

ทัศนคติต่อสวัสดิการการรักษาพยาบาลด้วยระบบเบิกจ่ายตรงของข้าราชการ



นายวัลลภ ธาราชมภู

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ATTITUDE TOWARDS THE CIVIL SERVANT MEDICAL BENEFIT SCHEME (CSMBS)
TO HEALTH SYSTEM

Mr. Walan Tharachompoo



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Economics Program in Economics

Faculty of Economics

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ทัศนคติต่อสวัสดิการการรักษาพยาบาลด้วยระบบเบิกจ่าย
	ตรงของข้าราชการ
โดย	นายวลัญช์ ธาราชมภู
สาขาวิชา	เศรษฐศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

.....คณบดีคณะเศรษฐศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชโยดม สรรพศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พงศา พรชัยวิเศษกุล)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ)
.....กรรมการ
(ดร.นพพล วิทย์วรพงศ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ)

วลัญช์ ธาราชมภู : ทศนคติต่อสวัสดิการการรักษาพยาบาลด้วยระบบเบิกจ่ายตรงของข้าราชการ (ATTITUDE TOWARDS THE CIVIL SERVANT MEDICAL BENEFIT SCHEME (CSMBS) TO HEALTH SYSTEM) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ, 152 หน้า.

วัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ เพื่อศึกษาทัศนคติของแพทย์ ข้าราชการและผู้มีสิทธิต่อระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลรวมถึงวิเคราะห์งบประมาณด้านการรักษาพยาบาลทั้งก่อนและหลังการใช้ระบบเบิกจ่ายตรงภายใต้หนังสือเวียนของกรมบัญชีกลาง พร้อมทั้งหาค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลทั้งคนไข้นอกและคนไข้ใน เพื่อคำนวณการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่อัตราต่างๆ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างแพทย์และข้าราชการ และข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการข้าราชการของโรงพยาบาลโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้าของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ผลการศึกษารูปได้ว่าระบบเบิกจ่ายตรงสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ ที่ได้นำมาใช้ตั้งแต่ปีพ.ศ.2549 จนกระทั่งถึงปัจจุบัน พบว่ารัฐบาลต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี โดยในปีพ.ศ.2555 รัฐบาลมีค่าใช้จ่ายสูงถึง 61,314 ล้านบาท ดังนั้น รัฐบาลจึงมีแนวคิดในการควบคุมค่าใช้จ่ายโดยการจำกัดการใช้นายนอกบัญชีหลักแห่งชาติที่มีราคาแพง 9 ประเภท รวมทั้งมีการเสนอแนวคิดการร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ผลการศึกษาจากการทำแบบสอบถามแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน พบว่าแพทย์ร้อยละ 70.97 เห็นด้วยกับการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล ในขณะที่ข้าราชการที่เห็นด้วยกับการร่วมจ่ายมีเพียงร้อยละ 43.33 ทั้งนี้เมื่อใช้ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการข้าราชการของโรงพยาบาลโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า ข้อมูลผู้ป่วยนอกปีพ.ศ.2552-53 และปีพ.ศ.2556-58 ข้อมูลผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2553-54 และ 2557 ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบ lognormal ที่มีค่าคาดหวังค่าใช้จ่ายเป็นตัวกลางของข้อมูลที่เหมาะสม พบว่าค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกปีพ.ศ.2557 คิดเป็น 1,476.14 บาท หากกำหนดให้มีการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 20 จะทำให้ข้าราชการต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลคิดเป็น 295.24 บาทต่อครั้งของการใช้บริการ ในขณะที่ค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2557 คิดเป็น 11,136.29 บาท หากกำหนดให้มีการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 20 จะทำให้ข้าราชการต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล 2,227.12 บาทต่อครั้งของการนอนโรงพยาบาล

สาขาวิชา เศรษฐศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5585170929 : MAJOR ECONOMICS

KEYWORDS: CO-PAYMENT

WALAN THARACHOMPOO: ATTITUDE TOWARDS THE CIVIL SERVANT MEDICAL BENEFIT SCHEME (CSMBS) TO HEALTH SYSTEM. ADVISOR: ASST. PROF. SIRIPEN SUPAKANKUNTI, 152 pp.

The objective of this study are to analyze the attitude of doctors and civil servants towards The Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS), to analyze the budget of this scheme before and after 2006 under the policy of Comptroller General's Department, Ministry of Finance. Computing the expected value of medical cost in case of OPD and IPD per visit including the calculation of the co-payment rates 5% , 10% , 15% and 20%.The research methodology using both of quantitative and qualitative research such as questionnaire, the reimbursement data for OPD and IPD from Chulachomklao Royal Military Academy Hospital(CRMA).

The CSMBS launched for 2006 and after that the expenditure of medical care was increasing every year. In year 2012, the expenditure was 61.314 billion baht. So the government had a policy to restrict usage of 9 expensive non-essential drugs and initiated the "co-payment system". The results of this study found that the attitude of the doctors towards CSMBS showed that 70.97% said that the civil servants should co-pay for the medical cost. Meanwhile 43.33% of the attitude of civil servants they agreed with co-pay. The probability distribution function of reimbursement data was lognormal distribution. The expected value of medical cost per visit in case of OPD in 2009-10 and 2013-15 and IPD in 2010-11 and 2014 from CRMA hospital were estimated and the expected value of OPD in 2014 was 1,746.14 baht. For the expected value of IPD in 2014 was 11,136.29 baht, If co-payment system is introduced with the rate 20%, the patients had to pay for 295.24 and 2,227.12 baht for each visit respectively.

Field of Study: Economics

Student's Signature

Academic Year: 2014

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จด้วยความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ที่ทำงานร่วมกันอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ เป็นอย่างสูงที่กรุณาแนะนำ ให้คำปรึกษาและกำลังใจ พร้อมทั้งเสียสละเวลา ตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆจนกระทั่งวิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์

สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการที่คุณพ่อและคุณแม่ให้การสนับสนุนการศึกษาต่อที่คณะ เศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขอขอบคุณน้องสาวอาริยา ธาราชมภูที่ช่วยเหลือ ด้านข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วง

ผู้วิจัยขอขอบคุณนาวาอากาศเอกวิญญู จันทรสุนทรกุล อดีตผู้อำนวยการกองพยาบาล โรงเรียนเตรียมทหารที่อนุญาตให้มาเรียนคณะเศรษฐศาสตร์ได้ตามความตั้งใจแต่เดิม รวมทั้งพี่ๆ น้องๆ แพทย์ทุกท่าน และบุคลากรทุกคนในกองพยาบาลที่ช่วยทำงานในคราวที่ผู้วิจัยไม่อยู่ จนกระทั่งงานดำเนินไปอย่างเรียบร้อย รวมทั้งพันธมิตรบรรพต หัวใจและพันโทหญิงพรพิมล เปานิล ที่ช่วยเหลือเพื่อข้อมูล

ในโอกาสนี้ขอขอบพระคุณอาจารย์ประจำคณะเศรษฐศาสตร์ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้แก่ผู้วิจัย พร้อมทั้งพี่ๆ และน้องๆ หลักสูตรเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิตทุกคนที่นั่งเรียนด้วยกันมา ทำให้ช่วงเวลาการเรียนหนังสือเป็นช่วงเวลาหนึ่งที่มีความสุขยิ่งนัก และขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะ เศรษฐศาสตร์ทุกท่านมา ณ ที่นี้ด้วย

ผู้วิจัยขอมอบวิทยานิพนธ์เล่มนี้แก่ท่านที่กล่าวนามมาข้างต้น

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	4
1.2 คำถามของการวิจัย	9
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	9
1.4 ขอบเขตของการศึกษา	10
1.5 ข้อจำกัดของงานวิจัย.....	10
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	10
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
2.1 อุปสงค์สำหรับสุขภาพ (Demand for Health).....	11
2.2 ปัญหาของระบบประกันสุขภาพ	13
2.3 ระบบการรักษาพยาบาล	16
2.4 ระบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล	17
2.5 ผลกระทบของระบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล.....	20
2.6 รูปแบบการรักษาพยาบาลของต่างประเทศ.....	20
2.7 เปรียบเทียบรูปแบบการรักษาพยาบาลของต่างประเทศกับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	39
2.8 การศึกษาเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในประเทศไทย	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	43

3.1	กรอบแนวความคิดของงานวิจัย	43
3.2	วิธีดำเนินการวิจัย.....	46
บทที่ 4	ผลกระทบของสวัสดิการรักษายาบาลด้วยระบบเบิกจ่ายตรงต่อรัฐบาล	50
4.1	ค่าใช้จ่ายค่าสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	50
4.2	แนวทางการควบคุมค่าใช้จ่ายระบบเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของ กรมบัญชีกลาง.....	61
บทที่ 5	ผลสำรวจทัศนคติของแพทย์ต่อสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ด้วยระบบเบิกจ่าย ตรง.....	71
5.1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	71
5.2	ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบและทัศนคติต่อระบบเบิกจ่ายตรงของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	72
5.3	ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของระบบเบิกจ่ายตรงต่อแพทย์/โรงพยาบาล	77
บทที่ 6	ผลสำรวจความคิดเห็นของข้าราชการต่อระบบเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	96
6.1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	96
6.2	ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการในโรงพยาบาลและทัศนคติต่อระบบเบิกจ่ายตรงของผู้ตอบ แบบสอบถาม	98
6.3	ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของระบบเบิกจ่ายตรงต่อผู้ตอบแบบสอบถาม.....	101
บทที่ 7	ค่ารักษายาบาลของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเมื่อกำหนดอัตราการร่วมจ่าย	110
7.1	ฐานข้อมูลการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยนอกและผลการวิเคราะห์.....	110
7.2	ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกเมื่อกำหนดเพดานการร่วมจ่าย	119
7.3	ฐานข้อมูลการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยนอกกรณีบุตรของข้าราชการ.....	125
7.4	ฐานข้อมูลการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในและผลการวิเคราะห์	129
7.5	ฐานข้อมูลผู้ป่วยในเมื่อกำหนดเพดานการร่วมจ่าย.....	133
บทที่ 8	สรุปและอภิปรายผล	137

8.1 สรุปผลการวิจัย.....	137
8.2 ข้อเสนอแนะการวิจัย	139
รายการอ้างอิง	140
ภาคผนวก.....	144
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	152



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1. 1	แสดงความแตกต่างของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบของประเทศไทย.....	3
ตารางที่ 1. 2	ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร.....	5
ตารางที่ 1. 3	มูลค่าและจำนวนครั้งการส่งใช้นอกบัญชียาหลักใน 26 โรงพยาบาลภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจำแนกตามประเภทโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2552	6
ตารางที่ 2. 1	แสดงอัตราร่วมจ่ายของคนอาชีพต่าง ๆ	35
ตารางที่ 2. 2	แสดงอัตราร่วมจ่ายของคนที่ประกอบอาชีพอิสระ.....	36
ตารางที่ 2. 3	ตารางแสดงอัตราร่วมจ่าย สิทธิประโยชน์และข้อยกเว้นของทั้ง 7 ประเทศ.....	39
ตารางที่ 4. 1	ตารางแสดงค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	51
ตารางที่ 4. 2	ตารางแสดงงบประมาณที่ตั้งไว้ และค่าใช้จ่ายจริงสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	54
ตารางที่ 4. 3	ตารางแสดงรักษายาบาล GDP และร้อยละของรักษายาบาลต่อ GDP.....	55
ตารางที่ 4. 4	ตารางแสดงค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ งบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐบาล และร้อยละของรักษายาบาลต่องบประมาณรายจ่ายประจำปี	57
ตารางที่ 4. 5	ตารางแสดงค่าใช้จ่ายต่อหัวของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ.....	59
ตารางที่ 4. 6	แสดงร้อยละของการหักเงินเดือนในระบบ Medisave ของประเทศสิงคโปร์.....	64
ตารางที่ 4. 7	แสดงอัตราเบิกจ่ายตามราคากลางของกรมบัญชีกลาง	69
ตารางที่ 5. 1	แสดงร้อยละของอายุผู้ตอบแบบสอบถาม	71
ตารางที่ 5. 2	แสดงร้อยละของระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะแพทย์รักษาผู้ป่วยของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	71
ตารางที่ 5. 3	แสดงร้อยละของรายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	72
ตารางที่ 5. 4	แสดงร้อยละของทัศนคติเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรงของแพทย์	75
ตารางที่ 5. 5	แสดงร้อยละการเพิ่มเงินเดือนของข้าราชการ	84
ตารางที่ 5. 6	แสดงการปรับขึ้นเงินเดือนข้าราชการวันที่ 1 ธันวาคม 2557	84

ตารางที่ 5. 7 แสดงค่าตอบแทนเฉลี่ยต่อเดือนของพนักงานประจำจำแนกตามประเภทกิจกรรมทางเศรษฐกิจ	86
ตารางที่ 5. 8 แสดงอัตราค่าตอบแทนเฉลี่ยต่อเดือนของพนักงานใหม่แรกบรรจุจำแนกตามวุฒิการศึกษาและตำแหน่ง.....	87
ตารางที่ 5. 9 แสดงโครงสร้างอัตราเงินเดือนของรัฐวิสาหกิจตั้งแต่พ.ศ.2537-2557	89
ตารางที่ 6. 1แสดงร้อยละของอายุผู้ตอบแบบสอบถาม	96
ตารางที่ 6. 2 แสดงร้อยละของทัศนคติเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรงของข้าราชการ.....	99
ตารางที่ 7. 1 แสดงค่าพารามิเตอร์ของการแจกแจงแบบ Lognormal ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกปีพ.ศ.2552.....	111
ตารางที่ 7. 2 แสดงค่าพารามิเตอร์ของการแจกแจงแบบ Lognormal ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกปีพ.ศ.2553.....	112
ตารางที่ 7. 3 แสดงค่าพารามิเตอร์ของการแจกแจงแบบ Lognormal ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกตั้งแต่มีตุลาคมถึงธันวาคม 2556.....	113
ตารางที่ 7. 4 แสดงค่าพารามิเตอร์ของการแจกแจงแบบ Lognormal ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกพ.ศ.2557	115
ตารางที่ 7. 5 แสดงค่าพารามิเตอร์ของการแจกแจงแบบ Lognormal ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกตั้งแต่มกราคมถึงพฤษภาคม 2558.....	116
ตารางที่ 7. 6 ตารางแสดงข้อมูลค่าคาดหวังค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากกรมบัญชีกลาง.....	117
ตารางที่ 7. 7 ตารางแสดงความถี่ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในระยะเวลา 1 ปี	118
ตารางที่ 7. 8 ตารางแสดงอัตราร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	118
ตารางที่ 7. 9 ตารางแสดงค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลและการร่วมจ่ายแบบมีเพดานที่อัตราต่างๆ กันต่อแต่ละครั้งของการใช้บริการ.....	125
ตารางที่ 7. 10 ตารางแสดงการร่วมจ่ายแบบมีเพดานที่ร้อยละ 20 ความถี่ของการใช้บริการและจำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี.....	125

ตารางที่ 7. 11 ตารางแสดงค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล ความถี่ของการใช้บริการ การร่วมจ่าย และจำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี	126
ตารางที่ 7. 12 ตารางแสดงค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล ความถี่ของการใช้บริการ การร่วมจ่าย และจำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี	126
ตารางที่ 7. 13 ตารางแสดงค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล ความถี่ของการใช้บริการ การร่วมจ่าย และจำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี	127
ตารางที่ 7. 14 ตารางแสดงค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล ความถี่ของการใช้บริการ การร่วมจ่าย และจำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี	127
ตารางที่ 7. 15 ตารางแสดงค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล ความถี่ของการใช้บริการ การร่วมจ่าย และจำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี	128
ตารางที่ 7. 16 ตารางสรุปการร่วมจ่ายร้อยละ 20 ความถี่ของการใช้บริการและจำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี	128
ตารางที่ 7. 17 ตารางแสดงการร่วมจ่ายกรณีข้าราชการ กรณีบุตรของข้าราชการและจำนวนเงินที่ข้าราชการต้องร่วมจ่ายต่อปี.....	129
ตารางที่ 7. 18 แสดงค่าพารามิเตอร์ของการแจกแจงแบบ Lognormal ของค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2553.....	129
ตารางที่ 7. 19 แสดงค่าพารามิเตอร์ของการแจกแจงแบบ Lognormal ของค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2554.....	131
ตารางที่ 7. 20 แสดงค่าพารามิเตอร์ของการแจกแจงแบบ Lognormal ของค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยใน	132
ตารางที่ 7. 21 ตารางแสดงค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลและการร่วมจ่ายเมื่อกำหนดเพดานมาให้.....	136

สารบัญรูป

รูปที่ 3. 1 กรอบแนวความคิดการศึกษารูปแบบระบบการให้บริการสุขภาพและระบบการ เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในต่างประเทศ	44
รูปที่ 3. 2 กรอบแนวความคิดการศึกษากฎกรรมและผลกระทบของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบ เบิกจ่ายตรงสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ.....	45
รูปที่ 4. 1 แสดงค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	52
รูปที่ 4. 2 แสดงค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการแยกระหว่างผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน	53
รูปที่ 4. 3 แสดงงบประมาณที่ตั้งไว้และค่าใช้จ่ายจริงสำหรับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ.....	55
รูปที่ 4. 4 แสดงร้อยละของค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการต่อผลิตภัณฑ์มวล รวมประชาชาติ.....	57
รูปที่ 4. 5 แสดงร้อยละของค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ต่องบประมาณ รายจ่ายประจำปีของรัฐบาล	59
รูปที่ 4. 6 แสดงค่าใช้จ่ายรักษายาบาลเฉลี่ยต่อคนของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	60
รูปที่ 5. 1 แสดงทัศนคติของแพทย์ต่อการควบคุมการใช้จ่ายที่มีราคาแพงของกรมบัญชีกลางว่ามี ผลอย่างไร	75
รูปที่ 5. 2 แสดงทัศนคติเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรงสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของแพทย์.....	76
รูปที่ 5. 3 แสดงความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับข้อดีของระบบเบิกจ่ายตรงรักษายาบาล.....	78
รูปที่ 5. 4 แสดงความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับข้อเสียของระบบเบิกจ่ายตรงรักษายาบาล	79
รูปที่ 5. 5 แสดงความคิดเห็นของแพทย์ต่อการปรับปรุงระบบเบิกจ่ายตรงรักษายาบาล	82
รูปที่ 5. 6 แสดงร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ต่อการให้ข้าราชการร่วมจ่ายค่า รักษายาบาล	92
รูปที่ 5. 7 แสดงร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับเหตุผลที่ข้าราชการไม่ควรมีการ ร่วมจ่ายรักษายาบาล	92

รูปที่ 5. 8 แสดงร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับเหตุผลที่ข้าราชการสมควรร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล	93
รูปที่ 5. 9 แสดงร้อยละของความคิดเห็นเรื่องสมควรมีการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในข้าราชการกลุ่มใด.....	95
รูปที่ 6. 1 ทศนคติของข้าราชการเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล.....	100
รูปที่ 6. 2 แสดงผลกระทบจากการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลโดยกรมบัญชีกลาง.....	102
รูปที่ 6. 3 แสดงความเห็นของข้าราชการต่อการปรับปรุงสวัสดิการรักษพยาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรง.....	103
รูปที่ 6. 4 แสดงความคิดเห็นเรื่องการปรับปรุงสวัสดิการรักษพยาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรง.....	105
รูปที่ 6. 5 แสดงความเห็นเรื่องการให้ข้าราชการร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ	105
รูปที่ 6. 6 แสดงร้อยละของความเห็นเรื่องไม่ควรมีการร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล.....	106
รูปที่ 6. 7 แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล.....	108
รูปที่ 6. 8 แสดงความเห็นเรื่องการร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ควรนำมาใช้กับข้าราชการกลุ่มใด.....	109
รูปที่ 7. 1 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปี พ.ศ.2552	111
รูปที่ 7. 2 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปี พ.ศ.2553.....	112
รูปที่ 7. 3 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปี พ.ศ.2556	114
รูปที่ 7. 4 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปี พ.ศ.2557	115
รูปที่ 7. 5 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปี พ.ศ.2558	116
รูปที่ 7. 6 กราฟแสดงข้อมูลค่าคาดหวังค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากกรมบัญชีกลาง.....	117
รูปที่ 7. 7 กราฟแสดงอัตราการให้บริการใน 1 ปี (ครั้งต่อคน) โดยมีการแจกแจงแบบ poisson... ..	118
รูปที่ 7. 8 กราฟแสดงร้อยละของอัตราร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกแยกตามรายปี	119

รูปที่ 7. 9 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปี พ.ศ.2552 แบบกำหนดเพศตามค่าใช้จ่าย.....	120
รูปที่ 7. 10 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปี พ.ศ.2553 แบบกำหนดเพศตามค่าใช้จ่าย.....	121
รูปที่ 7. 11 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลมิถุนายน-ธันวาคมปี พ.ศ.2556 แบบกำหนดเพศตามค่าใช้จ่าย	122
รูปที่ 7. 12 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปี พ.ศ.2557 แบบกำหนดเพศตามค่าใช้จ่าย.....	123
รูปที่ 7. 13 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลมกราคม-พฤษภาคมปี พ.ศ.2558 แบบกำหนดเพศตามค่าใช้จ่าย	124
รูปที่ 7. 14 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปีงบประมาณ 2553	130
รูปที่ 7. 15 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปีงบประมาณ 2554	131
รูปที่ 7. 16 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปีงบประมาณ 2557	132
รูปที่ 7. 17 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปีงบประมาณ 2553 แบบกำหนดเพศตามค่าใช้จ่าย	133
รูปที่ 7. 18 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปีงบประมาณ 2554 แบบกำหนดเพศตามค่าใช้จ่าย	134
รูปที่ 7. 19 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปีงบประมาณ 2557 แบบกำหนดเพศตามค่าใช้จ่าย	135

บทที่ 1

บทนำ ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การรักษาพยาบาลเป็นไม่เพียงเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความจำเป็นและสำคัญต่อชีวิตมนุษย์เท่านั้นหากแต่ยังเป็นการลงทุนในทุนสุขภาพ(Health Capital)อีกด้วย(Grossman 1975) ในปัจจุบันการพัฒนาให้องค์กรหรือบริษัทต่าง ๆ มีความก้าวหน้าล้วนต้องเริ่มจากการพัฒนาคนโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้(intangible asset)นอกเหนือจากพัฒนาในทรัพย์สินที่มีตัวตน(tangible asset) บุคคลที่มีความรู้และความสามารถที่รวมทั้งมีสุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์ย่อมเพิ่มผลงานให้กับองค์กรหรือบริษัทนั้น ๆ ได้อย่างสูง แต่หากผู้นั้นเจ็บป่วยย่อมทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ดังนั้นการรักษาพยาบาลจึงเป็นการลงทุนในทุนมนุษย์ด้วยเหตุที่ช่วยเพิ่มสุขอนามัยที่ดีให้เกิดขึ้นทำให้บุคคลนั้นสามารถรังสรรค์งานตามความรู้และความสามารถที่มีได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เมื่อการรักษาพยาบาลมีความสำคัญต่อการพัฒนาคนเช่นนี้ ทำให้รัฐต้องเข้ามาบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมโดยรัฐจัดให้ทุกคนมีหลักประกันสุขภาพเพื่อเป็นหลักประกันว่าหากเจ็บป่วยจะสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลหรือรับบริการทางด้านสุขภาพได้ โดยคนที่เข้ามาสู่ระบบจะมีทั้งคนที่มีสุขภาพดีและไม่ดีเป็นการยึดตามหลักการประกันสุขภาพที่ว่ารวมความเสี่ยงและเฉลี่ยความเสี่ยง(sharing risk)หลักประกันสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบหลัก คือ

1. **หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** โดยมีแนวคิดที่สำคัญ คือ ประชาชนควรมีหลักประกันทางสุขภาพในกรณีที่เจ็บป่วยโดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญ โครงการนี้ให้บริการครอบคลุมประชาชนผู้มีสิทธิ 48.12 ล้านคน ใช้งบประมาณ 129,281 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นค่าใช้จ่าย 2,693.54 บาท/คน โดยค่าใช้จ่ายสำหรับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาจากงบประมาณของรัฐ และอยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554)

2. **กองทุนประกันสังคม** โดยมีความมุ่งหมายที่จะเป็นหลักการพึ่งตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชน มีแหล่งเงินจากการสมทบ 3 ฝ่ายคือนายจ้างลูกจ้างและรัฐบาล โดยจัดเก็บเงินสมทบผู้ประกันตนทั้งฝ่ายนายจ้างและลูกจ้างเป็นร้อยละ 5 (โดยในส่วนของสิทธิประโยชน์ 4 กรณีแรกได้แก่ กรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และเสียชีวิตจ่ายในอัตราฝ่ายละร้อยละ 1.5 ส่วนเงินสมทบกรณีชราภาพ สงเคราะห์บุตรและกรณีว่างงานจัดเก็บเงินสมทบในอัตราร้อยละ 3.5) และรัฐบาลจ่ายสมทบร้อยละ 2.75 ใช้การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวโดยวิธีจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลที่รับประกันสังคมให้ผู้ประกันตนสามารถเลือกโรงพยาบาลคู่สัญญากับกองทุนประกันสังคมได้อย่างเสรี ครอบคลุมผู้ประกันตนที่เป็นลูกจ้างและพนักงานบริษัทเอกชนประมาณ 10.5 ล้านคนมีเงินกองทุน

รวม 991,837 ล้านบาท ในจำนวนนี้เป็นกองทุนที่ดูแลผู้ประกันตนกรณีเจ็บป่วย ตาย ทูพพลภาพ คลอดบุตรจำนวน 58,326 ล้านบาท(สำนักงานประกันสังคม 2556) อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของ สำนักงานประกันสังคม(สปส.)

3. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นระบบที่รัฐจัดให้เพื่อเป็นสวัสดิการแก่ ข้าราชการ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายไม่เกิน 3 คนเรียงลำดับก่อนหลังสิทธิ การใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสามารถเลือกใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งเป็นการ จ่ายตามปริมาณการใช้บริการและใช้ระบบเบิกจ่ายตรงโดยผู้ป่วยไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้ามี กรมบัญชีกลางกระทรวงการคลังเป็นผู้รับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายมาจากงบประมาณของรัฐครอบคลุม ข้าราชการลูกจ้างของรัฐและบุคคลในครอบครัวประมาณ 4.9 ล้านคน ใช้งบประมาณ 61,245 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นค่าใช้จ่าย 11,000-12,000 บาท/คน ข้อมูลเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสังคมและกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ(สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ et al. 2556) ดังแสดงตามตารางที่ 1.1



ตารางที่ 1. 1 แสดงความแตกต่างของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบของประเทศไทย

ประเภท	ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม
จำนวนผู้มีสิทธิ	48.6 ล้านคน (ร้อยละ 75.5)	5 ล้านคน (ร้อยละ 8)	10.5 ล้านคน (ร้อยละ 15.8)
แหล่งเงิน	งบประมาณรัฐ อัตรากะเหนียวจ่ายรายหัว ปี พ.ศ. 2555 เท่ากับ 2,755.6 บาท	งบประมาณรัฐ รายจ่ายในปี พ.ศ. 2555 เท่ากับ 61,317.24 ล้านบาท (12,000 บาท/คน)	สมทบจากรัฐ นายจ้าง และลูกจ้างฝ่ายละเท่ากัน ร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน มีรายจ่ายเฉลี่ยรวม 2,228 บาท/คนในปีพ.ศ. 2555
สิทธิประโยชน์	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ในทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ค่าอาหารและค่าห้องสามัญค่าคลอดบุตรชดเชยตาม ม.41	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องพิเศษ ค่าคลอดบุตร	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องสามัญ ชดเชยกรณีคลอดบุตร ตายหรือพิการ
ผู้ให้บริการ	สถานพยาบาลรัฐหรือเอกชนคู่สัญญาและสถานพยาบาลในเครือข่าย	สถานพยาบาลรัฐเป็นหลัก ใช้ร.พ.เอกชนได้กรณีฉุกเฉินและบริการผ่าตัดนัดหมายล่วงหน้าที่กำหนด	โรงพยาบาลรัฐและเอกชนคู่สัญญา และสถานพยาบาลในเครือข่าย
รูปแบบวิธีการจ่ายเงิน	เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการส่งเสริม ป้องกัน และผู้ป่วยนอก สำหรับบริการผู้ป่วยในจัดสรรยอดรวมตามน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG	ผู้ป่วยนอกตามปริมาณบริการและราคาที่เรียกเก็บย้อนหลัง สำหรับบริการผู้ป่วยในตามรายป่วยในอัตราที่กำหนด (DRG)	เหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและในและจ่ายเพิ่มเป็นรายกรณี

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

สวัสดิการข้าราชการถือเป็นผลประโยชน์อื่นที่นอกเหนือจากเงินเดือนที่เป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติหน้าที่ของราชการ สวัสดิการเหล่านี้มีทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน โดยสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลถือว่าเป็นจุดเด่นของข้าราชการที่ช่วยดึงดูดให้คนที่มีความรู้ความสามารถเข้ามารับราชการ โดยยอมรับเงินเดือนที่น้อยกว่าการทำงานภาคเอกชนแต่มีสวัสดิการด้านนี้ชดเชยเพื่อให้ข้าราชการมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่มากขึ้น

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการแต่เดิมผู้ป่วยนอกจะต้องทวงจ่ายเงินไปก่อนแล้วจึงนำใบเสร็จมาขอเบิกเงินคืนจากสำนักงานคลังภายหลัง ที่ผ่านมามีการเบิกจ่ายงบประมาณเกี่ยวกับเงินสวัสดิการค่ารักษายาบาลมากเกินความเป็นจริงทำให้รัฐบาลต้องจ่ายงบประมาณเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นเมื่อวันที่3ตุลาคม2543คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้กระทรวงการคลังปฏิรูประบบสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลให้เป็นระบบที่ทางสถานพยาบาลสามารถวางเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลกับกรมบัญชีกลางได้โดยตรง ระบบการเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาลได้เริ่มใช้อย่างเต็มรูปแบบตั้งแต่วันที่1ตุลาคม2549 ซึ่งเมื่อผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวสมัครลงทะเบียนเข้าโครงการเบิกจ่ายตรงกับสถานพยาบาลไหนก็สามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงกับสถานพยาบาลนั้นๆได้ตลอดไป (คือสมัครเพียงครั้งเดียว) ทั้งนี้เพื่อให้ข้าราชการลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญและบุคคลในครอบครัวได้รับคุณภาพในการรักษายาบาลเพิ่มมากขึ้นสามารถควบคุมและตรวจสอบค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้มีสิทธิและครอบครัวได้รับความสะดวกและลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลโดยยังได้สิทธิเหมือนเดิม ทั้งยังช่วยลดภาระการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลของสำนักงานคลังอีกด้วย ซึ่งในปัจจุบันระบบการเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอกได้ดำเนินการคู่ขนานกับระบบเบิกจ่ายเดิม (การเบิกค่ารักษาผู้ป่วยนอกโดยใช้ใบเสร็จรับเงินและการขอหนังสือรับรองการมีสิทธิจากต้นสังกัดเพื่อเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน) โครงการเบิกจ่ายตรงเป็นโครงการแบบสมัครใจไม่บังคับถ้าไม่ประสงค์จะเข้าโครงการเบิกจ่ายตรงก็สามารถนำใบเสร็จรับเงินจากสถานพยาบาลไปทำเบิกกับส่วนราชการต้นสังกัดได้ตามปกติ(สำนักตรวจสอบและพัฒนาการตรวจสอบภาครัฐ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง 2555)

ในปัจจุบันการเบิกจ่ายสำหรับกรณีผู้ป่วยใน ได้มีการเปลี่ยนระบบการเบิกจ่ายจากระบบการวางภูิกามาเป็นระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาลระหว่างกรมบัญชีกลางกับสถานพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ และจ่ายค่าบริการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม(Diagnosis Related Group : DRG) การนำระบบ DRG มาใช้ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการประเภทผู้ป่วยในในโรงพยาบาลของรัฐ เป็นการเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินระหว่างกรมบัญชีกลางกับโรงพยาบาลของรัฐ จากเดิมที่จ่ายตามที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ (fee-for-services) เป็นการตกลงจ่ายล่วงหน้าตามกลุ่มโรค(case base) ระบบ

DRG เป็นการสะท้อนค่าของต้นทุนเฉลี่ย โดยจ่ายให้ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล(per discharge) จึงเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างผู้ให้บริการกับกรมบัญชีกลาง สำหรับกรณีผู้ป่วยนอกสามารถเบิกจ่ายได้ทั้งวิธีการนำไปเสรีรับเงินไปเบิกจากส่วนราชการต้นสังกัดของผู้มีสิทธิและเบิกจ่ายในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยยังเป็นการจ่ายตามรายการและอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ(เมธาวี ศุภการกำจร 2553)

จากการดำเนินการดังกล่าวพบว่างบประมาณรายจ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง(กรมบัญชีกลาง 2557) ดังตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1. 2 ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร

ปีงบประมาณ พ.ศ.	งบประมาณที่ได้รับ(ล้านบาท)	ค่าใช้จ่ายจริง(ล้านบาท)
2547	17,000	26,043.11
2548	18,000	29,380.03
2549	20,000	37,004.45
2550	30,000	46,481.05
2551	38,700	54,904.48
2552	48,500	61,304.47
2553	48,500	62,195.57
2554	62,000	61, 844.27
2555	61,845	61,317.24
2556	60,000	59,828.00

จากตารางภายหลังการนำระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลมาใช้ พบว่าค่าใช้จ่ายจริงที่ใช้มากกว่างบประมาณที่ได้รับในแต่ละปี โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละร้อยละ 20 ในปี พ.ศ.2549 ค่าใช้จ่ายจริงเพิ่มขึ้นสูงที่สุดร้อยละ 25.95 รองลงมาในปี พ.ศ.2550 ค่าใช้จ่ายจริงเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.61 หลังจากปี พ.ศ.2550 ค่าใช้จ่ายจริงเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด และมีค่าใช้จ่ายจริงสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งหลังจากนั้นมีค่าใช้จ่ายจริงลดลงตามลำดับ เมื่อพิจารณาเฉพาะค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกพบว่าค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงสุดเมื่อเทียบกับค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมด และพบว่าค่าใช้จ่ายของระบบเบิกจ่ายตรงลดลงในปี พ.ศ.2554 เป็นต้นมา อันเนื่องมาจากมาตรการระยะเร่งด่วนในการควบคุมการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 9 กลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาที่มีราคาแพง เช่น ยาแก้ปวดในกลุ่มที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ ยาลดไขมันในเลือด ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น และการกำหนดเงื่อนไขการเบิกในยาป้องกันกระดูกพรุนและกลุ่มยารักษาโรคมะเร็ง รวมถึงการ

ตรวจสอบเวชระเบียนเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ยาอย่างเคร่งครัดนำไปสู่การเรียนเงินคืนในหลายโรงพยาบาล และการบังคับให้โรงพยาบาลเปลี่ยนมาใช้ยาที่สามารถผลิตโดยองค์การเภสัชกรรมแทนที่การใช้ยาจากบริษัทยาจากต่างประเทศที่มีราคาแพง

จากการศึกษาในช่วงตุลาคม พ.ศ.2551 ถึงกรกฎาคม พ.ศ.2552 โดยใช้ข้อมูลของโรงพยาบาล 26 แห่ง พบว่าค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วยนอกภายใต้ระบบการจ่ายตรงของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 66-68 ของมูลค่ายาทั้งหมดของโรงพยาบาล โดยค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกเป็นในส่วนของค่ายาถึงประมาณร้อยละ 83 หากนำสัดส่วนนี้มาคำนวณจากค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอกของข้าราชการในบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2551ที่ใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐจะได้ค่านอกบัญชียาหลักประมาณ 22,842 ล้านบาทจากค่ายาทั้งสิ้น 34,093 ล้านบาทหรือเป็นร้อยละ 6.6 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมทั้งหมด(จิตปราณี วาศวิท 2554) ดังตารางที่ 1.3

ตารางที่ 1. 3 มูลค่าและจำนวนครั้งการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักใน 26 โรงพยาบาลภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจำแนกตามประเภทโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2552

รายการ	มหาวิทยาลัย	สังกัดอื่น	กระทรวง สาธารณสุข	รวม
จำนวนรพ.(แห่ง)	6	7	13	26
1.มูลค่ารวมยา ทั้งหมด(บาท)	5,996,840,443	4,419,368,934	2,768,688,682	13,184,898,059
- ยานอกบัญชียา หลักฯ	3,977,682,096	3,001,123,630	1,833,519,130	8,812,324,856
- ร้อยละ	66.3	67.9	66.2	66.8
2. จำนวนครั้งการ สั่งใช้ (รวม)	5,160,612	4,812,957	4,168,085	14,141,654
- ยานอกบัญชียา หลักฯ	2,327,897	2,017,018	1,458,601	5,803,516
- ร้อยละ	45.1	41.9	35.0	41.0

หมายเหตุ: *“ร้อยละของมูลค่ายานอกบัญชีหลักในมูลค่ารวมยาทั้งหมด” เป็นข้อมูลที่สะท้อน “ร้อยละมูลค่าการใช้บัญชียาหลักต่อรายจ่ายด้านยา” ซึ่งเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพตามกรอบ”ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ”

**ข้อจำกัดของระบบข้อมูลการจ่ายยาของสถานพยาบาลทั่วประเทศซึ่งยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ทำให้สามารถนำเสนอข้อมูลเพียง 26 โรงพยาบาลเท่านั้น

ที่มา : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยและเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2553, รายงานการใช้ยาผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและมาตรการควบคุมการใช้ยาของโรงพยาบาลนำร่องกรณีผู้ป่วยนอกในระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการปีงบประมาณ 2552, หน้า 12

ค่าใช้จ่ายของระบบเบิกจ่ายตรงข้าราชการสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับสองกองทุนสุขภาพที่เหลือ โดยสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมีระบบการจ่ายตามปริมาณการใช้บริการหรือแบบปลายเปิดขณะที่กองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวส่งผลให้อัตราการจ่ายมีความแตกต่างกันมากโดยในปีงบประมาณ 2556 กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีงบเหมาจ่ายรายหัว 2,755.60 บาทต่อคนต่อปี กองทุนประกันสังคมมีงบเหมาจ่ายรายหัวอยู่ที่ 2,500 บาทต่อคนต่อปี ส่วนระบบสวัสดิการข้าราชการมีงบประมาณกว่า 60,000 ล้านบาทเฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อหัวประมาณ 12,000 บาท ถือว่าสูงมากเมื่อเทียบกับอีกสองกองทุน

จากการศึกษา พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ค่าบริการรักษายาพยาบาลของข้าราชการเพิ่มขึ้นคือวิธีการจ่ายตามปริมาณการใช้บริการ ไม่ว่าจะบริการนั้นจะจำเป็นต่อผู้รับบริการหรือไม่ ผู้ให้บริการก็มีแรงจูงใจในการสร้างรายได้จากการส่งจ่ายยาทำให้มีการจ่ายยามากเกินจำเป็น ซึ่งรูปแบบและวิธีการจ่ายยาจากทั่วโลกจะกระตุ้นให้ผู้ให้บริการจ่ายยามากเกินไป และมักใช้ยาที่มีราคาแพงมากกว่า เนื่องจากการคิดราคายาปัจจุบันกระทรวงการคลังอนุญาตให้บวกเพิ่มส่วนต่างจากราคายาได้ร้อยละ 10-15 ทำให้เกิดแรงจูงใจในการจ่ายยาที่มีราคาแพง ทำให้ทุก ๆ ปีค่ายาในการรักษายาพยาบาลข้าราชการมีอัตราการเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของค่ารักษายาพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการยิ่งมากขึ้นนับจากปี พ.ศ.2546 เป็นต้นมา เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพ ทางโรงพยาบาลให้เหตุผลว่ามีค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย จึงมีการเบิกยาเมื่อคนไข้กลุ่มนี้ อีกทั้งโรงพยาบาลต้องการหารายได้จากการส่งยาเพื่อมาชดเชยรายได้ที่ต้องเลี้ยงตัวเอง บวกกับการนำระบบเบิกจ่ายตรงมาใช้เพื่อแก้ปัญหาการสำรองจ่ายไปก่อน(สัมฤทธิ์ศรีธำรงสวัสดิ์ 2555)

ทั้งนี้ข้อมูลจากการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล พบว่ามีการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมและมากเกินไป มีการใช้การจ่ายยากลับบ้านของผู้ป่วยในมาเป็นผู้ป่วยนอก การเบิกจ่ายที่ไม่เหมาะสม เช่น การเบิกค่านวดแผนไทยโดยมิได้มีข้อบ่งชี้ในการรักษาพยาบาล เป็นต้น ตลอดจนพบว่าผู้มีสิทธิบางรายและโรงพยาบาลบางแห่งมีพฤติกรรมทุจริตในการเบิกจ่ายค่ายาอีกด้วย ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการสูงกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ 4 เท่า ทั้งที่ทั้งสองระบบบอค่ายังบประมาณแผ่นดินเช่นเดียวกัน แต่ต่างกันตรงที่วิธีการจ่ายเงิน กล่าวคือ ระบบสวัสดิการข้าราชการเป็นแบบปลายเปิด มีการตั้งงบประมาณล่วงหน้าในระหว่างปีงบประมาณแต่หากไม่เพียงพอก็สามารถเบิกจ่ายจากงบกลางได้ ขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบปลายปิด

นอกจากนี้ยังมีความไม่สมมาตรระหว่างข้อมูลของแพทย์และคนไข้ (Asymmetric Information) เนื่องจากคนไข้ไม่ทราบข้อมูลที่แน่ชัดของโรคที่เป็นแต่แพทย์มีข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ดีกว่า ทำให้การให้การรักษาพยาบาลขึ้นกับแพทย์เป็นสำคัญ (Physicians Induced Demand) เนื่องด้วยการรักษาคนไข้ นอกจากด้วยระบบเบิกจ่ายตรงนั้นเป็นระบบปลายเปิด และโรงพยาบาลสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามจริง อนึ่งแพทย์ได้ถูกสั่งสอนในเรื่องของจรรยาบรรณแพทย์เป็นอย่างมาก ทำให้การรักษาโรคที่มีความยากบางประเภท เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง โรคมะเร็ง ต้องมีการค้นหาสาเหตุของโรคอย่างมาก แพทย์มักให้การรักษาด้วยวิธีการและยาที่ดีที่สุดเพื่อให้คนไข้หายจากโรคภัยไข้เจ็บ และยังเป็นการป้องกันตนเองจากความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้โดยมิได้ตั้งใจอันจะนำไปสู่การฟ้องร้องได้ในอนาคต สิ่งเหล่านี้ย่อมนำไปสู่ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นของระบบเบิกจ่ายตรงด้วยเช่นกัน

การควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบเบิกจ่ายตรงข้าราชการของกรมบัญชีกลาง โดยการจำกัดสิทธิการเบิกจ่ายยาบางประเภทที่มีราคาสูง เช่น การจำกัดเบิกยากลุ่มโคซามินซัลเฟต ซึ่งเป็นยาที่ใช้ในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในคนสูงอายุ และมีการเบิกจ่ายมากในข้าราชการบำนาญ และเป็นยาที่มีการใช้คิดเป็นร้อยละ 10 ของมูลค่ายาราคาสูงที่มีการเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลาง คิดเป็นค่ายาที่ข้าราชการเบิกไม่น้อยกว่า 459 ล้านบาท/ปี (คณะทำงานวิชาการทางการแพทย์ภายใต้คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการรักษาพยาบาลและการจ่ายเงิน กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง 2553) ทำให้ข้าราชการบำนาญเกิดความรู้สึกต่อต้านมาตรการดังกล่าวเพราะรู้สึกว่าเป็นยาที่มีความจำเป็นต้องใช้ และเหมือนตนเองกำลังถูกลิดรอนสิทธิการรักษาพยาบาลจนนำไปสู่การฟ้องร้องต่อศาลปกครอง ดังนั้นมาตรการควบคุมการเบิกจ่ายยาอาจช่วยลดค่าใช้จ่ายของระบบเบิกจ่ายตรงได้ แต่ในทำนองเดียวกันกับขั้นตอนขัญญและกำลังใจของข้าราชการด้วยเช่นกัน ดังนั้นการควบคุมค่าใช้จ่ายอาจไม่ใช่คำตอบที่เหมาะสมที่สุดในการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายของระบบเบิกจ่ายตรง การผลักราคาค่ายาบางส่วนไปให้ข้าราชการโดยเฉพาะอย่างยิ่งข้าราชการบำนาญทำให้พวกเขาเหล่านี้ต้องเสียค่าใช้จ่าย

บางส่วนเองสำหรับยาบางประเภทที่ไม่สามารถเบิกได้ ดังนั้นการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบเบิกจ่ายตรงโดยกรมบัญชีกลางทำให้งบกลางของรัฐบาลที่ตั้งไว้สำหรับเป็นค่ารักษาพยาบาลข้าราชการและผู้มีสิทธิไม่บานปลายออกไปทุกปี แต่มีผลกระทบโดยตรงสำหรับข้าราชการที่โดยทั่วไปแล้วเงินเดือนยังน้อยกว่าภาคเอกชนรวมทั้งมีเงินออมที่น้อยและหนี้สินที่มากได้รับความเดือนร้อนโดยตรง ทั้งยังทำให้โรงพยาบาลของรัฐมีรายได้ที่มาจากค่ารักษาพยาบาลจากรวมบัญชีกลางลดลงอันส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล และการลงทุนด้านนวัตกรรมการรักษาพยาบาลด้วยยาและเครื่องมือที่ทันสมัยของโรงพยาบาลอีกด้วย

ผู้วิจัยจึงสนใจว่าทัศนคติต่อระบบเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 ฝ่าย ได้แก่ รัฐบาลโดยกรมบัญชีกลาง แพทย์และโรงพยาบาลของรัฐ และข้าราชการเป็นอย่างไร และหากนาระบบร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลมาใช้ทำให้ข้าราชการต้องร่วมจ่ายต่อครั้งจำนวนเท่าไรโดยใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายจากโรงพยาบาลโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า

1.2 คำถามของการวิจัย

1. สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรงส่งผลกระทบต่องบประมาณด้านการรักษายาพยาบาลของรัฐบาล โรงพยาบาลของรัฐรวมถึงข้าราชการและผู้มีสิทธิอย่างไร
2. การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลทำให้ข้าราชการและผู้มีสิทธิต้องเสียค่าใช้จ่ายต่อครั้งจำนวนเท่าไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษางบประมาณด้านการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและผู้มีสิทธิทั้งก่อนและหลังการใช้ระบบเบิกจ่ายตรง
2. ศึกษานโยบายของกรมบัญชีกลาง พฤติกรรมและทัศนคติของโรงพยาบาลและแพทย์รวมถึงข้าราชการและผู้มีสิทธิต่อระบบเบิกจ่ายตรง
3. เพื่อคำนวณค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล เพื่อนำไปคิดการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่อัตราต่างๆ

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

1. ศึกษาารูปแบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประเทศต่าง ๆ 7 ประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร เยอรมนี แคนาดา ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไต้หวัน
2. ศึกษาข้อมูลค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการตั้งแต่ปี พ.ศ.2531-2556
3. ศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติของข้าราชการที่ปฏิบัติหน้าที่ในกรุงเทพและเขตปริมณฑลรวม จ.นครนายก และแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลที่ให้บริการตั้งแต่ระดับทุติยภูมิขึ้นไปในกรุงเทพและเขตปริมณฑลรวม จ.นครนายกที่มีต่อระบบเบิกจ่ายตรง

1.5 ข้อยกเว้นของงานวิจัย

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นข้อมูลค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บจากกรมบัญชีกลางของผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ.2552 , 2553 , มิถุนายน-ธันวาคม 2556 , พ.ศ.2557 และมกราคม-พฤษภาคม 2558 และผู้ป่วยในของปีงบประมาณ 2554 , 2555 และ 2557 ของสิทธิสวัสดิการข้าราชการในโรงพยาบาลโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้าเท่านั้น

1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การร่วมจ่าย(Co-payment) หมายถึง การที่ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในแต่ละครั้งเมื่อไปรับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อทราบพฤติกรรมของบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อระบบเบิกจ่ายตรง เพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์ปัญหาของระบบเบิกจ่ายตรงได้
2. เพื่อประมาณค่าร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อกำหนดอัตราการร่วมจ่ายมาให้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 อุปสงค์สำหรับสุขภาพ (Demand for Health)

จากการศึกษาของ Grossman ในปี ค.ศ. 1972 โดยมองการมีสุขภาพอนามัยที่ดี (good health) เป็นเหมือนการลงทุนในทุนมนุษย์ (human capital) ประเภทหนึ่งเช่นเดียวกับการศึกษา โดยที่สุขภาพอนามัยที่ดีเป็นผลผลิต (output) ที่มีการให้การรักษายาบาลเป็นวัตถุดิบ (input) ภายใต้เส้น production function ผู้บริโภคเลือกกลุ่มของสินค้า (goods) และบริการ (services) ที่ให้ความพึงพอใจสูงสุด (maximizes utility) ภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณ ตามทฤษฎี human capital theory แล้วการศึกษาหรือการลงทุนในทุนมนุษย์สามารถเพิ่มผลผลิต (productivity) ได้ โดยมองว่าภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี (health capital) เป็นหนึ่งในปัจจัยทุนมนุษย์ ถ้ามีการเพิ่มขึ้นของสุขภาพอนามัยที่ดีจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของค่าจ้าง ดังนั้นจึงควรมีการลงทุนในสุขภาพอนามัย ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดีรวมไปถึงการมีอายุยืนยาว ไร้โรคภัยไข้เจ็บ สุขภาพที่ดีจะนำมาซึ่งรายได้หรือความมั่งคั่งทำให้ผู้ลงทุนมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น สุขภาพที่ไม่ดีนำมาสู่ความพึงพอใจที่ลดลง นั่นคือ การลงทุนในสุขภาพอนามัยเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้นเป็นการเพิ่มรายได้และความพึงพอใจนั่นเอง สุขภาพที่ดีเป็นองค์ประกอบหนึ่งของทุนมนุษย์ บุคคลได้รับสุขภาพอนามัยมาตั้งแต่เกิดและจะเสื่อมค่าลงเรื่อย ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถชะลอความเสื่อมได้โดยการลงทุนในสุขภาพอนามัยนั่นเอง ความตายจะเกิดขึ้นเมื่อต้นทุนสุขภาพอนามัยลดต่ำกว่าค่าที่กำหนดให้ค่าหนึ่ง ดังนั้นบุคคลจึงต้องเลือกว่าจะมีชีวิตยืนยาวเท่าไรโดยการเลือกที่จะลงทุนในสุขภาพอนามัยเป็นจำนวนเท่าใด และลงทุนในสิ่งอื่นเท่าใด นอกเหนือจากวัตถุดิบ (input) ในการเพิ่มสุขภาพอนามัย เช่น การลงทุนในสุขภาพแล้ว ยังประกอบด้วยอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ หรือการดื่มแอลกอฮอล์อีกด้วย ราคาเงาเป็นราคาโดยเปรียบเทียบซึ่งขึ้นอยู่กับราคาของบริการทางการแพทย์และอื่น ๆ อีกด้วย ราคาเงาจะเพิ่มสูงขึ้นถ้ามีอายุที่มากขึ้นหรือถ้ามีอัตราการเสื่อมของสุขภาพอนามัยที่เร็วขึ้น ราคาเงาจะลดลงถ้าได้รับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น ภายใต้เงื่อนไขดังนี้ทำให้การเพิ่มขึ้นของราคาเงาในทางเดียวกันจะไปลดปริมาณของอุปสงค์สำหรับสุขภาพแต่เพิ่มปริมาณวัตถุดิบสำหรับสุขภาพ (Grossman 1999)

จากงานของ Grossman บุคคลมีความจำเป็นต้องลงทุนในสุขภาพอันนำมาสู่ demand for health ในที่สุด เนื่องจาก medical care market (Kenneth 1963) มีความแตกต่างจากตลาดโดยทั่วไป คือ การไม่อยู่ในภาวะ competitive model ซึ่งรูปแบบของตลาดแข่งขันสมบูรณ์จะทำให้ระบบเศรษฐกิจมีประสิทธิภาพตามทฤษฎี first welfare theorem ที่กล่าวว่า ดุลยภาพของตลาดแข่งขันสมบูรณ์จะทำให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามหลัก Pareto ซึ่ง

หมายความว่าไม่มีการจัดสรรทรัพยากรแบบใดที่ทำให้ผู้บริโภคทุกคนมีสวัสดิการดีขึ้นพร้อม ๆ กันได้ โดยทั่วไป medical care market มีลักษณะเฉพาะที่สำคัญ ดังนี้

1. ธรรมชาติของอุปสงค์ (The Nature of Demand)

สิ่งสำคัญของอุปสงค์ทางการแพทย์ที่แตกต่างไปจากสินค้าชนิดอื่น คือ มีความไม่แน่นอนและไม่สามารถคาดคะเนได้ ซึ่งบุคคลจะมีอุปสงค์ทางการแพทย์ต่อเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยเท่านั้น

2. พฤติกรรมของแพทย์ (Expected Behavior of the Physicians)

พฤติกรรมของแพทย์ที่แตกต่างจากผู้ขายสินค้าโดยทั่วไป เนื่องจากมีความคาดหวังว่าการให้บริการทางการแพทย์ย่อมเหมือนกัน คนไข้ไม่สามารถทดลองรักษากับแพทย์ก่อน นั่นคือคนไข้ต้องให้ความไว้วางใจแพทย์ด้วย ในขณะที่เดียวกันแพทย์เองก็มีจริยธรรม เนื่องจากการรักษาพยาบาลของแพทย์นั้นต้องให้การรักษาที่ดีที่สุดแก่คนไข้

3. ความไม่แน่นอนของผลผลิต (Product Uncertainty)

โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่มีความรุนแรง การรักษาพยาบาลให้หายเป็นปกติไม่อาจทำนายได้อย่างแน่นอนว่าจะใช้เวลาเท่าไร

4. เงื่อนไขของอุปทาน (Supply Conditions)

เห็นได้ชัดอย่างยิ่ง คือ ใบประกอบวิชาชีพแพทย์ เนื่องจากแพทย์ที่จะประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ ต้องสอบผ่านและได้รับใบประกอบวิชาชีพแพทย์ ทำให้ใบประกอบวิชาชีพแพทย์เป็นเหมือนการจำกัดอุปทานทางการแพทย์ และมีผลทำให้ราคาค่าบริการทางการแพทย์สูงขึ้น

5. การตั้งราคา (Pricing Practices)

การตั้งราคาของการให้บริการทางการแพทย์มี price discrimination โดยขึ้นกับรายได้ของผู้ใช้บริการเป็นหลัก

เนื่องจากบริการทางการแพทย์มีลักษณะสำคัญ คือ มีผลกระทบต่อภายนอก(externalities) และเป็นสินค้าสาธารณะ(public goods) ซึ่งลักษณะสำคัญเช่นนี้นำไปสู่ความล้มเหลวของตลาด (market failure) ผลกระทบภายนอก(externalities) ได้แก่ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ซึ่งมีการแพร่เชื้อผ่านทาง การรับประทานอาหาร ทำให้การได้รับวัคซีนของคนคนหนึ่งสามารถป้องกันคนรอบข้างที่ไม่ได้รับวัคซีนได้ด้วย หรือในกรณีของโรคติดต่อ เช่น วัณโรค การรักษาผู้ป่วยวัณโรคช่วยป้องกันคนรอบข้างจากการติดเชื้อวัณโรคได้ด้วยเนื่องจากวัณโรคมีการแพร่เชื้อแบบ airborne ทำให้ราคาของวัคซีนและต้นทุนของการรักษาวัณโรคไม่ได้รับรวมผลกระทบต่อภายนอกด้วยจึงเป็นการคิดต้นทุนที่ต่ำเกินไป ในขณะที่ public goods ต้องมีลักษณะสำคัญ 2 ประการ คือ Non-rival (ไม่ต้องแข่งขันเพื่อให้ได้มา) โดยทั่วไปการไปพบแพทย์จะได้รับการตรวจเสมอเพียงแต่จะช้าหรือเร็วไม่ว่าจะมีคนไข้มากน้อยเพียงไร และ Non-excludable เนื่องจากบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่ให้บริการโดยรัฐถึงแม้คนไข้จะไม่มีเงินก็สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้

ความเสี่ยงสำหรับ medical care มีอยู่ 2 ประเภท คือ ความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยและความเสี่ยงที่จะไม่สามารถหายเป็นปกติ ความเสียหายที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเจ็บป่วยเป็นเพียงส่วนหนึ่งของต้นทุนค่ารักษาพยาบาล มันยังประกอบไปด้วยความไม่สบายกายไม่สบายใจและไม่สามารถทำงานได้ระหว่างที่เจ็บป่วยด้วย ดังนั้นทั้งความเสี่ยงและความเสียหายที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเจ็บป่วยจำเป็นต้องไปรับการแก้ไขโดยการมีระบบประกันสุขภาพ หากไม่มีระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมทำให้สวัสดิการของสังคมลดลง

ซึ่งหลักพื้นฐานของการประกัน คือ ข้อสมมติว่าแต่ละบุคคลต้องการแสวงหาอรรถประโยชน์สูงสุด โดยที่อรรถประโยชน์ คือ รายได้ ดังนั้นต้นทุนค่ารักษาพยาบาลจึงเป็นตัวแปรสุ่มที่ทำให้รายได้อลดลง เมื่อรักษาจนหายจากโรคแล้วสามารถใช้จ่ายเงินเพื่อให้เกิดอรรถประโยชน์สูงสุดด้วย บุคคลแต่ละคนเป็นไม่ชอบความเสี่ยง(risk-aversers) นั้นหมายความว่า ถ้าบุคคลมีโอกาสที่จะหารายได้ด้วยระดับความน่าจะเป็นต่าง ๆ ที่กำหนดค่าเฉลี่ย m มาให้หรือสามารถหารายได้ m ด้วยความแน่นอน(certainty) เขาจะเลือกอย่างหลัง เป็นต้น สมมติต่อว่า มีบริษัทที่รับทำประกันหรือรัฐบาลเสนอที่จะรับความเสี่ยงค่ารักษาพยาบาลโดยการเก็บเบี้ยประกันที่เป็นธรรม(actuarially fair) ถ้าราคาของค่ารักษาพยาบาลเป็นตัวแปรสุ่ม(random variable) ด้วยค่าเฉลี่ย m ดังนั้นบริษัทประกันจะเก็บเบี้ยประกัน m สำหรับความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลทุกประเภท ภายใต้สถานการณ์ที่กำหนดให้ แต่ละบุคคลจะเลือกที่จะทำประกันเพื่อคุ้มครองความเสี่ยงและทำให้สวัสดิการโดยรวมของสังคมเพิ่มขึ้น ภายใต้ข้อสมมติที่ว่าบุคคลมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยเป็นอิสระไม่ขึ้นแก่บุคคลอื่น(independent) การมีคนมากมายทำประกันเป็นการลดความเสี่ยงของบริษัทประกันเมื่อเทียบกับบริษัทประกันที่มีขนาดเล็ก

2.2 ปัญหาของระบบประกันสุขภาพ(Peter et al. 1997)

ระบบประกันสุขภาพมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากระบบตลาดทั่วไป ดังนี้

1. **ครอบคลุมถ้วนหน้า(Universal access)** เนื่องจากการรักษาความเจ็บป่วยเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่สำคัญทำให้รัฐต้องให้การดูแลประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้อย่างเป็นธรรมและเท่าเทียมกัน
2. **มีความซับซ้อนและความไม่แน่นอน(Complexity and Uncertainty)** เนื่องจากสุขภาพในอนาคตไม่สามารถคาดการณ์ได้อย่างแน่นอน
3. **ความยากในการเข้าถึงข้อมูล(Information difficulties)** ประชาชนโดยทั่วไปไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ รวมถึงไม่ทราบวิธีที่มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการเจ็บป่วย

