

ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ:

ปัญหา และข้อเสนอในภาพรวม

Health Service Delivery Systems VS Health Insurance Systems :
Problems and Recommendation for Development

ชุดโครงการวิจัย

การจัดทำข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ

มีนาคม 2549

รายงานนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Abstract

In Thailand, health insurance system is dividing in three schemes as follow 1) civil servant medical benefit scheme, CSMBS 2) social security scheme, SSS and 3) 30 baht scheme. The 30 baht scheme is a transformed scheme by combining two existing projects at that time (Health card and Health welfare project) together and expanded to cover the rest of population who are not under CSMBS and SSS including uninsured person.

Almost four years after the universal coverage of health insurance system implementation, these systems still have some problems such as inequity and equality of financing, complicated and inefficiency of administrative & management systems etc. Those factors give effect to the quality of health care service provision, the equality of accessibility and the medical technology development in health care facilities.

This report is part of the research project “Monitoring and Evaluating Universal Health Care Coverage in Thailand”. The project aimed to analyze situation and find the causes of problem of health service delivery system under the universal coverage and purpose the recommendations for service delivery system development.

The result of situation analyzed founded that there are five main problems of service delivery systems under the universal health care coverage. First of all, it was limitation of primary care service in quantity, area coverage, service quality differentiation, network and referral system, and lacking of continuous development because of low budget supported for infrastructure, limitation of human resource development system. The next finding was inappropriate motivation of referral system including lacking of chronic patient caring modification and various opportunities to promote network building between public and private sector. Moreover, the budget allocation to health facilities especially in ministry of public health affiliation could not improve the efficiently of health care facilities and health personnel motivation. Forth, the capital investment plan and distribution of infrastructure in health service delivery system of public sector does not joined together with the private sector in the whole country. And the last issues, founded that there were lacking of covering information giving to population about service using, benefit package and health facility choosing for prevention of the over expectation and conflict between patients and health facilities.

From those finding, we concluded that it has eight main factors including:

- 1) Budget allocation system didn't really support primary care unit system
- 2) Too much model in primary care provision and caused the hospital exception to provide primary care service.
- 3) Inadequate potential management of health facilities in both public and private.
- 4) Lack of mechanisms set up to mobilize health facilities of public, local and private for linkage service network together both urban and rural areas.
- 5) Policy of financing allocation and management under ministry of public health was not clearly & consistency every year.
- 6) Lack of mechanisms to solve personnel management problems.
- 7) Health facilities pressure by law such as article 41st and 42nd of national health security act 2002.

The recommendation for service delivery system under universal health care coverage, the project suggested two points as follow: first, it should focus in primary care system development, which emphasized to provide prevention, promotion and reconstruction more than curative service by integrated those service together, people could access quickly, conveniently, and continually in their community. In order to develop the service delivery system, the recommendations as follow:

- Develop fundamental infrastructure and human resource management in term of suitable capacity or quality and appropriate amount with population in their area including workload. That development management should join together between public, local government and private sector.

- Improve financing allocation for health promotion and prevention service units, for example; in health promotion unit belonging with nursing services, their activities such as chronic disease services, annual physical examination service could receive capitation budget. Other obvious activities of health promotion services such ANC, family planning could allocate capital budget by quantity and quality of work. Health promotion service is behavior modification of population and in disease control part it should set the budget separately from universal coverage budget. Therefore, it should allocate to the well-performed health facilities by global budget with clearly plan and monitoring.

- Service provides by primary care unit should focus on integrated service of health promotion, prevention and reconstruction including medical care service. Moreover, they should make clearly and continually service care plan for the people in their catchment area.

- Administrative system in primary care unit should not concentrate on business profits or free competitive system because the service will be provide for benefit searching more than for healthy.

On the other hand, the recommendation for health delivery system development ways including:

- Separate non-universal coverage budget (Non-UC budget) from UC budget for services purchasing under health insurance schemes. Ministry of public health and health

insurance fund managers should develop plan together then they could prevent financial burden and reduce gap in the future.

- Improvement financing allocation and management of MOPH in which:

- 2.1) Budget allocation to community hospital or Contracting Units for Primary care (CUP) at district level should not cut off their salary at central level and the budget allocation criteria should follow the agreement between MOPH and national health security office (NHSO).

- 2.2) Set up reinsurance mechanism in province and/or national level to take risk or improve risk distribution for health facilities.

- 2.3) Develop health care service system network which combine public, local government and private sector in all levels, including long-term plan for capital investment and human resource distribution.

- 2.4) Create model for allocate contingency fund to prevent low morale and enthusiasm of health personnel in the transitional period.

- 2.5) Develop information systems to reflect the costs of service provided under universal health care coverage with transparency and efficiency.

- 2.6) Develop more efficiently patient care process within health facilities such as “case management” and create a long distant consultation system.

- Develop mechanism to improve working process in local health facilities and central unit and solve the article 42nd of national health security act 2002 as soon as possible together with comprehension enhancement among the people and health personnel in article 41st.

- Improve information system to enhance potential of patients and their colleges about quality and efficiency of health facilities.

- Co-operate with other responsible organizations to develop strategies to perform the service delivery system under the decentralized act 1999 and encourage people to contribute in health system management.

รายชื่อคณะทำงานย่อยพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

1. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
2. นพ.พงษ์พัฒน์ ปธานวนิช
3. นพ.เมธ โชคชัยชาญ
4. นพ.เสรี หงษ์หยก
5. นพ.นิพิฐ พิรเวช
6. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
7. นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล
8. นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ
9. นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ
10. นพ.ไชนันท์ ทยาวิวัฒน์
11. นส.พัชนี ธรรมวันนา ผู้ประสานงานและเลขานุการคณะทำงานย่อย

คำนำ

ภายใต้แผนงานวิจัยการติดตามประเมินผลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วงเปลี่ยนผ่าน หลังจากมีการดำเนินการจัดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่รวบรวมโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) เข้ากับโครงการบัตรประกันสุขภาพ (500 บาท) และขยายให้ครอบคลุมถึงประชาชนกลุ่มอื่น ๆ ที่ยังไม่มีสิทธิในระบบประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยเริ่มโครงการนำร่องระยะที่หนึ่ง (1 เมษายน – 30 กันยายน 2544) ในพื้นที่ 6 จังหวัดภายใต้โครงการ SIP และปรับปรุงโครงการนำร่องดังกล่าว มาใช้ขยายดำเนินการต่อเป็นระยะที่สอง (1 มิถุนายน – 30 กันยายน 2544) ในพื้นที่ 15 จังหวัดที่มีความพร้อมและสมัครใจที่จะดำเนินการ สำหรับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้เริ่มดำเนินการแต่ยังเต็มพื้นที่ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2544 และขยายครอบคลุมทุกพื้นที่ในเดือนมกราคม 2545

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขโดยคณะทำงานพัฒนาข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ประเมินสถานการณ์เบื้องต้นแล้วว่าการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายครั้งนี้ จะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ จึงมอบหมายให้คณะทำงานย่อยพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นประธานคณะทำงานฯ ดำเนินการศึกษาศถานการณ์ สภาพปัญหาของระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน ผลกระทบของระบบบริการสุขภาพที่ได้รับจากการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งนี้ และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เอื้อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน อย่างมีประสิทธิภาพ และประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการระดับปฐมภูมิ ที่จะเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งข้อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการด้านการเงินของเครือข่ายบริการสุขภาพ และมีข้อคิดเห็นในประเด็นย่อยต่างๆ ของระบบบริการสุขภาพ เช่น กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรคเรื้อรัง โรคที่ต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ เป็นต้น ฯ โดยมีรูปแบบตัวอย่างความร่วมมือการจัดบริการผ่าตัดโรคต่อกระดูกระหว่างโรงพยาบาลเอกชนกับภาครัฐ แนวทางการวางเครือข่ายระบบบริการและการจัดสรรงบประมาณใหม่ และแนวทางการโอนงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวให้โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข

คณะทำงานย่อยพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มีนาคม 2548

ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ: ปัญหา และข้อเสนอในภาพรวม

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาของระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน ที่ได้รับผลกระทบจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อจัดทำข้อเสนอการปรับปรุงในภาพรวม ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพในภาพรวม แบ่งเป็นสามส่วน คือ อาการแสดงออกที่ พบบ่อยในระบบบริการสุขภาพ การวิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการนำเสนอแนวทางแก้ไข

อาการแสดงออกที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ที่ได้จากการ ทบทวนสถานการณ์ พบปัญหาสำคัญ คือ 1) การดำเนินงานเพื่อให้เกิดหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นจุดเน้นสำคัญในการทำงานเชิงรุก ของระบบบริการสุขภาพยังเป็นไปในวงจำกัด ยังขาดการพัฒนาอย่างจริงจัง ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในเชิงปริมาณที่มีแนวโน้มการพัฒนาที่ลดลง และเชิงคุณภาพ มาตรฐาน ที่มีความหลากหลาย ทั้งด้านโครงสร้างของหน่วยบริการ กระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ของ การดำเนินการทำงาน ตั้งแต่ สถานีอนามัย คลินิก และหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดตั้งขึ้นในโรงพยาบาล 2) ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ที่ได้รับแรงกดดันจากการให้บริการเนื่องจากความ คาดหวังที่สูงขึ้นของภาคประชาชน แต่มีบุคลากรทางการแพทย์ลดลง มีการสูญเสียแพทย์โดยเฉลี่ย 42% ของจำนวนที่เพิ่มมาใหม่ในแต่ละปี ในขณะที่มีจำนวนผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น 63% ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นต่ำกว่าปีละ 10% นอกจากนี้ ยังมีการร้องเรียนเรียกค่าชดเชย ผ่านกองทุนที่จัดตั้งขึ้นใหม่ ทำให้ปัญหาความขัดแย้งนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปรากฏการณ์ที่พบ คือ กลุ่มผู้ ให้บริการมีความเครียดมากขึ้น 3) ปัญหาคุณภาพบริการ ทั้งระบบประกันคุณภาพ คุณภาพมาตรฐานการ ดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ คือ ได้รับการบริการตามสิทธิ รวดเร็ว และการต้อนรับ รวมทั้งระบบการ ส่งต่อ การสนับสนุนทางการเงินที่เพียงพอต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน และขาดกลไกที่ ลดการความเสี่ยงทางการเงินให้กับหน่วยบริการที่ชัดเจน 4) การวางแผนกำหนดเครือข่ายหน่วยบริการ ทั้งเขตชนบทและเขตเมือง ที่ชัดเจน เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาและกระจายโครงสร้างพื้นฐานระบบ บริการ ในแต่ละระดับให้ทั่วถึงทุกพื้นที่ ที่ปัจจุบันยังยึดตามการแบ่งขอบเขตการปกครองมากกว่าความ หนาแน่นของประชากร ทำให้มีผลกระทบต่อการจัดสรรเงินปัจจุบัน 5) ความไม่ชัดเจนของการกำหนด ขอบเขตชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้มีช่องว่างของการใช้บริการตามสิทธิของประชาชน มีการเรียกเก็บเงิน จากช่องว่างนี้และนำไปสู่ความขัดแย้ง หรือส่งเสริมให้เกิดระบบบริการหลายมาตรฐาน 6) ขาดการจัดการ และการทำงานในส่วนของการบริการสาธารณสุขที่มุ่งให้เกิดแผนงานโครงการที่มีประโยชน์ ในระดับ ประชากร ไม่ใช่ระดับปัจเจก การรวมงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขเข้าไปในการสร้าง หลักประกันสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะแผนงานสำคัญๆ เช่น การควบคุมป้องกันโรคเอดส์ การให้ ภูมิคุ้มกันโรค การสอบสวนโรค การป้องกันโรคระบาด ฯลฯ ทำให้ขาดงบประมาณในการบริหารและ ประสานงานระดับจังหวัด ปัจจุบันต้องไปฝากความหวังกับหน่วยบริการ ซึ่งอาจจะทำบ้าง ไม่ทำบ้าง และ ไม่สามารถผลักดันการทำงานให้เกิดประสิทธิผลได้

จากการวิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ พบว่ามีสาเหตุและปัจจัยที่สำคัญ คือ 1) กรณี การจัดบริการในระดับปฐมภูมิ พบว่ากำลังคนในการทำงานไม่เพียงพอ ภาระงานและศักยภาพและคุณภาพไม่เพียงพอ ขาดงบประมาณพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน โครงสร้างกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจน ที่ผ่านมาจะเป็นการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลทั้งแพทย์ พยาบาล และอื่นๆไปปฏิบัติงาน ซึ่งมีความหลากหลาย และขาดความต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดการระบบ กรณี หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังมีปัญหาเรื่องสายการบริหาร 2 สาย ระหว่างสาธารณสุขอำเภอกับโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชน เพราะศักยภาพของสถานีนอมนัยแต่ละแห่งยังไม่เพียงพอที่จะจัดการเองใดๆ กรณี คลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าแม้จะมีข้อดีที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น แต่จากการประเมินผลพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการรักษาพยาบาล โดยมีการใช้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพียงเล็กน้อย และยังไม่มีการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลเฉพาะครั้ง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดตั้งโดยโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน 2) กรณี ระบบการส่งต่อ ที่ยังขาดแรงจูงใจที่เหมาะสม ถูกต้อง ในการส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงการปรับปรุงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมให้เกิดโอกาสที่จะสร้างเครือข่ายระหว่างภาครัฐและเอกชนอย่างหลากหลาย 3) การจัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการ โดยเฉพาะในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ระบบบริการทั้งระบบสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่หน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพในระยะยาว ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม เช่น การปรับปรุงระบบการเงินเพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานบุคลากร ไม่ให้ต้องรับแรงกดดันจากความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการมากเกินไป การพัฒนาศักยภาพการจัดการของหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การเปลี่ยนแปลงระบบบริหารราชการในอนาคต กลไกการเชื่อมโยงระบบบริการระหว่างภาครัฐและเอกชน เพื่อใช้ศักยภาพของภาคเอกชนที่มีอยู่ 4) การบริหารจัดการเรื่องการพัฒนาและกระจายโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศในระยะยาว ทั้งภาครัฐและเอกชน จะต้องมีการปรับบทบาทให้ชัดเจน ตามภารกิจเพื่อลดความขัดแย้ง 5) ขาดการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมและถูกต้องกับประชาชน ในเรื่อง ชุดสิทธิประโยชน์ของการใช้บริการ การเลือกหน่วยบริการ เพื่อป้องกันมิให้เกิดความคาดหวังที่เกินจริง และนำไปสู่ความขัดแย้ง

ข้อเสนอต่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้สามารถเน้นงานเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มากขึ้น ดังนี้ 1) มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและอัตรากำลังของหน่วยบริการ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน และสอดคล้องกับจำนวนประชากรที่ดูแล และภาระงานที่รับผิดชอบอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง เพราะกรณีบุคลากร ต้องมีการวางแผนทั้งการผลิต กระจาย และบำรุงรักษาบุคลากร ซึ่งต้องใช้เวลาในการพัฒนา ควรเป็นบทบาทภารกิจของผู้จัดบริการที่ต้องลงทุนร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชน 2) มีวิธีการจัดสรรเงินให้กับงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการจัดประเภทของกลุ่มงานที่ชัดเจน เช่น งานสร้างเสริมสุขภาพที่รวมกับการรักษาพยาบาล กรณี ผู้ป่วยเรื้อรัง การตรวจสุขภาพ ประจำปี ฯลฯ ให้ใช้ งบประมาณกับงบการรักษา งานสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นกิจกรรมบริการที่ชัดเจน เช่น ANC Family

planning ฯลฯ ให้มีการจัดสรรเป็นเหมาจ่ายตามปริมาณและคุณภาพงาน งานสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมของประชากร และส่วนที่เป็นการควบคุมโรค ควรตั้งงบประมาณแยกจาก UC ต่างหาก และจัดสรรให้กับหน่วยบริการที่มีความพร้อม จัดสรรแบบ Global budget โดยมีการพัฒนาแผนงาน โครงการรองรับที่ชัดเจนและติดตามได้ ทั้งนี้ การคำนวณงบประมาณที่ใช้สำหรับงานสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 3 รูปแบบ ทั้งขาขึ้นและขาลง ควรจะคิดเป็นก้อนรวมทั้งหมดให้กับแต่ละพื้นที่ ระดับเขต โชน หรือจังหวัด เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นต่อการจัดการของพื้นที่ซึ่งเป็นผู้บริหารงานนี้ ไม่ควรคิดแยกและจัดการทั้งหมดจากส่วนกลาง 3) การจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรเน้นให้มีการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค มีแผนการดูแลประชากรที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน 4) รูปแบบการบริการจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่ควรเน้นเชิงธุรกิจ หรือใช้ระบบการแข่งขันแบบเสรี เพราะจะทำให้บริการเป็นไปในลักษณะการค้าเพื่อให้ได้ประโยชน์ทางธุรกิจมากกว่าเรื่องสุขภาพ

และข้อเสนออื่นๆ ต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ 1) ปรับแก้ระบบการจัดสรรเงิน Non-UC ออกมาจากงบประมาณเพื่อการซื้อบริการที่ชัดเจน แต่มีการวางแผนการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรบริหารกองทุนประกันสุขภาพ เพื่อป้องกันปัญหาช่องว่างการทำงาน เพื่อไม่ให้เกิดภาระทางการเงินแก่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมากเกินไป 2) ปรับปรุงการจัดสรรและการจัดการในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ ยกเลิกการรวมเงินเดือนส่วนกลาง ให้จัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการระดับอำเภอตามสัญญาที่ทำไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สร้างกลไกการจัดระบบ Reinsurance ในระดับจังหวัด และหรือระดับประเทศ เพื่อรับภาระความเสี่ยงให้กับหน่วยบริการ พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ รัฐและเอกชน ทุกระดับ พื้นที่ โดยมีแผนปรับปรุงการกระจายหน่วยบริการและบุคลากรที่ชัดเจน ในระยะยาว และมีระบบจัดสรร Contingency Fund เพื่อไม่ให้เกิดทบทวนและกำลังใจในระยะเปลี่ยนผ่าน สร้างระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อสะท้อนต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดบริการที่โปร่งใส มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ Case-management รวมทั้งระบบปรึกษาหารือทางไกล และพัฒนาคุณภาพระบบบริการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง 3) พัฒนากลไกการทำงานในระดับหน่วยบริการและส่วนกลางเพื่อป้องกันและลดข้อขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และแก้ไขกฎหมายมาตรา 42 โดยเร็ว พร้อมสร้างความเข้าใจในหมู่ประชาชน และผู้เกี่ยวข้อง กับมาตรา 41 และ 4) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้รับบริการและคุณภาพและประสิทธิภาพของผู้ให้บริการ 5) ควรมีการจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อรองรับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น อย่างเป็นระบบ ทั้งด้านการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ และการจัดบริการ เพื่อให้ท้องถิ่นและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบประกันสุขภาพมากขึ้น

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	i
บทสรุปผู้บริหาร	ii
สารบัญตาราง	vii
สารบัญแผนภูมิ	ix
สารบัญภาพ	x
บทที่ 1 ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ : ปัญหา และข้อเสนอในภาพรวมของการปรับปรุงในระยะสั้น และระยะยาว	1
1.1 อาการแสดงออกที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบประกันสุขภาพ	2
1.2 ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง	6
1.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง	8
บทที่ 2 สถานการณ์หน่วยบริการปฐมภูมิ ปัจจุบัน และข้อเสนอต่อการพัฒนาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	12
2.1 สถานการณ์ของพืชีอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	12
2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านงบประมาณ	17
2.3 ความเห็นและข้อเสนอต่อการพัฒนาพืชีอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	18
2.4 ความเห็นและข้อเสนอต่อการพัฒนา สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเอกชน	21
บทที่ 3 ภาพของระบบบริการสุขภาพ และความเชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	23
3.1 ลักษณะเครือข่ายบริการสุขภาพที่พึงประสงค์	23
3.2 หลักการในการพิจารณามาตรฐานบริการ และมาตรฐานสถานพยาบาลที่จะเป็นคู่สัญญา	24
3.3 ข้อเสนอเกี่ยวกับการจัดการระบบบริการ	25
3.4 ชุมบริการสุขภาพ	27
3.5 ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	29
3.6 ข้อเสนออื่นๆ	29
3.7 ความเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายบริการระดับต่างๆและระบบส่งต่อ	30

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ภาคผนวก

1	แนวทางการวางเครือข่ายระบบบริการ และการจัดสรรงบประมาณใหม่ (New Capitation Investment) ที่เป็นธรรม ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	31
2	แนวทางการโอนงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวให้โรงพยาบาลในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข	38
3	Private –Public Mix	42
4	ประเด็นพัฒนาในกรอบระบบให้บริการสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	48
5	การจัดการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กองทุนรวม หรือ Clearing House การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ตามลำดับความสำคัญและมีประสิทธิภาพ	52

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1.1	สถานพยาบาลทั้งหมดทั่วประเทศที่เป็นคู่สัญญา และจำนวนหน่วย PCU ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	2
ตารางที่ 1.2	จำนวนพิธีชุธิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น (ระหว่าง 3 ปีที่ดำเนินนโยบาย) ในพื้นที่ศึกษา 36 จังหวัด	3
ตารางที่ 2.1	จำนวนพิธีชุธิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ศึกษา 36 จังหวัด	13
ตารางที่ 2.2	จำนวนประชากรต่อพิธีชุธิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2547	13
ตารางที่ 2.3	สัดส่วนของประชากรต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหนึ่งคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2547	14
ตารางที่ 2.4	จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่พิธีชุธิ แต่ละแบบในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สิงหาคม 2547)	14
ตารางที่ 2.5	ลักษณะการปฏิบัติงานของแพทย์ที่พิธีชุธิทั้งหมด ในพื้นที่ตัวอย่าง 36 จังหวัด	15
ตารางที่ 2.6	ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลที่พิธีชุธิทั้งหมด ในพื้นที่ตัวอย่างศึกษา 36 จังหวัด	15
ตารางที่ 2.7	สัดส่วนของจำนวนบุคลากรทั้งหมดที่พิธีชุธิเปรียบเทียบก่อนและหลัง UC (ไม่รวมแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร) ปี พ.ศ.2547	17
ตารางที่ 2.8	สถานการณ์เงินบำรุงของสถานพยาบาลที่เป็นพิธีชุธิ คู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพ	18
ตารางที่ 2.9	สถานพยาบาลทั้งหมดทั่วประเทศที่เป็นคู่สัญญา ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	20
ตารางที่ 2.10	สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานคร	21
ตารางที่ 3.1	ประเภทของบริการสุขภาพ ระดับของการบริการ ต้นทุน และการบริหารจัดการองค์กรบริการในภาพรวม	25
ตารางที่ 3.2	ประเภทของบริการสุขภาพ ระดับของการบริการ ต้นทุน และการบริหารจัดการองค์กรบริการแยกรายด้าน	26

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ (3-1) สถิติการให้บริการผ่าตัดผู้ป่วย Cataract ปี 2545	43
ตารางที่ (3-2) สถิติการให้บริการผ่าตัดผู้ป่วย Cataract ปี 2546	44
ตารางที่ (3-3) สถิติการให้บริการผ่าตัดผู้ป่วย Cataract ปี 2547	45
ตารางที่ (3-4) จำนวนผู้รับบริการตามปีงบประมาณ 2546-2548	46
ตารางที่ (5-1) สถิติอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก ปี 2536-2542	53

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 3.1 เครือข่ายบริการสุขภาพพิจารณาแยกระหว่างบริการ-สถานพยาบาล	23
แผนภูมิที่ 3.2 เครือข่ายบริการสุขภาพที่พึงประสงค์	24
แผนภูมิที่ 3.3 เครือข่ายบริการสุขภาพกับการใช้มาตรฐานพิจารณาแยกระหว่าง บริการ-สถานพยาบาล	25
แผนภูมิที่ (2-1) ข้อเสนอแนะทางการจัดสรรเงิน UC ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2549	41

สารบัญภาพ

	หน้า
รูปภาพที่ (1-1) GIS Concept	33

บทที่ 1

ระบบบริการสาธารณสุข กับ การประกันสุขภาพ : ปัญหา และข้อเสนอในภาพรวม ของการปรับปรุงในระยะสั้น และระยะยาว

คณะทำงานจัดทำข้อเสนอฯ สวรส

การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทยดำเนินการมาได้เกือบครบ 4 ปี นับถึงสิ้นปี 2547 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหา และประเด็นสำคัญที่ต้องมีการปรับปรุงในส่วนต่างๆ ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงระบบย่อยต่างๆ และยังเกี่ยวข้องถึงความจำเป็นในการต้องปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ด้วย

อย่างไรก็ตามรายงานฉบับนี้จะเน้นพูดถึงประเด็นสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินงานในนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพดีขึ้นกว่าที่เป็นมาในระยะ 4 ปีแรก โดยมุ่งเน้นที่การแก้ไขที่มีความเร่งด่วน และบางประเด็นจะมีผลกระทบต่อเสถียรภาพของระบบบริการในระยะยาว นอกจากนี้จะมีการนำเสนอข้อเสนอที่อาจพิจารณาดำเนินการในระยะกลางด้วย โดยเฉพาะประเด็นการจัดสรรงบประมาณเพื่อการลงทุนในระบบหลักประกันสุขภาพ แม้จะเน้นการปรับปรุงระบบบริการเป็นหลัก ข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงก็จะพาดพิงถึงการปรับปรุงที่เกี่ยวข้องกับระบบการเงิน และการจัดสรรงบประมาณเพื่อการบริหารของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากปัญหาส่วนหนึ่งของการให้บริการหลังมีการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถูกกระทบจากการจัดสรรงบประมาณที่เรียกว่าการซื้อบริการเพื่อการประกันสุขภาพและการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ของประชาชน

