาณ)

2. การจัดทำงานงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อมีการกำหนดเพดานงบประมาณแล้วกรมต่างๆ ในกระทรวงก็ต้องเตรียมร่างเสนองบประมาณตามคำแนะนำจากสำนักงานงบประมาณ สำนักงานนโยบายและแผนจะเป็นผู้จัดทำร่างเสนองบประมาณของสำนักงานปลัดกระทรวงซึ่งดูแลบริการสาธารณสุขในท้องถิ่นทั่วประเทศ (ซึ่งใช้งบประมาณ 75% ของงบทั้งหมดของกระทรวง) ฉะนั้นโครงการต่างๆ ทางสาธาณสุขและงบประมาณที่ขอมาก็จะถูกกลั่นกรองจากสำนักนโยบายและแผนนี้

3. หลักในการจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

งบการลงทุนสิ่งก่อสร้างของกระทรวงสาธารณสุขถูกกลั่นกรองจากคณะรัฐมนตรีเป็นโครงการๆ ไป เงินทุนที่ใช้สำหรับการลงทุนจะไปใช้ในงบดำเนินการหมวดอื่นไม่ได้เว้นแต่ได้รับความเห็นชอบมาก่อนหน้านี้ งบประมาณสามารถเบิกจ่ายจากปีหนึ่งไปสู่อีกปีหนึ่งได้ถ้าทำสัญญาการก่อสร้างหรือการซื้อขายผูกพันไว้แล้ว

^{10/} ในช่วงปี 1997/8 งบประมาณถูกแบ่งเป็น 5 งวด และมีความกังวลกันว่างบประมาณจะไม่เพียงพอในงวดสุดท้าย แต่จริงๆ แล้วกลับได้งบประมาณมากกว่าปกติและเป็นการใช้จ่ายไปในการลงทุนเพิ่มเติม

^{11/} มีการแก้ไขตัดทอนงบประมาณ ถึง 3-4 ครั้งในปีงบประมาณ 1997/8 เนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจ

งบเงินเดือนถูกคำนวณตามกำลังคนที่มี โดยมีการปรับตามภาวะเงินเฟ้อปีละประมาณ 3-5% งบดำเนินการจะให้ตามแผนงานในการใช้จ่าย และงบสำหรับค่ายาาก็จะคำนวณตามรายหัวประชากร งบเงินเดือนจะไม่สามารถนำไปใช้สำหรับกิจการอื่น แต่งบดำเนินการอื่นๆ ให้มีการยืดหยุ่นได้บ้าง (เช่น ค่าล่วงเวลา ค่าซ่อมบำรุงและวัสดุใช้สอยต่างๆ) ไม่มีการกำหนดงบประมาณตามแผนงานโครงการ (Program Budgeting)

กองทุนสำหรับบัตรสุขภาพ นั้น 500 บาทประชาชนเป็นผู้จ่าย อีก 500 บาทมาจากรัฐ (ขณะนี้เพิ่มเป็น 1,000 บาท โดยอีก 500 บาทมาจากเงินกู้ของธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย) เมื่อรวมเงินจากสมทบจากฝ่ายต่างๆ แล้วเงินจะถูกส่งไปยังหน่วยบริการที่ประชาชนผู้ซื้อบัตรสุขภาพนั้นอยู่ มีสองวิธีในการจัดสรรงบประมาณสำหรับบัตรสุขภาพไปยังหน่วยบริการสุขภาพตามจังหวัดต่างๆ แนวทางแรกคือการให้เป็นเงินก้อนที่ตายตัวสำหรับหน่วยบริการแต่ละระดับ เช่น ในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งจะได้งบประมาณ 1,000 บาทต่อหัว ซึ่งก็จะจัดแบ่งเป็น 275 บาท ให้โรงพยาบาลจังหวัด 475 บาท ให้โรงพยาบาลอำเภอ 50 บาท ให้สถานีนอนมัย ส่วนอีก 200 บาทที่เหลือนั้น 75 บาทกันไว้สำหรับการถูกเรียกเก็บค่ารักษาจากสถานบริการอื่นนอกจังหวัดหรือนอกกระทรวง อีก 25 บาทถูกกันไว้เป็นค่าใช้จ่ายในการขายบัตรสุขภาพ ส่วนอีก 100 บาทที่เหลือไม่ได้ระบุว่านำไปใช้เป็นค่าอะไร อีกแนวทางหนึ่งในการจัดสรรงบประมาณคือการจ่ายตามปริมาณงานที่ทำในแต่ละหน่วยบริการ จังหวัดที่ใช้การจัดสรรแบบนี้คือจังหวัดสงขลา (หาอ่านเพิ่มเติมได้จากรายงานของนพ.ศุภสิทธิ์)

งบประมาณที่สมทบให้กับกองทุนสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยมีการเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่าย ดังแสดงในตาราง 2.3

ตารางที่ 2.3 หลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณของกองทุนสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย

หลักเกณฑ์	<1989	1989/0	1991/3	1994	1995	1996/8
สถานบริการ	100%	50%		10%		โครงการนำร่อง :
ประชากร				20%	20%	เหมาจ่ายรายหัวในผู้ป่วยนอก
ผู้มีบัตร		50%	50-60%	20%	25%	DRGผู้ป่วยใน
ปริมาณงาน				45%	55%	
ปัญหาสุขภาพ			40-50%	5%		

แหล่งที่มา : สงขลาและคณะ (28 มิ.ย., 1997)

ในปี 1998 งบประมาณจะถูกจัดแบ่งตามจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก และจำนวนวันนอนผู้ป่วย โดยถ่วงน้ำหนักตามชนิดของสถานบริการ

4. แนวโน้มของงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลงบประมาณในระหว่างปี 1982-1999 จะเห็นได้ว่างบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น 269% และอัตราเพิ่มต่อหัวของจำนวนที่เป็น 189% ในมูลค่าจริง แต่ถ้าเทียบกับ GDP แล้วพบว่าการเพิ่มขึ้นของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มจาก 0.8% ไปเป็น 1.2% เท่านั้น แสดงให้เห็นว่ามีการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างมาก และพบว่าค่าใช้จ่ายที่รัฐให้อุดหนุนต่อสังคมในรูปงบประมาณสาธารณสุขเพิ่มจาก 4.1% เป็น 6.7% เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของรัฐบาล

ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 (1982-1986) งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุขโดยรวมเพิ่มขึ้น 28% โดยงบเงินเดือนเพิ่มขึ้น 49% งบดำเนินการอื่นเพิ่มขึ้น 35% ในมูลค่าจริง งบการลงทุนลดลง 24% โดยในปี 1982 งบเงินเดือนมีสัดส่วนเป็น 42% งบดำเนินการอื่นๆ มีสัดส่วนเป็น 36% และงบการลงทุนเป็น 22% ของงบประมาณทั้งหมด

ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 6 (1987-1991) งบประมาณโดยรวมเพิ่มขึ้น 74% ในมูลค่าจริง โดยงบเงินเดือนกับงบดำเนินการอื่นๆ เพิ่มขึ้นอย่างละ 55% งบลงทุนเพิ่มขึ้น 232% ในปี 1987 งบเงินเดือนมีสัดส่วนเป็น 53% ของงบทั้งหมดในขณะที่งบดำเนินการอื่นๆ มีสัดส่วน 36% และงบลงทุนมีสัดส่วนเพียง 11% เท่านั้น ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5-6 นั้นเป็นช่วงเดียวกับที่กระทรวงสาธารณสุขกำลังเน้นบทบาทของการสาธารณสุขมูลฐาน

ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 7 นั้นงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอีก 87% ในมูลค่าจริง โดยงบเงินเดือนเพิ่มขึ้น 62% ส่วนงบดำเนินการอื่นๆ เพิ่มขึ้น 62% และงบลงทุนเพิ่มไป 165% ในปี 1992 งบเงินเดือนมีสัดส่วนเป็น 44% งบดำเนินการอื่นๆ มีสัดส่วนเป็น 33% และงบลงทุนมีสัดส่วนเป็น 24% ของงบประมาณทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นช่วงของเศรษฐกิจฟองสบู่ ที่มีการเพิ่มขึ้นของงบลงทุนในภาคสาธารณสุขอย่างมาก

การเกิดวิกฤตเศรษฐกิจส่งผลต่อระดับและการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข ในมูลค่าจริงงบประมาณของปี 1999 นั้นมีค่าเท่ากับงบประมาณปี 1994 เท่านั้น และในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

น้ำมันเงินเดือนเพิ่มขึ้นประมาณ 30% งบดำเนินการอื่นๆ เพิ่มขึ้น 36% แต่ลงทุนกลับลดลงไป 54% ในมูลค่าจริง (ดูในตารางที่ 2.4 และ 2.5 และ ภาคผนวก ตารางที่ A.1)

ตารางที่ 2.4 แนวโน้มค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 1982-1999

ปี	หน่วย (ล้านบาท)	เทียบกับGDP (%)	เทียบกับงบประมาณ ของประเทศ (%)	เทียบเป็นเงินในปี 1996 (ล้านบาท)	%ที่เปลี่ยนไป ในช่วง 5 ปี	เทียบเป็นเงินในปี 1996/หัว
					รวม 5 ปี	
1982	6,641.4	0.8%	4.1%	12,367.6	26.3%	246
1987	9,544.5	0.8%	4.2%	15,621.1	93.6%	286
1992	24,642.4	0.9%	5.4%	30,236.1	112.6%	518
					รายปี	
1997	66440.0		6.8%	64,293.3	13.7%	1,032
1998	59920.8		6.8%	55074.3	-14.3%	872
1999	57,144.8		6.7%	49,691.0	-9.8%	777

ตารางที่ 2.5 แนวโน้มค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 1982-1999 (ต่อ)

ปี	รายจ่าย/หัว (บาท)	งบเงินเดือน (%)	งบดำเนินการอื่นๆ (%)	งบลงทุน (%)	งบดำเนินการ/งบลงทุน (เทียบเป็นเงินในปี 1996)
1982	246	42%	36%	22%	89
1987	286	53%	36%	11%	103
1992	518	44%	33%	24%	171
1993	618	43%	34%	23%	210
1994	679	40%	32%	28%	217
1995	742	38%	30%	32%	223
1996	919	38%	28%	34%	257
1997	1,032	34%	27%	39%	279
1998	872	42%	31%	27%	270
1999	777	47%	39%	14%	303
% ที่เปลี่ยนในช่วง 95-99		29.6%	36.2%	-54.2%	

แนวโน้มสามารถวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่โครงการต่างๆ (ดูตารางที่ 2.6) ข้อมูลในตารางนี้แสดงให้เห็นว่าการกระจายงบประมาณสาธารณสุขไปสู่โครงการและบริการต่างๆ ยังคงไม่เปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ซึ่งเป็นที่น่าแปลกใจ เพราะมีการขยายตัวอย่างมากของโครงสร้างพื้นฐานในระหว่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติฉบับที่ 7 (ซึ่งจะเพิ่มงบประมาณในการรักษามากขึ้น^{12/} การระบาดของโรคเอดส์ (แม้ว่าสัดส่วนของงบประมาณส่วนใหญ่จะใช้ไปในแง่การส่งเสริมและป้องกันโรค) การเพิ่มจำนวนของประชากรสูงอายุ (ซึ่งน่าจะทำให้ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษามากขึ้น) การจัดสรรงบประมาณสำหรับ HRD และการฝึกอบรมต่างลดลงซึ่งมีผลต่อการพัฒนานุคลากร HRH?? สาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกลผ่านการปรับปรุงโอกาสในการศึกษาต่อ

ตารางที่ 2.6 สัดส่วนการจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขไปยังหน่วยบริการและโครงการต่าง ๆ ในประเทศไทย ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5-7

ชนิดของการใช้จ่าย	แผน 5 (1982-1986)	แผน 6 (1987-1991)	แผน 7 (1992-1996)
การบริหารจัดการ (%)	6.65	7.31	5.50
การรักษา %	58.54	57.91	55.53
การส่งเสริมสุขภาพ %	17.25	16.13	19.29
การควบคุมโรค %	10.12	10.97	11.76
การควบคุมยาเสพติด %	0.52	0.53	0.60
การฟื้นฟูสมรรถภาพ %	0.24	0.26	0.33
การพัฒนานุคลากร %	3.62	2.93	2.96
การฝึกอบรม %	1.15	1.12	0.54
การสาธารณสุขมูลฐาน %	0.79	1.70	2.23
การคุ้มครองผู้บริโภค %	0.89	0.87	0.95
การวิจัย %	0.23	0.27	0.33
รวม (ล้านบาท)	44,508.98	74,253.70	223,792.39

แหล่งที่มา: ดัดแปลงจาก วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2541)

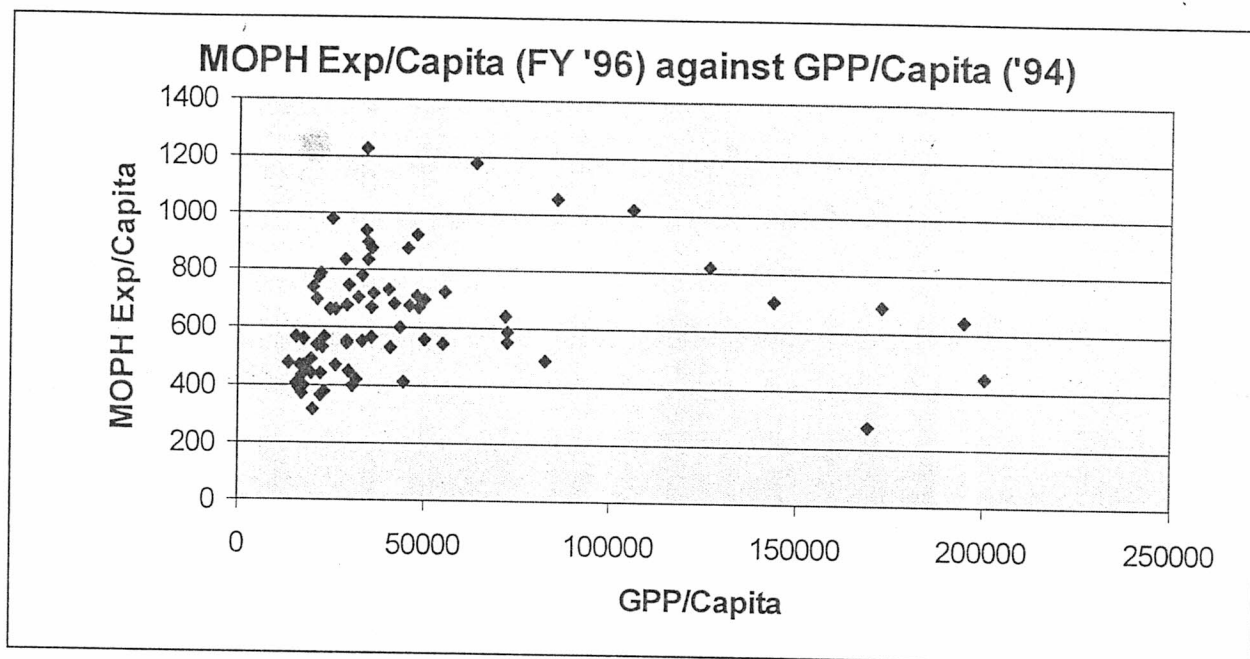
5. การจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขต่อหัวประชากรไปยังจังหวัดเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัด, 1996

ข้อมูลสำหรับหัวข้อนี้อ้างอิงจากการจัดสรรงบประมาณและงบดำเนินการในงานทางด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 1996 แยกตามรายจังหวัดและนำมาเขียนกราฟกับผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดต่อหัวประชากรในปี 1994^{12/} ได้ผลตามภาพประกอบ 2.2

^{12/} การเพิ่มขึ้นของงบดำเนินการจากการที่ได้มีการลงทุนขยายสิ่งก่อสร้าง ได้จากการเก็บค่าบริการ ความเกี่ยวพันกันของการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม รวมถึงการเก็บค่าบริการและการลงทุนในสิ่งก่อสร้างต่างๆ ในช่วง 15 ปีมานี้จะต้องมีการตรวจสอบต่อไป

^{12/} ผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดของปี 1994 ถูกกระทรวงสาธารณสุขใช้อย่างถึงแทนปี 1996 ที่ยังหาไม่ได้ในการทำแผนจัดสรรงบประมาณ

รูปภาพที่ 2.2 งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขต่อหัวประชากร ปีงบประมาณ 2539 เทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดต่อหัวประชากร ปีพ.ศ.2537



จากภาพที่ 2.2 พบว่ามากกว่าครึ่งของจังหวัดที่ ผลผลิตมวลรวมของจังหวัดต่อหัวประชากรน้อยกว่า 50,000 บาท มีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขต่อหัวประชากร อยู่ระหว่าง 300-600 บาท ส่วนจังหวัดที่มีผลผลิตมวลรวมต่อหัวประชากรมากกว่า 50,000 บาท พบว่างบประมาณทางการสาธารณสุขจะต่ำลงเมื่อ รายได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามจังหวัดเกือบทั้งหมดในกลุ่มนี้ได้รับงบประมาณสาธารณสุขต่อหัวประชากรมากกว่า 600 บาท และจากภาพแสดงให้เห็นว่าการจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้คำนึงถึงความไม่เสมอภาคของรายได้ของแต่ละจังหวัด แต่ใช้ฐานการจัดสรรอื่นนอกเหนือจากจำนวนประชากร และรายได้

6. การอภิปรายสรุปและข้อเสนอแนะ

นอกเหนือจากครัวเรือนแล้วกระทรวงสาธารณสุขเป็นแหล่งทุนรายใหญ่ของบริการสุขภาพในประเทศไทย ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณของกระทรวงจึงสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพในเชิงการให้บริการและการจัดสรรทรัพยากรของระบบสาธารณสุข รวมถึงความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้วย ในช่วงก่อนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (ช่วงที่เกิดเศรษฐกิจฟองสบู่) นั้น การจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปอย่างสมดุลกันระหว่างงบเงินเดือน งบดำเนินการ และงบการลงทุน เพราะนโยบายเน้นเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีสัดส่วนงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็น 10% ของงบ

ประมาณทั้งหมด งบประมาณจำนวนมากถูกจัดสรรสำหรับการลงทุนในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ที่นั้นสมควรนำมาเป็นตัวอย่างในการศึกษาวิเคราะห์ต่อไป จากข้อมูลการจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขไปยังจังหวัดเทียบกับผลผลิตมวลรวมของจังหวัดแสดงให้เห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขไม่ได้มีบทบาทเชิงรุกในการกระจายงบประมาณอย่างเป็นธรรมตามรายได้ของแต่ละจังหวัด (แบ่งตามความต้องการที่ขอมา) จากการวิเคราะห์งบประมาณของการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (ดูที่บทที่5) แสดงว่าในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่พบว่ายังมีความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณในหมวดนี้ในระหว่างพื้นที่ต่างๆ (แต่ดีขึ้นในช่วงสองปีที่ผ่านมา) TA team แนะนำว่าการแบ่งสรรงบประมาณควรเป็นไปตามความต้องการที่ขอมา และจะแสดงให้เห็นในส่วนท้ายของรายงานนี้ว่างบประมาณถูกจัดสรรให้เป็นก้อนสำหรับจังหวัดและแต่ละจังหวัดก็สามารถดำเนินการจัดสรรเองอีกทีตามแนวทางที่กระทรวงให้ไว้โดยใช้วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ตัวเอง

ค. ค่าใช้จ่ายของภาคเอกชน

1. การลงทุนในภาคเอกชน

ในช่วงปี 1991-1997 โรงพยาบาลเอกชนมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นจากเดิม อีก 26,003 เตียงจากเดิมที่มีอยู่ 11,877 เตียง (เพิ่มขึ้น 119 %) ซึ่งต้องใช้เงินลงทุนประมาณ 78,000 พันล้านบาท (3 ล้านบาทต่อเตียง) ประมาณว่า 60-70% ของการลงทุนนี้ใช้เงินกู้จากต่างประเทศ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและจกมล เลิศเกียรติารังประมาณค่าไว้เมื่อ กันยายน 1998) จากการลอยค่าเงินบาททำให้ค่าเงินตกจาก 28 บาทต่อดอลลาร์ เป็น 40 บาทต่อ ดอลลาร์ ทำให้หนี้สุทธิจากเงินกู้ต่างประเทศที่มีประมาณ 56,800 ล้านบาท กลายเป็นเงิน 66,900 ล้านบาท เพิ่มขึ้นถึง 20,100 ล้านบาท ซึ่งจากภาระทางการเงินที่เพิ่มขึ้นนี้ทำให้ มีการคาดการณ์ว่าเตียงในโรงพยาบาลเอกชนจะต้องถูกปิดลงประมาณ 30-40 % ในช่วงที่วิกฤตเศรษฐกิจกำลังดำเนินอยู่ (สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ จกมล เลิศเกียรติารัง เมษายน 1998)

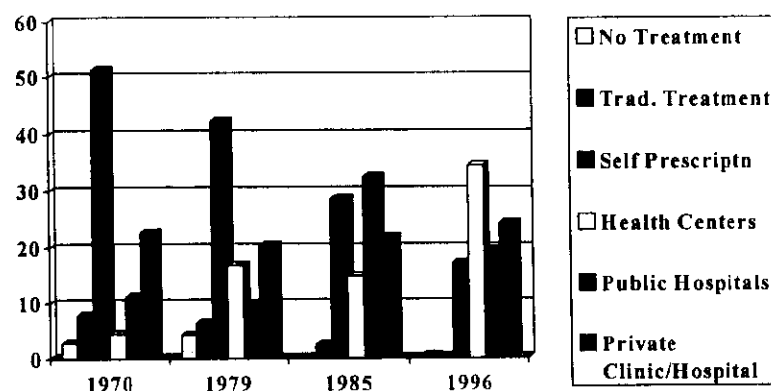
2. รายจ่ายของภาคเอกชน

มีหลักฐานศึกษาหลายชิ้น (เช่น Hsiao, 1993) ที่ยืนยันว่าประชาชนไทยไปรับบริการสุขภาพในสถานพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ในช่วงระหว่าง ปี 1975- 1996 และพบว่าจำนวนผู้ซื้อยากินเองเมื่อป่วยลดลงจาก 50% ไปเป็น 18% และในช่วงเวลานั้นพบว่าการใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐเพิ่มขึ้นจาก 10% ไปเป็น 30% ในปี 1985 แต่ในปี1996 พบว่าการใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐลดลงเหลือ 19% จำนวนผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่สถานอนามัยเพิ่มขึ้นจาก 5%ในปี1985 ไปเป็น

35% ในปี 1996 แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาของระบบส่งต่อที่ดีขึ้น สัดส่วนของการแสวงหาบริการจากภาคเอกชนยังคงตัวอยู่ที่ 20% (ดูจากภาพประกอบที่ 2.3)

รูปภาพที่ 2.3 แสดงการเปลี่ยนจากการซื้อยากินเองเป็นไปใช้บริการที่สถานบริการมากขึ้นในช่วง, 1970 –1996

Pattern of Health Service Utilization (percent)



แหล่งที่มา ปรับปรุงจาก Songkla, et.al. 1997 และ รูปที่ทางสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้น

ข้อมูลที่ทางสำนักงานสถิติแห่งชาติเก็บจากการสำรวจรายได้และรายจ่ายของครัวเรือน จะได้ข้อมูลที่เก็บในช่วงปี 1986-1998 ซึ่งข้อมูลของแต่ละปีได้นำเสนอในรูปการเทียบมูลค่าเป็นมูลค่าในปี 1996 และวิเคราะห์แยกเป็นรายภาคในสองลักษณะคือ 1) โดยแหล่งของการให้บริการ 2) โดยแบ่งตามอาชีพ

ก. แนวโน้มของรายจ่ายแบ่งตามแหล่งที่ให้บริการ

ข้อมูลจากทั้งประเทศและในแต่ละภาคพบว่า ในช่วงปี 1986-1996 สนับสนุนการศึกษาที่ผ่านมาว่าประชาชนไทยไปใช้บริการตามสถานบริการต่างๆ มากขึ้นเมื่อเจ็บป่วย ในภาพรวมของประเทศแล้วค่าใช้จ่ายในการซื้อยากินเองลดลงไป 30% ไปเหลือ 41 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือนในปี

1996 ในทางตรงข้ามรายจ่ายเพื่อให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐกลับมากขึ้น 66% ไปเป็นเงิน 134 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือนในปี 1996 ในโรงพยาบาลเอกชนก็เพิ่มขึ้นถึง 125% ไปเป็น 148 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน รายจ่ายด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น ค่าแพทย์ ค่าทันตแพทย์และค่าแว่นตา เพิ่มขึ้น 25% ไปเป็น 20 บาทต่อหัวต่อเดือนในปี 1996 โดยรวมแล้วรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนต่อเดือนของครัวเรือนจากทุกแหล่งรวมกันเพิ่มขึ้น 55% ไปเป็น 343 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือนในปี 1996

ในภาคกลาง รายจ่ายที่ครัวเรือนจ่ายไป เพื่อให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐเพิ่มขึ้น 107% ไปเป็น 133 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือนในปี 1996 ในขณะที่รายจ่ายที่ไปสู่โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเพิ่มขึ้นเพียง 73% ไปเป็น 142 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน และโดยรวมแล้วรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนต่อเดือนเพิ่มขึ้น 15% ไปเป็น 274 บาทในปี 1996

ใน ภาคเหนือการเปลี่ยนแปลงในสัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนเปลี่ยนแปลงไปน้อยกว่าภาคอื่นๆ นอกจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ารายจ่ายสุขภาพทั้งหมดเปลี่ยนไปอยู่ที่ 274 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือนหรือเพิ่มเพียง 9% จากการสำรวจในปี 1996 โดยรายจ่ายที่ใช้ไปในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้น 51% ไปเป็น 105 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือนในปี 1996 ส่วนค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปในโรงพยาบาลรัฐเพิ่มเพียง 25% ไปเป็น 113 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน รายจ่ายในการซื้อยากินเองเมื่อป่วยลดลง 45% ไปอยู่ที่ 36 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือนในปี 1996 แต่ค่าใช้จ่ายที่ไปสู่ผู้ให้บริการอื่นๆเพิ่มขึ้น 59% ไปเป็น 20 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีรายจ่ายสุขภาพต่ำที่สุดในประเทศคือ 241 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน หรือเพิ่มขึ้น 9% ในช่วง 11 ปี จากการสำรวจในปี 1996 รายจ่ายสำหรับการซื้อยากินเองลดลง 43% ไปอยู่ที่ 34 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน รายจ่ายสำหรับบริการสำหรับบริการสุขภาพอื่นลดลง 19% ส่วนรายจ่ายที่ใช้ไปสู่โรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้น 97% ไปเป็น 82 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน

ส่วนภาคสุดท้ายคือภาคใต้ นั้น พบว่ามีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันออกไป โดยรายจ่ายที่ใช้ไปสู่โรงพยาบาลของรัฐนั้น เพิ่มขึ้นถึง 182% ไปเป็น 239 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน ในปี 1996 ขณะที่รายจ่ายที่ใช้ไปสู่โรงพยาบาลเอกชนนั้นเพิ่มเพียง 77% ไปเป็น 136 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน แต่โดยภาพรวมแล้วภาคใต้มีการใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงที่สุดรองจากกรุงเทพ คือ 421 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือนในปี 1996

สรุปว่ามีการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพ จากการซื้อยากินเองเมื่อป่วยเป็นไปใช้ บริการของสถานบริการต่างมากขึ้นในทั่วทุกภาคในประเทศไทย ในบางภาครายจ่ายสุขภาพที่ใช้ ไปสู่ภาคเอกชนมีมากกว่าภาครัฐแต่ในบางภาคก็เป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม และค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมของประเทศเพิ่มขึ้นมากกว่า 50% อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบอัตราส่วนค่าใช้จ่ายระหว่าง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อกรุงเทพฯพบว่ามีแนวโน้มต่ำลงจาก 0.92:1 เป็น 0.48:1 แสดงให้เห็น ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมากในกรุงเทพฯ

ในทำนองเดียวกันอัตราส่วนของการซื้อยากินเองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อกรุงเทพฯ ก็ลดลงเช่นเดียวกันจาก 0.93:1 ไปเป็น 0.66:1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนในภาคตะวันออกเฉียง เหนือได้เลิกพฤติกรรมการซื้อยากินเองมากกว่าประชาชนในกรุงเทพมหานคร

ข. แนวโน้มของระดับการใช้จ่ายแยกตามอาชีพ

การวิเคราะห์จากรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนแยกตามอาชีพของหัวหน้าครอบครัว ระหว่างปี 1986-1998 โดยประเภทของอาชีพแบ่งได้ดังนี้

- ครัวเรือนที่มีที่ทำกินเป็นของตัวเอง
- ครัวเรือนที่ต้องเช่าที่ทำกิน
- ผู้ประกอบการ
- ผู้ประกอบวิชาชีพ
- คนงานรับจ้างทางการเกษตร
- คนงานรับจ้างทั่วไป
- ลูกจ้างบริษัทห้างร้าน
- ลูกจ้างในโรงงาน
- ไม่มีงานทำ/ไม่ทำงาน^{14/}

จากการวิเคราะห์แยกตามอาชีพพบว่าทุกสาขาอาชีพมีค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ตั้งแต่ 11% ในกลุ่มลูกจ้างบริษัทห้างร้านไปจนถึง 212% ในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ ในช่วงปี 1986-1998 มีข้อที่น่าสังเกตคือว่าในกลุ่มที่ไม่มีงานทำ/ไม่ทำงานนั้นมีรายจ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นมาก ซึ่งแต่เดิมรายจ่ายสุขภาพของคนกลุ่มนี้ก็มากอยู่แล้วคือ 445 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน (ค่าเฉลี่ย

^{14/} ในกลุ่มที่ไม่มีงานทำ/ไม่ทำงานนี้ รวมครัวเรือนที่มีผู้นำเป็น แม่บ้าน คนที่ไม่มีงานทำ คนสูงอายุ คนที่มีโรคเจ็บป่วยเรื้อรัง และ พวกที่ไม่ต้องการทำงาน

ของประเทศอยู่ที่ 360 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน) อย่างไรก็ตามถ้านำข้อมูลในปี 1996 มาเปรียบเทียบกับในปี 1998 ไตรมาส 2 จะได้ผลแตกต่างไปจากเดิม พบว่าค่าใช้จ่ายลดลงในทุกกลุ่มยกเว้นกลุ่มลูกจ้างบริษัทห้างร้านที่ค่าใช้จ่ายยังคงเพิ่มขึ้นอีก 26% สัดส่วนที่ลดลงในกลุ่มที่ค่าใช้จ่ายลดลงมีตั้งแต่ 4% ในคนงานรับจ้างทั่วไป 42%ในกลุ่มคนงานรับจ้างทางการเกษตร สัดส่วนที่ลดลงนี้แสดงให้เห็นในภาพประกอบที่ 1.1

ในช่วงเวลาดังแต่ 1986-1998 ไตรมาส 2 กลุ่มที่เพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากที่สุดคือกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระ เพิ่ม (140%) ซึ่งในปี 1986 เองกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระก็มีรายจ่ายสุขภาพสูงสุดอยู่แล้ว กลุ่มที่สองที่มีอัตราเพิ่มรองลงมาคือ กลุ่มคนงานรับจ้างทั่วไป เพิ่ม (73%) แม้ว่าในปี 1986 นั้นกลุ่มนี้มีรายจ่ายสุขภาพต่ำที่สุด อีกสามกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมากมีดังนี้ 1) กลุ่มลูกจ้างบริษัทห้างร้าน(41%) 2) กลุ่มผู้ที่ไม่มีที่ทำกินเป็นของตนเอง (34%) 3) กลุ่มลูกจ้างในโรงงาน (23%) กลุ่มเหล่านี้เริ่มต้นจากรายจ่ายสุขภาพที่ต่ำในปี 1986 รายจ่ายของกลุ่มนี้ก็ต่ำอยู่แล้ว (ดูที่ภาคผนวกตารางที่ A.4 และแผนภาพที่ B.7)

การวิเคราะห์รายจ่ายสุขภาพแยกตามกลุ่มอาชีพของประชาชนในกรุงเทพมหานครถูกจัดทำขึ้นต่างหาก^{15/} รายจ่ายสุขภาพของทุกกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีรายจ่ายสุขภาพสูงเป็นลำดับสองอยู่แต่เดิมในปี 1986 และเป็นกลุ่มที่มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นมากที่สุดในปี 1990 และ 1994 จึงอาจจะไม่ถูกต้องนักที่จะสรุปว่ากลุ่มนี้มีรายจ่ายสุขภาพที่ลดลง กลุ่มที่มีรายจ่ายสุขภาพเพิ่มมากขึ้นที่สุดคือกลุ่มคนงานรับจ้างทั่วไป(216%) อย่างไรก็ตามกลุ่มนี้เริ่มจากมีรายจ่ายสุขภาพต่ำที่สุดในปี 1986 กลุ่มที่มีรายจ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นรองลงมาคือกลุ่มลูกจ้างบริษัทห้างร้าน (53%) ซึ่งก็เริ่มจากมีรายจ่ายที่สูงกว่ากลุ่มลูกจ้างทั่วไป กลุ่มวิชาชีพอิสระเป็นกลุ่มลำดับที่สามที่มีการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสุขภาพ (46%) และเป็นกลุ่มที่มีรายจ่ายสุขภาพแต่เดิมสูงที่สุดในปี 1986 ส่วนกลุ่มคนงานรับจ้างทางการเกษตรในกรุงเทพที่แต่เดิมมีรายจ่ายสุขภาพน้อยเป็นลำดับสองในปี 1986 มีการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสุขภาพ (41%) ไม่เหมือนกับคนงานกลุ่มเดียวกันในต่างจังหวัด (มีข้อมูลเพิ่มเติมในภาคผนวกตารางที่ A.5 และภาคผนวกแผนภาพที่ B.8) โดยสรุปแล้วแม้กลุ่มที่มีรายได้น้อยจะมีรายจ่ายสุขภาพมากขึ้นก็ไม่ทำให้ช่องว่างระหว่างกลุ่มที่มีรายได้มากกับรายได้น้อยต่างกันน้อยลง

^{15/} ข้อมูลในการวิเคราะห์มี ในปี 2529 ถึง 2539 เท่านั้น ส่วนในปี 2541 สำนักงานสถิติไม่ได้แสดงข้อมูลแยกตามการจ้างงาน

ค่าใช้จ่ายที่แยกตามกลุ่มอาชีพในระดับเขตเทศบาลเมืองของจังหวัดต่างๆ มีความแตกต่างกันอย่างมาก ยกตัวอย่างเช่น ในช่วง 11 ปีระหว่างปี 1986-1996 รายจ่ายสุขภาพในสามกลุ่มอาชีพลดลงคือ กลุ่มที่มีที่ดินทำกินเป็นของตัวเอง (-0.4%) กลุ่มที่เช่าที่ดินทำกิน (-44.8%) กลุ่มลูกจ้างในโรงงาน (-11%) การลดลงของค่าใช้จ่ายสุขภาพในกลุ่มที่เช่าที่ดินทำกินเป็นสิ่งที่ผิดจากความคาดหมายไว้เพราะรายได้จากกลุ่มนี้น่าจะมากขึ้นเมื่อราคาสินทรัพย์จากต่างๆ ในเขตเทศบาลเพิ่มขึ้นรวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วย ขณะที่รายจ่ายสุขภาพสำหรับคนงานรับจ้างทั่วไปกลับเพิ่มขึ้นกว่า 515% และในปี 1986 กลุ่มนี้ยังมีรายจ่ายสุขภาพต่ำที่สุด กลุ่มที่มีรายจ่ายสุขภาพสูงรองลงมาคือกลุ่มไม่มีงานทำ/ไม่ทำงาน ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนจากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนที่รายงานว่ากลุ่มนี้มีสุขภาพที่ไม่ดีอยู่แล้วทำให้ต้องใช้จ่ายด้านสุขภาพไปเป็นจำนวนมาก (ดูในภาคผนวกตารางที่ A.6 และภาคผนวกภาพที่ B.12)

รายจ่ายสุขภาพของกลุ่มอาชีพในเขตสุขภาพกลับเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอาชีพเว้นแต่กลุ่มลูกจ้างบริษัทห้างร้าน (-5.2%) และกลุ่มที่ไม่มีงานทำ/ไม่ทำงาน (-3.7) และจากการสังเกตในหลายพื้นที่คนกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงในรายจ่ายสุขภาพขึ้นลงไม่แน่นอนในแต่ละปี กลุ่มที่มีรายจ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระ (647.5%) อย่างไรก็ตามข้อมูลนี้ในการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนอาจไม่ถูกต้อง เพราะค่าใช้จ่ายในปี 1996 ไม่สอดคล้องกับแนวโน้มรายจ่ายสุขภาพของกลุ่มอาชีพนี้

สุดท้ายรายจ่ายสุขภาพในหมู่บ้านก็เพิ่มขึ้นอย่างมากสำหรับทุกกลุ่มอาชีพยกเว้นกลุ่มลูกจ้างบริษัทห้างร้าน (-23.3%) ในปี 1986 รายจ่ายสุขภาพในหมู่บ้านมีมูลค่าต่ำ แต่ก็เพิ่มขึ้นอีก 46.1% ในมูลค่าจริงในช่วง 11 ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามการเพิ่มขึ้นนี้ก็อาจจะเป็นไปตามการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งคนในกลุ่มนี้ต้องการการอุดหนุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอยู่ (ดูภาคผนวก ตาราง A.8 และภาคผนวกตาราง ภาพ B.13)

ค. การอธิบายรูปและข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์รายจ่ายสุขภาพรายเดือนควรจะเป็นประจำทุกปีเพื่อติดตามดูแนวโน้มค่าใช้จ่ายและ ความสามารถในการจ่ายในกลุ่มต่างๆ รวมถึงการประเมินความ ต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ควรจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับรายจ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์จากทั้งสถานบริการภาครัฐและเอกชนไม่ใช่แค่ค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยปราศจากข้อมูลนี้จะไม่สามารถวิเคราะห์ผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจที่มีต่อการใช้บริการทางการแพทย์ที่เปลี่ยนจากภาคเอกชนสู่ภาครัฐ และภาระที่เพิ่มมากขึ้นในทั้งสองภาคนี้

3. การให้บริการสุขภาพของภาคเอกชน

ในช่วงประมาณสิบปีที่ผ่านมาได้มีการเพิ่มขึ้นของเตียงในโรงพยาบาลเอกชน (จาก 11,000 เตียงในปี 1986 ไปเป็น 35,000 เตียงในปี 1996) จำนวนคลินิกเอกชน (จาก 7,100 แห่งในปี 1984 ไปเป็น 15,700 แห่งในปี 1992) และแพทย์ประจำโรงพยาบาลเอกชนก็เพิ่มขึ้น (จาก 1,000 คนในปี ไปเป็น 3,500 คนในปี) โพลีคลินิกเอกชนเปิดบริการรักษาโรคทั่วไป และเฉพาะทางจะเปิดในเวลาตอนเย็น และในวันหยุดเพื่อความสะดวกของผู้มาใช้บริการและผู้ให้บริการที่มักจะมาอยู่เวร ในช่วงเวลากลางคืนในสถานบริการเอกชน จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการในคลินิกเอกชน เพิ่มขึ้นจาก 1.5 ครั้ง/คน 1988 เป็น 4.1 ครั้ง/คนในปี 1993 ในช่วงเวลาเดียวกันจำนวนครั้งที่ไปใช้บริการในสถานบริการของรัฐเพิ่มขึ้นเพียง 5% คลินิกเอกชนได้รับยากว่า 70% มาจากค่ายาที่จำหน่าย (Taylor Associates, International, 1997) การเพิ่มขึ้นของสถานบริการภาคเอกชนเป็นผลทำให้บริการด้านสุขภาพที่มีอยู่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น โรงพยาบาลเอกชนรายงานอัตรากำไรครองเตียง ระหว่าง 42% และ 60% อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลเอกชนก็ปรับตัวเมื่อประสบกับวิกฤติเศรษฐกิจโดยการลดจำนวนบุคลากรลง มีหอผู้ป่วย และใช้ยาที่เป็นชื่อสามัญมากขึ้น และมีการคาดการณ์กันว่า 35% ของโรงพยาบาลเอกชนจะปิดตัวลงในอีก 2-3 ปีข้างหน้า

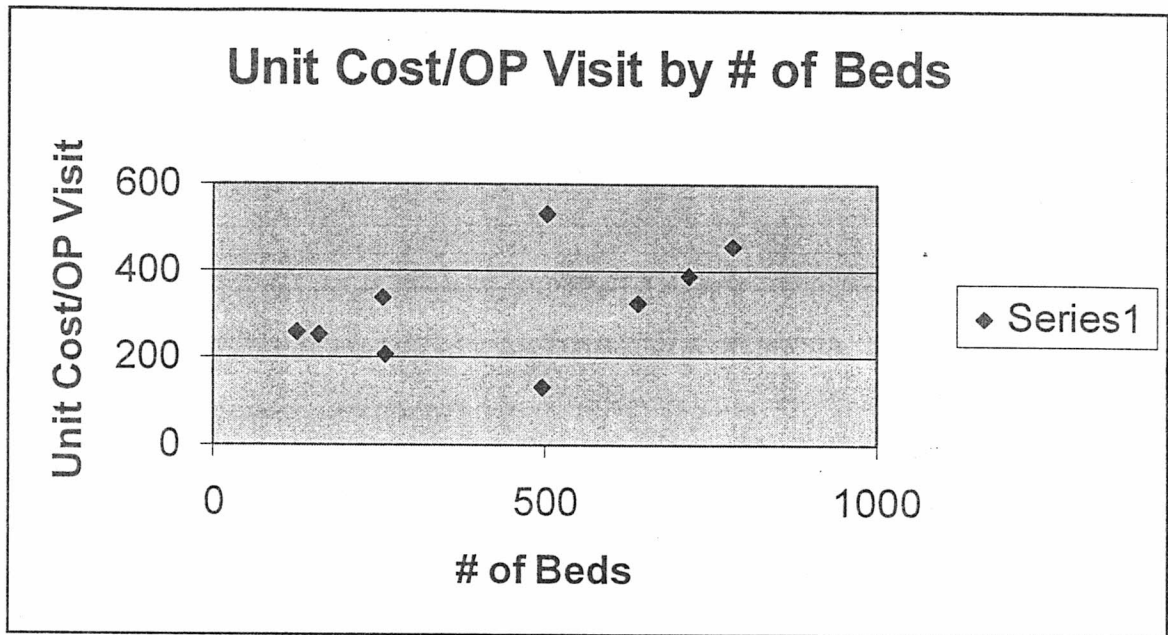
บทที่ 3 ต้นทุนในการให้บริการสาธารณสุข

ในขณะที่วิธีการคิดต้นทุนจะเป็นที่รู้จักกันในแวดวงวิชาการของประเทศไทยแต่สำหรับผู้บริหารและทีมงานของโรงพยาบาลไม่แน่ว่าจะคุ้นเคยกับวิธีการคิดต้นทุนนี้ ทำให้การศึกษาด้านทุนในการให้บริการของโรงพยาบาลและการให้บริการสาธารณสุขต่างๆ มีอยู่ไม่มาก การวิเคราะห์เกี่ยวกับเรื่องนี้ จึงมีข้อจำกัดในแง่ข้อมูลที่มีอยู่

ก. ต้นทุนการให้บริการในโรงพยาบาล

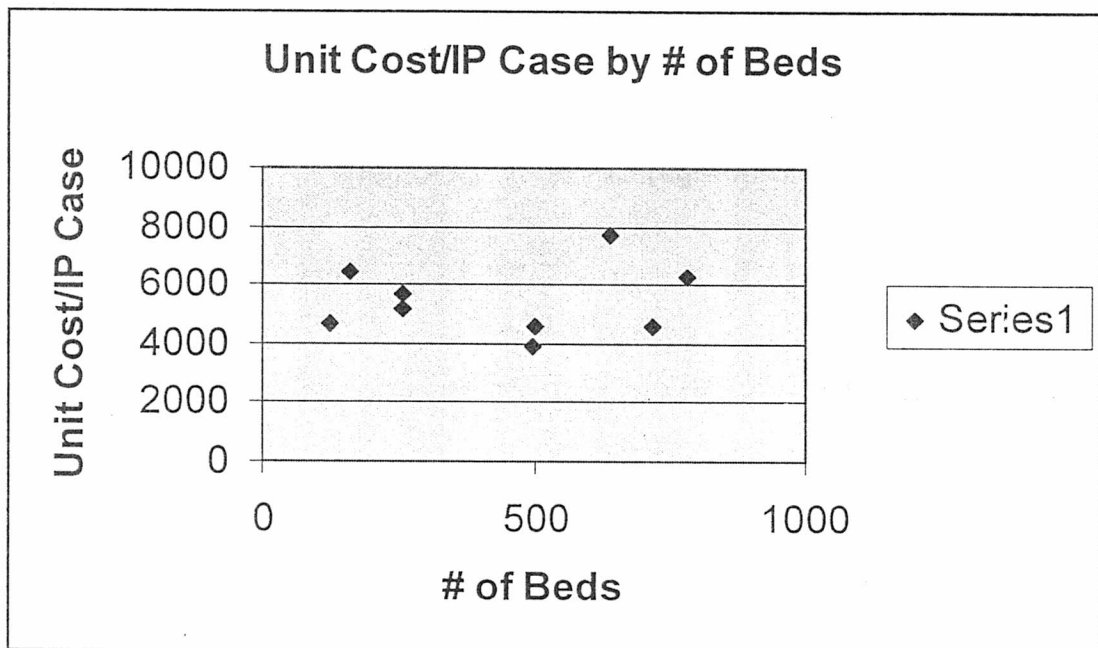
มีการศึกษาใน 9 จังหวัดเกี่ยวกับต้นทุนในการให้บริการของโรงพยาบาล ต้นทุนที่เกิดขึ้นทั้งหมดในโรงพยาบาลจะถูกจัดสรรไปให้หน่วยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จากกราฟที่เขียนขึ้นพบว่าในโรงพยาบาลขนาดไม่เกิน 500 เตียงนั้น ค่าใช้จ่ายต่อครั้งผู้ป่วยนอกนั้นจะสะท้อนให้เห็นถึงการประหยัดที่เกิดขึ้นเมื่อเพิ่มขนาดของโรงพยาบาล แต่ในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่กว่านั้นค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นเมื่อเพิ่มขนาดของเตียง ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ นั้นประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญที่ให้บริการที่ซับซ้อนกว่าและแพงกว่าในบริการผู้ป่วยนอก (ดูรูปประกอบที่ 3.1)

รูปภาพที่ 3.1 แสดงต้นทุนต่อครั้งบริการผู้ป่วยนอกกระจายตามจำนวนเตียง



และเมื่อเขียนกราฟระหว่างต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยในกับขนาดของโรงพยาบาลกลับไม่สามารถจะสรุปเป็นภาพแนวโน้มได้ (ดูในรูปประกอบที่ 3.2)

รูปภาพที่ 3.2 ต้นทุนผู้ป่วยในต่อครั้งกับขนาดโรงพยาบาล (จำนวนเตียง)



มีอยู่การศึกษาอยู่ 2 ชิ้น ที่ไม่ถูกรวมอยู่ด้วยเมื่อข้อมูลถูกแบ่งย่อยจากค่าใช้จ่ายต่อครั้ง/คนเป็นต้นทุนของแต่ละ cost center (จังหวัดตาก และ โรงพยาบาลขอนแก่น) โรงพยาบาลควรจะทำการศึกษาต้นทุนของแต่ละ cost center เข้าไปอยู่ในงานประจำเพื่อที่จะสามารถประเมินความ

สัมพันธระหว่างการใช้ทรัพยากรและรายได้ที่รับมาและการอุดหนุนข้ามฝ่าย สาธารณสุขจังหวัดสามารถนำผลการศึกษาของแต่ละโรงพยาบาลอำเภอเปรียบเทียบประสิทธิภาพ และกระทรวงสาธารณสุขควรประเมินข้อมูลที่ได้มาจากแต่ละจังหวัดด้วย

ข. ต้นทุนการให้บริการด้านการสาธารณสุข

มีการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนของสถานีนอนามัยอยู่สองชิ้น การศึกษาชิ้นแรกทำในสถานีนอนามัย 28 แห่งที่จังหวัดตาก โดยทำ 8 แห่งที่อำเภอแม่ละมาดและ อีก 20 แห่งที่อำเภอแม่สอด การศึกษาชิ้นที่สองทำการศึกษาที่อำเภอแม่วังจังหวัดเชียงใหม่ เจ็ลี่ยแล้วสถานีนอนามัยแต่ละแห่งจะมีผู้ป่วยมารับการรักษาระหว่าง 4,500 –5,000 ครั้ง และมีต้นทุนต่อครั้งอยู่ระหว่าง 70-80 บาท การให้บริการป้องกันโรค เช่น นอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว และการให้วัคซีนป้องกันโรค ในสถานีนอนามัยมีต้นทุนสูงกว่าการรักษา 2-3 เท่าในจังหวัดตาก การให้บริการป้องกันโรคที่มีต้นทุนต่ำลงในอำเภอแม่วังเมื่อเปรียบเทียบกับอำเภออื่นแสดงให้เห็นถึงการประหยัดที่เกิดจากจำนวนการให้บริการที่มากกว่า ซึ่งสามารถนำมาใช้ประโยชน์โดยสาธารณสุขจังหวัดตากควรที่จะกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่เพิ่มการให้บริการและควรกระตุ้นให้ประชาชนมารับบริการป้องกันโรคให้มากขึ้น

ตารางที่ 3.1 ต้นทุนต่อหน่วยบริการของสถานีนอนามัย จาก 3 อำเภอ ในประเทศไทย

ชนิดของงาน	หน่วยของ ผลงาน	ผลงานใน อ.แม่ละมาด	ต้นทุน/ หน่วย	ผลงานใน อ.แม่สอด	ต้นทุน/ หน่วย	ผลงานใน อ. แม่วัง	ต้นทุน/ หน่วย
การรักษา	ครั้ง	4,527	79.62	4,974	71.86	4,799	68.90
นอนามัยแม่และเด็ก	ครั้ง	173	336.29	306	249.71	260	189.94
วางแผนครอบครัว	ครั้ง	611	155.08	769	150.69	1,578	74.10
การฉีดวัคซีน	ครั้ง	345	235.56	405	178.44	743	62.22
ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	ครั้ง (ช่วงเวลา)					431	129.87
นอนามัยโรงเรียน	ครั้ง (ช่วงเวลา)	983	37.16	425	96.06	371	131.68
โภชนาการ	ครั้ง (ช่วงเวลา)	260	179.09	728	55.62		
ให้การสนับสนุนสถานีนอนามัย	แห่ง					8	14,853. 79
สุขภาพและการควบคุมโรค	ส่วนที่สร้าง					721	203.94

หมายเหตุ ในอำเภอแม่วังนั้นได้ใช้การศึกษาต้นทุนที่รวมค่าเสื่อมราคาของบลงทุนด้วย

แหล่งข้อมูล : แม่วัง Kavinum, S. et.al. (1998) การวิเคราะห์ต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยในสถานีนอนามัยในอำเภอแม่วัง จังหวัดเชียงใหม่ term paper, MPH program, Chiang Mai University

บทที่ 4 รายรับที่เกิดจากการให้บริการ

ก. นโยบายในการตั้งราคา

กระทรวงสาธารณสุขมีคู่มือแสดงช่วงของอัตราค่าบริการที่สามารถเรียกเก็บได้จากการผ่าตัดและการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ การกำหนดอัตราค่าบริการนี้ทำโดยคิดเพื่อที่จะให้คุ้มต้นทุนรวมแต่ไม่รวมเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยด้วย ค่าบริการที่เก็บได้จะถูกเก็บไว้ที่โรงพยาบาลเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับ ค่าจ้างและค่าวัสดุ

ข. อัตราคืนทุน

มีการศึกษาอัตราคืนทุนของโรงพยาบาลจังหวัด 89 แห่งในช่วงปี 1988-1990 และศึกษาในโรงพยาบาลอำเภอ 350 แห่งในปี 1987-1988 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ 1992) ^{16/ 17/}

1. โรงพยาบาลจังหวัด

การศึกษาได้ทำการเปรียบเทียบต้นทุนและรายรับในโรงพยาบาลจังหวัด 89 แห่ง รายได้สุทธิ(รายได้ที่โรงพยาบาลเก็บได้จริงไม่ใช่ที่คำนวณได้แต่เก็บได้ไม่หมด) เป็น 48-51% ของต้นทุนดำเนินการทั้งหมดและ เป็น 86-91%ของต้นทุนดำเนินการที่ไม่รวมเงินเดือน โรงพยาบาลจังหวัดสามารถหารายได้เป็นจำนวนมากจากการเก็บค่ารักษา รายได้จริง (รายได้ที่ทางโรงพยาบาลคาดการณ์ว่าจะเก็บได้จากบริการที่ให้ในแต่ละปี)อยู่ที่ระหว่าง 64-71% ของงบดำเนินการทั้งหมดและระหว่าง 115-127% ของงบดำเนินการที่ไม่รวมเงินเดือน โดยประมาณว่าโรงพยาบาลเก็บค่าบริการนี้ได้หมดจะทำให้รายได้จากค่าบริการที่เก็บได้จากผู้ป่วยเป็นส่วนที่สำคัญสำหรับโรงพยาบาลจังหวัด ^{18/} (ดูตารางที่ 4.1)

^{16/} การศึกษานี้พบว่าไม่มีการวิจัยเกี่ยวกับนโยบายโครงสร้างราคาและประสิทธิภาพของการคืนทุนในโรงพยาบาลเอกชน

^{17/} ไม่พบการศึกษาเปรียบเทียบอัตราค่าบริการเทียบกับต้นทุนในบริการต่างๆในโรงพยาบาล

^{18/} น่าจะมีการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลเดียวกันช่วงระยะกลางและช่วงท้ายของช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่เพื่อจะได้ดูว่าโรงพยาบาลได้เพิ่มหรือลดอัตราค่าบริการ และควรเก็บข้อมูลในปีที่ผ่านมาด้วยเพื่อที่จะได้เห็นผลกระทบที่เกิดขึ้น ว่าวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นมีผลต่อการเก็บค่าบริการของโรงพยาบาลหรือไม่

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบรายรับต่อต้นทุนในโรงพยาบาลจังหวัด 89 แห่งทั่วประเทศไทย ในปี 1988-1990

	ปีงบประมาณ 1988	ปีงบประมาณ 1989	ปีงบประมาณ 1990
งบดำเนินการ	4,468,277,754	5,356,529,793	6,272,739,136
งบดำเนินการที่ไม่รวมเงินเดือน	2,492,586,071	2,975,268,959	3,303,424,782
รายรับสุทธิ	2,262,597,881	2,567,673,746	3,024,044,954
%ของต้นทุนดำเนินการ	50.6%	47.9%	48.2%
%ของต้นทุนดำเนินการ ที่ไม่รวมเงินเดือน	90.8%	86.3%	91.5%
รายรับที่ควรจะได้รับ	3,159,679,881	3,418,873,746	3,908,835,496
%ของต้นทุนดำเนินการ	70.7%	63.8% 114.9%	62.3%
%ของต้นทุนดำเนินการที่ไม่รวมเงินเดือน	126.8%		118.2%

จากข้อมูลระหว่างปี 1994-1996 ยังคงสนับสนุนว่ากว่า 50% ของงบดำเนินการของโรงพยาบาลจังหวัดมาจากการเก็บค่าบริการ (ดูจากตาราง 4.2)

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบรายจ่ายในการดำเนินการและรายได้เงินบำรุงของโรงพยาบาลจังหวัดทั่วประเทศในประเทศไทย ระหว่างปี 1994-1996

	รายจ่ายค่าดำเนินการ	รายรับเงินบำรุง	%
1994	11,719,076,890	5,547,748,062	47.3%
1995	15,281,326,598	6,502,784,444	42.6%
1996	15,939,475,584	8,105,393,747	50.9%

แหล่งที่มา : สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาในโรงพยาบาลเชียงใหม่พบว่าจุดคุ้มทุนในฝ่ายต่างๆ ของโรงพยาบาลนั้นแตกต่างกันออกไป ฝ่ายเภสัชสร้างรายได้เท่ากับ 115% ของต้นทุนของฝ่ายเภสัชทั้งหมด (125% ของต้นทุนค่ายาที่ขาย) และฝ่ายรังสีของโรงพยาบาลสร้างรายได้เท่ากับ 116% ของต้นทุนฝ่ายรังสีทั้งหมด (362% ของต้นทุนค่าวัสดุที่ใช้) ในทางกลับกันฝ่ายพยาธิวิทยาก็สร้างรายได้เป็นเพียงร้อยละ 53% ของต้นทุนทั้งหมด (95% ของต้นทุนค่าวัสดุที่ใช้) ส่วนฝ่ายศัลยกรรมสร้างรายได้เพียง 40% ของต้นทุนทั้งหมด (111% ของค่าวัสดุที่ใช้) จะเห็นว่าบางฝ่ายของโรงพยาบาลได้สร้างรายได้เพื่อมาอุดหนุนต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ^{19/}

^{19/} / ควรมีการศึกษาต้นทุนทั้งหมดเพื่อที่จะทราบรูปแบบของการอุดหนุนกันเองระหว่างฝ่ายในโรงพยาบาล เมื่อระบบบริการสาธารณสุขกำลังพัฒนาการเงินแบบจ่ายตามจริงไปเป็นจ่ายเหมาหัว จะทำให้การศึกษาที่เน้นเรื่องบัญชีต้นทุนที่จะเปรียบเทียบต้นทุนและค่าบริการที่เก็บได้ มาเป็นการศึกษาต้นทุนที่เกิดขึ้นเป็นรายโรคที่ให้การ(DRG) ในปัจจุบันนี้มีการวิจัยน้อยชิ้นที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างค่าบริการที่เก็บได้กับต้นทุนที่ให้บริการจริง ทำให้การคำนวณอัตรา DRG เป็นไปได้ยาก

2. โรงพยาบาลอำเภอ

การศึกษาเดียวกันนี้ได้รวมการศึกษาจุดคุ้มทุนในโรงพยาบาลอำเภอ 350 แห่งระหว่างปี 1987-1988 โรงพยาบาลอำเภอมีรายรับต่อต้านทุนการดำเนินการเพิ่มขึ้นเกือบเท่ากันกับโรงพยาบาลจังหวัดคือ ประมาณ 50% และรายรับต่อต้านทุนดำเนินการไม่รวมเงินเดือนประมาณ 90% แต่รายรับที่ควรจะได้ก็นั้นมากกว่าต้นทุนแสดงให้เห็นว่าการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลอำเภอยังไม่ดีเท่าที่ควรเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลจังหวัด (ดูตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบรายรับต่อต้านทุน ในโรงพยาบาลอำเภอ 350 แห่ง ในช่วงปี 1987-1988

	ปีงบประมาณ 1987	ปีงบประมาณ 1988
งบดำเนินการ	1,781,362,000	2,050,304,000
งบดำเนินการไม่รวมค่าแรง	1,025,915,000	1,187,612,000
รายได้สุทธิ	937,608,000	1,028,179,000
%เทียบกับงบดำเนินการ	52.6%	50.2%
%เทียบกับงบดำเนินการไม่รวมเงินเดือน	91.4%	86.6%
รายได้ที่ควรจะได้	1,373,717,000	1,470,560,000
%เทียบกับงบดำเนินการ	77.1%	71.7%
%เทียบกับงบดำเนินการไม่รวมเงินเดือน	133.9%	123.8%

ข้อมูลใหม่แสดงว่ารายได้ที่เก็บจากค่าบริการเป็นประมาณ 40%ของงบดำเนินการทั้งหมดในโรงพยาบาลอำเภอ (ดูในตาราง 4.4)

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบระหว่างรายจ่ายค่าดำเนินการและรายรับเงินบำรุงของโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศไทย ในระหว่างปี 1994-1996

	รายจ่ายค่าดำเนินการ	รายรับเงินบำรุง	%
1994	6,810,066,157	2,700,933,754	39.7%
1995	8,421,313,754	3,050,163,483	36.2%
1996	10,521,453,674	4,112,252,712	39.1%

3. สถานีนอนามัย

การศึกษาที่กล่าวมาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วยของสถานีนอนามัยในทั้ง 3 อำเภอ ไม่ได้รวมข้อมูลของค่ารักษารายบริการ ดังนั้นคงเป็นไปได้ยากที่จะวิเคราะห์เกี่ยวกับจุดคุ้มทุนในสถานีนอนามัย

บทที่ 5 ระบบการประกันสุขภาพ

ก. ระบบการประกันสุขภาพในประเทศไทย

โครงการในระบบประกันสุขภาพหลักที่รัฐอุดหนุนในประเทศไทยมีอยู่ 6 ระบบ คือ

1. สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ Civil Servants Medical Benefits Scheme (CSMBS)
2. ระบบประกันสังคม Social Security Scheme (SSS)
3. กองทุนเงินทดแทนแรงงาน Workmen's Compensation Scheme (WCS)
4. โครงการบัตรสุขภาพโดยความสมัครใจ Voluntary Health Card Scheme (VHCS)
5. โครงการบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปร.) Low Income Card Scheme (LICS)
6. โครงการประกันผู้ประสบภัยจากรถ Traffic Accident Program Scheme (TAPS)

ประมาณการว่าระบบทั้งหมดสามารถให้การประกันครอบคลุมประชากรถึง 46 ล้านคน หรือประมาณ 76 % ของประชากรไทย ลักษณะสำคัญของแต่ละโครงการเช่นลักษณะและจำนวนผู้มีสิทธิ, ประโยชน์ความคุ้มครองที่จะได้รับ, แหล่งที่มาของเงินและระดับของเบี้ยประกัน, ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายผู้ประกัน, กลไกการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล, และอัตราการให้บริการของผู้สิทธิ ได้สรุปไว้ในตารางที่ 5.1 แสดงให้เห็นระบบที่แตกต่างกันในแง่ของการบังคับหรือสมัครใจ, แหล่งเงิน, และกระทรวงที่ดูแลจัดการ ข้อเสนอแนะคือยังคงให้มีหลายโครงการมากกว่าที่จะพยายามย้ายมาอยู่ภายใต้กระทรวงเดียวกัน แต่ทำให้หลายโครงการลดช่องว่างเข้าหากัน ปรับการคลังให้ใกล้เคียงกัน วิธีที่จะทำได้คือ การจัดทำมาตรฐานสำหรับชุดสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายเงินให้สถานบริการ

ตารางที่ 5.1 คุณลักษณะของระบบประกันสุขภาพประเภทต่างๆในประเทศไทย

โครงการประกัน	ประเภท	ความคุ้มครอง (‘000,000) (%)		ประชากร ในโครงการ	แหล่งเงิน	หน่วยงาน บริหารจัดการ
CSMBS	สวัสดิการจากนายจ้าง	6.6	11%	ข้าราชการ	ภาษี	กระทรวงการคลัง
SSS/WCS	ภาคบังคับ	4.8	8%	ลูกจ้างในกิจการที่มีลูกจ้างมากกว่า 10 คนขึ้นไป	1.5% จากแต่ละส่วน คือ ลูกจ้าง, นายจ้าง, สังคม และรัฐบาล	สำนักงานประกัน
VHCS	โดยสมัครใจ	6.0	10%	เกือบจน	งบจากกระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุข
LICS	สวัสดิการสังคม	27.0	45%	ผู้ยากไร้, เด็กอายุ 0-12 ปี, ผู้สูงอายุ, ทหารผ่านศึก, ผู้พิการ, ภิกษุ, กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน, และอาสาสมัครสาธารณสุข	งบจากกระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุข
ประกันเอกชน	โดยสมัครใจ	1.2	2%		ค่าเบี้ยประกัน	บริษัทเอกชน
รวม		50.4	76%			

แหล่งที่มา : ศุภสิทธิ์ พรหมารุโกทัย และ วิโรจน์ตั้งเจริญเสถียร (1993).

