

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษเปรียบเทียบผลการจัดสรรงบประมาณ โครงการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โดยมีแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย
2. แนวคิดการจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สมควรแก่ดูแล
3. ระบบการเงินการคลังสำหรับการจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สมควรแก่ดูแล
4. กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

1. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

1.1 แนวความคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ

การประกันทางด้านสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ เนื่องจากว่าไม่ว่าประชาชนจะเป็นคนยากจนหรือร่ำรวยไม่ว่าจะเป็นชนชาติใดมีโอกาสที่จะเจ็บป่วย และมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ ได้ในทุกเวลา ชิดกันทางด้านเศรษฐกิจ วัฒนธรรม สังคม ใดๆ ไม่น่าเป็นอุปสรรคที่ทำให้ประชาชนซึ่งมีความจำเป็นเนื่องจากเจ็บป่วยไม่ได้รับการดูแลในยามที่ต้องการ หลักการดังกล่าวเป็นที่ยอมรับทั่วโลก และ องค์การสากลอย่างสหประชาชาติก็มีความพยายามที่จะผลักดันให้เกิดเป็นจริงในหลายๆประเทศทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นในยามสันติ หรือยามภาวะสงคราม นอกจากนี้ยังเป็นหลักการที่รัฐบาลทุกประเทศได้ยอมรับและให้สัตยาบันร่วมกัน ที่จะพยายามดำเนินการให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้ามีหลักประกันด้านสุขภาพทุกคนให้ได้ในปี 2543 (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2538 หน้า 134) โดยความหมายแล้วการประกันสุขภาพเป็นการสร้างความคุ้มครองในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยที่ผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองดังกล่าว จะต้องจ่ายเงินสมทบล่วงหน้าให้กับกองทุนประกัน โดยอัตราขึ้นอยู่กับค่าใช้จ่ายที่ประมาณว่าจะเกิดขึ้นในจำนวนผู้ที่เป็นสมาชิกและแหล่งสมทบจากที่อื่นการจ่ายเงินนี้มีลักษณะเป็นการเฉลี่ย

ความเสี่ยงระหว่างผู้มีสุขภาพและสถานะเศรษฐกิจแตกต่างกันทำให้ปริมาณเงินที่แต่ละคนจ่ายมีค่าไม่มากเมื่อเทียบกับสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเจ็บป่วยจริงอย่างไรก็ตามจะมีสมาชิกจำนวนมากที่จ่ายเงินไปเพื่อได้รับการคุ้มครองโดยไม่มีโอกาสใช้สิทธิประโยชน์นั้นเนื่องจากไม่ได้เจ็บป่วยในช่วงเวลาดังกล่าว (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2536 หน้า7) นอกจากนี้การประกันสุขภาพยังเป็นกลไกทางเศรษฐกิจที่กระจายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไปยังกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างกันจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งนี้ เนื่องจากความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นไม่แน่นอน ดังนั้นจึงไม่อาจคาดคะเนค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ รวมทั้งไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าจะใช้จ่ายเงินส่วนนี้เมื่อไร

1.2 ระบบประกันสุขภาพ (health insurance)

การประกันสุขภาพโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (อรรถ ศราตราวาระ, 2538 หน้า 47) คือ

1.2.1 การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (voluntary health insurance) เริ่มครั้งแรกที่ประเทศอังกฤษในคริสต์ศตวรรษที่ 18 หลังจากมีการปฏิวัติอุตสาหกรรมมีคนงานที่เพิ่มมากขึ้น สุขภาพและสวัสดิภาพของคนงานเหล่านี้อยู่ในสภาพไม่ค้ำคอง คนงานเหล่านี้จึงตั้งเป็นองค์กรต่างๆ เช่น มิวชวล เบนนิฟิต (mutual benefit), เฟรนด์ลี่ โซไซตี้ (friendly society) แล้วเรียกเก็บเงินจากสมาชิกโดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดสวัสดิการให้แก่สมาชิกในระยะแรกในลักษณะช่วยเหลือด้วยตัวเงิน ต่อมาได้เน้นการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลโดยตรง

1.2.2 การประกันสุขภาพโดยบังคับ (compulsory health insurance) เริ่มครั้งแรกในเยอรมันราวคริสต์ศตวรรษที่ 18 โดยออกกฎหมายว่าข้าราชการทุกคนต้องประกันสุขภาพ ต่อมาคริสต์ศตวรรษที่ 1883 รัฐบาลได้บังคับให้ประชาชนทุกคนต้องประกันสุขภาพภายหลังประเทศอังกฤษได้พยายามนำการประกันสุขภาพโดยบังคับมาใช้เพื่อต้องการช่วยเหลือชนชั้นแรงงาน แต่ในที่สุดระบบสาธารณสุขของประเทศอังกฤษก็ได้เปลี่ยนเป็นระบบรัฐสวัสดิการ การมีประกันสุขภาพแห่งชาติ (national health service) คือ รัฐบาลรับผิดชอบบริการฟรีแก่ประชาชน ประชาชนจ่ายค่าตอบแทนแก่รัฐบาลในรูปแบบภาษี

1.3 การประกันสุขภาพในประเทศไทย

การประกันสุขภาพในประเทศไทยสามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ สวัสดิการที่รัฐจัดให้ การประกันสุขภาพเชิงบังคับ และ การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2537 หน้า 196-203)

1.3.1 สวัสดิการที่รัฐจัดให้ (social welfare) เป็นสวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้แก่บุคคลบางประเภทโดยไม่คิดมูลค่า โครงการต่าง ๆ เหล่านี้ได้แก่

1.3.1.1 โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลเป็นรัฐสวัสดิการแก่ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยรัฐจัดงบประมาณให้เพื่อการนี้ทั้งหมด

1.3.1.2 โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล ในปัจจุบันสามารถครอบคลุมประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปได้ทั้งหมด 4.2 ล้านคน

1.3.1.3 โครงการประกันสุขภาพเด็กอายุ 0-12 ปี การประกันสุขภาพในเด็กนักเรียนได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่พ.ศ. 2524 โดยในระยะแรกให้บริการเฉพาะนักเรียนในสังกัดสำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติอายุ 6-12 ปี เท่านั้น ต่อมารัฐบาลได้ขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมเด็กตั้งแต่ 0-12 ปี โดยให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วยโดยไม่คิดมูลค่าจากสถานพยาบาลของรัฐ

1.3.1.4 โครงการสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจซึ่งรวมทั้งครอบครัวข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และ พนักงานรัฐวิสาหกิจที่ทำงานกับภาคราชการ จะได้รับสวัสดิการรักษายาบาลซึ่งคุ้มครองรวมไปถึง บิดา มารดา คู่สมรส และ บุตร

1.3.1.5 โครงการสวัสดิการรักษายาบาลอื่นๆ เฉพาะตัวเช่น ผู้ที่มีบัตรทหารผ่านศึกหรือข้าราชการชายแดน นักบวช อาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว ผู้นำชุมชน และครอบครัว เป็นต้น

1.3.2 การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (compulsory health insurance) เป็นการประกันสุขภาพในลักษณะบังคับตามกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรม และ บริการได้แก่

1.3.2.1 การคุ้มครองการเจ็บป่วยที่สืบเนื่องจากการทำงาน (กองทุนทดแทนแรงงาน) เป็นกองทุนที่ดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 โดยการจัดเก็บเงินสมทบจากนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปฝ่ายเดียว อัตราเงินสมทบจะอยู่ระหว่างร้อยละ 0.2-2.0 ของค่าจ้างสูงสุดไม่เกินปีละ 24,000 บาทต่อลูกจ้าง 1 คนทั้งนี้อัตราเงินสมทบจะขึ้น

กับลักษณะความเสี่ยงของกิจการนั้นๆ และ นายจ้างจะได้รับการลด หรือเพิ่มอัตราการสมทบเป็น การเฉพาะราย ตามอัตราการประสบันตรายของลูกจ้างที่ลดลงหรือเพิ่มขึ้นในแต่ละปี เงินสมทบ ที่จัดเก็บได้นี้จะนำมาจ่ายเป็นเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างที่ประสบันตรายอันเนื่องมาจากการทำงาน ให้นายจ้าง ซึ่งมีผลทำให้ต้องหยุดงาน สูญเสียอวัยวะบางส่วน ทูพพลภาพ เสียชีวิตหรือสูญหาย โดยที่ลูกจ้างจะได้รับเงินทดแทนเป็นค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทนการขาดรายได้ ค่าทำศพ หรือ ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน

1.3.2.2 โครงการประกันสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม (กองทุนประกันสังคม) เป็นกองทุนที่ดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และ พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่2) พ.ศ. 2537 โดยดำเนินการจัดเก็บเงินสมทบจากนาย จ้าง ลูกจ้าง และ รัฐบาลฝ่ายละเท่าๆกัน ซึ่งในปัจจุบันจัดเก็บในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้าง โดย คำนวณจากค่าจ้างต่ำสุดเดือนละ 1,650 บาท และ สูงสุดไม่เกินเดือนละ 15,000 บาท ซึ่งในปี พ.ศ. 2541- 2543 สำนักงานประกันสังคมได้ลดอัตราเงินสมทบลงเป็นฝ่ายละร้อยละ 1 ของค่าจ้าง ทั้งนี้เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของนายจ้างและลูกจ้าง เนื่องจากผลกระทบทางสภาวะวิกฤตทาง เศรษฐกิจ (สุพัชนี รอดปวงภัย, 2542 หน้า 50) ทั้งนี้เงินสมทบจะต้องนำส่งทุกเดือนและเมื่อชำระ เงินสมทบครบเดือนแล้ว ผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิประโยชน์เป็นบริการทางการแพทย์และเงิน ทดแทนการขาดรายได้ในกรณีประสบันตราย หรือ เจ็บป่วยทุพพลภาพและเสียชีวิตที่ไม่สืบเนื่อง จากการทำงาน และการคลอดบุตร และมีการขยายความคุ้มครองไปยังการประกันชรภาพ และ การสงเคราะห์บุตรตั้งแต่ 31 ธันวาคม 2541 จากนั้นจึงจะดำเนินการเรื่องประกันการว่างงานเป็น ลำดับต่อไป

1.3.2.3 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ รัฐสภาได้ผ่านพระ ราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 โดยให้เหตุผลระบุว่า ผู้ประสบภัยจากรถมักไม่ ได้รับการชดใช้ค่าเสียหาย หรือ ได้รับค่าเสียหายไม่คุ้มกับที่เกิดขึ้นกับชีวิต และ ร่างกาย หากผู้ ประสบภัยจะใช้สิทธิทางแพ่งเรียกร้องค่าเสียหายก็ต้องใช้เวลาดำเนินคดียาวนาน พระราชบัญญัตินี้ กำหนดให้ผู้ประสบภัยได้รับการชดเชยค่าเสียหาย และ ได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นที่แน่นอน และ ทันทีทันที

1.3.3 การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (voluntary health insurance)
การประกันสุขภาพโดยสมัครใจโดยรูปแบบแบ่งเป็น

1.3.3.1 การประกันสุขภาพของเอกชน เป็นการดำเนินงานด้านธุรกิจของ บริษัทเอกชนในการประกันสุขภาพ

1.3.3.2 โครงการบัตรประกันสุขภาพ เป็นโครงการประกันสุขภาพที่ ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข

โครงการประกันสุขภาพข้างต้นครอบคลุมประชาชนร้อยละ 76 ของประชาชนทั้งหมด ในด้านความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ของการประกันแต่ละแบบ ในปัจจุบันข้าราชการได้ถูกระงับการใช้สิทธิในสถานบริการเอกชนหรือเครือข่าย ดังนั้นจึงมีเพียงแต่ประกันสังคมเท่านั้นที่สามารถลงทะเบียนกับโรงพยาบาลเอกชนและเครือข่ายเอกชนได้ โรงพยาบาลบางแห่งถึงกับมุ่งเน้นด้านการรับลงทะเบียนผู้มีสิทธิประกันสังคมจนจัดได้ว่าเป็นรายได้หลักของการดำเนินการของโรงพยาบาล การเปรียบเทียบวิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลของการประกันแต่ละประเภท การกำหนดให้มีการจ่ายร่วม (copayment) และอัตราการใช้บริการ จะเห็นได้ว่า ภายใต้ระบบการเบิกจ่ายแบบเบิกได้ตามที่จ่ายจริง (fee for service) ของสวัสดิการข้าราชการทำให้มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมากกว่าระบบการประกันอื่น ผู้มีสิทธิประกันสังคมและประกันสุขภาพที่มีกลไกจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายต่อหัวมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อคนต่อปีใกล้เคียงกัน แต่ผู้มีสิทธิประกันสังคมมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในต่ำกว่าแม้จะมีวันนอนนานกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้มีสิทธิประกันสังคมส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรง ในขณะที่ผู้ที่สมัครใจซื้อบัตรประกันสุขภาพมักเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่า ผู้มีบัตร สปร. จะมีอัตราการใช้บริการต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆทั้งหมด การที่รัฐให้เงินสนับสนุนที่ต่ำกว่าสำหรับประชาชนกลุ่มนี้รวมทั้งอัตราการใช้บริการที่ต่ำกว่าอาจเป็นตัวบ่งชี้ถึงอุปสรรคอื่นๆในการเข้าถึงบริการของประชาชนผู้มีรายได้น้อยที่นอกเหนือจากการมีประกันสุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นต้น (เคล โคนเนลสัน และคณะ, 2542 หน้า 7)

สำหรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่เป็นหลักประกันและความคุ้มครองด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นของภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของโครงการสวัสดิการข้าราชการและโครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลและสวัสดิการสงเคราะห์ที่รัฐเป็นผู้รับผิดชอบเต็มที่

2. แนวคิดการจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สมควรเกื้อกูล

การจัดสวัสดิการรักษายาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการจัดสวัสดิการสังคม ด้านสุขภาพอนามัย ดังนั้นการจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สมควรเกื้อกูลจึงมีปรัชญาแนวคิดพื้นฐานมาจากการช่วยเหลือผู้ยากจนและด้อยโอกาส ซึ่งปรัชญาแนวคิดที่เกี่ยวข้องสำคัญๆประกอบด้วย 3 ปรัชญาได้แก่

1. ความยากจน (poverty)
2. ความเป็นธรรม (equity)
3. สิทธิมนุษยชน (human Rights)

2.1 ความยากจน (Poverty)

ความยากจน (poverty) เป็นปรัชญาแนวคิดพื้นฐานแรกเริ่มและสำคัญในการจัดสวัสดิการสังคมและสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลแก่ประชาชนที่ยากไร้ ที่ไม่สามารถเข้าถึงการบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น โดยเฉพาะการบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานได้เท่าเทียมกับคนที่ฐานะดีกว่าในสังคม เพราะเหตุปัจจัยทางการเงินที่เป็นอุปสรรคขวางกั้นการใช้บริการนั้นๆ นอกจากนี้ ความยากจนยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องและก่อให้เกิดผลกระทบต่อการบริการสังคมด้านอื่นๆ เช่น การศึกษา เป็นต้น ความยากจนจึงนับได้ว่าเป็นการด้อยโอกาสอย่างหนึ่ง (สมชาย สุขศิริเสรีกุล, 2541 ข หน้า 23-25)

เกณฑ์ในการวัดความยากจนนิยมใช้การวัดจากรายได้ที่กำหนดเป็นเส้นความยากจน (poverty line) ซึ่งหมายความว่าผู้ที่รายได้ต่ำกว่าระดับเส้นยากจนเป็นผู้มีรายได้ไม่เพียงพอและจัดว่ามีฐานะยากจนในสังคม ได้มีแนวทางการกำหนดวิธีการวัดไว้ 2 ลักษณะ โดยการใช้ระดับความยากจนที่เรียกว่า poverty threshold และ แนวทางชี้แนะถึงระดับความยากจน ที่เรียกว่า poverty guidelines

poverty threshold นั้น เป็นข้อมูลทางสถิติที่เกิดจากการนับดูว่ามีผู้ยากจนในเขตหรือประเทศนั้นเป็นจำนวนเท่าไร ซึ่งข้อมูลที่ได้และสามารถนำมาแสดงจะล่าช้าและล่าหลังไปอย่างน้อย 2 ปี เนื่องจากต้องใช้เวลาในการจัดทำ ดังนั้นจึงไม่เป็นที่นิยมนำมาใช้

poverty guideline เป็นการประเมินรายได้ และทรัพย์สิน ของประชาชนว่าระดับความยากจนที่สมควรให้การช่วยเหลือเกื้อกูลอยู่ที่ระดับ และนำมาเป็นข้อชี้แนะในการจัดบริการสวัสดิการนั้นๆ ต่อไป ดังนั้น poverty guideline จึงมีการปรับเปลี่ยนทุกปี และ มีความแตกต่างกันในแต่ละโครงการและสถานที่ เช่น การช่วยเหลือเกื้อกูลของโครงการหนึ่งๆ อาจเป็นการช่วยเหลือสำหรับผู้ยากจนที่มีรายได้อยู่ที่ระดับ 125% หรือ 150% ของระดับ poverty guideline เป็นต้น (Fisher, 1998 อ้างใน ญัฐพร วงษ์ศุทธิภากร และ คณะ, 2542 หน้า 4-5)

การวัดความยากจนโดยเกณฑ์การวัดระดับรายได้ (means-test) นั้น ใช้การประเมินรายได้ที่เป็นตัวเงิน และ ทรัพย์สินที่ครอบครอง รวมทั้งผลผลิตที่สามารถก่อรายได้โดยเฉพาะผลผลิตของทางการเกษตร เช่น ข้าว ข้าวโพด เป็นต้น ในบางประเทศมีการนำองค์ประกอบอื่น ๆ มาร่วมประเมินความยากจน เช่น ภาระหนี้สิน การเสียดาย ภาระการเลี้ยงบุคคลในครอบครัว เป็นต้น เมื่อประเมินเป็นตัวเงินเรียบร้อยแล้ว จึงนำมากำหนดจัดแบ่งว่าระดับใดที่จัดว่าเป็นระดับของความยากจน และมีผู้ใดบ้างที่มีรายได้ต่ำกว่าระดับที่กำหนด การกำหนดความยากจนโดยเกณฑ์การวัดรายได้นี้ แม้จะเป็นที่นิยมกันแต่ก็มีข้อด้อยที่ไม่สามารถจะวัดรายได้ในกลุ่มประชาชนบางกลุ่มได้แน่นอน ได้แก่ กลุ่มเกษตรกรที่ไม่มีรายได้เป็นตัวเงินที่ชัดเจนแน่นอนและคงที่สม่ำเสมอหรือกลุ่มผู้ใช้แรงงานอพยพที่ไม่สามารถระบุรายได้ได้อย่างชัดเจน เป็นต้น นอกจากนี้เกณฑ์การวัดรายได้ยังเป็นการวัดรายได้ที่ไม่ได้หักหนี้สินที่มี จึงไม่ใช่รายได้สุทธิที่จะนำมาเปรียบเทียบกันได้ (สมชาย สุขศิริเสรีกุล, 2541 ข หน้า 23; Mongkolsmai, 1993 p. 55-56)

2.2 ความเป็นธรรม (Equity)

นิยามของความเป็นธรรมมีการตีความแตกต่างกันหลากหลาย แต่ที่ชัดเจนคือความเป็นธรรม (equity) ไม่ได้มีความหมายเท่ากับความหมายของคำว่า “เท่ากัน” (equality) Mooney (1983 อ้างใน สุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย , 2539 ข หน้า 5-6) ได้ให้คำจำกัดความความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยใช้คำคณิตศาสตร์ของความเท่ากันมาตีความ 7 ประการ ได้แก่

1. ความเท่าเทียมกันของค่าใช้จ่ายต่อหัว (equality of expenditure/capita)
2. ความเท่าเทียมกันของทรัพยากรนำเข้าต่อหัว (equality of inputs/capita)
3. ความเท่าเทียมกันของทรัพยากรนำเข้าต่อความต้องการที่เท่าเทียมกัน (equality of input for equal need)
4. ความเท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการต่อความต้องการที่เท่าเทียมกัน (equality of access for equal need)
5. ความเท่าเทียมกันของการใช้บริการต่อความต้องการที่เท่าเทียมกัน (equality of utilisation for equal need)
6. ความเท่าเทียมกันของความต้องการต่อหน่วยสุดท้ายที่ได้รับการตอบสนอง (equality of marginal met need)
7. ความเท่าเทียมกันของสถานะสุขภาพ (equality of health)

สำหรับคำจำกัดความอีกแนวหนึ่งได้แบ่งความเป็นธรรมออกเป็น 2 ระดับ (ศุภสิทธิ์ พรธรรมาวุฒิชัย, 2539ฯ หน้า 6) คือ

1. ความเป็นธรรมในแนวราบ หมายถึง ความเป็นธรรมที่มีการมองในลักษณะที่ว่า คนที่สถานะสุขภาพเหมือนกันควรได้รับบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน
2. ความเป็นธรรมในแนวตั้ง จะมองว่า ในสถานะสุขภาพที่ไม่เท่ากัน ควรให้จัดบริการทางสุขภาพที่แตกต่างกัน เพื่อให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ออกมาเท่าเทียมกัน

คำจำกัดความข้อที่ 3 - 7 ของ Mooney สอดคล้องกันกับแนวคิดความเป็นธรรมในแนวราบ เพราะแต่ละคนมีความต้องการเหมือนกัน ควรจะได้ หรือ ควรจะรับในสิ่งที่เหมือนกัน ความเป็นธรรมด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรมมากที่สุด คือ การที่ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตามมีข้อโต้แย้งที่กล่าวว่า การบริการสุขภาพนั้นไม่ได้มีความเหมือนกันทั้งหมด (non-homogeneous) เช่น การบริการที่จำเป็นเร่งด่วนต่อชีวิต ย่อมแตกต่างกับการบริการสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้ยืนยาว เป็นต้น อีกประการหนึ่ง การที่มีทรัพยากรที่จำกัดไม่มากเพียงพอที่ใช้สำหรับการจัดบริการสุขภาพให้ได้ตามความต้องการแก่ทุกคนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่ยากจน จึงจำเป็นที่ต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะอะไรคือ การบริการสุขภาพเบื้องต้นขั้นต่ำที่เพียงพอ (a decent basic minimum of health care) ที่จะให้บริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับจัดให้แก่ประชาชนทุกคนให้เข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน (สมชาย สุขศิริเสรีกุล, 2541ก หน้า 22)

ความเสมอภาคในระบบบริการสาธารณสุขของไทย จากข้อมูลการสำรวจครัวเรือนระหว่างปี พ.ศ. 2531 - 2535 Krongkaew (1995 อ้างในสมชาย สุขศิริเสรีกุล, 2539 หน้า 325) พบว่าการกระจายรายได้ของครัวเรือนไทยมีความไม่เท่าเทียมกันมากขึ้น เนื่องจากในปัจจุบันประชาชนได้จ่ายค่าบริการสุขภาพจากรายได้ของตนเองสูงถึงร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ความไม่เสมอภาคในการกระจายรายได้ย่อมแสดงถึงความไม่เสมอภาคในความสามารถของการซื้อบริการสุขภาพ นอกจากนี้จากการวิจัยของนักวิชาการคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบความไม่เสมอภาคในด้านที่สำคัญของบริการสุขภาพดังต่อไปนี้

1. ความไม่เสมอภาคของการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในโรงพยาบาลของรัฐ การใช้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐและพนักงานรัฐวิสาหกิจสูงกว่าอาชีพอื่น เนื่องจากสามารถเบิกจ่ายด้วยสวัสดิการที่มีอยู่ แม้นว่ารายได้ของกลุ่มนี้จะสูงกว่ากลุ่มอื่นซึ่งแสดงว่า ความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพสูงกว่า แต่กลับมีการจ่ายเงินของตนเองน้อยกว่า การใช้บริการจากแผนกผู้ป่วยใน (ระยะเวลาที่พักในโรงพยาบาล) ไม่ได้ขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้รับบริการ แต่ขึ้นอยู่กับแหล่งของการชำระเงิน

2. ความไม่เสมอภาคในการชำระเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้ใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐ ความไม่เสมอภาคในการชำระเงินค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มอายุต่างๆ โดยที่ระบบเรียกเก็บเงินในปัจจุบันได้ให้ประโยชน์ต่อกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี มากกว่า กลุ่มอายุ 1 – 4 ปี และ 5 – 14 ปี