อีกประเด็นหนึ่งของการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพเกี่ยวเนื่องกับการปรับปรุงส่วนที่ว่าด้วยบุคลากรสาธารณสุข ทั้งในส่วนของการกระจาย ระบบการทำงาน และการบริหารจัดการเพื่อใช้กำลังคนให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งจะกล่าวถึงในรายงานนี้แต่น้อย เนื่องจากมีรายงานอีกชุดหนึ่งที่พูดถึงแนวทางการแก้ไขด้านนี้ อย่างไรก็ตามจุดเน้นและข้อเสนอเกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนในระบบบริการสุขภาพที่เสนอในรายงานนี้น่าจะมีส่วนช่วยเพิ่มมุมมองหรือประเด็นสำคัญในการแก้ไขปัญหากำลังคนในระบบเพิ่มเติมจากที่มีการนำเสนอในรายงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงด้วยอีกทางหนึ่ง

เพื่อให้สอดคล้องต่อการติดตามวิสัยทัศน์ และข้อเสนอในรายงานฉบับนี้ ได้แบ่งส่วนสำคัญในการนำเสนอเป็นสามส่วนคือส่วนของอาการแสดงออกที่พบบ่อยในระบบบริการสุขภาพ ตามด้วยความพยายามในการวิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็นฐานสำคัญในการนำเสนอแนวทางการแก้ไขในส่วนสุดท้าย

1.1 อาการแสดงออกที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

จากการทบทวนสถานการณ์ และผลการดำเนินงานประกันสุขภาพในประเทศไทยตั้งแต่ ปี 2544-2547 พบปัญหาสำคัญเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขที่สมควรได้รับการปรับปรุงทั้งในระยะสั้น และระยะยาวดังนี้

1. การดำเนินงานเพื่อให้เกิดหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นจุดสำคัญในการทำงานเชิงรุกยังเป็นไปในวงจำกัด แม้ในหลักการจะนับว่าสถานีอนามัยทุกแห่ง (มีจำนวนทั้งสิ้น 12495 แห่ง – ตารางที่ 1) เป็นหน่วย PCU ในส่วนของชนบทที่อยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก แต่ในทางปฏิบัติมีการพัฒนาอย่างจริงจังลดลงไปเรื่อยๆตามปีที่ผ่านมาเมื่อมีการติดตามเจาะลึกในพื้นที่จำนวนหนึ่ง (ตารางที่ 2) ในขณะที่ภาคเอกชนยังมีจำนวนหน่วยบริการ PCU น้อยมาก (129 แห่งต่อจำนวนโรงพยาบาลคู่สัญญา 75 แห่ง) เฉลี่ยไม่ถึง 2 แห่งต่อหนึ่ง รพ คู่สัญญา (ตารางที่ 1) ในส่วนของคุณภาพหน่วยบริการ PCU มีความจำเป็นต้องหาทางทำให้เกิดขึ้นอย่างมีคุณภาพทั้งในส่วน of ภาครัฐ และเอกชน ในขณะที่ชุดบริการที่กำหนดขึ้นก็ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติ แต่ในขณะเดียวกันก็มีบทเรียนและประสบการณ์ที่ดีที่สามารถนำมาถ่ายทอดและเป็นรูปแบบการพัฒนาต่อไปได้(ดูรายละเอียดในบทที่ 2 ของรายงาน)

ตารางที่ 1.1 สถานพยาบาลทั้งหมดทั่วประเทศที่เป็นคู่สัญญา และจำนวนหน่วย PCU ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สังกัด ของสถานพยาบาล	จำนวนแห่ง	จำนวนประชากรดูแล	หน่วย PCU
ในสังกัดสป.	813		12,495
นอกสังกัดสป.	19		5
ภาครัฐอื่นๆ นอก กสธ.	11		134
เอกชน (ภูมิภาค + กทม)	75	1,977,546	129
รวม		47,028,550	

**ตารางที่ 1.2 จำนวนพิธีชุธิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น (ระหว่าง 3 ปีที่ดำเนินนโยบาย)
ในพื้นที่ศึกษา 36 จังหวัด**

ประเภท	จำนวนพิธีชุธิที่พัฒนาเพิ่มขึ้นในแต่ละปี				รวมทั้งหมด
	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	missing	
สถานีนามัย	282	114	97	22	515
ศูนย์แพทย์/ศูนย์บริการสาธารณสุข	15	8		1	24
พิธีชุธิ ในสังกัด รพช.	100	24	8	7	139
พิธีชุธิในสังกัด รพศ./รพท.	7	3		1	11
รวม	404	149	105	31	689
ร้อยละ	58.6	21.6	15.4	4.5	100

แหล่งข้อมูล: สุพัตรา ศรีวิชิชากร และคณะ การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 36 จังหวัด (ส.ค..2547)

2. ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โดยบุคลากรสาธารณสุขได้รับแรงกดดันจากการให้บริการเนื่องจากความคาดหวังที่สูงขึ้นจากภาคประชาชนในขณะที่บุคลากรสาธาณสุขลดลงกว่าเดิมโดยมีการสูญเสียแพทย์โดยเฉลี่ย 42% ของจำนวนที่เพิ่มมาใหม่ในแต่ละปี ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งดูแลประชากรส่วนใหญ่ในเขตชนบท โดยจำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น 63% ในขณะที่บุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยต่ำกว่าปีละ 10% นอกจากนี้ยังมีการร้องเรียนเรียกค่าชดเชยผ่านกองทุนที่จัดตั้งขึ้นใหม่ ซึ่งแม้จะมีสถิติไม่สูง (มีเพียง 85 กรณีจากการให้บริการผู้ป่วยกว่า 47 ล้านคน) แต่มีข้อมูลว่ามีการตกลงกันในระดับโรงพยาบาลอยู่ไม่น้อย

ปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีปริมาณเพิ่มขึ้นจริง ๆ มากน้อยเพียงใดและมีความสำคัญมากจนกระทบระบบ หรือเป็นปกติของระยะเปลี่ยนผ่านของการสร้างและปรับระบบใหม่เป็นประเด็นที่ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน แต่ที่ค่อนข้างชัดเจนคือความเครียดที่เพิ่มขึ้นในหมู่ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะในสถานบริการภาครัฐ ซึ่งน่าจะมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากจุดอ่อนของการบริหารจัดการในภาครัฐด้วย แต่ในภาคเอกชนก็มีการพูดถึง และเสนอแนะให้มีการแก้ไขปรับปรุงกติกา กลไก และการจัดการในส่วนที่เกี่ยวข้องเช่นเดียวกัน

การฟ้องร้อง และเรียกร้องค่าชดเชยส่วนหนึ่งมาจากการสร้างความคาดหวังที่ไม่เป็นจริง เมื่อเทียบกับเงินที่มีอยู่ (เป็นปัญหาที่กระทบทั้งภาครัฐ และเอกชน) โดยเฉพาะในภาครัฐเกิดการสะสมหนี้ที่เกิดจากการได้รับงบประมาณลดลงเมื่อเทียบกับที่ได้รับอยู่เดิมผนวกกับการไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ที่มีความสามารถในการจ่าย และยังจำเป็นต้องตามจ่ายเมื่อมีการส่งต่อ ซึ่งทั้งหมดนี้เกิดปัญหาทั้งกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีหนี้ซึ่งต้องมีการเรียกเก็บในระหว่างโรงพยาบาลอื่นเนื่องมาจากการส่งต่อในขนาดมากกว่า 200 ล้านอยู่หลายโรงพยาบาล และในส่วนของโรงพยาบาลชุมชนโดยเฉพาะในอำเภอที่

มีประชากรน้อยที่มีหนี้สินมากกว่าเงินบำรุงรวมกันทั้งสิ้นกว่า 2000 ล้านบาท นี่ยังไม่นับโรงพยาบาลที่ แม้จะยังไม่เป็นหนี้เพราะมีเงินบำรุงเดิมที่เก็บไว้มาใช้สำรองไปก่อน แต่สถานะเงินบำรุงก็ลดลงตามลำดับ

อย่างไรก็ตามสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลรัฐ หรือเอกชน ไม่ชัดเจนพอที่จะวิเคราะห์ได้ว่าปัญหามีขนาดมากน้อยเพียงไร และมีแนวโน้มในระยะยาวอย่างไร นอกเหนือจากตัวเลขหนี้ที่เกิดขึ้น ในโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่มีการนำเสนอให้แก้ไข และที่สำคัญคือปัญหาด้านการเงิน ไม่ใช่สาเหตุหลักของการสร้างความขัดแย้งและความเครียด ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการที่เกิดขึ้นในระบบประกันสุขภาพ

3. ปัญหาคุณภาพในการให้บริการ ปัญหาคุณภาพระบบประกันสุขภาพเป็นประเด็นที่มองแตกต่างกัน เนื่องมาจากการให้ความหมายที่แตกต่างกันว่าด้วยคุณภาพบริการ เท่าที่มีการประเมินจะมีการพูดถึงคุณภาพบริการอย่างน้อยใน 3 มิติ คือ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ(ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการได้รับสิทธิตามนโยบาย ความรวดเร็ว และการต้อนรับ) การส่งต่อ (ทั้งในด้านจำนวน และความรวดเร็ว/ล่าช้า และการได้รับการบริการตามมาตรฐานที่ควรเป็น(ซึ่งมีตั้งแต่การได้รับการบริการจากบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสม การเข้าถึงเทคโนโลยีต่างๆ เช่นประเภทยาที่สั่งใช้ การได้รับการดูแลทันเวลาต่อเนื่อง หรือการได้รับการรับรองมาตรฐานตามระบบของ พรพ การใช้แนวทางการรักษามาตรฐานที่มีการกำหนดขึ้น)

ผลจากการสำรวจความคิดเห็นประชาชนมักพบว่าโดยภาพรวม ประชาชนมีความพอใจในนโยบาย (พร้อมกับยอมรับข้อจำกัดต่างๆที่มีในระบบพอสมควร) ในขณะที่มีการพูดถึงคุณภาพในแง่มาตรฐานที่ควรเป็นว่ายังมีอยู่น้อยและอาจจะลดลงในระยะยาว จากตัวเลขจำนวนบุคลากรในชนบทที่ลาออกเพิ่มขึ้น หรือข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องยาในและนอกบัญชียาหลัก แต่ที่มีการพูดถึงมากที่สุดคือปัญหาคุณภาพโดยดูจากการส่งต่อผู้ป่วย ที่มีแนวโน้มชัดเจนว่าการส่งต่อลดลง ประชาชนถูกจำกัดโอกาสในการเข้าถึงสถานบริการที่เคยไปรับบริการหากประสงค์จะใช้สิทธิตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังที่ไปค้างในสถานบริการบางส่วนในขณะที่ส่วนอื่นๆยังมีศักยภาพที่จะดูแลผู้ป่วยได้ (ตัวอย่างที่ชัดเจนคือเรื่องผู้ป่วยมะเร็ง) ซึ่งปัญหาการส่งต่อเกือบทั้งหมดถูกกำหนดโดยกติกาการจ่ายเงิน ทำให้แพทย์ไม่สามารถใช้วิจารณญาณตามหลักการทางวิชาชีพได้เท่าที่ควรโดยไม่คำนึงถึงข้อจำกัดอันเกิดจากกติกาของระบบ โดยเฉพาะการสร้างภาระและความเสี่ยงทางการเงินแก่คู่สัญญาหลักที่เรียกว่า CUP มีหลักฐานบ่งชี้ว่าในจังหวัดที่มีการจัดสรร และจัดการงบประมาณที่ได้รับ โดยลดความเสี่ยงทางการเงินของ CUP ในการตัดสินใจส่งต่อ จะมีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยมากกว่าจังหวัดที่จัดสรรงบประมาณจ่ายอย่างเคร่งครัดลงไปยังสถานบริการคู่สัญญาโดยตรง ปัญหานี้เป็นปัญหาที่เกิดจากปัจจัยทั้งฝ่ายผู้ให้บริการที่เป็นหน่วยงานทางการเงินของหน่วยบริการมากเกินไป ร่วมกับกติกาการจัดสรรเงินและจำนวนเงินที่จ่าย ที่สร้างความเสี่ยงทางการเงินแก่ผู้ให้บริการมาก ซึ่งหากมีการปรับการจัดสรรและจัดการให้ดีขึ้น นอกจากจะลดปัญหาการไม่ส่งต่อ ยังอาจช่วยให้สามารถระดมความร่วมมือจากสถานบริการภาครัฐและเอกชนได้กว้างขวางขึ้น และอาจรวมถึงการระดมความ

ร่วมมือจากภาคประชาชน หรือองค์กรส่วนท้องถิ่น และที่ผ่านมามีการนำเสนอวิธีการจัดสรรงบประมาณใหม่ ทั้งในส่วนของ การปรับเปลี่ยนโดยสำนักงานหลักประกันฯ การปีบการจัดการในระดับจังหวัดหรือระดับเขต รวมทั้งการปรับการจัดสรรภายในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขเองเพื่อให้หน่วยบริการทำหน้าที่ให้บริการได้ดีขึ้นโดยไม่ต้องห่วงภาระเรื่องการตามจ่ายมากเกินไป

4. การวางแผนกำหนดเครือข่ายสถานบริการไม่ว่าจะเป็นเขตเมืองหรือชนบทยังไม่ชัดเจน แต่ที่น่าจะยังมีโอกาสปรับปรุงได้เป็นส่วนหนึ่งของเขตชนบทที่ยังมีโอกาสนในการปรับและกระจายใหม่ ความไม่ชัดเจนเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหากระทบการจัดสรรงบประมาณภายใต้หลักการเหมาจ่ายรายหัว เพราะต้องกังวลกับการจัดสรรเงินให้แก่สถานบริการที่มีขนาดใหญ่ แต่อาจสามารถปรับลดขนาดได้ในระยะยาว ในขณะที่เดียวกันก็ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนต่อการวางแผนจัดสรรงบลงทุนในระยะยาว ว่าควรเป็นอย่างไร ควรมีการกำหนดหน่วยบริการชั้นเลิศ (excellent center) ด้านใดในจุดใดของประเทศ รวมทั้งความจำเป็นที่อาจจะต้องขยายขนาดของสถานบริการในบางจุดเพื่อทำหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นมากกว่าการยึดตามการแบ่งขอบเขตของการปกครองที่ไม่ได้ใช้ตัวเลขประชากรมาจัดแบ่งขอบเขต และจำนวนจังหวัดหรืออำเภอ แต่บริการสุขภาพตามหลักการใหม่ของการประกันสุขภาพ พยายามกระจายทรัพยากรทุกด้านให้ได้สัดส่วนกับความหนาแน่นของประชากร ปัญหาหนึ่งของระบบบริการอาจถือเป็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไข และความชัดเจนในระยะกลาง แต่มีผลกระทบไม่น้อยต่อการทำงานของระบบในระยะเฉพาะหน้า โดยเฉพาะการจัดการกับการจัดสรรหรือซื้อบริการในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขเอง

5. ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งที่ไม่มีการแสดงชัดเจน และไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างชัดเจน คือปัญหาการเก็บค่าบริการจากประชาชนผู้มารับบริการภายใต้เงื่อนไข และช่องโหว่ของระบบ ซึ่งในที่สุดอาจนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้ง เมื่อประชาชนไม่มีความสามารถในการจ่าย (เช่น เศรษฐกิจแย่ลง) หรือไม่ยอมจ่าย (เพราะเกิดความเข้าใจมากขึ้น) หรือแม้ไม่เกิดความขัดแย้งเพราะประชาชนยอมรับข้อจำกัดของระบบ แต่ก็ทำให้ขาดความเป็นธรรม (equity) อันเป็นเป้าหมายสำคัญของการสร้างระบบประกันสุขภาพ เพราะการเรียกเก็บค่าบริการต่างๆ ภายใต้ช่องว่างของระบบ ทำให้ประชาชนที่ไม่มีอำนาจซื้อ หรือความสามารถในการจ่าย ไม่สามารถได้รับบริการที่จำเป็น หรือในทางตรงกันข้าม เกิดเป็นระบบบริการหลายมาตรฐานโดยใช้อำนาจในการจ่ายเป็นหลัก ทั้งนี้ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่สามารถกำหนดขอบเขตที่ชัดเจนของชุดสิทธิประโยชน์ (อันมีสาเหตุมาจากทั้งการขาดความสามารถในการวิเคราะห์และคำนวณอย่างละเอียดชัดเจน และข้อเท็จจริงที่ว่า การกำหนดโดยชัดเจนอาจทำให้เกิดความแข็งตัวของระบบ และไม่เป็นมิตรกับผู้ใช้บริการ (user-friendly) เท่าที่ควร และยังคงมีปัญหาเชิงการจัดการได้อีกมาก อย่างไรก็ตาม การจัดการเพื่อลดภาระการจ่ายเงินของประชาชน และลดการฉวยโอกาสจากช่องว่างของระบบ เป็นส่วนสำคัญที่จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ และหาทางแก้เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิของประชาชน และป้องกันระบบหลายมาตรฐานในระยะยาว

6. การจัดการและการทำงานในส่วนของบริการสาธารณสุขที่มุ่งให้เกิดแผนงาน โครงการ ที่มีประโยชน์ในระดับประชากร ไม่ใช่ในระดับปัจเจก ไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จากการรวมงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขเข้าไปในการสร้างหลักประกันสุขภาพ เป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะ

แผนงานสำคัญๆ เช่นการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ หรือการให้ภูมิคุ้มกันโรค ทั้งนี้รูปแบบที่ชัดเจนคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่มีงบประมาณที่ชัดเจนในการบริหาร และประสานงาน ในขณะที่แผนงานโครงการจำนวนไม่น้อยต้องฝากเป้าหมายไว้กับสถานบริการที่ได้รับจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่าย หรือไม่ก็ไปรวมไว้ในชุดสิทธิประโยชน์งานส่งเสริมป้องกันที่ดูแลได้เฉพาะส่วนที่เป็นบริการระดับบุคคล แต่สถานบริการไม่อาจดำเนินงานที่ไม่ได้คาดหมายไว้ล่วงหน้า (เช่นการสอบสวนโรค และการควบคุมป้องกันโรคระบาด) เพราะงบประมาณส่วนใหญ่ถูกรวมไว้ในบริการหลักประกัน แม้จะมีการพูดถึงความจำเป็นในการกำหนดงบประมาณในส่วน of แผนงานสาธารณสุขต่างๆ (non –UC) ให้ชัดเจน(เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม โดยไม่ต้องหวังพึ่งโรงพยาบาลที่จะลดความสนใจในงานเหล่านี้หลังจากระบบประกันสุขภาพได้เกิดขึ้น) รวมทั้งการวิเคราะห์เพื่อให้แน่ใจว่าการจัดสรร และการจัดการบริการตามแผนงานเชิงรุกจำนวนหนึ่งได้ไปรวมอยู่ในระบบหลักประกันอย่างมีประสิทธิภาพ (เช่นแผนงานตรวจคัดกรองผู้มีพันธุกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรค) แต่ก็ยังมีการดำเนินการในวงจำกัด และที่น่าจะเป็นปัญหาที่ชัดเจน คือการขาดงบประมาณ และระบบการจัดการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการควบคุมโรคระบาด ซึ่งการฝากความหวังไว้กับระบบบริการกลาง ภายใต้ นโยบายประกันสุขภาพใหม่ อาจทำให้การทำงานไม่ได้ผลเท่าที่ควร

1.2 ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง

จากอาการสำคัญทั้งสามด้านที่กล่าวมา อาจวิเคราะห์ถึงสาเหตุเพื่อนำไปสู่การแก้ไขโดยมีปัจจัยสำคัญที่สมควรได้รับการปรับปรุงแก้ไข เพื่อลดหรือกำจัดอาการทั้งสามด้านดังกล่าว ระบบการจัดสรรเงินสำหรับสถานบริการ รวมทั้งอัตราการเบิกจ่าย ซึ่งอาจจำเป็นต้องพิจารณาเพื่อแก้ปัญหาในสามจุดหลักๆ คือ

(1) ปรับกติกา และระบบการซื้อบริการเพื่อส่งเสริมให้เกิดหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง (ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขการผูกการซื้อบริการจากหน่วย PCU ในฐานะหน่วยย่อยของ CUP ที่เป็นโรงพยาบาล รวมทั้งประเด็นความรับผิดชอบในการตามจ่ายของ PCU)

(2) ปรับกติกาและระบบการซื้อบริการจากสถานบริการ ที่ช่วยสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมถูกต้องในการส่งต่อผู้ป่วย (ซึ่งอาจรวมทั้งการปรับปรุงในส่วนที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และต้องคำนึงถึงการส่งเสริมให้เกิดโอกาสที่จะสร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการภาครัฐ และภาคเอกชนได้อย่างหลากหลาย)

(3) ปรับระบบการจัดสรร และจ่ายเงินแก่สถานบริการในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อช่วยให้ระบบบริการทั้งระบบสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่หน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพในระยะยาว ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม

นอกจากนี้อาจพิจารณาปรับปรุงระบบการเงินเพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานแก่บุคลากรสาธารณสุขอย่างเหมาะสมซึ่งอาจหมายถึงการจัดระบบการจัดสรรค่าตอบแทนแยกตั้งแต่ต้น หรือ

ปรับปรุงการบริหารจัดการในระดับสถานบริการให้ดูแลเรื่องแรงจูงใจอย่างเหมาะสม (ไม่ให้อัตราได้รับแรงกดดันจากความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการมากเกินไป)

ขาดการจัดการเพื่อสร้างรูปแบบที่ชัดเจนในการจัดบริการปฐมภูมิ(มีเพียงตัวอย่างของ รพช. ซึ่งขยายไปยังบริบทอื่นๆได้ยาก) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการสร้างความรู้ และรูปแบบการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิที่หลากหลาย สามารถดำเนินการได้อย่างจริงจัง และเหมาะสมทั้งในเขตเมือง และชนบท รวมทั้งเหมาะสมกับผู้ให้บริการที่มีฐานะต่าง ๆ กัน แต่ยึดหลักที่จะให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพในเชิงรุกอย่างเหมาะสม

การบริหารจัดการของฝ่ายผู้ให้บริการเพื่อให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงภายใต้ระบบประกันสุขภาพยังมีอยู่จำกัด ทำให้ต้องมีการปรับปรุงศักยภาพในการบริหารจัดการในส่วนของฝ่ายผู้ให้บริการเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น มีการใช้ศักยภาพจากบุคลากรได้อย่างเต็มที่รวมทั้งการจัดจ้างเพิ่มเติมจากบุคคลภายนอก หรือมีระบบการจ้างที่หลากหลาย รวมทั้งความสามารถในการบริหารความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม และมีรูปแบบการบริการที่เพิ่มคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

การบริหารจัดการในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขยังมีปัญหา ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในส่วนของระยะสั้นอาจเกี่ยวข้องกับระบบการจัดสรร และจัดการการเงินภายในเครือข่ายของกระทรวงสาธารณสุข แต่ในระยะยาวจะเกี่ยวข้องกับการปรับระบบการบริหารสถานบริการภาครัฐ โดยเฉพาะในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นใหม่ ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของระบบบริหารราชการในอนาคต โดยคำนึงถึงโอกาสในการกระจายอำนาจการบริหารประเทศโดยรวมประกอบด้วย ซึ่งอาจสร้างฝ่ายผู้ให้บริการในระบบบริการที่มีความสัมพันธ์แบบใหม่กับระบบประกันสุขภาพ นอกจากนี้ยังอาจสร้างหน่วยบริการอิสระที่อยู่ภายใต้การบริหารของชุมชน หรือ อปท. (ที่ไม่เกี่ยวกับการรับโอนจากหน่วยราชการเดิม) ทั้งนี้ โดยต้องมีการปรับปรุงในส่วนข้อ 1 ที่สอดคล้องกันด้วย

ขาดกลไกที่มีประสิทธิภาพในการใช้ศักยภาพจากภาคเอกชน และภาคราชการภายใต้หน่วยราชการต่างๆ ให้จัดบริการเชื่อมต่อกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากระบบการเบิกจ่าย ทำสัญญา แต่ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความเข้าใจ และความสามารถในการจัดการของฝ่ายผู้ซื้อบริการทั้งในส่วนกลาง และในระดับพื้นที่

ยังมีข้อกฎหมายที่สร้างแรงกดดัน และนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและประชาชนได้ โดยง่าย จำเป็นต้องมีการแก้ไขข้อกฎหมายที่ทำให้เกิดการเผชิญหน้ากับประชาชนโดยไม่จำเป็น พร้อมกับการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อปรับความคาดหวัง และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในหมู่ประชาชนเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพของประเทศ

การบริหารจัดการระบบในภาพรวมยังขาดกลไกที่ชัดเจนในการดูแล และรับผิดชอบ เช่นการตัดสินใจว่าระบบบริการในระยะยาวควรมีการกระจายของหน่วยบริการต่าง ๆ อย่างไร โดยเฉพาะในเขตชนบทที่ดูเหมือนอยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุข แต่ในขณะเดียวกันคณะกรรมการหลักประกันก็มีเป้าหมายที่จะให้มีเครือข่ายบริการที่เหมาะสม เพื่อให้ง่ายต่อการต่อรองในการซื้อบริการ

