



รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

รูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน
Hospital management models for social security beneficiaries

โดย

รองศาสตราจารย์นายแพทย์นิพัทธ์ พิรเวช
นายแพทย์ถาวร สกุลพาณิชย์ และคณะ

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รายงานการศึกษาวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากกองทุนประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคม ประจำปี พ.ศ. 2557

รายนามคณะกรรมการกำกับงานวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง รูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน

1.	ดร.จินตนาภา	โสภณ	ประธานกรรมการ
2.	นายแพทย์อำนาจ	กาจันะ	กรรมการ
3.	นายอรรถยุทธ	ลือะวณิช	กรรมการ
4.	นายวินัย	พันพะสุก	กรรมการ
5.	ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์		กรรมการ

รายนามนักวิจัย

1.	รศ.นายแพทย์นิพัทธ์	พิรเวช
2.	นายแพทย์ถาวร	สกุลพาณิชย์
3.	นายครรชิต	สุขนาค
4.	นายสถาพร	ปัญญาดี
5.	นางสาวบุญยวีร์	เอื้อศิริวรรณ
6.	นางสาวอุทุมพร	วงศ์ศิลป์
7.	นางณัฏฐ์นิธิมา	แจ้งประจักษ์

คำนำ

รายงานการศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางและรูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาและบริหารจัดการโรงพยาบาล ประกันสังคม ตลอดจนการศึกษาความเป็นไปได้และความคุ้มค่า ในการจัดตั้งและดำเนินงานโรงพยาบาล ประกันสังคม โดยอ้างอิงโรงพยาบาลต้นแบบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจต่อการกำหนด นโยบายของสำนักงานประกันสังคม

รายงานฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้โดยความอนุเคราะห์ข้อมูล และความช่วยเหลือจากสำนักงาน ประกันสังคม และโรงพยาบาลเอกชนในโครงการประกันสังคม คณะนักวิจัยขอขอบคุณมายังผู้บริหาร สำนักงานประกันสังคม ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้แทนนายจ้างลูกจ้าง กองวิจัยและพัฒนา สำนักจัดระบบ บริการทางการแพทย์ สำนักสิทธิประโยชน์ สำนักงานกองทุนเงินทดแทน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ ประสาน อำนวยความสะดวก และช่วยเหลือในการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ในครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องรูปแบบการบริหารจัดการเพื่อผู้ประกันตนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานและความเป็นไปได้ทางการเงินในการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การทบทวนเอกสารเกี่ยวกับรูปแบบและผลลัพธ์ของการจัดการโรงพยาบาลประกันสังคมในประเทศแม็กซิโก และสหรัฐอเมริกา ตลอดจนศึกษารายละเอียดข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึกและการจัดสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยสำรวจความคิดเห็นของนายจ้าง ลูกจ้าง ผู้ประกันตน ต่อการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม จำนวน 519 คน และการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงินของโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ โดยผลการศึกษาพบว่า

1. การจัดบริการสุขภาพโดยสถานพยาบาลของหน่วยงานประกันสุขภาพเองมีความเป็นไปได้ทั้งเชิงทฤษฎี และมีการปฏิบัติจริงในหลายประเทศ เช่น ในแม็กซิโก และสหรัฐอเมริกา โดยควรจัดบริการการแพทย์แบบบูรณาการ (Integrated Healthcare System) ตลอดจนจรรยาบรรณเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. รูปแบบโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน พบว่าโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบควรมีขนาด 150 เตียง มีบริการทางการแพทย์ทั่วไป การแพทย์เฉพาะทาง 12 สาขาหลัก สามารถคุ้มทุนได้ตั้งแต่ปีแรกของการให้บริการ และคืนทุนใน 10 ปี หากมีจำนวนผู้ประกันตนในระดับ 200,000 คน
3. ผลการสนทนากลุ่มประเด็นเฉพาะ (Focus group discussion) กับผู้แทนนายจ้างลูกจ้าง มีความเห็นพ้องกันว่า โรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบตามที่นักวิจัยนำเสนอมีความจำเป็น โดยเฉพาะในบางพื้นที่ ซึ่งมีผู้ประกันตนหนาแน่นแต่ขาดแคลนโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก หรือเกิดความแออัดในโรงพยาบาล ควบคู่ไปกับการมีมาตรการกำกับควบคุมและตรวจสอบมาตรฐานการรักษาของโรงพยาบาลคู่สัญญาในปัจจุบันให้เข้มข้นขึ้น
4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระยะสั้น สำนักงานประกันสังคมสามารถดำเนินการโรงพยาบาลประกันสังคมได้โดยไม่ต้องแก้ไขกฎหมาย ด้วยการทำบันทึกความร่วมมือกับหน่วยราชการที่มีภารกิจจัดการบริการทางการแพทย์ สำหรับการดำเนินงานในระยะยาวต้องมีการแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคม

Abstract

This research aimed to propose a model for Social Security Hospital and its financial feasibility. Mixed method was used, which comprised review literatures, hospital management of the Mexican Social Security and the Kaiser Permanente of U.S.A, legal framework, in-depth interview, focus group, questionnaires survey from 519 members under Social Security Act on the new Social Security Hospital and financial feasibility study.

The study found as follow:

1. Social security hospital is theoretically possible and well practice in the Mexico and the United State. Integrated care model should be used, which will provide patient centre care for all health services.
2. The Social Security Hospital should be 150 beds hospitals, which provide high quality of medical services include 12 specialty medical services. Quality of its hospitality service should be the same as private standard. Its revenue can cover expenditure since the first year of its operation. It needs ten years for break-event with low rate of return if there are 200,000 employees register with the hospital.
3. Focus group discussion with represent from employers and employees on the design of Social security hospital found that they agreed with the design and support the Social Security Office to invest for Social security hospital in the needed area, which has problems of overcrowded patients together with measures to improve standard and quality of care for current main contractors.
4. For short term intervention, the Social Security Office could be set up new Social Security Hospitals by contracting with Ministry of Public Health or Local Government, which have mission to provide health services However, amendment of the Social Security Act is needed in long term plan.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมจัดบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ภายใต้บทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 โดยใช้หลักการแยกผู้จัดหาบริการกับผู้ให้บริการ (Purchaser-Provider Split) ซึ่งประกอบด้วยสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก (main contractor) ทั้งภาครัฐและเอกชน ภายใต้หลักเกณฑ์เงื่อนไขและคุณภาพมาตรฐานตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด รวมทั้งการให้บริการผ่านสถานพยาบาลเครือข่ายที่สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักได้ทำสัญญาหรือทำข้อตกลงกันไว้ ในทางปฏิบัติที่ผ่านมาพบว่า การจัดบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมยังคงมีอุปสรรคและข้อจำกัดในการดำเนินการหลายประการ เช่น มีสถานพยาบาลหลายแห่งแจ้งยกเลิกในการเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญากับสำนักงานประกันสังคม หรือมีการแจ้งรับผู้ประกันตน หรือมีจำนวนสถานพยาบาลไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้ประกันตนในพื้นที่ที่มีผู้ประกันตนหนาแน่น เช่น ในเขตนิคมอุตสาหกรรมจังหวัดชลบุรี หรือระยอง ฯลฯ ส่งผลให้ผู้ประกันตนไม่ได้รับความสะดวก หรือได้รับบริการไม่ดีพอ ตามมาด้วยการร้องเรียนเรื่องคุณภาพมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลในระบบประกันสังคม ดังนั้น การจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานประกันสังคม จึงเป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่หลายฝ่ายมองว่าอาจเป็นทางออก และจะทำให้การจัดบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถตอบสนองความต้องการของลูกจ้างผู้ประกันตนตามนโยบายและแนวทางของสำนักงานประกันสังคม เนื่องจากอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานประกันสังคมโดยตรง

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพโดยสถานพยาบาลของหน่วยงานประกันสุขภาพเองโดยตรงหรือใช้สถานพยาบาลของหน่วยงานอื่นนั้นมีความเป็นไปได้เชิงทฤษฎีเศรษฐศาสตร์และการบริหารจัดการ ขึ้นกับว่ารูปแบบใดมีต้นทุนดำเนินการ (Transaction cost) มากกว่ากัน หากการจัดการทำข้อตกลงบริการไม่ซับซ้อนมากทำให้ต้นทุนส่วนนี้ไม่สูง การแยกทำเฉพาะเรื่องที่ชำนาญ (Separation) ที่เรียกกันว่าการแยกผู้จัดหาบริการกับผู้ให้บริการ (Purchaser – Provider Split) ก็จะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ในทำนองกลับกัน หากจัดทำข้อตกลงบริการมีความซับซ้อน รวมทั้งมีความไม่แน่นอนสูงหรือมีความซับซ้อนในการสร้างข้อตกลงที่สมบูรณ์แบบที่ใช้งานได้จริง องค์กรทำงานแบบบูรณาการภารกิจ (Vertical integration) โดยการจัดการภายในองค์กรให้มีสถานพยาบาลขององค์กรเองจะเป็นทางเลือกที่ดีกว่า ตัวอย่างระบบประกันสุขภาพที่มีสถานพยาบาลของตนเอง เช่น ระบบประกันสุขภาพภายใต้การประกันสังคมของประเทศแม็กซิโก และ ระบบประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา

สถานการณ์ปัญหาการให้บริการรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคมปัจจุบันเป็นผลสืบเนื่องมาจาก (1) กลไกการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล โดยเฉพาะกรณีการรักษาที่

มีค่าใช้จ่ายสูง รวมไปถึงอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึงรายการการผ่าตัดใส่อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ ในการบำบัดรักษาโรคที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดมีความไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ตลอดจนความล่าช้าในการเบิกจ่าย อีกทั้งความต้องการของสถานพยาบาลเอกชนที่ต้องการได้รับการ ชดเชยอัตราค่าบริการอยู่ในระดับที่สูงมาก จึงส่งผลให้สถานพยาบาลหลักชะลอการส่งต่อหรือไม่ส่งต่อ ผู้ประกันตนไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและมีขอบเขตการรักษาที่สูงกว่า (2) ปัญหาเชิง โครงสร้างของสำนักงานประกันสังคม ทั้งในส่วนของความล่าช้าในการจัดการเรียกเก็บข้อมูลที่มีปัญหาเข้าสู่ ระบบการตรวจสอบ ตลอดจนข้อจำกัดทางด้านบุคลากรที่มีจำนวนไม่สอดคล้องกับภาระงานและขีด ความสามารถในการตรวจสอบมีจำกัด รวมไปถึงปัญหาการจัดการภายในของสำนักงานและการขาดกลไก เครื่องมือในการตรวจสอบการจ่ายเงิน เหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีผลต่อการปฏิเสธการส่งตัวผู้ประกันตน การ เลือกปฏิบัติ และการหลีกเลี่ยงการรักษากรณีฉุกเฉิน

ปัญหาในการจัดบริการดังกล่าวทำให้ผู้ประกันตนส่วนหนึ่งเลือกไม่ใช้สิทธิรักษาพยาบาลของ ประกันสังคม จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการสังคมของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าแนวโน้ม ผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิประกันสังคมในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 55 เป็น ร้อยละ 49 ส่วนการใช้สิทธิประกันสังคมกรณีผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76 เป็นร้อยละ 87 ในปี พ.ศ. 2554 และ 2556 ตามลำดับ สาเหตุที่ผู้ประกันตนไม่ไปใช้สิทธิในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกนั้น เกิดจากการที่ ผู้ประกันตนเห็นว่าเป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย และปัญหาจากการให้บริการ (ไม่สะดวก ชำรอนาน ไม่ แน่ใจคุณภาพยา และแพทย์รักษาไม่เก่ง) คิดเป็นร้อยละ 65 และร้อยละ 21 ตามลำดับ ส่วนสาเหตุของการ ไม่ไปใช้สิทธิในกรณีผู้ป่วยในนั้นมีความแตกต่างกัน โดยในปี พ.ศ.2554 ประมาณร้อยละ 46 แจ้งว่าเกิดจาก การรอนาน แต่ในปี พ.ศ. 2556 ผู้ประกันตนระบุสาเหตุอย่างชัดเจนว่าเป็นปัญหาของการบริการ คือ ไม่สะดวก ชำรอนาน ไม่แน่ใจคุณภาพยา รวมกันประมาณร้อยละ 36 โดยสาเหตุที่ไม่ใช้บริการอันเนื่องจาก เป็นกรณีอุบัติเหตุได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20

การสำรวจความเห็นผู้ประกันตนจำนวน 519 คน ในพื้นที่ 3 จังหวัด ประกอบด้วย กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ และจังหวัดอยุธยา พบว่าส่วนผู้ที่ใช้บริการรักษาพยาบาลใน สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิโดยรวมมีความพึงพอใจในระดับปานกลางเท่านั้น และร้อยละ 55.7 ของผู้ตอบแบบสอบถาม อยากเปลี่ยนโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักเดิมมาเป็นโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน เนื่องจากปัจจุบันรู้สึกว่าเป็นผู้ป่วยชั้นสอง ถ้าเป็นโรงพยาบาลประกันสังคมโดยตรงน่าจะได้รับการที่มี คุณภาพดีกว่า และคาดหวังว่าการประสานสิทธิประโยชน์กับสำนักงานประกันสังคมจะสะดวกมากขึ้น ขณะที่ผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่เลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคมส่วนหนึ่งเพราะยังพึงพอใจกับ บริการที่ได้รับจากสถานพยาบาลคู่สัญญาในปัจจุบัน และยังไม่แน่ใจในบริการ รวมทั้งไม่แน่ใจสถานที่ตั้ง

ของโรงพยาบาลประกันสังคม โดย เพศ อาชีพ การมีประกันสุขภาพเอกชน และประเภทสมาชิกประกันสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก

การสัมภาษณ์เชิงลึก กรรมการประกันสังคม อนุกรรมการการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ ผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานประกันสังคม รวมผู้นำแรงงานในที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม รวมทั้งสิ้น 16 ราย พบว่ามีความเห็นแตกต่างกันในเรื่องคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม แต่เห็นตรงกันว่าปัจจุบันมีผู้ประกันตนจำนวนหนึ่งไม่ไปใช้สิทธิรักษาพยาบาลของประกันสังคม ส่วนเรื่องการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมก็เป็นอีกประเด็นที่มีความเห็นต่างกัน ผู้ที่เห็นด้วยให้เหตุผลป้องกันว่ากรณีโรงพยาบาลประกันสังคมเป็นของตนเอง จะทำให้อำนาจสำนักงานประกันสังคมสามารถควบคุมกำกับมาตรฐานได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังสามารถเพิ่มอำนาจการต่อรองกับโรงพยาบาลเอกชนได้ในอนาคต ส่วนผู้ไม่เห็นด้วยคิดว่าไม่คุ้มค่ากับการลงทุน ชัดหลักการของการแยกผู้จัดหาบริการกับผู้ให้บริการ (Purchaser – Provider Split) และสำนักงานประกันสังคมมิใช่มืออาชีพในการบริหารจัดการการให้บริการทางการแพทย์

แนวทางการดำเนินการจัดให้มีโรงพยาบาลประกันสังคมที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานประกันสังคม สามารถดำเนินการได้ 5 วิธี คือ (1) การจัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นใหม่เป็นส่วนราชการของสำนักงานประกันสังคม (2) การอุดหนุนเงินก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์การแพทย์ให้กับสถานพยาบาลโดยสำนักงานประกันสังคมร่วมบริหาร (3) นำเงินกองทุนประกันสังคมไปลงทุนกับสถานพยาบาลโดยประกันสังคมร่วมบริหาร (4) ให้เอกชนเข้าประมูลเพื่อดำเนินการโดยสำนักงานประกันสังคมร่วมบริหาร และ (5) การจัดทำสัญญาระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับสถานพยาบาลโดยสำนักงานประกันสังคมร่วมบริหาร ซึ่งปัจจุบันแนวทางข้อที่ (1) ถึง (4) นั้นไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 9) ได้วินิจฉัยให้ความเห็นเรื่องการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมเมื่อเดือนธันวาคม 2551 ว่าตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 สำนักงานประกันสังคมไม่ได้มีอำนาจในการดำเนินการในการจัดตั้งโรงพยาบาล การจะนำเงินกองทุนประกันสังคมมาใช้ในการก่อสร้างอาคารและจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนจึงไม่อาจกระทำได้ภายใต้กฎหมายปัจจุบัน จำเป็นต้องมีการแก้ไขกฎหมายให้อำนาจในการจัดตั้งโรงพยาบาลก่อน มีเพียงวิธีตามข้อ (5) ที่สามารถดำเนินการได้ตามข้อ 12 (1) แห่งระเบียบคณะกรรมการประกันสังคมว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงินและการเก็บรักษาเงินกองทุน พ.ศ. 2555 ที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 9 (3) ประกอบกับมาตรา 25 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งกำหนดให้การจ่ายเงินกองทุนประกันสังคมเพื่อเป็นค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลสามารถกระทำได้ตามวิธีการและอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ทั้งนี้ในกรณีการจัดทำสัญญาระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับสถานพยาบาลเอกชนนั้น หากมีข้อสงสัยว่าการกำหนดวิธีการ หรืออัตราอื่นเพิ่มเติมในการจัดทำสัญญากับสถานพยาบาลจะอยู่ภายใต้

บังคับของกฎหมายร่วมทุนหรือไม่นั้น ต้องหารือกับสำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ กระทรวงการคลังเป็นรายกรณี

จากการวิเคราะห์โครงสร้างองค์กรและวิธีบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพที่มีสถานพยาบาลของตนเอง พบว่าทั้ง สำนักงานประกันสังคมแม็กซิโก (Instituto Mexicano del Seguro Social: IMSS) ซึ่งเป็นผู้จัดบริการทางการแพทย์ที่ใหญ่ที่สุดในแถบลาตินอเมริกา และ Kaiser Permanente ซึ่งเป็นบริษัทประกันสุขภาพที่ไม่หวังผลกำไรขนาดใหญ่ที่สุดของสหรัฐอเมริกา ต้องมีโครงสร้างองค์กรที่มีหน่วยงานรับผิดชอบสถานพยาบาลเป็นการเฉพาะ มีระบบประสานผู้ให้บริการทุกระดับ (Care Coordination) มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการสถานพยาบาล และมีจำนวนบุคลากรเพื่อรองรับภาระงานอย่างเหมาะสม

รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพแบบ Integrated System และ Coordinated Care ของ Kaiser Permanente ที่มีการบูรณาการระบบงานและมีการเชื่อมประสานระบบการบูรณาการการดูแลตลอดวงจรสุขภาพ (Health Continuum) ก่อนป่วย หลังป่วย จนถึงการฟื้นฟู ได้รับการยกย่องว่าเป็นการจัดระบบประกันสุขภาพและจัดบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ สมาชิกมีสุขภาพที่ดี ได้รับการรักษาในระยะเริ่มต้นได้อย่างรวดเร็ว และรักษาโรคเรื้อรังภายใต้การใช้ต้นทุนทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

จากการศึกษาโรงพยาบาลตัวอย่างในประเทศไทย ทั้งในส่วนโรงพยาบาลคู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคมที่เป็นโรงพยาบาลเอกชน และ โรงพยาบาลองค์กรมหาชน พบว่า ลักษณะการจัดบริการจะเป็นแบบรายคน รายครั้ง และมุ่งการตรวจรักษาเฉียบพลันเป็นหลัก ยังไม่มีระบบงานบริหารทรัพยากรการแพทย์ (Utilization review) รวมทั้งยังไม่มีระบบวัดผลลัพธ์ทางการแพทย์ ทั้งรายคน และรายประชากร ที่ชัดเจนรวมทั้งยังขาดการดำเนินการเชิงรุกในการจัดบริการสนองความต้องการของผู้ประกันตนอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการปรับระบบบริการการแพทย์โดยใช้แนวทางการจัดการบริการทางการแพทย์ของระบบประกันสุขภาพของ Kaiser Permanente

ผลการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงินของโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบที่จัดบริการตามแบบการจัดการระบบสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated Healthcare Model) โดยมีบริการทางการแพทย์ทั่วไป การแพทย์เฉพาะทาง บริการเสริมในบางสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครบวงจร และสัดส่วนบุคลากรในระดับที่เหมาะสมนั้น จะสามารถคุ้มทุนได้ตั้งแต่ปีแรกของการให้บริการ แต่จะสามารถคืนทุนได้ใน 10 ปีพร้อมให้ผลตอบแทนในระดับสมควรได้หากมีจำนวนผู้ประกันตนในระดับ 200,000 คน แต่อาจไม่คืนทุนหากยอดผู้ประกันตนต่ำกว่านี้ อนึ่ง การศึกษานี้มิได้รวมรายรับจากการให้บริการ รายรับจากการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นในกรณีฉุกเฉินนอกเครือข่าย หรือ การรักษาพยาบาลนอกเครือข่ายอื่น ๆ ดังนั้น

ในการปฏิบัติงานจริงโรงพยาบาลนี้มีความเป็นไปได้ว่าจะมีผลประโยชน์การรวมและรายได้สุทธิสูงกว่าที่ประมาณการ

ผลการจัดทำกลุ่มสนทนาประเด็นเฉพาะ (Focus group discussion) กับผู้แทนนายจ้างลูกจ้าง 8 คนมีความเห็นพ้องกันว่า โรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบตามที่นักวิจัยนำเสนอมีความจำเป็น โดยเฉพาะในบางพื้นที่ซึ่งมีผู้ประกันตนหนาแน่นแต่ขาดแคลนโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก หรือมีแต่มีความแออัด เช่น จังหวัดชลบุรี และเห็นด้วยกับรูปแบบของการให้บริการที่นำเสนอ โดยมองว่าการจัดตั้งโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนนี้เป็นสิ่งคุ้มค่าที่จะทำให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์โดยตรง และเป็นสิ่งจำเป็นที่สำนักงานประกันสังคมจะต้องลงทุน ควบคู่ไปกับการมีมาตรการกำกับควบคุมและตรวจสอบมาตรฐานการรักษาของโรงพยาบาลคู่สัญญาในปัจจุบันให้เข้มข้นขึ้น

โดยสรุป การพัฒนาการจัดบริการการแพทย์ของกองทุนประกันสังคมเพื่อแก้ปัญหารูปแบบการจัดบริการของโรงพยาบาลคู่สัญญา และปัญหาเชิงโครงสร้างของสำนักงานประกันสังคมนั้น ในเชิงทฤษฎี เศรษฐศาสตร์และการบริหารจัดการสามารถดำเนินการเองได้โดยสำนักงานประกันสังคม (Vertical integration) หรือใช้สถานพยาบาลของหน่วยงานอื่นก็ย่อมได้ (Provider-purchaser split) การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงิน ความเป็นไปได้ทางกฎหมาย ความเป็นไปได้เชิงบริหาร การสำรวจความเห็นผู้ประกันตน ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้แทนลูกจ้างนายจ้าง กรรมการประกันสังคม และผู้บริหารสำนักงานประกันสังคม พบว่ามีความเป็นไปได้ที่สำนักงานประกันสังคมจะมีโรงพยาบาลประกันสังคม แต่มีข้อจำกัดสำคัญคือ เรื่องกฎหมาย และขีดความสามารถทางการบริหารสถานพยาบาลของสำนักงานประกันสังคม ทำให้ทางเลือกที่จะดำเนินการในระยะสั้นเหลือเพียงวิธีการจัดทำสัญญาระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับสถานพยาบาลโดยสำนักงานประกันสังคมร่วมบริหาร เช่น ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างโรงพยาบาลในรูปแบบองค์กรมหาชน เป็นต้น ส่วนในระยะยาว ต้องมีการแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคม ให้สำนักงานประกันสังคมมีอำนาจในการสร้างโรงพยาบาลได้เอง จึงจะสามารถใช้รูปแบบการดำเนินการตั้งสถานพยาบาลประกันสังคมของตนเองได้ นอกจากนั้น สำนักงานประกันสังคมควรปรับปรุงสัญญาที่ทำกับสถานพยาบาลคู่สัญญาในเรื่องวิธีจัดบริการแบบยึดผู้ประกันตนเป็นศูนย์กลาง รวมถึงการจัดบริการระบบสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated Healthcare Model) และพิจารณาสัดส่วนบุคลากรที่สอดคล้องกับจำนวนเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ โดยปรับจากงานวิจัยนี้

Executive Summary

Currently, the Social Security Office (SSO) has provided sickness benefit for their beneficiaries using Purchaser – Provider Split approach. Both public hospitals and private hospitals are contracted as Main contractors, which have their own subcontractor health facilities. SSO has also assigned quality and standard for health care services. However, health care services under this sickness benefit has problems from inadequate number of Main contractor in some area. Some private hospitals refused to continue their contract as Main contractor for the Social Security Scheme especially in industrialize zone e.g. Chonburi and Rayong provinces. Beneficiaries complained on poor quality of service and inconvenience, Therefore Social security hospital under supervision of the Social Security Scheme has been proposed for a solution for service problem and increasing efficiency of the Social Security System.

According to New institutional economics and New Public Management Theories, Purchaser-provider split and Vertical Integration can be solutions for health care provision. It depends on total cost of operation, which have to include transaction cost. Purchase-provider split is more efficient, if contract is simple. In contrast, Vertical integration is better, if contract is complicated and difficult to get a perfect contract. Command and control can be used to solve conflict of interest between unit within the same organisation. Such as Health insurance of Maxican social security system (Instituto Mexicano del Seguro Social: IMSS) and Health insurance of Kaiser Permanente of the United States of America.

Problems of health service provision of the Social Security Scheme came from (1) Inadequate and inappropriate payment mechanism of the Social Security Scheme especially high cost care include durable medical equipment and prosthesis. Delay payment is another problem. Private providers also negotiated for higher reimbursement rate, and reluctant to refer patients to appropriate tertiary medical institutions. (2) Inadequate investment in infrastructure of the Social security scheme especially adjudication process, information technology, and capability of staffs also lead to reluctant to refer and refuse to provide emergency services.

Some beneficiaries did not take up their entitlement on health insurance of the Social Security Scheme. According to the Health Welfare Survey of the National Statistics Office, take up rate of out patient service of beneficiaries of the Social Security Scheme fall from 55% to 49% in 2011 and 2013 respectively. However, take up rate of in- patient service increased from 76% to 87% in 2011 and 2013 respectively. The main reasons for non-take-up of out-patient group were simple sickness, inconvenience of service (prolong waiting time, quality of drug, quality of treatment) were 65% and 21% respectively. The main reasons of In-patient were different, 46% reported that it was prolong waiting time in 2011. However in 2013, 36% of beneficiaries pointed out more detail as inconvenience, prolong waiting time and quality of drug. Non-take-up rate from accident also increase to 20%

The survey of 519 members of the Social Security Scheme in Bangkok, Samut Prakan and Ayuthaya provinces found that satisfaction of health service provision under current plan of the Social Security Scheme was only at moderate level. 55.7% of beneficiaries said that they would change from current main contractor to the new Social Security hospital. They thought that ,they were second class patients, and hope that they would get better service in the new setting. However, some beneficiaries still had loyalty to their main contractors. Sex, occupation, having private health insurance and member type of the Social security Scheme are among factors which influence the decision of beneficiaries to choose the new type of Social Security Hospital.

Indepth interview 16 persons comprised members of the Social security committee and subcommittee include high ranking civil servant in the Social Security Scheme found that there were different opinion on quality of health service of the Social Security Scheme and decision to establish the new type of Social Security Hospital. However, they agreed upon that some beneficiaries of the Social Security Scheme did not take up their entitlement.

Analysis of legal framework found that there is only one possibility to establish the New Social Security Hospital, contract between the Social Security Office with owner of hospital using article 12(1) of the Regulation for Receiving, Spending of Fund 2012 under the Social Security Scheme. The rest 4 options are not possible due to limitation in the

Social Security Act. These four options include (1) Establish hospital under the Social Security Office (2) Transfer fund to hospital (3) Investment (4) Biding.

Regarding to organisation structure and management of the Institutor Mexican del Saguaro Social: IMSS, which is the largest purchaser in the Latin American and the Kaiser Permanente, which is the biggest non-for-profit health insurance company in the United States of America found that health insurance organisation, which would like to run its own health facilities, need responsible unit for health facilities management within its organisation structure. Management skill on health facilities management and care coordination are needed adequate skilled personal.

Integrated System and Coordinated Care of the Kaiser Permanente, which provides Health Continuum cover from wellbeing, sickness and rehabilitation, is worldwide recognized as an highly efficient and high quality system. Early detection and well designed chronic care lead to low cost, high quality and efficient.

Review of some private main contractors and one autonomous hospital found that health services were fragmented and focus on acute problems and diseases. There was no Utilization review and no performance management include active management to repose to expectation and health need of beneficiaries of the Social Security Scheme.

There should be reformed of medical service provision in the Social Security Scheme toward the way, which Kaiser Permanente has used.

Financial feasibility of the new Social Security Hospital, which uses Integrated Healthcare Model) showed that revenue can cover expenditure since the first year of operation. However, it needs 10 year for break-event with low rate of return, if 200,000 members of the Social security scheme register to this hospital. This study did not cover revenue and expenditure of other services such as revenue from referral cases and other services, which are sent from other main contractors. Therefore, it is possible that financial performance of this hospital is better than the feasibility study.

Focus group discussion on the new Social Security Hospital with 8 represent from employers and employees found that they agreed upon that the new Social Security

Hospital is necessary for specific area such as high concentration of employees with inadequate number of main contractor. They also agreed on the integrated model. However, it is not possible to implement this new hospital everywhere. Therefore, improvement of standard of practice guideline, monitoring and evaluation is the must, which The Social Security Scheme has to be implemented.

According to the New Institution Economics theory and New Public Management, development of health service for improve operation of main contractors and infrastructure of the Social Security Scheme can be done using both Vertical integration or Provider-purchaser split. Regarding Financial feasibility, legal framework, management feasibility, survey employee and indepth interview representative of employers and employees together with high ranking civil servant, it is possible for the Social Security Scheme can establish its own hospitals. However, limitation of the implementation came from legal framework and administrative capability of the Social Security Office on health facilities management are the main constrain of short term intervention. Only contract with owner providers, such as working together with the Ministry of Public Health or Local Government for establish autonomous agency. The Social Security Office should also revised contract with main contractors using people centre approach and Integrated Healthcare Model using information from this research.

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	i
บทคัดย่อ	ii
Abstract	iii
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	iv
Executive Summary	ix
สารบัญ	xiii
สารบัญตาราง	xvii
สารบัญแผนภาพ	xx
บทที่ 1 หลักการ และเหตุผล	
1.1 ความสำคัญของปัญหา	1
1.2 กรอบแนวคิด	5
1.3 วัตถุประสงค์	5
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
1.5 นิยามศัพท์/นิยามเชิงปฏิบัติการ	6
1.6 ระเบียบวิธีวิจัย	6
1) การศึกษาเชิงคุณภาพ	7
2) การศึกษาเชิงปริมาณ	8
1.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	8
1.8 แผนการดำเนินงาน	8
1.9 ขอบเขตการวิจัย	9
1.10 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย	9
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
2.1 สถานการณ์ของปัญหาที่เกิดจากการให้บริการของสถานพยาบาล ในระบบประกันสังคม	11

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.2 สถานการณ์ปัญหาการให้บริการของสถานพยาบาล	14
1) ปัญหาจากกลไกการบริหาร	14
2) ปัญหาเชิงโครงสร้างของสำนักงานประกันสังคม	18
2.3 การทบทวนรูปแบบโรงพยาบาลประกันสังคม	19
1) ประเทศแม็กซิโก	21
2) ประเทศสหรัฐอเมริกา	35
บทที่ 3 ผลการสำรวจความคิดเห็นลูกจ้างผู้ประกันตน และการสัมภาษณ์เชิงลึก	
3.1 ความคิดเห็นผู้ประกันตนกับการเลือกใช้โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน	51
3.2 การวิเคราะห์การเลือกใช้โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน	66
3.3 แบบจำลองการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ (logistic regression) เพื่อทำนายการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคมของผู้ประกันตน	75
3.4 ความคิดเห็นผู้บริหารสำนักงานประกันสังคม และผู้เกี่ยวข้องต่อการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม	79
บทที่ 4 การทบทวนกฎหมาย และระเบียบที่เกี่ยวข้อง	
4.1 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กับการจัดบริการทางการแพทย์	87
4.2 รูปแบบการจัดตั้งสถานพยาบาล	87
4.3 การจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม	90
4.3.1 จัดตั้งสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน ในรูปแบบของสถานพยาบาลของรัฐ ภายใต้สังกัดของสำนักงานประกันสังคม	91
4.3.2 อุดหนุนเงินก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์การแพทย์ให้กับสถานพยาบาลของรัฐหรือของเอกชน เพื่อจัดสร้างโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน	93

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4.3.3 นำเงินกองทุนประกันสังคมไปลงทุนในสถานพยาบาลของรัฐหรือของเอกชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สถานพยาบาลดังกล่าวเป็นโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน	96
4.4 โรงพยาบาลประกันสังคมภายใต้รูปแบบ “การบริหารสัญญา”	100
4.5 สรุปความเห็นด้านกฎหมาย	104
บทที่ 5 ผลการศึกษาการจัดบริการ และสถานการณ์การเงินโรงพยาบาลประกันสังคมเบื้องต้น	
5.1 วิธีการจัดเก็บข้อมูล	106
5.2 ข้อจำกัดของการศึกษา	107
5.3 ผลการศึกษา	107
1) รพ. A	107
2) รพ. B	109
3) รพ.องค์กรมหาชน	110
5.4 ข้อสรุปการจัดบริการและสถานการณ์การเงินเบื้องต้น	115
บทที่ 6 รูปแบบโรงพยาบาลประกันสังคมและความเป็นไปได้ทางการเงิน	
6.1 หลักการสำคัญ	117
6.2 โรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ	118
6.3 การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงิน	121
6.4 ผลประมาณการ	124
6.4 การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงินของโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ	132
6.5 สรุปผลการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงิน	134
บทที่ 7 ความเห็นของนายจ้าง ลูกจ้าง ต่อรูปแบบโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน และภาพพึงประสงค์	
7.1 แนวคิด รูปแบบ และความคาดหวังต่อโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน	135
7.2 ความคุ้มค่า	137
7.3 ความเป็นไปได้ของการระดมงบประมาณ	137

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
7.4 ความเห็นอื่น	138
7.5 สรุปความเห็นนายจ้าง ลูกจ้าง	139
บทที่ 8 สรุปและข้อเสนอแนะ	
8.1 รูปแบบบริการทางการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ประกันตน	140
8.2 รูปแบบสถานพยาบาลสำหรับผู้ประกันตน	141
8.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	145
8.4 ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการภายในสำนักงานประกันสังคม เพื่อรองรับการมีโรงพยาบาลประกันสังคม	146
Bibliography	147
ภาคผนวก 1 โรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ	150
ภาคผนวก 2 ชุดข้อมูลต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในระบบประกันสังคม	159
ภาคผนวก 3 แบบสอบถามโครงการวิจัย	175

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ประกันตนที่เข้าใช้บริการ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	11
ตารางที่ 2 สัดส่วนของผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิประกันสังคมกรณี บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	12
ตารางที่ 3 สาเหตุของการไม่ใช้สิทธิประกันสังคมผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน ปี 2554 และ 2556	13
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบราคายาของโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง กับอัตราค่าบริการ ของกระทรวงสาธารณสุข	18
ตารางที่ 5 บริการที่จัดในระบบสุขภาพแห่งชาติ	30
ตารางที่ 6 บุคลากรด้านสุขภาพในระบบบริการสุขภาพของแม็กซิโก ในภาพรวม	32
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบบุคลากรด้านสุขภาพ จำแนกตามองค์กรประกันสุขภาพ	33
ตารางที่ 8 การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	42
ตารางที่ 9 การใช้บริการ Online ปี 2013	43
ตารางที่ 10 จำนวนบุคลากร และสมาชิกในระบบ KP ปี 2013	44
ตารางที่ 11 โครงสร้างการเงินการคลังของ KP ปี 2004	45
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบการบริหารจัดการบริการรักษาพยาบาล	48
ตารางที่ 13 สถานภาพสมรสของผู้ตอบแบบสอบถาม	52
ตารางที่ 14 ระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถาม	52
ตารางที่ 15 อาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม	53
ตารางที่ 16 โรคประจำตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม	54
ตารางที่ 17 ประกันสุขภาพเอกชนของผู้ตอบแบบสอบถาม	54
ตารางที่ 18 ประเภทสมาชิกตามสิทธิประกันสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม	55
ตารางที่ 19 ประเภทสถานพยาบาลขึ้นทะเบียนของผู้ตอบแบบสอบถาม	56
ตารางที่ 20 เหตุผลในการเลือกสถานพยาบาล	56

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 21 ประสบการณ์ใช้บริการทันตกรรมโดยสิทธิประกันสังคม	57
ตารางที่ 22 ประสบการณ์ใช้บริการสุขภาพโดยสิทธิประกันสังคม ในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา	57
ตารางที่ 23 ประสบการณ์ใช้บริการสุขภาพโดยสิทธิประกันสังคม ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา	57
ตารางที่ 24 สิทธิการรักษาที่ใช้เมื่อเข้ารับบริการสุขภาพ	58
ตารางที่ 25 ทักษะคิดต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอก	59
ตารางที่ 26 ทักษะคิดต่อการใช้บริการผู้ป่วยใน	60
ตารางที่ 27 ถ้ามีโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนโดยเฉพาะจะเลือกหรือไม่	61
ตารางที่ 28 เหตุผลในการเลือกใช้โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน	61
ตารางที่ 29 เหตุผลในการไม่เลือกใช้โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน	62
ตารางที่ 30 ความคิดเห็นเกี่ยวกับจำนวนเตียงสำหรับห้องผู้ป่วยรวม	63
ตารางที่ 31 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาตรวจคนไข้ของแพทย์	63
ตารางที่ 32 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลารอพบแพทย์	64
ตารางที่ 33 ความเต็มใจจ่ายค่าห้องส่วนเพิ่มประเภทห้องพิเศษเดี่ยว	64
ตารางที่ 34 ความเต็มใจจ่ายค่าห้องส่วนเพิ่มประเภทห้องเตียงเดี่ยว	65
ตารางที่ 35 ความเต็มใจจ่ายค่าห้องส่วนเพิ่มประเภทห้องเตียงคู่	66
ตารางที่ 36 ผลการวิเคราะห์ Cluster analysis จำแนกตามตัวแปรข้อมูลทั่วไป	70
ตารางที่ 37 ผลการวิเคราะห์ Cluster analysis จำแนกตามทัศนคติ ต่อการใช้บริการรักษาพยาบาล	71
ตารางที่ 38 ผลการวิเคราะห์ Cluster analysis จำแนกตามความเต็มใจ จ่ายค่าห้องพิเศษ	74
ตารางที่ 39 เปรียบเทียบรูปแบบการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน โดยวิธีการจัดตั้งโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนกับการจัดทำสัญญา ระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับสถานพยาบาล	102

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 40 จำนวนบุคลากรโรงพยาบาลองค์การมหาชน	111
ตารางที่ 41 ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกภายในโรงพยาบาล จำแนกตามหน่วยต้นทุน	113
ตารางที่ 42 ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกที่ให้บริการนอกที่ตั้งโรงพยาบาล	114
ตารางที่ 43 ต้นทุนบริการแบบผู้ป่วยนอกอื่นๆ	114
ตารางที่ 44 ต้นทุนบริการผู้ป่วยใน	115
ตารางที่ 45 งบลงทุน	121
ตารางที่ 46 สมมุติฐานอัตราการใช้บริการทางการแพทย์	122
ตารางที่ 47 อัตราค่าบริการสำคัญ	123
ตารางที่ 48 ค่าตอบแทนบุคลากร	124
ตารางที่ 49 ประมาณการการใช้บริการ	125
ตารางที่ 50 ประมาณการรายรับโรงพยาบาลต้นแบบ	126
ตารางที่ 51 ประมาณการอัตรากำไร	127
ตารางที่ 52 ประมาณการรายจ่ายหลักสำหรับบุคลากร	128
ตารางที่ 53 ประมาณการผลประกอบการโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ	131

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 The health-care system in Mexico, main flows, 2003	24
แผนภาพที่ 2 โครงสร้างการบริหาร IMSS	26
แผนภาพที่ 3 จำนวนประชากรในระบบสุขภาพของแม็กซิโก จำแนกตามกลุ่มประชากร	28
แผนภาพที่ 4 Organization Structure of Kaiser Permanent Northern California	39
แผนภาพที่ 5 ขอบเขตการทำงานของ TPMG กรณีตัวอย่างของ Kaiser Permanent Northern California	40
แผนภาพที่ 6 องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการให้บริการของ Kaiser Permanente	41
แผนภาพที่ 7 การแจกแจงอายุของผู้ตอบแบบสอบถาม	51
แผนภาพที่ 8 การแจกแจงรายได้เฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถาม	53
แผนภาพที่ 9 ระยะเวลาของการเป็นผู้มีสิทธิประกันสังคม	55
แผนภาพที่ 10 สรุปการดำเนินการทางด้านกฎหมาย	99
แผนภาพที่ 11 โครงสร้างองค์กรของคณะกรรมการบริหาร	111

บทที่ 1

หลักการและเหตุผล

1.1 ความสำคัญของปัญหา

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน นับเป็นหน่วยงานหลักในการให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างผู้ใช้แรงงานทั้งที่อยู่ในสถานประกอบการและลูกจ้างผู้ใช้แรงงานนอกระบบ เพื่อไม่ให้ประสบความเดือดร้อนเมื่อต้องเผชิญกับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยทั้งที่เนื่องและไม่เนื่องจากการทำงาน ตลอดจนการทุพพลภาพ คลอดบุตร และเสียชีวิต รวมไปถึงการสงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน โดย ณ มีนาคม 2557 สำนักงานประกันสังคมมีลูกจ้างผู้ประกันตนในความคุ้มครองรวมทั้งสิ้น 10.87 ล้านคน (จำนวนนี้ไม่รวมผู้ประกันตนโดยสมัครใจ มาตรา 40) ประกอบด้วยลูกจ้างผู้ประกันตนที่อยู่ในสถานประกอบการมากกว่าสี่แสนแห่งจำนวน 9.79 ล้านคน และผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 39 จำนวน 1.08 ล้านคน

การรองรับบริการด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ลูกจ้างผู้ประกันตนเหล่านี้ จะเป็นการให้บริการผ่านสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก (main contractor) ซึ่งสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้ซื้อบริการ ภายใต้หลักเกณฑ์เงื่อนไข และคุณภาพมาตรฐานตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด รวมทั้งเป็นการให้บริการผ่านสถานพยาบาลเครือข่ายที่สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักได้ทำสัญญาหรือทำข้อตกลงกันไว้เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ประกันตนมากขึ้น โดยสถานพยาบาลคู่สัญญาจะเป็นผู้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลเครือข่าย (หรือที่เรียกว่าสถานพยาบาลคู่สัญญาระดับรอง) ตามข้อตกลงที่ได้กระทำไว้ต่อกัน ทั้งนี้ ณ ปลายปี 2556 สถานพยาบาลที่รองรับการให้บริการเหล่านี้มีกระจายอยู่ทั่วประเทศรวมทั้งสิ้น 2,383 แห่ง เป็นสถานพยาบาลหลัก 241 แห่งและสถานพยาบาลเครือข่าย 2,220 แห่ง รองรับการใช้บริการทั้งสิ้น 32.28 ล้านครั้ง

ในอดีตที่ผ่านมา ปัญหาทางด้านบริการทางการแพทย์ที่ผู้ประกันตนร้องเรียนต่อสำนักงานประกันสังคมมักเป็นเรื่องมาตรฐานการรักษา การจ่ายยา การวินิจฉัยโรคของแพทย์ ระยะเวลาารพบแพทย์ และความรู้สึกของผู้ประกันตนส่วนใหญ่ยังรู้สึกว่าเป็นคนไข้ชั้นสองเมื่อไปรับบริการในสถานพยาบาลเอกชน (เพ็ญแข ลาภยิ่ง, 2533) นอกจากนั้น สำนักงานประกันสังคมยังประสบปัญหาโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมแจ้งขอยกเลิกการเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาและแจ้งงดรับผู้ประกันตน ทำให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อผู้ประกันตนที่ไปใช้บริการ จนกระทั่งสำนักงานประกันสังคมและกลุ่มผู้ใช้แรงงานได้หยิบยกแนวคิดการสร้างโรงพยาบาลประกันสังคมในเขตพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่นขึ้นมาพิจารณา และได้มีการหารือไปยังสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาในเดือนกันยายน พ.ศ. 2551 ในการนำเงินกองทุนประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ไปใช้ในการดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม เพื่อประโยชน์ของผู้ประกันตนและเพื่อการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์

แก่ผู้ประกันตน ซึ่งคณะกรรมการการศึกษา (คณะที่ 9) โดยมีผู้แทนกระทรวงการคลัง (กรมบัญชีกลาง) กระทรวงแรงงาน (สำนักงานปลัดกระทรวงและสำนักงานประกันสังคม) และกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวง) เป็นผู้ชี้แจงข้อเท็จจริง ได้วินิจฉัยว่า สำนักงานประกันสังคมไม่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม และการนำเงินกองทุนไปใช้จ่ายเพื่อก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์แพทย์ ย่อมไม่อาจถือว่าเป็นการจ่ายประโยชน์ทดแทนตามมาตรา 54 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ทั้งไม่อาจถือเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานได้

ในปัจจุบัน แม้ว่าสำนักงานประกันสังคมจะได้มีการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ ทั้งการปรับปรุงแบบและวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงและสามารถเลือกเข้ารับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิและสถานพยาบาลอื่นๆ ที่มีศักยภาพสูงได้ โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยสถานพยาบาลเองก็ได้รับค่าบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมเป็นธรรมมากขึ้นแล้วนั้นก็ตาม (รายงานประจำปีสำนักงานประกันสังคม, 2555) แต่การจัดสร้างโรงพยาบาลประกันสังคมยังคงเป็นข้อเรียกร้องที่ผู้ใช้แรงงานให้ความสนใจ และนำมาบรรจุอยู่ในข้อเสนอของผู้ใช้แรงงานในวันแรงงานแห่งชาติ เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2557 ที่ผ่านมา โดยประธานสภาองค์การลูกจ้างสภาแรงงานอุตสาหกรรมเอกชน ได้ยื่นข้อเรียกร้องต่อกระทรวงแรงงาน ให้มีการปฏิรูประบบประกันสังคม โดย 1 ใน 6 ข้อของการปฏิรูปได้เสนอให้สำนักงานประกันสังคม “จัดสร้างโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบเป็นของตนเอง” ทั้งนี้เพื่อให้มีต้นแบบของการบริหารจัดการโรงพยาบาลที่มีคุณภาพเพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับบริการที่ดี ไม่ถูกเลือกปฏิบัติ

จากการวินิจฉัยของคณะกรรมการการศึกษาในปี 2551 แม้จะมีความเห็นว่าการจัดสร้างโรงพยาบาลประกันสังคมไม่ได้อยู่ในอำนาจของสำนักงานประกันสังคมก็ตาม แต่อาจจะกระทำได้ตามมาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งกำหนดให้การจัดหาผลประโยชน์ของกองทุนต้องเป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง และสำนักงานประกันสังคมก็ได้มีระเบียบคณะกรรมการประกันสังคมว่าด้วยการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุนประกันสังคม กำหนดหลักเกณฑ์และรายละเอียดเกี่ยวกับการนำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์รองรับอยู่ ซึ่งสำนักงานประกันสังคมสามารถนำเงินกองทุนไปลงทุนถือหุ้นของโรงพยาบาลได้แต่ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขหลักเกณฑ์ที่กำหนด แต่หากกรณีที่เป็นโรงพยาบาลที่มีได้อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ก็จะถือเป็นการลงทุนอื่นที่ต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการประกันสังคม โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลังต่อไป

การลงทุนถือหุ้นโรงพยาบาลโดยใช้เงินกองทุนประกันสังคม ในอีกมุมมองหนึ่งคือรูปแบบของให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในระบบสุขภาพ (Public-Private Partnerships) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในเชิงบริหารจัดการของระบบบริการสุขภาพให้ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการในแง่ของความคาดหวังทางการแพทย์ และการเข้าถึงเทคโนโลยีได้อย่างยืดหยุ่นมากขึ้น โดยเน้น

ทรัพยากรและโครงสร้างบริการที่มีอยู่แล้วในภาคเอกชน ซึ่งจะมีจุดแข็งในด้านนวัตกรรม ประสิทธิภาพ และความสามารถในแข่งขัน แต่การเปิดโอกาสให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในด้านสุขภาพในลักษณะของ Public-Private Partnerships ก็ยังคงมีประเด็นที่ต้องพิจารณาอย่างระมัดระวังอีกหลายประการ

รูปแบบการบริหารจัดการสถานพยาบาลในระบบประกันสังคมของต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ส่วนใหญ่แล้วการจัดบริการภายใต้ความคุ้มครองการประกันกรณีเจ็บป่วยและคลอดบุตรขององค์กรประกันสังคมในประเทศต่างๆ มักอยู่ในรูปของการจัดทำสัญญากับสถานพยาบาลเพื่อแก่จัดบริการให้สมาชิก บนหลักการว่า องค์กรประกันสังคมเป็นหน่วยงานทางการคลัง (Financing agency) ที่มีภารกิจในการรวมเงินเพื่อจัดหาบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมจากตลาด ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งสถานพยาบาลเอกชนหรือสถานพยาบาลของรัฐ โดยใช้กลไกตลาดเพื่อให้เกิดการแข่งขัน และทำให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดบริการ (Saltman, Busse, & Figueras, 2004) ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาสำคัญในการจัดระบบบริการภายใต้แนวคิดนี้

แนวคิดการใช้กลไกการตลาดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพนี้ ทำให้เกิดทฤษฎีการบริหารภาครัฐสมัยใหม่ (New Public Management) ซึ่งมุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพองค์กรของรัฐ และมีการนำไปใช้ดำเนินการแพร่หลายทั่วโลก โดยในส่วนของระบบประกันสุขภาพนั้น แนวคิดดังกล่าวถูกนำไปปรับใช้ในการปฏิรูปองค์กรประกันสุขภาพที่มีการจัดระบบบริการโดยใช้สถานพยาบาลของรัฐในการจัดบริการ หรือที่เรียกกันว่า National Health Service ในลักษณะของการแยกการบริหารสถานพยาบาลออกจากการบริหารองค์กรประกันสุขภาพ (Provider-Purchaser split) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ โดยการประยุกต์ใช้กลไกการตลาดในการกำหนดการจัดทำสัญญาที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์กับสถานพยาบาลเพื่อให้จัดบริการแก่สมาชิก ไม่ใช่เป็นการจัดสรรงบประมาณเช่นเดิม อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติการบริหารจัดการภายใต้แนวคิดนี้ เผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะการสร้างสัญญาบริการที่ชัดเจนและการใช้สัญญาในการบริการให้เกิดผลสัมฤทธิ์ (Saltman, Busse, & Figueras, 2004; Siverbo, 2003)

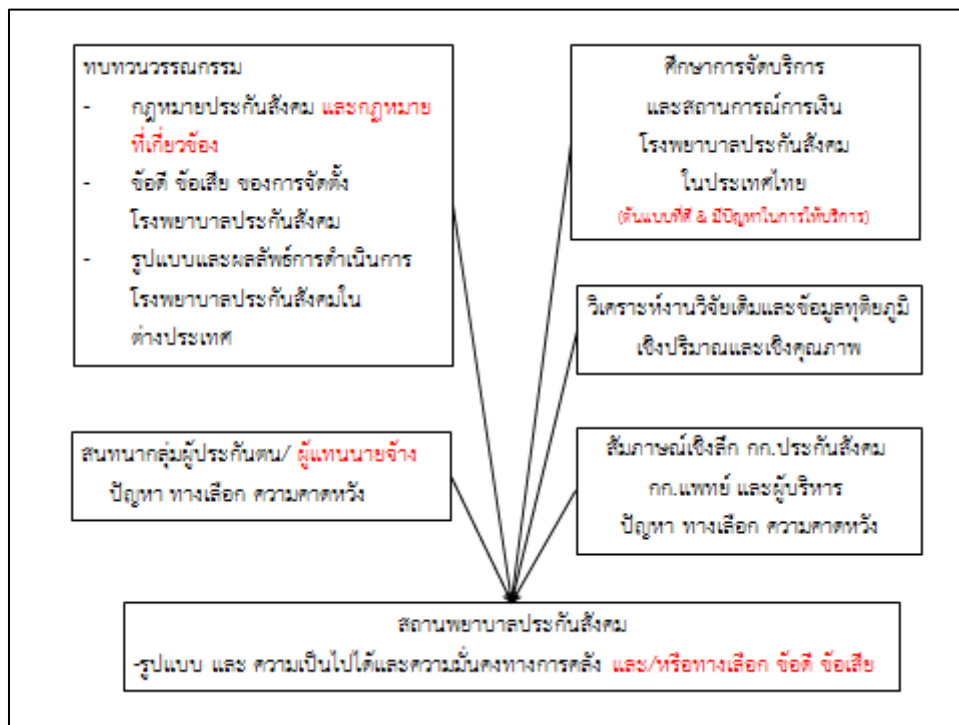
ในบางประเทศองค์กรประกันสังคมจะเป็นผู้บริหารสถานพยาบาล และดำเนินการกิจการด้วยตนเอง มีการจ้างบุคลากรทางการแพทย์ มีการจัดซื้ออุปกรณ์ด้านการรักษาพยาบาลต่างๆ ไว้ในสถานพยาบาลของประกันสังคมเอง และจากการทบทวนรายงาน Social Security Programs Throughout the World ปี 2011 โดยสมาคม ISSA (International Social Security Association) ซึ่งดำเนินการศึกษาลักษณะเด่นของการจัดการระบบการให้ความคุ้มครองทางสังคมของประเทศต่างๆ ทั่วโลก 172 ประเทศ (มี 168 ประเทศที่ให้ข้อมูลตอบกลับ) ในเบื้องต้นพบว่าองค์กรประกันสังคมที่เป็นเจ้าของสถานพยาบาลมีอยู่ใน 11 ประเทศ (เฉพาะประเทศที่มีการเขียนระบุไว้อย่างชัดเจนในรายงาน) โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกลุ่มลาติน

อเมริกา ได้แก่ Costa Rica, Guatemala, Mexico, Ecuador, El Salvador, Honduras, Panama, Paraguay ในยุโรปจะมีที่ประเทศ Greece ส่วนเอเชียแปซิฟิกจะมีในประเทศ Pakistan และ Iran

ในทางทฤษฎี การอภิบาลระบบที่สำคัญ 2 ทฤษฎี คือ Information economics และ new institutional economics ได้อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในเชิงบริหารว่าเกิดจากความล้มเหลวของระบบตลาด โดยเฉพาะในเรื่องการรับรู้สารสนเทศที่ไม่เท่าเทียมกับของคู่สัญญา (Asymmetrical information) ทำให้เกิดการเอาเปรียบของคู่สัญญาฝ่ายหนึ่ง ทั้งนี้กลไกการแก้ปัญหาอาจเป็นได้ทั้งการบริหารสัญญาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยใช้มาตรการต่างๆ รวมทั้งพิจารณาความคุ้มค่าในการจัดหาสารสนเทศ (Transactional cost) ดังกล่าว เพื่อตัดสินใจว่า การบริหารจัดการโดยกลไกตลาด หรือ การบริหารภายใต้หน่วยงานเดียวกัน รูปแบบใดมีต้นทุนดำเนินการมากกว่ากัน (Cichon, Scholz, Meerendonk, Hagemeyer, Bertranou, & Plamondon, 2004)

ประเทศแม็กซิโก และสหรัฐอเมริกา เป็นตัวอย่างของการจัดบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพของเอกชนที่มีการบริหารจัดการสถานบริการทางการแพทย์ด้วยตนเอง ส่วนรูปแบบการให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในระบบสุขภาพ (Public Private Partnership) ก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่หลายๆ ประเทศให้ความสนใจ ซึ่งภาครัฐจะได้รับประโยชน์จากการลดลงของค่าใช้จ่ายภาครัฐ และความเชี่ยวชาญด้านเทคนิคหรือการจัดการจากภาคเอกชนในการปรับปรุงการจัดการด้านสุขภาพ ดังนั้น การศึกษารูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลประกันสังคมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในเชิงการจัดการ และเพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพบริการให้แก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม จึงเป็นความท้าทายและเป็นความจำเป็นของสำนักงานประกันสังคมที่จะต้องดำเนินการเพื่อการพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมในอนาคตต่อไป

1.2 กรอบแนวคิด



1.3 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางและรูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาและบริหารจัดการโรงพยาบาลประกันสังคม
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และความคุ้มค่าในการจัดตั้งและดำเนินงานโรงพยาบาลประกันสังคม โดยอิงตัวอย่างโรงพยาบาลต้นแบบ

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สำนักงานประกันสังคมมีข้อมูลความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน
2. สำนักงานประกันสังคมมีแนวทางในการดำเนินการบริหารจัดการโรงพยาบาลประกันสังคม

1.5 นิยามศัพท์ (definition)

1. โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน หมายถึง โรงพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมเป็นเจ้าของ หรือเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในกำกับของสำนักงานประกันสังคม เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตน ในระบบประกันสังคมโดยตรง

2. ความเป็นไปได้ (Feasibility) ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง ความเป็นไปได้ทางการเงินการคลัง ของการลงทุนจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ โดยสามารถให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตน ภายใต้การบริหารจัดการ (ทางการเงิน) ที่ไม่ก่อให้เกิดภาระการขาดดุลทางงบประมาณในระยะยาว (ทางการเงิน และมีความเป็นไปได้ของการดำเนินโครงการที่สามารถให้ผลตอบแทนได้ตามมาตรฐานของ ตลาดการเงิน)

3. ความคุ้มค่า (Value for Money) หมายถึง การดำเนินการกิจของภาครัฐเพื่อให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลประโยชน์ที่สมดุลกับทรัพยากรที่ใช้ ทั้งนี้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจเป็นได้ทั้งผลสำเร็จที่พึงประสงค์ และผลกระทบในทางลบที่เกิดขึ้นแก่ประชาชนและ สังคม ทั้งที่สามารถคำนวณเป็นตัวเงินได้และไม่สามารถคำนวณเป็นเงินได้ (สถาบันพัฒนาจัดการ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551)

นิยามเชิงปฏิบัติการ (operational definition)

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาก่อนการตัดสินใจดำเนินการ เน้นการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ รวมถึงผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดังนั้นความคุ้มค่าตามนิยามเชิงปฏิบัติการในการศึกษานี้ จึงหมายถึงความ สมดุลของ

1. ผลตอบแทนการลงทุนทางการเงิน และ
2. ผลตอบแทนที่ไม่ได้เป็นตัวเงินต่อผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม โดยประเมินจากระดับ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการแบบใหม่ เปรียบเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยไม่ตีมูลค่าเป็นตัวเงิน

1.6 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research design) ประกอบด้วย การวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data analysis) และการวิเคราะห์เชิง ปริมาณ (quantitative data analysis) เพื่อใช้สนับสนุนผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยการจัดเก็บข้อมูล เชิงคุณภาพและปริมาณจะดำเนินการไปพร้อมๆ กัน และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก

1. ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

1.1 ทบทวนเอกสาร (documentary review) เกี่ยวกับการรูปแบบและผลลัพธ์ของการบริหารจัดการโรงพยาบาลประกันสังคมในต่างประเทศ เพื่อศึกษาเทียบกับประเทศไทย ข้อดี ข้อเสีย ความเป็นไปได้ และความคุ้มค่าในการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมในประเทศไทย รวมไปถึงการศึกษารูปแบบการให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในระบบสุขภาพ

1.2 ทบทวนรายละเอียดข้อกำหนดและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่ายเงินกองทุนภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม การนำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์ การลงทุนเพื่อสังคม และการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม ภายใต้การให้คำปรึกษาจากคณะที่ปรึกษาด้านกฎหมาย เพื่อให้ได้ประเด็นข้อกำหนดที่เป็นปัญหาอุปสรรค และแนวทางการดำเนินงานตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริหารโรงพยาบาลที่จะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพบริการให้แก่ผู้ประกันตน

1.3 สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้บริหารสำนักงานประกันสังคมที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้บริหารในคณะกรรมการประกันสังคมที่มาจากผู้แทนนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม

1.4 จัดทำ Focus Group ของกลุ่มตัวอย่างลูกค้าผู้ใช้บริการในฐานะผู้ป่วยในระบบประกันสังคม และกลุ่มผู้แทนนายจ้าง เพื่อสรุปลักษณะสถานพยาบาลและบริการที่พึงประสงค์

2. ศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สสำรวจความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่ผ่านมาในการใช้บริการสถานพยาบาลคู่สัญญาของ สำนักงานประกันสังคม โดยศึกษาจากข้อมูลitudinal ที่มีอยู่ในระบบ

2.2 สสำรวจความคิดเห็นลูกจ้างผู้ประกันตน ในพื้นที่ที่มีผู้ประกันตนหนาแน่น เกี่ยวกับการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม และความคาดหวังต่อการให้บริการให้ระบบประกันสังคม

การศึกษาเชิงคุณภาพ

1. กลุ่มเป้าหมาย

ประกอบด้วย ผู้บริหารสำนักงานประกันสังคม ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายด้านประกันสังคม เช่น รองเลขาธิการสำนักงานประกันสังคมที่เกี่ยวข้อง ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนเงินทดแทน ผู้แทนในคณะกรรมการประกันสังคม คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการด้านประกันสังคม จำนวน 15 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาของการให้บริการของสถานพยาบาลในระบบประกันสังคมในปัจจุบันเปรียบเทียบกับ 5 ปีย้อนหลัง ความคาดหวังต่อการให้บริการของสถานพยาบาล และสิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุง

การศึกษาเชิงปริมาณ

1. กลุ่มเป้าหมาย

ประกอบด้วย ลูกจ้าง/ผู้ประกันตน จำนวน 500 ตัวอย่าง (Blue collar, White collar) ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พระนครศรีอยุธยา และสมุทรปราการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย แบบสอบถาม เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นของผู้ประกันตนต่อการใช้บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม ตลอดจนทัศนคติของผู้ประกันตนต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน และความคิดเห็นต่อรูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลประกันสังคมเพื่อผู้ประกันตน

1.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) หาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ฯลฯ

1.8 แผนการดำเนินงาน

รายละเอียดกิจกรรม	เดือนที่							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ทบทวนเอกสารต่างประเทศ และสถานการณ์ปัญหาในระบบบริการของผู้ประกันตน								
2. สัมภาษณ์ความคิดเห็นลูกจ้างผู้ประกันตน								
3. ศึกษาการจัดบริการและสถานการณ์การเงิน รพ.ประกันสังคมในประเทศไทย								
4. สัมภาษณ์ผู้บริหารสำนักงานประกันสังคม								
5. จัดทำ focus group ผู้ประกันตนและนายจ้าง								
6. ทบทวนกฎหมายและจัดตั้งคณะทำงานพิจารณาประเด็นข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง								

รายละเอียดกิจกรรม	เดือนที่							
	1	2	3	4	5	6	7	8
7. วิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล จัดทำร่างรายงานผลการศึกษา								
8. นำเสนอสำนักงานประกันสังคมตามที่ สปส. ประสานแจ้งมา								
9. นำเสนอคณะที่ปรึกษาวิชาการให้ความเห็น ปรับปรุงแก้ไข รายงาน								
10. นำเสนอรายงานฉบับสมบูรณ์								

1.9 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เน้นการทบทวนเอกสารและข้อกฎหมายเป็นหลัก เพื่อศึกษา

