

การวิเคราะห์เชิงนโยบายของการรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนถ้วนหน้า

The policy analysis of renal replacement therapy for end stage renal disease patients in basic care package of universal health insurance in Thailand

นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*, นายแพทย์ยศ ตีระวัฒนานนท์*,
นายแพทย์วิชัย เกษมทรัพย์*, นางสาวสุวรรณา มุแก้ม*

บทนำ

บทความนี้เป็นการนำเสนอข้อมูลสำหรับผู้ศึกษาได้วิเคราะห์เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารระดับสูงในการวางแผนนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนถ้วนหน้าหรือที่เรียกกันจนติดปากว่านโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคนั้น ซึ่งภายหลังจากการประชุมที่มีพณฯนายกรัฐมนตรีเป็นประธานเมื่อวันเสาร์ที่ 17 มีนาคมที่ผ่านมา มีมติเบื้องต้นเสนอให้สิทธิประโยชน์ในโครงการดังกล่าวยังไม่รวมการรักษาทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะสุดท้ายและการให้ยาด้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยกเว้นการให้ยาสำหรับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการอยู่แล้ว โดยระหว่างนี้ให้ดำเนินการศึกษาความเป็นไปได้และความคุ้มค่าของการเพิ่มการครอบคลุมสำหรับสองโรคที่กล่าวมา รวมทั้งให้มีการจัดเวทีสำหรับชี้แจงและรับฟังความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยและญาติ แพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ให้การรักษา ผู้บริหาร และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากเป็นครั้งแรกที่มีการศึกษาถึงภาระด้านการคลังสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้นหากมีการให้บริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย ผู้ศึกษาจึงเห็นว่า การนำข้อมูลเหล่านี้มาเผยแพร่ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านในการประยุกต์ใช้รูปแบบหรือวิธีการศึกษาเพื่อนำข้อมูลทางวิชาการมาใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายสาธารณสุขต่อไป

* โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข
สำนักงานกองทุนส่งเสริมการวิจัย - สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและวิธีการรักษา

ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ กรณีที่ไตทั้งสองข้างทำงานได้น้อยมากหรือทำงานไม่ได้เลย ทำให้ร่างกายไม่สามารถขับของเสียที่เกิดขึ้นในร่างกายได้ สำหรับผู้ที่มิภาวะดังกล่าวถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาประมาณ 1-2 เดือน สาเหตุของภาวะดังกล่าวส่วนใหญ่ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตอักเสบเรื้อรัง และนิ่วในไต ทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายนี้ที่เรียกว่า "การรักษาทดแทนไต" มีอยู่ด้วยกัน 3 วิธีคือ

- การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis, HD)
- การล้างช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, CAPD)
- การปลูกถ่ายไตหรือการผ่าตัดเปลี่ยนไต (Renal Transplantation, RT)

สองวิธีแรกจัดเป็นการรักษาแบบประคับประคอง หมายถึงผู้ป่วยจะต้องให้การรักษาเช่นนี้ไปจนกระทั่งเสียชีวิต ไม่ใช่เป็นการรักษาให้หายขาด ความถี่ของการรักษาทั้งสองวิธีนั้นขึ้นอยู่กับภาวะของผู้ป่วย โดยทั่วไปมักจะต้องฟอกเลือดทุก 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ สำหรับการล้างช่องท้องมักจะอยู่ที่ 4 ครั้งต่อวันโดยทำติดต่อกันทุกวัน การฟอกเลือดต้องทำที่โรงพยาบาลที่มีเครื่องไตเทียมส่วนการล้างช่องท้องสามารถทำได้ที่บ้านของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยหรือญาติดำเนินการเอง การรักษาที่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดได้มีเพียงการผ่าตัดปลูกถ่ายไตหรือเปลี่ยนไตทั้งนี้ตามระเบียบของแพทยสภาที่ว่าด้วยการปลูกถ่ายอวัยวะระบุว่าไตที่สามารถนำมาปลูกถ่ายได้นั้นต้อง

มาจากญาติโดยสายเลือด เช่น พ่อ แม่ ลูก หรือคู่สมรส หรือมาจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองตาย โดยบริจาคได้แสดงความจำนงไว้ขณะมีชีวิตหรือทายาทหรือผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ลงนามบริจาค⁽¹⁾

อย่างไรก็ตามทุกวิธีของการรักษาที่กล่าวไปข้างต้นล้วนจำเป็นต้องตรวจติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การล้างช่องท้องอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในบริเวณช่องท้องซึ่งต้องรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะผู้ป่วยมักจำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมักมีปัญหาาร่วมในเรื่องของเลือดจางจึงจำเป็นต้องให้เลือดเป็นระยะ สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตก็ต้องทานยากดภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันมิให้ร่างกายปฏิเสธไตหรือไม่ยอมรับไตที่ปลูกถ่าย สำหรับผลการรักษาด้วยวิธีทั้งสามที่รายงานในต่างประเทศพบว่า⁽²⁾ อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกาที่ให้การรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดและล้างช่องท้องใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วยและโรคที่เกิดขึ้นร่วมเป็นดั่งปัจจัยสำคัญ โดยผู้ป่วยเด็กที่มีอายุระหว่าง 0-19 ปี มีอัตราการรอดชีวิตที่ระยะเวลา 1 ปี และ 5 ปีสูงกว่าในกลุ่มที่มีอายุมากกว่าในทุกวิธีการรักษา (ดูตารางที่ 1 ประกอบ) เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะวิธีการรักษาพบว่า การผ่าตัดเปลี่ยนไตทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวกว่าการรักษาด้วยการฟอกเลือดหรือการล้างช่องท้องโดยการผ่าตัดเปลี่ยนไตด้วยไตที่ได้รับการบริจาคจากญาติโดยสายเลือดที่ยังมีชีวิตจะมีโอกาสรอดชีวิตที่ 1 ปี และ 5 ปีสูงที่สุด คือเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 96 และร้อยละ 82 ตามลำดับ หรือกล่าวได้ว่าจะมีผู้ป่วยเพียง 4 คนและ 12 คนเท่านั้นจากผู้ป่วย 100 คนที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวจะเสียชีวิตที่ระยะ

ตารางที่ 1 แสดงอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทดแทนไต ด้วยวิธีต่างๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2542

วิธีการรักษา	ฟอกเลือด หรือ ถ้าง้องท้อง		การปลูกถ่ายไต (ผู้บริจาคเสียชีวิต)		การปลูกถ่ายไต (ผู้บริจาคมีชีวิต)	
ช่วงอายุผู้ป่วย	อัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี (1 year survival) %	อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี (5 year survival) %	อัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี (1 year survival) %	อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี (5 year survival) %	อัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี (1 year survival) %	อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี (5 year survival) %
0-19	98	58	99	95	98	96
20-44	90	51	96	84	98	89
45-64	84	34				
65-74	74	20	92	70	96	80
75+	64	11				
Overall	78	29	93	73	96	82

ตารางที่ 2 ต้นทุนของการให้บริการฟอกเลือดจำแนกตามชนิดของสถานบริการและปริมาณของการให้บริการ

ชนิดสถานพยาบาลที่ให้ บริการจำแนกตาม จำนวนเครื่องไตเทียม	ต้นทุนวัสดุ (บาท)	ต้นทุนค่าแรง (บาท)	ต้นทุนครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)	จำนวนการให้บริการ ต่อเครื่องไตเทียม (ครั้งของการฟอก เลือดต่อวัน)
2	750	916	844	2,510	1
2	650	731	469	1,850	2
2	600	791	331	1,722	3
4	700	640	833	2,173	1
4	650	677	459	1,786	2
4	600	588	320	1,508	3
6	650	660	785	2,095	1
6	600	460	420	1,480	2
6	600	432	285	1,317	3

เวลา 1 ปีและ 5 ปีภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตด้วยไตที่ได้รับบริจาคจากญาติโดยสายเลือดที่มีชีวิตซึ่งต่างกันมากเมื่อเทียบกับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดหรือล้างช่องท้องที่จะมีโอกาสรอดชีวิตที่ 1 ปีและ 5 ปีต่ำสุด คือเฉลี่ยร้อยละ 78 และร้อยละ 29 ตามลำดับ

ค่ารักษาพยาบาล

จากการศึกษาคำนวณของการให้บริการทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดสำหรับสถานบริการภาครัฐ 21 แห่งและภาคเอกชน 11 แห่งทั่วประเทศในปี 2542 พบว่าต้นทุนของการให้บริการฟอกเลือดอยู่ในช่วงระหว่าง 1,317 บาท ถึง 2,510 บาทต่อครั้งการให้บริการฟอกเลือด ทั้งนี้ขึ้นกับจำนวนของเครื่องไตเทียมที่มีในสถานบริการและจำนวนครั้งของการฟอกเลือดต่อเครื่องไตเทียมต่อวัน (ดูตารางที่ 2 ประกอบ) โดยพบว่าต้นทุนทั้งหมด ได้แก่ ต้นทุนค่าวัสดุหรือน้ำยาต่างๆ ต้นทุนค่าแรง และต้นทุนครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง จะแปรผกผันตามจำนวนเครื่องไตเทียมที่มีในสถานบริการ นั่นคือสถานบริการที่มีเครื่องไตเทียมมากจะมีต้นทุนของการให้บริการต่ำกว่าสถานบริการที่มีเครื่องไตเทียมน้อย เนื่องจากอาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และจำนวนพนักงานที่จำเป็นต้องจัดซื้อและจ้างอยู่แล้วหากเพิ่มจำนวนของเครื่องไตเทียมในจำนวนดังกล่าวจึงมีความจำเป็นต้องเพิ่มต้นทุนเหล่านี้เพียงเล็กน้อยนั่นเอง นอกจากนี้จำนวนครั้งของการให้บริการต่อเครื่องไตเทียมต่อวันก็เช่นกันพบว่าหากมีการให้บริการเพิ่มขึ้นจาก 1 รายต่อเครื่องต่อวันเป็น 2 รายต่อเครื่องต่อวันก็จะลดต้นทุนรวมได้ถึงร้อยละ 25 หรือหากเพิ่มจาก 1 รายต่อเครื่องต่อวันเป็น 3 รายต่อเครื่องต่อวันจะสามารถลดต้นทุนรวมได้เฉลี่ย

ร้อยละ 33 และหากเพิ่มจาก 2 รายต่อเครื่องต่อวันเป็น 3 รายต่อเครื่องต่อวันก็จะสามารถลดต้นทุนรวมได้เฉลี่ยร้อยละ 12 สำหรับค่าเฉลี่ยของการเรียกเก็บค่าบริการฟอกเลือดจากสถานพยาบาลภาครัฐเท่ากับ 2,700 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้หากคิดรวมค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงหรือค่าใช้จ่ายสำหรับการให้เลือดค่าใช้จ่ายทั้งหมดสำหรับการให้บริการฟอกเลือดจึงตกอยู่ราว 254,000-304,000 บาทต่อรายต่อปี

สำหรับผู้ป่วยที่ใช้วิธีการล้างช่องท้องซึ่งสามารถทำเองได้ที่บ้านค่าใช้จ่ายจึงประกอบด้วยค่าน้ำยาล้างช่องท้องราคาอยู่ระหว่าง 160-220 บาทต่อถุง ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้ 4 ถุงต่อหนึ่งวัน รวมค่าน้ำยาล้างช่องท้องเป็นเงิน 640-880 บาทต่อวัน เมื่อรวมกับค่าวัสดุอื่นๆอีกประมาณ 15,000 บาทต่อปี รวมเป็นค่าใช้จ่ายทั้งปีของผู้ป่วยประมาณ 250,000-310,000 บาท

จากการศึกษาคำนวณของการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบว่าต้นทุนดังกล่าวที่นับตั้งแต่วันทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจนกระทั่งวันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลมีต้นทุนของค่าวัสดุ ค่าแรง และค่าครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้างอยู่ที่ 154,234-171,535 บาทขึ้นกับชนิดของไตที่นำมาปลูกถ่าย ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 สำหรับค่าใช้จ่ายในการติดตามหลังการผ่าตัดเมื่อคิดเฉพาะค่ายาควบคุมภูมิคุ้มกันและยาอื่นๆรวมกับค่าตรวจวินิจฉัยในห้องปฏิบัติการอยู่ระหว่าง 13,625-15,624 ครั้งต่อการตรวจติดตาม จากต้นทุนในตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่าทั้งต้นทุนของการผ่าตัดและต้นทุนภายหลังการผ่าตัดสำหรับการปลูกถ่ายไตจากญาติทางสายเลือดจะต่ำกว่าการปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคที่ไม่ใช่ญาติ

ตารางที่ 3 ต้นทุนของการผ่าตัดปลูกถ่ายไต จำแนกตามชนิดของไตที่นำมาปลูกถ่าย

ชนิดของไตที่นำมาปลูกถ่าย	ต้นทุนการรักษาในช่วงการผ่าตัดปลูกถ่าย* (จำนวนวันนอน) หน่วยบาท	ต้นทุนการดูแลหลังการปลูกถ่ายไต** หน่วย บาทต่อครั้งของการตรวจติดตาม
ไตจากญาติโดยสายเลือด	154,234 (18)	13,625
ไตจากผู้เสียชีวิตที่บริจาค	171,535 (23)	15,624

หมายเหตุ * ต้นทุนการรักษาในช่วงการผ่าตัดปลูกถ่าย นับตั้งแต่วันที่ทำการผ่าตัด การนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล รวมต้นทุนวัสดุ ค่าแรง และครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง

** ต้นทุนเฉพาะค่ายาควบคุมภูมิคุ้มกัน ค่ายาอื่นๆ และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในทุกการรักษาทดแทนไตยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายสำหรับการบริหารจัดการนอกหน่วยบริการทดแทนไต ค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลในกรณีที่เกิดอาการแทรกซ้อนจากการรักษาทดแทนไต เช่น การติดเชื้อในช่องท้องหรือในกระแสเลือด การเกิดปฏิกิริยาปฏิเสธไตของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่าย เป็นต้น ซึ่งคาดว่าจะต้องใช้งบประมาณค่อนข้างสูงอีกจำนวนหนึ่ง

ในปัจจุบันใครได้รับการรักษาอยู่บ้าง

เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่มีค่ารักษาสูงมากขนาดที่สามารถทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าสู่ภาวะล้มละลายได้หากต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง⁽³⁾ ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันจึงมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ จากการวิจัยของ นพ.วิรัช เกษมทรัพย์ และคณะใน พ.ศ. 2542⁽⁴⁾ ซึ่งดำเนินการในจังหวัดอุบลราชธานี นครสวรรค์ และสงขลา พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 23.2 จากผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมดที่ได้รับการรักษา

โดยอีกร้อยละ 76.8 ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ และเสียชีวิตในที่สุด เมื่อแยกสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการทดแทนไตตามระบบประกันสุขภาพพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการได้รับบริการทดแทนไตในสัดส่วนที่มากที่สุดคือเกือบร้อยละ 70 ในขณะที่ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยได้รับบริการรักษาทดแทนไตเพียงร้อยละ 1.6 (1 รายจาก 61 ราย) ดังแสดงในตารางที่ 4 ที่เป็นเช่นนี้เพราะระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการกำหนดให้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการให้บริการทดแทนไตได้

หากดูตามสัดส่วนของช่วงอายุผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทดแทนไตซึ่งแบ่งเป็น ช่วงอายุ 0-39 ปี ช่วงอายุ 40-59 ปี และช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ดังตารางที่ 5 จะพบว่าจำนวนสัดส่วนของผู้ที่ได้รับการรักษาใกล้เคียงกันในทุกช่วงอายุ คือระหว่างร้อยละ 20.5 ถึงร้อยละ 23.8 โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ร้อยละ 22.8 สำหรับในปัจจุบันนอกเหนือจากกลุ่มผู้ป่วยในระบบสวัสดิการของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทดแทนไต และ ไม่ได้ได้รับการรักษา แบ่งตามสวัสดิการที่มีอยู่ ในพื้นที่ 3 จังหวัดคือ อุบลราชธานี สงขลา และ นครสวรรค์ ระหว่าง 1 ตุลาคม 2541 - 30 กันยายน 2542

สวัสดิการที่มีอยู่	ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ การรักษาทดแทนไต		ผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาทดแทนไต		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	60	98.4	1	1.6	61	100
สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	16	31.4	35	68.6	51	100
ประกันสังคม	-	-	2	100	2	100
จ่ายเอง	66	92.9	5	7.1	71	100
รวม	142	76.8	43	23.2	185	100

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทดแทนไตและไม่ได้ได้รับการรักษา แบ่งตามกลุ่มอายุในพื้นที่ 3 จังหวัดคือ อุบลราชธานี สงขลา และ นครสวรรค์ ระหว่าง 1 ตุลาคม 2541 - 30 กันยายน 2542

กลุ่มอายุ	ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการ รักษาทดแทนไต		ผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาทดแทนไต		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
0-39 ปี	31	79.5	8	20.5	39	100
40-59 ปี	54	77.1	16	22.9	70	100
>60 ปี	61	76.2	19	23.8	80	100
รวม	146	77.2	43	22.8	189	100

พบว่ายังมีการให้สวัสดิการรักษาทดแทนไตแก่ผู้ป่วยที่เป็นผู้ประกันตนตาม พรบ.ประกันสังคม โดยถึงแม้จะไม่ได้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายเกือบทั้งหมดเช่นในกลุ่มแรก แต่ก็ให้สิทธิในการเบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงิน 1,500 บาทต่อครั้งของการฟอกเลือด หากมองในภาพรวมจะพบว่าประชาชนที่ในปัจจุบันได้รับการครอบคลุมสวัสดิการการรักษาทดแทนไตจะมีเพียงร้อยละ 15 ของประชากรทั้งประเทศ นอกเหนือจาก

นี้ผู้ป่วยต้องแบกรับค่าใช้จ่ายเองซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถรับภาระได้

หากในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมการรักษาพยาบาลทดแทนไต

หากนโยบายการประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนถ้วนหน้าที่จะเริ่มดำเนินการในปี 2545 จะให้สิทธิประโยชน์การรักษาทดแทนไตสำหรับ

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการดำเนินโครงการดังกล่าวจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องตอบคำถามสำคัญด้วยกัน 3 ข้อ ได้แก่

1. จำนวนผู้ป่วยที่ต้องให้การรักษาทดแทนไตในอนาคตจะเป็นอย่างไร แม้ว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคต่อปีควรจะคงที่ แต่เนื่องจากความชุกของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายจะเปลี่ยนแปลงจากการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่รัฐบาลจะต้องแบกรับค่ารักษาพยาบาลในอนาคตจะสูงขึ้น

2. ความสามารถในการให้บริการซึ่งหมายถึงความพร้อมของเครื่องไตเทียมที่มีอยู่มีความสามารถรองรับผู้ป่วยที่จะเพิ่มขึ้นได้หรือไม่ รวมถึงการผ่าตัดเปลี่ยนไตหรือการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายของสถานบริการ

3. ภาระด้านงบประมาณของการบริการทดแทนไตจะต้องใช้งบประมาณจำนวนเท่าใดในระยะเวลา 5 ปีข้างหน้าทั้งนี้เพื่อแสดงให้เห็นแนวโน้มในอนาคตในระยะต่อไปด้วย

เพื่อให้สะดวกต่อการทำความเข้าใจผู้ศึกษาข้อชี้แจงผลการประเมินเป็นข้อๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สถานะการณ์อุบัติการณ์และความชุกของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

เนื่องจากไม่เคยมีใครทราบอุบัติการณ์ที่แท้จริงของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสำหรับประชาชนไทย ดังนั้นจากการประมาณอุบัติการณ์ของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยวิเคราะห์บนพื้นฐานของข้อมูลจากผู้ประกันคนที่ป่วยด้วยภาวะไตวายระยะสุดท้ายในระบบประกันสังคมที่มาขอ

รับความช่วยเหลือค่าฟอกเลือดในช่วงเดือน พ.ค. 2542 จนถึงเดือน เม.ย. 2543⁽⁵⁾ และข้อมูลของผู้ที่มาขึ้นทะเบียนเพื่อรับการรักษาในสถานพยาบาลที่ให้การรักษาทดแทนไตทั่วประเทศ ประมาณได้ว่าสำหรับประเทศไทยใน พ.ศ. 2543 น่าจะมีอุบัติการณ์ของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ที่ 88.1 รายต่อล้านประชากรต่อปี⁽⁶⁾ หรือหมายความว่าในช่วงเวลาหนึ่งปีจะมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเข้าสู่ระยะสุดท้าย 88 รายในทุกประชากรคนไทยหนึ่งล้านคนหรืออาจกล่าวได้ว่าในหนึ่งปีในประเทศไทยจะมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ประมาณ 5-6 พันคน นอกจากนี้คาดว่าอัตราการอุบัติการณ์ของโรคดังกล่าวน่าจะเพิ่มสูงขึ้นทุกปีซึ่งอาจจะมีสาเหตุจากการที่ประชาชนมีโอกาสนในการเข้าถึงบริการได้มากขึ้นจึงได้รับการตรวจและวินิจฉัยมากขึ้นหรือความก้าวหน้าของวงการแพทย์ที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนอื่นน้อยลง ในการประมาณครั้งนี้ผู้วิเคราะห์ได้ตั้งสมมุติฐานว่าจะมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นของโรคในช่วง 5 ปีถัดจากนี้ไปในอัตราร้อยละ 5 ต่อปี เมื่อนำอุบัติการณ์ที่ได้มาคูณกับจำนวนประชากรของประเทศไทยซึ่งคาดการณ์โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ จึงทำให้ได้ทราบถึงจำนวนผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นในแต่ละปีในช่วง 5 ปีข้างหน้า จึงคำนวณหาค่าประมาณผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นในแต่ละช่วงเดือนที่จะต้องเข้าสู่อการรักษาหากมีการให้บริการฟรีซึ่งจะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก คือจากเดิมที่เคยเสียชีวิตกว่าร้อยละ 80 ต่อปีของผู้ป่วยทั้งหมด จะเหลือผู้ป่วยเสียชีวิตเพียงอัตราร้อยละ 1 ต่อเดือน⁽⁷⁾ ทำให้จะมีผู้ป่วยสะสมในแต่ละเดือนเพิ่มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากการสรุปยอด

ตารางที่ 6 แสดงประมาณการประชากรทั้งประเทศ อุบัติการณ์ของโรค จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยสะสมที่สิ้นปี รายปีตั้งแต่ปี 2544 จนถึง 2549

	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549
ประชากรทั้งประเทศ x1000 คน	62,320	62,968	63,589	64,184	64,754	65,388	65,997
อุบัติการณ์ของโรค (ราย/ล้านประชากร/ปี)	88.1	92.5	97.2	102.0	107.1	112.5	118.1
จำนวนผู้ป่วยรายใหม่	5,492	5,827	6,178	6,548	6,936	7,354	7,794
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ที่เดือนธันวาคม	5,963	7,513	12,509	17,287	21,809	26,366	30,750

ตารางที่ 7 ประมาณศักยภาพของการให้บริการฟอกเลือดแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในกรณีที่จำนวนเครื่องฟอกไตเท่ากับปี พ.ศ. 2542

จำนวนการให้บริการต่อเครื่องไตเทียม (ครั้งของการฟอกเลือดต่อวัน)	จำนวนครั้งการให้ บริการได้ใน 1 วัน	จำนวนครั้งการให้ บริการใน 1 ปี*	จำนวนครั้งการให้ บริการได้**
1	511	160,454	5,943
2	1,022	320,908	11,885
3	1,533	481,362	17,828

หมายเหตุ จำนวนเครื่องฟอกไตปี 2542 เท่ากับ 511 เครื่อง

* คำนวณจาก 6 วันทำการต่อสัปดาห์ เท่ากับ 314 วันทำการต่อปี

** คำนวณจากจำนวนครั้งของการฟอกเลือดของผู้ป่วยเป็น 27 ครั้งต่อคนต่อปี

จำนวนผู้ป่วยจากการคาดการณ์ในตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยที่มีชีวิตรอดจนถึงเดือนธันวาคมของแต่ละปี เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วคือจาก 7,513 ในเดือนธันวาคม 2544 เป็น 12,509 คนในเดือนธันวาคม 2545 และ จะสูงขึ้นกว่า 3 หมื่นคนในช่วงระยะเวลา 5 ปี

ความสามารถในการให้บริการทดแทนไตในประเทศไทย

ในปี 2542 ประเทศไทยมีเครื่องไตเทียม จำนวนทั้งสิ้น 511 เครื่องตั้งอยู่ในสถานพยาบาล 114 แห่ง เป็นของรัฐบาล 52 แห่ง เอกชน 56 แห่ง และ

โรงพยาบาลมูลนิธิอีก 6 แห่ง⁽⁸⁾ หากคำนวณจากจำนวนเครื่องไตเทียมในปี 2542 (ดูตารางที่ 7) จะพบว่าหากเพิ่มขีดความสามารถในการฟอกเลือดของเครื่องไตเทียมได้ถึง 3 ครั้งต่อเครื่องต่อวันทั่วประเทศ จะสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการฟอกเลือดได้จำนวนกว่า 17,000 คน ซึ่งเทียบกับประมาณการณ์จำนวนผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาคาดไว้ก่อนหน้านี้พบว่าในปี 2542 เครื่องฟอกไตที่มีอยู่ในประเทศไทยมีศักยภาพรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นได้จนถึงปี พ.ศ. 2546 แต่อย่างไรก็ตามพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของสถานพยาบาลที่มีเครื่องฟอกไตดังกล่าวอยู่ในกรุงเทพมหานคร ดังนั้นเนื่องจากการกระจายของเครื่องฟอกไตในพื้นที่ประเทศไทยโดยรวมไม่ดี ทำให้ความเป็นไปได้ในการใช้เครื่องฟอกไตที่มีอยู่มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยไตวายที่จะเข้ารับบริการจึงเป็นไปได้ยาก เพราะจะทำให้เกิดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตต่างจังหวัด

ตารางที่ 8 สรุปค่าใช้จ่ายในการให้บริการทดแทนไต

การรักษาทดแทนไต	ต้นทุน (บาท/คน/ปี)
ฟอกเลือด	260,000
ล้างช่องท้อง	307,000
ผ่าตัดเปลี่ยนไต***	300,000 / 72,222

หมายเหตุ ต้นทุนรวมต้นทุนวัสดุ ต้นทุนค่าแรง และต้นทุนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง

*** ผ่าตัดเปลี่ยนไตต้นทุนการผ่าตัดเปลี่ยนไต 200,000 บาท ให้การรักษาและติดตามผู้ป่วย 100,000 บาทใน 5 ปีแรก และ 60,000 บาทใน 4 ปีสุดท้าย (คิดอายุของไตที่ผ่าตัดเปลี่ยนเป็น 9 ปี)

สำหรับการรักษาทดแทนไตด้วยวิธีการล้างช่องท้องนั้นสามารถเพิ่มได้โดยมีขีดจำกัดน้อยมาก แต่เนื่องจากเป็นวิธีที่ค่อนข้างยากลำบากสำหรับผู้ป่วยที่ต้องล้างช่องท้องวันละหลายรอบและทุกวัน อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะมีการใช้วิธีการฟอกเลือดสูงขึ้นจากปัจจุบันที่พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายใช้วิธีการล้างช่องท้องต่อการฟอกเลือดเป็นร้อยละ 25 ต่อ 75 สำหรับวิธีการสุดท้ายคือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต นั้นพบว่าที่ผ่านมาในอดีตค่อนข้างมีอัตราการผ่าตัดคงที่ คือประมาณ 150 รายต่อปี ทั้งนี้มีข้อจำกัดอยู่ที่ไตที่จะนำมาปลูกถ่ายจากการบริจาคยังมีปริมาณไม่เพียงพอ

ภาระด้านงบประมาณของภาครัฐบาล

ผู้ศึกษาได้ประมาณการงบประมาณที่จะเกิดขึ้นในการรักษาทดแทนหากรัฐบาลกำหนดค่าใช้จ่ายสำหรับชดเชยให้แก่สถานพยาบาลตามตารางที่ 8 ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ได้จากการศึกษาต้นทุนดังที่ได้กล่าวไปแล้วเมื่อนำมาคำนวณกับจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยสะสมหักออกด้วยจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในแต่ละเดือนจะพบว่าการรักษาทดแทนไตฟรีจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจะเพิ่มสูงขึ้นจาก 2,759 ล้านบาทในปีแรกสูงขึ้นเป็นกว่า 7 พันล้านบาทต่อปีในปี 2549. หรือเพิ่มขึ้นกว่าสองเท่าตัวดังแสดงไว้ในตารางที่ 9 หรือคิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นกว่า 1 พันล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะอยู่ที่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งมีค่าใช้จ่ายมากกว่าร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งหมด ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตสำหรับกรณีการให้การรักษาฟรีสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายจึงมิใช่เป็นงบประมาณที่เล็กน้อยเลย

ตารางที่ 9 แสดงประมาณการประชากรทั้งประเทศ อุบัติการณ์ของโรค จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยสะสมที่สิ้นปี รายปี ตั้งแต่ปี 2544 จนถึง 2549

	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549
จำนวนผู้ป่วยรายใหม่	5,492	5,827	6,178	6,548	6,936	7,354	7,794
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เดือนธันวาคม	5,963	7,513	12,509	17,287	21,809	26,366	30,750
ภาระด้านการคลังสาธารณสุข (หน่วย ล้านบาท)							
* การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม			2,400	3,541	4,636	5,697	6,732
* การล้างช่องท้อง			314	464	608	747	883
* การผ่าตัดปลูกถ่ายไต			45	55	66	77	88
รวมค่ารักษาทดแทนไต			2,759	4,061	5,311	6,522	7,704
รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดของโครงการฯ			55,783	51,526	53,304	55,005	56,753
(ร้อยละของงบประมาณ)			(5%)	(8%)	(10%)	(12%)	(14%)

หมายเหตุ ค่ารักษาพยาบาลคิดจาก 21,667 บาทต่อเดือนในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 25,583 บาทในผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างช่องท้อง และ 300,000 บาทในปีแรกและ 72,222 บาทต่อปีในปีถัดไปในผู้ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทั้งนี้คาดว่าหากมีการให้บริการทดแทนไตฟรี จะมีการให้บริการฟอกเลือดเป็น 9 เท่าของการรักษาด้วยการล้างช่องท้อง และการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีความสามารถทำได้ 150 รายต่อปี

เมื่อเทียบกับงบประมาณที่คาดว่าจะใช้ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งโครงการ ในปี 2545 เมื่อใช้อัตราเหมาจ่าย 1,197 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งประมาณไว้ที่ 55,000 ล้านบาท และประมาณ 56,000 ล้านบาทในปี 2549 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 7 ของงบประมาณเพื่อการรักษาพยาบาลทั้งหมดในปี 2545 และเป็นร้อยละ 14 ของงบประมาณในปี 2549 อย่างไรก็ตามข้อมูลที่นำมาใช้นี้ยังต้องลบออกด้วยจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และผู้ป่วยในระบบประกันสังคมที่ซึ่งมีการใช้งบประมาณแยกกันต่างหากซึ่งผู้ศึกษา ยังไม่ได้จำแนกออกเนื่องจากมีลักษณะของกลุ่ม

ประชากรที่มีความแตกต่างในเรื่องของอายุซึ่งมีผลต่ออุบัติการณ์และการพยากรณ์ของโรค

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าถึงแม้ประเทศไทยจะมีศักยภาพในเชิงวิชาการและทรัพยากรในการที่จะจัดให้มีบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั่วประเทศก็ตาม แต่ก็พบว่าถ้าหากดำเนินการจริงก็จะเกิดเป็นภาระด้านการคลังต่อระบบสาธารณสุขในระยะยาวเป็นอย่างมากจากตัวเลขแสดงให้เห็นว่าจะต้องใช้งบประมาณเพิ่มสูงขึ้นถึงปีละกว่าหนึ่งพันล้านบาท

หากเทียบกับงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขใช้สำหรับการซื้อวัคซีนเพื่อฉีดให้แก่เด็กไทยทั้งประเทศในปี 2543 ซึ่งเป็นเงินเพียง 807 ล้านบาท หรือเทียบกับโครงการที่มีต้นทุนที่ประสิทธิผลสูงกว่าที่ยังไม่ได้ดำเนินการ โดยเฉพาะกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งมักมีต้นทุนที่ต่ำแต่ให้ผลตอบแทนสูง เช่น การป้องกันหรือคัดกรองโรคมะเร็ง การป้องกันโรคเอดส์ ก็จะพบว่าการลงทุนสำหรับการให้บริการดังกล่าวอาจจะยังไม่มี ความคุ้มค่าเพียงพอในภาวะการณ์ปัจจุบันหรือกระทั่ง การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นซึ่งจะส่งผลให้ลดจำนวนผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายล้วนแต่เป็นกิจกรรมที่อาจต้องให้ความสำคัญก่อนการทุ่มงบประมาณในการให้บริการทดแทนไต

หากจำเป็นที่รัฐบาลต้องจัดบริการทดแทนไตให้แก่ประชาชนบางกลุ่มผู้ศึกษาเห็นว่า การผ่าตัดปลูกถ่ายไตน่าจะเป็นวิธีการรักษาทดแทนไตที่ให้ผลคุ้มค่ามากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในต่างประเทศ ถึงแม้ว่าจะมีต้นทุนของการรักษาก่อนข้างสูงในระยะแรก แต่ในระยะหลังก็มีต้นทุนต่ำลงและพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี หลายรายสามารถกลับไปทำงานให้แก่สังคมได้^(9,10) การให้บริการฟอกเลือดควรจัดไว้ให้แก่ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคไตที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตหรือมีแนวโน้มที่จะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในอนาคต ซึ่งแตกต่างจากสถานะการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย ที่ผู้ให้การรักษาส่วนใหญ่ยังไม่ได้คำนึงถึงพยาธิสภาพของผู้ป่วยเป็นสำคัญแต่กลับให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีระบบสวัสดิการครอบคลุม

นอกจากนี้ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงแต่ไม่ได้รวมอยู่ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ความพร้อมในด้านบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลในหน่วยบริการไตเทียม หรือศัลยแพทย์และทีมผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งปัจจุบันการกระจายตัวของบุคลากรดังกล่าวก็ยังเป็นปัญหาเช่นเดียวกับการกระจายตัวของเครื่องไตเทียม ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้เป็นตัวอย่างที่ดีของการสะท้อนให้เห็นผลกระทบของการขาดระบบการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ที่ดี การจัดตั้งหน่วยไตเทียมในอนาคตจึงควรวางแผนในภาพรวมระดับประเทศที่ดี คือ มีจำนวนของเครื่องไตเทียมในปริมาณที่เหมาะสม ควรหลีกเลี่ยงการตั้งหน่วยไตเทียมที่มีเครื่องไตเทียมเพียงหนึ่งเครื่องรวมทั้งควรจัดให้มีศักยภาพในการให้บริการต่อเครื่องในปริมาณที่สูงเพื่อลดต้นทุนของการให้บริการและสามารถใช้ศักยภาพของเครื่องมือได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานกองทุนส่งเสริมการวิจัย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ขอขอบคุณคณะกรรมการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความไว้วางใจแก่ทีมผู้ศึกษาในการดำเนินการ และขอขอบคุณอาจารย์วิรัชศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2538 หมวดที่ 8 การประกอบวิชาชีพเวชกรรมเกี่ยวกับการปลูกถ่ายอวัยวะ คู่มือแค่มือใหม่ 2539; 177-178
2. US Renal Data System, 1998. USRDS 1998 Annual Data Report. The National Institute of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, Bethesda, Maryland
3. วิรัช เกษมทรัพย์ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สุวรรณภูมิ. ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การเจ็บป่วยราคาแพง: ทางออกคืออะไร. วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย 2544; 15: 35-41
4. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร วิรัช เกษมทรัพย์ และสุวรรณภูมิ. ผู้มีรายได้น้อยกับการเข้าถึงบริการทดแทนไต: วิเคราะห์และข้อเสนอเชิงนโยบาย. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2543; 6: 72-80
5. ข้อเสนอการพิจารณาประโยชน์ทดแทนกรณีปลูกถ่ายไต เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการแพทย์ (ชุดที่ 6) ครั้งที่ 15/2543 สำนักงานประกันสังคม กรมแรงงานและสวัสดิการสังคม
6. เอกสารประกอบหมายเลข 4 Financial requirements for implementing universal coverage การประชุมการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน ถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล ณ.ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล 17 มีนาคม พ.ศ. 2544 คณะทำงานพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข
7. ธัชชัย วุฒิจำนงค์, อุบล พงษ์ศิริ, อินทรีย์ กาญจนกุล, และคณะ Chronic hemodialysis in Pramongkutkiao Hospital: A 14-year experience. Journal Nephrology Thailand 1998; 4: 38-45.
8. อนุตตร จิตตินันท์ Thailand renal replacement therapy registry 1997-1999 เอกสารประกอบการประชุมประจำปีสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
9. Trisolini M, Ashley D, Harik V, et al. Policy analysis for end-stage renal disease in Jamaica. Soc Sci Med 1999; 49: 905-20.
10. Stanton J. The cost of living: kidney dialysis, rationing and health economics in Britain, 1965-1996. Soc Sci Med 1999; 49: 1169-82.



โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
 124 - ถนนสีลม กรุงเทพฯ 10500
www.bkkchristianhosp.th.com
 E-mail: info@bkkchristianhosp.th.com

☎ 634-0560-79
 634-0453-64
 233-6981-9
 235-1000-7
 238-0923-8
 FAX: 236-2911

วิธีวิเคราะห์ต้นทุนบริการของสถานพยาบาล แบบมาตรฐานและแบบลัด

กัญญา ติชยาธิคม

วลัยพร พัทธนฤมล

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ รายงานฉบับนี้เสนอวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนของสถานพยาบาล ๒ แบบได้แก่ แบบมาตรฐานและแบบลัด โดยวิธีมาตรฐานนั้น จะได้ประโยชน์สำหรับผู้บริหารสถานพยาบาล ในการกำกับต้นทุนของตน และปรับปรุงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรส่วนวิธีการลัดนั้นมีประโยชน์ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนของสถานพยาบาล วิธีการมาตรฐานประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ได้แก่การวิเคราะห์ห้องศัลยกรรม และการจำแนกหน่วยต้นทุนเป็นประเภทต่างๆ การเก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุและค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ จะได้ต้นทุนรวมตามหน่วยต้นทุน ทำการกระจายต้นทุนของหน่วยต้นทุนที่สนับสนุนทั่วไป และหน่วยต้นทุนที่สนับสนุนบริการคลินิก ไปยังหน่วยต้นทุนที่บริการผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จะได้ต้นทุนทั้งหมดของหน่วยต้นทุนบริการผู้ป่วยโดยตรง เมื่อนำปริมาณบริการมาหาร จะได้ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในและต่อวันป่วย

วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนแบบลัด อาศัยข้อมูลต่างๆ ในรายงานปรกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ๐๑๑๐ รง.๕ ได้แก่รายจ่ายดำเนินการ มาหารด้วยจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก บวก กับจำนวนรายผู้ป่วยในที่ถ่วงน้ำหนักด้วยสัดส่วน ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในกับต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกจากการศึกษาแบบมาตรฐานในอดีต ในการศึกษานี้ใช้สัดส่วน ๑๔ ต่อ ๑ และ ๑๘ ต่อ ๑ สำหรับโรงพยาบาลชุมชนและ โรงพยาบาลระดับจังหวัด จะได้ต้นทุนต่อครั้ง ผู้ป่วยนอก และต้นทุนต่อรายผู้ป่วยใน

คำสำคัญ ต้นทุนโรงพยาบาล, วิธีมาตรฐานการวิเคราะห์ต้นทุน, วิธีวิเคราะห์แบบลัด

บทนำ

การดำเนินการตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลในปี ๒๕๔๔-๔๕ นั้น สถานพยาบาลจะได้รับงบประมาณจำกัดตามจำนวนประชาชนที่มาขึ้นทะเบียนกับเครือข่ายสถานพยาบาลของตน ดังนั้น จึงมี

ความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารสถานพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชน จะต้องทราบต้นทุนต่อหน่วยของตนเอง ควบคู่ความสามารถในการวิเคราะห์ต้นทุน ด้วยตนเอง จึงเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นเครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร เพื่อนำไปสู่มาตรการที่

เหมาะสมในการปรับปรุงประสิทธิภาพ โรงพยาบาลให้ดีขึ้น และสามารถจัดบริการได้ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากร จึงนำเสนอวิธีการวิเคราะห์หาต้นทุนต่อหน่วยของสถานพยาบาลทุกระดับ ได้แก่สถานีนามัย, โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลระดับจังหวัด โดยวิธีการมาตรฐานและวิธีแบบลัด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถทำการวิเคราะห์ต้นทุนด้วยตนเอง โดยอาศัยประสบการณ์การพัฒนาระเบียบวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนสถานพยาบาล ที่เคยมีผู้วิจัยหลายคนทำการศึกษาไว้ตั้งแต่ปี ๒๕๒๗

ผลการศึกษา

๑. วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนสถานพยาบาลแบบมาตรฐาน

๑.๑ หลักการพื้นฐาน

ในที่นี้จะนำเสนอประสบการณ์ในการคำนวณหาต้นทุนของสถานพยาบาลในประเทศไทยในรูปแบบ วิธีทางบัญชีต้นทุน (cost accounting) โดยจะวิเคราะห์ในมุมมองของผู้ให้บริการ (provider) เท่านั้น กล่าวคือ จะคำนึงถึงเฉพาะต้นทุนที่โรงพยาบาลต้องจ่ายเพื่อผลิตบริการ มีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

๑. สำรวจและศึกษาโครงสร้างของระบบงาน (system analysis) และโครงสร้างการบริหารงบประมาณและเงินบำรุงของโรงพยาบาล การสนับสนุนการให้บริการระหว่างหน่วยงานต่างๆภายในโรงพยาบาล

๒. จำแนกหน่วยงานเป็นหน่วยต้นทุน (cost center) ตามลักษณะหน้าที่และความสัมพันธ์ที่แท้จริงในการบริการ และสนับสนุนกันของแต่ละหน่วยงาน โดยจัดออกเป็น ๔ กลุ่มหน่วยต้นทุน (ประเภท) คือ

๒.๑ หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (non - revenue producing cost center: NRPPC)

๒.๒ หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (revenue producing cost center : RPCC)

๒.๓ หน่วยงานที่บริการผู้ป่วยโดยตรง (patient service area : PS)

๒.๔ หน่วยงานที่ให้บริการอื่น (non - pa-

tient service area : NPS)

๓. ศึกษาต้นทุนรวมโดยตรง (total direct cost) ซึ่งประกอบด้วย ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าแรง และ ต้นทุนค่าลงทุนของทุกหน่วยต้นทุน

๔. จัดสรรต้นทุนของหน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPPC) และหน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC) ซึ่งถือเป็นหน่วยต้นทุนชั่วคราว (transient cost center : TCCs) ไปให้กับหน่วยต้นทุนสุดท้าย (absorbing cost center : ACCs) คือ หน่วยบริการผู้ป่วย (PS) และหน่วยบริการอื่น (NPS) โดยต้นทุนที่กระจายไปนี้ เรียกว่าต้นทุนทางอ้อมของหน่วยต้นทุนสุดท้าย การจัดสรรต้นทุนจะใช้วิธีการคำนวณด้วยวิธีแก้สมการพร้อมกัน (simultaneous equation method)

๕. หาต้นทุนต่อหน่วยบริการ (unit cost calculation) เป็นค่าที่แสดงภาพรวมว่า ต้นทุนในการให้บริการอย่างหนึ่งเฉลี่ยเป็นเท่าไร คำนวณได้จาก ต้นทุนทั้งหมดหารด้วยผลผลิตที่ทำได้ เช่น ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยนอก เท่ากับ ต้นทุนทั้งหมดของการให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด หารด้วยจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด เช่นเดียวกับการคำนวณหา ต้นทุนเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยใน หรือต้นทุนเฉลี่ยต่อวันนอนผู้ป่วยใน

๑.๒ การเก็บรวบรวมต้นทุนโดยตรงของแต่ละหน่วย

ต้นทุนค่าแรง (labor cost :LC) หมายถึง รายจ่ายที่จ่ายให้กับเจ้าหน้าที่เป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน รวมทั้งสวัสดิการต่างๆที่จ่ายให้ในรูปตัวเงิน ได้แก่ เงินเดือน ค่าล่วงเวลา ค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติราชการ เงินประจำตำแหน่ง เงินเพิ่มพิเศษ เงินช่วยเหลือบุตร ค่าเล่าเรียนบุตร ค่าเช่าบ้าน

ต้นทุนค่าวัสดุ (material cost :MC) หมายถึง ค่าวัสดุทุกประเภทที่แต่ละหน่วยงานเบิกจ่ายจากหน่วยจ่าย (หน่วยหลักของโรงพยาบาล ได้แก่ ฝ่ายเภสัชกรรม และงานพัสดุฝ่ายบริหารทั่วไป) ซึ่งเกิดขึ้นในระยะเวลาที่กำหนดเช่นค่าวัสดุสำนักงาน วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ วัสดุงานบ้าน วัสดุเครื่องแต่งกาย วัสดุเชื้อเพลิง

เวชภัณฑ์ ยา รวมทั้งค่าน้ำประปา ค่าไฟฟ้า ค่าโทรศัพท์ ต้นทุนค่าลงทุน (capital cost :CC) เป็นต้นทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่มีอายุใช้งานมากกว่า ๑ ปีได้แก่ อาคารสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ โดยหมายถึงค่าเสื่อมราคาของราคาครุภัณฑ์ อาคารสิ่งก่อสร้างทั้งหมดในรอบปีงบประมาณที่ผ่านมา ซึ่งในการศึกษานี้ใช้วิธีการคิดคำนวณค่าเสื่อมราคาตามวิธีเส้นตรงหรือจำนวนคงที่เท่ากันทุกปี โดย

$$\text{ค่าเสื่อมราคา} = \frac{\text{ราคาทุน} - \text{ราคาซาก}}{\text{อายุการใช้งาน}}$$

๑.๓ การกระจายต้นทุน (indirect cost allocation)

การกระจายต้นทุนทางอ้อมของแต่ละกลุ่ม หลักการสำคัญมีอยู่ว่า ต้นทุนโดยตรง (direct cost) ของหน่วยงานต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ และหน่วยงานต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ ซึ่งเป็นหน่วยต้นทุนชั่วคราวจะถูกกระจายมาเป็นต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) ของหน่วยงานอื่นๆ ตามความสัมพันธ์ในการให้บริการหรือการสนับสนุน โดยอาศัยหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม ต้นทุนทั้งหมดจะถูกกระจายมาตกอยู่ในหน่วยงานบริการผู้ป่วย ซึ่งเป็นหน่วยรับต้นทุน ดังนั้นหน่วยรับต้นทุนจะมีต้นทุนทั้งหมด (full cost) เท่ากับต้นทุนทางตรงของหน่วยรับต้นทุนนั่นเองรวมกับต้นทุนทางอ้อมที่ถูกกระจาย (allocated) มาจากหน่วยต้นทุนชั่วคราวต่างๆเป็นที่ตกลงกันโดยทั่วไปแล้วว่า ลำดับของวิธีการจัดสรรต้นทุนค่าใช้จ่ายได้ถูกต้องจากมากไปหาน้อยดังนี้

๑) แก้มสมการพร้อมกัน (simultaneous equation method)

๒) วิธีการจัดสรรสองครั้ง (double distribution method)

๓) วิธีการจัดสรรครั้งเดียว (step-down method)

๔) วิธีการจัดสรรโดยตรง (direct apportionment)

การกระจายต้นทุน โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป จะใช้ วิธีแก้มสมการพร้อมกัน (simultaneous equations method) ต้นทุนโดยตรงของหน่วยงาน

NRPCC และ RPCC จะถูกกระจายไปให้หน่วย PC และ NPS เป็นต้นทุนทางอ้อมตามเกณฑ์การกระจายต้นทุน (allocation criteria) ที่กำหนดขึ้น ขณะเดียวกันจะรับต้นทุนจากหน่วยงานอื่นที่กระจายมาให้ในอัตราส่วนเดียวกัน จนกระทั่งถึงจุดสมดุล มีขั้นตอนในการคำนวณดังนี้

$$[X] = [A^{-1}] [B]$$

□ นำ inverse matrix ที่ได้คูณกับ matrix B จะได้ต้นทุนทั้งหมดของ TCC ([X]) โดยใช้คอมพิวเตอร์

□ คำนวณต้นทุนที่หน่วยต้นทุนได้จริง

จากสูตร full cost = total direct cost + total indirect cost

ซึ่ง total direct cost = labor cost + material cost + capital cost

total indirect cost = (full cost of TCC) x (สัดส่วนที่ TCC กระจายให้ หน่วยงานรับต้นทุน)

จะได้ต้นทุนทั้งหมดของหน่วยต้นทุนสุดท้าย (ACC) ที่ให้บริการผู้ป่วย (PS)

ACC full cost = direct cost of PS + indirect cost from NRPCC, RPCC

สถานีนอามัยจะใช้วิธีการกระจายต้นทุนแบบ (direct distribution method) ทั้งนี้เพราะไม่มีหน่วยต้นทุนชัดเจน ดังนั้นจึงคำนวณหาต้นทุนทั้งหมดรายกิจกรรมหลักๆ แล้วจัดสรรต้นทุนจากกิจกรรมบริหารสนับสนุนมายังกิจกรรมบริการโดยตรงเพื่อหาต้นทุนต่อหน่วยต่อไป

๑.๔ การหาต้นทุนต่อหน่วยบริการ

ต้นทุนต่อหน่วยคือการเปรียบเทียบปริมาณทรัพยากรที่ใช้กับผลลัพธ์หรือปริมาณงานที่เกิดขึ้นเป็นเครื่องมือสำหรับใช้ในการตรวจสอบประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร การกำหนดงบประมาณ การกำหนดอัตราค่าบริการ การพิจารณาว่าจะคงไว้หรือยกเลิกบริการบางอย่าง

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยจะกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งโดยทั่วไปมักจะทำอย่างน้อยปีละครั้งเมื่อ

สิ้นปีทางบัญชีหรืออาจจะทำบ่อยกว่านั้นเพื่อให้สามารถควบคุมการใช้ทรัพยากรได้ดีขึ้น

ต้นทุนต่อหน่วยบริการ

$$= \frac{\text{ต้นทุนทั้งหมดของแผนกบริการผู้ป่วย}}{\text{จำนวนหน่วยบริการ}}$$

ในการหาต้นทุนต่อหน่วย (unit cost) ของ หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง หรือหน่วยต้นทุน PS จะจำแนกเป็นต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยบริการผู้ป่วยนอก และหน่วยงานบริการผู้ป่วยใน โดยใช้ จำนวนครั้งของการมารับบริการตรวจรักษา (visits) และจำนวนวันผู้ป่วย (patient days) เป็น จำนวนหน่วยบริการในการคำนวณหาต้นทุนต่อหน่วย (unit cost) ของหน่วยผู้ป่วยนอก และหน่วยบริการผู้ป่วยใน นั่นคือ

ต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยบริการผู้ป่วยนอก

$$= \frac{\text{full cost ของงานผู้ป่วยนอก}}{\text{OP visits}}$$

และต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยงานบริการผู้ป่วยใน

$$= \frac{\text{full cost ของหน่วยงานนั้น}}{\text{จำนวนรายผู้ป่วยใน (inpatient case) หรือ ผู้ป่วยใน-วัน (inpatient days)}}$$

๑.๕ การเผยแพร่คู่มือการวิเคราะห์ต้นทุนแบบ

มาตรฐาน

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program - Thailand) โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ ได้จัดทำคู่มือการวิเคราะห์ต้นทุนสถานพยาบาลทุกระดับได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย โดยจัดทำในรูปแบบซีดีช่วยสอน ซึ่งประกอบด้วย คู่มือของการวิเคราะห์ต้นทุนในแต่ละระดับ พร้อมโปรแกรม excel ช่วยในการบันทึกและคำนวณต้นทุน พร้อมทั้ง วีดีโอบรรยายการใช้โปรแกรมในการบันทึกและคำนวณต้นทุน ได้ทำการเผยแพร่ซีดีชุดนี้ ให้กับโรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ทุกจังหวัด ทั่วประเทศไทย ในเดือนสิงหาคมนี้ โดยมีความประสงค์ต้องการให้สถานพยาบาลทั่วทั้งประเทศไทยทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สามารถทำการวิเคราะห์ต้นทุนด้วยตนเองได้ โดยไม่เป็นภาระยุ่งยากในการคำนวณมากเกินไปนัก ผู้เขียนตั้งใจและมุ่งหวังว่า ทั้งเอกสารคู่มือการวิเคราะห์ต้นทุน และ แฟ้มข้อมูล excel จะเกิดประโยชน์ต่อสถานพยาบาลอย่างยิ่ง หากสถานพยาบาลต่างๆภายในจังหวัดพร้อมใจร่วมกันวิเคราะห์ต้นทุนของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นสถานเอนามัยทุกแห่ง, โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง, และ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ตลอดจนโรงพยาบาลอื่นๆของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ไม่เพียงแต่จะเกิดประโยชน์อย่างมหาศาลเฉพาะในพื้นที่จังหวัดเท่านั้น ยังจะเกิดประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทยในภาพรวมอย่างมากด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำไปเชื่อมโยงกับนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลจำเป็นต้องทราบต้นทุนการผลิตของตนเอง เพื่อการควบคุมต้นทุนอยู่ในระดับที่สอดคล้องกับประมาณการรายได้ของแต่ละสถานพยาบาล

๒. วิธีการประเมินต้นทุนสถานพยาบาลแบบลัด

๒.๑ หลักการพื้นฐาน

การวิเคราะห์ต้นทุนแบบลัดเป็นการนำข้อมูลทุติยภูมิ ที่ได้รวบรวมจากข้อมูลรายงาน ๑๑๑๑ รง. ๕ และข้อมูลด้านการเงินอื่นๆประจำปีงบประมาณนั้นๆ มาใช้ในการคำนวณหาต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในเท่านั้น (ข้อจำกัดของวิธีนี้คือคำนวณได้เฉพาะต้นทุนดำเนินการ เพราะไม่สามารถคำนวณต้นทุนค่าลงทุนได้) โดยจะต้องมีข้อมูลดังนี้

๑. ค่าใช้จ่ายต่างๆ ทั้งเงินงบประมาณ และเงินนอกงบประมาณที่สถานพยาบาลนั้นๆใช้ในปีงบประมาณที่จะทำการวิเคราะห์ต้นทุน

๒. ปริมาณบริการผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยใน ในปีงบประมาณที่จะทำการวิเคราะห์ต้นทุน

๓. สัดส่วนของต้นทุน ผู้ป่วยในต่อรายกับต้นทุนผู้ป่วยนอกต่อครั้ง (คำนวณได้จากต้นทุนต่อหน่วยที่ได้มี

การวิเคราะห์โดยวิธีการแบบสมบูรณ์มาใช้อ้างอิง)

๒.๒ วิธีการ

นำข้อมูลต้นทุนดำเนินการ (operating cost) หมายถึง รายจ่ายจากรายงานของโรงพยาบาล (แบบรายงาน ๐๑๑๐ รง.๕) ทั้งที่จ่ายจากเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณ ซึ่งรวม ต้นทุนค่าแรง (labor cost) ในหมวด เงินเดือน ค่าจ้างประจำ ค่าจ้างชั่วคราว ค่าตอบแทน ค่าใช้สอย และเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ที่ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว เป็นต้น และรายจ่ายค่าวัสดุ (material cost) ในหมวด ค่าวัสดุ สาธารณูปโภค เงินอุดหนุน รายจ่ายอื่นๆ และงบกลาง เป็นตัวเศษ (nominator)

ตัวส่วน (denominator) ได้แก่ จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก (OP visit) บวก จำนวนรายผู้ป่วยใน (IP Case) ซึ่งถ่วงน้ำหนักด้วยสัดส่วนต้นทุนต่อรายผู้ป่วยในต่อต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก โดยอ้างอิงจากงานวิเคราะห์ต้นทุนแบบมาตรฐานที่ผ่านมา ในที่นี้ให้ใช้สัดส่วนดังนี้
โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ใช้สัดส่วน ๑๔ : ๑^(๑)

โรงพยาบาลชุมชน ใช้สัดส่วน ๑๔: ๑^(๒)

ดังนั้น ต้นทุนดำเนินการต่อรายผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
=
$$\frac{\text{ต้นทุนดำเนินการ}}{\text{จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก} + (\text{จำนวนรายผู้ป่วยใน} * ๑๔)}$$

ตารางที่ ๑ ข้อมูลต้นทุนโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ

โรงพยาบาล	ต้นทุนค่าแรง	ต้นทุนค่าวัสดุ	ต้นทุนดำเนินการ
๑ หางดง	๑๓,๓๓๕,๕๕๓	๓,๒๓๕,๘๒๒	๑๖,๕๗๑,๓๗๕
๒ แม่ฮ่องสอน	๘,๒๓๑,๘๕๐	๑,๐๔๒,๕๗๒	๙,๒๗๔,๔๒๒
๓ คอยสเก็ค	๑๒,๖๘๕,๓๗๔	๑๑,๒๑๓,๑๖๘	๒๓,๘๙๘,๕๔๑
๔ พะริว	๑๒,๕๔๓,๒๖๕	๑๐,๗๐๗,๘๐๓	๒๓,๒๕๑,๐๖๘
๕ แม่แจ่ม	๕,๓๒๗,๓๕๘	๕,๐๖๖,๒๐๑	๑๐,๓๙๓,๕๕๙
๖ แม่แตง	๑๕,๖๒๕,๘๗๕	๘,๒๒๐,๗๔๐	๒๓,๘๔๖,๖๑๖
๗ แม่สาย	๑๒,๖๒๓,๐๓๔	๑๑,๒๘๑,๕๐๓	๒๓,๙๐๔,๕๓๗
๘ สะเมิง	๗,๖๓๕,๔๐๗	๓,๖๘๗,๘๔๑	๑๑,๓๒๓,๒๔๘
๙ สันทราย	๑๓,๕๔๖,๐๕๘	๘,๗๘๗,๑๘๗	๒๒,๓๓๓,๒๔๕
๑๐ สารภี	๑๔,๕๔๓,๐๗๕	๖,๐๔๐,๑๖๓	๒๐,๕๘๓,๒๓๘
๑๑ อมก๋อย	๗,๐๔๗,๐๐๓	๒,๕๕๓,๕๓๖	๙,๖๐๐,๕๓๙
๑๒ สอด	๑๒,๑๓๒,๔๗๓	๑๓,๐๕๑,๗๓๕	๒๕,๑๘๔,๒๐๘
๑๓ คอยเค่า	๗,๐๕๔,๖๕๖	๕,๕๕๕,๖๑๕	๑๒,๖๑๐,๒๗๑
๑๔ เวียงแหง	๔,๐๑๐,๐๕๖	๒,๕๕๕,๔๖๑	๖,๕๖๕,๕๑๗
๑๕ ไชยปราการ	๗,๑๕๐,๕๕๔	๕,๑๓๖,๘๗๐	๑๒,๒๘๗,๔๒๔
๑๖ แม่วาง	๖,๘๒๑,๕๐๕	๕,๔๑๗,๘๓๕	๑๒,๒๓๙,๓๔๐
๑๗ เชียงดาว	๕,๓๔๑,๗๘๒	๑๐,๔๗๑,๕๕๘	๑๕,๘๑๓,๓๔๑
๑๘ จอมทอง	๒๒,๕๐๑,๕๓๕	๑๕,๐๑๕,๕๕๔	๓๗,๕๑๗,๐๘๙
๑๙ ฝาง	๓๐,๑๐๒,๕๕๘	๑๖,๒๓๕,๖๓๑	๔๖,๓๓๘,๑๘๙
๒๐ สันป่าตอง	๓๐,๕๗๔,๓๔๗	๔๗,๖๑๔,๕๗๘	๗๘,๑๘๘,๙๒๕
รวม	๒๓๕,๖๗๐,๔๔๐	๑๙๓,๔๔๘,๒๒๒	๔๒๙,๑๑๘,๖๖๒

ต้นทุนดำเนินการต่อรายผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์
โรงพยาบาลทั่วไป

$$= \text{ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยนอก} * ๑๔$$

ต้นทุนดำเนินการต่อรายผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล
ชุมชน

$$= \frac{\text{ต้นทุนดำเนินการ}}{\text{จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก} + (\text{จำนวนรายผู้ป่วยใน} * ๑๔)}$$

ต้นทุนดำเนินการต่อรายผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน

$$= \text{ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยนอก} * ๑๔$$

๒.๓ ตัวอย่างการวิเคราะห์ต้นทุนแบบลัด

ในที่นี้จะขอยกตัวอย่าง โรงพยาบาลชุมชนใน
จังหวัดเชียงใหม่ (ตารางที่ ๑, ๒ และ ๓) เพื่อแสดง

ให้เห็นวิธีการคำนวณแบบลัด ต้นทุนต่อหน่วยของ
โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาล
ชุมชน ทั่วประเทศ ท่านสามารถศึกษาได้ที่ www.hsri.or.th/srs

วิธีการคำนวณ ต้นทุนต่อหน่วย เช่น

ต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทางดง

$$= \frac{๑๖,๕๗๕,๔๑๕}{(๑,๔๐๗ * ๑๔) + ๔๗,๓๖๗}$$

$$= ๒๔๗ \text{ บาท / ครั้ง}$$

ต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยในโรงพยาบาลทางดง

$$= ๒๔๗.๑๕ * ๑๔$$

$$= ๓,๔๖๐ \text{ บาท / ราย}$$

ตารางที่ ๒ ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในจำแนกตามรายโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนเตียง	ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	ผู้ป่วยใน (ราย)
๑ ทางดง	๑๐	๔๗,๓๖๗	๑,๔๐๗
๒ แม่ออน	๑๐	๔๑,๒๕๒	๑,๒๕๕
๓ คอยสะเก็ด	๓๐	๕๑,๑๖๗	๒,๕๐๓
๔ พร้าว	๓๐	๕๒,๗๘๖	๓,๕๐๔
๕ แม่แจ่ม	๓๐	๔๘,๗๔๘	๓,๖๖๓
๖ แม่แตง	๓๐	๔๕,๕๓๗	๓,๕๒๐
๗ แม่ฮาย	๓๐	๖๕,๕๖๖	๔,๓๔๒
๘ สะเมิง	๓๐	๒๑,๘๐๘	๒,๘๒๒
๙ สันทราย	๓๐	๖๕,๐๖๒	๓,๑๓๓
๑๐ สารภี	๓๐	๕๕,๑๒๕	๓,๑๔๑
๑๑ อมก๋อย	๓๐	๑๕,๒๖๗	๒,๘๔๓
๑๒ ฮอด	๓๐	๕๖,๕๕๓	๕,๗๔๑
๑๓ คอยเคา	๓๐	๒๘,๖๖๑	๑,๔๕๒
๑๔ เวียงแหง	๓๐	๒๔,๘๓๑	๑,๗๑๔
๑๕ ไชยปราการ	๓๐	๔๖,๐๖๘	๓,๑๗๕
๑๖ แม่วาง	๓๐	๓๖,๘๐๔	๑,๗๔๘
๑๗ เชียงดาว	๖๐	๔๐,๖๘๕	๕,๓๖๗
๑๘ จอมทอง	๕๐	๑๒๘,๕๗๐	๕,๖๐๒
๑๙ ฝาง	๕๐	๑๑๐,๖๑๕	๑๐,๔๕๗
๒๐ สันป่าตอง	๕๐	๑๓๔,๓๗๕	๑๔,๓๐๐
รวม	๗๗๐	๑,๑๓๓,๗๐๕	๘๖,๑๓๓

ตารางที่ ๓ แสดงต้นทุนต่อหน่วยของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามรายโรงพยาบาล

ลำดับ	โรงพยาบาล	ต้นทุนดำเนินการ (บาท)	ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	ผู้ป่วยใน (ราย)	ต้นทุนต่อครั้ง ผู้ป่วยนอก	ต้นทุนต่อราย ผู้ป่วยใน
๑	หางคิง	๑๖,๕๗๕,๔๑๕	๔๗,๓๖๗	๑,๔๐๗	๒๔๗	๓,๔๖๐
๒	แม่ออน	๕,๒๗๔,๘๖๒	๔๑,๒๕๒	๑,๒๕๕	๑๕๖	๒,๑๘๕
๓	คอยสะเก็ด	๒๓,๘๕๘,๕๔๑	๕๑,๑๖๗	๒,๕๐๓	๒๗๗	๓,๘๘๑
๔	พริ้ว	๒๓,๓๕๑,๐๖๕	๕๒,๗๘๖	๓,๕๐๔	๒๒๕	๓,๒๑๐
๕	แม่แจ่ม	๑๘,๓๕๓,๕๕๕	๔๘,๗๔๘	๓,๖๖๓	๑๘๔	๒,๕๗๔
๖	แม่แดง	๒๓,๘๕๐,๖๑๖	๔๕,๕๓๗	๓,๕๒๐	๒๒๘	๓,๑๕๘
๗	แม่อาขย	๒๓,๕๐๔,๕๓๖	๖๕,๕๗๖	๔,๓๔๒	๑๘๓	๒,๕๖๗
๘	สะเมิง	๑๑,๓๒๓,๒๔๕	๒๑,๘๐๘	๒,๘๒๒	๑๘๕	๒,๕๘๕
๙	สันทราย	๒๒,๗๓๓,๒๔๕	๖๕,๐๖๒	๓,๑๓๓	๒๐๕	๒,๕๒๒
๑๐	สารภี	๒๐,๕๘๓,๒๔๒	๕๕,๑๒๕	๓,๑๔๑	๒๐๐	๒,๗๕๕
๑๑	อมก๋อย	๕,๖๐๐,๕๓๕	๑๕,๒๖๗	๒,๘๔๓	๑๖๓	๒,๒๗๕
๑๒	ฮอด	๒๕,๒๒๔,๒๑๑	๕๖,๕๕๓	๕,๗๔๑	๑๘๔	๒,๕๗๑
๑๓	คอยเต่า	๑๓,๐๕๐,๓๑๑	๒๘,๖๖๑	๑,๔๕๒	๒๖๖	๓,๗๓๐
๑๔	เวียงแหง	๖,๕๕๕,๕๑๗	๒๔,๘๓๑	๑,๗๑๔	๑๔๒	๑,๕๕๔
๑๕	ไชยปราการ	๑๒,๒๘๗,๔๖๔	๔๖,๐๖๘	๓,๑๗๕	๑๓๖	๑,๕๐๐
๑๖	แม่วาง	๑๒,๒๓๕,๓๔๐	๓๖,๘๐๔	๑,๗๔๘	๒๐๐	๒,๗๕๖
๑๗	เชียงดาว	๑๕,๘๑๓,๓๔๑	๔๐,๖๘๕	๕,๓๖๗	๑๗๑	๒,๓๕๕
๑๘	จอมทอง	๓๗,๕๑๗,๕๒๘	๑๒๘,๕๗๐	๕,๖๐๒	๑๔๒	๑,๕๕๔
๑๙	ฝาง	๔๖,๓๔๒,๒๒๕	๑๑๐,๖๑๕	๑๐,๔๕๗	๑๘๐	๒,๕๒๔
๒๐	สันป่าดอง	๗๘,๑๘๕,๓๒๕	๑๓๔,๓๗๕	๑๔,๓๐๐	๒๓๔	๓,๒๗๒
	รวม	๔๕๕,๑๐๘,๘๘๐	๑,๑๓๓,๗๐๕	๘๖,๑๓๓	๑๙๕	๒,๗๒๓

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ต้นทุนแบบมาตรฐานใช้เวลามาก มีความยุ่งยากในการเก็บข้อมูล เพื่อรวบรวมต้นทุนทั้งหมด จำแนกตามหน่วยต้นทุน การดำเนินการกระจายต้นทุน จะต้องมีส่วนที่เหมาะสมมาเป็นเกณฑ์การกระจาย นอกจากจะได้ต้นทุนต่อหน่วย จำแนกตามประเภทของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรายตึก รวมทั้งเข้าใจแบบแผนของโครงสร้างต้นทุน ว่าเป็นต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุและค่าเสื่อมราคาในสัดส่วนเพียงไรแล้ว ผู้วิเคราะห์ยังได้ข้อมูล ต้นทุนรวมของ หน่วยงานที่สนับสนุนบริการ เช่น ชักฟอก โรงครัว เวชระเบียน

งานพยาธิวิทยา เอกซเรย์ ผ่าตัด เกสัชกรรม เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญ ในการกำหนดนโยบายต่างๆ เช่น การจ้างเหมาบริการ (contract out) ให้ภาคเอกชนเข้ามาดำเนินการแทนการผลิตเอง (in house production) ข้อมูลเหล่านี้ เป็นพื้นฐานสำคัญในการจัดทำงบประมาณระหว่างแผนก (departmental budget - block grant) ไปยังหน่วยต้นทุนต่างๆ ประโยชน์ใช้สอยที่สำคัญคือการบริหารต้นทุนของโรงพยาบาลเอง (cost control)

การวิเคราะห์ต้นทุนแบบลัด ทำได้ทันที ภายในครึ่งวัน ถ้ามีข้อมูลรายจ่ายดำเนินการและข้อมูลปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั้งปี และใช้สัดส่วน ๐๔

ต่อ ๑ หรือ ๑๘ ต่อ ๑ แล้วแต่กรณี, เป็นตัวถ่วงน้ำหนัก (relative weight) ของผู้ป่วยในโดยการอ้างอิงงานศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ก็จะได้ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกและต่อรายผู้ป่วยใน จุดอ่อนของการวิเคราะห์ต้นทุนแบบลัดคือ การยอมรับสมมุติฐานว่า โรงพยาบาลประเภทเดียวกัน จะมีสัดส่วนต้นทุนเหมือนกัน ซึ่งอาจจะไม่เป็นจริง นอกจากนี้ การวิเคราะห์แบบลัดสามารถวิเคราะห์ได้เฉพาะต้นทุนต่อหน่วยดำเนินการเท่านั้น ประโยชน์ใช้สอยของการวิเคราะห์แบบลัด คือการเปรียบเทียบต้นทุนโรงพยาบาลหลายๆแห่ง (cost comparison)

สถานพยาบาลใดที่ได้วิเคราะห์ต้นทุนของตนไม่ว่าจะด้วยวิธีมาตรฐาน หรือ วิธีลัด กรุณาจัดส่งข้อมูลเป็น electronic file มาให้ได้ร่วมชื่นชมกับผลงานด้วย ที่ e-mail address : walaiporn@hsrint.hsri.or.th หรือ kanjana@hsrint.hsri.or.th พร้อมกันนั้นจะได้ทำการรวบรวมให้เป็นฐานข้อมูลการวิเคราะห์ต้นทุนของประเทศไทยที่ www.hsri.or.th/srs

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ที่สนับสนุนการศึกษานี้ ภายใต้โครงการเมธีวิจัยอาวุโส ด้านเศรษฐศาสตร์ และการคลังสาธารณสุข ขอขอบคุณนักวิชาการกองสาธารณสุขภูมิภาค และกองโรงพยาบาลภูมิภาค ที่ให้ความร่วมมือและเอื้อเฟื้อข้อมูล หากปราศจากข้อมูลเหล่านี้ การศึกษานี้ จะดำเนินการไม่ได้เลย

เอกสารอ้างอิง

๑. จงกล เลิศเชิธดำรง ต้นทุนโรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ ปีงบประมาณ ๒๕๔๒ รายงานผลเบื้องต้น (โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข). กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข/สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; ๒๕๔๔.
๒. สุกัลยา คงสวัสดิ์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดที่ดำเนินการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข; ๒๕๔๑.

Abstract Unit Cost Analysis: Standard and Quick Methods

Kanjana Tisayaticom, Walaiporn Patcharanarumol, Viroj Tangcharoensathien

Senior Research Scholar Program in Health Economic and Financing

International Health Policy Program-Thailand

Journal of Health Science 2001; 10:359-367.

This paper reports a brief technical detail on standard methodology and a quick way of estimating unit cost of each hospital. Cost information derived from the standard method serves as one of important management tools for cost control and efficiency improvement. The quick method expedites cost comparisons among various health centers and hospitals. The standard costing methodology consists of the followings : a system analysis, with categorization of hospitals units and departments into cost centers (supporting, ancillary, patient services); direct cost collection on labor, material and capital depreciation cost for each cost center. Then total cost of supporting and ancillary units allocate to patient service centers (outpatient and inpatient). Unit cost per outpatient visit and admission is derived from the full cost of patient service units divided by its relevant number of services produced.

The quick method is more simple, the total annual operating expenditures (labor and material) for the whole hospital was divided by weighted output. The denominator is a summation of outpatient visits and number of admissions multiplied by a factor. This factor derived from the previous standard method of costing and is the ratio of cost per admission and cost per outpatient visit. The factors of 14 and 18 are employed for community and provincial hospitals of the Ministry of Public Health respectively. For example, the paper demonstrates how to use the quick method of cost estimation in some provinces.

Key words Hospital unit cost estimation, standard method, quick method.

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า: ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

ยศ ตีระวัฒนานนท์

ภูษิต ประคองสาย

โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

นโยบายรัฐบาลในการดำเนินการโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี ๒๕๔๔ นั้น กระทรวงสาธารณสุข และนักวิชาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้ตัดสินใจใช้รูปแบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล ในระบบปลายปิด ได้แก่ รายจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และกำหนดเพดานงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยใน เมื่อเป็นเช่นนั้น มีความจำเป็นจะต้องคำนวณอัตราเหมาจ่ายสำหรับบริการต่างๆ จึงทำการศึกษานี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงวิธีการคำนวณความต้องการงบประมาณสำหรับบริการต่างๆ ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งการปรับอัตราเหมาจ่ายให้เหมาะสมกับความเสี่ยง เป็นหลายอัตราจำแนกตามกลุ่มอายุ (age adjusted capitation) ทำการศึกษาระหว่าง มกราคม-มีนาคม ๒๕๔๔ โดยอาศัยข้อมูล ได้แก่ ฐานข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ของสถานพยาบาลระดับต่างๆ ในปีล่าสุดที่สามารถสืบค้นได้ และรายจ่ายกรณีค่ารักษาพยาบาลราคาแพง และอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของการประกันสังคม ฐานข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของประชากรไทย จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ๒๕๓๘ นอกจากนี้ การวิเคราะห์อัตราเหมาจ่ายจำแนกตามกลุ่มอายุ อาศัยการสำรวจค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำแนกตามกลุ่มอายุ จากสถานพยาบาลของรัฐในปี ๒๕๔๔ จาก โรงพยาบาลตัวอย่าง การศึกษานี้พบว่า ความต้องการงบประมาณเท่ากับ ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี จำแนกเป็นต้นทุนสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ๕๗๔ บาท, บริการผู้ป่วยใน ๓๐๓ บาท, บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคส่วนบุคคล ๑๗๕ บาท, บริการกรณีค่ารักษาพยาบาลราคาแพง ๓๒ บาท, บริการกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ๒๕ บาท, งบประมาณเพื่อการลงทุน ๕๓ บาท รวมทั้งสิ้น ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี อัตราเหมาจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยนอกจำแนกตามกลุ่มอายุ ด้วยเหตุผลว่า โครงสร้างอายุจะมีความแตกต่างของอัตราการใช้บริการ และค่ารักษาพยาบาลแตกต่างกัน การกำหนดให้มีหลายอัตราจำแนกตามกลุ่มอายุ จะเกิดความเป็นธรรมแก่สถานพยาบาลที่รับขึ้นทะเบียนประชากรผู้สูงอายุ และป้องกันปัญหาการเกิดกันไม่รับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ และพบว่า อัตราเหมาจ่ายกรณีผู้ป่วยนอก สำหรับกลุ่มอายุ คือไปนี้ ๐-๔, ๕-๙, ๑๐-๑๔, ๑๕-๒๔, ๒๕-๔๔, ๔๕-๕๙, ๖๐-๖๔ และ ๗๐+ ปี มีอัตราเหมาจ่ายเท่ากับ ๕๒๕, ๓๒๗, ๒๕๗, ๑๕๒, ๓๔๐, ๕๒๒, ๑,๗๕๑ และ ๒,๑๓๒ บาทต่อคนต่อปี เฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ ๕๗๔ บาท

คำสำคัญ

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า, นโยบาย ๓๐ บาท รักษาฟรีทุกโรค, อัตราเหมาจ่าย ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี

บทนำ

นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลไทย ในปี ๒๕๔๔ เป็นสัญญาประชาคมที่สำคัญอันหนึ่งที่จะให้หลักประกันสุขภาพแก่คนไทยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน เป้าหมายเชิงนโยบาย^(๑) ได้แก่ ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานเท่าเทียมกัน โดยไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย และเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนไทยทุกคน ชุดของสิทธิประโยชน์หลักประกอบด้วยบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุนสูง (cost effective interventions) ชุดของสิทธิประโยชน์หลักจะคล้ายคลึงกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ ๒ ระบบในอนาคต ได้แก่ ก) การประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ-พนักงานรัฐวิสาหกิจ และ ข) การประกันสุขภาพสำหรับประชาชนอื่น ที่ไม่ใช่ประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ - พนักงานรัฐวิสาหกิจ^(๒) วิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก จะเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) และกรณีผู้ป่วยใน จะเป็นการกำหนดเพดานงบประมาณ และใช้ข้อมูลน้ำหนักสัมพัทธ์ ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เป็นเกณฑ์ในการจ่าย (global budget and Diagnostic Related Group)

เพื่อให้สามารถดำเนินการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในกลางปีงบประมาณ ๒๕๔๔ คณะทำงานพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามนโยบายรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้นำเสนองบประมาณอุดหนุนต่อประชาชนหนึ่งคนในอัตรา ๑,๐๙๗ บาท ในการประชุมเรื่อง การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามนโยบายของรัฐบาล ณ ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล ในวันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๔๔ และที่ประชุมมีมติรับรองแล้วปรับเปลี่ยนตัวเลขดังกล่าว เป็น ๑,๒๐๒ บาทในภายหลัง สำหรับการดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๔๕ จึงจัดทำรายงานนี้ เพื่อแสดงการคำนวณความต้องการงบประมาณ สำหรับดำเนินการ

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งการคำนวณอัตราเหมาจ่ายจำแนกตามกลุ่มอายุ (age adjusted capitation) เพื่อเป็นเอกสารอ้างอิงสำหรับการปรับปรุงตัวเลขในอนาคต การเข้าใจฐานที่มาของตัวเลข ทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เกิดความตระหนักและปรับตัวเพื่อบริหาร ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และเป็นประโยชน์ต่อประชาชนเป็นที่ตั้ง

วิธีการศึกษา

การประมาณความต้องการงบประมาณต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๔๕ ทำการศึกษาระหว่างมกราคม-มีนาคม ๒๕๔๕ โดยอาศัยข้อมูล ๒ ชุดได้แก่

๑. อัตราความเจ็บป่วย ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและกรณีผู้ป่วยใน แบบแผนการใช้บริการของคนไทย ใช้ฐานข้อมูล การสำราวจอนามัยและสวัสดิการ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ๒๕๓๙^(๓)

๒. ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก และต้นทุนต่อราย ผู้ป่วยใน จากหลายการศึกษา ที่มีข้อมูลเป็นปัจจุบันมากที่สุด^(๔-๖)

๓. รายจ่ายกรณีค่ารักษาพยาบาลแพ่ง และกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน อ้างอิงผลการดำเนินการของสำนักงานประกันสังคม จากข้อมูลล่าสุดที่สืบค้นได้

ผลการศึกษา

๑. ข้อมูลต้นทุน

มีการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการในสถานพยาบาลภาครัฐ อย่างกระจัดกระจาย การวิเคราะห์ความต้องการงบประมาณครั้งนี้ จึงเลือกใช้เฉพาะการศึกษาที่เป็นปัจจุบันที่สุด ประมาณปี ๒๕๔๒

๑.๑ ต้นทุนต่อหน่วยที่สถานีอนามัย

ศิริวรรณและคณะ^(๔) รายงานต้นทุนในสถานอนามัยทุกแห่ง จำนวน ๕๕ สถานีอนามัย ในจังหวัดสมุทรสาคร ในปีงบประมาณ ๒๕๔๒ เท่ากับ ๕๙ บาท ต่อครั้งการบริการรักษาพยาบาล

๑.๒ ต้นทุนต่อหน่วยที่ โรงพยาบาลชุมชน

วรารณและคณะ^(๔) รายงานต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยของ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ใน ๑๕ จังหวัดภาคเหนือ (ยกเว้น เชียงรายและกำแพงเพชร) ในปีงบประมาณ ๒๕๔๒ มีค่าเฉลี่ยต้นทุนผู้ป่วยนอก ๒๒๐ บาทต่อครั้งและผู้ป่วยใน ๒,๔๕๗ บาทต่อราย (ตารางที่ ๑)

๑.๓ ต้นทุนต่อหน่วยที่ โรงพยาบาลระดับจังหวัด

จงกล เลิศเรียรดำรง^(๕) รายงานผลการศึกษาดำเนินการต่อหน่วย ในปี ๒๕๔๒ ของ โรงพยาบาลระดับจังหวัดทั่วประเทศ ๙๒ โรงพยาบาล มีต้นทุนผู้ป่วยนอก ๒๗๔ บาทต่อครั้งและผู้ป่วยใน ๕,๔๒๔ บาทต่อราย (ตารางที่ ๒)

ไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนต่อหน่วยของภาค

ตารางที่ ๑ ต้นทุนดำเนินการสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนในเขต ๘-๙-๑๐

เขต	ต้นทุนผู้ป่วยนอก (บาทต่อครั้ง)	ต้นทุนผู้ป่วยใน (บาทต่อราย)
๘	๒๐๕	๒,๖๖๕
๙	๒๐๔	๒,๕๘๖
๑๐	๒๕๕	๓,๓๒๑
เฉลี่ย	๒๒๑	๒,๘๕๗

เอกชน ได้แก่ คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนเลย ดังนั้น จึงอ้างอิง และกำหนดให้ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้นทุนของคลินิกเอกชน เท่ากับ ๒๐๐ บาทต่อครั้ง ผู้ป่วยนอกและ ๒,๔๕๗ บาทต่อรายผู้ป่วยใน กำหนดให้ต้นทุนของโรงพยาบาลระดับจังหวัด เป็นต้นทุนของโรงพยาบาลเอกชน เท่ากับ ๒๗๔ บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก และ ๕,๔๒๔ บาทต่อรายผู้ป่วยใน

๑.๔ รายจ่ายกรณีการรักษาพยาบาลแพง

เนื่องจากการจ่ายเงินเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวกรณีผู้ป่วยนอก และเพดานงบประมาณ ร่วมกับการใช้ข้อมูล กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group DRG) รายจ่ายอาจจะไม่ครอบคลุมการรักษาพยาบาลกรณีที่มีราคาแพงมากๆ เช่น มะเร็ง เป็นต้น จึงมีความจำเป็นต้องจัดให้มีเงินอีกส่วนหนึ่งเพื่อจ่ายกรณีดังกล่าว การซื้อบริการกรณีราคานี้แพงนั้น จะต้องมีเหตุผลทางวิชาการ ว่า การรักษาพยาบาลดังกล่าวนี้ มีต้นทุนประสิทธิผลดี

ในการดำเนินการโครงการประกันสังคม ปี ๒๕๔๒ และ ๒๕๔๓ พบว่ามีรายจ่ายทั้งสิ้น ๕๕.๖ และ ๗๗.๖ ล้านบาทตามลำดับ สำหรับผู้ประกันตน ๕.๗ และ ๕.๙ ล้านคน ได้รายจ่ายต่อหัวผู้ประกันตนเท่ากับ ๑๐ และ ๑๓ บาท เมื่อปรับด้วยโอกาสที่ประชาชนทั่วไปจะมีการเจ็บป่วยจากกรณีเหล่านี้มากกว่าผู้ประกันตนร้อยละ ๓๕ จะได้

ตารางที่ ๒ ต้นทุนดำเนินการสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับจังหวัด

โรงพยาบาล	จำนวน (แห่ง)	ต้นทุนผู้ป่วยนอกบาทต่อครั้ง (พิสัย)	ต้นทุนผู้ป่วยในบาทต่อราย (พิสัย)
ทั่วไป ขนาดเล็ก	๒๐	๒๒๓ (๑๐๖ - ๓๓๔)	๕,๓๕๑ (๒,๕๓๕ - ๘,๐๐๖)
ทั่วไป ขนาดใหญ่	๔๗	๒๒๘ (๑๔๘ - ๓๓๐)	๕,๒๔๘ (๓,๓๕๕ - ๗,๕๕๐)
ศูนย์	๒๕	๔๑๕ (๒๕๖ - ๕๔๔)	๕,๘๑๑ (๓,๕๐๐ - ๗,๖๒๓)
เฉลี่ย	๙๒	๒๗๔ (๑๐๖ - ๕๔๔)	๕,๔๒๔ (๒,๕๓๕ - ๘,๐๐๖)

