

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาจะนำเสนอในหัวข้อต่อไปนี้

1. หลักเศรษฐศาสตร์และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่สำคัญ
2. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย
3. โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. หลักเศรษฐศาสตร์และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่สำคัญ

1.1 ต้นทุน (Costs) สามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1.1.1 ต้นทุนทางตรง (Direct Costs) เป็นค่าใช้จ่ายโดยตรงที่เกิดจากการให้บริการ ซึ่ง ได้แก่ค่าใช้จ่ายในการลงทุน ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ และค่าใช้จ่ายในการที่คนไข้ต้องมาโรงพยาบาล ต้นทุนทางตรง อาจแบ่งย่อยออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

ก. ต้นทุนทางตรงจากการให้บริการทางการแพทย์ (Direct Medical Cost) เป็นต้นทุนที่เกิดจากการรักษาคนไข้โดยตรง ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง (Labour Cost) ต้นทุนค่าวัสดุเครื่องมือใช้ (Material Cost) และ ต้นทุนค่าลงทุน (Capital Cost)

ข. ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ (Direct Nonmedical cost) ต้นทุนชนิดนี้ไม่ได้เกิดจากการรักษาคนไข้โดยตรง แต่เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยของคนไข้ และคนไข้ต้องเดินทางมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจึงเป็นค่าใช้จ่ายที่คนไข้ต้องจ่ายเอง เช่น ค่าอาหาร ค่ายานพาหนะ ค่าที่พักของญาติที่มาพร้อมคนไข้ เป็นต้น

1.1.2 ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Costs) เป็นต้นทุนที่มีได้เกิดจากการให้บริการโดยตรง แต่เป็นผลเนื่องมาจากการเจ็บป่วย เช่น

- ความเจ็บป่วย(Morbidity)ทำให้คนไข้ต้องขาดงานเสียโอกาสที่จะประกอบอาชีพได้ตามปกติ หรือเกิดความพิการทำให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง

- ความตาย(Mortality) การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรไม่สามารถสร้างผลผลิตให้แก่สังคมได้เท่ากับระยะเวลาที่เขาควรจะมีชีวิตอยู่

1.1.3 ต้นทุนไม่มีตัวตน (Intangible Cost) ได้แก่ ความเจ็บปวดทรมาน ความเศร้าโศกเสียใจ ความกลัว ความว้าเหว่ ซึ่งยากที่จะวัดและประเมินออกมาเป็นตัวเลขได้ แต่เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงเสมอในการประเมินผล

1.2 ทิศนะของมุมมอง (Perspective or Point of View)

การประเมินต้นทุน จำเป็นต้องทราบว่าประเมินโดยทัศนะ หรือโดยสายตาของใคร เพราะการคำนวณต้นทุนและผลที่ได้จะแตกต่างกัน แล้วแต่ว่าประเมินโดยทัศนะของโรงพยาบาล หรือผู้ให้บริการ (Provider) ของคนไข้ (Patient) หรือของสังคมโดยรวม (Society) เช่น

- ต้นทุนในทัศนะของโรงพยาบาล คือ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการนั้น โดยจะไม่เท่ากับค่าบริการ (Charge) ที่คิดกับคนไข้

- ส่วนต้นทุนในทัศนะของคนไข้ คือ ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่คนไข้ต้องจ่ายในการมารับบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ เช่น การขาดงาน เป็นต้น

- ต้นทุนในทัศนะของสังคม จะเป็นผลรวมของต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นในสังคมนั้น เช่น การทำลายสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกของชุมชนหรือสังคมต่อการบริการสาธารณสุข เป็นต้น

1.3 การปรับต้นทุนและผลได้ในอดีตหรืออนาคตมาเป็นมูลค่าปัจจุบัน

ผลแห่งความเจริญทางเศรษฐกิจของระบบเศรษฐกิจเอง จะมีผลทำให้ค่าของเงินต่ำลงเรื่อย ๆ เป็นต้นว่า มูลค่าของเงิน 100 บาท ในปัจจุบันจะมีค่าที่แท้จริงมากกว่า 100 บาท ใน 10 ปีข้างหน้า หรือในทำนองเดียวกันมูลค่าเงิน 100 บาทในอดีต 10 ปี ที่ผ่านมา จะมีค่าที่แท้จริงมากกว่า 100 บาทในปัจจุบัน