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (1996).

สงขลา และคณะ (28 มิ.ย., 1997).

ตารางที่ 5.2 แสดงความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันในแต่ละโครงการ ปัจจุบันโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้ยกเลิกสิทธิการเบิกค่ารักษายาบาลจากโรงพยาบาลเอกชน จึงเหลือเพียงโครงการประกันสังคมที่ผู้มีสิทธิมีทางเลือกที่จะขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลเอกชนหรือเครือข่ายที่เป็นเอกชน โรงพยาบาลหลายแห่งกระตือรือร้นที่จะรับขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนเพื่อเป็นฐานรายได้ของสถานพยาบาล

ตารางที่ 5.3 เปรียบเทียบกลไกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล, การร่วมจ่าย, และอัตราค่าบริการ ในแต่ละโครงการ พบว่าโครงการ CSMBS ภายใต้การจ่ายตามรายการแบบเบิกย้อนหลัง ผู้มีสิทธิใช้บริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกมากกว่าโครงการอื่น การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวของโครงการ SSS และ VHCS ผู้มีสิทธิมีอัตราค่าบริการผู้ป่วยนอกใกล้เคียงกัน แต่ผู้ประกันตนจะมีอัตราอนป่วยต่ำกว่า แม้ว่าจะนอนนานกว่า ข้อมูลนี้อาจชี้ให้เห็นว่าผู้ประกันตนมีสุขภาพแข็งแรงกว่าผู้ซื้อบัตรสุขภาพโดยความสมัครใจ ซึ่งอาจจะเป็นผู้เคยเจ็บป่วยมากกว่า ซึ่งก็หมายถึง "adverse selection" สำหรับผู้ถือบัตรรายได้น้อยไปใช้บริการน้อยกว่าทุกกลุ่ม ข้อมูลนี้อาจสะท้อนว่ารัฐจัดอุดหนุนการรักษาให้กับประชาชนผู้มีรายได้น้อยในระดับต่ำมาก และผู้ป่วยที่ถือบัตร สปร.ไม่สามารถจ่ายส่วนเพิ่มได้

ตารางที่ 5.2 ชุดสิทธิประโยชน์ในแต่ละโครงการประกันสุขภาพในประเทศไทย

โครงการ	สถานบริการ ผู้ป่วยนอก	สถานบริการ ผู้ป่วยใน	การเลือกสถานบริการ	จ่ายทดแทน เป็นเงินสด	เงื่อนไขการเจ็บป่วย	การตั้งครุฑและ การคลอดบุตร	การตรวจสุขภาพ ประจำปี	การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค	บริการที่ยกเว้น
CSMBS	รัฐเท่านั้น	รัฐและเอกชน	อิสระ	ไม่มี	ทุกกรณี	รวม	รวม	รวม	พยาบาลพิเศษ
SSS	รัฐและเอกชน	รัฐและเอกชน	สถานบริการคู่สัญญา และในเครือข่าย	มี	การเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยว กับการทำงาน	ไม่รวม	ไม่รวม	สุขศึกษา และ วัคซีนป้องกันโรค	ห้องพิเศษ และ พยาบาลพิเศษ
WCS	รัฐและเอกชน	รัฐและเอกชน	อิสระ	มี	การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงาน	ไม่รวม	ไม่รวม	No	ไม่มี
VHCS	รัฐ	รัฐ	ไปตามระบบส่งต่อ	ไม่มี	ทุกกรณี	รวม	มีโอกาสได้	มีโอกาสได้	ห้องพิเศษ
LICS	รัฐ	รัฐ	ไปตามระบบส่งต่อ	ไม่มี	ทุกกรณี	รวม	ไม่รวม	จำกัด	พยาบาลพิเศษ และ ห้องพิเศษ
ประกันเอกชน	รัฐและเอกชน	รัฐและเอกชน	อิสระ	มักจะไม่มี	ขึ้นอยู่กับสัญญา	หลากหลาย	หลากหลาย	หลากหลาย	หลากหลาย

แหล่งที่มา : ศุภสิทธิ์ พรพนารุณทัย และ วิโรจน์ตั้งเจริญเสถียร (1993).

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (1996).

ตารางที่ 5.3 แหล่งทุน, กลไกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล, และอัตราการไปใช้บริการของผู้มีสิทธิ
ในแต่ละโครงการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย, 2539

โครงการ	กลไกการจ่ายเงิน	การร่วมจ่าย	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ต่อคน ต่อปี	การป่วยแบบผู้ป่วยนอก ครั้ง/คน/ปี	การป่วยแบบผู้ป่วยใน อัตราต่อ 100	เฉลี่ยจำนวนวันนอน* (วัน)
CSMBS	จ่ายตามรายการที่เรียกเก็บ	ผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน	>1781	5.5	13.6	11.9(รพ.รัฐ) 5.1 (รพ.เอกชน)
SSS	เหมาจ่ายรายหัว	คลอดบุตร, อุบัติเหตุ	712	1.4	2.6	5.6 (รพ.รัฐ) 4.0 (รพ.เอกชน)
WCS	จ่ายตามรายการที่เรียกเก็บ	ถ้ามากกว่า 30,000 บาท	96	0.04	0.6	7.0
VHCS	เหมาจ่ายรายหัว	ไม่มี	~190	1.7	5.8	4.3
LICS	จบเป็นก้อน	ไม่มี	<225	0.7	3	5.1
ประกันเอกชน	จ่ายตามรายการ	เกือบจะไม่มี	1667	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
ภาพรวม	มีหลายแบบ		ไม่มีข้อมูล	2	5 to 6	ไม่มีข้อมูล

ที่มา : อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, Gilson, L., และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (ไม่ปรากฏวันที่)

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (ม.ย. 1996)

(*) จาก สงขลา และคณะ (28 มิ.ย. 1997)

ข. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

1. ข้อมูลเบื้องต้น

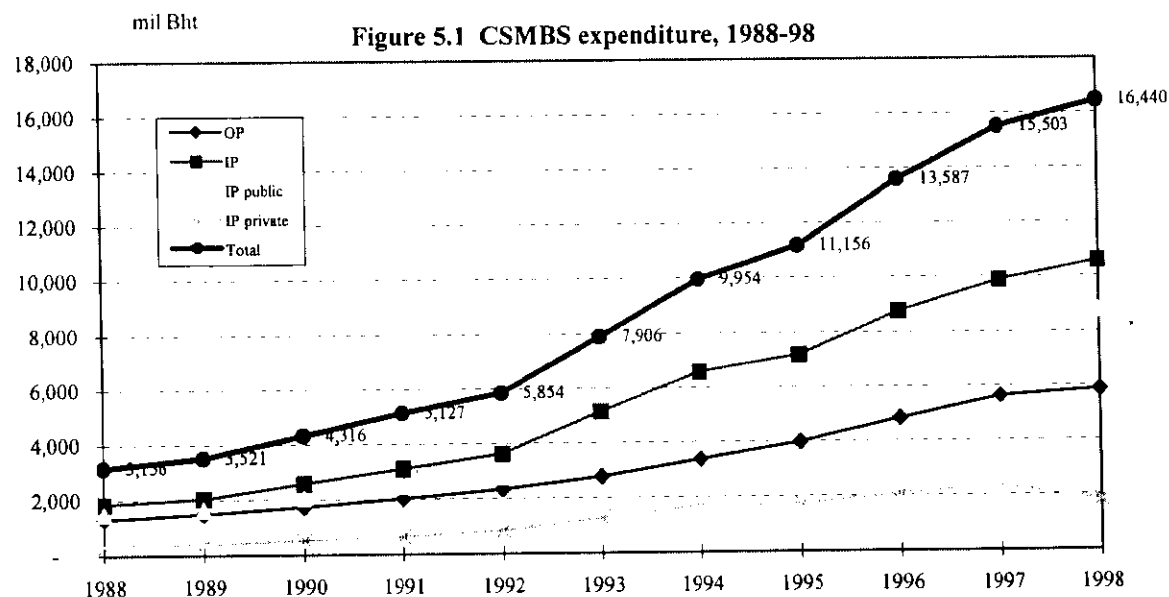
โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้สิทธิครอบคลุมแก่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำและข้าราชการบำนาญ รวมทั้งคู่สมรส บิดามารดา และบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปี ไม่เกิน 3 คน เงินทั้งหมดของโครงการได้มาจากภาษีรายได้ของรัฐบาล โดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นผู้ถือเงิน ใหรูปแบบกลไกการจ่ายเงินเป็นแบบจ่ายตามรายการแบบเบิกย้อนหลัง (a fee-for-service reimbursement model) โดยแทบจะไม่มีมีการจ่ายร่วมในการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลรัฐ แต่จะมีการจ่ายร่วมประมาณ 50 % สำหรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน

ตารางที่ 5.4 ค่าใช้จ่ายทั้งหมดภายใต้โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของประเทศไทย ปี 2531- 41 ณ ราคาในปีนั้นๆ

ประเภท	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
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
% เปลี่ยนแปลง		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
% เปลี่ยนแปลง		10	27	20	17	42	28	9	22	13	7%
โรงพยาบาลรัฐ	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
% เปลี่ยนแปลง		9	26	19	13	39	26	12	22	13	17%
โรงพยาบาลเอกชน	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
% เปลี่ยนแปลง		15	33	23	29	50	34	0	23	12	-23%
สัดส่วนของโรงพยาบาลเอกชน	19	20	21	21	23	25	26	24	24	24	17.23
3. ค่าใช้จ่ายทั้งหมด	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
% เปลี่ยนแปลง		12	23	19	16	33	26	12	22	14	6%

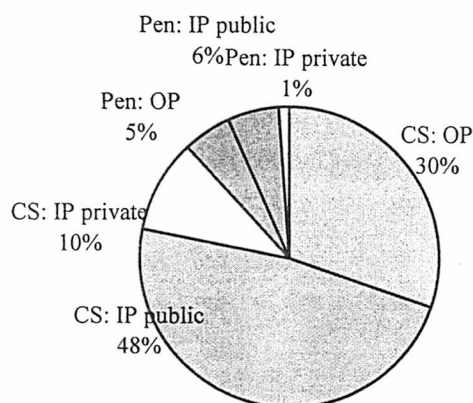
หมายเหตุ : มีมาตรการด้านอุปสงค์ 7 เดือน ในช่วงมีนาคม ถึง กันยายน 2541

รูปภาพที่ 5.1 ค่าใช้จ่ายในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 1988-98



รูปภาพที่ 5.2 ค่าใช้จ่ายในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการแบ่งตามประเภทการป่วยและสถานพยาบาล

Figure 5.2 CSMBS 1998 expenditure, current officials and pensioners
Total 16,460 mil Bht



2. สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน

โครงการ CSMBS นี้ประสบปัญหาด้านองค์การและการจัดการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ทำหน้าที่เพียงทางผ่านของเงิน "ตรายาง" ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการเชิงรุกได้ ไม่มีการควบคุมหรือตรวจสอบเพื่อลดการทุจริต ปปป.สามารถตรวจพบการทุจริตได้น้อยมาก การที่ยังไม่มีฐานข้อมูลผู้มีสิทธิทำให้ยังมีปัญหาการแอบอ้างใช้สิทธิของผู้ไม่มีสิทธิ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้คาดการณ์ว่ามีจำนวนผู้มีสิทธิทั้งหมดจำนวน 7.02 ล้านคน ในปี 2539 ภายใต้ ข้าราชการและลูกจ้างจำนวน 1.8 ล้านคน

ปัญหาที่ 2 คือความไม่มีประสิทธิภาพ มีการขยายตัวของค่าใช้จ่ายประมาณ 14 % ทั้งที่ไม่มีการเพิ่มจำนวนข้าราชการและลูกจ้างประจำ มีการทุจริตโดยทำหลักฐานให้ผู้ป่วยนอกซึ่งตามระเบียบไม่สามารถเบิกได้ ให้เป็นผู้ป่วยในเพื่อให้เบิกได้ และโรงพยาบาลรัฐมีแรงจูงใจที่จะคิดค่าบริการในอัตราสูงสุดเท่าที่ระเบียบกำหนดให้เบิกได้ ทั้งนี้เพราะรายได้จาก CSMBS จะเป็นรายรับเงินบำรุงที่สามารถนำมาใช้ทดแทนเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรมาไม่พอเพียงต่อปริมาณการให้บริการ เช่นในโครงการผู้สูงอายุ, ผู้มีรายได้ต่ำ และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ข้อมูลจำนวนวันนอนที่ยาวกว่าคนไข้ทั่วไปยังแสดงถึงความไม่มีประสิทธิภาพของโครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ คือ ผู้มีสิทธิในโครงการ CSMBS มีจำนวนวันนอนประมาณ 9-12 วัน มากกว่า จำนวนวันนอนของประชาชนทั่วไปซึ่งเท่ากับ 3-5 วัน เมื่อเทียบตามกลุ่มอายุ นอกจากนี้ยังมีความไม่เสมอภาคของการสนับสนุนงบประมาณ โครงการนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนต่อหัวผู้มีสิทธิ สูงเป็น

เปิดเท่าของโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยรายได้น้อย คือ 2,200 บาทต่อคนสำหรับ CSMBs กับ 273 บาทต่อคนสำหรับ LICs

3. การปฏิรูปและผลการประเมิน

ก่อนที่จะมีวิกฤติเศรษฐกิจ ได้มีกิจกรรม 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นการทำวิจัยพื้นฐาน 3 ชุด วิจัยเรื่องแรกจัดทำโดยกองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ได้สำรวจโครงสร้างราคาค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลรัฐและเอกชนในจังหวัดกรุงเทพฯ เรื่องที่ 2 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้สำรวจการป่วยของข้าราชการรวมทั้งลูกจ้างประจำและข้าราชการบำนาญ ในปี 2538 และเรื่องที่ 3 ในปี 2539 สวรส. ได้สำรวจโครงสร้างค่ารักษาของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนนอก กทม.

กิจกรรมส่วนที่ 2 คือ สวรส. ได้จัดให้มีคณะทำงานที่มีตัวแทนมาจากกระทรวงการคลัง, สำนักงาน กพ., และสำนักงานประมาณ คณะทำงานนี้มีหน้าที่ ดังนี้

- พัฒนารฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ
- เปลี่ยนการจ่ายแบบตามรายการ (fee for services) เป็นแบบตกลงล่วงหน้า

(contract model)

- พัฒนากองทุนสุขภาพข้าราชการ ที่จะกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อ (1) การดูแลผู้ป่วยนอก, (2) ผู้ป่วยใน, (3) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน, (4) การรักษาที่มีราคาแพง, (5) การส่งเสริมสุขภาพ (6) การจัดการ, การวิจัยและพัฒนา (R&D) และ อื่นๆ ที่จะเกิดขึ้น

งบส่วนที่จัดสรรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจะเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดสรรทรัพยากรของโครงการนี้

- ประมาณการอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามกลุ่มอายุ ของการดูแลผู้ป่วยนอก ภายใต้เพดานงบประมาณ ผู้มีสิทธิ์จะสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนได้อย่างอิสระปีละครั้ง (เดิมมีความตั้งใจให้ขึ้นทะเบียนกับสถานบริการปฐมภูมิ หลีกเลี่ยงการขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาล แต่สถานบริการการแพทย์ปฐมภูมิในประเทศไทยยังมีไม่แพร่หลายนัก)

- ใช้ข้อมูลโรค (Casemix) จัดน้ำหนักตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ที่ปรับปรุงมาจาก US-DRG weights มาจ่ายเงินค่ารักษาผู้ป่วยใน ให้กับสถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน ตามน้ำหนักของแต่ละโรงพยาบาล เป็นรายเดือนหรืองวด 3 เดือน ภายใต้เพดานงบประมาณการดูแลผู้ป่วยใน

- วิเคราะห์สถานการณ์การเงินที่จะเกิดขึ้น เพื่อประเมินว่ามีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดที่จะจำกัดงบประมาณไว้ที่ 14,000 ล้านบาทเป็นเวลา 4 - 5 ปี

จากวิกฤติเศรษฐกิจในเดือนกรกฎาคม 2540 กระตุ้นให้ปลัดกระทรวงการคลัง และอธิบดีกรมบัญชีกลาง ตัดสินใจเริ่มใช้มาตรการชั่วคราวระยะสั้นหลายมาตรการ เป็น มาตรการด้านผู้รับบริการ (demand side intervention) ในปีงบประมาณ 2541 และประกาศเป็นมติครม. ในเดือน ก.พ. 2541 มีรายละเอียดคือ

- เบิกค่ายาได้เฉพาะยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ขณะนั้นยังเป็นฉบับปี 2539)
- เบิกค่าห้องและอาหารห้องพิเศษได้ไม่เกินจำนวนวันที่กำหนด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้หอผู้ป่วยใน
- ยกเลิกการเบิกค่ารักษาจากโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเรื่องนี้ต้องแก้ไขพระราชกฤษฎีกา ในระหว่างนั้นมีการลอบบี้ย่างมาก ที่จะไม่ให้มีการเปลี่ยนแปลงพระราชกฤษฎีกาดังกล่าว
- ยกเลิกการเบิกค่าธรรมเนียมแพทย์คลินิกนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลรัฐ

ในเดือนมีนาคม 2541 สรรส.นัดประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาศูนย์กลางราชการเพื่ออภิปรายและสรุปเนื้อหาที่สำคัญของข้อเสนอเชิงกฎหมายในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพข้าราชการ(กสข.) ต่อมาท่านรัฐมนตรีช่วยกระทรวงการคลัง พิศิษฐ์ ลิ้มธรรม ได้ย้ำกระตุ้นหลายครั้งว่า ภายในเดือนตุลาคม 2541 คือปีงบประมาณ 2542 จะต้องเริ่มให้ได้ แต่ไม่เป็นไปตามนั้นเพราะท่านอธิบดีกรมบัญชีกลางรู้สึกไม่สบายใจที่จะลงทุนพัฒนาระบบข้อมูล(MIS) ด้วยเงิน 70-100 ล้านบาทสำหรับปีงบประมาณ 2542 มาตรการชั่วคราว Demand side intervention ดูเหมือนจะยืดเยื้อออกไปถึงปี 2542-2543 เนื่องจากอธิบดีกรมบัญชีกลางพอใจกับผลการประเมินมาตรการชั่วคราวดังกล่าว การประเมินมาตรการชั่วคราวเป็นแผนการวิจัยภายใต้ การสนับสนุนจาก สรรส., และทุนเมธีวิจัยอาวุโสของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

ข้อเสนอของการปฏิรูประบบใหม่มีแนวคิดที่จะไม่ลดทอนสิทธิ อย่างไรก็ตามการปฏิรูปการจ่ายเงินผู้ป่วยนอกไปเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว จำเป็นต้องให้ผู้มีสิทธิไปเลือกขึ้นทะเบียนเพื่อใช้บริการแห่งใดแห่งหนึ่ง และอาจเสี่ยงต่อการลดคุณภาพบริการ ถ้ากสข.ไม่สามารถควบคุมกำกับดูแลได้ การมีสถานพยาบาลประจำของแต่ละคนนั้น จะพัฒนาให้มีการดูแลแบบต่อเนื่อง และการเหมาจ่ายรายหัวจะมีแนวโน้มลดต้นทุนด้านบริหารจัดการ การแยกจ่ายระหว่างผู้ป่วยในกับผู้ป่วยนอก อาจทำให้มีแรงจูงใจที่จะส่งต่อจากผู้ป่วยนอกไปสู่ผู้ป่วยในมากเกินไปจนความจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยในคนไข้สามารถเลือกสถานพยาบาลได้ทั้งรัฐและเอกชนโดยไม่ต้องขึ้นทะเบียนไว้เพียงแห่งเดียว ผู้ให้บริการจะเป็นผู้เบิกค่ารักษาตามน้ำหนักการรักษาภายใต้เพดานงบ

ประมาณรวม ข้อมูลการรักษาที่รายงานเข้ามาจะถูกจัดกลุ่มตาม DRG ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในทั้งหมดจะถูกควบคุมด้วยเพดานงบประมาณ ข้อเสนอให้เปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินจะยับยั้งแบบแผนการเพิ่มค่าใช้จ่ายที่ผ่านมาอย่างได้ผล ยิ่งไปกว่านั้นยังเพิ่มความเสมอภาคด้านการคลังโดยไปหยุดการเพิ่มงบประมาณต่อหัวที่รัฐต้องสนับสนุน ในขณะที่เดียวกันก็ค่อยๆเพิ่มงบสนับสนุนโครงการประกันสุขภาพระบบอื่น ประสิทธิภาพดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นก็ต่อเมื่อ กสช. แสดงบทบาทเป็นผู้ซื้อบริการเชิงรุก

มาตรการชั่วคราว demand side intervention ที่กำลังดำเนินการโดยกระทรวงการคลัง ในปีงบประมาณ 2541 ดูเหมือนจะยืดเยื้อต่อเนื่องไปถึงปีงบประมาณ 2542 เนื่องจากไม่มีการลงทุนพัฒนาระบบข้อมูลโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง มาตรการด้านผู้รับบริการมีผลกระทบต่อการประหยัดงบประมาณเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีผลต่อการใช้ทรัพยากรอย่างสมเหตุสมผล คาดว่าค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2541 จะมากกว่า 15,500 ล้านบาท ที่เป็นค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2540 สาระสำคัญของมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านผู้รับบริการและผู้ให้บริการ สรุปในตารางที่ 5.5

ตารางที่ 5.5 สาระสำคัญของมาตรการ 2 ระยะ

ก่อนปฏิรูป(5เดือน) 1 ตุลาคม 40- 28 กุมภาพันธ์ 41	ปฏิรูปช่วงแรก (3เดือน) 1 มีนาคม - 31 พฤษภาคม 41	ปฏิรูปช่วง 2 ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 41 เป็นต้นไป
บริการผู้ป่วยนอกรัฐ : ไม่มีจ่ายรวม	จ่ายรวมค่ายานอกบัญชียาหลักฯ	จ่ายรวมค่ายานอกบัญชียาหลักฯ (เหมือนช่วงแรก)
บริการผู้ป่วยในรัฐ : ไม่มีจ่ายรวม	- จ่ายรวมค่ายานอกบัญชียาหลักฯ - จ่ายรวมค่าห้องและอาหารห้องพิเศษในวันที่เกินกำหนด แตกต่าง 2 กลุ่ม : <60 ปี: เบิกได้ 300 บาทต่อวันในวันที่ 5-9 และตั้งแต่วันที่ 10 ไป เบิกไม่ได้ >60 ปี: เบิกได้ 300 บาทต่อวัน ในวันที่ 7-13 และตั้งแต่วันที่ 14 เป็นต้นไป เบิกไม่ได้	- จ่ายรวมค่ายานอกบัญชียาหลักฯ - จ่ายรวมค่าห้องและอาหารห้องพิเศษในวันที่เกินกำหนด : เบิกได้แค่ 13 วัน ตั้งแต่วันที่ 14 เป็นต้นไป เบิกไม่ได้ ทุกกลุ่มอายุ
บริการผู้ป่วยในเอกชน * : - เบิกค่าห้องและอาหารไม่เกิน 600 บาทต่อวัน ไม่มีกำหนด, - ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์เบิกได้ตามราคาที่กระทรวงการคลังกำหนด - ค่ายาและค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆเบิกได้ครั้งหนึ่งแต่ไม่เกิน 3,000 บาทต่อการป่วยหนึ่งครั้ง	- จ่ายรวมค่ายานอกบัญชียาหลักฯ - เหมือนรพ.รัฐ จ่ายรวมค่าห้องและอาหารห้องพิเศษในวันที่เกินกำหนด แตกต่าง 2 กลุ่ม : <60 ปี: เบิกได้ 300 บาทต่อวันในวันที่ 5-9 และตั้งแต่วันที่ 10 ไป เบิกไม่ได้ >60 ปี: เบิกได้ 300 บาทต่อวัน ในวันที่ 7-13 และตั้งแต่วันที่ 14 เป็นต้นไป เบิกไม่ได้	- จ่ายรวมค่ายานอกบัญชียาหลักฯ - เหมือนของรัฐ จ่ายรวมค่าห้องและอาหารห้องพิเศษในวันที่เกินกำหนด : เบิกได้แค่ 13 วัน ตั้งแต่วันที่ 14 เป็นต้นไป เบิกไม่ได้ ทุกกลุ่มอายุ

หมายเหตุ : * บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนเบิกไม่ได้

4. ผลการศึกษา

ก. การศึกษาผลกระทบของมาตรการด้านผู้รับบริการ (Demand Side Measures)

กระทรวงการคลังดำเนินมาตรการด้านผู้รับบริการ โดยผ่านมติคณะรัฐมนตรี ในเดือน กุมภาพันธ์ 2541 มาตรการดังกล่าวเกี่ยวกับการร่วมจ่ายยานอภัยสิทธิ์หลักแห่งชาติ, การร่วมจ่ายค่าห้องและอาหารในวันที่เกินสิทธิ์ที่กำหนด, และการยกเลิกการเบิกค่ารักษาผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชน แม้ว่ามาตรการจะมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2541 แต่ผลการเบิกจะยังไม่กระทบจนกระทั่งเดือนเม.ย.2541 การประเมินผลกระทบที่เกิดจากมาตรการดังกล่าวได้ทำอย่างเร่งด่วน ที่จังหวัดขอนแก่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 5.6 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรายเดือน (ล้านบาท) ก่อนและหลังการปฏิรูป จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2541

	ข้าราชการ				ข้าราชการบำนาญ				รวม
	OP	IP	IP	รวม	OP	IP	IP	รวม	
		รพ.รัฐ	รพ.เอกชน	IP		รพ.รัฐ	รพ.เอกชน	IP	
ทั้งประเทศ									
เฉลี่ย ต.ค.-มี.ค.	469.1	684.6	175.7	860.3	80.6	75.1	19.5	94.6	1,504.5
เฉลี่ย เม.ย.-ส.ค.	361.6	604.6	98.8	703.4	64.1	61.4	11.0	72.4	1,213.8
เปลี่ยนแปลง (บาท)	-107.5	-80	-76.9	-156.9	-16.5	-13.7	-8.5	-22.2	-290.7
% ที่เปลี่ยนแปลง	-22.9	-11.7	-43.8	-18.2	-20.5	-18.3	-52.8	-23.5	-32.8
จ.ขอนแก่น									
เฉลี่ย ต.ค.-มี.ค.	11.2	29.2	1.0	30.2	0.7	2.0	0.079	2.079	44.2
เฉลี่ย เม.ย.-ส.ค.	7.4	27.0	0.5	27.5	0.6	2.1	0.075	2.175	37.7
เปลี่ยนแปลง (บาท)	-3.8	-2.2	-0.5	-2.7	-0.1	+0.1	-0.004	+0.096	-6.5
% ที่เปลี่ยนแปลง	-33.8	-7.6	-45.3	-8.9	-15.4	+9.3	-4.5	+4.6	-14.7

การประมาณค่าใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2541 ถ้าไม่มีมาตรการด้านผู้รับบริการ จะเป็น

$$1,504.5 \times 12 \text{ เดือน} = 18,053.7 \text{ ล้านบาท}$$

แต่ถ้ามีมาตรการด้านผู้รับบริการมาตั้งแต่ต้นปี ค่าใช้จ่ายทั้งปีจะเป็นประมาณ $1,213.8$

$$\times 12 \text{ เดือน} = 14,565 \text{ ล้านบาท} \text{ แต่จริงๆ มาตรการมีผลประมาณ ครึ่งปี ค่าใช้จ่ายจริงจึงมีค่า}$$

$$\text{ประมาณ } (1,504.5 \times 6) + (1,213.8 \times 6) = 16,307.6 \text{ ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2541}$$

ในตารางที่ 5.6 การแปลความเรื่องค่าใช้จ่ายก่อนในช่วงเดือน ต.ค.2540 - มี.ค.2541

ก่อนการปฏิรูปที่เป็น 1,504.5 ล้านบาทต่อเดือนต้องทำด้วยความระมัดระวัง เพราะว่าการจ่ายเงินตามฎีกาแต่ละเดือนไม่เป็นไปอย่างปกติ มีการอั้นการจ่ายเงินในช่วงที่กระทรวงการคลังและคลัง

จังหวัดมีสภาพเงินตึงตัวมากในช่วงก่อนสิ้นปีงบประมาณ 2540 และตามหนังสือข้อตกลงระหว่างรัฐบาลไทย และ IMF มีเงื่อนไขว่าจนถึงปลายเดือน ธ.ค. 2540 รัฐบาลจะต้องจัดเก็บรายได้เป็นบวก 1 % ของ GDP.

หลังจากปรับข้อมูลก่อนการปฏิรูปเป็น 12 เดือนตั้งแต่เม.ย. 2540-มี.ค.2541 ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อเดือนลดลงเป็น 1,427 ล้านบาท เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายรายเดือนในช่วงหลังปฏิรูปมาตรการผู้รับบริการ(1,214 ล้านบาท) พบว่ามาตรการนี้ประหยัดได้ 14.95 % ถ้าประมาณการ โดยใช้ข้อมูลแต่ละเดือนที่ปรับด้วยค่าเฉลี่ย 3 เดือน (three month moving average technique) จะประหยัดประมาณ 12.96 % ดังนั้นจึงสรุปว่าโดยภาพรวมมาตรการระยะสั้น 5 เดือน สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ 13-15 % ^{20/}

ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น พบว่า

- ในทางปฏิบัติผู้มีสิทธิไม่มีการจ่ายค่ายาที่อยู่นอกบัญชียาหลัก ในการไปรับบริการโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่โรงพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุขอาจมีจ่ายร่วมบ้าง กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศว่ายาในบัญชียาโรงพยาบาลให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ เนื่องจากหลังการปฏิรูปการจัดการยาของกระทรวงสาธารณสุขรายการยาในบัญชียาของโรงพยาบาลได้ลดขนาดและจำนวนรายการลงและเพิ่มสัดส่วนของยา ED ดังนั้นการปรับปรุงนี้ทำให้รายการยาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขมีประสิทธิภาพสูงสุดแล้ว ยาในบัญชีเป็นรายการที่มีความจำเป็นทั้งสิ้น (แม้

^{20/} สูตรในการประเมินผลกระทบของมาตรการร่วมจ่ายคือ

1. (จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก × บาทต่อครั้ง) ก่อนปฏิรูป - หลังปฏิรูป = Δ ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกที่เปลี่ยนไป
2. (จำนวนครั้งการป่วยนอน × บาทต่อครั้ง) ก่อนปฏิรูป - หลังปฏิรูป = Δ ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในที่เปลี่ยนไป

ดังนั้น

1. Δ จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก = Δ ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก / บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก
2. จำนวนครั้งการนอนป่วย = Δ ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน / Δ บาทต่อครั้งผู้ป่วยใน
การหาการเปลี่ยนแปลงจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก และจำนวนครั้งผู้ป่วยใน สามารถคำนวณได้ง่ายจากสูตรข้างต้น
3. Δ บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก = Δ ค่ายา + Δ ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ
4. Δ บาทต่อครั้งผู้ป่วยใน = Δ ค่าห้องและอาหาร + Δ ค่ายา + Δ ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ

ว่าจะมีบางตัวที่เป็น non-ED) ทำให้บัญชียาของโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข เป็นบัญชีที่เบิกได้ไปโดยปริยาย

- มาตรการการจ่ายร่วมค่าห้องและอาหารที่เกินกำหนดมีผลกระทบลดจำนวนวันนอน อย่างชัดเจน และเป็นครั้งแรกของโรงพยาบาลรัฐที่มีการให้กลับบ้านสำหรับผู้ป่วยที่ป่วยเรื้อรังที่ยังไม่หาย เช่น โรคอัมพาต และโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งคนไข้เหล่านี้อยู่รักษาในโรงพยาบาลและเบิกค่ารักษาติดต่อกันมานานหลายปี
- อัตราครองเตียงและค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของหอผู้ป่วยพิเศษลดลง
- มีข้อเสนอแนะว่าการงดสิทธิเบิกค่ารักษาจากโรงพยาบาลเอกชน ลดค่าใช้จ่ายโดยรวม ขณะที่ไม่มีการเพิ่มค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรัฐ (ดูตาราง 5.7)

ตารางที่ 5.7 โครงสร้างค่ารักษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรัฐ ที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2541

	(5m) ต.ค.97- ก.พ.98	(3m) มี.ค. - พ.ค. 98	(3m) มิ.ย. - ส.ค. 98
I. ค่าราชการประจำ			
จำนวนวันนอน LOS (days)	7.29	5.04	5.55
โครงสร้างราคา			
ค่าห้องค่าอาหาร %	19%	19%	19%
ค่ายา %	25%	27%	26%
ค่าบริการทางการแพทย์ %	49%	51%	53%
อื่นๆ %	7%	3%	1%
ราคาที่เรียกเก็บ (บาท /adm)	14,344	9,397	10,704
จำนวนเงินที่เบิกได้ (บาท / adm)	14,344	9,397	10,704
ร่วมจ่ายค่าห้องและอาหาร (บาท / adm.)	0	128	8 cases LOS>=13
ร่วมจ่ายค่ายา (Bht / adm.)	na	na	na
ร่วมจ่ายทั้งหมด (Bht/adm.)	0	128	na
II. ค่าราชการบ้านานู			
จำนวนวันนอน LOS (days)	10.16	6.16	6.83
โครงสร้างราคา			
ค่าห้องค่าอาหาร %	20%	19%	18%
ค่ายา %	30%	26%	32%
ค่าบริการทางการแพทย์ %	46%	51%	46%
อื่นๆ %	4%	5%	3%
ราคาที่เรียกเก็บ (บาท /adm)	20,838	14,499	17,241
จำนวนเงินที่เบิกได้ (บาท / adm)	20,838	14,499	17,241
ร่วมจ่ายค่าห้องและอาหาร (บาท / adm.)	0	155	8 cases LOS>=13
ร่วมจ่ายค่ายา (Bht / adm.)	na	na	na
ร่วมจ่ายทั้งหมด (Bht/adm.)	0	155	na

ตารางที่ 5.7 แสดงให้เห็นว่ามีการลดของค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการ(7.29 วันในช่วงก่อนดำเนินการ , 5 วันในช่วงมี.ค.-พ.ค. 2541 และ 6 วันในช่วง มิ.ย.-ส.ค. 2541 สำหรับข้าราชการปัจจุบัน และ 10.16, 6, และ 7 สำหรับข้าราชการบำนาญ ตามลำดับ

การเบิกค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งการนอนป่วยก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับข้าราชการปัจจุบันจาก 14,344 เป็น 9,397 และ 10,241 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ 3 ช่วงเวลา และ 20,838 เป็น 14,499 และ 17,241 บาทต่อครั้ง ตามลำดับ สำหรับข้าราชการบำนาญ

จากที่กล่าวแล้วข้างต้น คือไม่มีการจ่ายร่วมสำหรับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การจ่ายค่าห้องและอาหารในวันนอนที่เกินกำหนดมีไม่มากนัก เพราะคนไข้กลับบ้านก่อนหมดสิทธิ์เบิกค่ารักษา

ข. จันทามติในการเลือกกลไกการจ่ายเงินของ CSMBS

ได้มีการทบทวนกลไกการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ทางเลือกเหล่านี้ได้ถูกแสดงจุดแข็งและจุดอ่อนและผลที่จะเกิดตามมาหลังเริ่มใช้มาตรการเหล่านี้อย่างชัดเจน

คณะกรรมการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ได้พิจารณาทางเลือกการจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยนอก 7 ทางเลือก ดังนี้^{21/}

1. คงวิธีการจ่ายจริงตามจำนวนและปริมาณบริการ แบบเบิกย้อนหลัง เช่นเดิม (Fee for service Reimbursement Model)
2. จ่ายตามรายการ แบบเบิกย้อนหลัง และมีการร่วมจ่าย (Fee for service reimbursement + co-payment)

^{21/} คณะกรรมการประกอบด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจาก: กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง, NESDB, สำนักงานประมาณ, กระทรวงสาธารณสุข, โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย, สำนักงานประกันสังคม, สำนักงาน ก.พ., insurance actuaries, TDRI and HSRI. นักวิจัยจาก สวรส. เป็นเลขานุการ จัดเตรียมเอกสารนำเข้าเพื่อการอภิปราย ลงนาม และเห็นชอบจากคณะกรรมการ

3. ยกเลิกการจ่ายบริการผู้ป่วยนอก และ ทดแทนด้วยกลไกการส่งเสริมสุขภาพ
(Termination of OP coverage - replaced by active health promotion activities)
4. กำหนดเพดานวงเงินค่าใช้จ่ายส่วนแรก(ต่อครอบครัวต่อปี) ให้ครอบครัวผู้มีสิทธิเป็นผู้จ่าย ส่วนที่เกินจากเพดานจ่ายโดยสวัสดิการฯ (Maximal Household Liability)
5. กำหนดเพดานวงเงินค่าใช้จ่ายสูงสุด (ต่อครอบครัวต่อปี) ที่รับผิดชอบโดยสวัสดิการฯ ส่วนที่เกินจากเพดานให้ครอบครัวผู้มีสิทธิเป็นผู้จ่าย (Maximal Scheme Liability)
6. เหมาจ่ายต่อคนต่อปี โดยปรับอัตราตามกลุ่มอายุ (Capitation possible age adjusted)
7. จัดสรรงบประมาณเป็นก้อนล่วงหน้า โดยใช้คะแนนการให้บริการผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ในการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล (Global budgeting- point system)

ตารางที่ 5.8: ทางเลือกการจ่ายเงินผู้ป่วยนอกให้กับผู้มีสิทธิในโครงการ CSMBS

ทางเลือก	สาระสำคัญ	ผู้ให้บริการ	ข้อเด่น	ข้อด้อย	ผลที่จะเกิดตามมา
❶ จ่ายตามบริการ แบบเบิกย้อนหลัง	เข้ารับบริการที่สถานบริการของรัฐ นำใบเสร็จมาตั้งเบิกจากเบิกจากกรมบัญชีกลางผ่านคลังจังหวัด	เฉพาะของรัฐ	1. เป็นแหล่งรายรับเงินบำรุงหลักของสถานพยาบาลรัฐ 2. จุดหมุนทดแทนระบบประกันอื่นที่งบประมาณไม่เพียงพอ	1. จำกัดทางเลือก 2. การคลังของ รพ. รัฐ บิดเบี้ยว	1. ค่าใช้จ่ายรวมเพิ่ม 14-22% ต่อปี, อาจเกิดจากอัตราการใช้หรือค่าบริการที่สูงขึ้นหรือทั้งสองอย่าง ยังไม่ทราบสาเหตุ
❷ จ่ายตามบริการ แบบเบิกย้อนหลัง และมีร่วมจ่าย	1. ยังคงสภาพเดิม แต่เพิ่มการร่วมจ่าย เช่น ค่ายา หรือค่าบริการที่กำหนดราคาคงที่ 2. ยังมีคำถามว่าจ่ายร่วมเท่าไรสำหรับรพ.รัฐ และเอกชน	ทั้งรัฐและเอกชน	1. ผู้มีสิทธิสามารถไปสถานพยาบาลเอกชนได้ 2. ป้องกันการให้บริการโดยไม่จำเป็น	1. อาจมีการต่อต้านการร่วมจ่าย 2. ผู้ป่วยเรื้อรังจะลำบาก เพราะต้องร่วมจ่ายทุกครั้ง	1. การร่วมจ่ายสัมพันธ์กับความสามารถในการจ่าย โดยเฉพาะในกลุ่มข้าราชการ บำนาญ 2. อาจยก

ทางเลือก	สาระสำคัญ	ผู้ให้บริการ	ข้อเด่น	ข้อด้อย	ผลที่จะเกิดตามมา
					เว้นการร่วมจ่ายในข้าราชการบำนาญ 3. ถ้าอัตราร่วมจ่ายที่รัฐเท่ากับเอกชน มีแนวโน้มไปใช้บริการที่เอกชนมากกว่า
③ ยกเลิกการจ่ายบริการผู้ป่วยนอก และทดแทนด้วยกลไกการส่งเสริมสุขภาพ	1. มีสิทธิเฉพาะบริการผู้ป่วยใน 2. การส่งเสริมสุขภาพให้ประสิทธิผลต่อต้นทุนสูงที่สุด	--	1. ประหยัดงบได้ 30-40 % ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด 2. ส่งเสริมวิถีการดำเนินชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ และให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพดีกว่า	1. ผู้มีสิทธิคัดค้านสูงมาก 2. squeeze and balloon effect → เพิ่มค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน 3. ผลกระทบสูงต่อข้าราชการบำนาญ	
④ กำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายส่วนแรกให้ครอบคลุมผู้มีสิทธิเป็นผู้จ่าย	1. กำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายส่วนแรกตามความจำเป็นด้านสุขภาพ ให้ครอบคลุมผู้มีสิทธิเป็นผู้จ่ายที่เหลือ จ่ายโดยสวัสดิการ 2. จำเป็นต้องมีฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ ความจำเป็นด้านสุขภาพ และข้อมูลค่าใช้จ่ายในระดับครอบครัว ถ้าให้ใช้สถานพยาบาลเอกชนด้วย จำเป็นต้องมีราคากลาง	ทั้งรัฐและเอกชน	1. ส่งเสริมให้รับผิดชอบตัวเอง X บาทแรก เพื่อความเสมอภาค ค่า x ในคนที่ป่วยมากจะต่ำกว่า 2. เพิ่มความสมเหตุสมผลในการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข	1. อาจมีแรงต้าน 2. ต้องการฐานข้อมูลค่าใช้จ่ายระดับครอบครัว 3. ถ้าไม่มีราคากลางอาจทำให้เรียกเก็บสูงถึงเพดานเงินที่สัปดาห์เวลาไปใช้บริการที่เอกชน 4. ไม่ได้ควบคุมพฤติกรรมของผู้ให้บริการที่มีอิทธิพลในการใช้ทรัพยากร 5. อัตราที่ครอบครัวต้องรับผิดชอบจะแตกต่างกันตามความจำเป็นด้านสุขภาพ และขนาดของครอบครัว ซึ่งคำนวณได้ไม่แม่นยำนัก	1. ผู้มีสิทธิอาจใช้สิทธิไปในทางที่ไม่ถูกต้อง
⑤ กำหนดเพดานวงเงินค่าใช้จ่ายสูงที่สุด (ต่อครอบครัวต่อปี) ที่รับผิดชอบ	1. ตรงข้ามกับทางเลือกที่ 4, และจำเป็นต้องมีฐานข้อมูลเหมือนกัน 2. ไม่จำเป็นต้องมีราคากลาง เพราะผู้มีสิทธิจะเลือกบริการที่ดีเหมาะสมกับ	ทั้งรัฐและเอกชน	1. จัดการง่าย 2. อัตราแตกต่างกันตามความจำเป็นด้านสุขภาพเพื่อความเสมอภาค 3. มีการใช้ทรัพยากรอย่างสมเหตุสมผลของผู้มีสิทธิ	1. ไม่ได้ควบคุมพฤติกรรมของผู้ให้บริการที่มีอิทธิพลในการใช้ทรัพยากร 2. อาจมีแรงต้าน 3. ต้องการข้อมูลทางเทคนิคเพื่อคำนวณวงเงินที่แตกต่าง	

ทางเลือก	สาระสำคัญ	ผู้ให้บริการ	ข้อเด่น	ข้อด้อย	ผลที่จะเกิดตามมา
โดยสวัสดิการ	ตนเองโดยพยายามไม่ให้เกินเพดานที่เบิกได้โดยไม่จำเป็น		อย่างจัดในมิติ 4. ประหยัดงบของโครงการอย่างชัดเจนแต่ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์การเพิ่มประสิทธิภาพโดยรวม	กันตามความจำเป็นด้านสุขภาพ	
⑥ เหมาจ่ายรายหัว	1. ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่ต้องการ 2. เป็นไปได้ในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายแตกต่างตามกลุ่มอายุ	ทั้งรัฐและเอกชน	1. ทำนายค่าใช้จ่ายได้ 2. ให้รายรับแก่ผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ 3. ทำให้มีการแข่งขันระหว่างสถานบริการรัฐ และเอกชน 4. ต้นทุนการบริหารจัดการต่ำ แต่ประสิทธิภาพสูง แต่ถ้าเริ่มมีการกลไกตรวจสอบจะใช้จ่าย อย่างมาก 5. เป็นไปได้ที่จะกระตุ้นให้พัฒนาสถานบริการปฐมภูมิ	1. “Cost quality trade off “ 2. เกิดปัญหากรณีที่มีผู้ให้บริการรายเดียวโดยธรรมชาติ ไม่มีการแข่งขัน 3. ถ้าแยกจ่ายผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน จะเกิดการส่งต่อเป็นคนใช้ในมากขึ้น.	
⑦ จัดสรรงบประมาณเป็นก้อน	ระบบคะแนนแบบประยุกต์: เช่น ระดับความรุนแรง x ลักษณะของรายป่วย (ป่วยธรรมดา, อุบัติเหตุ, โรคเรื้อรัง) หน่วยประมวลผลกลางประมวลคะแนนทั้งหมดของแต่ละสถานพยาบาล	ทั้งรัฐและเอกชน	1. ไม่มีการขึ้นทะเบียน เลือกใช้บริการได้ตามอิสระ 2. ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี	1. ไม่มีการดูแลต่อเนื่อง 2. ต้องการระบบข้อมูลที่ดีเยี่ยม	

คณะกรรมการชุดเดิมได้พิจารณาการจ่ายเงินผู้ป่วยใน มี 6 ทางเลือกดังนี้:

1. คงวิธีการจ่ายตามรายการเช่นเดิม (Status quo: fee for service reimbursement model at public hospitals and copayment in private hospitals)
2. กำหนดเพดานค่าใช้จ่ายต่อวัน (per diem)
3. ใช้ข้อมูลของกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group-DRG) เป็นเกณฑ์ในการคำนวณเงินที่จ่ายให้กับสถานพยาบาล
4. จัดสรรงบประมาณเป็นก้อนล่วงหน้า (Global budgeting per case basis)
5. เหมาจ่ายต่อคนต่อปี (Capitation possible age adjusted)

6. ผลสมมติฐานวิธีการจัดสรรงบประมาณเป็นก้อนล่วงหน้า (Global Budget) กับการใช้ข้อมูลของกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ซึ่งจะมีน้ำหนักมากน้อยตามความรุนแรงของโรค และการใช้ทรัพยากร เป็นเกณฑ์ในการคำนวณวงเงินที่จ่ายให้สถานพยาบาล

ตารางที่ 5.9 ทางเลือกในการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน ในโครงการ CSMBS

ทางเลือก / รายละเอียด	ข้อได้เปรียบ	ข้อเสียเปรียบ	ผลที่ตามมา
1. คงวิธีการจ่ายตามรายการเช่นเดิมแบบเบิกย้อนหลัง , เกือบไม่มีการร่วมจ่ายใน รพ.รัฐ ส่วนการรักษาใน รพ.เอกชนมีร่วมจ่ายประมาณ 50 %	ผู้รับบริการพึงพอใจแม้จะไร้ประสิทธิภาพ	งบปลายเปิด ขาดประสิทธิภาพ มีการเบิกเท็จ เนื่องจากยังไม่มิกสไก คัดกรองตรวจสอบอย่างได้ผล เนื่องจากไม่มีเงื่อนไขด้านราคาทำให้มีการนอนนานโดยไม่จำเป็นหรือใช้ยาเกินความจำเป็น เช่นใช้ยาต่างประเทศที่มีราคาแพง	กดดันให้มีการปรับชุดสิทธิประโยชน์, ค่าห้องและอาหาร, ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆอย่างไม่จบสิ้น มีปัญหาในการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เป็นภาระทางการคลัง, อาจมีการใช้บริการและการเบิกที่ไม่ถูกต้องจากทั้ง รพ.รัฐและเอกชน
2. กำหนดเพดานค่าใช้จ่ายต่อวัน (per diem)	จัดการง่าย อาจปรับอัตราที่แตกต่างสำหรับวันนอนนานหรือกำหนดให้ไม่เกินเพดาน	ค่าใช้จ่ายปลายเปิด น่าจะทำให้เกิดการนอนนานอย่างอัตโนมัติและใช้เตียงอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สะท้อนความรุนแรงของโรคที่รักษา	สามารถคำนวณค่าใช้จ่ายต่อวัน สำหรับการนอนที่เหมาะสมได้ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่าจ่ายตามรายการ
3. ใช้ข้อมูลของกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group - DRG)	สะท้อนความรุนแรงของโรคที่รักษา	ใช้ต้นทุนสูงในการจัดการและประมวลข้อมูล, ต้องการข้อมูลในการประมวลผลและฐานข้อมูลที่ใหญ่มาก ยังคงเป็นค่าใช้จ่ายปลายเปิด ถ้าจ่ายตาม DRG ตรงๆ → DRG Creeping	อาจเกิด คืบแน่น DRG สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (DRG creeping), การรายงานเท็จ, การทำรายการให้กลับบ้านแล้วค่อยกลับเข้าพักโรงพยาบาลอีกครั้ง เหล่านี้ทำให้ต้นทุนขยายตัว ยากที่จะควบคุมต้นทุนในระยะยาว ต้องการทักษะในการจัดการข้อมูล ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี
4. จัดสรรงบประมาณเป็นก้อนล่วงหน้า (Global budgeting : base on budget per case of patient)	ค่าใช้จ่ายปลายปิด จัดการง่าย	ไม่สะท้อนระดับความรุนแรงของโรคที่รักษา ไม่รู้จักที่จะรับผู้ป่วยรุนแรงเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน	ถ้ากลไกการตรวจสอบและลงโทษไม่เข้มแข็งจะทำให้คุณภาพลดลงเมื่อควบคุมต้นทุน
5. เหนมาจ่ายรายหัว (Capitation) : มีความเป็นไปได้ที่จะคำนวณอัตราแตกต่างตามกลุ่มอายุ ซึ่งคำนวณจาก	ค่าใช้จ่ายปลายปิด จัดการง่าย	ไม่สะท้อนระดับความรุนแรงของโรคที่รักษา ข้อเสียไม่ได้ภายใต้ระบบประกันสังคม	ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่าคุณภาพลดลงเมื่อควบคุมต้นทุน ทั้งคุณภาพการบริการและการรักษา

ทางเลือก / รายละเอียด	ข้อได้เปรียบ	ข้อเสียเปรียบ	ผลที่ตามมา
อัตราการรักษาผู้ป่วยในตามกลุ่มอายุ ปรับด้วยโรคเรื้อรัง			ต้องการการควบคุมคุณภาพที่เข้มแข็ง
6. ผสมผสานวิธีการจัดสรรงบประมาณเป็นก้อนล่วงหน้า (Global Budget) กับการใช้ข้อมูลของกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ซึ่งจะมีน้ำหนักมากน้อยตามความรุนแรงของโรคและการใช้ทรัพยากร เป็นเกณฑ์ในการคำนวณวงเงินที่จ่ายให้สถานพยาบาล	ค่าใช้จ่าย ปลายปิด สะท้อน ระดับความรุนแรงของโรคที่รักษา	เสี่ยงต่อคุณภาพลดลง ถ้าเพดานงบประมาณต่ำเกินไป มีแนวโน้มจะเข้าไปในทางที่ไม่ถูกต้อง เช่นรายงานน้ำหนัก DRG เกินหรือผิด จากความจริง จะทำให้ค่ารักษาตามน้ำหนัก DRG แต่ละหน่วยค่อยๆ ลดลง	ต้องการทักษะการจัดการ และระบบฐานข้อมูล การแยกจ่ายระหว่างบริการผู้ป่วยนอก แบบเหมาจ่ายรายหัวกับผู้ป่วยในแบบ นี้ จะทำให้มีการส่งต่อเพื่อเข้าพักรักษา เป็นผู้ป่วยในเกินความจำเป็น

ในการทบทวนจุดแข็งและจุดอ่อน ของการปฏิรูปแต่ละแบบ คณะกรรมการ ได้กำหนดวัตถุประสงค์เชิงนโยบายทางการคลังที่ใช้ในการประเมินทางเลือกต่างๆ ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการ (Accessibility)
2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Consumer satisfaction)
3. สามารถเลือกสถานบริการรัฐหรือเอกชน (Choices between public or private providers)
4. ประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (Technical efficiency)
5. ประสิทธิภาพเชิงจัดสรรทรัพยากร (Allocative efficiency)
6. การควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment)
7. คุณภาพบริการ (Quality of care)
8. ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (Continuity of care)
9. กระตุ้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary medical care - PMC)

ในเดือนมีนาคม 2540 คณะกรรมการ 15 คน ให้คะแนน 2 รอบ ตามวิธีระบบเดลไฟ (a Delphi scoring system) ตั้งแต่ 1-100 คะแนน (ดูตาราง 5.10). หลังจากนั้นมีการลงคะแนน ให้น้ำหนักคุณค่า (คะแนน 1-5) ของวัตถุประสงค์ทั้ง 9 ตั้งแต่ 1-5 คะแนน (ตาราง 5.11). จากนั้นกรรมการแต่ละท่านให้คะแนนอันดับ 1-3 และรวมคะแนนเป็นผลการประเมินเชิงปริมาณ(ตาราง 5.12)

ตารางที่ 5.10 คะแนนการบรรลุวัตถุประสงค์ของแต่ละกลไกทางเลือกการจ่ายบริการผู้ป่วยนอก จากคะแนนเต็ม 100 เฉลี่ยจากการลงคะแนนของคณะกรรมการ 15 ท่าน

ทางเลือก	วัตถุประสงค์เชิงนโยบาย								
	Access	Satisfac	Choice	Tech eff	Alloc eff	Cost contain	Qual	Cont care	PMC
option 1	67.5	65.5	63.5	45	43	35	65	60.5	32.5
option 2	73	45.5	86	39.5	51.5	56	69.3	59	30.3
option 3	50.5	41.5	71.5	67	50	65.5	49.5	53.2	38.5
option 4	69	33.8	81.5	39.8	57.3	55	66.7	53.8	43.3
option 5	69	45	83.5	45.4	59	64.5	66.9	58.5	45.8
option 6	74.5	65	59.5	75.3	77.5	81.5	54.8	75	72.5
option 7	78	74.5	80.5	43	62.5	75	59	55.5	46.5

ตารางที่ 5.11 คะแนนทั้งหมดตามน้ำหนักคะแนนสัมพัทธ์ ของ 9 วัตถุประสงค์ กรณีการจ่ายเงินผู้ป่วยนอก

วัตถุประสงค์เชิงนโยบาย											
OP- option	1	2	3	4	5	6	7	8	9	คะแนนรวม	อันดับ
weight*	3.7	3.5	3.1	3.8	3.8	4.2	4.3	2.9	2.6		
option 1	67.5	65.5	63.5	45	43	35	65	60.5	32.5	1,696.70	7
option 2	73	45.5	86	39.5	51.5	56	69.3	59	30.3	1,824.82	4
option 3	50.5	41.5	71.5	67	50	65.5	49.5	53.2	38.5	1,740.68	6
option 4	69	33.8	81.5	39.8	57.3	55	66.7	53.8	43.3	1,781.64	5
option 5	69	45	83.5	45.4	59	64.5	66.9	58.5	45.8	1,915.67	3
option 6	74.5	65	59.5	75.3	77.5	81.5	54.8	75	72.5	2,252.18	1
option 7	78	74.5	80.5	43	62.5	75	59	55.5	46.5	2,050.35	2

หมายเหตุ * คะแนนสัมพัทธ์ระหว่างวัตถุประสงค์เชิงนโยบายข้อ 1-9 ลำดับคะแนน 1-5 ให้โดย คณะกรรมการ 15 ท่าน แสดงคะแนนเชิงปริมาณให้เห็นก่อนการลงคะแนนสัมพัทธ์

ตารางที่ 5.12 ความถี่ของลำดับคะแนนคุณค่า 1-3 อันดับของ ทางเลือกที่ 1 ถึง 7 โดยคณะกรรมการ 10 ท่าน โดยที่ยังไม่แสดงผลเชิงปริมาณ