ได้อย่างเหมาะสม โดยไม่แยกว่าเป็นภาครัฐหรือเอกชน แต่กำหนดเพียงอัตรา และกติกาในการซื้อบริการ แต่ไม่ปรากฏชัดเจนว่าหน้าที่ในการกำหนดเครือข่ายบริการในระยะยาว ในภาพรวมของประเทศควรเป็น บทบาทของฝ่ายใดระหว่าง คณะกรรมการหลักประกัน (ซึ่งมีปัญหามองเฉพาะหน้าต้องแก้ไขมากมาย) กับกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งมีแนวโน้มจะมองเฉพาะการปรับปรุงในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก) นอกจากนี้ยังมีปัญหาว่าด้วยบทบาทและวิธีการบริหาร และแสดงบทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพว่าควรมีบทบาทในการกำหนดกติกา หรือพัฒนาระบบในระยะยาวมากน้อยเพียงใด หรือเป็นเพียงหน่วยงานที่มีหน้าที่ซื้อบริการ และบริหารสัญญาให้เป็นไปตามข้อตกลงเป็นหลัก และท้ายที่สุดคือขอบเขตอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขในการปรับเปลี่ยนเงื่อนไขหรือกติกาในการจัดสรร หรือซื้อบริการภายในเครือข่ายของกระทรวงสาธารณสุขเอง

ความเข้าใจในรายละเอียดเกี่ยวกับเงื่อนไขของระบบประกันสุขภาพทั้งของฝ่ายประชาชนและฝ่ายผู้ให้บริการยังมีจำกัด เนื่องมาจากการขาดการประชาสัมพันธ์ และให้ข้อมูลอย่างถูกต้องตามความเป็นจริง เช่นการไม่ให้ข้อมูลถึงข้อจำกัดของชุดสิทธิประโยชน์อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในส่วนที่ไม่ครอบคลุมในระบบประกัน แต่กลับสร้างความเข้าใจผิดว่าเป็นการรักษาทุกโรค และให้บริการทุกอย่างโดยจ่ายเพียง 30 บาท หรือการเปิดให้เลือกสถานบริการโดยเข้าใจว่าเลือกที่ไหนก็ได้ และเปลี่ยนใจเมื่อไรก็ได้ แต่ในความเป็นจริงมีข้อจำกัดเนื่องจากการจัดระบบภายใต้ความพยายามที่จะให้มีหน่วยบริการ PCU เป็นฐานสำคัญของการดูแลสุขภาพประชาชน และในส่วนของผู้ให้บริการเองก็ยังเข้าใจผิดว่าการเปิดให้เลือกสถานบริการเป็นความพยายามที่จะให้เลือก คลินิกใกล้บ้าน มากกว่าการทำให้คลินิกมีความเป็น PCU ซึ่งสามารถทำงานเชิงรุกได้

ความเข้าใจผิดต่างๆ เหล่านี้มีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากความไม่ชัดเจนในนโยบายหลักประกัน ประกอบกับความกังวลของฝ่ายนโยบายว่าประชาชนอาจไม่พอใจหากมีการพูดถึงเงื่อนไขต่างๆ อย่างชัดเจน จึงกลายเป็นภาระของฝ่ายผู้ให้บริการที่จะต้องสร้างข้อจำกัดทำให้เกิดความขัดแย้งกับผู้รับบริการ ในขณะที่เดียวกันก็เป็นช่องว่างให้สถานบริการไปสร้างเงื่อนไขในการเก็บค่าบริการเพิ่มเติมโดยอ้างว่าไม่รัฐบาลจัดสรรงบประมาณมาน้อย และไม่ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์

1.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

จากข้อวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องและต้องมีการปรับปรุงสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะที่สำคัญเพื่อการดำเนินงานได้ดังนี้

1. ปรับระบบการจัดสรรเงินในระบบประกันสุขภาพดังนี้

แยกงบประมาณเพื่อการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับประชากร (Non-UC) ออกอย่างชัดเจนจากงบประมาณเพื่อการซื้อบริการในระบบประกันสุขภาพ และให้อยู่ในการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข แต่วางแผนร่วมระหว่างกระทรวงกับคณะกรรมการสปสข เพื่อให้ทำงานเสริมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดการซ้ำซ้อน หรือช่องโหว่ของงานควบคุมป้องกันโรค หรือการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญๆ ปรับหลักการจัดสรรหรือซื้อบริการในระบบประกันโดยคิดตามจำนวนประชากร (ปรับด้วยตัว

แปรอื่นๆตามจำเป็น) ให้แก่ระดับจังหวัด แต่การซื้อบริการจากหน่วยบริการให้ยืดหยุ่น และถือหลักไม่โยนภาระทางการเงิน หรือความเสี่ยงด้านการเงิน แก่หน่วยบริการทั้งหมด โดยหลักการหนึ่งคือการแบ่งเงินซื้อบริการใหม่โดยจ่ายให้แก่สถานบริการเป็น 3 ส่วน เช่น ซื้อบริการจากระดับปฐมภูมิโดยไม่มีภาระในการตามจ่าย แต่ให้เน้นทำงานเชิงรุกไม่ใช่เพียงรักษาพยาบาลแบบคลินิกดั้งเดิม ในส่วนที่อาจต้องมีการตามจ่ายให้มีความรับผิดชอบร่วมระหว่างกองทุนระดับจังหวัดกับหน่วยบริการระดับต้น และอีกส่วนหนึ่งเป็นการซื้อบริการโดยจ่ายตรงจากส่วนกลางหรือในระดับเขต (ดูรายละเอียดตัวอย่างของข้อเสนอในอีกรูปแบบหนึ่งในบทที่ 3 ของรายงาน)

มีการซื้อบริการตรงจากหน่วยบริการปฐมภูมิโดยไม่มีภาระในการตามจ่ายแต่ต้องมีการให้บริการเชิงรุกแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย และให้หน่วยบริการปฐมภูมินี้เป็น free standing PCU ได้ไม่ต้องเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลัก (CUP) พร้อมทั้งปรับแนวคิดเรื่อง CUP ซึ่งทำให้โอกาสในการสร้างความหลากหลายของหน่วยบริการ PCU ลดลง แยกค่าตอบแทนบุคลากรออกจากส่วนของการซื้อบริการจากสถานบริการ(ถ้าเป็นไปได้) เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะที่ต้องตัดสินใจสั่งการดูแลหรือให้บริการผู้ป่วยมี autonomy ในการตัดสินใจไม่ต้องขึ้นกับแรงกดดันทางการเงินของเจ้าของสถานบริการ

ยังไม่ควรแยกค่ายาออกมาต่างหากจากสัญญาซื้อบริการจากหน่วยบริการเพราะจะทำให้เกิดความยุ่งยากในการบริหารระบบที่มีทรัพยากรจำกัดอยู่แล้วและเกิดความไม่สะดวกต่อประชาชนผู้มาใช้บริการ โดยไม่ได้เพิ่มประโยชน์แก่ประชาชนหรือเกิดประโยชน์ในการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบแต่อย่างใด

2. ปรับปรุงการจัดสรร และการจัดการในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

เลิกการรวมเงินเดือนส่วนกลาง โดยห้ามไม่ให้กระทรวงสาธารณสุข pool เงินเข้าส่วนกลาง หลังหมดบทเฉพาะกาล แต่จัดสรรลงอำเภอตามสัญญาที่ทำกับ สปสช.โดยตรง (แต่ปรับให้มีการเฉลี่ยความเสี่ยงในการให้บริการและลดแรงกดดันแก่ผู้ให้บริการอันเกิดจากการการตามจ่ายโดยใช้กลไกระดับจังหวัดที่เหมาะสม)

3.สร้างกลไกจัดระบบ reinsurance ในระดับจังหวัดตามสภาพของแต่ละจังหวัดซึ่งอาจช่วยสร้างความร่วมมือรัฐเอกชนได้ดีขึ้น - ตรงนี้มีทางเลือกกว่าหน่วยที่ทำหน้าที่นี้อาจเป็นหน่วยงานของสปสช. (ดูรายละเอียดตัวอย่างข้อเสนอในผนวกที่ 2)

replan เครือข่ายหน่วยบริการทั้งระบบ (ดูรายละเอียดตัวอย่าง ข้อเสนอตามแนวคิด rules of sevenในภาคผนวก 1) พร้อมทำแผนปรับลดบุคลากรในหน่วยที่ยังไงก็ต้องลดในระยะยาวแต่จัดสรรงบประมาณ CF เพื่อไม่ให้กระทบขวัญกำลังใจของคนทำงานอยู่ในปัจจุบัน

สร้างรูปแบบที่หลากหลายของหน่วยบริการปฐมภูมิ (ดูรายละเอียดในบทที่ 2) ในจุดต่างๆดังนี้ สร้าง free-standing PCU ที่มี multidisciplinary team ไม่ใช่วิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง โดยไม่ต้อง attach กับ CUP ซึ่งมักเป็น รพ

หารูปแบบ PCU ภายใต้ รพ เอกชน รพศ/รพท เทศบาล อปทอื่นๆ ชุมชนเผยแพร่รูปแบบ PCU ที่คล้ายได้ รพ)

สร้างรูปแบบความสัมพันธ์แบบใหม่ของสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขกับ อปท ซึ่งอาจใช้รูปแบบ รพ ในกำกับรัฐ หรือหน่วยบริการภายใต้การบริหารจัดการโดย อปท ให้ขึ้นกับสถานการณ์ของการพัฒนาหน่วยบริการในแต่ละพื้นที่ตามแผนการดำเนินงานที่กล่าวมาใน 3 ข้อข้างต้นสร้างศักยภาพ และรูปแบบการบริหารจัดการภายในหน่วยบริการ(ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ที่สำคัญคือ การบริหารการเงินซึ่งเริ่มตั้งแต่การสร้างระบบบัญชีที่สามารถสะท้อนต้นทุน และการสร้างระบบที่จะช่วยให้ติดตามสถานการณ์ทางการเงิน ไม่ว่าจะเป็นหนี้ หรือรายได้จากแหล่งต่างๆ เพื่อให้สามารถวางแผนการหารายได้ได้อย่างเหมาะสม โดยไม่เป็นการเพิ่มภาระ หรือผลกระทบแก่ประชาชนผู้มีสิทธิ โดยอาศัยช่องโหว่ของระบบ ในขณะที่เดียวกันสามารถนำมาเป็นข้อมูลในการต่อรองปรับค่าบริการในการซื้อบริการของฝ่ายผู้ซื้อบริการได้อย่างเหมาะสม

การบริหารข้อมูลข่าวสารทั้งในส่วนของคุณภาพและคุณภาพของการให้บริการ โดยเฉพาะในส่วนของการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่มาบริการ หรือในส่วนของการให้บริการเชิงรุกก็ต้องมีระบบข้อมูลประชากรที่จะช่วยในการวางแผนให้บริการเชิงรุกได้อย่างชัดเจน

การสร้างระบบ case management ซึ่งรวมระบบปรึกษาหารือทางไกลเพื่อให้มีการติดตามให้บริการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องอันจะช่วยลดความซ้ำซ้อนสิ่งเปลืองของการส่งการรักษาในขณะที่เพิ่มความพอใจของผู้ป่วย และยังเพิ่มคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งหัวใจสำคัญอยู่ที่การจัดระบบทีมผู้ให้บริการที่ ดูแลผู้ป่วยเป็นกลุ่มต่อเนื่อง และระบบข้อมูลผู้ป่วยที่จะช่วยให้ทีมผู้ให้บริการรับรู้ และติดตามความเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

การพัฒนากลไกภายในโรงพยาบาลที่จะช่วยลดปัญหาความไม่พอใจ หรือความไม่เข้าใจของผู้รับบริการ เพื่อลดความขัดแย้งโดยไม่จำเป็นหรือแก้ปัญหาก่อนที่จะลุกลาม

แก้ กม (มาตรา 42) โดยด่วน พร้อมเร่งสร้างความเข้าใจในหมู่ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับ มาตรา 41 ซึ่งโดยพื้นฐานน่าจะเป็นกลไกที่ช่วยให้แพทย์สามารถใช้ช่วยผู้ป่วยที่ประสบปัญหาจากการรับบริการมากกว่าเป็นเครื่องมือนำไปสู่การขยายความขัดแย้งด้วยการพยายามพิสูจน์ถูกผิด โดยเชื่อว่าการพิสูจน์ถูกผิดจะทำให้ผู้ให้บริการมีความระมัดระวังเพิ่มขึ้น แต่ในความเป็นจริงผู้ให้บริการที่ดีมีโอกาสน้อยมากที่จะป้องกันปัญหาความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ และในความเป็นจริงประเทศต่าง ๆ ก็กำลังปรับระบบประกันสุขภาพให้มีกลไกที่จะดูแลความเดือดร้อนของผู้รับบริการอันเกิดจากการให้บริการโดยไม่ยึดหลักพิสูจน์ถูกผิด (No –fault compensation funds) แต่เป็นการจ่ายชดเชยหากความเสียหายเกิดจากการให้บริการจริง

การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้รับบริการ เพื่อให้เข้าใจถึงเงื่อนไข และข้อจำกัดของการรับบริการตามระบบที่เป็นอยู่ ซึ่งมีทั้งการกำหนดโรค หรือบริการที่ไม่อาจครอบคลุมได้ในระบบปัจจุบัน (ไม่ใช่ทำให้เข้าใจว่ารักษาทุกโรค และให้บริการทุกอย่าง) รวมทั้งความสำคัญของการเข้ารับบริการกับหน่วย PCU

และสิทธิการเลือกสถานบริการ โดยมีขอบเขตทางภูมิศาสตร์และเงื่อนไขเวลาที่ชัดเจน (ไม่ใช่เลือกที่ไหนก็ได้ และเปลี่ยนใจเมื่อไรก็ได้) รวมทั้งเงื่อนไขทางการเงินที่จัดทำขึ้น

การจัดระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงจากสถานบริการต่างๆในระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้สามารถติดตามสถานการณ์ของระบบ ซึ่งอย่างน้อยน่าจะมีข้อมูลที่สำคัญต่อไปนี้

ภาระการให้บริการทั้งภาพรวม และรายแห่ง (รวมทั้งการกระจายของภาระการให้บริการทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ)

ข้อมูลในส่วนของต้นทุนค่าบริการในสถานบริการที่ร่วมโครงการ

ข้อมูลในส่วนของปัญหาความสะดวกในการเข้ารับบริการ ภาระทางการเงินที่เกิดขึ้น และความไม่พึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ

ข้อมูลสถานการณ์ทางการเงินของสถานบริการ (อย่างน้อยในภาครัฐ เพื่อช่วยให้การสนับสนุนหรือปรับปรุงการบริหารตามความจำเป็น)

ในระยะยาวควรพิจารณาการจัดตั้งกลไกระดับจังหวัดตามแนวคิด กสพ. ที่เคยมีการนำเสนอในแผนกระจายอำนาจ เพื่อมาเป็นกลไกบริหารการซื้อบริการในระดับจังหวัด(ซึ่งจะช่วยให้เกิดความชัดเจนของกลไกกระจายอำนาจจากส่วนกลางของ สปสช. โดยให้ กสพ. มีฐานะเป็นนิติบุคคลตาม กม. ได้รับจัดสรรเงินตามจำนวนประชากร ปรับตามเงื่อนไขอื่นๆที่เหมาะสมเพื่อให้มีการกระจายความเสี่ยงโดยมองภาพรวมของประเทศร่วมด้วย และให้กลไกดังกล่าวสามารถกำหนดกติกาเพื่อกระจายภาระการตามจ่ายหรือเลือกซื้อบริการจากฝ่ายต่างๆได้อย่างเหมาะสม โดยไม่ปล่อยให้เป็นการของคู่สัญญา ซึ่งมักมีประชากรในความดูแลไม่สูงมาก และมีหลายหน่วยในแต่ละจังหวัดขาดประสิทธิภาพเท่าที่ควรในการจัดการความเสี่ยงในแต่ละหน่วยด้วยตัวเอง

บทที่ 2

สถานการณ์หน่วยบริการปฐมภูมิ ปัจจุบัน และ ข้อเสนอต่อการพัฒนาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายใต้พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 820 แห่ง เป็นสถานพยาบาลรัฐอื่นที่มีใช้กระทรวงสาธารณสุข 71 แห่ง และเป็นสถานพยาบาลภาคเอกชน 87 แห่ง ครอบคลุมประชากรที่ดูแลคิดเป็นร้อยละ 91.9 %, 4.0% และ 4.1 % ตามลำดับ (ปี 2547) สถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ที่ร่วมในระบบนี้อยู่ในพื้นที่กรุงเทพฯ (32 แห่ง) และในพื้นที่เขตเมืองของส่วนภูมิภาค ไม่มีในพื้นที่ชนบท จำนวนผู้รับบริการที่สถานพยาบาลรัฐ ในลักษณะผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นร้อยละ 63 และบริการในลักษณะผู้ป่วยในลดลงร้อยละ 9 มีการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท ในชื่อ “PCU” (Primary Care Unit) ภายใต้การดูแลของหน่วยคู่สัญญาในระบบบริการปฐมภูมิ (CUP: Contracting Unit for Primary Care) ตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บริการในด้านการรักษาพยาบาล และบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ แต่สภาพและคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิปัจจุบันยังเป็นลักษณะแบบ extended OPD เป็นส่วนใหญ่ หน่วยบริการบางแห่งสามารถพัฒนาบริการดีขึ้น บางแห่งก็มีกิจกรรมบริการรักษาพยาบาลมากขึ้น แต่บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในบางพื้นที่ลดลง ส่วนใหญ่ของหน่วยบริการปฐมภูมิตั้งอยู่ในเขตชนบท (นอกเขตเทศบาล) มีเอกชนร่วมให้บริการน้อย ส่วนใหญ่เป็นสถานีนามัย ช่วงหลัง 30 บาท มีการจัดบริการโดยโรงพยาบาลเป็น PCU มากขึ้น อย่างน้อยอำเภอ ละ 1-2 แห่ง โรงพยาบาลเข้าไปร่วมจัดการเรื่องทรัพยากร การจัดการด้านการรักษาพยาบาลในสอ.เพิ่มขึ้น มีการจัดการเรื่องโรคเรื้อรังมากขึ้น

ปัญหาที่เกิดขึ้น จัดแบ่งได้เป็น 1) ปัญหาที่เดิมเป็นสถานีนามัย 2) ปัญหาที่ตั้งอยู่ในรพช. รพท./รพศ. 3) ปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ตั้งอยู่นอกโรงพยาบาล 4) ปัญหาในสังกัดเอกชน และ 5) ปัญหาในสังกัดของสถานพยาบาลรัฐอื่นๆ ที่มีใช้กระทรวงสาธารณสุข

2.1 สถานการณ์ของปัญหาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเกิดขึ้นมากที่สุดในปี 2545 ที่เป็นปีแรกของการดำเนินงาน ในปีต่อมาจำนวนการเพิ่มขึ้นค่อยๆ ชลดัลง (ตาราง 1) ทั้งนี้ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลจากการเปลี่ยนจุดเน้นหนักของ นโยบายในส่วน of กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 2.1 จำนวนพิธีชื้อในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ศึกษา 36 จังหวัด

ประเภท	จำนวนพิธีชื้อที่พัฒนาเพิ่มขึ้นในแต่ละปี				รวมทั้งหมด
	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	Missing	
สถานีนามัย	282	114	97	22	515
ศูนย์แพทย์/ศูนย์บริการสาธารณสุข	15	8		1	24
พิธีชื้อในสังกัด รพช.	100	24	8	7	139
พิธีชื้อในสังกัด รพศ./รพท.	7	3		1	11
รวม	404	149	105	31	689
ร้อยละ	58.6	21.6	15.4	4.5	100

แหล่งข้อมูล: สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 36 จังหวัด (ส.ค..2547)

ประชากรที่พิธีชื้อแต่ละแบบรับผิดชอบนั้นมีความแตกต่างกันตามสภาพพื้นที่และลักษณะขององค์กรเดิม คือ พิธีชื้อในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อันได้แก่ สถานีนามัยจะดูแลประชากรต่ำกว่าหนึ่งหมื่นเป็นส่วนใหญ่ และพิธีชื้อแบบที่ตั้งในรพ.ส่วนใหญ่มักรับผิดชอบประชากรจำนวนมาก ซึ่งมากกว่ามาตรฐานที่สปสช.กำหนด (ตาราง 2) รวมทั้งพิธีชื้อในสังกัดสถานพยาบาลรัฐอื่นๆ ที่มีใช้กระทรวงสาธารณสุข และสังกัดเอกชนในกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่ก็ดูแลประชากรมากกว่ามาตรฐานที่กำหนด ทั้งนี้เนื่องจากเป็นเขตเมือง ประชากรหนาแน่น สถานพยาบาลยังจัดหน่วยบริการปฐมภูมิดูแลน้อยและสปสช.ยังยอมยืดหยุ่นกับวิธีการจัดพิธีชื้อ

ตารางที่ 2.2 จำนวนประชากรต่อพิธีชื้อในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2547

	สอ.	พิธีชื้อ ใน รพช.	พิธีชื้อ นอก รพช.	พิธีชื้อ ใน รพท./รพ ศ.	พิธีชื้อ นอก รพท./ รพศ.	พิธีชื้อที่เป็น ศูนย์บริการ สาธารณสุข
จำนวนตัวอย่าง	422	89	22	3	6	7
ประชากรต่อพิธีชื้อเฉลี่ย	6,350	11,773	8,730	22,931	11,070	17,428
SD	4,679	7,829	3,627	20,874	8,687	16,994

แหล่งข้อมูล: สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 36 จังหวัด (ส.ค..2547)

จำนวนบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน พบว่าร้อยละ 70 ของฟิชียูมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (มาตรฐานประชากร 1,250 คน ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน) (ข้อมูลสำนักตรวจราชการ 2547) และจากการสำรวจโดยสุพัตรา ศรีวิชชากรและคณะ (สค.2547) พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งมีบุคลากรต่ำกว่ามาตรฐาน และจำนวนบุคลากรโดยเฉลี่ยที่สอ. คือ 2.9 คน (ดังตาราง 3)

ตารางที่ 2.3 สัดส่วนของประชากรต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหนึ่งคน ในหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2547

	สอ. (N = 408)	ศูนย์แพทย์ (N = 11)	ฟิชียู ของ รพช. (N=109)	ฟิชียู รพศ./รพท. (N= 8)	รวม (N=536)
จำนวนประชากรต่อร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
180 – 999	28.43	45.45	28.44	25.00	28.73
1000 – 1500	31.86	18.18	26.61	12.50	30.22
1501 – 2000	20.59	9.09	19.27	37.50	20.34
2001 – 3000	15.44	9.09	13.76	25.00	15.11
3001 – 5000	3.19	9.09	5.50	0.00	3.74
5001 – 13701	0.50	9.09	6.42	0.00	1.87
รวม	100	100	100	100	100

ตารางที่ 2.4 แสดงจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ฟิชียู แต่ละแบบในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ส.ค. 2547)

บุคลากร	สถานีนามัย	ศูนย์แพทย์/	ฟิชียู ของ รพช.	ฟิชียู รพศ./รพท.	รวม
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
2	47 9.79	1 5.26	2 1.65	1 10	51 8.10
3	118 24.58	2 10.53	11 9.09	1 10	132 20.95
4	119 24.79	3 15.79	8 6.61	1 10	131 20.79
5	92 19.17	3 15.79	15 12.40	1 10	111 17.62
6	42 8.75	3 15.79	16 13.22	2 20	63 10.00
7	25 5.21	2 10.53	24 19.83	1 10	52 8.25
8	16 3.33	0.00	13 10.74	0	29 4.60
มากกว่า 88	4.38	1 26.32	10 26.45	1 30	20 9.68
รวม	480 100	19 100	121 100	10 100	630 100

แหล่งข้อมูล: สุพัตรา ศรีวิชชากร และคณะ การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 36 จังหวัด (ส.ค..2547)

ลักษณะการปฏิบัติงานของบุคลากรในฟิชียู ตั้งแต่เริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยพื้นฐานจะเป็นบุคลากรในหน่วยงานเดิมเป็นผู้ปฏิบัติงาน มีส่วนหนึ่งที่มีแพทย์ พยาบาล เกษษกร และทันตแพทย์ไปร่วมให้บริการที่ฟิชียูเป็นบางครั้ง ส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลที่ลงไปทำงานที่ฟิชียูเป็น

การประจำเพิ่มขึ้น แพทย์ส่วนใหญ่จะไปทำงานแบบหมุนเวียน และประมาณครึ่งหนึ่งในปี 2547 ที่ไม่มีแพทย์ไปร่วมให้บริการด้วย แนวโน้มแพทย์ลงไปร่วมให้บริการที่พิชัยลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างปี 2545 – 2547 (ตาราง 5, 6)

ตารางที่ 2.5 ลักษณะการปฏิบัติงานของแพทย์ที่พิชัย ทั้งหมด ในพื้นที่ตัวอย่าง 36 จังหวัด

		ประจำ		บางเวลา		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปี 2545	ไม่มีแพทย์					119	29.9
	มี คนเดียวตลอด	36	9.0	77	19.3	113	28.4
	มี ทีมหมุนเวียน	61	15.3	105	26.4	166	41.7
	รวม	97	24.4	182	45.7	398	100.0
ปี 2546	ไม่มีแพทย์					220	44.0
	มี คนเดียวตลอด	45	9.0	68	13.6	113	22.6
	มี ทีมหมุนเวียน	60	12.0	107	21.4	167	33.4
	รวม	105	21.0	175	35.0	500	100.0
ปี 2547	ไม่มีแพทย์					320	52.4
	มี คนเดียวตลอด	50	8.2	72	11.8	122	20.0
	มี ทีมหมุนเวียน	58	9.5	111	18.2	169	27.7
	รวม	108	17.7	183	30.0	611	100.0