เพราะฉะนั้น ในการประเมินต้นทุนของโครงการ โดยเฉพาะในโครงการระยะยาว ซึ่งต้นทุนเกิดขึ้นในช่วงต่าง ๆ กัน จึงจำเป็นต้องปรับต้นทุนมาเป็นมูลค่าในปัจจุบันเสียก่อน โดยใช้ อัตราลด (Discount Rate) ที่เหมาะสม แล้วจึงนำตัวเลขที่ปรับแล้วนี้ มาเปรียบเทียบกันได้

1.4 วิธีการประเมินประสิทธิภาพ

(Specific Focus of Economic Evaluation)

1.4.1 การวิเคราะห์ต้นทุน (Cost Identification) หรือการวิเคราะห์ต้นทุนที่น้อยที่สุด (Cost-Minimization Analysis) เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างบริการ ซึ่งคาดว่าจะให้ผลเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันว่าบริการชนิดใดใช้ต้นทุนน้อยที่สุด เช่น เปรียบเทียบ ต้นทุนการให้วัคซีนป้องกันโรคหัด ระหว่างวิธีการให้ผ่านทางหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ กับวิธีให้ผ่านทาง สถานบริการของรัฐ เมื่อผลที่ได้คือ จำนวนเด็กที่ได้รับการป้องกันโรคหัดจากทั้ง 2 วิธี ได้ผลใกล้เคียงกัน วิธีนี้ข้อจำกัดในการใช้ที่ ผลที่ได้ไม่เหมือนกัน

1.4.2 การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis) หรือ CEA เป็นการประเมินผลที่ได้ ซึ่งวัดออกมาในรูปของผลทางคลินิก เช่น จำนวนผู้ป่วยที่หายจากโรค จำนวนผู้ได้รับการป้องกันโรค จำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิต เป็นต้น นิยมคำนวณออกมาในรูปของ

- ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยผลผลิต (Cost per Outcome)
- ผลผลิตต่อค่าใช้จ่าย 1 หน่วย (Outcome per Cost)
- ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นต่อผลผลิตที่เพิ่มขึ้น (Incremental Cost per Incremental Outcome)
- ต้นทุนที่เพิ่มจากการเพิ่มบริการ 1 หน่วยต่อผลผลิตที่เพิ่มขึ้นจากการให้บริการเพิ่มขึ้น 1 หน่วย (Marginal Cost per Marginal Outcome)

ข้อจำกัดของวิธี CEA นี้คือ ไม่สามารถวิเคราะห์ในกรณีที่ ผลได้ไม่เหมือนกันหรือวัดผลออกมาหลาย ๆ อย่าง

1.4.3 การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ (Cost-Benefit Analysis) หรือ CBA

เป็นการประเมินค่าต้นทุนและผลได้ทั้งหมดออกมาเป็นหน่วยเดียวกัน ซึ่งนิยมตีค่าเป็นตัวเงิน การวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 3 วิธี คือ

ก. ผลได้สุทธิ (Net Benefit) วิเคราะห์โดยประเมินค่าต้นทุนและผลได้ทั้งหมดเป็นตัวเงิน แล้วนำมาเปรียบเทียบกัน

$$\text{Net Benefit} = \text{Total Benefit} - \text{Total Cost}$$

ข. อัตราส่วนของผลได้ต่อต้นทุน 1 หน่วย (Benefit-Cost Ratio) เป็นการเปรียบเทียบอัตราส่วนของผลได้ต่อต้นทุน 1 หน่วย ซึ่งการตัดสินใจลงทุนที่เหมาะสม ควรลงทุนเมื่อ ค่า Benefit per Cost มีค่ามากกว่า 1

ค. การวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้ที่เพิ่มขึ้น (Incremental Analysis) เป็นการเปรียบเทียบต้นทุนที่เพิ่มขึ้นต่อผลได้ที่เพิ่มขึ้น ระหว่างกิจกรรมหรือโครงการ

$$\text{Incremental Ratio} = \frac{\text{Incremental Cost}}{\text{Incremental benefit}}$$

