

รายงานการประเมินนโยบาย

ฆ่าตัด แบบนัดหมายล่วงหน้า

ในโรงพยาบาลเอกชน ภายใต้ระบบ
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



“

ประเด็นที่น่าสนใจคือ โครงการนี้บรรลุเป้าประสงค์
เชิงนโยบายหรือไม่ การให้ผู้มีสิทธิกลับไปใช้บริการผู้ป่วยใน
ที่โรงพยาบาลเอกชนจะเกิดปัญหาซ้ำแบบเดิมอีกหรือไม่
มีการออกแบบระบบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดประวัติศาสตร์
ซ้ำรอยอย่างไร มีการแปลงนโยบายนี้ไปสู่การปฏิบัติอย่างไร
โรงพยาบาลเอกชนมีการตอบสนองต่อนโยบายนี้อย่างไร
รวมถึงผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบาย
ดังกล่าวทั้งต่อผู้มีสิทธิ ต่อโรงพยาบาลรัฐ
และต่อระบบการคลังมหภาคโดยรวม ”



เครือข่ายสนับสนุนวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

126/146 หมู่ 4 ชั้น 5 (อาคาร 10 ชั้น) สถาบันบวรราชธานีอโศก

ช.ติวานนท์ 14 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง

จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ : 0 2965 9616

โทรสาร : 0 2965 9617 www.hisro.or.th



รายงานการประเมินนโยบายฟ้าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า
ในโรงพยาบาลเอกชน ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

รายงานการประเมินนโยบายผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า ในโรงพยาบาลเอกชน ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

คณะผู้วิจัย

1. นายแพทย์สัมพันธ์ ศรีอำรงสวัสดิ์
2. เกษียรทนต์นพคุณ ธรรมธัชอารี
3. นางสาวพัชนี ธรรมวันนา
4. นางสาวสุธีรดา ฉิมน้อย
5. ดร.สิรินาฏ นิภาพร
6. นางสาวพัฒนาวิไล อินใหม่
7. นางสาวณัฐริดา สุขเรืองรอง

ISBN : 978-616-8106-01-3

จัดพิมพ์ครั้งที่ 1 : เมษายน 2556 จำนวน 1,000 เล่ม

จัดพิมพ์และเผยแพร่ : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

ออกแบบและจัดพิมพ์ : บริษัท ดีไซน์เบอรี่ จำกัด



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี จากการได้รับความร่วมมือจากผู้บริหาร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอกชน ตลอดจนผู้ป่วยและญาติในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งคณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างยิ่ง ทั้งขอขอบพระคุณสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) และกรมบัญชีกลาง ที่อนุเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายและการให้บริการกรณีการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า ตลอดจนเสียสละเวลาในการตรวจสอบข้อมูลให้กับคณะผู้วิจัย

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา นายแพทย์สุชาติ สรรณสถาพร ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูรย์ สุริยะวงศ์ไพศาล นายแพทย์สุเมธี เขยประเสริฐ ในความกรุณาสละเวลาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันมีคุณค่าต่องานวิจัยนี้

และขอขอบพระคุณ สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และกรมบัญชีกลาง ที่สนับสนุนทุนวิจัยในการศึกษาเพื่อสร้างงานวิชาการแก่ผู้ที่จะนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

คณะผู้วิจัย



บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 กำหนดให้ข้าราชการและผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลภาคเอกชนกรณีผู้ป่วยในอีกครั้ง หลังจากที่ถูกยกเลิกไปตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เนื่องจากพบว่าการเรียกเก็บไม่ถูกต้องจากการร่วมมือกันระหว่างผู้มีสิทธิและโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง จนมีผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้การไปรับบริการในโรงพยาบาลเอกชนตามพระราชกฤษฎีกาใหม่นี้ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด โดยมีเจตนารมณ์สำคัญ คือ เพื่อลดความแออัดและระยะเวลาการรอคอยการรักษาในสถานพยาบาลภาครัฐลง ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ โดยที่รัฐสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพควบคู่กันไป

กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังกำหนดให้ผู้มีสิทธิสามารถไปรับบริการผู้ป่วยในเฉพาะกรณีการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า 77 รายการ และกำหนดคุณสมบัติของโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมให้บริการ คือ มีขนาด 100 เตียงขึ้นไป ผ่านการประเมินกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ขั้นที่ 2 หรือผ่านระบบ ISO ทั้งระบบ และต้องสามารถส่งข้อมูลการให้บริการเพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาลตามรายการในระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่กำหนดได้ โดยมีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าว 32 แห่ง (อยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 17 แห่ง) จากจำนวนโรงพยาบาลที่สมัคร 80 แห่ง (มีโรงพยาบาลที่มีคุณลักษณะครบตามที่กำหนด 92 แห่ง) โดยโรงพยาบาลเหล่านี้ต้องยอมรับอัตราค่าจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่กรมบัญชีกลางกำหนดในราคา 10,540 บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ และไม่อนุญาตให้โรงพยาบาลเรียกเก็บเงินที่เกี่ยวกับการผ่าตัด รวมทั้งการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติม ยกเว้นส่วนเพิ่มสำหรับค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์ และค่าธรรมเนียมแพทย์ โดยโรงพยาบาลต้องแจ้งราคาส่วนต่างที่จะเรียกเก็บจากผู้ใช้บริการแก่กรมบัญชีกลางล่วงหน้าและต้องแจ้งแก่ผู้รับบริการก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการ ขณะเดียวกันโรงพยาบาลต้องสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยในภายใต้โครงการทุกรายส่งกรมบัญชีกลางเพื่อการตรวจสอบโดยผู้มีสิทธิสามารถไปใช้บริการได้ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2554

ในรอบหนึ่งปีหลังจากเริ่มประกาศใช้นโยบายดังกล่าว (1 พฤษภาคม พ.ศ. 2554-30 เมษายน พ.ศ. 2555) มีจำนวนผู้ใช้บริการทั้งสิ้น 4,706 ราย จากโรงพยาบาลเอกชน 26 แห่ง โดย 3 ใน 4 ของผู้ใช้บริการเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในเครือโรงพยาบาลศุภมิตร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61) เป็นผู้สูงอายุ โดยเป็นบิดาหรือมารดาของผู้ทรงสิทธิ (ร้อยละ 69.3) และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรับบริการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตากรณีต้อกระจก (ร้อยละ 80) รองลงมา เป็นกรณีคลอด (ร้อยละ 5) และผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (ร้อยละ 2)

ประเด็นที่น่าสนใจคือ โครงการนี้บรรลุเป้าประสงค์เชิงนโยบายหรือไม่ การให้ผู้มีสิทธิกลับไปใช้บริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชนจะเกิดปัญหาซ้ำแบบเดิมอีกหรือไม่ มีการออกแบบระบบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดประวัติศาสตร์ซ้ำรอยอย่างไร มีการแปลงนโยบายนี้ไปสู่การปฏิบัติอย่างไร โรงพยาบาลเอกชนมีการตอบสนองต่อนโยบายนี้อย่างไร รวมถึงผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบายดังกล่าวทั้งต่อผู้มีสิทธิ ต่อโรงพยาบาลรัฐ และต่อระบบการคลังมหภาคโดยรวม

การประเมินครั้งนี้อาศัยทั้งระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่หลากหลาย ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ฐานข้อมูล การเบิกจ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การสำรวจโดยสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลและกลุ่มผู้รับบริการ การวิเคราะห์ผลการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วย และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารโครงการ

ข้อค้นพบจากการประเมิน

1. เป้าประสงค์เชิงนโยบาย

เมื่อพิจารณาการใช้บริการในรอบปีที่ผ่านมาพบว่า การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตากรณีต้อกระจกเป็นบริการเดียวที่บรรลุเป้าประสงค์ที่ต้องการ คือ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นแก่ผู้มีสิทธิ กล่าวคือ จำนวนการใช้บริการรวม (ทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน) เพิ่มขึ้นร้อยละ 8 เมื่อเทียบกับจำนวนการใช้บริการในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนกรณีอื่นๆ เช่น การคลอด และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก ทั้งนี้ความสำเร็จที่เกิดขึ้นกรณีต้อกระจก สรุปได้ว่าเกิดจากกลุ่มโรคนี้ยังคงมีความจำเป็นด้านสุขภาพที่มีได้รับการตอบสนอง (unmet need) อยู่มาก ผนวกกับการจัดบริการเชิงรุกในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนของเครือข่ายโรงพยาบาลศุภมิตร รวมถึงการจัดบริการรถรับส่งฟรีและไม่มีการเรียกเก็บค่าบริการส่วนเพิ่มจากผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยที่เดิมอาจเข้าไม่ถึงบริการหรือต้องรอคิวผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐได้รับบริการรวดเร็วเพิ่มขึ้น

2. การออกแบบระบบ

การออกแบบระบบเป็นไปอย่างรอบคอบและรัดกุมทุกขั้นตอนเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดชนิดและจำนวนรายการที่ใช้บริการได้ กำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ กำหนดอัตราจ่าย กำหนดให้โรงพยาบาลต้องแจ้งประมาณการค่าใช้จ่ายส่วนที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้ารับบริการ และโรงพยาบาลต้องส่งข้อมูลการให้บริการตามรายการในระบบอิเล็กทรอนิกส์ประกอบการเบิกจ่าย รวมทั้งต้องส่งสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยหลังจำหน่ายทุกรายเพื่อการตรวจสอบ

3.1 การตอบสนองของโรงพยาบาลเอกชน

- 3.1.1 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ คือ มีประสบการณ์เป็นคู่สัญญาให้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐอื่นมาก่อน และทรัพยากรที่มีอยู่ยังไม่เต็มประสิทธิภาพ ดังนั้นโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการระยะแรกจึงเป็นโรงพยาบาลที่มีความพร้อมอยู่แล้ว และเลือกที่จะทำสัญญากับกรมบัญชีกลางในหัตถการที่โรงพยาบาลนัด และหัตถการนั้นมีความคุ้มทุนเมื่อคำนวณอัตราค่าจ่ายชดเชยที่ได้รับจากกรมบัญชีกลางตาม DRG กับต้นทุนของโรงพยาบาล
- 3.1.2 โรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติครบแต่ไม่สมัครเข้าร่วมนโยบาย เนื่องจากเตรียมตัวไม่ทันและไม่มีศักยภาพเหลือพอที่จะนำมาใช้รองรับนโยบาย ซึ่งแนวโน้มกลุ่มนี้จะสมัครเข้าร่วมนโยบายน้อยหากมีการเปิดขยายในระยะต่อไป ส่วนโรงพยาบาลที่สมัครและไม่ผ่านเกณฑ์ในรอบแรก เนื่องจากขาดความพร้อมด้านระบบข้อมูล ซึ่งส่วนใหญ่ยังต้องการที่จะเข้าร่วมนโยบายในระยะต่อไป (ร้อยละ 93) และมีการเตรียมความพร้อมด้านระบบข้อมูลเพื่อการเข้าร่วมโครงการ (ร้อยละ 80)
- 3.1.3 การประชาสัมพันธ์และการตลาดของโรงพยาบาลเอกชนเพื่อให้ได้มาซึ่งผู้เข้ารับบริการ มีด้วยกันสามรูปแบบหลักๆ คือ 1) การออกหน่วยคัดกรองผู้ป่วยต่อกระจกในชุมชนของเครือโรงพยาบาลศุภมิตร 2) การประชาสัมพันธ์กับแพทย์โรงพยาบาลรัฐที่มาปฏิบัติงานบางเวลาในโรงพยาบาลเอกชนให้นำผู้ป่วยมาทำการผ่าตัดในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งทำให้โรงพยาบาลเอกชนได้ผู้รับบริการรายใหม่ และ 3) การประชาสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ป่วยที่ปกติรับบริการอยู่ที่โรงพยาบาลเอกชนนั้นๆ อยู่แล้ว ซึ่งกลุ่มนี้ได้ประโยชน์ในแง่ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการพบว่าสัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ : รายเก่า 47 : 53
- 3.1.4 การกำหนดอัตราค่าบริการส่วนต่างที่ผู้รับบริการต้องจ่ายเพิ่มของแต่ละโรงพยาบาลมีความแปรปรวนค่อนข้างมาก โดยเครือโรงพยาบาลศุภมิตรมี

นโยบายไม่เก็บส่วนเพิ่มจากผู้ป่วยในการรับบริการ ในขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลอื่นๆ ส่วนต่างที่ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายกรณีผ่าตัดต่อกระดูกและคลอตส่วนใหญ่ไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท ส่วนกรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ามีความแปรปรวนมากจากหลักหมื่นจนถึงหลักแสนบาท

- 3.1.5 ปัญหาอุปสรรคหลักของโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการคือ ขาดความรู้ความเข้าใจในการลงรหัสโรคและหัตถการ (การตรวจสอบเวชระเบียนพบว่ามีการลงรหัสไม่ถูกต้องถึงร้อยละ 47.9) และการขาดความชัดเจนในแนวปฏิบัติทำให้โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยก่อนเป็นการมัดจำเพราะเกรงว่าจะเบิกจากกรมบัญชีกลางไม่ได้ เช่น กรณีผ่าคลอตโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจน

3.2 การบริหารจัดการระบบของกรมบัญชีกลาง

- 3.2.1 กลไกการคุ้มครองสิทธิให้กับผู้รับบริการ ที่กำหนดให้โรงพยาบาลต้องแจ้งประมาณการค่าใช้จ่ายในส่วนที่ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายให้ทราบล่วงหน้าก่อนเข้ารับบริการ และมีการจัดทำรายการส่วนจ่ายร่วมในแต่ละหัตถการของแต่ละโรงพยาบาลไว้บนเว็บไซต์ของกรมบัญชีกลางเพื่อให้ผู้มีสิทธิสามารถเปรียบเทียบได้ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ พบว่าส่วนใหญ่ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องร่วมจ่ายก่อนเข้ารับบริการ แต่ไม่ทราบว่าสามารถเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายกับโรงพยาบาลอื่นๆ ได้ (ร้อยละ 83) ขณะเดียวกันเมื่อสืบค้นข้อมูลค่าใช้จ่ายของแต่ละหัตถการจากเว็บไซต์ของกรมบัญชีกลาง พบว่าไม่สามารถสืบค้นได้

- 3.2.2 ระบบการตรวจสอบยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากขาดการกำหนดกระบวนการบริหารจัดการระบบตรวจสอบที่ชัดเจน เช่น ไม่ได้มีการกำหนดกระบวนการดำเนินงานต่อหากได้รับการรายงานผลการตรวจสอบเวชระเบียนแล้วพบข้อผิดพลาด ตลอดจนกระบวนการในการดำเนินงานกรณีมีการอุทธรณ์ของโรงพยาบาล ขณะเดียวกันมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างกำลังคนภายในของกรมบัญชีกลาง ที่มีนักกฎหมายรับผิดชอบหลักเพียงผู้เดียว

4.1 ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ

- 4.1.1 ความกังวลที่ว่า หากให้ผู้มีสิทธิไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนแล้วจะมีผลกระทบต่อโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าในภาพรวมไม่พบผลกระทบด้านลบ ขณะเดียวกันอาจมีอานิสงส์ต่อผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวคือจำนวนผู้รับบริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า คลอด และผ่าตัดต่อกระดูก สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในโรงพยาบาลรัฐทั้งประเทศลดลงเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 1-3) แต่ในทางกลับกันผู้ป่วยที่รับบริการสามหัดถาวรข้างต้นที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในโรงพยาบาลรัฐเพิ่มขึ้นอย่างมาก คือ ผ่าตัดต่อกระดูกเพิ่มร้อยละ 13 คลอดเพิ่มร้อยละ 4 และผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเพิ่มร้อยละ 31
- 4.1.2 การดำเนินการเชิงรุกของโรงพยาบาลเอกชนมีบทบาทเพิ่มการเข้าถึงบริการที่ยังมีปัญหการเข้าถึงบริการ การตรวจคัดกรองผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนกรณีต่อกระดูกของเครือโรงพยาบาลศุภมิตรไม่ได้มีผลกระทบต่อการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดที่มีการไปใช้บริการที่เครือโรงพยาบาลศุภมิตรมาก บ่งชี้ว่ายังคงมีผู้ป่วยต่อกระดูกในชุมชนที่ยังเข้าไม่ถึงบริการอยู่มาก โดยที่ระบบบริการภาครัฐปัจจุบันรองรับได้ไม่หมด
- 4.1.3 ประเด็นด้านประสิทธิภาพของระบบ แม้สัดส่วนการผ่าคลอดในโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐ แต่เนื่องจากจำนวนการให้บริการในโรงพยาบาลเอกชนยังน้อยมาก ทำให้ไม่มีผลต่อสัดส่วนการผ่าคลอดในภาพรวมของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ขณะเดียวกันพบว่าภายใต้ระบบการจ่ายแบบตกลงราคาล่วงหน้า โรงพยาบาลเอกชนบริหารทรัพยากรได้ดีกว่าโรงพยาบาลรัฐ เมื่อพิจารณาจากจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยแต่ละหัตถการที่ต่ำกว่า
- 4.1.4 นโยบายนี้ไม่มีผลกระทบต่อรายจ่ายภาพรวมของกองทุน แม้นโยบายนี้มีผลให้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนของระบบเพิ่มขึ้นร้อยละ 36 เมื่อเทียบกับก่อนมีนโยบาย แต่เนื่องจากส่วนแบ่งรายจ่ายบริการผู้ป่วย

ในโรงพยาบาลเอกชนยังคงอยู่ในระดับต่ำมาก (ร้อยละ 0.6) เมื่อเทียบกับ
ร่ายจ่ายทั้งหมด ดังนั้นจึงไม่มีผลกระทบต่อร่ายจ่ายโดยรวม

4.2 ผลกระทบต่อผู้รับบริการสุขภาพ

4.2.1 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูง มากกว่าร้อยละ 98 ของผู้รับบริการใน
โรงพยาบาลเอกชนพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ทั้งกรณีเครือโรงพยาบาล
ศุภมิตรและโรงพยาบาลอื่นๆ และผู้ป่วยที่ใช้บริการเครือโรงพยาบาล
ศุภมิตรและผู้ป่วยเก่าในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ ยินดีที่จะแนะนำ
ให้ญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นในระดับสูง
(ร้อยละ 98 และ 96 ตามลำดับ) แต่ผู้ป่วยใหม่ในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน
อื่นจะแนะนำให้ญาติหรือคนรู้จักมารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนแห่ง
นั้นๆ ในระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยเก่าในโรงพยาบาลเดียวกันอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 87)

4.2.2 ผู้ใช้บริการในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ ที่มีไข้เครือศุภมิตรหนึ่งใน
สามรายงานว่าค่าใช้จ่ายส่วนที่ต้องจ่ายเพิ่มนั้นเป็นภาระด้านการเงินแก่
ครอบครัว โดยผู้ที่เป็นผู้ป่วยใหม่ของโรงพยาบาลเอกชนและผู้ที่ไม่ตัด
เปลี่ยนข้อเข่า รายงานว่าเป็นภาระในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วย
คลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นสาเหตุหลักให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่
แนะนำให้ญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน

5. ประเด็นเชิงระบบ

5.1 มีประเด็นขาดความชัดเจนของข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดเปลี่ยน
เลนส์กรณีต้อกระจก มีประเด็นว่า เมื่อใดจึงสมควรผ่าตัด จำเป็นต้องรอให้ต้อกระจกสุก
เต็มที่ก่อนจึงค่อยผ่าหรือไม่ อีกกรณีที่พบว่ามีปัญหาคือ กรณีการผ่าคลอดซึ่งพบว่าผู้ป่วย
สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนิยมการผ่าคลอดมากกว่าการคลอดปกติ ซึ่งหาก
คลอดในโรงพยาบาลรัฐก็เบิกได้ตามปกติ แต่พอไปคลอดในโรงพยาบาลเอกชนกลับต้อง

เครื่อครัดในข้อบ่งชี้ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยไว้ก่อนและจะคืนให้หากได้รับการจ่ายค่าชดเชยจากกรมบัญชีกลาง

5.2 ขาดกลไกการตรวจสอบคุณภาพบริการ ระบบการตรวจสอบในปัจจุบันเน้นไปที่การตรวจสอบการเบิกจ่ายเป็นสำคัญ ยังไม่ได้มุ่งไปสู่การตรวจสอบคุณภาพบริการ จึงยังไม่สามารถประเมินคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับว่าดีมาน้อยเพียงใดเมื่อเทียบกับคุณภาพบริการในโรงพยาบาลรัฐหรือระหว่างโรงพยาบาลเอกชนด้วยกัน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากข้อค้นพบ จะเห็นว่าการให้โรงพยาบาลเอกชนเข้ามาร่วมจัดบริการผ่าตัดโดยมีนวัตกรรมในการจัดบริการสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการแก่ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้ โดยเฉพาะกรณีที่ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากเข้าไม่ถึงบริการและโรงพยาบาลรัฐรองรับได้ไม่หมด ซึ่งในการดำเนินการในระยะต่อไปมีข้อเสนอดังนี้

1. ควรพัฒนากลไกการคุ้มครองสิทธิให้มีความเข้มแข็ง พัฒนาระบบสารสนเทศที่สามารถให้ข้อมูลด้านส่วนจ่ายร่วมของโรงพยาบาลเอกชนที่มีสิทธิเข้าถึงและตรวจสอบได้ ตลอดจนควรประชาสัมพันธ์ให้มีการรับรู้อย่างกว้างขวาง อันจะเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างการรับรู้ช่องทางและกลไกการคุ้มครองสิทธิ
2. พัฒนาระบบและกลไกการตรวจสอบให้มีประสิทธิผล กำหนดแนวทางการดำเนินงานของแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจน จัดให้มีช่องทางในการรับเรื่องอุทธรณ์และกลไกพิจารณาเพื่อหาข้อยุติกรณีโรงพยาบาลมีความเห็นแย้งกับทีมตรวจสอบ ขณะเดียวกันควรต้องเพิ่มศักยภาพกรมบัญชีกลางในการดำเนินนโยบายเรื่องนี้ เนื่องจากปัจจุบันมีนักกฎหมายเพียงท่านเดียวที่รับผิดชอบโครงการ
3. พัฒนาระบบการตรวจสอบคุณภาพบริการ พัฒนาเกณฑ์ชี้วัดและระบบตรวจสอบที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลเอกชนที่ชัดเจน การจัดทำข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในแต่ละหัตถการโดยความร่วมมือของแต่ละราชวิทยาลัยแพทย์

4. ควรขยายจำนวนโรงพยาบาลและรายการหัตถการ โดยเฉพาะหัตถการที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่ายังคงมีผู้ป่วยเข้าไม่ถึงบริการจำนวนมากและต้องรอคิวการผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐนาน และส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในการจัดบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย
5. กรมบัญชีกลาง ควรมีการพิจารณาในประเด็นการร่วมจ่าย หากมีการปรับค่าชดเชยบริการที่ผู้ป่วยต้องจ่ายร่วม เช่น ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ากายอุปกรณ์ ที่ประกาศใช้มาเป็นระยะเวลานานให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบัน จะเป็นการช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยกลุ่มข้าราชการชั้นผู้น้อยที่มีกำลังในการร่วมจ่ายน้อย ขณะเดียวกันควรกำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการต้องมีกายอุปกรณ์ที่มีราคาประหยัดให้ผู้ป่วยสามารถเลือกได้เพื่อลดผลกระทบด้านการเงินกับผู้ป่วยที่มีกำลังซื้อไม่มากนัก



สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	5
-----------------------	---

1.	
บทนำ	19
1. การให้ข้าราชการเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลเอกชน	22
2. การให้เอกชนเข้ามาร่วมให้บริการสาธารณสุขของภาครัฐ	25
3. การทำสัญญาและกำกับควบคุมคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเอกชน	27
4. คำถามงานวิจัย วัตถุประสงค์และกรอบการศึกษา	29
คำถามงานวิจัย	29
วัตถุประสงค์	29
กรอบการศึกษา	30
5. ระเบียบวิธีวิจัย	31
เอกสารอ้างอิง	33



2.

ศักยภาพระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในการกำกับโรงพยาบาลเอกชน

37

บทคัดย่อ	39
ภูมิหลังและเหตุผล	43
กรอบแนวคิดการศึกษา	44
ระเบียบวิธีการศึกษา	46
ผลการศึกษา	48
วิจารณ์ผลและข้อยุติ	59
กิตติกรรมประกาศ	60
เอกสารอ้างอิง	61

3.

ความเห็นผู้บริหารและการตอบสนองของโรงพยาบาลเอกชน

65

ที่มาและความสำคัญ	67
วัตถุประสงค์	69
ระเบียบวิธีการศึกษา	69
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	70
เครื่องมือและวิธีวิจัย	72
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	72
ผลการศึกษา	73
สรุปและอภิปรายผลการศึกษา	85
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	88
กิตติกรรมประกาศ	89
เอกสารอ้างอิง	89

4.

ผลกระทบของนโยบายการใช้บริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการต่อระบบสุขภาพ	91
บทคัดย่อ	93
ภูมิหลังและเหตุผล	97
ระเบียบวิธีการศึกษา	98
ผลการศึกษา	99
วิจารณ์ผลและข้อยุติ	114
สรุปข้อค้นพบจากการศึกษา	117
กิตติกรรมประกาศ	118
เอกสารอ้างอิง	119

5.

ประสบการณ์ผู้ป่วยในการรับบริการในโรงพยาบาลเอกชน	121
บทคัดย่อ	123
ภูมิหลังและเหตุผล	127
ระเบียบวิธีการศึกษา	129
ผลการศึกษา	131
วิจารณ์ผลและข้อยุติ	140
กิตติกรรมประกาศ	141
เอกสารอ้างอิง	142
ภาคผนวก	145



บทนำ

1



1

บทนำ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นสิทธิประโยชน์ด้านการรักษายาบาลที่ภาครัฐจัดให้กับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการที่รับเบี้ยหวัดบำนาญ รวมถึงบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรไม่เกิน 3 คน สวัสดิการรักษายาบาลจึงถือเป็นสวัสดิการที่นายจ้างคือภาครัฐจัดให้ ระบบนี้ใช้เงินงบประมาณโดยมีกลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นผู้ดำเนินการเบิกจ่ายเงินดังกล่าว และกำหนดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าบริการต่างๆ โดยระบบนี้จ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกตามปริมาณรายการและอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บย้อนหลัง (Retrospective fee-for-service) ส่วนผู้ป่วยในจ่ายตามรายป่วยโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group, DRG) ทั้งนี้ ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลภาครัฐทุกแห่งโดยไม่จำกัดโรค ส่วนการรับบริการภาคเอกชนนั้นถูกจำกัดเฉพาะกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเป็นบริการผู้ป่วยในเท่านั้น ซึ่งเรื่องนี้ในอดีตเคยมีการกำหนดให้ข้าราชการสามารถเข้ารับบริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชนได้ ซึ่งเริ่มครั้งแรกในปี 2521 แต่ต่อมาพบว่ามีการเรียกเก็บที่ไม่ถูกต้องและมีการร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลเอกชนและผู้มีสิทธิในการทุจริต มีผลให้ค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มสูงขึ้น¹ ต่อมาในปี 2541 จึงมีการปรับเปลี่ยนหลักเกณฑ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน โดยจำกัดให้ข้าราชการเข้ารับการรักษาได้เฉพาะกรณีอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ในปี 2553 กรมบัญชีกลางประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 ซึ่งมาตรา 8 ข้อ 2 กำหนดให้ข้าราชการและผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลภาคเอกชนกรณีผู้ป่วยใน ตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด² โดยไม่จำกัดเฉพาะในกรณีอุบัติเหตุ ประเด็นที่น่าสนใจคือมีการออกแบบระบบเพื่อป้องกัน

ไม่ให้เกิดการย้อนรอยของปัญหาที่เคยเกิดขึ้นอย่างไร และมีการแปลงนโยบายนี้ไปสู่การปฏิบัติอย่างไร รวมถึงผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบายดังกล่าวทั้งต่อผู้มีสิทธิต่อโรงพยาบาลรัฐ และต่อระบบการคลังมหภาคโดยรวม ดังนั้นทางสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยจึงพัฒนาโครงการประเมินนโยบายดังกล่าวขึ้น

1.

การให้ข้าราชการเข้ารับการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลเอกชน

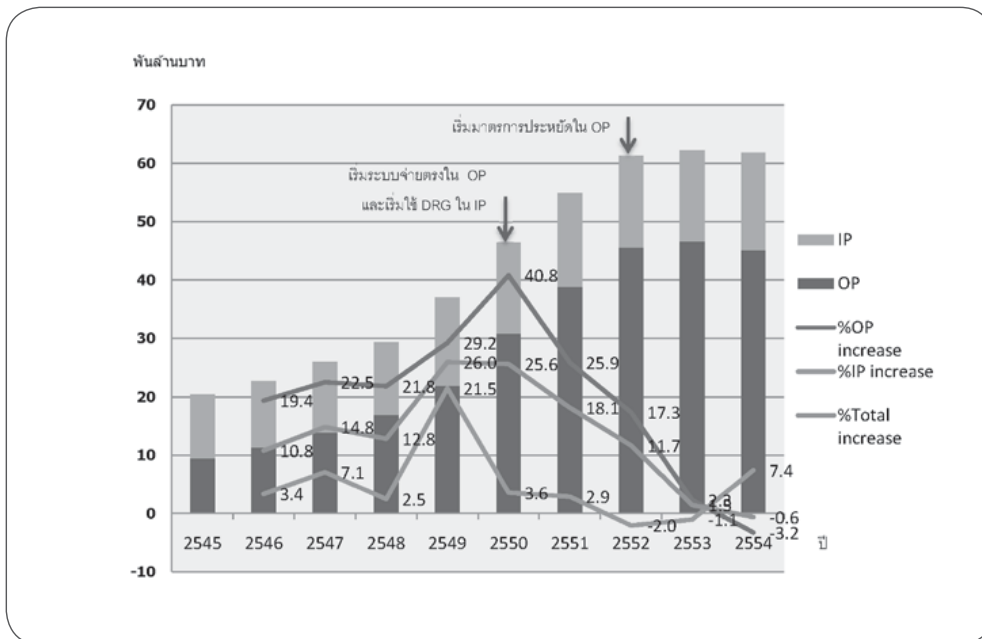
การอนุญาตให้ข้าราชการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ปรากฏครั้งแรกในปี 2521 ซึ่งเป็นครั้งแรกที่มีพระราชกฤษฎีกาในเรื่องนี้ ในครั้งนั้นข้าราชการและครอบครัวสามารถเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชนได้ โดยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ คือ ค่ายา ค่าอวัยวะเทียม ค่าห้องและค่าอาหารได้ในอัตราเดียวกับที่สามารถเบิกได้ในสถานพยาบาลภาครัฐ ส่วนค่ารักษาพยาบาลที่เหลืออื่นๆ ให้เบิกได้ครึ่งหนึ่งตามที่ได้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 3,000 บาท ในส่วนของค่าใช้จ่ายที่เหลือ ผู้ป่วยจะต้องออกเองเป็นส่วนร่วมจ่าย³ การออกระเบียบนี้มีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในจากการใช้บริการในภาคเอกชนสูงขึ้น และมีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง^{1,4} โดยจากการตรวจสอบ พบว่ามีการร่วมมือในการเอื้อประโยชน์กันระหว่างผู้ป่วยและโรงพยาบาลเพื่อเบิกค่าใช้จ่ายจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เช่น การทำหลักฐานเท็จว่ามีการรับข้าราชการเข้าเป็นผู้ป่วยใน การทำหลักฐานการเบิกของผู้ป่วยนอกซึ่งเบิกไม่ได้มาเป็นผู้ป่วยในเพื่อให้เบิกได้ โดยการเปลี่ยนส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วยมาเป็นค่าสารละลายให้อาหารทางเลือดที่ไม่ได้ใช้จริง ซึ่งสาเหตุมาจากความบกพร่องหละหลวมของระบบการตรวจสอบการเบิกจ่ายนั่นเอง¹

จากการที่กรมบัญชีกลางไม่มีมาตรการในการควบคุมกำกับตรวจสอบการรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนที่ดีพอ ในปี 2541 จึงเปลี่ยนกลับมาให้ใช้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนเฉพาะในกรณีที่มีผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวผู้นั้นประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัย หรือมีความจำเป็นเร่งด่วนเท่านั้น ดังนั้นการเข้ารับบริการเกือบทั้งหมดจึงอยู่แต่ในโรงพยาบาลรัฐ

อย่างไรก็ตาม จากความเชื่อและความไว้วางใจในการใช้จ่ายเงินภายในหน่วยงานภาครัฐด้วยกันซึ่งถือว่าเป็นเพียงการย้ายเงินจากกระเป๋าซ้ายไปกระเป๋าขวา จึงขาดความเข้มงวดในการควบคุมกำกับ ดังนั้นแม้จะงดการให้ไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนกรณีผู้ป่วยในแล้วก็ตามค่าใช้จ่ายระบบนี้ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการเพิ่มเกินกว่าร้อยละ 10 ทุกๆ ปี

จากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจของไทยที่เกิดขึ้นในช่วงต้นทศวรรษ 2540 ทำให้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 มีการปฏิรูปโดยกำหนดมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยใน กรมบัญชีกลางกำหนดให้สถานพยาบาลรัฐส่งรายละเอียดข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อประกอบการเบิกจ่ายบริการผู้ป่วยใน แต่ยังคงเป็นการเบิกจ่ายตามปริมาณบริการอยู่ แต่ทำให้มีข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลเพื่อติดตามกำกับมากขึ้น และมีการใช้การจ่ายแบบวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) เต็มรูปแบบในปี 2550 ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า การมีระบบข้อมูลผู้ป่วยในสำหรับการตรวจสอบการเบิกจ่าย ร่วมกับการจ่ายด้วยระบบ DRG นี้ มีส่วนสำคัญที่ทำให้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงมาก โดยก่อนหน้าปี 2545 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละประมาณร้อยละ 15 และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 3-7 ระหว่างปี 2546 - 2548 และกระโดดเพิ่มขึ้นไปร้อยละ 21 ในปี 2549 ทั้งนี้ไม่ทราบชัดเจนว่าเกิดจากปัจจัยใด และเมื่อมีการนำ DRG มาใช้ก็มิผลให้อัตราเพิ่มของค่าบริการผู้ป่วยในลดลงจากร้อยละ 21.5 ในปีงบประมาณ 2549 เหลืออยู่ที่ 3.6 ในปี 2550 และลดลงอีกเป็นลำดับในช่วงหลังจากนั้น ดังนั้นหลักการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบ DRG จึงได้นำมาใช้เป็นวิธีในการควบคุมการเบิกจ่ายในด้านบริการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วนที่โรงพยาบาลเอกชนในการขยายสิทธิประโยชน์ให้กับผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในปี 2554

รูปที่ 1 ค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2545-2554



ที่มา: กรมบัญชีกลาง

ในด้านกฎหมาย พระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518 ได้มีการตรากฎหมายลูกเพื่อกำหนดกฎเกณฑ์สำหรับการเบิกจ่ายเงินในการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้าง คือพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล ซึ่งในปี 2553 ได้ยกเลิกพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติมทั้ง 8 ฉบับ⁹ ซึ่งให้อำนาจกรมบัญชีกลาง ในการบริหารจัดการและควบคุมการเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลมากขึ้น โดยกรมบัญชีกลางได้นำมาใช้กำหนดอัตราค่าเวชภัณฑ์และค่าบริการ ตลอดจนการปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้สิทธิด้านสุขภาพกับข้าราชการและครอบครัว ในเบื้องต้นนี้ได้ขยายสิทธิประโยชน์ให้ข้าราชการและครอบครัวสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการได้ โดยไม่ต้องเป็นกรณี

ฉุกเฉิน มีเจตนารมณ์สำคัญ⁷ คือ เพื่อลดความแออัดและระยะเวลาการรอคอยการรักษาในสถานพยาบาลภาครัฐลง ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ โดยที่รัฐสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพควบคู่กันไป

