

การติดตามประเมินผลโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค
จังหวัดเชียงใหม่ พิษณุโลก นครราชสีมา ศรีสะเกษ ปทุมธานี สระบุรี ภูเก็ต
และภาพรวมการข้ามเขตกับคุณภาพบริการของ 21 จังหวัดนำร่อง ปี 2544-2545 (ครึ่งปี)

รายงานวิจัยเล่มที่ 6
โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีที่หนึ่ง (2544-45)

รายงานฉบับสมบูรณ์ เล่มที่ 6

รายงานวิจัย

เรื่อง

การติดตามประเมินผล

โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกคน
จังหวัดเชียงใหม่ พิชณโลก นครราชสีมา ศรีสะเกษ ปทุมธานี สระบุรี ภูเก็ต
และภาพรวมการข้ามเขตกับคุณภาพบริการของ 21 จังหวัดนำร่อง
ปี 2544 - 2545 (ครึ่งปี)

โดย

รศ.ดร.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

โครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีที่หนึ่ง (2544-45)

The Monitoring and Evaluation of Universal Health Coverage in Thailand,

First Phase 2001/02

หัวหน้าโครงการ

ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง

ทีมวิจัย

ผศ.ดร.อัญชณา ณ ระนอง

รศ.ดร.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

ศรชัย เตரியมวรกุล

นิภา ศรีอนันต์

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

พฤศจิกายน 2545

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของคณะผู้วิจัย ซึ่งไม่จำเป็นต้องตรงกับ
ความเห็นของสถาบันต้นสังกัด และมีใช้ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

บทคัดย่อ

โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนโดยถ้วนหน้าในระยะยาว การทดลองนำร่องเริ่มในจังหวัดต่างๆ แตกต่างกัน เช่น ปทุมธานี นำร่องตั้งแต่ เมษายน 2544 เชียงใหม่ นครราชสีมา ศรีสะเกษ สระบุรี และภูเก็ต เริ่มมิถุนายน 2544 ส่วนพิษณุโลกเริ่มพร้อมกับจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศในเดือนตุลาคม 2544 การติดตามประเมินผลในรายงานฉบับนี้ เน้นที่ระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อการประเมินผลโครงการ โดยให้ความสำคัญกับข้อมูลที่บันทึกในระบบข้อมูลคอมพิวเตอร์เป็นหลัก ทั้งข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลการเงิน เสริมด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง

การประเมินผล พบว่า จังหวัดส่วนใหญ่ มีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบมาก่อนโครงการ จังหวัดที่เลือกวิธีบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แยกส่วนระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีแนวโน้มที่จะได้ข้อมูลการใช้บริการ(โดยเฉพาะบริการผู้ป่วยใน) ที่ครบถ้วนทั้งจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงใหม่มีการพัฒนาการรับข้อมูลจากทั้งสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชนอย่างชัดเจน โรงพยาบาลสระบุรี พัฒนาระบบข้อมูลในโรงพยาบาลและพยายามเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด รวมทั้งศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดพิษณุโลก สถาบันวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารในระดับศูนย์สุขภาพชุมชน โดยทั้งหมด มีแนวโน้มว่า จะสามารถนำมาประเมินภาพรวมของโครงการได้ แต่ยังไม่รวดเร็วนัก

การใช้ข้อมูลเพื่อบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับจังหวัด ยังเป็นไปเพื่อสนับสนุนการจ่ายเงิน จังหวัดที่บริหารจัดการงบประมาณแยกผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน จึงมีข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลอย่างครบถ้วน (เฉพาะที่ใช้บริการภายในจังหวัด) แต่จังหวัดที่บริหารจัดการงบประมาณรวมผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน ให้ความสำคัญกับข้อมูลเฉพาะกรณีส่งต่อผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงขาดภาพรวมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนทั้งจังหวัด โดยรวมแล้ว จังหวัดต่างๆ ยังไม่ได้ใช้ข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลจากระบบคอมพิวเตอร์เพื่อประเมินคุณภาพของบริการที่ให้กับประชาชน ข้อมูลการเงินของโครงการ มีเพียงโรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ที่จัดทำรายงานการเงินในระบบพึงรับพึงจ่าย แต่ยังไม่สามารถแสดงอัตราคืนทุนที่ได้จากแต่ละหลักประกันสุขภาพได้อย่างชัดเจน

เมื่อข้อมูลจากจังหวัดในเป้าหมายของการประเมินมีไม่ครบถ้วนนัก จึงใช้ฐานข้อมูลที่กว้างขึ้น คือ การรับบริการผู้ป่วยในตามแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน ของการประกันสุขภาพ จาก 21 จังหวัด เพื่อประเมินผลกระทบด้านคุณภาพบริการที่เกิดกับผู้ป่วย การวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า การข้ามเขตรับบริการของประชาชนมีมาก จังหวัดบริหารงบประมาณแยกผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน มีสัดส่วนการส่งต่อผู้ป่วยสูงขึ้นทั้งกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ส่วนภาพรวมของจังหวัดที่บริหารงบประมาณรวมผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน มีสัดส่วนการส่งต่อลดลง ผลกระทบที่เห็นชัดที่สุดคือกรณีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จังหวัดบริหารงบประมาณรวม มีแนวโน้มทำให้สัดส่วนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลมีมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการประเมินผลครั้งนี้ ได้แก่ การให้หน่วยงานซื้อบริการสุขภาพแทนประชาชน เห็นความสำคัญของระบบข้อมูลที่มีความเที่ยงตรง แม่นยำ และคำนึงถึงการประเมินเป้าหมายเชิงคุณภาพของระบบบริการการพัฒนานวัตกรรม เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วน

สารบัญ

หน้า

1. บทนำ	1
2. ระบบข้อมูลข่าวสาร	2
2.1 ระบบข้อมูลการออกบัตร.....	4
2.2 ต้นทุนการจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร	5
2.3 ข้อมูลต้นทุนและระบบบัญชี.....	6
2.4 ระบบบัญชีสะท้อนประสิทธิภาพ.....	6
3. ข้อตกลงการจัดสรรเงินและการตามจ่ายเงินกรณีส่งต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพ	7
3.1 ปริมาณกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูฯ รายโรงพยาบาล	8
3.1 บริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพใน 21 จังหวัด	12
4. อัตราการรับบริการ การข้ามเขต การส่งต่อ และคุณภาพบริการ	15
4.1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.....	15
4.2 การข้ามเขตและการส่งต่อผู้ป่วย.....	18
4.3 บริการผู้ป่วยในและการข้ามเขตรับบริการ	19
4.4 พฤติกรรมการส่งต่อผู้ป่วยกับการบริหารจัดการงบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	20
4.2 การส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมต่างๆ กับการบริหารจัดการงบประมาณ.....	25
5. ความเห็นจากประชาคมแพทย์	39
5.1 ความเห็นต่อข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยกับการบริหารงบประมาณในจังหวัด.....	39
5.2 ความเห็นต่อการบริหารจัดการงบประมาณรวมหรือแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน.....	41
5.3 สิ่งที่ไม่ได้คาดคิดจากการตัดสินใจงบประมาณรวมหรือแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน.....	43
5.4 การลาออกของแพทย์กับโครงการ 30 บาท.....	44
5.5 ผลกระทบต่อครัวเรือน	44
6. ผลกระทบต่อโครงการควบคุมโรคธาลัสซีเมีย	47
7. ผลการให้บริการที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	48
8. ผลกระทบของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคต่อการรับบริการ	51
9. สรุป	53

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อสนับสนุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระดับจังหวัด.....	4
ตารางที่ 2	รูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันถ้วนหน้าใน 7 จังหวัด	8
ตารางที่ 3	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคของโรงพยาบาลสันป่าตอง ปีงบประมาณ 2544.....	10
ตารางที่ 4	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคของโรงพยาบาลสระบุรี ปีงบประมาณ 2544.....	10
ตารางที่ 5	การให้บริการผู้ป่วยนอก และสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค พื้นฟูสุขภาพ 21 จังหวัด ปี 2544.....	13
ตารางที่ 6	ผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ใน 21 จังหวัด ก่อนและหลังโครงการฯ .	14
ตารางที่ 7	อัตราการให้บริการของประชาชนในเขต และจำนวนการส่งต่อ ผู้ป่วยนอกและใน 2544	16
ตารางที่ 8	ผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลมหาราช แยกตามแหล่งที่มาของผู้ป่วย ปี 2544	16
ตารางที่ 9	อัตราการรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสันป่าตอง ปี 2544	17
ตารางที่ 10	การเป็นผู้ป่วยใน และการข้ามเขตรับบริการผู้ป่วยใน นับตามผู้ป่วยและคะแนน DRG.....	18
ตารางที่ 11	การรักษาแบบผู้ป่วยในและการข้ามเขตรับบริการปี 2543-2545.....	20
ตารางที่ 12	สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อในจังหวัดบริหารงบประมาณรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ปี 2544	21
ตารางที่ 13	สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อในจังหวัดบริหารงบประมาณแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ปี 2544	22
ตารางที่ 14	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยส่งต่อ ก่อนและหลังโครงการฯ ปี 2544.....	23
ตารางที่ 15	ค่าวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยส่งต่อ ก่อนและหลังโครงการฯ ปี 2544	24
ตารางที่ 16	อัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลก่อนและหลังโครงการ 30 บาท ปี 2544	24
ตารางที่ 17	อัตราการส่งต่อผู้ป่วยประเภทรับเข้า ต่อ 100,000 ประชากร ปี 2544	25
ตารางที่ 18	สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อ และวันนอนเฉลี่ยของ DRG 39 CATARACT SURGERY	26
ตารางที่ 19	สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อและวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล DRG 70 OTITIS MEDIA AND URI AGE<17 YEAR.....	27
ตารางที่ 20	สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อและวันนอนเฉลี่ย DRG 91 SIMPLE PNEUMONIA AGE 0-17	28
ตารางที่ 21	สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อและวันนอนในโรงพยาบาล DRG 14 CVA	29
ตารางที่ 21 ก	สัดส่วนผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ที่ผ่านระบบส่งต่อ และสัดส่วนไส้ติ่งแตก.....	30
ตารางที่ 22	สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อ และวันนอนในโรงพยาบาล DRG 122 CIRCULATORY DISORDERS W AMI W/O MAJOR COMP DISCH ALIVE	32
ตารางที่ 22 ก	อัตราตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วย AMI จำแนกตามสิทธิการรักษา	33
ตารางที่ 23	สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อและวันนอนเฉลี่ย DRG 127 HEART FAILURE AND SHOCK.....	34

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 24	สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อและวันนอนเฉลี่ยของ DRG 211 HIP & FEMUR PROCEDURES EXCEPT MAJOR JOINT AGE >17 W/O CC	35
ตารางที่ 25	สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อและวันนอนโรงพยาบาล DRG 236 FRACTURES OF HIP & PELVIS	36
ตารางที่ 26	สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อและวันนอนในโรงพยาบาล DRG 134 HYPERTENSION	37
ตารางที่ 27	สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อและวันนอนโรงพยาบาล DRG 396 RED BLOOD CELL DISORDERS AGE 0-17.....	38
ตารางที่ 28	การสำรวจครัวเรือนในจังหวัดสุโขทัย สมุทรสาคร ภูเก็ต อุบลฯ เดือน พฤศจิกายน 2544	45
ตารางที่ 28ก	การสำรวจครัวเรือนในจังหวัดพิษณุโลก เดือน พฤษภาคม 2545	45
ตารางที่ 29	การเจ็บป่วยและใช้บริการตามชั้นรายได้ จากสำรวจครัวเรือนในจังหวัดสุโขทัย สมุทรสาคร ภูเก็ต อุบลฯ เดือน พฤศจิกายน 2544	46
ตารางที่ 30	รายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปี และต่อรายได้ครัวเรือน ตามชั้นรายได้ครัวเรือน กลุ่มบัตรทอง	46
ตารางที่ 31	ผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่มีอาการและเกิดใหม่แต่ละปี และจำนวนผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ จากการเกิด 1 ล้านคน	48
ตารางที่ 32	ผลงานการป้องกันโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มผู้ฝากครรภ์ที่ภาควิชาสูติศาสตร์	49
ตารางที่ 33	ปริมาณการตรวจ HPLC ยืนยันการวินิจฉัย	49
ตารางที่ 34	ผลงานบริการผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ณ ภาควิชากุมารเวชกรรม	50
ตารางที่ 35	อัตราค่าบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อปี ของผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดต่างๆ	50
ตารางที่ 36	ชนิดของบริการที่ให้ต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่รับบริการผู้ป่วยนอก	51
ตารางที่ 37	ปริมาณการตรวจเลือดด้วย HPLC จากเดือน พฤษภาคม 2544 ถึง มกราคม 2545.....	52
ตารางที่ 38	การบริการผู้ป่วยธาลัสซีเมียของแผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ปี 2544	52

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 1	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคของโรงพยาบาลสระบุรี ปีงบประมาณ 2544.....	11
รูปที่ 2	สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อ ก่อนและหลังโครงการฯ	22

1. บทนำ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นภารกิจระยะยาว ในระยะที่ประเทศไทยกำลังเริ่มสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การประเมินความเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำ เพื่อยืนยันความถูกต้องของนโยบาย หรือปรับทิศทางการบริหารงานให้เหมาะสม รายงานนี้เพื่อประเมินผลความสำเร็จของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้จังหวัดน่านร่องเป็นฐานของการประเมิน รายงานนี้ เน้นหนักประเด็นพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อประเมินความคืบหน้าของการสร้างหลักประกันถ้วนหน้า ทั้งด้านการจัดสรรเงินระหว่างสถานพยาบาล การติดตามกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การข้ามเขตรับบริการและการส่งต่อ ผลกระทบต่อการลาออกของแพทย์ ตลอดจนผลกระทบของการใช้บริการที่เกิดขึ้นในระดับครัวเรือน และระดับโรงพยาบาล (กรณีโรคเลือดที่เป็นโรคเรื้อรัง) เป้าหมายการประเมินครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มจังหวัดที่นำเสนอข้อมูลโดยละเอียด 7 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นครราชสีมา ศรีสะเกษ สระบุรี ปทุมธานี ภูเก็ต และพิษณุโลก (เพิ่มพิษณุโลก เพื่อให้เห็นภาพของจังหวัดที่เพิ่งเริ่มโครงการภายหลังที่สิ้นสุดการนำร่องในปี 2544 แล้ว) กลุ่มจังหวัดอีกระดับคือ ภาพรวมของ 21 จังหวัดที่นำร่อง¹สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544

รายงานวิจัยนี้ รวบรวมผลจากวิธีวิจัยหลายวิธีเพื่อตอบคำถามวิจัยแต่ละขั้นตอนของการดำเนินงานตามนโยบาย จนถึงผลกระทบระยะต้นของการดำเนินตามนโยบาย เริ่มต้นด้วยการประเมินระบบข้อมูลข่าวสารที่เปลี่ยนแปลงในระยะเริ่มโครงการ เพราะเห็นว่าระบบข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการเฝ้าติดตามประเมินความสำเร็จ หรืออุปสรรคของการดำเนินงาน จากนั้นจึงใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการประกันสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุข เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พันฟูสภาพ และรักษาพยาบาล ตลอดจนการข้ามเขตรับบริการ และการส่งต่อผู้ป่วย ว่า พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน และการให้บริการของสถานพยาบาลต่างๆมีความเปลี่ยนแปลงอย่างไร กรอบการประเมินส่วนนี้ เป็นการเปรียบเทียบระหว่าง ก่อนและหลังโครงการ (before and after) วิธีวิจัย คือการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูลในระดับจังหวัด และนำข้อมูลการประกันสุขภาพ (12 แฟ้ม) ในรูปอิเล็กทรอนิกส์ที่โรงพยาบาลรายงานให้สำนักงานประกันสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังโครงการ

เมื่อได้ผลวิเคราะห์เชิงปริมาณบางส่วน นำผลวิเคราะห์นั้นอภิปรายถกเถียงกับแพทย์และบุคลากรในจังหวัดต่างๆ ทั้งระดับสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลและสถานอนามัย โดยวิธีสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่ม เพื่อได้ความคิดเห็นเชิงคุณภาพ เสริมกับการวิเคราะห์เชิงปริมาณ กรอบแนวคิดส่วนนี้ เพื่อต้องการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล รวมทั้งการตีความของผู้เกี่ยวข้อง วิธีวิจัยส่วนนี้ จึงเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ

¹ 21 จังหวัดนำร่อง นอกจาก เชียงใหม่ นครราชสีมา ศรีสะเกษ สระบุรี ปทุมธานี และ ภูเก็ตแล้ว ได้แก่ พะเยาแพร่ สุโขทัย นครสวรรค์ ยโสธร อุบลราชธานี หนองบัวลำภู อำนาจเจริญ สุรินทร์ สระแก้ว นนทบุรี สมุทรสาคร เพชรบุรี ยะลา และนราธิวาส

เพื่อให้การประเมินผลการดำเนินงานครบวงจรถึงประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงนำเสนอผลกระทบของนโยบายในระดับครัวเรือน ซึ่งเป็นผลบางส่วนจากการสำรวจครัวเรือนใน 4 จังหวัดนำร่อง ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนของประชากรในแต่ละภาค กรอบแนวคิดการประเมินส่วนนี้ คือ ประชาชนได้รับประโยชน์จากนโยบายนี้เพียงใด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเจ็บป่วยต้องใช้บริการจากระบบบริการสุขภาพ ประชาชนในหลักประกัน 30 บาทรักษาทุกโรค มีความมั่นใจและใช้บริการตามสิทธิของตนเองมากน้อยเพียงใด เมื่อเทียบกับหลักประกันอื่น

ในส่วนสุดท้าย การประเมินผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นการนำเสนอกรณีตัวอย่าง ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับโครงการควบคุมโรคในลักษณะแนวดิ่ง ในพื้นที่ใช้ตัวแบบการควบคุมและรักษาโรคธาลัสซีเมีย กรอบแนวคิดการประเมินคือ เมื่อเปลี่ยนวิธีบริหารจัดการงบประมาณจะมีผลกระทบต่อการดำเนินการป้องกันโรคและรักษาพยาบาลกรณีต้นทุนสูงเพียงใด แหล่งข้อมูลได้จากโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งอยู่ในจังหวัดนำร่อง

2. ระบบข้อมูลข่าวสาร

การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารและบริการสุขภาพ มีมานานก่อนโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค แต่เป็นลักษณะกระจายกระจายตามความสนใจของผู้บริหารในแต่ละจังหวัด เมื่อรัฐประกาศนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ทำให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องทำหน้าที่เป็นแหล่งรวมและแหล่งใช้ข้อมูลมากขึ้น การปรับตัวของแต่ละจังหวัดมีลักษณะพิเศษ ขึ้นกับประวัติของการพัฒนาและทรัพยากรบุคคลที่ให้ความสนใจ เช่น

จังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ใช้โอกาสของนโยบายฯ พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่ตอบสนองต่อระบบงานในจังหวัดเชียงใหม่โดยเฉพาะ โปรแกรมการออกบัตรที่ส่วนกลางพัฒนามี 2 โปรแกรม (HIP และ UC²) ก็ได้รับการพัฒนาให้เป็นโปรแกรมเดียวใช้ในจังหวัด โปรแกรม Popwin ที่จังหวัดพัฒนามาตั้งแต่ 3 ปีก่อน เพื่อจัดการฐานข้อมูลประชากรและกิจกรรมสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมายอายุและเพศ ก็ได้รับการพัฒนาเพื่อรองรับการรายงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ของโปรแกรม Popwin คือการบันทึกบริการบนสถานพยาบาล ของสถานอนามัย นอกจากนี้ จังหวัดยังพิจารณาเพิ่มฐานข้อมูลแฟ้มที่ 13 เข้าไปในแฟ้มมาตรฐานข้อมูลประกันสุขภาพ 12 แฟ้มที่สำนักงานประกันสุขภาพให้ส่งรายงาน เพราะเห็นว่า ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอก ไม่ได้มีการบันทึก³ โรงพยาบาลหลายแห่ง ทั้งรัฐและเอกชน ส่งข้อมูลเข้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้แล้ว การรวบรวมปริมาณข้อมูลประชากรด้วยโปรแกรม Popwin มีข้อมูลกว่า 1.3 ล้านราย ส่วนข้อมูลการรับบริการ 13 แฟ้ม มีมากกว่า 6 แสนราย แต่ยังไม่ครบถ้วนหมดทุกสถานบริการคู่สัญญาหลัก น่าสังเกตว่า แม้จังหวัดเชียงใหม่จะเลือกรูปแบบวิธีจัดสรรเงินหลักประกันถ้วนหน้าด้วยการเหมาจ่ายรายหัวทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (inclusive capitation) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีความแน่วแน่ที่จะรวบรวมข้อมูลที่สำคัญทั้งหมด เพื่อใช้ในการกำกับและประเมินผล

² โปรแกรม HIP สำหรับออกบัตรโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และ UC ออกบัตรทองรายใหม่

³ ค่ารักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสามารถบันทึกในแฟ้ม 11 และ 12 ได้

ว่า โครงการสำเร็จผลมากน้อยเพียงใด สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักต้องส่งข้อมูลตามที่กำหนด มิฉะนั้นเงินจัดสรรในงวดต่อไปจะได้รับการจัดสรรช้ากว่าที่ควรจะเป็น

กรณีศึกษาของจังหวัดสระบุรี ซึ่งโรงพยาบาลสระบุรี พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารได้ดีกว่าโรงพยาบาลรัฐแห่งอื่นๆ ทั้งหมด โดยประเมินจากการเชื่อมโยงข้อมูลทั้งส่วนบริการผู้ป่วย (front office) และส่วนการบริหารจัดการ (back office) ได้ครบถ้วน และผลิต"ข่าวสาร"จากข้อมูลที่บันทึกไว้ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการ เมื่อทั้งจังหวัดเข้าสู่โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่มีกฎหมาย 2544 โรงพยาบาลสระบุรีและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) มีการประสานงานกันเป็นอย่างดี โรงพยาบาลสระบุรี จัดคอมพิวเตอร์ให้เป็น file server เพื่อเป็นสถานที่รวบรวมข้อมูลของทั้งจังหวัด