3. ความไม่เสมอภาคในการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐ คุณภาพของการบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ให้บริการฯ ต่างๆ แตกต่างกันไป มีการพบว่า ผู้ใช้บริการที่เข้าข่ายโครงการสงเคราะห์ต่างๆ มักจะได้รับยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งถูกมองว่าเป็นยาที่ดีกว่ายาอื่น หากผู้ป่วยต้องการยานอกบัญชียาหลักฯ จะต้องจ่ายค่ายาเหล่านั้นเอง

นักวิชาการกลุ่มดังกล่าวได้ให้ความเห็นว่า การเพิ่มความเสมอภาคของบริการสุขภาพในประเทศไทยอาจทำได้โดยการเปลี่ยนรูปแบบการชำระเงินบริการสุขภาพ

2.3 สิทธิมนุษยชน (Human Rights)

แนวคิดของปรัชญาทางสิทธิมนุษยชน เป็นการมองการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นนั้น เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลในสังคมที่ควรได้รับเพราะเป็นสิ่งจำเป็นของชีวิต อย่างไรก็ตามสิทธิมนุษยชนที่นำมากำหนดเป็นนโยบาย ในการจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สมควรเกื้อกูลนั้น ควรต้องได้รับการสนับสนุนด้วยเหตุผลทางจริยธรรม และควรต้องได้รับการพิจารณาถึงปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ขอบเขตของการบริการสุขภาพที่สามารถเรียกร้องได้ตามสิทธิ กับ เหตุผลที่รองรับสิทธิที่มีการเรียกร้องนั้นๆ โดยสิทธิที่เรียกร้องต้องอยู่ในสัดส่วนที่อยู่ในขอบเขตของความเป็นธรรม ไม่ใช่สิทธิตามความพึงพอใจของแต่ละบุคคล (สมชาย สุขศิริเสรีกุล, 2541 ข หน้า 27-28)

นอกจากนั้น ในมาตรา 52 ในรัฐธรรมนูญไทยฉบับปัจจุบันได้แสดงเจตนารมณ์ไว้อย่างชัดเจนว่า การได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน เป็นสิทธิของประชาชนที่ควรได้รับอย่างเสมอภาค และผู้ยากไร้มีสิทธิที่ได้รับการรักษายาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังได้เพิ่มเติมอีกว่า การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะทำได้ สำหรับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายนั้น รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า และทันต่อเหตุการณ์ โดยเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ ได้ให้ความสำคัญกับความเสมอภาค (equity) ในการได้รับบริการสาธารณสุข โดยมีเงื่อนไขว่าการบริการดังกล่าวจะต้องมีคุณภาพ (good quality) และมีประสิทธิภาพ (efficiency) ด้วย นอกจากนี้ บริการดังกล่าวจะต้องจัดให้โดย

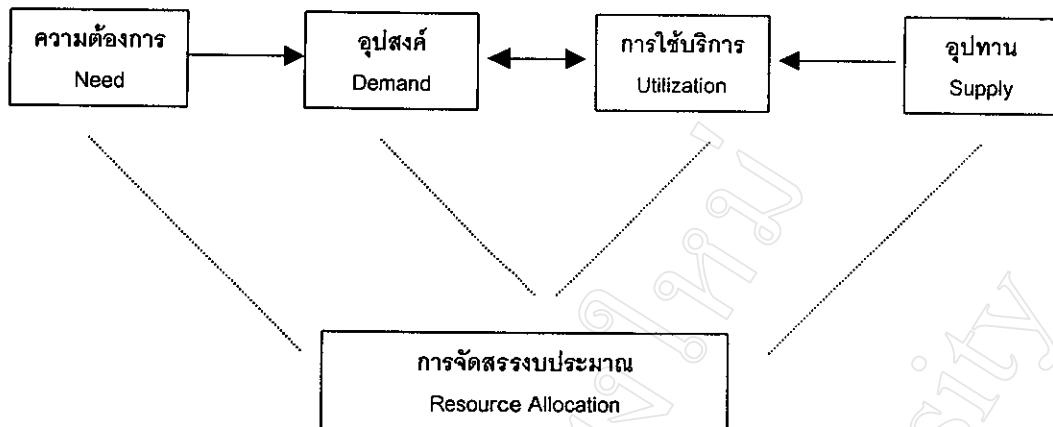
ไม่คิดค่าใช้จ่ายกรณีที่เป็นการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย หรือบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ยากไร้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542ฯ หน้า 9)

3. ระบบการเงินการคลังสำหรับการจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สมควรแก่ดูแล

แหล่งเงินที่ใช้จัดบริการสุขภาพนั้น จะมีลักษณะที่ซับซ้อนและผสมผสานจากแหล่งต่างๆหลายแหล่งทั้งภาครัฐและเอกชน อาจเป็นเงินที่เก็บแบบลักษณะรวมหมู่ (collective financing system) เช่น จากภาษีที่เก็บโดยรัฐ หรือ เป็นเงินที่จ่ายจากประชาชนแต่ละคนเองเพื่อเป็นค่าตอบแทนการใช้บริการ ซึ่งอาจเป็นการจ่ายโดยตรงจากผู้ป่วย หรือ ผ่านบุคคลที่ 3 เช่นบริษัทประกันสุขภาพ เป็นต้น สำหรับการจัดสวัสดิการรักษายาบาลนั้น แหล่งเงินที่ใช้โดยทั่วไปจะเป็นการอุดหนุน โดยรัฐ ซึ่งอาจมาจากภาษีที่รัฐเก็บ หรือ มาจากเงินทุนประกันสุขภาพที่ได้ดำเนินการ โดยรัฐ

3.1 การจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุข

การจัดสรรงบประมาณเป็นกลไกหนึ่ง ในการกระจายเงินอุดหนุนเพื่อใช้สำหรับการจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สมควร โดยมุ่งหวังให้บรรลุเป้าหมายเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาพ เพราะสามารถช่วยให้ผู้ที่ด้อยโอกาสได้รับประโยชน์มากขึ้นและตรงกับความต้องการ นอกจากนี้การจัดสรรงบประมาณยังสามารถช่วยกระตุ้นให้เกิดประสิทธิภาพในการบริการของระบบบริการทุกระดับ ซึ่งการจัดสรรงบประมาณสามารถแสดงให้เห็นด้วยแบบจำลองดังภาพที่ 1 เมื่อมีความต้องการด้านสุขภาพเกิดขึ้น ย่อมกระตุ้นอุปสงค์ในการบริการ เพื่อให้เกิดการใช้บริการ และย่อมมีผลกระทบต่ออุปทานสำหรับการบริการสุขภาพที่ต้องการนั้นๆ การจัดสรรงบประมาณที่ตอบสนองตรงกับความต้องการที่แท้จริงย่อมก่อให้เกิดประสิทธิภาพ คุณภาพ และ ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ เพราะการจัดสรรงบประมาณสามารถกระตุ้นการบริการทุกระดับของการบริการ ดังที่กล่าวมาแล้ว โดยเฉพาะสามารถกระตุ้นทั้งด้านอุปสงค์และอุปทานของการบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามการที่การจัดสรรงบประมาณจะส่งผลกระทบต่อการบริการสุขภาพนั้น ยังมีความสัมพันธ์กับแนวทางและทางเลือกของวิธีการจัดสรรงบประมาณ กล่าวคือ ทางเลือกในวิธีการจัดสรรงบประมาณแต่ละอย่างจะมีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพไม่เหมือนกัน



ภาพที่ 1 แบบจำลองการจัดสรรงบประมาณ (Resource Allocation Model)

ที่มา: ศุภสิทธิ์ พรธรรุโณทัย, 2539ก หน้า 6

ทางเลือกในการจัดสรรงบประมาณนั้น Barnum, Kutzin and Saxenian (1995 อ้างใน ศุภสิทธิ์ พรธรรุโณทัย, 2539ก หน้า 8-9) ได้สรุปแนวทางการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขไว้ 5 แนวทาง คือ

1. การจัดสรรงบประมาณแบบกำหนดหมวดหมู่ (line item budget)
2. การจัดสรรงบประมาณแบบขอรวม (global budget)
3. การจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation)
4. การจัดสรรงบประมาณตามรายกิจกรรมแบบไม่มีราคากลาง (fee-for-service) หรือแบบมีราคากลาง (price schedule)
5. การจัดสรรงบประมาณแบบตามรายป่วย (case-based budget)

ในแต่ละทางเลือกของการจัดสรรงบประมาณมีข้อดีและข้อด้อยแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้างความเป็นธรรมและควมมีประสิทธิภาพในบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามหากสรุปให้ง่ายอาจกล่าวได้ว่าการจัดสรรงบประมาณนั้น มีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญๆแยกได้ 3 ทางเลือก (Wiley, Laschober and Gelband, 1995) ได้แก่

1. จัดสรรตามต้นทุนในอดีต (historical budget based) ซึ่งยึดงบประมาณที่จัดสรรในอดีตเป็นหลัก และ ปรับเงินจัดสรรด้วยปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบ ได้แก่ ค่าเงินเฟ้อ การเติบโตของการบริการ เทคโนโลยีใหม่ๆที่นำมาใช้ และ ค่าจ้างเงินเดือนที่เพิ่ม เป็นต้น
2. จัดสรรตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ (population based)
3. จัดสรรตามจำนวนและลักษณะของผู้มารับบริการ (case-mix based)

3.2 การจ่ายค่าตอบแทนแก่สถานบริการและผู้ให้บริการ (payment methods)

การจ่ายค่าตอบแทนคืนแก่สถานบริการและผู้ให้บริการนั้น ต้องการกระตุ้นให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพ และ คุณภาพ ในการจ่ายค่าตอบแทนการบริการนั้น มีวิธีการจ่ายโดยตรงแก่ผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เกษษกร เป็นต้น หรือจ่ายตอบแทนแก่สถานบริการ เช่น โรงพยาบาล แล้วจึงนำไปจ่ายตอบแทนแก่ผู้ให้บริการในสถานบริการอีกที (Abel-Smith,1992) ซึ่งแนวทางการจ่ายค่าตอบแทนการบริการประกอบด้วยแนวทางที่สำคัญๆ 8 วิธี ตามองค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ (ศุภสิทธิ์ พรธรรมาวุธ และคณะ, 2541 อ้างใน ฌัฐพร วงษ์ศุทธิภากร และ คณะ, 2542 หน้า 8) ดังนี้

1. จ่ายตามรายกิจกรรมการบริการ (fee-for-service)
 2. จ่ายตามรายป่วยที่รักษาพยาบาล โดยใช้อัตราที่ไม่มีความสัมพันธ์กับโรคที่วินิจฉัย หรือ ใช้อัตราตามกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม ที่เรียกว่า Diagnosis Related Groups (DRGs)
 3. จ่ายตามวันนอนผู้ป่วยใน ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (inpatient days)
 4. จ่ายเป็นเงินรางวัล หรือ โบนัส แก่แพทย์ หรือ บุคลากรที่ให้บริการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด เช่น โบนัสสำหรับผู้ที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้ตามเป้าหมายที่กำหนด
 5. จ่ายในอัตราราคาที่ (flat rate) เพื่อใช้เป็นทุนสำหรับการซื้อหาเครื่องมือทางการแพทย์ หรือ บริการพิเศษ หรือ เพื่อการป้องกันโรค
 6. จ่ายตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ของผู้ลงทะเบียนเพื่อรับการดูแลสุขภาพ
 7. จ่ายเป็นเงินเดือนตามสัญญาว่าจ้าง
 8. จ่ายเป็นงบประมาณรวม (global budget) เพื่อจัดบริการตามที่ต้องการ
- ในแต่ละวิธีการจ่ายค่าตอบแทนนี้ มีรายละเอียด ข้อดีข้อด้อย แตกต่างกัน สรุปได้ดัง

ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิธีการจ่ายค่าตอบแทนค่าบริการ

กลไกการจ่าย	หน่วยของบริการ	ข้อดี	ข้อด้อย	วิธีแก้ไขข้อด้อย
รายกิจกรรม (fee-for-service)	รายการกิจกรรม หรือ รายการค่าบริการ	-มุ่งใจบริการ -เลือกการบริการได้	-ค่าใช้จ่ายสูง -บริการเกินจำเป็น	-กำหนดราคากลาง -จ่ายร่วม (co-payment) -ตรวจสอบค่าบริการ
รายผู้ป่วยสัมพันธ์หรือไม่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยโรค (DRGs or non-DRGs)	รายผู้ป่วยแต่ละรายไม่คำนึงหรือ คำนึงถึงโรคตามตารางราคาความรุนแรงโรค	-สร้างความเป็นธรรม -ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ -เพิ่มคุณภาพการบริการ	-จำหน่ายผู้ป่วยเร็ว -มุ่งใจให้รักษาмаกครั้ง -ปฏิเสธผู้ป่วยเรื้อรัง -เปลี่ยนการวินิจฉัยโรค	-ตรวจสอบข้อมูล -จ่ายเพิ่มเพื่อช่วยค่ารักษาที่ราคาสูง
ตามวันนอนผู้ป่วยใน (inpatient days)	จำนวนวันผู้ป่วยนอนรักษาตัว	-มุ่งใจรับตัวผู้ป่วยไว้นอนรักษาตัว	-นอนรักษาตัวนานเกินจำเป็น	-กำหนดวันนอนโรค -จ่ายตามDRG
เป็นรางวัลหรือ โบนัส	ตามเป้าหมายที่กำหนด	-มุ่งใจให้บริการ -ผลิตภาพบริการเพิ่ม	-บริการเกินจำเป็น	-กำหนดราคาที่เหมาะสม -ตรวจสอบค่าบริการ
อัตราคงที่ (flat rate)	การลงทุน บริการพิเศษ หรือ การป้องกันโรค	-ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ -บริหารเงินคงคลังตัว -เพิ่มประสิทธิภาพ	-บริการไม่มีคุณภาพ -ขาดแรงจูงใจการบริการ -รอคิวรักษาพยาบาลนาน -จำหน่ายผู้ป่วยเร็ว	-จ่ายค่าตอบแทนเพิ่ม -กำหนดเป้าหมายบริการ -สะสมผลงานจ่ายปีถัดไป

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กลไกการจ่าย	หน่วยของบริการ	ข้อดี	ข้อด้อย	วิธีแก้ไขข้อด้อย
อัตราเหมาจ่ายรายหัว (capitation)	บริการทุกชนิดต่อคนในเวลา กำหนด เช่น ต่อปี	-เลือกผู้ให้บริการได้ -ส่งเสริมระบบส่งต่อ -มีขอบเขตการรักษา -การบริหารจัดการต่ำ -สร้างการแข่งขัน -บริหารได้อิสระ	-กีดกันการส่งต่อ -บริการไม่มีคุณภาพ -เสี่ยงต่อการขาดทุน	-ตัดผู้ป่วยบางกลุ่มออกเพื่อลดการ เสี่ยง -กำหนดรายหัวให้เหมาะสม -ใช้สัญญากำหนดคุณภาพ -ตรวจสอบการบริการ
เงินเดือนถ้ำจ้าง	จ่ายตามระยะเวลาต่อเดือน	-ควบคุมรายจ่ายได้ -ประหยัดค่าใช้จ่าย -ได้ค่าตอบแทนแน่นอน	-บริการไม่ดี -ขาดคุณภาพ -ขาดแรงจูงใจ	-จ่ายค่าตอบแทนอื่นร่วมด้วย ตามผลงานการบริการ
งบยอดรวม (global budget)	บริการทุกชนิดที่จัดต่อระยะ เวลา 1 ปี	-บริหารเงินคล่องตัว -ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ -การบริหารจัดการต่ำ	-บริการไม่ดี -ขาดแรงจูงใจ -เร่งรัดการใช้เงินจนไม่มี ประสิทธิภาพ -ต้องการข้อมูลการบริหาร มาก	-กำหนดเป้าหมายผลงาน -จ่ายเงินเพิ่มตามผลงานที่เพิ่ม

ที่มา คัดแปลงจาก: สุทธิพันธ์ พรณามารุ โณทัย 2541 และ Abel-Smith 1992. (อ้างใน ณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร และ คณะ, 2542 หน้า 9)

โดยสรุปแล้ว หากดูประสิทธิภาพโดยการลดต้นทุนต่อหน่วย การจัดงบประมาณรายกิจกรรม โดยไม่มีขีดจำกัด จะมีแรงจูงใจลดต้นทุนน้อยกว่าวิธีอื่น แต่ขณะเดียวกันจะกระตุ้นให้ปริมาณบริการต่อรายเพิ่มขึ้น วิธีที่สามารถกระตุ้นที่ดีที่จะให้สถานบริการมีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นคือ การคิดงบประมาณตามจำนวนรายป่วยและตามความรุนแรงของโรค ส่วนการจัดงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว จะกระตุ้นให้เกิดการคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด คือ ปฏิเสธไม่ยอมรับผู้ที่มีโรคเรื้อรังไว้ในทะเบียนของตน เพราะกลัวว่าจะทำให้ประสพภาวะขาดทุน แรงจูงใจของการจ่ายเงินแบบต่างๆสรุปดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แรงจูงใจของการจ่ายเงินแบบต่างๆ

ชนิดของการจ่ายเงิน	แรงจูงใจต่อ			
	ต้นทุน/หน่วย	การบริการ/ราย	ปริมาณงาน (จำนวนคน)	การคัดเลือก ความเสี่ยง
งบยอดรวม	--	--	-	0
รายกิจกรรม ไม่มีขีดจำกัด	-	++	+	0
รายกิจกรรมกำหนดตายตัว	--	++	+	+
เหมาจ่ายรายหัว	--	--	--	++
ตามรายป่วย	--	--	++	+

-- จูงใจมากในทางลด - จูงใจน้อยในทางลด 0 ไม่จูงใจ ++ จูงใจมากในทางเพิ่ม + จูงใจน้อยในทางเพิ่ม

ที่มา Barnum et al (1995) (อ้างใน ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย 2539ก หน้า 11)

ในการจัดสรรงบประมาณ นอกจากจะพิจารณาเป้าหมาย และวิธีการจัดสรรงบประมาณแบบต่างๆ แล้ว เงื่อนไขอื่น ๆ ที่มีส่วนกำหนดว่าจะใช้วิธีใด ได้แก่

1. นโยบายความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ
2. ระบอบการปกครอง
3. การกระจายอำนาจทางสาธารณสุข
4. โครงสร้างการคลังสาธารณสุข

5. กระบวนการวิธีทางงบประมาณ
6. ข้อมูลที่มีและการใช้ข้อมูล

3.3 การคืนทุน (Cost recovery) (ณัฐชิต ศรีบุญเรือง, 2542 หน้า 19-20)

การคืนทุน เป็นความสัมพันธ์ระหว่างรายรับกับต้นทุนในการจัดบริการ การคืนทุนของการจัดบริการ มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมที่มีการคิดค่าบริการจากผู้ป่วยเพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงาน การคืนทุนจะคิดเป็นร้อยละ และคิดจากอัตราส่วนของรายรับจากค่าบริการกับต้นทุนของการจัดบริการนั้นๆ

$$\text{การคืนทุน (Cost recovery)} = \frac{\text{รายได้ (Revenue)}}{\text{ต้นทุน (Cost)}}$$

การคืนทุนเป็นตัวบอกถึง รายรับจากค่าบริการคิดเป็นร้อยละเท่าไรจากต้นทุนของการจัดบริการนั้น การกำหนดการคืนทุน อาจจะต้องการคืนทุนเพียงบางส่วนของต้นทุน หรือต้องการคืนทุนทั้งหมด แล้วแต่นโยบายของการจัดบริการนั้นๆ แต่มีข้อที่พึงระวังคือ การกำหนดการคืนทุนจากต้นทุนทั้งหมดอาจต้องคิดค่าบริการที่ค่อนข้างสูง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อปริมาณผู้รับบริการลดลง และทำให้รายรับทั้งหมดลดลงได้ ในขณะที่การกำหนดการคืนทุนจากต้นทุนเพียงบางส่วนอาจทำให้ผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การเพิ่มค่าบริการเพื่อให้การคืนทุนเพิ่มขึ้นจะต้องคำนึงถึงความเป็นธรรมในแง่ของความสามารถที่จะจ่ายของผู้มารับบริการด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่ค้อยโอกาสทางสังคม

แต่ถ้าหากการคืนทุนต่ำมาก หรือการเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนการจัดบริการนั้นให้มีต้นทุนต่ำลงหรือจัดหาเงินทุนสนับสนุนเพิ่มเติม หรือยกเลิกการจัดบริการนั้นแล้วแสวงหาทางเลือกอื่น

การคืนทุนมีมิติต่างๆ ในการพิจารณาดังนี้

3.3.1 มิติรายรับ (Revenue)

3.3.1.1 การคืนทุนของรายได้พึงได้ (Cost recovery of Accrual revenue)

จะแสดงความเหมาะสมของโครงสร้างค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บในปัจจุบัน ว่าเรียกเก็บสูงหรือต่ำกว่าต้นทุนมากน้อยเพียงใด

3.3.1.2 การคืนทุนของรายได้สุทธิ (Cost recovery of Net revenue) จะ

แสดงถึงความต้องการงบประมาณในการสนับสนุน

3.3.2 มิติของต้นทุน (Cost)

3.3.2.1 การคืนทุนของต้นทุนทั้งหมด (Full cost recovery) แสดงในแง่ของกำไร-ขาดทุนของโรงพยาบาลในภาพรวม

3.3.2.2 การคืนทุนเฉพาะค่าวัสดุ (Material cost recovery) แสดงกำไร-ขาดทุน ในการดำเนินงาน เมื่อพิจารณาในแง่ที่รัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนต้นทุนค่าแรงในรูปของเงินเดือนและสวัสดิการต่างๆ ในแก่ข้าราชการและลูกจ้างประจำของโรงพยาบาล และสนับสนุนค่าลงทุนในการก่อสร้างและในการจัดหาครุภัณฑ์

3.3.3 มิติของหน่วยงาน (Cost/Functional center)

3.3.3.1 การคืนทุนของหน่วยงานที่ก่อให้เกิดรายได้ (Cost recovery of revenue producing cost center) จะแสดงความเหมาะสมของโครงสร้างค่ารักษาพยาบาลของแต่ละหน่วยงาน

3.3.3.2 การคืนทุนของแผนกบริการผู้ป่วย (Cost recovery of patient service) จะแสดงให้เห็นภาพรวมในการใช้บริการจาก RPCC และ ประสิทธิภาพในการเก็บค่ารักษาพยาบาล

3.4 การจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สมควรเกื้อกูลในต่างประเทศ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศต่าง ๆ พบว่ามีแนวความคิดพื้นฐานทางเศรษฐกิจการเมืองซึ่งนำไปสู่รูปแบบต่างๆ ของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ในโลก 2 แนวคิดใหญ่ๆ

1. แนวคิดรัฐสวัสดิการ (egalitarianism)
2. แนวคิดเสรี (libertarianism)

รัฐบาลที่เชื่อในแนวคิดรัฐสวัสดิการจะถือว่าสุขภาพเป็นสมบัติล้ำค่าของทุกคนและของประเทศชาติ รัฐต้องดำเนินการจัดหาหรือจัดระบบบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนทุกคน แม้จะเห็นว่าบริการสาธารณสุขเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งเท่านั้นที่ทำให้มีสุขภาพดี ดังนั้นบริการสาธารณสุขจึงเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนที่จะต้องได้รับ รัฐต้องประกันว่าประชาชนจะสามารถได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นเมื่อมีความต้องการ โดยฐานะหรือระยะทางไม่เป็นอุปสรรคขัดขวาง

ส่วนรัฐบาลที่ยึดแนวคิดเสรีถือว่า ประชาชนทุกคนสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ดีกว่ารัฐ รัฐควรจะดำเนินการเฉพาะเรื่องที่มีความจำเป็นจริงๆ เท่านั้น เรื่องใดที่ประชาชนสามารถหาข้อมูลเพื่อการตัดสินใจได้ดีกว่า รัฐควรให้ประชาชนตัดสินใจเอง โดยเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับกับค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปนั่นคือให้กลไกตลาด หรือกลไกราคามาเป็นเครื่องมือในการกระจายบริการสุขภาพสู่ประชาชน ดังนั้น บริการสุขภาพจึงเป็นความรับผิดชอบของทุกคน ทุกครัวเรือน รัฐไม่จำเป็นต้องจัดเก็บภาษีมาเพื่อจัดบริการให้แก่ประชาชนทุกคน รัฐจะเข้าช่วยเหลือเฉพาะบุคคลที่สมควรได้รับการเกื้อกูลเท่านั้น (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2541ค หน้า 1-2)

จากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแนวคิด ระบอบการปกครอง แนวคิดของนักการเมืองที่ได้รับความนิยมให้เป็นรัฐบาลปกครองประเทศ ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมทำให้ลักษณะของระบบบริการสาธารณสุขแตกต่างกันไป โดยสามารถแบ่งกลุ่มระบบบริการสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ในโลกโดยอาศัยลักษณะ สำคัญ 2 ประการคือ (มิ่งขวัญ สุพรรณพงศ์, 2540 หน้า 1-3)

1. แนวคิดพื้นฐานหรือความรุนแรงของนโยบายในการแทรกแซงด้านการตลาด (market intervention) ของการบริการสาธารณสุขของแต่ละประเทศ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้ 4 ลักษณะ คือ

- entrepreneurial ในกลุ่มนี้พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าครึ่งหนึ่งของทั้งประเทศมาจากภาคเอกชนหรือครัวเรือน ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบอาชีพส่วนตัวมากกว่าเป็นทีมบุคลากร ระบบประกันสุขภาพทำโดยภาคเอกชน แข่งขันกันเอง มีการควบคุมการจ่ายยาและบุคลากร

- welfare oriented มีระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพโดยรัฐ แต่มีครอบคลุมเพียงบางกลุ่มเท่านั้น มีการขยายบริการสุขภาพไปสู่เขตชนบท โดยอาศัยเครือข่ายของสถานีอนามัย โดยอาศัยเจ้าหน้าที่ข้างเคียงที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นจำนวนมาก

- comprehensive มีระบบประกันสังคมและสุขภาพครอบคลุม 100 % โดยอาศัยการระดมเงินทุนจากแหล่งต่างๆ สนับสนุนเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในเครือข่ายสถานีอนามัย โรงพยาบาล อย่างเพียงพอ และเป็นการให้บริการฟรีทั่วประเทศ

- socialist ระบบบริการถูกควบคุมวางแผนโดยภาครัฐทั้งหมดโดยไม่มีระบบบริการของเอกชน

2. ระดับเศรษฐกิจของประเทศโดยอาศัยรายได้ประชาชาติต่อหัวต่อปี (GDP per capital per year) เป็นตัวชี้วัด

ผู้วิจัยได้เลือกบททวนระบบการสาธารณสุขต่างประเทศเพื่อเปรียบเทียบลักษณะของระบบสาธารณสุข ระบบการเงินการคลัง และปัญหาที่พบเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย (มิ่งขวัญ สุพรรณพงศ์, 2540 หน้า 3) ดังนี้

1. ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มีระบบบริการสาธารณสุขแบบ entrepreneurial มีรายได้ประชาชาติต่อหัวต่อปี >US\$ 5,000
2. ประเทศเยอรมัน และ แคนาดา ที่มีระบบบริการสาธารณสุขแบบ welfare oriented มีรายได้ประชาชาติต่อหัวต่อปี >US\$ 5,000
3. ประเทศอังกฤษ ที่มีระบบบริการสาธารณสุขแบบ universal & comprehensive มีรายได้ประชาชาติต่อหัวต่อปี >US\$ 5,000

ประเทศสหรัฐอเมริกา

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยจัดอยู่ในรูปแบบ entrepreneurial health system ลักษณะการดำเนินการจะเป็นแบบตลาดเสรี แนวคิดแบบเสรีนิยม โดยภาคเอกชนเป็นตัวหลักในการดำเนินงาน โดยให้ประชาชนออกเงินค่าใช้จ่ายเองผ่านในระบบประกันสุขภาพ ทั้งการประกันสุขภาพเอกชน ประกันสังคม และการได้รับบริการไม่คิดมูลค่าในส่วนที่รัฐจัดสวัสดิการให้ โครงสร้างการบริการสุขภาพของอเมริกานั้น แพทย์ผู้ให้บริการมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการบริการผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาล แพทย์ทุกคนเป็นแพทย์เอกชน (private practice physician) โดยมีคลินิกส่วนตัว (office-based) ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาและกลับบ้าน ไม่ได้รับไว้รักษาที่คลินิก (ambulatory care) และหากต้องการรักษาในโรงพยาบาลจะมีการส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยแพทย์ผู้ส่งต่อสามารถตามไปรักษาผู้ป่วยต่อในโรงพยาบาลได้ ดังนั้นระบบการทำงานของแพทย์ในอเมริกาจึงเป็นระบบเปิด (open-staff model)

ปัญหาสำคัญสองประการที่มีมานานและรัฐบาลยังแก้ไขไม่ได้คือการควบคุมอัตราการเพิ่มของราคาค่าบริการสุขภาพ และการขยายขอบเขตการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมแก่ประชากรทุกคนอย่างทั่วถึง ในปี 1970 รัฐบาลกลางจัดสรรงบประมาณรายจ่ายร้อยละ 7.1 สำหรับงานสาธารณสุข สัดส่วนของงบประมาณนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.1 ในปี 1991 ปี 1993 สำนักงบประมาณของรัฐบาลประมาณว่าหากนโยบายที่เป็นอยู่ยังไม่เปลี่ยนแปลง งบประมาณด้าน

สาธารณสุขจะเพิ่มสูงถึงร้อยละ 25 ก่อนปี 2000 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดต่อคนในปี 1991 มีมากกว่า 3,000 ดอลลาร์ ในจำนวนนี้เป็นค่าใช้จ่ายของรัฐบาล 1,200 ดอลลาร์ ในปีเดียวกันรัฐบาลใช้จ่ายงบประมาณด้านสาธารณสุขเท่ากับ 329,960 ล้านดอลลาร์ ร้อยละ 80 ของงบประมาณนี้ใช้กับแผนงานประกันสุขภาพของรัฐบาลที่สำคัญ สองแผนงานคือ โครงการ Medicaid และโครงการ Medicare (Hyman, 1996 อ้างใน สุชาติ ตังทางธรรม, 2541 หน้า 27-28)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สมควรแก่ดูแล ประกอบด้วยโครงการ สำคัญๆ 2 โครงการ ได้แก่ โครงการ Medicaid และ โครงการ Medicare และ การจัดสวัสดิการรักษายาบาลของอเมริกาเองยังได้รับอิทธิพล มาจากการจัดสวัสดิการสังคม ตาม กฎหมาย Elizabeth Poor Law ของอังกฤษ Block และ คณะ (1980) และ Waid (1998) สรุปสาระสำคัญของโครงการ Medicaid และ Medicare ไว้ดังนี้

โครงการ Medicaid เป็นแผนงานร่วมระหว่างรัฐบาลกลางกับแต่ละมลรัฐเพื่อการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ในแต่ละมลรัฐให้การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยสำหรับบริการสุขภาพบางอย่างที่จำเป็น ผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์จากโครงการนี้รวมถึงเด็กในความดูแลรับผิดชอบ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ คนตาบอด งบดำเนินงานมาจากภาษีเงินได้ของรัฐและรัฐบาลกลาง รัฐบาลกลางให้เงินส่วนหนึ่งเพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย โดยรัฐจะต้องไปดำเนินการให้เป็นไปตามระเบียบกฎหมายที่กำหนด

จุดประสงค์ของโครงการคือ ซื่อบริการสุขภาพที่จำเป็นที่มีคุณภาพที่น่าพึงพอใจ และ ราคาสมเหตุสมผล โดยรัฐบาลกลางเองกระจายอำนาจให้แก่รัฐบาลท้องถิ่นในแต่ละรัฐมีอำนาจในการดำเนินโครงการ Medicaid ได้ 4 ประการ คือ

1. อำนาจในการจัดมาตรฐานคัดกรองผู้ยากจนที่มีสิทธิจะได้รับการช่วยเหลือ
2. อำนาจในการพิจารณาถึงประเภท ขนาด ระยะเวลา และ ขอบเขต การให้บริการ
3. อำนาจในการกำหนดการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการ
4. อำนาจในการบริหารโครงการด้วยตนเอง

การดำเนินงานและข้อกำหนดของโครงการ Medicaid ในแต่ละรัฐมีความแตกต่างกันและกัน เช่นผู้มีสิทธิของรัฐหนึ่งอาจไม่เข้าข่ายการได้รับสิทธิของรัฐหนึ่ง เป็นต้น แม้การกำหนดสิทธิของรัฐต่างๆจะแตกต่างกัน แต่แนวทางในการพิจารณาอาศัยตัวชี้วัดคล้ายๆกัน ได้แก่ การพิจารณาอายุที่ได้รับสิทธิ ตัวอย่าง เช่น อายุ 0 – 6 ปี เป็นต้น เกณฑ์รายได้ที่กำหนดต่อครัวเรือน

ความพิการ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นต้น หรือ พิจารณาจากความจำเป็นทางการแพทย์ ที่เรียกว่า medically need (MN)

โครงการ Medicaid บริหารโครงการโดยองค์กรที่ชื่อ HCFA (Health Care Financing Administration) รัฐบาลของอเมริการับผิดชอบค่าใช้จ่ายประมาณ 58 % ส่วนที่เหลืออีก 42% รัฐบาลของแต่ละรัฐรับผิดชอบร่วมด้วย ระบบการจ่ายค่าตอบแทนของ Medicaid แต่เดิมใช้การจ่ายแบบเรียกเก็บตามต้นทุนการบริการย้อนหลัง (retrospective หรือ cost-based payment) โดยการพิจารณาข้อมูลย้อนหลังแล้วเรียกเก็บค่าบริการของแพทย์และโรงพยาบาลรวมทั้งค่าเสื่อมราคาของโรงพยาบาลด้วย ซึ่งทำให้มีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่สูงมาก จึงได้มีการปรับเปลี่ยนการจ่ายค่าตอบแทนเป็นแบบล่วงหน้า (prospective payment) แทน โดยการพิจารณาข้อมูลย้อนหลังแล้วพยากรณ์ค่าใช้จ่ายล่วงหน้า โดยปรับค่าด้วยอัตราเงินเฟ้อ ได้มีการจัดกลุ่มโรงพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกคิดค่าตอบแทน โดยการพิจารณาถึงขนาดประชากรที่รับผิดชอบ จำนวนเตียง ขนาดและชนิดโรงพยาบาล สภาพภูมิศาสตร์ กิจกรรมการเรียนการสอน ประเภทเจ้าของว่าภาครัฐหรือเอกชน และการบริการพิเศษ จากนั้นจึงจัดทำสัญญาการให้บริการโดยการเจรจาต่อรอง

ถึงแม้โครงการ Medicaid มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือคนยากจนทั่วไป ในความเป็นจริงแล้วมีผู้รับประโยชน์จากแผนงานนี้น้อยกว่าครึ่งหนึ่งและไม่มีรัฐใดเลยที่ให้ประกันสุขภาพแก่ทุกคนที่มีรายได้ต่ำกว่าระดับความยากจนที่กำหนดโดยรัฐบาลกลาง เนื่องจากแต่ละรัฐเป็นผู้ดำเนินการ ดังนั้นโครงการ Medicaid จึงมีความแตกต่างกันมากทั่วประเทศในแง่ผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์และบริการที่ให้ ปัญหาในการดำเนินงานของโครงการ Medicaid ที่พบได้แก่ ปัญหาความไม่เท่าเทียมกันระหว่างรัฐ ปัญหาต้นทุนบริการสุขภาพที่สูงขึ้นซึ่งมีสาเหตุจากผู้วางแผนโครงการไม่เข้าใจถึงศักยภาพของระบบบริการสุขภาพในการตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นของอุปทานของบริการสุขภาพที่มากและรวดเร็ว และผลของแรงจูงใจของการใช้บริการสุขภาพที่มาจากวิธีจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพที่ใช้อยู่ และผลของต้นทุนบริการที่สูงขึ้นได้สร้างแรงกดดันอย่างมากต่องบประมาณของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น เกิดการเพิ่มภาษีในหลายรัฐ งบประมาณไม่เพียงพอ ปัญหาที่เกิดจากการให้บริการสุขภาพโดยไม่คิดมูลค่าเนื่องจากการบริการโดยไม่คิดมูลค่าจึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกแพทย์แต่ละคนบนพื้นฐานของราคา ดังนั้นจึงไม่มีการแข่งขันกันระหว่างแพทย์และผู้ให้บริการสุขภาพที่ส่งผลต่อราคาบริการสุขภาพ (สุชาติ ตั้งทางธรรม, 2541 หน้า 29)

บทเรียนของโครงการ Medicaid สำหรับประเทศไทย (สมชาย สุขศิริเสรีกุล, 2541 ก หน้า 38-39) ได้แก่ โครงการ Medicaid กำหนดความช่วยเหลือจากรายได้ของบุคคลหรือครอบครัวที่หักค่าใช้จ่ายในการทำงานและไม่รวมความช่วยเหลือจากสวัสดิการด้านอื่นๆ ซึ่งวิธีนี้ทำให้

ปัญหาทางการเงินด้านบริการสุขภาพที่คนยากจนต้องเผชิญแยกออกจากปัญหาทางการเงินด้านอื่นๆ ได้เด่นชัด ขณะที่ประเทศไทยการช่วยเหลือผู้ยากไร้ในประเทศพิจารณาจากเส้นความยากจนเพียงประการเดียว และ ใช้รายได้รวม (ไม่หักค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ) สำนักงานประมาณได้ใช้ต้นทุนบริการสุขภาพต่อคนเป็นแนวทางในการจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้ยากไร้โดยไม่ได้ดูความจำเป็นของผู้ยากจนในด้านบริการสุขภาพเลย ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณของไทย น่าจะปรับเปลี่ยนโดยใช้วิธีการของโครงการ Medicaid มาช่วยประเมินความยากไร้ของผู้ที่สมควรช่วยเหลือสำหรับสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพของโครงการ Medicaid ได้แบ่งออกเป็นแบบบังคับและแบบสมัครใจ ซึ่งในการจัดสิทธิประโยชน์แบบบังคับจะเป็นบริการสุขภาพที่จำเป็นขาดไม่ได้ ขณะที่สิทธิประโยชน์แบบสมัครใจขึ้นอยู่กับสถานะการเงินของรัฐบาล และโครงการ Medicaid ได้แยกคุณสมบัติที่ควรได้รับสิทธิประโยชน์ออกเป็นกลุ่มๆ ซึ่งแสดงถึงความจำเป็นของแต่ละกลุ่มที่ไม่เท่ากัน เช่น เด็ก สตรีมีครรภ์ คนพิการ คนชรา คนยากจนที่อยู่ใต้เส้นความยากจน เป็นต้น โดยที่บางกลุ่มอาจมีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน แต่ไม่เกินร้อยละ 133 ของเส้นความยากจนซึ่งในประเทศไทยไม่ได้รวมกลุ่มสตรีมีครรภ์และบุคคลหรือครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจนเล็กน้อยแต่มีความจำเป็นทางด้านสุขภาพสูงไว้ด้วย

โครงการ Medicare เป็นแผนงานของรัฐบาลกลางในการให้การสงเคราะห์ด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ มีการจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่บุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป ผู้พิการของโครงการประกันสังคม และ ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (end stage renal disease หรือ ESRD) ซึ่งโครงการประกอบด้วย 3 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ (ฉันทรวงษ์ศุทธิภากร และคณะ, 2542 หน้า 14-16)

1. Part A หรือ hospital insurance (HI) เป็นการรักษายาบาลในโรงพยาบาล และ การบริการเฉพาะทางด้านทางการแพทย์อื่นๆ ซึ่งครอบคลุมการรักษายาบาลผู้ป่วยใน (inpatient hospital) การบริการพยาบาลเฉพาะทาง (skilled nursing facility หรือ SNF) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health agency หรือ HHA) และ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรค (hospice care)

2. Part B หรือ supplementary medical insurance (SMI) เป็นส่วนที่รับผิดชอบในการจ่ายค่ารักษายาบาล ค่าบริการการตรวจของแพทย์ ค่าวินิจฉัยโรค ค่าบริการในการใช้เครื่องมือแพทย์ ค่ารถพยาบาล ค่าวัคซีนไขหวัดใหญ่ ค่ายา ค่าเลือด หรือ ค่าบริการทางแพทย์อื่นๆ ที่ไม่คุ้มครองโดยส่วนของ Part A หรือ hospital insurance (HI)

3. Part C เป็นการคุ้มครองทั้งในส่วน Part A และ Part B และ การประกันความเสียหายเพิ่ม สำหรับการเพิ่มทางเลือกอื่นๆ

โครงการ Medicare ได้บังคับการจากภาษีที่เรียกเก็บจากเงินเดือนหรือค่าจ้างของผู้มีรายได้ในอัตราร้อยละ 1.45 โดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคม ทั้งนี้ นายจ้างต้องจ่ายสมทบในจำนวนที่เท่ากันด้วย โครงการมีสองส่วน ส่วนที่หนึ่งถือเป็นหน้าที่ที่รัฐต้องให้ประกันสุขภาพแก่ทุกคนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ส่วนที่สองเป็นการให้ประกันส่วนเพิ่มเติม ซึ่งให้ไปโดยความสมัครใจสำหรับผู้สูงอายุว่าจะซื้อประกันนี้หรือไม่ มีผู้ซื้อประกันส่วนนี้สูงถึงร้อยละ 97 การประกันส่วนนี้ได้รับเงินอุดหนุนประมาณสามในสี่จากรัฐบาลกลาง ซึ่งส่วนใหญ่มาจากภาษีเงินได้ ที่เหลือเป็นเงินค่าเบี้ยประกันซึ่งหักเอาจากรายได้จากเงินประกันสังคมที่รับรายเดือน (Folland ,et al., 1993 อ้างในสุชาติา ตั้งทางธรรม, 2541 หน้า 29) บริการสุขภาพที่จัดให้ผู้สูงอายุภายใต้โครงการ Medicare ไม่ได้เป็นการให้แบบให้เปล่า นอกเหนือจากภาษีที่เรียกเก็บจากเงินเดือนหรือค่าจ้างในเบื้องต้นแล้ว ผู้ป่วยที่ขอรับบริการยังคงต้องจ่ายเงินในส่วนของตนเองเพิ่มเติมจำนวนเท่ากับต้นทุนเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนึ่งวันก่อนด้วยจึงจะมีสิทธิได้รับประโยชน์จาก medicare ซึ่งในปี 1992 ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เท่ากับ \$652 (Raffel , et al., 1994 อ้างในสุชาติา ตั้งทางธรรม, 2541 หน้า 39) นอกจากจากนี้ยังต้องเสียค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดในส่วนที่นอกเหนือจากผลประโยชน์ที่ระบุไว้ แม้ว่าจะ Medicare จะมีประกันให้สองส่วนดังกล่าวแล้ว ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 70 ก็ยังซื้อประกันที่เรียกว่า Medigap อีกด้วยเพื่อให้การคุ้มครองในส่วนที่ได้รับนอกเหนือจาก Medicare

ในระยะแรกของการดำเนินงาน โครงการ Medicare การจ่ายค่าตอบแทนเป็นการเรียกเก็บตามต้นทุนบริการในราคาที่เหมาะสม (reasonable cost) และ บวกเพิ่มอีก 2% ซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายสูงมาก จึงได้มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่การจ่ายเงินแบบล่วงหน้า (prospective payment system ,PPS) โดยจ่ายตามระบบราคามาตรฐานของประเทศตามกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ซึ่งปรับด้วยสภาพภูมิศาสตร์ของโรงพยาบาลว่าเป็นเขตเมืองหรือชนบท ปรับตามราคาค่าจ้างในท้องถิ่น และ ประเภทผู้ป่วย (mixed cases) การเปลี่ยนวิธีจ่ายเป็นแบบ PPS นี้ เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ หลังจากการเปลี่ยนระบบการจ่ายค่าตอบแทนเป็นแบบ PPS ก่อให้เกิดผลกระทบต่อค่าบริการ โดยมีอัตราการรับผู้ป่วยนอน (admission rate) อัตราครองเตียง (occupancy rate) และ วันนอนรักษาตัว (length of stay) ลดลง (Wiley, Laschober and Gelband, 1995 อ้างใน ธีรพร วงษ์สุทธิภากร และคณะ, 2542 หน้า 16)

โครงการ Medicare ช่วยให้สามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ได้เท่าเทียมกัน โดยไม่มีความแตกต่างจากรายได้ เชื้อชาติ และ สภาพภูมิศาสตร์ พบว่าความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยผิว

ขาว และ ฝิวสีอื่นลดลง สุดท้ายการบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุไม่ได้ถูกคิดกันจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์

ปัจจุบันปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนของภาครัฐคือค่าใช้จ่ายของ โครงการ Medicaid และ โครงการ Medicare เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก เหตุผลหลักประการหนึ่งเนื่องจากประชาชนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์จากแผนงานนี้มากขึ้น นอกจากนี้ยังสืบเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของราคาสินค้าภาคสุขภาพ และลักษณะบริการที่มีการใช้เทคโนโลยี รัฐบาลได้พยายามแก้ปัญหาโดยในปี 1970 หลายนครรัฐได้มีแผนงานควบคุมอัตราค่าบริการของโรงพยาบาล ในปี 1983 รัฐบาลกลางได้ออกกฎหมายควบคุมอัตราค่าใช้จ่ายคือให้มีการเบิกจ่ายในอัตราคงที่แบบที่เรียกว่าการวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) สำหรับคนไข้ที่เบิกจ่ายจากโครงการ Medicare

ระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในอเมริกาปัจจุบันเป็นระบบที่เอกชนเป็นผู้ให้บริการเป็นส่วนใหญ่โดยมีบุคคลที่สาม คือแผนงานประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐ โครงการ Medicaid และ Medicare และบริษัทเอกชนเป็นผู้จ่ายค่าบริการให้แก่ผู้ให้บริการสำหรับบริการที่สมาชิกในกลุ่มของตนที่ได้รับ ระบบการจ่ายเงิน โดยบุคคลที่สามที่เป็นอยู่มีส่วนสำคัญในการจูงใจให้มีการบริโภคและการให้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ตลอดจนส่งเสริมให้มีการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ที่มีราคาแพงโดยไม่จำเป็นเนื่องจากผู้ป่วยจ่ายค่าบริการเองในราคาต่ำกว่าราคาคุณภาพของตลาด ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

นอกจากการขึ้นราคาค่าบริการแก่ผู้บริโภคแล้ว การใช้รูปแบบการจัดการที่เรียกว่า Managed Care เช่น Health Maintenance Organizations (HMOs) ซึ่ง HMOs เป็นองค์กรที่ตกลงให้บริการสุขภาพอย่างครอบคลุมเบ็ดเสร็จให้แก่สมาชิกในช่วงระยะเวลาที่กำหนดเพื่อแลกเปลี่ยนกับค่าตอบแทนที่ได้รับล่วงหน้า โดยผู้ที่เป็นสมาชิกจะได้รับบริการจากสถานบริการที่เลือกได้จำกัดจำนวนหนึ่ง แนวคิดของการจัดตั้ง HMOs คือเพื่อลดค่าใช้จ่าย เมื่อผู้ให้บริการตกลงที่จะให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยสำหรับค่าตอบแทนที่ได้รับล่วงหน้าจำนวนคงที่จำนวนหนึ่งก็หมายความว่าผู้ให้บริการต้องยอมรับความเสี่ยงด้านการเงินหากค่ารักษาพยาบาลเกินกว่าเงินที่ได้รับ ดังนั้น HMOs จึงพยายามลดการให้บริการที่ไม่จำเป็นและหาทางใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดรูปแบบการดำเนินงานลักษณะนี้ยังจูงใจให้ HMOs ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคทุกรูปแบบด้วย (สุชาติ ตั้งทางธรรม, 2541 หน้า 30-31)

ประเทศเยอรมัน

ประเทศเยอรมันถือเป็นต้นกำเนิดของการประกันสุขภาพ แบบบังคับและเป็นแบบอย่างของการประกันการเจ็บป่วยแบบดั้งเดิม ระบบประกันสุขภาพถือกำเนิดขึ้น โดยออกเป็นกฎหมายในปี 1883 บังคับให้ผู้ทำงานในสาขาอาชีพต่างๆ ต้องสมัครเข้ากองทุนประกันการเจ็บป่วย (sickness insurance funds) หลังจากนั้นไม่นานประเทศต่างๆ ในยุโรปก็เริ่มนำวิธีการนี้ไปปฏิบัติบ้าง เดิมกฎหมายนี้ครอบคลุมประชากรจำนวนไม่มาก ต่อมาได้มีการขยายโดยการบังคับให้ผู้มีเงินได้ทุกคนต้องเป็นสมาชิกกองทุนนี้โดยอัตโนมัติ รายได้ของกองทุนจะมาจากภาษีที่เรียกเก็บจากเงินเดือนหรือค่าจ้าง ซึ่งถือเป็นแหล่งรายได้สำคัญของแผนงานประกันสังคมของประเทศในปัจจุบัน ในระบบนี้ผู้ทำงานทุกคนต้องมีประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการนี้จะจ่ายคนละครึ่งระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง ในส่วนของลูกจ้าง จะถูกเก็บภาษีจากเงินเดือนหรือค่าจ้าง ซึ่งในปี 1990 จะตกระหว่างร้อยละ 8 ถึง 16 ของรายได้ ผู้ที่ทำงานได้รับเงินเดือนประจำที่มีรายได้มากกว่า ที่กำหนดจำนวนหนึ่ง อาจเลือกเอาระหว่างประกันสังคมที่จัดโดยรัฐบาล หรือประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน ในส่วนของผู้รับบำนาญ บำนาญและผู้ทุพพลภาพ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจะมาจากกองทุนประกันสังคมอื่น