2. การให้เอกชนเข้ามาร่วมให้บริการ สาธารณสุขของภาครัฐ

ในประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา บริการจากภาคเอกชนมีการขยายตัวและมีบทบาทที่สำคัญในระบบสาธารณสุข⁸ โดยเฉพาะในช่วง 20 ปีมานี้หรือประมาณหลังปี 2534 เป็นต้นมา การที่รัฐทำข้อตกลงให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้ให้บริการ^{9, 10} ทำให้ภาคเอกชนมีบทบาทในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข^{11, 12} โดยเฉพาะให้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ยากจนและด้อยโอกาส โดยการทำข้อตกลงกับภาคเอกชน ช่วยให้รัฐได้บริการที่สามารถควบคุมคุณภาพ และสามารถใช้งบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากภาคเอกชนสามารถบริหารทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่ากว่า (economy of scale) เมื่อเทียบกับภาครัฐ^{11, 12} นอกจากนี้ ภาคเอกชนยังมีจุดเด่นในด้านความสามารถที่จะปรับบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าและสามารถระดมกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเป้าหมายได้ชัดเจน จึงทำให้การเข้าถึงบริการเป็นเรื่องง่าย และการบริการเป็นไปอย่างทั่วถึง ในอัตราค่าบริการที่ทัดเทียมหรือถูกกว่าบริการภาครัฐ¹³

อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ภาครัฐควรตระหนัก คือ การที่องค์กรเอกชนไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อประโยชน์สาธารณะ เลือกทำเลที่ตั้งในย่านที่มีแต่ผู้ป่วยมีฐานะดี ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเขตเมือง เน้นแต่ให้บริการที่สามารถทำกำไรได้สูง มีการลงทุนงบประมาณส่วนใหญ่ในการบริหารจัดการ การตลาดและจ่ายภาษี มากกว่าจะนำค่าใช้จ่ายเหล่านี้ไปปรับปรุงคุณภาพบริการ¹⁴ นอกจากนี้ สถานบริการสาธารณสุขของภาคเอกชนมีความหลากหลายแตกต่างกันไป ทั้งในด้านขนาดของสถานพยาบาลและคุณภาพ คือ มีตั้งแต่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความพร้อมในด้านบุคลากร เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีตามมาตรฐานสากล จนถึงระดับคลินิกที่ให้บริการทุกอย่างในห้องเดียว และไม่มีการควบคุมโดยกฎหมายในด้านคุณภาพมาตรฐาน¹⁵

ในระดับผู้ซื้อบริการภาครัฐในประเทศไทย มีการทำข้อตกลงให้ภาคเอกชนเป็นผู้ให้บริการกับผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพภาครัฐบาล โดยก่อนหน้าปี 2554 พบในระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล 2 ระบบ ได้แก่ ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีมาตั้งแต่ระยะแรกๆ ของการก่อตั้งระบบประกันสุขภาพทั้ง 2 ระบบ ในปี 2554 ระบบประกันสังคมมีสถานพยาบาลหลักทั่วประเทศที่เป็นโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 92 แห่ง จากทั้งหมด 243 แห่ง (ข้อมูลจากรายงานประจำปี สำนักงานประกันสังคม 2553) ส่วนระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้ในต่างจังหวัดสถานพยาบาลส่วนใหญ่จะอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ในเขตกรุงเทพมหานคร เครือข่ายหน่วยบริการกว่าครึ่งเป็นหน่วยบริการของเอกชน โดยมีโรงพยาบาลเอกชน 28 แห่งจากโรงพยาบาลทั้งสิ้น 51 แห่ง ซึ่งใน 28 แห่งนี้มี 10 แห่งที่เป็นสถานพยาบาลตติยภูมิที่รับผู้ป่วยส่งต่อเท่านั้น

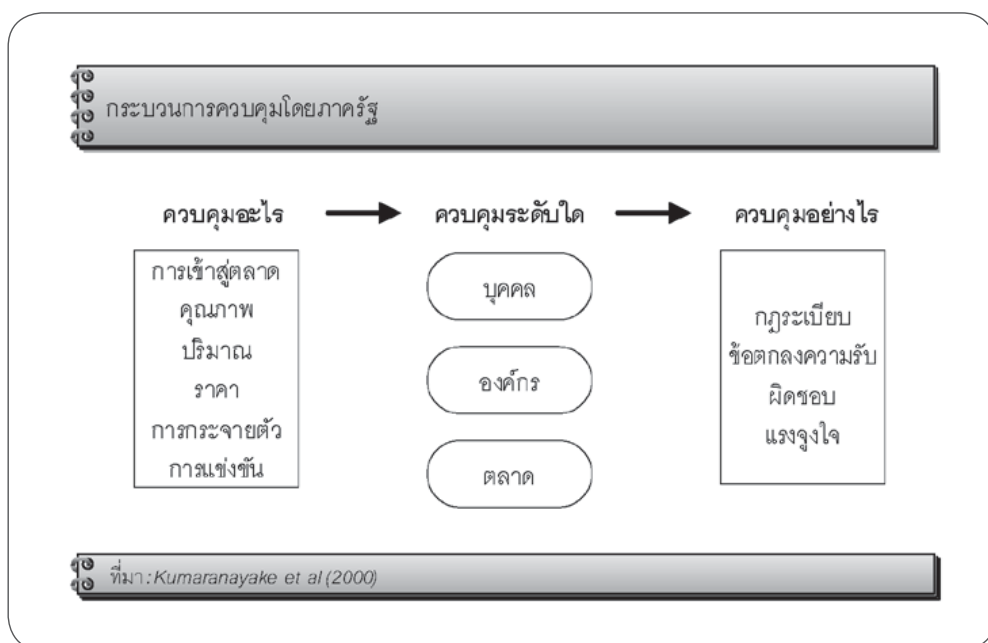
รัฐควรซื้อบริการอะไร

จากการที่ตลาดสุขภาพเป็นตลาดที่ไม่สมบูรณ์ ภาครัฐสามารถเข้ามาควบคุมราคาสินค้าและบริการ การเข้าและออกจากตลาดของผู้ให้บริการ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของผู้ป่วยได้^{16, 17, 18} บริการที่รัฐจะตัดสินใจซื้อบริการหรือเป็นผู้ให้บริการเองนั้น ควรพิจารณาจากลำดับความสำคัญของปัญหาก่อน ซึ่งจะทำให้ผู้ออกนโยบายเชื่อมั่นได้ว่า บริการนั้นได้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึง Preker (2007) เสนอว่านอกจากจะพิจารณาจากประสิทธิผลและความคุ้มค่าแล้ว ควรคำนึงถึงลักษณะปัจจัยของบริการในด้านการตลาด ได้แก่ การแข่งขัน (contestability) และความสามารถในการวัดหรือประเมินคุณค่าของบริการ (measurability)¹⁸

3. การทำสัญญาและกำกับควบคุม คุณภาพบริการของโรงพยาบาลเอกชน

เพื่อควบคุมการเติบโตอย่างรวดเร็วของตลาดสุขภาพ ให้สามารถตอบสนองต่อนโยบายของภาครัฐได้ ภาครัฐจึงจำเป็นต้องหาวิธีที่เหมาะสมในการวางกฎเกณฑ์สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเข้ามาในตลาดของผู้ให้บริการ คุณภาพของบริการและตัวผู้ให้บริการ ปริมาณที่จะซื้อขาย วิธีการกระจายสินค้าหรือบริการนั้น รวมทั้งกติกาสำหรับการแข่งขันเพื่อเข้าสู่ตลาด^{8,16} ซึ่งการสร้างกฎเกณฑ์ควบคุมกำกับนั้นทำได้ 3 ระดับ¹⁶ คือ ระดับบุคคล ระดับองค์กร และระดับการตลาดในระบบสุขภาพ โดยผ่านเครื่องมือและการให้แรงจูงใจในรูปแบบต่างๆ เช่น การใช้กฎหมายบังคับที่มีบทลงโทษในกรณีที่ไม่ปฏิบัติตาม การทำข้อตกลงความรับผิดชอบต่อแต่ละฝ่ายผ่านการใช้กลไกการเงินและกิจกรรมโครงการในภาครัฐ เป็นต้น¹⁹

รูปที่ 2 กระบวนการควบคุมบริการจากภาคเอกชนโดยภาครัฐ



เพื่อให้เกิดการสร้างแรงจูงใจกับผู้ให้บริการ ให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสม ดังนั้นกองทุนต้องเป็นผู้ซื้อบริการที่แข็งแกร่ง (active purchaser) ให้กับผู้มีสิทธิที่ตนดูแลอยู่ และต้องมีการกำหนดสิ่งต่อไปนี้ คือ ขอบเขตบริการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้มีสิทธิในสวัสดิการ ประมาณการปริมาณที่ต้องการซื้อ การกำหนดคุณภาพบริการ ที่พึงประสงค์ อัตราค่าบริการที่ต้องการซื้อและวิธีการจ่าย และเงื่อนไขต่างๆ ที่ผู้ให้บริการต้องดำเนินการ²⁰

อย่างไรก็ตาม ในสภาพความเป็นจริงแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการเลือกว่ารัฐจะซื้อบริการใดจากเอกชน หรือการออกแบบระบบ ผู้กำหนดนโยบายภาครัฐมักจะรีบด่วนสรุปและดำเนินการด้านนโยบายไปก่อน โดยไม่ได้พิจารณาตามความคุ้มค่าและความจำเป็น¹⁸ รวมทั้งละเลยการออกแบบระบบที่นำไปสู่การปฏิบัติ และการสร้างกลไกด้านราคาที่เหมาะสม²¹ ดังนั้น การศึกษาวิธีการกำหนดนโยบายภาครัฐจึงมีความสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับภาคเอกชนในการเข้าสู่ตลาด ประกอบกับการประเมินคุณภาพและประสิทธิผลที่ปลายทาง คือ ผู้ให้บริการภาคเอกชนไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลหรือคลินิกนั้นยากแก่การเข้าถึงข้อมูล ทำให้งานวิจัยในระยะหลังมักมุ่งเน้นในการประเมินนโยบายและกิจกรรมของภาครัฐมากขึ้น





4. คำถามงานวิจัย

วัตถุประสงค์และกรอบการศึกษา

4.1 คำถามงานวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในอดีตข้างต้น ทำให้เกิดคำถามงานวิจัยว่า การให้ผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเข้ารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลเอกชนนั้น

1. มีการออกแบบระบบ มาตรการและแนวทางควบคุมกำกับโรงพยาบาลเอกชนให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่
2. ศักยภาพและประสิทธิผลในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติของกลไกที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างไร
3. โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดสนใจเข้าร่วมโครงการเพียงใด ขณะเดียวกันโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีการปรับตัวและตอบสนองต่อนโยบายนี้อย่างไร ทั้งในด้านการตลาด การบริหารจัดการ การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการ ตลอดจนมีปัญหอุปสรรคในการเข้าร่วมโครงการอย่างไร
4. แนวโน้มการใช้บริการและผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐและต่อภาระค่าใช้จ่ายของระบบโดยรวมเป็นอย่างไร
5. ผู้รับบริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าในโรงพยาบาลเอกชนเป็นคนกลุ่มใดพึงพอใจในบริการที่ได้รับเพียงใด ขณะเดียวมีภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับมากน้อยเพียงใด

4.2 วัตถุประสงค์

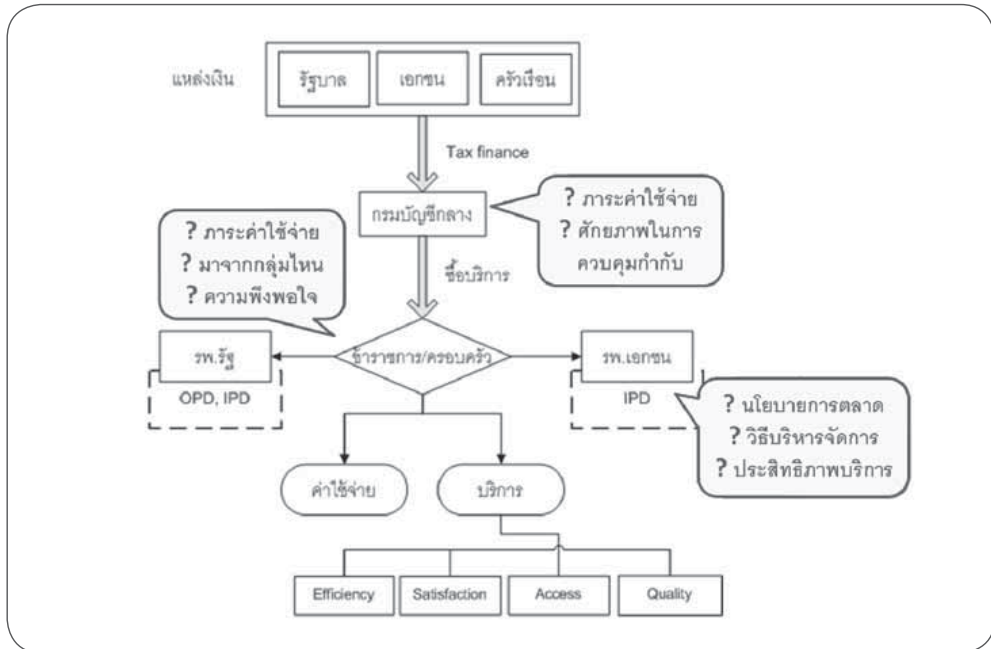
1. เพื่อศึกษาการออกแบบระบบ กลไก มาตรการ รวมถึงศักยภาพในการควบคุมกำกับโรงพยาบาลเอกชนของกรมบัญชีกลาง และการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยพิจารณาจากการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนทั้งในด้านการบริหารจัดการ การทำการตลาด การบริหารทรัพยากร พฤติกรรมการให้บริการ และการดำเนินการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลภายใต้โครงการนี้

2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนต่อนโยบายดังกล่าว รวมถึงการปรับตัวของโรงพยาบาลและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการตามนโยบาย โดยแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการและมีการเบิกจ่าย กลุ่มที่เข้าร่วมโครงการแต่ยังไม่มี การเบิกจ่าย กลุ่มโรงพยาบาลที่สมัครแต่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก และกลุ่มโรงพยาบาลที่ไม่สมัคร
3. เพื่อศึกษาผลกระทบของนโยบายผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าในโรงพยาบาลเอกชน ต่อแนวโน้มการใช้บริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าของโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลรัฐ ภาระค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ และภาระค่าใช้จ่ายต่อระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
4. เพื่อประเมินนโยบายในมุมมองผู้รับบริการ โดยศึกษากระบวนการเข้าถึงสิทธิ การได้รับการคุ้มครองสิทธิ และความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเอกชน และภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

4.3 กรอบการศึกษา

การศึกษานี้มุ่งเน้นการประเมินผลกระทบของนโยบายที่เกิดขึ้นอย่างรอบด้าน พิจารณาทั้งตัวหน่วยงานบริหารกองทุน โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลรัฐ และผู้มีสิทธิเอง ประกอบด้วย 1) การออกแบบระบบและศักยภาพของกองทุนในการตรวจสอบและควบคุมกำกับโรงพยาบาลเอกชน 2) การตอบสนองของโรงพยาบาลเอกชนต่อนโยบายดังกล่าว ทั้งในด้านการทำการตลาด การบริหารจัดการและบริหารทรัพยากร และพฤติกรรมการให้บริการและการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย 3) ผลกระทบของนโยบายนี้ต่อการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐแก่ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4) การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความพึงพอใจ และภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องร่วมจ่าย และ 5) ผลกระทบของนโยบายดังกล่าวต่อภาระค่าใช้จ่ายของระบบโดยรวม

รูปที่ 3 กรอบแนวคิดการประเมิน



5. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้อาศัยระเบียบวิธีวิจัยที่หลากหลาย ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเชิงปริมาณจะอาศัยฐานข้อมูลการให้บริการและเบิกจ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการสำรวจโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามทางโทรศัพท์ในกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลและกลุ่มผู้รับบริการ และการศึกษาเชิงคุณภาพ คือการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้บริหารกองทุนและกลไกหลักในการบริหารจัดการและผู้บริหารโรงพยาบาล ทั้งนี้ระเบียบวิธีโดยสังเขปสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1 และรายละเอียดของระเบียบวิธีวิจัยของแต่ละวัตถุประสงค์ได้ในรายงานแต่ละเรื่อง

ตารางที่ 1 สรุประเบียบวิธีที่ใช้ในการศึกษาแต่ละวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธี				
	ทบทวนวรรณกรรม	สัมภาษณ์เชิงลึก	วิเคราะห์ข้อมูลผลการตรวจสอบระเบียบ	วิเคราะห์ฐานข้อมูลการเบิกจ่าย	สำรวจโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์
1. การออกแบบระบบและการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ	*	*	*		
2. ความเห็นผู้บริหารโรงพยาบาล	*	*			*
3. ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ	*			*	
4. มุมมองผู้รับบริการ	*				*

สำหรับเค้าโครงการนำเสนอผลการศึกษาก็จะแยกเป็นแต่ละตอนตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา เริ่มจากการออกแบบระบบและการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาล ผลกระทบของนโยบายต่อระบบสุขภาพ และความเห็นในมุมมองผู้ใช้บริการ โดยในแต่ละตอนจะเป็นเอกสารที่สมบูรณ์ในตัวเอง ครอบคลุมทั้งวัตถุประสงค์กรอบแนวคิด ระเบียบวิธี ผลการศึกษา และวิจารณ์และข้อยุติ

เอกสารอ้างอิง

- 1 วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นวลอนันต์ ตันติเกตุ และคณะ (2540) การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรณีศึกษา พ.ศ. 2538. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- 2 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษายาบาล พ.ศ. 2553 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127 ตอนที่ 23 ก. วันที่ 2 เมษายน 2553 หน้า 4
- 3 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษายาบาล พ.ศ. 2523 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 97 ตอนที่ 178. วันที่ 20 พฤศจิกายน 2523
- 4 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษายาบาล พ.ศ. 2541 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 115 ตอนที่ 49 ก. วันที่ 19 สิงหาคม 2541 หน้า 3
- 5 วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สุชาติ สรณสถาพร และคณะ (2541), การปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ: การบริหารการเงิน 2. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- 6 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2528, (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2532, (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2533, (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2534, (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2540, (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2541, (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2545
- 7 กรมบัญชีกลาง, การเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนตามระบบ DRGs, 2554
- 8 Bennett, S., B. McPake, and A. Mills (1997) *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* London and New York, Zed Books
- 9 Forsberg, B., D. Montagu, and J. Sundewall (2011) *Moving towards in-depth knowledge on the private health sector in low-and middle-income countries.* Health Policy and Planning, 26 (suppl 1): p. i1
- 10 Mills A, Brugha R, Hanson K, and McPake B (2002) *What can be done about the private health sector in low-income countries.* Bulletin of the World Health Organization, 80(4): p.325-330

- 11 Siddiqi, S., T.I. Masud, and B. Sabri (2006) *Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean Region*. Bulletin of the World Health Organization, 84(11): p. 867-875
- 12 Smith, E., R. Brugha, and A. Zwi, (2001) *Working with private sector providers for better health care: an introductory guide*. Options Consultancy Services.
- 13 Bhattacharyya, O., Khor, S., McGahan, A., Dunne, D. and et al., (2010) *Innovative health service delivery models in low and middle income countries- what can we learn from the private sector?* Health Research Policy and Systems, 8(1): p. 24
- 14 Sloan, F.A. and G.A. Picone (2001) *Hospital ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference?* Journal of Health Economics, 20(1): p. 1-21
- 15 Montagu, D., Anglemyer, A., Tiwari, M., Drasser, K., and et al. (2011), *Systematic Review: Private versus public strategies for health service provision for improving health outcomes in resource-limited settings*, San Francisco, The Global Health Group: p. 60
- 16 Kumaranayake, L., Mujinja P, Hongoro C, and Mpembeni R (2000) *How do countries regulate the health sector? Evidence from Tanzania and Zimbabwe*. Health Policy and Planning, 15(4): p. 357-367
- 17 Preker, A.S. (2005) *Spending wisely: buying health services for the poor*. Washington DC, World Bank Publications
- 18 Preker, A.S., ed (2007). *Public ends, private means: strategic purchasing of health services*. Washington DC, World Bank Publications
- 19 Hongoro, C. and L. Kumaranayake (2000) *Do they work? Regulating for-profit providers in Zimbabwe*. Health Policy and Planning, 15(4): p. 368-377

- 20 วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2540) การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ: ทางเลือกเชิงนโยบาย. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- 21 Mills, A. (1998) *To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries*. Health Policy and Planning, 13(1): p. 32-40



ศักยภาพระบบสวัสดิการ
รักษาพยาบาลข้าราชการ
ในการกำกับโรงพยาบาลเอกชน

2



๒

ศักยภาพระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการในการ กำกับโรงพยาบาลเอกชน

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

นพคุณ ธรรมธำอารี

พัชนี ธรรมวันนา

สุธีรดา ฉิมน้อย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้ขยายสิทธิแก่ผู้ป่วยให้สามารถไปรับบริการ ผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า 77 รายการ ในโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญาได้ตั้งแต่พฤษภาคม 2554 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินศักยภาพของระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการในการกำกับโรงพยาบาลเอกชนจากนโยบายดังกล่าว โดยพิจารณาด้านการ ออกแบบระบบ ปัจจัยที่มีผลต่อการออกแบบระบบและการนำไปปฏิบัติ และการแปลงนโยบาย ไปสู่การปฏิบัติ โดยมุ่งเน้นการตอบสนองของโรงพยาบาลเอกชนและการตรวจสอบกำกับ

ของระบบ วิธีการศึกษาใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องและวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจสอบ
แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย นำเสนอผลการวิเคราะห์ตามกรอบประเด็นการวิเคราะห์และสถิติ
เชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า นโยบายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มช่องทางเลือกในการเข้าถึงบริการ
และระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าในโรงพยาบาลรัฐ เพิ่มความ
พึงพอใจของผู้มีสิทธิโดยที่รัฐยังสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้ ระบบนี้มีการออกแบบ
ที่รัดกุม มีการกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลที่สามารถเข้าร่วมโครงการ ขั้นตอนการให้
บริการ รูปแบบข้อมูลที่ต้องรายงานต่อกรมบัญชีกลาง เพื่อป้องกันการทุจริตและคุ้มครอง
สิทธิของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ศักยภาพด้านกำลังคนและกลไกในการบริหารจัดการระบบ
การตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของกรมบัญชีกลางเป็นอุปสรรคต่อประสิทธิภาพ
การดำเนินโครงการ ในขณะที่การขาดความถูกต้องครบถ้วนของการให้รหัสโรคและรหัส
หัตถการของโรงพยาบาลเอกชนเป็นประเด็นที่ควรได้รับการแก้ไขก่อนขยายการดำเนิน
โครงการในระยะต่อไป

คำสำคัญ: ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, โรงพยาบาลเอกชน, ศักยภาพ
ในการกำกับ

Institutional capacity of the Civil Servant Medical Benefit Scheme in regulating private hospital

Samrit Srithamrongsawat
Noppakun Thammatacharee
Patchanee Thumvanna
Sutheerada Chimnoi

Health Insurance System Research Office,
Health Systems Research Institute

The Civil Servant Medical Benefit Scheme has expanded its benefit in access to 77 elective surgeries in contracted private hospitals since May 2011. This study aimed to assess institutional capacity of the Civil Servant Medical Benefit Scheme in regulating contracted private hospitals. The assessment included system design, factors influencing effectiveness of regulation, and implementation of the policy in regard to provider's responses and medical record audit. We conducted in-depth interviews with key stakeholders and analyzed medical record audit reports. Content analysis and descriptive statistic were employed in the analysis.

Results show that the policy aims to increase choices of access and reduce waiting time for elective surgeries in public hospitals. Moreover, the policy will increase level of patients' satisfaction while costs of the scheme remain contained.

The policy was carefully designed in order to prevent fraud, inappropriate care, and protect consumer's right. Standard of enrolled hospitals was set including guidelines for authorize service provision, information needed for claim submission. However, limited institutional capacity of the Comptroller General's Department under the Ministry of Finance who manages health benefits and payment for the Civil Servant Medical Benefit Scheme remained a major constraint in policy implementation; moreover, errors coding of diagnosis and procedure was urgently needed for improvement before scaling up the program.

Keywords: Civil Servant Medical Benefit Scheme, private hospital, regulating capacity



ภูมิหลังและเหตุผล

การอนุญาตให้ข้าราชการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน โดยไม่จำกัดเฉพาะกรณีฉุกเฉินนั้น เริ่มปรากฏครั้งแรกในปี 2521 ที่มีการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลขึ้น ในครั้งนั้นกฎหมายเปิดโอกาสให้ข้าราชการและครอบครัวสามารถเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชนได้ โดยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ คือ ค่ายา ค่าอวัยวะเทียม ค่าห้องและค่าอาหารได้ในอัตราเท่ากับที่สามารถเบิกได้ในสถานพยาบาลภาครัฐ ส่วนค่ารักษาพยาบาลที่เหลืออื่นๆ ให้เบิกได้ครึ่งหนึ่งตามที่ได้จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 3,000 บาท ในส่วนของค่าใช้จ่ายที่เหลือ ผู้ป่วยจะต้องออกเองเป็นส่วนร่วมจ่าย¹ ซึ่งต่อมาพบว่าค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในจากการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนสูงขึ้นมากและตรวจพบว่าการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง^{2, 3} โดยจากการตรวจสอบ พบว่ามีการร่วมมือในการเอื้อประโยชน์กันระหว่างผู้ป่วยและโรงพยาบาล เพื่อเบิกค่าใช้จ่ายจากระบบสวัสดิการฯ เช่น การทำหลักฐานเท็จว่ามี การรับข้าราชการเข้าเป็นผู้ป่วยใน การทำหลักฐานการเบิกของผู้ป่วยนอกซึ่งเบิกไม่ได้ มาเป็นผู้ป่วยในเพื่อให้เบิกได้ โดยการเปลี่ยนส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วยมาเป็นค่าสารละลายให้อาหารทางเลือดที่ไม่ได้ใช้จริง ซึ่งสาเหตุมาจากความหละหลวมของระบบการตรวจสอบการเบิกจ่ายนั่นเอง³

จากการที่กรมบัญชีกลางขาดกลไกในการควบคุมกำกับและตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาของโรงพยาบาลเอกชนที่มีประสิทธิภาพ ในปี พ.ศ. 2541 จึงมีการจำกัดการใช้บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน ให้เป็นเฉพาะในกรณีผู้ป่วยในที่เกิดจากการประสบอุบัติเหตุอุบัติเหตุ หรือมีความจำเป็นเร่งด่วนเท่านั้น⁴ อย่างไรก็ตาม แม้จำกัดการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนแล้วยังคงพบว่า ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในในระบบนี้ยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากระบบการจ่ายตามปริมาณบริการย้อนหลัง (Retrospective fee-for-service) ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2549 จึงได้มีการนำระบบการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group; DRG) มาใช้ในการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในภายใต้ระบบดังกล่าว

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553⁵ ได้ยกเลิกพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติมอีก 8 ฉบับ¹ และให้อำนาจกรมบัญชีกลางในการบริหารจัดการและควบคุมการเบิกจ่าย

ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลมากขึ้น โดยกรมบัญชีกลางได้นำมาใช้กำหนดอัตรา ค่าเวชภัณฑ์และค่าบริการ ตลอดจนการปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้สิทธิประโยชน์ด้าน สุขภาพกับข้าราชการและครอบครัว ในเบื้องต้นได้ขยายสิทธิประโยชน์ให้ข้าราชการและ ครอบครัวสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ ได้ โดยไม่ต้องเป็นกรณีฉุกเฉิน มีเจตนารมณ์สำคัญ คือ เพื่อลดความแออัดและระยะเวลา การรอคอยการรักษาในสถานพยาบาลภาครัฐลง ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ โดยที่รัฐ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพควบคู่กันไป

เนื่องจากการขาดกลไกการตรวจสอบกำกับที่มีประสิทธิผล ทำให้กรมบัญชีกลางต้อง จำกัดการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมา ดังนั้นเมื่อมีการพิน นโยบายดังกล่าวอีกครั้ง จึงเกิดคำถามสำคัญว่าข้อจำกัดด้านการตรวจสอบกำกับได้มีการ วางแผนแก้ไขแล้วหรือไม่ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาแนวคิด การออกแบบ ระบบ และการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติของนโยบายให้ผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไปรับบริการในโรงพยาบาลเอกชน

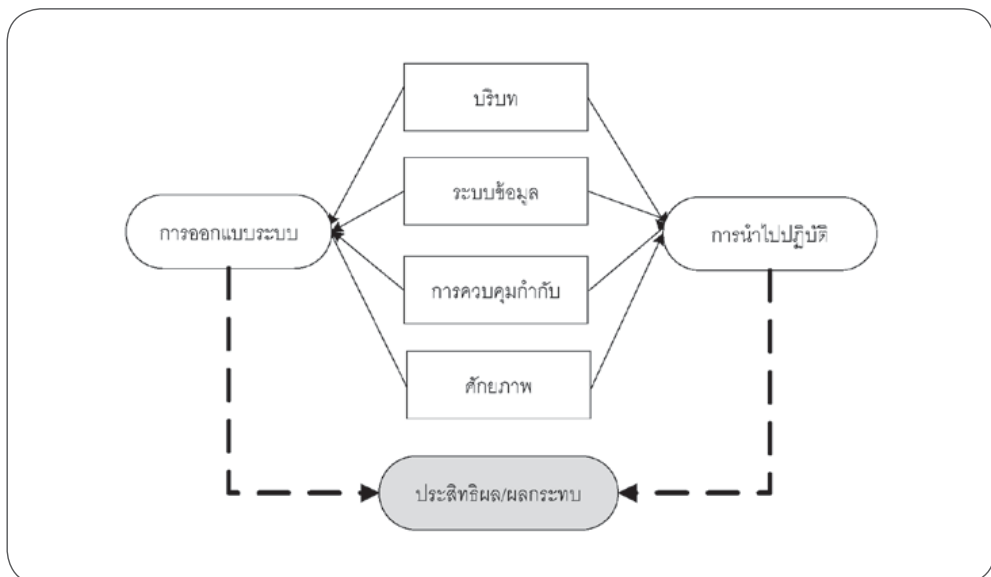
กรอบแนวคิดการศึกษา

การส่งเสริมภาคเอกชนให้มีบทบาทร่วมให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากองค์การระหว่างประเทศ⁷ ด้วยเหตุผลหลักคือ ภาคเอกชนมีประสิทธิภาพ ในการจัดบริการและตอบสนองต่อประชาชนดีกว่าภาครัฐ ทั้งนี้บริการภาคเอกชนมีการ ขยายตัวและมีบทบาทที่สำคัญในระบบสาธารณสุขทั้งในประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา มีการขยายตัวค่อนข้างมากในประเทศกำลังพัฒนาในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา^{8, 9, 10} ทั้งยัง พบว่าภายใต้การออกแบบระบบที่ดีภาคเอกชนยังอาจเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ คนจนและผู้ด้อยโอกาสได้^{11, 12} และยังมีจุดเด่นในด้านความสามารถที่จะปรับบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า¹³

อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ภาครัฐควรตระหนัก คือ สถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่เป็น ธุรกิจแสวงหากำไร ขณะเดียวกันก็มีความหลากหลายของสถานพยาบาลเอกชน มีตั้งแต่

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความพร้อมในด้านบุคลากร เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีตามมาตรฐานสากล จนถึงคลินิกที่ให้บริการทุกอย่างในห้องเดียวโดยขาดการควบคุมคุณภาพมาตรฐาน¹⁴ จึงมีประเด็นคำถามว่า ภาคเอกชนจะสามารถตอบสนองต่อเป้าประสงค์เชิงนโยบายของภาครัฐได้หรือไม่ ดังนั้น ภาครัฐจำเป็นต้องมีวิธีและมาตรการที่เหมาะสมในการวางกฎเกณฑ์ด้านต่างๆ^{15, 16, 17, 18} เพื่อควบคุมกำกับภาคเอกชนให้ดำเนินการตามแนวนโยบายภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดมาตรฐาน การซื้อบริการ และการให้แรงจูงใจในรูปแบบต่างๆ เช่น การใช้กฎหมายบังคับที่มีบทลงโทษในกรณีที่ไม่ปฏิบัติตาม เป็นต้น การศึกษาครั้งนี้อาศัยกรอบแนวคิดการกำกับภาคเอกชนตามงานวิจัยของ Hongoro และ Kumarayanake (2000)¹⁸ ซึ่งให้ความสำคัญกับทั้งการออกแบบระบบ และปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย 1) บริบทหรือสิ่งแวดล้อมของการออกแบบและดำเนินการตามนโยบาย 2) ระบบข้อมูลสารสนเทศ 3) อำนาจในการควบคุมกำกับ และ 4) ศักยภาพในการกำกับตรวจสอบ ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา



ที่มา : Hongoro and Kumarayanake (2000)

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับวิเคราะห์ข้อมูลรายงานการตรวจสอบ
เวชระเบียนผู้ป่วย

1. การสัมภาษณ์ใช้ชุดคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างตามกรอบประเด็นที่วางไว้
ด้านแนวคิดการออกแบบระบบ การวางระบบสารสนเทศ การควบคุมกำกับ และ
บริบทแวดล้อมของนโยบาย การตอบสนองของโรงพยาบาลเอกชน ปัญหาอุปสรรค
ต่างๆ ในการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่
กรมบัญชีกลาง ผู้บริหารสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)
ผู้บริหารสำนักพัฒนาระบบการตรวจสอบการเบิกจ่าย (สพตร.) และผู้บริหาร
โรงพยาบาลเอกชนที่มีส่วนแบ่งการให้บริการสูง รวมผู้ให้สัมภาษณ์ 10 ท่าน
โดยบันทึกเทปขณะสนทนาและทำการถอดเทปเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา และจำแนก
ตามประเด็นการศึกษา
2. วิเคราะห์รายงานการตรวจสอบแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนที่ส่งมา
เบิกภายใต้นโยบายดังกล่าว โดยมีแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยที่รับบริการตั้งแต่เดือน
มิถุนายน 2554 - มีนาคม 2555 จำนวน 996 ราย ซึ่งเป็นข้อมูลรายงานการ
ตรวจสอบเวชระเบียนที่สำนักพัฒนาระบบการตรวจสอบการเบิกจ่าย ตรวจสอบและ
ส่งมอบแก่กรมบัญชีกลาง (ทางทีมงานวิจัยไม่ได้รับรายงานข้อมูลเดือนธันวาคม
2554-กุมภาพันธ์ 2555) ในภาพรวม ครอบคลุมของแฟ้มเวชระเบียนที่มี
การทบทวนคิดเป็นร้อยละ 33.3 ของจำนวนผู้ป่วยที่ส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลใน
ช่วงเวลาเดียวกัน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของแฟ้มเวชระเบียนที่ได้รับการตรวจสอบเทียบกับจำนวนที่ส่งเบิกจ่าย

เดือนและปี	จำนวนผู้ป่วย ที่ส่งเบิก [ราย]	จำนวนเวชระเบียน ที่ถูกสุ่มตรวจสอบ [ราย]	% แฟ้ม เวชระเบียน ที่ส่งเบิก
1. มิถุนายน 2554	464	22	5.74
2. กรกฎาคม 2554	475	89	18.74
3. สิงหาคม 2554	495	202	40.81
4. กันยายน 2554	424	163	38.44
5. ตุลาคม 2554	402	150	37.37
6. พฤศจิกายน 2554	313	180	57.51
7. ธันวาคม 2554	357	Na	-
8. มกราคม 2555	294	Na	-
9. กุมภาพันธ์ 2555	330	Na	-
10. มีนาคม 2555	418	190	45.45
รวมทั้งสิ้น	3,972 (2,991*)	996	33.30

หมายเหตุ * ไม่รวมข้อมูลเดือนธันวาคม 2554 - กุมภาพันธ์ 2555

ผลการศึกษา

1. การออกแบบระบบ

1.1 วัตถุประสงค์ของนโยบาย

นโยบายการให้ข้าราชการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน มีวัตถุประสงค์หลักเพื่ออำนวยความสะดวกโดยการเพิ่มทางเลือกแก่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ให้สามารถเลี่ยงความแออัดจากการใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนได้ อย่างไรก็ตาม ไม่มีความชัดเจนในเรื่องที่มาของแนวคิดนี้ รวมทั้งขนาดความรุนแรงของปัญหาความแออัด และระยะเวลาที่รอคอยการผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐของผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

1.2 จำกัดกลุ่มโรคและหัตถการที่กำหนดเฉพาะกรณีผู้ป่วยใน

การให้ไปรับบริการในโรงพยาบาลเอกชนในช่วงที่ผ่านมา กำหนดให้ไปรับบริการได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยในและมีการระบุเฉพาะโรคและหัตถการที่กำหนดเท่านั้น ครอบคลุมการคลอดบุตร และการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า (elective surgery) รวม 77 หัตถการ โดยในเบื้องต้นนี้เลือกเฉพาะการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน เนื่องจากเป็นการรักษาที่มีเกณฑ์ข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน และต้องมีการนัดล่วงหน้า จึงเหมาะจะเป็นการให้บริการที่ใช้กับระบบใหม่นี้ในระยะแรก