นอกจากนี้ โรงพยาบาลสระบุรี ยังลงทุนด้าน software โรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อสามารถบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มีมาตรฐานของข้อมูลอย่างเดียวกัน และสนับสนุนการจัดสรรเงินภายในเครือข่ายโดยเฉพาะงบประมาณผู้ป่วยในด้วยเกณฑ์ DRG ส่วนระบบคอมพิวเตอร์ที่ระดับสถานีอนามัย ใช้ software THO (ต้นแบบจากพิจิตร) เป็นมาตรฐานอย่างเดียวกัน

การที่จังหวัดเปลี่ยนการตัดสินใจจัดสรรเงินหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) จากเริ่มแรก จังหวัดต้องการแยกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในออกจากกัน (exclusive capitation) แต่เมื่อฟังการถ่ายทอดการชี้แจงนโยบายของรัฐมนตรีผ่านทางสัญญาณดาวเทียม ทำให้เปลี่ยนเป็นงบประมาณรวมทั้งผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน (inclusive capitation) ความสำคัญและเร่งด่วนของการพัฒนาระบบข้อมูลลดลงไปอย่างมาก จนบัดนี้ (กรกฎาคม 2545) จังหวัดสระบุรี ยังรวบรวมผลงานบริการผู้ป่วยใน (และผู้ป่วยนอก) ยังไม่ครบถ้วน จาก CUP ทุกแห่งของจังหวัด

โดยทั่วไป ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรมีให้ครบถ้วนทั้งระบบออกบัตร ระบบบริการผู้ป่วยนอก ระบบบริการผู้ป่วยใน ระบบติดตามบริการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบการเงิน ระบบงบประมาณและการจัดสรรเงิน ดังตารางที่ 1 ระบบบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เป็นสิ่งที่ได้พัฒนามาระยะหนึ่ง จนเป็นแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 12 แฟ้ม แต่ปัญหาที่พบคือ ไม่ได้บันทึกข้อมูล ณ จุดให้บริการ (ไม่ได้บันทึก real time) จึงมีปัญหาด้านความถูกต้องของข้อมูล ระบบออกบัตร การติดตามกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งระบบการเงิน เป็นระบบข้อมูลใหม่ที่เพิ่งได้รับความสนใจ

ตารางที่ 1 ระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อสนับสนุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระดับจังหวัด

	สสจ.	โรงพยาบาลจังหวัด	โรงพยาบาลชุมชน	สถานีอนามัย
ระบบออกบัตร	รับผิดชอบทั้งจังหวัด	รับผิดชอบเฉพาะประชากรใน CUP	รับผิดชอบเฉพาะประชากรใน CUP	รับผิดชอบเฉพาะประชากรใน PCU
ระบบบริการผู้ป่วยนอก	รวบรวม ประเมินผล	บันทึก ณ จุดให้บริการ ให้รหัสโรค	บันทึก ณ จุดให้บริการ ให้รหัสโรค	บันทึก ณ จุดให้บริการ ให้รหัสโรค
ระบบบริการผู้ป่วยใน	รวบรวม ประเมินผล	บันทึก ณ จุดให้บริการ ให้รหัสโรค	บันทึก ณ จุดให้บริการ ให้รหัสโรค	สถานีอนามัย ไม่มีบริการผู้ป่วยใน
ระบบติดตามการส่งเสริมสุขภาพ	รวบรวม ประเมินผล	บันทึก ณ จุดให้บริการ ให้รหัส	บันทึก ณ จุดให้บริการ ให้รหัส	บันทึก ณ จุดให้บริการ ให้รหัส
ระบบการเงิน งบประมาณ และการจัดสรรเงิน	เป็นจุดตัดสินใจบนฐานข้อมูล ส่งข้อมูลต่อเพื่อรับการจัดสรรเพิ่มตามหลักเกณฑ์	ระบบบัญชีเกณฑ์สิทธิ จัดสรรตามกองทุนย่อยเพื่อรู้อัตราค้ำหนุน	ระบบบัญชีเกณฑ์สิทธิ จัดสรรตามกองทุนย่อยเพื่อรู้อัตราค้ำหนุน	ระบบบัญชีเพื่อรับรู้ต้นทุน

2.1 ระบบข้อมูลการออกบัตร

ฐานข้อมูลการออกบัตร มีความสำคัญมากขึ้นในการบริหารจัดการโครงการ โดยเฉพาะการจัดสรรเงินจากส่วนกลางออกไปจังหวัดต่างๆ สำนักงานประกันสุขภาพพัฒนาโปรแกรมการออกบัตรสิทธิรายบุคคลตั้งแต่ครั้งเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (เรียกว่า HIP) ให้จังหวัดต่างๆ ส่งข้อมูล เมื่อมีโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ได้พัฒนาโปรแกรมออกบัตรรายบุคคลสำหรับโครงการนี้ขึ้นใหม่ (เรียกว่า UC) เพื่อพิมพ์บัตรทองให้แก่ประชาชนทุกคนของโครงการ ส่วน โปรแกรมเดิมก็ยังใช้อยู่ เพื่อพิมพ์บัตรทองที่มีอักษร “ท” นำหน้า เพื่อชี้ว่าผู้ถือบัตรกลุ่มนี้ได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมรับบริการ 30 บาท

ในระยะเริ่มโครงการ จังหวัดแจ้งว่า ส่วนกลางมีนโยบายให้รีบออกบัตรอย่างรวดเร็ว “อย่าให้เกิดปัญหา” ดังนั้น จังหวัดจึงนำฐานข้อมูลประชาชนในรูปอิเล็กทรอนิกส์จากกระทรวงมหาดไทย ที่กระทรวงสาธารณสุขแจกจ่าย ให้ CUP ดำเนินการออกบัตร แม้ CUP ต่างๆ จะมีการสำรวจบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม แต่ก็พบว่ามีการออกบัตรช้าขึ้น

ส่วนกลาง (สำนักงานประกันสุขภาพ) เป็นผู้ตัดสินใจขั้นสุดท้ายว่า ฐานประชาชนที่สมควรได้รับสิทธิบัตรทอง (ทั้งมี “ท” และไม่มี) เป็นจำนวนเท่าไร (ตรวจความซ้ำซ้อน) เพราะจังหวัดมีแรงจูงใจที่จะออกบัตรให้มากที่สุด นอกจากนั้น สำนักงานประกันสุขภาพ ยังมีข้อมูลเพิ่มเติมในภายหลัง คือได้ฐานข้อมูลข้าราชการรายบุคคล จากกบข. และผู้ประกันตนรายบุคคลจากสำนักงานประกันสังคม เมื่อตัดสิทธิซ้ำซ้อนแล้ว พบว่า การออกบัตรเกินของแต่ละจังหวัดมีมากถึง 10-20% อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากประชาชน ในการทำกลุ่ม focus group discussion พบว่า

“ผมเป็นข้าราชการบำนาญ ลูกสาวผมอายุ 30 ปี ไม่ได้เป็นข้าราชการ และไม่มีสิทธิข้าราชการของผม เพราะอายุเกินแล้ว ทำไมมารีบับตร 30 บาทคืนไป” (จังหวัดเชียงใหม่)

การแก้ปัญหา การเรียกบัตรคืนของจังหวัดเชียงใหม่อย่างเป็นระบบ กล่าวคือ เมื่อส่วนกลางแจ้งว่ามีรายชื่อกับที่ต้องเรียกบัตรคืน 5-6 หมื่นราย จังหวัดได้จัดทำแบบฟอร์มยืนยันการขอมีบัตร 7,481 รายโดยให้ผู้ขอมีบัตรลงนามและตรวจสอบเป็นลำดับ ส่งพร้อมหลักฐานถึงสำนักงานประกันสุขภาพ แต่ยังไม่ได้อำนาจจี้จากส่วนกลางอีกครั้ง

จังหวัดอื่นๆ ให้ข้อมูลว่า ทำการรับรองสิทธิของประชาชนที่ถูกปฏิเสธจากส่วนกลางเช่นเดียวกัน แต่ผลของการรับรองไม่เป็นที่แน่ชัดว่า จะได้รับงบประมาณสนับสนุนทั้งหมดหรือไม่ แต่การที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องทำหน้าที่รับรองสิทธิ จังหวัดเห็นว่า เป็นการเพิ่มภาระขึ้นจากเดิมโดยไม่จำเป็น

การปรับปรุงยอดผู้มีบัตรให้เป็นปัจจุบันมีภาระอย่างมาก focus group discussion ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สถานอนามัย กล่าวว่า ต้องทำหน้าที่เหมือนเจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรในการเพิ่มชื่อเมื่อมีการเกิด หรือการย้ายเข้า และลดชื่อเมื่อมีการตายหรือย้ายออก สำหรับที่จังหวัดเชียงใหม่ยืนยันระบบการปรับปรุงยอดผู้มีบัตรให้เป็นปัจจุบันทุกเดือน โดยแจ้งกลับไปสถานพยาบาลทุกแห่ง

โดยสรุป ฐานข้อมูลการออกบัตรยังไม่ได้นำมาใช้ในการจัดบริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกอย่างเต็มที่ รวมทั้งส่วนกลางก็ไม่ได้คิดถึงว่า จะนำมาใช้ในการจัดสรรงบประมาณ contingency fund สำหรับจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุ หรือเด็กต่ำกว่า 1 ปีที่มากกว่าจังหวัดอื่นอย่างไร การที่ข้อมูลผู้มีสิทธิกระจายทั้งในโปรแกรม HIP และ UC เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่จังหวัดต่างๆ ยังไม่ได้นำมารวมกันเพื่อนำไปใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่

2.2 ต้นทุนการจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร

กรณีตัวอย่างจังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลสระบุรีลงทุนด้านระบบคอมพิวเตอร์ก่อนโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค นับเป็นเวลากว่า 10 ปี ใช้ต้นทุนลงทุนกว่า 30 ล้านบาท พร้อมรับสถานการณ์ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

เมื่อมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โรงพยาบาลสระบุรีลงทุนซื้อ software ประมาณ 3 แสนบาทให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งได้ใช้ ส่วนการลงทุนด้าน hardware ให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งจัดหาแหล่งเงินเอง

จังหวัดส่วนใหญ่มักให้ข้อมูลว่า การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้วยคอมพิวเตอร์เป็นสิ่งที่ทำอยู่แล้ว การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นส่วนที่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย เช่น จังหวัดภูเก็ต มีเจ้าหน้าที่รับข้อมูลการให้บริการตามแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 12 แฟ้มที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพียงคนเดียว การจัดสรรเงินด้วยเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สามารถกระทำได้ภายในเวลา 2-3 ชั่วโมง ถ้าข้อมูลจากโรงพยาบาลต่างๆ ส่งมาเรียบร้อย เพราะมีโรงพยาบาลเพียง 3 แห่งเท่านั้น

2.3 ข้อมูลต้นทุนและระบบบัญชี

การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยครอบคลุมทั้งจังหวัด ตั้งแต่สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ มีเพียงในโครงการ SIP คือ ปทุมธานี ยโสธร พะเยา นครสวรรค์ ยะลา สมุทรสาคร ส่วนการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์มีบ้างประปราย โรงพยาบาลพุทธชินราช มีผลการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยสำหรับปี 2539 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีผลการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยสำหรับปี 2543 หลังจากนั้น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้จัดทำแผ่น CD บรรจุวิธีการศึกษาต้นทุนต่อหน่วย แจกแก่สถานพยาบาลต่างๆ ในปี 2544 ดังนั้น การหวังผลการศึกษาต้นทุนของโรงพยาบาลต้องรอหลังสิ้นปีงบประมาณเป็นระยะเวลาหนึ่ง โรงพยาบาลสระบุรี แม้จะมีข้อมูลต่างๆ ในระบบคอมพิวเตอร์อย่างสมบูรณ์ ยังไม่ได้จัดทำบัญชีต้นทุนของหน่วยต้นทุนอย่างเป็นระบบ แต่สามารถดำเนินการต่อไปได้โดยไม่ต้องสิ้นเปลืองกำลังแรงงานในการเก็บข้อมูล

ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาต้นทุนต่อหน่วย ยังคงค่อนข้างจำกัด จังหวัดยโสธร ซึ่งอยู่ในโครงการ SIP และโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ใช้ข้อมูลต่อหน่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยนอก เป็นฐานคะแนนในการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยนอก ซึ่งต่อมาใช้ในกรณีผู้ป่วยส่งต่อ

การปรับระบบบัญชีให้สามารถหาต้นทุนต่อหน่วยได้ เป็นความพยายามที่ต้องดำเนินการต่อไป แต่การที่ข้อมูลต่างๆ ยังกระจัดกระจาย ไม่เชื่อมต่อกับระบบคอมพิวเตอร์ จะเกิดผลกระทบถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูล การได้ข้อมูลอย่างละเอียดและใช้ระบบคอมพิวเตอร์เชื่อมโยง ก็จะทำให้เกิดผลกระทบถึง ต้นทุนในการเก็บข้อมูลเพิ่มขึ้น ประโยชน์ที่จะได้จากระบบข้อมูลต้นทุนที่ดีขึ้น ลดต้นทุนที่มากขึ้น จะคุ้มหรือไม่ ประโยชน์ที่จะเกิดกับโรงพยาบาล/สถานพยาบาล หรือสำนักงานผู้ให้บริการ (สสจ.) จะต้องมากขึ้นกว่าปัจจุบัน และจะทำได้อย่างไร

2.4 ระบบบัญชีสะท้อนประสิทธิภาพ

ระบบบัญชีของโรงพยาบาลรัฐ ที่ใช้กันในปัจจุบัน เป็นระบบบัญชีกระแสเงินสด (cash account) ไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง แม้แต่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ที่มีแผนการเป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐในไม่ช้านี้ ยังอยู่ในระยะเตรียมการเปลี่ยนระบบบัญชี ข้อจำกัดของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คือ ความซับซ้อนของโรงพยาบาลที่มีภารกิจหลายประการ ทั้งการบริการ การเรียนการสอน และการวิจัย

ระบบบัญชีของโรงพยาบาลสระบุรี สามารถออกรายงาน บัญชีงบดุล ตามหลักการของบัญชีเกณฑ์สิทธิ (accrual basis) ได้อย่างรวดเร็ว (ภายในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2544 สามารถปิดบัญชีของปีงบประมาณ 2544 ได้)

แต่จากการตรวจสอบอย่างคร่าวๆ ของนักตรวจบัญชีรับใบอนุญาต มีข้อสังเกตเบื้องต้นดังต่อไปนี้

บัญชีลูกหนี้ และการตัดหนี้สูญ ยังไม่สะท้อนความจริง โดยเฉพาะหนี้สูญที่หมายถึง การไม่สามารถเก็บเงินผู้ป่วยที่รับการสงเคราะห์ หรือผู้ป่วยสปร.แต่ได้รับงบประมาณที่ต่ำกว่ารายจ่าย มีการสะสมมาหลายปี การนำหนี้สูญ

สะสมมาตัดยอดในปี 2544 เพียงปีเดียว จึงทำให้ผลประกอบการในปี 2544 ติดลบ ต้องดำเนินการข้อมูลส่วนนี้ให้ถูกต้อง

ระบบการควบคุมภายใน การตรวจสอบจากข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ กับเอกสารการเบิกจ่ายพัสดุ การจ่ายเงินงบประมาณ ใบเสร็จรับเงินจากการให้บริการ ฯลฯ ยังไม่ชัดเจน สมควรสร้างระบบสอบย้อนที่สามารถดำเนินการเป็นรายวัน เพื่อความแม่นยำของข้อมูล

การวิจัยและพัฒนาเพื่อเปลี่ยนระบบบัญชีเงินสด เป็นเกณฑ์พึงรับพึงจ่าย โดยไม่ต้องพึ่งระบบคอมพิวเตอร์ ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนตุลาคม 2544-มิถุนายน 2545 พบปัญหาอุปสรรคหลายประการ ปัญหาหลักได้แก่ ความเข้าใจต่อระบบบัญชีเกณฑ์พึงรับพึงจ่ายของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และปริมาณงานที่ต้องแยกแยะข้อมูล ทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานดังกล่าว

3. ข้อตกลงการจัดสรรเงินและการตามจ่ายเงินกรณีส่งต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพ

การคิดรูปแบบการจัดสรรเงินภายในจังหวัด เป็นเอกลักษณ์ที่แต่ละจังหวัดสามารถเลือกได้ ตารางที่ 2 แสดงรูปแบบของการจัดสรรเงินภายในจังหวัด เริ่มจากการตัดเงินค่าแรงจากเงินเหมาจ่ายรายหัวเพื่อให้สถานพยาบาลรู้ว่าต้องลดจำนวนคนมากน้อยเพียงใด จังหวัดส่วนใหญ่เลือกการตัดค่าแรงที่ระดับจังหวัด คือ เฉลี่ยภาระระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับในจังหวัด มีเพียง 2 จังหวัดที่เลือกการตัดค่าแรงที่ระดับเครือข่าย หรือที่ระดับคู่สัญญาหลัก คือ พิษณุโลก และสระบุรี

รูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณ มีทางเลือก 2 ทางคือ จัดสรรให้คู่สัญญาหลักเป็นงบเหมาจ่ายรวมทั้งงบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (รูปแบบงบเหมาจ่ายของประกันสังคม) กับการแยกบริหารงบผู้ป่วยนอกและงบผู้ป่วยในออกจากกัน 3 จังหวัดเลือกวิธีแรกได้แก่ เชียงใหม่ พิษณุโลก และสระบุรี ที่เหลือ 4 จังหวัดเลือกบริหารงบแยกผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน ซึ่ง 3 ใน 4 แบ่งสัดส่วนระหว่างงบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในตามการเสนอของงบประมาณ คือ 574 และ 303 บาทตามลำดับ ยกเว้น ปทุมธานีที่ปรับสัดส่วนให้ผู้ป่วยในเพิ่มมากกว่าผู้ป่วยนอก ใกล้เคียงกับสัดส่วนที่เคยใช้ในโครงการ SIP

ตารางที่ 2 รูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันถ้วนหน้าใน 7 จังหวัด

	ประชากร บัตรทอง	ตัดค่าแรง	รูปแบบ	นอก	ใน	บาท/คะแนน	
						รพช.	รพท./ศ.
เชียงใหม่	1,098,434	จังหวัด	รวม นอก-ใน			4,000	10,000
พิษณุโลก	491,412	เครือข่าย	รวม นอก-ใน			10,000	10,000
นครราชสีมา	1,590,780	จังหวัด	แยก นอก-ใน	574	303	2,963	7,140
ศรีสะเกษ	1,138,435	จังหวัด	แยก นอก-ใน	574	303	เท่ากัน	เท่ากัน
สระบุรี	372,064	เครือข่าย	รวม นอก-ใน			10,000	10,000
ปทุมธานี	424,218	จังหวัด	แยก นอก-ใน	395	482	10,000	10,000
ภูเก็ต	134,643	จังหวัด	แยก นอก-ใน	574	303	3,000	3,000

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับการจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยในด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม กำหนดค่าเงินต่อคะแนน แตกต่างกัน จังหวัดเชียงใหม่และนครราชสีมา กำหนดให้ราคาต่อคะแนนของโรงพยาบาลชุมชน ต่ำกว่า ราคาต่อคะแนนของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาล

การจ่ายเงินกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก กำหนดตามที่กระทรวงสาธารณสุขอ้างอิงจากประกันสังคม คือ ค่ารักษาพยาบาล ตามจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง และค่ารักษาพยาบาลด้วยหัตถการทางการแพทย์ ตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง

การจ่ายเงินกรณีส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มักจัดสรรเงินให้แก่สถานพยาบาลต่างๆ ไปล่วงหน้า จังหวัดนครราชสีมา ให้แบ่งเงินส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเป็น 2 ส่วนเท่าๆ กัน ส่วนแรกจ่ายล่วงหน้าตามจำนวนประชากร อีกส่วนหนึ่งจ่ายตามปริมาณบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค จังหวัดศรีสะเกษ จัดสรรเงินส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตามระดับต่างๆ ตามโครงการที่เสนอ เช่น จัดสรรระดับจังหวัด เพื่อจัดซื้อทรายอะเบทและน้ำยาเคมี วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พิมพ์แผ่นเวชปฏิบัติครอบครัว ฯลฯ จัดสรรระดับเครือข่าย ตามโครงการแก้ปัญหาและพัฒนาเครือข่าย

3.1 ปริมาณกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟู รายโรงพยาบาล

เนื่องจากเกณฑ์การจ่ายเงินกรณีส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ไม่ได้ใช้ข้อมูลมากนัก ความจำเป็นในการเก็บข้อมูลจึงไม่ชัดเจน การนำเสนอปริมาณกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในตอนนี้ เสนอเป็น 2 ตอน ตอนแรก จากชุดข้อมูลมาตรฐานเพื่อการประกันสุขภาพ 12 พิมพ์ เสนอผลวิเคราะห์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รายเดือนจากโรงพยาบาลสันป่าตองและ โรงพยาบาลสระบุรี โดยใช้ข้อมูลการรับบริการผู้ป่วยนอก เพื่อให้เห็นแนวโน้มผลงาน

ว่ามากขึ้นหรือลดลง ดังตารางที่ 3-4 ตอนที่สอง นำเสนอจากฐานข้อมูลเดียวกัน แต่เป็นการวิเคราะห์ระดับจังหวัด ครอบคลุม 21 จังหวัดนำร่อง แบ่งเป็นตอนก่อนและหลังนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค

จากตารางที่ 3 เพิ่มข้อมูลการรับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลส้นป่าตอง 136,935 ราย เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ 1,747 ครั้ง หรือ เป็น 1.3% ของการรับบริการผู้ป่วยนอก (ค่าเฉลี่ยของข้อมูลจาก 22 จังหวัดที่เริ่มนำร่องนโยบาย 30 บาท ผู้ป่วยนอก 11,195,339 ราย เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ 4.1%) บริการที่ส้นป่าตองบันทึกมากที่สุดคือ การดูแลก่อนคลอด และหญิงตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยง ตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนกิจกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีบันทึกไม่มากนัก ที่พบมากคือ ให้ภูมิคุ้มกันโรคหัดและหัด คางทูม หัดเยอรมัน

ตารางที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคของโรงพยาบาลสันป่าตอง ปีงบประมาณ 2544

	ตค.	พย.	ธค.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.	ทั้งปี
Pap smear	4	2	2	13	9	82	1	5	13	4	8	4	147
Breast screen						1				1			2
Well baby							1				1		2
BCG				1	1			2				3	7
Measles	12	3	10	12	6	11	5	11	16	7	14	13	120
DPT/OPV	1	1	1		1						10		14
MMR	6	7	7	5	10	7	8	4	9	13	9	12	97
ANC	68	85	69	63	66	82	92	87	77	77	110	78	954
High risk	31	34	30	22	16	5	4	20	13	11	14	19	219
Post natal	7	13	14	16	11	10	3	10	8	5	15	9	121
Rehabilitation	6	5	4	3	5	2	8	5	5	9	2	10	64
รวม	135	150	137	135	125	200	122	144	141	127	183	148	1,747