4. **ความล้มเหลวของตลาด(Market failure)** อันเนื่องมาจากความไม่แน่นอนและความยากในการเข้าถึงข้อมูลนำมาสู่ความล้มเหลวของตลาด เนื่องด้วยแพทย์มีข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษามากกว่าคนไข้ นำไปสู่อุปทานเหนียวนำอุปสงค์ในที่สุด(physician induced demand)

5. **การนำคนที่มีความเสี่ยงไม่เท่ากันเข้ามา(Pooling of unequal risks)** ตามหลักการแล้วบริษัทประกันต้องการผลตอบแทนสูงสุดโดยการแบ่งแยกความเสี่ยง ทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงมากต้องเสียเบี้ยประกันสูงกว่าผู้มีความเสี่ยงน้อย การเก็บเบี้ยประกันในราคาที่ไม่สามารถทำได้จริงถึงแม้ว่าตลาดจะมีการแข่งขันสมบูรณ์ก็ตาม ทั้งนี้บริษัทประกันจะเก็บเบี้ยประกันเพิ่มในคนที่มีความเสี่ยงสูงทำให้คนเหล่านี้อาจไม่สามารถชำระเบี้ยประกันได้ และต้องออกจากระบบประกันสุขภาพ นำมาสู่ปัญหา adverse selection ในที่สุด

6. **ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี(Technological Progress)** พัฒนาการของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่รวดเร็วยังรวดเร็วทำให้สามารถรักษาโรคร้ายแรงและช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

7. **การเปลี่ยนแปลงในอุปสงค์(Changes in demand)** เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้คนมีอายุยืนยาวมากขึ้น นำไปสู่อุปสงค์สำหรับสุขภาพ(demand for health care)ที่เพิ่มมากขึ้นด้วย

จากลักษณะเฉพาะของระบบประกันสุขภาพดังกล่าว ทำให้รัฐต้องมาแทรกแซงเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและความสามารถในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ผ่านทางการประกันสุขภาพโดยรัฐ เช่น ของประเทศอังกฤษ หรือผ่านการซื้อประกันสุขภาพ (ACA) เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งรัฐก็มีบทบาทในการบังคับใช้กฎหมายให้นายจ้างต้องให้สวัสดิการการรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้าง เห็นได้ว่ารัฐต้องการให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพที่ดีผ่านการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด รัฐจึงให้งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลส่งผ่านไปที่โรงพยาบาลหรือบริษัทประกันสุขภาพ แต่โรงพยาบาลหรือบริษัทประกันสุขภาพนี้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยต้องคำนึงถึงต้นทุนและงบประมาณที่ได้รับโดยต้องบริหารจัดการทั้งสองส่วนนี้เพื่อทำให้ไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลหรือบริษัทประกันสุขภาพมากเกินไป ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาระหว่างตัวการกับตัวแทน(Principal-Agent Problem) โดยที่ agent หรือ ตัวแทนคือผู้ปฏิบัติงานในที่นี้ ได้แก่ โรงพยาบาลและแพทย์ ส่วน principal หรือ ตัวการโดยทั่วไปจะหมายถึงฝ่ายที่ได้รับผลจากการปฏิบัติของตัวแทนนั้นซึ่งก็คือรัฐซึ่งได้รับผลกระทบโดยตรงจากการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพ ทั้งสองฝ่ายคือ ตัวการและตัวแทนต่างมีข้อมูลที่ไม่เท่าเทียมกันนั่นคือ ตัวแทน(agent) มีข้อมูลครบถ้วนกว่าตัวการ(principal) เพราะตัวแทนเป็นฝ่ายปฏิบัติงาน จนนำมาสู่ความไม่สมมาตรของข้อมูลในที่สุด

นอกจากนี้ปัญหา Principal-Agent problem ยังนำไปสู่ปัญหา moral hazard และ adverse selection ด้วย อันตรายจากการประพฤติดมิชอบ(Moral hazard) ในการทำประกันสุขภาพ

นั้นบุคคลที่ทำประกันสุขภาพเต็มรูปแบบจะไปพบแพทย์บ่อยครั้งกว่าปกติมากแม้สุขภาพของเขาจะไม่แตกต่างไปจากเดิมทั้งนี้เนื่องจากบริษัทประกันจะต้องจ่ายค่าไปพบแพทย์ให้โดยเขาไม่ต้องจ่ายเงินเอง ในขณะที่ราคา medical care ไม่ได้ขึ้นกับความเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวแต่ยังขึ้นกับการเลือกแพทย์ ผู้รักษาและวิธีการรักษาโรคอีกด้วย เป็นที่น่าสังเกตว่าการมีประกันสุขภาพทำให้เพิ่มอุปสงค์ของ medical care ด้วย แพทย์มีแนวโน้มที่จะให้การรักษาที่ดีและมีราคาแพงแก่คนไข้ที่มีประกันสุขภาพ ส่วนการเลือกที่ตรงข้ามกับความเหมาะสม(Adverse selection) ตามปกติบริษัทประกันสุขภาพจะกำหนดอัตราเบี้ยประกันตามค่าความเสี่ยงโดยเฉลี่ยที่จะเกิดอันตรายต่อชีวิตหรือสุขภาพของลูกค้าย เช่น ในกรณีการทำประกันสุขภาพนั้น แม้ในบางกรณีจะมีการตรวจสุขภาพก่อนก็ตามผู้ทำประกันก็ยังมีข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองดีกว่าบริษัทประกันภัย ซึ่งทำให้ผู้ที่สุขภาพไม่ดีและมีความเสี่ยงสูงที่จะมีปัญหาสุขภาพมีแนวโน้มจะต้องการประกันสุขภาพมากกว่าผู้ที่สุขภาพดี การที่บริษัทประกันมีลูกค้ายที่มีความเสี่ยงจะเกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าค่าเฉลี่ย ทำให้บริษัทต้องจ่ายค่าสินไหมทดแทนเพิ่มมากขึ้น การที่สัดส่วนลูกค้ายที่สุขภาพไม่ดีต่อกลุ่มลูกค้ายทั้งหมดเพิ่มขึ้น จึงทำให้บริษัทประกันต้องเรียกเก็บเบี้ยประกันแพงขึ้น ในที่สุดเมื่อเบี้ยประกันแพงขึ้นจนทำให้ลูกค้ายส่วนหนึ่งที่มีสุขภาพดีและความเสี่ยงต่ำที่จะเกิดปัญหาสุขภาพก็จะตัดสินใจไม่ทำประกัน

การบริหารจัดการความสัมพันธ์ระหว่างตัวการกับตัวแทน(principal-agent relations) เพื่อแก้ปัญหาทำได้โดยการปรับพฤติกรรมของทั้ง 2 ฝ่ายให้ใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยมีสายการบังคับบัญชาตามลำดับชั้น(hierarchical chains of command) หรือกำหนดเป้าหมายของทั้ง 2 ฝ่ายให้ใกล้เคียงกัน เช่น agent ไม่จำเป็นต้องได้รับกำไรจากการรักษาพยาบาลสูงสุด ในขณะที่ principal ไม่จำเป็นต้องควบคุมงบประมาณการรักษาพยาบาลให้ต่ำที่สุด ในขณะที่การเพิ่มการร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ(increase cost sharing) ซึ่งนำไปสู่อุปสงค์ต่อสุขภาพที่ลดลง(demand for health) แบ่งได้หลายแบบ เช่น การมีส่วนร่วมจ่าย(co-payment) เป็นการร่วมจ่าย ณ จุดบริการให้กับผู้ให้บริการโดยตรง ซึ่งการเพิ่มการมีส่วนร่วมจ่ายจะเป็นการจำกัดคนที่เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์อันเนื่องมาจากไม่มีเงินพอที่จะมาร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่วนในกรณีที่ผู้รับบริการมีเงินร่วมจ่ายเพียงพอ co-payment อาจไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการลดการใช้บริการทางการแพทย์ลง ส่วน deductible เป็นการร่วมจ่าย ณ จุดบริการที่ราคาขั้นต่ำระดับหนึ่ง ตัวอย่างเช่นบริษัทประกันอาจกำหนดให้ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าบริการขั้นต่ำ 1,000 บาท เพื่อเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงและคิดว่าสามารถรักษาเองได้ หรือผู้ป่วยที่อาการรุนแรงแต่มีเงินไม่เพียงพออาจไม่เข้ามารับบริการ(กฤษฎณ์ พงศ์พิรุฬห์ 2551) อีกวิธีหนึ่งคือ การควบคุมพฤติกรรมรักษาพยาบาลของแพทย์(control over the physicians) อันเนื่องมาจากความไม่สมมาตรของข้อมูลนำไปสู่ physicians induced demand วิธีนี้จะช่วยลดอุปทานสำหรับการรักษาพยาบาล เช่น การใช้ระบบ DRG ทำให้โรงพยาบาลที่รักษาคนไข้โดยใช้ต้นทุนที่น้อยกว่าราคาที่กำหนดไว้ยอมได้กำไร ในขณะที่

โรงพยาบาลที่รักษาด้วยโรคเดียวกันแล้วคนไข้นอนนานกว่า มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าย่อม ต้องจ่าย ต้นทุนที่ไม่สามารถเบิกเกินราคาที่กำหนดไว้เอง หรือการให้แพทย์เวชปฏิบัติเป็นดั่ง gatekeeper คอยตรวจคัดกรองผู้ป่วยก่อน ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสำคัญจริง ๆ จึงส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์เฉพาะทาง ต่อไป จะเป็นวิธีที่ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ไปพบแพทย์เฉพาะทางเลยเพื่อลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นออกไปทั้ง 2 วิธีนำมาใช้เพื่อทั้งตัวการ(principal) และตัวแทน(agent) เกิดความเข้าใจใน วัตถุประสงค์ของงานในแต่ละฝ่ายเพื่อลดปัญหาความไม่สมมาตรของข้อมูลระหว่างตัวการกับตัวแทน อันนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดของคนไข้ต่อไป

2.3 ระบบการรักษาพยาบาล

การรักษาพยาบาลมีจุดมุ่งหมายสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การทำให้ประชาชนมีสุขภาพ อนามัยที่ดี การรักษาความเจ็บไข้ได้ป่วย และการป้องกันไม่ให้ประชาชนต้องเผชิญกับค่า รักษาพยาบาลที่สูงเกินไปจนเป็นภาระทางการเงินในที่สุด ระบบการรักษาพยาบาลมีรูปแบบโดยทั่วไป แบ่งได้เป็น 4 ระบบ ได้แก่

2.3.1 The Beveridge Model

ตั้งชื่อตาม William Beveridge (ค.ศ. 1879-1963) นักปฏิรูปสังคมผู้บุกเบิกระบบ National Health Service (NHS) ของประเทศอังกฤษ ระบบ NHS นี้เริ่มต้นขึ้นในวันที่ 5 กรกฎาคม ค.ศ.1948 ถือเป็นระบบประกันสุขภาพระบบแรกของทวีปยุโรปที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชน โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ทั้งเป็นการบูรณาการระบบประกันสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทาง การแพทย์ได้อย่างทั่วถึง ให้การดูแลสุขภาพตั้งแต่เกิดจนตาย งบประมาณการรักษาพยาบาลมาจากการเก็บภาษีถือเป็นรายได้ภาครัฐ โดยที่โรงพยาบาลและคลินิกส่วนใหญ่เป็นของรัฐ แพทย์โดยทั่วไป ถือเป็นลูกจ้างของรัฐ แต่ยังมีแพทย์เอกชนที่สามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลจากรัฐบาลได้อีกด้วย ระบบ การรักษาพยาบาลแบบนี้จะมีค่าใช้จ่ายที่ถูกเมื่อคิดเป็นแบบรายหัวเนื่องจากรัฐบาลเป็นผู้ออก ค่าใช้จ่ายเพียงผู้เดียว โดยการควบคุมการคิดค่าบริการของแพทย์ด้วย ประเทศที่ใช้ระบบ Beveridge นี้ ได้แก่ ประเทศอังกฤษ สเปน ประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวีย และประเทศนิวซีแลนด์ เป็นต้น

2.3.2 The Bismarck Model

ตั้งชื่อตาม Prussian Chancellor Otto von Bismarck ผู้รวมประเทศเยอรมันให้เป็น ปึกแผ่นในศตวรรษที่ 19 โดยเขาเป็นคนริเริ่มกองทุนสวัสดิการสังคม ที่เรียกว่า กองทุนความเจ็บป่วย (sickness funds) เป็นหลักประกันสุขภาพแบบบังคับให้ลูกจ้างที่มีรายได้ไม่เกินรายได้ที่กำหนดต้อง เป็นสมาชิกของ sickness funds โดยค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลมาจากนายจ้างและลูกจ้างผ่าน ระบบการหักเงินเดือนสมทบเข้ากองทุน ซึ่งกองทุนนี้จะให้บริการทางการแพทย์ครอบคลุมลูกจ้างและ

สมาชิกในครอบครัว ถ้าลูกจ้างมีรายได้เกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนดสามารถเลือกทำประกันสุขภาพกับเอกชนได้ โดยที่ sickness funds เป็นกองทุนที่ไม่แสวงหาผลกำไร แพทย์และโรงพยาบาลของระบบนี้ส่วนใหญ่เป็นของเอกชน ภายใต้การรักษาพยาบาลตามระบบนี้มี sickness funds เป็นจำนวนมาก เช่น ประเทศเยอรมนีมีมากกว่า 240 กองทุน ระเบียบที่เข้มงวดทำให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้เป็นอย่างดี ประเทศที่ใช้ระบบนี้ได้แก่ ประเทศเยอรมนี ประเทศฝรั่งเศส ประเทศเบลเยียม ประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศในแถบละตินอเมริกา เป็นต้น

2.3.3 The National Health Insurance Model

ประเทศแคนาดาเป็นประเทศต้นแบบที่ใช้ระบบบริการสาธารณสุขแบบนี้ โดยมีจุดเริ่มต้นที่ Saskatchewan ในปลายปี ค.ศ. 1940 ประชาชนไปใช้บริการทางสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ต่อมาได้พัฒนาครอบคลุมไปทั่วประเทศในปี ค.ศ.1984 ระบบนี้เป็นการผสมของทั้งระบบ Beveridge และ Bismarck นั่นคือ ให้บริการทางสุขภาพผ่านโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไรเป็นหลัก โดยค่าใช้จ่ายมาจากงบประมาณภาครัฐ ดังเช่น ในประเทศแคนาดาในแต่ละจังหวัดจะมี Regional Health Authorities(RHA) ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยที่ RHA ส่วนใหญ่จะเป็นผู้จ่ายเงินเดือนให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล RHA บางแห่งใช้วิธีการซื้อบริการจากเอกชน และมีรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพียงผู้เดียว ครอบคลุมประชาชนทุกคน ระบบการรักษาพยาบาลแบบนี้มีค่าใช้จ่ายที่ไม่แพงมากนักเนื่องจากการที่รัฐบาลเป็นทั้งผู้ซื้อบริการ(purchaser)และผู้ให้บริการ(provider) ทำให้รัฐมีอำนาจในการเจรจาต่อรองราคายากับบริษัทผู้ผลิตทำให้ได้ราคายาที่ค่อนข้างถูก ประเทศที่ใช้ระบบนี้ได้แก่ ประเทศแคนาดา ประเทศเกาหลีใต้ เป็นต้น

2.3.4 The Out-of-Pocket Model มหาวิทยาลัย

ระบบการรักษาพยาบาลนี้ให้ประชาชนเป็นผู้รับภาระค่ารักษาพยาบาลโดยการจ่ายเงินเอง ประเทศที่ร่ำรวยประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี แต่ประเทศยากจนประชาชนไม่มีเงินพอที่จะไปพบแพทย์และรัฐบาลก็ไม่มียุทธศาสตร์สนับสนุนการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขโดยตรง ทำให้ประชาชนต้องเจ็บป่วยจากโรคร้ายไข้เจ็บ โดยเฉพาะในท้องที่ก้นดงแถบประเทศในแอฟริกา อินเดีย จีน หรือกลุ่มประเทศอเมริกาใต้ เป็นต้น

2.4 ระบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล(Anne and Layman 2006)

การรักษาพยาบาลนั้นสามารถแบ่งการเบิกจ่ายได้เป็น 3 ระดับ คือ first party payer หรือผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง เช่น แม่พาลูกน้อยไปหาหมอ second party ได้แก่ แพทย์ คลินิก หรือโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายซึ่งบุคคลเหล่านี้เรียกว่าเป็น provider เนื่องจากเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ และ third party payer หรือบุคคลที่ 3 ได้แก่ บริษัทประกัน หรือกองทุน

ของรัฐที่จัดตั้งมาเพื่อดูแลเรื่องการรักษาพยาบาลเป็นการเฉพาะ เนื่องจากระบบการรักษาพยาบาลมีปัญหาตั้งแต่กล่าวมาแล้วข้างต้น และเพื่อป้องกันค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมิให้สูงเกินไปจนกระทั่งประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลได้ รัฐจึงต้องเข้ามาบริหารจัดการการรักษาพยาบาลให้เป็นไปอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ดังนั้นรูปแบบการเบิกจ่ายเงินที่ใช้กันทั่วไป คือ รูปแบบ third party payer หมายความว่า ผู้มีสิทธิไปรับการรักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลในเครือข่ายแล้วสถานพยาบาลในเครือชำนำค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นไปเบิกคืนจากรัฐ โดยทั่วไประบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล(reimbursement) แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ได้ ดังนี้

2.4.1 ระบบการเบิกจ่ายตามค่าบริการที่เรียกเก็บจริง (Fee-for-service)

Fee-for-service เป็นระบบที่ผู้ให้บริการสามารถเบิกคืนค่ารักษาพยาบาลได้ตามบริการที่เกิดขึ้นจริงแก่คนไข้ โดยคิดค่ารักษาพยาบาลจาก 3 ส่วนหลัก ได้แก่ cost-based หรือ ราคาที่ได้ตกลงกันระหว่าง provider และ payer เช่น ยาสำหรับโรคนั้น ๆ สามารถเบิกคืนได้ในราคาเท่าไร charge-based คือ ค่าธรรมเนียมที่คิดเพิ่มขึ้นมาจากการให้บริการหนึ่ง ๆ เช่น provider สามารถคิด charge แก่ payer ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 สำหรับค่ายา เป็นต้น และ prospective payment เป็นราคาที่ provider ได้ตกลงกับ payer ล่วงหน้าแล้วว่าถ้า provider ให้บริการประเภทใดๆแก่คนไข้แล้วจะสามารถเบิกคืนได้ในอัตราอย่างน้อยเพียงไร เช่น per procedure คิดราคาต่อหัตถการหนึ่ง ๆ เช่น การผ่าตัดไส้ติ่ง สามารถเบิกคืนได้ที่ 8,000 บาท เป็นต้น per diagnosis คิดราคาต่อการวินิจฉัยโรค เช่น ให้การรักษาผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถเบิกค่าใช้จ่ายคืนได้ 5,000 บาท per diem เช่น คิดค่าห้องพักเป็นรายวัน ยิ่งคนไข้นอนหลายวันทำให้สามารถเบิกค่ารักษาคืนได้มากยิ่งขึ้น และ global reimbursement เป็นรูปแบบที่ payer จ่ายเงินเพียงก้อนเดียวให้สำหรับทุก ๆ บริการที่เกิดขึ้นกับคนไข้คนหนึ่ง เช่น global fee สำหรับคนไข้ตั้งครรรภ์ที่รวมบริการทางการแพทย์ตั้งแต่ การฝากท้อง การคลอดบุตร การดูแลทารกหลังคลอดและการตรวจสุขภาพหลังคลอด เป็นต้น

2.4.2 ระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

Capitation หรือระบบจ่ายรายหัว เป็นระบบที่ payer ได้ให้เงินสำหรับรักษาพยาบาลผู้ป่วยแก่ provider เป็นจำนวนคงที่ภายใต้ระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างแน่นอน เช่น 1 เดือนหรือ 1 ปี เป็นต้น การให้บริการทางการแพทย์ของ provider จะทำให้ไม่เกินเงินจำนวนที่ได้จาก payer หากให้บริการทางการแพทย์ที่เกินกว่าเงินจำนวนนี้ provider ไม่สามารถเบิกเงินส่วนเกินคืนจาก payer ได้ทำให้ต้องออกค่าใช้จ่ายส่วนนี้เอง การจ่ายเงินแบบ capitation จึงเป็นการจำกัดปริมาณการให้บริการทางแพทย์ได้ ตัวอย่างเช่น การเบิกจ่ายคืนของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคม เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีระบบเบิกจ่ายที่เรียกว่า pay for performance เป็นระบบที่ payer จะจ่ายเงินตามผลงานที่ provider ทำได้ ถ้า provider ปฏิบัติงานดีมีคุณภาพก็จะได้ reward เป็นเงินเพิ่มหรือ extra จาก payer เช่น ถ้าโรงพยาบาลมีผู้หญิงที่มีอายุเกิน 50 ปีเข้ารับการตรวจ mammograms เกินร้อยละ 85 โรงพยาบาลก็จะได้เงินเพิ่มจาก payer จะเห็นได้ว่าระบบ pay for performance (P4P) นี้เป็นระบบที่จ่ายเงินตามคุณภาพของงานและช่วยในการป้องกันโรคได้ด้วย ดังตัวอย่างการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเบื้องต้น ซึ่งจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคในระยะยาวที่ลดลง

ระบบเบิกจ่ายแบบ diagnosis-related group (DRG) เป็นระบบที่มีการวินิจฉัยหลัก (base diagnosis) ในแต่ละการวินิจฉัยหลักก็มีการแบ่งย่อยเป็น subgroups ตามภาวะแทรกซ้อน (complications) และโรคประจำตัวของคนไข้ (co-morbidities) เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใช้ DRG 293 เป็น base diagnosis ในขณะที่ DRG 292 คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีภาวะไตวายร่วมด้วยและ DRG 291 คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีโรคประจำตัว เช่น เป็นโรคเบาหวานด้วยและมีภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง เช่น มีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย ในแต่ละการวินิจฉัยจะให้น้ำหนักไม่เท่ากัน ยังมีภาวะแทรกซ้อนและโรคประจำตัวมากขึ้นเพียงไร ยังมีน้ำหนัก (หรือตัวคูณ) มากเพียงนั้น ส่งผลให้สามารถเบิกเงินได้มากตามไปด้วย ดังตัวอย่าง

MS-DRG	Weight	Payment
293	0.8765	4,351
292	1.0134	5,030
291	1.2585	6,247

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า DRG 293 จะมีน้ำหนักที่น้อยกว่า 292 (ที่มี 1 ภาวะแทรกซ้อน) และ 291 (ที่มีทั้งภาวะแทรกซ้อนและโรคประจำตัว) หมายความว่ายิ่งคนไข้มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นยิ่งใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้น (ดังเห็นได้จากน้ำหนักที่เพิ่มมากขึ้นกว่า 1) สำหรับการคำนวณปริมาณเงินที่จ่ายต้องนำ base rate มาคูณ weight จากข้อมูลนี้ base rate ได้ 4,964 ดังนั้น DRG 292 สามารถเบิกเงินคืนได้ $4,964 \times 1.0134 = 5,030$ เป็นต้นจากระบบเบิกแบบ DRG นี้ทำให้โรงพยาบาลที่มีทรัพยากรมากและมีประสิทธิภาพมีแนวโน้มที่จะให้การรักษายาบาลด้วยต้นทุนที่น้อยกว่าต้นทุนเฉลี่ยทำให้สามารถเบิกจ่ายได้มากกว่าต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง และโรงพยาบาลที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานมีแนวโน้มที่จะเบิกคืนได้น้อยกว่าความเป็นจริง

2.5 ผลกระทบของระบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

รูปแบบ fee-for-service เป็นรูปแบบที่เปรียบเสมือน provider ได้ใช้คูปองที่สามารถเขียนมูลค่าที่ต้องการลงไปได้เลย เนื่องจากสามารถเบิกคืนจาก payer ได้ทั้งหมด ทำให้คนไข้อาจได้รับบริการที่ไม่จำเป็น และมีแนวโน้มที่จะได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่ม โดยเฉพาะการตรวจที่มีราคาแพง คนไข้อาจนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเนื่องจากการนอนโรงพยาบาลวันท้าย ๆ มีต้นทุนที่ถูกกว่าการนอนโรงพยาบาลวันแรก ๆ ทำให้ยิ่งนอนโรงพยาบาลนานวัน โรงพยาบาลยิ่งมีรายได้เพิ่มมากขึ้น การคิด charge เพิ่มได้ทำให้โรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะใช้ยาที่มีราคาแพงเนื่องจากเมื่อคิดเป็นกำไรต่อเม็ดยาแล้วมีปริมาณมากกว่าการใช้ยาที่มีราคาถูกกว่า ในขณะที่ prospective payment เป็นการเพิ่มความเสี่ยงส่วนหนึ่งให้กับ provider เนื่องจากเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยสามารถเบิกได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดแพทย์จึงต้องทำเหตุการณ์ให้มีมาตรฐานและเกิดผลแทรกซ้อนน้อยที่สุด รูปแบบ fee-for-service นี้เป็นรูปแบบที่ความเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ที่ payer เนื่องจาก payer ไม่ทราบต้นทุนการรักษาพยาบาลที่แท้จริง provider สามารถเบิกเงินได้เต็มจำนวนหรือได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ provider ไม่มีแรงจูงใจในการจำกัดบริการการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมักได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาด้วยวิธีการทันสมัยและวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุด

สำหรับ capitation หรือระบบเหมาจ่ายรายหัว เป็นระบบที่ความเสี่ยงอยู่ที่ provider เนื่องจาก payer ได้โอนค่าใช้จ่ายมาให้ provider เรียบร้อยแล้ว ทำให้ provider ต้องบริหารจัดการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเอง ถ้ามีผู้ใช้บริการน้อย provider จะได้กำไร หากมีผู้ใช้บริการมากหรือมีแต่ผู้ที่สุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัวต้องให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ provider มีค่าใช้จ่ายมากและอาจขาดทุนจากระบบ capitation ได้ นอกจากนี้ยังทำให้ provider จำกัดบริการทางการแพทย์รักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นด้วยรวมทั้งจำกัดปริมาณการใช้ยาอีกด้วยเพราะ provider มีแนวโน้มที่จะลดต้นทุนการรักษาพยาบาลให้น้อยที่สุด แต่มีแนวโน้มที่ provider จะเพิ่มการส่งเสริมสุขภาพแทนเนื่องจากช่วยลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาลได้

2.6 รูปแบบการรักษาพยาบาลของต่างประเทศ

2.6.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่ใช้ทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาลปริมาณสูงมากที่สุดในโลกแต่ยังไม่ครอบคลุมประชาชนทุกคน ยิ่งกว่านั้นเมื่อวัดประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลยังอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ปัญหาด้านระบบการรักษาพยาบาลของสหรัฐอเมริกาคือ บริการด้านสาธารณสุขที่ยังไม่ครอบคลุมทุกคน การให้บริการทางการแพทย์ที่ยังไม่พอเพียงทั้งปริมาณและคุณภาพของการรักษาพยาบาล รวมไปถึงต้นทุนการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง

นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคโนโลยีที่ก้าวหน้าในด้านการแพทย์อย่างกว้างขวางโดยมิได้คำนึงถึงต้นทุนค่าเสียโอกาสต่อสังคมยิ่งทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย

ประเทศสหรัฐอเมริกาใช้งบประมาณถึงร้อยละ 15 ของ GDP สำหรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี ค.ศ.2003 ถือว่าสูงที่สุดในกลุ่มประเทศอุตสาหกรรมที่มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 8.6 คิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวที่ 5,635 ดอลลาร์มากเป็นสองเท่าของกลุ่มประเทศอุตสาหกรรมที่มีค่าใช้จ่ายต่อหัวเพียง 2,307 ดอลลาร์ นอกจากนี้ระหว่างปี ค.ศ.1998-2003 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของสหรัฐอเมริกาได้เพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ยปีละร้อยละ 4.6 ด้วย(OECD 2005) ระบบประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาประกอบไปด้วยการให้บริการด้านสุขภาพโดยรัฐและเอกชน แต่การให้บริการโดยเอกชนจะมีบทบาทที่เด่นกว่าของรัฐ ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบ ดังนี้(Kao-Ping 2006)

1. Medicare

เป็นระบบประกันสุขภาพโดยรัฐบาลกลางที่ให้บริการครอบคลุมประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปและผู้ทุพพลภาพ โดยมีรัฐบาลกลางเป็น single-payer ค่าใช้จ่ายสามารถเบิกคืนจากรัฐได้แหล่งที่มาของงบประมาณ คือ ภาษี และการร่วมจ่ายของผู้ทำงานร้อยละ1.45 และบริษัทผู้ว่าจ้างจ่ายสมทบในอัตราที่เท่ากัน หรือการซื้อประกันโดยสมัครใจในกรณีของ part B และ D โดยที่ประโยชน์ในกรณีของ part A จะครอบคลุมการให้บริการในโรงพยาบาล การให้บริการด้วย nursing facility การรักษาพยาบาลที่บ้าน(home health care) รวมถึงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต part B ครอบคลุมบริการทางการแพทย์ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจโรคเพื่อป้องกันบางประเภท เช่น การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยวิธี mammogram การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก part C ซึ่ง Medicareได้ทำข้อตกลงกับบริษัทประกันสุขภาพซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบ Health Maintenance Organization(HMO) โดยที่ Medicareจะจ่ายค่าตอบแทนเหมาหัวรายปีให้แก่บริษัทเหล่านี้ โดยที่บริษัทจะให้การดูแลผู้มีสิทธิอย่างน้อยเท่ากับบริการพื้นฐานของ part A และบริการเสริมตามที่มีสิทธิได้ตกลงซื้อบริการส่วนเพิ่มไว้กับบริษัทเอง และสำหรับ part D ครอบคลุมถึงการสั่งยาด้วย(prescription drug benefit) ซึ่งเป็นส่วนเพิ่มเติมที่ผู้มีสิทธิสามารถซื้อได้โดยการจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติม ดังนั้นในระบบ Medicare จะเห็นว่ามีความแตกต่างของสิทธิการรักษาในแต่ละ part อย่างมาก รวมถึงการไม่ครอบคลุมการให้บริการทางการแพทย์บางประการ การทำเวชกรรมป้องกัน การทำฟัน และการวัดสายตา เป็นต้น

2. Medicaid

เป็นระบบที่ออกแบบมาเพื่อผู้ที่มีรายได้น้อยและผู้พิการ ตามข้อบังคับของรัฐบาลกลาง มลรัฐมีหน้าที่ดูแลสตรีมีครรภ์ เด็ก คนชรา ผู้พิการรวมถึงผู้ยากไร้ด้วย ดังนั้นระบบ Medicaid จึงมีความแตกต่างกันและขึ้นกับข้อบังคับของแต่ละมลรัฐ โดยที่มาของงบประมาณมาจากรัฐบาลกลางและ

รัฐบาลท้องถิ่นผ่านทางช่องทางภาษี รัฐบาลกลางให้งบประมาณร้อยละ 57 สำหรับค่าใช้จ่ายของ Medicaid บริการทางการแพทย์ที่ Medicaid ให้บริการ ได้แก่ การตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและใน การวางแผนครอบครัว การให้วัคซีนเด็ก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น ผู้ป่วยนอกจะได้รับการอุดหนุนค่ายาที่สำนักงานอาหารและยาของสหรัฐรับรองแล้วและรัฐที่ทำสัญญากับบริษัทยานั้น ทั้งนี้ ภายใต้ พรบ.การคืนส่วนลดค่ายาสำหรับ Medicaid 1991 บริษัทยาต้องจ่ายเงินส่วนลดให้แก่รัฐเมื่อมีปริมาณการใช้ยาตามที่ได้ตกลงร่วมกันไว้ อย่างไรก็ตามเบิกจ่ายคืนค่ารักษาพยาบาลของ Medicaid นี้เบิกคืนได้ต่ำกว่าที่ใช้จริง

3. ระบบอื่นๆ

S-CHIP (The State Children's Health Insurance Program) เป็นระบบที่กำลังเกิดขึ้นในปี ค.ศ.1997 ให้บริการครอบคลุมเด็กที่ครอบครัวไม่สามารถซื้อประกันสุขภาพของเอกชนได้

VA (The Veteran's Administration) เป็นระบบการรักษาพยาบาลเพื่อทหารผ่านศึกโดย การอุดหนุนด้านงบประมาณจากรัฐบาลกลาง โดยมีที่มาจากภาษี

Private Health Insurance โดยที่ Employer-sponsored insurance เป็นระบบการรักษาพยาบาลที่ให้การดูแลพนักงานบริษัทผ่านทางกองทุนที่เจ้าของกิจการให้การสนับสนุนด้าน ค่าใช้จ่ายซึ่งถือเป็นผลประโยชน์ประเภทหนึ่งของพนักงานบริษัท กองทุนประเภทนี้บริหารโดยบริษัท ประกันเอกชนมีทั้งที่แสวงหากำไรและไม่แสวงหาผลกำไร บางกรณีบริษัทที่มีขนาดใหญ่มาก เช่น บริษัท General Motors มีบริษัทประกันสุขภาพเป็นของตนเอง ค่าใช้จ่ายของกองทุนมาจากการจ่าย เบี้ยประกันของนายจ้างเป็นส่วนใหญ่และลูกจ้างจ่ายเบี้ยประกันเมื่อต้องการสวัสดิการเพิ่มเติม ในปี ค.ศ.2005 บริษัทต่าง ๆ จ่ายเบี้ยประกันสุขภาพให้แก่พนักงานโดยเฉลี่ย 4,024 ดอลลาร์และ 10,880 ดอลลาร์ในกรณีที่ทำให้ความคุ้มครองไปถึงบุคคลในครอบครัวของพนักงานด้วย 4 คน ผลประโยชน์ที่ได้ ตามที่ระบุไว้ในสัญญา บางสัญญาครอบคลุมถึงใบสั่งยาด้วย

Private non-group กองทุนประเภทนี้ครอบคลุมคนทำงานที่ไม่มีสวัสดิการรักษาพยาบาล คนวัยเกษียณ หรือคนที่ทำกิจการส่วนตัว กองทุนนี้สามารถปฏิเสธการทำประกันด้านสุขภาพได้หาก ผู้สมัครมีปัญหาสุขภาพมาก่อน บริหารจัดการโดยบริษัทประกันสุขภาพของเอกชน โดยการเก็บเบี้ย ประกันจากผู้สมัครเอง ซึ่งความเสี่ยงของบริษัทขึ้นอยู่กับสุขภาพของผู้สมัครแต่ละคนแตกต่างจาก กองทุนสุขภาพที่ทำประกันแบบกลุ่มเนื่องจากการมีสุขภาพที่แตกต่างกันไปในกลุ่ม ๆ หนึ่ง ทำให้ ผู้สมัครที่ไม่มีโรคประจำตัวจ่ายค่าเบี้ยประกันน้อยกว่าผู้สมัครที่มีโรคประจำตัว โดยที่ผลประโยชน์ที่ ได้รับขึ้นอยู่กับแต่ละสัญญาที่ทำไว้

The Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)(Robert 2012)

การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพที่ได้ลงนามโดยประธานาธิบดีโอบามาในวันที่ 23 มีนาคม ค.ศ. 2010 หรือที่เรียกว่า The Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) โดย ACA มีเงื่อนไขที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. บริษัทรับประกันสุขภาพต้องเสนอเบี้ยประกันที่เท่ากันสำหรับลูกค้าที่จะซื้อประกันสุขภาพที่มีอายุเท่ากันเพศเดียวกันโดยมีค่านิ่งถึงโรคประจำตัวของลูกค้า
2. ต้องเสนอความคุ้มครองพื้นฐานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. บังคับให้บริษัทรับประกันสุขภาพต้องให้ความคุ้มครองครอบคลุมไปถึงผู้ที่ไม่ได้จ่ายเบี้ยประกันด้วย
4. กำหนดให้ทุกคนต้องซื้อประกันสุขภาพหรือจ่ายเงินสมทบกองทุนสุขภาพ และห้ามคนที่มีสุขภาพแข็งแรงซื้อประกันสุขภาพเฉพาะในยามเจ็บป่วย
5. ขยายความครอบคลุมของ Medicaid ไปทั่วทุกรัฐรวมถึงบุคคลและครอบครัวที่มีรายได้เกินกว่าร้อยละ 133 ของระดับความยากจน
6. จ่ายเงินอุดหนุนให้แก่บุคคลหรือครอบครัวที่ซื้อประกันสุขภาพเป็นขั้น ๆ ในระดับสูงสุดที่ร้อยละ 400 ของระดับความยากจน
7. เพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับ Medicare
8. ปรับบริษัทที่จ้างพนักงานเกินกว่า 50 คนที่ไม่ได้ซื้อประกันสุขภาพให้แก่พนักงานในกรณีที่รัฐได้จ่ายเงินอุดหนุนแล้ว

จากเงื่อนไขดังกล่าวข้างต้น ACA ได้เสนอสิทธิประโยชน์มากมายให้แก่คนยากไร้และคาดว่าสามารถลดจำนวนคนที่ไม่ได้หลักประกันสุขภาพประมาณ 15 ล้านคน โดยที่ประธานาธิบดีโอบามาได้เจรจากรอบกับบริษัทผู้ผลิตยา เพื่อให้บริษัทเหล่านี้ให้ความร่วมมือในการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ โดยให้ความมั่นใจว่าจะไม่มีการต่อรองเพื่อให้บริษัทลดราคาขายลงเนื่องจากจะมีผลกระทบต่อรายได้ของบริษัท ในขณะที่เดียวกันได้ขอความร่วมมือบริษัทประกันสุขภาพให้เพิ่มความคุ้มครองแก่คนที่มิโรคประจำตัวอยู่เดิม โดยชดเชยกับการบังคับให้คนหนุ่มสาว 10 ล้านคนที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงต้องมาซื้อประกันสุขภาพด้วย ภายใต้กรอบ ACA ในปี ค.ศ.2014 ทุกคนจะถูกบังคับให้ซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทประกันของเอกชน ถึงแม้ว่าจะมีการเพิ่มเบี้ยประกัน รัฐบาลกลางก็ยังไม่ได้อำนาจพอในการยับยั้งการเพิ่มเบี้ยประกัน ผลที่ตามมาของ ACA บริษัทจำนวนมากมีต้นทุนเพิ่มขึ้นในการทำประกันสุขภาพให้แก่ลูกจ้าง บริษัทอาจต้องเสียค่าปรับหรือลดเพดานความคุ้มครองลงเนื่องจากต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเป็นอุปสรรคต่อการแข่งขัน คาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ.2014 อาจมีจำนวนนายจ้างที่สามารถสนับสนุนประกันสุขภาพให้แก่ลูกจ้างลดลงร้อยละ 10 ส่งผลกระทบต่อลูกจ้าง 10 ล้านคน บริษัทต่าง ๆ อาจใช้วิธีจ้างพนักงานแบบไม่เต็มเวลาหรือเป็นพนักงานสัญญาจ้างเพื่อหลบเลี่ยง

การทำประกันสุขภาพให้แก่ลูกจ้าง ถึงแม้ว่าระบบ ACA จะลดปัญหาการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข แต่ก็ยังมีต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยการลดผลประโยชน์ของผู้ที่ซื้อประกันแล้วไปเพื่อให้มีเงินกองทุนเพียงพอสำหรับผู้ที่ไม่ได้ประกันสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยทางการแพทย์มีส่วนสำคัญในการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา จากการศึกษาของ Thorpe et.al.(2004) พบว่าการเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น การเพิ่มขึ้นของค่ารักษาพยาบาลไม่ได้มาจากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เท่านั้น หากแต่ยังมาจากการเพิ่มขึ้นของขนาดและปริมาณการรักษาพยาบาลอีกด้วย แต่ถึงอย่างไรก็ตามมีความจำเป็นต้องควบคุมค่ารักษาพยาบาลไม่ให้สูงขึ้นมากนัก ประเทศที่ใช้ระบบ single payer system ให้การรักษาพยาบาลแบบ universal coverage จะมีประสิทธิภาพและต้นทุนต่อหัวที่ต่ำกว่าประเทศสหรัฐอเมริกาเนื่องจากการจำกัดการใช้ทรัพยากรทางการรักษาพยาบาล ควบคุมการเข้าถึงบริการบางประเภทโดยเฉพาะที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์สูง ในความเป็นจริงแล้วไม่มีประเทศใดในโลกที่สามารถสนับสนุนบริการทางด้านต่าง ๆ แก่ประชาชนได้อย่างครบถ้วน ดังนั้นระบบบริการด้านสาธารณสุขก็เช่นกัน ต้องบริหารจัดการค่าใช้จ่ายโดยการควบคุมอุปทานการรักษาพยาบาล (supply-side controls) โดยผ่านทางงบประมาณรายจ่ายของรัฐ

2.6.2 สหราชอาณาจักร(Sean 2008)

สหราชอาณาจักรมีประชากรทั้งสิ้น 62,262,000 คน ได้ในการดูแลด้านสุขภาพแก่ประชากรที่มีถิ่นพำนักอยู่ที่อังกฤษเองถึง 58 ล้านคน โดยให้การดูแลโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ระบบบริการด้านสาธารณสุขของประเทศอังกฤษยังให้บริการโดยภาครัฐมีบทบาทเด่นกว่าภาคเอกชนระบบประกันสุขภาพของอังกฤษหรือ The National Health Service (NHS) นี้ให้บริการครอบคลุมการป้องกันโรค บริการตรวจรักษาโรคผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน บริการทันตกรรม ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต และการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้มีสิทธิร่วมจ่ายเพิ่มในบางการให้บริการ เช่น บริการทันตกรรมร่วมจ่ายปีละ 200 ปอนด์ กรณีใบสั่งยาจะได้รับการยกเว้นค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 16 ปี เด็กที่กำลังศึกษาเล่าเรียน ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี คนที่มีรายได้น้อย หญิงตั้งครรภ์และกำลังให้นมบุตร เป็นต้น

NHS เป็นระบบที่ตั้งเมื่อปี ค.ศ.1946 ตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 เป็นต้นมา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP ที่เพิ่มสูงขึ้นตลอด การให้บริการโดยเอกชนมีส่วนแบ่งที่สูงขึ้นตามลำดับ ในปี ค.ศ.1999 คิดเป็นร้อยละ 16.7 เพิ่มจากร้อยละ 10.6 ในปี ค.ศ.1980 ในปี ค.ศ.2005 ระบบ NHS รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 86 ผู้ป่วยจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเองร้อยละ 11.9 (องค์การอนามัยโลก 2007) โดยที่งบประมาณส่วนใหญ่มาจากภาษีคิดเป็นร้อยละ 76 ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 19 และจากค่าธรรมเนียมผู้รับบริการอีกร้อยละ 5(กระทรวงสาธารณสุข 2006) นอกจากนี้ยังมีบริษัทประกันสุขภาพของเอกชนทั้งที่แสวงหาผลกำไรและไม่แสวงหาผลกำไร ซึ่งจะให้ความสะดวกในการไม่

ต้องรอการนัดหมายแพทย์เป็นเวลานาน สามารถพบแพทย์เฉพาะทางได้เร็วขึ้น นวัตกรรมผ่าตัดได้ไวและห้องฟักที่สะอาดสบายและมีความเป็นส่วนตัวมากกว่า บริการโดยบริษัทเอกชนนี้ครอบคลุมประชากรร้อยละ 12 และค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในปี ค.ศ.2004 ระบบ NHS นี้เป็นระบบประกันสุขภาพโดยรัฐบาลมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคของสหราชอาณาจักร (อังกฤษ สกอตแลนด์ เวลส์ และตอนเหนือของไอร์แลนด์) ประชาชนทุกคนจะได้รับประกันสุขภาพโดยระบบนี้ และสามารถซื้อประกันสุขภาพเพิ่มได้อีกด้วย นโยบายของ NHS คือ การให้ข้อมูลกับประชาชน เกี่ยวกับโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาล พยายามลดเวลาการรอคอยการตรวจรักษา ปรับปรุงสุขภาพอนามัยของคนชรา ระบบ NHS ได้รับการยกย่องว่าเป็นระบบประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพระบบหนึ่งของโลกจากการศึกษาระบบประกันสุขภาพของประเทศพัฒนาแล้ว 7 ประเทศ โดยพิจารณาจากคุณภาพของบริการ ประสิทธิภาพ การเข้าถึงบริการ ความเท่าเทียม และการมีสุขภาพที่ดี ถ้าพิจารณาเฉพาะประสิทธิภาพของการให้บริการ ระบบ NHS ได้รับการจัดเป็นอันดับหนึ่ง

ในการให้บริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยจะพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปก่อนเมื่อแพทย์ตรวจโรคเบื้องต้นแล้วหากมีความจำเป็น จึงส่งไปพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อให้การรักษาต่อไป โรงพยาบาลในระบบ NHS ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในบางกรณี เช่น การผ่าตัดอาจผ่านโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการด้วย รัฐบาลมีหน้าที่ออกกฎหมายเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพผ่านสภานิติบัญญัติ นโยบายที่สำคัญได้แก่ การให้สิทธิประชาชนในการเลือกโรงพยาบาล การเบิกค่าน้ำรักษาพยาบาลผู้ป่วยในผ่านระบบ DRG การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ตามผลการปฏิบัติงาน (Payment by Results ; PbR) NHS อยู่ภายใต้การดูแลของ Department of Health

ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศสหราชอาณาจักรจะแตกต่างกันไปตามแต่ละภูมิภาค (อังกฤษ สกอตแลนด์ เวลส์และตอนเหนือของไอร์แลนด์)โดยมีการบริหารจัดการอย่างเป็นอิสระ ระบบ NHS นี้ได้รับงบประมาณส่วนใหญ่มาจากภาษี โดยปกติประชากรที่อาศัยในชนบทของอังกฤษค่อนข้างมีสุขภาพดีกว่าประชากรที่อาศัยในเมือง ดังนั้นการดูแลสุขภาพในชนบทและในเมืองจึงแตกต่างกัน ในเมืองการดูแลสุขภาพประกอบไปด้วย การพัฒนาสุขภาพและการอยู่ดีกินดีของประชากร มีระบบ Primary Care Trusts ให้การดูแลด้านสาธารณสุขมูลฐาน คอยติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลของรัฐในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่าปัญหาของคนเมือง คือ การไม่สามารถเข้าถึงและความไม่เท่าเทียมกันของบริการด้านสาธารณสุข ส่วนในชนบท มีนโยบายหลัก คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวชนบท โดยมีการตั้งสถาบันเพื่อคุณภาพชีวิตชาวชนบทในปี ค.ศ.1997 เพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชากรในพื้นที่ชนบทให้ดีขึ้นนอกจากนี้ ระบบ NHS ยังได้ให้บริการเสริมสำหรับบุคคลบางกลุ่มด้วย เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการให้บริการรักษาพยาบาลที่บ้าน(home nursing) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปี

ได้รับบริการการรักษาต่อกระจก การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 70 ปี การให้วัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ในผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปี การให้บริการทางทันตกรรม เป็นต้น ทั้งยังให้บริการด้านสุขอนามัยแก่ผู้พิการ นอกจากนี้ยังให้บริการการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุหรือผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม เช่น การช่วยป้อนอาหาร การล้างจานการแต่งตัวหรือการช่วยเข้าห้องน้ำ เป็นต้น

อย่างไรก็ดีการให้การประกันสุขภาพโดยรัฐบาลนี้ ถือเป็นข้อเสียอย่างหนึ่งของระบบการรักษาพยาบาลเพราะทำให้กลไกตลาดไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอเนื่องจากการแทรกแซงของรัฐบาล กฎระเบียบที่เข้มงวดเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายนำมาซึ่งความขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ เช่น เครื่องมือทางการแพทย์ แพทย์และพยาบาล การให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายทำให้เกิดการให้บริการและใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มากเกินไปจนเกินควร จากการเปรียบเทียบประเทศพัฒนาแล้ว 7 ประเทศพบว่า ระบบประกันสุขภาพของประเทศอังกฤษอยู่ในอันดับ 2 เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าอเมริกายังใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ประเทศอังกฤษให้บริการครอบคลุมประชาชนทุกคน ในขณะที่ประเทศอเมริกายังมีปัญหาเรื่องความไม่ครอบคลุมคนทุกคน และการเข้าถึงบริการได้ยากกว่า ประเทศอังกฤษใช้งบประมาณด้านการประกันสุขภาพร้อยละ 8 ของ GDP ครอบคลุมประชากร 58 ล้านคน(คิดเป็นร้อยละ 100) ในขณะที่ประเทศอเมริกาใช้งบประมาณด้านนี้สูงถึงร้อยละ 15 ของ GDP แต่ครอบคลุมประชากรเพียง 83 ล้านคน(คิดเป็นร้อยละ 28) เท่านั้น เมื่อพิจารณาถึงประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลพบว่าประเทศอเมริกามีประชากรที่เป็นโรคมะเร็งมีอัตราการมีชีวิต 5 ปีหลังการวินิจฉัยสูงกว่าประชากรในประเทศอังกฤษถึงร้อยละ 40 และประชากรของประเทศอเมริกายังได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานและเข้าถึงยาได้มากกว่าประชากรในประเทศอังกฤษถึง 6 เท่าอีกด้วย

2.6.3 ประเทศเยอรมนี(David and Benedict 2013)

ในปี ค.ศ.2009 ประเทศเยอรมนีได้บังคับให้ประชากรทุกคนรวมทั้งผู้ที่มีถิ่นพำนักอยู่ในเยอรมนีต้องมีหลักประกันสุขภาพ สำหรับคนที่มีรายได้น้อยกว่า 49,500 ยูโรต่อปีจะเข้าสู่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เรียกว่า Statutory Health Insurance (SHI) หรือเรียกเป็นภาษาเยอรมันว่า Gesetzliche Krankenversicherung(GKV) โดยที่ SHI ประกอบไปด้วย 150 กองทุนความเจ็บป่วย (sickness funds:SF) เมื่อเป็นสมาชิกของกองทุนนี้ทำให้สมาชิกในครอบครัวเป็นสมาชิกของกองทุน SHI โดยอัตโนมัติ แต่ถ้าบุคคลผู้นั้นมีรายได้มากกว่า 49,500 ยูโรต่อปี เขาสามารถเลือกประกันสุขภาพของเอกชนได้แต่เมื่อเลือกประกันสุขภาพของเอกชนแล้วไม่สามารถกลับไปใช้ SHI ได้อีก ทำให้ร้อยละ 85 ของคนที่มีรายได้สูงจึงยังสมัครใจใน SHI และรัฐยังบังคับให้บริษัทประกันสุขภาพของเอกชนต้องให้ความคุ้มครองขั้นพื้นฐานและราคาที่เป็นธรรมเทียบเท่ากับ SHI ด้วย ร้อยละ 10 ของประชากรมีประกันสุขภาพของเอกชนโดยชำระค่าประกันรายเดือนและผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวเป็นสมาชิก

ส่วนใหญ่ของกองทุนนี้ นอกจากนี้ก็ร้อยละ 5 มีประกันสุขภาพแบบพิเศษ เช่น ประกันสุขภาพสำหรับทหาร เป็นต้น

การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพในประเทศเยอรมนีเป็นความร่วมมือกันของรัฐ (Lander) รัฐบาลกลางและองค์กรส่วนท้องถิ่น ภายใต้การบริหารแบบบนลงล่างและการตัดสินใจในแนวนอน (horizontal decision-making) ในระดับชาติ สภาผู้แทนราษฎร (The Federal Council) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข(The federal Ministry of Health) และสำนักงานประกันสังคม (Social Security) เป็นผู้มืบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบาย ในระดับรองลงมาคือนายกเทศมนตรีในแต่ละรัฐ(The Ministries in each Land) รับผิดชอบการออกกฎหมายควบคุมการทำงานของเจ้าหน้าที่และการให้งบประมาณแก่โรงพยาบาล ในระดับรัฐยังมีความสามารถในการจัดการระบบประกันสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพได้ด้วย แพทย์เวชปฏิบัติและแพทย์เฉพาะทางต้องเป็นสมาชิกของ regional Association ซึ่งองค์กรนี้จะทำสัญญากับ sickness funds โดยตรง SF ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการเบิกจ่ายเงิน(financial intermediaries) นอกจากนี้มี professional chambers for physicians and dentists ซึ่งเป็นองค์กรที่รับผิดชอบด้านการเรียนต่อเฉพาะทางของแพทย์ การดูแลด้านจริยธรรมและมาตรฐานการมีส่วนร่วมกับชุมชนด้วย

ตั้งแต่ปี ค.ศ.1990 SHI ให้สิทธิผู้ประกันตนในการเปลี่ยนผู้ให้บริการได้ปีละ 1 ครั้ง ผู้มีสิทธิสามารถใช้สิทธิได้ในโรงพยาบาลทั่วประเทศ ระบบได้พัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในปี ค.ศ.1995 โดยการนำ smart cards มาใช้ sickness funds สามารถแบ่งได้เป็น 6 กลุ่มหลัก ได้แก่

- General regional fund , AllgemeineOrtkrankenkassen(AOK) ครอบคลุมผู้ประกันตนประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด

- Company-based funds หรือ Betriebskrankenkassen(BKK) ครอบคลุมผู้ประกันตน 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด

- Trade guild funds , Innungskrankenkassen(IKK)

- Agricultural funds , LandwirtschaftlicheKrankenkassen(LKK)

- Miners-Railway-Sea funds , Knappschaft-Bahn-See

- Substitute funds known as Ersatzkassen

SHI ให้บริการสุขภาพครอบคลุม เวชกรรมป้องกัน การดูแลหญิงตั้งครรภ์ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น การบริการทางการแพทย์ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก การบำบัดฟื้นฟู การดูแลสุขภาพจิต ทันตกรรม ใบสั่งยา ค่าชดเชยเนื่องจากการนอนโรงพยาบาล รวมถึงการให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ตั้งแต่ปี ค.ศ.1995 การให้การดูแลระยะยาวยังเป็นบริการที่ถูกระงับให้จัดเพิ่มเติมแก่ประชาชน ตามนโยบายของ GKV การให้การดูแลระยะยาวเป็นการแบ่งระหว่างนายจ้างและลูกจ้างโดยหักเงินร้อยละ 1.95

ของเงินเดือน ในกรณีที่ผู้ประกันตนไม่มีบุตรต้องจ่ายเงินเพิ่มอีกร้อยละ 0.25 โดยผลประโยชน์ที่ได้ขึ้นกับสภาวะสุขภาพของแต่ละคนตามประกาศของบอร์ด SHI โดยมีการจำกัดเพดานความช่วยเหลือขึ้นสูงไว้ด้วย นอกจากนี้ยังสามารถซื้อประกันเอกชนเพิ่มเติมในความคุ้มครองด้านการดูแลระยะยาวได้อีกด้วย ผลประโยชน์ที่ได้ คือ การให้การดูแลที่บ้านหรือให้ในรูปของเงิน

sickness funds ได้งบประมาณส่วนใหญ่มาจากภาษีที่หักจากเงินเดือน โดยหักร้อยละ 15.5 ของรายได้ทั้งหมด มาจากเงินของลูกจ้างร้อยละ 8.2 และเงินของนายจ้างร้อยละ 7.3 หน้าที่ของ sickness funds เป็น third-party payers แต่ SHI ไม่ได้ครอบคลุมผลประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลทั้งหมด มีบางส่วนที่ผู้ประกันตนต้องร่วมจ่าย (co-payment) เช่น ค่ายา และบริการด้านทันตกรรม เป็นต้น ในปี ค.ศ.2004 ได้มีการเพิ่ม co-payment สำหรับการไปพบแพทย์ด้วย สิ่งนี้ได้นำไปสู่การการจ่ายเงินที่เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 13.2 ของค่ารักษาพยาบาลในปี ค.ศ.2010 ซึ่งเพิ่มจากร้อยละ 10 ในปี ค.ศ.1992 อย่างไรก็ตาม co-payment นี้ได้ยกเว้นสำหรับผู้ดงานหรือผู้ที่มีรายได้น้อย รวมถึงผู้ประสบอันตรายจากการทำงานและหญิงตั้งครรภ์ การมีส่วนร่วมจ่ายนี้ได้กำหนดเพดานไว้ไม่เกินร้อยละ 2 ของรายได้ตลอดปีหรือไม่เกินร้อยละ 1 ของรายได้ในกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ประกันสุขภาพของเอกชนมีบทบาททั้งเป็นประกันหลักและประกันเสริม ประกันเสริมให้ความครอบคลุม co-payment และบริการด้านทันตกรรมรวมไปถึงการเข้าพักในห้องพักพิเศษของโรงพยาบาล ส่วนประกันหลักเป็นประกันสำหรับชาวเยอรมนีที่ไม่ได้มีหลักประกัน SHI เช่นข้าราชการพลเรือนหรือผู้มีรายได้สูง เป็นต้น เบี้ยประกันของเอกชนจะคิดตามความเสี่ยงของผู้ซื้อประกัน แต่มีข้อบังคับของรัฐบาลกลางเพื่อให้สามารถเข้าถึงประกันสุขภาพของเอกชนได้ เช่น บริษัทประกันต้องไม่ปฏิเสธผู้ทำประกันไม่ว่าจะมีโรคประจำตัวมาก่อนการทำประกัน บริษัทประกันต้องเสนอความคุ้มครองขั้นพื้นฐานที่คล้ายกับ SHI ด้วยเบี้ยประกันที่สามารถจ่ายได้ และบริษัทประกันต้องไม่เพิ่มเบี้ยประกันด้วยเหตุผลใดก็ตาม เว้นแต่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีผู้ทำประกันสุขภาพจำนวนมาก แพทย์ที่ปฏิบัติงานใน GKV ต้องเป็นสมาชิกของ regional Association ซึ่ง Association นี้คอยควบคุมระบบการจ่ายเงินของแพทย์และมาตรฐานการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ผู้ประกันตนยังสามารถเลือกแพทย์หรือโรงพยาบาลที่จะไปใช้บริการได้ด้วย ในเขตเมืองมีแพทย์เฉพาะทางจำนวนมากทำให้ระยะเวลาการตรวจไม่นาน ต่างกับพื้นที่ชนบทที่มีแพทย์เฉพาะทางน้อยกว่า ได้มีข้อบังคับให้แพทย์ต้องปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐอย่างน้อย 6 ปีก่อนออกไปโรงพยาบาลเอกชนเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ห่างไกล sickness funds จ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์แบบ fee-for-service ภายใต้การกำกับของ the Uniform Value Scale ในขณะที่แพทย์เอกชนได้รับค่าตอบแทนจากการจ่ายเงินเองของผู้ป่วยหรือโดยบริษัทประกัน ราคาของบริการทางการแพทย์เป็นไปตามการกำหนดของรัฐบาล แต่โดยทั่วไปแพทย์เอกชนมักคิดราคาแพงกว่า 2 เท่าเมื่อเทียบกับ

แพทย์ของ GKV โรงพยาบาลในเยอรมนีแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลของเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไรโดยทั่วไปมักดำเนินการโดยคาทอลิกและโปรเตสแตนต์ และโรงพยาบาลของเอกชนที่แสวงหาผลกำไร ในปี ค.ศ.2010 ร้อยละ 30.5 เป็นโรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 36.6 เป็นโรงพยาบาลที่ไม่แสวงหาผลกำไรและร้อยละ 32.9 เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่แสวงหาผลกำไร ระบบการเบิกจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลของประเทศเยอรมัน ใช้ระบบ Australian AR-DRG มาตั้งแต่ปี ค.ศ.2004 ภายใต้ระบบนี้ทำให้โรงพยาบาลได้รับเงินเท่ากันสำหรับการรักษาคนไข้โรคเดียวกัน ทำให้โรงพยาบาลต้องลดต้นทุนลงโดยคงมาตรฐานการรักษาพยาบาลให้เท่าเดิม