1.3 กำหนดเงื่อนไขคัดกรองโรงพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการ

กำหนดให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการต้องผ่านการประเมินระบบคุณภาพ ซึ่งกำหนดให้ต้องผ่านระบบ ISO ทั้งโรงพยาบาล หรือ HA ขั้นที่ 2 และโรงพยาบาลต้องมีขนาด 100 เตียงขึ้นไป รวมทั้งต้องผ่านการอบรมระบบการส่งข้อมูลให้สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพก่อน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าโรงพยาบาลมีคุณภาพและศักยภาพเพียงพอแก่การให้บริการ ทั้งนี้ มีโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านเกณฑ์เงื่อนไขด้านคุณภาพและขนาดจำนวน 80 แห่ง ที่สนใจมาขอใบสมัครเข้าร่วมโครงการ มีโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมและสามารถส่งข้อมูลและยอมรับข้อตกลงของโครงการทั้งหมด 32 แห่ง และมีโรงพยาบาลที่ให้บริการและมีการเบิกจ่าย จำนวน 26 แห่ง ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯและปริมณฑล รวมทั้งจังหวัด

ที่เป็นศูนย์กลางของภาค เช่น เชียงใหม่ พิษณุโลก ชลบุรี สุพรรณบุรี เป็นต้น โดยเริ่มให้บริการตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2554

1.4 กำหนดอัตราค่าบริการและส่วนร่วมจ่าย

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการต้องยอมรับอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ทางกรมบัญชีกลางกำหนด โดยกำหนดจ่ายตาม DRG โดยใช้ base rate เดียวกันกับที่จ่ายให้โรงพยาบาลรัฐขนาด 100 เตียงขึ้นไป ในราคา 10,540 บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ และไม่อนุญาตให้โรงพยาบาลเรียกเก็บเงินที่เกี่ยวกับการผ่าตัด รวมทั้งการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติม ยกเว้นส่วนเพิ่มสำหรับค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์ และค่าธรรมเนียมแพทย์ ซึ่งโดยหลักการโรงพยาบาลจะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในส่วนที่เป็นอัตราต่อวัน เช่น ค่าแพทย์เยี่ยมไข้ ค่าห้องส่วนเกิน

1.5 ระบบข้อมูลสารสนเทศ

กรมบัญชีกลางกำหนดให้โรงพยาบาลต้องส่งข้อมูลการรับเป็นผู้ป่วยในแต่ละรายเพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่กำหนดให้ส่งนี้ คล้ายกับที่เรียกจากโรงพยาบาลรัฐแต่มีรายละเอียดของข้อมูลมากกว่า กล่าวคือต้องส่งฐานข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ตามรายการ (items) โดยเฉพาะรายการยา หัตถการ การตรวจวินิจฉัย และการพยาบาลต่างๆ ค่าใช้จ่ายทุกรายการ และชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา ขณะเดียวกันโรงพยาบาลเอกชนต้องรายงานค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทุกรายการทั้งที่รวมใน DRG และที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยเพื่อประกอบการเรียกเก็บจากกรมบัญชีกลาง

1.6 กลไกการคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ป่วย

เพื่อคุ้มครองผู้มีสิทธิในด้านภาระค่าใช้จ่าย กำหนดให้โรงพยาบาลต้องแจ้งส่วนร่วมจ่ายให้กรมบัญชีกลางทราบ และต้องแจ้งแก่ผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการ ขณะเดียวกันทางกรมบัญชีกลางได้มีการจัดทำข้อมูลรายการส่วนร่วมจ่ายของแต่ละโรงพยาบาลสำหรับหัตถการแต่ละชนิดบนเว็บไซต์กรมบัญชีกลาง (<http://welcgd.cgd.go.th/wel/searchsgr.jsp>) เพื่อให้สามารถตรวจสอบเปรียบเทียบราคาของโรงพยาบาลประกอบการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลที่จะเข้ารับการรักษา

การติดตามข้อร้องเรียนภายใต้โครงการดังกล่าว กรมบัญชีกลางมีงานนิติการภายใต้กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ที่เป็นผู้พิจารณาข้อร้องเรียนต่างๆ และมีบทโทษกรณีที่โรงพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขข้อตกลง

1.7 ระบบการทำงานและการตรวจสอบ

ขั้นตอนการเข้ารับการผ่าตัด เริ่มด้วยการที่ผู้ป่วยแจ้งความจำนงค์ขอเข้ารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลต้องส่งข้อมูลเบื้องต้นเพื่อขออนุญาตทำการรักษา (Prior Admission Authorized; PAA) ผ่านโปรแกรม PAA จากสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ เพื่อการตรวจสอบสิทธิของข้าราชการ พร้อมกันนี้โรงพยาบาลต้องระบุโรคและข้อบ่งชี้ที่จะผ่าตัด ซึ่งจะทำให้ทราบราคาเบื้องต้น เพื่อเป็นการเสนอราคาให้ผู้ป่วยทราบ และโรงพยาบาลส่งข้อมูลให้สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ ตรวจสอบว่าตรงตามเงื่อนไขที่กำหนดหรือไม่ ถ้าถูกต้องผู้ป่วยจะได้รับใบเสนอราคาจากโรงพยาบาลและเลขที่อ้างอิง หลังจากเข้ารับการผ่าตัดเสร็จตามขั้นตอนแล้ว โรงพยาบาลแจ้งจำหน่ายโดยใช้เลขที่อ้างอิงเดิม กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น การทำหัตถการ วันนอนที่ทำให้ค่าใช้จ่ายเปลี่ยนแปลง โรงพยาบาลจะต้องระบุเหตุผลประกอบในการส่งข้อมูลให้สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ ในรูปแบบแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เมื่อสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพรับแจ้งแล้ว จะทำการตรวจสอบข้อมูลและออกเลขรับแจ้งอีกครั้งให้โรงพยาบาลพิมพ์ให้ผู้ป่วยลงนามรับ สุดท้ายโรงพยาบาลต้องส่งไฟล์สแกนเอกสารใบเสร็จรับเงินแสดงค่าใช้จ่ายทั้งหมดพร้อมเวชระเบียนให้แก่สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษายาบาล ในเวลาที่กำหนดเพื่อทำการตรวจสอบ

สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับเบื้องต้น เน้นความสมบูรณ์ของข้อมูลตามข้อตกลง ในขณะที่สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษายาบาล ทำหน้าที่ตรวจสอบเวชระเบียนโดยดูความถูกต้องและสอดคล้องของข้อมูลและการลงรหัสโรคและหัตถการ

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการออกแบบนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.1 บริบทที่เกี่ยวข้อง

บริบทสำคัญที่ผลักดันให้เกิดนโยบายนี้ คือ 1) ความแออัดในโรงพยาบาลรัฐทำให้ผู้ป่วยต้องมีการรอนาน โดยเฉพาะกรณีผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน 2) เต็มโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ๆ ยังไม่ถูกใช้งานเต็มประสิทธิภาพ 3) มีการเปรียบเทียบกับระบบประกันสุขภาพหลักอีกสองระบบที่ให้ผู้มีสิทธิไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนได้ และ 4) มีการเรียกร้องของข้าราชการในเรื่องดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดด้านพันธกิจและโครงสร้างของกรมบัญชีกลางเองที่ไม่ได้มีการออกแบบให้ทำหน้าที่ในการบริหารระบบประกันสุขภาพเป็นข้อจำกัดหลักในการทำบทบาทซื้อบริการและกำกับตรวจสอบโรงพยาบาลเอกชน

2.2 ระบบข้อมูล

กรมบัญชีกลางไม่มีข้อมูลของโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ ไม่ว่าจะเป็นด้านศักยภาพ คุณภาพ และพฤติกรรมการให้บริการของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์เชิงลบในอดีตทำให้มีการวางระบบข้อมูลที่เข้มข้นทุกขั้นตอน และเข้มข้นกว่าที่ปฏิบัติกับโรงพยาบาลรัฐมาก

ช่องทางการรับทราบนโยบายของผู้รับบริการมาจากการเดินสายให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย รวมทั้งสิทธิที่ได้รับเพิ่มเติมจากพระราชกฤษฎีกาใหม่นี้ หนังสือราชการแจ้งเวียนให้หน่วยงานต่างๆ การประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลเอกชนในรูปแบบของสื่อต่างๆ เช่น เว็บไซต์ แผ่นพับ ป้ายโฆษณา และการลงพื้นที่ในชุมชน นอกจากนี้ผู้มีสิทธิยังอาจได้ข้อมูลจากแพทย์ที่ให้การรักษาในโรงพยาบาลรัฐหรือคลินิก เพื่อให้มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลเอกชนที่แพทย์ท่านนั้นปฏิบัติงานบางเวลา

2.3 ศักยภาพในการดูแลกำกับ

กรมบัญชีกลางไม่มีศักยภาพในการบริหารจัดการระบบได้เองในภาพรวมจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและบทบาทภารกิจ แต่ได้แก้โดยมีการทำข้อตกลงให้สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ เป็นที่ปรึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการบริหารจัดการข้อมูล

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Claim Center) และให้สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล ตรวจสอบเวชระเบียนที่ส่งเบิกของโรงพยาบาลเอกชน ส่วนการบริหารจัดการโครงการยังคงเป็นหน้าที่ของกลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาล กรมบัญชีกลาง ซึ่งแม้จะมีกระบวนการปรึกษาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องการวางระบบและการบริหารจัดการโครงการที่เกี่ยวข้องกับทั้งสองหน่วยงานที่กล่าวมา แต่บุคลากรที่รับผิดชอบหลักของโครงการมีเพียงท่านเดียวซึ่งเป็นนักกฎหมาย และยังมีภาระงานอื่นๆ ที่ต้องรับผิดชอบด้วย ทำให้เป็นข้อจำกัดในการดำเนินงาน และที่สำคัญคือขาดการวางกลไกและกระบวนการในการบริหารจัดการระบบตรวจสอบกำกับ กล่าวคือ เมื่อได้รับรายงานผลการตรวจสอบแฟ้มเวชระเบียนแล้วจะต้องดำเนินการต่ออย่างไร และเมื่อมีการอุทธรณ์จากโรงพยาบาลต่อผลการตรวจสอบนั้นๆ ต้องมีกระบวนการและกลไกที่จะมาดำเนินการต่ออย่างไรซึ่งยังไม่ชัดเจน

สัญญาที่ทางกรมบัญชีกลางทำกับโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการก็เป็นเพียงข้อตกลงกว้างๆ ในเชิงแนวปฏิบัติในเรื่องต่างๆ การตรวจสอบการรักษาพยาบาลและบทลงโทษ มิได้มีการกำหนดเป้าหมายบริการหรือคุณลักษณะของบริการแต่อย่างใด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปสาระสำคัญตามบัญชีข้อตกลงระหว่างกรมบัญชีกลางและโรงพยาบาล

หัวข้อ	เกณฑ์ที่กำหนด
จำนวนเตียงและเกณฑ์คุณภาพ	100 เตียงขึ้นไป และผ่าน ISO ทั้งระบบ หรือ HA ขั้นที่ 2
วิธีการจ่ายเงินของกรมบัญชีกลาง	ตามอัตราที่กำหนดในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน สถานพยาบาลของเอกชนตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ทำการจ่ายเดือนละ 1 ครั้ง และหักภาษี ณ ที่จ่ายร้อยละ 1
วิธีการส่งข้อมูลเพื่อเบิกเงิน	ใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมด ตามรูปแบบที่กรมบัญชีกลางกำหนด โรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องความถูกต้องและความเสียหายที่อาจเกิดจากการส่งข้อมูล

หัวข้อ	เกณฑ์ที่กำหนด
การส่งผู้ป่วยไปรักษา/ วินิจฉัยที่อื่นต่อ	โรงพยาบาลต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด
การตรวจสอบ การรักษาพยาบาล	มีการตรวจสอบสำเนาเวชระเบียนและคุณภาพการรักษาพยาบาล โดยกระทรวงการคลังและหน่วยงานที่ได้รับมอบหมาย
บทลงโทษ	เรียกเงินคืน กรณีการรักษาไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ปรับกรณีส่งข้อมูลเป็นเท็จ ไม่จ่ายเงินค่าตรวจวินิจฉัยเมื่อรับการ รักษาที่อื่น ชะลอการจ่ายหรือหักเงิน กรณีส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อหรือวินิจฉัย ที่อื่น ทำผิดข้อตกลง และส่งข้อมูลเบิกซ้ำ ระงับการเบิกจ่าย กรณีไม่ได้ทำการรักษาพยาบาลจริง ผิดข้อ ตกลงหรือผิดหลักวิชาการแพทย์ และเกิดความเสียหายจากการ รักษาพยาบาล

ที่มา : บันทึกข้อตกลงการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายาบาลประเภท
ผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลของเอกชน

3. การนำนโยบายไปปฏิบัติ

การศึกษาเพื่อให้ทราบถึงความเป็นไปได้ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ นั้น ในรายงานนี้
นำเสนอเป็น 2 ส่วนคือ การตอบสนองและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลเอกชน และ
ผลการตรวจสอบเวชระเบียนของสำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล

3.1 การตอบสนองและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลเอกชน

3.1.1 ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจของโรงพยาบาลเอกชนในการเข้ามา
เป็นผู้ให้บริการภายใต้นโยบายนี้ ประกอบด้วย 1) การมีประสบการณ์เป็น
สถานพยาบาลคู่สัญญาของระบบประกันสุขภาพภาครัฐอื่นอยู่ก่อนหน้านี้
2) ทรัพยากรของโรงพยาบาลที่มีอยู่ยังไม่ถูกใช้ไปอย่างเต็มประสิทธิภาพ
ยังคงมีทรัพยากรที่เหลือใช้สำหรับการขยายบริการ เช่น เตียงผู้ป่วย ทีมงาน

หรือรวมถึงอุปกรณ์ต่างๆ ทั้งนี้ไม่มีโรงพยาบาลเอกชนใดรายงานว่าต้องมีการลงทุนเพิ่มเติมสำหรับการเข้าร่วมโครงการนี้

3.1.2 การทำการตลาดกับผู้มีสิทธิ มีรูปแบบหลักๆ ดังนี้ 1) มาจากการชักชวนโดยแพทย์เจ้าของไข้ โดยอาจเป็นแพทย์ที่คลินิกหรือแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ และมาปฏิบัติงานบางเวลาในโรงพยาบาลเอกชนนั้น กรณีผู้ป่วยที่มาคลอดบุตรมาด้วยวิธีนี้เป็นหลัก 2) โรงพยาบาลเอกชนทำงานเชิงรุกเพื่อให้ได้ผู้ป่วยจำนวนมาก โดยมีการส่งทีมงานลงตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยในชุมชน เช่น กรณีโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ในการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต้อกระจก ทั้งนี้โรงพยาบาลที่ใช้แนวทางหลังนั้น พบว่ามีการดำเนินการในลักษณะดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ก่อนแล้ว ดังนั้นการให้บริการลักษณะดังกล่าวแก่กลุ่มข้าราชการจึงเป็นเพียงการจัดทำเพิ่มเติมจากกิจกรรมเดิมที่ดำเนินการอยู่แล้ว 3) เป็นผู้ป่วยเดิมของโรงพยาบาลเอกชนอยู่แล้ว แม้ไม่มีนโยบายนี้ และ 4) ผู้ป่วยเข้าไปรับบริการในโรงพยาบาลเอกชนเพื่อการนี้ด้วยตนเอง ทั้งนี้พบว่ารูปแบบที่ 3 และ 4 มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น

3.1.3 พฤติกรรมการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนที่ร่วมให้บริการ จากจำนวนหัตถการที่กำหนด 77 หัตถการ พบว่าในช่วง 8 เดือนตั้งแต่เริ่มโครงการ (พฤษภาคม-ธันวาคม 2554) มีโรงพยาบาลเอกชนเพียง 26 แห่งที่มีการให้บริการและเบิกค่าใช้จ่ายจากกรมบัญชีกลาง มีจำนวนการเบิกจ่ายรวม 2,855 ราย คิดเป็นค่าใช้จ่ายรวม 86 ล้านบาทเศษ โดยเป็นการให้บริการเพียง 37 หัตถการ จากจำนวน 77 หัตถการ ทั้งนี้ห้าอันดับแรกของหัตถการที่มีจำนวนครั้งการเบิกจ่ายสูงสุดเป็นบริการเพียงสามกลุ่ม คือ การผ่าตัดต้อกระจก การผ่าตัดคลอดและอนุบาลเด็กแรกคลอด และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและค่าใช้จ่ายรายหัตถการที่มีการให้บริการสูงห้าอันดับแรก
เดือนพฤษภาคม-เดือนธันวาคม 2554

หัตถการ	จำนวน	จำนวน ครั้ง	เงินที่ผู้ป่วยและกรมบัญชี กลางจ่าย	
	โรงพยาบาล		รวม	เฉลี่ยต่อครั้ง
1. Major lens procedures	18	2,266	53,459,872	23,592
2. Caesarean delivery	18	126	4,126,181	32,747
3. Other lens procedures	8	89	1,901,824	21,369
4. Newborn admission	10	66	292,284	7,496
5. Knee replacement	4	41	7,634,735	186,213

ที่มา : สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)

ทั้งนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ และข้อมูลหัตถการที่มีการเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลาง บ่งชี้ว่า โรงพยาบาลเอกชนมีการคัดเลือกประเภทหัตถการที่จะให้บริการ ซึ่งแรงจูงใจหลักอาจมาจากความถนัดของโรงพยาบาล การตั้งกลุ่มลูกค้าเป้าหมายของโรงพยาบาลเอกชน และอัตราการจ่ายของ DRG ของหัตถการนั้นๆ

“แค่จับเรื่องเดียว (ต้อกระจก) มันก็เยอะมาก โรคที่เค้านับอยู่แล้ว ไม่มีใครไปบริการมันเยอะมาก.... เพราะว่าส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงบริการ และคนส่วนใหญ่จนจริงๆ คนรวยผมไม่จับเลยนะ เราไม่เล่นเลยเพราะว่าเราบริการเค้าไม่ได้ คนรวยเค้ามีทางไปของเค้า”

3.1.4 การบริหารจัดการทรัพยากรของโรงพยาบาล รูปแบบการบริหารจัดการของแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกันไป แต่ไม่มีโรงพยาบาลใดต้องมีการลงทุนเพิ่มขึ้นเพื่อการนี้โดยตรง

(1) โรงพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ในการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต้อกระจก มีการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างแข็งแกร่ง สามารถให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต้อกระจกจำนวนมากในแต่ละวัน ทั้งผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทีมผ่าตัดมีทั้งของโรงพยาบาลเองและทีมผ่าตัด (แพทย์และพยาบาล) จากโรงพยาบาลรัฐอื่นจากกรุงเทพฯ มีการจัดระบบรับส่งผู้ป่วยโดยรถโดยสารจากแต่ละพื้นที่ สามารถบริหารจัดการทรัพยากรให้คุ้มค่าและมีการกำหนดนโยบายด้านราคาที่ชัดเจน กล่าวคือ ไม่มีการเก็บส่วนต่างจากผู้ป่วย และกำหนดอัตราจ่ายแก่ทีมผ่าตัดในอัตราเดียวกับที่จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อป้องกันการเลือกปฏิบัติ การที่โรงพยาบาลบริหารจัดการในลักษณะบริการหมู่่มากจึงมีอำนาจในการกำหนดอัตราจ่ายแก่ทีมผ่าตัด ขณะเดียวทีมผ่าตัดเองให้ความสำคัญกับค่าตอบแทนที่ได้รับต่อครั้งในภาพรวมมากกว่าอัตราค่าตอบแทนต่อราย อย่างไรก็ตามจากการที่โรงพยาบาลให้บริการผ่าตัดจำนวนมากในแต่ละครั้งทำให้เกิดข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพ และความเหมาะสมของการผ่าตัดเป็นไปตามข้อบ่งชี้ของราชวิทยาลัยหรือไม่ ทั้งนี้ทางราชวิทยาลัยเคยเข้าไปตรวจสอบการให้บริการของโรงพยาบาลดังกล่าวแต่ไม่ได้มีความเห็นต่อประเด็นดังกล่าวชัดเจน มีเพียงการแสดงความห่วงใยและเสนอแนะให้มีกระบวนการคัดกรองที่รัดกุมขึ้น

(2) โรงพยาบาลที่ไม่ใช่ผู้ให้บริการรายใหญ่ อำนาจในการบริหารจัดการกำกับแพทย์อาจมีจำกัด เช่น โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง ผู้รับบริการต้องจ่ายส่วนต่างค่าแพทย์ รวมถึงโรงพยาบาลให้แพทย์นำเลนส์ตาส่วนตัวมาจำหน่ายให้กับผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนต่างค่าเลนส์ตาไปด้วย ทั้งนี้โรงพยาบาลมิได้มีการต้องลงทุนเพิ่มเติมในด้านการแพทย์

3.1.5 *ปัญหาอุปสรรค* โรงพยาบาลเอกชนมีปัญหาอุปสรรคหลักในสี่เรื่องหลักด้วยกัน คือ การไม่คุ้นเคยกับการทำงานกับภาครัฐ มีความกังวลในการส่งข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด นโยบายที่ไม่นิ่งมีการปรับเปลี่ยน รวมทั้งแนวเวชปฏิบัติ (Clinical practice guideline) ไม่ชัดเจนทำให้หลายกรณีมีความลำบากในการพิจารณาว่าการผ่าตัดนั้นเหมาะสมหรือไม่

ทั้งนี้ ประเด็นที่พบบ่อยกันในโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการคือ ต้องมีการจัดการเรื่องข้อมูลประกอบการเบิกจ่ายเพิ่มขึ้น ทั้งนี้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมต้องผ่านเกณฑ์การส่งข้อมูลได้ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ซึ่งก็บ่งชี้ว่าโรงพยาบาลเหล่านี้มีศักยภาพของระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลที่ดี เพียงแต่การที่มาจากภาคเอกชน ทำให้โรงพยาบาลยังไม่คุ้นเคยกับการใช้ระบบ DRG จึงต้องมีการส่งเจ้าหน้าที่มาอบรมเพิ่มเติม

3.2) การตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ในภาพรวมแม้จะกำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนต้องสำเนาแฟ้มเวชระเบียนส่งเพื่อการตรวจสอบทุกรายในการขอเบิกค่ารักษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม สำนักงานพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล สามารถทำการตรวจสอบเวชระเบียนได้จำกัด กล่าวคือ ในกรณีผู้ป่วยเหตุการณ์อื่นๆ นอกเหนือจากการผ่าตัดต้อกระจกทำการตรวจสอบทุกเวชระเบียนที่ได้รับ ส่วนเวชระเบียนของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกนั้นทำการตรวจสอบเท่าจำนวนที่สำนักงานพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล ได้ทำสัญญากับกรมบัญชีกลาง ในลักษณะตรวจสอบไปจนครบจำนวนที่กำหนดก็หยุด ซึ่งในภาพรวมสามารถตรวจสอบได้หนึ่งในสามของเวชระเบียน

ผลจากรายงานการตรวจสอบแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย พบว่า มีแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยที่ตรวจสอบพบความผิดปกติร้อยละ 53 ของจำนวนเวชระเบียนที่ตรวจสอบทั้งหมด ข้อผิดพลาดที่พบส่วนใหญ่เป็นประเด็นการให้รหัสโรคและรหัสเหตุการณ์ที่ไม่ถูกต้องตามหลักการขององค์การอนามัยโลก คิดเป็นร้อยละ 48 ของแฟ้มเวชระเบียนที่ตรวจสอบทั้งหมด ซึ่งต้องวิเคราะห์และคำนวณจำนวนเงินที่จะเบิกจ่ายใหม่หากพบว่าการเปลี่ยนแปลงการให้รหัสโรคหลักและโรครอง รวมทั้งรหัสการผ่าตัดเหตุการณ์ใหม่ ซึ่งในการนี้พบว่ามากกว่าหนึ่งในสามที่ต้องมีการเปลี่ยนกลุ่ม DRG ภายหลังการตรวจสอบ รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการตรวจสอบแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย และข้อผิดพลาดที่พบตามแนวทางที่กำหนด

รายการตรวจสอบ	จำนวนราย	ร้อยละ	หมายเหตุ
1. เวชระเบียนผู้ป่วยที่ไม่พบข้อผิดพลาด	468	47	
2. ประเด็นข้อผิดพลาดที่พบในเวชระเบียนผู้ป่วย			
2.1 ลงรหัสโรค/หัตถการไม่ถูกต้อง	477	47.9	เปลี่ยนกลุ่ม DRG 186 ราย
2.2 ขอบ่งชี้การผ่าตัดไม่ถูกต้อง	95	9.5	
2.3 เบิกค่ารักษาเกินกว่าที่กำหนด	117	11.8	
2.4 แฟ้มเวชระเบียนไม่สมบูรณ์	189	19.0	
2.5 เอกสารอ้างอิงไม่สมบูรณ์	142	14.3	
2.6 แฟ้มเวชระเบียนไม่ถูกต้อง	28	2.8	
2.7 ข้อมูลไม่ตรงกับใบใบเสร็จ	16	1.6	

หมายเหตุ : รายงานเวชระเบียนที่ตรวจสอบทั้งหมด จำนวน 996 ราย

ผลการตรวจสอบจะสรุปและส่งให้กรมบัญชีกลาง ซึ่งส่วนใหญ่เสนอแนะให้กรมบัญชีกลางปรับแก้ไขจำนวนเงินที่จะทำการเบิกจ่ายให้ถูกต้องตามข้อมูลหลังการตรวจสอบ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า มีข้อเสนอแนะบางส่วนที่กรมบัญชีกลางไม่ได้ดำเนินการตามที่เสนอ เนื่องจากต้องพิจารณาความเหมาะสมและเป็นไปได้ตามกรอบข้อตกลงที่ทำไว้กับโรงพยาบาลเอกชนและกรอบอำนาจหน้าที่ของกรมบัญชีกลาง นอกจากนั้นผู้รับผิดชอบของกรมบัญชีกลางยังมีข้อจำกัดในการพิจารณาตีความจากรายงานผลการตรวจสอบที่ได้รับเพื่อประสานกับทางโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากไม่เข้าใจเอกสารทางการแพทย์ ทำให้

การทำงานล่าช้าในขั้นตอนการแจ้งเรียกเงินคืนจากโรงพยาบาล ขณะเดียวกันยังไม่มีระบบการจัดการความขัดแย้งกรณีโรงพยาบาลบางแห่งยื่นอุทธรณ์เนื่องจากไม่เห็นด้วยกับข้อสรุปของทีมตรวจสอบฯ

วิจารณ์ผลและข้อยุติ

การศึกษานี้มุ่งประเมินศักยภาพของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในการควบคุมกำกับโรงพยาบาลเอกชนภายใต้นโยบายให้ผู้มีสิทธิไปรับบริการผู้ป่วยในได้ที่โรงพยาบาลเอกชน ทั้งนี้เมื่อยึดกรอบการประเมินของ Hongoro and Kumaryanake (2000) พบว่า การออกแบบระบบมีความรัดกุมขึ้นมากเมื่อเทียบกับในอดีตและรัดกุมกว่าของโรงพยาบาลรัฐมาก ตั้งแต่มีการกำหนดคุณสมบัติของโรงพยาบาลที่สามารถเข้าร่วมให้บริการ การจำกัดชนิดและจำนวนหัตถการ กำหนดรายละเอียดข้อมูลที่ต้องส่ง กำหนดอัตราค่าใช้จ่ายและโรงพยาบาลต้องแจ้งราคาส่วนร่วมจ่ายของแต่ละหัตถการ มีระบบประมาณการค่าใช้จ่ายและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนตัดสินใจรับบริการ มีระบบแจ้งขออนุมัติการให้บริการและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยก็ต้องแจ้งข้อมูลการให้บริการและค่าใช้จ่าย

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อการออกแบบระบบและการนำนโยบายไปปฏิบัติ พบว่า แม้จะมีสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพและสำนักพัฒนาระบบการตรวจสอบการรักษาพยาบาลมาสนับสนุนการดำเนินงานแต่ข้อจำกัดด้านโครงสร้างและกลไกในกรมบัญชีกลางเองคือ มีนักกฎหมายรับผิดชอบหลักเพียงท่านเดียวนับเป็นอุปสรรคสำคัญในด้านศักยภาพของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ดังจะเห็นได้จากข้อขัดข้องในการนำผลการตรวจสอบไปใช้บังคับกับโรงพยาบาลเอกชน

สำหรับการตอบสนองของโรงพยาบาลเอกชน พบว่าโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการให้บริการในระบบประกันสุขภาพของรัฐอื่นอยู่แล้วมีแนวโน้มในการขยายมาให้บริการกลุ่มข้าราชการด้วย อย่างไรก็ตามข้อจำกัดข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลที่มีการเบิกจ่ายบ่งชี้ว่าน่าจะมีการคัดเลือกหัตถการในการให้บริการ กล่าวคือโรงพยาบาลเอกชนจะคัดเลือกหัตถการที่ตนเองบริหารได้มีประสิทธิภาพหรือมีอัตราค่าจ่ายที่สูงเมื่อเทียบกับค่าบริการที่โรงพยาบาลเคยเรียกเก็บอยู่ เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนในไทยเป็นธุรกิจแสวงหากำไร

เป็นหลัก นอกจากการตรวจคัดกรองเชิงรุกเพื่อหากลุ่มเป้าหมายแล้วผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนจะเป็นผู้ป่วยที่ตามแพทย์มาจากคลินิกหรือโรงพยาบาลรัฐเป็นหลัก ดังนั้นจึงไม่แปลกที่ไม่ค่อยเห็นการโฆษณาประชาสัมพันธ์ทางช่องทางสื่อสาธารณะของโรงพยาบาลเอกชนในเรื่องนี้

แม้ว่ากรมบัญชีกลางสามารถออกแบบระบบค่อนข้างรัดกุม อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถควบคุมคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเอกชนได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง ส่วนหนึ่งเกิดจากแนวปฏิบัติยังสามารถดัดได้เนื่องจากขึ้นกับบริบทของผู้ป่วย และยังพบข้อผิดพลาดในข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยค่อนข้างมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความถูกต้องในการจัดกลุ่มโรคร่วมและการคำนวณค่าบริการเพื่อจ่ายเงิน นอกจากนี้ การขาดกลไกในการบริหารจัดการระบบการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพบริการทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดการร้องเรียนอุทธรณ์ ทำให้ยากต่อการแก้ปัญหาและหาทางออกที่เหมาะสม ดังนั้นทั้งสองประเด็นควรต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขก่อนจะขยายการดำเนินโครงการระยะต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย และคณะผู้วิจัยต้องขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องที่ให้ข้อมูลทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- 1 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 2523, ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 9.
- 2 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 2541, ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 8.
- 3 วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นวลอนันต์ ตันติเกตุ และคณะ, การปฏิรูประบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ กรณีศึกษา พ.ศ. 2538. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข., 2540.
- 4 วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุชาติ สรณสถาพร และคณะ, การปฏิรูปสวัสดิการรักษา พยาบาลข้าราชการ: การบริหารการเงิน 2. นนทบุรี, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข., 2541: หน้า 79.
- 5 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 2553, ราชกิจจานุเบกษา หน้า 8.
- 6 กรมบัญชีกลาง, การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนตามระบบ DRGs, 2554.
- 7 World Bank. 1993 World Development Report: Investing in Health. New York, Oxford University Press, 1993.
- 8 Bennett, S., B. McPake, and A. Mills, Private health providers in developing countries: serving the public interest? Zed Books., 1997.
- 9 Forsberg, B., D. Montagu, and J. Sundewall, Moving towards in-depth knowledge on the private health sector in low-and middle-income countries. Health Policy and Planning, 2011; 26 (suppl 1): หน้า i1.
- 10 Mills, A., et al., What can be done about the private health sector in low-income countries. Bulletin of the World Health Organization, 2002. 80(4): หน้า 325-330.

- 11 Siddiqi, S., T.I. Masud, and B. Sabri, Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean Region. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006. 84(11): หน้า 867-875.
- 12 Smith, E., R. Brugha, and A. Zwi, Working with private sector providers for better health care: an introductory guide. Options Consultancy Services, 2001.
- 13 Bhattacharyya, O., et al., Innovative health service delivery models in low and middle income countries- what can we learn from the private sector? *Health Research Policy and Systems*, 2010. 8(1):24. <http://www.health-policy-systems.com/content/8/1/24>
- 14 Montagu, D., et al., Systematic Review: Private versus public strategies for health service provision for improving health outcomes in resource-limited settings, 2011, The Global Health Group: San Francisco. หน้า 60.
- 15 Kumaranayake, L., et al., How do countries regulate the health sector? Evidence from Tanzania and Zimbabwe. *Health Policy and Planning*, 2000. 15(4): หน้า 357-367.
- 16 Preker, A.S., Spending wisely: buying health services for the poor. New York: World Bank Publications, 2005.
- 17 Preker, A.S., ed. Public ends, private means: strategic purchasing of health services. New York, World Bank Publications, 2007.
- 18 Hongoro, C. and L. Kumaranayake, Do they work? Regulating for-profit providers in Zimbabwe. *Health Policy and Planning*, 2000. 15(4): หน้า 368-377.