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 แฟ้มเพื่อการประกันสุขภาพ

ตารางที่ 4 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคของโรงพยาบาลสระบุรี ปีงบประมาณ 2544

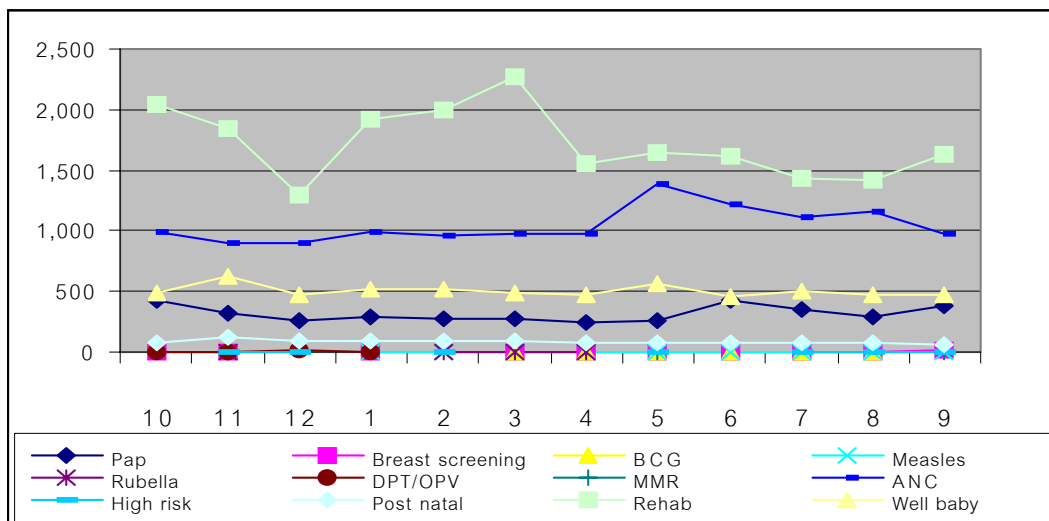
	ตค.	พย.	ธค.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.	ทั้งปี
Pap smear	427	323	262	293	275	280	247	266	426	354	294	375	3,822
Breast screen	1	1		2		3	2	2	2	7	1	10	31
Well baby	487	623	480	514	513	494	471	569	459	504	477	467	6,058
BCG						2	2	2	2	3	1		12
Measles				1	1	3	2	5	1	1	5	2	21
Rubella		1			1	1	1						4
DPT/OPV	6	3	12	4									25
MMR								1				1	2
ANC	993	898	897	997	955	981	969	1,387	1,221	1,112	1,164	970	12,544
High risk		1	1		1			1		1	4	2	11
Post natal	71	128	97	86	97	92	76	83	71	81	69	56	1,007
Rehabilitation	2,048	1,843	1,291	1,928	1,993	2,265	1,557	1,644	1,616	1,440	1,417	1,634	20,676
รวม	4,033	3,821	3,040	3,825	3,836	4,121	3,327	3,960	3,798	3,503	3,432	3,517	44,213

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 แฟ้มเพื่อการประกันสุขภาพ

โรงพยาบาลสระบุรีให้บริการผู้ป่วยนอก 413,754 รายในปี 2544 เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ประมาณ 11% ของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด เป็นบริการฟื้นฟูสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือ การตรวจครรภ์ก่อนคลอด การตรวจสุขภาพเด็กดี การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก น่าสังเกตว่า สัดส่วนการระบุว่า ผู้รับบริการตรวจครรภ์ก่อนคลอดเป็นการตั้งครรภ์ที่เสี่ยงของโรงพยาบาลสระบุรี มีน้อยกว่าที่โรงพยาบาลสันป่าตอง มาก (11 รายและ 219 รายตามลำดับ)

เมื่อดูยอดการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เป็นรายเดือน เปรียบเทียบระหว่างช่วง ก่อนและหลังโครงการ 30 บาท พบว่า ปริมาณบริการฟื้นฟูสุขภาพลดลง ส่วนการตรวจครรภ์ก่อนคลอดไม่ลดลง (ดูรูปที่ 1)

การนำข้อมูลผู้ป่วยนอกเพื่อวิเคราะห์ปริมาณการรับบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ มีความเป็นไปได้ แต่ความเชื่อมั่นในคุณภาพของข้อมูลยังอยู่ในระดับต่ำ ขึ้นกับความสนใจในข้อมูลแต่ละชนิดของแต่ละโรงพยาบาล จึงสมควรชี้ความสำคัญของข้อมูล เพื่อปรับคุณภาพข้อมูลให้ดีขึ้น



รูปที่ 1 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคของโรงพยาบาลสระบุรี ปีงบประมาณ 2544

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 แฟ้มเพื่อการประกันสุขภาพ

3.1 บริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพใน 21 จังหวัด

กรอบแนวคิดการวิเคราะห์

ประเมินการให้บริการ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคจากแฟ้มข้อมูล 12 แฟ้ม (รวมทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ในตอนต่อไป) เป็นข้อมูลของปี 2544 ตลอดปีงบประมาณ เปรียบเทียบข้อมูล เฉพาะ 21 จังหวัดที่ได้ทดลองนำร่องโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ในเดือนเมษายน และมิถุนายน 2544 แบ่งข้อมูลออกเป็น 2 ช่วงคือ ก่อน และหลัง โครงการ ตามจังหวัดที่เข้าในโครงการนำร่อง

ก่อน		หลัง	
จังหวัดนำร่องรุ่นที่ 1	เปรียบเทียบ การให้บริการ การส่งต่อ	จังหวัดนำร่องรุ่นที่ 1	
ตค.43- มีค. 44		เมย.44- กย. 44	
จังหวัดนำร่องรุ่นที่ 2		จังหวัดนำร่องรุ่นที่ 2	
ตค.43- พค. 44		มีย.44- มีค. 44	

สำหรับการประเมินข้อมูลเจาะลึก จะกระทำเฉพาะบางจังหวัดเท่านั้น

จังหวัดนำร่องรุ่นที่ 1 มี 6 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี นครสวรรค์ ยโสธร พะเยา สมุทรสาคร และยะลา ส่วนจังหวัดนำร่องรุ่นที่ 2 มี 15 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ สุโขทัย นครราชสีมา อุบลราชธานี ศรีสะเกษ สุรินทร์ อำนาจเจริญหนองบัวลำภู สระแก้ว สระบุรี นนทบุรี เพชรบุรี ภูเก็ต และนราธิวาส

นอกจากนั้น ยังเปรียบเทียบระหว่าง จังหวัด ที่บริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยวิธีรวมผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน (inclusive capitation) กับจังหวัดที่บริหารงบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย การแยกงบผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน (exclusive capitation) เพื่อดูผลกระทบของรูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณ กับบริการที่ผู้ป่วยได้รับ

จังหวัดนำร่องรุ่นที่ 1 ที่เลือกบริหารจัดการงบประมาณแบบรวมผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน ได้แก่ นครสวรรค์ พะเยา สมุทรสาคร และยะลา ส่วนจังหวัดนำร่องรุ่นที่ 2 ที่เลือกบริหารจัดการงบประมาณแบบรวมผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ สุโขทัย สระบุรี เพชรบุรี และ สุรินทร์

ตารางที่ 5 แสดงผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอก และการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ในปี 2544 เปรียบเทียบก่อนและหลังโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค พบว่าในภาพรวม ข้อมูลที่รายงานยังอยู่ในระดับต่ำ (12.3 ล้านครั้งจากจังหวัดที่มีประชากรรวม 18.7 ล้านคน) เมื่อสมมติว่าการให้บริการทั้งหมดให้แก่ประชากรของจังหวัดนั้น (ซึ่งไม่จริง เพราะมีการข้ามเขตรับบริการกันมากพอสมควร) ได้ค่าเฉลี่ยว่า อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกตลอดปี เป็น 0.66 ครั้งต่อคนต่อปี เปรียบ

เทียบก่อนและหลังโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น จาก 0.58 เป็น 0.81 ครั้งต่อคนต่อปี

จังหวัดที่มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกสูง (ในที่นี้หมายถึง มากกว่า 1 ครั้ง/คน/ปี) คือ สมุทรสาคร สระบุรี ยะลา อุบลราชธานี ยโสธร และแพร่

ตารางที่ 5 การให้บริการผู้ป่วยนอก และสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค พื้นฟูสุขภาพ 21 จังหวัด ปี 2544

จังหวัด	ประชากร	ผู้ป่วยนอก ครั้ง	ครั้ง/คนปี			สร้างเสริมฯ ครั้ง	%สร้างเสริมฯ/ทั้งหมด		
			ก่อน	หลัง	ทั้งปี		ก่อน	หลัง	ทั้งปี
นนทบุรี	859,607	66,830	0.12	0.00	0.08	240	0.36	0.00	0.36
ปทุมธานี	654,701	170,301	0.18	0.35	0.26	4,835	0.99	3.78	2.84
สระบุรี	607,600	747,161	1.19	1.31	1.23	48,881	6.99	5.72	6.54
สระแก้ว	530,621	293,697	0.62	0.41	0.55	13,010	4.63	3.83	4.43
นครราชสีมา	2,546,311	1,403,359	0.49	0.67	0.55	43,720	3.19	3.00	3.12
สุรินทร์	1,383,156	684,811	0.43	0.63	0.50	23,109	3.67	2.97	3.37
ศรีสะเกษ	1,443,766	773,427	0.50	0.60	0.54	30,991	4.02	3.98	4.01
อุบลราชธานี	1,767,346	1,753,164	0.92	1.14	0.99	37,901	2.15	2.18	2.16
ยโสธร	553,982	518,627	0.81	1.07	0.94	20,657	4.38	3.68	3.98
อำนาจเจริญ	366,895	303,330	0.80	0.87	0.83	10,435	3.61	3.12	3.44
หนองบัวลำภู	494,290	199,233	0.31	0.60	0.40	4,473	2.55	1.93	2.25
เชียงใหม่	1,590,327	704,074	0.43	0.48	0.44	36,688	5.62	4.49	5.21
แพร่	489,590	415,933	0.75	1.05	0.85	11,690	2.59	3.12	2.81
พะเยา	511,616	435,495	0.78	0.92	0.85	13,206	2.89	3.16	3.03
นครสวรรค์	1,125,283	601,721	0.49	0.58	0.53	12,865	2.24	2.05	2.14
สุโขทัย	625,333	467,597	0.63	0.98	0.75	23,584	5.53	4.42	5.04
พิษณุโลก	865,995	482,345	0.84	0.00	0.56	19,031	3.95	0.00	3.95
สมุทรสาคร	457,078	802,909	1.46	2.05	1.76	76,402	9.17	9.76	9.52
เพชรบุรี	456,893	221,293	0.46	0.53	0.48	15,410	6.48	7.79	6.96
ภูเก็ต	250,596	188,365	0.64	0.98	0.75	9,230	5.34	4.33	4.90
ยะลา	442,300	608,439	1.29	1.46	1.38	23,137	3.66	3.93	3.80
นราธิวาส	679,135	422,993	0.59	0.69	0.62	24,759	6.27	5.14	5.85
รวม	18,702,421	12,265,104	0.58	0.81	0.66	504,254	4.14	4.07	4.11

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 แห่งเพื่อการประกันสุขภาพ ปี 2544

บริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ รวม 5 แสนครั้ง เป็นประมาณ 4% ของบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด จังหวัดที่บันทึกการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ในสัดส่วนสูง (ในที่นี้หมายถึง มากกว่า 5%) ได้แก่ สมุทรสาคร เพชรบุรี สระบุรี เชียงใหม่ สุโขทัย นราธิวาส จังหวัดที่มีสัดส่วนของการบริการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น ภายหลังโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค คือ เพชรบุรี

ตารางที่ 6 แสดงประเภทของการบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ที่ให้บริการในปี 2544 ซึ่งเป็น 4% ของบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด คำนวณให้เป็นอัตราการรับบริการต่อ 100 ประชากรกลุ่มต่างๆ พบว่าข้อมูลอัตราการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพฯ รวมอยู่ในระดับต่ำ เพียง 2.7 กิจกรรมต่อ 100 ประชากร

เมื่อแยกข้อมูลการให้บริการเป็นระยะก่อนและหลังโครงการ 30 บาทฯ รวมทั้งแยกจังหวัด บริหารงบรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และจังหวัดบริหารงบแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน พบว่า ข้อมูลการให้บริการฯ จังหวัดบริหารด้วยงบรวมผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน มีอัตราให้บริการหลังโครงการสูงกว่า ก่อนโครงการ (3.6% เพิ่มขึ้นเป็น 4.1%) จังหวัดที่บริหารด้วยงบแยกผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน มีอัตราให้บริการน้อยกว่า (2.2%) และหลังโครงการ มีอัตราให้บริการสูงขึ้น (2.5% ของประชากรทั้งหมด)

ตารางที่ 6 ผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ใน 21 จังหวัด ก่อนและหลังโครงการฯ

	Rate	Inclusive		Exclusive		Total	
	Per 100 pop	Before	After	Before	After	Before	After
Pap smear	1.11*	11.9	13.0	8.5	8.1	10.4	11.0
Breast screening	0.07*	0.7	0.7	0.5	0.7	0.6	0.7
BCG	0.41**	0.3	0.4	2.2	1.9	1.1	1.0
Measles	0.70**	0.6	0.6	3.4	3.6	1.8	1.8
Rubella	0.03**	0.0	0.0	0.2	0.0	0.1	0.0
DPT/OPV	3.93**	7.1	7.2	14.5	14.5	10.3	10.1
MMR	0.12**	1.4	1.7	0.7	0.7	1.1	1.3
ANC	5.27*	47.5	49.6	53.1	55.7	49.9	52.1
High risk ANC	0.14*	2.3	1.9	0.4	0.3	1.4	1.3
Post natal	0.39*	3.7	3.1	4.1	4.0	3.9	3.5
Rehabilitation	0.31***	15.9	15.9	6.2	4.1	11.7	11.1
Well baby	2.69**	8.5	6.0	6.4	6.2	7.6	6.1
Total	2.70***	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	504,254	169,133	123,180	128,786	83,155	297,919	206,335

Denominator * female reproductive age (27% ของประชากร), ** children 0-4 (7% ของประชากร), *** total population

แหล่งข้อมูล: ข้อมูล 12 แฟ้มจากสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2544

บริการสร้างเสริมฯ ที่ให้บริการมากที่สุดคือ การฝากครรภ์ คิดเป็น 5.3 ครั้งต่อ 100 หญิงวัยเจริญพันธุ์ รองมาคือ บริการวัคซีนคอตีบ ไอกรน บาดทะยักและ โปลิโอ 3.9 ครั้งต่อ 100 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คลินิกเด็กดี บริการ 2.7 ครั้งต่อ 100 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี การตรวจมะเร็งปากมดลูก 1.1 ครั้งต่อ 100 หญิงวัยเจริญพันธุ์ และ การฟื้นฟูสภาพ บริการ 0.3 ครั้งต่อ 100 ประชากรทั้งหมด

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนบริการสร้างเสริมฯ ประเภทต่างๆ ก่อนและหลังโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค จะเห็นว่า แบบแผนการให้บริการของจังหวัดที่บริหารแบบรวมงบผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และ จังหวัดที่บริหารแยกงบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน มีความแตกต่างกันมาก เช่น จังหวัดรวมงบฯ มีสัดส่วนการให้บริการฟื้นฟูสภาพสูงมาก ส่วนจังหวัดบริหารแยกงบฯ มีสัดส่วนรายงานบริการวัคซีนคอตีบ ไอกรน บาดทะยักมาก

4. อัตราการรับบริการ การข้ามเขต การส่งต่อ และคุณภาพบริการ

การวิเคราะห์อัตราการรับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ต้องใช้ข้อมูลการออกบัตรและการรับบริการ เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับยังขาดความสมบูรณ์ในภาพรวม จึงวิเคราะห์เสนอภาพของบางโรงพยาบาล ที่น่าสนใจ เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งเป็นกรณีตัวอย่างของโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ที่ร่วมโครงการฯ และการวิเคราะห์ภาพรวมของ 21 จังหวัด ดังต่อไปนี้

4.1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ทำหน้าที่เป็นคู่สัญญาหลักให้บริการปฐมภูมิ และเป็นสถานบริการรับส่งต่อ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาราชนครฯ มีประชากรขึ้นทะเบียน 25,681 คน โดยมีภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นผู้ให้บริการปฐมภูมิ และประชากรอีก 12,060 คนมีศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครเป็นสถานบริการปฐมภูมิ จำนวนการรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นทุกเดือน (ดูตารางที่ 7) ทั้งส่วนที่เป็นประชากรในเขตรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่ส่งต่อ อัตราการรับบริการผู้ป่วยนอกต่อคนต่อปี ยังไม่สูงนัก เฉลี่ย 0.4 ครั้งต่อคนต่อปี ทั้งกลุ่มประชากรของเวชศาสตร์ครอบครัวและเทศบาล อัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลก็ต่ำ เฉลี่ยเพียง 2 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของประชากรในเขต คือ 295 บาทต่อครั้ง แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยส่งต่อ เฉลี่ย 971 บาทต่อครั้ง ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของผู้ป่วยในเขต คือ 14,855 บาทต่อครั้ง แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยในที่ส่งต่อมา เฉลี่ย 21,644 บาทต่อครั้ง

ตารางที่ 7 อัตราการใช้บริการของประชาชนในเขต และจำนวนการส่งต่อ ผู้ป่วยนอกและใน 2544

คู่สัญญา ประชากร มีย. กค. สค. กย. ตค. พย. ธค. รวม	อัตรา ค่ารักษา	บาท/ครั้ง
ผู้ป่วยนอก	ครั้ง/คน/ปี	บาท
มหาวิทยาลัย	25,681 419 548 640 579 1,017 1,295 1,288 5,786	0.386 1,705,262 295
เทศบาลฯ	12,060 285 257 257 200 603 624 461 2,687	0.382
ส่งต่อ	179 267 293 336 922 1,211 962 4,170	4,050,369 971
ผู้ป่วยใน	% ต่อปี	
มหาวิทยาลัย	25,681 12 20 35 32 61 66 78 304	2.03 4,516,060 14,855
ส่งต่อ	63 104 105 126 587 915 1,075 2,975	64,391,639 21,644

ที่มา: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ข้อมูลในตารางที่ 7 เป็นยอดรายงานผู้ป่วยแต่ละวันจากเริ่มโครงการเดือนมิถุนายน เพื่อให้ผู้บริหารโรงพยาบาลทราบสถานการณ์ เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล ซึ่งมีข้อมูลสมบูรณ์เฉพาะผู้ป่วยในโครงการ 30 บาท พบว่า มีผู้ป่วยใน 3,264 ราย (ดูตารางที่ 8) เนื่องจากโรงพยาบาลมหาราชจัดกลุ่ม DRG คลาดเคลื่อน (จากการบันทึกรหัสเหตุการณ์มีจุดบกพร่อง) จึงทำการจัดกลุ่ม DRG ใหม่ ได้คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากเดิมเกือบทุกกลุ่ม

ตารางที่ 8 ผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลมหาราช แยกตามแหล่งที่มาของผู้ป่วย ปี 2544

มาจาก	ราย	วันนอน	RW	RW เดิม	ค่ายา	ค่าผ่าตัด	รวมต่อราย	บาท/RW
มหาวิทยาลัย	85	7.61	0.8552	0.8552	3,275	1,938	10,086	11,794
เทศบาลฯ.	43	8.77	0.9877	0.9027	5,444	1,803	15,310	15,501
สถานีอนามัย	15	12.68	1.1458	1.1200	4,121	1,715	8,121	7,088
รพ. จิตเวช	12	8.5	0.7204	0.6734	3,940	2,307	19,916	27,645
รพ. รัฐอื่นๆ	19	12.97	1.2949	0.7681	23,337	5,053	50,180	38,752
รพช.	465	15.21	1.0753	1.0397	6,819	2,234	19,229	17,882
รพท.	48	12.04	1.2308	1.2308	7,761	1,713	19,041	15,470
สสจ.	121	15.25	1.0775	0.9601	7,106	2,332	21,495	19,949
ไม่ระบุ	2456	14.6	1.2206	1.119	8,265	2,036	21,662	17,747

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ผู้ป่วยในที่มาจากกลุ่มประชากรคู่สัญญาหลัก (มีระบุชัดเจนเพียง 85 และ 43 ราย เทียบกับ 304 รายในตารางที่ 7) มีค่าวันนอนเฉลี่ยสั้นที่สุดและมีน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยน้อยที่สุด (เว้นที่มาจากโรงพยาบาลจิตเวช) ค่ารักษาต่อ

รายต่ำที่สุด หรือบาทต่อ RW ก็อยู่ในเกณฑ์ต่ำเกือบที่สุดใกล้เคียงกัน ส่วนผู้ป่วยในที่มาจากคู่สัญญาหลักอื่นๆ จะมีค่าวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่สูงขึ้น และค่ารักษาพยาบาลที่สูง (ดูตารางที่ 8) สรุป ราคาต่อคะแนน ถ้าเป็นผู้ป่วยในความรับผิดชอบ ประมาณ 1 หมั้นบาท ถ้าเป็นผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ประมาณ 15,000 บาท ส่วนที่มาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ประมาณ 25,000 บาท (ดูรายละเอียดของโรคตาม DRG ในภาคผนวก)

เทียบข้อมูลการรับบริการของผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบปฐมภูมิของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กับโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งคือสันป่าตอง เพราะมีข้อมูลครบถ้วน โรงพยาบาลสันป่าตองมีประชากรในความรับผิดชอบ 59,596 คน เมื่อรวมข้อมูลการรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในช่วงก่อนและหลังการดำเนินนโยบาย 30 บาท (ก่อนมีข้อมูล 7 เดือน ตั้งแต่ ตุลาคม 2543 ถึงพฤษภาคม 2544 หลังนโยบาย 5 เดือน คือ มิถุนายน ถึง กันยายน 2544)

ตารางที่ 9 อัตราการรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสันป่าตอง ปี 2544