ตารางที่ ๓ รายจ่ายกรณีการรักษาพยาบาลแพ่ง ผู้ประกันตนตามโครงการประกันสังคม

	๒๕๕๒	๒๕๕๓
จำนวนผู้ประกันตน(ราย)	๕,๖๗๕,๕๖๗	๕,๘๕๕,๒๒๐
ค่าบริการทางการแพทย์ นอกเหนือ capitation		
การให้เคมีบำบัดและ/หรือ รังสีรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง	๕,๒๕๐,๐๐๑	๑๓,๔๔๔,๓๒๘
การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery)	๑๕,๕๐๔,๘๓๒	๑๘,๐๘๗,๖๑๗
การผ่าตัดใส่วาล์วเทียมหรืออุปกรณ์นำบดภายในเช่น ลิ้นหัวใจเทียม, ข้อไหล่เทียม ฯลฯ	๑๕,๖๕๔,๕๕๗	๒๘,๔๖๗,๘๕๑
การผ่าตัดสมอง	๗,๕๔๑,๑๘๕	๗,๘๗๗,๕๓๕
การผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจตีบ	๒,๖๕๗,๘๕๘	๒,๘๕๕,๖๕๐
การรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้สายบอลลูนผ่านทางผิวหนัง	๔๐๕,๓๑๕	๖๖๐,๐๐๐
การรักษาผู้ป่วย Cryptococcal Meningitis	๓,๕๗๑,๗๘๒	๕,๒๒๒,๘๒๕
การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูนหรือหัตถกร	๔๖๔,๒๔๘	๕๖๐,๐๐๐
รวม รายจ่าย (บาท)	๕๕,๕๗๓,๘๒๖	๗๗,๕๖๖,๒๘๖
รายจ่ายกรณีการรักษาพยาบาลแพ่ง บาทต่อคนต่อปี	๑๐	๑๓
ปรับด้วย ผู้สูงอายุ ซึ่งมีโอกาสเกิดกรณีการรักษาพยาบาลแพ่ง factor ๑.๓๕	๑๓	๑๘

ที่มา สำนักงานประกันสังคม

๑๓ และ ๑๘ บาทต่อหัวต่อปี (ตารางที่ ๓) พิจารณาอัตราเพิ่มระหว่างปี ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๓ แล้ว สามารถคำนวณ ความต้องการงบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลกรณีราคาแพ่ง ในปี ๒๕๕๕ เท่ากับ ๓๒ บาทต่อคนต่อปี

๑.๕ รายจ่ายกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ในการดำเนินการโครงการประกันสังคม รายจ่ายกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปี ๒๕๔๐ - ๔๓ เท่ากับ ๒๙, ๒๕, ๒๖ และ ๒๕ บาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนต่อปีตามลำดับ (ตารางที่ ๔) การเจ็บป่วยกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินระหว่างผู้ประกันตนและประชาชนทั่วไป ไม่น่าจะแตกต่างกัน จึงเลือกใช้ตัวเลข ๒๕ บาทต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๔๕

๒. การเจ็บป่วยของคนไทย

๒.๑ กรณีผู้ป่วยนอก

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการครั้งล่าสุดโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี ๒๕๓๙ พบว่า คนไทยป่วยโดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ๔.๓๔ ครั้งต่อคนต่อปี โดยมีสัดส่วน ๐.๖๖๑ ที่ใช้บริการในสถานพยาบาล (สถานียานามัย ๐.๑๕๑, โรงพยาบาลชุมชน ๐.๑๒๙, โรงพยาบาลระดับจังหวัด ๐.๑๕๕, คลินิกเอกชน ๐.๑๙๕ และ

โรงพยาบาลเอกชน ๐.๐๓๑) ดังนั้น เป็นการให้บริการในสถานพยาบาล ๒.๔๗๖ ครั้งต่อคนต่อปี (ตารางที่ ๕)

๒.๒ กรณีผู้ป่วยใน

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการครั้งล่าสุดโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี ๒๕๓๙ พบว่า คนไทยป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล ๐.๐๖๖ ครั้งต่อคนต่อปี สัดส่วนการให้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนเท่ากับ ๐.๓๓๒, โรงพยาบาลระดับจังหวัด ๐.๔๔๔ และ โรงพยาบาลเอกชน ๐.๑๘๐ (ตารางที่ ๕)

๓. ประมาณการความต้องการงบประมาณต่อหัวต่อปี

เมื่อมีนโยบายให้ซื้อบริการผู้ป่วยนอกด้วยวิธีการเหมาจ่าย จากประสบการณ์ประกันสังคมพบว่า มีความจำเป็นต้องกำหนดบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ไม่สามารถไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ได้ รวมทั้งกรณีการรักษาพยาบาลแพ่ง จะต้องมิบัญญัติอัตรา และรายการรักษาพยาบาล ที่สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายให้สถานพยาบาลเพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วย ในกรณีการรักษาพยาบาลสูงๆ

นำข้อมูลต้นทุนและอัตราค่าเจ็บป่วย มาคำนวณ

ตารางที่ ๔ รายจ่ายกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน โครงการประกันสังคม ๒๕๔๐-๔๓

	๒๕๔๐	๒๕๔๑	๒๕๔๒	๒๕๔๓
จำนวนขอเบิกกรณีฉุกเฉิน	๔๓,๒๕๓	๓๕,๕๕๑	๓๗,๕๔๘	๓๕,๓๒๗
จำนวนเงินที่เบิกจ่ายกรณีฉุกเฉิน	๘๕,๒๓๗,๒๐๗	๘๓,๒๖๒,๐๕๓	๗๗,๗๑๕,๐๕๓	๘๐,๔๘๑,๕๑๒
จำนวนรายขอเบิกกรณีอุบัติเหตุ	๑๕,๕๑๕	๒๐,๓๐๐	๒๑,๒๑๗	๒๒,๗๒๑
จำนวนเงินที่เบิกจ่ายกรณีอุบัติเหตุ	๖๗,๒๔๒,๕๓๗	๗๐,๔๗๐,๔๓๐	๗๒,๐๒๓,๓๘๗	๖๗,๑๕๐,๗๕๖
จำนวนผู้ประกันตน	๕,๒๕๘,๖๕๒	๖,๑๒๖,๕๕๓	๕,๖๗๕,๕๖๗	๕,๘๕๕,๒๒๐
จำนวนเงินที่เบิกจ่ายกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน	๑๕๒,๔๘๐,๑๔๔	๑๕๓,๗๓๒,๔๘๓	๑๕๕,๗๓๘,๔๘๐	๑๔๗,๖๓๒,๒๖๘
บาทต่อผู้ประกันตน ๑ คนต่อปี	๒๕	๒๕	๒๖	๒๕

ที่มา สำนักงานประกันสังคม

ความต้องการงบประมาณต่อหัวประชากรในปี ๒๕๔๔ ดังแสดงในตารางที่ ๕ กรณีที่ยังไม่มีข้อมูลอ้างอิงต้นทุนการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคส่วนบุคคล ใช้อ้างอิงประมาณการร้อยละ ๒๐ ของชุดสิทธิประโยชน์กรณีรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสดมภ์หมายเหตุ ได้อธิบายวิธีการคำนวณโดยละเอียด จะได้ ต้นทุน ๑,๒๐๒ บาทต่อคน (ตารางที่ ๖)

ความต้องการงบประมาณ ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปีนี้ ไม่รวมสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยาด้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ ยกเว้นในโครงการป้องกันการติดต่อจากหญิงตั้งครรภ์สู่บุตร และไม่รวมสิทธิประโยชน์กรณีไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สำหรับบริการฟอกเลือด และการผ่าตัดเปลี่ยนไต ทั้งนี้เพราะ รายจ่ายทั้ง ๒ กรณีจะมีผลกระทบต่อการเงินของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะยาวมาก การลงทุนในบริการ ๒ กรณีนี้ ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนถึงผลตอบแทนที่คุ้มค่า ในอนาคต การตัดสินใจว่าบริการทั้ง ๒ จะอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์หรือไม่นั้น ต้องการข้อมูลต้นทุนประสิทธิผล และต้นทุนผลได้เปรียบเทียบระหว่างโครงการต่างๆ

๔. อัตราเหมาจ่ายจำแนกตามกลุ่มอายุ

ประชากรที่อยู่ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่วัยแรกเกิด (๐ ปี) ถึงกลุ่มผู้สูงอายุ (มากกว่า ๗๐ ปี) ดังนั้น อัตราเหมาจ่ายกรณีผู้ป่วยนอก จึงไม่สมควรเป็นอัตราเดียว ต่างจาก

ประกันสังคม ซึ่งใช้อัตราเหมาจ่ายอัตราเดียวทุกกลุ่มอายุ เนื่องจากผู้ประกันตนอยู่ในกลุ่มอายุที่มีโครงสร้างการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันมากนัก (๒๐-๖๐ ปี) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์อัตราเหมาจ่ายตามความเสี่ยง (risk adjusted capitation) จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลที่มีอยู่พบว่า มีความเป็นไปได้สูง ที่จะใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยและต้นทุนค่ารักษาพยาบาล จำแนกตามกลุ่มอายุ (age adjusted capitation)

ผู้วิจัยใช้ข้อมูล ๒ ชุดได้แก่

- อัตราเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มอายุ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ๒๕๓๙^(๓)
- สำรวจ ค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก จำแนกตามกลุ่มอายุ โดยใช้เป็น proxy ของต้นทุนกรณีผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ เนื่องจากไม่มีการศึกษาด้านทุนจำแนกตามกลุ่มอายุ ได้ข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับต่างๆ (โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลระดับจังหวัด และโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย) และหาค่าเฉลี่ย

- ผู้วิจัยวิเคราะห์การเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยใน และค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน จำแนกตามกลุ่มอายุด้วย ในกรณีที่บางจังหวัด เลือกจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายทั้งหมด (inclusive capitation) รวมบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ตารางที่ ๗ แสดงน้ำหนักของการเจ็บป่วยและน้ำ

ตารางที่ ๕ ประมาณความต้องการงบประมาณอุดหนุนต่อหัวในปีงบประมาณ ๒๕๕๕

บริการในชุดสิทธิประโยชน์หลัก	หน่วย	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ
๑ รายงานผู้ป่วยใน ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา	ครั้งต่อคนต่อปี	๐.๑๖๖	
	๒ สัปดาห์		
๒ อัตราป่วยในหนึ่งปี	ครั้งต่อคนต่อปี	๔.๓๔๐	แถว ๑*๒๖
๓ การใช้บริการในสถานพยาบาล	สัดส่วน	๐.๖๖๑	ผลรวมแถว ๕ ถึง ๘
๔ ครั้งการให้บริการในสถานพยาบาล	ครั้งต่อคนต่อปี	๒.๘๗๖	แถว ๒ * แถว ๓
๕ การใช้บริการที่สถานอนามัย	สัดส่วน	๐.๑๕๑	
๖ การใช้บริการที่ โรงพยาบาลชุมชน	สัดส่วน	๐.๑๒๕	
๗ การใช้บริการที่ โรงพยาบาลระดับจังหวัด	สัดส่วน	๐.๑๕๕	
๘ การใช้บริการที่คลินิกเอกชน	สัดส่วน	๐.๑๕๕	
๙ การใช้บริการที่ โรงพยาบาลเอกชน	สัดส่วน	๐.๐๓๑	
๑๐ ต้นทุนที่สถานอนามัย	บาทต่อคนต่อปี	๓๕.๔	แถว ๒*แถว ๕*๖๐ บาทต่อครั้ง
๑๑ ต้นทุนที่ โรงพยาบาลชุมชน	บาทต่อคนต่อปี	๑๒๓.๘	แถว ๒*แถว ๖*๒๒๑ บาทต่อครั้ง
๑๒ ต้นทุนที่ โรงพยาบาลระดับจังหวัด	บาทต่อคนต่อปี	๑๘๖.๕	แถว ๒*แถว ๗*๒๗๘ บาทต่อครั้ง
๑๓ ต้นทุนที่ คลินิกเอกชน	บาทต่อคนต่อปี	๑๘๗.๒	แถว ๒*แถว ๘*๒๒๑ บาทต่อครั้ง
๑๔ ต้นทุนที่ โรงพยาบาลเอกชน	บาทต่อคนต่อปี	๓๗.๐	แถว ๒*แถว ๙*๒๗๘ บาทต่อครั้ง
๑๕ ต้นทุนในสถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก	บาทต่อคนต่อปี	๕๗.๔	ผลรวมแถว ๑๐ ถึง ๑๔
๑๖ อัตราการนอนโรงพยาบาล	ครั้งต่อคนต่อปี	๐.๐๖๖	
๑๗ การใช้บริการที่ โรงพยาบาลชุมชน	สัดส่วน	๐.๓๓๒	
๑๘ การใช้บริการที่ โรงพยาบาลระดับจังหวัด	สัดส่วน	๐.๔๘๘	
๑๙ การใช้บริการที่ โรงพยาบาลเอกชน	สัดส่วน	๐.๑๘๐	
๒๐ ต้นทุนที่ โรงพยาบาลชุมชน	บาทต่อคนต่อปี	๖๒.๗	แถว ๑๖*แถว๑๗*๒๘๕๗ บาทต่อราย
๒๑ ต้นทุนที่ โรงพยาบาลระดับจังหวัด	บาทต่อคนต่อปี	๑๗๕.๒	แถว ๑๖*แถว๑๘*๕๕๒๔ บาทต่อราย
๒๒ ต้นทุนที่ โรงพยาบาลเอกชน	บาทต่อคนต่อปี	๖๔.๗	แถว ๑๖*แถว๑๙*๕๕๒๔ บาทต่อราย
๒๓ ต้นทุนในสถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน	บาทต่อคนต่อปี	๓๐๓	ผลรวมแถว ๒๐ ถึง ๒๒
๒๔ ต้นทุนค่าเงินค่าบริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและใน - curative package	บาทต่อคนต่อปี	๘๗๗	ผลรวมแถว ๑๕ และ ๒๓
๒๕ ต้นทุนบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนบุคคล - personal preventive promotive package	บาทต่อคนต่อปี	๑๗๕	แถว ๒๔*๒๐%
๒๖ ต้นทุนการลงทุน ๑๐% ของค่ารักษาพยาบาล - capital investment	บาทต่อคนต่อปี	๕๓	(ผลรวมแถว ๒๔,๒๕ และ ๒๖)*๑๐%
๒๗ ต้นทุนดำเนินการและลงทุน	บาทต่อคนต่อปี	๑,๑๔๕	ผลรวมแถว ๒๔ ถึง ๒๖
๒๘ รายจ่ายกรณีการรักษายาเสพติด	บาทต่อคนต่อปี	๓๒	ปรับจากประกันสังคม
๒๙ รายจ่ายกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน	บาทต่อคนต่อปี	๒๕	ปรับจากประกันสังคม
๓๐ ต้นทุนทั้งหมด	บาทต่อคนต่อปี	๑,๒๐๒	ผลรวมแถว ๒๗ ถึง ๒๙

ที่มา วิโรจน์ คังเจริญเสถียร ๒๕๕๔

หนักของค่ารักษาพยาบาล จำแนกตามกลุ่มอายุ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เราพบว่า มีความสอดคล้องกันทั้งน้ำหนักของการเจ็บป่วยและค่ารักษาพยาบาล โดยสูงขึ้นตามลำดับเมื่อประชาชนมีอายุมากขึ้น ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน น้ำหนักของการเจ็บป่วยและค่ารักษาพยาบาล มาดูกัน จะได้น้ำหนักรวมกำหนดให้น้ำหนักรวมของทุกกลุ่มอายุ มีค่าต้นทุนเท่ากับ ๕๗๔ บาทสำหรับผู้ป่วยนอก และ ๓๐๓ บาทสำหรับผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยที่ได้จากตารางที่ ๖ สามารถ

คำนวณหาค่าอัตราเหมาจ่ายตามกลุ่มอายุได้ ดังแสดงในตารางที่ ๗ เมื่อนำมาแสดงเป็นภาพ โดยแกน X แสดงกลุ่มอายุและแกน Y แสดงอัตราเหมาจ่ายสำหรับผู้ป่วยนอก (รูปที่ ๑) ทั้งผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในและ บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครวมกัน (รูปที่ ๒) จะเห็นความชันของอัตราเหมาจ่ายรายหัว เพิ่มขึ้นตามลำดับอย่างสม่ำเสมอ

การกำหนดอัตราเหมาจ่ายจำแนกตามกลุ่มอายุ มีความเหมาะสม และเป็นธรรมแก่สถานพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุ มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่า และมีน้ำหนักค่ารักษาพยาบาลสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น หากกำหนดเป็นอัตราเดียว สถานพยาบาลจะมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน โดยเลือกผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำกว่า เช่น เด็กและกลุ่มวัยหนุ่มสาว และไม่ยอมรับขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ (adverse selection) เป็นต้น การกำหนดให้มีหลายอัตราตามกลุ่มอายุจะป้องกันพฤติกรรมเบี่ยงเบนดังกล่าวได้อย่างดี

วิจารณ์และเสนอแนะ

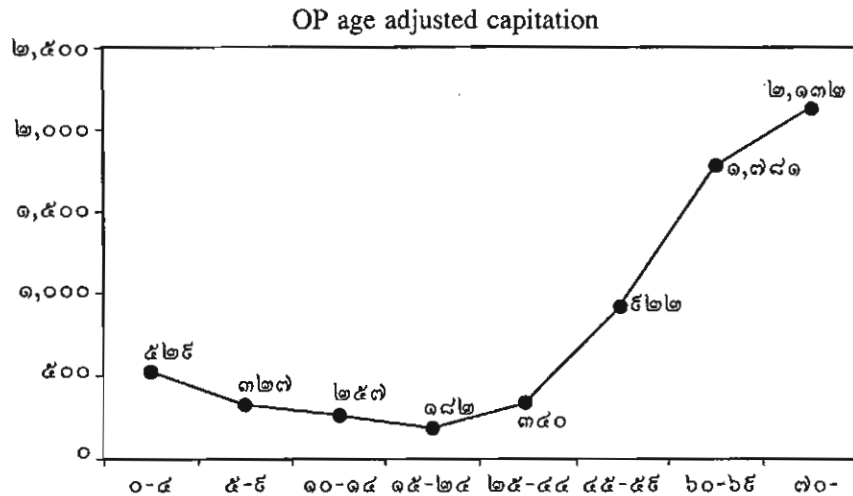
ในระบบเหมาจ่ายกรณีผู้ป่วยนอก และการกำหนดเพดานงบประมาณ สำหรับกรณีผู้ป่วยใน ส่ง

ตารางที่ ๖ ต้นทุนต่อหัวประชากรต่อปี

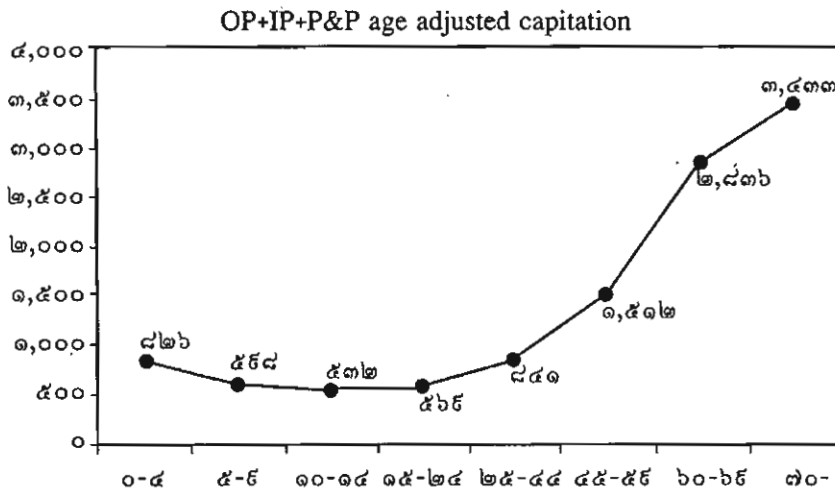
ต้นทุน	บาทต่อคนต่อปี	ร้อยละ
ผู้ป่วยนอก	๕๗๔	๔๗.๗
ผู้ป่วยใน	๓๐๓	๒๕.๒
บริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคส่วนบุคคล	๑๗๕	๑๔.๖
ค่าลงทุน	๕๓	๔.๓
ค่ารักษาพยาบาลแพง	๓๒	๒.๖
อุบัติเหตุฉุกเฉิน	๒๕	๒.๑
รวมต้นทุนทั้งหมด	๑,๒๐๒	๑๐๐.๐

ตารางที่ ๗ อัตราเหมาจ่ายจำแนกตามกลุ่มอายุ กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

กลุ่มอายุ	น้ำหนักการเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยนอก	น้ำหนักค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอก	น้ำหนักผู้ป่วยนอก	อัตราเหมาจ่ายกรณีผู้ป่วยนอก	น้ำหนักของการนอน รพ.	น้ำหนักค่ารักษากรณีผู้ป่วยใน	น้ำหนักผู้ป่วยใน	อัตราเหมาจ่ายกรณีผู้ป่วยใน
๐-๔	๕.๒	๐.๕๑	๒.๖๒	๕๒๕	๐.๐๕๓	๐.๔๗	๐.๐๓	๑๒๓
๕-๙	๒.๖	๐.๖๒	๑.๖๒	๓๒๗	๐.๐๓๖	๐.๕๕	๐.๐๒	๕๖
๑๐-๑๔	๑.๕	๐.๘๔	๑.๒๗	๒๕๗	๐.๐๓๑	๐.๖๗	๐.๐๒	๑๐๐
๑๕-๒๔	๑.๒	๐.๗๗	๐.๙๐	๑๘๒	๐.๐๕๓	๐.๘๑	๐.๐๔	๒๑๑
๒๕-๔๔	๑.๘	๐.๙๑	๑.๖๘	๓๔๐	๐.๐๖๒	๑.๐๗	๐.๐๗	๓๒๖
๔๕-๕๔	๓.๘	๑.๒๐	๔.๕๗	๕๒๒	๐.๐๗๓	๑.๑๗	๐.๐๘	๔๑๔
๖๐-๖๔	๖.๓	๑.๓๕	๘.๖๕	๑,๗๘๑	๐.๑๒๕	๑.๔๕	๐.๑๘	๘๘๐
๗๐+	๗.๖	๑.๓๕	๑๐.๕๕	๒,๑๓๒	๐.๑๖๕	๑.๔๐	๐.๒๓	๑,๑๒๖
รวม	๒.๘	๑.๐๐	๒.๘๔	๕๗๔	๐.๐๖๒	๑.๐๐	๐.๐๖	๓๐๓



รูปที่ ๑ อัตราเหมาจ่ายจำแนกตามกลุ่มอายุ กรณีผู้ป่วยนอก (เฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ ๕๗๔ บาท)



รูปที่ ๒ อัตราเหมาจ่ายจำแนกตามกลุ่มอายุ กรณีทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ค่าเฉลี่ย ๕๗๔ + ๓๐๓ + ๑๙๕ = ๑,๐๗๒ บาท)

สัญญาอย่างชัดเจนแก่สถานพยาบาล ให้ต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพของการบริหารทรัพยากร ต้องคิดถึงต้นทุนและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ประหยัด ไม่ฟุ่มเฟือย ทั้งนี้เพราะ สถานพยาบาลจะมีรายได้ขึ้นกับจำนวนประชาชนที่มากขึ้นทะเบียน ไม่ขึ้นกับปริมาณบริการที่จัดให้ ประสิทธิภาพในระบบประกันสังคม^(๗,๘) พบว่า ระบบเหมาจ่ายสามารถควบคุมค่ารักษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี แต่อาจจะมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ เช่น การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกแทนการให้นอนโรงพยาบาล การไม่ผ่าตัดกรณีไม่ฉุกเฉิน การผลักผู้ป่วยที่มีความ

ยุ่งยาก ชับซ้อนไปยังสถานพยาบาลอื่น ซึ่งต้องการศักยภาพการตรวจสอบ กำกับและการลงโทษ สถานพยาบาลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนเหล่านั้น อย่างจริงจัง รวมทั้งมีระบบการรับฟังเสียงสะท้อนและการอุทธรณ์จากผู้ป่วยอย่างรัดกุมและมีประสิทธิภาพ

ไม่มีระบบการจ่ายเงินใดที่มีแต่ข้อดี โดยไม่มีข้อเสีย ระบบเหมาจ่ายที่เหมารวมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จะส่งสัญญาณ ให้สถานพยาบาลที่มุ่งกำไรเป็นหลัก มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน โดยไม่ให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ทั้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การแยกเหมาจ่ายสำหรับผู้

ป่วยนอก และเพดานงบประมาณสำหรับผู้ป่วยในนั้น โรงพยาบาลจะสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน ก็ต่อเมื่อมีการให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล อาจจะมีการสั่งให้นอนโรงพยาบาลโดยพร่ำเพรื่อ ทั้งที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่จำเป็น

ภายใต้กฎกติกาใหม่ ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน มีความจำเป็นต้องเข้าใจวัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ การให้บริการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน และคุณภาพตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และปฏิบัติตามกฎกติกาอย่างถูกต้อง ในด้านผู้ซื้อบริการสุขภาพ คือ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องอาศัยข้อมูล ข้อเท็จจริง และหลักฐานต่างๆ ประกอบการตัดสินใจ เพื่อให้อัตราเหมาจ่ายและเพดานงบประมาณ มีความเหมาะสมและเป็นธรรมต่อสถานพยาบาล ดังนั้น การลงทุนในด้านข้อมูล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในอนาคตข้างหน้า

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ที่สนับสนุนการศึกษานี้ ภายใต้ โครงการเมธีวิจัยอาวุโส ด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข ขอขอบคุณสถานพยาบาลต่างๆ ที่ให้ความร่วมมือสำหรับข้อมูลค่ารักษาพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ และสำนักงานประกันสังคมที่เอื้อเพื่อข้อมูลค่ารักษาพยาบาลกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน และกรณีราคาแพง

เอกสารอ้างอิง

๑. อัมมาร สยามวาลา. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: เป้าหมายเชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐:๑๘๕-๕๓.
๒. คณะทำงานพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามนโยบายรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามนโยบายรัฐบาลในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐:๑๕๔-๒๐๒.
๓. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.๒๕๓๕. กรุงเทพมหานคร: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ; ๒๕๔๐.
๔. ศิริวรรณ พิชัยรังษณีย์, ชีรวัช กันตมระ, วิโรจน์ ดังเจริญเสถียร. ต้นทุนของสถานอนามัย ในจังหวัดสมุทรสาคร ปีงบประมาณ ๒๕๔๒. กรุงเทพมหานคร:กระทรวงสาธารณสุข/สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข/โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๕. วราภรณ์ บัณฑิตวาลี, มงคล พิมพ์ทรัพย์, นันทิชา ไชยานุกิจ. ต้นทุนดำเนินการของ โรงพยาบาลชุมชนใน ๑๕ จังหวัดภาคเหนือ ปี ๒๕๔๒ (รายงานการวิจัย นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๔๔.
๖. จงกล เลิศธีรดำรง. ต้นทุนโรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ ปีงบประมาณ ๒๕๔๒ รายงานผลเบื้องต้น (โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข). กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข / สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; ๒๕๔๔.
๗. Tangcharoensathien V, Supachutikul A, Lertiendumrong J. The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn? Social Science & Medicine 1999; 48:913-23.
๘. Mills A, Bennett S, Siriwanarangsun P, Tangcharoensathien V. The response of providers to capitation payment: a case-study from Thailand. Health Policy 2000; 51:163-80.

Abstract **Budget for Universal Health Care Coverage: How was the 1,202 Baht Capitation Rate Derived?**

Viroj Tangcharoensathien, Yot Teerawattananon, Phusit Prakongsai

Senior Research Scholar Program in Health Economics and Financing

International Health Policy Program-Thailand

Journal of Health Science 2001; 10:381-390.

Current government Universal Coverage (UC) initiative is a public scheme financed by general tax revenue. Policy makers adopt capitation payment for purchasing ambulatory care and global budget and Diagnostic Relative Group relative weight to purchase inpatient care from public and private providers. The objective of this paper was to demonstrate how 1,202 Baht per capita per year was calculated and how age-adjusted capitation for ambulatory care was estimated. The study, carried out between January and March 2001, relied on two sets of parameter, cost and morbidity including choice of care sought. Unit cost for outpatient visit and admission was retrieved from the most recent studies, expenditure per capita for emergency and accident and high cost care provision was referred from the most recent data from social insurance scheme. Morbidity rate (acute illness and hospitalization) and choices referred to the 1996b National Statistical Office Health and Welfare Survey. Age adjusted capitation for ambulatory and admission was based on the two sets of parameter: morbidity weight by age group and charge weight from various surveys of several hospitals. The total annual resource requirement for a person was 1,202 Baht for the fiscal year 2001. This included, 574 Baht for ambulatory care, 303 Baht for hospitalization, 175 Baht for personal preventive and promotive care, 32 Baht for high cost care (in addition to ambulatory capitation), 25 Baht for accident and emergency and 93 Baht for capital investment.

A significant age gradient of morbidity and cost of services was observed. This prompts us to estimate age-adjusted capitation for ambulatory care, all age group average was 574 Baht. Based on the morbidity weight (from 1996 Health and Welfare Survey) and the charge weight survey (no cost weight is available) of several sample hospitals at different levels; we estimated capitation for the following age groups: 0-4, 5-9, 10-14, 15-24, 25-44, 45-59, 60-69 and 70+ years, resulting in the capitation of 529, 327, 257, 182, 340, 922, 1,781 and 2,132 Baht per person per year respectively. This sends a signal of an ethical conduct by not excluding the elderly from the primary care network registries. The primary care will be adequately financed according to registry risks which we use age groups as a proxy at this juncture.

Key words Universal Health Care Coverage, 30 Baht Policy, capitation 1,202 Baht per person per year.

ภาระงานของบุคลากร และประสิทธิภาพ การใช้เตียง โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัด ปี ๒๕๔๓

วลัยพร พัทธนฤมล

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปริมาณงานรักษาของ บุคลากร ๓ สายงาน ได้แก่ แพทย์ เกสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ปีงบประมาณ ๒๕๔๓ ของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่งในประเทศไทย ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน ๒๕๔๔ โดยใช้ข้อมูลจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกและจำนวนรายผู้ป่วยในจาก ๑๑๑๐ รง.๕ ของโรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งในประเทศไทย และ ข้อมูลจำนวนแพทย์, เกสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานจริงจากกองโรงพยาบาลภูมิภาคและ กองสาธารณสุขภูมิภาค ปีงบประมาณ ๒๕๔๓ ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมชนเป็นจำนวน คำนวณบัญชีจ่ายเงินเดือน (จ.๑๔) ถ่วงน้ำหนักจำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ด้วยร้อยละความต้องการแพทย์เฉพาะทางของแต่ละแผนกตรวจด้วยน้ำหนัก ๒ และ ถ่วงน้ำหนักผู้ป่วยใน ทุกโรงพยาบาลด้วยค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG/RW), วันนอน และ สัดส่วน ต้นทุนดำเนินการต่อวันผู้ป่วยใน/ครั้งผู้ป่วยนอก (unit cost IP day/OP visit) นำผลรวมของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว มาหารด้วยจำนวนบุคลากรแต่ละสายงาน จะได้ภาระงานต่อบุคลากร ๑ คน วิเคราะห์ดัชนีความแตกต่าง (discrepancy index) เพื่อเปรียบเทียบปริมาณงานรักษาต่อบุคลากร ระหว่างโรงพยาบาลทุกแห่งภายในจังหวัด, เปรียบเทียบระหว่างจังหวัดภายในเขตเดียวกัน และ เปรียบเทียบ เขตต่างๆทั้ง ๑๒ เขตของประเทศไทย พบว่า ภาคอีสานเป็นภาคที่มีดัชนีภาระงานทั้ง ๓ สายงาน สูงกว่าค่า เฉลี่ยทั้งประเทศ และเป็นค่าสูงสุด แสดงว่ามีภาระงานต่อบุคลากร ๑ คนมากที่สุด ส่วนภาคตะวันออกเป็น ภาคที่มีดัชนีภาระงานของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพต่ำที่สุด, ภาคใต้มีดัชนีภาระงานของเกสัชกรต่ำที่สุด แสดงว่าแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในภาคตะวันออกมีภาระงานน้อยที่สุด เกสัชกรในภาคใต้มีภาระงานที่น้อย ที่สุด ค่าเฉลี่ยอัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียงของประเทศไทยเท่ากับ ๘๘% และ ๘๒ คนต่อเตียง ต่อปี ตามลำดับ ภาคอีสานเป็นภาคที่มีอัตราการครองเตียงและการใช้เตียงสูงสุดของประเทศไทยเท่ากับ ๙๕%และ ๑๐๐ คนต่อเตียงต่อปี ตามลำดับ ดัชนีความแตกต่าง เป็นเครื่องมือที่ชี้ให้เห็นถึงความหนักเบา ของภาระงานต่อบุคลากร ๑ คน สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ในสายงานเดียวกัน แต่ไม่สามารถเปรียบเทียบต่างสายงานกันได้ เนื่องจากแต่ละสายงานมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่ไม่เหมือนกัน

คำสำคัญ

ภาระงานของบุคลากรโรงพยาบาล, ความไม่เสมอภาค, การจัดสรรทรัพยากรคน, การจัดสรรทรัพยากรเตียง, ประสิทธิภาพ

บทนำ

สถานการณ์ระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงและรวดเร็ว นโยบายเรื่องการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายที่นำมาซึ่งการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศไทยครั้งสำคัญ เป้าหมายของการปฏิรูปคือการสร้างให้เกิดความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ คุณภาพและการสร้างสุขภาพสำหรับประชาชนคนไทย เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรของประเทศทางด้านสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้ได้เกิดประโยชน์สูงสุด

การจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอ และการจัดสรรทรัพยากรให้มีความเสมอภาคเท่าเทียมกันทั้งประเทศ ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรบุคคล สถานบริการ และอุปกรณ์ต่างๆ เป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่มีความสำคัญสำหรับการปฏิรูประบบสาธารณสุขของไทย ในการศึกษาเรื่องนี้มุ่งเน้นเฉพาะการกระจายทรัพยากรบุคคลเท่านั้น ยังไม่ได้ศึกษาถึงการกระจายของสถานบริการ เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ใดๆ

การดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี ๒๕๔๕ นั้น ใช้วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว ประชาชนสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและกำหนดเพดานงบประมาณ และใช้ข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group) เป็นเกณฑ์จัดสรรสำหรับบริการผู้ป่วยใน นั้น อัตราเหมาจ่ายได้รวมรายจ่ายหมวดค่าแรงไว้ด้วย ในสถานการณ์เช่นนี้ มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องวิเคราะห์ภาระงานเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลระดับจังหวัดในด้านบริการรักษาพยาบาล ของบุคลากร ๓ สายงานได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ และประสิทธิภาพการใช้เตียงผู้ป่วยใน ตลอดจนดัชนีความแตกต่าง (discrepancy index) เพื่อสามารถจัดสรรคนให้เกิดความเหมาะสม กับภาระงานที่เปลี่ยนแปลงไป

วิธีการศึกษา

ระยะเวลาในการศึกษา ทำการศึกษาระหว่าง

เดือนมีนาคม - มิถุนายน ๒๕๔๔

๑. กรอบการศึกษา ใช้ข้อมูล ปีงบประมาณ ๒๕๔๓ ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน ๒๕๔๔

๒. รวบรวมข้อมูลต่อไปนี้ ของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่ง จากกองสาธารณสุข ภูมิภาค และ กองโรงพยาบาลภูมิภาค

๒.๑. จำนวนเตียงและปริมาณงานบริการรักษาผู้ป่วย รวบรวม จากรายงาน ๐๑๐๐ รง.๕

๒.๒. จำนวนแพทย์, เภสัชกร และ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานจริง รวบรวมข้อมูลจากฝ่ายวิชาการ ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมชนเป็นจำนวนตาม จ.๑๔ เนื่องจากไม่มีข้อมูล

๓. วิเคราะห์ภาระงาน (output per full time equivalent - FTE) และดัชนีความแตกต่าง (discrepancy index) ของภาระงาน

๓.๑ คำนวณผลผลิตงานรักษาของโรงพยาบาล โดยการปรับค่าของงานรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน เพื่อเป็นผลผลิตเดียวกัน ให้สามารถเปรียบเทียบกันได้ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนมีความยุ่งยากซับซ้อนของโรคน้อยกว่าโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จึงต้องถ่วงน้ำหนักผู้ป่วยนอกด้วยความต้องการแพทย์เฉพาะทางในการดูแลรักษา และถ่วงน้ำหนักผู้ป่วยในด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group/relative weight-DRG/RW) ดังนี้

๓.๑.๑ ผู้ป่วยนอก เป็นการปรับน้ำหนักผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปให้เป็นผลผลิตที่ใกล้เคียงกันกับผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน ทำดังนี้

- โรงพยาบาลชุมชน ไม่ต้องถ่วงน้ำหนักใดๆ

- โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป

ถ่วงน้ำหนักด้วยร้อยละความต้องการแพทย์เฉพาะทางแต่ละแผนก อ้างอิงจากงานศึกษาของโรงพยาบาลอยุธยา

ปี ๒๕๓๔ โดย สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ^(๑) และกำหนดให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยแพทย์เฉพาะทางในรพศ./รพท.เป็น ๒ เท่าของผู้ป่วยทั่วไป

$$\text{weighted OP visit} * = \text{OP visit} (1 + x\%)$$

weighted OP visit หมายถึง จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก รพศ./รพท.ที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว

OP visit หมายถึง จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก

X% หมายถึง ร้อยละ ความต้องการแพทย์เฉพาะทาง^(๑)

๓.๑.๒ ผู้ป่วยใน เป็นการปรับจำนวนรายผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดให้เป็นผลผลิตที่ใกล้เคียงกันและสามารถนำไปรวมกับผลผลิตผู้ป่วยนอกได้โดยการปรับด้วย DRG/RW^(๒), จำนวนวันนอนต่อรายผู้ป่วยใน และ สัดส่วนต้นทุนดำเนินการต่อวันผู้ป่วยใน/ครั้งผู้ป่วยนอก (unit cost IP day/OP visit) (ตารางที่ ๑)

คำนวณหาผลผลิตของงานรักษาผู้ป่วยในได้ดังสมการ

$$\text{weighted IP case} = \text{IP case} * \text{RW} * \text{unit cost ratio}$$

๓.๑.๓ นำปริมาณงานรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ถ่วงน้ำหนักแล้วมารวมกัน ได้เป็นผลผลิตของโรงพยาบาล

$$\text{Total output} = \text{weighted OP visit} + \text{weighted IP case}$$

๓.๑.๔ คำนวณภาระงานต่อบุคลากร (output per FTE) โดยการนำผลผลิตงานรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว จากข้อ ๒.๑.๓ มาหารด้วยจำนวนบุคลากรซึ่งถือเป็นจำนวนบุคคลทำงานเต็มเวลาเทียบเท่า (full time equivalence : FTE)

$$\text{Output per FTE} = \frac{\text{Total output}}{\text{Number of staff}}$$

๓.๒ คำนวณดัชนีความแตกต่าง (discrepancy index) ของปริมาณงานรักษาต่อบุคลากร

การคำนวณดัชนีความแตกต่างเป็นการเปรียบเทียบภาระความหนักเบาของงานรักษาต่อแพทย์ เภสัชกร และ พยาบาลวิชาชีพ การคำนวณทำได้โดยการนำภาระงานต่อบุคลากรของ รพ.นั้นๆ หารด้วย ค่าเฉลี่ยภาระงานต่อบุคลากรที่ต้องการอ้างอิง ดังนั้นดัชนีของค่าเฉลี่ยที่ต้องการอ้างอิงต้องมีค่าเท่ากับ ๑

- การเปรียบเทียบกันระหว่างเขตต่างๆ ทั้ง ๑๒ เขตของประเทศไทยกำหนดให้ดัชนีของประเทศเท่ากับ ๑

- การเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดภายในเขตเดียวกัน กำหนดให้ดัชนีของทั้งเขตเท่ากับ ๑

ตารางที่ ๑ ค่าตัวแปรที่ใช้ถ่วงน้ำหนักผู้ป่วยใน

ระดับโรงพยาบาล	น้ำหนักสัมพัทธ์ ตามกลุ่มวินิจฉัย โรคร่วม* (DRG/RW)	จำนวนวันนอน ต่อรายผู้ป่วยใน** (LOS)	สัดส่วนต้นทุนดำเนินการต่อวัน ผู้ป่วยใน/ครั้งผู้ป่วยนอก*** (unit cost ratio)
โรงพยาบาลชุมชน	๐.๖๗๓๖	๓.๐๓	๔.๒๗
โรงพยาบาลทั่วไป	๐.๘๓๓๐	๔.๖๔	๕.๐๗
โรงพยาบาลศูนย์	๑.๐๗๖๓	๕.๔๔	๒.๕๗

ที่มา * DRG relative weight (DRG/RW) ของกลุ่มผู้ซึ่งสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล อ้างอิงจากรายงานของศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย และคณะ ๒๕๔๐ ซึ่งอ้างในเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ^(๒)

** จำนวนวันนอนต่อรายผู้ป่วยใน (length of stay : LOS) เป็นค่าเฉลี่ยจากข้อมูล ๑๑๑๐ รง.๕ ปีงบประมาณ ๒๕๔๓

*** สัดส่วน unit cost IP day/OP visit ของโรงพยาบาลชุมชน อ้างอิงจาก การคำนวณต้นทุนรพ.ทุกแห่งใน ๑๕ จังหวัดภาคเหนือ^(๓) ปีงบประมาณ ๒๕๔๒ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป อ้างอิงจากการศึกษาต้นทุนแบบวิธีลัด รพศ./ รพท. ปีงบประมาณ ๒๕๔๒ ของจงกล เลิศธีรดำรง^(๔)

ตารางที่ ๒ การวิเคราะห์ประสิทธิภาพการใช้เตียงผู้ป่วยใน

	สูตรการคำนวณ	หน่วย
วันนอนต่อรายผู้ป่วยใน (length of stay - LOS)	จำนวนวันนอนหารด้วย จำนวนรายผู้ป่วยใน	วันนอนต่อราย
อัตราการใช้เตียง (occupancy rate)	(จำนวนวันนอนทั้งปี * ๑๐๐) หารด้วย (จำนวนเตียง * ๓๖๕)	ร้อยละต่อปี
อัตราการใช้เตียง (bed turnover rate)	จำนวนรายผู้ป่วยใน หารด้วย จำนวนเตียง	รายต่อเตียง

- การเปรียบเทียบดัชนีระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดนั้นๆ กำหนดให้ดัชนีของทั้งจังหวัดเท่ากับ ๑

๔. วิเคราะห์ประสิทธิภาพการใช้เตียงผู้ป่วยใน ได้แก่ วันนอนต่อรายผู้ป่วย (length of stay - LOS), อัตราการใช้เตียง (occupancy rate) และ อัตราการใช้เตียง (bed turnover rate) ตารางที่ ๒

๕. คำนวณจำนวนเตียงใช้จริงต่อบุคลากร ๑ คน (occupied bed per FTE) และดัชนีความแตกต่าง

คำนวณจำนวนเตียงใช้จริงต่อแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล จำนวนเตียงใช้จริง (occupied bed) เป็นการคูณจำนวนเตียงด้วยอัตราการใช้เตียงเพื่อให้ได้เป็นจำนวนเตียงที่มีการใช้จริง แล้วหารด้วยจำนวนบุคลากร

การคำนวณดัชนีความแตกต่างทำเช่นเดียวกันกับข้อ ๓.๒

$$\text{occupied bed per FTE} = \frac{\text{number of bed} * \text{occupancy rate}}{\text{number of staff}}$$

ผลการศึกษา

การรวบรวมข้อมูล ปีงบประมาณ ๒๕๔๓ เป็นข้อมูลโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด ๗๑๒ แห่งที่มีข้อมูลสมบูรณ์ มี ๒ โรงพยาบาลที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ และเป็นข้อมูลโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งหมด ๙๒ แห่งทั่ว