ข้อจำกัดของการวิเคราะห์แบบ CBA คือต้องมีการรวบรวมข้อมูลเป็นจำนวนมาก และต้องกำหนดเงื่อนไขหลายประการ เพื่อประกอบการศึกษาข้อมูล อีกทั้งยังต้องเปลี่ยนข้อมูลให้อยู่ในรูปตัวเงิน จึงมีปัญหारेื่องความถูกต้องความน่าเชื่อถือและการยอมรับ เช่น การประเมินค่าของชีวิตเป็นตัวเงิน หรือการประเมินมูลค่าการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน เป็นต้น

ง. การวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (Cost-Utility Analysis) หรือ CUA เป็นวิธีใหม่ที่กำลังได้รับความนิยม จะวัดผลได้ในรูปของสถานะสุขภาพ (Natural Unit) แล้วประเมินค่าออกมาเป็นคุณภาพชีวิต (Quality of Life หรือ Utility Unit) อันได้แก่จำนวน วัน หรือ ปี ที่มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีสมรรถภาพ นิยมปรับเป็นหน่วยของ QALY's (Quality Adjusted Life Years) แล้วจึงนำมาเปรียบเทียบกัน (Pirom Kamol-ratanakul, 1994, p.854-860)

2. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลและการประกันสุขภาพในประเทศไทย สามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1สวัสดิการของรัฐ (Social Welfare)

เป็นสวัสดิการรักษายาบาลของรัฐ จัดให้แก่บุคคลบางประเภท ได้แก่

2.1.1 สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ สำหรับข้าราชการและลูกจ้างประจำ จะได้รับสวัสดิการรักษายาบาลซึ่งคุ้มครองรวมไปถึงบิดามารดา คู่สมรสและบุตรอีก 3 คน รวมสิทธิทั้งสิ้น 7 คนต่อข้าราชการหรือลูกจ้าง 1 คน การรักษายาบาลฟรีนี้ถือเป็นสวัสดิการทางอ้อมเพื่อชดเชยเงินเดือนที่ต่ำมากในภาคราชการ รวมทั้งผู้ได้รับความคุ้มครองรูปแบบนี้ ประมาณ 5.7 ล้านคน หรือร้อยละ 9.5 ของประชากรทั่วประเทศ

2.1.2 โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล

โครงการนี้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ.2518 และได้ดำเนินการเต็มรูปแบบทั่วประเทศอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ.2524 โดยเริ่มแรกนั้นกำหนดเกณฑ์รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนต่ำกว่า 2,000 บาท หรือคนโสด ต่ำกว่า 1,500 บาท เป็นเส้นแบ่งระดับความยากจน ซึ่งเกณฑ์นี้ได้เปลี่ยนแปลงมาตลอดเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ได้รับความคุ้มครองตามโครงการนี้ประมาณ 12 ล้านคน หรือร้อยละ 20 ของประชากรทั่วประเทศ

2.1.3 โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล โครงการนี้เริ่มต้น

เมื่อ พ.ศ.2534 กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยสวัสดิการรักษายาบาลหรือระบบประกันสุขภาพอื่นใด แต่ในทางปฏิบัติแล้วมีการออกบัตรสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ให้แก่ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปทุกราย รวมจำนวนผู้ที่ได้รับความคุ้มครอง ประมาณ 4.3 ล้านคน หรือ ร้อยละ 7.3 ของประชากรทั่วประเทศ

2.1.4 โครงการประกันสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา กลุ่มเป้าหมายของโครงการ

คือ นักเรียนประถมศึกษา ในสังกัดสำนักงานการศึกษาแห่งชาติ ที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพใดในทางปฏิบัติโรงเรียนไม่สามารถเลือกออกบัตรให้เฉพาะกลุ่มเป้าหมายแท้จริงได้จึงจำเป็นต้องออกบัตรให้นักเรียนทุกคน รวมผู้ได้รับความคุ้มครองประมาณ 6.7 ล้านคน