ชาวเยอรมันร้อยละ 88 มีการประกันสุขภาพที่ทำไว้กับรัฐ ร้อยละ 10 ทำกับเอกชน และที่เหลืออีกร้อยละ 2 ได้รับบริการโดยไม่คิดมูลค่าด้วยเหตุผลต่างๆ ระบบประกันสังคมนี้ประกอบด้วยกองทุนประกันการเจ็บป่วยระดับท้องถิ่นประมาณ 1,100 กองทุน โดยแต่ละกองทุนบริหารอย่างเป็นอิสระ กองทุนจะจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการโดยตรงสำหรับบริการสุขภาพที่สมาชิกได้รับในอัตราที่ตกลงกันไว้ กลุ่มของกองทุนในระดับภูมิภาคจะทำการตกลงกับสมาคมแพทย์และสมาคมทันตแพทย์ในระดับภูมิภาคสำหรับการให้บริการการแพทย์และบริการสุขภาพในช่องปากค่าใช้จ่ายจากกองทุนเหล่านี้ตกประมาณร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพทั้งหมดของประเทศ เงื่อนไขสำคัญของระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมันคือ ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าที่กำหนดไว้สามารถเป็นผู้จ่ายเงินสมทบแบบสมัครใจได้ในโครงการประกันสุขภาพของรัฐ เช่น ในปี 1970 ได้มีการกำหนดว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 14,400 มาร์กต่อปี สามารถเป็นผู้จ่ายเงินสมทบแบบสมัครใจในโครงการประกันสุขภาพของรัฐได้ ผู้ที่มีคุณสมบัติได้รับเงินช่วยเหลือเพื่อค่าครองชีพ (maintenance allowances) หมายถึงคนยากจนที่รัฐต้องช่วยเหลือต้องจ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพ แต่หากเขาประกันกับโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ เขาจะได้รับเงินสมทบคืน คนที่ยากจนจะได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านการเจ็บป่วยจากรัฐ โดยได้รับสิทธิประโยชน์เช่นเดียวกับผู้ที่รับจาก

โครงการประกันสุขภาพ เพียงแต่ค่าตอบแทนแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยที่ยากจน จะได้รับค่าตอบแทนตามข้อกำหนดที่กองทุน local and land health insurance fund ได้กำหนดไว้ ซึ่งรัฐเป็นผู้จ่ายให้

ตามกฎหมายกองทุนประกันการเจ็บป่วยเหล่านี้ต้องจัดให้สมาชิกได้รับประโยชน์อย่างกว้างขวางซึ่งรวมทั้งบริการที่ได้รับจากภาคเอกชน การรักษาในโรงพยาบาล การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ตลอดจนบริการต่างๆในการป้องกันโรค โดยผู้รับบริการต้องจ่ายเงินสมทบจำนวนหนึ่งสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นด้วย นอกจากนี้กองทุนเหล่านี้ยังต้องจ่ายทดแทนให้แก่ผู้ป่วยที่ออกจากงานอันเนื่องจากปัญหาสุขภาพด้วย แหล่งเงินเพื่อจ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่มาจากกองทุนประกันสุขภาพทั้งภาคบังคับและสมัครใจ คิดเป็นร้อยละ 60 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด รัฐให้การสนับสนุนจากเงินภาษีทั่วไปที่รัฐเก็บคิดเป็นร้อยละ 21 ที่เหลือ ร้อยละ 19 เป็นเงินค่าใช้จ่ายที่มาจากภาคเอกชน และประชาชนจ่ายเอง

แพทย์ทุกคนจะต้องลงทะเบียนเป็นสมาชิกในโครงการประกันสุขภาพ ซึ่งมีข้อกำหนดให้ทำงานในโครงการประกันสุขภาพเท่านั้น ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน ผู้ที่มีประกันสุขภาพจ่ายค่าบริการสุขภาพในจำนวนที่น้อยมาก ในกรณีที่มีการจ่ายร่วม (copayment) เช่น ในปี 1988 ผู้ป่วยจ่ายเพียง 2 มาร์กต่อคนสำหรับค่ายาที่สั่งโดยแพทย์ และจ่ายเพียง 5 มาร์กต่อวันในโรงพยาบาลสำหรับ 14 วันแรก อัตราจ่ายเหล่านี้จะลดลงและยกเว้นในผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยที่ยากจน สิทธิประโยชน์ของสมาชิกในโครงการประกันสุขภาพประเภทต่างๆมีความกว้างขวางและคุณภาพสูงมาก สิทธิประโยชน์มีทั้งในรูปแบบการและเป็นตัวเงิน ส่วนใหญ่เป็นบริการแบบบังคับและที่เป็นมาตรฐาน ผู้ประกันสามารถมีสิทธิเลือกแพทย์ที่จะให้บริการ ทำให้เปลี่ยนแพทย์ประจำครอบครัวได้ หากมีเหตุผลดีและเพียงพอ (สมชาย สุขศิริเสรีกุล, 2542ข หน้า 104)

สำหรับการเบิกจ่ายแพทย์ผู้ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก จะได้รับค่าตอบแทนจากการให้บริการเป็นครั้งๆไป ซึ่งอัตราค่าบริการนี้จะตกลงระหว่างกองทุนประกันเจ็บป่วยและสมาคมแพทย์ที่ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจะได้รับค่าบริการในอัตราเหมาจ่ายประจำวัน โรงพยาบาลมีทั้งที่ดำเนินการโดยรัฐและเอกชน โดยมีจำนวนเตียงคนไข้อย่างละครั้ง โรงพยาบาลได้รับค่าตอบแทนในรูปของการเหมาจ่ายจนกระทั่งเดือนธันวาคม 1992 กฎหมายใหม่ได้กำหนดให้ใช้ระบบการวินิจฉัยโรคร่วมในการเบิกจ่ายค่าควบคุมตามระบบ DRG โรงพยาบาลจะได้รับค่าตอบแทนในอัตราราคาที่อัตราหนึ่งตามที่กำหนดสำหรับแต่ละโรคที่จำแนกอยู่ในกลุ่มที่เกี่ยวข้อง โดยทั่วไปแล้วอัตรานี้จะคิดคำนวณจากต้นทุนเฉลี่ยสำหรับการรักษาโรคนั้นๆ และอาจปรับด้วยต้นทุนอื่นๆที่เกิดขึ้นตามความเหมาะสม ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลจะถูกควบคุมโดยแยกงบดำเนินการและงบลงทุนออกจากกัน งบดำเนินการจะได้รับจากกองทุนประกันการเจ็บป่วย ส่วนงบลงทุนได้รับ

จากรัฐบาลรัฐและรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งสามารถควบคุมการก่อสร้าง และการจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ ใหม่ๆราคาแพงได้

ประสบการณ์ในประเทศเยอรมันมีส่วนคล้ายคลึงกับในสหรัฐอเมริกา โดยที่มี กองทุนเล็กมากมายที่ดำเนินการ โดยอิสระเป็นผู้จัดหาบริการ คังนั้นการได้รับบริการสุขภาพจึงมี ส่วนคล้ายคลึงกันเป็นส่วนใหญ่ด้วย กล่าวคือกลุ่มผู้ได้รับการคุ้มครองจากการประกัน บริษัท ประกันและผู้ให้บริการสุขภาพทำความตกลงกันเอง โดยเรื่องนี้รัฐบาลไม่เข้าไปแทรกแซง (สุชาติ คังทางธรรม, 2541 หน้า 37-38)

ค่าใช้จ่ายจากกองทุนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษ 1960 และต้นทศวรรษ 1970 รัฐบาลจึงต้องเข้ามาแทรกแซงมากขึ้น พระราชบัญญัติการควบคุมค่าใช้จ่ายปี 1977 กำหนดให้ กองทุนประกันการเจ็บป่วยจ่ายค่าตอบแทนให้แก่สมาคมแพทย์ต่างๆเป็นจำนวนเงินคงที่ อย่างไรก็ตามพระราชบัญญัตินี้มิได้ครอบคลุมถึงค่าตอบแทนที่ต้องจ่ายให้แก่โรงพยาบาล ต่อมาในปี 1981 และ 1986 ได้มีการออกพระราชบัญญัติเพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมถึงข้อตกลงระหว่างกองทุนกับ โรงพยาบาลต่างๆด้วย รัฐบาลเยอรมันประสบความสำเร็จในการควบคุมสัดส่วนของค่าใช้จ่าย บริการสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ หลังจากมีการเพิ่มสูงขึ้นของค่าใช้จ่าย ในต้น ทศวรรษ 1970 สัดส่วนของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายใน ของปี 1970 ที่เป็น 5.5 % เพิ่มขึ้นเป็น 7.8 %ในปี 1975 8.5% ในปี 1980 8.9%ในปี 1988 และ 8.1 %ในปี 1990 และ 10.4 ในปี1997 โดยที่ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพต่อหัวในปี1997เป็น 2,339 เหรียญสหรัฐ

ประเทศเยอรมันประสบความสำเร็จในการลดค่าใช้จ่ายลงได้มากช่วงภายหลังจากที่มี พระราชบัญญัติควบคุมค่าใช้จ่ายในปี 1977 และฉบับเพิ่มเติมอื่นๆในเวลาต่อมา ระบบเยอรมันนับ ได้ว่าเป็นตัวอย่างหนึ่งที่ประสบความสำเร็จกล่าวคือ เป็นระบบที่มีกองทุนสนับสนุนจากรัฐบาล ประชาชนได้รับการคุ้มครองอย่างกว้างขวางและทั่วถึง ไม่ต้องมีการขึ้นบัญชีหรือคิวรับบริการพิเศษ อย่าง อังกฤษและแคนาดา และไม่มีการแทรกแซงมากจากรัฐบาล ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการมี อิสระในการจัดการ มีการประกันสุขภาพที่ครอบคลุมทั่วถึงแก่ประชาชนทุกคน กองทุนมีรายได้ จากการประกันสุขภาพแบบบังคับ โดยทั้งนายจ้างและลูกจ้างต้องมีส่วนร่วมจ่าย ค่าเบี้ยประกันจะ ต่างกันไปขึ้นอยู่กับรายได้ของลูกจ้าง แพทย์จะมีความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น เนื่องจากได้รับ ค่าตอบแทนตามที่สมาคมตัวแทนของตนได้ทำความตกลงไว้กับกองทุนประกันการเจ็บป่วยและมี กฎหมายกำหนดอัตราเบี้ยประกันสุขภาพจะเพิ่ม ได้ไม่เกินอัตราการเพิ่มของค่าจ้างทั่วไป นอกจากนี้ การบริหารจัดการที่แยกงบดำเนินการและงบลงทุนออกจากกันทำให้ง่ายต่อการควบคุม

บทเรียนจากประเทศเยอรมัน สำหรับประเทศไทย (สมชาย สุขศิริเสรีกุล, 2541ก หน้า 41)รัฐบาลเยอรมันได้ให้อำนาจท้องถิ่น จัดการกับการให้ความช่วยเหลือคนยากไร้รวมทั้ง

บริการสุขภาพ รัฐบาลท้องถิ่นมีอำนาจในการกำหนดค่าตอบแทนแพทย์และสิทธิประโยชน์ที่ประชากรจะได้รับ ประเทศไทยควรให้อำนาจแก่ท้องถิ่นมากขึ้นในการจัดการ โครงการช่วยเหลือผู้ยากไร้ ข้อดีของประเทศเยอรมันคือการแยกแยะแพทย์ทั่วไปกับแพทย์ในโครงการประกันสุขภาพอย่างเด่นชัด การทราบถึงอุปทานของแพทย์ในโครงการประกันสุขภาพอย่างชัดเจน ทำให้ไม่เกิดปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในโครงการหรือปัญหาคุณภาพของบริการสุขภาพที่ต่ำ การรวมกลุ่มของโครงการประกันสุขภาพในท้องถิ่นของเยอรมันเพื่อสร้างอำนาจในการต่อรองกับผู้ให้บริการสุขภาพ

ประเทศแคนาดา

ระบบประกันสุขภาพของแคนาดาเริ่มในช่วงเศรษฐกิจตกต่ำทั่วโลกในทศวรรษ 1930 เมื่อมีการเริ่มแผนงานประกันสุขภาพแบบบังคับในบางจังหวัด แรงผลักดันที่สำคัญมาจากกฎหมาย 2 ฉบับ คือ กฎหมายที่ออกโดยรัฐบาลกลาง 1957 ที่กำหนดให้รัฐต้องจ่ายเงินสมทบช่วยเหลือสำหรับบริการผู้ป่วยในและพระราชบัญญัติ Medical Care ในปี 1966 ที่รัฐต้องจ่ายเงินสมทบช่วยเหลือสำหรับบริการที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ นับแต่ปี 1971 เป็นต้นมา ทุกจังหวัดและเขตในแคนาดาได้จัดให้มีการประกันสุขภาพที่ครอบคลุมอย่างกว้างขวางทั่วถึงทุกคน โดยประชาชนทุกคนอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของจังหวัด ทั้งสิ้น 10 จังหวัด (provincial health insurance) ระบบประกันจังหวัดมีการบริการทางการแพทย์ (medical care) และบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาล (hospital care) ตามข้อกำหนดของรัฐบาลกลาง โดยแต่ละจังหวัดมีอำนาจในการบริหารจัดการ เรื่องการบริการ และการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการ ตามที่แต่ละจังหวัดกำหนดขึ้น แต่การบริการ และการจ่ายค่าตอบแทนนั้นต้องเหมือนกันทั้งจังหวัด องค์กรที่บริหารโรงพยาบาลต้องเป็นองค์กรที่ไม่แสวงกำไร (not-for-profit organization) ซึ่งประชาชนทุกคนโดยไม่คำนึงถึงอายุ รายได้ และสถานะสุขภาพ จะได้รับบริการสุขภาพขั้นต่ำที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน แพทย์และโรงพยาบาลไม่ได้รับอนุญาตให้บริการผู้ป่วยพิเศษ และ ห้ามรับเงินพิเศษจากผู้ป่วย ประชาชนทุกคนได้รับการประกันสุขภาพติดตัวไปตลอดไม่ว่าจะย้ายไปที่ใด ผู้รับบริการมีโอกาสเลือกผู้ให้บริการและไม่มีปัญหาด้านการเงินใดๆที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการเข้าถึงบริการได้ ประเทศแคนาดาอนุญาตให้มีการดำเนินงานของเอกชนได้ ภาคเอกชนสามารถจัดบริการประกันสุขภาพเสริม แต่ห้ามจัดบริการในส่วนที่รัฐได้จัดบริการไว้แล้ว และแพทย์จะให้การรักษาคนไข้ส่วนตัวและรับเงินภายใต้แผนประกันสุขภาพของจังหวัดพร้อมกันไม่ได้ ด้วยเหตุนี้การรักษาพยาบาลที่อยู่นอกระบบการประกันสุขภาพของจังหวัดจึงแทบไม่มีเหลืออยู่ (สุชาติ ตั้งทางธรรม, 2541 หน้า 33-36)

ประเทศแคนาดามีหลักการสำคัญ 5 ประการ สำหรับการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ (WHO, 1996)

1. ให้บริการครอบคลุมทั่วถึง (universal coverage)
2. ให้บริการทางการแพทย์แบบสมบูรณ์ครบถ้วน (comprehensive service coverage)
3. เข้าถึงบริการอย่างสมเหตุสมผล (reasonable access)
4. ครอบคลุมทุกพื้นที่ในการให้บริการ (portability of coverage)
5. ใช้ระบบการบริหารสาธารณะในการประกันสุขภาพ (public administration system of insurance plan)

การบริการที่ประชาชนได้รับเป็นการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นทั้งหมด (all medically necessary services) ค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสุขภาพรัฐให้การอุดหนุนด้วยเงินภาษีของรัฐบาลกลาง และ รัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งเป็นภาษีที่เรียกเก็บจากภาษีรายได้บุคคล ภาษีการค้า และ ภาษีทั่วไป ที่เก็บเป็นรายบุคคล และ เก็บจากองค์กร ค่าใช้จ่ายที่รัฐสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพ คิดเป็น 70% อีก 30% เป็นค่าใช้จ่ายจากระบบประกันสุขภาพภาคเอกชน ซึ่งระบบประกันสุขภาพภาคเอกชนมีการเรียกเก็บเบี้ยประกันที่จ่ายโดยนายจ้างหรือประชาชนเอง รัฐบาลกลางจัดสรรเงินงบประมาณสำหรับจัดบริการสุขภาพแก่จังหวัดแบบเป็นก้อน (global budget) โดยผ่านระบบที่เรียกว่า Canada Health and Social Transfer (CHST) และ รัฐบาลกลางยังเป็นผู้กำหนดการเรียกเก็บภาษีของจังหวัด เพื่อนำมาใช้จ่ายด้านสุขภาพในจังหวัด จังหวัดเองมีการกำหนดจัดเก็บค่าพรีเมียมเพื่อสุขภาพ แต่ยกเว้นให้แก่ผู้ที่มีรายได้น้อย หรือ ยากจน และโรงพยาบาลได้รับอนุญาตให้สามารถเรียกเก็บเงินบำรุงโรงพยาบาลได้จากการจัดบริการพิเศษ เช่น ห้องพิเศษ การใช้บริการเครื่องมือพิเศษ ค่าจอดรถ ค่าอาหาร ค่าเช่าร้านค้าของชำร่วย ค่าบริการจากบุคคลที่ไม่มีประกันสุขภาพ และ ค่าคำปรึกษาของผู้เชี่ยวชาญ

แต่เดิมโรงพยาบาลได้รับงบประมาณค่าใช้จ่าย โดยการจัดทำงบประมาณแบบหมวดหมู่ (line-by-line budgeting) กับ การเรียกเก็บเงินค่าตอบแทนโดยการเบิกคืนตามการบริการที่ให้ (per diem reimbursement) การจัดทำงบประมาณแบบหมวดหมู่นั้น โรงพยาบาลต้องทำคำของบประมาณเป็นรายการหมวดหมู่เสนอต่อฝ่ายสาธารณสุขของจังหวัด ส่วนการเบิกเงินค่าตอบแทนคืนเป็นการจัดทำงบประมาณแบบการนำข้อมูลค่าใช้จ่ายการดำเนินการย้อนหลังมาปรับค่าด้วยจำนวนวันนอนผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นการจัดทำงบประมาณแบบปลายเปิด (open-ended) ทำให้ค่าใช้จ่ายสูงและควบคุมยาก ต่อมาจึงได้ปรับเปลี่ยนให้การใช้จ่ายงบประมาณเกิดความคล่องตัว และ ควบคุม

ได้ จึงได้การจัดงบประมาณแบบหมวดหมู่มาเป็นงบประมาณรวม (global budgeting) แรกเริ่มงบประมาณรวมใช้การคำนวณจากค่าใช้จ่ายย้อนหลัง ปรับด้วยประมาณการค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะสูงขึ้น และ จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมตามโครงการใหม่ที่ทำ โดยการปรับค่าใช้จ่ายการคาดการณ์ว่าอาจมีการบริการที่เพิ่มขึ้น หรือ มีสถานะที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องจ่ายเพิ่มและควบคุมงบประมาณไม่ได้ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะที่ไม่เพียงพอของงบประมาณ ต่อมาได้มีการปรับค่างบประมาณโดยข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการ เช่น ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ ขนาดและอายุประชากร ข้อมูลการใช้บริการของประชากรที่รับผิดชอบ การปรับค่างบประมาณดังกล่าวเป็นการปรับค่าโดยการอาศัยฐานประชากร (population-based) (ณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร และคณะ, 2542 หน้า 17)

ระบบ medicare ของแคนาดามีส่วนแตกต่างจากระบบของอังกฤษตรงที่แคนาดาไม่ได้เป็นผู้จัดหาบริการให้โดยตรง รัฐบาลแต่ละจังหวัดจะจัดการบริหารแผนงานประกันสุขภาพของตนเองให้ครอบคลุมถึงชาวแคนาดาทุกคน ภายใต้กฎระเบียบที่กำหนดโดยรัฐบาลกลาง แผนงานประกันสุขภาพนี้ได้รับเงินอุดหนุนบางส่วนจากรัฐบาลกลาง ที่เหลือแต่ละจังหวัดจัดหาเองจากรายได้ภาษีที่จัดเก็บในจังหวัด โรงพยาบาลบางส่วนใหญ่ในแคนาดาคำนึงการโดยเอกชน ถึงแม้ว่าจะได้รับจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาล และจะต้องได้รับการอนุมัติงบประมาณจากจังหวัดด้วยก็ตาม การประกันสุขภาพรัฐบาลที่จัดโดยจังหวัดในแคนาดาครอบคลุมถึงค่าบริการที่ต้องจ่ายให้แพทย์และโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกา ที่จัดโดยเอกชน แต่จะไม่ครอบคลุมถึงค่ายาและการให้การดูแลสุขภาพในระยะยาว อย่างไรก็ตามหลายจังหวัดก็มีแผนงานของตนเองต่างหากในการให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย โดยช่วยจ่ายค่าบริการที่ไม่ครอบคลุมเหล่านั้นด้วย ค่าใช้จ่ายสุขภาพส่วนใหญ่ในแคนาดาจะจ่ายโดยรัฐบาล เป็นที่ยอมรับกันว่าระบบของแคนาดามีประสิทธิภาพมากกว่าอเมริกาหลายเรื่อง เนื่องจากผู้จ่ายค่าบริการมีรายเดี๋ยวกคือรัฐบาลจังหวัด ค่าใช้จ่ายด้านการจัดการด้านต่างๆจึงน้อยกว่ามาก ระบบแคนาดาสามารถครอบคลุมประชาชนทุกคนอย่างทั่วถึง โดยเสียค่าใช้จ่ายต่ำกว่า ไม่มีอุปสรรคในเรื่องของการเงินในการเข้าถึงบริการ สถานะสุขภาพของประชาชนที่วัดจากอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวกว่าและมีอัตราการตายของทารกแรกเกิดต่ำกว่า อย่างไรก็ตามมีข้อวิจารณ์ในแง่ที่ว่าต้องมีการปันส่วนบริการสุขภาพ กล่าวคือผู้ป่วยไม่สามารถได้รับบริการพิเศษบางอย่างตามเวลาที่ต้องการได้ กฎหมายที่กำหนดให้โรงพยาบาลต้องพึ่งรัฐบาลจังหวัดทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องขนาดของบริการและการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องมีการเข้าคิวรอรับบริการจากโรงพยาบาลเป็นเวลานานเช่นเดียวกับระบบอังกฤษ (สุชาดา ตั้งทางธรรม, 2541 หน้า 34-35)

ประเทศอังกฤษ

ปรัชญาพื้นฐานของระบบสาธารณสุขของประเทศอังกฤษถือว่าการสาธารณสุขและการบริการทางการแพทย์เป็นสิทธิพื้นฐานของประชากรทุกคน และรัฐบาลควรจัดหาให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า ซึ่งแนวคิดนี้เป็นแนวคิดหลักของรัฐบาลอังกฤษตั้งแต่ปี ค.ศ. 1948 อังกฤษมีการจัดบริการสุขภาพแบบครอบคลุมทั่วถึงแก่ประชาชนทุกคน (universal coverage) โดยระบบบริการอยู่ภายใต้ National Health Service (NHS) ซึ่งเป็นองค์กรที่จัดตั้งเพื่อการจัดบริการสุขภาพอย่างครบครันให้กับประชาชนทุกคนโดยไม่คำนึงถึงฐานะ สภาวะเศรษฐกิจ และ สังคม ของประชาชน การจัดสวัสดิการสุขภาพของอังกฤษเป็นแบบรัฐสวัสดิการที่มีพื้นฐานการจัดสวัสดิการตามกฎหมาย Elizabeth Poor Law โดยรัฐออกค่าใช้จ่ายให้แก่ทุกคนที่มารับบริการ การบริการสุขภาพได้จัดให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาส ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยทางสติปัญญา (mentally ill) กลุ่มผู้พิการทางสมอง (mentally handicapped) กลุ่มผู้สูงอายุ (elderly) ผู้พิการทางร่างกาย (physically handicapped) กลุ่มแม่และเด็ก ชนกลุ่มน้อยและผิวดำ และกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ผู้เร่ร่อน (homeless)

