บทที่1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีหลักประกันสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วยโดยฐานะเศรษฐกิจไม่เป็นอุปสรรคขัดขวาง นับเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงจะได้รับ เป็นที่ยอมรับและปฏิบัติกันอย่างกว้างขวางในนานาประเทศ ประเทศไทยใน พ.ศ. 2541 พบว่า ประชาชนอยู่ภายใต้หลักประกันที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบถึงจำนวนร้อยละ 76 โดยร้อยละ 45 เป็นความควบคุมภายใต้โครงการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ในระบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุขของประเทศที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันพบว่า ปัญหารายจ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายจ่ายด้านสุขภาพของไทยจากระบบบัญชีประชาชาติพบว่า ใน พ.ศ. 2523 ค่าใช้จ่าย เพื่อสุขภาพของประเทศไทยมีมูลค่า 25,351 ล้านบาท ได้เพิ่มเป็น 283,576 ล้านบาทใน พ.ศ. 2541 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึง 11.2 เท่าในระยะเวลา 18 ปีและหากคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรจะเพิ่มจาก 545 บาทใน พ.ศ. 2523 เป็น 4,663 บาท ใน พ.ศ. 2541 หรือเพิ่มขึ้นเป็น 8.6 เท่าของมูลค่าในปัจจุบัน ส่วนอัตราเพิ่มในมูลค่าจริงของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของประชากรในช่วง พ.ศ. 2523-2541 เฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 9.08 ต่อปี ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมากและสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วทุกประเทศและสูงกว่าอัตราเพิ่มจริงของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (gross domestic product: GDP) ทั้งประเทศ อันเป็นปัญหาที่สำคัญ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542 หน้า 199) ในปี 2537 ข้อมูลจาก national health account แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยใช้เงินร้อยละ 3.6 ของ GDP เพื่อบริการสุขภาพทั้งในภาครัฐและเอกชนอันเป็นเงินทั้งสิ้น 128,305 ล้านบาทหรือ 215 บาทต่อคน ทั้งนี้ร้อยละ 49 มาจากรายจ่ายภาครัฐและอีกร้อยละ 51 มาจากภาคเอกชน (เดล โดแนลสัน และคณะ, 2542 หน้า 1) ในพ.ศ. 2539 จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยมีคนยากจนทั้งหมด 6.8 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมดและด้วยเหตุที่กลุ่มคนจนเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสียเปรียบทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม รัฐบาลจึงทำแผนงานโครงการต่างๆในด้านสวัสดิการและความต้องการพื้นฐานแก่คนกลุ่มนี้ ทางด้านสาธารณสุขก็เช่นกันการให้สวัสดิการรักษาพยาบาลแก่คนยากจนนั้นเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นเพื่อที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ด้านความเสมอภาคของการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขของผู้มีรายได้น้อย กระทรวงสาธารณสุขได้จัด

ทำโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2518 และพัฒนาเป็นโครงการเต็มรูปแบบใน พ.ศ. 2524 ซึ่งต่อมา ใน พ.ศ. 2537 ได้เปลี่ยนชื่อจากโครงการสปน.เป็นโครงการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)

โครงการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) เป็นโครงการที่รัฐบาลให้การอุดหนุนจากเงินภาษีที่ต้องการช่วยเหลือภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม เพื่อเป็นหลักประกันการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานพยาบาลของรัฐสำหรับประชาชนผู้มีรายได้น้อยในยามเจ็บป่วยโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ จากผู้รับบริการ ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเป็นของรัฐบาล รัฐบาลจะจัดสรรงบประมาณให้แก่โครงการฯ ผู้ให้บริการที่สำคัญคือ สถานพยาบาลของรัฐ โดยในการกำหนดผู้มีรายได้น้อยที่จะได้รับสิทธิรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายนั้นจะใช้เกณฑ์รายได้เป็นหลัก และในการคัดเลือกจะมีองค์กรชุมชนในระดับท้องถิ่นร่วมในการพิจารณาคัดเลือกผู้มีสิทธิด้วย ผู้มีรายได้น้อยตามเกณฑ์ที่จะได้รับบัตรสปร.ในปัจจุบันคือ คนโสดรายได้ไม่เกิน 2,000 บาท/เดือน หรือบุคคลในครอบครัวที่มีรายได้ไม่เกิน 2,800 บาท/เดือน เมื่อเปรียบเทียบเกณฑ์รายได้กับเส้นแบ่งความยากจนแล้ว จะเห็นว่าผู้มีรายได้น้อยที่ได้รับบัตรตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขนี้ได้ครอบคลุมถึงคนที่ยากจนและคนที่ไม่ยากจนตามเกณฑ์เส้นความยากจน จากสถิติของสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในช่วงเดือนตุลาคม 2539 จนถึงเดือนมิถุนายน 2540 จำนวนผู้มีสิทธิในบัตรสวัสดิการฯมีจำนวนถึง 11,439,968 คน ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่าคนยากจนของประเทศในเวลาเดียวกัน (ชุติมา สุรรัตน์เดชา, 2542 หน้า 4)

รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณแบบยอดรวม (global budget) ให้แก่กระทรวงสาธารณสุขเพื่อจัดบริการทางการแพทย์ให้แก่ประชาชนกลุ่มดังกล่าว จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาหลายประการคือ การขาดการเข้าถึงและคุณภาพบริการ สภาพปัญหาสะท้อนจากภาพข่าวคราวที่ยังคงมีคนจนที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการช่วยเสริมให้เห็นปัญหาจากการออกบัตรที่ไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ได้แก่ คนจนบางส่วนไม่มีบัตร ขณะที่คนมีเงินกลับมีบัตร ในด้านคุณภาพบริการก็มักได้รับการร้องเรียนจากประชาชนว่ายังไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพและถูกเลือกปฏิบัติจากเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล ประชาชนไม่ยอมแสดงสิทธิจนกว่าจะถึงช่องจ่ายเงินก็เป็นภาพที่สะท้อนให้เห็นถึงความระแวงว่าจะไม่ได้รับยาหรือบริการที่ดีพอหากแสดงตนว่ามีสิทธิ นอกจากนี้ยังพบความไม่เสมอภาคในระบบเมื่อดูจากรายจ่ายเฉลี่ยเพื่อการบริการทางการแพทย์ของการประกันแต่ละระบบ รัฐบาลได้จัดสรรให้งบสปร. ต่ำกว่าสวัสดิการกลุ่มอื่น เช่น กำหนดให้สวัสดิการข้าราชการและครอบครัวได้รับสิทธิเฉลี่ยคนละ 2,200 บาท ผู้ถือบัตรสปร.ได้รับเพียง 273 บาทต่อปีต่อคน ในขณะที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสปร.มีความจำเป็นด้านสุขภาพมากกว่าเนื่องจากโครงสร้างอายุที่

แตกต่างกัน จากการศึกษาวิจัยพบว่าต้นทุนสำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานีอนามัยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 70 ถึง 250 บาทต่อครั้ง ในขณะที่ต้นทุนของโรงพยาบาลแตกต่างกันออกไปตั้งแต่ 100 ถึง 600 บาท ถ้าผู้มีสิทธิไปใช้บริการ 2 ครั้งต่อปี ต้นทุนของผู้ป่วยนอกทั้งหมดจะเท่ากับ 140 ถึง 1,200 บาท ขึ้นอยู่กับสถานบริการที่ไปรับบริการ ต้นทุนเฉลี่ยผู้ป่วยในแตกต่างกันออกไปตั้งแต่ 4,000 - 8,000 บาท ถ้าประมาณอัตราการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิที่ร้อยละ 5 จะประมาณต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิหนึ่งรายเท่ากับ 200 ถึง 400 บาท ดังนั้นต้นทุนประมาณการสำหรับบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกต่อผู้มีสิทธิรายหนึ่งจะเท่ากับ 340 บาทถึง 1,600 บาท ซึ่งอาจสรุปได้ว่าการสนับสนุนงบประมาณของรัฐบาลไม่สามารถครอบคลุมต้นทุนที่จ่ายจริงของการให้บริการผู้มีสิทธิเป็นส่วนใหญ่ (เดล โดแนลสัน และคณะ, 2542 หน้า 12-13) ดังนั้นสถานพยาบาลจำเป็นต้องหารายได้เพิ่มเติมและหารายรับจากส่วนอื่นเพื่อมาชดเชยส่วนนี้ วิธีการจัดสรรเงินจากจังหวัดไปยังสถานบริการยังคงเป็นปัญหาด้านขาดความเป็นธรรม สถานพยาบาลยังคงได้รับงบประมาณไม่สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายจริงที่เกิดขึ้น ประกอบกับการได้รับงบประมาณที่ต่ำขณะที่ค่าใช้จ่ายในการให้บริการสูง ทำให้กลุ่มคนในโครงการนี้ถูกมองว่าเป็นภาระเงินบำรุงของโรงพยาบาลและอาจมีแรงจูงใจที่ต้องควบคุมค่าใช้จ่ายในการจัดบริการเพื่อความอยู่รอดทางการเงิน ส่งผลให้เกิดการเข้มงวดและจำกัดสิทธิแก่ประชาชนและมีผลไปถึงเรื่องบริการ การใช้ยา ทำให้ประชาชนรู้สึกว่าไม่ได้รับบริการที่ดี (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2541 หน้า 28-29)