1. รูปแบบและผลลัพธ์การดำเนินการโรงพยาบาลประกันสังคมในต่างประเทศ โดยพิจารณา
คัดเลือกจากประเทศที่มีข้อมูลสมบูรณ์ 2-3 ประเทศ ได้แก่ ญี่ปุ่น ชิลี สหรัฐอเมริกา และหรือ
อังกฤษ (กรณี Bupa)
2. ข้อดี ข้อเสีย ของการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม (ในเชิง Concept)
3. กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง
4. แนวทางการพัฒนาและบริหารจัดการโรงพยาบาลประกันสังคมในประเทศไทย ทางเลือก
ข้อดี ข้อเสีย
5. วิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงินของการพัฒนาและดำเนินกิจการโรงพยาบาล
ประกันสังคมโดยอิงตัวอย่างโรงพยาบาลต้นแบบ
6. ความเป็นไปได้ในการร่วมทุนกับโรงพยาบาลเอกชนเพื่อส่งเสริมคุณภาพการให้บริการแก่
ผู้ประกันตน

1.10 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการจัดตั้ง
โรงพยาบาลประกันสังคม และรูปแบบการบริหารโรงพยาบาลประกันสังคมในต่างประเทศ
ตลอดจนทบทวนสถานการณ์ปัญหาที่เกิดจากการให้บริการของสถานพยาบาลในระบบ
ประกันสังคม
2. กำหนดกรอบประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้บริหารสำนัก
ประกันสังคม ต่อการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน

3. สำรวจความคิดเห็นลูกจ้างผู้ประกันตนในเขตพื้นที่ที่มีผู้ประกันตนหนาแน่น เกี่ยวกับการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม และความคาดหวังต่อระบบบริการในโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ
4. วิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงินของการพัฒนาและการดำเนินกิจการโรงพยาบาลประกันสังคมโดยอิงตัวอย่างโรงพยาบาลต้นแบบ (cost structure, sustainable, hospital model)
5. ศึกษาความเป็นไปได้ในการร่วมทุนกับโรงพยาบาลเอกชนเพื่อส่งเสริมคุณภาพการให้บริการแก่ผู้ประกันตน (ตัวอย่างการร่วมทุน และตัวอย่างการบริหารจัดการของโรงพยาบาลมหาชน 3 รวมทั้งตัวอย่างในโรงพยาบาลที่มีปัญหาการให้บริการในสายตาของผู้ประกันตนที่สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้คัดเลือกให้และประสานงานให้ทีมวิจัยเข้าไปจัดเก็บข้อมูลต้นทุนค่าใช้จ่าย)
6. จัดตั้งคณะทำงานที่ปรึกษาทางด้านกฎหมาย เพื่อให้ความเห็นต่อประเด็นข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข
7. วิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จัดทำข้อเสนอความเห็นต่อรูปแบบการบริหารโรงพยาบาลในระบบประกันสังคมของประเทศไทย
8. จัดตั้งคณะที่ปรึกษาวิชาการ เพื่อควบคุมคุณภาพผลงานวิจัย และเพื่อความครบถ้วนสมบูรณ์ของเนื้อหางานวิจัย

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

2.1 สถานการณ์ของปัญหาที่เกิดจากการให้บริการของสถานพยาบาลในระบบประกันสังคม

จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการสังคมของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าสาเหตุสูงสุดที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก มาจากอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย คิดเป็นร้อยละ 61 และร้อยละ 52 ในปี พ.ศ. 2548 และ 2556 ตามลำดับ รองลงไปเป็นการไปรับบริการเนื่องจากเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนการใช้บริการกรณีผู้ป่วยใน มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาล เป็นสาเหตุสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 42 ในปี พ.ศ. 2548 และ 2556 ตามลำดับ รองลงไปเป็นสาเหตุที่เกิดจากอุบัติเหตุ

ตารางที่ 1 สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ประกันตนที่เข้าใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

สัดส่วนของผู้ประกันตนที่เข้าใช้บริการผู้ป่วยนอก จำแนกตามสาเหตุการเจ็บป่วย พ.ศ. 2554 - พ.ศ. 2556		
สาเหตุการเจ็บป่วย	2554	2556
อาการป่วย/รู้สึกไม่สบาย	61.05%	51.73%
อุบัติเหตุ/ถูกทำร้าย	4.83%	7.83%
ไปรับบริการอื่นๆ เนื่องจากโรคเรื้อรัง	34.12%	40.44%
รวม (ร้อยละ)	100.00%	100.00%

สัดส่วนของผู้ประกันตนที่เข้าใช้บริการผู้ป่วยใน จำแนกตามสาเหตุการเจ็บป่วย พ.ศ. 2554 - พ.ศ. 2556		
สาเหตุการเจ็บป่วย	2554	2556
โรค	50.01%	42.18%
อุบัติเหตุ	20.53%	22.75%
คลอดบุตร	27.74%	31.32%
อื่นๆ	1.72%	3.74%
รวม	100.00%	100.00%

ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2554 และ 2556

แนวโน้มผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิประกันสังคมในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2554 และ 2556 มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 49 โดยลำดับ ในขณะที่การใช้สิทธิประกันสังคมกรณีผู้ป่วยใน กลับเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76 เป็นร้อยละ 87 ในปี พ.ศ. 2554 และ 2556 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 สัดส่วนของผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิประกันสังคมกรณีบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ร้อยละของผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยนอก จำแนกตามการใช้สิทธิประกันสังคม พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556		
การใช้สิทธิประกันสังคม	2554	2556
ไม่ใช่	44.91%	50.11%
ใช่	55.09%	49.89%
รวม (ร้อยละ)	100.00%	100.00%

ร้อยละของผู้ประกันตนประเภทผู้ป่วยใน จำแนกตามการใช้สิทธิประกันสังคม พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556		
การใช้สิทธิประกันสังคม	2554	2556
ไม่ใช่	24.16%	13.03%
ใช่	75.84%	86.97%
รวม (ร้อยละ)	100.00%	100.00%

ที่มา การสำราจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2554 และ 2556

สำหรับสาเหตุที่ผู้ประกันตนไม่ไปใช้สิทธินั้น ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 65 แจ้งว่า เป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย โดยสัดส่วนของการไม่ไปใช้สิทธิด้วยเหตุผลดังกล่าวในปี พ.ศ.2554 และ พ.ศ.2556 ไม่แตกต่างกันมากนัก ส่วนสัดส่วนของสาเหตุที่ผู้ประกันตนไม่ไปใช้สิทธิอื่นเนื่องมาจากปัญหาบริการ คือ ไม่สะดวก ขำรอนาน ไม่แน่ใจคุณภาพยา และแพทย์รักษาไม่เก่ง จากการสำรวจทั้งสองครั้งพบว่ามีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ ประมาณร้อยละ 21 ส่วนสาเหตุของการไม่ไปใช้สิทธิในกรณีผู้ป่วยในนั้นมีความแตกต่างกัน โดยในปี พ.ศ.2554 ประมาณร้อยละ 46 แจ้งว่าเกิดจากการรอนาน แต่ในปี พ.ศ.2556 ผู้ประกันตนระบุสาเหตุอย่างชัดเจนว่าเป็นปัญหาของการบริการ คือ ไม่สะดวก ขำรอนาน ไม่แน่ใจคุณภาพยา รวมกันประมาณร้อยละ 36 โดยสาเหตุที่ไม่ใช้บริการอันเนื่องมาเป็นกรณีอุบัติเหตุได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ซึ่งอาจเป็นผลของนโยบายฉุกเฉินรักษาทุกที่ และจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

ตารางที่ 3 สาเหตุของการไม่ใช้สิทธิประกันสังคมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี 2554 และ 2556

สัดส่วนสาเหตุของการไม่ใช้สิทธิประกันสังคมผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556		
สาเหตุของการไม่ใช้สิทธิประกันสังคม	2554	2556
เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย	65.63%	66.46%
อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน	0.27%	2.37%
สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก	1.99%	0.63%
ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ	4.81%	5.43%
ไม่มีค่าพาหนะ	0.00%	0.00%
ซ้ำ รอนาน	11.90%	11.58%
ไม่แน่ใจในคุณภาพยา	2.04%	0.97%
ถูกเลือกปฏิบัติ	0.00%	0.06%
บุคลากรใน รพ.ด / เจ้าหน้าที่พูดไม่ไพเราะ	0.00%	0.73%
แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถามอาการ / ไม่ให้ข้อมูล	0.00%	0.00%
แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เก่ง / รักษาไม่หาย	2.13%	1.25%
ไม่ได้อยู่ในภูมิลำเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ	1.14%	0.17%
สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการไม่ครอบคลุม	2.74%	1.66%
อื่น ๆ (ระบุ).....	0.78%	1.45%
ไม่ทราบ	6.57%	7.23%
ไม่แน่ใจในคุณภาพบริการ	0.00%	0.00%
รวม (ร้อยละ)	100.00%	100.00%

สัดส่วนสาเหตุของการไม่ใช้สิทธิประกันสังคมผู้ป่วยใน พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556		
สาเหตุของการไม่ใช้สิทธิประกันสังคม	2554	2556
อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน	9.85%	20.20%
สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก	10.41%	23.00%
ไม่มีค่าพาหนะ	0.00%	0.00%
ซ้ำ รอนาน	46.34%	17.82%
ไม่แน่ใจในคุณภาพยา	0.00%	4.64%
ถูกเลือกปฏิบัติ	0.00%	0.00%
บุคลากรใน รพ.ต. / เจ้าหน้าที่พูดไม่ไพเราะ	0.00%	0.00%
แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถามอาการ / ไม่ให้ข้อมูล	0.00%	0.00%
แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เก่ง / รักษาไม่หาย	2.45%	13.05%
ไม่ได้อยู่ในภูมิสำเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการ	0.25%	0.00%
สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม	2.23%	5.50%
อื่น ๆ	3.22%	12.92%
ไม่ทราบ	25.25%	2.87%
ไม่แน่ใจคุณภาพบริการ	0.00%	0.00%
รวม (ร้อยละ)	100.00%	100.00%

ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2554 และ 2556

2.2 สถานการณ์ปัญหาการให้บริการของสถานพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาที่เกิดจากการให้บริการของสถานพยาบาลในระบบประกันสังคมสามารถจำแนกเป็นปัญหาที่มีผลมาจากกลไกการบริหารของสำนักงานประกันสังคม และปัญหาจากการจัดบริการของสถานพยาบาล โดย

1. ปัญหาจากกลไกการบริหาร

กลไกการบริหารของสำนักงานประกันสังคมที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อการให้บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมนั้น เกิดจากการบริหารการจ่ายของสำนักงานประกันสังคม (นิภาพร, 2554) ทั้งแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ซึ่งเป็นวิธีจ่ายหลัก และการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลในบางรายการเพิ่มเติมให้เป็นรายการไป ผู้ประกันตนต้องเลือกสถานบริการหลักเพื่อใช้เป็นสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ)

ซึ่งสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิจะต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจนสิ้นสุดการรักษา โดยสำนักงานประกันสังคมจะเป็นผู้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ส่วนกรณีที่ผู้ประกันตนต้องไปรับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ หรือในกรณีส่งต่อ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย แม้จะเป็นบริการที่สำนักงานประกันสังคมต้องจ่ายเพิ่มเติมโดยตรงนอกเหนือค่าใช้จ่ายรายหัวก็ตาม สถานพยาบาลหลักต้องเป็นผู้รายงานและเบิกจ่ายจากประกันสังคม เพื่อจ่ายเงินชดเชยให้สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยส่งต่อไป

ในส่วนของการตรวจสอบและชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคม แบ่งตามประเภทหน่วยงานออกเป็น 2 กลุ่ม (นิภาพร, 2554) ได้แก่ กลุ่มที่ 1 สำนักสิทธิประโยชน์ (หน่วยงานส่วนกลาง) รับผิดชอบการตรวจสอบและชดเชยค่าบริการทางการแพทย์สำหรับสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ และกลุ่มที่ 2 สำนักงานประกันสังคม สาขา/เขตพื้นที่ (หน่วยงานสาขา) รับผิดชอบการตรวจสอบและชดเชยค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตน รายละเอียดของกระบวนการตรวจสอบและชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของทั้งสองกลุ่ม มีดังนี้

กลุ่มที่ 1 สำนักสิทธิประโยชน์ (หน่วยงานส่วนกลาง) สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิจะยื่นคำขอเพื่อให้สำนักสิทธิประโยชน์ตรวจสอบเอกสาร พิจารณาฟิล์ม ภายในระยะเวลา 30 นาที จากนั้นเจ้าหน้าที่จะบันทึกคำขอและตรวจสอบหลักฐาน ภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง 5 นาที และนำเข้าสู่กระบวนการจัดทำรายงานและจัดชุดเอกสาร เพื่อเตรียมอนุมัติ และแจ้งผลการพิจารณาให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิและกองการเงินและบัญชีกองทุน ภายในระยะเวลา 1 วัน โดยเจ้าหน้าที่จะใช้เวลา 2 วันในการตรวจเอกสาร/จัดชุด/บันทึกขออนุมัติจ่ายเงิน เพื่อให้ผู้มีอำนาจลงนามในเช็คและจ่ายเช็ค ภายใน 2 วัน โดยระยะเวลาช่วงยื่นคำขอและระยะเวลารอคอยผ่านกระบวนการตรวจสอบ 9 ขั้นตอน ใช้เวลาทั้งสิ้น 7 วัน ซึ่งปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่ประมาณ 20 คน โดยไม่มีบุคลากรด้านสาธารณสุขอยู่ในสำนักงานโดยตรง ส่วนกรณีที่มีปัญหาจะใช้วิธีปรึกษาแพทย์ที่ปรึกษาเป็นครั้งคราว จากการวิเคราะห์งานพบว่า สำนักสิทธิประโยชน์มีการะงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 55 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2551 ถึงปีงบประมาณ 2554 โดยไม่มีอัตรากำลังเพิ่มตามปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น

กลุ่มที่ 2 สำนักงานประกันสังคม สาขา/เขตพื้นที่ (หน่วยงานสาขา) ผู้ประกันตนสามารถยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย (สปส.2-01) ที่ส่วนงานสิทธิประโยชน์ สำนักงานประกันสังคม สาขา/เขตพื้นที่ที่สถานประกอบการขึ้นทะเบียนไว้ เอกสารประกอบด้วย ใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองแพทย์ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาบัตรรับรองสิทธิ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารหน้าแรก อย่างละ 1 ชุด จากนั้นจะเป็นขั้นตอนการพิจารณาของสำนักงานประกันสังคม สาขา/เขตพื้นที่ โดยพิจารณา 2 ประเด็นหลัก คือ การพิจารณาว่าเป็นการเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน หรือไม่ และการพิจารณาว่าเป็นกรณีฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุในการไปรับบริการ

ทางการแพทย์ในสถานพยาบาลอื่นนอกเหนือจากที่ระบุไว้ในบัตรรับรองสิทธิฯ หรือไม่ หากผลการพิจารณายังไม่ชัดเจน สำนักงานประกันสังคมจะขอเอกสารหรือสอบข้อเท็จจริงเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่ไม่ต้องขอข้อมูลเพิ่มเติม สำนักงานประกันสังคมจะมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณา และส่งจ่ายเงิน โดยผู้ประกันตนสามารถรับด้วยตนเอง หรือมอบฉันทะให้บุคคลอื่นมารับแทนได้ หรือโดยวิธีการส่งธนาณัติให้ผู้ประกันตน หรือโอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาต่างๆ ตามบัญชีของผู้มีสิทธิ กรณีที่ผลการพิจารณาปฏิเสธการจ่ายเงิน ผู้ประกันตนมีสิทธิยื่นอุทธรณ์ผลการพิจารณาต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ตัวแทนนายจ้าง ตัวแทนลูกจ้าง และผู้แทนจากสำนักงานประกันสังคมร่วมพิจารณา

ปัญหาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนกรณีการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง

จากการทบทวนงานวิจัยเพื่อนำไปสู่การเร่งรัดปรับปรุงระบบบริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคมที่ผ่านมา พบว่าปัญหาจากข้อร้องเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยจากสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคมในระหว่างปีพ.ศ. 2550-2553 จำแนกตามผลการวินิจฉัยข้อร้องเรียนเชิงมาตรฐาน ในประเด็นที่โรงพยาบาลถูกตัดสินว่าบกพร่อง ในเรื่องที่ไม่วินิจฉัยไม่ได้หรือให้การรักษาไม่เหมาะสม หรือโรงพยาบาลหลีกเลี่ยงการรักษา ปฏิเสธรักษา หรือเลือกปฏิบัติ หลีกเลี่ยงการรักษากรณีฉุกเฉิน รักษาไม่ได้มาตรฐานเป็นเหตุให้เกิดผลเสียต่อผู้ประกันตน และจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องเพิ่มเติม พบว่าปัญหาที่ทำให้ผู้ประกันตนไม่สามารถเข้าถึงบริการในกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงได้นั้น มี 3 ประเด็นปัญหา (นิภาพร, 2554) ดังนี้

1) เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมมีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในไว้ด้วยกันเป็นรายหัว มีการกำหนดอัตราค่าบริการกลุ่มโรคค่าใช้จ่ายสูงเพิ่มในกรณีของการตรวจด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ แต่เป็นการจ่ายเพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลหลักในกรณีที่ผู้ประกันตนเจ็บป่วยและได้รับการรักษาพยาบาลด้วยโรคค่าใช้จ่ายสูง ทำให้โรงพยาบาลหลักบางแห่งมีลักษณะของการยื้อการรักษาไว้ ชะลอการส่งต่อผู้ประกันตนไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและขอบเขตการรักษาที่สูงกว่า อันเนื่องมาจากเกรงว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นและถูกเรียกเก็บจะมีราคาสูงเกินกว่าอัตราที่ทางสำนักงานประกันสังคมกำหนดให้ ซึ่งการยื้อการรักษานี้ ผลกระทบที่ตามมาคือ การเลือกหรือการเปลี่ยนสถานพยาบาลของผู้ประกันตน (selection bias) ที่ผู้ประกันตนจะเปลี่ยนไปเลือกสถานพยาบาลหลักที่สามารถให้บริการหรือยินยอมส่งต่อผู้ประกันตนไปรับการรักษากรณีกลุ่มโรคค่าใช้จ่ายสูงได้

ในขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ เห็นว่า ผลกระทบทางอ้อมที่เกิดขึ้นกรณีกลุ่มโรคค่าใช้จ่ายสูงเกิดจากการที่โรงพยาบาลหลักของผู้ประกันตนปฏิเสธหรือมีความล่าช้าในการจ่ายค่ารักษาให้กับโรงพยาบาลที่ส่งต่อในกรณีการส่งต่อผู้ประกันตนไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพระดับสูง ซึ่งทางโรงพยาบาลหลักส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลรับส่งต่อนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นโรงเรียนแพทย์ และมีการเรียกเก็บในมีอัตราที่สูง เนื่องจากมีการนำเอาเทคโนโลยีหรือวิธีการรักษาใหม่ๆ

หรือตัวยาใหม่ๆ มาใช้ในการรักษาทำให้อัตราที่เรียกเก็บมีราคาสูง ถึงแม้ว่าบางรายการที่เป็นกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับราคาที่ทางสำนักงานประกันสังคมจ่ายคืนให้กับโรงพยาบาลหลักแล้ว ราคาที่ทางโรงพยาบาลรับส่งต่อเรียกเก็บยังสูงกว่า เช่น กรณีรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีการให้การรักษาตามแนวทางการรักษาใหม่ๆ ซึ่งบางครั้งไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษาที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไว้ ค่าใช้จ่ายที่เป็นส่วนเกินที่เกิดขึ้นจึงเป็นภาระที่ทางโรงพยาบาลหลักต้องรับผิดชอบ ซึ่งประเด็นการรักษาด้วยเทคโนโลยีใหม่ๆหรือยาใหม่นั้น ทางโรงพยาบาลรับส่งต่อให้ความเห็นว่า เนื่องจากเป็นดุลยพินิจของแพทย์ที่ทำการรักษาและเห็นว่าทางผู้ประกันตนได้รับประโยชน์สูงสุดจึงเลือกใช้ถึงแม้ว่าราคาจะแพงหรือไม่ได้อยู่ในรายการที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไว้

2) ผู้บริหารโรงพยาบาลหลักและโรงพยาบาลรับส่งต่อทั้งหมดเห็นว่าอัตราค่าบริการทางการแพทย์ รวมทั้งรายการการผ่าตัดใส่อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไว้กรณีกลุ่มโรคค่าใช้จ่ายสูงนั้น มีการประกาศใช้เป็นระยะเวลานาน ไม่สอดคล้องกับสภาพของโรคสถานะเศรษฐกิจ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน เช่น ราคาค่ายารักษาโรคไวรัสฮิบส์ หรือการผ่าตัดด้วยกล้อง

3) ปัญหาจากกระบวนการเบิกจ่าย กล่าวคือ ความล่าช้าในการเบิกจ่ายเป็นปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นในระบบบริหารจัดการกลุ่มโรคค่าใช้จ่ายสูง และกระบวนการเบิกจ่ายที่ใช้ระบบเอกสารและเอกสารประกอบการเบิกจ่ายจำนวนมาก ทำให้เกิดภาระงานทั้งโรงพยาบาลหลัก โรงพยาบาลส่งต่อ สำนักสิทธิประโยชน์ และสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ ซึ่งหากเปรียบเทียบกับกระบวนการหรือขั้นตอนการเบิกจ่ายกรณีค่าใช้จ่ายสูงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ จะเห็นว่ามี ความคล่องตัวมากกว่า

โดยโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักที่เป็นเอกชนระบุว่า ค่าบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลระดับสูงหรือสถานพยาบาลเครือข่ายในกรณีการส่งต่อ (Refer) อยู่ในระดับสูง และมีความแตกต่างในแต่ละโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดปัญหาการร้องเรียนของผู้ประกันตนว่าโรงพยาบาลจงใจส่งต่อล่าช้าหรือไม่ยอมส่งต่อ ผลการวินิจฉัยข้อร้องเรียนเชิงมาตรฐานที่ตัดสินว่า โรงพยาบาลบกพร่องต่อจำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมดสูงขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 48 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 71 ในปี 2553 เมื่อพิจารณาถึงประเด็นที่โรงพยาบาลถูกตัดสินว่าบกพร่อง จะเป็นเรื่องวินิจฉัยไม่ได้ หรือให้การรักษาไม่เหมาะสมสูงสุด และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย จากร้อยละ 70.2 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 84.2 ในปี 2553 รวมถึงปัญหาความล่าช้าในการทำเรื่องส่งต่อ (Refer) ของสถานพยาบาลหลักที่เป็นสถานพยาบาลเอกชน การทำหนังสือส่งต่อที่จำกัดเงื่อนไขบางอย่างที่ขัดต่อสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน สำหรับคดีการอุทธรณ์ระหว่างสถานพยาบาลหลักกับโรงพยาบาลระดับสูงหรือสถานพยาบาลเครือข่าย ส่วนใหญ่มักเกี่ยวกับการส่งต่อและอัตราค่าจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสม การเรียกเก็บค่าบริการไม่ครบถ้วนและไม่ตรงเวลา รวมถึงการปฏิเสธการรับผู้ป่วยกรณีส่งต่อของโรงพยาบาลระดับสูงหรือสถานพยาบาลเครือข่าย

แม้ว่าจะมีการปรับกลไกการจ่ายไปเป็นการจ่ายแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในกรณีผู้ป่วยในที่มี Adjusted RW มากกว่า 2 แต่ระบบงานยังไม่เรียบร้อย

4) อัตราราคาที่โรงพยาบาลเอกชนกำหนดนั้นสูงกว่าราคาที่โรงพยาบาลของรัฐขายมาก ในบางรายการสูงกว่าเป็นเท่าตัว (นิภาพร, ประสิทธิ์ศิริผล, และ สกุลพาณิชย์, การบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน ตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน, 2556)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบราคาขายยาของโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งกับอัตราค่าบริการของกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อยา	ราคาตามอัตราค่าบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (บาท)	ร้อยละของราคาที่แพงกว่าอัตราที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
Moxifloxacin 400 mg./250 ml.(Avelox)	903.56	148.68
Methylprednisolone 1 gm.	2,520.89	144.28
Levofloxacin 500 mg. tab	73.83	139.74
Methylprednisolone 500 mg	1,650	115.76
Lansoprazole (Prevacid) 30 mg. Tab	51.5	115.53

ที่มา (นิภาพร, ประสิทธิ์ศิริผล, และ สกุลพาณิชย์, 2556)

2. ปัญหาเชิงโครงสร้างของสำนักงานประกันสังคม (วิเลปนนานนท์, นนทชนาธรรม, และ วิริยะรัตน์ศักดิ์, 2554)

1) ปัญหาการนำเข้าข้อมูลเข้าสู่การตรวจสอบ เกิดจากการที่สถานพยาบาลส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน ความล่าช้าในการนำรายการเรียกเก็บเข้าสู่ระบบการตรวจสอบเพื่อจ่ายเงินเนื่องจากต้องทำการบันทึกจากแบบรายงานเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของสำนักงานประกันสังคม นอกจากนี้ยังเกิดความล่าช้าในการจัดการรายการเรียกเก็บที่มีปัญหา (Pended Claim)

2) ปัญหาข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและโครงสร้างพื้นฐานของสำนักงานประกันสังคม เนื่องจากจำนวนบุคลากรไม่สอดคล้องกับภาระงาน บุคลากรที่มีความสามารถในการตรวจสอบรายการเรียกเก็บค่าบริการ (Adjudication) มีไม่เพียงพอ ทำให้กระบวนการทำงานล่าช้า รวมไปถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศและ/หรือระบบข้อมูล ระบบงานสนับสนุนอื่นที่มีส่วนช่วยในการเก็บและแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกันตนของหน่วยงานตรวจสอบภายในระบบประกันสังคมและส่วนที่เชื่อมโยงกับสถานพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคม และปัญหาความผิดพลาดในวิธีการตรวจสอบรายการเรียกเก็บค่าบริการ

3) ปัญหาด้านการจัดการ เช่น การประสานงานระหว่างหน่วยตรวจสอบรายการเรียกเก็บค่าบริการ และหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ (Claim Investigation) หรือ สอบทานการใช้ทรัพยากรสุขภาพ (Utilization Review) รวมถึงการขาดกลไกและเครื่องมือในการตรวจสอบการจ่ายเงินตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ

กล่าวโดยสรุป สถานการณ์ปัญหาที่เกิดจากการให้บริการในระบบประกันสังคมปัจจุบันเป็นผลสืบเนื่องมาจาก (1) กลไกการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล โดยเฉพาะกรณีการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมไปถึงอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึงรายการการผ่าตัดใส่อวัยวะเทียม/อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดมีความไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ตลอดจนความล่าช้าในการเบิกจ่าย อีกทั้งความต้องการของสถานพยาบาลเอกชนที่ต้องการได้รับการชดเชยอัตราค่าบริการอยู่ในระดับที่สูงมาก จึงส่งผลให้สถานพยาบาลหลักชะลอการส่งต่อหรือไม่ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและมีขอบเขตการรักษาที่สูงกว่า (2) ปัญหาเชิงโครงสร้างของสำนักงานประกันสังคม ทั้งในส่วนของความล่าช้าในการจัดการเรียกเก็บข้อมูลที่มีปัญหาเข้าสู่ระบบการตรวจสอบ ตลอดจนข้อจำกัดทางด้านบุคลากรที่มีจำนวนไม่สอดคล้องกับภาระงานและความสามารถในการตรวจสอบมีจำกัด รวมไปถึงปัญหาการจัดการภายในของสำนักงานและการขาดกลไกเครื่องมือในการตรวจสอบการจ่ายเงิน เหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีผลต่อการปฏิเสธการส่งตัวผู้ป่วยประกันตน การเลือกปฏิบัติ และการหลีกเลี่ยงการรักษากรณีฉุกเฉิน

2.3 การทบทวนรูปแบบโรงพยาบาลประกันสังคม

การจัดบริการรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคมของประเทศต่างๆ มีความแตกต่างกัน จำแนกได้เป็น 2 รูปแบบ (International Social Security Association (ISSA), 2012; International Social Security Association (ISSA), 2013; International Social Security Association (ISSA), 2014; Josep , Robinson, & Jakubowsk, 2005; Saltman, Busse, & Figueras, 2004) กล่าวคือ บางประเทศจะเลือกใช้วิธีการจัดบริการ โดยเลือกใช้บริการจากสถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศ เช่น ระบบประกันสังคมในประเทศยุโรป แต่ในบางประเทศเลือกใช้วิธีการจัดบริการ โดยจัดตั้งสถานบริการเป็นของตนเอง ซึ่งพบมากในระบบประกันสังคมของประเทศในกลุ่มลาตินอเมริกา

สำหรับรูปแบบการจัดบริการในระบบประกันสุขภาพเอกชนก็เช่นเดียวกัน บางบริษัทเลือกใช้วิธีการจัดบริการ โดยเลือกใช้บริการจากสถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศ แต่บางบริษัทเลือกใช้วิธีการจัดบริการ โดยจัดตั้งสถานบริการเป็นของตนเอง

หลักการแนวคิด

ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สถาบันแนวใหม่ (New Institution Economic) แสดงให้เห็นว่าองค์กรต้องตัดสินใจในการกำหนดขอบเขตการดำเนินการของธุรกิจ เพื่อความอยู่รอดขององค์กร (Williamson, 1985) โดยต้องเลือกที่จะดำเนินธุรกิจในลักษณะควมรวมกิจการ (Vertical integration) หรือ แยกทำเฉพาะเรื่องที่ชำนาญ (Separation) ทั้งนี้ ปัจจัยหลักต้นที่สำคัญ คือ ต้นทุนการแลกเปลี่ยนสินค้า/บริการ (Transaction cost)¹ ระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภค นอกเหนือไปจากมูลค่าของสินค้าและบริการที่ผลิต Williamson อธิบายว่าการตัดสินใจขององค์กรดังกล่าวเป็นการเลือกกลไกอภิบาลระบบ (Alternative government structure) เพื่อการจัดการปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้บริโภคและผู้ผลิต (ซึ่งอาจมีประสิทธิภาพหรือไม่มีประสิทธิภาพก็ได้) การตัดสินใจเลือกทำเฉพาะเรื่องที่ชำนาญ (Separation) โดยใช้กลไกตลาดในการสร้างข้อตกลงกับผู้ผลิตสินค้า/บริการ นั้น มีข้อดีในเรื่องประสิทธิภาพการผลิตที่ได้จากผู้ผลิตที่ชำนาญ แต่มีความเสี่ยงและมีต้นทุนการแลกเปลี่ยนสินค้า/บริการ ทางเศรษฐศาสตร์ที่สำคัญคือการต่อรองไม่สำเร็จ หรือสำเร็จแต่ไม่ได้ผลผลิตตามต้องการ ในทางกลับกันถ้าเลือกที่จะดำเนินธุรกิจในลักษณะควมรวมกิจการ (Vertical integration) มาผลิตสินค้า/บริการเอง ก็จะลดความเสี่ยงและต้นทุนการแลกเปลี่ยนสินค้า/บริการจะต่ำกว่า แม้ว่าจะมีการต่อรองภายในองค์กรระหว่างหน่วยผลิตและหน่วยที่ต้องการบริการอยู่เช่นเดิม แต่องค์กรสามารถใช้อำนาจในการลดปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตามการบริหารจัดการภายในจะเกิดความเสี่ยงอีกประการหนึ่ง คือ การหลงอำนาจ (Abuse of power) โดย Williamson สรุปว่า องค์กรจะเลือกการจัดการภายในองค์กร หากการแลกเปลี่ยนมีความซับซ้อน มีกิจกรรมที่ต้องพึ่งพากันมาก มีความต้องการบุคลากร และสถานที่ที่มีความเฉพาะเจาะจง รวมทั้งมีความไม่แน่นอนสูงหรือมีความซับซ้อนในการสร้างข้อตกลงที่สมบูรณ์แบบที่ใช้งานได้จริง ในทางปฏิบัติมีหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นผลกระทบจากความซับซ้อนและมูลค่าของต้นทุนการแลกเปลี่ยนสินค้า/บริการทางเศรษฐศาสตร์ต่อการควมรวมกิจการทั้งในบริการสุขภาพและกิจกรรมอื่นและการจัดทำข้อตกลง (Economic Sciences Prize Committee of the Royal Swedish Academy of Sciences, 2009; Herberholz & SupakankuntiCentr, 2015) การจัดการกลไกตลาดภายในองค์กร (Marin & Street, 2007) รวมทั้งการเพิ่มมูลค่าจากนวัตกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นเนื่องจากประสิทธิภาพในการสื่อสารและประสิทธิภาพของการไหลเวียนสารสนเทศ (Donato, 2010)

¹ Transaction cost (North, 1990) ประกอบด้วย ต้นทุนในการกำหนดมูลค่าที่ใช้แลกเปลี่ยน ต้นทุนในการคุ้มครองสิทธิความเป็นเจ้าของ (สิทธิในการใช้ สิทธิที่ไม่ใช้ สิทธิที่จะได้รับค่าตอบแทนจากสินค้า/บริการ และ สิทธิที่จะสามารถทำการแลกเปลี่ยนสินค้า/บริการ) และต้นทุนในการบังคับให้เป็นไปตามข้อตกลง ในทางเศรษฐศาสตร์ ถือเป็นส่วนหนึ่งของต้นทุนการผลิต เขียนเป็นสมการอย่างง่ายได้ว่า $Production\ cost = cost\ of\ transformation + transaction\ cost$

ประเทศเม็กซิโก

ข้อมูลทั่วไป

เม็กซิโกเป็นประเทศที่มีเนื้อที่ขนาดใหญ่ มีประชากร 113 ล้านคน การปกครองเป็นลักษณะของสหพันธรัฐ มีรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น ประกอบด้วย 31 รัฐ (state) และ 1 เขตนครหลวง (Federal District) แต่ละรัฐจะมีความเป็นอิสระจากกันโดยมีรัฐธรรมนูญ รัฐสภา และมีฝ่ายตุลาการประจำท้องถิ่นเป็นของตนเอง ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประเทศเม็กซิโกมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ทำให้ปัจจุบันอยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลาง (High-middle income country) แต่อย่างไรก็ตาม ความยากจน ความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจสังคม และความไม่เท่าเทียมของค่าใช้จ่ายด้านการประกันสังคมที่บริหารจัดการโดยภาครัฐในแต่ละรัฐยังคงเป็นปัญหาอยู่ (Lomelí, Rodríguez, และ Weber, 2012)

ภาพรวมระบบหลักประกันสุขภาพ

เม็กซิโกเป็นประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมคนในประเทศตั้งแต่ปี ค.ศ. 2012 (Knaul, 2012) โดยรูปแบบระบบประกันสุขภาพของภาครัฐจะเป็นการจัดระบบตามกลุ่มอาชีพ มีองค์กรรับผิดชอบต่างกัน เป็นอิสระต่อกัน และแต่ละองค์กรจะมีหน่วยบริการสุขภาพเป็นของตนเอง นอกจากนี้ ลักษณะเด่นอีกประการหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพของเม็กซิโก คือ ชุดสิทธิประโยชน์ของหน่วยงานหลักประกันสุขภาพในแต่ละองค์กรจะมีความแตกต่างกัน และกำหนดให้สมาชิกต้องใช้บริการจากหน่วยบริการสุขภาพของตนเองเป็นหลัก (Bonilla-Chacín & Aguilera, 2013) ดังนี้

1. ระบบประกันสุขภาพโดยภาครัฐ (Social Security System) ครอบคลุม

กลุ่มอาชีพที่มีนายจ้าง โดยใช้การคลังแบบประกันสังคม เพื่อให้ความคุ้มครองลูกจ้างที่อยู่ในองค์กรรวมถึงสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ องค์กรที่ดูแลสมาชิกในระบบประกันสังคมในเม็กซิโกจะมีอยู่หลายองค์กร จำแนกตามกลุ่มประชากรเป้าหมายได้ดังนี้

- (1) กลุ่มลูกจ้างที่อยู่ในระบบการจ้างงานอย่างเป็นทางการ (formal sector) และแรงงานนอกระบบที่สมัครใจเป็นผู้ประกันตน มี Mexican Social Security Institute หรือ The Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) เป็นหน่วยงานหลักประกันสุขภาพ ซึ่งถือเป็นองค์กรประกันสังคมที่ใหญ่ที่สุดในเม็กซิโกเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ
- (2) กลุ่มลูกจ้าง/พนักงานของรัฐ มี Security and Social Service for State Workers (ISSSTE) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ เป็นองค์กรที่มีขนาดใหญ่เป็นอันดับสองรองจาก IMSS

- (3) กลุ่มทหาร มี Social Security Institute for Armed Forces (ISSFAM:) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ
- (4) กลุ่มลูกจ้าง/พนักงานของรัฐเฉพาะกลุ่ม เช่น พนักงานโรงงานปิโตรเลียมของรัฐ ลูกจ้างพนักงานในสำนักงานเลขานุการกองทัพเรือ และ ลูกจ้างพนักงานในกระทรวงกลาโหม เป็นต้น โดยแต่ละกลุ่มจะมีองค์กรรับผิดชอบต่างกัน

2. ระบบความคุ้มครองสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบประกันสังคมใดๆ (Social Protection System in Health หรือ SPSS) อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) ระบบนี้เกิดขึ้นสืบเนื่องจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ในปี 2003 ซึ่งมีการจัดตั้งระบบความคุ้มครองทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน และให้มีผลบังคับใช้ในปี 2004 ภายใต้โครงการที่มีชื่อเรียกว่า The Popular Health Insurance (PHI) โดยใช้รูปแบบการคลังแบบประกันสังคม มีแหล่งเงินมาจากเงินสมทบของรัฐบาลกลาง เงินสมทบจากรัฐบาลท้องถิ่นในแต่ละรัฐ และเงินสมทบจากครัวเรือนในจำนวนที่ไม่มากนัก โดยครอบครัวที่ยากจนไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ เพื่อจัดบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิที่มีค่าใช้จ่ายสูง ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด ภายใต้ระบบ SPSS นี้ยังมีกองทุนย่อยสำหรับการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่อาจทำให้เกิดภาวะล้มละลายได้ (กองทุน FPGC: Fund for Protection against Catastrophic Health expenditure) และมีกองทุนประกันสุขภาพสำหรับเด็กเกิดใหม่ที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม ปี 2006 เป็นต้นไป (SMNG: Health Insurance for a new generation)

3. ระบบประกันสุขภาพเอกชน (Private System)

จากรายงานออนไลน์ของ ISA (the International Sociological Association) พบว่าปี 2014 ประชากรของเม็กซิโกที่มีประกันสุขภาพเอกชนมีจำนวนเพียงร้อยละ 5 โดยส่วนใหญ่ของผู้ซื้อประกันเอกชนจะเป็นกลุ่มที่มีรายได้ค่อนข้างสูง และอีกส่วนหนึ่งจะเป็นประกันสุขภาพที่นายจ้างจัดให้แก่ลูกจ้าง โดยนายจ้างจะได้รับสิทธิประโยชน์ทางภาษีกลับคืน ทั้งนี้ นโยบายประกันสุขภาพเอกชนในเม็กซิโกจะมี 2 แผน คือ

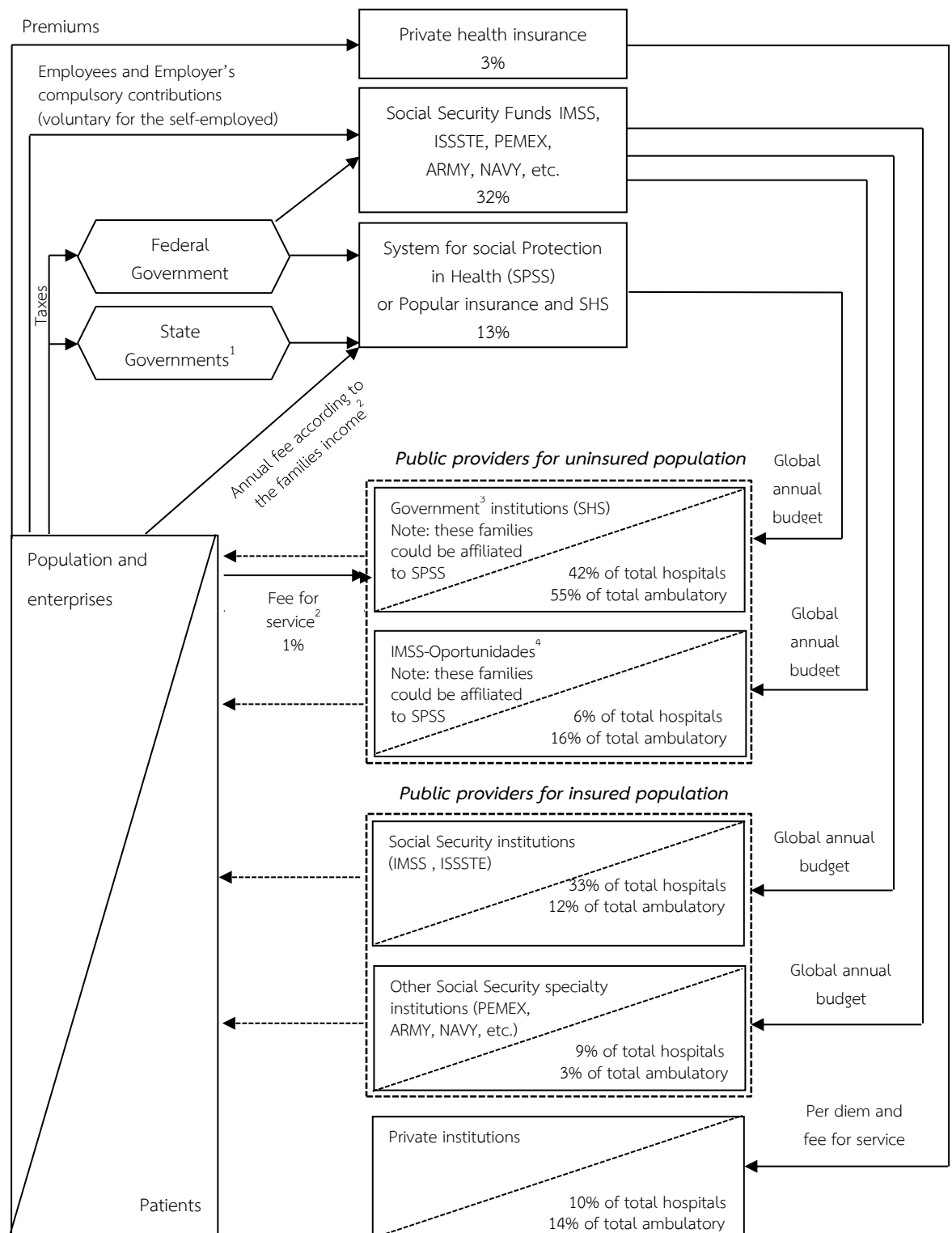
- (1) แผนคุ้มครองสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่อาจทำให้เกิดภาวะล้มละลายได้ (Catastrophic Health expenditure plan หรือ Gastos Médicos Mayores: GMM) เบี้ยประกันภายใต้แผนนี้จะหลากหลายขึ้นกับอายุและเพศของผู้เอาประกัน และผู้ให้ประกันจะมีการบริหารจัดการเหมือน PPO (Preferred Provider Organization) ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งผู้เอาประกันสามารถไปเลือกใช้บริการผ่านเครือข่ายผู้ให้บริการได้ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลหรือแพทย์ก็ตาม
- (2) แผนคุ้มครองบริการสุขภาพเฉพาะ เป็นแผนประกันสุขภาพที่บริษัทเอกชน หรือ โรงพยาบาล หรือกลุ่มแพทย์ เสนอขายให้แก่ประชาชน โดยอยู่ภายใต้การกำกับควบคุม

ของ ISES (The Specialized Health Insurance Institutions) ซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐ ในกำกับกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการการประกันแห่งชาติของ กระทรวงการคลัง (the Ministry of Treasury's National Commission of Insurance) โดยรูปแบบการดำเนินงานจะมีลักษณะเหมือน managed care ในสหรัฐอเมริกา

แต่อย่างไรก็ตาม ตลาดประกันสุขภาพเอกชนในเม็กซิโกยังคงมีขนาดเล็กและมีความแตกต่างกันทั้งในเชิงขนาดขององค์กรและคุณภาพของการให้บริการ รวมไปถึงการขาดการกำกับควบคุมอย่างเข้มแข็ง (OECD, 2005)

กล่าวโดยสรุป แม้ว่าประเทศเม็กซิโกจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วก็ตาม แต่จากการวิเคราะห์ยังคงพบว่า ประสิทธิภาพการครอบคลุม (Effective coverage) สัดส่วนของประชากรที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพยังมีอยู่จำกัด โดยในปี ค.ศ.2012 มีประชากรที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้เพียงครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด และสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมใดๆ ที่อยู่ในโครงการ The Popular Health Insurance (PHI) ยังอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับหลักประกันสุขภาพของกลุ่มประชากรที่เป็นลูกจ้างที่มีนายจ้าง (Lomelí, Rodríguez, และ Weber, 2012)

แผนภาพที่ 1 The health-care system in Mexico, main flows, 2003



SHS=State Health Services.

1. State expenditure for health has been at the discretion of the state governments. However, from 2004 under the SPSS a contribution for each affiliated family is compulsory.

2. The uninsured population pays "annual fee" and receive free access.

3. Federal and State Health Services for the uninsured population (State Health Services, National Institutes of Health, etc.)

4. Federal resources for IMSS-Oportunidades programme (for the uninsured) are allocated through the IMSS budget (given that the programme is run by a Coordination Unit set within IMSS for that purpose). These resources should not be considered within social security expenditure.

Source: MoH(2004d), System of National and State Health Accounts, Mexico.

ภาพรวมระบบบริการสุขภาพ

แม้ว่าระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศเม็กซิโกมีทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและสถานพยาบาลเอกชน แต่สถานบริการส่วนใหญ่จะเป็นของรัฐ และองค์กรหลักประกันสุขภาพแต่ละแห่งมักเป็นเจ้าของสถานพยาบาลเอง และมีการจ้างบุคลากรเป็นของตนเอง

โรงพยาบาลและคลินิกของรัฐบาล จะอยู่ภายใต้การกำกับควบคุมของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งส่วนใหญ่จะให้บริการแก่สมาชิกของ The Population Health Insurance ซึ่งไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ และมักเป็นผู้มีรายได้น้อย โดยจะได้รับการจัดสรรงบประมาณผ่านกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลและคลินิกในภาคส่วนของระบบประกันสังคม (Social Security System) จะประกอบไปด้วยหลายๆ องค์กรที่ให้การดูแลกลุ่มผู้ประกันตน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีการจ้างงานอย่างเป็นทางการ และกลุ่มข้าราชการ ซึ่งจะรวมไปถึงครอบครัวของผู้ประกันตนด้วย

สถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการที่มีขนาดเล็ก ให้บริการกับผู้ใช้บริการทุกกลุ่ม

Institute of Social The Mexican Security (IMSS)

IMSS หรือ The Instituto Mexicano del Seguro Social หรือ The Mexican Institute of Social Security เป็นองค์กรภาครัฐอยู่ในกำกับของ The Secretariat of Health ซึ่งเป็นองค์กรกำกับดูแลการให้บริการสุขภาพทางสังคมที่มีอยู่ทั้งหมดในประเทศเม็กซิโกและขึ้นตรงต่อประธานาธิบดี

อย่างไรก็ดี แม้ว่า IMSS จะเป็นองค์กรที่มีการบริหารจัดการเป็นของตนเอง ไม่ได้ขึ้นตรงต่อกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม แต่ในฐานะที่ IMSS เป็นองค์กรผู้ให้บริการสุขภาพด้วย (providers) การดำเนินงานด้านสุขภาพจึงยังคงต้องยึดตามแนวนโยบายของประเทศและมาตรฐานการให้บริการที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

IMSS ถือกำเนิดขึ้นในปี ค.ศ. 1943 โดยเริ่มจากการให้การคุ้มครองทางด้านสุขภาพแก่สหภาพแรงงานกลุ่มต่างๆ และลูกจ้างในบางภาคส่วน ปัจจุบัน IMSS ให้การคุ้มครองแรงงานทั้งในระบบและนอกระบบ โดยแรงงานในระบบจะเป็นระบบบังคับจ่ายเงินสมทบในรูปของไตรภาคีจากนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลกลาง โดยสมาชิกจะได้รับความคุ้มครองทางด้านสุขภาพ รวมไปถึงกรณีทุพพลภาพ คลอดบุตร และบำนาญชราภาพ

นอกจากนี้ IMSS ยังเป็นผู้ซื้อทางด้านการแพทย์และยาที่ใหญ่ที่สุดในแถบลาตินอเมริกา โดยในปี ค.ศ. 2011 IMSS ได้จ่ายค่าใช้จ่ายไปประมาณ 5 ล้านล้านเหรียญต่อการซื้อทั้งหมด และยาที่ซื้อเกือบทั้งหมดเป็นยาสามัญ (generic drugs) มีเพียงร้อยละ 9 เท่านั้นที่เป็นยาที่มีสิทธิบัตร (patented drugs)

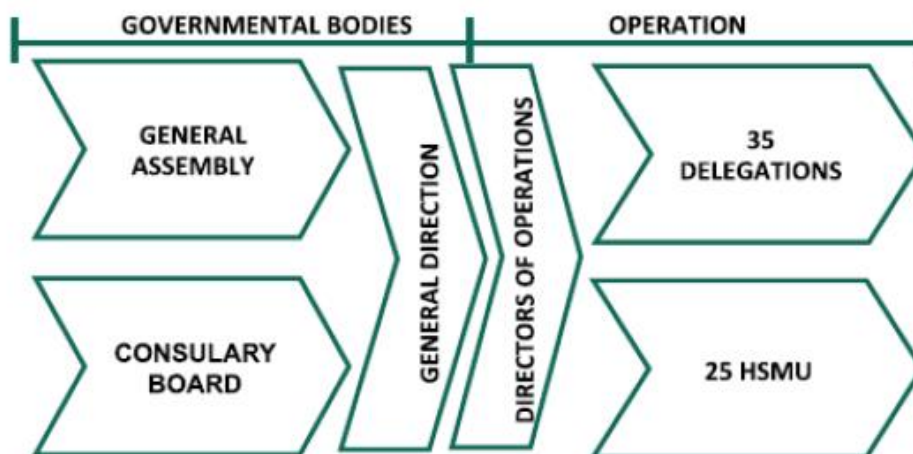
โครงสร้างการอภิบาลและบริหาร

IMSS สามารถแบ่งโครงสร้างการบริหารเป็น 2 ส่วน (Cuéllar, 2012) ดังนี้

ในส่วนการอภิบาลและกำหนดนโยบาย ผู้อำนวยการใหญ่ (General director) ซึ่งได้รับการแต่งตั้งโดยตรงจากประธานาธิบดี เป็นผู้รับผิดชอบภาพรวม โดยทำงานร่วมกับกรรมการที่ปรึกษา (consultary board) และ สมัชชาสามัญ (General assembly) ประกอบด้วยผู้แทนของรัฐบาลกลาง ผู้แทนนายจ้าง และ ผู้แทนลูกจ้าง

ในส่วนการบริหาร มีผู้อำนวยการฝ่ายปฏิบัติการ (Directors of Operations) เป็นผู้รับผิดชอบทำหน้าที่แปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ร่วมกับ ผู้อำนวยการสาขา 35 แห่ง ซึ่งรับผิดชอบสถานพยาบาลปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพ และ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์เฉพาะทาง 25 แห่ง

แผนภาพที่ 2 โครงสร้างการบริหาร IMSS



ที่มา (Cuéllar, 2012)

IMSS แบ่งงานเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

- (1) บริหารจัดการความเสี่ยง (Risk management institution) ทำหน้าที่บริหารระบบประกันภัยสุขภาพ
- (2) บริหารบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย บริการป้องกัน บริการรักษาพยาบาล รวมถึงการรักษาแบบผู้ป่วยนอก
- (3) บริหารการจัดเก็บเงินสมทบ ทำหน้าที่จัดเก็บเงินสมทบจากลูกจ้างและนายจ้าง

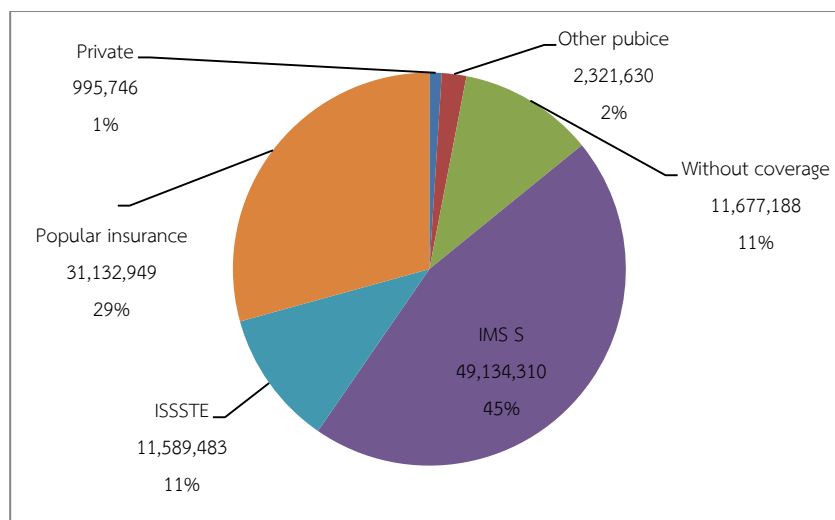
IMSS ได้มีความพยายามที่จะกระจายอำนาจการดำเนินงานลงไปยังระดับพื้นที่ให้มากขึ้น โดยคาดหวังว่าจะทำให้การตัดสินใจ รวมทั้งบทบาทของผู้ซื้อและผู้ให้บริการแยกออกจากกันได้ดียิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติแล้ว การปฏิรูปดังกล่าว หรือการจัดการและการควบคุมคุณภาพต่างๆ ก็ยังคงอยู่ที่ส่วนกลางเป็นส่วนใหญ่ การอภิบาลระบบของ IMSS โดยสรุปแบ่งออกได้ดังนี้

- (1) **ระดับเขต** IMSS จะแบ่งออกเป็น 4 เขต โดยแต่ละเขตจะกำกับควบคุมสำนักงานสาขา (Delegations) ในแต่ละรัฐ รวมไปถึงการควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแผนกลยุทธ์ที่วางไว้ โดยโครงสร้างของเขตจะมีลักษณะเช่นเดียวกับโครงสร้าง IMSS ส่วนกลาง
- (2) **ระดับรัฐ** จะมีสำนักงานสาขา (Delegations) และศูนย์แพทย์เฉพาะทางในระดับสูง (UMAES) เป็นหน่วยบริหาร โดยทั้งสองแห่งจะมีอิสระในการจัดทำข้อตกลงเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ในรัฐของตนเอง ทั้งการทำข้อตกลงในด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ยา รวมไปถึงการตัดสินใจลงทุนในโรงพยาบาลขนาดเล็ก ทั้งนี้ สำนักงานสาขาจะได้รับงบประมาณจัดสรรตามต้นทุนในอดีตจาก IMSS ส่วนกลางเป็นหลัก และงบประมาณส่วนใหญ่จะถูกนำไปใช้ในเรื่องของการค่าตอบแทนบุคลากร ส่วนงบประมาณที่เหลือจากการจ่ายค่าตอบแทน จะถูกกระจายไปยังพื้นที่โดยพิจารณาจากภาระโรค อายุ และเพศของประชากรในพื้นที่ โดย IMSS ส่วนกลางจะทำหน้าที่ในการติดตามประเมินผลการใช้จ่ายงบประมาณของสำนักงานสาขาในทุกๆ 3 เดือน
- (3) **ระดับหน่วยบริการ** โรงพยาบาลในระบบ IMSS จะมีอิสระในการตัดสินใจค่อนข้างน้อย ทรัพยากรนำเข้าเกือบทั้งหมดและบทบาทการจัดการทางการเงินการคลังจะถูกจัดการจากส่วนกลาง หรือจากหน่วยบริการในระดับเขต และเช่นเดียวกันงบประมาณที่จัดสรรลงไปยังโรงพยาบาลจะจัดสรรตามต้นทุนในอดีต โดยส่วนกลางจะอนุญาตให้ระดับหน่วยบริการตัดสินใจเองได้เล็กน้อย นอกจากนี้หน่วยบริการของภาครัฐในกำกับของกระทรวงสาธารณสุขยังสามารถขายบริการให้แก่ IMSS หรือประกันสุขภาพภาคเอกชน หรือองค์กรของภาครัฐได้ (แต่ข้อมูลในส่วนนี้มีปรากฏน้อยมาก)

ผู้อยู่ในความคุ้มครอง (coverage)

- ระบบบังคับ (Compulsory system) :
ลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีการจ้างงานอย่างเป็นระบบ (formal sector) และครอบครัว
- ระบบสมัครใจ (Voluntary system):
ผู้ประกอบการอาชีพอิสระ แรงงานนอกระบบ และผู้ว่างงาน แต่ปัจจุบันผู้ประกันตนกลุ่มนี้ยังคงมีจำนวนค่อนข้างจำกัด (OECD, 2005)

แผนภาพที่ 3 จำนวนประชากรในระบบสุขภาพของแม็กซิโก จำแนกตามกลุ่มประชากร



ที่มา The Mexican Institute of Social Security : Evolution, Challenges and Perspectives, Mexico 2010

อัตราเงินสมทบ

- นายจ้าง จ่ายร้อยละ 20.4 ของค่าจ้างขั้นต่ำ
- ลูกจ้าง อัตราเงินสมทบจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับค่าจ้าง
- รัฐบาลกลาง จ่ายร้อยละ 14.5 ของค่าจ้างขั้นต่ำ

ทั้งนี้ ในระบบ IMSS จะไม่มีการร่วมจ่าย (cost sharing) เนื่องจากเป็นข้อกำหนดภายใต้กฎหมายประกันสังคมและกฎระเบียบของ IMSS

ผู้มีสิทธิประกอบด้วย

- ผู้ประกันตนที่จ่ายเงินสมทบ
- สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา-มารดาที่อยู่ในการดูแล บุตรที่อยู่ในการดูแล โดยบุตรจะสามารถใช้สิทธิได้จนถึงอายุ 16 ปี หลังจากนั้นต้องไปใช้สิทธิในโครงการอื่นต่อจนถึงอายุ 18 ปี แต่กรณีเป็นบุตรที่ยังศึกษาอยู่ จะสามารถใช้สิทธิได้จนถึงอายุ 25 ปี และหากบุตรเป็นผู้พิการ ทุพพลภาพ จะสามารถใช้สิทธิได้ไปจนตลอดชีวิต

ระบบบริการสุขภาพ

ผู้ประกันตนในระบบ IMSS สามารถไปรับบริการสุขภาพได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะรวมไปถึงค่ายาด้วย อย่างไรก็ตาม สิทธิในการเลือกของผู้ประกันตนจะมีจำกัด ผู้ประกันตนไม่สามารถเลือกคลินิกหรือโรงพยาบาลได้เอง ในกรณีที่ผู้ประกันตนไปรับบริการแต่แพทย์ที่ทำการรักษาประจำไม่อยู่อันเนื่องจากการลาพักหรือไปศึกษาอบรม ก็จะมีแพทย์คนใหม่เข้ามาให้การรักษาแทน ผู้ประกันตนไม่สามารถเลือกแพทย์ที่จะให้การรักษา ณ จุดบริการได้ ทั้งนี้ บริการสุขภาพในระบบ IMSS จะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (three-tiered basis) ดังนี้

1) คลินิกประจำครอบครัว (family care clinic):

โดยทั่วไปแล้วคลินิกประจำครอบครัวเหล่านี้จะมีความแตกต่างกันอย่างหลากหลาย ทั้งในด้านอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ บางแห่งสามารถทำการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการได้ (lab testing) สามารถตรวจเอ็กซเรย์ได้ รวมทั้งการให้คำปรึกษาทางด้านยา แต่บางแห่งก็ไม่สามารถทำได้ และแพทย์ประจำครอบครัวจะไม่สามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกันตนผ่านทางโทรศัพท์ได้เช่นกัน

2) โรงพยาบาลทั่วไป (Regional clinic or hospital):

ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และบริการผู้ป่วยใน

3) ศูนย์แพทย์ที่ให้บริการรักษาเฉพาะด้าน เช่น มะเร็ง หัวใจ ฯลฯ

กรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน

ในกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน ผู้ประกันตนสามารถไปรับบริการได้ที่ทั้งที่คลินิกประจำครอบครัว หรือในโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ดีที่คลินิกประจำครอบครัวมักจะมีชั่วโมงการให้บริการที่ค่อนข้างจำกัด (บริการผู้ป่วยนอก เปิดให้บริการ 12 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง) และบางแห่งไม่มีเครื่องมือสำหรับการรักษาในกรณีฉุกเฉินที่รุนแรง นอกจากนี้ IMSS ยังสามารถรับผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ประกันตนเพื่อเข้ารับการรักษาได้ในกรณีฉุกเฉิน หรือในกรณีที่ไม่มีหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขตั้งอยู่ในพื้นที่นั้นๆ

บริการต่างๆ ประกอบด้วย

- บริการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน (acute treatment)
- บริการผู้ป่วยนอก
- บริการการดูแลการฝากครรภ์และคลอดบุตร
- บริการอายุรกรรมทั่วไปและบริการเฉพาะด้าน
- การจัดหายา

สำหรับการให้บริการเฉพาะบางประเภทจำเป็นต้องมีระยะเวลาการเกิดสิทธิ เช่น บริการรับฝากครรภ์ ผู้ประกันตนจะต้องเป็นสมาชิกในระบบ IMSS มาแล้วไม่น้อยกว่า 10 เดือน หรือการผ่าตัดทางด้านนรีเวชวิทยาทุกประเภท (gynaecological surgery) ต้องเป็นผู้ประกันตนมาแล้ว 1 ปี และ 2 ปีสำหรับการผ่าตัดเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ (orthopaedic surgery) ส่วนการส่งต่อการรักษาที่ไม่ใช่ผู้ป่วยระยะเฉียบพลันเพื่อไปรับการรักษาในหน่วยบริการเฉพาะทาง จำเป็นต้องมีระยะเวลาการรอคอยมากกว่า 2 เดือนขึ้นไป

นอกจากนี้ โรงพยาบาลของ IMSS ยังสามารถซื้อบริการเฉพาะ (manage care) จากหน่วยบริการของภาคเอกชน หรือจากหน่วยบริการของภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข) ได้อีกด้วย

ในปี ค.ศ. 2011 หน่วยบริการของ IMSS มีทั้งหมด 1,797 แห่งทั่วประเทศ โดยแบ่งออกเป็นคลินิกประจำครอบครัว 1,510 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 262 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะด้านที่ให้การรักษาด้วยเทคโนโลยีที่มีค่าใช้จ่ายสูงอีกจำนวน 25 แห่ง มีเตียงรวมทั้งสิ้น 29,728 เตียง ห้องผ่าตัด 1,181 ห้อง มีคลินิก (doctor's office) 15,240 แห่ง มีร้านยา 728 แห่ง นอกจากนี้ IMSS ยังจัดให้มีศูนย์รับเลี้ยงเด็กสำหรับลูกจ้าง (day-care centers) 1,459 แห่ง มีร้านขายสินค้าสะดวกซื้ออีก 135 แห่ง รวมทั้งโรงพยาบาลนตอีก 74 แห่ง (Cuéllar, 2012)

ตารางที่ 5 บริการที่จัดในระบบสุขภาพแห่งชาติ (หน่วย: ร้อยละของปี 2007)

	Consultations				Discharges	Surgeries	Auxiliary Diagnostic Services		
	General	Specialty	Emergency	Dental			Laboratory Exams	Radiology	Others
IMSS1/	48.6	41.9	69.8	31.6	42.3	47.4	51.5	56.2	65.5
ISSSTE2/	7.4	15.8	3.9	8.9	7.1	7.5	8.0	8.2	11.8
SSA3/	40.5	30.7	18.3	53.3	45.6	40.4	33.0	26.5	18.2
Others4/	3.5	11.6	8.0	6.3	5.0	5.0	7.5	9.0	4.4

1/Mexican Institute of Social Security, includes IMSS-Operturidades.