ค่ารักษาพยาบาลในประเทศเยอรมนีคิดเป็นร้อยละ 11.6 ของ GDP หรือ 4,338.4 ดอลลาร์ต่อคน (ประเทศอังกฤษคนละ 3,433.2 ดอลลาร์ ประเทศ OECD โดยเฉลี่ยต่อคน 3,265 ดอลลาร์) ค่าใช้จ่ายหลักประกันสุขภาพโดยรัฐคิดเป็นร้อยละ 76.8 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ประเทศอังกฤษคิดเป็นร้อยละ 83.2 ประเทศ OECD โดยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 72.7) จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองร้อยละ 13.2 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ(ประเทศอังกฤษคิดเป็นร้อยละ 8.9 ประเทศ OECD โดยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 19.5)(OECD 2012)

2.6.4 ประเทศแคนาดา(Matthew, Sawyer et al. 2011)

ประเทศแคนาดาเป็นประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพโดยรัฐแต่ให้การบริการโดยเอกชน โดยประชากรในประเทศสามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเนื่องจากเป็นระเบียบของทางการที่ห้ามการเก็บค่าธรรมเนียมการรักษาพยาบาลจากผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพ คลินิกให้การบริการทางการแพทย์ได้ตามการควบคุมของจังหวัดและไม่อนุญาตให้เก็บค่ารักษาเกินกว่าที่กำหนดไว้ ไม่มีการเก็บ deductibles ส่วน co-pays หรือการร่วมจ่ายมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น การบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพอยู่ภายใต้การดูแลของแต่ละจังหวัด(provinces and territories) งบประมาณของระบบประกันสุขภาพได้มาจากภาษีที่เก็บจากรัฐบาลกลางแล้วส่งงบประมาณมาให้รัฐบาลท้องถิ่นในการบริการระบบประกันสุขภาพ โดยที่ระบบประกันสุขภาพให้การดูแลครอบคลุม primary health care และการรักษาในโรงพยาบาล รัฐบาลท้องถิ่นอาจเพิ่มการดูแลพิเศษให้บางประการ เช่น ค่าใบสั่งยา ในบางจังหวัดเป็นต้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแคนาดาเพิ่มสูงขึ้นในทุกปีตั้งแต่ปี ค.ศ.1975-ค.ศ.2009 จาก 39,700 ล้านดอลลาร์เป็น 137,300 ล้านดอลลาร์ หรือเพิ่มสูงขึ้นเป็น 2 เท่าเมื่อคิดเป็นรายจ่ายต่อหัวจาก 1,715 เหรียญเป็น 4,089 เหรียญ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นนี้ส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นในระบบประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายนี้แจกแจงได้เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับโรงพยาบาล 51,000 ล้านดอลลาร์ ด้านยาและเวชภัณฑ์ 30,000 ล้านดอลลาร์ และค่าแพทย์ 26,000 ล้านดอลลาร์ ซึ่งอัตราส่วนของค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลและด้านแพทย์ได้ลดลงระหว่างปี ค.ศ.1975-ค.ศ.2009 แต่ค่ายาและเวชภัณฑ์กลับเพิ่มสูงขึ้น(Public Health Agency of Canada 2006)

ลักษณะของระบบประกันสุขภาพของแคนาดาเป็นระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ(publicly-funded) ให้บริการโดยเอกชน(privately-provided) ครอบคลุมประชากรทั้งหมด(universal) มีรัฐเป็นผู้จ่ายเงินเพียงผู้เดียว(single-payer) ผ่านการจัดการโดยรัฐบาลท้องถิ่น(provincially administered national health care system) โดยใช้งบประมาณมาจากการจัดเก็บภาษี แพทย์ส่วนใหญ่มาจากเอกชนโดยคิดค่ารักษาพยาบาลแบบ fee-for-service โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชนแบบไม่แสวงหากำไร หลักคิดของระบบประกันสุขภาพของแคนาดาได้เริ่มขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1959 ที่จังหวัด Saskatchewan โดย Canada's social democratic party ต่อมาในปีค.ศ.1960 พรรค CCF/NDP ได้หาเสียงโดยใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมทุกคนด้วยค่าเบี้ยประกันที่เป็นธรรมและให้เงินอุดหนุนนโยบายนี้ ต่อมาพรรค CCF ชนะการเลือกตั้งจึงได้นำนโยบายที่ประกาศไว้ไปให้ท่ามกลางการคัดค้านอย่างรุนแรงของแพทย์ที่กล่าวหานโยบายนี้เป็น “คอมมิวนิสต์” ภายใต้ นโยบายนี้ทำให้แพทย์เป็นลูกจ้างกินเงินเดือนของรัฐ ในที่สุดรัฐบาลที่เจรจากับแพทย์ได้ข้อตกลงว่า แพทย์สามารถปฏิบัติงานแบบเอกชนและคิดค่ารักษาพยาบาลแบบ fee-for-service ได้(Elaine 1992) ในปี ค.ศ.1984 ได้มีการผ่านกฎหมาย Canada Health Act ซึ่งถือเป็นการปฏิรูประบบประกันสุขภาพที่สำคัญภายใต้กฎหมายนี้มีข้อกำหนดในการให้การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานว่าควรครอบคลุมเพียงใด แต่ละจังหวัดต้องมีแผนการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของตนเองโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย สามารถให้บริการเพิ่มเติมจากที่กำหนดไว้ได้ ประชากรสามารถไปใช้บริการสุขภาพในจังหวัดอื่นได้ด้วย

ระบบประกันสุขภาพของแคนาดานั้นให้การดูแลทุกคนตลอดชีวิตโดยไม่คำนึงถึงโรคประจำตัวที่เป็นมาก่อนและไม่คำนึงถึงว่าคนนั้นมีงานทำหรือไม่ โดยตั้งแต่ปี ค.ศ.1997 ประชาชนทุกคนของแคนาดาได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพนี้ โดยได้รับการดูแลทั้งการรักษาในโรงพยาบาล คลินิก รวมไปถึงการให้การดูแลที่บ้านด้วย ปัญหาสำคัญของระบบประกันสุขภาพนี้ คือ การรอรยะเวลาตรวจที่ยาวนาน ไม่ครอบคลุมถึง elective surgery ถ้าหากต้องการผ่าตัดสามารถออกค่าใช้จ่ายเองหรือใช้ประกันสุขภาพของเอกชน ในบางจังหวัดระบบประกันสุขภาพไม่ครอบคลุมทันตกรรมและการตรวจรักษาตา ต้องมีประกันเสริมโดยนายจ้าง ส่วนใหญ่ค่ายาและเวชภัณฑ์ต่างๆ มักครอบคลุมเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น หรือครอบคลุมผ่านการทำประกันสุขภาพของเอกชน จากข้อมูลในปี ค.ศ.2009 มีบริษัทประกันสุขภาพมากถึง 102 บริษัท บริษัทชื่อดัง ได้แก่ Manufacturers Life Insurance Company, The Great-West Life Assurance Company, Empire Life Insurance Company, AXA Group, Assumption Life and Canada Life นอกจากนี้ยังมีปัญหาความแตกต่างของการรักษาพยาบาลในเขตเมืองและชนบท ในชนบทการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขเป็นไปได้ยากกว่า อีกทั้งยังมีปัญหาการขาดแคลนแพทย์ทำให้แพทย์ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลปฏิบัติงานที่หนักกว่า ประมาณร้อยละ 30 ของประชากรอาศัยในเขตชนบท มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลเพียงร้อยละ 17 เท่านั้น

นอกจากนี้การศึกษาต่อเฉพาะทางของแพทย์ยังมีเฉพาะในเขตเมืองอีกด้วย ในแต่ละจังหวัดของแคนาดา การให้บริการขั้นพื้นฐานของระบบประกันสุขภาพยังมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเขตที่พูดภาษาฝรั่งเศสและไม่ได้พูดภาษาฝรั่งเศส บางจังหวัดไม่ได้ให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน ตัวอย่างเช่น Ontario เก็บค่า Ontario health premium ซึ่งคิดตามรายได้ หากมีรายได้ต่ำกว่าปีละ 20,000 เหรียญได้รับการยกเว้น Quebec บังคับให้ทุกคนต้องซื้อประกันเพิ่มสำหรับใบสั่งยา หากไม่มีประกันชนิดนี้ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมสำหรับการซื้อยาซึ่งคิดราคาตามรายได้

ข้อเปรียบเทียบระหว่างระบบการประกันสุขภาพในประเทศแคนาดาและประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าทั้งสองระบบนี้แตกต่างกัน แคนาดาเป็น single-payer ดำเนินการโดยรัฐบาลผ่านทางรัฐบาลท้องถิ่น ในขณะที่สหรัฐอเมริกาเป็น multi-payer ให้บริการโดยเอกชนเป็นหลัก ในปี ค.ศ.2006 รัฐบาลใช้เงินร้อยละ 70 สำหรับการรักษาพยาบาลในแคนาดา สำหรับสหรัฐอเมริการัฐบาลใช้เงินร้อยละ 46 นอกจากนี้แคนายังมีค่าใช้จ่ายต่อหัว 3,678 เหรียญสูงกว่าสหรัฐอเมริกาที่ 6,714 เหรียญ โดยที่แคนาดามีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลร้อยละ 10 ของ GDP ในขณะที่สหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายมากถึงร้อยละ 15.3 ของ GDP ระบบประกันสุขภาพของแคนาดามีปัญหาด้านการรอกการตรวจรักษาที่นาน เช่น การตรวจพิเศษโดยวิธี MRI/CAT ส่วนในกรณีฉุกเฉินสามารถเข้ารับการรักษาได้ทันที ซึ่งรัฐบาลได้พยายามแก้ไขโดยมี new time guarantees เพื่อให้ความมั่นใจว่าผู้มาใช้บริการจะไม่รอคอยนานเกินไป นอกจากนี้ยังมีคนในแคนาดาบางส่วนเดินทางไปรักษาที่สหรัฐอเมริกาเนื่องจากไม่ต้องการรอคอยที่นานเกินไป เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนสะโพกในสหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายถึง 18,000 เหรียญแต่สามารถต่อราคาได้เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มีการแข่งขันด้านราคากัน แต่หากผ่าตัดที่แคนาดาต้องรอถึง 1 ปีครึ่ง เป็นต้น อีกทั้งเทคโนโลยีการรักษาพยาบาลของสหรัฐอเมริกาทันสมัยกว่าแคนาดาอย่างมาก เนื่องจากแคนาดาต้องจำกัดการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ไว้เฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่เนื่องจากต้องการลดต้นทุนลง

2.6.5 ประเทศญี่ปุ่น(WHO and Ministry of Health Labour and Welfare Japan 2012)

ในปี ค.ศ.2012 ประเทศญี่ปุ่นมีประชากร 127,650,000 คน ซึ่งร้อยละ 23.7 เป็นประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีถือได้ว่าญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุดในโลกและยังมีอายุขัยโดยเฉลี่ยของประชากรสูงที่สุดอีกด้วย The Health Insurance Act (1922) และ The National Health Insurance Act (1938) ได้ตั้งระบบประกันสุขภาพซึ่งให้ความครอบคลุมทุกคนในปี ค.ศ. 1961 โดยที่ The Minister of Health , Labour and Welfare(MHLW) เป็นผู้ที่ได้รับผิดชอบโดยตรงในการออกนโยบายและการพัฒนาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยที่สาธารณสุขจังหวัด (Prefectural Departments of Health) เป็นผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขพร้อมทั้งนำนโยบายไป

ปรับใช้ทุก 5 ปี โรงพยาบาลของเอกชนจะมีบทบาทประมาณครึ่งหนึ่งของสถานพยาบาลทั้งหมดของประเทศญี่ปุ่น โดยมีทั้งโรงพยาบาลที่ไม่แสวงหาผลกำไรให้บริการทั้งการป้องกัน HIV-AIDS การทำแผนพัฒนาสุขภาพอนามัย การเข้าถึงบริการ(Free Access) ถือเป็นเป้าประสงค์ที่สำคัญที่สุดของระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่น เอกชนสามารถเปิดโรงพยาบาลหรือคลินิกได้ถ้าหากปฏิบัติตามนโยบายของ Medical Care Act ผู้ป่วยสามารถเลือกโรงพยาบาลได้ตามความสมัครใจ แพทย์สามารถเลือกที่จะทำงานได้ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนต่างให้บริการเหมือนกันด้วยราคาที่เหมาะสมกันด้วย

ระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นสามารถแบ่งได้เป็น 4 รูปแบบ ดังนี้(Jones 2009)

Society-Managed Health Insurance (SMHI) หรือระบบประกันสังคม เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับพนักงานบริษัทขนาดใหญ่ที่มีจำนวนมากกว่า 700 คน รวมถึงผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลจากลูกหลาน ในระบบนี้มีกองทุนประกันสุขภาพมากถึง 1,541 กองทุนซึ่งบริหารโดยนายจ้างและพนักงานบริษัทโดยที่ค่าใช้จ่ายมาจากการเก็บเบี้ยประกันสุขภาพ ซึ่งเบี้ยประกันที่เรียกเก็บนี้คิดอัตราร้อยละ 3-10 ของเงินเดือน ในปี ค.ศ.2007 พบว่ารายรับของกองทุน SMHI นี้น้อยกว่ารายจ่ายประมาณร้อยละ 5 ทำให้ร้อยละ 40 ของกองทุนสุขภาพประสบปัญหาทางการเงินทำให้ต้องควบคุมการให้บริการทางการแพทย์บางอย่าง

Japan Health Insurance Association-Managed Health Insurance(JHIAHI) เป็นระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมพนักงานบริษัทขนาดเล็ก บริหารโดยบริษัทจำกัด(public corporation)รัฐบาลให้การอุดหนุนค่าใช้จ่ายและค่าเบี้ยประกันร้อยละ 13 โดยที่นายจ้างและลูกจ้างร่วมกันจ่ายอีกร้อยละ 8.2 ของรายได้

National Health Insurance(NHI) หรือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหลักประกันสำหรับประชากรที่เหลือจาก 2 กองทุนแรกรวมถึงคนตกงาน คนทำธุรกิจส่วนตัว และคนที่เกษียณอายุ ประกอบไปด้วย 1,818 กองทุนประกันสุขภาพที่บริหารจัดการโดยรัฐบาลท้องถิ่น ค่าเบี้ยประกันคิดจากรายได้และจำนวนคนที่ใช้หลักประกันสุขภาพนี้ในครอบครัวของผู้ที่เป็นสมาชิก โดยทั่วไปแล้วคิดร้อยละ 2 ของรายได้โดยเฉลี่ย ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด เช่น เบี้ยประกันสูงสุดที่ฮอกไกโดสูงกว่าจังหวัดอื่น ๆ ประมาณ 4.7 เท่า

Mutual Aid Association (MAA) เป็นระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมข้าราชการและครู

ค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่รัฐบาลเป็นผู้รับภาระ ซึ่งเงินส่วนมากมาจากกองทุนประกันสังคม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี ค.ศ.2009 ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายจากรัฐบาลร้อยละ 37.5 กองทุนประกันสังคมร้อยละ 48.6 และจ่ายเองร้อยละ 13.9 ผู้ที่มาใช้บริการทางการแพทย์ต้องร่วมจ่าย(co-payments) ที่ร้อยละ 30 ของราคาที่เราบาลกำหนดสำหรับการรักษาโรคและร้อยละ 10

สำหรับการให้การดูแลระยะยาว (long-term care services) ซึ่งอัตราการร่วมจ่ายนี้แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับอายุ เช่น เด็กก่อนวัยเรียน ผู้มีอายุระหว่าง 70-74 ปี และผู้ที่ไม่มียานทำร่วมจ่ายร้อยละ 20 ผู้ที่อายุเกิน 75 ปีขึ้นไปร่วมจ่ายร้อยละ 10 กองทุนประกันสุขภาพเป็นผู้จ่ายเงินส่วนที่เหลือ โดยที่ทุกกองทุนจะเบิกคืนได้ผ่าน single payment system ทำให้ญี่ปุ่นสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้เป็นอย่างดี อัตราการร่วมจ่ายที่สูงนี้รวมถึงข้อจำกัดในด้านอุปทาน คือ จำนวนแพทย์ต่อประชากรที่น้อยคือ 2:1000 ซึ่งน้อยที่สุดในกลุ่มประเทศ OECD ทำให้ เป็นการจำกัดการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ นอกจากนี้รัฐบาลยังควบคุมราคาของหัตถการทางการแพทย์ ราคายาและเวชภัณฑ์ ทำให้ทุกโรคโรงพยาบาลเบิกค่าใช้จ่ายคืนด้วยอัตราเท่ากัน ค่าบริการทางการแพทย์ถูกกำหนดโดยรัฐบาลและมีการปรับปรุงทุก 2 ปี นอกจากนี้รัฐบาลยังกำหนดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในแต่ละปีโดยคำนึงถึงรายได้ที่คาดว่าจะได้รับและภาระทางการคลังอีกด้วย โรงพยาบาลเอกชนมีเตียงสำหรับคนไข้ในคิดเป็น 2 ใน 3 ของเตียงทั้งหมดส่วนใหญ่ดำเนินการโดยไม่หวังผลกำไร ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐมีเตียง 1 ใน 3 ของเตียงทั้งหมดให้บริการทางการแพทย์ขั้นสูง (high-tech care) และดูแลคนในพื้นที่ห่างไกล ส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานที่ขาดทุนถึงแม้ว่ารัฐบาลให้เงินอุดหนุนสูงถึงร้อยละ 11 และมีการเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคลไว้ด้วยโรงพยาบาลของเอกชนต้องให้บริการทางการแพทย์และราคาตามที่กำหนดไว้กับบริษัทประกัน แต่สามารถคิดค่าบริการเพิ่มที่นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ได้ ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะสูงแต่บริษัทประกันยังให้เงินชดเชยแก่ผู้ที่ไม่สามารถทำงานได้ สตรีที่กำลังให้นมบุตร รวมไปถึงค่าทำศพอีกด้วย ผู้ที่มีโรคเรื้อรังบางโรค เช่น โรคไต จะได้รับการรักษาโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ในบางจังหวัดให้การรักษายาบาลแก่เด็กโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายด้วย

ปัญหาของระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น คือ การมีคนสูงอายุเยอะทำให้ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง (long-term care) ซึ่งเงินจำนวนนี้เป็นเงินปลายเปิด (open-ended) และไม่ได้กำหนดเพดาน (capped) ผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่ขาดคนดูแล ดังนั้นในปี ค.ศ. 2000 ญี่ปุ่นจึงได้ออกกฎหมาย Long-Term Care Insurance System (LTCI) สำหรับการดูแลสวัสดิการและการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ กฎหมายนี้บังคับให้เทศบาลต้องให้สิทธิประโยชน์แก่คนที่มีอายุเกิน 65 ปี ราคาของบริการ LTCI นี้กำหนดโดยรัฐบาลและบังคับใช้ทุกโรงพยาบาล พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนี้อาจเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.2 ในขณะที่ประชากรทั่วไปลดลงร้อยละ 0.6 ซึ่งสะท้อนถึงจำนวนประชากรที่มีอายุเกิน 65 ปีที่เพิ่มสูงขึ้น คาดว่าจะเพิ่มถึงร้อยละ 26.9 ในปี ค.ศ. 2015 และร้อยละ 30.5 ในปี ค.ศ. 2025 ซึ่งจะส่งผลกระทบต่องบประมาณรายจ่ายประจำปีด้วย สำหรับค่าใช้จ่าย long-term care ได้เพิ่มขึ้นเช่นกันจากร้อยละ 3 ของ GDP เป็นร้อยละ 11 ของ GDP ในปี ค.ศ. 2025 ดังนั้นรัฐบาลจึงต้องบริหารจัดการค่าใช้จ่ายส่วนนี้ให้ได้ผ่านการควบคุมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์มากกว่าการจำกัดการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การจำกัดบริการทางการแพทย์อาจแย้งกับการเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันของการรักษาพยาบาลอาจทำให้คนที่มีรายได้น้อยไม่

สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ การนำ diagnosis-related group (DRG) มาใช้จะช่วยลดจำนวนครั้งของการรักษาแพทย์และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล การเบิกจ่ายคืนค่ารักษาพยาบาล โดยคิดตามฐานของผู้ป่วยแทนที่จะเป็นจำนวนครั้งของการตรวจรักษาจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้ด้วย นอกจากนี้การใช้ยาสามัญ (generic medicine) แทนที่ยาต้นตำรับยังช่วยลดค่าใช้จ่ายเนื่องจากปี ค.ศ. 2007 ญี่ปุ่นใช้ยาสามัญเพียงร้อยละ 19 ในขณะที่สหรัฐอเมริกาที่ร้อยละ 59 และยาสามัญยังมีราคาถูกกว่ายาต้นตำรับราวครึ่งหนึ่งด้วย

2.6.6 ประเทศเกาหลีใต้ (Chang, Soon et al. 2009)

ประเทศเกาหลีใต้มีประชากรประมาณ 48.2 ล้านคนในปี ค.ศ. 2007 โดยที่ร้อยละ 9.5 ของประชากรทั้งหมดมีอายุมากกว่า 65 ปี มีอัตราการเกิดต่ำอยู่ที่ผู้หญิง 1 คนจะมีบุตรเพียง 1.13 คน อายุขัยโดยเฉลี่ยของประชากรเกาหลีใต้ผู้หญิงอยู่ที่ 82.4 ปี ในขณะที่ผู้ชายอยู่ที่ 75.9 ปี ในปี ค.ศ. 2006 การที่มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นร่วมกับอายุเฉลี่ยของคนสูงขึ้นทำให้เป็นปัญหาต่อการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพในระยะยาวด้วยเช่นกัน

ประเทศเกาหลีใต้มีระบบการให้การรักษาพยาบาลเพียงระบบเดียวคือ ระบบ National Health Insurance (NHI) system และถือเป็นผู้ให้การรับประกันด้านสุขภาพ (single insurer) เพียงรายเดียวด้วย the National Health Insurance Corporation (NHIC) นี้ให้การดูแลรักษาพยาบาลประชากรทั้งหมดของประเทศ โดยมีสำนักงานใหญ่อยู่ที่กรุงโซลบริหารผ่านทางสำนักงานใน 6 เขตซึ่งมีที่ตั้งอยู่ที่เมืองใหญ่และ 178 สาขาสำนักงานย่อยทั่วทั้งประเทศ ผู้ใช้บริการด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของเอกชนโดยคิดค่ารักษาพยาบาลตามที่มีการเจรจากับ NHIC โดยที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาจากการจ่ายเงินร่วมของลูกจ้างและนายจ้างในสถานประกอบการรวมกับคนที่ประกอบอาชีพส่วนตัวโดยรัฐบาลมีงบประมาณสนับสนุนส่วนหนึ่ง นอกจากนี้รัฐบาลให้การช่วยเหลือด้านงบประมาณแก่ผู้ป่วยยากไร้ซึ่งคิดเป็นอัตราส่วนที่น้อยมากเท่านั้น NHIC ถือเป็นองค์กรประกันสังคมชนิดพิเศษ (specialized quasi-independent social insurance organization) ผู้บริหารในระบบประกันสุขภาพนี้ ได้แก่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง NHIC และสหภาพแรงงานรวมถึง NGOs รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้วางแผนดำเนินนโยบายด้านสุขภาพรวมทั้งเป็นผู้แต่งตั้งผู้บริหารระดับสูงใน NHIC จัดสรรงบประมาณรายปีแก่ NHIC

ในระยะแรก NHI system ยังประกอบไปด้วยหลากหลายกองทุนขึ้นกับขนาดของสถานประกอบการ ทำให้สถานประกอบการที่มีจำนวนคนน้อยต้องประสบปัญหาการขาดสภาพคล่องทางการเงินเนื่องจากการแชร์ความเสี่ยงนั่นเอง (narrow risk-pooling structure) อีกทั้งสถานประกอบการขนาดเล็กยังมีต้นทุนการบริหารจัดการค่อนข้างสูงด้วย ภายใต้ multi-fund system ทำให้การเจรจาต่อรองค่ารักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลไม่มีพลังในการต่อรองเท่าที่ควรทำให้ค่า

รักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี วิธีการหนึ่งในการแก้ปัญหาวันนี้คือ การรวมหลายกองทุนเข้าเป็นกองทุนสุขภาพเพียงกองทุนเดียวเพื่อเพิ่มอำนาจในการต่อรองราคาและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ การรวมกองทุนยังทำให้ช่วยกระจายความเสี่ยง(enlarge risk-pooling) และทำให้สามารถบริหารจัดการกองทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งคือ NHIC นั่นเอง NHIC จะต่อรองราคาบริการทางการแพทย์กับผู้ให้บริการทางการแพทย์เพื่อคิดราคาเป็นรายปี ในส่วนของรัฐบาลท้องถิ่นจะให้การดูแลสุขภาพผ่านทางภาษีหักจูงใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมี การดูแลระยะยาว(long term care)อีกด้วย โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ประชากรที่มีอายุเกิน 65 ปีขึ้นไปที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และคนที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปีแต่มีปัญหาสำคัญบางประการ เช่น เป็นโรคความจำเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น โดยผลประโยชน์ที่ได้นี้แบ่งออกเป็น in-kind และ cash benefits งบประมาณของ long term care มาจากการร่วมจ่ายของผู้ประกันตนในระบบ NHI scheme ผู้ประกันตนสามารถใช้บริการระบบ NHI ได้ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน โดยรัฐบาลบังคับให้ทุกคนต้องเป็นสมาชิกของ NHI และมีส่วนร่วมจ่ายในการไปใช้บริการในแต่ละครั้ง ถือได้ว่า NHI ให้บริการครอบคลุม(universal coverage) แก่ทั้ง ลูกจ้าง นายจ้าง ผู้ประกอบอาชีพอิสระและข้าราชการ นอกจากนี้ยังมี Medical Aid Programme(MAP) ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนโดยได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง และ Medical Relief Programme(MRP) ที่ให้บริการแรงงานชาวต่างชาติและคนไร้ที่อยู่เฉพาะภาวะฉุกเฉินเท่านั้นอีกด้วย

ประเทศเกาหลีใต้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่สูงนักเมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่ม OECD ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.4 ต่อ GDP ในปีค.ศ.1990 เป็นร้อยละ 6.8 ต่อ GDP ในปีค.ศ.2007 โดยที่ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นของผู้ป่วยนอกคิดเป็นร้อยละ 33.6 ผู้ป่วยในร้อยละ 27.9 และยาและเวชภัณฑ์ร้อยละ 24.7 โดยที่ค่าใช้จ่ายของ NHI มีที่มาจากภาษี จากการที่รัฐบาลอุดหนุนงบประมาณบางส่วนผ่านทางภาษีบุหรี และจากการมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ประกันตนโดยขึ้นกับความสามารถที่จะจ่ายได้ อัตราการร่วมจ่ายของคนอาชีพต่าง ๆ ดังแสดงในตาราง 2.1

ตารางที่ 2. 1 แสดงอัตราร่วมจ่ายของคนอาชีพต่าง ๆ

ประเภท	ทั้งหมด(%)	ลูกจ้าง(%)	นายจ้าง(%)	รัฐบาล(%)
ลูกจ้างบริษัท	5.08	2.54	2.54	-
ข้าราชการ	5.08	2.54	-	2.54
ครูโรงเรียนเอกชน	5.08	2.54	1.74	1.16
ทหาร	5.08	2.54	-	2.54

สำหรับคนที่ประกอบอาชีพอิสระคิดอัตราร่วมจ่ายโดยพิจารณาจากทั้งรายได้ สมาชิกในครอบครัวและทรัพย์สินด้วย ดังแสดงในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2. 2 แสดงอัตราร่วมจ่ายของคนประกอบอาชีพอิสระ

เงินเดือนเฉลี่ย(วอน)	อัตราร่วมจ่าย(%)	วิธีคำนวณ
<280,000	5.08	$280,000 \times 0.0508$
280,000-6,579,000	5.08	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน $\times 0.0508$
>6,579,000	5.08	$6,579,000 \times 0.0508$

สิทธิของผู้ประกันตนใน NHI scheme จะได้รับการรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การฝากครรภ์ การคลอดบุตร การรักษาโรคเรื้อรัง การตรวจตา บริการทันตกรรมบางประเภท ค่าใช้จ่ายการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน และค่ายา เวชภัณฑ์ต่าง ๆ บริการตรวจพิเศษบางอย่างได้เพิ่มขึ้นมา ได้แก่ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์(computed tomography) การตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องร่วมจ่าย (cost sharing) ด้วย ซึ่งการร่วมจ่ายนี้อาจสูงถึงร้อยละ 38.7 สำหรับโรคร้ายแรงบางชนิดมีส่วนลดสำหรับการร่วมจ่ายให้อีกร้อยละ 10 ในขณะที่เด็กที่มีอายุน้อยกว่า 6 ปีต้องร่วมจ่ายในอัตราร้อยละ 70 ของที่ผู้ใหญ่จ่ายด้วย cost sharing สำหรับผู้ป่วยนอกสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าธรรมเนียมการตรวจรักษาเอง และอีกร้อยละ 60 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ไม่รวมค่าธรรมเนียมการตรวจรักษา

2. ในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตเมือง ผู้ป่วยร่วมจ่ายร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปในเขตชนบท ผู้ป่วยร่วมจ่ายร้อยละ 45 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

3. ในการรับบริการทันตกรรมและแพทย์แผนตะวันออกในเขตเมือง ผู้ป่วยร่วมจ่ายร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด สำหรับในพื้นที่ชนบท ผู้ป่วยร่วมจ่ายร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

4. ในคลินิกผู้ป่วยร่วมจ่ายร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

สถานพยาบาลในระบบ NHI นี้ส่วนใหญ่เป็นของเอกชน ร้อยละ 90 ของแพทย์เป็นแพทย์ในภาคเอกชน โรงพยาบาลเอกชนมีเตียงคิดเป็นร้อยละ 90 ของจำนวนเตียงทั้งหมด องค์กรที่แสวงหากำไรไม่สามารถมาแข่งขันในการรักษาพยาบาลได้เนื่องจากข้อกำหนดของกฎหมาย โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ใช้ระบบเบิกคืนจาก NHI แบบ fee-for-service และรายได้จากการร่วมจ่ายของคนไข้โดยที่ไม่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาล นอกจากนี้ผู้ให้บริการทางการแพทย์ไม่สามารถปฏิเสธคนไข้ได้ถ้าคนไข้เข้ามารักษาพยาบาลตามระบบที่ได้วางไว้ โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนส่วนใหญ่ต้องให้บริการแก่คนไข้ของ NHI ซึ่งสัญญาระหว่าง NHI และโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะใช้ครอบคลุมเหมือนกันทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนทำให้ไม่มีการแข่งขันในระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์

ด้วยกัน การเบิกจ่ายคืนโรงพยาบาลในกรณีที่ค่าใช้จ่ายเกินกว่าที่กำหนดไว้ จะเบิกคืนได้เกินกว่าเพดานร้อยละ 20 สำหรับโรงพยาบาล ร้อยละ 25 สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป และร้อยละ 30 สำหรับโรงพยาบาลตติยภูมิ คนไข้ในใช้ระบบเบิกจ่ายคืนแบบ DRG สำหรับยาและเวชภัณฑ์จะมีเพดานกำหนดการเบิกคืนไว้ โดยทั่วไปผู้ให้บริการทางการแพทย์ไม่สามารถเบิกคืนจาก NHIC ได้ทั้งหมด

2.6.7 ประเทศไต้หวัน(Ministry of Health Malaysia 2011)

ประเทศไต้หวันมีภูมิประเทศเป็นเกาะอยู่ทางทิศตะวันออกของประเทศจีนมีขนาด 35,801 ตารางกิโลเมตร ในปี ค.ศ.2010 ไต้หวันมีประชากร 23 ล้านคน โดยมีประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีอัตราการเกิดที่ต่ำมากเพียงเพียงร้อยละ 0.895 ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ 18,588 USD ต่อคนต่อปี โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 6.9 ต่อ GDP ก่อนปี ค.ศ.1995 ประเทศไต้หวันยังมีหลายระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรเพียงร้อยละ 59 หลังจากที่ได้มีการปฏิรูประบบประกันสุขภาพโดยมี single payer เป็นระบบประกันสุขภาพที่เรียกว่า National Health Insurance (NHI) ตั้งแต่ปี ค.ศ.1995 สามารถให้บริการครอบคลุมประชากรร้อยละ 99.51 ได้ในสิ้นปี ค.ศ.2010 ทำให้ประชากรไต้หวันสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม NHI ได้เงินงบประมาณหลักมาจากการร่วมจ่ายค่า premiums ของผู้มีสิทธิ โดยคิดจากอัตราเงินเดือน และการร่วมจ่ายจากนายจ้างและรัฐบาล(ทั้งรัฐบาลทั้งจากส่วนกลางและท้องถิ่น) อีกส่วนมาจากค่าปรับ รายได้จากสลากกินแบ่งรัฐบาลและภาษีจากบุหรี่ เป็นต้น โดยที่ NHI เป็นองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร ผู้มีสิทธิจะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก บริการทางทันตกรรม การแพทย์แผนตะวันออก เวชศาสตร์ฟื้นฟู การดูแลที่บ้าน และการดูแลด้านจิตเวช เป็นต้น และในการดูแลรักษาโรคโดย NHI จะครอบคลุมการรักษาโดยการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การส่งยา การดูแลรักษาพยาบาล และห้องพักรักษาผู้ป่วยใน เวชศาสตร์ป้องกัน เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย

ระบบ NHI ได้เจรจาต่อรองค่าใช้จ่ายกับสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนรวมถึงมีการกำหนดเพดานขั้นสูงในการเบิกจ่ายในแต่ละรายการด้วยเพื่อไม่ให้มีรายจ่ายที่สูงเกินไป โดยที่ค่าธรรมเนียมบริการทางการแพทย์นี้ครอบคลุม 4,526 รูปแบบบริการ 8,769 อุปกรณ์ทางการแพทย์และ 16,000 รายชื่อยา นอกจากนี้ NHI ยังใช้ระบบเบิกจ่ายแบบ pay-for-performance (P4P) ใช้สำหรับวัดประสิทธิผลของการรักษาโรคมะเร็งเต้านม โรคเบาหวาน โรคหืด โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น และระบบเบิกจ่ายคนไข้ในด้วยระบบ Tw-DRGs ในปี ค.ศ.2010 NHI มีรายรับรวม NT\$461,000 ล้านเหรียญ ซึ่งร้อยละ 95 มากกว่าค่า premiums ร้อยละ 5 มาจากภาษีบุหรี่ เงินได้จากสลากกินแบ่งรัฐบาลและรายได้จากการลงทุนประเภทอื่น ๆ โดยที่ค่า premiums นี้เก็บจากผู้ทำประกันสุขภาพร้อยละ 38 จากนายจ้างร้อยละ 36 รัฐบาลสมทบให้อีกร้อยละ 26 โดยที่กำหนดเพดานสูงสุดของค่าใช้จ่ายการบริหารจัดการไม่เกินร้อยละ 3.5 เนื่องจาก NHI เป็น single payer ทำ

ให้ค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการต่ำเพียงร้อยละ 1.6 โดยมีค่าใช้จ่าย NT\$443,000 ล้านเหรียญ โดยที่ร้อยละ 67 มาจากการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 21 มาจากคลินิก ร้อยละ 4 มาจากด้านทันตกรรมและร้อยละ 4 มาจากการแพทย์แผนตะวันออก

สำหรับคนจนจะได้รับการยกเว้นค่า premiums NHI ยังให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล มีปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือมีโรคประจำตัวที่รักษายากอีกด้วย สถานพยาบาลในเครือข่ายของ NHI จะให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง พร้อมรถพยาบาลสำหรับรับส่งผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้สำหรับคนที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง หรือความพิการแต่กำเนิดจะได้รับการยกเว้นค่า co-payments สำหรับการรักษาโรคดังกล่าว

ประชากรในไต้หวันที่เข้าร่วมระบบ NHI จะแบ่งเป็น 6 ประเภทตามการประกอบอาชีพเพื่อใช้ในการคำนวณ premium ซึ่งค่า premium นี้มาจากการร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิ นายจ้างและการสมทบจากรัฐบาลตามที่กำหนดไว้ในประเภททั้ง 6 ประเภทนี้ ซึ่งค่า premium นี้จะครอบคลุมไปถึงสมาชิกในครอบครัวของผู้มีสิทธิที่จ่ายค่า premium ด้วย ซึ่งค่า premium ที่คำนวณได้จะคิดตามฐานเงินเดือนโดยมีเพดานสูงสุดที่ร้อยละ 6 ต่อเดือน โดยเฉลี่ยเก็บอยู่ที่ร้อยละ 5.17 ต่อเดือน(ตั้งแต่เดือนเมษายน ค.ศ.2010) เพื่อช่วยดึงดูดใจผู้ที่มีรายได้เออะให้มาเป็นสมาชิกของ NHI และเบี้ย premium นี้จะได้รับการคำนวณใหม่ทุก 2 ปีเพื่อความเหมาะสมของฐานะการเงินของกองทุนหลังจากจ่ายค่า premium แล้วผู้มีสิทธิจะได้รับบัตร smart card ที่มีข้อมูลของผู้มีสิทธิ ประวัติการรักษาพยาบาล ประวัติโรคประจำตัวและยาที่ได้รับ รวมถึงข้อมูลการจ่ายค่า premium ในแต่ละเดือนด้วย สามารถนำบัตรไปแสดงตัวเพื่อรักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลในเครือข่ายได้ ผู้มีสิทธิต้องเก็บรักษาบัตร smart card ให้ดีเนื่องจากมีข้อมูลที่สำคัญต่อการรักษาในกรณีที่ใช้บัตร smart card สูญหาย ต้องแจ้งสำนักงาน BNHI และต้องเสียค่าธรรมเนียมในการออกบัตร smart card ใบใหม่ด้วย ผู้มีสิทธิสามารถชำระค่า premium ได้ที่ธนาคารหรือระบบ online payment ซึ่งต้องชำระค่า premium ก่อนสิ้นเดือน โดยหากชำระไม่ทันสิ้นเดือนสามารถชำระได้อีกภายใน 15 วันหลังจากรับครบกำหนด ในกรณีที่ชำระไม่ทัน 15 วัน ต้องเสียค่าปรับเพิ่มอีกร้อยละ 0.1 ของค่า premium ที่จ่ายเข้าไปโดยคิดเป็นวัน โดยกำหนดเพดานสูงสุดของค่าปรับไม่เกินร้อยละ 15 ถ้าไม่ชำระค่า premium เกิน 2-3 เดือน สำนักงาน BNHI จะมีหนังสือเตือนไปที่บ้าน หากยังไม่ชำระอีกทาง BNHI จะริบบัตร smart card คืน โดยเฉลี่ยค่า premium อยู่ที่ 1,000 USD/ปี หรือ 80 USD/เดือน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2 ของรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน รายได้ของ NHI ร้อยละ 95 มาจากค่า premium โดยที่ผู้มีสิทธิร่วมจ่ายร้อยละ 38 นายจ้างจ่ายร้อยละ 36 และจากการสมทบของรัฐบาลร้อยละ 26 ซึ่งเงินส่วนหนึ่งของ BNHI จะนำไปลงทุนในสินทรัพย์ที่มีความเสี่ยงต่ำ เช่น พันธบัตรรัฐบาล ตั๋วเงินคลังหรือหุ้นกู้ เป็นต้นถึงอย่างไรก็ตาม NHI ยังมีปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ารายรับอยู่ ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการไม่ได้ปรับค่า premium ให้เป็นไปตามรายได้ที่แท้จริง นอกจากนี้ค่า premium ที่ผู้มีสิทธิต้องจ่ายแล้ว เมื่อไปรับ

บริการทางการแพทย์ยังต้องจ่าย co-payment ตามอัตราที่กำหนดไว้ด้วย จะยกเว้น co-payment สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รุนแรง สตรีที่คลอดบุตร ทหารผ่านศึก ผู้ที่มีรายได้น้อย เด็กที่มีอายุน้อยกว่า 3 หรือ 6 ปี(แล้วแต่รัฐบาลท้องถิ่นกำหนด) เป็นต้น

2.7 เปรียบเทียบรูปแบบการรักษายาบาลของต่างประเทศกับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ

จากการศึกษารูปแบบการรักษายาบาลของทั้ง 7 ประเทศข้างต้น เมื่อพิจารณาเฉพาะการมีส่วนร่วมจ่ายและสิทธิประโยชน์ของผู้มีสิทธิสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 ตารางแสดงอัตราร่วมจ่าย สิทธิประโยชน์และข้อยกเว้นของทั้ง 7 ประเทศ

ประเทศ	ระบบ	การร่วมจ่ายค่า premium	สิทธิประโยชน์	การร่วมจ่าย co-payment
สหรัฐอเมริกา	Medicare	ร้อยละ 1.45 ของเงินเดือนเฉพาะ part A	การให้บริการในโรงพยาบาล การรักษายาบาลที่บ้าน และการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต	กรณี part B,C และ D ต้องซื้อประกันเพิ่ม
สหราชอาณาจักร	NHS	-	การป้องกันโรค บริการตรวจรักษาโรคผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน บริการ ทันตกรรม ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต และการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	เฉพาะใบสั่งยา กรณีได้รับการยกเว้นค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะ เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 16 ปี ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี คนที่มีรายได้น้อย
เยอรมนี	SHI	ลูกจ้างร้อยละ 8.2 ของรายได้	เวชกรรมป้องกัน การดูแลหญิงตั้งครรภ์ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ร่วมจ่ายเพิ่มเติม เช่น ค่ายา ทันตกรรม และการไปพบแพทย์

ประเทศ	ระบบ	การร่วมจ่ายค่า premium	สิทธิประโยชน์	การร่วมจ่าย co-payment
แคนาดา	The National Health Care System	มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น	บริการทางการแพทย์เกือบทุกประเภท	Elective surgery
ญี่ปุ่น	SMHI และ NHI	ร้อยละ 3-10 ของเงินเดือนสำหรับ SMHI และร้อยละ 2 ของรายได้สำหรับ NHI	ทุกประเภท	ร่วมจ่ายร้อยละ 30 ของราคาที่รัฐบาลกำหนดสำหรับการรักษาโรคและร้อยละ 10 สำหรับการให้การดูแลระยะยาว
เกาหลีใต้	National Health Insurance	ร้อยละ 2.54 ของรายได้	ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน บริการทันตกรรมบางประเภท ค่าใช้จ่ายการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน และค่ายา เวชภัณฑ์ต่าง ๆ	ร่วมจ่ายตั้งแต่ร้อยละ 30-60 ของค่าใช้จ่ายขึ้นอยู่กับขนาดของสถานพยาบาล
ไต้หวัน	National Health Insurance	ร้อยละ 5.17 ของรายได้	ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก บริการทางทันตกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู การดูแลที่บ้าน	รับบริการทางการแพทย์ยังต้องจ่าย co-payment ตามอัตราที่กำหนด

เมื่อเปรียบเทียบกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการพบว่าข้าราชการไม่ต้องร่วมจ่ายค่ารักษายาบาลใดๆ ยกเว้นรายการยาและเวชภัณฑ์บางประเภทที่กรมบัญชีกลางไม่อนุญาตให้เบิก สามารถเข้ารับการรักษาทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการทันตกรรมรวมถึงค่ายาและเวชภัณฑ์ได้ในขณะที่ระบบการรักษายาบาลของทั้ง 7 ประเทศนั้น ผู้มีสิทธิต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

อย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ร่วมจ่ายแบบค่า premium ที่หักจากเงินเดือน ในกรณีของประเทศสหรัฐอเมริกา เยอรมนี ญี่ปุ่น เกาหลีใต้และไต้หวัน ร่วมจ่ายแบบ co-payment ในการไปพบแพทย์ ดังกรณีของประเทศเยอรมนี ญี่ปุ่น เกาหลีใต้และไต้หวัน ในขณะที่ประเทศอังกฤษร่วมจ่ายเฉพาะ ใบสั่งยาและแคนาดามีการร่วมจ่ายน้อยมากเฉพาะ elective surgery เท่านั้น หากนำระบบการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลมาใช้กับระบบเบิกจ่ายตรงสวัสดิการข้าราชการดังเช่นใน 7 ประเทศดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้อำนาจการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล เช่น การสั่งยา การใช้อุปกรณ์ในการผ่าตัด จากเดิมเป็นดุลพินิจของแพทย์ เมื่อนำระบบร่วมจ่ายมาใช้ทำให้การตัดสินใจนี้ก็กลับไปสู่ผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องพิจารณาว่าการรักษาโดยยาหรือการผ่าตัดมีค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งที่ต้องร่วมจ่าย เมื่องบประมาณมีจำกัดทำให้ผู้ป่วยต้องเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตัวเองมากที่สุด คือ ผู้ป่วยที่ร่วมจ่ายได้สามารถเลือกยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดีได้ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีกำลังทรัพย์เพียงพอสามารถเลือกคุณภาพการรักษาที่รองลงมาได้ตามลำดับ และการนำระบบร่วมจ่ายเข้ามาใช้ทำให้อรรถประโยชน์ที่ได้จากการไปพบแพทย์ลดลงเนื่องจากการร่วมจ่ายมีผลเสมือนทำให้ราคาของสินค้าเพื่อสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยจะไม่ไปพบแพทย์บ่อยครั้งเหมือนเดิม อาจรอให้มีอาการมากขึ้นจึงไปพบแพทย์เนื่องจากการไปพบแพทย์แต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายที่ต้องร่วมจ่ายด้วย แต่หากผู้ป่วยมีเศรษฐฐานะดีการร่วมจ่ายอาจไม่สามารถจำกัดการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้

2.8 การศึกษาเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการในประเทศไทย

จากการศึกษา “แนวทางจำกัดค่าใช้จ่ายเพื่อสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ” ซึ่งเป็นรายงานของสถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย(TDRI) ฉบับที่ 99 เดือนมกราคม 2557 สรุปว่า ให้เปลี่ยนแปลงสวัสดิการเฉพาะผู้ป่วยนอก โดยให้คงสวัสดิการผู้ป่วยในไว้เช่นเดิม ซึ่งข้อเสนอรูปแบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลผู้ป่วยนอกสำหรับข้าราชการในอนาคตแบ่งเป็น 2 กรณี ได้แก่

1. **ข้าราชการทุกคนมีสิทธิในสวัสดิการรักษายาพยาบาลเหมือนกัน** ไม่ว่าจะเป็น ข้าราชการเข้าใหม่หรือข้าราชการเดิม โดยยกเว้นเฉพาะกรณีบุตร คู่สมรส และผู้ปกครองของ ข้าราชการเข้าใหม่ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาพยาบาลถ้วนหน้าหรือสวัสดิการจากประกันสังคมอยู่แล้ว

2. **ข้าราชการใหม่ได้รับสวัสดิการแตกต่างจากข้าราชการเก่า** เสนอให้ข้าราชการใหม่ได้รับสวัสดิการแตกต่างจากข้าราชการเก่า โดย ข้าราชการเก่าได้รับสวัสดิการรักษายาพยาบาลเหมือนเดิม โดยมี การควบคุมการใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักให้เข้มข้น และมีการจัดการโรคเรื้อรัง(chronic disease management ; CDM) เพิ่มเติมสำหรับกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้น ในระยะยาว ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษายาพยาบาลน่าจะค่อยๆ ลดลง เมื่อมีการจัดการโรคเรื้อรังดีขึ้นและจำนวนผู้มีสิทธิไม่เพิ่มขึ้น ส่วน

ข้าราชการเข้าใหม่ให้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเหมือนประชาชนทั่วไป แต่รัฐชดเชยด้วยการ
จ่ายเงินเข้า Medical Saving Account ; MSAs ให้แก่ข้าราชการใหม่



บทที่ 3

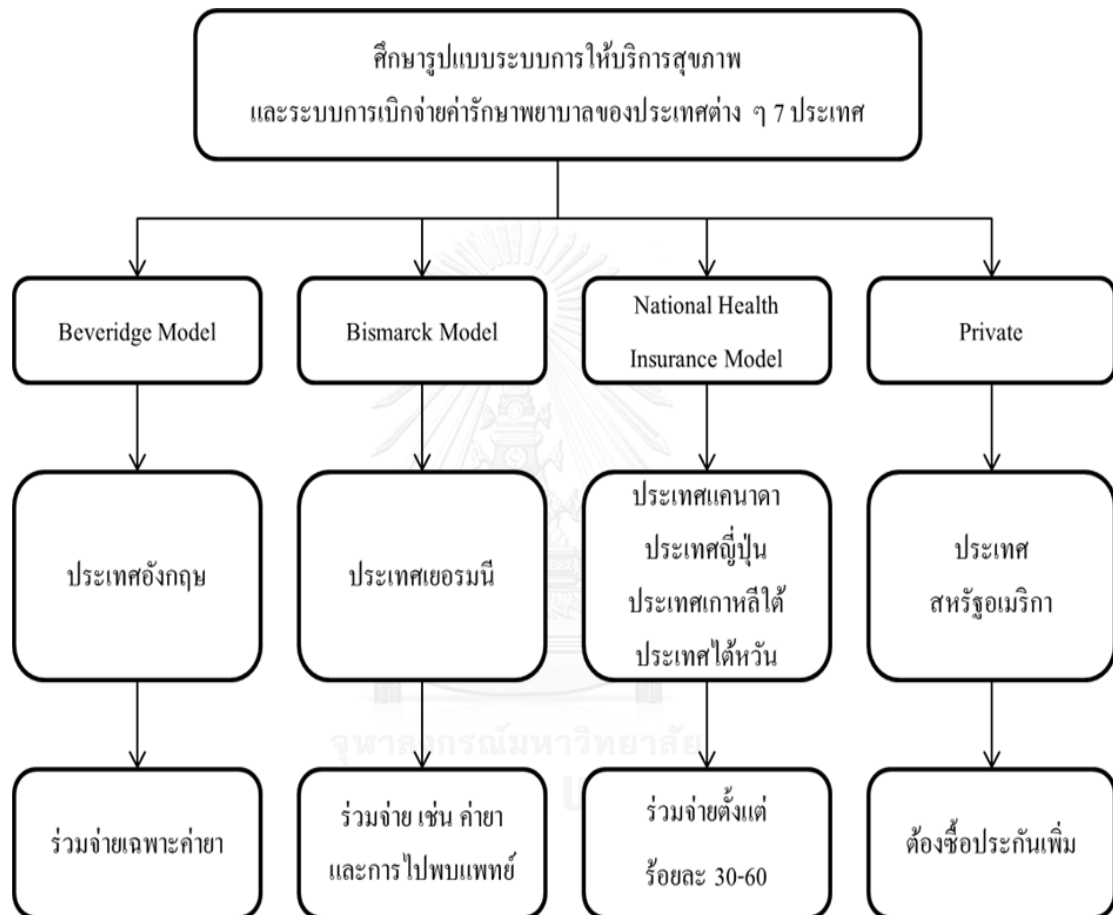
วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 กรอบแนวความคิดของงานวิจัย

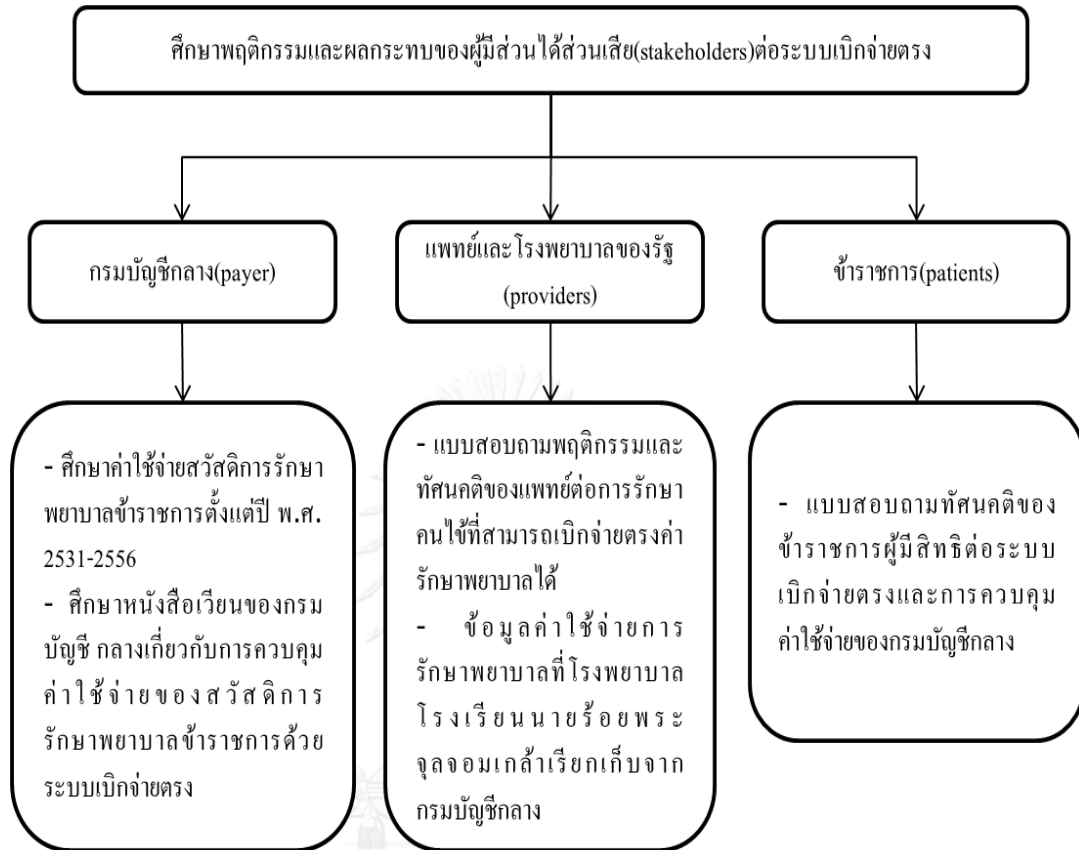
กรอบแนวความคิด(Conceptual Framework) ของงานวิจัยนี้ คือเพื่อศึกษาทัศนคติของแพทย์และข้าราชการต่อระบบเบิกจ่ายตรงและการร่วมจ่ายของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยการศึกษารูปแบบการรักษายาบาลของ 7 ประเทศดังกล่าวโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษายาบาล (co-payment) เช่น การร่วมจ่ายค่ายาในประเทศสหราชอาณาจักร การร่วมจ่ายร้อยละ 30 ในประเทศญี่ปุ่น หรือการร่วมจ่ายร้อยละ 30-60 ในประเทศเกาหลีใต้ เป็นต้น เพื่อออกแบบแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อระบบเบิกจ่ายตรงสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลและความคิดเห็นเกี่ยวกับการร่วมจ่ายค่ารักษายาบาลของข้าราชการ

สำหรับการศึกษาการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลในประเทศไทยของสิทธิสวัสดิการข้าราชการนั้น จะศึกษาค่ารักษายาบาลที่โรงพยาบาลโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้าเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมที่ให้บริการข้าราชการทหารและครอบครัวเป็นหลัก อีกทั้งยังเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิที่มีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ครบครันมีการใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกมากกว่า 40,000 ครั้งต่อปี โดยใช้ข้อมูลค่ารักษายาบาลที่เรียกเก็บจากกรมบัญชีกลางทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยนอกใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายของปีพ.ศ.2552 , 2553 , มิถุนายน-ธันวาคม 2556 , พ.ศ.2557 และมกราคม-ธันวาคม 2558 ในขณะที่ผู้ป่วยในใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายของปีงบประมาณ 2554 , 2555 และ 2557 โดยกำหนดให้ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลมีการแจกแจงแบบ lognormal distribution ซึ่งเป็นการแจกแจงข้อมูลที่เหมาะสมเนื่องจากข้อมูลการเบิกจ่ายมีพิสัยของข้อมูลกว้างมาก เพื่อคำนวณค่าคาดหวังค่าใช้จ่าย และคิดการร่วมจ่ายที่อัตราร้อยละ 5 , 10 , 15 และ 20 ตามลำดับ

รูปที่ 3. 1 กรอบแนวความคิดการศึกษารูปแบบระบบการให้บริการสุขภาพและระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในต่างประเทศ



รูปที่ 3. 2 กรอบแนวความคิดการศึกษาพฤติกรรมและผลกระทบของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบเบิกจ่ายตรงสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ



3.2 วิธีดำเนินการวิจัย

3.2.1. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งจากงานวิจัยเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในประเทศไทยและต่างประเทศจำนวน 7 ประเทศ ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร เยอรมนี แคนาดา ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไต้หวัน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมจ่าย (co-payment) ว่าแต่ละประเทศใช้อัตราเท่าใด

3.2.2. ศึกษาพฤติกรรมและผลกระทบของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย(stakeholders)ทั้ง 3 ฝ่าย คือ รัฐบาลผ่านทางกรมบัญชีกลางในฐานะ payer แพทย์และโรงพยาบาลของรัฐในฐานะ provider และข้าราชการผู้มีสิทธิรวมถึงองค์กรพิทักษ์สิทธิของข้าราชการในฐานะ patient ดังนี้

รัฐบาล โดยกรมบัญชีกลางเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับข้าราชการและผู้มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรง จะศึกษาค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการตั้งแต่ปี พ.ศ.2531-2556 โดยมีเกณฑ์การเปรียบเทียบ ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนข้าราชการและผู้มีสิทธิทั้งหมด เพื่อคำนวณค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อคนต่อปี และคำนวณเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้น/ลดลงของค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปีและอัตราการเปลี่ยนแปลงของการเพิ่มขึ้น/ลดลง

2. ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณรายจ่ายประจำปีและผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ว่าคิดเป็นร้อยละเท่าไร เปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลกับงบประมาณรายจ่ายประจำปีและผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่

3. ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการโดยแยกย่อยเป็นค่าใช้จ่ายทั้งหมด , ค่าใช้จ่ายด้านคนไข้นอก , ค่าใช้จ่ายด้านคนไข้ใน คำนวณเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายดังกล่าวในระหว่างปีที่ติดกันว่าเพิ่มขึ้น/ลดลงร้อยละเท่าไร และเปรียบเทียบอัตราการเปลี่ยนแปลงของการเพิ่มขึ้น/ลดลง

4. ศึกษาหนังสือเวียนของกรมบัญชีกลางภายหลังการนำระบบเบิกจ่ายตรงมาใช้ว่ามีจุดมุ่งหมายอย่างไรและสามารถจำกัดการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้หรือไม่

แพทย์และโรงพยาบาลของรัฐ ในฐานะผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

1. เลือกแพทย์ที่รับราชการในโรงพยาบาลของรัฐในระดับตั้งแต่ทุติยภูมิขึ้นไป ที่รักษาคนไข้ทั้งสิทธิข้าราชการ ประกันสังคมและประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในกรุงเทพฯและเขตปริมณฑลรวม จ. นครนายก เนื่องจากข้อจำกัดของงานวิจัยจึงเลือกแพทย์จำนวน 30 คน มาสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมและทัศนคติของแพทย์ต่อการรักษาคนไข้ระบบเบิกจ่ายตรงสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ด้วยคำถามดังต่อไปนี้

- ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระยะเวลาที่ทำงาน สถานภาพสมรส ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และรายได้ เป็นต้นใช้ค่าสถิติ คือ ร้อยละในการบอกความถี่ของข้อมูลทั่วไป

- ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการรักษาคนไข้ที่สามารถเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลได้โดยแบ่งคะแนนเป็นระดับ 5 คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) เฉย ๆ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) โดยใช้ค่าสถิติ คือ ร้อยละที่แสดงถึงความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลโดยใช้ชุดคำถามเดียวกับชุดคำถามที่ถามข้าราชการเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบทัศนคติต่อระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลของแพทย์และข้าราชการได้

- ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผลกระทบของระบบเบิกจ่ายตรงต่อแพทย์/โรงพยาบาลของรัฐ และการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการจำแนกชนิดข้อมูลในระดับคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าหลักและสารระบบ การวิเคราะห์ค่าหลัก คือ การจำแนกจัดกลุ่มค่าชุดหนึ่งให้อยู่ภายใต้อีกชุดหนึ่ง โดยที่กลุ่มค่าย่อยต้องมีความสัมพันธ์บางประการเหมือนกัน และการวิเคราะห์สารระบบ คือ การแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มค่าย่อยๆ ด้วยกันเองและค่าหลักในภาพรวมทั้งหมด

