



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพ

ในโรงพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย

Cross-subsidization of Healthcare Financing at the Hospital Level :

Case Studies of Selected Public Hospitals in Thailand

จัดทำโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

กันยายน 2556

ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)



รายงานฉบับสมบูรณ์
โครงการศึกษาการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในโรงพยาบาล :
กรณีศึกษาโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย

Cross-subsidization of Healthcare Financing at the Hospital Level:
Case Studies of Selected Public Hospitals in Thailand

จัดทำโดย
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

ได้รับทุนสนับสนุนจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

กันยายน 2556

คณะนักวิจัย :

นพ.บวรศม	ลีระพันธ์	นักวิจัย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ดร.ภัททา	เกิดเรือง	นักวิจัย คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คุณอุทุมพร	วงศ์ศิลป์	ผู้ช่วยนักวิจัย สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
คุณพัชนี	ธรรมวันนา	ผู้จัดการงานวิจัย สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
คุณณัฐฐิณีธิดา	แจ้งประจักษ์	ผู้ประสานงานวิชาการ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

สารบัญ

รายการรูปภาพ	5
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.....	7
1. ที่มาและวัตถุประสงค์ของการศึกษา (Introduction).....	15
2. การทบทวนวรรณกรรม (Literature Review).....	19
2.1 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการอุดหนุนข้าม (literature related to the concept of cross-subsidization)	19
2.2 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย (conceptual framework).....	25
3. ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)	27
3.1 รูปแบบการศึกษาวิจัย (study design).....	27
3.2 บริบทของการศึกษาวิจัย (settings).....	28
3.3 การเก็บข้อมูล (data collection).....	29
3.4. การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis)	31
4. ผลการศึกษา (Results).....	35
4.1 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative findings).....	35
4.2 ผลการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative findings).....	52
5. การอภิปราย (Discussions).....	65
5.1 แบบจำลองความคิดของผู้บริหารโรงพยาบาล (mental model of hospital administrators).....	65
5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (implications for policy and practice)	68
5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต (suggestions for future studies).....	70
6. บรรณานุกรม (Bibliography).....	73
ภาคผนวก	77

รายการตาราง

Table 1 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุน (reimbursement-cost) แบ่งตามกลุ่มโรคหลักและสิทธิการรักษา (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1).....	59
--	----

รายการรูปภาพ

Figure 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยเรื่องการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล (Conceptual Framework of Cross-subsidization at Hospital-level).....	26
Figure 2 กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากข้อความสู่การตีความข้อมูลและ การให้ความหมายของประเด็นย่อยและประเด็นหลัก	36
Figure 3 กราฟแท่งเปรียบเทียบต้นทุนเฉลี่ยแบ่งตามสิทธิการรักษา (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1).....	53
Figure 4 กราฟแท่งเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนเงินเรียกเก็บ (charge) ต้นทุน (cost) และเงินเบิกจ่าย (reimbursement) แบ่งตามสิทธิการรักษา (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1).....	55
Figure 5 กราฟแท่งแสดงส่วนต่างระหว่างเงินเรียกเก็บและต้นทุน (charge-cost) และส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุน (reimbursement-cost) แบ่งตามสิทธิการรักษา (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1).....	55
Figure 6 กราฟแท่งแสดงส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่าย (Reimbursement) และต้นทุน (Cost) แบ่งตามสิทธิการรักษา (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 2).....	56
Figure 7 กราฟแท่งเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างค่าเฉลี่ย (mean) ของเงินเบิกจ่าย และต้นทุนในแต่ละกลุ่มโรคหลัก (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1).....	57
Figure 8 กราฟแท่งเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนในแต่ละกองทุน แยกตามกลุ่มอายุ (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1).....	60
Figure 9 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนของเงินเบิกจ่ายต่อต้นทุน (Reimbursement-to-cost Ratio) แบ่งตามสิทธิการรักษา (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 2).....	62
Figure 10 กราฟแท่งแสดงอัตราส่วนของเงินเบิกจ่ายต่อต้นทุน (Reimbursement-to-cost Ratio) แบ่งตามสิทธิการรักษา ไม่รวม outliers (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 2)	62
Figure 11 แบบจำลองความคิด (mental model) ของผู้บริหารโรงพยาบาลในประเด็นที่ เกี่ยวข้องกับการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ	66

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ที่มาและวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การจัดการด้านการคลังสุขภาพเป็นหนึ่งในองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะระบบสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งมีการจัดการด้านการคลังสุขภาพผ่านกองทุนสุขภาพ จำนวนหลายกองทุน ดังนั้น ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการของโรงพยาบาลต่อนโยบายของกองทุนสุขภาพเหล่านี้ จึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนานโยบายการคลังสุขภาพในระดับมหภาค ในปัจจุบันกองทุนสุขภาพของภาครัฐทั้งหมด 3 ระบบหลัก ครอบคลุมสิทธิด้านการบริการสุขภาพ ของประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทย ได้แก่ ประชากรประมาณร้อยละ 75 อยู่ภายใต้ระบบหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประมาณร้อยละ 13 อยู่ในระบบประกันสังคม และประมาณร้อยละ 10 เป็นผู้ได้รับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (HSRI & WHO, 2006) และยังคงมีกลุ่ม ประชากรที่ละสิทธิดังกล่าวและตัดสินใจจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพด้วยตนเองเมื่อไปรับบริการจาก สถานบริการสุขภาพของทั้งภาครัฐและเอกชน

ในอดีตที่ผ่านมา ผู้ทำการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายด้านคลังสุขภาพ มักจำกัดการศึกษาวิจัยอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงภายในกองทุนสุขภาพแต่ละระบบหรือแต่ละกองทุน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโรงพยาบาลไม่ได้จำกัดการบริการเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงนโยบายการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลหรือการสร้างแรงจูงใจทางการเงินของกองทุนสุขภาพหนึ่งอาจส่งผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อการตอบสนองการจัดบริการสุขภาพของ โรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ด้วย การวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาการตอบสนองของโรงพยาบาลรัฐ ต่อแรงจูงใจทางการเงินที่เกิดจากความแตกต่างของนโยบายการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลของกองทุนสุขภาพเหล่านั้น โดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัย

กรอบแนวคิดของการศึกษาชิ้นนี้อยู่บนแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์เรื่อง “การอุดหนุนข้าม” (cross-subsidization) ซึ่งหมายถึง ปรากฏการณ์ซึ่งผู้ผลิตที่ผลิตสินค้าหรือบริการมากกว่าหนึ่ง ประเภท นำเอากำไรจากการขายสินค้ากลุ่มที่ได้กำไรไปอุดหนุนหรือชดเชยกับการขาดทุนจากการขายสินค้าอีกกลุ่มหนึ่ง (Faulhaber, 1975) แนวคิดนี้ถูกปรับมาใช้ในบริบทของเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เรียกว่า “การโยกย้ายต้นทุน” (cost-shifting) ซึ่งหมายถึง การที่ผู้ให้บริการสุขภาพกำหนดราคา ให้ผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งต้องจ่ายในราคาที่สูงกว่าเพื่อชดเชยกับการที่ผู้ให้บริการไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษายาบาลจากผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งได้เต็มจำนวน (Morrisey, 1994) แนวคิดดังกล่าวได้รับการศึกษา

และพัฒนาในระบบประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งโรงพยาบาลมีอำนาจตลาดเหนือผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น สามารถตั้งราคาค่าบริการพยาบาลเพิ่มขึ้นได้ในกรณีผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพเอกชน แต่ในบริบทของประเทศไทยเนื่องจากรายรับของโรงพยาบาลรัฐถูกกำหนดด้วยนโยบายการเบิกจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบหลัก ทำให้โรงพยาบาลรัฐไม่สามารถตั้งราคาค่าบริการพยาบาลได้เองอย่างอิสระ ผู้วิจัยจำเป็นต้องพัฒนารอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยประเด็นดังกล่าวขึ้นมาใหม่ให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของระบบสุขภาพในประเทศไทย

ระเบียบวิธีศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research design) ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบ concurrent embedded research design (Creswell et al., 2004) ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก เพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลัก (themes) ที่เกี่ยวกับแนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ และสังเคราะห์แบบจำลองความคิด (mental model) ของผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐในการตอบสนองต่อนโยบายการคลังของกองทุนสุขภาพ ส่วนการวิจัยเชิงปริมาณมุ่งเน้นการศึกษาใน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาความแตกต่างของต้นทุนของการให้บริการผู้ป่วยแต่ละกองทุน (cost difference) รวมทั้งวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของต้นทุนกับลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย เพื่อค้นหารูปแบบที่อาจเกิดจากกฎระเบียบด้านการคลังสุขภาพหรือโครงสร้างแรงจูงใจ (regulations or incentive structure) ของระบบบริการสุขภาพ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ของกำไร/ขาดทุนกับการให้บริการแก่ผู้ป่วยแต่ละกองทุน โดยพิจารณาความแตกต่างของทั้งการเรียกเก็บค่าบริการและต้นทุน (charge-cost) และความแตกต่างระหว่างการเบิกจ่ายกับต้นทุน (reimbursement-cost) และเปรียบเทียบความแตกต่างนั้นระหว่างกองทุนสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคหลัก (Major Diagnostic Category, MDC) เหมือนกัน และ 3) เพื่อศึกษาหาหลักฐานเชิงประจักษ์ของการโยกย้ายต้นทุนโดยใช้การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างกำไร/ขาดทุนในกลุ่มผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและความแตกต่างในกลุ่มผู้ป่วยจ่ายเงินเอง ทั้งนี้ นักวิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณมาเปรียบเทียบกัน เพื่อเป็นการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) และมีความครอบคลุมครบถ้วน (comprehensiveness)

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้ได้มาจากโรงพยาบาลรัฐ 3 แห่งในประเทศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,000 เตียงและ 1,134 เตียง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ขนาด 1,378 เตียงของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งทำหน้าที่ด้านการบริหารโรงพยาบาลดังกล่าวรวมทั้งหมด 30 คน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) และการสัมภาษณ์กลุ่ม (focus-

group interview) ถอดเป็นคำบันทึกเสียง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ATLAS.ti version 7 (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, 2013) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 2 แห่งดังกล่าว ซึ่งประกอบไปด้วยต้นทุนหน่วยบริการ ราคาเรียกเก็บ ราคาที่ได้รับจากการเบิกจ่ายจริง สิทธิการรักษาพยาบาล กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และข้อมูลด้านลักษณะประชากรของผู้ป่วย และได้รับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ Stata version 12 (StataCorp, 2011)

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพชี้ให้เห็นถึงประเด็นหลักที่พบ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ความเข้าใจและทัศนคติที่หลากหลายเกี่ยวกับแนวทางการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ, 2) อุปสรรคในการบริหารโรงพยาบาลซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพ, 3) อุปสรรคในการบริหารโรงพยาบาลซึ่งเป็นผลมาจากข้อจำกัดภายในของโรงพยาบาล และ 4) การตอบสนองของโรงพยาบาลต่อนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณแสดงให้เห็นถึง 1) ความแตกต่างของต้นทุนในการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยของทุนสุขภาพต่างๆ โดยยังพบว่าความแตกต่างยังคงมีอยู่แม้ได้ควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้ว 2) โรงพยาบาลมีกำไร/ขาดทุนจากการให้บริการผู้ป่วยของกองทุนต่างๆ แตกต่างกันอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการได้กำไรจากการให้บริการผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ และการขาดทุนจากการให้บริการผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยต่างชาติ แต่ยังไม่พบหลักฐานเพียงพอที่จะแสดงได้ว่าโรงพยาบาลตั้งใจทำกำไรจากกลุ่มผู้ป่วยสิทธิข้าราชการเพื่อชดเชยการขาดทุนดังกล่าว 3) มีหลักฐานที่แสดงถึงการอุดหนุนข้ามกองทุนแบบไม่ตั้งใจ ซึ่งอาจเรียกว่า “passive cross-subsidization” ซึ่งเกิดจากการได้รับการจ่ายค่าบริการโรงพยาบาลไม่เพียงพอสำหรับการจัดบริการให้กับคนไข้บางกลุ่ม และ 4) ไม่พบหลักฐานว่าโรงพยาบาลโยกย้ายต้นทุนโดยตั้งราคาค่ารักษาพยาบาลให้สูงขึ้นสำหรับกลุ่มผู้ป่วยจ่ายเงินเองเพื่อชดเชยการขาดทุนจากการให้บริการผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การอภิปรายและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์แบบจำลองความคิด (mental model) ซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาลใช้เป็นแนวทางเพื่อช่วยการตัดสินใจเกี่ยวข้องกับการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ พบว่ารูปแบบการตัดสินใจแบ่งเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การตอบสนองเชิงรับ (passive response) คือไม่มีการจัดการใดๆ เพื่อตั้งใจให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลแบบจงใจ แต่ยังคงมีโอกาสทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพแบบไม่ได้จงใจได้, 2) การตอบสนองเชิงรุก (active response) เพื่อลดผลกระทบทางการ

เงินขององค์กร อาจมีการตอบสนองต่อนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพในหลายระดับ เช่น ในระดับจุลภาค (micro-level) เพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทางคลินิก เช่น จัดทำนโยบายจำกัดการใช้ยา ในระดับกลาง (meso-level) ปรับเปลี่ยนนโยบายการดำเนินงานขององค์กร เช่น การเพิ่มค่าธรรมเนียมการบริการทางการแพทย์เท่าที่ถูกระเบียบของราชการอนุญาตการพัฒนาระบบการลงทะเบียนกลุ่มวินิจัยโรคร่วมให้มีความถูกต้องและเรียกเก็บเงินได้มากขึ้นและมาตรการเพื่อลดภาระหนี้สูญ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การบริหารองค์กร เช่น การหาเงินบริจาคมาสนับสนุนการจัดบริการ หรือการวางแผนบริการผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ในจำนวนที่เหมาะสมกับอุปทานของโรงพยาบาล, 3) การตอบสนองในระดับมหภาค (macro-level) ขึ้นสังคมเพื่อให้ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระบบสุขภาพ เช่น การเจรจาต่อรองกับกองทุนสุขภาพโดยตรง การเรียกร้องให้เพิ่มการจ่ายเงินสมทบโดยผู้รับบริการ และการเรียกร้องให้ออกกฎหมายบังคับประกันสุขภาพในผู้ป่วยต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในประเทศ

ผู้กำหนดนโยบายด้านการคลังสุขภาพควรตระหนักว่า การอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพอาจเกิดขึ้นในระดับโรงพยาบาลได้เองโดยไม่มีการจัดการอย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ เนื่องจากมีความแตกต่างอย่างชัดเจนของต้นทุนและอัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทุนสุขภาพในประเทศไทย ดังนั้น จึงยังคงมีความเสี่ยงต่อการที่โรงพยาบาลจะจัดบริการที่แตกต่างกันหรือไม่เท่าเทียมกันจนอาจกลายเป็นประเด็น“ความเหลื่อมล้ำ” (inequity) ของการจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้ ผู้กำหนดนโยบายการคลังสุขภาพของประเทศจึงควรเปลี่ยนนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพให้เพียงพอต่อต้นทุนของการจัดบริการ ใช้อัตราที่ใกล้เคียงกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกองทุนสุขภาพต่างๆ และครอบคลุมถึงการบริการผู้ป่วยที่เป็นภาระทางการเงินของโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยต่างชาติ นอกจากนี้ ในด้านการประเมินผลกระทบของนโยบายการคลังสุขภาพจะต้องคำนึงถึงทั้งผลกระทบที่เกิดจากการปรับนโยบายของกองทุนสุขภาพนั้นๆ เองและประเมินผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของนโยบายของกองทุนสุขภาพอื่นๆ อีกด้วย

เนื่องจากการวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาข้อมูลภาคตัดขวางจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเชิงปริมาณเพิ่มเติมอีกในอนาคต โดยเฉพาะการศึกษาโดยใช้ข้อมูลแบบอนุกรมเวลา (time-series data) ซึ่งจะช่วยให้ชัดเจนถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (causal relationship) ของการปรับเปลี่ยนนโยบายกองทุนสุขภาพที่สนใจว่าทำให้เกิดกระทบต่อการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในโรงพยาบาล ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างฐานข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลการเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างปี และพัฒนาฐานข้อมูลที่ใช้ในการจัดการต้นทุนการรักษายาพยาบาลในโรงพยาบาลในประเทศไทยให้มีความถูกต้องมากขึ้น เก็บข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบกันได้ในระดับโรงพยาบาลหรือระดับตัวผู้ป่วย และมีระบบการกระจายต้นทุนและการคำนวณต้นทุนของหน่วยบริการที่ถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

Executive Summary

Objectives

Healthcare financing is one of the building blocks of health systems. Understanding how hospitals deal with various payment schemes and finance their health care services would be crucial in improving health financing policies at the macro level, particularly in the health systems with multiple health-financing schemes. In Thailand, there are currently three public healthcare financing schemes: the Universal Coverage Scheme (UC) which covers approximately 75 percent of the population, the Social Security Scheme (SSS) which covers approximately 13 percent of the population, and the Civil Servants Medical Benefits Scheme (CSMBS) which covers approximately 10 percent of the population (HSRI & WHO, 2006). It is crucial to note that, there still remains a group of patients who choose to give up their health benefits from the above three schemes and decide to pay out-of-pocket to receive health care services from both public and private health care providers.