กระทรวงสาธารณสุขได้ปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสปร.ในเรื่องการจัดสรรงบประมาณให้แต่ละจังหวัดโดยมีหลักการว่าจะต้องมีความเป็นธรรมและสะท้อนสภาพภาระการเงินของการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนภายใต้โครงการของแต่ละพื้นที่ตามความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนมากกว่าที่จะมุ่งตอบสนองต่อปัจจัยด้านอุปทานให้แก่สถานพยาบาล วิธีการจ่ายเงินที่ค่อนข้างได้รับการยอมรับว่าเหมาะสมสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ เป็นดังนี้

1. จัดบริการขั้นปฐมภูมิคือเหมาจ่ายรายหัว (capitation)

2. สำหรับบริการด้านส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคจ่ายตามปริมาณบริการที่จัดให้และเป็นโบนัส (fee for service /bonus)

3. สำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยในจ่ายตามราคากลางของกลุ่มวินิจฉัยโรค (diagnosis related groups, DRGs) ภายใต้งบประมาณยอดรวม (global budget) เนื่องจากบริการดังกล่าวมีต้นทุนสูงและมีส่วนแบ่งของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง การจ่ายวิธีนี้จะช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี ผู้ให้บริการจะไม่มีแรงจูงใจให้บริการเกินจำเป็น ขณะเดียวกันก็มีแรงจูงใจพอสมควรสำหรับผู้ให้บริการในการให้บริการ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2541 หน้า 32) ผลกระทบของการใช้

DRGs ด้านลบอาจทำให้มีการเบี่ยงเบนข้อมูล (DRGs creep) ในเรื่องของการโกง การเอารัดเอาเปรียบของผู้ให้บริการ การกลับเข้ามานอนในโรงพยาบาลสูง ซึ่งหน่วยงานที่จ่ายเงินควรมีมาตรการในการตรวจสอบ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2542ก หน้า 8) ในปี 2542 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณ สปร. ให้จังหวัดต่างๆทั่วประเทศจากการจ่ายเป็นก้อนไปสู่ระบบเหมาจ่ายรายหัวคือ จัดสรรโดยเหมาจ่ายรายหัวร้อยละ 75 เหมาจ่ายรวมตามข้อมูลการให้บริการร้อยละ 25 (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2542 หน้า ข)

จากการศึกษาโครงการสปร.จังหวัดกำแพงเพชร 2537-2541 โดยณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร และคณะ (2542) พบว่าโครงการสปร.ครอบคลุมประมาณ 48% ของประชาชนในจังหวัด งบประมาณที่ได้รับสนับสนุนจากรัฐบาลได้รับจัดสรรเพิ่มขึ้นทุกปี แต่ยังไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการบริการที่เพิ่มขึ้นอย่างมากและรวดเร็วกว่า โดยเฉพาะโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ๆ ทำให้ต้องนำเงินบำรุงในส่วนที่เก็บได้จากกลุ่มอื่นมาสนับสนุนเพิ่มเติม การจัดสรรให้สถานบริการไม่สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขหรือภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2542 จังหวัดฯ ได้รับจัดสรรเป็นเงิน 72,188,760 บาท คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลจังหวัดฯ (กสปร.จ.) ได้มีมติให้มีการใช้การเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอกและใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในการจ่ายเงินผู้ป่วยใน กรณีที่ยังไม่สามารถใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมได้ให้ใช้การจัดสรรแบบเดิมคือจัดสรรงบยอดรวมโดยมีสัดส่วน โรงพยาบาลจังหวัด : โรงพยาบาลอำเภอ : สถานีอนามัย ในสัดส่วน 40:40:20 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ปรับจากการจัดสรรในปี 2541 และเนื่องจากยังไม่มีความพร้อมในการนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้ กสปร.จ.ได้มีมติใหม่ โดยจัดสรรเงิน สปร.ปีงบประมาณ 2542 เป็นงบยอดรวมไปที่หน่วยบริการและจังหวัดฯ ได้มีนโยบายพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อให้สามารถนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2542 หน้า 8)