2. ศึกษาค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้าเรียกเก็บจากกรมบัญชีกลางทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยนอกใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายของปีพ.ศ.2552 , 2553 , มิถุนายน-ธันวาคม 2556 , พ.ศ.2557 และมกราคม-ธันวาคม 2558 ในขณะที่ผู้ป่วยในใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายของปีงบประมาณ 2554 , 2555 และ 2557 ข้อมูลที่ได้เมื่อนำมาหาการแจกแจงที่เหมาะสมด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีรูปแบบการแจกแจงที่เหมาะสมได้เป็นการแจกแจงแบบล็อกนอร์มอล (Lognormal Distribution) ซึ่งเป็นการแจกแจงความน่าจะเป็นแบบต่อเนื่องของตัวแปรสุ่ม โดยการแจกแจงที่ประชากรไม่ได้เกิดขึ้นภายใต้การแจกแจงปกติ ซึ่งมีนิยามดังนี้

กำหนดให้ X เป็นตัวแปรสุ่มที่มีการแจกแจงแบบปกติแล้ว $Y = \ln X$ มีการแจกแจงแบบ Lognormal ที่มีฟังก์ชันความหนาแน่น(Probability density function) ดังนี้

$$f(x, \mu, \sigma) = \frac{1}{x\sigma\sqrt{2\pi}} e^{-\frac{\ln x - \mu}{\sigma}}^2$$

โดยมีค่าเฉลี่ย(Mean) คือ μ และความแปรปรวน(Variance) คือ σ^2

ดังนั้นจะได้ค่าคาดหวัง(Expected value) คือ $E(X) = e^{\mu + (\sigma^2/2)}$

โดยที่ μ คือ พารามิเตอร์แสดงตำแหน่งและ $-\infty < \mu < \infty$

σ คือ พารามิเตอร์แสดงรูปร่างและ $\sigma > 0$

2.1 ข้อมูลการเบิกจ่ายผู้ป่วยนอก

2.1.1 คำนวนค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลเป็นตัวแทนค่ากลางข้อมูลที่เหมาะสมจากข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่าคาดหวังที่ได้จะอธิบายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่เรียกเก็บจากกรมบัญชีกลางต่อครั้งของการใช้บริการทางการแพทย์

2.1.2 คำนวนการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่อัตราต่างๆ คือ ร้อยละ 5,10,15 และ 20 ตามลำดับ โดยสมมติว่าการร่วมจ่ายไม่ทำให้พฤติกรรมการไปพบแพทย์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป การร่วมจ่ายเป็นเงินที่ผู้ป่วยต้องชำระแก่โรงพยาบาลต่อครั้งที่มาพบแพทย์

2.1.3 คำนวนความถี่ของการไปโรงพยาบาลในเวลา 1 ปีโดยกำหนดให้มีการแจกแจงแบบ Poisson จะสามารถคำนวณการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในเวลา 1 ปี

2.1.4 คำนวนค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลเมื่อกำหนดเขตการร่วมจ่าย โดยกำหนดให้คนไข้นอกคิดค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 8,000 บาท ในกรณีที่ค่ารักษาพยาบาลเกิน 8,000 บาทคิดเพียง 8,000 บาท เพื่อคำนวณค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลแบบกำหนดเขตการร่วมจ่ายที่อัตรา ร้อยละ 5,10,15 และ 20 ตามลำดับแบบกำหนดเขตการร่วมจ่ายแบบกำหนดเขตการร่วมจ่ายในเวลา 1 ปีเมื่อกำหนดให้ข้าราชการมาใช้บริการที่โรงพยาบาลโดยกำหนดให้มีการแจกแจงแบบ Poisson

2.1.5 จากข้อมูลการรักษาพยาบาลเฉพาะคนไข้อายุไม่เกิน 15 ปี เพื่อคำนวณค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล การร่วมจ่ายที่อัตรา ร้อยละ 5,10,15 และ 20 ตามลำดับ ความถี่ของการไปโรงพยาบาลในเวลา 1 ปีโดยกำหนดให้มีการแจกแจงแบบ Poisson เพื่อคำนวณการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในเวลา 1 ปี

2.2 ข้อมูลการเบิกจ่ายผู้ป่วยใน

2.2.1 คำนวนค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลเป็นตัวแทนค่ากลางข้อมูลที่เหมาะสมจากข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่าคาดหวังที่ได้จะอธิบายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในที่เรียกเก็บจากกรมบัญชีกลางต่อครั้งของการใช้บริการทางการแพทย์

2.2.2 คำนวนการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่อัตราต่างๆ คือ ร้อยละ 5,10,15 และ 20 ตามลำดับ โดยสมมติว่าการร่วมจ่ายไม่ทำให้พฤติกรรมการไปพบแพทย์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป การร่วมจ่ายเป็นเงินที่ผู้ป่วยต้องชำระแก่โรงพยาบาลต่อครั้งของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

2.2.3 คำนวนค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลเมื่อกำหนดเขตการร่วมจ่าย สำหรับคนไข้ในคิดค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 40,000 บาท กรณีที่ค่ารักษาพยาบาลเกิน 40,000 บาทคิดเพียง 40,000 บาท จากนั้นนำข้อมูลใหม่มาคิดค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล แล้วคำนวณการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่อัตราต่างๆ คือ ร้อยละ 5,10,15 และ 20 ตามลำดับ

ข้าราชการผู้มีสิทธิ ในฐานะคนไข้ที่มาใช้บริการการรักษาพยาบาล

1. เลือกข้าราชการหรือข้าราชการเกษียณอายุที่ปฏิบัติงานหรือเคยปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑลรวม จ.นครนายก ที่เคยเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงสวัสดิการโรงพยาบาลข้าราชการในปี พ.ศ.2557 เนื่องจากข้อจำกัดของงานวิจัยจึงเลือกจำนวน 30 คน ข้าราชการที่ได้รับการคัดเลือกมาสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติของข้าราชการต่อการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล ด้วยคำถามดังต่อไปนี้

- ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส และรายได้ เป็นต้น ใช้ค่าสถิติ คือ ร้อยละในการบอกความถี่ของข้อมูลทั่วไป

- ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของข้าราชการต่อระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลโดยแบ่งคะแนนเป็นระดับ 5 คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) เฉยๆ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) โดยใช้ค่าสถิติ คือ ร้อยละที่แสดงถึงความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลโดยใช้ชุดคำถามเดียวกับชุดคำถามที่ถามแพทย์เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบทัศนคติต่อระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและแพทย์ได้

- ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผลกระทบการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบเบิกจ่ายตรงโดยกรมบัญชีกลางและการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในระดับจุลภาค ทั้งการวิเคราะห์คำหลักและสารระบบ โดยการวิเคราะห์คำหลัก คือ การจำแนกกลุ่มคำชุดหนึ่งให้อยู่ภายใต้กลุ่มคำอีกชุดหนึ่ง โดยที่กลุ่มคำดังกล่าวที่มาอยู่รวมกันต้องมีความสัมพันธ์บางอย่างเหมือนกัน และการวิเคราะห์สารระบบ คือ การแสดงความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มคำย่อยๆ ด้วยกันเองและคำหลักในภาพรวมทั้งหมด

บทที่ 4

ผลกระทบของสวัสดิการรักษายาบาลด้วยระบบเบิกจ่ายตรงต่อรัฐบาล

4.1 ค่าใช้จ่ายค่าสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

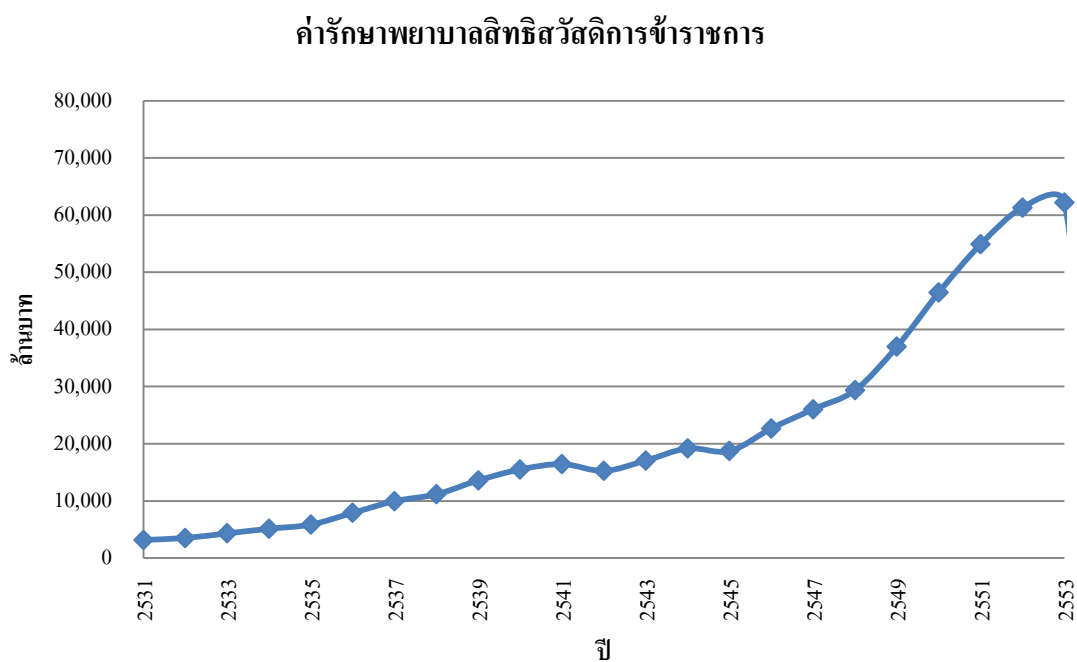
ค่าตอบแทนที่ข้าราชการได้รับจากทางราชการ นอกเหนือจากเงินเดือนซึ่งเป็นการตอบแทนให้ตามค่าของงานในแต่ละตำแหน่งแล้ว ยังมีสวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูลต่างๆ อีกด้วย โดยสวัสดิการเป็นการให้ค่าตอบแทนเพื่อช่วยให้ข้าราชการมีความรู้สึกสะดวกสบายและมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต ส่วนประโยชน์เกื้อกูลนั้น เป็นการให้ค่าตอบแทนเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน โดยทั้งสวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูลล้วนเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้ข้าราชการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและบังเกิดประสิทธิผล ตลอดจนจูงใจให้ผู้ที่มีความรู้ ความสามารถเข้ามารับราชการและรักษาบุคคลเหล่านั้นให้อยู่ในระบบราชการ

สวัสดิการ คือ ค่าตอบแทนที่ทางราชการจัดให้แก่ข้าราชการในฐานะที่เป็นสมาชิกขององค์กร เพื่อช่วยให้มีความมั่นคงในชีวิต ตลอดจนเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้ข้าราชการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและบังเกิดประสิทธิผล โดยสวัสดิการของข้าราชการพลเรือนสามัญมีทั้งที่กำหนดให้เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน ดังนี้ การลา ค่ารักษายาบาล เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร เงินสวัสดิการสำหรับการทำงานประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษเงิน สวัสดิการเงินกู้โครงการเพื่อที่อยู่อาศัยของข้าราชการ เครื่องราชอิสริยาภรณ์บำเหน็จความชอบและบำเหน็จบำนาญ(สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน 2557) โดยที่สวัสดิการค่ารักษายาบาลเป็นจุดเด่นอย่างหนึ่งที่ช่วยดึงดูดใจคนที่มีความรู้ ความสามารถให้เข้ามารับราชการ สำหรับค่าใช้จ่ายสวัสดิการค่ารักษายาบาลข้าราชการดังแสดงในตารางที่ 4.1(กรมบัญชีกลาง 2557)

ตารางที่ 4. 1 ตารางแสดงค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ

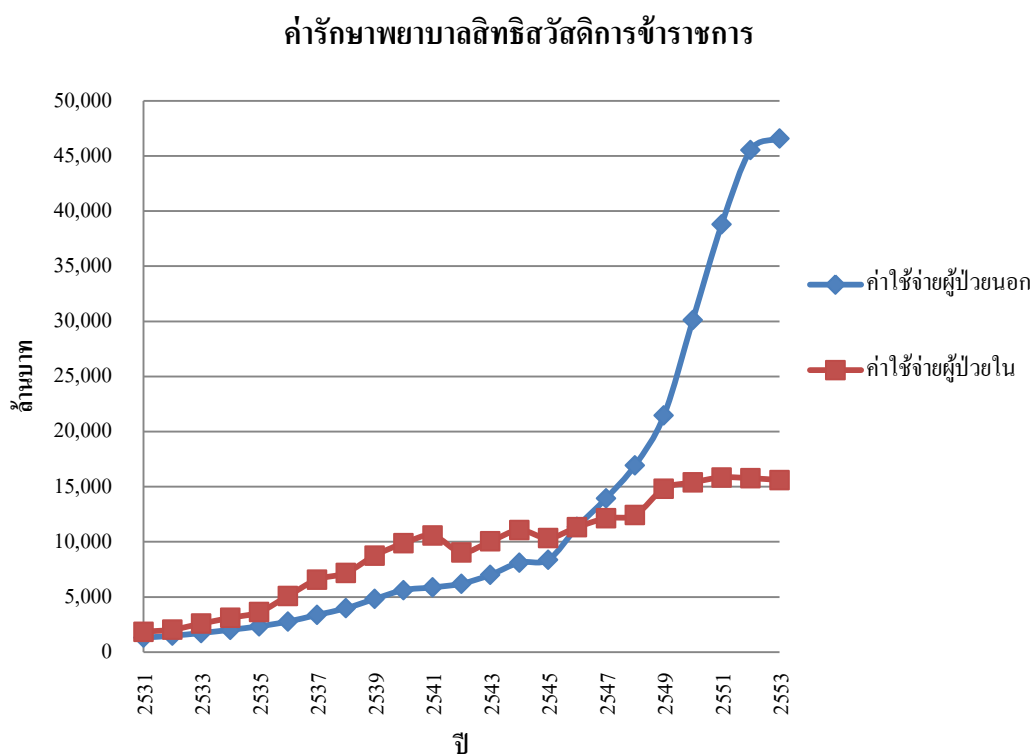
ปี พ.ศ.	ค่าใช้จ่าย (ล้านบาท)	ผู้ป่วยนอก (ล้านบาท)	ผู้ป่วยใน (ล้านบาท)
2531	3,156	1,306	1,850
2532	3,521	1,485	2,036
2533	4,316	1,729	2,587
2534	5,127	2,022	3,106
2535	5,854	2,337	3,627
2536	7,906	2,766	5,104
2537	9,954	3,374	6,580
2538	11,156	3,972	7,184
2539	13,587	4,822	8,761
2540	15,503	5,625	9,878
2541	16,440	5,866	10,574
2542	15,253	6,206	9,048
2543	17,058	7,007	10,050
2544	19,181	8,123	11,058
2545	18,718	8,374	10,342
2546	22,686	11,350	11,335
2547	26,043	13,950	12,138
2548	29,380	16,943	12,437
2549	37,004	21,458	14,826
2550	46,481	30,131	15,394
2551	54,904	38,803	15,844
2552	61,304	45,531	15,773
2553	62,196	46,588	15,607
2554	61, 844	45,075	16,768

รูปที่ 4.1 แสดงค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ



รูปที่ 4.1 แสดงให้เห็นถึงค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาลที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี โดยในช่วงแรกพ.ศ.2531-2548 อัตราการเพิ่มสูงขึ้นไม่สูงมากนัก แต่หลังจากปี พ.ศ.2549 ซึ่งเป็นปีแรกที่นำระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาลมาใช้ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด กราฟมีลักษณะขึ้นขึ้นอย่างชัดเจนจนกระทั่งอัตราการเพิ่มสูงขึ้นค่อนข้างลดลงในปี พ.ศ. 2553 เนื่องจากการควบคุมค่าใช้จ่ายค่ารักษายาบาลของกรมบัญชีกลาง

รูปที่ 4.2 แสดงค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการแยกระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน



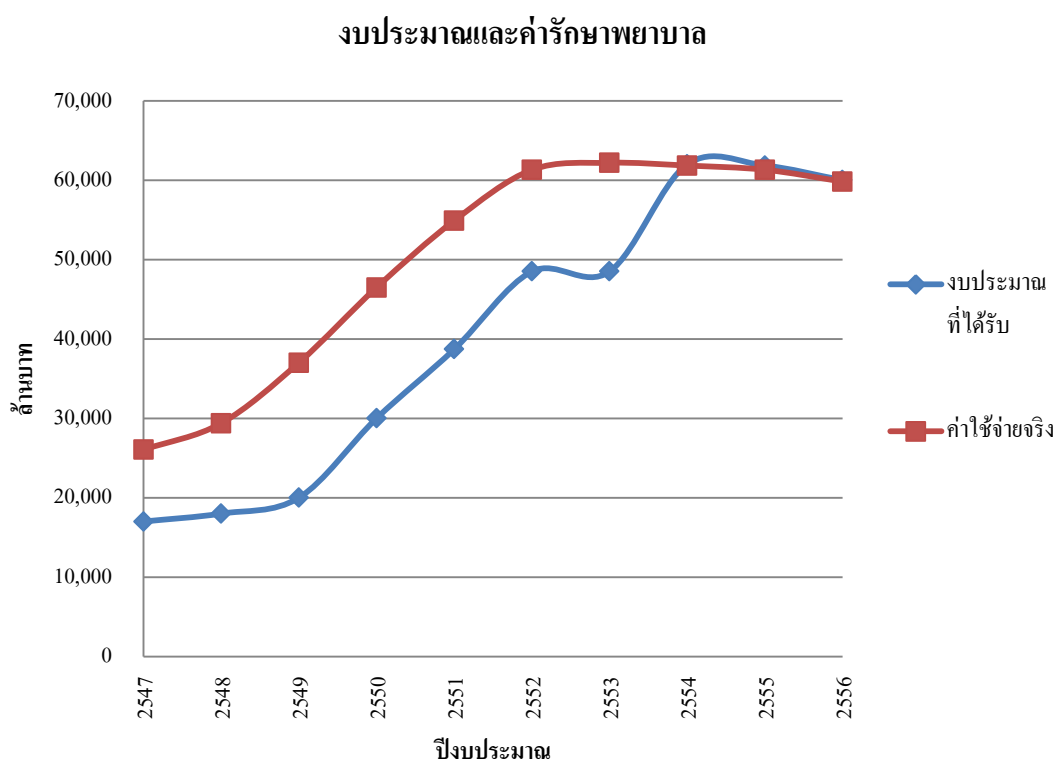
รูปที่ 4.2 แสดงให้เห็นว่าตั้งแต่ ปี พ.ศ.2531 เป็นต้นมา ค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้เพิ่มสูงขึ้นมาตลอดโดยเป็นการเพิ่มสูงขึ้นในค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในเป็นหลัก ยกเว้นในช่วงที่เกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจในปี พ.ศ.2540 ค่ารักษายาบาลในปีต่อมา คือ ปี พ.ศ. 2541 เพิ่มเพียงร้อยละ 6.04 โดยที่ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพิ่มเพียงร้อยละ 4.08 และ 7.05 ตามลำดับ และภายหลังจากที่ได้นำระบบเบิกจ่ายตรงรักษายาบาลมาใช้ในปี พ.ศ.2549 แล้วพบว่าค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นมาจากค่าใช้จ่ายด้านผู้ป่วยนอกเป็นหลัก และค่ารักษายาบาลในระหว่างปี พ.ศ.2548 และ 2549 ซึ่งเป็นปีแรกที่ได้นำระบบเบิกจ่ายตรงมาให้ได้เพิ่มสูงถึงร้อยละ 25.94

สำหรับงบประมาณที่ตั้งไว้สำหรับเป็นสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ และงบประมาณที่ใช้รักษาจริงเป็นดังตารางที่ 4.2(กรมบัญชีกลาง 2557)

ตารางที่ 4. 2 ตารางแสดงงบประมาณที่ตั้งไว้ และค่าใช้จ่ายจริงสำหรับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ

ปีงบประมาณ	งบประมาณที่ได้รับ (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่ายจริง (ล้านบาท)	ร้อยละของผลต่าง ระหว่างค่าใช้จ่ายจริง กับงบประมาณที่ได้รับ
2547	17,000	26,043.11	53.19
2548	18,000	29,380.03	63.22
2549	20,000	37,004.45	85.02
2550	30,000	46,481.05	54.94
2551	38,700	54,904.48	41.87
2552	48,500	61,304.47	26.40
2553	48,500	62,195.57	28.24
2554	62,000	61,844.27	-0.25
2555	61,845	61,317.24	-0.85
2556	60,000	59,828	-0.29

รูปที่ 4.3 แสดงงบประมาณที่ตั้งไว้และค่าใช้จ่ายจริงสำหรับสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ



จากตารางจะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการสูงกว่างบประมาณที่ได้รับเสมอ นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 เป็นต้นมา โดยผลต่างมากที่สุดถึงร้อยละ 85.02 ในปีพ.ศ.2549 ซึ่งเป็นปีแรกที่ได้นำระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลมาใช้ แต่หลังจากนั้นผลต่างได้ลดลงมาตามลำดับ เนื่องจากการควบคุมค่ารักษาพยาบาลของกรมบัญชีกลาง และสามารถควบคุมค่ารักษาพยาบาลที่ใช้จริงให้ต่ำกว่างบประมาณที่ได้รับได้ในปี พ.ศ.2554 เป็นต้นมา

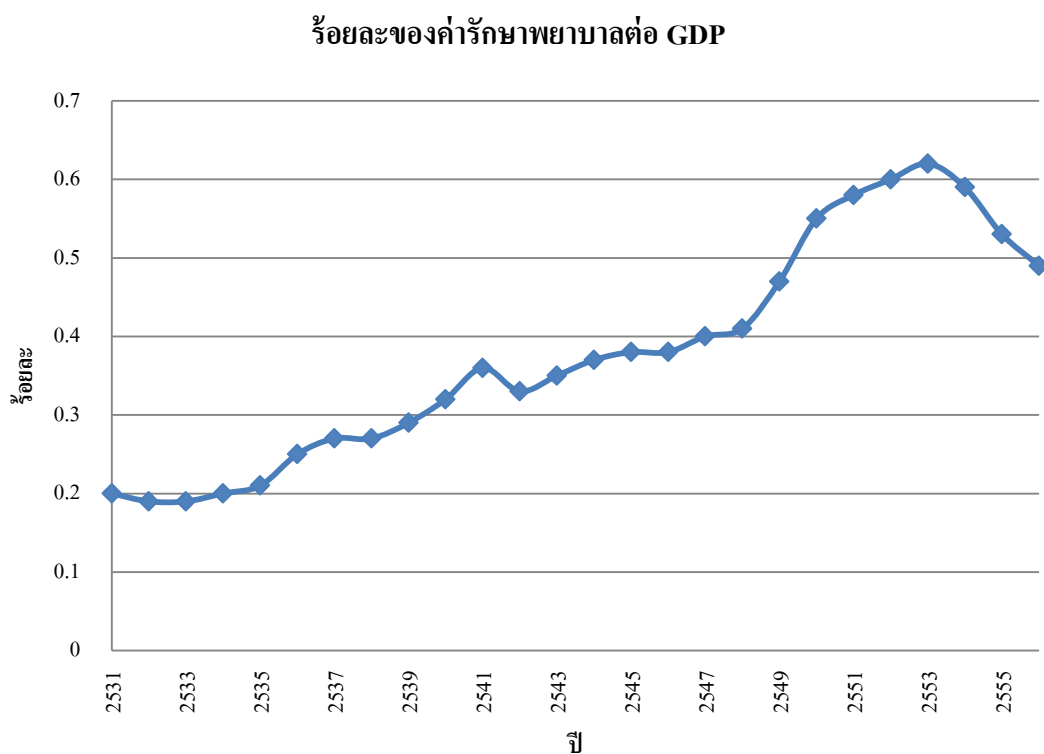
เมื่อเปรียบเทียบร้อยละของค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ กับผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ดังแสดงในตารางที่ 4.3(กรมบัญชีกลาง 2557, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2557)

ตารางที่ 4.3 ตารางแสดงค่ารักษาพยาบาล GDP และร้อยละของค่ารักษาพยาบาลต่อ GDP

พ.ศ.	ค่ารักษาพยาบาล (ล้านบาท)	GDP (ล้านบาท)	ร้อยละของค่า รักษาพยาบาลต่อ GDP
2531	3,165	1,559,804	0.20

พ.ศ.	ค่ารักษาพยาบาล (ล้านบาท)	GDP (ล้านบาท)	ร้อยละของค่า รักษาพยาบาลต่อ GDP
2532	3,521	1,856,992	0.19
2533	4,316	2,263,467	0.19
2534	5,127	2,506,635	0.20
2535	5,854	2,830,914	0.21
2536	7,906	3,170,258	0.25
2537	9,954	3,634,496	0.27
2538	11,156	4,192,697	0.27
2539	13,587	4,622,832	0.29
2540	15,503	4,740,249	0.32
2541	16,440	4,628,431	0.36
2542	15,253	4,637,079	0.33
2543	17,058	4,922,731	0.35
2544	19,181	5,133,502	0.37
2545	20,476	5,450,643	0.38
2546	22,686	5,917,369	0.38
2547	26,043	6,489,476	0.40
2548	29,380	7,092,893	0.41
2549	37,004	7,844,939	0.47
2550	46,481	8,525,197	0.55
2551	54,904	9,418,600	0.58
2552	61,304	10,266,000	0.60
2553	62,196	10,104,821	0.62
2554	61, 844	10,539,400	0.59
2555	61,317	11,572,300	0.53
2556	59,828	12,126,000	0.49

รูปที่ 4. 4 แสดงร้อยละของค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ



รูปที่ 4.4 แสดงให้เห็นว่าอัตราส่วนของค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปีจากร้อยละ 0.2 เป็น 0.6 ต่อ GDP โดยที่อัตราการเพิ่มขึ้นลดลงในช่วงปี พ.ศ.2553-2556

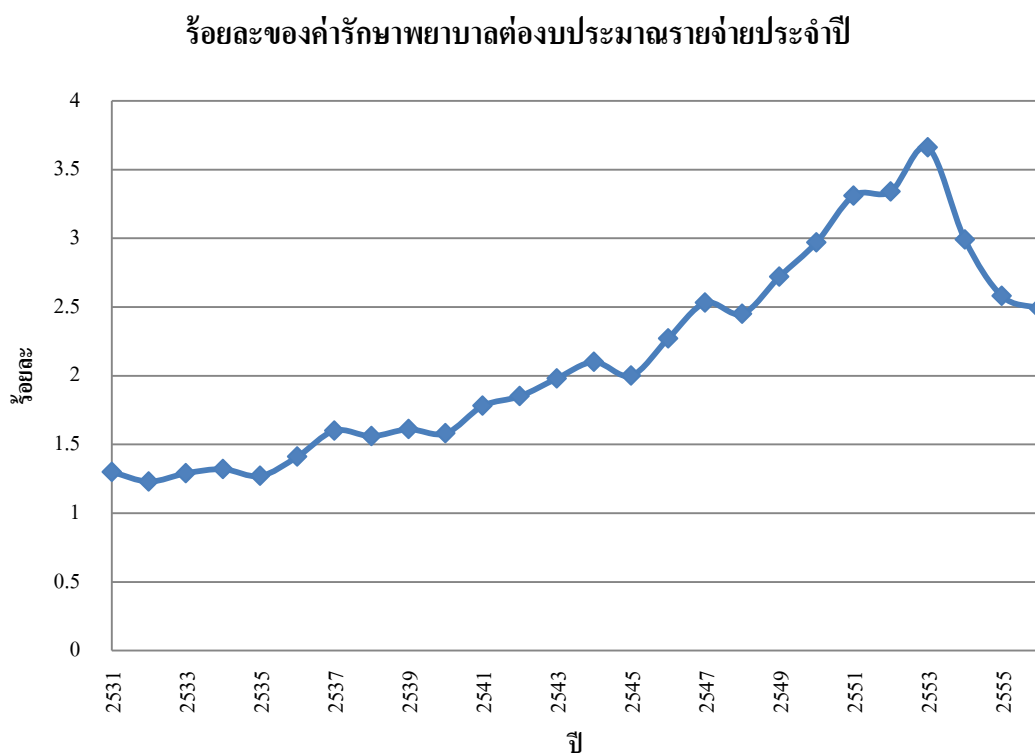
เมื่อเปรียบเทียบร้อยละของค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกับงบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐบาล ดังแสดงในตารางที่ 4.4(กรมบัญชีกลาง 2557, สำนักงบประมาณ 2557)

ตารางที่ 4. 4 ตารางแสดงค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ งบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐบาล และร้อยละของค่ารักษายาบาลต่องบประมาณรายจ่ายประจำปี

ปี พ.ศ.	งบประมาณรายจ่ายประจำปี (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลข้าราชการ (ล้านบาท)	ร้อยละของค่ารักษายาบาลต่องบประมาณรายจ่ายประจำปี
2531	243,500	3,165	1.30
2532	285,500	3,521	1.23
2533	335,000	4,316	1.29
2534	387,500	5,127	1.32

ปี พ.ศ.	งบประมาณ รายจ่ายประจำปี (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาล ข้าราชการ (ล้านบาท)	ร้อยละของค่ารักษาพยาบาล ต่องบประมาณรายจ่าย ประจำปี
2535	460,400	5,854	1.27
2536	560,000	7,906	1.41
2537	625,000	9,954	1.60
2538	715,000	11,156	1.56
2539	843,200	13,587	1.61
2540	984,000	15,503	1.58
2541	923,000	16,440	1.78
2542	825,000	15,253	1.85
2543	860,000	17,058	1.98
2544	910,000	19,181	2.10
2545	1,023,000	20,476	2.00
2546	999,900	22,686	2.27
2547	1,028,000	26,043	2.53
2548	1,200,000	29,380	2.45
2549	1,360,000	37,004	2.72
2550	1,566,200	46,481	2.97
2551	1,660,000	54,904	3.31
2552	1,835,000	61,304	3.34
2553	1,700,000	62,196	3.66
2554	2,070,000	61,844	2.99
2555	2,380,000	61,317	2.58
2556	2,400,000	59,828	2.49

รูปที่ 4.5 แสดงร้อยละของค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการต้องบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐบาล



รูปที่ 4.5 แสดงให้เห็นว่าอัตราส่วนของค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลต้องบประมาณรายจ่ายประจำปีเพิ่มสูงขึ้นตลอดจากร้อยละ 1.30 ในปี พ.ศ. 2531 มาสูงสุดที่ร้อยละ 3.66 ในปี พ.ศ. 2553 และผลจากการควบคุมค่าใช้จ่ายรักษายาบาลของกรมบัญชีกลางทำให้อัตราส่วนค่ารักษายาบาลข้าราชการนี้ลดลงนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 จนเหลือเพียงร้อยละ 2.49 ในปี พ.ศ. 2556

การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการต่อจำนวนผู้มีสิทธิ ได้ดังแสดงในตารางที่ 4.5(กรมบัญชีกลาง 2557, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2557)

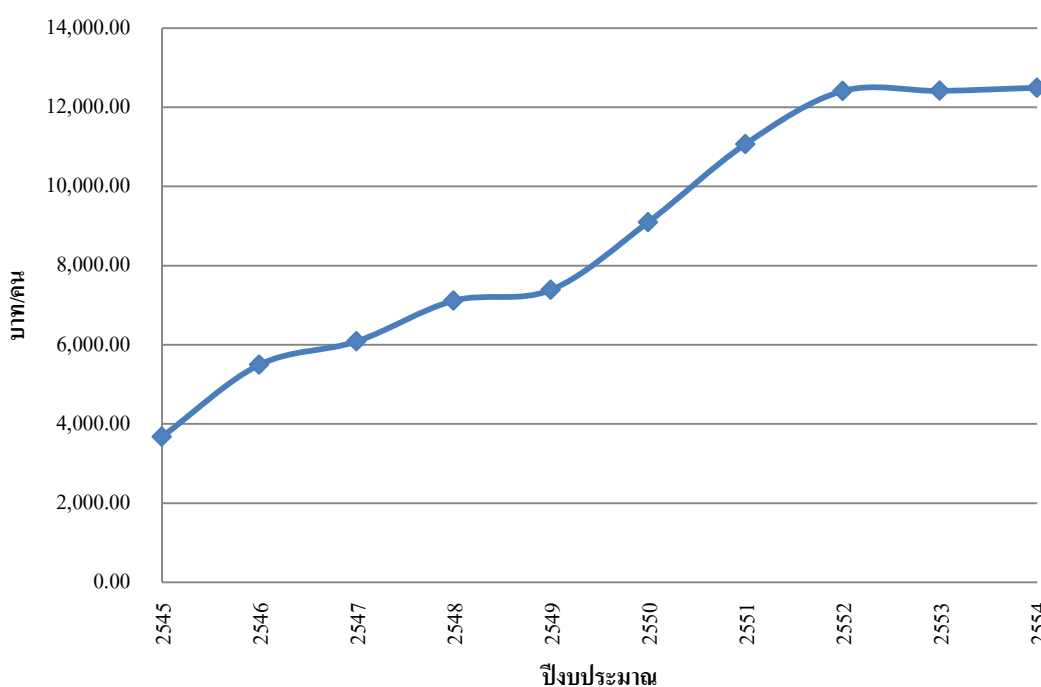
ตารางที่ 4.5 ตารางแสดงค่าใช้จ่ายต่อหัวของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ปีงบประมาณ	ค่าใช้จ่ายจริง (ล้านบาท)	จำนวนผู้มีสิทธิ (ล้านคน)	ค่าใช้จ่ายราย หัว (บาท/คน)	ร้อยละการ เพิ่มขึ้นของ ค่าใช้จ่ายราย หัว	อัตรา เงินเพื่อ
2545	20,476	5.57	3,676.12		
2546	22,686	4.13	5,492.98	49.42	1.8
2547	26,043	4.28	6,084.81	10.77	2.7

2548	29,380	4.13	7,113.80	16.91	4.5
2549	37,004	5.01	7,386.03	3.83	4.7
2550	46,481	5.11	9,096.09	23.15	2.3
2551	54,904	4.96	11,069.36	21.69	5.5
2552	61,304	4.94	12,409.72	12.11	-0.9
2553	62,195	5.01	12,414.17	0.04	3.3
2554	61,844	4.95	12,493.74	0.64	3.8
2555	61,317	4.96	12,362.30	-1.05	3.02
2556	59,828	4.98	12,013.65	2.82	2.18

รูปที่ 4.6 แสดงค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อคนของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการ

ค่าใช้จ่ายรายหัว



รูปที่ 4.6 แสดงให้เห็นว่า ค่าใช้จ่ายต่อหัวเพิ่มสูงขึ้นตลอดจากปี พ.ศ. 2545 ที่ 3,676.12 บาทต่อคน มาคงที่ที่ประมาณ 12,000 บาทต่อคนในปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา เนื่องจากจำนวนผู้มีสิทธิไม่ได้เพิ่มขึ้น และค่าใช้จ่ายไม่ได้เพิ่มสูงขึ้นมากเนื่องจากการควบคุมการเบิกจ่ายของกรมบัญชีกลาง

4.2 แนวทางการควบคุมค่าใช้จ่ายระบบเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของกรมบัญชีกลาง

สืบเนื่องจากปัญหางบประมาณรายจ่ายด้านสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกที่เพิ่มในอัตราส่วนที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับค่ารักษายาบาลในภาพรวมทั้งหมด โดยมีค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายหลักที่มีสัดส่วนการเบิกจ่ายสูงสุดคือประมาณร้อยละ 80 ของค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่า มีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูงเกินความจำเป็น ไม่เหมาะสม หรือมีการสั่งใช้ยาที่ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์หรือเงื่อนไขที่ขึ้นทะเบียนเพื่อจำหน่ายกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งท้ายที่สุด อาจส่งผลเสียทำให้ผู้ป่วยเกิดการดื้อยา หรือได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยาเกินขนาดที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพในอนาคต ดังนั้น เพื่อให้การบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต คณะรัฐมนตรีจึงมีมติเห็นชอบและอนุมัติในหลักการมาตรการควบคุมการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ดังจะได้กล่าวในลำดับต่อไป ดังนี้

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 ลงมติเห็นชอบและอนุมัติในหลักการมาตรการควบคุมการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการตามที่กระทรวงการคลังเสนอ พร้อมส่งรายชื่อผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งได้แจ้งเรื่อง มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ให้ทราบ ดังนี้(หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีที่ นร 0506/5327 31 มีนาคม 2553)

1. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม
2. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน
3. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
4. เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
5. ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ
6. เลขาธิการ ก.พ.
7. ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน

ต่อมาผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งได้แจ้งเรื่อง มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ได้มีหนังสือตอบกลับเลขาธิการคณะรัฐมนตรีพร้อมเสนอแนะแนวทางที่สำคัญดังต่อไปนี้

กระทรวงสาธารณสุข มีหนังสือตอบกลับเลขที่การคณะรัฐมนตรี ขอให้การสนับสนุน มาตรการควบคุมการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยมีประเด็นที่เสนอขอพบของกระทรวงสาธารณสุขในเบื้องต้น ดังนี้(หนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 0205.05.1/673 2 มีนาคม 2553)

1. ให้การสนับสนุนในการลดค่าใช้จ่ายค่ารักษายาบาลที่มีปัจจัยจากการใช้จ่ายที่เข้าข่าย ฟุ่มเฟือยและไม่จำเป็น
2. นำรายการยามาศึกษากำหนดความจำเป็นและข้อบ่งชี้ให้ชัดเจน กำหนดขั้นตอนควบคุม ขั้นตอนการเบิกจ่ายอย่างรัดกุมมากขึ้นกว่าเดิม
3. ตั้งกรรมการฝ่ายสาธารณสุขและหน่วยบริการสุขภาพ ศึกษาแนวทางการลดค่าใช้จ่ายและ โดยไม่ลดคุณภาพการรักษายาบาล และกำหนดมาตรการแนวทางในส่วน of หน่วยบริการของทุก ภาคส่วน
4. ให้ทุกหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดนโยบายใช้จ่ายอย่าง สมเหตุสมผล พร้อมทั้งมีคณะกรรมการบริการการใ้ยานอกบัญชียาหลัก รับผิดชอบชัดเจนในการ ควบคุมการใ้ยา และเฝ้าระวังการใ้ยารายการอื่น ๆ ที่เกินความจำเป็น
5. รมรงค์ประชาสัมพันธ์ใ้ผู้รับบริการที่เป็นข้าราชการรับทราบโดยทั่วกัน
6. จัดใ้มีการมีส่วนร่วมจากข้าราชการผู้มีสิทธิในการรับรู้และร่วมมือพร้อมทั้งมีช่องทางใ้ผู้ มีสิทธิสามารถร้องเรียนและเสนอแนะเพื่อนำเสนอคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องต่อไป
7. จะทำการเฝ้าระวังผลกระทบทางการเงินการคลังในสถานบริการในสังกัด ที่เกิดจากการมี มาตรการลดค่าใช้จ่ายของกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เนื่องจากข้อมูลทางการเงินเดิม เงินจากกองทุนนี้ช่วยชดเชยกองทุนอื่นโดยเฉพาะกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใ้สามารถมี สภาพคล่องดำเนินการใ้บริการประชาชนต่อไปได้ โดยจะจัดทำข้อเสนอจากผลการวิเคราะห์ราย กองทุนเพื่อขอปรับเงินชดเชยค่ารักษาที่สมควรและมีเหตุผล อันได้แก่ อัตราเหมาจ่ายต่อค่ารักษาราย โรค (DRGs) การคิดอัตราค่าบริการที่เป็นธรรมกับกองทุนต่าง ๆ
8. ใ้มีคณะกรรมการที่ตั้งร่วมระหว่างกรมบัญชีกลาง กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงาน กลางการศึกษาข้อมูลค่ารักษายาบาลและผลกระทบด้านคุณภาพของสถานพยาบาลต่อการดูแล สุขภาพข้าราชการ
9. ใ้การสนับสนุนโครงการนี้อย่างมุ่งมั่น หากได้รับผลกระทบใดๆ ที่ไม่สามารถแก้ไขด้วย กลไกภายใน จะนำหารือคณะกรรมการข้อ 8 เพื่อขอรับงบสนับสนุนชดเชยใ้โรงพยาบาลบางส่วนที่ ประสบวิกฤติทางการเงินจนมีความเสี่ยงในระดับเป็นปัญหากับคุณภาพและมาตรฐานการบริการ ประชาชน
10. ใ้การสนับสนุนโครงการ Medisave ทั้งนี้ควรมีคณะทำงานศึกษา

1) แนวทางการดำเนินการในต่างประเทศเพื่อนำจุดเด่นมาพัฒนา และแก้ปัญหาจุดด้อยก่อนนำไปใช้

2) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เป็นสวัสดิการพิเศษให้ข้าราชการชดเชย เช่น จัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การตรวจสุขภาพสม่ำเสมอตามข้อมูลโรคที่กลุ่มนี้มีความเสี่ยง ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเหนียวเงินกองทุนของตนเองจนทำให้ป่วยหนัก อันจะทำให้ค่ารักษาสูงโดยใช่เหตุและลดการสูญเสียกำลังคนจากการเจ็บป่วยขาดงานในภาคราชการที่ควบคุมจำกัดอยู่แล้ว

3) ประเด็นทางสุขภาพอื่นที่ควรระดมสมองเพื่อจัดเป็นมาตรการควบคุมที่เหมาะสมกับสภาพข้าราชการไทยและประเทศไทยไปพร้อมกับโครงการ Medisave

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีหนังสือตอบกลับเลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกาว่าด้วยเรื่องระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินงบประมาณ 11 ล้านบาท เพื่อให้การบริการจัดการการเงินการคลังของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีความเห็นเพิ่มเติม ดังนี้ (หนังสือสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ นร 111/0743 24 กุมภาพันธ์ 2553)

1. การศึกษาความเป็นไปได้ในเรื่องการประยุกต์ใช้ระบบ Medisave สำหรับข้าราชการบรรจุใหม่ควรครอบคลุมกลุ่มข้าราชการปัจจุบันด้วย โดยเสนอเป็นทางเลือกในการลงทุนด้านสุขภาพรูปแบบต่างๆ ที่ควบคุมกับการสร้างมาตรการจูงใจในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ (Health consciousness) ของตนเองเพื่อลดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในระยะยาว

2. ควรมีการศึกษากลไกในการกำกับดูแลสถานพยาบาลไม่ให้มีการให้บริการหรือเรียกเก็บเงินจากการรักษาพยาบาลเกินความจำเป็น จนทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงกว่าที่ควรจะเป็น ควบคู่กับการหาแนวทางการร่วมจ่าย (Co-payment) ในกรณีของโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อลดภาระการคลังของภาครัฐในอนาคต

สำนักงานงบประมาณ ได้มีหนังสือตอบกลับเลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกาว่าด้วยเรื่องระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินงบประมาณ 0705/193 24 กุมภาพันธ์ 2553)

1. อนุมัติหลักการให้มีการตรวจสอบและควบคุมการเบิกจ่ายค่ายาบางกลุ่มหรือรายการเป็นไปตามบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือตามเงื่อนไขและข้อบ่งชี้ที่องค์การวิชาชีพกำหนด โดยแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพื่อทำหน้าที่ให้ข้อมูลและความคิดเห็นรวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

2. มอบหมายให้กรมบัญชีกลางร่วมกับหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง ศึกษาความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ระบบ Medisave สำหรับข้าราชการบรรจุใหม่ และแนวทางการอภิบาลระบบเพื่อปฏิรูปองค์กรบริการจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

3. มอบหมายให้กรมบัญชีกลางร่วมกับหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง ศึกษาการกำหนดอัตราจ่ายล่วงหน้ารายกลุ่มโรคสำหรับการรักษาผู้ป่วยนอก โดยกรมบัญชีกลางตกลงราคาเหมาจ่ายรายโรคให้กับสถานพยาบาล

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน(ก.พ.) มีหนังสือตอบกลับเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ดังนี้ สำนักงาน ก.พ.พิจารณาเรื่องนี้แล้ว เห็นด้วยในหลักการในการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพื่อทำหน้าที่ให้ข้อมูลและความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการดังกล่าว รวมทั้งการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และเห็นด้วยกับการให้กรมบัญชีกลางศึกษาการใช้ระบบ Medisave ที่เป็นระบบการหักเงินเดือนเพื่อเป็นเงินออมด้านสุขภาพสำหรับข้าราชการใหม่ ซึ่งอาจจะเป็นภาระสำหรับข้าราชการที่ได้รับเงินเดือนและค่าตอบแทนที่ต่ำกว่าภาคเอกชน จึงจำเป็นต้องศึกษาผลกระทบของระบบดังกล่าวด้วยความรอบคอบ(หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1008.1/106 18 กุมภาพันธ์ 2553)

จะเห็นได้ว่าหน่วยงานราชการทั้งหลาย ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานประมาณ และสำนักงาน ก.พ. ต่างเห็นด้วยในการควบคุมค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและให้ศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้ระบบ medisave ซึ่งระบบ medisave นี้เป็นระบบที่เริ่มใช้ในประเทศสิงคโปร์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984 เป็นการออมเพื่อสุขภาพหรือการประกันสุขภาพภาคบังคับเพื่อช่วยเหลือประชากรในประเทศในการชำระค่ารักษายาบาลที่เกิดจากการเข้ารักษายาบาลในโรงพยาบาลของรัฐของสมาชิกและบุคคลในครอบครัว โดยการหักเงินเดือนของสมาชิกไปไว้ในบัญชี medisave โดยที่สมาชิกต้องถูกหักเงินเดือนตั้งแต่อายุ 7-9.5 ตามช่วงอายุที่กำหนดให้ดังแสดงในตาราง 4.6

ตารางที่ 4. 6 แสดงร้อยละของการหักเงินเดือนในระบบ Medisave ของประเทศสิงคโปร์

ช่วงอายุ(ปี)	ร้อยละของการหักเงินเดือน
น้อยกว่า 35	7
35-45	8
45-50	9
มากกว่า 50	9.5

โดยที่อัตราการหักเงินเข้าบัญชี medisave นี้จะมีเพดานไม่เกิน 43,500 ดอลลาร์สิงคโปร์ต่อปีและระบบนี้จะหักเงินเฉพาะสมาชิกที่มีรายได้มากกว่า 1,500 ดอลลาร์สิงคโปร์ต่อเดือนเท่านั้น

ต่อมาโดยมติกรม.เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการโดยมีผู้แทนจากกระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา อธิบดีกรมบัญชีกลาง เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม เลขาธิการสมาคมโรงพยาบาลเอกชน นายแพทย์สภา ผู้แทนกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ ที่ปรึกษา ด้านพัฒนาระบบการเงินการคลัง/รองอธิบดีกรมบัญชีกลาง ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานค่าตอบแทน และสวัสดิการ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านพัฒนาระบบสวัสดิการรักษายาบาลและนิติกรชำนาญการพิเศษ กรมบัญชีกลาง โดยมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1. จัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับนโยบายด้านการเงินการคลัง และการบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพื่อเป็นกรอบให้กระทรวงการคลังถือปฏิบัติ
2. จัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการภายใต้กรอบพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล เพื่อให้กรมบัญชีกลางพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลจากทางราชการ
3. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อดำเนินการตามอำนาจหน้าที่หรือดำเนินการอย่างอื่นตามที่คณะกรรมการมอบหมาย
4. รายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการฯ ให้คณะรัฐมนตรีทราบเป็นรายปี
5. ดำเนินการอื่นๆ ตามที่คณะรัฐมนตรีหรือกระทรวงการคลังมอบหมาย

คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้ประชุมกันภายหลังมีมติกรม.แต่งตั้งคณะกรรมการฯ ครั้งที่ 1/2553 สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้(รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ครั้งที่ 1/2553 7 เมษายน 2553)

1. ปัจจุบันระบบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้มีการพัฒนาระบบเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจากเดิมที่เป็นการวางฎีกาเบิกค่าใช้จ่ายตามรายการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บและตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด เป็นการเบิกจ่ายโดยตรงระหว่างกรมบัญชีกลางกับสถานพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกมีอัตราเพิ่มขึ้นในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก โดยค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนการเบิกจ่ายสูงสุดประมาณร้อยละ 80 จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 10 เดือนในปีงบประมาณพ.ศ.2552 ของสถานพยาบาลที่มีการให้บริการผู้ป่วยนอกมากกว่า 100,000 ครั้งต่อปี จำนวน 34 แห่ง พบว่า เป็นรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติประมาณร้อยละ 66 ของมูลค่ายาทั้งหมด โดยกลุ่มรายการยาที่มีมูลค่าสูง เป็นยา

ราคาแพงและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีการสั่งใช้ไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 9 กลุ่ม

- (1) กลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร
- (2) กลุ่มยาต้านอักเสบที่มีไซสตีออยด์
- (3) กลุ่มยาลดไขมันในเลือด
- (4) กลุ่มยาเบื้องต้นในการรักษาความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเลือดคั่ง

(Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors)

- (5) กลุ่มยาลดความดันโลหิต (Angiotensin II receptor blockers : ARBs)
- (6) กลุ่มยาป้องกันการเกาะตัวของเกล็ดเลือด
- (7) ยาลดอาการข้อเข่าเสื่อม
- (8) ยาป้องกันโรคกระดูกพรุน
- (9) กลุ่มยารักษามะเร็ง

เช่น กลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร (ยา PPI) ซึ่งมีทั้งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีผู้จำหน่ายหลายราย และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวทำให้มีราคาแพง แพทย์มีการสั่งใช้ยา PPI ที่มีราคาแพงให้แก่ผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการเพื่อป้องกันเลือดออกในกระเพาะอาหารหรือลดการระคายแสบท้องจากการกินยาลดอาการข้ออักเสบ ซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรฐานการรักษา นอกจากนี้ปัจจุบันสถานพยาบาลสั่งใช้ยา original ซึ่งเป็นยาต่างประเทศที่มีราคาแพงให้แก่ผู้ป่วยข้าราชการ ในขณะที่ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีทั้งยา original และยา generic (ยา generic มีราคาถูกกว่า เช่น ยา original เม็ดละ 100 บาท ในขณะที่ยา generic เม็ดละ 10 บาท) จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงเห็นควรให้มีการกำหนดมาตรการควบคุมการเบิกจ่ายค่ายา 3 กลุ่มก่อน ได้แก่ กลุ่มยาลดไขมันในเลือด ยาลดข้อเข่าเสื่อม และกลุ่มยาป้องกันและรักษาโรคกระดูกพรุน เนื่องจากเป็นยารักษาโรคเรื้อรัง ไม่ใช่รักษาโรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน จึงคาดว่าจะไม่มีผลกระทบหรือเกิดการร้องเรียนถ้ามีการเปลี่ยนยา ส่วนยากลุ่มอื่นอาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วย

2. เป้าหมายการบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ คือ การสร้างหลักประกันสุขภาพให้ข้าราชการ ให้มีการพัฒนาทั้งระบบเพื่อให้ข้าราชการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ไม่เกิดภาวะล้มละลายจากค่ารักษายาพยาบาล และสร้างความมั่นใจว่าได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ

จากการประชุมของคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการในครั้งนี้ ได้นำไปสู่หนังสือเวียนของกรมบัญชีกลางที่สำคัญ ได้แก่ การยกเลิกการเบิกจ่ายกลุ่มยาบรรเทาอาการข้อเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า (กลูโคซามีน คอนดรอยตินซัลเฟต และไดอะเซอเรน) ทุกรูปแบบ และกลุ่มยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม (ไฮยาลูโรแนนและอนุพันธ์)(หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่

กค 0422.2 /ว 127 24 ธันวาคม 2553) ต่อมาราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์และสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ได้ขอให้กระทรวงการคลังพิจารณาทบทวน เนื่องจากมีผู้ป่วยบางกลุ่มจำเป็นต้องใช้ยากลุ่มดังกล่าว โดยกระทรวงการคลังเห็นสมควรผ่อนคลายเป็นให้ผู้มีสิทธิสามารถเบิกจ่ายยากลุ่มนี้ได้ โดยมีเงื่อนไข ดังนี้ ค่ายาที่เบิกได้นั้นต้องเป็นการสั่งจ่ายตามแนวทางกำกับการใช้ยากลุ่มโรคไขข้ออักเสบของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ห้ามสถานพยาบาลเบิกจ่ายดังกล่าวในระบบเบิกจ่ายตรงกับกรมบัญชีกลาง โดยให้สถานพยาบาลออกใบเสร็จรับเงินค่ายาดังกล่าวเพื่อให้ผู้มีสิทธินำไปยื่นขอเบิกจากส่วนราชการต้นสังกัดคืนภายหลัง(หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2 / ว 62 28 มิถุนายน 2554)

เนื่องจากการใช้ยาที่มีราคาแพงและไม่สมเหตุผลสมผลทางการแพทย์ โดยยาที่มีการเบิกจ่ายอย่างมากจำนวน 9 ชนิดดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้กรมบัญชีกลางออกหนังสือเวียนเรื่องการระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่ายในปี พ.ศ.2555(หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2 / ว 111 24 กันยายน 2555)กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้คณะกรรมการแพทย์ที่ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการแต่งตั้งเป็นผู้วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองการเบิกจ่าย เว้นแต่การเบิกในระบบเบิกจ่ายตรงและอยู่ในบัญชียาของสถานพยาบาล ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองแทนคณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาล ทั้งนี้ การเบิกจ่ายข้างต้น ให้เบิกได้แต่เฉพาะรายการยาที่มีการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา(อย.) เพื่อจำหน่ายในประเทศ การใช้ยาต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่อย.กำหนด และต้องระบุเหตุผลที่ไม่สามารถชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ โดยเหตุผลของการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนี้

1. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือแพ้ยาที่สามารถใช้ได้กับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
2. ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายแม้ว่าได้ชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติครบตามมาตรฐานการรักษาแล้ว
3. ไม่มีกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการชื้อยาตามข้อบ่งชี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
4. ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามชื้อยาในบัญชีอย่างสมบูรณ์ หรือมีข้อห้ามการชื้อยาในบัญชีร่วมกับยาอื่น ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องชื้ออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้
5. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)
6. ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (เบิกไม่ได้)

หนังสือเวียนดังกล่าว ทำให้การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติทุกครั้งต้องระบุเหตุผลการใช้ยา นอกเหนือไปจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทำให้แพทย์มีงานเอกสารเพิ่มมากขึ้น โดยทั่วไปมักระบุเหตุผลของการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในระบบจ่ายยาในคอมพิวเตอร์ได้เลย แพทย์ต้องมาลง

ลายมือชื่อในหนังสือรับรองการใช้ยาอีกครั้งภายหลังที่แผนกการเงินของโรงพยาบาลได้ทำใบเสร็จประกอบการเบิกจ่ายเพื่อใช้สำหรับเบิกเงินจากกรมบัญชีกลาง โรงพยาบาลบางแห่งแพทย์อาจต้องลงเหตุผลการใช้ยาในเวชระเบียนของคนไข้ด้วยเพื่อสำหรับการตรวจสอบความครบถ้วนของเวชระเบียนเพื่อป้องกันการเรียกเงินคืนโดยกรมบัญชีกลางในภายหลัง

ต่อมาคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้ประชุมครั้งที่ 3/2555 มีผลการประชุมสรุปได้ดังนี้

จากการวิเคราะห์มูลค่าการสั่งใช้ยาของสถานพยาบาล 31 แห่งในช่วง 10 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2553 พบว่า มีมูลค่าการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติรวมกันประมาณ 10,000 ล้านบาท จากมูลค่ายาทั้งหมดประมาณ 15,000 ล้านบาท และเป็นมูลค่าการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติกลุ่มเป้าหมาย 9 กลุ่มเกินกว่าครึ่งหนึ่ง และข้อมูลการเบิกค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2554 พบว่าสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย 34 แห่ง มีการเบิกค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกรวมกันประมาณ 28,000 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 63 ของค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมด (54,000 ล้านบาท) และเมื่อพิจารณาข้อมูลการเบิกจ่ายยา (ประมาณ 23,000 ล้านบาท) พบว่ายา 9 กลุ่ม มีประมาณ 300 รายการ สัดส่วนมูลค่ารวมประมาณร้อยละ 50.4 ขณะที่ยาที่อยู่นอก 9 กลุ่ม มีประมาณ 3,000 รายการ สัดส่วนมูลค่าประมาณร้อยละ 49.6 โดยมีสัดส่วนมูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติรวมกันประมาณร้อยละ 65.8 หรือประมาณ 10,000 ล้านบาท จากข้อมูลการใช้ยาดังกล่าว พบว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติส่วนใหญ่เป็นยาของบริษัทยาต้นแบบที่มีราคาแพง คือ เป็นยาที่มีผู้ผลิตรายเดียว ทำให้ผู้ซื้อ/ผู้จ่ายไม่มีอำนาจต่อรองราคา ในขณะที่ยาที่มีผู้ผลิตหลายราย เช่น ยาบางรายการถ้าเป็นยาต้นแบบราคา 50 บาท ถ้าเป็นยาชื่อสามัญมีราคาเพียง 5-10 บาท ซึ่งผู้ซื้อสามารถต่อรองราคาได้ ทำให้สามารถเลือกซื้อยาที่มีคุณภาพที่สุดในราคาถูกที่สุดได้ จึงนำไปสู่ข้อเสนอมาตรการกำกับควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ดังนี้

1. การสนับสนุนให้มีการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญ (Generic drug) เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างประหยัด มีคุณภาพ ปลอดภัย และคุ้มค่า ทั้งนี้ต้องมีกลไกสนับสนุนที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในคุณภาพของยาชื่อสามัญ รวมทั้งต้องมีระบบข้อมูลและกลไกที่สามารถติดตามประเมิน กำกับ ตรวจสอบ เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. การพัฒนารูปแบบการจ่ายแบบตกลงราคาล่วงหน้า (Prospective payment) ที่สร้างความมั่นใจได้ว่าเป็นการจ่ายที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการและยาที่จำเป็น และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยามีทั้งในด้านควบคุมปริมาณการใช้และอัตราเบิกจ่ายค่ายา โดยมีมาตรการดังนี้ คือ การประกาศรายการยาที่ห้ามเบิก (Exclusive or negative list) การประกาศรายการยาที่ต้องขออนุมัติก่อนใช้ (Prior authorization)

4. การกำหนดอัตราค่าบริการเบิกจ่าย (Reimbursed price) ที่ลดแรงจูงใจในการสั่งใช้ยาราคาแพง เช่น กำหนดให้เบิกค่าบริการจ่ายยา เช่น 10 บาทต่อรายการยา โดยยาราคาต้นทุน 10 บาท ให้เบิก 20 บาท ยาราคาต้นทุน 100 บาทให้เบิก 110 บาทแทน การให้ผลกำไรเพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนตามราคาต้นทุน (Mark up) และอาจกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายาให้กำไรจากการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาชื่อสามัญสูงกว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและยาต้นแบบ

5. กลไกเสริม คือ ระบบร่วมจ่าย (Co-payment) เป็นกลไกที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการพิจารณาว่าจะใช้ยาตามสิทธิโดยไม่ต้องร่วมจ่าย หรือจะร่วมจ่ายส่วนที่เกินสิทธิ การให้ผู้มีสิทธิมีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลจะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ระดับหนึ่ง และทำให้ผู้มีสิทธิมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตัวเองด้วย

ซึ่งข้อสรุปที่ได้จากการประชุมในครั้งนี้นำไปสู่หนังสือเวียนของกรมบัญชีกลาง(หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2 /ว 356 1 ธันวาคม 2556) ที่กำหนดอัตราค่าบริการเบิกจ่ายค่ายาสำหรับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ดังนี้

1. ยาชื่อสามัญ(Generic name) ให้กำหนดอัตราเบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์การกำหนดราคายา
2. ยาต้นแบบ(Original) ให้กำหนดอัตราเบิกจ่ายตามราคากลางที่คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติกำหนด ทั้งนี้ หากสถานพยาบาลสามารถจัดซื้อยาได้ในราคาที่ต่ำกว่าราคากลางดังกล่าว สถานพยาบาลสามารถเบิกจ่ายโดยคิดกำไรส่วนเพิ่ม(Mark up) ได้ไม่เกินร้อยละ 3 ของราคาที่จัดซื้อได้ แต่ไม่เกินกว่าราคากลางที่คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติกำหนด โดยมีหลักเกณฑ์การกำหนดราคายาชื่อสามัญ(Generic name) ดังตาราง 4.7