ประเทศไทย ในสังกัดกองสาธารณสุขภูมิภาคและกองโรงพยาบาลภูมิภาคตามลำดับ ต้องนำข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งข้อมูลที่ต่างกันไป มารวบรวมให้เป็นรูปแบบที่เหมือนกัน และทำการจัดเรียงลำดับใหม่ ให้เป็นไปตามการเรียงลำดับจังหวัดและเขตของกระทรวงสาธารณสุข ในปฏิทินสาธารณสุข ปี ๒๕๔๔ ทำการคำนวณตามวิธีการศึกษาที่กล่าวมาแล้ว และวิเคราะห์การศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำการเปรียบเทียบกับหน่วยที่ใหญ่กว่าขึ้นไป ๑ ชั้น ซึ่งจะแสดงให้เห็นเป็นภาพของเขตทั้ง ๑๒ เขตทั่วประเทศโดยเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ ทำการเปรียบเทียบข้อมูลจังหวัดภายในเขตโดยยกตัวอย่างการวิเคราะห์ภายในเขต ๓ และ เขต ๗ และสุดท้ายเป็นการยกตัวอย่างการวิเคราะห์รายโรงพยาบาลในจังหวัดนั้น เพื่อให้เห็นการเปรียบเทียบโรงพยาบาลภายในจังหวัดเดียวกัน

๑. การเปรียบเทียบกันระหว่างเขตต่างๆ ทั้ง ๑๒ เขตของประเทศไทย

การวิเคราะห์ข้อมูลของเขตต่างๆ ทั้ง ๑๒ โดยการแบ่งเป็นภาคต่างๆ ได้นำเขต ๔ ไปรวมกับเขต ๑ และ ๒ ให้เป็นภาคกลาง เนื่องจากหลายจังหวัดในเขต ๔ อยู่ในภาคกลาง

ข้อมูลในตารางที่ ๓ บ่งชี้อย่างชัดเจนว่า ภาคอีสานมีดัชนีความแตกต่างของภาระงานต่อบุคลากรทั้ง ๓ สายงาน สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ และเป็นค่าสูงสุดของประเทศไทย แสดงให้เห็นว่าแพทย์ เภสัชกร และ

ตารางที่ ๓ แสดงดัชนีความแตกต่างของเขตต่างๆ ทั้ง ๑๒ เขต โดยค่าเฉลี่ยของ ๑๒ เขตทั้งประเทศไทยเท่ากับ ๑

ภาค	เขต	ดัชนีจำนวนเตียงใช้จริงต่อบุคลากร			ผลการใช้เตียงผู้ป่วยใน			ดัชนีภาระงานต่อบุคลากร		
		แพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	วันนอนต่อ รายผู้ป่วยใน	อัตราการใช้ เตียง	อัตราการใช้ เตียง	แพทย์	เภสัชกร	พยาบาล
กลาง	๑	๐.๖๕	๐.๘๘	๐.๘๐	๓.๕	๘๖%	๘๑	๐.๘๔	๑.๐๗	๐.๕๗
	๒	๐.๕๗	๐.๕๘	๐.๕๐	๔.๖	๘๐%	๖๔	๐.๕๑	๐.๕๒	๐.๘๕
	๔	๐.๕๒	๑.๐๕	๐.๕๘	๔.๔	๘๒%	๖๘	๐.๕๐	๑.๐๓	๐.๕๕
ตะวันออก	๓	๐.๗๘	๑.๐๐	๐.๕๖	๔.๔	๘๖%	๗๑	๐.๖๕	๐.๘๘	๐.๘๔
อีสาน	๕	๑.๑๒	๑.๒๓	๑.๒๗	๓.๕	๑๐๑%	๑๐๔	๑.๑๐	๑.๒๐	๑.๒๔
	๖	๑.๐๕	๑.๑๘	๑.๑๗	๓.๗	๕๕%	๕๓	๑.๐๖	๑.๑๔	๑.๑๓
	๗	๑.๒๓	๑.๑๓	๑.๐๔	๓.๒	๘๕%	๑๐๒	๑.๔๑	๑.๓๐	๑.๒๐
เหนือ	๘	๐.๕๗	๐.๕๕	๑.๐๑	๔.๑	๘๗%	๗๘	๐.๕๕	๐.๕๗	๑.๐๓
	๙	๑.๐๔	๐.๕๑	๐.๕๕	๔.๒	๘๘%	๗๗	๐.๕๘	๐.๘๖	๐.๕๔
	๑๐	๑.๐๕	๐.๕๒	๐.๕๔	๔.๐	๘๘%	๘๑	๑.๐๗	๐.๕๓	๐.๕๕
ใต้	๑๑	๑.๐๒	๐.๘๗	๐.๕๑	๓.๕	๘๖%	๘๐	๑.๐๔	๐.๘๘	๐.๕๒
	๑๒	๑.๐๕	๐.๘๒	๐.๕๓	๔.๒	๘๘%	๗๗	๑.๐๕	๐.๘๒	๐.๕๓
ทั้งประเทศ		๑.๐๐	๑.๐๐	๑.๐๐	๓.๕	๘๘%	๘๒	๑.๐๐	๑.๐๐	๑.๐๐
ค่าเฉลี่ยของประเทศ		๑๐.๓๐	๑๕.๖๔	๑.๕๔				๒๔,๐๘๒	๔๕,๕๑๖	๓,๖๐๒

พยาบาลวิชาชีพในภาคอีสานมีภาระงานรักษาพยาบาลมากที่สุดในประเทศไทย โดยเฉพาะในเขต ๗ มีดัชนีความแตกต่างของแพทย์และเภสัชกร สูงที่สุดถึง ๑.๔๑ และ ๑.๓๐ ตามลำดับ ส่วนดัชนีความแตกต่างของพยาบาลวิชาชีพมีค่าสูงสุดเท่ากับ ๑.๒๔ ในเขต ๕ เมื่อพิจารณาดัชนีความแตกต่างของเตียงใช้จริงต่อบุคลากรของทั้ง ๓ สายงาน อัตราการครองเตียง และ อัตราการใช้เตียง พบว่าภาคอีสานมีค่าที่สูงที่สุดในประเทศไทยเช่นกัน โดยเฉพาะเขต ๕ มีอัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียงสูงถึง ๑๐๐% และ ๑๐๔ คนต่อเตียงต่อปีตามลำดับ ค่าเฉลี่ยอัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียงของประเทศไทยเท่ากับ ๘๘% และ ๘๒ คนต่อเตียงต่อปี ตามลำดับ ทำให้เห็นได้ชัดเจนว่า ภาคอีสานนั้นนอกจากมีความขาดแคลนบุคลากรทั้ง ๓ สายงานนี้แล้ว ยังมีความขาดแคลนจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยด้วย

ภาคที่มีดัชนีความแตกต่างภาระงานต่อบุคลากรของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพต่ำที่สุดคือภาคตะวันออก (เขต ๓) นั้นหมายถึงแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในภาค

ตะวันออกมีภาระงานน้อยที่สุด ส่วนสายงานของเภสัชกรในภาคใต้ มีภาระงานน้อยที่สุด

ภาคกลาง (เขต ๑, ๒ และ ๔) มีภาระงานของทั้ง ๓ สายงานใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย แต่มีอัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียงต่ำกว่าค่าเฉลี่ยและต่ำที่สุดในประเทศ แสดงว่าภาคกลางมีจำนวนแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพพอเหมาะกับงานเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ แต่มีจำนวนเตียงมากกว่าที่ควรเป็น

ในภาคเหนือและภาคใต้ มีค่าดัชนีภาระงานและค่าต่างๆใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ เป็นภาพในอุดมคติที่ควรเป็นเช่นนี้ทั่วทั้งประเทศไทย ไม่ใช่แค่เพียง ๒ ภาคนี้เท่านั้น

๒. การเปรียบเทียบของจังหวัดต่างๆในเขตเดียวกัน

ขอยกตัวอย่างที่น่าสนใจของเขต ๓ และ เขต ๗ เท่านั้น เนื่องจากเป็นเขตที่มีดัชนีภาระงานแตกต่างกันมาก รายละเอียดของเขตอื่นๆ สามารถศึกษาได้ที่ www.hsri.or.th/srs

เขต ๓ มีทั้งสิ้น ๗ จังหวัด ในภาคตะวันออกของ

ตารางที่ ๔ แสดงดัชนีความแตกต่างของทุกจังหวัดในเขต ๓ โดยค่าเฉลี่ยของทั้งเขต ๓ เท่ากับ ๑

เขต	จังหวัด	ผลการใช้เตียงผู้ป่วยใน			ดัชนีภาระงานต่อบุคลากรแพทย์		ดัชนีภาระงานต่อบุคลากรเภสัชกร		ดัชนีภาระงานต่อบุคลากรพยาบาล	
		วันนอนต่อรายผู้ป่วยใน	อัตราการใช้เตียง	อัตราการใช้เตียง	เทียบกับเขต	เทียบกับประเทศ	เทียบกับเขต	เทียบกับประเทศ	เทียบกับเขต	เทียบกับประเทศ
๓	ชลบุรี	๔.๐๕	๘๑%	๗๓	๐.๗๗	๐.๕๓	๑.๑๗	๑.๐๒	๑.๐๕	๐.๘๘
๓	ฉะเชิงเทรา	๔.๗๕	๕๖%	๗๓	๑.๓๐	๐.๘๕	๑.๐๗	๐.๕๓	๑.๑๑	๐.๕๓
๓	ปราจีนบุรี	๔.๖๕	๕๕%	๗๗	๑.๕๒	๑.๐๕	๐.๗๗	๐.๖๗	๑.๑๕	๐.๕๗
๓	สระแก้ว	๓.๔๘	๘๒%	๘๖	๑.๘๘	๑.๒๕	๑.๒๓	๑.๐๗	๑.๗๕	๑.๔๗
๓	ตราด	๔.๕๕	๘๔%	๖๒	๑.๐๓	๐.๗๑	๑.๐๐	๐.๘๗	๐.๗๔	๐.๖๒
๓	จันทบุรี	๔.๗๘	๘๑%	๖๒	๐.๖๕	๐.๔๗	๐.๘๗	๐.๗๖	๐.๗๕	๐.๖๓
๓	ระยอง	๔.๒๓	๘๐%	๖๕	๑.๐๓	๐.๗๑	๐.๕๕	๐.๘๒	๐.๘๕	๐.๗๕
รวมเขต ๓		๔.๓๕	๘๖%	๗๑	๑.๐๐	๐.๖๕	๑.๐๐	๐.๘๘	๑.๐๐	๐.๘๕
ค่าเฉลี่ยของเขต/ประเทศ					๑๖,๕๗๕	๒๔,๐๘๒	๔๐,๒๐๘	๔๕,๕๑๖	๓,๐๒๕	๓,๖๐๒

ตารางที่ ๕ แสดงดัชนีความแตกต่างของทุกจังหวัดในเขต ๗ โดยค่าเฉลี่ยของทั้งเขต ๗ เท่ากับ ๑

เขต	จังหวัด	ผลการใช้เตียงผู้ป่วยใน			ดัชนีภาระงานต่อบุคลากรแพทย์		ดัชนีภาระงานต่อบุคลากรเภสัชกร		ดัชนีภาระงานต่อบุคลากรพยาบาล	
		วันนอนต่อรายผู้ป่วยใน	อัตราการใช้เตียง	อัตราการใช้เตียง	เทียบกับเขต	เทียบกับประเทศ	เทียบกับเขต	เทียบกับประเทศ	เทียบกับเขต	เทียบกับประเทศ
๗	อุบลราชธานี	๓.๗๕	๕๘%	๕๕	๑.๔๐	๑.๕๘	๐.๘๗	๑.๑๓	๐.๘๖	๑.๐๓
๗	อำนาจเจริญ	๒.๕๘	๕๓%	๖๖	๐.๒๒	๐.๓๑	๐.๖๓	๐.๘๒	๑.๐๒	๑.๒๒
๗	นครพนม	๓.๑๔	๘๑%	๕๔	๑.๒๖	๑.๗๘	๐.๘๒	๑.๐๗	๐.๕๒	๑.๑๐
๗	มุกดาหาร	๒.๐๒	๘๑%	๑๔๖	๑.๑๘	๑.๖๗	๑.๐๘	๑.๔๐	๑.๐๓	๑.๒๓
๗	ร้อยเอ็ด	๓.๑๐	๑๐๗%	๑๒๖	๑.๔๑	๒.๐๐	๑.๔๕	๑.๘๕	๑.๓๕	๑.๖๒
๗	ศรีสะเกษ	๓.๐๐	๗๘%	๕๕	๐.๕๖	๑.๓๖	๐.๕๘	๑.๒๗	๐.๕๖	๑.๑๕
๗	ยโสธร	๓.๔๕	๘๕%	๕๓	๑.๑๕	๑.๖๓	๑.๑๖	๑.๕๐	๐.๕๐	๑.๐๘
รวมเขต ๗		๓.๑๗	๘๕%	๑๐๒	๑.๐๐	๑.๔๑	๑.๐๐	๑.๓๐	๑.๐๐	๑.๒๐
ค่าเฉลี่ยของเขต/ประเทศ					๓๔,๐๔๘	๒๔,๐๘๒	๕๕,๘๕๕	๔๕,๕๑๖	๔,๓๑๕	๓,๖๐๒

ประเทศ จากข้อมูลในตารางที่ ๔ เห็นได้ว่า ภายในเขต ๓ นั้น จังหวัดต่างๆมีภาระงานที่ไม่เท่ากันทั่วทั้งเขต จังหวัดที่มีดัชนีภาระงานของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพสูงสุดในเขต ๓ คือ จังหวัดสระแก้ว มีดัชนีเท่ากับ ๑.๔๔, ๑.๒๓ และ ๑.๗๕ ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศด้วย (ดัชนีเทียบกับประเทศเท่ากับ ๑.๒๔, ๑.๐๗ และ ๑.๔๗ ตามลำดับ) ส่วนอัตราการใช้เตียงมีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ย แต่อัตรา

การใช้เตียงมีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ย นั่นคือ มีจำนวนวันนอนต่อรายผู้ป่วยในสูงกว่าค่าเฉลี่ย เป็นการบ่งชี้อย่างชัดเจนว่าจังหวัดสระแก้วขาดแคลนแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพอย่างรุนแรง แต่ไม่ได้ขาดแคลนจำนวนเตียง

ดัชนีภาระงานทั้ง ๓ สายงานของจังหวัดจันทบุรี มีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของเขต ๓ และเมื่อเทียบกับประเทศก็ยังมีค่าที่ต่ำ เพราะดัชนีภาระงานทั้ง ๓ สาย

งานของเขต ๓ มีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ เมื่อพิจารณาอัตราครองเตียงและอัตราการใช้เตียงร่วมด้วยพบว่าจังหวัดจันทบุรีมีอัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียง ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของเขต ๓ นั้นย่อมแสดงว่าบุคลากรทั้ง ๓ สายงานของจังหวัดจันทบุรี มีภาระงานน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของเขตและของประเทศ นอกจากนั้น จังหวัดจันทบุรียังมีจำนวนเตียงผู้ป่วยมากเกินกว่าค่าเฉลี่ยของเขตและของประเทศ

จากตารางที่ ๕ พบว่ามีการกระจายทรัพยากรที่ไม่เหมาะสมทั่วทั้งเขต ๗ เช่นเดียวกับกับ เขต ๓ จากข้อมูลในตาราง เห็นได้ว่าภาพรวมของเขต ๗ มีดัชนีภาระงานของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ ๑.๔๑, ๑.๓๐ และ ๑.๒๐ ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศทั้ง ๓ สายงาน เมื่อพิจารณาในรายจังหวัด พบว่าหลายจังหวัด เช่น อุบลราชธานี นครพนม ร้อยเอ็ด เป็นจังหวัดที่มีดัชนีภาระงานและค่าต่างๆสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขต และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

จังหวัดร้อยเอ็ด มีดัชนีภาระงานทั้ง ๓ สายงาน สูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขต มีค่าเท่ากับ ๑.๔๑, ๑.๔๕ และ ๑.๓๕ และเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยประเทศ มีค่าเท่ากับ ๒.๐๐, ๑.๔๙ และ ๑.๖๑ ซึ่งเป็นค่าที่สูงมาก อัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียงก็สูงมากถึง ๑๐๗% และ ๑๒๖ คนต่อเตียงต่อปี ตามลำดับ แสดงถึงความขาดแคลนบุคลากรทั้ง ๓ สายงานและจำนวนเตียงอย่างมาก

แต่จังหวัดอำนาจเจริญกลับมีดัชนีภาระงานของแพทย์และเภสัชกร อัตราการครองเตียง และอัตราการใช้เตียง ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของเขตอย่างมาก และต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศด้วย ส่วนภาระงานของพยาบาลมีค่าใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของเขต แสดงว่า จังหวัดอำนาจเจริญ มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพพอเหมาะกับการะงาน แต่มีจำนวนแพทย์, เภสัชกร และจำนวนเตียงมากเกินไป

๓. การเปรียบเทียบของโรงพยาบาลต่างๆภายในจังหวัดเดียวกัน

ขอยกตัวอย่างที่น่าสนใจของจังหวัดจันทบุรี ซึ่ง

ตารางที่ ๖ แสดงดัชนีความแตกต่างของทุกโรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี โดยค่าเฉลี่ยของทั้งจังหวัดเท่ากับ ๑

ชื่อ โรงพยาบาล	วันนอนต่อ รายผู้ป่วยใน	ผลการใช้เตียง ผู้ป่วยใน		ดัชนีภาระงานต่อ บุคลากรแพทย์		ดัชนีภาระงานต่อ บุคลากรเภสัช		ดัชนีภาระงานต่อ บุคลากรพยาบาล	
		อัตราการใช้เตียง	อัตราการใช้เตียง	เทียบ จังหวัด	เทียบ ประเทศ	เทียบ จังหวัด	เทียบ ประเทศ	เทียบ จังหวัด	เทียบ ประเทศ
รพศ. รพ.พระปกเกล้า	๖.๐๓	๗๒%	๔๔	๐.๗๐	๐.๓๓	๐.๕๘	๐.๗๔	๐.๘๖	๐.๕๔
รพช. ขลุง	๓.๓๑	๘๕%	๕๘	๑.๕๖	๐.๕๓	๑.๕๓	๑.๔๖	๑.๘๕	๑.๑๗
รพช. ท่าใหม่	๓.๓๒	๑๖๘%	๑๖๕	๒.๔๕	๑.๑๘	๐.๘๒	๐.๖๒	๐.๕๓	๐.๕๕
รพช. เขาสุกิม	๓.๗๒	๕๕%	๕๘	๑.๕๓	๐.๕๒	๑.๒๗	๐.๕๖	๐.๕๓	๐.๕๘
รพช. สองพี่น้อง	๓.๓๘	๑๐๑%	๑๐๘	๓.๒๖	๑.๕๕	๐.๕๓	๐.๔๑	๐.๕๗	๐.๖๑
รพช. ปองน้ำร้อน	๓.๗๒	๕๖%	๕๕	๑.๖๕	๐.๘๐	๐.๕๒	๐.๗๐	๑.๑๘	๐.๗๕
รพช. มะขาม	๓.๗๓	๒๗๒%	๒๖๖	๑.๖๘	๐.๘๐	๐.๘๓	๐.๖๓	๑.๑๕	๐.๗๓
รพช. แหลมสิงห์	๓.๕๑	๕๕%	๑๐๓	๑.๕๔	๐.๗๓	๑.๐๑	๐.๗๗	๑.๒๔	๐.๗๘
รพช. สอยดาว	๓.๑๘	๘๘%	๑๐๑	๒.๓๕	๑.๑๓	๑.๕๗	๑.๑๕	๑.๔๒	๐.๘๕
รพช. แก่งหางแมว	๒.๕๒	๑๖๔%	๒๐๕	๒.๔๔	๑.๑๖	๑.๖๐	๑.๒๒	๑.๔๕	๐.๕๑
รพช. นายายอาม	๓.๖๔	๑๗๓%	๑๗๓	๑.๓๑	๐.๖๒	๐.๘๖	๐.๖๕	๑.๒๐	๐.๗๕
รพช. เขาคิชฌกูฏ	๓.๖๔	๗๖%	๗๖	๑.๓๔	๐.๖๔	๐.๘๘	๐.๖๗	๑.๒๓	๐.๗๗
รวมทั้งจังหวัดจันทบุรี	๔.๗๘	๘๑%	๖๒	๑.๐๐	๐.๔๗	๑.๐๐	๐.๗๖	๑.๐๐	๐.๖๓
ค่าเฉลี่ยของจังหวัด				๑๑.๔๓๒	๒๔,๐๘๒	๓๔,๘๒๕	๔๕,๕๑๖	๒,๒๖๖	๓,๖๐๒

เป็นจังหวัดที่อยู่ในเขต ๓ ส่วนรายละเอียดของจังหวัดอื่นทุกจังหวัดสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ www.hsri.or.th/srs

ภาพรวมของจังหวัดจันทบุรีมีดัชนีภาระงานของทั้ง ๓ สายงานต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ดูเหมือนว่าทั้งจังหวัดน่าจะมีภาระงานน้อยเช่นกัน แต่ไม่ใช่เช่นนั้น เพราะเมื่อทำการวิเคราะห์โรงพยาบาลทุกแห่งภายในจังหวัดจันทบุรี พบว่า ยังมีการกระจายทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม เช่นเดียวกับภาพรวมของเขตและของประเทศ

โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดจันทบุรีมีดัชนีภาระงานของแพทย์สูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด บางโรงพยาบาลมีดัชนีภาระงานของแพทย์มากกว่า ๒ เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยจังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลสองพี่น้อง โรงพยาบาลสอยดาว และโรงพยาบาลแก่งหางแมว (๒.๔๙, ๓.๒๖, ๒.๓๙ และ ๒.๔๙ ตามลำดับ) ซึ่งโรงพยาบาลเหล่านี้มีดัชนีสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศด้วย (๑.๐๔, ๑.๕๕, ๑.๐๓ และ ๑.๑๖ ตามลำดับ) อัตราการครองเตียง และ อัตราการใช้เตียงของโรงพยาบาลเหล่านี้ ก็มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด และ สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ นั่นหมายความว่า โรงพยาบาลท่าใหม่ โรงพยาบาลสองพี่น้อง โรงพยาบาลสอยดาว และโรงพยาบาลแก่งหางแมว มีความขาดแคลนแพทย์ และ จำนวนเตียงเป็นอย่างมาก

ในขณะที่โรงพยาบาลพระปกเกล้ามีดัชนีภาระงานของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยจังหวัด คือ มีค่าเท่ากับ ๐.๗๐, ๐.๙๔ และ ๐.๘๖ ตามลำดับ และยังมีดัชนีภาระงานที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศด้วย คือมีค่าเท่ากับ ๐.๓๓, ๐.๗๔ และ ๐.๕๔ ตามลำดับ อัตราการครองเตียง และ อัตราการใช้เตียงก็มีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยจังหวัดและค่าเฉลี่ยประเทศ ในขณะที่วันนอนต่อรายผู้ป่วยใน มากกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดและมากกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ แสดงความมากเกินไปของบุคลากรทั้ง ๓ สายงาน และจำนวนเตียงที่โรงพยาบาลพระปกเกล้ามีอยู่ในขณะนี้

วิจารณ์และสรุป

ศึกษาค้างนี้ เป็นฐานข้อมูลสำคัญมาก เนื่องจากการศึกษาภาระงานที่เกิดขึ้นจริง ไม่ได้เป็นการเปรียบเทียบจำนวนแพทย์ต่อประชากร หรือจำนวนเตียงต่อแพทย์ ที่มีข้อด้อยจากจำนวนประชากรที่มีความไม่แน่นอนในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรกับผู้ถืออาศัยอยู่จริง และอาจไม่ได้มีความเจ็บป่วยจริง หรือจากจำนวนเตียงที่ไม่แน่ชัดว่ามีการใช้เตียงจริงหรือไม่

ผลการศึกษาที่ได้นี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ประเทศไทยมีการกระจายทรัพยากรบุคคล ๓ สายงาน คือ แพทย์, เภสัชกร และ พยาบาลวิชาชีพ และ ทรัพยากรเตียงสำหรับผู้ป่วย อย่างไม่เหมาะสมกับภาระงาน ความไม่เหมาะสมนี้ ปรากฏอยู่ทั่วไป ทั้งในภาพรวมของภาคต่างๆในประเทศไทย, ในระดับเขตต่างๆทั้ง ๑๒ เขต, จังหวัดต่างๆภายในเขต และ แม้แต่โรงพยาบาลต่างๆภายในจังหวัดเดียวกัน

ภาคอีสานเป็นภาคที่มีทั้งภาระงานบริการรักษาพยาบาลต่อบุคลากรแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ และมีอัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียงมากที่สุดในประเทศไทย แสดงว่า ภาคอีสานมีความขาดแคลนทั้งด้านบุคลากรและจำนวนเตียงผู้ป่วย ส่วนภาคตะวันออกเป็นภาคที่มีภาระงานบริการรักษาของแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพน้อยที่สุดในประเทศไทย แต่อัตราการครองเตียง และอัตราการใช้เตียง มีค่าใกล้เคียงค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ แสดงว่า ในภาคตะวันออก มีจำนวนแพทย์และพยาบาล มากเกินไป ในขณะที่มีจำนวนเตียงที่พอเหมาะแล้ว ส่วนสายงานของเภสัชกรในภาคใต้ มีภาระงานน้อยที่สุด

ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ต้องวิเคราะห์หาแนวทางในการจัดสรรทรัพยากร ให้มีการกระจายที่เหมาะสมทั่วทุกภาคของประเทศไทย ให้ได้เป็นเช่นดังภาคเหนือ และ ภาคใต้ที่มีค่าต่างๆใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ไม่ให้มีการใช้

ทรัพยากรที่หย่อนประสิทธิภาพจนกลายเป็นความเคยชิน ในขณะที่เดียวกันก็ไม่เป็นการใช้ทรัพยากรอย่างเกินกำลัง ความสามารถมากเกินไปจนทำให้มีความคลางแคลงใจ ด้านคุณภาพเกิดขึ้น ซึ่งนับเป็นเรื่องที่ท้าทายผู้บริหารอย่างมากในการหากลยุทธ์เพื่อนำมากำหนดทิศทางในการปรับเปลี่ยนอนาคต ซึ่งคงต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนค่อนข้างมาก เป็นไปได้ทั้งการปรับเปลี่ยนจำนวนบุคคล และ/หรือ การปรับเปลี่ยนลักษณะงานบริการ

ในช่วงระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขอย่างรวดเร็วในปี ๒๕๔๔ นี้ การปรับตัวที่ง่ายที่สุด คือ การปรับตัวภายในพื้นที่ที่ใกล้เคียงกัน อันได้แก่ โรงพยาบาลต่างๆภายในจังหวัดเดียวกัน คณะกรรมการสาธารณสุขระดับพื้นที่ (กสพ.) คงต้องมีการบทบาทในเรื่องการจัดสรรทรัพยากร เพื่อให้มีการ

กระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสมภายในจังหวัด โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดจำเป็นต้องร่วมมือร่วมใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ต้องเปรียบเทียบที่น้องช่วยเหลือน้อง โรงพยาบาลที่มีการระงำนน้อยกว่าต้องยอมเปิดใจกว้างออกไปช่วยแบ่งเบาภาระที่หนักเกินไปของโรงพยาบาลที่มีการระงำนหนักกว่า ขณะเดียวกันโรงพยาบาลที่มีการระงำนมากก็ต้องยอมรับความเอื้อเฟื้อนั้นอย่างเต็มใจ ตัวอย่างเช่น การออกหน่วยเคลื่อนที่ไปช่วยลดภาระงานการจัดสรรบุคลากรไปช่วยอยู่เวร หรือ แพทย์เฉพาะทางของโรงพยาบาลจังหวัดไปช่วยเพิ่มพูนทักษะให้แพทย์โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้

๑. ข้อมูลที่นำมาศึกษา เป็นข้อมูลจาก ๑๑๑๐ รง.๕ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้รับมาจากการรายงานของโรงพยาบาล

ภาคผนวก

ตารางแสดงความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจต่อบุคลากรที่เหมาะสมในการดูแลภาวะสุขภาพครั้งนี้ จำแนกตามประเภทห้องตรวจ

ประเภทห้องตรวจ	บุคคลที่ควรดูแลการเจ็บป่วยครั้งนี้									
	จนท.สอ.		พยาบาล		แพทย์ทั่วไป		แพทย์เฉพาะทาง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุรศาสตร์	๑๐	๑๐.๒	๔	๔.๑	๕๖	๕๗.๑	๒๘	๒๘.๖	๙๘	๑๐๐.๐
กุมารเวชศาสตร์	๒๒	๔๔.๐	๓	๖.๐	๒๓	๔๖.๐	๒	๔.๐	๕๐	๑๐๐.๐
สูติ-นรีเวช	๑	๑.๒	๒๐	๒๓.๓	๔๐	๔๖.๕	๒๕	๒๘.๑	๘๖	๑๐๐.๐
ศัลยศาสตร์	๑๑	๑๒.๖	๘	๙.๒	๕๔	๖๒.๑	๑๔	๑๖.๑	๘๖	๑๐๐.๐
ออโรโธดิกส์	๐	๐.๐	๑	๓.๓	๑๕	๕๐.๐	๑๔	๔๖.๗	๓๐	๑๐๐.๐
สาขาอื่นๆ	๕	๕.๓	๐	๐.๐	๑๗	๓๑.๕	๓๒	๔๘.๓	๕๔	๑๐๐.๐
จักษุวิทยา	๐	๐.๐	๓	๔.๕	๑๔	๒๑.๒	๔๕	๖๘.๓	๖๖	๑๐๐.๐
หู คอ จมูก	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๓	๕.๕	๕๒	๘๕.๕	๕๕	๑๐๐.๐
สุขภาพจิต	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๒	๒.๖	๗๖	๙๗.๔	๗๘	๑๐๐.๐
เบาหวาน	๔	๘.๕	๐	๐.๐	๔๑	๘๗.๒	๒	๔.๓	๔๗	๑๐๐.๐
ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๔๕	๘๖.๕	๗	๑๓.๕	๕๒	๑๐๐.๐
โรคผิวหนัง	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๑๓	๕๒.๐	๑๒	๔๘.๐	๒๕	๑๐๐.๐
ฝากครรภ์	๒๒	๕๑.๒	๑๘	๔๑.๕	๑	๒.๓	๒	๔.๗	๔๓	๑๐๐.๐
Well Baby Clinic	๔๖	๑๐๐.๐	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๐	๐.๐	๔๖	๑๐๐.๐
วันโรค	๕	๖๔.๓	๒	๑๔.๓	๒	๑๔.๓	๑	๗.๑	๑๔	๑๐๐.๐
รวม	๑๓๐	๑๕.๖	๕๕	๗.๑	๓๒๖	๓๕.๒	๓๑๖	๓๘.๐	๘๓๑	๑๐๐.๐

ที่มา : รายงานการศึกษาการสำรวจสภาวะของประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ปี ๒๕๓๘ โดย สุพัตรา ศรีวิมลชากร และ คณะ^(๑)

หมายเหตุ ข้อมูลที่นำไปใช้ในการคำนวณคือ ร้อยละของแพทย์เฉพาะทาง แผนกอายุรศาสตร์, กุมารเวชศาสตร์, สูติ-นรีเวช, ศัลยศาสตร์, ออโรโธดิกส์, สาขาอื่นๆ, จักษุวิทยา และ หู คอ จมูก (เฉพาะส่วนที่แรก)

ทุกแห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๗๑๒ แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลชุมชน ๙๒ แห่ง ตลอดทั้งปีงบประมาณ ๒๕๔๓ หากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลใดมีความไม่ถูกต้อง ไม่สมบูรณ์ หรือ มีความเชื่อถือได้น้อย ก็จะมีผลให้ข้อมูลในการศึกษานี้มีความไม่ถูกต้อง ไม่สมบูรณ์หรือมีความเชื่อถือได้น้อยลงไปด้วยวิธีที่ดีที่สุดคือ การคำนวณและวิเคราะห์ข้อมูลในที่ที่ใกล้เคียงข้อมูลมากที่สุด นั่นคือ ฝ่ายนโยบายและแผนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการของโรงพยาบาลจังหวัด ต้องร่วมกันเป็นแกนกลางในการรวบรวมข้อมูลของทั้งจังหวัด ร่วมกันตรวจสอบข้อมูล ทำการคำนวณ และวิเคราะห์ข้อมูล จากนั้นนำเสนอให้ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขและผู้บริหารทุกโรงพยาบาลทราบ พร้อมทั้งร่วมกันพิจารณาหาแนวทางเพื่อใช้ปรับตัวกันภายในจังหวัด และต้องจัดส่งข้อมูลและแนวทางการปรับตัวมาให้ส่วนกลาง คือ สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส. - เป็นการปรับรวม ๒ กองได้แก่ กองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาค) ทราบด้วยเพื่อรวบรวมข้อมูลของทั้งประเทศและนำมาวิเคราะห์หายุทธวิธีในการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสมทั่วทั้งประเทศไทยต่อไป

๒. ในปัจจุบัน ยังไม่มีการศึกษาใดระบุถึงวิธีการวัดผลผลิตรวมของงานทุกประเภทในโรงพยาบาลที่เหมาะสมที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลต่างๆมีประเภทของงานหลากหลาย อีกทั้งยังมีความแตกต่างกันตามระดับโรงพยาบาล และ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีชนิดของโรค, ความซับซ้อน และความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ใช้การถ่วงน้ำหนักผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นเสมือนผลผลิตด้านการรักษา แต่ตัวเลขตัวคูณต่างๆ ที่นำมาใช้อ้างอิงในการคำนวณเป็นตัวคูณของข้อมูลที่ผ่านมานานหลายปีแล้วและเป็นข้อมูลจากผลงานเพียงชั้นเดียวเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลที่สามารถได้

๓. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะภาระงานด้าน

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเท่านั้น ไม่ได้ศึกษาถึงงานด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ งานการสอนต่างๆ และ/หรืองานอื่นๆ ซึ่งโรงพยาบาลขนาดต่างกันอาจมีภาระงานเหล่านี้แตกต่างกันได้ ดังนั้นการนำข้อมูลไปใช้ต้องพิจารณาบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่งในแต่ละจังหวัดอย่างถ่องแท้ด้วย

๔. ดัชนีความแตกต่าง เป็นเครื่องมือที่ชี้ให้เห็นความหนักเบาของภาระงานต่อบุคลากร ๑ คน สามารถเปรียบเทียบข้อมูลในสายงานเดียวกันได้ดี แต่ไม่สามารถเปรียบเทียบต่างสายงานได้ เนื่องจากแต่ละสายงานมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่ไม่เหมือนกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ที่สนับสนุนการศึกษานี้ ภายใต้ โครงการเมธีวิจัยอาวุโส ด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข ขอขอบคุณนักวิชาการกองสาธารณสุขภูมิภาค และกองโรงพยาบาลภูมิภาค ที่ให้ความร่วมมือและเอื้อเฟื้อข้อมูล หากปราศจากข้อมูลเหล่านี้ การศึกษานี้ จะดำเนินการมิได้เลย

เอกสารอ้างอิง

๑. สุพัตรา ศรีวนิชชากร, ณัฐพร สุขพอดิ, เขียวรัตน์ ศุภกรรม และรัตนา เกตุยงจิตรแผ้ว. รายงานการศึกษาระบบการสำรวจสถานะของประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ปี ๒๕๓๘. กรุงเทพมหานคร : โครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป / สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๑.
๒. ศุกลีลา พรธรรมาโรจน์. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๒. พิษณุโลก : สุรสิทธิ์กราฟฟิค; ๒๕๔๔.
๓. วรากรณ์ ปันณวลี, มงคล พิมพ์ทรัพย์ และ นันทิชา ไชยานุกิจ. ต้นทุนดำเนินการของ โรงพยาบาลชุมชนใน ๑๕ จังหวัดภาคเหนือ ปี ๒๕๔๒ (รายงานการวิจัย นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๔๔.
๔. จงกล เลิศเจริญดำรง. ต้นทุนโรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ ปี งบประมาณ ๒๕๔๒ (รายงานผลเบื้องต้น). กรุงเทพมหานคร: โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข / สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข / สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; ๒๕๔๔.

Abstract **Staff Workload and Efficiency of Bed Use in Community and Provincial Hospitals in the Fiscal Year 2000**

Walaiporn Patcharanarumol, Viroj Tangcharoensathien

Senior Research Scholar Program in Health Economic and Financing

International Health Policy Program-Thailand

Journal of Health Science 2001; 10:400-410.

This study, carried out from March to June 2001, analysed staff workload among physicians, pharmacists and professional nurses in the fiscal year 2000 for all community and provincial hospitals throughout Thailand. We used total outpatient and inpatient services reported by all community and provincial hospitals, total number of practicing physicians, pharmacists and nurses. The outpatients (OP) at the provincial hospitals were weighted by a proportion of OP required specialists with a factor of 2. The inpatients (IP) at the provincial hospitals were weighted by average relative weight of Diagnostic Related Group, length of stay, and a ratio of IP cost per day to OP cost per visit. Staff workload was calculated by the weighted OP and IP in provincial hospitals divided by number of practicing physicians, pharmacists and nurses. The results, therefore, facilitates comparison with community hospitals. A discrepancy index was calculated for comparison within provincial, within 12 health regions and a national comparison.

It was found that the hospitals in Northeast region had the highest staff workload for all three categories of staff and the Eastern region the lowest for physician and nurse. Pharmacists in the Southern Region have the lowest workload. The national average of hospital bed occupancy rate and the bed turnover rate was 88 per cent and 88 admissions per bed per year. The Northeast region has the highest bed occupancy rate and turnover rate (95 per cent and 100 admission per bed). It was found that discrepancy index is an important indicator reflecting relative staff workload within the same category.