	จำนวน ชาย	จำนวน หญิง	รวม	อัตรา ชาย	อัตรา หญิง	อัตรา รวม	หน่วย
ผู้ป่วยนอก ก่อนนโยบาย	37,572	47,139	84,711	2.21	2.65	2.44	ครั้ง/คนปี
ผู้ป่วยนอก หลังนโยบาย	23,367	28,857	52,224	1.92	2.28	2.10	ครั้ง/คนปี
ผู้ป่วยใน ก่อนนโยบาย	3,122	3,386	6,508	18.35	19.07	18.72	ครั้ง/100คนปี
ผู้ป่วยใน หลังนโยบาย	1,795	1,968	3,763	14.77	15.52	15.15	ครั้ง/100คนปี
ผู้ป่วยในปี 44	4,917	5,354	10,271	16.86	17.59	17.23	ครั้ง/100คนปี
ผู้ป่วยที่สวนดอก มีย-ธค 44	25	24	49	0.15	0.14	0.14	ครั้ง/100คนปี

ที่มา: ข้อมูลรับบริการจากสำนักงานประกันสุขภาพ และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

สมมติให้การให้บริการที่โรงพยาบาลสันป่าตองทั้งหมดเป็นผู้ป่วยโครงการ 30 บาท (ซึ่งไม่ถูกต้อง เพราะยังมีประชากรในสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมอีก ต้องหาขนาดที่ใกล้เคียงต่อไป) จากข้อมูล 12 แฟ้มเป็นการให้บริการผู้ป่วยนอก 136,935 รายและผู้ป่วยใน 10,271 ราย (ดูตารางที่ 9) เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนพบว่า อัตราการรับบริการก่อนนโยบายสูงกว่าหลังนโยบายเล็กน้อยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน กล่าวคือผู้ป่วยนอกรับบริการมากถึง 2.4 และ 2.1 ครั้งตามลำดับ (ยังไม่รวมการให้บริการที่สถานีนอนามัย ในสันป่าตอง ซึ่งถือเป็นเครือข่ายเดียวกัน) และผู้ป่วยในใช้บริการสูงถึง 18.7 และ 15.2 %ต่อปี ตามลำดับ ส่วนปริมาณผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่หลังนโยบายมีเพียง 49 ราย หรือ เพียง 0.14 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี หรือน้อยกว่า 1% ของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสันป่าตอง

4.2 การข้ามเขตและการส่งต่อผู้ป่วย

อัตราส่วนการข้ามเขตรับบริการ (Net flow ratio) กรณีผู้ป่วยใน ก่อนโครงการ

ข้อมูลผู้ป่วยในปี 2543 จำนวน 3.7 ล้านราย จากสำนักงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลรามาธิบดีและโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เมื่อวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยภูมิลำเนาที่ใด ใช้บริการที่โรงพยาบาลที่ตั้งในจังหวัดใด เพื่อดำเนินการหาอัตราส่วนการข้ามเขตรับบริการ (Net Flow Ratio) ได้ข้อมูลของ 7 จังหวัด ดังตารางที่ 10

ปริมาณข้อมูลที่รวบรวมได้ มีผลต่อค่าอัตราส่วนการข้ามเขตรับบริการ จะพบว่า ปริมาณข้อมูลที่แสดงการนอนในโรงพยาบาลมากที่สุดคือประชาชนในจังหวัดภูเก็ต (อัตราการนอน ร.พ. 9.4%) รองมาคือ สระบุรี (8.9%) ส่วนที่น้อยที่สุด คือ นครราชสีมา (3.5%) เชียงใหม่ (3.5%) และปทุมธานี (3.8%) ความแตกต่างโดยเฉพาะจังหวัดที่มีอัตราการนอน ร.พ.ต่ำ น่าจะเป็นเพราะการมีข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น ไม่ครบทุกโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในจังหวัดนครราชสีมา เชียงใหม่ และปทุมธานี

ตารางที่ 10 การเป็นผู้ป่วยใน และการข้ามเขตรับบริการผู้ป่วยใน นับตามผู้ป่วยและคะแนน DRG

รหัส จังหวัด	จังหวัด	ผู้ป่วยใน	ประชากร	%รับเป็น ผู้ป่วยใน	นับจำนวนผู้ป่วย			คิดตามคะแนน DRG		
					Export	Import	NFR	Export	Import	NFR
50	เชียงใหม่	55,272	1,587,465	3.48	4,937	10,476	0.471	3,522.2	7,532.7	0.4676
65	พิษณุโลก	50,792	868,138	5.85	6,857	11,954	0.574	5,883.3	15,218.6	0.3866
30	นครราชสีมา	87,931	2,540,662	3.46	11,414	14,299	0.798	8,736.0	11,659.5	0.7493
33	ศรีสะเกษ	91,274	1,445,356	6.31	7,086	3,111	2.278	7,905.4	1,832.6	4.3138
13	ปทุมธานี	24,308	633,994	3.83	3,427	4,068	0.842	2,744.2	2,366.5	1.1596
19	สระบุรี	54,233	607,042	8.93	2,564	13,596	0.189	1,943.4	11,424.7	0.1701
83	ภูเก็ต	22,738	241,489	9.42	644	1,917	0.336	381.9	2,098.7	0.1820

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 เพิ่มเพื่อการประกันสุขภาพ ปี 2543

เมื่อวิเคราะห์การข้ามเขตรับบริการผู้ป่วยใน จะแบ่งจังหวัดออกเป็น 2 กลุ่ม คือ จังหวัดส่งออกผู้ป่วย และจังหวัดนำเข้าผู้ป่วย ถ้านับตามจำนวนผู้ป่วยที่ข้ามเขตจังหวัด จังหวัดส่งออกผู้ป่วยมีเพียงจังหวัดเดียวคือ ศรีสะเกษ เนื่องจากประชาชนศรีสะเกษเดินทางไปรับบริการที่จังหวัดอื่น 3,111 ราย แต่ประชาชนจังหวัดอื่นมาใช้บริการที่ศรีสะเกษเพียง 2,278 ราย ทำให้ $NFR = 2.278$ จังหวัดที่มีดัชนี

นำเข้าผู้ป่วยมากที่สุดคือ สระบุรี $NFR = 0.189$ เพราะมีผู้ป่วยจังหวัดอื่นมารับบริการ 13,596 ราย แต่ประชาชนสระบุรี เข้าไปจังหวัดอื่น 2,564 ราย

ถ้าวิเคราะห์การข้ามเขต โดยคำนึงถึงคะแนนความหนักเบาของผู้ป่วยด้วย (คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่ม DRG) จะทำให้สภาพการส่งออกเปลี่ยนไป จังหวัดปทุมธานี เปลี่ยนจากการนำเข้าผู้ป่วย เป็นการส่งออก เพราะคะแนนของผู้ป่วยที่นำเข้า เป็นโรครุนแรงน้อยกว่า ผู้ป่วยที่เดินทางออกไปรับบริการนอกจังหวัด NFR ก่อนคิดคะแนนเป็น 0.842 เมื่อคิดคะแนน DRG เปลี่ยนเป็น 1.1596

การข้ามเขตบริการผู้ป่วยนอก ในปี 2543 ข้อมูลไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์

4.3 บริการผู้ป่วยในและการข้ามเขตรับบริการ

เมื่อจังหวัดก้าวเข้าสู่การทดลองนำร่อง น่าจะทำให้การรวบรวมข้อมูลภายในจังหวัดดีขึ้น ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ แต่การปรับตัวของแต่ละจังหวัดต่างกัน จังหวัดที่เลือกบริหารแบบรวมบผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน มักมีแรงจูงใจต่ำในการให้ได้ภาพของข้อมูลการรับบริการผู้ป่วยในทั้งจังหวัด ตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลที่สำนักงานประกันสุขภาพได้รับจากจังหวัดต่างๆ น่าจะมีความครบถ้วนต่างกัน จำนวนผู้ป่วยในของเชียงใหม่ในปี 2544 กลับน้อยกว่า ปี 2543 (จำนวนผู้ป่วยในของตารางที่ 11 หมายถึงผู้ป่วยภูมิลำเนาจังหวัดนั้นๆ ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งในจังหวัดตนเองและจังหวัดอื่นๆ) อัตราการรับเป็นผู้ป่วยใน จากข้อมูลรายบุคคล 12 แห่งเฉพาะประชากรจังหวัด จึงเท่ากับ 3% เท่านั้น อย่างไรก็ตามจังหวัดปทุมธานี แม้จะมีปริมาณผู้ป่วยใน และอัตราการรับเป็นผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น แต่ก็สูงสุดเพียง 5% ของประชากรในปี 2544 ถ้าข้อมูลดังกล่าวครบถ้วน อัตราการนอนโรงพยาบาลที่ต่ำ ยังไม่เป็นสภาพที่แท้จริง เพราะข้อมูลมิได้รวมการนอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่นๆ ซึ่งมีส่วนแบ่งการตลาดสูงกว่า จังหวัดที่มีข้อมูลครบขึ้นทันที คือนครราชสีมา ทำให้คำนวณอัตราการรักษาแบบผู้ป่วยในเพิ่มจาก 3.5% ในปี 2543 เป็น 8.5% ในปี 2544

การข้ามเขตรับบริการผู้ป่วยใน วัดด้วยอัตราส่วนข้ามเขตสุทธิ (Net flow ratio) ระหว่าง 2 ปี น่าสังเกตข้อมูลจากนครราชสีมา ซึ่งข้อมูลครบถ้วนมากขึ้น คือ การข้ามเขตสุทธินับตามรายผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะสมดุลจากสภาพดูได้ แต่เมื่อคำนวณ NFR ตามน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยแต่ละราย ยังมีสภาพเป็นจังหวัดดูได้ใช้ที่ใกล้เคียงกับปี 2543

ตารางที่ 11 การรักษาแบบผู้ป่วยในและการข้ามเขตรับบริการปี 2543-2545

จังหวัด	ปี	ประชากร	ผู้ป่วยใน	%รับเป็น ผู้ป่วยใน	นับจำนวนผู้ป่วย			คิดตามคะแนน DRG		
					Export	Import	NFR	Export	Import	NFR
เชียงใหม่	43	1,587,465	55,272	3.48	4,937	10,476	0.471	3,522.2	7,532.7	0.468
	44		51,426	3.29	5,025	5,850	0.859	3,630.3	4,114.0	0.882
สระบุรี	43	607,042	54,233	8.93	2,564	13,596	0.189	1,943.4	11,424.7	0.170
	44		54,294	7.74	3,419	11,888	0.288	2,695.6	10,849.9	0.248
พิษณุโลก	43	868,138	50,792	5.85	6,857	11,954	0.574	5,883.3	15,218.6	0.387
	44		50,743	5.85	5,307	12,657	0.419	3,976.8	16,852.0	0.236
ปทุมธานี	43	633,994	24,308	3.83	3,427	4,068	0.842	2,744.2	2,366.5	1.160
	44		34,041	5.09	4,179	4,592	0.910	3,318.9	2,769.9	1.198
	45		12,746*	<5	?					
นครราชสีมา	43	2,540,662	87,931	3.46	11,414	14,299	0.798	8,736.0	11,659.5	0.749
	44		210,900	8.47	12,035	12,560	0.958	9,081.6	11,608.4	0.782
	45		105,191*	>8						
ศรีสะเกษ	43	1,445,356	91,274	6.31	7,086	3,111	2.278	7,905.4	1,832.6	4.314
	44		98,005	6.99	10,473	2,960	3.538	12,343.5	1,817.8	6.790
ภูเก็ต	43	241,489	22,738	9.42	644	1,917	0.336	381.9	2,098.7	0.182
	44		25,350	10.61	425	2,116	0.201	385.4	2,331.7	0.165
	45		18,957*	>14						

แหล่งข้อมูล: ข้อมูล 12 เพิ่มจากสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2544 และจากสสจ. 3 จังหวัด ปี 2545

* เป็นข้อมูล 6 เดือนแรกเฉพาะที่รับบริการในจังหวัด ไม่รวมคนในจังหวัดนั้นไปใช้บริการที่อื่น เพราะยังไม่ได้ข้อมูล

4.4 พฤติกรรมการส่งต่อผู้ป่วยกับการบริหารจัดการงบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อสังเกตเชิงทฤษฎีว่า การบริหารงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวที่รวมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีแนวโน้มสูงใช้ จะทำให้อัตราการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อลดลง ส่วนการบริหารงบประมาณแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในจะทำให้อัตราการส่งต่อสูงขึ้น ในตอนนี้จะนำเสนอข้อมูลปี 2544 เปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งต่อผู้ป่วยส่งเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยใน ระหว่างก่อนและหลังโครงการฯ และระหว่างกลุ่มจังหวัดที่บริหารงบประมาณแตกต่างกัน 2 กลุ่ม

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยในที่ผ่านระบบส่งต่อของจังหวัดบริหารงบประมาณรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ผ่าตัดและผู้ป่วยผ่าตัด และระหว่างผู้ป่วยภายใต้หลักประกัน 3 ประเภทคือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และประชาชนที่เหลือทั้งหมด

ซึ่งควรถือว่า อยู่ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อโดยเฉพาะผู้ป่วยรับเข้า ในจังหวัดเหล่านี้ลดลงเมื่อเริ่มโครงการ ทั้งผู้ป่วยไม่ผ่าตัดและผู้ป่วยผ่าตัด และผู้ป่วยทุกๆ หลักประกัน เช่นสวัสดิการข้าราชการ สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อในกลุ่มผู้ป่วยไม่ผ่าตัดลดลงจาก 9.3% เหลือ 6.4% และกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อลดลงจาก 15.0% เหลือ 10.2% เมื่อวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยที่มีภูมิ ลำเนาในจังหวัดนั้น เพื่อลดปัญหาการข้ามเขต สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อลดลงจาก 6.2% เหลือ 4.5% ในกลุ่มผู้ป่วยไม่ผ่าตัด และลดลงจาก 12.4% เหลือ 10.5% ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด

ตารางที่ 12 สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อในจังหวัดบริหารงบประมาณรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ปี 2544

หลักประกัน	ส่งต่อ	Medical DRG				Surgical DRG			
		Before		After		Before		After	
		N	%	N	%	N	%	N	%
CSMBS	In	2,038	9.32	1,117	6.43	584	15.03	295	10.24
	Out	157	0.72	78	0.45	6	0.15	7	0.24
		21,868		17,374		3,886		2,882	
SSS	In	426	5.75	166	2.82	185	10.09	119	8.52
	Out	28	0.38	15	0.25	4	0.22	3	0.21
		7,403		5,883		1,833		1,397	
UC	In	14,369	6.10	8,057	4.38	4,628	12.79	2,677	10.58
	Out	1,594	0.68	741	0.40	100	0.28	65	0.26
		235,719		183,754		36,172		25,295	
ALL	In	14,858	6.2	8,353	4.5	3,819	12.4	2,143	10.5
Domestic	Out	1,593	0.7	751	0.4	80	0.3	55	0.3
		239,363		184,886		30,707		205,282	

แหล่งข้อมูล: ข้อมูล 12 เพิ่มจากสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2544

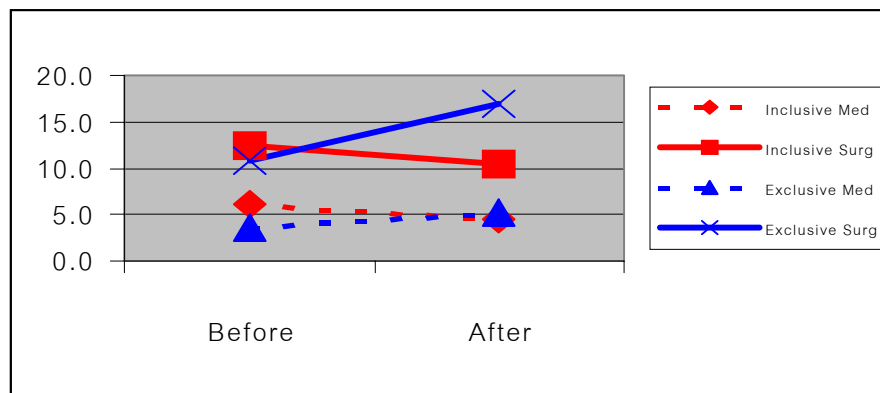
ตารางที่ 13 แสดงสัดส่วนผู้ป่วยในที่ผ่านระบบส่งต่อสำหรับจังหวัดในกลุ่มบริหารงบประมาณ แยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อต่ำมากในกลุ่มสวัสดิการข้าราชการและต่ำทั้งก่อน และหลังโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค กลุ่มประกันสังคม มีสัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อเพิ่มขึ้น จาก 1.8% เป็น 4.0% ในกลุ่มผู้ป่วยไม่ผ่าตัด และเพิ่มจาก 3.8% เป็น 7.5% ในกลุ่มผู้ป่วยที่เหลืองทั้งหมด สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อสูงขึ้นหลังโครงการจาก 5.3% เป็น 6.8% ในกลุ่มผู้ป่วยไม่ผ่าตัด และเพิ่มขึ้นมากในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด จาก 15.5% เป็น 21.6%

เมื่อวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดนั้น เพื่อลดปัญหาการข้ามเขต สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อของผู้ป่วยทุกหลักประกัน เพิ่มจาก 3.6% เหลือ 5.2% ในกลุ่มผู้ป่วยไม่ผ่าตัด และเพิ่มจาก 10.7% เป็น 17.0% ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด

ตารางที่ 13 สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อในจังหวัดบริหารงบประมาณแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ปี 2544

หลักประกัน	ส่งต่อ	Medical DRG				Surgical DRG			
		Before		After		Before		After	
		N	%	n	%	N	%	N	%
CSMBS	In	87	0.28	71	0.38	11	0.21	19	0.73
	Out	535	1.72	315	1.70	10	0.19	5	0.19
		31,020		18,495		5,170		2,613	
SSS	In	152	1.77	180	3.99	77	3.82	75	7.49
	Out	151	1.76	61	1.35	13	0.65	4	0.40
		8,591		4,514		2,015		1,001	
UC	In	22,246	5.32	17,858	6.82	8,257	15.45	6,282	21.58
	Out	11,410	2.73	7,117	2.72	276	0.52	180	0.62
		418,030		261,936		53,433		29,115	
ALL	In	15,585	3.6	14,048	5.2	5,181	10.7	4,505	17.0
Domestic	Out	11,446	2.7	7,236	2.7	284	0.6	206	0.8
		430,793		269,981		48,276		26,537	

แหล่งข้อมูล: ข้อมูล 12 แฟ้มจากสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2544



รูปที่ 2 สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อ ก่อนและหลังโครงการ

แหล่งข้อมูล: ข้อมูล 12 แฟ้มจากสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2544

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยส่งต่อ ก่อนและหลังโครงการ พบว่าค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยของผู้ป่วยรับเข้า มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยลดลงเพียงเล็กน้อย ทั้งจังหวัดที่บริหารจัดการงบประมาณรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และจังหวัดแยกงบประมาณผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และทั้งรายที่ไม่ต้องผ่าตัดและรายที่ผ่าตัด ส่วนน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยส่งต่อประเภทส่งออกจากสถานพยาบาล มีค่ามากกว่า น้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยส่งต่อประเภทรับเข้า

ตารางที่ 14 ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยส่งต่อ ก่อนและหลังโครงการฯ ปี 2544

หลักประกัน	ส่งต่อ	Inclusive capitation				Exclusive capitation			
		Medical DRG		Surgical DRG		Medical DRG		Surgical DRG	
		Before	After	Before	After	Before	After	Before	After
CSMBS	In	0.7728	0.7700	1.6536	1.7421	0.6881	1.1976	2.2382	1.5851
	Out	1.0127	1.0052	7.8142	1.4666	0.9062	0.8903	2.0156	1.6762
SSS	In	0.7458	0.7173	1.6854	1.4721	0.8056	0.7449	1.9911	2.0911
	Out	1.0315	0.9014	4.9905	5.0455	0.7512	0.7213	1.8994	1.1179
UC	In	0.7313	0.7340	1.6420	1.5539	0.9526	0.9435	1.9091	1.7900
	Out	0.9459	0.9913	3.1634	3.8105	0.8790	0.8513	1.5716	1.6718

แหล่งข้อมูล: ข้อมูล 12 เพิ่มจากสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2544

ตารางที่ 15 แสดงค่าวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลของผู้ป่วยส่งต่อ ก่อนและหลังโครงการ พบว่า วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกประเภทลดลง และน่าสังเกตว่า วันนอนเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยส่งต่อประเภทส่งออก มีวันนอนเฉลี่ยสั้นกว่า วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยส่งต่อประเภทรับเข้า

ตารางที่ 15 ค่าวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยส่งต่อ ก่อนและหลังโครงการฯ ปี 2544

หลักประกัน	ส่งต่อ	Inclusive capitation				Exclusive capitation			
		Medical DRG		Surgical DRG		Medical DRG		Surgical DRG	
		Before	after	Before	After	Before	After	Before	after
CSMBS	In	6.67	4.90	9.50	8.32	3.36	3.99	11.36	7.42
	Out	4.96	4.26	35.83	5.86	2.93	2.92	7.80	4.40
SSS	In	4.38	3.63	10.22	6.93	5.43	3.63	6.86	6.76
	Out	4.89	3.47	22.75	8.33	3.28	2.10	11.00	1.75
UC	In	5.07	4.22	9.08	7.45	6.09	4.41	8.77	6.94
	Out	4.12	4.16	13.73	14.69	2.38	2.10	4.93	4.52

แหล่งข้อมูล: ข้อมูล 12 แฟ้มจากสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2544

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบอัตราการนอนโรงพยาบาลก่อนและหลังโครงการฯ เฉพาะผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลที่ตั้งในจังหวัดภูมิลำเนาของตน แยกระหว่างกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณรวม ผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน กับกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน พบว่า อัตราการรับบริการผู้ป่วยในของกลุ่มจังหวัดรวมฯ ช่วงหลังโครงการ สูงกว่าก่อนโครงการ (เพิ่มจาก 5.7% เป็น 6.9%) ส่วนกลุ่มจังหวัดบริหารแยก มีอัตราการรับบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเช่นกัน (เพิ่มจาก 8% เป็น 9% ส่วนข้อมูลจาก 3 จังหวัดในปี 2545 ครั้งปีแรก อัตรานอนโรงพยาบาลต่อปีเท่ากับ 7.9%)

ตารางที่ 16 อัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลก่อนและหลังโครงการ 30 บาท ปี 2544

	Midyear Population	Population		Deaths & discharges		Admission rate		
		Before*	After*	Before	After	Before	After	All
Inclusive	7,689,176	4,703,405	2,985,772	270,070	205,282	5.7%	6.9%	6.2%
Exclusive	9,287,643	5,990,315	3,297,328	479,069	296,518	8.0%	9.0%	8.4%