ความเห็นผู้บริหารและการตอบสนอง
ของโรงพยาบาลเอกชน

3



3

ความเห็นผู้บริหารและ การตอบสนองของ โรงพยาบาลเอกชน

สิรินาฏ นิภาพร
ณัฐธิดา สุขเรืองรอง
สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ที่มาและความสำคัญ

ในปี 2554 กรมบัญชีกลางได้กำหนดนโยบายการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า (elective surgery) ขึ้นเพื่อให้ผู้มีสิทธิข้าราชการสามารถไปรับบริการผ่าตัดที่โรงพยาบาลเอกชนได้ เป็นการเพิ่มทางเลือกและการเข้าถึงบริการผ่าตัด ตลอดจนลดระยะเวลาการรอคอยในการผ่าตัดของผู้มีสิทธิ ตามรายการผ่าตัดที่กรมบัญชีกลางกำหนดไว้ โดยผู้มีสิทธิที่เข้าไปรับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลเอกชนจะต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ นอกเหนือจากที่กรมบัญชีกลางจ่ายให้ เช่น ค่าห้องพิเศษ ค่าบริการแพทย์พิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าบริการอื่นๆ เป็นต้น สำหรับการชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลเอกชน

กรมบัญชีกลางใช้ระบบเบิกจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรค (Diagnosis Related Group, DRG) ในอัตราที่กำหนดไว้คือ 10,540 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม รวมถึงการจ่ายชดเชยค่าบริการที่จ่ายแยกจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เช่น ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้บำบัดรักษาโรค ค่าห้องและค่าอาหาร ตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนดไว้

ในการดำเนินการ กรมบัญชีกลางได้เปิดโอกาสให้โรงพยาบาลเอกชนที่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการกับกรมบัญชีกลาง ผ่านสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) มีโรงพยาบาลแสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 101 แห่ง โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ โรงพยาบาลที่มีขนาด 100 เตียงขึ้นไป และผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA ระดับ 2 ขึ้นไป หรือได้รับการรับรอง ISO ทั้งระบบจำนวน 80 แห่ง ซึ่งสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ ได้ทำการจัดอบรมให้กับโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์เบื้องต้นและให้โรงพยาบาลทำการทดสอบการแจ้งรับผู้ป่วยในและจัดทำข้อมูลเบิกโรงพยาบาลที่ผ่านการทดสอบจะได้ใบรับรองจากสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ สำหรับการทำสัญญาเข้าร่วมโครงการมีโรงพยาบาลทำสัญญาเข้าร่วมโครงการ 32 แห่ง จากจำนวนที่ผ่านขั้นตอนการทดสอบส่งข้อมูล 35 แห่ง โครงการนี้เริ่มดำเนินตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2554 หลังดำเนินงานเป็นเวลา 1 ปี พบว่า มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการและส่งเบิกค่าชดเชยจากกรมบัญชีกลาง 27 แห่ง (ข้อมูลการเบิกจ่าย ณ 30 มิถุนายน 2555) จากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 32 แห่ง จึงควรมีการศึกษาเพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายในส่วนของโรงพยาบาลเอกชน นอกจากนั้นยังมีประเด็นคำถามว่า ทำไมโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 5 แห่ง จึงไม่มีการเบิกค่าชดเชยหรือไม่มีผู้มารับบริการ อัตราการจ่ายชดเชยที่ใช้ในปัจจุบันมีความเหมาะสมหรือไม่ หากกรมบัญชีกลางเปิดขยายโครงการในระยะต่อไป โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกยังสนใจที่จะสมัครเข้าร่วมโครงการหรือไม่ และโรงพยาบาลที่เข้าเกณฑ์ทำไมจึงไม่สมัครเข้าร่วมโครงการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนต่อนโยบายการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า
2. เพื่อศึกษาการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนต่อนโยบายการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า
3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าของผู้ให้บริการ

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารของโรงพยาบาลเอกชนทางโทรศัพท์



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 4 กลุ่ม ที่ทำการคัดเลือกแบบเจาะจงและยินดีให้ข้อมูล ดังตารางที่ 1

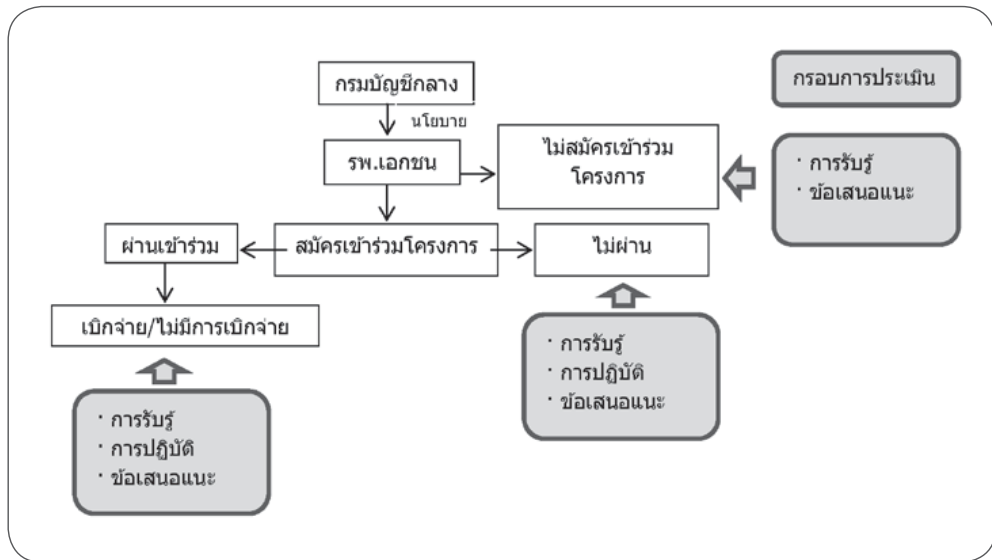
ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างและการได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลเอกชน

ประเภทของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน [แห่ง]	ได้รับความ ร่วมมือ [แห่ง]	ร้อยละของ การได้รับ ความร่วมมือ
รพ.ที่เข้าร่วมโครงการและมีการเบิกจ่าย	27	20	74.07
รพ.ที่เข้าร่วมโครงการและไม่มีการเบิกจ่าย	5	5	100.00
รพ.ที่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก	48	33	68.75
รพ.ที่ไม่สมัครเข้าร่วมโครงการ	12	8	66.67
รวม	92	66	71.74

หมายเหตุ : ข้อมูลการเบิกจ่าย ณ 30 มิถุนายน 2555



กรอบวิธีการประเมิน



ในการศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนต่อนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้นหลังจากมีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ในประเด็นดังนี้

1. การรับรู้ ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานตามนโยบาย
2. เงื่อนไขสำคัญในการนำนโยบายไปปฏิบัติ
3. การจัดบริการรองรับ การประชาสัมพันธ์ การให้บริการ โดยพิจารณาจากผลการบริการที่มีการเบิกจ่ายมาที่กรมบัญชีกลาง
4. ปัญหาในการดำเนินงานตามนโยบาย

เครื่องมือและวิธีวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบกึ่งโครงสร้าง ที่ผ่านการให้ความเห็นจากนักวิชาการในเวทีนำเสนอโครงร่างการวิจัย จำนวน 4 ชุด โดยแยกใช้ตามแต่ละกลุ่มตัวอย่าง โดยประเด็นการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายต่างๆ สามารถสรุปได้ดังนี้

ประเด็นการเก็บข้อมูล	รพ.ที่มี การเบิก จ่าย	รพ.ที่ไม่มี การเบิกจ่าย	รพ.ที่ไม่มี ผ่านเกณฑ์ คัดเลือก	รพ.ที่ไม่มี สมัครเข้าร่วม โครงการ
การรับทราบ ความเข้าใจต่อนโยบาย	*	*	*	*
เงื่อนไขสำคัญในการนำนโยบายไปปฏิบัติ	*	*	*	*
การจัดบริการ การประชาสัมพันธ์	*	*		
ความยากลำบากในการปฏิบัติ ตามนโยบายการแก้ไข	*	*	*	
ข้อเสนอแนะ	*	*	*	*

ระยะเวลาในการศึกษา

4 เดือน ระหว่างเดือนมิถุนายน - เดือนกันยายน 2555

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบายผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า
2. ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนานโยบายให้เหมาะสม

ผลการศึกษา

ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ในด้านความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนที่มีต่อนโยบายการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนต่อนโยบายการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าของโรงพยาบาลเอกชน แยกเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมดำเนินการตามนโยบาย และมีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลาง โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมดำเนินการตามนโยบาย แต่ไม่มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลาง โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่สมัครเข้าร่วมดำเนินการตามนโยบาย แต่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจากกรมบัญชีกลาง และโรงพยาบาลเอกชนที่มีคุณสมบัติตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด แต่ไม่สมัครเข้าร่วมโครงการ โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล มีผลการศึกษาดังนี้

1. การรับทราบและความเข้าใจต่อนโยบาย

ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน มีการรับทราบนโยบายจากหนังสือที่กรมบัญชีกลางแจ้ง และรับสมัครเข้าร่วมโครงการ ทั้งยังมีความเข้าใจต่อตัวนโยบายเป็นอย่างดีว่ามีวัตถุประสงค์ที่จะเพิ่มทางเลือกและการเข้าถึงบริการผ่าตัด ตลอดจนลดระยะเวลาการรอคอยในการผ่าตัดของผู้ที่มีสิทธิข้าราชการในการเข้ารับบริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า และเห็นด้วยกับนโยบาย เนื่องจาก

1) ผู้ป่วยกลุ่มนี้หากไปรับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลของรัฐจะต้องมีการเข้าคิวรอและมีระยะเวลาในการรอผ่าตัดนาน ซึ่งทางโรงพยาบาลเอกชนสามารถรองรับและให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ช่วยย่นระยะเวลาในการรอผ่าตัดเพื่อรักษาโรคหรืออาการที่เกิดขึ้น

“ เป็นสิ่งที่ดีมากจะช่วยให้เลือกกลุ่มสิทธิข้าราชการที่จะต้องไปรอเข้าคิวในการรักษาของโรงพยาบาลของรัฐเพื่อจะได้ย่นระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาโรคให้เร็วขึ้นเพราะคิวการบริการที่โรงพยาบาลของรัฐที่เป็น Elective เต็มตลอดเวลา ต้องรอนานเป็นปี...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 31)

2) ทำให้เกิดการเข้าถึงบริการในกลุ่มข้าราชการที่มีความสามารถในการร่วมจ่าย เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระในการจ่ายของกลุ่มผู้ป่วยเดิมที่รักษาอยู่ที่โรงพยาบาลเอกชนอยู่แล้ว

“นโยบายนี้ดี เพราะว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ข้าราชการชั้นกลาง และชั้นสูงเลือกได้ เพราะกลุ่มนี้ บางส่วนป่วยและรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลอยู่แล้ว พอมีนโยบายนี้ก็เหมือนช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่ายที่ได้ ต้องจ่ายเต็ม....” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 15)

2. การปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชน: ระบบข้อมูลคือเงื่อนไขสำคัญ

2.1 โรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ

ในการเตรียมการเพื่อเข้าร่วมโครงการนั้น โรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการทั้งกลุ่มโรงพยาบาลที่มีการเบิกจ่ายค่าชดเชยและไม่มีการเบิกจ่ายค่าชดเชย จากกรมบัญชีกลางไม่ได้มีการเตรียมการเป็นพิเศษแต่อย่างใด จะใช้ทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่แล้ว เช่น ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ แต่จะมีการจัดทำระบบข้อมูลให้สอดคล้องกับของทางสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ

“จะเตรียมความพร้อมเฉพาะในเรื่องของเอกสารและก็เรื่องของข้อมูล เตรียมข้อมูลเพื่อที่จะส่งให้สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ วิเคราะห์ ประมวลผลข้อมูลเพื่อจะให้ผ่านกระบวนการในการทดสอบข้อมูล..” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 10)

2.2 โรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านเกณฑ์แต่ไม่ผ่านการส่งข้อมูล

สาเหตุที่โรงพยาบาลเอกชนไม่ผ่านการทดสอบขั้นตอนการส่งข้อมูล เกิดจาก

1) โรงพยาบาลไม่สามารถจัดทำข้อมูลของโรงพยาบาลได้ทัน เนื่องจากรหัสเวชภัณฑ์ยาและรหัสวินิจฉัยโรคที่ใช้ไม่ตรงกัน โรงพยาบาลจะใช้รหัสที่จัดทำขึ้นเอง ถึงแม้ว่าบางโรงพยาบาลจะใช้รหัสวินิจฉัยโรค ICD10 ที่เป็นสากล แต่ทางสำนักงานกลาง

สารสนเทศบริการสุขภาพได้จัดทำชุดรหัสขึ้นมาใช้เอง ทำให้โรงพยาบาลต้องมีการปรับรหัสใหม่ให้เหมือนกับของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ ประกอบกับโรงพยาบาลไม่มีความชำนาญและระบบสนับสนุนยังไม่ดี จึงต้องมาเสียเวลาในการจัดทำรหัสใหม่ ทำให้ไม่สามารถส่งข้อมูลได้ทันตามระยะเวลาที่สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพกำหนด

“ เนื่องจากของกรมบัญชีกลางวางรหัสไม่ตรงกับ *billing* ของ รพ. ไม่ตรงกับหมวด *billing* ของใครๆ ทั้งรหัสค่าใช้จ่าย การเรียกเก็บเงิน รักษยา รหัสหัตถการ รหัสค่าแพทย์ ค่าห้อง ฯลฯ อะไรต่างๆ ซึ่งเราต้องปรับหมดเลยทั้ง รพ.แล้ว รพ.มีเป็นพันๆ *item* กว่าจะทำเสร็จ เวลา ก็กระชั้นชิด ส่งไปไม่ทันแล้ว.....” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 41)

2) โรงพยาบาลไม่มีความชำนาญในการจัดส่งข้อมูลในเรื่องของข้อมูลเบิกและเวชระเบียนไปให้กับทางสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพในรูปแบบ *csv file*

“ ระบบ *DATA* มีปัญหาในเรื่องของการส่งข้อมูลเพื่อ *link* ระบบตาม ที่ สกส. ต้องการ ในเรื่องข้อมูลที่ทำเกี่ยวกับ *CSV* ทำให้เราทำระบบค่อนข้างยากเราไม่ค่อยเข้าใจตรงนี้...” ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 47)

ความต้องการและการเตรียมของโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก

โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก ยังมีความต้องการที่จะเข้าร่วมโครงการหากกรมบัญชีกลางขยายโครงการในระยะต่อไป มีเพียง 2 โรงพยาบาลที่ไม่แน่ใจว่าจะเข้าร่วมโครงการหรือไม่ เพราะหลังจากไม่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก ยังไม่ได้มีการนำเรื่องนี้มาพิจารณาในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลกันใหม่ ดังตารางที่ 2 ซึ่งโรงพยาบาลที่ยังต้องการจะเข้าร่วมโครงการ มีการเตรียมความพร้อมไว้ดังนี้

- 1) เตรียมระบบเทคโนโลยี/อินเทอร์เน็ตความเร็วสูง เพื่อรองรับการส่งข้อมูลไปที่สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
- 2) ส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมกับทางสมาคมโรงพยาบาลเอกชนในเรื่องของการเตรียมข้อมูล
- 3) จัดทำรหัสข้อมูลหัตถการ ยาและเวชภัณฑ์ให้เหมือนกับที่ทางสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพใช้

4) ศึกษาดูงานโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกในรอบแรก

“ การเตรียมการ เราอาศัยความผิดพลาดจากครั้งก่อนในเรื่องของข้อมูลพร้อมไปดูงานโรงพยาบาลที่มีการผ่านเกณฑ์เรียบร้อยแล้วครับว่าเขามีการเตรียมตัวอย่างไรบ้าง แล้วก็ไปดูโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ว่ามีการเตรียมการข้อมูลอะไรอย่างไรเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ทางกรมบัญชีกลาง...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 31)

และให้ข้อเสนอแนะว่า หากกรมบัญชีกลางทำการจัดทำโปรแกรมส่งข้อมูลสำเร็จรูปจะเป็นการช่วยอำนวยความสะดวกให้กับทางโรงพยาบาลอีกทางหนึ่ง

“ ถ้าทางกรมบัญชีกลางจะสร้างโปรแกรมสำเร็จรูปเหมือนกับทางสปสข.ทำเป็นทางที่ดีมาก อยากให้มีโปรแกรมสำเร็จรูปที่ครอบคลุมและมีใช้จริง ๆ เพราะในเรื่องของการส่งข้อมูลมีปัญหาบ่อยครั้ง...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 16)

ตารางที่ 2 ความต้องการในการเข้าร่วมโครงการและการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านการคัดเลือกระยะที่ 1 และโรงพยาบาลที่ไม่สมัครเข้าร่วมโครงการ

ประเภทโรงพยาบาล	ความต้องการในการเข้าร่วมโครงการ		การเตรียมความพร้อม	
	ต้องการ	ไม่แน่ใจ	เตรียมความพร้อม	ไม่ได้เตรียมความพร้อม
รพ.ที่ไม่ผ่านคัดเลือกระยะที่ 1 (N=33)	31	2	25	6
รพ.ที่ไม่สมัครเข้าร่วมโครงการ(N=8)	6	2	1	5

ที่มา : จากการศึกษา

2.3 โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่สมัครเข้าร่วมโครงการ

สาเหตุที่โรงพยาบาลเอกชนที่มีคุณสมบัติตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ไม่สมัครเข้าร่วมโครงการ เพราะสมัครไม่ทันตามระยะเวลาที่กำหนด

“ เราสมัครเข้าไป ทุกอย่างเราเข้า *criteria* เขาทมด HA เราก็เรียบร้อย มีเตียงมีหมอมืออะไรทุกอย่าง เราสมัครเข้าไป เห็นว่าจะเปิดรอบใหม่แต่ก็เจียบไป...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 64)

โรงพยาบาลกลุ่มนี้มีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมหากกรมบัญชีกลางขยายโครงการ มีการเตรียมความพร้อมด้วยการส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมเรื่องลงรหัส และจัดทำรายการผ่าตัดที่จะเสนอกรมบัญชีกลางไว้ ดังตารางที่ 2

“ ยินดีนะครับที่จะเข้าร่วมโครงการและตอนนี้เรากำลังเตรียมพร้อมทำตรงนี้อยู่มีการอบรมเรื่องข้อมูลเมื่อสามสี่เดือนที่แล้วเราก็มานั่งอบรมด้วย เราทำรายการการผ่าตัดไว้ เราทำไว้หมดแล้วว่าค่าแพทย์อะไรเท่าไร ค่าห้องเท่าไร คนไข้จะต้องจ่ายเท่าไรและก็มีแบ่งงานกันไว้แล้ว...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 61)

มีโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มั่นใจว่า ถ้ากรมบัญชีกลางเปิดขยายโครงการในครั้งใหม่ จะสมัครเข้าร่วมโครงการหรือไม่ เพราะว่าโรงพยาบาลตนเองยังไม่มีศักยภาพ

“ ไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมในระยะแรก ก็เนื่องจากว่าห้องผ่าตัดเรามีแค่สี่ห้อง และภาระงานตรงนี้ค่อนข้างเต็ม คิดว่าในอนาคตอาจมีการขยายห้องผ่าตัดและมีแพทย์พร้อมเครื่องมือพร้อมนี่คงเป็นโอกาสที่เข้าร่วม...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 65)

3. เจ็อนไขของการน่านโยบายไปปฏิบัติ

3.1 การเลือกหัตถการเข้าร่วมโครงการและการให้บริการจริง

การเลือกหัตถการเข้าร่วมโครงการนั้น โรงพยาบาลเอกชนที่สมัครเข้าร่วมโครงการจะนำรายการหัตถการที่กรมบัญชีกลางประกาศมาเลือก โดย

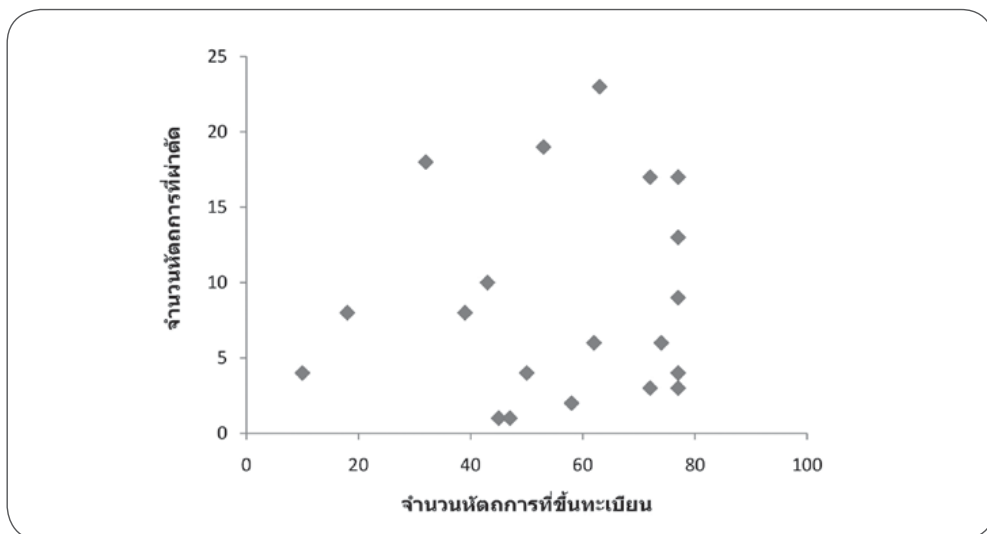
- 1) พิจารณาจากศักยภาพในการให้บริการของตน ความสามารถที่ทำได้ เครื่องมือ บุคลากร และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาล
- 2) เป็นหัตถการที่โรงพยาบาลให้บริการอยู่เป็นประจำ
- 3) นำต้นทุนค่ารักษาและค่าใช้จ่ายในแต่ละหัตถการที่โรงพยาบาลเคยให้บริการและคิดไว้มารวบรวมประกอบการเลือกหัตถการด้วย

“เลือกจากความสามารถที่ดูแล้วไม่น่าที่จะมีปัญหาในเรื่องของทีมที่จะทำ ความพร้อมของทีม ความสามารถที่ทำได้ เครื่องมือ บุคลากร เรื่องแพทย์...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 10)

“ทางเราเลือกหัตถการก่อน แล้วค่อยมาคิดเรื่องต้นทุน นำต้นทุนค่ารักษาและต้นทุนค่าใช้จ่ายในแต่ละโรคเอามาดูด้วย...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 1)

การให้บริการผ่าตัดจริงของโรงพยาบาลเอกชนเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับจำนวนหัตถการที่ขึ้นทะเบียนไว้กับกรมบัญชีกลาง พบว่า จำนวนของหัตถการที่ผ่าตัดให้กับผู้ป่วยมีจำนวนไม่ถึงครึ่งของของหัตถการที่ขึ้นทะเบียนไว้ ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 เปรียบเทียบการเบิกจ่ายกับหัตถการที่ขึ้นทะเบียนกับกรมบัญชีกลาง



ที่มา : จากการศึกษา

3.2 การให้บริการและการประชาสัมพันธ์

เมื่อพิจารณาความสอดคล้องของการมารับบริการของผู้ป่วยกับลักษณะที่ตั้งของโรงพยาบาลและการประชาสัมพันธ์โครงการ ตามตารางที่ 3 จะพบว่า โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครจะมีการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมโครงการนี้เฉพาะในโรงพยาบาล ด้วยการติดป้ายประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ เป็นต้น โดยผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าจะเป็นผู้ป่วยเก่าของโรงพยาบาลนั้น หรือผู้ป่วยใหม่ที่ติดต่อเข้ามาใช้บริการเมื่อทราบว่าโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ ในขณะที่กลุ่มของโรงพยาบาลที่อยู่ในต่างจังหวัดจะมีการประชาสัมพันธ์ทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยจะออกประชาสัมพันธ์โครงการตามส่วนราชการต่างๆ เพื่อให้ผู้มีสิทธิข้าราชการรับทราบ ตามคลินิกเอกชน ตลอดจนโรงพยาบาลของรัฐ เพื่อให้มีการส่งตัวผู้ป่วยมารับบริการ ซึ่งจะสอดคล้องกับลักษณะของการมารับบริการของผู้ป่วยที่จะมาด้วยการส่งตัวและมีบางโรงพยาบาลที่มีการออกหน่วยเพื่อตรวจคัดกรองโรคผู้ป่วยและแนะนำผู้ป่วยให้มาทำการผ่าตัดที่โรงพยาบาลของตน

“ส่งตัวมาจาก รพ.อื่นบ้าง และบางส่วนที่ป่วยและรักษาตัวอยู่ใน รพ. เป็นคนไข้ที่มาใช้บริการอื่นๆ อยู่บ้าง พอมีสิทธิตรงนี้เข้ามา พอเขารู้ เขาก็ติดต่อมาทำที่เรา...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 20)

“ส่วนใหญ่จะเป็นคนไข้ walk in มาจากโรงพยาบาลชุมชน หรือ คลินิกแนะนำให้มา เพราะพอเราบอกไปว่าเราทำได้ก็จะส่งมา บางที่ หมอของเราที่เปิดคลินิก ก็จะส่งคนไข้มาผ่าตัด หมอก็ตามมาผ่าให้...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 17)

ตารางที่ 3 ที่ตั้งการประชาสัมพันธ์และลักษณะของการมารับบริการของผู้ป่วย (N=20แห่ง)

ที่ตั้งของ รพ.	การประชาสัมพันธ์ (แห่ง)		ลักษณะของการมารับบริการของผู้ป่วย (แห่ง)			
	ใน รพ.	นอก รพ.	ผู้ป่วยเก่า	ผู้ป่วย มาเอง	ส่งตัวมา	ออกหน่วย คัดกรอง
กทม. (N= 9)	9	-	9	8	-	-
ต่างจังหวัด (N=11)	11	10	10	11	9	2

ที่มา : จากการศึกษา

3.3 ระบบการเงิน

การจ่ายค่าชดเชยการรักษาพยาบาลให้กับโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการนั้น กรมบัญชีกลางจะจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลเอกชนในอัตราเท่าที่จ่ายให้กับโรงพยาบาลของรัฐ ในส่วนของค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์และค่ารักษาส่วนที่เบิกตาม DRG ในอัตราที่กำหนดไว้ คือ 10,540 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ และโรงพยาบาล

สามารถจะเรียกเก็บส่วนร่วมจ่ายในกรณีที่เป็นส่วนเกินของค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์ ค่าธรรมเนียมแพทย์และค่าธรรมเนียมพิเศษจากผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ต้องมีการแจ้งส่วนร่วมจ่ายให้กับกรมบัญชีกลางและผู้ป่วยทราบล่วงหน้าก่อนการเข้ารับบริการ ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนมีความเห็นและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับระบบการเงินที่หลากหลายกันไป ดังนี้

1) อัตราที่กรมบัญชีกลางจ่ายคืนให้นั้น มีอัตราที่น้อยเมื่อเทียบกับราคาค่าบริการของโรงพยาบาล แต่ในภาพรวมโรงพยาบาลยอมรับได้เนื่องจากมีการร่วมจ่ายของผู้ป่วย

“ ค่ารักษาที่กรมจ่ายให้เราน้อย ค่าห้อง ค่าเตียงเราเป็นแบบห้องพิเศษ ราคาจะสูงกว่าที่กรมจ่ายคืนให้ 600 บาท แต่มันมีเงื่อนไขที่ดีกว่าที่เราพอรับได้ให้เก็บคนไข้ได้ในส่วน copay อันนี้ทำให้เราก็ออรับได้...”
(ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 14)

2) โรงพยาบาลบางแห่งไม่ได้ทำการเรียกเก็บส่วนจ่ายร่วมกับผู้ป่วยในบางหัตถการ ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาในผู้ป่วยต้อกระจก และผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยให้เหตุผลว่า ค่าชดเชยที่ทางกรมบัญชีกลางจ่ายคืนให้กับทางโรงพยาบาลมีความคุ้มค่าแล้ว

“ ในส่วนของผม ที่ต้อกระจกมีเข้ามาเยอะเพราะเนื่องจากว่าของแบบนี้ทำเป็นโปรโมชันเลย ก็คือคนไข้ไม่ต้องจ่ายส่วนเกินเลย เพราะอย่างไรผมก็ได้ตาม DRG อยู่แล้ว ประเมินค่าใช้จ่ายแล้วโรงพยาบาลไม่เก็บ surcharge ได้...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 10)

“ เรามีนโยบายที่จะไม่เก็บ copay เลย ในปีแรกนี้ไม่มีการเก็บค่า copay เลยแม้แต่ผ่าตัดข้อเข่าเสื่อมครั้งแรกนี้แจ้งไปแต่ไม่ได้เก็บกับคนไข้ แต่ถ้าปีสองถูกลดค่า adjust RW ก็อาจจะมีการเก็บคนไข้แต่ก็ไม่ได้เกินในส่วนที่ได้แจ้งไว้กับทางกรมบัญชีกลาง...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 17)

3) มีโรงพยาบาลใช้วิธีเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยไว้ก่อนเมื่อกรมบัญชีกลางอนุมัติ ค่าชดเชยให้กับทางโรงพยาบาลจึงจะคืนเงินให้กับผู้ป่วย เพราะไม่มั่นใจว่าเมื่อให้บริการ ผ่าตัดผู้ป่วยไปแล้ว ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดจะเข้าเกณฑ์ของกรมบัญชีกลางและสามารถเบิก ค่าชดเชยได้หรือไม่

“ ถ้า case ไหนเราไม่มั่นใจเราก็ต้องให้คนไข้สำรองเอาไว้ก่อน อย่าง cesarean ท้องแรก เราไม่ค่อยมั่นใจ เราก็ขอให้คนไข้สำรองจ่ายไว้ พอกรมบัญชีกลางจ่ายกลับมาก่อนแล้วค่อยเรียกคนไข้มา claim สมมุติว่า เราคาดว่าจะได้สองหมื่นก็ขอเก็บไว้ก่อน พอกรมบัญชีกลางให้มา เท่าไหร่เราก็ค่อยจ่ายคืนเพราะการที่เราจะมาระบุเรียกเก็บทีหลังนี่ยาก มาก...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 12)

4) กรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิประกันภัยนั้น ยังมีความยุ่งยากในการใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลควบคู่ไปกับการใช้สิทธิประกันภัย เนื่องจากหลักการที่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีสิทธิประกันภัย จะต้องใช้สิทธิประกันภัยก่อนแล้ว จึงใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในการเบิกจ่ายส่วนที่ขาดอยู่ ทำให้ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะไม่ได้รับประโยชน์จากการซื้อประกันภัยอย่างเต็มที่ กรณีสัญญาประกันภัยให้ความคุ้มครองค่ารักษายาบาลเช่นเดียวกับทางราชการ (First Dollar) โรงพยาบาลเอกชนเห็นว่า การตกลงร่วมมือกันระหว่างกรมบัญชีกลางกับสมาคมประกันชีวิตและประกันภัยในเรื่องการใช้สิทธิประโยชน์ร่วมกันจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายร่วม

“ ข้าราชการเขามีประกันชีวิต การใช้สิทธิร่วมกันนี้เป็นประเด็นปัญหาหนึ่ง ถ้ามีตรงนี้ช่วยก็จะเป็นประโยชน์จริงๆ เป็นการช่วยข้าราชการ อาจจะแบ่งค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งไปที่กรมบัญชีกลาง อีกส่วนหนึ่งไปที่บริษัทประกันในเรื่องเชิงระบบกรมบัญชีกลางจะมีการรองรับอย่างไร...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 9)

4. การมีผู้มารับบริการน้อยหรือไม่มีผู้มารับบริการเกิดจาก

1) การกำหนดให้ผู้ป่วยร่วมจ่าย เพราะข้าราชการมีรายได้ไม่สูง หากต้องมาร่วมจ่าย ส่วนเกินในอัตราของโรงพยาบาลเอกชนจะเกิดภาระค่าใช้จ่าย ทำให้ข้าราชการบางกลุ่มตัดสินใจที่จะรอคิวผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐต่อไป

“ เหตุผลที่มีผู้ใช้บริการน้อย เป็นเรื่องของค่าใช้จ่าย ทุกคนเข้าใจว่าต้องมีส่วนที่คนใช้ร่วมจ่าย เขาก็จะถามว่าอัตราการจ่ายอยู่ที่เท่าไร พอเราแจ้งไปในเรื่องของค่าใช้จ่าย ถ้าต้องจ่ายเพิ่มอย่างนั้นเค้าก็บอกว่าไปผ่าที่ รพ.รัฐดีกว่า...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 7)

2) รายการ 77 หัตถการที่กรมบัญชีกลางกำหนด มีอัตราการเกิดโรคน้อย

“ Case แบบนี้มันมี volume ค่อนข้างน้อย 77 รายการนี้มันขาดโรคที่สำคัญไป พวกที่เกิดบ่อยๆ แล้วล้มหายตายจากกันอยู่เรื่อยๆ ไม่เห็นมี...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 13)

3) ขาดการประชาสัมพันธ์ ทั้งในส่วนของเจ้าของโครงการ คือ กรมบัญชีกลาง และโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

“ รู้สึกว่ากรมบัญชีกลางประชาสัมพันธ์น้อยไปนิดนะค่ะ เท่าที่เห็นคือดูโทรทัศน์ไม่กี่ทีแล้วก็หายไปเลย ทางสื่อต่างๆ ก็ไม่ค่อยมีการประชาสัมพันธ์ให้รู้กัน...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 23)

4) ไม่ได้รับการส่งตัวผู้ป่วยจากแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ

“ คนไข้จะมาจากหมอ เพราะจะตรวจที่ รพ.ของรัฐก่อน ถ้าหมออยู่โรงพยาบาลรัฐแล้วมาเป็น consult กับโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง แล้วคนไข้ไม่ยอมรับและมีกำลังในการจ่าย หมออยู่โรงพยาบาลนั้นโรงพยาบาลนี้คนไข้ก็จะตามหมอไป รพ.เรามีแต่หมอ full time เลยไม่มี case ส่งต่อ...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 21)

5. ระบบการตรวจสอบ ควบคุม และกำกับการดำเนินงาน

เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ทางโรงพยาบาลจะต้องส่งไฟล์ข้อมูลเบิกค่ารักษาผู้ป่วยในไปให้กับทางสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพตรวจสอบเพื่ออนุมัติการเบิกจ่ายเงิน เมื่อสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพตรวจรับไฟล์ไว้แล้วจะส่งต่อไปให้สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลดำเนินการตรวจสอบ โดยสำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลจะแจ้งผลการตรวจสอบเบื้องต้นให้โรงพยาบาลทราบ กรณีไฟล์ไม่ผ่านการตรวจสอบ ให้โรงพยาบาลส่งไฟล์แก้ไข/เพิ่มเติมจนกว่าสำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลจะตรวจสอบเบื้องต้นผ่าน หากโรงพยาบาลส่งไฟล์สำเนาเอกสารล่าช้ากว่าที่กำหนดจะมีการคำนวณคะแนนล่าช้าสะสม เมื่อคะแนนล่าช้าสะสมสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โรงพยาบาลจะถูกชะลอการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นจากระบบการตรวจสอบนั้น เกิดจาก

1) ไม่มีผู้ให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น กรณีที่ส่งข้อมูลไปแล้วไม่ผ่านการตรวจสอบ

“ เรื่องของการส่งข้อมูลหลังการให้บริการ ส่งข้อมูลแล้วบางทีมันติดก็ไม่มีใครรู้ว่ามันติดอะไร เรื่องเอกสารที่ติดปัญหาว่าไม่ผ่าน ซึ่งไม่แน่ใจว่าติดที่ตรงไหนเพราะไม่มีใครช่วยดู ตอนนี้เราก็เลยหยุดไม่รับผู้ป่วยเพราะว่ามีปัญหาในเรื่องของการส่งข้อมูล...” (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน # 7)

2) ระบบตรวจสอบเวชระเบียนไม่มีความชัดเจน

“ Auditor ของระบบไม่ค่อยดีคือ เขาไม่ clean พอและเปลี่ยนกติกา โดยไม่มีการกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร อันนี้เป็นสิ่งที่สำคัญมากที่เรา ยึดตามลายลักษณ์อักษร อีกอันก็คือว่าเรื่องการส่งระเบียน คือการส่ง กติกาไม่ชัด สถานะของคุณก็ไม่พร้อมที่จะรับไปและคุณ audit แล้วก็ไม่ จัดแจงระบบ เรื่อง Auditor เป็นเรื่องสำคัญ...” (ผู้บริหารโรงพยาบาล เอกชน # 15)

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

กรมบัญชีกลาง จัดทำโครงการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะขยายสิทธิให้แก่ผู้มีสิทธิข้าราชการสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล เอกชนเป็นผู้ป่วยในได้ โดยไม่มีเงื่อนไขว่าต้องเป็นกรณีเหตุฉุกเฉิน' เป็นการเปิดโอกาสให้ ผู้มีสิทธิข้าราชการสามารถเข้าถึงการผ่าตัดในโรงพยาบาลเอกชนได้ เพื่อลดระยะเวลาการ รอคอยในการผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะต้องร่วมจ่ายค่าบริการที่เกินจากสิทธิที่กรมบัญชีกลาง รับผิดชอบ ได้แก่ ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ค่าธรรมเนียมบุคลากร ทางการแพทย์ ค่าธรรมเนียมพิเศษ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ไม่ใช่ค่ารักษาพยาบาล ซึ่งภาระ ค่าใช้จ่ายรวมนี้เป็นอัตราของโรงพยาบาลเอกชนที่มีราคาสูง จึงทำให้การเข้าถึงบริการจะอยู่ ในกลุ่มของผู้มีสิทธิที่มีความสามารถในการจ่ายและเป็นผู้ที่รับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน อยู่แล้ว จึงเกิดประเด็นคำถามว่าแท้จริงแล้วนโยบายนี้ต้องการที่จะเอื้อต่อผู้ที่มีกำลังในการ จ่ายหรือต้องการที่จะให้เกิดการเข้าถึงบริการแก่ผู้มีสิทธิทุกระดับชั้น ซึ่งแน่นอนว่า ถ้าเป็น ประเด็นที่สอง กรมบัญชีกลางอาจจะต้องจ่ายงบประมาณที่ใช้ในการรักษาเพิ่มมากขึ้นหรือ หาวิธีที่จะทำให้ผู้ที่มีกำลังในการจ่ายน้อยสามารถเข้าถึงบริการนี้

การที่จะเข้าร่วมโครงการ โรงพยาบาลเอกชนจะต้องผ่านเกณฑ์การคัดเลือกของ กรมบัญชีกลางหลายขั้นตอน โดยเกณฑ์แรกจะต้องมีคุณสมบัติตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ได้แก่ 1) มีขนาด 100 เตียงขึ้นไป 2) ผ่านการรับคุณภาพตามมาตรฐาน HA ขั้นที่ 2 และ

ต้องผ่านการทดสอบส่งข้อมูลให้กับสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ มีโรงพยาบาลเอกชนน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์เบื้องต้นได้ทำสัญญากับกรมบัญชีกลาง การคัดเลือกที่เข้มงวดนี้ มีทั้งผลดีและผลเสีย กล่าวคือ กรมบัญชีกลางมีความมั่นใจว่าโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีศักยภาพเพียงพอที่จะให้บริการ หากแต่เป็นการจำกัดจำนวนโรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมโครงการไปในตัว อย่างไรก็ตามหากกรมบัญชีกลางต้องการขยายจำนวนโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโครงการ ควรจะพิจารณาเกณฑ์ในเรื่องของขนาดเตียงเสียใหม่ เพราะโรงพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัด หรือโรงพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะโรคที่จะช่วยในการเข้าถึงนโยบายนี้ได้มากขึ้นอาจจะไม่ผ่านเกณฑ์นี้