In the past, health systems researchers have focused only on the financing mechanisms within particular health schemes, without addressing possible side effects on other schemes. Given that the reimbursement policies for the three schemes are quite different both in terms of reimbursement rates and payment methods, hospitals are likely to have different financial incentives in treating patients from different health schemes. Thus, this research attempts to address hospitals' financial incentives in responding to the difference in reimbursement policies. In particular, it seeks to identify and analyze possible cross-subsidization across health schemes within the public hospitals in Thailand.

Conceptual framework

The conceptual framework of this study is based on the concept of cross-subsidization. In economic theory, cross-subsidization refers to a situation in which producers use a profit obtained from selling one product or service to compensate for the loss incurred from selling another product or service. In the context of health services system, this concept is modified and referred to as “cost-shifting,” which is a

situation where hospitals increase the price charged from one group of patients in order to pay for the loss incurred from another group of patients. Cost-shifting concept was invented and used to explain the phenomenon in the hospitals in the United States after the government imposed the prospective payment policies on Medicare and Medicaid patients. The main assumption is that hospitals have some market power over certain groups of patients, mainly those who have private health insurance. In the context of Thailand, however, public hospitals do not have market power per se, as their revenues based on the reimbursements are predetermined by the payers. Therefore, in this study the researchers also developed a conceptual framework of cross-subsidization that is relevant to the contexts of Thailand.

Methods

This study employed a mixed-method research design, which includes both qualitative and quantitative data analysis. Using the concurrent embedded research design (Creswell et al., 2004), the researchers focused on emerging themes from qualitative content and synthesized a mental model of how hospital administrators making related decisions. In addition, quantitative analysis was used to complement qualitative data on three issues. First, descriptive statistics was used to analyze the cost difference among patients from different schemes. Regression analysis was also used to determine whether the cost difference is explained by having different health schemes or by other characteristics of the patients. Second, the difference between charge and cost and the difference between reimbursement and cost across health scheme were compared to determine the pattern of profit or loss from providing services to different groups of patients. Then, the difference between reimbursement and cost was investigated further by comparing this difference across different health schemes within the same Major Diagnostic Category (MDC) and within the same age group. Finally, to determine any possibility for cost-shifting across schemes, a correlation between the charge-cost difference for the OPP patients and the reimbursement-cost difference for the UC patients was investigated.

The data used in this study are based on three selected public hospitals; two of them are medical centers with 1,000 and 1,134 beds, and one of them is a teaching hospital with 1,378 beds. Using semi-structure interviews and focus-group

interviews, the qualitative data was collected from 30 key informants who are responsible for the administration of those hospitals. The interview records were verbatim transcribed and analyzed using the qualitative analysis packages ATLAS.ti version 7 (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, 2013). The quantitative data are of inpatient care, including information on unit-cost, charge, reimbursement, patient's health scheme, DRG codes, and basic demographic characteristics, and collected at the patient level from the two medical centers. Data analysis was conducted using the statistical packages Stata version 12 (StataCorp, 2011).

Results

Based on the qualitative content analysis, 13 sub-themes related to the concept of cross-subsidization emerged. They can be categorized into four major themes. First, the concept of cross-subsidization is perceived and understood very differently among hospital administrators. Second, payment policies of health schemes create obstacles to hospitals' financial management. Third, organizational factors of hospitals also create obstacles to hospitals' financial management. Lastly, hospitals respond to payment policies of health schemes by various measures.

The quantitative data analysis revealed that unit-costs are different across schemes even if other characteristics are controlled for, and the differences between reimbursement and cost vary across different schemes in a systematic pattern. In particular, there is a gain from providing healthcare to CSMBS patients, while there is a loss from providing care to other groups of patients, such as UC and foreign patients. Nonetheless, these quantitative results do not indicate that the hospitals intentionally make a profit from providing care to CSMBS patients in order to subsidize its loss. In fact, this could be an evidence of "passive cross-subsidization," where the cross-subsidy results from insufficient reimbursement from particular groups of patients. Lastly, there is no evidence that the hospital "cost-shifts" by increasing the price charged to OPP patients to compensate for the UC loss.

Discussions and suggestions

From data analyses, the researchers synthesized a mental model that the administrators use to make decisions related to the concept of cross-subsidization. We found three patterns of decision-making, including 1) passive response, which no active management practices were conducted for cross-subsidy. But cross-subsidy still can happen as of “passive cross-subsidization”, 2) active response, which includes organizational practices to reduce negative financial impacts. At the micro-level, hospitals may increase the efficiency of clinical processes, such as limited use of certain drugs. At the meso-level, hospitals may change operational policies, such as conducting lean processes, increasing medical fees charged to certain groups of patients if legally allowed, improving accuracy of DRG coding, reducing non-performing loans, raising funds from public donations, or strategically segmenting of patients, and 3) at the macro-level, administrators may attempt to negotiate with health schemes on a fair reimbursement rate, or advocate a new law to enforce a compulsory health insurance of inbound international patients.

Policymakers should realize that, even if there is no active management at the hospital level, “passive cross-subsidization” still can happen because the difference between unit-cost and reimbursement still varies among health schemes, and this can be considered an inequity issue. Hence, policymakers should adjust health financing policies to adequately pay for health services provided, and pay at a more similar rate across health schemes. Financing mechanisms for patient care that is currently a burden of hospitals, such as care of inbound foreign patients, should be considered. Moreover, when evaluating the impact of any health schemes’ policies, policymakers should consider not only an impact to patients of that particular health scheme, but also an impact to other groups of patients within the hospitals as well.

This study has some limitations due to its nature of exploratory research and its cross-sectional dataset. In particular, the future research should utilize time-series data to investigate a causal relationship between payment policies of health schemes and cross-subsidization at the hospital level. Policymakers should invest on developing a systematic collection of longitudinal datasets from hospitals nationwide. Lastly, in order to analyze the data across hospitals and patient groups, standardization of cost allocation and unit-cost calculation methods is needed.

1. ที่มาและวัตถุประสงค์ของการศึกษา (Introduction)

การจัดการด้านการคลังสุขภาพ (health financing) เป็นหนึ่งในองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญ (building block) ของระบบสุขภาพ และเป็นกลไกสำคัญในการสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ คือ ระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (effective) มีประสิทธิภาพ (efficient) และมีความเป็นธรรม (equitable) (WHO, 2006) ดังนั้น ความเข้าใจในกลไกการจัดการด้านการคลังสุขภาพ โดยเฉพาะการสร้างระบบการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากแหล่งทุนต่างๆ ไปยังหน่วยบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม จึงมีความสำคัญในเชิงนโยบายในฐานะที่เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะสร้างแรงจูงใจให้ผูมีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ

ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีกลไกการจัดการด้านการคลังสุขภาพผ่านกองทุนสุขภาพและระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบหลัก ซึ่งครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทย โดยที่ประชากรประมาณร้อยละ 75 มีสิทธิในการเข้าถึงบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme, UCS) ประชากรอีกประมาณร้อยละ 13 เป็นลูกจ้างที่ได้รับสิทธิจากระบบประกันสังคม (Social Security Scheme, SSS) และประชากรประมาณร้อยละ 10 เป็นผู้ได้รับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefits Scheme, CSMBS) ซึ่งคุ้มครองตัวข้าราชการและญาติสายตรงซึ่งได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส และบุตรซึ่งอายุต่ำกว่า 18 ปี (HSRI & WHO, 2006) นอกจากนั้น ยังคงมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่มีภาระสละสิทธิการประกันสุขภาพจาก 3 กองทุนหลักดังกล่าว และยังคงจ่ายค่าบริการสุขภาพด้วยตนเอง (Out-of-Pocket Payment Patients, OPP) เมื่อไปรับบริการจากสถานบริการสุขภาพของทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

ในอดีตที่ผ่านมา ผู้ทำการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายด้านคลังและกลไกการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของกองทุนสุขภาพทั้ง 3 ระบบหลักของประเทศไทย มักจำกัดการศึกษาวิจัยอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงภายในกองทุนสุขภาพแต่ละระบบหรือแต่ละกองทุน ตัวอย่างเช่น เมื่อมีการตั้งข้อสังเกตว่า ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในทศวรรษที่ผ่านมา (สุพล ลิ้มวัฒนานนท์และคณะ, 2555) ก็มักจะมีการตั้งสมมติฐานว่า ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นนั้นอาจจะเป็นผลมาจากนโยบายของกรมบัญชีกลางที่กำหนดให้โรงพยาบาลสามารถเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในบางกลุ่มโรคได้โดยตรง โดยไม่ต้องให้คนไข้สำรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้า (direct reimbursement) หรือตั้งสมมติฐานว่า นโยบายดังกล่าวอาจเป็นการเพิ่มแรงจูงใจของโรงพยาบาลที่จะจัดบริการรักษายาบาลแก่ผู้ป่วยนอกของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโรงพยาบาลแต่ละแห่งไม่ได้จำกัดการให้การรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้สิทธิระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการแต่เพียงกลุ่มเดียว ดังนั้นแรงจูงใจทางการเงิน

(financial incentives) ของโรงพยาบาลจึงขึ้นอยู่กับนโยบายทางการคลัง และวิธีการเบิกจ่ายค่าตอบแทน (reimbursement mechanisms) ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจากทุกกลุ่มกองทุน ซึ่งได้แก่ CSMBS, SSS, UCS และ OPP อาจกล่าวได้ว่า การเปลี่ยนแปลงแรงจูงใจทางการเงินของกองทุนสุขภาพหนึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางบวกและทางลบต่อการตอบสนองการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆด้วยเสมอ ทั้งนี้เนื่องจาก ในแต่ละโรงพยาบาลมักมีการใช้ทรัพยากรสุขภาพส่วนกลางเพื่อจัดบริการให้กับผู้ป่วยของทุกๆ กองทุนสุขภาพ โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐซึ่งจำเป็นต้องรับดูแลผู้ป่วยของทุกกองทุนสุขภาพ และไม่อาจกำหนดนโยบายรับดูแลรักษาเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งได้ ดังนั้น อาจมีความเป็นไปได้ว่า ผลจากนโยบายของกรมบัญชีกลางที่กำหนดให้โรงพยาบาลสามารถเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายการรักษาของผู้ป่วย CSMBS ได้โดยตรงในกรณีตัวอย่างข้างต้น อาจทำให้โรงพยาบาลมีนโยบายเพิ่มการให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิ CSMBS หรือ OPP เพื่อนำรายได้มาอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ (cross-subsidize) ให้กับการจัดบริการแก่ผู้ป่วยนอกกลุ่มอื่นๆ หรืออุดหนุนการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยในซึ่งใช้สิทธิกองทุนอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมีการขาดทุนจากการจัดบริการ เป็นต้น

ดังนั้น ในการเปลี่ยนแปลงการจัดบริการสุขภาพภายในโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง นโยบายทางการคลังและวิธีเบิกจ่ายค่าตอบแทนของกองทุนสุขภาพหนึ่งๆ ผู้บริหารของแต่ละโรงพยาบาลอาจมีการพิจารณาแรงจูงใจทางการเงินของกองทุนประกันสุขภาพอื่นๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจด้วย ซึ่งในทางทฤษฎีแล้ว ผลกระทบต่อการจัดบริการของโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนอาจมีมากกว่าการเพิ่มจำนวนการให้บริการแก่ผู้ป่วยของกองทุนสุขภาพที่ให้กำไรมากกว่าหรือมีส่วนต่างของค่าตอบแทนเมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนการจัดบริการที่สูงกว่า แต่อาจรวมถึงการปรับราคาค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้รับบริการที่จ่ายเงินเอง การเพิ่มหรือลดการจัดบริการสุขภาพบางอย่างการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยบางกลุ่มเป็นกรณีพิเศษ หรือแม้แต่การสร้างอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการบางกลุ่ม เป็นต้น

ด้วยเหตุผลข้างต้น การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดนโยบายการคลังสุขภาพของประเทศไทย ในอนาคต ทั้งนี้ ในการกำหนดนโยบายดังกล่าว ผู้กำหนดนโยบายมีความจำเป็นต้องใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ (empirical evidence) ที่แสดงให้เห็นว่า มีการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในโรงพยาบาลของประเทศไทยจริงหรือไม่ และถ้ามีจริง การอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพเหล่านั้นเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด (degree) ในระดับใด (level) และในบริบทใด (context) ตัวอย่างเช่น หากมีการอุดหนุนข้ามกองทุนเกิดขึ้นจริงเป็นการอุดหนุนข้ามซึ่งเกิดขึ้นอย่างตั้งใจจากนโยบายระดับชาติหรือระดับนโยบายระหว่างกองทุนสุขภาพ หรือเกิดจากนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล หรือเกิดจากการตัดสินใจทางคลินิกของของแพทย์ผู้ส่งการรักษา มีการอุดหนุนข้ามจากผู้ป่วยกลุ่มใด

ไปยังผู้ป่วยกลุ่มใด ปริมาณเงินที่มีการอุดหนุนข้ามมีมากน้อยเท่าไร มีการอุดหนุนข้ามระหว่างผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกหรือไม่ และมีการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนในผู้ป่วยประเภทใดเป็นพิเศษหรือไม่อย่างไร เป็นต้น