ตารางที่ 2.6 ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลที่พิชัยทั้งหมด ในพื้นที่ตัวอย่างศึกษา 36 จังหวัด

		มาประจำ ตลอด ร้อยละ	มาประจำ พร้อมแพทย์ ร้อยละ	มา บางเวลา ร้อยละ	รวม จำนวน	ร้อยละ
ปี 2545	ไม่มีพยาบาล				41	10.7
	มี คนเดียวตลอด	36.4	17.9	6.2	206	53.9
	มี ทีมหมุนเวียน	12.6	11.4	15.5	135	35.3
	รวม	49.0 (n=167)	29.3 (n=100)	21.7 (n=74)	382	100.0
ปี 2546	ไม่มีพยาบาล				93	19.9
	มี คนเดียวตลอด	43.9	19.5	5.9	259	55.5
	มี ทีมหมุนเวียน	11.5	9.6	9.6	115	24.6
	รวม	55.3 (n=207)	29.1 (n=109)	15.5 (n= 58)	467	100.0
ปี 2547	ไม่มีพยาบาล				119	22.8
	มี คนเดียวตลอด	45.0	19.9	7.2	290	55.7
	มี ทีมหมุนเวียน	8.7	9.7	9.5	112	21.5
	รวม	53.7 (n=216)	29.6 (n=119)	16.7 (n=67)	521	100.0

แหล่งข้อมูล: สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 36 จังหวัด (ส.ค..2547)

ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา กระแสการพัฒนาของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงตลอด คือ ปี 2545 ยังสับสนขัดแย้งเรื่อง PCU ตามกระแส ปี 2546 ส่วนใหญ่มีการขยายพัฒนาหน่วย PCU เพิ่มขึ้นโดยทั่วไป มีการจัดการลงตัวมากขึ้น แต่ในปี 2547 มีสภาพแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มพื้นที่ที่ผู้บริหารมีความเข้าใจสนใจงาน PCU ก็จะมีการพัฒนางานนี้ต่อเนื่อง และขยายจำนวนหน่วย PCU แต่อัตราต่ำลง เนื่องจากไม่แน่ใจต่อนโยบายการสนับสนุน กลุ่มที่สองกลางๆ จะชลอการสนับสนุน การพัฒนางาน PCU รูปธรรมคือ จัดสรรคนไปช่วยงานที่สอ.ลดลง มีโครงการพัฒนาบุคลากรลดลง กลุ่มที่สาม เป็นกลุ่มที่ไม่สนใจงานนี้ จะไม่ขัดแย้งอะไรมากนัก ยกเว้นแต่จะมีหน่วยบริหารไปติดตาม การสนับสนุนสถานีนามัจะน้อยมาก ฉะนั้นในภาพรวมจำนวนการขยายพีชียูเพื่อรองรับประชากรตามเกณฑ์มาตรฐานที่สปสข.กำหนดจึงชลดัลง แต่ก็ยังมีจำนวนค่อยๆ เพิ่มขึ้น (ดูจากตาราง 1)

การเปลี่ยนแปลงหลักส่วนหนึ่งที่พบคือ การที่โรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของหน่วย CUP เป็นการผลักดันให้รพ.ต้องลงมาเกี่ยวข้องกับ มาประสาน และบริหารงานกับสอ.มากขึ้น มีการจัดสรรทรัพยากรให้สอ.มากขึ้น ทั้งในรูปยางงบประมาณ ค่าตอบแทน พยาบาล แพทย์ และวิชาการ ซึ่งบางแห่งก็มีสภาพการประสานร่วมกันดีขึ้น เข้าใจกันมากขึ้น แต่ก็มีหลายแห่งที่ยังไม่เข้าใจกัน ขัดแย้งกันในด้านสายบังคับบัญชาและสอ. ไม่มีส่วนร่วมในการบริหารทรัพยากร ปัจจุบันโดยส่วนใหญ่ รพ.จะส่งพยาบาลวิชาชีพลงไปทำงานที่สอ. ทั้งที่ไปอยู่เต็มเวลา บางวัน และมีแพทย์ไปให้บริการประมาณเดือนละ 1 ครั้ง หรือ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้บริการโรคเรื้อรัง และบริการทั่วไป มีพยาบาลหลายคนในรพ.ที่เมื่อไปทำงานกับสอ. แล้วเข้าใจงานสอ.มากขึ้น และต้องการทำงานต่อเนื่องที่สอ. แต่ก็มีบางคนที่ไปทำงานไม่ได้ และต้องขอย้ายกลับ

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลัง UC จากการสำรวจสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2547 พบว่ามีบุคลากรลงไปปฏิบัติงานในพีชียูเพิ่มขึ้นกว่าเดิมร้อยละ 46 เท่าเดิมร้อยละ 42 และลดลงร้อยละ 12 ซึ่งมีแบบแผนคล้ายกันไม่ว่าจะเป็นพีชียูแบบใด จำนวนที่เพิ่มส่วนใหญ่ คือ เพิ่ม 1-2 คน ประเภทบุคลากรที่เพิ่มส่วนใหญ่ คือ พยาบาลวิชาชีพ แต่ความเห็นของจนท. โดยส่วนใหญ่ยังเห็นว่า กำลังคนในสอ./พีชียู ยังไม่พอเพียงกับภาระงาน การจัดกรอบอัตรากำลังเพื่อรองรับจนท.ที่พีชียูยังไม่ชัดเจน

ตารางที่ 2.7 สัดส่วนของจำนวนบุคลากรทั้งหมดที่พิชิตูเปรียบเทียบก่อนและหลัง UC
(ไม่รวมแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร) ปีพ.ศ.2547

หน่วย: ร้อยละ

	สอ.	PCU ใน รพช.	PCU น อ ก รพช.	PCU ในรพท./รพ ศ.	PCU นอก รพท/ รพศ.	รวม
จำนวนตัวอย่าง	442	76	17	3	3	577
สัดส่วนของพิชิตูที่มี จำนวนบุคลากร ลดลง %	11.09	14.47	5.88	0.00	33.33	11.61
เท่าเดิม %	42.53	38.16	35.29	33.33	33.33	41.77
เพิ่มขึ้น %	46.38	47.37	58.82	66.67	33.33	46.62

(บุคลากร ในที่นี้ รวมทั้งที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักวิชาการ เจ้าหน้าที่บริหารงาน
สาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และทันตภิบาล ไม่รวมแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร)

2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านงบประมาณ

สถานการณ์เงินบำรุงของสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัดกระทรวง
สาธารณสุขหลังจากที่มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ/พิชิตูที่เป็นสถาน
อนามัยส่วนใหญ่มีเงินบำรุงเพิ่มขึ้น (ดังตาราง 8) เจ้าหน้าที่สถานอนามัยได้รับค่าตอบแทนสูงขึ้น (แต่
ความรู้สึกของเจ้าหน้าที่สอ.ก็ยังเห็นว่าค่าตอบแทนน้อยกว่ารพ. และงบประมาณที่จัดสรรลงถึงปลายทาง
ยังน้อย) แต่พิชิตูที่เป็นรพช.มีทั้งที่เงินบำรุงเพิ่มขึ้น และลดลงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และทั้งสองกลุ่ม
มีแนวโน้มของสถานการณ์เงินบำรุงลดลงในปี 2547 เมื่อเทียบกับปี 45 ซึ่งเป็นปีเริ่มต้น ทั้งนี้เห็นว่าอาจ
เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงวิธีจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการตัดเงินเดือนรวมใน
ระดับประเทศ

การที่สอ. หรือ พิชิตู ประเภทต่างๆ มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น และได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น
แสดงให้เห็นถึงผลกระทบจากระบบ UC รวมทั้งการที่สอ.เป็นเครือข่ายร่วมกับรพ. ทำให้มีเจ้าหน้าที่ลง
ไปเสริมมากขึ้น และได้รับเวชภัณฑ์อย่างเพียงพอ เพราะรพ.เห็นว่าเป็นงานที่ต้องมีความรับผิดชอบ
ร่วมกัน ฉะนั้นหากตัดขาดให้สอ.เป็นอิสระไม่เกี่ยวข้องกับรพ.เลย ก็อาจจะทำให้โอกาสที่จะมีเจ้าหน้าที่
ลงไปทำงานที่สอ.ทำได้ยากขึ้น

ตารางที่ 2.8 สถานการณ์เงินบำรุงของสถานพยาบาลที่เป็นพีซียู คู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพ

หน่วย: ร้อยละ

สถานการณ์	พีซียู สอ.			พีซียู รพช.		
	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547
จำนวนตัวอย่าง (แห่ง)	(379)	(406)	(432)	(67)	(66)	(73)
รายรับ + เงินบำรุงเพิ่ม	30.3	29.3	27.8	17.9	16.7	15.1
เงินเพิ่มจนจ้างบุคลากรได้	46.7	47.8	47.9	34.3	24.2	24.7
รายรับ+เงินบำรุงไม่เพิ่ม	7.9	3.9	3.5	10.4	9.1	6.8
เงินลดลงแต่ไม่กระทบ	4.5	7.6	5.3	14.9	15.2	16.4
เงินลดลงจนมีผลกระทบ	10.6	11.3	15.5	22.4	34.8	37.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนยังเห็นด้วยกับการจัดสรรงบประมาณตามหัวประชากร แต่ขอให้มีการพิจารณากรณีประชากรน้อย พื้นที่เฉพาะ เช่นชายแดน และขอให้มีงบลงที่สอ. โดยตรงตั้งแต่ต้นปี ไม่ต้องรอการเขียนโครงการ และรอการอนุมัติจากรพ. (ในขณะที่รพ. ก็เห็นว่าถ้าเงินลงตรงที่สอ. ก็ทำให้รพ. ลงไปร่วมจัดการบริหารไม่ได้มาก พัฒนาอะไรได้ยาก)

2.3 ความเห็นและข้อเสนอต่อการพัฒนาพีซียูในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มี ดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิโดยส่วนใหญ่ในปัจจุบัน ที่อยู่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีปัญหาที่โครงสร้างพื้นฐาน คือ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ คุณภาพบุคลากรต้องการเร่งการพัฒนาในทุกระดับ ศักยภาพของการบริหารจัดการก็น้อย ฉะนั้นจำเป็นต้องมีระบบอัดฉีดเดิมส่วนขาดทั้งด้านจำนวนบุคลากร คุณภาพบุคลากร การจัดการระบบ คุณภาพการบริหารจัดการของผู้บริหาร งบโครงสร้างพื้นฐาน จากหน่วยบริหารต้นสังกัดอย่างจริงจัง เร่งด่วน มีงบประมาณเฉพาะ ที่เพิ่มจากงบบริการในโครงการ 30 บาท การแก้ปัญหาในส่วนนี้ควรใช้กระบวนการบริหาร และการพัฒนา มากกว่าการใช้การจัดการด้วยระบบประกัน หรือการใช้ระบบการเงินการคลังเป็นเครื่องมือผลักดัน การใช้เรื่องเงินเข้าไปเพียงส่วนเดียวก่อความขัดแย้ง สับสน และสร้างแรงกดดันให้กับระบบมากเกินไป เพราะผู้บริหารไม่สามารถจัดการให้ระบบคล่องตัวได้ เนื่องจากระบบถูกตรึงไว้ด้วยระบบราชการ

รูปแบบของหน่วยที่จะรับงบประมาณเป็นคู่สัญญา นั้น ในส่วนของชนบท ยังเห็นว่าควรเป็นรูปเครือข่ายของสอ.หลายๆ แห่ง และอาจมี / ไม่มี รพ. ร่วมด้วย รับดูแลสุขภาพแก่ประชากรในพื้นที่ร่วมกัน (แต่ต้องแก้ปัญหาเรื่องสายบริหาร 2 สาย; สาธารณสุขอำเภอ กับ โรงพยาบาล) เพราะศักยภาพพื้นฐานของสอ.แต่ละแห่งยังไม่เพียงพอที่จะจัดการเองใดๆ

การพัฒนาเรื่องงานสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลเป็นองค์รวมนั้น ทำได้ทั้งโดยนโยบายที่ชัดเจนที่เสริมเรื่องนี้ และการพัฒนาบุคลากร การพัฒนาเทคโนโลยีที่ง่าย ประยุกต์ใช้ได้จริง การจัดสรรเงินเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่กดดันให้ระบบต้องสนใจเรื่องนี้ แต่ไม่สามารถเป็นตัวขับเคลื่อนการพัฒนาเรื่องนี้ได้ แต่การจัดสรรที่ไม่เหมาะสมก็จะเป็นอุปสรรคที่ทำให้ระบบสนใจเรื่องนี้ลดลง เช่นการจัดสรรงบประมาณส่งเสริมป้องกันน้อย หรือ การที่ไม่กำหนดงานนี้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ฉะนั้นการจัดสรรงบประมาณรองรับงานสร้างเสริมสุขภาพต้องมีการจัดกลุ่มงานประเภทนี้เป็นกลุ่มๆ และใช้วิธีจัดสรรเงินให้เหมาะสมได้แก่

งานสร้างเสริมที่รวมกับการรักษาพยาบาล ใช้งบที่เหมาะสมกับการรักษา

งานสร้างเสริมที่เป็นกิจกรรมบริการที่ชัดเจน เช่น ANC FP ให้มีการจัดสรรเป็นเหมาจ่าย แต่มีการเช็คปริมาณและคุณภาพบริการกำกับไปด้วย

งานสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นการปรับพฤติกรรมรวมของประชากร และส่วนที่เป็นการป้องกันโรค ควรตั้งงบแยกต่างหาก และมีการจัดสรรให้แก่หน่วยที่มีความพร้อม ไม่รวมกับงบเหมาจ่ายต่อหัวในด้านการรักษา วิธีการตั้งงบเป็นแบบ global budget และให้มีการพัฒนาแผน โครงการรองรับที่ชัดเจนติดตามได้ (หน่วยที่รับอาจเป็นหน่วยบริหาร หน่วยบริการ หน่วย NGO หรือหน่วยชุมชน แต่ให้หน่วยบริหารกลางในระดับพื้นที่ เช่น สสจ.กำกับดูแลในภาพรวม)

การทำสัญญาเพื่อรับงบประมาณ ควรแบ่งเป็น 3 ส่วน (มิใช่เหมารวมต่อหัวเป็นหน่วยเดียวกัน) คือ

ส่วนที่เป็นงาน OP รวมกับงานส่งเสริมที่บูรณาการกับงานรักษาได้ให้เป็น capitation

ส่วนที่เป็นงานส่งเสริมที่มีได้นับเป้าหมายเป็นรายคน หรือรายกิจกรรม ให้ตั้งงบประมาณเป็นยอดรวมประมาณกี่ % แล้วให้มีการทำโครงการรองรับการใช้งบประมาณที่ชัดเจน ในการเป็นคู่สัญญา

ส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ให้คิดเป็น capitation ตอนขาขึ้น แต่ตอนจ่ายงบลงอาจคิดจัดให้สอดคล้องตามลักษณะของบริการ

แต่ภายใน 3 ส่วนนี้ ควรรวมงบเป็นก้อนใหญ่ที่จัดสรรให้เป็นพื้นที่ เป็นโซน ที่ปรับวิธีการภายในได้เหมาะสม มิใช่คิดแยกและจัดการทั้งหมดจากส่วนกลางทั้งหมด เพื่อให้ยืดหยุ่นจัดการได้ง่ายขึ้น และมีความสอดคล้องกับสภาพพื้นที่มากขึ้น

สถานพยาบาลเอกชนที่เป็นคู่สัญญาจัดบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยบริการเอกชน ในส่วนภูมิภาค ที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมีทั้งหมด 75 แห่ง คน ดูแลประชากรจำนวน 573,099 คน

ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีเอกชนร่วมเป็นคู่สัญญาทั้งหมด 93 แห่ง (ข้อมูล ณ 26 พ.ย.47) เป็นคลินิก 65 แห่ง สถานพยาบาล 4 แห่ง รพ.เอกชน 24 แห่ง (ภาครัฐ ในกรุงเทพฯ เป็นศูนย์บริการสาธารณสุข 30 แห่ง และโรงพยาบาล 20 แห่ง) รพ.เอกชนในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่จะมีประชากรขึ้นทะเบียนจำนวนมาก และยังจัดหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้ตามมาตรฐานที่สสข.กำหนด ส่วนใหญ่จะจัดเป็นหน่วยให้บริการรักษาพยาบาลอยู่ในรพ. เป็นอีกหนึ่งคลินิกที่แยกจากคลินิกทั่วไป ลักษณะ

การจัดบริการเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องยังไม่ชัดเจน อีกทั้งแต่ละหน่วยจะดูแลประชากรมากกว่าหนึ่งหมื่นคน

คลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่สสข.ได้จัดทำโครงการขึ้นเพื่อให้คลินิกเอกชนเข้ามาร่วมเป็น คู่สัญญาหลักของบริการปฐมภูมิโดยตรง (ผู้ป่วยนอก รวมกับงานส่งเสริมสุขภาพ ที่เป็นบริการในสถานพยาบาล) ในปี 2547 เป็นปีที่เริ่มต้น มีคลินิกเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 63 แห่ง ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ (48 แห่ง ร้อยละ 76) เป็นคลินิกในเครือข่ายของรพ.เอกชนที่ดัดแปลงขึ้นมาใหม่ เป็นคลินิกที่เจ้าของเป็นบุคคลจำนวนน้อย ส่วนงานส่งเสริมสุขภาพที่เป็นบริการนอกสถานพยาบาลจะมีการทำสัญญาแยกต่างหาก ซึ่งมีสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นคู่สัญญาประเภทนี้ จำนวน 50 แห่ง ดูแลประชากรจำนวน 778,157 คน

จากการศึกษาติดตามประเมินผลคลินิกชุมชนอบอุ่น¹ พบว่า การเพิ่มคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตกรุงเทพฯ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่มีการใช้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเพียงเล็กน้อย คุณภาพของบริการในด้านการใช้ยา และการดูแลระบบกำจัดเชื้อ (sterile system) ยังเป็นประเด็นที่ควรมีการติดตามเฝ้าระวัง รวมทั้งยังไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ชัดเจน และต่อเนื่อง ยังเป็นการดูแลเฉพาะครั้ง เฉพาะหน้ามากกว่าการวางแผนดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่ชัดเจน

ตารางที่ 2. 9 สถานพยาบาลทั้งหมดทั่วประเทศที่เป็นคู่สัญญา ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สังกัด ของสถานพยาบาล	จำนวนแห่ง	จำนวนประชากรดูแล	หน่วย PCU
ในสังกัดสสข.	813		12,495
นอกสังกัดสสข.	19		5
ภาครัฐอื่นๆ นอก กสธ.	11		134
เอกชน (ภูมิภาค + กทม)	75	1,977,546	129
รวม		47,028,550	

แหล่งข้อมูล: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

¹ โครงการ ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบที่คลินิกเอกชนเป็นคู่สัญญาดูแลสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพแห่งชาติ
โดย สุพัตรา ศรีวิชชากร และคณะ (ธ.ค.2547)

ตารางที่ 2.10 สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเขตกรุงเทพมหานคร

สังกัด ของ สถานพยาบาล	คู่สัญญาผู้ป่วยนอกและ PP ใน			คู่สัญญางาน PP นอก		
	จำนวน แห่ง	จำนวนประชากร ที่ดูแล (UC)	ร้อยละ	จำนวน แห่ง	จำนวนประชากร ที่ดูแล	ร้อยละ
รพ. ภาครัฐ	20	2,073,340	59.6	8	253,888	4.4
ศูนย์บริการ สาธารณสุข	30			65	4,757,998	82.2
คลินิกเอกชน	65	1,404,447	40.4	50	778,157	13.4
สถานพยาบาลเอกชน	4					
รพ.เอกชน	24					
รวม		3,477,787			5,790,043	

แหล่งข้อมูล: สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ และ สำนักงานสาขากรุงเทพมหานคร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.4 ความเห็นและข้อเสนอต่อการพัฒนา สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเอกชน

การแยกส่วนบริการสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลรักษาพยาบาล ออกจากกันสำหรับหน่วยเอกชนในกรุงเทพมหานคร แม้จะทำให้การจัดการ ติดตามกำกับผลงานพร้อมงบประมาณได้ชัดเจนขึ้น แต่ทำให้การผลักดันให้มีการพัฒนาบริการด้วยแนวคิดองค์รวม ผสมผสานทำได้ยากขึ้น และไม่เกิดความพยายามสร้างเสริมสุขภาพที่คิดริเริ่มใหม่ให้สอดคล้องกับสภาพประชากรในความรับผิดชอบ หากจะดำเนินการในลักษณะแยกส่วนดังกล่าว ควรจะต้องมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชากรในพื้นที่อย่างเป็นภาพรวมด้วย

ความเห็นต่อการขยายบทบาทของคลินิกเอกชน ให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ นั้นควรเน้นลักษณะดูแลสุขภาพแบบผสมผสานมากกว่าแยกส่วนเฉพาะบริการรักษาพยาบาล และเน้นการขยายในพื้นที่ที่มีขาดหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น พื้นที่ห่างไกล หรือ พื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น แต่มีสถานพยาบาลน้อย รวมทั้งมีรูปแบบการจัดการที่สนับสนุนการลงทุนพื้นฐานและสนใจให้พัฒนาบริการบนฐานที่มีไข้เชิงธุรกิจหวังกำไรเป็นหลัก มีระบบที่เอื้อให้บุคลากรสาธารณสุขที่มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานแบบปฐมภูมิเข้าร่วมพัฒนาบริการ โดยมีความเสี่ยงไม่มากนัก ไม่ควรใช้ระบบการแข่งขันแบบเสรี ในการหาคลินิกเข้าร่วมเป็นคู่สัญญา เพราะจะทำให้บริการเป็นลักษณะการค้าเพื่อให้ได้ประโยชน์ทางธุรกิจสูงสุด มากกว่าเรื่องสุขภาพ

ควรเร่งพัฒนาระบบข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการคู่สัญญาที่ต้องรายงานให้แก่ สป. และระบบการกำกับ ติดตาม ประเมินผลผลงาน และคุณภาพของหน่วยบริการเอกชน โดยหน่วยวิชาการอิสระ หรือ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ (NGOs) เพื่อทำให้เป็นระบบกำกับที่มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมหน่วยบริการได้เพิ่มขึ้น เพราะจากการศึกษาเบื้องต้นพบว่ามีประเด็นปัญหาด้านคุณภาพในหลายด้าน อีกทั้งการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังมีจุดอ่อน ที่ต้องกำกับ เสริมและพัฒนาให้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีพ.ศ.2547. นนทบุรี: 2547

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. รายงานการศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ 36 จังหวัด. สิงหาคม 2547 (ยังไม่ได้ตีพิมพ์)

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. โครงการ ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบที่คลินิกเอกชนเป็นคู่สัญญาดูแลสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพแห่งชาติ. ธันวาคม 2547 (ยังไม่ได้ตีพิมพ์)

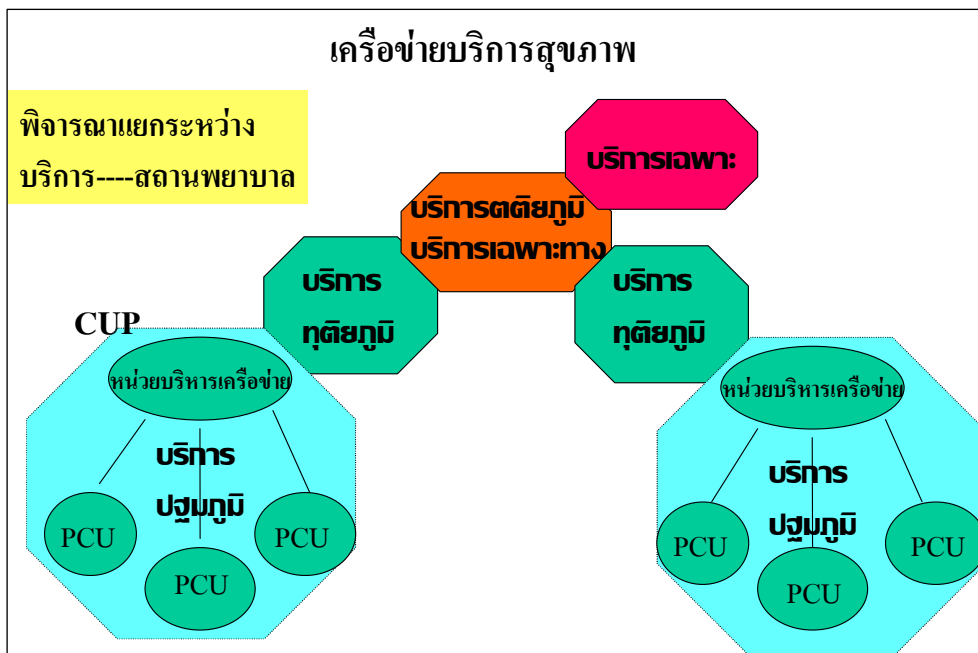
บทที่ 3

ภาพของระบบบริการสุขภาพ และความเชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