ในการทำสัญญากับกรมบัญชีกลางนั้น โรงพยาบาลเอกชนจะเลือกคัดการจากที่กรมบัญชีกลางประกาศไว้ 77 รายการ โดยจะพิจารณาจากศักยภาพในการให้บริการของตนเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตามการที่กรมบัญชีกลางประกาศนั้น มาจากการเสนอของโรงพยาบาลเอกชนที่สมัครเข้าร่วมโครงการ DRG สถานพยาบาลเอกชน และกรมบัญชีกลางคัดเลือกเฉพาะรายการที่ไม่ต้องมีการควบคุมข้อบ่งชี้มากนัก² จึงดูเหมือนว่า การที่กรมบัญชีกลางประกาศนั้นไม่เอื้อต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายที่ต้องการลดระยะเวลารอคอยการผ่าตัด เพราะควรจะเลือกคัดการที่มีอัตราการเกิดของโรคสูงและก่อให้เกิดการรอคอยเวลาในการผ่าตัดมากกว่าที่จะเลือกเพื่อความสะดวกต่อการดำเนินงาน การกำหนดคัดการที่มีอัตราการเกิดโรคน้อยจึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้จำนวนผู้มารับบริการมีน้อย ดังจะเห็นได้จากจำนวนคัดการที่โรงพยาบาลเอกชนเบิกค่าชดเชยจากกรมบัญชีกลางมีไม่ถึงครึ่งของจำนวนคัดการที่โรงพยาบาลเอกชนเปิดให้ไปใช้บริการได้

ค่าชดเชยจากการให้บริการและการร่วมจ่ายของผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลทำสัญญากับกรมบัญชีกลาง ซึ่งเมื่อนำค่าชดเชยที่ทางกรมบัญชีกลางจ่าย และการร่วมจ่ายของผู้ป่วยมาคิดรวมกันแล้ว โรงพยาบาลประเมินว่าคุ้มทุนจึงตัดสินใจทำสัญญา จะเห็นว่าโรงพยาบาลมีการนำต้นทุนค่ารักษาและค่าใช้จ่ายในแต่ละคัดการที่โรงพยาบาลเคยให้บริการมาใช้ตัดสินใจเลือกคัดการด้วย หากไม่คุ้มทุนโรงพยาบาลคงปฏิเสธไม่ทำสัญญาและหากการเข้าร่วมโครงการนี้ได้ผลตอบแทนที่ไม่น่าพอใจแล้วโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในรอบแรกและโรงพยาบาลที่ไม่สมัครในรอบแรก คงปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการหากมีการขยายโครงการเพิ่มขึ้น แต่ทว่าโรงพยาบาลเหล่านั้นยังมีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการทั้งยังมีการเตรียมความพร้อมที่จะเข้าร่วมความโครงการอีกด้วย

การที่ผู้ป่วยมีสิทธิประกันชีวิตนั้น พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2533¹ ที่ให้สิทธิกรณีมีการทำสัญญาประกันภัย หากสิทธิที่ได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัยต่ำกว่าค่ารักษาพยาบาล ให้ผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลเฉพาะส่วนที่ขาดอยู่ตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงการคลังกำหนด นั้นหมายถึงผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการที่มีสิทธิประกันภัย จะต้องใช้สิทธิประกันภัยก่อนแล้วจึงใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการในการเบิกจ่ายส่วนที่ขาดอยู่ แนวทางปฏิบัติ ข้างต้น ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการซึ่งเสียเบี้ยประกันภัยเองจะไม่ได้รับประโยชน์จากการซื้อประกันภัย หากสัญญาประกันภัยให้ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลเช่นเดียวกับทางราชการ (First Dollar) หลักการดังกล่าวมีลักษณะเป็นการขัดแย้งผลประโยชน์ของผู้มีสิทธิ อย่างไรก็ตามในข้อเท็จจริง ผู้มีสิทธิยังคงได้รับประโยชน์จากสัญญาประกันภัย ในกรณีที่สัญญาประกันภัยดังกล่าวให้ความคุ้มครองส่วนที่ผู้มีสิทธิไม่มีสิทธิได้รับตามกฎหมาย เช่น ค่าธรรมเนียมแพทย์ หรือค่าธรรมเนียมพิเศษ ซึ่งก็ถือได้ว่าเป็นการนำสัญญาประกันภัยมาใช้ประโยชน์ร่วมกันเพียงแต่ยังไม่เต็มเม็ดเต็มหน่วยเท่านั้น การแก้ไขปัญหามีสามารถกระทำได้หากผู้มีสิทธิได้ซื้อประกันซึ่งให้ความคุ้มครองในส่วนที่ทางราชการไม่ให้ความคุ้มครอง (Second Dollar) จะเกิดประโยชน์กับผู้มีสิทธิมากที่สุด โดยกรมบัญชีกลางน่าจะร่วมมือกับสมาคมประกันชีวิตและประกันภัยดำเนินการในเรื่องนี้อย่างจริงจัง

การประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้มีผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้น คือ การประชาสัมพันธ์กับแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์นอกเวลาที่ปกติทำงานที่โรงพยาบาลของรัฐและแพทย์ที่เปิดคลินิก เพราะสามารถส่งตัวผู้ป่วยมารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลเอกชน โดยที่แพทย์จะตามมาทำหัตถการให้ อย่างไรก็ตาม การประชาสัมพันธ์ในลักษณะนี้จะพบในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัดมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพฯ มีลักษณะของการตั้งรับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้รับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนอยู่แล้ว ในขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัดจะมีการประชาสัมพันธ์แบบเชิงรุกมากกว่า มีการออกประชาสัมพันธ์ตามหน่วยงานราชการ แม้กระทั่งมีการออกหน่วยตรวจคัดกรองผู้ป่วยในบางโรงพยาบาล

กระบวนการตรวจสอบข้อมูลของสำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล พบว่าไม่มีความชัดเจน ทั้งยังไม่สามารถที่จะอธิบายหรือให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลเอกชนได้ เมื่อมีประเด็นที่ทางสำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล เห็นว่ามีความผิดพลาด

เกิดขึ้น นอกจากนี้แล้วเกณฑ์บ่งชี้ในการทำหัตถการที่ไม่ชัดเจนส่งผลกระทบต่อค่าบริการของโรงพยาบาลเอกชน บางโรงพยาบาลหยุดให้บริการและมีการเรียกเก็บเงินผู้ป่วยไว้ก่อน จนกว่าโรงพยาบาลได้รับการจ่ายเงินชดเชยจึงจะคืนเงินให้กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัญหาที่ทางกรมบัญชีกลางและสำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล ควรต้องปรับปรุง เพื่อลดปัญหาดังกล่าวก่อนจะมีการขยายโครงการต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กรมบัญชีกลางควรมีการขยายจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการให้ครอบคลุมพื้นที่เพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ เนื่องจากปัจจุบันมีเพียง 32 โรงพยาบาล และเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในกรุงเทพฯ ถึง 14 โรงพยาบาล
2. กรมบัญชีกลางควรมีการขยายกลุ่มโรคหรือหัตถการเพิ่มขึ้นจาก 77 หัตถการเดิม ซึ่งอาจจะพิจารณาจากโรคที่เป็นปัญหาสำคัญมีอัตราการเกิดโรคสูง โดยเฉพาะในกลุ่มโรคหัวใจทั้งกรณีเรื้อรังและเฉียบพลัน
3. กรมบัญชีกลางควรมีการพิจารณาในประเด็นการร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิ เนื่องจากผู้มีสิทธิที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดจะเป็นกลุ่มคนที่มีความสามารถในการร่วมจ่าย ทำให้โครงการนี้ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการในกลุ่มข้าราชการชั้นผู้น้อยที่ไม่มีกำลังในการร่วมจ่าย
4. ควรมีการทบทวนในประเด็นที่คนไข้ที่มีสวัสดิการรักษาพยาบาลหลายสิทธิ เช่น มีสิทธิประกันชีวิตร่วมด้วย ว่าแนวทางในการเบิกจ่ายค่าชดเชยจะเป็นอย่างไร

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) คณะผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุเมธิ์ เขยประเสริฐ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ และคุณรชต อุ่ณสุข กรมบัญชีกลาง ที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนเอกสารเพื่อใช้ในการศึกษา ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน 66 แห่งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงการคลัง. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 127 ตอนที่ 23 ก ประกาศ ณ วันที่ 2 เมษายน 2553
2. สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ. รายงานการพัฒนาระบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (เอกชน)





ผลกระทบของนโยบายการใช้
บริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า
ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการต่อระบบสุขภาพ

4



4

ผลกระทบของนโยบายการใช้บริการ ผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษา พยาบาลข้าราชการต่อระบบสุขภาพ

พัฒนาวิไล อินไหม
สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
เครือข่ายนักวิจัยระบบสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการสามารถไปรับบริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าตามรายการที่กำหนดในโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและยอมรับเงื่อนไขการจ่ายตามที่กรมบัญชีกลางกำหนดได้ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2554 โดยโรงพยาบาลเอกชนได้รับการชดเชยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) และสามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินค่าห้อง ค่าอาหารได้ รวมถึงค่าแพทย์จากผู้ป่วย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินแนวโน้มการใช้บริการผ่าตัดนัดหมายล่วงหน้าในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐของผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการช่วงก่อนและหลังมี

นโยบายฯ ศึกษาผลกระทบของนโยบายต่อการเข้าถึงบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประสิทธิภาพการจัดบริการ และภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยอาศัยการวิเคราะห์ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลการศึกษาพบว่า การรับบริการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตากรณีต้อกระจกของผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นชัดเจน เนื่องจากอัตราการขาดเตียงกรณีผ่าตัดต้อกระจกที่สูง ผนวกกับมาตรการเชิงรุกในการตรวจคัดกรองในชุมชนของเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงการงดเก็บส่วนร่วมจ่ายและจัดบริการรถรับส่งฟรี ขณะเดียวกันเมื่อมีการโยกไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นทำให้โรงพยาบาลรัฐมีเตียงและเวลาของแพทย์ว่างให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น ซึ่งไม่พบผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยไปใช้บริการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลเอกชนมาก โดยโรงพยาบาลเอกชนสามารถบริหารทรัพยากรได้มีประสิทธิภาพมากกว่าโรงพยาบาลรัฐภายใต้ระบบการจ่ายแบบตกลงราคาล่วงหน้า ขณะเดียวกันพบว่าโรงพยาบาลเอกชนมีพฤติกรรมการเลือกให้บริการที่มีอัตราขาดเตียงสูง และมีความแปรปรวนของอัตราการจัดเก็บส่วนร่วมจ่ายของโรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่ง ทั้งนี้ นโยบายฯ นี้มีผลให้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนของระบบเพิ่มมากขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายโดยรวม โดยสรุปนโยบายฯ นี้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจกของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อย่างไรก็ตามการขยายโครงการควรพัฒนาให้มีระบบการติดตามประเมินที่เข้มแข็ง

คำสำคัญ : ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, โรงพยาบาลเอกชน, การใช้บริการ

Impact of Elective Surgery in Private Hospitals under the Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) to Health System

Phatthanawilai Inmai

Samrit Srithamrongsawat

Health Insurance System Research Office,

Health Systems Research Institute

Abstract

Since May 2011, CSMBS patients have been allowed to get certain elective surgeries in accredited private hospitals. The scheme pays private hospitals by case-based, Diagnosis Related Group (DRG) and the hospitals can charge extra for bed and board and doctor fee. This study aims to assess utilization trend of CSMBS patients for certain elective surgeries in both public and private hospitals prior to and after policy implementation, and its impacts on service utilization of UCS members, efficiency of service provision, and burden of expenditure on patients and the scheme. Claim administrative databases of the CSMBS and UCS were employed in the analysis.

Results reveal that the number of patients receiving Intra Ocular Lens Replacement for cataract has been prominently increased following the policy. This was due to relatively high payment rate for IOL replacement, active screening for patients with cataract in community of one private chain together with no co-payment policy and free transportation provided by the hospital. Moreover, shifting of patients to private hospitals let public hospitals having more available beds and doctor's time for UCS patients. Negative impact on public hospitals located in provinces where many patients got care from private hospitals was not found. Under the Prospective Payment System, private hospitals were more efficient in managing resources. Private hospitals tended to select providing better paid services; moreover, there were huge variations in copayments paid by the patients for same procedure. The policy increased expenditure on private inpatient care; however, it did not affect overall expenditure of the scheme.

In conclusion, the policy increased access to IOL replacement for cataract patients among CSMBS members; however, monitoring and evaluation system should be strengthened before scaling up the program.

Keyword: Civil Servant Medical Benefit Scheme, elective surgery, service utilization.

ภูมิหลังและเหตุผล

กระทรวงการคลังโดยกรมบัญชีกลางประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ซึ่งกำหนดให้ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวสามารถไปรับบริการในโรงพยาบาลเอกชนได้ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ซึ่งต่อมากำหนดให้สามารถเข้ารับบริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าจำนวน 77 หัตถการที่กำหนดในโรงพยาบาลเอกชนได้ในระยะแรก¹ โดยกรมบัญชีกลางชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลเอกชนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group, DRG) ในอัตรา 10,540 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ในระยะแรก (พฤษภาคม 2554 - มีนาคม 2555) และต่อมาปรับเป็น 11,213 บาท เมื่อมีการนำ DRG ฉบับที่ 5 มาใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555 และจ่ายชดเชยค่าบริการที่จ่ายแยกจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เช่น ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้บำบัดรักษาโรค และค่าห้องและค่าอาหาร ตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนดไว้ ทั้งนี้โรงพยาบาลเอกชนสามารถเรียกเก็บส่วนเกินจากอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนดได้ เช่น การใช้ห้องพิเศษ หรือค่าบริการแพทย์/พยาบาลพิเศษ² ทั้งนี้ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลภายใต้นโยบายดังกล่าว ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2554 ถึงเมษายน 2555 มีผู้มารับบริการรวม 4,706 ราย โดยร้อยละ 80 มารับบริการด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต้อกระจก รองลงมาคือการคลอดบุตรร้อยละ 5 และผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ร้อยละ 3 ที่เหลือเป็นหัตถการอื่นๆ

ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากนโยบายดังกล่าว อาจออกมาได้หลายลักษณะคือ 1) ระยะเวลาการรอผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าของผู้ป่วยสั้นลง ส่งผลให้ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น 2) เมื่อผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการโยกไปรับบริการในโรงพยาบาลเอกชนอาจเปิดช่องว่างให้ผู้ป่วยสิทธิอื่นๆ เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้าถึงบริการผ่าตัดดังกล่าวในโรงพยาบาลรัฐเพิ่มขึ้น 3) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากนโยบายนี้อาจมีผลให้ภาระค่าใช้จ่ายของระบบเพิ่มขึ้น แต่หากเป็นการโยกการให้บริการจากภาครัฐไปยังภาคเอกชนก็อาจไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของระบบ แต่อาจทำให้รายได้ของโรงพยาบาลรัฐลดลงจากการที่มีนโยบายนี้ 4) มีข้อสงสัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน ทั้งหมดนี้คือคำถามของการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินแนวโน้มการใช้บริการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐ กรณีผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต้อกระจก การคลอด และผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงก่อนและหลังมีนโยบาย 2) ศึกษาขนาดของภาระค่าบริการส่วนเกินที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บจากผู้ป่วย 3) วิเคราะห์ผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายต่อระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ระเบียบวิธีการศึกษา

วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล 2 ฐานประกอบกัน คือ ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายเงินของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในโรงพยาบาลเอกชน (โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ และจัดส่งข้อมูลแก่สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ) ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 จนถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2555 รวมเป็นระยะเวลา 1 ปี และฐานข้อมูลผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในโรงพยาบาลรัฐย้อนหลังสองปี ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 จนถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2555 ในส่วนของฐานข้อมูลการใช้บริการด้วยสามหัตถการเป้าหมายหลักของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งรับบริการทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนแต่มีข้อมูลพร้อมสำหรับการวิเคราะห์ถึงเพียงเดือนกันยายน พ.ศ. 2554

ประชากรของการศึกษาคือ ผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มาใช้บริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าในโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการกับกรมบัญชีกลาง ซึ่งสนใจศึกษากลุ่มหัตถการที่มีอัตราการมาใช้บริการมากที่สุด 3 กลุ่มหัตถการแรก ดังต่อไปนี้

- การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต้อกระจก (cataract surgery) กำหนดรหัสโรคหลัก (ICD10) คือ H25 - H28 และรหัสหัตถการ (ICD9) คือ 13.11 - 13.69
- การคลอด (childbirth) กำหนดรหัสโรคหลัก (ICD10) คือ O80 - O84
- การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (knee replacement) กำหนดรหัสหัตถการ (ICD9) คือ 81.54 - 81.55

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ในรอบหนึ่งปีหลังจากเริ่มประกาศใช้นโยบายดังกล่าว มีจำนวนผู้ใช้บริการทั้งสิ้น 4,706 ราย จากจำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่มีผู้ป่วยเข้าไปใช้บริการทั้งสิ้น 26 แห่ง โดย 3 ใน 4 ส่วนของผู้ใช้บริการทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในเครือโรงพยาบาล ศุภมิตร (ตารางที่ 1) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61) และเป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 71 ± 13 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตากระจก และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ส่วนผู้ป่วยคลอดคือกลุ่มที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุเฉลี่ย 33 ± 6 ปี) ทั้งนี้ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78) ใช้สิทธิของข้าราชการหรือลูกจ้าง โดยเป็นบิดาหรือมารดาของ ข้าราชการหรือลูกจ้างเป็นหลัก (ร้อยละ 69.3)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ใช้บริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าในโรงพยาบาลเอกชน

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	4,706
เครือโรงพยาบาลศุภมิตร	3,483 (74.0)
โรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ	1,223 (26.0)
เพศ	
ชาย	1,834 (39.0)
หญิง	2,872 (61.0)
อายุเฉลี่ย (ปี)	71 ± 13
ผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต้อกระจก	73 ± 9
การคลอด	33 ± 6
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	72 ± 12
ผ่าตัดอื่นๆ	49 ± 68

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ประเภทของผู้มีสิทธิ	
ข้าราชการ/ลูกจ้าง	3,669 (78.0)
บำนาญ/เบี้ยหวัด	967 (20.5)
พนักงานของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	70 (1.5)
ความสัมพันธ์ของเจ้าของสิทธิกับผู้ป่วย	
ตัวเอง	1,073 (22.8)
บุตร	3,259 (69.2)
บิดา/มารดา	12 (0.3)
คู่สมรส	362 (7.7)

ทั้งนี้ การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต้อกระจกซึ่งเป็นหัตถการหลักที่มีการเบิกจ่ายมากภายใต้โครงการนี้ โดยผู้ให้บริการหลัก คือ เครือโรงพยาบาลศุภมิตร (ร้อยละ 88) และจากการออกตรวจคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนซึ่งมีการดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่ก่อนมีนโยบายฯ จากกรมบัญชีกลาง ส่วนการคลอด การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และการผ่าตัดอื่นๆ เครือโรงพยาบาลศุภมิตร มีส่วนแบ่งเพียงร้อยละ 15-18 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนการให้บริการ จำแนกตามหัตถการและกลุ่มโรงพยาบาล
(พฤษภาคม 2553 - เมษายน 2554)

กลุ่มหัตถการ	เครือ sw. ศุภมิตร	sw. อื่นๆ	รวม	ร้อยละ [จำแนกตาม หัตถการ]
ผ่าตัดต้อกระจก	3,321	444	3,765	80
การคลอด	33	185	218	5
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	20	102	122	2

กลุ่มหัตถการ	เครื่องมือ ศัลยกรรม	สว. อื่นๆ	รวม	ร้อยละ [จำแนกตาม หัตถการ]
ผ่าตัดอื่นๆ	109	492	601	13
รวม	3,483	1,223	4,706	100
ร้อยละ (จำแนก ตามประเภท รพ.)	74	26	100	

2. การใช้บริการใน 3 หัตถการหลักก่อนและหลังมีนโยบาย

ส่วนที่ 2 ศึกษาแนวโน้มการใช้บริการในสามหัตถการหลักช่วงก่อนและหลังการมีนโยบายนี้ เพื่อพิจารณาว่ามีผลกระทบต่อการให้บริการในโรงพยาบาลรัฐหรือไม่ รวมถึงมีผลกระทบต่อการได้รับบริการของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือไม่

2.1 การใช้บริการสามหัตถการสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

หลังจากมีนโยบายนี้ จำนวนการใช้บริการผ่าตัดทั้ง 3 หัตถการของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในโรงพยาบาลรัฐมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ตั้งแต่ร้อยละ 1 - 3 (ตารางที่ 3) อย่างไรก็ตาม เมื่อรวมการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนหลังมีนโยบายร่วมด้วย พบว่าการใช้บริการผ่าตัดต่อกระเจกเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 2

ตารางที่ 3 จำนวนการผ่าตัดสามหัตถการหลักในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
ก่อน (พ.ศ. 2553 - เม.ย 2555) และหลัง (พ.ศ.2554 - เม.ย 2555) มีนโยบาย

	ผ่าตัดต่อกระดูก		คลอด		ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
รพ.รัฐ	32,579	31,482	20,767	20,438	4,107	4,056
รพ.เอกชน		3,765		218		122
รวม	32,579	35,247	20,767	20,656	4,107	4,178
อัตราเพิ่มใน รพ.รัฐ (%)		-3.37		-1.58		-1.24
อัตราเพิ่มรวม (%)		8.19		-0.53		1.73

ที่มา:ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

2.2 การใช้บริการสามหัตถการหลักของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนการใช้บริการผ่าตัดทั้ง 3 กลุ่มหัตถการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนก่อน (พ.ศ.-ก.ย. 2553) และหลัง (พ.ศ.-ก.ย. 2554) มีนโยบายนี้ พบว่า การใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐของทั้งสามหัตถการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 4-31 (ตารางที่ 4) ในขณะที่การใช้บริการด้วยสามกลุ่มหัตถการนี้ของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในโรงพยาบาลเอกชนก็เพิ่มขึ้นทั้งสองหัตถการ คือ ผ่าตัดต่อกระดูก (ร้อยละ 49) และการคลอด (ร้อยละ 4) ในขณะที่การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลเอกชนลดลง (ร้อยละ 16) อย่างไรก็ตาม เมื่อรวมการใช้บริการทั้งในกรณีโรงพยาบาลรัฐและเอกชนการใช้บริการทั้งสามหัตถการของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นร้อยละ 24, 4 และ 25 สำหรับการผ่าตัดต่อกระดูก การคลอดและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าตามลำดับ ในช่วงเวลาเดียวกันก่อนและหลังมีนโยบายนี้

ตารางที่ 4 จำนวนการใช้บริการสามหัตถการหลักของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ก่อน (พ.ค.-ก.ย. 2553) และหลัง (พ.ค.-ก.ย. 2554) มีนโยบาย

ประเภท	ต่อกระจก		คลอด		เปลี่ยนข้อเข่า	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
รพ.รัฐ	33,475	37,924	179,680	186,684	2,069	2,713
รพ.เอกชน	13,558	20,165	6,122	6,354	323	272
รวม	47,033	58,089	185,802	193,038	2,392	2,985
อัตราเพิ่มใน รพ.รัฐ (%)		13.29		3.90		31.13
อัตราเพิ่มใน รพ.เอกชน (%)		48.73		3.79		-15.79
อัตราเพิ่มรวม (%)		23.51		3.89		24.79

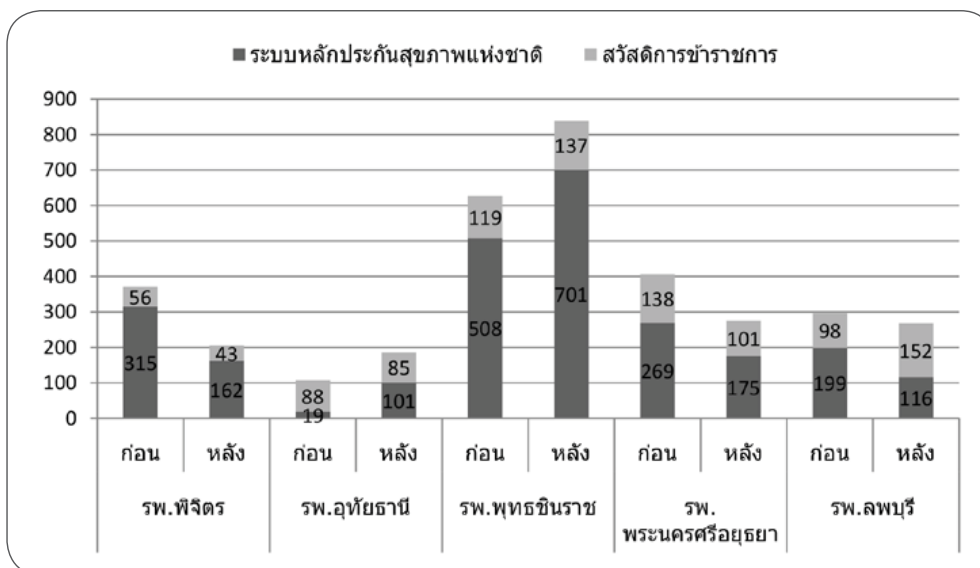
ที่มา:ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.3 การผ่าตัดต่อกระดูกของโรงพยาบาลประจำจังหวัดในพื้นที่ที่มีการไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนมาก

เนื่องจากเครือข่ายโรงพยาบาลศุภมิตรมีกลยุทธ์ในการหาผู้ป่วยต่อกระดูก โดยการออกคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนของจังหวัดต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกของเครือข่ายโรงพยาบาลศุภมิตร (ร้อยละ 84) มีภูมิลำเนาอยู่นอกจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยจากห้าจังหวัดแรกที่มาใช้บริการผ่าตัดต่อกระดูกในเครือข่ายโรงพยาบาลศุภมิตรสูงที่สุด ประกอบด้วย จังหวัดพิจิตร (1,092 ราย) อุทัยธานี (316 ราย) พิษณุโลก (254 ราย) พระนครศรีอยุธยา (220 ราย) และลพบุรี (213 ราย) ดังนั้นประเด็นที่น่าสนใจคือ มีผลกระทบต่อการใช้บริการของโรงพยาบาลประจำจังหวัดดังกล่าวหรือไม่ ข้อมูลการเบิกจ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วงเวลาเดียวกันก่อน (พ.ค.-ก.ย. 2553) และหลัง (พ.ค.-ก.ย.2554) มีนโยบายของโรงพยาบาลทั้งห้าแสดงในภาพที่ 1 ซึ่งจะพบว่า มีสามโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้รับบริการผ่าตัดต่อกระดูกลดลง

คือ โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลลพบุรี โดยจำนวนผู้ป่วยที่ลดลงนั้นส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในขณะที่ผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกลับเพิ่มจำนวนมากขึ้น แม้ว่าจำนวนโดยรวมของโรงพยาบาลลพบุรีลดลง ส่วนโรงพยาบาลอุทัยธานี และโรงพยาบาลพุทธชินราชมีจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อนึ่งมีข้อสังเกต คือ จังหวัดทั้งห้าล้วนแล้วแต่ได้รับผลกระทบจากวิกฤตน้ำท่วมปี 2554 ซึ่งเริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2554 จนถึงต้นปี 2555 โดยเฉพาะโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาที่ต้องหยุดให้บริการผู้ป่วยจากน้ำท่วมหนักในช่วงปลายปี

ภาพที่ 1 จำนวนผู้รับบริการผ่าตัดต่อกระดูกช่วงก่อน (พ.ค.-ก.ย. 2553) และหลัง (พ.ค. - ก.ย. 2554) มีนโยบายจำแนกตามจังหวัดและระบบประกันสุขภาพ



3. ประสิทธิภาพการให้บริการ

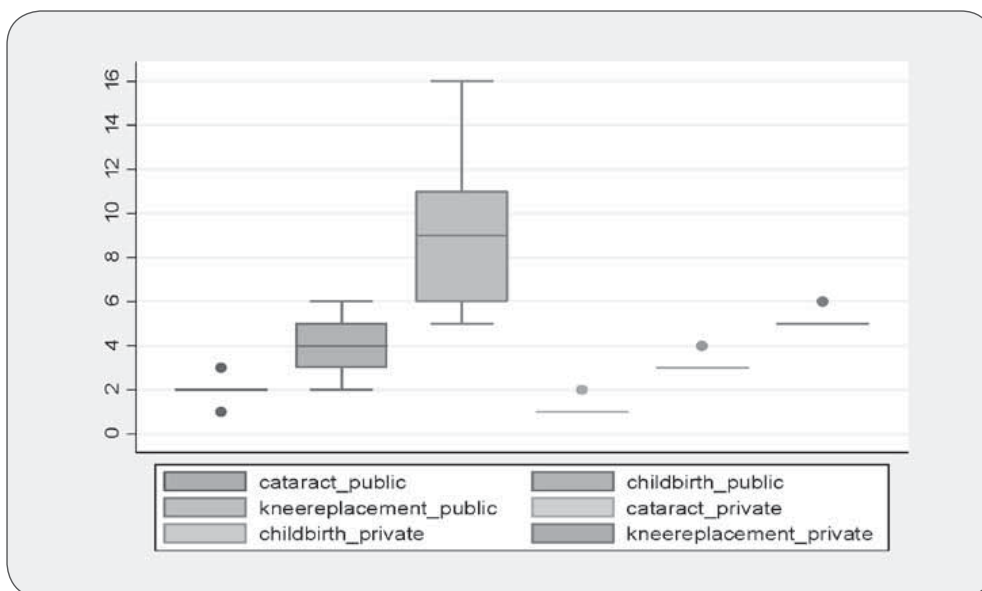
มีความกังวลว่า หากให้หญิงตั้งครรภ์ไปรับบริการคลอดในโรงพยาบาลเอกชนจะทำให้มีการผ่าคลอด (Cesarean section) เพิ่มขึ้นมากขึ้น ซึ่งข้อมูลการรับบริการคลอดของผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการช่วงก่อนและหลังมีนโยบายแสดงให้เห็นว่า ยังคงมีผู้ไปรับบริการคลอดในโรงพยาบาลเอกชนจำนวนน้อยมาก เพียงร้อยละ 1 ของการคลอดทั้งหมด ดังนั้นแม้สัดส่วนการผ่าคลอดในโรงพยาบาลเอกชนจะสูงถึงร้อยละ 80 ก็ไม่มีผลต่อสัดส่วนการผ่าคลอดในภาพรวมของระบบคือร้อยละ 56 ของการคลอดทั้งหมด (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนการผ่าคลอดและการคลอดรวมระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการช่วงก่อน (พ.ค. 53 - เม.ย. 54) และหลัง (พ.ค. 54 - เม.ย. 55) มีนโยบาย

	สพ.รัฐ		สพ.เอกชน		รวม	
	ผ่าคลอด	คลอดรวม	ผ่าคลอด	คลอดรวม	ผ่าคลอด	คลอดรวม
ก่อน (พ.ค. 53 - เม.ย. 54)	11,714	20,767			11,714	20,767
สัดส่วนการผ่าคลอด (%)	56				56	
หลัง (พ.ค. 54 - เม.ย. 55)	11,487	20,438	174	218	11,661	20,656
สัดส่วนการผ่าคลอด (%)	56		80		56	

สำหรับจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งสามหัตถการเมื่อเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดังกล่าวในโรงพยาบาลรัฐมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยนานกว่าของโรงพยาบาลเอกชนทั้งสามกลุ่มหัตถการ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลรัฐนอนนานเกือบเท่าตัวของผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลเอกชน (9 วันเทียบกับ 5 วัน) ดังแสดงในภาพที่ 2

ภาพที่ 2 จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใน
โรงพยาบาลรัฐและเอกชน จำแนกตามกลุ่มหัตถการ



4. การค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการไปใช้บริการ ในโรงพยาบาลเอกชน

ค่ารักษายาบาลเกือบทั้งหมดจ่ายโดยกรมบัญชีกลาง ร้อยละ 95.9 ประกอบด้วย ค่ายาในบัญชียาหลัก ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค ค่าตรวจรักษาและวินิจฉัยโรค ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าห้องและค่าอาหาร โดยที่เหลือเป็นส่วนที่ผู้ป่วยร่วมจ่าย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 4.1 ซึ่งในส่วนที่ผู้ป่วยจ่ายจะเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้มาจากการรักษายาบาลโดยตรง เช่น ค่าโทรศัพท์ ค่าอาหารและเครื่องดื่มอื่นๆ นอกเหนือจากที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ และค่ารักษายาบาลในส่วนที่เกินสิทธิ ได้แก่ ค่าแพทย์ ค่าใช้จ่ายในหมวดค่าห้อง ค่าอาหาร และหมวดอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาส่วนที่เกินอัตราที่กำหนด และค่าใช้จ่ายในหมวดอื่นๆ ที่เบิกไม่ได้ เช่น ยารักษา เป็นต้น

เนื่องจากเครือโรงพยาบาลศุภมิตร มีนโยบายยกเว้นการจัดเก็บส่วนร่วมจ่ายจากผู้ป่วย ในช่วงที่ผ่านมา ดังนั้นในการวิเคราะห์จะแยกเป็นเครือโรงพยาบาลศุภมิตร กับโรงพยาบาลอื่นๆ ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในเครือโรงพยาบาลศุภมิตร มีจำนวนครั้งที่ร่วมจ่ายต่ำกว่าโรงพยาบาลกลุ่มอื่นทั้ง 3 กลุ่มหัตถการ โดยเฉพาะการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาของผู้ป่วยต้อกระจก ที่ผู้ป่วยไม่ถึงร้อยละ 20 ที่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่มนี้ จะเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์ อาหาร และเครื่องดื่มอื่นๆ นอกเหนือจากที่โรงพยาบาลจัดให้ในระหว่างเข้ารับการรักษา ส่วนการคลอด และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในเครือโรงพยาบาลศุภมิตร ผู้ป่วยร้อยละ 45 และ 40 ตามลำดับที่ต้องมีการร่วมจ่าย ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลอื่นต้องร่วมจ่ายทั้งหมดสำหรับสองหัตถการหลัง (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 การร่วมจ่ายของผู้ป่วย จำแนกตามประเภทหัตถการและประเภทโรงพยาบาลเอกชน

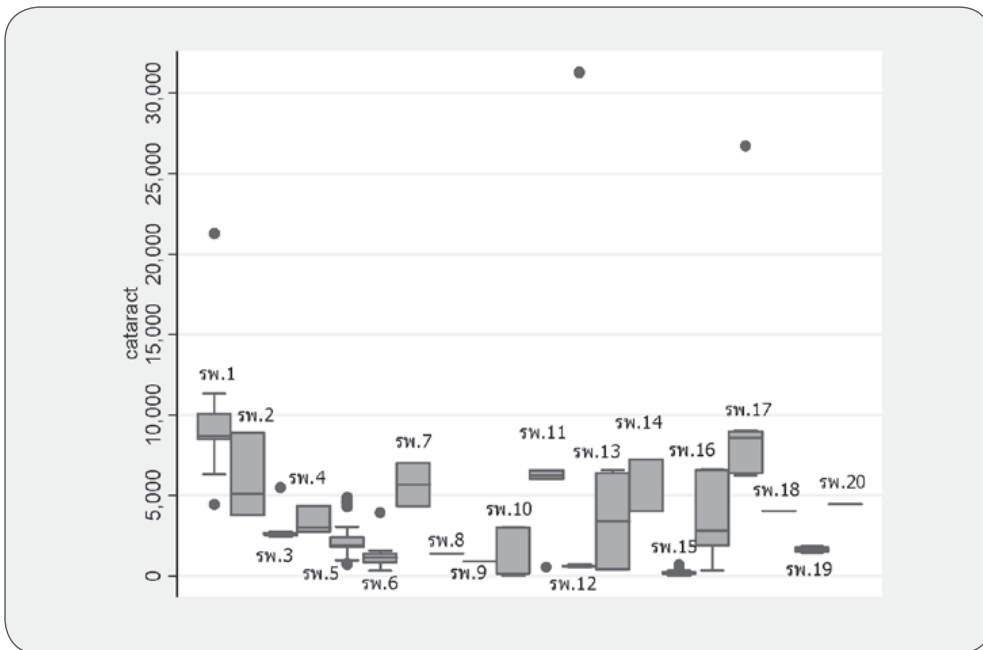
	ผ่าตัดต้อกระจก		คลอด		ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	
	เครือ รพ. ศุภมิตร	รพ. อื่นๆ	เครือ รพ. ศุภมิตร	รพ. อื่นๆ	เครือ รพ. ศุภมิตร	รพ. อื่นๆ
จำนวนครั้งที่ใช้บริการทั้งหมด	3,321	444	33	185	20	102
ร้อยละของจำนวนครั้งที่ร่วมจ่าย	15	68	48	100	40	100
ร้อยละเงินร่วมจ่ายต่อค่ารักษาที่เรียกเก็บ	0.46	8.47	0.34	11.94	0.10	7.93
มัธยฐานของค่าร่วมจ่าย	100	1,985	100	2,070	550	20,155
ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์	0	4,080	0	4,357	320	13,962
ค่าต่ำสุด	100	24	100	39	100	3,364
ค่าสูงสุด	220	31,320	100	27,022	760	116,636