ทางเลือก	การประเมินเชิงปริมาณ		จำนวนคณะกรรมการที่ให้คะแนน		
	คะแนน	อันดับ	1st	2nd	3rd
Option 1	1,696.70	7			2
Option 2	1,824.82	4			1
Option 3	1,740.68	6	1		1
Option 4	1,781.64	5			3
Option 5	1,915.67	3		5	
Option 6	2,252.18	1	7	2	1
Option 7	2,050.35	2	2	3	2
Total			10	10	10

หมายเหตุ: กรรมการแต่ละท่านลงคะแนนจัดอันดับ 1- 2- 3

สำหรับการปฏิรูปการจ่ายเงินผู้ป่วยใน คณะกรรมการปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาล
ของข้าราชการ ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ 6 : กำหนดงบประมาณเป็นก้อนแล้วใช้ DRG. เป็นเกณฑ์
ในการจ่ายโรงพยาบาล

5. ข้อเสนอแนะ

คณะกรรมการปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเสนอให้มีการเปลี่ยนแปลง
การจ่ายเงินผู้ป่วยในก่อนเป็นอันดับแรก ในปีงบประมาณ 2541 เนื่องจากการเหมาจ่ายต้องใช้
ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ ซึ่งยังไม่มีและต้องใช้เวลาในการพัฒนา

การคำนวณอัตราเหมาจ่ายคำนวณจากค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกปีที่ผ่านมา^{22/} คือ 35 % ของ
ค่าใช้จ่ายทั้งหมด และ ข้อมูลการป่วย และรูปแบบการไปใช้บริการของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายา
บาลของข้าราชการ จากการสำรวจของ สวรส. ใน 12 จังหวัด ปี 2538 ผลการสำรวจแบ่งตาม
5 กลุ่มอายุ คือ 0-5, 6-19, 20-44, 45-60, และ 60 ปีขึ้นไป และแบ่งตามสิทธิ คือ เจ้าตัวและบุคคล
ในครอบครัวแต่ละประเภท

ปีงบประมาณ 2541 ตั้งงบประมาณค่าใช้จ่ายใน CSMBS ไว้ 14,400 ล้านบาท และจัด
สรรเป็นรายจ่าย 4 ประเภท คือ ผู้ป่วยนอกปกติ, ผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, ผู้ป่วยโรค
ที่มีค่ารักษาแพง (ดูในตาราง 5.13) การประมาณอัตราเหมาจ่ายรายหัวอยู่ในตารางที่ 5.14
ตารางที่ 5.13 เพดานงบประมาณ สำหรับรายจ่าย 4 ประเภท ในโครงการ CSMBS ปี 2541

รายจ่าย	วิธีการจ่ายเงิน	%	ล้านบาท	บาทต่อหัวผู้มีสิทธิ *
ผู้ป่วยนอก	เหมาจ่ายรายหัวอัตราตามกลุ่มอายุ	30	4,320	615
ผู้ป่วยใน	เพดานงบประมาณ + DRG.	57	8,200	1,167
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ตามราคาที่กำหนด	3	432	62
โรคที่มีค่ารักษาแพง	ตามราคาที่กำหนด	10	1,440	205
รวม		100	14,400	2,050

* คำนวณจากจำนวนผู้มีสิทธิ 7.024 ล้านคน

^{22/} ไม่ได้คิดจากต้นทุนเหมือนประกันสังคมที่เป็น 700 บาทต่อคน โครงการCSMBS คิดอัตราเหมาจ่ายผู้ป่วย
นอกจากข้อมูลการสำรวจในปี 1995 และ เพดานงบประมาณที่ 30 % ของงบทั้งหมด ใช้ฐานคิดจาก อัตราการใช้
บริการผู้ป่วยนอก และค่าสัมพัทธ์ของค่ารักษาผู้ป่วยนอกต่อครั้ง จำแนกตามกลุ่มอายุ แล้วนำมาหาน้ำหนักทั้ง
หมด เมื่อนำงบที่มีมาหารด้วยน้ำหนักทั้งหมด ก็จะได้ บาทต่อน้ำหนัก 1 หน่วย จากนั้นคูณน้ำหนักสัมพัทธ์จะได้
อัตราต่อหัวแตกต่างกันตามกลุ่มอายุ ใช้ค่าใช้จ่ายจริงในปีที่ผ่านมาคำนวณ โดยไม่ใช้ต้นทุนที่แท้จริง เพื่อที่จะ
สามารถอธิบายกับผู้มีสิทธิได้ง่ายและหวังว่าจะช่วยให้การปฏิรูปราบรื่นขึ้น โดยมีแรงต้านน้อยจากผู้มีสิทธิ
และโดยเฉพาะผู้ให้บริการ

ตารางที่ 5.14 อัตราเหมาจ่ายรายหัวปรับตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	อัตราเหมาจ่าย (บาท / คน / ปี)
0-5	337
6-19	337
20-44	571
45-60	753
> 60	859
all age group	615

ข้อเสนอเพดานงบประมาณสำหรับผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2541 เป็น 8,200 ล้านบาท เมื่อคำนวณกับอัตรานอนป่วย 0.1 ครั้งต่อคนต่อปี ค่าใช้จ่ายต่อรายผู้ป่วยใน ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยราคาของโรงพยาบาลรัฐเรียกเก็บ และ ค่าเฉลี่ยราคาของโรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บ จากข้อมูลการสำรวจในปี 2539 ปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในการดำเนินการที่จะใช้ดัชนีความรุนแรงของโรคในการจัดสรรงบประมาณ ก็คือ คะแนน DRG สูงอย่างรวดเร็ว, การทำหลักฐานเท็จในการเบิก, และอื่นๆที่จะทำได้เชิงเทคนิค

เหล่านี้แสดงให้เห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการตรวจสอบและมาตรการลงโทษ ยิ่งไปกว่านั้น การแยกจ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีแนวโน้มจะทำให้มีการส่งต่อจากผู้ป่วยนอกไปเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน ภายในเครือข่ายของสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยนอก ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่ได้ทำสัญญา ก็อาจจะมีการส่งให้เข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในเกินความจำเป็นเพื่อให้เบิกได้

ตารางที่ 5.15 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในต่อราย (บาทต่อราย)

ผู้ป่วยใน ตามเงื่อนไข	บาทต่อราย
ผู้ป่วยใน ตามอัตราการป่วย 0.05 admission/ คน/ ปี	23,362
ผู้ป่วยใน ตามอัตราการป่วย 0.1 admission/ คน/ ปี	11,681
ผู้ป่วยใน ตามอัตราการป่วย 0.159 admission/ คน/ ปี	7,321
โรงพยาบาลรัฐ ในปี 2539 สำหรับข้าราชการ	10,061
โรงพยาบาลเอกชน ในปี 2539 สำหรับข้าราชการ	11,996

ที่มา : การสำรวจค่ารักษาพยาบาลในโครงการ CSMBS ใน 5 จังหวัด ปี 2539 และการสำรวจความเจ็บป่วย ปี 2538

คำนวณตามอัตราการป่วยนอนจากการสำรวจในปี 2538 ที่เท่ากับ 0.159 ครั้งต่อปีต่อคน โรงพยาบาลจะได้รับเงินค่ารักษารายละประมาณ 7,321 บาท ซึ่งต่างจากค่าเฉลี่ยที่โรง

พยาบาลรัฐเรียกเก็บ (10,061 บาทต่อราย) และ โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บ (11,996 บาทต่อราย)ในปี 2539

การปฏิรูป CSMBS ถือว่ายังไม่สมบูรณ์ มีการอภิปรายพูดถึงถึงการเหมาจ่ายทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และจัดการโดยสำนักงานประกันสังคม ประเด็นที่สำคัญที่โผล่ขึ้นมาอีกเรื่องคือ มหาวิทยาลัยของรัฐ ทั้งหมด 20 แห่ง จะมีสถานภาพเป็นอิสระภายใต้กำกับของรัฐ ในปี 2545 มีลูกจ้างและครอบครัวประมาณ 0.7-1.0 ล้านคน มีแนวโน้มที่ชัดเจนที่แต่ละมหาวิทยาลัยจะมีแบบแผนสวัสดิการรักษายาบาลของตนเอง ซึ่งมักจะเป็นการประกันเอกชน รวมกับ สิทธิประโยชน์ที่นายจ้างจัดให้ และการจ่ายร่วมในการประกันสังคมด้วย เหล่านี้จะเป็นผลให้ระบบขาดประสิทธิภาพและเพิ่มช่องว่างความไม่เสมอภาคระหว่างมหาวิทยาลัย และระหว่างมหาวิทยาลัยกับข้าราชการอื่น ที่โชคร้ายกว่านั้นคือทบวงมหาวิทยาลัยไม่มีผู้นำในการกำหนดทิศทางในการเปลี่ยนผ่านครั้งนี้

ค. กองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

ทั้งกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนอยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานประกันสังคม โดยผู้มีสิทธิของทั้งสองกองทุนเกือบจะเป็นกลุ่มเดียวกัน แต่สิทธิประโยชน์ของทั้งสองกองทุนรวมถึงการเงินการคลังของแต่ละกองทุนกลับต่างกัน

1. ประวัติความเป็นมา

กองทุนประกันสังคมเริ่มขึ้นเมื่อปี 2533 โดยครอบคลุมถึงการเจ็บป่วยนอกเหนือจากการทำงาน การคลอดบุตร และการทุพพลภาพหรือเสียชีวิต โดยมีเงินชดเชยให้ร้อยละ 50 ของค่าแรง ในกรณีที่ต้องขาดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย กองทุนประกันสังคมมีเงินรายได้จากเงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตน ฝ่ายละเท่า ๆ กันคือ ร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างผู้ประกันตน แต่หลังจากที่ประเทศประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ได้มีการลดเงินสมทบลงเหลือฝ่ายละร้อยละ 1.0 ของค่าจ้าง และในปี 2541 สำนักงานประกันสังคมยังได้ออกประกาศว่าจะไม่จ่ายเงินสมทบในอัตราคงที่เหมือนที่เคยมา กองทุนประกันสังคมจะจ่ายเงินให้สถานบริการสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในอัตราเหมาจ่ายต่อหัวคงที่ (1,000 บาทต่อคนต่อปี) ลูกจ้างที่มีสิทธิจะต้องลงทะเบียนกับโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญากับกองทุน หลังจากนั้นก็ต้องจ่ายเงินเพิ่มอีกเมื่อใช้บริการ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินเพิ่มสำหรับบริการฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุที่อยู่นอกเหนือสัญญา รวมถึงการรักษาพยาบาลที่มีรายจ่ายสูงตามราคาที่ตั้งไว้ในประกาศที่มีการปรับปรุงเสมอโดยคณะกรรมการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคม

ทางด้านกองทุนเงินทดแทนนั้น ได้มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2516 โดยถือเป็นภาระรับผิดชอบของนายจ้างที่จะต้องสมทบเงินรายปีจำนวนร้อยละ 0.2 – 2 ของค่าจ้างต่อปี ขึ้นกับความเสี่ยงตามชนิดของงาน กองทุนทดแทนกำหนดอัตราการจ่ายตามอัตราการสูญเสีย (สัดส่วนของการทดแทนต่อการสมทบสำหรับนายจ้างแต่ละราย) เพื่อลวงโชนายจ้างที่มีสถิติการตาย การเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บเนื่องจากงานสูง นายจ้างที่มีอัตราการสูญเสียมากกว่าร้อยละ 70 จะต้องจ่ายสมทบเพิ่มอีกร้อยละ 10 ของอัตราพื้นฐาน อย่างไรก็ตาม อัตราการจ่ายนี้จะเพิ่มไม่เกิน 2 เท่าของอัตราพื้นฐานสำหรับกลุ่มที่มีอัตราการสูญเสียร้อยละ 150 ขึ้นไป นายจ้างที่มีอัตราการสูญเสียต่ำจะได้รับการลดหย่อนในการสมทบในปีถัดไป (ดูตารางที่ 5.15) กองทุนเงินทดแทนครอบคลุมถึงความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกิดเนื่องจากการทำงาน และยังให้ผลประโยชน์เป็นเงินตอบแทนที่อัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างและมีการชดเชยเมื่อเสียชีวิต กองทุนเงินทดแทนจะจ่ายสถานบริการตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นแต่ไม่เกิน 35,000 บาทต่อครั้งต่อคน ผู้ป่วยมีสิทธิเข้ารับบริการได้ทั้งจากสถานบริการของรัฐและเอกชน ในกรณีเจ็บป่วยเฉพาะที่มีรายจ่ายสูง 7 รายการก็ยังสามารถมาเบิกคืนได้อีกไม่เกิน 50,000 บาทโดยผ่านการพิจารณาประวัติเป็นราย ๆ ไป

ตารางที่ 5.16 อัตราการสูญเสียและอัตราการจ่าย, กองทุนเงินทดแทน. 2536

อัตราการสูญเสีย	อัตราการจ่าย	อัตราการสูญเสีย	อัตราการจ่าย
น้อยกว่า 10%	30% ของอัตราพื้นฐาน	80.01-90%	120% ของอัตราพื้นฐาน
10.01-20%	40% ของอัตราพื้นฐาน	90.01-100%	130% ของอัตราพื้นฐาน
20.01-30%	50% ของอัตราพื้นฐาน	100.01-110%	140% ของอัตราพื้นฐาน
30.01-40%	60% ของอัตราพื้นฐาน	110.01-120%	150% ของอัตราพื้นฐาน
40.01-50%	70% ของอัตราพื้นฐาน	120.01-130%	160% ของอัตราพื้นฐาน
50.01-60%	80% ของอัตราพื้นฐาน	130.01-140%	170% ของอัตราพื้นฐาน
60.01-70%	อัตราพื้นฐาน	140.01-150%	180% ของอัตราพื้นฐาน
70.01-80%	110% ของอัตราพื้นฐาน	150.01% -	200% ของอัตราพื้นฐาน

ที่มา: สำนักงานกองทุนเงินทดแทน 2536

2. ปัญหาในปัจจุบัน

จุดอ่อนที่สำคัญประการหนึ่งของการประกันสังคมคือการมุ่งเน้นที่บริการรักษาพยาบาลและบริการที่โรงพยาบาล แม้ว่าจะมีแนวโน้มที่จะเพิ่มการให้บริการพื้นฐาน มีการนำมาตรการหลายอย่างเพื่อกระตุ้นให้เกิดเครือข่ายสถานบริการระดับพื้นฐาน และช่วยในการตัดสินใจเลือกสถานบริการของลูกจ้าง การให้บริการภายใต้ระบบเหมาจ่ายต่อหัวถูกมองว่าเป็นบริการที่ต่ำกว่ามาตรฐานทำให้มีอัตราการใช้บริการของระบบประกันสังคมต่ำกว่าปกติ แต่ในอีกด้านหนึ่งวิธีการระบบเหมาจ่ายนี้ทำให้เกิดศักยภาพในการควบคุมค่าใช้จ่ายและทำให้กองทุนประกันสังคมมีผลประโยชน์การเป็นบวกเพิ่มขึ้น

กองทุนทดแทนก็มีปัญหาหลายประการ อันดับแรกคือปัญหาที่อัตราการจ่ายสมทบตามความเสี่ยงไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้ฝ่ายนายจ้างเพิ่มมาตรการป้องกันการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยได้เพียงพอเนื่องจากการริเริ่มมาตรการป้องกันจำเป็นต้องใช้เงินมากกว่ารายจ่ายที่เพิ่มขึ้นสำหรับเงินสมทบกองทุนทดแทน และเนื่องจากการที่ระบบนี้จะชดเชยตามค่าบริการที่จ่ายจริง จึงเป็นการกระตุ้นให้เกิดการใช้อย่างผิด ๆ ในกลุ่มผู้ให้บริการภาคเอกชน (ซึ่งเกือบจะเป็นสถานบริการเดียวของผู้มีสิทธิ) ค่าใช้จ่ายที่สูงเป็นปัญหาที่สำคัญแต่ไม่มีใครรู้ว่ารุนแรงขนาดไหนเพราะกองทุนทดแทนมีเขตแดนการเบิกคืนที่จำกัด นอกจากนี้ยังไม่มีมาตรการใดที่จะมารับประกันการรักษาต่อเนื่องเมื่อยอดรายจ่ายสูงกว่าที่กำหนด การเบิกเงินชดเชยจากกองทุนยังคงมีการโกงกันถึงแม้จะมีวิธีการตรวจสอบกลับกรองจากสำนักงานทั้ง 6 แห่งในกทม. และในอีก 75 จังหวัด แต่ถึงแม้ว่าจะมีปัญหามากมาย กองทุนเงินทดแทนก็ยังคงมียอดเงินสุทธิไม่ขาดทุนเนื่องจากที่ได้มีการกำหนดอัตราเงินสมทบตามความเสี่ยงและการกำหนดเขตแดนเงินชดเชย (ดูตาราง 5.17)

ตารางที่ 5.17 เงินสมทบที่เก็บได้และรายจ่ายเงินชดเชย (ล้านบาท) กองทุนเงินทดแทน 2529 – 2538

ปี	เงินสมทบ	รายจ่ายของกองทุน	คงเหลือ
2529	284.76	218.48	66.28
2530	303.89	267.74	36.15
2531	332.84	346.76	-13.92
2532	393.75	396.93	-3.18
2533	440.62	442.65	-2.03
2534	653.38	623.80	29.58
2535	741.95	753.31	-11.36
2536	921.36	926.51	-5.15
2537	1,126.35	1,163.39	-43.04
2538	1,397.81	1,370.03	27.78

ที่มา: รายงานประจำปี 2538 สำนักงานประกันสังคม

เนื่องจากการที่ลูกจ้างมีสิทธิทั้งจากประกันสังคมและกองทุนทดแทนทำให้มีการเลือกปฏิบัติที่แตกต่างกัน นายจ้างจะพยายามให้ลูกจ้างที่เจ็บป่วยจากการทำงานไปใช้สิทธิประกันสังคมเพื่อจะได้ไม่ถูกลงโทษเพิ่มเงินสมทบจากกองทุนทดแทน ในขณะที่สถานบริการก็จะพยายามให้ลูกจ้างใช้สิทธิกองทุนทดแทนโดยการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมาจากการทำงานเพื่อให้สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้มากที่สุดเพราะได้รับทั้งเงินเหมาจ่ายจากประกันสังคมและเรียกเก็บค่าบริการจากกองทุนทดแทน

3. การประเมินการปฏิรูปในปัจจุบัน

การปฏิรูประบบประกันสังคมในปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มความครอบคลุมและสิทธิประโยชน์ ยังไม่มีการขยายสิทธิการรักษาพยาบาลไปยังคู่สมรสเนื่องจากปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจและการลดเงินสมทบจากฝ่ายละร้อยละ 1.5 เหลือ 1 ของค่าจ้าง สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทยได้ทำการศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการขยายระบบประกันสังคมไปยังกลุ่มผู้ทำงานอิสระแบบสมัครใจโดยจะทราบผลภายในปีนี้ และภายในสิ้นปี 2541 จะต้องมีการเริ่มให้เงินชดเชยสูงอายุและเงินชดเชยบุตรซึ่งต้องการเงินสมทบเพิ่มอีกร้อยละ 3 ของเงินเดือนอันเป็นไปได้ยากในสถานการณ์ฝืดเคืองเช่นนี้ มีการขยายสิทธิประโยชน์ด้านการเจ็บป่วย การคลอด ทูพพลภาพและการตายแก่ผู้ถูกให้ออกจากงานเนื่องจากวิกฤติเศรษฐกิจนอกเหนือจากช่วงเวลาเดิมที่ให้สิทธิโดยต้องมีการแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคมเดิมก่อน ร่างพระราชบัญญัติแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคมมีกำหนดจะเข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภาในสมัยประชุมเดือนกรกฎาคม 2541 ปัจจุบันผู้มีสิทธิจะสูญเสียสิทธิต่อเมื่อออกจากงานเป็นเวลา 6 เดือนโดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลในช่วงเวลาดังกล่าว แต่เนื่องจากผู้มีสิทธิส่วนใหญ่จะเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิม ทำให้สถานพยาบาลได้รับประโยชน์จากเงินส่วนนี้โดยไม่ต้องให้บริการแก่บรรดาคนงานที่ตกงานเหล่านี้ นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มที่สถานพยาบาลจะให้บริการรักษาพยาบาลที่เป็นกรณีพิเศษที่จะเบิกเพิ่มจากสำนักงานประกันสังคมได้โดยเฉพาะในรายการที่มีราคาสูง

ความพยายามปรับปรุงกองทุนทดแทนในปัจจุบันนั้นมุ่งเน้นไปที่การจะรวมกองทุนทดแทนกับกองทุนประกันสังคมเข้าด้วยกัน ความพยายามที่จะรวมวิธีการจ่ายเงินสมทบด้านการรักษาพยาบาลของทั้งสองกองทุนถูกปฏิเสธจากผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานประกันสังคม มีแนวคิดที่จะให้คงวิธีการจ่ายเงินสมทบและจำนวนเงินชดเชยไว้อย่างเดิมแต่ยกเลิกวิธีการเบิกจ่ายคืนตามที่จ่ายจริงและยอดเพดานเงินที่ 35,000 บาทต่อคนเพื่อเปลี่ยนเป็นระบบเหมาจ่ายต่อหัวซึ่งในความจริงแล้วก็จะทำลายแรงจูงใจต่อระบบการจ่ายเงินสมทบตามความเสี่ยงในระบบปัจจุบัน

ฝ่ายที่สนับสนุนการรวมกองทุนมีเหตุผลของการรวมที่จะลดการเรียกเก็บค่าบริการที่ปลอมและที่สูงเกินจริงในระบบเบิกจ่ายตามค่าใช้จ่าย ลดค่าบริหารจัดการในการตรวจสอบ ลดปัญหาที่ครัวเรือนต้องแบกรับในกรณีการรักษาที่สูงมากกว่าเพดานที่กำหนด และลดความสับสนของผู้ใช้บริการในกรณีไม่แน่ใจว่าควรจะใช้สิทธิอันไหน ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วยกับการรวมให้เหตุผลที่ว่ากองทุนทั้งสองนี้มีหลักการ แนวคิด ปรัชญาและความต้องการที่ต่างกัน ซึ่งระบบปัจจุบันสามารถตอบสนองได้ดีอยู่แล้ว มีข้อพึงสังวรณในกรณีที่ลูกจ้างหรือผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับสถานพยาบาลแห่งหนึ่งแต่เกิดอุบัติเหตุในการทำงานในอีกที่หนึ่งที่มีสถานพยาบาลต่างกัน ทางแก้ที่

เลนคือทางสำนักงานประกันสังคมจะต้องจัดแบ่งส่วนหนึ่งของกองทุนประกันสังคมและกองทุนทดแทนเพื่อจ่ายค่าบริการในลักษณะตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉิน

4. การขยายประกันสังคมไปยังกลุ่มที่ออกจากการงาน – ข้อเท็จจริงและแนวทาง

ก. ความเป็นมา

มาตรา 38 แห่งพรบ.ประกันสังคมได้ระบุไว้ถึงการให้สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลต่อไปอีก 6 เดือนหลังจากที่มีการหยุดการจ้างงานทั้งนี้ไม่เพียงแต่เพื่อชดเชยช่วง 3 เดือนแรกของการเข้าทำงานที่ยังไม่ได้รับสิทธิแต่เป็นการเสริมความมั่นใจในช่วงเปลี่ยนงาน การแก้ไขพรบ.ประกันสังคมในปี 2537 ได้ขยายสิทธิประโยชน์สำหรับกรณีคลอดบุตร ทูพพลภาพและเสียชีวิตโดยลูกจ้างจะได้รับเงินชดเชยร้อยละ 50 ของเงินเดือนจากการลาป่วย ลาคลอด ฯลฯ

ตารางที่ 5.18 ประมาณการแรงงาน การจ้างงาน และการว่างงานในประเทศไทย 2540 และ 2541 (พันคน)

รายการ	2540	2541
1. อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ (%)	-0.4	-5.1
2. ประชากรทั้งหมด	60,602	61,201
3. ประชากรอายุมากกว่า 13 ปี	46,645	47,240
4. จำนวนแรงงานทั้งหมด	32,836	33,130
5. จำนวนแรงงาน	31,639	30,973
- ภาคเกษตรกรรม	14,274	14,559
- นอกภาคเกษตรกรรม	17,365	16,414
6. จำนวนผู้ว่างงาน	626	1,456
- ว่างงานเปิดเผย	182	539
- ว่างงานแอบแฝง	444	917
7. อยู่ระหว่างการจ้างงาน	945	1,000
(ทำงานน้อยกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์)		
8. ว่างงานตามฤดูกาล (เฉลี่ย)	572	701
- นอกฤดูกาล (กุมภาพันธ์)	1,038	1,251
- ในฤดูกาล (สิงหาคม)	106	150
9. ไม่ได้อยู่ในวัยทำงาน	27,766	28,071
- อายุต่ำกว่า 13 ปี	13,956	13,961
- อายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป	13,810	14,110
10. แรงงานใหม่ เพิ่งเข้าสู่ตลาด	545	637
11. อัตราว่างงานทั้งหมด (%)	1.90	4.40
- อัตราว่างงานเปิดเผย	0.55	1.63
- อัตราว่างงานแอบแฝง	1.35	2.77
12. อัตราว่างงานตามฤดูกาล %	1.74	2.12
13. สัดส่วนแรงงานที่มีงานทำ (%)	70.39	70.13

ที่มา: คณะกรรมการแรงงาน, การจ้างงาน และการว่างงาน 10 มิถุนายน 2541

ตารางที่ 5.19 แรงงานที่ถูกให้ออกจากงานตามข้อมูลจากศาลแรงงาน ประเทศไทย (1 มกราคม 2540
- 31 กรกฎาคม 2541)

ภาค	จำนวน	รวม		แรงงานที่ต้องออกจากงาน		แรงงานที่ต้องออกจากงาน	
	องค์กร	ชาย	หญิง	ชาย	%	หญิง	%
1. เสื้อผ้า	30	3408	8560	818	24.00	3159	36.90
2. สิ่งทอ	42	10013	23647	1257	12.55	3355	14.19
3. รองเท้าและเครื่องหนัง	20	932	2213	569	61.05	1431	64.66
4. ของเล่น	20	858	3417	154	17.95	1483	43.40
5. อาหาร	51	6773	9213	1267	18.71	2172	23.58
6. เครื่องประดับ	22	1576	4733	336	21.32	551	11.64
7. การเงิน	135	6196	7030	2920	47.13	3882	55.22
8. เครื่องประดับบ้านและไม้	57	6378	3150	2398	37.60	820	26.03
9. เครื่องไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์	76	13807	48726	2355	17.06	4847	9.95
10. รถยนต์และชิ้นส่วนรถยนต์	125	40083	12112	4284	10.69	1276	10.54
11. เหล็กและเหล็กกล้า	54	5435	1287	1990	36.61	393	30.54
12. บริการ	173	10075	9824	1482	14.71	1459	14.85
13. การพิมพ์และการโฆษณา	32	4623	3929	836	18.08	780	19.85
14. ก่อสร้าง	220	22720	9450	4600	20.25	1591	16.84
15. ห้างสรรพสินค้า	35	1854	3039	606	32.69	1372	45.15
16. การขนส่ง	40	4919	2664	539	10.96	250	9.38
17. คอนกรีต	69	7101	2888	2773	39.05	1139	39.44
18. ค้าปลีกและค้าส่ง	222	9374	6391	1320	14.08	1137	17.79
19. พลาสติก	34	5036	7207	1007	20.00	942	13.07
20. อื่น ๆ	202	20371	16590	3502	17.19	3527	21.26
รวม	1659	181532	186070	35013	19.29	35566	19.11

ที่มา: กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (2541)

ข. สภาวะวิกฤติ, การว่างงาน, และการขยายการครอบคลุม

หลังจากที่เกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในเดือนกรกฎาคม 2540 ได้มีคนตกงานเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีตัวเลขประมาณการที่ 408,000 คนตลอดปี 2540 และในครึ่งปีแรกของปี 2541 จากการคำนวณจากจำนวนสถานประกอบการที่ปิดลง น่าจะมีการเลิกจ้างอีกจำนวน 161,000 คน

23/

^{23/} วิธีการนี้มีการประมาณการจำนวนผู้ออกจากงานต่ำกว่าความเป็นจริง

ที่ประชุมคณะกรรมการประกันสังคมครั้งที่ 7 เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2540 ได้มีข้อเสนอให้ลดเงินสมทบจากทั้ง 3 ฝ่ายโดยอ้างถึงมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2540 ที่รับรองร่างกฎกระทรวงในการลดเงินสมทบจากร้อยละ 1.5 เหลือร้อยละ 1 ของเงินเดือนเป็นระยะเวลา 3 ปี (2541-2543) โดยจะกลับมาเหมือนเดิมในปี 2544 เมื่อเศรษฐกิจดีขึ้น

การประชุมคณะกรรมการประกันสังคมครั้งที่ 9 เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2540 ยังได้พิจารณาข้อเสนอของตัวแทนลูกจ้างที่จะให้สำนักงานประกันสังคมขยายความครอบคลุมจาก 6 เดือนไปเป็น 12 เดือนหลังจากออกจากงาน โดยมีมติรับหลักการที่จะขยายความครอบคลุมแต่ยังไม่ได้ระบุจำนวนเดือนโดยได้ขอให้สำนักงานประกันสังคมศึกษาผลกระทบทางการเงินและความเป็นไปได้ในการขยายระยะเวลาครอบคลุม การประชุมครั้งที่ 11 เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2540 ทางสำนักงานประกันสังคมได้ย้ำถึงความจำเป็นที่จะต้องระบุระยะเวลาที่แน่นอนที่จะขยายความสิทธิเพื่อการประมาณการผลกระทบทางการเงินที่ถูกต้อง

การประชุมครั้งที่ 13 เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2540 ได้มีการพิจารณารายงานจากคณะทำงานที่เสนอให้ขยายระยะเวลาคุ้มครองสิทธิไปอีก 6 เดือนในช่วงระยะเวลา 3 ปีตั้งแต่ 2541 – 2543 ซึ่งจะมีภาระค่าใช้จ่ายต่อกองทุน 741 ล้านบาทตลอดระยะเวลา 3 ปี ซึ่งที่ประชุมมีมติให้ดำเนินการแก้ไขพ.ร.บ.ประกันสังคมเพื่อเพิ่มความคุ้มครองสิทธิประโยชน์ด้านการเจ็บป่วย การคลอด ทูพพลภาพและการตายไปอีก 6 เดือนในช่วงปี 2541 – 2543

ตารางที่ 5.20 แผนทางการเงินในการขยายความคุ้มครองสิทธิประโยชน์ 4 รายการ ที่จัดเตรียมโดยคณะทำงานสำหรับการประชุมครั้งที่ 13

เงินสมทบและสิทธิประโยชน์ที่ให้	2541	2542	2543
1. เงินสมทบ	10,629	11,372	12,175
2. สิทธิประโยชน์	10,405	11,198	12,485
- สำหรับลูกจ้างในปัจจุบัน	9,990	10,655	11,959
- สำหรับการขยายสิทธิให้ผู้ออกจากงาน 6 เดือน *	415	543	526
3. สิทธิประโยชน์ในสัดส่วนร้อยละของเงินสมทบ	97.9	98.5	102.6
4. สิทธิประโยชน์	10,617	11,464	12,748
- สำหรับลูกจ้างปัจจุบัน	9,990	10,655	11,959
- สำหรับการขยายสิทธิให้ผู้ออกจากงาน 12 เดือน *	627	809	789
5. สิทธิประโยชน์ในสัดส่วนร้อยละของเงินสมทบ	99.9	100.8	104.7
6. ประมาณการจำนวนลูกจ้างที่ต้องออกจากงาน	400,000	500,000	450,000

หมายเหตุ: (*) คำนวณจากประมาณการของสิทธิประโยชน์จริงต่อคนคูณกับจำนวนลูกจ้างที่คาดว่าจะออกจากงานในแต่ละปี

ค. ปัญหาในการดำเนินการในปัจจุบัน

ความเชื่อมโยงระหว่างฐานข้อมูล ผู้สมทบเงินกับฐานข้อมูลการลงทะเบียน ระหว่างขั้นตอนการแก้ไขพรบ.ประกันสังคม (ธันวาคม 2540 – ตุลาคม 2541) ยังไม่มีความเชื่อมโยงกันระหว่างฐานข้อมูลผู้สมทบเงิน (ซึ่งแสดงจำนวนผู้ที่ยังจ่ายเงินสมทบอยู่ หรือยังมีงานทำอยู่) กับฐานข้อมูลการลงทะเบียน (สำหรับจ่ายเงินให้สถานบริการในกรณีรักษาพยาบาล)

ในทางทฤษฎีแล้ว ผู้ที่ยังจ่ายเงินสมทบจะยังเป็นผู้มีสิทธิในฐานข้อมูลทะเบียนทันที แต่ในความเป็นจริงนั้นจะต้องใช้ช่วงระยะเวลาก่อนที่จะมีการปรับปรุงฐานข้อมูลทะเบียนทำให้จำนวนผู้มีสิทธิในฐานข้อมูลทะเบียนมีมากกว่าจำนวนผู้ที่ยังจ่ายเงินสมทบอยู่ สำนักงานประกันสังคมออกบัตรประจำตัวผู้มีสิทธิซึ่งมีอายุ 2 ปี (บัตรปัจจุบัน 2540-2541) ดังนั้นผู้ที่ยังถือบัตรอยู่ (ไม่ว่าจะยังจ่ายเงินสมทบอยู่หรือไม่) สามารถจะใช้บริการที่โรงพยาบาลที่ลงทะเบียนได้

โรงพยาบาลคู่สัญญาได้รับเงินเหมาจ่ายเต็มตามข้อมูลในทะเบียนที่ยังไม่ได้ปรับปรุง ในขณะที่จำนวนผู้มีสิทธิและผู้ให้อาจจะลดลง ยกตัวอย่างเช่น เมื่อคนงานที่ถูกออกจากงานมีถิ่นที่อยู่ใหม่ เมื่อถูกให้ออกจากงานก็มักจะกลับไปยังบ้านเกิดทำให้มีโอกาสที่จะเข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้น้อยมาก อาจจะกล่าวได้ว่า ช่วงเวลาที่แห่งการแก้ไขพรบ.ประกันสังคม เป็นช่วงที่สำนักงานประกันสังคมและคนตกงานเสียเปรียบในขณะที่โรงพยาบาลคู่สัญญาเป็นฝ่ายที่ได้เปรียบ

การแก้ไขพรบ.ประกันสังคม เนื่องจากการแก้ไขครั้งใหญ่ทำให้มีขั้นตอนที่ยุงยากระหว่างสำนักงานประกันสังคม, กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, สำนักนายกรัฐมนตรี และ คณะรัฐมนตรี โดยมีส่วนประกอบที่สำคัญสามประการคือ

- การขยายความครอบคลุมไปยังผู้ถูกให้ออกจากงาน (ดังได้กล่าวไปแล้ว)
- การขยายความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ไปยังบุตร และผู้เกษียณ ตามแผนระยะยาวของสำนักงานประกันสังคมที่ต้องดำเนินการภายในสิ้นปี 2541

- การแก้ไขวิธีการจ่ายเงินสมทบของไตรภาคีโดยการตัดวลี "สมทบโดยเท่าๆกัน" ออกจาก มาตรา 46^{24/} ซึ่งเป็นการยินยอมให้รัฐบาลจ่ายเงินสมทบตามสถานะการคลังของรัฐโดยอาจจะ ไม่เท่ากับลูกจ้างและนายจ้าง โดยการแก้ไขมาตรา 46 นี้เป็นเรื่องสำคัญทางการเมืองที่สหภาพ แรงงานและผู้เชี่ยวชาญด้านแรงงานต่อต้าน อันเป็นผลทำให้การแก้ไขพรบ. ประกันสังคมช้าลง

การแก้ไขพรบ. น่าจะผ่านรัฐสภาทั้งสามวาระภายในเดือนธันวาคม 2541 มิฉะนั้นจะต้องรอถึงการ ประชุมสภาครั้งต่อไปในเดือนพฤษภาคม 2542

5. กองทุนทดแทน – ข้อเท็จจริงและแนวทาง

ก. ประวัติความเป็นมา

เงินสมทบ กองทุนทดแทนบังคับให้นายจ้างของสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 10 คน ต้องจ่ายเงินสมทบร้อยละ 0.2 – 2 ของค่าจ้าง (แก่เป็นร้อยละ 0.2 – 1 หลังวิกฤติเดือนกรกฎาคม 2540)^{25/} ในปีต่อมาได้มีการปรับจำนวนเงินสมทบตามอัตราประสบการณ์ซึ่งอ้างอิงอัตราการสูญเสีย (สัดส่วนของเงินขาดเขตต่อเงินสมทบ) ในปีที่ผ่านมา

- องค์การที่มีอัตราการสูญเสียต่ำกว่าร้อยละ 10 จะได้รับส่วนลดร้อยละ 70 ของอัตรามาตรฐาน
- องค์การที่มีอัตราการสูญเสียระหว่างร้อยละ 60 ถึง 70 จะไม่ได้รับส่วนลดและไม่โดนลงโทษเพิ่ม
- องค์การที่มีอัตราการสูญเสียร้อยละ 150 จะต้องเพิ่มเงินสมทบร้อยละ 200 ของอัตรามาตรฐาน (ดูตาราง 5.21)

^{24/} ข้อสังเกต: การแก้ไขโดยการตัดวลีที่ให้สมทบโดยเท่ากันออกนั้นมุ่งหวังสำหรับผลประโยชน์ที่จะเพิ่มขึ้นอีก 2 ประการ (สิทธิประโยชน์สำหรับบุตรและกรณีเกษียณ) แต่สำหรับสิทธิประโยชน์เดิมสี่ประการจะยังคงการสมทบ จากทั้งสามฝ่ายเท่า ๆ กัน

^{25/} หลังเกิดภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2540 ได้มีการปรับลดอัตราพื้นฐานลงเป็นร้อยละ 0.2 – 1 ของค่าจ้างเพื่อลดภาระของผู้ประกอบการ โดยอัตราการจ่ายเพิ่มตามความเสี่ยงต่ำสุดที่ร้อยละ 20 ของ อัตรามาตรฐานและสูงสุดที่ร้อยละ 250 ของอัตรามาตรฐาน

ตารางที่ 5.21 อัตราการสูญเสียและอัตราประสบการณ์ กองทุนเงินทดแทน ประเทศไทย 2536

อัตราการสูญเสีย	อัตราประสบการณ์
น้อยกว่า 10%	30% ของอัตราพื้นฐาน
10.01-20%	40% ของอัตราพื้นฐาน
20.01-30%	50% ของอัตราพื้นฐาน
30.01-40%	60% ของอัตราพื้นฐาน
40.01-50%	70% ของอัตราพื้นฐาน
50.01-60%	80% ของอัตราพื้นฐาน
60.01-70%	อัตราพื้นฐาน
70.01-80%	110% ของอัตราพื้นฐาน
80.01-90%	120% ของอัตราพื้นฐาน
90.01-100%	130% ของอัตราพื้นฐาน
100.01-110%	140% ของอัตราพื้นฐาน
110.01-120%	150% ของอัตราพื้นฐาน
120.01-130%	160% ของอัตราพื้นฐาน
130.01-140%	170% ของอัตราพื้นฐาน
140.01-150%	180% ของอัตราพื้นฐาน
150.01% -	200% ของอัตราพื้นฐาน

ที่มา: สำนักงานกองทุนเงินทดแทน 2536

หมายเหตุ: หลังจากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจเมื่อ 9 กรกฎาคมได้มีการปรับอัตราพื้นฐานลงร้อยละ 0.2-1 ของค่าจ้าง อัตราประสบการณ์ต่ำสุดคือร้อยละ 20 ของอัตราพื้นฐานและอัตราประสบการณ์สูงสุดคือร้อยละ 250 ของอัตราพื้นฐาน

เรามีข้อสงสัยในประสิทธิผลของการใช้อัตราประสบการณ์เป็นแรงจูงใจสำหรับนายจ้าง เพื่อที่จะเพิ่มความปลอดภัยจากการทำงานอันนำไปสู่การลดการบาดเจ็บ ลดการเรียกร้องการชดเชยของลูกจ้าง องค์การที่ถูกทำโทษไม่ได้เปลี่ยนแปลงมาตรการความปลอดภัยในบริเวณสถานที่ทำงานเลย

สถิติเงินสมทบและเงินชดเชย ในการเปรียบเทียบเงินสมทบและเงินชดเชย กองทุนทดแทนมีเงินคงเหลือสุทธิเป็นบวกระหว่างปี 2529-30 2534 และ 2538 เรื่อยมา เมื่อเปรียบเทียบรายรับจากเงินสมทบและแหล่งอื่น ๆ กับรายจ่ายจะพบว่ากองทุนมีเงินคงเหลือสุทธิทุกปี ในปี 2540 สินทรัพย์ทั้งหมดของกองทุนเงินทดแทนอยู่ในราวหนึ่งหมื่นหนึ่งพันล้านบาท โดยมีการชดเชยจำนวน 1,986.5 ล้านบาทซึ่งเป็นรายจ่ายจากการเรียกร้องทั้งหมด 230,376 รายการ โดยเป็นการเรียกร้องกรณีเจ็บป่วยร้อยละ 48.1 ของทั้งหมด หรือ 956.1 ล้านบาท นั่นคือกองทุนทดแทนมีรายจ่าย 4,150 บาทต่อการเรียกร้องหนึ่งรายการ และ 162 บาทต่อผู้มีสิทธิหนึ่งคน (ดูตาราง 5.22)

ตารางที่ 5.22 เงินสมทบกองทุนที่เก็บได้และค่าใช้จ่ายของกองทุนทดแทน 2529 – 2540

ปี	เงินสมทบ	สิทธิประโยชน์	คงเหลือ	สัดส่วนสิทธิประโยชน์ต่อ เงินสมทบ (ร้อยละ)
2529	284.76	218.48	66.28	76.72
2530	303.89	267.74	36.15	88.10
2531	332.84	346.76	-13.92	104.18
2532	393.75	396.93	-3.18	100.81
2533	440.62	442.65	-2.03	100.46
2534	653.38	623.80	29.58	95.47
2535	741.95	753.31	-11.36	101.63
2536	921.36	926.51	-5.15	100.56
2537	1,126.35	1,163.39	-43.04	103.82
2538	1,397.81	1,370.03	27.78	98.01
2539	1,837.50	1,609.50	228.00	87.51
2540	2,235.25	1,986.48	248.77	88.87

ที่มา รายงานประจำปีสำนักงานประกันสังคม 2540

มีวิธีการเรียกร้องเงินชดเชย 5 วิธีได้แก่ ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล เงินชดเชยกรณีเจ็บป่วยมากกว่า 3 วัน ทูพพลภาพถาวร ทูพพลภาพบางส่วน และเสียชีวิตรวมถึงค่าใช้จ่ายในการทำศพ ในปี 2540 เงินชดเชยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48) จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล ที่เหลือเป็นเงินชดเชย

ตารางที่ 5.23 การเรียกร้องเงินชดเชยการเจ็บป่วยและโรคจากการทำงานจำแนกตามชนิดของการชดเชย 2540

กลุ่มอายุ	จำนวนรายแยกตามชนิดของการชดเชย					
	เสียชีวิต	ทูพพลภาพถาวร	ทูพพลภาพชั่วคราว	ขาดงาน > 3 วัน	ขาดงาน < 3 วัน	รวมทั้งหมด
15-19	88	2	742	9,201	18,869	28,903
20-24	173	6	1,191	15,482	39,086	55,939
25-29	191	5	1,196	14,641	37,691	53,725
30-34	125	6	753	9,776	23,363	34,024
35-39	108	2	512	6,557	13,754	20,934
40-44	79	3	342	4,336	7,972	12,733
45-49	70	1	147	2,307	3,843	6,369
50-54	27	-	84	1,027	1,705	2,844
55-59	16	-	37	573	826	1,453
60+	10	1	16	295	389	712
รวม	887	26	5,020	64,195	147,498	217,627*
ร้อยละ	0.4	0.0	2.3	29.5	67.8	100

ที่มา รายงานประจำปีกองทุนเงินทดแทน

หมายเหตุ

1. (*) ไม่รวมผู้ป่วยจำนวน 12,494 รายที่ไม่ทราบกลุ่มอายุและอีก 255 รายที่อายุต่ำกว่า 15 ปี
2. ตามกฎหมายจะไม่ได้รับเงินชดเชย (ร้อยละ 60 ของค่าแรง) ถ้าขาดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยน้อยกว่า 3 วัน เงินชดเชยจะมีให้สำหรับกรณีเสียชีวิต (รวมค่าทำศพ) ทูพพลภาพ และหยุดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยนานกว่า 3 วัน
3. เกือบทุกรายเรียกร้องเงินชดเชยสำหรับค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล ดังนั้นจำนวนรายเท่ากับอัตราการเกิดการเจ็บป่วยทั้งหมด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.8) มีอาการเล็กน้อยและต้องการการลาป่วยน้อยกว่า 3 วัน แต่ไม่ได้หมายความว่าในกรณีที่ลาป่วยนานกว่า 3 วันจะรุนแรงกว่าเสมอไป ผู้มีสิทธิมีแรงจูงใจที่จะร้องขอแพทย์ให้ออกใบลาป่วยมากกว่า 3 วันเพื่อจะได้เรียกร้องเงินชดเชย

ตารางที่ 5.24 การเรียกร้องเงินชดเชยการเจ็บป่วยและโรคจากการทำงาน จำแนกตามภาค 2540

ภาค	เสียชีวิต	ทุพพลภาพถาวร	ทุพพลภาพชั่วคราว	ขาดงาน > 3 วัน	ขาดงาน < 3 วัน	รวมทั้งหมด	%
กรุงเทพฯ	301	11	1,268	19,877	42,570	64,027	27.8
5 จังหวัดใกล้เคียง	166	3	2,844	25,021	70,052	98,086	42.6
ภาคกลาง	273	7	678	12,996	29,038	42,992	18.7
ภาคเหนือ	117	5	156	3,149	5,641	9,068	3.9
ภาคอีสาน	101	1	145	2,388	3,390	6,025	2.6
ภาคใต้	75	2	181	5,049	4,871	10,178	4.4
ทั่วประเทศ	1,033	29	5,272	68,480	155,562	230,376	100

ที่มา รายงานประจำปีกองทุนเงินทดแทน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.4 ของทั้งหมด) จะอยู่ในกรุงเทพมหานครและ 5 จังหวัดใกล้เคียง

ตารางที่ 5.25 อัตราการเรียกร้องสิทธิต่อผู้มีสิทธิ 100 คน จำแนกตามกลุ่มอายุและชนิดของการชดเชย 2540

กลุ่มอายุ	ประชากร	เสียชีวิตและ ทุพพลภาพ	ขาดงาน > 3 วัน	ขาดงาน < 3 วัน	อัตราการเรียกร้องสิทธิ %
15-19	853,079	0.1	1.1	2.2	3.4
20-24	1,502,757	0.1	1.0	2.6	3.7
25-29	1,385,458	0.1	1.1	2.7	3.9
30-34	929,801	0.1	1.1	2.5	3.7
35-39	568,140	0.2	1.2	2.4	3.7
40-44	324,453	0.1	1.3	2.5	3.9
45-49	184,247	1	1.3	2.1	3.5
50-54	90,883	0.1	1.1	1.9	3.1

กลุ่มอายุ	ประชากร	เสียชีวิตและ ทุพพลภาพ	ขาดงาน > 3 วัน	ขาดงาน < 3 วัน	อัตราการเรียกร้องสิทธิ์ %
55-59	50,215	0.1	1.1	1.6	2.9
60+	29,434	0.1	1.0	1.3	2.4
Total	5,918,467	0.1	1.1	2.5	3.7*

ที่มา รายงานประจำปีกองทุนเงินทดแทน

หมายเหตุ: (*) เมื่อปรับตามจำนวน 12,494 รายที่ไม่ทราบกลุ่มอายุแล้ว อัตราการเกิดการบาดเจ็บจะเท่ากับ 3.9 ต่อผู้มีสิทธิ 100 ราย

อัตราการเกิดการบาดเจ็บจากการทำงานและสถานการณื อัตราการเกิดการบาดเจ็บในปี 2540 ใกล้เคียงกันในกลุ่มอายุ 15 – 49 ปี (อัตราการเกิด 3.4 – 3.9 รายต่อผู้มีสิทธิ 100 ราย) ในขณะที่กลุ่มอายุอื่น (50 – 60+) จะมีอัตราต่ำกว่าที่ร้อยละ 2.4-3.1

ข. ปัญหาในการดำเนินการในปัจจุบัน

กระบวนการเรียกร้องเงินชดเชยสำหรับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ เมื่อเกิดการบาดเจ็บ ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใดก็ได้ (มักนิยมโรงพยาบาลเอกชน) ผู้ป่วยมักจะไม่ทราบว่าโรงพยาบาลจะเรียกเก็บเงินจากสำนักงานประกันสังคมเท่าไร เป็นวันนอนกี่วัน ถึงแม้ว่าจะมีการเห็นดีข้อในใบเรียกเก็บเงิน แต่มีข้อสงสัยว่าการลงชื่อนั้นทำกันก่อนหรือหลังจากกรอกข้อมูลแล้ว โรงพยาบาลจะเป็นผู้จัดส่งใบเรียกเก็บเงิน (พร้อมทั้งแบบเรียกร้องเงินชดเชยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) ไปยังสำนักงานประกันสังคมเขตในกรุงเทพฯ หรือที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด และเนื่องจากเจ้าหน้าที่ประกันสังคมไม่ชำนาญในการตรวจสอบการรักษาพยาบาลหรือไม่ขอข้อมูลเพิ่มเติมจากโรงพยาบาล เกือบทุกรายจะได้รับเงินตามที่ร้องขอ จากการที่เราได้ไปตรวจสอบใบเรียกเก็บเงินที่ส่งไปยังสำนักงานประกันสังคมเขตห้า พบว่ามีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลที่สูงมาก สำหรับการรักษาผู้ป่วยนอกทั่วไป รวมถึงมีรายการที่ไม่เหมาะสมหลายรายการ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่เรียกเก็บจะรวมทั้งค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าเอกซเรย์ ค่าทำแผล ฯลฯ สำหรับค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในนั้นรวมค่าห้องค่าอาหารและรายการอื่นที่เหมือนกับผู้ป่วยนอก การกลั่นกรองคำร้องที่โง่งงจะเกินขีดความสามารถของสำนักงานประกันสังคม

รูปแบบการให้บริการ ได้มีการประเมินปริมาณของการร้องขอชดเชยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในการสำรวจเบื้องต้นในเดือนตุลาคมเพื่อดูรูปแบบการให้บริการโดยดูจากตัวอย่างใบเรียกเก็บเงินในสำนักงานประกันสังคมเขตห้า

ตารางที่ 5.26 การร้องขอเงินชดเชยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ณ สำนักงานประกันสังคมเขต 5 2541

	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	รวม
รัฐ	23	3	26
เอกชน	110	18	128
รวม	133	21	154
ร้อยละ	86	14	100

ที่มา: การสำรวจตัวอย่างของแบบร้องขอเงินชดเชย เดือนสิงหาคม 2541 ณ สำนักงานประกันสังคมเขต 5 (ดูแล 8 เขตในกทม. คือ ดุสิต สาธารณ ป้อมปราบ พระนคร ยานนาวา บางรัก บางคอแหลม และสัมพันธวงศ์)

การสำรวจตัวอย่างในสำนักงานประกันสังคมเขตห้า พบสัดส่วนของการร้องขอเงินชดเชยผู้ป่วยนอกต่อผู้ป่วยในเท่ากับ 86 ต่อ 14 ซึ่งสนับสนุนรายงานของวโรภาส ที่ทำในปี 2527 ที่สัดส่วน 87 ต่อ 13

วโรภาสยังได้รายงานสัดส่วนของผู้ป่วยที่ใช้โรงพยาบาลเอกชนเป็นร้อยละ 99.9 โดยที่ร้อยละ 28 ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ใช้ไปสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และเหลือสำหรับบริการผู้ป่วยใน จากการศึกษาของเราในช่วงเวลาหนึ่งเดือนพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 95 รับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน (ดูตาราง 5.27)

ตารางที่ 5.27 สัดส่วนรัฐและเอกชนในกองทุนทดแทนที่สำนักงานประกันสังคมเขตประชาชน 2541

	โรงพยาบาลเอกชน	โรงพยาบาลรัฐ	รวม
จำนวนการเรียกร้อง	557	31	588
%	95	5	100
จำนวนเงินเรียกร้องทั้งหมด	1,998,544	37,680	2,036,224
%	98	2	100
จำนวนบาทต่อการเรียกร้อง	3,570	1,215	ไม่มีข้อมูล

ที่มา: การสัมภาษณ์เรียกร้องค่าชดเชยเป็นเวลาหนึ่งเดือนเมื่อเดือนสิงหาคม 2541 สำนักงานประกันสังคมเขตห้า กรุงเทพฯ

เราสรุปได้ว่าจำนวนรายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87) มาจากบริการผู้ป่วยนอกในขณะที่ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72) เกิดจากบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้ให้บริการหลักของผู้มีสิทธิ

ลักษณะการเรียกร้องเงินทดเชย

ตารางที่ 5.28 การเรียกร้องเงินทดเชยโดยเฉลี่ยจากโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

	อัตราการเรียกร้องเงินทด เชยต่อครั้งผู้ป่วยนอก	อัตราการเรียกร้องเงินทด เชยต่อรายผู้ป่วยใน	วันนอนเฉลี่ย	การเรียกเก็บเงินผู้ ป่วยในวัน
โรงพยาบาลรัฐ				
ค่าเฉลี่ย	562	4,919	5	983.8
มากที่สุด	1,445	12,872	10	
น้อยที่สุด	120	678	1	
จำนวน	23	3	3	
โรงพยาบาลเอกชน				
ค่าเฉลี่ย	1,899	15,584	2	7,792.0
มากที่สุด	11,762	35,000	7	
น้อยที่สุด	126	3,345	1	
จำนวน	110	18	18	

ที่มา: การสำรวจตัวอย่างแบบฟอร์มเรียกร้องเงินทดเชย, สิงหาคม 2541, สำนักงานประกันสังคมเขต 5, กรุงเทพฯ

ค่าบริการเฉลี่ยต่อการรักษาผู้ป่วยนอกหนึ่งครั้งที่โรงพยาบาลรัฐ (562 บาท) น้อยกว่าที่โรงพยาบาลเอกชนถึง 3.4 เท่า (1,899 บาท) ในขณะที่ค่าบริการเฉลี่ยต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในหนึ่งรายในโรงพยาบาลรัฐ (4,919 บาท) ต่ำกว่าที่เอกชน 3.2 เท่า (15,584 บาท) แต่จำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลเอกชนเป็นแค่ 2 วัน ซึ่งน้อยกว่าโรงพยาบาลรัฐ (5 วัน) ดังนั้นค่าบริการเฉลี่ยต่อวันนอนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชน (7,792 บาท) สูงถึง 8.3 เท่าของโรงพยาบาลรัฐ (984 บาท)

ค. การสังเคราะห์ตัวแปรที่สำคัญ

ถ้าร้อยละ 72 ของเงินจำนวน 956.1 ล้านบาท (เท่ากับ 688.39 ล้านบาท) ถูกใช้ไปสำหรับบริการผู้ป่วยในในปี 2540 สำหรับร้อยละ 13 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 230,376 ราย (29,949 ราย) เราจะสามารถคำนวณค่าใช้จ่ายที่เรียกร้องต่อผู้ป่วยในหนึ่งรายได้ประมาณเท่ากับ 22,985 บาท (688.39 ล้าน/ 29,949) และค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยนอกหนึ่งครั้งเท่ากับ 1,336 บาท (267.7 ล้าน / 200,427)

- อัตราการเรียกร้องเงินทดเชย = $956,100,000 / 5,918,467$ เท่ากับ 162 บาทต่อผู้มีสิทธิหนึ่งราย

- อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย = $200,427 / 5,918,467 = 0.0338$ ครั้งต่อผู้มีสิทธิหนึ่งราย
- อัตรานอนโรงพยาบาลเท่ากับ = $29,949 / 5,918,467 = 0.0051$ ต่อผู้ป่วยหนึ่งราย

การประมาณการอัตราเหมาจ่ายต่อหัว

ดังนั้น อัตราเหมาจ่ายต่อหัวเท่ากับ $(0.0338 * X) + (0.0051 * Y)$ โดยที่ X คือรายรับต่อบริการผู้ป่วยนอกหนึ่งครั้งและ Y คือรายรับต่อผู้ป่วยในหนึ่งราย

ตารางที่ 5.29 อัตราเหมาจ่าย ณ สถานการณ์สมมติต่าง ๆ

ผู้ป่วยนอกต่อครั้ง (X)	ผู้ป่วยในต่อราย (Y)				
	7,000	12,000	18,000	16,090	22,985*
600	56	81	112	102	138
800	63	88	119	109	144
935	67	93	123	114	149
1,200	76	102	132	123	158
1,336*	81	106	137	127	162

หมายเหตุ *ค่าชดเชยที่เรียกร้องโดยเฉลี่ยจากกองทุนเงินทดแทนในปัจจุบัน

อัตราเหมาจ่ายต่อหัวที่คำนวณได้จะเท่ากับ 162 บาทต่อปี ถ้ากองทุนเงินทดแทนต้องการจะให้ X และ Y เท่ากับที่จ่ายชดเชยอยู่ในปี 2540 แต่เราได้ประเมินว่าน่าจะมีการเรียกเก็บค่าบริการที่สูงเกินจริงอยู่โดยมีค่าบริการที่ผิดปกติประมาณร้อยละ 30 ของยอดรายจ่ายทั้งหมด ดังนั้นเมื่อปรับลดลงร้อยละ 30 ค่าบริการต่อครั้งผู้ป่วยนอกจะเท่ากับ 935 บาท และผู้ป่วยในหนึ่งรายเท่ากับ 16,090 บาท ทำให้ค่าเหมาจ่ายต่อหัวต่อปีเท่ากับ 114 บาท เราได้เปรียบเทียบอัตราการเรียกร้องเงินชดเชยของกองทุนเงินทดแทนกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไว้ในตารางที่ 5.30

ตารางที่ 5.30 ราคาเปรียบเทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง 2539

ระดับสถานบริการ	ค่าบริการผู้ป่วยนอกต่อครั้ง	ค่าบริการผู้ป่วยในต่อราย
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	1,316	18,380
โรงพยาบาลศูนย์	553	13,521
โรงพยาบาลสังกัดกสธ.ในกทม.	668	17,810
โรงพยาบาลเอกชนในกทม.	-	16,366
โรงพยาบาลเอกชนนอกกทม.	-	9,773

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ 2541

6. คำแนะนำและกลยุทธ์ในการปฏิรูป

ในการที่จะปฏิรูปนโยบายมี 3 ด้านหลัก ๆ คือ

- ขยายสิทธิประโยชน์ของประกันสังคมไปยังผู้ไม่มีงานทำ เพิ่มประสิทธิผลของความครอบคลุมของประกันสังคมในกลุ่มผู้ถูกให้ออกจากงาน
- ปรับปรุงวิธีการจ่ายเงินของกองทุนเงินทดแทนที่จ่ายให้สถานบริการโดยใช้อัตราเหมาจ่ายต่อหัวที่แตกต่างกัน (อัตราสูงสำหรับความเสี่ยงสูง) โดยอาศัยข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
- รวมกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนเข้าด้วยกัน รวมวิธีการจ่ายเงิน เปลี่ยนการจ่ายตามที่เบิกจากค่าบริการย้อนหลังไปเป็นการทำสัญญาเหมาจ่ายต่อหัวล่วงหน้า และมีระบบการจ่ายเพิ่มสำหรับการให้บริการการเจ็บป่วยรุนแรงจากการทำงานเช่นที่ประกันสังคมมีระบบจ่ายเพิ่มสำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

คำแนะนำสำหรับการขยายความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลของกองทุนประกันสังคมไปยังกลุ่มผู้ว่างงาน