2/ Institute for State Workers insurance and Social Servicer.

3/Seretaryial of Health.

4/University Hospitals, Mexican Premium (PEMEX), Seretaryial of the Navy (SEMAR), and Sate Services.

Source : The Mexican Institute of Social Security : Evolution, Challenges and Perspectives, Mexico 2010

บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข

ในปี ค.ศ. 2010 IMSS มีลูกจ้างทั่วประเทศรวมทั้งสิ้น 385,942 คน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยในจำนวนนี้ จะเป็นพยาบาล 95,734 คน เป็นแพทย์ 69,645 คน และเป็นเวชกิจฉุกเฉินระดับสูง (paramedic) อีกจำนวน 61,625 คน (Cuéllar, 2012)

แพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุข

โดยปกติแล้ว บุคลากรทางการแพทย์รวมถึงแพทย์เฉพาะทางที่ IMSS ว่าจ้าง จะได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือนประจำที่ขึ้นอยู่กับจำนวนชั่วโมงในการรักษา ไม่ใช่ตามรายหัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษเพื่อสร้างแรงจูงใจแต่อย่างใด อีกทั้งยังไม่มีระบบประเมินสมรรถนะในการทำงานของแพทย์อีกด้วย (Focus on Mexico, 2009) ส่วนค่าจ้างต่อชั่วโมงของพยาบาล ก็ค่อนข้างต่ำคือประมาณ 1 ใน 3 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าจ้างเฉลี่ย (Aguilar et al., 2003) ด้วยสาเหตุนี้ จึงทำให้บุคลากรที่มีความชำนาญไม่มีแรงจูงใจที่จะอยู่ในระบบต่อ แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว จะพบว่าบุคลากรต่อประชากรที่ให้การรักษาในพื้นที่ ของ IMSS จะมีสัดส่วนสูงกว่าบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข (OECD, 2005)

สำหรับชั่วโมงการทำงานของแพทย์ทั่วไปจะอยู่ที่ 6 ชั่วโมงต่อกะ โดยเฉลี่ยแล้วแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะดูแลผู้ป่วย 20 รายต่อ 1 กะ ส่วนแพทย์เฉพาะทางก็จะให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในอัตราเฉลี่ยเท่ากับแพทย์ทั่วไป

ผู้จัดการโรงพยาบาล (hospital manager)

ผู้จัดการโรงพยาบาลของโรงพยาบาลในแต่ละรัฐ จะอยู่ภายใต้ข้อบังคับตามกฎหมายของรัฐและรัฐบาลกลาง ในด้านการจัดการทรัพยากรบุคคล จากกรณีตัวอย่างหลายๆ กรณีจะพบว่า บทบาทนี้มักจะดำเนินการโดยข้าราชการของรัฐ เนื่องจากข้อกำหนดนี้จะยกเว้นบุคคลที่ถูกว่าจ้างในการทำงานแบบชั่วคราว (ส่วนใหญ่เป็นนักบริหาร) หรือบุคคลที่ได้รับการว่าจ้างเป็นในลักษณะวิชาชีพเฉพาะ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรทางการแพทย์ และการให้ข้าราชการทำหน้าที่นี้ดูเหมือนจะมีเพิ่มขึ้นในแม็กซิโก เพื่อหลีกเลี่ยงผลที่เกิดจากการเจรจาต่อรองกับสหภาพแรงงาน ทั้งนี้เนื่องจากทั้ง IMSS และรัฐแต่ละแห่งจะถูกผูกมัดด้วยข้อตกลงเกี่ยวกับสภาพการจ้างงานที่มีการเจรจาในระดับประเทศกับสหภาพลูกจ้าง

ซึ่งข้อตกลงกล่าวนี้ได้กลายเป็นข้อจำกัดต่อกระบวนการตัดสินใจขององค์กรที่ให้การดูแลด้านสุขภาพ² ซึ่งรวมถึง IMSS ด้วย (Richard J.Bogue et al., 2007)

ตารางที่ 6 บุคลากรด้านสุขภาพในระบบบริการสุขภาพของแม็กซิโก ในภาพรวม

	Doctors ¹	Nurses	Beds ²	Hospitals
Total	184 587	223 461	109 752	4 048
Total public sector	140 235	190 255	76 653	993
Total private sector	44 352	33 206	33 099	3 055
Total per 1 000 population ³	1.8	2.2	1.1	
Breakdown of public sector:				
Population with social security	76 037	106 539	41 737	464
IMSS	55 176	80 520	29 039	262
ISSSTE	15 524	19 887	6 778	105
PEMEX	2 417	2 685	958	23
Sedena	1 845	2 388	4 174	42
Semar	1 075	1 059	788	32
Total per 1 000 population	1.4	2.0	0.8	
Population without social security	64 198	83 716	34 916	529
MoH	58 513	76 137	32 207	454
IMSS-Op	5 029	6 813	2 181	69
University students	656	766	528	6
Total per 1 000 population	1.3	1.7	0.7	

1. Doctors include all physicians: generalists and dentists.

2. Only acute care beds.

3. Population date refer to 2002 : the total population was 103 039 964 (projections from CONAPO); the total population insured by social security was 52 532 867 (reported by MoH, 2004a); total uninsured population was 50 507 097.

Source: MoH (2004a), Boletín de Información Estadística, Secretaría de Salud 2002, Mexico (revised October 2004)

² ประเทศแม็กซิโก จะมีกฎหมายแม่บทของสหพันธรัฐ (federal law) ที่ใช้คุ้มครองแรงงานของอยู่ 2 ฉบับคือ กฎหมายแรงงาน (federal labor law) และกฎหมายประกันสังคม (federal social security law) โดยกฎหมายแรงงานจะมีข้อกำหนดเกี่ยวกับสภาพการจ้างงาน การกำหนดอัตราค่าจ้างขั้นต่ำของลูกจ้างทุกประเภททั้งลูกจ้างทั่วไป และลูกจ้างที่อยู่ในงานเฉพาะด้าน การปลดพนักงานลูกจ้าง และการกำหนดให้มีสภาพแรงงานเพื่อคุ้มครองสิทธิพื้นฐานต่างๆ ของลูกจ้าง

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบบุคลากรด้านสุขภาพ จำแนกตามองค์กรประกันสุขภาพ

	Total public sector	Total uninsured population	MOH SHS	+	IMSS-Op1	Total insured By SS institutions	IMSS	ISSSTE	PEMEX
Practising doctors	92 277	58 269	53 341		4 928	34 008	17 004	14 755	2 249
General practitioners	30%	27%	30%		n.a.	34%	37%	26%	41%
Specialised practitioners	38%	30%	30%		n.a.	45%	43%	53%	54%
Others2	32%	44%	40%			21%	20%	22%	5%
Nurses	186 042	82 950	76 137		6 813	103 092	80 520	19 887	2 685
General nurses	41%	42%	45%		n.a.	41%	41%	39%	43%
Specialised nurses	11%	6%	6%		n.a.	15%	13%	23%	14%
Others2	48%	52%	48%			44%	46%	37%	43%

1. The majority of IMSS-Oportunidades doctors (78% of all practicing doctor) are “pasantes” (Undergraduates students who have finished their courses and are doing their practice at hospital prior to getting their general doctor graduate degree) while 87% of total nurses are auxiliaries.
2. Other includes, in the case of the practicing doctors: pasantes, interns and dentists; while in the case of nurses it refers mainly to auxiliaries.

Source: MoH (2004a), Boletín de Información Estadística, Secretaría de Salud 2002, Mexico.

การจัดสรรเงินให้หน่วยบริการ

แพทย์และพยาบาลจะได้รับการจัดสรรเงินในรูปของเงินเดือนประจำ ในขณะที่หน่วยบริการ (โรงพยาบาล) จะได้รับการจัดสรรเป็นงบประมาณประจำปี โดย IMSS ส่วนกลางจะพิจารณาจัดสรรตามต้นทุนในอดีตและทรัพยากรที่มีอยู่ จะไม่ใช้การพิจารณาตามประสิทธิภาพของโรงพยาบาล หรือการตอบสนองต่อ ผู้มาใช้บริการเป็นเกณฑ์ในการจัดสรรแต่อย่างใด ดังนั้นจึงไม่มีการใช้ตัวชี้วัดเพื่อประเมินสมรรถนะของโรงพยาบาล

งบประมาณของโรงพยาบาลที่ได้รับการจัดสรรจาก IMSS ในแต่ละปี ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ของงบประมาณทั้งหมดจะเป็นค่าจ้างบุคลากร ส่วนอีกร้อยละ 20 ที่เหลือจะเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการดำเนินงานประจำ โดยปกติแล้วโรงพยาบาลเหล่านี้จะมีอิสระในการบริหารจัดการหรือการเข้าไปควบคุมดูแลค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ค่อนข้างน้อย ทั้งนี้เนื่องจากทั้งอัตราค่าจ้างบุคลากร อัตราการจ้างงาน และเงื่อนไขการทำงาน จะอยู่ภายใต้ข้อตกลงที่เป็นพันธะสัญญากับสหภาพแรงงานจากส่วนกลาง ซึ่งจะเป็นเจรจาในระดับประเทศเกือบทั้งหมด แต่ทั้งนี้ หากโรงพยาบาลประสบปัญหาการขาดดุล IMSS ส่วนกลางจะเป็นผู้รับผิดชอบเงินในส่วนที่ขาดให้

ในส่วนของการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่บุคลากรในภาครัฐมักอิงกับระบบอาวุโสเป็นหลัก ระดับอัตราค่าจ้างก็จะค่อนข้างต่ำทั้งแพทย์และพยาบาล นอกจากนี้ระดับอัตราค่าจ้างยังมีความแตกต่างกันระหว่างบุคลากรที่อยู่ในองค์กรประกันสุขภาพซึ่งให้การดูแลผู้ประกันตนกับองค์กรสุขภาพที่ให้การดูแลประชาชนทั่วไป โดยบุคลากรที่อยู่ในองค์กรประกันสุขภาพจะได้รับค่าตอบแทนที่สูงกว่า และจากค่าตอบแทนที่ไม่ได้สร้างแรงจูงใจนี้เอง จึงทำให้บุคลากรที่มีความชำนาญในระบบบริการสุขภาพของแม็กซิโกมีจำนวนลดน้อยลง และยังนำไปสู่การขาดงาน การขาดขวัญกำลังใจของบุคลากร และเกิดการหางานที่สื่องทำของบุคลากรที่มีความชำนาญ (OECD, 2005)

สรุป

ระบบสุขภาพของประเทศแม็กซิโก จะมีแยกเป็นระบบย่อยๆ หลายระบบจำแนกตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย คล้ายคลึงกับประเทศไทย สำหรับระบบประกันสุขภาพที่บริหารจัดการโดย IMSS ถือเป็นระบบประกันสุขภาพขนาดใหญ่ของประเทศแม็กซิโก ที่มีผู้ประกันตนและครอบครัวภายใต้การดูแลเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 45 ของประชากรทั้งประเทศ โดยผู้มีสิทธิจะสามารถไปใช้บริการสุขภาพได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการแต่อย่างใด และเช่นเดียวกับการไปใช้บริการจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไข คือ ผู้ประกันตนจะต้องไปรับบริการในหน่วยบริการที่กำหนด ซึ่งจะต้องเริ่มที่คลินิกประจำครอบครัว และหากจำเป็นต้องไปเข้ารับการรักษาในหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าคลินิกประจำครอบครัว แพทย์ประจำครอบครัวจะต้องเป็นผู้วินิจฉัยและนำส่งอย่างเป็นขั้นเป็นตอน

อย่างไรก็ดี การเข้ารับบริการในแต่ละประเภท ยังจำเป็นต้องตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ประกันตน และผู้มีสิทธิว่าเป็นไปตามเงื่อนไขการเกิดสิทธิของแต่ละประเภทการรักษาหรือไม่ และกระบวนการส่งต่อในกรณีที่ไม่ฉุกเฉินก็จำเป็นต้องมีระยะเวลารอคอยไม่น้อยกว่า 2 เดือน (waiting period)

การจัดหน่วยบริการให้แก่ผู้ประกันตนและครอบครัวนั้น IMSS จะมีการบริหารจัดการตลอดจนมีหน่วยบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เป็นของตนเอง มีการว่าจ้างแพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการโดยให้ค่าตอบแทนเป็นเงินเดือนประจำ นอกจากนี้ IMSS ยังสามารถซื้อบริการในลักษณะของ managed care เหมือนในสหรัฐอเมริกา จากหน่วยบริการของภาครัฐและภาคเอกชนได้

อย่างไรก็ตาม แม้ IMSS จะมีความพยายามที่จะกระจายอำนาจไปยังระดับพื้นที่แล้วก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติอำนาจการบริหารจัดการและการควบคุมคุณภาพส่วนใหญ่ยังคงอยู่ที่ IMSS ส่วนกลาง ประกอบกับการให้บริการจะผูกพันกับข้อตกลงเกี่ยวกับสภาพการจ้างงานซึ่งเป็นการเจรจาต่อรองระดับประเทศของสหภาพแรงงาน จึงมีผลทำให้หน่วยบริการไม่มีอิสระในการตัดสินใจทางด้านการบริหารจัดการรวมถึงการวางแผนทางด้านบริการสุขภาพเท่าที่ควร นอกจากนี้กระบวนการจัดสรรงบประมาณ

ประจำปีให้แก่หน่วยบริการ ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 70-80 ของงบประมาณทั้งหมด จะเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทนให้แก่บุคลากรโดยใช้ระบบอาวุโสเป็นเกณฑ์ ไม่มีการประเมินสมรรถนะการทำงานของบุคลากร อีกทั้งอัตราค่าตอบแทนยังถือว่าต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราค่าจ้างของ OECD ไม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานโดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรที่มีความชำนาญ สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดบริการสุขภาพของแม็กซิโกในปัจจุบันแทบทั้งสิ้น

ประเทศสหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกา เป็นประเทศที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านสุขภาพอนามัยสูงที่สุดในโลกเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนของรายได้ประชาชาติ ก่อนหน้าปี 2014 ในอดีตสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่ไม่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนจะเป็นผู้ซื้อประกันสุขภาพจากภาคเอกชนตามกำลังและรายได้ของตนเอง ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานส่วนใหญ่จะได้รับประกันสุขภาพจากการทำงานที่บริษัทเป็นผู้ซื้อให้ ประกันภัยสุขภาพภาคเอกชนจึงมีบทบาทมากในระบบบริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกา แผนประกันสุขภาพของภาครัฐจะให้การคุ้มครองเฉพาะผู้เกษียณอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกไตหรือผ่าตัดเปลี่ยนไต โดยอยู่ภายใต้แผนสุขภาพ Medicare ส่วนการดูแลสุขภาพให้แก่ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย รัฐบาลกลางจะร่วมกับรัฐบาลในแต่ละมลรัฐในการให้การดูแลภายใต้แผนสุขภาพที่เรียกว่า Medicaid

จากปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และคุณภาพบริการสุขภาพที่แตกต่างอย่างมาก รวมถึงการที่การรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้สหรัฐอเมริกามีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งใหญ่ โดยประธานาธิบดี บารัค โอบามา ได้มีการตรากฎหมาย the Patient Protection and Affordable Care Act ขึ้นในปี 2010 เรียกสั้นๆ ว่ากฎหมาย Affordable Care Act หรือบางครั้งก็จะเรียกว่า ObamaCare ซึ่งเน้นการปฏิรูประบบจ่ายค่าบริการสุขภาพและการจัดระบบบริการแบบบูรณาการ (Maeda , Lee, & Horberg, 2014) โดยมีสาระสำคัญคือ (1) เพื่อให้บริการสุขภาพมีคุณภาพมากขึ้นทั้งด้านการรักษาและการป้องกัน รวมไปถึงการยกมาตรฐานความคุ้มครองด้านประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานให้แก่ประชาชน (2) เพื่อมิให้ประชาชนถูกบริษัทประกันปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือถูกเรียกเก็บเงินเพิ่มอันเป็นผลมาจากการแบ่งแยกทางเพศ (3) เพื่อให้ชาวอเมริกันหลาย 10 ล้านคนที่มีรายได้น้อยไปจนถึงคนที่มิรายได้ปานกลาง สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างทัดเทียมกัน โดยการขยายแผนประกันสุขภาพ Medicaid ของภาครัฐ รวมทั้งให้การอุดหนุนค่าใช้จ่ายผ่านตลาดประกันสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถซื้อประกันสุขภาพในราคาที่สมารถซื้อได้ (ในปี 2013 มีชาวอเมริกันประมาณ 44 ล้านคนที่ไม่มีการประกันสุขภาพ) นอกจากนี้ภายใต้กฎหมายนี้ยังบังคับให้สถานประกอบการขนาดใหญ่ต้องซื้อประกัน

สุขภาพให้กับพนักงานและมีโทษปรับหากฝ่าฝืน อย่างไรก็ตาม การปฏิรูปใหญ่ๆ อันเกิดจากกฎหมายนี้จะเริ่มดำเนินการจริงในปี 2014 และจะปฏิรูปอย่างค่อยเป็นค่อยไปจนถึงปี 2022

ปัจจุบันนับตั้งแต่มี ObamaCare สหรัฐอเมริกาก็ได้ก้าวเข้าสู่ระบบ Universal Insurance ประชาชนทุกคนต้องมีประกันสุขภาพ โดยการจัดการเพื่อให้บริการสุขภาพนั้นรัฐยังคงมอบให้เอกชนเป็นผู้ให้บริการดั้งเดิม และสนับสนุนให้ภาคส่วนของผู้ให้บริการทางสุขภาพรวมตัวกันเป็น Accountable Care Organization (ACO) เพื่อร่วมรับผิดชอบในการดูแลประชากรในสังกัดของตนอย่างบูรณาการ

Kaiser Permanente (KP)

Strandberg-Larsen, Chiotz, และ Frølich (2008) กล่าวว่า Kaiser Permanente จัดเป็นบริษัทประกันสุขภาพที่ถูกยกเป็นตัวอย่างของ Accountable Care Organization³ ที่มีการจัดระบบการดำเนินงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ โดยมีลักษณะเด่น คือ เป็นรูปแบบบริหารที่บูรณาการประกันสุขภาพ สถานพยาบาล และ กลุ่มแพทย์ ไว้ภายใต้กลุ่มบริษัทเดียวกัน โดย การประกันสุขภาพ สถานพยาบาล และ กลุ่มแพทย์ ยังเป็นคงมีอิสระในการบริหารภายใน ที่มีการใช้ทรัพยากรทางการเงินการคลังร่วมกันและรับผิดชอบในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยร่วมกัน

เครือ KP เป็นบริษัทประกันสุขภาพประเภทไม่หวังผลกำไร ขนาดใหญ่ที่สุดของสหรัฐอเมริกา โดยก่อตั้งมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1945 ปัจจุบันมีสมาชิก 9.5 ล้านคน โดยมีสถานพยาบาลและสถานบริการเป็นของตนเอง ตลอดจนมีเครือข่ายแพทย์เป็นของตนเอง รวมทั้งมีแผนประกันสุขภาพและโครงสร้างการจัดการเป็นของตนเอง นอกจากนี้ KP ยังเป็นภาคเอกชนที่มีระบบข้อมูลด้านสุขภาพที่ใหญ่ที่สุด (electronic medical record system: EMR) โดยที่สมาชิกจะสามารถเข้าไปใช้บริการในสถานบริการสุขภาพของ KP ที่ใดก็ได้ที่แพทย์ผู้ให้การรักษในพื้นที่ (clinician) สามารถเข้าถึงข้อมูลของสมาชิกคนนั้นๆ ได้โดยง่ายโดย KP จะให้บริการในตลาดประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกาใน 8 ภูมิภาค (9 รัฐ)⁴ ซึ่ง Kaiser Permanente Northern California (KPNC) จะเป็นองค์กร KP ที่ใหญ่ที่สุดใน 8 ภูมิภาค

³ ในปี 2008 the Commonwealth Fund Commission ของสหรัฐอเมริกา ได้มีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการจัดการสมรรถนะในระบบสุขภาพขนาดใหญ่ของอเมริกา โดยข้อเสนอนี้จะประกอบไปด้วยคุณลักษณะที่พึงประสงค์ 6 ประการในระบบบริการสุขภาพ และ Kaiser ก็เป็น 1 ใน 15 ของกรณีศึกษาที่คณะกรรมการได้พิจารณาหยิบยกขึ้นมาเป็นตัวอย่างของคุณลักษณะ 6 ประการดังกล่าวเพื่อการจัดระบบบริการต่างๆ

⁴ Northern California, Southern California, Colorado (Denver/ Boulder/ Northern areas), Colorado (Southern), Georgia, Hawaii, Maryland/ Virginia/ Washington D.C., Ohio, Oregon/ Washington

โครงสร้างการบริหารจัดการ

KP ประกอบไปด้วย 3 หน่วยงาน คือ Kaiser Foundation Health Plan (KFHP) Kaiser Foundation Hospitals (KFH) และ The Permanente Medical Groups (TPMG) โดยคณะกรรมการบริหาร KFHP และ KFH เป็นกรรมการชุดเดียวกัน มีสำนักงานใหญ่อยู่ที่ Oakland California

- 1) Kaiser Foundation Health Plan (KFHP) เป็นหน่วยงานดูแลแผนประกันภัยสุขภาพ รับผิดชอบการพัฒนาผลิตภัณฑ์ประกันภัยสุขภาพ การขาย รวมไปถึงการจัดเก็บเบี้ยประกันของสมาชิกซึ่งมักจ่ายผ่านนายจ้างหรือจากรัฐบาล อีกทั้งยังเป็นหน่วยสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานและการลงทุนต่างๆ ให้แก่โรงพยาบาลของเครือ KP
- 2) Kaiser Foundation Hospitals (KFH) ดูแลสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่สมาชิก ซึ่งได้รับงบประมาณจาก KFHP
- 3) The Permanente Medical Groups (TPMG) เป็นกลุ่มแพทย์เฉพาะทางหลากหลายสาขาในพื้นที่ทั้ง 8 ภูมิภาค ในลักษณะที่เป็นพันธมิตรร่วมกันในการให้บริการ โดยจะทำงานร่วมกับแผนประกันภัยสุขภาพ (health plan) ของ KFHP และ facility managers ของ KFH โดยกลุ่มแพทย์ของ TPMG รับผิดชอบบริการทางด้านคลินิก การพัฒนาคุณภาพ การจัดการทรัพยากร รวมถึงการดำเนินงานและการออกแบบระบบบริการในแต่ละเขต ทั้งนี้ค่าตอบแทนจะได้รับจาก KPH ในรูปของเงินเดือน ไม่มีค่าตอบแทนตามผลงาน แต่มีการให้โบนัสไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินเดือน

แพทย์ TPMG จะทำงานเฉพาะใน KP เท่านั้นและเช่นเดียวกันที่ KP จะไม่ทำสัญญาว่าจ้างกับแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่ม TPMG ทั้งนี้ KP จะดำเนินการและมีโรงพยาบาลเป็นของตนเอง ส่วนการทำสัญญาซื้อบริการนอกเครือ KP ที่จำเป็นจริงๆ จะดำเนินการโดยกลุ่มแพทย์ เช่นในรัฐแคลิฟอร์เนีย โอเรกอน และฮาวาย จะมีการจัดทำสัญญากับโรงพยาบาลชุมชนที่ให้การดูแลสมาชิกของ KP สำหรับการให้บริการบางประเภท เป็นต้น

KP ให้ความสำคัญกับการพัฒนานวัตกรรมด้านคุณภาพและประสิทธิภาพเป็นอย่างมาก โดยมีหน่วยพัฒนาคุณภาพอยู่ในทั้งส่วน KFH และ TPMG ตัวอย่างของนวัตกรรม เช่น ที่ปรึกษาด้านประสิทธิภาพ (Innovative consultancy) ของ KFH ได้พัฒนาวิธีการส่งงานพยาบาลระหว่างกะให้กระชับขึ้นและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้ระบบสารสนเทศและการส่งงานข้างเตียงโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม อีกตัวอย่างหนึ่ง คือ การจัดให้มีผู้ประสานงานการรักษา (Care coordinator) ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ เพื่อช่วยสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และลดเวลาที่แพทย์ต้องใช้ในการพูดคุยกับคนไข้ เป็นต้น (McCreary, 2010)

การอภิบาลระบบ

ระดับประเทศ

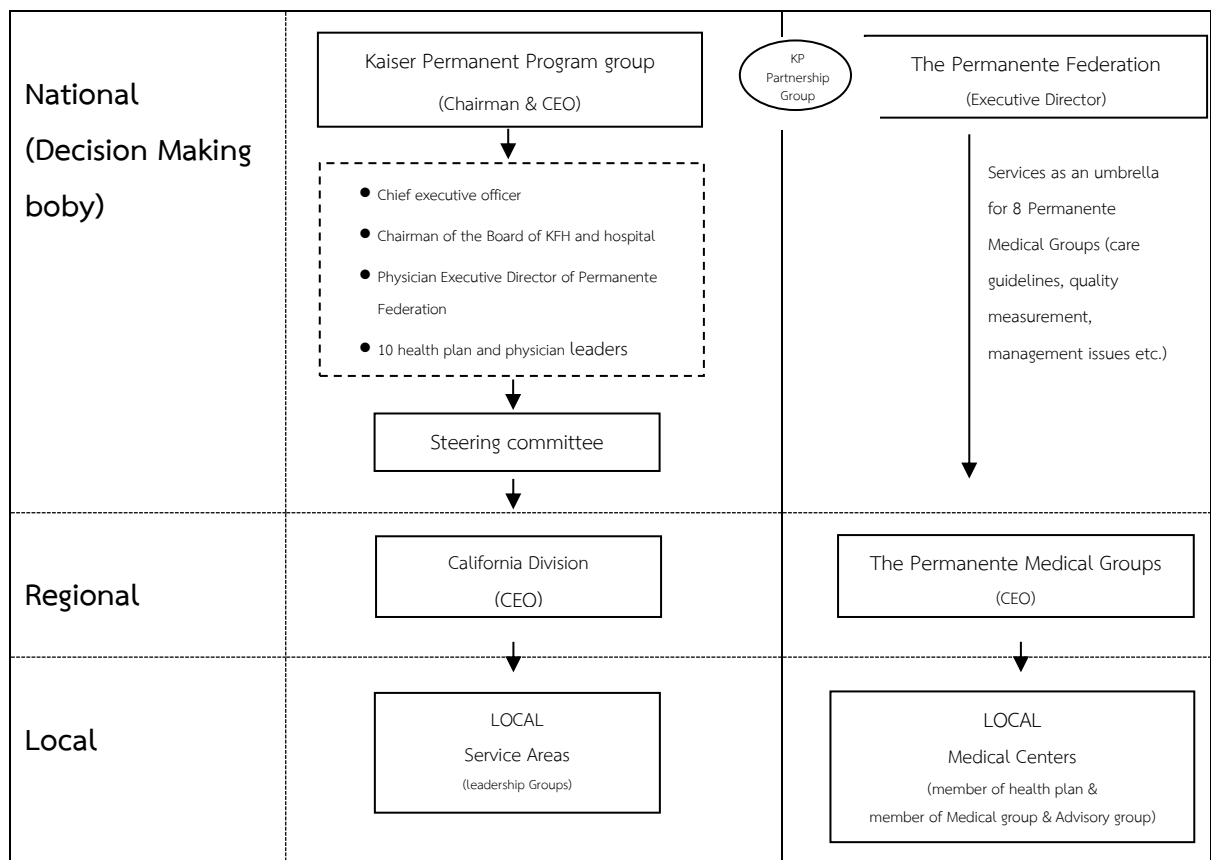
คณะกรรมการบริหาร (National Board of Directors) จะทำหน้าที่ในการกำกับดูแลทั้งในส่วนของ Kaiser Foundation Health Plan (KFHP) และ Kaiser Foundation Hospitals (KFH) โดยคณะกรรมการบริหารระดับชาตินี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกที่อยู่ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ และแทบทั้งหมดมักเป็นสมาชิกของเครือ KP นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ยังร่วมอยู่ในคณะที่ปรึกษาต่างๆ ของ KP หรือเข้าร่วมอยู่ในแผนการพัฒนาคูณภาพบริการต่างๆ อีกด้วย

คณะกรรมการ Kaiser Permanente Program Group จะเป็นคณะที่มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงทั้งจาก KFHP และ KFH ดังตัวอย่างโครงสร้างการบริหารของ Kaiser Permanente ในแคลิฟอร์เนีย ดังแผนภาพที่ 4

คณะกรรมการ The Permanente Federation ทำหน้าที่ในการกำหนดแนวปฏิบัติการให้บริการของกลุ่มแพทย์ TPMG ที่มีอยู่ใน 8 ภูมิภาค เช่น แนวปฏิบัติมาตรฐานในด้านการดูแลรักษาและมาตรการทางด้านคุณภาพ หรือประเด็นที่เป็นการบริหารจัดการต่างๆ ฯลฯ

คณะกรรมการ Joint Labor-Management Partnership Contractual Committees เป็นคณะกรรมการที่เกิดจากการที่ KP และสหภาพแรงงานของ KP ได้จัดตั้งองค์กรพันธมิตรว่าด้วยการบริหารจัดการแรงงาน (Labor-Management Partnership) ขึ้น โดยประกอบด้วยผู้แทนจากแผนงานด้านสุขภาพแพทย์ และผู้แทนฝ่ายลูกจ้างของ KP ปัจจุบันมีสหภาพแรงงาน 26 แห่งได้เข้าร่วมลงสัตยาบันในกลุ่มพันธมิตรนี้ ทั้งนี้ คณะกรรมการชุดนี้จะทำหน้าที่ในการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือที่จะเป็นประโยชน์ในระยะยาว เช่น การพัฒนาคูณภาพบริการ การทำให้ KP เป็นสถานที่ทำงานที่น่าอยู่ การให้ความคุ้มครองทางด้านรายได้และการจ้างงาน การมีส่วนร่วมตัดสินใจในระดับนโยบายของลูกจ้างและสหภาพแรงงาน ฯลฯ

แผนภาพที่ 4 Organization Structure of Kaiser Permanent Northern California



ปรับจาก CIS\Org Charts & Rosters\Org Chars\KP Basic Org.ppt

ระดับภูมิภาค

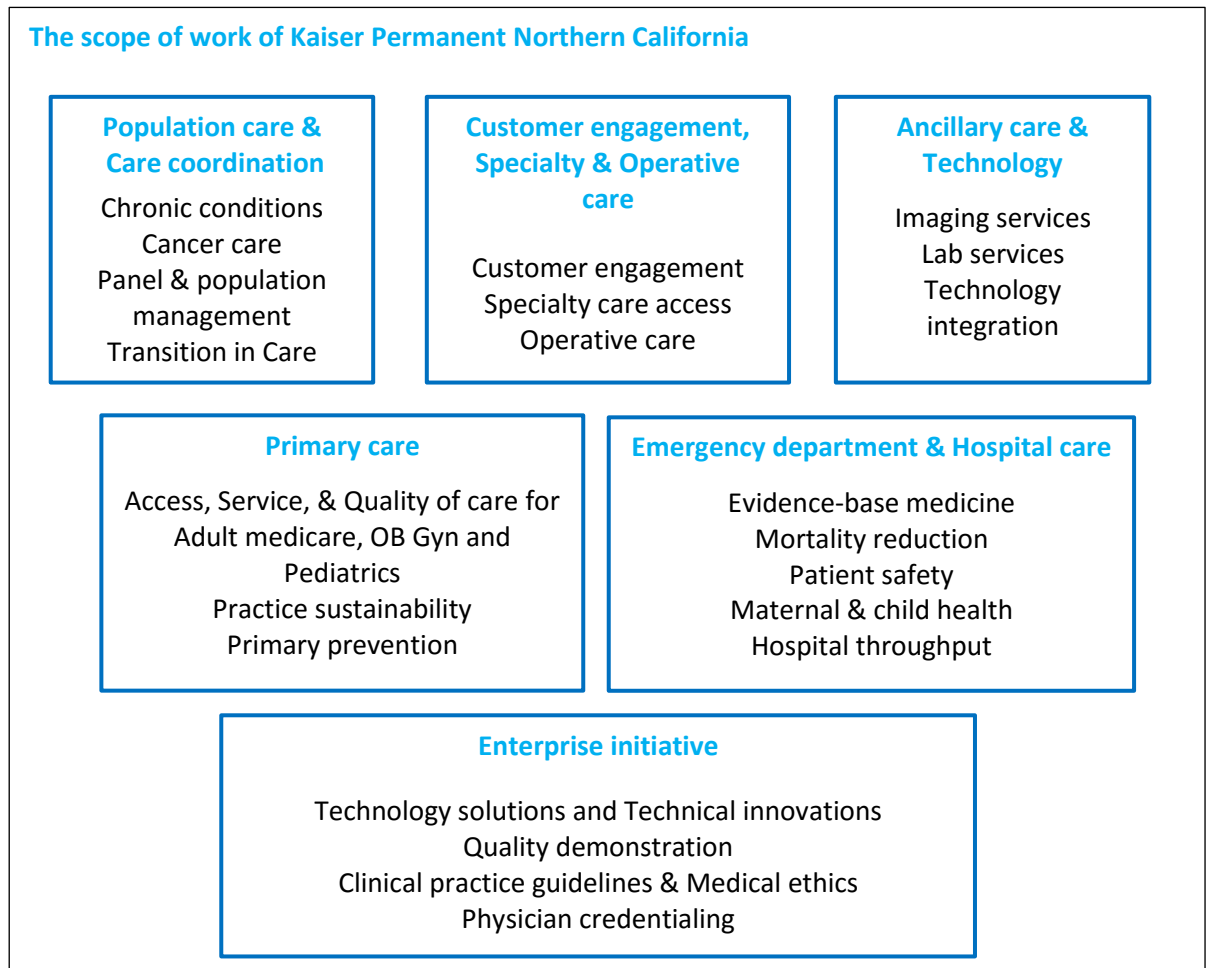
KP จะมีสำนักงานเขต (Division) ตามพื้นที่ เช่น California Division จะเป็นหน่วยงานที่รองรับการทำงานจากส่วนกลาง ที่สั่งการมาจากคณะกรรมการ Kaiser Permanente Program Group โดยรูปแบบการบริหารองค์กรจะอยู่ในรูปของ CEO (Chief Executive Officer)

TPMG จะเป็นกลุ่มแพทย์ซึ่งเป็นพันธมิตรร่วมกันทั้ง 8 เขต ทำหน้าที่ในการให้บริการ โดยจะทำงานร่วมกับผู้จัดการที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนสุขภาพและหน่วยบริการ รวมไปถึงการร่วมกับแพทย์ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพ การจัดการทรัพยากร และการวางรูปแบบระบบและการดำเนินงานของระบบบริการทางการแพทย์ในแต่ละภูมิภาค

ระดับพื้นที่

โรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิ (medical centre) เป็นหน่วยให้บริการ ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่งสามารถเปิดให้บริการอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินได้ด้วย

แผนภาพที่ 5 ขอบเขตการทำงานของ TPMG กรณีตัวอย่างของ Kaiser Permanent Northern California



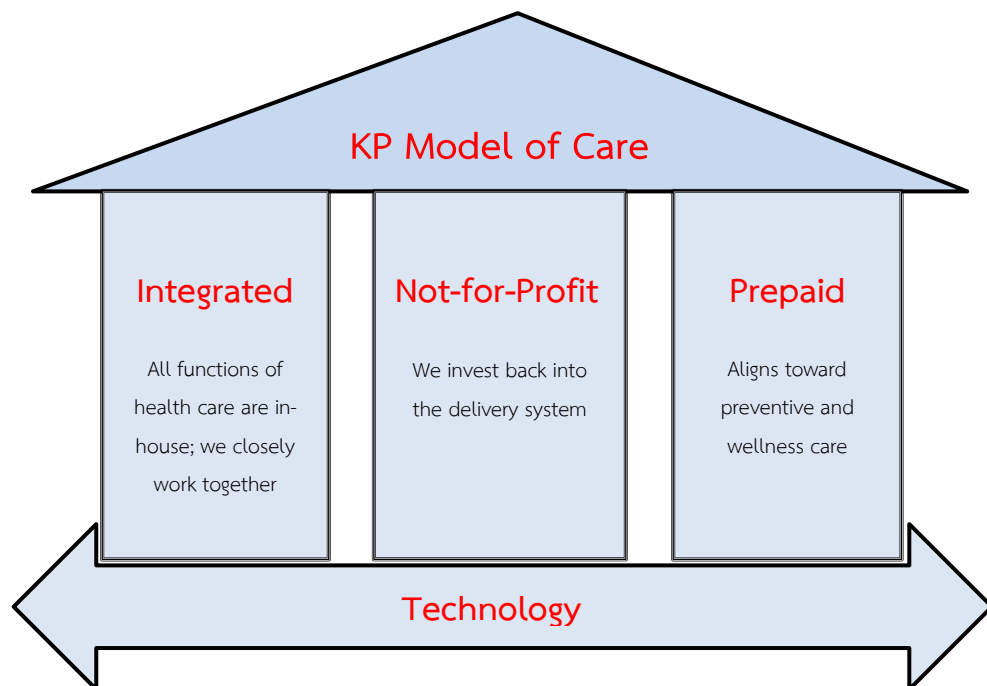
Source: the Permanente Medical group. Inc. Supported by Quality and Operations Support., 2013

รูปแบบการให้บริการ

องค์ประกอบที่มีผลต่อรูปแบบการให้บริการของ KP จะอยู่บน 3 องค์ประกอบสำคัญได้แก่ (1) เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีการจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ (integrated) (2) เป็นการให้บริการที่ไม่แสวงหากำไร (not-for-profit) โดยแผนคุ้มครองสุขภาพที่ KP จัดให้แก่สมาชิกจะเป็นแผนสุขภาพที่ไม่ได้แสวงหากำไร และค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากสมาชิกจะถูกนำไปลงทุนในโครงสร้าง อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการลงทุนต่างๆ ในโรงพยาบาลของ KP สำหรับการให้บริการกลับคืนแก่สมาชิก และบุคลากรที่อยู่ในกลุ่มแพทย์ (TPMG) ของ KP ก็จะได้รับยกเว้นภาษี (3) เป็นระบบคุ้มครองสุขภาพที่จ่ายล่วงหน้า (prepaid) สำหรับสมาชิกในรูปแบบของการประกันสุขภาพในราคาที่สมาชิกสามารถจ่ายได้ โดยไม่ได้มุ่งเฉพาะการ

รักษาโรคหรือการประสบอันตราย แต่จะมุ่งเน้นไปที่การมีสุขภาพที่ดีของสมาชิกและความปลอดภัยเป็นสำคัญ รวมถึงการริเริ่มระบบงบประมาณแบบ fixed budget design มาใช้ในการควบคุมต้นทุน (disease management)

แผนภาพที่ 6 องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการให้บริการของ Kaiser Permanente



Source: the Permanente Medical group. Inc. Supported by Quality and Operations Support., 2013

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Integrated patient pathway)

บริการที่ KP จัดให้แก่สมาชิกจะประกอบไปด้วย บริการผู้ป่วยใน บริการผู้ป่วยนอก บริการส่งเสริมป้องกันโรค บริการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลัน บริการด้านสายตา บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน บริการพิเศษเฉพาะ รวมไปถึงบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การให้บริการของ KP จะมุ่งเน้นไปที่บริการปฐมภูมิ (primary care) รวมทั้งบริการส่งเสริมป้องกันโรค (preventive services) และการจัดการโรคเป็นสำคัญ (disease management) ซึ่งจะครอบคลุมไปถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องของการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการรักษา การขึ้นทะเบียนโรคผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยด้วยทีมวิชาชีพสหสาขา รวมถึงการสะท้อนกลับข้อมูลบริการของผู้ให้บริการ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้สมาชิกมีสุขภาพที่ดีและได้รับการรักษาในระยะเริ่มต้นได้อย่างรวดเร็ว

นอกจากนี้ เพื่อให้บริการการรักษาโรคเรื้อรังภายใต้การใช้ต้นทุนทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด KP ยังได้ริเริ่มแบ่งเกณฑ์การให้การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังออกเป็น 3 ระดับตามความรุนแรงของอาการโรค โดยมีแนวคิดว่าการจัดการดังกล่าวจะช่วยให้คุณภาพการรักษาดีขึ้นและต้นทุนการรักษาโรคเรื้อรังก็จะลดลงตาม

ตารางที่ 8 การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1. Primary care with self-care support	emphasizes a proactive team approach (physician, medical assistants, nurses, pharmacists), develop action plans to engage patients with chronic conditions in self-care and tests when needed.
2. Assistive care management	care managers (specially trained nurses, clinical social workers, or pharmacists) support the primary care team to help patients gain control of chronic condition.
3. Intensive case management and specialty care	an example is a cardiac rehabilitation program for patients with advanced heart disease. Nurse case managers provide telephonic education and support of up to 6 months to help patients make lifestyle changes and reduce their risk of future cardiac events with going on follow-up until patients achieve treatment goals and can be transferred to primary care for maintenance.

Source: Douglas McCarthy et al., 2009

ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย

KP ถือเป็นผู้นำในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศมาอย่างยาวนานเพื่อนำมาใช้ควบคู่ไปกับการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด มีคุณภาพสูงสุด และเป็นการใช้ต้นทุนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งปัจจุบันระบบข้อมูลสารสนเทศของ KP กลายเป็นระบบที่มีการบูรณาการข้อมูลอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีในนามของ KP HealthConnect โดยระบบนี้จะเป็นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ครอบคลุมทั่วประเทศ มีความปลอดภัยสูง สามารถเชื่อมโยงประวัติการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ทุกประเภท รวมทั้งช่วยในการวินิจฉัยของแพทย์ให้เป็นไปได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การรักษาผู้ป่วยทั้งในสถานพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือไปยังหน่วยบริการผู้ป่วยนอกเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งสมาชิกยังสามารถ

เข้าถึงบริการ online ได้ในหลายๆ รูปแบบ ทั้งจากสมาร์ทโฟน แล็ปท็อปหรือแท็บเล็ตที่มีกล้องในตัวเพื่อเชื่อมต่อกับแพทย์ผู้ให้การรักษาผ่าน video conference ได้จากที่พักอาศัย

การใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลภายในกลุ่มผู้ให้การรักษาผู้ป่วย

1. ใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารและฐานข้อมูลที่สำคัญสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่ผู้ให้การรักษาทุกคนสามารถตรวจสอบได้ ตั้งแต่ประวัติการรักษา การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การส่งจ่ายยา และผลการรักษา
2. ใช้เป็นเครื่องมือช่วยสนับสนุนในการตัดสินใจของแพทย์ผู้ให้การรักษา เนื่องจากในฐานข้อมูลจะมีการรวบรวมข้อมูลสำคัญต่างๆ เข้าไว้ด้วยกัน เช่น คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ ยาแนะนำ สัญญาณเตือนเพื่อการตรวจเช็คทางห้องปฏิบัติการ หรือการคัดกรองสำหรับการป้องกันต่างๆ
3. ใช้เป็นเครื่องมือในการขึ้นทะเบียนประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเบาหวาน หืดหอบ และโรคหัวใจ
4. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัย และการจัดทำมาตรการต่างๆ รวมถึงการให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติทั้งเป็นรายบุคคลและทีมปฏิบัติ

การใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลในกลุ่มผู้ใช้บริการ

1. สมาชิกและผู้ป่วยสามารถเข้าระบบ online เพื่อ (1) ตรวจสอบผลการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ (2) ตรวจสอบประวัติการรักษาของตนเอง (3) หาข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ (4) นัดหมายแพทย์ หรือขอรับยาเพิ่ม (5) ตรวจสอบข้อมูลสิทธิประโยชน์ และเงื่อนไขการเกิดสิทธิต่างๆ
2. สมาชิกและผู้ป่วย สามารถ email ถึงแพทย์ที่ให้การรักษาได้โดยตรง
3. สมาชิกสามารถประเมินสถานะสุขภาพของตนเอง พร้อมรับข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

ตารางที่ 9 การใช้บริการ online ปี 2013

บริการนัดหมายแพทย์ผ่านระบบ online	3.6 ล้านราย
ส่งยา	14.8 ล้านราย
ตรวจผลการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติ	34.4 ล้านราย

ที่มา: Kaiser Permanente, Annual report 2013

การบริหารจัดการทรัพยากร

KP เป็นเจ้าของและดำเนินการของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยตนเอง โดย ณ สิ้นปี ค.ศ. 2013 KP มีโรงพยาบาลเป็นของตนเอง 38 แห่ง และเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (medical center) 608 แห่ง รวมทั้งสิ้นเป็น 646 แห่ง ส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข KP ก็มีการว่าจ้างแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเต็มเวลาเป็นของตนเอง นอกจากนี้ KP ยังได้มีการเปิดรับผู้เชี่ยวชาญในการรักษาด้านการส่งเสริมป้องกันอย่างต่อเนื่องอันเป็นผลมาจากจุดเน้นของ KP ในการให้บริการปฐมภูมิที่ต้องมีการสนับสนุนจากทีมงานสหสาขา

ตารางที่ 10 จำนวนบุคลากร และสมาชิกในระบบ KP ปี 2013

	จำนวน (คน)
• แพทย์	17,425
• พยาบาล	48,258
• ลูกจ้าง	174,415
• สมาชิกในระบบ KP	9,100,000

ที่มา: Kaiser Permanente, Annual report 2013

การจ่ายค่าตอบแทนบุคลากร

เนื่องจาก TPMG หรือกลุ่มคณะแพทย์จะได้รับงบประมาณจาก KFH ในรูปของการจ่ายค่าใช้จ่ายล่วงหน้า (prepaid) สำหรับการให้บริการดูแลผู้ป่วยนอก ซึ่ง KFH จะจัดสรรค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ในลักษณะของเงินเดือนโดยอิงตามฐานค่าจ้างในตลาดแรงงาน อย่างไรก็ตาม หากการผลการดำเนินงานเป็นไปได้ดีตามเป้าหมายและแพทย์มีผลการปฏิบัติงานที่ดี KFH จะจ่ายเป็นโบนัสเพิ่มเติมแต่ไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินเดือนที่แพทย์ได้รับ ทั้งนี้ การให้โบนัสจะพิจารณาจากคุณภาพการให้บริการ การเข้าถึงบริการของสมาชิก และมาตรการในการให้บริการต่างๆ

การเงินการคลัง

โครงสร้างการเงินการคลังของ KP ในแต่ละภูมิภาคจะถูกกำหนดด้วยกรอบภาระงานสำหรับการให้บริการสุขภาพแก่สมาชิกและประชาชนแบบบูรณาการ แผนงานด้านสุขภาพ (health plan) และโรงพยาบาล ซึ่งมีสถานะเป็นหน่วยงานที่ไม่แสวงหากำไร จะดำเนินการภายใต้งบประมาณของรัฐบาลกลาง (federal) และงบประมาณของแต่ละรัฐ (state) ในขณะที่กลุ่มแพทย์ (medical group) จะดำเนินการในลักษณะของพันธมิตรหรือเป็นความร่วมมือทางวิชาชีพแบบแสวงหากำไร

ตารางที่ 11 โครงสร้างการเงินการคลังของ KP ปี 2004

แหล่งเงิน	- เบี้ยประกันจากสมาชิก (71%) - ค่าบริการจาก Medicare (22.3%) - เงินร่วมจ่าย ค่าธรรมเนียม และอื่นๆ (6.7%)
หน่วยงานประกันภัยสุขภาพ	- Kaiser Foundation Health Plan (KFHP) - เป็นตัวกลางระหว่างผู้ซื้อบริการ และผู้ให้บริการ
หน่วยบริการ	- โรงพยาบาล KFH (not-for-profit Kaiser Foundation Hospital) - แพทย์ TPMG (for-profit Permanente Medical Groups)
แหล่งรายได้อื่นนอกเหนือจากรายรับจาก เบี้ยประกันของสมาชิก ผู้มีรายได้น้อยและผู้ไม่มีหลักประกัน	- ร้อยละ 3.5 มาจาก California's Medical programme (MediCal) - ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยในเป็นผู้ไม่มีประกันภัยสุขภาพ - สมาชิกของ Medicare
การจ่ายให้แพทย์	- จ่ายเป็นเงินเดือน บวกค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจอีก 5-10% ของค่าจ้าง
การจ่ายให้โรงพยาบาล	- ผ่านการจัดทำสัญญาข้อตกลงกับ Kaiser Foundation Health Plan (KFHP)

ที่มา: Feachem RG, Sekhri NK, White KL; Kaiser Permanente; Martin Strandberg-Larsen et al.

กล่าวโดยสรุป รูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลในระบบของ Kaiser Permanente มีการพัฒนาอย่างยาวนาน ซึ่งพัฒนามาจากความร่วมมือระหว่างชุมชน แพทย์ และบริษัทประกัน เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนโดยมิได้มุ่งหวังแค่การรักษาโรคหรือการประคับประคองอันตรายเท่านั้น แต่มุ่งเน้นไปที่สุขภาพและความปลอดภัยของคนในชุมชนเป็นสำคัญ

KP มีการบริหารระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบของตนเอง มีหน่วยบริการทางการแพทย์และบุคลากรเป็นของตนเอง และมีการนำระบบข้อมูลสารสนเทศเข้ามาใช้เพื่อการวางแผนการดูแลรักษาให้ได้ผลอย่างมีคุณภาพ และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ตลอดจนเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่สมาชิกในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็น รวมทั้งเป็นการให้บริการสุขภาพต่างๆ แก่สมาชิกทาง online จุดแข็งที่สำคัญของ KP คือการเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิ และพยายามทำให้ผู้ป่วยลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลในกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงลงให้มากที่สุด โดยใช้แพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา มีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของ KP กับ NHS ของอังกฤษพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยในกรณีทั่วไป เช่น โรคเส้นเลือดสมองตีบหรือแตกของโรงพยาบาล KP ใช้วันนอนน้อยกว่าโรงพยาบาล NHS ประมาณสามเท่า เนื่องจาก KP สามารถให้บริการ Integrated care ได้ดีกว่า โดยมีกระบวนการ step down และ การใช้ศูนย์แพทย์ชุมชนในการให้บริการผู้ป่วยแทนการนอน

โรงพยาบาล รวมทั้งมีระบบสารสนเทศและการประสานงานของทีมบุคลากรสุขภาพที่ดีกว่า NHS (Ham & Curry, 2011)

การบริหารจัดการการให้บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมของประเทศไทย

จากการทบทวนแนวทางการบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคม โดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ ตลอดจนทบทวนระเบียบ หลักเกณฑ์การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล คู่มือการตรวจโรงพยาบาลคู่สัญญา ตัวอย่างรายงานการตรวจโรงพยาบาลของสำนักงานประกันสังคม รวมไปถึงระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า การอภิบาลระบบบริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคมที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีจุดแข็งหลัก คือ สามารถสร้างระบบบริการที่มีเสถียรภาพได้และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี และจากการบริหารจัดการของสำนักงานประกันสังคมที่ผ่านมา สามารถสรุปคุณลักษณะสำคัญที่อาจเป็นทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนต่อการจัดบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมได้ ดังนี้

- 1) สถานพยาบาลหลักในระบบประกันสังคม เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (>100 เตียง)
- 2) สถานพยาบาลหลักเป็นผู้กำหนดสถานพยาบาลในระดับรอง (Sub-contractor) และสถานพยาบาลในระดับสูงกว่า (Supra-contractor) ให้เป็นเครือข่ายของตนในการให้บริการผู้ประกันตน
- 3) สถานพยาบาลหลัก (และเครือข่าย) ให้บริการเป็นเอกเทศ ไม่มีความสัมพันธ์กับสถานพยาบาลหลักอื่นๆ
- 4) สำนักงานประกันสังคมทำสัญญาจ้างการให้บริการทางการแพทย์กับสถานพยาบาลหลัก โดยมีเงื่อนไขเป็นรายปี
- 5) สถานพยาบาลหลักถูกกำหนดให้มีบทบาทเป็นทั้งเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์โดยตรง และเป็นผู้ประสานการรับบริการของผู้ประกันตนในกรณีที่มีบริการเกิดขึ้น ณ สถานพยาบาลอื่น
- 6) ขอบเขตบริการทางการแพทย์มีลักษณะกว้างและครอบคลุม ทั้งโรค บุคลากรการแพทย์ การตรวจ การรักษา และการดูแล ยกเว้นเฉพาะกรณีที่กำหนดเป็นข้อยกเว้น และยังมีความลึกจนถึงสิ้นสุดการรักษา แม้สัญญาจ้างสถานพยาบาลจะสิ้นสุดก่อนก็ตาม
- 7) ใช้การเหมาจ่ายต่อปี (capitation) เป็นกลไกการจ่ายค่าบริการหลัก มีแรงจูงใจเพิ่ม ینگการพัฒนาคุณภาพ (โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ) และการให้บริการผู้ประกันตนที่มีโรคภาระเสี่ยงตามที่กำหนด แต่จ่ายด้วยอัตราเหมาจ่ายเช่นกัน นอกจากนั้นยังมีการจ่ายด้วยระบบวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) สำหรับกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และจ่ายเพิ่มตามรายการที่กำหนดกรณีใช้วัสดุอุปกรณ์ราคาแพง

- 8) การตรวจสถานพยาบาลคู่สัญญายังเป็นการตรวจเชิงโครงสร้าง และระบบงาน อิงมาตรฐานทั่วไป มิได้ครอบคลุมไปถึงกระบวนการดูแล การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ และผลลัพธ์การรักษาพยาบาลมากนัก
- 9) การบริหารข้อมูลเพื่อการบริหารระบบ สำนักงานประกันสังคมมีข้อมูลการเงินและการใช้บริการของผู้ประกันตนในระดับมหภาค โดยอิงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายของสถานพยาบาลคู่สัญญาเป็นหลัก ไม่มีข้อมูลเชิงการแพทย์และสุขภาพในระดับจุลภาคที่จะใช้ประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์และสุขภาพ ซึ่งถือเป็นสิ่งจำเป็นในการบริหารความเสี่ยงขององค์กรประกันสุขภาพ ในขณะเดียวกันสถานพยาบาลคู่สัญญาซึ่งเป็นองค์กรรับความเสี่ยงผ่านระบบเหมาจ่าย ก็อาจมิได้บริหารข้อมูลระดับจุลภาคอย่างเพียงพอเช่นกัน ส่วนใหญ่จะใช้แนวทางควบคุมค่าใช้จ่ายเฉพาะหน้าเป็นหลัก จึงอาจกระทบคุณภาพบริการได้ง่าย

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการจัดบริการสุขภาพในระบบประกันสังคมของไทย ซึ่งใช้วิธีบริหารแบบแยกทำเฉพาะเรื่องที่ชำนาญ (Separation) โดยอาศัยกลไกตลาดในการทำสัญญาจ้างให้โรงพยาบาลที่อยู่นอกองค์กรจัดระบบบริการให้กับผู้ประกันตน กับรูปแบบการจัดบริการธุรกิจในลักษณะควบรวมกิจการ (Vertical integration) ซึ่งในรายงานฉบับนี้ได้ศึกษารูปแบบของ Kaiser Permanente ซึ่งถือเป็นระบบบริการสุขภาพแบบ Health Maintenance Organization (HMO)⁵ ที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดในปัจจุบันของสหรัฐอเมริกา และรูปแบบขององค์กรประกันสังคมที่ใหญ่ที่สุดในลาตินอเมริกา Mexican Social Security Institute (IMSS) จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกัน กล่าวคือ

ระบบประกันสังคมของประเทศไทยจะทำสัญญากับโรงพยาบาลในลักษณะของการว่าจ้างบริการ และมอบหมายให้โรงพยาบาลเป็นผู้กำกับควบคุมแพทย์ ในขณะที่สหรัฐอเมริกาจะเริ่มจากการทำสัญญาจากกลุ่มแพทย์ก่อน โดยแพทย์ต้องดำเนินการตามวิชาชีพซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพของสหรัฐอเมริกาจะเป็นลักษณะร่วมบริการระหว่างแผนสุขภาพของบริษัทประกัน (Health Plan) และฝ่ายให้บริการ เป็น Integrated Delivery System (HMO) โดยมีการประสานกันอย่างใกล้ชิด จะมีการรวมตัวกันอย่างบูรณาการ จากแพทย์ประจำครอบครัว ไปถึงแพทย์เฉพาะทาง ในขณะที่บริการในระบบประกันสังคมของประเทศไทย คือ โรงพยาบาลหลักในระบบประกันสังคมซึ่งมี

⁵ HMO เป็นส่วนหนึ่งของกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่ร่ำรวย แต่บริการทางการแพทย์ราคาสูงจนประชากรจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ การพัฒนาของ HMO แบ่งออกเป็น 2 ช่วงคือ ช่วงก่อนเกิด HMO อย่างเป็นทางการ และหลังประธานาธิบดีริชาร์ด นิกสัน ผลักดันกฎหมายรองรับการดำเนินงานของ HMO ในปี ค.ศ.1973 แนวคิดสำคัญของ HMO อยู่ที่การปฏิรูปกลไกการจ่ายค่าธรรมเนียมแพทย์ จากการเรียกเก็บ “ตามรายบริการ” หรือ Fee for Service (FFS) มาสู่ระบบ “เหมาจ่ายล่วงหน้า” หรือ Pre-paid โดยกลุ่มแพทย์ที่รับค่าบริการแบบ Pre-paid ซึ่งเป็นระบบปลายปิดนี้ จำเป็นต้องพัฒนาและใช้การบริหารจัดการเชิงรุก รวมถึงการใช้แนวคิดแนวทาง “สร้างสุขภาพดี นำซ่อมสุขภาพเสีย” เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพควบคุมคู่ประสิทธิภาพ ลูกค้ายพึงพอใจ และสามารถแข่งขันกับระบบเดิม หรือ FFS ได้ วิวัฒนาการนี้ริเริ่มโดย นพ.จิตนีย์ การ์ฟิลด์ ซึ่งต่อมาได้พัฒนาการเป็นแผนสุขภาพที่รวมค่าใช้จ่ายด้านสถานพยาบาลเข้าด้วย เป็น Kaiser Foundation Health Plan ซึ่งเป็น HMO ต้นแบบและยังประสบความสำเร็จต่อเนื่องมาอย่างยาวนานจนถึงปัจจุบัน

กว่า 200 แห่ง ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกัน มีการรวมตัวให้บริการกันอย่างหลวมๆ หรืออาจเกี่ยวข้องกันก็ด้วยเงื่อนไขหลวมๆ ส่วนระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ของประเทศไทย จะมีการแยกส่วนกันเป็นของแต่ละองค์กร แต่ในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยต้องรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิก่อน โดยแพทย์ประจำครอบครัวจะเป็นผู้นำการรักษา รวมไปถึงเป็นผู้ประสานไปยังหน่วยบริการในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งประเทศแม็กซิโกก็จะใช้บริการปฐมภูมิ นำโดยแพทย์ประจำครอบครัว เช่นเดียวกับสหรัฐอเมริกา

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบการบริหารจัดการบริการรักษาพยาบาล

	IMSS(แม็กซิโก)	KP (สหรัฐอเมริกา)	ประกันสังคม(ไทย)
รูปแบบองค์กร	องค์กรรัฐ	- เอกชนไม่หวังผลกำไร - มี 3 บริษัทย่อย คือ Kaiser Foundation Health Plan (KFHP) Kaiser Foundation Hospitals (KFH) และ The Permanente Medical Groups (TPMG)	ราชการ
คณะกรรมการ	สมาชิกสามัญประกอบด้วยผู้แทนของรัฐบาลกลาง ผู้แทนนายจ้าง และ ผู้แทนลูกจ้าง	คณะกรรมการบริหาร KFHP และ KFH เป็นกรรมการชุดเดียวกัน	คณะกรรมการประกันสังคมประกอบด้วยตัวแทนรัฐบาลกลาง ผู้แทนนายจ้าง และ ผู้แทนลูกจ้าง
ผู้บริหารสูงสุด	ผู้อำนวยการใหญ่ได้รับการแต่งตั้งโดยตรงจากประธานาธิบดี	แต่งตั้งโดยคณะกรรมการ	เลขาธิการแต่งตั้งโดยรัฐมนตรีกระทรวงแรงงาน
โครงสร้างองค์กร	- แบ่งงานเป็น 3 ส่วน - บริหารระบบประกันภัยสุขภาพ - บริหารสถานพยาบาล - บริหารการจัดเก็บเงินสมทบ มี Directors of Operations	กระจายอำนาจไปในระดับเขต ทั้ง 3 บริษัทย่อย คือ Kaiser Foundation Health Plan (KFHP) Kaiser Foundation Hospitals (KFH) และ The Permanente Medical Groups (TPMG) โดยมี	มีเฉพาะการบริหารระบบประกันภัยสุขภาพ และการจัดเก็บเงินสมทบ

	IMSS(แม็กซิโก)	KP (สหรัฐอเมริกา)	ประกันสังคม(ไทย)
	ผู้อำนวยการสาขา 35 แห่ง และ ผู้อำนวยการ สถาบันการแพทย์ เฉพาะทาง 25 แห่ง	การประสานงานแนวราบ ของทั้งสามบริษัทในระดับ เขต	
การจัดบริการ	ระบบบริการ จัดเป็น พวงบริการ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) เน้นที่ แพทย์ประจำครอบครัว และการส่งต่อไป ตามลำดับ	ระบบบริการ จัดเป็นพวง บริการ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) เน้นที่แพทย์ ประจำครอบครัว และ การส่งต่อไปตามลำดับ	ระบบบริการรวมตัวกัน หลวมๆ

ความแตกต่างที่เห็นได้อย่างชัดเจนอีกประการหนึ่ง คือระบบการรักษาของ KP จะเป็น concept population คือมุ่งเน้นผลลัพธ์สุขภาพของประชากรที่ตนรับผิดชอบอยู่ ระบบจะเข้าไปมีส่วนในการพัฒนาสุขภาพให้ชุมชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบด้วย และการทำงานจะเป็นลักษณะเชิงรุกมุ่งเน้นสร้างสุขภาพ ในขณะที่ระบบประกันสังคมของไทยยังอยู่ภายใต้ระบบการรักษา เน้นข้อมูลเพื่อการควบคุมต้นทุน ส่วนระบบในสหรัฐอเมริกา (HMO) จะเป็นลักษณะของการบริหารคุณค่า (value-based system) เพื่อต้องการให้ลูกค้าซื้อประกันต่อไป

สิ่งที่ประเทศไทยและ KP เหมือนกัน คือ มีการใช้ Capitation ในการจ่ายเหมือนกัน แต่ของประเทศไทยจะใช้ Capitation เป็นเพียงกลไกการเหมาจ่ายบริการให้แก่โรงพยาบาล และโอนความเสี่ยงไปให้แก่โรงพยาบาล ในขณะที่ KP มองว่า Capitation เป็นรูปแบบการบริหารทรัพยากรทั้งองค์กร ทั้งฝั่งผู้ให้บริการและฝั่งบริษัทประกันสุขภาพ โดยทั้ง 2 ฝ่ายจะร่วมกันบริหารเงิน Capitation ซึ่งมีอยู่อย่างจำกัด ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าในระบบประกันสังคมของไทย ผู้ให้บริการจะรับผิดชอบทางการเงิน แต่ระบบในสหรัฐอเมริกา (HMO) ผู้ให้บริการจะรับผิดชอบผลลัพธ์สุขภาพ

อย่างไรก็ดี Kaiser Health Plan ของสหรัฐอเมริกา ถือเป็น ระบบบริการสุขภาพ HMO ซึ่งเป็น Integrated Delivery System ที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดในขณะนี้ โดยการให้บริการของ Kaiser จะมุ่งเน้นไปที่บริการปฐมภูมิ บริการส่งเสริมป้องกันโรค และการจัดการโรค (disease management) เพื่อควบคุมต้นทุนภายใต้การดูแลของทีมีวิชาชีพสหสาขา ในขณะเดียวกันระบบประกันสังคมของแม็กซิโกก็ได้เริ่มนำระบบ manage care เข้ามาใช้ในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมา โดยคาดหวังว่าจะสร้างความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนได้ดี