ตารางที่ 4. 7 แสดงอัตราเบิกจ่ายยาตามราคากลางของกรมบัญชีกลาง

ราคาต้นทุนต่อหน่วย(บาท)	ราคาที่ให้เบิก
0.01-0.2	0.5
0.21-0.5	1.00
0.51-1	1.5
1.01-10	200%
10.01-100	175%
100.01-1,000	150%
1,000.01-5,000	125%
5,000.01	110%

โดยหนังสือเวียนฉบับนี้ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2557 เป็นต้นไป จากหนังสือเวียนกรมบัญชีกลางฉบับนี้จะส่งเสริมให้โรงพยาบาลของรัฐใช้ยาชื่อสามัญมากขึ้น เนื่องจากสามารถเบิกจ่ายคืนจากกรมบัญชีกลางได้มากขึ้น โดยเฉพาะยาที่มีราคาถูกยิ่งมีผลต่างของราคาที่ทำให้เบิกและราคาต้นทุนสูงมากขึ้นเท่านั้น เช่น ต้นทุน 0.21 บาท สามารถเบิกได้ 1.00 บาท คิดเป็นกำไรประมาณร้อยละ 400 ต้นทุน 0.51 บาท สามารถเบิกได้ 1.5 บาท คิดเป็นกำไรประมาณร้อยละ 200 เป็นต้น และยาชื่อสามัญมักมีราคาไม่สูงนัก ดังนั้นถ้าโรงพยาบาลใช้ยาชื่อสามัญจะสามารถทำกำไรได้มากขึ้น ในขณะที่ยาต้นแบบสามารถบวกกำไรได้เพียงร้อยละ 3 ซึ่งเป็นกำไรที่น้อยมากเมื่อเทียบกับยาชื่อสามัญ ดังนั้นวัตถุประสงค์ของหนังสือเวียนกรมบัญชีกลางฉบับนี้บังคับให้โรงพยาบาลใช้ยาชื่อสามัญแทนยาต้นแบบเพื่อกำไรจากค่ายาที่มากขึ้นนั่นเอง

แต่เนื่องจากชมรมพิทักษ์สิทธิข้าราชการ ได้ฟ้องกรมบัญชีกลางต่อศาลปกครองเกี่ยวกับหนังสือเวียนกรมบัญชีกลางฉบับนี้ว่าเป็นการลิดรอนสิทธิของข้าราชการและศาลปกครองได้มีคำสั่งคุ้มครองชั่วคราว ทำให้หนังสือเวียนกรมบัญชีกลางฉบับนี้ยังไม่ได้นำไปใช้แต่ประการใด โดยคำฟ้องข้าราชการบางส่วนอ้างว่า มาตรการควบคุมการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเป็นการลิดรอนสวัสดิการของข้าราชการนั้น อธิบดีกรมบัญชีกลางในขณะนั้น (นายมนัส แจ่มเวหา) ได้มีหนังสือยื่นคำให้การแก้คำฟ้องต่อศาลปกครองกลาง ดังนี้ สวัสดิการรักษายาพยาบาลเป็นสิทธิประโยชน์ประเภทหนึ่งซึ่งทางราชการจัดให้แก่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ รวมไปถึงสิทธิบุคคลดังกล่าวเบิกจ่ายรักษายาพยาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวในรูปแบบเงินสวัสดิการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระของผู้มีสิทธิในยามเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล นอกเหนือจากเงินเดือน ค่าจ้าง เงินเบี้ยหวัด/บำนาญ ตามฐานงบประมาณแผ่นดินที่ได้รับจากภาษีของประชาชน โดยเงื่อนไขสำคัญในการกำหนดสวัสดิการดังกล่าว จะต้องคำนึงถึงภาระงบประมาณที่จะต้องสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศ รวมทั้งสถานะการเงินการคลังแต่ละยุคสมัย นอกจากนี้ การจัดสวัสดิการเป็นเพียงการแบ่งเบาภาระของผู้มีสิทธิเท่านั้น ไม่ได้หมายความว่าต้องได้รับการช่วยเหลือเต็มตามจำนวนที่ได้มีการจ่ายไปจริง

มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมีที่มาจากมติคณะรัฐมนตรี จนนำไปสู่หนังสือเวียนกรมบัญชีกลางในการควบคุมยาราคาแพง 9 ชนิดพร้อมกับระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำให้การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายรักษายาพยาบาลลดลงภายหลังปี 2553 และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายมิให้เกินงบประมาณที่ได้รับ 60,000 ล้านบาทต่อปีได้ในที่สุด

บทที่ 5

ผลสำรวจทัศนคติของแพทย์ต่อสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ด้วยระบบเบิกจ่ายตรง

5.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเพื่อสัมภาษณ์ความคิดเห็นของแพทย์ผู้ให้บริการทางการแพทย์จำนวน 32 ชุด เพื่อสำรวจทัศนคติของแพทย์ซึ่งได้ผลดังนี้

1. ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 32 ชุด

ผู้ชาย จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 59.38

ผู้หญิง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 40.62

2. อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 5. 1 แสดงร้อยละของอายุผู้ตอบแบบสอบถาม

ช่วงอายุ(ปี)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 30	1	3.23
30-39	13	41.94
40-49	9	29.03
50-59	7	22.58
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	1	3.23

3. ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะแพทย์รักษาผู้ป่วยของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 5. 2 แสดงร้อยละของระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะแพทย์รักษาผู้ป่วยของผู้ตอบแบบสอบถาม

ช่วงระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่(ปี)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 10	9	30
10-19	11	36.67
20-29	6	20
30-39	3	10
ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	1	3.33

4. สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม

สถานภาพโสด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 34.38

สถานภาพสมรส จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 65.62

5. ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขา

แพทย์ออร์โธปิดิกส์ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5

จิตแพทย์ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.13

แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.13

กุมารแพทย์ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.75

ศัลยแพทย์ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 25

อายุรแพทย์ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25

จักษุแพทย์ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25

6. รายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 5. 3 แสดงร้อยละของรายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ตอบแบบสอบถาม

รายได้(บาท)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 50,000	3	9.68
50,000-100,000	16	51.62
100,001-200,000	8	25.81
200,001-300,000	4	12.90

5.2 ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบและทัศนคติต่อระบบเบิกจ่ายตรงของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. การควบคุมการใช้ยาที่มีราคาแพงของกรมบัญชีกลางมีผลต่อการรักษาคนไข้ของท่านหรือไม่
แพทย์ที่ตอบว่า ไม่มีผลต่อการรักษาจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.75

แพทย์ที่ตอบว่า มีผลต่อการรักษาจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 81.25 สามารถจำแนกผลได้
ดังต่อไปนี้

1. การเข้าถึงยาได้ยากขึ้นกว่าเดิม การใช้ยา first line drug แล้วไม่ได้ผลหรือมีผลข้างเคียง
ทำให้ต้องเปลี่ยนไปใช้ยากลุ่ม second line drug ซึ่งการเปลี่ยนยาทำได้ยาก แพทย์ให้ข้อมูลประเด็น
นี้ 14 คนคิดเป็นร้อยละ 53.85 ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ให้ข้อมูลการใช้ยารักษาผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน ยาที่ปลอดภัยสำหรับ
ผู้ป่วยที่โรคประจำตัวหลายโรคถูกจำกัดการใช้ เช่น การเลือกใช้ยา NSAIDs(ยาต่อต้านการอักเสบของ
กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ) จำเป็นต้องใช้ยา conventional NSAIDs(ยาต่อต้านการอักเสบแบบดั้งเดิม

มีผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ ทำให้เกิดอาการปวดท้อง เมื่อใช้ยาเป็นเวลานานในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม อาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารได้) ให้ผู้ป่วยก่อน ถึงแม้จะมีผลข้างเคียงจากยามากกว่า การจำกัดการใช้ยาในกลุ่ม glucosamines หรือยาบรรเทาอาการข้อเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า และยากกลุ่ม DMARDs (ยามาตรฐานที่มีคุณสมบัติปรับเปลี่ยนการดำเนินโรคประเภทหนึ่งที่มีผลข้างเคียงภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารน้อยกว่ายาต้านการอักเสบ สำหรับรักษาคนไข้ข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคกระดูกสันหลังอักเสบติดยึดและโรคสะเก็ดเงิน เป็นต้น)

อายุรแพทย์โรคประสาท ให้ข้อมูลยากันชักบางชนิด เช่น carbamazepine ถ้าไม่ใช่ tegretol ตัวยาต้นแบบ ผู้ป่วยมักจะมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น ภาวะโลหิตจาง ผื่นแพ้ยาอย่างรุนแรง วิงเวียนศีรษะ สับสน เป็นต้นและมักจะมาขอเปลี่ยนยาเสมอ

จิตแพทย์ ให้ข้อมูลเฉพาะบางรายที่ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติไม่ได้ผล มีผลข้างเคียง เช่น methylphenidate ซึ่งเป็นยารักษาโรคสมาธิสั้น (attention deficit disorder ; ADD) และโรคสมาธิสั้นอยู่ไม่นิ่ง (attention deficit hyperactivity disorder ; ADHD) มีผลข้างเคียงสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ใช้ยาเป็นระยะเวลาชานควรติดตามการเจริญเติบโตเป็นพิเศษเนื่องจากยาอาจยับยั้งการเจริญเติบโตและทำให้น้ำหนักลดลง ถ้าต้องการเปลี่ยนไปใช้ยากกลุ่ม atomoxetine ซึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไปในวัยรุ่นและผู้ใหญ่จะใช้ไม่ได้ จำเป็นต้องใช้ยาอื่นที่ไม่ได้รักษาโดยตรงแต่ลดอาการบางอย่างมาทดแทน

ศัลยแพทย์ ให้ข้อมูลยา PPI (proton pump inhibitor ยาเคลือบกระเพาะอาหาร) ถ้าคนไข้รับยาทางสายยางให้อาหาร NG tube จะไม่สามารถให้ยา omeprazole ที่เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้เพราะยาจะเสื่อมสภาพ ทำให้ต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพง เช่น esomeprazole (nexium) หรือ lansoprazole (prevacid) เนื่องจาก omeprazole เป็นยาที่ไม่คงตัวและถูกทำลายเมื่อสัมผัสกับกรดในกระเพาะอาหาร

จักษุแพทย์ ให้ข้อมูลยา verteporfin เป็นยาสำหรับรักษาโรคศูนย์กลางจอตาเสื่อมเนื่องจากอายุที่มากขึ้น ในผู้ป่วยบางรายเป็น off label use และไม่มียาอื่นแทน ทำให้ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยได้นอกจากนี้บางโรคของจอประสาทตาจะตอบสนองต่อยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

(เดิมยา verteporfin เป็นยาในบัญชี จ(2) ต่อมาในปีงบประมาณ 2556 ได้ตัดยาออกจากบัญชีแล้ว โดยที่ยาในบัญชี จ(2) หมายถึง รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ ซึ่งมีการจัดกลไกกลางเป็นพิเศษในการกำกับดูแลการเข้าถึงยา ภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งดูแลโดย กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และสปลช. โดยแนวทางกำกับการใช้ยา Verteporfin ข้อบ่งใช้จุดภาพชัด จอประสาทตาเสื่อมเหตุสูงวัยแบบเปียกที่มีเส้นเลือดงอกใหม่ได้รอยบวมจอตา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแบบคลาสสิก ต้องขออนุมัติการใช้ยา Verteporfin จากหน่วยงานสิทธิประโยชน์ก่อนการรักษา ก่อนการใช้ยาทุกครั้ง โดยขออนุมัติได้ไม่

เกิน 4 ครั้งต่อตา 1 ชั่วโมง โดยมีการลงทะเบียนทั้งแพทย์และผู้ป่วยก่อนทำการรักษา และสถานพยาบาลเป็นระบบตติยภูมิขึ้นไป ซึ่งมีความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการรักษา ตลอดจนสามารถทำรังสีวินิจฉัยและถ่ายภาพจอประสาทตาได้ กรณีเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้างต้น ให้สถานพยาบาลแจ้งความประสงค์ต่อหน่วยงานกำกับดูแลการใช้ยาบัญชี จ(2) เพื่อขออนุมัติและลงทะเบียนสถานพยาบาลแต่ละแห่งเป็นกรณีๆไป)

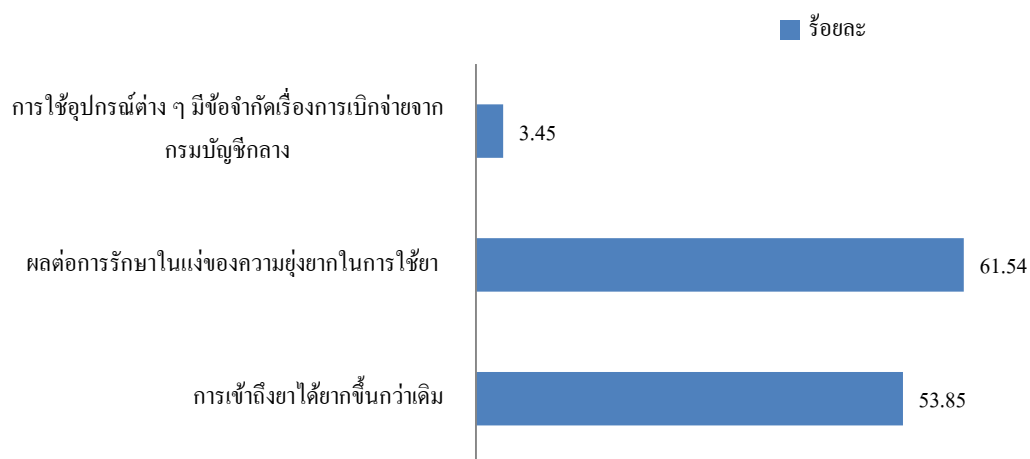
กุมารแพทย์ ให้ข้อมูลยาที่จำเป็นไม่ได้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ ยาบางชนิด เช่น paracetamol syrup (120 mg/5 ml) เท่านั้นที่เป็นยาในบัญชี แต่รสชาติไม่ดี (เป็นยาที่ผลิตโดยองค์กรเภสัชกรรม) ถ้าใช้ paracetamol 250 mg/5 ml ซึ่งจะประหยัดกว่าและรสชาติดีกว่าแต่เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

2. ผลต่อการรักษาในแง่ของความยุ่งยากในการใช้ยา แพทย์ให้ข้อมูลประเด็นนี้ 16 คนคิดเป็นร้อยละ 61.54 เช่น ต้องลงทะเบียนประกอบการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ต้องเซ็นใบยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อประกอบการเบิกจ่ายเงินกับกรมบัญชีกลาง ซึ่งเพิ่มภาระและระยะเวลาในการรักษา ยาบางชนิดต้องเขียนข้อบ่งชี้ในเวชระเบียนผู้ป่วยก่อนการใช้อาจก่อให้เกิดความล่าช้าโดยที่ไม่ได้ทำให้คุณภาพการรักษาดีขึ้น ยกตัวอย่าง การใช้ยารักษาโรคกระดูกพรุน (severe osteoporosis) ข้อบ่งชี้ในการใช้ยามีหลายข้อทำให้เสียเวลาในการพิจารณา รวมถึงการใช้ยารักษาโรคข้อเข่าเสื่อมและยาในกลุ่ม glucosamine sulfate ต้องมีเหตุผลประกอบการใช้ยาดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งเพิ่มความยุ่งยากต่อการพิจารณาโดยเฉพาะแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกเพราะมีผู้ป่วยจำนวนมาก นอกจากนี้ขั้นตอนของการใช้ยาที่มากขึ้น ทำให้การควบคุมอาการของโรคได้ยากขึ้นจนบางครั้งผู้ป่วยต้องมีภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติก่อน จึงใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติได้ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อทั้งตัวผู้ป่วยเอง และแพทย์ผู้รักษาอาจมีความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องได้ ทั้งมาตรฐานในการใช้ยาในแต่ละโรงพยาบาลยังไม่เหมือนกันเนื่องจากเป็นดุลพินิจของแพทย์แต่ละคน ทำให้บางครั้งเกิดการเปรียบเทียบระหว่างการใช้ยาของแพทย์แต่ละโรงพยาบาลเนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลมียาที่มีสูตรโครงสร้างทางเคมีเดียวกันแต่แตกต่างกันทั้งยาต้นแบบและยาชื่อสามัญ

3. การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด การฉายแสงเพื่อรักษาโรคมะเร็งมีข้อจำกัดเรื่องการเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลาง แพทย์ให้ข้อมูลประเด็นนี้ 1 คนคิดเป็นร้อยละ 3.45 เนื่องจากข้อบ่งชี้การใช้ยาและเวชภัณฑ์รวมทั้งเทคนิคการรักษาพยาบาลแบบใหม่ยังไม่ออกเป็นประกาศของกรมบัญชีกลางให้แพทย์สามารถนำไปใช้ได้ ความคิดเห็นเหล่านี้แสดงในรูปที่

รูปที่ 5. 1 แสดงทัศนคติของแพทย์ต่อการควบคุมการใช้จ่ายที่มีราคาแพงของกรมบัญชีกลางว่ามีผลอย่างไร

ผลต่อการรักษาคนไข้เมื่อกรมบัญชีกลางควบคุมการใช้จ่ายที่มีราคาแพง



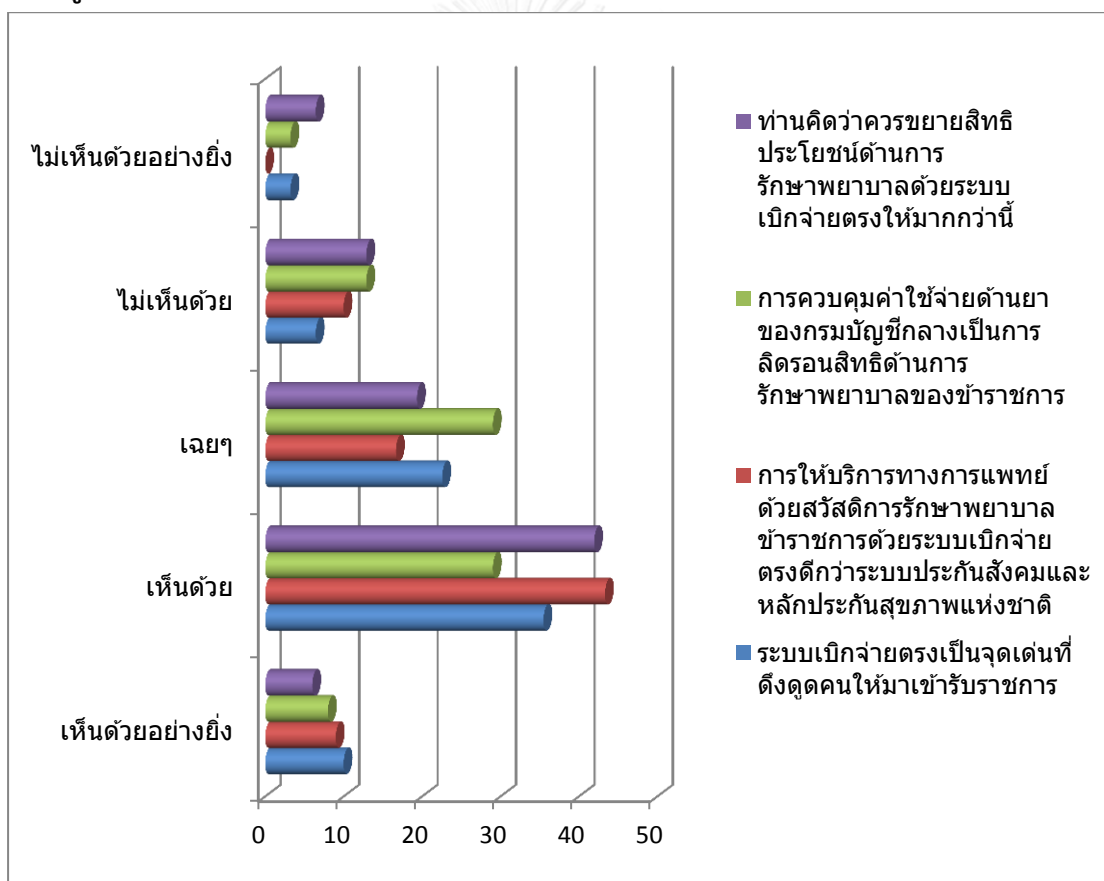
2. ทัศนคติเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรงของแพทย์

ตารางที่ 5. 4 แสดงร้อยละของทัศนคติเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรงของแพทย์

ทัศนคติเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	เฉยๆ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)
1.ระบบเบิกจ่ายตรงเป็นจุดเด่นที่ดึงดูดคนให้มาเข้ารับราชการ	10(32.26)	11(35.48)	7(22.58)	2(6.45)	1(3.23)
2.การให้บริการทางการแพทย์ด้วยสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรงดีกว่าระบบประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	9(30)	13(43.33)	5(16.67)	3(10)	0(0)
3.การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของกรมบัญชีกลางเป็นการลิดรอนสิทธิด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	8(25.81)	9(29.03)	9(29.03)	4(12.9)	1(3.22)

ทัศนคติเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	เฉยๆ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)
4.ท่านคิดว่าควรขยายสิทธิประโยชน์ ด้านการรักษาพยาบาลด้วยระบบ เบิกจ่ายตรงให้มากกว่านี้	6(19.35)	13(41.94)	6(19.35)	4 (12.9)	2(6.45)

รูปที่ 5. 2 แสดงทัศนคติเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรงสิทธิสวัสดิการรักษายาของแพทย์



จากรูปที่ 5.2 จะเห็นได้ว่าแพทย์ส่วนมากถึงร้อยละ 67.74 เห็นด้วยว่าระบบเบิกจ่ายตรงเป็นจุดเด่นที่ดึงดูดคนให้มาเข้ารับราชการ ในแง่ที่เป็นสวัสดิการรักษายาของข้าราชการให้ข้าราชการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐที่ได้ลงทะเบียนไว้โดยมิต้องสำรองจ่ายค่ารักษายาพยาบาลไปก่อนแล้วเบิกหน่วยงานต้นสังกัดคืนทีหลัง มีเพียงร้อยละ 9.68 เท่านั้นที่ไม่เห็นด้วย

แพทย์ร้อยละ 73.33 เห็นด้วยว่าการให้บริการทางการแพทย์ด้วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรงดีกว่าระบบประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และร้อยละ 10 ที่ไม่เห็นด้วยในประเด็นนี้

แพทย์ร้อยละ 54.84 ที่เห็นด้วยว่าการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของกรมบัญชีกลาง เช่น การจำกัดการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพงจากเดิมที่ไม่ได้มีข้อกำหนดการเบิกจ่ายยา แต่เป็นดุลพินิจของแพทย์เป็นการลดรอนสิทธิด้านการรักษายาบาลของข้าราชการ ในขณะที่แพทย์ร้อยละ 16.12 ไม่เห็นด้วย

และแพทย์ร้อยละ 61.29 เห็นว่าควรขยายสิทธิประโยชน์ด้านการรักษายาบาลด้วยระบบเบิกจ่ายตรงให้มากกว่านี้ เช่น เพิ่มเงื่อนไขการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน ในขณะที่แพทย์ร้อยละ 19.35 ไม่เห็นด้วยกับแนวคิดดังกล่าว

5.3 ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของระบบเบิกจ่ายตรงต่อแพทย์/โรงพยาบาล

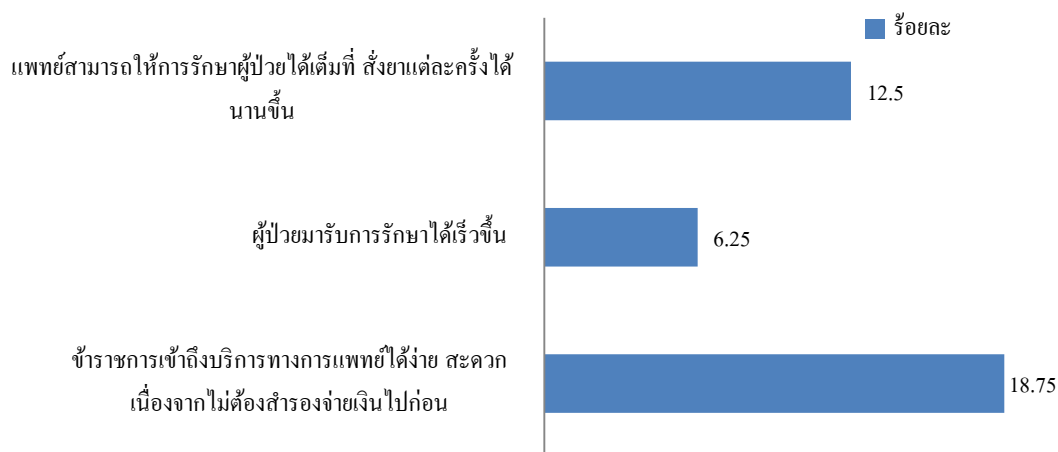
1. ระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาลส่งผลต่อการทำงานในฐานะแพทย์ของท่านและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลอย่างไร

ข้อดี 1. ทำให้ข้าราชการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่าย สะดวก เนื่องจากไม่ต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อน แพทย์ให้ความเห็นนี้ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.75 โดยแพทย์ไม่ต้องนัดผู้ป่วยมาตรวจถี่ทำให้ภาระงานของแพทย์ลดลง

2. ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาได้เร็วขึ้น แพทย์ให้ความเห็นนี้ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 จากเดิมที่รอให้มีอาการของโรคมามากเสียก่อนค่อยไปโรงพยาบาลเนื่องจากต้องใช้จ่ายเงินในการรักษาในแต่ละครั้ง และการเบิกเงินจากต้นสังกัดใช้เวลานาน

3. ทำให้แพทย์สามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้เต็มที่ สัปดาห์แต่ละครั้งได้นานขึ้น แพทย์ให้ความเห็นนี้ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 เนื่องจากไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลสามารถเบิกจ่ายกรมบัญชีกลางได้เป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้บางประเภทต้องเขียนเอกสารระบุเหตุผลการใช้ยาให้ครบถ้วนถึงสามารถเบิกได้ และแพทย์อาจต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลด้วย เนื่องจากมีการนำ DRG มาใช้สำหรับผู้ป่วยในและมีมาตรการการควบคุมการใช้ยาบางประเภทของกรมบัญชีกลาง ข้อดีของระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาลแสดงในรูปที่ 5.3

รูปที่ 5. 3 แสดงความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับข้อดีของระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล



ข้อเสีย 1. แพทย์ต้องทำงานมากขึ้น แพทย์ให้ความเห็นนี้ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.75 เนื่องจากระบบเบิกจ่ายตรงทำให้มีผู้ป่วยในสิทธิดังกล่าวเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นจำนวนมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้แพทย์มีภาระงานเพิ่มขึ้นบุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนไม่เพียงพอต่อคนไข้ต้องปฏิบัติหน้าที่ขึ้นเวรเพิ่มมากขึ้น

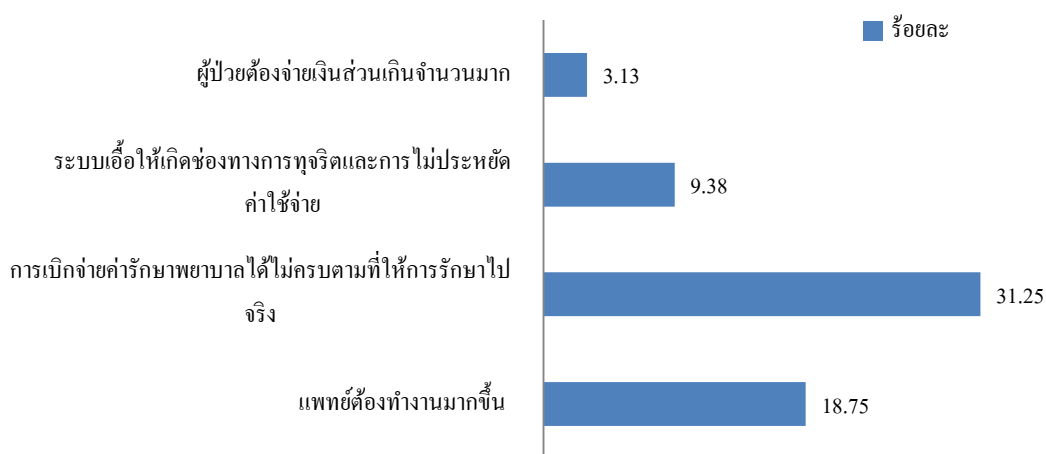
2. การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ไม่ครบตามที่ให้การรักษไปจริง แพทย์ให้ความเห็นประเด็นนี้ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 31.25 การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน กรมบัญชีกลางนำระบบ DRG มาใช้ทำให้แพทย์ทำงานเอกสารเพิ่มขึ้น เสียเวลาในการกรอกรายละเอียดต่าง ๆ เพิ่มขึ้นแต่บางครั้งข้อมูลที่บันทึกหรือการลงรายละเอียดเกี่ยวกับวินิจฉัยและการใช้ยาไม่ครบถ้วน ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถเบิกได้เต็มจำนวนที่ให้การรักษาแก่ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางประเภทเมื่อเกิดเจ็บป่วยจนต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งอาศัยการคิดคำนวณค่าใช้จ่ายตาม DRG ทำให้มักเกิดการขาดทุนของโรงพยาบาลจากผู้ป่วยในโดยเฉพาะผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม และเป็นภาระงานเพิ่มขึ้นในการดูแลของแพทย์ พยาบาลในบางครั้งถ้าแพทย์ลงข้อมูลไม่ครบถ้วนอาจเสี่ยงต่อการถูกกรมบัญชีกลางเรียกเงินจากโรงพยาบาลคืน

3. ระบบเอื้อให้เกิดช่องทางการทุจริตและการไม่ประหยัดค่าใช้จ่าย แพทย์ให้ความเห็นจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 9.38 เพราะระบบเบิกจ่ายตรงทำให้เกิดความสะดวกสบายเพิ่มขึ้นในการสั่งจ่ายยาอาจทำให้ละเลยไม่ตรวจสอบจำนวนเงินค่ายา เป็นช่องทางให้ทุจริตได้ง่าย เช่น การเวียนเทียนรับยาของผู้ป่วย (เนื่องจากผู้มีสิทธิสามารถลงทะเบียนที่โรงพยาบาลรัฐได้หลายที่จึงสามารถไปรับยาได้หลายแห่ง โดยที่ปัจจุบันนี้ยังไม่มีระบบตรวจสอบการรับยาของผู้ป่วยข้ามโรงพยาบาลได้) การสั่งจ่ายยาที่ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ (บางกรณีเป็นการยากที่จะบอกว่าเป็นการสั่งยาที่

ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้เนื่องจากเป็นดุลพินิจของแพทย์ และเป็นศิลป์ในการรักษาโรค) ทำให้เกิดการเรียกเงินคืนของโรงพยาบาลโดยที่โรงพยาบาลไม่สามารถไปเรียกเงินคืนจากคนไข้ได้ทำให้โรงพยาบาลขาดทุน มีการแทรกแซงระบบเบิกจ่ายตรงจากทั้งคนไข้และแพทย์ เช่น คนไข้พยายามเกินความจำเป็นทั้ง ๆ ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคนั้นหรืออ้างว่าขอยาไปให้คนอื่นเนื่องจากไม่ต้องจ่ายเงินเอง แพทย์ก็จ่ายยาให้ตามใจคนไข้ เนื่องจากสามารถไปเบิกคืนจากกรมบัญชีกลางในภายหลัง (ข้อมูลจากอาจารย์แพทย์ โรงพยาบาลรามาริบัติ) ในบางกรณีโรงพยาบาลรัฐจ่ายยาที่มีแพ่งเพราะแพทย์มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้แทนบริษัทยา (ข้อมูลจากอาจารย์แพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ)

4. ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินส่วนเกินจำนวนมาก มีแพทย์เพียงคนเดียวคิดเป็นร้อยละ 3.13 ให้ข้อมูลประเด็นนี้ เนื่องจากบัญชียา เวชภัณฑ์และหัตถการบางอย่างยังไม่ครอบคลุมวิทยาการการรักษาสมัยใหม่ในปัจจุบัน เช่น การผ่าตัดด้วยกล้อง ผู้ป่วยบางรายจ่ายไม่ได้เพราะมีส่วนเกินมากที่ต้องชำระเงินเพิ่มเอง

รูปที่ 5. 4 แสดงความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับข้อเสียของระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล



2. ท่านคิดว่าสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรงควรมีการปรับปรุงหรือไม่อย่างไรบ้าง

ไม่ควรปรับปรุง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67

ควรมีการปรับปรุง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 ได้แก่

1. **ปรับปรุงระบบเบิกจ่ายเงิน** แพทย์ยกประเด็นนี้จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.71 โดยการเพิ่มความรวดเร็วในการเบิกจ่ายเพื่อมิให้กรมบัญชีกลางโอนเงินให้โรงพยาบาลโดยใช้เวลานานเกินไป ควรให้การเบิกจ่ายค่ารักษาแบบผู้ป่วยในสามารถเบิกจ่ายได้เต็มจำนวนตามความเหมาะสม เนื่องจากขณะนี้ข้าราชการที่มีสิทธิเบิกได้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลสามารถนำไป

เบิกคืนได้ตาม DRG เท่านั้น ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถเบิกคืนค่ารักษาพยาบาลบางรายการได้ครบเต็มจำนวน ยาที่มีความจำเป็นและสมเหตุสมผลควรเบิกได้ทั้งหมด แต่ยาที่ยังไม่จำเป็นเนื่องจากมียาอื่นที่สามารถใช้แทนได้ให้ผู้ป่วยชำระเงินไปก่อนแล้วเบิกคืนหน่วยงานต้นสังกัดภายหลัง นอกจากนี้ควรจำกัดกรอบของระยะเวลาการให้ยา เช่น ข้อบ่งชี้การให้ยาในกรณีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไม่ควรได้รับยาเกิน 2 เดือน เป็นต้น

2. **ควรมีการร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล** แพทย์ยกประเด็นให้ผู้มีสิทธิต้องร่วมจ่ายเงินจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 35.71 เนื่องจากข้าราชการบางคนไม่เห็นคุณค่าของยาและคิดว่าตัวเองเบิกได้จะเอายาปริมาณมากและต้องการแต่ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเนื่องจากมีราคาแพงและคิดว่ามีประสิทธิภาพสูง โดยเฉพาะยาที่ผลิตจากต่างประเทศ การร่วมจ่ายเงินในรายการยาที่มีราคาแพงและมีทางเลือกอื่นแต่ผู้ป่วยยืนยันที่จะใช้ยาคืนนั้น ๆ โดยยกตัวอย่างของการร่วมจ่าย เช่น การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่ารักษาด้วยในกรณีที่มีการเจ็บป่วยเป็นผลมาจากโรคเรื้อรัง การยกเว้นไม่ต้องการร่วมจ่ายเงินในกรณีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานานจากโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของตัวเอง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา (ประเด็นนี้ได้รับการพูดคุยกันมาก จากหลักฐานทางการแพทย์ในปัจจุบันนี้ ถึงแม้จะสามารถสรุปได้ว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปอด การดื่มสุราเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งตับ แต่ไม่ได้หมายความว่า ถ้าสูบบุหรี่แล้วจะเป็นโรคมะเร็งปอด ในกรณีกลับกันยังพบคนไข้ที่มีเคยสูบบุหรี่แต่ก็ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด นอกจากนี้โรคเหล่านี้เป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษานานและมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างแพง หากให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในโรคเหล่านี้ อาจเกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วยด้วย)

3. **เพิ่มสิทธิการรักษาพยาบาล** แพทย์จำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 3.57 ให้ความเห็นประเด็นนี้ เช่น ให้ข้าราชการที่มีสิทธิสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลเอกชนได้โดยเพิ่มเงื่อนไขบางประการเข้าไป เช่น มีการร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลด้วย เพื่อความสะดวกรวดเร็วของการรักษาพยาบาล

(กรมบัญชีกลางได้ขยายสิทธิให้ข้าราชการเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเอกชน ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2554 ให้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนได้ โดยไม่ต้องเข้ากรณีฉุกเฉินถึงชีวิตนั้น เมื่อมีการเสนอแก่พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาล ทางกรมบัญชีกลางจึงมีการเสนอให้ข้าราชการไปเข้าทำการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนได้ โดยสามารถใช้ระบบ DRGs จ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลเอกชน โดยหลักเกณฑ์การรองรับในการเข้าใช้สิทธิในโรงพยาบาลเอกชนนั้น ต้องเป็นกรณีที่เป็นโรคที่ต้องมีการนัดผ่าตัดล่วงหน้า (Elective Surgery) และรวมถึงการคลอดบุตรด้วย โดยโรงพยาบาลเบิกตรงกับกรมบัญชีกลาง ทั้งนี้ผู้มีสิทธิจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบส่วนเกินค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ค่าแพทย์ เป็นต้น ทั้งนี้สิทธิการ

เบิกกรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนในกรณีที่เกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินถึงขั้นเป็นอันตรายถึงชีวิต นั้นจะยังมีอยู่เช่นเดิมไม่ได้ถูกยกเลิกแต่อย่างใด)

4. **ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพ** แพทย์ยกประเด็นนี้จำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 7.14 เพื่อคนจะได้มีสุขภาพดีไม่ต้องเข้าโรงพยาบาล ควรมีการให้ผลประโยชน์กับข้าราชการที่ไม่เจ็บป่วยด้วย เนื่องจากข้าราชการเจ็บป่วยใช้เงินค่ารักษาพยาบาลส่วนน้อยอย่างมาก ข้าราชการที่แข็งแรงไม่ได้ผลประโยชน์อะไรเลย (เนื่องจากค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมาจากงบประมาณแผ่นดิน หากใช้เงินส่วนนี้น้อยก็สามารถนำเงินที่เหลือไปใช้สำหรับรายจ่ายภาครัฐในด้านอื่น ๆ ได้นอกจากนี้ความเจ็บป่วยถือเป็นความไม่สบายกาย ไม่สบายใจที่มีผลโดยตรงต่อเจ้าตัวอยู่แล้ว ไม่มีใครอยากเจ็บป่วยเพื่อตนเองจะได้ประโยชน์จากการรักษาพยาบาล อีกทั้งคนที่ไม่เจ็บป่วยก็ไม่ได้เสียประโยชน์อันใดเลย เพียงแต่ไม่ได้รับผลประโยชน์คืนในแง่ตัวเงินเท่านั้น)

5. **ประชาสัมพันธ์ข้าราชการให้ทราบสิทธิมากกว่านี้** แพทย์ให้ความเห็นนี้จำนวน 3 คนคิดเป็นร้อยละ 10.71 โดยกรมบัญชีกลางควรแสดงบทบาทโดยการประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการทราบสิทธิของตัวเองรวมทั้งทราบระเบียบ ข้อบังคับหรือข้อจำกัดบางประการที่กรมบัญชีกลางได้ออกเป็นหนังสือเวียนทราบมายังโรงพยาบาลให้ชัดเจน ไม่ควรให้แพทย์และโรงพยาบาลต้องมาเผชิญปัญหาบางประการกับผู้ป่วยเอง เช่น ยาที่เมื่อเคยเบิกได้แต่ปัจจุบันเบิกไม่ได้ หรือการรักษาบางอย่างที่ยังไม่ครอบคลุม เช่น การผ่าตัดส่องกล้อง เป็นต้น นอกจากนี้ควรปรับปรุงฐานข้อมูลของระบบเบิกจ่ายตรงให้คล้าย smart card ไม่ต้อง scan ลายนิ้วมือ สามารถเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐได้ทันที เนื่องจากปัจจุบันการ scan ลายนิ้วมือใช้เวลาประมาณ 3-4 สัปดาห์ถึงจะเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยไม่ต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อน

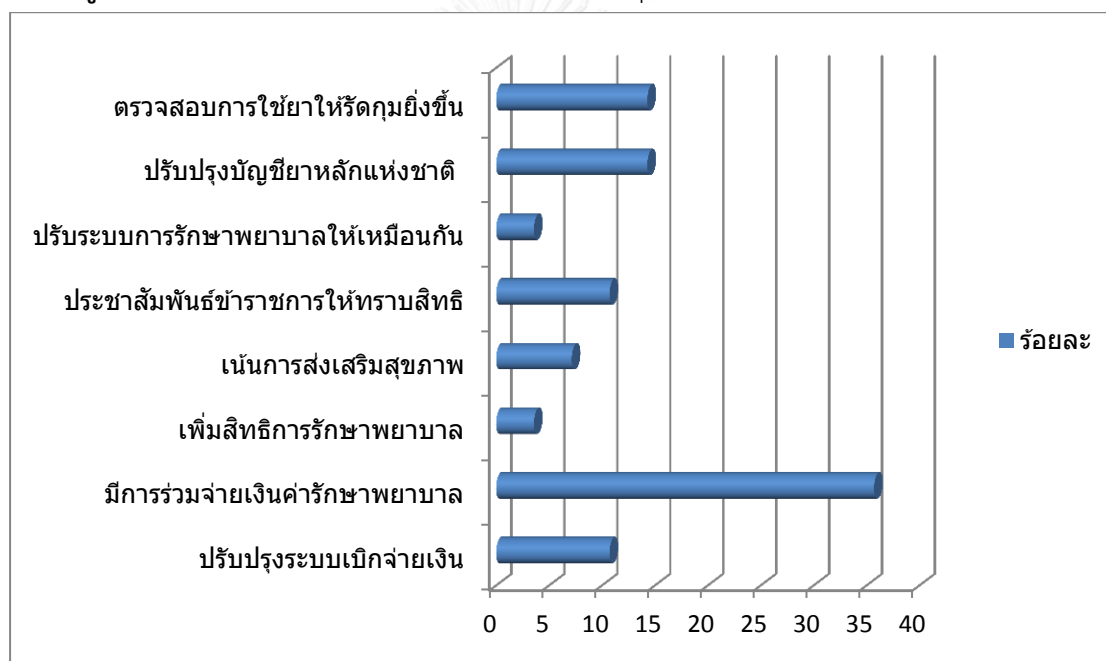
6. **ควรปรับให้ระบบการรักษาพยาบาลให้เหมือนกันทุกระบบทั้ง 30 บาทรักษาทุกโรค** ประกันสังคมและสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการเพื่อความยุติธรรม มีแพทย์ 1 คนคิดเป็นร้อยละ 3.57 ให้ความเห็นประเด็นนี้ เนื่องจากสวัสดิการของข้าราชการที่มากไปทำให้คนอยากเป็นข้าราชการด้วยเหตุนี้ (การปรับระบบการรักษาพยาบาลให้เป็นระบบเดียวกันทั้งประเทศได้รับการพูดคุยอย่างกว้างขวาง แต่เนื่องจากการรักษาพยาบาลทั้ง 3 ระบบ ยังมีความแตกต่างในด้านของที่มาของเงิน มีเฉพาะระบบประกันสังคมที่ผู้ประกันตนต้องหักเงินเข้ากองทุนประกันสังคมร้อยละ 5 ขณะที่อีก 2 ระบบได้รับงบประมาณจากภาครัฐ การรักษาพยาบาลข้าราชการถือเป็นสวัสดิการที่รัฐให้แก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวอันเนื่องมาจากการทำงานให้แก่รัฐบาล ขณะที่แนวคิดของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ การสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น เป็นบริการที่ได้มาตรฐานและประชาชนพึงพอใจ เป็นการจัดบริการที่คำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งจะเห็นว่าหลักคิดของเพียงแค่ 2 ระบบนี้ก็

มีความแตกต่างกันอยู่แล้ว หากปรับให้ระบบการรักษายาบาลเป็นระบบเดียวกันอาจจะมี ความเหลื่อมล้ำบางประการอยู่)

7. **ควรมีการปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ หัตถการและเวชภัณฑ์ให้ทันสมัยอยู่เสมอ** แพทย์ให้ความเห็นนี้ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 ยาบางชนิดที่มีข้อบ่งชี้แต่ยังไม่สามารถใช้ได้ โดยเฉพาะยาชนิดใหม่ ๆ ที่เพิ่งอนุมัติให้ใช้ได้จากอ.ย. แต่ยังเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติหรือให้ครอบคลุมการรักษาด้วยวิทยาการสมัยใหม่ เช่น ผ่าตัดส่องกล้อง หรือการใช้แสงเลเซอร์ช่วยผ่าตัด

8. **เพิ่มการตรวจสอบการใช้จ่ายให้รัดกุมยิ่งขึ้น** มีแพทย์ให้ความเห็นนี้จำนวน 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 14.29 โดยมีระบบที่รวดเร็วและเข้มข้นกว่านี้ มีการตัดเดือนแพทย์ผู้สั่งจ่ายยาโดยไม่มีข้อ บ่งชี้ มากกว่าการกำหนดข้อห้ามในการใช้จ่ายครอบคลุมแพทย์ทุกคน

รูปที่ 5. 5 แสดงความเห็นของแพทย์ต่อการปรับปรุงระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล



3. ท่านคิดว่าควรให้ข้าราชการร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับระบบเบิกจ่ายตรงค่า รักษาพยาบาลข้าราชการหรือไม่ พร้อมเสนอแนะเหตุผล

ไม่ควรร่วมจ่าย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 29.03 โดยมีเหตุผลดังนี้

1. **ข้าราชการมีเงินเดือนที่ได้รับจากรัฐบาลน้อยกว่าที่ทำงานเอกชนอยู่แล้ว** แพทย์ให้ ความเห็นนี้ 4 คนคิดเป็นร้อยละ 44.44 อีกทั้งข้าราชการชั้นผู้น้อยมีเงินเดือนต่ำอยู่แล้ว การร่วมจ่าย จะทำให้ข้าราชการชั้นผู้น้อยจำนวนมากได้รับความเดือดร้อน แต่ควรเน้นที่การปลูกจิตสำนึกที่ดีให้กับ ข้าราชการและแพทย์ผู้ตรวจรักษาให้ตระหนักถึงความคุ้มค่าของยามากกว่า

(จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนให้รายละเอียดของการปรับเงินเดือนในรอบ 10 ปีตั้งแต่ปี 2547-2554 โดยครั้งแรกในปี 2547 ซึ่งเป็นยุคสมัยของนายกรัฐมนตรีพ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร มีพระราชกฤษฎีกาการปรับเงินเดือนของข้าราชการ ซึ่งเป็นการปรับจากพระราชบัญญัติเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่ง เป็นการปรับเงินเดือนของข้าราชการเข้าสู่โครงสร้างบัญชีเงินเดือนใหม่จากของเดิมปี 2538 โดยปรับเพิ่มในอัตราร้อยละ 3 เท่ากันทุกอัตราสำหรับข้าราชการทุกประเภท ทำให้เงินเดือนต่ำสุดอยู่ที่ 4,230 บาท สูงสุดที่ 61,850 บาท และเงินเดือนนายกรัฐมนตรี 65,920 บาท

ต่อมาเป็นการปรับบัญชีเดือนๆ ครั้งที่ 2 เป็นการเป็นการปรับเพิ่มเงินของระดับตำแหน่งในแต่ละประเภท ซึ่งเกิดขึ้นในปี 2548 เรียกว่า พระราชกฤษฎีกาการปรับอัตราเงินเดือนของข้าราชการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2548 โดยให้ยกเลิกบัญชีอัตราเงินเดือนๆปี 2547 เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ โดยปรับเพิ่มในอัตราร้อยละ 5 เท่ากันทุกอัตราสำหรับข้าราชการทุกประเภท โดยเงินเดือนต่ำสุดอยู่ที่ 4,450 บาท สูงสุดที่ 64,950 บาท และเงินเดือนนายกรัฐมนตรี 69,220 บาท

การปรับบัญชีเดือนๆ ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2550 มีพระราชกฤษฎีกาการปรับอัตราเงินเดือนของข้าราชการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2550 รับสนองพระบรมราชโองการโดย พล.อ. สุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรีขณะนั้น เป็นการปรับเพื่อให้เหมาะสมกับสถานะเศรษฐกิจและค่าครองชีพที่เพิ่มสูงขึ้นมาก โดยปรับเพิ่มในอัตราร้อยละ 4 เท่ากันทุกอัตราจาก พ.ร.ก. ฉบับก่อนสำหรับข้าราชการทุกประเภท โดยเงินเดือนต่ำสุดอยู่ที่ 4,630 บาท สูงสุดที่ 67,550 บาท และเงินเดือนนายกรัฐมนตรี 71,990 บาท

ต่อมาปี 2551 ถือเป็น การปรับบัญชีเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญ ครั้งที่ 4 โดยหลักการของการขึ้นเงินเดือนในระบบแห่งนี้ ให้มีการเลื่อนเงินเดือนข้าราชการพลเรือน โดยให้พิจารณาตามผลการปฏิบัติราชการ และยึดหลักการจ่ายค่าตอบแทนตามค่างานและผลของงาน และให้เลื่อนเงินเดือนเป็นอัตรา “ร้อยละ” จากการพิจารณาในองค์กรเอง โดยมีการปรับขึ้นร้อยละ 5 เท่ากันทุกประเภท เงินเดือนต่ำสุดอยู่ที่ 4,870 บาท สูงสุดที่ 69,810 บาท และเงินเดือนนายกรัฐมนตรี 75,590 บาท บัญชีเงินเดือนขั้นต่ำขั้นสูงและอัตราเงินประจำตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญ แบ่งออกเป็น 4 บัญชี คือ ประเภทบริหาร ประเภทอำนวยการ ประเภทวิชาการ (แบ่งเป็นระดับปฏิบัติการ ข้าราชการ ข้าราชการพิเศษ เชี่ยวชาญ และทรงคุณวุฒิ) และประเภทประเภททั่วไป (แบ่งเป็นระดับปฏิบัติงาน ข้าราชการงาน อาวุโส และทักษะพิเศษ) ซึ่งเป็นการแบ่งประเภทอย่างที่ใช้ในปัจจุบัน

จากนั้น มีการปรับบัญชีเงินเดือนข้าราชการครั้งที่ 5 ตามมาในปี พ.ศ. 2554 เป็นการกำหนดฐานเงินเดือนขั้นต่ำขั้นสูงของข้าราชการพลเรือนสามัญอีกครั้ง ขณะนั้นเป็นสมัยที่นายอภิสิทธิ์ เวชชา

ชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรี มีพระราชกฤษฎีกาการปรับอัตราเงินเดือนของข้าราชการ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2554 โดยเงินเดือนต่ำสุดอยู่ที่ 4,870 บาท สูงสุดที่ 69,810 บาท เช่นเดียวกัน

ในการประชุมคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2557 ซึ่งมี พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีและหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) มีการอนุมัติขึ้นเงินเดือนให้ข้าราชการ และพนักงานราชการทุกประเภทซึ่งเป็นไปตามสำนักงาน ก.พ.เสนอ โดยปรับเพิ่มให้ 3 ชั้นหรือประมาณร้อยละ 10 สำหรับบัญชีเงินเดือนแบบช่วง มีข้าราชการอีก 6 ประเภท ได้ขึ้นเงินเดือนเพิ่มเติมอีก 1 ชั้นหรือร้อยละ 4 ส่วนกลุ่มข้าราชการที่อัตราเงินเดือนเต็มเพดานแล้ว ให้นำค่าตอบแทนพิเศษมารวมเป็นเงินเดือนได้

โดยสรุปการเพิ่มเงินเดือนข้าราชการในช่วงระยะเวลา 10 ปีได้ดังตาราง 5.5

ตารางที่ 5. 5 แสดงร้อยละการเพิ่มเงินเดือนของข้าราชการ

พ.ศ.	ร้อยละของเงินเดือนที่เพิ่มขึ้น	เงินเดือนต่ำสุด	เงินเดือนสูงสุด
2547	3	4,230	61,850
2549	5	4,450	64,950
2550	4	4,630	67,550
2551	5	4,870	69,810
2554	-	4,870	69,810

การปรับขึ้นเงินเดือนข้าราชการแยกตามตำแหน่งครั้งล่าสุด 1 ธันวาคม 2557สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 5.6

ตารางที่ 5. 6 แสดงการปรับขึ้นเงินเดือนข้าราชการวันที่ 1 ธันวาคม 2557

ตำแหน่งบริหาร	ขั้นต่ำชั่วคราว	ขั้นต่ำ	ขั้นสูง
บ.1	24,400	51,140	74,320
บ.2	29,980	56,380	76,800

ตำแหน่งอำนวยการ	ขั้นต่ำชั่วคราว	ขั้นต่ำ	ขั้นสูง
อ.1	19,860	26,660	59,500
อ.2	24,400	32,850	70,360

ตำแหน่งวิชาการ	ขั้นต่ำชั่วคราว	ขั้นต่ำ	ขั้นสูง
ว.1	7,140	8,340	26,900
ว.2	13,160	15,050	43,600
ว.3	19,860	22,140	58,390
ว.4	24,400	31,400	69,040
ว.5	29,980	43,810	76,800

ตำแหน่งทั่วไป	ขั้นต่ำ	ขั้นสูง
ท.1	4,870	21,010
ท.2	10,190	38,750
ท.3	15,410	54,820
ท.4	48,220	69,040

ที่มา ; <http://thaipublica.org/2014/10/personal-income-in-thailand-2/>

<http://thaipublica.org/2014/12/personal-income-in-thailand-6/>

สำหรับสถานประกอบการของเอกชนนั้น สำนักงาน ก.พ.และสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้มีการสำรวจค่าตอบแทนภาคเอกชน เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการเปรียบเทียบโครงสร้างและอัตราค่าตอบแทนระหว่างเอกชนและภาครัฐ การนำเสนอคณะกรรมการเงินเดือนแห่งชาติ (กงช.) ไปปรับปรุงค่าตอบแทนในภาครัฐให้มีความเหมาะสมต่อไป ข้อมูลจากการสำรวจในปี 2556 มีสถานประกอบการอยู่ในขอบข่าย 9,475 แห่ง แบ่งเป็นกิจการเศรษฐกิจ 9,279 แห่ง และกิจกรรมโรงพยาบาลเอกชน 196 แห่ง ธุรกิจที่มีพนักงานประจำตั้งแต่ 101 คนขึ้นไป เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2556 โดยเก็บข้อมูลสถานประกอบการภาคเอกชนทั่วประเทศ ที่ประกอบกิจกรรมเศรษฐกิจเกี่ยวกับเหมืองแร่ เหมืองหิน การผลิต การไฟฟ้า ก๊าซ ใอน้ำ และระบบปรับอากาศ การกำจัดน้ำเสีย การจัดการของเสีย และสิ่งปฏิกูล การก่อสร้างและการขายส่งการขายปลีก นอกจากนี้ยังมีกิจการประเภทการซ่อมแซมยานยนต์และจักรยานยนต์ การขนส่งทางบก คลังสินค้า ที่พักแรม การบริการด้านอาหาร ข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร กิจการทางการเงินและการประกันภัย กิจการอสังหาริมทรัพย์ กิจกรรมทางวิชาชีพ วิทยาศาสตร์ กิจกรรมโรงพยาบาลเอกชน และธุรกิจบันเทิง กิจกรรมบริการด้านอื่นๆ ผลการสำรวจระบุว่า ในช่วง 16 ปีที่ผ่านมา พนักงานเอกชนมีแนวโน้มค่าตอบแทนเฉลี่ยสูงขึ้นมาโดยตลอด

ค่าตอบแทนของพนักงานเอกชน ตามกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ที่สูงที่สุดคือ พนักงานที่ทำงานในสถานประกอบการไฟฟ้า ก๊าซ ใอน้ำ และระบบปรับอากาศ ได้ค่าตอบแทนเฉลี่ยเดือนละ 83,748

บาท รองลงมาคือสถานประกอบกิจการเหมืองแร่ เหมืองหิน ได้ค่าตอบแทนเดือนละ 69,636 บาท
กิจการขนส่ง คลังสินค้า กิจการข้อมูลข่าวสาร ได้รับค่าตอบแทนเดือนละ 67,483-68,640 บาท ส่วน
พนักงานประจำในสถานประกอบการอื่นๆ ได้ค่าตอบแทนเฉลี่ยต่อเดือน 44,777-65,000 บาท

หากเทียบระดับตำแหน่งจะพบว่า ในตำแหน่งระดับผู้อำนวยการฝ่าย ได้ค่าตอบแทนสูงที่สุด
ประมาณ 134,193 บาทต่อเดือน (ไม่รวมโบนัส) ระดับผู้จัดการแผนก ได้ค่าตอบแทนเดือนละ
72,321 บาท ระดับหัวหน้างานที่มีวุฒิปริญญาตรีขึ้นไป ได้เงินค่าตอบแทนเดือนเฉลี่ย 25,513-
41,631 บาท ส่วนผู้ปฏิบัติงานวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี ได้ค่าตอบแทนเฉลี่ย 16,185 บาท

สำหรับค่าตอบแทนของพนักงานประจำในโรงพยาบาลเอกชน ระดับผู้อำนวยการได้รับ
ค่าตอบแทนเฉลี่ยสูงสุด อัตรา 206,566 บาทต่อเดือน ตำแหน่งรองผู้อำนวยการได้รับ 131,403 บาท
ต่อเดือน กลุ่มงานผู้ช่วยผู้อำนวยการ/หัวหน้าฝ่าย/ผู้อำนวยการฝ่าย ได้รับเงินเดือน 95,006 บาท
และ 59,380 บาท ส่วนหัวหน้าแผนก ผู้จัดการแผนก ได้ค่าตอบแทนไม่เกินเดือนละ 42,000 บาท

ในส่วนของค่าตอบแทนแพทย์ ตำแหน่งแพทย์เฉพาะทางได้รับค่าตอบแทนเฉลี่ยสูงสุด เดือน
ละ 169,483 บาท รองลงมาคือทันตแพทย์และแพทย์ทั่วไป ได้รับ 120,809 บาทและ 108,350 บาท
ตามลำดับ เกสซ์กรจะได้เงินเดือน 32,511 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่บริการทางการแพทย์ นักรังสี
วิทยา ได้เงินเดือน 36,452 บาท ส่วนนักรักษาเทคนิคการแพทย์ ภายภาพบำบัด ได้รับค่าตอบแทน
29,066-28,226 บาท ตามลำดับตำแหน่งนักโภชนาการ ได้รับเงินค่าตอบแทนเฉลี่ยน้อยที่สุดในกลุ่มนี้
คือ เดือนละ 24,072 บาท

หากแบ่งตามกลุ่มวุฒิการศึกษาจะพบว่า กลุ่มพนักงานใหม่แรกบรรจุ ที่มีวุฒิปริญญาตรีหรือ
เทียบเท่า อาชีพเกสซ์กรได้ค่าตอบแทนสูงสุด คือ 20,003 บาท รองลงมาคือตำแหน่งสถาปนิกและนัก
ทรัพยากรธรณี ได้รับ 18,266 บาท และ 18,039 บาท ตามลำดับ กลุ่มพนักงานใหม่ ที่แรกบรรจุใน
วุฒิปริญญาโท/เอก หรือเทียบเท่า พบว่า ตำแหน่งแพทย์ได้รับเงินเดือนแรกเข้าสูงกว่าตำแหน่งอื่น
ประมาณ 63,082 บาท ข้อมูลเหล่านี้สามารถสรุปได้ ดังนี้

ตารางที่ 5. 7 แสดงค่าตอบแทนเฉลี่ยต่อเดือนของพนักงานประจำจำแนกตามประเภทกิจกรรมทาง
เศรษฐกิจ

ตำแหน่ง	ค่าตอบแทนเฉลี่ย(บาท)
การไฟฟ้า ก๊าซ ไอน้ำและระบบปรับอากาศ	83,748
การทำเหมืองแร่และเหมืองหิน	69,636
การขนส่งทางบก คลังสินค้าและกิจกรรมที่สนับสนุนการขนส่ง	68,640
ข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร	67,483
กิจกรรมทางการเงินและการประกันภัย	65,936