- ประชาสัมพันธ์ไปยังผู้ว่างงานถึงสิทธิประโยชน์ทั้ง 4 ด้านที่มีการขยายระยะเวลาไปอีก 12 เดือนหลังออกจากงาน
- เร่งให้มีการปรับปรุงระบบการลงทะเบียนและการเลือกสถานบริการของผู้ถูกให้ออกจากงานตามความต้องการและถิ่นที่อยู่
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้จ่ายเงินสมทบและผู้มีสิทธิ เพื่อให้สำนักงานประกันสังคมสามารถจ่ายเงินให้สถานบริการตามจำนวนผู้มีสิทธิที่มีอยู่จริง
- กวดขันนายจ้างในเรื่องการลงทะเบียนและการจ่ายเงินสมทบโดยเฉพาะในช่วงเศรษฐกิจถดถอยซึ่งสถานประกอบการมักจะฝ่าฝืนกฎหมาย
- รมัดระวังในการวางแผนทางการเงิน เนื่องจากกองทุนจะมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการขยายระยะเวลามีสิทธิและยังมีรายได้ที่ลดลงจากการที่ลดอัตราจ่ายเงินสมทบลงจากทั้งสามฝ่ายเป็นเวลา 3 ปี รวมถึงการที่รัฐบาลไม่สามารถจ่ายเงินได้เต็มจำนวน

คำแนะนำอื่น ๆ เกี่ยวกับระบบประกันสังคม

รายงานผลการทบทวนระบบประกันสังคมขององค์กรแรงงานระหว่างประเทศได้เสนอคำแนะนำหลายประการ (ILO1997) ซึ่งจะขอนำมากล่าวซ้ำอีกครั้ง^{26/}

- ขยายความครอบคลุมประกันสุขภาพไปยังครอบครัว (คู่สมรสที่ไม่ได้ทำงาน, และบุตร 2 คนที่อายุไม่เกิน 18 ปี) เพื่อให้เกิดกลไกการป้องกันทางสังคมและการพยายามให้มีประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ขยายความครอบคลุมประกันสุขภาพไปยังกลุ่มผู้เกษียณโดยให้มีการจ่ายเงินสมทบที่เหมาะสม และยังเป็นส่วนหนึ่งของการพยายามให้มีประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย
- เริ่มขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มที่ประกอบอาชีพอิสระและครอบครัว ดูเพิ่มเติมเกี่ยวกับการขยายประกันสังคมไปยังกลุ่มผู้ประกอบอาชีพอิสระจากรายงานของ มันทนา พรณานิรมัยและคณะ (2541)
- มีการตรวจสอบคุณภาพอย่างจริงจัง นอกเหนือจากการดูตัวชี้วัดทางโครงสร้าง เพิ่มตัวชี้วัดทางด้านกระบวนการโดยการเยี่ยมสถานบริการและการตรวจเวชระเบียน
- มีการทำโทษโรงพยาบาลคู่สัญญาที่ให้การรักษาดำกกว่ามาตรฐานอย่างจริงจัง
- เพิ่มแรงจูงใจพิเศษเพื่อส่งเสริมให้เกิดการบริการทางการแพทย์แบบปฐมภูมิ
- ปรับอัตราเหมาจ่ายอย่างสม่ำเสมอโดยใช้ดัชนีเงินเฟ้อทางด้านสุขภาพและปรับอัตราเหมาจ่ายให้ต่างกันเพื่อกระตุ้นระบบบริการทางการแพทย์แบบปฐมภูมิ
- รมัควางในการขยายการจ่ายเงินนอกเหนืออัตราเหมาจ่ายสำหรับการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง

การประมาณการค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของสำนักงานประกันสังคมในการขยายความครอบคลุมไปสู่คู่สมรสและ บุตร, ผู้ประกอบการอิสระ, และผู้เกษียณ แสดงในตารางข้างล่าง ความต้องการเงินทั้งหมดในส่วนของรัฐบาลเป็น 3.2 พันล้านบาท ในปี2542 ข้อมูลค่าใช้จ่ายจริงของการเจ็บป่วย 3 แบบในช่วงปี 2534-2539 ในส่วนบริการเจ็บป่วยพื้นฐานเป็นร้อยละ 97.7 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ค่ารักษาราคาแพงเป็นร้อยละ 0.4 และค่ารักษากรณีอุบัติเหตุ อุบัติภัยในโรงพยาบาลที่ไม่ได้ลงทะเบียนไว้ เป็นร้อยละ 2 สัดส่วนดังกล่าวนำมาใช้ประมาณการค่าใช้จ่ายสำหรับกลุ่มเป้าหมายใหม่ ยกเว้นการชดเชยด้วยเงินสำหรับการหยุดงานและเงินชดเชยการคลอดบุตร)

^{26/} ILO (1997). การทบทวนโครงการประกันสังคมในประเทศไทย บทที่1 : เรื่อง บทสรุปและข้อเสนอแนะ, องค์การแรงงานระหว่างประเทศ เมืองเจนีวา

ตารางที่ 5.31 ประมาณการงบประมาณสำหรับการขยายโครงการประกันสังคม ประเทศไทย, 2542

ประเภทค่าใช้จ่าย	การขยายความครอบคลุมไปสู่กลุ่มเป้าหมาย			
	1. คู่สมรสที่ไม่มีงานทำ	2. บุตรอายุน้อยกว่า 18 ปี ไม่เกิน 2 คน	3. ผู้ประกอบการอิสระ ในเขตเมือง	4. ผู้เกษียณ หรือ ออกจากงาน
1. ประมาณการจำนวนประชากร	~30% ของ ลูกจ้าง 5 ล้านคน, 1.5 ล้านคน	~50% ของ ลูกจ้าง 5 ล้านคน = 3.75 ล้านคน	0.98 ล้านคน	ประมาณ 1 ล้านคน
2. การเจ็บป่วยพื้นฐาน, ที่อัตรา 1000 บาทต่อคน	1,000 บาท x 1.5 ล้านคน = 1,500 ล้านบาท	1,000 บาท x 3.75 ล้านคน = 3,750 ล้านบาท	0.98 x 1,000 = 980 ล้านบาท	1 x 1,000 = 1,000 ล้านบาท
3. จ่ายค่ารักษาโรคราคาแพง	=1,500x0.4/97.7 = 6.1 ล้านบาท	=3,750 x 0.4/97.7 = 15.4 ล้านบาท	=980 x 0.4/97.7 = 4.0 ล้านบาท	=1,000 x 0.4/97.7 = 4.1 ล้านบาท
4. อุบัติเหตุ อุบัติเหตุในโรงพยาบาลที่ไม่ได้ลงทะเบียนไว้	=1,500 x 2/97.7 = 30.7 ล้านบาท	=3,750 x 2/97.7 = 76.8 ล้านบาท	=980 x 2/97.7 = 20.1 ล้านบาท	=1,000 x 2/97.7 = 20.5 ล้านบาท
5. ค่าใช้จ่ายทั้งหมด	1,536.8 ล้านบาท	3,842.2 ล้านบาท	1,004.1 ล้านบาท	1,024.6 ล้านบาท
6. ส่วนที่รัฐบาลอุดหนุน	1/3 of 1,536.8 = 512.3 ล้านบาท	1/3 of 3,842.2 = 1,280.7 ล้านบาท	1/3 of 1,004.1 = 334.7 ล้านบาท	1/1 of 1,024.6 = 1,024.6 ล้านบาท
รวมส่วนที่รัฐบาลอุดหนุน	3,152.3 ล้านบาท			

หมายเหตุ : * เป็นไปได้ยากที่จะขยายไปสู่ผู้ประกอบการอิสระในเขตชนบท เนื่องจากมีจำนวนถึง 4.34 ล้านคน ในปี 2539

คำแนะนำเกี่ยวกับกองทุนเงินทดแทนและทางเลือกในการปฏิรูประบบการจ่ายเงิน

เราเสนอให้การปฏิรูปการจ่ายเงินชดเชยการเจ็บป่วยโดยการคงสถานะเดิมในรายการอื่น ๆ เช่น

- กองทุนเงินทดแทนยังคงสถานะตามกฎหมายเดิมโดยเป็นความรับผิดชอบของนายจ้างฝ่ายเดียว อัตราการเหมาจ่ายเท่าเดิมยกเว้นกรณีที่เลือกจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อหัว มีการปรับอัตราประสบการณ์และอัตราการสูญเสียตามการชดเชยอื่น ๆ เช่นกรณีจ่ายเงินชดเชยหยุดงานทุพพลภาพหรือเสียชีวิต อัตราประสบการณ์จะไม่รวมรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาล
- เงินชดเชยสำหรับการขาดงานเนื่องจากการบาดเจ็บมากกว่า 3 วัน
- เงินชดเชยทุพพลภาพ เสียชีวิต และค่าทำศพ

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ สำหรับประกันสังคมและกองทุนทดแทน

- ให้กองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนใช้การจ่ายวิธีเดียวสำหรับการเจ็บป่วยทั้งจากการทำงานและไม่ใช่ เช่น เหมาจ่ายต่อหัวรวม (ทั้งเจ็บป่วยจากงานและไม่ใช่) ที่อัตราไม่เกิน 1,162 บาทต่อหัวต่อปี ตามรายจ่ายจริงปีที่ผ่านมา ไม่ใช่ต้นทุน
- คงส่วนประกอบอื่น ๆ ของกองทุนเงินทดแทนเช่นเงินชดเชยเมื่อเจ็บป่วย เสียชีวิต และการปรับอัตราเงินสมทบตามความเสี่ยงโดยให้นายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบฝ่ายเดียว

- เนื่องจากทั้งประกันสังคมและกองทุนทดแทนมีกลุ่มเป้าหมายเดียวกันจึงเป็นการง่ายที่จะลูกจ้างจะการเลือกลงทะเบียนทุกปีกับสถานบริการที่ต้องการ
- การเปิดให้เบิกชดเชยในกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินภายใต้ข้อกำหนดของประกันสังคมจะทำให้ข้อโต้แย้งในเรื่องธรรมชาติความฉุกเฉินของการเจ็บป่วยจากงานที่ต้องการรักษาพยาบาลยังสถานบริการที่ใกล้ที่สุดตกไป
- ประกันสังคมอาจจะใช้อัตราประสบการณ์เพื่อปรับเงินสมทบตามรายจ่ายที่เสียไปสำหรับค่าเงินชดเชยโดยไม่คิดจากรายจ่ายจากการรักษาพยาบาล แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าหากการบริหารจัดการนี้สูงกว่าผลที่คาดว่าจะได้รับ ประกันสังคมอาจจะยกเลิกอัตราประสบการณ์และหามาตรการอื่นมาเสริม เพราะจากการศึกษาพบว่าอัตราประสบการณ์แทบไม่มีผลจูงใจให้ผู้ประกอบการเพิ่มมาตรการเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน

ง. โครงการบัตรประกันสุขภาพ

1. ประวัติความเป็นมา

โครงการบัตรสุขภาพได้เริ่มดำเนินการมามากกว่า 16 ปีแล้ว โดยเมื่อปี 2525 ได้มีการนำบัตรสุขภาพมาใช้เพื่อเสริมปัจจัยพื้นฐาน 4 ประการของบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน คือ สุขอนามัยแม่และเด็ก, การขยายความครอบคลุมของภูมิคุ้มกัน, ยาหลัก และการให้การรักษาระเบื้องต้น มีการขายบัตรสุขภาพโดยให้ชำระเงินล่วงหน้าเพื่อนำมาสนับสนุนกองทุนพัฒนาสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในหมู่บ้าน โดยให้สิทธิรักษาพยาบาล, ภูมิคุ้มกัน, และบริการอนามัยแม่และเด็กฟรีแก่ผู้ถือบัตร หลังจากทดลองใช้เป็นเวลากว่า 8 เดือนใน 7 จังหวัดและผ่านการประเมินเบื้องต้น กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายในระยะที่สองเพื่อจะขยายความครอบคลุมของบัตรสุขภาพโดยสมัครใจนี้ไปสู่ทุกจังหวัด จังหวัดละอย่างน้อย 1 ตำบลในปี 2528 และครอบคลุมจังหวัดละอย่างน้อย 1 อำเภอในปี 2529 และทุกตำบลในสิ้นปี 2530 (ดูตาราง 5.32 ประกอบ)

โครงการบัตรสุขภาพระยะที่สาม ได้เริ่มขึ้นโดยมีการเปลี่ยนแปลงหลักการดำเนินการจากที่เป็นกองทุนเพื่อชุมชนไปสู่หลักการการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ โดยเมื่อประเทศไทยเข้าสู่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (ปี 2530 ถึง 2534) ได้มีการเปลี่ยนชื่อโครงการบัตรสุขภาพไปเป็นโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ และต่อมาในปี 2537 โครงการเริ่มได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลในรูปของกองทุนสนับสนุน

ระยะที่สี่ของโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจเป็นช่วงของการปฏิรูปเชิงนโยบาย (เริ่มจากปี 2537) การปฏิรูปไม่ได้เป็นไปอย่างรอบด้านแต่เป็นไปในลักษณะเป็นขั้น ๆ โดยเน้นไปในเรื่องนโยบายจากส่วนกลาง หลักการของโครงการเริ่มมีการผสมผสานระหว่างการประกันสุขภาพโดยสมัครใจกับการสนับสนุนชดเชยจากรัฐ การเปลี่ยนแปลงเป็นไปดังหัวข้อต่อไปนี้

- รัฐบาลจัดสรรเงินจากภาษีอากรจำนวนหนึ่งเพื่อสมทบกองทุนทุก ๆ ปี โดยเมื่อปี 2536 คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบให้มีการสนับสนุนเงินเพิ่มเติมจำนวน 500 บาทต่อบัตร โดยให้ครัวเรือนซื้อบัตรได้ในราคา 500 บาท ซึ่งเงินที่สมทบกองทุนนี้คำนวณได้มาจากการประมาณการต้นทุนของสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขงบประมาณส่วนนี้เริ่มเข้ามามีบทบาทตั้งแต่นั้นปี 2537
- การเปลี่ยนบทบาทของกองทุนบัตรประกันสุขภาพไปสู่การบริหารจัดการแบบกองทุนหมุนเวียนเพื่อแก้ปัญหาที่ต้องใช้เงินงบประมาณให้หมดไปในแต่ละปีงบประมาณ โดยในปี 2538 กระทรวงการคลังได้ปรับเปลี่ยนระบบบัญชีสำหรับกองทุนบัตรประกันสุขภาพทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคให้เป็นไปตามระเบียบกองทุนหมุนเวียนของรัฐบาล
- มีการรวมความเสี่ยงเข้าด้วยกันที่ส่วนกลางเพื่อให้ผู้ถือบัตรสามารถใช้สิทธิต่างเขตได้และลดความเสี่ยงที่กองทุนแต่ละจังหวัดต้องดูแล โดยในปี 2538 ได้มีการหักเงินร้อยละ 2.5 ของเงินจากการขายบัตรแต่ละใบ (1000 บาท) เพื่อสมทบกองทุนส่วนกลางเพื่อใช้จ่ายชดเชยการใช้บริการที่ข้ามเขตจังหวัด และจ่ายกรณีการรักษาที่มีราคาแพงทั้งภายในและข้ามจังหวัด
- ในปี 2537 ได้มีการริเริ่มบัตรประกันสุขภาพลักษณะใหม่ เป็นบัตรที่แจกจ่ายให้ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเป็นสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ทั้งครอบครัว อย่างไรก็ตาม บัตรลักษณะนี้ถือเป็นสวัสดิการจากภาครัฐ และมักจะมีข้อโต้แย้งจากสำนักงานประมาณเรื่องงบประมาณสนับสนุนว่าน่าจะใช้จ่ายจากโครงการบัตรสงเคราะห์มากกว่าโครงการบัตรสุขภาพ

หลังจากที่มีการใช้นโยบายบริหารจัดการที่ส่วนกลาง โครงการบัตรสุขภาพเริ่มได้รับความนิยมมากขึ้น จำนวนยอดขายบัตรเพิ่มถึง 2.1 ล้านบัตรในปี 2540 และอาจจะถึง 2.4 ล้านบัตรในปี 2541 (ดูตาราง 5.33 ประกอบ) การเพิ่มจำนวนของบัตรมีข้อเสียที่ทำให้อัตราการขาดทุนต่อบัตรในปี 2539 เป็น 871 บาท และ 1,138 บาทในปี 2540 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อาจจะเป็นไปได้จากสาเหตุหลายอย่างเช่น การตั้งราคาบัตรต่ำเกินไป การที่มีแต่ผู้ป่วยอยู่แล้วมาซื้อบัตร การโกง เป็นต้น

ตารางที่ 5.32 ลักษณะหลักของโครงการบัตรสุขภาพในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2526

ระยะที่ 1 2526	ระยะที่ 2 2526 – 2530	ระยะที่ 3 2530 – 2534	ระยะที่ 4 2535 -
กรอบแนวคิดหลัก งานอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว (กองทุนชุมชน)	บริการสาธารณสุขมูลฐาน (กองทุนชุมชน)	บริการสาธารณสุขมูลฐาน และการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ	การประกันสุขภาพแบบสมัครใจ
วัตถุประสงค์เชิงนโยบาย เพื่อบรรลุเป้าหมายในโครงการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อ	เพื่อสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อ เพื่อปรับระบบบริการสาธารณสุขให้เป็นหนึ่งเดียว เพื่อเปลี่ยนบทบาทของผู้ให้บริการสาธารณสุขไปเป็นผู้ส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดขนาดบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลขนาดใหญ่	เพื่อให้เกิดความคุ้มครองด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขมูลฐาน	เพื่อให้เกิดความคุ้มครองด้านสุขภาพ เพื่อบรรลุเป้าหมาย near universal coverage
พื้นที่เป้าหมาย 18 หมู่บ้านใน 7 จังหวัดได้แก่ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด ลำพูน นครสวรรค์ เพชรบุรี ราชบุรี และ สงขลา	ทุกจังหวัด อย่างน้อยจังหวัดละหนึ่ง และสองหมู่บ้านในแต่ละตำบล	ทุกจังหวัด ทุกอำเภอ	ทุกจังหวัด
ประชากรที่ครอบคลุม ไม่ทราบ	จาก ร้อยละ 70 ของประชากรในหมู่บ้าน และลดลงเหลือ ร้อยละ 30	ร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด	ตั้งเป้าหมายไปยังกลุ่มประชากรที่ยังไม่ได้รับความครอบคลุมด้านสุขภาพ
ราคาจำหน่ายบัตร รักษาพยาบาลและอนามัยแม่และเด็ก 200 บาท รักษาพยาบาลอย่างเดียว 100 บาท อนามัยแม่และเด็กอย่างเดียว	บัตรครอบครัว 200 บาท อนามัยแม่และเด็ก 100 บาท	บัตรครอบครัว 300 บาท บัตรบุคคล 200 บาท อนามัยแม่และเด็ก 100 บาท	บัตรครอบครัว 500 บาท (รวมอนามัยแม่และเด็ก)
กรอบสิทธิประโยชน์ ไม่ได้ชี้แจง	รักษาพยาบาลไม่เกิน 8 ครั้งต่อบัตร และไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง	รักษาพยาบาลไม่เกิน 6 ครั้งต่อบัตร และไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง	ไม่มีขีดจำกัด

ที่มา: ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญอินทรีย์ และคณะ (2540)

ตารางที่ 5.33: ความครอบคลุมของบัตรสุขภาพโดยสมัครใจและรายรับที่เก็บได้ ระหว่างปี 2530-2540

	2530	2531	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540 *
ยอดจำหน่ายบัตร (ล้านใบ)	0.66	0.46	0.30	0.29	0.49	0.81	1.46	1.24	2.06
ประชากรที่ครอบคลุม (ล้านคน)	2.69	2.11	1.40	1.32	2.08	3.44	6.21	5.27	8.24
ร้อยละของประชากรที่ครอบคลุม	4.7	4.5	2.7	2.6	3.7	6.1	10.8	9.1	13.5
รายรับที่เก็บได้ (ล้านบาท)	183.0	119.8	84.02	81.23	244.8	403.0	727.8	622.4	1,003.0
กองทุนสนับสนุน	-	-	-	-	50.0	200.0	655.6	617.1	1,003.0

ที่มา: ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญอินทรีย์ และคณะ (2540)

2. ปัญหาในระบบในปัจจุบัน

ระบบบัตรประกันสุขภาพในปัจจุบันมีปัญหาหลายอย่าง ลำดับแรกได้แก่มีการเลือกอย่างมีอคติในจังหวัดที่มียอดขายต่ำ (การเลือกซื้อในรายชื่อเจ็บป่วยอยู่แล้ว) ต่อมาคือต้นทุนที่สูงของบัตรทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีความจำเป็นต้องตัดสินใจเลือกขึ้นราคาบัตรหรือเพิ่มงบประมาณสนับสนุน รวมถึงปัญหาเรื่องความไม่เท่าเทียมกันระหว่างระบบเนื่องจากระบบนี้ได้รับงบสนับสนุนต่อคนเกือบเท่ากับงบที่ให้กับผู้ถือบัตรสงเคราะห์ประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ลำดับที่สามคือปัญหาของการใช้บัตรไม่ถูกต้อง เช่นในกรณีของอุบัติเหตุ ลำดับที่สี่ได้แก่ระบบประชาสัมพันธ์ของสำนักงานประกันสุขภาพ ซึ่งได้ทำหน้าที่อย่างดีในการขยายความครอบคลุมบัตรแต่กลับไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ เช่นมีแต่คนรวยมาซื้อบัตรมากขึ้น และลำดับสุดท้ายคือการที่บัตรประกันสุขภาพอย่างเดียวคงไม่สามารถทำให้ประชากรทุกคนในประเทศไทยมีความคุ้มครองด้านประกันสุขภาพได้

ก. การตั้งเป้าหมาย

ความนิยมซื้อบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2540 ได้ทำให้เกิดข้อครหาว่าทำให้เกิดการเลือกอย่างมีอคติของผู้ซื้อบัตร การรณรงค์ทางสื่อสาธารณะไม่สามารถเพิ่มความเข้าใจแก่ประชาชนในเรื่องการลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยเพื่อจัดความไม่แน่นอนของรายจ่ายที่จะต้องเสีย และเนื่องจากการที่การซื้อบัตรเป็นไปโดยสมัครใจ กลุ่มประชากรจะซื้อบัตรมักจะมีการเจ็บป่วยมากกว่าและใช้บริการมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น (ดูตาราง 5.34) ดังจะเห็นได้จากอัตราการใช้บัตรประกันสุขภาพสูงกว่าระบบอื่น ๆ เว้นแต่เพียงกลุ่มผู้สูงอายุและประกันเอกชน โดยอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับอัตราใช้บริการของกลุ่มผู้มีสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปได้ว่า อัตราการเข้าเป็นผู้ป่วยในที่สูงขึ้นของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพเกิดจากการเข้าถึงบริการได้มากขึ้นหรือเกิดจากการที่มีการเลือกซื้อบัตรของกลุ่มผู้ป่วยมากกว่า

ตารางที่ 5.34 อัตราการใช้บริการของประชากรกลุ่มต่างๆภายใต้บัตรประกันสุขภาพปี 2534 และ 2539

	VHCS	CSMBS	Elderly	Children	LICS	SSS	PI	None
สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2534*								
อัตราการป่วยต่อปี	6.9	5.4			7.2			5.7
อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อปี	2.8	3.1			2.7			2.0
รัฐ	2.0	1.8			2.1			1.0
เอกชน	0.8	1.3			0.6			1.0
สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2539								

	VHCS	CSMBS	Elderly	Children	LICS	SSS	PI	None
อัตราการป่วยต่อปี	5.0	4.5	12.3	4.9	5.9	2.6	4.4	3.3
อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อปี	3.3	3.2	8.4	3.7	3.7	1.5	3.2	1.9
รัฐ	2.5	2.0	6.4	2.1	3.0	0.7	0.8	1.1
เอกชน	0.7	1.2	2.1	1.5	0.7	0.8	2.4	0.8
อัตราการเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในต่อปี	0.09	0.08	0.16	0.04	0.09	0.05	0.15	0.05
สัดส่วนร้อยละ รัฐ	92%	74%	79%	80%	93%	52%	28%	79%
สัดส่วนร้อยละ เอกชน	7%	25%	21%	19%	6%	46%	71%	19%
สำนักงานประกันสุขภาพ 2540								
อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อปี	2.7							
อัตราการเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในต่อปี	0.11							

ที่มา การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2534 และ 2539 และ สำนักงานประกันสุขภาพ

ถ้าใช้รายรับในการคำนวณกลุ่มเป้าหมายของบัตรประกันสุขภาพ จะพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้เฉลี่ยของประชากรกับความครอบคลุมของบัตรประกันสุขภาพในเขตนั้น ข้อมูลจากรายงานการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมปี 2537 และการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนปี 2539 พบว่าในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นเขตที่จนที่สุดมีอัตราการครอบคลุมของบัตรประกันสุขภาพเพียงร้อยละ 21 แต่ในภาพเหนือซึ่งมีรายได้ต่ำสุดเป็นอันดับสองมีอัตราความครอบคลุมร้อยละ 25 และประชากรในเขตที่มีรายได้สูงซื้อบัตรน้อยลง (ในทศม.น้อยกว่าร้อยละ 0.05)

การสำรวจสถานะสุขภาพในระดับจังหวัดโดยกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี 2538 ได้แสดงข้อมูลรายได้ของหัวหน้าครอบครัวและความครอบคลุมสวัสดิการด้านสุขภาพ ตารางที่ 5.35 แสดงสัดส่วนของประชากรที่มีบัตรประกันสุขภาพ, การประกันสุขภาพแบบอื่น ๆ และ พวกที่ไม่มีประกันใด ๆ เลย จำแนกตามรายรับต่อเดือน ทั้งนี้จะสังเกตได้ว่าประชากรในเขตเมืองมีรายได้สูงกว่าในเขตชนบท และถ้าหากมีการกำหนดให้ผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพต้องมีรายได้ไม่เกิน 15,000 บาท จะทำให้ร้อยละ 2 ของประชากรในเขตเมืองและเขตชนบทอยู่นอกเหนือกลุ่มเป้าหมาย และถ้าหากใช้เกณฑ์ 2000 บาทสำหรับคัดประชากรที่มีรายได้ต่ำกว่านี้ไปรับบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ร้อยละ 19 และ 28 ของประชากรในเขตเมืองและชนบทตามลำดับจะถูกตัดออกจากผู้มีสิทธิซื้อบัตรประกันสุขภาพ และถ้าดูเฉพาะในกลุ่มผู้ยังไม่มีประกันสุขภาพ จะพบว่าร้อยละ 75 ในเขตเมือง และร้อยละ 65 ในเขตชนบท (ในปี 2538) เป็นกลุ่มเป้าหมายสำหรับบัตรประกันสุขภาพ เพราะอยู่ในกลุ่มที่มีรายได้อยู่ระหว่าง 2,000 ถึง 15,000 บาท

ตารางที่ 5.35 สัดส่วนของผู้มีสิทธิจากบัตรประกันสุขภาพ, ประกันสุขภาพทั้งหมดและกลุ่มผู้ไม่มีประกันในประเทศไทย จำแนกตามเขตเมืองเขตชนบท และรายได้ ปี 2538

จำนวนครัวเรือน	เขตเมือง				เขตชนบท			
	รวม	บัตรสุขภาพ	ทั้งหมด	ไม่มี	รวม	บัตรสุขภาพ	ทั้งหมด	ไม่มี
<=2,000	16	19	18	14	34	28	36	30
2,001-8,000	54	67	51	60	53	62	51	59
8,001-15,000	18	9	19	15	7	6	8	6
15,001-20,000	3	1	3	3	1	1	1	1
20,001+	5	1	6	5	1	1	2	1
ไม่ทราบ	3	2	3	4	3	2	3	3
รวม	10,602	1,214 (12%)	6,999 (66%)	3,603 (34%)	42,385	8,015 (19%)	29,329 (69%)	13,056 (31%)

ที่มา การสำรวจสุขภาพระดับจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5.36 สัดส่วนของผู้มีสิทธิจำแนกตามรายรับและสัดส่วนการพึ่งพาใน 3 จังหวัด ประเทศไทย

รายรับต่อปี	น่าน				พิจิตร				ศรีสะเกษ			
	รวม	บัตรสุขภาพ	บัตรสปร.	ไม่มี	รวม	บัตรสุขภาพ	บัตรสปร.	ไม่มี	รวม	บัตรสุขภาพ	บัตรสปร.	ไม่มี
<40,000	137	75.9	10.9	0.7	108	27.2	43.4	13.9	110	28.1	47.6	17.3
40,000-99,999	110	84.5	7.3	0.9	125	27.2	36.0	12.0	164	32.3	40.2	14.0
100,000-199,999	49	71.4	8.2	-	97	34.1	17.5	16.5	80	40.1	16.3	18.8
200,000+	33	57.6	9.1	-	70	27.2	10.0	8.6	46	52.2	15.2	6.5
อัตราพึ่งพา												
<=0.25	95	74.7	5.3	-	114	28.1	18.4	19.3	139	33.8	20.8	25.2
0.26-0.50	91	84.0	5.5	1.1	112	28.6	31.3	14.3	97	42.3	34.1	10.3
0.51-1.00	91	78.0	7.7	1.1	117	32.4	26.5	10.3	110	31.8	40.0	10.0
>1.00	52	63.5	19.2	-	55	20.0	52.7	3.6	54	31.5	42.6	7.4
รวม	329	76.2	8.2	0.6	400	28.3	29.0	13.0	400	35.1	33.8	15.0

หมายเหตุ อัตราส่วนร้อยละในแต่ละแถวจะรวมกันไม่ถึงร้อยละ 100 เพราะไม่ได้แสดงระบบประกันสุขภาพอื่น

บัตรสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลจะรวมกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุและ ผู้ด้อยโอกาส

ที่มา สุพจน์ เตนดวง (2541)

ได้มีการศึกษารายละเอียดด้านรายได้และอัตราพึ่งพาใน 3 จังหวัดซึ่งมีอัตราความครอบคลุมของบัตรสุขภาพต่างกัน ตารางที่ 5.3.6 แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 76 ของครัวเรือนทั้งหมดในจังหวัดน่านมีบัตรประกันสุขภาพ และเพียงแค่ร้อยละ 0.6 ของครัวเรือนที่ไม่มีประกัน ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย (รายรับน้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี) นั้น ร้อยละ 76 เลือกที่จะซื้อบัตรสุขภาพ ในอีกมุมหนึ่ง ร้อยละ 58 ของกลุ่มผู้มีรายได้สูง (รายรับมากกว่า 200,000 บาท) ในจังหวัดน่านก็ซื้อบัตรสุขภาพเหมือนกัน

ในแง่ของอัตราการพึ่งพาภายในครอบครัว ครอบครัวที่มีอัตราการพึ่งพาสูง²⁷ มักจะมีโอกาสสูงที่จะมีความครอบคลุมจากโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ซึ่งจะเห็นได้ชัดในจังหวัดพิจิตรและศรีสะเกษ ส่วนครอบครัวที่ยังไม่ได้รับการครอบคลุมจะอยู่ในกลุ่มรายได้ต่ำ (รายรับน้อยกว่า 40,000 บาท, ซึ่งควรจะได้รับสิทธิสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล) และมีอัตราการพึ่งพาที่ต่ำ

ข. ไม่จำหน่ายบัตรสุขภาพให้ผู้มีรายได้สูง

ผู้มีรายได้สูงจำนวนมากซื้อบัตรประกันสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงการชำระค่าบริการเมื่อใช้บริการคลอดบุตร ในขณะที่กลุ่มผู้มีรายได้ต่ำไม่มีเงินซื้อบัตรแต่ต้องจ่ายค่าบริการในราคาที่สูง ดังนั้นเพื่อตอบสนองต่อข้อเรียกร้องของสำนักงานประมาณ สำนักงานประกันสุขภาพจึงได้พิจารณาที่จะกำหนดเพดานรายรับสูงสุดสำหรับผู้ที่จะมีสิทธิซื้อบัตร หากพิจารณาจากสูตรการคำนวณภาษีครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 15,000 บาท (180,000 บาทต่อปี) หรือน้อยกว่าเดือนละ 6,000 บาทต่อเดือนในกรณีโสด จะถูกยกเว้นไม่ต้องเสียภาษีรายได้บุคคล ซึ่งจะนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ อันจะทำให้ร้อยละ 1 ของผู้ถือบัตรในปี 2538 เป็นผู้มีรายรับสูงเกินสิทธิ์ที่จะซื้อบัตร (ดูตาราง 5.36)

ในเขตเทศบาลจังหวัดน่าน มีนโยบายไม่จำหน่ายบัตรประกันสุขภาพให้แก่คนที่มีโทรศัพท์มือถือ หรือรถปิคอัพ อย่างไรก็ตาม ตัวเลขจากตารางที่ 5.36 ก็ยังแสดงให้เห็นว่ายังมีครอบครัวที่มีรายได้สูงจำนวนมากในจังหวัดน่านที่ถือบัตรประกันสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดน่านไม่เห็นด้วยกับการใช้ตัวชี้วัดนี้ในการพิจารณาความมั่งมีและเสนอให้ปรับปรุงกฎ

3. รายละเอียดและการประเมินการปฏิรูปในปัจจุบัน

ก. รายจ่ายเพื่อสุขภาพและสิทธิของบัตรประกันสุขภาพ

บัตรประกันสุขภาพให้บริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับสถานบริการในเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้จะมีการอนุญาตให้มีการส่งต่อไปรักษายังสถานพยาบาลระดับตติยภูมิได้แต่ข้อมูลในเรื่องนี้ยังจำกัดอยู่ ตารางที่ 5.3.7 แสดงต้นทุนของการให้บริการแก่ผู้ถือบัตรที่สถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ โดยประเมินต้นทุนจากราคาค่าบริการที่เรียกเก็บที่นำมาปรับโดยใช้สูตรต้นทุนต่อราคาค่าบริการ (สัดส่วนต้นทุนต่อราคา

²⁷ อัตราการพึ่งพาสูงหมายถึงการที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเด็กหรือผู้สูงอายุมากกว่าสมาชิกที่อยู่ในวัยทำงาน

เป็น 1 สำหรับสถานีนอนมัย, 0.93 สำหรับโรงพยาบาลชุมชน และ 0.88 สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์)

ตารางที่ 5.37 ต้นทุนในการให้บริการแก่ผู้ป่วยต่อบัตรประกันสุขภาพในประเทศไทย 2540

	สอ.	รพช.	รพท.	รพศ.	รพท. ส่งต่อ	รพศ. ส่งต่อ	รวม
จำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกต่อบัตร	5.64	3.44	1.08	0.19	0.07	0.05	10.47
ต้นทุนต่อการให้บริการผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง	39	128	191	290	320	507	92
ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกต่อบัตร	221	440	206	54	21	23	966
จำนวนการให้บริการผู้ป่วยในต่อบัตร		0.24	0.15	0.02	0.02	0.01	0.45
ต้นทุนต่อการให้บริการผู้ป่วยใน 1 ราย		1,497	3,500	5,436	3,722	7,906	2,625
ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยในต่อบัตร		366	514	126	76	90	1,171
ต้นทุนบาทต่อบัตร		806	720	180	97	113	2,137

ที่มา สำนักงานประกันสุขภาพ

ข้อมูลจากตาราง 5.38 ประเมินในลักษณะต่อบัตร ถ้าหากต้องการคำนวณในลักษณะต่อบุคคลจะพบว่า อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกจะเป็น 2.67 ครั้งต่อคนต่อปี และอัตราการเข้าเป็นผู้ป่วยในเท่ากับ 0.11 ต่อคนต่อปี อย่างไรก็ตาม อัตราทั้งหมดไม่ได้แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของการให้บริการที่ชัดเจน แต่จากข้อมูลในจังหวัดที่มีความครอบคลุมน้อยพบว่ามีทางเลือกใช้บริการและการผิตจริยธรรม (มีการใช้บริการสูงมาก)

การเลือกแบบมีอคติไม่ได้เกิดจากผู้ซื้อแต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังมีผลจากคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุขเอง ผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลอื่น ๆ และมีลักษณะยากจนมักจะถูกแนะนำให้ซื้อบัตรประกันสุขภาพเพื่อจะได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพเช่นสตูดิโอแพทย์ก็อาจจะแนะนำหญิงตั้งครรภ์ให้ซื้อบัตรสุขภาพเพื่อจะสามารถผ่าตัดคลอดโดยไม่เสียค่าบริการเพื่อจะได้มาจ่ายเงินเพิ่มพิเศษให้แก่แพทย์แทน

ยังมีคำถามเชิงนโยบายเกี่ยวกับสิทธิการรักษาว่าครอบคลุมมากเกินไปหรือไม่ ยังมีวิธีลดต้นทุนอีกหลายวิธีเช่นการจำกัดจำนวนครั้งการรับบริการต่อบัตร การลดหรืองดสิทธิบริการผู้ป่วยนอก การตั้งเพดานสำหรับการรักษาราคาแพง การจำกัดจำนวนผู้มีสิทธิต่อบัตร การให้ผู้ให้บริการต้องจ่ายร่วมเมื่อรับบริการเช่นร่วมจ่ายค่ายา วิธีการเหล่านี้เป็นการดำเนินการด้านอุปสงค์มากกว่าอุปทาน

ข. การเพิ่มราคาค่าบัตร

บัตรประกันสุขภาพกำลังดำเนินการท่ามกลางความขาดทุนของระบบซึ่งถือเป็นการขัดแย้งกับปรัชญาที่จะให้บัตรประกันสุขภาพเป็นของประชากรกลุ่มที่ไม่ยากไร้ ในขณะที่บัตรสปร.ดูแลกลุ่มผู้ยากไร้ เมื่อเป้าหมายของบัตรประกันสุขภาพและบัตรผู้มีรายได้น้อยใกล้เคียงกัน ผู้ยากไร้มีสิทธิที่จะเลือกระหว่างบัตรสปร. และ บัตรประกันสุขภาพ การเพิ่มราคาค่าบัตรจะลดความต้องการซื้อบัตรในกลุ่มที่มีสิทธิได้บัตรสปร. ตารางที่ 5.38 แสดงให้เห็นว่า กว่าหนึ่งในสี่ของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพในจังหวัดน่านจะเลิกซื้อถ้ามีการขึ้นราคา ผู้ที่จะซื้อต่อส่วนใหญ่จะยินยอมให้เพิ่มราคาเป็นเพียง 600 บาท และถ้าหากเพิ่มราคาเป็น 1000 บาทจะมีผู้ถือบัตรน้อยกว่าร้อยละ 20 เท่านั้นที่จะซื้อบัตรต่อไป

ตารางที่ 5.38 รายงานการตอบสนองต่อการเพิ่มราคาค่าบัตรประกันสุขภาพในประเทศไทย

	ศรีสะเกษ		น่าน	
	จำนวน	%	จำนวน	%
ขึ้นราคาจะไม่ซื้อ	186	29.0	108	23.6
ซื้อต่อถ้าเป็น 600 บาท	264	41.2	272	59.4
700 บาท	106	16.5	47	10.3
มากกว่า 700 บาท	87	13.4	31	6.8

ที่มา สุพจน์ เต๋นดวง และคณะ 2541

ค. การเสนอให้มีการจ่ายร่วม

ทางเลือกของการขึ้นราคาค่าบัตรคือการให้มีการจ่ายร่วมทุกครั้งที่มีการมาใช้บริการ แหล่งข้อมูล 2 แหล่งให้ความเห็นไม่ตรงกัน ผู้นำชุมชนเห็นว่าการเก็บเงิน ณ จุดบริการจะไม่สามารถอธิบายให้ผู้ถือบัตรเข้าใจได้ และจำนวนผู้ถือบัตรจะลดลง แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (60-86%) ยินดีจ่ายเพื่อช่วยภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาล อีกเหตุผลรองลงมาคือเป็นการให้ผู้ป่วยมากจ่ายมากกว่าผู้ป่วยน้อย(the pay as you go system, PAYG) ในแง่มุมมองของผู้ป่วยการควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ได้เป็นเหตุผลหลักของการร่วมจ่าย (ดูตาราง 5.39)

ตารางที่ 5.39 เหตุผลในการให้มีการร่วมจ่าย ในมุมมองของผู้ป่วย

เหตุผล	ภาคกลาง			ภาคเหนือ			ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			ภาคใต้		
	ทั้งหมด	LICS	VHCS	ทั้งหมด	LICS	VHCS	ทั้งหมด	LICS	VHCS	ทั้งหมด	LICS	VHCS
จำนวนตัวอย่าง	277	91	51	211	30	88	505	124	213	318	70	85
PAYG*	20.6	17.6	19.6	13.3	3.3	5.7	16.1	11.3	14.7	8.2	5.7	5.9
คิดก่อนใช้	4.3	5.5	2.0	0.9	0.0	1.1	9.0	12.1	10.1	4.7	1.4	4.7
ช่วยรัฐบาล	61.0	68.1	72.5	62.6	73.3	62.5	61.1	62.9	59.9	77.4	85.7	80.0
ควบคุมค่าใช้จ่าย	4.7	2.2	3.9	7.1	0.0	14.8	8.8	10.5	9.7	2.8	1.4	4.7
อื่นๆ	9.4	6.6	2.0	16.1	23.4	15.9	5.0	3.2	5.6	6.9	5.8	4.7
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

* Pay as you go ดูในเนื้อหา

แหล่งที่มา การสัมภาษณ์ผู้ป่วยใน 1 วัน ใน 4 โรงพยาบาล

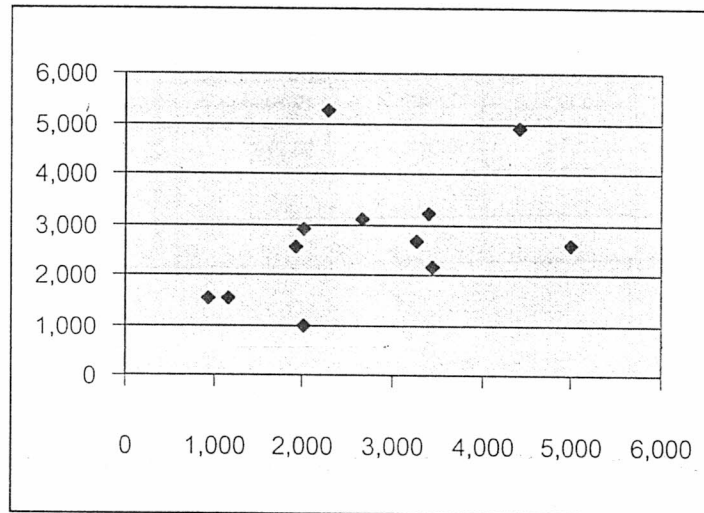
ผู้ป่วยกลุ่มเดิมถูกถามว่าอัตราร่วมจ่ายควรเป็นเท่าใด และควรมีเพดานไม่เกินเท่าไรใน 1 ปี ผู้ป่วยเห็นด้วยกับข้อใดมากที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือก อัตราสำหรับสถานีนอนมัยเป็น 30 บาท อัตราสำหรับโรงพยาบาลชุมชนเป็น 50 บาท และอัตราสำหรับโรงพยาบาลจังหวัดเป็น 100 บาท ส่วนการป่วยที่ต้องนอนพักโรงพยาบาลให้คิดตามจำนวนวันเป็นหลัก โดย เก็บ 50 บาทต่อวัน สำหรับโรงพยาบาลชุมชน และ 100 บาทต่อวันสำหรับโรงพยาบาลจังหวัด ประชาชนในแต่ละภาค มีรายได้แตกต่างกัน โดยภาคกลางมีรายได้สูงสุดในขณะที่ภาคเหนือมีรายได้ต่ำสุด รายได้ครัวเรือนของกลุ่มผู้ถือบัตรสุขภาพดีกว่ากลุ่ม สปร. แต่น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรทั่วไป เพดานการร่วมจ่ายต่อปีจึงขึ้นกับรายได้ของครัวเรือนที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 5.40 รูปภาพที่ 5.4 ซึ่งให้เห็นว่าระดับที่สามารถจ่ายได้ของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อปีต่อครัวเรือน

ตารางที่ 5.40 อัตราที่สามารถร่วมจ่ายได้ (บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก และบาทต่อวันผู้ป่วยใน)

เหตุผล	ภาคกลาง			ภาคเหนือ			ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			ภาคใต้		
	ทั้งหมด	LICS	VHCS	ทั้งหมด	LICS	VHCS	ทั้งหมด	LICS	VHCS	ทั้งหมด	LICS	VHCS
ผู้ป่วยนอก สอ.	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
ผู้ป่วยนอก รพช.	50	100	50	30	50	30	50	30	50	50	50	50
ผู้ป่วยนอก รพท.	100	100	50	50	100	50	100	30	50	100	50	100
ผู้ป่วยใน รพช.	100	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ผู้ป่วยใน รพท.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
รายได้ต่อเดือน	4,904	2,586	5,237	2,903	987	1,529	3,087	1,541	2,556	3,211	2,161	2,686
เพดานสูงสุดที่จ่ายได้ต่อปี	4,416	4,990	2,292	2,011	2,022	950	2,665	1,154	1,926	3,400	3,439	3,271

แหล่งที่มา การสัมภาษณ์ผู้ป่วยใน 1 วัน ใน 4 โรงพยาบาล

รูปภาพที่ 5.4 ความสามารถร่วมจ่ายได้สูงสุดต่อปี (แกน Y) และ รายได้ครัวเรือนต่อเดือน (แกน X)



แหล่งที่มา การสัมภาษณ์ผู้ป่วยใน 1 วัน ใน 4 โรงพยาบาล

ง. ความสามารถในการบริหารจัดการ

ในปี 2538 นโยบายการประกันความเสี่ยงและการจัดการกรณีข้ามเขต ถูกนำมาใช้เพื่อแก้ปัญหาให้กับบางพื้นที่ที่มีความครอบคลุมของบัตรต่ำ โดยให้สามารถเบิกคืนจากสำนักงานประกันสุขภาพได้ทั้ง 2 กรณี เงินจำนวน 2% ของ 1,000 บาทจะถูกกันไว้ที่สำนักงานประกันสุขภาพเพื่อการนี้ ในช่วงปี 2538-2539 ปีแรกของการดำเนินการ มีการจ่ายสำหรับโรคราคาแพงเพียง 1.5-2.2 ล้านบาท และ จ่ายกรณีข้ามเขตเพียง 1.4-3.4 ล้านบาท ในปี 2540 ข้อมูลครบถ้วนมากขึ้น มีการเบิก มูลค่า 147.3 ล้านบาท สำนักงานประกันได้ใช้ระเบียบจากการเบิกตามรายการ^{29/} และ ตกลงที่จะจ่าย 59 ล้านบาท คิดเป็น 40% ของที่เบิกมา ส่วนการเบิกกรณีข้ามเขตมีการตรวจสอบไม่เข้มงวดนัก จึงจ่ายร้อยละ 74.6 ของที่เบิกมา (27.1 ล้านบาท จาก 36.3 ล้านบาท) คาดว่าจะมีการเพิ่มจำนวนการเบิกในปีต่อไป การจัดการให้มีการเบิกรายต่อรายจะสร้างความยุ่งยากในการจัดการ (ดูตาราง 5.41)

^{29/} รายการโรคที่มีราคาแพงถูกนำมาใช้เหมือนที่ใช้อยู่ในโครงการประกันสังคม

ตารางที่ 5.41 การบริหารจัดการประกันความเสี่ยงและกรณีข้ามเขต

	คำรักษาพยาบาลราคาสูง		กรณีข้ามเขต	
	เสนอ	อนุมัติ	เสนอ	อนุมัติ
ผู้ป่วยนอก	1,591	819	8,465	8,176
ผู้ป่วยใน (ราย)	4,032	2,989	2,079	2,279
ผู้ป่วยใน (วัน)	92,550	77,645	19,849	18,303
จำนวน (ล้านบาท)	147.318	59.077	36.279	27.057
จำนวน (ล้านบาท) ในปี 2539	-	2.2	-	1.4
จำนวน (ล้านบาท) ในปี 2538	-	1.5	-	3.4

4. อภิปราย

นโยบายของโครงการบัตรสุขภาพควรมีการทบทวนอย่างจริงจัง มี 4 ประเด็นที่เกี่ยวกับการคืนทุน, ความเสมอภาคและประสิทธิภาพของโครงการ ดังนี้ 1) กำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ชัด 2) การขึ้นราคาบัตร, ทบทวนชุดสิทธิประโยชน์, และประสิทธิภาพในการจัดการ

ก. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายแรกของโครงการบัตรประกันสุขภาพคือเกษตรกร จากนั้นได้ขยายไปยังประชาชนในเขตเมือง แต่ไม่ได้รับความนิยมเหมือนในเขตชนบท มีการย้ายจากบัตรสป.มาใช้บัตรสุขภาพบ้างแต่ก็ไม่น่าเป็นห่วง ที่น่ากังวลคือคนรวยมาซื้อบัตร และเป็นกลุ่มที่ใช้บริการที่โรงพยาบาลมาก เช่นนี้จะมีผลให้โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และยังมีรายได้ลดลงด้วย ทำให้เกิดคำถามเชิงนโยบายเกี่ยวกับการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ทางเลือกก็คือ

- จำกัดการขายบัตรในหมู่คนไม่รวยและไม่จน หรือ การไม่จำกัดเป้าหมาย
- ปฏิเสธการขายบัตรให้ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือไม่กีดกัน

เนื่องจากรายได้เป็นตัววัดที่มีการเปลี่ยนแปลง คนรวยก่อนเศรษฐกิจย่ำแย่ กลายเป็นคนจนและอาจจะซื้อบัตรสุขภาพเพื่อประกันความเสี่ยงทางสุขภาพ อย่างไรก็ตามผลการสำรวจสุขภาพระดับจังหวัด ว่าผู้ถือบัตรเป็นคนรวยเพียง 2% เท่านั้น (มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน) ปัญหาคนรวยซื้อบัตรจึงไม่ใช่เรื่องใหญ่ เรื่องที่สองคือการวัดรายได้ไม่ใช่งานที่ง่าย อาจต้องเสียเวลางานไปทำ ซึ่งเจ้าหน้าที่ควรมุ่งใช้เวลาไปสู่การบริการที่มีประสิทธิผล มีคุณภาพ และเสมอ

ภาค ราชการหน่วยงานท้องถิ่นควรเป็นผู้ตัดสินใจเลือกว่าใครควรขายบัตรให้ใคร เพื่อลดลักษณะการเงินคลังเชิงถดถอยในโครงการลง^{30/} และเพิ่มความเสมอภาค

การกีดกันผู้ป่วยเรื้อรังก็ไม่ควรนำมาใช้เพื่อลดค่าใช้จ่าย เพราะจะเป็นการเพิ่มภาระให้กับโครงการ สปร. ถ้าผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเจอกับโรคที่มีค่าใช้จ่ายมากจนเกือบสิ้นเนื้อประดาตัว ในขณะที่ยังไม่มีประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรประกันสุขภาพก็เป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยเรื้อรัง

ข. ราคาบัตร

การคืนทุนเป็นที่ถกเถียงมากตั้งแต่เริ่มโครงการ ว่าโครงการบัตรสุขภาพควรเป็นโครงการที่เลี้ยงตัวเองได้หรือเป็นสวัสดิการของรัฐ เมื่อโครงการสปร. เป็นรัฐสวัสดิการเต็มตัวดังนั้นโครงการบัตรสุขภาพควรสามารถเลี้ยงตัวเองได้ ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์หนึ่งของโครงการ รัฐบาลอุดหนุนเงินให้ 1,000 บาทต่อบัตร ในขณะที่ ประมาณการค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 2,000 บาทต่อบัตร (อุดหนุน 50%) ดังนั้นประชาชนควรจ่ายเพิ่มเป็น 1,000 บาทต่อบัตร

มีการอภิปรายถึงบัตรหลายราคา ถ้าใช้ต้นทุนมาคิด (โครงสร้างต้นทุน ดูตาราง 5.37) คนในเมืองจะมีค่าใช้จ่ายมากกว่าคนในชนบท คำถามเชิงนโยบายจึงเกิดขึ้นว่า เป็นธรรมหรือไม่ที่จ่ายเงินคนในชนบทมาจ่ายค่ารักษาให้คนในเมือง การเพิ่มราคาบัตรในเขตเมือง จะทำให้ผู้ซื้อบัตรเปลี่ยนจากคนในเมืองเป็นคนในชนบท นโยบายนี้ต้องตัดสินใจระดับชาติ ในขณะที่การขายบัตรควรให้ท้องถิ่นจัดการ

ค. ขุดสิทธิประโยชน์

การคืนทุนเป็นอีกนัยของการควบคุมค่าใช้จ่าย ควรมีการดำเนินการทั้งด้านอุปสงค์ และอุปทาน ระบบส่งต่อ หรือ การร่วมจ่าย สามารถนำมาควบคุมการใช้บริการที่ไม่จำเป็น การร่วมจ่ายในอัตราที่แตกต่างกัน สำหรับระดับสถานบริการ จ่ายมากที่สถานบริการระดับสูง ก็บ่งว่าจะมีค่าใช้จ่ายในระบบเพิ่มขึ้นมาจากการข้ามขั้นตอน

ถ้าประเทศไทยมุ่งเป้าที่จะทำ การประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า ไม่ควรใช้กลยุทธ์ลดรายการในขุดสิทธิประโยชน์ เพื่อลดค่าใช้จ่าย เพราะจะสร้างความแตกต่างห่างจากโครงการอื่นๆ การ

^{30/} การเงินการคลังของโครงการบัตรสุขภาพเป็นเชิงถดถอยเนื่องจากราคาบัตรตายตัว ดังนั้นคนจนจ่ายค่าบัตรเป็นสัดส่วนต่อรายได้มากกว่าคนที่รายได้สูงกว่า

จำกัดครั้งการใช้บริการต่อบัตร, การลดผู้ซื้อบัตร, การงดสิทธิ์ต่างจังหวัด, การไม่ครอบคลุมบริการของโรคที่ผู้ป่วยทำให้เกิดขึ้นเอง เป็นตัวอย่างนโยบายที่ไม่ควรนำมาใช้ แม้ว่าจะทำในช่วงสั้นก็ตาม

ง. ประสิทธิภาพในการจัดการ

ถ้าสำนักงานประกันสังคมยังมีหน้าที่เหมือนในปัจจุบัน และมีนโยบายมุ่งไปสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็ควรมีการออกแบบใหม่ให้เข้มแข็งขึ้น การขายบัตรควรกระจายอำนาจให้ราชการส่วนท้องถิ่น ให้สำนักงานประกันสุขภาพจัดการกับด้านอุปทาน เช่น คุณภาพบริการ, การประกันความเสี่ยง, การอุดหนุนเงินช่วยเหลือจากจังหวัดที่มีอัตราคิ่้นทุนสูงไปสู่จังหวัดที่ขาดทุน

รัฐธรรมนูญใหม่ได้ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ รัฐบาลท้องถิ่นควรมีส่วนเป็นแหล่งเงินเพิ่มเติมให้กับ โครงการบัตรสุขภาพรวมถึงโครงการสปร.ด้วย ควรมีการพิจารณาการขายบัตรหลายราคา หรือ เก็บภาษีทรัพย์สิน ในการปฏิรูประบบภาษี

สำนักงานโครงการบัตรสุขภาพต้องพัฒนาศักยภาพในการทำธุรกรการจัดสรร เพื่อต่อรองกับหน่วยงานท้องถิ่น ว่าท้องถิ่นต้องจัดทรัพยากรเพื่อสุขภาพตามตัวชี้วัดทางสถานภาพเศรษฐกิจและสังคม และ ตัววัดความยากจนของประชาชนในท้องถิ่น สำนักงานมีบทบาทเป็นผู้จัดสรรงบประมาณอย่างเป็นธรรม (equalization budget) ทีมนักวิชาการเสนอว่าในระยะยาวสำนักงานควรเปลี่ยนมาเป็น สำนักการคลังสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Financing Authority) เป็นหน่วยงานอิสระเพื่อดูวงจรงเงินจากหลายแหล่ง และต่อรองกับสถานบริการ เพื่อให้ได้การประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชากรไทย^{31/}

5. ข้อเสนอแนะ

การพัฒนานโยบายในโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจนี้ ควรพิจารณาเป็น 2 ระยะ ระยะสั้นไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ที่กล่าวในบทนี้ ในขณะที่ระยะยาวมีการเปลี่ยนแปลง เช่น การประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะกล่าวในบทที่ 6 และรายงานสรุปของโครงการนี้

^{31/} ดูรายละเอียด NHFA ในบทที่ 6 และดูในรายงานสรุปของโครงการนี้

นโยบายระยะสั้น

- เพิ่มราคาบัตรให้คุ้มต้นทุน ประมาณการค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 2,000 บาทต่อบัตร รัฐอุดหนุน 1,000 บาท ดังนั้นประชาชนควรจ่ายเพิ่มเป็น 1,000 บาทต่อบัตร เพื่อให้สะท้อนรายได้และต้นทุน ราคาของเขตเมืองควรเพิ่มเป็น 1,500 บาท หรือ 2,000 บาทสำหรับกรุงเทพฯ
- เก็บเบี้ยหลายครั้งใน 1 ปี เพื่อให้ประชาชนสามารถจ่ายได้ การเพิ่มราคาอาจกระทบการขายและความสามารถในการจ่ายของผู้ใกล้ชิด ทางเลือกคือแบ่งทยอยจ่าย
- ให้มีการร่วมจ่ายที่สถานบริการระดับสูง ขอให้ประชาชนปฏิบัติตามระบบส่งต่อ เพื่อเลี่ยงการร่วมจ่ายที่สูงขึ้น ควรมีการร่วมจ่ายเพื่อลดบริการที่ไม่จำเป็น ควรเริ่มเป็นลำดับ โดยเริ่มที่โรงพยาบาลในเขตเมืองก่อน จากนั้นตามด้วยโรงพยาบาลอำเภอ ระบบข้อมูลควรมีเพื่อจำแนกได้ว่าใครไม่สามารถร่วมจ่ายได้และแจ้งให้ผู้รับผิดชอบของหน่วยงานท้องถิ่นทราบ
- การกระจายการขายบัตรไปสู่ส่วนราชการท้องถิ่น และควรกระตุ้นให้ทรัพยากรของท้องถิ่นร่วมด้วย ควรมีการปรึกษาหารือกับราชการส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น ซึ่งจะเป็นทางที่แก้ปัญหาให้กับบัตรสปร.และการมีประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- จัดให้มีระยะเวลาก่อนมีสิทธิเพื่อลดผลไม่พึงประสงค์จากการเลือก การลงทะเบียนของโครงการประกันสังคมมีผลใช้สิทธิได้หลัง 3 เดือน การซื้อบัตรน่าจะมีผลหลัง 15 วัน ใช้ข้อกำหนดเดียวทั้งโรคทั่วไปและโรคเรื้อรังเพื่อให้ง่ายกับการจัดการ

จ. โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)

1. ประวัติความเป็นมา

นโยบายด้านบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลได้ผ่านการพัฒนามาภายใต้หลายรัฐบาล เริ่มจากปี 2518 รัฐบาลตั้งเป้าที่จะลดความไม่เป็นธรรมโดยการให้บริการทางการแพทย์แบบไม่คิดมูลค่าแก่ประชากรผู้มีรายได้น้อย ซึ่งคัดมาจากผู้ที่มีรายรับน้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ต่อมาในปี 2524 ได้เริ่มมีการแจกจ่ายบัตรผู้มีรายได้น้อยแก่ผู้ยากไร้คนที่ผ่านการคัดเลือกกว่า 10.9 ล้าน (ประมาณร้อยละ 23 ของประชากรทั่วประเทศ)

หลังปีผู้สูงอายุสากลในปี 2526 ได้มีการรวบรวมสถิติการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามวิธีการจ่ายเงินได้แก่ ชำระเงินเอง, มีสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ

การ, มีบัตรผู้มีรายได้น้อย, และเป็นผู้มีรายได้น้อยประเภท ข.^{32/} ต่อมาในปี 2535 ได้มีการประกาศกฎกระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายการให้บริการฟรีแก่ผู้สูงอายุ และได้ขยายเพิ่มเติมในปี 2536 เพื่อครอบคลุมกลุ่มเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้พิการ และผู้นำทางศาสนา ในปี 2537 ได้มีการเปลี่ยนชื่อโครงการจากสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย ไปเป็นสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีสิทธิ ซึ่งอาจจัดแบ่งเป็น 6 ประเภท ดังนี้

- ผู้ถือบัตรที่มีรายได้น้อย (ยากจน)
- ผู้สูงอายุ
- เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี
- ทหารผ่านศึก
- ผู้นำทางศาสนาและผู้นำชุมชน
- ผู้พิการ

สำหรับในเอกสารนี้ ต่อไปจะใช้คำว่า “สปร.” เพื่อให้ครอบคลุมถึงผู้มีสิทธิทุกประเภทภายใต้สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ด้อยโอกาส และจะใช้คำว่า “ผู้ยากไร้” ในการเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มผู้ถือบัตรที่มีรายได้น้อย

2. ปัญหาในปัจจุบัน

มีปัญหาลึก 3 ประการสำหรับโครงการสปร. คือ ประชากรเป้าหมาย, การคืบทุน, และการเข้าถึงบริการและการให้บริการที่มีคุณภาพ ซึ่งจะได้มีการกล่าวถึงในรายละเอียดต่อไป ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับทางแก้จะกล่าวถึงภายหลัง

ประชากรเป้าหมาย

1. ขณะนี้มีผู้มีสิทธิจริง ๆ เท่าไรในสวัสดิการนี้?
2. จะแก้ปัญหาความซ้ำซ้อนของประกันสุขภาพหลาย ๆ แบบอย่างไร?
3. จะมีวิธีการพัฒนาวิธีคัดกรองผู้เหมาะสมจะได้บัตรอย่างไร? จะใช้เส้นแบ่งความยากจนที่แตกต่างกันในแต่ละจังหวัดหรือไม่? หรือจะให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ?
4. ผู้ด้อยโอกาสกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุ เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ผู้พิการ และผู้นำชุมชน มีความจำเป็นต้องได้สิทธิจริงหรือไม่?