ข้อมูลจากการศึกษาเชิงประจักษ์ดังกล่าว จะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายการคลังสุขภาพสามารถเข้าใจถึงการตอบสนองต่อนโยบายการจ่ายเงินหรือการกำหนดแรงจูงใจอื่นๆ ของสถานบริการสุขภาพที่ให้บริการผู้ป่วยจากหลายกองทุนสุขภาพเช่นโรงพยาบาลของรัฐได้ดียิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น หากพบว่ามีการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพเกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาลของรัฐ ผู้กำหนดนโยบายการคลังสุขภาพของประเทศก็จะสามารถประเมินผลและตัดสินใจเชิงนโยบายเพื่อจัดการกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นนั้นเกิดจากปัจจัยภายใน หรือนโยบายของกองทุนสุขภาพนั้นๆเอง หรือเกิดจากปัจจัยของกองทุนสุขภาพอื่นๆ ผ่านกลไกการจัดการอุดหนุนข้ามกองทุนของแต่ละโรงพยาบาล หรือหากผู้กำหนดนโยบายต้องการลดพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์บางประการ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความพยายามทำการอุดหนุนข้ามกองทุนในระดับโรงพยาบาลจะต้องมีการกำหนดนโยบายแก้ไขอย่างไร

นอกจากนั้นหากพิจารณาจากมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐ ข้อมูลเชิงประจักษ์ดังกล่าว จะช่วยบ่งชี้ว่าโรงพยาบาลต่างๆ มีภาระด้านการบริหารจัดการเพื่อทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร รวมทั้งนโยบายการคลังของกองทุนสุขภาพต่างๆ ทำให้เกิดเป็นภาระการบริหารจัดการอุดหนุนข้ามกองทุนของโรงพยาบาลต่างๆ มากน้อยเพียงใด ซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์ดังกล่าวอาจนำไปสู่การสร้างแนวทางแก้ไขเชิงนโยบายเพื่อลดภาระดังกล่าวของโรงพยาบาลต่อไป

การศึกษาวิจัยชิ้นนี้เป็นการพยายามทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล โดยเป็นการวิจัยเบื้องต้นเพื่อสำรวจหาข้อมูล (exploratory research) ทั้งข้อมูลเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ แนวคิด ทศนคติ ของผู้บริหารโรงพยาบาล รวมทั้งข้อมูลด้านการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในระดับผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาล โดยใช้กรณีศึกษาโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่จำนวน 3 แห่งในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์หลักของการศึกษา 3 ประการ ได้แก่

- 1) อธิบายความจำเป็นหรือแรงจูงใจ (motivations) ของผู้บริหารโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะนำไปสู่การจัดการภายในองค์กรที่ทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลทั้งแรงจูงใจทางการเงินและแรงจูงใจด้านอื่นๆ (financial and non-financial incentives) ซึ่งอาจรวมทั้งปัจจัยระดับมหภาค เช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบาย

ของกองทุนสุขภาพทั้ง 3 ระบบ และปัจจัยระดับจุลภาค เช่น ภาระทางการเงินขององค์กร รูปแบบการจัดการ วัฒนธรรมองค์กร และวัฒนธรรมวิชาชีพ

- 2) พัฒนาแบบจำลองความคิดของผู้บริหารโรงพยาบาล (mental model) ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในโรงพยาบาล ทั้งนี้ เพื่ออธิบายแนวคิดการอุดหนุนข้ามโรงพยาบาลโดยพิจารณาจากมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย โดยพิจารณาถึงแนวทางการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อตอบสนอง (organizational response) ต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายการคลังและกลไกการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของกองทุนสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการภายในองค์กรที่อาจทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล
- 3) ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ของการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในโรงพยาบาล เช่น ความแตกต่างของต้นทุน (cost difference) ในการให้บริการสุขภาพประเภทเดียวกันแก่ผู้ป่วยของกองทุนสุขภาพต่างๆ และภาวะกำไรหรือขาดทุนของโรงพยาบาล (profit/loss, excess of revenues over expenses) ที่เกิดจากการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยของแต่ละกองทุนสุขภาพ

2. การทบทวนวรรณกรรม (Literature Review)

ในรายงานบทนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล เพื่อสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดของการศึกษานี้ต่อไป ซึ่งแนวคิดเรื่องการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับหลายแนวคิดทางทฤษฎี (theoretical concepts) ทั้งแนวคิดทางทางการเงินการบัญชี และแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ ได้แก่ การศึกษาต้นทุนของหน่วยบริการ (unit cost) รวมทั้งความแตกต่างของต้นทุนของการให้บริการระหว่างกลุ่มผู้รับบริการ (cost difference) การศึกษาภาวะกำไรหรือขาดทุนของการจัดบริการ (profit/loss, excess of revenues over expenses) การโยกย้ายต้นทุน (cost-shifting) และการอุดหนุนข้าม (cross-subsidization) ซึ่งในแต่ละแนวคิดมีวิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน

2.1. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการอุดหนุนข้าม (literature related to the concept of cross-subsidization)

2.1.1 ความแตกต่างของต้นทุนของการให้บริการผู้ป่วยแต่ละกองทุน (cost difference):

การศึกษาความแตกต่างของต้นทุนของการในการให้บริการสุขภาพประเภทเดียวกันแก่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิกองทุนสุขภาพต่างๆ สามารถทำได้โดยใช้วิธีการหาข้อมูลต้นทุนระดับย่อย (micro-costing method) (Frick 2009) โดยทำการเก็บข้อมูลรายละเอียดของการใช้ทรัพยากรสุขภาพและราคาของทรัพยากรสุขภาพที่ใช้ไปเพื่อประมาณต้นทุนของการจัดบริการสุขภาพซึ่งใช้ทรัพยากรเหล่านั้น ซึ่งการศึกษาวีธีดังกล่าวสามารถใช้ศึกษาหาความแปรปรวนของต้นทุนในการทำผลการ หรือการจัดบริการชนิดนั้นๆ ได้

เนื่องจากโรงพยาบาลมีการให้บริการหลายประเภท การวิเคราะห์ต้นทุนของหน่วยบริการสุขภาพ สามารถศึกษาได้จากเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยประเภทเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยสามารถจำแนกตามกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคหรืออาการชนิดเดียวกัน โดยในประเทศไทย หากเป็นผู้ป่วยในที่ต้องเข้ารับการรักษาดำเนินในโรงพยาบาลมีการใช้ระบบข้อมูลเรื่อง “การวินิจฉัยโรคร่วม” (Diagnosis-related Groups, DRGs) (สปสช., 2554) เป็นวิธีมาตรฐานในการจำแนกผู้ป่วยตามกลุ่มโรคหรืออาการชนิดเดียวกัน ผู้วิจัยจึงสามารถใช้ DRGs เป็นหน่วยของการวิเคราะห์ (unit of analysis) ได้

ตัวอย่างการศึกษาซึ่งวิธีดังกล่าวเพื่อหาต้นทุนการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทย ได้แก่ การศึกษาต้นทุนของโรงพยาบาลด้วยวิธี “micro-costing with a cost-to-charge ratio” เพื่อใช้คำนวณปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (relative weight of diagnosis-related group) โดยใช้ข้อมูลในการให้บริการสุขภาพเมื่อผู้ป่วยมาติดต่อในแต่ละแต่ละครั้ง (cost per visit) เป็น

หน่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ (unit cost) โดยการศึกษาดังกล่าวเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับของผู้ป่วย (patient-level) เพื่อนำไปใช้ในการคำนวณอัตราการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพให้แก่โรงพยาบาลของประเทศไทย (Khiaocharoen et al., 2011)

2.1.2 ภาวะกำไรหรือขาดทุน (profit/loss, or excess of revenues over expenses):

การศึกษาภาวะกำไรหรือขาดทุนมีจุดประสงค์เพื่อที่จะหาหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าโรงพยาบาลมีการขาดทุนในการจัดบริการสุขภาพจริงหรือไม่ และถ้าหากขาดทุนจริงการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มใดหรือผู้ป่วยของกองทุนสุขภาพใดที่มีความเชื่อมโยงกับการขาดทุนนั้นๆ การศึกษาดังกล่าวสามารถทำได้โดยการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ส่วนต่างระหว่างต้นทุนและรายรับซึ่งได้จากการเบิกจ่าย (หรือจ่ายล่วงหน้า) จากแต่ละกองทุนสุขภาพ โดยใช้การเปรียบเทียบในลักษณะเดียวกันกับการเปรียบเทียบความแตกต่างของต้นทุน เช่น การเปรียบเทียบส่วนต่างของต้นทุนและการเบิกจ่ายของผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเดียวกันสำหรับผู้ป่วยนอก หรือการเปรียบเทียบผู้ป่วยที่อยู่ใน DRG เดียวกันสำหรับผู้ป่วยใน นอกจากนี้ ผู้วิจัยอาจเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอายุและเพศเดียวกัน และพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของส่วนต่างระหว่างต้นทุนและการเบิกจ่ายของผู้ป่วยภายใต้กองทุนต่างๆ เพื่อพิสูจน์ว่าความแตกต่างของต้นทุนในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจากกองทุนต่างๆ สามารถอธิบายได้ด้วยลักษณะทางประชากรและ เศรษฐฐานะของผู้ป่วย หรือความแตกต่างนั้นมีสาเหตุมาจากความแตกต่างของลักษณะและการดำเนินการของแต่ละกองทุน

ผู้วิจัยสามารถศึกษาภาวะกำไรหรือขาดทุนของโรงพยาบาลจากการศึกษาทั้งต้นทุนและการเบิกจ่ายสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้กองทุนสุขภาพต่างๆ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนและการเบิกจ่ายในแต่ละครั้ง (visits) โดยข้อมูลที่ใช้จะประกอบไปด้วยข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ (unit cost) และข้อมูลการเบิกจ่าย (reimbursement หรือ prospective payment) ซึ่งได้จากหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลกำกับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในแต่ละกองทุนสุขภาพ

2.1.3 การอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ (cross-subsidization):

“การอุดหนุนข้าม” (cross-subsidization)¹ เป็นแนวคิดในทางเศรษฐศาสตร์ที่ใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ซึ่งผู้ผลิตที่ผลิตสินค้าหรือบริการมากกว่าหนึ่งประเภท นำเอากำไรจากการขายสินค้ากลุ่มที่ได้กำไรไปอุดหนุนหรือชดเชยกับการขาดทุนจากการขายสินค้าอีกกลุ่มหนึ่ง (Faulhaber, 1975) แนวคิดเรื่องการอุดหนุนข้ามนี้ยังได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้กับการกำหนดราคาโดยหน่วยงานภาครัฐซึ่งต้องบริหารจัดการราคาสินค้าหลายประเภทที่เกี่ยวข้องกัน ตัวอย่างเช่น รัฐบาลต้องการให้ประชาชนหันมาใช้พลังงานทดแทน เช่น ไบโอดีเซล แทนการใช้น้ำมันดีเซลหมุนเร็ว จึงตั้งราคา

¹ ในบางตำรา ใช้คำว่า การอุดหนุนไขว้หรือการอุดหนุนราคาไขว้

น้ำมันดีเซลหมุนเร็วในราคาที่สูงเพื่อจัดเก็บเงินเข้าสู่กองทุนน้ำมันเชื้อเพลิง และใช้เงินจากกองทุนนี้ในการอุดหนุนราคาของไบโอดีเซล ส่งผลให้ไบโอดีเซลมีราคาต่ำกว่าน้ำมันดีเซลหมุนเร็วต่างๆ ที่ต้นทุนของไบโอดีเซลจะสูงกว่าก็ตาม (Vikitset, 2008) นอกจากนี้การอุดหนุนข้าวยังสามารถใช้เป็นกลยุทธ์ทางการตลาดในภาคเอกชนในการดึงดูดลูกค้าเพื่อทำกำไร เช่น คาสโนเปิดให้บริการร้านอาหารที่หรูหราและมีราคาสูงเพื่อเป็นการดึงดูดลูกค้าให้เข้ามาเล่นการพนัน เป็นต้น

การศึกษาเรื่องการอุดหนุนข้าวมาระหว่างหน่วยบริการในบริบทของเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (health economics) มักจะเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่โรงพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งในราคาที่สูงขึ้นเพื่อชดเชยกับการที่โรงพยาบาลนั้นไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งได้เต็มจำนวน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยกลุ่มหลังไม่มีประกันสุขภาพ หรือมีประกันสุขภาพที่ใช้ระบบเบิกจ่ายแบบล่วงหน้า (prospective payment system) (Morrisey, 1994) ซึ่งแนวความคิดอธิบายปรากฏการณ์การอุดหนุนข้าวมในลักษณะนี้มีชื่อเรียกเฉพาะอีกอย่างว่า “การโยกย้ายต้นทุน” (cost-shifting) ซึ่งหมายถึง การที่ผู้ขายสินค้าหรือผู้ให้บริการกำหนดราคาให้ผู้ซื้อกลุ่มหนึ่งจ่ายราคาที่สูงกว่าเพื่อที่จะนำส่วนต่างนี้ไปชดเชยกับการสูญเสียรายได้จากการที่ผู้ซื้ออีกกลุ่มหนึ่งซึ่งจ่ายราคาต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

ทั้งนี้ Morrisey (1994) ได้จำแนกการโยกย้ายต้นทุน (cost-shifting) ออกเป็น 2 ประเภท โดยแบ่งตามสาเหตุของการเกิดการโยกย้ายต้นทุนที่ต่างกัน ได้แก่ 1) static cost-shifting และ 2) dynamic cost-shifting

Static cost-shifting เป็นการอุดหนุนข้าวมกลุ่มที่เกิดจากการที่โรงพยาบาลมีอำนาจตลาด และสามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ในอัตราที่ต่างกัน ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงของราคาในตลาดหนึ่ง หรือราคาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงของราคาในตลาดอื่นๆหรือผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า static cost-shifting จัดเป็นตัวอย่างหนึ่งของแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์เรื่อง “การตั้งราคาที่ต่างกัน” (price discrimination)

Dynamic cost-shifting เป็นการอธิบายการเปลี่ยนแปลงของราคาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของราคาที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่ง ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาได้มีการเพิ่มราคาที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยประกันสุขภาพเอกชน หรือถูกคาดหวังให้มีการเพิ่มราคาที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยประกันสุขภาพเอกชน เพื่อนำไปชดเชยรายได้ของโรงพยาบาลที่ลดลงเนื่องจากการลดอัตราการเบิกจ่ายของผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ Medicare และ Medicaid ซึ่งเป็นประกันสุขภาพของภาครัฐซึ่งมีการเบิกจ่ายเงินแบบล่วงหน้า (prospective payment)

จากการทบทวนผลการศึกษาจากงานวิจัยเรื่องข้ามหน่วยบริการในต่างประเทศ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีทั้งการศึกษาที่พบและไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ของ cost-shift หรือ cross-subsidization ทั้งนี้ ผลการศึกษาที่แตกต่างกันอาจอธิบายได้จากวิธีการศึกษาและช่วงเวลาในการศึกษาที่แตกต่างกัน

ตัวอย่างงานวิจัยเชิงประจักษ์ที่พบว่ามี cost-shift หรือ cross-subsidization เกิดขึ้น ได้แก่ Dranove (1998) ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลในรัฐอิลลินอยส์มีการทำ cost-shift หลังจากที่มีการลดการเบิกจ่ายของ Medicaid ในช่วงต้นปี 1980 และ Zwanziger and Bamezai (2006) ที่พบว่า เมื่อมีการปรับราคาค่าบริการสำหรับผู้ป่วย Medicare และ Medicaid ให้ลดลงจะส่งผลให้ราคาที่เราเรียกเก็บจากผู้ป่วยประกันสุขภาพเอกชนเพิ่มขึ้น ในทางกลับกัน ตัวอย่างงานวิจัยเชิงประจักษ์ที่ไม่พบว่ามี cost-shift หรือ cross-subsidization เกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น Zuckerman (1987) ซึ่งพบว่าดัชนีความจำเป็นที่จะต้อง cost-shift (“need-to-cost-shift” index) ของโรงพยาบาลไม่สามารถอธิบายส่วนเพิ่มของราคาที่เราเรียกเก็บจากผู้ป่วยที่มีประกันเอกชนได้ และ Cutler (1998) ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลไม่มีการทำ cost-shift ในช่วงปี 1990-1995 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่บริษัทประกันสุขภาพมีการนำเอาหลักการการควบคุมการจัดบริการสุขภาพ (Managed Care) เข้ามาใช้เพื่อควบคุมต้นทุนของการประกันสุขภาพภาคเอกชน