ยิ่งขึ้น ตลอดจนสามารถลดรายจ่ายที่ครัวเรือนต้องจ่ายเองในการไปรับบริการสุขภาพได้มากขึ้น (out-of-pocket)

ดังนั้น หากสำนักงานประกันสังคมจะต้องมีโรงพยาบาลเป็นของตนเอง เพื่อยกระดับการให้บริการอย่างมีคุณภาพมากขึ้นทั้งด้านการรักษาและป้องกัน ตลอดจนเพื่อลดปัญหาทางด้านบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีส่งต่อผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำนักงานประกันสังคมต้องจึงจำเป็นต้องพิจารณาในประเด็นดังต่อไปนี้ คือ (1) การปรับโครงสร้างภายในองค์กรของสำนักงานประกันสังคม เพื่อให้มีหน่วยงานรับผิดชอบสถานพยาบาลเป็นการเฉพาะ (2) การประสานผู้ให้บริการทุกระดับ (Care Coordination) (3) การเพิ่มศักยภาพการบริหารสถานพยาบาล (4) การเพิ่มจำนวนบุคลากรเพื่อรองรับภาระงานอย่างเหมาะสม (5) การจัดระบบบริการสุขภาพแบบ Integrated System และ Coordinated Care ที่มีการบูรณาการระบบงานและมีการเชื่อมประสานระบบ (6) การบูรณาการภาคการเงิน (financing) กับภาคบริการ (providers) ด้วยวิสัยทัศน์-พันธกิจร่วม (7) การบูรณาการการดูแลตลอดวงจรสุขภาพ (Health Continuum) ก่อนป่วย หลังป่วย จนถึงการฟื้นฟู เพื่อพิจารณาในขั้นสุดท้ายว่าการปรับองค์การทำงานแบบควมรวมกิจการ (Vertical integration) ทั้งบทบาท ผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ หรือแยกทำเฉพาะเรื่องที่ชำนาญ (Separation) ในเรื่องผู้ซื้อบริการสุขภาพ

บทที่ 3

ผลการสำรวจความคิดเห็นลูกจ้างผู้ประกันตน และการสัมภาษณ์เชิงลึก

3.1 ความคิดเห็นผู้ประกันตนกับการเลือกใช้โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน

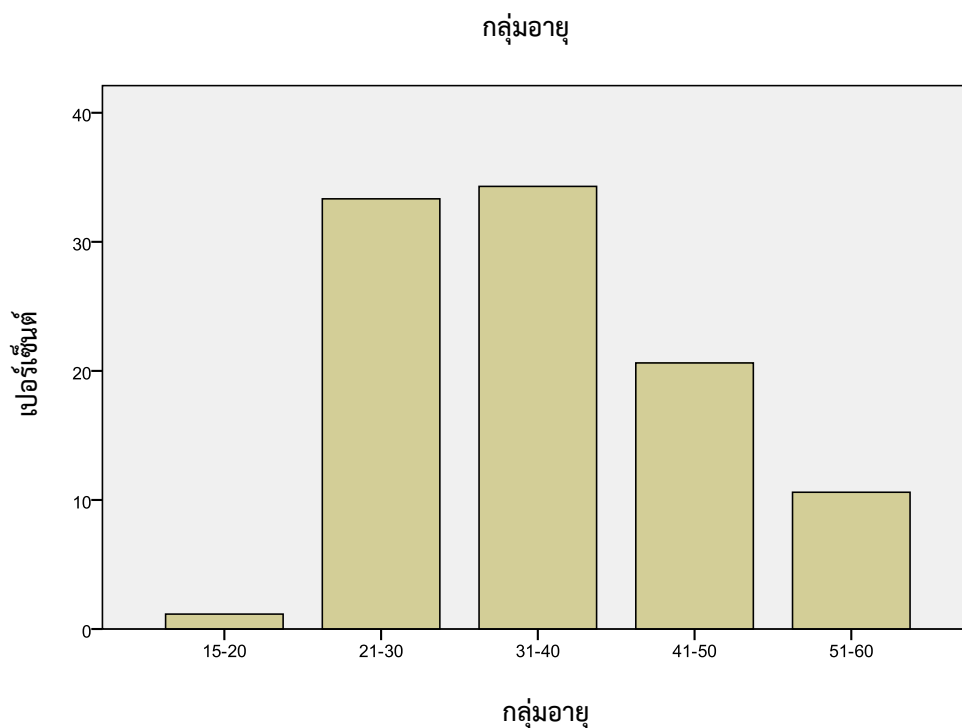
โครงการวิจัยนี้สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามกับผู้ประกันตนจำนวน 519 คน ในพื้นที่ 3 จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัดกรุงเทพมหานคร และจังหวัดตัวแทนที่เป็นแหล่งอุตสาหกรรม (จังหวัดสมุทรปราการ และจังหวัดอยุธยา) โดยผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเป็นผู้ประกันตน ผลที่ได้จากการสำรวจข้อมูลมีดังนี้

3.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

- เพศและช่วงอายุ

ผลการสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้ประกันตนจำนวน 519 คน พบว่า เป็นเพศชายจำนวน 195 คน (คิดเป็นร้อยละ 37.6) และเป็นเพศหญิง 324 คน (คิดเป็นร้อยละ 62.4) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.3 รองลงมาคือช่วงอายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3

แผนภาพที่ 7 การแจกแจงอายุของผู้ตอบแบบสอบถาม



● สถานภาพสมรส

ตารางที่ 13 สถานภาพสมรสของผู้ตอบแบบสอบถาม

สถานภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	277	53.4
สมรส	213	41.0
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	29	5.6

จากตารางที่ 13 พบว่าสถานภาพสมรสของผู้ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 53.4 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 41 มีสถานภาพสมรส และเป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 5.6

● ระดับการศึกษา

ตารางที่ 14 ระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถาม

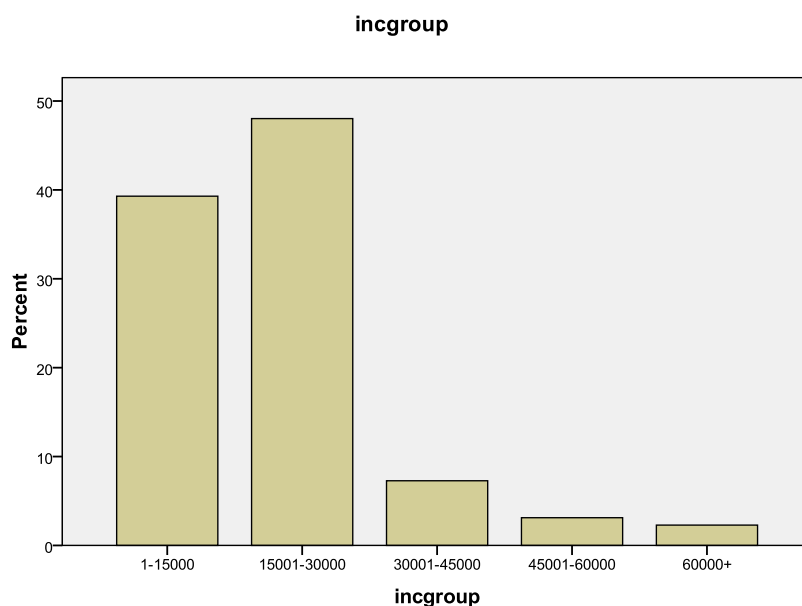
ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	26	5.0
มัธยมศึกษา, ปวช.	104	20.2
ปวส., อนุปริญญาตรี	41	8.0
ปริญญาตรี	295	57.3
สูงกว่าปริญญาตรี	49	9.5

จากตารางที่ 14 พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 57.3 รองลงมาคือ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือปวช. ร้อยละ 20.2

● รายได้เฉลี่ย

จากแผนภาพที่ 8 พบว่า รายได้เฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 15,001-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 48.0 (จำนวน 231 คน) รองลงมาคือ 1-15,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 39.3 (จำนวน 189 คน) รายได้ช่วง 30,001-45,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 7.3 (จำนวน 35) และรายได้มากกว่า 45,001 บาท คิดเป็นร้อยละ 5.4 (จำนวน 26 คน)

แผนภาพที่ 8 การแจกแจงรายได้เฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถาม



● อาชีพ

จากตารางที่ 15 พบว่า อาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานโรงงาน/บริษัทในสำนักงาน ร้อยละ 49.7 (จำนวน 258 คน) รองลงมาคือ อาชีพกิจการเจ้าของคนเดียวร้อยละ 17.7 (จำนวน 92 คน) รองลงมาคือ อาชีพพนักงานราชการ/พนักงานของรัฐ ร้อยละ 10.8 (จำนวน 56 คน)

ตารางที่ 15 อาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
พนักงานธุรกิจขนาดเล็ก (พนักงานไม่เกิน 10 คน)	44	8.5
พนักงานโรงงานในสายการผลิต	7	1.3
พนักงานโรงงาน/บริษัทในสำนักงาน	258	49.7
ผู้บริหาร(ตำแหน่งผู้จัดการขึ้นไป)	35	6.7
พนักงานราชการ/พนักงานของรัฐ	56	10.8
กิจการเจ้าของคนเดียว	92	17.7
พนักงานชั่วคราว	9	1.7
พนักงานขับรถ	7	1.3
แม่บ้าน/บริการ	11	2.1

- โรคประจำตัว

จากตารางที่ 16 ผู้ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 82.7 ไม่มีโรคประจำตัว (จำนวน 429 คน) และร้อยละ 17.3 มีโรคประจำตัว (90 คน) พบว่าสัดส่วนมากที่สุดเป็นโรคภูมิแพ้/หอบหืด (ร้อยละ 4.8) รองลงมาเป็นโรคไทรอยด์ (ร้อยละ 3.1) รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 2.7)

ตารางที่ 16 โรคประจำตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

โรคประจำตัว	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	429	82.7
ไทรอยด์	16	3.1
ชาลัสซีเมีย/โลหิตจาง	3	0.6
ภูมิแพ้/หอบหืด	25	4.8
ความดันโลหิตสูง	14	2.7
ไมเกรน	8	1.5
เบาหวาน	8	1.5
ไขมันในเส้นเลือด	4	0.8
ไขข้อ/กระดูก/เก๊า	2	0.4
มะเร็ง/เนื้องอก	1	0.2
กระเพาะ/กรดไหลย้อน	3	0.6
ไต	2	0.4
เป็นมากกว่า 1 โรค	4	0.8

- ประกันสุขภาพเอกชน

จากตารางที่ 17 ผู้ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 61.4 ไม่มีประกันสุขภาพเอกชน (จำนวน 313 คน) และร้อยละ 38.6 มีประกันสุขภาพเอกชน (จำนวน 197 คน)

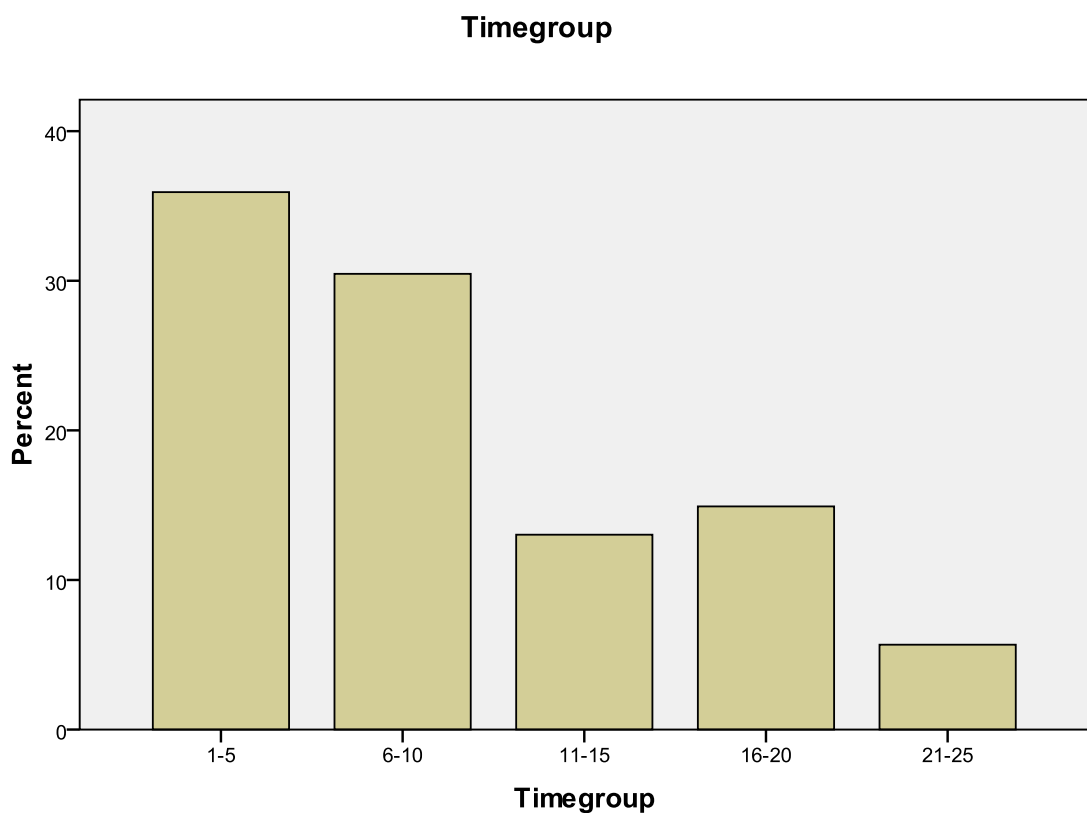
ตารางที่ 17 ประกันสุขภาพเอกชนของผู้ตอบแบบสอบถาม

ประกันสุขภาพเอกชน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	313	61.4
มี	197	38.6

- ระยะเวลาของการเป็นผู้มีสิทธิประกันสังคม

จากแผนภาพที่ 9 ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมมาแล้ว 1-5 ปี (ร้อยละ 35.9) รองลงมาคือ เป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมมาแล้ว 6-10 ปี (ร้อยละ 30.5) รองลงมาคือ ผู้มีสิทธิประกันสังคมมาแล้ว 16-20 ปี (ร้อยละ 14.9) และ 11-15 ปี (ร้อยละ 13.0) ตามลำดับ และเป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมตั้งแต่เริ่มต้น ประสบการณ์ 21-25 ปี (ร้อยละ 5.7)

แผนภาพที่ 9 ระยะเวลาของการเป็นผู้มีสิทธิประกันสังคม



- ประเภทของผู้มีสิทธิประกันสังคม

จากตารางที่ 18 ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมตามมาตรา 33 ร้อยละ 82.5 (จำนวน 428 คน) รองลงมาคือ ผู้มีสิทธิประกันสังคมตามมาตรา 39 ร้อยละ 17.5 (จำนวน 91 คน)

ตารางที่ 18 ประเภทสมาชิกตามสิทธิประกันสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม

ประเภทสมาชิก	จำนวน	ร้อยละ
มาตรา 33	428	82.5
มาตรา 39	91	17.5

3.1.2 การใช้บริการสุขภาพด้วยสิทธิประกันสังคม

- ประเภทสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน

จากตารางที่ 19 ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลของเอกชน ร้อยละ 68.1 (จำนวน 348 คน) รองลงมาคือ ผู้มีสิทธิประกันสังคมที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลรัฐ ร้อยละ 31.9 (จำนวน 163 คน)

ตารางที่ 19 ประเภทสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนของผู้ตอบแบบสอบถาม

ประเภทสถานพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
สถานพยาบาลเอกชน	348	68.1
สถานพยาบาลรัฐ	163	31.9

- เหตุผลในการเลือกสถานพยาบาลขึ้นทะเบียน

จากตารางที่ 20 คำนวณคะแนนเหตุผลในการเลือกสถานพยาบาลโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเรียงลำดับเหตุผลที่เลือกสถานพยาบาล 3 อันดับ โดยเหตุผลอันดับที่หนึ่ง สอง และสาม จะได้สาม สอง และหนึ่งคะแนน ตามลำดับ โดยผลที่ได้พบว่าเหตุผลที่ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกสถานพยาบาลลำดับที่ 1 ด้วยเหตุผลเป็นสถานพยาบาลใกล้บ้าน ลำดับที่ 2 คือ สถานพยาบาลใกล้ที่ทำงาน และลำดับที่ 3 คือ เป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่ มีบริการทางการแพทย์ครบทุกสาขา

ตารางที่ 20 เหตุผลในการเลือกสถานพยาบาล

เหตุผลในการเลือกสถานพยาบาล	คะแนน	ลำดับที่
สถานพยาบาลใกล้บ้าน	1094	1
สถานพยาบาลใกล้ที่ทำงาน	608	2
เป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่ มีบริการทางการแพทย์ครบทุกสาขา	345	3
สถานพยาบาลที่มีสภาพแวดล้อมดี ไม่แออัด	110	5
ให้บริการนอกเวลาราชการ ไม่ต้องลางาน	79	6
คุณภาพบริการดี สะดวกและรวดเร็ว	318	4
ถูกบังคับเลือก/รพ.เต็ม	49	7
ใช้บริการมานาน/มีประวัติการรักษา	15	8
เดินทางสะดวก	4	9

- ประสพการณ์ใช้บริการทันตกรรม (ทำฟัน) โดยสิทธิประกันสังคม

จากตารางที่ 21 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ร้อยละ 63.1 (จำนวน 325 คน) ไม่เคยใช้บริการทันตกรรม รองลงมาคือใช้บริการทันตกรรมแล้วนำไปเบิกประกันสังคมร้อยละ 33.6 (จำนวน 173 คน) และใช้บริการทันตกรรมเครือข่ายประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 3.3 (จำนวน 17 คน)

ตารางที่ 21 ประสพการณ์ใช้บริการทันตกรรมโดยสิทธิประกันสังคม

การให้บริการทันตกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยใช้บริการ	325	63.1
ใช้บริการทันตกรรมเครือข่ายประกันสังคม	17	3.3
ใช้บริการแล้วนำไปเบิกประกันสังคม	173	33.6

- ประสพการณ์ใช้บริการสุขภาพในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา

จากตารางที่ 22 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ร้อยละ 52.1 (จำนวน 270 คน) เคยใช้บริการสุขภาพในช่วงเวลา 5 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุ จำนวน 1 ครั้ง การใช้บริการผู้ป่วยในกรณีเจ็บป่วย 1 ครั้ง และใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีเจ็บป่วย 5 ครั้ง รองลงมาคือไม่เคยใช้บริการสุขภาพในช่วงเวลา 5 ปี ร้อยละ 47.9 (จำนวน 248 คน)

ตารางที่ 22 ประสพการณ์ใช้บริการสุขภาพโดยสิทธิประกันสังคมในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา

การให้บริการสุขภาพในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยใช้บริการ	248	47.9
เคยใช้บริการ	270	52.1

- ประสพการณ์ใช้บริการสุขภาพในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

จากตารางที่ 23 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ร้อยละ 37.8 (จำนวน 196 คน) เคยใช้บริการสุขภาพในช่วงเวลา 1 ปี โดยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 50 เป็นการให้บริการผู้ป่วยนอกจำนวน 1-2 ครั้งต่อปี ขณะที่การให้บริการผู้ป่วยในส่วนใหญ่ร้อยละ 57.6 ใช้บริการ 1 ครั้งต่อปี

ตารางที่ 23 ประสพการณ์ใช้บริการสุขภาพโดยสิทธิประกันสังคมในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

การให้บริการสุขภาพในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยใช้บริการ	77	14.8
เคยใช้บริการ	196	37.8

- สิทธิการรักษาที่ใช้เมื่อเข้ารับบริการสุขภาพ

จากตารางที่ 24 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสังคมเพียงสิทธิเดียว ร้อยละ 72.4 (จำนวน 197 คน) รองลงมาคือใช้สิทธิประกันสังคมร่วมกับประกันสุขภาพเอกชน ร้อยละ 12.1 (จำนวน 33 คน)

ตารางที่ 24 สิทธิการรักษาที่ใช้เมื่อเข้ารับบริการสุขภาพ

สิทธิการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยใช้สิทธิประกันสังคม	24	8.8
ใช้สิทธิประกันสังคมเพียงสิทธิเดียว	197	72.4
ใช้สิทธิประกันสังคมร่วมกับประกันสุขภาพเอกชน	33	12.1
ใช้สิทธิประกันสังคมร่วมกับสวัสดิการบริษัท	16	5.9
ใช้สิทธิประกันสังคมร่วมกับจ่ายเงินเอง	1	0.4
ใช้สิทธิประกันสังคมร่วมกับสวัสดิการของคู่สมรส	1	0.4

- ทศนคติต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอก

สำหรับการวัดตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มีเกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4.21 – 5.00	แปลความว่า	เห็นด้วยมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.41 – 4.20	แปลความว่า	เห็นด้วยมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.61 – 3.40	แปลความว่า	เห็นด้วยปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.81 – 2.60	แปลความว่า	เห็นด้วยน้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.80	แปลความว่า	เห็นด้วยน้อยที่สุด

จากตารางที่ 25 พบว่า ทศนคติต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอกมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ตอบแบบสอบถามได้ประเมินความพึงพอใจดังนี้ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่สถานพยาบาลแยกพื้นที่ตรวจโดยเฉพาะแก่ผู้ใช้สิทธิประกันสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.34$, $S.D = 1.059$) ค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แตกต่างในการให้บริการเมื่อเทียบกับสิทธิรักษาพยาบาลอื่นอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 2.91$, $S.D = 1.145$) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจจากการได้รับการตรวจโดยแพทย์เฉพาะทางเมื่อจำเป็นและอาการป่วยรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.31$, $S.D = 1.067$) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเมื่อบุคลากรให้บริการด้วยความเต็มใจและสถานที่มีสภาพแวดล้อมที่ดีอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.33$, $S.D = 0.993$) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเมื่อได้รับยาที่มีคุณภาพและไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.14$,

S.D = 1.029) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อระยะเวลาการตรวจมีคะแนนต่ำที่สุด แต่ประเมินอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 2.67$, S.D = 1.236) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจจากการรับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 2.96$, S.D = 1.001) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่แพทย์เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบคำถามสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.22$, S.D = 0.976) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($x = 3.17$, S.D = 0.986)

ตารางที่ 25 ทศนคติต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอก

ทศนคติต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอก	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ท่านพึงพอใจที่สถานพยาบาลแยกพื้นที่ตรวจโดยเฉพาะแก่ผู้ใช้สิทธิประกันสังคม	3.34	1.059
- ท่านไม่รู้สึกรถึงความแตกต่างในการให้บริการเมื่อเทียบกับสิทธิรักษาพยาบาลอื่น	2.91	1.145
- ท่านได้รับการตรวจโดยแพทย์เฉพาะทาง เมื่อมีความจำเป็นและอาการป่วยรุนแรง	3.31	1.067
- บุคลากรทางการแพทย์ให้บริการด้วยความเต็มใจและสถานที่มีสภาพแวดล้อมที่ดี	3.33	0.993
- ยาที่ได้รับมีคุณภาพ จำนวนเพียงพอและไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม	3.14	1.029
- ระยะเวลาการตรวจไม่นาน	2.67	1.236
- ได้รับการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นและทันการณ์	2.96	1.001
- แพทย์เปิดโอกาสให้ซักถาม/ตอบคำถามสุขภาพเท่าที่ควร	3.22	0.976
- ท่านพึงพอใจกับคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ได้รับ	3.17	0.986

● ทศนคติต่อการใช้บริการผู้ป่วยใน

ทศนคติต่อการใช้บริการผู้ป่วยในมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ตอบแบบสอบถามได้ประเมินความพึงพอใจดังนี้ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสำหรับหอผู้ป่วยมีความสะอาดและมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกเพียงพออยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.45$, S.D = 0.861) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อแพทย์ให้บริการด้วยความดูแลเอาใจใส่และเข้ามาดูแลผู้ป่วยด้วยความรวดเร็วอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.33$, S.D = 0.918) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อพยาบาลที่มีกิริยามารยาท และมีความสามารถในการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.25$, S.D = 0.943) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น ได้รับการแจ้งวิธีการรักษา รับการแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.4$,

S.D = 0.869) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่ได้รับการอธิบายเหตุผลที่ต้องผ่าตัดและรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.38$, S.D = 1.003) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนออกโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.36$, S.D = 0.870) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเมื่อไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในเรื่องห้องพัก ค่ายาและค่าวินิจฉัยเพิ่มเติมอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.17$, S.D = 1.028) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจถ้าต้องจ่ายเพิ่มเติมเรื่องห้องพักพิเศษอยู่ในระดับปานกลาง ($x = 3.41$, S.D = 1.006) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเรื่องรสชาติอาหารได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด แต่อยู่ในระดับปานกลาง ($x = 2.98$, S.D = 0.959)

ตารางที่ 26 ทศนคติต่อการใช้บริการผู้ป่วยใน

ทศนคติต่อการใช้บริการผู้ป่วยใน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- หอผู้ป่วยมีความสะอาด และมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกเพียงพอ	3.45	0.861
- แพทย์ให้บริการด้วยความดูแลเอาใจใส่ เข้ามาดูแลผู้ป่วยด้วยความรวดเร็ว	3.33	0.918
- พยาบาลมีกิริยามารยาท และมีความสามารถในการพยาบาล และเอาใจใส่อาการป่วยของท่าน	3.25	0.943
- ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น ได้รับการแจ้งวิธีการรักษา รับการแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	3.40	0.869
- ท่านได้รับการอธิบายเหตุผลที่ต้องผ่าตัดและรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัด	3.38	1.003
- ท่านได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนออกโรงพยาบาล	3.36	0.870
- ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในเรื่องห้องพัก ค่ายา และค่าวินิจฉัยอื่นเพิ่มเติม	3.17	1.028
- ท่านยินดีจ่ายเพิ่มเติม ในกรณีอยู่หอผู้ป่วยพิเศษและมีสิ่งอำนวยความสะดวกมากกว่าปกติ	3.41	1.006
- รสชาติอาหารถูกปาก บริการอาหารคุณภาพดีและปริมาณเหมาะสม	2.98	0.959

3.1.3 ความคิดเห็นต่อรูปแบบบริหารจัดการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน

- ถ้ามีโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนโดยเฉพาะจะเลือกหรือไม่

จากตารางที่ 27 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 55.7 (จำนวน 284 คน) จะเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน ขณะที่ร้อยละ 44.3 (จำนวน 226 คน) จะไม่เลือกโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน

ตารางที่ 27 ถ้ามีโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนโดยเฉพาะจะเลือกหรือไม่

โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน	จำนวน	ร้อยละ
- เลือก	284	55.7
- ไม่เลือก	226	44.3

- เหตุผลสนับสนุนที่เลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน

สำหรับผู้เลือกจะใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนข้างต้น ระบุเหตุผลในการตัดสินใจเลือก โดยการจัดเรียงลำดับเหตุผลจำนวน 3 อันดับ จากตารางที่ 28 พบว่า เหตุผลที่เลือกใช้อันดับที่ 1 คือ การไม่แบ่งแยกการรักษา เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในมุมมองผู้รับบริการ อันดับที่ 2 คือ ผู้ประกันตนไม่ต้องกังวลเรื่องการเปลี่ยนโรงพยาบาลเพราะเหตุเลิกรับผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม และอันดับที่ 3 มีการประสานสิทธิประโยชน์กับสำนักงานประกันสังคมสะดวกและรวดเร็ว

ตารางที่ 28 เหตุผลในการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน

เหตุผลในการเลือกสถานพยาบาล	คะแนน	ลำดับที่
- ไม่ต้องกังวลเรื่องเปลี่ยนโรงพยาบาล	318	2
- ไม่แบ่งแยกการรักษา	517	1
- การประสานสิทธิประโยชน์กับสำนักงานประกันสังคมสะดวกและรวดเร็ว	275	3
- คุณภาพการให้บริการที่ดีขึ้น	273	4
- ตอบสนองผู้ประกันตนที่ดีกว่าให้บริการครอบคลุมตามสิทธิประกันสังคม เช่น ทันตกรรม คลอดบุตร	192	5
- เครื่องมือทันสมัย/คุณภาพยา+การรักษามาตรฐาน	6	8
- เดินทางสะดวก	15	6
- ทดลองใช้บริการ	9	7

- เหตุผลสนับสนุนที่ไม่เลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน

สำหรับผู้ที่จะไม่เลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน มีเหตุผลในการตัดสินใจ โดยการเรียงลำดับ 3 อันดับ จากตารางที่ 29 พบว่า อันดับที่ 1 คือผู้ประกันตนพึงพอใจสถานพยาบาลปัจจุบัน ใช้บริการมานาน มีประวัติรักษากับสถานพยาบาลเดิมจึงไม่คิดเปลี่ยนสถานพยาบาล อันดับที่ 2 คือสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่ มีบริการทางการแพทย์ครบทุกสาขา และอันดับที่ 3 คือ มั่นใจบุคลากรทางการแพทย์ มีแพทย์ประจำที่รักษามานานและมีความคุ้นเคยกับสถานพยาบาลปัจจุบัน

ตารางที่ 29 เหตุผลในการไม่เลือกใช้โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน

เหตุผลในการเลือกสถานพยาบาล	คะแนน	ลำดับที่
- พึงพอใจสถานพยาบาลปัจจุบัน ใช้บริการมานานมีประวัติรักษายาวนาน	299	1
- สถานพยาบาลปัจจุบันขนาดใหญ่ มีบริการทางการแพทย์ครบทุกสาขา	203	2
- มั่นใจในบุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลปัจจุบัน มีแพทย์ประจำที่รักษามานานและมีความคุ้นเคย	170	3
- เชื่อมั่นในคุณภาพบริการ	115	4
- ไม่แน่ใจคุณภาพ รพ.ประกันสังคม	9	9
- รอดูรพ.ประกันสังคมก่อน	109	5
- ไม่แน่ใจในความสะดวกในการเดินทาง (สถานที่ตั้ง)	103	6
- ไม่คิดจะใช้บริการอยู่แล้ว	35	7
- เชื่อว่าจะมีคนใช้บริการมาก	12	8

- ความคิดเห็นเกี่ยวกับจำนวนเตียงสำหรับห้องผู้ป่วยรวม

เมื่อสอบถามผู้ประกันตนเพื่อทราบความคิดเห็นต่อจำนวนเตียงสำหรับห้องผู้ป่วยรวม จากตารางที่ 30 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามคิดว่าจำนวนเตียงที่เหมาะสมมากที่สุด คือ 4 เตียงต่อห้อง (ร้อยละ 27.7) รองลงมาคือ 10 เตียงต่อห้อง (ร้อยละ 17.5) ถัดไปคือ 6 เตียงต่อห้อง (ร้อยละ 12)

ตารางที่ 30 ความคิดเห็นเกี่ยวกับจำนวนเตียงสำหรับห้องผู้ป่วยรวม

จำนวนเตียง	ความถี่	ร้อยละ
2	47	10.4
3	42	9.3
4	125	27.7
5	50	11.1
6	54	12.0
8	17	3.8
10	79	17.5
20	13	2.9

- ความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาตรวจคนไข้ของแพทย์

จากตารางที่ 31 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความเห็นส่วนใหญ่แพทย์ควรใช้เวลาตรวจคนไข้ประมาณ 15 นาที คิดเป็นร้อยละ 26.2 รองลงมาคือ แพทย์ควรใช้เวลาตรวจประมาณ 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 23 ถัดไปคือ แพทย์ควรใช้เวลาตรวจประมาณ 20 นาที คิดเป็นร้อยละ 21.1

ตารางที่ 31 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาตรวจคนไข้ของแพทย์

ระยะเวลา(นาที)	ความถี่	ร้อยละ
5	24	5.6
10	98	23.0
15	112	26.2
20	90	21.1
25	4	0.9
30	85	19.9

- ความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลารอพบแพทย์

จากตารางที่ 32 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นว่า ระยะเวลารอพบแพทย์ไม่ควรเกิน 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 36.2 รองลงมาคือ ควรใช้เวลารอพบแพทย์ไม่เกิน 15 นาที คิดเป็นร้อยละ 18 ถัดไปคือ ควรใช้เวลารอพบแพทย์ไม่เกิน 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 16.7

ตารางที่ 32 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระยะเวลารอพบแพทย์

ระยะเวลา(นาที)	ความถี่	ร้อยละ
5	19	4.1
10	78	16.7
15	84	18.0
20	68	14.6
25	2	0.4
30	169	36.2
60	37	7.9

- ความเต็มใจจ่ายค่าห้องส่วนเพิ่มประเภทห้องพิเศษเดี่ยว

เมื่อถามความเต็มใจจ่ายค่าห้องส่วนเพิ่มประเภทห้องพักพิเศษเดี่ยว ซึ่งเป็นห้องพักขนาดใหญ่ มีเครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่เหมาะสม จากตารางที่ 33 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เต็มใจจ่ายสูงสุดวันละ 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 24.4 รองลงมาเต็มใจจ่ายวันละ 500 2,000 และ 1,500 บาท คิดเป็นร้อยละ 15.8 12.9 และ 11.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 33 ความเต็มใจจ่ายค่าห้องส่วนเพิ่มประเภทห้องพิเศษเดี่ยว

ความเต็มใจจ่าย	ความถี่	ร้อยละ
300	15	4.3
500	55	15.8
800	25	7.2
1000	85	24.4
1500	40	11.5
1800	6	1.7
2000	45	12.9
2500	9	2.6
3000	16	4.6
5000	8	2.3

- ความเต็มใจจ่ายค่าห้องส่วนเพิ่มประเภทห้องเตียงเดี่ยว

เมื่อถามความเต็มใจจ่ายค่าห้องส่วนเพิ่มประเภทห้องพักเตียงเดี่ยว ซึ่งเป็นห้องพักเตียงเดี่ยวขนาดปกติ มีเครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์อำนวยความสะดวกพอสมควร จากตารางที่ 34 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เต็มใจจ่ายสูงสุดวันละ 500 บาท คิดเป็นร้อยละ 28.6 รองลงมาเต็มใจจ่ายวันละ 1,000 และ 1,500 บาท คิดเป็นร้อยละ 18.6 และ 10.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 34 ความเต็มใจจ่ายค่าห้องส่วนเพิ่มประเภทห้องเตียงเดี่ยว

ความเต็มใจจ่าย	ความถี่	ร้อยละ
200	19	5.3
300	32	8.9
500	103	28.6
800	30	8.3
1000	67	18.6
1200	7	1.9
1500	37	10.3
2000	11	3.1
3000	11	3.1

- ความเต็มใจจ่ายค่าห้องส่วนเพิ่มประเภทห้องเตียงคู่

เมื่อถามความเต็มใจจ่ายค่าห้องส่วนเพิ่มประเภทห้องพักเตียงคู่ ซึ่งเป็นห้องพักเตียงคู่ขนาดปกติ มีเครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์อำนวยความสะดวกพอสมควร จากตารางที่ 35 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เต็มใจจ่ายสูงสุดวันละ 500 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.9 รองลงมาเต็มใจจ่ายวันละ 300 และ 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 17.5 และ 11.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 35 ความเต็มใจจ่ายค่าห้องส่วนเพิ่มประเภทห้องเตียงคู่

ความเต็มใจจ่าย	ความถี่	ร้อยละ
100	13	4.6
200	28	10.0
300	49	17.5
400	12	4.3
500	92	32.9
800	15	5.4
1000	33	11.8
1200	5	1.8
1500	7	2.5
2000	8	2.9

3.2 การวิเคราะห์การเลือกใช้โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน

การวิเคราะห์การเลือกใช้โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งการดำเนินการวิเคราะห์เป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกทดสอบสมมติฐานปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อการเลือกใช้โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน ส่วนที่สองคือการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ (logistic regression) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม คือการเลือกใช้บริการโรงพยาบาล กับตัวแปรอิสระต่างๆ เพื่อนำสมการที่ได้ไปประมาณการหรือพยากรณ์ตัวแปรตาม

3.2.1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน

การวิเคราะห์เบื้องต้นเพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกใช้โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน ดำเนินการโดยการทดสอบสมมติฐาน ด้วยการใช้ตารางไขว้ (cross-tabulation) และ ใช้สถิติไคร์สแควร์ (chi-square) โดยนำเสนอเฉพาะปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือก ดังนี้

- เพศ

สมมติฐาน H_0 = เพศส่งผลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนไม่แตกต่างกัน
 H_1 = เพศส่งผลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนแตกต่างกัน

Crosstabulation

เพศ	โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน		รวม
	เลือก	ไม่เลือก	
ชาย	118	74	192
หญิง	166	152	318
รวม	284	226	510

Pearson Chi-square Value 4.157, Sig(2 sided) 0.043

พบว่า เพศที่แตกต่างกันส่งผลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่น 99%

- อาชีพ

สมมติฐาน H_0 = อาชีพส่งผลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนไม่แตกต่างกัน

H_1 = อาชีพส่งผลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนแตกต่างกัน

Crosstabulation

อาชีพ	โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน		รวม
	เลือก	ไม่เลือก	
พนักงานธุรกิจขนาดเล็ก (พนักงานไม่เกิน 10 คน)	31	12	43
พนักงานโรงงานในสายการผลิต	4	3	7
พนักงานโรงงาน/บริษัทในส่วนสำนักงาน	125	129	254
ผู้บริหาร(ตำแหน่งผู้จัดการขึ้นไป)	15	20	35
พนักงานราชการ/พนักงานของรัฐ	40	16	56
กิจการเจ้าของคนเดียว	54	35	89
พนักงานชั่วคราว	7	2	9
พนักงานขับรถ	5	2	7
แม่บ้าน/บริการ	3	7	10
รวม	284	226	510

Pearson Chi-square Value 23.023, Asymp. Sig(2 sided) 0.003

พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันส่งผลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่น 99%

- ประกันสุขภาพเอกชน

สมมติฐาน H_0 = ผู้ที่มีและไม่มีประกันสุขภาพเอกชนส่งผลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาล
เพื่อผู้ประกันตนไม่แตกต่างกัน

H_1 = ผู้ที่มีและไม่มีประกันสุขภาพเอกชนส่งผลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาล
เพื่อผู้ประกันตนแตกต่างกัน

Crosstabulation

Count		โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน		รวม
ประกันสุขภาพเอกชน		เลือก	ไม่เลือก	
ไม่มี		189	118	307
มี		91	103	194
รวม		280	221	501

Pearson Chi-square Value 10.358, Asymp. Sig(2 sided) 0.001

พบว่า ผู้ที่มีและไม่มีประกันสุขภาพเอกชนส่งผลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน
แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่น 99%

- ประเภทสมาชิกประกันสังคม

สมมติฐาน H_0 = ผู้ประกันตนมาตรา 33 และมาตรา 39 การเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อ
ผู้ประกันตนไม่แตกต่างกัน

H_1 = ผู้ประกันตนมาตรา 33 และมาตรา 39 การเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อ
ผู้ประกันตนแตกต่างกัน

Crosstabulation

Count		โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน		รวม
ผู้ประกันตน		เลือก	ไม่เลือก	
มาตรา 33		227	195	422
มาตรา 39		57	31	88
รวม		284	226	510

Pearson Chi-square Value 3.558, Asymp. Sig(2 sided) 0.059

พบว่า ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39 มีการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อ
ผู้ประกันตนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่น 90%

3.2.2 การวิเคราะห์ลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการวางแผนการตลาดสำหรับผู้ประกันตนในการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม

ในการวางแผนการตลาด กำหนดให้กลุ่มลูกค้าโรงพยาบาลประกันสังคม (positioning) ได้แก่ ผู้ประกันตนทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 15-60 ปี ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิประกันสังคม จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 519 ราย กับข้อความถาม "ถ้ามีโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนโดยเฉพาะจะเลือกหรือไม่" สามารถแบ่งกลุ่มตัวอย่างในฐานะลูกค้าเป้าหมายออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม และกลุ่มที่สองกลุ่มตัวอย่างไม่เลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม โดยนำมาวิเคราะห์ลักษณะเฉพาะ (characteristics) หรือบุคลิกของผู้ประกันตนทั้งสองกลุ่ม เพื่อนำไปวางแผนการตลาดต่อไป โดยเลือกใช้การวิเคราะห์ Cluster Analysis ด้วยเทคนิค K-means cluster เป็นเครื่องมือเพื่อแยกตัวแปรต่างๆที่ส่งผลต่อการเลือกใช้บริการและไม่ใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม ซึ่งสรุปได้ดังนี้

- การจำแนกด้วยข้อมูลเพศ สถานภาพ กลุ่มอายุ โรคประจำตัว ประเภทสมาชิกประกันสังคม จำนวนปีที่เป็นสมาชิกประกันสังคม ระดับรายได้ อาชีพ ต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม

จากตารางที่ 36 แสดงให้เห็นว่า เมื่อพยายามแยกรายละเอียดบุคลิกหรือลักษณะเฉพาะของผู้ประกันตนในการเลือกใช้บริการโรงพยาบาล พบว่า ตัวแปรต่างๆข้างต้นสามารถจำแนกได้จำนวนหนึ่งโดยตัวแปรที่สามารถจำแนกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว ประเภทสมาชิกประกันสังคม จำนวนปีที่เป็นสมาชิกประกันสังคม ระดับรายได้ และช่วงอายุผู้ประกันตน แต่ด้วยข้อจำกัดที่นักวิจัยแบ่งกลุ่มออกเพียง 2 กลุ่มเท่านั้น (เลือกใช้บริการหรือไม่เลือกใช้บริการโรงพยาบาล) ทำให้ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแต่ละกลุ่มยังไม่มี ความแตกต่างกันอย่างพอเพียงที่จะสรุปได้ จึงสรุปเฉพาะตัวแปรที่แสดงผลชัดเจน 3 ตัวแปร ดังนี้

- ผู้ประกันตนจะเลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม จะมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างคือ สถานภาพโสด มีอายุการเป็นสมาชิกประกันสังคมเฉลี่ยประมาณ 6 ปี (อาจกล่าวได้ว่า เป็นสมาชิกอายุไม่นานมากจะเลือกโรงพยาบาลประกันสังคม ขณะที่ผู้ประกันตนที่มีอายุสมาชิกนานจะไม่เลือก) อายุเฉลี่ยประมาณ 31-40 ปี และมีรายได้เฉลี่ยในช่วง 15,001-30,000 บาท

ตารางที่ 36 ผลการวิเคราะห์ Cluster analysis จำแนกตามตัวแปรข้อมูลทั่วไป

Final Cluster Centers		
ปัจจัยที่นำมาคำนวณการแบ่งกลุ่มผู้ประกันตน	โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน	
	เลือก	เลือก
สถานะภาพสมรส (STA)	1	2
อาชีพ (OCC)	4	4
เป็นโรคเรื้อรัง (DIAC)	1	1
ประเภทสมาชิกผู้ประกันตน (MEM)	1	1
ระยะเวลาการเป็นสมาชิกประกันสังคม (TIME)	6	18
สิทธิการรักษา (TYPE)	1	1
กลุ่มอายุ (agegroup)	3	4
กลุ่มรายได้ (incgroup)	2	2

ANOVA						
	Cluster		Error		F	Sig.
	Mean Square	df	Mean Square	df		
STA	7.774	1	.347	438	22.407	.000
OCC	18.298	1	2.821	438	6.487	.011
DIAC	35.200	1	4.282	438	8.220	.004
MEM	1.429	1	.139	438	10.294	.001
TIME	13969.960	1	11.386	438	1226.905	.000
TYPE	.212	1	.213	438	.993	.320
agegroup	106.526	1	.780	438	136.493	.000
incgroup	12.295	1	.743	438	16.557	.000

The F tests should be used only for descriptive purposes because the clusters have been chosen to maximize the differences among cases in different clusters. The observed significance levels are not corrected for this and thus cannot be interpreted as tests of the hypothesis that the cluster means are equal.

- การจำแนกด้วยทัศนคติต่อการใช้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

จากตารางที่ 37 แสดงให้เห็นว่า เมื่อพยายามแยกรายละเอียดบุคลิกหรือลักษณะเฉพาะของผู้ประกันตนในการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม พบว่า ทัศนคติต่อการใช้บริการรักษาพยาบาลทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 กล่าวคือ ผู้ประกันตนที่มีทัศนคติค่อนข้างไม่เห็นด้วยหรือไม่พอใจในการให้บริการสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนอยู่ จะเลือกตอบยินดีไปใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม ขณะที่ผู้ประกันตนที่มีทัศนคติที่ดีในการรับบริการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในกับสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนอยู่จะเลือกตอบไม่ไปใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม

ตารางที่ 37 ผลการวิเคราะห์ Cluster analysis จำแนกตามทัศนคติต่อการใช้บริการรักษาพยาบาล

Final Cluster Centers			
รหัส คำถาม	คำอธิบายทัศนคติ	โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน	
		เลือก	ไม่เลือก
A1	ท่านพึงพอใจที่สถานพยาบาลแยกพื้นที่ตรวจโดยเฉพาะแก่ผู้ใช้สิทธิประกันสังคม	2	4
A2	ท่านไม่รู้สึกละเลยความแตกต่างในการให้บริการเมื่อเทียบกับสิทธิรักษาพยาบาลอื่น	2	3
A3	ท่านได้รับการตรวจโดยแพทย์เฉพาะทาง เมื่อมีความจำเป็นและอาการป่วยรุนแรง	3	4
A4	บุคลากรทางการแพทย์ให้บริการด้วยความเต็มใจและสถานที่มีสภาพแวดล้อมที่ดี	3	4
A5	ยาที่ได้รับมีคุณภาพ จำนวนเพียงพอและไม่ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม	2	4
A6	ระยะเวลารอตรวจไม่นาน	2	3
A7	ได้รับการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นและทันการณ์	2	4
A8	แพทย์เปิดโอกาสให้ซักถาม/ตอบคำถามสุขภาพเท่าที่ควร	3	4

รหัส คำถาม	คำอธิบายทัศนคติ	โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน	
		เลือก	ไม่เลือก
A9	ท่านพึงพอใจกับคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ได้รับ	2	4
B1	หอผู้ป่วยมีความสะอาด และมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกเพียงพอ	3	4
B2	แพทย์ให้บริการด้วยความดูแลเอาใจใส่ เข้ามาดูแลผู้ป่วยด้วยความรวดเร็ว	3	4
B3	พยาบาลมีกิริยามารยาท และมีความสามารถในการพยาบาล และเอาใจใส่ อาการป่วยของท่าน	3	4
B4	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น ได้รับการแจ้งวิธีการรักษา รับการแจ้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	3	4
B5	ท่านได้รับการอธิบายเหตุผลที่ต้องผ่าตัดและรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัด	3	4
B6	ท่านได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนออกโรงพยาบาล	3	4
B7	ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในเรื่องห้องพัก ค่ายา และค่าวินิจฉัยอื่นเพิ่มเติม	3	4
B8	ท่านยินดีจ่ายเพิ่มเติม ในกรณีอยู่หอผู้ป่วยพิเศษและมีสิ่งอำนวยความสะดวก มากกว่าปกติ	3	4
B9	รสชาติอาหารถูกปาก บริการอาหารคุณภาพดีและปริมาณเหมาะสม	2	3

ANOVA

รหัส คำถาม	Cluster		Error		F	Sig.
	Mean Square	df	Mean Square	df		
A1	44.265	1	1.050	112	42.168	.000
A2	29.793	1	.973	112	30.616	.000
A3	37.786	1	.735	112	51.431	.000
A4	46.139	1	.597	112	77.299	.000
A5	49.047	1	.690	112	71.125	.000
A6	66.505	1	.943	112	70.536	.000
A7	44.221	1	.755	112	58.570	.000
A8	28.414	1	.765	112	37.153	.000
A9	46.841	1	.636	112	73.651	.000
B1	25.941	1	.484	112	53.561	.000
B2	33.873	1	.552	112	61.404	.000
B3	34.475	1	.577	112	59.726	.000
B4	33.565	1	.470	112	71.348	.000
B5	33.546	1	.699	112	47.975	.000
B6	35.456	1	.475	112	74.679	.000
B7	28.397	1	.781	112	36.374	.000
B8	20.707	1	.873	112	23.709	.000
B9	28.344	1	.729	112	38.893	.000

The F tests should be used only for descriptive purposes because the clusters have been chosen to maximize the differences among cases in different clusters. The observed significance levels are not corrected for this and thus cannot be interpreted as tests of the hypothesis that the cluster means are equal.

- การจำแนกด้วยความคาดหวังการให้บริการ และความเต็มใจจ่ายค่าห้องพิเศษเฉพาะ พิเศษธรรมดา ห้องคู่

จากตารางที่ 38 แสดงให้เห็นว่า เมื่อพยายามแยกรายละเอียดบุคคลหรือลักษณะเฉพาะของผู้ประกันตนในการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม พบว่า ความคาดหวังเรื่องจำนวนเตียงต่อห้อง ในหอผู้ป่วยรวม ระยะเวลารอคอยแพทย์ และระยะเวลาแพทย์ตรวจที่คาดหวัง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 สำหรับการเลือกใช้บริการ แต่ปัจจัยด้านความเต็มใจจ่ายค่าห้องพิเศษ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 คือ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบเลือกใช้บริการ

โรงพยาบาลประกันสังคมจะมีความเต็มใจจ่ายโดยเฉลี่ยน้อยกว่า กลุ่มที่ตอบไม่เลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม โดยห้องพิเศษเดี่ยว ยินดีจ่ายเพิ่มเฉลี่ย 1,298 บาทต่อคืน ห้องพิเศษธรรมดา ยินดีจ่ายเพิ่มเฉลี่ย 861 บาทต่อคืน และห้องพักรักษาตัวยินดีจ่ายเพิ่มเฉลี่ย 556 บาทต่อคืน

ตารางที่ 38 ผลการวิเคราะห์ Cluster analysis จำแนกตามความเต็มใจจ่ายค่าห้องพิเศษ

Final Cluster Centers		
ปัจจัยที่นำมาคำนวณการแบ่งกลุ่มผู้ประกันตน	โรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน	
	เลือก	ไม่เลือก
จำนวนเตียงในห้องผู้ป่วยรวม (BED)	6	5
ระยะเวลาตรวจของแพทย์ (T1)	19	15
ระยะเวลารอพบแพทย์ (T2)	27	20
ความเต็มใจจ่ายค่าห้องพักรักษาตัว (R1)	1298	6250
ความเต็มใจจ่ายค่าห้องเตียงเดี่ยว (R2)	861	4000
ความเต็มใจจ่ายค่าห้องพักรักษาตัว (R3)	556	6250

ANOVA						
	Cluster		Error		F	Sig.
	Mean Square	df	Mean Square	df		
BED	7.244	1	19.519	226	.371	.543
T1	33.138	1	73.134	226	.453	.502
T2	96.038	1	237.419	226	.405	.525
R1	4.862E7	1	859464.132	226	56.568	.000
R2	1.954E7	1	382741.209	226	51.049	.000
R3	6.427E7	1	316643.042	226	202.973	.000

3.3 แบบจำลองการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ (logistic regression) เพื่อทำนายการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคมของผู้ประกันตน

เพื่อใช้ในการคาดการณ์แนวโน้มการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคมของผู้ประกันตน จึงใช้แบบจำลองการถดถอยแบบพหุคูณ (logistic regression) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม คือการเลือกใช้บริการโรงพยาบาล กับตัวแปรอิสระต่างๆ เพื่อนำสมการที่ได้ไปประมาณการหรือพยากรณ์ตัวแปรตาม ดังนี้

ขั้นที่ 1: กำหนดตัวแปรตามและตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม คือ การเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน

ตัวแปรอิสระ คือ อายุ รายได้ ระยะเวลาเป็นสมาชิกประกันสังคม เพศ อาชีพ การมีประกันสุขภาพ และประเภทสมาชิกประกันสังคม

$$Choice = F(AGE, SEX, INCOME, MEM, OCC, TYPE, TIME)$$

โดย

Choice = การเลือกโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน (เลือก หรือ ไม่เลือก)

AGE = อายุ

SEX = เพศ

INCOME = รายได้

MEM = ประเภทสมาชิก (มาตรา33 หรือ มาตรา39)

OCC = อาชีพ 9 ประเภท

TYPE = สิทธิการรักษาพยาบาล

TIME = ระยะเวลาเป็นสมาชิกประกันสังคม (ปี)

ขั้นที่ 2: ทดสอบความเป็นอิสระ

H_0 = ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

H_1 = ตัวแปรต่างๆมีความสัมพันธ์กัน

โดยทดสอบค่าสหสัมพันธ์ เพื่อดูว่าตัวแปรใดมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระดับสูง พบว่าไม่มีตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์โดยดูจากค่าไคร้สแควร์ของเพียร์สันเกิน 0.5 จากค่า Sig (2 tailed) ต่ำกว่า 0.05 จึงปฏิเสธสมมติฐานรอง นั่นหมายความว่า ตัวแปรอิสระที่นำมาใช้ในสมการถดถอยเป็นอิสระต่อกัน

Correlations

		SEX	STA	EDU	OCC	INSUR	MEM
SEX	Pearson Correlation	1	.025	-.036	-.117**	-.020	-.176**
	Sig. (2-tailed)		.565	.413	.007	.647	.000
	N	519	519	515	519	510	519
STA	Pearson Correlation	.025	1	-.132**	.046	-.033	.114**
	Sig. (2-tailed)	.565		.003	.291	.454	.010
	N	519	519	515	519	510	519
EDU	Pearson Correlation	-.036	-.132**	1	-.072	.189**	-.194**
	Sig. (2-tailed)	.413	.003		.102	.000	.000
	N	515	515	515	515	507	515
OCC	Pearson Correlation	-.117**	.046	-.072	1	.008	.509**
	Sig. (2-tailed)	.007	.291	.102		.853	.000
	N	519	519	515	519	510	519
		SEX	STA	EDU	OCC	INSUR	MEM
INSUR	Pearson Correlation	-.020	-.033	.189**	.008	1	.076
	Sig. (2-tailed)	.647	.454	.000	.853		.085
	N	510	510	507	510	510	510
MEM	Pearson Correlation	-.176**	.114**	-.194**	.509**	.076	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.010	.000	.000	.085	
	N	519	519	515	519	510	519

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ขั้นที่ 3: ตรวจสอบความถูกต้องของสมการถดถอย

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	565.025 ^a	.068	.091

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

เมื่อพิจารณาค่า Pseudo R² (Nagelkerke R²) = 0.091 หมายความว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดที่อยู่ในสมการในขั้นตอนสุดท้ายอธิบายผลการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนได้ร้อยละ 9.1

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	5.212	8	.735

สมมติฐานทดสอบสมการถดถอยโลจิสติก

H₀ = สมการถดถอยโลจิสติกที่ทดสอบเหมาะสม

H₁ = สมการถดถอยโลจิสติกที่ทดสอบไม่เหมาะสม

โดยค่า Chi-square จาก Hosmer and Lemeshow Test มีค่า 5.212 และ Sig = 0.735 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.05 จึงสรุปได้ว่า สมการการถดถอยโลจิสติกในขั้นสุดท้ายมีความเหมาะสม

ขั้นที่ 4: ตรวจสอบเงื่อนไขของสมการถดถอยโลจิสติก

Variables in the Equation									
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	AGE	.004	.014	.091	1	.763	1.004	.977	1.032
	INC	.000	.000	9.047	1	.003	1.000	1.000	1.000
	TIME	.001	.020	.004	1	.948	1.001	.962	1.042
	SEX	.474	.214	4.908	1	.027	1.606	1.056	2.443
	OCC	-.031	.072	.184	1	.668	.970	.843	1.116
	INSUR	.500	.207	5.852	1	.016	1.649	1.100	2.474
	MEM	-.353	.341	1.074	1	.300	.702	.360	1.370
	Constant	-1.416	.638	4.925	1	.026	.243		

a. Variable(s) entered on step 1: AGE, INC, TIME, SEX, OCC, INSUR, MEM.

จากผลการวิเคราะห์ พบว่ามีเพียงค่าสัมประสิทธิ์ (B) ของ INC SEX INSURE และ Constant เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

$$Choice = -1.416 + 0.000INC + 0.474SEX + 0.50INSURE$$

ขั้นที่ 5: ทดสอบผลการวิเคราะห์

ถ้าลองพยากรณ์การเลือกใช้บริการโรงพยาบาลสำหรับผู้ประกันตน เช่น เพศหญิง มีประกันสุขภาพ เอกชน มีระดับรายได้ 10,000 บาท จะได้ว่า

$$Choice = -1.416 + 0.000(10000) + 0.474(2) + 0.50(1) = 0.028$$

$$\text{Prob (การเลือกโรงพยาบาลสำหรับผู้ประกันตน)} = 1 / 1 + e^{-(0.028)} = 0.97$$

จากผลการวิเคราะห์นี้ จะพยากรณ์ได้ว่า เธอคนนี้น่าจะมีโอกาสเลือกใช้บริการโรงพยาบาลสำหรับผู้ประกันตน ด้วยเกณฑ์ความน่าจะเป็น 0.5

สรุป

จากแบบสอบถาม จำนวน 519 ชุด สรุปได้ว่า ประสิทธิภาพการให้บริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนโดยรวมมีความพึงพอใจในระดับปานกลางเท่านั้น โดยร้อยละ 55.7 ของผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบจะเลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคมถ้ามีโรงพยาบาลสำหรับผู้ประกันตนเป็นทางเลือก โดยภาพรวมพบว่า เพศ อาชีพ การมีประกันสุขภาพเอกชน และประเภทสมาชิกประกันสังคม มีผลต่อการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม โดยเหตุผลประกอบได้แก่ ความเชื่อว่าจะได้รับบริการ

บนความเท่าเทียมกันเพราะสิทธิเดียวกัน ไม่ต้องกังวลต้องเปลี่ยนโรงพยาบาลเพราะยกเลิกการรับขึ้นทะเบียน และคาดหวังในการประสานสิทธิประโยชน์กับสำนักงานประกันสังคมที่สะดวกมากขึ้น ขณะที่ผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่เลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคมส่วนหนึ่งเพราะยังไม่แน่ใจในบริการ และสถานที่ตั้ง จึงขอระยะเวลาเพื่อพิจารณาระยะหนึ่งก่อน

เมื่อวิเคราะห์ลักษณะเฉพาะ (characteristics) ของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า มีหลายปัจจัยที่สะท้อนต่อบุคลิกของผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบจะเลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม ได้แก่

- สถานภาพโสด มีอายุการเป็นสมาชิกประกันสังคมเฉลี่ยประมาณ 6 ปี (อาจกล่าวได้ว่า เป็นสมาชิกอายุไม่นานมากจะเลือกโรงพยาบาลประกันสังคม ขณะที่ผู้ประกันตนที่มีอายุสมาชิกนานจะไม่เลือก) อายุเฉลี่ยประมาณ 31-40 ปี และมีรายได้เฉลี่ยในช่วง 15,001-30,000 บาท จะตอบเลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม

- สำหรับผู้ประกันตนที่มีทัศนคติค่อนข้างไปทางไม่เห็นด้วยหรือไม่พอใจในการให้บริการสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนอยู่ จะเลือกตอบยินดีไปใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม ขณะที่ผู้ประกันตนที่มีทัศนคติที่ดีในการรับบริการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในกับสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนอยู่จะเลือกตอบไม่ไปใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม

- ขณะที่ความคาดหวังเรื่องจำนวนเตียงต่อห้องในหอผู้ป่วยรวม ระยะเวลารอคอยแพทย์ และระยะเวลาแพทย์ตรวจที่คาดหวัง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- และกลุ่มตัวอย่างที่ตอบเลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคมจะมีความเต็มใจจ่ายโดยเฉลี่ยน้อยกว่า กลุ่มที่ตอบไม่เลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม โดยห้องพิเศษเดี่ยว ยินดีจ่ายเพิ่มเฉลี่ย 1,298 บาทต่อคืน ห้องพิเศษธรรมดา ยินดีจ่ายเพิ่มเฉลี่ย 861 บาทต่อคืน และห้องพักรู้อยินดีจ่ายเพิ่มเฉลี่ย 556 บาทต่อคืน

ถึงแม้จำนวนแบบสอบถามจะมีจำนวนไม่มากพอที่จะสะท้อนหรือเป็นตัวแทนความคิดเห็นระดับประเทศได้ (จำนวนควรมากกว่า 4,500 ตัวอย่าง) แต่การเก็บแบบสอบถามครั้งนี้จะสะท้อนให้เห็นแนวคิดของผู้ประกันตนในเขตกรุงเทพและจังหวัดที่เป็นแหล่งอุตสาหกรรมได้ระดับหนึ่ง และข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปวางแผนทางการตลาดได้ระดับหนึ่งเพื่อสื่อสารไปยังกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย และวางตำแหน่งบริการ(positioning) ของโรงพยาบาล

3.4 ความคิดเห็นผู้บริหารสำนักงานประกันสังคม และผู้เกี่ยวข้องต่อการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม

การศึกษาในส่วนนี้เป็นการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหารสำนักงานประกันสังคม ซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ในคณะกรรมการประกันสังคม ผู้แทนจากคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ ผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานประกันสังคม รวมผู้นำแรงงานในที่ปรึกษาคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม รวมทั้งสิ้น 16 ราย โดยวัตถุประสงค์ของการศึกษาในส่วนนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลความคิดเห็นอย่างรอบด้านจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง นอกเหนือจากการสำรวจความคิดเห็นของลูกจ้างผู้ประกันตนที่มีต่อการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ใช้การบันทึกเสียงโดยการยินยอมของผู้ให้สัมภาษณ์ และถูกนำมาถอดเสียงบันทึกเพื่อนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ซึ่งจำแนกออกเป็น 4 ประเด็นใหญ่ประกอบด้วย (1) สถานการณ์การให้บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม (2) ความคิดเห็นต่อการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม และ (3) ความคิดเห็นต่อการปรับปรุงบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม ในกรณีที่ไม่สามารถจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมได้ (4) ข้อเสนอแนะอื่นๆ โดยผลการศึกษาสรุปได้ ดังนี้

3.4.1 สถานการณ์การให้บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม

ในประเด็นเรื่องแนวโน้มคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม 5 ปีที่ผ่านมา กลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นแตกต่างกันดังนี้ คือ กลุ่มแรกมีความเห็นว่าระบบกำกับติดตามการให้บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมมีปัญหา ไม่มีกลไกติดตามการใช้บริการของผู้ประกันตน ทำให้ผู้ประกันตนไม่ได้ในสิ่งที่ควรได้ ทั้งๆ ที่สิทธิประกันสังคมครอบคลุมมากกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผู้ประกันตนได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยชั้นสอง ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาเป็นที่น่าพอใจระดับหนึ่งแล้วก็ตาม กลุ่มนี้ประกอบด้วย ผู้แทนลูกจ้างและนายจ้างในคณะกรรมการประกันสังคม 3 ท่าน ผู้แทนในคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ 3 ท่าน ผู้บริหารของสำนักงานประกันสังคม 1 ท่าน และคณะกรรมการประกันสังคมในภาครัฐหนึ่งท่านให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าปัญหาดังกล่าวมาจากปัญหาความแออัดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง ทำให้เป็นรากเหง้าของปัญหาคุณภาพทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความพึงพอใจ หรือความเสี่ยงของการไม่ได้รับบริการ เช่น มีข้อร้องเรียนเรื่องไส้ติ่งแตกมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกคลอดที่ขาดออกซิเจนก็เพิ่มสูงขึ้น ภาวะป่วยตายในโรคหัวใจ AMI ไม่มีแนวโน้มลดลง ตรงข้ามกันจะสูงขึ้นเรื่อยๆ

“ประสบการณ์ที่อยู่ในแวดวงผมเอง แพทย์วินิจฉัยโรคผิดพลาดเยอะมาก โดยเฉพาะปัญหาของโรคมะเร็ง แพทย์มักวินิจฉัยออกมาว่าเป็นกล้ามเนื้ออักเสบ โรคกระเพาะ ลำไส้อักเสบ แต่สุดท้ายเป็นมะเร็ง.. ลูกน้องผมปอดติดเชื้ออย่างรุนแรง ลูกน้องมองไม่เห็น เดินไม่ไหว หายใจไม่ออก แพทย์ไม่ให้นอนโรงพยาบาล แล้วก็วินิจฉัยผิดออกเหมือนกัน คือวินิจฉัยโรคผิดพลาดตลอด จนพี่ชายเห็นท่าไม่ดีเอาไปรักษาตัวที่บ้าน แพทย์ที่จังหวัดเลยวินิจฉัยว่าปอดติดเชื้ออย่างรุนแรง

อยู่ได้เดือนกว่าเสียชีวิต อีกรายก็เหมือนกัน เป็นผู้หญิง เป็นมะเร็งตับ ไม่ได้ดื่มเหล้า หมอบอกว่าเกิดจากภาวะเครียด ก็วินิจฉัยโรคแบบเดียวกัน กล้ามเนื้ออักเสบ โรคกระเพาะ ลำไส้อักเสบ สุดท้ายเป็นมะเร็งตับ มารัฐะยะสุดท้ายก็ตาย”

ในขณะที่ผู้บริหารของสำนักงานประกันสังคม 3 ท่าน และผู้แทนนายจ้าง ลูกจ้าง ในคณะกรรมการประกันสังคม และแกนนำอีก 4 ท่าน มองว่าทิศทางการให้บริการทางการแพทย์ดีขึ้น โดยสังเกตจากการไปใช้บริการมากขึ้น จำนวนข้อร้องเรียนที่ได้รับลดน้อยลง และโรงพยาบาลมีการปรับปรุงตามเสียงสะท้อนของผู้ประกันตนซึ่งพบได้จากออกตรวจสถานพยาบาล

“ขอยืนยันว่า ในช่วงแรกของการให้บริการทางการแพทย์นั้นมีการ complain กันมากถึงมากที่สุด เช่น บริษัทหนึ่งมี 100 คน 98 คนไม่มีอะไร มี complain ไม่พอใจ 2 คนแค่นั้น ก็จะถูก focus ไปที่ 2 คนนั้น... แต่ระยะหลังบางเรื่องเราอาจให้ร้ายกับประกันสังคมซึ่งได้มีการพัฒนาเป็นที่น่าพอใจระดับหนึ่ง โดยเรื่องบริหารการแพทย์ มีกอง มีหน่วยงานที่ควบคุมดูแลโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายผู้ประกันตน เพราะฉะนั้น เสียงคำเล่าลือกันมากมายว่าสำนักงานประกันสังคมบริการไม่ดี ขอยืนยันว่าไม่เป็นอย่างนั้น แต่ในขณะเดียวกันก็อาจจะมีข้อกังขาในการปฏิบัติงานที่ไม่ถูกใจบ้างเป็นเรื่องปกติ”

“เท่าที่ได้รับฟังมา คือ คนระดับกลางส่วนใหญ่จะไปใช้สิทธิตามโรงพยาบาล และค่อนข้างจะยอมรับในสิทธิของประกันสังคมมากขึ้น ... คนที่มีฐานะทางการเงินหรือเป็นเจ้าของกิจการได้เคยคุยกันว่า ก็เคยใช้สิทธิโรงพยาบาลตามบัตรแต่มีประกันเอกชนอยู่ ก็ไปอยู่ห้องพิเศษ อะไรที่เกินมาก็จ่ายเอง ส่วนสิทธิเบื้องต้นก็ใช้ไปเพราะจ่ายเงินไปแล้ว เพราะประกันสังคมก็คือพื้นฐานของการรักษาพยาบาลไม่ให้เขาเดือดร้อน เพราะฉะนั้นดีไหมดี ใช้กันเยอะ ตอนนี้อย่างไร”

“ผมว่าดีขึ้น การบริการดีขึ้น .. ปัญหาเรื่องการจ่ายยาที่ว่าเอายาถูกๆ หรือว่าวินิจฉัยไม่ค่อยดี ผมขอยกเว้นโรงพยาบาลคาร์มิเรียล เขาก็ให้พอสมควร ผมใช้โดยตรงในฐานะผู้ประกันตน ผมเคยใช้โรงพยาบาลอื่นแต่สู้ที่นี่ไม่ได้ .. ปวดหัว ตัวร้อน เป็นไข้ เป็นหวัด ก็จ่ายยาพอสมควร ไม่ถึงกับพาราอย่างเดียวนะ มีลดน้ำมูก แก้อาเจียน”

สำหรับปัญหาเชิงบริหารของสำนักงานประกันสังคม ที่ผู้บริหารของสำนักงานประกันสังคมได้สะท้อนให้เห็น ได้แก่ บุคลากรของสำนักงานประกันสังคมไม่มีองค์ความรู้ทางการแพทย์ ขาดบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้การบริหารจัดการต้องอาศัยความรู้ความสามารถจากแพทย์เป็นหลัก ต้องจ้างแพทย์ชำนาญการเพิ่มเติม

ปัญหาการให้บริการทางการแพทย์ที่ยังคงพบบ่อย ได้แก่ (1) การจ่ายยา ลูกจ้างมักร้องเรียนว่าได้รับแต่ยาพาราเซตามอล (2) แพทย์ใช้ระยะเวลาในการตรวจรักษาสั้น ในขณะที่ผู้ประกันตนต้องรอคอยเป็นเวลานาน (3) ปัญหามาตรฐานการให้บริการของเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล และแพทย์ (การวินิจฉัย การส่งต่อ การจ่ายยา) (4) ปัญหาคุณภาพการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือมีค่าใช้จ่ายสูง จะมีการลดการรักษาไม่ส่งตรวจในกรณีที่เป็น

“ประสบการณ์ของผมเองที่เป็นไข้ ไม่สบาย มี 2 ครั้งเป็นไข้ตัวร้อนมาก ต้องไปนั่งรอหมอเกือบ 2 ชั่วโมง โดยที่หมอไม่ทำการตรวจ ไม่ทำอะไรเลย จนผมก็ร้องเรียนไปที่ ผอ.โรงพยาบาล พอเปลี่ยนโรงพยาบาลมาเป็นอีกโรงหนึ่งก็ไม่แตกต่าง เพราะเป็นโรงพยาบาลของเอกชน มาตรฐานการรักษาไม่แตกต่างกัน เพราะถูกบ่นจากลูกจ้างมาตลอดว่า การบริการยังล่าช้า บางครั้งดูเหมือนว่าง่ายๆ ลวกๆ ..”