Key words: Hospital staff workload, inequity, human resource allocation, bed distribution, efficiency

สถานพยาบาลต้องปรับตัวอย่างไร ภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี

ภูษิต ประครองสาย

วลัยพร พัทธรมณ

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

โครงการเมธีวิจัยอาวุโส ด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินด้านรายจ่ายและรายรับภายใต้จากทัศนคติต่าง ๆ ของการดำเนินการตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า และต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยของสถานพยาบาลในจังหวัดจันทบุรีปีงบประมาณ ๒๕๔๓ ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งที่คาดว่าจะต้องมีการปรับตัวจากผลกระทบของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเดือนตุลาคม ๒๕๔๔ วิธีการศึกษาใช้ข้อมูลด้านทรัพยากรและการเงินที่มีอยู่ในระบบรายงานปกติ ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจของสถานพยาบาลทุกแห่งในช่วงระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม ๒๕๔๔ มาทำการวิเคราะห์แบบแผนรายรับ-รายจ่ายเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณปี ๒๕๔๓ รวมทั้งต้นทุนดำเนินการต่อหน่วย ทำการประมาณการรายรับและรายจ่ายที่จะเกิดขึ้นในภาพรวมของจังหวัดภายใต้ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการตอบสนองของประชาชนในระดับต่าง ๆ พบว่า สถานพยาบาลในจังหวัดจันทบุรีจะได้รับผลกระทบเนื่องจากรายรับที่ลดลงและการมีรายจ่ายดำเนินการที่ค่อนข้างสูง สถานพยาบาลทุกระดับต้องมีการปรับตัวด้านประสิทธิภาพรายจ่ายบุคลากรเนื่องจากมีรายจ่ายด้านค่าแรงมากกว่าครึ่งหนึ่งของรายจ่ายดำเนินการทั้งหมด โรงพยาบาลพระปกเกล้าจะต้องมีการปรับตัวอย่างมาก เนื่องจากมีต้นทุนดำเนินการต่อหน่วย (๕๐๘ บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก และ ๕,๑๓๕ บาทต่อรายผู้ป่วยใน) ที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่นำมาคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๒๗๘ บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก และ ๕,๔๒๔ บาทต่อรายผู้ป่วยใน) การปรับระบบการจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์ การจัดอัตราค่าจ้าง การปรับค่าตอบแทนที่เหมาะสม และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสถานพยาบาลทั้งหมดในจังหวัดโดยมีหน่วยงานกลางซึ่งเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายจะสามารถช่วยประสานงานและลดผลกระทบในภาพรวมของจังหวัดได้

คำสำคัญ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า, จันทบุรี, รายจ่ายดำเนินการ, ต้นทุนดำเนินการต่อหน่วย

ความเป็นมา

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health care coverage) เป็นแนวทางสำคัญที่ทางองค์การอนามัยโลกได้เคยประกาศไว้ในปี ค.ศ. ๑๙๙๙ ว่า จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของความเป็นธรรม (equity) ทางสุขภาพและเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ (efficiency) ของระบบสาธารณสุขในแต่ละประเทศ^(๑) ในช่วงระยะเวลาเกือบ ๒๐ ปีของการสร้างความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยด้วยระบบประกันสุขภาพที่มีความหลากหลายรูปแบบและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ แม้จะส่งผลดีต่อพัฒนาการของระบบสาธารณสุข แต่ก็ได้ก่อให้เกิดปัญหาในด้านความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ และยังมีประชาชนที่เหลือนอกกว่า ๑๐ ล้านคนที่ไม่ครอบคลุมด้วยหลักประกันสุขภาพใดๆ^(๒) จนกระทั่งในช่วงต้นปี พ.ศ. ๒๕๔๔ รัฐบาลได้เร่งรัดดำเนินการตามนโยบาย “การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค” ที่ได้ประกาศไว้กับประชาชน ก่อนการเลือกตั้ง ซึ่งแรงผลักดันทางด้านการเมืองที่ชัดเจนของรัฐบาลทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ ๖ จังหวัด ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๔๔ และได้ดำเนินการเพิ่มเติมในเขตพื้นที่ ๑๕ จังหวัดตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๔๔ และคาดว่าจะสามารถดำเนินการทั่วประเทศในปีงบประมาณ ๒๕๔๕

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ก่อให้เกิดการปรับตัวอย่างมากของสถานพยาบาล จากที่มีรายรับเงินงบประมาณปกติตามแผนงานโครงการจากส่วนกลางสู่ภูมิภาค และเงินของผู้ป่วยที่จ่ายเอง (out of pocket) มาเป็นระบบประกันสุขภาพที่มีการจัดสรรเงินงบประมาณเป็นลักษณะการจ่ายล่วงหน้าแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อปี (prepaid & capitation) ตามจำนวนประชาชนที่มาขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (primary care) ซึ่งเงินงบ

ประมาณที่จัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวนี้ ได้รวมหมวดเงินเดือนของบุคลากรด้วย ดังนั้น สถานพยาบาลในภาครัฐหลายแห่งที่มีปัญหาในด้านประสิทธิภาพและมีอัตราค่าจ้างที่ไม่เหมาะสม จำเป็นที่จะต้องมีการปรับตัวเพื่อความอยู่รอดในระบบประกันสุขภาพแบบใหม่นี้

จังหวัดจันทบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออก ซึ่งได้รับการประเมินเบื้องต้นจากหน่วยงานรับผิดชอบในกระทรวงสาธารณสุขว่า จะประสบปัญหาทางการเงินและการบริหารทรัพยากรของสถานพยาบาลในภาพรวมของทั้งจังหวัดค่อนข้างสูง สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงินและการบริหารทรัพยากรของจังหวัดจันทบุรี ภายใต้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เพื่อให้ทราบแบบแผนรายรับ-รายจ่ายของสถานพยาบาลภาครัฐ ผลกระทบทางการเงินและการบริหารทรัพยากรภายใต้นโยบายดังกล่าว โดยทำการประมาณการรายรับ-รายจ่ายจากฉากทัศน์ต่างๆ การวิเคราะห์ต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยของสถานพยาบาลโดยวิธีสัด เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินสถานการณ์และการปรับตัวด้านประสิทธิภาพ รวมทั้งการกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสมของสถานพยาบาลภาครัฐในจังหวัดจันทบุรี

วิธีการศึกษา

๑. รวบรวมข้อมูลรายจ่ายดำเนินการ (operating expense) ทั้งจากเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณ ข้อมูลรายรับเงินนอกงบประมาณ ข้อมูลผลการปฏิบัติงานจากระบบรายงานปกติที่มีอยู่ เช่น ๑๐๑๐ รง๕, สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปีของจังหวัด, รายงานการจัดซื้อเวชภัณฑ์และวัสดุการแพทย์โดยเงินบำรุงและเงินงบประมาณ และข้อมูลพื้นฐานอื่นๆ

๒. ใช้ข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลที่คณะผู้วิจัยได้ออกแบบเพิ่มเติม เพื่อเก็บข้อมูลด้านการเงินและข้อมูลสำคัญซึ่งมีไม่ครบถ้วนในระบบรายงานปกติ

เช่น ข้อมูลทรัพยากร ทั้งนี้เพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการเงินและข้อมูลทรัพยากรจากระบบรายงานปรกติ

๓. แยกวิเคราะห์รายจ่ายดำเนินการรวม เป็นรายจ่ายด้านค่าแรง (labour expense) และรายจ่ายด้านวัสดุ (material expense) โดยแบ่งรายจ่ายด้านค่าแรงเป็นกลุ่มที่สามารถและไม่สามารถควบคุมได้ (controllable และ uncontrollable labour expense) ส่วนรายจ่ายด้านวัสดุแบ่งเป็น รายจ่ายด้านเวชภัณฑ์ รายจ่ายด้านสาธารณูปโภค รายจ่ายด้านวัสดุทั่วไปและรายจ่ายอื่นๆ

๔. รวบรวมข้อมูลรายรับเงินนอกงบประมาณและประมาณการรายรับจากระบบการจัดสรรใหม่ภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งแบบแยกเงินจัดสรรผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน และแบบจัดสรรรวมเป็นก้อน (inclusive capitation)

๕. นำข้อมูลมาสร้างฉากทัศน์ที่ระบบมีการตอบสนองต่อนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระดับที่แตกต่างกัน ได้แก่ เต็มที่, อย่างดี, ปานกลาง และ ต่ำ compliance และดูเป้าหมายที่สถานพยาบาลในภาพรวมของทั้งจังหวัดจะต้องดำเนินการช่วยเหลือกันในด้านการเพิ่มประสิทธิภาพและ การบริหารทรัพยากร

๖. วิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนดำเนินการต่อหน่วย (operating unit cost) ของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง และในภาพรวมระดับจังหวัดโดยวิธีลัด (quick method)

๗. ทำการศึกษาในระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน ๒๕๔๔

ผลการศึกษา

๑. ข้อมูลทั่วไป

จังหวัดจันทบุรีเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกของประเทศไทย มีพื้นที่ประมาณ ๖,๓๓๔ ตารางกิโลเมตร มีประชากรกลางปี ๒๕๔๓ รวม ๔๗๔,๒๒๐ คน เป็นชาย ๒๓๓,๓๑๔ คน และหญิง ๒๔๐,๙๐๗ คน แบ่งการ

ปกครองเป็น ๙ อำเภอและ ๑ กิ่งอำเภอ มีโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด ๗๓๓ เตียง ๑ แห่งคือ โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลชุมชน ๖๑ แห่ง มีจำนวนเตียงของโรงพยาบาลชุมชนรวม ๒๙๐ เตียง มีสถานอนามัยทั้งหมด ๑๐๕ แห่ง ในส่วนของสถานพยาบาลภาคเอกชน มีโรงพยาบาลเอกชนตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองจันทบุรี ๓ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตากสิน (๑๕๔ เตียง) โรงพยาบาลสิริเวช (๑๐๐ เตียง) และโรงพยาบาลรวมแพทย์ (๔๐ เตียง)

๒. สถานการณ์รายจ่ายดำเนินการปี ๒๕๔๓ ของสถานพยาบาลภาครัฐในจังหวัดจันทบุรี

๒.๑ รายจ่ายดำเนินการเงินงบประมาณ (budgetary operating expense) ปี ๒๕๔๓

ในปี ๒๕๔๓ สถานพยาบาลภาครัฐในจังหวัดจันทบุรีมีรายจ่ายดำเนินการเงินงบประมาณในภาพรวมทั้งจังหวัดเท่ากับ ๔๗๔,๖๙๙,๐๒๖ ล้านบาท คิดเป็นค่าเฉลี่ยต่อหัวประชากรเท่ากับ ๑,๐๐๐ บาท โดยทางโรงพยาบาลพระปกเกล้ามีรายจ่ายดำเนินการเงินงบประมาณสูงสุด คือ ๒๗๔,๐๔๐,๕๔๙ บาท คิดเป็นร้อยละ ๕๔ ของรายจ่ายดำเนินการเงินงบประมาณทั้งหมด ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยมีรายจ่ายดำเนินการเงินงบประมาณคิดเป็นร้อยละ ๒๔ และ ๑๔ ตามลำดับ

เมื่อจำแนกประเภทรายจ่ายดำเนินการเงินงบประมาณ พบว่า ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ ๖๕ เป็นรายจ่ายเงินเดือนและค่าจ้างประจำ รองลงมาคือ งบกลาง (สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ค่าเล่าเรียนบุตร บำเหน็จบำนาญ เงินกบช./กสจ. ฯลฯ) ค่าตอบแทนใช้สอยและสาธารณูปโภค ค่าเวชภัณฑ์และวัสดุทั่วไป คิดเป็นร้อยละ ๑๗, ๑๑ และ ๗ ตามลำดับ ดังตารางที่ ๑

๒.๒ รายจ่ายดำเนินการเงินนอกงบประมาณ (extra-budgetary expense) ปี ๒๕๔๓

ในปี ๒๕๔๓ สถานพยาบาลภาครัฐในจังหวัดจันทบุรีมีรายจ่ายดำเนินการเงินนอกงบประมาณในภาพรวมทั้งจังหวัดเท่ากับ ๒๕๕,๗๕๐,๐๐๗ บาท คิด

ตารางที่ ๑ รายจ่ายดำเนินการเงินงบประมาณ ปี ๒๕๔๓

สถานพยาบาล	เงินเดือนและ ค่าจ้างประจำ	ค่าตอบแทนใช้สอย และสาธารณูปโภค	ค่าเวชภัณฑ์ และวัสดุทั่วไป	งบกลาง	รวม	สัดส่วน ร้อยละ
รพศ.พระปกเกล้า	๑๘๖,๔๒๓,๐๑๗	๑๓,๗๗๒,๖๒๒	๔๗,๐๕๖,๗๕๑	๒๗,๗๘๘,๑๕๕	๒๗๕,๐๔๐,๕๔๕	๕๘
รพ.ชุมชน ๑๑ แห่ง	๘๐,๖๔๒,๐๒๖	๑๕,๖๒๕,๕๔๘	๓๑,๓๕๗,๘๑๖	๔,๑๕๐,๔๖๘	๑๓๑,๘๕๕,๘๕๘	๒๘
สถานีอนามัย	๔๓,๖๗๕,๒๐๐	๒๓,๓๐๔,๑๕๘	-	๘๒๓,๒๖๐	๖๗,๘๐๒,๖๑๘	๑๔
รวม	๓๑๐,๗๔๐,๒๔๓	๕๒,๗๐๒,๓๒๘	๗๘,๔๑๔,๕๖๗	๓๒,๘๐๑,๘๘๓	๔๗๔,๖๕๘,๐๒๑	๑๐๐
ร้อยละ	๖๕	๑๑	๑๖	๑๗	๑๐๐	

หมายเหตุ ประชากรกลางปี ๒๕๔๓ = ๔๗๔,๒๒๑ คน
ดังนั้น รายจ่ายดำเนินการเงินงบประมาณต่อหัวประชากรปี ๒๕๔๓ เท่ากับ ๑,๐๐๑ บาท

ตารางที่ ๒ รายจ่ายดำเนินการเงินนอกงบประมาณ ปี ๒๕๔๓

สถานพยาบาล	เงินเดือนและ ค่าจ้างชั่วคราว	ค่าตอบแทนนอก เวลาราชการ	ค่าเวชภัณฑ์ และวัสดุทั่วไป	ค่าใช้สอยและ สาธารณูปโภค	รวม	สัดส่วน ร้อยละ
รพศ.พระปกเกล้า	๒๑,๑๕๒,๘๘๘	๓๒,๕๔๒,๕๔๘	๑๑๓,๖๕๗,๖๕๒	๑๕,๖๓๔,๐๔๑	๑๘๓,๐๒๗,๑๒๙	๗๓
รพ.ชุมชน ๑๑ แห่ง	๗,๑๐๔,๕๕๖	๑๖,๘๓๕,๑๖๔	๒๐,๒๒๐,๕๖๔	๑๖,๔๔๑,๕๗๗	๖๐,๖๐๖,๖๖๑	๒๔
สถานีอนามัย	๗๕,๕๕๐	๓,๒๖๓,๕๗๐	๑,๕๒๘,๖๑๘	๓,๒๔๗,๗๕๕	๘,๑๖๖,๔๙๓	๓
รวม	๒๘,๓๒๓,๐๙๔	๕๒,๖๔๑,๒๘๒	๑๓๕,๔๐๖,๘๓๔	๓๕,๓๒๓,๓๗๓	๒๕๑,๖๙๔,๕๘๓	๑๐๐
ร้อยละ	๑๑	๒๑	๕๓	๑๕	๑๐๐	

หมายเหตุ ประชากรกลางปี ๒๕๔๓ = ๔๗๔,๒๒๑ คน
ดังนั้น รายจ่ายดำเนินการเงินนอกงบประมาณต่อหัวประชากรปี ๒๕๔๓ เท่ากับ ๕๓๕ บาท

เป็นค่าเฉลี่ยต่อหัวประชากรเท่ากับ ๕๓๕ บาท โดยโรงพยาบาลพระปกเกล้ามีส่วนรายจ่ายดำเนินการเงินนอกงบประมาณสูงสุดคือร้อยละ ๗๓ ของรายจ่ายดำเนินการเงินนอกงบประมาณทั้งหมด ส่วนโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยมีส่วนรายจ่ายดำเนินการเงินนอกงบประมาณร้อยละ ๒๔ และ ๓ ตามลำดับ

เมื่อแยกประเภทรายจ่ายดำเนินการเงินนอกงบประมาณ พบว่า เป็นรายจ่ายสำหรับค่าเวชภัณฑ์และวัสดุทั่วไปสูงสุด คือ ร้อยละ ๕๓ รองลงมาคือ ค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ, ค่าใช้สอยและสาธารณูปโภค และค่าจ้างชั่วคราว คิดเป็น ร้อยละ ๒๑, ๑๕ และ ๑๐ ตามลำดับ ดังตารางที่ ๒

๒.๓ ภาพรวมรายจ่ายดำเนินการจากเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณปี ๒๕๔๓ ตามหมวด

รายจ่ายค่าแรง (labour expense) และรายจ่ายค่าวัสดุ (material expense)

เมื่อทำการวิเคราะห์รายจ่ายดำเนินการรวมจากเงินงบประมาณและนอกเงินงบประมาณปี ๒๕๔๓ โดยตัดงบกลางออก พบว่า ในภาพรวม สถานพยาบาลภาครัฐในจังหวัดจันทบุรีมีรายจ่ายดำเนินการทั้งหมดเป็นจำนวนเงิน ๖๙๗,๖๔๗,๒๕๕ บาท หรือคิดเป็น ๑,๔๗๑ บาทต่อหัวประชากร โดยเป็นรายจ่ายด้านค่าแรงร้อยละ ๖๐ และเป็นรายจ่ายค่าวัสดุร้อยละ ๔๐ ในส่วนของโรงพยาบาลพระปกเกล้ามีส่วนรายจ่ายค่าแรงต่อรายจ่ายค่าวัสดุ เท่ากับ ๕๖:๔๔ ในขณะที่ โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยมีส่วนของรายจ่ายค่าแรงต่อรายจ่ายค่าวัสดุ เท่ากับ ๖๐:๔๐ และ ๔๕:๑๖ ตามลำดับ

ตารางที่ ๓ รายจ่ายดำเนินการรวมทั้งเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณปี ๒๕๔๓

สถานพยาบาล	รายจ่ายค่าแรง		รายจ่ายค่าวัสดุ		รวมทั้งหมด	
	จำนวน	สัดส่วนร้อยละ	จำนวน	สัดส่วนร้อยละ	จำนวน	สัดส่วนร้อยละ
รพศ.พระปกเกล้า	๒๔๒,๗๖๒,๑๑๗	๕๖	๑๕๑,๕๑๗,๔๐๒	๔๔	๔๓๔,๒๗๙,๕๑๙	๑๐๐
รพ.ชุมชน ๑๑ แห่ง	๑๑๓,๔๑๔,๕๘๘	๖๐	๗๔,๘๕๗,๔๖๔	๔๐	๑๘๘,๒๗๒,๐๕๒	๑๐๐
สถานีอนามัย	๖๒,๗๖๕,๔๐๔	๘๔	๑๒,๓๒๖,๒๘๑	๑๖	๗๕,๐๙๑,๖๘๕	๑๐๐
รวม	๔๑๘,๙๔๒,๑๐๙	๖๐	๒๓๘,๗๐๑,๑๔๖	๔๐	๖๕๗,๖๔๓,๒๕๕	๑๐๐

หมายเหตุ รายจ่ายดำเนินการรวมทั้งเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณต่อหัวประชากรปี ๒๕๔๓ เท่ากับ ๑,๔๗๑ บาท

ตารางที่ ๔ จำแนกสัดส่วนร้อยละของรายจ่ายดำเนินการรวมปี ๒๕๔๓

สถานพยาบาล	ร้อยละรายจ่ายด้านค่าแรง		ร้อยละรายจ่ายค่าวัสดุ			รวม
	รายจ่ายด้านค่าแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้	รายจ่ายด้านค่าแรงที่สามารถควบคุมได้	รายจ่ายค่าเวชภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์	รายจ่ายค่าวัสดุอื่นๆและค่าใช้จ่ายสอย	รายจ่ายค่าสาธารณูปโภค	
รพศ.พระปกเกล้า	๔๓	๑๓	๒๕	๑๒	๓	๑๐๐
รพ.ชุมชน ๑๑ แห่ง	๔๓	๑๗	๒๐	๑๗	๓	๑๐๐
สถานีอนามัย	๕๘	๒๕	๐	๑๕	๒	๑๐๐
รวม	๔๕	๑๕	๒๔	๑๓	๓	๑๐๐

ดังตารางที่ ๓

เมื่อนำรายจ่ายด้านค่าแรงในปี ๒๕๔๓ มาจัดแบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ

๑. รายจ่ายด้านค่าแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้ (uncontrollable labour expense) ซึ่งได้แก่ เงินเดือน ค่าจ้างประจำ เงินประจำตำแหน่ง เงินช่วยเหลือบุตร เป็นต้น

๒. รายจ่ายด้านค่าแรงที่สามารถควบคุมได้ (controllable labour expense) ซึ่งได้แก่ ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว ค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ (overtime payment-OT) เงินไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว เงินค่าตอบแทน บำนาญ-ดึก เป็นต้น

ส่วนรายจ่ายด้านวัสดุแบ่งเป็นรายจ่ายด้านเวชภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ รายจ่ายด้านสาธารณูปโภค รายจ่ายด้านวัสดุทั่วไปและรายจ่ายอื่นๆ

จากการจำแนกรายจ่ายดำเนินการพบว่า รายจ่าย

ด้านค่าแรงซึ่งมีสัดส่วนเป็นร้อยละ ๖๐ ของรายจ่ายดำเนินการทั้งหมดนั้น เป็นรายจ่ายด้านค่าแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้ร้อยละ ๔๕ และเป็นรายจ่ายด้านค่าแรงที่สามารถควบคุมได้ร้อยละ ๑๕ ส่วนรายจ่ายด้านวัสดุซึ่งมีสัดส่วนเป็นร้อยละ ๔๐ ของรายจ่ายดำเนินการทั้งหมด เป็นรายจ่ายค่าเวชภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ รายจ่ายค่าวัสดุอื่นๆ และรายจ่ายค่าสาธารณูปโภค คิดเป็นร้อยละ ๒๔, ๑๓ และ ๓ ตามลำดับ ดังตารางที่ ๔

๓. ประมาณการรายรับที่จะได้รับการจัดสรรเมื่อเข้าสู่โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในเบื้องต้น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดรูปแบบการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่ระดับจังหวัดประกอบด้วย ๒ รูปแบบ คือ

๑. แยกจัดสรรเงินสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยผู้ป่วยนอกจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว ๕๗๔ บาท

ค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ๑๗๕ บาท และเงินผู้ป่วยในจัดสรรแบบก้อนรวมกำหนดวงเงิน ๓๐๓ บาท ต่อคนต่อปี โดยให้สถานพยาบาลเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในจากกองทุนกลางตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรครวม (DRG weight)

๒. จัดสรรแบบรวมงบทั้งผู้ป่วยนอก (OP) และผู้ป่วยใน (IP) หรือที่เรียกว่า inclusive capitation ให้กับสถานพยาบาลปฐมภูมิ

จากข้อมูลรายรับเงินนอกงบประมาณปี ๒๕๕๓ สามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวรวมกับรายละเอียดการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาประมาณการรายรับที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งและในภาพรวมของจังหวัดจันทบุรีจะได้รับภายใต้ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งหากจังหวัด

จันทบุรีเลือกการจัดสรรเงินแบบแยกงบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ประมาณการรายรับของสถานพยาบาลทั้งจังหวัดจะเป็นเงิน ๕๕๕,๖๕๔,๕๓๑ บาท ดังตารางที่ ๕ แต่หากเลือกการจัดสรรงบประมาณแบบรวมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (inclusive capitation) ประมาณการรายรับจะเท่ากับ ๕๖๔,๔๖๔,๕๓๑ บาท ดังรายละเอียดตารางที่ ๖ ทั้งนี้การประมาณการรายรับที่จะเรียกเก็บได้จากการรับผู้ป่วยส่งต่อจากจังหวัดข้างเคียงเช่น ตราด สระแก้ว ในกรณีแยกงบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอาจต้องทำการเก็บข้อมูลการวินิจฉัยและจำนวนผู้ป่วยที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากขึ้น

๔. ประเมินฉกทัศน์ (scenario) ที่จะเกิดขึ้นจากโครงการประกันสุขภาพแบบแยกงบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จากประสบการณ์การใช้บริการสาธารณสุขของ

ตารางที่ ๕ ประมาณการรายรับภายใต้นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบแยกงบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

กลุ่มประชากรตามหลักประกันสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	รายรับจากผู้ป่วยนอก	รายรับจากผู้ป่วยในแบบจำกัดวงเงินงบประมาณ	ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	รายรับจากผู้ป่วยต่ำครั้งละ ๓๐ บาท	รวม
กลุ่มข้าราชการ, พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว	๘๐,๖๕๗	๑๖.๗๓	๒๒,๕๖๒,๕๕๒	๖๒,๗๘๑,๐๐๗	-	-	๘๕,๓๔๓,๕๕๙
พรบ.ประกันสังคม	๒๐,๑๓๒	๔.๑๘	๒๕,๑๖๕,๐๐๐	-	-	-	๒๕,๑๖๕,๐๐๐
กลุ่ม สปร.	๑๓๓,๕๕๐	๒๗.๗๐	๑๐๐,๐๒๘,๕๕๐	๔๐,๔๖๕,๖๕๐	๗,๖๑๒,๓๕๐	-	๑๔๘,๑๐๖,๕๕๐
ประชาชนที่เหลือ	๒๔๗,๗๗๓	๕๑.๐๙	๑๘๕,๕๘๑,๗๒๔	๗๕,๐๗๕,๑๑๗	๑๔,๑๒๓,๐๔๒	๒๒,๒๖๕,๕๔๐	๒๖๗,๑๖๕,๕๔๑
รวมทั้งหมด	๔๘๑,๑๑๒	๑๐๐.๐๐	๓๓๓,๓๓๗,๒๒๖	๑๗๘,๓๑๗,๗๗๔	๒๑,๗๓๘,๓๙๒	๒๒,๒๖๕,๕๔๐	๕๕๕,๖๕๔,๕๓๑

ตารางที่ ๖ ประมาณการรายรับภายใต้นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบรวมงบ (inclusive capitation)

กลุ่มประชากรตามหลักประกันสุขภาพ	จำนวน (คน)	รายรับจากผู้ป่วยนอก	รายรับจากผู้ป่วยใน	ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงและอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	รายรับจากผู้ป่วยต่ำครั้งละ ๓๐ บาท	รายรับจากผู้ป่วยที่ส่งต่อมารักษา	รวม
กลุ่มข้าราชการ, พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว	๘๐,๖๕๗	๒๒,๕๖๒,๕๕๒	๖๒,๗๘๑,๐๐๗	-	-	-	๘๕,๓๔๓,๕๕๙
พรบ.ประกันสังคม	๒๐,๑๓๒	๒๕,๑๖๕,๐๐๐	-	-	-	-	๒๕,๑๖๕,๐๐๐
กลุ่ม สปร.	๑๓๓,๕๕๐	๑๔๐,๔๖๕,๖๐๐	-	๗,๖๑๒,๓๕๐	-	-	๑๔๘,๑๐๖,๕๕๐
ประชาชนที่เหลือ	๒๔๗,๗๗๓	๒๖๐,๖๕๖,๘๔๑	-	๑๔,๑๒๓,๐๔๒	๒๒,๒๖๕,๕๔๐	๑๒,๗๗๐,๐๐๐	๓๐๙,๘๑๕,๔๒๓
รวมทั้งหมด	๔๘๑,๑๑๒	๔๔๘,๘๘๓,๙๕๓	๖๒,๗๘๑,๐๐๗	๒๑,๗๓๘,๓๙๒	๒๒,๒๖๕,๕๔๐	๑๒,๗๗๐,๐๐๐	๕๖๔,๔๖๔,๕๓๑

ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมและแนวโน้มการควบคุมค่าใช้จ่ายของพยาบาลจะส่งผลให้ประชาชนส่วนหนึ่งซึ่งได้รับการครอบคลุมด้วยระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีกำลังในการจ่ายเงิน ไม่ไปใช้บริการของสถานพยาบาลที่ถูกเลือกขึ้นทะเบียน โดยยอมที่จะจ่ายเงินเองให้กับระบบบริการสาธารณสุขที่ตนเองพึงพอใจหรือมั่นใจ ซึ่งสมมติฐานของการตอบสนองต่อระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าคาดว่าประชาชนที่ไม่เข้าร่วม (compliance) ต่อระบบ ส่วนมากจะเป็นการใช้บริการผู้ป่วยนอก เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายไม่สูงมาก ในขณะที่การใช้บริการของผู้ป่วยในส่วนใหญ่จะเป็นไปตามระบบ เนื่องจากเป็นบริการมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากกว่า ในที่นี้ฉากทัศน์ของจังหวัดจันทบุรีที่จะเกิดขึ้นภายใต้ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจจะเป็นดังนี้

- ฉากทัศน์ที่ ๑ (full compliance) ประชาชนทุกคนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และใช้บริการสาธารณสุขตามระบบที่ตนเองลงทะเบียนโดยไม่มีการข้ามขั้นตอนและไม่มีการจ่ายเงินของตนเอง (out of pocket) เพิ่มเข้ามาในระบบ ยกเว้น บริการพิเศษเพิ่มเติม เช่น ห้องพิเศษ หรือเวชภัณฑ์ที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นต้น

- ฉากทัศน์ที่ ๒ (high compliance) เช่นเดียวกับฉากทัศน์ที่ ๑ แต่คาดว่าจะมีประชาชนที่ลงทะเบียนในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวนร้อยละ ๒๐ ข้ามขั้นตอนและไม่ไปใช้บริการผู้ป่วยนอกกับสถานพยาบาลที่ตนเองขึ้นทะเบียนไว้ ทำให้ประชาชนส่วนนี้ต้องจ่ายเงินของตนเองและสถานพยาบาลจะมีรายรับเข้ามาในระบบเพิ่มขึ้น ในที่นี้คำนวณโดยการประมาณการว่า ประชาชนกลุ่มที่ข้ามขั้นตอนเท่ากับร้อยละ ๒๐ ของประชาชนที่ขึ้นทะเบียนในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า คุณจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกปีละ ๒ ครั้ง และคุณค่าใช้จ่ายเฉลี่ยครั้งละ ๑๒๐ บาท รวมเป็นรายรับที่เกิดจากผู้ป่วยนอกที่ไม่รับบริการตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวนร้อยละ ๒๐

- ฉากทัศน์ที่ ๓ (medium compliance) เช่นเดียวกับฉากทัศน์ที่ ๒ เพียงแต่จำนวนของประชาชนที่ข้ามขั้นตอนและไม่ไปใช้บริการตามสถานพยาบาลที่ตนเองขึ้นทะเบียนไว้เพิ่มเป็นร้อยละ ๔๐ ทำให้รายรับของสถานบริการที่เกิดจากผู้ป่วยนอกที่ไม่รับบริการตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มมากขึ้น

- ฉากทัศน์ที่ ๔ (low compliance) เช่นเดียวกับฉากทัศน์ที่ ๒ และ ๓ เพียงแต่จำนวนของประชาชนที่ไม่ไปรับบริการของผู้ป่วยนอกตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ ๖๐

เมื่อประมาณการรายรับที่คาดว่า สถานพยาบาลในจังหวัดจันทบุรีจะได้รับตามฉากทัศน์ต่างๆ แล้วนำไปเปรียบเทียบรายจ่ายดำเนินการทั้งหมดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปี ๒๕๔๕ โดยรวมเงินเดือนและค่าจ้างประจำที่จะเพิ่มขึ้นร้อยละ ๕ ต่อปี พบว่า หากประชาชนเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมดและใช้บริการตามระบบ (full compliance) ในภาพรวมของสถานพยาบาลในจังหวัดจันทบุรีซึ่งได้รับการจัดสรรเงินแบบแยกงบประมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จะต้องมีเป้าหมายในการลดรายจ่ายและเพิ่มรายรับเท่ากับ ๑๒๖,๖๕๕,๓๓๐ บาท โดยเป้าหมายในการลดรายจ่ายหรือเพิ่มรายรับจะอยู่ในช่วงระหว่าง ๙๐,๙๗๖,๐๖๗ ถึง ๑๒๖,๖๕๕,๓๓๐ บาท ขึ้นกับฉากทัศน์และการตอบสนองของประชาชนในการเข้าร่วมระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังตารางที่ ๗

เมื่อนำเป้าหมายในการลดรายจ่ายมาจัดสรรตามสัดส่วนรายจ่ายดำเนินการของสถานพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลพระปกเกล้ามีเป้าหมายที่จะต้องลดรายจ่ายดำเนินการอยู่ระหว่าง ๕๖,๕๗๔,๔๐๐ - ๗๔,๗๖๗,๕๐๐ บาท ส่วนโรงพยาบาลชุมชนทั้ง ๑๐ แห่งมีเป้าหมายที่จะต้องลดรายจ่ายอยู่ระหว่าง ๒๔,๕๒๖,๙๓๗ - ๓๔,๐๔๕,๙๔๓ บาท และสถานีอนามัย ๑๐๕ แห่ง มีเป้าหมายที่จะต้องลดรายจ่ายอยู่ระหว่าง ๙,๘๗๐,๗๑๙ - ๑๓,๗๔๐,๔๘๗ บาท ดังตารางที่ ๘

๕. ต้นทุนดำเนินการต่อหน่วย (unit operating cost) โดยวิธีลัด (quick method)

ตารางที่ ๗ ประมาณการรายรับภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบแยกงบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

กลุ่มประชากรหลักประกันสุขภาพ	รายรับในสถานการณ์ตอบสนอง			
	เต็มที่	อย่างต่ำ	ปานกลาง	ต่ำ
● กลุ่มข้าราชการ, พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว	๘๕,๓๔๓,๕๕๕	๘๕,๓๔๓,๕๕๕	๘๕,๓๔๓,๕๕๕	๘๕,๓๔๓,๕๕๕
● พรบ.ประกันสังคม	๒๕,๑๖๕,๐๐๐	๒๕,๑๖๕,๐๐๐	๒๕,๑๖๕,๐๐๐	๒๕,๑๖๕,๐๐๐
● กลุ่ม สปร.	๑๔๘,๑๐๖,๕๕๐	๑๔๘,๑๐๖,๕๕๐	๑๔๘,๑๐๖,๕๕๐	๑๔๘,๑๐๖,๕๕๐
● ประชาชนที่เข้าระบบ uc (OP+PP)	๒๕๗,๓๒๗,๒๔๖	๒๕๗,๓๒๗,๒๔๖	๒๕๗,๓๒๗,๒๔๖	๒๕๗,๓๒๗,๒๔๖
● OP visit ที่ไม่รับบริการตามระบบ uc		๑๑,๘๕๓,๐๘๘	๒๓,๗๘๖,๑๗๖	๓๕,๖๗๙,๒๖๓
● รายรับจากค่าห้องพิเศษและอื่นๆ	๓๓,๖๕๓,๕๘๕	๓๓,๖๕๓,๕๘๕	๓๓,๖๕๓,๕๘๕	๓๓,๖๕๓,๕๘๕
รวมทั้งหมด	๕๘๕,๖๓๖,๓๔๐	๖๐๑,๕๒๕,๔๒๘	๖๑๓,๕๒๒,๕๑๖	๖๒๕,๓๑๕,๖๐๓
● ประมาณการรายจ่ายดำเนินการทั้งหมด	๗๑๖,๒๕๑,๖๗๐	๗๑๖,๒๕๑,๖๗๐	๗๑๖,๒๕๑,๖๗๐	๗๑๖,๒๕๑,๖๗๐
เป้าหมายในการลดรายจ่าย	(๑๒๖,๖๕๕,๓๓๐)	(๑๑๔,๗๒๖,๒๔๒)	(๑๐๒,๘๒๙,๑๕๔)	(๙๐,๙๓๖,๐๖๗)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บหมายถึง คิดลบ

ตารางที่ ๘ เป้าหมายในการลดรายจ่ายดำเนินการของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับในภาคพื้นที่ต่าง ๆ

สถานพยาบาล	เป้าหมายในการลดรายจ่ายดำเนินการ			
	จากพื้นที่ ๑	จากพื้นที่ ๒	จากพื้นที่ ๓	จากพื้นที่ ๔
รพศ.พระปกเกล้า	๗๘,๗๖๗,๕๐๐	๗๑,๓๗๑,๑๓๗	๖๓,๕๗๔,๗๗๔	๕๖,๕๗๘,๔๑๑
รพ.ชุมชน ๑๑ แห่ง	๓๔,๑๔๕,๕๘๓	๓๐,๕๓๕,๖๓๔	๒๗,๗๓๓,๒๘๕	๒๔,๕๒๖,๕๓๗
สถานีอนามัย ๑๐๕ แห่ง	๑๓,๗๔๑,๘๔๗	๑๒,๔๕๑,๔๗๑	๑๑,๑๖๑,๐๕๕	๙,๘๗๐,๗๔๕
รวมเป้าหมาย	๑๒๖,๖๕๕,๓๓๐	๑๑๔,๗๒๖,๒๔๒	๑๐๒,๘๒๙,๑๕๔	๙๐,๙๓๖,๐๖๗

วิธีการคำนวณหาต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยโดยวิธีลด เป็นการนำข้อมูลรายจ่ายดำเนินการทั้งหมดซึ่งประกอบด้วย รายจ่ายด้านค่าแรงและรายจ่ายด้านวัสดุเป็นตัวตั้ง หาค่าด้วยจำนวนผลงานบริการซึ่งในที่นี้ โรงพยาบาลพระปกเกล้าและโรงพยาบาลชุมชนจะใช้ผลงานบริการ ๒ ตัวชี้วัด คือ จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก (OPD visit) และจำนวนผู้ป่วยใน (IP case) โดยมีการปรับน้ำหนักผลงานระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในด้วยตัวคูณ (factor) ที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป กับโรงพยาบาลชุมชน คือ ตัวคูณของโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป เท่ากับ ๑๔^(๓) ในขณะที่ตัวคูณของโรงพยาบาลชุมชนเท่ากับ ๑๔^(๔) ดังนั้น

เราจึงสามารถเขียนสูตรคำนวณต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยได้ดังนี้

$$\begin{aligned} & \bullet \text{ Operating unit cost ของ OPD visit} \\ &= \frac{\text{total operating expense}}{(\text{OPD visit}) + (\text{IP case} * \text{factor})} \end{aligned}$$

● Operating unit cost ของ IP case = unit cost ของ OPD visit * factor

สำหรับสถานีอนามัย เมื่อสามารถรวบรวมข้อมูลรายจ่ายดำเนินการทั้งหมด (total operating expense) ได้แล้ว ให้นำค่าคงที่ (factor) = ๐.๔๔ มาคูณรายจ่ายดำเนินการทั้งหมดเพื่อหารายจ่ายเฉพาะค่ารักษาพยาบาล (อ้างอิงจากการศึกษาต้นทุนของสถานีอนามัยทุกแห่งใน

จังหวัดสมุทรสาคร ปี ๒๕๔๒ ของศิริวรรณ พิชัยรังษฤษฎ์และคณะ^(๔) ซึ่งพบว่า ต้นทุนด้านการรักษาพยาบาลของสถานอนามัย เท่ากับร้อยละ ๔๔ ของต้นทุนทั้งหมด) จากนั้นนำผลงานซึ่งมีเฉพาะผู้ป่วยนอกมาหารายจ่ายด้านการรักษาพยาบาล จะทำให้ทราบต้นทุนดำเนินการต่อครั้งผู้ป่วยนอกของสถานอนามัย ดังสูตรต่อไปนี้

$$\begin{aligned} & \bullet \text{ Unit operating cost ของ OPD visit ของสถานอนามัย} \\ & = \frac{(0.44 \times \text{total operating expense})}{\text{OPD visit}} \end{aligned}$$

เมื่อทำการวิเคราะห์ต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยของสถานพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี ปี ๒๕๔๓ พบว่า โรงพยาบาลพระปกเกล้ามีต้นทุนดำเนินการต่อครั้งของผู้ป่วยนอกเท่ากับ ๕๐๘ บาท ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยมีต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยต่อครั้งของผู้ป่วยนอกเท่ากับ ๑๙๑ และ ๗๙ บาทตามลำดับ สำหรับต้นทุนดำเนินการสำหรับผู้ป่วยในหนึ่งรายของโรงพยาบาลพระปกเกล้าเท่ากับ ๙,๑๓๙ บาท ในขณะที่ค่าเฉลี่ยต้นทุนดำเนินการต่อผู้ป่วยในหนึ่งรายของโรงพยาบาลชุมชนเท่ากับ ๒,๖๖๗ บาท

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสูงสุดและต่ำสุดของต้นทุนดำเนินการต่อหน่วย พบว่า ในระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลแก่งหางแมวมีต้นทุนดำเนินการต่อครั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในหนึ่งรายต่ำที่สุดในจังหวัดจันทบุรี ในขณะที่โรงพยาบาลขลุงมีต้นทุนดำเนินการ

ต่อหน่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงที่สุดในจังหวัด ในระดับสถานอนามัยก็พบว่า สถานอนามัยในเขตอำเภอแก่งหางแมวมีต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกต่ำที่สุดในจังหวัด ในขณะที่สถานอนามัยในเขตอำเภอขลุงมีต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอกสูงที่สุด ดังตารางที่ ๙

อภิปรายผล

๑. สถานพยาบาลในจังหวัดจันทบุรีจะได้รับผลกระทบทางด้านรายรับและทรัพยากรทางการเงินที่ลดลงภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากเดิมที่ผ่านมา มีรายจ่ายดำเนินการที่มากกว่าเงินจัดสรรรายหัวประชากรที่จะได้รับจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจากลักษณะแบบแผนรายจ่ายดำเนินการพบว่า รายจ่ายดำเนินการเงินงบประมาณจะเป็นรายจ่ายด้านค่าแรง ประเภท เงินเดือน ค่าจ้างประจำและเงินสวัสดิการต่างๆเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่รายจ่ายดำเนินการเงินนอกงบประมาณจะเป็นรายจ่ายค่าวัสดุ โดยเฉพาะค่าเวชภัณฑ์เป็นส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณาสัดส่วนของรายจ่ายดำเนินการทั้งหมด พบว่าเป็นรายจ่ายด้านค่าแรงต่อรายจ่ายด้านวัสดุเท่ากับ ๖๐:๔๐ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่สัดส่วนนี้จะเป็น ๑:๑ ทั้งนี้ อาจเกิดจากการมีบุคลากรมากหรือมีอัตราเงินเดือนหรือค่าตอบแทนของบุคลากรสูง ดังนั้นสถานพยาบาลในภาครัฐของจังหวัดจันทบุรีจึงต้องมีการปรับตัวเพื่อลดรายจ่ายดำเนินการและกระจายทรัพยากรภายในจังหวัดให้เกิดความเหมาะสม สำหรับเป้าหมายการลด

ตารางที่ ๙ แสดงต้นทุนดำเนินการต่อหนึ่งหน่วยผลงานบริการ (unit operating cost) แบบวิธีลด

สถานพยาบาล	unit operating cost ต่อครั้งของผู้ป่วยนอก (OPD visit)			unit operating cost ต่อจำนวนผู้ป่วยใน (IP case)		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
รพ.พระปกเกล้า	๕๐๘	-	-	๕,๑๓๙	-	-
รพ.ชุมชน ๑๑ แห่ง	๑๕๑	๑๔๕	๒๓๗	๒,๖๖๗	๒,๐๘๒	๓,๓๑๗
		(รพ.แก่งหางแมว)	(รพ.ขลุง)		(รพ.แก่งหางแมว)	(รพ.ขลุง)
สถานอนามัย ๑๐๕ แห่ง	๗๙	๔๐	๑๘๑	-	-	-
		(สอ.ใน อ.แก่งหางแมว)	(สอ.ใน อ.ขลุง)			

รายจ่ายดำเนินการจะต้องให้ความสนใจกับรายจ่ายด้านค่าแรงที่ควบคุมได้และรายจ่ายด้านวัสดุซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๕๕ ของรายจ่ายดำเนินการทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากทางกระทรวงสาธารณสุขได้รับประกันเงินเดือนของบุคลากรในปีแรกและจังหวัดจันทบุรีมีรายจ่ายด้านค่าแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้ถึงร้อยละ ๔๕

การปรับปรุงระบบการจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์ในระดับจังหวัดให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพคาดว่าจะสามารถประหยัดรายจ่ายลงได้ร้อยละ ๒๕-๓๐^(๖) ดังนั้นรายจ่ายค่าเวชภัณฑ์ของทั้งจังหวัดซึ่งประมาณ ๑๗๐ ล้านบาทต่อปี หากมีการปรับปรุงระบบการจัดซื้อจัดหาจะสามารถประหยัดเงินรายจ่ายได้ประมาณ ๔๒-๕๐ ล้านบาท ในส่วนของวัสดุสำนักงานและวัสดุอื่นๆก็ควรดำเนินการเช่นเดียวกัน นอกจากนี้การปรับปรุงอัตราค่าตอบแทนและการจัดอัตราค่าจ้างให้เหมาะสมกับปริมาณงานจะช่วยให้สามารถประหยัดรายจ่ายลงได้ ทั้งนี้ยังไม่รวมการประหยัดจากการสั่งซื้อยาอย่างสมเหตุผลผลซึ่งยังไม่มีผลการศึกษาอ้างอิง

๒. โรงพยาบาลพระปกเกล้ามีต้นทุนดำเนินการต่อหน่วย (๕๐๘ บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอกและ ๙,๐๓๙ บาทต่อรายผู้ป่วยใน) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่นำมาคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๒๗๔ บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอกและ ๕,๔๒๔ บาทต่อรายผู้ป่วยใน)^(๗) และโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่มีต้นทุนสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด ควรเป็นเป้าหมายของจังหวัดที่ต้องทำการศึกษาหาสาเหตุในรายละเอียดและหาแนวทางในการลดต้นทุนของสถานพยาบาลที่มีต้นทุนดำเนินการสูง

๓. ในการประเมินจากทัศนคติการตอบสนองของประชาชนต่อระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แม้ว่าสถานพยาบาลภาครัฐในจังหวัดจันทบุรีอาจจะมีรายรับเพิ่มมากขึ้นจากการที่ประชาชนไม่ใช้บริการตามสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ แต่ก็จะทำให้ประชาชนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่ง

ไม่ตรงกับเป้าหมายของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลด้วยตนเองในอนาคต จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

๔. ความถูกต้องและครบถ้วนของระบบข้อมูลข่าวสาร จะเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผน การเฝ้าระวังและการติดตามประเมินผลโครงการในอนาคต

๕. การแก้ไขปัญหาและเตรียมความพร้อมในการปรับตัวจำเป็นต้องอาศัยองค์กรที่มีความเป็นกลางและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย ในการประสานงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับ

๖. โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดจันทบุรี แสดงความจำนงค์ที่จะไม่เข้าร่วมในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๓๐ บาทรักษาทุกโรค ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้นี้จึงมิได้นำตัวแปรเรื่องการแบ่งจำนวนประชาชนของภาคเอกชนเข้ามาร่วมคำนวณ หากมีการนำรูปแบบนี้ไปประเมินในจังหวัดอื่น จะต้องคำนึงถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในการแบ่งประชาชนที่ไปขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลในภาคเอกชนด้วย

๗. การศึกษาในครั้งนี้ มีการประมาณการในหลายประเด็น เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการศึกษาที่ชัดเจน บางประเด็นเป็นการประเมินแบบขั้นต่ำ ในขณะที่บางประเด็นประเมินแบบขั้นสูง ดังนั้น จึงควรมีการทำการศึกษาในประเด็นต่างๆ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในการวางแผนและการตัดสินใจในอนาคต ดังต่อไปนี้

- จำนวนและลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมของประชาชนที่ไม่ยอมเข้าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และรายจ่ายที่ประชาชนจ่ายให้สถานพยาบาลเฉลี่ยต่อครั้ง

- ความเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน

- ความเปลี่ยนแปลงของจำนวนและลักษณะผู้

ป่วยที่มีการรับ-ส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลแต่ละระดับและระหว่างจังหวัด

- จำนวนผู้ป่วย และรายรับ-รายจ่ายของผู้ป่วยประเภทอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง

๔. การเน้นระบบบริการสาธารณสุขเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจะทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประชาชนและรายจ่ายของสถานบริการสาธารณสุขลดลง

๕. การประเมินผลในพื้นที่ ๖ จังหวัดที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๔๔ ที่ผ่านมา น่าจะทำให้ทราบข้อมูลการตอบสนอง (compliance) ของประชาชนกับฉากทัศน์ต่างๆที่ระบุไว้ในการศึกษานี้

สรุป

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ส่งผลกระทบต่อสถานพยาบาลในจังหวัดจันทบุรีอย่างรุนแรง ระบบบริการสาธารณสุขในจังหวัดต้องมีการปรับตัวในด้านประสิทธิภาพอย่างสูง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลพระปกเกล้าที่มีต้นทุนดำเนินการต่อครั้งผู้ป่วยนอกและต่อรายผู้ป่วยในสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเป็นอย่างมาก เมื่อทำการศึกษาพบว่า มีความเป็นไปได้ที่ระบบจะสามารถปรับตัวในด้านประสิทธิภาพและสามารถอยู่รอดได้ การแก้ไขปัญหาจะต้องดำเนินการแก้ไขในภาพรวมของจังหวัด โดยเน้นการแก้ไขรายจ่ายด้านค่าแรงและวัสดุเวชภัณฑ์ที่ควบคุมได้ ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับโครงสร้างพื้นฐาน การเตรียมความพร้อมในการบริหารจัดการ การประสานความร่วมมือของทุกหน่วยงานในทุกกระดับ และความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวของบุคลากรทุกส่วนในการแก้ไขปัญหา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี นพ.เสริมศักดิ์ สุทธิคอนาวีวัฒน์ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า นพ.ดาวฤกษ์ สินธุวนิชย์ ท่านผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน นพ.สมสันธิ์ ฉายวิจิตร

ท่านหัวหน้างานแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี คุณพนัย วิสุทธิรัตน์ นักวิชาการจากฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า คุณปาหนัน กนกวงศ์วัฒน์ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน คณะเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานและเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนมากในระยะเวลาอันสั้น ขอขอบพระคุณโครงการเมธีวิจัยอาวุโส ด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข (SRS) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (HSRI) ที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาค้างนี้

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization. The World Health Report 1999, Making a Difference. Geneva: WHO; 1999.
๒. ศุภสิทธิ์ พรธรรมาในทัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ทางเลือกและความเป็นไปได้. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๓. จงกล เลิศเชิรดำรง. ต้นทุนโรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ ปีงบประมาณ ๒๕๔๒ (รายงานผลเบื้องต้น). กรุงเทพมหานคร: โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข/สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; ๒๕๔๔.
๔. ศุภสิทธิ์ คงสวัสดิ์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. การศึกษาค้นหาค่าของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดที่ดำเนินการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข; ๒๕๔๑.
๕. ศิริวรรณ พิชัยรังสฤษฎ์, ธีรชัย กันตมระ, วิโรจน์ ดังเจริญเสถียร. ต้นทุนดำเนินการสถานอนามัยในจังหวัดสมุทรสาคร ปีงบประมาณ ๒๕๔๒ กรุงเทพมหานคร: โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข/สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๖. กองโรงพยาบาลภูมิภาค. รายงานความก้าวหน้ามาตรการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ ฉบับที่ ๖. กระทรวงสาธารณสุข; กันยายน ๒๕๔๓.
๗. วิโรจน์ ดังเจริญเสถียร. ประมาณงบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๔๕. เอกสารประกอบการประชุมการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล; ๑๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๔; ณ.ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๔.