* ถ่วงน้ำหนักประชากรตามจำนวนเดือนต่อปีที่อยู่ในช่วงก่อนและหลังโครงการฯ

ตารางที่ 17 คำนวณอัตราการส่งต่อ เฉพาะผู้ป่วยส่งต่อประเภทรับเข้า ที่รับบริการในจังหวัด ภูมิลาเนาที่ตั้ง เพื่อให้เห็นอัตราการเข้าถึงบริการโดยรวมที่ดีกว่าการคิดเป็นสัดส่วนของผู้ป่วยใน เพราะ คัดบนฐานของประชากรในจังหวัด พบว่า อัตราการส่งต่อต่อ 100,000 ประชากร ของกลุ่มจังหวัด บริหารงบประมาณแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน โดยรวมสูงกว่า กลุ่มจังหวัดที่บริหารแบบรวม อัตราการ ส่งต่อสูงขึ้นมากในกลุ่มจังหวัดที่บริหารแบบแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ทั้งกรณีผ่าตัดและไม่ผ่าตัด (ข้อมูล ครึ่งปีงบประมาณ 2545 จาก 3 จังหวัด พบว่าอัตราส่งต่อกลุ่มผู้ป่วยไม่ผ่าตัดสูงถึง 733.3 ต่อ 100,000 ประชากร อัตราส่งต่อกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด 310.6 ต่อ 100,000)

ตารางที่ 17 อัตราการส่งต่อผู้ป่วยประเภทรับเข้า ต่อ 100,000 ประชากร ปี 2544

	Inclusive capitation					Exclusive capitation				
	N		Rate/100,000 pop			N		Rate/100,000 pop		
	Before	After	Before	After	All	Before	After	Before	After	All
Medical DRG	14,858	8,353	315.9	279.8	301.9	15,585	14,048	260.2	426.0	319.1
Surgical DRG	3,819	2,143	81.2	71.8	77.5	5,181	4,505	86.5	136.6	104.3

แหล่งข้อมูล: ข้อมูล 12 เพิ่มจากสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2544

4.2 การส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมต่างๆ กับการบริหารจัดการงบประมาณ

เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย การส่งต่อ และการเข้าถึงบริการผู้ป่วยในมากขึ้น จึง วิเคราะห์แยกแยะกลุ่มโรคชนิดต่างๆ โดยแบ่งกลุ่มโรคเป็น กลุ่มโรคที่รอได้ กลุ่มโรคไม่รุนแรง กลุ่มโรค ฉุกเฉิน กลุ่มโรคคุกคามชีวิต กลุ่มอุบัติเหตุ และกลุ่มโรคเรื้อรัง

กลุ่มโรคที่รอได้

การผ่าตัดต้อกระจก (DRG 39 LENS PROCEDURES WITH OR WITHOUT VITRECTOMY) เป็นกลุ่มโรคที่รอได้ ตารางที่ 18 แสดงสัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อในจังหวัดที่บริหารงบประมาณแบบรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ลดลงจาก 8.5% ก่อนโครงการฯ เหลือ 6.5% ส่วนกลุ่มจังหวัดที่ บริหารงบประมาณแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อสูงขึ้น เพิ่มจาก 12.3% เป็น 16.6% (ข้อมูลจาก 3 จังหวัด ก่อนนโยบายมีผู้ป่วย 1,989 ราย 5.9% หลังนโยบาย มี 1,183 ราย เป็นผู้ป่วยส่ง ต่อ 8.0% ข้อมูลครึ่งปี 2545 จาก 3 จังหวัดมีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก 1,334 ราย เป็นผู้ป่วยส่งต่อ 42.4%)

ถ้าคำนวณอัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยหารด้วยประชากรในช่วงก่อนและหลังโครงการฯ ได้อัตราดังนี้ กลุ่มจังหวัดบริหารงบรวม อัตราการผ่าตัดรักษาก่อนโครงการ 83.9 ต่อแสน เพิ่มขึ้น 100.8 ต่อแสน ส่วนจังหวัดบริหารงบประมาณแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน อัตราการผ่าตัดรักษา 79.8 ต่อแสน เพิ่มขึ้น 91.0 ต่อแสน (ข้อมูลจาก 3 จังหวัด ก่อนนโยบายฯ อัตราการผ่าตัดต้อกระจก 87 ต่อแสน หลังนโยบาย อัตราการผ่าตัด 104 ต่อแสน ข้อมูล 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2545 ใน 3 จังหวัด อัตราการผ่าตัดต้อกระจกต่อปี ประมาณ 77.3 ต่อแสน)

ตารางที่ 18 สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อ และวันนอนเฉลี่ยของ DRG 39 cataract surgery

		Inclusive		Exclusive	
Before	Refer rate	N= 3,944	8.5%*	N = 4,779	12.3%*
After	Refer rate	N = 3,011	6.5%*	N = 3,001	16.6%*
Before	LOS all	3.64 (14.52)		4.08 (6.84)	
	LOS refer	3.53 (2.49)		4.73 (4.99)	
After	LOS all	2.88 (1.85)		3.23 (2.79)	
	LOS refer	3.33 (1.84)		4.11 (1.94)	

* p<0.05

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 แฟ้มเพื่อการประกันสุขภาพ ปี 2544

วันนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลงหลังโครงการลดลงกว่าก่อนโครงการฯ จากทั้งกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณรวม และจังหวัดบริหารงบประมาณแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยส่งต่อนานกว่ากลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด ยกเว้นผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่จังหวัดรวมงบประมาณก่อนโครงการ (แต่ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดใหญ่ แสดงว่ามีผู้ป่วยที่อยู่นานจำนวนหนึ่ง)

สรุป ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกมีอัตราการเข้าถึงบริการที่สูงขึ้น ทั้งจังหวัดที่บริหารงบรวมและจังหวัดที่บริหารงบแยก แม้สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อจะลดลงในกลุ่มจังหวัดบริหารงบรวม และสัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อเพิ่มขึ้นในจังหวัดบริหารงบแยก แต่ไม่มีหลักฐานข้อมูลใดอธิบายว่าสัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อที่ลดลงจะทำให้การตามจ่ายเงินจากสถานบริการถึงงบประมาณลดลงตามหรือไม่

กลุ่มโรคไม่รุนแรง

สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อของโรคหูอักเสบและทางเดินหายใจส่วนบนในเด็ก (DRG 70 Otitis media and URI age<17 year) ลดลงในกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน คือ ลดจาก 10.2% เหลือ 6.3% ส่วนกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อไม่เพิ่มขึ้น (ดูตารางที่ 19) (ข้อมูล 3 จังหวัด ก่อนนโยบายฯ มีผู้ป่วย 2,324 ราย เป็นผู้ป่วยส่งต่อ 0.1% หลังนโยบายมี 3,257 ราย เป็นผู้ป่วยส่งต่อ 0.4% ข้อมูลครึ่งปี 2545 จาก 3 จังหวัด ผู้ป่วย 2,741 ราย เป็นผู้ป่วยส่งต่อ 6.3%)

ตารางที่ 19 สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อและวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล DRG 70 Otitis media and URI age<17 year

		Inclusive	Exclusive
Before	Refer rate N= 4,103	10.2%*	N = 6,522 1.2%
After	Refer rate N = 5,141	6.3%*	N = 8,352 1.2%
Before	LOS all	2.60 (3.97)	2.43 (7.17)
	LOS refer	2.28 (1.64)	2.47 (2.16)
After	LOS all	2.42 (1.74)	2.25 (1.72)
	LOS refer	2.19 (1.31)	2.90 (4.66)

* p<0.05

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 แห่งเพื่อการประกันสุขภาพ ปี 2544

เมื่อคำนวณอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ กลุ่มจังหวัดที่บริหารงบประมาณ มีอัตราเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า คือจาก 138 ต่อแสน เป็น 254 ต่อแสน ส่วนกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในมีอัตรานอนโรงพยาบาลโดยรวมสูงกว่า และสูงขึ้นเป็น 2 เท่าหลังโครงการ จาก 187 ต่อแสน เป็น 371 ต่อแสน (ข้อมูล 3 จังหวัด ก่อนนโยบายฯ มีผู้ป่วย 2,324 ราย คิดเป็นอัตรานอนโรงพยาบาล 102 ต่อแสน หลังนโยบาย มี 3,257 ราย คิดเป็นอัตรานอน 286 ต่อแสน ข้อมูลครึ่งปี 2545 จาก 3 จังหวัด อัตรานอนของผู้ป่วยลดลงเหลือ 159 ต่อแสน)

วันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยส่งต่อในกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน สั้นกว่ากลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ส่วนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยส่งต่อในกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณ นานกว่ากลุ่มผู้ป่วยทั่วไปเล็กน้อย

สรุป ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่รุนแรง มีอัตราการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้นทั้งจังหวัดบริหารแบบรวม และจังหวัดบริหารแบบประมาณแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน โดยข้อมูลจากกลุ่มจังหวัดบริหารแบบแยกมีอัตราการนอนในโรงพยาบาลสูงกว่าถึง 50% แต่สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อในกลุ่มจังหวัดบริหารแบบรวมลดลง และสัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อในกลุ่มบริหารแบบแยกไม่เพิ่มขึ้น วันนอนโรงพยาบาลไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก

กลุ่มโรคฉุกเฉิน

โรคฉุกเฉินทางอายุรกรรม กรณีแรก คือ กลุ่มโรคปอดบวมในเด็ก (DRG 91 Simple pneumonia age 0-17) สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อเพิ่มขึ้นทั้งกลุ่มจังหวัดบริหารแบบประมาณรวม และแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน โดยจังหวัดบริหารแบบรวมเพิ่มจาก 3.4% เป็น 3.8% ส่วนจังหวัดบริหารแบบแยกเพิ่มมากกว่า คือเพิ่มจาก 2.4% เป็น 4.9% (ดูตารางที่ 20) ถ้าเปรียบเทียบเฉพาะข้อมูลจาก 3 จังหวัดก่อนนโยบาย มี 1,639 ราย เป็นผู้ป่วยส่งต่อ 0.3% หลังนโยบายมีผู้ป่วย 1,690 ราย เป็นผู้ป่วยส่งต่อ 0.5% ส่วนข้อมูลครึ่งปี 2545 จาก 3 จังหวัด มีผู้ป่วย 1,572 ราย สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อเพิ่มเป็น 5.0%

อัตราการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปอดบวมทุกอายุ (DRG 89-91) เพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มจังหวัดบริหารแบบรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน อัตรานอนในโรงพยาบาลเพิ่มจาก 163 ต่อประชากรแสนคน เป็น 238 ต่อแสน ส่วนกลุ่มจังหวัดบริหารแบบประมาณแยก อัตรานอนในโรงพยาบาลเพิ่มจาก 172 ต่อแสน เป็น 293 ต่อแสน (ข้อมูลปี 2544 จาก 3 จังหวัดก่อนนโยบาย อัตรานอน 139 ต่อแสน หลังนโยบายอัตรานอน 219 ต่อแสน ข้อมูลครึ่งปี 2545 จาก 3 จังหวัด อัตรานอนเหลือ 168 ต่อแสน)

ตารางที่ 20 สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อและวันนอนเฉลี่ย DRG 91 Simple pneumonia age 0-17

		Inclusive		Exclusive	
Before	Refer rate	N= 5,258	3.4%*	N = 6,150	2.4%*
After	Refer rate	N = 5,478	3.8%*	N = 7,151	4.9%*
Before	LOS all	4.33 (11.86)		3.86 (4.62)	
	LOS refer	4.80 (3.83)		6.14 (5.82)	
After	LOS all	3.81 (3.27)		3.51 (3.86)	
	LOS refer	4.63 (4.28)		3.68 (3.54)	

* P<0.05

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 แฟ้มเพื่อการประกันสุขภาพ ปี 2544

วันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยส่งต่อจะนานกว่ากลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด ทั้งก่อนและหลังโครงการฯ และทั้งจังหวัดที่บริหารงบประมาณแบบรวมงบผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และจังหวัดแยกงบฯ โดยวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยส่งต่อในกลุ่มจังหวัดแยกงบฯ สูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปเพียงเล็กน้อย

สรุป กลุ่มโรคฉุกเฉินปอดบวม มีอัตราการนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อเพิ่มขึ้น และวันนอนเฉลี่ยในกลุ่มผู้ป่วยส่งต่อจะนานกว่าผู้ป่วยทั้งหมด การหวงใช้ในกลุ่มรวมงบ ไม่เกิด

กลุ่มโรคฉุกเฉิน ของหลอดเลือดสมอง (DRG 14 Cerebrovascular disorder) พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อลดลงจาก 11.1% เหลือ 7.9% ในกลุ่มจังหวัดบริหารงบรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ส่วนจังหวัดบริหารงบแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อสูงขึ้น จาก 9% เป็น 13.7% (ข้อมูลจาก 3 จังหวัด ก่อนนโยบายฯ มีผู้ป่วย 1,291 ราย เป็นผู้ป่วยส่งต่อ 1.4% หลังนโยบายฯ มีผู้ป่วย 721 ราย เป็นผู้ป่วยส่งต่อ 3.1% ข้อมูลครึ่งปี 2545 จาก 3 จังหวัด ผู้ป่วย 1,213 ราย เป็นผู้ป่วยส่งต่อ 26.1%)

อย่างไรก็ตามเมื่อคำนวณอัตราการรักษาในโรงพยาบาลของกลุ่มจังหวัดบริหารงบแบบรวม กลับเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า จาก 59 ต่อแสนประชากร เป็น 108 ต่อแสน ส่วนจังหวัดบริหารงบแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน มีอัตราการนอนโรงพยาบาลต่ำกว่า แต่อัตราเพิ่มขึ้นเช่นกันจาก 30 ต่อแสน เป็น 52 ต่อแสน (ข้อมูลจาก 3 จังหวัด ก่อนนโยบายฯ อัตรานอนโรงพยาบาล 57 ต่อแสน หลังนโยบายฯ อัตรานอนโรงพยาบาล 63 ต่อแสน ข้อมูลครึ่งปี 2545 จาก 3 จังหวัด อัตรานอนโรงพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง 70 ต่อแสน)

ตารางที่ 21 สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อและวันนอนในโรงพยาบาล DRG 14 CVA

		Inclusive		Exclusive	
Before	Refer rate	N = 2,782	11.1%*	N = 1,815	9.0%*
After	Refer rate	N = 3,224	7.9%*	N = 1,709	13.7%*
Before	LOS all	8.24 (17.01)		5.66 (12.53)	
	LOS refer	10.34 (22.35)		5.75 (7.09)	
After	LOS all	6.05 (8.98)		4.15 (5.16)	
	LOS refer	6.94 (8.31)		4.71 (5.51)	

* p<0.05

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 แห่งเพื่อการประกันสุขภาพ ปี 2544

วันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลง ทั้ง 2 กลุ่มจังหวัด ส่วนผู้ป่วยส่งต่อมีวันนอนเฉลี่ยนานกว่าผู้ป่วยทั้งหมด

ไส้ติ่งอักเสบ

ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบต้องรับการผ่าตัดรักษาในโรงพยาบาลอย่างเฉียบพลัน มีฉะนั้น อาการไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันชนิดไม่แตก จะกลายเป็นไส้ติ่งแตก ตารางที่ 21ก แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ เมื่อเทียบกับประชากรในแต่ละช่วง จังหวัดบริหารงบรวมผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน มีอัตราการผ่าตัดไส้ติ่งก่อนและหลังนโยบายใกล้เคียงกัน คือ 111 และ 112 ต่อแสนตามลำดับ จังหวัดบริหารงบแยกผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน มีอัตราการผ่าตัดก่อนนโยบาย 134 ต่อแสน หลังนโยบาย ลดเป็น 130 ต่อแสน (ข้อมูลจากจังหวัด ก่อนนโยบายปี 2544 มีอัตราการผ่าตัดถึง 188 ต่อแสน หลังนโยบายในปี 2544 ผ่าตัดลดเหลือ 118 ต่อแสน และข้อมูลครึ่งปี 2545 จาก 3 จังหวัด อัตราผ่าตัดไส้ติ่ง 117 ต่อแสน)

สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อในจังหวัดบริหารงบรวมผู้ป่วยนอก-ใน ลดลงโดยเฉพาะช่วงหลังนโยบาย สัดส่วนการส่งต่อของสวัสดิการข้าราชการสูงมาก แต่ลดลงหลังนโยบาย ส่วนจังหวัดบริหารงบแยก สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อเพิ่มขึ้นเล็กน้อย สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อมากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยบัตรทอง (ข้อมูลจาก 3 จังหวัด ก่อนและหลังนโยบาย ปี 2544 สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อต่ำมาก แต่ข้อมูลครึ่งปี 2545 สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อเพิ่มขึ้นมาก โดยเพิ่มเป็นร้อยละ 20)

แยกกลุ่มผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบชนิดแตกเทียบกับผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งทั้งหมด เทียบก่อนและหลังนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค และเทียบตามหลักประกันสุขภาพของผู้ป่วย ระหว่างจังหวัดบริหารงบรวม และจังหวัดบริหารงบแยกผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน

ตารางที่ 21ก สัดส่วนผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ที่ผ่านระบบส่งต่อ และสัดส่วนไส้ติ่งแตก

		บริหารงบแยกผู้ป่วยนอก-ใน				บริหารงบรวมผู้ป่วยนอก-ใน			
		CSMBS	SSS	UC	Total	CSMBS	SSS	UC	Total
ก่อน	N	423	272	7,338	8,033	401	236	4,598	5,235
	รับส่งต่อ	0.0%	4.4%	6.7%	6.3%	46.1%	14.8%	24.4%	25.6%
	ไส้ติ่งแตก	22.9%	22.8%	26.1%	25.8%	20.7%	13.1%	20.9%	20.5%
หลัง	N	253	124	3,901	4,278	254	188	2,888	3,330
	รับส่งต่อ	0.8%	6.5%	10.2%	9.5%	14.2%	7.4%	13.3%	13.1%
	ไส้ติ่งแตก	19.0%	18.5%	21.8%	21.6%	21.7%	12.8%	20.6%	20.3%

		บริหารแยกผู้ป่วยนอก-ใน				บริหารรวมผู้ป่วยนอก-ใน			
		CSMBS	SSS	UC	Total	CSMBS	SSS	UC	Total
เฉพาะ 3	N	109	173	1,983	2,265				
จังหวัด	รับส่งต่อ	0.0%	2.3%	1.8%	1.8%				
ก่อนๆ ปี44	ใส่ดิ่งแตก	36.7%	26.0%	31.1%	31.0%				
เฉพาะ 3	N	80	84	1,181	1,345				
จังหวัด	รับส่งต่อ	1.3%	0.0%	5.2%	4.6%				
หลังๆ ปี44	ใส่ดิ่งแตก	21.3%	21.4%	23.8%	23.5%				
เฉพาะ 3	N	101	167	1,728	1,996				
จังหวัด	รับส่งต่อ	16.8%	16.2%	20.7%	20.1%				
ครึ่งปี 45	ใส่ดิ่งแตก	17.8%	14.4%	20.7%	20.1%				

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 เพิ่มเพื่อการประกันสุขภาพ ปี 2544-2545

สัดส่วนผู้ป่วยใส่ดิ่งแตก (DRG 164, DRG 165) ต่อผู้ป่วยผ่าตัดใส่ดิ่งทั้งหมด เฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 20 ในจังหวัดบริหารรวม น่าสังเกตว่า สัดส่วนใส่ดิ่งแตกต่ำสุดในกลุ่มประกันสังคม สำหรับ จังหวัดบริหารแยก สัดส่วนผู้ป่วยใส่ดิ่งแตกลดลง จาก ร้อยละ 25.8 เหลือร้อยละ 21.6 หลังมี นโยบาย และกลุ่มผู้ป่วยประกันสังคมมีสัดส่วนใส่ดิ่งแตกต่ำสุดเช่นกัน (ข้อมูลจาก 3 จังหวัด ช่วงก่อน นโยบาย ปี 2544 สัดส่วนผู้ป่วยใส่ดิ่งแตกสูงที่สุด ช่วงก่อนนโยบาย สัดส่วนใส่ดิ่งแตกลดลงหลัง นโยบาย ปี 2544 และใกล้เคียงกับจังหวัดทั่วไปในปี 2545

กลุ่มโรคคุกคามชีวิต

ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่นอนรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด คือ กลุ่มมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย รวม 2,554 ราย (with acute myocardial infarction) แยกเป็น DRG 122 มากที่สุด กลุ่มไม่มีภาวะแทรกซ้อนและจำหน่ายมีชีวิต 1,540 ราย กลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนสำคัญและจำหน่ายมีชีวิต DRG 121 จำนวน 535 ราย และที่เหลือ 479 รายเป็น DRG 123 กลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเสียชีวิต ในโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มที่มีอาการเตือนน่าเป็นห่วงว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ DRG 140 อาการเจ็บหน้าอก มีจำนวน 1,898 ราย

ตารางที่ 22 สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อ และวันนอนในโรงพยาบาล DRG 122 CIRCULATORY DISORDERS W AMI
W/O MAJOR COMP DISCH ALIVE

		Inclusive		Exclusive	
Before	Refer rate	N= 358	3.6%*	N = 633	7.3%**
After	Refer rate	N = 219	5.5%*	N = 330	11.2%**
Before	LOS all	4.56 (4.46)		4.22 (4.49)	
	LOS refer	6.38 (5.49)		6.09 (3.83)	
After	LOS all	4.51 (4.32)		3.48 (3.13)	
	LOS refer	4.75 (4.81)		4.54 (2.76)	

* p>0.05, ** p<0.05

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 แพ้มเพื่อการประกันสุขภาพ ปี 2544

ตารางที่ 22 แสดงอัตราการส่งต่อของกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน DRG 122 เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า DRG อื่น พบว่า อัตราการส่งต่อในจังหวัดรวมกับผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ก่อนโครงการ 30 บาทฯ มีอัตราส่งต่อ 3.6% หลังโครงการฯ อัตราส่งต่อเพิ่มเป็น 5.5% แต่อัตราการส่งต่อในจังหวัดที่แยกกับผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นสูงกว่า คือเพิ่มจาก 7.3% เป็น 11.2%

วันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยส่งต่อและผู้ป่วยทุกราย มีการเปลี่ยนแปลงทั้งจังหวัดที่รวมกับผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และจังหวัดแยกกับผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน กล่าวคือ วันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยส่งต่อก่อนโครงการ 30 บาทฯ จะนานกว่าผู้ป่วยทุกราย ส่วนหลังโครงการฯ จังหวัดรวมกับฯ ผู้ป่วยส่งต่อมีวันนอนเฉลี่ยไม่ต่างจากผู้ป่วยทั้งหมด แต่จังหวัดแยกกับฯ แม้จะมีอัตราส่งต่อสูงมากกว่า วันนอนเฉลี่ยของกลุ่มส่งต่อนานกว่ากลุ่มผู้ป่วยทุกรายเล็กน้อย

น่าสังเกตว่า เมื่อเทียบสัดส่วนระหว่างกลุ่ม DRG ที่ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตในโรงพยาบาล เทียบกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายทั้ง 3 DRG พบว่า จังหวัดรวมกับผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ก่อนโครงการ 30 บาทฯ มีสัดส่วนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล 18.9% หลังโครงการเพิ่มเป็น 24.7% ส่วนจังหวัดที่แยกกับผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน สัดส่วนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นต่ำกว่า คือ จากก่อนโครงการฯ 16.4% เป็นหลังโครงการฯ 18.9%

เมื่อวิเคราะห์อัตราการส่งต่อก่อนหลังโครงการ 30 บาท ของผู้ป่วย DRG 121, 123 และ 140 พบว่า มีลักษณะคล้ายกับ DRG 122 กล่าวคือ สัดส่วนการส่งต่อในจังหวัดรวมกับผู้ป่วยนอกใน สูงขึ้น แต่สัดส่วนการส่งต่อของกลุ่มจังหวัดแยกกับผู้ป่วยนอกใน สูงกว่า

คำนวณอัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของ DRG 121-123 พบว่ากลุ่มจังหวัดบริหาร
งบรวมฯ อัตรานอนโรงพยาบาลไม่เพิ่มขึ้น คือ อยู่ที่ 13 ต่อแสนประชากร ส่วนจังหวัดบริหารงบแยกฯ มี
อัตรานอนโรงพยาบาลไม่เพิ่มมากนัก คือ จาก 17 ต่อแสน เป็น 18 ต่อแสน (ข้อมูลจาก 3 จังหวัด ก่อน
นโยบายฯ มีผู้ป่วย 250 ราย คิดเป็นอัตรานอนโรงพยาบาล 11 ต่อแสน หลังนโยบายฯ มีผู้ป่วย 184 ราย
คิดเป็นอัตรานอนโรงพยาบาล 16 ต่อแสน และ ครึ่งปี 2545 มีอัตรานอนโรงพยาบาล 17 ต่อแสน)

เปรียบเทียบอัตราตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย แยกตามสิทธิ พบว่า ผู้
ป่วยสวัสดิการข้าราชการ ในจังหวัดแยงบก เพิ่มขึ้นจาก 18.4% เป็น 21.0% และลดลงมาเป็น 17.4%
(ข้อมูลจาก 3 จังหวัด) ส่วนผู้ป่วยบัตรทอง เพิ่มจาก 16.0% เป็น 19.0% และลดลงเป็น 15.2% (ข้อมูล
จาก 3 จังหวัด) ส่วนจังหวัดรวมงบ อัตราตายในโรงพยาบาล กลุ่มข้าราชการไม่เพิ่มขึ้น แต่การตายใน
โรงพยาบาลของกลุ่มบัตรทองเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 22ก)

ตารางที่ 22 ก อัตราตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วย AMI จำแนกตามสิทธิการรักษา

สิทธิ	ระยะเวลา	จังหวัดแยงบกนอก-ใน			จังหวัดรวมงบนอก-ใน		
		DRG 123	All AMI	Fatality	DRG 123	All AMI	Fatality
ข้าราชการ	ก่อน ปี 44	23	125	18.4%	27	145	18.6%
	หลัง ปี 44	17	81	21.0%	12	70	17.1%
บัตรทอง	ก่อน ปี 44	154	965	16.0%	159	682	23.3%
	หลัง ปี 44	103	542	19.0%	90	345	26.1%
ข้าราชการ	ก่อน ปี 44	3	17	17.6%			
	หลัง ปี 44	6	23	26.1%			
	ครึ่ง ปี 45	8	46	17.4%	-	-	-
บัตรทอง	ก่อน ปี 44	40	231	17.3%			
	หลัง ปี 44	31	160	19.4%			
	ครึ่ง ปี 45	37	244	15.2%	-	-	-

ปี 2544 รวมจาก 21 จังหวัด ส่วนปี 2545 รวมผู้ป่วยจาก 3 จังหวัด (นครราชสีมา ภูเก็ต ปทุมธานี)

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 แฟ้มเพื่อการประกันสุขภาพ ปี 2544

สรุป การรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอัตราเสียชีวิตในโรงพยาบาล
สูง อัตราการส่งต่อเพิ่มขึ้น ทั้งกลุ่มจังหวัดที่มีรวมงบผู้ป่วยนอกใน และกลุ่มจังหวัดแยงบกผู้ป่วยนอก
ใน แต่กลุ่มจังหวัดแยงบกฯ มีอัตราการส่งต่อสูงกว่า การส่งต่อที่ไม่สูงเพียงพออาจเป็นสาเหตุให้อัตรา
การเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูงขึ้นในกลุ่มจังหวัดที่บริหารงบรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน

กลุ่มโรคคุกคามชีวิตที่น่าเสนอต่อไป คือ หัวใจล้มเหลว และช็อก (DRG 127 Heart failure and shock) สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อเพิ่มเล็กน้อยในกลุ่มจังหวัดบริหารรวมบ ส่วนจังหวัดแยกบ สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อเพิ่มจาก 5.0% เป็น 7.9% (ข้อมูลครึ่งปี 2545 จาก 3 จังหวัด 887 ราย เป็นผู้ป่วยส่งต่อ 10.3%)

อัตรานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ค่อนข้างใกล้เคียงกันระหว่างก่อนและหลังโครงการ กลุ่มจังหวัดบริหารรวมบรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน มีอัตรานอนในโรงพยาบาลเพิ่มจาก 48 ต่อแสนประชากรเป็น 53 ต่อแสน และจังหวัดบริหารบประมาณแยก อัตรานอนในโรงพยาบาลลดเล็กน้อย จาก 51 ต่อแสน เป็น 48 ต่อแสน (ข้อมูลครึ่งปี 2545 จาก 3 จังหวัด 887 ราย คิดเป็นอัตราป่วยนอนร.พ. 51 ต่อแสน)

ตารางที่ 23 สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อและวันนอนเฉลี่ย DRG 127 Heart failure and shock

		Inclusive		Exclusive	
Before	Refer rate	N = 2,263	6.1%*	N = 3,074	5.0%**
After	Refer rate	N = 1,583	6.8%*	N = 1,578	7.9%**
Before	LOS all	5.50 (18.20)		4.60 (8.53)	
	LOS refer	6.04 (5.60)		5.77 (8.60)	
After	LOS all	4.65 (4.74)		3.89 (4.23)	
	LOS refer	5.30 (4.89)		4.49 (7.21)	

* p>0.05, ** p<0.05

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 แห่งเพื่อการประกันสุขภาพ ปี 2544

วันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลง เมื่อหลังโครงการ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งต่อมีวันนอนเฉลี่ย นานกว่ากลุ่มผู้ป่วยทั่วไป

สรุป กลุ่มโรคคุกคามชีวิต มีอัตราการเข้าถึงบริการค่อนข้างคงเดิมทั้งจังหวัดบริหารรวมบ และจังหวัดบริหารบแยก สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อเพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่ม ที่น่าเป็นห่วงคือ อัตราป่วยตายของ กลุ่มโรคนี้ เพิ่มขึ้นในกลุ่มจังหวัดที่บริหารรวมบรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน

กลุ่มอุบัติเหตุ

ตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอุบัติเหตุ ที่รับการผ่าตัดในตารางที่ 16 คือ การผ่าตัดสะโพกและกระดูกต้นขา (DRG 211 HIP & FEMUR PROCEDURES EXCEPT MAJOR JOINT AGE >17 W/O CC) สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อในกลุ่มจังหวัดบริหารงบรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ลดจาก 22.3% เหลือ 15.3% หลังโครงการฯ ส่วนกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อเพิ่มจาก 16.0% เป็น 23.0% (ข้อมูลครึ่งปี 2545 จาก 3 จังหวัด 236 ราย เป็นผู้ป่วยส่งต่อ 40.7%)

ตารางที่ 24 สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อและวันนอนเฉลี่ยของ DRG 211 HIP & FEMUR PROCEDURES EXCEPT MAJOR JOINT AGE >17 W/O CC

Inclusive			Exclusive		
Before	Refer rate	N= 430 22.3%*	N = 695	16.0%*	
After	Refer rate	N = 248 15.3%*	N = 265	23.0%*	
Before	LOS all	17.50 (14.92)	13.99	(15.63)	
	LOS refer	20.32 (16.56)	9.95	(7.06)	
After	LOS all	13.46 (11.04)	12.73	(8.24)	
	LOS refer	15.53 (10.45)	12.13	(8.14)	

* p<0.05

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 แห่งเพื่อการประกันสุขภาพ ปี 2544

วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในกลุ่มจังหวัดบริหารงบรวม นานกว่า ผู้ป่วยในกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณแยก ผู้ป่วยส่งต่อของกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณรวม นานกว่ากลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด แต่วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยส่งต่อในกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณแยก ใกล้เคียงกับวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมด

ผู้ป่วยอุบัติเหตุ แต่ไม่ได้ผ่าตัด แสดงในตารางที่ 25 คือผู้ป่วยกระดูกสะโพกและกระดูกเชิงกรานหัก (DRG 236 FRACTURES OF HIP & PELVIS) สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อในกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ลดลงจาก 16.3% เหลือ 8.5% และเช่นเดียวกัน สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อในกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นจาก 5.5% เป็น 13.8% (ข้อมูลจาก 3 จังหวัด ก่อนนโยบาย มีผู้ป่วย 741 ราย สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อ 5.1% หลังนโยบาย ผู้ป่วย 324 ราย เป็นผู้ป่วยส่งต่อ 7.5% ครึ่งปี 2545 จาก 3 จังหวัด 163 ราย เป็นผู้ป่วยส่งต่อ 33.1%)

วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยกระดูกหักไม่ผ่าตัดโดยเฉลี่ยสั้นกว่ากลุ่มกระดูกหักต้องผ่าตัด แต่ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจะกว้างกว่า แสดงว่ามีผู้ป่วยวันนอนเฉลี่ยสั้นและมีบางรายนอนนานมาก วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณรวมไม่ค่อยต่างกันระหว่างผู้ป่วยส่งต่อกับผู้ป่วยทั้งหมด แต่วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยส่งต่อในกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณแยก นานกว่าผู้ป่วยทั้งหมดมาก การตีความส่วนนี้มีความซับซ้อน เพราะ ยังไม่สามารถตรวจสอบผู้ป่วยส่งต่อ ที่อาจมารับบริการกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด

ตารางที่ 25 สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อและวันนอนโรงพยาบาล DRG 236 FRACTURES OF HIP & PELVIS

		Inclusive		Exclusive	
Before	Refer rate	N = 497	16.3%*	N = 476	5.5%*
After	Refer rate	N = 234	8.5%*	N = 203	13.8%*
Before	LOS all	15.18 (18.77)		9.43 (24.53)	
	LOS refer	18.63 (16.56)		13.08 (18.28)	
After	LOS all	11.52 (11.93)		7.97 (10.54)	
	LOS refer	10.45 (7.13)		13.07 (14.66)	

* p<0.05

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 แฟ้มเพื่อการประกันสุขภาพ ปี 2544

วิเคราะห์อัตรานอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยอุบัติเหตุกลุ่มนี้ คือ DRG 210, 211, 212 และ 235, 236 คือรวมทั้งกรณีไม่ผ่าตัดและกรณีผ่าตัดรักษา อัตราการนอนโรงพยาบาลจากกระดูกสะโพกและกระดูกต้นขาหัก เป็น 30 ต่อแสนประชากร และลดเป็น 23 ต่อแสน ในกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน อัตรานอนโรงพยาบาลดังกล่าว ใกล้เคียงกับอัตราการนอนโรงพยาบาลของกลุ่มจังหวัดที่บริหารงบแยก คือ 29 ต่อแสน ลดลงเหลือ 22 ต่อแสน (ข้อมูลจาก 3 จังหวัดก่อนนโยบาย มีผู้ป่วย 741 ราย คิดเป็นอัตรานอนโรงพยาบาล 33 ต่อแสน หลังนโยบาย มีผู้ป่วย 324 ราย คิดเป็นอัตรานอนโรงพยาบาล 28 ต่อแสน ข้อมูลครึ่งปี 2545 จาก 3 จังหวัดรวม 591 ราย คิดเป็นการป่วยนอนโรงพยาบาล 34 ต่อแสน)

กลุ่มโรคเรื้อรัง

ผู้ป่วยเรื้อรังในตารางที่ 26 คือโรคความดันเลือดสูงที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (DRG 134 hypertension) ในกลุ่มจังหวัดบริหารงบประมาณรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อลดลง จาก 6.0% ก่อนโครงการฯ เหลือ 4.5% หลังโครงการ ($p < 0.05$) ส่วนจังหวัดที่บริหารงบประมาณแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อเพิ่มขึ้นเล็กน้อย คือเพิ่มจาก 2.3% เป็น 2.9% หลังโครงการฯ ($p > 0.05$) (ข้อมูล 3 จังหวัดในปี 2544 สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อต่ำมากคือ 1.1% ก่อนนโยบาย และ 0.7% หลังนโยบาย ข้อมูลครึ่งปี 2545 จาก 3 จังหวัด 1,777 ราย เป็นผู้ป่วยส่งต่อ 6.7%)

วันนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่นานนัก และมีแนวโน้มลดลงหลังโครงการ ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มส่งต่อ โดยเฉพาะหลังโครงการฯ มีวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยทั้งหมด นั่นหมายความว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในระบบส่งต่อมีความรุนแรงของโรคสูงกว่าผู้ป่วยทั้งหมด

อัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยเรื่องความดันเลือดสูง ในกลุ่มจังหวัดบริหารงบรวมเท่ากับ 75 ต่อแสนประชากร ก่อนโครงการ เพิ่มขึ้น เป็น 81 ต่อแสน แต่กลุ่มจังหวัดบริหารงบแยก มีอัตรานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงกว่า คือ ประมาณ 95 ต่อแสน เมื่อก่อนโครงการ ลดลงเหลือ 93 ต่อแสน (ข้อมูลจาก 3 จังหวัดก่อนนโยบาย มีผู้ป่วย 2,075 ราย คิดเป็นอัตรานอนโรงพยาบาล 91 ต่อแสน หลังนโยบาย ผู้ป่วย 1,202 ราย คิดเป็นอัตรานอน 106 ต่อแสน ข้อมูลครึ่งปี 2545 จาก 3 จังหวัด 1,777 ราย คิดเป็นอัตราป่วยนอนร.พ. 103 ต่อแสน)

ตารางที่ 26 สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อและวันนอนในโรงพยาบาล DRG 134 Hypertension

		Inclusive		Exclusive	
Before	Refer rate	N = 3,538	6.0%*	N = 5,839	2.3%**
After	Refer rate	N = 2,428	4.5%*	N = 3,079	2.9%**
Before	LOS all	3.52 (13.89)		3.10 (6.08)	
	LOS refer	3.50 (3.35)		5.52 (5.69)	
After	LOS all	3.00 (3.32)		2.77 (3.62)	
	LOS refer	4.09 (4.31)		4.74 (5.25)	

* $p < 0.05$, ** $p > 0.05$

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 แฟ้มเพื่อการประกันสุขภาพ ปี 2544

ตารางที่ 27 แสดงบริการสำหรับผู้ป่วยเม็ดเลือดแดงเด็ก (DRG 396 RED BLOOD CELL DISORDERS AGE 0-17) กลุ่มผู้ป่วยโรคเม็ดเลือดแดง DRG 395 และ 396 จำนวน 7,023 และ 4,924 รายตามลำดับ นำเสนอรายละเอียด DRG 396 เพราะเป็นกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ซึ่งความเห็นของแพทย์น่าจะเป็นตัวแทนที่ดีสำหรับผู้ป่วย (agency relationship) พบว่า อัตราการส่งต่อผู้ป่วยในกลุ่มจังหวัดรวมกับผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ลดลงเมื่อเริ่มโครงการ 30 บาทฯ จาก 6.3% เหลือ 4.6% ส่วนกลุ่มจังหวัดแยกงบฯ อัตราการส่งต่อเพิ่มขึ้น หลังโครงการฯ คือเพิ่มจาก 2.8% เป็น 7.1% (ข้อมูลครึ่งปี 2545 ของ 3 จังหวัด มี DRG 396 จำนวน 322 ราย สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อ 28.0%

ตารางที่ 27 สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อและวันนอนโรงพยาบาล DRG 396 RED BLOOD CELL DISORDERS AGE 0-17

		Inclusive		Exclusive	
Before	Refer rate	N= 1,209	6.3%*	N = 1,717	2.8%*
After	Refer rate	N = 865	4.6%*	N = 1,133	7.1%*
Before	LOS all	1.93 (11.18)		2.04 (6.88)	
	LOS refer	1.96 (5.15)		3.46 (5.30)	
After	LOS all	1.48 (3.38)		1.72 (2.21)	
	LOS refer	1.35 (1.96)		3.21 (2.89)	

* p<0.05

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูล 12 แห่งเพื่อการประกันสุขภาพ ปี 2544

เมื่อดูวันนอนเฉลี่ยที่รักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะนอนระยะสั้น เพื่อรับการให้เลือดเป็นส่วนใหญ่ วันนอนโรงพยาบาลกลุ่มจังหวัดรวมงบฯ หลังโครงการวันนอนเฉลี่ยลดลง และลดทั้งกลุ่มผู้ป่วยส่งต่อและผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนกลุ่มจังหวัดแยกงบฯ วันนอนเฉลี่ย หลังโครงการฯ ลดลง และแม้จะมีอัตราการส่งต่อเพิ่มขึ้น วันนอนเฉลี่ยในกลุ่มผู้ป่วยส่งต่อยังนานกว่ากลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด

เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม DRG 395 ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ น่าสังเกตว่า อัตราการส่งต่อในกลุ่มจังหวัดรวมงบฯ ลดลงไม่มากนัก คือลดจาก 5.5% เป็น 5.1% ส่วนกลุ่มจังหวัดแยกงบฯ อัตราการส่งต่อเพิ่มขึ้นเล็กน้อย คือจาก 4.2% เป็น 6.2%

อัตราการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเม็ดเลือดแดง ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ในกลุ่มจังหวัดรวมงบฯ เท่ากับ 57 ต่อแสนประชากร และเพิ่มเป็น 68 ต่อแสน หลังโครงการ สำหรับกลุ่มจังหวัดบริหารงบฯ แยกฯ มีอัตราการนอนในโรงพยาบาลสูงกว่าตั้งแต่ก่อนโครงการ คือ 74 ต่อแสนประชากร และเพิ่มเป็น

86 ต่อแสนประชากร (ข้อมูลจาก 3 จังหวัด ก่อนนโยบาย มีผู้ป่วย 984 ราย คิดเป็นอัตรานอนโรงพยาบาล 43 ต่อแสน หลังนโยบาย มีผู้ป่วย 924 ราย คิดเป็นอัตรานอนโรงพยาบาล 81 ต่อแสน ข้อมูลครึ่งปี 2545 จาก 3 จังหวัด อัตราการนอนในโรงพยาบาล 68 ต่อแสน)

สรุป การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ถ้าเป็นโรคที่รักษาได้ทั่วไป เช่น ความดันเลือดสูง จังหวัดบริหารงบรวม มีสัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อลดลง น่าจะหมายถึงว่า การส่งต่อมีเหตุมีผลมากขึ้น ส่วนกลุ่มจังหวัดที่บริหารงบแยก สัดส่วนการส่งต่อเพิ่มแต่ไม่มีนัยสำคัญ ผิดกับโรคเรื้อรังของเม็ดเลือดแดงที่ต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทางโลหิตวิทยา สัดส่วนส่งต่อผู้ป่วยในกลุ่มจังหวัดบริหารงบรวม ลดลง แต่กลุ่มจังหวัดบริหารงบแบบแยก มีสัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อเพิ่มขึ้น

5. ความเห็นจากประชาคมแพทย์

ความเห็นจากประชาคมแพทย์ในที่นี้ ได้จากการนำเสนอข้อมูลอัตราการนอนโรงพยาบาลโดยรวม การข้ามเขตสุขภาพ รวมทั้งสัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อ ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมดังกล่าว เน้นประเด็นความคิดเห็นว่า สมควร “พึง” ว่า การบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรบริหารจัดการแบบแยกบฯ (exclusive capitation) มากกว่าการบริหารจัดการแบบรวมงบผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ได้ทำการสอบถามความเห็นจากประชาคมแพทย์ จากข้อมูลดังกล่าว ในจังหวัดศรีสะเกษ และภูเก็ต ซึ่งเป็นจังหวัดบริหารงบแยก ผู้ให้ความเห็นเป็นแพทย์ทั้งที่โรงพยาบาลชุมชน และแพทย์ที่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และผู้ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

แพทย์ที่รักษาผู้ป่วย (clinician) เกือบทั้งหมด พอได้ยืนยันคำชี้แจงเริ่มต้นว่าต้องการประเมินว่าวิธีจ่ายเงินในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือไม่ แพทย์จะปฏิเสธทันทีว่าไม่เกี่ยวข้องกัน เพราะรักษาผู้ป่วยตามหลักวิชาการ โดยไม่ได้คำนึงว่าโรงพยาบาลจะได้รับเงินแบบใด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะสั่งสะกัดกัน การส่งต่อผู้ป่วยไม่ได้

5.1 ความเห็นต่อข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยกับการบริหารงบประมาณในจังหวัด

ก่อนตัดสินใจใดๆ แพทย์ให้ความเห็นประเด็น ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ได้แก่ แหล่งที่มาของข้อมูล ค่าความแตกต่างนัยสำคัญทางสถิติ ความแตกต่างระหว่างจังหวัดที่เลือกบริหารจัดการงบประมาณ 2 แบบ ซึ่งไม่ได้เปรียบเทียบระหว่าง 2 สิ่งที่มีลักษณะคล้ายกัน แม้แต่การเปรียบเทียบก่อนและหลัง ก็มีความละเอียดอ่อน เช่น ศรีสะเกษ เพิ่งมีจักษุแพทย์ในช่วงหลังโครงการ 30 บาทฯ การส่ง