ทั้งนี้ ส่วนร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ คิดเป็นประมาณร้อยละ 9 ของค่ารักษาพยาบาล จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาอัตราค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มจำแนกตามรายหัตถการ พบว่า ค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มของการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต้อกระจกของโรงพยาบาลอื่นๆ ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 96 มีอัตราไม่เกิน 10,000 บาท โดยมีมัธยฐานเท่ากับ $1,985 \pm 4,080$ บาท ดังแสดงในภาพที่ 3

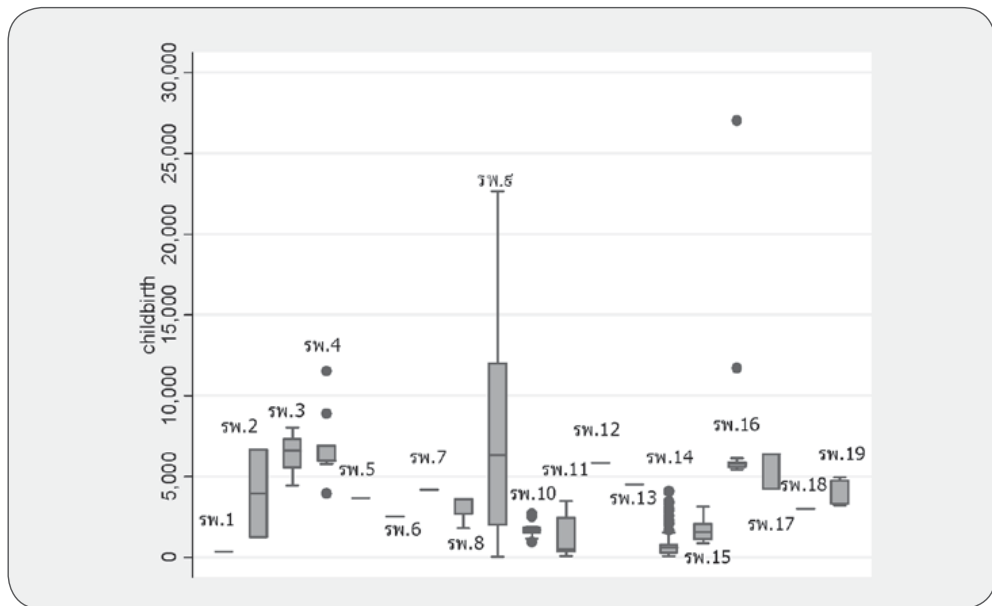
ส่วนการคลอด พบว่า มีมัธยฐานของอัตราค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มเท่ากับ $2,070 \pm 4,357$ และส่วนใหญ่ไม่เกิน 10,000 บาทเช่นกัน ดังแสดงในภาพที่ 4

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มสูงที่สุด มีมัธยฐานเท่ากับ $20,155 \pm 13,962$ บาท และมีความแปรปรวนของอัตราส่วนจ่ายระหว่างโรงพยาบาลค่อนข้างสูง บางแห่งผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายมากกว่าห้าหมื่นบาทถึงกว่าหนึ่งแสนบาท ดังแสดงในภาพที่ 5

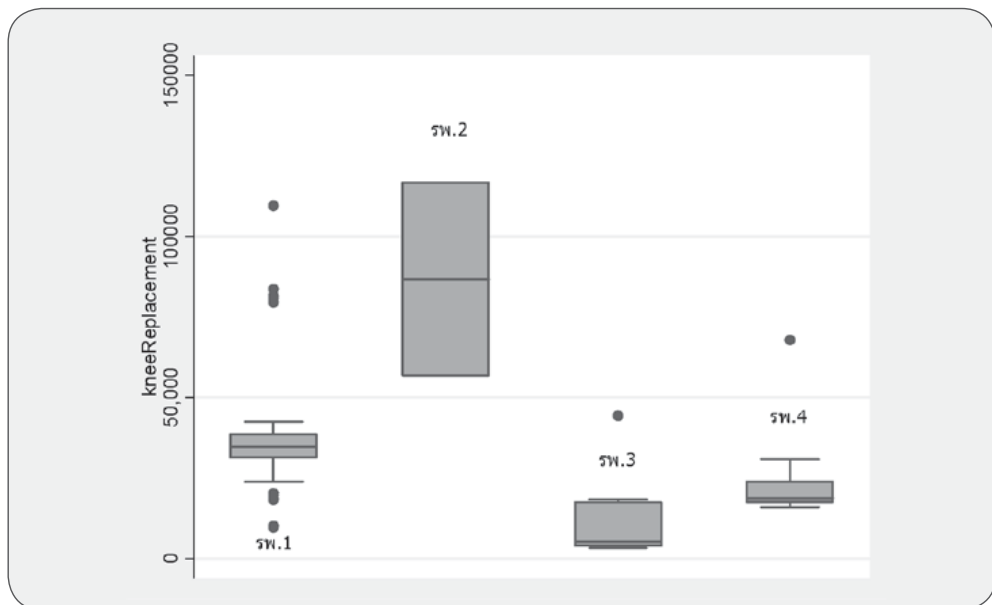
ภาพที่ 3 ภาระค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มของการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาของผู้ป่วยต้อกระจกในโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ



ภาพที่ 4 ภาระค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มของการคลอดในโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ



ภาพที่ 5 ภาระค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ



5.1 ค่าบริการที่เรียกเก็บของโรงพยาบาลเอกชนและอัตราการได้รับชดเชย

โดยทั่วไปค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลรายงานในการขอเบิกจากกรมบัญชีกลางจะแยกเป็นค่ารักษาพยาบาล (ที่เบิกได้และเบิกไม่ได้ เช่น ค่าแพทย์) และค่าห้องค่าอาหาร (ส่วนเกินกว่าอัตราที่กำหนดเบิกไม่ได้) ทั้งนี้ในการจ่ายชดเชยของกรมบัญชีกลางจะจ่ายให้ตาม DRG ในอัตราที่กำหนดและจ่ายค่าห้องค่าอาหารให้ตามอัตราที่จ่ายไว้ในโรงพยาบาลรัฐ ดังนั้นอัตราค่าบริการที่กรมบัญชีกลางเบิกจ่ายให้กับโรงพยาบาลจะเป็นอัตราเดียวกับที่จ่ายให้โรงพยาบาลรัฐและจะน้อยกว่าอัตราค่าบริการที่โรงพยาบาลเอกชนแจ้งขอเบิก ซึ่งส่วนต่างของราคาในรายการที่กำหนด ยกเว้นค่ารักษาพยาบาลที่รวมอยู่ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โรงพยาบาลเอกชนสามารถเรียกเก็บจากผู้รับบริการได้ ยกเว้นว่าโรงพยาบาลนั้นมีนโยบายไม่เรียกเก็บส่วนร่วมจ่ายจากผู้รับบริการ

เมื่อพิจารณาอัตราการชดเชยที่โรงพยาบาลได้รับ ซึ่งคิดจากค่าบริการที่ได้รับชดเชย บวก ส่วนร่วมจ่ายที่เรียกเก็บจากผู้รับบริการ หารด้วย ค่าบริการที่เรียกเก็บของเครื่องโรงพยาบาลศุภมิตร และโรงพยาบาลอื่นๆ แสดงได้ดังในตารางที่ 7 พบว่า อัตราการได้รับชดเชยที่โรงพยาบาลเอกชนได้รับแตกต่างกันตามประเภทหัตถการและประเภทโรงพยาบาล กล่าวคือ บริการผ่าตัดต่อกระดูกมีอัตราการได้รับชดเชยสูงสุด ร้อยละ 98 และ 76 สำหรับเครื่องโรงพยาบาลศุภมิตร และโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ ตามลำดับ ส่วนการคลอด อัตราการได้รับชดเชยอยู่ที่ร้อยละ 62 และ 52 สำหรับเครื่องโรงพยาบาลศุภมิตร และโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ ตามลำดับ ส่วนบริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ามีอัตราการได้รับชดเชยร้อยละ 46 และ 56 ของค่าบริการที่เรียกเก็บสำหรับเครื่องโรงพยาบาลศุภมิตร และโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ ตามลำดับ

ตารางที่ 7 ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าบริการที่ได้รับชดเชย ส่วนร่วมจ่าย และอัตราค่าที่ได้รับชดเชย จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลและหัตถการ

สถิติ	ผ่าตัดต้อกระจก		กลอด		ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	
	เครื่องมือ รพ. ศุภมิตร	รพ. อื่นๆ	เครื่องมือ รพ. ศุภมิตร	รพ. อื่นๆ	เครื่องมือ รพ. ศุภมิตร	รพ. อื่นๆ
1. ค่ามัธยฐานค่าบริการเรียกเก็บต่อราย	23,164	32,066	27,790	36,036	102,454	178,488
ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์	3,755	9,462	4,843	7,944	227,970	59,935
2. ค่ามัธยฐานค่าชดเชยที่ได้รับต่อราย	22,579	22,279	17,091	16,491	46,571	97,803
ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์	300	3,736	8,191	130	102,103	11,312
3. ค่ามัธยฐานส่วนร่วมจ่ายต่อราย	100	1,985	100	2,070	550	20,155
ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์	-	4,080	-	4,357	320	13,962
4. อัตราการได้รับชดเชย (ร้อยละ)	98	76	62	52	46	66

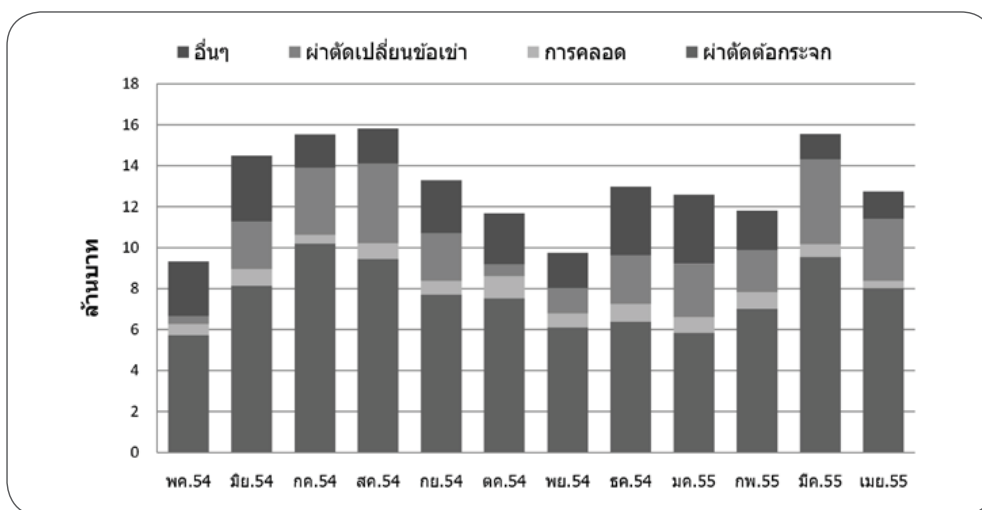
หมายเหตุ : อัตราการได้รับชดเชย เท่ากับ (ค่าบริการที่ได้รับชดเชย+ส่วนร่วมจ่ายที่เรียกเก็บ) / ค่าบริการที่เรียกเก็บ

5.2 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากนโยบายฯ และภาระต่อระบบ

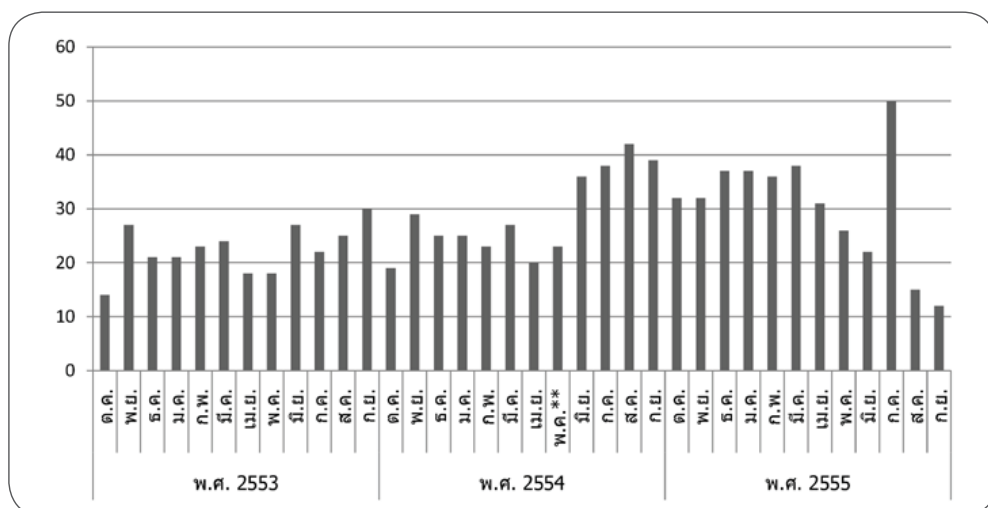
ค่าใช้จ่ายที่กรมบัญชีกลางทำการจ่ายชดเชยให้แก่โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้ากับผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการระหว่างเดือนพฤษภาคม 2554-เมษายน 2555 มีทั้งสิ้น 155.5 ล้านบาท หรือเฉลี่ยประมาณเดือนละประมาณ 13 ล้านบาท ดังแสดงในภาพที่ 6

เมื่อพิจารณาข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการสำหรับโรงพยาบาลเอกชนย้อนหลังตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 - 2555 พบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจนหลังมีนโยบายดังกล่าว กล่าวคือ ก่อนหน้ามีนโยบายมีการเบิกจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเอกชนอยู่ที่เฉลี่ยเดือนละ 22 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็นเฉลี่ยเดือนละ 30 ล้านบาท ดังแสดงในภาพที่ 7 ทั้งนี้ข้อมูลในปีงบประมาณ 2555 เป็นข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ดังนั้นจึงอาจยังไม่ครบถ้วน

ภาพที่ 6 ค่าบริการที่จ่ายชดเชยโรงพยาบาลเอกชนสำหรับบริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า ระหว่างพฤษภาคม 2554 - เมษายน 2555



ภาพที่ 7 จำนวนเงินเบิกชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน ปีงบประมาณ 2553 - 2555



ที่มา: ข้อมูลการเบิกจ่ายงบประมาณในระบบ GFMIS ของปีงบประมาณ 2555 ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2555

อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากนโยบายนี้เทียบกับภาระค่าใช้จ่ายของระบบทั้งหมด พบว่ามีสัดส่วนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนในปีงบประมาณ 2555 คิดเป็นเพียงร้อยละ 0.6 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในปีดังกล่าว

ตารางที่ 8 ค่าใช้จ่ายระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจำแนกตามประเภทบริการ และประเภทสถานพยาบาล ปีงบประมาณ 2553 - 2555 (ล้านบาท)

ประเภท	2553	2554	2555
ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐ	45,461	43,655	43,588
ผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐ	15,338	16,369	16,106
ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชน	1,127	1,193	1,255
ผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน	269	347	368
รวม	62,195.57	61,563.21	61,317.24

ที่มา: กรมบัญชีกลาง จากระบบข้อมูล GFMIS ข้อมูลปี 2555 ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2555

วิจารณ์ผลและข้อยุติ

ข้อจำกัดหลักของการศึกษานี้คือ เป็นการศึกษาข้อมูลก่อนและหลังจากการมีนโยบาย ไม่ได้มีกลุ่มเปรียบเทียบเนื่องจากนโยบายดังกล่าวมีผลต่อทั้งประเทศ ขณะเดียวกันมีเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกันในระหว่างการศึกษาซึ่งเป็นตัวแปรที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ กรณีการเกิดน้ำท่วมครั้งใหญ่ในประเทศไทยในช่วงปี 2554 ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อทำให้บริการของโรงพยาบาลและการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ที่ประสบปัญหาน้ำท่วม และบางแห่งถึงกับต้องปิดโรงพยาบาล เช่น กรณีของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เป็นต้น ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้ส่วนหนึ่งจึงถูกบดบังไปจากปัญหาน้ำท่วมดังกล่าว อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวก็สามารถชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบายพอสมควร

การเข้าถึงและใช้บริการ

ผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถเข้าถึงและใช้บริการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในกรณีต้อกระจกเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 ในขณะที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย โดยทั้งสองกรณีนั้นจำนวนการให้บริการรวมในโรงพยาบาลรัฐของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหลังมีนโยบายนี้ลดลงเล็กน้อย คือ ลดลงร้อยละ 3 และร้อยละ 1 ตามลำดับ ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นของจำนวนการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตากรณีต้อกระจกบ่งชี้ว่า นโยบายนี้สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดระยะเวลาในการรอผ่าตัดของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้ แต่โรงพยาบาลเอกชนยังมีส่วนแบ่งการให้บริการกรณีต้อกระจกเพียงร้อยละ 11 ของผู้รับบริการทั้งหมด ส่วนกรณีคลอด และผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่านั้น โรงพยาบาลเอกชนยังคงมีส่วนแบ่งต่ำมากเพียงร้อยละ 1 และ 3 ตามลำดับ

ประเด็นถัดมาคือ นโยบายนี้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บ้างหรือไม่ ซึ่งเมื่อพิจารณาการใช้บริการของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าจำนวนการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตากรณีต้อกระจกและผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 23 และ 25 ตามลำดับ โดยการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตากรณีต้อกระจกเพิ่มขึ้นใน

โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 13 และร้อยละ 48 ในโรงพยาบาลเอกชน บ่งชี้ว่า จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังเพื่อการรักษาพยาบาลข้าราชการในโรงพยาบาลรัฐที่ลดลง น่าจะมีผลให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น จากเวลาของแพทย์และเตียงที่ว่างในโรงพยาบาลรัฐที่เพิ่มขึ้น แต่กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในโรงพยาบาลเอกชนกลับลดลง แต่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 31 ในโรงพยาบาลรัฐ ปัจจัยหลักที่ทำให้การให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนลดลง น่าจะเกิดจากปัจจัยด้านอัตราจ่ายที่อาจไม่สร้างแรงจูงใจในการให้บริการเป็นหลักเนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่อนุญาตให้เรียกเก็บส่วนร่วมจ่ายจากคนไข้เพิ่ม ซึ่งก็จะยิ่งทำให้อัตราการขาดเขตต่ำลงไปอีก

เมื่อพิจารณาผลกระทบของนโยบายนี้ ในกรณีผ่าตัดต่อกระดูกต่อพื้นที่จังหวัดที่มีการไปใช้บริการในเครือโรงพยาบาลศุภมิตรมาก พบว่าไม่เห็นผลชัดเจนนัก ส่วนหนึ่งเนื่องจากมีผลของการเกิดน้ำท่วมใหญ่ร่วมด้วย โดยจังหวัดพิจิตรและพระนครศรีอยุธยาได้รับผลกระทบจากน้ำท่วมทำให้ผู้ป่วยทั้งระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลดลง ในขณะที่จังหวัดลพบุรีที่เฉพาะผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลดลง แต่ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังคงเพิ่มขึ้น ส่วนของโรงพยาบาลอุทัยธานีและโรงพยาบาลพุทธชินราชผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นมาก ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการค่อนข้างทรงตัวหรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยสรุปนโยบายฯ นี้ร่วมกับการออกตรวจคัดกรองในชุมชนไม่ได้มีผลกระทบต่อการให้บริการในโรงพยาบาลรัฐมากนัก บ่งชี้ว่าน่าจะยังคงมีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการที่อยู่ในชุมชนจำนวนไม่น้อย ซึ่งอาจเข้าไม่ถึงบริการหรืออยู่ระหว่างการรอคิวผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐ

จำนวนการผ่าตัดต่อกระดูกของโรงพยาบาลเอกชนที่เพิ่มขึ้นมากอธิบายได้จากหลายปัจจัย ดังนี้

- 1) อัตราการขาดเขตค่าบริการกรณีผ่าตัดต่อกระดูกอยู่ในระดับสูง กล่าวคือ อัตราการขาดเขตเมื่อรวมส่วนร่วมจ่ายจากผู้ป่วยในโครงการนี้ใกล้เคียงกับอัตราค่าบริการที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บ และแม้ไม่มีการเรียกเก็บส่วนร่วมจ่ายจากเครือโรงพยาบาลศุภมิตร อัตราการขาดเขตกรณีนี้ยังสูงถึงร้อยละ 98 บ่งชี้ว่าโรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่งมีศักยภาพในการบริหารจัดการต้นทุนได้ต่างกัน ขณะเดียวกันโรงพยาบาลเอกชนก็เลือกให้บริการที่มีอัตราขาดเขตในระดับสูง

- 2) การออกคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนของเครือโรงพยาบาลศุภมิตร รวมถึงไม่คิดส่วนร่วมจ่าย และจัดบริการรองรับส่งผู้ป่วยจากในชุมชนมายังโรงพยาบาลและส่งกลับ มีผลให้โรงพยาบาลเป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ (ร้อยละ 88) กรณีผ่าตัดต่อกระดูก ซึ่งมีผลให้ ก) ผู้ป่วยกลุ่มด้อยโอกาสที่อยู่ในชุมชนชนบทสามารถเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามก็ไม่ได้หมายความว่าเกิดจากนโยบายนี้โดยตรง แต่เป็นผลจากการออกตรวจคัดกรองเชิงรุกของเครือโรงพยาบาลศุภมิตรซึ่งก็มีการดำเนินการมาก่อนหน้านี้แล้วสำหรับผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ ข) การมีผู้รับบริการจำนวนมากและบริหารจัดการในลักษณะผ่าตัดหมู่มาก ทำให้โรงพยาบาลสามารถบริหารต้นทุนและมีอำนาจต่อรองค่าบริการกับแพทย์ได้ดีกว่าโรงพยาบาลอื่นๆ³

ประสิทธิภาพการจัดบริการ

ภายใต้ระบบการจ่ายแบบตกลงราคาล่วงหน้า (Prospective payment system) เช่น การจ่ายตามรายป่วย (Case-based payment) โรงพยาบาลเอกชนจะมีแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทรัพยากรได้ดีกว่าโรงพยาบาลรัฐ^{4,5} และเมื่อเทียบกับการจ่ายตามปริมาณบริการ (Fee-for-service) หรือตามต้นทุน (Cost-based reimbursement)⁶ ตัวชี้วัดหลักที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพในการจัดบริการ คือ จำนวนวันนอนของผู้ป่วยรายกลุ่มโรคเป็นหลัก เนื่องจากไม่ทราบข้อมูลต้นทุนการจัดบริการของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งก็ชัดเจนว่าโรงพยาบาลเอกชนสามารถบริหารทรัพยากรได้ดีกว่าภายใต้การจ่ายแบบรายป่วยซึ่งเป็นการตกลงราคาล่วงหน้า โดยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยของทั้งสามหัตถการหลักในโรงพยาบาลเอกชนต่ำกว่าในโรงพยาบาลรัฐ อย่างไรก็ตามประเด็นที่น่ากังวล คือ จำนวนวันนอนที่ต่ำกว่านั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพบริการหรือไม่ ซึ่งการศึกษานี้ยังไม่ไปถึง

ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรอีกตัว คือ สัดส่วนการคลอดโดยการผ่าท้องคลอด (Cesarean section) ซึ่งก็พบว่าสัดส่วนการคลอดโดยการผ่าท้องคลอดในโรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 80 อย่างไรก็ตามก็เนื่องจากสัดส่วนการคลอดในโรงพยาบาลเอกชนยังต่ำมากจึงไม่มีผลกระทบต่อสัดส่วนการผ่าท้องคลอดในภาพรวมของทั้งระบบ (ร้อยละ 56)

การค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ

เนื่องจากระบบนี้กำหนดให้ผู้ไปใช้บริการต้องร่วมจ่ายค่าแพทย์และค่าห้องส่วนเกินในการไปรับบริการ อย่างไรก็ตามพบว่าเครือข่ายโรงพยาบาลศุภมิตรไม่ได้มีการจัดเก็บค่าแพทย์เพิ่มจากผู้ป่วยแต่อย่างใดในทุกหัตถการ ทำให้ผู้ไปรับบริการมีส่วนร่วมจ่ายค่อนข้างน้อยเพียงไม่กี่ร้อยบาทเท่านั้น ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ มีบางแห่งไม่เรียกเก็บส่วนร่วมจ่ายกรณีผ่าตัดต้อกระจก (ร้อยละ 32) ซึ่งก็น่าจะเป็นเพราะอัตราการขาดเขตที่จ่ายอยู่นั้นค่อนข้างสูงเป็นที่พอใจของโรงพยาบาลเอกชนอยู่แล้ว ในขณะที่อีกสองหัตถการไม่มีโรงพยาบาลไหนในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนอื่น ที่ไม่เรียกเก็บส่วนร่วมจ่าย และมีอัตราแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล⁷ ข้อจำกัดหลักในการวิเคราะห์ครั้งนี้คือไม่สามารถระบุได้ว่าภาระที่เกิดขึ้นจากการจ่ายส่วนร่วมจ่ายนั้นมีผลกระทบต่อครัวเรือนมากน้อยเพียงใด

ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของระบบ

เป็นที่ชัดเจนว่านโยบายดังกล่าว มีผลให้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนประมาณร้อยละ 36 เมื่อเทียบกับช่วงก่อนหน้าที่ยังไม่มีนโยบาย อย่างไรก็ตามเนื่องจากสัดส่วนรายจ่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนยังคงต่ำมากเมื่อเทียบกับรายจ่ายทั้งระบบ (ร้อยละ 0.6) ทำให้ไม่มีผลกระทบต่อภาระรายจ่ายโดยรวมของระบบ

สรุปข้อค้นพบจากการศึกษา

1. นโยบายนี้ช่วยให้ผู้ป่วยต้อกระจกของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเข้าถึงบริการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากอัตราการขาดเขตที่สร้างแรงจูงใจในการให้บริการ ผนวกกับการออกตรวจคัดกรองเชิงรุกในชุมชนของเครือข่ายโรงพยาบาลศุภมิตรและการยกเว้นการเก็บส่วนร่วมจ่าย และจัดบริการรถรับส่งฟรี

2. นโยบายนี้ส่งผลบวกต่อการเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลรัฐของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยังไม่เห็นผลกระทบต่อการให้บริการของโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีการไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก
3. โรงพยาบาลเอกชนมีพฤติกรรมเลือกให้บริการในหัตถการที่มีอัตราการรักษาที่สูง อย่างเช่น กรณีผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตากรณีต้อกระจก
4. ภายใต้ระบบการจ่ายแบบตกลงราคาล่วงหน้า โรงพยาบาลเอกชนบริหารทรัพยากรได้มีประสิทธิภาพมากกว่าโรงพยาบาลรัฐ อย่างไรก็ตามคุณภาพบริการเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าติดตามประเมินต่อไป
5. ส่วนร่วมจ่ายที่ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายสำหรับการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าแต่ละกรณีมีความแปรปรวนมากระหว่างโรงพยาบาล และยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่ามีผลกระทบต่อการระงับทางการเงินของผู้ป่วยเพียงใด
6. นโยบายนี้เพิ่มค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอย่างชัดเจน แต่เนื่องจากยังคงมีส่วนต่ำมากเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดจึงยังไม่มีผลกระทบต่อการระงับค่าใช้จ่ายโดยรวม

ทั้งนี้ หากจะขยายโครงการให้โรงพยาบาลเอกชนแห่งอื่นๆ เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้น หรือขยายชนิดของหัตถการ ควรจัดให้มีระบบข้อมูลเพื่อการติดตามประเมินพฤติกรรมการให้บริการของโรงพยาบาลและผลกระทบด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และได้รับสนับสนุนข้อมูลในการวิเคราะห์จากกรมบัญชีกลาง สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อีกทั้งขอขอบคุณคุณบุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ คุณสิริณัฐ นิภาพร คุณสุธีรดา ฉิมน้อย และเจ้าหน้าที่ สวปก. ทุกท่านในการช่วยเหลือและสนับสนุนงานวิจัยชิ้นนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1 กรมบัญชีกลาง (2554) การเบิกจ่ายตรงประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของเอกชน ตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs). กระทรวงการคลัง
- 2 กรมบัญชีกลาง (2554) การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตาม เกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs), กระทรวงการคลัง
- 3 สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, นพคุณ ธรรมธัชอารี, พัทนี ธรรมวันนา และสุธีรดา จิมน้อย (2555) ศักยภาพระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในการกำกับ โรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญา, สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ ไทย (อยู่ระหว่างรอตีพิมพ์)
- 4 Rayburn JM, Rayburn L.G., Punam RL. (1992) Study indicates mixed cost containment-efficiency results from PPS implementation. Journal of Health and Social Policy (4): หน้า 19-30
- 5 Rosko MD (2001) Impact of HMO penetration and other environmental factors on hospital X-efficiency. Medical Care Research Review, 58: หน้า 430-454
- 6 Lin, HC., Xirasagar, S., and Tang, CH. (2004) Costs per discharge and hospital ownership under prospective payment and cost-based reimbursement systems in Taiwan. Health Policy Plan. 19(3): หน้า 166 -176
- 7 สุธีรดา จิมน้อย, พัฒนาวีไล อินใหม่, สิริินาฏ นิภาพร และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2555) ประสิทธิภาพผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในการรับ บริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าในโรงพยาบาลเอกชน, สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (อยู่ระหว่างรอตีพิมพ์)



ประสบการณ์ผู้ป่วยในการ
รับบริการในโรงพยาบาลเอกชน

5



5

ประสบการณ์ผู้ป่วยในการรับ บริการในโรงพยาบาลเอกชน

สุธีรดา จิมน้อย
พัฒนาวิไล อินใหม่
สิรินาฏ นิภาพร
สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ผู้มีสิทธิระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถรับบริการผ่าตัดแบบ
นัดหมายล่วงหน้า 77 รายการ ได้ที่โรงพยาบาลเอกชนที่สมัครเข้าร่วมโครงการและผ่าน
เกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 32 แห่ง โดยต้องมีการร่วมจ่ายค่าบริการส่วนเพิ่มที่เบิกไม่ได้
ซึ่งหัตถการหลักที่มีการใช้บริการครอบคลุมถึงร้อยละ 88 ของการให้บริการ ประกอบด้วย
บริการผ่าตัดต้อกระจก ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และผ่าตัดคลอด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์
เพื่อประเมินช่องทางการรับรู้สิทธิและการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน ภาระค่าใช้จ่าย
ที่เกิดขึ้น รวมทั้งความพึงพอใจต่อการได้รับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนเหล่านั้น การศึกษาใช้

การสำรวจแบบไปข้างหน้า โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติทางโทรศัพท์ด้วยแบบสอบถาม หลังจำหน่ายไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ ระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2555 โดยกลุ่มประชากร ที่ศึกษาคือกรณีผู้ป่วยผ่าตัดสามหัดตกลูกที่ใช้สิทธิในการรับบริการในโรงพยาบาลเอกชน ในช่วงเวลาของการสำรวจ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป และใช้สิทธิของบุตร ในการเบิก ซึ่งช่องทางหลักที่ผู้ป่วยและญาติรับทราบสิทธิในเรื่องนี้ คือ คำบอกกล่าวจาก แพทย์เจ้าของไข้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเดิมและผู้ป่วยรายใหม่ ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลรัฐและ เอกชน รองลงมาคือ การบอกเล่าของญาติหรือคนรู้จักในพื้นที่ และการประชาสัมพันธ์ของ โรงพยาบาล เหตุผลหลักที่เลือกมารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนหากไม่นับรวมกลุ่มผู้ป่วย ที่มาด้วยการตรวจคัดกรองในชุมชน คือ การไม่ต้องรอคิวการรักษาที่ยาวนาน ความสะดวก และแพทย์ที่รักษาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้น ส่วนใหญ่รับทราบภาระค่าใช้จ่าย ที่ต้องจ่ายก่อนตัดสินใจรับบริการ แต่ไม่ทราบว่าสามารถตรวจสอบระดับราคาเทียบกับ โรงพยาบาลแห่งอื่น พบว่ามีความแปรปรวนของค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มเป็นสิบเท่าในการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าของแต่ละโรงพยาบาล ทำให้กลุ่มนี้ส่วนใหญ่รายงานว่าค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็น ภาระแก่ครอบครัว แม้ไม่สามารถบอกได้ว่าถึงขั้นทำให้ครัวเรือนเป็นหนี้สินหรือล้มละลาย หรือไม่ แต่ก็ส่งผลให้ผู้ป่วยรายใหม่ส่วนหนึ่งไม่แนะนำให้ผู้อื่นมาใช้บริการในโรงพยาบาล เอกชนแห่งนั้นๆ อีก อย่างไรก็ตามแม้จะยังคงมีประเด็นเรื่องของภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับสูงและส่วนใหญ่ยังยินดี ที่จะแนะนำให้กับผู้อื่นมาใช้บริการต่อไป

คำสำคัญ : โรงพยาบาลเอกชน, สิทธิข้าราชการ, การผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า

Patient's experience in using private hospitals for elective surgery under the Civil Servant Medical Benefit Scheme

Sutheerada Chimnoi

Phatthanawilai Inmai

Sirinard Nipaporn

Samrit Srithamrongsawat

Health Insurance System Research Office,

Health Systems Research Institute

Abstract

The Civil Servant Medical Benefit Scheme has extended its' benefit by allowing beneficiaries to get elective surgery in accredited private hospitals with some cost sharing since May 2011. There are 77 available procedures in 32 private hospitals for this matter; however, three main procedures, intraocular lens replacement for cataract, knee replacement surgery, and cesarean section, accounted for 88 percent of all procedures. This study aimed to assess patients' experiences in getting elective surgery from private hospitals in terms of channels

of receiving information and access to private hospital, burden of expenditure, and their satisfaction. The study employed a telephone interview with patients or care givers, who received any of the three main procedures, within a week after being discharged from private hospital.

Results reveal that majority of users were those with age 60 and above and were parents of civil servants. Main channels of information about this benefit gotten by the patients included physician who provided care for them, message from friends or relatives, and public relation of private hospital. Apart from community screening for cataract, physician who works in both public and private hospitals was key actor bringing the patient to private hospital. Main reasons for getting care from private hospital include shorter queue, convenience in transportation, and following their preferred physician. Majority of them were informed about the payments prior to admission; however, most of them did not know that they could compare the price with that of other hospitals prior to making decision. It was found that the level of cost sharing for knee replacement surgery varied greatly, ten times, among private hospitals. This let some of them reporting incurred financial burden even though it was unclear whether it was catastrophic for them. However, this made some of them would not recommend the others to use private hospital. Despite the cost sharing, majority of them had high level of satisfaction in using private hospital and would recommend the others to use private hospital for elective surgery.