^{32/} ผู้มีรายได้น้อยประเภท ก. หมายถึงผู้ที่ถือบัตรรายได้น้อย ส่วนประเภท ข. หมายถึง ผู้ที่ไม่มีบัตรแต่ขอลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลหรือขอรับการรักษาฟรีที่สถานพยาบาล

5. จะมีวิธีการอย่างไรให้กลุ่มผู้มีรายได้น้อยในระดับเกือบยากจนที่ไม่มีประกันสุขภาพและต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลในราคาสูงได้มีโอกาสได้รับความคุ้มครอง? ควรจะมีการมุ่งสู่ Universal Coverage หรือการเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก (Catastrophic Illness) หรือไม่?

การควบคุมค่าใช้จ่าย

1. สิทธิประโยชน์ที่มีให้ในปัจจุบันเหมาะสมแล้วหรือ? ควรให้ความสำคัญกับการคืนทุนหรือไม่? งบประมาณที่เหมาะสมต่อคนเพื่อให้ความครอบคลุมควรจะเป็นเท่าไร?
2. เนื่องจากภาวะที่งบประมาณปัจจุบันมีน้อยในขณะที่ต้องครอบคลุมประชากรจำนวนมาก ทำให้โครงการได้รับการสนับสนุนต่ำกว่าความเป็นจริง
3. จะมีการจัดสรรงบประมาณสปร. ให้มีความเสมอภาคและมีประสิทธิภาพมากขึ้นอย่างไร? จะเลือกการจัดสรรงบประมาณเฉพาะส่วนของสปร. หรือควรจบรวมพิจารณาทั้งส่วยปกติของโรงพยาบาลจังหวัดและสถานบริการระดับอื่น ๆ ในภูมิภาคด้วย
4. การจัดสรรงบประมาณในจังหวัดให้มีความเสมอภาคกว่าที่เป็นอยู่ได้อย่างไร

การเข้าถึงบริการและคุณภาพของบริการ

1. จะทำอย่างไรให้ผู้ยากไร้มีโอกาสตามรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานไม่ว่าจะมีเงินเท่าไร

ก. ความครอบคลุมประชากรและการค้นหาผู้ยากไร้ที่แท้จริง

ในปี 2524 มีประชากรที่ได้รับบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย จำนวน 10.9 ล้านคนในปี 2527, 2530 ถึง 2533 ได้มีการเพิ่มเกณฑ์รายได้ต่อเดือนที่จะได้รับบัตรเป็น 1,500 บาทต่อเดือนสำหรับคนโสด และ 2,000 บาทต่อเดือนสำหรับทั้งครอบครัว ในปี 2537 ได้เพิ่มเกณฑ์เป็น 2,000 บาทต่อเดือนสำหรับคนโสดและ 2,800 บาทต่อเดือนสำหรับครอบครัว จำนวนผู้ถือบัตรในปี 2530 ได้ลดลงเหลือ 7.6 ล้านคนแต่ก็เพิ่มกลับมาในปี 2533 ในปี 2541 จำนวนผู้มีสิทธิลดลงเหลือ 5.8 ล้านคนเพราะได้ตัดจำนวนผู้มีสิทธิในกลุ่มอื่น ๆ ออก และมีการใช้วิธีการคัดกรองรูปแบบใหม่ (จะอธิบายเพิ่มเติมในภายหลัง) ถ้ามีการรวมจำนวนผู้มีสิทธิในโครงการสปร. ทั้งหมดจะพบว่ามีครอบคลุมถึง 17.7 ล้านคนในปี 2541 หรือคิดเป็นร้อยละ 28.9 ของประชากรทั้งหมด (ดูตาราง 5.42)

ตารางที่ 5.42 จำนวนผู้ถือบัตรสปร. (ล้านคน) จำแนกตามภาค ประเทศไทย 2524 – 2541

	2524	2525	2530	2533	2536?	2541 ^{1/}	2541 ^{2/}
ภาคกลาง	1.840	1.656	1.293	1.816	1.816?	0.749	3.242
ภาคอีสาน	4.985	4.522	3.500	5.573	5.573?	2.972	8.137
ภาคเหนือ	2.966	2.717	1.850	2.390	2.390?	1.395	3.935
ภาคใต้	1.101	1.232	978	1.639	1.639?	0.648	2.326
กรุงเทพฯ	0	0.029	0.022	0.077	0.077?	0.017	0.031
รวม	10.892	10.156	7.643	11.495	11.82?	5.792	17.671

หมายเหตุ

1/ ตัวเลขที่รายงานเป็นของบัตรที่ออกให้ผู้มีรายได้น้อยในปี 2541

2/ ตัวเลขที่รายงานเป็นของบัตรสปร.ทั้งหมดในปี 2541

ที่มา กองสาธารณสุขภูมิภาค

ตั้งแต่ปี 2537 ไม่มีตัวเลขที่แน่นอนของจำนวนประชากรที่มีสิทธิสปร. เนื่องจากการซ้ำซ้อนกันของผู้มีสิทธิโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี มีการออกบัตรเป็นบุคคลตามอายุมากกว่าออกเป็นครอบครัว ดังนั้น สำนักงานประมาณจึงได้ขอให้กระทรวงสาธารณสุขทำความเข้าใจความกระจ่างในเรื่องนี้ ในปี 2540 จึงได้มีข้อสรุปที่ว่า มีประชากรร้อยละ 41 ของประชากรทั้งหมดที่มีสิทธิสปร. และคาดว่าจะได้ตัวเลขที่แท้จริงในการออกบัตรต่อไป

ข. การรื้อใหม่ในการออกบัตร

การออกบัตรแก่ผู้มีรายได้น้อยมีความล่าเยี่ยงตั้งแต่เริ่ม ในปี 2523 ได้มีการประเมินผลครั้งแรกในการสุ่มผู้มาใช้บริการในสถานบริการจำนวน 513 แห่งใน 9 จังหวัด โดยกองสาธารณสุขภูมิภาคพบว่า ร้อยละ 12 ของผู้ถือบัตรรายได้น้อยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลและร้อยละ 9 ของผู้ถือบัตรที่รับบริการที่สถานีอนามัยมีรายรับสูงกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่จะได้รับบัตร การประเมินผลครั้งที่สองจัดทำโดยกองสาธารณสุขภูมิภาคร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดลในปี 2531 โดยการสุ่มตัวอย่างจำนวน 13, 865 ครอบครัวใน 36 จังหวัด พบว่า ความชุกของผู้ถือบัตรรายได้น้อยมีจำนวน ร้อยละ 22 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่ความชุกของผู้มีรายได้น้อยเป็นร้อยละ 62 และนอกจากนั้น ร้อยละ 21 ของผู้ถือบัตรไม่ได้ยากจนจริง ในขณะที่ร้อยละ 72 ของผู้ที่ยากจนไม่ได้บัตร^{33/}

^{33/} การศึกษานี้ค่อนข้างมีความล่าเยี่ยงเพราะความชุกของผู้ยากไร้ในเขตชนบทจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นแค่ร้อยละ 44 ของครัวเรือนในชนบททั้งหมด ดังนั้นอัตราร้อยละของผู้ยากไร้ซึ่งไม่ได้รับบัตรควรจะต่ำกว่านี้

เนื่องจากการรั่วไหลอย่างมากทำให้มีการเสนอกลยุทธ์ในช่วงหลังปี 2533 ในการเพิ่มประสิทธิภาพของความครอบคลุมและลดความผิดพลาดของการคัดเลือก โดย

- การเข้าหากลุ่มเป้าหมายโดยตรง
- ขยายกลุ่มเป้าหมายไปยังผู้พิการ ผู้สูงอายุ ชวนาที่ไม่มิตำกีน และคนงานรับจ้างรายวัน
- การกระจายข้อมูลสารสนเทศอย่างจริงจัง
- การเพิ่มการสนับสนุนกระบวนการออกบัตรอย่างจริงจัง

การประเมินผลบัตรสปร. ระดับประเทศครั้งที่ 3 ที่จัดทำโดยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ในปี 2539 ได้แสดงให้เห็นว่ายังไม่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น หนึ่งในสามของผู้ที่ถูกสำรวจเป็นผู้มีรายได้น้อย และแคร์ร้อยละ 32 ของคนในกลุ่มนี้ที่มีบัตรสปร. และมีเพียงร้อยละ 55 ในกลุ่มผู้ถือบัตรสำหรับผู้มีรายได้น้อยที่มีรายรับของครอบครัวต่ำกว่าระดับที่กำหนดจริง สรุปได้ว่าความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ^{34/}เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28 เป็นร้อยละ 32 แต่อัตราส่วนกลุ่มเป้าหมายที่ถูกต้องกลบดลงจากร้อยละ 79 เหลือเพียงร้อยละ 55^{35/} การศึกษาในครั้งนี้ได้เสนอแนะแนวทางเพื่อแก้ปัญหา 2 แนวทาง และได้มีการนำไปใช้ในการออกบัตรครั้งสุดท้ายคือ

- วิธีแรก คือการพัฒนาวิธีการวัดความยากจน จุดตัดรายรับสำหรับผู้ยากไร้ควรลดลงเหลือ 10,000 บาทต่อคนต่อปีและต้องมีสินทรัพย์ในปัจจุบันไม่เกิน 571,000 บาท วิธีการคัดเลือกควรเพิ่มการใช้กระบวนการชี้ทางสังคม และอาจเพิ่มเกณฑ์ที่ไม่ใช่เงิน เช่นกรณีตกงานมากกว่า 300 วันในปีที่ผ่านมาและมีอัตราการพึ่งพิงมากกว่า 0.5
- วิธีที่สอง คือการพึ่งพาการตรวจสอบภายใน มีการค้นหาผู้ยากไร้อย่างจริงจังแทนที่จะประกาศในที่สาธารณะอย่างเดียว การเสริมกระบวนการชี้ทางสังคมเข้าไปในการสำรวจชุมชนและคัดครอบครัวที่ไม่จนออกโดยใช้เกณฑ์ที่ผสมผสาน ควรจะมีการปรับปรุงวิธีการคัดกรองผู้ยากไร้ทุกปี

ค. เส้นแบ่งความยากจนอันใหม่และการทำงานให้ถึงเป้าหมาย

ที่ผ่านมาเราใช้จุดตัดแบ่งความยากจนที่เท่ากันมาตลอด สำหรับผู้ถือบัตรรายได้น้อยสำหรับคนในเมืองและในเขตชนบท ในปี 2531 จุดตัดแบ่งเป็น 4 เท่าของเส้นแบ่งความยากจน

^{34/} อัตราการครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ (Effective coverage rate) = (จำนวนผู้ยากไร้ที่มีบัตรรายได้น้อย)/(จำนวนผู้ยากไร้ทั้งหมดที่สำรวจ อัตรากลุ่มเป้าหมายที่ถูกต้อง (Correct target rate) = (จำนวนผู้ถือบัตรรายได้น้อยที่ยากจนจริง)/(จำนวนผู้ถือบัตรรายได้น้อยทั้งหมด)

^{35/} เช่นเดียวกัน มีปัญหาในวิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างถ้าจะเปรียบเทียบผลการศึกษาจากงานวิจัยทั้งสองขึ้น

สำหรับคนโสดและ 1.5 เท่าสำหรับครอบครัวไม่ว่าจะอยู่ในเขตเมืองหรือเขตชนบท (ดาว มงคลสมัย 2537) การใช้จุดแบ่งนี้ไม่ได้ออกแบบสำหรับความแตกต่างระหว่างเขตเมืองหรือชนบท และไม่ได้มีการปรับปรุงเลย

ตารางที่ 5.43 เส้นแบ่งความยากจนและจุดตัดแบ่งสำหรับการคัดเลือกผู้มีสิทธิ ปี 2518/19 – 2520/1

เส้นแบ่งความยากจน บาทต่อคนต่อปี	2518/9	2523/4	2528/9	2531/2	2536/7	2540/1
เขตชนบท	1,981	3,454	3,823	4,141		
เขตเมือง	2,961	5,151	5,834	6,324		
จุดตัดแบ่ง บาทต่อเดือน						
โสด	1,000	1,000	1,500	1,500	2,000	2,000
ครอบครัว	-	-	2,000	2,000	2,800	2,800

ที่มา เส้นแบ่งความยากจนจาก หุตะเสรีนิ 2535

ในปี 2540 สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้เสนอวิธีการใหม่ในการกำหนดเส้นแบ่งความยากจน มีการเพิ่มตัวแปร 4 ตัวเพื่อเป็นตัวแทนของความยากจนได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว อายุและเพศของสมาชิกแต่ละคน ถิ่นที่อยู่ของครอบครัว (ภาค, เมือง/ชนบท) และรายรับของครอบครัว วิธีการใหม่นี้จะทำให้มีเส้นแบ่งความยากจนที่ไม่เท่ากันสำหรับครัวเรือนที่มีลักษณะที่ต่างกัน ซึ่งโดยเฉลี่ยสำหรับเส้นแบ่งความยากจนจะอยู่ที่ 473 บาทต่อคนต่อเดือนในปี 2531 (5,676 บาทต่อคนต่อปี หรือ 1,845 บาทต่อครอบครัวต่อเดือน เมื่อมีสมาชิก 3.9 คนต่อครอบครัว) และ 636 บาทต่อคนต่อเดือนในปี 2537 (7,632 บาทต่อคนต่อปี หรือ 2,480 บาทต่อครอบครัวต่อเดือน เมื่อมีสมาชิก 3.9 คนต่อครอบครัว)

กระทรวงสาธารณสุขได้รับเอาแนวคิดวิธีการคำนวณเส้นแบ่งความยากจนวิธีใหม่นี้มา แต่การจะนำมารับรองครอบครัวหรือบุคคลที่สมควรจะมีสิทธิเป็นเรื่องที่ยากมาก ในที่สุดจึงได้ตัดสินใจจะนำเส้นแบ่งความยากจนมาใช้ในระดับมหภาค ข้อมูลจากการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติปี 2537 ถูกนำมาใช้ในการกำหนดจำนวนคนที่จะถูกจัดเป็นผู้ยากไร้ ตัวเลขเหล่านี้ถูกกำหนดเป็นเป้าหมายสำหรับทั้ง 76 จังหวัดเพื่อออกบัตรผู้มีรายได้น้อยในปี 2540-41

การนำกระบวนการขึ้นนำโดยสังคมมาใช้ในแต่ละจังหวัดโดยแต่ละจังหวัดจะต้องจัดตั้งคณะกรรมการชุมชนเพื่อพิจารณาการออกบัตร ตาราง 5.44 เปรียบเทียบผลงานของการออกบัตรสปร. หลายชนิดเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด การออกบัตรแก่ทหารผ่านศึกได้ผลดีที่สุดเพราะมีบัตรที่ออกโดยองค์การทหารผ่านศึกอยู่แล้ว รองลงมาคือการออกบัตรผู้มีรายได้น้อย ที่บรรลุเป้าร้อยละ 89 ของเป้าหมายที่ต้องการ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ 166.1) ที่แย่ที่สุดคือการออก

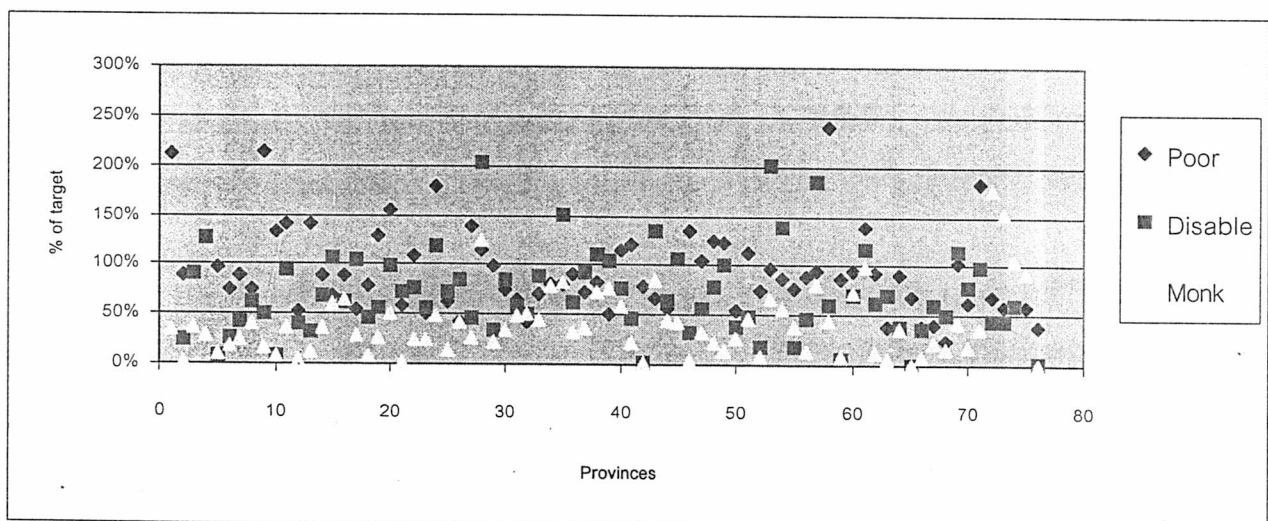
บัตรแก่พระและผู้นำทางศาสนา (ร้อยละ 36 ของกลุ่มเป้าหมาย) รูปที่ 1 และ 2 แสดงความแปรผันของผลงานในแต่ละจังหวัดและแต่ละชนิดของบัตร ในรูปที่ 1 ผลงานการออกบัตรผู้มีรายได้น้อยและผู้พิการถูกตัดออกในบางจังหวัดเพราะมีจำนวนมากกว่าเป้าหมายมาก (ร้อยละ 1442, มีผู้ถือบัตรจำนวน 44,391 คนจากเป้าที่ตั้งไว้ 3,078 คน ในจังหวัดอ่างทอง) มี 25 จังหวัดที่ออกบัตรผู้มีรายได้น้อยสูงกว่าเป้าหมาย (จะวิเคราะห์สาเหตุของแรงจูงใจนี้ต่อไป) กรุงเทพฯ เป็นจังหวัดที่มีผลงานต่ำที่สุด คือเพียงแค่อ้อยละ 38 ของเป้าหมายในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย

ตารางที่ 5.44 เป้าหมายและผลการดำเนินงานการออกบัตรสปร. (ล้านคน) ประเทศไทย 1998

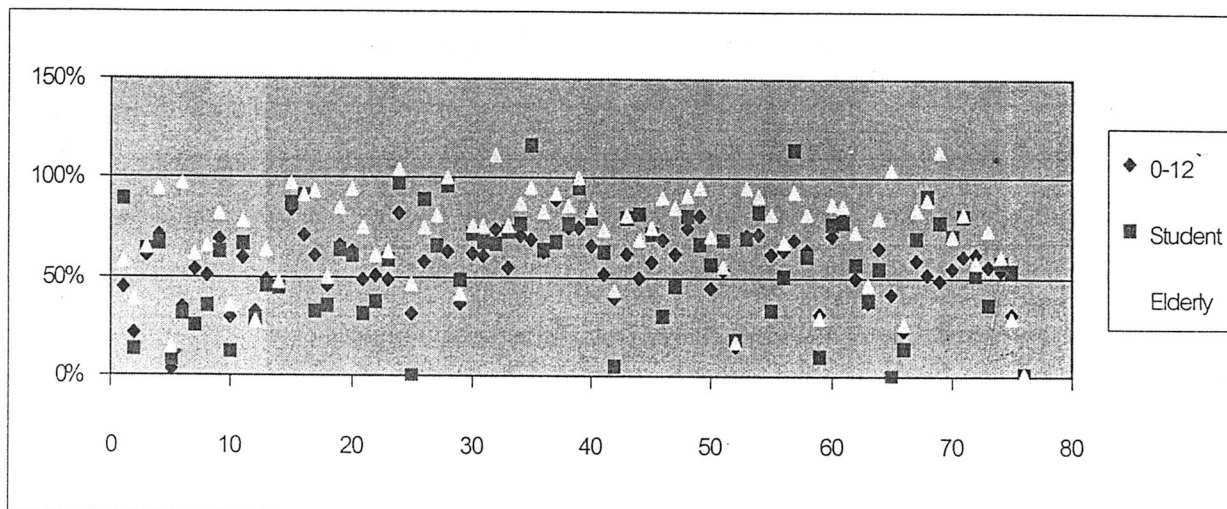
กลุ่ม	เป้าหมาย	บัตรที่ออก	%
รายได้น้อย	6.48	5.79	89.39
0-12	13.37	6.92	51.76
นักเรียน	2.54	1.42	55.90
ผู้พิการ	0.18	0.13	71.98
ทหารผ่านศึก	0.11	0.11	100.00
พระและผู้นำทางศาสนา	0.33	0.12	36.19
ผู้สูงอายุ	4.68	3.13	66.75
ชั่วคราว	-	0.06	-
รวม	27.69	17.67	63.82

ที่มา สำนักงานประกันสุขภาพ

รูปภาพที่ 5.5 อัตราร้อยละของการออกบัตรไปสู่ผู้มีรายได้น้อย, ผู้พิการ, และพระ จำแนกรายจังหวัด



รูปภาพที่ 5.6 อัตราร้อยละของการออกบัตรไปสู่วัยต่ำกว่า 12 ปี, นักเรียน และผู้สูงอายุจําแนกรายจังหวัด



ผลงานการออกบัตรไปสู่วัยมีรายได้มีรายได้น้อยสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ แสดงให้เห็นถึงความจริงที่ว่ารายรับได้ถูกใช้เป็นวิธีการตั้งเป้าหมายมาหลายปี การใช้คุณลักษณะที่ชัดเจนกว่าเช่นอายุอาจจะทำให้เกิดคำถามที่ว่ากลุ่มเป้าหมายนั้นยากจนถึงขั้นที่จะควรจะได้รับการบัตรหรือไม่ อันจะทำให้การออกบัตรต่ำกว่าที่ต้องการ กรุงเทพฯ เป็นจังหวัดที่ออกบัตรทุกชนิดน้อยที่สุด (โดยเฉลี่ยร้อยละ 2 ของเป้าหมายทุกประเภท) เพราะกระบวนการทางสังคมในกรุงเทพฯ นั้นอ่อนแอ และอาจจะเป็นเพราะกลุ่มเป้าหมายไม่เห็นความสำคัญของการมีบัตร ในขณะที่กำลังมีการดำเนินการประเมินผลความครอบคลุมและการบรรลุเป้าหมายของการออกบัตรอยู่

3. การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ

จากรายงานหลาย ๆ ฉบับที่ผ่านมาได้รายงานปัญหาในการออกบัตรและได้มีข้อเสนอแนะจากงานวิจัยที่ผ่านมา ๆ มาให้ใช้กลไกของชุมชนในการพัฒนากระบวนการคัดเลือกผู้ยากไร้ แต่เมื่อถามบรรดาผู้นำชุมชนเกี่ยวกับเรื่องนี้ คำตอบที่ได้กลับสร้างความสงสัยถึงประสิทธิภาพของวิธีการนี้ เช่น

“ครับ ไม่มีวิธีการอื่น เรารู้ว่าใครจนไม่จน แต่สุดท้ายคนตัดสินใจก็เป็นเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ ไม่ใช่พวกเรา” (ผู้นำชุมชน, ตัวเมืองอยุธยา)

“ในหมู่บ้าน สมาชิกทุกคนเป็นญาติกัน ไม่มีเกณฑ์ที่จะวัดว่าใครรวยใครจนถึงขั้นต้องรับสวัสดิการ วิธีที่ดีที่สุดน่าจะทำให้ทุกคนเท่ากัน” (กองทุนออมทรัพย์ชุมชน, เขตชนบท สงขลา)

“เทศบาลได้พยายามขอให้ผู้นำชุมชนค้นหาผู้ยากไร้และลงทะเบียนบัตรรายได้น้อยให้ แต่พวกเขาก็ทำได้ไม่มากนัก พวกเขาส่งข้อญาติพี่น้องซึ่งเราต้องพิจารณาประวัติครอบครัวอีกที” (นายกเทศมนตรี นครหาดใหญ่)

มีความคิดที่จะเชื่อมโยงการออกบัตรเข้ากับกลไกการเงินการคลังของราชการส่วนท้องถิ่น นักการเมืองท้องถิ่นและผู้นำชุมชนซึ่งทำงานอยู่กับกองทุนออมทรัพย์ระดับชุมชนต่างยอมรับแนวความคิดนี้ รัฐบาลควรจะให้งบประมาณแก่รัฐบาลท้องถิ่นในลักษณะต่อหัวประชากร (150 บาทต่อคน) ภายใต้หมวดงบประมาณทั่วไปอื่นจะทำให้รัฐบาลท้องถิ่นต้องรับผิดชอบในการสนับสนุนเพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้ยากไร้ และในกรณีที่งบประมาณที่จัดสรรมาให้จากส่วนกลางไม่เพียงพอ รัฐบาลท้องถิ่นอาจจะหาเงินจากแหล่งอื่น ๆ โดยการขออนุมัติจากสภาท้องถิ่น ผู้นำชุมชนจากกองทุนออมทรัพย์ได้ตั้งข้อสังเกตว่าถึงตอนนี้พวกเขาได้จ่ายเงินไปแล้วประมาณร้อยละ 70 ของค่าบริการจากสถานบริการภาครัฐแทนสมาชิกของกองทุนโดยใช้เงินปันผลจากกองทุนออมทรัพย์ของชุมชน

การขยายเป้าหมายของโครงการสปร. เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ด้อยโอกาสได้ทำให้เกิดความสับสนในวัตถุประสงค์เชิงนโยบาย มีข้อวิจารณ์ว่าแต่ละคนควรจะถูกรวมในฐานะสมาชิกของครอบครัวมากกว่าเฉพาะตัว เช่น คนแก่จากครอบครัวที่ยากจนควรจะถูกรับเป็นผู้ยากจนและคนแก่ที่ยากจนเท่านั้นที่ควรจะถือเป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการสปร. หลักการเดียวกันควรจะนำมาใช้กับเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี, นักเรียน, ผู้พิการ, และผู้นำทางศาสนา หลักการนี้จะลดจำนวนผู้มีสิทธิสปร. ลงอย่างน้อยหนึ่งในสาม อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนนี้อาจจะขัดแย้งกับทิศทางของประเทศที่จะมุ่งสู่การครอบคลุมประชากรทั้งหมดในด้านสุขภาพ (Universal Coverage)

สำหรับคำแนะนำในส่วนนี้ มีดังต่อไปนี้

- ในระยะสั้น เกณฑ์การกำหนดผู้มีสิทธิควรจะอ้างอิงจากรายรับของครอบครัว ร่วมกับลักษณะทางสังคมอื่น ๆ
- ในระยะกลาง การออกบัตรแก่ผู้ด้อยโอกาสควรจะสัมพันธ์กับการสนับสนุนงบประมาณไปยังกลุ่มผู้ด้อยโอกาส

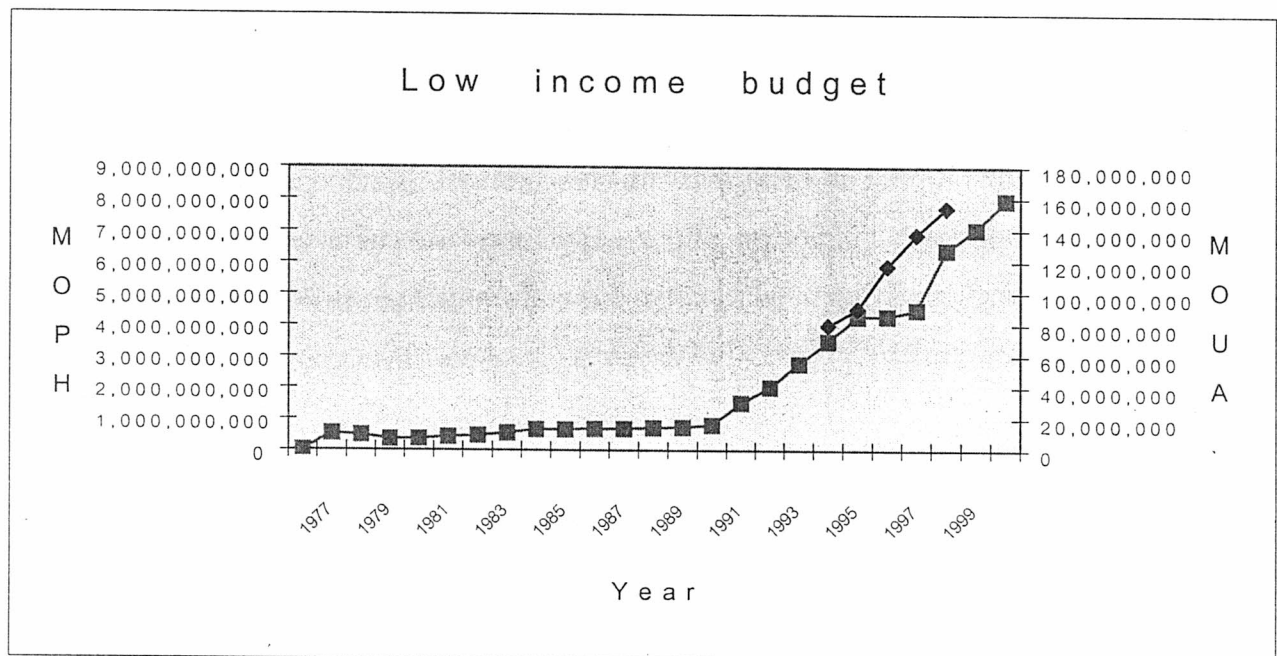
4. การสนับสนุนงบประมาณไปยังกลุ่มผู้ด้อยโอกาส

ในตอนนี้จะกล่าวถึงการสนับสนุนงบประมาณและการจัดสรรงบประมาณไปยังโครงการสปร. มีคำถามที่สำคัญว่า โครงการนี้ได้รับสนับสนุนเพียงพอหรือไม่เมื่อมีการขยายความครอบคลุมอย่างรวดเร็ว

ก. งบประมาณรัฐบาลสำหรับโครงการสปร.

ในปี พ.ศ. 2519 งบประมาณรัฐบาลสำหรับโครงการสปร. เริ่มจาก 520 ล้านบาท และเพิ่มถึงเกือบ 8 พันล้านบาทในปี 2542 และนอกจากการจัดสรรไปยังกระทรวงสาธารณสุขแล้ว รัฐบาลยังได้จัดสรรงบประมาณสปร. ไปยังโรงพยาบาลภายใต้ทบวงมหาวิทยาลัยด้วย รูปที่ 5.7 แสดงจำนวนงบประมาณสำหรับโครงการสปร. ที่คงที่ตั้งแต่ปี 2519 ถึงปี 2532 และยิ่งเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากนั้น สำหรับงบประมาณสปร. ต่อหัวนั้น ได้เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2524 ทั้งในจำนวนเงินปัจจุบันและจำนวนจริง (ดูตาราง 5.45)

รูปภาพที่ 5.7 งบประมาณของรัฐสำหรับโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ตั้งแต่ปี 2519 ถึง 2542 ที่ราคาปัจจุบัน



ตารางที่ 5.45 การเปลี่ยนแปลงในการจัดสรรงบประมาณต่อหัว ประเทศไทย 2524 – 2542

ปี	จำนวนเงิน	ค่าเงินจริง (เทียบกับปี 2539)
2524	42	83
2533	131	183
2538	212	214
2542 (เป้าหมาย)	287	249
2542 (บัตรที่ถูกแจกจ่าย)	450	391
% การเปลี่ยนแปลง '24-'42		371.1%

ข. รายจ่ายของโครงการสปร.

ตารางที่ 5.46 แสดงจำนวนรายจ่ายที่รายงานจากหน่วยราชการในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ในปี 2530 ก่อนที่จะมีการเพิ่มงบประมาณอย่างมากรุนั้น รายจ่ายที่รายงานสูงเกือบ 3 เท่าของงบประมาณที่ได้รับ ในปี 2534 งบประมาณที่เพิ่มขึ้นมากทั้งที่จำนวนผู้มีสิทธิค่อนข้างคงที่ ทำให้รายจ่ายที่สูงกว่ารายรับลดเหลือเพียงแค่อ้อยละ 18 ในปี 2540 เมื่อโครงการสปร.ครอบคลุมคนมากขึ้น 2.2 เท่า งบประมาณได้รับเพิ่มขึ้น 3 เท่า แต่กลับมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นถึงเกือบ 4 เท่า (สูงกว่างบประมาณที่ได้รับร้อยละ 42) โดยสรุปแล้วจะพบว่า ถึงแม้ว่ารายจ่ายต่อหัวจะเพิ่มขึ้นจาก 270 บาทในปี 2530 เป็น 361 บาทในปี 2540 แต่ถ้าคำนึงถึงงบประมาณตามจำนวนจริงแล้ว (real term) จะพบว่าลดลงจาก 442 บาทในปี 2530 เป็น 348 บาทในปี 2540 หรือลดลงประมาณร้อยละ 21

ตารางที่ 5.46 งบประมาณและรายจ่ายของโครงการสปร. จำแนกตามรายปี

ปี	งบประมาณ	ยอดรายจ่าย	ประเภท ก.	ประเภท ข.	% ข. ต่อ ก.
2530	705,839,500	2,051,856,237	544,333,212	799,142,659	146.81
2534	2,000,000,000	2,345,067,875	792,284,130	1,242,007,631	156.76
2540	6,370,524,000	9,018,341,515	7,201,858,337	1,400,416,130	19.45

หมายเหตุ ยอดรวมของประเภท ก. และประเภท ข. ไม่เท่ากับรายจ่ายรวม

ผู้ป่วยรายได้น้อยประเภท ข. เป็นสัดส่วนที่สำคัญของผู้รับบริการรักษาพยาบาลภายใต้โครงการสปร. ก่อนที่จะมีการขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มผู้ด้อยโอกาส รายจ่ายสำหรับประเภท ข. มากกว่ารายจ่ายสำหรับผู้ถือบัตรรายได้น้อยประเภท ก. ถึง ร้อยละ 47 ถึง 57 ในปี 2540 สัดส่วนนี้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 19 แต่มีข้อสังเกตที่ว่ารายจ่ายของผู้ถือบัตรประเภท ก. นี้เพิ่มขึ้นมากกว่ารายจ่ายประเภท ข. แต่รายจ่ายประเภท ข. ก็ไม่เคยได้ลดลงเลย

ตารางที่ 5.47 จะแสดงประมาณการรายจ่ายต่อหัวโดยใช้ข้อมูลที่ได้รับรายงานมา อัตราการใช้บริการปี 2541 สามารถคำนวณได้จากการใช้ตัวเลขของผู้มีสิทธิภายใต้สวัสดิการแต่ละแบบจากตารางที่ 5.4.2 ร่วมกับข้อมูลการใช้บริการ ผู้สูงอายุโดยเฉลี่ยแล้วจะใช้บริการผู้ป่วยนอกประมาณ 3.9 ครั้งต่อปี และเข้าเป็นผู้ป่วยในประมาณ 0.18 ครั้งต่อปี ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยนอกแก่ผู้สูงอายุจะอยู่ที่ประมาณ 108 บาท และ 3,889 บาทต่อการนอนโรงพยาบาลหนึ่งครั้ง รายจ่ายต่อหัวของกลุ่มผู้สูงอายุจะถือเป็นกลุ่มที่สูงที่สุด คือที่ 1,110 บาทต่อคนต่อปี รองลงมาคือรายจ่ายต่อหัวของกลุ่มผู้พิการ ที่ 965 บาท เนื่องจากการมีอัตราการเข้าเป็นผู้ป่วยในสูง โดยเฉลี่ยแล้ว รายจ่ายต่อหัวของผู้มีสิทธิในโครงการสปร. ในปี 2541 จะอยู่ที่ 470 บาท สูงกว่ายอดงบประมาณที่ได้รับอยู่ที่ 273 บาท อย่างไรก็ตาม ในปี 2542 ค่อนข้างจะใกล้เคียงกันที่ 450 บาท

ตารางที่ 5.47 อัตราการใช้บริการ, อัตราค่าบริการต่อครั้งและต่อคน (บาท)

	จำนวน	ผ.ป.นอก/ปี	ผ.ป.ใน/ปี	วันนอน	บาท/ครั้งผ.ป.นอก	บาท/ครั้งผ.ป.ใน	บาท/คน
รายได้น้อย	5,792,797	1.27	0.05	5.93	88.09	3,806	290
เด็ก 0-12	6,918,604	2.98	0.11	6.20	54.89	1,845	366
นักเรียน	1,419,077	1.17	0.03	3.73	53.63	2,033	123
ผู้สูงอายุ	3,125,406	3.91	0.18	5.76	107.54	3,889	1,110
ผู้พิการ	184,286	2.42	0.20	33.92	142.46	3,167	965
ทหารผ่านศึก	105,144	3.21	0.08	5.94	141.40	3,722	755
พระ	333,031	2.15	0.14	7.40	154.40	3,817	877
รวม	17,878,345	2.43	0.10	6.57	78.51	2,911	470

รายจ่ายที่ระบุด้านบนไม่รวมรายจ่ายจากผู้มีรายได้น้อยประเภท ข. เพราะว่า ไม่สามารถทราบจำนวนคนที่จะมาเป็นตัวหารสำหรับร้อยละ 19 ที่เพิ่มขึ้นของรายจ่ายประเภท ก. แต่การไม่รวมรายจ่ายประเภท ข. อาจจะทำให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์เพราะรายจ่ายประเภทนี้เกิดจากคนยากไร้ที่ไม่มีบัตร หรืออาจจะเป็นคนที่ไม่ได้ยากไร้แต่ต้องมาเจอกับค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก

ค. การจัดสรรทรัพยากร

ปัญหาการมีงบประมาณที่ไม่พอสำหรับโครงการสปร. ทำให้การจัดสรรไปยังจังหวัดต่าง ๆ อย่างเป็นธรรมแ่ลง ในปี 2531 งบประมาณต่อหัวที่จัดสรรไปยังภาคอีสานอยู่ที่ 54 บาทเมื่อเทียบกับ 76 บาทในเขตภาคกลางซึ่งรวยกว่า (สัดส่วนดัชนีความแตกต่างระหว่างจังหวัดที่ได้รับสูงสุดกับต่ำสุดเท่ากับ 1.4) ในปี 2533 อันเป็นปีที่งบประมาณได้รับเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว สัดส่วนความแตกต่างนี้เพิ่มขึ้นเป็นถึง 4.1 เท่า ความแตกต่างนี้ยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงปี 2537 แต่เริ่มดีขึ้นหลังปี 2539 (ดูตาราง 5.48 และ 5.52)

ตารางที่ 5.48 งบประมาณต่อหัวที่จัดสรรไปสู่ภาคต่าง ๆ

	2531	2533	2537
ภาคอีสาน	54	193	132
ภาคเหนือ	56	284	194
ภาคใต้	66	472	323
ภาคกลาง	76	787	539
ภาคกลาง : ภาคอีสาน	1.4	4.1	4.1

ความแตกต่างนี้เกิดจากการจัดสรรอย่างไม่เป็นสัดส่วนของผู้ป่วยรายได้น้อยประเภท ข. ไปยังจังหวัดและภาคต่าง ๆ เมื่อยังไม่ได้มีการขยายความครอบคลุมของโครงการสปร. ในปี 2538 การจัดสรรทรัพยากรคำนวณตามผู้ป่วยประเภท ข. เป็นสัดส่วนสำคัญ แต่หลังจากนั้น ระหว่างปี 2539 ถึง 2540 ได้มีการนำสูตรคำนวณการจัดสรรทรัพยากรมาใช้ในการกระจายงบประมาณผู้มีรายได้น้อย แนวคิดการจัดสรรงบประมาณสปร.เปลี่ยนแปลงอีกครั้งเมื่อสำนักงานงบประมาณได้ยืนยันที่จะให้งบประมาณสำหรับผู้ถือบัตรสปร.เท่านั้น โดยให้งบประมาณสำหรับผู้ป่วยประเภท ข. อยู่ในหมวด 300 ของกองสาธารณสุขภูมิภาค และกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอให้ใช้วิธีการเหมาจ่ายต่อหัวในปี 2543 โดยการเน้นให้มีการลงทะเบียนผู้มีสิทธิที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต้น ซึ่งขั้นตอนนี้จะใช้เวลา 3 ปีกว่าจะเต็มรูปแบบ โดยเริ่มจากสัดส่วนการจัดสรรเป็นร้อยละ 50 ในปี 2541 และ ร้อยละ 75 ในปี 2542 โดยคิดจากวิธีการเหมาจ่ายและค่าแรง (ดูตาราง 5.49)

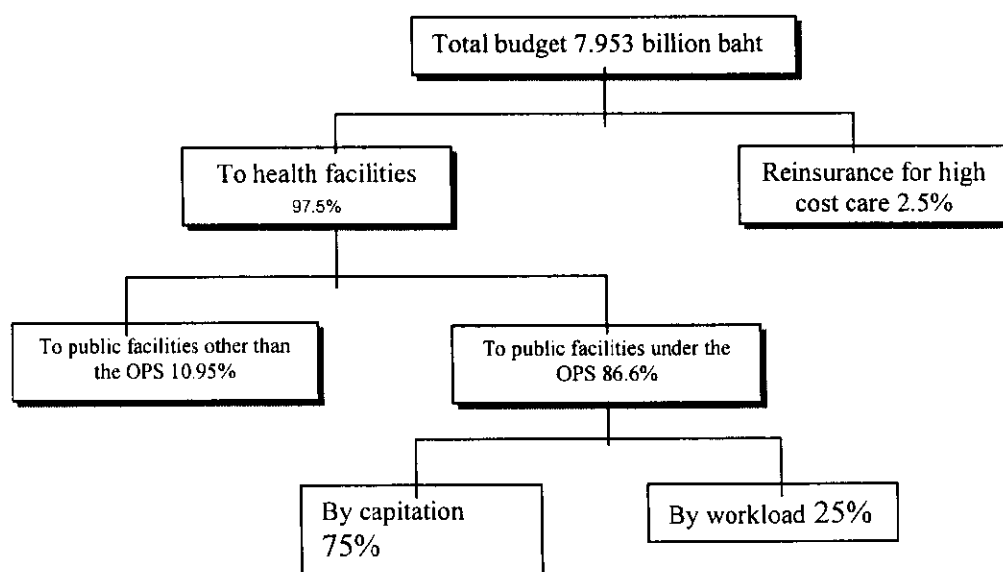
ตารางที่ 5.49 น้ำหนักสำหรับการจัดสรรงบประมาณสปร.

ปี		น้ำหนักคำนวณจาก
2533-34	60%	จำนวนผู้ถือบัตรสปร.
	40%	การใช้บริการ
2535-36	50%	จำนวนผู้ถือบัตรสปร.
	50%	การใช้บริการ
2537	45%	การใช้บริการ
	20%	จำนวนประชากร
	20%	จำนวนผู้ถือบัตรสปร.
	10%	จำนวนสถานบริการสาธารณสุข
	5%	ปัญหาเฉพาะในจังหวัด
2538	50%	น้ำหนักของปริมาณงาน
	25%	จำนวนผู้ถือบัตรสปร.
	20%	จำนวนประชากร
	5%	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2539	-	จำนวนประชากรปรับตามอัตราตายมาตรฐาน จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก จำนวนวันนอนผู้ป่วยใน รายรับเฉลี่ย การมีโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัด

ปี		น้ำหนักคำนวณจาก
2540	-	จำนวนผู้ถือบัตรสป. ปรับน้ำหนักตามจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
2541	50%	อัตราเหมาจ่ายต่อหัว
	50%	อัตราการใช้บริการ
2542	75%	อัตราเหมาจ่ายต่อหัว
	25%	อัตราการใช้บริการ
2543	100%	ระบบเหมาจ่ายต่อหัวทั้งหมด

ในปี 2542 กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอวิธีการจัดสรรงบประมาณจำนวน 7.95 พันล้านบาทโดยวิธีที่แสดงในรูปที่ 5.8 โดยมีการตัดเงินจำนวนร้อยละ 2.5 เพื่อชดเชยความเสี่ยง และจัดสรรส่วนที่เหลือร้อยละ 97.5 สำหรับบริการสาธารณสุขภาครัฐ

รูปภาพที่ 5.8 การจัดสรรงบประมาณผู้มีรายได้น้อยในปี 2542



เมื่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(สป.สธ.) เป็นส่วนราชการที่มีเครือข่ายสถานบริการที่ใหญ่ที่สุดนอกเขตกทม. งบประมาณร้อยละ 86.55 ของทั้งหมดจึงเป็นส่วนหลักของการจัดสรรไปยังทั้ง 75 จังหวัด ในปี 2542 งบประมาณร้อยละ 75 ของงบสป.สธ.จะถูกจัดสรรโดยคำนวณจากจำนวนผู้มีสิทธิ และอีกร้อยละ 25 คำนวณตามปริมาณการให้บริการที่ผ่านมา อัตราเหมาจ่ายต่อหัวจะแตกต่างกันตามรายจ่ายต่อหัวดังในตารางที่ 5.45 และตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่าส่วนกลาง

จะเป็นผู้กำหนดจำนวนเป้าหมายของผู้จะมีบัตร^{36/} ผลงานการออกบัตรจึงแตกต่างกันไปตามแต่ละชนิดของบัตรและแต่ละจังหวัด จังหวัดที่มีแรงจูงใจที่จะออกบัตรมากขึ้นด้วยความคาดหวังที่จะได้ส่วนแบ่งงบประมาณที่มากขึ้นโดยไม่ต้องสมทบเงินเพิ่มเติม ทางแก้ปัญหาคือจะต้องรวมข้อมูลทั้งสองทางนี้เข้าด้วยกัน

มี 3 ขั้นตอนในการกำหนดงบประมาณที่จะจัดสรรโดยใช้ปริมาณงาน อันแรกคือใช้น้ำหนักของปริมาณบริการผู้ป่วยนอกเทียบกับน้ำหนักมาตรฐานของผู้ป่วยนอก^{37/} ตามระดับของบริการ วิธีที่สองคือการใช้ข้อมูลผู้ป่วยในปีที่ผ่านมาปรับตามน้ำหนักเกณฑ์วินิจฉัยโรคร่วม (DRG)^{38/} วิธีที่สาม ใช้การแปลงตัวเลขรายจ่ายค่าบริการที่รายงานมาไปเป็นต้นทุนโดยการคูณด้วยสัดส่วนต้นทุนต่อราคาค่าบริการที่เรียกเก็บ^{39/} แล้วสร้างสูตรคำนวณการจัดสรรงบประมาณน้ำหนักของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

การจัดสรรเงินจำนวนร้อยละ 11 ไปยังสถานบริการภายใต้กระทรวงอื่น ๆ นอกเหนือจากสป.สธ. อาศัยตามประวัติในอดีตมากกว่าปริมาณผลงาน เนื่องจากไม่ได้มีการทำมาตรฐานของระบบรายงานผลงานในสถานบริการเหล่านี้ ถ้าจะเปรียบเทียบงบประมาณปี 2541 กับรายจ่ายในปีเดียวกันจะพบว่า สถานบริการหลายแห่ง (12 ใน 16 แห่ง) ได้รับงบมากกว่าที่ได้จ่ายไป (ดูตาราง 5.48) หน่วยงานที่จ่ายมากที่สุดคือสภากาชาดไทย (หรือโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) จ่ายเงินประมาณ 461 ล้านบาท ซึ่งสูงเป็น 5 เท่าของงบสปร.ที่ได้รับ ถ้าไม่มีวิธีการวัดปริมาณผลงานที่ดี เช่น การใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคร่วมแล้ว กระทรวงสาธารณสุขคงจะมีแนวโน้มที่จะจัดสรรงบประมาณที่เพิ่มในปี 2542 ไปยังหน่วยบริการ 4 แห่งที่รายงานว่ามีภาระค่าใช้จ่ายสูงขึ้น

^{36/} จำนวนเป้าหมายของผู้ถือบัตรรายได้น้อยจะคำนวณจากเส้นแบ่งความยากจนใหม่สำหรับแต่ละจังหวัด จำนวนผู้สูงอายุและเด็กอายุ 0-12 จากการประมาณการประชากรของสภาพัฒน์ฯ จำนวนพระ จากสถิติของกระทรวงศึกษาธิการ และจำนวนผู้พิการจากกระทรวงมหาดไทย

^{37/} น้ำหนักผู้ป่วยนอกมาตรฐานสำหรับปี 2540: สถานีนอนามัย 0.48, เทศบาล 0.69, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1.20, โรงพยาบาลชุมชน 1.46, โรงพยาบาลทั่วไป 2.24, ผู้ป่วยส่งต่อที่โรงพยาบาลทั่วไป 2.63, โรงพยาบาลศูนย์ 2.84, และผู้ป่วยส่งต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ 2.86

^{38/} น้ำหนักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคร่วมมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยใน: โรงพยาบาลชุมชน 0.6736, โรงพยาบาลทั่วไป 0.833, และโรงพยาบาลศูนย์ 1.0763

^{39/} อัตราส่วนต้นทุนต่อราคาค่าบริการที่เรียกเก็บ: สถานีนอนามัย 1, โรงพยาบาลชุมชน 0.93, และโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ 0.88

สถานบริการที่แสดงในตารางที่ 5.50 รับงบประมาณสปร.มาจากกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้สำนักงานงบประมาณยังได้จัดสรรงบประมาณสปร.ตรงไปยังโรงเรียนแพทย์บางแห่งทั้งในและนอกกทม. เช่น ศิริราช, รามาธิบดี, เชียงใหม่, ขอนแก่น, สงขลานครินทร์ และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เนื่องจากโรงเรียนแพทย์เหล่านี้เป็นสถานบริการระดับสูงสุด ทำให้ไม่มีผู้มีสิทธิมาลงทะเบียนโดยตรง จึงไม่ได้รับงบประมาณต่อหัว ผู้ป่วยที่รักษาก็มักจะรุนแรงกว่าสถานบริการระดับอื่น ๆ ดังนั้นวิธีการจัดสรรงบประมาณไปยังที่เหล่านี้ควรจะอ้างอิงตามจำนวนและความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่รักษา(case mix) แต่เนื่องจากระบบนี้เพิ่งเริ่มมีและยังไม่ได้ได้รับการพัฒนาดีพอ งบประมาณสปร.ที่ได้รับจึงต่ำกว่าความเป็นจริงมาก ตารางที่ 5.49 แสดงสัดส่วนต้นทุนต่อรายรับของผู้มีสิทธิสปร.ในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งพบว่าเป็นเพียงแค่ร้อยละ 15 ของรายจ่ายจริง และนอกจากนี้ยังเป็นที่น่าสังเกตว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ได้รับงบประมาณรายได้น้อยจากสองแหล่งคือทั้งผ่านทางกระทรวงสาธารณสุข และโดยตรงจากสำนักงานงบประมาณ

ตารางที่ 5.50 การจัดสรรงบประมาณไปยังสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐนอกสำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุข 2539 – 2542

หน่วยงาน	งบที่ได้รับจัดสรรที่ผ่านมา				รายจ่าย
	2539	2540	2541	เสนอ 2542	2541
กรมอนามัย	28,348,000	34,533,000	34,533,000	34,533,000	23,234,260
กรมสุขภาพจิต	81,437,000	99,281,000	99,281,000	99,281,000	65,835,721
กรมการแพทย์	159,800,000	197,280,000	240,686,000	285,689,361	319,303,121
กรมควบคุมโรคติดต่อ	78,668,000	94,535,000	94,535,000	94,535,000	44,792,140
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		7,000,000	-	-	-
สถานศึกษาในสร.	4,500,000	5,000,000	-	-	-
กรมแพทย์ทหารบก	55,881,000	61,469,000	61,469,000	61,469,000	32,025,815
กรมแพทย์ทหารอากาศ	16,588,000	18,247,000	24,136,000	27,980,126	25,542,323
สภากาชาดไทย	24,805,000	32,246,000	40,427,000	90,125,513	461,750,101
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช	7,047,000	7,752,000	7,752,000	7,752,000	4,660,172
โรงพยาบาลตำรวจ	19,837,000	21,821,000	21,821,000	21,821,000	14,580,643
กรมแพทย์ทหารเรือ	14,481,000	15,929,000	15,929,000	15,929,000	12,239,899
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	4,000,000	5,400,000	5,400,000	5,400,000	4,197,949
Dept of Correction	1,100,000	2,210,000	-	-	-
โรงพยาบาลชลประทาน	7,726,000	8,499,000	8,499,000	8,499,000	2,610,643
สำนักงานตำรวจตระเวนชายแดน	2,563,000	2,819,000	2,819,000	2,819,000	1,396,964
สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร	20,619,000	22,681,000	22,681,000	22,681,000	18,474,977
สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	57,241,000	70,486,000	70,486,000	70,486,000	47,566,692
รวม	584,641,000	707,188,000	750,454,000	849,000,000	1,078,211,420

ตารางที่ 5.51 งบประมาณสปร. และค่าใช้จ่ายจริงในโรงเรียนแพทย์ ปี 2538

โรงพยาบาล	งบประมาณ	รายจ่าย	%
รามธิบดี	13,787,000	117,523,686	11.73
เชียงใหม่	35,100,000	236,019,778	14.87
ศรีนครินทร์วโรดม	2,698,400	10,127,509	26.64
ธรรมศาสตร์	2,400,000	6,668,663	35.99
รวม	53,985,400	370,339,636	14.58

ค. สูตรการจัดสรรงบประมาณ

ในปี 2539 กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มให้มีการใช้สมการถดถอย (regression model) ในการจัดแบ่งงบประมาณสปร. เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการจัดสรร สมการนี้พัฒนามาจากข้อสังเกตในปี 2535 (แหล่งต้นสาย 2537) ที่ว่า งบใช้สอยที่ไม่ใช่ค่าแรง (BG1) มีความสัมพันธ์กับตัวแปรทั้งด้านอุปสงค์และอุปทาน ตัวแปรด้านอุปสงค์ที่เกี่ยวข้องคือจำนวนประชากรปรับตามอัตราการตายมาตรฐาน (Standardised Mortality Ratio – SMR) (Pop_{adj}) ของแต่ละจังหวัด ตัวแปรด้านอุปทานได้แก่ วันนอนในโรงพยาบาลชุมชน (LOSC) วันนอนในโรงพยาบาลจังหวัด (LOSP) และจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมชน (NOPDC)

$$BG1 = 5 Pop_{adj} + 88 LOSC + 98 LOSP + 9 NOPDC + 2.0 \text{ million} \quad r\text{-square} = 0.96$$

สมการที่สองทำนายงบประมาณใช้สอยไม่รวมค่าแรงรวมกับงบประมาณสปร. ไปยังจังหวัด (BG2) จะแปรผันตามตัวแปรด้านอุปสงค์และอุปทาน รายรับเฉลี่ยของประชาชนในจังหวัด (Y) เป็นตัวแปรด้านอุปสงค์ตัวที่สองที่เพิ่มเข้ามา และรายรับทั้งหมดของโรงพยาบาลจังหวัด (REV) เป็นตัวแปรด้านอุปทานที่เพิ่มในสูตร

$$BG2 = 17 Pop_{adj} - 192 Y - 0.3 REV + 243 LOSC + 141 LOSP + 41 NOPDC + 95 NOPDP + 7.0 \text{ million} \quad r\text{-square} = 0.93$$

สมการที่สามทำนายงบประมาณใช้สอย (รวมทั้งค่าแรงและงบประมาณสปร.) โดยจะสัมพันธ์กับตัวแปรด้านอุปทานเป็นอย่างมาก เช่น จำนวนเตียงในโรงพยาบาลจังหวัด (NBEDP) รายรับสุทธิของโรงพยาบาลจังหวัดเมื่อสิ้นปี (NREV)

$$BG3 = 114500 NBEDP - 246 Y - 0.2 NREV + 438 LOSC + 67 NOPDC + 227 NOPDP + 22.0 \text{ million} \quad r\text{-square} = 0.97$$

ในปี 2539 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาสูตรการจัดสรรทรัพยากรสำหรับงบประมาณสปร. สูตรการคำนวณพัฒนาจากข้อมูลค่าใช้จ่ายในปีที่ผ่านมาของโครงการสปร. (EXP), จำนวนประชากรที่ปรับตามอัตราตายมาตรฐาน (Pop_{adj}), จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก(OPD), จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (LOS), การมีโรงพยาบาลศูนย์ (R) และรายรับเฉลี่ยของประชาชนในจังหวัดนั้น (Y)

$$1996 \text{ EXP} = 14,085,039 + 39Pop_{adj} + 3OPD + 353LOS + 9580R - 139Y$$

ในปี 2540 ได้มีการปรับปรุงสูตรการคำนวณโดยการปรับน้ำหนักของจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกและจำนวนผู้ป่วยในตามระดับของสถานบริการ (ตามน้ำหนักของผู้ป่วยนอกและน้ำหนักตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคร่วมดังได้กล่าวไปแล้ว) งบประมาณจะขึ้นอยู่กับจำนวนผู้มีรายได้น้อย (Insured) และจำนวนผู้ป่วยนอก(OPD)และผู้ป่วยใน(IPD)ที่ปรับน้ำหนักแล้ว

$$\text{ต้นทุน 2540} = 13,290,178 + 130 \text{ Insured} + 340 \text{ OPD} + 550 \text{ IPD}$$

และจากการใช้สมการจัดสรรงบประมาณนี้ทำให้ดัชนีความแตกต่างลดลงจาก 4.1 เหลือเพียง 1.4 ในปี 2539 และ 1.2 ในปี 2540 เมื่อมีการใช้การจัดสรรแบบเหมาจ่ายต่อหัวร้อยละ 75 ของงบทั้งหมด (ดูตารางที่ 5.47 และ 5.51)

ตารางที่ 5.52 งบประมาณจัดสรรต่อหัวจำแนกตามภาค (บาท)

	2539	2540	2541*	2541**	2542
ภาคอีสาน	140	168	219	205	264
ภาคเหนือ	193	237	283	263	306
ภาคใต้	160	206	256	239	273
ภาคกลาง	183	235	282	258	316
ภาคกลาง: ภาคอีสาน	1.38	1.41	1.29	1.16	1.20