2.1.5 โครงการสงเคราะห์เด็ก 0 - 12 ปี กลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้ค่อนข้างจะซ้ำซ้อนกับระบบประกันสุขภาพแบบอื่นๆ โดยเฉพาะกับโครงการประกันสุขภาพนักเรียน ประถมศึกษา อย่างไรก็ตามโครงการนี้ให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพประชากรทั่วประเทศ จำนวนมาก ถึงร้อยละ 24.5 โดยประมาณ

2.1.6 สวัสดิการรักษายาบาลเฉพาะตัวอื่นๆ เช่น โครงการสงเคราะห์ผู้พิการ คุ้มครองประชากรประมาณร้อยละ 1.8 สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับพระและนักบวช คุ้มครองประชากรประมาณร้อยละ 0.5 สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับทหารผ่านศึก คุ้มครองประชากรประมาณ ร้อยละ 0.3

2.2. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory Health Insurance)

2.2.1 กองทุนทดแทนแรงงาน ดำเนินการภายใต้ประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ.2515 ซึ่งกำหนดให้กองทุนทดแทนในกรมแรงงาน เพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานให้แก่นายจ้างโดยให้นายจ้างจ่ายเงินสมทบแต่ฝ่ายเดียวในอัตราที่กำหนดโดยกระทรวงมหาดไทยในขณะนั้น การดำเนินการจริงเริ่มตั้งแต่ปี 2517 โดยเริ่มจากสถานประกอบการที่มีลูกจ้างเกินกว่า 20 คน ในกรุงเทพฯ และปริมณฑลก่อน ต่อมาจึงค่อยๆ ขยายไปยังจังหวัดต่างๆ จนปัจจุบันครอบคลุมแรงงานประมาณ 3 ล้านคน

2.2.2 กองทุนประกันสังคม พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ให้บังคับแก่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป โดยที่นายจ้าง ลูกจ้างและรัฐบาล สมทบเงินฝ่ายละเท่าๆ กัน ในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างให้เป็นกองทุนเงินประกันสังคม ซึ่งลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตนจะมีสิทธิประโยชน์ 4 ประการ คือ

ก. การเจ็บป่วยที่ไม่สืบเนื่องจากการทำงาน

ข. การคลอดบุตร

ค. ทดพลาภาพ

ง. การตาย

นอกจากนี้ยังจะได้รับเงินทดแทนการสูญเสียรายได้ระหว่างการเจ็บป่วยและหรือกรณีทุพพลภาพด้วย ปัจจุบันมีผู้ที่ได้รับความคุ้มครองโดยระบบนี้ ประมาณ 4 ล้านคน

2.2.3 การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ผู้ที่ประสบภัยจากรถทุกคนจะได้รับความคุ้มครองเบื้องต้นแน่นอนและทันที ทั้งนี้เนื่องจากการบังคับใช้ พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 จำนวนผู้ที่ได้รับความคุ้มครองโดยระบบนี้ยังไม่มีตัวเลขที่แน่นอน

2.3 การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary Health Insurance)

2.3.1 การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน การประกันสุขภาพระบบนี้ให้ความคุ้มครองประชากรเพียงร้อยละ 1 หรือประมาณ 6 แสนคนทั่วประเทศ เนื่องจากผู้เอาประกันจะต้องเป็นผู้ที่มีรายได้สูงพอหรือมีเศรษฐกิจที่ดีพอที่จะจ่ายเบี้ยประกันได้

2.3.2 โครงการบัตรสุขภาพ ครอบคลุมประชากรประมาณ 3 ล้านคน หรือร้อยละ 5.1 ของประชากรทั่วประเทศ ซึ่งรายละเอียดของโครงการนี้ จะได้กล่าวต่อไปในหัวข้อที่ 3.