Abstract The Financial and Resources Management Adaptation by Health Service System under the Universal Health Care Coverage: the Case Study of Chantaburi Province.

Phusit Prakongsai, Walaiporn Patcharanarumol, Viroj Tangcharoensathien

Senior Research Scholar Program in Health Economics and Financing

International Health Policy Program-Thailand

Journal of Health Science 2001; 10:411-422.

This study aimed to analyze the situation of financial and resources management under various scenarios of public compliance towards the universal health care coverage policy, and estimation of the operating unit cost of all public health services in Chantaburi province. This province was predicted to have a great negative financial impact from the universal health care coverage policy.

The methodology included financial document research using routine report and primary data collection from a cross-sectional survey of all public hospitals in Chantaburi province for the fiscal year 2543. The whole data was analyzed in order to visualize the pattern of budgetary and extra-budgetary expense, revenue under high to low scenario of public compliance, output of each hospital and provincial average. The operating unit cost was computed by using a quick method and, then, compared to the national average. The study was conducted during April-May 2001.

The results revealed that under the new method of financing health care providers (capitation for ambulatory care and global budget for in-patient), the health service system in Chantaburi province would be affected by the reduction of revenue from the program registration and household spending (out of pocket). The current expenditure was higher than the potential income generated from capitation and other fees. All levels of the health service system had to improve their efficiency especially when labour took a lion share of the total operating expense. The Prapokklao Hospital had to improve its efficiency vigorously due to the higher operating unit cost of both outpatient and in-patient. The improvement of drug purchasing system, the proper staffing level and more tight management of overtime expense and other controllable spending, the intra cooperation (not competition) by the health service system was recommended and could be coordinated by a well accepted committee at the provincial level. This will minimize the negative impacts and support a successful universal health care coverage implementation.

Key words: Universal Health Care Coverage, Chantaburi, operating expense, operating unit cost



การผ่าตัดคลอดบุตรสิทธิสตรี หรือความพอดิที่ควรเป็น

*"If a Caesarean section is done, women and her baby take the risks
while if the Caesarean section is not done, the doctor take the risk"*

-Marsden Wagner, Choosing caesarean section



ยศ. ดร. วรณานนท์ พ.บ., โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์การคลังสาธารณสุข, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

การผ่าตัดเพื่อนำบุตรออกจากมดลูกผ่านทางหน้าท้องของแม่เริ่มมีมาตั้งแต่เมื่อใดไม่มีใครทราบ แต่เชื่อว่ามีมาช้านานตามเรื่องเล่าของชาวกรีก ฮินดู อียิปต์ กรีกโบราณ โรมัน หรือแม้แต่กระทั่งจีนโบราณ ล้วนมีการพูดถึงหัตถการที่มีลักษณะเดียวกันนี้ แต่คนส่วนใหญ่คงเคยได้ยินว่าทารกคนแรกที่คลอดออกมาด้วยวิธีนี้คือ กษัตริย์โรมันผู้ยิ่งใหญ่จูเลียส ซีซาร์ หากหลักฐานบางส่วนคัดค้านว่าไม่น่าจะเป็นจริงได้ เพราะพบว่าต่อมามารดาของจูเลียส ซีซาร์ยังคงมีชีวิตอยู่ภายหลังการคลอดซึ่งขัดแย้งกับหลักฐานในสมัยนั้นที่การผ่าตัดคลอดจะกระทำในมารดาที่เสียชีวิตแล้วเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อพยายามช่วยเหลือชีวิตลูกที่ยังคงอยู่ในท้อง ซึ่งพ้องกับคำในภาษาละติน 'caedere' ที่แปลว่าตัด และคำว่า 'caesones' ที่หมายถึง ทารกที่คลอดจากมารดาที่เสียชีวิตแล้ว.'

ความเป็นมาของการผ่าตัดคลอด

การคลอดบุตรแต่ในอดีตทั้งในยุโรปและแหล่งอารยธรรมอื่นๆ ของโลกล้วนแต่เป็นเรื่องของสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชนที่อยู่บ้านใกล้เรือนเคียงเป็นวิถีชีวิตปกติตามธรรมชาติ แน่แน่นอนว่าความเสี่ยงต่อมารดาและทารกจากการคลอดบุตรย่อมอยู่ในระดับสูง จึงเป็นเรื่องท้าทายความสามารถของมนุษย์มาโดยตลอด ที่ต้องการลดภาวะเสี่ยงที่ควรหลีกเลี่ยงได้ดังกล่าว จนกระทั่งต้นศตวรรษที่ 17 จึงมีผู้ประดิษฐ์เครื่องมือที่มีลักษณะคล้ายคีมเพื่อใช้ดึงทารกที่เสียชีวิตแล้วออกจากช่องคลอดของมารดา นับเป็นครั้งแรกที่การคลอดบุตรเป็นสิ่งที่ถูกควบคุมโดยกลุ่มวิชาชีพและสืบเนื่องมาว่า 3 ศตวรรษจากนั้น. กลางศตวรรษที่ 19 ทนดแพทย์มอร์ตัน ชาวสหรัฐอเมริกาได้ทดลองใช้ diethyl ether เพื่อระงับอาการปวดของคนไข้ผ่าตัดเนื่องจากบริเวณ

ภาพที่ 1. เด็กที่เป็นโรคริกเก็ตในยุโรป.



ใบหน้าได้สำเร็จและราชินีวิตอเรียของอังกฤษก็ทรงยอมรับและได้ใช้คลอโรฟอร์มในการแก้ปวดสำหรับการคลอด พระโอรสแฝดของพระองค์ ทำให้ความนิยมในการใช้ยาระงับปวดเหล่านี้แพร่หลายอย่างรวดเร็ว กระนั้นก็ตามการผ่าตัดคลอดก็เป็นสิ่งที่อันตรายอย่างยิ่งและไม่สามารถใช้เพื่อช่วยชีวิตมารดาได้ ดังที่มีรายงานว่า ที่ในกรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส ไม่พบว่ามีสตรีใดเลยที่รอดชีวิตจากการทำผ่าตัดคลอดบุตรในระหว่างปี ค.ศ. 1876-1878 จนกระทั่งในช่วงก่อนและหลังสงครามโลกครั้งที่สองที่ โจเซฟ ลิสเตอร์ ค้นพบเทคนิคการทำให้ปลอดเชื้อด้วยการดองอวัยวะสำหรับการผ่าตัด หมอแม็กซามวล์เจอร์ แนะนำให้เย็บมดลูกด้วยลวด และเพนิซิลลินถูกพบโดยอเล็กซานเดอร์ เฟลมมิง ทำให้การทำผ่าตัดคลอดบุตรมีการเสียชีวิตลดต่ำลงอย่างมาก. อย่างไรก็ตามการผ่าตัดคลอดบุตรได้พัฒนาและยอมรับมากที่สุดในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 นี้เองเนื่องจากช่วงเวลานั้นในยุโรปมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมส่งผลให้เกิดสังคมเมืองและอาชีพใหม่ในวงการอุตสาหกรรม. สตรีวัยเจริญพันธุ์มีโอกาสดำเนินชีวิตน้อยส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ของโรคริกเก็ต (Ricket) ในทารกสูงและเกิดปัญหาการคลอดยากตามมาจากความผิดปกติของ

แขนและขาของทารก (ภาพที่ 1).

อัตราการผ่าตัดคลอดในช่วงนั้นจึงพุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งแม้ต่อมาความสำเร็จของการนำนมจากสัตว์มาทำเป็นอาหารเสริมสำหรับหญิงตั้งครรภ์จะทำให้โรคริกเก็ตนี้หายไปแต่ก็พบว่าอุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดไม่เคยลดต่ำลงเช่นก่อนการพบโรคนี้เลย ประกอบกับมีการพัฒนาเทคโนโลยีที่เกิดจากช่วงสงครามมาเป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย เช่น เครื่องเอกซเรย์และเครื่องอัลตราซาวด์ ทำให้เพิ่มข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดมากขึ้นซึ่งก็มีส่วนไม่น้อยต่อการลดอันตรายของการคลอด ในขณะเดียวกันการตั้งครรภ์และคลอดบุตรที่เคยเป็นเรื่องธรรมชาติก็ได้กลายมาเป็นเรื่องของการแพทย์โดยสมบูรณ์.

ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดบุตรเป็นที่รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและไม่ใช่ว่าแค่หัตถการที่ทำเพื่อช่วยชีวิตทารกหรือมารดาที่ประสบปัญหาการคลอดเหมือนในอดีตที่ผ่านมาเท่านั้น แต่กำลังจะกลายเป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่ในสังคมยอมรับว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการคลอด เหมือนสินค้าบริการสำหรับผู้มีกำลังทรัพย์สามารถเลือกได้ ทำให้การผ่าตัดคลอดกลายเป็นหัตถการที่มีกระทำกันมากที่สุดในโลก ดังเห็นได้จากอัตรา

การผ่าตัดคลอดในประเทศต่างๆ เช่น สหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 21)², บราซิล (ร้อยละ 48)³, ชิลี (ร้อยละ 40)⁴, เม็กซิโก (ร้อยละ 33)⁵ รวมทั้งประเทศไทย (ร้อยละ 22.4, ในปี ค.ศ.1996)⁶ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายหันมาให้ความสนใจ มีงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ในแง่มุมต่างๆ ของการผ่าคลอดทั้งด้านบวกและด้านลบมากมาย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้อ่านซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านการแพทย์ที่มักจะได้รับคำถามจากผู้คนต่างๆ อยู่เนืองๆ ว่าควรจะมีอัตราการคลอดบุตรดีไหม? หรือผ่าคลอดกับคลอดเองอะไรจะดีกว่ากัน? จะได้มีข้อมูลที่ครบถ้วนและรอบด้านมากขึ้นจึงขอรวบรวมเป็นหัวข้อต่างๆ ดังนี้

ประโยชน์ของการผ่าตัดคลอด

เป็นที่ยอมรับอย่างชัดเจนโดยทั่วไปว่ากรณีที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ทั้งจากปัจจัยด้านมารดาหรือทารกการผ่าตัดคลอดก็ถือเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ซึ่งจากการประมาณโดยนักวิชาการในต่างประเทศพบว่าข้อบ่งชี้เหล่านี้จะพบในมารดาห้วงร้อยละ 10-20 ของมารดาที่คลอดทั้งหมดจึงเป็นที่มาของคำแนะนำโดยองค์การอนามัยโลกว่าประเทศต่างๆ ควรมีอัตราการผ่าตัดคลอดไม่เกินร้อยละ 15⁷ และประเทศสหรัฐอเมริกาได้นำมาใช้เป็นเป้าหมายสำหรับลดอัตราการผ่าตัดคลอดในประเทศ.⁸

สำหรับประเด็นที่มีข้อถกเถียงกันก็คือ กรณีไม่มีข้อบ่งชี้หรือมีข้อบ่งชี้เพียงบางส่วนการผ่าตัดคลอดจะคงยังมีประโยชน์แก่มารดาหรือทารกอยู่หรือไม่ หากดูจากหลักฐานจะพบว่าสำหรับประเทศที่มีการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น ประเทศในทวีปอเมริกาใต้หรือในเอเชียบางประเทศก็ไม่ได้มีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าอัตราการเสียชีวิตในมารดาและทารกจะลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมาเลย หรือประเทศเหล่านั้นก็ไม่ได้มีอัตราการเสียชีวิตในมารดาและทารกต่ำกว่าในประเทศที่มีสัดส่วนการผ่าคลอดต่ำ⁹ เช่น ประเทศในแถบสแกนดิเนเวียหรือประเทศญี่ปุ่นซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกต่ำที่สุดในโลกและมีสัดส่วนของการผ่าตัดคลอดน้อยกว่าร้อยละ 10¹⁰ เป็นต้น. ดังนั้น

หากบอกในเชิงของความเป็นแล้ว การผ่าตัดคลอดบุตรโดยไม่มีข้อบ่งชี้ไม่น่าจะส่งผลให้มารดาหรือทารกมีความปลอดภัยมากขึ้นแต่ประการใด. สำหรับข้อดีอื่นๆ ของผ่าตัดคลอดในกรณีไม่มีข้อบ่งชี้ได้แก่การลดความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์และขณะคลอดบุตร ซึ่งต้องยอมรับว่าการให้ยาเพื่อลดความเจ็บปวดในมารดาที่ผ่าตัดคลอด จะมีความได้เปรียบกว่ากรณีการคลอดตามธรรมชาติเพราะสามารถให้ยาเหล่านี้ได้อย่างเต็มที่เนื่องจากไม่ต้องกังวลเรื่องผลข้างเคียงของยาที่จะมีผลต่อทารกในครรภ์ เพราะการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้เหล่านี้มักทำก่อนการเจ็บครรภ์. ดังนั้น ความเจ็บปวดมักเกิดภายหลังการผ่าตัดแล้ว ต่างจากการให้ยาลดปวดในมารดาที่คลอดตามธรรมชาติที่ต้องระมัดระวังในการให้ยาทำให้ไม่สามารถให้ยาได้อย่างเต็มที่เพราะจะส่งผลถึงทารกในครรภ์.

สุดท้ายเรื่องของความกลัวต่อผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการคลอดเองตามธรรมชาติ เช่น อาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่หรือกังวลว่าจะมีการหย่อนยานของช่องคลอด.¹¹ อย่างไรก็ตาม พบว่าสาเหตุของอาการดังกล่าวเกิดขึ้นเพียงส่วนน้อยกับมารดาที่คลอดด้วยวิธีธรรมชาติเท่านั้น และเหตุผลบางประการที่กล่าวมาดูเหมือนว่าผู้ที่ได้รับประโยชน์คงเป็นคู่สมรสมากกว่าประโยชน์ที่เกิดขึ้นมิได้ตกแก่สตรีที่เป็นมารดาหรือทารกเลย.

ผ่าคลอดมากๆ ดีไหม

สูติแพทย์ส่วนใหญ่ยืนยันว่าการผ่าตัดคลอดบุตรในปัจจุบันมีความปลอดภัยมากอย่างไม่เคยเป็นมาก่อนในอดีตแต่นั้นยังไม่ได้หมายความว่ามันเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับว่าที่มารดา. จากผลการวิจัยที่มีชื่อเสียงของฮอลล์และคณะในปี ค.ศ. 1999¹² แสดงให้เห็นว่าในกรณีที่มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์กับมารดาที่คลอดเองตามธรรมชาติ กลุ่มที่คลอดด้วยการผ่าตัดจะมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่คลอดทางช่องคลอดถึง 2.84 เท่าจากหลายสาเหตุด้วยกันเช่น การเสียเลือด การติดเชื้อหลังคลอด หรือภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับความ

เจ็บปวดและการผ่าตัด เป็นต้น โดยมารดาทั้งสองกลุ่มนี้มีปัจจัยพื้นฐานด้านอื่นๆ ที่ไม่ต่างกัน. นอกจากนี้ยังมีการประมาณกันว่าทุกปีในประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีสตรีถึง 140 รายที่ต้องเสียชีวิตจากการทำผ่าตัดคลอดโดยไม่มีความจำเป็น นอกจากความเสี่ยงของมารดาแล้วพบว่าทารกก็มีโอกาสที่จะได้รับผลเสียจากการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นเช่นกันจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ต้องเสี่ยงกับการคลอดก่อนกำหนด (iatrogenic prematurity) จากการกระเอนอายุครรภ์ที่คลาดเคลื่อน หรือกรณีผู้คลอดบังคับให้แพทย์ทำผ่าตัดก่อนกำหนดจากการเชื่อถือเรื่องโซคลางโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มชาวเอเชีย ซึ่งทารกที่ถูกผ่าตัดคลอดก่อนกำหนดเหล่านี้จะมีโอกาสสูงต่อการเกิดภาวะที่เรียกว่า Respiratory Distress Syndrome (RDS)¹³ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทารก.

งานวิจัยของสมิทและคณะ ยังทำการศึกษาค้นพบว่า ในสหรัฐอเมริกาการผ่าตัดคลอดทุก 50 รายจะมีทารกจำนวน 1 รายที่ได้รับอุบัติเหตุจากมีดผ่าตัดของแพทย์ในขณะที่ผ่ามดลูกเพื่อเข้าไปดึงทารกออกมา.¹⁴ อย่างไรก็ตาม สาเหตุเหล่านี้จะพบสูงในรายที่มีท่าของทารกที่ผิดปกติร่วมด้วย. นอกจากนี้การผ่าตัดคลอดมากเกินไปก็ยังส่งผลเสียต่อประเทศชาติโดยรวมอีกด้วย เนื่องจากการผ่าตัดคลอดจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรที่มากกว่าการคลอดเองทั้งแพทย์ วิสัญญี พยาบาล ผู้ช่วย หรือวัสดุอุปกรณ์ทั้งหลาย. ในประเทศอังกฤษจึงมีการประมาณว่าทุกร้อยละ 1 ที่เพิ่มขึ้นของการผ่าตัดคลอดจะทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรคิดเป็นมูลค่าถึง 5 ล้านปอนด์.¹⁵ สำหรับประเทศไทยก็เช่นกันพบว่า หากลดอัตราการผ่าตัดคลอดลงได้ร้อยละ 1 จะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้ถึง 2.5 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี¹⁶ เงินจำนวนเหล่านี้จะมีผลอย่างยิ่งต่อชีวิตผู้อื่นหากมีการนำไปใช้ในการป้องกันหรือรักษาผู้ป่วยที่จำเป็น เช่น นำไปใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์โดยการแจกจ่ายถุงยางอนามัยเพราะในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจที่ผ่านมาประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อเอดส์เพิ่มสูงขึ้นหลายร้อยคนจากการที่กระทรวงสาธารณสุขต้องลงงบประมาณ

การซื้อถุงยางอนามัยลง 30 ล้านบาทเนื่องจากขาดแคลนงบประมาณ¹⁷ นอกเหนือจากเรื่องของค่าใช้จ่ายหากมองในส่วนของการสูญเสียโอกาสก็เช่นกัน การผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นอาจทำให้ผู้ป่วยอื่นต้องเสียโอกาสในการใช้ห้องผ่าตัดหรือเตียงนอนในโรงพยาบาลอีกด้วย.

ปัจจัยกระตุ้นให้มีการผ่าตัดคลอดมากขึ้น

สำหรับปัจจัยต่างๆที่ส่งผลให้มีการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นมีหลายประการแบ่งได้ดังนี้

ปัจจัยด้านมารดา

- ค่านิยมหรือความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตร ทั้งนี้ส่วนสำคัญคงได้แก่การได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนและถูกต้องสำหรับหญิงตั้งครรภ์หรือการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของสถานพยาบาลที่เกินจริง.

- การเชื่อถือในเรื่องโซคลาง จึงต้องการกำหนดวันและเวลาคลอดสำหรับบุตร.

ปัจจัยด้านโรงพยาบาลและสูติแพทย์

- ความต้องการในการบริหารเวลาของแพทย์ เพราะการผ่าตัดคลอดจะใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดไม่นานรวมทั้งสามารถกำหนดตารางเวลาได้ ต่างจากการคลอดธรรมชาติที่ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาในการคลอดได้และต้องใช้เวลาในการดูแลที่นานกว่า.

- ความแตกต่างของค่าตอบแทนแพทย์ และโรงพยาบาลที่จะได้รับก็พบว่า การผ่าตัดคลอดจะทำให้เกิดผลตอบแทนทั้งแก่แพทย์และโรงพยาบาลในสัดส่วนที่สูงกว่าการคลอดธรรมชาติ.

- การฝากพิเศษกับสูติแพทย์ก็เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็นในโรงพยาบาลรัฐบาล การศึกษาโดย ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย และคณะ พบว่าในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของไทยในปี พ.ศ. 2541 อัตราการผ่าตัดคลอดในกรณีที่ฝากพิเศษกับสูติแพทย์อยู่ที่ร้อยละ 46 เทียบ

กับกรณีที่ไม่ได้มีการฝากพิเศษที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดเพียงร้อยละ 16 ซึ่งสรุปได้ว่าการฝากพิเศษเป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับโอกาสในการผ่าตัดคลอดของหญิงที่มาคลอดในโรงพยาบาลรัฐบาลขนาดโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป.

- สูติแพทย์บางรายทำการผ่าตัดคลอดมากเกินไปจนความจำเป็นก็เพื่อต้องการหลีกเลี่ยงปัญหาการฟ้องร้องของผู้ป่วยและญาติ เป็นการทำให้เวชปฏิบัติเพื่อปกป้องตนเอง (defensive medicine) เพราะในทุกประเทศทั่วโลกยังไม่เคยพบว่ามีสูติแพทย์คนใดที่ถูกผู้คลอดฟ้องร้องเพราะการทำผ่าตัดโดยไม่จำเป็น ซึ่งต่างกันอย่างสิ้นเชิงในกรณีที่ต้องผ่าตัดแต่ดำเนินการช้า รวมถึงความเชื่อของคนทั่วไปที่มองว่าแพทย์ที่ทำการผ่าตัดคลอดมากเป็นแพทย์ที่เก่งและดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมากกว่า.

นอกเหนือจากที่กล่าวมาทั้งหมดแล้วยังมีปัจจัยอื่นที่สำคัญอีกเช่น วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล ข้อมูลในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา¹ เกาหลีใต้² เม็กซิโก³ รวมทั้งในประเทศไทย⁴ ก็พบว่า การจ่ายเงินแบบระบบสวัสดิการข้าราชการหรือระบบประกันสุขภาพเอกชนทำให้มีการผ่าตัดคลอดสูง เนื่องจากผู้คลอดไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายและผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล-แพทย์) สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามปริมาณบริการ (fee for services).

ต้องข้อบ่งชี้หรือสิทธิที่จะเลือก !

หญิงตั้งครรภ์ควรหรือไม่ที่จะมีโอกาสในการเลือก

วิธีการคลอดบุตรด้วยตนเอง? การตอบคำถามนี้คงต้องพิจารณาเป็นสองประเด็น ได้แก่ ประการที่หนึ่ง การเลือกนั้นอยู่บนพื้นฐานของการได้รับข้อมูลที่มีอยู่อย่างรอบด้านและครบถ้วนหรือยัง ในกรณีเช่นนี้พบว่า การผ่าตัดคลอดส่งผลดีหลายด้านแก่สูติแพทย์ทำให้มีความเป็นไปได้สูงที่ข้อมูลที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับจะมีความโน้มเอียงโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสูติแพทย์ที่คำนึงถึงประโยชน์ที่เกิดกับตนเองมากกว่าประโยชน์ที่จะเกิดกับมารดาและทารก การชักจูงให้เกิดการผ่าตัดคลอดก็เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ไม่ยาก ประเด็นที่สอง สิทธิของสตรีในการเลือกวิธีการคลอดควรมีเช่นกันตามสิทธิของผู้ป่วยแต่ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงข้อสำคัญที่ว่าสิทธิเลือกนั้นต้องไม่ส่งผลกระทบต่อด้านลบแก่ผู้อื่น ในกรณีนี้ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นส่งผลเสียต่อผู้อื่นและสังคมโดยรวม ดังเช่นกรณีการฝากพิเศษเพื่อต้องการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลของรัฐสะท้อนให้เห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ที่มีฐานะยากจนซึ่งไม่สามารถฝากพิเศษได้ เพราะก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติสำหรับผู้คลอดหรือเกิดมีสองมาตรฐานทั้งที่การผ่าตัดนั้นทำในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งใช้งบประมาณจากภาษีอากรของคนทั้งประเทศ.

ที่กล่าวมาทั้งหมดหวังว่าข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านในการพิจารณาเพื่อหาข้อมูลสำหรับผู้ที่กำลังตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด รวมถึงนำไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อหาจุดสมดุลในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อมารดา-ทารกและประชาชนในสังคมโดยรวม.

เอกสารอ้างอิง

1. Caesarean section : A brief history, National Library of Medicine http://www.nlm.nih.gov/exhibition/caesarean/caesarea_2.html.
2. Editorial. Caesarean section on the rise. The Lancet 2000;356:9243.
3. Wagner M. Choosing caesarean section. The Lancet 2000; 356:1677-80.
4. Murray S. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile : qualitative and quantitative study. BMJ 2000;321:1501-5.
5. Gonzalez-Perez G J, Vega-Lopez M G, Cabrera-Pivral C, et

al. Caesarean section in Mexico : are there too many? Health Policy and Planning 2001;16:62-7.

6. Tangcharoensathien V, Chantaratsit N, Sittitoon C, et al. Pattern of hospital delivery in Thailand 1990-1996. Nonthaburi : Health System Research Institute, 1997.
7. WHO Appropriate technology for birth. The Lancet 1985;ii: 436-7.
8. United States Department of Health and Human Services. Healthy people 2000: national health promotion and disease prevention objectives. Washington : Public Health Service, 1990.

9. Notzon F. International differences in the use of obstetric interventions. *JAMA* 1990;263:3286-91.
10. Eckerlund I, et al. Estimating the effect of cesarean section rate on health outcome. Evidence from Swedish hospital data. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1999;15(1):123-35.
11. Right to choose for delivery (in Thai). 2001 <http://www.thaibaby.com>.
12. Hall M, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *The Lancet* 1999;354:776.
13. Wagner M. Pursuing the birth machine : the search for appropriate birth technology. Sydney : ACE Graphics, 1994.
14. Smith J, Hernandez C, Wax J. Fetal laceration injury at caesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1997;90:344-6.
15. Editorial. What is the right number of caesarean section? *The Lancet* 1997;349:815.
16. Hanvoravongchai P, Letiendumrong J, Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V. Implications of Private practice in Public hospitals on the cesarean section Rate in Thailand. *Human Resources for Development Journal* 2000;4:2-12.
17. Social monitor. Thailand's response to AIDS : Building on Success, Confronting the Future. Bangkok; World Bank. Bangkok, 2000:32-5.
18. Grunber J, Kim J, Mayzlin D. Physician fees and procedure intensity : the case of cesarean delivery. *Journal of Health Economics* 1999;18:473-90.
19. Newbrander W (editor). Private Health Sector Growth in Asia Issues and Implementations. New York : John Wiley & Sons, Inc, 1997:70-3.



พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ - ใครได้ ใครเสีย : กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น FINANCING TRAFFIC INJURIES -WHO GAIN, WHO LOSE : the case study in Khon Kaen

สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ *

ศิริวรรณ พิกขรังสฤษฎ์ **

วิโรจน์ ถึงเจริญเสถียร **

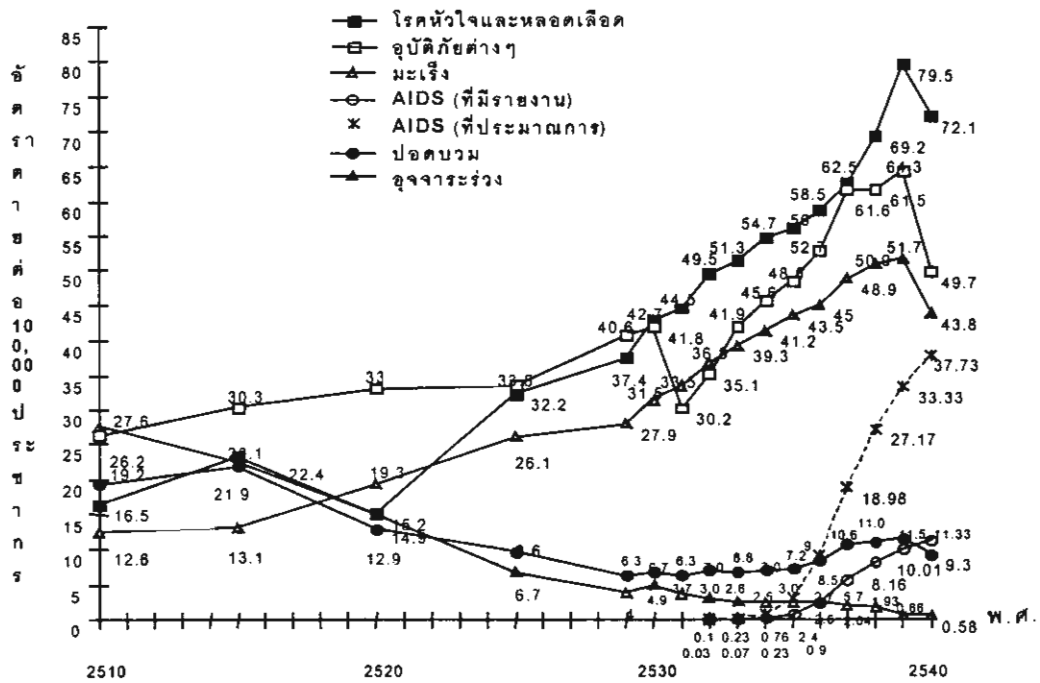
* คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** โครงการเบชีวิจัยอาวุโส ด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณะ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

บทนำ

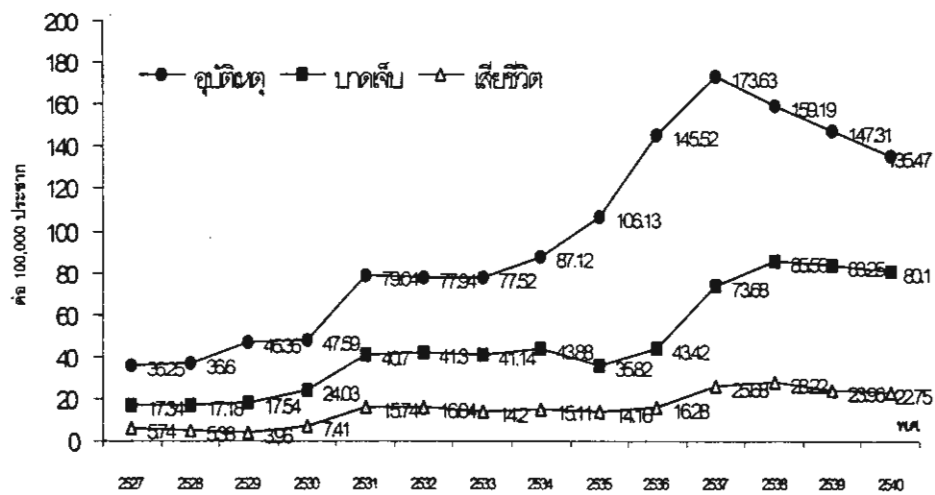
ในประเทศไทย การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับที่สองรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด อัตราตายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ เท่ากับ 64.3 และ 49.7 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2539 และ 2540 ตามลำดับ (ภาพที่ 1) ในบรรดาอุบัติเหตุต่าง ๆ การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบกมีสัดส่วนที่สูง ภาพที่ 2 แสดงจำนวนอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และการตายจากอุบัติเหตุจราจร ตั้งแต่ปี 2527 - 2540

ในปี 2542 ประชาชนไทยประมาณ 30% ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ประชากรในกลุ่มนี้ เมื่อเจ็บป่วยจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกระเป๋าของตนเอง (ตารางที่ 1) การไม่มีหลักประกันทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และในกลุ่มผู้ที่ไม่ได้หลักประกันสุขภาพนี้ เมื่อประสบอุบัติเหตุจึงมักจะไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลทันเวลาที่ โดยปรากฏว่า มีการปฏิเสธการรับไว้รักษาสำหรับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร โดยสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนบ่อยครั้ง ซึ่งบางครั้งทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลการ



ภาพที่ 1 อัตราตายด้วยสาเหตุสำคัญ ๆ ในคนไทย ปี 2510 - 2540

ที่มา Wibulpolprasert S. 2000. Thailand Health Profile 1997-1998.



ภาพที่ 2 จำนวนอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และการตายจากอุบัติเหตุจราจร ปี 2527 - 2540

ที่มา สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (ข้อมูลจากปีต่าง ๆ)

บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรมีพิสัยที่กว้างมาก จากบาดเจ็บเล็กน้อยไปจนถึง การบาดเจ็บหลายอวัยวะ การบาดเจ็บต่อศีรษะและสมอง การต้องผ่าตัด การนอนรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (intensive care unit) รวมทั้งการเสียชีวิต ตารางที่ 2 แสดงวิธีการจ่ายเงิน ในกรณีประสบอุบัติเหตุทุกประเภท รวมทั้งการประสพภัยจากรถ

ตารางที่ 1 ร้อยละประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพ ประเทศไทย ปี 2534, 2539 และ 2542

ระบบประกันสุขภาพ	2534	2539	2542	2539*	2542*
1. สวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย	12.7	12.3	12.4	29.5	22.5
					(32.1)
2. สวัสดิการรักษายาบาลพนักงานของรัฐ					
• สวัสดิการข้าราชการและลูกจ้าง	13.2	11.3	7.8	11.3	7.8
• สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ	2.1	1.4	1.1	1.4	1.1
3. การประกันสังคมและกองทุนทดแทนแรงงาน	0	5.5	7.1	5.5	7.1
4. การประกันสุขภาพภาคสมัครใจ					
• โครงการบัตรสุขภาพ	1.4	13.2	28.2	13.2	28.2
					(18.6)
• การประกันสุขภาพเอกชน	3.1	1.2	1.4	1.2	1.4
5. อื่น ๆ	0.9	1.1	1.7	1.1	1.7
รวม ผู้มีหลักประกันสุขภาพ	33.5	46	59.8	63.2	69.9
รวม ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	66.5	54	40.2	36.8	30.1
รวมทั้งสิ้น	100	100	100	100	100

ที่มา วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ 2544

* ปรับตัวเลขของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยเพิ่มเด็ก 0-12 ปี และผู้สูงอายุซึ่งรายงานว่ามีหลักประกันสุขภาพ ตัวเลขในวงเล็บแสดงการครอบคลุมเมื่อหักลบเด็ก 0-12 ปี และผู้สูงอายุไปอยู่ในสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย

ในปี 2535 ภายใต้สภาพการณ์ที่ประเทศไทยยังไม่บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อแก้ปัญหาให้ผู้ประสบภัยจากรถ มีหลักประกันและเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึงที่ จึงมีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ขึ้น ซึ่งมีผลบังคับใช้ในเดือน เมษายน 2536

ตารางที่ 2 วิธีการจ่ายเงินสำหรับอุบัติเหตุต่าง ๆ

ระบบสวัสดิการ / ประกันสุขภาพ	วิธีการจ่ายเงินสำหรับการประสบอุบัติเหตุ
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	จ่ายตามรายการบริการ (Fee for service) เกือบไม่มีการจ่ายร่วม นอกจากยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
กองทุนทดแทนแรงงาน	จ่ายตามรายการบริการ (Fee for service) กำหนดเพดานจ่ายไม่เกิน 35,000 บาทต่อการเจ็บป่วยหนึ่ง ครั้งในสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน
การประกันสังคม	สำหรับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ใช้บริการจากสถานพยาบาลอื่นที่ไม่ได้ลงทะเบียนเป็นคู่สัญญา จ่ายตามบัญชีอัตราค่ารักษายาบาลที่กำหนด
โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	สถานพยาบาลภาครัฐ ได้รับจัดสรรงบประมาณยอดรวมรายปี
การประกันสุขภาพเอกชน	จ่ายตามรายการบริการ (Fee for service) เป็นการเบิกย้อนหลังตามรายละเอียดในกรมธรรม์ คำนวณมากหากเบี้ยประกันสูง
โครงการบัตรสุขภาพ	สถานพยาบาลภาครัฐ ได้รับจัดสรรงบประมาณยอดรวมรายปี เป็นโครงการที่รายได้ไม่เพียงพอสำหรับการดำเนินการ
ผู้ที่ไม่มียหลักประกันใด ๆ	จ่ายตามรายการบริการ (Fee for service) ถ้าไม่สามารถจ่ายได้ ชวยกันจากสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล
พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	คุ้มครองการบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุจราจร ในวงเงิน 50,000 บาท และสำหรับการตาย 80,000 บาท

สาระสำคัญของ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

ในตอนนี้เป็นที่ทราบกันดีว่า พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เพื่อให้เกิดความเข้าใจเงื่อนไขของหลักประกันที่กำหนดไว้ตามกฎหมาย ในเบื้องต้น

วัตถุประสงค์ของ พรบ.