“โรงพยาบาลเอกชนที่ผู้ประกันตนไปรักษาปัจจุบัน ใช้ระบบหมอวัง ไม่มีตังค์จ้างหมอมานั่งประจำ บางทีรอเคสก่อน อย่างผ่าตัด 3-4 เคสนอนรอ ให้น้ำเกลือเลี้ยงไว้ พอหมอมาค่อยผ่าตัด กลางวันไม่มีหมอ มีพยาบาลวิชาชีพคอยดูแล ไม่มีหมอประจำ เพราะหมอประจำแพง หมอประจำอยู่โรงพยาบาลรัฐบาลหมด พอว่างเย็นก็มา”

“ยาจะมี 3 ระดับ 1. ระดับล่าง 2. ระดับกลางของผู้ประกันตน 3. ระดับจ่ายเงินเอง คลาสของยาจะสูงขึ้น ไป ของผู้ประกันตนดูเหมือนว่าเป็นการจ่ายยาแค่ประมาณเลี้ยงไข้เท่านั้นเอง”

สำหรับการใช้สิทธิในโรงพยาบาลตามบัตร ผู้ให้สัมภาษณ์เกือบทั้งหมดให้ความเห็นว่า ผู้ประกันตนที่อยู่ในสถานประกอบการขนาดใหญ่ส่วนใหญ่จะใช้บริการรักษาพยาบาลที่นายจ้างจัดให้ (ประกันเอกชน) และผู้ประกันตนที่มีเศรษฐกิจในระดับปานกลางส่วนใหญ่จะไปใช้บริการตามสิทธิ แต่ผู้ประกันตนที่มีรายได้ 15,000 บาทขึ้นไป หรือผู้ประกันตนที่มีความสามารถทางการเงิน มักไม่ค่อยไปใช้สิทธิ หลายคนยอมจ่ายเพื่อซื้อความสะดวกสบาย หรือใช้ร่วมกับสิทธิประกันสังคมกรณีที่นอกเหนือจากสิทธิของประกันเอกชน ในขณะที่ผู้ประกันตนระดับล่างจริงๆ ไม่ค่อยมีโอกาสใช้สิทธิ เนื่องจากนายจ้างไม่ให้ลา งาน หรือหากลาได้ก็จะกลัวถูกตัดค่าล่วงเวลา ถูกตัดค่าแรง ดังนั้นหากไม่เป็นอะไรมากก็จะซื้อยามากินเอง หรือไปพบแพทย์ตามคลินิก

“ถ้าไม่เต็มทีจริงๆ ลูกจ้างไม่อยากไป เพราะกลัวเสียงาน นายจ้างไม่ค่อยอนุมัติ เราคือลูกจ้าง นายจ้างก็คือนายจ้างอยู่วันยังค่ำ ถ้าไม่ป่วยมาก ยาห้องพยาบาลมี อีอย่างลูกจ้างห่วงเรื่องถ้าลาจะถูกตัดเบี้ยขยัน ที่ห่วงเพราะที่เป็นเงินเดือนประจำ e เอาไปกินหมดแล้ว พวก E-on หรือ Easy Buy เงินนอกระบบเอาไปกินหมดแล้ว จะอยู่ได้ก็ต้องทำ OT เลยทำให้ลูกจ้างไม่ค่อยไปใช้บริการของโรงพยาบาล”

“ลูกจ้างส่วนมากมีสวัสดิการของบริษัทที่เบิกได้ บางทีก็ 5,000-10,000 บาท ส่วนมากไปรักษาตามคลินิก ถ้าไม่ผ่าตัด ไม่แอดมิทใหญ่ๆ ไม่ไปประกันสังคมหรอก”

“ให้ไปก็ไม่ไป เพราะไปก็จ่ายแต่พาราเซตามอล .. คนรายได้ต่ำลังงานไปรักษาไม่ได้ โดนตัดเงินเดือน เสียงานเป็นวัน ระดับกลางก็ไม่ไป ระดับสูงยังไม่ไปเลย”

3.4.2 ความเห็นต่อการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม

ผู้ให้สัมภาษณ์มีเพียง 6 ท่านที่เป็นผู้นำแรงงานและผู้แทนนายจ้าง ที่เห็นด้วยกับการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม โดยให้เหตุผลป้องกันว่าการมีโรงพยาบาลประกันสังคมเป็นของตนเองจะทำให้ประกันสังคมสามารถควบคุมกำกับมาตรฐานได้ด้วยตนเองและเข้มข้นกว่าปัจจุบันได้ อีกทั้งยังสามารถเพิ่ม

อำนาจการต่อรองกับโรงพยาบาลเอกชนได้ในอนาคต และยังเป็นการลดต้นทุนในการรักษา สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาได้มากขึ้น

โดยการดำเนินการในระยะแรกอาจมีทางเลือกในการดำเนินการดังนี้ (1) สร้างเป็นโรงพยาบาลนำร่องก่อน และขยายผลเมื่อมีการประเมินแล้วเห็นว่าได้ผลและคุ้มค่า หรือ (2) จัดตั้งโรงพยาบาลโดยกระจายตาม 4 มุมเมือง ในลักษณะของโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อให้การรักษาโรคเฉพาะทางหรือโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ส่วนการรักษากรณีเจ็บป่วยทั่วไปก็ยังคงให้ผู้ประกันตนใช้บริการในโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้วในโครงการประกันสังคมเช่นเดิม (3) ลงทุนซื้อโรงพยาบาลที่อยู่แล้ว เช่น โรงพยาบาลยาสูบ เพื่อให้การรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง หรือมีค่าใช้จ่าย 100,000 – 500,000 บาท หรือ (4) ร่วมกับสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร เปิดเป็นคลินิกพิเศษ โดยใช้เงินกองทุนประกันสังคม และเปิดแผนกพิเศษเพิ่มเติมสำหรับผู้ประกันตนที่ประสงค์จะจ่ายเอง เพื่อให้แพทย์และพยาบาลมีรายได้เพิ่ม

อย่างไรก็ดี ในกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ที่เห็นด้วยกับการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม มีความคาดหวังว่า โรงพยาบาลประกันสังคมควรมีลักษณะดังนี้ (1) ครอบคลุมการรักษาทั่วไปและการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง มีแผนกเฉพาะทาง (2) ให้บริการที่ดี มีแพทย์อยู่ตลอด 24 ชั่วโมง มีห้องตรวจเพียงพอ สามารถรองรับผู้ประกันตนได้โดยเฉพาะในช่วงเวลา 17.00-20.00 น. (3) การบริหารจัดการต้องให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมบริหาร เนื่องจากมุมมองของเอกชนและราชการจะแตกต่างกัน โดยสัดส่วนในการบริหารควรแบ่งเป็นเอกชนร้อยละ 60 ราชการร้อยละ 20 และที่ปรึกษาร้อยละ 20

“โรงพยาบาลอยากให้มั่นคง เพราะที่อื่นมีหมดแล้ว ทหารผ่านศึก ชลประทาน แล้วประกันสังคมมีเงินเยอะกว่าเขา .. ตอนนี้หัวละ 1,900 เขากินเปล่าประโยชน์ ผมรู้ว่ามียุทธศาสตร์ กลุ่มชมรมโรงพยาบาลเอกชน เขาก็ต่อรองมาบีบพวกเรา เขาไม่รับผู้ประกันตน พอไม่รับแล้วจะไปโรงพยาบาลไหน ไปโรงพยาบาลนั้นก็เยอะ โรงพยาบาลรัฐบาลบางที่ก็รับไม่ได้ ก็เป็นข้อต่อรองให้เขารักษาเราเหมือนหมูเหมือนหมา”

“เห็นด้วยว่าควรมีโรงพยาบาลประกันสังคม อาจต้องดูศูนย์ฟื้นฟูเป็นแม่แบบ ศูนย์ฟื้นฟูไม่ต่างกับโรงพยาบาล มีห้องพยาบาล มีเรือนพัก มีเตียงนอน ทำกายภาพบำบัด หลังจากนั้นค่อยมาประเมินว่าคุ้มค่า ดีหรือไม่ดีอย่างไร และค่อยๆ ขยาย .. การมีโรงพยาบาลประกันสังคมจะดีตรงที่ว่าเราสามารถควบคุม กำกับเองได้อย่างเข้มข้น นี่คือเรื่องหลัก เราสามารถดูแลได้ว่าการให้บริการเป็นอย่างไร จุดนี้เป็นอย่างไร แก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ทันที”

สำหรับผู้ให้สัมภาษณ์อีก 10 ท่านที่ไม่เห็นด้วยกับการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม ส่วนใหญ่จะเป็นผู้บริหารในสำนักงานประกันสังคมและเป็นผู้แทนในคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ โดยมีความเห็นดังนี้ (1) ไม่คุ้มค่ากับการลงทุน เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรในการลงทุนสูง ทั้งการสร้างอาคาร การจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ การสรรหาบุคลากรทางการแพทย์ ต้องมีการกระจายตัวของการให้บริการเพื่อให้ครอบคลุมผู้ประกันตน รวมทั้งต้องคำนึงต้นทุนที่จะจ่ายให้กับบุคลากรต้องสามารถแข่งขันกับราคาตลาดได้ (2) การสร้างโรงพยาบาลประกันสังคม จะทำให้หลักการของ provider & purchaser split ถูกทำลายลง (3) สำนักงานประกันสังคมมิใช่มืออาชีพในการบริหารจัดการการให้บริการ

ทางการแพทย์ อีกทั้งยังขาดบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญทางการแพทย์ และมีพยาบาลที่เป็นข้าราชการประจำเพียงไม่กี่คน (5) การจัดตั้งโรงพยาบาลมิใช่ภารกิจของสำนักงานประกันสังคม และไม่ใช่ว่าคำตอบของแก้ไข ปัญหา ปัญหาของการให้บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมเป็นปัญหาเรื้อรัง ต้องแก้ไขและปฏิรูปทั้งระบบ (6) การจัดตั้งโรงพยาบาลใหม่ จะเป็นการลงทุนซ้ำซ้อนภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด

อย่างไรก็ดีในกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ที่ไม่เห็นด้วย 10 ท่าน มีอยู่ 2 ท่านที่ให้ความเห็นว่าไม่เห็นด้วย เว้นแต่ในพื้นที่นั้นจะมีปัญหาจริง เช่น ไม่มีหน่วยบริการรองรับที่เพียงพอ หรือหน่วยบริการในพื้นที่นั้นๆ ไม่ยอมรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วยประกันสังคม ฯลฯ และอีก 1 ท่าน แม้จะไม่เห็นด้วยกับการจัดตั้งโรงพยาบาล เหตุผลอันเนื่องมาจากมีความเป็นไปได้น้อยในการบริหารจัดการของสำนักงานประกันสังคม แต่ก็มี ความเห็นว่าอาจจะเป็นการดีหากสำนักงานประกันสังคมจะมีหน่วยงานไว้รองรับปัญหาเกี่ยวกับบริการทาง การแพทย์ในภาพรวม เช่น ให้การรักษาแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนที่อยู่ระหว่างรอยต่อของการใช้สิทธิใน กองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคม หรือเป็นการให้บริการแก่ผู้ประกันตนที่สิทธิการรักษาพยาบาล เกิดขึ้นแล้วแต่สำนักงานยังไม่สามารถออกบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลให้ได้ทัน ฯลฯ

“การมีโรงพยาบาลประกันสังคมฟังดูดี แต่ปัญหาจะตามมาอีก 108 อย่าง เช่น บุคลากรทางการแพทย์มี เพียงพอไหม อุปกรณ์ ต้องจ้างมืออาชีพมาบริหาร ถามต่อว่ามีโรงพยาบาลประกันสังคมแล้วไว้ตรงไหน สร้างที่ไหน ภาค ไหน จังหวัดไหน ผู้ประกันตนมี 77 จังหวัด ถ้าสร้างที่กรุงเทพฯ อยู่ที่ไหนกันก็จะไม่ได้รับบริการ สร้างที่ภาคเหนือ ภาคใต้ ก็จะไม่ได้รับบริการ หรือสร้างทุกภาค ปัญหาเยอะมาก ต้องคิดให้ดี”

“ถ้าสร้างโรงพยาบาลต้องคิดให้รอบคอบ เพราะ invest เยอะ ถ้าทำโรงพยาบาลใหญ่จะมีปัญหาเรื่อง บุคลากรแพทย์ ปัญหาการบริหาร จะบริหารภายใต้บริบทแบบไหน แบบราชการ หรือเอกชน .. ถ้าเป็นราชการก็ยังมีปัญหา เรื่องไม่ค่อย responsive กับผู้ใช้บริการหรือเปล่าเพราะความเป็นราชการ โดยรวมไม่เห็นด้วย จะเป็นภาระตามมา ถ้า ขาดทุนขึ้นมาจะอย่างไร ..”

“ใช้บทบาทหน้าที่ของประกันสังคมหรือไม่ในการตั้งโรงพยาบาล มีทางเลือกอื่นที่ดีกว่าในการจัดการที่จะให้ ได้การเข้าถึงด้านคุณภาพดีกว่าการตั้งโรงพยาบาลใหม่ ในปัจจุบันเราอาจทำเรื่องการจัดการ เรื่องงบประมาณ การควบคุม คุณภาพ การติดตามประสิทธิภาพ-ประสิทธิผลของการรักษา ถ้าไม่ได้แก้ตรงนั้น การตั้งโรงพยาบาลก็อาจจะไม่ใช่ ก็ช่วยแค่ไม่กี่คนที่เข้าถึงโรงพยาบาล”

“แทนที่จะสร้างโรงพยาบาล ตรงส่วนนี้เอามา top up ให้ผู้ประกันตนได้เพิ่มตรงส่วนนี้ดีกว่า .. เอามาทำ อะไรที่มีการพัฒนาเท่าเทียมกับบริษัทประกันภัย”

“ปัจจุบันทรัพยากรในการลงทุนเรื่องโรงพยาบาลค่อนข้างเยอะ โดยเฉพาะบุคลากรไม่พอ ถ้าประกันสังคม ลงทุนสร้างโรงพยาบาล ต้องจ้างหมอ พยาบาล บุคลากรจะไปหามาจากไหนในต้นทุนราคาที่สามารถแข่งขันในตลาดที่ จ่ายเงินจำกัด และทำให้มีคุณภาพ โดยลงทุนให้ความเป็นธรรมเท่ากับที่จ่ายโรงพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่ประกันสังคม ผมเรียนว่า เป็นไปไม่ได้”

3.4.3 ความคิดเห็นต่อการปรับปรุงบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม ในกรณีที่ไม่สามารถจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมได้

- (1) กำกับควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการอย่างเข้มแข็ง โดย
 - ทบทวนสัญญาระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับโรงพยาบาลคู่สัญญา ไม่ควรมีหลายมาตรฐาน หรือจัดทำสัญญาพิเศษแบบมีเงื่อนไขให้ปฏิบัติตามอย่างเข้มข้น โดยสำนักงานประกันสังคมอาจลงทุนให้โรงพยาบาลในบางเรื่องเป็นการแลกเปลี่ยน
 - ปรับบทบาทของสำนักงานประกันสังคมในการกำกับควบคุมดูแลโรงพยาบาลในสัญญาตลอดจนศึกษาทบทวนโครงสร้างหน่วยงานที่ดูแลระบบบริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคมในการเป็นหน่วยงานนอกระบบ
 - มีระบบตรวจสอบควบคุมอย่างเข้มข้น โดยให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมการตรวจสอบ (นายจ้าง ลูกจ้าง และภาครัฐ รวมบุคลากรเฉพาะด้าน คือ แพทย์ และเภสัชกร) มีบทลงโทษอย่างจริงจัง มีการออกตรวจอย่างน้อยปีละ 2-3 ครั้ง
 - กำหนดมาตรฐานการให้บริการ
 - จัดทำตัวชี้วัดเพื่อติดตามประเมินผลการให้บริการของโรงพยาบาล
 - จัดเวทีหารือร่วมระหว่างผู้บริหารสำนักงานประกันสังคมและโรงพยาบาลคู่สัญญาในประเด็นที่เป็นปัญหา
- (2) พัฒนากลไกการตรวจสอบการให้บริการของสถานพยาบาล
 - มีระบบข้อมูลในการกำกับ ติดตาม และประเมินการเข้าถึงบริการของผู้ประกันตน มีระบบเผื่อระวังเพื่อดูแลความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อหน่วยบริการต่างๆ
 - ปรับปรุงวิธีการตรวจสอบสถานพยาบาล เน้นการตรวจสอบเชิงลึกในด้านคุณภาพมาตรฐานของการให้บริการ และขั้นตอนของการตรวจรักษา
 - สำรวจข้อมูลด้านความพึงพอใจของประชาชน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการให้รางวัล (reward) แก่สถานพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาระบบบริการ รวมทั้งให้มีการประเมินพฤติกรรมของสถานพยาบาลเพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับให้แก่ผู้ประกันตนอันจะเป็นประโยชน์ต่อการเลือกสถานพยาบาลของผู้ประกันตน โดยอาจจัดเป็นอันดับความน่าเชื่อถือ (rating)
 - พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการกำกับดูแล ติดตามควบคุมคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาลอย่างใกล้ชิด ควบคู่กับการมีผู้ตรวจสอบจากภายนอก (external audit)

“มีโมเดลอื่นที่จัดการได้ดีกว่า เห็นผลกว่า กระจายครอบคลุมกว่า เช่น การทำสัญญาบริการ และติดตามกำกับคุณภาพอย่างเข้มข้นตามที่ควรจะเป็น ไม่ใช่ประเมินความพึงพอใจมันเป็นเรื่องผิวเผินมาก .. ควรควบคุมคุณภาพ ปรับปรุงระบบสัญญาใหม่ พัฒนาศักยภาพในการติดตาม ปรับปรุงการกำกับควบคุมคุณภาพการดูแลคนไข้ดีๆ และลงไปติดตามการให้บริการโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด ทำแบบนี้ได้ก็แทบจะเป็นโรงพยาบาลประกันสังคมอยู่แล้ว”

“สปส.ควรมีคณะตรวจสอบทุกโรงพยาบาลอย่างจริงจัง มีการตรวจสอบที่เข้มกว่านี้ก็จะดี เวลาถูกจ้าง ร้องเรียนมาก็ลองไปตรวจสอบ ดูโรงพยาบาลนั้นให้บริการอย่างไร หรือถ้าโรงพยาบาลร้องเรียนมาว่าไม่คุ้มกับเขา ก็ควรไป เช็คว่าเขาคุ้มมั๊ย คนทำธุรกิจต้องมีกำไร”

(3) ปรับปรุงวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของ ผู้ประกันตนได้ (responsiveness) โดย

- ปรับวิธีการจ่ายให้สอดคล้องกับภาระเสี่ยงของโรคให้มากขึ้น เพื่อแก้ปัญหาโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยที่ไม่ยอมรับขึ้นทะเบียนประกันสังคม และลดปัญหาการเลือกปฏิบัติ
- ศึกษาต้นทุนการให้บริการทางการแพทย์ที่แท้จริง โดยทบทวนวิธีการจ่ายเหมาจ่ายรายหัว และค่าใช้จ่ายที่จ่ายเพิ่มให้แก่สถานพยาบาล เพื่อปรับการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่จ่ายให้กับสถานพยาบาลให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมด ทั้งนี้เพื่อให้ สถานพยาบาลมีพันธะความรับผิดชอบที่สูงขึ้น (Accountability)

“เนื่องจากประกันสังคมจ่ายแบบ closed end และวิธีการจ่ายของประกันสังคมยังไม่ค่อย responsive ผู้ประกันตนเท่าที่ควร ไม่ค่อยมีระบบติดตามประเมินเพื่อดูว่าคนของตัวเข้าถึงบริการได้มากน้อยแค่ไหน ... เรื่อง quality เรื่อง incentive เหมาจ่ายรายหัว ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจ่ายตามอัตราเสี่ยง หรืออัตราการให้บริการ จ่ายแยกก้อน มันไม่ แก้ปัญหาในระบบปัจจุบันได้ เพราะไม่มากพอที่จะแก้ปัญหา ถ้าประกันสังคมไม่รู้เหมาจ่ายรายหัวพื้นฐาน ผมคิดว่าเป็น ปัญหา.”

“เราควรทบทวนวิธีการจ่าย ว่า capitation ที่จ่ายให้โรงพยาบาลแล้วยังมี on top เพิ่มให้อีกโดยที่เราไม่ได้ ลดค่า capitation ลงเลย คงต้องมาหาข้อมูลต้นทุนที่แท้จริง ว่าจริงๆ แล้วคนไข้นอกต้นทุนจริงต่อคนเท่าไร ส่วนคนไข้ใน จุดไหนที่คุณคิดว่าอยู่ได้เพื่อให้เกิดธรรมาภิบาล”

3.4.4 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

- (1) ขยายฐานหน่วยบริการรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคมให้เพิ่มมากขึ้นภายใต้การ จัดการระบบรวมในภาครัฐ โดยทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างสำนักงานประกันสังคม และกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานประกันสังคมให้การสนับสนุนงบประมาณในส่วน ที่ต้องการให้เพิ่มเติม เช่น เครื่องมือทางการแพทย์บางประเภท ห้องพิเศษ ทางด่วน สำหรับบริการพิเศษ หรือจัดสรรเป็นงบลงทุนให้แก่กระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำไปใช้ในการ บริหารจัดการในภาพรวมร่วมกับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลอื่นๆ ซึ่งจะช่วยลดความ เหลื่อมล้ำระหว่างสิทธิได้ด้วย (การลงทุนในภาครัฐถือว่าการลงทุนที่ต่ำสุด เนื่องจากมี ทรัพยากรอยู่แล้วทั้งอาคาร เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากร และองค์ความรู้ เฉพาะด้าน)

- (2) ควบคุมระดับกำไรของโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในระบบประกันสังคม โดยกำหนดสัดส่วนกำไรให้โรงพยาบาลสามารถอยู่ได้ แต่ไม่ใช่กำไรเกินควร
- (3) คนไทยทุกคนควรมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน (minimum guarantee) ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ เพื่อลดข้อร้องเรียนการให้บริการสองมาตรฐาน ส่วนสำนักงานประกันสังคมรับผิดชอบในส่วนของการ on-top ให้แก่ผู้ประกันตนเหมือนบริษัทประกัน หรือตั้งงานบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมไปให้หน่วยงานที่ความเชี่ยวชาญ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้ดูแล ส่วนสำนักงานประกันสังคมรับผิดชอบเฉพาะการจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
- (4) ควรศึกษาสถานการณ์บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมที่เป็นปัจจุบัน เพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบ โดยมีประเด็นที่ควรศึกษา คือ (1) ทิศทางแนวโน้มของระบบบริการทางการแพทย์ของกองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคมที่ดำเนินการอยู่ในประเทศต่างๆ (2) ปัญหาเชิงระบบของสำนักงานประกันสังคมต่อการจัดบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน รวมไปถึงทิศทางแนวโน้มหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย (ทุกระบบในภาพรวม) โดยเฉพาะทิศทางแนวโน้มการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน และกลไกการแข่งขันทางการตลาด (4) ทบทวนวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลในระบบประกันสังคม รวมการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้แก่สถานพยาบาลว่าได้ประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (5) การกำกับ ควบคุมมาตรฐาน (6) โครงสร้างองค์กร คณะกรรมการ สำนักงานที่ดูแลงานบริการทางการแพทย์ และจุดอ่อน

บทที่ 4

การทบทวนกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

4.1 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กับการจัดบริการทางการแพทย์

การจัดบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมภายใต้บทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 จะเป็นไปตามมาตรา 58⁶ และมาตรา 59⁷ ซึ่งกำหนดให้ผู้ประกันตนสามารถรับบริการทางการแพทย์เพื่อตนเอง หรือ คู่สมรส จากสถานพยาบาลตามระเบียบที่เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมกำหนด โดยมีกฎหมายลำดับรองกำหนดหลักเกณฑ์และระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ที่สำคัญๆ เช่น ระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ในการตรวจร่างกายผู้ประกันตนในกรณีทุพพลภาพ พ.ศ. 2537 ระเบียบสำนักงานประกันสังคม ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาล พ.ศ. 2550 แนวปฏิบัติการพิจารณาดำเนินการตามสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ลว. 1 ส.ค. 57 (ค่าเวชภัณฑ์ที่ใช้ยา) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ลว. 8 พ.ค. 57 (แนวทางปฏิบัติปลูกถ่ายอวัยวะ) ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการให้ยา Erythropoietin เป็นต้น ทั้งนี้ การให้บริการทางการแพทย์แก่สมาชิกที่อยู่ในระบบประกันสังคมดังกล่าว จะอยู่ภายใต้การทำสัญญาระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับสถานพยาบาลคู่สัญญาเพื่อให้บริการตามที่กฎหมายกำหนด

4.2 รูปแบบการจัดตั้งสถานพยาบาล

โดยทั่วไปแล้ว การจัดตั้งสถานพยาบาลในประเทศไทยจำแนกออกเป็นสองประเภท คือ (1) สถานพยาบาลของเอกชน และ (2) สถานพยาบาลของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ โดยมีรายละเอียดดังนี้

⁶ **มาตรา 58** การรับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัตินี้ ในกรณีที่เป็นการให้บริการทางการแพทย์ ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตนจะต้องรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามมาตรา 59

รายละเอียด และเงื่อนไขเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ที่ผู้ประกันตน หรือคู่สมรสของผู้ประกันตนจะได้รับ ให้เป็นไปตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

⁷ **มาตรา 59** ให้เลขาธิการประกาศในราชกิจจานุเบกษากำหนดเขตท้องที่และชื่อสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตน มีสิทธิไปรับบริการทางการแพทย์ได้

(1) สถานพยาบาลของเอกชน

สถานพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นโดยเอกชนจะมีทั้งรูปแบบที่เป็นบริษัทจำกัด และบริษัทมหาชนจำกัด ส่วนการจัดตั้งและการดำเนินการของสถานพยาบาลก็ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541⁸ โดยผู้ประสงค์จะจัดตั้งและประกอบกิจการโรงพยาบาลจะต้องดำเนินการขอใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล และต้องจัดให้มีผู้ดำเนินการ ซึ่งได้รับใบอนุญาตในการควบคุม ดูแล และรับผิดชอบในการดำเนินการสถานพยาบาล

ทั้งนี้ ผู้ประกอบกิจการโรงพยาบาล ผู้ดำเนินการ และผู้ประกอบวิชาชีพอาจเป็นบุคคลคนเดียวก็ได้ โดยต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามที่กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลกำหนด

(2) สถานพยาบาลของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

สถานพยาบาลของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ได้แก่

- ก. โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ เป็นต้น
- ข. โรงพยาบาลในสังกัดเหล่าทัพ (กระทรวงกลาโหม) ได้แก่ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี โรงพยาบาลอากาศเรียดวิวงศ์ เป็นต้น
- ค. โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ฯลฯ
- ง. โรงพยาบาลในสังกัดหน่วยงานอื่น เช่น
 - 1) สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ เป็นต้น
 - 2) สังกัดสภาอากาศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นต้น
 - 3) สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง เป็นต้น
 - 4) โรงพยาบาลในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครนครศรีธรรมราช เป็นต้น

8

มาตรา 4 ในพระราชบัญญัตินี้

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานที่รวมตลอดถึงยานพาหนะซึ่งจัดไว้ เพื่อการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การประกอบวิชาชีพทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทันตกรรม การประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพกายภาพบำบัด การประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ หรือการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ โดยกระทำการเป็นปกติธุระไม่ว่าจะได้รับประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ แต่ไม่รวมถึงสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ซึ่งประกอบธุรกิจการขายยาโดยเฉพาะ

ฯลฯ

ฯลฯ

- 5) โรงพยาบาลในสังกัดรัฐวิสาหกิจ ได้แก่ โรงพยาบาลยาสูบ โรงพยาบาลรถไฟ โรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง เป็นต้น
- 6) โรงพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายอื่น เช่น โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

สำหรับโรงพยาบาลของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐนั้น มาตรา 5⁹ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 กำหนดยกเว้นให้ไม่ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขของพระราชบัญญัติสถานพยาบาลฯ ดังกล่าว

โดยทั่วไปสถานพยาบาลของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ส่วนใหญ่มักจัดตั้งขึ้นในส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือจัดตั้งขึ้นเป็นหน่วยงานอื่นของรัฐ ในกรณีของการจัดตั้งในส่วนราชการ อาจจัดตั้งขึ้นในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง หรือกรม ตามกฎหมายว่าด้วยการแบ่งส่วนราชการของสำนักงานปลัดกระทรวง หรือกรม ดังกล่าว เช่น โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลสงฆ์ จะสังกัดกรมการแพทย์ ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ส่วนโรงพยาบาลตำรวจเป็นส่วนราชการที่มีฐานะเทียบเท่ากองบัญชาการ จะสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ตามพระราชกฤษฎีกาแบ่งส่วนราชการสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พ.ศ. 2552 สำหรับสถานพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นโดยกฎหมายเฉพาะ เช่น โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2543 ได้กำหนดให้โรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นหน่วยงานของรัฐ และเป็นนิติบุคคลภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีลักษณะเป็นองค์การมหาชนตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542

ส่วนกรณีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการนั้นส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือโรงเรียนแพทย์ของคณะแพทยศาสตร์หรือวิทยาลัยแพทยศาสตร์ โดยเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ที่มีขีดความสามารถในการให้บริการและมีความพร้อมในการรักษาสูงสุด เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่ใช้สำหรับการเรียนการสอนเพื่อผลิตบุคลากรทางด้านการแพทย์ และเป็นโรงพยาบาลสำหรับการค้นคว้าวิจัยต่างๆ เช่น โรงพยาบาลศิริราช จะสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลรามาธิบดี จะสังกัดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตามประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง การแบ่งหน่วยงานภายในส่วนงานของมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2554

⁹ มาตรา 5 พระราชบัญญัตินี้มิให้ใช้บังคับแก่สถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สภาเกษตรกรไทย และสถานพยาบาลอื่นซึ่งรัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา

4.3 การจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม

การจัดบริการรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคมของประเทศต่างๆ ส่วนใหญ่จะมี 2 ลักษณะคือ ให้สมาชิกหรือผู้ประกันตนไปใช้บริการจากสถานพยาบาลที่มีอยู่แล้วในประเทศตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด เช่น ระบบประกันสังคมในกลุ่มประเทศยุโรป กับอีกลักษณะหนึ่ง คือ การให้สมาชิกหรือผู้ประกันตนไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบบประกันสังคมเป็นเจ้าของ มีการจัดตั้งสถานพยาบาลขึ้นเพื่อให้บริการสมาชิกเป็นการเฉพาะ ดังระบบประกันสังคมของประเทศแม็กซิโก หรือประเทศในกลุ่มลาตินอเมริกา

สำหรับประเทศไทย การจะจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานประกันสังคม เพื่อให้บริการผู้ประกันตนเป็นการเฉพาะนั้น คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 9) ได้เคยวินิจฉัยให้ความเห็นต่อประเด็นนี้เมื่อเดือนธันวาคม 2551 ไว้ว่า (เรื่องเสร็จที่ 854/2551)¹⁰ การจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมมิได้อยู่ในบทบัญญัติใดๆ ของกฎหมาย ไม่ว่าจะเป็นในส่วนของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (อำนาจหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคม มาตรา 19 (4) ¹¹) พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแบ่งส่วนราชการของกระทรวงแรงงาน และสำนักงานประกันสังคม (มาตรา 34, มาตรา 35) ¹² ดังนั้น สำนักงานประกันสังคมจึงมิได้อำนาจในการ

¹⁰ บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่อง การนำเงินกองทุนประกันสังคมไปใช้จ่ายหรือจัดหาผลประโยชน์เพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ส่งพร้อมหนังสือสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ที่ นร 0901/1327 ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2551 ถึงสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี

¹¹ **มาตรา 19** ให้จัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้นในกระทรวงมหาดไทยมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (1) ปฏิบัติงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการอื่น และคณะอนุกรรมการ ตามพระราชบัญญัตินี้
- (2) เก็บ รวบรวม และวิเคราะห์ ข้อมูลเกี่ยวกับการประกันสังคม
- (3) จัดทำทะเบียนนายจ้างและผู้ประกันตนซึ่งต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุน
- (4) ปฏิบัติการตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน
- (5) กระทำกิจการอย่างอื่นตามที่รัฐมนตรี คณะกรรมการ คณะกรรมการอื่นหรือคณะอนุกรรมการมอบหมาย

¹² **มาตรา 34** กระทรวงแรงงาน มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการบริหารและคุ้มครองแรงงาน พัฒนาฝีมือแรงงาน ส่งเสริมให้ประชาชนมีงานทำ และราชการอื่นตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงแรงงาน หรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงแรงงาน

มาตรา 35 กระทรวงแรงงาน มีส่วนราชการ ดังต่อไปนี้

- (1) สำนักงานรัฐมนตรี
- (2) สำนักงานปลัดกระทรวง
- (3) กรมการจัดหางาน
- (4) กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน
- (5) กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน
- (6) สำนักงานประกันสังคม

ดำเนินการดังกล่าวได้ ซึ่งเมื่อไม่มีอำนาจในการจัดตั้งโรงพยาบาล การจะนำเงินกองทุนประกันสังคมมาใช้ในการก่อสร้างอาคารและจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนจึงไม่อาจกระทำได้อย่าใ้กฎหมายปัจจุบัน

อย่างไรก็ดี หากสำนักงานประกันสังคมพิจารณาแล้วเห็นว่าการจัดตั้งโรงพยาบาลเป็นนโยบายสำคัญและมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา สำนักงานประกันสังคมอาจเสนอเรื่องต่อกระทรวงแรงงานให้พิจารณาเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติหลักการในเรื่องดังกล่าว และแก้ไขปรับปรุงบทบัญญัติของกฎหมายในส่วนที่ทำให้เกิดข้อขัดข้องต่อการดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคม โดยอาจดำเนินการได้ใน 3 แนวทาง ได้ดังนี้

4.3.1 จัดตั้งสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน ในรูปแบบของสถานพยาบาลของรัฐ ภายใต้สังกัดของสำนักงานประกันสังคม

(1) ข้อดี

ข้อดีของการจัดตั้งสถานพยาบาลในลักษณะนี้ คือ สำนักงานประกันสังคมสามารถลดปัญหาจำนวนสถานพยาบาลไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ประกันในพื้นที่ที่มีผู้ประกันตนอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นได้ เช่น พื้นที่รอยต่อระหว่างจังหวัดนนทบุรีและจังหวัดปทุมธานี รวมทั้ง การเป็นสถานพยาบาลภายใต้สังกัดของสำนักงานประกันสังคมจะทำให้สถานพยาบาลดังกล่าวสามารถตอบสนองการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามนโยบายและแนวทางของระบบประกันสังคมได้เป็นอย่างดี โดยสำนักงานประกันสังคมอาจพิจารณากำหนดให้สถานพยาบาลที่จะจัดตั้งขึ้นดังกล่าวเป็นส่วนราชการภายในสำนักงานประกันสังคม หรือจัดตั้งสถานพยาบาลโดยมีกฎหมายในการจัดตั้งขึ้นเป็นการเฉพาะ

(2) ข้อพึงระวัง

ในกรณีที่จะต้องมีการจัดตั้งสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนภายใต้สังกัดของสำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมจำเป็นต้องพิจารณาถึงปัญหาการจัดหาบุคลากรทางการแพทย์ รวมไปถึงการดูแลรักษาคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการด้วย เนื่องจากรูปแบบการเป็นสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยงานของรัฐในสังกัดสำนักงานประกันสังคมอาจไม่ยืดหยุ่นเหมือนการบริหารจัดการองค์กรที่เป็นสถานพยาบาล รวมทั้งการให้สิทธิประโยชน์แก่บุคลากรทางการแพทย์อาจถูกจำกัดด้วยระบบของราชการจนอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ได้ ดังนั้นจึงควรพิจารณาข้อดีข้อเสียของการเป็นสถานพยาบาลภายใต้สังกัดของรัฐ รัฐวิสาหกิจ เปรียบเทียบกับสถานพยาบาลลักษณะอื่น อาทิ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งเป็นองค์กรมหาชน มาประกอบการพิจารณาอย่างรอบคอบด้วย

(3) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการดำเนินงานด้านกฎหมาย

เนื่องจากประเด็นข้อกฎหมายว่าด้วยบทบัญญัติของกฎหมายในปัจจุบันมิได้ปรากฏว่าจะมีบทบัญญัติใดๆ ที่ให้อำนาจแก่สำนักงานประกันสังคมในการจัดตั้งโรงพยาบาล ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายแม่บทที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมเองให้ครอบคลุมการจัดตั้งสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน ดังนี้

กรณีกำหนดให้สถานพยาบาลเป็นส่วนราชการภายในสำนักงานประกันสังคม

(3.1) แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายให้สำนักงานประกันสังคม มีวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ครอบคลุมในกิจการที่เกี่ยวกับการจัดตั้งสถานพยาบาล

โดยเสนอเรื่องต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานในฐานะรัฐมนตรีเจ้าสังกัด เพื่อเสนอแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กำหนดให้อำนาจแก่สำนักงานประกันสังคมในการจัดตั้งสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน ทั้งนี้ ให้ร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ที่เกี่ยวกับการจัดตั้งสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนอาจมีสาระสำคัญ ดังนี้

- 1) แก้ไขเพิ่มเติมบทนิยามในมาตรา 5 โดยเพิ่มบทนิยามคำว่า “สถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน”
- 2) กำหนดเพิ่ม (3/1) ของมาตรา 19 เพื่อกำหนดอำนาจหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมให้สามารถดำเนินการเกี่ยวกับสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนได้
- 3) พิจารณากำหนดเพิ่ม หมวด 3/1 เพื่อกำหนดหลักการสำคัญที่เกี่ยวกับสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน

(3.2) แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย ให้สถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนเป็นส่วนราชการภายในสำนักงานประกันสังคม

โดยเสนอเรื่องต่อกระทรวงแรงงาน เพื่อแก้ไขเพิ่มเติมกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน พ.ศ. 2545 กำหนดให้มีสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนเป็นส่วนราชการภายในสำนักงานประกันสังคม และมีอำนาจหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานประกันสังคมฯ ดังกล่าว โดยกรณีนี้อาจเลือกศึกษาจากส่วนราชการอื่นที่มีสถานพยาบาลในสังกัดได้ เช่น องค์กรมหาชนในกำกับกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลบ้านแพ้ว) รัฐวิสาหกิจ (โรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง) มหาวิทยาลัย (โรงพยาบาลรามธิบดี) ฯลฯ

(3.3) กำหนดกฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวกับการดำเนินการที่จำเป็นของสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน เช่น โครงสร้างองค์กร การบริหารงานบุคคล พนักงานและเจ้าหน้าที่ สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ของพนักงานและเจ้าหน้าที่ หลักเกณฑ์ ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวกับการดำเนินการ ฯลฯ ซึ่งการจะพิจารณากำหนดกฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเหล่านี้ว่าจะกำหนดให้เป็นอำนาจ

ของใคร รูปแบบใด และมีสาระสำคัญเป็นประการใดย่อมต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์กับกฎหมายแม่บทที่ให้อำนาจประกอบพิจารณาด้วย

กรณีจัดตั้งสถานพยาบาลภายใต้กฎหมายเฉพาะ

(3.1) เสนอกฎหมายจัดตั้งสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน

โดยสาระสำคัญของกฎหมายจัดตั้งสถานพยาบาลดังกล่าว จะกำหนดเกี่ยวกับโครงสร้างองค์กร อำนาจหน้าที่ การบริหารจัดการองค์กร และหลักการอื่นที่จำเป็น ในส่วนของบทบัญญัติเกี่ยวกับการกำกับดูแลสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนอาจกำหนดให้สำนักงานประกันสังคมเป็นองค์กรกำกับดูแลสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนดังกล่าว ทั้งนี้ รายละเอียดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานควรกำหนดให้อำนาจในการออกกฎหมายลำดับรองไว้ในกฎหมายแม่บทดังกล่าว

(3.2) กำหนดกฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวกับการดำเนินการที่จำเป็นของสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน เช่นเดียวกับกรณีกำหนดให้สถานพยาบาลเป็นส่วนราชการภายในสำนักงานประกันสังคม

4.3.2 อุดหนุนเงินก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์การแพทย์ให้กับสถานพยาบาลของรัฐหรือของเอกชน เพื่อจัดสร้างโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน

(1) ข้อดี

เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่มีจำนวนสถานพยาบาลไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ประกันที่สำนักงานประกันสังคมเห็นว่าจำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน อีกทั้งเป็นแนวทางที่ใช้งบประมาณในการดำเนินการน้อยกว่าการจัดตั้งสถานพยาบาลขึ้นใหม่

(2) ข้อพึงระวัง

แม้ว่าการอุดหนุนเงินก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์การแพทย์ให้กับสถานพยาบาลของรัฐหรือของเอกชนนั้น จะนำมาซึ่งการให้มีการจัดตั้งฝ่าย แผนก หรือรูปแบบอื่นใดในการเป็นสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนของสถานพยาบาลที่ได้รับการอุดหนุนดังกล่าว แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อการบริหารจัดการหรือการกำกับดูแลสถานพยาบาลดังกล่าวมิได้เป็นของสำนักงานประกันสังคมโดยตรง สำนักงานประกันสังคมจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงปัญหาการควบคุมมาตรฐานในการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลดังกล่าวระหว่างฝ่ายหรือแผนกทั่วไป กับฝ่ายหรือแผนกที่เป็นสถานพยาบาลสำหรับผู้ประกันตนมิให้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญจนทำให้ผู้ประกันตนที่ไปขอรับบริการทางการแพทย์รู้สึกเป็นคนไข้อย่างสอง

นอกจากนี้ การใช้เงินกองทุนประกันสังคมอุดหนุนเงินก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์การแพทย์ให้กับสถานพยาบาลจำเป็นต้องมีระบบตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ มีการพิจารณาผลได้ผลเสียของการใช้เงินกองทุนในการอุดหนุนให้กับสถานพยาบาลเหล่านี้ รวมถึงพิจารณาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามมา กรณีถูกสถานพยาบาลดังกล่าวบอกเลิกการเป็นสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนอีกด้วย

(3) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการดำเนินงานด้านกฎหมาย

เนื่องจากการจ่ายเงินกองทุนประกันสังคมต้องเป็นไปตามกฎหมายกำหนด โดยที่พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กำหนดให้การใช้จ่ายเงินของกองทุนประกันสังคมต้องเป็นไปเพื่อ 3 กรณีเท่านั้นได้แก่

- ก. การจ่ายเงินกองทุนเป็นประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (มาตรา 54)¹³
- ข. การจ่ายค่าเบี้ยประชุม ค่าพาหนะ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่พัก และค่าใช้จ่ายอย่างอื่นในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ของกรรมการ ที่ปรึกษา กรรมการการแพทย์ กรรมการอุทธรณ์ และอนุกรรมการ ซึ่งต้องเป็นไปตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง (มาตรา 18 และมาตรา 24 วรรคสอง)
- ค. การจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานประกันสังคม (มาตรา 24 วรรคสอง)¹⁴

¹³ **มาตรา 54** ผู้ประกันตนหรือบุคคลตามมาตรา 73 มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุน ดังต่อไปนี้

- (1) ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
- (2) ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร
- (3) ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ
- (4) ประโยชน์ทดแทนในกรณีตาย
- (5) ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร
- (6) ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ
- (7) ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน ยกเว้นผู้ประกันตนตามมาตรา 39

¹⁴ **มาตรา 24** เงินกองทุนให้จ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัตินี้

คณะกรรมการอาจจัดสรรเงินกองทุนไม่เกินร้อยละสิบของเงินสมทบของแต่ละปีเพื่อจ่ายตามมาตรา 18 และเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน

ในกรณีที่เงินกองทุนไม่พอจ่ายตามวรรคหนึ่งหรือวรรคสอง ให้รัฐบาลจ่ายเงินอุดหนุนหรือเงินอุดหนุนราชการให้ตามความจำเป็น

นอกจากนี้ จากการวินิจฉัยของคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 9) ซึ่งได้ลงความเห็นไว้ว่าสำนักงานประกันสังคมไม่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม (เรื่องเสร็จที่ 854/2551) ดังนั้น การนำเงินกองทุนไปใช้จ่ายเพื่อการก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์การแพทย์ย่อมไม่อาจถือว่าเป็นการจ่ายประโยชน์ทดแทนตามมาตรา 54 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 อีกทั้งไม่อาจถือเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน ดังนั้น สำนักงานประกันสังคมจึงไม่อาจนำเงินกองทุนในการบริหารงานของสำนักงานตามมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ไปใช้จ่ายเพื่อก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์การแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนได้

ดังจะเห็นได้ว่า การนำเงินกองทุนประกันสังคมไปใช้เพื่อการอื่นใดนอกเหนือจาก 3 กรณีข้างต้น จึงเป็นการจ่ายที่ไม่มีบทบัญญัติของกฎหมายรองรับ และไม่อาจกระทำได้ ดังนั้นการจะนำเงินกองทุนไปอุดหนุนเป็นค่าก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์การแพทย์ให้กับสถานพยาบาลของรัฐหรือของเอกชน เพื่อจัดสร้างโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมจำเป็นต้องดำเนินการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย ดังแนวทางต่อไปนี้

(3.1) แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายประกันสังคม ในประเด็น

(3.1.1) แก้ไขเพิ่มบทบัญญัติกำหนดให้อำนาจสำนักงานประกันสังคมในการดำเนินการเกี่ยวกับสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน ดังกรณีการจัดตั้งสถานพยาบาลในกำกับของสำนักงานประกันสังคม

(3.1.2) กำหนดเพิ่มเติมเพื่อให้การใช้จ่ายเงินของกองทุนในการอุดหนุนเงินก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์การแพทย์ให้กับสถานพยาบาลของรัฐหรือของเอกชน เป็นวิธีการหนึ่งในการจัดตั้งสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน เช่น เพิ่มมาตรา 24 วรรคสาม หรือเพิ่มมาตรา 24/1 เพื่อประโยชน์ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานประกันสังคมโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมอาจจ่ายเงินกองทุนในการอุดหนุนเงินก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์การแพทย์ให้กับสถานพยาบาลของรัฐหรือของเอกชนที่เห็นสมควรเพื่อวัตถุประสงค์ในการจัดสร้างสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนได้

(3.2) กำหนดให้สถานพยาบาลของรัฐหรือของเอกชนที่ได้รับการอุดหนุนเงินก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์การแพทย์จากกองทุนเป็นสถานพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน โดยสำนักงานประกันสังคมอาจพิจารณาใช้อำนาจตามมาตรา 58¹⁵ และมาตรา 59¹⁶ ในการประกาศให้สถานพยาบาลของรัฐหรือของเอกชนที่ได้รับการอุดหนุนเงินก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์การแพทย์จากกองทุนเป็นสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนสามารถมาขอรับบริการทางการแพทย์เช่นเดียวกับสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญากับสำนักงานประกันสังคมในระบบประกันสังคมแห่งอื่น อย่างไรก็ตาม หากสำนักงานประกันสังคมเห็นว่าสถานพยาบาลของรัฐหรือของเอกชนที่ได้รับการอุดหนุนเงินก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์การแพทย์จากกองทุนนั้นเป็นสถานพยาบาลในระบบประกันสังคมที่แตกต่างไปจากประเภทของสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญากับสำนักงานประกันสังคมแห่งอื่น ก็อาจพิจารณากำหนดหลักการของสถานพยาบาลที่ได้รับการอุดหนุนเงินก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์การแพทย์จากกองทุนเหล่านี้ไว้ต่างหากในการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 โดยอาจกำหนดหลักการของสถานพยาบาลที่ได้รับการอุดหนุนฯ เหล่านี้เพิ่มเป็นมาตรา 58 วรรคสาม หรือกำหนดใหม่เป็นมาตรา 58/1หรืออาจกำหนดเป็นหลักการย่อยในหมวด 3/1 ที่เพิ่มขึ้นมาก็ได้ ตามความเหมาะสม

¹⁵ **มาตรา 58** การรับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัตินี้ในกรณีที่เป็นบริการทางการแพทย์ ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตนจะต้องรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามมาตรา 59

รายละเอียดและเงื่อนไขเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ที่ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตนจะได้รับ ให้เป็นไปตามระเบียบที่เลขาธิการกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

¹⁶ **มาตรา 59** ให้เลขาธิการประกาศในราชกิจจานุเบกษากำหนดเขตท้องที่และชื่อสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตน มีสิทธิไปรับบริการทางการแพทย์ได้

ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตนซึ่งมีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์ ถ้าทำงานหรือมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตท้องที่ใดให้ไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามวรรคหนึ่งที่อยู่ในเขตท้องที่นั้น เว้นแต่ในกรณีที่ในเขตท้องที่นั้นไม่มีสถานพยาบาลตามวรรคหนึ่ง หรือมีแต่ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตนมีเหตุผลสมควรที่ไม่สามารถไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลดังกล่าวได้ ก็ให้ไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามวรรคหนึ่งที่อยู่ในเขตท้องที่อื่นได้ ในกรณีที่ผู้ประกันตนหรือคู่สมรสของผู้ประกันตน ไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลอื่นนอกจากที่กำหนดไว้ในวรรคสอง ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ที่ต้องจ่ายให้แก่สถานพยาบาลอื่นนั้นตามจำนวนที่สำนักงานกำหนด โดยคำนึงถึงสภาพของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย การคลอดบุตร สภาพทางเศรษฐกิจของแต่ละเขตท้องที่ และลักษณะของการบริการทางการแพทย์ที่ได้รับ ทั้งนี้ จะต้องไม่เกินอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

4.3.3 นำเงินกองทุนประกันสังคมไปลงทุนในสถานพยาบาลของรัฐหรือของเอกชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สถานพยาบาลดังกล่าวเป็นโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน

(1) ข้อดี

สำนักงานประกันสังคมสามารถเลือกลงทุนในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมเห็นว่ามีความศักยภาพ และสามารถให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนในพื้นที่ซึ่งประสบปัญหาสถานพยาบาลไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ประกันตนได้

(2) ข้อพึงระวัง

การนำเงินกองทุนประกันสังคมไปลงทุนในลักษณะดังกล่าวจำเป็นต้องคำนึงความเสี่ยงจากการลงทุน รวมทั้งต้องคำนึงถึงแนวทางการบริหารสถานพยาบาลบางแห่งซึ่งมุ่งหวังผลกำไรจนอาจขัดแย้งกับหลักการของระบบประกันสังคมได้

(3) ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการดำเนินงานด้านกฎหมาย

ในประเด็นข้อกฎหมาย ว่าด้วยสำนักงานประกันสังคมจะนำเงินกองทุนประกันสังคมไปลงทุนในสถานพยาบาลของรัฐหรือของเอกชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สถานพยาบาลดังกล่าวเป็นโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนได้หรือไม่นั้น คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 9) ได้เคยวินิจฉัยให้ความเห็นเกี่ยวกับประเด็นนี้ไว้ว่า มาตรา 26¹⁷ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กำหนดให้การจัดหาผลประโยชน์ของกองทุน ต้องเป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง ซึ่งปัจจุบันได้มีระเบียบคณะกรรมการประกันสังคม ว่าด้วยการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2549 กำหนดหลักเกณฑ์และรายละเอียดเกี่ยวกับการนำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์ โดยในกรณีการลงทุนในหุ้นนั้น ต้องเป็นหุ้นที่ออกโดยรัฐวิสาหกิจ บริษัทจดทะเบียน หรือบริษัทที่เสนอขายหุ้นต่อประชาชน เพื่อนำหุ้นเข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ โดยสำนักงานประกันสังคมอาจเป็นผู้ดำเนินการเองตามข้อ 6 (ข) (5)¹⁸ หรือให้บริษัทจัดการกองทุนดำเนินการตามข้อ 8

¹⁷ **มาตรา 26** การจัดหาผลประโยชน์ของกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

¹⁸ **ข้อ 6** กรณีสำนักงานนำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์ให้กระทำได้สำหรับการลงทุน ดังต่อไปนี้

ฯลฯ

ฯลฯ

(ข) ลงทุนในหลักทรัพย์หรือทรัพย์สินที่มีความเสี่ยง ไม่เกินกว่าร้อยละสิบของเงินกองทุน

ฯลฯ

ฯลฯ

(5) หุ้น ใบสำคัญแสดงสิทธิที่จะซื้อหุ้น หรือใบแสดงสิทธิในการซื้อหุ้นเพิ่มทุนที่โอนสิทธิได้ที่ออกโดยรัฐวิสาหกิจ บริษัทจดทะเบียน หรือบริษัทที่เสนอขายหุ้นต่อประชาชน เพื่อนำหุ้นเข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ รวมทั้งใบสำคัญแสดงสิทธิอนุพันธ์ ใบแสดงสิทธิในผลประโยชน์ที่เกิดจากหลักทรัพย์อ้างอิง ซึ่งหลักทรัพย์อ้างอิงต้องเป็นหุ้นที่ออกโดยรัฐวิสาหกิจที่เป็นบริษัทจดทะเบียนหรือบริษัทที่กล่าวข้างต้น

(ค) (5)¹⁹ แห่งระเบียบดังกล่าวก็ได้ ส่วนจะนำเงินกองทุนไปซื้อหุ้นของโรงพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ ถือเป็นการลงทุนอื่นซึ่งต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการประกันสังคม โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง ทั้งนี้ตามข้อ 9²⁰ แห่งระเบียบดังกล่าว (เรื่องเสรีที่ 854/2551)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการนำเงินกองทุนประกันสังคมไปลงทุนเพื่อซื้อหุ้นโรงพยาบาล สำนักงานประกันสังคมจะสามารถกระทำได้ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขของกฎหมายและระเบียบที่กำหนด แต่ก็ถือเป็นการนำเงินไปลงทุนเพื่อการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุนเป็นหลัก ไม่ใช่การนำเงินกองทุนไปลงทุนในสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนเพื่อประโยชน์ในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ดังนั้น ไม่ว่าจะอย่างไรก็ตาม สำนักงานประกันสังคมก็ยังจำเป็นที่จะต้องดำเนินการแก้ไขกฎหมาย เพื่อให้อำนาจแก่สำนักงานประกันสังคมในการนำเงินกองทุนไปลงทุนเพื่อประโยชน์สำหรับการบริหารโรงพยาบาลประกันสังคมให้ชัดเจน และเมื่อมีการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายให้อำนาจสำนักงานประกันสังคมในการจัดตั้งสถานพยาบาลได้เองแล้วนั้น วิธีการนำเงินไปลงทุนในสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนอาจต้องพิจารณาถึงมูลค่าและลักษณะของการดำเนินการว่าจะเข้าลักษณะเป็นการให้เอกชนเข้าร่วมดำเนินการในกิจการของรัฐ อันถือเป็นการร่วมทุนตามพระราชบัญญัติการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ พ.ศ. 2556 หรือไม่ ซึ่งหากอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติการให้เอกชนร่วมลงทุนฯ ดังกล่าวแล้ว ก็ต้องถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายการให้เอกชนร่วมลงทุนฯ ต่อไป

การลงทุนอย่างหนึ่งอย่างใดตาม (5) เมื่อรวมกับการลงทุนกรณีบริษัทจัดการกองทุนนำเงินกองทุนย่อยไปจัดหาผลประโยชน์ตามข้อ 8 (ค) (5) ต้องไม่เกินร้อยละสิบของเงินกองทุน

19 ข้อ 8 กรณีบริษัทจัดการกองทุนนำเงินกองทุนย่อยไปจัดหาผลประโยชน์ให้กระทำได้สำหรับการลงทุน ดังต่อไปนี้

២៧ ២៧

(ค) ลงทุนในหลักทรัพย์หรือทรัพย์สินที่มีความเสี่ยงได้ไม่เกินร้อยละสี่สิบของเงินกองทุนย่อย