ต่อผู้ป่วย รวมทั้งปริมาณการให้บริการในแต่ละช่วงเวลาจึงต่างกัน การมองมิติเพียงสัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อน่าจะยังไม่รอบด้านเพียงพอ

กลุ่มแพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าข้อมูลที่น่าเชื่อถือและสอดคล้องกับการคาดการณ์คือ สัดส่วนผู้ป่วยส่งต่อ ก่อนและหลังนโยบาย 30 บาท ในภาพรวมลดลงในกลุ่มจังหวัดบริหารงบรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และสัดส่วนส่งต่อที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มจังหวัดบริหารงบแยกฯ การเสนอว่าผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่ผ่าตัดมีน้อยกว่า ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด ทำให้ตั้งคำถามว่า ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น บ้างให้เหตุผลว่า ถ้าส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัด คู้มกว่าการต้องดูแลเอง (จ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแล้วต่ำกว่า) ก็น่าจะทำให้การส่งต่อมากขึ้นในกลุ่มจังหวัดที่บริหารรวมงบผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ซึ่งขัดกับข้อมูลที่ได้

การแยกวิเคราะห์ตามกลุ่มโรคต่างๆ ได้แก่ กลุ่มโรคไม่รุนแรง กลุ่มโรคเฉียบพลัน ทำให้กลุ่มแพทย์ทั้งหมดให้ความเห็นสนับสนุนว่า จริยธรรมในวงการแพทย์ยังไม่ตกต่ำ การส่งต่อที่ลดลงในกลุ่มโรคไม่รุนแรง เป็นการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม แต่ถ้าเป็นกลุ่มโรคที่มีความรุนแรงเฉียบพลันยิ่งขึ้น การส่งต่อผู้ป่วยก็ไม่ได้ลดลง การหวงไข้ จึงไม่น่าจะรุนแรงในกลุ่มโรคเฉียบพลัน

แต่เมื่อวิเคราะห์กลุ่มโรคที่คุกคามชีวิต คือผู้ป่วยหัวใจล้มเหลือน้อยตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarct) สัดส่วนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นมากในกลุ่มจังหวัดที่บริหารงบรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน อาจเป็นเพราะผู้ป่วยอาการแรกเริ่มหนักมากจนไม่สามารถส่งต่อได้ จึงทำให้มีสัดส่วนผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลมากขึ้น แพทย์บางคนให้ความเห็นว่า ไม่น่าเป็นห่วงเพราะใช้วิธีคำนวณว่า อัตราเพิ่มของการส่งต่อในกลุ่มจังหวัดที่บริหารงบรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ใกล้เคียงกันกับกลุ่มจังหวัดที่บริหารงบแยกฯ (คือสัดส่วนเพิ่มจาก 3.6% เป็น 5.5% ตามตารางที่ 14 คิดเป็นอัตราเพิ่ม 53% แต่กลุ่มจังหวัดบริหารงบแยก เพิ่มจาก 7.3% เป็น 11.2% คิดเป็นอัตราเพิ่ม 53% เช่นกัน) นอกจากนี้แพทย์บางกลุ่มให้ความเห็นว่า ให้อำนาจ การเสียชีวิตของผู้ป่วยเกิดขึ้นที่โรงพยาบาลระดับใด กรณีคุกคามชีวิตเช่นนี้ ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องรับบริการตามระบบส่งต่อ ให้ลดขั้นตอนไปที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ได้ หรือถ้าอยู่ในภาวะวิกฤตสูง ส่งไปก็ไปตายที่อื่นเปล่าๆ แพทย์ก็จะไม่ส่งต่อผู้ป่วยรายนั้น

สัดส่วนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและเสียชีวิตในโรงพยาบาล เมื่อวิเคราะห์เฉพาะจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยตายก่อนโครงการ 9% (10 จาก 111 ราย) แต่หลังโครงการเพิ่มเป็น 21% (9 จาก 44 ราย) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของการวิเคราะห์ 21 จังหวัด แพทย์ให้ความเห็นว่า เมื่อวิเคราะห์เป็นรายจังหวัด ความน่าเชื่อถือทางสถิติจะต่ำ เพราะจำนวนตัวอย่างน้อยเกินไป

กลุ่มโรคอุบัติเหตุ สัดส่วนการส่งต่ออาจจะไม่เพิ่มขึ้นหลังโครงการ 30 บาทฯ ถ้าภายในจังหวัดรู้กันอยู่แล้วว่า ส่งผู้ป่วยไป ก็ไม่ได้ทำการผ่าตัดรักษา เพราะอดีตที่ผ่านมา ส่งผู้ป่วยกระดูกหักไปโรง

พยาบาลจังหวัด ที่จังหวัดก็เพียงแต่ใส่เสื้อไม่ได้ผ่าตัดรักษา ต่อมาจึงไม่ส่ง ยกเว้นจะมีแพทย์มาใหม่ สำหรับผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานหัก ตามหลักวิชาการ ไม่ต้องผ่าตัด จึงไม่ต้องส่งต่อ ยกเว้นผู้ป่วยรายที่มี สัญญาณชีพไม่น่าไว้วางใจ (unstable vital signs) ที่ต้องรีบส่งต่อ

กลุ่มโรคที่รอได้ เช่น ผ่าตัดต่อกระดูก มีแนวโน้มว่าการส่งต่อลดลงในกลุ่มจังหวัดรวมบ แต่เพิ่มขึ้นในกลุ่มจังหวัดที่แยกบข แต่การตีความต้องระวังปัจจัยอื่น ที่ได้กล่าวแล้ว คือ การมีแพทย์ เฉพาะทางสาขานั้นๆ ว่ามีการเปลี่ยนแปลงด้วยหรือไม่

กลุ่มโรคเรื้อรัง ที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง แพทย์มีความเห็นกันว่า การไม่ส่งต่อ จะทำให้คุณภาพชีวิตลดลง แต่ถ้าวิธีการรักษาไม่ต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง เช่นกลุ่มผู้ป่วย ธาลัสซีเมีย ในจังหวัดให้แต่เพียงเลือด ไม่ต้องตรวจระดับเหล็กในเลือดและให้ยาขับเหล็ก ก็อาจจะให้ เลือดเท่านั้นที่โรงพยาบาลชุมชนได้โดยไม่ต้องส่งต่อ แพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนให้ความเห็นเฉพาะ กรณีธาลัสซีเมียว่า โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคยังไม่ได้ประกาศอย่างชัดเจนว่า จะให้การรักษา มาตรฐานอย่างไร การให้เลือดให้บ่อยและให้ยาขับเหล็กออกจากร่างกาย (hyper transfusion) เป็น มาตรฐานที่ต้องได้เท่ากันทั่วประเทศหรือไม่ ซึ่งที่ภูเก็ต หรือ ศรีสะเกษ ก็ไม่มีแบบแผนการรักษาใน ความเห็นส่วนตัวของแพทย์ อาจส่งผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยรับการให้เลือด ไปตรวจชนิดธาลัสซีเมียให้ ชัดเจน เพื่อพิจารณารักษาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก ซึ่งหายจากโรคได้ดีกว่าและคุ้มกว่า

แพทย์ส่วนใหญ่สรุปว่า ข้อมูลที่น่าเสนอ ยังไม่ชัดเจนพอ ยังต้องการข้อมูลที่มีความแม่นยำตรง มากกว่านี้ แต่แนวโน้มที่ว่าการส่งต่อผู้ป่วยจะลดลง เมื่อจังหวัดบริหารจัดการงบประมาณรวมผู้ป่วย นอกผู้ป่วยใน เกิดขึ้นในบางกลุ่มโรค เพราะแพทย์เป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย สมควรหาข้อมูล ที่มีความไวและความแม่นยำมากขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยการส่งต่อหรือไม่ส่งต่อผู้ป่วยยังมีอีกมากมาย เป็นช่วงในเวลาหรือนอกเวลาราชการ แพทย์ประจำต้องติดภารกิจประชุมหรือฝึกอบรมหรือบุคลากร ต่างๆ ไม่พร้อมเปิดห้องผ่าตัด ภาระงานมีผู้ป่วยมากในช่วงนั้น จนให้บริการไม่ไหว ต้องส่งต่อ ฯลฯ

5.2 ความเห็นต่อการบริหารจัดการงบประมาณรวมหรือแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน

แพทย์ที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ทั้งที่ศรีสะเกษ และภูเก็ต ไม่เข้าใจวิธีบริหารจัดการงบประมาณราย หัวรวมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (inclusive capitation) และงบประมาณรายหัวแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วย ใน (exclusive capitation) ในทันที จึงต้องอธิบายให้เข้าใจตรงกันเสียก่อน แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทราบ ความเป็นมาและเหตุผลของการตัดสินใจบริหารงบประมาณแบบใด บางคนคิดว่าเป็นเรื่องที่ส่วนกลาง สั่งให้ทำ แพทย์ที่โรงพยาบาลทั่วไปบางคนเห็นว่า เป็นเพราะนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดต้องการคง

อำนาจในการบริหารจัดการเงินไว้ จึงเลือกวิธีนี้ ขณะที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนหนึ่งอธิบายว่า ถ้าเป็นวิธีรวมงบผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในเข้าด้วยกัน โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กมากส่วนหนึ่งจะมีปัญหาทางการเงิน จึงเลือกวิธีแยกงบผู้ป่วยในออกมาเป็นการเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

แพทย์ทั้งที่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ให้ความเห็นว่า การตัดสินใจบริหารงบประมาณแบบใด สัญญาณของการควบคุมรายจ่ายในหมู่ผู้บริหารไม่ลงมาถึงแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย แพทย์ที่โรงพยาบาลทั่วไป ให้ความเห็นว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบริหารจัดการต้นทุนของการใช้ยา โดยลดการสั่งยาต้นแบบ (original) เป็นครั้งคราวและให้ใช้ยาผลิตในประเทศแทน เพื่อให้โรงพยาบาลมีสภาพคล่องทางการเงินในการใช้หนี้ระยะหนึ่งด้วยการจำกัดการใช้ยาราคาแพง แพทย์ที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระบุว่า ไม่มีการจำกัดการใช้ยาในกลุ่มแพทย์ผู้รักษา ถ้าเป็นยาที่ใช้ในภาวะฉุกเฉินชีวิต จะใช้ยาต้นแบบที่มีประสิทธิภาพสูง แต่ยาบางชนิดที่ราคาแพง แพทย์ผู้รักษาวิตกเองว่า จะเป็นผลเสียต่อสถานะการเงินของโรงพยาบาล เพราะไม่มีมาตรฐานกำหนดไว้ชัดเจนว่าต้องรักษาแบบใด เช่น ยารักษาเด็กที่ขาดฮอร์โมนการเติบโตของร่างกาย ยาแก้ชักที่มีราคาสูง ฯลฯ

แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ให้ความเห็นว่า มีความเป็นไปได้สูงที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จะสั่งให้แพทย์เปลี่ยนวิธีการรักษาให้เหมาะสมกับงบประมาณที่ได้ แต่แพทย์ผู้รักษาของโรงพยาบาลชุมชนให้ความเห็นว่า ถ้าผู้ป่วยถึงขั้นต้องส่งต่อ ผู้อำนวยการก็ไม่สามารถขัดได้

แพทย์ส่วนใหญ่ ให้ความเห็นว่าพอใจกับการบริหารงบประมาณแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ทั้งจังหวัดศรีสะเกษและภูเก็ต ข้อดีของวิธีบริหารแบบนี้คือ ผู้ถืองบประมาณไม่ต้องเป็นภาระในการตามจ่ายถ้าต้องส่งผู้ป่วยไปรักษาที่อื่น ดังนั้นการส่งต่อผู้ป่วยจึงไม่ลดลง

สำหรับสมมติฐานที่ว่า เมื่อบริหารงบประมาณแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจะมีแนวโน้มให้ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลมากขึ้น เพื่อให้เงินเข้าโรงพยาบาลอีกทางหนึ่งด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม แพทย์ส่วนหนึ่งให้ความเห็นว่า ที่อัตราการนอนโรงพยาบาลสูงขึ้นในปัจจุบัน อาจไม่ได้เป็นจากการบริหารงบประมาณแยก แต่เป็นเพราะประชาชนเรียกร้องสิทธิมากขึ้น จึงต้องสนองตามความต้องการของประชาชน มิฉะนั้นจะมีปัญหาตามมา แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเห็นว่า รายได้ที่เข้าโรงพยาบาลด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ไม่คุ้มกับต้นทุนที่ต้องให้นอนโรงพยาบาล เพราะต้นทุนคงที่ของการนอนโรงพยาบาลมีหลายชนิด ทั้งค่าแรงพยาบาล ค่าอาหาร ค่าสาธารณูปโภค รายได้ไม่คุ้มกับต้นทุน จึงไม่น่าจะทำให้การนอนโรงพยาบาลมากขึ้น⁴

⁴ จังหวัดภูเก็ตจัดสรรงบผู้ป่วยในด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เงินงวดเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2544 จากเงินกองทุนประกันสุขภาพ ได้จัดสรร 2,717.56 บาทต่อ 1 หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (RW) ในช่วงเดือนเดียวกัน จัดสรรเงินกองทุน

แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนให้ความเห็นว่า วิธีบริหารแบบปัจจุบันที่แย่งผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในก็ดีอยู่แล้ว แต่ถ้าได้รับงบประมาณแบบรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ก็จะมีโอกาสขยายงาน ให้บริการผู้ป่วยได้มากขึ้น เป็นการพัฒนาศักยภาพของสถานพยาบาล ซึ่งวิธีแบบแย่งผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในจะได้รับเงินมาน้อยไม่เพียงพอ ทั้งนี้ การลดจำนวนผู้ป่วยส่งต่อ ต้องไม่เป็นผลเสียต่อผู้ป่วย การเพิ่มศักยภาพของสถานพยาบาลน่าจะทำได้ในทันทีที่มีโอกาส เช่น การจ้างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมาปฏิบัติงาน หรือส่งแพทย์ บุคลากรของโรงพยาบาลไปอบรม จัดหาเครื่องมือแพทย์ที่มีความจำเป็นและคุ้มค่า แต่ไม่แน่ใจว่า ตัวชี้วัดประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลจะเห็นผลเมื่อใด

แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน วิตกว่า ข้อมูลที่ชี้แนวโน้มว่า วิธีการบริหารงบประมาณรวมผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และคิดถึงความปลอดภัยขององค์กร มากกว่าความปลอดภัยของผู้ป่วย จะทำให้สังคมจับตามองระบบบริการสุขภาพมากขึ้น การควบคุมจากผู้ป่วย ญาติและสังคม จะทำให้การทำงานยากขึ้น ถ้าผู้ที่ไม่ถูกต้อง ไม่รู้สึกผิด และกลับมาสู่จุดที่ถูกต้อง แพทย์ที่โรงพยาบาลจังหวัดให้ความเห็นว่า พระราชบัญญัติสุขภาพที่กำลังร่าง ให้องค์กรท้องถิ่น เข้าคานอำนาจและตรวจสอบผู้ให้บริการสุขภาพมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ทำงานยากขึ้นกว่าที่องค์กรวิชาชีพจะดูแลกันเอง

5.3 สิ่งที่เกิดขึ้นไม่ได้ด้วยการตัดสินใจงบประมาณรวมหรือแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน

แพทย์ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่า แม้จะจัดการแก้ไขวิธีบริหารงบประมาณจ่ายแยกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในแล้ว ปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ได้แก่

กรณีการส่งต่อผู้ป่วยนอก ไม่ได้ใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในการจัดสรร แต่กำหนดการจ่ายเงินไว้คงที่ ครั้งละ 200-300 บาท ทำให้รับไว้เป็นผู้ป่วยในจะได้เงินมากกว่า แพทย์เล่าว่า โรงพยาบาลที่เป็นเจ้าของผู้ป่วยเอดส์ ให้ผู้ป่วยนอนรักษาที่โรงพยาบาลของตน ขณะเดียวกันเขียนใบส่งต่อเพื่อให้ญาติมารับยาที่โรงพยาบาลทั่วไป เมื่อได้ยาก็นำกลับไปรักษาผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ จึงไม่ต้องลงทุนซื้อยาเอดส์เอง แต่สามารถรักษาผู้ป่วยได้

แพทย์และผู้ปฏิบัติงานยกประเด็นว่า ผู้ป่วยที่ข้ามเขตไปเอง และผู้ป่วยที่ข้ามไปแล้ว กลับมาขอใบส่งต่อเพื่อไม่ต้องจ่ายค่าบริการ จะบริหารจัดการในระยะยาวอย่างไร ปัจจุบัน ภูเก็ต เปิดโอกาส

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้างวดนำร่องงวดแรก 1,507.57 บาทต่อ RW เมื่อเข้าสู่หลักประกันถ้วนหน้าทั่วประเทศ เนื่องจากเงินที่ได้รับจัดต้องหักเงินเดือนก่อน เงินจัดสรรสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจึงลดลงอย่างมาก งวดล่าสุดเดือนกุมภาพันธ์ จัดสรรที่ 272.02 บาทต่อ RW

ให้ผู้ป่วยส่งออกไปสถาบันตติยภูมิได้หลายแห่ง ทั้ง ราชวิถี ศิริราช จุฬาฯ ฯลฯ โดยไม่คำนึงว่า เครือข่าย ในกระทรวงสาธารณสุขทำได้หรือไม่ จึงทำให้ค่าใช้จ่ายกรณีส่งต่อมาก แพทย์ให้ความเห็นว่าระบบเปิด แบบนี้จะทำให้มีรายจ่ายเกินพอดี

อัตราส่วนข้ามเขตสุทธิ (net flow ratio) ที่มีค่าแตกต่างกันมากระหว่างจังหวัด พฤติกรรมการ ข้ามเขตของประชาชน กับการจัดสรรเงินไม่มีข้อสรุปควรเป็นเช่นไร แพทย์ยกตัวอย่างผู้ป่วยจากจังหวัด พังงาข้ามเคียงข้ามมารักษาที่โรงพยาบาลเป็นประจำ เพราะเดินทางสะดวกกว่า และมีความศรัทธา ภายใต้กฎเกณฑ์ปัจจุบันพังงาจ่ายเงินให้ภูเก็ต หน่วยละ 4,000 บาท แต่ถ้าโอนประชากรเขตที่ข้ามไป ภูเก็ตเป็นประจำ จะจ่ายต่อหน่วยต่ำกว่ามาก

5.4 การลาออกของแพทย์กับโครงการ 30 บาท

การคาดเดาว่า โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคทำให้ปริมาณการให้บริการสูงขึ้นมาก ประชาชน เรียกร้องสิทธิมาก จนจะทำให้แพทย์ลาออกจากราชการมากขึ้น การคาดเดาดังกล่าวยังไม่เป็นจริงกับ กลุ่มจังหวัดที่ศึกษาระยะนี้ ตามข้อมูลที่แสดงดังต่อไปนี้ (ข้อมูลได้จากการสำรวจทางโทรศัพท์ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เดือนมิถุนายน 2545)

- จังหวัดเชียงใหม่ มีแพทย์ลาออก 7 คน ในจำนวนนี้ 2 คนเพื่อศึกษาต่อ 2 คนเพื่อทำงานในภาค เอกชน 1 คนเพื่อกลับสู่ภูมิลำเนาเดิม 1 คนเพื่อเลือกตั้งเป็นนักการเมือง และอีก 1 คนขาดใช้เงินทุน
- นครราชสีมา มีลาออก 6 คน เป็นการลาศึกษาต่อ 5 คน
- ศรีสะเกษ ลาออก 3 คน เพื่อศึกษาต่อ
- ปทุมธานี ลาออก 3 คน เพื่อดูแลครอบครัว 1 คน สังกัดตำรวจ 1 คน และการบินไทย 1 คน
- ภูเก็ต ลาออก 1 คน เพื่อทำงานในโรงพยาบาลเอกชน

5.5 ผลกระทบต่อครัวเรือน

การประเมินผลกระทบของนโยบายที่ดีที่สุด น่าจะเป็นการประเมินผลกระทบต่อครัวเรือน ทั้ง ด้านการเข้าถึงบริการ การใช้สิทธิที่รัฐจัดให้ และผลกระทบต่อความเป็นธรรมของภาระการจ่ายเงินเพื่อ ดูแลสุขภาพ การประเมินผลกระทบระดับครัวเรือนใน 4 จังหวัดนำร่อง สุโขทัย สมุทรสาคร ภูเก็ตและ อุบลราชธานี รวบรวมปลายปี 2544 หลังการนำร่องไป 6 เดือน สุ่มตัวอย่างแบบกระจายทั้งประชากรเมือง

และชนบท พบว่า อัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้มีสิทธิบัตรทองต่ำกว่ากลุ่มอื่นเล็กน้อย ส่วนการใช้สิทธิบัตรทองกรณีผู้ป่วยในต่ำสุด คือ 69% (ดูตารางที่ 28) สำหรับผู้ป่วยนอก กลุ่มบัตรทอง รายงานว่าป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด อัตราการใช้บริการใกล้เคียงกับกลุ่มอื่น ส่วน อัตราการใช้สิทธิมากกว่ากลุ่มข้าราชการ แต่ต่ำกว่ากลุ่มประกันสังคม

ผลกระทบของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค มีต่อครัวเรือนที่ระดับรายได้ต่างกัน ครัวเรือนที่มี รายได้ต่อคนต่อเดือนน้อยกว่า 2,500 บาท จะมีอัตราการใช้สิทธิสูงสุด ส่วนครัวเรือนที่มีรายได้ยิ่งสูง จะมีอัตราการใช้สิทธิยิ่งต่ำ (ดูตารางที่ 29)

ตารางที่ 28 การสำรวจครัวเรือนในจังหวัดสุโขทัย สมุทรสาคร ภูเก็ต อุบลฯ เดือน พฤศจิกายน 2544

สิทธิการรักษา	คน	นอนรักษาในร.พ. ต่อ 100 คน ต่อปี			ป่วยระยะ 2 สัปดาห์ คำนวณเป็น ครั้งต่อคนต่อปี			
		อัตรานอน	การใช้สิทธิ	อัตราใช้สิทธิ	ป่วย	ใช้บริการ	ใช้สิทธิ	อัตราใช้สิทธิ
ข้าราชการ	2,034	9.9	8	81%	3.9	2.3	1.1	46%
บัตรทอง	12,022	7.9	5.46	69%	4.3	2.4	1.4	59%
ประกันสังคม	1,497	8.1	5.9	73%	3.9	2.4	2.0	83%
รวม	15,553	8.2	5.8	71%	4.2	2.4	1.4	59%

ที่มา: ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ สุกัลยา คงสวัสดิ์ และคณะ (2545)

การสำรวจผลกระทบระดับครัวเรือนในจังหวัดพิษณุโลก ประมาณ 450 ครัวเรือน ทั้งเขตเมือง และชนบท ในเดือนพฤษภาคม 2545 หลังจากดำเนินนโยบายประมาณ 6 เดือน พบอัตราการใช้ บริการตามสิทธิของบัตรทอง กรณีผู้ป่วยในใกล้เคียงกับการสำรวจใน 4 จังหวัด ส่วนการใช้สิทธิของผู้ป่วยนอกต่างจากการสำรวจใน 4 จังหวัด (ดูตาราง 28ก)

ตารางที่ 28ก การสำรวจครัวเรือนในจังหวัดพิษณุโลก เดือน พฤษภาคม 2545

สิทธิการรักษา	คน	นอนรักษาในร.พ. ต่อ 100 คน ต่อปี			ป่วยระยะ 2 สัปดาห์ คำนวณเป็น ครั้งต่อคนต่อปี			
		อัตรานอน	การใช้สิทธิ	อัตราใช้สิทธิ	ป่วย	ใช้บริการ	ใช้สิทธิ	อัตราใช้สิทธิ
ข้าราชการ	122	11.5	11.5	100%	3.6	3.0	2.3	77%
บัตรทอง	1,616	5.9	3.9	66%	2.0	1.8	1.7	94%
ประกันสังคม	124	6.5	4.8	74%	1.7	1.4	0.6	43%
รวม	1,862	6.3	4.5	71%	2.1	1.9	1.7	90%

ที่มา: อรทัย เขียวเจริญ (2545)

ผลกระทบต่อการจ่ายค่ารักษา ณ จุดรับบริการ ยังมีความไม่เป็นธรรมอยู่ นั่นคือ เมื่อวิเคราะห์ครัวเรือนที่ถือบัตรทอง แม้ตารางที่ 29 จะแสดงว่า ครัวเรือนรายได้ต่ำจะใช้สิทธิสูง แต่ก็ยังมีรายจ่ายส่วนที่ไม่สามารถเบิกได้ค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับระดับรายได้ครัวเรือน พบว่า ครัวเรือนชั้นรายได้ ควินไทล์ 1 จ่ายด้านสุขภาพสูงถึง 7.1% ต่อรายได้ครัวเรือน เมื่อเทียบกับครัวเรือนที่มีชั้นรายได้สูงกว่า จะจ่ายเงินด้านสุขภาพต่ำกว่า คือ 1.2% ของรายได้ครัวเรือนเท่านั้น (ดูตารางที่ 30)

ตารางที่ 29 การเจ็บป่วยและใช้บริการตามชั้นรายได้ จากสำรวจครัวเรือนในจังหวัดสุโขทัย สมุทรสาคร ภูเก็ต อุบลฯ เดือน พฤศจิกายน 2544

ชั้นรายได้ครัวเรือน บาทต่อคนต่อเดือน	ผู้ป่วยใน			ผู้ป่วยนอก		
	คน	อัตราอน	อัตราใช้สิทธิ	ป่วย	ใช้บริการ	อัตราใช้สิทธิ
<2500	3,353	8.4	86.2%	4.45	2.63	73.7%
2,500-4,999	4,411	7.7	70.2%	4.21	2.26	59.9%
5,000-7,499	1,760	7.7	54.8%	4.36	2.33	55.7%
7,500-9,999	1,110	7.5	42.2%	4.22	2.53	38.9%
10,000-14,999	568	7.2	63.4%	4.44	2.43	49.1%
15,000+	545	7.7	40.5%	4.2	2.48	19.2%
รวม	12,022	7.9	68.9%	4.33	2.44	58.9%

ที่มา: ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ สุกัลยา คงสวัสดิ์ และคณะ (2545)

ตารางที่ 30 รายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปี และต่อรายได้ครัวเรือน ตามชั้นรายได้ครัวเรือน กลุ่มบัตรทอง

Quintile	N	Mean	Spending before reimburse			After reimbursement		
		Income	Mean	SD	%	Mean	Sd	%
1	2,714	1,002	951	14,769	7.9%	896	14,727	7.5%
2	2,596	2,640	652	4,871	2.1%	584	4,332	1.8%
3	2,478	4,037	867	9,379	1.8%	786	7,661	1.6%
4	2,408	6,057	901	6,086	1.2%	772	5,512	1.1%
5	1,827	13,944	2,083	20,425	1.2%	1,939	20,295	1.2%
Total	12,023	4,960	1,031	12,023	1.7%	940	11,572	1.6%

ที่มา: ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ สุกัลยา คงสวัสดิ์ และคณะ (2545)

6. ผลกระทบต่อโครงการควบคุมโรคธาลัสซีเมีย

การประเมินผลกระทบของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคส่วนนี้ เกิดขึ้นเนื่องจากทราบว่า ผลงานบริการ ณ โรงพยาบาลมหาสารคามเชียงใหม่ ลดลงอย่างมาก จึงรวบรวมข้อมูลช่วงก่อนและหลัง นโยบายเปรียบเทียบกัน

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จัดทำโครงการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย มาตั้งแต่ ปี 2538 โดยจัดตั้งงบประมาณสำหรับโครงการฯ ที่กรมอนามัย ครอบคลุมการฝึกอบรมพัฒนา บุคลากรเป็นเครือข่ายทั่วประเทศ และจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้แก่คณะแพทยศาสตร์ที่เป็นสถาบันตรวจ ยืนยันการวินิจฉัย งบประมาณสูงสุดประมาณ 1.2 ล้านบาทในปี 2541 และลดลงเหลือประมาณ 6 แสนบาทในปี 2544 จนถึงปี 2545 ไม่มีงบประมาณสนับสนุนโดยตรง เนื่องจากเข้าสู่การบริหารงบประมาณตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่กำหนดให้การตรวจคัดกรองอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค 175 บาทต่อคนต่อปี (แนวทางเวชปฏิบัติ 2544)

ประสิทธิภาพของโครงการ และเสนอทางเลือกของการจัดการทางการคลังที่เหมาะสม การประเมินนี้ ทบทวนเป้าหมายของการควบคุมโรคธาลัสซีเมียระดับประเทศ ประเมินผลการดำเนินงานของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างปี 2541-2544 ผลกระทบจากนโยบายหลักประกันถ้วนหน้าในระยะแรก

เป้าหมายการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียระดับประเทศ

กรมอนามัย (2544) คาดการณ์ว่า ในแต่ละปี ประเทศไทยมีการตั้งครรภ์และเด็กเกิดมีชีวิต 1,000,000 คน จะให้กำเนิดเด็กที่เป็นธาลัสซีเมียกว่า 12,000 คน เป็นชนิด ที่เสียชีวิตทันที (Bart's hydrops) 1,250 คน ชนิดที่มีอายุขัย 10 ปี (beta thalassaemia major) 625 คน และชนิดอายุขัยเฉลี่ย 30 ปี (beta thalassaemia E) 3,250 คน กับชนิดอายุขัย 60 ปี (Hb H) อีก 7,000 คน (ดูตารางที่ 31) จุดมุ่งหมายของการป้องกันโรคธาลัสซีเมีย คือ การตรวจทารกในครรภ์เพื่อวินิจฉัยว่าเป็นธาลัสซีเมีย 3 ชนิดแรกรวม 5 พันรายและให้คำแนะนำแก่คู่สมรสเพื่อยุติการตั้งครรภ์

ตารางที่ 31 ผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่มีอาการและเกิดใหม่แต่ละปี และจำนวนผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ จากการเกิด 1 ล้านคน

ชนิดโรค	จำนวนคู่สมรสที่เสี่ยง	คาดการณ์การเกิดต่อปี	จำนวนผู้ป่วยที่มีชีวิต
Bart's hydrops foetalis	5,000	1,250	0
Beta Thal major*	2,500	625	6,250
Beta Thal Hb E**	13,000	3,250	97,500
Hb H***	28,000	7,000	420,000
รวม	48,500	12,125	523,750

ที่มา: กรมอนามัย (2544) * ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 10 ปี ** อายุเฉลี่ย 30 ปี *** อายุเฉลี่ย 60 ปี

การตรวจพบทารกในครรภ์เป็นธาลัสซีเมีย ต้องเริ่มจากการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์และสามีเป็นลำดับขั้น เจาะเลือด (1) Osmotic fragility test, OFT, (2) คัดกรอง Hb E, (3) Hb A₂, (4) Polymerised chain reaction, PCR, และการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายคือ เจาะเลือดจากสายสะดือทารกในครรภ์ตรวจ (5) High performance liquid chromatography, HPLC

7. ผลการให้บริการที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมโครงการกับกรมอนามัย เพื่อป้องกันโรคธาลัสซีเมียอย่างเข้มข้นกว่าคณะแพทยศาสตร์แห่งอื่นๆ กรมอนามัยจึงจัดงบประมาณสนับสนุนการตรวจวินิจฉัยต่างๆ ให้แก่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2540-2544 โดยมุ่งหวังให้สถานพยาบาลอื่นๆ สามารถส่งตัวอย่างเลือดมาตรวจได้โดยที่คณะแพทยศาสตร์ไม่ต้องเรียกเก็บค่าบริการจากสถานพยาบาลที่ส่งเป็นรายๆ ไป

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงจัดระบบงาน เพื่อคัดกรองโรคธาลัสซีเมียเป็น 3 กลุ่มดังต่อไปนี้ คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ส่งมารับบริการจากสถานพยาบาลอื่น และกลุ่มที่ 3 สถานพยาบาลเครือข่ายเจาะตัวอย่างเลือดจากสายสะดือทารก เพื่อส่งตรวจ ตารางที่ 32 แสดงผลงานการป้องกันโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มหญิงที่ฝากครรภ์ ณ ภาควิชาสูติศาสตร์ จากปี 2541-2544

ตารางที่ 32 ผลงานการป้องกันโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มผู้ฝากครรภ์ที่ภาควิชาสูติศาสตร์

	2541	2542	2543	2544
Screened	2,665	2,288	2,621	2,256
OFT/HbE +ve	1,017	802	1,052	847
OFT A2<4% PCR-ve	270	170	347	293
Total +ve	747	632	705	554
Husband screened	541	509	587	497
Couples at risk	58	60	62	71
Risk for Hb Bart's	25	23	23	21
Risk for Beta major	9	12	6	20
Risk for Beta HbE	24	25	33	30
Refuse PND	14	12	17	5
Cordocentesis	40	41	43	41
Unknown/on process of decision	1	2		21
Waiting PND	1	1	1	3
Hb Bart's	3	6	5	2
Beta major	2	2	1	2
Beta HbE	1	3	5	4

ที่มา: รายงานประจำปี ภาควิชาสูติ-นรีเวชศาสตร์

ตารางที่ 33 แสดงผลงานการตรวจ HPLC ซึ่งเป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยก่อนคลอด (prenatal diagnosis, PND) ระยะเวลา 3 ปีจาก 2542-2544 ผลงานรวม 1,066 ราย เป็นตัวอย่างเลือด 3 แหล่งใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 33 ปริมาณการตรวจ HPLC ยืนยันการวินิจฉัย

	จำนวน	ร้อยละ
หญิงฝากครรภ์ ณ ร.พ.มหาวิทยาลัย	333	31.2%
ส่งต่อผู้ป่วยมาตรวจวินิจฉัย	343	32.2%
ส่งตัวอย่างเลือดจากสายสะดือทารก	390	36.6%
รวม	1,066	100.0%

ที่มา: ห้องชันสูตรหมายเลข 29 กุมภาพันธ์ 2545

ผลงานการรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ณ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ เป็นดังตารางที่ 34 จำนวนครั้งของการบริการผู้ป่วยนอก สูงสุดในปี 2541 ประมาณเดือนละ 300 ราย หรือสัปดาห์ละ 80 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่รับบริการเป็นเบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์

ตารางที่ 34 ผลงานบริการผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ณ ภาควิชากุมารเวชกรรม

	2540	2541	2542	2543	2544
ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย (ครั้ง)	3,411	3,799	3,606	3,591	3,149
Beta major	2,098	2,378	2,140	2,197	1,899
Beta thal E	933	990	981	969	889
Hb H และอื่นๆ	401	431	485	477	361
ให้เลือด (ครั้ง)	1,904	2,132	2,084	2,066	1,966
ให้ Desferroxamine	438	809	830	749	476
เจาะเลือด ferritin	425	475	559	469	647
ใหม่ beta major (คน)	4	11	9	5	3
Beta thal E	31	15	22	11	11
Hb H	21	27	23	18	10
Admit Beta major (ราย)	22	37	66	76	76
Admit Beta thal E	10	11	22	13	19
Admit Hb H	1	8	8	5	5
Dead (คน)	4	5	3	1	

บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

ในระยะ 5 ปีดังกล่าว มีผู้ป่วยธาลัสซีเมียเฉลี่ย 921 รายที่รับบริการทางการแพทย์ ณ ภาควิชากุมารเวชกรรม เป็นผู้ป่วยเบต้าธาลัสซีเมียอี มากที่สุด เมื่อเทียบจำนวนครั้งของการรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในช่วงระยะ 5 ปี (ตารางที่ 4) กับจำนวนผู้ป่วยธาลัสซีเมียเฉลี่ยในทะเบียน สามารถสรุปบริการทางการแพทย์ที่ให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ดังตารางที่ 35

ตารางที่ 35 อัตราบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อปี ของผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดต่างๆ

	คน	ครั้งใน 5 ปี	ครั้ง/คน/ปี	นอนร.พ.	อัตรานอนร.พ./ปี
Beta major	207.5	10,712	10.32	277	27%
Beta thal E	404	4,762	2.36	75	4%
Hb H และอื่นๆ	309.5	2,082	1.35	27	2%

ที่มา: แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

การรักษาหลักของผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ได้แก่การให้เลือด เพื่อแก้ไขภาวะเลือดจางผู้ป่วยจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ต่อด้วยการให้ยาขับเหล็ก เนื่องจากมีเหล็กในร่างกายสูงเกินจากการให้เลือดบ่อยๆ และการตรวจระดับเหล็กในเลือด ตารางที่ 36 แสดงว่า ผู้รับบริการร้อยละ 58 ของผู้รับบริการทั้งหมด จะได้รับเลือด ร้อยละ 19 ได้รับยาขับเหล็ก และ ร้อยละ 15 ได้รับการตรวจหาระดับเหล็กในเลือด

ตารางที่ 36 ชนิดของบริการที่ให้ต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่รับบริการผู้ป่วยนอก

	ครั้ง	ร้อยละของผู้รับบริการ*
ให้เลือด	10,152	58%
ให้ยาขับเหล็ก	3,302	19%
ตรวจระดับเหล็ก	2,575	15%

ที่มา: แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์* ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก 5 ปี 17,556 ครั้ง

8. ผลกระทบของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคต่อการรับบริการ

ผลกระทบของวิธีการจัดงบประมาณของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ต่อบริการธาลัสซีเมีย เห็นชัดเมื่อโครงการเข้าสู่ระยะปฏิบัติการทั่วประเทศ เดือนตุลาคม 2544 ผลกระทบแบ่งเป็น 2 กิจกรรมใหญ่ๆ คือ กิจกรรมการตรวจคัดกรอง และกิจกรรมการรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ประเมินโดยการตรวจเลือดทารกในครรภ์ด้วยการตรวจ HPLC พบว่าการตรวจเลือดในแต่ละเดือนมีไม่ต่ำกว่า 30 ราย เป็นเลือดจากผู้รับบริการที่ส่งมาจากที่อื่นเป็นส่วนใหญ่ (71% ของการตรวจทั้งหมด โดย 25% ของทั้งหมดเป็นเลือดสายสะดือทารกในครรภ์ที่เจาะมาจากโรงพยาบาลศูนย์) เป็นการตรวจยืนยันซ้ำประมาณ 11% ของการตรวจทั้งหมด เมื่อดูแนวโน้มการตรวจแต่ละเดือน โดยเฉพาะตุลาคม 2544 เป็นต้นมา ไม่พบแนวโน้มการส่งเจาะเลือดที่ลดลงแต่ประการใด (ดูตารางที่ 37)

ตารางที่ 37 ปริมาณการตรวจเลือดด้วย HPLC จากเดือน พฤษภาคม 2544 ถึง มกราคม 2545

	พค.44	มีย.	กค.	สค.	กย.	ตค.	พย.	ธค.	มค 45	รวม
ในร.พ.	11	7	20	11	12	7	14	9	7	98
นอก ร.พ.	23	29	39	21	27	25	25	27	29	245
รวม	34	36	59	32	39	32	39	36	36	343
ตรวจซ้ำ*	7	4	6	5	3	2	7		4	38
ส่งเลือด**	9	10	11	5	6	12	12	12	8	85

ที่มา: ห้องชันสูตรหมายเลข 29 กุมภาพันธ์ 2544 * เป็นส่วนหนึ่งของผลงานรวม ** เป็นส่วนหนึ่งของ นอก ร.พ.

กิจกรรมการรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ได้รับผลกระทบจากนโยบาย 30 บาทมากกว่าการคัดกรอง ตามตารางที่ 38 จะพบว่าเดือนพฤศจิกายนและธันวาคม จำนวนผู้ป่วยรับบริการลดลงมาก โดยเฉพาะการให้เลือดลดลงกว่า 2 เท่า การให้ยาขับเหล็กและตรวจระดับเหล็กในเลือดลดลงมากกว่า 7 เท่า ผู้ป่วยที่ลดหายไปสัดส่วนมากที่สุดคือ กลุ่มเบต้า ธาลัสซีเมียเมเจอร์ ซึ่งจะเป็นเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับเลือดบ่อย รวมทั้งได้รับยาขับเหล็กและตรวจระดับเหล็กในเลือดมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ทั้งหมด

ตารางที่ 38 การบริการผู้ป่วยธาลัสซีเมียของแผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ปี 2544

	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มีย.	กค.	สค.	กย.	ตค.	พย.	ธค.
รับบริการ	431	354	410	399	437	690	414	420	432	424	307	265
ให้เลือด	184	166	198	171	180	170	180	214	180	139	94	90
ให้ยาขับเหล็ก	64	50	63	43	22	36	38	56	48	35	12	9
เจาะเลือด	80	74	81	88	59	103	36	54	25	25	13	9
Beta thal major	182	137	182	166	197	176	182	195	162	152	92	76
Beta thal E	83	61	80	78	94	78	72	84	64	95	52	48
Hb H และอื่นๆ	31	34	31	56	41	35	35	28	43	56	29	29

ที่มา: แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

9. สรุป

การประเมินผลโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ในระยะเริ่มโครงการปี 2544 โดยศึกษาเฉพาะ 6 จังหวัด และเปรียบเทียบข้อมูลกับจังหวัดอื่นในระยะนำร่องรวม 21 จังหวัด ได้ข้อสรุปที่น่าสนใจดังนี้

ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการติดตามผลกระทบของนโยบาย ยังใช้ระบบรายงานรวบยอดเป็นหลัก กล่าวคือใช้ 0110-รง.5 ที่มีทั้งรายงานกิจกรรมและรายงานการเงิน เรื่อยมาตั้งแต่ระดับโรงพยาบาล ลงไปยังเครือข่ายคู่สัญญาปฐมภูมิ (CUP) และขึ้นมาจนถึงกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลการเงินใน 0110 รง.5 ยังเป็นไปตามกระแสเงินสด ซึ่งไม่สะท้อนต้นทุนการดำเนินงานที่แท้จริง การปรับระบบข้อมูลในระยะที่ผ่านมาได้รับความสำคัญไม่มากนักจึงขาดเครื่องมือที่ดีในการติดตามประเมินผล จังหวัดนครราชสีมา ภูเก็ต ปทุมธานี ซึ่งบริหารจัดการงบประมาณ แยกระหว่างผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน ให้ความสำคัญกับฐานข้อมูลการให้บริการรายบุคคล และทำได้ครอบคลุมทั้งจังหวัดโดยเฉพาะระบบข้อมูลผู้ป่วยใน และเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพบริการได้บางส่วน

จากข้อมูลที่มีปัญหาด้านคุณภาพ การศึกษานี้จึงไม่ให้ความสำคัญกับการติดตามผลกระทบทางการเงิน เท่ากับผลกระทบทางด้านคุณภาพบริการ ข้อมูลผู้ป่วยในที่มีความครอบคลุมพอสมควรในกลุ่ม 21 จังหวัด นำมาใช้ประเมินอัตราการให้บริการ การส่งต่อผู้ป่วย และผลลัพธ์ของการรักษา สัญญาณเตือนคุณภาพของการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคที่คุกคามชีวิต เช่น การรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ส่อแนวโน้มสัดส่วนการเสียชีวิตสูงขึ้น และกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย ที่มีแนวโน้มการให้บริการลดลงมาก อาจแสดงถึงความขัดแย้งของผลประโยชน์ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดในความถูกต้องของข้อมูลการวินิจฉัยโรค การส่งต่อผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการรักษา ทำให้แพทย์ส่วนใหญ่ที่เห็นผลวิเคราะห์ อภิปรายความน่าเชื่อถือของข้อมูล ความไม่น่าเปรียบเทียบกับได้ระหว่างจังหวัดที่บริหารแตกต่างกัน และความแตกต่างด้านคลินิกของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นประเด็นหลัก ทำให้ข้อสรุปของผลกระทบต่างๆ ไม่ชัดเจนนัก

สุดท้าย การประเมินผลกระทบนโยบายในระดับครัวเรือน ที่มีความแม่นยำและมีความเป็นตัวแทนมากที่สุด พบว่า อัตราการใช้สิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังไม่สูงเท่าหลักประกันสุขภาพที่มีมาก่อน เป้าหมายที่ต้องการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปกป้องครัวเรือนจากภาระรายจ่ายสุขภาพ จนเกิดลักษณะการคลังสุขภาพที่เป็นธรรม จึงต้องใช้ระยะเวลาในการบรรลุผล

รายงานนี้ แสดงให้เห็นถึงการประเมินผลกระทบจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะนำร่อง ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเป็นหลัก จุดอ่อนของความไม่แม่นยำคุณภาพความน่าเชื่อถือของข้อมูล การนำข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เชื่อมโยงกันให้สามารถประเมินผล

กระทบของนโยบายได้ รวมทั้ง การใช้ข้อมูลสำรวจครัวเรือนประกอบกับข้อมูลสถานพยาบาล เป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อไป