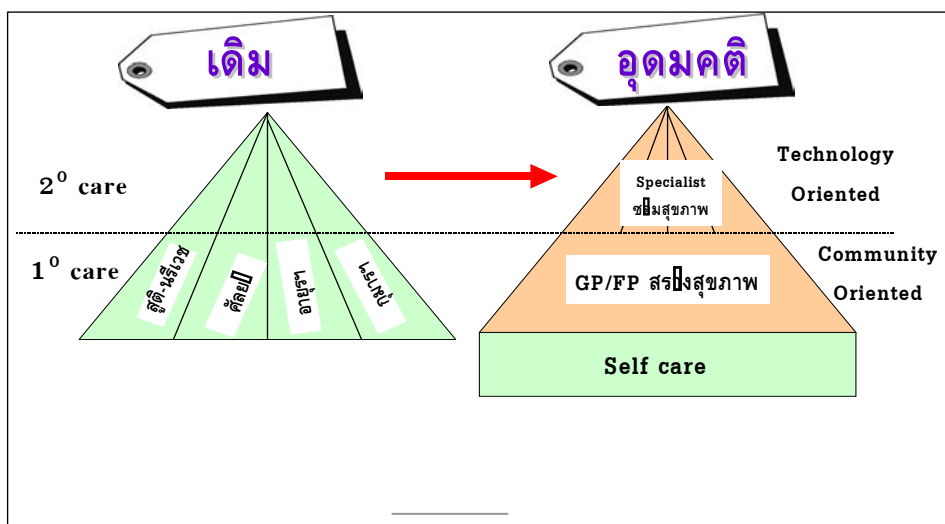
3.1 ก. ลักษณะเครือข่ายบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ คือ

1. สถานพยาบาลมีการให้บริการที่เชื่อมต่อกันเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพที่ครบวงจรทุกระดับ ตั้งแต่บริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ บริการตติยภูมิ และบริการที่สูงกว่าตติยภูมิ¹ โดยที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งจะมีบทบาทหลักในการให้บริการระดับใดระดับหนึ่ง แต่อาจมีบทบาทในการให้บริการระดับอื่นๆด้วยบางส่วนตามความจำเป็นของสภาพพื้นที่ โดยที่มีการแยกระบบการจัดการของบริการแต่ละระดับ (Differentiate Function) อย่างชัดเจน
2. เน้นพัฒนาให้มีระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งในลักษณะที่เป็น “ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ” ที่ต่อเชื่อมกันเพื่อดูแลประชากรเป็นพื้นที่ โดยมีระบบส่งต่อภายในและนอกเครือข่ายที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการระดับสูง อย่างมีความเอื้ออาทร ไม่มีการเกี่ยงบริการ
3. มุ่งลด OPD Walk In ในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการลดความซ้ำซ้อนในการบริการให้น้อยที่สุด
4. สถานพยาบาลที่จะให้บริการต้องมีคุณสมบัติที่พร้อมในการให้บริการนั้นๆ ทั้งที่เป็นมาตรฐานเชิงโครงสร้าง เครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากร และ มาตรฐานกระบวนการ รวมทั้งคุณภาพของผลลัพธ์งานที่ผ่านมาการพิจารณาทำสัญญากับหน่วยบริการใดเป็นคู่สัญญา ก็จะพิจารณาตามลักษณะคุณสมบัติพื้นฐานของหน่วยนั้นว่าสามารถให้บริการตามสัญญาที่เป็นไปตามมาตรฐานด้านต่างๆ ที่กำหนดได้

แผนภูมิ 3.1 เครือข่ายบริการสุขภาพพิจารณาแยกระหว่างบริการ – สถานพยาบาล



แผนภูมิ 3.2 เครือข่ายบริการสุขภาพที่พึงประสงค์



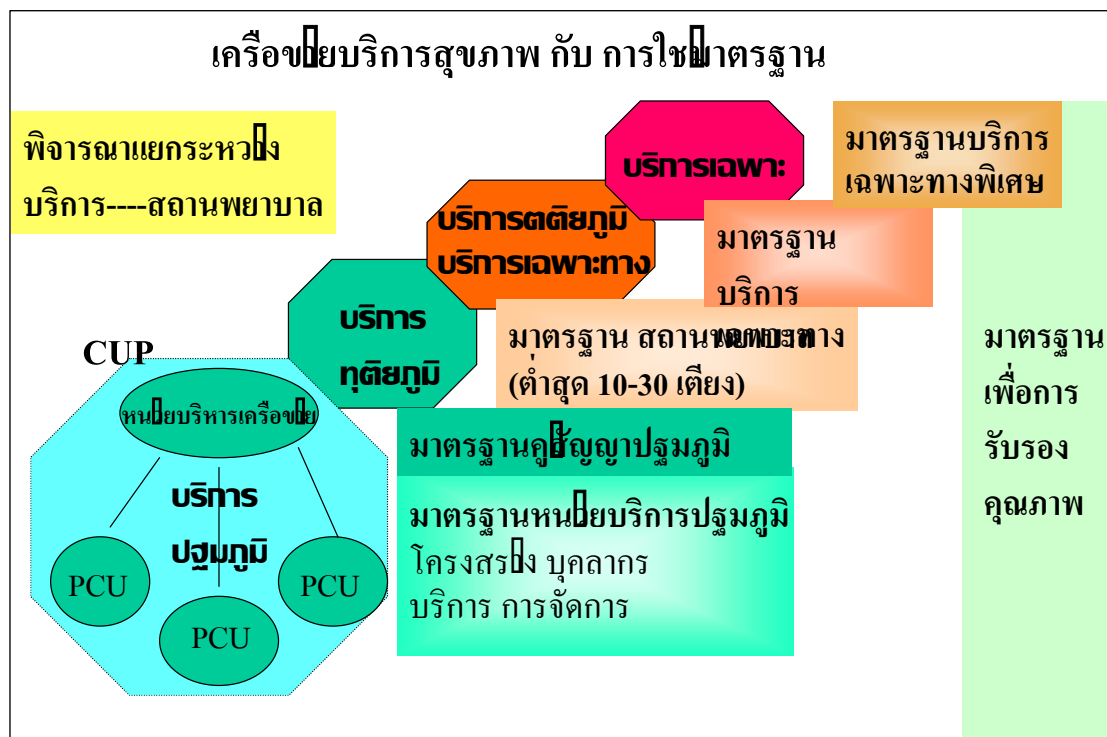
3.2 ข. หลักการในการพิจารณามาตรฐานบริการ และมาตรฐานสถานพยาบาลที่จะเป็นคู่สัญญา

ให้มีการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิ และ การรับรองมาตรฐานของโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้บริการทุติยภูมิเป็นฐานโดยทั่วไป ส่วนที่เป็นบริการอื่นๆ ที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้นให้เป็นการรับรองมาตรฐานในลักษณะชุดบริการ หมายถึงว่าแม้จะเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองสถานบริการพื้นฐานแล้ว แต่หากต้องให้บริการเฉพาะอื่นๆ เพิ่มเติม ตัวอย่าง เช่น บริการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ในโรงพยาบาลก็ต้องมีขีดความสามารถที่พร้อมทั้งด้านเครื่องมือ บุคลากร และบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ที่เป็น มาตรฐานในลักษณะชุดบริการ ด้วย

ลักษณะของมาตรฐาน ประกอบด้วย มาตรฐาน 3 ส่วน ทั้งส่วนที่เป็นมาตรฐานโครงสร้าง มาตรฐานกระบวนการ และ มาตรฐานผลลัพธ์งาน แต่เป็นการใช้ในแต่ละขั้นตอนที่ต่างกัน กล่าวคือ สถานพยาบาลที่จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาปฐมภูมิ และหน่วยคู่สัญญาทุติยภูมิได้ต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานพื้นฐานที่เป็นมาตรฐานโครงสร้าง ได้แก่ กายภาพ บุคลากร และการจัดระบบบริการ ก่อน จากนั้นเมื่อดำเนินการให้บริการแล้วจะต้องมีการติดตามมาตรฐานที่เป็นจำนวนผลลัพธ์บริการ และคุณภาพบริการ ในระยะดำเนินการเป็นช่วงๆ ต่อไป

¹ ในการพิจารณาการจัดเครือข่ายบริการ ให้แยกแยะระหว่าง "บริการ" ออกจาก "สถานพยาบาล" เนื่องจากสถานพยาบาลในระดับเดียวกัน อาจมีขอบเขตความสามารถในการให้บริการในรายละเอียดที่ต่างกันได้ตามสภาพพื้นที่ ทรัพยากรและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน

แผนภูมิ 3.3 เครื่อง่ายบริการสุขภาพกับการใช้มาตรฐาน พิจารณาแยกระหว่างบริการ-สถานพยาบาล



3.3 ค. ข้อเสนอเกี่ยวกับการจัดการระบบบริการ

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ที่มีทั้งคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด

กรอบการพิจารณา ในลักษณะเป็น matrix ที่เชื่อมโยงมิติของประเภทบริการสุขภาพ กับระดับของการบริการ ต้นทุน และการบริหารจัดการองค์กรบริการ ดังตาราง

ตารางที่ 3.1 ประเภทของบริการสุขภาพ ระดับของการบริการ ต้นทุน และการบริหารจัดการองค์กรบริการในภาพรวม

Package of service	Level of care	Target pop.	Financing systems & Costs	Ownership	Governance & Management
1. บริการพื้นฐาน	• Primary	• General	• Capitate	• Public	• Centralized
2. บริการจำเพาะ/โรค ร้ายแรง/ต้นทุนสูง	• Hospital care	• pop'	• Global budget	• Private	• Decentralized
3. บริการฉุกเฉิน	• Special Center	• Specific pop.	• FFS		• Autonomous
4. บริการเฉพาะอื่นๆ					
ระบบส่งต่อ					

ตารางที่ 3.2 ประเภทของบริการสุขภาพ ระดับของการบริการ ต้นทุน และการบริหารจัดการองค์กร
บริการแยกแยะด้าน

Package of service	Level of care	Target pop.	Financing systems & Costs	Ownership	Governance & Management
1. บริการพื้นฐาน (รวมทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู ที่เป็นปัญหาที่พบบ่อย สำหรับประชากรทั่วไป) 1.1 Personal P&P (service based) 1.2 OP(รวมบริการในชุมชน) 1.3 IP and special OP 1.4 Population based P&P & Public health & Disease control etc.	Primary care Hospital care	General pop.	Capitation UC Finance Global budget with capitation Other public finance	Public & Private Public & Private Public agencies & non-for profit	Decentralized Centralized Autonomous Cost containment ในระยะยาว
2. บริการเฉพาะทาง/โรค ร้ายแรง / ต้นทุนสูง ซึ่งเป็นบริการผสมผสาน รวมทั้งด้านการรักษา ฟื้นฟู ป้องกัน ส่งเสริม 2.1 High cost care 2.2 Chronic care 2.3 special operation/procedures	Hospital care Special center	Gen. Pop	คิดเป็น package มีการจัดลำดับความสำคัญ และมีโควต้า ในแต่ละปี ตามงบที่มีและจ่ายแบบ FFS ที่มีราคา กลาง หรือจ่ายเป็น Global budget	Public & Private	Payments ต้องไม่จูงใจให้เกิด Induced demand และใช้วิธีการ contract หาหน่วยงานที่รับดำเนินการตามเป้า (Result based management)

Package of service	Level of care	Target pop.	Financing systems & Costs	Ownership	Governance & Management
3. บริการฉุกเฉิน 3.1 Pre-hospital care 3.2 Hospital care	Hospital care and special center	All pop.	จ่ายแบบ FFS ด้วยราคากลาง	Public & Private	- เป็น Public service - Finance & Payments สอดคล้องกับต้นทุน
4. Referral system 4.1 General case & Selective case 4.2 Emergency case 4.3 Specific case (Special center, Excellent center)		All pop.	Payments ส่งเสริมให้เกิดระบบ “ยินดีส่ง-ยินดีรับ”	Public & Private	หน่วยจ่ายเงิน กำกับติดตามจากข้อมูลการจ่ายเงิน มีกองทุนจ่าย หากเกินราคากลาง และมีการ Audit
5. บริการเฉพาะอื่นๆ (Additional service) 5.1 การแพทย์ทางเลือก หรือแพทย์แผนไทย 5.2 บริการสำหรับผู้พิการ ฯลฯ		Specific pop.	UC Finance & Other Finance	Public & Private	คิดเป็นโปรแกรมเฉพาะเรื่อง

ที่ประชุมกำหนดกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยพิจารณาตามลักษณะชุดบริการสุขภาพ มีหลักสำคัญในการ Design package ให้มีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่าทั้งภาครัฐและเอกชน และมีการ Mapping การกระจายสถานพยาบาลให้ครอบคลุมได้ทั่วถึง

3.4 ชุดบริการต่างๆ มีดังนี้

1. **ชุดบริการสุขภาพพื้นฐาน** ซึ่งหมายถึงบริการผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพสำหรับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ของประชากรทั่วไป เป็นการดูแลสุขภาพในระดับตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทติภูมิ ซึ่งอาจกำหนดชุดบริการอย่างหยาบโดยใช้ขีดความสามารถของแพทย์เป็นเกณฑ์ กล่าวคือ กลุ่มบริการชุดนี้ เป็นชุดบริการที่แพทย์ทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางกลุ่มทั่วไป สามารถให้บริการได้

ในกลุ่มนี้อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ ส่วนที่เป็น**ชุดบริการในระดับปฐมภูมิ** และ**ชุดบริการโดยโรงพยาบาล** ที่ต้องการเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในรพ. หรือต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์มากขึ้น

ซึ่งมีวิธีการจัดบริการ บุคลากร และการจัดงบประมาณสนับสนุนที่แตกต่างกันดังตาราง เพื่อให้สอดคล้องกับธรรมชาติของงาน

2. **ชุดบริการเฉพาะทาง กรณี High cost & Special care ที่เป็น elective case** เช่น การผ่าตัดหัวใจ การเปลี่ยนเลนส์ตาต่อกระจก ให้ตั้งเป้าหมายทั้งปริมาณและคุณภาพที่ต้องการดำเนินการในแต่ละปี โดยพิจารณาจากลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมกับบุคลากรและงบประมาณที่มี แล้วจัดระบบจัดการที่มีประสิทธิภาพในการหาหน่วยที่มาให้บริการได้ตามเป้าหมาย ซึ่งอาจเป็นหน่วยงานใน หรือนอกพื้นที่แล้วแต่สถานการณ์ อาจเป็นลักษณะเหมาทำ หรือ มีหน่วยเคลื่อนที่ไปดำเนินการในพื้นที่ และมีการจัดงบประมาณให้สอดคล้องกับต้นทุน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์บริการที่ดี สถานพยาบาลที่ให้บริการจะต้องมีมาตรฐานขั้นต่ำในการบริการทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือ และความสามารถในการจัดบริการได้ตามเป้าหมาย

สำหรับโรคร้ายแรง ควรมีข้อมูล Need โดยเรียงลำดับความสำคัญของโรคที่จำเป็นและเร่งด่วน และมีกำหนดอัตราราคากลาง ภายใต้เพดานวงเงินที่มีอยู่ กำหนดเป้าหมายและเปิดประมูล มีการติดตามประเมินคุณภาพของบริการ และมีการจัดระบบเชื่อมต่อกับหน่วยบริการปฐมภูมิในการให้บริการต่อเนื่อง

กรณี โรคที่อยู่ระหว่าง Research และมีผล Outcome ไม่แน่นอนควรแยกไปต่างหาก สถานพยาบาลไม่ควรใช้งบประมาณ UC

3. **ชุดบริการฉุกเฉิน จำเป็นต่อชีวิต** ทั้งที่เป็นส่วนที่เกี่ยวกับอุบัติเหตุ และที่มีใช้อุบัติเหตุ และส่วนที่เป็น Pre-hospital และ Hospital care ชุดบริการนี้เป็นบริการที่สำคัญที่สุด ต้องเป็น Public service ไม่มีกำไร-ขาดทุน ควรมีระบบบริการที่ให้บริการได้ตลอด และครอบคลุมทั่วประเทศ ไม่จำเป็นต้องเฉพาะสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน แต่ให้มีการจ่ายงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการตามราคากลาง (ซึ่งสอดคล้องกับต้นทุน)

4. **ระบบการส่งต่อ (Referral system)** ควรยึดผลประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก ซึ่งอาจพิจารณาแบ่งเป็น General case / Elective กับ Emergency case มีการจัดให้เกิดเครือข่ายบริการโดยพิจารณาจากขีดความสามารถที่เป็นจริง และสะดวกต่อการเข้าถึงบริการ ไม่จำกัดตามขอบเขตการปกครองทางมหาดไทย มีการ mapping สถานพยาบาลตามขีดความสามารถในปัจจุบัน และวางแผนการพัฒนาสำหรับอนาคต และเพื่อมิให้เกิดการส่งต่อที่ไม่เหมาะสม จึงต้องมีการจัดงบประมาณที่สอดคล้องกับต้นทุนจริง (Cost containment) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ส่งเสริมระบบคุณธรรม และมีระบบ Audit โดยบุคคลภายนอกที่เข้มแข็ง

ระบบการจ่ายเงิน กรณีส่งต่อ ให้พิจารณาว่าเป็นชุดบริการประเภทใด หากเป็นบริการพื้นฐาน หน่วยที่ลงทะเบียนให้บริการพื้นฐานจะต้องเป็นส่วนตามจ่าย หากเป็นบริการพื้นฐานก็ให้เบิกจากกองทุนกลาง หรือหน่วยที่ถือเงินส่วนนี้ หากเป็นบริการฉุกเฉินให้เบิกจากกองทุนกลาง

หน่วยที่จะบริหารจัดการการส่งต่อ คือหน่วยที่ถือเงินการให้บริการแต่ละส่วน ตามเงื่อนไขที่กำหนดร่วมกันว่าหน่วยใดจะให้บริการในขอบเขตใด ซึ่งพิจารณาจากมาตรฐานขีดความสามารถ และเปิดโอกาสให้ประชาชนร่วมตัดสินใจ หรือร่วมเลือกไปรับบริการที่สถานพยาบาลในระดับเดียวกัน (ซึ่งมีการประกาศให้แก่ประชาชนทราบด้วย)

หน่วยที่จะกำกับ ติดตามการส่งต่อ นั้น ส่วนหนึ่งเป็นการกำกับกันเองระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง ภายใต้การจัดการด้านงบประมาณ อีกส่วนหนึ่งต้องกำกับผ่านการวิเคราะห์จากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการ และคำร้องเรียนของประชาชนโดยหน่วยงานที่เป็น purchaser รวมทั้งมีระบบการ Audit จากหน่วยงานภายนอกเป็นระยะๆ

ทางเลือกการ Refer 2 กรณี

- 1) Want: มี Co-payment หรือ Full payments
- 2) Need: Flexible มีราคากลาง ผู้ป่วยมี Choice และเลือกได้ใน Cluster เดียวกัน

3.5 ประเด็น การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับบุคคล ครอบครัว และส่วนที่เป็น service based ให้มีแหล่งงบประมาณจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ส่วนที่เป็น community based หรือ population based และส่วนที่เป็น public health ให้มีการตั้งงบประมาณจากรัฐในส่วนอื่น ที่นอกเหนือจากระบบหลักประกันสุขภาพ เช่นการตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ควรมีการพิจารณาให้ชัดว่าบริการแบบใดอยู่ในกลุ่มไหน และส่วนที่ยังค้างหรือแยกยากนั้นจะจัดการอย่างไร

หน่วยงานที่จะให้บริการนั้น หากเป็นบริการที่เป็น service based ชัดเจน ให้บริการโดยสถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน แต่ส่วนที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ ควรเน้นที่สถานพยาบาลของรัฐ องค์การท้องถิ่น หรือเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเป็นหลัก

ที่ผ่านมาภาคเอกชนยังทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคได้น้อย ส่วนหนึ่งมีปัญหาเรื่องพื้นที่การให้บริการทับซ้อนกับสอ. ที่มีสายบังคับบัญชาของภาครัฐอยู่

เพื่อส่งเสริมงาน P&P ให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรแยก Financing system ออกมาบริหารจัดการต่างหากจาก Capitation ที่เป็นบริการพื้นฐาน

3.6 ข้อเสนออื่นๆ

- ให้มีการวางแผนการกระจายสถานพยาบาลตามขอบเขตของความสามารถในการให้บริการ ในระยะเฉพาะหน้า และแผนการพัฒนาในระยะยาว (5-10 ปี)
- โดยสรุปประเด็นสำคัญของข้อเสนอใหม่นี้ คือ มีการแยกประเภทการบริการให้ชัดขึ้น โดยพิจารณาจากธรรมชาติและทรัพยากรที่มีในการให้บริการนั้น มีการจัดงบประมาณ และการจัดการให้สอดคล้องกับชุดบริการแต่ละกลุ่ม และเน้นว่าผลลัพธ์งานที่ได้จะเป็นไปตามทรัพยากรที่สนับสนุน

ไม่ควรกดดันให้สถานพยาบาลต้องให้บริการเกินกว่าทรัพยากรที่ได้รับ เพราะจะเกิดปัญหาคุณภาพ และปัญหาขัดแย้งระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการ

- ให้มีการแยกงบประมาณเพื่อการพัฒนาบุคลากร และพัฒนาเทคโนโลยีแยกออกจากงบดำเนินการที่เป็นการเหมาจ่าย เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ถูกระงับจากระบบงบประมาณที่เปลี่ยนแปลง

3.7 ความเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายบริการระดับต่างๆ และระบบส่งต่อ

เพื่อให้การบริหารจัดการของเครือข่ายระดับต่างๆ และระบบส่งต่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คณะอนุกรรมการฯ มีข้อเสนอแนวทางดำเนินงานดังนี้

- (1) ให้มีข้อตกลงการจัดเครือข่ายบริการล่วงหน้า ของสถานพยาบาลที่ให้บริการในระดับต่างๆ เพื่อให้ทราบเขตพื้นที่ และ จำนวนประชากร ที่ต้องรับผิดชอบ และมีการวางแผนแนวทางการส่งต่อ และแผนการสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของแต่ละสถานพยาบาลในเครือข่าย
- (2) มีการกำหนดมาตรฐานขีดความสามารถขั้นต่ำและขั้นสูงของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง และมาตรฐานการส่งต่อ
- (3) ให้มีคณะกรรมการบริหารเครือข่าย เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการระหว่างเครือข่าย ประสานการให้บริการและการส่งต่อ การพัฒนาวิชาการ โดยมีคณะกรรมการอย่างน้อยใน 3 ระดับ คือ ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับที่สูงกว่าเขต (ดูแลเครือข่ายที่เชื่อมโยงถึงบริการที่สูงกว่าตติยภูมิ) โดยมีงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับการบริหารเครือข่าย
- (4) ให้มีการพัฒนาฐานข้อมูลกลางของเครือข่ายบริการ เพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจส่งต่อ
- (5) ประสานกับกลไกการเงินให้สอดคล้องกัน ได้แก่ ให้มีการกำหนดระบบ DRGs ซึ่งมีการ adjust ที่ทำให้เกิดความเป็นธรรมสอดคล้องกับค่าใช้จ่ายจริง เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการปฏิเสธการรับส่งต่อ

ผนวก 1

แนวทางการวางเครือข่ายระบบบริการ และการจัดสรรงบประมาณใหม่(New Capital Investment)

ที่เป็นธรรม ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ

งบลงทุนในระบบบริการสุขภาพ มี 2 ระบบใหญ่ๆคือ

1.งบลงทุนที่ใช้ในการก่อสร้าง เพื่อยกระดับบริการให้สูงขึ้น รวมทั้งการจัดซื้อครุภัณฑ์ที่มีราคาแพง (New Capital Investment)

2.งบลงทุนที่ใช้ในการบำรุงรักษา ทดแทน ซ่อมแซม ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง รวมทั้งจัดซื้อครุภัณฑ์ใหม่ ๆ ที่มีราคาไม่แพงมากนัก(Replacement Capital Investment)

ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะ New Capital Investment เท่านั้น

ความจำเป็นที่จะต้องปฏิรูปวิธีการจัดสรร New Capital Investment

เนื่องจากวิธีการจัดระบบบริการเพื่อรองรับบริการต่อประชาชนในอดีต ต่อเนื่องมาถึงปัจจุบันนั้นจัดสรรตามลักษณะโครงสร้างตามกระทรวงมหาดไทย กล่าวคือยึดโครงสร้างตามเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล เพื่อก่อสร้างโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน(อำเภอ) สถานีอนามัย(ตำบล) ตามลำดับทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพ และซ้ำเติมด้วยการจัดสรรทรัพยากรตามอำนาจของฝ่ายการเมือง และข้าราชการประจำที่มีอำนาจ ทั้งที่ขนาดของพื้นที่และสัดส่วนของประชากรในแต่ละภูมิภาคแตกต่างกันค่อนข้างมากไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน(demand side)

ผลลัพธ์ของวิธีการจัดการดังกล่าวส่งผลให้เกิดความไม่เสมอภาค แตกต่างกันอย่างมากระหว่างระดับภูมิภาค(ภาคอีสานมีทรัพยากรด้านสุขภาพต่ำกว่าค่าเฉลี่ยแทบทุกระดับ) รวมทั้งแตกต่างระหว่างเขตเมืองและชนบทเป็นอย่างมาก นอกจากนี้วิธีการจัดสรรบุคลากรและงบประมาณอื่น ๆ ภาครัฐก็มักจัดสรรตามระดับของสถานพยาบาลที่จัดสรรอย่างไม่เป็นธรรม จึงทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมอย่างครบวงจร

ดังนั้นหากต้องการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างแท้จริงแล้ว นอกจากจัดสรรงบดำเนินการ (Operation Cost) อย่างเป็นธรรม สมเหตุสมผลแล้ว มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดสรรงบลงทุนใหม่ (New Capital Investment) ควบคู่กันไป เพื่อเป็นฐานในการรองรับทรัพยากรในการจัดบริการอื่น ๆ ในอนาคต นำไปสู่การพัฒนาบริการของพื้นที่ที่มีมาตรฐานบริการต่ำกว่ามาตรฐานหรือต่ำกว่าค่าเฉลี่ยหรือพื้นที่อื่น ๆ อันจะนำไปสู่การจัดบริการด้านสุขภาพที่เป็นธรรมอย่างครบวงจรทั้งระบบอย่างแท้จริงในอนาคต