Keyword: Private Hospital, Civil Servant Medical Benefit Scheme, Elective Surgery

ภูมิหลังและเหตุผล

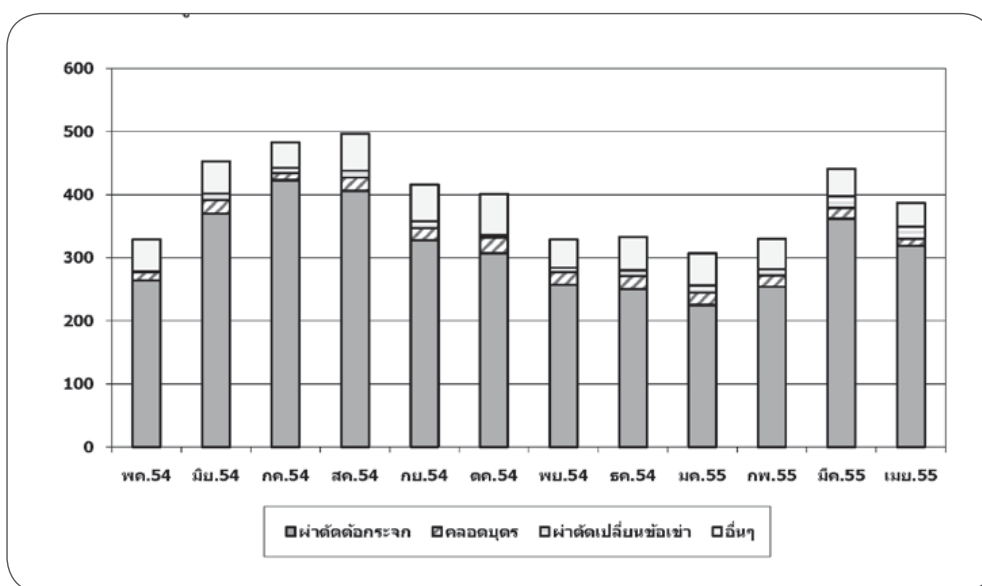
ในปี 2554 กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังได้ขยายสิทธิให้กับข้าราชการให้สามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ในกรณีโรคที่มีการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า (Elective surgery) ประกอบด้วย 77 หัตถการ¹ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มทางเลือกและการเข้าถึงบริการผ่าตัด รวมถึงลดระยะเวลาการรอคอย ในการผ่าตัดรายการที่กำหนด² ข้าราชการหรือบุคคลในครอบครัวที่ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ นอกเหนือจากการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ที่กรมบัญชีกลางจ่ายให้ เช่น ค่าแพทย์ ค่าบริการ ค่าห้อง เป็นต้น ซึ่งในอดีตผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการได้เฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐ ยกเว้นกรณีฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ จึงจะสามารถเข้ารับการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชนได้โดยต้องสำรองจ่ายค่ารักษายาบาลไปก่อนแต่เบิกคืนได้ไม่เกิน 3,000 บาท ในขณะที่ผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพภาครัฐอื่น เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมสามารถเข้ารับการรักษายาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญาได้

นโยบายนี้เริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2554 โดยมีโรงพยาบาลเอกชนที่สมัครเข้าร่วมโครงการและผ่านเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 32 แห่ง ซึ่งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามีผู้ป่วยมารับบริการรวม 4,706 ราย จากโรงพยาบาลจำนวน 26 แห่ง³ เฉลี่ยเดือนละ 400 คน โดยหัตถการ 3 อันดับแรกที่ผู้ป่วยใช้บริการสูงสุด คือ 1) ผ่าตัดต้อกระจก (cataract-Major lens procedures) จำนวน 3,765 ราย หรือร้อยละ 80 ของผู้รับบริการทั้งหมด 2) การคลอดบุตรโดยการผ่าคลอด (Caesarean delivery) จำนวน 218 ราย (ร้อยละ 4.6) และ 3) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Knee replacement) จำนวน 122 ราย (ร้อยละ 2.6) ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยบริการผ่าตัดต้อกระจกซึ่งมีมากที่สุดเกิดขึ้นในโรงพยาบาลหลักสองแห่งซึ่งเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายกันถึงร้อยละ 88 ซึ่งทั้งสองแห่งมีการออกคัดกรองผู้ป่วยต้อกระจกเชิงรุกในพื้นที่และรับส่งผู้ป่วยมาผ่าตัดที่โรงพยาบาล โดยมีการดำเนินการลักษณะนี้อยู่ก่อนแล้วภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การมีนโยบายดังกล่าวคาดหวังว่าผู้มีสิทธิภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลจะได้รับความสะดวกในการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้นไม่ต้องเสียเวลารอคิวผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐ ฟังพอใจมากขึ้น อย่างไรก็ตามก็มีความกังวลว่าอาจมีผลกระทบต่อครัวเรือนในด้านภาระค่าใช้จ่าย

เนื่องจากผู้ไปใช้สิทธิในโรงพยาบาลเอกชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายด้วย แม้จะมีระบบให้ผู้ป่วยได้รับทราบค่าใช้จ่ายล่วงหน้าแล้วก็ตาม รายงานฉบับนี้มุ่งประเมินนโยบายดังกล่าวในมุมมองของผู้รับบริการ โดยประเมินกระบวนการเข้าถึงสิทธิ การได้รับการคุ้มครองสิทธิ และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาล และการค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย เพื่อนำไปพัฒนาและปรับปรุงระบบในการขยายบริการหัตถการเพิ่มเติมและขยายการดำเนินงานไปยังโรงพยาบาลเอกชนอื่นต่อไป

ภาพที่ 1 จำนวนผู้รับบริการแบบนัดหมายล่วงหน้าในโรงพยาบาลเอกชนจำแนกตามประเภทหัตถการ



ที่มา: สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ ณ พฤษภาคม 2555

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสำรวจโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์แบบไปข้างหน้า (prospective telephone interview survey) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยหรือญาติสิทธิสวัสดิการโรงพยาบาลข้าราชการที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าในโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2555 ด้วย 3 กลุ่มโรคหลัก คือ การผ่าตัดต่อกระเจก การผ่าตัดท้องคลอด และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การคำนวณกลุ่มตัวอย่างพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยย้อนหลัง ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2554 - เมษายน 2555 ใช้วิธีหาสัดส่วนแบบ proportional to size จากจำนวนผู้ใช้บริการทั้งหมดซึ่งการคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของเครจซี่และมอร์แกน⁴ ที่ระดับความเชื่อมั่น 90% ดังนี้

$$n = \frac{Nk^2PQ}{k^2PQ + NE^2}$$

โดยที่ n: ขนาดตัวอย่าง, N: ขนาดประชากร, k: ค่าคงที่ของระดับความเชื่อมั่นที่ 1 - α (1.96), P: สัดส่วนของประชากรที่สนใจศึกษา (0.5), Q: 1 - P, และ E: ขนาดของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (10% หรือ 0.1) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อกระเจก 93 คน ผ่าตัดท้องคลอด 66 คน และผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า 51 คน รวมเป็นจำนวนตัวอย่างที่ต้องสำรวจ 210 คน ทั้งนี้ตัวอย่างของการสัมภาษณ์คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไม่เกิน 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ เพื่อป้องกันความไม่พอใจที่เกิดขึ้นเนื่องจากอาการแทรกซ้อนอื่นๆ

ในการสำรวจได้ขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งที่ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ในช่วงเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2555 ส่งรายชื่อผู้ป่วยพร้อมเบอร์โทรศัพท์ติดต่อและขออนุญาตผู้ป่วยหรือญาติในการติดต่อกลับเพื่อสอบถามข้อมูล ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกเดิมวางแผนว่าจะแบ่งสัดส่วนตัวอย่างตามสัดส่วนการให้บริการระหว่างโรงพยาบาลสองแห่งที่ให้บริการหลัก และกลุ่มโรงพยาบาลอื่นๆ ที่เหลือ อย่างไรก็ตามได้รับข้อมูลการผ่าตัดต่อกระเจกจากเฉพาะเครือโรงพยาบาลศุภมิตรในช่วงดังกล่าว จำนวนตัวอย่างในกลุ่มผ่าตัดต่อกระเจกจึงเป็นของเครือโรงพยาบาลศุภมิตรทั้งหมด โดยทางโรงพยาบาลส่งข้อมูล

ให้เดือนละสองครั้ง ซึ่งในการโทรศัพท์ติดต่อสัมภาษณ์จะเรียงลำดับตามวันที่รับบริการ
ล่าสุดไปจนไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดคือ 7 วันหลังจำหน่าย สำหรับกรณีของผ้าคลุมและผ้าตัด
ข้อเข้า เนื่องจากปริมาณผู้รับบริการมีไม่มากนักจึงทำการเก็บตัวอย่างทั้งหมดที่ได้รับจาก
โรงพยาบาล ในการโทรศัพท์ติดต่อหากวันแรกติดต่อไม่ได้จะติดต่อกลับไปในวันรุ่งขึ้น
โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถติดต่อได้ จำนวน 215 ราย จากทั้งหมด 248 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 87 ได้รับตัวอย่างผู้ป่วยผ้าตัดต่อกระดูกจำนวน 114 ราย ผ้าคลุมจำนวน 15 ราย
และผ้าข้อเข้าจำนวน 86 ราย โดยรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1 ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่
คือตัวผู้ป่วย (ร้อยละ 48) รองลงมาคือบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 43) เนื่องจากเบอร์ติดต่อที่
ได้รับเป็นของบุตร อีกทั้งผู้ป่วยอยู่ในช่วงของการพักฟื้น มีอายุมากไม่สะดวกในการให้ข้อมูล
ที่เหลือเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 4) และญาติ (ร้อยละ 5) เป็นผู้ให้ข้อมูล

ตารางที่ 1 จำนวนผู้รับบริการและจำนวนตัวอย่างในการสำรวจ

	ม.ย. 55	ก.ค. 55	ส.ค. 55	รวม
เครือโรงพยาบาลศุภมิตร				
• จำนวนโรงพยาบาลที่ให้ข้อมูล	2	2	1	
• จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง	83	74	52	209
• จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์	55	44	36	135
• จำนวนตัวอย่างที่เก็บได้	47	35	32	114
โรงพยาบาลอื่นๆ				
• จำนวนโรงพยาบาลที่ให้ข้อมูล	9	12	8	
• จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับแจ้ง	40	38	39	117
• จำนวนตัวอย่างที่เก็บได้	35	32	34	101

ในการวิเคราะห์แยกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่เครือโรงพยาบาลศุภมิตรและกลุ่มอื่นๆ ซึ่งในโรงพยาบาลกลุ่มหลังยังแยกกลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยเดิมของโรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้น และกลุ่มผู้ป่วยใหม่ เนื่องจากอาจมีผลต่อช่องทางการรับรู้สิทธิ เหตุผลที่เลือกบริการที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้น ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น รวมทั้งความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ผลการศึกษา

ตัวอย่างของการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58) และมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 85 และตัวอย่างที่ไปรับบริการในเครือโรงพยาบาลศุภมิตรเป็นผู้รับการผ่าตัดต่อกระดูกทั้งหมด ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดและส่วนใหญ่เป็นการใช้สิทธิของบุตร (ร้อยละ 75) ในขณะที่ตัวอย่างที่ไปรับบริการในโรงพยาบาลอื่นๆ ส่วนใหญ่คือประมาณครึ่งหนึ่งเป็นผู้ทรงสิทธิ (ตารางที่ 2) ทั้งนี้หัตถการที่ใช้หลักในเครือโรงพยาบาลศุภมิตร คือ การผ่าตัดต่อกระดูกทั้งหมด ส่วนหัตถการหลักที่ใช้ในโรงพยาบาลอื่นๆ ส่วนใหญ่คือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ทั้งนี้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยเก่าและใหม่ของโรงพยาบาลในสัดส่วนที่พอๆ กัน

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างจำแนกตามประเภทโรงพยาบาลและลักษณะผู้ป่วย

	เครือ โรงพยาบาล ศุภมิตร	โรงพยาบาลอื่นๆ		ภาพรวม
		ผู้ป่วยเก่า ของ รพ.	ผู้ป่วย รายใหม่	
จำนวนตัวอย่าง (คน)	114	54	47	215
• เพศหญิง (%)	59	54	57	58
• อายุเกิน 60 ปี (%)	100	70	66	85

	เครือ โรงพยาบาล ศุภมิตร	โรงพยาบาลอื่นๆ		ภาพรวม
		ผู้ป่วยเก่า ของรพ.	ผู้ป่วย รายใหม่	
การใช้สิทธิ				
• ผู้ป่วยเป็นเจ้าของสิทธิ (%)	17	50	47	32
• ใช้สิทธิของบุตร (%)	75	30	36	55
• ใช้สิทธิของคู่สมรส (%)	8	20	17	13
หัตถการที่ให้บริการ				
• ผ่าตัดต่อกระຈก (ราย)	114	-	-	114
• ผ่าคลอด (ราย)	-	8	7	15
• ผ่าเปลี่ยนข้อเข่า (ราย)	-	46	40	86

1. ช่องทางการรับรู้สิทธิและเหตุผลในการเลือกมาใช้บริการ

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการที่เครือโรงพยาบาลศุภมิตร มีช่องทางการรับรู้สิทธิจากหลายแหล่งด้วยกัน เช่น การประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลที่ให้บริการผ่าตัด สถานพยาบาลในพื้นที่ คำบอกเล่าของญาติหรือคนรู้จัก เป็นต้น

ประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าต้องผ่าตัดจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นซึ่งออกไปทำการตรวจคัดกรองในพื้นที่ ในขณะที่อีกประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าต้องผ่าตัดจากโรงพยาบาลรัฐมาก่อนแล้ว ซึ่งกำลังรอคิวผ่าตัดอยู่และได้รับข้อมูลทั้งจากแพทย์หรือคนรู้จักว่า เครือโรงพยาบาลศุภมิตรจะทำการรักษาให้กับผู้ป่วยโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ในกลุ่มนี้แพทย์ผู้ที่ทำการผ่าตัดและผู้วินิจฉัยเป็นคนละคนกัน สำหรับเหตุผลหลักที่ผู้ป่วยมารับบริการในเครือโรงพยาบาลศุภมิตรคือ การออกตรวจคัดกรองของโรงพยาบาลเป็นหลัก เหตุผลอื่นๆ เช่น ถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลรัฐ เดินทางสะดวก ไม่ต้องรอคิวนาน และที่สำคัญคือไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ตารางที่ 3 แสดงค่าร้อยละของช่องทางการรับรู้สิทธิและเหตุผลในการมาใช้บริการ

	เครือ โรงพยาบาล ศุภมิตร (n=114)	โรงพยาบาลอื่นๆ		ภาพรวม (N=215)
		ผู้ป่วยเก่า (n=54)	ผู้ป่วยใหม่ (n=47)	
ช่องทางในการทราบสิทธิประโยชน์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
การประชาสัมพันธ์ของ รพ.	22	31	43	18
จดหมายเวียนจากกรมบัญชีกลาง	-	2	-	0.4
แพทย์เจ้าของไข้	23	48	45	25
คำบอกเล่าจากญาติหรือคนรู้จัก	30	22	30	21
สถานพยาบาลในพื้นที่	25	-	2	10
อื่นๆ	28	44	34	25
โรงพยาบาลที่วินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัด				
รพ.เอกชนที่เข้ารับการผ่าตัด	51	69	36	52
รพ.รัฐ	49	22	51	43
รพ.เอกชนแห่งอื่น/คลินิก	-	9	13	1
แพทย์ที่ผ่าเป็นคนเดียวกับที่วินิจฉัย	11	82	83	4
เหตุผลที่มาใช้บริการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ไม่ต้องรอคิวนาน	19	69	85	46
โรงพยาบาลออกตรวจคัดกรอง	57	-	-	30
เดินทางสะดวก	18	56	21	28
แพทย์ประจำปฏิบัติงานที่นี่	3	17	53	17
ถูกส่งต่อจาก รพ.รัฐ	19	6	9	13
ค่าใช้จ่ายส่วนเกินไม่แพง/ฟรี	15	6	13	12
เป็นสถานพยาบาลที่มาประจำ	6	19	0	8

สำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ กรณีเป็นผู้ป่วยเก่าของโรงพยาบาลเอกชนอยู่แล้ว ส่วนใหญ่รับรู้สิทธิจากแพทย์เจ้าของไข้เป็นหลัก ถัดมารับรู้จากการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลนั้นๆ และการบอกเล่าของญาติหรือคนรู้จัก ขณะเดียวกันส่วนใหญ่ก็ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนนั้นๆ และเป็นแพทย์ท่านเดียวกับที่ทำการผ่าตัดให้ โดยเหตุผลหลักที่เลือกใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นๆ คือ ไม่ต้องรอคิวนาน เดินทางสะดวก รวมถึงเป็นสถานพยาบาลที่ใช้ประจำอยู่แล้วและแพทย์ประจำปฏิบัติงานที่นั่น

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ที่ใช้บริการในโรงพยาบาลกลุ่มอื่นๆ ส่วนใหญ่รับรู้สิทธิจากแพทย์เจ้าของไข้ รองลงมาคือการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล เช่น เว็บไซต์ หรือสื่อโฆษณาอื่น การบอกเล่าของผู้อื่น และกว่าครึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัดจากแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ ในขณะที่แพทย์ที่ให้การผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นคนเดียวกันกับผู้วินิจฉัย (ร้อยละ 83) บ่งชี้ว่าแพทย์ที่ให้การวินิจฉัยในโรงพยาบาลรัฐหรือที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกตามไปทำการผ่าตัดในโรงพยาบาลเอกชนที่ให้การรักษาคั้งนี้ เหตุผลหลักของผู้รับบริการกลุ่มนี้ที่เลือกไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนคือ ไม่ต้องรอคิวนาน และแพทย์ประจำทำงานอยู่ที่นี่ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

2. การรับรู้และการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่เครือข่ายโรงพยาบาลศุภมิตร ส่วนใหญ่ได้รับการแจ้งว่าไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา และเกือบทั้งหมดไม่ทราบและไม่มีการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายก่อนการตัดสินใจ สำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยทั้งกรณีเป็นผู้ป่วยเก่าของโรงพยาบาลนั้นอยู่แล้วและกรณีผู้ป่วยใหม่ต่างได้รับแจ้งภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเองก่อนรับบริการ ซึ่งเมื่อสอบถามถึงเรื่องของการตรวจสอบค่าใช้จ่ายก่อนเข้ารับบริการ ผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการรายเดิมของโรงพยาบาลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าสามารถตรวจสอบค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นจากโรงพยาบาลได้ รวมทั้งไม่ได้มีการเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งอื่น ในขณะที่ผู้รับบริการรายใหม่ของโรงพยาบาลกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 40-45 ทราบว่าสามารถตรวจสอบค่าใช้จ่ายก่อนเข้ารับการรักษาและมีการเปรียบเทียบค่าบริการกับโรงพยาบาลเอกชนแห่งอื่น (ตารางที่ 4) โดยข้อมูลจากผู้ป่วย

และญาติพบว่า กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เคยรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลรัฐมาก่อน ทำให้มีการตรวจสอบราคาของโรงพยาบาลเอกชนแห่งใหม่และโรงพยาบาลรัฐแห่งเดิมที่เคยทำการรักษาอยู่

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละการรับรู้ค่าใช้จ่าย

	เครือ โรงพยาบาล ศุภมิตร (n=114)	โรงพยาบาลอื่นๆ		ภาพรวม N=215
		ผู้ป่วยเก่า (n=54)	ผู้ป่วยใหม่ (n=47)	
รพ.แจ้งค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเอง				
แจ้ง	4	81	94	43
ไม่ได้แจ้งแต่จ่าย	-	19	6	8
ไม่ได้แจ้งและไม่ต้องจ่าย	13	-	-	4
แจ้งว่าไม่ต้องจ่าย	83	-	-	45
ทราบหรือไม่ในการตรวจสอบค่ารักษาก่อนตัดสินใจ				
ไม่ทราบ	97	78	55	83
มีการเปรียบเทียบราคากับ รพ.เอกชนแห่งอื่นหรือไม่				
ไม่มี	97	87	62	87

3. ภาระค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการในโรงพยาบาลเอกชน

เนื่องจากผู้ป่วยที่รับบริการผ่าตัดต้อกระจกในเครือโรงพยาบาลศุภมิตรไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มในการรับบริการ ดังนั้นในส่วนนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการที่โรงพยาบาลอื่นๆ เท่านั้นซึ่งมีเฉพาะการผ่าตัดต้อกระจกและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลเอกชนกลุ่มนี้แจ้งแก่ผู้ป่วยหรือญาติก่อนเข้ารับบริการเทียบกับเมื่อมีการจ่ายจริงพบว่าใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตามก็ดีผู้ป่วยรายเดิมของโรงพยาบาล

เอกชนมีสัดส่วนใกล้เคียงกับที่จ่ายจริงสูงกว่าข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (chi-square test) กล่าวคือ ร้อยละ 20 ของตัวอย่างในกลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มสูงกว่าที่ทางโรงพยาบาลแจ้งไว้ตอนแรก (ตารางที่ 5) ทั้งนี้เมื่อแจกแจงประเภทของหัตถการ พบว่าความแตกต่างเกิดขึ้นกับบริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเป็นหลัก กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าสูงกว่าของผู้ป่วยรายเดิมเกือบเท่าตัวไม่ว่าจะเป็นราคาที่แจ้งหรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (compare mean, t-test)

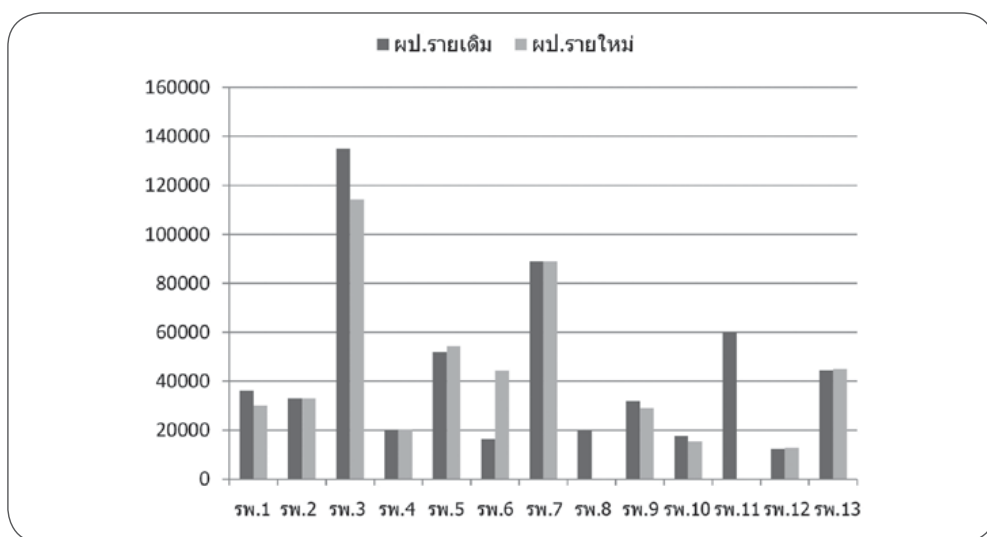
ตารางที่ 5 แสดงความเห็นจากภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกรณีผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายกลุ่ม
เครือโรงพยาบาลศุภมิตร

	ผู้ป่วยรายเดิม (N=54)	ผู้ป่วยรายใหม่ (N=47)	ภาพรวม (N=101)
ค่าใช้จ่ายใกล้เคียงตามที่แจ้งไว้ (%)	86**	69**	78
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ได้รับแจ้ง บาท (SD)			
• กรณีผ่าตัดตลอด	14,850 (4,667)	12,264 (4,534)	13,654 (4,635)
• กรณีผ่าตัดข้อเข่า	35,572** (26,764)	65,195** (42,215)	50,420 (37,790)
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่จ่ายจริง บาท (SD)			
• กรณีผ่าตัดตลอด	15,375 (4,565)	12,264 (4,534)	13,923 (4,670)
• กรณีผ่าตัดข้อเข่า	32,322** (25,771)	64,138** (47,159)	42,120 (40,334)

หมายเหตุ: ** แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อแจกแจงค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าของแต่ละโรงพยาบาล ในการให้บริการผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ พบว่า มีเพียงหนึ่งโรงพยาบาลเท่านั้นที่ผู้ป่วย รายใหม่จ่ายแพงกว่าผู้ป่วยรายเก่าอย่างชัดเจน ที่เหลือนอกนั้นไม่พบความแตกต่างของการ คิดราคาส่วนเพิ่มจากผู้ป่วยกรณีรายเดิมและรายใหม่ อย่างไรก็ตามอัตราส่วนต่างที่ผู้รับบริการ ต้องจ่ายของแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันมากเป็นสิบเท่าตั้งแต่ประมาณ 12,000 บาท ไปจนถึงประมาณ 120,000 บาท ทั้งนี้สาเหตุที่ทำให้ค่าเฉลี่ยของส่วนจ่ายเพิ่มของผู้ป่วย รายใหม่สูงกว่ารายเดิมเท่าตัวเนื่องจากการกระจายตัวของผู้รับบริการในโรงพยาบาล ไม่สม่ำเสมอ กล่าวคือ ผู้รับบริการรายใหม่ส่วนใหญ่ไปกระจุกอยู่ในโรงพยาบาลที่คิดส่วน เพิ่มสูงสุด (รพ.3) ในขณะที่ผู้รับบริการรายเดิมกระจุกในโรงพยาบาลที่เก็บส่วนเพิ่มอยู่ใน ระดับประมาณสามหมื่นบาท (รพ. 9) ดังแสดงในภาพที่ 2

ภาพที่ 2 ค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มเฉลี่ยของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจำแนกรายโรงพยาบาล



จน.พป.	สว. 1	สว. 2	สว. 3	สว. 4	สว. 5	สว. 6	สว. 7	สว. 8	สว. 9	สว. 10	สว. 11	สว. 12	สว. 13
รายเดิม	6	1	2	1	1	5	2	2	11	9	2	3	2
รายใหม่	1	1	15	1	3	5	2		2	6		5	1

สำหรับค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่เกิดขึ้นนั้น ประมาณหนึ่งในสามของผู้ไปรับบริการผ่าตัดคลอดและผ่าตัดข้อเข่า รายงานว่าเป็นภาระด้านการเงินแก่ครอบครัวโดยกรณีผ่าข้อเข่า รายงานว่าเป็นภาระสูงกว่ากรณีผ่าตัดคลอดเกือบเท่าตัว ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่าในการผ่าตัดแต่ละหัตถการพบว่าผู้ป่วยรายใหม่มีสัดส่วนรายงานว่าเป็นภาระในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ป่วยรายเดิมของโรงพยาบาลเกือบเท่าตัวไม่ว่าจะเป็นหัตถการผ่าตัดคลอดหรือผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบไม่พบความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละผู้ป่วยในโรงพยาบาลอื่นๆ ที่รายงานว่าค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มเป็นภาระ

	ผู้ป่วยรายเดิม (52)	ผู้ป่วยรายใหม่ (47)	รวม (99)
ผ่าตัดคลอด ⁺	13	29	20
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า [*]	27	45	36
รวม [#]	25	43	33

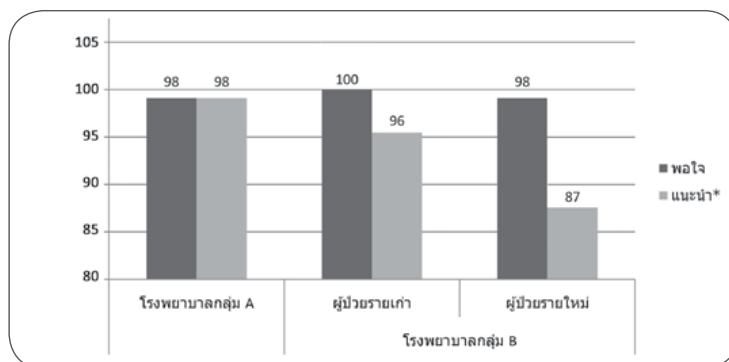
หมายเหตุ : Pearson Chi-square test ให้ค่า Asym Sig (2 sided) ⁺0.438, ^{*}0.09, [#]0.64

เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มของตัวอย่างที่รายงานว่าเป็นภาระ พบว่าค่าเฉลี่ยที่จ่าย 58,432 บาท ในขณะที่ผู้ที่รายงานว่าเป็นภาระ มีค่าเฉลี่ยที่ 31,257 บาท โดยกลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่าค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มเป็นภาระเกือบทั้งหมดเป็นกรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (ร้อยละ 90) และหนึ่งในสามเป็นผู้ที่รับบริการจากโรงพยาบาล 3

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อบริการที่ได้รับ

ผู้ป่วยที่รับบริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าในโรงพยาบาลเอกชนมีระดับความพอใจในระดับสูงและไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเมื่อจำแนกตามกลุ่มโรงพยาบาลหรือประเภทผู้ป่วย (ภาพที่ 3) ถึงแม้ว่าจะมีเสียงสะท้อนในเรื่องของภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นบ้าง แต่เมื่อสอบถามถึงเรื่องของความพึงพอใจต่อการได้รับบริการจากโรงพยาบาลเอกชน ทั้งสองกลุ่มจากผู้ป่วยและญาติ พบว่าผู้ป่วยและญาติทั้งรายเก่า รายใหม่ในทั้งสองกลุ่มโรงพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการได้รับบริการ เนื่องจากมีความพึงพอใจในการเข้ารับบริการทั้งในเรื่องของคุณภาพการรักษา ความสะดวกสบาย ความเอาใจใส่ของแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังชี้ให้เห็นถึงการบริการแบบ One stop service ของโรงพยาบาลเอกชน และเมื่อถามว่ายินดีที่จะแนะนำให้ผู้อื่นเข้ารับบริการต่อหรือไม่ พบว่าผู้ป่วยที่รับบริการในเครือโรงพยาบาลศุภมิตรและผู้ป่วยรายเก่าในโรงพยาบาลอื่นๆ ยินดีที่จะแนะนำผู้อื่นให้มาใช้บริการ แต่ทั้งนี้ในกลุ่มผู้รับบริการรายใหม่ของกลุ่มเครือโรงพยาบาลศุภมิตรร้อยละ 13 ไม่เห็นควรที่จะแนะนำให้ผู้อื่นมาใช้บริการต่อ เนื่องจากค่าบริการส่วนต่างที่ต้องแบกรับยังค่อนข้างสูง ซึ่งเมื่อทดสอบความแตกต่างในเรื่องนี้ระหว่างกลุ่มโรงพยาบาลและกลุ่มผู้ป่วยพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาพที่ 3 แสดงร้อยละความพึงพอใจในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนและการแนะนำคนรู้จักให้มาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนจำแนกตามกลุ่มโรงพยาบาลและประเภทผู้ป่วย



* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์ผลและข้อยุติ

ผู้ป่วยที่ไปรับบริการในเครือโรงพยาบาลศุภมิตร ซึ่งเกิดจากการตรวจคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนและเป็นกรณีผ่าตัดต่อกระดูกจึงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุเป็นหลัก และใช้สิทธิของบุตร ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลอื่นๆ ซึ่งเป็นกรณีผ่าตัดและผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจึงมีส่วนของผู้สูงอายุน้อยกว่าและใช้สิทธิของตนเองมากขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลอื่นๆ นั้น ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์เจ้าของไข้ทั้งจากแพทย์ที่ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นเอง และแพทย์ที่ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลรัฐ แสดงให้เห็นว่าการประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงที่จะทำให้ประชาชนทราบสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับยังคงน้อยอยู่ โดยเฉพาะแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐที่ปฏิบัติงานบางเวลาในโรงพยาบาลเอกชนจึงเป็นกลไกตลาดหลักที่สำคัญในการนำผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลเอกชนไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยรายใหม่หรือรายเก่าที่ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนอยู่แล้ว ดังจะเห็นได้จากเหตุผลที่นำผู้ป่วยรายใหม่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนคือแพทย์ประจำปฏิบัติงานอยู่ที่นั่น ขณะเดียวกันแพทย์ที่ทำการวินิจฉัยก็เป็นท่านเดียวกับแพทย์ที่ทำการผ่าตัดให้ นอกจากนั้นความสะดวกรวดเร็วไม่ต้องรอคอยคิวผ่าตัดที่ยาวนานในโรงพยาบาลรัฐ เป็นอีกปัจจัยหลักสำคัญที่นำผู้ป่วยให้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน

การที่ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบว่าสามารถตรวจสอบหรือเปรียบเทียบค่ารักษากับโรงพยาบาลแห่งอื่นได้ก่อนตัดสินใจเลือกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นๆ ทำให้ทางเลือกในการตัดสินใจมีน้อย บ่งชี้ว่ากลไกการให้ข้อมูลและคุ้มครองสิทธิแก่ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังทำบทบาทได้ไม่ดีนัก นอกจากนั้นการที่มีความแปรปรวนของส่วนเพิ่มที่ต้องจ่ายของโรงพยาบาลแต่ละแห่งซึ่งต่างกันเป็นสิบเท่า ยิ่งบ่งชี้ว่าจำเป็นต้องพัฒนาให้กลไกการให้ข้อมูลและคุ้มครองสิทธิในด้านนี้ให้เข้มแข็งขึ้น

แม้ค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มที่ทางโรงพยาบาลอื่นๆ แจกและเก็บจากผู้ป่วยรายใหม่ในกรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าสูงกว่าผู้ป่วยรายเดิมของโรงพยาบาลเกือบเท่าตัว (หกหมื่นกว่าบาทเทียบกับสามหมื่นกว่าบาท) แต่เมื่อดูข้อมูลรายโรงพยาบาลแล้ว พบว่าสาเหตุมาจากมีการกระดูกตัวของผู้ป่วยรายใหม่ในโรงพยาบาลที่เก็บส่วนเพิ่มในอัตราสูงสุดและในทางกลับกันกรณีของผู้ป่วยรายเดิมที่กระดูกตัวในโรงพยาบาลที่เก็บส่วนเพิ่มต่ำ ทั้งนี้มีเพียงโรงพยาบาลเอกชนหนึ่งแห่งเท่านั้นที่มีส่วนเพิ่มในอัตราที่ต่างกันระหว่างผู้ป่วยที่ใช้บริการประจำกับ

ผู้ป่วยที่เป็นชาจร ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นเห็นได้ว่ากลุ่มผู้รับบริการรายใหม่กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเกือบครึ่งหนึ่งรายงานว่ามีปัญหาภาระค่าใช้จ่ายกับครอบครัวในการไปรับบริการ และส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนหนึ่งไม่แนะนำให้ผู้อื่นมาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นอีก อย่างไรก็ตามระดับค่าใช้จ่ายดังกล่าวมีผลทำให้ครัวเรือนต้องประสบหนี้สินล้มละลาย ยากจนหรือไม่ ไม่สามารถตอบได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลรายได้ของครอบครัวผู้รับบริการ เป็นไปได้ว่าไม่ใช่ทุกรายที่รายงานว่าเป็นภาระจนถึงขนาดมีหนี้สินหรือล้มละลาย เนื่องจากทุกรายได้รับแจ้งถึงค่าใช้จ่ายส่วนนี้ก่อนตัดสินใจรับบริการอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากระดับรายจ่ายที่แตกต่างกันในกรณีผ่าตัดข้อเข่าของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว จึงเป็นประเด็นที่ทางกองทุนควรต้องวางมาตรการเพื่อการคุ้มครองแก่ผู้มีสิทธิ ส่วนใหญ่กลุ่มผู้รับบริการรายเดิมไม่พบปัญหาเรื่องของการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น เนื่องจากใช้บริการในโรงพยาบาลที่เก็บส่วนเพิ่มไม่สูงนัก และอาจคุ้นเคยกับระดับของรายจ่ายของโรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นมาก่อน

ถึงแม้ว่าจะมีประเด็นของค่าใช้จ่ายส่วนต่างที่อาจเป็นภาระ แต่เมื่อสอบถามถึงเรื่องของความพึงพอใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รวมทั้งญาติของผู้ป่วยมีความพึงพอใจเป็นอย่างมากในด้านการได้รับการบริการ การดูแลเอาใจใส่จากแพทย์ พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความสะอาดสวยงามของสถานที่ เช่นเดียวกับเรื่องของการแนะนำให้ญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นๆ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิชัย เอกพลากร ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล นางสาว จิราลักษณ์ นนทารักษ์ ที่ได้ช่วยชี้แนะและให้คำปรึกษา อีกทั้งนางสาวปิยะฉัตร สมทรง ที่ได้ลงพื้นที่ช่วยทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ตลอดจนขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานของโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 32 แห่ง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1 กรมบัญชีกลาง. 2011. [cited 2012 September 24]; Available from: URL:http://www.cgd.go.th/wps/wcm/connect/CGD+Internet/CGD+Internet/CGDInfo/Welfare/Interesting/Interesting_detail/8715
- 2 กรมบัญชีกลาง, การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนตามระบบ DRGs, 2554.
- 3 สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, นพคุณ ธรรมธัชอารี, พัทนี ธรรมวันนา และสุชีรดา จิมน้อย, ศักยภาพระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในการกำกับโรงพยาบาลเอกชน คู่สัญญา, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข (อยู่ระหว่างรอตีพิมพ์)
- 4 Krejcie, R. V., and Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Education and Psychological measurement. 607 - 610.