*ใช้ตัวเลขจำนวนผู้มีสิทธิเดิม

**ใช้ตัวเลขจำนวนผู้มีสิทธิใหม่

จ. การเบิกเงินในการประกันความเสี่ยง

นโยบายการประกันความเสี่ยงใช้ในปี 2541 โดยให้โรงพยาบาลส่งข้อมูลผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์มายังสำนักงานโครงการเพื่อเบิกเงิน งบประมาณในโครงการ 2.5% เพื่อโรคที่มีราคาแพง ถูกจัดสรรตามน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มโรค DRGs การวิเคราะห์ข้อมูลจาก 109 โรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยถึง 20 % ใช้เงินของโครงการสปร. และมีเพียง 4 % ของผู้ป่วยสปร. เป็นโรคที่มีราคาแพง ตาม DRGs แม้ว่าจะโรงพยาบาลจริงเกือบพันแห่ง และผู้ป่วยในถึง 5 ล้านรายต่อปีก็ตาม ข้อมูลนี้ก็สามารถเชื่อมโยงให้เห็นถึงกลไกการจ่ายเงิน จะทำให้การกำกับทรัพยากรได้ดีขึ้น

5. บทวิจารณ์

ขณะนี้มาตรการปฏิรูประบบสปร.ดำเนินการอยู่หลายโครงการเช่น

- การใช้เส้นแบ่งความยากจนอันใหม่เพื่อเป็นวิธีการคัดกรองผู้มีสิทธิ พบว่ามีปัญหาบ้างเนื่องจากบางจังหวัดออกบัตรไปมากกว่าจังหวัดอื่นเพื่อให้ได้เงินเหมารายหัว กระบวนการเหล่านี้ควรถูกประเมินในการออกบัตรใหม่รอบต่อไป ปี2544 อย่างไรก็ตามควรให้ท้องถิ่นเป็นผู้ออกบัตร
- การจัดระบบสารสนเทศเพื่อนับจำนวนผู้มีสิทธิในแต่ละประเภท ตอบสนองคำเรียกร้องจากสำนักงานงบประมาณ และควรมีการประเมินและออกแบบระบบข้อมูลใหม่ก่อนที่จะมีการออกบัตรรอบใหม่
- การตั้งระบบลงทะเบียนใหม่ที่ทุกคนต้องลงทะเบียนกับสถานบริการระดับต้น การจัดสรรเป็นรายหัวจำเป็นต้องมีระบบขึ้นทะเบียนที่ดี ซึ่งต้องสามารถตรวจได้ว่าใครเป็นผู้ยากไร้ ใครเคลื่อนย้าย เปลี่ยนสถานบริการระดับต้น ยิ่งไปกว่านั้นการให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลเองก็เป็นขั้นตอนที่ดีที่ผู้ป่วยจะได้รู้ และไปตามระบบส่งต่อ
- การตั้งเป้าหมายที่จะจัดสรรงบประมาณไปยังจังหวัดโดยใช้เกณฑ์เหมาจ่ายต่อหัวทั้งหมดภายในปี 2543 และต้องคิดแก้ปัญหาการให้บริการข้ามเขตด้วย
- การเน้นนโยบายประกันความเสี่ยงให้เข้มแข็งขึ้นโดยจัดตั้งระบบข้อมูลผู้มารับบริการเป็นรายบุคคล เมื่อระบบพัฒนามีข้อมูลครบถ้วน สามารถให้ภาพการให้บริการทั้งการวินิจฉัยโรคและราคาในแต่ละระดับสถานบริการได้
- การร่างกฎหมายเพื่อนำไปสู่ความครอบคลุมด้านประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน ความตั้งใจมุ่งไปสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มตั้งแต่การประชุมทางวิชาการเรื่องการเงินการคลังสาธารณะสุข เมื่อปี 2536 มีความพยายามร่างกฎหมาย แต่ที่ประชุมไม่มีฉันทามติว่าการออกกฎหมายจะเป็นยุทธวิธีที่ทำให้บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

6. ข้อเสนอแนะ

ปัญหาหลักของโครงการคือการได้รับงบประมาณต่ำกว่าความเป็นจริง แม้จะมีการขยายความครอบคลุมมากขึ้น และเงินต่อบัตรเพิ่มขึ้นแล้ว โครงการนี้ก็ยังไม่ได้รับเงินอุดหนุนต่ำอยู่ดีเมื่อเทียบกับโครงการประกันอื่นของรัฐ จึงขอเสนอนโยบายระยะสั้นเพื่อจัดการกับปัญหาการได้รับงบประมาณต่ำ

- เพิ่มความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้เส้นแบ่งความยากจนใหม่เป็นตัววัด นโยบายนี้กำลังถูกทดสอบในพื้นที่ การประเมินว่าเส้นแบ่งความยากจนที่ต่างกันจะบ่งบอกคนจนได้ต่างกันอย่างไรเป็นประโยชน์มาก จำนวนจะเปลี่ยนไปอย่างไรก็ตาม รัฐบาลควรเต็มใจจัดสรรเงินให้เพียงพอ
- ชุมชนท้องถิ่นควรเป็นผู้แจกจ่ายบัตร เนื่องจากทราบข้อมูลตัวบุคคลผู้ยากไร้ดี และต้องการทรัพยากรเพิ่มเติมจากท้องถิ่นด้วย
- เชื่อมโยงบัตรกับการเงินการคลัง เมื่อให้ท้องถิ่นเป็นผู้ออกบัตร ควรเชื่อมการออกบัตรกับการเงินในโครงการสปร. เพื่อให้ระบบสามารถตรวจสอบได้ ต้องย้ำอีกครั้งว่าโครงการสปร.เป็นเงินเพียงบางส่วนเท่านั้น อีกส่วนท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนเพื่อดูแลผู้ยากไร้ในสังคม และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมว่าท้องถิ่นจะออกเงินเฉพาะส่วนที่จ่ายร่วมของคนจน หรือออกเงินเป็นสัดส่วนของเงินเหลื่อมล้ำรายหัว
- ผู้ใช้สิทธิ์ สปร.ต้องลงทะเบียนกับสถานบริการปฐมภูมิ และบังคับใช้แบบแผนการส่งต่อจากอำเภอมายังจังหวัดอย่างจริงจัง มีการเก็บเงินกับผู้ข้ามขั้นตอน
- กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรเงินในโครงการโดยหลักเหลื่อมล้ำรายหัว และทำระบบข้อมูลให้สามารถนำมาใช้ในการจัดสรรงบประมาณได้ อัตราเหลื่อมล้ำต่อหัวควรสะท้อนความจำเป็นด้านสุขภาพ เช่น อายุ เพศ เป็นต้น
- จัดงบประมาณไว้ส่วนหนึ่งสำหรับผู้เจ็บป่วยจนแทบสิ้นเนื้อประดาตัว สำหรับผู้ไม่มีบัตร สปร. เพื่อเป็นเบาะป้องกันให้ประชาชนที่เหลือน้อย คาดว่าในระยะยาวประชาชนเหล่านี้จะเข้าสู่การมีหลักประกัน จากนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จ. สรุปข้อเสนอแนะ

บทนี้ได้กล่าวถึงรายละเอียดของประสบการณ์ปัญหาของโครงการประกันสุขภาพของรัฐ และกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบาย รวมทั้งผลของนโยบาย ย่อหน้าถัดไปจะรวบรวมข้อเสนอแนะหลัก และความสัมพันธ์กันของแต่ละข้อเสนอ

เนื่องจากโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ(CSMBS) สามารถควบคุมต้นทุนได้ระดับหนึ่งจากการใช้มาตรการด้านอุปสงค์ ข้อเสนอของทีมีวิชาการคือควรนำมาตรการด้านอุปทานมาใช้ด้วย โครงการนี้ควรเปลี่ยนวิธีจ่ายเงินจากจ่ายตามรายการ(fee-for-service) ไปเป็นการจ่ายตาม DRGS ภายใต้เพดานงบประมาณ หรือ เหมาจ่ายทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ก็ได้ จะเป็น การประหยัดค่าบริหารจัดการมากถ้าสำนักงานประกันสังคมเข้ามาเป็นผู้จัดการ ซึ่งเป็นผู้ที่มี ประสบการณ์การบริหารแบบเหมาจ่ายห้อยอยู่แล้ว และจำเป็นต้องทำการประเมินคุณภาพบริการ ควบคู่ไปด้วย ประเทศไทยได้เริ่มโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว (Hospital accreditation) นอกจากนี้ยังมีการติดตามคุณภาพของผู้ป่วย เช่นตรวจทางเวชระเบียน อีกด้วย

การปฏิรูประบบประกันสังคมมีวัตถุประสงค์หลักคือเพื่อขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ทีมีวิชาการเสนอให้ขยายไปสู่คู่สมรสและบุตร, ผู้ประกอบการอิสระ และผู้ออกจากงาน สำหรับผู้ออกจากงาน การลงทะเบียนสถานพยาบาล สามารถปรับไปอยู่ที่ทำงานใหม่ได้ด้วย จะทำให้ลูกจ้างมีการหลักประกันไม่ขาดช่วง และไม่ต้องจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลที่ไม่ได้รักษา ลูกจ้างรายนี้ อัตราการจ่ายเบี้ยน่าจะลดลงในช่วง 3 ปี (2541-2543) ต้องระมัดระวังเงินคงคลังในกองทุนให้ดี ควรมีการกำกับกับการจ่ายโรคที่มีสูงเป็นพิเศษ

กองทุนเงินทดแทนดูแลประชากรกลุ่มเดียวกับกองทุนประกันสังคม ดังนั้นทีมีวิชาการขอเสนอให้รวมเข้าเป็นกองทุนเดียว โดยเพิ่ม 162 บาท ให้กับอัตราเหมาหัว 1,000 บาท ที่ให้เบิกเพิ่มเป็นการรักษาในโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉินไม่ได้เข้ารพ.ที่ลงทะเบียนไว้ และจัดเงินอีกส่วนให้กับการปรับปรุงความปลอดภัยในที่ทำงาน ส่วนการเก็บเบี้ยตามความเสี่ยง การชดเชยเป็นเงินสด การชดเชยกรณีเสียชีวิตให้คงไว้แบบเดิม

กองทุนบัตรสุขภาพ วิจารณ์การจากกองทุนหมุนเวียนสำหรับบริการปฐมภูมิ ไปเป็นกองทุนอุดหนุนสำหรับการครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ทีมีนักวิชาการและ TAG เสนอว่าโครงการนี้ควรมีกฎเกณฑ์เป้าหมายที่ผู้ใกล้จ้น เช่นผู้ที่ไม่อยู่ในประกันสังคม แต่ไม่จนถึงขนาดได้บัตร สปร. บัตรสุขภาพควรปรับราคาตามต้นทุนของเขตที่อยู่ บัตรเขตเมืองควรมีราคาสูงกว่าเขตชนบท เก็บเงินผู้ซื้อบัตรตามต้นทุนในส่วนที่เกินเงินที่รัฐอุดหนุน 1,000 บาท เป็นไปได้ถ้าเก็บค่าบัตรแบบผ่อนเป็นงวดมากกว่าจ่ายครั้งเดียว และเพื่อให้ระบบส่งต่อเข้มแข็งควรเก็บเงินผู้ข้ามขั้นตอน เพื่อจูงใจให้ใช้บริการในระดับที่เหมาะสม การขายบัตรควรทำโดยท้องถิ่น เนื่องจากท้องถิ่นจะเป็นผู้รู้ข้อมูล จำแนกได้ดีว่าใครเป็นผู้ควรได้บัตร สปร.และใครควรซื้อบัตรสุขภาพ

โครงการสวัสดิการรักษายาบาลประชาชน เป็นสวัสดิการสังคมสำหรับคนจนเป็นหลัก เงินอุดหนุนในโครงการควรมาจากทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ตามกำลังจ่าย และจำนวนผู้ถือบัตร สปร. รัฐบาลท้องถิ่นควรเป็นผู้แจกจ่ายบัตร ซึ่งจะทำให้สามารถประยุกต์ใช้เส้นแบ่งความยากจนใหม่ได้ ผู้ใช้บริการต้องไปใช้บริการกับสถานพยาบาลปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนไว้ และไปตามระบบส่งต่อ ถ้าไม่อยากเสียเงิน ควรจัดสรรเงินอีกส่วนสำหรับโรคที่มีราคาแพงแทบสิ้นเนื้อประดาตัวไว้ด้วย

ข้อเสนอเรื่องการประกันสุขภาพในประเทศไทยอยู่ในบทที่ 6

บทที่ 6 การปฏิรูประบบการเงินการคลังสาธารณสุขสู่นาคต

ก. วัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์การคลัง

กลยุทธ์ด้านการคลังสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้บรรลุความสำเร็จ ดังต่อไปนี้

- การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage)
- การมีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทั้งในแง่ตัว คือผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายมากก็จ่ายมาก และในแง่รบบ คือผู้ที่ป่วยเท่ากันก็จ่ายเท่ากัน
- ความมีประสิทธิภาพ -ทั้งด้าน เทคนิค และด้านการจัดสรรทรัพยากร
- การควบคุมต้นทุน (เช่นลดการใช้เทคโนโลยีที่ไม่สำคัญ และไม่จำเป็น)
- การกำหนดให้มีบริการที่มีคุณภาพ

ในขณะเดียวกัน ผู้กำหนดนโยบายด้านการคลังสาธารณสุข อาจมุ่งหวังให้กลยุทธ์ตอบสนองสิ่งเหล่านี้ด้วย คือ

- เป็นที่ยอมรับของผู้บริโภค (เช่น ผู้บริโภคมีสิทธิเลือก)
- เป็นที่ยอมรับของผู้ให้บริการ (เช่น อีสระที่จะเลือกวิธีการรักษา, ได้รับการจ่ายเงินอย่างทันเวลา)
- ต้นทุนการบริหารจัดการต่ำ
- การส่งเสริมทางบวก สำหรับนวัตกรรมใหม่ๆ
- การส่งเสริมอย่างเหมาะสมสำหรับการลงทุน (เช่น พัฒนาคณ และลงทุนทางกายภาพ)
- ลดการฉ้อโกงและการกระทำผิด

ความพยายามที่จะพัฒนายุทธศาสตร์การคลัง ให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ประเทศจะต้องพิจารณาสภาพจริงเกี่ยวกับจัดสรรทรัพยากรการเงินที่ต้องไปให้แกระบบ และประเมินด้วยความจริงว่าศักยภาพของบุคคลากร และระบบสารสนเทศนั้นมีอยู่พอที่จะจัดการกับระบบได้หรือไม่

สำหรับการบรรลุวัตถุประสงค์แรก จำเป็นสำหรับประเทศที่ต้องมีการตกลงร่วมกัน เรื่องขอบเขตที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่สอง ยกตัวอย่างเช่นกลไกการจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการแบบเหมาจ่ายรายหัว มีความสำเร็จในการควบคุมต้นทุนได้ อย่างไรก็ตาม คนไข้ต้องเลือกสถานบริการ (หรือกลุ่มผู้ให้บริการ) เพียงแห่งเดียว ซึ่งบางที่อาจไม่สามารถรักษาโรคได้ทุกโรค

ในบทนี้จะทบทวนหลายแง่มุมที่รัฐบาลไทยต้องตัดสินใจ เพื่อการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บทนี้จะอธิบาย 2 ช่วงของการปฏิรูปกลไกการจ่ายเงินและบริหารจัดการทรัพยากรด้านการคลังสาธารณสุขที่ระดับจังหวัดลงมา คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ (TA) ด้านการคลังสาธารณสุขและ ด้าน โรงพยาบาลในกำกับกระทรวงฯ เชื่อว่ารูปแบบที่เสนอนี้เป็นแนวทางที่จะได้รับความเท่าเทียมอย่างมากระหว่างจังหวัด เป็นการบริหารด้วยต้นทุนที่ต่ำ มีประสิทธิภาพมากที่สุด และปรับปรุงการส่งต่อภายในจังหวัด

ข. แผนการมุ่งไปสู่การประกันระบบเดียว

ในปัจจุบันระบบการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลหลายระบบ^{40/} ยังคงเป็นปัญหาอยู่ สาเหตุของปัญหานี้มีผลสืบเนื่องกันมาเป็นเวลานานแล้ว อีกทั้งยังเกิดจากกลุ่มที่ปกป้องผลประโยชน์และคอยควบคุมกลไกการจ่ายเงินของตนเองแม้ในระดับโรงพยาบาลก็ตาม การจ่ายเงินระบบนี้จะเป็นตัวอุดหนุนทดแทนสำหรับส่วนที่แยกว่า

ระบบการอุดหนุนทดแทนมีความเสี่ยงในการเปลี่ยนเป็นการจ่ายเงินระบบเดียว เช่นสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นต้น โดยที่ระบบนี้จะไม่เกิดผลกระทบต่อการให้การรักษาคอนไ้ การผลักดันนี้จะต้องออกมาในหลายรูปแบบในเวลาเดียวกันเพื่อให้แน่ใจว่าผลทั้งหมดนั้นดีขึ้นแล้ว

ขั้นแรก รัฐบาลจะต้องให้ความสำคัญกับการจัดสรรงบประมาณด้านการรักษายาบาลสำหรับคนจน การรักษายาบาลสำหรับการเจ็บป่วยขั้นรุนแรงที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง และสำหรับ

^{40/} ในที่นี้ การบริการสาธารณสุขจะไม่นำมาพิจารณา โดยจะถือว่าการบริการนี้ได้รับการสนับสนุนขั้นพื้นฐานจากงบประมาณรัฐ ความเท่าเทียมกันในการจัดสรรงบประมาณเพื่อป้องกันและสนับสนุนด้านสาธารณสุขจะสัมฤทธิ์ผลได้ ถ้ากำหนดตามขนาดประชากร ความจำเป็นด้านสุขภาพและรายได้

การบริการสาธารณสุข เงินเหมาจ่ายต่อหัวของระบบประกันเดียวจะประมาณอยู่ที่สองกลุ่มแรก^{41/} โปรแกรมงบประมาณจะถูกจัดสรรสำหรับการบริการด้านสาธารณสุข งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขจะถูกจัดสรรไปยังแต่ละจังหวัดขึ้นอยู่กับลักษณะของประชากร (เช่น อัตราการตาย) มากกว่าที่จะให้ตามจริง งบประมาณส่วนที่เพิ่มเติมนี้จะถูกกันไว้เป็นเงินส่วนกลาง เช่น การควบคุมโรคติดต่อ งบประมาณสำหรับการเรียนการสอน และการฝึกอบรม เป็นต้น

ขั้นที่ 2 ความพยายามที่จะปรับเงินเหมาจ่ายต่อหัวโดยใช้ DRG กำหนด หรือเกณฑ์อื่นๆ เช่น อายุ เพศ เป็นต้น สำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นใกล้เคียงกับระบบประกันสังคมในด้านผลประโยชน์และเงินเหมาจ่ายต่อหัว การรวมกันของกองทุนเงินทดแทนภายใต้ระบบประกันสังคมจะไม่มีผลกระทบที่สำคัญต่อการเปรียบเทียบนี้ ในขณะที่การเพิ่มขึ้นของเงินเหมาจ่ายในกองทุนเงินทดแทนกับระบบประกันสังคมเป็นเพียงส่วนเล็กๆ ยิ่งไปกว่านั้น สำนักงานประกันสังคมควรที่จะผลักดันการประกันให้ครอบคลุมถึงกลุ่มคนที่ทำธุรกิจขนาดเล็กและเจ้าของกิจการด้วย

ขั้นที่ 3 ซึ่งเป็นขั้นที่สำคัญที่สุดคือการให้ผู้จ่ายเงินรวมกลุ่มความเสี่ยงโดยการสมัครบัตรประกันสุขภาพ (VHCS) กลุ่มที่ปรึกษาทางเทคนิค (TAG) ให้คำแนะนำว่ารัฐบาลไม่ควรที่จะสนับสนุนโครงการนี้ แต่ควรส่งเสริมในระดับการเข้าร่วมเพื่อให้บรรลุ full cost recovery ถึงกระนั้นก็ยังมีความแตกต่างในเรื่องของรายได้และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในกลุ่มที่แตกต่างกัน ในการสร้างความเท่าเทียมกันของความแตกต่างนี้ เงินเหมาจ่ายควรจะขึ้นกับกลุ่มอาชีพ (เช่น เจ้าของกิจการจะอยู่ในกลุ่มเดียวกับผู้ถือครองที่ดิน) ซึ่งนับได้ว่าเป็นนโยบายที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ เพราะคนเมืองใช้บริการด้านสาธารณสุขที่สลับซับซ้อนด้วยค่าใช้จ่ายที่สูง การบรรเทาปัญหาด้านการเงินที่เพิ่มขึ้นของครอบครัว ควรมีการเก็บเงินจำนวนไม่มากต่อเดือน เช่นในกรณีที่เก็บค่าอุปโภคบริโภค เป็นต้น ควรจะมีการบังคับให้มีการขยาย VHCS สำหรับบุคคลที่ไม่ถูกครอบคลุมในกลไกอื่นๆ (ซึ่งหมายถึง HCS not voluntary) (คำถามที่เกิดขึ้นคือ แล้วจะเก็บอย่างไร) กลไกที่ไม่ค่อยดีนักเพื่อกระตุ้นให้มีการสมัครมากขึ้นคือการเพิ่มค่าธรรมเนียมของโรงพยาบาลและเลิกใช้ ระบบ B ที่ครอบคลุมสำหรับคนจน เพื่อให้แต่ละครอบครัวมีทางเลือกในการซื้อ VHC อย่างไรก็ตามกลไกที่สองนี้

^{41/} เงินเหมาจ่ายต่อหัวของกลุ่มอื่นๆ จะเหมือนกับ CSMBs และ SSS เนื่องจากการกระจายของอายุและเพศของประชากรจะเหมือนกัน เช่น ระบบหนึ่งซึ่งคาดหวังกับผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคหัวใจและมะเร็ง เป็นต้น ดังนั้น อัตราเหมาจ่ายต่อหัวควรน่าจะสูงกว่า

จะยังไม่ค่อยได้รับการยอมรับ ถ้าหากมีบุคคลที่ใช้อำนาจหรือตำแหน่งเพื่อไม่ต้องจ่ายค่ารักษา เช่น มีการร้องเรียนว่าโรงพยาบาลปฏิเสธที่จะรักษาถ้าไม่มีบัตรประกันสังคม

สมมติฐานที่อาจถือเป็นข้อสนับสนุนได้คือ

- การปรับเงินเหมาจ่ายต่อหัว (ที่ดีควรจะเป็นงบประมาณทั้งหมด) จะเป็นทีพอใจกับคนไทยและคนสัญชาติไทย เงินเหมาจ่ายต่อหัวในระบบ SSS ไม่เป็นที่นิยมเพราะคุณภาพการรักษาต่ำกว่ากระทรวงสาธารณสุขต้องใช้อำนาจตามระเบียบและตรวจสอบ เพื่อให้แน่ใจว่าโรงพยาบาลให้บริการด้วยคุณภาพในการรักษาที่ดีภายใต้การประกันแบบเหมาจ่าย
- ภาคเอกชนต้องได้รับการยินยอมให้เข้าแข่งขันเพื่อเข้ามาบริการในด้าน capitated population เพื่อลดแนวโน้มที่จะ cream skim (เช่น การยอมรับในสุขภาพ ความเสี่ยงต่ำในด้านประชากร) ควรจะมีงานลงทะเบียนประจำปีเพื่อให้แต่ละครอบครัวเลือกสิ่งที่ต้องการเพื่อเป็นทางเลือกของการรักษาด้วยตนเองและการใช้จ่ายอยู่ ดังนั้นเงินเหมาจ่ายต่อหัวจะมากที่สุดเท่าที่งบประมาณกำหนด
- สิ่งที่ต้องการเพิ่มเติมเพื่อให้ทำงานได้สำเร็จโดยคำนึงถึงการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยจะถูกเปลี่ยนจากสิ่งอำนวยความสะดวกหนึ่งไปยังอีกรูปแบบหนึ่งได้ ในขั้นเริ่มต้นโรงพยาบาลจะต้องจ่ายเงินตามที่จ่ายจริงให้กับคนไข้ เพื่อเป็นการสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่โอนได้ติดตามดูแลด้านสุขภาพให้กับคนใช้นั้นๆและเป็นการลดแนวโน้มที่จะจ่ายค่าบริการล่วงหน้าเกินจริง

สิ่งสำคัญที่จะพิจารณาคือกลไกที่จำเป็นในการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายและกลยุทธ์ด้านการคลังสาธารณสุข inter-ministerial committee ควรจะพัฒนาเพื่อกำหนดหัวข้อกว้างๆ เหล่านี้ ความพยายามในขณะนี้ที่จะร่างกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติควรจะเน้นโดยพรรคการเมืองเช่นเดียวกับข้าราชการ มีตัวอย่างจากประเทศอื่นๆ (เช่น โคลัมเบีย ฟิลิปปินส์) ที่กล่าวกันอย่างมากในเรื่องการพัฒนานโยบายและกฎหมายโดยกลุ่มเล็กๆที่ทำงานภายใต้การควบคุมดูแลของคณะกรรมการในกระทรวงสาธารณสุข

ในตอนต่อไปจะเป็นรายละเอียดเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายด้านการคลังสาธารณสุขในเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า และรูปแบบที่เรียกว่า "Swedish-Singapore-Thai (SST) model"

ค. การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเทศไทยต้องตัดสินใจ 5 เรื่อง เพื่อให้บรรลุสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็คือ

- ชุดสิทธิประโยชน์

- สถานบริการ
- กลไกการจ่ายเงินให้ผู้บริการ
- แหล่งเงิน
- หน่วยงานจัดการซื้อบริการ

ชุดสิทธิประโยชน์

สถานการณ์ปัจจุบัน ประเทศไทยมีนโยบายมุ่งที่จะให้สิทธิประโยชน์อย่างเต็มที่แก่ประชาชนทั้งหมดอยู่แล้ว สิ่งที่ต้องเอาใจใส่คือการลดช่องว่างความไม่เสมอภาคของการกระจายทรัพยากรและสถานบริการ และลดความแตกต่างของการสนับสนุนเงินจากรัฐของแต่ละโครงการ

คำถามที่น่าสนใจคือประเทศไทยมีฐานะการเงินที่จะให้ชุดสิทธิประโยชน์แบบรวมป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพ เป็นไปได้หรือไม่ อาจตอบคำถามโดยเริ่มจากการคำนวณในเอกสารแนบท้ายเรื่องรายงานการส่งต่อ ซึ่งจัดทำในโครงการนี้ พบว่าต้นทุนของชุดบริการพื้นฐาน (ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ, และการรักษาทั่วไป) อยู่ที่ 835 บาทต่อปี และถ้ารวมโรคที่มีราคาแพง 205 บาทต่อปี จะกลายเป็น 1,040 บาทต่อปี เมื่อคำนวณต่อประชากร 60 ล้านคน จะเป็น 62.4 พันล้านบาท

อีกวิธีคือการประมาณต้นทุนที่สูงที่สุด ให้กับรัฐบาลและครัวเรือน โดยใช้วิธี SST (ดูภาคผนวก ง) เป็นเงิน 56.5 พันล้านบาท เมื่อรวมต้นทุนของโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 16.3 พันล้านบาท, ต้นทุนของโครงการประกันสังคม 3.9 พันล้านบาท และ 3.2 พันล้านบาทที่ซื้อยากินเอง รวมทั้งสิ้นเป็น 79.5 พันล้านบาท บวกค่าบริหารจัดการ 4.8 พันล้านบาท (6%) และยังมีค่าส่งเสริมป้องกันโรคอีก 8.0 พันล้านบาท (10%) รวมต้นทุนประมาณการสำหรับประชาชนไทย 92.3 พันล้านบาท ซึ่งคิดเป็นเพียง 86 % ของค่าใช้จ่ายรวมทั้งภาครัฐและเอกชน ของบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปี 2537 การวิเคราะห์ข้างต้นชี้ให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายที่มีอยู่ในระบบเพียงพอที่จะให้ทุกคนได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ผสมผสานส่งเสริมป้องกันด้วย เป็นเรื่องที่ทำหายนามากที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายสุขภาพในระบบ และกระจายเงินและทรัพยากรอย่างเป็นธรรมมากขึ้น

สถานบริการ

มีทั้งของรัฐและเอกชน ในเขตเมืองสถานบริการเอกชนทำหน้าที่หลัก ในขณะที่สถานบริการของรัฐทำหน้าที่หลักในเขตชนบท สิ่งที่จะการแข่งขันได้คือคุณภาพบริการ เนื่องจากไม่ต้อง

แข่งขันด้านราคา^{42/} หรืออีกทางหนึ่งภาครัฐและภาคเอกชนอาจร่วมมือกันจัดบริการ, แลกเปลี่ยนบุคลากรและเครื่องมือที่มีเทคโนโลยีสูงอย่างมีประสิทธิภาพ ระดับการแข่งขันหรือร่วมมือกันขึ้นอยู่กับกฎ ระเบียบ ในการใช้เงินภาครัฐและเอกชน และสิ่งจูงใจให้ร่วมมือกัน

กลไกการจ่ายเงินให้ผู้บริการ

ประเทศไทยมีวิธีการจ่ายเงินให้สถานบริการหลากหลายวิธี สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขรับงบประมาณมาจากภาษี และเก็บเงินตามรายการด้วย โครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและกองทุนเงินทดแทนจ่ายแบบตามรายการที่เรียกเก็บ โครงการประกันสังคมและโครงการบัตรสุขภาพจ่ายแบบเหมารายหัว บวกกับใช้กลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม(DRGs) มาจับเพื่อจ่ายเงินให้โรคที่มีค่ารักษาราคาแพง โครงการสปร.จังหวัดได้เงินมาเป็นก้อน แต่ละวิธีก็มีทั้งข้อดีและข้อเสีย โดยทั่วไปแล้วโครงการประกันสุขภาพในประเทศไทย เคลื่อนไปสู่การจ่ายเหมาหัวแบบมีน้ำหนักตามเงื่อนไข ทีมนักวิชาการเสนอให้เงินที่รัฐสนับสนุนควรเป็นก้อน โดยใช้เกณฑ์เช่น จำนวนประชากรเป็นต้น และยังเสนอให้มีการเก็บค่าบริการเล็กน้อย (user fee) เพื่อป้องกันการใช้บริการเกินจำเป็น ในครอบครัวที่จน และป่วยเรื้อรังควรได้รับการยกเว้น ค่าบริการเมื่อจ่ายมากถึงระดับที่กำหนดแล้ว ส่วนที่เกินรัฐบาลท้องถิ่นควรเป็นผู้จ่าย

แหล่งเงิน

แหล่งเงินอาจมาจากรัฐบาลกลาง ภาษีท้องถิ่น เบี้ยประกัน และการเก็บเงินตามรายการ เมื่อโครงการสปร.และโครงการบัตรสุขภาพรวมกันกลายมาเป็นประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับประชาชนที่ไม่อยู่ในสวัสดิการข้าราชการและการประกันสังคม แหล่งเงินของโครงการภาคบังคับนี้ควรมาจากภาษี 80 % โดยภาษีรายได้จากรัฐบาลกลาง และภาษีทรัพย์สินจากรัฐบาลท้องถิ่น และมาจากการเก็บค่าธรรมเนียมการมาใช้บริการ (user fee) 20%

สถาบันที่ดูแลการจ่ายเงินให้สถานบริการ

ประเทศไทยมีผู้จัดการเงินที่จ่ายให้สถานพยาบาลหลายหน่วย เมื่อประเทศพยายามเปลี่ยนมาเป็นระบบเดียว จึงเป็นไปได้ที่จะปรับให้มีผู้ถือจ่ายเงินหน่วยเดียว เป็น สำนักการเงินการคลังสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health financing Authority, NHFA) ข้อดีคือมีอำนาจต่อรองสูง ต่อดังกล่าวค่าบริการ ชุดบริการและการจ่ายเงิน นอกจากนี้ การเป็นผู้จ่ายรายเดียวมี

^{42/} อยู่บนสมมติฐานที่ว่า โรงพยาบาลเอกชนไม่สามารถคัดเฉพาะผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายน้อย (คัดเอาหัวกะทิ) หากเปิดช่องให้ลงทะเบียนพร้อมกันและไม่ให้โรงพยาบาลเอกชนปฏิเสธผู้ป่วย เชื่อว่าจะลดการ "คัดหัวกะทิไป"

โอกาสที่จะกระจายทรัพยากรให้เป็นธรรมมากขึ้น และลดต้นทุนด้านบริหารจัดการ ข้อเสียคือ ต้องย้ายเงินที่จะให้กระทรวงสาธารณสุขมาให้ผู้จ่ายรายเดียว และผู้ถือเงินนี้อาจได้รับอิทธิพลของนักการเมืองมาทำให้จัดสรรเงินอย่างไม่เป็นธรรมและไม่มีประสิทธิภาพก็ได้

รูปแบบ SST

รูปแบบที่เสนอสำหรับประเทศไทยในอนาคตคือ รูปแบบสวีเดน สิงคโปร์ ไทย เป็นรูปแบบที่นำความคิดมาจากระบบในประเทศสวีเดนและประเทศสิงคโปร์มาผสมผสานกัน แต่ยังคงมีระบบของไทยอยู่บ้าง ในระบบใหม่จะมีประชากรเพียง 3 กลุ่ม คือผู้มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ, ผู้ประกันตน, และประชาชนที่เหลือทั้งหมด(หรือเรียกว่า คนSST) ลักษณะสำคัญของรูปแบบนี้คือการคลังจากภาษีและจ่ายร่วมเล็กน้อยแต่มียอดเพดาน มากกว่าที่กำหนดรัฐเป็นผู้จ่าย กรณีคนจน รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้จ่าย อัตราร่วมจ่ายแสดงในตาราง 6.1 ผู้บริโภคมีสิทธิเลือกสถานบริการ หรือจ่ายเพิ่มสำหรับความสะดวกสบาย ลักษณะนี้จะคล้ายสิงคโปร์ ประมาณการว่า 80% ใช้เงินภาษี และ 20 % สามารถหาได้จากการร่วมจ่ายของผู้มารับบริการ

ตารางที่ 6.1 อัตราค่าธรรมเนียมเรียกเก็บเมื่อมารับบริการ ภายใต้ระบบ SST

	ต้นทุนเฉลี่ย	เก็บจากประชาชน
ผู้ป่วยนอกที่สถานบริการปฐมภูมิ	150 บาท	50 บาท
ผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ	300 บาท	150 บาท
ผู้ป่วยใน แบบก. (ห루)*	800 บาท ต่อวัน	1,000 บาท ต่อวัน
ผู้ป่วยใน แบบข. (ห้องกึ่งพิเศษ)	1,200 บาท ต่อวัน	900 บาท ต่อวัน
ผู้ป่วยใน แบบค. (เตียงสามัญ)	800 บาท ต่อวัน	200 บาท ต่อวัน

หมายเหตุ * แสดงเฉพาะบริการประจำ (routine service costs) แบบ ก. ผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนที่เพิ่มจากนี้ทั้งหมด ในราคาเต็มเช่น ค่าห้องและอาหาร ค่าบริการทางการแพทย์

โรงพยาบาลในระบบนี้ทั้งรัฐและเอกชนสามารถเข้าได้แต่ต้องผ่านการรับรองคุณภาพ เมื่อผ่านการรับรองคุณภาพ มีการทำสัญญา และโรงพยาบาลจะต้องรายงานผลการบริการจึงจะได้รับเงิน

ง. สถาบันการเงินการคลังสาธารณสุขแบบใหม่

คณะทำงานด้านการคลังสาธารณสุขซึ่งเคยศึกษาว่า การสนับสนุนงบประมาณของรัฐด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอและจังหวัด จะสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์จำนวนหนึ่ง วัตถุประสงค์ที่กล่าวถึงคือ

- การปรับปรุงประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร, มูลค่าของเงินและผลลัพธ์ทางสุขภาพ
- การลดความซ้ำซ้อนในการใช้แหล่งงบประมาณ และเพิ่มความร่วมมือระหว่างโครงการ
- กระตุ้นให้มีการตอบสนองความจำเป็นทางสาธารณสุข โดยเฉพาะของท้องถิ่นและมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการชี้แจงเหตุผลกับสังคมได้
- ความเป็นธรรมในการจัดสรรแหล่งทรัพยากรการเงินของรัฐ ไปสู่จังหวัด โดยพิจารณาความจำเป็นสุขภาพเป็นพื้นฐาน และพิจารณาแหล่งเงินทุนทางสาธารณสุขอื่น ๆ ด้วย

กลยุทธ์สำหรับการบรรลุวัตถุประสงค์มีดังนี้

- การกระจายอำนาจมากขึ้น ไปยังคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (Provincial Health Board : PHB, อธิบายข้างใต้ต่อไป) ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับการวางแผนสาธารณสุข, การจัดเตรียมงบประมาณ, การดำเนินโครงการและการปฏิบัติงานงบประมาณในการตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของท้องถิ่น
- การเพิ่มของการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านสาธารณสุข
- การเพิ่มบทบาทในการตรวจสอบผลงาน โดยกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานงบประมาณและ สำนักงานตรวจสอบเงินแผ่นดิน
- ระยะสั้น รวบรวมงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นงบประมาณก้อน (block grant) ไปสู่ระดับจังหวัด ในระยะยาวควรมององค์กรผู้จ่ายเงินไปเป็นสำนักการเงินการคลังสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Financing Authority, NHFA)

จุดเริ่มต้นก็คือ การทำความเข้าใจกับโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด และการเงินการคลังระดับจังหวัด ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (ดูรูปที่ 6.1) จากรูปแสดงให้เห็นว่าเงินทุนด้านสาธารณสุขจากภาครัฐ ไปสู่สถานบริการรัฐ จะไหลไปสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (PHO) ซึ่งเป็นผู้จัดสรรงบประมาณสำหรับสถานบริการเหล่านี้ โดยให้เป็นก้อนงบประมาณตามรายการกิจ

กรรมโครงการ และแบบรายการที่เรียกเก็บภายใต้โครงการบัตรสุขภาพ สำหรับรายรับของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน สามารถได้มาจากโครงการประกันสังคม (SSS) ในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว และสวัสดิการข้าราชการ (CSMBS) /กองทุนเงินทดแทน (WCS) จ่ายตามรายการที่เรียกเก็บ การประกันภัยเอกชนจ่ายค่าบริการรักษาแบบจ่ายตามรายการ เงินที่ผู้ป่วยจ่ายเอง เป็นค่ายา, ค่าบริการ, และค่าธรรมเนียม นับเป็นรายรับเงินบำรุงที่สำคัญของสถานบริการด้วย

มีข้อเสนอว่าในอนาคตสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (PHO) จะถูกเปลี่ยนบทบาทจากผู้ผ่านงบประมาณตามรายโครงการกิจกรรมไปยังสถานบริการ ไปเป็นผู้ซื้อบริการให้ประชาชน สิ่งใหม่นี้^{43/} ควรจะถูกเรียกว่าคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (PHB)^{44/} บทบาทเดิมยังคงทำต่อไป แต่เพิ่มหน้าที่ใหม่ในด้านการซื้อบริการ และการหาแหล่งทุนเพิ่มเติมมาจากในพื้นที่ และให้พื้นที่มีส่วนรวมในการตัดสินใจ (ดูตาราง 6.1)

ตารางที่ 6.1 เปรียบเทียบบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) กับคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด

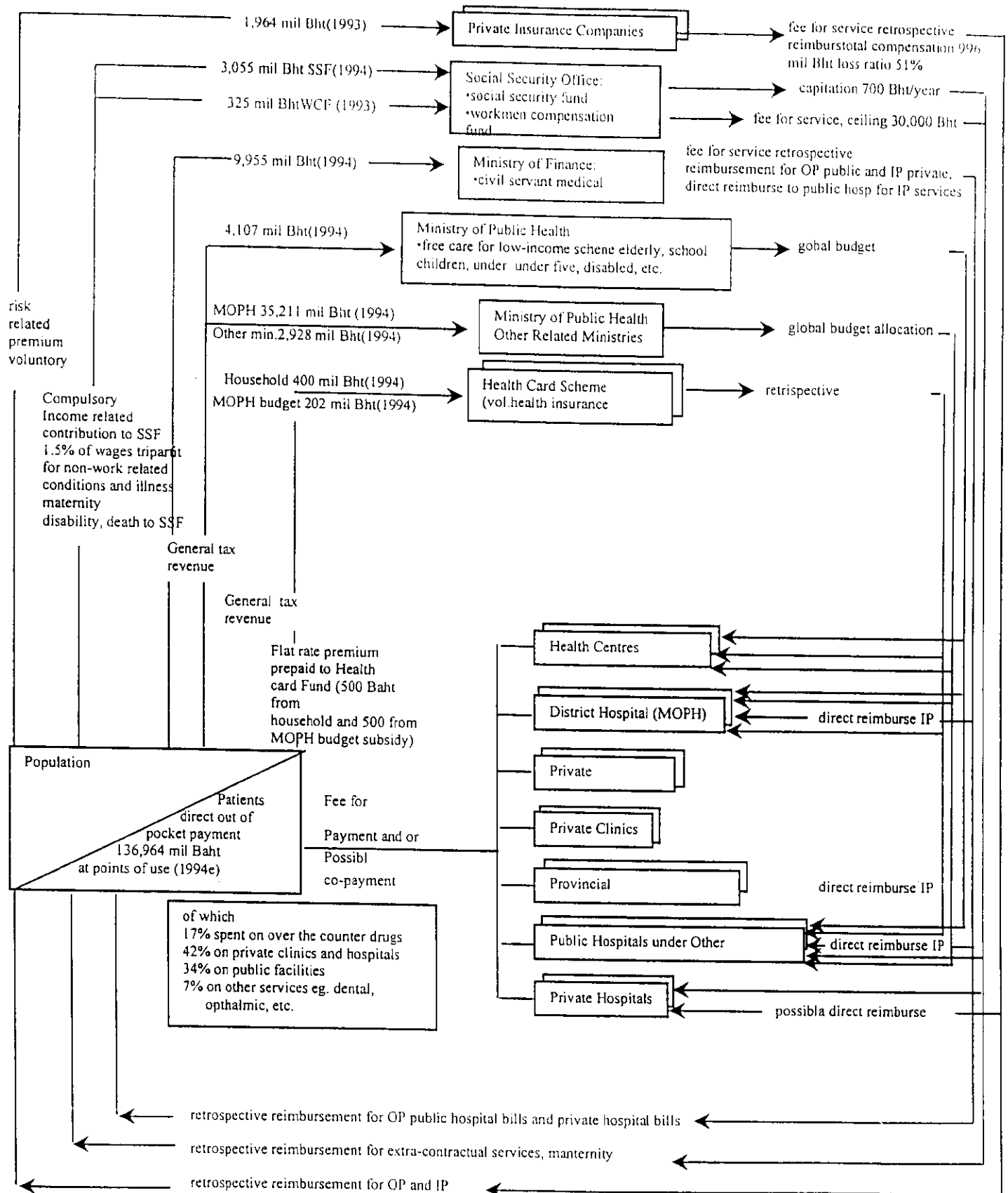
บทบาทปัจจุบันของ สสจ.	บทบาทของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด
งานส่งเสริมสุขภาพ (1)	งานสาธารณสุข (1)
งานควบคุมโรค (1)	การจัดสรรเงินและการซื้อบริการ (2)
งานปฏิรูประบบสาธารณสุขและงานประกัน (2)	การบังคับใช้กฎหมาย ^{45/}
งานเภสัชกรรม (3)	การวางแผน กำกับและประเมินผล
งานวางแผนและประเมินผล (4)	งานบริหารทั่วไป (5)
งานบริหารทั่วไป (5)	งานหาทุนจากพื้นที่ในท้องถิ่น
นายแพทย์ สสจ. และผู้เชี่ยวชาญ	การเพิ่มความร่วมมือร่วมตัดสินใจให้ท้องถิ่น

^{43/} / The reformation of the PHO into a PHB would leave many of the same functions with the organization and in that sense it is not "new".

^{44/} / In addition to its purchasing function, the PHB would have the following responsibilities: a) public health functions, b) legal enforcement (e.g. of drug policy), c) planning, monitoring and evaluation, and d) administration.

^{45/} ควรมีกฎหมายใหม่ให้อำนาจคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุขได้ เช่นการคุ้มครองผู้บริโภค

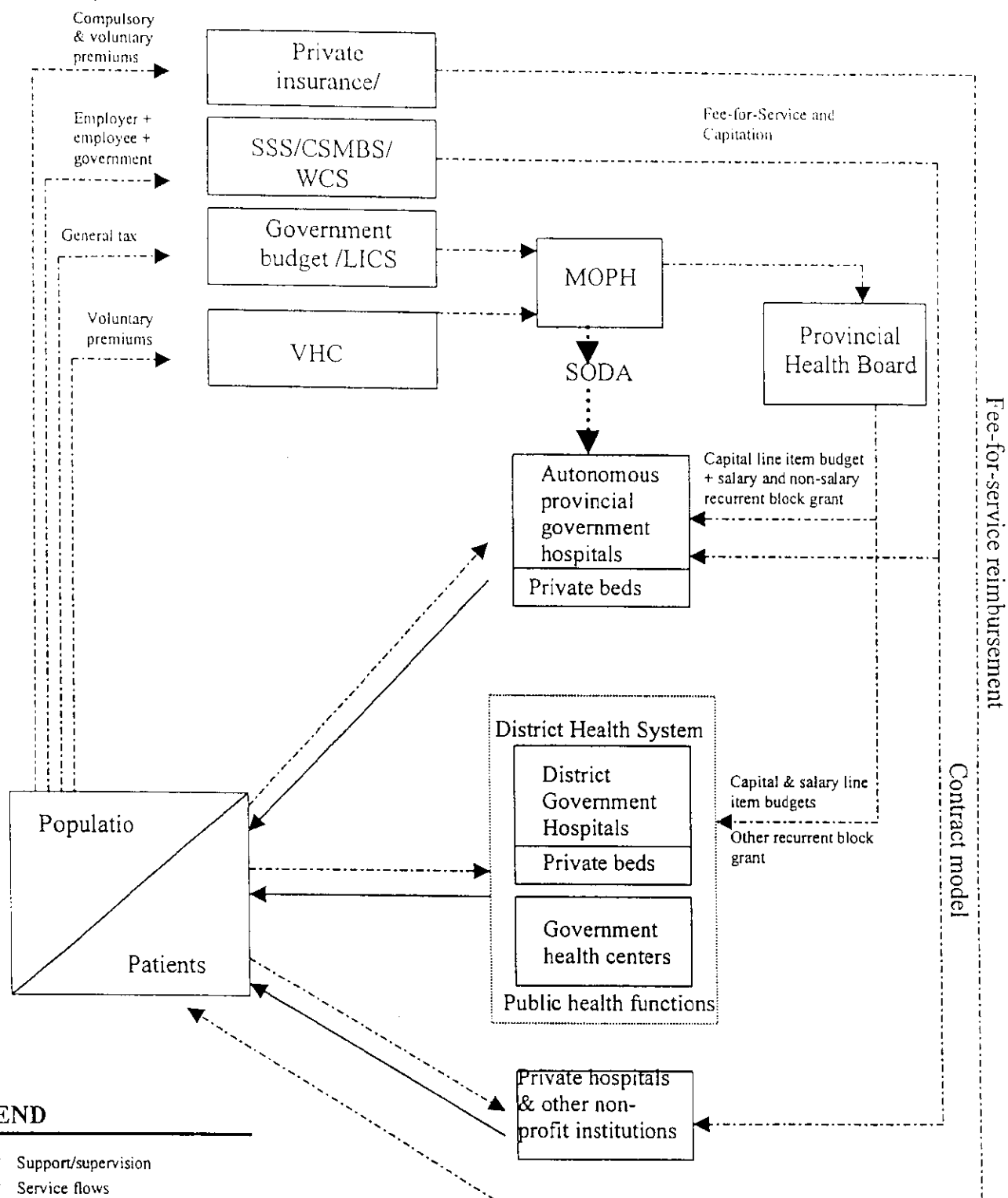
รูปภาพที่ 6.1 ระบบการเงินการคลังในปัจจุบันของประเทศไทย ปี2537



งบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ที่ไม่เกี่ยวกับงบครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง และเงินเดือน งบประมาณทั้งหมดจะถูกจัดสรรเป็นก้อน ให้กับ PHB ทุกแห่ง ตามสูตรที่คิดจากอัตราการตายมาตรฐาน แล้ว PHB ไปตกลงกับผู้ให้บริการทั้งของรัฐและเอกชน ในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวเป็นหลัก โรงพยาบาลอำเภออาจมีบทบาทเป็นผู้ถือเงิน และซื้อบริการจากโรงพยาบาลจังหวัดแบบจ่ายตามรายการ เพื่อให้บริการสำหรับประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลอำเภอนั้นๆ ได้ ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลอำเภอก็อาจจัดบริการในท้องถิ่นโดยบริการผสมผสานกับสถานือนามัยที่ใกล้เคียงเป็นเครือข่าย สำหรับโครงการด้านสาธารณสุข PBH สามารถจัดงบประมาณตามโครงการให้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (DHO) เป็นผู้ดูแล (ดูรูปที่ 6.2) สำหรับบริการที่สูงขึ้นที่จัดให้โดยโรงพยาบาลจังหวัด คนไข้ก็จะจ่ายร่วมเล็กน้อย

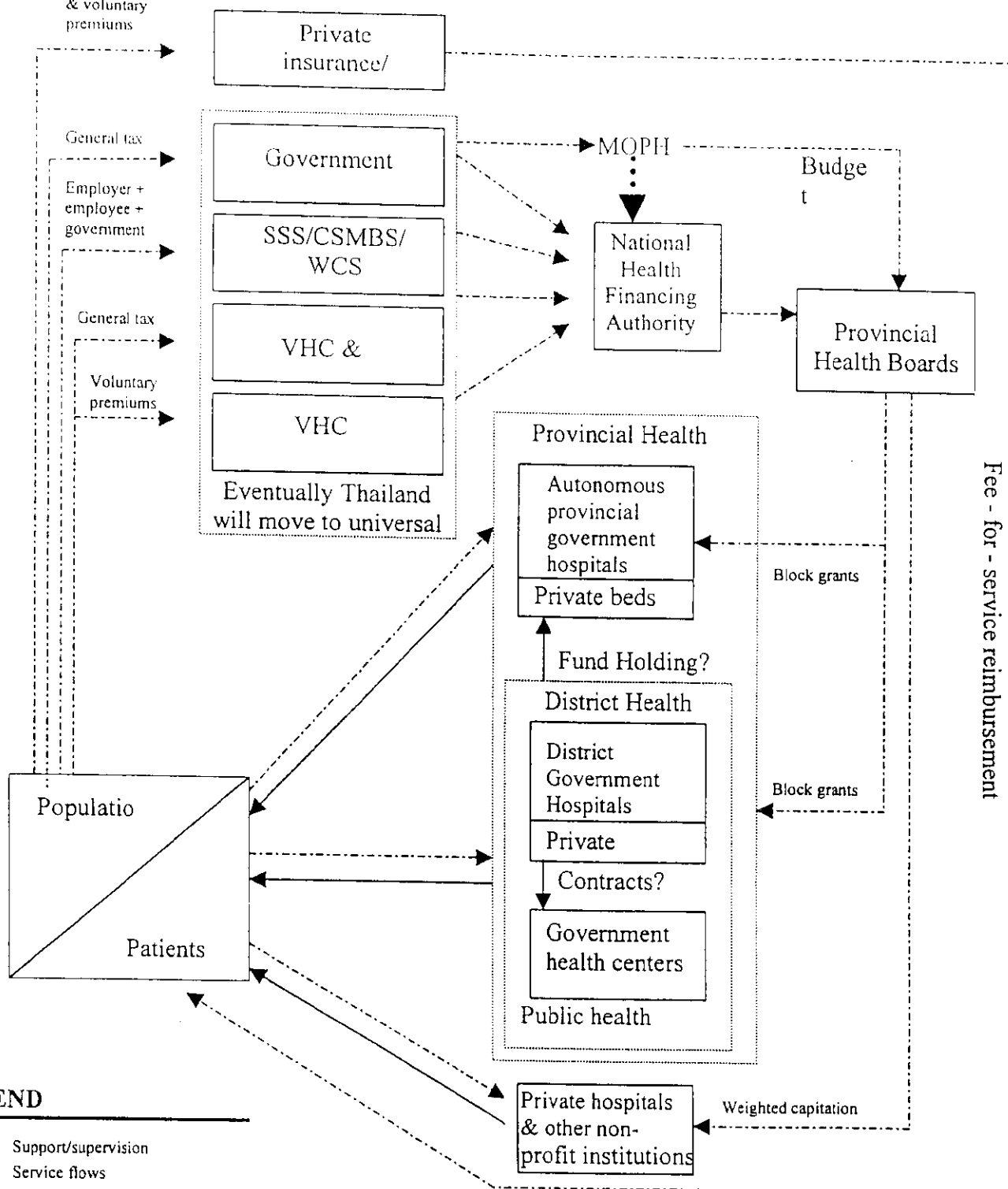
ในระยะยาวควรมีการรวมองค์กรด้านการคลังของการบริการสาธารณสุข โดยมีชื่อใหม่ ว่า สำนักงานการเงินการคลังสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Financing Authority, NHFA) ซึ่งจะต้องกำหนดบทบาทหน้าที่ต่อไป บทบาทหนึ่งที่สำคัญ NHFA ควรเป็นผู้ประสานงานการจ่ายเงินจากกองทุนต่างๆ ทั้งสวัสดิการข้าราชการ, กองทุนประกันสังคม, และกระทรวงสาธารณสุข ไปสู่จังหวัด อีกเรื่องที่สำคัญคือเงินจะถูกกองรวมกันแล้วจัดสรรมายังจังหวัด (ดู รูปที่ 6.3) ข้อดีคือมีศักยภาพจะพัฒนาประสิทธิภาพได้ และมีอำนาจผูกขาดที่จะต่อรองอัตราค่าบริการที่ยุติธรรม และลดการซ้ำซ้อนของค่าใช้จ่ายการบริหารจัดการ นอกจากนี้ การเป็นผู้จ่ายรายเดียวมีโอกาที่จะกระจายทรัพยากรให้เป็นธรรมมากขึ้น เนื่องจากภาพรวมทั้งหมดจัดการภายใต้องค์กรเดียว มีปัญหามากมายที่ขัดขวางการรวมองค์กรผู้จ่ายเงินเดียว ปัญหาใหญ่ก็คือผลประโยชน์ของผู้ถือเงินแต่ละส่วน ซึ่งอาจจะกีดกันผ่านนักการเมืองให้คงการกระจายผู้ถือเงินอยู่ต่อไป

ข้อพิจารณาที่สำคัญคือมีกลไกอะไรที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายและกลยุทธ์ ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการระหว่างกระทรวงขึ้นเพื่อพิจารณาเรื่องใหญ่ๆ นี้ ทั้งภาคการเมืองและภาคราชการควรเอาใจใส่ผลักดันร่างกฎหมายการมีประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากประสบการณ์ของประเทศอื่น เช่น โคลัมเบีย หรือ ฟิลิปปีนส์ อาจกล่าวได้ว่าการพัฒนานโยบายและกฎหมายอาศัยกลุ่มนักวิชาการทำงานภายใต้ผู้นำภายในกระทรวงสาธารณสุข ที่มีความตั้งใจและทุ่มเทตลอดเวลา ร่วมกับผู้นำทางภาคการเมือง (champions)



Fee-for-service reimbursement

Contract model



LEGEND

-> Support/supervision
- > Service flows
- - - -> Financial flows

FFS = fee for service
CSMBS = Civil Service Medical Benefit Scheme
SSS = Social Security Scheme
VHC = Voluntary Health Card
LICS = Low-income Card Scheme
TAPS = Traffic Accident Protection Scheme
WCS = Workmen's Compensation Scheme

NOTES:

- Co-payments between patients & providers.
- Full cost recovery in private beds/hospitals.
- Provincial & District Health Office is part of Provincial Coordinated System
- Urban and rural provinces & districts treated the same
- Need for law to authorize and give authority for this model to be implemented

Bennett, S. and Tangcharoensathien, V. (1993) "Health Insurance and Private Providers: A Study of the Civil Servants' Medical Benefit Scheme in Bangkok, Thailand", International Journal of Health Planning and Management, 8:137-152.

Bennett, S. and Tangcharoensathien, V. (1994) "A Shrinking State – Politics, Economics and Private Health Care in Thailand", Public Administration and Development, 14(1): 1-17.

Brooker Group (March 13, 1998) Final Report: Impact of Thailand's Economic Crisis on the Social Sector, Health Care – 20 pp. (xerox).

Chunharas, S. (----) Exempting the Poor: Experience of Thailand, Boston: Harvard School of Public Health, (xerox).

Donaldson, D. (June 3, 1997) Background for Thailand Health Sector Assessment, background paper for World Bank Flagship Course on Health Sector Reform, 23 pp. plus tables.

Denduang, S. and Denduang, N. (1999) The development and evaluation of market in the voluntary health card. Nakornpathom: Faculty of Social Science and Humanities, Mahidol University.

Enthoven, A.C. (1994) "On the Ideal Market Structure for Third-Party Purchasing of Health Care", Social Science and Medicine, 39(10): 1413-1424.

Enthoven, A.C. and Singer, S.J. (Spring 1995) "Market-based Reform: What to Regulate and by Whom?", Health Affairs, pp. 105-119.

Glaser, W.A. (Summer 1984) "Juggling Multiple Payers: American Problems and Foreign Solutions", Inquiry 21: 178-188.

Green, A. (November 1997) Health Sector Reform: Policy Formulation and Implementation – Country Report on Thailand, Leeds: Nuffield Institute for Health, 38 pp. plus annexes (xerox).

Griffin, C. (1992) Health Care in Asia: A Comparative Study of Costs and Financing, Washington, DC: World Bank, 226 pp.

Heller, P.S. (June 1998) "Aging in the Asian Tiger Economies", Finance and Development, pp. 26-29.

Hsiao, W.C. (1993) Health Care Financing in Thailand: Challenges for the Future, paper presented at the Leadership Workshop on Health Care Financing in Thailand, Phetburi, Thailand, November 12-13, 1993.

- Hsiao, W.C. (Summer 1995) "Medical Savings Accounts: Lessons from Singapore", Health Affairs, pp, 260-266.
- Hunter, D.J. and Stockford, D. (1997) "Health Care Reform in the United Kingdom", in Nittayaramphong, S. ed. Health Care Reform, at the Frontier of Research and Policy Decisions, Nonthaburi: MOPH, pp. 71-100.
- Kanchonham, Y. and Chunharas, S. (1993) "At the Crossroads – Challenges for Thailand Health Development", Health Policy and Planning, 8(3): 208-216.
- Kiranandana, T. (October 1993) Voluntary Health Insurance in Thailand, paper presented at the Health Financing in Thailand, a National Workshop, Phetburi, Thailand, November 12-13, 1993, 72 pp.
- Massaro, T.A. and Wong, Y. (Summer 1995) "Positive Experiences with Medical Savings Accounts in Singapore", Health Affairs, pp. 267-272.
- Mills (1991) "Exempting the Poor: the Experience of Thailand", Asian Survey, 28(4): 451-470.
- Mills, A. (1997) "Current Policy Issues in Health Care Reform from an International Perspective: the Battle between the Bureaucrats and Marketeers", in Nittayaramphong, S. ed. Health Care Reform, at the Frontier of Research and Policy Decisions, Nonthaburi: MOPH, pp.17-46.
- Mongkolsmai, D. (1993) The Social Welfare for Health Care, paper presented at the Health Financing in Thailand, a National Workshop, Phetburi, Thailand, November 12-13, 1993.
- Mongkolsmai, D. (1997) "Private Sector Growth and Social Security Insurance in Thailand", in Newbrander, W. ed. Private Health Sector Growth in Asia: Issues and Implications, New York: John Wiley and Sons, pp. 83-107.
- MOPH (----) Ministry of Public Health, Its Administrative System and some Salient Background Information, Nonthaburi: MOPH, 60 pp.
- MOPH and Parliamentary Health Committee (----) National Health Insurance Act, B.E., 25 pp. (draft, xerox).
- Nittayaramphong, S. and Tangcharoensathien, V. (1994) "Thailand: Private Health Care Out of Control", Health Policy and Planning, 9(1):31-40.
- Nittayaramphong, S. and Panarunothai, S. (1997) "Thailand at the Crossroads: Challenges for Health Sector Reform", in Nittayaramphong, S. ed. Health Care Reform, at the Frontier of Research and Policy Decisions, Nonthaburi: MOPH, pp. 141-165.
- Nittayaramphong, S. et.al. (1993) Payroll Tax Financed Health Insurance Schemes in Thailand: A Policy Analysis, paper presented at the Health

Financing in Thailand, a National Workshop, Phetburi, Thailand, November 12-13, 1993, 30 pp.