นอกจากนั้น ยังมีการศึกษาซึ่งใช้การวิเคราะห์ต้นทุนสำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการหลากหลายประเภท และใช้ต้นทุนที่คำนวณได้สำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภทในการทดสอบการอุดหนุนข้าม (cross-subsidization) ตัวอย่างของงานศึกษาวิจัยในลักษณะดังกล่าว ได้แก่ Troyer (2002) ซึ่งได้ศึกษาการอุดหนุนข้ามกลุ่มในสถานดูแลคนชรา (nursing home) เพื่ออธิบายความแตกต่างในอัตราการจ่ายระหว่างผู้ป่วยประเภทต่างๆ (ได้แก่ Medicare, Medicaid, private, self-pay) โดยงานวิจัยชิ้นนี้พบว่า อัตราการเบิกจ่าย (reimbursement rate) ของ Medicaid ต่ำกว่าต้นทุนเฉลี่ยส่วนเพิ่ม (average incremental cost) ของผู้ป่วย Medicaid ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีการอุดหนุนข้ามกลุ่มเกิดขึ้นในสถานดูแลคนชรา

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเรื่องการอุดหนุนข้ามหรือการโยกย้ายทุนในประเทศสหรัฐอเมริกา มีที่มาจากสมมติฐานที่สำคัญว่า โรงพยาบาลมีอำนาจตลาดในระดับหนึ่ง และสามารถตั้งราคาค่าบริการได้ สำหรับผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง (เช่น ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพของเอกชน) ให้สูงกว่าราคาเรียกเก็บจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น แต่ในบริบทของประเทศไทย โรงพยาบาลของรัฐไม่มีอำนาจในการกำหนดราคาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เนื่องจากค่าบริการที่โรงพยาบาลเรียกเก็บหรือได้รับการเบิกจ่ายสำหรับการให้บริการผู้ป่วยของแต่ละกองทุนได้ถูกกำหนดโดยนโยบายของรัฐไว้ก่อนหน้าแล้ว

2.1.4 การทดสอบการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ (test of cross-subsidization):

การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการอุดหนุนข้าม (cross-subsidization) ของโรงพยาบาล มักจะตั้งอยู่บนสมมติฐานว่า โรงพยาบาลจำเป็นต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยจากทุกกลุ่ม รวมทั้งผู้ป่วยซึ่งใช้สิทธิการประกันสุขภาพของกองทุนสุขภาพต่างๆ ทั้งนี้ โรงพยาบาลอาจมีความเสี่ยงที่จะประสบกับการภาวะขาดทุนอันเนื่องมาจากรายได้ที่เบิกจ่ายสำหรับผู้ป่วยบางประเภทไม่เพียงพอกับรายจ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนั้นๆ ดังนั้น เพื่อความจำเป็นในการอยู่รอดทางการเงิน โรงพยาบาลเหล่านั้นอาจมีความจำเป็นที่จะต้องใช้จ่ายได้จากผู้ป่วยกลุ่มอื่นมาอุดหนุนการขาดทุนของโรงพยาบาล นอกจากนั้นปัจจัยอื่นๆ ทั้งในระดับมหภาค เช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบายของระบบประกันสุขภาพของแต่ละกองทุนสุขภาพในช่วงเวลาดังกล่าว รวมทั้งปัจจัยระดับจุลภาคของโรงพยาบาล เช่น การจัดการภายในองค์กร วัฒนธรรมองค์กร และวัฒนธรรมวิชาชีพ ก็อาจจะมีผลต่อแรงจูงใจในการจัดการให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลได้

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่า การวิเคราะห์เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ของการอุดหนุนข้ามระหว่างการให้บริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิกองทุนสุขภาพต่างๆ ในขั้นต้นมักจะวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่อหารูปแบบ (pattern) ของส่วนต่างระหว่างต้นทุนและการเบิกจ่ายจากกองทุนสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในวรรณกรรมด้านเศรษฐศาสตร์อุตสาหกรรม (Industrial organization) มีการศึกษาเพื่อค้นหาวิธีการที่จะใช้เพื่อทดสอบการอุดหนุนข้าม (test of cross-subsidization) ได้แก่ stand-alone cost test และ incremental cost test (Faulhaber 1975, Troyer 2002) ซึ่งเป็นวิธีทดสอบที่ใช้ในการวิเคราะห์ cross-subsidization โดยเฉพาะ

การใช้วิธีทดสอบทั้ง stand-alone cost test และ incremental cost test ตั้งอยู่บนสมมติฐานว่า การเบิกจ่ายสำหรับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบางกองทุนสุขภาพ อาจไม่เพียงพอกับรายจ่ายจริงที่โรงพยาบาลใช้ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนั้นๆ และการให้การรักษานี้ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอื่นๆ สามารถทำกำไรให้กับโรงพยาบาลได้มากกว่า ทั้งนี้ stand-alone cost test จะเป็นตัวบ่งชี้ว่ามีกองทุนสุขภาพใดเป็นกองทุนที่ให้การอุดหนุนกองทุนอื่นโดยพิจารณาจากกองทุนที่มีรายรับมากกว่าต้นทุน และในขณะเดียวกัน incremental test จะเป็นตัวบ่งชี้ว่า กองทุนใดได้รับการอุดหนุนข้ามจากกองทุนอื่นโดยพิจารณาจากส่วนต่างของรายรับและต้นทุนที่เพิ่มขึ้นมาจากการให้บริการผู้ป่วยภายใต้กองทุนนั้น (Faulhaber 1975, Troyer 2002)

Faulhaber (1975) เสนอว่าการทดสอบการอุดหนุนข้ามกองทุนประกันสุขภาพสามารถทำได้โดยใช้วิธีการทดสอบ 2 วิธี คือ “Stand-alone Test” และ “Incremental Cost Test” โดย Stand-alone Test ใช้ในการทดสอบว่ามีการอุดหนุนข้ามหรือไม่โดยพิจารณาจากต้นทุนและรายได้ที่ได้จากผู้ป่วยกลุ่มที่คาดว่าจะสามารถทำกำไรให้กับโรงพยาบาลได้ การทดสอบการอุดหนุนข้ามโดยวิธีนี้

มีเงื่อนไขสำหรับการไม่มีการอุดหนุนข้าม (cross-subsidy free) ว่าหากรายรับรวมจากการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้กำไรมีน้อยกว่าหรือเท่ากับต้นทุนในการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มที่สนใจ จะแสดงว่าโรงพยาบาลไม่ได้นำกำไรจากการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้กำไรในการอุดหนุนการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ทั้งนี้ นักวิจัยที่ใช้ stand-alone test สามารถใช้กำหนด “ค่าขึ้นสูงสุด (upper bound)” ของรายได้หรือเงินเบิกจ่ายจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มที่สนใจ ซึ่งโรงพยาบาลได้รับ โดยไม่ก่อเกิดการนำไปอุดหนุนการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ

ส่วน Incremental Cost Test ใช้ในการทดสอบว่าผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งได้รับการอุดหนุนข้ามหรือไม่ โดยพิจารณาจากการหาต้นทุนส่วนเพิ่ม (incremental cost, IC) โดยมีสมมุติฐานว่า หากมีการให้การอุดหนุนข้ามจากการให้บริการแก่ผู้ป่วยประเภทหนึ่งย่อมหมายความว่า การให้บริการแก่ผู้ป่วยอีกประเภทหนึ่งได้รับการอุดหนุนข้ามในเวลาเดียวกัน ดังนั้น incremental cost test สามารถใช้กำหนด “ค่าขั้นต่ำสุด (lower bound)” สำหรับรายได้หรือเงินที่เบิกจ่ายที่โรงพยาบาลต้องได้รับจากผู้ป่วยกลุ่มที่สนใจเพื่อไม่ให้เกิดการอุดหนุนข้ามได้

อย่างไรก็ตาม ในบริบทของโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย อาจมีความไม่เหมาะสมในการนำ Stand-alone Test และ Incremental Cost Test มาใช้โดยตรง เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทยไม่สามารถกำหนดราคาของบริการสุขภาพได้อย่างอิสระด้วยตนเอง ดังนั้น อาจมีความจำเป็นต้องมีการประยุกต์แนวคิด เช่น ในการพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนและรายรับ อาจมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงของปริมาณการให้บริการ (volume) มากกว่าการเปลี่ยนแปลงของราคาของบริการ (price)

นอกจากนั้น การทดสอบการอุดหนุนข้ามทั้งสองวิธีข้างต้นมีข้อจำกัด อาจไม่สามารถพิสูจน์ให้เห็นถึงหลักฐานของการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพที่ชัดเจนในบางกรณี ตัวอย่างเช่น กรณีที่โรงพยาบาลมีรายรับมากกว่า (หรือน้อยกว่า) ต้นทุนการให้บริการแก่ผู้ป่วยภายใต้กองทุนสุขภาพทุกๆ กองทุน ดังนั้น เพื่อให้การศึกษาการอุดหนุนข้ามมีความชัดเจนมากขึ้น การทดสอบการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพ อาจจะต้องเสริมด้วยการวิเคราะห์เชิงปริมาณอื่นๆ เช่น การหาความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างของรายรับและต้นทุนของการให้บริการแก่ผู้ป่วยภายใต้กองทุนสุขภาพต่างๆ โดยใช้วิธีทางเศรษฐมิติ (econometrics) อย่างไรก็ตาม หากข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาดังกล่าวจำกัดอยู่เพียงข้อมูลภาคตัดขวาง (cross-sectional data) ไม่ใช่ข้อมูลอนุกรมเวลา (time-series data) การวิเคราะห์ด้านเศรษฐมิติก็อาจจะแสดงได้เพียงความสัมพันธ์ (correlation) มากกว่าที่จะเป็นการแสดงความสัมพันธ์แบบเป็นเหตุเป็นผล (causal relationship)

2.1.5 การศึกษาการโยกย้ายต้นทุนข้ามกองทุนสุขภาพ (cost-shifting):

ในการศึกษาเพื่อค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ของการโยกย้ายต้นทุน นักวิจัยสามารถใช้การวิเคราะห์ทางเศรษฐมิติมาใช้หาความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างของรายรับและต้นทุนของการให้บริการแก่ผู้ป่วยภายใต้กองทุนสุขภาพต่างๆ เช่น ภาวะกำไร/ขาดทุนของการจัดบริการแก่กลุ่มผู้รับบริการกลุ่มหนึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะกำไร/ขาดทุนของการจัดบริการแก่ผู้รับบริการกลุ่มอื่นๆ ตัวอย่างเช่น ภาวะขาดทุนของการจัดบริการแก่กลุ่มผู้รับบริการกลุ่มหนึ่งอาจนำไปสู่การมุ่งเน้นการทำการกำไรจากการจัดบริการแก่ผู้รับบริการกลุ่มอื่นๆ เพื่อชดเชยการขาดทุนดังกล่าว เป็นต้น

2.2. กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย (conceptual framework)

จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งจะเห็นได้ว่า การศึกษาเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ของการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล จำเป็นต้องคำนึงถึงแนวคิดเรื่องการคิดคำนวณต้นทุนของการหน่วยบริการ (unit cost) และปัจจัยที่กำหนดแรงจูงใจ (motivations) ในการทำให้เกิดการโยกย้ายต้นทุน (cost shifting) หรือการการอุดหนุนข้าม (cross-subsidization)

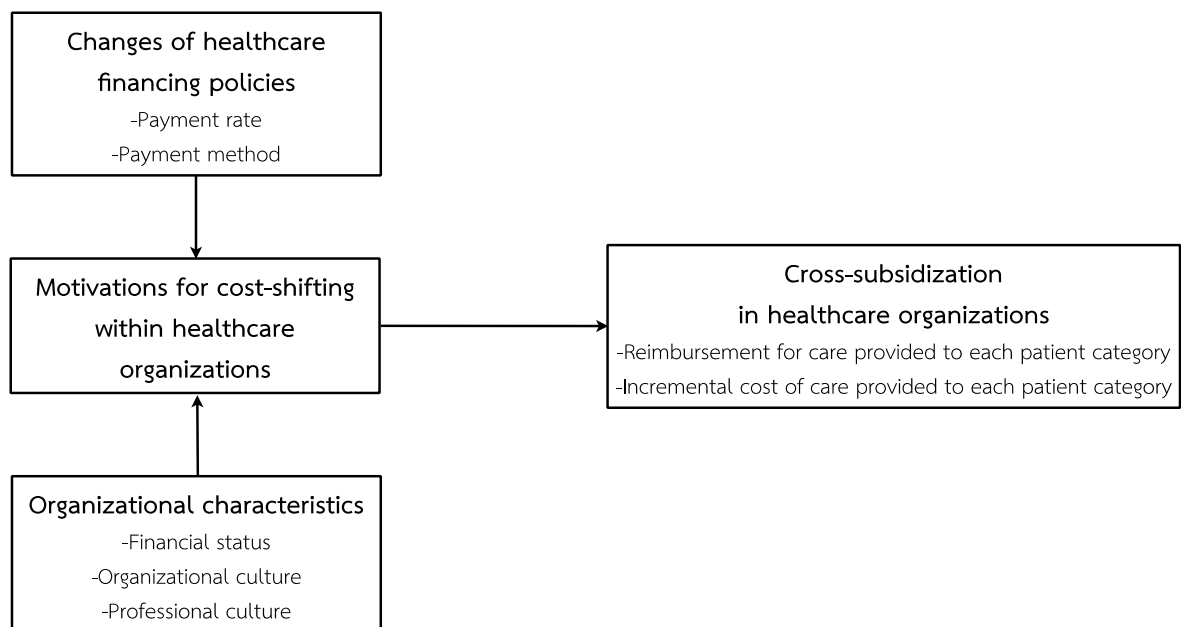
การศึกษาเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ของการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย ไม่อาจสามารถใช้สมมติฐานเดียวกันกับงานวิจัยในบริบทระบบสุขภาพของต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากการกำหนดราคาของการบริการสุขภาพเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลรัฐในประเทศไทยไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระ ทั้งนี้ เนื่องจากอัตราค่าบริการและอัตราค่าบริการเบิกจ่ายได้ถูกกำหนดไว้โดยนโยบายของรัฐบาลผ่านกองทุนต่างๆ ดังนั้น แนวคิดเรื่องการโยกย้ายต้นทุน (cost-shifting) จึงอาจมีความไม่เหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์เพื่อใช้อธิบายปรากฏการณ์การอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนในบริบทของการให้บริการทางสุขภาพโดยภาครัฐในประเทศไทยได้โดยตรง นอกจากนี้ การเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนและรายรับมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับปริมาณการให้บริการ (volume) มากกว่าราคาของบริการ (price)

ทั้งนี้ นักวิจัยได้สังเคราะห์กรอบแนวคิด (conceptual framework) ของการศึกษาวิจัยเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ของการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยได้ดังแสดงไว้ในภาพที่ 1 (Figure 1)