២៧ ២៧

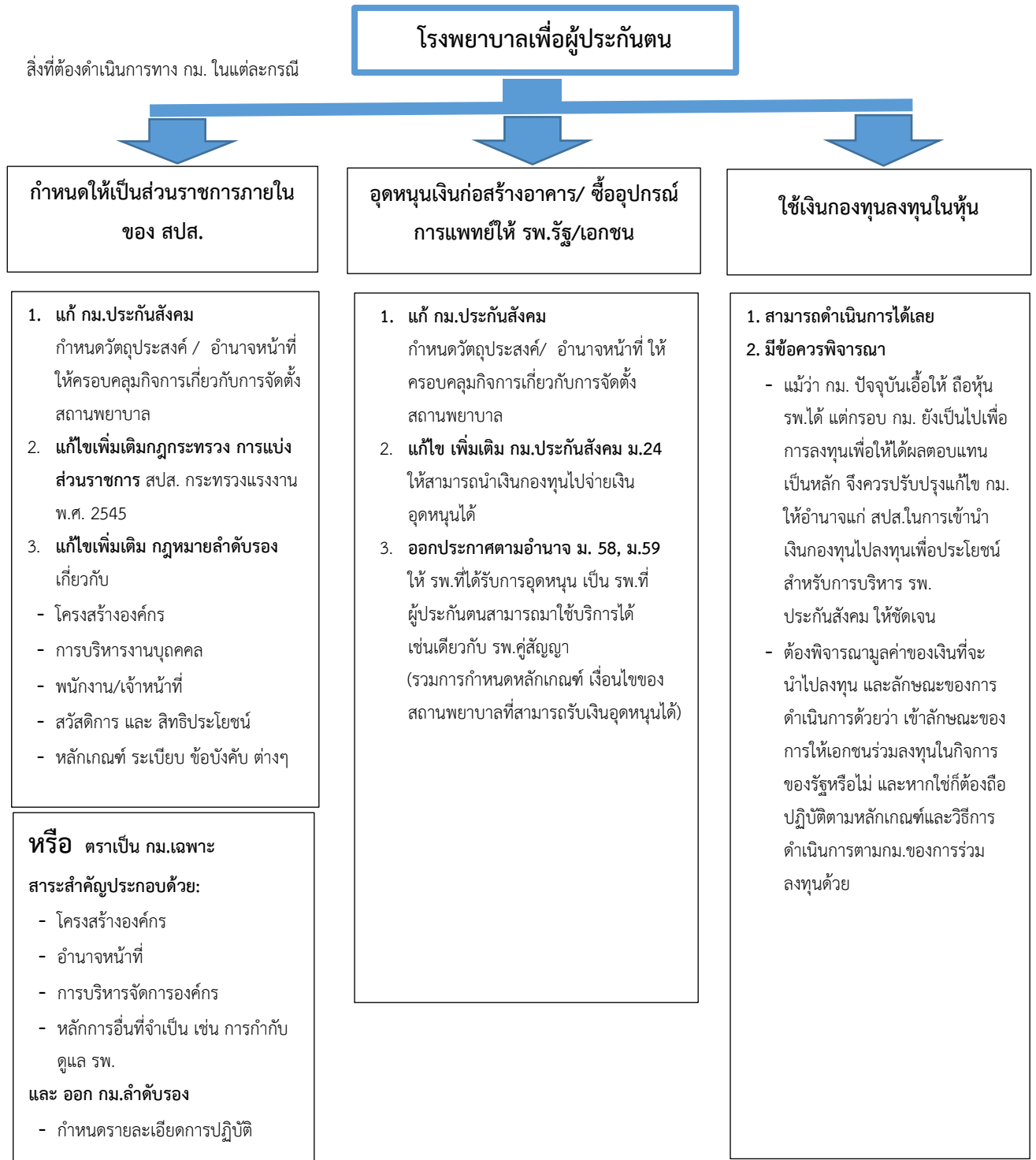
(5) หุ่น ใบสำคัญแสดงสิทธิที่จะซื้อหุ้น หรือใบแสดงสิทธิในการซื้อหุ้นเพิ่มทุนที่โอนสิทธิได้ ที่ออกโดยรัฐวิสาหกิจ บริษัทจดทะเบียน หรือบริษัทที่เสนอขายหุ้นต่อประชาชน เพื่อนำหุ้นเข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ รวมทั้งใบสำคัญแสดงสิทธิอนุพันธ์ ใบแสดงสิทธิในผลประโยชน์ที่เกิดจากหลักทรัพย์อ้างอิง ซึ่งหลักทรัพย์อ้างอิงต้องเป็นหุ้นที่ออกโดยรัฐวิสาหกิจที่เป็นบริษัทจดทะเบียนหรือบริษัทที่กล่าวข้างต้น สัดส่วนการลงทนในกิจการหนึ่งกิจการใด และเมื่อรวมกันในทุกกิจการให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

၂၈၂

ข้อ 9 การลงทุนอื่น ต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการประกันสังคม โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

แผนภาพที่ 10 สรุปการดำเนินการทางด้านกฎหมาย

สรุปการดำเนินการทางด้านกฎหมาย



4.4 โรงพยาบาลประกันสังคมภายใต้รูปแบบ “การบริหารสัญญา”

เนื่องจากปัจจุบันไม่มีบทบัญญัติของกฎหมายใดที่ให้อำนาจสำนักงานประกันสังคมในการจัดตั้งโรงพยาบาลไว้ ดังนั้น การจัดตั้งโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนจึงจำเป็นต้องแก้ไขกฎหมายเพื่อกำหนดอำนาจหน้าที่แก่อำนาจสำนักงานประกันสังคมในการดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลเสียก่อน และเมื่อมีกฎหมายให้อำนาจหน้าที่ดำเนินการแล้วก็สามารถกำหนดหลักการให้ “วิธีการประมูล” เป็นหนึ่งในวิธีการของการจัดตั้งโรงพยาบาลได้ โดยหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและวิธีการเกี่ยวกับการประมูลนั้นอาจให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกันสังคมโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลังกำหนด

ในกรณีของการจัดตั้งโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนโดยวิธีการประมูลนี้ อาจมีประเด็นต้องพิจารณาว่าเป็นรูปแบบการให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ (Public-Private Partnerships: PPPs) ในการจัดทำบริการสาธารณสุขภายใต้พระราชบัญญัติการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ พ.ศ. 2556 ด้วยหรือไม่

พระราชบัญญัติการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ พ.ศ. 2556 หรือที่เรียกกันสั้นๆ ว่า “กฎหมายร่วมทุน” นั้น มีหลักการสำคัญเกี่ยวกับการให้เอกชนเข้าร่วมลงทุน กล่าวคือ โครงการที่เป็นการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐที่มีมูลค่าการลงทุนเป็นวงเงินหรือทรัพย์สินตั้งแต่หนึ่งพันล้านบาทขึ้นไป หรือตามวงเงินหรือทรัพย์สินที่กำหนดเพิ่มขึ้นโดยกฎกระทรวงแล้ว ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ของพระราชบัญญัตินี้²¹ ดังนั้น โครงการที่ให้เอกชน “ร่วมลงทุน” ในกิจการของรัฐจึงอยู่ภายใต้ขอบเขตของกฎหมายร่วมทุนนี้ โดยอาจมีหลักเกณฑ์และวิธีการแตกต่างกันไป โดยหากเป็นกรณีของวงเงินลงทุนของโครงการตั้งแต่หนึ่งพันล้านบาทขึ้นไปต้องดำเนินการตามขั้นตอนตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ ส่วนกรณีที่วงเงินลงทุนไม่เกินหนึ่งพันล้านบาทต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์และวิธีการตามประกาศของคณะกรรมการนโยบายการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ ส่วนการจะพิจารณาว่าโครงการใดจะเป็นลักษณะของการร่วมลงทุนหรือไม่นั้นต้องพิจารณาจากรายละเอียดของแต่ละโครงการประกอบกับแนวทางที่คณะกรรมการกฤษฎีกาได้เคยวินิจฉัยไว้เป็นกรณีในแต่ละโครงการ

ทั้งนี้ ภายใต้กฎหมายร่วมทุน ได้กำหนดขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับโครงการที่เป็นการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐไว้ในหมวด 4 หมวด 5 และ หมวด 6 โดยอาจแบ่งเป็น

(1) ขั้นตอนการเสนอโครงการ (หมวด 4) ที่กำหนดให้หน่วยงานเจ้าของโครงการต้องมีการทำผลการศึกษาวิเคราะห์โครงการและการพิจารณาผลการศึกษาวิเคราะห์โครงการ โดยมีรายละเอียดตามที่กฎหมายบัญญัติ

²¹ มาตรา 23 โครงการที่มีมูลค่าตั้งแต่หนึ่งพันล้านบาทขึ้นไปหรือมูลค่าที่กำหนดเพิ่มขึ้นโดยกฎกระทรวงต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์และขั้นตอนที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้

หลักเกณฑ์และวิธีการคำนวณมูลค่าของโครงการตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

(2) ขั้นตอนการดำเนินโครงการ (หมวด 5) กำหนดให้มีคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนด เช่นพิจารณาให้ความเห็นชอบร่างประกาศเชิญชวนเอกชนร่วมลงทุน ร่างขอบเขตของโครงการ และร่างสัญญาร่วมทุน รวมทั้งพิจารณาดำเนินการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการตามที่เห็นสมควร รวมถึงขั้นตอนการส่งร่างสัญญาร่วมทุนให้สำนักงานอัยการสูงสุดพิจารณา และขั้นตอนการเสนอเรื่องต่อรัฐมนตรีเจ้าสังกัดพิจารณา จนกระทั่งขั้นตอนการเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบ

(3) ขั้นตอนการกำกับและติดตามผล (หมวด 6) เมื่อมีการลงนามในสัญญาร่วมทุนแล้ว ต้องมีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับดูแลขึ้นคณะหนึ่งเพื่อมีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลโครงการร่วมทุนดังกล่าวตามที่กฎหมายกำหนด

อย่างไรก็ดี หากสำนักงานประกันสังคมพิจารณาเชิงนโยบายแล้วเห็นว่าการเสนอจัดตั้งโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนซึ่งจำเป็นต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก อีกทั้งจะต้องเสนอให้มีการแก้ไขกฎหมาย ที่อาจมีกระบวนการดำเนินการที่ล่าช้า ไม่อาจแก้ไขปัญหาที่กำลังประสบอยู่ได้ทันทั่วถึง ก็อาจพิจารณาใช้วิธีการ “การบริหารสัญญา” จากแนวทางปฏิบัติที่ดำเนินการอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การจัดทำสัญญาระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับสถานพยาบาลเพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน เป็นการใช้จ่ายเงินกองทุนตามข้อ 12 (1)²² แห่งระเบียบคณะกรรมการประกันสังคมว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงินและการเก็บรักษาเงินกองทุน พ.ศ. 2555 ที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 9 (3)²³ ประกอบกับมาตรา 25²⁴ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งกำหนดให้การจ่ายเงินกองทุนประกันสังคมเพื่อเป็นค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลสามารถกระทำได้ตามวิธีการและอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด ดังนั้น สำนักงานประกันสังคมจึงอาจอาศัยฐานอำนาจตามกฎหมายที่มีอยู่แล้วดังกล่าวกำหนดวิธีการ และอัตราอื่นๆ เพิ่มเติมในการพิจารณาคัดเลือกสถานพยาบาลมาให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน เช่น การกำหนดคุณสมบัติหรือมาตรฐานของ

²² ข้อ 12 การจ่ายเงินกองทุนให้จ่ายได้ในกรณีดังต่อไปนี้

(1) จ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือแพทย์ตามวิธีการและอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดหรือจ่ายให้แก่หน่วยงานภาครัฐที่ผลิตยาตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

ฯลฯ

ฯลฯ

²³ มาตรา 9 คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

ฯลฯ

ฯลฯ

(3) วางระเบียบโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลังเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินของกองทุน

ฯลฯ

ฯลฯ

²⁴ มาตรา 25 การรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

สถานพยาบาลเพิ่มเติม กำหนดวิธีการคัดเลือกโดยการเสนอราคา กำหนดอัตราเหมาจ่ายที่เหมาะสม ฯลฯ เพื่อให้การจัดทำสัญญาระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับสถานพยาบาลมีเงื่อนไขครอบคลุมกับการแก้ไขปัญหาในปัจจุบันอย่างทันท่วงที ทั้งนี้เพื่อให้การบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนเป็นไปอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนประเด็นหากมีข้อสงสัยว่าการกำหนดวิธีการ หรืออัตราอื่นเพิ่มเติมในการจัดทำสัญญากับสถานพยาบาลจะอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายร่วมทุนหรือไม่ นั้น ก็สามารถหารือถึงรายละเอียดและเงื่อนไขของสัญญาแต่ละโครงการว่าจะอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายร่วมทุนหรือไม่ โดยทำเป็นหนังสือไปยังสำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ กระทรวงการคลัง ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายร่วมทุน

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบรูปแบบการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนโดยวิธีการจัดตั้งโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนกับการจัดทำสัญญาระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับสถานพยาบาลในประเด็นสำคัญ อาจสรุปเป็นตารางได้ ดังนี้

ตารางที่ 39 เปรียบเทียบรูปแบบการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนโดยวิธีการจัดตั้ง โรงพยาบาล เพื่อผู้ประกันตนกับการจัดทำสัญญาระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับสถานพยาบาล

ประเด็น การพิจารณา	การจัดตั้งโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน				
	การจัดตั้ง โรงพยาบาล ขึ้นใหม่	การอุดหนุนเงิน ก่อสร้างอาคาร และซื้ออุปกรณ์ การแพทย์ให้กับ สถานพยาบาล	นำเงินกองทุน ประกันสังคมไป ลงทุนกับ สถานพยาบาล	ให้เอกชน เข้าประมูล เพื่อดำเนินการ	การจัดทำสัญญา ระหว่างสำนักงาน ประกันสังคมกับ สถานพยาบาล
กฎหมาย ปัจจุบัน	- ยังไม่มี กม.ให้ อำนาจ	- ยังไม่มี กม.ให้ อำนาจ	- ยังไม่มี กม.ให้ อำนาจ	- ยังไม่มี กม.ให้ อำนาจ	- มี กม.รองรับ (มาตรา 9 (3) กับ มาตรา 25 แห่ง พ.ร.บ.ประกันสังคม และข้อ 12(1) ของ ระเบียบ คกก.ว่า ด้วยการรับเงินฯ)
ภาระด้าน งบประมาณ	- ใช้งบประมาณ ลงทุนมาก และ ผูกพัน งบประมาณใน ระยะยาว	- ใช้งบประมาณ มาก	- ใช้งบประมาณ มาก	- ใช้งบประมาณ น้อยกว่าวิธีการ อื่น	- ใช้งบประมาณ น้อย

ประเด็น การพิจารณา	การจัดตั้งโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน				
	การจัดตั้ง โรงพยาบาล ขึ้นใหม่	การอุดหนุนเงิน ก่อสร้างอาคาร และซื้ออุปกรณ์ การแพทย์ให้กับ สถานพยาบาล	นำเงินกองทุน ประกันสังคมไป ลงทุนกับ สถานพยาบาล	ให้ออกชน เข้าประมูล เพื่อดำเนินการ	การจัดทำสัญญา ระหว่างสำนักงาน ประกันสังคมกับ สถานพยาบาล
การกำกับดูแล	- มีอำนาจบริหาร จัดการเนื่องจาก รพ. เป็น หน่วยงานใน สังกัด	- เป็นไปตาม ความตกลง/ สัญญาระหว่าง สปส.กับสถาน พยาบาลที่รับ เงินอุดหนุน	- อำนาจการ บริหารจัดการ ขึ้นอยู่กับ จำนวนเงิน ลงทุน	- เอกชนเป็น ผู้ดำเนินการ ตามที่กำหนด ไว้ในข้อตกลง/ สัญญา - สปส. ดูแลให้ การดำเนินการ เป็นไปตาม ข้อตกลง/สัญญา	- สถานพยาบาลเป็น ผู้ดำเนินการตามที่ กำหนดไว้ใน ข้อตกลง/สัญญา - สปส.ดูแลให้การ ดำเนินการเป็นไป ตามข้อตกลง/ สัญญา
บุคลากรทาง การแพทย์	- เป็นบุคลากรทาง การแพทย์ของ หน่วยงานใน สังกัด สปส.	- เป็นบุคลากร ทางการแพทย์ ของสถาน พยาบาลที่รับ เงินอุดหนุน	- เป็นบุคลากร ทางการแพทย์ ของสถาน พยาบาลที่นำ เงินกองทุนไป ลงทุน	- เป็นบุคลากร ทางการแพทย์ ของสถาน พยาบาลที่ เอกชน ดำเนินการ	- เป็นบุคลากรทาง การแพทย์ของ สถานพยาบาล คู่สัญญา
ระยะเวลา การดำเนินการ	- เป็นหน่วยงานใน สังกัดที่สามารถ ดำเนินการตาม ภารกิจได้ถาวรใน ระยะยาว	- เป็นไปตาม ความตกลง/ สัญญาระหว่าง สปส.กับสถาน พยาบาลที่รับ เงินอุดหนุน	- ตลอดระยะ เวลาที่ สปส. นำเงินกองทุน ไปลงทุนกับ สถานพยาบาล ดังกล่าว	- เป็นไปตาม ความตกลง/ สัญญาระหว่าง สปส.กับ เอกชน ผู้ประมูล	- เป็นไปตาม ความตกลง/ สัญญาระหว่าง สปส. กับสถาน พยาบาล
การควบคุม มาตรฐานการ ให้บริการ ทางการแพทย์	- สามารถกำหนด ควบคุมได้	- เป็นไปตาม มาตรฐานของ สถานพยาบาล ที่รับเงิน อุดหนุน	- เป็นไปตาม มาตรฐานของ สถานพยาบาล ที่นำเงินกองทุน ไปลงทุน	- สามารถ กำหนดควบคุม ในความตกลง/ สัญญาระหว่าง สปส. กับ เอกชน ผู้ประมูล	- เป็นไปตาม ความตกลง/ สัญญาระหว่าง สปส. กับ สถานพยาบาล

ประเด็น การพิจารณา	การจัดตั้งโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน				
	การจัดตั้ง โรงพยาบาล ขึ้นใหม่	การอุดหนุนเงิน ก่อสร้างอาคาร และซื้ออุปกรณ์ การแพทย์ให้กับ สถานพยาบาล	นำเงินกองทุน ประกันสังคมไป ลงทุนกับ สถานพยาบาล	ให้เอกชน เข้าประมูล เพื่อดำเนินการ	การจัดทำสัญญา ระหว่างสำนักงาน ประกันสังคมกับ สถานพยาบาล
ปัญหาและ อุปสรรคอื่น	- การแก้ไขกฎหมายอาจมีกระบวนการยาวนาน - การดำเนินการก่อสร้างต้องใช้ระยะเวลานาน - ความน่าเชื่อถือคุณภาพการบริหารจัดการและการควบคุมมาตรฐานทางการแพทย์ภายใต้ สปส. เมื่อเทียบกับสถานพยาบาลอื่น	- รูปแบบความสัมพันธ์ทางกฎหมายที่ไม่ชัดเจนระหว่าง สปส.กับสถานพยาบาลที่รับเงินอุดหนุนในการเป็น รพ. เพื่อผู้ประกันตน - ควรมีระบบตรวจสอบการใช้เงินอุดหนุนงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ	- แนวทางการบริหารจัดการภายหลังการลงทุนที่อาจขัดแย้งกับผู้ถือหุ้นรายอื่นในเรื่องผลประโยชน์ทางธุรกิจ	- ประเด็นการร่วมทุน - การบริหารจัดการโรงพยาบาลภายหลังจากหมดระยะเวลาตามความตกลง/สัญญา	- การบริหารจัดการความตกลง/สัญญา เพื่อให้ครอบคลุมการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

4.5 สรุปความเห็นด้านกฎหมาย

การจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมเป็นแนวคิดที่หลายฝ่ายคาดว่าจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของการให้บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมทั้งในด้านการให้บริการและการกำกับควบคุมมาตรฐานการรักษาให้เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่จากข้อจำกัดของกฎหมายประกันสังคม ซึ่งไม่ให้อำนาจสำนักงานประกันสังคมในการจัดตั้งโรงพยาบาล ทำให้ทางเลือกที่มีทั้งสิ้น 5 ทางเลือก คือ (1) การจัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นใหม่ (2) การอุดหนุนเงินก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์การแพทย์ให้กับสถานพยาบาลโดย

สำนักงานประกันสังคมร่วมกับ (3) การนำเงินกองทุนประกันสังคมไปลงทุนกับสถานพยาบาลโดยสำนักงานประกันสังคมร่วมกับ (4) การให้เอกชนเข้าประมูลเพื่อดำเนินการโดยสำนักงานประกันสังคมร่วมกับ (5) การจัดทำสัญญาระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับสถานพยาบาลโดยสำนักงานประกันสังคมร่วมกับ นั้นที่สามารถดำเนินการได้ในระยะสั้นนี้ มีเพียงวิธีการจัดทำสัญญาระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับสถานพยาบาลเท่านั้น ส่วนในระยะยาวต้องมีการแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคม ให้สำนักงานประกันสังคมมีอำนาจในการสร้างโรงพยาบาลเอง จึงจะสามารถใช้รูปแบบการดำเนินการตั้งสถานพยาบาลประกันสังคมของตนเองได้

บทที่ 5

ผลการศึกษาการจัดบริการและสถานการณ์การเงินโรงพยาบาลประกันสังคมเบื้องต้น

การศึกษการจัดบริการและสถานการณ์ทางการเงินของสถานพยาบาลประกันสังคมในบทนี้ เป็นการศึกษาในสถานพยาบาลประกันสังคมตัวอย่างซึ่งเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก 2 แห่ง โดยสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้คัดเลือกสถานพยาบาลให้ และโรงพยาบาลของรัฐที่เป็นองค์กรมหาชน 1 แห่ง ทั้งนี้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ

1. ศึกษาโครงสร้างการอภิบาล และแนวทางการจัดบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนของสถานพยาบาลประกันสังคมตัวอย่าง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการออกแบบบริการของโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ
2. ศึกษาสถานการณ์ทางการเงินโดยเฉพาะแหล่งรายได้และต้นทุนหลักของสถานพยาบาลประกันสังคมตัวอย่าง เพื่อประกอบการตั้งสมมติฐานและวิเคราะห์ความเป็นได้ทางการเงินของการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ

5.1 วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. ขอความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง และโรงพยาบาลองค์กรมหาชน 1 แห่ง
2. จัดเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานพยาบาลเชิงลึก ตลอดจนจัดเก็บข้อมูลบริการและรายงานทางการเงิน ต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเงินของสถานพยาบาลในระบบประกันสังคม
3. จัดทำรอบการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินของสถานพยาบาล และจัดทำชุดข้อมูลที่จะจัดเก็บเพื่อการวิเคราะห์ จัดส่งให้ผู้บริหารสถานพยาบาลล่วงหน้า โดยได้ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พุทธศักราช 2557 จนถึง วันที่ 27 มกราคม 2558
4. ชุดข้อมูล ประกอบด้วย
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไป
 - 1.2 โครงสร้างองค์กรและทรัพยากรบุคคล
 - 1.3 การจัดบริการ เพื่อดูกระบวนการด้านฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกใหม่ ผู้ป่วยนอกตามนัด ผู้ป่วยในตามนัด ผู้ป่วยในไม่ได้นัด เอกซเรย์ ห้องปฏิบัติการ ห้องยา และการส่งต่อ
 - 1.4 ข้อมูลการให้บริการ
 - 1.5 ข้อมูลต้นทุน
 - 1.6 ข้อมูลการส่งต่อ
 - 1.7 ข้อมูลการให้บริการแบบสถานพยาบาลรักษาต่อ

1.8 ข้อมูลต้นทุนการให้บริการแบบสถานพยาบาลรักษาต่อ

(รายละเอียด ดังภาคผนวก)

5.2 ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดที่สำคัญในการศึกษาครั้งนี้ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชนคือการเปิดเผยข้อมูลถึงแม้ว่าจะเป็นการทำวิจัยให้กับสำนักงานประกันสังคมก็ตาม ซึ่งโรงพยาบาล A สามารถเข้าสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับรองผู้อำนวยการเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2558 โดยเป็นการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับรองผู้อำนวยการ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 2 ชั่วโมง ส่วนโรงพยาบาล B ได้สัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและทีมงานในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2558 โดยทั้งสองแห่งให้ข้อมูลในภาพรวม แต่ไม่สะดวกในการให้ข้อมูลรายละเอียดเนื่องจากเป็นข้อมูลเชิงลึก และข้อมูลบางรายการไม่มีการเก็บบันทึกไว้ ดังนั้น การศึกษาสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลเอกชนในระบบประกันสังคมจึงมีข้อจำกัดในการศึกษา

สำหรับโรงพยาบาลองค์กรมหาชนนั้น ไม่มีปัญหาในการเปิดเผยข้อมูล แต่มีข้อจำกัดในการวิเคราะห์ข้อมูลในรายละเอียด เนื่องจากโรงพยาบาลองค์กรมหาชนแห่งนี้ มีหน่วยบริการหลายแห่ง ทั้งในจังหวัดสมุทรสาครและใน กทม. รวมทั้งมีการจัดทำหน่วยให้บริการแบบเคลื่อนที่ ทำให้มีข้อจำกัดในการจำแนกต้นทุนบริการเฉพาะโรงพยาบาลหลักที่ต้องการนำมาใช้ประกอบการออกแบบบริการและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงินของโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ

5.3 ผลการศึกษา

โรงพยาบาล A

1. ข้อมูลทั่วไป

สถานพยาบาลที่ทีมวิจัยเข้าพบ เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก ผ่านการรับรองคุณภาพ HA มีผู้ประกันตนเต็มโควต้า ประมาณ 149,000 ราย เป็นโรงพยาบาลที่ให้ความสำคัญแก่การให้บริการผู้ประกันตน โดยถือเป็นธุรกิจหลักสายหนึ่ง และโรงพยาบาลเองมีความภาคภูมิใจในการเป็นโรงพยาบาลประกันสังคมที่ดูแลผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ เอชไอวี และต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องอยู่กว่า 1,000 ราย ซึ่งถือว่ามากที่สุด

ในด้านการบริหารจัดการของโรงพยาบาลในระบบประกันสังคม จะมีผู้บริหารระดับรองผู้อำนวยการกำกับดูแล พร้อมทีมงานเฉพาะประกันสังคม โดยแบ่งออกเป็น 2 สายงาน คือ สายการแพทย์และสายธุรการซึ่งทำหน้าที่หลัก คือ การอธิบายสิทธิต่างๆ กับผู้ประกันตน และประสานการส่งต่อ

การทำงานของทีมงานประกันสังคมจะมีการประชุมสรุปงานเดือนละครั้ง แต่จะไม่มีทีมงานบริหารทรัพยากรการแพทย์ (Medical Utilization Management) โดยทีมที่อยู่ในสายการแพทย์ หรือทีมแพทย์ประกันสังคมจะร่วมกิจกรรมทางวิชาการซึ่งโรงพยาบาลจัด และร่วมกับแพทย์ทีมงานอื่น

ในด้านข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ทางการเงิน โรงพยาบาลมีข้อมูลในรายการที่คณะวิจัยขอความอนุเคราะห์อยู่เพียงบางส่วน แต่ในจำนวนนี้ ส่วนหนึ่งถือเป็นข้อมูลภายในที่ไม่สะดวกจะแลกเปลี่ยนกับบุคคลภายนอก อย่างไรก็ตาม ในส่วนข้อมูลที่แลกเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการ เช่น ระยะเวลารอคอยในขั้นตอนบริการต่างๆ ณ วันที่ทำรายงานฉบับนี้ ยังมิได้รับจากทางโรงพยาบาล

2. รูปแบบการจัดบริการ

แนวทางการจัดบริการโดยรวมของโรงพยาบาล เป็นดังนี้

- (1) ผู้ประกันตนได้รับบริการในพื้นที่ที่จัดเป็นการเฉพาะสำหรับผู้ประกันตน ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ยกเว้น กรณีผู้ป่วยนอกที่ต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง บางครั้งจะส่งไปตรวจที่อาคารผู้ป่วยทั่วไป ทีมงานคลินิก (แพทย์ พยาบาล) ที่ดูแลผู้ประกันตน ส่วนใหญ่เป็นทีมงานเฉพาะเช่นกัน
- (2) เวลาทำการปกติของคลินิกประกันสังคม คือ วันธรรมดา 07.00-21.00 น. เสาร์ อาทิตย์ วันหยุด 08.00-21.00 น. ซึ่งในเวลาทำการปกติ ให้บริการประมาณ 7 ห้องตรวจ ส่วนนอกเวลาจะตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉิน
- (3) ทีมแพทย์ประกันสังคมประจำ ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 7 ท่าน แพทย์อายุรกรรมทั่วไป 4-5 ท่าน และศัลยกรรมทั่วไป 1 ท่าน แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นถือเป็นแพทย์ที่ปรึกษา
- (4) การตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอก ผู้ประกันตนจะพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปก่อน หากต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะเป็นผู้ส่งต่อ อย่างไรก็ตาม ไม่มีระบบที่ชัดเจนในการต้องส่งผู้ป่วยกลับมาติดตามรักษาต่อกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
- (5) การใช้ยานอกบัญชียาหลัก การส่งตรวจที่มีต้นทุนสูง การส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลอื่นต้องผ่านการอนุมัติจากรองผู้อำนวยการฝ่ายงานประกันสังคม
- (6) โรคที่เหตุต้องส่งต่อมากที่สุด คือ มะเร็ง เช่น Lymphoma, Leukemia โดยทีมงานธุรการประกันสังคมเป็นผู้ประสาน โดยทั่วไปโรงพยาบาลมิได้จัดหาหะในการส่งต่อนี้
- (7) ถือเป็นธรรมเนียมปฏิบัติที่เจ้าหน้าที่จะส่งผู้ป่วยเก่าให้แพทย์เวชปฏิบัติคนเดิมตรวจรักษาในครั้งต่อไป
- (8) มิได้มีระบบงานเชื่อมโยงงานป้องกัน-ส่งเสริม กับ งานรักษา-ฟื้นฟู โดยตรง
- (9) มีการจัดเก็บดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการที่สำคัญ เช่น ระยะเวลารอคอยในขั้นตอนต่าง ๆ

3. ค่าตอบแทนแพทย์

ค่าตอบแทนทีมแพทย์ประกันสังคมประจำ ใช้ระบบ Minimum Guarantee บวกส่วนเกิน ค่าธรรมเนียมแพทย์จากการตรวจจริง โดยรวมรายได้ต่อเดือนประมาณ 100,000-150,000 บาท แพทย์เฉพาะทางได้ Minimum Guarantee ในระดับต่ำกว่า แต่ค่าธรรมเนียมแพทย์ต่อรายผู้ป่วยมากกว่า แต่โดยรวมรายได้ต่อเดือนก็ใกล้เคียงกัน

โรงพยาบาล B

1. ข้อมูลทั่วไป

สถานพยาบาลที่ทีมวิจัยเข้าพบ เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก ผ่านการรับรองคุณภาพ HA มีผู้ประกัน ประมาณ 70,000 ราย จากโควตา 120,000 คน รายได้จากบริการประกันสังคมประมาณ ร้อยละ 30 ของรายได้ทั้งหมด นอกจากนี้ ยังให้บริการผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย

ในด้านการบริหารจัดการของโรงพยาบาลในระบบประกันสังคม จะมีผู้บริหารระดับรองผู้อำนวยการฝ่ายประกันสังคมดูแล แต่ไม่มีทีมงานบริหารที่ดูแลเฉพาะบริการผู้ประกันตนเป็นการเฉพาะ แต่ฝ่ายการตลาดกับฝ่ายงานประสานประกันร่วมดูแลผู้ใช้บริการทุกกองทุน

มีพยาบาลบริหารทรัพยากรการแพทย์ (UR Nurse) 1 คน แต่ส่วนใหญ่จะทบทวนผู้ป่วยประกันสุขภาพเอกชน

ฝ่ายบริหารระดับสูงของโรงพยาบาลมีการประชุมทุก 2 สัปดาห์ จะทบทวนธุรกิจทุกสายรวมประกันสังคมด้วย ส่วนการประชุมประจำเดือนจะรวมฝ่ายบริหารทุกระดับ

โรงพยาบาลมีการใช้แนวเวชปฏิบัติสำหรับกลุ่มโรคสำคัญ โดยแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยประกันสังคมให้ความร่วมมือ นอกจากนี้ ฝ่ายบริหารอาจขอความร่วมมือแพทย์ในการควบคุมต้นทุนบางกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ในด้านข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ทางการเงิน โรงพยาบาลมีข้อมูลในรายการที่คณะวิจัยขอความอนุเคราะห์อยู่เพียงบางส่วน แต่ในจำนวนนี้ ส่วนหนึ่งถือเป็นข้อมูลภายในที่ไม่สะดวกจะแลกเปลี่ยนกับบุคคลภายนอก อย่างไรก็ตาม ในส่วนข้อมูลที่แลกเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการ เช่น ระยะเวลารอคอยในขั้นตอนบริการต่างๆ ณ วันที่ทำรายงานฉบับนี้ ยังมีได้รับจากทางโรงพยาบาล

2. รูปแบบการจัดบริการ

แนวทางการจัดบริการโดยรวมของโรงพยาบาล เป็นดังนี้

- (1) ผู้ประกันตนได้รับบริการในพื้นที่ที่จัดเป็นการเฉพาะสำหรับผู้ประกันตน ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ยกเว้น กรณีผู้ป่วยนอกที่ต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง จะใช้พื้นที่ที่ให้บริการผู้ป่วย

ทุกกลุ่ม สำหรับผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิประกันเอกชนร่วมด้วย จะรับบริการที่คลินิกผู้ป่วยทั่วไป (เงินสด หรือ Walk-in)

- (2) เวลาทำการปกติของคลินิกประกันสังคม คือ วันธรรมดา 07.00-20.00 น. ทุกวัน นอกเวลาทำการดังกล่าว รับบริการที่ห้องฉุกเฉิน สำหรับในเวลาทำการปกตินั้น ให้บริการพร้อมกันประมาณ 3-4 ห้องตรวจ โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
- (3) ไม่มีระบบการประสานงานระหว่างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป กับแพทย์เฉพาะทางที่ชัดเจน
- (4) การใช้ยานอกบัญชียาหลัก การส่งตรวจที่มีต้นทุนสูง การส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ต้องผ่านการอนุมัติจากรองผู้อำนวยการฝ่ายงานประกันสังคม
- (5) สาเหตุโรคที่ต้องส่งต่อมากที่สุด คือ มะเร็ง และโรคหัวใจ
- (6) ไม่ได้มีระบบงานเชื่อมโยงงานป้องกัน-ส่งเสริม กับ งานรักษา-ฟื้นฟู ที่ชัดเจน
- (7) มีการจัดเก็บดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการที่สำคัญ เช่น ระยะเวลารอคอยในขั้นตอนต่างๆ แต่โรงพยาบาลไม่สามารถให้ได้

3. ค่าตอบแทนแพทย์

ค่าตอบแทนทีมแพทย์ประกันสังคมประจำ ใช้ระบบ Minimum Guarantee บวกส่วนเกิน ค่าธรรมเนียมแพทย์จากการตรวจจริง โดยรวมรายได้ต่อเดือนประมาณ 100,000 บาท

โรงพยาบาลองค์กรมหาชน

1. ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลองค์กรมหาชน เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ขนาด 300 เตียง โดยเป็นองค์กรมหาชนในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข “คณะกรรมการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว” มีอำนาจสูงสุด และเป็นผู้กำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายของโรงพยาบาล โดยนโยบายของรัฐบาลเป็นหลัก มีอำนาจในการออกระเบียบ ข้อบังคับ เกี่ยวกับการบริหารสวัสดิการ ค่าตอบแทน และแต่งตั้งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

คณะกรรมการประกอบด้วย 1) ประธานกรรมการ สรรหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และต้องมีข้าราชการ 2) กรรมการจำนวน 10 คน ซึ่งเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง 3 คน กรรมการผู้แทนชุมชน 3 คน กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน และผู้อำนวยการเป็นกรรมการ และเลขานุการ ปัจจุบัน มีหน่วยบริการ 9 แห่ง

- 1.1 หน่วยบริการที่เป็นคลินิก (Extended OPD) จำนวน 5 แห่ง ให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน มีแพทย์ประจำ หากฉุกเฉินและเกินศักยภาพ จะส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล

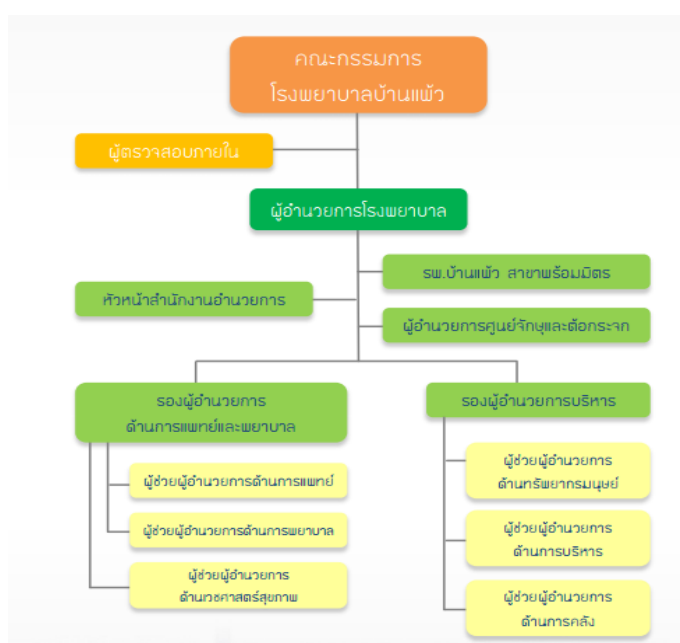
1.2 โรงพยาบาล 2 แห่ง คือ

- 1) โรงพยาบาลทั่วไป ในเขตจังหวัดสมุทรสาคร
- 2) โรงพยาบาลทั่วไป ในเขตกรุงเทพมหานคร

2. โครงสร้างองค์กรและทรัพยากรบุคคล

โครงสร้างองค์กรอยู่ในรูปของคณะกรรมการบริหารซึ่งมีอยู่ชุดเดียว ตามแผนภาพ

แผนภาพที่ 11 โครงสร้างองค์กรของคณะกรรมการบริหาร



ตารางที่ 40 จำนวนบุคลากรโรงพยาบาลองค์การมหาชน

รายละเอียด	จำนวนบุคลากร (คน)		
	2556	2557	2558
แพทย์	80	94	92
ทันตแพทย์	14	14	16
พยาบาล	187	212	220
เภสัชกร	22	24	26
กลุ่มวิชาชีพ	69	99	104
เจ้าหน้าที่ทั่วไป	641	643	673
รวม	1,013	1,086	1,131

3. การจัดบริการ

แนวทางการจัดบริการโดยรวมของโรงพยาบาล เป็นดังนี้

- 1 ผู้ประกันตนมีสิทธิในเรื่องการใช้ช่องทางพิเศษซึ่งเปิดบริการในช่วงเช้าเพื่ออำนวยความสะดวก โดยมีการแยกโต๊ะซักประวัติ ขณะที่ขั้นตอนการรับบริการอื่นๆมีความเหมือนกันในทุกผู้ป่วย สิทธิการรักษา เวลาทำการปกติของคลินิกประกันสังคม คือ ทุกวัน ตั้งแต่ 07.00 – 21.00 น. ให้บริการประมาณ 9 ห้องตรวจ
- 2 กรณีผู้ป่วยใน มีจำนวนเตียงสูตรกรรมเพื่อบริการผู้ประกันตนจำนวน 9 เตียง ส่วนบริการอื่นๆ ใช้งานร่วมกันในทุกสิทธิ
- 3 การใช้ยาทั้งยาในบัญชียาหลักและยานอกบัญชียาหลัก การตรวจเอกซเรย์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์เจ้าของไข้
- 4 การส่งต่อของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว มีหน่วยงาน คือ ศูนย์ Admission เป็นผู้ดำเนินการเรื่องการออกเอกสารรับรองสิทธิและออกเลขเพื่อใช้อ้างอิงในการส่งตัว และมีพยาบาลประจำ ward เป็นผู้ประสานให้กรณีผู้ป่วยในเท่านั้น โรคที่ต้องส่งต่อมากที่สุด คือ มะเร็งเต้านม ไวรัสตับอักเสบ และไทรอยด์เป็นพิษ

4. ค่าตอบแทนแพทย์

ค่าตอบแทนทีมแพทย์ประจำ ใช้ระบบ Minimum Guarantee บวกส่วนเกินค่าธรรมเนียมแพทย์จากการตรวจจริง ทั้งนี้ รายได้ส่วนที่เป็นเงินเดือนและค่าตอบแทนต่อเดือนของแพทย์ทั่วไปประมาณ 70,000 บาท ส่วนแพทย์เฉพาะทางมีรายได้ส่วนที่เป็นเงินเดือนและค่าตอบแทน Minimum Guarantee เท่ากับ 120,000 บาท

5. ข้อมูลการให้บริการ และต้นทุนบริการ

โรงพยาบาลจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างตามมาตรฐานภาครัฐ โดยมี สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินเป็นหน่วยงานตรวจสอบความถูกต้อง ทั้งนี้ รายงานทางการเงินในปีงบประมาณ 2556 ได้ผ่านการรับรองความถูกต้องของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินแล้ว และโรงพยาบาลมีการจัดทำต้นทุนบริการตามคู่มือการจัดทำต้นทุนผลผลิต ตามแนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิต ของกรมบัญชีกลาง โดยหน่วยต้นทุนของโรงพยาบาล จำแนกเป็น หน่วยต้นทุนสนับสนุน จำนวน 21 หน่วย และหน่วยต้นทุนหลัก จำนวน 48 หน่วย ปีงบประมาณ 2556 โรงพยาบาลมีรายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ 24,543,251 บาท โดยมีรายได้รวม 1,409,330,614 บาท (เงินบริจาค ส่วนใหญ่เป็นเงินบริจาคมีวัตถุประสงค์ โดยบริจาคเพื่อก่อสร้างอาคาร) และค่าใช้จ่ายรวม 138,477,992 บาท ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดทำต้นทุนบริการของโรงพยาบาล ได้ตัดรายการที่ไม่ใช่ต้นทุนของโรงพยาบาล เช่น ค่าจำหน่ายสินทรัพย์

ประเภทต่างๆ และบัญชีในสินทรัพย์ให้หน่วยงานภาครัฐ คงเหลือเฉพาะต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการของโรงพยาบาลตามปีงบประมาณ 2556 เท่ากับ 1,344,648,581 บาท

ในส่วนบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านแพ้ว มีต้นทุนผู้ป่วยนอกที่ให้บริการในโรงพยาบาลบ้านแพ้วเฉลี่ยอยู่ที่ 798 บาท โดยต้นทุนบริการเฉลี่ยต่อครั้งต่ำที่สุดเฉลี่ยประมาณ 500 บาทเป็นบริการคลินิกกุมารเวชกรรม อายุรกรรม และคลินิกโสต ศอ นาสิก ตามลำดับ ส่วนต้นทุนบริการเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่บริการโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และจิตเวช

ตารางที่ 41 ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกภายในโรงพยาบาล จำแนกตามหน่วยต้นทุน

หน่วยต้นทุน	ต้นทุนรวม	จำนวนครั้ง	ต้นทุนต่อหน่วย
การให้บริการผู้ป่วยนอกศัลยกรรม	27,615,395	27,934	989
การให้บริการผู้ป่วยนอกสูติศาสตร์เวชกรรม	20,720,307	26,005	797
การให้บริการผู้ป่วยนอกอายุรกรรม	106,314,910	186,460	570
การให้บริการศูนย์โรคหัวใจ	8,497,183	5,487	1,549
การให้บริการคลินิกผู้ป่วยโรคมะเร็ง	4,488,165	1,929	2,327
การให้บริการผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม	20,981,993	38,776	541
การให้บริการคลินิกพัฒนาการเด็ก	2,655,365	1,766	1,504
การให้บริการผู้ป่วยนอกจักษุ	86,120,343	54,889	1,569
การให้บริการผู้ป่วยนอกโสต-ศอ-นาสิก	13,351,794	23,137	577
การให้บริการคลินิกจิตเวช	12,100,562	6,634	1,824
การให้บริการผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์	24,021,832	36,353	661
การให้บริการคลินิกความงามและศัลยกรรมตกแต่ง	6,028,607	7,929	760
รวม	332,896,455	417,299	798

โรงพยาบาลมีคลินิกให้บริการอีก 7 แห่ง โดยคลินิก 4 แห่งอยู่ในจังหวัดสมุทรสาครและบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเน้นการดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบ ที่เหลืออีก 3 แห่งเป็นการจัดบริการในกรุงเทพมหานครตามนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกต่อครั้งสำหรับคลินิกในจังหวัดสมุทรสาครจะอยู่ในช่วง 200 – 600 บาท ส่วนคลินิกในกรุงเทพมหานครมีต้นทุนสูงกว่า

ตารางที่ 42 ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกของคลินิกที่ให้บริการนอกที่ตั้งโรงพยาบาล

หน่วยต้นทุน	ต้นทุนรวม	จำนวนครั้ง	ต้นทุนต่อหน่วย
การให้บริการงานดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (HHC)	2,662,748	6,633	401
สาขาหลักสาม	2,978,284	15,548	192
สาขาราชภัฏบุรีรัมย์	5,963,065	23,971	249
สาขาพระราม 2	15,518,510	83,284	186
สาขาหลักห้า	16,108,666	26,633	605
การให้บริการศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อาคาร B	21,439,906	32,595	658
การให้บริการศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อาคาร A	9,816,149	10,730	915
ชุมชนธนบุรี	61,357,306	102,478	599

สำหรับคลินิกทันตกรรมมีต้นทุนเฉลี่ยอยู่ที่ 904 บาทต่อครั้ง ภายใต้งบประมาณ 320 บาทต่อครั้ง สำหรับบริการทดแทนไตของโรงพยาบาล จะมีทั้งหน่วยไตเทียมซึ่งมีต้นทุนอยู่ที่ 2,275 บาทต่อครั้ง ซึ่งต้องมารับบริการ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และการล้างไตทางช่องท้องซึ่งเป็นทำเองที่บ้านแต่ต้องมาพบแพทย์ เพื่อตรวจสภาพร่างกายปรับยา และซื้อน้ำยาล้างไตเพิ่มเติม ซึ่งจะมาพบแพทย์ 2-3 เดือน ต่อครั้ง มีต้นทุนเฉลี่ย 5,590 บาทต่อครั้ง

ตารางที่ 43 ต้นทุนบริการแบบผู้ป่วยนอกอื่นๆ

หน่วยต้นทุน	ต้นทุนรวม	จำนวนครั้ง	ต้นทุนต่อหน่วย
การให้บริการคลินิกทันตกรรม	31,501,512.14	34,813.00	904.88
การให้บริการกายภาพบำบัด	7,054,544.98	22,033.00	320.18
การให้บริการหน่วยไตเทียม	42,990,786.26	18,901.00	2,274.52
การให้บริการศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD)	28,518,249.27	5,101.00	5,590.72

สำหรับต้นทุนบริการผู้ป่วยในนั้น การคลอดจะมีต้นทุนต่อครั้งเท่ากับ 5,694 บาท และมีต้นทุนการนอนในหอผู้ป่วยคลอดอีกวันละ 1,638 บาท สำหรับต้นทุนการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อวันอยู่ที่ประมาณ 2,000 บาท ยกเว้น ICU ซึ่งต้นทุนต่อวันจะอยู่ที่ 9,205 บาท เมื่อพิจารณาเป็นต้นทุนต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ พบว่าต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยในที่ต้องอยู่ใน ICU มีต้นทุนต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์สูงสุดโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20,533 บาทต่อ AdjRW รองลงไปเป็นผู้ป่วยในที่เป็นเด็กต้นทุนเฉลี่ยจะอยู่ในราว 10,000 บาทต่อ AdjRW ส่วนต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยในที่อยู่หอผู้ป่วยพิเศษอยู่ที่ประมาณ 6,000 บาทต่อ AdjRW ต้นทุนผู้ป่วยในที่อยู่ห้องสามัญประมาณ 8,000 บาทต่อ AdjRW

ตารางที่ 44 ต้นทุนบริการผู้ป่วยใน

หน่วยต้นทุน	ต้นทุนรวม (บาท)	จำนวน ครั้ง	ต้นทุนต่อ ครั้ง (บาท)		
การให้บริการห้องคลอด	9,872,673	1,734	5,694		
หน่วยต้นทุน	ต้นทุนรวม (บาท)	จำนวน วันนอน	ต้นทุนต่อ วันนอน (บาท)	จำนวน Adj RW	บาท ต่อ Adj.RW
การให้บริการหอผู้ป่วยหลังคลอด	10,741,035	6,559	1,638	2,157	4,981
การให้บริการหอผู้ป่วยสามัญชาย	17,000,772	8,083	2,103	2,124	8,005
การให้บริการหอผู้ป่วยสามัญหญิง	18,290,322	8,120	2,253	2,103	8,698
การให้บริการหอผู้ป่วยพิเศษ 3 A	13,612,453	6,661	2,044	2,212	6,155
การให้บริการหอผู้ป่วยพิเศษ 4 A	12,349,294	6,764	1,826	2,232	5,533
การให้บริการหอผู้ป่วยตึกสงฆ์	6,680,841	3,111	2,147	1,407	4,747
การให้บริการผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม	12,848,327	5,829	2,204	1,168	10,998
การให้บริการผู้ป่วยในออโรโธดิกส์	14,780,529	6,622	2,232	1,784	8,284
การให้บริการหอผู้ป่วยพิเศษ 4 B	16,470,465	7,218	2,282	2,072	7,947
การให้บริการหอผู้ป่วยพิเศษ 3 B	16,843,744	7,614	2,212	2,345	7,183
การให้บริการหอผู้ป่วยในศัลยกรรม-ชาย	16,464,667	7,849	2,098	2,700	6,097
การให้บริการหอผู้ป่วยในศัลยกรรม-หญิง	12,979,621	5,597	2,319	1,726	7,522
การให้บริการหอผู้ป่วยหนัก (ICU)	31,537,761	3,426	9,205	1,536	20,533

5.4 ข้อสรุปการจัดบริการและสถานการณ์การเงินเบื้องต้น

1) โรงพยาบาลคู่สัญญาสำนักงานประกันสังคมที่เป็นโรงพยาบาลเอกชนยังมีความระมัดระวังสูงในการให้ข้อมูลสำนักงานประกันสังคม และมีลักษณะการจัดบริการแบบรายคน รายครั้ง และมุ่งการตรวจรักษาเฉียบพลันเป็นหลัก โรงพยาบาลยังไม่มีระบบงานบริหารทรัพยากรการแพทย์ (Utilization review) และไม่แน่ใจว่ามีระบบบริหารต้นทุนกิจกรรมหรือไม่ รวมทั้งยังไม่มีระบบวัดผลลัพธ์ทางการแพทย์ ทั้งรายคน และรายประชากร ที่ชัดเจน

โรงพยาบาลตัวอย่างมิได้มีข้อมูลที่แสดงอย่างชัดเจนว่า ทีมการแพทย์ประกันสังคมมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด หรือโดยตรง หรือเชิงรุก ในการจัดบริการสนองความต้องการของผู้ประกันตนอย่างต่อเนื่อง

2) โรงพยาบาลคู่สัญญาที่เป็นองค์กรมหาชนมีโครงสร้างค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากต้องจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรในราคาตลาดแข่งขันกับเอกชน รวมทั้งมีขีดความสามารถในระดับเดียวกับโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ มีบริการสาขาย่อย และบริการเฉพาะ เช่น การล้างไตเป็นต้น ทั้งนี้โรงพยาบาลสามารถให้ข้อมูลบริการ และข้อมูลการเงิน ตลอดจนมีการทำบัญชีต้นทุน อิงกิจกรรมในระดับผลผลิตย่อย สามารถนำข้อมูลมาปรับใช้ในการประมาณการความเป็นได้ทางการเงิน สำหรับโรงพยาบาลประกันสังคมได้

อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลยังไม่มีระบบงานบริหารทรัพยากรการแพทย์ (Utilization review) และกำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนากระบวนการวัดผลลัพธ์ทางการแพทย์ ทั้งรายคน และรายประชากรที่ชัดเจน รวมทั้งการดำเนินการเชิงรุก ในการจัดบริการสนองความต้องการของผู้ประกันตนอย่างต่อเนื่อง

3) โรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญาหลักและโรงพยาบาลองค์กรมหาชนของประเทศไทยจำเป็นต้องมีการปรับปรุงเชิงคุณภาพบริการและประสิทธิภาพ โดยใช้รูปแบบการบริการทางการแพทย์ของ Kaiser Permanente ซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพเอกชนที่ไม่หวังผลกำไรที่ใหญ่ที่สุดในสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็นรูปแบบ ตัวอย่างระบบบริการทางการแพทย์และการประกันสุขภาพที่มีการจัดระบบการดำเนินงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ เป็นตัวอย่างสำหรับการปฏิรูประบบประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกาภายใต้ ObamaCare โดย Kaiser Permanente

ทั้งนี้ การปรับปรุงดังกล่าวสามารถทำได้ โดยการสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีการจัดการสุขภาพแบบองค์รวม (integrated) เน้นไปที่บริการปฐมภูมิ (primary care) รวมทั้งบริการส่งเสริมป้องกันโรค (preventive services) และการจัดการโรคเป็นสำคัญ (disease management) ซึ่งจะครอบคลุมไปถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องของการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการรักษา การขึ้นทะเบียนโรคผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยด้วยทีมวิชาชีพ สหสาขา รวมถึงการสะท้อนกลับข้อมูลบริการของผู้ให้บริการ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้สมาชิกมีสุขภาพที่ดีและได้รับการรักษาในระยะเริ่มต้นได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้บริการการรักษาโรคเรื้อรังภายใต้การใช้ต้นทุนทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

บทที่ 6

รูปแบบโรงพยาบาลประกันสังคมและความเป็นไปได้ทางการเงิน

เพื่อให้เป็นแนวทางแก่สำนักงานประกันสังคมหากเลือกที่จะดำเนินการจัดบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนเอง คณะผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์ข้อกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม โดยอิงสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ประจำปี พ.ศ. 2557 ประกอบกับแนวปฏิบัติในการให้บริการผู้ป่วยเอกชนที่พึงประสงค์ทั้งในและต่างประเทศ แล้วสังเคราะห์ขึ้นเป็นโรงพยาบาลต้นแบบ ซึ่งมีศักยภาพ และรายละเอียดแผนบริการทางการแพทย์ ดังนี้

6.1 หลักการสำคัญ

6.1.1 การจัดการระบบสุขภาพแบบองค์รวม (Integrated Healthcare Model)

(1) ใช้การดำเนินการภายในองค์กรเองแบบบูรณาการ หรือ Integrated Healthcare Model โดยมีระบบบริการสุขภาพ (Healthcare Delivery System) ของตนเองเป็นการเฉพาะ คล้ายระบบของ Kaiser Permanente ในสหรัฐอเมริกาที่มาจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นระบบอ้างอิงที่มีลักษณะดังกล่าว คือเป็นรูปแบบบูรณาการสามประสาน อันได้แก่ (1) ส่วนประกันสุขภาพ (2) ส่วนคณะแพทย์ และ (3) ส่วนโรงพยาบาลและระบบบริการ

(2) โรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบที่นำเสนอนี้ เป็นการพัฒนานำร่องแนวคิด Integrated Healthcare Model โดยเริ่มต้นในรูปแบบของโรงพยาบาลเดี่ยว แต่หลังจากพิสูจน์ความสำเร็จแล้ว ก็พร้อมยกระดับเป็นระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated Healthcare Delivery System หรือ IDS) ที่มีเครือข่ายกว้างขวาง (Hub & Satellite Network) สามารถครอบคลุมประชากรเป้าหมายได้มากขึ้นตามลำดับ

(3) โรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบนี้ ควรมีขนาด ศักยภาพ ขีดความสามารถ และบุคลากรที่เหมาะสมที่จะให้บริการสุขภาพแบบบูรณาการแก่ประชากรผู้ประกันตนเป้าหมายได้อย่างครบวงจรที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้สามารถจำลองระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated Healthcare Model) ซึ่งเป็นระบบที่เอื้อต่อการให้บริการเชิงรุก และการพัฒนาคุณภาพควบคู่ประสิทธิภาพ นอกจากนั้น ยังอาจเป็นศูนย์แก้ปัญหากรณีผู้ป่วยซับซ้อนที่ต้องการประสานการดูแลเป็นพิเศษอีกด้วย

6.1.2 การบูรณาการที่พึงประสงค์

องค์ประกอบของการบูรณาการที่พึงประสงค์ ได้แก่

- (1) บูรณาการการดูแลรายคนกับการบริหารรายประชากร
- (2) บูรณาการตลอดวงจรสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู
- (3) บูรณาการตลอดวงจรบริการ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ

- (4) บุคลากรภาคบริการกับภาคการเงินในระดับหน่วยบริการ ควรมีการวางแผนบริการกับการติดตามประเมินผลลัพธ์สุขภาพอย่างต่อเนื่อง
- (5) ประสานทีมบริการสุขภาพทุกระดับโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางผ่านระบบสารสนเทศการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

6.1.3 การการเงินการคลัง

โรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบนี้ ต้องมีความเป็นไปได้ทางการเงิน กล่าวคือ สามารถบรรลุจุดคุ้มทุน (Breakeven) และคืนทุน (Payback) ในระยะเวลาที่พึงประสงค์ ตลอดจนสามารถให้ผลตอบแทนการลงทุนได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ โดยอาศัยแหล่งทุนและแหล่งเงินจากสำนักงานประกันสังคมเป็นหลัก

6.2 โรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ

6.2.1 ลักษณะทางกายภาพ

เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (General Hospital) ขนาด 150 เตียงในระยะเริ่มต้นโครงการ²⁵ รองรับผู้ป่วยประกันตนได้ 100,000-200,000 คน ให้บริการสุขภาพแบบบูรณาการครอบคลุมบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิบางสาขา มีพื้นที่ใช้สอย 15,000 ตารางเมตร ในพื้นที่ 5 ไร่ โดยอนาคตสามารถขยายไปสู่การเป็นโรงพยาบาลขนาด 300 เตียง และสามารถรองรับการเป็นศูนย์เฉพาะทางในอนาคตได้มากขึ้น รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยประกันตนในกรณีโรคซับซ้อนเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักอื่น ได้อย่างรวดเร็ว

6.2.2 แผนบริการ (service plan)

ใช้แนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated Delivery System) เพื่อให้สามารถประสานการดูแลระดับรายคนโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พร้อมมีศูนย์การแพทย์ หรือหน่วยการแพทย์เฉพาะทางในสาขาที่เหมาะสม เพื่อให้บริการได้อย่างครบวงจรในสาขาดังกล่าวโดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรัง หรือซับซ้อน ที่ต้องผสมผสานการดูแลอย่างครบมิติ นอกจากนี้ ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางเหล่านี้ยังเป็นแหล่งรายรับเสริมจากธุรกิจรักษาต่อจากสถานพยาบาลคู่สัญญาอื่น ๆ ซึ่งจะเพิ่มความเป็นไปได้ทางการเงินให้แก่โครงการอีกทางหนึ่ง ดังนี้

- (1) ส่วนของโรงพยาบาลทั่วไปจะให้บริการทางการแพทย์ 12 สาขาหลักตามกำหนดมาตรฐานของสำนักงานประกันสังคม รวมถึงอาชีวเวชศาสตร์ ประกอบด้วย

²⁵ เป็นขนาดที่เหมาะสมต่อการเป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและมีประสิทธิภาพดี (ขนาดของโรงพยาบาลที่ผู้เชี่ยวชาญในด้านการบริหารโรงพยาบาล เห็นว่าเป็นขนาดที่สามารถจัดการให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้ คือ โรงพยาบาลขนาด 200-300 เตียง)

- (1.1) อายุรกรรมทั่วไป
- (1.2) ศัลยกรรมทั่วไป
- (1.3) สูตินรีเวชกรรม
- (1.4) ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
- (1.5) จักษุวิทยา
- (1.6) โสต นาสิก ลาริงซ์
- (1.7) ยูโรวิทยา
- (1.8) จิตวิทยา
- (1.9) เวชกรรมป้องกัน
- (1.10) เวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัด
- (1.11) รังสีวิทยา
- (1.12) วิสัญญีวิทยา
- (1.13) อาชีวเวชศาสตร์
- (2) ส่วนของศูนย์การแพทย์และหน่วยการแพทย์เฉพาะทาง
 - (2.1) ศูนย์หัวใจและเมตาบอลิซึม มีศักยภาพครอบคลุมการตรวจวินิจฉัย รักษาเฉพาะทางโรคหัวใจและภาวะที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหัตถการสวนหัวใจ และดูแลผู้ป่วยวิกฤติทางหัวใจ แต่ไม่รวมถึงการผ่าตัดโรคหัวใจ
 - (2.2) ศูนย์เวชกรรมฉุกเฉิน มีศักยภาพให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ครอบคลุมการวินิจฉัยและรักษาภาวะฉุกเฉินในระดับทั่วไปและวิกฤติ รวมถึงการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ และเอ็มอาร์ไอ
 - (2.3) ศูนย์ผ่าตัดส่องกล้อง มีศักยภาพให้บริการการผ่าตัด แบบ Minimally Invasive Surgery (MIS) ครอบคลุม 4 สาขา คือ ศัลยกรรมทั่วไป ออร์โธปิดิกส์ ยูโรวิทยา และนรีเวชกรรม
 - (2.4) ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเอ็มอาร์ไอ ให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- (3) แผนกการแพทย์อื่นๆ
 - (3.1) แผนกสูติกรรม ให้บริการตรวจครรภ์และคลอดบุตร ตลอดจนการดูแลหลังคลอดที่ได้มาตรฐาน
 - (3.2) แผนกทันตกรรม ให้บริการทันตกรรมทั่วไป
 - (3.3) แผนกล้างไต ตลอดจนการดูแลรักษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะไตวายเฉียบพลันและเรื้อรัง

6.2.4 มาตรฐานบริการ

เป็นโรงพยาบาลตามมาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) มีองค์กรแพทย์ที่มีบทบาทเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนากระบวนการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สามารถจัดแผนการบริการป้องกันดูแลรักษาที่เหมาะสมเฉพาะบุคคล (Individual care map) เช่นเดียวกับ medical group model ของ Kaiser Permanente กล่าวคือ ในระบบบริการทางการแพทย์ของประกันสังคมในปัจจุบัน แพทย์ในโรงพยาบาลคู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคมจะให้บริการเชิงรับ การดูแลรักษาผู้ป่วยประกันตนจะเป็นแพทย์ทั่วไป (General Practice) แต่แพทย์ในโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบนี้จะต้องมีบทบาทในการขับเคลื่อนและพัฒนาแผนบริการต่างๆ ซึ่งสำนักงานประกันสังคมจำเป็นต้องสรรหาผู้นำทางการ (official leader) ที่ค่อนข้างเข้มแข็ง

การเปิดให้บริการ เปิดตลอด 24 ชั่วโมง โดยทำการปกติเวลา 0800-2000 น. และนอกเวลาทำการ 2000-0800 น.ทุกวัน สำนักงานประกันสังคมสามารถปรับเปลี่ยนเวลาทำการ – นอกเวลาทำการได้ตามความเหมาะสมกับสภาพการดำเนินชีวิตของผู้ประกันตนในแต่ละพื้นที่ได้ โดยแบ่งเป็นรอบ รอบละ 12 ชั่วโมง

การตรวจรักษา ใช้มาตรฐานที่กำหนดไว้คือ

- แพทย์ต่อผู้ป่วยนอก 1 : 5 ใน 1 ชั่วโมง (ระยะเวลาตรวจเฉลี่ย 12 นาที/ ผู้ป่วย 1 คน)²⁶
- แพทย์ต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน/ผากครรภ์ 1 : 3 ใน 1 ชั่วโมง (ระยะเวลาตรวจเฉลี่ย 20 นาที/ ผู้ป่วย 1 คน)
- ทันตแพทย์ต่อผู้ป่วยฟัน 1 : 2 ใน 1 ชั่วโมง (ระยะเวลาตรวจเฉลี่ย 30 นาที/ ผู้ป่วย 1 คน)²⁷
- พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 1 คน ต่อ 8 ห้องตรวจ พนักงานผู้ช่วย 1 คนต่อ 1 ห้องตรวจ
- พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน 1 คน ต่อ 8 เตียง พนักงานผู้ช่วย 1 คนต่อ 8 เตียง
- พยาบาลแผนกผู้ป่วยวิกฤต 1 คน ต่อ 1 เตียง พนักงานผู้ช่วย 1 คนต่อ 6 เตียง²⁸

ทั้งนี้ หากคำนวณตามค่าเทียบเท่าพนักงานเต็มเวลา (Full-time equivalent: FTE) ภาระงานของแพทย์ประจำจะเท่ากับ 45-87 FTE (ชั่วโมงทำงานเท่ากับ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ต่อ 1 คน) ภาระงานของพยาบาลประจำเท่ากับ 84-138 FTE (ชั่วโมงทำงานเท่ากับ 44 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ต่อ 1 คน)²⁹ มีจำนวนห้องตรวจเวลาทำการปกติ 11-22 ห้อง และมีระบบสารสนเทศการสื่อสารและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์สนับสนุนงานเชิงรุก

²⁶ มาตรฐานระยะเวลาการตรวจของโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำระดับประเทศ เฉลี่ยใช้เวลา 15 นาที ส่วนโรงพยาบาลของภาครัฐใช้เวลาตรวจเฉลี่ย 5 นาที

²⁷ เป็นไปตามมาตรฐานโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำระดับประเทศ

²⁸ เป็นไปตามมาตรฐานบริการ ที่กำหนดให้มีแพทย์ full time 45 คนต่อการดูแลประชากร 100,000 คน