มาตรฐานเชิงโครงสร้างของทรัพยากรด้านสุขภาพ

ปัญหาสำคัญในอดีตที่สร้างความเหลื่อมล้ำในระบบการจัดบริการสุขภาพ ก็คือ หน่วยงานภาครัฐมักจัดโครงสร้างรองรับโดยไม่คำนึงถึงความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ (Equity of Access to Service) จึงใช้ขนาดที่ไม่เท่ากันของโครงสร้างมหาดไทยเป็นรากฐานของวิธีการกระจายโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ

ซึ่งนอกจากความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการแต่ละระดับควรมีคุณภาพ (Quality) ที่สอดคล้องกับงบประมาณหรือนโยบายของรัฐบาลด้านสุขภาพ ที่นำไปสู่ประสิทธิภาพ (Efficiency) ของระบบสุขภาพด้วย ภายใต้งบประมาณอันจำกัด จึงจำเป็นต้องมีมาตรฐานเชิงโครงสร้างในแต่ละระดับบริการ รวมทั้งควรกำหนดสัดส่วนที่เหมาะสมของโครงสร้างระดับบริการต่างๆ และควรให้ความสำคัญเน้นหนักที่ระดับฐานรากของระบบสุขภาพมากกว่าฐานบน

นอกจากนี้ควรคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการไม่ว่าจะเป็นกรณีกลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคม หรือกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ที่มาร่วมกันใช้หน่วยบริการเดียวกับกลุ่มผู้ถือบัตรทอง ดังนั้น โครงสร้างการจัดหน่วยบริการต่างๆจึงต้องพิจารณาตอบสนองผู้รับบริการทั้งระบบ ไม่ใช่เพียงผู้ถือบัตรทองเท่านั้น

เมื่อพิจารณารายละเอียดลงไปถึงความจำเป็นในด้านการบริการสุขภาพที่เหมาะสมนั้น มีความซับซ้อนหลายระดับ จึงจำเป็นต้องมีระบบบริการสุขภาพที่รองรับหลายระดับตามความจำเป็น และแต่ละระดับนั้นต้องสามารถเชื่อมโยง สืบต่อถึงกันและกันได้โดยไม่ติดขัด โดยแบ่งออกเป็น 3-4 ระดับ โดยประเด็นสำคัญที่ควรนำมาใช้ในการพิจารณาจัดมาตรฐานเชิงโครงสร้างคือ

1) ใช้ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการจากพื้นที่ที่อยู่ไกลที่สุดหรือชายขอบที่สุดเป็นดัชนีที่ใช้กำหนดให้มีหน่วยบริการระดับต่างๆ ส่วนในกรณีพื้นที่ชนบทหรือในพื้นที่ที่ไม่มีอุปสรรคในปัญหาการจราจรติดขัด สามารถใช้ระยะทางเป็นดัชนีในการกำหนดหน่วยบริการระดับต่างๆได้

ในที่นี้ได้ใช้หลักการการคำนวณโดยใช้หลักวงกลมล้อมรอบกัน 7 วง (Rule of Seven) โดยมีหลักการว่า วงกลมศูนย์กลางจะเป็นศูนย์กลางของวงกลมอีก 6 วงที่เหลือเสมอ

- วงกลมขนาดเล็กสุดเป็นตัวแทนของหน่วยบริการที่เล็กที่สุดในระบบคือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิรอง (ให้บริการโดยระดับพยาบาล เหมือนสถานีนอานามัยในอดีต)

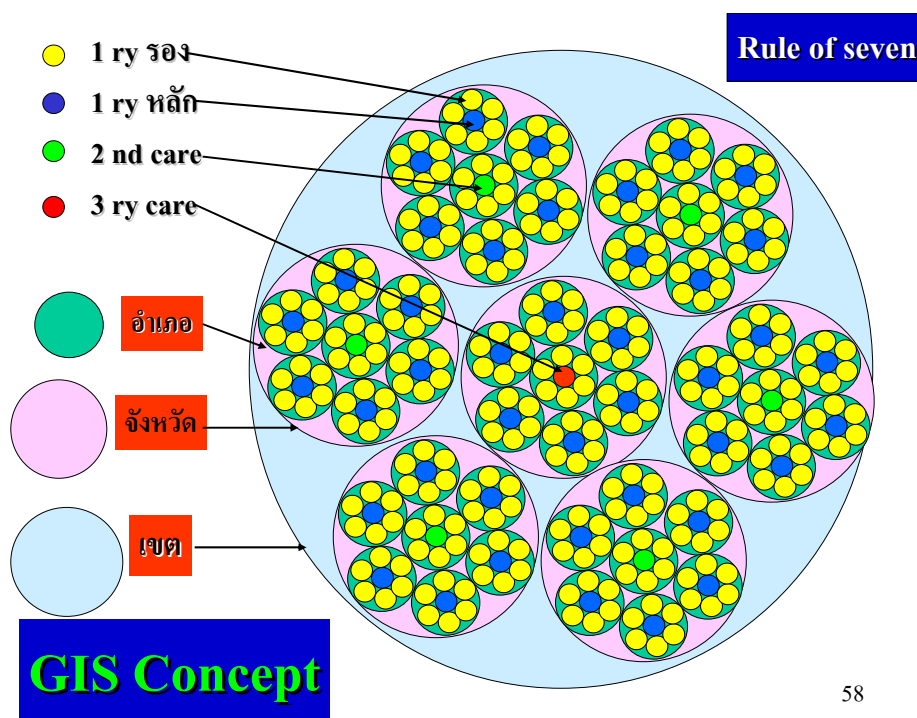
- วงกลมขนาดรองลงมาเป็นตัวแทนของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหลัก (Primary Care Unit(PCU) เต็มรูปแบบที่มีแพทย์ระดับ GP หรือ FM ดูแล รวมทั้งมีทันตแพทย์ด้วย) ซึ่งมีรัศมีทำการเท่ากับ 3 เท่าของรัศมีวงกลมที่มีขนาดเล็กสุด

-วงกลมขนาดถัดมาเป็นตัวแทนของหน่วยบริการทุติยภูมิระดับสูง (Secondary Care Unit ที่มีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลักดูแล รวมทั้งต้องมีครุภัณฑ์ที่เหมาะสมกับระดับบริการด้วย) ซึ่งมีรัศมีทำการเท่ากับ 9 เท่าของรัศมีวงกลมที่มีขนาดเล็กที่สุด

-วงกลมขนาดถัดมาเป็นตัวแทนของหน่วยบริการตติยภูมิ (Tertiary Care Unit ที่มีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่อ ยอดดูแล รวมทั้งต้องมีครุภัณฑ์ที่เหมาะสมกับระดับบริการด้วย) ซึ่งมีรัศมีทำการเท่ากับ 27 เท่าของรัศมีวงกลมที่มีขนาดเล็กที่สุด

ดังรูปภาพด้านล่าง

รูปภาพที่ (1-1) GIS Concept



58

2) ใช้จำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบเป็นดัชนีที่ใช้ในการกำหนดขนาดของระดับบริการในระดับต่างๆ รวมทั้งใช้ในการกำหนดจำนวนบุคลากร ครุภัณฑ์ต่างๆ โดยมาตรฐานขั้นต่ำของแต่ละระดับเป็นฐานในการกำหนด

จากดัชนีดังกล่าวจึงขอกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างหลักๆดังนี้

1.ระดับปฐมภูมิรอง-ปฐมภูมิหลัก-ทุติยภูมิระดับต้น เป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานต่ำสุดที่มีศักยภาพในการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน ไม่ซับซ้อนมากนัก ดูแลโดย พยาบาล แพทย์ GP หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (FAMILY MEDICINE) ซึ่งควรมีจำนวนแพทย์ที่เพียงพอและเหมาะสมด้วยคือ ควรมีแพทย์ 1 คน ดูแลประชากร 10,000 คนในช่วงแรกและควรขยายเป็นแพทย์ 1 คน ต่อประชาชน 2,000-3,000 คน เมื่อมีแพทย์เพียงพอแล้ว โดยปกติจะมีโรงพยาบาลทุกแห่งดูแลประชาชนในเขตรอบ ๆ อำเภอที่ตั้งโรงพยาบาล เพื่อที่จะก่อให้เกิดบริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ประชาชนควรเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก ไม่ไกลบ้านจนเกินไปเพื่อที่เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน เจ็บป่วยทั่วไปจะได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพได้ทันทั่วถึง และควรเป็นบริการที่เน้นการสร้างสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมและป้องกันโรค และผสมผสานการฟื้นฟูสุขภาพด้วย ดังนั้นระยะทางจากบ้านถึงหน่วยบริการปฐมภูมิรอง (เช่นสถานีอนามัย)จึงไม่ควรเกิน 7.5 ก.ม.(2.5-7.5 ก.ม.) เพื่อที่จะใช้เวลาเดินทางไม่เกิน 15 นาที (5-15 นาที) โดยถือว่าความเร็วเฉลี่ยในการเดินทางเท่ากับ 30 ก.ม.ต่อชั่วโมง และระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ-ทุติยภูมิระดับต้น(เช่นโรงพยาบาลชุมชน)เพื่อที่จะได้พบแพทย์จึงไม่ควรเกิน 22.5 ก.ม.(7.5-22.5 ก.ม.) เพื่อที่จะใช้เวลาเดินทางไม่เกิน 45 นาที(15-45 นาที)

ดังนั้นหากอำเภอใดยังไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานนี้ก็ควรจะพัฒนาสถานีอนามัยให้เป็น PCU (PRIMARY CARE UNIT) ที่สมบูรณ์ ควรมีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ พยาบาล วิชาชีพ ฯลฯ ไปบริการประชาชนที่ PCU เพื่อร่นระยะทางการเข้าถึงบริการของประชาชนให้ได้ (ถ้ามีบุคลากร ทรัพยากร และงบประมาณเพียงพอ) หรือแม้กระทั่งอาจจำเป็นต้องสร้างโรงพยาบาล รวมทั้งขยายเตียงให้เพียงพอด้วย(เตียงสำหรับบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิระดับต้นคือ 7.5(7.67) เตียงต่อประชาชน 10,000 คน)

2.ระดับทุติยภูมิระดับสูง เป็นบริการสุขภาพระดับกลางที่การรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น (ระดับกลาง) ซึ่งรองรับการส่งต่อจากหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ-ทุติยภูมิระดับต้น ซึ่งจะดูแลรับผิดชอบโดยแพทย์เฉพาะทางสาขาหลักและสาขารอง (MAJOR-MINOR) ซึ่งแพทย์สาขาดังกล่าวก็ควรมีจำนวนแพทย์ที่เพียงพอและเหมาะสมด้วยกล่าวคือ ควรมีแพทย์ 1 คน ดูแลประชากร 12,500 คน และจะต้องเป็นจำนวนที่เพิ่มเติมนอกเหนือจากพันธกิจตามข้อ 1. และระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิระดับสูง (เมื่อได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการตามข้อ 1.) ไม่ควรเกิน 67.5 ก.ม.(22.5-67.5 ก.ม.) เพื่อที่จะใช้เวลาเดินทางไม่เกิน 135 นาที(45-135นาที) ซึ่งเดิมจะมีโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ดูแลประชาชนในเขตรอบ ๆ อำเภอที่ตั้งโรงพยาบาล จำนวน 92 แห่ง ซึ่งไม่ก่อให้เกิดความเสมอภาคเนื่องจากประชาชนในชนบทที่ห่างไกลประมาณ 21 ล้านคนไม่ได้รับบริการตามมาตรฐานนี้ ทำให้ต้องเดินทางไกลมาก (เกินกว่าที่กำหนด) จึงจะสามารถพบแพทย์เฉพาะทางในสาขาหลักและสาขารองนี้ได้ จึงควรเพิ่มศักยภาพ (จัดงบ New Capital Investmentให้)ให้โรงพยาบาลชุมชนอีกประมาณ 150 แห่งทั่ว

ประเทศให้เพิ่มพันธกิจ จากหน่วยบริการปฐมภูมิ-ทุติยภูมิระดับต้น ให้เป็นหน่วยบริการทุติยภูมิระดับสูง ด้วย เพื่อรองรับประชาชนอีก 21 ล้านคนได้ และควรขยายเตียงให้เหมาะสมด้วย(เตียงเฉพาะสำหรับ บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิระดับสูงคือ 5(4.93) เตียงต่อประชาชน 10,000 คน) รวมทั้งต้องขยาย ทรัพยากรด้านอื่นให้สอดคล้องและเหมาะสมด้วย

3.ระดับตติยภูมิ เป็นบริการสุขภาพระดับสูงที่การรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น (ระดับสูง) ต้องใช้เครื่องมือราคาแพง ซึ่งรองรับการส่งต่อจากหน่วยบริการทุติยภูมิระดับสูง ซึ่งต้องดูแลโดยแพทย์ เฉพาะทางสาขาย่อย (SUB-SPECIALTY) ซึ่งแพทย์สาขาดังกล่าวก็ควรมีจำนวนแพทย์ที่เพียงพอและ เหมาะสมด้วยกล่าวคือ ควรมีแพทย์ 1 คน ดูแลประชาชน 50,000 คน และจะต้องเป็นจำนวนที่เพิ่มเติม นอกเหนือจากพันธกิจตามข้อ 1. และ 2. และระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ(เมื่อได้รับ การส่งต่อจากหน่วยบริการตามข้อ 1. และ 2.) ไม่ควรเกิน 202.5 ก.ม.(67.5-202.5 ก.ม.) เพื่อที่จะใช้เวลา เดินทางไม่เกิน 405 นาที(135-405 นาที) ซึ่งเดิมจะมีโรงพยาบาลศูนย์ดูแลประชาชนในเขตการปกครอง ตามมหาดไทย จำนวน 25 แห่ง ซึ่งไม่ก่อให้เกิดความเสมอภาค เนื่องจากประชาชนในชนบทที่ห่างไกล เกือบทั้งประเทศโดยเฉพาะภาคอีสานไม่ได้รับบริการตามมาตรฐานนี้ ทำให้ต้องเดินทางไกลมากจึงจะ สามารถพบแพทย์เฉพาะทางในสาขาย่อยนี้ได้ และยังมีปริมาณที่ไม่เพียงพอมากทำให้ต้องเดินทางมา รับบริการถึงในกรุงเทพฯ ทำให้โรงพยาบาลในกรุงเทพฯเป็นโรงพยาบาลของประเทศไทย แทนที่จะเป็น ของคนกรุงเทพฯเท่านั้น จึงสมควรปรับให้โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง โดยเฉพาะในภาคเหนือและภาค อีสาน ให้เพิ่มพันธกิจจากหน่วยบริการปฐมภูมิ-ทุติยภูมิระดับต้น-สูง ให้เป็นหน่วยบริการตติยภูมิด้วย รวมทั้งควรลดขนาดโรงพยาบาลศูนย์บางแห่งให้มีพันธกิจเหลือเพียงระดับบริการทุติยภูมิระดับสูง โดยเฉพาะในภาคกลางและภาคตะวันออก ที่มีขนาดการรองรับประชากรน้อยมาก(น้อยกว่า 2 ล้านคน) และควรขยายเตียงให้เหมาะสมด้วย(เตียงเฉพาะสำหรับบริการสุขภาพระดับตติยภูมิคือ 2.5(2.19) เตียงต่อ ประชาชน 10,000 คน) รวมทั้งต้องขยายทรัพยากรด้านอื่นให้สอดคล้องและเหมาะสมด้วย

(หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ รวมทั้งหลักการของ Rule Of Seven นำมาจากการคำนวณของนพ.พินิจ ฟ้า อำนวยผล ผ.อ.โรงพยาบาลวัดโบสถ์ จ.พิษณุโลก ตามเอกสาร “แนวทางการวางแผนด้านการลงทุน”)

4.) ระดับสุดยอด (EXCELLENT MEDICAL SERVICE) บางคนก็เรียกว่า SUPER-TERTIARY CARE เช่น ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ศูนย์ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ศูนย์โรคมะเร็ง ศูนย์บริการอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เป็นต้น ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วระดับที่ 4 นี้มักจะตั้งอยู่ในสถานพยาบาลของระดับตติยภูมินั่นเอง และเนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรและงบประมาณค่อนข้างสูงมาก จึงควรคัดเลือกจำนวนที่เหมาะสมจากจาก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นศูนย์กลางและมีศักยภาพอย่างแท้จริง และไม่ควรถ้ากับ โรงเรียนแพทย์

หรือโรงพยาบาลจากหน่วยงานงานอื่นที่มีศักยภาพระดับนี้อยู่แล้ว โดยจำนวนแพทย์ที่เหมาะสมก็สมควรเป็นส่วนหนึ่งของพันธกิจตามข้อ 3 (ศตยภูมิ)

ซึ่งนั่นหมายความว่าหากเราทำได้จริงตามข้อ 1- 4. ประชาชนคนไทยทุกคนจะเกิดความเสมอภาคอย่างแท้จริง กล่าวคือ คนไทยทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในภูมิภาคใดเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย นुकเงินและจำเป็นจะสามารถพบพยาบาลและแพทย์ได้โดยเดินทางไม่เกิน 15-45 นาที ระยะทางไม่เกิน 7.5-22.5 ก.ม. เมื่อไปถึงก็รอแพทย์ไม่นาน (แพทย์ GP/FM 1 คนต่อประชาชน 10,000 คน) มีเตียงให้นอนถ้าจำเป็น (7.5 เตียงต่อประชาชน 10,000 คน) และหากจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อไปพบแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก-รอง ก็เดินทางไม่เกิน 45-135 นาที ระยะทางไม่เกิน 22.5-67.5 ก.ม. เมื่อไปถึงก็รอแพทย์ไม่นาน (แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก/รอง 1 คนต่อประชาชน 12,500 คน) มีเตียงให้นอนถ้าจำเป็น (5 เตียงต่อประชาชน 10,000 คน) และสุดท้ายหากจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อไปพบแพทย์เฉพาะทางสาขาค่อยอด ก็เดินทางไม่เกิน 135-405 นาที ระยะทางไม่เกิน 67.5-202.5 ก.ม. เมื่อไปถึงก็รอแพทย์ไม่นาน (แพทย์เฉพาะทางสาขาค่อยอด 1 คนต่อประชาชน 50,000 คน)) มีเตียงให้นอนถ้าจำเป็น (2.5 เตียงต่อประชาชน 10,000 คน) ไม่ต้องถูกปฏิเสธโดยบอกว่าเตียงเต็มเหมือนในอดีต และก็จะกล่าวได้เต็มปากว่าคนไทยทุกคนมีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพและมีแพทย์ดูแลอย่างเสมอภาคเท่าเทียมทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ถึง 1 คน ต่อประชาชน 5,000 คนอย่างแท้จริง

หากทำได้เช่นนี้ประชาชนทั้งประเทศจะได้รับบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงครบทุกระดับ อย่างเสมอภาคมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องตามความต้องการของสังคม ตามภาวะเศรษฐกิจของประเทศอย่างแท้จริง

ข้อเสนอการจัดสรรงบประมาณ New Capital Investment

จากความจริงดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับมาตรฐานบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ที่คาดหวังว่าจะทำให้บริการสุขภาพเป็นบริการที่เป็นธรรมในด้านการเข้าถึงบริการสำหรับคนไทยทุกคน ทุกภูมิภาค เป็นไปพร้อมกับคุณภาพและประสิทธิภาพ จึงขอเสนอแนวทางในการจัดสรรงบประมาณ **New Capital Investment** ดังต่อไปนี้

1. ควรมีการสำรวจความจำเป็นในการเข้าถึงระดับบริการสุขภาพระดับต่างๆของประชาชนทุกกลุ่มทั่วประเทศใหม่

2. ควรมีการสำรวจทรัพยากรด้านสุขภาพใหม่ และเนื่องจากผลลัพธ์ของการปรับระบบความคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพต่างๆ ในปัจจุบัน ผู้ให้บริการนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐอื่นๆและภาคเอกชนได้เริ่มเข้ามามีส่วนร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ในการรับผิดชอบผู้รับบริการสุขภาพในหลากหลายรูปแบบ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ

หรือคดีขุมมิ ดังนั้นจึงควรพิจารณาหน่วยบริการที่มีอยู่จริงที่ขึ้นทะเบียนเพื่อรับบริการระดับต่างๆ ประกอบการพิจารณาด้วย

3. นำประชากรในแต่ละกลุ่มด้วยมาตรฐานทรัพยากร (เช่นเตียง) จะได้ขนาดของหน่วยบริการ สุขภาพที่พึงประสงค์

4. นำผลในข้อ 3 หักลบด้วยทรัพยากรที่มีในข้อ 2 ก็จะได้พื้นที่ที่มีทรัพยากรสุขภาพต่ำกว่าเกณฑ์ มาตรฐาน จึงควรได้รับการจัดสรรงบ **New Capital Investment**

5. จัดลำดับความสำคัญและวางแผนในการกระจายทรัพยากรจากสัดส่วนความขาดแคลนและ งบประมาณที่ได้รับ

ตัวอย่างเบื้องต้นแสดงการพิจารณาระดับบริการที่เหมาะสมของอำเภอต่างๆรวมทั้งขนาดเตียงที่ เหมาะสม และที่ควรเพิ่มในอำเภอต่างๆทั่วประเทศในทุกระดับ(ยังไม่นำหน่วยงานนอกสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมาพิจารณา)และประชากรใช้ประชากรตามทะเบียนราษฎร์

ผนวก 2

แนวทางการโอนงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวให้ร.พ.ในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข

นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความเป็นธรรม ได้รับความเสมอภาคทั้งในด้าน การเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ภาระทางการเงินไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ) สถานะสุขภาพใกล้เคียงกัน ไม่ว่าผู้รับบริการนั้นจะอยู่ส่วนใดของประเทศ (ภาค จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ชุมชน ในเมือง ชนบท ชายแดน ชายขอบ เกาะ ฯลฯ) และเพื่อให้ความมั่นใจกับผู้รับบริการว่าจะได้รับการปฏิบัติโดยคำนึงถึง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จากผู้ให้บริการเยี่ยงเดียวกับกลุ่มประกันสุขภาพอื่นๆ (เช่นสวัสดิการข้าราชการ สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ หรือผู้จ่ายเงินเอง ฯลฯ) และผู้รับบริการได้รับการจัดบริการพื้นฐาน (primary care) อย่างทั่วถึง มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ลดค่าใช้จ่ายด้านการซ่อมสุขภาพในระยะยาวได้

2. เพื่อให้ผู้ให้บริการในแต่ละระดับ แต่ละภูมิภาค ได้รับความเป็นธรรม และสนใจให้สามารถ จัดบริการที่ก่อให้เกิดความเสมอภาคกับผู้รับบริการ และสนใจให้ผู้ให้บริการคำนึงถึงประสิทธิภาพในการ บริหารจัดการและเน้นการจัดบริการที่คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ผู้รับบริการและเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่า การซ่อมสุขภาพ เพราะการสร้างสุขภาพและการจัดบริการที่เน้นการสร้างสุขภาพที่มีคุณภาพใน ระยะยาวจะสามารถลดจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและรุนแรงลงได้ อันจะลดความแตกต่างด้านคุณภาพ บริการ และระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพในที่สุด

แนวทางการจัดการ

1. จัดให้มีระบบการ Re-insurance (เฉลี่ยความเสี่ยง) ในระดับต่างๆ โดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1.1) เฉลี่ยความเสี่ยงระดับประเทศ แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลักๆดังนี้

1.1.1) จัดตามธรรมชาติการเจ็บป่วย และลดปัญหาระบบเอกสารลดปัญหาอุปสรรคในการส่งต่อ เช่นในกรณี อุบัติเหตุ อุทกภัย

1.1.2.) ปกป้องการบริการบางด้านผู้รับบริการบางกลุ่มที่หากนำไปรวมกับงบปกติจะถูกเพิกเฉยจากผู้ให้บริการได้ เช่นกรณีค่าใช้จ่ายสูง ทำฟันปลอม ผู้พิการและทุพพลภาพ โดยจัดสรรให้เฉพาะกับ หน่วยบริการที่มีการดำเนินการเท่านั้น

จำนวนเงินที่นำมาเฉลี่ยทั้งประเทศ ได้จากการคำนวณตามหลักวิชาการ และในกรณีค่าใช้จ่ายสูง ให้นำเฉพาะรายที่มีค่า Drgs ตั้งแต่ 4 ขึ้นไป โดยค่าน้ำหนัก RW=ต้นทุนที่คำนวณได้ตามหลักวิชาการ (รวมค่าแรง) เช่นในปี 2547 มีค่าเท่ากับ 10,300 บาทต่อ 1 RW และในแต่ละปีให้มีการคำนวณใหม่ทุกครั้งที่ กรณีนี้จัดสรรงบประมาณแบบ Drgs with Global budget โดยอัตรานี้จ่ายให้เท่ากันทุกหน่วยบริการ(ทั้ง กรณีภาครัฐและเอกชน)

งบก้อนนี้บริหารจัดการโดยสปสช.กลาง ทำหน้าที่เป็น Clearing House ระดับประเทศ

1.2.)เฉลี่ยความเสี่ยงระดับเขต(ใช้ในกรณีบริการระดับตติยภูมิ,Tertiary Care)

ใช้ในกรณีผู้ป่วยในที่มีค่า Drgs ตั้งแต่ 3-ต่ำกว่า 4(อาจนำกรณีผู้ป่วยนอกมารวมด้วยหรือไม่ก็ได้)