ในฐานะที่ผู้ศึกษารับผิดชอบงานโครงการสปร.จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบผลการจัดสรรงบประมาณสปร. ปี 2542 แบบงบยอดรวมซึ่งเกิดขึ้นจริง กับผลที่อาจเกิดขึ้นหากมีการนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมประกอบการจัดสรรเงินในการจัดบริการผู้ป่วยในและการเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียนสำหรับการบริการผู้ป่วยนอก (ตามรูปแบบโครงการเงินกู้เพื่อการลงทุนทางสังคมสำหรับรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล) เพื่อศึกษาผลของการจัดสรรงบประมาณทั้งสองวิธีและนำผลการศึกษาเป็นแนวทางส่วนหนึ่งในการปฏิรูปการเงินการคลังของโครงการสปร. เพื่อเกิดประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณ เพื่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการสาธารณสุขในลักษณะผู้ซื้อบริการ

(purchaser) และผู้ให้บริการ (provider) และนำปัญหาที่พบไปพัฒนาระบบข้อมูลการบริการของจังหวัดกำแพงเพชรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบผลการจัดสรรงบประมาณโครงการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2542 โดยวิธีการจัดสรรแบบงบยอดรวม กับ การนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและการเหมาจ่ายรายหัว ของจังหวัดกำแพงเพชร

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

งบประมาณโครงการจัดบริการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล หมายถึงงบประมาณที่รัฐบาลอุดหนุนจากเงินภาษีโดยมุ่งช่วยเหลือภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแก่กลุ่มเป้าหมายได้แก่ผู้มีรายได้น้อยตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2537 และที่แก้ไขเพิ่มเติม กลุ่มผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลได้แก่ เด็ก อายุ 0 – 12 ปี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว ภิกษุ / ผู้นำศาสนา ยกเว้น นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related groups)หมายถึงการจัดกลุ่มโรคของผู้ป่วยที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน โดยกำหนดราคากลางค่าบริการทางการแพทย์

การจัดสรรงบประมาณแบบยอดรวม (global budgets) หมายถึงการจัดสรรงบประมาณยอดรวมโดยคิดจากฐานการเหมาจ่ายทั้งปีโดยให้อิสระแก่ผู้บริหารในการใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพ

การเหมาจ่ายรายหัว (capitation) หมายถึง การจัดสรรงบประมาณที่อาศัยประชากรเป็นฐานในการคำนวน ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงผู้มีสิทธิในโครงการสปร.ที่ขึ้นทะเบียนและออกบัตรไว้

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weights) หมายถึง ต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม DRGs นั้นเป็นกี่เท่าของต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกกลุ่ม DRGs หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์จึงใช้เป็นหน่วยในการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาล โดยตีค่า หน่วยเป็นตัวเงินกี่บาท หรือใช้ในการวัดความซับซ้อนของโรคที่โรงพยาบาลหนึ่ง ๆ ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยทั้งหมด

หน่วยบริการหลัก หมายถึง โรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ ได้แก่โรงพยาบาลชุมชนโดยมีสถานีอนามัยในเขตอำเภอเป็นหน่วยบริการรอง กรณีที่มีการแบ่งเครือข่ายอำเภอ งบประมาณจะจัดสรรมาให้ที่หน่วยบริการหลัก สำหรับในเขตเทศบาล และอำเภอเมือง และกิ่งอำเภอโกสัมพี จะมีโรงพยาบาลทั่วไป เป็นหน่วยบริการหลัก

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาที่จังหวัดกำแพงเพชรโดยประเมินผลการจัดสรรงบประมาณสปร.ปี 2542 ซึ่งจัดสรรแบบงบยอดรวมกับการทดลองนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้ในการจ่ายเงินการให้บริการผู้ป่วยใน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 8 แห่ง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2541 – 30 กันยายน 2542 และการเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้ที่มีสิทธิตามบัตรสปร.ที่ขึ้นทะเบียนในการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยนอก

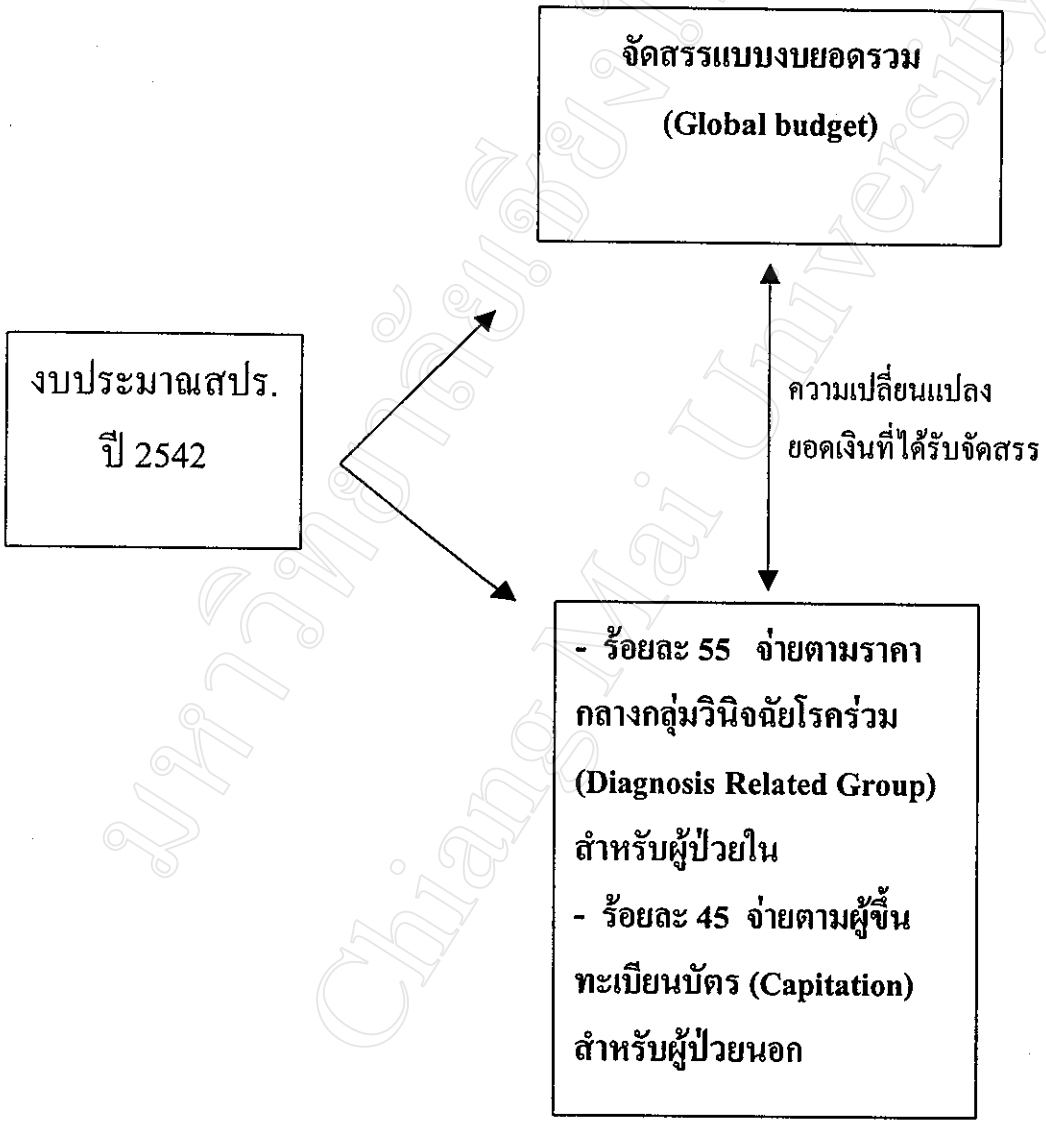
ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยในที่มีบัตร สปร.ตามโปรแกรมการเก็บข้อมูลผู้ป่วยใน (stat v.2.82) ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่งจาก 9 แห่ง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. ทราบแนวทางในการพิจารณาจัดสรรงบสปร.ของจังหวัดกำแพงเพชร
2. ทราบจุดบกพร่องหรือปัญหาที่จะนำมาซึ่งการพัฒนาระบบข้อมูลและการบริหารโครงการ
3. ทราบแนวทางในการกำหนดรูปแบบการจัดการของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการซื้อบริการจากสถานบริการต่าง ๆ ภายในจังหวัดตามรูปแบบของการจัดสรรเงินแบบใหม่
4. เป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการเงินการคลังของโครงการ สปร. ต่อไป

กรอบแนวคิด



มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Chiang Mai University