OECD (1992) The Reform of Health Care, A Comparative Analysis of Seven OECD Countries, Paris: OECD, 152 pp.

Panarunothai, S. and Tangcharoensathien, S. (1993) Health Financing Reforms in Thailand: A Blue Print, paper presented at the Health Financing in Thailand Workshop, 12-13 November, 1993, Petchaburi, Thailand, 12 pp.

Panarunothai, S. and Rehnberg, C. (June 1998) Equity in the Delivery of Health Care in Thailand, Nonthaburi: HSRI, 25 pp.

Pothisiri, P. et.al. (1998) Funding Priorities for HIV/AIDS Crisis in Thailand, paper presented at the "Funding and Policy" session of the 1998 World AIDS Conference in Geneva, (xerox).

Prescott, N. (1997) "A Script – How to Manage Rising Health Care Costs in East Asia", Healthcare Asia, pp. 10-21.

Reich, M. (June 1994) Political Mapping of Health Policy, Boston: DDM/HSPH, 32 pp. (draft).

Roemer, M.I. (1991) National Health Systems of the World, New York: Oxford University Press, pp. 271-298.

Rojvanit, A. (January 1993) Pricing Policy in Public Hospitals, Bangkok: Thammasat University (Economics), 51 pp.

Rojvanit, A. (1993) The Civil Servant Medical Benefits Scheme, paper presented at the Health Financing in Thailand, a National Workshop, Phetburi, Thailand, November 12-13, 1993.

Smutharaks, B. (April 10, 1993) An Overview of Issues in Thailand's Health Care Financing System, 20 pp. (draft, xerox).

Songkhla, M.N.et.al. (June 28, 1997) Equity on Health and Health Care in Thailand, Nonthaburi: HSRI, 44 pp.

Srivanichakorn, S. and van Dormael, M. (1998) "Conditions, Constraints, and Strategies for Increased Contribution of General Practitioners to the Health System in Thailand", Human Resources for Development Journal 2(1): 48-59.

Supachutikul, A. (July 1996) Situation Analysis in Health Insurance and Future Development, Bangkok: THRI, 110 pp.

Tangcharoensathien, V., Nittayaramphong, S. (October 30, 1992) The Public Private Mix in Thailand: Country Background Paper, Bangkok: Health Planning Division, MOPH (xerox).

Tangcharoensathien, V. and Supachutikul, A. (1997) Compulsory Health Insurance Development in Thailand, paper presented at the International Conference on "Economics of Health Insurance in Low and Middle Income Countries". Antwerp, Belgium.

Tangcharoensathien, V., Supachutikul, A., and Nittayaramphong, S. (March 19, 1992) "Cost Recovery of Hospitals under the Ministry of Health", Chulalongkorn Medical Journal, August; 36(8): 593-599.

Tangcharoensathien, V. et.al. (1998) The Social Security Scheme in Thailand: What Lessons Can be Drawn?, Nonthaburi: HSRI, 20 pp. (xerox).

Tangcharoensathien, V. et.al. (----) National Health Account Development: Lesson from Thailand, Nonthaburi: HSRI (xerox).

Tangcharoensathien, V. et.al. (----) Pattern of Public Sector Health Expenditure during the Fifth, Sixth, and Seventh National Health Development Plans (1982-1996), 68 pp. (in Thai – xerox).

Taylor Associates International (January 17, 1997) Private Hospital Investment Opportunities, Country Profiles, Annapolis: Taylor Associates International, pp. 37-42.

Wilbulpolprasert, S. (1991) "Community Financing: Thailand's Experience", Health Policy and Planning, 6(4): 354-360.

Wilbulpolprasert, S. et.al. (January 19, 1998) Future Scenarios of the Thai Health Care System, Health Futures Study, Nonthaburi: MOPH, 21 pp. (xerox).

Wilbulpolprasert, S., Tangcharoensathien, V., and Lertiendumrong, J. (15 April 1998) The Economic Crisis and Responses by the Health Sector in Thailand, 1997-98, paper presented at the Regional Consultation on the Health Implications of the Economic Crisis in the South-East Asian Region, 23-25 March 1998, Bangkok, Thailand, 25 pages (xerox).

World Bank (November 30, 1997) Thailand: Public Finance in Adjustment, Bangkok: World Bank, 23 pp. (xerox).

---- (1997) Cost and Revenue Analysis of Khon Kaen Hospital in the Fiscal Year 1997, (in Thai).

---- (1997) Unit Cost Analysis on Health Care Centers in Tak Province, Fiscal Year 1997, (in Thai).

---- (May 1997) Exempting the Poor: A Review and Evaluation of the Low-income Care (Medical Welfare) Scheme in Thailand, Nonthaburi: HSRI, 73 pp. (xerox).

---- (----) Public Hospital Financing in Thailand (in Thai).

APPENDIX A
APPENDIX TABLES

PLAN PERIOD Year	POPULATION (million)	GOVT EXP (million Bhat)	% GDP	PUBLIC HEALTH EXP (million Bhat)	MOPH EXP (million Bhat)	MOPH % GDP	MOPH % GOVT EXP	MED CPI INDEX 1996 = 100	MOPH 1990 REAL EXP. (million Bhat)	% REAL ANNUAL CHANGE	MOPH REAL PER CAP. (Bhat)	SALARY %	OTHER RECUR. %	CAPITAL %	OTHER RECUR / CAPITA (Bhat)	EXCHG RATE (Bhat/US\$)	OTHER RECUR / CAPITA (US\$)
5th PLAN																	
2525 (1982)	50.2	161,000	19.6%	7,668.0	6,641.4	0.8%	4.1%	53.7	12,367.6		246	42%	36%	22%	88.73	25.4	\$3.50
2526 (1983)	51.1	177,000	19.4%	8,059.6	7,918.6	0.9%	4.5%	55.7	14,216.5	14.9%	278	45%	36%	19%	100.16	24.1	\$4.16
2527 (1984)	52.0	192,000	19.7%	8,878.1	8,655.8	0.9%	4.5%	57.2	15,132.5	6.4%	291	45%	38%	17%	110.54	26.5	\$4.15
2528 (1985)	53.0	209,000	20.6%	9,976.5	9,452.4	0.9%	4.5%	59.0	16,021.0	5.9%	303	45%	38%	17%	114.96	29.3	\$3.93
2529 (1986)	53.8	211,650	19.2%	9,926.6	9,426.8	0.9%	4.5%	59.6	15,816.8	-1.3%	294	49%	38%	13%	111.82	32.0	\$3.50
% Real Grwth										27.9%		49%	35%	-24%			
6th PLAN																	
2530 (1987)	54.6	227,550	18.1%	10,093.5	9,544.5	0.8%	4.2%	61.1	15,621.1	-1.2%	286	53%	36%	11%	103.08	35.6	\$2.90
2531 (1988)	55.4	243,500	16.1%	10,959.5	10,372.5	0.7%	4.3%	62.2	16,676.0	6.8%	301	52%	36%	12%	108.41	34.0	\$3.19
2532 (1989)	56.2	285,500	16.1%	12,447.9	11,733.0	0.7%	4.1%	65.7	17,858.4	7.1%	318	51%	35%	14%	111.21	33.8	\$3.29
2533 (1990)	56.9	335,000	16.3%	18,046.8	16,225.0	0.8%	4.8%	71.2	22,787.9	27.6%	400	48%	34%	18%	136.08	36.0	\$3.78
2534 (1991)	57.7	387,500	16.1%	22,705.9	20,568.6	0.9%	5.3%	75.7	27,171.2	19.2%	471	47%	32%	21%	150.75	36.2	\$4.15
% Real Grwth										73.9%		54%	55%	232%			
7th PLAN																	
2535 (1992)	58.4	460,400	16.7%	27,238.2	24,642.4	0.9%	5.4%	81.5	30,236.1	11.3%	518	44%	33%	24%	170.78	35.1	\$4.87
2536 (1993)	59.2	560,000	17.9%	36,549.5	32,428.1	1.0%	5.8%	88.7	36,559.3	20.9%	618	43%	34%	23%	210.02	35.1	\$5.98
2537 (1994)	60.0	625,000	17.6%	44,334.9	38,773.2	1.1%	6.2%	95.2	40,728.2	11.4%	679	40%	32%	28%	217.38	36.6	\$5.94
2538 (1995)	60.7	715,000	17.4%	51,178.7	44,495.1	1.1%	6.2%	98.8	45,035.5	10.6%	742	38%	30%	32%	222.45	37.5	\$5.93
2539 (1996)	61.5	843,000	18.1%	54,409.9	56,545.8	1.2%	6.7%	100.0	56,545.8	25.6%	919	38%	28%	34%	257.34	36.8	\$6.99
% Real Grwth										87.0%		62%	59%	165%			
8th PLAN																	
2540 (1997)	62.3	889,365			66,544.0		7.5%	103.5	64,293.7	13.7%	1032	34%	27%	39%	278.53	57.0	\$4.89
2541 (1998)	63.1	885,808			59,920.8		6.8%	108.8	55,074.3	-14.3%	872	42%	31%	27%	270.42	40.0	\$6.76
2542 (1999)	64.0	854,804			57,144.6		6.7%	115.0	49,691.0	-9.8%	777	47%	39%	14%	303.02		
% Real Grwth '95 - 99										10.3%	4.8%	29.6%	36.2%	-54.2%			

Sources:

Tangcharoensathien, V. (1998) Pattern of Public Sector Expenditure During the 5th, 6th, 7th and 8th National Health Development Plan, Tables 2.3 and 2.4.

Medical CPI figures for Whole Country from Ministry of Commerce.

Wilbulpolprasert, S., Tangcharoensathien, V., and Lertindumrong, J. (April 15, 1998) The Economic Crisis and Responses by the Health Sector in Thailand, 1997-98.

World Development Indicators (1998).

File: Final CPL.xls

Table A.2. Conversion of 1994 Medical Care CPI to 1996 Base Year

Medical Care - CPI																
Final Version	Thailand	0.9524	BKK	0.9718	Central	0.9470	Northern	0.9346	North Eastern	0.8913	South	0.9200	Municipal	0.9524	Sanitary	0.6220
Year	1994=100	1996=100	1994=100	1996=100	1994=100	1996=100	1994=100	1996=100	1994=100	1996=100	1994=100	1996=100	1994=100	1996=100	1986=100	1996=100
1981	53.1	50.6	56.7	55.1	51.1	48.4	45.0	42.1	46.8	41.7	54.7	50.3	53.1	50.6		
1982	56.4	53.7	58.1	56.5	58.9	55.8	49.0	45.8	49.1	43.8	59.8	55.0	56.4	53.7		
1983	58.5	55.7	59.0	57.3	63.8	60.4	50.6	47.3	52.8	47.1	60.7	55.8	58.5	55.7		
1984	60.1	57.2	60.4	58.7	66.0	62.5	52.7	49.3	54.4	48.5	61.3	56.4	60.0	57.1		
1985	61.9	59.0	62.3	60.5	67.8	64.2	53.7	50.2	57.3	51.1	61.8	56.9	61.8	58.9		
1986	62.6	59.6	62.5	60.7	68.6	65.0	57.1	53.4	57.9	51.6	62.4	57.4	62.6	59.6	100.0	62.6
1987	64.2	61.1	64.1	62.3	71.2	67.4	58.3	54.5	60.0	53.5	63.3	58.2	64.2	61.1	101.7	64.2
1988	65.3	62.2	65.3	63.5	71.7	67.9	59.6	55.7	60.7	54.1	63.8	58.7	65.3	62.2	103.7	65.3
1989	69.0	65.7	71.0	69.0	72.7	68.8	60.5	56.5	61.1	54.5	64.3	59.2	69.0	65.7	108.3	69.0
1990	74.8	71.2	77.9	75.7	75.2	71.2	65.7	61.4	63.2	56.3	71.7	66.0	74.8	71.2	110.4	74.8
1991	79.5	75.7	81.6	79.3	81.2	76.9	73.1	68.3	70.5	62.8	76.8	70.7	79.5	75.7	123.6	79.5
1992	85.6	81.5	86.0	83.6	85.8	81.3	83.1	77.7	85.2	75.9	83.9	77.2	85.6	81.5	132.1	85.6
1993	93.1	88.7	92.8	90.2	93.9	88.9	91.8	85.8	95.8	85.4	93.7	86.2	95.2	90.7	137.8	95.2
1994	100.0	95.2	100.0	97.2	100.0	94.7	100.0	93.5	100.0	89.1	100.0	92.0	100.0	95.2	146.7	100.0
1995	103.7	98.8	102.2	99.3	103.8	98.3	106.0	99.1	106.8	95.2	106.4	97.9	103.7	98.8	155.6	103.7
1996	105.0	100.0	102.9	100.0	105.6	100.0	107.0	100.0	112.2	100.0	108.7	100.0	105.0	100.0	168.8	105.0
1997	108.7	103.5	109.9	106.8	108.1	102.4	108.6	101.5	115.9	103.3	111.5	102.6	108.7	103.5	174.3	108.7
1998 Jan	113.7	108.3	112.2	109.0	119.8	113.4	111.6	104.3	124.0	110.5	114.2	105.1	113.7	108.3	187.0	113.7
1998 Feb	113.9	108.5	112.4	109.2	120.0	113.6	111.7	104.4	124.0	110.5	114.2	105.1	113.9	108.5	187.2	113.9
1998 Mar	114.2	108.8	112.6	109.4	120.4	114.0	111.8	104.5	124.2	110.7	114.4	105.2	114.2	108.8	187.4	114.2
1998 April	114.2	108.8	112.7	109.5	120.7	114.3	111.8	104.5	124.2	110.7	114.6	105.4	114.2	108.8	189.2	114.2
1998 May	114.4	109.0	112.7	109.5	120.8	114.4	111.8	104.5	126.0	112.3	114.6	105.4	114.4	109.0	189.6	114.4
1998 June	114.4	109.0	112.7	109.5	121.1	114.7	112.0	104.7	126.0	112.3	114.6	105.4	114.4	109.0	190.6	114.4
1998 July	114.5	109.0	112.8	109.6	121.2	114.8	112.4	105.0	126.4	112.7	114.6	105.4	114.5	109.0	190.8	114.5
1998 Aug	114.7	109.2	112.9	109.7	121.3	114.9	112.6	105.2	126.7	112.9	115.0	105.8	114.7	109.2	192.0	114.7
1998 Sep	115.5	110.0	114.1	110.9	121.3	114.9	112.9	105.5	126.8	113.0	115.1	105.9	115.5	110.0	192.5	115.5
1998 Oct	115.6	110.1	114.1	110.9	121.4	115.0	112.9	105.5	126.8	113.0	115.2	106.0	115.6	110.1	192.6	115.6

Source : Trade and Economics Index, Division
Department of Business Economics
Ministry of Commerce

Table A.3: Monthly Household Health Expenditure by Provider and Region, Thailand, 1986 - 1996

Medical Price CPI - Whole Country		0.5962	0.6219	0.7124	0.8152	0.9524	1.0000	% 86-96
(1996 Base Year)		1986	1988	1990	1992	1994	1996	
Whole	Health expenditure	221	230	260	277	275	343	54.9%
	Self medication	59	50	49	48	41	41	-30.2%
	Private Hosp/Clinic	66	82	106	118	123	148	124.8%
	Public Hospital	81	84	87	93	89	134	65.8%
	Other	16	15	17	18	22	20	25.0%
Medical Price CPI - Gr BKK		0.60680	0.63400	0.75630	0.83590	0.97090	1.0000	
		1986	1988	1990	1992	1994	1996	
GTBKK	Health expenditure	275	342	509	519	454	579	110.4%
	Self medication	64	52	52	53	49	56	-12.9%
	Private Hosp/Clinic	106	170	274	307	291	364	242.2%
	Public Hospital	74	84	151	134	70	123	65.2%
	Other	30	36	32	26	44	36	19.3%
Medical Price CPI - Central		0.6506	0.6799	0.7121	0.8125	0.9470	1.0000	
		1986	1988	1990	1992	1994	1996	
Central	Health expenditure	227	227	233	279	313	351	54.3%
	Self medication	66	54	65	55	52	54	-18.3%
	Private Hosp/Clinic	82	77	98	114	131	142	72.9%
	Public Hospital	64	86	56	102	103	133	106.9%
	Other	15	9	15	8	27	22	47.0%
Medical Price CPI - North		0.5327	0.5570	0.6140	0.7766	0.9346	1.0000	
		1986	1988	1990	1992	1994	1996	
North	Health expenditure	238	237	238	254	275	274	14.9%
	Self medication	66	54	54	52	37	36	-45.2%
	Private Hosp/Clinic	70	88	79	97	121	105	50.7%
	Public Hospital	91	80	87	77	96	113	25.0%
	Other	13	15	18	29	21	20	58.9%
Medical Price CPI - NE		0.5160	0.5410	0.5633	0.7594	0.8913	1.0000	
		1986	1988	1990	1992	1994	1996	
NE	Health expenditure	221	201	241	232	196	241	9.1%
	Self medication	60	55	59	47	37	34	-43.4%
	Private Hosp/Clinic	42	52	75	65	62	82	97.3%
	Public Hospital	102	81	91	98	82	111	8.8%
	Other	17	14	16	21	15	14	-19.4%
Medical Price CPI - South		0.5741	0.5860	0.6596	0.7718	0.9200	1.0000	
		1986	1988	1990	1992	1994	1996	
South	Health expenditure	228	271	265	216	245	421	84.5%
	Self medication	52	43	39	34	34	31	-40.7%
	Private Hosp/Clinic	77	87	90	94	82	136	76.8%
	Public Hospital	85	134	116	75	116	239	182.0%
	Other	14	7	21	13	13	15	4.7%
Medical Price CPI - Muni		0.5960	0.6220	0.7120	0.8150	0.9520	1.0000	
		1986	1988	1990	1992	1994	1996	
Municipal	Health expenditure	294	286	298	319	370	346	17.9%
	Self medication	59	48	51	48	45	42	-28.0%
	Private Hosp/Clinic	104	111	129	161	175	168	61.5%
	Public Hospital	103	106	102	92	114	112	8.9%
	Other	28	21	16	19	35	24	-15.0%
Medical Price CPI - Sanitary		0.5920	0.6140	0.6540	0.7830	0.8690	1.0000	
		1986	1988	1990	1992	1994	1996	
Sani distr	Health expenditure	284	280	275	272	346	424	49.3%
	Self medication	57	50	57	52	41	42	-27.0%
	Private Hosp/Clinic	97	102	110	99	174	143	47.0%
	Public Hospital	116	119	88	112	103	211	81.8%
	Other	13	9	21	9	28	27	115.0%
Medical Price - Village		0.5920	0.6140	0.6540	0.7830	0.8690	1.0000	
		1986	1988	1990	1992	1994	1996	
Village	Health expenditure	198	195	216	230	236	279	41.1%
	Self medication	59	50	52	47	41	38	-36.0%
	Private Hosp/Clinic	53	59	70	79	80	98	86.0%
	Public Hospital	76	77	78	86	98	129	69.8%
	Other	10	10	16	18	16	15	44.6%

Table A.4: Monthly Household Hlth Expenditures by Employment Category, Thailand, 1986 - 1998, Real 96 Bhat

	0.5962	0.6219	0.7124	0.8152	0.9524	1.0000	1.05	1.1			
Medical CPI (1996 = 100)	221	230	260	277	275	360	295	315			
All Households HE Real	1986	1988	1990	1992	1994	1996	1998-1st	1988 2nd	% 86-96	% 86-98	% 96-98
	195	193	199	202	163	227	204	211	16.6%	8.5%	-6.9%
Mainly Owning Land	188	235	234	182	231	275	275	251	46.4%	33.6%	-8.8%
Mainly Renting Land	270	285	286	394	367	430	378	318	59.4%	17.8%	-26.1%
Entrepreneurs	320	378	365	408	490	1000	570	770	212.0%	140.2%	-23.0%
Professionals	124	142	115	134	156	204	121	118	64.1%	-5.3%	-42.3%
Farm Workers	119	156	139	152	208	214	223	206	79.9%	72.8%	-3.9%
General Workers	290	270	439	399	364	323	417	408	11.4%	40.8%	26.3%
Clerical/Sales	208	188	222	253	232	312	214	255	49.9%	22.7%	-18.2%
Production Wkrs	290	283	389	352	335	445	295	336	53.4%	15.8%	-24.5%
Econ Inactive											

Table A.5: Monthly Household Health Expenditures by Employment Category, Bangkok, 1986 - 1996, Real 96 Bhat

	0.6068	0.634	0.7563	0.8359	0.9709	1.0000	% 86-96
Med CPI-BKK (1996=100)							
Gtr BKK - HE Real 1996	1986	1988	1990	1992	1994	1996	
	208	144	327	278	314	244	17.5%
Mainly Owning Land	358	459	116	300	286	413	15.5%
Mainly Renting Land	320	339	372	666	402	421	31.7%
Entrepreneurs	494	521	481	595	787	722	46.0%
Professionals	145	237	116	596	201	204	40.7%
Farm Workers	77	128	274	95	104	245	216.3%
General Workers	234	257	709	587	461	358	53.0%
Clerical/Sales	203	216	307	346	280	274	35.2%
Production Wkrs	372	863	1140	552	862	317	-14.9%
Econ Inactive							

Table A.6. Monthly Household Health Expenditures by Employment Category, Municipalities, 1986 - 1996, Real 96 Bhat

	0.67	0.747	0.822	0.822	0.893	1	% 86-96
Medical CPI (1996 = 100)	261	238	258	316	394	347	
Muni - HE Real 1996	1986	1988	1990	1992	1994	1996	
Mainly Owning Land	160	1224	220	200	119	159	-0.4%
Mainly Renting Land	136	66	263	100	373	75	-44.8%
Entrepreneurs	279	216	276	305	437	310	11.1%
Professionals	390	242	325	369	592	405	4.0%
Farm Workers	121	181	175	86	125	232	91.9%
General Workers	104	103	214	207	459	642	514.5%
Clerical/Sales	228	261	246	339	281	313	37.1%
Production Wkrs	181	157	109	184	215	160	-11.4%
Econ Inactive	245	257	337	437	479	620	153.3%

Table A.7: Monthly Household Health Expenditures by Employment Category, Sanitary Districts, 1986 - 1996, Real 96 Bhat

	0.614	0.672	0.727	0.835	0.878	1	% 86-96
Medical CPI (1996 = 100)	274	256	248	255	343	424	
Sanitary - HE Real 1996	1986	1988	1990	1992	1994	1996	
Mainly Owning Land	178	228	205	271	197	230	29.6%
Mainly Renting Land	164	293	179	356	314	233	41.6%
Entrepreneurs	383	223	279	250	391	468	22.3%
Professionals	235	481	429	351	376	1753	647.5%
Farm Workers	138	177	153	143	140	173	25.0%
General Workers	184	219	151	113	120	202	9.8%
Clerical/Sales	350	366	210	225	298	332	-5.2%
Production Wkrs	153	147	164	143	284	188	22.8%
Econ Inactive	476	192	260	426	644	298	-37.3%

Table A.8: Monthly Household Health Expenditures by Employment Category, Villages, 1986 - 1996, Real 96 Bhat

	0.614	0.672	0.727	0.835	0.878	1	% 86-96
Medical CPI (1996 = 100)	191	179	194	216	233	279	
Villages - HE Real 1996	1986	1988	1990	1992	1994	1996	
Mainly Owning Land	189	173	194	194	174	215	13.8%
Mainly Renting Land	178	201	235	159	240	262	47.6%
Entrepreneurs	191	265	217	340	363	313	64.3%
Professionals	217	272	197	291	354	450	107.7%
Farm Workers	117	121	107	126	172	195	66.3%
General Workers	109	134	118	156	230	199	82.4%
Clerical/Sales	340	180	205	247	347	261	-23.3%
Production Wkrs	217	161	143	212	227	314	45.0%
Econ Inactive	223	168	283	289	246	394	76.6%

APPENDIX B
APPENDIX FIGURES

Figure B.1: Mthly Hhold Hlth Exp by Provider - Whole Kingdom

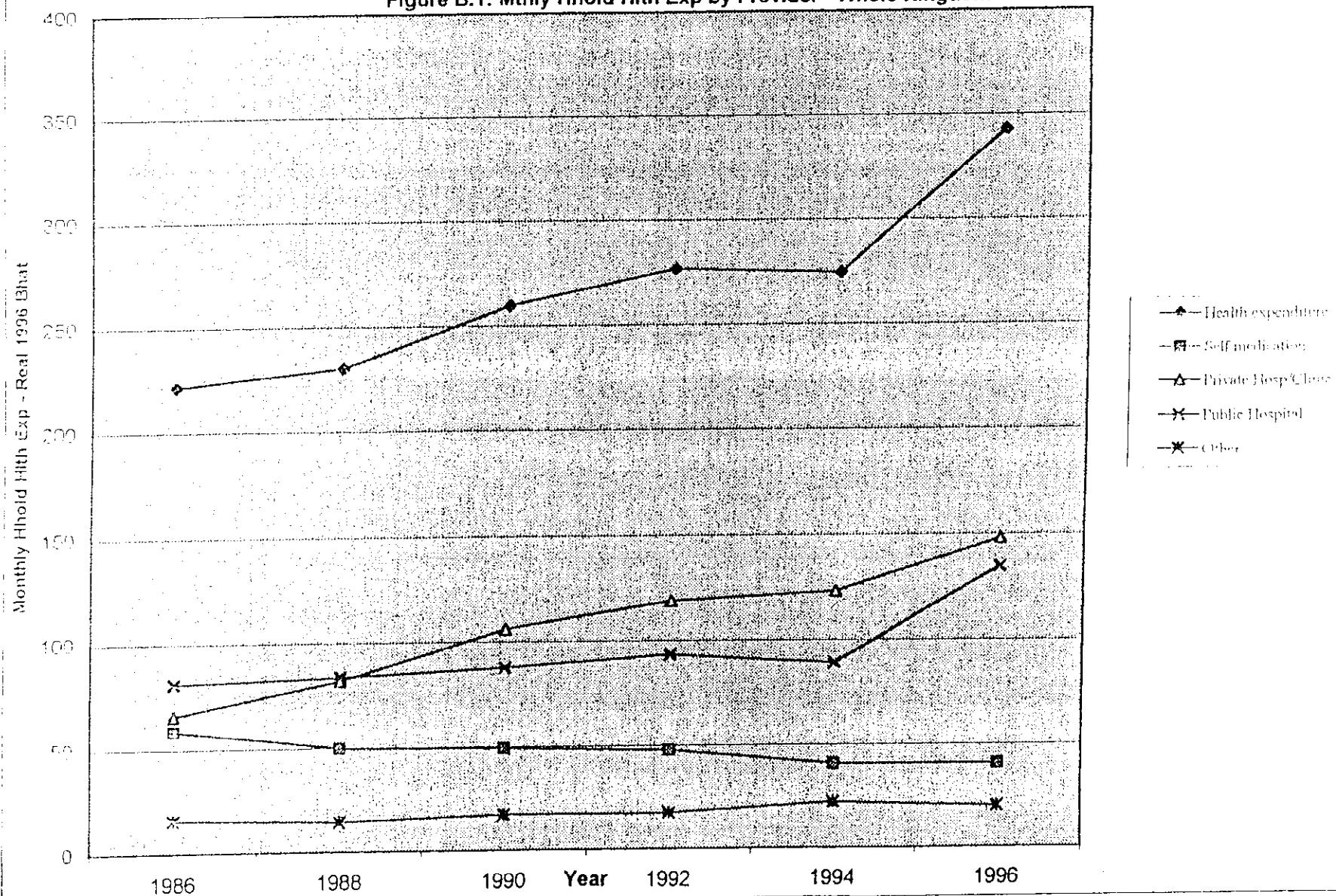


Figure B.2: Mthly Hhold Hlth Exp by Provider - Gtr. Bangkok

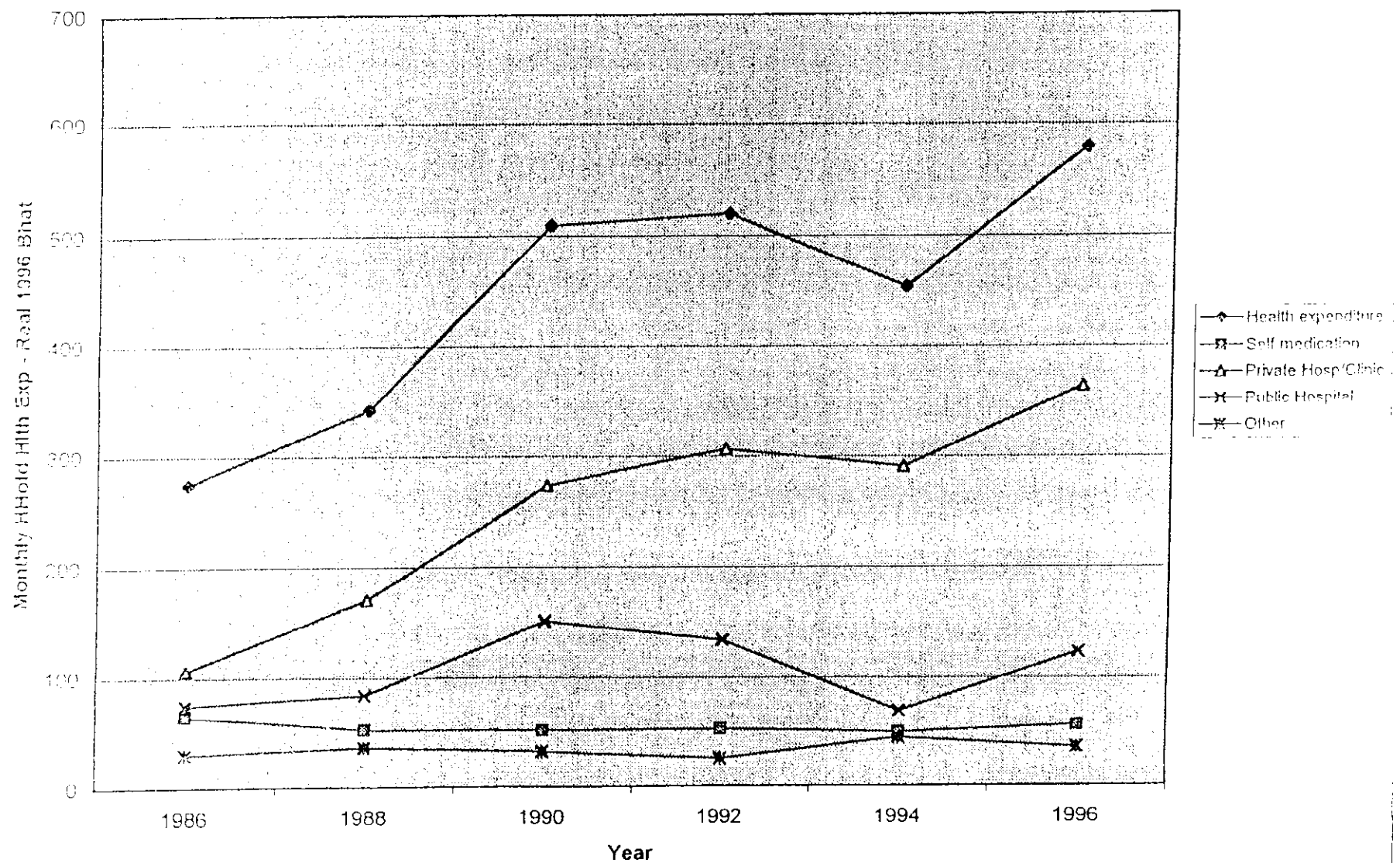


Figure B.3: Mnthly Hhold Hlth Exp by Provider - Central

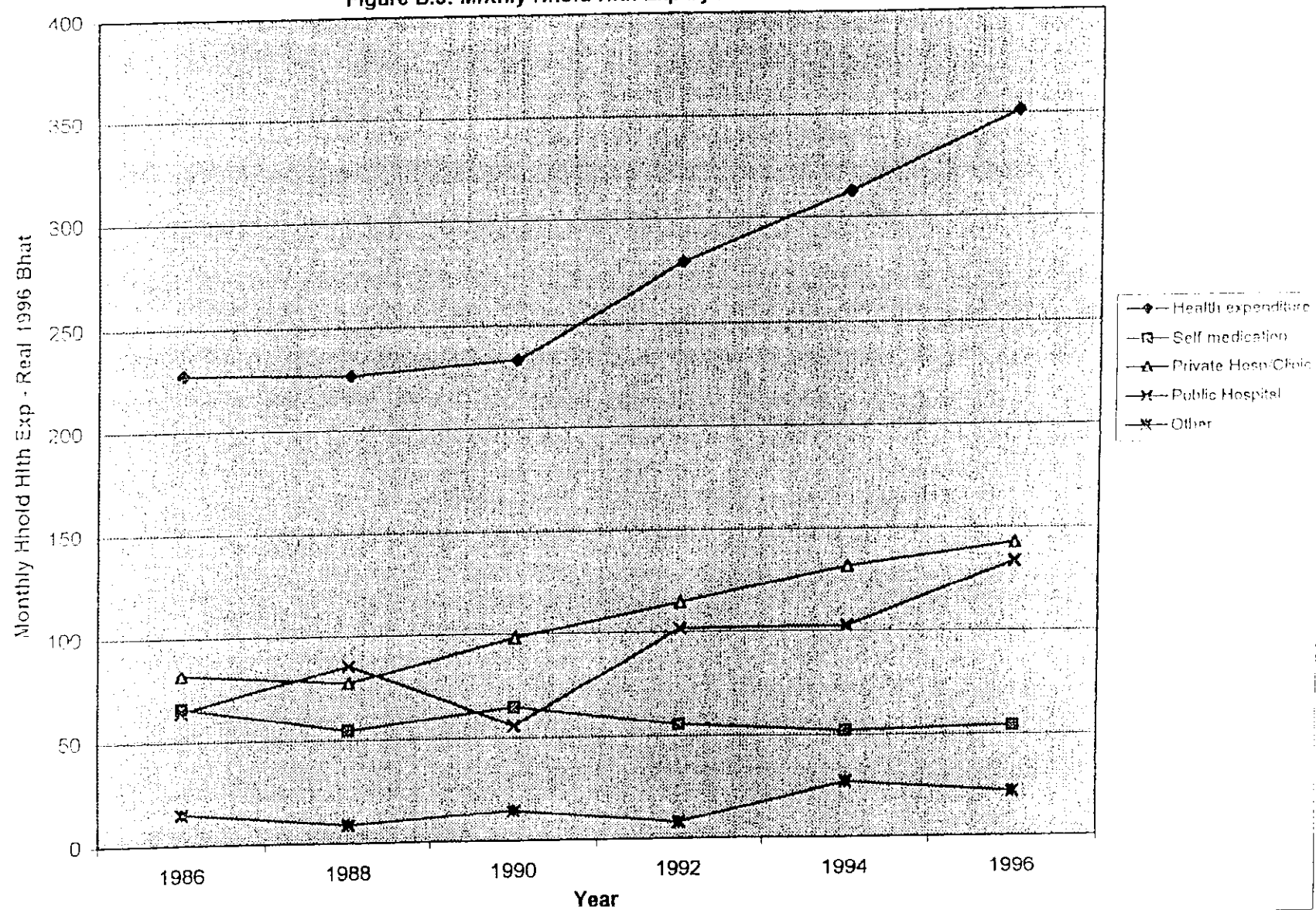


Figure B.4: Mnthly Hhold Hlth Exp by Provider - North

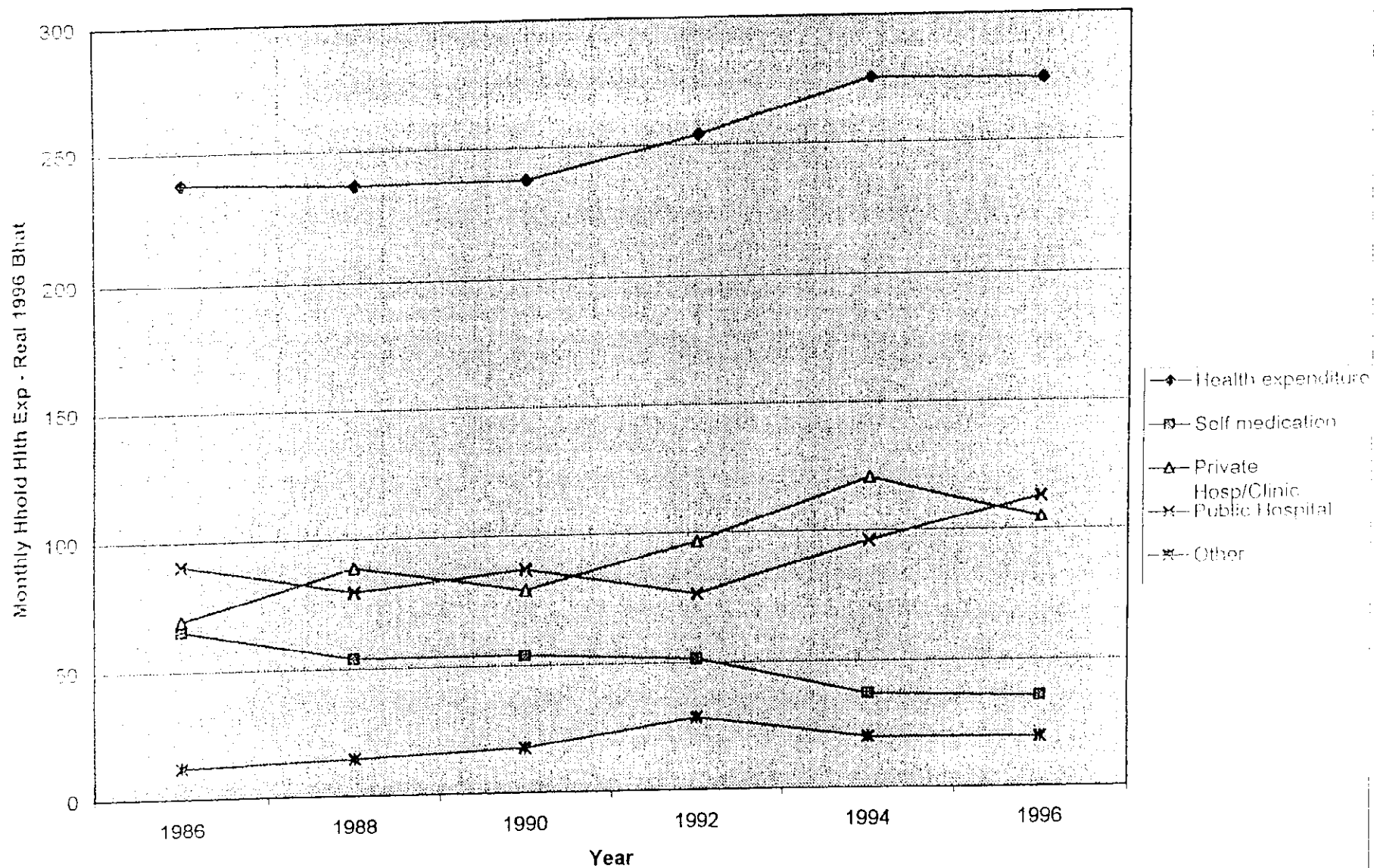


Figure B.5: Mthly Hhold Hlth Exp by Provider - Northeast

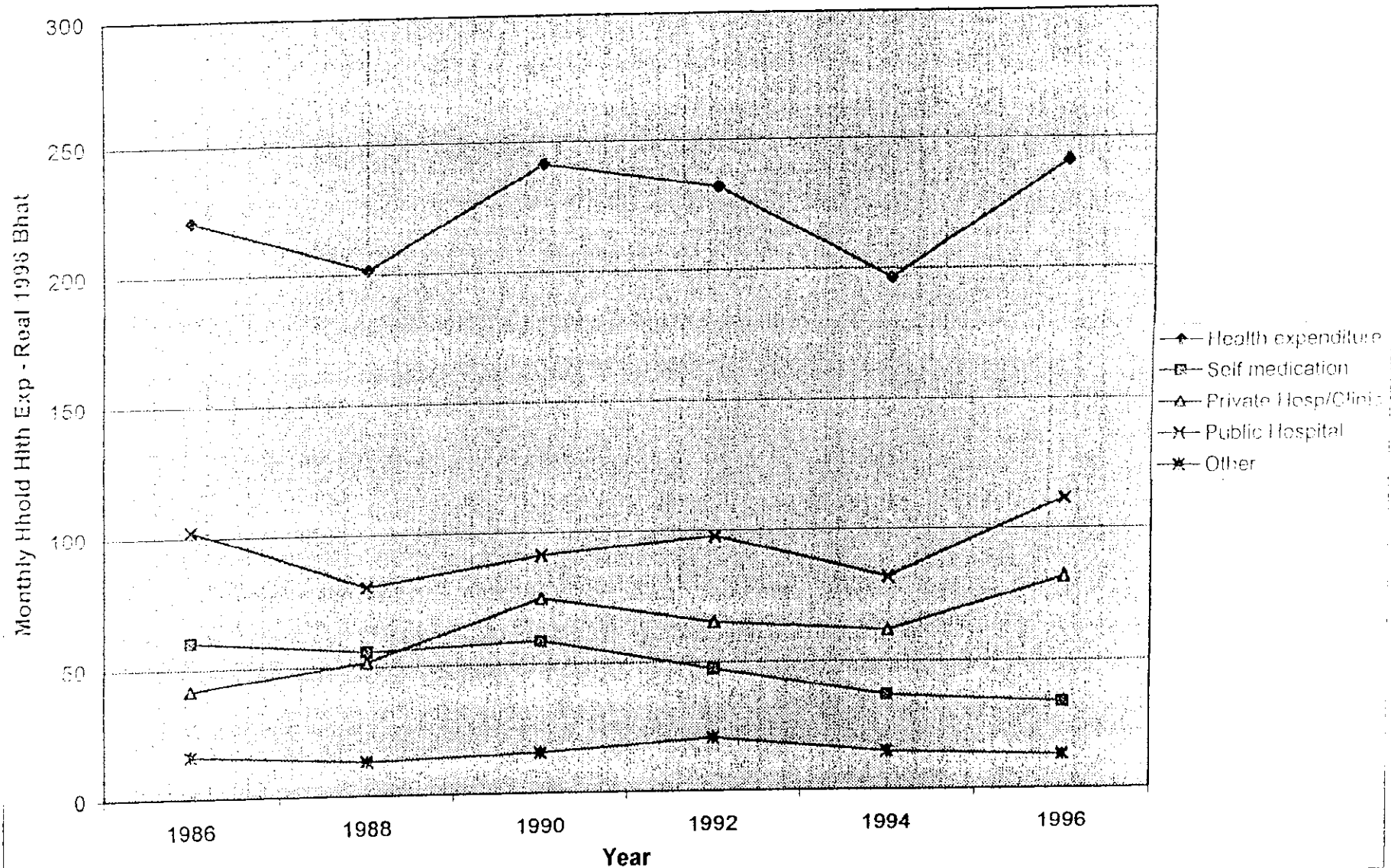


Figure B.6: Mthly Hhold Hlth Exp by Provider - South

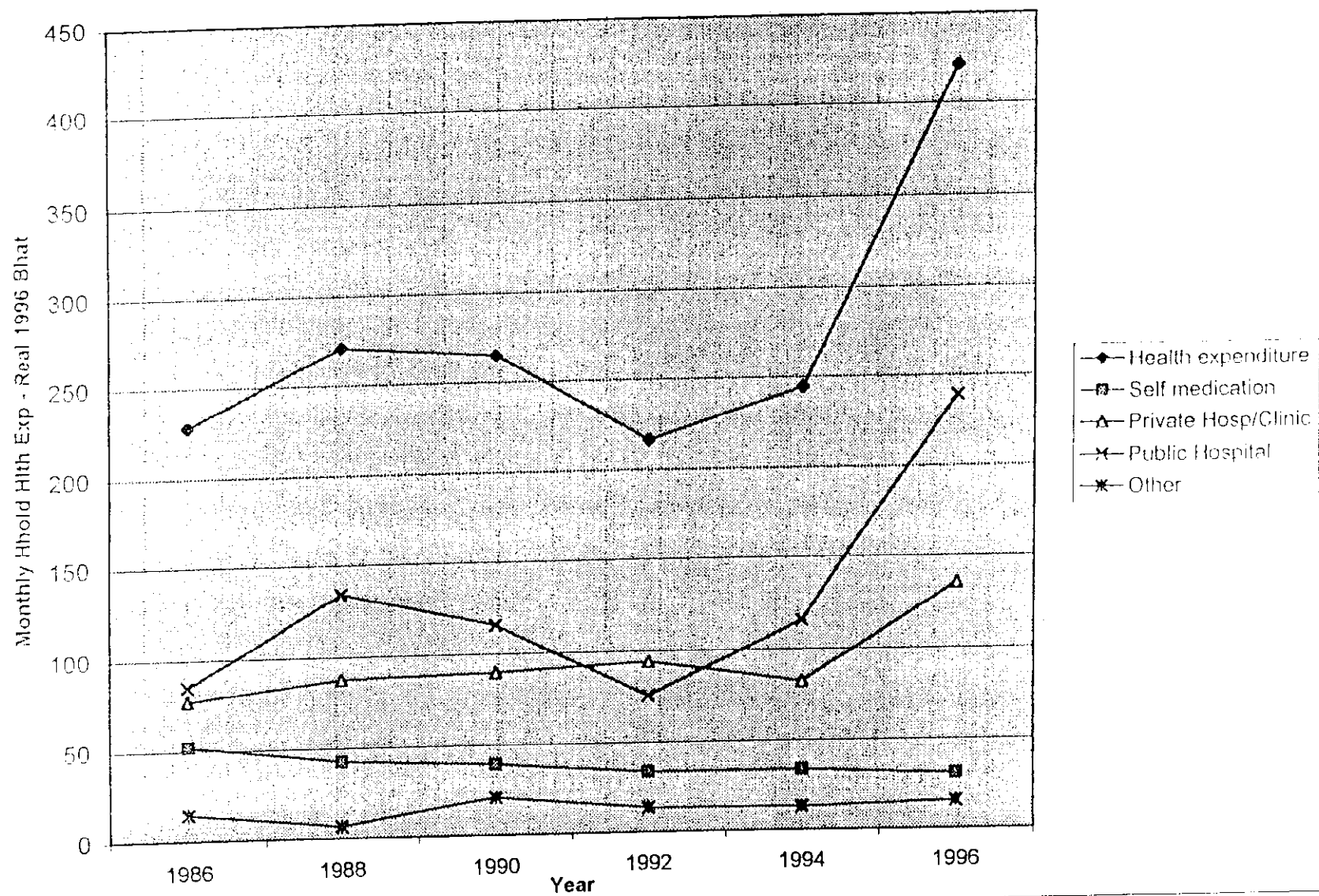


Figure B.7: Monthly Hhold Hlth Exp - Municipalities

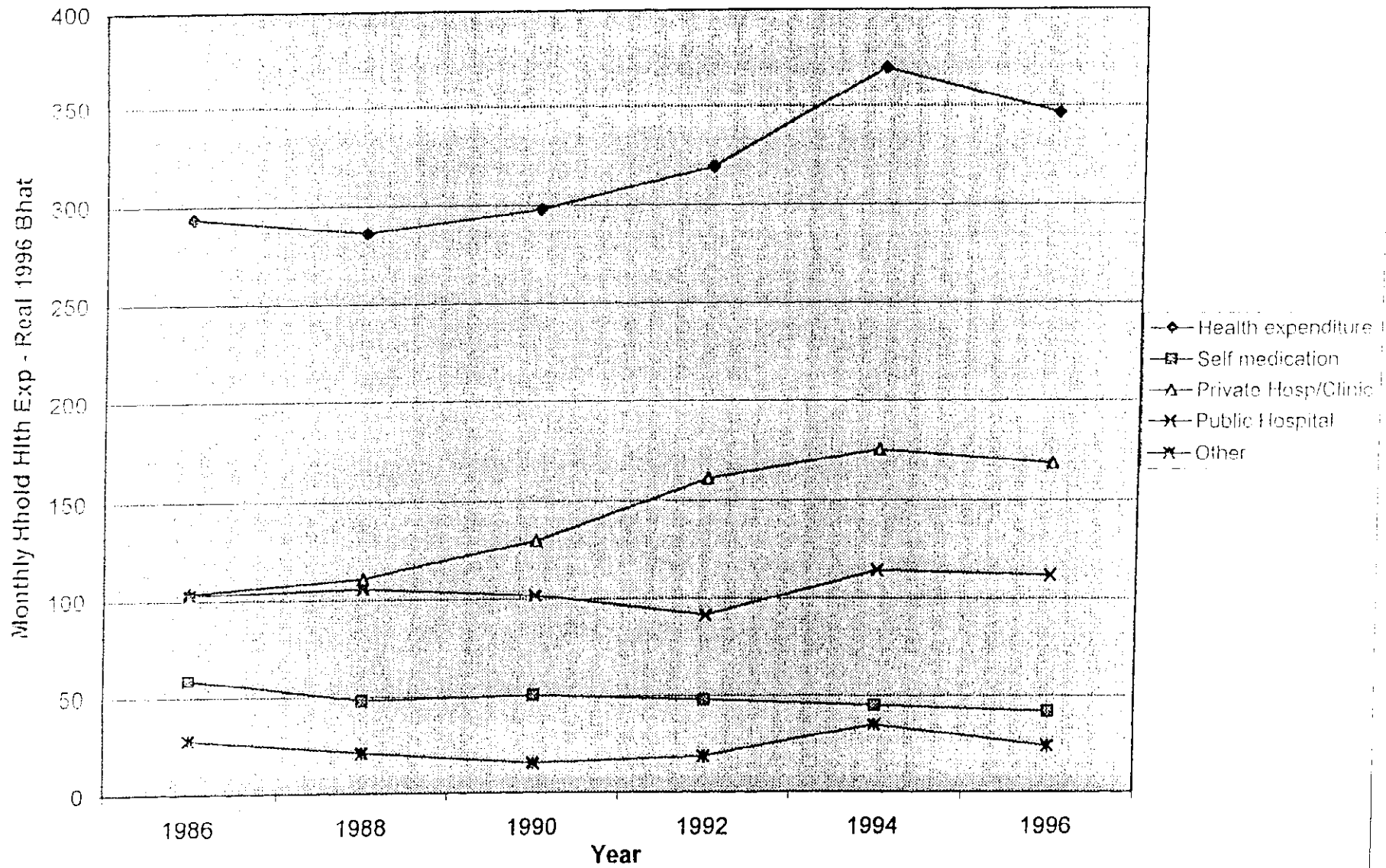


Figure B.8: Monthly Hhold Hlth Exp - Sanitary Districts

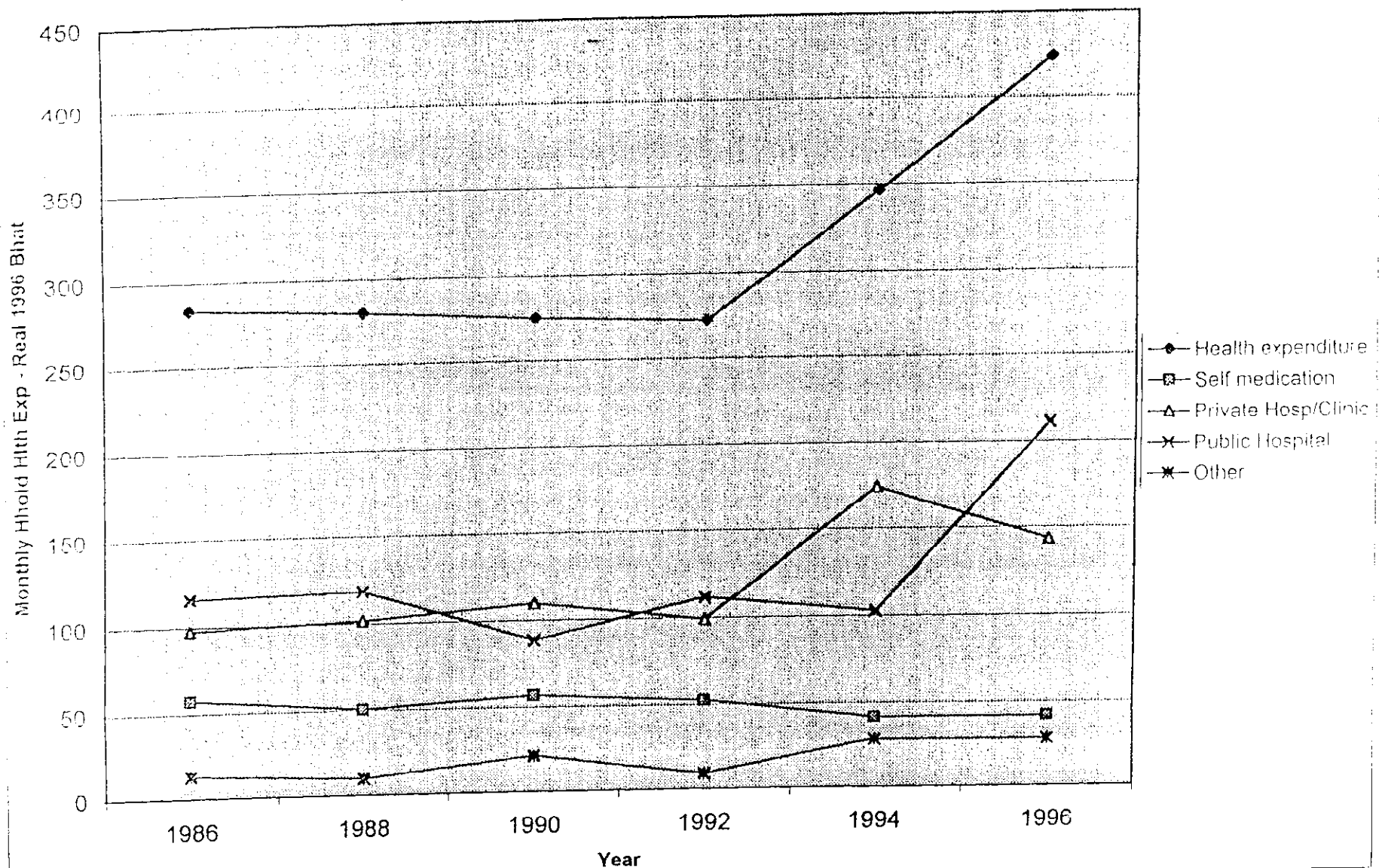
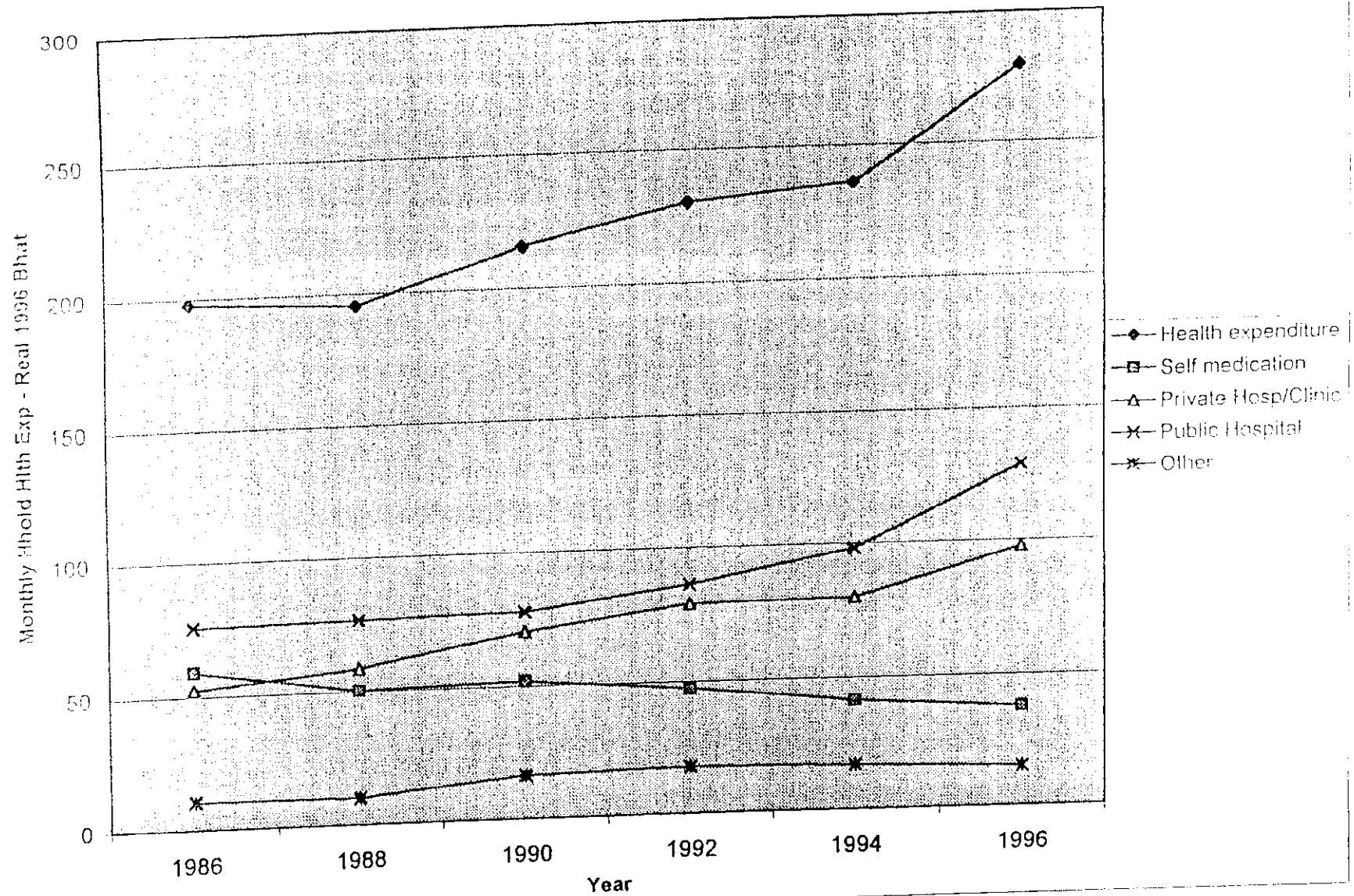
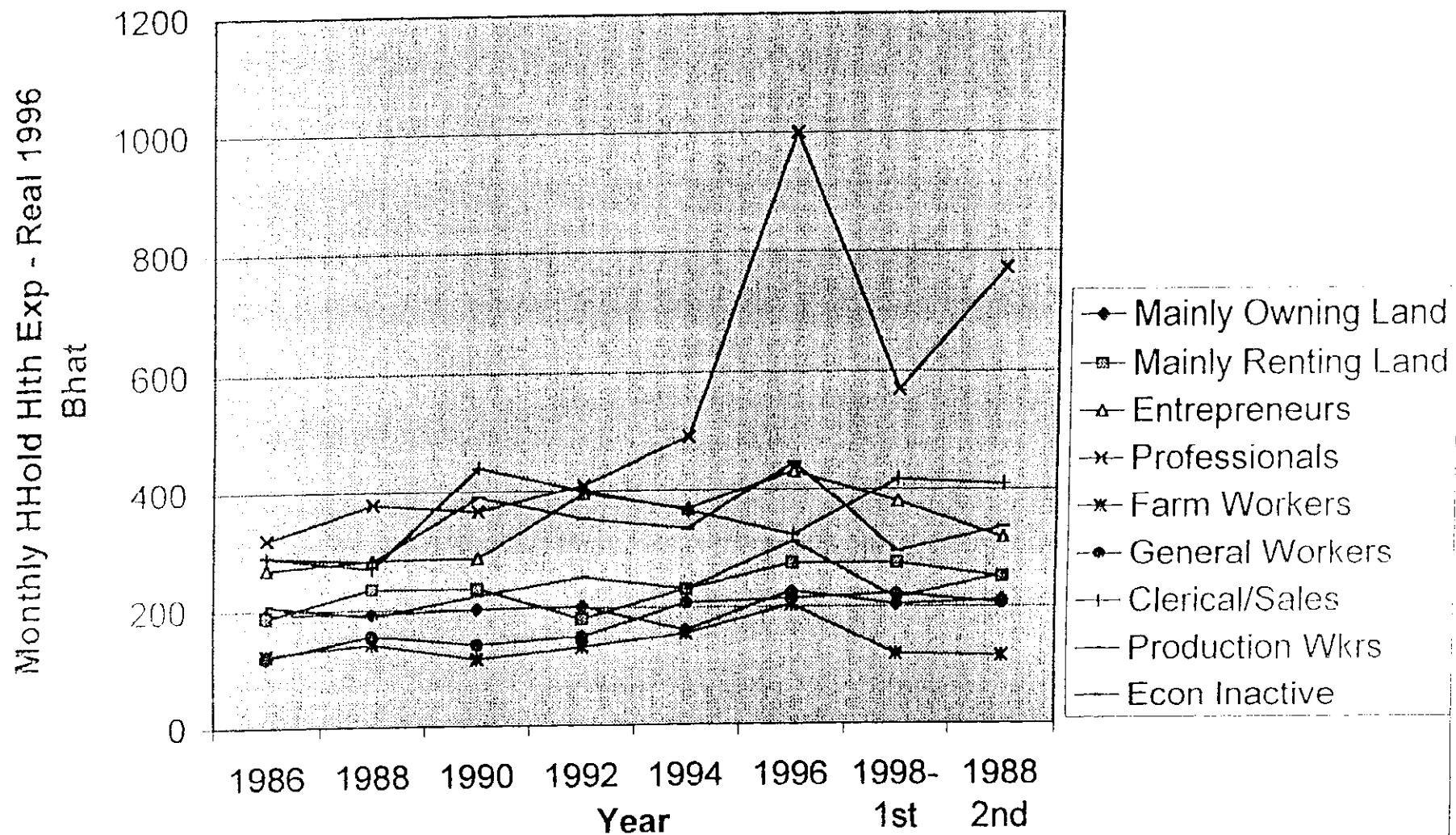