²⁹ ชั่วโมงทำงานของพยาบาล 1 คนในโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่จะเท่ากับ 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

6.3 การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงิน

จากรูปแบบของโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบที่กำหนดมาข้างต้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงินภายใต้สมมติฐานและการประมาณการดังนี้

สมมติฐานที่สำคัญ ประกอบด้วย สมมติฐานงบลงทุน อัตราการใช้บริการ รายรับ รายจ่าย และไม่ต้องเสียภาษี

6.3.1 งบลงทุน

อ้างอิงราคาค่าก่อสร้างอาคารโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2555-2557 (บัญชีราคามาตรฐานสิ่งก่อสร้าง, สำนักงบประมาณ)³⁰ ซึ่งประกอบด้วย ค่าที่ดิน 4-5 ไร่ งบออกแบบและก่อสร้างอาคาร งบอุปกรณ์การแพทย์ งบค่าใช้จ่ายในการเตรียมการสำหรับ 5 ปี และงบสำรอง 5 ปี รวมค่าเสื่อมราคา 58,333,333 บาท ซึ่งคำนวณโดยคิดค่าเสื่อมราคาของอาคารโครงสร้างพื้นฐาน 30 ปี ค่าเสื่อมราคาของอุปกรณ์การแพทย์ 10 ปี ค่าเสื่อมราคาของค่าดำเนินการก่อนเปิดบริการ 5 ปี และเงินสำรองสำหรับค่าเสื่อมราคาใน 5 ปี ไม่มีดอกเบีย้งลงทุน

ตารางที่ 45 งบลงทุน

	งบลงทุน	ค่าเสื่อมราคา	ระยะเวลา
ที่ดิน 5 ไร่	50,000,000	-	
อาคาร โครงสร้างพื้นฐาน	555,000,000	18,333,333	30 ปี
อุปกรณ์การแพทย์ ³¹	300,000,000	30,000,000	10 ปี
ค่าดำเนินการก่อนเปิดบริการ	25,000,000	5,000,000	5 ปี
งบสำรอง	25,000,000	5,000,000	5 ปี
รวม	950,000,000	58,333,333	

6.3.2 อัตราการใช้บริการ

อิงสถิติการใช้บริการของผู้ประกันตนของสถานพยาบาลคู่สัญญาเอกชนที่มีผู้ประกันตนตั้งแต่ 50,000 คนขึ้นไป ใน ปี พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าอัตราเฉลี่ยของสถานพยาบาลคู่สัญญาทั้งหมด

³⁰ เป็นราคาที่รวมกับประมาณการค่าใช้จ่ายที่เป็นค่าขนส่ง ค่า Factor ค่าครุภัณฑ์สิ่งซื้อ (จัดซื้อ) ระบบสารสนเทศ ค่าใช้จ่ายพิเศษตามข้อกำหนดค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่จำเป็น และค่าตกแต่ง

³¹ จำแนกเป็น ค่าเครื่องมือแพทย์ที่สำคัญ 158,200,000 บาท (รายละเอียดดังภาคผนวก 1) และค่าอุปกรณ์การแพทย์อื่นๆ 141,800,000 บาท

ตารางที่ 46 สมมุติฐานอัตราการให้บริการทางการแพทย์

สมมุติฐานอัตราการให้บริการทางการแพทย์	
อัตราการให้บริการกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ประกันตน (ต่อ 1,000 คนต่อปี)	2,623
ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย ต่อแพทย์ ต่อชั่วโมง	5
ผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ตรวจครรภ์เฉลี่ย ต่อแพทย์ ต่อชั่วโมง	3
จำนวนห้องตรวจที่ใช้ในช่วงเวลาทำการปกติ (0800-2000 น.)	10-25
อัตราการให้บริการกรณีผู้ป่วยใน ผู้ประกันตน (ต่อ 1,000 คนต่อปี)	59
จำนวนวันพักรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย (ALOS)	3
อัตราการให้บริการทันตกรรม ผู้ประกันตน (ต่อ 1,000 คนต่อปี)	155
อัตราการคลอดบุตร ผู้ประกันตน (ต่อ 1,000 คนต่อปี)	16
จำนวนการตรวจครรภ์ก่อนคลอด (ครั้ง)	6
ผู้ป่วยรับรักษาต่อศูนย์หัวใจ (ราย/ปี)	1,200
มารดาคลอดบุตรนอกประชากรเป้าหมาย (ราย/ปี)	500
ผู้ป่วยทันตกรรมนอกประชากรเป้าหมาย (ราย/ปี)	7,000
ร้อยละผู้ป่วยในที่มี RW > 2	10%

6.3.3 รายรับ

ใช้แนวทางอนุรักษนิยมโดยประมาณการรายรับที่น่าจะเป็นในระดับต่ำในการจัดทำประมาณการ ภายใต้สมมุติฐานดังนี้

- อัตราเหมาจ่าย อิงตามอัตราปัจจุบัน และปรับเพิ่มขึ้นในอัตรา 5% ต่อปี
- ภาระเสียง อิงตามสถิติสำนักงานประกันสังคมที่จ่ายเฉลี่ยปัจจุบัน และปรับเพิ่มขึ้นในอัตรา 5% ต่อปี
- การรักษาโรคร้ายแรงน้ำหนักสัมพัทธ์มากกว่า 2 หรือรับรักษาต่อโรคหัวใจ (อิงอัตราวินิจฉัยโรครวม RW ละ 11,500 บาท)

ตารางที่ 47 อัตราค่าบริการสำคัญ

อัตราค่าบริการสำคัญ ณ ปีตั้งต้นประมาณการ	
เหมาจ่ายรายคน ปีตั้งต้น (บาท)	1,446
อัตราตามค่าภาระความเสี่ยง (บาท)	444
ค่ามาตรฐาน HA (บาท โดยเริ่มในปีที่ 2)	80
RW เฉลี่ย กรณีโรคภัยร้ายแรง RW > 2	3
RW เฉลี่ย กรณีรักษาต่อโรคหัวใจ	5
อัตราจ่ายต่อ RW (บาท)	11,500
อัตราเฉลี่ยการเพิ่มของค่าบริการทางการแพทย์ ต่อปี	5%
อัตราเฉลี่ยค่าตรวจครรภ์ก่อนคลอด (บาท)	500
อัตราเฉลี่ยเหมาจ่ายคลอด (บาท)	25,000
อัตราเฉลี่ยค่าบริการทันตกรรม (บาท)	800
อัตราเฉลี่ยค่าบริการล้างไต (บาท)	1,500

6.3.4 สมมติฐานด้านรายจ่าย

ประกอบ ด้วยบุคลากร ยา-เวชภัณฑ์ (COGS) ค่าสาธารณูปโภค (Utilities) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (Others) และ งบสำรองเพื่อการพัฒนา

- 1) รายจ่ายบุคลากร ขึ้นกับระดับภาระงาน ค่าตอบแทนต่อเดือน และ อัตราการเพิ่มค่าตอบแทนต่อปี ดังนี้

- 1.1) ระดับภาระงานบุคลากร อยู่ในระดับที่เหมาะสมและเอื้อต่อการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

เวลาปฏิบัติงานของบุคลากร ต่อ FTE	ชั่วโมง/สัปดาห์
แพทย์ ทันตแพทย์	40
พยาบาล วิชาชีพพยาบาล พาราเมดิค ห้องฉุกเฉิน	44
เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ รังสีเทคนิค กายภาพบำบัด	44
วิศวกร เทคโนโลยีสารสนเทศ	44
พนักงานผู้ช่วย พนักงานบริการ	48

- 1.2) ค่าตอบแทน อยู่ในระดับใกล้เคียงกับราคาตลาดโรงพยาบาลเอกชน

ตารางที่ 48 ค่าตอบแทนบุคลากร

ประเภทบุคลากร	อัตราค่าตอบแทนเฉลี่ยต่อเดือน
ค่าธรรมเนียมแพทย์เฉลี่ย	150,000
พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล	28,000
วิชาชีพสุขภาพ (เภสัช เทคนิคการแพทย์ รังสีเทคนิค กายภาพ)	25,000
วิศวกร ช่าง เทคโนโลยีสารสนเทศ	25,000
พนักงานเทคนิค (ล้างไต, CSSD, ห้องฉุกเฉิน)	18,000
พนักงานผู้ช่วย และบริการส่วนหน้า	15,000
แคชเชียร์	18,000
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	250,000
รองผู้อำนวยการ ฝ่ายการแพทย์ พยาบาล การเงิน บริหาร	120,000
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ HR, ICT, บริหารการแพทย์ การตลาด	80,000
ผู้จัดการ (8 อัตรา)	40,000
ผู้ช่วยฝ่ายบริหาร (10 อัตรา)	18,000

1.3) อัตราการเพิ่มค่าตอบแทนบุคลากร กำหนดให้เพิ่มร้อยละ 4 ต่อปี ซึ่งเป็นอัตราการเพิ่มค่าตอบแทนใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีการปรับเพิ่มให้แก่บุคลากรเฉลี่ยประมาณร้อยละ 3-4 ต่อปี

2) ประมาณการต้นทุนยา-เวชภัณฑ์ (COGS) ค่าสาธารณูปโภค (Utilities) ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (Others) และงบสำรองเพื่อการพัฒนา ดังนี้

- ยาเวชภัณฑ์	20%	ของรายรับ
- สาธารณูปโภค	4%	ของรายรับ
- ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ	3%	ของรายรับ
- สำรองพัฒนา	3%	ของรายรับ

6.4 ผลประมาณการ

6.4.1 การใช้บริการ จำแนกออกเป็น 3 กรณี โดยอิงจำนวนผู้ประกันตน คือกรณีผู้ประกันตนมาขึ้นทะเบียนจำนวน 100,000 คน 150,000 คน และ 200,000 คนตามลำดับ ดังนี้

ตารางที่ 49 ประมาณการใช้บริการ

	ประมาณการให้บริการทางการแพทย์ ต่อปี		
	ผลต. 100,000	ผลต. 150,000	ผลต. 200,000
จำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอก	262,300	393,450	524,600
จำนวนห้องตรวจที่ใช้ในช่วงเวลาทำการปกติ (30 ห้องตรวจ)	10-13	15-19	20-25
จำนวนการให้บริการผู้ป่วยใน ทัวไป	5,266	7,899	11,702
จำนวนวันพักรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย ทัวไป (ALOS)	3	3	3
อัตราครองเตียงทัวไป (100 เตียง)	43%	65%	87%
จำนวนผู้ป่วยในศูนย์หัวใจ	1,785	2,078	2,370
จำนวนวันพักรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย ศูนย์หัวใจ (ALOS)	3	3	3
อัตราครองเตียงศูนย์หัวใจ (20 เตียง)	73%	85%	97%
จำนวนการใช้ห้องฉุกเฉิน	39,345	59,018	78,690
จำนวนการตรวจครรภ์	7,800	10,200	12,600
จำนวนการคลอดบุตร	1,300	1,700	2,100
จำนวนวันพักรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย สูติกรรม (ALOS)	2.5	2.5	2.5
อัตราครองเตียงแผนกสูติกรรม (20 เตียง)	53%	70%	86%
จำนวนการผ่าตัด	1,845	2,737	3,629
จำนวนการสวนหัวใจ	1,250	1,454	1,659
จำนวนการล้างไต	2,920	2,920	2,920
จำนวนการให้บริการทันตกรรม	16,300	20,950	25,600

จากการวิเคราะห์อัตราการใช้ห้องตรวจ ห้องผ่าตัด และการครองเตียงผู้ป่วยใน โดยรวม ศักยภาพทางกายภาพของโรงพยาบาลต้นแบบที่กำหนดข้างต้น สามารถรองรับอุปสงค์บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนได้ถึงระดับ 200,000 คน รวมถึงผู้ป่วยหัวใจรับรักษาต่อจากโรงพยาบาลอื่น ปีละ 1,200 ราย คลอดบุตรนอกเหนือประชากรเป้าหมาย ปีละ 500 ราย และทันตกรรมนอกเหนือประชากรเป้าหมาย ปีละราว 7,000 ราย

6.4.2 ประเมินการรายรับค่าบริการทางการแพทย์

ประมาณการรายรับค่าบริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย (1) รายรับหลักที่มาจากเงินเหมาจ่าย โดยอิงจำนวนผู้ประกันตนใน 3 กรณี คือ 100,000, 150,000 และ 200,000 คนตามลำดับ และ (2) รายรับจากบริการเสริม ได้แก่ รับประทานต่อโรคหัวใจ สูติกรรม ทันตกรรม และล้างไต โดยทำประมาณการในระยะเวลาดำเนินงาน 10 ปี³² ซึ่งเป็นรอบธุรกิจที่เหมาะสมในการวิเคราะห์โครงการนี้

ตารางที่ 50 ประมาณการรายรับโรงพยาบาลต้นแบบ

ประมาณการรายรับโรงพยาบาลต้นแบบ ปีเริ่มให้บริการ จำแนกตามจำนวนผู้ประกันตน						
ผู้ประกันตน	100,000	%	150,000	%	200,000	%
รายรับเหมาจ่าย	144,600,000	43	216,900,000	46	289,200,000	48
รายรับภาระความเสี่ยง	44,400,000	13	66,600,000	14	88,800,000	15
รายรับผู้ป่วยใน RW > 2	20,185,950	6	30,280,650	6	40,371,900	7
รายรับรักษาต่อโรคหัวใจ	71,850,275	21	83,625,413	18	95,400,550	16
รายรับแผนกสูติกรรม	36,400,000	11	47,600,000	10	58,800,000	10
รายรับศูนย์ล้างไต	4,380,000	1	4,380,000	1	4,380,000	1
รายรับศูนย์ทันตกรรม	13,040,000	4	16,760,000	4	20,480,000	3
รายรับกองทุนเงินทดแทน	5,000,000	1	5,000,000	1	5,000,000	1
รวม	339,856,225	100	471,146,063	100	602,432,450	100

ผลจากการประมาณการรายรับ จะเห็นได้ว่า ณ ปีเริ่มต้นของการให้บริการ รายรับของโรงพยาบาลต้นแบบ เมื่อมีประชากร 100,000, 150,000 และ 200,000 คนจะอยู่ที่ 339.85 ล้าน 471.14 ล้าน และ 602.43 ล้านบาทตามลำดับ โดยรายได้ส่วนใหญ่จะมาจากบริการผู้ป่วยประกันสังคมเป็นหลัก ดังนั้น ปัจจัยหลักที่จะมีผลกระทบต่อรายรับ (key revenue drivers) ขององค์กรมากที่สุด คือ จำนวนผู้ประกันตนที่มาสักัดและเงินค่ารักษาผู้ป่วยใน การเป็นศูนย์หัวใจ บริการสูติกรรมเป็นการให้บริการครอบคลุมไปถึงการดูแลครอบครัวของผู้ประกันตนอย่างครบวงจร รวมทั้งเป็นรายได้เสริมที่สำคัญ

6.4.3 ประมาณการรายจ่ายในการให้บริการทางการแพทย์

กำลังบุคลากรหลักตามประมาณการอุปสงค์การใช้บริการของผู้ประกันตนโดยคำนวณเป็น Full Time Equivalent (FTE)

³² รายละเอียดดังภาคผนวก

ตารางที่ 51 ประมาณการอัตรากำลัง

กำลังบุคลากรสายบริการ (FTE)	กรณีผู้ประกันตน		
	100,000 คน	150,000 คน	200,000 คน
แพทย์	45	66	87
ทันตแพทย์	4	5	6
พยาบาลวิชาชีพ	85	113	139
วิสัญญีพยาบาล	4	5	6
พนักงานผู้ช่วย ผู้ช่วยทันตแพทย์	138	175	213
เภสัชกร	31	46	61
ผู้ช่วยเภสัชกร	16	24	31
นักกายภาพบำบัด	2	3	3
เทคนิคการแพทย์	18	26	35
รังสีเทคนิค	11	16	20
พนักงานเทคนิค (ล้างไต, CSSD, ห้องฉุกเฉิน)	11	14	17
วิศวกร ช่าง	13	13	13
เทคโนโลยีสารสนเทศ	10	13	13
พนักงานต้อนรับและบริการส่วนหน้า	21	28	35
แคชเชียร์	14	14	14
รวมแพทย์ – ทันตแพทย์	49	71	93
รวมบุคลากรที่มีใช้แพทย์	373	490	602

ประมาณการรายจ่ายหลักในส่วนของบุคลากร ณ ปีเริ่มให้บริการ กรณีผู้ประกันตน 100,000 คน ค่าตอบแทนบุคลากร รวมต่อปี อยู่ที่ 196.29 ล้านบาท โดยจะเพิ่มเป็น 263.25 ล้านบาท และ 329.92 ล้านบาท ในกรณีผู้ประกันตน 150,000 คน และ 200,000 คน ตามลำดับ

ตารางที่ 52 ประมาณการรายจ่ายหลักสำหรับบุคลากร

อัตราค่าตอบแทนเฉลี่ย	กรณี 100,000 คน	กรณี 150,000 คน	กรณี 200,000 คน
ค่าธรรมเนียมแพทย์เฉลี่ย (เดือน)	150,000	150,000	150,000
ค่าธรรมเนียมแพทย์รวม ต่อปี	88,096,865	127,684,240	167,271,615
พยาบาล วิทยาลัยพยาบาล	28,000	28,000	28,000
ค่าตอบแทนพยาบาลรวม ต่อปี	29,712,732	37,808,292	46,750,828
วิชาชีพสุขภาพ (เภสัช เทคนิคการแพทย์ รังสี เทคนิค กายภาพ)	25,000	25,000	25,000
วิชาชีพสุขภาพรวม ต่อปี	18,510,593	27,235,399	35,960,205
วิศวกร ช่าง เทคโนโลยีสารสนเทศ	25,000	25,000	25,000
วิศวกร ช่าง เทคโนโลยีสารสนเทศรวม ต่อปี	6,891,608	8,040,210	8,040,210
พนักงานเทคนิค (ล้างไต, CSSD, ห้องฉุกเฉิน)	18,000	18,000	18,000
พนักงานเทคนิครวม ต่อปี	2,409,703	3,028,767	3,647,832
พนักงานผู้ช่วย และบริการส่วนหน้า	15,000	15,000	15,000
พนักงานผู้ช่วย และบริการส่วนหน้ารวม ต่อปี	31,445,914	40,855,617	50,265,320
แคชเชียร์	18,000	18,000	18,000
แคชเชียร์รวม ต่อปี	3,032,308	3,032,308	3,032,308
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	250,000	250,000	250,000
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรวม ต่อปี	3,000,000	3,000,000	3,000,000
รองผู้อำนวยการ ฝ่ายการแพทย์ พยาบาล การเงิน บริหาร	120,000	120,000	120,000
รองผู้อำนวยการรวม ต่อปี	5,760,000	5,760,000	5,760,000
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ HR, ICT, บริหารการแพทย์ การตลาด	80,000	80,000	80,000
ผู้ช่วยผู้อำนวยการรวม ต่อปี	3,840,000	3,840,000	3,840,000
ผู้จัดการ (8 อัตรา)	40,000	40,000	40,000
ผู้จัดการรวม ต่อปี	3,840,000	3,840,000	3,840,000
ผู้ช่วยฝ่ายบริหาร (10 อัตรา)	18,000	18,000	18,000
ผู้ช่วยบริหารรวม ต่อปี	2,160,000	2,160,000	2,160,000
ประมาณการค่าตอบแทนบุคลากร รวม ต่อปี	196,290,020	263,256,066	329,920,486

อนึ่ง ในการประเมินผลประกอบการของโรงพยาบาลได้เพิ่มสำรองค่าตอบแทนแพทย์และบุคลากรอื่น อีกร้อยละ 5 ของประมาณการข้างต้น

เมื่อเพิ่มประมาณการต้นทุนยา-เวชภัณฑ์ (COGS) ค่าสาธารณูปโภค (Utilities) ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (Others) และงบสำรองเพื่อการพัฒนา จะได้ผลการประมาณการรายจ่ายรวม ซึ่งพบว่ารายจ่ายหลักของโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบจะเป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร (เฉลี่ยต้นทุนแรงงานอยู่ที่ร้อยละ 63-67) และจากค่าใช้จ่ายดังกล่าวนี้ สะท้อนให้เห็นว่าโครงสร้างต้นทุนแรงงานของโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบนี้สูงกว่าโรงพยาบาลเอกชน แต่อย่างไรก็ตามยังเป็นการแสดงว่าโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบไม่ได้จำกัดจำนวนบุคลากร อันจะเป็นผลทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการให้บริการที่แย่ง และไม่ได้อยู่ในสัดส่วนที่สูงจนเกินไป

ประมาณการรายจ่าย ปี 1- ปีที่ 10

กรณี ประชากร 100,000	ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 4	ปี 5	ปี 6	ปี 7	ปี 8	ปี 9	ปี 10
ค่าแพทย์ (+5% จากประมาณการ)	92,501,709	96,201,777	100,049,848	104,051,842	108,213,916	112,542,472	117,044,171	121,725,938	126,594,976	131,658,775
ค่าบุคลากรอื่น (+5% จากประมาณการ)	113,602,812	118,146,925	122,872,802	127,787,714	132,899,222	138,215,191	143,743,799	149,493,551	155,473,293	161,692,225
ค่ายาเวชภัณฑ์วัสดุ	67,971,245	74,145,807	79,625,298	85,471,372	89,664,941	94,068,188	98,691,598	103,546,177	108,643,486	113,995,661
ค่าสาธิตอุปกรณ์	13,594,249	14,138,019	14,703,540	15,291,681	15,903,349	16,539,483	17,201,062	17,889,104	18,604,668	19,348,855
ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ	10,195,687	10,501,557	10,816,604	11,141,102	11,475,335	11,819,595	12,174,183	12,539,409	12,915,591	13,303,059
ปรับปรุงบำรุงรักษา	10,195,687	10,501,557	10,816,604	11,141,102	11,475,335	11,819,595	12,174,183	12,539,409	12,915,591	13,303,059
รวมค่าใช้จ่าย	308,061,389	323,635,643	338,884,695	354,884,814	369,632,098	385,004,525	401,028,996	417,733,588	435,147,605	453,301,633

กรณี ประชากร 150,000	ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 4	ปี 5	ปี 6	ปี 7	ปี 8	ปี 9	ปี 10
ค่าแพทย์ (+5% จากประมาณการ)	134,068,452	139,431,191	145,008,438	150,808,776	156,841,127	163,114,772	169,639,363	176,424,937	183,481,935	190,821,212
ค่าบุคลากรอื่น (+5% จากประมาณการ)	142,350,416	148,044,433	153,966,210	160,124,859	166,529,853	173,191,047	180,118,689	187,323,437	194,816,374	202,609,029
ค่ายาเวชภัณฑ์วัสดุ	94,229,213	102,516,673	108,757,307	114,075,172	119,688,931	125,521,877	131,677,971	138,141,870	144,928,963	152,055,411
ค่าสาธิตอุปกรณ์	18,845,843	20,503,335	21,751,461	22,815,034	23,931,786	25,104,375	26,335,594	27,628,374	28,985,793	30,411,082
ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ	14,134,382	15,377,501	16,313,596	17,111,276	17,948,840	18,828,282	19,751,696	20,721,280	21,739,344	22,808,312
ปรับปรุงบำรุงรักษา	14,134,382	15,377,501	16,313,596	17,111,276	17,948,840	18,828,282	19,751,696	20,721,280	21,739,344	22,808,312
รวมค่าใช้จ่าย	417,762,688	441,250,633	462,110,609	482,046,393	502,859,376	524,588,635	547,275,008	570,961,178	595,691,754	621,513,358

กรณี ประชากร 200,000	ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 4	ปี 5	ปี 6	ปี 7	ปี 8	ปี 9	ปี 10
ค่าแพทย์ (+5% จากประมาณการ)	175,635,196	182,660,604	189,967,028	197,565,709	205,468,338	213,687,071	222,234,554	231,123,936	240,368,894	249,983,649
ค่าบุคลากรอื่น (+5% จากประมาณการ)	170,781,314	177,612,566	184,717,069	192,105,752	199,789,982	207,781,581	216,092,844	224,736,558	233,726,020	243,075,061
ค่ายาเวชภัณฑ์วัสดุ	120,486,490	129,710,815	136,036,355	142,678,173	149,652,082	156,974,686	164,663,420	172,736,591	181,213,421	190,114,092
ค่าสาธิตอุปกรณ์	24,097,298	25,942,163	27,207,271	28,535,635	29,930,416	31,394,937	32,932,684	34,547,318	36,242,684	38,022,818
ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ	18,072,974	19,456,622	20,405,453	21,401,726	22,447,812	23,546,203	24,699,513	25,910,489	27,182,013	28,517,114
ปรับปรุงบำรุงรักษา	18,072,974	19,456,622	20,405,453	21,401,726	22,447,812	23,546,203	24,699,513	25,910,489	27,182,013	28,517,114
รวมค่าใช้จ่าย	527,146,245	554,839,392	578,738,630	603,688,720	629,736,442	656,930,681	685,322,528	714,965,381	745,915,045	778,229,848

6.4.4 ประมาณการผลประกอบการโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ

จัดทำประมาณการผลประกอบการในระยะเวลา 10 ปี ดังนี้

ตารางที่ 53 ประมาณการผลประกอบการโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ

กรณีประชากร 100,000	ปี1	ปี 2	ปี3	ปี4	ปี5	ปี6	ปี7	ปี8	ปี9	ปี10
รวมรายรับ	333,856,225	370,729,036	398,126,488	427,356,862	448,324,706	470,340,941	493,457,988	517,730,887	543,217,432	569,978,303
รวมรายจ่าย	308,061,389	323,635,643	338,884,695	354,884,814	369,632,098	385,004,525	401,028,996	417,733,588	435,147,605	453,301,633
EBITDA	31,794,836	47,093,393	59,241,793	72,472,048	78,692,607	85,336,416	92,428,992	99,997,299	108,069,826	116,676,671
ค่าเสื่อมราคา	58,333,333	58,333,333	58,333,333	58,333,333	58,333,333	48,333,333	48,333,333	48,333,333	48,333,333	48,333,333
ภาษี										
ดอกเบี้ย										
กำไรสุทธิ	(26,538,497)	(11,239,940)	908,459	14,138,715	20,359,274	37,003,083	44,095,659	51,663,966	59,736,493	68,343,337

กรณีประชากร 150,000	ปี1	ปี 2	ปี3	ปี4	ปี5	ปี6	ปี7	ปี8	ปี9	ปี10
รวมรายรับ	471,146,063	512,583,366	543,786,534	570,375,861	598,294,654	627,609,386	658,389,856	690,709,348	724,644,816	760,277,057
รวมรายจ่าย	417,762,688	441,250,633	462,110,609	482,046,393	502,859,376	524,588,635	547,275,008	570,961,178	595,691,754	621,513,358
EBITDA	53,383,375	71,332,732	81,675,925	88,329,468	95,435,278	103,020,751	111,114,847	119,748,170	128,953,062	138,763,698
ค่าเสื่อมราคา	58,333,333	58,333,333	58,333,333	58,333,333	58,333,333	48,333,333	48,333,333	48,333,333	48,333,333	48,333,333
ภาษี										
ดอกเบี้ย										
กำไรสุทธิ	(4,949,958)	12,999,399	23,342,592	29,996,135	37,101,944	54,674,18	62,781,514	71,414,837	80,619,729	90,430,365

กรณีประชากร 200,000	ปี1	ปี 2	ปี3	ปี4	ปี5	ปี6	ปี7	ปี8	ปี9	ปี10
รวมรายรับ	602,432,450	648,554,073	680,181,776	713,390,865	748,260,480	784,873,429	823,317,100	863,682,955	906,067,103	950,570,458
รวมรายจ่าย	527,146,245	554,839,392	578,738,630	603,688,720	629,736,442	656,930,681	685,322,528	714,965,381	745,915,045	778,229,848
EBITDA	75,286,205	93,714,681	101,443,146	109,702,145	118,523,966	127,942,748	137,994,572	148,717,574	160,152,058	172,340,160
ค่าเสื่อมราคา	58,333,333	58,333,333	58,333,333	58,333,333	58,333,333	48,333,333	48,333,333	48,333,333	48,333,333	48,333,333
ภาษี										
ดอกเบี้ย										
กำไรสุทธิ	16,952,872	35,381,347	43,109,183	51,368,811	60,190,633	79,609,415	89,661,239	100,384,241	111,818,725	124,007,277

หมายเหตุ : EBITDA (Earning before Interest, Tax, Depreciation and Amortization : EBITDA) คือ กำไรก่อนหักดอกเบี้ยจ่าย ภาษีเงินได้นิติบุคคล ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย

6.5 การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงินของโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ

จากประมาณการผลประกอบการข้างต้น สามารถวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงินของโครงการโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบได้ดังนี้

6.5.1 วิเคราะห์รายรับหลัก

รายรับจากค่าเหมาจ่ายรวม (Capitation Revenue) ยังเป็นรายรับหลักของโรงพยาบาลต้นแบบ โดยนับเป็นร้อยละ 43% และ 46% และ 48% ในกรณีรับผู้ประกันตน 100,000 คน 150,000 คน และ 200,000 คน ตามลำดับ แสดงว่าผลประกอบการของโรงพยาบาลต้นแบบตามสมมุติฐานนี้ ขึ้นกับธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกันตนโดยตรง และมีจำนวนผู้ประกันตนภายใต้การดูแลเป็นตัวแปรสำคัญของรายรับ และเนื่องจากอัตราเหมาจ่าย (Capitation Rate) เป็นตัวแปรหลักของรายรับรวมจากค่าเหมาจ่าย ฉะนั้นผลประกอบการของโรงพยาบาลต้นแบบก็จะได้รับผลกระทบเชิงบวกเมื่ออัตราเหมาจ่ายเพิ่มขึ้น

6.5.2 วิเคราะห์รายรับเสริม

- (1) รายได้จากการรักษาพยาบาลต่อในส่วนของศูนย์โรคหัวใจ ซึ่งจ่ายในระบบ DRG ที่เป็นกลุ่มโรคและหัตถการที่มี RW สูง ถือเป็นรายรับเสริมที่สำคัญที่สุดของโรงพยาบาลต้นแบบ คิดเป็น 21%, 18% และ 16% ในกรณีรับผู้ประกันตน 100,000 คน 150,000 คน และ 200,000 คน ตามลำดับ พึงสังเกตว่า รายรับในส่วนนี้จะมีสัดส่วนลดลงเมื่อประชากรผู้ประกันตนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะจำนวนผู้ป่วยรักษาต่อไม่ได้แปรผันโดยตรงตามจำนวนผู้ประกันตนที่เพิ่มขึ้น แต่ถูกจำกัดด้วยจำนวนเตียง ห้องหัตถการ และเครื่องมือเป็นหลัก
- (2) รายรับเสริมจากบริการสูติกรรมคิดเป็นสัดส่วน 11%, 10% และ 10% ในกรณีรับผู้ประกันตน 100,000 คน 150,000 คน และ 200,000 คน ตามลำดับ จึงถือเป็นรายรับที่มีความสำคัญ และยังช่วยสร้างคุณค่าเพิ่มในเชิงการดูแลครอบครัวของผู้ประกันตนอีกด้วย
- (3) รายรับเสริมจากบริการล้างไต และทันตกรรมมีสัดส่วนน้อย คือ ต่ำกว่า 5% ของรายรับทั้งหมด จึงมีผลกระทบต่อสภาพทางการเงินของโรงพยาบาลไม่มากนัก แต่อาจคงบริการเหล่านี้ไว้ด้วยเหตุผลที่สามารถสร้างคุณค่าเพิ่มแก่ผู้ประกันตนได้

6.5.3 วิเคราะห์จุดคุ้มทุน (Breakeven Point)

จากประมาณการผลประกอบการข้างต้น แสดงว่า โรงพยาบาลต้นแบบทั้ง 3 กรณี มีรายรับรวมสูงกว่า รายจ่ายรวม ตั้งแต่ปีแรกของการประกอบการ กล่าวคือ คุ้มทุน หรือ Breakeven ในปีแรกนั่นเอง ซึ่งเป็นผลดี และแสดงว่าเงินเหมาจ่ายจากสำนักงานประกันสังคมเพียงพอต่อการจัดบริการ หรือใน

อีกนัยหนึ่ง หากโรงพยาบาลนี้ไม่มีภาระในการลงทุนด้านอาคารและครุภัณฑ์เองแล้ว (ได้รับอาคารและเครื่องมือแบบให้เปล่า) ก็จะสามารถเลี้ยงตัวเองได้ด้วยรายรับจากระบบประกันสังคมนั่นเอง

6.5.4 วิเคราะห์กำไรสุทธิ (Net Income)

จากประมาณการผลประกอบการของโรงพยาบาลต้นแบบข้างต้น พบว่า กรณีผู้ประกันตน 100,000 คน กรณีผู้ประกันตน 150,000 คน และกรณีผู้ประกันตน 200,000 คน โรงพยาบาลมีกำไรสุทธิในปีที่ 3, ปีที่ 2 และปีที่ 1 ตามลำดับ

6.5.5 วิเคราะห์ระยะเวลาคืนทุน (Payback Period)

จากประมาณการผลประกอบการข้างต้น กรณีผู้ประกันตน 150,000 คน สามารถคืนทุนได้ในปีที่ 10 ในขณะที่กรณีผู้ประกันตน 200,000 คน สามารถคืนทุนได้ในปีที่ 9 ส่วนกรณีผู้ประกันตน 100,000 คน ไม่สามารถคืนทุนภายใน 10 ปี เพราะขาดรายได้และกำไรเบื้องต้นไม่เพียงพอต่อการตัดค่าเสื่อมราคา หรืออาจถือได้ว่า เป็นการลงทุนที่มากเกินไป

6.5.6 วิเคราะห์อัตราผลตอบแทน

ตลอดระยะเวลา 10 ปี ของโครงการ พบว่า ผลตอบแทนที่วัดด้วยค่า Internal Rate of Return (IRR)³³ สูงสุดในกรณีผู้ประกันตน 200,000 คน ที่ 5% ต่อปี ในขณะที่กรณีผู้ประกันตน 150,000 คน ให้ผลตอบแทนที่ 1% ต่อปี ซึ่งโดยทั่วไป หากเป็นโครงการที่หวังผลกำไรแล้ว (For Profit) ยังถือว่า โรงพยาบาลต้นแบบทั้ง 2 กรณี ยังให้ผลตอบแทนในระดับที่ไม่น่าสนใจมากนัก (ภาคผนวก 1)

6.5.7 วิเคราะห์เพิ่มเติม

กรณีตัดสินใจโรคหัวใจออกจากการลงทุนและการจัดบริการ พบว่า งบลงทุนอาจต่ำลงเป็นประมาณ 740 ล้านบาท แต่ผลประกอบการแย่งมากในทุกกรณี ดังนี้

- (1) กรณีผู้ประกันตน 100,000 คน จะถึงจุดคุ้มทุนในปีที่ 2 เริ่มมีกำไรในปีที่ 6 ผลตอบแทน IRR 10 อยู่ที่ -12% ไม่คืนทุนใน 10 ปี
- (2) กรณีผู้ประกันตน 150,000 คน จะถึงจุดคุ้มทุนในปีที่ 1 เริ่มมีกำไรในปีที่ 6 ผลตอบแทน IRR 10 อยู่ที่ -8% ไม่คืนทุนใน 10 ปี
- (3) กรณีผู้ประกันตน 200,000 คน จะถึงจุดคุ้มทุนในปีที่ 1 เริ่มมีกำไรในปีที่ 4 ผลตอบแทน IRR 10 อยู่ที่ -4% ไม่คืนทุนใน 10 ปี

³³ IRR (Internal Rate of Return : IRR) คือ อัตราผลตอบแทนภายในของโครงการ

6.6 สรุปผลการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงิน

ผลการวิเคราะห์ข้างต้น บ่งชี้ว่า การลงทุนพัฒนาโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบตามสมมุติฐานข้างต้น โดยมีบริการทางการแพทย์ทั่วไป การแพทย์เฉพาะทาง และบริการเสริมในบางสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครบวงจรนั้น จะสามารถคุ้มทุนได้ตั้งแต่ปีแรกของการให้บริการ แต่จะสามารถคืนทุนได้ใน 10 ปีพร้อมให้ผลตอบแทนในระดับสมควรได้หากมีจำนวนผู้ประกันตนในระดับ 200,000 คน แต่อาจไม่คืนทุนหากยอดผู้ประกันตนต่ำกว่านี้ โดยมีปัจจัยหลักที่ค่าก่อสร้างอาคาร และค่าเครื่องมือแพทย์เป็นต้นทุนที่ค่อนข้างสูงนั่นเอง

บริการในส่วนของคุณย่หัวใจไม่มีผลต่อผลการตอบแทนและการคืนทุน แต่การมีศูนย์หัวใจกลับจะทำให้โรงพยาบาลต้นแบบมีศักยภาพดีขึ้น และไม่ได้ทำให้มีความเสี่ยงทางการเงินมากขึ้นแต่อย่างใด

อนึ่ง การศึกษานี้มิได้รวมรายรับจากการให้บริการ รายรับจากการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นในกรณีฉุกเฉินนอกเครือข่าย หรือ การรักษาพยาบาลนอกเครือข่ายอื่นๆ ดังนั้น ในการปฏิบัติงานจริง โรงพยาบาลนี้มีความเป็นไปได้ว่าจะมีผลประกอบการรวมและรายได้สุทธิสูงกว่าที่ประมาณการไว้

บทที่ 7

ความเห็นของนายจ้าง ลูกจ้าง

ต่อรูปแบบโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน และภาพพึงประสงค์

การศึกษาในส่วนนี้ เป็นการศึกษเชิงคุณภาพเพื่อตรวจสอบมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในประเด็นความคิดเห็น ความมุ่งหวัง ความคาดหวัง และความกังวล ของนายจ้าง ลูกจ้างผู้ประกันตนที่มี ต่อรูปแบบโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนที่นักวิจัยได้ดำเนินการออกแบบและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงินเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยใช้กระบวนการจัดกลุ่มสนทนาประเด็นเฉพาะ (Focus group discussion) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มเป้าหมาย คัดเลือกจากผู้แทนนายจ้าง ลูกจ้าง ซึ่งอยู่ในคณะกรรมการประกันสังคมทั้งในอดีต และปัจจุบัน รวมทั้งที่เป็นผู้นำแรงงาน จำนวนทั้งสิ้น 8 ท่าน โดยมีประเด็นสนทนาดำเนินการอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประกอบด้วย

- (1) แนวคิด รูปแบบ และความคาดหวังต่อโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน
- (2) การมีโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน มีประโยชน์/คุ้มค่าหรือไม่ เปรียบเทียบกับระบบ บริการทางการแพทย์ในปัจจุบันที่บริหารจัดการภายใต้กลไกจ่ายเงินแบบเหมาจ่าย
- (3) ความเป็นไปได้ของภาระงบประมาณ

การเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้การจดบันทึกประเด็นความเห็นของกลุ่มควบคู่กับการถอดเทปสนทนา และวิเคราะห์โดยใช้การพรรณนาวิเคราะห์ความเห็นพ้องและความเห็นต่างของกลุ่มเป้าหมาย ดังมีผลการศึกษา ดังนี้

7.1 แนวคิด รูปแบบ และความคาดหวังต่อโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน

แนวคิด

เป็นโรงพยาบาลนำร่องแนวคิด Integrated Healthcare Model โดยเริ่มจากรูปแบบของ โรงพยาบาลเดี่ยว ที่พร้อมยกระดับเป็นระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีเครือข่ายในอนาคต

รูปแบบ

เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 150 เตียง ให้บริการทางการแพทย์ครอบคลุม 12 สาขาหลักตามมาตรฐานของสำนักงานประกันสังคม และมีศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจ ด้านเวชกรรมฉุกเฉิน ด้านการผ่าตัดส่องกล้อง และมีศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเอ็มอาร์ไอ เพื่อให้การดูแลลูกจ้างผู้ประกันตนและครอบครัวเป็นหลัก รวมทั้งมีแผนกสูติกรรม ทันตกรรม และล้างไต เพื่อให้บริการที่นอกเหนือจากการจ่ายอัตราเหมาจ่าย

จากแนวคิดและรูปแบบโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน หรือ โรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบข้างต้น ผู้แทนนายจ้างและลูกจ้างทุกคน มีความเห็นพ้องกับแนวคิดและรูปแบบของโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบตามที่นำเสนอ โดยเห็นด้วยกับการก่อสร้างโรงพยาบาลขนาด 150 เตียงให้บริการแก่ผู้ประกันตน 200,000 ราย มีมาตรฐานเทียบเท่า/ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเอกชนในใจกลางเมือง เนื่องจากมองว่าเป็นสิ่งที่ทำได้ และมาตรฐานต่างๆ ที่นำเสนอเป็นมาตรฐานที่ต้องมีอยู่แล้วในการจัดตั้งสถานพยาบาล แต่สิ่งสำคัญกว่าคือ ศักยภาพในการบริหารจัดการโรงพยาบาล รวมถึงศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์จะต้องสามารถแข่งขันกับโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลเครือข่ายได้ ตลอดจนโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบนี้ควรครอบคลุมในสิ่งต่อไปนี้

- บริการรักษาในสาขาวิชาชีพเวชศาสตร์ สำหรับคนงานที่เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน
- เปิดให้บริการแก่คนนอกที่ไม่ใช่ลูกจ้างผู้ประกันตน และชาวต่างร่วมด้วย เพื่อให้โรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบมีรายได้เสริม สามารถนำไปจ่ายเป็นค่าตอบแทนเพิ่มเติมให้แก่บุคลากรได้มากขึ้น และลดปัญหาสมอ่งไหล
- มีแพทย์ประจำ (full time) เพื่อให้บริการรักษา

ทั้งนี้ ผู้แทนนายจ้างและลูกจ้าง ต่างคาดหวังว่าการมีโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบจะทำให้ลูกจ้างผู้ประกันตนได้รับบริการที่เป็นมาตรฐานสูงกว่าที่ได้รับในระบบบริการทางการแพทย์ปัจจุบัน และแพทย์ต้องสามารถให้เวลากับผู้ป่วยได้นานขึ้น เนื่องจากผู้ประกันตนเป็นผู้จ่ายสมทบและจ่ายภาษีทั้งสองทาง และการมีโรงพยาบาลประกันสังคมเป็นของตนเองน่าจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่จะนำไปสู่การถ่วงดุลกับโรงพยาบาลเอกชนได้ต่อไปในอนาคต

7.2 ความคุ้มค่า

ในประเด็นของประโยชน์และความคุ้มค่าของการมีโรงพยาบาลประกันสังคมเพื่อผู้ประกันตน เปรียบเทียบกับระบบบริการทางการแพทย์ในปัจจุบันที่บริหารจัดการภายใต้กลไกจ่ายเงินแบบเหมาจ่าย ทั้งนายจ้าง ลูกจ้างผู้ประกันตน ต่างเห็นว่ามีประโยชน์และคุ้มค่าเนื่องจาก (1) สำนักงานประกันสังคมมีงบประมาณมากเพียงพอในการนำมาลงทุนสร้างโรงพยาบาลเป็นของตนเองได้ หากไม่ขัดต่อข้อกฎหมาย (2) การมีโรงพยาบาลเป็นของตนเองจะช่วยลดข้อต่อรองของสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาในการขอปรับเพิ่มอัตราเหมาจ่าย (3) สามารถลดช่องว่างปัญหาการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมปัจจุบันลงได้ (4) การมีโรงพยาบาลเป็นของตนเอง จะสามารถแต่งตั้งคณะกรรมการเข้าไปบริหาร และกำกับติดตาม ได้อย่างใกล้ชิด (5) การนำเงินประกันสังคมไปลงทุนในตราสารหนี้ในปัจจุบัน เป็นการลงทุนที่ได้ผลตอบแทนต่ำ ไม่คุ้มค่า มีความเสี่ยงสูง แต่หากนำเงินกองทุนมาลงทุนในการก่อสร้างสถานพยาบาลต้นแบบเพื่อให้มีหน่วยบริการและแพทย์เป็นของสำนักงานประกันสังคมเอง อาจจะคุ้มค่าและลูกจ้างผู้ประกันตนได้ประโยชน์โดยตรงมากกว่า

7.3 ความเป็นไปได้ของภาระงบประมาณ

จากผลการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ นายจ้างลูกจ้างเห็นด้วยกับการก่อสร้างสถานพยาบาลขนาด 150 เตียงเพื่อรองรับผู้ประกันตน 200,000 ราย ในพื้นที่ 5 ไร่ โดยใช้งบประมาณในการดำเนินการประมาณ 900 ล้านบาท ซึ่งแม้ว่าภายในระยะเวลา 10 ปีหลังการเปิดให้บริการจะมีผลกำไรไม่มากนักก็ตาม ในประเด็นนี้ทั้งนายจ้างลูกจ้างต่างมีความเห็นพ้องกันว่า เป็นการใช้งบลงทุนที่ไม่สูงมาก เปรียบเทียบกับสัดส่วนการใช้งบประมาณเพื่อการบริหารสำนักงาน (งบ 10%) ของสำนักงานประกันสังคม นอกจากนี้ ยังมองว่าเงินเหมาจ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์ รวมถึงเงินนอกเหนือเหมาจ่ายที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้แก่สถานพยาบาลคู่สัญญาในแต่ละปี มีจำนวนที่ค่อนข้างสูง แต่สัดส่วนผู้ประกันตนที่ไปใช้บริการอาจไม่ถึงร้อยละ 30 ดังนั้น หากกั้นงบประมาณบางส่วนออกจากค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้แก่สถานพยาบาลคู่สัญญา หรือประมาณร้อยละ 3 ของงบประมาณ 1,500 ล้านบาท เพื่อนำมาสร้างโรงพยาบาลนาร่อง หรือใช้สิ่งก่อสร้างที่มีอยู่แล้ว เช่น โรงพยาบาลยาสูบ ทำเป็นโรงพยาบาลประกันสังคมเพื่อผู้ประกันตนก็น่าจะเป็นสิ่งที่กระทำได้ และนายจ้าง ลูกจ้างยังสนับสนุนความเห็นร่วมกันว่า สำนักงานประกันสังคมจำเป็นต้องลงทุนในเรื่องของโรงพยาบาลประกันสังคมเพื่อผู้ประกันตน และขยายออกไปให้ครบทุกภาคส่วน

7.4 ความเห็นอื่น

นายจ้างลูกจ้างได้ให้ความเห็นและให้ข้อเสนอแนะอื่นทั้งที่มีความเห็นพ้อง และความเห็นต่าง สามารถรวบรวมและจำแนกออกเป็นประเด็นได้ดังนี้

7.4.1 พื้นที่สำหรับการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ

นายจ้างลูกจ้างส่วนใหญ่ต่างเห็นพ้องต่อการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบว่า ควรเริ่มในจังหวัดที่อยู่ในภาคตะวันออก เช่น ชลบุรี หรือ ระยอง เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีนิคมอุตสาหกรรม ตั้งอยู่ และมีผู้ประกันตนหนาแน่น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีปัญหา เช่น ในพื้นที่ที่โรงพยาบาลเอกชนลาออก จากการเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญา ทำให้โรงพยาบาลมีไม่เพียงพอต่อการรองรับผู้ประกันตน และไม่สามารถ ให้บริการได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ ยังเห็นว่าพื้นที่ที่จะจัดตั้งโรงพยาบาลควรเป็นพื้นที่ที่ผู้ประกันตนสามารถ เข้าถึงได้สะดวก และไม่ห่างไกลจนเกินไป

สำหรับความเห็นต่าง มองว่าการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมในระยะแรก อาจเริ่มสร้างที่ 4 มุมเมืองก่อน ไม่จำเป็นต้องสร้างในทุกจังหวัด หรืออาจจัดตั้งในจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ คนงานประจำภาคต่างๆ และปรับใช้ศูนย์ฟื้นฟูฯ เป็นฐานตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ แล้วค่อยๆ ขยายการให้บริการออกไปจนทั่วถึง ทั้งนี้ เพื่อมิให้ค่าใช้จ่ายสูงจนเกินไปในช่วงแรกของการก่อตั้ง หรืออาจ ใช้สถานที่ของโรงพยาบาลยาสูบซึ่งขณะนี้ไม่ได้ใช้ประโยชน์แล้วมาดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาล เพื่อเป็น การลดต้นทุนในการก่อสร้าง

นอกจากนี้ ยังต้องมีการวางแผนในการจัดตั้งโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนโดยแบ่งออกเป็น แผนระยะสั้น และระยะยาว มีการติดตามประเมินปัญหาอุปสรรคในระหว่างทางเพื่อการปรับปรุงและขยาย จำนวนโรงพยาบาลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

7.4.2 การร่วมลงทุน

การจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ อาจอยู่ในรูปของการลงทุนร่วมกับโรงพยาบาล ศิริราช หรือโรงพยาบาลรามาธิบดี หรือโรงพยาบาลภาครัฐอื่นๆ เพื่อการให้บริการแก่ลูกจ้างผู้ประกันตนใน ระบบประกันสังคมเป็นการเฉพาะตามมาตรฐานที่กำหนด โดยสำนักงานประกันสังคมให้การสนับสนุน งบประมาณที่จำเป็น เช่น การสร้างตึก การซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ฯลฯ หรือสำนักงาน ประกันสังคมอาจดำเนินการว่าจ้างให้บริษัทเอกชนขนาดใหญ่ เข้ามาร่วมบริหารงานโรงพยาบาล ประกันสังคมต้นแบบตามกรอบระเบียบที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

7.4.3 มาตรฐานการรักษา

การสร้างโรงพยาบาลประกันสังคมเพื่อผู้ประกันตนควรดำเนินการควบคู่ไปกับการปรับปรุงมาตรฐานการรักษาของโรงพยาบาลคู่สัญญาในปัจจุบัน รวมไปถึงการต้องมีการปรับปรุงมาตรการกำกับและตรวจสอบให้เข้มข้นขึ้น และมีความรวดเร็วต่อการแก้ไขปัญหาทันเวลาเมื่อมีการร้องเรียนเกิดขึ้น

7.5 สรุปความเห็นของนายจ้าง ลูกจ้าง

ผลการจัดกลุ่มสนทนาประเด็นเฉพาะ (Focus group discussion) กับผู้แทนนายจ้างลูกจ้างทั้งหมด มีความเห็นพ้องกันว่า โรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบตามที่นักวิจัยนำเสนอมีความจำเป็น โดยเฉพาะในบางพื้นที่ซึ่งมีผู้ประกันตนหนาแน่น แต่ขาดแคลนโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก หรือมีแต่มีความแออัด เช่น จังหวัดชลบุรี และเห็นด้วยกับรูปแบบของการให้บริการที่นำเสนอ โดยมองว่าการจัดตั้งโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนนี้เป็นสิ่งคุ้มค่าที่จะทำให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์โดยตรง และเป็นสิ่งจำเป็นที่สำนักงานประกันสังคมจะต้องลงทุน ควบคู่ไปกับการมีมาตรการกำกับควบคุมและตรวจสอบมาตรฐานการรักษาของโรงพยาบาลคู่สัญญาในปัจจุบันให้เข้มข้นขึ้น

บทที่ 8

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัย สามารถนำข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาสรุปและวิเคราะห์
ในประเด็นเรื่องต่างๆ ได้ดังนี้

8.1 รูปแบบบริการทางการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ประกันตน

การตอบสนองความคาดหวังในบริการรักษาพยาบาลเป็นปัญหาที่ทำนายสำหรับสำนักงาน
ประกันสังคม ซึ่งยืนยันตรงกันทั้งผลการวิเคราะห์การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติ
แห่งชาติ รวมถึงการสำรวจโดยตรงในงานวิจัยครั้งนี้ในเรื่องความคิดเห็นของผู้ประกันตนต่อการใช้บริการ
ทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม และการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนลูกจ้างนายจ้าง ที่พบว่ามี
ผู้ประกันตนบางส่วนที่เจ็บป่วยแต่ไม่ยอมใช้สิทธิประกันสังคม หรือความพึงพอใจของผู้ที่ใช้บริการ
รักษาพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น และจากการศึกษาโรงพยาบาล
ตัวอย่างในประเทศไทย ทั้งในส่วนโรงพยาบาลคู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคมที่เป็นโรงพยาบาลเอกชน
พบว่า เป็นลักษณะการจัดบริการแบบรายคน รายครั้ง และมุ่งการตรวจรักษาเฉียบพลันเป็นหลัก ยังไม่มี
ระบบงานบริหารทรัพยากรการแพทย์ (Utilization review) รวมทั้งยังไม่มีระบบวัดผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่
ชัดเจนทั้งรายคน และรายประชากร รวมทั้งยังขาดการดำเนินการเชิงรุก ในการจัดบริการสนองความ
ต้องการของผู้ประกันตนอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดเชิงปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีการดำเนินการจริงจังในประเทศในยุโรปและสหรัฐอเมริกา
หลายทศวรรษแล้วนั้น มักใช้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการหรือ Integrated Delivery
System เป็นการจักระบบบริการสุขภาพแบบต่อเนื่องให้แก่กลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยเน้นประชาชนเป็น
ศูนย์กลาง มีแผนการดูแลสุขภาพที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพเฉพาะบุคคล ตั้งแต่ การคัดกรอง ส่งเสริม
ป้องกันโรค และการจัดการโรค (disease management) ซึ่งจะครอบคลุมไปถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยใน
เรื่องของการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการรักษา การขึ้นทะเบียนโรคผู้ป่วย การ
ดูแลผู้ป่วยด้วยทีมวิชาชีพสหสาขา รวมถึงการสะท้อนกลับข้อมูลบริการของผู้ให้บริการ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้
สมาชิกมีสุขภาพที่ดีและได้รับการรักษาในระยะเริ่มต้นได้อย่างรวดเร็ว และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพของ
ประชากรเป้าหมายที่อยู่ในความดูแล แนวทางนี้จะทำให้การรักษาโรคเรื้อรังมีคุณภาพยิ่งขึ้น และต้นทุนการ
รักษาโรคเรื้อรังก็จะลดลงตามตัวอย่างการจัดบริการการแพทย์ในลักษณะนี้ ได้แก่การจัดบริการประกัน
สุขภาพของ Kaiser Permanente ซึ่งเป็นเจ้าของและดำเนินกิจการของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐม
ภูมิด้วยตนเอง จุดแข็งที่สำคัญของ Kaiser Permanente คือการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม การ
ประสานงานของทีมบุคลากรสุขภาพ เชื่อมโยงบริการในระดับปฐมภูมิกับโรงพยาบาล และพยายามทำให้

ผู้ป่วยลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลในกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงลงให้มากที่สุด โดยใช้แพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา และ การใช้ศูนย์แพทย์ชุมชนในการให้บริการผู้ป่วยแทนการนอนโรงพยาบาล รวมทั้งมีระบบสารสนเทศที่ดี

ดังนั้นสำนักงานประกันสังคมควรปรับระบบการจัดบริการการแพทย์ให้เป็นการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการหรือ Integrated Delivery System โดยมุ่งเน้นผู้ประกันตนเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพของผู้ประกันตนได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการ สามารถดำเนินการได้ทั้งการจัดบริการโดยใช้สถานพยาบาลขององค์กรเอง หรือ การทำสัญญาให้สถานพยาบาลต่างสังกัดเป็นผู้ดำเนินการโดยมีการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตามวิธีการจัดบริการทางการแพทย์แบบบูรณาการนี้ไม่ได้เป็นเรื่องใหม่สำหรับสำนักงานประกันสังคม เพียงแต่ตลอดระยะเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา ยังไม่มีการบริหารจัดการให้เกิดระบบการบริการในรูปแบบนี้อย่างเป็นทางการ ทำให้การให้บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมเน้นที่การดูแลรักษาโรค หรือการดูแลบำบัดรักษาอาการป่วยเป็นครั้งมากกว่าการดูแลรักษาแบบบูรณาการ

8.2 รูปแบบสถานพยาบาลสำหรับผู้ประกันตน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์โดยสำนักงานประกันสังคมเองโดยตรง (Vertical integration) หรือการใช้สถานพยาบาลของหน่วยงานอื่น (Provider-purchaser split) นั้นมีความเป็นไปได้เชิงทฤษฎีเศรษฐศาสตร์และการบริหารจัดการ ขึ้นกับว่ารูปแบบใดมีต้นทุนดำเนินการมากกว่ากัน หากการจัดทำข้อตกลงบริการมีความซับซ้อน รวมทั้งมีความไม่แน่นอนสูงหรือมีความซับซ้อนในการสร้างข้อตกลงที่สมบูรณ์แบบที่ใช้งานได้จริง การจัดการภายในองค์กรให้มีสถานพยาบาลขององค์กรเองจะเป็นทางเลือกที่ดีกว่า

ผลการสำรวจความเห็นผู้ประกันตน ผู้แทนลูกจ้าง ผู้แทนนายจ้าง ผู้แทนกรรมการประกันสังคม และ ผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานประกันสังคม พบว่า มีความต้องการให้มีการจัดบริการทางการแพทย์ทั้งสองรูปแบบ คือ การใช้โรงพยาบาลคู่สัญญาที่เป็นสถานพยาบาลของหน่วยงานอื่น และโรงพยาบาลประกันสังคมที่สำนักงานประกันสังคมสามารถกำกับดูแลได้เองโดยตรง

8.2.1 โรงพยาบาลประกันสังคม

จากการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคม ซึ่งหมายถึงโรงพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมสามารถกำกับดูแลได้โดยตรง นั้น เมื่อพิจารณาความเป็นไปได้ทางการเงิน ความเป็นไปได้ทางกฎหมาย ความเป็นไปได้เชิงบริหาร รวมทั้งการสำรวจความเห็นผู้ประกันตน ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้แทนลูกจ้างนายจ้าง กรรมการประกันสังคม และผู้บริหารสำนักงาน

ประกันสังคม พบว่ามีความเป็นไปได้ที่สำนักงานประกันสังคมจะมีโรงพยาบาลประกันสังคม แต่มีข้อจำกัดที่สำคัญในเรื่องกฎหมาย และขีดความสามารถทางการบริหารสถานพยาบาลของสำนักงานประกันสังคม

ทั้งนี้ โรงพยาบาลประกันสังคมต้องเป็นโรงพยาบาลที่ใช้แนวคิดการจัดบริการทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Integrated Delivery System) และมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการคล้ายโรงพยาบาลเอกชน หรืออย่างน้อยต้องเทียบเท่าโรงพยาบาลที่เป็นองค์กรมหาชน เป็นการนำร่องการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้กับผู้ประกันตน ภายใต้กรอบบริการสุขภาพที่จัดให้แก่ประชากรเฉพาะกลุ่มในระบบประกันสังคม และพร้อมที่จะยกระดับเป็นระบบเต็มรูปแบบ คือมีเครือข่าย (Hub & Satellite) เพื่อให้บริการเข้าถึงหรือขยายไปยังกลุ่มประชากรเป้าหมายให้มากยิ่งขึ้นในอนาคต โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ใช้การบริหารจัดการเชิงรุก เน้นผลลัพธ์สุขภาพเป็นหลักเพื่อบริหารทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างสูงสุด ซึ่งการจะจัดการเชิงรุก จำเป็นต้องรู้ว่าประชากรเป้าหมาย (target population) ผู้ประกันตนที่เป็นสมาชิกคือใคร อุปสงค์ (demand) ของประชากรเป้าหมายประกอบด้วยอะไรบ้าง และจะเตรียมบริการอะไรเพื่อรองรับอุปสงค์เหล่านั้นล่วงหน้า ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลตลอดวงจรสุขภาพของประชากรเป้าหมายที่อยู่ในชุมชน หรือในพื้นที่ที่ดูแลอยู่ (catchment area)

แนวคิดดังกล่าวได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากผู้แทนนายจ้างและผู้แทนลูกจ้างในการประชุมกลุ่มย่อย และมีความเห็นพ้องกันว่า โรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบมีความจำเป็น โดยเฉพาะในบางพื้นที่ซึ่งมีผู้ประกันตนหนาแน่น แต่ขาดแคลนโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก หรือมีแต่มีความแออัด เช่น จังหวัดชลบุรี

การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเงิน บ่งชี้ว่าจำนวนผู้ประกันตนในระดับ 200,000 คน รวมทั้งอาจมีรายรับจากการให้บริการ หรือตามจ่ายจากกรณีฉุกเฉินนอกเครือข่าย หรือ การรักษาพยาบาลนอกเครือข่ายอื่นๆ ด้วย

ทั้งนี้ การกำหนดผู้ประกันตน 200,000 คน ถือว่าเป็นจำนวนที่มีความเป็นไปได้สูง เนื่องจากผลการวิเคราะห์แบบสอบถามผู้ประกันตน พบว่าผู้ประกันตนที่ตอบแบบสอบถามร้อยละ 56 จะเปลี่ยนโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักเดิมมาเป็นโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน โดย เพศ อาชีพ การมีประกันสุขภาพ เอกชน และประเภทสมาชิกประกันสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบจะเลือกใช้บริการโรงพยาบาลประกันสังคม เป็นกลุ่มที่มีสถานภาพโสด มีอายุการเป็นสมาชิกประกันสังคมเฉลี่ยประมาณ 6 ปี (อาจกล่าวได้ว่า เป็นสมาชิกอายุไม่นานมากจะเลือกโรงพยาบาลประกันสังคม ขณะที่ผู้ประกันตนที่มีอายุสมาก็นานจะไม่เลือก) อายุเฉลี่ยประมาณ 31-40 ปี และมีรายได้เฉลี่ยในช่วง 15,001-30,000 บาท และมีทัศนคติค่อนข้างไม่เห็นด้วยหรือไม่พอใจในการให้บริการของสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ

จากข้อจำกัดของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งไม่ให้อำนาจสำนักงานประกันสังคมในการจัดตั้งโรงพยาบาล ทำให้ทางเลือกที่มีทั้งสิ้น 5 ทางเลือก คือ (1) การจัดตั้ง

โรงพยาบาลขึ้นใหม่ (2) การอุดหนุนเงินก่อสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์การแพทย์ให้กับสถานพยาบาล โดยสำนักงานประกันสังคมร่วมกำกับ (3) การนำเงินกองทุนประกันสังคมไปลงทุนกับสถานพยาบาล โดยสำนักงานประกันสังคมร่วมกำกับ (4) การให้เอกชนเข้าประมูลเพื่อดำเนินการโดยสำนักงานประกันสังคมร่วมกำกับ (5) การจัดทำสัญญาระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับสถานพยาบาลทำให้ทางเลือกที่จะดำเนินการในระยะสั้นเหลือเพียงวิธีการจัดทำสัญญาระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับสถานพยาบาลโดยสำนักงานประกันสังคมร่วมบริหารเท่านั้น

1) การดำเนินการในระยะสั้น

ในทางปฏิบัติ วิธีการที่เป็นไปได้ คือ การทำบันทึกความร่วมมือระหว่างสำนักงานประกันสังคม กับ หน่วยราชการที่มีภารกิจในการจัดบริการการแพทย์ เช่น ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข หรือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น โดยรูปแบบโรงพยาบาลควรเป็นองค์กรมหาชน เพื่อให้มีความคล่องตัวในการจัดการเรื่องกำลังคน ค่าแรง และ วิธีการบริหารอื่น เพื่อให้สามารถแข่งขันกับโรงพยาบาลเอกชนได้ โดยทั้งสองหน่วยงานต้องร่วมกันศึกษาความเป็นไปได้อย่างละเอียดและจัดทำงบประมาณเพื่อการลงทุนสร้างโรงพยาบาล ทั้งนี้بلغทุนการก่อสร้างโรงพยาบาลขนาด 150 เตียงตามข้อเสนอในบทที่ 6 ครอบคลุมจากหน่วยราชการที่มีภารกิจในการจัดบริการการแพทย์ และสำนักงานประกันสังคมให้การจัดสรรจำนวนผู้ประกันตนจำนวน 200,000 ราย ให้แก่โรงพยาบาลใหม่นี้ไม่น้อยกว่า 10 ปี