รัฐเป็นผู้จ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการ โดยค่าใช้จ่ายที่รัฐสนับสนุนได้มาจากการเรียกเก็บภาษีอากรของรัฐบาล (taxation) โดยในปี 1989 ภาษีทั่วไปมีขนาดเป็น 79 % ของทั้งหมด เงินสมทบจากการประกันแห่งชาติเป็น 16 % และการเรียกเก็บเงินผู้ป่วยและอื่นๆเป็น 5 % นอกจากนี้ภาคเอกชนซึ่งมีน้อยมากก็ดำเนินการให้บริการสุขภาพโดยอาศัยการประกันสุขภาพเอกชนที่บุคคลหรือครอบครัวที่มีฐานะดีซื้อไว้เพื่อความสะดวกในการรักษาและดูแลสุขภาพที่คุณภาพสูงกว่า เนื่องจากเบี้ยประกันสูงผู้ยากไร้จึงไม่อาจพึ่งพาเอกชนได้ (ณัฐพร วงษ์ศุทธิภากรและคณะ, 2542 หน้า 11)

รัฐจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ให้บริการทุกระดับของการบริการ โดยผู้ป่วยนอกรัฐจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่แพทย์ผู้ให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไป (general practitioner หรือ GP) แก่ทันตแพทย์ และเภสัช การบริการผู้ป่วยใน รัฐจ่ายค่าตอบแทนสำหรับการบริการที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลทั่วไป (general hospital) และโรงพยาบาลเฉพาะทาง (Ham, 1985, Bottemley, 1993, Gillett, 1998)

การจัดสรรงบประมาณของรัฐเพื่ออุดหนุนด้านบริการสุขภาพแก่ประชาชนอังกฤษ ได้มีการดำเนินการโดยคณะกรรมการจัดสรรงบประมาณที่เรียกว่า Resource Allocation Working Party (RAWP) ซึ่งได้พยายามพัฒนาการจัดสรรงบประมาณให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น โดยติดตามความต้องการ (need) ของประชาชน และอาศัยตัวชี้วัดหลายองค์ประกอบ ได้แก่ ขนาดประชากร, โครงสร้างประชากร, การเจ็บป่วย ต้นทุนการบริการ และการบริการสาธารณสุขของเขต

ข้างเคียง การเรียนการสอนทางการแพทย์ และการลงทุน งบประมาณของรัฐที่จัดสรร จะจัดสรรให้แก่ Regional Health Authorities ทั้ง 14 เขต และ District Health Authorities ตามสูตรการจัดสรรที่ใช้ฐานข้อมูลด้านประชากรปรับด้วยอัตราส่วนการตายมาตรฐาน (Standardized Mortality Ratio หรือ SMR) (ศุภสิทธิ์ พรธรรมาวุ โนนท์ 2539ก หน้า 14-15)

เงินงบประมาณที่จัดสรรจะถูกจัดลงสู่เขตพื้นที่ต่างๆ จากนั้น Regional Health Authority (RHA) และ District Health Authority (DHA) จะนำงบประมาณที่ได้รับจัดสรรไปซื้อบริการแทนประชาชนในเขตรับผิดชอบ และจ่ายค่าตอบแทนคืนแก่โรงพยาบาลและแพทย์ผู้ให้บริการแก่ประชาชนตามข้อตกลงที่ทำไว้ การแยกระหว่างผู้ซื้อบริการ (purchaser) และ ผู้ให้บริการ (provider) เป็นการสร้างกลไกตลาดภายใน (internal market) ที่สำคัญสำหรับกระตุ้นให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพของการบริการ

โรงพยาบาลที่ได้รับค่าตอบแทนการบริการ มีการดำเนินงานบริหารจัดการทางการเงินเป็นอิสระจาก RHA และ DHA ซึ่งเรียกว่า NHS Trust ค่าตอบแทนที่โรงพยาบาลได้รับประกอบด้วยงบประมาณ 2 ส่วน ได้แก่ งบดำเนินงาน (operating costs) และ งบลงทุน (capital costs) ซึ่งการได้รับค่าตอบแทนต้องผ่านขบวนการเจรจาต่อรองในการจัดบริการแก่ประชาชนที่ต้องรับผิดชอบ โดยการเจรจากับ RHA และ DHA

การบริการที่จัดให้ประชาชนประกอบด้วยบริการ สำคัญ 3 ประเภท ได้แก่

1. การบริการสุขภาพในโรงพยาบาล (hospital care) ซึ่งเป็นการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยนอก และ ใน ของ โรงพยาบาล
2. การบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (primary care)
3. การบริการชุมชน และ การบริการผู้ป่วยเรื้อรัง (community/social services and long term care)

ในระบบบริการสุขภาพของ NHS ผู้ที่ทำความสัญญาไว้กับโรงพยาบาลรัฐ สามารถเข้ารับบริการกับโรงพยาบาลเอกชนได้หรือไม่ นั่น แล้วแต่ข้อตกลงที่ทำไว้ (ณัฐพร วงษ์ศุทธิภากรและคณะ, 2542 หน้า 13) ข้อแตกต่างของระบบอังกฤษกับประเทศอื่นคือ การที่รัฐเป็นเจ้าของทรัพยากรที่ใช้ในการผลิต ในประเทศอังกฤษโรงพยาบาลแทบทั้งหมดเป็นของรัฐ รัฐบาลจะเป็นผู้พิจารณาจัดสรรงบประมาณต่างๆ ระบบประกันสุขภาพที่จัดโดยรัฐบาลอังกฤษเป็นระบบที่มีชื่อเสียงมากในเรื่องของการควบคุมค่าใช้จ่าย ซึ่งเห็นได้ชัดจากที่อังกฤษมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวต่ำกว่าประเทศพัฒนาแล้วทั้งหลายขณะที่สามารถให้บริการได้ครอบคลุมประชาชนทุกคนได้อย่างทั่วถึง ในปี 1997 ค่าใช้จ่ายนี้ตกประมาณ ร้อยละ 6.7 ของ GDP ขณะที่อเมริกามีค่าใช้จ่ายนี้สูงถึง ร้อยละ 13.5 (Kramarow et al, 1999 p. 283) ระบบอังกฤษพิจารณาจัดสรรทรัพยากรจำนวนมากให้แก่งาน

บริการที่ให้ผลตอบแทนสูงเช่น บริการอนามัยแม่และเด็ก ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการฉุกเฉินได้สะดวกและง่าย ข้อเสียที่พบคือเรื่องการปันส่วนบริการทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับบริการพิเศษต้องขึ้นบัญชีรอคิวกันนาน นอกจากนี้การมีงบประมาณที่จำกัดในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ส่งผลให้มีการจำกัดในเรื่องการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ในระบบนี้ยังมีการประกันสุขภาพกับเอกชนประมาณร้อยละ 10 และมีโรงพยาบาลไม่กี่แห่งที่ให้บริการนี้ ผู้ป่วยอาจจะเลือกขอรับบริการจากเอกชนก็ได้และต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยตนเองทั้งหมด (สุชาติ ตังทางธรรม, 2541 หน้า 32-33)

จะเห็นได้ว่าประเทศต่างๆจะมีระบบและการให้ความสำคัญแตกต่างกันไป ประเทศที่รัฐให้ความสำคัญสูงการบริการสาธารณสุขจะให้แก่ทุกคนเพราะถือว่าเป็นพื้นฐานที่ทุกคนควรได้ ในระบบที่รัฐบาลเป็นผู้จัดการนี้ อาจเกิดปัญหาของการค้ำยประสิทธิภาพและประชาชนอาจไม่มีเสรีภาพในการเลือก ในขณะที่ประเทศที่ยึดระบบกลไกตลาด ใช้กลไกราคากับการบริการการแพทย์และสาธารณสุขโดยมีปรัชญาหลักว่าสุขภาพดีเป็นความรับผิดชอบของทุกคน รัฐบาลเพียงส่งเสริมให้ประชาชนมีรายได้และความรู้ การใช้ระบบกลไกตลาดราคาอาจจะเป็นอุปสรรคขัดขวางในการรับบริการสาธารณสุขได้เนื่องจากราคาสูงเกินไปและประชาชนไม่มีกำลังซื้อ ระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศที่ทบทวนมาข้างต้นสามารถเปรียบเทียบลักษณะสำคัญของระบบได้ตามตารางที่ 3

ไม่ว่าจะเป็นระบบไหนก็ตาม การให้สิทธิขั้นพื้นฐานในด้านสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนจะต้องคำนึงถึง 5 ประการใหญ่ๆคือ (อดิศวร์ หลายชูไทย, 2537 หน้า 28-29)

1. ประชาชนทุกคนควรมีความสามารถในการประกันสุขภาพ
2. การให้ประกันควรจะทั่วถึงบุคคลรวมทั้งผู้ด้อยโอกาส และผู้ที่ยากจนจริงๆ ควรมีโอกาสในการได้รับหลักประกัน
3. หลักประกันของกลุ่มต่างๆควรมีความเท่าเทียมกัน ไม่ควรจะทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ ในกรณีที่ผู้ที่มีฐานะดีกว่าจะได้รับงบประมาณสนับสนุนดีกว่าคนยากจนหรือคนที่มีความจำเป็นมากกว่า
4. การให้บริการควรมีคุณภาพและให้ความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ
5. การบริหารงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการของโครงการต่างๆ ควรมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระบบการจัดสวัสดิการสุขภาพาระหว่างประเทศ

ประเทศอังกฤษ	ประเทศเยอรมัน	ประเทศแคนาดา	ประเทศอเมริกา
ระบบที่ใช้	National Health Insurance	Public Medical Care Insurance	-
รัฐสวัสดิการ			
ชื่อโครงการ	National Health Service (NHS)	National Medical Care Programme	1. Medicare (สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ) 2. Medicaid (สงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย)
แหล่งเงินทุน			
ภาษีรัฐบาล	1. เบี้ยประกัน 2. ภาษีรัฐบาลและเงินสมทบ 3. เงินภาษีจ้างและจ่ายเอง	ภาษีทั่วไปและภาษีสุขภาพ	ภาษีรัฐบาล
กลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุม	- ประชาชนครอบคลุม 88 %ทำประกันกับรัฐ - ประชาชนครอบคลุม 10%ทำกับเอกชน - ร้อยละ 2 รับบริการ โดยไม่คิดมูลค่า	- ประชาชนทุกคน - รัฐอุดหนุนผู้มีรายได้น้อย	ครอบคลุมประชากรเพียงบางส่วน - ผู้สูงอายุ ผู้พิการทุพพลภาพและผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง - ผู้ยากจน

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเทศอังกฤษ	ประเทศเยอรมัน	ประเทศแคนาดา	ประเทศอเมริกา
<p>การจ่ายค่าตอบแทนในการจัดบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จ่ายเงินให้แพทย์แบบเหมาจ่ายรายหัว - จ่ายเงินให้รพ. โดยทำสัญญาซื้อขายล่วงหน้าโดยรัฐจ่ายให้ Distric health authority (DHA) และ DHA จ่ายต่อผู้ใช้ให้บริการ, สถานพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> - จ่ายเงินให้แพทย์เป็นค่าตอบแทนการให้บริการเป็นครั้งๆ(รายป่วย) - รพ.รับในอัตราเหมาจ่ายประจำวันต่อมา กำหนดให้จ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม 	<ul style="list-style-type: none"> - รพ.เรียกค่าใช้จ่ายคืนตามบริการที่ให้โดยเมิกซ์อันหลังเป็นแบบปลายเปิดทำให้ค่าใช้จ่ายสูง ต่อมาได้จัดสรรแบบงบประมาณ 	<ul style="list-style-type: none"> - โครงการ Medicaid บริหารองค์กรโดย HCFA เดิมใช้ระบบเรียกเก็บตามต้นทุนบริการย้อนหลัง ต่อมาเปลี่ยนเป็นการจ่ายค่าตอบแทนแบบล่วงหน้า โดยพิจารณาข้อมูลย้อนหลังแล้วพยากรณ์ค่าใช้จ่ายล่วงหน้า โดยปรับด้วยค่าเงินเฟ้อและพิจารณาตัวแปรอื่นๆประกอบ - โครงการ Medicare เดิมเรียกเก็บตามต้นทุนในราคาที่เหมาะสม และบวกเพิ่ม 2 % ต่อมาจ่ายแบบ DRG
<p>ค่าใช้จ่ายสุขภาพของประเทศ (%ของGDP) ปี 1997</p> <p>6.7</p>	<p>10.4</p>	<p>9.0</p>	<p>13.5</p>
<p>สัดส่วนรายจ่ายจากภาครัฐ (%) ปี 1993</p> <p>85</p>	<p>21</p>	<p>75</p>	<p>44</p>
<p>รายจ่ายเพื่อสุขภาพต่อหัว (\$) ปี 1997</p> <p>1,347</p>	<p>2,339</p>	<p>2,095</p>	<p>3,925</p>

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเทศอังกฤษ	ประเทศเยอรมัน	ประเทศแคนาดา	ประเทศอเมริกา
<p>ข้อดี</p> <ul style="list-style-type: none"> - รัฐบาลเป็นเจ้าของทรัพยากร - ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี - เข้าถึงบริการฉุกเฉินสะดวกและรวดเร็ว <p>ข้อเสีย</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษรอคิวนาน - จำกัดในการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการแทรกแซงจากรัฐ - ประสบความสำเร็จในการควบคุมค่าใช้จ่าย - ประชาชนรับบริการกว้างขวาง - ไม่ต้องรอคิวนาน 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้จ่ายมีเพียงรายเดียวคือรัฐบาลทำให้ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ มีค่าบริการจัดการต่ำ - ไม่มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ - มีกฎหมายบังคับไม่ให้เอกชนแข่งขันกับการประกันสุขภาพบังคับที่จัดโดยรัฐ <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษรอคิวนาน 	<ul style="list-style-type: none"> - โครงการ Medicare ช่วยให้มีการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์โดยเฉพาะเทียมกันโดยไม่มีความแตกต่างด้านรายได้หรือชาติ - สภาพภูมิศาสตร์ (เฉพาะผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ESRD) <ul style="list-style-type: none"> - ประชาชนมีหลักประกัน ไม่ครอบคลุม - ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการแพทย์สูง - มีการใช้เทคโนโลยีมากขึ้น

3.5 การจัดสวัสดิการรักษายาบาลในประเทศไทย

การจัดสวัสดิการรักษายาบาลในประเทศไทย แต่เดิมเริ่มจากการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนที่ไม่คิดมูลค่าแก่ผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษายาบาลได้เมื่อเกิดเจ็บป่วย ซึ่งให้อยู่ภายใต้ดุลยพินิจของหัวหน้าสถานพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นต้น ในการพิจารณาอาจมีหรือไม่มีงานสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้คัดกรองก่อนส่งให้ผู้อำนวยการอนุมัติเป็นครั้งคราว โครงการสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สมควรเกื้อกูลเริ่มดำเนินการเป็นโครงการชัดเจนขึ้นในปี 2518 โดยนโยบายทางการเมือง ซึ่งให้การดูแลครอบคลุมแก่ผู้ที่ยากจนเป็นกลุ่มแรก ในการดำเนินงานได้กำหนดให้สถานพยาบาลต่างๆของทางราชการให้การสงเคราะห์ดังกล่าวโดยให้หัวหน้าสถานพยาบาลเป็นผู้พิจารณาว่า บุคคลใดเป็นผู้สมควรได้รับการสงเคราะห์ อย่างไรก็ตามแม้จะมีการประกาศเป็นนโยบาย ก็ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินการและการรับรองสิทธิที่แท้จริง การดำเนินงานไม่ได้รับความสนใจจากสถานบริการมากนัก เพราะเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายแก่สถานบริการมากขึ้น ในขณะที่งบประมาณจำกัดและไม่เพียงพอ การจัดสวัสดิการได้มีการขยายความครอบคลุมต่อมาไปสู่กลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ผู้มีคุณประโยชน์แก่ประเทศชาติ ได้แก่ ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น ทหารผ่านศึกและครอบครัว พระภิกษุและนักบวช ผู้บริจาคโลหิตที่จำนวนครั้งมากครั้ง นักการเมืองท้องถิ่น เช่น สมาชิกสภาจังหวัด เป็นต้น โดยการออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขในการช่วยเหลือลดหย่อนค่าบริการและรักษายาบาล ซึ่งได้มีการจัดแบ่งสิทธิบุคคลเหล่านี้ ออกเป็นประเภทต่างๆที่ได้รับสิทธิช่วยเหลือลดหย่อนค่ารักษายาบาลในสถานบริการรัฐ เป็น 3 ประเภท ได้แก่ประเภท ก ข และ ค ในช่วงปี 2525-2534 และ แก้ไข เพิ่มเติม เป็น 4 ประเภทโดยการเพิ่มประเภท ง ในปี 2537 (Supachutikul 1996, p.18, กระทรวงสาธารณสุข, 2537 หน้า 21) ในกลุ่มอื่นๆ ได้มีการออกประกาศเป็นนโยบายให้มีสิทธิได้รับการครอบคลุมเพิ่มเติมในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สมควรเกื้อกูล ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็กอายุ 0-12 ปี นักเรียน และ ผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือจากระเบียบกระทรวงสาธารณสุขในการช่วยเหลือลดหย่อนค่ารักษายาบาลในสถานบริการรัฐ ได้แก่ ทหารผ่านศึก พระภิกษุและนักบวช เป็นต้น

ในการดำเนินโครงการสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สมควรเกื้อกูลในระยะต่อมาได้มีการคัดกรองและออกบัตรรับรองสิทธิ ในกลุ่มผู้ที่ยากจนเป็นกลุ่มแรก ส่วนในกลุ่มอื่นๆยังเป็นเพียงนโยบายที่ให้สถานบริการรัฐให้บริการโดยไม่คิดมูลค่า เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก 0-12 ปี เป็นต้น การดำเนินงานไม่มีการออกบัตรรับรองสิทธิที่ชัดเจน จึงทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติทั้งต่อตัวผู้ป่วยและในสถานบริการต่างๆ โดยเฉพาะในสถานบริการที่มีปัญหาเรื่องการเงิน การดำเนินงานออกบัตรรับรองสิทธิแก่ผู้ยากจนได้ดำเนินงานปรับเปลี่ยนหลายครั้งซึ่งสรุปได้เป็นช่วงเวลาดังนี้

ปี 2519-2523 เป็นช่วงแรกของการออกบัตรรับรองสิทธิผู้ที่ยากจนเพื่อรับการ รักษาพยาบาลในสถานบริการรัฐโดยไม่คิดมูลค่า การกำหนดความยากจนใช้เกณฑ์การวัดรายได้ (means-test) ที่ผู้มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ต่อ เดือน มีสิทธิได้รับบัตรรักษาพยาบาลฟรี

ช่วงปี 2524-2527 ได้ดำเนินการออกบัตรรักษาพยาบาลฟรี รอบที่ 2 โดยใช้เกณฑ์ การวัดรายได้เท่าเดิม คือ ต่ำกว่า 1,000 บาท ต่อ เดือน บัตรมีอายุ 3 ปี และได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่คิดมูลค่าเมื่อเจ็บป่วยจากสถานบริการรัฐ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา และ สภาอากาศไทย.

ปี 2527-2530 ได้ออกบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลฟรี ตามระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2527 โดยกำหนดผู้มีสิทธิรับการออกบัตรจากการคัดเลือกด้วยเกณฑ์การวัดรายได้ (means-test) ไว้ที่ระดับรายได้ ต่ำกว่า 1,500 บาท ต่อ เดือน สำหรับคนโสด และ รายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ต่อ เดือน สำหรับครอบครัว

ในปี 2537 ได้มีการปรับปรุงแก้ไขระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2527 โดยมีสาระสำคัญคือเปลี่ยนชื่อบัตรเป็นบัตร สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) มีการปรับเกณฑ์การวัดรายได้สำหรับรับรอง สิทธิการรักษาพยาบาลฟรี กำหนดไว้ที่ รายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ต่อ เดือน สำหรับคนโสด และราย ใต้ต่ำกว่า 2,800 บาทต่อเดือนสำหรับครอบครัว เกณฑ์การวัดรายได้ที่กำหนดไว้สำหรับการออก บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่านี้สูงกว่าระดับรายได้ที่เส้นยากจน (poverty line) ถึง 4 เท่า ซึ่งหากผู้ยากจนที่ได้รับการคัดกรองดีข้อมทำให้ผู้ที่ยากจนมีหลักประกัน 100 % (Mongkolsmai,1993 p.56) ในประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่ง ชาติได้กำหนดให้เส้นความยากจนของปี พ.ศ. 2540 มีค่าอยู่ระหว่าง 412 บาท/เดือน/คน กับ 1,390 บาท/เดือน/คน (ชุติมา สุวรรณ์เดชา, 2542 หน้า 3-4) สำหรับกลุ่มที่ไม่มีบัตรสปร. หรือที่เป็น คนใช้ประเภท ข นั้น การจัดสรรงบประมาณไม่ได้จัดสรรมาพร้อมงบประมาณสำหรับผู้ได้รับ สวัสดิการสปร. แต่อาศัยเงินจากหมวด 300 (งานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ) ปัจจุบัน ได้มีการ กำหนดนโยบายการดำเนินการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล นโยบายใน การออกบัตรสวัสดิการ (ระหว่าง พ.ศ. 2541 – 2543) ได้กำหนดเกณฑ์การตัดสินผู้ที่สมควรได้ รับสวัสดิการเป็นไปตามระเบียบฯ คือ คนโสด รายได้ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท บุคคลในครอบ ครัวเดียวกัน รายได้รวมกันไม่เกินเดือนละ 2,800 บาท มีการเปิดโอกาสให้แสดงความจำนงได้ทุก 3 เดือน ในขั้นตอนของการคัดกรองเพื่อให้ได้ผู้มีรายได้น้อยอย่างแท้จริงให้ใช้กลวิธีสังคมช่วยเหลือ ร่วมกับการประเมินรายได้ คณะกรรมการพิจารณาสิทธิทุกระดับดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติ

ของผู้แสดงความจำนงขอสิทธิอย่างเข้มงวดและจริงจังและพิจารณาตรวจสอบผู้ได้รับสิทธิเป็นระยะ ตามความเหมาะสม บัตรมีอายุ 3 ปี การระงับสถานพยาบาลในบัตรให้ผู้มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีแพทย์อยู่ประจำ ซึ่งตั้งอยู่ในภูมิลำเนา หรือ ไปรับบริการได้สะดวกที่สุด 1 แห่ง เป็นสถานบริการหลักประจำครอบครัว และเลือกสถานบริการระดับต้นที่ไม่มีแพทย์ ซึ่งตั้งอยู่ในภูมิลำเนาหรือไปรับบริการสะดวกที่สุด (ถ้ามี) อีก 1 แห่ง เช่น สถานีอนามัยเป็นสถานบริการประจำครอบครัวเครือข่าย ทั้งนี้เป็นไปตามหลักการที่ให้ผู้มีสิทธิได้มีโอกาสพบแพทย์เช่นเดียวกับบัตรสุขภาพ ให้มีการจัดทำทะเบียนในการออกบัตรเพื่อเป็นฐานข้อมูล โดยบัตรที่ออกมีทั้งหมด 8 ประเภทพิจารณาช่วงอายุเป็นเกณฑ์ (1-12 ปี 13-60 ปี 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป) และการมีที่อยู่ตามภูมิลำเนาได้แก่

1. เด็กอายุ 0 - 12 ปีทุกคนที่อยู่ในครอบครัวของผู้มีรายได้น้อย ครอบครัวทหารผ่านศึก เป็นเด็กนักเรียน ผู้พิการ หรือครอบครัวอื่นๆ ยกเว้นกรณีที่บิดามารดาได้รับสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการหรือลูกจ้าง / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
2. ผู้มีรายได้น้อย ตามผู้ที่มีสิทธิตามระเบียบฯ ที่มีอายุ 13 - 60 ปี
3. นักเรียน สำหรับนักเรียนที่มีอายุ เกิน 12 ปีขึ้นไป และยังไม่จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น
4. ผู้พิการ สำหรับผู้พิการตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534
5. ทหารผ่านศึก สำหรับทหารผ่านศึกและครอบครัว
6. พระภิกษุ/ผู้นำศาสนา
7. ผู้สูงอายุ สำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
8. บัตรชั่วคราว สำหรับผู้ที่มีภูมิลำเนา ไม่ได้อาศัยอยู่ในทะเบียนบ้าน