จำนวนเงินที่นำมาเฉลี่ยภายในเขต ได้จากการนำผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนภายในของแต่ละเขตทุกราย (ทั้งที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลภายในเขต นอกเขต ทั้งภาครัฐและเอกชน)เฉพาะรายที่มีค่า Drgs 3-ต่ำกว่า 4 คูณด้วยค่าน้ำหนัก RW=ต้นทุนที่คำนวณได้ตามหลักวิชาการของแต่ละเขต(รวมค่าแรง) เช่น ในปี 2547 อาจใช้ค่าเท่ากับ 10,300 บาทต่อ 1 RW และในแต่ละปีให้มีการคำนวณใหม่ทุกครั้งในแต่ละเขต(ในปีแรกอาจใช้ค่าน้ำหนัก RW เท่ากันทุกเขตก่อนก็ได้ และเมื่อพัฒนาวิธีการเก็บข้อมูลและวิธีการคำนวณแล้วอาจคิดแยกระหว่างเขตก็ได้) แล้วหารด้วยประชากรที่ขึ้นทะเบียน UC ในแต่ละเขต จะได้ค่าเฉลี่ยบริการระดับตติยภูมิ,Tertiary Care ต่อหัวประชากรภายในแต่ละเขต

งบก้อนนี้บริหารจัดการโดยสปสช.เขต ทำหน้าที่เป็น Clearing House ระดับเขต และเป็นตัวแทนของ CUT(Contracting unit for Tertiary Care,CUT)

งบก้อนนี้สามารถประมาณการล่วงหน้าโดยใช้ผลงานของปีที่ผ่านมาใช้ประมาณการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการ แล้วปรับเพิ่ม/ลดตามผลงานจริงในงวดท้ายๆ

เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ควรแบ่งสัดส่วนการหักจ่ายตามผลงาน โดยยึดหลักว่าจังหวัดใดส่งต่อมากต้องถูกหักมาก จังหวัดใดส่งต่อน้อยถูกหักน้อย โดยให้เวลาในการพัฒนา 5 ปี(ตลอด 5 ปี ให้ปรับสัดส่วนการหักจากจังหวัดต่างๆระหว่างหักจ่ายเท่ากันทั้งเขต:ตามผลงานดังนี้ 100:0 80:20 60:40 40:60 20:80 0:100 ตามลำดับ

1.3.)เฉลี่ยความเสี่ยงระดับจังหวัด(ใช้ในกรณีบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care)

ใช้ในกรณีผู้ป่วยในที่มีค่า Drgs ตั้งแต่ 0.5-ต่ำกว่า 3(อาจนำกรณีผู้ป่วยนอกมารวมด้วยหรือไม่ก็ได้)

จำนวนเงินที่นำมาเฉลี่ยภายในจังหวัด ได้จากการนำผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนภายในของแต่ละจังหวัดทุกราย(ทั้งที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลภายในจังหวัด นอกจังหวัด ทั้งภาครัฐและเอกชน)เฉพาะรายที่มีค่า Drgs 0.5-ต่ำกว่า 3 คูณด้วยค่าน้ำหนัก RW=ต้นทุนที่คำนวณได้ตามหลักวิชาการของแต่ละจังหวัด(รวมค่าแรง) เช่น ในปี 2547 อาจใช้ค่าเท่ากับ 10,300 บาทต่อ 1 RW และในแต่ละปีให้มีการคำนวณใหม่ทุกครั้งในแต่ละจังหวัด(ในปีแรกอาจใช้ค่าน้ำหนัก RW เท่ากันทุกจังหวัดก่อนก็ได้ และเมื่อพัฒนาวิธีการเก็บข้อมูลและวิธีการคำนวณแล้วอาจคิดแยกระหว่างจังหวัดก็ได้) แล้วหารด้วยประชากรที่ขึ้นทะเบียน UC ในแต่ละจังหวัด จะได้ค่าเฉลี่ยบริการระดับทุติยภูมิ,Secondary Care ต่อหัวประชากรภายในแต่ละจังหวัด

งบก้อนนี้บริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสุขภาพสาขาระดับจังหวัด(ปัจจุบันคือสสจ.) ทำหน้าที่เป็น Clearing House ระดับจังหวัด และเป็นตัวแทนของ CUS(Contracting unit for Secondary Care,CUS)

งบก้อนนี้สามารถประมาณการล่วงหน้าโดยใช้ผลงานของปีที่ผ่านมาใช้ประมาณการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการ แล้วปรับเพิ่ม/ลดตามผลงานจริงในงวดท้ายๆ

เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ควรแบ่งสัดส่วนการหักจ่ายตามผลงาน โดยยึดหลักว่าคู่สัญญาปฐมภูมิ(CUP)ใดส่งต่อมากต้องถูกหักมาก คู่สัญญาปฐมภูมิ(CUP)ใดส่งต่อน้อยถูกหักน้อย โดยให้เวลาในการพัฒนา 5 ปี(ตลอด 5 ปี ให้ปรับสัดส่วนการหักจาก CUP ต่างๆระหว่างหักจ่ายเท่ากันทั้งจังหวัด:ตามผลงานดังนี้ 100:0 80:20 60:40 40:60 20:80 0:100 ตามลำดับ

2.งบประมาณระดับปฐมภูมิ(Primary Care) จัดสรรใช้วิธี Adjudged Capitation โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ดังนี้

2.1 พื้นที่ห่างไกล ทุกกันดาร ประชากรเบาบาง

2.2 กลุ่มอายุ

2.3 ภาระโรค

2.4 กรรมเก่า(สัดส่วนบุคลากรมากกว่าค่าเฉลี่ย) เฉพาะกรณีนี้งบที่ใช้ต้องปรับลดลงทุกปี และหน่วยงานที่ขอรับ ต้องทำสัญญาเพื่อปรับประสิทธิภาพก่อน)

งบก้อนนี้ได้จากการนำงบรวมระดับประเทศหักลบในแต่ระดับในข้อ 1.

งบก้อนนี้ให้ออกลงไปที่หน่วยคู่สัญญาทั้งหมด โดยงบก้อนนี้ให้รวมเงินเดือนในระดับ CUP ไว้ด้วย

วิธีคำนวณงบประมาณส่วนที่ได้มากกว่าค่าเฉลี่ยคำนวณได้ 3 วิธี

1)คำนวณตัดเท่ากันระดับประเทศ พร้อมข้อ 1.1.)

2)คำนวณตัดเท่ากันระดับเขต พร้อมข้อ 1.2.)

3)คำนวณตัดเท่ากันทั้งจังหวัด พร้อมข้อ 1.3)

ข้อเสนอเบื้องต้น เห็นควรตัดเท่ากันระดับประเทศ

โดยสรุป เงินขาลงของแต่ละหน่วยบริการจะได้เท่ากับ

(sum of case Drgs>4 * RW4) +
 (sum of case 3=<Drgs <4 * RW3) +
 (sum of case 0.5=<Drgs <3 * RW2) +
 Capitation of Adjudted Primary Care(รวม Case IPD
 Drgs<=0.5)* ปชก.UCที่ขึ้นทะเบียนกับ CUP นั้นๆ

รูปแบบการจัดสรรงบประมาณด้านล่าง

แผนภูมิที่ (2-1) ข้อเสนอแนวทางการจัดสรรเงิน UC ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขปี 2549

ข้อเสนอแนวทางการจัดสรรเงิน UC ในส่วนของสธ. ปี 2549																							
AE		ประเทศ																				Re-insurance(๓๓ ความเชื่อมโยง 3 ระดับ ปรับ ตาม phase ช่วงแรกหัก เท่านั้น ช่วงหลังปรับตาม จำนวนการส่งต่อการส่งต่อ อัตราค่าส่งต่อให้รวมค่าแรง ด้วย(คิดตามRW)	
HC,ฟันปลอม,ผู้พิการฯ อื่นๆ																							
Tertiary care		เขต/ภาค(TUP)							เขต/ภาค(TUP)							เขต/ภาค(TUP)							
Secondary care		จังหวัด(SUP)			จังหวัด(SUP)				จังหวัด(SUP))			จังหวัด(SUP) P)				จังหวัด(SUP)			จังหวัด(SUP)				
Primary care																							
พื้นที่กันดาร ห่างไกล ประชากรเบาบาง		+	+	+	+	+	+	+	+														capitation ที่ Add เข้าไป เฉพาะบางพื้นที่
สัดส่วนบุคลากรมาก																	+	+	+	+	+	+	

ภาคผนวก 3

Private – Public Mix

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายที่โดนใจประชาชน จำนวนผู้ใช้บริการมากขึ้นตามลำดับ ภาระหนักตกอยู่กับผู้ให้บริการ อาจไม่เพียงพอในการบริการ อาจต้องรอคิวยาวนาน ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งมีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยสมัครใจ และมีนโยบายการบริการประชาชนตามแนวคิดของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ภาคเอกชนมีส่วนร่วมน้อย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการ Private-Public Mix (เอกสารอ้างอิง 1) เพื่อรองรับการพัฒนาความร่วมมือระหว่างรัฐ – เอกชน มีการประชุมหลายครั้ง เพื่อหารูปแบบความร่วมมือที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน และการใช้ทรัพยากรร่วมกันภายใต้แนวคิด “การลงทุนของรัฐ-เอกชน คือการลงทุนของชาติ”

โรงพยาบาลศุภมิตร ได้รับความร่วมมือจากภาครัฐ ได้ดำเนินการตามแนวคิดดังกล่าว การดำเนินการสัมฤทธิ์ผลตามแนวนโยบาย Private-Public Mix การใช้ทรัพยากรร่วมกันโดยคำนึงประชาชนผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางจำนวน 2 โครงการ คือ

- 1) Moblie cataract operation
- 2) Private-Public Mix IPD global budget

โครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลศรีประจันต์ และโรงพยาบาลสามชุก โครงการที่
2 ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1. Mobli cataract operation (เอกสารอ้างอิง 2, 3)

ผู้ป่วยต้อกระจกมีมาก ส่วนใหญ่ยากจน อยู่ในชนบท ความรู้น้อย ไม่มีค่าใช้จ่ายแม้แต่ค่าเดินทาง คุณภาพชีวิตไม่ดี เข้าถึงบริการได้ยาก

โรงพยาบาลศุภมิตร ได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลศรีประจันต์(เอกสารอ้างอิง7)โรงพยาบาลสามชุก (เอกสารอ้างอิง 8) และ สสจ.พระนครศรีอยุธยา นำทีมจักษุแพทย์ และคณะพร้อมอุปกรณ์เครื่องมือครบชุด ประกอบด้วย Slit lamp A-Scan, กล้องผ่าตัด, เครื่องมือผ่าตัด, ยา และเวชภัณฑ์ เคลื่อนที่ไปตรวจและรักษาผู้ป่วยต้อกระจกที่โรงพยาบาลดังกล่าว และมีผลงานตามตารางที่ (3-1)

ตารางที่ (3-1) สถิติการให้บริการผ่าตัดผู้ป่วย Cataract ปี 2545

เดือน	สุพรรณบุรี		พระนครศรีอยุธยา	รวม	อัตรา ความพึงพอใจ
	รพ..สามชุก	รพ.ศรีเประจันต์	รพ.ศุภมิตร เสนา		
มกราคม 2545	5	2	2	9	100%
กุมภาพันธ์ 2545	19	5	5	29	100%
มีนาคม 2545	21	5	5	31	100%
เมษายน 2545	19	6	6	31	100%
พฤษภาคม 2545	12	4	4	20	100%
มิถุนายน 2545	21	11	11	43	100%
กรกฎาคม 2545	21	17	17	55	100%
สิงหาคม 2545	20	12	12	44	100%
กันยายน 2545	10	12	-	22	100%
ตุลาคม 2545	16	10	-	26	100%
พฤศจิกายน 2545	12	12	-	24	100%
ธันวาคม 2545	6	6	-	12	100%
รวม	182	102	62	346	100%
	284				

รพ.สามชุก ให้บริการ	4	ครั้ง / เดือน	ตั้งแต่เดือน มกราคม 2545 – เดือนธันวาคม 2546
รพ.ศรีประจันต์ ให้บริการ	2	ครั้ง / เดือน	ตั้งแต่เดือน มกราคม 2547 – ปัจจุบัน

ตารางที่ (3-2) สถิติการให้บริการผ่าตัดผู้ป่วย Cataract ปี 2546

เดือน	สุพรรณบุรี		พระนครศรีอยุธยา	รวม	อัตรา ความพึงพอใจ
	รพ..สามชุก	รพ.ศรีประจันต์	รพ.สุกมิตร์ เสนา		
มกราคม 2546	10	14	-	24	100%
กุมภาพันธ์ 2546	12	13	-	25	100%
มีนาคม 2546	15	9	7	31	100%
เมษายน 2546	12	11	4	27	100%
พฤษภาคม 2546	11	9	15	35	100%
มิถุนายน 2546	12	12	15	39	100%
กรกฎาคม 2546	17	8	18	43	100%
สิงหาคม 2546	13	10	10	33	100%
กันยายน 2546	12	11	16	39	100%
ตุลาคม 2546	11	10	21	42	100%
พฤศจิกายน 2546	11	8	19	38	100%
ธันวาคม 2546	14	5	21	40	100%
รวม	150	120	146	416	100%
	270				

รพ.สามชุก ให้บริการ 2 ครั้ง / เดือน ตั้งแต่เดือน มกราคม 2546 – ปัจจุบัน

รพ.ศรีประจันต์ ให้บริการ 2 ครั้ง / เดือน ตั้งแต่เดือน มกราคม 2546 – ปัจจุบัน

ตารางที่ (3-3) สถิติการให้บริการผ่าตัดผู้ป่วย Cataract ปี 2547

เดือน	สุพรรณบุรี		พระนครศรีอยุธยา	รพ.เคชา	รพ.ปิยราชภูมิ	รวม	อัตรา ความพึงพอใจ
	รพ.สามชุก	รพ.ศรีประจันต์	รพ.สุกมิตร เสนา				
มกราคม 2547	6	8	34	-	-	48	100%
กุมภาพันธ์ 2547	5	12	31	-	-	48	100%
มีนาคม 2547	7	9	43	-	-	59	100%
เมษายน 2547	6	6	54	-	-	66	100%
พฤษภาคม 2547	8	10	66	-	-	84	100%
มิถุนายน 2547	6	10	58	-	-	74	100%
กรกฎาคม 2547	8	5	76	2	-	91	100%
สิงหาคม 2547	6	10	58	-	-	74	100%
กันยายน 2547	4	11	42	1	1	59	100%
ตุลาคม 2547	7	10	60	-	-	77	100%
พฤศจิกายน 2547	7	12	56	1	-	76	100%
ธันวาคม 2547	8	13	44	-	-	65	100%
รวม	78	116	622	4	1	821	100%
	194						

รพ.สามชุก ให้บริการ 2 ครั้ง / เดือน

รพ.ศรีประจันต์ ให้บริการ 2 ครั้ง / เดือน

2. IPD Global budget (เอกสารอ้างอิง 4, 5, 6)

- ความร่วมมือภาครัฐ-เอกชน ตามแนวคิดของ สสจ.พระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลสุกมิตร์เสนา พัฒนาระบบการบริการที่ดีโดยใช้ทรัพยากรร่วมกัน รวมทั้งมีการร่วมมือกันในการให้บริการ เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ โดยคำนึงถึง

- 1) ประชาชนผู้รับบริการได้ประโยชน์สูงสุด
- 2) ค่าตอบแทน ยุติธรรม โปร่งใส คุณภาพตรวจสอบได้
- 3) การลงทุนของรัฐ – เอกชน คือ การลงทุนของชาติ

- ข้อตกลงและความร่วมมือโดยสรุปดังนี้ โรงพยาบาลสุกมิตร์เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา เป็นหน่วยบริการของ สปสช. สาขาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา บริการผู้ป่วย IPD บัตรประกันสุขภาพของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยได้รับค่าตอบแทน IPD ตาม Relative weight global budget ตามสูตรการคำนวณ

$$R = \frac{(X + Y) 35}{Z}$$

$$R = \text{ค่าตอบแทน 1 RW}$$

$$X = \text{เงินเดือนบุคลากรสาธารณสุขทั้งจังหวัด}$$

$$Y = \text{งบ UC (ที่หักเงินเดือนแล้ว) ที่ได้รับ}$$

$$35 = 35\% \text{ ของค่าตอบแทน IPD ทั้งจังหวัด (35\% -40\%)}$$

$$Z = \text{RW จริงทั้งจังหวัด}$$

ผลการดำเนินงาน

จำนวนผู้รับบริการตามปีงบประมาณ

ตารางที่ (3-4) จำนวนผู้รับบริการตามปีงบประมาณ 2546-2548

ปีงบประมาณ	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548	
			3 เดือน	ประมาณการ
จำนวนครั้ง	1,780	2,547	857	3,500
เฉลี่ย	148	255	269	291

โอกาสพัฒนาความร่วมมือระหว่างรัฐ-เอกชน

ความร่วมมือระหว่างรัฐ-เอกชน (Private – Public Mix) ควรได้รับการพัฒนาและจัดรูปแบบและวิธีปฏิบัติที่ชัดเจน ที่ผ่านมา แต่ละโครงการล้วนเกิดจากแนวคิดการพัฒนามนความร่วมมือเฉพาะราย ความร่วมมือกรณี Mobile cataract operation ควรเป็นกรณีศึกษาเพื่อจัดการโรคที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ยาก, คิวยาว, การบริการของรัฐไม่เพียงพอ, ต่อมลูกหมากโต, การเปลี่ยนข้อ, Radiotherapy เป็นต้น โดย สปสช. เป็นผู้ตั้งระบบ กำหนดวิธีการดำเนินการ กำหนดค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม เท่าเทียมกัน และยุติธรรม และเกิดความยั่งยืนในการดำเนินการ

ความร่วมมือ กรณี IPD-RW-Global bulget เป็นกรณีศึกษาที่จะเป็นตัวอย่างของการพัฒนาระบบบริการบนพื้นฐานความร่วมมือโดยไม่แยกรัฐ-เอกชน การดำเนินการเหล่านี้ รัฐไม่ต้องลงทุนเพิ่ม ประชาชนมีทางเลือกมากขึ้น สปสช. ควรกำหนดเป็นรูปแบบ วิธีการดำเนินการ การตรวจสอบ ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมเพื่อการดำเนินการที่ยั่งยืนและถาวร

“การลงทุนของรัฐ-เอกชน คือ การลงทุนของชาติ”

เอกสารอ้างอิง

1. คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานโครงการพัฒนาความร่วมมือระหว่างรัฐเอกชน (Private Public Mix) ที่ สปสช 264/2547 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2547
2. เอกสารการประชุม คณะทำงานโครงการพัฒนาความร่วมมือระหว่างรัฐเอกชน ครั้งที่ 1 /2547 วันที่ 29 กรกฎาคม 2547
3. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง “UC โรงพยาบาลเอกชน , Hospital Network และการประกันสุขภาพของประเทศ” สำหรับนักศึกษาหลักสูตร การบริหารจัดการ โรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลและสาธารณสุข วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2547
4. สัญญาการให้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546 ระหว่าง โรงพยาบาลสุกมิตร์เสนา กับ สปสช. สาขาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
5. สัญญาการให้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2547 ระหว่าง โรงพยาบาลสุกมิตร์เสนา กับ สปสช. สาขาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
6. สัญญาการให้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2548 ระหว่าง โรงพยาบาลสุกมิตร์เสนา กับ สปสช. สาขาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
7. ข้อตกลงระหว่างโรงพยาบาลสุกมิตร์ และโรงพยาบาลศรีประจันต์ เรื่อง “Mobile cataract operation”
8. ข้อตกลงระหว่างโรงพยาบาลสุกมิตร์ และโรงพยาบาลสามชุก เรื่อง “Mobile cataract operation”

ผนวก 4

ประเด็นพัฒนาในกรอบระบบให้บริการสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รศ.นพ.นิพิฐ พิรเวช

เครือข่ายผู้นำบริหารการแพทย์ไทย

ภาพรวมระบบ

ระบบบริการสุขภาพ (Health Care System) อาจถือว่ามี 2 องค์ประกอบพื้นฐาน คือ ระบบให้บริการ (Delivery System) กับ ระบบการเงิน (เพื่อจ่ายค่าบริการ) (Financing System) โดยระบบการเงินเป็นเสมือนเชื้อเพลิง ในขณะที่ระบบให้บริการเป็นเสมือนเครื่องยนต์ หรือกลจักร ที่จะสร้างคุณค่าแก่ผู้ให้บริการในขั้นสุดท้าย ซึ่งในที่นี้คือ ผลลัพธ์เชิงการแพทย์ เชิงสุขภาพ และ เชิงคุณภาพชีวิตนั่นเอง

มีข้อสังเกตประการหนึ่ง คือ แม้เชื้อเพลิงจะมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนของเครื่องยนต์ แต่ในยามที่เชื้อเพลิงขาดหรือแพง เราก็อาจสามารถออกแบบเครื่องยนต์ใหม่ให้บริโภคเชื้อเพลิงน้อยลง หรือแม้แต่เปลี่ยนประเภทเชื้อเพลิงไปเลย แต่หากเครื่องยนต์เสียหายจนใช้การไม่ได้แล้ว เชื้อเพลิงไม่ว่ามากหรือน้อย ก็อาจไม่มีความหมายใด

นโยบายด้านหลักประกันสุขภาพ (ของประเทศใด ๆ) ล้วนมุ่งแก้ปัญหาหลักที่ “ความไม่สามารถจ่ายค่าบริการ” ของผู้ให้บริการ (บางกลุ่ม) โดยมีสมมุติฐานง่าย ๆ ว่า เมื่อมีการจ่ายเงินแทนแล้ว ผู้มีความจำเป็นต้องใช้บริการ ก็จะเข้าถึงบริการได้ และเมื่อเข้าถึงบริการได้ โรคก็จะหาย สุขภาพก็จะดี ชีวิตก็จะมีความสุข นอกจากนี้ นโยบายดังกล่าว มักจะดึงความสนใจนักปฎิรูประบบสุขภาพไปที่จำนวนเงินและวิธีการจัดสรรเงิน ฯลฯ ซึ่งเสี่ยงต่อการเบี่ยงเบนออกจากประเด็นหลักในระบบให้บริการ อันเป็นส่วนที่กระทบตรงต่อผลลัพธ์สุขภาพนั่นเอง

ระบบบริการสุขภาพของไทย แม้อยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบัน ยังมีปัญหาพื้นฐานหลายประการที่ปรากฏเป็นอาการได้เสมือนกับทุกระบบการเงินการคลัง และวิธีจ่ายค่าบริการ แม้กระทั่งในการจ่ายค่าบริการแบบส่วนตัว (ของผู้มีฐานะดี) ก็ตาม อาทิ

1. แม้มียา มีเทคโนโลยี ก็ยังรักษา หรือควบคุมโรคไม่ได้
2. แม้เสียเงินมาก สุขภาพก็อาจไม่ดีจริง
3. แม้เข้าถึงบริการได้ โรคก็อาจไม่หาย
4. แม้โรคหาย อาจตกงาน ครอบครัแตกแยก ชีวิตก็ไม่มีความสุข

สิ่งแวดล้อมใหม่

ระบบสุขภาพใด ๆ ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม แต่ที่ผ่านมาเป็นศตวรรษ ต้องถือว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่ในปัจจุบัน แรงกดดันที่มีต่อระบบได้ทวีความแรง ความเร็ว อีกทั้งมีหลายกระแสพร้อมกัน จึงท้าทายความสามารถปรับตัวของระบบอย่างยิ่ง กระแสกดดันดังกล่าว อาทิ

ปัจจัยภายนอก

1. บริการสุขภาพเป็นสิทธิ ปิดฉากการแพทย์แบบสงเคราะห์ (= ทำเท่าที่ทำได้)
2. การเคลื่อนตัวประชากร เกิดขั้วกลุ่มหนุ่มสาว กับกลุ่มสูงอายุ ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ช่องว่างวิถีชีวิตแตกต่างสุดขั้ว
3. ครอบครัวขนาดเล็กลงต่อเนื่อง (จำนวนสัตว์เลี้ยงต่อครัวเรือนกลับเพิ่ม)
4. โรคเรื้อรัง (พร้อมกันหลายโรคหลายระบบ) เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต
5. ปัญหาสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของประเด็นทาง เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และระบบนิเวศ

ปัจจัยภายใน

1. ข้อมูลความรู้เกินความจำเป็น และการบันทึกแบบบนาล็อก
2. วิชาชีพมุ่งเชิงลึก แยกส่วนต่อเนื่อง
3. กระแสตรวจสอบกดดันวิชาชีพ
4. ภาระงานเพิ่ม แต่ระบบจ่ายเงินแบบปลายปิด
5. วิชาชีพมีแนวโน้มขาดแคลน

ความท้าทาย

ระบบให้บริการสุขภาพปัจจุบันมีพัฒนาการในลักษณะต่อขยายระบบเวชปฏิบัติยุคใหม่ที่ก่อตัวขึ้นไม่ต่ำกว่าสามศตวรรษที่ผ่านมา รากฐานสำคัญ คือ ความสัมพันธ์ “ส่วนตัว” แพทย์-ผู้ป่วย การดูแลแบบรายตัว ยึดมารยาทวิชาชีพ (ไม่ก้าวล่วงดุลยพินิจของกัน) มุ่งซ่อมเย็บพด้น บนหลักสงเคราะห์ โดยมีแพทย์-วิชาชีพเป็นศูนย์กลาง และมีโรงพยาบาลเป็นฐานที่มั่นของระบบ เน้นการจัดองค์กรแบบแนวตั้ง ซึ่งเอื้อต่อการแยกส่วน แยกอวัยวะ ในบริบทที่โรคติดเชื้อ-ติดต่อเป็นภัยคุกคามหลัก กำแพงที่ถูกสร้างขึ้นขวางกั้น “อาณาจักร” อาจเป็นผลดีให้เกิดสมาธิในการทำงาน อีกทั้งยังเป็นการกักกันผู้ป่วยจากชุมชนไปในตัว