ตำแหน่ง	ค่าตอบแทนเฉลี่ย(บาท)
กิจกรรมทางวิชาชีพ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	64,257
การขายส่งและการขายปลีก การซ่อมแซมยานยนต์และจักรยานยนต์	63,883
การก่อสร้าง	61,941
การจัดการน้ำเสีย การจัดการของเสียและสิ่งปฏิกูล	57,348
ศิลปะความบันเทิงและนันทนาการ	56,380
กิจกรรมอสังหาริมทรัพย์	55,377
การผลิต	55,373
กิจกรรมการบริหารและการบริหารสนับสนุน	52,768
กิจกรรมบริการด้านอื่นๆ	47,841
ที่พักแรมและบริการด้านอาหาร	44,777

ตารางที่ 5. 8 แสดงอัตราค่าตอบแทนเฉลี่ยต่อเดือนของพนักงานใหม่แรกบรรจุจำแนกตามวุฒิการศึกษาและตำแหน่ง

ตำแหน่ง	ปริญญาตรี		ปริญญาโท/เอก	
	เงินเดือน	เงินเพิ่ม	เงินเดือน	เงินเพิ่ม
เจ้าพนักงานธุรการและพนักงานพิมพ์ดีด	12,166	1,681	-	-
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	13,184	1,776	19,940	4,407
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	14,308	2,041	22,643	4,930
นักทรัพยากรบุคคล เจ้าหน้าที่ฝึกอบรม	13,219	1,818	20,957	8,002
นักประชาสัมพันธ์	12,760	1,896	18,028	3,137
นักวิชาการคอมพิวเตอร์และนักเขียนโปรแกรม	15,263	2,089	21,342	2,199
นิติกรและนักกฎหมาย	16,000	2,162	23,823	3,346
เศรษฐกรและนักเศรษฐศาสตร์	15,043	2,339	21,050	4,845
วิศวกรเหมืองแร่ วิศวกรไฟฟ้าและเครื่องกล	16,986	2,595	24,163	4,806
นักสำรวจปิโตรเลียมและวิศวกรปิโตรเลียม	17,829	3,535	26,686	4,131

ตำแหน่ง	ปริญญาตรี		ปริญญาโท/เอก	
	เงินเดือน	เงินเพิ่ม	เงินเดือน	เงินเพิ่ม
สถาปนิก	18,266	2,227	28,677	4,000
นักทรัพยากรธรณี	18,039	2,227	26,555	3,886
นักวิชาการขนส่งและนักโลจิสติกส์	15,930	2,429	23,125	12,041
นักวิทยาศาสตร์และนักเคมี	16,138	2,878	23,454	5,882
แพทย์	-	-	63,082	18,504
ทันตแพทย์	-	-	56,809	21,173
พยาบาล	16,487	4,094	39,526	5,142
เภสัชกร	20,003	5,353	33,050	10,481
นักเทคนิคการแพทย์	16,063	3,486	32,505	5,126
นักรังสีการแพทย์	16,267	4,054	37,871	5,072
นักโภชนาการ	14,973	2,378	30,879	3,746

ที่มา ; <http://thaipublica.org/2014/09/salary-survey-2013/>

สำหรับรัฐวิสาหกิจนั้นเมื่อวันที่ 26 มกราคม 2557 คณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ (คนร.) โดย พล.อ. ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี เป็นประธานการประชุม พร้อมนายกุลิศ สมบัติศิริ เลขาธิการการประชุมมีมติเห็นชอบแล้วในหลักการ เรื่องการปรับปรุงบัญชีโครงสร้างอัตราค่าจ้างของลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ (โครงสร้าง 58 ชั้น) 35 แห่ง ตามที่กระทรวงแรงงานเสนอ โดยมติที่ประชุมในเรื่องดังกล่าว มีสาระสำคัญดังนี้

จากเดิมที่มีอัตราจ้างขั้นต่ำ 5,780-9,040 บาท ให้เริ่มมีอัตราขั้นต่ำที่ 9,040 บาท พร้อมปรับอัตราขั้นสูงสุด จากเดิมได้รับ 113,520 บาท ให้เพิ่มขึ้นอีก 6.5 ชั้น โดยมีค่าจ้างอัตรา 142,830 บาท เป็นขั้นเงินเดือนสูงสุด ทั้งนี้ โครงสร้างอัตราค่าจ้างของลูกจ้างรัฐวิสาหกิจระหว่าง 9,040-113,520 บาท ยังคงเดิม กรณีที่รัฐวิสาหกิจใดจะขยายเพดานอัตราค่าจ้างขั้นสูงขึ้นไปสูงกว่าอัตราขั้นสูงที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบัน จะต้องขอความเห็นชอบจากกรรมการแรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์หรือ ครส.และ คณะรัฐมนตรีเป็นรายกรณีไป ทั้งนี้ การพิจารณาขยายเพดานอัตราค่าจ้างขั้นสูงต้องสอดคล้องกับขนาด ภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบของรัฐวิสาหกิจที่มีความแตกต่างกันตามความเหมาะสม ตลอดจนความสามารถในการรองรับภาระค่าใช้จ่ายบุคลากรที่เพิ่มขึ้นของรัฐวิสาหกิจแห่งนั้น

ก่อนหน้าในปี พ.ศ. 2537 อัตราเงินเดือนของพนักงานรัฐวิสาหกิจเริ่มต้นที่ 4,880-100,920 บาท ต่อมามติคณะรัฐมนตรีในปี 2547 ให้ปรับเพิ่มอีกร้อยละ 3 เริ่มต้นที่ 50,30-103,950 บาท

จากนั้นมติคณะรัฐมนตรีในปี 2549 ให้เพิ่มอีกร้อยละ 5 เป็นเริ่มต้นที่ 5,290-109,150 บาท และมติคณะรัฐมนตรีในปี 2550 ให้เพิ่มอีกร้อยละ 4 เป็นเริ่มต้นที่ 5,510-113,520 บาท สรุปได้ ดังนี้

ตารางที่ 5. 9 แสดงโครงสร้างอัตราเงินเดือนของรัฐวิสาหกิจตั้งแต่พ.ศ.2537-2557

ลำดับ ที่	บัญชีโครงสร้าง อัตราเงินเดือน ค่าจ้างของ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ พ.ศ.2537	บัญชีโครงสร้าง อัตราเงินเดือน ปรับเพิ่มร้อยละ 3 (ตามมติ ครม. 2 พ.ย.2547)	บัญชีโครงสร้าง อัตราเงินเดือน ปรับเพิ่มร้อยละ 5 (ตามมติ ครม.14 มี.ค. 2549)	บัญชี โครงสร้าง อัตราเงินเดือน ปรับเพิ่มร้อย ละ 4 (ตามมติ ครม.2 ต.ค. 2550)	บัญชีเงินเดือน (โครงสร้าง อัตราเงินเดือน ของพนักงาน รัฐวิสาหกิจที่ ผ่านมติ ครร. เมื่อวันที่ 22 ธ.ค.2557)
ขั้นต่ำ	4,880	5,030	5,290	5,510	9,040
ขั้นสูง	100,920	103,950	109,150	113,520	142,830

ที่มา ; <http://thaipublica.org/2015/01/personal-income-in-thailand-8/> ,

หนังสือกระทรวงแรงงานที่ รง 0509/ว008285)

2. ยากในการแก้ไขทั้งกฎหมายและกระแสต่อต้านจากข้าราชการเอง แพทย์ให้ความเห็นประเด็นนี้ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 ควรแก้ไขที่กระบวนการตรวจสอบให้มีความรัดกุมและรวดเร็วมากกว่าเดิม จะเป็นผลดีและมีความเป็นไปได้มากกว่าและควรมีระบบที่เชื่อมโยงข้อมูลการรักษาพยาบาลระหว่างโรงพยาบาล เนื่องจากมีผู้มีสิทธิบางคนอาศัยช่องว่างทางการเบิกจ่ายตรงรับยาหลาย ๆ โรงพยาบาลโดยแพทย์ผู้สั่งจ่ายก็ไม่สามารถทราบได้

ควรร่วมจ่าย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 70.97 โดยมีเหตุผลดังนี้

1. **เนื่องจากยามีคุณค่า** แพทย์มีความเห็นนี้ 5 คนคิดเป็นร้อยละ 22.73 ควรร่วมจ่ายอย่างน้อยร้อยละ 10-20 ทำให้ข้าราชการรู้สึกว่ายามีคุณค่ามากขึ้น ไม่นำยาไปแจกจ่าย ไม่ทิ้งยา ไม่รับยาชนิดเดียวกันที่ละหลาย ๆ โรงพยาบาล สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายของรัฐลงได้อาจได้มากกว่าร้อยละ 20 เพราะมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมด้วย การร่วมจ่ายอาจจะใช้รูปแบบตามประเภทของผู้มีสิทธิ เช่น วัยเกษียณร่วมจ่ายร้อยละ 10 วัยทำงานร่วมจ่ายร้อยละ 30 และญาติสายตรง เช่น บิดามารดา คู่สมรส และบุตรร่วมจ่ายร้อยละ 30 เป็นต้น หรือควรร่วมจ่ายเฉพาะกรณีที่ใช้สิทธิไม่ได้เป็นข้าราชการเอง (กรณีใช้สิทธิของคู่สมรส บุตร บิดามารดา) เพื่อลดภาระค่ารักษาพยาบาลที่จะเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลางและเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น

ขณะเดียวกันให้ผู้มีสิทธิที่ไม่สมัครใจหรือไม่มีกำลังทรัพย์ร่วมจ่าย สามารถโอนเปลี่ยนสิทธิไปใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้

2. **กรณีคนไข้ขอยาเกินมาตรฐานการรักษาพยาบาล** แพทย์ให้ความเห็นนี้ 8 คนคิดเป็นร้อยละ 36.37 ถ้าการเบิกจ่ายเกินความจำเป็นตามความต้องการของคนไข้ เพื่อให้การใช้จ่ายอยู่ในระดับเหมาะสม โดยให้มีการร่วมจ่ายในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ไม่ชัดเจน เช่น กรณีการจ่ายยาปฏิชีวนะในคนไข้ที่มีอาการคออักเสบ เนื่องจากหลักฐานทางการแพทย์พบว่าเชื้อก่อโรคส่วนใหญ่เป็นเชื้อไวรัส อาการสามารถทุเลาลงได้ภายใน 2-3 วัน หรือในกรณีที่จ่ายยาราคาสูงหรือยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและมีทางเลือกอื่น อาจให้พิจารณาร่วมจ่าย เพื่อให้เกิดความระมัดระวังในการสั่งจ่ายยาของแพทย์และผู้ป่วยมีส่วนตัดสินใจในการใช้จ่ายชนิดนั้นด้วย แต่ควรพิจารณารายการยาที่จะให้ร่วมจ่ายจากข้อมูลที่มีอยู่ให้รอบด้าน ต้องปรับบัญชียาหลักแห่งชาติให้ได้มาตรฐานจากความเห็นของแพทย์ส่วนใหญ่

3. **ร่วมจ่ายแต่ต้องมีเพดานของการร่วมจ่ายและควรเพิ่มเงินเดือน** แพทย์ยกประเด็นนี้จำนวน 3 คนคิดเป็นร้อยละ 13.64 ถ้าร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล ควรมีการปรับปรุงรายได้หรือเงินเดือนของข้าราชการเพื่ออยู่ได้ตามภาวะเศรษฐกิจและค่าครองชีพ เนื่องจากปัจจุบันมีความแตกต่างกันมากระหว่างเงินเดือนของรัฐกับเอกชน ถ้าร่วมจ่ายแล้วรายได้ไม่สมเหตุสมผล การไปทำงานที่เอกชนแล้วซื้อประกันสุขภาพอาจดีกว่าการรับราชการ และควรจำกัดยอดวงเงินในการจ่ายค่ารักษา

(มีโครงการวิจัยการศึกษามลกระทบของการดำเนินนโยบายรายได้ค่าแรงไม่น้อยกว่า 300บาทต่อวัน และเงินเดือนปริญญาตรี 15,000 บาทต่อเดือนที่มีผลต่อโครงสร้างเศรษฐกิจไทยโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยภายใต้การอุดหนุนทุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ(วช.) การศึกษาในส่วนบุคคลนโยบายเงินเดือนปริญญาตรี 15,000 บาทต่อเดือนในภาคราชการทำการศึกษาโดย ดร.วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สวัสดิการ และนายชยดล ล้อมทอง นักวิจัยทีดีอาร์ไอ เน้นพิจารณารายได้ตลอดชีวิตของลูกจ้างราชการเปรียบเทียบกับลูกจ้างเอกชน และภาระเงินงบประมาณของรัฐในอนาคต ซึ่งจะมีผลต่อฐานะการคลังและความมั่นคงทางการคลังในระยะยาว

การศึกษารายได้ตลอดชีวิตของข้าราชการและลูกจ้างเอกชน ซึ่งการคำนวณรายได้ตลอดชีวิตของข้าราชการและลูกจ้างเอกชน โดยใช้ข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไตรมาส 3 ทั้งหมด 31 ปี ตั้งแต่ พ.ศ.2523 ถึง พ.ศ.2553 เลือกติดตามดูรายได้ตลอดชีวิตข้าราชการและลูกจ้างเอกชนที่อายุ 25-34 ปี ในพ.ศ.2523 และคำนวณรายได้เฉลี่ย(รวมโบนัส ค่าล่วงเวลา ค่าอาหาร ค่าเสื้อผ้า และอื่น ๆ) ของคนกลุ่มนี้ จำแนกตามระดับการศึกษา 3 ระดับ คือ ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี และจำแนกตามการอยู่อาศัยคือ นอกเขตและในเขตกรุงเทพฯ

จากนั้นได้ติดตามลูกจ้างและข้าราชการกลุ่มนี้ทุกปี และคำนวณค่าเฉลี่ยของรายได้ทุกปี จนกระทั่งคนกลุ่มนี้อายุ 55-64 ปีในปี พ.ศ.2553

ผลการศึกษาพบว่า การเป็นข้าราชการและอยู่นอกเขตกรุงเทพฯจะมีรายได้ตลอดชีวิตค่อนข้างดีกว่าการเป็นลูกจ้างเอกชน โดยเฉพาะผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีและผู้มีการศึกษาระดับปริญญาตรี

นอกจากนี้มูลค่าของสวัสดิการที่ข้าราชการได้รับมีประมาณครึ่งหนึ่งของมูลค่ารายได้ตลอดชีวิต ในขณะที่สวัสดิการสำหรับลูกจ้างเอกชนนั้นมีมูลค่าไม่มากนัก เมื่อเปรียบเทียบรายได้รวมสวัสดิการที่เป็นมูลค่าปัจจุบัน

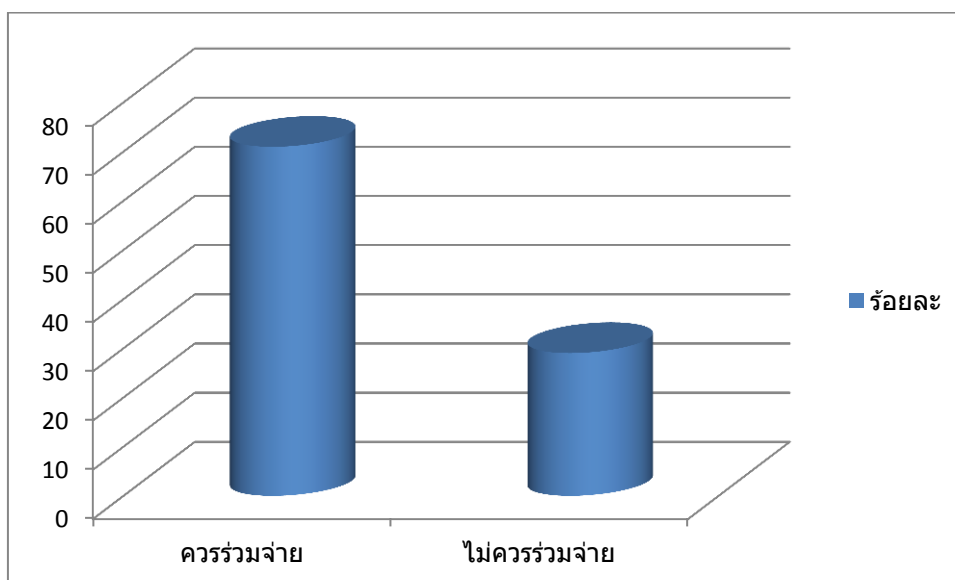
ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่าการทำงานในเขตกรุงเทพฯจะให้มูลค่าปัจจุบันของรายได้ตลอดชีวิตสูงเกินกว่าการทำงานในจังหวัดอื่น ๆ ในทุก ๆ ระดับการศึกษา)

4. กรณีขยายสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการรักษายาบาล เช่น รักษาที่โรงพยาบาลเอกชนได้ อาจต้องร่วมจ่าย หรือถ้าร่วมจ่ายเล็กน้อยแล้วสิทธิการรักษายาบาลเพิ่มมากขึ้น เช่น สามารถเบิกจ่ายยาได้โดยมีข้อจำกัดที่ลดลงกว่านี้ควรกระทำ โดยแพทย์ให้ความเห็นนี้ 2 คนคิดเป็นร้อยละ 9.1

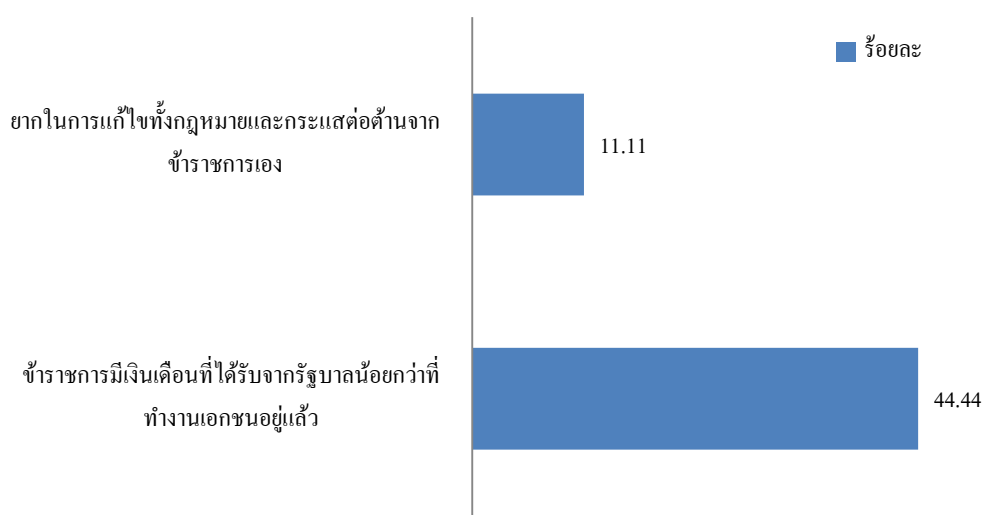
5. แพทย์จำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 9.1 เห็นว่า การร่วมจ่ายน่าจะขึ้นกับความยากง่ายของการรักษาโรค ไม่ควรร่วมจ่ายในกรณียาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ควรกำหนดประเภทของโรคที่ควรร่วมจ่าย เช่น โรคที่มีหลักฐานทางการแพทย์ชัดเจนว่า เกิดจากพฤติกรรมส่วนตัวของคนไข้ เช่น การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปอด การดื่มสุรา เป็นสาเหตุของโรคตับแข็งและมะเร็งตับ เป็นต้น

6. แพทย์ 1 คนคิดเป็นร้อยละ 4.55 คิดว่าเบื้องต้นควรให้ข้าราชการจ่ายเงินเมื่อไปรักษาที่โรงพยาบาลรัฐก่อนแล้วไปเบิกต้นสังกัดคืนทีหลัง คือ เปลี่ยนไปใช้ระบบเดิมก่อนมีระบบเบิกจ่ายตรง (อาจทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในด้านการจ่ายเงินได้ เนื่องจากอีก 2 สิทธิการรักษา คือ ประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้มีสิทธิทั้ง 2 ระบบสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลที่มีสิทธิได้ทันทีโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย)

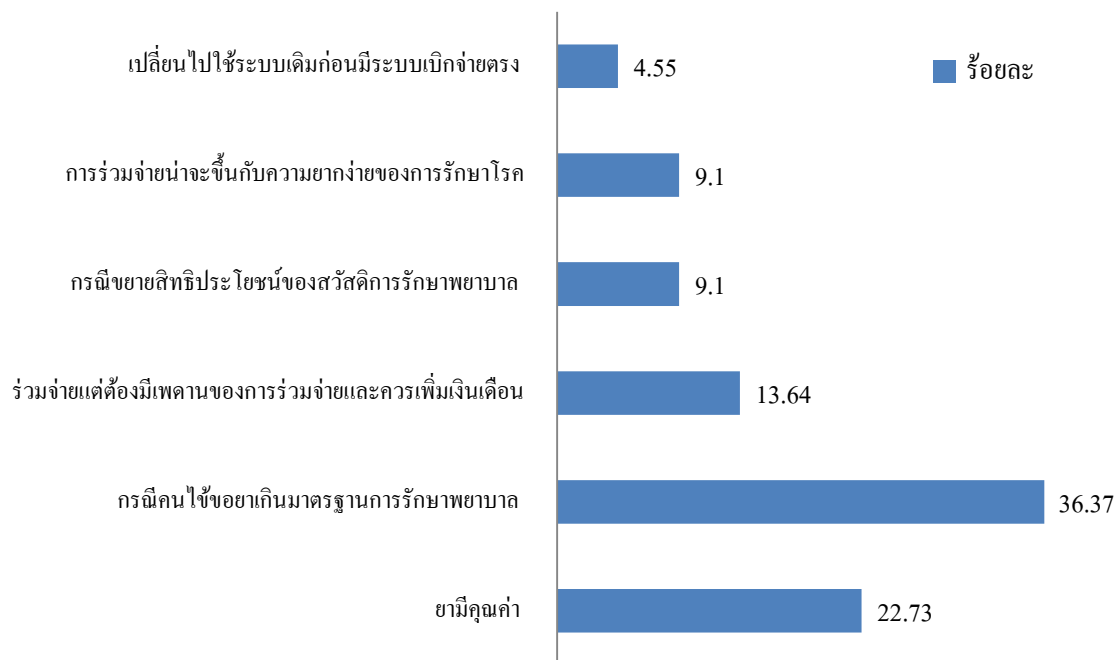
รูปที่ 5.6 แสดงร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ต่อการให้ข้าราชการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล



รูปที่ 5.7 แสดงร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับเหตุผลที่ข้าราชการไม่สมควรให้มีการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล



รูปที่ 5.8 แสดงร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับเหตุผลที่ข้าราชการสมควรร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล



4. ในกรณีที่ท่านเห็นด้วยกับการร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ท่านคิดว่าควรนำมาใช้กับข้าราชการกลุ่มใด 1. ข้าราชการในอนาคต 2. ข้าราชการปัจจุบัน 3. ข้าราชการเกษียณอายุ (แนวทางตอบ เห็นด้วยเฉพาะข้อ 1 เห็นด้วย 1+2 เห็นด้วยทั้งหมด 1+2+3) พร้อมเหตุผล

เห็นด้วยเฉพาะข้าราชการในอนาคต จำนวน 6 คนคิดเป็นร้อยละ 27.27 โดยให้เหตุผลดังนี้เพราะข้าราชการปัจจุบันและข้าราชการเกษียณอายุ เป็นข้าราชการที่บรรจุก่อนที่จะมีกฎหมายใหม่มาใช้ จึงควรให้สิทธิประโยชน์เหมือนเดิม การลดทอนสิทธิของข้าราชการโดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลและด้านต่าง ๆ ควรวางแผนและกระทำให้ผู้รับสิทธิทราบก่อนการได้สิทธินั้น ๆ เพื่อความโปร่งใสและยุติธรรม ไม่ควรลดทอนสิทธิของผู้มีสิทธินั้น ถ้าสิทธินั้นไม่ได้ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อนหรือเสียสิทธิไป และก่อนนำมาใช้กับข้าราชการที่จะบรรจุในอนาคตให้มีการศึกษาอัตราการร่วมจ่ายและปรับฐานเงินเดือนของข้าราชการให้เหมาะสม

เห็นด้วยกับข้าราชการในปัจจุบันและข้าราชการที่จะบรรจุในอนาคต จำนวน 7 คนคิดเป็นร้อยละ 31.82 โดยให้เหตุผลดังนี้การประกาศนโยบายใหม่ที่มีผลกระทบต่อข้าราชการที่บรรจุแล้ว ก็ไม่ควรใช้ย้อนหลังกับผู้เกษียณอายุไปแล้ว ถ้าร่วมจ่ายควรพิจารณาร้อยละของการร่วมจ่ายตามฐานะเงินเดือนด้วย มิเช่นนั้นจะเกิดปัญหาทางการเงินกับข้าราชการชั้นผู้น้อย

เพราะข้าราชการเกษียณ รั้งราชการมาเพราะพอใจในระบบเดิมของสวัสดิการรักษายาบาล แต่ข้าราชการปัจจุบันและข้าราชการในอนาคตมีส่วนในการตัดสินใจหากมีการปรับเปลี่ยนสิทธิประโยชน์การรักษายาบาล

ควรงดเว้นข้าราชการเกษียณอายุ เพราะอาจเป็นภาระให้ผู้สูงอายุซึ่งมักมีโรคเรื้อรังควบคู่ไปด้วยอยู่แล้ว และข้าราชการเกษียณอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ทางอื่นนอกจากเงินบำนาญหรือบำเหน็จแล้ว ในขณะที่ข้าราชการปัจจุบันและข้าราชการในอนาคตอยู่ในวัยที่หาเงินได้และยังมีสุขภาพดีอยู่

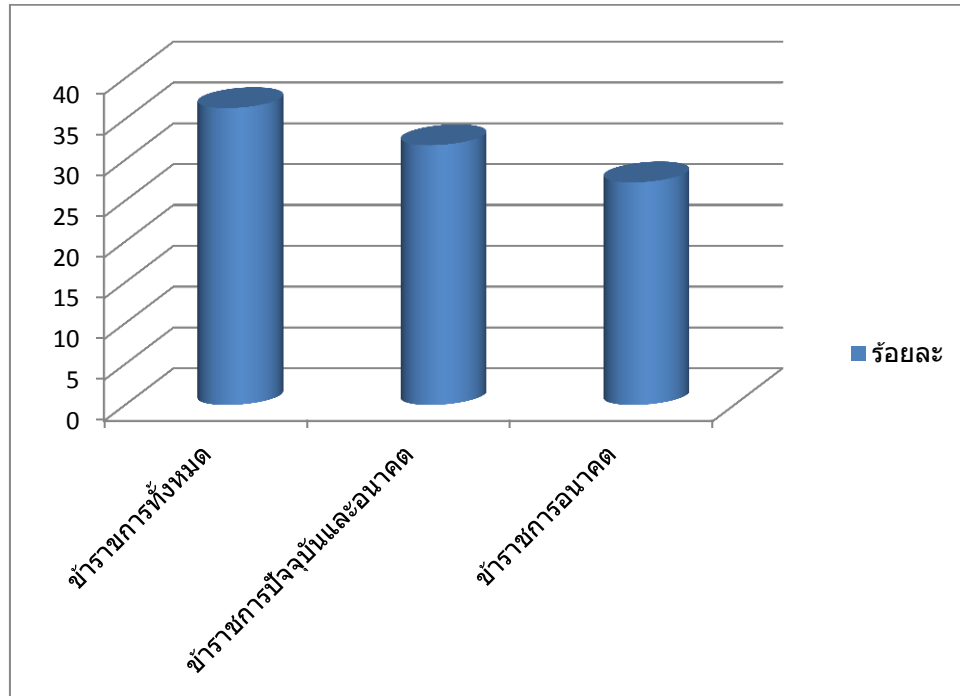
ข้าราชการทั้งหมดตั้งแต่ข้าราชการเกษียณอายุ ข้าราชการปัจจุบันและข้าราชการในอนาคต จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 36.36 โดยให้เหตุผล ดังนี้ ถ้าแยกข้าราชการว่าประเภทใดควรร่วมจ่ายเงินค่ารักษายาบาลก็จะหาเหตุผลได้ยาก ควรมีมาตรฐานเดียวกันคือ ข้าราชการทุกประเภทร่วมจ่ายเงินค่ารักษายาบาลเพื่อความเท่าเทียมกัน อีกทั้งรัฐบาลไม่สามารถจะจ่ายเงินหรือใช้งบประมาณให้ข้าราชการทุกคนรักษาทุกโรคได้ เนื่องจากทรัพยากรมีจำกัด การร่วมจ่ายจะเป็นการบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายของรัฐด้วย (คือ ทุกคนร่วมจ่ายเหมือนกันเป็นความเสมอภาคแบบ horizontal โดยมีได้พิจารณาประเด็นอื่น ๆ เช่น สุขภาพร่างกาย และเงินเดือนที่ปรับเพิ่มขึ้นมาในช่วง 10 ปีให้หลังนี้)

ควรร่วมจ่าย แต่ถ้าปรับระบบการรักษายาบาลให้เหมือนกันทุกระบบ ทั้ง 30 บาทรักษาทุกโรคประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ไม่มีความจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายค่ารักษายาบาล

ทุกคนควรมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินค่ารักษายาบาล เหมือนระบบประกันชีวิต (คือ เก็บเงินจากผู้มีสิทธิเป็นเบี้ยประกันสำหรับรักษายาบาล หากค่ารักษายาบาลเกินกว่านี้ให้รัฐบาลช่วยเหลือค่าใช้จ่ายให้ รูปแบบนี้จะแตกต่างไปจากสวัสดิการรักษายาบาลแบบเดิมของข้าราชการ)

ความคิดเห็นอื่น ๆ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.55 ได้แก่ ข้าราชการเกษียณอายุและครอบครัวข้าราชการ เพราะเป็นกลุ่มที่รับบำนาญ/บำเหน็จไปแล้วและไม่ได้เป็นกลุ่มทำงานให้แก่รัฐอีก ข้าราชการเหล่านี้มักจะมีโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายสูง ข้าราชการเหล่านี้บางส่วนมีกำลังทรัพย์มาก มีการเข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลเอกชน และทำประกันชีวิตอยู่แล้วดังนั้นจึงเป็นกลุ่มข้าราชการที่สามารถมีส่วนร่วมจ่ายเงินค่ารักษายาบาลได้

รูปที่ 5.9 แสดงร้อยละของความคิดเห็นเรื่องสมควรมีการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในข้าราชการกลุ่มใด



บทที่ 6

ผลสำรวจความคิดเห็นของข้าราชการต่อระบบเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ

6.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเพื่อสัมภาษณ์ความคิดเห็นของข้าราชการจำนวน 30 ชุด เพื่อสำรวจทัศนคติของข้าราชการซึ่งได้ผลดังนี้

1. ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 30 คน

ข้าราชการ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33

ข้าราชการเกษียณอายุ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67

2. จำแนกตามเพศได้ ดังนี้

เพศชาย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 60.71

เพศหญิง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 39.29

3. อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 6. 1 แสดงร้อยละของอายุผู้ตอบแบบสอบถาม

ช่วงอายุ(ปี)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
30-39	11	36.67
40-49	2	6.67
50-59	8	26.67
60-69	5	16.67
70-79	3	10
มากกว่า 80 ปีขึ้นไป	1	3.33

4. สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม

สถานภาพโสด จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67

สถานภาพสมรส จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33

สถานภาพม่าย/หย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10

5. การศึกษาสูงสุดของผู้ตอบแบบสอบถาม

มัธยมศึกษาตอนต้น	จำนวน 2 คน	คิดเป็นร้อยละ 6.67
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	จำนวน 2 คน	คิดเป็นร้อยละ 6.67
ปริญญาตรี	จำนวน 17 คน	คิดเป็นร้อยละ 56.67
สูงกว่าปริญญาตรี	จำนวน 9 คน	คิดเป็นร้อยละ 30

6. รายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ตอบแบบสอบถาม

รายได้ 10,000-30,000 บาทต่อเดือน	จำนวน 19 คน	คิดเป็นร้อยละ 65.52
รายได้ 30,001-50,000 บาทต่อเดือน	จำนวน 6 คน	คิดเป็นร้อยละ 20.69
รายได้ 50,001-100,000 บาทต่อเดือน	จำนวน 4 คน	คิดเป็นร้อยละ 13.79

7. ท่านมีสมาชิกในครอบครัวของท่านที่ใช้สิทธิข้าราชการของท่านในการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลได้ สามารถจำแนกได้ ดังนี้

ไม่มีสมาชิกที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง	จำนวน 2 ราย	คิดเป็นร้อยละ 7.14
มีสมาชิกที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง 1 คน	จำนวน 7 ราย	คิดเป็นร้อยละ 25
มีสมาชิกที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง 2 คน	จำนวน 8 ราย	คิดเป็นร้อยละ 28.57
มีสมาชิกที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง 3 คน	จำนวน 5 ราย	คิดเป็นร้อยละ 17.86
มีสมาชิกที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง 4 คน	จำนวน 4 ราย	คิดเป็นร้อยละ 14.29
มีสมาชิกที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง 5 คน	จำนวน 2 ราย	คิดเป็นร้อยละ 7.14

สมาชิกในครอบครัวที่ใช้สิทธิข้าราชการในการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลสามารถจำแนกได้ ดังนี้

บิดา มารดาใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง	จำนวน 4 ราย	คิดเป็นร้อยละ 16
คู่สมรสใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง	จำนวน 5 ราย	คิดเป็นร้อยละ 25
บุตรใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง	จำนวน 4 ราย	คิดเป็นร้อยละ 16
บิดา มารดาและบุตรใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง	จำนวน 3 ราย	คิดเป็นร้อยละ 12
บิดา มารดาและคู่สมรสใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง	จำนวน 4 ราย	คิดเป็นร้อยละ 16
คู่สมรสและบุตรใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง	จำนวน 2 ราย	คิดเป็นร้อยละ 8
บิดา มารดา คู่สมรสและบุตรใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง	จำนวน 3 ราย	คิดเป็นร้อยละ 12

จำนวนบุตรที่ใช้สิทธิข้าราชการในการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลสามารถจำแนกได้ ดังนี้

ข้าราชการที่มีบุตรใช้สิทธิในการเบิกจ่ายตรงได้ทั้งหมด	12 ราย	คิดเป็นร้อยละ 40
บุตรที่เบิกจ่ายตรงได้ 1 คน	จำนวน 8 ราย	คิดเป็นร้อยละ 66.67
บุตรที่เบิกจ่ายตรงได้ 2 คน	จำนวน 2 ราย	คิดเป็นร้อยละ 16.67
บุตรที่เบิกจ่ายตรงได้ 3 คน	จำนวน 2 ราย	คิดเป็นร้อยละ 16.67

6.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการในโรงพยาบาลและทัศนคติต่อระบบเบิกจ่ายตรงของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. ข้าราชการลงทะเบียนโดยการสแกนนิ้วเพื่อใช้บริการสวัสดิการการรักษาพยาบาลด้วยระบบเบิกจ่ายตรงไว้กับโรงพยาบาลกี่แห่ง ได้ผลดังนี้

ลงทะเบียนโรงพยาบาล 1 แห่ง	จำนวน 3 แห่ง	คิดเป็นร้อยละ	10.71
ลงทะเบียนโรงพยาบาล 2 แห่ง	จำนวน 6 แห่ง	คิดเป็นร้อยละ	21.43
ลงทะเบียนโรงพยาบาล 3 แห่ง	จำนวน 10 แห่ง	คิดเป็นร้อยละ	35.71
ลงทะเบียนโรงพยาบาล 4 แห่ง	จำนวน 7 แห่ง	คิดเป็นร้อยละ	25
ลงทะเบียนโรงพยาบาล 5 แห่ง	จำนวน 2 แห่ง	คิดเป็นร้อยละ	7.14

2. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ข้าราชการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ท่านมีสิทธิเบิกจ่ายตรงได้ด้วยโรคอะไรบ้าง ได้ผลดังนี้

โรคไม่เรื้อรัง (โรคที่รักษาเมื่อมีอาการเป็นครั้งไป)	จำนวน 12 ราย	คิดเป็นร้อยละ	48
โรคประจำตัว	จำนวน 9 ราย	คิดเป็นร้อยละ	36
ทั้ง 2 โรคดังกล่าวข้างต้นรวมกัน	จำนวน 4 ราย	คิดเป็นร้อยละ	16

จำแนกตามโรคได้ ดังนี้

โรคไม่เรื้อรัง ได้แก่ ไข้หวัดกล้ามเนื้ออักเสบ ท้องร่วง ทันตกรรม ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื้องอกที่ต่อมไทรอยด์ บาดแผลตามร่างกาย ปวดศีรษะ โรคกระเพาะอาหาร

โรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคภูมิแพ้

3. ข้าราชการไปใช้บริการการรักษาพยาบาลด้วยระบบเบิกจ่ายตรงที่โรงพยาบาลที่มีสิทธิด้วยความถี่

1 ครั้งต่อเดือน	จำนวน 4 ราย	คิดเป็นร้อยละ	14.81
มากกว่า 1 ครั้งต่อเดือน	จำนวน 1 ราย	คิดเป็นร้อยละ	3.70
2 เดือนต่อครั้ง	จำนวน 6 ราย	คิดเป็นร้อยละ	22.22
3 เดือนต่อครั้ง	จำนวน 5 ราย	คิดเป็นร้อยละ	18.52
อื่น ๆ (โปรดระบุ)	จำนวน 11 ราย	คิดเป็นร้อยละ	40.74

ผู้ที่ตอบอื่น ๆ (โปรดระบุ) ยกตัวอย่างความถี่ ได้แก่ มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง , 1-2 ครั้ง/ปี , ปีละ 1 ครั้งในปี พ.ศ.2556 , ตรวจตาทุก 6 เดือนปีละไม่เกิน 2 ครั้ง , น้อยกว่า 1 ครั้ง/เดือน , 4เดือน/ครั้ง เป็นต้น

4. ในการไปพบแพทย์แต่ละครั้ง ข้าราชการจะจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลที่ไม่สามารถเบิกได้ เช่น ค่ายา บางประเภทหรือค่าอุปกรณ์บางอย่างใช่หรือไม่

ไม่ใช่	จำนวน 23 ราย	คิดเป็นร้อยละ	82.14
--------	--------------	---------------	-------

ใช้ จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.86

ผู้ที่ตอบใช่ ยกตัวอย่าง เช่น ยาและอุปกรณ์อื่น ๆ , ยานอกบัญชี , ค่าธรรมเนียมแพทย์ , ยานอกบัญชีที่เบิกไม่ได้

5. ค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลในการไปพบแพทย์แต่ละครั้ง(ตามที่ระบุไว้ในใบเสร็จ)คิดเป็นจำนวน

น้อยกว่า 5,000 บาทต่อครั้ง จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.62

10,001-20,000 บาทต่อครั้ง จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.85

20,001-30,000 บาทต่อครั้ง จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.85

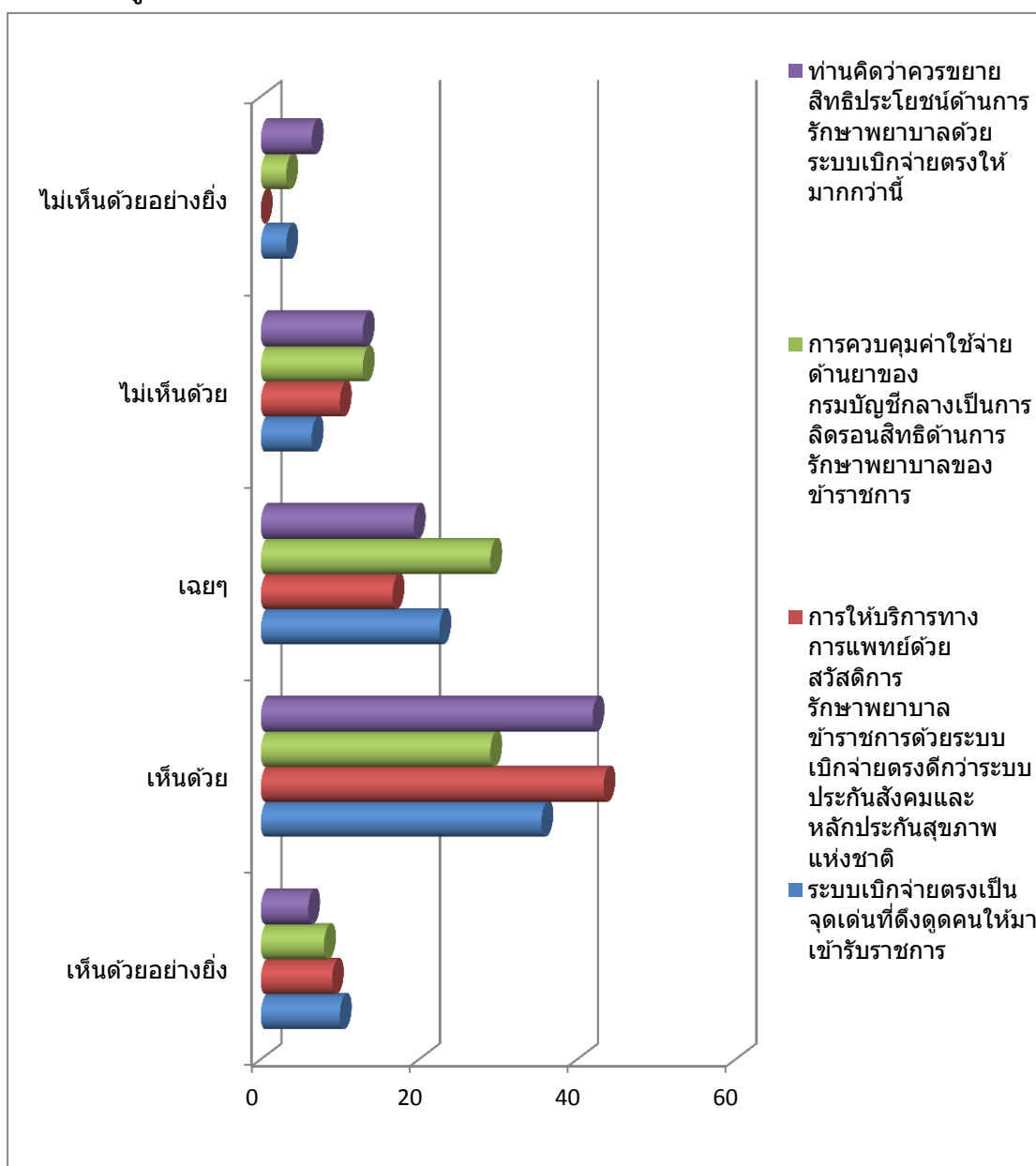
อื่น ๆ(โปรดระบุ) จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.69

6. ทศนคติเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรงของข้าราชการ

ตารางที่ 6. 2 แสดงร้อยละของทัศนคติเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรงของข้าราชการ

ทัศนคติเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	เฉยๆ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)
1.ระบบเบิกจ่ายตรงเป็นจุดเด่นที่ดึงดูด คนให้มาเข้ารับราชการ	9(30)	13(43.33)	6(20)	2(6.67)	0(0)
2.การให้บริการทางการแพทย์ด้วย สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ด้วยระบบเบิกจ่ายตรงดีกว่าระบบ ประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ	14(46.67)	9(30)	3(10)	3(10)	1(3.33)
3.การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของ กรมบัญชีกลางเป็นการลิดรอนสิทธิ ด้านการรักษายาบาลของข้าราชการ	11(37.93)	14(48.28)	0(0)	4(13.80)	0(0)
4.ท่านคิดว่าควรขยายสิทธิประโยชน์ ด้านการรักษายาบาลด้วยระบบ เบิกจ่ายตรงให้มากกว่านี้	20(66.67)	8(26.67)	1(3.33)	1(3.33)	0(0)

รูปที่ 6.1 ทิศนคติของข้าราชการเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล



จากรูปที่ 6.1 จะเห็นได้ว่าข้าราชการส่วนมากถึงร้อยละ 73.33 เห็นด้วยว่าระบบเบิกจ่ายตรงเป็นจุดเด่นที่ดึงดูดคนให้มาเข้ารับราชการในแง่ที่เป็นสวัสดิการรักษายาบาลให้ข้าราชการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐที่ได้ลงทะเบียนไว้โดยมิต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนแล้วเบิกหน่วยงานต้นสังกัดคืนทีหลัง มีเพียงส่วนน้อยร้อยละ 6.67 เท่านั้นที่ไม่เห็นด้วย

ข้าราชการถึงร้อยละ 76.67 เห็นด้วยว่าการให้บริการทางการแพทย์ด้วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรงดีกว่าระบบประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีข้าราชการที่ไม่เห็นด้วยเพียงร้อยละ 13.33

ข้าราชการร้อยละ 86.21 เห็นด้วยว่าการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของกรมบัญชีกลางเป็นการลดรอนสิทธิด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ เช่น การจำกัดการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพงจากเดิมที่ไม่ได้มีข้อกำหนดการเบิกจ่ายยาแต่เป็นดุลพินิจของแพทย์เป็นการลดรอนสิทธิด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการ มีเพียงร้อยละ 13.8 ที่ไม่เห็นด้วย

ข้าราชการร้อยละ 93.34 เห็นด้วยว่าท่านคิดว่าควรขยายสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลด้วยระบบเบิกจ่ายตรงให้มากกว่านี้เช่น เพิ่มเงื่อนไขการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน มีข้าราชการส่วนน้อยเพียงร้อยละ 3.33 เท่านั้นที่ไม่เห็นด้วยกับแนวคิดดังกล่าว

6.3 ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของระบบเบิกจ่ายตรงต่อผู้ตอบแบบสอบถาม

1. การควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลโดยกรมบัญชีกลาง โดยเฉพาะการควบคุมยาราคาแพงบางประเภทส่งผลกระทบต่อท่านหรือไม่อย่างไรบ้าง

ไม่ส่งผลกระทบ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 27.59 มีเหตุผลดังนี้

1. ไม่ส่งผลกระทบเพราะ **ไม่ได้เป็นโรคที่ป่วยหนักหรือเรื้อรัง ปัจจุบันยังมีสุขภาพยังแข็งแรง** แต่อนาคตเมื่อสูงอายุขึ้นหรือมีโรคประจำตัวก็จะมีผลกระทบ

2. ไม่มีผลกระทบ เพราะ**ผู้ป่วยไม่สามารถแยกคุณภาพของยานิตเดียวกัน แต่ต่างราคาได้** แพทย์เป็นผู้ระบุตัวยาเท่านั้น

ส่งผลกระทบ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 72.41 มีเหตุผลดังนี้

1. มีผลกระทบบ้างในบางรายการที่**ยาที่ต้องการทำให้เข้าถึงยาราคาแพงได้ยาก** โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์บางประเภท

2. มีผลกระทบเพราะ**ยาบางประเภทที่จำเป็นต่อการรักษาโรค** เช่น โรคข้อเข่าเสื่อมก็ไม่สามารถเบิกจ่ายบางตัวได้ เช่น กลูโคซามีนซัลเฟตซึ่งเมื่อก่อนเคยได้รับยาตัวนี้ แต่ปัจจุบันจะเบิกไม่ได้เนื่องจากมีเงื่อนไขในการเบิกจ่ายยามาก ระยะเวลาในการจ่ายยาไม่เกิน 6 เดือนซึ่งแตกต่างจากสมัยก่อนที่การเบิกจ่ายยาตัวนี้ทำได้สะดวกสบายกว่า จึงทำให้คนไข้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเสียโอกาสในการรักษา

3. ทำให้**ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดของการรักษาโรค** ซึ่งต้องหายเร็วที่สุดและผลการรักษาดีที่สุดโดยผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 6 คนคิดเป็นร้อยละ 28.57 เชื่อว่ายาราคาถูกมีคุณภาพด้อยกว่ายาราคาแพง ดังเหตุผล ดังนี้

- ยาราคาถูก (ยาที่ผลิตในประเทศเมื่อเปรียบเทียบกับยาต้นแบบที่ผลิตจากบริษัทยาจากต่างประเทศ) มักมีคุณภาพน้อยกว่า อนึ่งยาที่ราคาแพงย่อมมีประสิทธิภาพต่อการรักษาเยี่ยมกว่าเปรียบเช่น สิ่งของชนิดเดียวกันที่เหมือนกัน แต่ประสิทธิภาพการใช้งานไม่เหมือนกัน ทุกคนย่อม

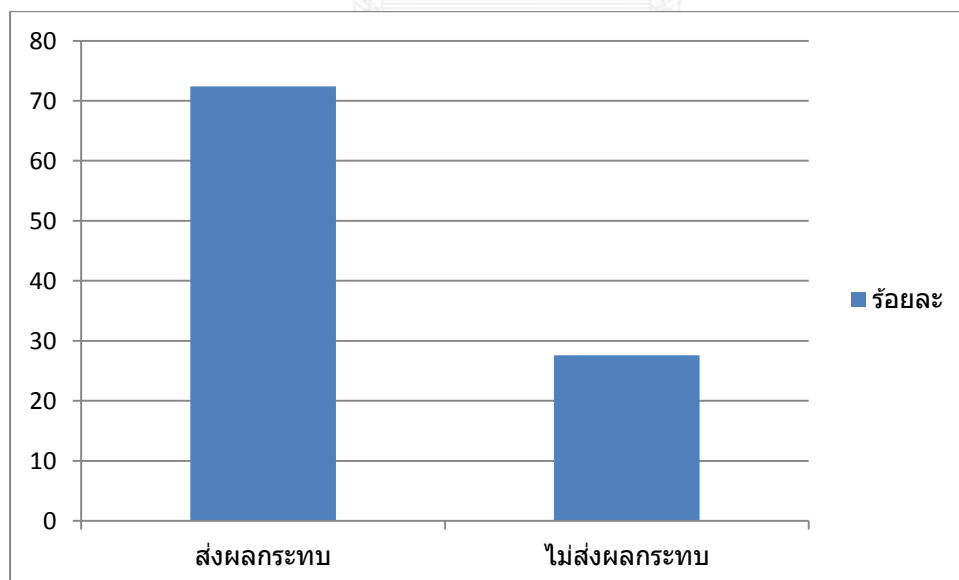
ต้องการใช้สิ่งของที่มีคุณภาพที่ดีที่สุด ดังนั้นคนเราเมื่อยามเจ็บป่วย ทุกคนย่อมต้องการการรักษาที่ดีที่สุดและได้ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดด้วย

- แพทย์สั่งยาที่ราคาถูกลงกว่า ซึ่งผลการรักษาจะไม่เท่ากับยาราคาแพงในบางครั้งการใช้ยาต้นแบบจะมีประสิทธิภาพดีกว่ายาสามัญ (ประสบการณ์ส่วนตัวของคนไข้ต่อการรักษา)

4. มีผลกระทบมาก เนื่องจากวิตามินหรือสิ่งที่ส่งเสริมให้ข้าราชการสุขภาพดีขึ้นก็ถูกตัดสิทธิมิให้เบิกอีกต่อไปและข้าราชการมีงานมากจนบางครั้งทำงานจนร่างกายอ่อนเพลียต้องไปหาซื้อวิตามินรวมเพื่อบำรุงร่างกายให้ตัวเอง รัฐไม่ได้ช่วยเหลืออะไรในด้านนี้เนื่องจากไม่สามารถเบิกวิตามินได้ดั้งเดิม ยาบางตัวจำเป็นในกลุ่มอาชีพ เช่น เป็นครู-อาจารย์ใช้เสียงมากจากการสอนหนังสือควรให้เบิก kamillosan ได้แต่ไม่สามารถเบิกได้โดยอ้างเหตุผลว่าสิ้นเปลือง ซึ่งควรดูถึงความจำเป็นของอาชีพนั้น ๆ ด้วย

ส่งผลกระทบเพราะไม่ทราบโรคที่เจ็บป่วยในอนาคตหากป่วยเป็นโรคที่ต้องใช้ยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ อาจประสบปัญหาเรื่องการเบิกจ่ายยาบางประเภทหรือต้องจ่ายส่วนเกินร่วมด้วย

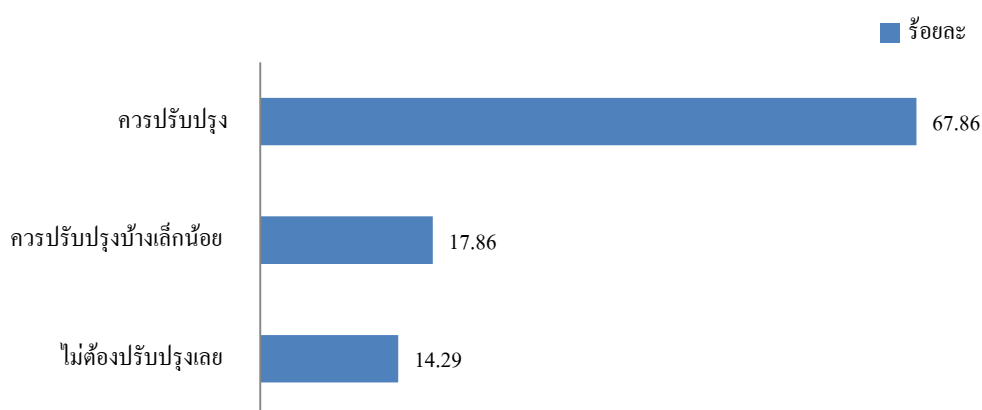
รูปที่ 6.2 แสดงผลกระทบจากการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลโดยกรมบัญชีกลาง



2. ท่านคิดว่าสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรงควรมีการปรับปรุงหรือไม่อย่างไรบ้าง

รูปที่ 6.3 แสดงความเห็นของข้าราชการต่อการปรับปรุงสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรง

การปรับปรุงสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรง



ไม่ต้องปรับปรุงเลย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 เนื่องจากที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันทำได้เหมาะสมแล้ว

ควรปรับปรุงบ้างเล็กน้อย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 17.86 ดังนี้

1. คิดว่าดีแล้วแต่**ควรให้ยาราคาแพงหรือยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ**ใช้กับผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากมียาบางชนิดไม่สามารถเบิกได้
2. ที่เป็นแบบเดิมก็ดีอยู่แล้ว เก็บเงินค่ารักษาพยาบาลเพิ่มบ้างก็ไม่น่ามีปัญหาอะไร
3. บริการดีแล้ว แต่**ควรรวบรวมอุปกรณ์ตกแต่งบางชนิดที่จำเป็นเข้าไปด้วย** เช่น การทำฟัน การใส่กระโหลกเทียม

ควรปรับปรุง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 67.86 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

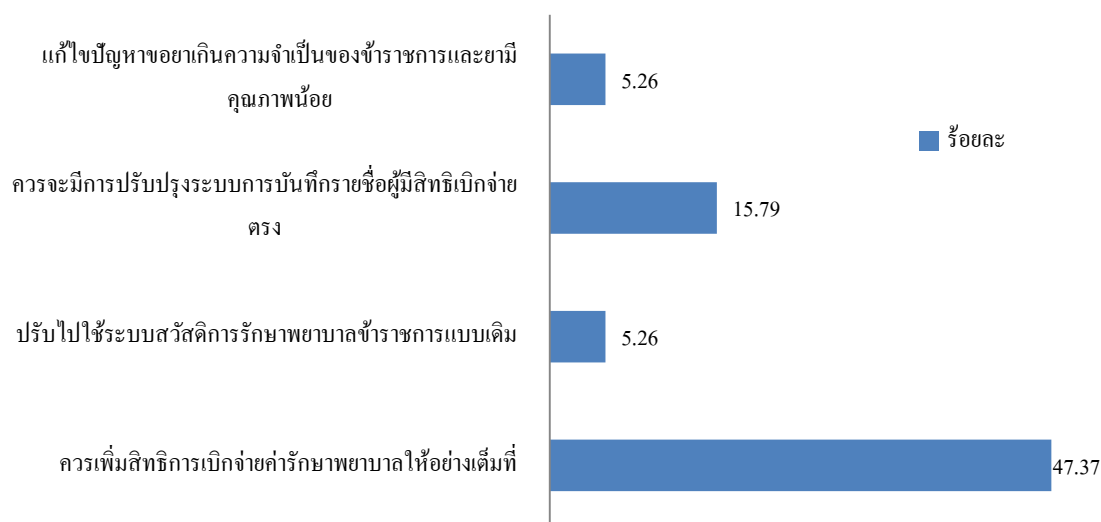
1. ข้าราชการจำนวน 9 คนคิดเป็นร้อยละ 47.37 เห็นว่า **ควรเพิ่มสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้เต็มที่** โดยเฉพาะข้าราชการที่มีเงินเดือนน้อยไม่เกิน 20,000 บาท รวมถึงในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนควรจะให้เบิกอุปกรณ์ค่ายา ค่ารักษาได้หมดไม่ควรจ่ายส่วนเกินเพิ่มเติม และควรปรับปรุงให้ไม่ต้องมีขีดจำกัดในการควบคุมยาราคาแพงให้แพทย์ใช้ดุลยพินิจในการรักษาอย่างเต็มที่

2. ข้าราชการเพียง 1 คนคิดเป็นร้อยละ 5.26 เห็นว่า **ปรับไปใช้ระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการแบบเดิม** ซึ่งเป็นก่อนที่จะนำระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลมาใช้กับ ข้าราชการทั่วประเทศในปี พ.ศ.2549 กล่าวคือ ข้าราชการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐโดยต้องสำรอง เงินจ่ายไปก่อน จากนั้นจึงนำไปเบิกกับหน่วยงานราชการต้นสังกัดในภายหลัง

3. ข้าราชการจำนวน 3 คนคิดเป็นร้อยละ 15.79 เห็นว่า **ควรจะมีการปรับปรุงระบบการ บันทึกรายชื่อผู้มีสิทธิเบิกจ่ายตรง** ซึ่งกรมบัญชีกลางเป็นศูนย์รวบรวมข้อมูลทั้งหมดอยู่แล้ว ดังนั้นผู้ เข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง น่าจะเข้ารับการรักษาได้เลย โดยไม่ต้องขึ้น ทะเบียนใหม่โดยการสแกนนิ้ว เพราะแต่ละแห่งต้องใช้เวลาประมาณ 3 สัปดาห์-1 เดือนซึ่งเป็นการ ล่าช้า และผู้ป่วยบางคนอาจมีเงินไม่พอจ่ายค่ารักษาพยาบาล (ในกรณีที่ต้องได้รับการรักษาก่อนที่การ เบิกจ่ายตรงจะได้รับการอนุมัติและค่ารักษาพยาบาลสูงมาก) และสถานพยาบาลควรแจ้งค่าใช้จ่ายที่ เกิดจากระบบเบิกจ่ายตรงให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง เพื่อเป็นความยุติธรรม โปร่งใสต่อรัฐบาล สถานพยาบาลและผู้ป่วย

4. ข้าราชการจำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 5.26 เห็นว่า **แก้ไขปัญหาขอยาเกินความจำเป็น ของข้าราชการและยามีคุณภาพน้อย** (ในกรณีของยาชื่อสามัญหรือยาที่ผลิตภายในประเทศที่ไม่ได้ นำเข้าจากบริษัทยาจากต่างประเทศ) รวมทั้งลดข้อจำกัดในการใช้ยา เพิ่มความต่อเนื่องและความ จำเป็นในการใช้ยามากขึ้น ทั้งไม่ควรตัดสิทธิยาบางประเภทที่จำเป็นต้องใช้ เพราะข้าราชการในยุค ก่อนได้รับเงินเดือนต่ำมาก เมื่อจำเป็นต้องรักษาพยาบาล สิทธิบางอย่างถูกลดทอนลงไป ควรได้รับ สิทธิตามความจำเป็นตามดุลยพินิจของแพทย์

รูปที่ 6.4 แสดงความคิดเห็นเรื่องการปรับปรุงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรง



3. ท่านคิดว่าควรให้ข้าราชการร่วมจ่ายเงินค่ารักษายาบาลสำหรับระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาลข้าราชการหรือไม่

รูปที่ 6.5 แสดงความเห็นเรื่องการให้ข้าราชการร่วมจ่ายเงินค่ารักษายาบาลสำหรับระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาลข้าราชการ