เพื่อคุ้มครองและให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งได้รับความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต และค่าเสียหายเบื้องต้นอย่างทันที และเป็นหลักประกันให้สถานพยาบาลทุกแห่งจะได้รับเงินค่ารักษายาบาลอย่างแน่นอน นอกจากนี้ เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนธุรกิจประกันภัย และให้มีส่วน

ร่วมในการแบ่งเบาภาระค่าเสียหายจากรัฐบาลในด้านสวัสดิสังเคราะห์แก่ผู้ประสบภัยจากรถ

การบังคับใช้

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อ วันที่ 9 เมษายน 2535 และต่อมาได้มีการแก้ไขกำหนดระยะเวลาบังคับใช้ออกไป โดยกำหนดให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 5 เมษายน 2536 เป็นต้นไป เจ้าของรถซึ่งใช้รถหรือมีรถไว้เพื่อใช้จะต้องดำเนินการจัดให้มีการประกันภัย เพื่อคุ้มครองความเสียหายสำหรับผู้ประสบภัยจากรถให้เสร็จสิ้นเรียบร้อยภายใน วันที่ 1 ตุลาคม 2536 รถทุกคันจะต้องมีการประกันภัย ตาม พรบ. นี้ หากไม่ทำจะมีความผิดต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท

ผู้รับประกันภัย

บริษัทประกันวินาศภัยและสาขาทั่วประเทศที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการรับประกันภัยรถในราชอาณาจักร บริษัทใดไม่ยอมรับประกันภัยตาม พรบ. นี้ ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ 50,000 บาท ถึง 250,000 บาท

จำนวนเงินเอาประกันภัย

จำนวนเงินเอาประกันภัยต่อคน ได้กำหนดไว้ดังนี้

- 50,000 บาทต่อหนึ่งคน สำหรับความเสียหายต่อร่างกายหรืออนามัย
- 80,000 บาทต่อหนึ่งคน สำหรับการสูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพอย่างถาวรในกรณีใดกรณีหนึ่งหรือหลายกรณี ดังต่อไปนี้ ตาบอด หูหนวก เป็นใบ้ หรือเสียความสามารถในการพูด หรือสิ้นขาด สูญเสียอวัยวะสืบพันธุ์ เสียแขน ขา มือ เท้า นิ้ว หรืออวัยวะอื่นใด จิตพิการอย่างติดตัว ทุพพลภาพอย่างถาวร
- 80,000 บาทต่อหนึ่งคน สำหรับการเสียชีวิต
- 80,000 บาทต่อหนึ่งคน สำหรับกรณีบาดเจ็บและต่อมาสูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพหรือเสียชีวิต

ผู้ที่ได้รับความคุ้มครอง

ประชาชนทุกคนที่ประสบภัยจากรถ ไม่ว่าจะเป็น ผู้ขับขี่รถ ผู้โดยสาร คนเดินเท้า คนข้ามถนน หรือแม้แต่คนที่กำลังนอนอยู่ในบ้าน หากได้รับความเสียหายเป็นอันตรายแก่ชีวิต ร่างกาย อันเนื่องมาจากรถที่ใช้หรืออยู่ในทาง หรือเนื่องจากสิ่งที่ยกหรือติดตั้งในรถนั้นแล้ว ก็จะได้รับ ความคุ้มครอง

การจ่ายค่าสินไหม

ค่าเสียหายที่ผู้ประสบภัยหรือทายาทจะได้รับการชดเชย มีดังนี้

- ค่าเสียหายเบื้องต้น

บริษัทจะชดเชยค่าเสียหายให้แก่ผู้ประสบภัยที่ได้รับความเสียหายต่อชีวิต ร่างกาย เป็นค่าเสียหายเบื้องต้น โดยไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิดชอบ ให้เสร็จสิ้นภายใน 7 วันนับแต่วันที่บริษัทได้รับการร้องขอ ดังนี้

(1) บาดเจ็บ - ได้รับค่าเสียหายเบื้องต้น เป็นค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามความเสียหายที่แท้จริง หรือตามจำนวนที่ได้จ่ายไปจริง แต่รวมแล้วไม่เกิน 15,000 บาท

(2) เสียชีวิตทันที - ได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นเป็นค่าปลงศพ และค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการจัดการศพ จำนวน 15,000 บาท

(3) บาดเจ็บและเสียชีวิตในเวลาต่อมา หลังจากเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ได้รับค่าเสียหายเบื้องต้น เป็นค่ารักษาพยาบาลตามการบาดเจ็บตาม (1) และค่าปลงศพตาม (2) รวมแล้วไม่เกิน 30,000 บาท

- ค่าเสียหายส่วนที่เกินกว่าค่าเสียหายเบื้องต้น

ค่าเสียหายส่วนที่เกินกว่าค่าเสียหายเบื้องต้น*กองรอกกรณีความผิดกบฏ* ผู้ประสบภัยหรือทายาทจะได้รับการชดเชยค่าเสียหายดังกล่าว เมื่อรวมกับค่าเสียหายเบื้องต้นแล้ว ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยต่อคน 50,000 บาท กรณีได้รับความเสียหายต่อร่างกาย และ 80,000 บาท กรณีเสียชีวิต หรือสูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพอย่างถาวร

อย่างไรก็ตาม กรณีที่รูดตั้งแต่สองคันขึ้นไป และรูดทุกคันจัดทำประกันภัยตาม พรบ.ฯ บริษัทได้มีการสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทน และค่าปลงศพ ในกรณีที่ผู้ประสบภัยเป็นผู้โดยสาร หรือกำลังขึ้นหรือลงจากรถ หรือเป็นบุคคลที่อยู่ภายในรถสามารถขอรับชดเชยค่ารักษาพยาบาลตามใบเสร็จรับเงิน ไม่เกิน 50,000 บาท ค่าทดแทนหรือค่าปลงศพเป็นจำนวน 80,000 บาท ทั้งนี้โดยไม่ต้องรอผลพิสูจน์ความผิดแต่อย่างใด

ในกรณีที่ผู้ประสบภัยเป็นผู้ขับขี่คันที่เอาประกันภัย และเป็นฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย หรือไม่มีผู้ได้รับผิดตามกฎหมายต่อผู้ขับขี่ที่ประสบภัย จะได้รับการชดเชยเฉพาะค่าเสียหายเบื้องต้นเท่านั้น สำหรับค่าเสียหายส่วนที่เกินกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัย ผู้ประสบภัยสามารถเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนได้จากผู้กระทำละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

การขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น

เมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นแก่ผู้ประสบภัยจากรถ ให้ผู้ประสบภัยหรือทายาทโดยธรรมของผู้ประสบภัยจากรถซึ่งถึงแก่ความตาย ตาม พรบ. นี้ ยื่นคำร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ความเสียหายเกิดขึ้น โดยร้องขอจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย หรือบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด แล้วแต่กรณี โดยต้องมีหลักฐานดังต่อไปนี้

การไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

เจ้าของรถหรือผู้เช่าซื้อรถผู้ใด ไม่จัดให้มีการประกันภัยตาม พรบ. นี้ ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท ผู้ใดนำรถที่ไม่ได้จัดให้มีการประกันภัยตามพรบ.นี้มาใช้ ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท เจ้าของรถ

หรือผู้เช่าซื้อรถยนต์ ไม่ติดเครื่องหมายแสดงว่ามีการประกันภัยตาม พรบ. นี้ ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 1,000 บาท ผู้ประสบภัยผู้ใดยื่นคำขอรับชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นโดยทุจริตหรือแสดงหลักฐานอันเป็นเท็จเพื่อขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นตามกฎหมายนี้ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือ ปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ บริษัทประกันวินาศภัยซึ่งได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการรับประกันภัยรถบริษัทใดฝ่าฝืนไม่ยอมรับประกันภัยตามกฎหมายนี้ ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ 50,000 บาท ถึง 250,000 บาท เมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นแก่ผู้ประสบภัยจากรถที่บริษัทได้รับประกันภัยไว้ หากบริษัทใดไม่จ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นให้แก่ผู้ประสบภัย (หรือทายาท) ให้เสร็จสิ้นภายใน 7 วันนับแต่วันที่ได้รับการร้องขอจากผู้ประสบภัย ต้องระวางโทษ ปรับตั้งแต่ 10,000 บาท ถึง 50,000 บาท

สรุปสาระสำคัญ

จะเห็นได้ว่า การดำเนินการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นการประกันภัยภาคบังคับ โดยให้ บริษัทประกันวินาศภัยเป็นผู้รับประกันภัย โดยเบี้ยประกันภัยสูงสำหรับรถใหญ่และต่ำสำหรับรถขนาดเล็ก การจ่ายสินไหมทดแทนเป็นการจ่ายตามจริง ตามรายการรักษาพยาบาล (fee for service) เป็นการเบิกภายหลัง เมื่อเกิดประสบภัยแล้ว (reimbursement model) โดยผู้ประสบภัยหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เช่น โรงพยาบาล โดยการกำหนดเพดานของการจ่ายสินไหมทดแทนไว้ (maximum liability) และยังมีเงื่อนไขการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้น และค่าเสียหายส่วนเกินกว่าค่าเสียหายเบื้องต้น รายจ่ายที่เกินกว่าเพดาน โดยเฉพาะอุบัติเหตุที่รุนแรงมาก ๆ ยังคงเป็นการระงับของผู้ป่วย หรือผู้ก่อให้เกิดความเสียหายต่อไป

รูปแบบและเงื่อนไขของการจ่ายสินไหมทดแทนเช่นนี้ ย่อมก่อให้เกิดแรงจูงใจทางการเงินการคลังที่แตกต่างกันไปยังบริษัทประกันภัย และสถานพยาบาล ดังนี้

- บริษัทประกันภัยซึ่งมีเป้าหมายคือกำไรสูงสุด ย่อมจะขยายส่วนแบ่งตลาดให้มากที่สุด ในขณะเดียวกัน ก็พยายามจำกัดรายจ่ายสินไหมทดแทนไม่ว่าจะเป็นกรณีค่าเสียหายเบื้องต้น หรือในส่วนเกินค่าเสียหายเบื้องต้น หรือถ่วงเวลาในการจ่ายสินไหมทดแทนให้นานที่สุด
- เมื่อการจ่ายเป็นไปตามรายการรักษาพยาบาล สถานพยาบาลเอกชนที่มุ่งกำไร หรือสถานพยาบาลของรัฐที่ต้องการเงินนอกงบประมาณมาบริหารโรงพยาบาล มีแนวโน้มที่จะคิดค่ารักษาพยาบาลสูงสุดเท่าที่จะกระทำได้ เช่น กรณีบาดเจ็บเล็กน้อย เป็นแผลฉีก ก็เบิกในขั้นสูงมาก ๆ หรือ คิดรายการที่ไม่ได้ให้บริการจริง เป็นต้น

การศึกษาเพื่อวิเคราะห์ การดำเนินการตามพรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เพื่อการปรับตัวของระบบ (systems response) ต่อรูปแบบ fee for service with capping reimbursement model จึงเป็นการศึกษาที่ดี เพื่อพิสูจน์ทฤษฎี และสมมุติฐานของพฤติกรรมเบี่ยงเบนเหล่านี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาของ วัฒนา ส.จันเจริญ และคณะ (2537) รายงานว่า จำนวนรถที่เป็นสาเหตุของการ

บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรและได้ทำประกันภัยตามพรบ. คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถมีเพียง 7.2%¹ ผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (40.7%) ไม่มีหรือไม่ใช่สิทธิใด ๆ ในการชำระค่ารักษาพยาบาลเลย ในขณะที่จำนวนผู้มีสิทธิตามพรบ. คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถมีประมาณร้อยละ 5.7 ของการเรียกเก็บเงินชดเชยจากบริษัทประกันภัย โรงพยาบาลของรัฐได้รับการชำระเงินครบถ้วนคิดเป็นร้อยละ 74.9 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าของโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 97.1) ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 20.6 ใช้สิทธิตามพรบ.ประกันสังคมอีก 12.0% มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลในฐานะข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (2538) สำรวจโรงพยาบาลทั่วประเทศจำนวน 597 แห่งที่มีขนาดตั้งแต่ 30 เตียงขึ้นไปในช่วง 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2537 พบว่า ในภาพรวม มีโรงพยาบาลเพียง 10.9% และ 24.9% เท่านั้นที่ใช้สิทธิเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลตามพรบ.คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถสำหรับผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในทุกราย ซึ่งบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรตามลำดับ สัดส่วนดังกล่าวยิ่งน้อยลงสำหรับโรงพยาบาลเอกชน (2.2% สำหรับผู้ป่วยนอก และ 12.4% สำหรับผู้ป่วยใน) เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลของรัฐ (13.3% สำหรับผู้ป่วยนอก และ 28.5% สำหรับผู้ป่วยใน) อย่างไรก็ตาม มูลค่าของเงินที่ได้รับชำระจากยอดรวมที่เรียกเก็บโดยโรงพยาบาลเอกชน (80% ของค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ 9.8 ล้านบาท) มีสัดส่วนที่สูงกว่าของโรงพยาบาลรัฐ (40% ของค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ 41.4 ล้านบาท)

วรรณภา สุมิรัตนะ (2541) ศึกษาการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 3 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 300 ราย ในช่วงไตรมาสสุดท้ายของปีงบประมาณ 2538 พบว่า ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในดังกล่าว โดยเฉลี่ยมีมูลค่าระหว่าง 14,501 - 25,704 บาท โดยมีสัดส่วนการเรียกเก็บเงินชดเชยจากบริษัทประกันภัยตามพรบ. คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถระหว่าง ร้อยละ 34.1 - 63.5 ของผู้ป่วยที่ทำการรักษาทั้งหมด อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง ในสัดส่วนระหว่าง 9.4% - 15.7% นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามพรบ. ประกันสังคมเป็นจำนวนสูงที่สุด (ระหว่าง 27.3% - 55.0%) ในบรรดาผู้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลประเภทต่าง ๆ (รวม 58 ราย) รองลงมา ได้แก่ การใช้สิทธิข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ระหว่าง 20.0% - 36.4%)

งานวิจัยของ โชคชัย มานะธูระ และคณะ (2542) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจักรราช จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างกลางปี 2541 ถึง 2542 รวม 750 ราย พบว่า การบาดเจ็บซึ่งเกิดจากรถที่ไม่มีประกันภัยตามพรบ.คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถ มีจำนวนครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด โดยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจาก 32.2% ในช่วง 4 เดือนแรก เป็น 47.1% ในช่วง 3 เดือนต่อมา และ 66.2% ในช่วง

¹ เนื่องจากการเป็นนักศึกษาในระยะแรก ๆ ภายหลังจากที่มีการบังคับใช้กฎหมาย จึงมีผู้เอาประกันภัยค่อนข้างต่ำ

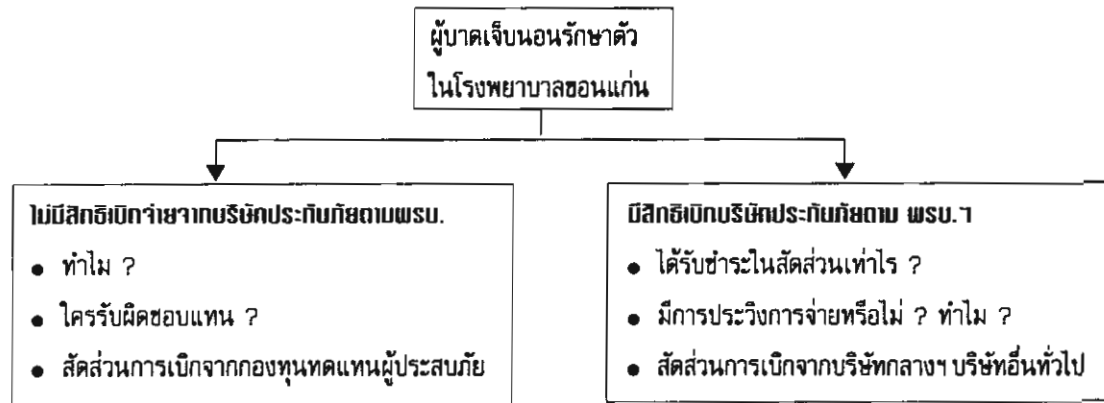
สุดท้ายของการศึกษา เมื่อมีการปรับปรุงระบบการใช้สิทธิตามพรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในช่วงที่ 2 และ 3 พบว่า สัดส่วนการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัยสำหรับการบาดเจ็บซึ่งเกิดจากรถที่มีประกันภัยตามพรบ.ฯ เพิ่มขึ้นจาก 6.9% ของผู้ป่วยในช่วงที่ไม่มีการปรับปรุงงานเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามพรบ.ฯ เป็น 51.2% และ 73.7% ในช่วงที่ 2 และ 3 ตามลำดับ สำหรับสาเหตุของการไม่ใช้สิทธิในกรณีการบาดเจ็บจากรถที่มีประกันภัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณสามในสี่ ไม่มีใบขับขี่หรือไม่ต้องการแจ้งความแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจสำหรับการบาดเจ็บซึ่งเกิดจากรถที่ไม่มีประกันภัย พบว่า ไม่มีการเบิกจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยเลย ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 5 เลี่ยงไปใช้สิทธิอื่น ๆ เช่น สิทธิตามพรบ. ประกันสังคม บัตรผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องชำระเงินเอง (ประมาณร้อยละ 85 ในทั้งสามช่วงของการศึกษา) ที่เหลือเป็นหนี้สูญของโรงพยาบาล

อารี โคตรประทุม (2543) ได้รายงานไว้ว่า ในจำนวนผู้ป่วย 4,433 ราย ซึ่งได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรและนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา ในปี 2541 นั้น ร้อยละ 18.4 ทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัย การเบิกจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยมีเพียง 0.5% ของผู้ป่วยที่ทำการรักษา ทั้งนี้ ระยะเวลาที่โรงพยาบาลได้รับชำระจากบริษัทประกันภัยโดยเฉลี่ยประมาณ 66 วัน ซึ่งเป็นเวลานานกว่า การได้รับชำระจากกองทุนฯ (เฉลี่ย 16 วัน) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (55.2%) ต้องชำระเงินเอง ผู้ป่วยได้ใช้สิทธิทางการรักษาพยาบาลอื่นๆ ดังนี้ สิทธิตามพรบ. ประกันสังคม (3.9%) สิทธิจากต้นสังกัดราชการ/รัฐวิสาหกิจ (3.3%) และบัตรสุขภาพ (3.3%)

ถกถามการวิจัย

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย (stakeholders) ในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ มีการปรับตัวต่อระบบ รูปแบบ วิธีการดำเนินการตามพรบ.นี้อย่างไร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเหล่านั้นได้แก่ ผู้ประสบภัย สถานพยาบาล บริษัทประกันวินาศภัย บริษัทกลางฯ สำนักงานประกันภัยจังหวัด พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้ตามกฎหมาย สำนักงานขนส่งจังหวัด เป็นต้น ผลลัพธ์ของการดำเนินการตามพรบ.นี้เป็นอย่างไร ใครเป็นผู้รับภาระค่ารักษาพยาบาลกรณีประสบภัยจากรถ เช่น ผู้ป่วยเอง ผู้ก่อให้เกิดความเสียหาย บริษัทประกันภัย หรือระบบสวัสดิการต่าง ๆ เช่น สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย และได้รับการรักษายาบาลในจำนวนไม่น้อยเพียงไร

กรอบแนวคิด



วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์เชิงลึกถึงการปรับตัวต่อระบบ (system response) ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ประสบภัย สถานพยาบาล ผู้รับประกันภัย (ได้แก่ บริษัทประกันภัย บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และสำนักงานกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย) พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมาย และผู้กำกับกฎหมาย (กรมการประกันภัย)
2. เพื่อประเมินสัดส่วนของผู้ประสบภัยจากรถ ที่มีและไม่มีประกันภัยตามพรบ.ฯ นี้
3. เพื่อประเมินสัดส่วนของผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลกรณีประสบภัยจากรถ จำนวนเงินที่เบิกได้และระยะเวลาของการเบิกจากบริษัทประกันวินาศภัย
4. เพื่อประเมินอัตราส่วนสินไหมทดแทน (loss ratio) ซึ่งเป็นผลจากการดำเนินการตาม พรบ.ฯ นี้

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาเอกสาร (document research) ข้อมูลทุติยภูมิต่างๆ จากหน่วยงานสังกัดกรมการประกันภัย จากสถานพยาบาล เกี่ยวกับ สัดส่วนของการรับผิดชอบรายจ่ายจากการประสบภัยจากรถ
2. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้ง 5 กลุ่ม เกี่ยวกับการปรับตัวของระบบ
 - ผู้รับประกันภัย ได้แก่ บริษัทประกันภัย บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และสำนักงานกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ เกี่ยวกับการขยายตลาด การบริหารสินไหมทดแทน
 - เจ้าหน้าที่สถานพยาบาล เกี่ยวกับการเบิกแทนผู้ป่วยจากบริษัทประกันภัย หรือ กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย
 - ผู้ป่วย ในการตัดสินใจว่าจะเบิกจากสวัสดิการ ประกันสุขภาพอื่น หรือพรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

- ผู้กำกับตาม พระราชบัญญัตินี้ คือสำนักงานประกันภัยจังหวัด
- เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายฉบับนี้คือ เจ้าหน้าที่ตำรวจผู้มีหน้าที่ในการสอบสวนอุบัติเหตุและจัดทำบันทึกประจำวันในคดี

ขอบเขตศึกษา

การศึกษานี้ จำกัดขอบเขตเป็นเฉพาะกรณีศึกษา (case study) โดยเลือกผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลขอนแก่นมีศูนย์อุบัติเหตุ (trauma center) ที่มีความพร้อมในการรองรับผู้บาดเจ็บในเขตรับผิดชอบและผู้ป่วยที่ถูกส่งเข้ารับการรักษาต่อจากโรงพยาบาลอื่น

ผลการศึกษาและอภิปรายผลการศึกษา

การเบิกค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติฯ

ในปีงบประมาณ 2541 และ 2542 โรงพยาบาลขอนแก่นโดยสำนักงานประกันสุขภาพเบิกค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเป็นจำนวนร้อยละ 39 และ 31 ของจำนวนผู้บาดเจ็บที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ตามลำดับ คิดเป็นมูลค่าการเรียกเก็บเงินชดเชยจากบริษัทประกันภัยต่าง ๆ และจากสำนักงานประกันภัยจังหวัดเพียง 26% และ 20% ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในซึ่งบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทั้งหมด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและค่ารักษาพยาบาลของผู้ประสบภัยจากรถ และสัดส่วนการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากพรบ.ฯ ในปีงบประมาณ 2541-42 โรงพยาบาลขอนแก่น

ปีงบประมาณ	รายการ	รวมทั้งสิ้น	สัดส่วนการเบิกค่ารักษาพยาบาลตาม พรบ.ฯ
2541	ผู้ป่วยในที่บาดเจ็บ	3,818 ราย	39.2%
	ค่ารักษาพยาบาล	68,808,457 บาท	25.6%
2542	ผู้ป่วยในที่บาดเจ็บ	3,603 ราย	30.6%
	ค่ารักษาพยาบาล	66,502,125 บาท	20.0%

ที่มา งานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ประสบภัยจากรถ อัตราตาย จำนวนวันนอนเฉลี่ย ค่ารักษาพยาบาล และสัดส่วนของผู้ประสบภัยจากรถที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามพรบฯ จำแนกตามชนิดยานพาหนะที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2542

	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	อัตราตาย	วันนอนเฉลี่ย (มัธยฐาน วัน)	ค่ารักษาพยาบาล (มัธยฐาน บาท)	เบิกตาม พรบ.ฯ (สัดส่วนรายผู้ป่วย)
ผู้ป่วยนอก	3,661	NA	NA	97	NA
ผู้ป่วยใน	3,523			9,925	
• คนเดินถนน	222 (6%)	6.3%	5	6,435	32.9%
• จักรยาน/ สามล้อถีบ	133 (4%)	4.5%	4.5	6,340	12.0%
• จักรยานยนต์	2,680 (76%)	5.9%	6	10,912	25.5%
• รถเก๋ง/ ปิคอัพ	284 (8%)	6.8%	6	8,642	50.7%
• อื่น ๆ	204 (6%)	3.4%	5.5	8,940	38.2%

ที่มา งานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

เราพบว่าในบรรดาชนิดยานพาหนะทั้งหมด จักรยานยนต์มีส่วนเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจราจรบ่อยครั้งที่สุด ในปี 2542 รถจักรยานยนต์มีจำนวนคิดเป็น 66% ของรถที่ได้รับการจดทะเบียนทั่วประเทศทั้งสิ้น 20.1 ล้านคัน ในปีเดียวกันนี้ 76% ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่น เป็นผู้ขับขี่หรือผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ และมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยสูงที่สุด (ค่ามัธยฐาน 10,912 บาทต่อราย) (ตารางที่ 4)

รถที่ไม่มีประกันภัยตาม พระราชบัญญัติฯ

จากสถิติจำนวนยานพาหนะที่ได้รับการจดทะเบียนทั่วประเทศและจำนวนกรรมสิทธิ์ของการประกันภัยรถนับตั้งแต่พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยฯ มีผลบังคับใช้ พบว่า น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของรถทั้งหมดได้จัดให้มีการประกันภัยตามกฎหมาย (ตารางที่ 5) สำนักงานขนส่งจังหวัดขอนแก่นประมาณการร้อยละ 10 ของจักรยานยนต์ที่เสียภาษีประจำปีเป็นรถที่ไม่มีประกันภัยตามพรบฯ หรือกรรมสิทธิ์หมดอายุแต่ได้รับการผ่อนผันในการต่อทะเบียน² นอกจากนี้

² หนังสือกรมการขนส่งทางบก ถึงกรมการประกันภัย ลงวันที่ 6 ตุลาคม 2535 แจ้งข้อปฏิบัติในการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยฯ ตามมาตรา 19 สำหรับการต่อทะเบียนยานพาหนะว่า หากเจ้าของรถยืนยันว่าจะขอชำระภาษีประจำปีก็ให้ทางสำนักงานขนส่งรับชำระไปก่อนแล้วมีหนังสือแจ้งกรมการประกันภัยทราบภายหลัง เจ้าหน้าที่สำนักงานขนส่งจังหวัดให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า เนื่องจากมีรถจักรยานยนต์เป็นจำนวนมากที่ไม่ยอมมาเสียภาษีประจำปีทำให้รายได้จากค่าต่อทะเบียนลดลง และถูกเร่งรัดการจัดเก็บจากส่วนกลาง (กรมการขนส่งทางบก) ดังนั้นสำนักงานขนส่งฯ จึงตัดสินใจไม่ทำหนังสือแจ้งรายชื่อเจ้าของรถจักรยานยนต์ที่ไม่ได้ทำประกันให้แก่สำนักงานประกันภัยจังหวัด อีกต่อไป

ตารางที่ 5 จำนวนกรรมสิทธิ์ประกันภัยรถตาม พรบ.ฯ เปรียบเทียบกับจำนวนรถทุกประเภทที่ได้รับการจดทะเบียนทั่วประเทศ พ.ศ. 2536 - 2541

พ.ศ.	จำนวนรถทุกประเภท (คัน)	จำนวนกรรมสิทธิ์ตาม พรบ.ฯ	อัตราการมีประกันภัยตาม พรบ.ฯ
2536	11,101,758	3,227,084	29.1%
2537	12,579,903	4,410,236	35.1%
2538	14,097,719	7,851,708	55.7%
2539	16,093,896	9,536,287	59.3%
2540	17,666,240	9,212,921	52.1%
2541	18,860,512	8,033,654	42.6%

ที่มา : กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม และกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ตารางที่ 6 การต่อทะเบียนยานพาหนะและการมีประกันภัยตาม พรบ.ฯ จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2543

	รถจักรยานยนต์	รถยนต์/ ปิคอัพ/ รถตู้
ต่อทะเบียนรถ โดยมีประกันภัยรถ	18.4%	59.1%
ต่อทะเบียนรถ โดยไม่มีประกันภัยรถ	2.1%*	1.2%**
ไม่ต่อทะเบียนรถ	79.5%	39.7%
รวมจำนวนรถทั้งหมด	235,809 คัน	81,661 คัน

ที่มา : รวบรวมจากรายงานประจำเดือน สำนักงานขนส่งจังหวัดขอนแก่น (มกราคม - ธันวาคม 2543)

* ร้อยละ 10 ของจำนวนรถจักรยานยนต์ที่เสียภาษีประจำปี 2543 ประมาณการโดยฝ่ายทะเบียนรถจักรยานยนต์

** รวบรวมจากหนังสือแจ้งรายชื่อผู้ไม่มีประกันภัยตามพรบ.ฯ แก่สำนักงานประกันภัยจังหวัดประจำเดือน โดยฝ่ายทะเบียนรถยนต์

ยังพบว่า รถจักรยานยนต์ที่ไม่ยอมเสียภาษีประจำปีมีอยู่เป็นจำนวนมาก ประมาณร้อยละ 80³ (ตารางที่ 6) ซึ่งเป็นที่คาดเดาได้ว่า รถจักรยานยนต์จำนวนมากเหล่านี้ไม่มีประกันภัยตามพรบฯ และเป็นปัญหาสำคัญของการดำเนินการคุ้มครองผู้ประสบภัยอย่างมีประสิทธิภาพ

ความหยาบคายในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 (มาตรา 19) ของเจ้าหน้าที่กรมการขนส่งทางบก จัดเป็นปัญหาในเชิงโครงสร้าง มีความขัดแย้งในด้านผลประโยชน์ของหน่วยราชการด้วยกัน (conflict of interest) ทั้งนี้เพราะหน้าที่ใหม่ในการตรวจสอบให้รถที่มีการใช้งานทุกคันต้องทำประกันภัยตามพรบฯ อาจทำให้เกิดความขัดแย้งต่อการปฏิบัติงานในการหารายได้เข้ารัฐ ตามพระราชบัญญัติขนส่งทางบก พ.ศ. 2533 ดังนั้น ยิ่งดำเนินการด้วยความเข้มงวดในการบังคับใช้พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถมากขึ้นเท่าใด รายได้ซึ่งเป็นหน้าที่หลักของกรมการขนส่งทางบก ก็จะลดลงเท่านั้น

นับเป็นความผิดพลาดตั้งแต่ต้นที่พรบ. ฉบับนี้เป็นการประกันภัยภาคบังคับ ทั้งนี้เพราะกรมการขนส่งทางบก น่าจะอยู่ในสถานะที่เป็นผู้จัดเก็บรายได้ได้โดยตรง เมื่อมีการต่อทะเบียนยานพาหนะประจำปี แต่พรบ.นี้ กลับให้บริษัทประกันวินาศภัยที่ดำเนินธุรกิจรับประกันภัยรถยนต์ในภาคสมัครใจมาเป็นผู้รับผิดชอบ และต้องอาศัยกลไกของกรมการขนส่งทางบกในการตรวจสอบ

เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลขอนแก่นได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า กรณีการบาดเจ็บซึ่งแน่ใจว่าเกิดจากรถที่มีประกันภัยตามพรบฯ ทางโรงพยาบาลจะเรียกเก็บเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยทุกรายจากบริษัทประกันภัย การที่โรงพยาบาลมิได้ดำเนินการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันหรือกองทุนทดแทนฯ มักเป็นกรณีการบาดเจ็บซึ่งมีสาเหตุมาจากรถที่ไม่มีประกันภัยตามพรบฯ หรือไม่สามารติดตามหลักฐานต่าง ๆ ได้ เช่น รถขี่ต่อมือสองซึ่งมักจะขาดทั้งทะเบียนรถและไม่มีประกันภัยตามพระราชบัญญัติฯ หรือรถยืมมาขับซึ่งโดยไม่มีการติดตามเอกสารจากเจ้าของรถเดิม

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงความคุ้มครอง ด้านค่ารักษาพยาบาล จากอุบัติเหตุจากรถคือ การไม่มีประกันภัยตามพรบฯ ของรถที่มีส่วนเกี่ยวข้องในอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รถจักรยานยนต์ซึ่งมีความเสี่ยงสูงมาก ข้อมูลเชิงปริมาณข้างต้นจะเห็นได้ว่า โดยภาพรวม ประมาณสามในสี่ของค่ารักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถ ไม่ได้รับการจ่ายเงินชดเชยจากพรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบาดเจ็บที่มีสาเหตุมาจากรถจักรยานยนต์ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยสูงที่สุด แต่มีการ

³ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รถที่ใช้งานในท้องที่ต่างอำเภอหรือในชนบท ทั้งนี้เนื่องจากต้องเสียค่าเบี้ยประกัน (209 บาท สำหรับรถที่มีขนาดเกิน 75 ซีซี) ในอัตราที่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าต่อทะเบียน (100 บาท) นอกจากนี้ จักรยานยนต์ที่มีอายุการใช้งานเกิน 5 ปี จะต้องผ่านการตรวจสภาพรถ ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายอีกครั้งละ 60 บาท

⁴ ทางโรงพยาบาลถือหลักปฏิบัติว่า หากภายในหนึ่งสัปดาห์ผู้ประสบภัยไม่สามารถหาหลักฐานการประกันภัยมาแสดง โรงพยาบาลก็จะไม่ดำเนินการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัยตามพรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยฯ

ใช้สิทธิตามพรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ดังนั้น การให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประสบภัยจากรถที่ไม่มีประกันภัยตามพรบ.ฯ หรือในกรณีคนเดินถนนถูกรถชนแล้วรถที่ชนหลบหนีจึงเป็นประเด็นปัญหาสำคัญ ซึ่งอยู่ในการรับผิดชอบของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ซึ่งจะได้วิเคราะห์ต่อไปว่า กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยสามารถทำหน้าที่นี้ดีเพียงไร มีอุปสรรคปัญหาอะไรบ้าง

การชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้น

การชดเชยความเสียหายเบื้องต้นสำหรับความเสียหายที่เกิดจากรถที่ไม่มีประกันภัยตามพรบ.ฯ หรือรถที่ชนแล้วหลบหนี (ตามมาตรา 23) ซึ่งจ่ายโดยกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ พบว่า มีอยู่เพียงส่วนน้อย จากสถิติจำนวนการเบิกค่ารักษาพยาบาลตามพรบ.ฯ มีไม่ถึงร้อยละ 5 ที่โรงพยาบาลขอนแก่น เรียกเก็บเงินจากกองทุนฯ ซึ่งดูแล้วรับผิดชอบโดยสำนักงานประกันภัยจังหวัดขอนแก่น (ตารางที่ 7) ส่วนใหญ่เบิกจากบริษัทประกันภัย และในปี 2543 เบิกจากบริษัทกลางฯ ในสัดส่วนมากขึ้นอย่างชัดเจน

ตั้งแต่พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถมีผลบังคับใช้ สำนักงานประกันภัยจังหวัดขอนแก่น ได้จ่ายเงินชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นในแต่ละปี สำหรับผู้ป่วยในจำนวน 42-126 ราย โดยมีสินไหมทดแทน ประมาณ 4 แสน - 1 ล้านบาท ระหว่างปี 2537 - 2543 (ตารางที่ 8) สถิติการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประสบภัยในกรณีดังกล่าว ซึ่งเป็นยอดรวมของการจ่ายทั้งจังหวัด นับว่าเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนการบาดเจ็บซึ่งเกิดจากรถที่ไม่มีประกันภัยตามพรบ.ฯ

ในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2544 มีจำนวนผู้ประสบภัยจากรถที่ไม่มีประกันภัยตามพรบ.ฯ ซึ่งนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลขอนแก่นเพียงแห่งเดียว 685 ราย ในจำนวนนี้ เป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนฯ

ตารางที่ 7 การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตาม พรบ.ฯ สำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2542 - 2543

พ.ศ.	เบิก พรบ.ฯ รวมทั้งสิ้น	เบิกบริษัทประกันภัย	เบิกบริษัทกลางฯ	เบิกกองทุนทดแทนฯ
2542				
จำนวนผู้ป่วยในที่ขอเบิก	1,117 ราย	94.4%	1.0%	4.6%
มูลค่าที่เบิก	13,492,474 บาท	95.3%	0.9%	3.8%
2543				
จำนวนผู้ป่วยในที่ขอเบิก	995 ราย	76.4%	20.9%	2.7%
มูลค่าที่เบิก	11,498,048 บาท	79.7%	18.1%	2.2%

ที่มา : งานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

ตารางที่ 8 จำนวนผู้ประสบภัยจากจรดและจำนวนสินไหมทดแทนตามพรบ.ฯ ที่จ่ายจากเงินกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย
จากจรด สำนักงานประกันภัยจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2537 - 2543

พ.ศ.	จำนวนรายที่จ่าย	จำนวนเงินที่จ่าย (บาท)
2537	126	1,108,955
2538	109	870,908
2539	42	380,754
2540	51	478,997
2541	87	869,723
2542	84	631,971
2543	54	440,134

ที่มา : รวบรวมจากสมุดบันทึกประจำเดือนของสำนักงานประกันภัยจังหวัดขอนแก่น

ตารางที่ 9 แหล่งการคลังสุขภาพ ของผู้ประสบภัยจากจรด กรณีผู้ป่วยใน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2543 โรงพยาบาล
ขอนแก่น

แหล่งการคลังสำหรับอุบัติเหตุจากจรด	อุบัติเหตุจากจรดที่มีประกันภัย	อุบัติเหตุจากจรดที่ไม่มีประกันภัย
	ตามพรบ.ฯ	ตามพรบ.ฯ
1. ใช้สิทธิเบิกตาม พรบ.ฯ	72.3%	2%
• เรียกเก็บจากบริษัทประกันภัย	48.9%	NA
• บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากจรด	23.4%	NA
• กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย	NA	2%
2. ประกันสังคม	2.1%	10.4%
3. ชำระเงินเอง	8.4%	42.2%
4. ค้างชำระไว้กับโรงพยาบาล	13.3%	40.3%
5. สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	0.2%	4.1%
6. อื่น ๆ	3.5%	1.0%
รวมจำนวนรายผู้ป่วย	427 (38%)	685 (62%)

ที่มา : งานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

เพียงร้อยละ 2 เท่านั้น (ตารางที่ 9)

ในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2544 (ตุลาคมถึงธันวาคม 2543) มีผู้ประสบภัยเกิดจากรถที่ไม่มีประกันภัยตามพรบฯ สูงถึงร้อยละ 62 ผู้ประสบภัยจากรถที่มีประกันภัยตามพระราชบัญญัติฯ ส่วนใหญ่เบิกเงินตามพรบฯ (72.3%) ที่เหลือเป็นการค้างชำระโรงพยาบาล ชำระเองโดยผู้ป่วย เบิกจากประกันสังคม และอื่น ๆ ผู้ประสบภัยจากรถที่ไม่มีประกันภัยตามพรบฯ นั้น 42% ชำระเงินเอง และอีก 40.3% ทำสัญญาค้างชำระกับโรงพยาบาล ซึ่งมักจะเป็นหนี้สูญในที่สุดหรือเป็นการให้สังคมสงเคราะห์ มีข้อสังเกตว่า การที่ผู้ป่วยชำระเงินเองอาจมีส่วนหนึ่งที่ย้ายโดยผู้กรณีที่ก่อให้เกิดความเสียหาย

เจ้าหน้าที่สำนักงานประกันภัยจังหวัดขอนแก่นชี้แจงว่า การจ่ายเงินชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นจากกองทุนทดแทนฯ เกือบทั้งหมดเป็นการจ่ายผ่านโรงพยาบาลที่เรียกเก็บ ส่วนน้อยเป็นการจ่ายให้แก่ผู้บาดเจ็บหรือทายาทโดยตรง การดำเนินการตาม มาตรา 23 ส่วนใหญ่เป็นการจ่ายตามมาตรา 23(3) และ 23(4) นั่นคือ เป็นกรณีไม่ปรากฏเจ้าของรถที่ก่อให้เกิดความเสียหายและรถนั้นไม่มีประกันภัยตามพรบฯ และเป็นกรณีไม่ทราบว่ารถคันใดก่อให้เกิดความเสียหาย เช่น คนเดินถนนถูกรถชนแล้วรถหลบหนี การจ่ายเงินชดเชยตามมาตรา 23 ในวงเล็บอื่น ๆ มีอยู่เป็นจำนวนน้อย ทั้งนี้มีสาเหตุจากการปฏิบัติงานแบบประนีประนอมของเจ้าหน้าที่ เช่น กรณีบริษัทประกันภัยไม่จ่ายหรือจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นไม่ครบจำนวน ทางสำนักงานประกันภัยจังหวัดมักจะเรียกเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและบริษัทมาไกล่เกลี่ยเป็นราย ๆ ไป แทนที่จะสั่งจ่ายเงินจากกองทุนฯ ตามมาตรา 23(5) แล้วดำเนินการเรียกเงินคืนพร้อมเงินเพิ่มจากบริษัทประกันภัยตามมาตรา 26 หรือลงโทษปรับบริษัทประกันภัยตามมาตรา 44

นอกจากนี้ยังเกิดจากปัญหาการตีความของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในกฎหมาย ตัวอย่างเช่น มาตรา 23(6) ความเสียหายจากรถที่เข้าข่ายยกเว้นต้องทำประกันภัยตามพรบฯ เช่น รถใช้ในราชการ สำนักงานประกันภัยจังหวัดมักเรียกหลักฐานทางราชการเพิ่มเติมเพื่อยืนยันว่าเป็นรถที่ถูกใช้งานในขณะปฏิบัติราชการ

สำหรับการจ่ายเงินชดเชยตามมาตรา 23(1) ในกรณีการบาดเจ็บซึ่งเกิดจากรถที่ไม่มีประกันภัยตามพรบฯ แต่ปรากฏตัวเจ้าของรถที่เป็นคู่กรณี เป็นประเด็นที่มีปัญหาในทางปฏิบัติมากที่สุด เนื่องจากเงื่อนไขตามกฎหมายระบุว่า การจ่ายเงินจากกองทุนฯ จะกระทำได้นั้นเมื่อเจ้าของรถที่ก่อให้เกิดความเสียหายและไม่มีประกันภัยตามพรบฯ ได้ปฏิเสธการจ่ายหรือจ่ายไม่ครบ (มาตรา 23(1) และมาตรา 35)⁵ นอกจากนี้กฎหมายยังกำหนดให้มีการเรียกเงินกองทุนฯ ที่ได้จ่ายไปแล้วคืนพร้อมเงินเพิ่ม (เป็นค่าปรับ) ร้อยละ 20 จากเจ้าของรถที่ไม่มีประกันภัยดังกล่าว (มาตรา 26) ทั้งนี้ไม่รวมการถูกลงโทษด้วยการเสียเงินค่าปรับเนื่องจากการไม่ทำประกันภัยตามพรบฯ (มาตรา 37) ดังนั้นหากไม่มีความจำเป็นจริง ๆ แล้ว ผู้บาดเจ็บมักไม่ต้องการเงินชดเชยจากกองทุนฯ เพราะไม่ต้องการให้เกิด

⁵ โดยคู่กรณีต้องลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในการปฏิเสธการจ่าย เพื่อทางกองทุนฯ จะได้ติดตามเรียกเงินคืนต่อไป สำนักงานประกันภัย จังหวัดอาจเรียกให้คู่กรณีไปเซ็นชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่ เนื่องจากเคยมีปรากฏว่า เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปลอมลายมือชื่อของคู่กรณีเสียเอง เนื่องจากความไม่สะดวกในการตามเรื่องหรือไม่สามารถติดตามหาตัวคู่กรณีได้

ปัญหากับเจ้าของรถในภายหลัง ในทางปฏิบัติ ทางโรงพยาบาลจึงมักไม่ทำการเรียกเก็บเงินจากกองทุนฯ ในกรณีที่เกิดการบาดเจ็บเกิดจากคู่กรณีเช่นนี้ แต่จะให้ผู้ประสบภัยติดตามคู่กรณีมาเพื่อชำระค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาล

ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่ง คือเงื่อนไขที่ระบุในมาตรา 35 ซึ่งกำหนดให้เมื่อมีการเรียกเก็บเงินชดเชยจากกองทุนฯ ตามมาตรา 23 ผู้เสียหายต้องมี “หลักฐานบันทึกประจำวันบนคดี” ของพนักงานสอบสวน เพิ่มเติมจากที่ใช้ในการขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นตามที่ระบุในกฎกระทรวงฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2540) ข้อ 4 จะเห็นได้ว่า แม้ว่าเจตนารมณ์ของการคุ้มครองความเสียหายเบื้องต้นจะไม่ต้องรอการพิสูจน์ความรับผิด (มาตรา 25) แต่เนื่องจากกองทุนทดแทนฯ ต้องการไล่เบียดกับผู้ก่อให้เกิดความเสียหายทุกรายตามมาตรา 26 ดังนั้น บันทึกประจำวันในคดีของเจ้าหน้าที่ตำรวจจึงเป็นปัญหาสำคัญในการเข้าถึงความคุ้มครองจากกองทุนฯ ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

ในทางปฏิบัติ ผู้ประสบอุบัติเหตุอาจไม่ต้องการแจ้งความแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจ เพราะเกรงว่าจะถูกปรับเนื่องจากรถไม่มีประกันภัยตามพรบฯ หรืออาจต้องตกเป็นผู้ต้องหาในเรื่องของความประมาท ในกรณีของผู้ป่วยที่รับการส่งต่อมาจากที่อื่น ๆ ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากไม่น้อย หากอุบัติเหตุเกิดในท้องที่ที่อยู่ห่างไกลข้ามจังหวัด การติดตามหลักฐานบันทึกประจำวันจากสถานีตำรวจเจ้าของท้องที่ที่เกิดอุบัติเหตุอาจเป็นไปได้โดยยาก ทำให้การเบิกเงินจากกองทุนทดแทนฯ ของโรงพยาบาลในกรณีดังกล่าวเป็นไปได้น้อย