3.5.1 สิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้สมควรแก่ดูแล ได้กำหนดสิทธิการรักษาไว้ชัดเจน รวมทั้งการยกเว้นสำหรับการรักษายาบาลบางประเภทที่ไม่จำเป็นดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข 2541 หน้า 59)

การรักษายาบาลที่จำเป็นและได้รับสิทธิรักษายาบาลไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับ

1. ค่ายาตามบัญชียาหลัก และนอกบัญชียาหลักที่จำเป็นเพื่อการรักษา ตามดุลยพินิจของแพทย์ หรือกรรมการแพทย์

2. ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ ค่าคลอด ค่าทำหมัน ค่าเลือดและส่วนประกอบเลือด ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค่าบริการวางแผนครอบครัว ค่าออกซิเจน ค่าวัคซีนและเซรุ่มป้องกันโรค และอื่นๆทำนองเดียวกัน
3. ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าชันสูตรโรค ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายอื่นในการให้บริการทางการแพทย์ และอนามัย
4. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดโรครวมทั้งค่าซ่อมแซม
5. ค่าถอนฟันและอุดฟันธรรมดา และค่าฟันปลอมที่ใช้ฐานอะคริลิก
6. ค่าอาหารและค่าห้องสามัญ

การได้รับสิทธิไม่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลที่เป็นการบริการพิเศษ ได้แก่

1. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด
2. ค่าผ่าตัดเสริมสวย
3. การตกแต่งฟัน หรือ ทันตกรรมประดิษฐ์
4. แว่นตา หรือ เลนส์เทียม
5. ค่าอวัยวะเทียมที่ไม่จำเป็นต่อการดำรงชีพ
6. การรักษาภาวะมีบุตรยาก
7. ผสมเทียม
8. เปลี่ยนหรือแปลงเพศ
9. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
10. การรักษาที่กำลังทดลองค้นคว้า
11. การป้องกันโรคที่ไม่ใช่บริการขั้นพื้นฐาน
12. การล้างไตเทียมแบบล้างโลหิต ยกเว้นเป็นการรักษาอาการเฉียบพลันภายใน 60 วัน นับตั้งแต่วันเกิดโรค
13. การบริการที่ไม่ผ่านระบบส่งต่อ ยกเว้นเป็นการมารับบริการต่อจากครั้งแรก
14. อุบัติเหตุจากประสบภัยจากรถและมีการคุ้มครองตามกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
15. ค่าบริการพิเศษ เช่นค่าพยาบาลพิเศษ ค่าแต่งศพ ค่าขนส่ง ค่าอุปกรณ์ไฟฟ้า ค่าโทรศัพท์

16. การใช้บริการห้องพิเศษให้ยกเลิกสิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าในครั้งนั้นๆ โดยผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเช่นผู้ไม่ได้รับสิทธิ

3.5.2 ปัญหาอุปสรรคในการจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สมควรแก่กฏในประเทศไทย

ปัญหาอุปสรรคในการจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สมควรแก่กฏที่พบมีหลายประการ ที่พบบ่อยๆ ได้แก่

- 1) ปัญหาเรื่องการประเมินรายได้ตามเกณฑ์การวัดรายได้เพื่อคัดกรองผู้สมควรได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลฟรี เพราะผู้ที่ทำงานในภาคเอกชนแบบไม่ประจำ หรือรับจ้างเป็นครั้งคราว หรือ ผู้มีอาชีพเกษตรกรรม จะมีรายได้ไม่แน่นอนคงที่เพียงพอสำหรับให้ประเมิน ประชาชนบางกลุ่มไม่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลเพราะเป็นผู้ที่อพยพไปทำงานในเมืองใหญ่ โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร หรือ เป็นบุคคลเร่ร่อน
- 2) ความไม่เท่าเทียมในการบริการ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับระบบประกันสุขภาพอื่นๆ เช่น ประกันสังคมที่ผู้ประกันตนได้รับการบริการที่ดีกว่า สร้างความพึงพอใจมากกว่า
- 3) งบประมาณที่ได้รับสนับสนุนในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้สมควรแก่กฏมักไม่เพียงพอ โดยเฉพาะสำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลศูนย์ ทำให้โรงพยาบาลต้องแบ่งปันเงินงบประมาณส่วนอื่น หรือ เงินบำรุงที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยประเภทอื่นๆมาช่วยจุนเจือ และ งบประมาณที่สถานพยาบาลได้รับชดเชยกับต้นทุนต่อหน่วยของการรักษาพยาบาลเพียงร้อยละ 40-50 ส่วนที่เหลือต้องได้รับอุดหนุนจากแหล่งรายได้อื่น (Mongkolksmai, 1993 p. 59) และ สัมฤทธิ์ ศรีธีารงสวัสดิ์ (2539:20) กล่าวว่า งบประมาณของโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเป็นเพียงร้อยละ 60 ของค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลที่ผลิตบริการสุขภาพสำหรับผู้ถือบัตรสงเคราะห์ ส่วนศุภสิทธิ์ พรธรรมรุโณทัย (2540) อ้างใน สมชาย สุขศิริเสรีกุล, 2541: หน้า 20) ประเมินว่าต้นทุนรักษายาบาลได้รับการชดเชยเพียงร้อยละ 39

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2538) ได้สรุปปัญหาโครงการบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในไว้ดังนี้

1. การขาดหลักประกันสุขภาพของประชาชนบางกลุ่ม ยังคงมีประชาชนบางกลุ่มที่ไม่อยากจนมากจนถึงระดับที่จะได้รับการสงเคราะห์จากโครงการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย

แต่บ่อยครั้งเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคอันถึงแก่ชีวิต ก็ไม่มีความมั่นใจที่จะได้รับการทั้งจากของรัฐและเอกชน เนื่องจากมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

2. ผู้ด้อยโอกาสไม่ได้รับหลักประกันอย่างแท้จริง เนื่องจากในขั้นตอนการจัดทำบัตรคนยากจนจริงๆ ไม่ได้รับบัตรสงเคราะห์ การมารับบริการยังสถานพยาบาลต่างๆของรัฐ จะได้รับบริการโดยไม่คิดมูลค่าหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเมตตาของผู้บริหารสถานพยาบาลต่างๆเหล่านั้น

3. เกิดความไม่เท่าเทียมกันในหลักประกันของกลุ่มต่าง ๆ ของสวัสดิการข้าราชการ และ ผู้ประกันตามโครงการประกันสังคมได้รับงบประมาณในการดูแลสูงกว่า ทำให้ความจริงที่ปรากฏกลับกลายเป็นว่าผู้ที่มีฐานะดีกว่าจะได้รับงบประมาณสนับสนุนดีกว่าคนที่ยากจน หรือผู้ที่จำเป็นมากกว่า

4. ขาดประสิทธิภาพการบริหารงาน โดยเฉพาะสวัสดิการข้าราชการ เป็นการใช้จ่ายงบประมาณแบบปลายเปิดซึ่งควบคุมค่าใช้จ่ายในแต่ละปีไม่ได้ ทำให้งบประมาณในกลุ่มนี้สูงมากและเพิ่มขึ้นทุกปี

5. คุณภาพในการให้บริการไม่ดี และไม่สร้างความพึงพอใจ

3.5.3 แนวทางการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาโครงการบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541: 1-15) ได้เสนอแนวทางการพัฒนาเพื่อแก้ไข ปัญหาโครงการบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ไว้ 3 ประการ คือ

1. การปฏิรูปการเงินการคลัง (health financing) เนื่องจากวิธีการจัดระบบการเงินการคลังจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งยังเป็นกลไกในการสร้างความเท่าเทียมกันขึ้น (equity)

2. การปฏิรูประบบบริการ (health service organization) เป็นการปฏิรูประบบบริการเพื่อให้ระบบบริการสามารถพัฒนาทั้งประสิทธิภาพและคุณภาพของตนเอง เช่น การสร้างระบบเครือข่ายที่เหมาะสมระหว่างสถานพยาบาลที่เป็นด่านแรก กับ สถานพยาบาลที่รับการส่งต่อ และ ระหว่างรัฐกับเอกชน

3. การปฏิรูปสิทธิของผู้รับบริการ (consumer's right) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถมีทางเลือกให้ผู้ให้บริการที่ตนเองพอใจได้ ขณะเดียวกันก็มีสิทธิในการที่จะขอให้มีการปรับปรุงคุณภาพของบริการหากตนเองได้รับบริการที่ไม่เหมาะสม

ในส่วนของการปฏิรูประบบการเงินการคลัง สวงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2542: 46-55) ได้เสนอแนวทางในการแก้ปัญหาดังนี้

1. การจักระบบการเงินการคลังสุขภาพรวมหมู่ (collective financing) เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศส่วนใหญ่เกิดจากประชาชน การใช้จ่ายกระจุกกระจายไม่มีทิศทาง การกำกับจากประเทศโดยรวม การใช้ระบบการคลังรวมหมู่ คือการที่ประชาชนทุกคนร่วมเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข แทนที่จะไปจ่ายเองตามสถานพยาบาลต่างๆ ก็มาจ่ายตามเศรษฐกิจฐานะของตน เพื่อรวมเป็นกองทุนใหญ่จะสามารถกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพได้ ในประเทศไทยโครงการประกันสังคมเป็นระบบการเงินการคลังรวมหมู่ มีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลในแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) และให้ประชาชนผู้เลือกสถานพยาบาลสามารถไปรับบริการยังสถานบริการที่ได้รับงบประมาณจากการเหมาจ่ายรายหัวไปแล้ว การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวเป็นระบบการจ่ายเงินที่ไม่เคยดำเนินการมาก่อนในประเทศไทย ผลของการดำเนินงานพบว่ามีประสิทธิภาพที่ดีระดับหนึ่ง วิธีดำเนินการที่จะทำให้เกิดระบบการเงินการคลังแบบรวมหมู่ทางด้านสุขภาพของประเทศ สามารถทำได้โดยการออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะการประกันสุขภาพแบบบังคับ (compulsory insurance) โดยให้ประชาชนทุกคนมีส่วนร่วมจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามเศรษฐกิจฐานะที่เหมาะสมของตนเอง ยกเว้นผู้ยากไร้ที่รัฐต้องช่วยเหลือเกื้อกูล
2. การปรับระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพของรัฐทุกระบบให้มีความเป็นเอกภาพ ในประเทศไทยมีระบบโครงการสวัสดิการและการประกันสุขภาพหลายโครงการ แต่ไม่ได้มีการประสานงานอย่างจริงจัง การปรับปรุงที่จะทำให้เกิดความเป็นเอกภาพมากขึ้น จะต้องเริ่มตั้งแต่การขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิต่างๆ เพื่อให้ประชาชนที่เกิดมาเป็นคนไทยทุกคนจะต้องมีบัตรแสดงสิทธิด้านการบริการสุขภาพของตนเอง เพื่อเป็นการลดความซ้ำซ้อน สามารถสร้างและพัฒนาข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพเพื่อประกอบการจัดสรรงบประมาณ การปรับการจ่ายค่าใช้จ่ายให้สถานพยาบาลให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน มีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อประสานงานของโครงการต่างๆที่กระจุกกระจายให้มีเอกภาพมากขึ้น เช่น วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล สิทธิประโยชน์ที่เป็นบริการหลักที่จำเป็นเพื่อทำให้ทุกโครงการสามารถประกันถึงการให้บริการหลักที่จำเป็นเบื้องต้นและไม่ให้มีการจ่ายเงินแก่สถานบริการเหลื่อมล้ำมากเกินไป สถานบริการจะไม่เกิดแรงจูงใจต่างกันมากนักจนทำให้บริการแก่ประชาชนด้วยมาตรฐานที่ไม่เหมือนกัน การปรับความเป็นเอกภาพนี้จะทำให้เกิดประสิทธิภาพ ความเสมอภาค และคุณภาพในภาพรวมของระบบบริการสุขภาพ
3. การปรับระบบการบริหารจัดการ ทางด้านการเงินการคลังให้อยู่ภายใต้ระบบที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (managed care) การปฏิรูประบบการจ่ายเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและมีความเป็นไปได้ในด้านการเงินในระยะยาว จึงต้องมีการปรับใช้ระบบการเงินการคลังที่เหมาะสม โดย

เฉพาะการจ่ายเงินให้สถานบริการและบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ ทิศทางการจ่ายเงินให้แก่สถานบริการให้เป็นแนวทางในลักษณะที่ใกล้เคียงแบบกำกับได้ในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว หรือจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม แต่ระบบการจัดการที่ควบคุมค่าใช้จ่ายเหล่านี้จะมีข้ออ่อนอยู่ที่มีแนวโน้มที่คุณภาพการบริการอาจไม่ดีเท่าที่ควร หากไม่มีระบบกำกับคุณภาพที่ดีเพียงพอ ดังนั้น การใช้ระบบที่กำกับค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพได้นี้จะต้องดำเนินการไปพร้อมกับการกำกับทางด้านคุณภาพของบริการอย่างเข้มแข็ง จึงจะทำให้เกิดการปฏิรูปที่ดีขึ้นอย่างแท้จริง

4. การปรับระบบการเงินการคลังโดยเน้นนโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยนอกจากเป็นการแก้ไขปัญหาที่ซ้ำเกินไป ยังทำให้เสียค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพมากขึ้นโดยไม่จำเป็น เนื่องจากโรคที่พบมากในปัจจุบันเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถทำให้ลดลง หรือ ลดความรุนแรงได้ โดยการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการปรับระบบการเงินการคลังควรเน้นไปสู่การสนับสนุนด้านนี้ให้มากขึ้น

5. การสร้างความรับผิดชอบให้เกิดขึ้นกับประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม ในประเทศเยอรมัน แคนาดา เมื่อรัฐบาลได้พยายามปรับปรุงด้านสถานพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการดีแล้วมีการจัดการทางด้านอุปทาน (supply side) ก็ยังไม่สามารถลดค่าใช้จ่ายของประเทศโดยรวมได้ รัฐบาลของประเทศเหล่านี้จึงหันมาปรับปรุงทางด้านอุปสงค์ (demand side) ของประชาชน โดยริเริ่มให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ (copayment) เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักมากขึ้นถึงความสำคัญของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ แต่การเก็บค่าบริการนี้จะเก็บเพียงเล็กน้อย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อจำเป็นเท่านั้น ไม่ใช้การเก็บค่าบริการจำนวนมากจนทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ได้

6. การเพิ่มการลงทุนของรัฐบาลในด้านสุขภาพให้มากขึ้น ประเทศไทยมีการลงทุนจากภาครัฐน้อยกว่าหลายประเทศในภูมิภาคเดียวกัน การปฏิรูปจะประสบผลสำเร็จรัฐต้องมีการลงทุนทางด้านสุขภาพให้มากขึ้นกว่าเดิม เพื่อให้เกิดการปรับสมดุลของการกระจายบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันให้เท่าเทียม และมีประสิทธิภาพสูง กลุ่มที่รัฐบาลควรสนับสนุนน่าจะได้แก่ผู้มีรายได้น้อย ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล และผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ

7. การผ่อนคลาขระเบียบและสร้างความรับผิดชอบมากขึ้นให้กับผู้ให้บริการ การส่งเสริมให้สถานบริการได้รับงบประมาณตามผลงานที่ทำ (result - oriented budgeting) หรือ การที่ต้องรับผิดชอบต่อประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับตน หรือ เครือข่ายของตนจนถึงที่สุด ทั้งในขณะการรักษาเองหรือส่งต่อไปรักษาที่อื่น การส่งต่อผู้ป่วยให้กันในระหว่างสถานพยาบาล การเพิ่มความรับผิดชอบนี้ต้องเป็นไปพร้อมกับการผ่อนคลาขระเบียบให้สถานพยาบาลมีลักษณะอิสระมากขึ้น

3.5.4 การจัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สมควรเกื้อกูล

รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณผู้มีรายได้น้อยและผู้สมควรช่วยเหลือเกื้อกูลเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยไม่มีภาระค่าใช้จ่ายเป็นสิ่งกีดกัน การจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยงานต่างๆควรจัดสรรให้ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) และภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการให้บริการ ในการจัดสรรงบประมาณที่ผ่านมาได้รับการจัดสรรตามหมวดหมู่จากกระทรวงการคลังให้แก่กระทรวงสาธารณสุขโดยจัดสรรแบบงบประมาณรวม (global budget) จากนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงดำเนินการจัดสรรต่อสู่จังหวัด งบประมาณที่กระทรวงได้รับก็เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 800 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2532 จนถึง 6,370 ล้านบาท ในพ.ศ. 2540 ในขณะที่คนจนในประเทศไทยลดลงเรื่อยๆ จาก 17.9 ล้านคน (ร้อยละ 32.6 ของประชากรทั้งประเทศ) ในพ.ศ. 2531 จนถึง 6.8 ล้านคน (ร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งประเทศ) ในพ.ศ. 2539 (ชุติมา สุวรรณ์เดชา, 2542 หน้า 4-5)

สำหรับวิธีการหรือเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดสรรงบประมาณนั้น ได้มีการปรับปรุงเกณฑ์มาโดยตลอด โดยในปีงบประมาณ 2535 ในความดูแลของกองสาธารณสุขภูมิภาค การจัดสรรงบประมาณคิดได้จากจำนวนคนต่อผลการให้บริการผู้ป่วยรายได้น้อยทั้งหมดในอัตราส่วน 50 : 50 ในปี 2537 ได้เพิ่มเกณฑ์จากเดิมที่มีเฉพาะจำนวนคนจนและผลการบริการ โดยได้เพิ่มเกณฑ์ของจำนวนประชากรในจังหวัด จำนวนสถานบริการ และสภาพปัญหาของพื้นที่เข้าไปด้วย ในปี 2538 ได้มีการจัดสรรแยกระหว่างรพศ./รพท. กลุ่มหนึ่ง กับรพช. และสอ. อีกกลุ่มหนึ่ง การจัดสรรงบประมาณในกลุ่มแรกอยู่ในความรับผิดชอบของกองโรงพยาบาลภูมิภาค และใช้การวิเคราะห์การถดถอยในการจัดสรรงบประมาณทั้งของสปร.ร่วมกับงบประมาณหมวด 300 โดยมี การนำปัจจัยต่างๆในการบริการเช่น จำนวนเตียง จำนวนผู้ป่วย จำนวนประชากร รายได้เฉลี่ยของประชากร เงินบำรุง เป็นต้น มาร่วมในการพิจารณา ส่วนในกลุ่มที่ 2 ใช้เกณฑ์เดียวกับปี 2536 ในการจัดสรรงบประมาณ

ต่อมาในปีงบประมาณ 2539 โครงการสปร.ได้ย้ายมาอยู่ในความดูแลของสำนักงานประกันสุขภาพ โดยสำนักงานประกันสุขภาพได้ทำการจัดสรรงบประมาณในปี 2539 จากผลที่ได้จากการถดถอยพหุคูณเชิงเส้น ได้นำปัจจัยต่างๆมาพิจารณาประกอบการจัดสรรเงินได้แก่ จำนวนวันนอนรวมในโรงพยาบาลทั้งจังหวัด จำนวนประชากรที่ปรับด้วยอัตราการตาย

มาตรฐาน ค่าใช้จ่ายของจังหวัดเบื้องต้น จังหวัดที่มีโรงพยาบาลศูนย์ จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกและรายได้เฉลี่ยของประชาชน

สำหรับในปีงบประมาณ 2540 สำนักงานประกันสุขภาพใช้การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นในการจัดสรรงบประมาณ ปัจจัยต่างๆมาพิจารณาประกอบการจัดสรรเงินได้แก่จำนวนประชากรที่มีสิทธิในโครงการ น้าหนักสัมพัทธ์ในการบริการผู้ป่วยนอกที่ใช้ต้นทุนการบริการในสถานพยาบาลแต่ละระดับในการรับบริการแต่ละครั้งเป็นตัวปรับ ค่าใช้จ่ายเบื้องต้น และน้ำหนักสัมพัทธ์บริการผู้ป่วยในที่ใช้น้ำหนักสัมพัทธ์ DRGs ของแต่ละระดับสถานพยาบาลเป็นตัวปรับ

การจัดสรรงบประมาณภายในจังหวัดให้แก่สถานพยาบาลแต่ละระดับเป็นการกระจายอำนาจในการบริหารการจัดการงบประมาณ. อย่างไรก็ตามการจัดสรรงบประมาณ สปร. ในระดับจังหวัดไม่มีระเบียบแนวทางปฏิบัติที่ยึดถือร่วมกันในทุกจังหวัด แต่ละจังหวัดมีการจัดสรรกันเองโดยการประชุมร่วมกันระหว่างผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บางจังหวัดใช้เกณฑ์เดียวกับการจัดสรรเงินบัตรสุขภาพ บางจังหวัดใช้ตัวเลขการบริการและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเป็นเกณฑ์ สำหรับในปีงบประมาณ 2540 โดยเฉลี่ยแล้วทั้งประเทศมีการจัดสรรเงินงบประมาณให้แก่ รพศ./รพท. รพช. และ สอ./สสจ./ทบ. ในอัตราส่วน 47:32:21 เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่ามีความแตกต่างในอัตราส่วน ภาคกลางรวมภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนเป็น 43:33:24 ในขณะที่ภาคเหนือภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้คือ 38:37:25 33:44:23 และ 47:32:20 ตามลำดับ (ชุดิมา สุวรรณ์เดชา, 2542 หน้า 31-33)

3.5.5 การปฏิรูปการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2542ก หน้า 1-9)

เนื่องจากโครงการสวัสดิการประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นโครงการที่รัฐบาลให้การอุดหนุนโดยมุ่งเน้นที่จะสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในสังคมไทยและลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของประชาชนที่ยากไร้ จากการค้างานที่ผ่านมาพบปัญหาทั้งในเรื่องการเงินการคลังของโครงการ และ การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น การร้องเรียนว่าได้รับบริการที่ไม่ดี มีการเลือกปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ การได้รับงบประมาณต่ำและไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในการที่จะจัดบริการที่ดีมีคุณภาพให้ประชาชนพึงพอใจได้ นอกจากนี้วิธีการจัดสรรงบประมาณของโครงการที่เป็นแบบงบบอร์ดรวมและวิธีจัดสรรจากส่วนกลางไปจังหวัด และจากจังหวัดไปหน่วยบริการระดับต่างๆนั้นยังไม่

ทำให้สถานพยาบาลรู้สึกว่ามีเงินไหลตามผู้ป่วย ประกอบกับการได้รับงบประมาณที่ต่ำกว่ารายจ่ายที่เกิดขึ้นอยู่แล้วทำให้สถานพยาบาลยังไม่มีแรงจูงใจในการที่จะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนกลุ่มดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของประชาชนในโครงการและอาจกระทบไปถึงคุณภาพบริการ รัฐบาลได้ให้ความสำคัญโดยเพิ่มงบประมาณให้มากขึ้น โดยปีงบประมาณ 2541 ได้รับงบประมาณเพิ่มถึงร้อยละ 70 จากห้าพันล้านบาทเป็นเกือบหมื่นล้านบาท เพื่อเป็นหลักประกันและให้ความมั่นใจแก่รัฐบาลที่ได้ทุ่มเทงบประมาณให้แก่โครงการดังกล่าวว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการช่วยเหลือประชาชนให้เข้าถึงและได้รับบริการที่มีคุณภาพและเกิดความพึงพอใจ จึงจำเป็นที่จะต้องปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการ โดยเฉพาะวิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานบริการ เพื่อให้สถานบริการมีแรงจูงใจในการจัดบริการที่ดีขึ้น และประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการที่ดีขึ้น มีความเป็นธรรมขณะเดียวกันก็มีประสิทธิภาพในการใช้จ่ายด้านงบประมาณ อันเป็นเจตนารมณ์ของรัฐบาล

3.5.5.1 แนวคิดในการปฏิรูป

(1) วิธีการจัดสรรเงินไปให้จังหวัดจะต้องมีความเป็นธรรมและสะท้อนภาพภาระการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชนภายใต้โครงการของแต่ละพื้นที่ตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก มากกว่าสะท้อนความจำเป็นด้านของการจัดบริการของสถานบริการโดยรวม