Figure B.9: Monthly Hhold Hlth Exp - Villages



**Figure B.9: Mthly Hhold Hlth Exp by Employment Category
- Whole Kingdom**



**Figure B.10:Mthly Hhold Exp by Employment Category -
Gtr. Bangkok**

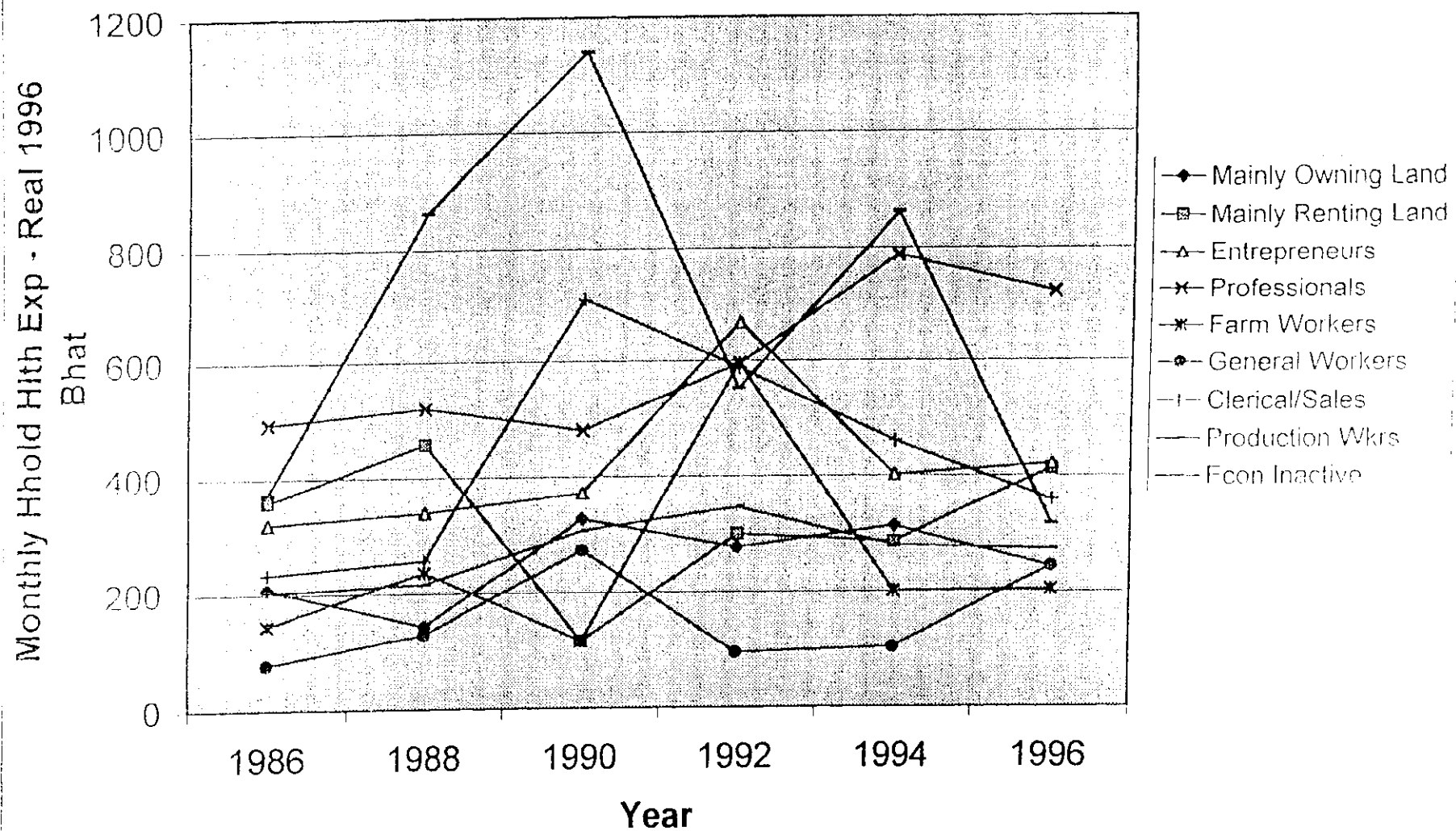
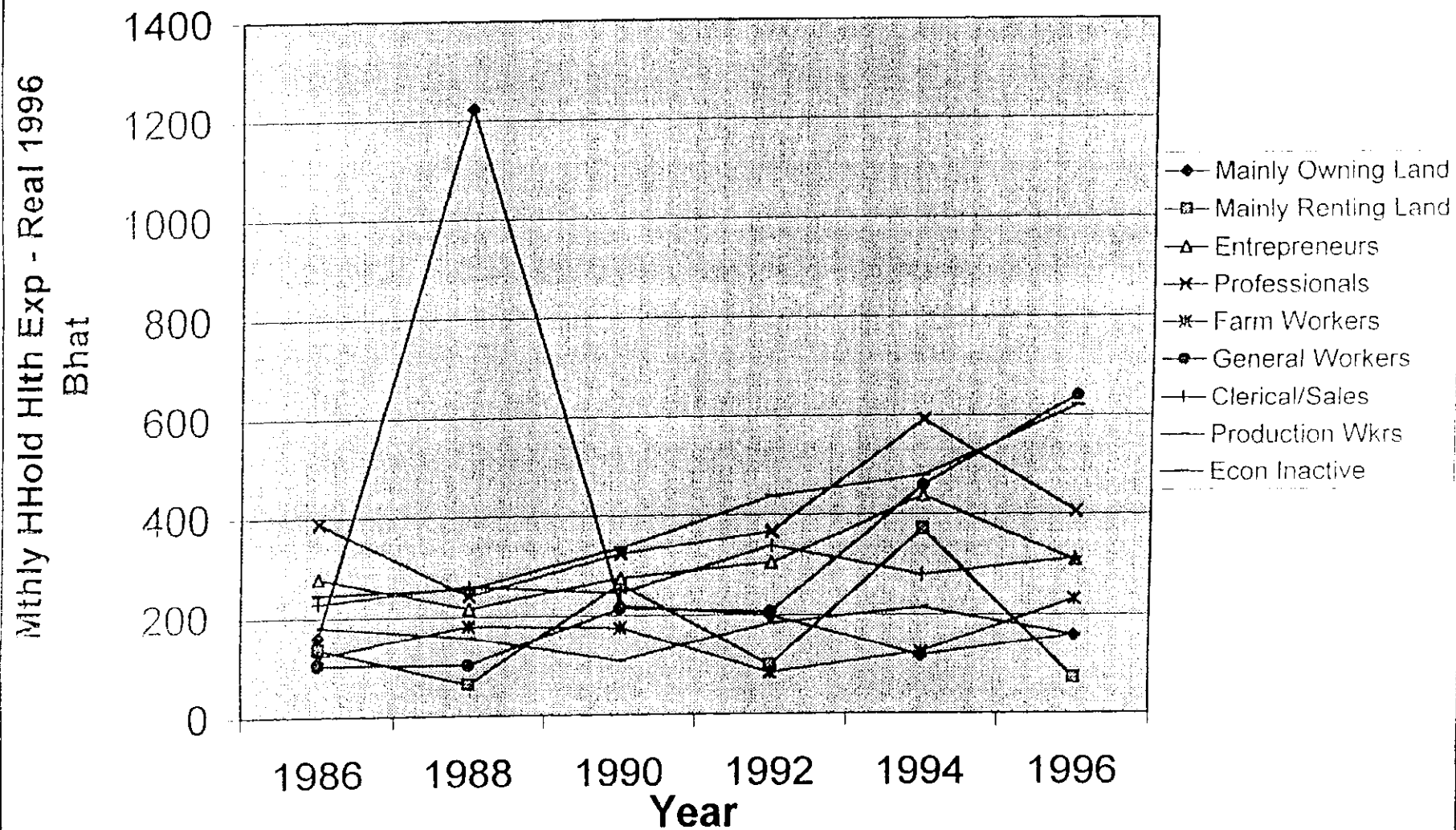
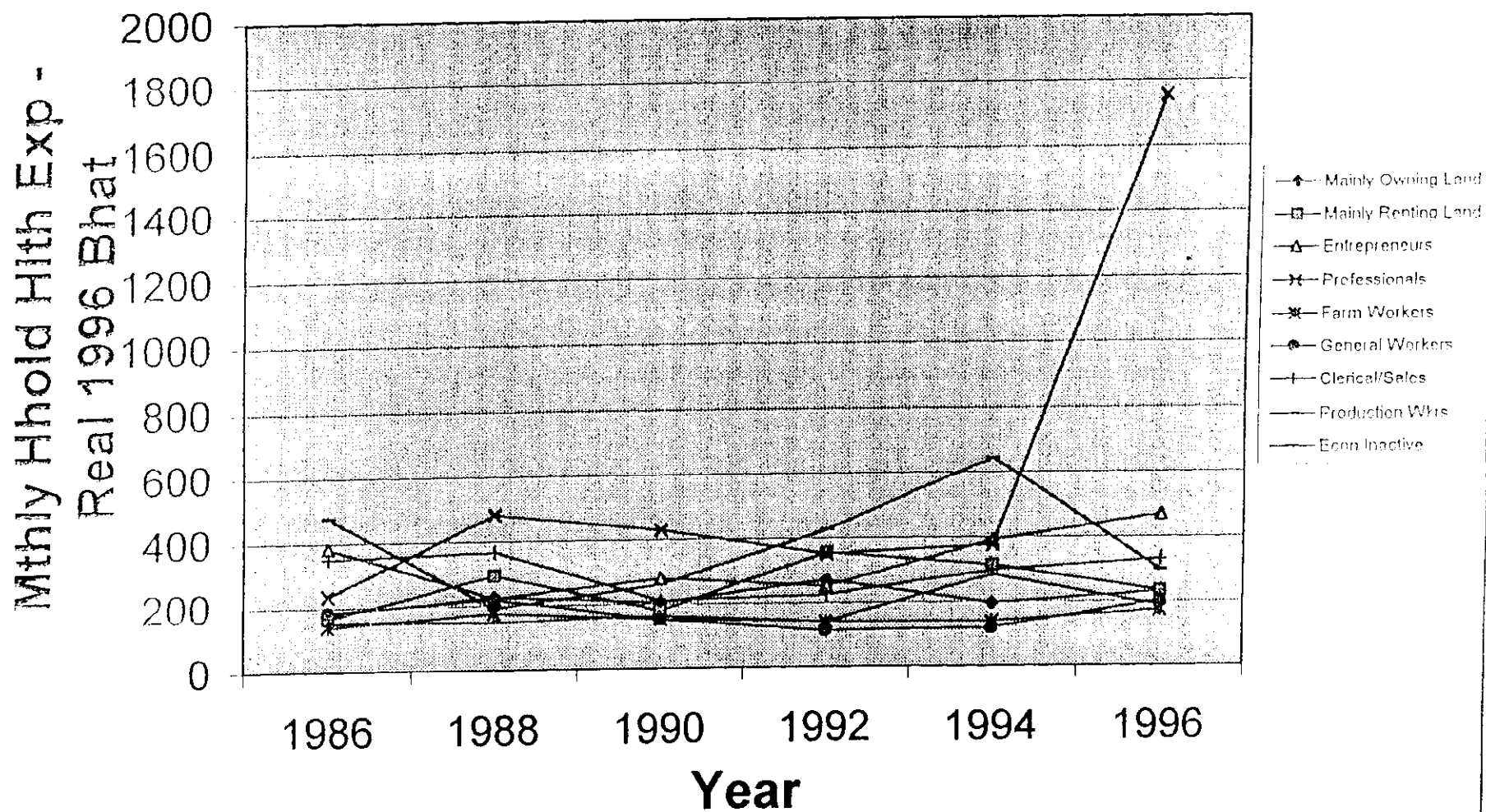


Figure B.11: Mthly Hhold Hlth Exp By Employment Category - Municipalities



**Figure B.12: Mthly Hhold Hlth Exp by
Employment Category - Sanitary Districts**



**Figure B.12a: Mthly Hhold Hlth Exp by
Employment Category - Sanitary Districts**

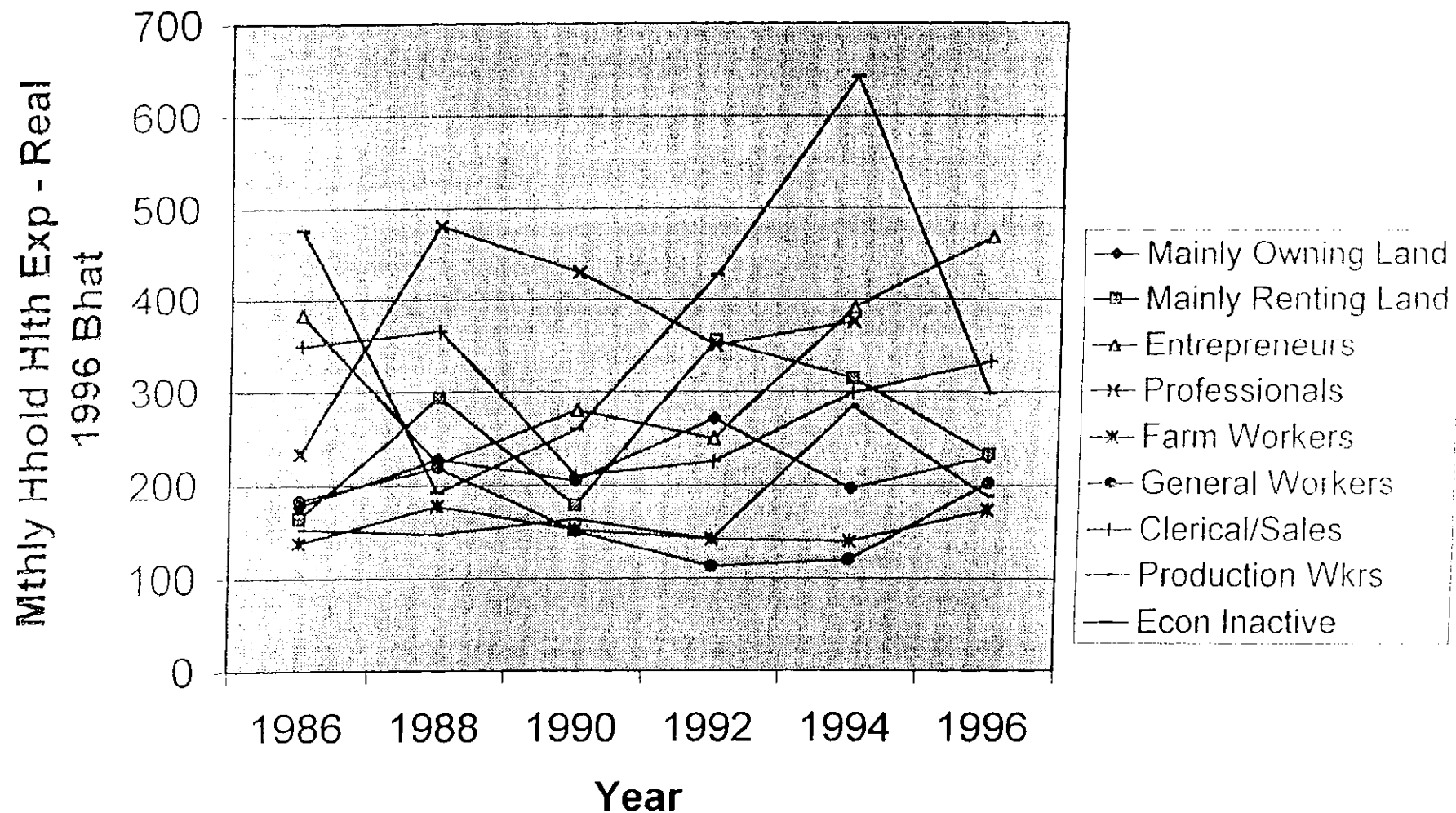
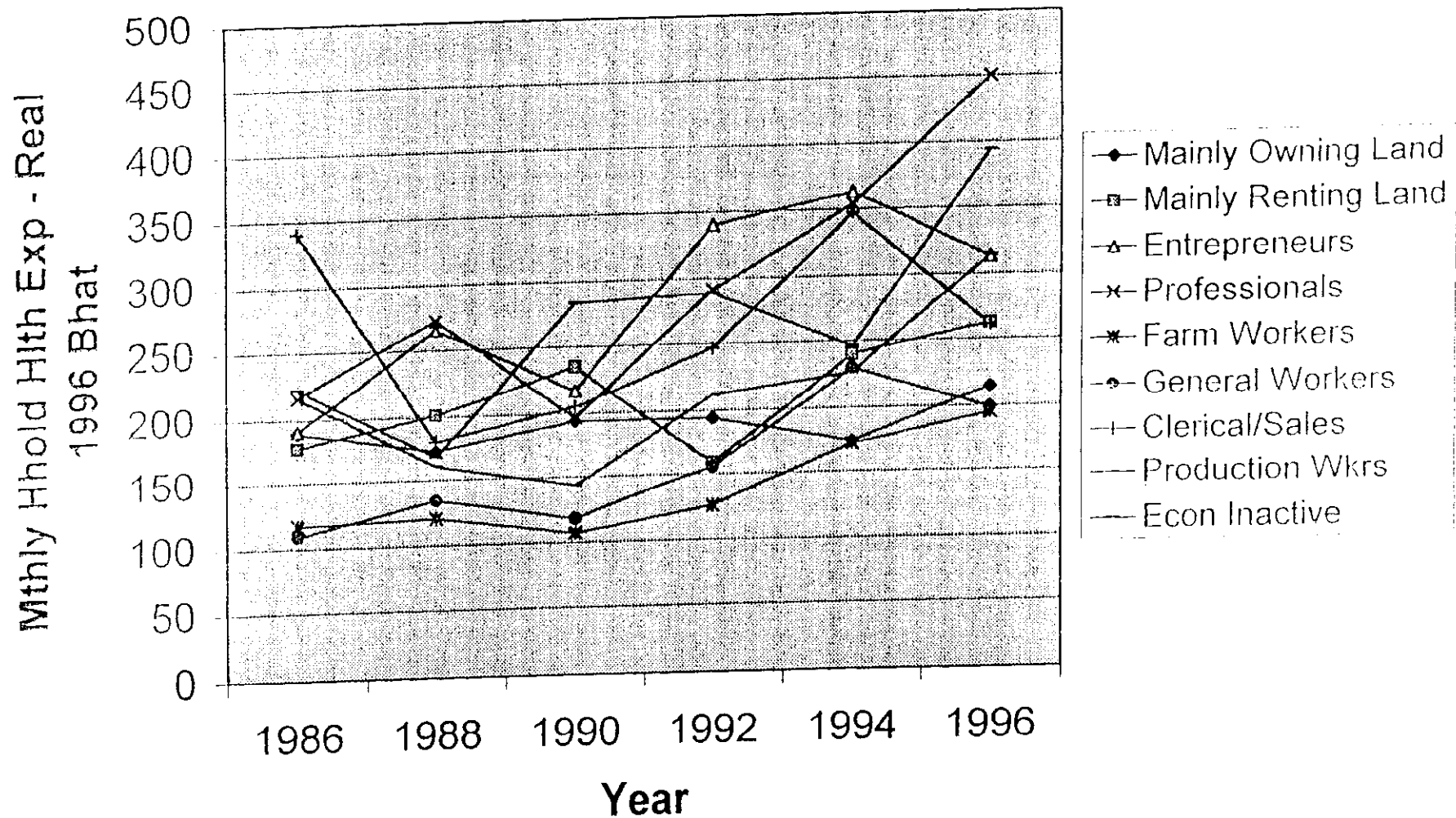


Figure B.13: Mthly Hhold Hlth Exp by Employment Category - Villages



ภาคผนวก C POLITICAL MAPPING

1. การวิเคราะห์ "POLITICAL MAPPING" สำหรับการปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ (Major Stakeholders)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ	
1. ผู้มีส่วนได้	4. หน่วยราชการ
● สมาคมข้าราชการพลเรือน ● สำนักงาน กพ. ● ผู้มีสิทธิ์ 7 ล้านคน	● คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (NESDB)
2. ผู้ให้บริการ	5. นักการเมืองและพรรคการเมือง
● รพ.สังกัด กสธ. -ผู้ให้บริการหลัก ● รพ.รัฐนอกสังกัด กสธ. (โดยเฉพาะ รพ. มหาวิทยาลัย) ● รพ.เอกชน ● สมาคมรพ.เอกชน ● ปลัดกระทรวง และ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ● ชมรมแพทย์ชนบท	● นายกรัฐมนตรี ● รัฐมนตรีกระทรวงการคลัง ● รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ● รัฐมนตรีกระทรวงแรงงาน ● พรรคการเมืองฝ่ายค้าน ● กรรมการวิสามัญด้านสาธารณสุข ● กรรมการสภาด้านสาธารณสุข
3. หน่วยการเงินและผู้ถือเงิน	6. หน่วยสาธารณะ
● บริษัทประกันชีวิตเอกชน ● สมาคมประกันภัย ● สำนักงานประมาณ ● สำนักงานประกันสังคม ● กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	● ประชาชนทั่วไป ● สื่อสารมวลชน : low grade newspaper ● สื่อสารมวลชน : high grade newspaper ● สื่อโทรทัศน์สาธารณะ ● สื่อโทรทัศน์เอกชน, ITV ● สื่อวิทยุ

ข้อสังเกตทางเทคนิค:

1. "political map" นี้ใช้ข้อมูลบนฐานของประสบการณ์ของผู้วิเคราะห์ ตลอด 3 ปีที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูป CSMBS , การอภิปราย, การประชุมร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย , การวิเคราะห์สิ่งพิมพ์ , และพิจารณาเอกสารที่มีอยู่
2. การประเมิน "Power" เป็นการประเมินโดยผู้วิเคราะห์เอง แบบ "Subjective"
3. หลังจากได้ข้อมูลของ Political mapping นี้แล้ว จะเป็นประโยชน์ในการทำแผนกลยุทธ์ในการประเมินความสำเร็จของการดำเนินการปฏิรูป
4. คะแนนรวม = +106.0 ถึง +133.0. คะแนนยิ่งมากยิ่งมีความเป็นไปได้ในการปฏิรูป

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ผลกระทบของการปฏิรูป / ความสัมพันธ์กับบทบาท	จุดยืน Position	อำนาจ Power	คะแนน SCORE	ความเชื่อมโยงกับผู้อื่น	กลยุทธ์สู่ความสำเร็จในการปฏิรูป
		-5 to +5	+1 to +5	-25 to +25		
				-13.0		
1. ผู้มีส่วนได้						
1. สมาคมข้าราชการพลเรือน (นายขจิตภัยบุรุษพัต)	● ไม่ได้รับผลกระทบโดยตรง ยกเว้นต้องการบิดมาปกป้องผู้มีสิทธิ์	-3.0	+4.0	-12.0	● อาจจะให้ข้อมูลไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผลในแง่ลบต่อผู้มีสิทธิ์ โดยเฉพาะต่อสื่อมวลชน ● อาจเชื่อมโยงใกล้ชิดกับสื่อมวลชน ● โดยบุคคลมักแสดงตัวเป็นปฏิปักษ์กับการปฏิรูปเพื่อรับคะแนนนิยมจากข้าราชการ	● ข่าวสารที่ชัดเจนและตรงประเด็น ● สืบจุดยืนของสมาคมก่อนที่จะชักชวนหรือไม่ ให้เข้าร่วมกระบวนการปฏิรูป ● สร้างพันธมิตรกับสื่อ ก่อนที่สมาคมจะให้ข่าวผิด
2. สำนักงาน กพ.	● เป็นตัวแทนข้าราชการในสวัสดิการรักษายาบาล ● มีความระมัดระวัง และต้องการการปฏิรูป ● มีส่วนร่วมเป็นกรรมการการปฏิรูปที่ สวรส. ตั้งขึ้น	+2.0	+2.0	+4.0		
3. ผู้มีสิทธิ์	● ครอบครัวข้าราชการประจำ, บำนาญ, และครอบครัวไม่เกิน 6 คน ● เปลี่ยนจากเดิมไปใช้สิทธิ์ผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลรัฐใดๆ →	-2.5	+2.0	-5.0	ส่งเสียงและแสดงความเห็นผ่านสื่อ	ยืนยันว่าการปฏิรูปยังคงรักษาความครอบคลุมในการคุ้มครองของผู้มีสิทธิ์

ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	ผลกระทบของการปฏิรูป / ความสัมพันธ์กับบทบาท	จุดยืน Position	อำนาจ Power	คะแนน SCORE	ความเชื่อมโยงกับผู้อื่น	กลยุทธ์สู่ความสำเร็จในการปฏิรูป
	จำกัดโดยให้เลือกขึ้นทะเบียนเพียงแห่งเดียว เลือกเปลี่ยนได้เมื่อครบปี หากไม่พอใจหรือย้ายที่อยู่	-5 to +5	+1 to +5	-25 to +25	- สมาคมข้าราชการพลเรือน - นายกรัฐมนตรี - พรรคฝ่ายค้าน - สำนักงาน กพ.	- ชาวสวนที่ชัดเจนและตรงประเด็นเกี่ยวกับความครอบคลุมผู้มีสิทธิ, ชุดสิทธิประโยชน์ → เกือบเหมือนเดิมทั้งหมด - สร้างพันธมิตรกับสื่อ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม, และปัญหาของระบบเก่า, แนะนำคุณค่าของระบบใหม่ - ให้ข้อมูลสร้างความสัมพันธ์กับผู้เสียภาษี - สร้างพันธมิตรกับผู้บริหารโรงพยาบาลใน กสธ. เพื่อประกันคุณภาพและการเข้าถึงบริการ
II . ผู้ให้บริการ				-17.75 to +9.25		
1. รพ.ใน กสธ. (ผู้ให้บริการส่วนใหญ่)	- การปฏิรูปโอนความเสี่ยงด้านการเงินจากกระทรวงการคลัง ไปยังผู้ให้บริการ เกิดรายรับที่ไม่แน่นอน - ยุติบทบาทการนำรายได้สวัสดิการนี้ไปใช้ทดแทนระบบอื่นที่บกพร่อง (Robin Hood - cross subsidy function) - ต้องอาศัยความสามารถในการจัดการและ กลยุทธ์ในการประหยัดต้นทุน - ต้องอาศัยความสามารถในการจัดการข้อมูล	-0.5	+2.5	-1.25	- มีการเตรียมการค่อนข้างดีและสามารถปฏิบัติตามนโยบายได้ - คุ้นเคยกับระบบ DRG ภายใต้การเบิกโรคที่มีราคาแพงของ สปร.และบัตรสุขภาพ	- ชาวสวนที่ชัดเจน - มีหลักประกันทางการเงินเพียงพอและมีระยะเวลาในการได้รับเงินชัดเจน - จำเป็นต้องมีระบบตรวจสอบและลงโทษที่เข้มแข็ง เพื่อปกป้องคนดีและลงโทษคนทำผิด

ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	ผลกระทบของการปฏิรูป / ความสัมพันธ์กับบทบาท	จุดยืน	อำนาจ	คะแนน	ความเชื่อมโยงกับผู้อื่น	กลยุทธ์สู่ความสำเร็จในการปฏิรูป
		Position	Power	SCORE		
		-5 to +5	+1 to +5	-25 to +25		
	- ขึ้นกับการตรวจสอบทางคลินิกและการเงิน - มีความกังวลเกี่ยวกับความล่าช้าในการเบิกเงินจากระบบ global budget + DRG แต่ไม่มีปัญหาสำหรับคนไข้ นอกเพราะอัตราเหมาจ่ายรายหัว คำนวณจ่ายให้สถานบริการเป็นรายเดือน - มีคำถามเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในทางเทคนิคและความเหมาะสมของการจ่ายด้วยเกณฑ์ DRG - วัฒนธรรมองค์กร: ความอยู่ในกฎระเบียบ, การรับฟังและตอบสนองต่อนโยบายอย่างดี - ข้อแทรกซ้อนทางการเงินขึ้นกับขนาดครอบครัวผู้มีสิทธิ์ที่มีผลต่อปริมาณงบประมาณ.					
2. รพ. รัฐ นอกสังกัด กสธ. (โดยเฉพาะ รพ. มหาวิทยาลัย)	- ผลเหมือนกับ รพ. ในสังกัด กสธ., - CSMBS เป็นแหล่งรายได้หลักของเงินบำรุง - ไม่คุ้นเคยกับ DRG - กังวลด้านการเงิน ถ้า DRG ไม่ได้ปรับให้เข้ากับต้นทุนที่สูงกว่าเนื่องมาจากการเรียนการสอน - ค่อนข้างเป็นเอกเทศ, ไม่อยู่ใต้กฎระเบียบ, ต่างจากกระทรวงสาธารณสุข - สมาชิกบางท่านมีส่วนร่วมเป็นกรรมการปฏิรูปชุดที่ สวรส. ตั้งขึ้น - คนไข้ใน รพ. มหาวิทยาลัยเป็นผู้มีฐานะดี และเป็นข้าราชการระดับสูง → เสี่ยงแข็งและดั่ง	-3.0	+3.5	-10.5		

ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	ผลกระทบของการปฏิรูป / ความสัมพันธ์กับบทบาท	จุดยืน Position	อำนาจ Power	คะแนน SCORE	ความเชื่อมโยงกับผู้อื่น	กลยุทธ์สู่ความสำเร็จในการปฏิรูป
		-5 to +5	+1 to +5	-25 to +25		
3. รพ.เอกชน	- จุดยืนขึ้นกับได้รับอนุญาตให้เข้าร่วมบริการเอกชน มากน้อยแค่ไหน → ทำทางมีโอกาสได้เข้าร่วม - จะได้ ถ้าได้รับอนุญาตให้เข้าร่วมทั้ง บริการผู้ป่วยนอกและใน เนื่องจาก มีมติ ครม.ให้ดเบิกค่ารักษาผู้ป่วยใน รพ.เอกชน ตั้งแต่ 20 ส.ค.41 เป็นต้นมา - เสี่ยงมากกว่าสมาคม รพ.เอกชน. - ภาพพจน์ไม่ดีและพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ที่ผ่านมา เช่นหลักฐานเท็จ เบิกในทางไม่ถูก (false claim, abuses) → ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ และพะอืดพะอมที่จะให้เข้าร่วมในสวัสดิการ และกลัวว่าจะทำให้ระบบ DRG เสีย เกิดการลดคุณภาพภายใต้ระบบเหมาจ่ายรายหัว	+4.0	+3.0	+12.0 -12.0 [if not allowed to join the Scheme]		
4. สมาคม รพ. เอกชน	ทำทางสนับสนุนอย่างแข็งขันเพื่อให้ รพ. เอกชนเข้าร่วม	+5.0	+3.0	+15.0 -15.0 [หากไม่ได้ รับอนุญาต ให้เข้าร่วม]		
5. กระทรวง สาธารณสุข : ปลัด และรองปลัด	- ได้รับทราบข้อมูลแนวคิดและทิศทางการปฏิรูปเป็นอย่างดี - ข้อแทรกซ้อนทางการเงินต่อ รพ.ใน กสร. ยังไม่สามารถคาดประมาณได้ เป็นการสิ้นสุดการอุดหนุนทดแทนของสวัสดิการข้าราชการกับประกันสุขภาพระบบอื่นที่งบน้อย - มีส่วนร่วมเป็นกรรมการปฏิรูปฯ ที่ สวรส.จัดตั้งขึ้น	+3.0	+5.0	+15.0		- ข่าวลือที่ชัดเจนและตรงประเด็น - การวิเคราะห์ผลแทรกซ้อนทางการเงินต่อ รพ.ใน กสร. อย่างชัดเจน

ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	ผลกระทบของการปฏิรูป / ความสัมพันธ์กับบทบาท	จุดยืน Position -5 to +5	อำนาจ Power +1 to +5	คะแนน SCORE -25 to +25	ความเชื่อมโยงกับผู้อื่น	กลยุทธ์สู่ความสำเร็จในการปฏิรูป
6. ชมรมแพทย์ ชนบท	ทำทางจะคล้อยตามนโยบายปฏิรูปของกระทรวงการคลัง	+2.0	+3.0	+6.0		
III . หน่วยการเงินและผู้ถือเงิน				+31.0		
1. บริษัทประกัน ชีวิตเอกชน (Apex health care, Sri- Auydhya CMG, other private insurance)	- ต่อต้านทิศทางการปฏิรูปอย่างแรง, ลดความน่าเชื่อถือของการปฏิรูป โดยประกาศว่า "การค้ำประกันถึงต้นทุนมากจะเสี่ยงต่อคุณภาพที่ลดลง ซึ่งผู้มีสิทธิ์จะเป็นผู้เสียผลประโยชน์มากที่สุด" - ขณะที่ CSMBs มีส่วนแบ่งการตลาดสูงที่สุด ค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 15,000 ล้านบาท ท่ามกลางผู้มีสิทธิ์กว่า 7 ล้านคน ซึ่งเป็นคนชั้นกลาง → ทำให้บริษัทต่างๆ อยากรจะได้นำบริหารจัดการทั้งหมดเอง หรือเป็นบางส่วน (multiple sickness funds) ในลักษณะ HMO / PPO arrangements → ดูเหมือนจะมีการร่างแผนของบริษัทประกันเอกชนเข้าแข่งขันด้วย - ความจริงไม่ได้ต่อต้านการปฏิรูปฯ แต่อยากให้กระทรวงการคลังโอนมาให้บริษัทประกันเอกชนรับดำเนินการแทนที่จะเป็นหน่วยงานอิสระไม่แสวงกำไรอย่างเช่น กสช. - เป็นไปได้ที่จะเอากำไร 10-15 % จากระบบ และจะทำให้ผู้มีสิทธิ์ต้องจ่ายรวม - อย่างไรก็ตาม การประกันเอกชนมีพฤติกรรมและชื่อเสียงไม่ดีมาแล้วจากการประกันผู้ประสบภัยจากรถ	-4.0	+2.0	-8.0	- สร้างพันธมิตรกับฝ่ายการเมือง - มีอำนาจเงินมาก เห็นได้จากการประกันผู้ประสบภัยจากรถ	- เป็นพันธมิตรกับสถานบริการรัฐ (MOPH and non MOPH hospitals) เพื่อต่อต้านประกันเอกชนมายึดระบบไปจัดการ อันเนื่องมาจากบทเรียนของการประกันผู้ประสบภัยจากรถ - เป็นพันธมิตรกับ รพ.เอกชน หากบริษัทประกันเอกชนได้เป็นคู่แข่งในการจัดการระบบด้วยอีกหน่วยหนึ่ง
2. สมาคมประกัน	ทำงานร่วมกับบริษัทประกันเอกชน และเป็นปากเป็นเสียงแทน	-4.0	-2.0	-8.0	มีพันธมิตรทางการเมือง และมีอำนาจ	กลยุทธ์เดียวกัน

ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	ผลกระทบของการปฏิรูป / ความสัมพันธ์กับบทบาท	จุดยืน Position -5 to +5	อำนาจ Power +1 to +5	คะแนน SCORE -25 to +25	ความเชื่อมโยงกับผู้อื่น	กลยุทธ์สู่ความสำเร็จในการปฏิรูป
ชีวิต	บริษัทประกันเอกชน มีอำนาจในการลอบบี้สูง				เงินมาก	- ควรเปิดเผยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการประกันผู้ประสบภัยจากภค ให้สาธารณชนรับรู้ - การประกันภาคบังคับของชาติ ไม่ควรจัดการบนแนวทางแสวงหากำไร
3. สำนักงาน ประมาณ	- มีความรู้ และต้องการการปฏิรูป - สนับสนุนอย่างมาก ถ้าการปฏิรูปสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในระยะยาว และเพิ่มประสิทธิภาพได้ - มีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการปฏิรูปที่ สวรส. ตั้งขึ้น	+3.0	+4.0	+12.0		
4. สำนักงาน ประกันสังคม	- ทิศทางปฏิรูปเป็นไปในทางเดียวกับรูปแบบตกลงล่วงหน้าของสำนักงานประกันสังคม แต่มีความกังวลว่าเล็กน้อย - มีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการปฏิรูปที่ สวรส. ตั้งขึ้น	+5.0	+3.0	+15.0		
5. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	- ก่อน ค.ศ.41, มีการเปลี่ยนรองอธิบดีกรมบัญชีกลางที่ดูแลเรื่องนี้, CSMBs มีความสำคัญในอันดับต่างๆเมื่อเทียบกับประเด็นทางการเงินอื่นๆภายใต้วิกฤต และการจัดการของ IMF - การบรรยายสรุปครั้งสุดท้าย เสนอ อธิบดีและรองอธิบดี ณ 8 ต.ค.41 ค่อนข้างตอบสนองดี แต่ยังคงมีคำถามว่าทำไมไม่เป็น DRG แท้? ที่ประกาศราคากลางต่อหน่วยได้ ทำไมต้องมีเพดานและเกลี้ยด้วยน้ำหนัก DRG - มีความรู้และต้องการปฏิรูป แต่อยากให้อธิบายคำถามทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้ทั้งหมด	+4.0	+5.0	+20.0		บรรยายสรุปแก่ผู้บริหารระดับนโยบาย และ บรรยายสรุปด้านรายละเอียดทางวิชาการให้กับ ท่านอธิบดี รองอธิบดี และนักวิชาการ ของกรมบัญชีกลาง

ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	ผลกระทบของการปฏิรูป / ความสัมพันธ์กับบทบาท	จุดยืน Position	อำนาจ Power	คะแนน SCORE	ความเชื่อมโยงกับผู้อื่น	กลยุทธ์สู่ความสำเร็จในการปฏิรูป
		-5 to +5	+1 to +5	-25 to +25		
	- มีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการปฏิรูปที่ สวรส. ตั้งขึ้น - ยังคงมีคำถามเกี่ยวกับระบบข้อมูล, การจัดการข้อมูลทางคลินิก, การจัดการ ปรับ ราคา DRG ในแต่ละเดือนหรืองวด - กรมบัญชีกลาง กำลังจะตัดสินใจ ทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการปฏิรูป					
IV. หน่วยราชการ				+15.0		
1. คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	- ในฐานะที่เป็นหน่วยวางแผนกลาง ทราบปัญหาของระบบนี้ดี, - มีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการปฏิรูปที่ สวรส. ตั้งขึ้น	+5.0	+3.0	+15.0		
V. พรรคการเมืองและนักการเมือง				+63.0		
1. นายกรัฐมนตรี	- รับทราบความจำเป็นในการปฏิรูปเป็นอย่างดี - สนับสนุนให้มีการปฏิรูปอย่างมาก แต่ไม่เข้ามาเกี่ยวข้องในรายละเอียด, - ขึ้นกับการตัดสินใจของรัฐมนตรีว่า การกระทรวงการคลัง	+4.0	+5.0	+20.0		
2. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง	- รมช. มีความเชี่ยวชาญในเรื่องระบบประกันสังคมมาก เพราะเป็นที่ปรึกษาในการบริหารการกองทุนของกองทุนประกันสังคม , - มีความเข้าใจ ประเด็น เนื้อหา และบริบทเป็นอย่างดี	+5.0	+4.5	-22.5		
3. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	ค่อนข้างห่างไกล CSMBs, แต่ว่า MOPH เป็นผู้ให้บริการ รายใหญ่ที่สุดในประเทศ และจะมีผลกระทบต่อผลแทรกซ้อนทางการเงินของการปฏิรูป	+3.0	+4.0	+12.0		

ผู้มีส่วนได้	ผลกระทบของการปฏิรูป / ความสัมพันธ์กับบทบาท	จุดยืน	อำนาจ	คะแนน	ความเชื่อมโยงกับผู้อื่น	กลยุทธ์สู่ความสำเร็จในการปฏิรูป
ส่วนเสีย		Position	Power	SCORE		
		-5 to +5	+1 to +5	-25 to +25		
4. รัฐมนตรีว่าการ กระทรวงแรงงาน	- รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานคนก่อนมีความกระตือรือร้นที่จะบริหารจัดการ CSMBS ภายใต้ระบบเดียวกับประกันสังคม แบบเหมาจ่ายรายหัวทั้งผู้ป่วยในและนอก - อำนาจห่างไกลจาก CSMBS	+4.0	+3.0	+12.0		
5. พรรคการเมือง ฝ่ายค้าน	- ตามกฎหมาย, ฝ่ายค้านจะต่อต้านทุกนโยบายของรัฐบาล เพื่อขอคะแนนจากข้าราชการ - มีแนวโน้มอย่างมากที่ฝ่ายที่มีส่วนเสียทั้งหมดจะร่วมมือกันต่อต้านการปฏิรูป	-4.0	+4.0	-16.0		
6. วุฒิสมาชิก	รับรู้เป็นอย่างดี และต้องการปฏิรูป	+3.0	+2.5	+7.5		
7. กรรมการการ สภาพัฒนา เศรษฐกิจ	- กรรมการเกี่ยวข้องกับประเด็นที่สำคัญด้านสุขภาพ สมาชิกมาจากตัวแทนทั้งฝ่ายรัฐบาลและฝ่ายค้าน - ถ้าได้รับข้อมูลแล้ว น่าจะตัดสินใจเพื่อส่วนรวมมากกว่าเข้าข้างข้าราชการ → pro reform	+2.0	+2.5	+5.0		
VI. หน่วยสาธารณะ				+27.5		
1. ประชาชนทั่วไป	- ในฐานะที่เป็นผู้เสียภาษี, ความรู้สึกว่าการระบบสวัสดิการฯ ขาดประสิทธิภาพ และรัฐอุดหนุนงบประมาณต่อรายสูง >2,000 บาท, เมื่อเปรียบเทียบกับ งบ สปร. 270 บาทต่อราย → ดังนั้นแล้วสมควรปฏิรูป - ผลักดันให้เคลื่อนไหวได้ง่าย ด้วยสื่อ	+5.0	+2.5	+12.5		
2. สื่อ ระดับล่าง : low grade	สื่อในไทยมักปรุงแต่ง นำเสนอ และชักนำ มุมมองและความเคลื่อนไหว ของสาธารณชน	-1.0	+5.0	-5.0		

ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	ผลกระทบของการปฏิรูป / ความสัมพันธ์กับบทบาท	จุดยืน Position -5 to +5	อำนาจ Power +1 to +5	คะแนน SCORE -25 to +25	ความเชื่อมโยงกับผู้อื่น	กลยุทธ์สู่ความสำเร็จในการปฏิรูป
newspaper	- อาจไม่สนใจประเด็นนี้ - น่าจะร่วมกับพรรคฝ่ายค้าน และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆต่อต้านการปฏิรูปนี้					
3. สื่อระดับสูง : high grade newspaper	- สื่อในไทยมักปรุงแต่ง นำเสนอ และชักนำ มุมมองและความเคลื่อนไหว ของสาธารณชน - ค่อนข้างมีเหตุผลและรับฟังปัญหา	+1.0	+5.0	+5.0		
4. สื่อโทรทัศน์ ทั่ว ไป (ช่อง 3, 5, 9, 7, 11)	สื่อในไทยมักปรุงแต่ง นำเสนอ และชักนำ มุมมองและความเคลื่อนไหว ของสาธารณชน	+1.0	+5.0	+5.0		
5. โทรทัศน์, ITV	สื่อในไทยมักปรุงแต่ง นำเสนอ และชักนำ มุมมองและความเคลื่อนไหว ของสาธารณชน	+1.0	+5.0	+5.0		
6. สื่อวิทยุ	สื่อในไทยมักปรุงแต่ง นำเสนอ และชักนำ มุมมองและความเคลื่อนไหว ของสาธารณชน	+1.0	+5.0	+5.0		

II. การวิเคราะห์ “POLITICAL MAPPING” ของ SST MODEL สำหรับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UNIVERSAL COVERAGE)

นพ.สัมฤทธิ์ ศิริธรรมรงค์สวัสดิ์ (Samrit Sriithamrongswat)

ข้อสังเกตทางเทคนิค:

1. “political map” นี้ใช้ข้อมูลพื้นฐานของ การอภิปรายกลุ่ม, การสัมภาษณ์ใน 4 จังหวัด ช่วง สิงหาคมและกันยายน 2541 และการอภิปรายหลายครั้งในกระทรวงสาธารณสุข
2. การวิเคราะห์นี้ จะใช้สำหรับการวัดทัศนคติ ต่อ SST model ต่อไป
3. ข้อมูลในตารางเหล่านี้ จำเป็นต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องต่อไป

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ผลกระทบของการปฏิรูป / ความสัมพันธ์กับบทบาท	จุดยืน Position -5 ถึง +5	พลัง Power +1 ถึง +5	ความเชื่อมโยงกับผู้อื่น	กลยุทธ์สู่ความสำเร็จ
ผู้มีสิทธิ	? ผู้มีรายได้น้อยและผู้ด้อยโอกาส – ที่ผ่านมา ร่วม จ่ายด้วยความสมัครใจ ? ประชาชนทั่วไปยอมรับนโยบาย แต่ไม่ค่อยชัดเจน ว่าต้องจ่ายภาษีเพิ่มหรือไม่	-1 +3	+1 +2	ผู้มีรายได้น้อยไม่ค่อยมีปากเสียง สื่อมวลชน อาจสร้างภาพให้เห็นผลกระทบที่ร้ายของการ ร่วมจ่าย	รัฐบาลยังคงไม่ให้มีการร่วมจ่ายโดยใช้บัตร
สำนักงานประมาณ, สภาพัฒน์	? ไม่ค่อยสบายใจสำหรับเหตุผลที่จะครอบคลุม ประชากรทั้งหมด งบประมาณที่ต้องใช้จะสูงมาก	-4	+4	สภาพัฒน์คัดกรองโครงการที่จะใช้จ่ายจาก ภาษี มีโอกาสที่นักการเมืองจะแทรกแทรกทั้ง สภาพัฒน์ และสำนักงานได้	การวิเคราะห์ข้อมูลแบบพลวัตระบบ จะใช้ ทำนายความต้องการงบประมาณ
รัฐบาล	? รัฐบาลยุ่งอยู่กับประเด็นทางการเมืองและวิกฤติ การเงินมหภาคให้แก้ไข	0	+5	รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง, สาธารณ สุข, ทบวงมหาวิทยาลัย, และรัฐมนตรีด้าน สังคมอื่นๆ จะต้องจัดให้มีวาระอย่างหนักแน่น	การวิเคราะห์ข้อมูลแบบพลวัตระบบ จะใช้ ทำนายความต้องการงบประมาณ

รัฐบาลท้องถิ่น	? ตอบสนองกับความต้องการของประชาชน มีศักยภาพสามารถช่วยร่วมจ่ายให้กับคนจนได้	+4	3+	มีเงินได้จากระบบภาษีขาขึ้นเพียงเล็กน้อย กฎหมายใหม่ได้กระจายอำนาจการเก็บภาษี จะช่วยอำนวยความสะดวกขึ้นใหม่ในระบบ	การปฏิรูปการเก็บภาษี และกฎหมายในการมอบอำนาจความรับผิดชอบ
พรรคการเมือง	? ยังไม่มีวิสัยทัศน์ในนโยบายการครอบคลุมด้านสุขภาพสำหรับทุกคน, อย่างไรก็ตามไม่มีพรรคการเมืองใดต่อต้านการใช้เงินภาษีให้กับผู้ด้อยโอกาสมากขึ้น	+1	+4	นักการเมืองมักออกไปเยี่ยมเยียนประชาชน บ่อยครั้ง สื่อมวลชนสามารถเผยแพร่นโยบายให้สาธารณชนทราบ แล้วไปกระตุ้นให้พรรคการเมืองดำเนินการ	กระบวนการสื่อสารมวลชน และกระบวนการในชุมชน
กระทรวงสาธารณสุข	? สำนักงานประกันสุขภาพ สนับสนุนนโยบายนี้ อย่างแข็งขัน ? กรมและกองอื่นอาจมองว่าเป็นภาวะคุกคาม เพราะอาจทำให้งบประมาณของกระทรวงลดลง	+5 -1	+3 +1	กระทรวงสาธารณสุขเสนองบประมาณที่ต้องการไปยังสำนักงานประมาณ ยังมีข้อโต้แย้งว่าข้อมูลที่ใช้คำนวณยังไม่น่าเชื่อถือ	พัฒนาความสามารถให้เข้มแข็ง เพื่อจัดการข้อมูลให้ดีและน่าเชื่อถือ
มหาวิทยาลัย	? โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ต่างก็แทบแยกกับประสบการณ์ของนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในอดีต รพ. มหาวิทยาลัย ไม่เต็มใจที่จะเข้าร่วมโครงการบัตร สป.ร.และบัตรสุขภาพ เนื่องจากเบิกได้ไม่คุ้มทุน ? ไม่ได้คิดว่านโยบาย การคุ้มครองประกันสุขภาพทุกคน เป็นภาวะคุกคามต่อฐานะการเงิน ถ้าคนใช้ทุกคนเบิกได้ตามที่เรียกเก็บ และมีงบประมาณด้านการสอนด้วย	-2 +2	+2 +2	รพ.มหาวิทยาลัยรับงบประมาณโดยตรงจากสำนักงานประมาณ โดยไม่ต้องพิจารณาลักษณะของท้องถิ่น (ไม่มีแผนเขต)	จัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับเขต เพื่อทำแผนระดับเขต
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	จะจัดตั้งคณะกรรมการด้านสุขภาพระดับจังหวัดเพื่อจัดการตกลงข้อบริการ และประเมินผลการทำงาน	+4	+2	กรรมการสุขภาพระดับจังหวัด ประสาน ข้อมูลการเงินด้านสุขภาพทั้งหมด ร่วมกับ การเงิน	พัฒนาความสามารถให้เข้มแข็งขึ้น

				ระดับจังหวัดของโครงการ CSMBS และ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด	
รพช. และรพศ., รพท.	รพ.จะพอใจนโยบายนี้ หากได้รับเงินตามผลของงาน	+2	+2	จัดบริการให้กับกลุ่มเป้าหมายหลากหลาย	ให้ความรู้ระดับหนึ่ง
สถานีนามัย	หากมีการร่วมจ่ายตามระดับสถานบริการ สอ.จะเป็นระดับที่ต่ำสุดในชุมชน	+1	+1	สอ.เป็นบริการด่านแรกในชุมชน	พัฒนาคุณภาพ
รพ.เอกชนและคลินิก	ภาคเอกชนยินดีเข้าร่วม หากอัตราเหมาและการคำนวณ DRG ที่จ่าย ได้ตามต้นทุนที่เกิดขึ้นในภาคเอกชน	+1	+2	มีอำนาจในการลอบบี้สูงมาก แต่เนื่องจากบัก่อนนี้ต่ำ จึงอาจไม่เข้าร่วมโครงการ	จัดหางบประมาณให้เพียงพอ และมีระบบควบคุมกำกับที่เข้มแข็ง และรอนกระทั้งเศรษฐกิจฟื้นตัว

ภาคผนวก D

รายละเอียดวิธีการคำนวณค่าใช้จ่ายโดยละเอียดของระบบ SST

ลักษณะสำคัญของระบบวิธีการจ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพแบบ SST คือการผสมผสานระหว่างการใช้เงินภาษีเพื่อการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนโดยการกำหนดระดับความรับผิดชอบเบื้องต้นของครัวเรือนตามระบบสวิตเดน อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้ยังมีสิทธิเลือกที่จะซื้อบริการสุขภาพตามกำลังซื้อที่มีเหมือนในระบบสิงคโปร์ เมื่อประเทศไทยมุ่งไปสู่การกระจายอำนาจ ส่วนปกครองท้องถิ่นจะต้องมีส่วนร่วมสนับสนุนเงินเพื่อคนจนและผู้ด้อยโอกาสในท้องถิ่นของตน ข้อดีนอกเหนือจากที่กล่าวคือการแบ่งปันความรับผิดชอบ เพิ่มทางเลือกและง่ายต่อการปฏิบัติ รายละเอียดทางการเงินเพิ่มเติมของระบบ SST จะแสดงต่อไป

การประมาณการนี้อ้างอิงจากการวิเคราะห์ตามรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการทำนายความต้องการทางการเงินในการดำเนินการระบบ SST ให้สามารถคุ้มครองประชาชนทุกคน

จ. สมมติฐาน

สมมติฐานที่ใช้อ้างอิงจาก

- รายงานการเจ็บป่วยและการใช้บริการสาธารณสุขตามรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
- ต้นทุนต่อหน่วยของบริการสาธารณสุขที่สถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัด

ฉ. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ครัวเรือนที่ไม่มีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม แยกตามถิ่นที่อยู่จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (ดูตาราง ข.1)

ช. ระดับการจ่ายร่วม

- กำหนดให้แตกต่างกันตามระดับสถานบริการ

- บริการผู้ป่วยนอกที่สถานีนอนามัย 30 บาท โรงพยาบาลชุมชน 50 บาท และโรงพยาบาลจังหวัด 100 บาท
- บริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชน 50 บาทต่อวัน และโรงพยาบาลจังหวัด 100 บาทต่อวัน หรือที่โรงพยาบาลชุมชน 100 บาทต่อวัน และโรงพยาบาลจังหวัด 200 บาทต่อวัน
- สมมติว่าไม่มีครัวเรือนใดได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่ายร่วม นั่นคือมีเพียงไม่กี่ครอบครัวที่มีรายจ่ายเกินจากระดับที่ต้องรับผิดชอบที่ตั้งไว้ และสำหรับกรณีผู้ยากไร้มีส่วนปกครองท้องถิ่นเป็นผู้จ่ายร่วมแทนให้

ข. ความต้องการทางการเงิน

โดยการนำอัตราการเจ็บป่วย พฤติกรรมการใช้บริการ (ดูตาราง ข.2) และการเข้าเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล (ดูตาราง ข.3) ของประชาชนทั่วไปมาใช้คำนวณแทนกลุ่มผู้ที่เป็นเป้าหมายของระบบ SST และคูณด้วยค่าใช้จ่ายสำหรับบริการแต่ละระดับ (ดูตาราง ข.4) จะประมาณรายจ่ายของรัฐได้ที่ 34.2 พันล้านบาท (สถานการณ์ที่ 1) หรือ 40.9 พันล้านบาท (สถานการณ์ที่ 2) ถ้ามีการเปลี่ยนการให้บริการจากบริการของรัฐไปเป็นเอกชนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รายจ่ายจะเพิ่มขึ้นเป็น 56.5 พันล้านบาท (สถานการณ์ที่ 3) เพราะครัวเรือนของข้าราชการและผู้มีสิทธิประกันสังคมอาจจะไม่ได้รวมถึงครัวเรือนทั้งหมด ดังนั้นในสถานการณ์ที่ 4 และ 5 แสดงการเปลี่ยนแปลงของรายจ่ายต่อรัฐในกรณีที่ขนาดครอบครัวใหญ่ขึ้นของกลุ่ม SST โดยมีพิสัยอยู่ระหว่าง 39 ถึง 47 พันล้านบาท

การเก็บเงินจากผู้รับบริการคงจะถูกแทนที่ด้วยการกำหนดวงเงินจ่ายร่วม แต่การจ่ายร่วมจะมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 16 ถึง 20 ของรายจ่ายของรัฐทั้งหมด

การประเมินนี้อาจจะต่ำกว่าที่เคยประมาณการมาก่อนหน้านี้ ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัยและ วงศ์คนารัตนกุล (2539)^{46/} ได้ประมาณการรายจ่ายของรัฐบาลเพื่อการประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ที่ 7 หมื่นล้านบาท ความแตกต่างของวิธีการที่ต่างกันมาจากการประมาณการอัตราการเจ็บป่วยที่ต่างกัน และการศึกษาก่อนหน้านี้แบ่งตามระดับอายุ ในขณะที่การศึกษานี้แบ่งตามถิ่นที่อยู่

^{46/} ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัยและ วงศ์คนารัตนกุล (2539) การประมาณการต้นทุนของบริการสาธารณสุขพื้นฐานสำหรับประเทศไทยโดยอาศัยข้อมูลปัจจุบันของรายจ่ายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ด้อยโอกาส รายงานการวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ตาราง ข.1 สัดส่วนของครัวเรือนที่มีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม และส่วนที่เหลือซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของ SST

	ทุกครัวเรือน	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	ประกันสังคม	SST
เขตเมือง	3,875,800	0.217	0.035	2,899,098
เขตชานเมือง	1,738,600	0.166	0.015	1,423,913
เขตชนบท	10,814,000	0.076	0.004	9,948,880

ตาราง ข.2 อัตราการเจ็บป่วยและสัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยนอก

	ครัวเรือน	สมาชิก	อัตราการเจ็บป่วย	สถานอนามัย	โรงพยาบาล ชุมชน	โรงพยาบาล จังหวัด	โรงพยาบาล เอกชน
เขตเมือง	2,899,098	3.66	3.224	0.026	0.034	0.211	0.361
เขตชานเมือง	1,423,913	3.71	3.952	0.097	0.168	0.135	0.252
เขตชนบท	9,948,880	4.00	4.498	0.239	0.143	0.117	0.160
	14,271,892						

ตาราง ข.3 อัตราการรับเข้าเป็นผู้ป่วยในและสัดส่วนการให้บริการในโรงพยาบาลแต่ละระดับ

	อัตราการรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลจังหวัด	โรงพยาบาลเอกชน
เขตเมือง	0.051	0.078	0.68	0.334
เขตชานเมือง	0.068	0.351	0.448	0.189
เขตชนบท	0.063	0.433	0.43	0.127

ตาราง ข.4 แสดงต้นทุนของรัฐบาลสำหรับนโยบาย SST

แผน	สถานีอนามัย	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลจังหวัด	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลจังหวัด	ต้นทุน
1	70	200	500	2,000	5,000	34,204,623,959
2	80	240	600	2,400	6,000	40,924,478,650
3						56,500,758,751
4	70	200	500	2,000	5,000	39,097,948,367
5	80	240	600	2,400	6,000	47,119,500,072

ตาราง ข.5: สัดส่วนของรายรับที่เก็บจากการจ่ายร่วมเมื่อเทียบกับต้นทุน

แผน	ต้นทุน	การจ่ายร่วม	%
1	34,204,623,959	6,973,766,320	20.39
2	40,924,478,650	7,965,334,443	19.46
3	56,500,758,751	9,428,052,973	16.69
4	39,097,948,367	7,387,784,648	18.90
5	47,119,500,072	8,002,134,804	16.98