กล่าวโดยสรุปแล้ว หากหักความซ้ำซ้อนของระบบประกันสุขภาพต่างๆ ออกไปแล้ว พบว่ายังมีประชากรอีกประมาณร้อยละ 35 ที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลอย่างเป็นทางการ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2537, หน้า 56-68; อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2537, หน้า 121-122)

3. โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มทดลองโครงการบัตรสุขภาพ ตั้งแต่ พ.ศ.2526 ในชื่อว่า "โครงการกองทุนพัฒนานามัยแม่และเด็ก" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานด้านอนามัยแม่และเด็กและงานวางแผนครอบครัว เพื่อปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชนให้เป็นผู้ริเริ่มและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ เจ้าหน้าที่รัฐเป็นฝ่ายสนับสนุนและให้บริการ ดำเนินงานใน 18 หมู่บ้าน ในปี พ.ศ.2527 ได้ขยายพื้นที่ดำเนินงานเป็นทุกจังหวัด ๗ ละ 1 ตำบล และเปลี่ยนชื่อเป็น "โครงการบัตรสุขภาพ" โดยให้ประชาชนในชนบทสมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ มีการกำหนดจำนวนครัวเรือนขั้นต่ำที่จะเปิดกองทุนบัตรสุขภาพในหมู่บ้าน ให้ประชาชนในหมู่บ้าน

เป็นผู้บริหารกองทุนเองและสามารถนำเงินจากการขายบัตรสุขภาพไปหมุนเวียนใช้ในกิจการที่เป็นประโยชน์ของชุมชน เป็นเวลา 1 ปีก่อนที่จะส่งให้กับสถานพยาบาล เป็นค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการของสมาชิก ซึ่งผลปรากฏว่ามีหมู่บ้านจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่ประสบความสำเร็จในการบริหารกองทุน

ดังนั้นในปี พ.ศ.2534 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ทดลองรูปแบบการดำเนินงานที่เน้นหลักการประกันสุขภาพมากกว่าการพัฒนาองค์กรชุมชน และใน พ.ศ.2536 ได้ประกาศใช้แนวทางใหม่นี้ โดยเรียกชื่อใหม่ว่า "โครงการประกันสุขภาพ" มีวัตถุประสงค์หลักคือ การประกันสุขภาพแบบสมัครใจเท่านั้น โดยไม่มุ่งเน้นจัดตั้งกองทุนในชุมชนเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน อย่างเช่นโครงการบัตรสุขภาพที่ผ่านมา แต่ยังคงหลักการของการส่งเสริมการให้บริการครั้งแรกที่สถานอนามัย และสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วย (อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, 2537, หน้า 120-121).

กระทรวงสาธารณสุขได้ทดลองโครงการนำร่องใน 5 จังหวัด กระจายตามภาคต่างๆ ทั่วประเทศ โดยนำหลักการให้ประชาชนออกเงินค่าบัตรประกันสุขภาพส่วนหนึ่ง ร่วมกับรัฐให้การอุดหนุนอีกส่วนหนึ่ง ซึ่งจากการศึกษาของสำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าราคาค่าบัตรที่จะทำให้สถานพยาบาลของรัฐไม่ต้องนำเงินส่วนอื่นมาชดเชย และไม่เป็นภาระมากเกินไป ควรมีราคา 1,000 บาทต่อครอบครัวต่อปี ซึ่งความสามารถร่วมออกเงินค่าบัตรของครัวเรือนเท่ากับ 500 บาทต่อปี ดังนั้น รัฐจึงควรอุดหนุนอีก 500 บาทต่อครอบครัวต่อปี ซึ่งเท่ากับรัฐจ่ายอุดหนุนเพียง 113 บาทต่อคนต่อปี (ครัวเรือนไทยมีขนาด 4.3 คน) และเป็นจำนวนเงินที่ต่ำกว่าที่รัฐอุดหนุนโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (เท่ากับ 214 บาทต่อคนต่อปี) หรือการประกันสุขภาพโดยการบังคับ (241 บาทต่อคนต่อปี) หลังจากการทดลองโครงการแล้วปรากฏว่าได้รับผลสำเร็จด้วยดี กระทรวงจึงได้ขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมเป้าหมายปีละ 1 ล้านครอบครัว และได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบและวิธีดำเนินงานให้ชัดเจนขึ้น สรุปสาระสำคัญ มีดังนี้

3.1 วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อให้ประชาชนที่ยังไม่มีสวัสดิการ หรือการประกันสุขภาพจากระบบอื่นใดของรัฐ ได้รับการประกันสุขภาพทุกคนโดยสมัครใจ ทั้งนี้เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ตลอดจนการขยายโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน

3.2 กลุ่มเป้าหมาย

ผู้มีรายได้ปานกลางและหรือมีรายได้ไม่แน่นอน ได้แก่ ประชาชนทั่วไป เกษตรกร พนักงาน หรือผู้ขายแรงงานอิสระ มีจำนวนรวมประมาณ 25 ล้านคน โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2536 จำนวน 5 ล้านคน และจะขยายให้ครบทั้งหมดภายใน 5 ปี

3.3 กลวิธีหลัก

ประชาชนออกเงินสมทบค่าบัตรประกันสุขภาพ 500 บาทต่อครอบครัวต่อปี รัฐบาลให้การสนับสนุนเงินงบประมาณจำนวนเท่ากันสำหรับค่าบริการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง

3.4 องค์การดำเนินงาน

3.4.1 ส่วนกลาง มีหน้าที่กำหนดนโยบาย กลวิธีหลัก หลักเกณฑ์และแนวทาง ซึ่งใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานของจังหวัด ประสานงาน สนับสนุนทางวิชาการและทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการบัตรประกันสุขภาพกลาง โดยมีสำนักงานประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานประจำ

3.4.2 ระดับจังหวัด มีหน้าที่ถ่ายทอดนโยบายไปสู่การปฏิบัติภายในจังหวัด และกำหนดวิธีปฏิบัติ หลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติ ให้มีลักษณะเดียวกันทั้งจังหวัด ประสานงานและสนับสนุนวิชาการและทรัพยากรอื่นๆ แก่หน่วยงานที่รับผิดชอบ บริหารจัดการเงินงบประมาณอุดหนุนให้เป็นไปตามระเบียบ การทำทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ ดำเนินการในรูปคณะกรรมการบัตรประกันสุขภาพจังหวัด ซึ่งประกอบด้วยบุคคลในคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และอาจมีบุคคลอื่นเข้าร่วมด้วยก็ได้

3.4.3 ระดับอำเภอ เป็นระดับปฏิบัติงาน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการมากที่สุด และไม่ซ้ำซ้อนกับระบบอื่น บริหารเงินที่ได้จากการจำหน่ายบัตร ประสานงานกับหน่วยบริการ ดำเนินงานในรูปคณะกรรมการบัตรประกันสุขภาพอำเภอ ในระยะแรกให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเป็นแกน และอาจมีบุคคลอื่นเข้าร่วมด้วยก็ได้ (ฝ่ายแผนงานและประเมินผล สสจ. เชียงราย, 2537, หน้า 31-34)

4. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันการศึกษาวิจัยทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขยังมีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับต้นทุนงานบริการรักษายาบาลของสถานอนามัย และหรือเกี่ยวกับต้นทุนของการบริการรักษายาบาลในโครงการบัตรประกันสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนของสถานอนามัยและโรงพยาบาล ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ ดังต่อไปนี้

คณงยุทธ กาญจนกุล และคณะ (2523 ก) ได้ศึกษาต้นทุนของสถานบริการสาธารณสุขในชนบทพบว่า

1. ต้นทุนส่วนใหญ่ของสถานอนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์ เป็นต้นทุนค่าแรงมากที่สุด (ร้อยละ 28-66) รองลงมาคือต้นทุนค่าวัสดุดำเนินงาน (ร้อยละ 16-52) และต้นทุนค่าลงทุน (ร้อยละ 11-28) โดยมีต้นทุนทั้งหมด เท่ากับ 63,000 - 147,000 บาท

2. ต้นทุนการให้บริการรักษายาบาลของสถานอนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์ เฉลี่ยเท่ากับ 23 บาทต่อครั้ง การให้ภูมิคุ้มกันโรค 4 บาทต่อครั้ง บริการวางแผนครอบครัว 30 บาทต่อครั้ง การอนามัยโรงเรียน 9 บาทต่อราย การสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม 53 บาทต่อครั้ง การออกเยี่ยมบ้าน 26 บาทต่อครั้ง การดูแลก่อนคลอด 23 บาทต่อครั้ง การโภชนาการ 34 บาทต่อครั้ง และการนิเทศงาน 49 บาทต่อครั้ง