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการคุ้มครองผู้ประสบภัยตาม มาตรา 23 ได้โดยสิ้นเชิง นอกจากนี้ เงินในกองทุนฯ ซึ่งเก็บจากบริษัทประกันภัยทั้งหมดในอัตรา 2% ได้ถูกเงยขึ้นตามลำดับมาโดยตลอด ในปี 2537 มีเงินสะสมในกองทุนฯ 326.9 ล้านบาท (สงวน นิตยา-รัมภ์พงศ์ และคณะ 2538) โดยที่อัตราสินไหมทดแทน (loss ratio) ในปี 2537 เท่ากับ 4.7% และในปัจจุบันมียอดสะสมของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถประมาณ 1,300 - 1,400 ล้านบาท กองทุนนี้จะเพิ่มขึ้นตลอดไปตราบเท่าที่กฎหมายฉบับนี้ยังบังคับใช้ ทั้งนี้เพราะสำนักงานกองทุนฯ จะต้องไล่เบียดกับผู้ก่อให้เกิดความเสียหายต่อไป โอกาสหนี้สูญมีน้อย ดังนั้นจึงเกิดความสับสน และขัดแย้ง ในบทบาทของกรมการประกันภัย กรมการประกันภัยซึ่งมีหน้าที่เป็นผู้กำกับตามกฎหมายฉบับนี้ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค แต่กลับทำหน้าที่เป็นผู้รับประกันภัยแทนเสียเอง สถานการณ์ conflict of interest เช่นนี้ ทำให้ผู้บริโภค ไม่ได้รับการคุ้มครองอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ บันทึกประจำวันบนคดี ได้รับการตีความจากเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันภัยจังหวัดขอนแก่นว่า จะต้องอยู่ในรูปของ “รายงานประจำวันเกี่ยวกับคดี” เท่านั้น⁶ การได้มาซึ่งบันทึกประจำวันฯ ในลักษณะดังกล่าว ผู้ประสบภัยอาจต้องประสบความยุ่งยาก เช่น อาจถูกเบียดเบียนปรับ (อย่างต่ำ 400 บาท) หรืออาจต้อง จ่ายเงิน

⁶ ทางโรงพยาบาลจึงได้จัดทำคำชี้แจงแก่ผู้บาดเจ็บ โดยกำหนดรายละเอียดที่ควรปรากฏอยู่ในบันทึกประจำวันฯ ดังนี้ (1) ลักษณะการเกิดเหตุ (2) วัน เวลา สถานที่ ที่เกิดเหตุ (3) ชื่อ-สกุล อายุ ที่อยู่ของผู้ประสบภัยจากรถ และ (5) สถานะของผู้ประสบภัยว่าเป็นผู้ขับขี่ หรือผู้โดยสาร และอยู่ในรถคันใด (ถ้ามีคู่กรณี) รวมทั้งยี่ห้อรถ หมายเลขทะเบียน หมายเลขตัวถังหรือเครื่องยนต์ (กรณีความเสียหายที่เกิดเนื่องจากรถที่ไม่มีประกันภัยตามพรบฯ)

แก่เจ้าหน้าที่ในการอำนวยความสะดวก เพราะเจ้าหน้าที่ตำรวจต้องรับภาระในการติดตามสะสางคดี (อาจกินเวลาถึง 3 เดือน) ดังนั้นหากมีการแจ้งความ ก็มักจะกระทำในรูปของ “รายงานประจำวันรับแจ้งเป็นหลักฐาน”⁷ เนื่องจากเป็นความสะดวกของทั้งผู้ประสพภัยและของตำรวจ โดยเป็นที่เข้าใจว่าเพียงพอในการใช้เป็นหลักฐานประกอบการร้องขอรับเงินชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นจากกองทุนฯ หรือในกรณีที่เกิดจากการชื้อรถล้มเอง ตำรวจมักจะลงบันทึกประจำวันไว้เพื่อเป็นหลักฐานเท่านั้น ดังนั้นหากมีการตีความในเรื่องของหลักฐานโดยสำนักงานประกันภัยจังหวัดโดยตรงการใช้ บัญชีประจำวันเกี่ยวกับคดี เท่านั้น ผู้ประสพภัยจากรถที่ไม่มีประกันภัยตามพรบฯ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์ จะไม่ได้รับความคุ้มครองจากกองทุนฯ แต่ประการใด

ด้วยลักษณะการตีความตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎหมายของเจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อรักษามลประโยชน์ของกองทุนฯ ให้ได้มากที่สุด โรงพยาบาลและผู้บาดเจ็บจึงต้องรับภาระในการติดตามหลักฐานต่าง ๆ ก่อนสิ้นสุดระยะเวลาที่กำหนดให้ดำเนินการร้องขอรับเงินชดเชย (ภายใน 180 วัน ตามมาตรา 27) ผู้ประสพภัยเกือบทุกรายที่ไปร้องขอโดยตรงจากสำนักงานประกันภัย มักจะไม่มีเอกสารที่ถูกต้องและครบถ้วนมาแสดงในครั้งแรก ทำให้ผู้ประสพภัยจากรถหลายรายไม่กลับไปตามเรื่องอีก โรงพยาบาลมักจะให้ผู้ป่วยทำสัญญาค้างชำระในระหว่างรอเอกสารหลักฐาน หรือติดตามคู่กรณีที่เกิดความเสียหาย มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจต้องชำระด้วยเงินสดให้แก่โรงพยาบาลไปพลางก่อน

การชดเชยความเสียหายที่เกิดจากรถที่มีประกันภัยตาม พรบ.ราชบัญญัติ

ในจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนอนแกล่นเบิกจ่ายตามพรบ.คุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ มากกว่าร้อยละ 95 เป็นการเบิกโดยตรงจากบริษัทประกันภัยและเบิกจากบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ⁸ (ตารางที่ 7) ซึ่งเป็นกรณีความบาดเจ็บที่เกิดจากรถที่มีประกันภัยตามพรบ.ฯ สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่มีมูลค่าไม่เกินค่าเสียหายเบื้องต้น (15,000 บาท) ผู้ป่วยสามารถมอบอำนาจให้โรงพยาบาลเป็นตัวแทนในการเรียก

⁷ เจ้าหน้าที่ตำรวจที่ทำหน้าที่ในการสืบสวน ได้ชี้แจงว่า การแยกบันทึกประจำวัน เป็น 2 ลักษณะเช่นนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อความสะดวกในการทำงานเท่านั้น เป็นการปรับปรุงระบบที่เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อปี 2537 (ภายหลังการประกาศใช้พรบ. คุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ) ดังนั้น หลักฐานทั้งสองอย่างจึงถือว่าเป็น “บันทึกประจำวันในคดี” ซึ่งได้ระบุไว้ในกฎหมายก่อนมีการปรับปรุงระบบเอกสารดังกล่าว

⁸ การเบิกจ่ายโดยบริษัทกลางฯ ระหว่างการเรียกเก็บโดยโรงพยาบาลกับผู้เสียหายเอง คิดเป็นอัตราส่วนประมาณ 60 : 40 ทั้งนี้บริษัทกลางฯ ทำหน้าที่ใน 2 ลักษณะ คือ (1) รับผิดชอบความเสียหายที่เกิดจากรถจักรยานยนต์ซึ่งได้ทำประกันภัยไว้กับบริษัทกลางฯ ซึ่งปัจจุบัน ธุรกิจประกันภัยหลายบริษัทไม่รับทำประกันภัยให้แก่กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงนี้ (มี loss ratio ของบริษัทกลางฯ ประมาณ 83% และของบริษัทอื่นอาจมากกว่า 100% ในขณะที่สำหรับรถแท็กซี่ประมาณ 90% และรถยนต์อื่น ๆ ต่ำกว่า 50%) และ (2) เป็นตัวแทนจ่ายเงินสินไหมทดแทนตามพรบ.ฯ แทนบริษัทประกันภัยรายอื่นที่ไม่มีสาขาในท้องถิ่นหรือในกรณีที่เกิดการประวิงการจ่าย สำหรับความเสียหายที่เกิดจากรถจักรยานยนต์และรถอื่น ๆ (ประมาณ 10% ของปริมาณการเบิกจ่ายสำหรับกรณีรถที่ออกโดยบริษัทกลางฯ) ทั้งนี้ บริษัทกลางฯ จะได้รับค่าบริการจัดการในการรับเรื่องแทน 300 บาทต่อหนึ่งธุรกรรม

เก็บเงินชดเชยได้โดยไม่ต้องได้รับความเห็นชอบจากบริษัทประกันภัยเสียก่อน⁹

อย่างไรก็ตามการชดเชยความเสียหายภายใต้เงื่อนไขดังกล่าวก็ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างทันท่วงที (มาตรา 25 กำหนดให้จ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นภายใน 7 วัน) ทั้งนี้เพราะระยะเวลาเฉลี่ยที่โรงพยาบาลได้รับการชำระจากบริษัทประกันภัย กินเวลาถึง 41 - 48 วัน สำหรับค่ารักษาพยาบาลซึ่งไม่เกินค่าเสียหายเบื้องต้น และมีแนวโน้มที่นานกว่าสำหรับการเบิกค่ารักษาพยาบาลที่มีมูลค่ามากกว่าค่าเสียหายเบื้องต้น (ตารางที่ 10) จากการสัมภาษณ์และตรวจสอบข้อมูลจากทุก ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเบิกจ่ายจากบริษัทกลางฯ มีความรวดเร็วกว่าบริษัทประกันภัยมาก

ตารางที่ 10 ระยะเวลาที่ได้รับชำระค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัยตามพรบฯ โรงพยาบาลขอนแก่น
2540 - 2543

พ.ศ.	ค่าเสียหายเบื้องต้น < 15,000 บาท		ค่ารักษาพยาบาลเกิน 15,000 บาท	
	จำนวนที่เบิก	ระยะเวลา	จำนวนที่เบิก	ระยะเวลา
	(ราย)	(มัธยม, วัน)	(ราย)	(มัธยม, วัน)
2540	1,367	48	181	81
2541	1,185	43	107	51
2542	962	45	106	55
2543 (10 เดือน ถึง ค.ศ.)	508	41	28	45

ที่มา : วิเคราะห์จากข้อมูลของสำนักงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

สำหรับสัดส่วนของการได้รับการชำระค่ารักษาพยาบาล พบว่า ร้อยละ 75-87 ของจำนวนเงินที่โรงพยาบาลเรียกเก็บตามพรบฯ ได้รับการชำระครบถ้วน ที่เหลือได้รับการชำระเพียงบางส่วน (ร้อยละ 9-19) หรือไม่ได้รับการชำระเลย (ตารางที่ 11)

ปัญหาความล่าช้าหรือความไม่ครบถ้วนในการได้รับการชดเชยค่าเสียหายดังกล่าว¹⁰ มีสาเหตุจากความหย่อนยานของสำนักงานประกันภัยจังหวัดในการบังคับใช้บทกำหนดโทษตามมาตรา 44 ในกรณีที่บริษัทจ่ายเงินล่าช้ากว่าที่

⁹ การไม่มอบอำนาจให้ทางโรงพยาบาลเบิกค่าเสียหายส่วนเกิน เป็นผลดีต่อบริษัท เนื่องจากหากผู้ป่วยมีสิทธิอื่นทางการรักษาพยาบาลทางโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยอาจหันไปใช้สิทธิอื่น ๆ นั้นแทน

¹⁰ มีบางบริษัทที่มีปัญหาการประวิงการจ่ายมากกว่าที่อื่น ๆ แต่โดยรวมแล้วเกือบทุกบริษัทมีปัญหาหมด ดังนั้น ทางโรงพยาบาลจึงยกเลิกนโยบายเดิมที่เคยทำการประกาศรายชื่อบริษัทประกันภัยดีเด่นเพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ อีกต่อไป

ตารางที่ 11 การชำระค่ารักษาพยาบาลตามพรบฯ สำหรับผู้ป่วยในที่เป็นผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2540 - 2542

พ. ศ.	จำนวนทั้งสิ้น	ได้รับชำระครบ	ได้รับชำระบางส่วน
2540			
จำนวนผู้ป่วยใน	1,642 ราย	85.0%	9.4%
ค่าใช้จ่าย	18,352,134 บาท	75.1%	18.5%
2541			
จำนวนผู้ป่วยใน	1,368 ราย	86.4%	8.0%
ค่าใช้จ่าย	16,055,350 บาท	80.6%	12.7%
2542			
จำนวนผู้ป่วยใน	1,117 ราย	90.5%	5.7%
ค่าใช้จ่าย	13,492,474 บาท	87.4%	8.5%

ที่มา : วิเคราะห์จากข้อมูลของสำนักงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

หมายเหตุ ข้อมูลในตารางนี้ รวมทั้งค่าเสียหายเบื้องต้นและค่าเสียหายที่เกินกว่าค่าเสียหายเบื้องต้น

กฎหมายกำหนด หรือ ตามมาตรา 26 ในกรณีที่บริษัทไม่จ่ายเงินชดเชยหรือจ่ายไม่ครบจำนวน นอกจากนี้ ยังมีสาเหตุจากการยึดหลักปฏิบัติที่แตกต่างกัน ในเรื่องการพิจารณาจ่ายเงินชดเชย บริษัทประกันภัยมักมีความต้องการหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายซึ่งมากกว่าตามที่กฎหมายกำหนด¹¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยับกักประวัติอุบัติเหตุของพนักงานสอบสวน เพื่อให้มั่นใจว่าการบาดเจ็บนั้นเกิดจากอุบัติเหตุโดยตรงที่เอาประกันภัยกับบริษัทของตนจริง¹²

เมื่อบริษัทประกันภัยจ่ายเงินตามรายการรักษาพยาบาล (fee for service) โดยส่วนมากสถานพยาบาลมีแนวโน้มเบิกเงินเต็มพิกัด หรือ สูงกว่าพิกัดจนจนเพดานค่าเสียหายเบื้องต้น แม้เป็นการบาดเจ็บเล็กน้อยเท่านั้น บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ได้หาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยตั้งแต่กลางปี 2543 บริษัทกลางฯ ได้ทำ

¹¹ กฎกระทรวง ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2540) ข้อ 4(1) ได้ระบุหลักฐานในการร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น ดังนี้ (1) ใบเสร็จรับเงินหรือใบแจ้งหนี้ค่ารักษาพยาบาล และ (2) บัตรประจำตัวหรือหลักฐานอื่นที่ใช้แสดงตนของผู้บาดเจ็บ บางบริษัทอาจเรียกใบอนุญาตขับขี่อีกด้วย (ในกรณีกรณีได้ยกเลิกเงื่อนไขนี้ตั้งแต่ต้นปี 2543) การไม่มีใบขับขี่อาจสื่อถึงความประมาทเลินเล่อซึ่งอาจถูกบริษัทไล่เบี้ยหรือเรียกเงินค่าเสียหายเบื้องต้นคืน ตามมาตรา 31

¹² โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีข้อสงสัย เช่น การเบิกค่าเสียหายส่วนเกิน การเรียกเก็บเงินชดเชยสำหรับอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมาแล้ว การไม่แจ้งหรือไม่มีเลขที่อุบัติเหตุ หากบริษัทได้มีเจ้าหน้าที่ไปตรวจสอบการเกิดอุบัติเหตุโดยฉับพลัน เช่น กรณีอุบัติเหตุร้ายใหญ่ ปัญหาเช่นนี้จะลดลง

ข้อตกลงร่วมกับโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศกว่า 180 แห่ง เพื่อความสะดวกในการเรียกเก็บเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลคู่สัญญา ทั้งนี้ทางบริษัทกลางฯ ได้ทำการตรวจสอบโรงพยาบาลเหล่านี้โดยใช้ประสบการณ์จากระบบประกันภัยรถยนต์ภาคสมัครใจ เพื่อให้มั่นใจว่า สถานพยาบาลเหล่านั้น ไม่เรียกเก็บเงินเกินความเป็นจริง (overcharge) จากบริษัทฯ นอกจากนี้ บริษัทประกันภัยส่วนใหญ่ก็มีข้ออ้างว่า ทางสำนักงานสาขาของบริษัท (ในต่างจังหวัด) ไม่สามารถจ่ายเงินสินไหมทดแทนตามพรบฯ ด้วยตนเองได้¹³ ต้องส่งเรื่องทั้งหมดเข้าสำนักงานใหญ่ในส่วนกลาง ทำให้เกิดความล่าช้า และเป็นการท้วงเหนี่ยวการชำระสินไหมทดแทน

สำหรับประเด็นที่ให้บริการกลางฯ ทำหน้าที่รับเรื่องแทนบริษัทอื่นที่มักมีปัญหาในการจ่ายเงินชดเชยนั้น พบว่า บริษัทกลางฯ มักจะต้องถามความสมัครใจกับบริษัทที่เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์เสียก่อน ซึ่งในกรณีเช่นนี้อาจทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติงานระหว่างบริษัทกลางฯ กับกองทุนทดแทนฯ ตามมาตรา 23 (5) จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า บริษัทกลางฯ อำนวยความสะดวกและความรวดเร็วในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลดีมาก และรวดเร็วกว่าการเบิกจากบริษัทประกันภัยโดยตรง

ผลจากการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากธุรกิจประกันภัย เป็นส่วนน้อย รวมทั้งการปฏิเสธหรือประวิงการจ่ายเงินชดเชยของบริษัท ทำให้อัตราสินไหมทดแทน (loss ratio) สำหรับระบบประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับมีค่าที่

ตารางที่ 12 เบี้ยประกันภัยรับ สินไหมทดแทน และอัตราสินไหมทดแทน ของบริษัทประกันภัย ตามพรบ.ฯ

จำนวน กรมธรรม์ (ราย)	เบี้ย ประกันภัย รับโดยตรง (บาท/ราย)	เบี้ย ประกันภัย รับสุทธิ (ล้านบาท)	เบี้ย ประกันภัย ถือเป็นรายปี (ล้านบาท)	ค่าสลิปทอม ทดแทน (ล้านบาท)	อัตรา สลิปทอม ทดแทน (%)	ค่าใช้จ่าย การจัดการ สลิปทอมทดแทน (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่าย การรับ ประกันภัย (ล้านบาท)	อัตรา ค่าใช้จ่าย (%)
2536	3,227,084	1,225.97	3,832	1,086	496	46	8	na
2537	4,410,236	1,168.67	4,874	4,959	1,950	39	35	na
2538	7,851,708	860.28	6,418	5,654	2,290	41	62	na
2539	9,536,287	806.92	7,246	7,651	2,855	37	51	na
2540	9,212,921	855.94	7,433	7,197	2,682	37	99	1,841
2541	8,033,654	783.78	6,780	6,255	2,594	41	156	1,892

ที่มา กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ (ข้อมูลจากปีต่าง ๆ)

¹³ การประวิงการจ่ายอาจถูกใช้เป็นกลยุทธ์ในทางธุรกิจ หรืออาจเป็นผลกระทบจากปัญหาการขาดสภาพคล่องทางการเงินของบริษัทประกันภัยบางแห่ง เจ้าหน้าที่สำนักงานประกันภัยจังหวัดขอนแก่นชี้แจงว่า โดยทั่วไป สำนักงานสาขาของบริษัทประกันภัย (22 แห่ง) ในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น ซึ่งไม่ใช่สำนักงานตัวแทน (3 แห่ง) หรือศูนย์บริการ (5 แห่ง) สามารถจ่ายเงินค่าเสียหายเองได้โดยไม่ต้องรอการอนุมัติจากสำนักงานใหญ่ในส่วนกลาง เจ้าหน้าที่ของบริษัทกลางฯ ได้ชี้แจงเพิ่มเติมว่า สำนักงานสาขาจังหวัดของบริษัทกลางฯ สามารถจ่ายเงินค่าเสียหายเบื้องต้นได้ทันที สำหรับค่าเสียหายส่วนเกินเป็นอำนาจในระดับสำนักงานภาค

ตารางที่ 13 เบี้ยประกันภัยรับ สินไหมทดแทน และอัตราสินไหมทดแทน ของบริษัทประกันภัย สำหรับการประกันภัยรถยนต์ภาคสมัครใจ

พ.ศ.	เบี้ยประกันภัยรับ (ล้านบาท)	สินไหมทดแทน (ล้านบาท)	อัตราสินไหมทดแทน (loss ratio)
2530	2,350.3	1,565.4	66.6%
2531	3,244.1	2,175.2	67.0%
2532	4,926.7	3,375.4	68.5%
2533	7,365.5	5,071.4	68.9%
2534	9,620.8	6,377.4	66.3%
2535	11,500.9	7,770.9	67.6%

ที่มา กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ (ข้อมูลจากปีต่าง ๆ)

ค่อนข้างต่ำ¹⁴ อัตราสินไหมทดแทนอยู่ที่ประมาณ 40% อัตราค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงประมาณ 27% (ตารางที่ 12) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเทียบกับการประกันภัยรถยนต์ภาคสมัครใจ (ตารางที่ 13) ซึ่งมีอัตราสินไหมทดแทนสูงกว่า

สิทธิเข้าถึงระบบสวัสดิการ ประกันสุขภาพอื่น

จากข้อมูลในตารางที่ 9 จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่ของค่ารักษาพยาบาลซึ่งโรงพยาบาลไม่ได้เรียกเก็บจากระบบประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับตามพรบฯ ผู้ประสบภัยจากรถหรือคู่กรณีจะต้องชำระเงินเอง หรือต้องทำสัญญาค้างชำระกับทางโรงพยาบาล สำหรับการบาดเจ็บซึ่งเกิดจากรถที่ไม่มีประกันภัยตามพรบฯ เกือบครึ่งหนึ่งของผู้บาดเจ็บต้องชำระเงินเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิจากบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย หรือบัตรสุขภาพ พบว่า ทางโรงพยาบาลมัก

¹⁴ แม้จะเป็นการประกันภัยภาคบังคับ (ซึ่งกฎหมายไม่อนุญาตให้มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ตัวแทนขายประกันภัยในลักษณะของ commission) แต่เนื่องจากธุรกิจประกันภัยเล็งเห็นโอกาสในการได้รับผลตอบแทนในระบบดังกล่าวที่ค่อนข้างสูง ทำให้มีการแข่งขันเพื่อเพิ่มฐานลูกค้า ประมาณสองในสามของบริษัทประกันภัยในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น จะมีที่ตั้งอยู่ริมทางหลวงหลักสายมิตรภาพ รวมทั้งมีการตั้งเคาน์เตอร์หน้าบริเวณทางเข้าสำนักงานขนส่งจังหวัด ไม่ต่ำกว่า 15 แห่ง เพื่อรอตัดลูกค้าที่ไปจอดหรือต่อทะเบียนรถ (ซึ่งจะได้รับค่าตอบแทนเป็นส่วนแบ่งประมาณ 10-25%) นอกจากนี้ในบริเวณใกล้เคียง ยังมีผู้ที่ให้บริการตรวจสอบรถโดยไม่คิดมูลค่าสำหรับลูกค้าที่ทำประกันภัยและต่อทะเบียนรถกับตน ทั้งนี้ไม่รวมถึง ร้านค้าห้องแถว convenient store สถานีบริการน้ำมัน หรือแม้แต่สำนักงานประกันสุขภาพของโรงพยาบาลที่มีการขายประกันภัยตามพรบฯ บริษัทหลายแห่งให้ค่าตอบแทนแก่ร้านค้าตัวแทนในการรับทำประกันภัย (มักเป็นร้านซ่อมมอเตอร์ไซด์) ในอัตราค่าธรรมเนียมละ 5-10 บาท

จะให้ผู้ป่วยรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ไม่เกินค่าเสียหายเบื้องต้นเสียก่อน จึงจะมีสิทธิใช้ในส่วนเกินได้ หากผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายได้ก็จะตกเป็นภาระของโรงพยาบาล หากเป็นกรณีการใช้สิทธิจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ผู้ป่วยจะต้องชำระเงินค่าปรับเนื่องจากการไม่มีประกันภัยตามพรบฯ แก่พนักงานสอบสวนเสียก่อน แล้วนำหลักฐานเพื่อให้ทางโรงพยาบาลทำเรื่องตั้งเบิกให้

ปัญหาความซ้ำซ้อนของการชดเชยค่ารักษาพยาบาลสำหรับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรจะเห็นได้ชัดเจนในกรณีผู้ป่วยที่มีสิทธิในระบบประกันสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบาดเจ็บจากกรณีที่ไม่มีการประกันภัยตามพรบฯ ผู้ป่วยร้อยละ 10 ใช้สิทธิประกันสังคม ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากกองทุนทดแทนฯ (ตารางที่ 9) ทั้ง ๆ ที่ควรจะต้องเป็นภาระของพรบฯ นี้ แต่ระบบสวัสดิการ หรือการประกันสังคม ต้องมาแบกรับภาระแทน จึงส่งผลให้บริษัทประกันภัยมีกำไรค่อนข้างสูง จากพรบ. นี้

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีหนังสือกำชับให้โรงพยาบาลถือปฏิบัติ โดยมีให้เรียกเก็บค่าบริการจากผู้บาดเจ็บโดยตรง แต่ให้ดำเนินการเบิกจ่ายจากบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนฯ เสียก่อน ถ้ายังไม่พอเพียงสำหรับค่ารักษาพยาบาลก็ให้ขอรับจากสำนักงานประกันสังคม โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ประสบภัยจากรถเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลอื่นที่ผู้ประกันตนมิได้เป็นสมาชิกอยู่ (ซึ่งผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกของการรักษา)

ในทางปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลขอนแก่นเปิดเผยว่า หากทางโรงพยาบาลไม่แน่ใจว่าผู้บาดเจ็บซึ่งมีสิทธิตามพรบ. ประกันสังคมจะสามารถแสดงหลักฐานการมีประกันตามพรบ. คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถได้ โดยเฉพาะกรณีที่ผู้บาดเจ็บมิได้เป็นสมาชิกเครือข่ายประกันสังคมของโรงพยาบาล หรือมิได้เกิดอุบัติเหตุในขณะที่ปฏิบัติงานที่การทำงาน เช่น คนขับรถบรรทุกน้ำมัน โรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะใช้สิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากระบบประกันสังคมไปก่อน¹⁵

บทสรุป

แม้ว่าเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถฉบับปัจจุบัน จะมุ่งคุ้มครองความเสียหายที่เกิดขึ้นกับร่างกายและชีวิตของผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจรอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในกรณีของค่าเสียหายเบื้องต้นซึ่งไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิดชอบ แต่จากการศึกษานี้กลับพบว่า ส่วนใหญ่ของค่ารักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังมิได้รับการชดเชยจากระบบประกันภัยรถยนต์ภาคบังคับตามพรบฯ โดยมีเหตุ

¹⁵ แนวคิดเรื่องการให้ผู้ประสบภัยจากรถที่ไม่มีประกันภัยตามพรบฯ ใช้สิทธิตามพรบ. ประกันสังคม ก่อนใช้สิทธิตามพรบ. คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถ ในการเรียกเก็บเงินชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นจากกองทุนทดแทนฯ ได้รับการชานรับจากเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันภัยจังหวัด ซึ่งต้องการรักษาผลประโยชน์ของตนเองด้วยการพยายามจ่ายเงินของกองทุนฯ ให้น้อยที่สุด โดยอ้างว่าผู้ประสบภัยจากรถควรเป็นผู้มีสิทธิเลือกที่จะใช้สิทธิที่ตนมีอยู่อย่างไรก็ได้

ปัจจัยจาก ช่องโหว่ของกฎหมายในการกำหนดเงื่อนไขของการคุ้มครองความเสียหาย ปัญหาการบังคับใช้กฎหมายต่อเจ้าของรถในการจัดให้มีประกันภัยตามพรบฯ และต่อบริษัทประกันภัยในการจ่ายสินไหมทดแทน ความขัดแย้งทางผลประโยชน์ภายในตนเอง (conflict of interest) ของหน่วยงานที่มีหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย แต่กลับทำหน้าที่เป็นผู้รับประกันภัยเสียเอง ดังนั้นจึงสามารถสรุปปัญหาเป็นข้อ ๆ ได้ดังนี้

(1) การฝ่าฝืนไม่ทำประกันภัยตามพรบฯ ของเจ้าของยานพาหนะ และการผ่อนผันในการต่อทะเบียนรถ โดยไม่มีประกันภัยตามพรบฯ โดยมี conflict of interest ระหว่างกรมการประกันภัยและกรมการขนส่งทางบก ตามมาตรา 19 ของพรบฯ กำหนดให้ “กรมการขนส่งทางบก ตรวจสอบการได้จัดให้มีประกันภัยก่อนจะรับจดทะเบียน” นั้น ในทางปฏิบัติ กรมการขนส่งทางบกจัดให้มีการต่อทะเบียน ถ้าเจ้าของรถยืนยันว่าต้องการต่อทะเบียนโดยยังไม่มีการจัดให้มีการประกันภัยตามพรบฯ

(2) เงื่อนไขในพรบ คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถสำหรับการจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นซึ่งเกิดจากรถที่ไม่มีประกันภัยตามพรบฯ ซึ่งกำหนดให้มีการไล่เบี้ยหรือเรียกเงินคืนจากผู้ก่อให้เกิดความเสียหายโดยกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ทำให้ผู้บาดเจ็บไม่อยากจะสิทธิในการเรียกร้องค่าเสียหายจากกองทุนฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีผู้ประสบภัยจากรถมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าของรถที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น เป็นผู้ซื้อหรือขายจักรยานยนต์ที่มักไม่มีประกันภัยตามพรบฯ

(3) การประวิงการจ่ายเงินชดเชยของธุรกิจประกันภัยสำหรับความเสียหายซึ่งเกิดจากรถที่มีประกันภัยตามพรบฯ

(4) การใช้สิทธิประโยชน์ทางการรักษาพยาบาลที่ซ้ำซ้อน โดยที่ระบบการคลังสุขภาพอื่น มารับภาระจากการประสบภัยจากรถแทนบริษัทประกันภัย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเกิดขึ้น ในสถานการณ์ที่ยังไม่มีระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย จึงมีความจำเป็นต้องจัดให้มีการรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลสำหรับการบาดเจ็บจากรถ การศึกษานี้ได้สะท้อนถึงความไม่เหมาะสมที่เงื่อนไขการเบิกจ่ายค่าเสียหายถูกผูกไว้กับธุรกิจประกันวินาศภัย ซึ่งมีกรมการประวิงการจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาล การดำเนินการของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย มีพฤติกรรมไม่แตกต่างจากบริษัทประกันภัยนัก โดยมีมุ่งผลประโยชน์ของกรมการประกันภัยจากการบริหารกองทุนนี้ เพราะสามารถนำดอกผลของกองทุน (ไม่เกินร้อยละ 20) มาเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงาน และค่าใช้จ่ายอื่นของสำนักงานกองทุนทดแทนฯ การมี conflict of interest เช่นนี้ กรมประกันภัยไม่สามารถแสดงบทบาทในการคุ้มครองผู้บริโภคตามเจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้ได้เท่าที่ควร

เมื่อประเทศไทยมีการดำเนินการเพื่อให้เกิดการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามนโยบายรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ที่แถลงไว้เมื่อเดือน กุมภาพันธ์ 2544 จึงสมควรจะได้พิจารณาถึงความจำเป็นและความเหมาะสมของ พระราช-

บัญญัติฉบับนี้ ทางเลือกเชิงนโยบายในการปรับกฎหมายฉบับนี้ ได้แก่

1. ทางเลือกที่หนึ่ง ยกเลิกกฎหมายนี้ทั้งฉบับ โดยให้กรมการขนส่งทางบกเป็นผู้จัดเก็บเบี้ยประกันภัยตามลักษณะการใช้งานของรถ และส่งรายได้ทั้งหมดให้สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินการจัดสรรให้สถานพยาบาล ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ทางเลือกนี้ สามารถแก้ไขปัญหาความซ้ำซ้อนสิทธิประโยชน์อื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนจะมีแรงจูงใจในการจัดบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นสำหรับการเจ็บป่วยธรรมดา หรือการประสพภัยจากรถ อย่างเท่าเทียมกันหมด โดยไม่ต้องเบิกจ่ายจากหลายแหล่งเงินทุน

2. ทางเลือกที่สอง แก้ไขพระราชบัญญัติฉบับนี้ โดยให้บริษัทประกันภัยมีหน้าที่ในการจัดเก็บเบี้ยประกันภัย โดยได้รับค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บ ในอัตราที่กำหนดตามความครอบคลุมของรถที่มีประกันภัย นอกจากนี้ให้จ่ายสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพ และตาย โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายในการบริหารสินไหมทดแทน 2 ประการในอัตราที่กำหนด เบี้ยประกันภัยที่เหลือทั้งหมดให้ส่งสำนักงานกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินการจัดสรรให้สถานพยาบาล ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดต่อไป

แม้ว่าผลการศึกษาจะ เป็นข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาของจังหวัดขอนแก่นเพียงแห่งเดียว แต่ก็สอดคล้องกับรายงานการวิจัยชิ้นอื่นก่อนหน้านี้ที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ประสบภัยจากรถยังไม่ได้รับหลักประกันในการได้รับการชดเชยความเสียหายอย่างทันท่วงที การศึกษาทุกชิ้น พบปัญหาของการดำเนินการตามกฎหมายฉบับนี้มาโดยตลอด ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงความคุ้มครองตามเจตนารมณ์ตามกฎหมาย เนื่องจากเป็นความเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุโดยรถที่ไม่มีประกัน โดยที่เงื่อนไขในกฎหมายที่กำหนดให้กรมการขนส่งทางบกเป็นผู้ตรวจสอบการเอาประกันตามพรบฯ เมื่อมีการต่อทะเบียนรถ และกรมการประกันภัยเป็นผู้บริหารกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ. วิทยา ชาดิบัญชาชัย และเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายของโรงพยาบาลขอนแก่น, สถานีตำรวจภูธรอำเภอเมือง สำนักงานขนส่งจังหวัด สำนักงานประกันภัยจังหวัด บริษัทประกันวินาศภัยในจังหวัดขอนแก่น ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับงานวิจัยนี้ ขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนโครงการเมธีวิจัยอาวุโส ด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข ขอขอบคุณ ดร. สุวณัฏ์ สุรเสียงสังข์ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งได้กรุณาทบทวนความถูกต้องสมบูรณ์ของรายงานฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการประกันภัย รายงานประจำปีของกรม ปี 2535 - 2540 กรุงเทพฯ กระทรวงพาณิชย์
2. โชคชัย มานะธนะ สุภาพรรณ กิตติวิศิษฐ์, ศรีสุดา ปลั่งกลาง, และคณะ. การพัฒนาระบบในการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2542
3. วรณภา สุมิรัตน์. ค่ารักษาพยาบาลและสิทธิในการเบิกของผู้ป่วยอุบัติเหตุยานยนต์ที่รับไว้ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข วารสารกรมการแพทย์ 2541 ; 23 : 729-38
4. วัฒนาศ จันเจริญ, ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และ นันทวรรณ วิจิตรวาทการ. ค่าใช้จ่ายและลักษณะของผู้ประสบภัยยานยนต์ กรุงเทพฯ วิทยาลัยการสาธารณสุข และคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2537
5. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์, ศิริวรรณ พิชัยรังสฤษฎ์ Health Insurance System - An Overview กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2544
6. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, สุมาภรณ์ แซ่ลิ่ม, รสสุคนธ์ กังวาลเลิศ และคณะ. ผลกระทบของพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 รายงานการวิจัย 2538
7. อารี โคตรประทุม. ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในที่ประสบภัยจากรถกับการใช้สิทธิต่าง ๆ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2541 นำเสนอในการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข 2543
8. Suphanchaimat W, Chadbunchachai W, Kulleab S, Sriwivat S. 1997. Emergency Medical Service System in Thailand : Situation Analysis, October 1997. Khon Kaen ; Pen printing
9. Wibulpolprasert S. (ed) 2000. Thailand Health Profile 1997-1998. Bangkok ; Printing press, Express Transportation Organization, 2000

ต้นทุนดำเนินการของสถานอนามัย ในจังหวัดสมุทรสาคร ปีงบประมาณ 2542

Operating Costs of Health Centers in Samut Sakhon, Fiscal Year 1999

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์*

ธีรธัช กันตามระ**

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร *

Siriwan Pitayarsarit*

Therathat Kantamara**

Viroj Tangcharoensathien *

บทคัดย่อ

จังหวัดสมุทรสาคร เป็นจังหวัดขนาดเล็กในภาคกลาง มี 3 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอบ้านแพ้ว และอำเภอกะทู้มแบน โรงพยาบาลชุมชนบ้านแพ้วจะเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐแห่งแรก ที่ออกตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ.2542 ซึ่งจะเปลี่ยนวิธีการงบประมาณจากแบบกิจกรรมโครงการไปเป็นแบบเหมาจ่าย และจะมีผลกระทบต่อระบบการคลังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสถานอนามัย การศึกษาต้นทุนของสถานอนามัย ปีงบประมาณ 2542 ครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ทราบต้นทุนรวมของสถานอนามัย และต้นทุนต่อหน่วยการบริการประเภทต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการการเงินของทั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานอนามัยเอง

วิธีการศึกษา การศึกษาที่ศึกษาเฉพาะต้นทุนดำเนินการในปีงบประมาณ 2542 โดยการสำรวจสัดส่วนการใช้เวลาสำหรับกิจกรรมต่างๆ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในสถานอนามัยทุกแห่ง ต้นทุนค่าวัสดุ เก็บข้อมูลจริง ที่ใช้สำหรับกิจกรรมต่างๆ ต้นทุนของกิจกรรมบริหารและรายงานกระจายมาให้กิจกรรมบริการ โดยวิธีการกระจายตรง (Direct allocation)

ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนดำเนินการของสถานอนามัยในจังหวัดสมุทรสาครเฉลี่ย 120 บาทต่อหัวประชากรต่อปี ประกอบด้วยต้นทุนของสถานอนามัย 110 บาทต่อคนต่อปี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 10 บาทต่อคนต่อปี ต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยต่อสถานอนามัยเป็น 834,136 บาทต่อปี ประกอบด้วยค่าแรงร้อยละ 56 และค่าวัสดุและเวชภัณฑ์ร้อยละ 44 สถานอนามัยมีเจ้าหน้าที่เฉลี่ย 4.2 คนต่อแห่ง จัดสรรเวลาให้กับงานรักษาพยาบาลร้อยละ 22 งานบริหารและรายงานร้อยละ 27 งานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุร้อยละ 18 และงานในชุมชนประมาณร้อยละ 30 งานรักษาพยาบาลมีต้นทุนร้อยละ 35 ของต้นทุนทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าวัสดุและเวชภัณฑ์ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 59 บาทต่อครั้ง (พิสัย 53-65) และต้นทุนต่อหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพวัยแม่และเด็กเฉลี่ยเป็น

* โครงการเมธีวิจัยอาวุโส
ด้านการคลังและเศรษฐศาสตร์
สาธารณสุข

* Senior Research Scholar
Program on Health
Economic and
Financing

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา

**Pranakornsri Ayudhaya
Provincial Public Health
Office

100 บาทต่อครั้ง (พิสัย 88-120) เมื่อรวมต้นทุนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอด้วยจะมีต้นทุนเพิ่มอีกประมาณร้อยละ 9 จำนวนเจ้าหน้าที่ต่อสถานอนามัย ขนาดของรายจ่ายด้านแรงงาน และผลิตภาพ (Productivity) มีอิทธิพลต่อต้นทุนต่อหน่วยของสถานอนามัย ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม

การศึกษานี้ แสดงข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนว่า โรงพยาบาลจะซื้อบริการจากสถานอนามัยในอัตราเท่าไรจึงจะสะท้อนต้นทุนของสถานอนามัย โรงพยาบาลอาจจะมีวิธีการต่างๆ เช่น จ่ายให้สถานอนามัยเป็นอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากรตามจำนวนประชากรในความรับผิดชอบ ต้นทุนรวมตามกลุ่มกิจกรรม หรือต้นทุนแต่ละกิจกรรม เป็นต้น

Abstract

Samut Sakhon, a small province in central region has three districts, Muang, Banphaeo and Krathumbaen. Banphaeo hospital, the first autonomous hospital in Thailand through Public Organization Act, 2542 BE. will be financed through capitation according to the population size in the district. This will have significant changes to financing mechanism at Provincial Public Health Office and health centers in the district. The objective of this study is to assess unit operating cost (namely covers labor and material costs, excludes capital depreciation costs) of services provided by health centers in order that Banphaeo hospital could fairly purchase care from health centers.

Methodology: This study assessed operating cost in fiscal year 2542 BE., among all health centers in the province. Staff time allocation survey was done to allocate labor cost to various key activities of health center, material cost was directly collected for each activities. Cost from general administration and reporting function were allocated to service activities using simple allocation method.

Results: operating expenditure per capita population at health center was 120 Baht per year, (110 Baht from health centre and 10 Baht from District Health Office). Annual operating expenditure was 834,136 Baht per health centre, of which 56% was labor and 44% material cost. Each health center was staffed by 4.2 health workers. Health worker time allocation reported 22% contributed to curative

services, 27% to administrative function, 18% to health promotion activities and 30% to community based services. Curative services consumed 35% of total operating expenditure mostly drugs and supplies. Unit operating cost for curative service at health center was 59 Baht per visit (range 53 to 65), health promotion and mother child health services was 100 Baht per visit (range 88 to 120). If cost from District Health Office was included, unit cost would increase by 9%. Unit cost was influenced by staffing intensity, magnitude of labor cost and productivity. Unit cost is one of several tools for proper resource allocation.

This study provides evidence on how hospital could purchase services from health center that reflects operating cost. Several options are capitation base on population size, total cost inclusive for each group of activities, or unit cost per service rendered.

ความเป็นมา

สถานอนามัย ทำหน้าที่ผสมผสานทั้งบริการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในระดับตำบล เป็นระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ในปี 2543 มี สถานอนามัยทั้งสิ้น 9,661 ครอบครัวประชากรเฉลี่ย 5,780 คน

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร เป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐบาลแห่งแรกของประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ.2542 เมื่อ เดือน ตุลาคม 2543 และได้รับจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานงบประมาณ เป็นรายหัวประชากรในพื้นที่ ในอัตรา 782 บาทต่อหัว⁽¹⁾ ซึ่งรวมบริการของสถานอนามัยในพื้นที่อำเภอบ้านแพ้วด้วย ทั้งนี้ไม่รวมรายจ่ายหมวดเงินเดือนค่าจ้างของสถานอนามัย ซึ่งยังคงเบิกจ่ายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามระบบปกติ ค่าถามเชิงนโยบายคือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งถืองบประมาณจะจ่ายเงินเพื่อซื้อ

บริการจากสถานอนามัยในอัตราที่เหมาะสมเท่าไร นอกจากนี้ยังมีโครงการประกันสังคม ซึ่งโรงพยาบาลสมุทรสาคร และ โรงพยาบาลบ้านแพ้วจะต้องจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการจากสถานอนามัยในฐานะเป็น Subcontractor network ด้วย ถ้าไม่มีข้อเท็จจริงด้านต้นทุนของสถานอนามัยเป็นเกณฑ์ การตัดสินใจ ก็จะทำให้เกิดปัญหาในการบริหารเงินให้เป็นธรรมทั้งสองฝ่าย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาต้นทุนดำเนินการ (Recurrent cost) ซึ่งประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรงและค่าวัสดุ (โดยไม่รวมต้นทุนค่าเสื่อมราคาของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์) โดยเก็บข้อมูลรายจ่ายเงินงบประมาณและเงินบำรุง โดยไม่รวมรายจ่ายจากเงินประกันสังคม เพื่อให้เห็นต้นทุนดำเนินการรายกิจกรรมของสถานอนามัยทุกแห่งในจังหวัดสมุทรสาคร ในปีงบประมาณ 2542 เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูล