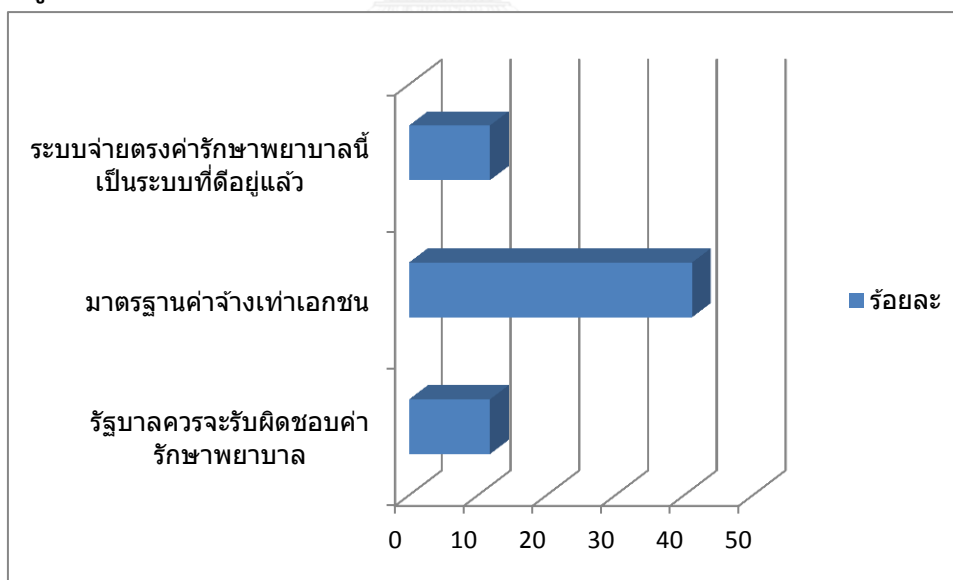
ไม่ควรร่วมจ่าย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 เหตุผลดังนี้

1. ข้าราชการจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 11.76 เห็นว่า **เนื่องจากรัฐบาลควรจะมีขีดความสามารถให้ข้าราชการ** เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่เพิ่มขึ้น

2. ข้าราชการจำนวน 7 คนคิดเป็นร้อยละ 41.18 เห็นว่า **ถ้าให้มาตรฐานค่าจ้างเท่าเอกชน** ก็ยอมรับการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ แต่ถ้าค่าจ้างต่ำกว่าไม่สมควรร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล อีกทั้งข้าราชการได้รับเงินเดือนน้อย มีค่าใช้จ่ายทุกเดือนจำนวนมาก อาจเกิดผลกระทบโดยเฉพาะต่อข้าราชการชั้นผู้น้อย สิทธิการรักษาพยาบาลจึงเป็นสวัสดิการเพื่อชดเชยในส่วนของรายได้ของข้าราชการ

3. ข้าราชการจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 11.76 ไม่เห็นด้วย เพราะ**ระบบจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นระบบที่ดีอยู่แล้ว การให้ข้าราชการต้องมาร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลก็ไม่ใช้ระบบเบิกจ่ายตรงอีกต่อไป** นอกจากนี้ข้าราชการมีหลายระดับ เงินเดือนสูง ต่ำแตกต่างกันไป ดังนั้นการร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจะมีผลกระทบต่อข้าราชการชั้นผู้น้อยที่ต้องหาเงินมาจ่ายค่ารักษาพยาบาล อีกทั้งหากมีการร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในอนาคตอาจไม่มีคนมีความสามารถมารับราชการอย่างแน่นอน

รูปที่ 6. 6 แสดงร้อยละของความเห็นเรื่องไม่ควรมีการร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล



ควรร่วมจ่าย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 เหตุผลดังนี้

1. ข้าราชการจำนวน 5 คนคิดเป็นร้อยละ 38.46 เห็นว่า **การร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ควรกำหนดเพดานเงินเดือนที่เหมาะสม** หากข้าราชการมีรายได้ต่ำกว่าเพดานที่กำหนดก็ไม่ควรร่วมจ่าย แต่ถ้าเกินเพดานที่กำหนดก็ให้ร่วมจ่ายเงินได้ โดยกำหนดเป็นร้อยละตามรายได้ที่มากขึ้น เช่น สำหรับผู้มีเงินเดือนสูงเกิน 50,000 บาทควรร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพื่อรัฐบาลจะมีเงินช่วยในด้านสวัสดิการแก่คนยากจน ในกรณีข้าราชการเกษียณอายุไม่ควรร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากข้าราชการเกษียณในยุคนก่อนการปรับเงินเดือนข้าราชการมีเงินบำนาญที่น้อยมาก ถ้าต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลอาจเป็นการเพิ่มภาระทางการเงินให้กับผู้สูงอายุหรือถ้าต้องร่วมจ่ายจริง ๆ ก็ควรร่วมจ่ายให้น้อยที่สุด เพราะเงินบำนาญไม่มากพอหรือจ่ายบ้างตามเพดานเงินบำนาญที่ได้รับ

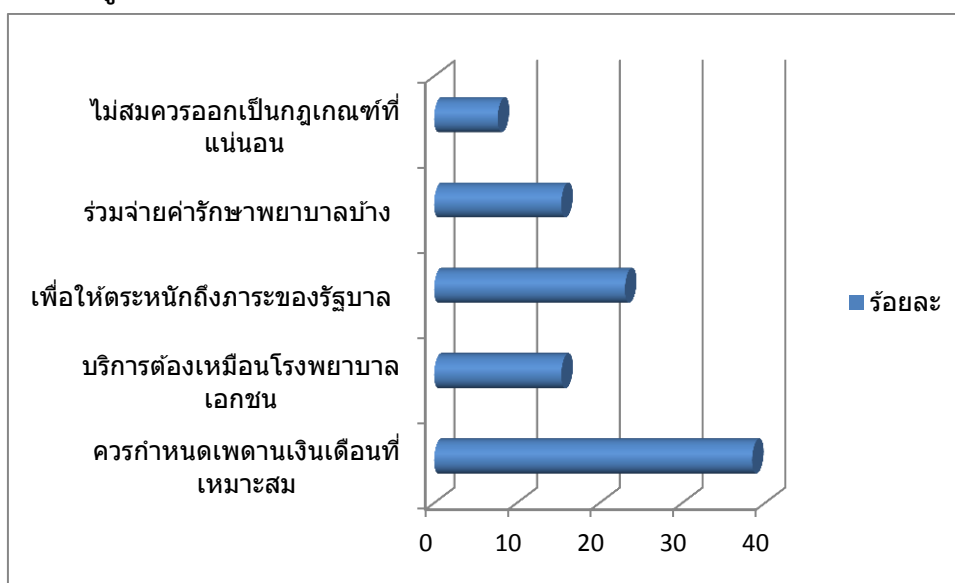
2. ข้าราชการจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 15.39 เห็นว่า **การร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล แต่การให้บริการทางการแพทย์ต้องสะดวก รวดเร็ว เหมือนโรงพยาบาลเอกชน** อีกทั้งถ้าการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ดีกว่าของการรักษาที่สมควรร่วมจ่าย แต่ก็ไม่ควรจ่ายเป็นจำนวนเงินที่สูงเกินไปจนกระทบต่อเสถียรภาพทางการเงิน

3. ข้าราชการจำนวน 3 คนคิดเป็นร้อยละ 23.08 เห็นด้วยว่า **ควรมีการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในกรณีที่จำเป็นเพื่อให้ตระหนักถึงภาระของรัฐบาล** และรัฐบาลจะได้นำเงินส่วนนี้ไปปรับปรุงให้สวัสดิการแก่ประชาชนผู้ด้อยโอกาสเพื่อจะได้มีสิทธิเข้าถึงการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น แต่การร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลต้องมีเพดานจำกัด อีกทั้งการร่วมจ่ายจะทำให้ข้าราชการดูแลสุขภาพตัวเองมากขึ้นและลดปัญหาขอยาเกินความจำเป็น ไม่ควรใช้กับข้าราชการเกษียณอายุควรให้เบิกค่ารักษาพยาบาลเหมือนเดิมโดยไม่ร่วมจ่ายถือเป็นสวัสดิการยามเกษียณอายุ ซึ่งมีโรคประจำตัว และไม่ควรมีการบิดามารดาของข้าราชการมาร่วมจ่ายด้วยดังเหตุผลดังกล่าวข้างต้น

4. ข้าราชการจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 15.38 เห็นว่า **ร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลบ้าง** ประมาณร้อยละ 2-5 ของค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลหรือคิดเป็นร้อยละของรายได้แต่ละบุคคลร้อยละ 5-10 ของรายได้ต่อคน หรือควรให้ข้าราชการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล ตามความสมัครใจในการรักษาพยาบาลในแต่ละครั้ง

5. มีข้าราชการเพียง 1 คนคิดเป็นร้อยละ 7.69 เห็นว่า **วิธีดำเนินการแบบให้ข้าราชการร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ยังไม่สมควรออกเป็นกฎหมายที่แน่นอนว่าให้ร่วมจ่าย** ขอเพียงให้ข้าราชการผู้มีสิทธิเบิกจ่ายตรงและผู้เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือกันช่วยประหยัดในการรักษาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการสืบค้นโรคที่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณของประเทศชาติ

รูปที่ 6. 7 แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล



4. ในกรณีที่ท่านเห็นด้วยกับการร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ท่านคิดว่าควรนำมาใช้กับข้าราชการกลุ่มใด 1. ข้าราชการในอนาคต 2. ข้าราชการปัจจุบัน 3. ข้าราชการเกษียณอายุ (แนวทางตอบ เห็นด้วยเฉพาะข้อ 1 เห็นด้วย 1+2 เห็นด้วยทั้งหมด 1+2+3) พร้อมเหตุผล

ควรนำมาใช้กับ**ข้าราชการในอนาคต** จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 เหตุผลดังนี้

1. เนื่องจากจะได้วางแผนทางและปรับอัตราเงินเดือนเพื่อรองรับการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2. เพราะข้าราชการเกษียณอายุมีรายได้จากเงินบำนาญเพียงอย่างเดียว อีกทั้งเงินบำนาญน้อยและบางคนไม่มีบุตรหลานมาให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านอื่น ๆ

ควรนำมาใช้กับ**ข้าราชการในปัจจุบันและข้าราชการในอนาคต** จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 61.54 เหตุผลดังนี้

1. ควรใช้กับข้าราชการในอนาคตและข้าราชการในปัจจุบัน แต่ต้องกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการให้ชัดเจนและการปรับขึ้นเงินเดือนต้องเหมาะสม สำหรับข้าราชการเกษียณอายุไม่ควรนำมาใช้เพราะข้าราชการเกษียณอายุจะมีรายได้น้อยและคงที่ไม่เหมือนข้าราชการประจำ ประกอบกับเป็นผู้สูงอายุซึ่งต้องการบริการทางการแพทย์มากขึ้นอาจประสบปัญหาค่าใช้จ่ายได้

2. เนื่องจากข้าราชการที่เกษียณอายุไปแล้ว ส่วนมากได้รับบำนาญเพียงพอแค่การดำรงชีวิตในแต่ละเดือนเท่านั้น ค่าครองชีพก็สูงขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่เงินบำนาญยังเท่าเดิมนอกจากนี้ยิ่งอายุมากยิ่งต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยขึ้น ส่วนข้าราชการในปัจจุบันและข้าราชการใน

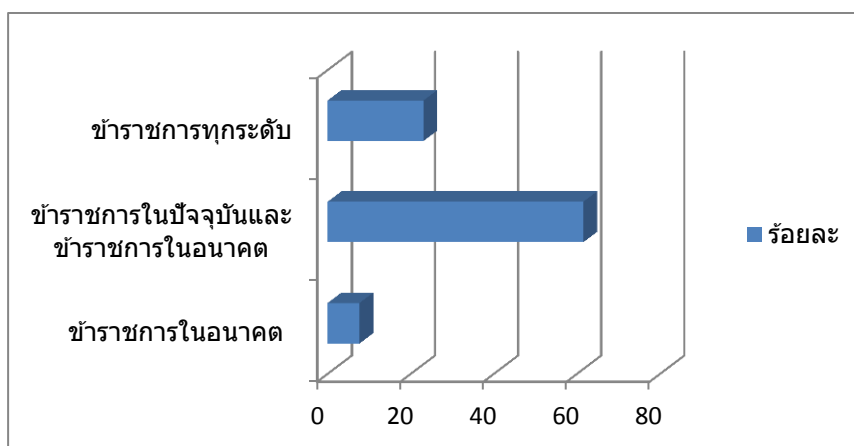
อนาคตรัฐบาลได้ให้สวัสดิการไว้พอสมควรแล้ว และรัฐบาลมีการปรับบัญชีเงินเดือนไปตามภาวะเศรษฐกิจอย่างพอเพียงแล้ว

3. **ข้าราชการปัจจุบันและข้าราชการที่จะบรรจุในอนาคตเพราะยังไม่ชรา สุขภาพยังแข็งแรงอยู่** เน้นให้ดูแลสุขภาพถ้าไม่อยากเสียเงินค่ารักษาพยาบาล แต่เมื่อใดที่เกษียณอายุราชการควรให้การรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทุกรายการทุกครั้ง เพราะเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายทรุดโทรมมีโรคประจำตัว นอกจากนี้มีผู้ให้ความคิดเห็นว่า บิดา มารดาของข้าราชการที่มีอายุเกิน 60 ปี ควรให้การรักษาโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายด้วย แต่บุตรของข้าราชการควรร่วมจ่ายด้วย แต่หากค่ารักษาพยาบาลเกิน 30,000 บาทควรให้การรักษาพยาบาลโดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายทุกคนเนื่องจากอาจเป็นภาระทางการเงินได้ ในกรณีที่ค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 30,000 บาทควรให้ร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 20 ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อให้ข้าราชการดูแลสุขภาพมากขึ้นทำให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นไปตามความจำเป็น สามารถประหยัดงบประมาณแผ่นดิน ผู้ป่วยได้ยาดีมีคุณภาพตามการร่วมจ่ายและให้สามารถเลือกคุณภาพยาได้ และเพิ่มเงินเดือนของข้าราชการปัจจุบันและที่จะบรรจุในอนาคตอีกร้อยละ 10-20

ควรรนำมาใช้กับข้าราชการทุกระดับทั้งข้าราชการเกษียณอายุ ข้าราชการปัจจุบันและข้าราชการในอนาคต จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 เหตุผลดังนี้ เพื่อช่วยประหยัดงบประมาณแผ่นดินของรัฐในฐานะเป็นพลเมืองของชาติ และทุกคนควรมีส่วนร่วมในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยไม่ต้องจำแนกประเภท

ความคิดเห็นอื่น ๆ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 ได้แก่ ข้าราชการที่มีเงินเดือนสูง ๆ ข้าราชการตำรวจทหารระดับนายพันหรือข้าราชการพลเรือนระดับซี 8 ขึ้นไปและพิจารณาการร่วมจ่ายจากฐานเงินเดือนของข้าราชการ

รูปที่ 6. 8 แสดงความเห็นเรื่องการร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ควรรนำมาใช้กับข้าราชการกลุ่มใด



บทที่ 7

ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเมื่อกำหนดอัตราการร่วมจ่าย

งานวิจัยนี้ใช้ฐานข้อมูลการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้าเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่รักษาคนไข้ข้าราชการและครอบครัวเป็นหลัก ประกอบด้วยข้อมูล 2 ฐาน คือ ฐานข้อมูลการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยนอกและฐานข้อมูลการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีผู้ป่วยใน เพื่อใช้ในการประมาณค่ารักษาพยาบาล เมื่อกำหนดอัตราการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ อัตราการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 5 อัตราการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 10 อัตราการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 15 และอัตราการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 20 ของค่ารักษาพยาบาลที่มีการเรียกเก็บ เนื่องจากฐานข้อมูลการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้ามีจำนวนไม่มากนัก ในงานวิจัยนี้จึงใช้ข้อมูลทั้งหมดเพื่อนำมาวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น

ผู้วิจัยใช้ฐานข้อมูลการเข้ารับบริการทางการแพทย์มาวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยการนำข้อมูลที่ได้ไปหาการแจกแจงที่เหมาะสมด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยเลือกการแจกแจงแบบ lognormal เนื่องจากข้อมูลมีพิสัยกว้างมาก เพื่อหาค่าคาดหวัง (Expected value) ของข้อมูลนั้นๆ ซึ่งค่าคาดหวังที่ได้จะนำมาใช้เป็นค่าประมาณของค่ารักษาพยาบาลสำหรับแต่ละอัตราการร่วมจ่าย

7.1 ฐานข้อมูลการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยนอกและผลการวิเคราะห์

ฐานข้อมูลการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยนอกจะใช้ข้อมูลปีพ.ศ 2552 , 2553 , มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ.2556 , ปีพ.ศ.2557 และมกราคม-พฤษภาคม พ.ศ.2558

7.1.1 ข้อมูลการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกปี พ.ศ.2552

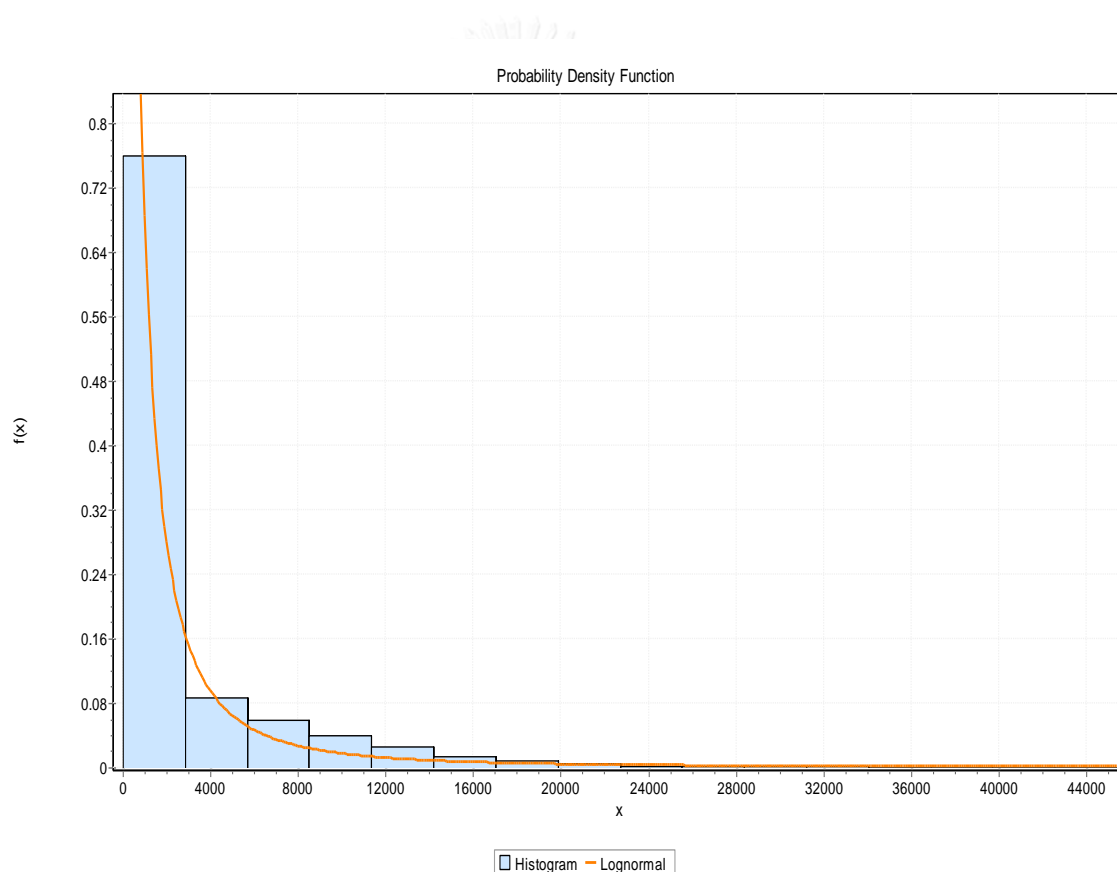
ในปีพ.ศ.2552 ซึ่งเป็นปีก่อนที่กรมบัญชีกลางจะมีหนังสือเวียนควบคุมการใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 9 ชนิดที่มีราคาแพง พบว่ามีการใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกรวมทั้งสิ้น 44,603 ครั้ง โดยที่ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นมีค่าตั้งแต่ 8-45,389 บาทต่อครั้ง ค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 2,408 บาทต่อครั้ง ค่าพารามิเตอร์ที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมนี้แสดงได้ดังตารางที่ 7.1

ตารางที่ 7. 1 แสดงค่าพารามิเตอร์ของการแจกแจงแบบ Lognormal ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกปีพ.ศ.2552

พารามิเตอร์	ค่าใช้จ่าย (บาท)	อัตราการร่วมจ่าย(บาทต่อครั้ง)			
		ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
ค่าคาดหวัง ($E(X)$)	2,354.86	117.74	235.49	353.23	470.97

จากตารางค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสวัสดิการรักษพยาบาลข้าราชการคิดเป็น 2,354.86 บาท กรณีที่คิดการร่วมจ่ายแก่ผู้ป่วยที่อัตราร้อยละ 5 10 15 และ 20 ทำให้คนไข้ต้องร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวน 117.74 , 235.49 , 353.23 และ 470.97 บาท ตามลำดับ

รูปที่ 7. 1 รูปแสดง p.d.f. ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปี พ.ศ.2552



จาก probability density function (p.d.f.) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแกนนอนคือ ค่ารักษาพยาบาล(บาท) และแกนตั้งแสดงความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลโดยที่ค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่อง จากกราฟจะเห็นได้ว่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลจำนวนไม่เกิน 4,000 บาทนี้มีค่าสูงประมาณ 0.76 และค่ารักษาพยาบาลที่มากกว่า 4,000 บาทนั้นมีความน่าจะเป็นที่จะเกิดขึ้นน้อยลงเรื่อยๆ ตามค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นจนแทบเข้าใกล้ 0 ในที่สุด นั่นคือ p.d.f. มีลักษณะเบ้ไปทางขวา

7.1.2 ข้อมูลการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกปี พ.ศ.2553

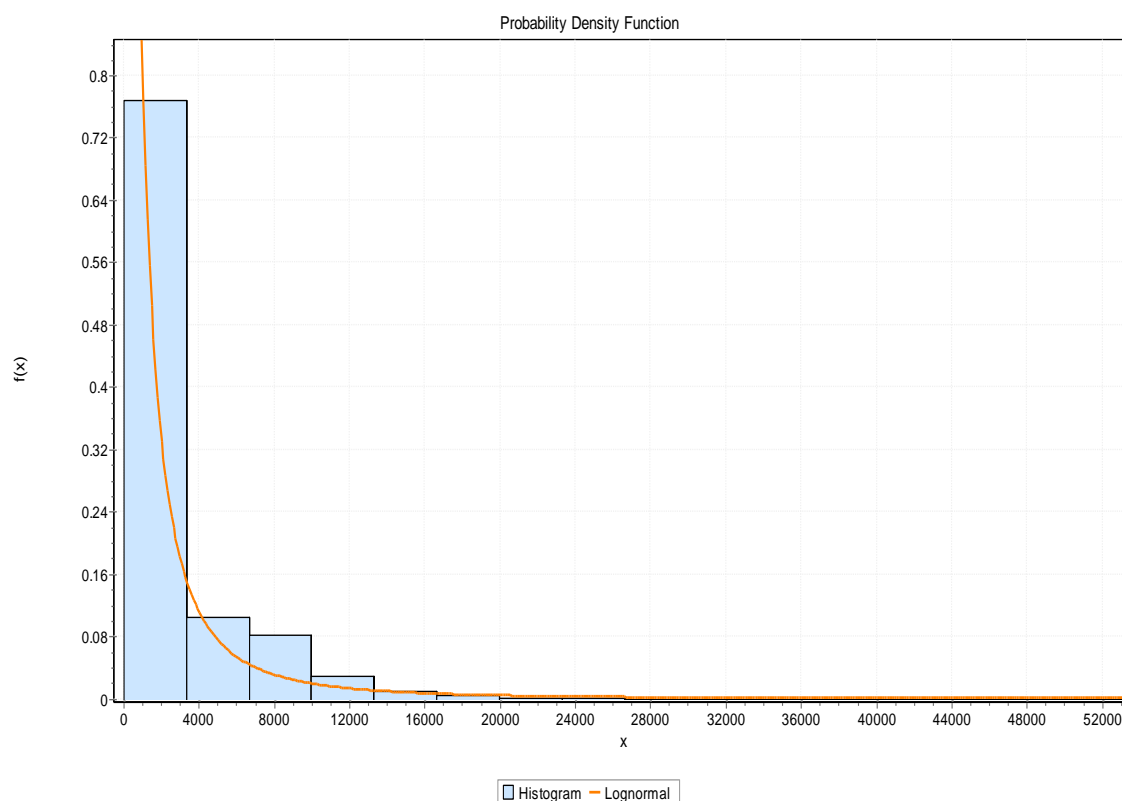
ต่อมาปีพ.ศ.2553 ซึ่งเป็นปีที่หนังสือเวียนควบคุมการใช้นานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 9 ชนิด ที่มีราคาแพงมีผลบังคับใช้ พบว่ามีการใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกรวมทั้งสิ้น 50,968 ครั้ง โดยที่ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นมีค่าตั้งแต่ 5-53,190 บาทต่อครั้ง ค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 2,241 บาทต่อครั้ง ค่าพารามิเตอร์ที่ได้จากการวิเคราะห์นี้แสดงได้ดังตารางที่ 7.2

ตารางที่ 7. 2 แสดงค่าพารามิเตอร์ของการแจกแจงแบบ Lognormal ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกปีพ.ศ.2553

พารามิเตอร์	ค่าใช้จ่าย (บาท)	อัตราการร่วมจ่าย(บาทต่อครั้ง)			
		ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
ค่าคาดหวัง ($E(X)$)	2,295.49	114.77	229.55	344.32	459.10

จากตารางค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการคิดเป็น 2,354.86 บาท กรณีที่คิดการร่วมจ่ายแก่ผู้ป่วยที่อัตราร้อยละ 5 10 15 และ 20 ทำให้คนไข้ต้องร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวน 114.77 , 229.55 , 344.32 และ 459.10 บาท ตามลำดับ

รูปที่ 7. 2 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปี พ.ศ.2553



จาก probability density function (p.d.f.) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแกนนอนคือ ค่ารักษาพยาบาล(บาท) และแกนตั้งแสดงความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลโดยที่ค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่อง จากกราฟจะเห็นได้ว่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลจำนวนไม่เกิน 4,000 บาทนี้มีค่าสูงประมาณ 0.76 และค่ารักษาพยาบาลที่มากกว่า 4,000 บาทนั้นมีความน่าจะเป็นที่จะเกิดขึ้นน้อยลงเรื่อยๆ ตามค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นจนแทบเข้าใกล้ 0 ในที่สุด นั่นคือ p.d.f.มีลักษณะเบ้ไปทางขวา

7.1.3 ข้อมูลการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกปี พ.ศ.2556

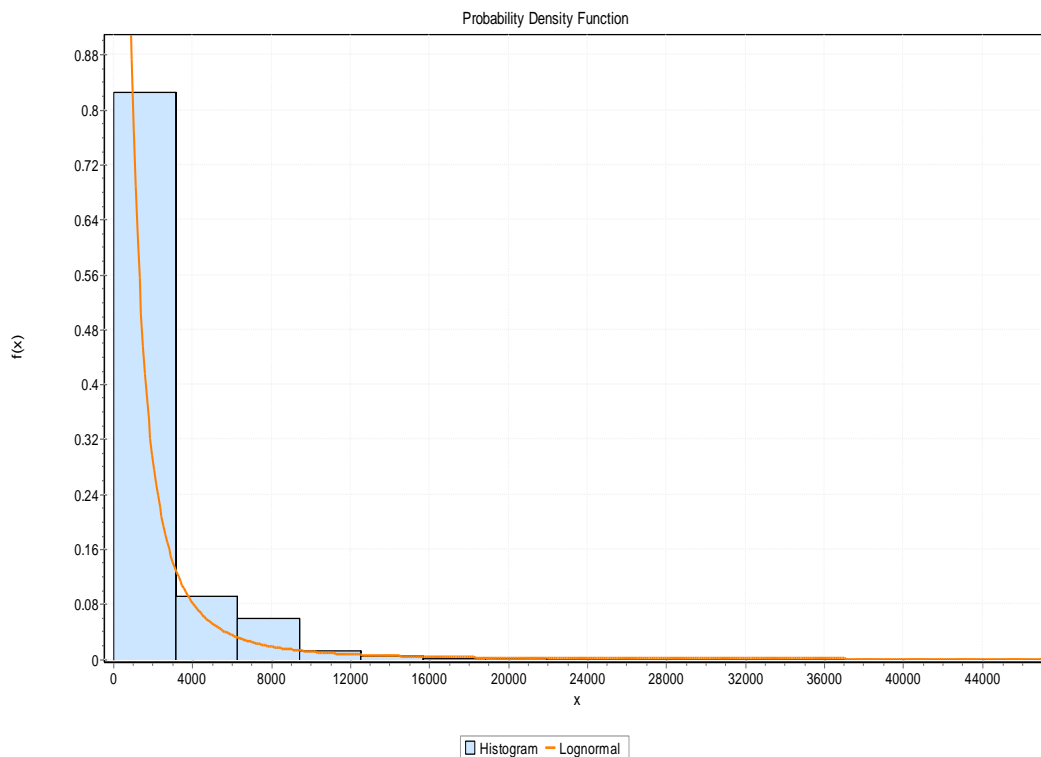
ข้อมูลเดือนมิถุนายนถึงธันวาคม พ.ศ.2556 ซึ่งเป็นปีภายหลังหนังสือเวียนควบคุมการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 9 ชนิดที่มีราคาแพงมีผลบังคับใช้ พบว่ามีการใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกรวมทั้งสิ้น 25,745 ครั้ง โดยที่ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นมีค่าตั้งแต่ 8-47,020 บาทต่อครั้ง ค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 1,601 บาทต่อครั้ง ค่าพารามิเตอร์ที่ได้จากการวิเคราะห์นี้แสดงได้ดังตารางที่ 7.3

ตารางที่ 7. 3 แสดงค่าพารามิเตอร์ของการแจกแจงแบบ Lognormal ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกตั้งแต่มิถุนายนถึงธันวาคม 2556

พารามิเตอร์	ค่าใช้จ่าย (บาท)	อัตรการร่วมจ่าย(บาทต่อครั้ง)			
		ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
ค่าคาดหวัง ($E(X)$)	1,475.16	73.76	147.52	221.27	295.03

จากตารางค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการคิดเป็น 1,475.16 บาท กรณีที่คิดการร่วมจ่ายแก่ผู้ป่วยที่อัตราร้อยละ 5 10 15 และ 20 ทำให้คนไข้ต้องร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวน 73.76 , 174.52 , 221.27 และ 295.03 บาท ตามลำดับ

รูปที่ 7. 3 รูปแสดง p.d.f. ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปี พ.ศ.2556



จาก probability density function (p.d.f.) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแกนนอนคือ ค่ารักษาพยาบาล(บาท) และแกนตั้งแสดงความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลโดยที่ค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่อง จากกราฟจะเห็นได้ว่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลจำนวนไม่เกิน 4,000 บาทนี้มีค่าสูงประมาณ 0.82 และค่ารักษาพยาบาลที่มากกว่า 4,000 บาทนั้นมีความน่าจะเป็นที่จะเกิดขึ้นน้อยลงเรื่อยๆ ตามค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นจนแทบเข้าใกล้ 0 ในที่สุด นั่นคือ p.d.f.มีลักษณะเบ้ไปทางขวา

7.1.4 ข้อมูลการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกปี พ.ศ.2557

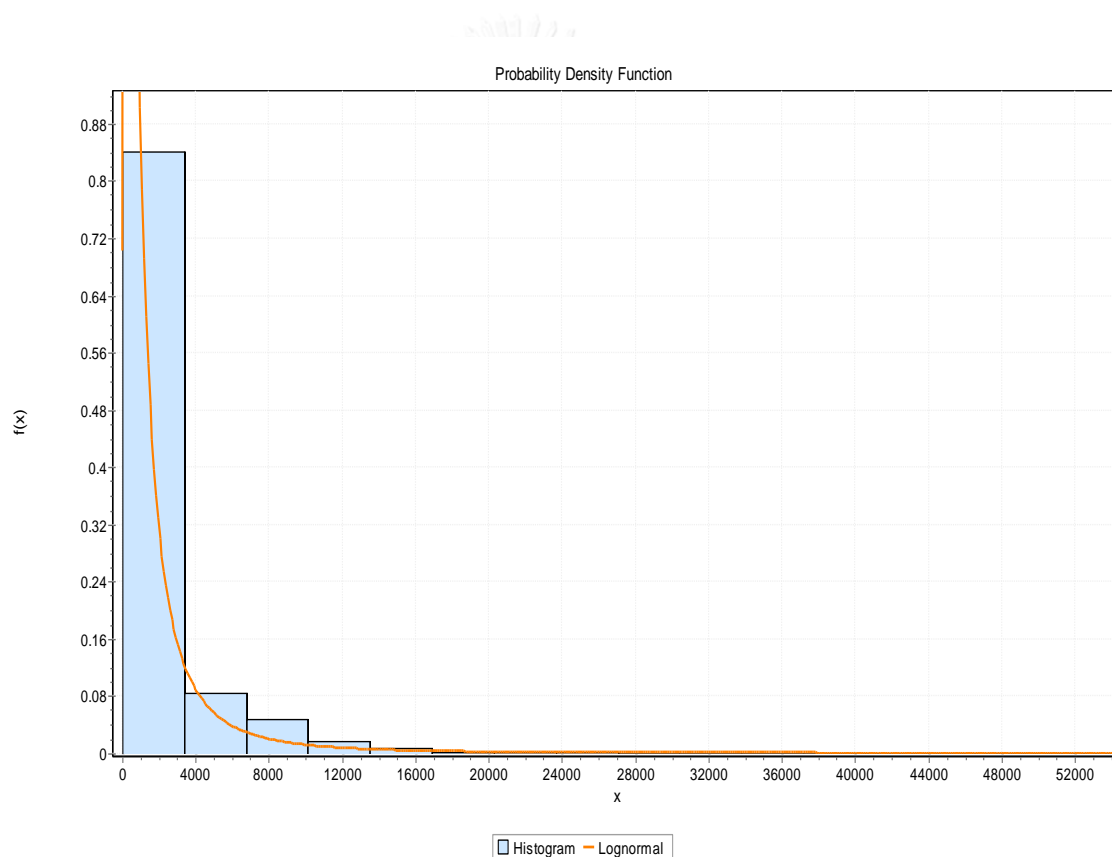
สำหรับข้อมูลปี พ.ศ.2557 พบว่ามีการใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกรวมทั้งสิ้น 42,066 ครั้ง โดยที่ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นมีค่าตั้งแต่ 5-54,075 บาทต่อครั้ง ค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 1,658 บาทต่อครั้ง ค่าพารามิเตอร์ที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมนี้แสดงได้ดังตารางที่ 7.4

ตารางที่ 7. 4 แสดงค่าพารามิเตอร์ของการแจกแจงแบบ Lognormal ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกพ.ศ.2557

พารามิเตอร์	ค่าใช้จ่าย (บาท)	อัตราการร่วมจ่าย(บาทต่อครั้ง)			
		ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
ค่าคาดหวัง ($E(X)$)	1,476.14	73.81	147.61	221.43	295.24

จากตารางค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการคิดเป็น 1,475.16 บาท กรณีที่คิดการร่วมจ่ายแก่ผู้ป่วยที่อัตราร้อยละ 5 10 15 และ 20 ทำให้คนไข้ต้องร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวน 73.81 , 147.61 , 221.43 และ 295.24 บาท ตามลำดับ

รูปที่ 7. 4 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปี พ.ศ.2557



จาก probability density function (p.d.f.) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแกนนอนคือ ค่ารักษาพยาบาล(บาท) และแกนตั้งแสดงความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลโดยที่ค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่อง จากกราฟจะเห็นได้ว่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลจำนวนไม่เกิน 4,000 บาทนี้มีค่าสูงประมาณ 0.84 และค่ารักษาพยาบาลที่มากกว่า 4,000 บาทนั้นมีความน่าจะเป็นที่จะเกิดขึ้นน้อยลงเรื่อยๆ ตามค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นจนแทบเข้าใกล้ 0 ในที่สุด นั่นคือ p.d.f.มีลักษณะเบ้ไปทางขวา

7.1.5 ข้อมูลการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกปี พ.ศ.2558

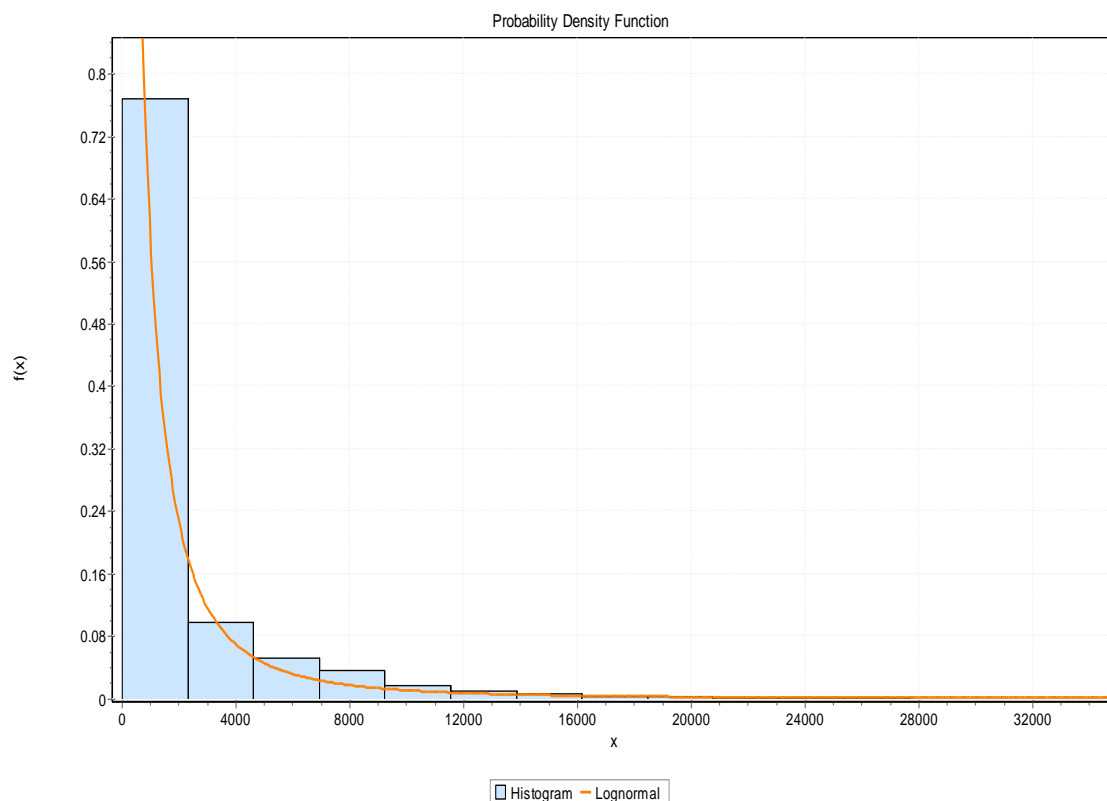
สำหรับข้อมูลล่าสุดตั้งแต่มกราคมถึงพฤษภาคม พ.ศ.2558 พบว่ามีการใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกรวมทั้งสิ้น 17,607 ครั้ง โดยที่ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นมีค่าตั้งแต่ 13-34,610 บาทต่อครั้ง ค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 1,879 บาทต่อครั้ง ค่าพารามิเตอร์ที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมนี้แสดงได้ดังตารางที่ 7.5

ตารางที่ 7. 5 แสดงค่าพารามิเตอร์ของการแจกแจงแบบ Lognormal ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกตั้งแต่มกราคมถึงพฤษภาคม 2558

พารามิเตอร์	ค่าใช้จ่าย (บาท)	อัตราการร่วมจ่าย(บาทต่อครั้ง)			
		ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
ค่าคาดหวัง ($E(X)$)	1,778.30	88.92	177.83	266.75	355.66

จากตารางค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสวัสดิการรักษพยาบาลข้าราชการคิดเป็นบาท กรณีที่คิดการร่วมจ่ายแก่ผู้ป่วยที่อัตราร้อยละ 5 10 15 และ 20 ทำให้คนไข้ต้องร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวน 88.92 , 177.83 , 266.75 และ 355.66 บาท ตามลำดับ

รูปที่ 7. 5 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปี พ.ศ.2558



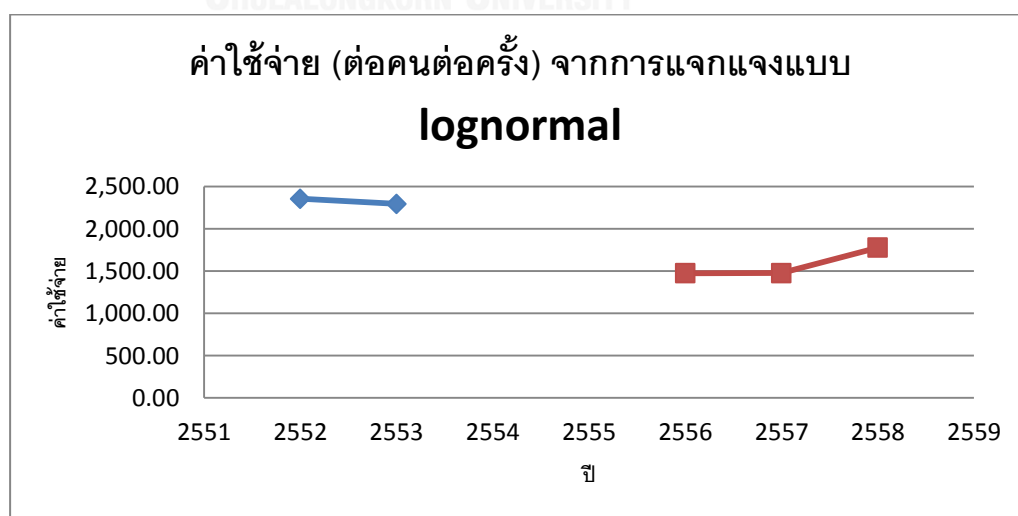
จาก probability density function (p.d.f.) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแกนนอนคือ ค่ารักษาพยาบาล(บาท) และแกนตั้งแสดงความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลโดยที่ค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่อง จากกราฟจะเห็นได้ว่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลจำนวนไม่เกิน 4,000 บาทนี้มีค่าสูงประมาณ 0.76 และค่ารักษาพยาบาลที่มากกว่า 4,000 บาทนั้นมีความน่าจะเป็นที่จะเกิดขึ้นน้อยลงเรื่อยๆ ตามค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นจนแทบเข้าใกล้ 0 ในที่สุด นั่นคือ p.d.f.มีลักษณะเบ้ไปทางขวา

ค่าคาดหวังค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากกรมบัญชีกลางสามารถสรุปได้ดังนี้ พ.ศ.2552 จำนวน 2,354.86 บาท พ.ศ.2553 จำนวน 2,295.49 บาท พ.ศ.2556 (ตั้งแต่เดือนมิถุนายน-ธันวาคม 2556) จำนวน 1,475.16 บาท พ.ศ.2557 จำนวน 1,476.14 บาท และพ.ศ.2558 (ตั้งแต่เดือนมกราคม-พฤษภาคม 2558) จำนวน 1,778.30 บาท ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 7.6

ตารางที่ 7. 6 ตารางแสดงข้อมูลค่าคาดหวังค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากกรมบัญชีกลาง

พารามิเตอร์	2552	2553	2556 (มิถุนายน- ธันวาคม)	2557	2558 (มกราคม- พฤษภาคม)
ค่าคาดหวัง($E(X)$)	2,354.86	2,295.49	1,475.16	1,476.14	1,778.30

รูปที่ 7. 6 กราฟแสดงข้อมูลค่าคาดหวังค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากกรมบัญชีกลาง



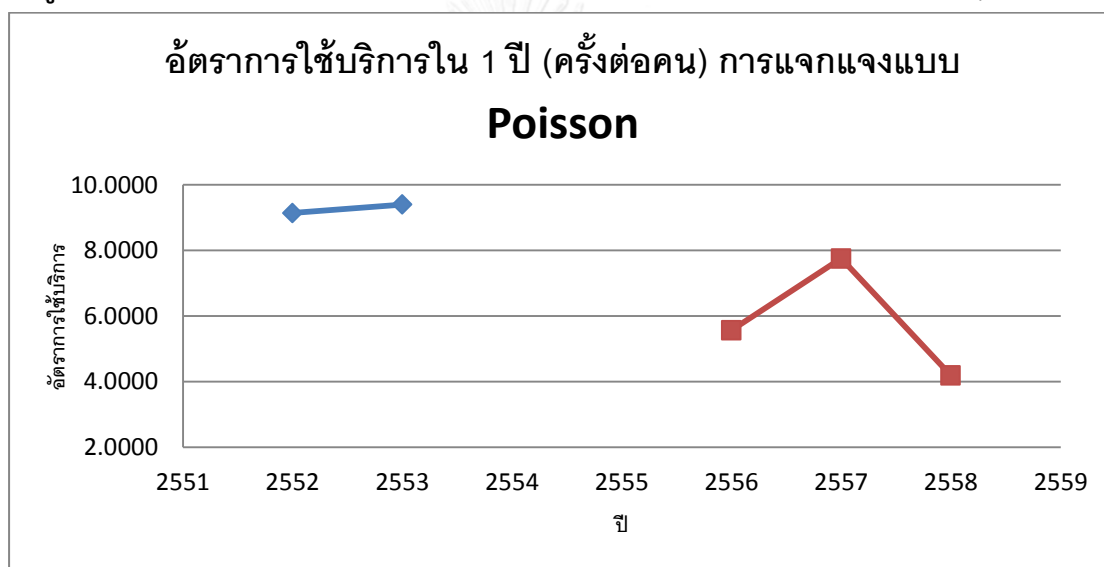
จากข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วยสามารถคำนวณความถี่ของการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในเวลา 1 ปี (ครั้งต่อคน) โดยคิดการแจกแจงแบบ Poisson ได้ ดังนี้ พ.ศ.2552 จำนวน

9.1400 ครั้ง พ.ศ.2553 จำนวน 9.3968 ครั้ง พ.ศ.2556 (ตั้งแต่เดือนมิถุนายน-ธันวาคม 2556) จำนวน 5.5665 ครั้ง พ.ศ.2557 จำนวน 7.7555 ครั้ง และ พ.ศ.2558 (ตั้งแต่เดือนมกราคม-พฤษภาคม 2558) จำนวน 4.1872 ครั้ง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 7.7

ตารางที่ 7.7 ตารางแสดงความถี่ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในระยะเวลา 1 ปี

ค่าพารามิเตอร์	2552	2553	2556 (มิถุนายน- ธันวาคม)	2557	2558 (มกราคม- พฤษภาคม)
λ	9.1400	9.3968	5.5665	7.7555	4.1872

รูปที่ 7.7 กราฟแสดงอัตราการใช้บริการใน 1 ปี (ครั้งต่อคน) โดยมีการแจกแจงแบบ poisson

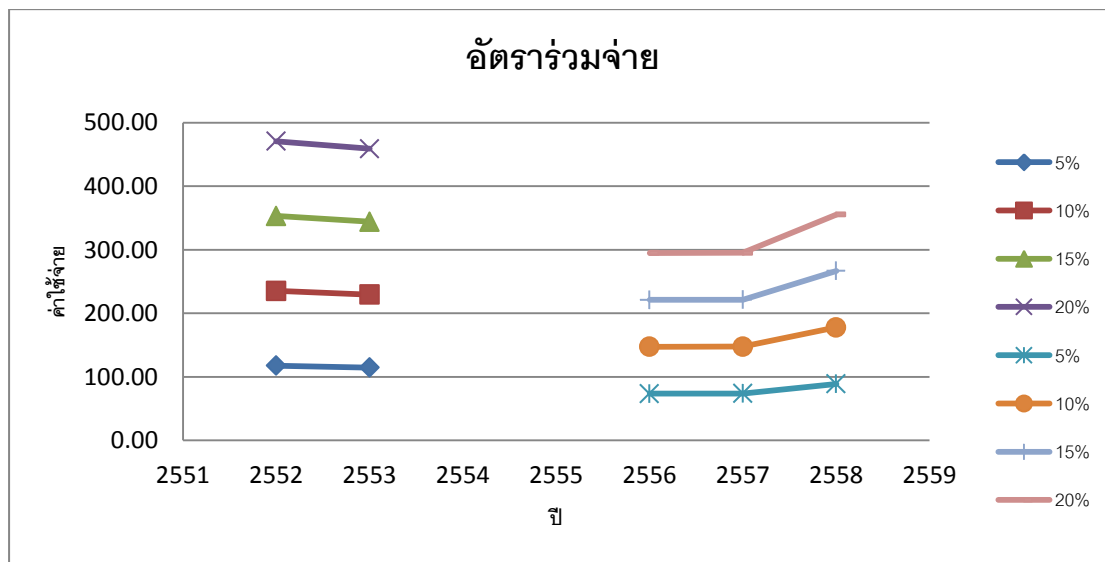


ดังนั้นถ้าผู้ใช้บริการจะเสียอัตราร่วมจ่าย โดยมีสมมติฐานว่าพฤติกรรมกรเข้าใช้บริการทางการแพทย์มิได้เปลี่ยนแปลงไปตามเดิม อัตราร่วมจ่ายที่คนไข้ต้องจ่ายดังแสดงในตารางที่ 7.8

ตารางที่ 7.8 ตารางแสดงอัตราร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก

อัตราร่วมจ่าย	2552	2553	2556 (มิถุนายน- ธันวาคม)	2557	2558 (มกราคม- พฤษภาคม)
ร้อยละ 5	117.74	114.77	73.76	73.81	88.92
ร้อยละ 10	235.49	229.55	147.52	147.61	177.83
ร้อยละ 15	353.23	344.32	221.27	221.42	266.75
ร้อยละ 20	470.97	459.10	295.03	295.23	355.66

รูปที่ 7.8 กราฟแสดงร้อยละของอัตราร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกแยกตามรายปี



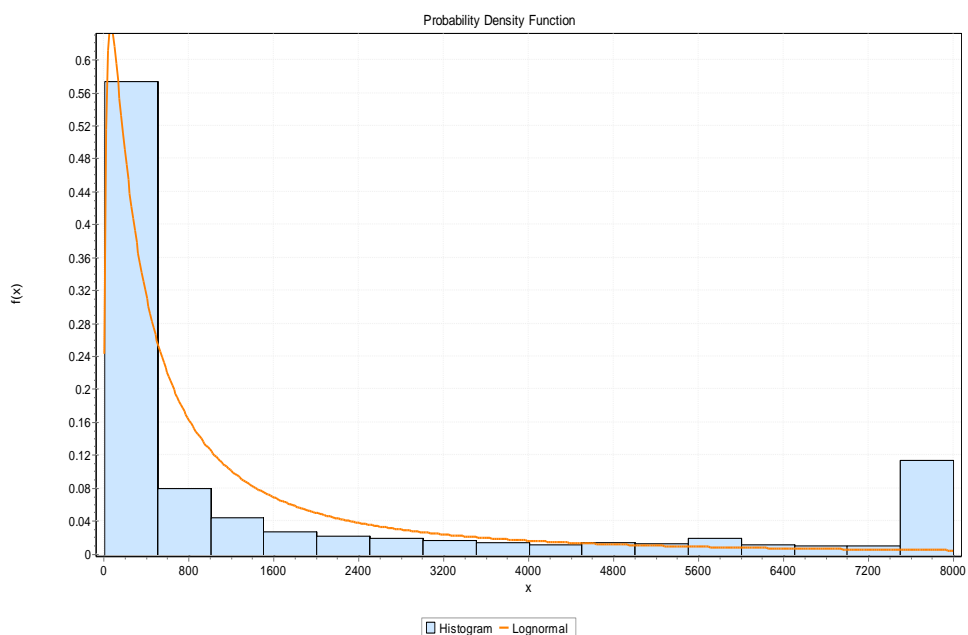
7.2 ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกเมื่อกำหนดเพดานการร่วมจ่าย

สำหรับข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเมื่อกำหนดเพดานสูงสุดของค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งไม่เกิน 8,000 บาท หากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเกิน 8,000 บาทจะคิดเพียง 8,000 บาทเท่านั้นเพื่อใช้ใจการคำนวณการร่วมจ่าย จะได้รูปแบบ ดังนี้

7.2.1 ข้อมูลปีพ.ศ. 2552

เมื่อนำข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลปีพ.ศ.2552 มาคิดเพดานค่าใช้จ่ายที่ 8,000 บาท จะได้การแจกแจงข้อมูลดังนี้

รูปที่ 7. 9 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปี พ.ศ.2552 แบบกำหนดเพดานค่าใช้จ่าย

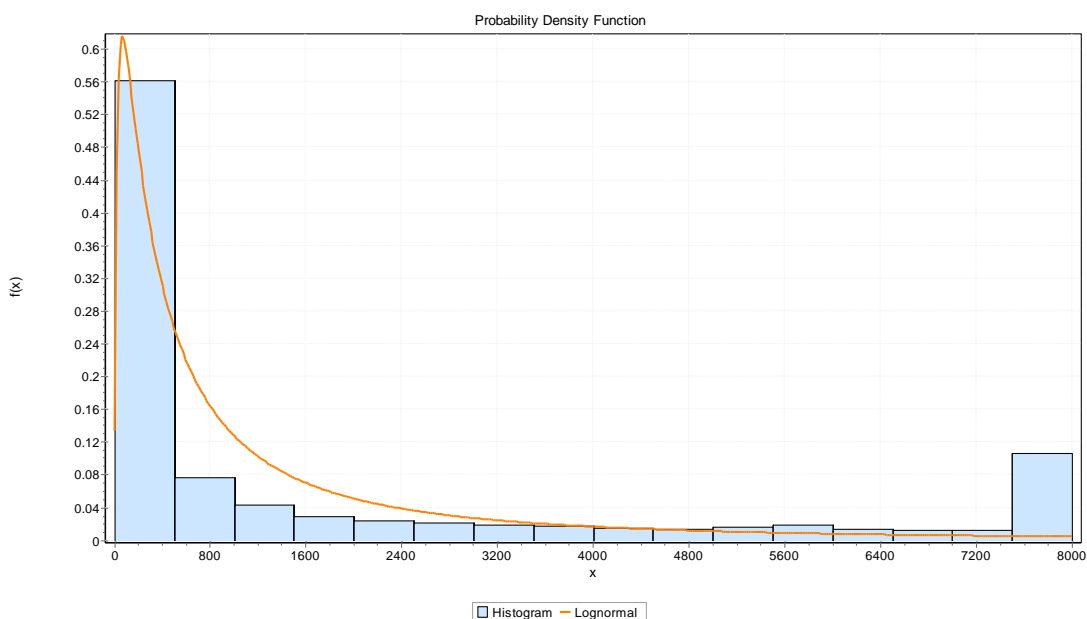


จาก probability density function (p.d.f.) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแกนนอนคือ ค่ารักษาพยาบาล(บาท) และแกนตั้งแสดงความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลโดยที่ค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่อง จากกราฟจะเห็นได้ว่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลจำนวนไม่เกิน 800 บาทนี้มีค่าสูงประมาณ 0.64 และค่ารักษาพยาบาลที่เพดานคือ 8,000 บาทนั้นมีความน่าจะเป็นประมาณ 0.12 นั่นคือ p.d.f.มีลักษณะเบ้ไปทางขวาแต่หางไม่ยาวเมื่อเทียบกับรูปที่ 7.1

7.2.2 ข้อมูลปีพ.ศ. 2553

เมื่อนำข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลปีพ.ศ.2553 มาคิดเพดานค่าใช้จ่ายที่ 8,000 บาท จะได้รับการแจกแจงข้อมูลดังนี้

รูปที่ 7. 10 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปี พ.ศ.2553 แบบ กำหนดเพดานค่าใช้จ่าย

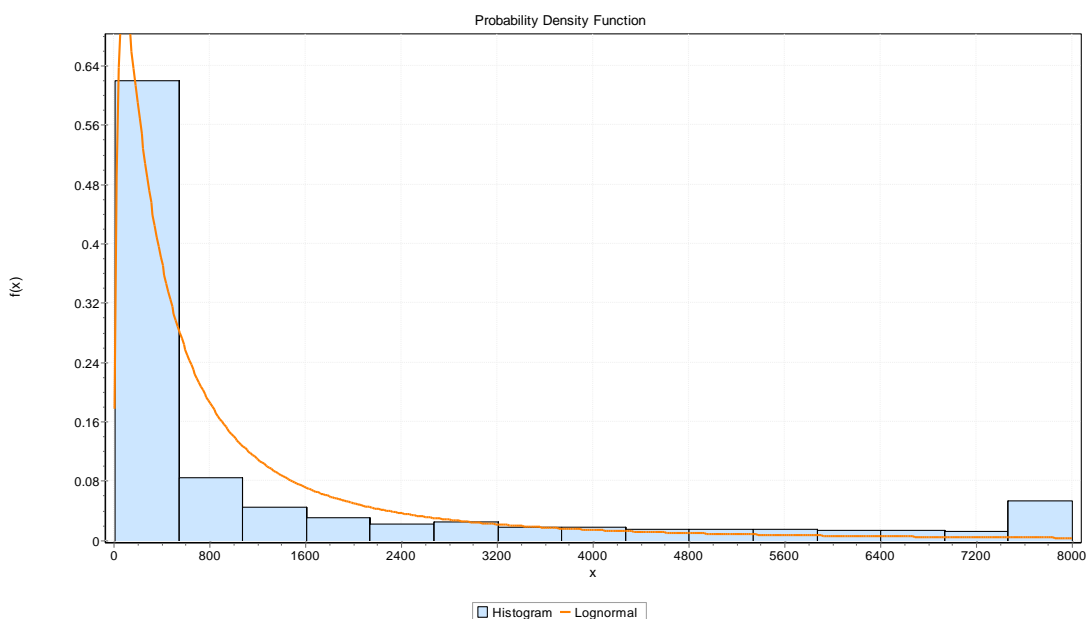


จาก probability density function (p.d.f.) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแกนนอนคือ ค่ารักษาพยาบาล(บาท) และแกนตั้งแสดงความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลโดยที่ค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่อง จากกราฟจะเห็นได้ว่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลจำนวนไม่เกิน 800 บาทนี้มีค่าสูงประมาณ 0.64 และค่ารักษาพยาบาลที่เพดานคือ 8,000 บาทนั้นมีความน่าจะเป็นประมาณ 0.12 นั่นคือ p.d.f.มีลักษณะเบ้ไปทางขวาแต่หางไม่ยาวเมื่อเทียบกับรูปที่ 7.2

7.2.3 ข้อมูลมิถุนายน-ธันวาคม ปีพ.ศ. 2556

เมื่อนำข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลปีพ.ศ.2556 มาคิดเพดานค่าใช้จ่ายที่ 8,000 บาท จะได้รับการแจกแจงข้อมูลดังนี้

รูปที่ 7. 11 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลมิถุนายน-ธันวาคมปี พ.ศ.2556 แบบกำหนดเพดานค่าใช้จ่าย