ความท้าทายของระบบสุขภาพในสิ่งแวดล้อมใหม่และภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ระบบต้องรองรับความต้องการของทั้งประชากรและตลอดอายุขัย ได้เปลี่ยนบริบทการให้บริการไปยังอย่างสิ้นเชิง โดยเฉพาะในด้านการะงานที่เพิ่ม แต่คนน้อย เงินก็จำกัด โรคยิ่งซับซ้อน พหุอวัยวะ และเกินกรอบการแพทย์เย็บพด้น

ปัจจัยสำเร็จของระบบให้บริการ จึงอยู่ที่การเคลื่อนกระบวนทัศน์ให้สอดคล้องบริบท จากขับเคลื่อนด้วยการแพทย์คลินิก ซึ่งได้มาถึงจุดสูงสุดของการสร้างคุณค่าในบริบทเก่าที่ผ่านพ้น ไปสู่การแพทย์-สุขภาพที่มีการบริหารเชิงรุกสู่เป้าหมายองค์รวม ตลอดจนการใช้หลักบูรณาการเชื่อมโยงในการเพิ่มประสิทธิผล-ประสิทธิภาพ

ข้อสังเกตประการหนึ่ง ก็คือ นับแต่การนำร่องโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทุกระดับในระบบให้บริการสุขภาพของไทย ยังมีความตื่นตัวที่จะขยับออกนอกกรอบคิดกรอบทำเดิมไม่มากนัก ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่พบได้ทั่วไปแม้ในระดับนานาชาติ

ยุทธศาสตร์ทั่วไป

1. ใช้วาระปฏิรูปกับการพัฒนานี้ เพราะการเปลี่ยนแบบค่อยเป็นค่อยไปไม่สอดคล้องสถานการณ์ เลี่ยงไม่ทันกาล และไม่เพียงพอในเชิงผลกระทบ
2. วาระการพัฒนาต้องเบ็ดเสร็จ ครอบคลุมทุกองค์ประกอบหลักของระบบให้บริการสุขภาพ คือ โครงสร้าง ทีมวิชาชีพ (รวมสมรรถนะหลัก) กระบวนการ องค์ความรู้ (รวมเทคโนโลยี) และ เป้าผลลัพธ์สุขภาพพึงประสงค์
3. ขับเคลื่อนด้วยระบบงาน

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

ข้อเสนอต่อไปนี มุ่งสู่การพัฒนาบบให้บริการสุขภาพที่สอดคล้องสิ่งแวดล้อมใหม่ โดยอิงข้อวิเคราะห์ข้างต้น และลำดับเฉพาะประเด็นที่มีความสำคัญระดับต้น

1. ใช้แนวคิด “หุ้นส่วนสุขภาพ” นำสู่การพัฒนาที่มีเสถียรภาพ
 หมดยุคการแก่งแย่งชิงดี ที่ยึดเฉพาะฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเป็นศูนย์กลาง
 สู่ระบบที่ ผู้ป่วย-ผู้ให้บริการ เป็นส่วนหนึ่งของ การรักษาพยาบาล และ/หรือ การพัฒนาสุขภาพ
2. เชื่อมโยง งาน ซ่อม-แซม กับ งาน สร้าง-เสริม เป็นเนื้อเดียว
 โดยกำหนดกรอบเป้าหมายสุขภาพพึงประสงค์ร่วมกันระหว่างฝ่ายงานซ่อมกับฝ่ายงานสร้าง หรือ กระทั่งบูรรวมองค์กรซ่อม-สร้างบางส่วน เพื่อประสิทธิผล-ประสิทธิภาพ
 จัดบริการที่ครอบคลุมตลอดความต่อเนื่องวงจรสุขภาพ คือ สุขภาพดี เสี่ยงสุขภาพเสีย ป่วยเจ็บพลัน ป่วยเรื้อรัง แทรกซ้อน ระยะสุดท้าย
 บริหารความเสี่ยงสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดจำนวนเจ็บป่วยไม่คาดหมาย สุขภาพเสียไม่จำเป็น ซึ่งจะช่วยลดแรงกดดันต่อภาระทางการเงินของระบบลงได้อีกทางหนึ่ง

3. ผสมผสานการดูแลแบบรายคน กับ การบริหารสุขภาพรายประชากร
 ผู้ประกอบการออกแบบบริการและจัดสรรทรัพยากรอิงความจำเป็นประชากรเป้าหมาย เกิดการจัดชั้นความเสี่ยงเพื่อการบริหารอย่างเป็นระบบ กลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยงสุขภาพเสีย กลุ่มเฝ้าระวัง กลุ่มเรื้อรัง กลุ่มแทรกซ้อน กลุ่มระยะสุดท้าย
 ชับซ้อนใช้รายคน เรื้อรังใช้รายประชากร
4. ทำทนายผลลัพธ์สุขภาพพึงประสงค์ครบสี่มิติ ประกอบด้วย มิติ...การแพทย์ การเงิน ส่วนตัว สังคม-อาชีพ เชื่อมโยง “หายป่วย” “สุขภาพดี” เข้ากับ “มีความสุข”
5. ทะลายกำแพงอาณาจักรให้บริการทุกระดับ ด้วยพันธกิจ เป้าผลลัพธ์ และแรงจูงใจร่วม
 ผู้คนที่บ้าน-ชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบให้บริการ ใช้ทรัพยากรน้อย ได้ผลลัพธ์สุขภาพมาก
6. เชื่อมโยงสหวิชาชีพ แบบ Positive Sum Game ด้วยพันธกิจ เป้าผลลัพธ์ และแรงจูงใจร่วม
 ผู้ระบบที่วิชาชีพทำงานเป็นทีม ที่สังกัดประชากรที่ดูแล แทนการสังกัดหน่วยให้บริการ ใช้คนน้อย ได้ผลลัพธ์สุขภาพมาก
7. พัฒนาสมรรถนะหลักใหม่ด้านการบริหารจัดการแก่วิชาชีพ-ทีมสุขภาพ
 ทะลุกรอบบริหารการแพทย์สู่ บริหารสุขภาพ
 ผู้คนที่ทุกคนในระบบ เป็น ผู้บริหาร และขณะเดียวกัน ทุกคน เป็น สมาชิกของทีมสุขภาพ
 ผู้การออกแบบและบริหารระบบให้บริการสุขภาพอย่างครบวงจร (ครอบคลุม โครงสร้าง ทีมงาน กระบวนการ องค์ความรู้ และเป้าหมายพึงประสงค์)
 พร้อมปฏิรูปทีมเวิร์กระดับพื้นฐาน (ทีมวังผลัด) สู่ ระดับก้าวหน้า (ทีมฟุตบอล)
 ใช้คนน้อย ได้ผลลัพธ์สุขภาพมาก
 เพิ่มประสิทธิภาพด้วยการพัฒนาคุณภาพ (คุณภาพไม่ขัดแย้งประสิทธิภาพอีกต่อไป)
8. สร้างองค์ความรู้ใหม่ต่อยอดองค์ความรู้เก่าเดิม เพื่อลดการพึ่งพา
 ระบบให้บริการและวิชาชีพร่วมเป็นแกนนำ สร้างเครือข่ายการเรียนรู้และบริหารข้อมูลความรู้ (รวบรวม ทบทวน แปลรูป ใช้งาน ประเมินผล)
 กำหนดองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่สอดคล้องความท้าทายใหม่
9. พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านระบบสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิผล-ประสิทธิภาพสูง ในการปิดช่องว่าง สร้างความต่อเนื่องของการดูแล และเชื่อมโยงของทุกองค์ประกอบหลักในระบบให้บริการ คือ โครงสร้าง ทีมงาน กระบวนการ องค์ความรู้ และเป้าหมายผลลัพธ์พึงประสงค์

ผนวก 5.

การจัดการ “อุบัติเหตุและฉุกเฉิน.”

กองทุนรวม หรือ Clearing House

การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ตามลำดับความสำคัญและมีประสิทธิภาพ

นพ.พงษ์พัฒน์ ปธานวนิช

ที่มาของแนวคิด

1. ผู้ป่วยฉุกเฉินมีปีละกว่า 6 ล้านคน มาจากผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุร้อยละ 42 และเป็นผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน จากโรคอโรคยยะ 58

2. กองทุน สปสช. ใช้เงิน 25 บาทต่อหัวหรือประมาณ 1,000 ล้านบาทต่อปี กองทุนเงินทดแทนใช้ 600 ล้านบาทต่อปี กองทุนประกันสังคมใช้เงิน 72 ชม.ประมาณ 200 ล้านบาทต่อปี กองทุนประกันวินาศภัยและ พรบ บุคคลที่สาม ใช้ 3,000 ล้านบาทต่อปี หากประเมินตามสัดส่วนค่าใช้จ่ายจากครัวเรือนของบัญชีรายจ่ายประชาชาติด้านสุขภาพ ปี 2544 ล่าสุดแล้ว ค่าใช้จ่ายจากครัวเรือนในด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินน่าจะมีอีกประมาณ 5,000 ล้านบาทต่อปี รวมแล้วค่าใช้จ่ายด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินน่าจะตกมากกว่าปีละ 12,000 ล้านบาท เป็นเบื้องต้น

3. จากตัวเลขการประเมินของคณะทำงานชุดอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ คปรส.แต่งตั้งให้ทำการศึกษาพบว่า ในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ค่ารักษาเฉลี่ย @ 2785 บาท รวม เป็นเงิน 16,710 ล้านบาท ซึ่งร้อยละ 45 ประชาชนจ่ายค่ารักษาเอง ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยในหึ่งฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยเร่งด่วน และร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วยวิกฤติ ในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 ล้านคน 76%ส่งโดยญาติ 12 % มาด้วยตนเอง 3% มาโดยหน่วยกู้ชีพเสียชีวิต 14,000-16,000 คน OPD 1.5 ล้านครั้ง IPD 0.22-0.25 ล้านราย

ตารางที่ (5-1) สถิติอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก

ปี	รายอุบัติเหตุ	เสียชีวิต	บาดเจ็บ
2536	84,892	,496	25,330
2537	102,610	15,176	43,541
2538	94,362	16,727	50,718
2539	88,556	14,405	50,044
2540	82,336	13,836	48,711
2541	73,725	12,234	52,538
2542	67,800	12,040	47,770
2543	73,737	11,988	53,111
2544	77,616	11,652	53,960
2545	91,623	13,116	69,313

ที่มา : สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

4. การพัฒนากองทุนประกันสุขภาพชนิดต่างๆ ในช่วง 15-20 ปีมานี้ น่าจะมีผลทำให้การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของประชาชนดีขึ้น แม้จะมีการจัดสรรเงินพอประมาณให้แต่ก็มีปัญหาหนึ่งที่พบบ่อย และเป็นข้อวออยู่เรื่อยๆ ก็คือการดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ไม่เป็นระบบ ไม่มีการจัดการที่ดีและเพียงพอ ทำให้เกิดผลแทรกซ้อนเสียหายจากการรักษาล่าช้าผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งความรวดเร็วและทรัพยากรที่พอเพียงในการตัดสินใจให้การรักษามีความสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อผลของการรักษา ทั้งในด้านการรักษาชีวิต รักษาอวัยวะ รักษาหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ แต่ยังคงก่อให้เกิดความขัดแย้งและความหวาดระแวง ระหว่างสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์จนเสียภาพลักษณ์ของวงการแพทย์ไปด้วย

หลักการและเหตุผล

1. การก่อตั้งกองทุนต่างๆ แม้จะมีการครอบคลุม เรื่องอุบัติเหตุฉุกเฉินไว้ด้วย แต่เนื่องจากจัดตั้งขึ้นคนละเงื่อนไข คนละเวลา จึงมีความจำกัดของความรับผิดชอบตามกฎหมายที่แตกต่างกัน อีกทั้งระบบข้อมูลประชากรไม่ใช้อย่างมาก ไม่มีการลำดับสิทธิ์ในการใช้ กลับปล่อยให้ผู้ป่วย กองทุนและสถานพยาบาลเป็นผู้ช่วงชิงสถานการณ์ และเกี่ยงกันรับผิดชอบค่าใช้จ่าย จนเกิดความไม่แน่นอนไม่ทันกาล และเกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วย ต่อกองทุน ต่อสถานพยาบาล และต่อตัวแพทย์ พยาบาลผู้ให้การรักษา

2. บทบาทของโรงพยาบาลและคลินิกเอกชนเติบโตขึ้นมาก มีสัดส่วนการตลาดบริการกว่า 30-50% และช่วยเสริม และแบ่งเบาการให้บริการแก่ประชาชน และเนื่องจากทรัพยากรทางการแพทย์

ของรัฐบาลเอกชนและมีการกระจายไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นการนำ สถานพยาบาลเอกชนที่มีลักษณะการกระจายตามความต้องการของชุมชน (Demand) เข้ามาร่วมในโครงการจึงมีผลต่อการเพิ่มการเข้าถึงบริการในกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินของประชาชนในทุกๆ กองทุน ด้วย

3. ประเทศเราเป็นประเทศยากจน มีงบประมาณจำกัด มีทรัพยากรจำกัด แพทย์ปฏิบัติงานมีไม่ถึง 30,000 คน พยาบาลทำงานไม่ถึง 150,000 คน เราไม่สามารถให้บริการทางการแพทย์ทุกระดับกับทุกคนได้หมดโดยเท่ากัน เราจึง ต้องมีการบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เราจึงจำเป็นต้องเลือก สิ่งที่ต้องทำ สิ่งที่ควรทำ หรือ สิ่งน่าจะทำ ในเชิงนโยบายออกจากกัน และนำไปให้ลำดับความสำคัญของการจัดสรรทรัพยากรด้วย รวมทั้งจะต้องทำความเข้าใจในการเข้าถึงบริการ (Accessibility) และความเท่าเทียมเป็นธรรมในการรับบริการ (Equity) ในมิติใหม่ๆ ด้วย ให้สอดคล้องกับสภาพเป็นจริงทางสังคมและความจำกัดของทรัพยากร โดยเฉพาะความจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์ และอาจรวมไปถึงการจัดสรรทรัพยากรไปสร้าง **Medical Hub** หารายได้เข้าประเทศที่เป็นจริงและไม่กระทบภาพรวมก็เป็นได้

ข้อเสนอที่หนึ่ง

ภายใต้ความจำกัดของปริมาณและการกระจายของทรัพยากร เราควรแบ่งลักษณะระดับการเจ็บป่วยและขนาดเจ็บออกเป็นหมวดที่จะสนองต่อการจัดการให้บริการที่เป็นระบบและสอดคล้องกับทรัพยากรที่มี

หมวดที่หนึ่ง ได้แก่ **ACCIDENT & EMERGENCY MEDICAL SERVICES EMS** “ไม่ให้บริการทันทีไม่ได้ ไม่ให้ทันทีที่เกิดผลเสีย ต่อ LIFE & LIMB & FUNCTION” ก็คือ อุบัติเหตุฉุกเฉิน

หมวดที่สอง **CHRONIC DISEASES** ต้องให้บริการ แต่ไม่ต้องทันทีทันใด ส่งต่อได้ แต่ต้องรักษาในเวลาที่เหมาะสม หากข้ามมีผลแทรกซ้อน ลูกกลม เช่น มะเร็ง เบาหวาน หัวใจ โรคเรื้อรัง CHRONIC DISEASES ต่างๆ เป็นต้น

หมวดที่สาม **ELECTIVE INVESTIGATION & SURGERY** มีค่าใช้จ่ายพอสมควร แต่สามารถรอได้ในช่วงเวลาที่แน่นอนหนึ่ง หากมีงบประมาณจำกัด สามารถจัดคิวเวลาได้เป็นหลายเดือนเป็นปี เช่น การผ่าตัดใส่เลนส์ ต่อกระดูก เอ็กซเรย์บางชนิด เป็นต้น

หมวดที่สี่ **พวกการเจ็บป่วยง่ายๆ SIMPLE & SIMPLE CHRONIC DISEASE** เช่น โรคผิวหนังบางชนิดโรคที่สามารถป้องกันได้ โรคภูมิแพ้บางชนิด เป็นต้น อาจรักษาเองได้ด้วยวิธีต่างๆ รวมทั้งแพทย์ทางเลือกต่างๆ และอาจไม่แพงนัก การควบคุมการใช้ซ้ำหรือไม่จำเป็นทำได้ยาก พวกนี้ควรจำกัดครั้งการรักษา หรือให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่าย

หมวดที่ห้า **โรคระบาด OUTBREAK** ที่ติดต่อได้ ระหว่างคนกับคน หรือสัตว์กับคน รัฐบาลต้องเป็นผู้รับผิดชอบเข้ามาดูแลโดยปราศจากเงื่อนไข เพราะมีผลต่อชุมชนและสังคม และเศรษฐกิจ

โดยรวมด้วย รอไม่ได้ และต้องการตัดสินใจที่รวดเร็ว เป็นหนึ่งเดียว ทั้งในเชิงนโยบาย และในเชิงงบประมาณ

ข้อเสนอที่ สอง

ภายใต้ความจำกัดของปริมาณและการกระจายของทรัพยากร หากเราไม่เลือกหรือไม่สามารถเพิ่มแพทย์อีกกว่า 20,000 คนในเวลาอันใกล้ การจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับงานและระดับการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ จะเป็นทางเลือกที่สำคัญ

หมวดที่หนึ่ง ต้องเป็นแพทย์และเครือข่ายระดับโรงพยาบาล เพราะเป็นเรื่องเร่งด่วน และการตัดสินใจที่ถูกต้อง มีผลต่อชีวิตและผลการรักษา

หมวดที่สองและสาม เราสามารถจัดประสานร่วมกันได้ของบุคลากรระดับพยาบาลและคลินิก แพทย์และโรงพยาบาล พยาบาลวิสัญญีเบื้องต้น ให้การศึกษาและส่งต่อ แพทย์คลินิกและแพทย์โรงพยาบาลให้การรักษาในส่วน **Definite diagnosis and treatment**

หมวดที่สี่ ซึ่งน่าจะมีปริมาณมากกว่า 40-50 % ของงานที่เราทำอยู่ทุกวันนี้เราสามารถจัดให้พยาบาลหรือแพทย์ทางเลือกดูแลได้ ซึ่งจะเป็นการแบ่งเบาภาระของแพทย์ที่มีจำนวนน้อย และช่วยผลักดันให้พยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทตามที่เรียนมา และนำแพทย์ไปทำสิ่งที่จำเป็นมากกว่านี้

หมวดที่ห้า น่าจะจัดสรรงานส่วนกลางที่มีความรู้เฉพาะ เป็นหน่วยเคลื่อนที่เร็วและมีประสิทธิภาพ เช่นกรณี โรคซาร์ ไข้หวัดนก เป็นต้น เช่นเดียวกับ CDC ของอเมริกา เป็นต้น

ข้อเสนอที่สาม

กองทุนอุบัติเหตุฉุกเฉิน (CLEARING HOUSE)

ภายใต้ความจำกัดของปริมาณและการกระจายของทรัพยากร การจัดการเพื่อให้ทรัพยากรที่มีอยู่สามารถสนองต่อการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุฉุกเฉิน และตัดข้อจำกัดของแต่ละกองทุนออก สมควรจัดตั้งสำนักงานเคลียร์ริงเฮาส์ นั้นหมายความว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน Emergency Medical Services สามารถไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนและเครือข่ายแต่ละแห่งภายหลังให้การรักษาตามขีดความสามารถของตนแล้วสามารถได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายได้ตามหลักเกณฑ์ที่ตกลงกันไว้ก่อน การให้หลักประกันชดเชย ค่ารักษาพยาบาลจะทำให้การให้บริการของสถานพยาบาลการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพขึ้น

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินให้สถานพยาบาล

1. ต้องการให้ผู้ป่วยไปรักษาที่ไหนก็ได้ไม่ต้องนำปัจจัยเรื่องการเงินมาสร้างผลกระทบต่อการรักษาหรือไม่รักษาดังที่ผ่านมา และการแก้ปัญหาการไม่ลำดับสิทธิ์ของแต่ละกองทุนที่มากฎหมายคน

ละฉบับที่ออกต่างเวลากัน จะไปจัดการกันที่ Clearing House แทน แพทย์และสถานพยาบาลไม่ต้องใส่ใจ

2. ไม่ต้องการให้สถานพยาบาลต้องแบกรับความเสี่ยงจากการต้นทุนที่ต้องใช้ไปในการรักษา แต่ระบบนี้ก็ต้องไม่สร้างกำไรเกินควรให้กับคนที่เกี่ยวข้อง หากภายหลังจัดระบบแล้วมีเงินเหลือในแต่ละกองทุนก็ควรใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ หรือคืนผู้จ่ายเบี้ยไป

3. เชื่อกันว่าแพทย์พยาบาล และสถานพยาบาลในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นคนดี และโปร่งใสเพียงพอ และน่าจะพึงพอใจต่อการปฏิบัติหน้าที่ช่วยชีวิต โดยไม่ต้องมาสนใจกับเงินรายได้

4. เชื่อกันว่าระบบการตรวจสอบ Audit Chart แบบที่บริษัทประกันภาคเอกชนใช้อยู่ เป็นกระบวนการที่ใช้ได้ดีพอประมาณ และ Clearing House สามารถนำมาใช้ได้

5. เพื่อแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายโอกาสทั้งจากกองทุน สถานพยาบาล แพทย์ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ในการสร้างกำไรจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินของคนไข้ ให้หมดไปและ ทำให้ระบบและการจัดการมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

แหล่งที่ใช้ไปของเงิน

1. จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้คนไข้หรือสถานพยาบาลตาม DRG โดยมีค่า RW =บาท
2. จ่ายค่ารถพยาบาลให้คนไข้หรือสถานพยาบาลตามอัตรา และระยะทางที่กำหนดไว้
3. ค่าบริหารจัดการ
4. ค่า Audit chart

แหล่งที่มาของเงิน

1. Capitation ส่วนของค่าฉุกเฉินของแต่ละกองทุน หรือ
2. การเรียกเก็บตามจริงจากแต่ละกองทุน รวมกับค่าจัดการเป็นเปอร์เซ็นต์ที่แน่นอน
3. เงินกองทุนหมุนเวียนที่แต่ละกองทุนจะสำรองให้เบื้องต้น

การวิจัยเพิ่มเติม หากต้องการ

1. หาตัวเลขงบประมาณที่ใช้ต่อเรื่องของ อุบัติเหตุและฉุกเฉินทั่วประเทศ เพื่อแยกหรือประมาณค่าใช้จ่ายให้แต่ละกองทุนรับภาระไป

2. สร้างและทดสอบ โมเดล CLEARING HOUSE และหาค่าใช้จ่ายที่หน่วยงานบริหารนี้จะใช้ในการจัดการ และตรวจสอบความถูกต้อง

3. สร้างโมเดล EMS Network (Emergency Medical Services) โดยเน้นการใช้ทรัพยากรที่มีร่วมกัน ระหว่างรัฐ และเอกชน กำหนดยุทธศาสตร์การกระจายทรัพยากรคน Specialist และเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นของแต่ละNetwork รวมทั้งการมีแผนยุทธศาสตร์การลงทุนในเครื่องมือ และบุคลากรแพทย์ ตลอดจนการเคลื่อนย้ายสิ่งที่มีอยู่เข้าซ้อนหรือเกินพอ

ข้อเสนอที่สี่

เครือข่ายให้บริการฉุกเฉิน (EMS NETWORKS By Public - Private Mixes)

จากความจำกัดทั้งงบประมาณ และจำนวนแพทย์ พยาบาล เพื่อสนองต่อระดับการรักษาเร่งด่วน ที่จำเป็นต้องใช้แพทย์และสถานพยาบาลที่มีเทคโนโลยีที่จำเป็น จึงจำเป็นต้องมีการ Design Network ของการให้บริการที่มีทรัพยากรที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการให้ Emergency Medical Treatment ที่ดีกว่าเดิม ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นมากกว่าการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดเหล่านี้ไปดูแลโรค ง่ายๆดังที่แต่ละกองทุนจัดการอยู่อย่างที่ผ่านมา

1. Mapping Recent Resources ปัจจุบันที่มีอยู่ทั้งภาครัฐและเอกชน
แพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทาง เช่น ศัลยแพทย์ ศัลยแพทย์สมอง อายุรแพทย์และอายุรแพทย์
ฉุกเฉิน

เครื่องมือแพทย์ที่สำคัญ เช่น MRI CT Angiogram Cardiac cath etc

ICU CCU OR for Major surgery

Ambulances และเส้นทางการเดินทาง

บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ

2. Mapping อุบัติการณ์ที่ผ่านมาจากสถิติ อุบัติเหตุ และฉุกเฉิน

3. Mapping อัตราการตาย จากอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4. Design Mapping อัตราการตาย จากอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ต้องพึงตัวเองได้

ต้องผสมผสานการใช้Resources (สถานที่ คน เครื่องมือ ของใช้) ระหว่างรัฐและเอกชน

ต้องสามารถบรรลุผลหรือ Standard Outcome ของการรักษาได้ตามเป้าที่วางไว้

ต้องสามารถตั้งกองบัญชาการกลางของแต่ละ Network ได้

ต้องสามารถสร้างแผนรองรับงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินได้

อาจนำไปรวมกับการวางแผน Resource-mapping สำหรับ Tertiary care ก็ได้

5. กำหนดแผนการ Implement และการ Relocate resources ภายในและระหว่าง Networks
ได้