เนื่องจากการศึกษาวิจัยชิ้นนี้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลในบริบทโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย ดังนั้น นักวิจัยจึงจำเป็นต้องพิจารณาแนวคิดเรื่องความจำเป็นหรือแรงจูงใจ (motivations) ของผู้บริหารโรงพยาบาลซึ่งอาจจะนำไปสู่การจัดการภายในองค์กรที่ทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล ทั้งแรงจูงใจทางการเงินและแรงจูงใจด้านอื่นๆ (financial and non-

financial incentives) ซึ่งอาจรวมทั้งปัจจัยภายนอกองค์กร เช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบายของกองทุนสุขภาพทั้ง 3 ระบบ หรือการเปลี่ยนแปลงกลไกการจ่ายเงินให้โรงพยาบาล (changes of healthcare financing policies) และปัจจัยลักษณะเฉพาะภายในองค์กร (organizational characteristics) เช่น ภาระทางการเงินขององค์กร รูปแบบการจัดการ วัฒนธรรมองค์กร และวัฒนธรรมวิชาชีพ และพยายามเชื่อมโยงของแนวคิดดังกล่าวกับหลักฐานเชิงประจักษ์ของการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล

Figure 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยเรื่องการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล (Conceptual Framework of Cross-subsidization at Hospital-level)



3. ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)

ในรายงานบทนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษาชิ้นนี้ ซึ่งประกอบด้วย การอธิบายรูปแบบการวิจัย (study design) บริบทของการศึกษาวิจัย (settings) วิธีการเก็บข้อมูล (data collection) และการวางแผนเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) ตามลำดับ

3.1. รูปแบบการศึกษาวิจัย (study design)

การศึกษาชิ้นนี้ใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research design) ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data analysis) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data analysis) และเลือกใช้รูปแบบการศึกษาแบบ concurrent embedded research design (Creswell et al., 2004) โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณไปพร้อมๆ กัน และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลักในการศึกษาวิจัย เพื่อสังเคราะห์ประเด็น (themes) ที่มีความเกี่ยวข้องกับการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล เพื่อสร้างข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ผู้วิจัยจะนำไปใช้ในการสังเคราะห์แบบจำลองความคิด (mental model) ของผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐใช้ในการตัดสินใจตอบสนองต่อนโยบายการคลังและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนการจัดการบริการของกองทุนสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับสถานการณ์อันเป็นผลมาจากการที่ผู้จ่ายเงินค่าบริการสุขภาพกำหนดการจ่ายค่าบริการสุขภาพชนิดเดียวกันด้วยอัตราที่ไม่เท่ากัน นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณมาเปรียบเทียบกัน เพื่อเป็นการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) และเพื่อให้ผลการศึกษามีความครอบคลุมครบถ้วน (comprehensiveness)

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสำรวจหาความจำเป็นหรือแรงจูงใจของโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งแรงจูงใจในทางการเงินและด้านอื่นๆ ที่จะวางแผนหรือจัดโครงการหรือกิจกรรมในลักษณะที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับการอุดหนุนข้าม (cross-subsidization) ระหว่างกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพแบบ “constructivist grounded theory” (Chamaz, 2005; 2006) ซึ่งใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งไม่เพียงแต่มุ่งเน้นการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น แต่มุ่งสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาสร้างเป็นทฤษฎีใหม่ เพื่อใช้ในการอธิบายการกระทำของผู้ส่วนร่วม (participants) ในปรากฏการณ์ (phenomenon) หรือ กระบวนการ (process) ใดๆ ซึ่งยังไม่มีทฤษฎีใดที่มีอยู่ในปัจจุบันสามารถอธิบายได้อย่างเหมาะสมเป็นที่น่าพอใจ กระบวนการพัฒนาทฤษฎีดังกล่าวไม่ได้ตั้งต้นจากสิ่งที่มี

อยู่แต่เดิม แต่มีพื้นฐาน (grounded) มาจาก“ข้อมูล”จากมุมมองของผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการนั้นๆ จำนวนหลายคน (Strauss & Corbin, 1990)

แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพแบบ constructivist grounded theory มีความเหมาะสมที่ใช้ในงานวิจัยชิ้นนี้ เพราะเป็นการพัฒนาทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดใหม่เพื่ออธิบายความจำเป็นหรือแรงจูงใจที่จะจัดการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพรวมทั้งกระบวนการจัดการภายในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย เพื่อทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่อาจไม่สามารถอธิบายได้ทั้งหมดจากทฤษฎีหรือแนวความคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการอุดหนุนข้าม (cross-subsidization) หรือการโยกย้ายต้นทุน (cost-shifting) ในประเทศอื่นๆ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากอาจมีองค์ประกอบบางด้านของระบบสุขภาพที่แตกต่างไปจากระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะข้อเท็จจริงซึ่งโรงพยาบาลรัฐในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยไม่สามารถปฏิเสธการรับรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งได้ ถึงแม้ว่าจะมีการขาดทุนจากการจัดบริการดังกล่าวก็ตาม และความเป็นโรงพยาบาลรัฐที่ต้องให้เปิดให้บริการสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่องถึงแม้ว่าจะมีภาระทางการเงินมากน้อยเพียงใด ไม่มีภาวะการล้มละลายหรือปิดกิจการ รวมทั้งข้อจำกัดทางกฎหมายที่ไม่สามารถตอบสนองต่อนโยบายของกองทุนสุขภาพต่างๆ โดยการตั้งราคาค่าบริการรักษาพยาบาล (pricing)

3.2. บริบทของการศึกษาวิจัย (settings)

การอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทยมีความแตกต่างจากการอุดหนุนข้ามตามทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ในบริบททั่วไป สาเหตุหลักมาจากการที่โรงพยาบาลของรัฐไม่มีอำนาจในการกำหนดราคาในการให้บริการแก่ผู้ป่วยแต่ละกองทุน และกองทุนสุขภาพของรัฐบาลเป็นผู้กำหนดราคาที่โรงพยาบาลได้รับ อย่างไรก็ตาม การอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพยังคงมีความเป็นไปได้เนื่องจากราคาหรืออัตรารายการเบิกจ่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละกองทุนมีความไม่เท่าเทียมกัน ส่งผลให้โรงพยาบาลสามารถขาดทุนจากการให้บริการแก่ผู้ป่วยจากกองทุนที่ได้รับการเบิกจ่ายน้อยกว่า และการให้บริการแก่ผู้ป่วยจากกองทุนที่ได้รับการเบิกจ่ายมากกว่า หรือครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่มากกว่าก็อาจทำให้โรงพยาบาลสามารถนำส่วนเกินนี้มาชดเชยภาวะขาดทุนของโรงพยาบาลได้

อย่างไรก็ตาม การอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงวิธีเดียวในการแก้ไขภาวะขาดทุนจากการได้รับการเบิกจ่ายไม่เพียงพอ ตัวอย่างเช่น เงินบริจาคหรือเงินอุดหนุนจากแหล่งทุนอื่นๆ อาจถูกนำมาใช้เป็นตัวกันชน (buffer) ในกรณีที่โรงพยาบาลมีรายรับไม่พอกับรายจ่าย นอกจากนี้ ข้อกำหนดที่ต่างกันของแต่ละกองทุน โดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน ยังมีผลต่อต้นทุนการให้บริการสุขภาพอีกด้วย

ผู้วิจัยทำการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการพิจารณาเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (key Informants) ที่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องซึ่งเกี่ยวข้องกับการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล และมีความเหมาะสมในการให้ข้อมูลเพื่อนำมาพัฒนาเป็นแบบจำลองความคิด (mental model) ของผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย เนื่องจากการศึกษาวิจัยชิ้นนี้เป็นเพียงกรณีศึกษา (case study) เพื่อค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์และสังเคราะห์แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการอุดหนุนข้ามกองทุน ดังนั้น ผลการศึกษาวิจัยชิ้นนี้ไม่สามารถนำไปเป็นตัวแทนโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยได้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกโรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่จำนวน 3 แห่งเป็นกรณีศึกษา โดยพิจารณาเลือกจากโรงพยาบาลของรัฐซึ่งมีข้อมูลต้นทุนหน่วยบริการที่ถูกต้องน่าเชื่อถือได้ และเป็นโรงพยาบาลซึ่งผู้วิจัยสามารถเข้าถึงผู้บริหารโรงพยาบาลได้ในระยะเวลาที่ทำการศึกษา (ก.ค. 2555-มิ.ย.2556)

ดังนั้น ผู้วิจัยได้เลือกผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ของประเทศไทยจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,000 เตียงและ 1,134 เตียง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ (teaching hospital) ขนาด 1,378 เตียง ของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ของการศึกษาวิจัยชิ้นนี้

นอกจากนั้น ผู้วิจัยได้ติดต่อขอข้อมูลเชิงปริมาณจากโรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 2 แห่งดังกล่าว เช่น เอกสารนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาวิเคราะห์เชิงพรรณา และวิเคราะห์เปรียบเทียบกับผลที่ได้จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) และเพื่อให้ผลการศึกษามีความครอบคลุมครบถ้วน (comprehensiveness)

3.3. การเก็บข้อมูล (data collection)

3.3.1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data collection)

สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยเลือกสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก (key informants) ร่วมกับการใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพอื่นๆ ที่มีอยู่แล้ว (secondary data) เช่น เอกสารนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามแบบ constructivist grounded theory ซึ่งไม่ได้มุ่งเน้นการค้นหาคำตอบการซึ่งเป็นรูปแบบเดียว (single process) หากแต่ใช้มุมมองของนักสังคมวิทยาสำหรับการประกอบสร้างทางสังคม (social constructionsim) เพื่อเก็บข้อมูลความซับซ้อนของปรากฏการณ์ (complexity) การค้นหาความจริงที่แตกต่าง (multiple realities) ความรู้สึก สมมติฐาน ค่านิยม รวมทั้งความหมายที่ซ่อนอยู่ในคำพูดของผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าว

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์จากผู้บริหารของทั้ง 3 โรงพยาบาล รวมทั้งหมด 30 คน โดยผู้วิจัยได้ติดต่อขอเข้ารับการสัมภาษณ์จากผู้บริหารสูงสุดของแต่ละโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 2 แห่ง สำหรับผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาลในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ เนื่องจากคณะแพทยศาสตร์แห่งนี้มี การแบ่งการจัดการภายในองค์กรเป็น 1 โรงพยาบาล และอีก 2 ศูนย์การแพทย์ ผู้วิจัยจึงได้สัมภาษณ์ทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์รวม 3 คน และได้ทำการสัมภาษณ์คณบดีของคณะแพทยศาสตร์ ซึ่งเป็นผู้บริหารสูงสุดขององค์กรต้นสังกัดของโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งดังกล่าวด้วย รวมเป็นการสัมภาษณ์ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาลรวมทั้งหมด 6 ท่าน โดยผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) ตามโครงร่างคำถามที่แสดงไว้ในภาคผนวก

นอกจากนั้น ผู้วิจัยยังได้ติดต่อขอเข้ารับการสัมภาษณ์จากผู้บริหารระดับสูงท่านอื่นๆ ของทั้ง 3 โรงพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดการระบบบริการสุขภาพ และการจัดการระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง รวมทั้งหมด 24 คน โดยใช้โครงร่างคำถามเดียวกัน แต่ใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่ม (focus-group interviews) แทนการสัมภาษณ์แบบรายบุคคล โดยการสัมภาษณ์ทั้งหมดได้รับการบันทึกเสียง และได้รับการถอดเป็นคำบันทึกเสียง (transcribed verbatim) โดยผู้ช่วยวิจัย และได้รับการตรวจสอบโดยคณะผู้วิจัย และข้อมูลที่ได้จากการถอดบันทึกเสียงถูกจัดเก็บไว้ด้วยโปรแกรม MS Word ก่อนจะนำไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยโปรแกรม ATLAS.ti version 7 (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, 2013)

3.3.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data collection)

นอกจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพแล้ว นักวิจัยได้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์เพิ่มเติม โดยนักวิจัยได้รับข้อมูลทางการเงินจากโรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 2 แห่ง เท่านั้น ไม่มีข้อมูลทางการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดโรงเรียนแพทย์แห่งดังกล่าว

ข้อมูลทางการเงินที่ผู้วิจัยได้รับเป็นข้อมูลของการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยในต่อการเข้ารับการรักษายาในโรงพยาบาล 1 ครั้งของผู้ป่วย (per visit) ในช่วงปีงบประมาณ 2555 (ก.ย.54-ต.ค.55) ข้อมูลดังกล่าวประกอบไปด้วย

- 1) ต้นทุนของหน่วยบริการ (unit cost)
- 2) ข้อมูลการเรียกเก็บจากผู้ป่วย (charge)
- 3) ข้อมูลการได้รับจ่ายเงินเบิกจ่ายจากกองทุน (reimbursement)
- 4) ข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย หรือสถานะการจ่ายเงินเอง (health fund)

5) การวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis-related group, DRG)

6) ข้อมูลลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยอื่นๆ ได้แก่ อายุ เพศ และจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (length of stay, LOS)

ผู้วิจัยได้รับข้อมูลต้นทุนของหน่วยบริการ (unit cost) ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ซึ่งได้มาจากการศึกษาต้นทุนของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งที่เป็นกรณีศึกษา ซึ่งโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งได้ทำการคำนวณหาต้นทุนต่อหน่วยบริการด้วยวิธี “micro-costing with a cost-to-charge ratio” เพื่อใช้คำนวณปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (relative weight of diagnosis-related group) โดยใช้ข้อมูลในการให้บริการสุขภาพเมื่อผู้ป่วยมาติดต่อในแต่ละครั้ง (cost per visit) เป็นหน่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ (unit cost) โดยการศึกษาดังกล่าวเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับของผู้ป่วย (patient-level) เพื่อให้กองทุนสุขภาพนำไปปรับใช้ในการคำนวณอัตราค่าจ่ายให้แก่โรงพยาบาลในประเทศไทย และเป็นวิธีมาตรฐานซึ่งได้รับการแนะนำให้ใช้ในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย (Khiaocharoen et al., 2011)

สำหรับข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ ข้อมูลการเรียกเก็บจากผู้ป่วย (charge) การได้รับจ่ายเงินเบิกจ่ายจากกองทุน (reimbursement) สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยหรือสถานะการจ่ายเงินเอง (health fund) การวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis-related group, DRG) และข้อมูลลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับโดยปรึกษากับผู้จัดทำข้อมูลของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง โดยตรงเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล โดยนักวิจัยได้ทำแยกวิเคราะห์ข้อมูลจากแต่ละโรงพยาบาล นอกจากนั้น นักวิจัยได้ทำการรวมฐานข้อมูลต้นทุนของโรงพยาบาลเข้ากับฐานข้อมูลการเบิกจ่ายของกองทุนสุขภาพต่างๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลการเบิกจ่ายในกรณีโรงพยาบาลไม่ได้เก็บข้อมูลการเบิกจ่ายไว้ โดยข้อมูลทั้งหมดถูกจัดเก็บเป็นฐานข้อมูลในโปรแกรมวิเคราะห์สถิติ Stata 12.0 (StataCorp, 2011) เพื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติและเศรษฐมิติ

3.4. การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis)

3.4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data analysis)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดคำบันทึกเสียงของการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้งการสัมภาษณ์รายบุคคลและการสัมภาษณ์กลุ่มทั้งหมดมาวิเคราะห์ร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจและแปลความหมายของคำพูดที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามที่ Strauss & Corbin ได้แนะนำไว้ (Strauss & Corbin 1990) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

- 1) Open coding: รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับปรากฏการณ์หลัก (core phenomenon) และทำการแยกแยะตั้งเป็นประเด็นย่อย (sub-themes) และประเด็นหลัก (themes)
- 2) Axial coding: รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องทางอ้อม มีอิทธิพลหรือเป็นผลมาจากปรากฏการณ์หลัก และทำการแยกแยะตั้งเป็นประเด็นย่อย (sub-themes) และประเด็นหลัก (themes)
- 3) Selective coding: เลือกข้อมูลชุดที่เหมาะสมนำมาสร้างเป็นสมมติฐาน (propositions or hypotheses) โดยนำเสนอเป็นรูปภาพตามที่ Morrow & Smith (1995) แนะนำ
- 4) Discussion: อภิปรายและเปรียบเทียบกับทฤษฎีเดิมอื่นๆที่มีอยู่ในวรรณกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งหมดทำโดยนักวิจัยหลัก แต่มีการอภิปรายและทำการวิเคราะห์ข้อมูลกับนักวิจัยร่วมเป็นระยะๆ โดยเฉพาะการอภิปรายเพื่อเปรียบเทียบมุมมองและแนวคิดเพื่อจัดกลุ่มของ coding ออกเป็นประเด็นย่อย (sub-themes) และกลุ่มประเด็นหลัก (themes) เพื่อตรวจสอบให้แน่ใจว่าคณะผู้วิจัยมีความเข้าใจในข้อมูล และการแปลผลข้อมูล รวมทั้งตั้งประเด็นและสร้างสมมติฐานที่มีพื้นฐาน (grounded) มาจาก “ข้อมูล” ที่ได้จากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีส่วนร่วมในกระบวนการนั้นๆ อย่างแท้จริง จำนวนหลายๆคน โดยผู้วิจัยมุ่งเน้นให้มีการค้นหาประเด็นจากข้อมูลที่มีความหลากหลาย (variation in the data) ซึ่งเกิดจากประสบการณ์หรือความเข้าใจที่ได้จากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นสำคัญ

3.4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data analysis)

ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรม Stata 12.0 เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและเศรษฐมิติดังต่อไปนี้

- 1) วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อหาความแตกต่างของต้นทุนของการให้บริการผู้ป่วยแต่ละกองทุนสุขภาพ (cost difference) และการวิเคราะห์สถิติด้วยสมการถดถอย (regression analysis) เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบจากการมีสิทธิรักษาพยาบาลที่ต่างกัน โดยมีตัวแปรควบคุม คือ กลุ่มโรคหลัก อายุ เพศ และจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- 2) วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างกองทุนสุขภาพ ได้แก่
 - เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนเงินเรียกเก็บ (charge) ต้นทุน (cost) และเงินเบิกจ่าย (reimbursement) แบ่งตามสิทธิการรักษา

- เปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเรียกเก็บและต้นทุน (charge-cost) และส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุน (reimbursement-cost) แบ่งตามสิทธิการรักษา
 - เปรียบเทียบสัดส่วนของเงินเบิกจ่ายต่อต้นทุน (Reimbursement-to-cost Ratio) แบ่งตามสิทธิการรักษา
- 3) วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างกองทุน โดยพิจารณาแยกตามกลุ่มโรคหลัก และแยกตามกลุ่มอายุ
 - 4) วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาหาแนวโน้มการโยกย้ายต้นทุนข้ามกองทุนสุขภาพ (cost-shifting) โดยเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างระหว่างเงินเรียกเก็บและต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มจ่ายเงินเอง (OPP) และส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)

4. ผลการศึกษา (Results)

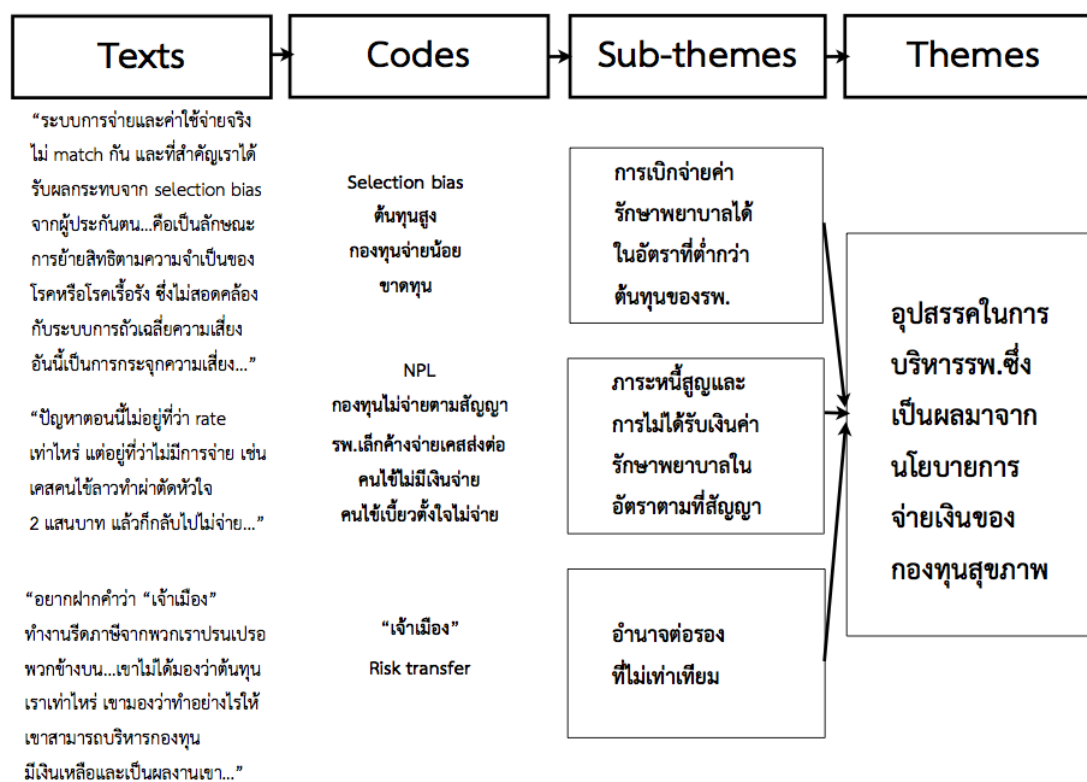
ในรายงานบทนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และจะนำเสนอรายละเอียดของผลการศึกษาจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเน้นการแสดงผลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) เฉพาะส่วนที่น่าสนใจและมีความสำคัญ รวมทั้งนำเสนอตัวอย่างการอ้างถึงข้อความ (quotations) จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อแสดงให้เห็นถึงการตีความหรือการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อตั้งเป็นประเด็นต่างๆ ซึ่งมีพื้นฐาน (grounded) มาจากข้อมูลโดยตรง โดยการสังเคราะห์ดังกล่าวนำไปสู่การตั้งประเด็นย่อย (sub-themes) และประเด็นหลัก (themes) ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแบบจำลองความคิด (mental model) ของผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยใช้ในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพต่อไป

4.1 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative findings)

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากข้อมูลที่ได้จากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด และสังเคราะห์เป็นประเด็นย่อย (sub-themes) รวมทั้ง 13 ประเด็น ซึ่งแต่ละประเด็นย่อยมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นหลัก (themes) 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความเข้าใจและทัศนคติที่หลากหลายเกี่ยวกับแนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ 2) อุปสรรคในการบริหารโรงพยาบาลซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพ 3) อุปสรรคในการบริหารโรงพยาบาลซึ่งเป็นผลมาจากข้อจำกัดภายในของโรงพยาบาล และ 4) การตอบสนองของโรงพยาบาลต่อนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพ

ทั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการในการสังเคราะห์ประเด็นหลัก (themes) และประเด็นย่อย (sub-themes) จากข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงไว้ในภาพที่ 2 (Figure 2)

Figure 2 กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากข้อความสู่การตีความข้อมูลและการให้ความหมายของประเด็นย่อยและประเด็นหลัก



ประเด็นที่ 1 ความเข้าใจและทัศนคติที่หลากหลายเกี่ยวกับแนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ

ความเข้าใจที่แตกต่างในแนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเปิดเผยให้เห็นถึงประเด็นความเข้าใจที่ยังไม่ชัดเจนและความเข้าใจที่ไม่ตรงกันของผู้บริหารโรงพยาบาลในเรื่องแนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล ผู้บริหารบางท่านมีการรับรู้ (perception) แนวคิดดังกล่าว โดยมองว่าเป็นเรื่องปกติที่โรงพยาบาลต้องหารายได้จากทุกแหล่งทุนเพื่อความอยู่รอดทางการเงิน รวมทั้งการหารายได้จากการบริการผู้ป่วยของกองทุนสุขภาพที่ได้กำไรมากกว่าเพื่อช่วยเหลือรายได้จากการบริการผู้ป่วยของกองทุนสุขภาพที่ได้กำไรน้อยกว่าหรือขาดทุน บางครั้งมองเป็นเรื่อง “โรบินฮู้ด” หรือการปล้นคนรวยช่วยเหลือคนจน ผู้บริหารบางท่านยังชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนถึงการนำแหล่งทุนอื่นๆ เช่น เงินบริจาคจากสาธารณะเพื่อเข้ามาอุดหนุนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้บริหารบางท่านมองแนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลว่าเป็นเรื่องไม่เหมาะสมและไม่ได้เกิดขึ้นจริง หรืออย่างน้อยก็ไม่ได้เกิดขึ้นด้วยความตั้งใจของผู้บริหาร เพราะโรงพยาบาลรัฐมีหน้าที่บริการผู้ป่วยเป็นหน้าที่หลัก จึงไม่ควรวางแผนจัดบริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยของบางกองทุนสุขภาพหรือมุ่งเน้นเฉพาะผู้ป่วยบางประเภทเพียงเพราะให้ผลตอบแทนทางการเงินเท่านั้น

“คิดว่า cross-subsidize แปลคือ “โรบินฮูด” หรือเปล่า? สิทธิบัตรทองรับภาระเงินเดือน ทำให้ payment ใน individual data จะน้อยกว่าสิทธิราชการ...ถ้ากลุ่มที่โรงพยาบาล ได้กำไรมากที่สุดคือสิทธิราชการ ระหว่างประกันสังคมกับบัตรทองไม่แน่ใจ...สิทธิที่ขาดทุน เยอะที่สุดคือสิทธิข้าราชการ โดยเฉพาะคนไข้ต่างด้าว”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการแพทย์

“ผมเชื่อเรื่อง cross-subsidize ว่าควรอาศัยกองทุนอื่นมาช่วย โดยเฉพาะข้าราชการ แต่ ปัจจุบันกองทุนข้าราชการมีปัญหาว่าโอกาสที่จะเกิด cross-subsidize จะน้อยลง เนื่องจากความเข้มงวดของส่วนกลางในเรื่องการใช้จ่ายเงินหลัก และการตรวจสอบที่ เข้มข้นมากขึ้น จะเป็นปัญหากับโรงพยาบาลในอนาคต ในระดับประเทศต้องแก้ปัญหา หลายอย่าง เช่น พรบ. [ผู้ประสบภัยจากรถ] และสิทธิอื่นที่จ่ายน้อยกว่าความเป็นจริง”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการแพทย์

“คำพูดเรื่อง “โรบินฮูด” มันเป็นเรื่อง sensitive อยากฝากไว้...แต่ภาพรวมเป็นการดูแล [รักษาพยาบาล] และเราไม่ได้ focus [ในเรื่องการเงิน] แต่ในภาพรวมคนในองค์กร ประชาชน ผู้ให้บริการ ก็ไปได้ ในส่วนของรายได้ มันมี margin อยู่ในกลุ่มที่เป็น fee-for-service แต่ในขณะเดียวกัน โรงพยาบาลไม่ได้วิ่งไปเพื่อไปหา margin โรงพยาบาล วิ่งไป เพื่อให้ total cost ลดลง ในการควบคุมกำกับค่าใช้จ่าย”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“ในอดีตที่ผ่านมา ใ้ราชการเลี้ยงกลุ่มอื่นๆ เมื่อย้อนกลับไ้ก่อน DRG เกือบทุกโรงเป็น อย่างนั้น แต่พอหลังปรับของกลุ่มราชการ ก็เห็นเลยว่าการที่ราชการเลี้ยงกลุ่มอื่น ก็ไม่เป็นอย่างนั้นแล้วตั้งแต่มี DRG ในอนาคตจะเห็นว่าราชการก็จะบีบขึ้นไปทุกทีๆ จาก 10-20% ที่เคยได้ ลดลงไปเรื่อยๆ”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

ความไม่ชัดเจนของการอุดหนุนข้ามจากแหล่งทุนสำหรับพันธกิจอื่นนอกจากการบริการสุขภาพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเปิดเผยให้เห็นถึงประเด็นเฉพาะสำหรับโรงพยาบาล ของโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีแหล่งทุนเพื่อทำพันธกิจอื่นๆ นอกจากการบริการสุขภาพ เช่น การศึกษา และการวิจัย ซึ่งผู้บริหารบางท่านรับรู้ว่าเป็นเรื่องที่ยังไม่มีข้อมูลที่จะสามารถระบุได้อย่างแน่ชัด จึงยังคงมีความไม่ชัดเจนในเรื่องการอุดหนุนข้ามจากแหล่งทุนอื่นๆ เพื่อใช้ในการจัดการบริการสุขภาพสำหรับคนไข้ แต่คาดการณ์ว่าในปัจจุบันไม่มีการอุดหนุนข้ามจากแหล่งทุนสำหรับพันธกิจอื่นไปสู่การบริการสุขภาพ ของผู้ป่วยกองทุนสุขภาพต่างๆ

“มีเรื่อง cross-subsidization ช่วงเวลาของการรักษาพยาบาล ถามว่าเรามีเอนักศึกษาไปเรียนไหม เราเอาแพทย์ประจำบ้านไปทำไหม? เราทำ คือใช้ประโยชน์จากการจัดบริการสุขภาพ ถามว่าเราไป deduct ส่วนนี้ออกไหม? เรายังไม่มีวิธีการ ยังมองว่า เวลาคนไข้มาเราก็ยังต้องรักษาพยาบาลอย่างนี้ ต้องใช้ยาแบบนี้ แต่เราได้ประโยชน์จากการที่คนไข้มาหาเรา แต่เราไม่ได้ deduct ประโยชน์ ซึ่งเรายังไม่มีหลักในการเอาไปคิด”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“เรามีการแยกค่าใช้จ่ายตามพันธกิจอย่างชัดเจน ค่าใช้จ่ายทั้งหมดถูกกระจายไปยังและแยกตามภาระงานของอาจารย์ เพราะฉะนั้นด้วยระบบที่เราดู พอแยกแล้ว ก็จะมีพบว่ามันไม่ได้มี cross-subsidization ระหว่างกัน เพียงแต่ดูว่ามีการกำหนดภาระงานตรงหรือเปล่า เท่าที่ดูภาระงานที่ลงมายังบริการ [สุขภาพ] ประมาณ 30% ซึ่งมองว่าไม่เยอะ เพราะฉะนั้นตอบคำถามได้ว่า ด้วยระบบของเราที่ผมดูต้นทุนมา มองว่าไม่มีการ cross-subsidization ระหว่างพันธกิจ”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการคลัง

“เราไม่แน่ใจ [ในสมมติฐานของ cost allocation] ว่า ภาระงานรักษาพยาบาลที่เอามาใส่ไว้แล้วเยอะแบ่งมาจากการศึกษามากไปหรือไม่? จริงๆ มันควรจะน้อยหรือเปล่า? โดยไปอยู่ที่การศึกษามากขึ้น? เพื่อให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลมันน้อยลง แต่เท่าที่ดูตัวเลขมันก็ไม่น่าเกลียดเท่าไร จริงๆ เราไม่ได้ทำ activity-based costing (ABC) เราไม่ได้ละเอียดขนาดนั้น จริงๆคือ เราก็ดูจากอาจารย์แต่ละคนว่าทำงานอยู่ที่เท่าไร เราก็ไปเอาค่าเฉลี่ยของภาควิชา...แต่ด้วยปริมาณสัดส่วนที่แบ่ง มันคือความรู้สึก...perception ของผมคือสมเหตุสมผล หากมี [cross-subsidization ระหว่างพันธกิจ] ก็คงมีน้อยมาก แต่ไม่รู้ด้วยซ้ำว่ามีทางไหน ทางมากหรือน้อย”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการคลัง

ประเด็นที่ 2 อุปสรรคในการบริหารโรงพยาบาลอันเป็นผลมาจากนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพ

การได้รับค่ารักษาพยาบาลในอัตราที่ต่ำกว่าต้นทุน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเปิดเผยให้เห็นถึงประเด็นสำคัญ ซึ่งอาจจะเป็นที่มาของแรงจูงใจของผู้บริหารโรงพยาบาลในการจัดการภายในโรงพยาบาลเพื่อทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล ได้แก่ การรับรู้และความเข้าใจ (perception) ของผู้บริหารโรงพยาบาลในประเด็นที่โรงพยาบาลได้รับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของคนไข้ที่ใช้สิทธิกองทุนสุขภาพ

ต่างๆ ในอัตราที่ไม่เป็นธรรม (unfair reimbursement rate) หรือได้รับการจ่ายเงินในอัตราที่ไม่ได้สะท้อนถึงต้นทุนที่เหมาะสมของการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาลของตน ซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาลมีความรับรู้ชัดเจน และมีความเข้าใจที่ตรงกันว่ากองทุนสุขภาพต่างๆ มีการกำหนดอัตราการเบิกจ่าย (reimbursement) ค่ารักษาพยาบาลของการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลในหลายๆ ประเภทที่ต่ำกว่าต้นทุนของการจัดบริการนั้นๆ โรงพยาบาลของตน ซึ่งส่งผลทำให้โรงพยาบาลขาดทุนจากการจัดบริการนั้นๆ แต่การขาดทุนจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับประเภทของบริการสุขภาพ อัตราการจ่ายเงิน และปริมาณ (volume) ของการให้บริการสุขภาพประเภทดังกล่าว รวมทั้งปัจจัยซึ่งเกิดจากการขาดการกระจายความเสี่ยง เนื่องจากอคติของการเลือกโรงพยาบาล (selection bias) ของผู้รับบริการสุขภาพบางกลุ่ม

“ในฐานะ excellence center ที่ทำเรื่อง hemophilia ขาดทุนมหาศาล แต่ก่อนหน้าที่ สปสช.เข้ามามีโครงการระดับชาติก็ขาดทุนอยู่แล้ว แต่การที่มีโครงการของสปสช.ทำให้ขาดทุนเท่าเดิมถึงมากขึ้น แต่คนไข้ส่วนใหญ่สบายขึ้น และส่วนหนึ่งได้รับการรักษาที่บ้าน และเมื่อมีโครงการระดับชาติ ก็เกิดการ screen แล้วก็จะไปเป็นเคส surgery ต่างๆ... เราเป็น excellence center เราได้จากรัฐบาล 120,000 บาท แต่เคสที่ยากๆ มีเคสหนึ่ง [ค่าใช้จ่าย]อยู่ที่ 23 ล้าน ไม่มีใครรับรู้ ให้เรารับ burden ทั้งหมด”
--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“ในส่วนของ 30 บาทมีแนวโน้มจะขาดทุนอยู่แล้ว การที่นโยบายในการจ่ายเงินแบบนี้ ยิ่งรพ.ไหนรักษามากยิ่งมีปัญหาเรื่องการเงินมาก โรงพยาบาลอยู่ในตำแหน่งที่เป็น excellence center และเป็นพี่ใหญ่ให้โรงพยาบาลรอบๆ ก็แบกรับภาระอันนี้ไว้ตลอด”
--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกันสุขภาพ

“ที่กระทบมากที่สุดคือ IPD ที่รับส่งต่อมา เนื่องจากถูกจ่ายด้วย RW และการให้ base rate ที่ fixed...ตรงส่วนนี้ยังติดลบอยู่เนื่องจากต้นทุนของการใช้จ่ายอยู่ที่ 16,000 ต่อ adjusted RW ในขณะที่ สปสช.จ่ายให้ RW ละ 9,600 บาท ซึ่งจะเห็นได้ว่ามันเจ๊งแน่นอน ปีหนึ่งเท่าที่เคยอยู่ประมาณ 200 ล้านขึ้นไป”
--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกันสุขภาพ

“ประกันสุขภาพ[ถ้วนหน้า] รับไม่มาก มีคนภายในไม่มาก รับส่งต่อไม่มาก เติบโตเต็ม แต่เทียบกับรายได้ ขาดทุนหนักมาก...ในสามระบบ ประกันสังคมขาดทุนที่สุด แต่ volume น้อยที่สุด...ที่เจอปัญหาคือ คนภายในของเราเอง [ซึ่งเป็นผู้ประกันตน] ซึ่งตรงนี้จำนวนก็ไม่เยอะนัก ส่วนที่ขาดทุนระหว่างกลาง คือ สวัสดิการข้าราชการ”
--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการคลัง

“ที่บอกว่าสิทธิข้าราชการได้กำไร คือ gross profit ที่เห็นเป็นกำไร ยังไม่ได้รวมค่าบริหาร ไม่รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อม พอรวมเป็น total cost แล้ว net profit ขาดทุนหมด”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการคลัง

“บริการในจังหวัดที่เราเก็บเหมาจ่ายเก็บ 350 บาท/ครั้งที่ให้บริการสำหรับโรงพยาบาลชุมชน ถ้าดู charge ที่จ่ายไป เฉลี่ยประมาณ 1,000 บาท/ราย คิดว่าเป็นส่วนที่เรา absorb ไป ซึ่งส่วนกลางไม่รู้”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการแพทย์

“ถ้าเป็นบริการ OPD ของ Cardiology เราจะขาดทุนเยอะเพราะค่ารักษาแพงมาก OPD จะมี 3 กลุ่มที่ค่าใช้จ่ายสูงแต่ payment รับน้อย Cardiology ที่ยาแพง และ Nephrology ใช้ยาเยอะ และ Neurology ที่ charge สูง แต่ payment น้อยในสิทธิบัตรทอง”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการแพทย์

“ระบบการจ่ายและค่าใช้จ่ายจริง ไม่ match กัน และที่สำคัญเราได้รับผลกระทบจาก selection bias จากผู้ประกันตน...คือเป็นลักษณะการย้ายสิทธิตามความจำเป็นของโรค หรือโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่สอดคล้องกับระบบการถัวเฉลี่ยความเสี่ยง อันนี้เป็นการกระจุกความเสี่ยง...เราได้รับแต่เคสหนักๆ เข้ามา จนกระทั่งเรารู้สึกว่าเราไม่ไหว เราแบกรับภาระขาดทุนไม่ไหว เราก้ปิดรับ แต่เคสมันก็ไม่ได้หายไป เคสมันก็ยังอยู่กับเรา”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกันสุขภาพ

หนี้สูญและการไม่ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามอัตราในสัญญา

นอกจากการรับรู้ในเรื่องการได้รับค่ารักษาพยาบาลของคนไข้ที่ใช้สิทธิกองทุนสุขภาพต่างๆ ในอัตราที่ไม่เป็นธรรม ประเด็นสำคัญอีกประเด็นหนึ่งซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งอาจจะเป็นที่มาของแรงจูงใจของผู้บริหารโรงพยาบาลในการจัดการภายในโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล คือ การรับรู้ภาระทางการเงินของโรงพยาบาลที่เกิดจากหนี้สูญของโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลไม่ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามอัตราที่สัญญาไว้ ทั้งภาระหนี้สูญที่เกิดจากคนไข้ของกองทุนสุขภาพ เช่น ไม่ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากสถานบริการปฐมภูมิของคนไข้ที่ได้รับการส่งต่อมารักษาพยาบาลต่อคนไข้ที่ประสบอุบัติเหตุจราจรบนถนน แต่ไม่ได้มีการซื้อประกันตามที่พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถได้กำหนดไว้ และคนไข้ที่จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง (out-of-pocket patients) ซึ่งปฏิเสธ

การจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ซึ่งรวมทั้งคนไข้ต่างชาติ (international patients) ที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยเพื่อขอรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย แต่ไม่จ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วย

“เขาการันตีในเอกสารว่าชำระเงินที่จะจ่ายชดเชย RW 15,000 บาท พอมีผู้รับบริการมากกว่าที่เขาประมาณการสิ่งที่เขาทำการโยนภาระให้รพ.อย่างหนึ่งในการไปลดเพดาน 15,000 บาท และขอจ่ายที่ 11,000 บาท ในเชิง policy กองทุนต้องแบกและต้องบริหารความเสี่ยง แต่พอเกิดเหตุแบบนี้และโยนภาระให้โรงพยาบาล และเกิดภาพแบบนี้เยอะ”
--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“กลุ่มคนไข้ที่มี พรบ.[ผู้ประสบภัยจากกรณ] จะพบนักสังคมสงเคราะห์กรณีไม่ทำประกันภัย วงเงิน 15,000 [บาท] จ่ายได้ไม่ครบจะมากุ้ยกัน และกลุ่มประกันสังคมกรณีคนไข้ไม่ทราบสิทธิตนเองว่ามีสิทธิไปโรงพยาบาลไหน ตัวคนไข้อาจทราบแต่ญาติไม่ทราบ ก็จะมาเจอกัน วันกลับบ้าน ต้องจ่าย 72 ชม.แรก และไปเบิกประกันสังคม”
--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสังคมสงเคราะห์

“กลุ่ม[ผู้ป่วยตามพรบ.ผู้ประสบภัยจากกรณ] ซึ่งเป็นกฎหมาย แต่ไม่สามารถบังคับให้ทำตามกฎหมายได้ ไม่ซื้อพรบ. ก็เป็นภาระว่าไม่สามารถจ่ายเงินเบื้องต้น 15,000 บาทได้ คือส่วนที่โรงพยาบาลต้อง support ไป ประมาณปีละ 10 ล้านบาทได้”
--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกันสุขภาพ

“ส่วนที่รับส่งต่อ มีทั้ง IPD และ OPD และส่วนที่เป็น OPD เรามีการเรียกเก็บตามค่าใช้จ่ายจริงไปที่ต้นสังกัด หากเขาจ่ายเต็มเราก็จะได้ขาดทุนในตรงนี้ แต่ในความเป็นจริงจะมีประเภทค้างชำระ ไม่ชำระ และ NPL อยู่จำนวนหนึ่ง”
--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกันสุขภาพ

“ที่มีปัญหาหนักสุดคนไทยร้องเรียนสิทธิ เขาตำราเรา เขาไม่ยอมใช้สิทธิ เขาไม่มีพรบ.รณ นอนเตียงใกล้กันก็จะเปรียบเทียบกับคนไทยกับคนลาว คนไทยต้องจ่าย 15,000 [บาท] ก่อน ลาวได้ฟรี อันนี้คือความต่างของกองทุน และทำให้ผู้ให้บริการตอบคำถามเขายาก”
--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการพยาบาล

“ปัญหาตอนนี้ไม่อยู่ที่ว่า rate เท่าไหร่ แต่อยู่ที่ว่าไม่มีการจ่าย เช่น เคสคนไข้ลาวทำผ่าตัดหัวใจ 2 แสนบาท แล้วก็กลับไปไม่จ่าย และกลับมารับยาอีก 56,000 [บาท] เรารับไม่ได้ เขาจะจ่ายแค่ 2 พัน เก็บเงินไม่ได้เลย...เหมือนเขาแนะนำกันมาก่อนว่าถ้าไปโรงพยาบาลนี้ ย่าบอกว่ามีเงิน เหมือนเขาคุยกันมาก่อน เดือนหนึ่งกลุ่มคนที่เราเก็บค่าใช้จ่ายไม่ได้มีประมาณ 4-5 คน ซึ่ง CCU เขาก็ทำหัตถการกลุ่มที่ high cost พอสมควร อยากให้มีกองทุน

“เพื่อมาช่วยเหลือคนกลุ่มนี้”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการบริหารทั่วไป

“ทางการเงินให้ตรวจสอบสิทธิก่อน แต่พออยู่ในระยะ emergency คนที่อยู่ในสถานการณ์ตรงนั้นทำไม่ได้ ต้องช่วยชีวิตก่อน การตรวจสอบสิทธิก็มีปัญหา เขายืนยันไม่จ่ายอย่างเดียว และเรื่องการสื่อสารค่อนข้างลำบาก เช่น เคสคนอังกฤษ ฟินแลนด์”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการบริหารทั่วไป

“เราคุยกันเหมือนกันว่าบางครั้งการทำห้องใหญ่ขึ้นไม่ได้เป็นการเพิ่มรายได้ให้โรงพยาบาล โดยเฉพาะตึกอายุรกรรม เนื่องจากจะถูกจับจองโดยลูกค้า VIP ซึ่งไม่ได้จ่ายให้โรงพยาบาล แต่ครอบครองห้อง...ห้องพิเศษไม่ใช่รายได้หลักของโรงพยาบาล”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการแพทย์

อำนาจต่อรองที่ไม่เท่าเทียมกัน

นอกจากการรับรู้ในเรื่องการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของคนไข้ที่ใช้สิทธิกองทุนสุขภาพในอัตราที่ไม่เป็นธรรม และหนี้สูญจากคนไข้กลุ่มต่างๆ ผู้บริหารส่วนหนึ่งยังรับรู้ถึงอุปสรรคในการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลเนื่องจากรู้สึกว่าการที่โรงพยาบาลหรือผู้ให้บริการสุขภาพ (provider) มีอำนาจต่อรองที่ไม่เท่าเทียมกันกับกองทุนสุขภาพผู้จ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ (payer)

“อยากฝากคำว่า “เจ้าเมือง” คือ ริดภาษีจากคนทำงาน ตอนนี้ สปสช. ทำงานริดภาษีจากพวกเราปรนเปรอพวกข้างบน อย่างโรงพยาบาลเราทุกครั้งที่จ่ายยาไป เราไม่เคยได้คืนที่เราจ่าย ขาดทุนมาตลอด เขาไม่ได้มองว่าต้นทุนเราเท่าไร เขามองว่าทำอะไรให้เขาสามารถบริหารกองทุนมีเงินเหลือ และเป็นผลงานเขา”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการแพทย์

“ในการบริหารกองทุน กองทุนจะต้อง spare ความเสี่ยงไว้เสมอ [แต่การปฏิบัติจริง] กลายเป็นภัยคุกคามหน่วยบริการ...ก่อนจะจัดทำงบประมาณประจำปีเราต้อง forecast แล้วว่าจะมีกลุ่มผู้ป่วยเท่าไร และดูตามพันธสัญญา 15,000 บาท [ต่อRW] ออกมาแล้วเป็นเท่าไร พอถึงวันจ่ายจริงบอกไม่มีเงิน...เป็นเรื่องที่ไม่ควรกระทำ เป็นผมๆ ไม่ทำ ถ้าผมสัญญากับใครไว้ ผมจะบริหารความเสี่ยงของผมเอง”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“ถ้าจะมีการรวมกองทุนน่าจะมีการแบ่งแยกผู้ซื้อผู้ขายชัดเจน หากมีข้อขัดแย้งมีผู้ตัดสิน และผู้ขายน่าจะปฏิเสธไม่ขายได้หากราคาไม่เหมาะสม สถานการณ์อย่างนี้จะทำให้