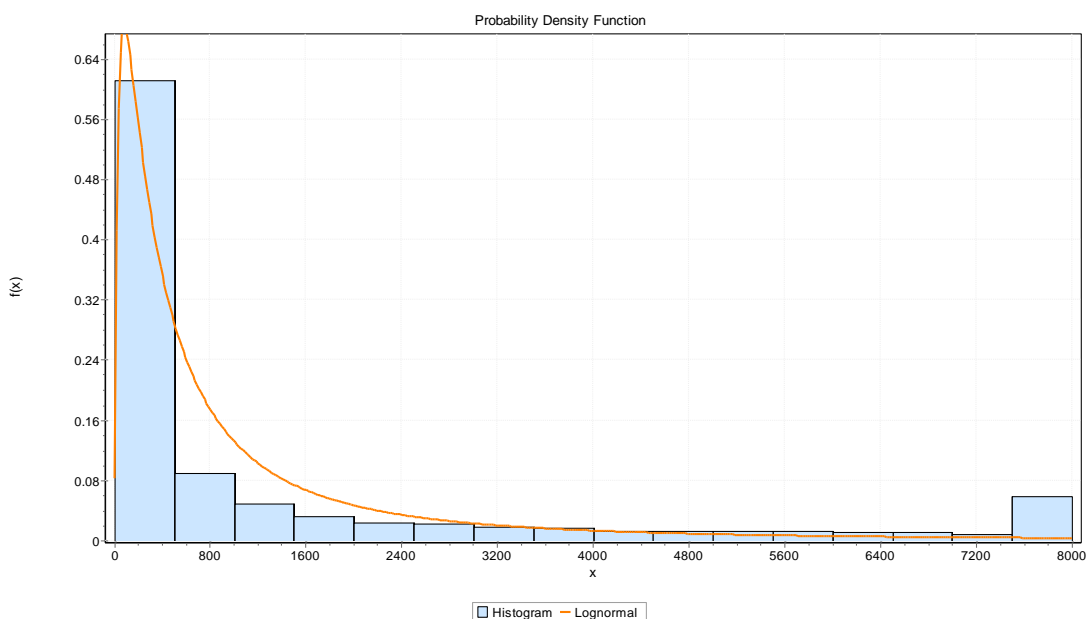


จาก probability density function (p.d.f.) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแกนนอนคือ ค่ารักษาพยาบาล(บาท) และแกนตั้งแสดงความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลโดยที่ค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่อง จากกราฟจะเห็นได้ว่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลจำนวนไม่เกิน 800 บาทนี้มีค่าสูงประมาณ 0.70 และค่ารักษาพยาบาลที่เพดานคือ 8,000 บาทนั้นมีความน่าจะเป็นประมาณ 0.06 นั่นคือ p.d.f.มีลักษณะเบ้ไปทางขวาแต่หางไม่ยาวเมื่อเทียบกับรูปที่ 7.3

7.2.4 ข้อมูลปีพ.ศ. 2557

เมื่อนำข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลปีพ.ศ.2557 มาคิดเพดานค่าใช้จ่ายที่ 8,000 บาท จะได้รับการแจกแจงข้อมูลดังนี้

รูปที่ 7. 12 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปี พ.ศ.2557 แบบ กำหนดเพดานค่าใช้จ่าย

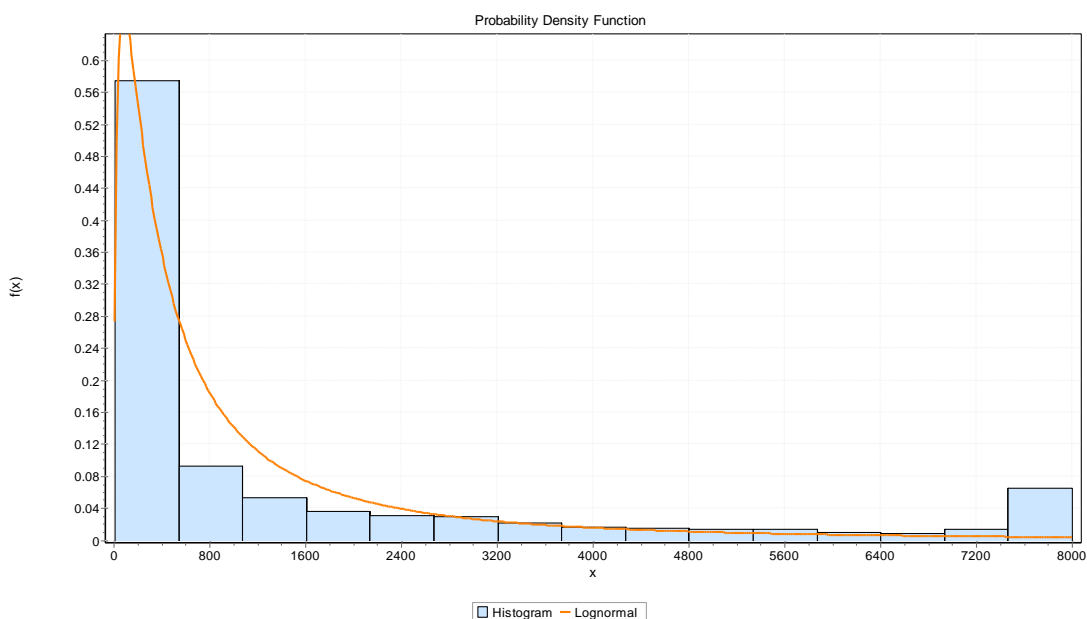


จาก probability density function (p.d.f.) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแกนนอนคือ ค่ารักษาพยาบาล(บาท) และแกนตั้งแสดงความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลโดยที่ค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่อง จากกราฟจะเห็นได้ว่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลจำนวนไม่เกิน 800 บาทนี้มีค่าสูงประมาณ 0.68 และค่ารักษาพยาบาลที่เพดานคือ 8,000 บาทนั้นมีความน่าจะเป็นประมาณ 0.08 นั่นคือ p.d.f.มีลักษณะเบ้ไปทางขวาแต่หางไม่ยาวเมื่อเทียบกับรูปที่ 7.4

7.2.5 ข้อมูลมกราคม-พฤษภาคมพ.ศ. 2558

เมื่อนำข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลปีพ.ศ.2558 มาคิดเพดานค่าใช้จ่ายที่ 8,000 บาท จะได้รับการแจกแจงข้อมูลดังนี้

รูปที่ 7. 13 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลมกราคม-พฤษภาคมปี พ.ศ.2558 แบบกำหนดเพดานค่าใช้จ่าย



จาก probability density function (p.d.f.) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแกนนอนคือ ค่ารักษาพยาบาล(บาท) และแกนตั้งแสดงความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลโดยที่ค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่อง จากกราฟจะเห็นได้ว่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลจำนวนไม่เกิน 800 บาทนี้มีค่าสูงประมาณ 0.66 และค่ารักษาพยาบาลที่เพดานคือ 8,000 บาทนั้นมีความน่าจะเป็นประมาณ 0.06 นั่นคือ p.d.f.มีลักษณะเบ้ไปทางขวาแต่หางไม่ยาวเมื่อเทียบกับรูปที่ 7.5

ตารางที่ 7. 9 ตารางแสดงค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลและการร่วมจ่ายแบบมีเพดานที่อัตราต่างๆ กันต่อแต่ละครั้งของการใช้บริการ

ปี	Expected value	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
2552	1,994.17	99.71	199.42	299.13	398.83
2553	2,072.61	103.63	207.26	310.89	414.52
มิถุนายน-ธันวาคม 2556	1,417.39	70.87	141.74	212.61	283.48
2557	1,381.76	69.09	138.18	207.26	276.35
มกราคม-พฤษภาคม 2558	1,628.19	81.41	162.82	244.23	325.64

เมื่อนำความถี่ของการใช้บริการที่โรงพยาบาลในเวลา 1 ปีมาคูณกับอัตราร่วมจ่ายแบบมีเพดานต่อครั้งที่ร้อยละ 20 (คิดเพดานที่ 8,000 บาท) จะได้อัตราร่วมจ่ายต่อปีดังแสดงในตารางที่ 7.10

ตารางที่ 7. 10 ตารางแสดงการร่วมจ่ายแบบมีเพดานที่ร้อยละ 20 ความถี่ของการใช้บริการและจำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี

ปี	การร่วมจ่ายแบบมีเพดานที่ร้อยละ 20 (บาทต่อครั้ง)	ความถี่ของการใช้บริการ(ครั้งต่อปี)	จำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี(บาทต่อปี)
2552	398.83	9	3,589.47
2553	414.52	9	3,730.68
มิถุนายน-ธันวาคม 2556	283.48	6	1,700.88
2557	276.35	8	2,210.80
มกราคม-พฤษภาคม 2558	325.64	4	1,302.56

7.3 ฐานข้อมูลการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยนอกกรณีบุตรของข้าราชการ

จากข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า มีข้อมูลของผู้ใช้บริการที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีลงมาซึ่งเป็นบุตรธิดาของข้าราชการที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรงได้ แต่เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีอายุน้อยไม่มีรายได้ประจำ ดังนั้นเมื่อกำหนดการร่วมจ่ายมาให้ ภาระการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลจึงเป็นของผู้ปกครองซึ่งเป็นข้าราชการ

นั่นเอง เมื่อนำข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของบุคคลเหล่านี้ มาคิดการร่วมจ่ายที่อัตราร้อยละ 10 และ 20 โดยจะแยกคิดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีเท่านั้น

7.3.1 ข้อมูลปีพ.ศ.2552

ในปีพ.ศ.2552 จำนวนด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปมีผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 15 ปีเข้ารับบริการ แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 2,999 ครั้ง มีค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล 345.32 และใช้บริการ ด้วยความถี่ 5 ครั้งต่อปี ดังแสดงในตารางที่ 7.11

ตารางที่ 7. 11 ตารางแสดงค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล ความถี่ของการใช้บริการ การร่วมจ่ายและ จำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี

ปี	ค่าคาดหวัง การรักษา พยาบาล (บาท)	ความถี่ของ การใช้บริการ (ครั้งต่อปี)	อัตราร่วมจ่าย(บาทต่อ ครั้ง)		จำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อ ปี(บาท)	
			ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20
2552	345.32	5	34.53	69.06	171.60	345.30

7.3.1 ข้อมูลปีพ.ศ.2553

ในปีพ.ศ.2553 จำนวนด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปมีผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 15 ปีเข้ารับบริการ แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 2,797 ครั้ง มีค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล 368.07 และใช้บริการ ด้วยความถี่ 5 ครั้งต่อปี ดังแสดงในตารางที่ 7.12

ตารางที่ 7. 12 ตารางแสดงค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล ความถี่ของการใช้บริการ การร่วมจ่ายและ จำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี

ปี	ค่าคาดหวัง การรักษา พยาบาล (บาท)	ความถี่ของ การใช้บริการ (ครั้งต่อปี)	อัตราร่วมจ่าย(บาทต่อ ครั้ง)		จำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อ ปี(บาท)	
			ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20
2553	368.07	5	36.81	73.62	184.05	368.10

7.3.1 ข้อมูลพฤษภาคม-ธันวาคม พ.ศ.2556

ตั้งแต่พฤษภาคม-ธันวาคม พ.ศ.2556 จำนวนด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปมีผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 15 ปีเข้ารับบริการแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 1,242 ครั้ง มีค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล 325.23 และใช้บริการด้วยความถี่ 3 ครั้งต่อปี ดังแสดงในตารางที่ 7.13

ตารางที่ 7. 13 ตารางแสดงค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล ความถี่ของการใช้บริการ การร่วมจ่ายและจำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี

ปี	ค่าคาดหวังการรักษาพยาบาล (บาท)	ความถี่ของการใช้บริการ (ครั้งต่อปี)	อัตราร่วมจ่าย(บาทต่อครั้ง)		จำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี(บาท)	
			ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20
2556	325.23	3	32.52	65.04	97.56	195.12

7.3.1 ข้อมูลปีพ.ศ.2557

ในปีพ.ศ.2557 คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปมีผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 15 ปีเข้ารับบริการแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 2,095 ครั้ง มีค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล 378.96 และใช้บริการด้วยความถี่ 4 ครั้งต่อปี ดังแสดงในตารางที่ 7.14

ตารางที่ 7. 14 ตารางแสดงค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล ความถี่ของการใช้บริการ การร่วมจ่ายและจำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี

ปี	ค่าคาดหวังการรักษาพยาบาล (บาท)	ความถี่ของการใช้บริการ (ครั้งต่อปี)	อัตราร่วมจ่าย(บาทต่อครั้ง)		จำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี(บาท)	
			ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20
2557	378.96	4	37.90	75.80	151.60	303.20

7.3.1 ข้อมูลปีพ.ศ.2558

ตั้งแต่ มกราคม-พฤษภาคม พ.ศ.2558 คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปมีผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 15 ปีเข้ารับบริการแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 809 ครั้ง มีค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล 525.17 และใช้บริการด้วยความถี่ 3 ครั้งต่อปี ดังแสดงในตารางที่ 7.15

ตารางที่ 7. 15 ตารางแสดงค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาล ความถี่ของการใช้บริการ การร่วมจ่ายและจำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี

ปี	ค่าคาดหวังการรักษาพยาบาล (บาท)	ความถี่ของการใช้บริการ (ครั้งต่อปี)	อัตราร่วมจ่าย(บาทต่อครั้ง)		จำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี(บาท)	
			ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20
2558	525.17	3	52.52	105.03	157.56	315.09

ตารางที่ 7. 16 ตารางสรุปการร่วมจ่ายร้อยละ 20 ความถี่ของการใช้บริการและจำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี

ปี	การร่วมจ่ายร้อยละ 20 (บาท)	ความถี่ของการใช้บริการ(ครั้งต่อปี)	จำนวนเงินที่ร่วมจ่ายต่อปี(บาท)
2552	69.09	5	345.30
2553	73.62	5	368.10
มิถุนายน-ธันวาคม 2556	65.04	3	195.12
2557	75.80	4	303.20
มกราคม-พฤษภาคม 2558	105.03	3	315.09

หากสมมติให้ข้าราชการ 1 คนมีบุตร 1 คนจำนวนเงินทั้งหมดที่ข้าราชการต้องร่วมจ่ายในเวลา 1 ปีดังแสดงในตารางที่ 7.10 และบุตร 1 คนคิดการร่วมจ่ายในเวลา 1 ปีที่ร้อยละ 20 ดังแสดงในตารางที่ 7.16 แต่เนื่องจากบุตรยังไม่มีรายได้ ดังนั้นการร่วมจ่ายจึงเป็นภาระของข้าราชการ เมื่อนำการร่วมจ่ายของทั้งข้าราชการและบุตรมาคิดรวมกันจะได้ค่าใช้จ่ายที่ข้าราชการ 1 คนและบุตร 1 คนต้องร่วมจ่ายเมื่อไปใช้บริการที่โรงพยาบาลในเวลา 1 ปี ดังตารางที่ 7.17

ตารางที่ 7. 17 ตารางแสดงการร่วมจ่ายกรณีข้าราชการ กรณีบุตรของข้าราชการและจำนวนเงินที่ข้าราชการต้องร่วมจ่ายต่อปี

ปี	การร่วมจ่ายกรณี ข้าราชการร้อยละ 20 (บาท)	การร่วมจ่ายกรณี บุตรของข้าราชการ ร้อยละ 20 (บาท)	จำนวนเงินที่ร่วม จ่ายต่อปี(บาท)
2552	3,589.47	345.30	3,934.77
2553	3,730.68	368.10	4,098.78
มิถุนายน-ธันวาคม 2556	1,700.88	195.12	1,896.00
2557	2,210.80	303.20	2,514.00
มกราคม-พฤษภาคม 2558	1,302.56	315.09	1,617.65

7.4 ฐานข้อมูลการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในและผลการวิเคราะห์

ฐานข้อมูลการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในจะใช้ข้อมูล 3 ปี ได้แก่ปีงบประมาณ 2553 2554 และ 2557

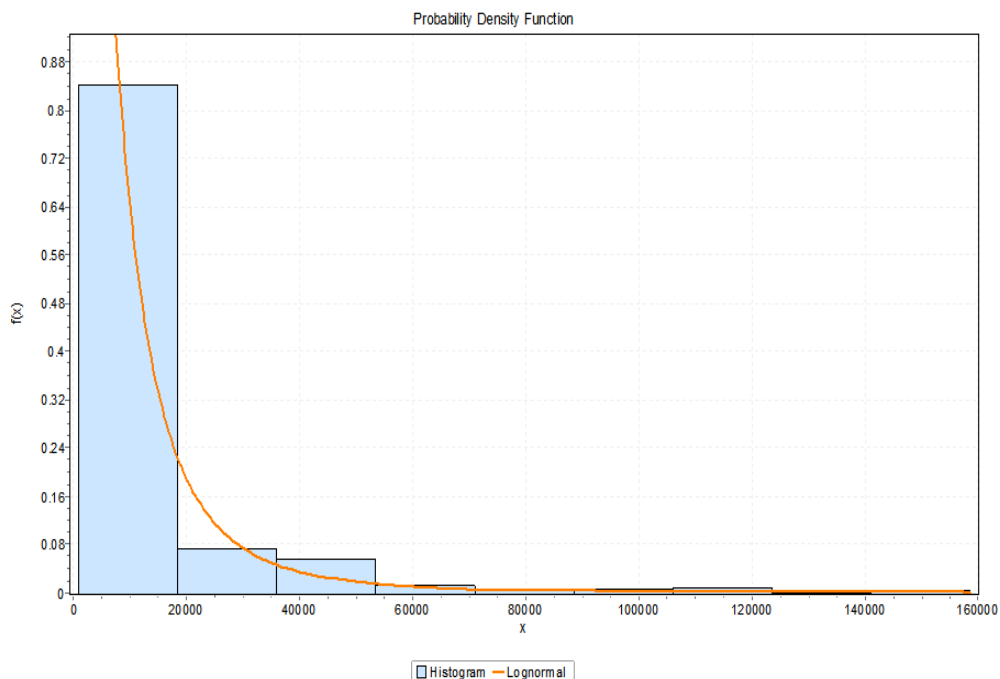
7.4.1 ข้อมูลการเข้ารับบริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2553

ในปีงบประมาณ 2553 โรงพยาบาลโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้ามีผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรงเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งสิ้น 502 ครั้ง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นระหว่าง 900 - 123,373 บาท ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายคือ 9,748 บาท ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เรียกเก็บจากกรมบัญชีกลางเป็น 4,893,708 บาท ค่าพารามิเตอร์ที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมนี้แสดงได้ดังตารางที่ 7.18

ตารางที่ 7. 18 แสดงค่าพารามิเตอร์ของการแจกแจงแบบ Lognormal ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2553

พารามิเตอร์	ค่าใช้จ่าย	อัตราการร่วมจ่าย(บาทต่อครั้ง)			
		ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
ค่าคาดหวัง ($E(X)$)	9,044.28	452.21	904.43	1,356.64	1,808.86

รูปที่ 7. 14 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปีงบประมาณ 2553



จาก probability density function (p.d.f.) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแกนนอนคือ ค่ารักษาพยาบาล(บาท) และแกนตั้งแสดงความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลโดยที่ค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่อง จากกราฟจะเห็นได้ว่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลจำนวนไม่เกิน 20,000 บาทนี้มีค่าสูงประมาณ 0.84 และค่ารักษาพยาบาลที่มากกว่า 20,000 บาทนั้นมีความน่าจะเป็นที่จะเกิดขึ้นน้อยลงเรื่อยๆ ตามค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นจนแทบเข้าใกล้ 0 ในที่สุด นั่นคือ p.d.f.มีลักษณะเบ้ไปทางขวา

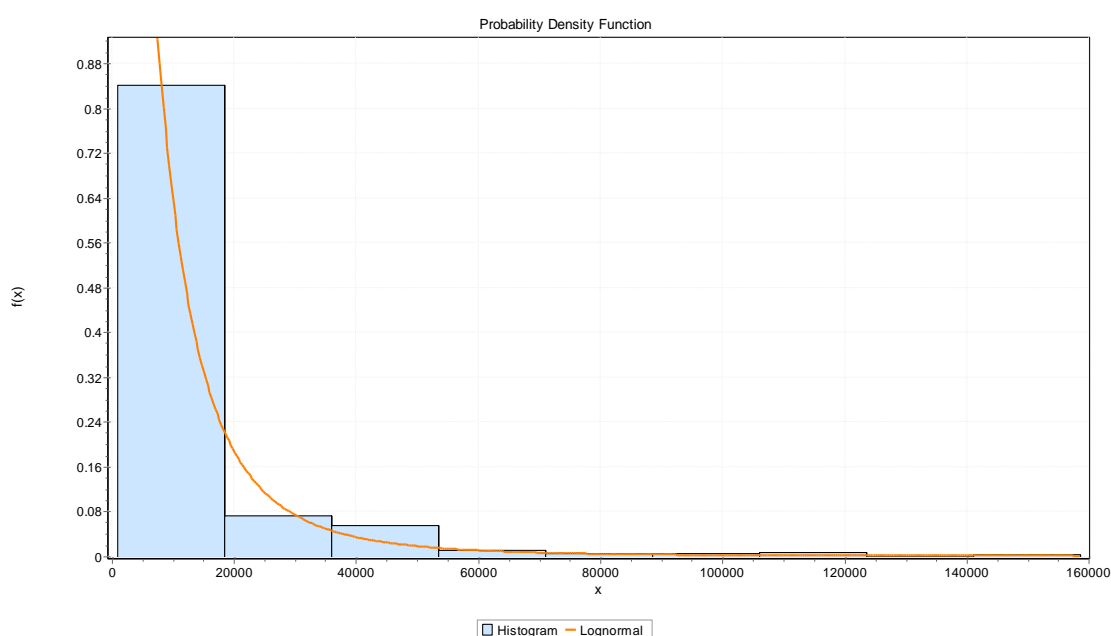
7.4.2 ข้อมูลการเข้ารับบริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2554

ในปีงบประมาณ 2554 โรงพยาบาลโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้ามีผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรงเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งสิ้น 401 ครั้ง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นระหว่าง 941 – 158,566 บาท ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายคือ 11,824 บาท ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เรียกเก็บจากกรมบัญชีกลางเป็น 4,741,264 บาท ค่าพารามิเตอร์ที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมนี้แสดงได้ดังตารางที่ 7.19

ตารางที่ 7. 19 แสดงค่าพารามิเตอร์ของการแจกแจงแบบ Lognormal ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2554

พารามิเตอร์	ค่าใช้จ่าย	อัตราการร่วมจ่าย(บาทต่อครั้ง)			
		ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
ค่าคาดหวัง ($E(X)$)	10,798.47	539.92	1,079.85	1,619.77	2,159.70

รูปที่ 7. 15 รูปแสดงp.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปีงบประมาณ 2554



จาก probability density function (p.d.f.) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแกนนอนคือ ค่ารักษาพยาบาล(บาท) และแกนตั้งแสดงความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลโดยที่ค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่อง จากกราฟจะเห็นได้ว่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลจำนวนไม่เกิน 20,000 บาทนี้มีค่าสูงประมาณ 0.84 และค่ารักษาพยาบาลที่มากกว่า 20,000 บาทนั้นมีความน่าจะเป็นที่จะเกิดขึ้นน้อยลงเรื่อยๆ ตามค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นจนแทบเข้าใกล้ 0 ในที่สุด นั่นคือ p.d.f.มีลักษณะเบ้ไปทางขวา

7.4.3 ข้อมูลการเข้ารับบริการผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2557

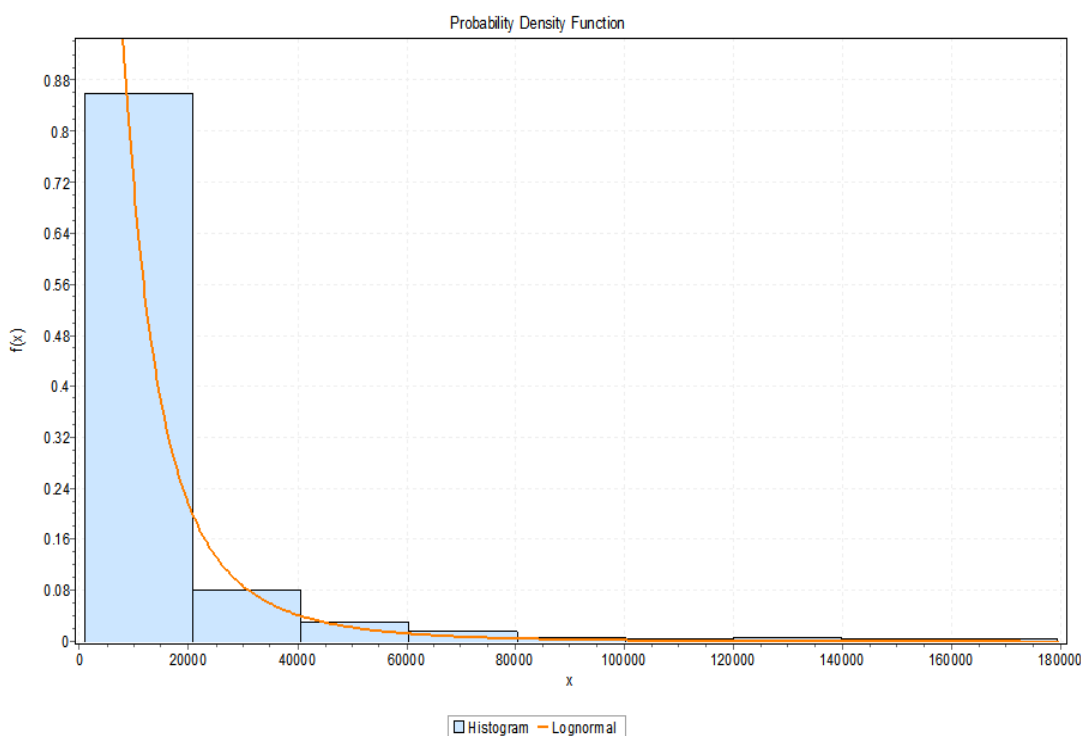
ในปีงบประมาณ 2557 โรงพยาบาลโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้ามีผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการและบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจำนวนทั้งสิ้น 392 คน โดยที่ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในที่เกิดขึ้นมีค่าระหว่าง 990-179,466 บาทต่อครั้ง ค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 12,313 บาทต่อครั้ง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำมาหาการแจกแจงที่เหมาะสมด้วย

โปรแกรมนี้เช่นเดียวกับการวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอก และพบว่าข้อมูลนี้สามารถหา รูปแบบการแจกแจงที่เหมาะสมได้เป็นการแจกแจงแบบ Lognormal เช่นเดียวกัน ค่าพารามิเตอร์ที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมนี้แสดงได้ดังตารางที่ 7.20

ตารางที่ 7. 20 แสดงค่าพารามิเตอร์ของการแจกแจงแบบ Lognormal ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย ใน

พารามิเตอร์	ค่าใช้จ่าย	อัตราการร่วมจ่าย(บาทต่อครั้ง)			
		ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
ค่าคาดหวัง ($E(X)$)	11,136.29	556.78	1,113.61	1,670.31	2,227.12

รูปที่ 7. 16 รูปแสดง p.d.f.ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปีงบประมาณ 2557



จาก probability density function แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแกนนอนคือ ค่ารักษาพยาบาล(บาท) และแกนตั้งแสดงความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลโดยที่ค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่อง จากกราฟจะเห็นได้ว่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลจำนวนไม่เกิน 20,000 บาทนี้มีค่าสูงประมาณ 0.84 และค่ารักษาพยาบาลที่มากกว่า 20,000 บาทนั้นมีความน่าจะเป็นที่จะเกิดขึ้นน้อยลงเรื่อยๆ ตามค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นจนแทบเข้าใกล้ 0 ในที่สุด นั่นคือ p.d.f.มีลักษณะเบ้ไปทางขวา

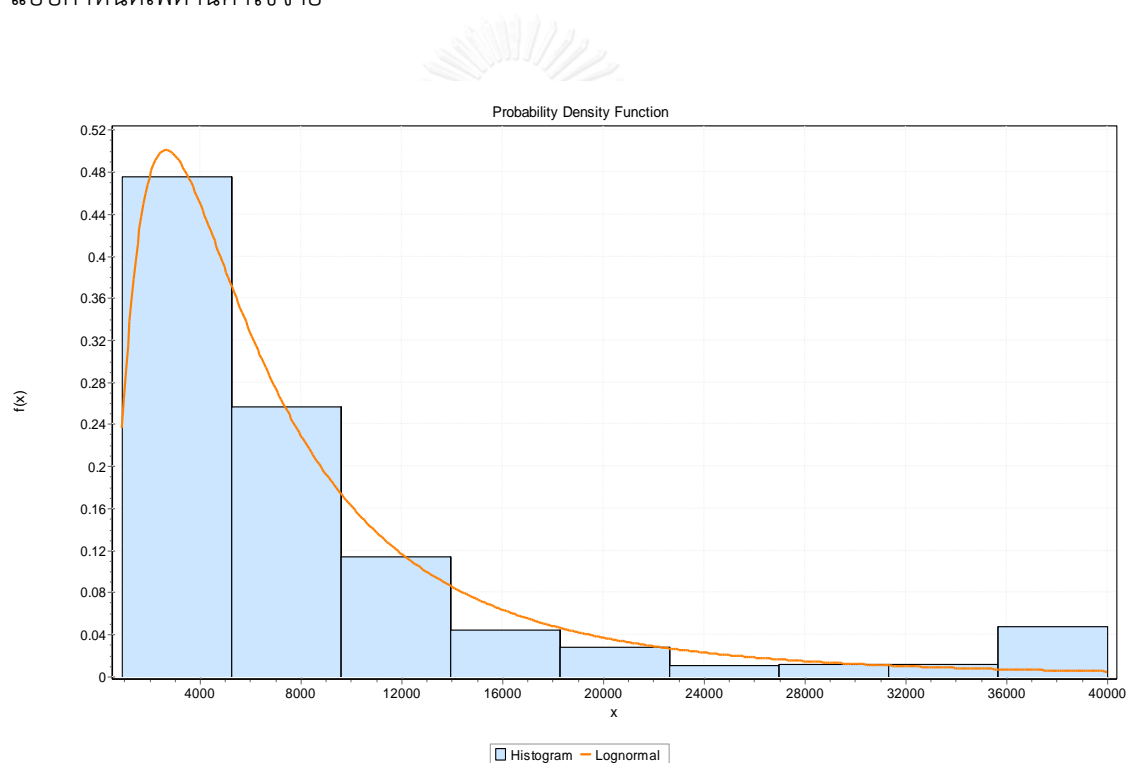
7.5 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในเมื่อกำหนดเพดานการร่วมจ่าย

สำหรับข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเมื่อกำหนดเพดานสูงสุดของค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งไม่เกิน 40,000 บาท หากมีค่ารักษาเกิน 40,000 บาทจะคิดเพียง 40,000 บาท เพื่อคำนวณหาเพดานของการร่วมจ่ายที่อัตราต่าง ๆ กัน จะได้รูปแบบ ดังนี้

7.5.1 ข้อมูลปี 2553

เมื่อนำข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลปีงบประมาณ 2553 มาคิดเพดานค่าใช้จ่ายที่ 40,000 บาทจะได้รับการแจกแจงข้อมูลดังนี้

รูปที่ 7. 17 รูปแสดง p.d.f. ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปีงบประมาณ 2553 แบบกำหนดเพดานค่าใช้จ่าย

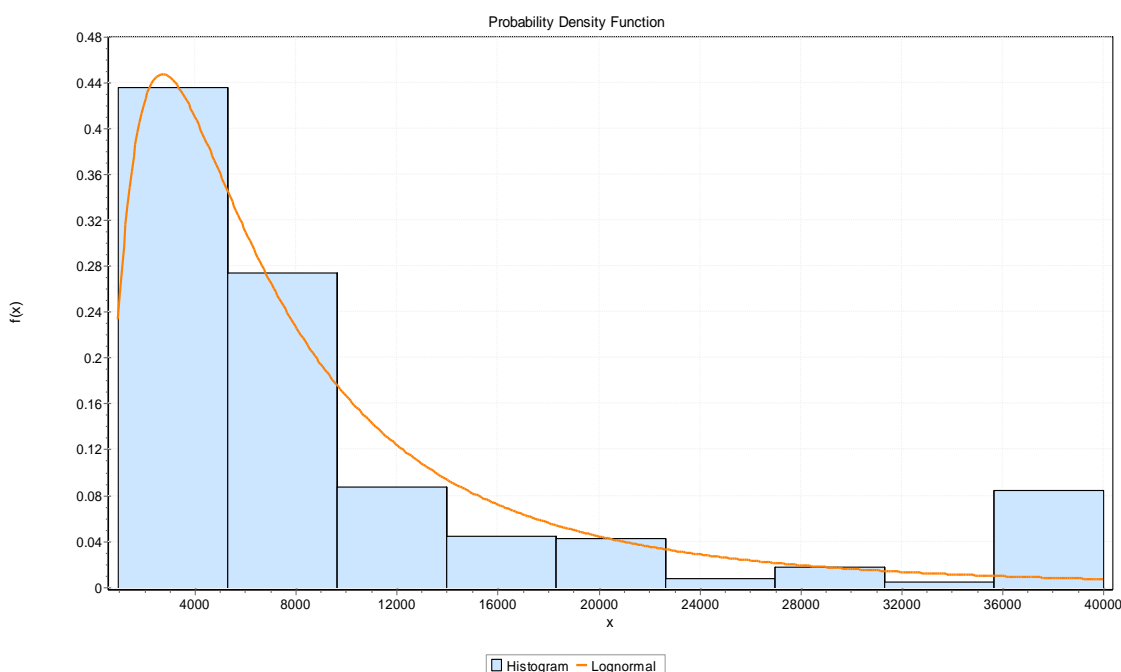


จาก probability density function (p.d.f.) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแกนนอนคือ ค่ารักษาพยาบาล(บาท) และแกนตั้งแสดงความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลโดยที่ค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่อง จากกราฟจะเห็นได้ว่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลจำนวนไม่เกิน 8,000 บาทนี้มีค่าสูงประมาณ 0.72 และค่ารักษาพยาบาลที่เพดานคือ 40,000 บาทนั้นมีความน่าจะเป็นประมาณ 0.06 นั่นคือ p.d.f.มีลักษณะเบ้ไปทางขวาแต่หางไม่ยาวเมื่อเทียบกับรูปที่ 7.14

7.5.2 ข้อมูลปี 2554

เมื่อนำข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลปีงบประมาณ 2554 มาคิดเพดานค่าใช้จ่ายที่ 40,000 บาท จะได้รับการแจกแจงข้อมูลดังนี้

รูปที่ 7. 18 รูปแสดง p.d.f. ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปีงบประมาณ 2554 แบบกำหนดเพดานค่าใช้จ่าย

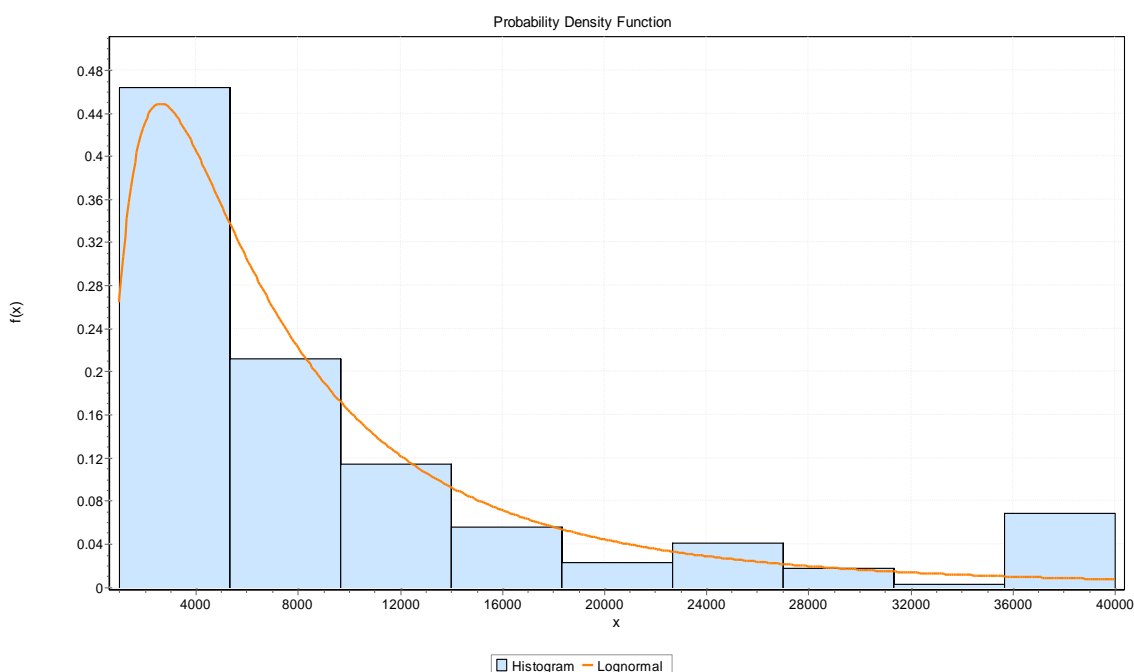


จาก probability density function (p.d.f.) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแกนนอนคือ ค่ารักษาพยาบาล(บาท) และแกนตั้งแสดงความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลโดยที่ค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่อง จากกราฟจะเห็นได้ว่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลจำนวนไม่เกิน 8,000 บาทนี้มีค่าสูงประมาณ 0.72 และค่ารักษาพยาบาลที่เพดานคือ 40,000 บาทนั้นมีความน่าจะเป็นประมาณ 0.08 นั่นคือ p.d.f. มีลักษณะเบ้ไปทางขวาแต่หางไม่ยาวเมื่อเทียบกับรูปที่ 7.15

7.4.3 ข้อมูลปี 2557

เมื่อนำข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลปีงบประมาณ 2557 มาคิดเพดานค่าใช้จ่ายที่ 40,000 บาท จะได้รับการแจกแจงข้อมูลดังนี้

รูปที่ 7. 19 รูปแสดง p.d.f. ของการแจกแจงข้อมูลค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลปีงบประมาณ 2557 แบบกำหนดเพดานค่าใช้จ่าย



จาก probability density function (p.d.f.) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแกนนอนคือ ค่ารักษาพยาบาล(บาท) และแกนตั้งแสดงความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลโดยที่ค่ารักษาพยาบาลนี้เป็นตัวแปรสุ่มแบบต่อเนื่อง จากกราฟจะเห็นได้ว่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดค่ารักษาพยาบาลจำนวนไม่เกิน 8,000 บาทนี้มีค่าสูงประมาณ 0.66 และค่ารักษาพยาบาลที่เพดานคือ 40,000 บาทนั้นมีความน่าจะเป็นประมาณ 0.08 นั่นคือ p.d.f. มีลักษณะเบ้ไปทางขวาแต่หางไม่ยาวเมื่อเทียบกับรูปที่ 7.16

เมื่อคำนวณค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลและการร่วมจ่ายที่อัตราต่างๆ กันเมื่อกำหนดเพดานที่ 40,000 บาทสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 7.21

ตารางที่ 7. 21 ตารางแสดงค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลและการร่วมจ่ายเมื่อกำหนดเพดานมาให้

ปีงบประมาณ	Expected value	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
2553	8,544.69	427.23	854.47	1,281.70	1,708.94
2554	9,869.15	493.46	986.92	1,480.37	1,973.83
2557	9,959.85	497.99	995.99	1,493.98	1,991.97



บทที่ 8

สรุปและอภิปรายผล

8.1 สรุปผลการวิจัย

ค่าใช้จ่ายของระบบเบิกตรงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ส่งผลกระทบต่อผู้เกี่ยวข้อง 3 ฝ่าย ได้แก่ รัฐบาลโดยกรมบัญชีกลางในฐานะ payer แพทย์และโรงพยาบาลในฐานะ provider และข้าราชการในฐานะ patient มุมมองต่อค่าใช้จ่ายของทั้ง 3 ฝ่ายจึงแตกต่างกัน ดังนี้

กรมบัญชีกลางในฐานะผู้จ่ายค่ารักษายาบาลเมื่อพบว่าค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี จึงพยายามควบคุมค่าใช้จ่าย กรมบัญชีกลางอาจต้องหาวิธีการอื่นนอกเหนือจากควบคุมการใช้จ่าย เช่น เพิ่มการตรวจสอบเวชระเบียนให้มากขึ้น เพิ่มบทลงโทษแก่ผู้มีเจตนาทุจริต เป็นต้น หรือศึกษาแนวทางของ medisave หรือออกมาตรการการร่วมจ่ายค่ารักษายาบาล แต่ทั้งนี้กรมบัญชีกลางต้องตระหนักว่าถึงอย่างไรก็ตามค่ารักษายาบาลต้องเพิ่มสูงขึ้นได้ เนื่องจากข้าราชการมีอายุยืนยาวขึ้น เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน และเทคโนโลยีด้านการรักษายาบาลเจริญรุดหน้าทำให้มียาและวิธีการใหม่ ๆ ในการรักษาโรคเพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ในระยะยาวค่าใช้จ่ายต้องเพิ่มขึ้นได้ หากพิจารณาว่ากรมบัญชีกลางสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายค่ารักษายาบาลไม่ให้เงินวงเงิน 60,000 ล้านบาทได้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 ถือว่ากรมบัญชีกลางประสบความสำเร็จในการควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในวงเงินที่กำหนด เพียงแต่กรมบัญชีกลางต้องพิจารณาหาวิธีการที่เหมาะสมในการควบคุมมิให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นรวดเร็วจนเกินไป

แพทย์ในฐานะ provider มีมุมมองต่อระบบเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยข้อดีของระบบเบิกจ่ายตรงคือ แพทย์สามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้เต็มที่ ผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาได้เร็วขึ้นและสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่ายขึ้น ในขณะที่ข้อเสีย คือ โรงพยาบาลเบิกค่ารักษาคืนจากกรมบัญชีกลางได้ไม่ครบ แพทย์ต้องทำงานหนักขึ้นโดยเฉพาะงานด้านเอกสาร และการบันทึกเวชระเบียน และระบบเอื้อให้เกิดช่องทางการทุจริตและไม่ประหยัดค่าใช้จ่าย นอกจากนี้แพทย์ส่วนใหญ่มีความเห็นต่อมาตรการการควบคุมการใช้จ่ายที่มีราคาแพงของกรมบัญชีกลางว่า มีผลต่อการรักษาในแง่ความยุ่งยากในการใช้จ่าย และการเข้าถึงยาได้ยากกว่าเดิม และแพทย์ร้อยละ 35.71 เห็นว่าควรปรับปรุงระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาลโดยการให้ข้าราชการร่วมจ่ายเงิน โดยให้เหตุผลว่า ให้คนใช้รู้สึกว่ายามีคุณค่า ป้องกันคนไข้อย่างเกินมาตรฐานการรักษายาบาล และต้องกำหนดเพดานของการร่วมจ่ายด้วย แพทย์ร้อยละ 70.97 เห็นด้วยกับการร่วมจ่ายทั้งยังแสดงความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการร่วมจ่าย ดังนี้ การร่วมจ่ายควรขึ้นกับความยากง่าย

ของการรักษาโรค ควรขยายสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการรักษายาบาลและ ควรเพิ่มเงินเดือนข้าราชการด้วยถ้ากำหนดให้มีการร่วมจ่ายค่ารักษายาบาล

สำหรับข้าราชการในฐานะ patient มีทัศนคติเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ดังนี้ เห็นด้วยว่าระบบเบิกจ่ายตรงเป็นจุดเด่นที่ดึงดูดคนให้เข้ามารับราชการ เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าควรขยายสิทธิประโยชน์ด้านการรักษายาบาลให้มากกว่านี้ และการให้บริการทางการแพทย์ด้วยระบบเบิกจ่ายตรงดีกว่าหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคม และคิดว่าการควบคุมค่าใช้จ่ายของกรมบัญชีกลางเป็นการลดทอนสิทธิของข้าราชการ ทั้งนี้ข้าราชการส่วนใหญ่เห็นว่าควรปรับปรุงระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาล โดยร้อยละ 47.37 เห็นว่าควรเพิ่มสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลให้เต็มที่ และควรจะมีการปรับปรุงระบบการบันทึกรายชื่อผู้มีสิทธิเบิกจ่ายตรงไม่ให้ใช้เวลารอการขึ้นสิทธินานถึง 3-4 สัปดาห์กว่าจะสามารถใช้สิทธิได้ และข้าราชการถึงร้อยละ 56.67 เห็นว่าไม่สมควรร่วมจ่ายค่ารักษายาบาลเนื่องจากเห็นว่า ระบบเบิกจ่ายตรงเป็นระบบที่ดีอยู่แล้ว รัฐบาลควรรับผิดชอบค่ารักษายาบาลให้ข้าราชการเนื่องจากเป็นสวัสดิการที่พึงได้รับ และข้าราชการมีเงินเดือนต่ำถ้าเพิ่มเงินเดือนให้เท่าเอกชนอาจยอมรับการร่วมจ่ายได้

จากข้อมูลการเบิกเงินค่ารักษายาบาลจากกรมบัญชีกลางของโรงพยาบาลโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้าผู้ป่วยนอกในปี.ศ.2558 (มกราคม-พฤษภาคม) พบว่าถ้ากำหนดให้ข้าราชการร่วมจ่ายค่ารักษายาบาลต่อครั้งการใช้บริการร้อยละ 20 คิดเป็นจำนวน 355.66 บาทและ 325.64 บาทเมื่อกำหนดเพดานของค่าใช้จ่ายไม่เกิน 8,000 บาทตามลำดับ กรณีผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2557 พบว่าถ้ากำหนดให้ข้าราชการร่วมจ่ายค่ารักษายาบาลต่อครั้งการใช้บริการร้อยละ 20 คิดเป็นจำนวน 2,227.12 บาทและ 1,991.57 บาทเมื่อกำหนดเพดานของค่าใช้จ่ายไม่เกิน 40,000 บาทตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้าเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลขนาดทุติยภูมิซึ่งสามารถใช้เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศได้ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดกลางซึ่งข้อมูลการเบิกจ่ายเงินค่ารักษายาบาลจะอยู่ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กและโรงพยาบาลขนาดใหญ่อย่างเช่น โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ โดยที่โรงพยาบาลชุมชนมีค่าใช้จ่ายค่ารักษายาบาลค่อนข้างน้อย ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีผู้เชี่ยวชาญครบครันควรมีค่าใช้จ่ายค่ารักษายาบาลที่มากกว่านี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรง มีดังนี้

1. ถ้านำการร่วมจ่ายค่ารักษายาบาลมาใช้ ควรจะมีเพดานสูงสุดกำหนดไว้เพื่อมิให้เกิดภาวะล้มละลายทางการเงินของข้าราชการ ควรกำหนดหลักเกณฑ์ในการร่วมจ่ายให้ชัดเจนว่าจะคิดคำนวณการร่วมจ่ายจากอะไร เช่น จากค่าใช้จ่ายค่ารักษายาบาล จากค่านอกบัญชียาหลักแห่งชาติหรือจากกรณีคนไข้ขอยาเกินมาตรฐานการรักษายาบาล หลักเกณฑ์การร่วมจ่ายใช้กับบุคคลใด เช่น ผู้ที่

พึงพึงสิทธิของข้าราชการ ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตร เป็นต้น หรือนำไปใช้กับข้าราชการปัจจุบันหรือข้าราชการที่จะบรรจุในอนาคต เป็นต้น

2. ในกรณีที่มีค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลสูงมาก อาจจำเป็นต้องหักเงินเดือนข้าราชการไว้ส่วนหนึ่งเพื่อตั้งเป็นกองทุนเพื่อการรักษาพยาบาลข้าราชการสำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพื่อมิให้เป็นภาระแก่ภาครัฐมากเกินไป หากข้าราชการมีค่ารักษาพยาบาลสูงมากจะนำเงินจากกองทุนนี้มาเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่าย ในขณะที่เดียวกันหากข้าราชการแข็งแรง ไม่ได้ใช้บริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง เงินสมทบกองทุนนี้ควรให้สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในรูปตัวเงินแก่ข้าราชการผู้นั้นได้ด้วย เนื่องจากกองทุนนี้ต้องเป็นการบังคับให้ข้าราชการทุกคนต้องสมทบเงินเข้ากองทุน เพื่อป้องกันมิให้มีเฉพาะข้าราชการที่ไม่แข็งแรงเท่านั้นที่จ่ายเงินเข้ากองทุน

8.2 ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. เนื่องจากข้อจำกัดทั้งเวลาและการหากลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้ตัวอย่างแพทย์และข้าราชการที่มาทำแบบสอบถามไม่มากพอ หากมีตัวอย่างขนาดใหญ่กว่านี้อาจได้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่หลากหลายกว่านี้ แต่คาดว่าผลที่ได้คงไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากนักเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้ให้ประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลข้าราชการไว้พอสมควรแล้ว

2. ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้าเพียงโรงพยาบาลเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการทำนายค่าคาดหวังค่ารักษาพยาบาลทั่วประเทศ ควรเพิ่มสัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์เพื่อให้ได้ข้อมูลการเบิกจ่ายที่มากพอสำหรับดำเนินนโยบายการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้

3. ควรจัดให้มีการเสวนากลุ่มของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 ฝ่าย ได้แก่ รัฐบาล ข้าราชการและแพทย์ เกี่ยวกับปัญหาค่าใช้จ่ายของระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อสรุปแนวทางการแก้ปัญหาอันเป็นที่ยอมรับได้ของทุกฝ่าย สำหรับดำเนินนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ต้องดำเนินการต่อไปในอนาคต

4. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการไปพบแพทย์ของข้าราชการที่เปลี่ยนแปลงไปหากมีการนำการร่วมจ่ายเข้ามาใช้กับระบบเบิกจ่ายตรงด้วย

รายการอ้างอิง

Anne, B. C. and E. Layman (2006). "Principles of Healthcare Reimbursement." AHIMA Product AB202006.

Chang, B. C., et al. (2009). "Republic of Korea : Health system review." Health system in transition 11(7).

David, G. and I. Benedict (2013). "<health care system ; germany.pdf>."

Elaine, B. (1992). "<the political of canada's health care system.pdf>."

Grossman, M. (1975). "The demand for health: A theoretical and empirical investigation." NBER 119.

Grossman, M. (1999). "The human capital model of the demand for health." National bureau of economic research.

Jones, R. S. (2009). "Health-Care Reform in Japan:Controlling Costs, Improving Quality and Ensuring Equity." OECD Economics Department Working Papers 739.

Kao-Ping, C. (2006). "Overview of the U.S. Health Care System." AMSA Jack Rutledge Fellow 2005-2006.

Kenneth, J. A. (1963). "Uncertainty and the welfare economics of medical care." The American economic review LIII.

Matthew, P., et al. (2011). "<an overview of canadian health care system.pdf>."

Ministry of Health Malaysia (2011). "<Malaysia Taiwan Study Visit.pdf>."

OECD (2005). "<OECD Health Data 2005 how does the united states compare.pdf>."

Peter et al. (1997). "Principal-agent problems in health care system:An international prospective." Health policy 41: 37-60.

Public Health Agency of Canada (2006). "<rural health in rural hands.pdf>."

Robert, H. B. (2012). "Transformation of the US Healthcare System:Why is change so difficult?" Current Sociology 60(4) 415-426.

Sean, B. (2008). "<the UK health care system.pdf>."

WHO and Ministry of Health Labour and Welfare Japan (2012). "<service delivery profile japan.pdf>."

กรมบัญชีกลาง (2557).

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ (2551). การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพประสบการณ์จาก 10 ประเทศ, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

คณะทำงานวิชาการทางการแพทย์ภายใต้คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานการรักษาพยาบาลและการจ่ายเงิน กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง (2553). เอกสารสรุปประเด็นข้อเท็จจริงและข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับกลไกโคซามิน คอนตรอยดิชันซัลเฟตไดอะเซอเรนและไฮยาลูโรแนนชนิดฉีดเข้าข้อ.

จิตปราณี วาศวิท (2554). "<ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ.pdf>."

เมธาวี ศุภการกำจร (2553). การศึกษากรณีการใช้ระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล กรณีศึกษา โรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา. คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ครั้งที่ 1/2553 (7 เมษายน 2553).

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์, et al. (2556). ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ (2555). จักรยะเสถ้าน พลิกประวัติศาสตร์การควบคุมค่ารักษายาบาลข้าราชการ. ASTVผู้จัดการออนไลน์.

สำนักงบประมาณ (2557).

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2557).

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2557).

สำนักงานประกันสังคม (2556). <สรุปผลการบริหารกองทุนประกันสังคม ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555.pdf>.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2554). <รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2554.pdf>.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2557).

สำนักตรวจสอบและพัฒนากการตรวจสอบภาครัฐ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง (2555). แนวทางการตรวจสอบการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลข้าราชการของส่วนราชการ. .

หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2 / ว 62 (28 มิถุนายน 2554).

หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2 / ว 111 (24 กันยายน 2555).

หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2 /ว 127 (24 ธันวาคม 2553).

หนังสือกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2 /ว 356 (1 ธันวาคม 2556).

หนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 0205.05.1/673 (2 มีนาคม 2553).

หนังสือสำนักงบประมาณที่ นร 0705/193 (24 กุมภาพันธ์ 2553).

หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1008.1/106 (18 กุมภาพันธ์ 2553).

หนังสือสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ นร 111/0743 (24 กุมภาพันธ์ 2553).

หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีที่ นร 0506/5327 (31 มีนาคม 2553).





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามทัศนคติของแพทย์ต่อสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ให้ตรงกับกับความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่าน เพื่อให้ผู้วิจัยได้นำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อเสนอแนวทางในการพัฒนาระบบเบิกจ่ายตรงคำรักษายาบาลต่อไป

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ท่านปฏิบัติหน้าที่ในฐานะแพทย์รักษาผู้ป่วยมานาน.....ปี
4. ท่านเป็น
1. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
2. แพทย์เฉพาะทางสาขา/อนุสาขา.....
6. รายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือน
1. ต่ำกว่า 50,000 บาท 2. 50,000-100,000 บาท
3. 100,001-200,000 บาท 4. 200,001-300,000 บาท
5. สูงกว่า 300,000 บาท

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบและทัศนคติต่อระบบเบิกจ่ายตรงของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. การควบคุมการใช้ยาที่มีราคาแพงของกรมบัญชีกลางมีผลต่อการรักษาคนไข้ของท่านหรือไม่

1. ไม่มีผลต่อการรักษา
2. มีผลต่อการรักษา เช่น

.....

.....

.....

.....

.....

ทัศนคติเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เฉยๆ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.ระบบเบิกจ่ายตรงเป็นจุดเด่นที่ดึงดูด คนให้มาเข้ารับราชการ					
2.การให้บริการทางการแพทย์ด้วย สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ด้วยระบบเบิกจ่ายตรงดีกว่าระบบ ประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ					
3.การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของ กรมบัญชีกลางเป็นการลิดรอนสิทธิ ด้านการรักษายาบาลของข้าราชการ					
4.ท่านคิดว่าควรขยายสิทธิประโยชน์ ด้านการรักษายาบาลด้วยระบบ เบิกจ่ายตรงให้มากกว่านี้					

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของระบบเบิกจ่ายตรงต่อแพทย์/โรงพยาบาล

1.ระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาลส่งผลต่อการทำงานในฐานะแพทย์ของท่านและค่าใช้จ่ายของ
โรงพยาบาลอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรงควรมีการปรับปรุงหรือไม่
อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่าควรให้ข้าราชการร่วมจ่ายเงินค่ารักษายาบาลสำหรับระบบเบิกจ่ายตรงค่า
รักษายาบาลข้าราชการหรือไม่ พร้อมเสนอแนะเหตุผล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ในกรณีที่ท่านเห็นด้วยกับการร่วมจ่ายเงินค่ารักษายาบาล ท่านคิดว่าควรนำมาใช้กับ

1. ข้าราชการในอนาคต 2. ข้าราชการปัจจุบัน 3. ข้าราชการเกษียณอายุ

(แนวทางตอบ เห็นด้วยเฉพาะ 1 เห็นด้วย 1+2 เห็นด้วยทั้งหมด 1+2+3) พร้อมเหตุผล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามทัศนคติของข้าราชการต่อสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ให้ตรงกับกับความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่าน เพื่อให้ผู้วิจัยได้นำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อเสนอแนวทางในการพัฒนาระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาลต่อไป

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

- 1.ท่านเป็น
 1. ข้าราชการ
 2. ข้าราชการบำนาญ
2. เพศ
 1. ชาย
 2. หญิง
3. อายุ.....ปี
4. สถานภาพสมรส
 1. โสด
 2. สมรส
 3. ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่
5. การศึกษาที่สำเร็จสูงสุด
 1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า/ไม่ได้เรียน
 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 3. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
 4. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 5. ปริญญาตรี
 6. สูงกว่าปริญญาตรี
6. รายได้เฉลี่ยส่วนตัวต่อเดือน
 1. ต่ำกว่า 10,000 บาท
 2. 10,000-30,000 บาท
 3. 30,001-50,000 บาท
 4. 50,001-100,000 บาท
 5. สูงกว่า 100,001 บาท
7. ท่านมีสมาชิกในครอบครัวของท่านที่ใช้สิทธิข้าราชการของท่านในการเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาลได้จำนวน.....คน ได้แก่
 1. บิดา มารดา
 2. สามี ภรรยา
 3. บุตร จำนวน.....คน

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการในโรงพยาบาลและทัศนคติต่อระบบเบิกจ่ายตรงของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. ท่านลงทะเบียนโดยการสแกนนิ้วเพื่อใช้บริการสวัสดิการรักษายาบาลด้วยระบบเบิกจ่ายตรงไว้กับโรงพยาบาล เป็นจำนวน.....แห่ง

2. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ท่านมีสิทธิเบิกจ่ายตรงได้ด้วยโรค

1. โรคไม่เรื้อรัง โปรดระบุ.....

2. โรคประจำตัว โปรดระบุ.....

3. ท่านไปใช้บริการการรักษาพยาบาลด้วยระบบเบิกจ่ายตรงที่โรงพยาบาลที่ท่านมีสิทธิด้วยความถี่

1. 1 ครั้งต่อเดือน

2. มากกว่า 1 ครั้งต่อเดือน

3. 2 ครั้งต่อเดือน

4. 3 ครั้งต่อเดือน

5. อื่นๆ โปรดระบุ.....

4. ในการไปพบแพทย์แต่ละครั้ง ท่านต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลที่ไม่สามารถเบิกได้ เช่น ค่ายาบางประเภท ค่าตรวจ หรือค่าอุปกรณ์บางอย่างหรือไม่

1. ไม่ใช่ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม

2. ใช่ ต้องจ่ายเงินเองเป็นค่า.....จำนวน.....บาท/ครั้ง

5. ค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลในการไปพบแพทย์แต่ละครั้ง(ตามที่ระบุไว้ในใบเสร็จ) คิดเป็นจำนวน

1. น้อยกว่า 5,000 บาท/ครั้ง

2. 5,000-10,000 บาท/ครั้ง

3. 10,001-20,000 บาท/ครั้ง

4. 20,001-30,000 บาท/ครั้ง

5. อื่นๆ โปรดระบุ.....บาท/ครั้ง

ทัศนคติเกี่ยวกับระบบเบิกจ่ายตรง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เฉยๆ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1.ระบบเบิกจ่ายตรงเป็นจุดเด่นที่ดึงดูด คนให้มาเข้ารับราชการ					
2.การให้บริการทางการแพทย์ด้วย สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ด้วยระบบเบิกจ่ายตรงดีกว่าระบบ ประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ					
3.การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของ กรมบัญชีกลางเป็นการลิดรอนสิทธิ ด้านการรักษายาบาลของข้าราชการ					
4.ท่านคิดว่าควรขยายสิทธิประโยชน์ ด้านการรักษายาบาลด้วยระบบ เบิกจ่ายตรงให้มากกว่านี้					

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของระบบเบิกจ่ายตรงต่อผู้ตอบแบบสอบถาม

1.การควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาบาลโดยกรมบัญชีกลาง โดยเฉพาะการ
ควบคุมยาราคาแพงบางประเภทส่งผลกระทบต่อท่านหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้วยระบบเบิกจ่ายตรงควรมีการปรับปรุงหรือไม่ อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่าควรให้ข้าราชการร่วมจ่ายเงินค่ารักษายาบาลสำหรับระบบเบิกจ่ายตรงหรือไม่ พร้อมเสนอแนะเหตุผล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ในกรณีที่ท่านเห็นด้วยกับการร่วมจ่ายเงินค่ารักษายาบาล ท่านคิดว่าควรนำมาใช้กับ

1.ข้าราชการในอนาคต 2.ข้าราชการปัจจุบัน 3.ข้าราชการเกษียณอายุ

(แนวทางตอบ เห็นด้วยเฉพาะ 1 เห็นด้วย 1+2 เห็นด้วยทั้งหมด 1+2+3) พร้อมเหตุผล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายวัลลภ ธาราชมภู เกิดเมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2525 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎในปีการศึกษา 2549 ศึกษาต่อจนได้รับ Diploma in Dermatology and Dermatosurgery ที่สถาบันโรคผิวหนังในปี 2553 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี 2555 ปัจจุบันรับราชการที่กองพยาบาล โรงเรียนเตรียมทหาร