สำนักงานประกันสังคมอาจใช้วิธีคล้ายกันนี้กับผู้ลงทุนเอกชน โดยใช้แนวคิด public private partnership โดยทำสัญญาที่จะจัดสรรจำนวนผู้ประกันตนจำนวน 200,000 ราย ให้กับโรงพยาบาลที่ผู้ลงทุนเอกชนสนใจลงทุนในลักษณะไม่หวังผลกำไร เช่น มูลนิธิ เป็นต้น เนื่องจากผลตอบแทนการลงทุนโรงพยาบาลประกันสังคมนี้อยู่ในระดับต่ำกว่าที่จะจูงใจนักลงทุนที่หวังผลกำไรจากการลงทุน ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการศึกษาในรายละเอียดกรณีของวงเงินลงทุนของโครงการตั้งแต่หนึ่งพันล้านบาทขึ้นไปที่ต้องดำเนินการตามขั้นตอนตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ การให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของภาครัฐ พ.ศ. 2556 ส่วนกรณีที่วงเงินลงทุนไม่เกินหนึ่งพันล้านบาทต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์และวิธีการตามประกาศของคณะกรรมการนโยบายการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ ส่วนการจะพิจารณาว่าโครงการใดจะเป็นลักษณะของการร่วมลงทุนหรือไม่นั้นต้องพิจารณาจากรายละเอียดของแต่ละโครงการประกอบกับแนวทางที่คณะกรรมการกฤษฎีกาได้เคยวินิจฉัยเป็นกรณีแต่ละโครงการ

2) การดำเนินการในระยะยาว

ในระยะยาวต้องมีการแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคม ให้สำนักงานประกันสังคมมีอำนาจในการสร้างโรงพยาบาลเอง จึงจะสามารถใช้รูปแบบการดำเนินการตั้งสถานพยาบาลประกันสังคมของตนเองได้ นอกจากนั้นสำนักงานประกันสังคมควรปรับปรุงสัญญาที่ทำกับสถานพยาบาลคู่สัญญาในเรื่องวิธีจัดบริการ

8.2.2 การปรับปรุงสัญญากับสถานพยาบาลคู่สัญญา

ปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมมีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของโรงพยาบาลที่จะเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก และกำหนดสาขาความเชี่ยวชาญของแพทย์ แต่ยังคงกำหนดให้โรงพยาบาลต้องมีแผนการจัดบริการที่ใช้แนวคิดแบบบูรณาการเป็นองค์รวม (Integrated Delivery System) ควบคู่ไปกับการมีมาตรฐานบริการ ตลอดจนมาตรการกำกับควบคุมและตรวจสอบมาตรฐานการรักษาของโรงพยาบาลคู่สัญญา เพื่อให้สามารถประสานการดูแลระดับรายคนโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พร้อมมีศูนย์การแพทย์ หรือหน่วยการแพทย์เฉพาะทางในสาขาที่เหมาะสม เพื่อให้บริการได้อย่างครบวงจรในสาขาดังกล่าวโดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรัง หรือซับซ้อนที่ต้องผสมผสานการดูแลอย่างครบมิติ

สำนักงานประกันสังคมสามารถดัดแปลงข้อเสนอในบทที่ 6 มาปรับปรุงสัญญาใหม่ได้ ตัวอย่างเช่น

1) บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพทางโทรศัพท์ รวมถึงมีระบบสารสนเทศการสื่อสารและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์สนับสนุนงานเชิงรุก

2) มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ

3) กำหนดมาตรฐานจำนวนบุคลากร และเวลาทำการ เช่น

- แพทย์ต่อผู้ป่วยนอก 1 : 5 ใน 1 ชั่วโมง (ระยะเวลาตรวจเฉลี่ย 12 นาที/ ผู้ป่วย 1 คน)
- แพทย์ต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน/ผากครรภ์ 1 : 3 ใน 1 ชั่วโมง (ระยะเวลาตรวจเฉลี่ย 20 นาที/ ผู้ป่วย 1 คน)
- ทันตแพทย์ต่อผู้ป่วยฟัน 1 : 2 ใน 1 ชั่วโมง (ระยะเวลาตรวจเฉลี่ย 30 นาที/ ผู้ป่วย 1 คน)
- พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 1 คน ต่อ 8 ห้องตรวจ พนักงานผู้ช่วย 1 คนต่อ 1 ห้องตรวจ
- พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน 1 คน ต่อ 8 เตียง พนักงานผู้ช่วย 1 คนต่อ 8 เตียง
- พยาบาลแผนกผู้ป่วยวิกฤต 1 คน ต่อ 1 เตียง พนักงานผู้ช่วย 1 คนต่อ 6 เตียง

ทั้งนี้มาตรฐานบุคลากร สามารถปรับให้เหมาะสมตามอัตราเงินจ่ายชดเชยค่าบริการ

4) กำหนดระบบ utilization review และ กระบวนการคุณภาพของโรงพยาบาล เช่น ระยะเวลารอตรวจ การติดต่อขอโอกาสในโรงพยาบาล เป็นต้น และพร้อมให้ตรวจสอบ

5) จัดทำระบบรายงานผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน

8.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โรงพยาบาลต้นแบบ

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการทดสอบความเป็นไปได้ของโรงพยาบาลต้นแบบที่อยู่บนสมมติฐานของโรงพยาบาลเดี่ยว (Standalone Hospital) ขนาด 150 เตียง ดังนั้นจึงยังมีความเป็นไปได้ที่จะเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบบริการดังกล่าวได้อีกผ่านตัวแปรด้านขนาด (Scale) และขอบเขตบริการ (Scope) ดังนี้

- (1) โรงพยาบาลขนาด 150 เตียงถือเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง ยังมีความเป็นไปได้ที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานผ่านการเพิ่มจำนวนเตียง อย่างน้อยจนถึงระดับ 300 เตียง โดยทีมคณะผู้บริหารระดับสูงคงเดิม แต่ต้องพิจารณาแผนการให้บริการให้สอดคล้องพันธกิจ และประชากรผู้ประกันตนเป้าหมายที่เป็นไปได้
- (2) ทางเลือกที่จะยกระดับการพัฒนาสู่ ระบบบริการทางสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated Healthcare Delivery System) อาจส่งผลเชิงบวกต่อทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพของปฏิบัติการ ซึ่งทำได้อย่างน้อย 3 แนวทาง คือ แบบบูรณาการแนวนราบ (Horizontal Integration) แบบบูรณาการแนวตั้ง (Vertical Integration) และแบบผสม โดย
 - ระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการแนวนราบ หรือ แบบเครือข่าย (Network) ประกอบด้วยโรงพยาบาลที่มีขนาดและขอบเขตบริการใกล้เคียงกัน แต่มีหลายแห่งและครอบคลุมหลายพื้นที่บริการ แนวทางนี้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพจากการขยายผลปฏิบัติการบนมาตรฐานเดียวกัน สร้างอำนาจต่อรองในการจัดซื้อจัดจ้าง และพัฒนาทรัพยากรบุคคลร่วมกัน
 - ระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการแนวตั้ง หรือ แบบกลุ่ม (Cluster) ประกอบด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับตติยภูมิเป็นแกนกลาง โดยมีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และปฐมภูมิหลายแห่งและครอบคลุมหลายพื้นที่บริการ แนวทางนี้ นอกจากจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในลักษณะเดียวกับแบบเครือข่ายแล้ว ยังได้ผลจากแบ่งภาระงานและความชำนาญ (Specialization) อีกด้วย

ทั้งนี้ การจะเลือกแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ ย่อมขึ้นกับบริบทของกองทุนประกันสุขภาพ การกระจายตัวของประชากรเป้าหมาย และประเด็นปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นสำคัญ

8.4 ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการภายในสำนักงานประกันสังคมเพื่อรองรับการมีโรงพยาบาลประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมต้องมีการปรับปรุงระบบบริหารของสำนักงานประกันสังคมเพื่อรองรับการมีโรงพยาบาลประกันสังคม และการปรับปรุงสัญญากับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการการแพทย์ ดังนี้

- (1) แผนการในระยะสั้น จำเป็นต้องเพิ่มขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมที่เกี่ยวข้อง โดยการจ้างที่ปรึกษาที่ชำนาญในการพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการให้แก่เจ้าหน้าที่ จัดทำคู่มือการดำเนินการ การอบรมระยะสั้นให้เจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงสถานพยาบาลคู่สัญญา รวมทั้งการจ้างหน่วยงานภายนอกที่มีองค์ความรู้ในการกำกับการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการร่วมกับการกำกับติดตามการดำเนินงานของสถานพยาบาลคู่สัญญา และในระยะยาวสำนักงานประกันสังคมควรปรับโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างกำลังคนให้เหมาะสมกับการทำงานในภารกิจนี้
- (2) ในระยะยาวหากสำนักงานประกันสังคมจะมีโรงพยาบาลประกันสังคมที่บริหารเองโดยตรง สำนักงานประกันสังคมต้องมีการดำเนินการดังนี้
 - 1) ปรับโครงสร้างภายในองค์กรของสำนักงานประกันสังคม เพื่อให้มีหน่วยงานรับผิดชอบสถานพยาบาลเป็นการเฉพาะ
 - 2) เพิ่มศักยภาพการบริหารสถานพยาบาล
 - 3) เพิ่มจำนวนบุคลากรเพื่อรองรับภาระงานอย่างเหมาะสม
 - 4) จัดระบบบริการสุขภาพแบบ Integrated System และ Coordinated Care ที่มีการบูรณาการระบบงานและมีการเชื่อมประสานระบบ การบูรณาการการดูแลตลอดวงจรสุขภาพ (Health Continuum) ก่อนป่วย หลังป่วย จนถึงการฟื้นฟู
- (3) ในขั้นตอนการเปลี่ยนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ สำหรับการบริหารโรงพยาบาลประกันสังคมเองโดยตรงนั้น สำนักงานประกันสังคมต้องมี การบริหารการเปลี่ยนแปลงขององค์กร ซึ่งรูปแบบการจัดระบบบริการนั้น มีการเปี่ยมเบนในหลักการถ่วงดุลของผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการทางการแพทย์ไปเป็นรูปแบบผสม การวางแผนการจัดหาบุคลากรทางการแพทย์ การตอบสนองความคาดหวังของผู้ประกันตนโดยเฉพาะในการรักษาด้วยเทคโนโลยี และยาที่มีราคาแพง ซึ่งสำนักงานประกันสังคมต้องเข้ามารับผิดชอบในฐานะเจ้าของสถานพยาบาล และการบริหารความเสี่ยงซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการบริหารงานที่ผิดพลาด จนทำให้ประสบภาวะขาดทุน ซึ่งประเด็นเหล่านี้จำเป็นที่สำนักงานประกันสังคมต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม และจัดทำแผนปฏิบัติการอย่างรอบคอบ

Bibliography

Asian Development Bank. Public-Private Partnership Handbook.

Bonilla-Chacín, M., & Aguilera, N. (2013). *The Mexican Social Protection System in Health*. Washington D.C.: World Bank.

Cichon, M., Scholz, W., Meerendonk, A., Hagemeyer, K., Bertranou, F., & Plamondon, P. (2004). *Financing Social Protection*. Geneva: ILO.

Cuéllar, R. (2012). *IMSS and its Public Procurement System*. Mexico city: Mexican Institute of Competitiveness (IMCO).

Ham, C., & Curry, N. (2011). *Integrated care: What is it? Does it work? What does it mean for the NHS?* London: King's Fund.

Knaul, F. M. (2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*, 1259-1279.

Lew McCreary.(2010). Kaiser Permanente's innovation on the front lines.

Lomelí, E., Rodríguez, D., & Weber, D. (2012). *Social protection systems in Latin America and the Caribbean: Mexico*. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC).

Maeda , J., Lee, K., & Horberg, M. (2014). Comparative Health Systems Research among Kaiser Permanente and Other Integrated Delivery Systems: A Systematic Literature Review. *The Permanente Journal*, 66 - 77.

McCarthy, D., Mueller, K., & Wrenn, J. (2009). *Kaiser Permanente Bridging the Quality Divide with Integrated Practice, Group Accountability, and Health Information Technology*. Commonwealth Fund.

McCreary, L. (2010, September). Kaiser Permanente's Innovation on the Front Lines. *Harvard Business Review*, 1-6.

Mexican Institute of Competitiveness, AC. (IMCO). (2012). The IMSS and its Public Procurement System.

OBAMA CARES FACT dispelling the myths. www.obamacarefacts.com/whatis-obamacare.php.

O'Donnell, J. (2014, August 7). The Kaiser Way: Lesson for U.S. health care? *USA Today*.

Richard, B. J., Claude, H. H., & Gerrard, L. M. (2007). *Hospital Governance in Latin America Results from a Four Nation Survey*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

Richard Normant. The Framework of Public-Private Partnerships. The National Council For Public-Private Partnerships.

Social Security Administration. (2011). Social Security Programs Throughout the World. SSA Publication: Washington, DC.

Saltman, R. B., Busse, R., & Figueras, J. (2004). *Social Health Insurance in Western Europe*. Berkshires: Open University press.

Siverbo, S. (2003). *Purchaser Provider Split in Principle and Practice*. School of Public Administration, Goteborg university.

Strandberg-Larsen et al. (2010). Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration?: a comparative study of Kaiser Permanente, Northern California and the Danish healthcare system. BMC Health Service Research.

Strandberg-Larsen, M., Schiøtz, M., & Frølich, A. (2008). Kaiser Permanente revisited - Can European health care systems learn? *Eurohealth*, 13(4), 24-26.

Strandberg-Larsen, M., SchiØtz, M., Silver, J., FrØlich, A., Graetz, I., Reed, M., et al. (2010). Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration?: a comparative study of Kaiser Permanente, Northern California and the Danish healthcare system. *BMC Health Services Research*.

U.S.Library of Congress. Health Care and Social Security (Mexico table of contents).
<http://countrystudies.us/mexico/63.htm>

Whitson, M. (2011, 01 13). *Matthew Whitson*. Retrieved from Learning from other healthcare models.

นิภาพร, ประสิทธิ์ศิริผล, และ สกุลพานิชย์. (2556). การบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน ตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน.

เพ็ญแข ลามยั้ง. (2553). รายงานการศึกษาทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศ: ความเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐและเอกชนในระบบสุขภาพ,กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันพัฒนานโยบายและการจัดการ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2551). *คู่มือความคุ้มค่าในการปฏิบัติภารกิจของรัฐ*. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานประกันสังคม. ข้อมูลสถิติ, www.sso.go.th.

สำนักงานประกันสังคม. รายงานประจำปี 2555

สำนักงานประมาณ. บัญชีราคามาตรฐานสิ่งก่อสร้าง ปี 2557

ภาคผนวก 1

1. โรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ

ศักยภาพทางกายภาพ

โรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ จัดสรรพื้นที่ใช้สอยบนแนวคิดแบบ Compact หรือมีประสิทธิภาพการใช้พื้นที่สูง ตลอดจนอิงอุปสงค์การใช้บริการของประชากรเป้าหมาย โดยวางแผนการให้บริการตามความจำเป็น ดังนี้

- (1) ที่ดินโครงการ 5 ไร่
- (2) พื้นที่ใช้สอยในอาคาร รวมประมาณ 15,000 ตารางเมตร
- (3) ห้องตรวจผู้ป่วยนอก 30 ห้อง (Exam Room) ดังนี้
 - (3.1) ห้องตรวจสหสาขา 22 ห้อง
 - (3.2) ห้องตรวจหัวใจและเมตาบอลิสม 3 ห้อง
 - (3.3) ห้องตรวจจักษุวิทยา 1 ห้อง
 - (3.4) ห้องตรวจโสตศอนาสิก 1 ห้อง
 - (3.5) ห้องตรวจนรีเวชกรรม 1 ห้อง
 - (3.6) ห้องตรวจสูติกรรม 2 ห้อง
- (4) ห้องหัตถการผู้ป่วยนอก 5 ห้อง (Treatment Room)
- (5) ห้องกายภาพบำบัด 4 หน่วย
- (6) ทันตกรรม 4 เตียง
- (7) ล้างไต 4 เตียง
- (8) ห้องฉุกเฉิน 8 เตียง
- (9) ผู้ป่วยใน 153 เตียง
 - (9.1) สหสาขา 100 เตียง
 - (9.2) หัวใจและเมตาบอลิสม 20 เตียง
 - (9.3) สูติกรรม 20 เตียง (พร้อมทารกแรกคลอด 10 คลิป)
 - (9.4) ผู้ป่วยวิกฤตสหสาขา (ไอซียู) 8 เตียง
 - (9.5) ผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ (ซีซียู) 5 เตียง
- (10) ห้องผ่าตัดใหญ่ 6 ห้อง

- (11) ห้องสวนหัวใจ 1 ห้อง
- (12) ห้องคลอด 4 ห้อง
- (13) ห้องตรวจด้วยกล้องทางเดินอาหาร 2 ห้อง
- (14) ห้องตรวจภาพการแพทย์ 6 ห้อง
- (15) ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยาคลินิกและธนาคารเลือด
- (16) ห้องเภสัชภัณฑ์กลาง
- (17) ห้องจ่ายกลาง (CSSD)
- (18) ห้องครัว
- (19) ห้องผ้า
- (20) สำนักงาน

ศักยภาพทางเทคโนโลยีการแพทย์

อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์หลักสำหรับการให้บริการเบ็ดเสร็จครบวงจรไม่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาที่อื่น

- (1) 1.5 T MRI 1 เครื่อง
- (2) 64 Slice CT Scan 1 เครื่อง
- (3) Digital Mammography 1 เครื่อง
- (4) Ultrasound 2-D, 3-D, Full Functions 1 เครื่อง
- (5) Ultrasound 2-D, Mobile 1 เครื่อง
- (6) Digital Fluoroscopy 1 เครื่อง
- (7) Digital Radiography 1 เครื่อง
- (8) Digital Radiography-Mobile 1 เครื่อง
- (9) PACS (Picture Archiving-Communication System)
- (10) Single Plane Intervention System 1 เครื่อง
- (11) Operating Bed-Light, General 5 ชุด
- (12) Operating Bed-Light, Heart 1 ชุด
- (13) Anesthesia Machine & Monitoring System 6 ชุด
- (14) Digital C-Arm 1 เครื่อง
- (15) Heart Lung Machine 1 เครื่อง (หรือ เช่า)

- (16) Operating Microscope 1 ชุด
- (17) Laparoendoscopic System 1 ชุด
- (18) Laparoendoscopic Instrument 1 ชุด
- (19) Bronchoscope 1 ชุด
- (20) Ultrasound, 2-D, Mobile ห้องตรวจสูติกรรม 1 เครื่อง
- (21) Delivery Bed-Light 4 ชุด
- (22) Ultrasound Doppler 1 เครื่อง
- (23) Ventilator (ICU-CCU) 8 ชุด
- (24) Patient Monitoring System (ICU-CCU) 8 ชุด
- (25) Gastroscope 1 ชุด
- (26) Colonoscope 1 ชุด
- (27) Echocardiography 2-D, 3-D 1 เครื่อง
- (28) Exercise Stress Test (EST) 1 เครื่อง
- (29) อุปกรณ์ตรวจ-รักษา จักษุวิทยา 1 ชุด
- (30) อุปกรณ์ตรวจ-รักษา โสต นาสิก ลาริงซ์ 1 ชุด
- (31) ไตเทียม 4 เครื่อง
- (32) เครื่องตรวจโลหิตวิทยา
- (33) เครื่องตรวจสารเคมีในเลือดและอิมมูโนวิทยา
- (34) เครื่องตรวจปัสสาวะ
- (35) เครื่องวิเคราะห์ Blood Gas
- (36) ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา
- (37) ระบบข้อมูลห้องปฏิบัติการ (LIS)
- (38) อุปกรณ์ธนาคารเลือดมาตรฐาน
- (39) CSSD Sterilizer High Temperature 1 เครื่อง
- (40) CSSD Sterilizer Low Temperature 1 เครื่อง
- (41) CSSD Washer-Disinfector 1 เครื่อง
- (42) รถพยาบาลฉุกเฉิน

มาตรฐานการจัดบริการ

คํานึงการกำหนดภาระงานที่เหมาะสมของบุคลากรเพื่อรักษาคุณภาพบริการ ผลลัพธ์ทาง การแพทย์ และความพึงพอใจผู้ให้บริการ ดังนี้

- (1) จัดบริการเทียบเท่าระดับโรงพยาบาลเอกชน
- (2) เวลาทำการปกติ ดังนี้
 - แผนกผู้ป่วยนอก 12 ชม. 0800-2000 น. ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ
 - แผนกฝากครรภ์ สูติกรรม 10 ชม. 0800-1800 น. ไม่เว้นวันหยุดราชการ
 - แผนกทันตกรรม 12 ชม. 0800-2000 น. ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ
 - แผนกล้างไต 9 ชม. 0800-1700 น. ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ
 - แผนกสวนหัวใจ (Cardiac Cath-Lab) 12 ชม. 0800-2000 น. ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ
- (3) กำหนดภาระงานเฉลี่ยของแพทย์ (แผนกผู้ป่วยนอก)
 - ผู้ป่วยทั่วไป เฉลี่ย 5 คน ต่อแพทย์ 1 คน ต่อชั่วโมง
 - ผู้ป่วยตรวจครรภ์ เฉลี่ย 3 คน ต่อแพทย์ 1 คน ต่อชั่วโมง
 - ผู้ป่วยฉุกเฉิน เฉลี่ย 3 คน ต่อแพทย์ 1 คน ต่อชั่วโมง
 - ผู้ป่วยทันตกรรม เฉลี่ย 2 คน ต่อทันตแพทย์ 1 คน ต่อชั่วโมง
- (4) กำหนดสัดส่วนพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอก
 - พยาบาลเวชปฏิบัติ 1 คน ต่อห้องตรวจ 8 ห้อง
 - พนักงานผู้ช่วย 1 คน ต่อห้องตรวจ 1 ห้อง
- (5) กำหนดสัดส่วนพยาบาล แผนกผู้ป่วยในทั่วไป
 - พยาบาลเวชปฏิบัติ 1 คน ต่อ 8 เตียง
 - พนักงานผู้ช่วย 1 คน ต่อ 8 เตียง
- (6) กำหนดสัดส่วนพยาบาล แผนกผู้ป่วยในวิกฤติ
 - พยาบาลเวชปฏิบัติ 1 คน ต่อ 1 เตียง
 - พนักงานผู้ช่วย 1 คน ต่อ 6 เตียง
- (7) กำหนดทีมบุคลากรห้องผ่าตัด
 - วิสัญญีแพทย์ (Anesthesiologist)
 - วิสัญญีพยาบาล (Anesthesiologist Assistant)

- พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub Nurse)
- พยาบาลอำนวยความสะดวก (Circulating Nurse)
- พนักงานผู้ช่วยห้องผ่าตัด (OR Nurse Aid)
- พยาบาลห้องฟื้นตัว (Recovery Room Nurse)
- พนักงานผู้ช่วยห้องฟื้นตัว (Recovery Room Nurse Aid)

2. ประมาณการงบค่าเครื่องมือแพทย์ที่สำคัญ

เครื่องมือแพทย์	บาท
1.5 T MRI ¹	30,000,000
64 Slice CT Scan	20,000,000
Digital Mammography	15,000,000
Ultrasound 2-D, 3-D, Full Functions	8,000,000
Ultrasound 2-D, Mobile	4,000,000
Digital Fluoroscopy	14,000,000
Digital Radiography	10,000,000
Digital Radiography-Mobile	6,000,000
Digital C-Arm	7,000,000
Single Plane Intervention System	20,000,000
Heart Lung Machine	4,000,000
Echocardiography 2-D, 3-D	8,000,000
Laparoendoscopic System	4,000,000
Laparoendoscopic Instrument	5,000,000
Gastroscope	1,200,000
Colonoscope	1,200,000
VDO System Endoscopy	800,000
รวมประมาณการเบื้องต้น (เครื่องมือแพทย์ที่สำคัญ)	158,200,000
งบค่าอุปกรณ์การแพทย์ทั้งโครงการ	300,000,000

¹ ค่าเทสลา 1.5 T ถือเป็นมาตรฐานสูงสุดที่ใช้กันอยู่ในขณะนี้

3. ประมาณการรายรับ 10 ปี

ประมาณการรายรับ 10 ปี กรณีผู้ประกันตน 100,000 คน

รายรับกรณี 100,000 คน	ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 4	ปี 5	ปี 6	ปี 7	ปี 8	ปี 9	ปี 10	%
จำนวนผู้ประกันตน	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	
อัตราเงินจ่าย	1,446	1,598	1,674	1,754	1,838	1,926	2,018	2,115	2,216	2,323	
รายรับจากเงินจ่าย	144,600,000	159,830,000	167,421,500	175,392,575	183,762,204	192,550,314	201,777,830	211,466,721	221,640,057	232,322,060	41%
เฉลี่ยค่าภาระความเสี่ยง	444	466	490	514	540	567	595	625	656	689	
รายรับจากภาระความเสี่ยง	44,400,000	46,620,000	48,951,000	51,398,550	53,968,478	56,666,901	59,500,246	62,475,259	65,599,022	68,878,973	12%
ผู้ป่วยใน RW > 2	585	585	585	585	585	585	585	585	585	585	
RW เฉลี่ย	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	
อัตราจ่ายต่อ RW	11,500	12,075	12,679	13,313	13,978	14,677	15,411	16,182	16,991	17,840	
รายรับจาก RW > 2	20,185,950	21,195,248	22,255,010	23,367,760	24,536,148	25,762,956	27,051,104	28,403,659	29,823,842	31,315,034	6%
ผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจ	1,250	1,250	1,250	1,250	1,250	1,250	1,250	1,250	1,250	1,250	
RW เฉลี่ย	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	
อัตราจ่ายต่อ RW	11,500	12,075	12,679	13,313	13,978	14,677	15,411	16,182	16,991	17,840	
รายรับศูนย์โรคหัวใจ	71,850,275	75,442,789	79,214,928	83,175,675	87,334,458	91,701,181	96,286,240	101,100,552	106,155,580	111,463,359	20%
จำนวนมารดา	1,300	1,500	1,800	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100	
รายรับจากการตรวจครรภ์	3,900,000	4,725,000	5,953,500	7,293,038	7,657,689	8,040,574	8,442,603	8,864,733	9,307,969	9,773,368	
รายรับจากการคลอดบุตร	32,500,000	39,375,000	49,612,500	60,775,313	63,814,078	67,004,782	70,355,021	73,872,772	77,566,411	81,444,731	
รายรับสูติกรรม	36,400,000	44,100,000	55,566,000	68,068,350	71,471,768	75,045,356	78,797,624	82,737,505	86,874,380	91,218,099	15%
ผู้ป่วยลำไส้	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	
อัตราค่าบริการเฉลี่ย	1,500	1,575	1,654	1,736	1,823	1,914	2,010	2,111	2,216	2,327	
รายรับผู้ป่วยลำไส้	4,380,000	4,599,000	4,828,950	5,070,398	5,323,917	5,590,113	5,869,619	6,163,100	6,471,255	6,794,818	1%
ผู้ป่วยทันตกรรม	16,300	16,300	16,300	16,300	16,300	16,300	16,300	16,300	16,300	16,300	
อัตราค่าบริการเฉลี่ย	800	840	882	926	972	1,021	1,072	1,126	1,182	1,241	
รายรับแผนกทันตกรรม	13,040,000	13,692,000	14,376,600	15,095,430	15,850,202	16,642,712	17,474,847	18,348,590	19,266,019	20,229,320	4%
รับกองทุนเงินทดแทน	5,000,000	5,250,000	5,512,500	5,788,125	6,077,531	6,381,408	6,700,478	7,035,502	7,387,277	7,756,641	1%
รายอื่น ๆ											
รายรับรวม	339,856,225	370,729,036	398,126,488	427,356,862	448,324,706	470,340,941	493,457,988	517,730,887	543,217,432	569,978,303	

ประมาณการรายรับ 10 ปี กรณีผู้ประกันตน 150,000 คน

รายรับกรณี 150,000คน	ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 4	ปี 5	ปี 6	ปี 7	ปี 8	ปี 9	ปี 10	%
อัตราเหมาจ่าย	1,446	1,598	1,674	1,754	1,838	1,926	2,018	2,115	2,216	2,323	
รายรับจากเหมาจ่าย	216,900,000	239,745,000	251,132,250	263,088,863	275,643,306	288,825,471	302,666,744	317,200,082	332,460,086	348,483,090	46%
เฉลี่ยค่าภาระความเสี่ยง	444	466	490	514	540	567	595	625	656	689	
รายรับจากการคาดความเสี่ยง	66,600,000	69,930,000	73,426,500	77,097,825	80,952,716	85,000,352	89,250,370	93,712,888	98,398,533	103,318,459	14%
ผู้ป่วยใน RW > 2	878	878	878	878	878	878	878	878	878	878	
RW เฉลี่ย	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	
อัตราจ่ายต่อ RW	11,500	12,075	12,679	13,313	13,978	14,677	15,411	16,182	16,991	17,840	
รายรับจาก RW > 2	30,280,650	31,794,683	33,384,417	35,053,637	36,806,319	38,646,635	40,578,967	42,607,915	44,738,311	46,975,227	6%
ผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจ	1,454	1,454	1,454	1,454	1,454	1,454	1,454	1,454	1,454	1,454	
RW เฉลี่ย	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	
อัตราจ่ายต่อ RW	11,500	12,075	12,679	13,313	13,978	14,677	15,411	16,182	16,991	17,840	
รายรับศูนย์โรคหัวใจ	83,625,413	87,806,683	92,197,017	96,806,868	101,647,212	106,729,572	112,066,051	117,669,353	123,552,821	129,730,462	17%
จำนวนมารดา	1,700	1,900	2,100	2,300	2,500	2,700	2,900	3,100	3,300	3,500	
รายรับจากการตรวจครรภ์	5,100,000	5,985,000	6,945,750	7,293,038	7,657,689	8,040,574	8,442,603	8,864,733	9,307,969	9,773,368	
รายรับจากการคลอดบุตร	42,500,000	49,875,000	57,881,250	60,775,313	63,814,078	67,004,782	70,355,021	73,872,772	77,566,411	81,444,731	
รายรับบริการ	47,600,000	55,860,000	64,827,000	68,068,350	71,471,768	75,045,356	78,797,624	82,737,505	86,874,380	91,218,099	12%
ผู้ป่วยล้างไต	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	
อัตราค่าบริการเฉลี่ย	1,500	1,575	1,654	1,736	1,823	1,914	2,010	2,111	2,216	2,327	
รายรับศูนย์ล้างไต	4,380,000	4,599,000	4,828,950	5,070,398	5,323,917	5,590,113	5,869,619	6,163,100	6,471,255	6,794,818	1%
ผู้ป่วยทันตกรรม	20,950	20,950	20,950	20,950	20,950	20,950	20,950	20,950	20,950	20,950	
อัตราค่าบริการเฉลี่ย	800	840	882	926	972	1,021	1,072	1,126	1,182	1,241	
รายรับแผนกทันตกรรม	16,760,000	17,598,000	18,477,900	19,401,795	20,371,885	21,390,479	22,460,003	23,583,003	24,762,153	26,000,261	3%
รับบริการกองทุนเงินทดแทน	5,000,000	5,250,000	5,512,500	5,788,125	6,077,531	6,381,408	6,700,478	7,035,502	7,387,277	7,756,641	1%
รายรับอื่นๆ											
รายรับรวม	471,146,063	512,583,366	543,786,534	570,375,861	598,294,654	627,609,386	658,389,856	690,709,348	724,644,816	760,277,057	

ประมาณการรายรับ 10 ปี กรณีผู้ประกันตน 200,000 คน

รายรับ กรณี 200,000คน	ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 4	ปี 5	ปี 6	ปี 7	ปี 8	ปี 9	ปี 10	%
อัตราเงินจ่าย	1,446	1,598	1,674	1,754	1,838	1,926	2,018	2,115	2,216	2,323	
รายรับจากเงินจ่าย	289,200,000	319,660,000	334,843,000	350,785,150	367,524,408	385,100,628	403,555,659	422,933,442	443,280,114	464,644,120	49%
เฉลี่ยค่าภาระความเสี่ยง	444	466	490	514	540	567	595	625	656	689	
รายรับจากภาระความเสี่ยง	88,800,000	93,240,000	97,902,000	102,797,100	107,936,955	113,333,803	119,000,493	124,950,518	131,198,043	137,757,946	14%
ผู้ป่วยใน RW > 2	1,170	1,170	1,170	1,170	1,170	1,170	1,170	1,170	1,170	1,170	
RW เฉลี่ย	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	
อัตราจ่ายต่อ RW	11,500	12,075	12,679	13,313	13,978	14,677	15,411	16,182	16,991	17,840	
รายรับจาก RW > 2	40,371,900	42,390,495	44,510,020	46,735,521	49,072,297	51,525,912	54,102,207	56,807,318	59,647,683	62,630,068	7%
ผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจ	1,659	1,659	1,659	1,659	1,659	1,659	1,659	1,659	1,659	1,659	
RW เฉลี่ย	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	
อัตราจ่ายต่อ RW	11,500	12,075	12,679	13,313	13,978	14,677	15,411	16,182	16,991	17,840	
รายรับศูนย์โรคหัวใจ	95,400,550	100,170,578	105,179,106	110,438,062	115,959,965	121,757,963	127,845,861	134,238,154	140,950,062	147,997,565	16%
จำนวนมารดา	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100	2,100	
รายรับจากการตรวจครรภ์	6,300,000	6,615,000	6,945,750	7,293,038	7,657,689	8,040,574	8,442,603	8,864,733	9,307,969	9,773,368	
รายรับจากการคลอดบุตร	52,500,000	55,125,000	57,881,250	60,775,313	63,814,078	67,004,782	70,355,021	73,872,772	77,566,411	81,444,731	
รายรับสูติกรรม	58,800,000	61,740,000	64,827,000	68,068,350	71,471,768	75,045,356	78,797,624	82,737,505	86,874,380	91,218,099	10%
ผู้ป่วยล้างไต	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	2,920	
อัตราค่าบริการเฉลี่ย	1,500	1,575	1,654	1,736	1,823	1,914	2,010	2,111	2,216	2,327	
รายรับศูนย์ล้างไต	4,380,000	4,599,000	4,828,950	5,070,398	5,323,917	5,590,113	5,869,619	6,163,100	6,471,255	6,794,818	1%
ผู้ป่วยทันตกรรม	25,600	25,600	25,600	25,600	25,600	25,600	25,600	25,600	25,600	25,600	
อัตราค่าบริการเฉลี่ย	800	840	882	926	972	1,021	1,072	1,126	1,182	1,241	
รายรับแผนกทันตกรรม	20,480,000	21,504,000	22,579,200	23,708,160	24,893,568	26,138,246	27,445,159	28,817,417	30,258,287	31,771,202	3%
รับกองทุนเงินทดแทน	5,000,000	5,250,000	5,512,500	5,788,125	6,077,531	6,381,408	6,700,478	7,035,502	7,387,277	7,756,641	1%
รายรับอื่น ๆ											
รายรับรวม	602,432,450	648,554,073	680,181,776	713,390,865	748,260,408	784,873,429	823,317,100	863,682,955	906,067,103	950,570,458	

3. วิเคราะห์อัตราผลตอบแทน

Internal Rate of Return (IRR) ในระยะเวลา 10 ปี กรณีผู้ประกันตน 200,000 คน ที่ 5% ต่อปี กรณีผู้ประกันตน 150,000 คน ที่ 1% ต่อปี หากเป็นโครงการที่หวังผลกำไรแล้ว ยังถือว่าเป็นระดับที่ไม่น่าสนใจมากนัก

กรณีผู้ประกันตน 100,000	OP-Margin										
Investment	Y-1	Y-2	Y-3	Y-4	Y-5	Y-6	Y-7	Y-8	Y-9	Y-10	IRR
-950,000,000	31,794,836	47,093,393	59,241,793	72,472,048	78,692,607	85,336,416	92,428,992	99,997,299	108,069,826	116,676,671	-3%

กรณีผู้ประกันตน 150,000	OP-Margin										
Investment	Y-1	Y-2	Y-3	Y-4	Y-5	Y-6	Y-7	Y-8	Y-9	Y-10	IRR
-950,000,000	53,383,375	71,332,732	81,675,925	88,329,468	95,435,278	103,020,751	111,114,847	119,748,170	128,953,062	138,763,698	1%

กรณีผู้ประกันตน 200,000	OP-Margin										
Investment	Y-1	Y-2	Y-3	Y-4	Y-5	Y-6	Y-7	Y-8	Y-9	Y-10	IRR
-950,000,000	75,286,205	93,714,681	101,443,146	109,702,145	118,523,966	127,942,748	137,994,572	148,717,574	160,152,058	172,340,610	5%

ภาคผนวก 2

ชุดข้อมูลต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในระบบประกันสังคม

วัตถุประสงค์ของการจัดเก็บข้อมูล

เพื่อศึกษาสถานการณ์ทางการเงินโดยเฉพาะแหล่งรายได้และต้นทุนหลักของสถานพยาบาลประกันสังคมตัวอย่าง เพื่อประกอบการตั้งสมมติฐานและวิเคราะห์ความเป็นได้ทางการเงินของการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมต้นแบบ

ชุดข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อสถานพยาบาล

ข้อมูลโครงสร้างอาคาร จำนวนอาคาร-ชั้น-ตร.ม.

ประเภทคู่สัญญากับสำนักงานประกันสังคม

จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (ที่ได้รับอนุญาต)

จำนวนเตียงผู้ป่วยในวิกฤต

จำนวนเตียงสูติกรรมคลอด

จำนวนห้องผ่าตัดใหญ่

จำนวนห้องคลอด

จำนวนห้องตรวจโรคฉุกเฉิน

จำนวนห้องตรวจโรคทั่วไป

จำนวนห้องตรวจโรคเฉพาะทาง

จำนวนห้องตรวจสูติกรรม

จำนวนเตียงผู้ป่วยในเพื่อบริการผู้ป่วยประกันตน

จำนวนเตียงผู้ป่วยในวิกฤตเพื่อบริการผู้ป่วยประกันตน

จำนวนเตียงสูติกรรมเพื่อบริการผู้ป่วยประกันตน

จำนวนห้องผ่าตัดใหญ่เพื่อบริการผู้ป่วยประกันตน

จำนวนห้องคลอดเพื่อบริการผู้ป่วยประกันตน

จำนวนห้องตรวจโรคฉุกเฉินเพื่อบริการผู้ป่วยกันตน
จำนวนห้องตรวจโรคทั่วไปเพื่อบริการผู้ป่วยกันตน
จำนวนห้องตรวจโรคเฉพาะทางเพื่อบริการผู้ป่วยกันตน
จำนวนห้องตรวจสุติกรรมเพื่อบริการผู้ป่วยกันตน
จำนวนผู้ป่วยกันตนในสังกัด เฉลี่ยตลอดปี
รายรับทั้งหมดจากค่าบริการเหมาจ่าย
จำนวนผู้ป่วยกันตนที่มีโรคภาระเสี่ยง
รายรับทั้งหมดจากค่าบริการจากโรคภาระเสี่ยง
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ให้บริการภายใต้สิทธิกองทุนเงินทดแทน
รายรับทั้งหมดจากค่าบริการที่ให้ภายใต้สิทธิกองทุนเงินทดแทน

2. โครงสร้างองค์กรและทรัพยากรบุคคล

โครงสร้างองค์กร
โครงสร้างส่วนงานบริหารบริการผู้ป่วยกันตน
ผู้บริหารระดับสูง (Senior Management)
ผู้บริหารระดับกลาง (Middle Management)
ทีมงานบริการ (Frontline Team)
ทีมงานประสานบริการ (Care Coordination)
ทีมงานบริหารทรัพยากรการแพทย์ (Utilization Management)
จำนวนแพทย์ที่ให้บริการ FTE
จำนวนสาขาของแพทย์ที่ให้บริการ
จำนวนพยาบาลผู้ป่วยใน FTE
จำนวนผู้ช่วยพยาบาลผู้ป่วยใน FTE
จำนวนเภสัชกรผู้ป่วยใน FTE
จำนวนพนักงานให้บริการผู้ป่วยในอื่น ๆ FTE
จำนวนพยาบาลผู้ป่วยในวิกฤต FTE
จำนวนผู้ช่วยพยาบาลผู้ป่วยในวิกฤต FTE

จำนวนพนักงานให้บริการผู้ป่วยในวิกฤตอื่น ๆ FTE
 จำนวนพยาบาลผู้ป่วยในสูติกรรม FTE
 จำนวนผู้ช่วยพยาบาลผู้ป่วยในสูติกรรม FTE
 จำนวนพนักงานให้บริการผู้ป่วยในสูติกรรมอื่น ๆ FTE
 จำนวนพยาบาลห้องผ่าตัด FTE
 จำนวนผู้ช่วยพยาบาลห้องผ่าตัด FTE
 จำนวนพนักงานบริการในห้องผ่าตัดอื่น ๆ FTE
 จำนวนพยาบาลห้องหัตถการอื่น ๆ FTE
 จำนวนผู้ช่วยพยาบาลห้องหัตถการอื่น ๆ FTE
 จำนวนพนักงานบริการในห้องหัตถการอื่น ๆ FTE
 จำนวนพยาบาลห้องฉุกเฉิน FTE
 จำนวนผู้ช่วยพยาบาลห้องฉุกเฉิน FTE
 จำนวนเภสัชกรห้องฉุกเฉิน FTE
 จำนวนพนักงานบริการในห้องฉุกเฉินอื่น ๆ FTE
 จำนวนพยาบาลผู้ป่วยนอกทั่วไป FTE
 จำนวนผู้ช่วยพยาบาลผู้ป่วยนอกทั่วไป FTE
 จำนวนเภสัชกรผู้ป่วยนอกทั่วไป FTE
 จำนวนพนักงานบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปอื่น ๆ FTE
 จำนวนพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง FTE
 จำนวนผู้ช่วยพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง FTE
 จำนวนเภสัชกรผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง FTE
 จำนวนพนักงานบริการผู้ป่วยนอกเฉพาะทางอื่น ๆ FTE
 จำนวนพยาบาลผู้ป่วยนอกสูติกรรม FTE
 จำนวนผู้ช่วยพยาบาลผู้ป่วยนอกสูติกรรม FTE
 จำนวนเภสัชกรผู้ป่วยนอกสูติกรรม FTE
 จำนวนพนักงานบริการผู้ป่วยนอกสูติกรรมอื่น ๆ FTE
 จำนวนแพทย์ FTE เพื่อบริการผู้ประกันตน

จำนวนเภสัชกรผู้ป่วยนอกเฉพาะทางเพื่อบริการผู้ป่วยกันตน FTE

จำนวนพนักงานบริการผู้ป่วยนอกเฉพาะทางอื่น ๆ เพื่อบริการผู้ป่วยกันตน FTE

จำนวนพยาบาลผู้ป่วยนอกสูติกรรมเพื่อบริการผู้ป่วยกันตน FTE

จำนวนผู้ช่วยพยาบาลผู้ป่วยนอกสูติกรรมเพื่อบริการผู้ป่วยกันตน FTE

จำนวนเภสัชกรผู้ป่วยนอกสูติกรรมเพื่อบริการผู้ป่วยกันตน FTE

จำนวนพนักงานบริการผู้ป่วยนอกสูติกรรมอื่น ๆ เพื่อบริการผู้ป่วยกันตน FTE

3. การจัดบริการ

Workflow	งาน	บุคลากร	จุดให้บริการ	กระบวนการ	แนวปฏิบัติ	ข้อมูล	ตัวชี้วัด	เวลารอคอย
ฉุกเฉิน								
ผป นอก ใหม่								
ผป นอก ตามนัด								
ผป ใน นัด								
ผป ใน ไม่นัด								
เอ็กซเรย์								
ห้องปฏิบัติการ								
ห้องยา								
ส่งต่อ								

4. ข้อมูลการให้บริการ

จำนวนการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง-ปี)

จำนวนการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรคทั่วไป

จำนวนการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง ไม่มีศัลยกรรม

จำนวนการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง มีศัลยกรรม

จำนวนการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกสูติกรรม

จำนวนการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกห้องฉุกเฉิน

จำนวนการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ประกันตน

จำนวนการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง ไม่มีศัลยกรรม ผู้ประกันตน

จำนวนการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง มีศัลยกรรม ผู้ประกันตน
 จำนวนการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกสูติกรรม ผู้ประกันตน
 จำนวนการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกห้องฉุกเฉิน ผู้ประกันตน
 จำนวนการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในทั้งหมด
 จำนวนการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ไม่มีศัลยกรรม
 จำนวนการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน มีศัลยกรรม
 จำนวนการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน สูติกรรม ไม่มีการคลอดบุตร
 จำนวนการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน สูติกรรม มีการคลอดบุตร
 จำนวนการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน กรณีฉุกเฉิน ไม่มีศัลยกรรม
 จำนวนการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน กรณีฉุกเฉิน มีศัลยกรรม
 จำนวนการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ใช้ห้องผู้ป่วยวิกฤต (ทุกกรณี)
 จำนวนการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ผู้ประกันตน
 จำนวนการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ไม่มีศัลยกรรม ผู้ประกันตน
 จำนวนการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน มีศัลยกรรม ผู้ประกันตน
 จำนวนการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน สูติกรรม ไม่มีการคลอดบุตร ผู้ประกันตน
 จำนวนการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน สูติกรรม มีการคลอดบุตร ผู้ประกันตน
 จำนวนการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน กรณีฉุกเฉิน ไม่มีศัลยกรรม ผู้ประกันตน
 จำนวนการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน กรณีฉุกเฉิน มีศัลยกรรม ผู้ประกันตน
 จำนวนการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยใน ใช้ห้องผู้ป่วยวิกฤต ผู้ประกันตน (ทุกกรณี)
 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (ALOS)
 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ไม่มีศัลยกรรม
 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย มีศัลยกรรม
 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย สูติกรรม ไม่มีการคลอดบุตร
 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย สูติกรรม มีการคลอดบุตร
 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย กรณีฉุกเฉิน ไม่มีศัลยกรรม
 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย กรณีฉุกเฉิน มีศัลยกรรม
 จำนวนวันนอนในห้องผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย กรณีมีการใช้ห้องผู้ป่วยวิกฤต

[illegible]

จำนวนการตรวจภาพการแพทย์ ผู้ป่วยใน ไม่มีศัลยกรรม ผู้ประกันตน
 จำนวนการตรวจภาพการแพทย์ ผู้ป่วยใน มีศัลยกรรม ผู้ประกันตน
 จำนวนการตรวจภาพการแพทย์ ผู้ป่วยใน สูติกรรม ไม่มีการคลอดบุตร ผู้ประกันตน
 จำนวนการตรวจภาพการแพทย์ ผู้ป่วยใน สูติกรรม มีการคลอดบุตร ผู้ประกันตน
 จำนวนการตรวจภาพการแพทย์ ผู้ป่วยใน กรณีฉุกเฉิน ไม่มีศัลยกรรม ผู้ประกันตน
 จำนวนการตรวจภาพการแพทย์ ผู้ป่วยใน กรณีฉุกเฉิน มีศัลยกรรม ผู้ประกันตน
 จำนวนผู้ป่วยส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลอื่น ทั้งหมด
 ภาวะโรค 10 อันดับแรกที่มีการส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลอื่น ผู้ป่วยทั้งหมด
 จำนวนผู้ป่วยส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลอื่น ผู้ประกันตน
 ภาวะโรค 10 อันดับแรกที่มีการส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลอื่น ผู้ประกันตน

5. ข้อมูลต้นทุน

รพ. ใช้อัตราค่าบริการกับผู้ประกันตนแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไปหรือไม่
 ถ้าใช่ ขอรายละเอียดอัตรา...
 ค่าตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอกทั้งหมด (อิงอัตราค่าบริการของ รพ.)
 ค่าตรวจรักษาทั้งหมด ผู้ป่วยนอกทั่วไป
 ค่าตรวจรักษาทั้งหมด ผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง ไม่มีศัลยกรรม
 ค่าตรวจรักษาทั้งหมด ผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง มีศัลยกรรม
 ค่าตรวจรักษาทั้งหมด ผู้ป่วยนอกสูติกรรม
 ค่าตรวจรักษาทั้งหมด ผู้ป่วยนอกห้องฉุกเฉิน
 ค่าตรวจรักษากรณีผู้ป่วยนอกทั้งหมด ผู้ประกันตน
 ค่าตรวจรักษาทั้งหมด ผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ประกันตน
 ค่าตรวจรักษาทั้งหมด ผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง ไม่มีศัลยกรรม ผู้ประกันตน
 ค่าตรวจรักษาทั้งหมด ผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง มีศัลยกรรม ผู้ประกันตน
 ค่าตรวจรักษาทั้งหมด ผู้ป่วยนอกสูติกรรม ผู้ประกันตน
 ค่าตรวจรักษาทั้งหมด ผู้ป่วยนอกห้องฉุกเฉิน ผู้ประกันตน
 ค่าตรวจรักษากรณีผู้ป่วยในทั้งหมด

ค่าเวชภัณฑ์ทั้งหมด จากการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกห้องฉุกเฉิน

ค่ายาทั้งหมด จากการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง ไม่มีค่าธรรมเนียม ผู้ประกันตน

[illegible]

คำห่องปฏิบัติกาทั้งหมด จากกาตรวจรึกษาผู้ป่วยไ มีคัลยกรรรม

ค่าเวกซ์ณฑ์ทั้งหมด จากการตรวจรักษาผู้ป่วยใน กรณีฉุกเฉิน ไม่มีศัลยกรรม ผู้ประกันตน

- 172 -

6. ข้อมูลการส่งต่อ

จำนวนผู้ป่วยส่งไปรักษาต่อ รพ. อื่นทั้งหมด

10 อันดับแรกโรคที่มีการส่งไปรักษาต่อ รพ. อื่น ผู้ป่วยทั้งหมด

จำนวนผู้ป่วยส่งไปรักษาต่อ รพ. อื่นทั้งหมด ผู้ประกันตน

จำนวนผู้ป่วยส่งไปรักษาต่อ รพ. อื่น กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ประกันตน

จำนวนครั้งการตรวจรักษาที่ รพ. อื่น กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ประกันตน

จำนวนผู้ป่วยส่งไปรักษาต่อ รพ. อื่น กรณีผู้ป่วยใน ผู้ประกันตน

จำนวนวันนอน รพ. ที่ รพ. อื่น ทั้งหมด ผู้ประกันตน

10 อันดับแรกโรคที่มีการส่งไปรักษาต่อ รพ. อื่น กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ประกันตน

ค่าตรวจรักษาจากการส่งผู้ประกันตนไปรักษาต่อที่ รพ. อื่น ทั้งหมด

ค่าตรวจรักษาจากการส่งผู้ประกันตนไปรักษาต่อที่ รพ. อื่น กรณีผู้ป่วยนอก

ค่าตรวจรักษาจากการส่งผู้ประกันตนไปรักษาต่อที่ รพ. อื่น กรณีผู้ป่วยใน ไม่มีศัลยกรรม

ค่าตรวจรักษาจากการส่งผู้ประกันตนไปรักษาต่อที่ รพ. อื่น กรณีผู้ป่วยใน มีศัลยกรรม

7. ข้อมูลการให้บริการแบบสถานพยาบาลรับรักษาต่อ

จำนวนผู้ประกันตนที่รับรักษาต่อจาก รพ. อื่น ทั้งหมด

จำนวนผู้ประกันตนที่รับรักษาต่อจาก รพ. อื่น เป็นกรณีผู้ป่วยนอก

จำนวนผู้ประกันตนที่รับรักษาต่อจาก รพ. อื่น เป็นกรณีผู้ป่วยใน

จำนวนครั้งของการรักษาผู้ป่วยประกันตนส่งมารักษาต่อ กรณีผู้ป่วยนอก

จำนวนครั้งของการรับตัวผู้ป่วยประกันตนส่งมารักษาต่อ เป็นผู้ป่วยใน

จำนวนวันนอน รพ. ทั้งหมดของผู้ประกันตนส่งมารักษาต่อ เป็นผู้ป่วยใน

ภาวะโรค 5 อันดับแรกที่ได้รับการส่งผู้ประกันตนมารักษาต่อจากโรงพยาบาลอื่น

รายรับจากการรับรักษาต่อทั้งหมด

รายรับจากการรับรักษาต่อทั้งหมด กรณีผู้ป่วยนอก

รายรับจากการรับรักษาต่อทั้งหมด กรณีผู้ป่วยใน ไม่มีศัลยกรรม

รายรับจากการรับรักษาต่อทั้งหมด กรณีผู้ป่วยใน มีศัลยกรรม

8. ข้อมูลต้นทุนการให้บริการแบบสถานพยาบาลรักษาต่อ

ค่าตรวจรักษาผู้ป่วยประกันตนรักษาต่อจาก รพ. อื่นทั้งหมด (อิงอัตราค่าบริการของ รพ.)

ค่าตรวจรักษาผู้ป่วยประกันตนรักษาต่อทั้งหมด กรณีผู้ป่วยนอก

ค่าตรวจรักษาผู้ป่วยประกันตนรักษาต่อทั้งหมด กรณีผู้ป่วยใน ไม่มีศัลยกรรม

ค่าตรวจรักษาผู้ป่วยประกันตนรักษาต่อทั้งหมด กรณีผู้ป่วยใน มีศัลยกรรม

ภาคผนวก 3

แบบสอบถามโครงการวิจัย

เรื่อง

รูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตน พ.ศ. 2557

ขอความกรุณาตอบแบบสอบถามนี้ตามความเป็นจริง โดยใส่เครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ หรือเติม
 คำลงในช่องว่าง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ แต่จะนำมาวิเคราะห์เชิงวิชาการเพื่อนำผลการวิจัย
 มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนต่อไป

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

สำหรับ
เจ้าหน้าที่

ตอนที่ 1 สถานภาพส่วนบุคคล

1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิงSEX ☐

2. อายุ.....ปี

AGE

3. สถานภาพสมรส

1. ☐ โสด 2. ☐ สมรส 3. ☐ หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่STA ☐

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ☐ ประถมศึกษา 2. ☐ มัธยมศึกษา/ ปวช.
3. ☐ อนุปริญญา 4. ☐ ปริญญาตรี
5. ☐ สูงกว่าปริญญาตรีEDU ☐

5. รายได้เฉลี่ย.....บาทต่อเดือน

INC

6. อาชีพปัจจุบัน

OCC ☐

1. ☐ พนักงานธุรกิจขนาดเล็ก (พนักงานไม่เกิน 10 คน)
2. ☐ พนักงานโรงงานในสายการผลิต
3. ☐ พนักงานโรงงาน/บริษัทในส่วนสำนักงาน
4. ☐ ผู้บริหาร(ตำแหน่งผู้จัดการขึ้นไป)
5. ☐ พนักงานราชการ / พนักงานของรัฐ
6. ☐ กิจการเจ้าของคนเดียว

7. ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

1. ☐ ไม่มี 2. ☐ มีโรคประจำตัว โปรดระบุ.....

8. ท่านมีประกันสุขภาพเอกชน(นอกเหนือจากประกันสังคม)หรือไม่

1. ☐ ឯមី 2. ☐ អី

9. ท่านเป็นผู้ประกันตนตามสิทธิประกันสังคม ถึงปัจจุบันเป็น
ระยะเวลา.....ปี

10. ประเภทสมาชิกประกันสังคมของท่านในปัจจุบัน

☐ ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 (เป็นพนักงาน / ลูกจ้าง)

☐ ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (โดยสมัครใจ-ชำระเงินกับประกันสังคม
รง)

ตอนที่ 2 การใช้บริการสุขภาพด้วยสิทธิประกันสังคม

11. สถานพยาบาลที่ท่านขึ้นทะเบียนมีลักษณะอย่างไร

ประเภทสถานพยาบาล ☐ สถานพยาบาลเอกชน ☐ สถานพยาบาลรัฐ

12. เหตุผลที่ท่านเลือกสถานพยาบาลดังกล่าวเพราะเหตุใด (เลือก 3 ลำดับ)

☐ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

☐ สถานพยาบาลใกล้ที่ทำงาน

☐ เป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่ มีบริการทางการแพทย์ครบทุกสาขา

☐ สถานพยาบาลที่มีสภาพแวดล้อมดี ไม่แออัด

□ ให้บริการนอกเวลาราชการ ไม่ต้องลางาน

☐ คุณภาพบริการดี สะดวกและรวดเร็ว

 อื่นๆ

13. ท่านเคยรับบริการทันตกรรม(ทำฟัน) โดยใช้สิทธิประกันสังคมหรือไม่

1. ☐ ไม่เคย 2. ☐ เคย...(ระบุ) ☒ ท้นตรกรรมเครือประกันสังคม

○ นำใบเสร็จไปเบิกประกันสังคม

DIAC ☐INSUR ☐TIME MEM ☐TYPE ☐RES1 ☐RES2 ☐RES3 ☐DENT ☐

14. ช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลหรือไม่

1. ☐ ไม่เคย (ข้ามไปข้อ 19)

5UTIL ☐

2. ☐ เคย..(ระบุ) ☐ กรณีอุบัติเหตุ-ผู้ป่วยใน.....ครั้ง/-ผู้ป่วยนอก.....ครั้ง

5OPD

☐ กรณีเจ็บป่วย-ผู้ป่วยใน.....ครั้ง/-ผู้ป่วยนอก.....ครั้ง

5IPD

15. ความถี่ในการใช้บริการสุขภาพในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

1. ☐ ไม่เคยใช้บริการเลย

1UTIL ☐

2. ☐ ใช้บริการผู้ป่วยนอก จำนวน.....ครั้ง

1OPD

3. ☐ ใช้บริการผู้ป่วยใน จำนวน.....ครั้ง

1IPD

16. สิทธิประโยชน์ที่ท่านใช้เมื่อเข้ารับบริการสุขภาพ

1. ☐ ไม่เคยใช้สิทธิประกันสังคม

BENEF ☐

2. ☐ ใช้สิทธิประกันสังคมเพียงสิทธิเดียว

3. ☐ ใช้สิทธิประกันสังคมร่วมกับสิทธิอื่นที่มี(ระบุ).....

17. ทศนคติต่อการให้บริการผู้ป่วยนอก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก / ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

(5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 4 = เห็นด้วย, 3 = ไม่แน่ใจ, 2 = ไม่เห็นด้วย, 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

ทศนคติต่อการให้บริการผู้ป่วยนอก	5	4	3	2	1		
1. ท่านพึงพอใจที่สถานพยาบาลแยกพื้นที่ตรวจ โดยเฉพาะแก่ผู้ใช้สิทธิประกันสังคม						A1	
2. ท่านไม่รู้สึกถึงความแตกต่างในการให้บริการเมื่อเทียบกับสิทธิรักษาพยาบาลอื่น						A2	
3. ท่านได้รับการตรวจโดยแพทย์เฉพาะทาง เมื่อมีความจำเป็นและอาการป่วยรุนแรง						A3	
4. บุคลากรทางการแพทย์ให้บริการด้วยความเต็มใจและสถานที่ที่มีสภาพแวดล้อมที่ดี						A4	
5. ยาที่ได้รับมีคุณภาพ จำนวนเพียงพอและไม่มีการจ่ายเพิ่มเติมนอกเหนือ						A5	
6. ระยะเวลาตรวจไม่นาน						A6	
7. ได้รับการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นและทันการณ์						A7	
8. แพทย์เปิดโอกาสให้ซักถาม/ตอบคำถามสุขภาพเท่าที่ควร						A8	
9. ท่านพึงพอใจกับคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ได้รับ						A9	

18. ทศนคติต่อการใช้บริการผู้ป่วยใน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก / ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

(5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 4 = เห็นด้วย, 3 = ไม่แน่ใจ, 2 = ไม่เห็นด้วย, 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

ทศนคติต่อการใช้บริการผู้ป่วยใน	5	4	3	2	1		
1. หอผู้ป่วยมีความสะอาด และมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกเพียงพอ						B1	
2. แพทย์ให้บริการด้วยความดูแลเอาใจใส่ เข้ามาดูแลผู้ป่วยด้วยความรวดเร็ว						B2	
3. พยาบาลมีกิริยามารยาท และมีความสามารถในการพยาบาล และเอาใจใส่อาการป่วยของท่าน						B3	
4. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น ได้รับการแจ้งวิธีการรักษา รับการแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ						B4	
5. ท่านได้รับการอธิบายเหตุผลที่ต้องผ่าตัดและรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัด						B5	
6. ท่านได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนออกโรงพยาบาล						B6	
7. ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในเรื่องห้องพัก ค่ายา และค่าวินิจฉัยอื่นเพิ่มเติม						B7	
8. ท่านยินดีจ่ายเพิ่มเติม ในกรณีอยู่หอผู้ป่วยพิเศษและมีสิ่งอำนวยความสะดวกมากกว่าปกติ						B8	
9. รสชาติอาหารถูกปาก บริการอาหารคุณภาพดีและปริมาณเหมาะสม						B9	

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อรูปแบบบริหารจัดการโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคม

19. ในอนาคต ถ้ามีโรงพยาบาลเพื่อผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมโดยเฉพาะ ท่านจะเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลเพื่อใช้สิทธิบริการสุขภาพหรือไม่

CHOICE ☐

1. ☐ เลือก (ทำต่อข้อ 20) 2. ☐ ไม่เลือก (ข้ามไปทำข้อ 21)

20. กรณีเลือกใช้บริการ กรุณาให้เหตุผลโดยเรียงลำดับความสำคัญ (3 ลำดับ)

- ☐ ไม่ต้องกังวลเรื่องเปลี่ยนโรงพยาบาลเพราะเหตุเลิกรับผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม
- ☐ ไม่แบ่งแยกการรักษาแต่ละสิทธิประโยชน์ (เท่าเทียมกัน)
- ☐ การประสานสิทธิประโยชน์กับสำนักงานประกันสังคมสะดวกและรวดเร็ว
- ☐ คุณภาพการให้บริการที่ดีขึ้น
- ☐ ตอบสนองผู้ประกันตนที่ดีกว่า ให้บริการครอบคลุมตามสิทธิประกันสังคม เช่น ทันตกรรม คลอดบุตร
- ☐ อื่นๆ.....

WHY1 ☐

WHY2 ☐

WHY3 ☐

21. กรณีไม่เลือกใช้บริการ กรุณาให้เหตุผลเรียงลำดับความสำคัญ (3 ลำดับ)

- ☐ ฟังพอใจสถานพยาบาลปัจจุบัน ใช้บริการมานานมีประวัติรักษายาวนาน
- ☐ สถานพยาบาลปัจจุบันขนาดใหญ่ มีบริการทางการแพทย์ครบทุกสาขา
- ☐ มั่นใจในบุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลปัจจุบัน มีแพทย์ประจำที่รักษามานานและมีความคุ้นเคย
- ☐ เชื่อมั่นในคุณภาพบริการ
- ☐ อื่นๆ.....

WHY4 ☐

WHY5 ☐

WHY6 ☐

21. สำหรับห้องผู้ป่วยรวม ในทัศนะของท่านควรมีจำนวนเตียงไม่เกิน.....เตียง/ห้อง

BED ☐

22. ระยะเวลาตรวจคนไข้ของแพทย์ที่เหมาะสมต่อคนไข้ 1 รายประมาณ.....นาที/ราย

T1 ☐

23. ระยะเวลารอพบแพทย์ หรือ รอรับการตรวจที่ท่านคิดว่าเหมาะสมไม่ควรเกิน.....นาที

T2 ☐

24. ความเต็มใจจ่ายค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มกรณีท่านต้องการความเป็นส่วนตัว ในทัศนคติของท่าน

1. ☐ ห้องพิเศษเดี่ยว(ขนาดห้องใหญ่ พร้อมเครื่องใช้ไฟฟ้า อุปกรณ์อำนวยความสะดวก)

R1

R2

R3

ท่านยินดีจ่ายเพิ่มสูงสุดไม่เกินบาท/คืน

2. ☐ ห้องเตียงเดี่ยว(ขนาดห้องปกติ) ท่านยินดีจ่ายเพิ่มสูงสุดไม่เกิน.....บาท/คืน

3. ☐ ห้องเตียงคู่ ท่านยินดีจ่ายเพิ่มสูงสุดไม่เกิน.....บาท/คืน

.....

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ท่านที่เสียสละเวลาแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการให้บริการสุขภาพ