חכמה



ภาคผนวก

บัญชีรายการโรคและการรักษาพยาบาลที่ผู้มีสิทธิ สามารถขอใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเอง และบุคคลในครอบครัวจากทางราชการได้

การเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลของเอกชนตามบัญชีรายการโรคและ
การรักษาพยาบาลที่แนบท้ายนี้ จะต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด และจะต้องมีไต่กรณีนที่
ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) การผ่าตัด/หัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัยโรค
- 2) การผ่าตัด/หัตถการเพื่อการรักษาโรคมะเร็งหรือเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง
- 3) การผ่าตัด/หัตถการเพื่อการรักษากรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน
- 4) การผ่าตัด/หัตถการเพื่อการรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้
- 5) การผ่าตัด/หัตถการที่ไม่ชัดเจนว่า อาจเข้าข่ายเป็นกรณี 1-4 ได้

สรุปบัญชีรายการผ่าตัด/หัตถการ

กลุ่มโรค/การผ่าตัด	รายการหลัก	รายการย่อย
A. กลุ่มศัลยกรรมทั่วไป	9	20
B. กลุ่มออร์โธปิดิกส์	5	11
C. กลุ่มกุมารศัลยกรรม	8	9

กลุ่มโรค/การผ่าตัด	รายการหลัก	รายการย่อย
D. กลุ่มสูติ-นรีเวชกรรม	8	13
E. กลุ่มทางเดินปัสสาวะ	3	8
F. กลุ่มโสต ศอ นาสิก	4	5
G. กลุ่มจักษุ	4	5
H. กลุ่มหัวใจและหลอดเลือด	4	4
I. กลุ่มศัลยกรรมประสาท	1	1
J. กลุ่มอื่นๆ	1	1
รวม	47	77

รหัส	รายการ
A	กลุ่มศัลยกรรมทั่วไป
A01	การผ่าตัดนี้วทางเดินน้ำดี A011 การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้อง (Open Cholecystectomy) A012 การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบผ่านกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy) A013 การต่อเชื่อมถุงน้ำดีหรือท่อน้ำดีเข้ากับลำไส้ (Anastomosis of gallbladder or bile duct) A014 การผ่าสำรวจท่อน้ำดี (Explore CBD for relief obstruction) A015 การตัดถุงน้ำดีรวมกับการผ่าสำรวจท่อน้ำดี (Open Cholecystectomy + Explore CBD) A016 การตัดถุงน้ำดีรวมกับการต่อท่อน้ำดีเข้ากับลำไส้ (Open Cholecystectomy + Choledchoenterostomy) A017 การตัดถุงน้ำดีรวมกับการผ่าสำรวจท่อน้ำดีและการต่อท่อน้ำดีเข้ากับลำไส้ (Open Cholecystectomy + Explore CBD + Choledchoenterostomy)

รหัส	รายการ
A02	การผ่าตัดไส้เลื่อน (Herniorrhaphy) A021 การผ่าตัดไส้เลื่อนข้างเดียว (Unilateral Repair of Hernia) A022 การผ่าตัดไส้เลื่อน 2 ข้าง (Bilateral Repair of Hernia)
A03	A030 การผ่าตัดริดสีดวงทวาร (Hemorrhoidectomy)
A04	การผ่าตัดฝีคัณฑสูตร A041 การผ่าระบายหนอง (Drainage of perianal abscess) A042 การตัดโพรงฝีคัณฑสูตร (Anal Fistulotomy/Fistulectomy) A043 การตัดหูรูดทวารหนัก (Anal sphincterotomy)
A05	A050 การผ่าตัดถุงน้ำลูกอัณฑะ (Hydrocelectomy)
A06	A060 การผ่าตัดหลอดเลือดอัณฑะโป่งพอง (Varicocelectomy)
A07	A070 การผ่าตัดเส้นเลือดขา (Ligation and stripping of Varicose veins of legs)
A08	การผ่าตัดรักษาโรคแผลในกระเพาะ A081 การตัดเส้นประสาทเลี้ยงกระเพาะ (Selective/Truncal vagotomy) A082 การผ่าตัดหูรูดกระเพาะ (Pyloroplasty) A083 การตัดเส้นประสาทเลี้ยงกระเพาะร่วมกับการผ่าตัดหูรูดกระเพาะ (Selective/Truncal Vagotomy + Pyloroplasty)
A09	A090 การผ่าตัดปิดทวารเทียมที่ผนังหน้าท้อง (Colostomy Closure)
B	กลุ่มออร์โธปิดิกส์
B01	การผ่าตัดข้อเข่า B011 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Total knee Replacement) B012 การผ่าตัดกระดูกจัดแนวเข่าด้านบน (High tibial osteotomy) B013 การผ่าตัดแก้ไขข้อเข่าเทียม (Revision of Knee replacement)
B02	การผ่าตัดข้อสะโพก B021 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก (Total Hip Replacement) B022 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกบางส่วน (Partial Hip Replacement) B023 การผ่าตัดแก้ไขข้อสะโพกเทียม (Revision of Hip Replacement)
B03	B030 การผ่าตัดตรึงข้อเท้า (Arthrodesis of ankle joint)

รหัส	รายการ
B04	การผ่าตัดย้ายเส้นเอ็น B041 การผ่าตัดย้ายเส้นเอ็นที่แขน (Tendon transfer ; upper limb) B042 การผ่าตัดย้ายเส้นเอ็นที่ขา (Tendon transfer ; lower limb)
B05	การตัดขา, เท้า B051 การตัดขา (Amputation of Knee) B052 การตัดเท้า (Amputation of Foot)
C	กลุ่มกุมารศัลยกรรม
C01	C010 การผ่าตัดไส้เลื่อน (Herniorrhaphy, Herniotomy)
C02	C020 การผ่าตัดไส้เลื่อนที่สะดือ (Repair Umbilical Hernia)
C03	C030 การผ่าตัดซ่อมผนังหน้าท้อง (Repair of Abdominal wall ; Omphalocele/gastroschisis)
C04	C040 การผ่าตัดถุงน้ำลูกอัณฑะ (Hydrocelectomy)
C05	C050 การผ่าตัดอัณฑะค้าง (Surgery for undescended testis)
C06	การผ่าตัดลำไส้โป่งพองแต่กำเนิด (Hirschsprung's Disease) C061 การตัดชิ้นเนื้อลำไส้ตรงและสร้างทวารเทียมที่หน้าท้อง (Rectal Biopsy & Colostomy) C062 การต่อลำไส้ส่วนที่ปกติเข้ากับลำไส้ตรง (Pull Through operation)
C07	C070 การผ่าตัดท่อน้ำดีโป่งพอง (Choledochal cyst excision)
C08	การผ่าตัดลำไส้อุดตันแต่กำเนิด C081 การผ่าตัดหูรูดกระเพาะ (Pyloromyotomy)
D	กลุ่มสูติ-นรีเวชกรรม
D01	D010 การคลอดและการช่วยคลอด (Normal delivery, Vacuum/Forceps/Breech extraction) D011 การคลอดและการช่วยคลอด + การทำหมัน (Normal delivery, Vacuum/Forceps/Breech extraction+Tubal Resection/Tubal Ligation)

รหัส	รายการ
D02	D020 การผ่าตัดคลอด (Cesarean section) D021 การผ่าตัดคลอด + การทำหมัน (Cesarean section + Tubal Resection/ Tubal Ligation)
D03	D030 การผ่าตัดทำหมันหญิง (Tubal Resection, Tubal Ligation)
D04	การตัดมดลูกทางช่องคลอด D041 การตัดมดลูกทางช่องคลอด (Open Vaginal hysterectomy) D042 การตัดมดลูกทางช่องคลอดด้วยกล้อง (Laparoscopic Vaginal hysterectomy)
D05	การผ่าตัดเนื้องอกมดลูก D051 การตัดเนื้องอกมดลูกแบบเปิด (Open Myomectomy) D052 การตัดเนื้องอกมดลูกด้วยกล้อง (Laparoscopic Myomectomy)
D06	การผ่าตัดถุงน้ำรังไข่ D061 การผ่าตัดถุงน้ำรังไข่แบบเปิด (Open Ovarian Cystectomy) D062 การผ่าตัดถุงน้ำรังไข่ด้วยกล้อง (Laparoscopic Ovarian Cystectomy)
D98	D980 เด็กแรกเกิดจากมารดาที่คลอดในโครงการฯ (เด็กปกติ)
D99	D990 เด็กแรกเกิดจากมารดาที่คลอดในโครงการฯ (เด็กป่วย)
E	กลุ่มทางเดินปัสสาวะ
E01	การผ่าตัดนิ่วทางเดินปัสสาวะ E011 การผ่าตัดนิ่วไต (Nephrolithotomy) E012 การผ่าตัดขบนิ่วโดยเจาะผ่านผิวหนังและเนื้อไต (Percutaneous nephrolithotripsy; PCNL) E013 การผ่าตัดนิ่วกรวยไต (Pyelolithotomy) E014 การผ่าตัดนิ่วท่อไต (Ureterolithotomy) E015 การขบนิ่วกระเพาะปัสสาวะ (Cystolitholapexy) E016 การนำนิ่วท่อไต/กรวยไตออกจากท่อปัสสาวะด้วยกล้อง (Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis; URS)
E02	E020 การผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านกล้อง (TURP)

รหัส	รายการ
E03	E030 การผ่าตัดรูรั่วระหว่างช่องคลอดและกระเพาะปัสสาวะ (Repair vesico-vaginal fistula)
F	กลุ่มโสต ศอ นาสิก
F01	การผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่ F011 การผ่าตัดเพดานโหว่ (Cleft Palate repair) F012 การผ่าตัดปากแหว่ง (Cleft Lip repair)
F02	F020 การผ่าตัดซ่อมเยื่อแก้วหู (Tympanoplasty)
F03	F030 การผ่าตัดโพรงอากาศข้างจมูก (Caldwell luc operation)
F04	F040 การผ่าตัดโพรงอากาศกกหู (Mastoidectomy)
G	กลุ่มจักษุ
G01	การผ่าตัดต้อกระจก (Cataract Surgery) G011 การผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียง (Phacoemulsification and aspiration of cataract; PE) G012 การผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธีธรรมดา (Extracapsular cataract extraction ;ECCE)
G02	G020 การผ่าตัดต้อหิน (Glaucoma Surgery เช่น Trabeculectomy, Other scleral fistulizing procedure)
G03	G030 การผ่าตัดซ่อมจอประสาทตาลอก (Retinal detachment surgery เช่น PPV)
G04	G040 การผ่าตัดท่อน้ำตา (Dacryocystorhinstomy, DCR)
H	กลุ่มหัวใจและหลอดเลือด
H01	H010 การผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือดหัวใจ (CABG)
H02	H020 การผ่าตัดลิ้นหัวใจแบบเปิด (Open Heart Valvuloplasty, Replacement of heart valve)
H03	H030 การผ่าตัดเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดล้างไต (AV shunt, Graft)
H04	H040 การผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (Aneurysmorrhaphy)

รหัส	รายการ
I	(รหัสนี้ไม่ใช่กำหนดกลุ่มโรค)
J	กลุ่มศัลยกรรมประสาท
J01	J010 การผ่าตัดกลุ่มเส้นเลือดผิดปกติในสมอง (AVM Resection)
Z	กลุ่มอื่นๆ
Z01	Z010 การภาวะแทรกซ้อนโดยตรงจากการรักษาครั้งก่อน

รายชื่อสถานพยาบาลของเอกชน ที่ผ่านการส่งข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์

ลำดับ	วันที่ผ่าน	โรงพยาบาล	จังหวัด	ประกาศผล	เลขที่หนังสือ รับรอง
1	10 ม.ค. 54	ศรีสวรรค์	นครสวรรค์	14 ม.ค. 54	001/2554
2	11 ม.ค. 54	เกษมราษฎร์ รัตนานิเปศร์	นนทบุรี	14 ม.ค. 54	002/2554
3	13 ม.ค. 54	เกษมราษฎร์ ประชาชื่น	กรุงเทพ	14 ม.ค. 54	003/2554
4	14 ม.ค. 54	แมคคอร์มิค	เชียงใหม่	21 ม.ค. 54	004/2554
5	18 ม.ค. 54	เกษมราษฎร์ สุขาภิบาล3	กรุงเทพ	21 ม.ค. 54	005/2554
6	18 ม.ค. 54	ศุภมิตรเสนา	อยุธยา	21 ม.ค. 54	006/2554
7	20 ม.ค. 54	เกษมราษฎร์ บางแค	กรุงเทพ	21 ม.ค. 54	007/2554
8	20 ม.ค. 54	มงกุฎวัฒนะ	กรุงเทพ	21 ม.ค. 54	008/2554
9	20 ม.ค. 54	ศุภมิตร	สุพรรณบุรี	21 ม.ค. 54	009/2554
10	26 ม.ค. 54	พญาไท ศรีราชา	ชลบุรี	26 ม.ค. 54	010/2554
11	26 ม.ค. 54	เจ้าพระยา	กรุงเทพ	26 ม.ค. 54	011/2554
12	27 ม.ค. 54	ศรีวิชัย3	สมุทรสาคร	4 ก.พ. 54	012/2554
13	4 ก.พ. 54	ศรีวิชัย5	สมุทรสาคร	11 ก.พ. 54	013/2554
14	4 ก.พ. 54	สายไหม	กรุงเทพ	11 ก.พ. 54	014/2554
15	7 ก.พ. 54	ปัญญาเวช อินเตอร์	อุดรธานี	11 ก.พ. 54	015/2554
16	9 ก.พ. 54	ศรีวิชัย2	กรุงเทพ	11 ก.พ. 54	016/2554
17	10 ก.พ. 54	เทพากร	นครปฐม	11 ก.พ. 54	017/2554

ลำดับ	วันที่ผ่าน	โรงพยาบาล	จังหวัด	ประกาศผล	เลขที่หนังสือ รับรอง
18	11 ก.พ. 54	เอกชล2	ชลบุรี	17 ก.พ. 54	018/2554
19	22 ก.พ. 54	มเหล็กข์	กรุงเทพ	25 ก.พ. 54	019/2554
20	23 ก.พ. 54	ร่มฉัตร	นครสวรรค์	25 ก.พ. 54	020/2554
21	3 มี.ค. 54	เกษมราษฎร์ ศรีบุญรินทร์	เชียงราย	4 มี.ค. 54	022/2554
22	9 มี.ค. 54	เกษมราษฎร์ สระบุรี	สระบุรี	11 มี.ค. 54	023/2554
23	14 มี.ค. 54	ลานนา	เชียงใหม่	11 มี.ค. 54	024/2554
24	15 มี.ค. 54	รัตนเวช2	พิษณุโลก	18 มี.ค. 54	026/2554
25	16 มี.ค. 54	วิภาราม	กรุงเทพ	18 มี.ค. 54	027/2554
26	22 มี.ค. 54	เพชรเวช	กรุงเทพ	25 มี.ค. 54	028/2554
27	23 มี.ค. 54	มหาชัย	สมุทรสาคร	25 มี.ค. 54	030/2554
28	23 มี.ค. 54	พญาไท3	กรุงเทพ	25 มี.ค. 54	031/2554
29	28 มี.ค. 54	พญาไท2	กรุงเทพ	31 มี.ค. 54	032/2554
30	29 มี.ค. 54	นอร์ทอิสเทอร์น วัฒนา	อุดรธานี	31 มี.ค. 54	033/2554
31	30 มี.ค. 54	ปิยะเวช	กรุงเทพ	31 มี.ค. 54	034/2554
32	31 มี.ค. 54	ราชเวช เชียงใหม่	เชียงใหม่	31 มี.ค. 54	035/2554

รูปแบบแฟ้มเบิกค่ารักษาผู้ป่วยใน

CIPN claim เป็นแฟ้มข้อมูลการรักษาผู้ป่วยใน ที่สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพให้โรงพยาบาลเอกชนส่งข้อมูล เพื่อเบิกค่ารักษาจากกรมบัญชีกลาง ตามรูปแบบที่กำหนด โดย 1 แฟ้ม คือการ admission 1 ครั้ง โรงพยาบาลสามารถส่งได้วันละไม่เกิน 1 ครั้ง ไม่จำกัดจำนวนแฟ้ม ผู้ป่วยแต่ละราย สามารถส่งเบิกได้ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง ดังนี้

ส่วน	ขนาด (char)	คำอธิบาย	รูปแบบและข้อกำหนด
Hcode 5 รหัสสถานพยาบาลตามที่ สนย. กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	5	รหัสสถานพยาบาล	เลข 5 หลักของแต่ละสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้กับ สนย. กระทรวงสาธารณสุข
DocType	4	ประเภทเอกสาร	= CIPN ผู้ป่วยในร.พ.เอกชนสวัสดิการรักษายาบาลฯ
AN	9	เลขรับผู้ป่วยใน	เป็น identifier ที่ร.พ. ออกให้แต่ละ admission-ID นี้ต้องไม่ซ้ำกัน ถ้า AN มีขนาดน้อยกว่า 7 หลัก ควรเติมเลข 0 (ศูนย์) ไว้หน้าส่วนที่เป็นเลขอนุกรมจนได้ความยาวรวมเป็นอย่างน้อย 7 หลัก ตัวอย่างเช่น 11254 ปรับเป็น 0011254 53/101 ปรับเป็น 53/0101 53-1224 ไม่ต้องปรับแก้ กรณี AN มีขนาดมากกว่า 7 หลัก ให้ใช้ขนาดตามที่ใช้จริง

ส่วน	ขนาด (char)	คำอธิบาย	รูปแบบและข้อกำหนด
SubmDT	16	วันที่เวลาจัดทำ/ ส่งแฟ้ม	เป็นวันที่+เวลาที่จัดทำแฟ้ม CIPN claim และ • เป็นเวลา save แฟ้ม • ใช้แยกแยะ CIPN claim ของผู้ป่วยในรายเดียวกันว่าไม่ได้เป็น claim ที่ส่งซ้ำ แต่เป็น claim ที่ส่งต่างเวลากัน เช่น เป็น claim แก่ไขกรณีตรวจไม่ผ่าน Format เป็นตัวเลข 14 หลักของวันที่เวลาตามปฏิทินสากล เรียงตามปี, เดือน, วัน, ชั่วโมง, นาที, วินาที ดังนี้ YYYYMMDDHHMMSS YYYY ปีคริสต์ศักราช เป็นเลข 4 หลัก เช่น 2010, 2011 MM เดือน, 01-12 DD วันที่, 01-28, 01-29, 01-30, 01-31 HH ชั่วโมง, 00-23(23+1=00 ชั่วโมงของวันถัดไป) MM นาที, 00-59(59+1=00 นาทีของชั่วโมงถัดไป) SS วินาที, 00-59(59+1=00 ของนาทีถัดไป) MM,DD ที่มีค่า 1-9 ให้เติม 0 นำหน้าเป็น 2 หลัก HH, MM, SS ที่มีค่า 0-9 ให้เติม 0 นำหน้าเป็น 2 หลัก วัน 1 วันเริ่มตั้งแต่ 00:00:00 ถึง 23:59:59 1 วินาทีหลังเวลา 23:59:59 คือ 00:00:00 ของวันถัดไป
SubmType	3	รหัสประเภทการส่ง	ADJ = เพิ่มเติม, AUD = แก้ไข
.xml		File extension/ type	=.xml ระบุเนื้อหาเป็น text file ตามแบบ xml

ทุกแฟ้มประกอบด้วย ส่วนที่เป็น Header และ Body ส่วน Header คือส่วนที่บอกประเภทเอกสารผู้จัดทำ ส่วน Body เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลการรับไว้เป็นผู้ป่วยในการตรวจวินิจฉัย การรักษา รายละเอียดการรักษา การเบิกจ่ายค่ารักษาทั้งหมด

Header มีรายละเอียดดังนี้

Element	Definition	Specification
DocClass	หมวดเอกสาร	=IPClaim เป็นระบบเบิกผู้ป่วยใน
DocSysID	รหัสระบบเอกสาร	=CIPN สวัสดิการขรก.ผู้ป่วยใน สถานพยาบาลเอกชน
serviceEvent	หมวดการบริการ	=ADT admission, discharge transfer
authorID	รหัสผู้ทำเอกสาร	ID รพ.เป็นเลข 5 หลัก ได้จาก สนย. กระทรวงสาธารณสุข
authorName	ชื่อผู้ทำเอกสาร	ใช้ชื่อสถานพยาบาลที่ให้การรักษาและให้ข้อมูล
DocumentRef	รหัสอ้างอิงเอกสาร	ใช้ ID ที่ รพ. ออกเอง หรือ AN ผู้ป่วย, เป็น ID ที่ไม่ซ้ำกัน
effectiveTime	เวลาที่ออกเอกสาร	วันที่จัดทำเอกสารแล้วเสร็จ ระบุเป็นแบบ DT1 หรือ DT3

Body เป็นส่วนของข้อมูลการรับเป็นผู้ป่วยใน ประกอบด้วย 8 ส่วนย่อย ดังนี้

ClaimAuth	ข้อมูลการขออนุมัติเป็นผู้ป่วยในระบบเบิก
IPADT	ข้อมูลผู้ป่วย และ ID ต่างๆ วันรับ/จำหน่าย และที่เกี่ยวกับการรับเป็นผู้ป่วยใน
IPDxOp	การวินิจฉัยหัตถการและการผ่าตัด
Invoices	ค่ารักษาทุกรายการ
CIPNClaim	ส่วนค่ารักษานอก DRG ที่เบิกกับกรมบัญชีกลาง
CoInsurance	ส่วนที่จ่ายโดยการประกันอื่น
PatCopay	ส่วนที่ผู้ป่วยจ่าย
Referral	ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย (ยังไม่ใช้)

1. ClaimAuth : ข้อมูลเกี่ยวกับการขออนุมัติจากสถานพยาบาลเพื่อรับเป็นผู้ป่วยใน และเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลาง ในการขออนุมัตินี้ สถานพยาบาลจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย, ข้อบ่งชี้ของการรับไว้รักษา, ประมาณการค่ารักษาพยาบาลที่แจ้งแก่ผู้ป่วย ฯลฯ ลงในแบบใน computer ซึ่งเมื่อผ่านการตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วยแล้ว สถานพยาบาลจะได้รับเลขอ้างอิงการอนุมัติให้เบิกจ่ายในระบบนี้ ตอบกลับมาในแบบ และข้อมูลเหล่านี้จะถูกจัดเก็บไว้เป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ในเครื่องที่ติดต่อและส่งแบบขออนุมัติฯ เพื่อใช้อ้างอิงและยืนยันในขั้นตอนงานต่างๆ เช่น การเบิกจ่าย เป็นต้น

Element	Definition	Specification
AuthCode	รหัสตอบรับการขออนุมัติ	เป็นรหัสอ้างอิงที่ระบบขออนุมัติรับผู้ป่วยและเบิกค่ารักษาผู้ป่วยใน (Prior Admission Authorization หรือ PAA) ให้มา
AuthDT	วันเวลาที่ขออนุมัติ	เป็นวันที่และเวลาที่ทำการขอ PAA ตามที่ระบุในเอกสารตอบกลับจากระบบ PAA

2. IPADT : ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การรับ จำหน่าย การรักษาในโครงการพิเศษ ข้อมูลพิเศษ

F	FieldName	Type	Opt	Width	Format	Definition
1	AN	Char	N	9	ID1	AN (Admission Number)
2	HN	Char	N	9	ID1	HN (เลขประจำตัวผู้รับบริการ)
3	IDTYPE	Char	N	1		ประเภทบัตรใช้รหัสตามตารางที่ 23
4	PIDPAT	Char	N	13	ID2	เลขที่บัตรประชาชน/ปภส./ต่างด้าว/หนังสือเดินทาง/อื่นๆ

F	FieldName	Type	Opt	Width	Format	Definition
5	TITLE	Char	Y	10		คำนำหน้าชื่อ เช่น นาย, นาง, นส., ดช., ดญ.
6	NAMEPAT	Char	N	40		ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย
7	DOB	Date	N	8	DT1	วันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย
8	SEX	Char	N	1		เพศ 1 =ชาย, 2 = หญิง
9	MARRIAGE	Char	Y	1		สถานภาพการสมรสใช้รหัสตามตารางที่ 23
10	CHANGWAT	Char	Y	2		รหัสจังหวัดตามกระทรวงมหาดไทย
11	AMPHUR	Char	Y	2		รหัสอำเภอตามกระทรวงมหาดไทย
12	NATION	Char	Y	2		สัญชาติใช้รหัสตามตารางที่ 23
13	DATEADM	Date	N	8	DT1	วันที่รับไว้ใน รพ.
14	TIMEADM	Char	N	6	DT2	เวลาที่รับไว้ในรพ. บันทึกเป็น ชม. นาที
15	DATEDSC	Date	N	8	DT1	วันที่จำหน่าย
16	TIMEDSC	Char	N	6	DT2	เวลาที่จำหน่าย บันทึกเป็น ชม. นาที
17	LEAVEDAY	Num	Y	3	IN1	จำนวนรวมวันลากลับบ้าน หน่วยเป็น วัน
18	DCONFIRM	Char	Y	1		การยืนยันข้อมูล กรณี LOS > 180 วันหรือ < 6 ชม. Y = ยืนยัน N = ไม่ยืนยัน
19	DISCHS	Char	N	1		สถานภาพการจำหน่ายใช้รหัสตามตารางที่ 23

F	FieldName	Type	Opt	Width	Format	Definition
20	DISCHT	Char	N	1		ประเภทการจำหน่ายใช้รหัสตามตารางที่ 23
21	ADM_W	Char	Y	5	Wt1	น้ำหนักตัวในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หน่วยเป็น กก. (kg.) ต้องมีในกรณีเด็กแรกเกิด อายุ <28 วัน
22	DISCHWARD	Char	Y	4		หอผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย (ตามที่ รพ. กำหนด)
23	DEPT	Char	Y	2		แผนกที่รักษาผู้ป่วยเป็นหลัก ใช้รหัสตามตารางที่ 23
24	SVCTYPE	Char	N	2		รหัสระบุประเภทผู้ป่วยใน IP = ผู้ป่วยในปกติ
25	SVCCODE	Char	Y	6		รหัสระบุกลุ่มย่อยของ SVCTYPE
26	UBCLASS	Char	N	2		รหัสการมีสิทธิ์ต่างๆ สำหรับขรก. ที่เบิก กบก. ใช้รหัส 31
27	UCAREPLAN	Char	N	2		รหัสการใช้สิทธิ์สำหรับการใช้สิทธิ์ขรก. ที่เบิก กบก. ใช้รหัส 10
28	PROJCODE	Char	Y	6		รหัสโครงการพิเศษ
29	EVENTCODE	Char	Y	6		รหัสเหตุการณ์พิเศษ
30	USERCODE	Char	Y	6		รหัสบันทึกพิเศษ (สำหรับ รพ. ใช้)

3. IPDxOp : ข้อมูลการวินิจฉัยและหัตถการที่ผู้ป่วยได้รับใน admission

F	field name	type	opt	width	format	definition
1	AN	Char	N	9	ID1	AN
2	CLASS	Char	N	1		ประเภทของรหัสการวินิจฉัย/ หัตถการ D = รหัสการ วินิจฉัย P = รหัสหัตถการ
3	SUBCLASS	Char	N	1		ชนิดของรหัสการวินิจฉัย/ หัตถการ ใช้รหัสตามตาราง ที่ 17
4	CODE	Char	N	7	CD1/ CD2	รหัสการวินิจฉัยและสาเหตุ ภายนอก ใช้ ICD-10 หรือ ICD-10-TM รหัสหัตถการใช้ ICD-9-CM ตาม TDRG ที่ใช้
5	DR	Char	Y	10	DR1	แพทย์เจ้าของไข้ กรณีเป็น รหัสการวินิจฉัย หรือ แพทย์ผู้ทำหัตถการ กรณีเป็น รหัสหัตถการ
6	DATEIN	Date- Time	Y	15	DT3	วันเวลาที่เริ่มทำหัตถการ
7	DATEOUT	Date- Time	Y	15	DT3	วันเวลาที่หัตถการสิ้นสุด

4. Invoices : ข้อมูลรายละเอียดค่ารักษาทุกรายการ และข้อมูล Surcharge (ซึ่งไม่ได้เป็นรายละเอียดค่ารักษา) มี child element จำนวน 5 elements โดยมีรูปแบบและคำอธิบายเนื้อหาข้อมูลดังในตาราง child element ที่สำคัญคือ InvItems เป็นรายละเอียดค่าใช้จ่ายทุกรายการ รวมทั้ง Surcharge

Element	Definition	Specification
Invoice	ข้อมูลค่าใช้จ่ายแต่ละชุด	อาจมี 1 ชุด หรือมากกว่า ข้อมูลในแต่ละชุดต้องไม่ซ้ำกัน
InvNumber	เลข Invoice	เป็นตัวเลขหรือตัวอักษร ขนาด 9 ตัวอักษร ใช้ระบุ Invoice ชุดนั้นๆ โดยต้องไม่ซ้ำกับ invoice ชุดอื่นทั้งในผู้ป่วยรายเดียวกัน และผู้ป่วยรายอื่น
InvDT	วันเวลาที่ออก Invoice	
InvItems	รายละเอียดค่าใช้จ่ายทุกรายการ	เป็นข้อความ 1 บรรทัดต่อ 1 รายการและระบุจำนวนบรรทัดไว้ใน attribute Reccount ของ element นี้ด้วย
InvTotal	ค่าใช้จ่ายรวม	ผลรวมของค่าใช้จ่ายทุกรายการที่หักส่วนลดของรายการนั้นแล้ว
InvAddDiscount	ส่วนลดเพิ่มเติม	ส่วนลดเพิ่มเติมของ Invoice (นอกเหนือจากส่วนลดในแต่ละรายการ) ใส่เป็นค่าสัมบูรณ์

F	FieldName	Type	Opt	Width	Format	Definition
1	AN	Char	N	9	ID1	AN
2	SERVDATE	Date	N	8	DT1	วันที่ให้บริการ
3	BILLGROUP	Char	N	2		หมวดค่าใช้จ่ายตาม CSMBs ใช้รหัสตามตาราง 23
4	CSCODE	Char	Y	6		รหัสรายการตามประกาศกระทรวงการคลัง
5	CODE	Char	N	20		รหัสรายการค่าบริการของ รพ.
6	UNIT	Char	N	10		หน่วยนับของ CODE

F	FieldName	Type	Opt	Width	Format	Definition
7	QTY	Num	N	6		จำนวนหน่วยที่ใช้ของ CODE
8	RATE	Num	N	10	CR1	อัตรา (ต่อ UNIT) ตามราคาขายของ รพ.
9	REVRATE	Char	N	3		Revision ของการปรับปรุงราคาของ รพ.
10	AMOUNT	Num	N	10	CR1	จำนวนเงินรวม (QTY * RATE)
11	DISCOUNT	Num	Y	10	CR1	ส่วนลดจาก AMOUNT ใช้เครื่องหมายเหมือน AMOUNT

5. CIPNClaim : ข้อมูลรายการเบิกค่ารักษาส่วนนอก DRG คือ ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ซึ่งอยู่ในส่วนที่เบิกได้จากกรมบัญชีกลาง ข้อมูลส่วนนี้อยู่ใน element CIPClaim ซึ่งประกอบด้วย 5 child elements

Line	Definition	Specification
BF2	รายการเบิกส่วนนอก DRG	ข้อความ รายการละ 1 บรรทัด (อาจว่างได้)
BF3	รวมค่าห้องค่าอาหารส่วนที่เบิกได้	ผลรวมของค่าห้องค่าอาหารส่วนที่เบิกได้ตามอัตราของกระทรวงการคลัง (กค.)
BF4	รวมค่าห้องค่าอาหารส่วนที่เกินอัตรา กค.	ผลรวมของค่าห้องค่าอาหารส่วนที่เกินอัตรา กค.
BF5	รวมค่าอวัยวะเทียมฯ ส่วนที่เบิกได้	ผลรวมของค่าอวัยวะเทียมฯ ส่วนที่เบิกได้ตามอัตรา กค.
BF6	รวมค่าอวัยวะเทียมฯ ส่วนที่เกินอัตรา กค.	ผลรวมของค่าอวัยวะเทียมฯ ส่วนที่เกินอัตรา กค.

F	FieldName	Type	Opt	Width	Format	Definition
1	AN	Char	N	9	ID1	AN
2	BILLGROUP	Char	N	2		หมวดค่าใช้จ่ายตาม CSMBBS ใช้รหัสตามตาราง 23
3	CSCODE	Char	N	6		รหัสรายการ ตามประกาศกระทรวงการคลัง
4	CSQTY	Num	N	6		จำนวนหน่วยที่เบิก (หน่วยตามประกาศกระทรวงการคลัง)
5	CSRATE	Num	N	10	CR1	อัตราที่ให้เบิก ต่อหน่วยตามประกาศกระทรวงการคลัง
6	CSREVRATE	Char	N	3		Revision ของการปรับปรุงราคาตามที่ สกส. กำหนด
7	CLAIM	Num	N	10	CR1	รวมจำนวนเงินที่เบิก
8	AMOUNT	Num	N	10	CR1	จำนวนเงินรวมเมื่อคิดราคาตามอัตราของ รพ.
9	DISCOUNT	Num	Y	10	CR1	ส่วนลดจากAMOUNT ใช้เครื่องหมายเหมือน AMOUNT

6. ColInsurance : ข้อมูลการจ่ายโดยผู้ร่วมจ่ายอื่น ข้อมูลส่วนนี้อยู่ใน element ColInsurance ซึ่งประกอบด้วย child element Insurance จำนวน 1 element หรือมากกว่าในแต่ละ<Insurance> ยังประกอบจาก child element จำนวน 5 elements

Line	Definition	Specification
CI2	ประเภทผู้ร่วมจ่าย	รหัสประเภทผู้ร่วมจ่าย SSEC=ปกส. RTAA=ตามพรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ PRIV=ประกันสุขภาพเอกชน
CI3	รวมค่ารักษาทั้งหมด	ค่ารักษาทั้งหมดที่ได้รับจากผู้ร่วมจ่าย

Line	Definition	Specification
CI4	ค่าห้องค่าอาหาร	ค่ารักษาส่วนค่าห้องค่าอาหารที่ได้รับจากผู้ร่วมจ่าย (ถ้าแยกไม่ได้ใส่เป็น 0)
CI5	ค่าธรรมเนียมแพทย์	ค่ารักษาส่วนค่าธรรมเนียมแพทย์ที่ได้รับจากผู้ร่วมจ่าย (ถ้าแยกไม่ได้ใส่เป็น 0)
CI6	ค่ารักษาอื่นๆ	ค่ารักษาทั้งหมดที่ได้รับจากผู้ร่วมจ่าย หักด้วยค่าห้องค่าอาหาร และค่าธรรมเนียมแพทย์ (=CI3 - CI4 - CI5)

7. PatCoplay : ข้อมูลค่าใช้จ่ายที่เป็นส่วนเกินที่ผู้ป่วยจ่ายเอง หลังจากหักส่วนที่เบิกจากกรมบัญชีกลางและผู้ร่วมจ่ายอื่น (ถ้ามี) แล้ว ข้อมูลส่วนนี้อยู่ใน element PatCoplay ซึ่งประกอบด้วย child element จำนวน 5 elements

Line	Definition	Specification
PP1	ค่าห้องค่าอาหาร	ค่าห้องค่าอาหาร ส่วนที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง
PP2	ค่าอวัยวะเทียมฯ	ค่าอวัยวะเทียมฯ ส่วนที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง
PP3	ค่าธรรมเนียมแพทย์	ค่าธรรมเนียมแพทย์ ส่วนที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง
PP4	ค่าธรรมเนียมพิเศษ	ค่าธรรมเนียมพิเศษ (Surcharge) ส่วนที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง
PP5	ค่าใช้จ่ายนอกการรักษาพยาบาล	ค่าใช้จ่ายนอกการรักษาพยาบาล ส่วนที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง

8. Referral : รายละเอียดเกี่ยวกับการส่งต่อ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยใน จึงกำหนดไว้เพื่อความสมบูรณ์ยังไม่ใช้ในระยะเริ่มต้นนี้



“

ประเด็นที่น่าสนใจคือ โครงการนี้บรรลุเป้าประสงค์
เชิงนโยบายหรือไม่ การให้ผู้มีสิทธิกลับไปใช้บริการผู้ป่วยใน
ที่โรงพยาบาลเอกชนจะเกิดปัญหาซ้ำแบบเดิมอีกหรือไม่
มีการออกแบบระบบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดประวัติศาสตร์
ซ้ำรอยอย่างไร มีการแปลงนโยบายนี้ไปสู่การปฏิบัติอย่างไร
โรงพยาบาลเอกชนมีการตอบสนองต่อนโยบายนี้อย่างไร
รวมถึงผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบาย
ดังกล่าวทั้งต่อผู้มีสิทธิ ต่อโรงพยาบาลรัฐ
และต่อระบบการคลังมหภาคโดยรวม ”



เครือข่ายสนับสนุนวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

126/146 หมู่ 4 ชั้น 5 (อาคาร 10 ชั้น) สถาบันบำราศนราดูร

ช.ติวานนท์ 14 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง

จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ : 0 2965 9616

โทรสาร : 0 2965 9617 www.hisro.or.th