3. ปัจจัยที่มีผลต่อขนาดต้นทุนของกิจกรรมต่างๆ ของทั้งโรงพยาบาลอำเภอ สถานอนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์ ที่สำคัญมี 6 ประการ คือ จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ อัตราการครองเตียง อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ ตามประเภทของสถานบริการ อัตราค่าใช้จ่ายในการบริหาร และจำนวนเตียง

ศรีสุรางค์ จิตชินะกุล (2524) ได้คำนวณต้นทุนโรงพยาบาลเลิดสิน ปี พ.ศ. 2521-2523 โดยการจำแนกต้นทุนเป็นกิจกรรม คือ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในประเภทอายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมออร์โธพีดิกส์ กุมารเวชกรรม สูติ-นารีเวชกรรม จักษุ โสตศอนาสิก ผู้ป่วยห้องพิเศษ และผู้ป่วยหนัก (I.C.U.) พบว่า ต้นทุนผู้ป่วยนอกประมาณ 90 บาทต่อครั้ง และสำหรับผู้ป่วยใน

ประมาณ 268, 268, 168, 238, 199, 200 และ 391 บาทต่อการป่วย 1 วัน ตามลำดับ

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2523) ได้ศึกษาและพัฒนาระบบบัญชีต้นทุนโรงพยาบาลของรัฐให้เอื้อต่อการคิดต้นทุนต่อหน่วย เพื่อนำไปใช้ในการวางแผน การควบคุมกำกับ และการประเมินผล สำหรับการบริหารงานระดับต่างๆ โดยแบ่งแผนก ฝ่าย หรืองานในโรงพยาบาล เป็นแผนกต้นทุน 3 ประเภท คือ แผนกต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้, แผนกต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ และแผนกบริการผู้ป่วยโดยตรง

คนองขุทธ กาญจนกุล และคณะ (2523 ข) ได้ศึกษาต้นทุนของโรงพยาบาลระดับจังหวัด พบว่า

1. โรงพยาบาลขนาดกลางมีต้นทุนเฉลี่ย 16.4 ล้านบาท อัตราส่วนค่าแรงงาน:ค่าวัสดุ:ค่าลงทุน เท่ากับร้อยละ 39:49:12 โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีต้นทุนเฉลี่ย 21.3 ล้านบาท อัตราส่วนค่าแรงงาน:ค่าวัสดุ:ค่าลงทุน เท่ากับร้อยละ 42:45:13 โรงพยาบาลขนาดใหญ่พิเศษ มีต้นทุนเฉลี่ย เท่ากับ 38.1 ล้านบาท อัตราส่วนค่าแรงงาน:ค่าวัสดุ:ค่าลงทุน เท่ากับ 35:53:12

2. ต้นทุนผู้ป่วยนอกเท่ากับ 63 บาทต่อครั้ง ผู้ป่วยทันตกรรม 62 บาทต่อครั้ง ต้นทุนผู้ป่วยในอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวช และกุมารเวชกรรม เท่ากับ 169, 309, 193 และ 171 บาทต่อการป่วย 1 วัน ตามลำดับ

3. ต้นทุนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลขนาดกลาง ขนาดใหญ่ และขนาดใหญ่พิเศษ เฉลี่ยเท่ากับ 193, 198 และ 194 บาทต่อการป่วย 1 วัน ตามลำดับ

ประชา วสุปราสาท (2522) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุน (Cost Function) ของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร และพบว่าขนาดที่เหมาะสมที่สุดของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร คือ ประมาณ 400 เตียง วิธีการคำนวณทำได้โดยเอาต้นทุนต่อวัน มาเข้าสมการกับจำนวนเตียง จำนวนผู้ป่วย และชนิดของโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การศึกษาวิจัยเรื่องต้นทุนยังมีค่อนข้างน้อยโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับสถานีนอนามัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาต้นทุนการรักษายาบาลผู้รับบริการโครงการประกันสุขภาพของสถานีนอนามัย โดยมีกรอบแนวคิดการคำนวณหาดังนี้



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