(2) การจ่ายเงินให้สถานบริการต้องก่อแรงจูงใจแก่ผู้ให้บริการตามสมควรในการจัดบริการ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีขณะเดียวกันก็ไม่มากจนเกินไปจนมีแรงจูงใจในการให้บริการเกินความจำเป็น ที่ดีที่สุดคือ เงินควรไหลตามผู้ป่วย เนื่องจากรูปแบบนี้ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์สูงสุด วิธีการจ่ายเงินแต่ละวิธีมีข้อดีข้อด้อยในตัวเอง การที่จะเกิดประสิทธิผลสูงสุดนั้น การผสมผสานวิธีการจ่ายเงินที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ วิธีการจ่ายเงินที่ยอมรับกันว่าเหมาะสมสำหรับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขคือ

- การเหมาจ่ายงบประมาณตามรายหัว (capitation) สำหรับจัดบริการขั้นปฐมภูมิ (primary care) ทั้งนี้เนื่องจากวิธีนี้ผู้ให้บริการไม่มีแรงจูงใจในการให้บริการเกินจำเป็น ขณะเดียวกันก็มีแรงจูงใจในการปรับปรุงบริการเพื่อให้ผู้ป่วยมาเลือกลงทะเบียนกับตน
- จ่ายตามปริมาณบริการที่จัดให้ (fee for service) สำหรับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค เนื่องจากการจ่ายวิธีนี้จะก่อให้เกิดแรงจูงใจสูงสุดในการเพิ่มจำนวนผู้มารับบริการซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์กับสังคมในการควบคุมโรคดังกล่าว นอกจากนั้นกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคและการส่งเสริมสุขภาพก็มีประสิทธิภาพสูงกว่าการรักษาพยาบาล (ประโยชน์ที่ได้รับด้านสุขภาพสูงเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายไป)

- จ่ายตามราคากลางของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) หรืองบประมาณยอดรวม (global budget) สำหรับการรักษาผู้ป่วยใน ทั้งนี้เนื่องจากบริการดังกล่าวมีต้นทุนสูงและมีส่วนแบ่งของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง การจ่ายวิธีนี้จะช่วยในการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี ผู้ให้บริการไม่มีแรงจูงใจในการให้บริการเกินจำเป็นขณะเดียวกันก็มีแรงจูงใจพอสมควรสำหรับผู้ให้บริการในการจัดบริการ

3.5.5.2 กลวิธีที่นำมาใช้

การปฏิรูปวิธีการจ่ายเงิน การพัฒนาขบวนการให้สิทธิแก่กลุ่มเป้าหมายให้มีความตรงและครอบคลุมมากขึ้น โดยมีการลงทะเบียนและออกบัตรแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเป็นรายบุคคลทุกคน เพื่อลดการซ้ำซ้อนสิทธิของการให้สิทธิที่รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณ โดยขบวนการของชุมชน ทั้งนี้โดยประชาชนต้องเลือกสถานบริการระดับต้นที่จะไปใช้บริการ และให้สถานพยาบาลตรวจสอบสิทธิอีกครั้งเพื่อลดปัญหาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นกับสถานพยาบาล พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อรองรับการลงทะเบียน การตรวจสอบความซ้ำซ้อนของการออกบัตร และฐานข้อมูลด้านการให้บริการ การพัฒนาระบบ DRGs พัฒนาด้านการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพของสถานพยาบาล และการคุ้มครองสิทธิของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

ในการจัดสรรงบประมาณ สปร. ให้จังหวัด ได้มีการพัฒนารูปแบบวิธีการจัดสรรเงิน โดยมีประชากรกลุ่มเป้าหมายของโครงการเป็นหลักสำคัญ ซึ่งระบุไว้ในระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุน โครงการสวัสดิการประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือถือฤกษ์เป็น พ.ศ. 2541 โดยกำหนดระยะเวลาขั้นตอนการพัฒนาดังนี้

- ปี 2541 จัดสรรตามประชากรผู้มีสิทธิ ร้อยละ 50 และจัดสรรตามปริมาณงาน ร้อยละ 50
- ปี 2542 จัดสรรตามประชากรผู้มีสิทธิ ร้อยละ 75 และจัดสรรตามปริมาณงาน ร้อยละ 25
- ปี 2543 จัดสรรตามประชากรผู้มีสิทธิ ร้อยละ 100

3.5.5.3 รูปแบบการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการภายในจังหวัดฯ ส่วนกลางได้กำหนดทางเลือกให้จังหวัด ดังนี้ (สำนักงานประกันสุขภาพ. 2541ค หน้า 1-6)

(1) กรณีมีการจัดกลุ่มเครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอ หมายถึงภายในจังหวัดมีการแบ่งระบบการให้บริการเป็นเครือข่ายระดับอำเภอ โดยมีหน่วยบริการประจำครอบครัวหลัก (โรงพยาบาลในเขตอำเภอ) ในกรณีนี้ให้จังหวัดพิจารณาจัดสรรเงินเป็น 2 แนวทางคือ

ทางเลือกที่ 1 จัดสรรโดยใช้หลักเกณฑ์เดียวกับที่ส่วนกลางจัดสรรให้จังหวัด คือ 100% ตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ระบุชื่อหน่วยประจำครอบครัวหลัก ทั้งนี้ ภายในจังหวัดต้องมีข้อตกลงในการเรียกเก็บระหว่างหน่วยบริการประจำครอบครัวหลักกรณีที่มีการใช้บริการข้ามเขตอำเภอที่รับผิดชอบ โดย กสปร.จังหวัด ต้องมีบทบาทในการติดตามกำกับ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยบริการหลักและหน่วยบริการรอง กรณีที่คณะกรรมการบริหารงบประมาณเครือข่ายอำเภอเสนอมา

ทางเลือกที่ 2 จัดสรรโดยใช้หลักเกณฑ์เดียวกับ 6 จังหวัด ภายใต้โครงการเงินกู้จากธนาคารโลกเพื่อการลงทุนทางสังคม (Social Investment Project) เป็นการบริหารงบประมาณ สปร. ภายใต้หลักเกณฑ์เงื่อนไขของธนาคารโลกในพื้นที่ 6 จังหวัดคือ พะเยา ยโสธร ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ ยะลา วัตถุประสงค์ของโครงการคือให้มีการจัดบริการที่ผสมผสานงานด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ พัฒนารูปแบบวิธีการจ่ายเงินให้หน่วยบริการหลักและรองในโครงการให้มีประสิทธิภาพทั้งในด้านการจัดสรรงบประมาณประสิทธิภาพของการจัดบริการ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในระยะยาวและให้สามารถประยุกต์ใช้กับจังหวัดอื่นได้ สำหรับหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณภายในจังหวัดแบ่งออกเป็น 2 ส่วน (ใช้สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่รายงานของโครงการสปร. ในปีที่ผ่านมา) คือกรณีผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 45 ของงบประมาณรวมทั้งจังหวัด จัดสรรเป็นอัตราเหมาจ่ายตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบปฐมภูมิ กรณีผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละ 55 ของงบประมาณยอดรวมทั้งจังหวัด และจัดสรรให้โรงพยาบาลต่างๆตามราคากลางกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2541ข)

(2) กรณีที่ไม่ได้จัดกลุ่มเครือข่ายบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ ในกรณีนี้ กสปร.จังหวัด จะเป็นผู้พิจารณาจัดสรรเงินเป็นงบยอดรวมไปที่หน่วยบริการต่างๆทุกแห่งในจังหวัด ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยต่างๆ ในกรณีนี้ให้ใช้ทางเลือกที่ 3 คือ จัดสรรงบประมาณยอดรวมไปที่หน่วยบริการประจำครอบครัวหลักและรอง โดยจังหวัดต้องมีหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจัดสรรงบประมาณที่สะท้อนความต้องการด้านสาธารณสุขของประชากรผู้มีสิทธิแต่ละพื้นที่ และต้นทุนการให้บริการแต่ละระดับ ทั้งนี้ การจัดสรรงบประมาณของโครงการสปร.ตามทางเลือกที่ 3 ต้องมีขบวนการการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการต่างๆอย่างเป็นธรรมและโปร่งใส ซึ่งหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการจัดสรรงบประมาณเป็นยอดรวมไปที่หน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละระดับตามน้ำหนักบริการนั้น จังหวัดจะใช้เกณฑ์ตามข้อมูลการศึกษาต้นทุนแต่ละระดับของจังหวัดเองมาปรับน้ำหนักบริการ เพื่อจัดสรรตามภาระงาน หรือปรับโดยใช้เกณฑ์เดียวกับที่สำนักงานประกันสุขภาพก็ได้

3.5.6 โครงการสวัสดิการประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือ เกื้อกูลของจังหวัดกำแพงเพชร

จังหวัดกำแพงเพชรได้ดำเนินงานตามโครงการสปร.ตั้งแต่ปี 2518 โดยสถานบริการได้ให้บริการโดยไม่คิดมูลค่า ในปี 2541 อัตราความครอบคลุมของผู้มีรายได้น้อยครอบคลุมร้อยละ 48 ของประชากรในจังหวัด ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลเพิ่มขึ้นทุกปี ในปีงบประมาณ 2542 มากกว่าปี 2540 เกือบ 2 เท่า ขณะที่ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นก็สูงมากขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน

งบประมาณตามโครงการสปร. ที่จังหวัดกำแพงเพชรได้รับจะมีการจัดสรรคืนสถานบริการทุกระดับในจังหวัด ซึ่งแนวทางการจัดสรรงบประมาณนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปตามปีงบประมาณ โดยในปีงบประมาณ 2541 ได้จัดสรรให้โรงพยาบาลจังหวัด : โรงพยาบาลอำเภอ : สถานีอนามัยในสัดส่วน 40 : 40 : 20 โดยในส่วนของโรงพยาบาลอำเภอ และสถานีอนามัยในยอดรวมของวงเงินที่จัดสรรให้จัดสรรตามผลงานการให้บริการ ร้อยละ 50 และจัดสรรตามผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ร้อยละ 50 และเนื่องจากจังหวัดฯ มีนโยบายพัฒนากลุ่มวิสาหกิจระดับอำเภอ งบสปร.ของสถานีอนามัยจึงไม่ได้รับเป็นเงินงบประมาณ คยจังหวัดฯ จะโอนให้โรงพยาบาลชุมชนในเขตแล้วให้สถานีอนามัยเบิกเวชภัณฑ์จากคลังยาของโรงพยาบาลชุมชนแทน

ในการจัดสรรงบประมาณสปร.ปีงบประมาณ 2542 จังหวัดกำแพงเพชรได้รับจัดสรรในวงเงิน 72,188,760 บาท คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลจังหวัดฯ (กสปร.จ.) ได้มีมติให้มีการใช้การเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอกและใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในการจ่ายเงินผู้ป่วยใน กรณีที่ยังไม่สามารถใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมได้ให้ใช้การจัดสรรแบบเดิมคือจัดสรรงบยอดรวมโดยมีสัดส่วน โรงพยาบาลจังหวัด : โรงพยาบาลอำเภอ : สถานีอนามัย ในสัดส่วน 40:40:20 เนื่องจากยังไม่มีความพร้อมในการนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้ กสปร.จ. ได้มีมติ จัดสรรเงิน สปร. ปีงบประมาณ 2542 โดยจัดสรรเป็นงบยอดรวมไปที่หน่วยบริการทุกระดับและจังหวัดฯ ได้มีนโยบายพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อให้สามารถนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้โดยมีการอบรมและพัฒนาระบบข้อมูลของโรงพยาบาลตามโครงสร้างที่สำนักงานประกันสุขภาพกำหนด จัดระบบการตรวจสอบข้อมูลในการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในการบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยโปรแกรม grouper และให้โรงพยาบาลทุกแห่งเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2541 เป็นต้นมา และเนื่องจากได้รับแจ้งจากกระทรวงสาธารณสุขให้จัดสรรงบ

ประมาณสปร.ปี 2542 ในทางเลือกที่กำหนด 3 รูปแบบ จังหวัดกำแพงเพชรได้ใช้ทางเลือกที่ 3 และได้จัดสรรเงิน สปร.ในปี 2542 ดังนี้

1. จัดสรรให้กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและส่งต่อ ร้อยละ 10
2. จัดสรรให้โรงพยาบาลเปิดใหม่ และสถานีนอนามัยเปิดใหม่ เพื่อจัดซื้อเวชภัณฑ์ในการรักษาพยาบาล 1,000,000 บาท
3. จัดสรรให้สถานพยาบาลภายในจังหวัดในส่วนที่เหลือจากข้อ 1 และ 2 โดยมีเงื่อนไขให้หน่วยบริการได้รับจัดสรรเงิน สปร.ปี 2542 คือให้สถานบริการทุกแห่งได้รับยอดเงินจัดสรรเท่ากับยอดจัดสรรที่ได้รับในปีงบประมาณ 2541 ส่วนยอดเงินที่เหลือให้นำมาจัดสรรโดยใช้ผลงานผู้ป่วยนอก (ครั้ง) ผู้ป่วยใน (วัน) คุณราคาค่าเฉลี่ยของประเทศในแต่ละระดับ โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยใช้ราคาของประเทศที่กำหนดในแต่ละระดับบริการตามเอกสารประกอบการประชุม กสปร.กลาง ครั้งที่ 4 /2541 สำนักงานประกันสุขภาพ

เงื่อนไขในการรับบริการของผู้มีสิทธิภายในจังหวัดกำหนดให้ไปรับบริการทางการแพทย์ได้ที่สถานพยาบาลที่ระบุในบัตร และเป็นไปตามระบบส่งต่อที่กำหนด กรณีที่ผู้มีสิทธิไปรับบริการไม่ตรงกับสถานพยาบาลที่ระบุในบัตร ให้ชี้แจง ทำความเข้าใจและให้บริการโดยไม่คิดค่ารักษาพยาบาล ไม่มีการเรียกค่ารักษาพยาบาลระหว่างเขตอำเภอเนื่องจากจังหวัดได้จัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายให้แล้ว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2542 หน้า 5-6)

4. กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group, DRGs)

4.1 วิวัฒนาการของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group, DRGs)

วิวัฒนาการของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group, DRGs) (ศุภสิทธิ์ พรธรรุโณทัย, 2542ข หน้า 2-4) เป็นนวัตกรรมด้านการบริหารโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นในช่วงปี 1970 ซึ่งประเทศต้นกำเนิดของ DRGs คือ ประเทศสหรัฐอเมริกาโดยหัวหน้าคณะนักวิจัยของมหาวิทยาลัยเยล 2 คน Robert Fetter วิศวกรอุตสาหกรรมและ John Thompson พยาบาลได้ช่วยกันคิดค้นเครื่องมือนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เริ่มแรกที่ใช้สำหรับพัฒนาคุณภาพของการบริหารงานโรงพยาบาล และต่อมากลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดสรรเงินในระบบสาธารณสุขและการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาล DRGs เป็นเครื่องมือใหม่ที่มีรากฐานมาจากแนวคิดหลัก 2 แนว ได้แก่ แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่ต้องการค้นหาฟังก์ชันของการผลิต (Production function) ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลและแนวคิดวิศวกรรม ที่ผลักดันให้ค้นหาวิธีวิเคราะห์

การใช้ทรัพยากรของหน่วยงานในระดับจุลภาค ความพยายามนี้เป็นการสอดคล้องกับกระแสการค้นหาระบบการจัดกลุ่มผู้รับบริการของโรงพยาบาล (hospital case - mix) หรือระบบการจัดกลุ่มผู้ป่วย (patient classification system) เพื่อประโยชน์สำหรับการบริหารจัดการและบริการผู้ป่วยเมื่อโครงการ Medicare ซึ่งเป็นผู้ดูแลสวัสดิการรักษายาบาลผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาประสบปัญหารายจ่ายสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในระหว่างปี 1970 - 1980 เพราะการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลที่รักษาผู้สูงอายุ โดยวิธีจ่ายย้อนหลังตามจริง (retrospective reimbursement) สำนักงานการคลังสาธารณสุข (Health Care Financing Administration, HCFA) ซึ่งบริหารโครงการ Medicare จึงพยายามหาทางเลือกใหม่ของวิธีจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาล HCFA สนับสนุนทุนวิจัยให้แก่ผู้วิจัยของมหาวิทยาลัยเยลทดลองใช้ DRGs ในการควบคุมรายจ่ายของโรงพยาบาลในรัฐนิวยอร์กและแมริแลนด์อย่างได้ผลจึงเกิด DRGs ฉบับที่ 1 ซึ่งมีกลุ่มโรคต่างๆ 383 กลุ่ม โครงการ Medicare จึงเปลี่ยนแปลงวิธีการจ่ายเงิน เป็นระบบตกลงราคาล่วงหน้า (prospective payment system) ตามรายป่วยในปี 1983 หลังจากนั้น DRGs ก็มีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องทุกปี

หลักการของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจุ่มงหมายแรกของการคิดค้น DRGs ขึ้นมาเพื่อจัดกลุ่มผู้ป่วยที่คาดว่าจะใช้บริการต่างๆ ของโรงพยาบาล (output) ที่คล้ายคลึงกันไว้ด้วยกัน การจัดกลุ่มนี้ต้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกแห่ง และต้องมีความหมายเพื่อสื่อกับผู้อ่านทั้งแพทย์ผู้รักษาโรคและผู้ที่ไม่ได้เป็นแพทย์ กลุ่ม DRGs จึงมีคุณสมบัติที่สำคัญดังนี้

1. ต้องสามารถสื่อความหมายทางการแพทย์ กลุ่มผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มใหญ่หรือกลุ่มย่อยเดียวกัน จะต้องมีความคล้ายคลึงกันทางคลินิก (homogeneous) เมื่อนำเสนอรายละเอียดของผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันแก่แพทย์แล้วต้องได้รับการยอมรับจากแพทย์ว่า ผู้ป่วยเหล่านั้นมีกระบวนการรักษาที่คล้ายคลึงกัน
2. การจัดกลุ่มผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วในใบสรุปประวัติผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลนี้มีความสัมพันธ์กับประเภทของบริการในโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องใช้ เนื่องจากสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย หรือกระบวนการรักษาที่มีอยู่
3. จำนวนกลุ่มผู้ป่วยต้องอยู่ในปริมาณที่สามารถบริหารจัดการได้ ปริมาณที่ดีคือมีเป็นเรือนร้อย จะบริหารจัดการง่ายกว่าเป็นเรือนพัน ผู้ป่วยรายหนึ่งต้องสามารถจัดเข้ากลุ่มได้เพียงกลุ่มเดียวเท่านั้น (mutually Exclusive) และกลุ่มเหล่านี้ต้องสามารถครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายที่รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล (exhaustive list)
4. ผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ควรใช้บริการต่างๆ ของโรงพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน

5. การจัดกลุ่ม ควรให้ผลลัพธ์เหมือนกันไม่ว่าจะมีวิธีให้รหัสทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน

เพื่อหาหนทางทำให้บริการโรงพยาบาลเกิดประสิทธิภาพและคุณภาพ ดังนั้นระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถทำนายการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล หรือเป็นเครื่องมือในการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาล จึงเป็นวัตถุประสงค์สำคัญ DRGs จึงเป็นตัวเลือกที่ดีอีกทั้งวิธีการจัดกลุ่ม DRGs ใช้ตัวแปรการรักษาผู้ป่วยเพียงไม่กี่ตัว จึงสอดคล้องกับมาตรการการตัดสินใจเลือกดังกล่าว ตัวแปรที่สำคัญที่นำมาใช้ในการจัดกลุ่ม DRGs คือ การวินิจฉัยโรคหลัก การวินิจฉัยโรคอื่นๆ ได้แก่โรคที่เป็นร่วมด้วย (comorbidities) โรคแทรกซ้อน (complications) หัตถการ การผ่าตัดในห้องผ่าตัด อายุ สภาพการจำหน่ายผู้ป่วย ข้อมูลเพื่อคำนวณค่ามาตรฐานให้แก่จำนวนวันนอน ค่ารักษาที่ต้องการเรียกเก็บ

4.2 คุณลักษณะเฉพาะของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่ใช้ในประเทศไทย

ประเทศไทยพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยอ้างอิงการจัดกลุ่มของสำนักงานการคลังสาธารณสุข (Health Care Financing Administration, HCFA) ของสหรัฐอเมริกาที่ใช้ในโครงการสวัสดิการผู้สูงอายุ มีกลุ่มโรค 490 กลุ่ม พัฒนาคำนวณน้ำหนักมาตรฐาน (RW) และโปรแกรมจัดกลุ่ม (DRG Grouper) ด้วยความสามารถของกลุ่มนักวิชาการภายในประเทศเป็นหลัก

เนื่องจากรหัสทางการแพทย์ที่ใช้ในประเทศไทยมีความแตกต่างจากประเทศอื่นๆ คือ ประเทศไทยใช้รหัสการวินิจฉัยโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 (International classification of diseases 10th revision, ICD10) และรหัสหัตถการตามบัญชีฉบับปรับปรุงเพื่อทางคลินิก ฉบับที่ 9 (International classification of diseases 9th, clinical modification, ICD9CM) ส่วนประเทศอื่นๆ เช่น สหรัฐอเมริกายังใช้ ICD9CM ทั้งรหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการอยู่ การพัฒนาโปรแกรม Grouper ที่เหมาะสมสำหรับการทำงานในประเทศไทยดำเนินการโดยชาญวิทย์ ทรัพย์ และคณะ (2541, 2542 อ้างใน สุกสิทธิ์ พรธรรมาโรดมัย, 2542ข หน้า 4) ที่ผ่านมารการปรับปรุงโปรแกรม Grouper ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น คือสามารถจัดกลุ่มผู้ป่วยในกรณีต่างๆ ให้ได้ไม่ต่ำกว่า 95% ของผู้ป่วยทั้งหมด ได้กระทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เป็นคู่มือราคากลางค่าบริการทางการแพทย์โดยใช้เกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2541 (สุกสิทธิ์ พรธรรมาโรดมัย, 2542ก หน้า 4)

ผลกระทบของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

ผลกระทบของการดำเนินนโยบายกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม มีทั้งผลกระทบโดยตรง และผลกระทบทางอ้อม ผลกระทบโดยตรงคือการเปลี่ยนวิธีการคลังแบบเดิม ด้วยวิธีการจัดงบประมาณที่คำนึงเฉพาะด้านปัจจัยนำเข้า (input) เป็นหลัก มาสู่การคำนึงถึงผลงาน (output) เป็นหลัก และผลกระทบทางอ้อมคือ การพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลอย่างเป็นจริงเป็นจัง

กระทรวงสาธารณสุข สามารถนำกระบวนการของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม มาใช้ ในระบบการเงินการคลังสาธารณสุขได้อย่างเข้ากับบริบทของไทย เช่น กองโรงพยาบาลภูมิภาค ใช้ในการจัดสรรงบประมาณหมวดตอบแทน ใช้สอย วัสดุ แก่โรงพยาบาลต่างๆ 92 แห่ง สำนักงานประกันสุขภาพ ใช้ในการจัดสรรเงินชดเชยค่ารักษาโรคสูงสำหรับโครงการสปร.โครงการ บัตรประกันสุขภาพ ที่ครอบคลุมโรงพยาบาลรัฐเกือบทั้งหมด คือ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และล่าสุด ในการประชุมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่นๆ เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2542 ที่ประชุมยอมรับหลักการของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในการจ่ายเงินกรณีส่งต่อผู้ป่วยในไปสู่โรงเรียนแพทย์ เท่ากับว่า กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมได้ขยายขอบเขตจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่สถานพยาบาลภาครัฐทั้งหมด(ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2542ก หน้า 5) นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข ยังมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อศึกษาวิธีการนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม มาใช้ในบริการทางการแพทย์ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งเป็นจุดกำเนิดของการวิจัยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม คาดว่ากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจะครอบคลุมการจ่ายเงินทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน

กิจกรรมกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมทำให้เกิดมาตรฐานของระบบข้อมูลที่ต้องรวบรวมข้อมูลไว้วิเคราะห์ในระดับประเทศ สำนักงานประกันสุขภาพ กองสาธารณสุขภูมิภาค และ กองโรงพยาบาลภูมิภาค เห็นพ้องกันให้โรงพยาบาลส่งข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐานเพื่อการประกันสุขภาพ หลังจากนั้น เกิดการไหลเวียนของข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลจากโรงพยาบาลที่ได้พัฒนาระบบข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในไว้แล้ว มีการรวมศูนย์ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์อย่างเป็นจริง โดยระยะแรกอาจเป็นข้อมูลในรูปแบบใดๆ ที่โรงพยาบาลมีอยู่แล้ว ข้อมูลที่สะสมมีเป็นจำนวนมาก ขึ้นเรื่อยๆ จากปี 2539 มีข้อมูลผู้ป่วยใน 6 แสนราย ปี 2540 มีข้อมูล 1 ล้านราย ปี 2541 มีข้อมูล 1.5 ล้านราย และคาดว่าเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2542 จะมีข้อมูลผู้ป่วยในรวบรวมได้ถึง 2 ล้านราย หรือ ประมาณ 33-40% ของผู้ป่วยในทั้งประเทศ

เกิดกิจกรรมการทบทวนเวชระเบียนอย่างเป็นรูปธรรม นำไปสู่การตรวจสอบมาตรฐานของการให้รหัสทางการแพทย์ และสอดคล้องกับกิจกรรมประกันคุณภาพของการรักษาพยาบาล โดยในระยะแรก เน้นสร้างระบบการทบทวนรหัสทางการแพทย์ เพื่อหากระบวนการป้อง

กัณการให้รหัสการป่วยที่เป็นโรคนักหรือซับซ้อนอย่างไม่ตรงความจริง (DRG creep) และในระยะต่อไป สามารถสร้างระบบให้ตรวจสอบมาตรฐานการใช้ทรัพยากรรักษาโรคและการคิดค่ารักษาพยาบาล และตรวจสอบคุณภาพของการรักษาพยาบาลในอนาคต

ผลกระทบทางอ้อมของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ยังสามารถใช้ในการบริหารของโรงพยาบาลได้ ตัวอย่างเช่น การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อตัดสินใจให้เกิดประสิทธิภาพของโรงพยาบาลพุทธชินราช (จรัล ใจแพทย์และคณะ, 2541 อ้างใน สุภสิทธิ์ พรธรรมาโรทัย, 2542ก หน้า 5) ได้เปรียบเทียบผลการทำงานของแพทย์แต่ละคน ด้วยการนำคะแนนสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาเป็นเกณฑ์วัด และยังเปรียบเทียบการใช้ยาของแพทย์ต่างๆ ภายในกลุ่ม DRGs เดียวกัน เมื่อถามความเห็นแพทย์หลังจากที่ได้รับจดหมายแจ้งข้อมูลส่วนตัว (confidential feedback) แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่า DRGs สามารถวัดผลงานได้ และสามารถกระตุ้นประสิทธิภาพของแพทย์ได้ด้วยคุณลักษณะเฉพาะของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่ใช้ในประเทศไทย (สุภสิทธิ์ พรธรรมาโรทัย, 2542ข หน้า 4-5)

จุดอ่อนกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่พบในปัจจุบัน

เมื่อขยายแควงการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมากขึ้น พบข้อท้วงติง วิจารณ์และคัดค้านต่อการดำเนินงานกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหลายประการ (สุภสิทธิ์ พรธรรมาโรทัย, 2542ข หน้า 6-8)

1. ค่ามาตรฐานของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ได้แก่ ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ค่าวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย ที่พัฒนาไว้ตั้งแต่ปี 2540 ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยจากโรงพยาบาลประมาณ 60 แห่งเท่านั้น จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลทั้งหมดของประเทศ นอกจากนี้ แพทย์เฉพาะทาง ยังสงสัยความน่าเชื่อถือของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ เช่น จักษุแพทย์ สงสัยว่าทำไมค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของการผ่าตัดจอประสาทตา (DRG 36) จึงต่ำกว่าการผ่าตัดต้อกระจก (DRG 39) ข้อแก้ไขของข้อนี้ คือ ในกระบวนการคำนวณหาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ใหม่ ต้องตั้งบนพื้นฐานของข้อมูล ไม่ใช่ได้มาด้วยการนึกคิดจึงต้องพัฒนาระบบข้อมูลทางคลินิก ตลอดจนข้อมูลต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยแต่ละราย (patient accounting system) และข้อมูลต้นทุนของโรงพยาบาล (cost accounting) เพื่อนำส่วนประกอบเหล่านั้น มาคำนวณหาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์อย่างถูกต้อง

2. โปรแกรมจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG Grouper) ยังให้ผลยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย นั่นคือ ผู้ป่วยที่จัดกลุ่มไม่ได้ (DRG 470 ungroupable) และกลุ่มที่ยังเป็นปัญหา (DRG 468 Extensive Operating Room procedure unrelated to principal diagnosis และ DRG 477 Non extensive Operating Room procedure unrelated to principal diagnosis) ยังมีมากกว่า 5% ของผู้ป่วย

ทั้งหมด ปัญหานี้พบทั้งในโรงพยาบาลที่มีความซับซ้อนมาก เช่นผู้ป่วยในโรงเรียนแพทย์ และผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนน้อย เช่น ในโรงพยาบาลชุมชน ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความเข้าใจรหัสทางการแพทย์อย่างชัดเจน ทำให้ลงทะเบียนไม่ละเอียดพอ และการที่โปรแกรม Grouper ยังบันทึกรหัสทางการแพทย์ต่างๆ ไว้ไม่สมบูรณ์พอ ทำให้จัดกลุ่ม DRGs ไม่ได้ การแก้ไขจุดอ่อนส่วนนี้ คือการพัฒนาโปรแกรม Grouper ควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพของรหัสทางการแพทย์

3. บุคลากรที่มีความรู้ (knowledge) และทักษะ (skills) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ประเทศไทยยังมีไม่เพียงพอ

4. การไหลเวียนของข้อมูลจากโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ เข้าสู่ส่วนกลาง ยังขาดความน่าเชื่อถือในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

5. การค้นหาหรือตรวจจับการทุจริตที่เกิดขึ้นเนื่องจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เช่น การทำให้คะแนน DRGs สูงกว่าที่ควรเป็น (DRG creep) การรายงานผู้ป่วยมากเกินไปเกินความจริง ฯลฯ การทบทวนเวชระเบียนที่ผ่านมาพิสูจน์ว่าข้อผิดพลาดของข้อมูลในเวชระเบียนมีสูงถึง 20-45% ของเวชระเบียนที่สุ่มตรวจ (ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และศุภสัทธี พรรณารุ โนนทัย 2540 หน้า 6) การแก้ไขจุดอ่อนข้อนี้ คือการสร้างระบบตรวจรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ครอบคลุม และระบบการตรวจสอบการใช้บริการ (Utilisation review) และระบบทบทวนเวชระเบียนที่ผูกเข้ากับการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาล วิธีการจ่ายเงินด้วย DRG จึงเป็นกลไกมาตรฐานอย่างหนึ่งในการบริหารจัดการข้อมูลและติดตามผลลัพธ์

ประโยชน์ของ DRG

- 1). ใช้เป็นเครื่องมือการจ่ายเงินตามรายป่วย
- 2). ใช้เป็นเครื่องมือในการจัดสรรงบประมาณ
- 3). ใช้เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการรักษา เพื่อประโยชน์ทั้งผู้จัดสรรงบประมาณและผู้บริโภค
- 4). ใช้เป็นฐานของการเปลี่ยนระบบแผนการรักษาของแพทย์
- 5). ใช้สำหรับการบริหารงานภายในโรงพยาบาล เพื่อหาว่าใครเป็นผู้ที่อยู่นอกการกระจายตามปกติ, เพื่อเป็นหน่วยสำหรับบอกความแตกต่าง, เพื่อกระตุ้นการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ให้การรักษา

4.3 ผลที่กระทรวงสาธารณสุขคาดหวังจากการนำ DRGs มาใช้ (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2541ง หน้า 6-7)

1. การนำ DRGs มาใช้จะเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความโปร่งใสและเป็นธรรมมากขึ้น ทำให้มีระบบประกันคุณภาพบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่คุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยทั้งการตรวจสอบและคุ้มครองสิทธิด้านคุณภาพมาตรฐานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยองค์กรบริหารกองทุนประกันสุขภาพ และองค์กรวิชาชีพต่างๆ ประสิทธิภาพของระบบการเงินการคลัง ภาพรวมของประเทศดีขึ้นซึ่งเป็นผลจากการสามารถกำหนดเพดานการใช้จ่ายได้ และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายระยะยาวได้

2. โรงพยาบาลเป็นหน่วยที่ได้รับผลกระทบโดยตรงเมื่อมีการนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้เป็นเครื่องมือในการจ่ายเงิน เนื่องจาก กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจะสามารถสะท้อนการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ซึ่งโรงพยาบาลเองก็ใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในการปรับปรุงประสิทธิภาพในเรื่องดังกล่าวด้วย เมื่อโรงพยาบาลมีการใช้ทรัพยากรอย่างจำกัด ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศย่อมประหยัดไปด้วย เกิดการปรับปรุงงานต่างๆของโรงพยาบาลเพื่อลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น มีระบบสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งในคุณภาพและเชิงเทคนิคและคุณภาพในด้านการยอมรับจากผู้รับบริการ

โรงพยาบาลต้องลงทุนด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อใช้ในการเรียกเก็บเงินผู้ป่วยตามข้อมูลชุดมาตรฐานที่สำนักงานประกันสุขภาพกำหนด 12 แฟ้ม ได้แก่ (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2542ข หน้า 91)

1. เพิ่มข้อมูลผู้มีสิทธิรักษาพยาบาล 1 แฟ้ม
2. เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยกลาง 1 แฟ้ม
3. เพิ่มผู้ป่วยนอก 4 แฟ้ม
4. เพิ่มข้อมูลผู้ป่วยใน 4 แฟ้ม
5. เพิ่มข้อมูลการเงิน 2 แฟ้ม

4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการในการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขของประเทศไทยและในต่างประเทศ โดยศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, (2539ก) พบว่ากรอบแนวคิดของการจัดสรรงบประมาณที่ดีควรตอบสนองทั้งอุปสงค์และอุปทานของบริการสาธารณสุข ทางเลือกของระบบงบประมาณมีหลายประการ ข้อดีข้อเสียของระบบงบประมาณแต่ละประเภทแตกต่างกันและเหมาะสมกับการบริการสาธารณสุขแต่ละประเภท เช่น งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอาจใช้ระบบงบประมาณขอยกรวมหรืองบประมาณรายกิจกรรม ส่วนการรักษาอาจใช้ระบบงบประมาณจ่ายรายหัวงบประมาณรายกิจกรรมหรืองบตามรายป่วย วิธีการให้งบประมาณก็อาจกำหนดให้เป็นแบบย้อนหลังตามที่เป็นจริงหรือแบบตกลงราคาล่วงหน้า ขั้นตอนการจัดสรรงบประมาณระหว่างหน่วยงานในจังหวัดต้องมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนของความเป็นธรรมและประสิทธิภาพรวมทั้งคุณภาพ

งานวิจัยเรื่องทางเลือกเชิงนโยบาย สำหรับการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงควรช่วยเหลือเกื้อกูลได้เสนอแนวคิดหลักของการปฏิรูปคือการจัดสรรเงินที่โปร่งใส มีความเป็นธรรม และสอดคล้องกับภาระงานและค่าใช้จ่ายของการดำเนินการ และส่งเสริมให้มีการแข่งขันในการพัฒนาคุณภาพบริการ 3 ทางเลือก คือ (สัมฤทธิ์ศรีธำรงสวัสดิ์, 2541 หน้า 28-40)

ทางเลือกที่ 1 การจัดสรรงบประมาณแบบขอยกรวมแบบเดิม (global budget) ผลของทางเลือกไม่ส่งผลเปลี่ยนแปลงระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ทางเลือกที่ 2 เหม่าจ่ายรายหัวไปยังสถานบริการเพื่อจัดบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (capitation) ทางเลือกนี้เหมือนของระบบประกันสังคม คือ ให้มีสถานบริการคู่สัญญาหลักในการจัดบริการ และประชาชนต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก ผลของทางเลือกนี้จะเป็นการปฏิรูปทำให้สถานพยาบาลมุ่งตอบสนองต่อประชาชนมากขึ้น พัฒนาระบบบริหารด้านการเงินการคลังสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ เป็นการกระตุ้นให้สถานพยาบาลระดับต้นมีความเข้มแข็งมากขึ้น

ทางเลือกที่ 3 เหม่าจ่ายรายหัวเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอก (capitation) และจ่ายตามน้ำหนักรายกลุ่มโรครายได้งบประมาณขอยกรวม (global budget + DRG) ผลของทางเลือกต่อระบบบริการสาธารณสุขเหมือนทางเลือกที่ 2

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลกระทบจากทางเลือกในการปฏิรูปการคลังโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงควรรักษาช่วยเหลือเกื้อกูล

เกณฑ์	ทางเลือก 1	ทางเลือก 2	ทางเลือก 3
ปริมาณเงินที่ได้รับ	เพิ่มขึ้น	ขึ้นกับจำนวนประชากรที่เลือก/ใช้บริการในเครือข่าย	-ขึ้นกับจำนวนประชากรที่เลือก/ใช้บริการในเครือข่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอก -ขึ้นกับปริมาณและความรุนแรงของโรคสำหรับงานบริการผู้ป่วยใน
ประสิทธิภาพ	+/- ขึ้นกับหลักเกณฑ์การจัดสรร/การจ่ายเงิน	ส่งเสริมให้ประชาชนมีการใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ	- ส่งเสริมให้ประชาชนมีการใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ
คุณภาพบริการ	อาจดีขึ้นเนื่องจากได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น	-มีแรงกระตุ้นให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้คนมาเลือก -อาจมีแรงจูงใจในการควบคุมรายจ่ายจนมีผลกระทบต่อคุณภาพ	-สถานพยาบาลจะมีแรงกระตุ้นให้การพัฒนาคุณภาพบริการ -คุณภาพบริการของผู้ป่วยในจะดีกว่าทางเลือกที่ 2
การเข้าถึงบริการ	อาจดีขึ้น	ดีขึ้น	ดีขึ้น
ผลกระทบต่อระบบการแพทย์และสาธารณสุข	ไม่มีผล	กระตุ้นให้มีการพัฒนา - ระบบข้อมูล - ระบบตรวจสอบและรับรอง คุณภาพบริการ - การคุ้มครองสิทธิให้แก่ประชาชน	ผลักดันให้เกิดการพัฒนา - ระบบข้อมูล - ระบบตรวจสอบและรับรองคุณภาพบริการ - การคุ้มครองสิทธิให้แก่ประชาชน

ที่มา: สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2541 หน้า 18-19

ในทางเลือกที่หนึ่งสถานพยาบาลทุกระดับพึงพอใจมากขึ้นคืองบประมาณที่เพิ่มขึ้น ในด้านการบริการอาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากไม่มีระบบหรือกลไกใดมากระตุ้น ระบบบริหารการเงินการคลังยังคงมุ่งตอบสนองต่อองค์กรตนเป็นหลัก แทนที่จะมุ่งตอบสนองต่อประชาชน สำหรับทางเลือกที่ 2 และ 3 จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบค่อนข้างมากที่สุดที่สำคัญที่สุด คือ การหักมุมของการตอบสนองต่อองค์กรเป็นการตอบสนองต่อชุมชนและประชากรมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนเงินที่ตนจะได้รับขึ้นอยู่กับจำนวนประชากรที่มากขึ้นทะเบียนกับตนและจำนวนบริการสำหรับผู้ป่วยในตามทางเลือกที่ 3 หรือสำหรับสถานพยาบาลคู่สัญญาจริง ในกรณีทางเลือกที่ 3 จะกระตุ้นให้สถานพยาบาลระดับต้นมีความเข้มแข็งมากขึ้นและมีบทบาทในการให้บริการมากขึ้นและทางเลือกที่ 2 และ 3 จะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการและองค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพบริการด้วย

ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในโครงการประกันสังคม (สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์, 2540 หน้า19-28) สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดระบบการจัดสรรค่าบริการทางการแพทย์ออกเป็น 4 ระบบคือระบบการเหมาจ่าย (capitation) โดยจ่ายให้สถานพยาบาลในอัตรา 800 บาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนต่อปี ซึ่งในปี 2541 มีการปรับอัตราเหมาจ่ายเป็น 1,000 บาทต่อคนต่อปี สำหรับผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียน 1-50,000 คน และ 900 บาท สำหรับผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียน ตั้งแต่ 50,001 ขึ้นไป (สุพจน์ รอดภัยปวง, 2542 หน้า 52) การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มในอัตราการใช้บริการโดยจ่ายในอัตราไม่เกิน 100 บาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนต่อปี การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตามบัตร ผลกระทบจากการใช้ระบบเหมาจ่ายพบข้อดีหลายประการเช่น การลดปริมาณงานและอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ สามารถควบคุมค่าบริการทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนกองทุนประกันสังคมมีเสถียรภาพมั่นคงเป็นที่ยอมรับของนานาประเทศและเป็นจุดหักเหให้สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนภายในประเทศได้ตระหนักถึงการบริหารจัดการด้านการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ระบบเหมาจ่ายยังมีจุดด้อยบางประการ กล่าวคือ รายรับจากเงินเหมาจ่ายของสถานพยาบาลแต่ละแห่งค่อนข้างคงที่ตามจำนวนผู้ประกันตนซึ่งเป็นสมาชิกของสถานพยาบาล อีกทั้งผู้ประกันตนถูกกำหนดให้เข้ารับบริการได้จากสถานพยาบาลหลักเพียง 1 แห่ง ในขณะเดียวกันรายจ่ายในการให้บริการทางการแพทย์จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนครั้งของการให้บริการผู้ประกันตนและการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ด้วยระบบเหมาจ่ายต้องอาศัยมาตรการการตรวจสอบที่เข้มงวดเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของสถานพยาบาลและการรักษา

งานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในประเทศไทยได้มีการวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ เพื่อแสวงหาทางเลือกใหม่ของการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาล ผลการ

วิจัยสามารถแสดงว่า กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจะทำให้ระบบโดยรวมประหยัดไม่ต่ำกว่า 10% (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ, 2537ก หน้า 289) ต่อมามีการวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ที่สังคมต้องช่วยเหลือเกื้อกูล (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2541ก) โดยมีการทดลองนำข้อมูลผู้ป่วยที่บันทึกจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 11 แห่ง นำมาจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเพื่อพิสูจน์ว่ามีความเป็นไปได้ที่จะใช้กับระบบสาธารณสุขของไทย และกองโรงพยาบาลภูมิภาครวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลจากโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสามารถรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในได้ 6 แขนงรายจาก 54 โรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2539 (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2540ก) และมากกว่า 1 ล้านรายในปีงบประมาณ 2540 (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2541ข)

สำหรับในการนำค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เป็นหน่วยในการจ่ายเงินให้โรงพยาบาล Chongsuwiwatwong et al (2000:p 1-12) ได้มีการสร้างแบบจำลองการจ่ายเงินชัดเจนให้สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ วิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินต่อโรงพยาบาล ถ้าค่าเงิน (บาท) ต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์เป็นองค์ประกอบที่แตกต่างกันของสมการ โดยเปรียบเทียบแบบจำลองการจ่ายเงิน 4 รูปแบบโดยใช้ฐานข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นฐานในการวิเคราะห์ โดยหลักคือ จะจ่ายเงินโดยมีค่าตอบแทนต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่เหมือนกัน (แบบจำลอง A – C) หรือแตกต่างกัน (แบบจำลอง D) และจะเพิ่มค่าต้นทุนคงที่ (constant) หรือค่าระดับโรงพยาบาลหรือไม่

$$\text{Model A: } \hat{R}_A = \hat{a}_A \times RW$$

$$\text{Model B: } \hat{R}_B = \hat{a}_B \times RW + \text{Con}_B$$

$$\text{Model C: } \hat{R}_C = \hat{a}_C \times RW + \hat{b}_i \times \text{Level}_i + \text{Con}_{Ci}$$

$$\text{Model D: } \hat{R}_D = \hat{a}_D \times RW + \hat{b}_i \times \text{Level}_i + \hat{c}_i \times (\text{Level}_i \times RW) + \text{Con}_{Di}$$

โดยที่ \hat{R}_{A-D} คือรายรับที่ควรได้จากแบบจำลอง A-D,

\hat{a}_{A-D} คือสัมประสิทธิ์ของ RW หรือ อัตราบาท/คะแนน หรือ ความลาดชันของเส้นกราฟ

\hat{b}_i คือสัมประสิทธิ์ของระดับโรงพยาบาล Level_i ,

\hat{c}_i คือสัมประสิทธิ์ของinteraction term ($\text{Level}_i \times RW$)

i คือระดับโรงพยาบาล

แบบจำลอง A และ B ใช้ค่า RW เป็นหน่วยหลักในการจ่ายเงินให้โดย 1 หน่วยคะแนนดี ค่าเป็นเงินบาทเท่ากัน (ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนถึงโรงเรียนแพทย์) โดยแบบจำลอง A ให้ค่าเป็น 4,142 บาทต่อคะแนน แต่แบบจำลอง B ให้ค่าเป็น 3,572 บาทต่อคะแนน และเพิ่มค่าคงที่สำหรับเป็นต้นทุนคงที่ คือ 828 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย แบบจำลอง C ยังคงให้ค่า 1 หน่วยเป็นเงินเท่ากันอยู่ แต่ลดเป็น 2,888 บาท เพิ่มตัวแปรระดับโรงพยาบาล และให้ค่าต้นทุนคงที่ที่ต่างกันคือ -632 สำหรับ รพ.ชุมชน 368 สำหรับรพ.ทั่วไป 2408 สำหรับรพ.ศูนย์ 5782 สำหรับ รพ.รัฐในกรุงเทพฯ และ 4242 สำหรับโรงเรียนแพทย์ สำหรับแบบจำลอง D จะเปลี่ยนหน่วยน้ำหนักไปตามระดับ ได้แก่ 1214 สำหรับ รพ.ชุมชน 2647 สำหรับรพ.ทั่วไป 3382 สำหรับ รพ.ศูนย์ 4426 สำหรับ รพ.รัฐในกรุงเทพฯ และ 2942 สำหรับโรงเรียนแพทย์ และยังให้ค่าคงที่ที่แตกต่างกันคือ 494 ,466, 1643 , 4013 และ 4173 ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่า แบบจำลอง A และ B จะทำให้โรงพยาบาลขนาดเล็กได้เงินมากขึ้น แต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้เงินลดลงมากในขนาด 2-4 พันบาทต่อราย ซึ่งโรงพยาบาลระดับดังกล่าวจะได้รับผลกระทบที่มากเกินไป แบบจำลอง C และ D ปรับค่าต่างๆจนกระทั่งผลกระทบของโรงพยาบาลต่างๆเกือบหมดไป จึงเป็นแบบจำลองที่อธิบายว่า การเรียกเก็บเงินเป็นอย่างไร (Fit model) มากกว่าจะเป็นแบบจำลองที่ใช้สำหรับการตั้งระบบตกลงราคาล่วงหน้า เพราะแบบจำลองเหล่านี้จะลดสลายหลักการที่ให้โรงพยาบาลปรับตัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพตามการตกลงราคาล่วงหน้าของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เพื่อให้หลักการเพิ่มประสิทธิภาพของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมยังคงอยู่ ขณะเดียวกันต้องระมัดระวังไม่ให้ผลกระทบของการจ่ายเงินดังกล่าวมีมากจนกระทั่งโรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้ สูตรในการจัดสรรจึงควรอยู่ระหว่างแบบจำลอง B และ C หรือ จะใช้นโยบายระยะผ่านเหมือนที่ใช้ในประเทศอื่นๆมาแล้ว

สำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ DRGs ในการจัดสรรเงินในระดับจังหวัดฯ กำลังอยู่ระหว่างการศึกษายังไม่มีการสรุปผล

จากแนวคิดเรื่องประกันสุขภาพ การจัดสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ตั้งครรภ์ช่วยเหลือเกื้อกูล การจัดสรรงบประมาณ ประสบการณ์การจัดสวัสดิการในต่างประเทศ ซึ่งมีบทเรียนที่ดีและไม่ดี จากการทบทวนองค์ความรู้ที่ผ่านมาสามารถสรุปได้ว่า ระบบการเงินการคลังในการบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระบบบริการที่จัดขึ้น กล่าวคือ การจัดระบบบริการที่ดีมีประสิทธิภาพต้องมีการจัดระบบการเงินการคลังที่ดีและมีประสิทธิภาพด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบการจ่ายค่าตอบแทนให้สถานพยาบาล ซึ่งจะส่งผลถึงระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จะทำให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ และเข้าถึงบริการมากขึ้น