โรงพยาบาลอยู่ไม่ได้...ราคาที่ไม่เป็นธรรม provider น่าจะปฏิเสธได้ แต่วันนี้ provider ถูกมัดมือชก”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการแพทย์

“สองปีที่แล้ว ออร์โธเจสสภาพเดียวกัน ข้อตกลงให้จ่ายคืนสถานบริการ 50,000 บาท สปสช. จ่าย 35,000 บาท ไม่มีใครทำอะไร อยากฝากว่าสิ่งที่เกิดขึ้นในระบบเป็นตัวแปรที่ทำให้ cross-subsidize มันจะเกิดมากขึ้นแต่จะไม่ได้เกิดขึ้นในตัว provider”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการแพทย์

ประเด็นที่ 3 อุปสรรคในการบริหารโรงพยาบาลอันเป็นผลมาจากข้อจำกัดภายในของโรงพยาบาล

บทบาทที่ขัดแย้งกันในการทำงานมุ่งเน้นคุณภาพและความเท่าเทียมและมุ่งเน้นประสิทธิภาพ

อุปสรรคหนึ่งในการบริหารโรงพยาบาลในมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อจำกัดด้านการจัดการให้ผู้ให้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหรือทำงานเพื่อลดต้นทุนของโรงพยาบาล ทั้งนี้ เพราะมาตรการบางอย่างอาจจะมีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย หรืออาจมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ตามวิชาชีพของผู้ให้บริการสุขภาพ

“แต่หมอจะไม่คิดเรื่องต้นทุน จะคิดเรื่องของคนไข้เป็นหลัก แต่หลายครั้งทั้งที่เขารู้ว่าเรา reimburse ไม่ได้ เขายังผลักภาระให้เรา”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“ส่วน clinician นื่องที่อยู่ในระดับปฏิบัติก็พอรู้[เรื่องต้นทุน] แต่มีความอึดอัดในหลายๆ เรื่องในเรื่องของการถูกจำกัดจากผู้บริหารในการใช้ยาบางตัวที่เป็นไปตามเงื่อนไขของกองทุน หรืออึดอัดเรื่อง cash flow [ที่ทำให้]มีความแตกต่างของค่าตอบแทน...ทำให้เขาไม่ยอมรับรู้ และบางคนก็ไม่รับรู้เหมือนกัน”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“การจัดบริการขณะนี้เป็นการจัดบริการ minimum standard ถ้าเทียบกับเอกชนที่มีความสะดวกในการรองรับผู้รับบริการ หากเราจัดให้มีมาตรฐานที่แตกต่างก็เป็นประเด็นทางสังคม แต่ถ้าไม่จัดผู้รับบริการ[ประกันสังคม]ส่วนนี้จะไหลไปรพ.เอกชน ซึ่งในอนาคตน่าจะมีผลกระทบเรื่อง cash flow ของโรงพยาบาล”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“ที่จริงเราไม่ควรที่จะสร้างความเหลื่อมล้ำระหว่างคนที่อยู่ระหว่าง 3 กองทุน หรือแม้กระทั่งคนอื่นก็ตาม ถ้าเป็นมาตรฐานทางการแพทย์แล้ว มาตรฐานเราอาจจะสูงขึ้นไปกว่าโรงพยาบาลที่ไม่ advance เท่าโรงเรียนแพทย์ เขาควรจะได้รับประโยชน์ตรงนั้นเท่าๆ กัน แต่ตามมาด้วยต้นทุนที่สูง ขณะที่เขาจ่ายเงินมาในระดับที่ต่ำ จ่าย base rate ที่ต่ำ แถมยังต่ำกว่ากองทุนอื่นๆ ซึ่งจ่าย base rate ไม่เท่ากัน และจะเอาสิทธิประโยชน์ครอบคลุมที่สูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายของเรา”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกันสุขภาพ

“จะมีการแจ้งให้แพทย์ในกลุ่มงานทราบ เพดานเครื่องมือ คุณเบิกได้เท่าไร อันไหนใช้แล้วเบิกไม่ได้ ข้อจำกัดมีอะไรบ้าง บางชิ้นหากจำเป็นต้องทำ”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกันสุขภาพ

“ในด้านการพยาบาล เราทุ่มเทเรื่องการให้บริหารว่าจะทำอย่างไรให้คนไข้ได้รับการดูแลเร็วที่สุด และปลอดภัยที่สุด ไม่เน้นเรื่องสิทธิ”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการพยาบาล

ข้อจำกัดในการใช้ข้อมูลเพื่อการบริหารราคาและต้นทุนของโรงพยาบาล

อุปสรรคหนึ่งในการบริหารโรงพยาบาลในมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อจำกัดในการใช้ข้อมูลเพื่อพิจารณาปรับราคาค่าบริการตัวเอง เนื่องจากข้อจำกัดทางกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับทางราชการ ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถควบคุมราคา ค่าบริการสุขภาพได้ นอกจากนั้น ยังมีข้อจำกัดของข้อมูลต้นทุนของโรงพยาบาล ซึ่งหากขาดการจัดระบบเพื่อเก็บข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณต้นทุนการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องหรือเชื่อถือได้ อาจทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลไม่มีความสามารถที่จะจัดการให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพได้

“ในภาพรวม แหล่งที่มาของเงินงบประมาณได้สินทรัพย์มา ระบบข้อมูลไม่ถูกวางในกลุ่มที่ถูกต้อง ผมเชื่อว่าโรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่ขาดทุน เพราะทุกวันนี้เรายังไม่มีเงิน maintenance หรือ replacement ไม่มี และจำนวนบุคลากรยังมีน้อย งานเยอะ อันนี้เป็นอันตราย”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“โรงพยาบาลไม่ได้ปรับค่าบริการมาหลายปี ฉะนั้นการไปเพิ่มภาระให้กลุ่ม out-of-pocket ในรอบหลายปีไม่ค่อยมี แต่ผมมี set 2 ระดับ คือ ระดับ 1 เราอ้างอิงจากราคาของกระทรวงสาธารณสุข ราคาครั้งสุดท้ายเป็นหนังสือเล่มแดง ปี 2548 ก่อนหน้านี้อีกรุ่นเล่มน้ำเงิน 2537 กลไกของตลาดต้องเอื้อให้สถานบริการสามารถตั้งราคาได้ ส่วนการ reimburse ระหว่างกัน เป็นข้อตกลงระหว่างกองทุน เหมือนเป็น discount”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“หลายคนเข้าใจว่าห้องพิเศษสร้างกำไรให้กับโรงพยาบาล ถ้าเรานำงบประมาณมาทั้งหมด เอา capital cost ทั้งหมด และนำค่าเสื่อมมาบวก ขาดทุนทุกตัว...เรื่องกลไกราคา ผมอยู่ระหว่างดำเนินการ”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

การทำข้อมูลต้นทุน ได้คลุกคลีกับข้อมูลชุดนี้มาปีกว่า ผมดูแล้วว่าผู้ให้บริการไม่ได้ดูต้นทุน ดูจากลักษณะ pattern ของการบริการ ขนาดต้นทุนตัวเองไม่รู้ เราเพิ่งมาดูว่าความเชื่อที่ผ่านมามีการบอกข้าราชการกำไร UC น่าจะขาดทุน ประกันสังคมน่าจะดีกว่า พวกนี้เป็นสมมติฐาน แต่ข้อมูลที่ออกมาที่ยืนยันได้ระดับหนึ่ง สิ่งสำคัญคือความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล เรื่องค่ายาที่ซื้อมา ค่ายา ค่าวัสดุทางการแพทย์ ในระบบบัญชีแต่เดิมไม่ได้ไว้ในต้นทุน แต่รวมทุกอย่างแล้วอาจจะขาดทุนก็ได้ ต้องพิสูจน์กันต่อไป”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกันสุขภาพ

“เคยมีการ discuss ในการประชุมกรรมการบริหาร...อยากให้ตั้งราคา[สำหรับคนไข้] ต่างชาติเพิ่มขึ้น แต่มีบางความเห็นว่าจะเป็นการไม่ถูกต้องหรือไม่ เพราะกระทรวงกำหนดให้เราเป็นโรงพยาบาลของกระทรวง คิดค่าบริการเท่านี้ หากมีการเพิ่มราคาจะต้องขออนุญาตกระทรวงหรือไม่? และเก็บธรรมดายังไม่ได้ แล้วมากกว่าเดิมจะเก็บได้หรือไม่?... เราให้ตามราคาที่กระทรวงกำหนด เพราะเราเป็นสังกัดกระทรวง”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกันสุขภาพ

“การตั้งราคาเพิ่ม[สำหรับคนไข้สิทธิข้าราชการ] ต้องขอทำความเข้าใจกับกรมบัญชีกลาง เพราะมีขั้นตอนหลายอย่างทำไปที่กระทรวง และกระทรวงส่งเรื่องไปกรมบัญชีกลาง”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกันสุขภาพ

ประเด็นที่ 4 การตอบสนองของโรงพยาบาลต่อนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพ

มุ่งเน้นการปฏิบัติพันธกิจในฐานะโรงพยาบาลรัฐโดยไม่เน้นผลประโยชน์ด้านการเงิน

ผู้บริหารโรงพยาบาลจำนวนมากมุ่งเน้นการปฏิบัติพันธกิจในฐานะโรงพยาบาลรัฐโดยไม่เน้นผลประโยชน์ด้านการเงิน ซึ่งหากพิจารณาจากมุมมองนี้ จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลไม่มีนโยบายทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนอย่างจริงจังหรือตั้งใจ (active management for cross-subsidization) หรือหากมีการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพเกิดขึ้นในระดับโรงพยาบาล ก็อาจเกิดขึ้นเอง (passive management for cross-subsidization) จากความแตกต่างของต้นทุนและอัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทุนสุขภาพ เช่น ผู้บริหารอาจมองว่ารายได้จากกองทุนสวัสดิการข้าราชการเป็น “buffer” ในทางการเงินของโรงพยาบาลหากต้องมีการขาดทุนจากการบริการให้คนไข้กลุ่มอื่นๆ โดยไม่จำเป็นต้องมีการจัดการเพื่อมุ่งเน้นการให้บริการแก่ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการเป็นพิเศษ เป็นต้น

“การบริหารงบประมาณหรือภาพรวมของการบริหารก็ได้แยกสิทธิ จะดูประมาณการในเรื่องของจำนวนผู้รับบริการในภาพรวม เช่น OPD case เท่าไหร่? ผู้ป่วยในเท่าไหร่? และนำมาสู่กระบวนการจัดสรรงบประมาณมีการจัดสรรตามยุทธศาสตร์...เวลาจัดเก็บรายได้ ก็จะมี pull กลับเข้ามาในกองกลาง และเมื่อได้รับเงินกลับมาก็จะมาเป็นเงินกองกลาง และจัดสรรตามแผนยุทธศาสตร์”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“นโยบายโรงพยาบาลไม่มีการจำกัดจำนวนเคส OPD หรือไม่มีการปฏิเสธคนไข้ที่ admit... [การจำกัดจำนวนเคส]จะมีทางอ้อม ในเรื่อง OPD แต่ไม่ใช่ปัญหาเรื่องการเงิน แต่เป็นปัญหาเรื่องความแออัด พยายามให้ผู้รักษากลับที่โรงพยาบาลต้นสังกัดที่เป็นบัตรทอง”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการแพทย์

“การที่เราเพิ่ม excellence center ไม่เกี่ยวกับเรื่องรายรับ เป็นคล้ายๆ ความท้าทายว่าโรงพยาบาลเราทำได้ เพราะเราทำผ่าตัดเปลี่ยนไตได้แล้ว ไม่ได้กำไรมากมาย เคสก็ไม่เยอะ”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการแพทย์

“สิ่งหนึ่งที่ทำให้คนไข้ล้นหลามที่นี่คือ policy ของโรงพยาบาล คือ รับคนไข้ไม่จำกัด เราจะเสริมเตียง ทำให้เขามา เราไม่สามารถเลือกปฏิบัติ อยู่ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการพยาบาล

“มีสองความคิดที่ขัดแย้งกัน ส่วนหนึ่งทำตามระเบียบกรมบัญชีกลางคือใช้ยา ED เยอะ ทำให้เราได้ benefit น้อย เพราะยาถูก โรงพยาบาลรายรับน้อยลงแน่ ต้อง balance ให้ดีๆ ถ้าเรา

คุมมากไปอาจมีปัญหาเรื่องการเงินแน่ๆ เพราะเราได้ cross-subsidize จาก OPD การที่ยา คนใช้กรรมบัญญัติกลางเพิ่มขึ้น ไม่ใช่นโยบายโรงพยาบาล เพียงแต่ว่าโรงพยาบาลไม่ได้ คัดค้านสมมติเราจะนำยา non-ED เข้า ทุกคนก็อ้างว่าไม่ใช่ภาระโรงพยาบาลแต่เป็นการ ทำกำไรให้โรงพยาบาล...ไม่ใช่โรงพยาบาลต้องการ cross-subsidize มาชดเชยอันเดิม อาจ เป็นทาง indirect ไม่ใช่ direct”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการแพทย์

มุ่งเพิ่มประสิทธิภาพมากกว่าการหารายได้เพิ่ม

ผู้บริหารโรงพยาบาลจำนวนมากมีมุมมองด้านการจัดการเพื่อแก้ไขภาวะการขาดทุนจากการ บริการผู้ป่วยของบางกองทุนสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งการจัดการภายในองค์กรด้านอื่นๆ โดยชี้ให้เห็นได้ว่าโรงพยาบาลไม่มีนโยบายที่จะทำให้ เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนอย่างจริงจังหรือตั้งใจ (active management for cross-subsidization)

“กลับมาคุยกันแต่ไม่ลดบริการ...เราคงทำ 3 เรื่อง เรื่องแรกส่งเรื่องให้กับผู้มีอำนาจใน ประเทศ เป็นสิ่งที่ provider ร้องทุกข์ เรื่องที่ 2 เป็นเรื่องที่เราต้องกลับมาคุยกันเรื่อง การกำกับค่าใช้จ่าย และสุดท้ายเรื่องการพัฒนาคุณภาพของคนของเราให้มีมุมมองด้าน ประสิทธิภาพ”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“มีการเพิ่มบริการหรือไม่ เราเริ่มมองจาก margin หรือไม่ ต้องตอบว่า ไม่ เรามองเรื่อง ความจำเป็น การเปิดเพิ่มบริการเรามองการเข้าไม่ถึงบริการ ไม่ว่าจะเป็น waiting list waiting time เรามองมากกว่า แต่เรามองเรื่องความคุ้มค่าการให้บริการ มองทั้ง 2 ด้าน หากเปิดบริการออกไปแล้วเกิดเป็นภาระทางการเงินการคลังมาก ๆ เราอาจจะชะลอ”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

หน้าที่ของผู้อำนวยการคือพยายามลด cost DRG ต่อ RW วิธีการลด cost การลด waste และ การปรับปรุงแบบการให้บริการซึ่งเราคิดว่าเราพอมี

โอกาสที่จะลด cost ได้ และการดึงภาคเอกชนเข้ามาเรียกว่า Public Private Partnership คือ ในการที่จะเอาเครื่องมือมาตั้งให้ เช่น พยาธิ เราก็จะซื้อน้ำยา ส่วนค่าก็เอาเครื่องมือ มาตั้งให้ หากลดต้นทุนตรงนี้ได้ ทั้งหมดนี้เป็นความพยายามเรื่องการลดต้นทุน”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“การเพิ่มรายรับ base rate ต้องไป defense กับกองทุนซึ่งทำอยู่ ส่วนเรื่องของเราคือ การทำ RW ให้อย่างเหมาะสม มีการตรวจสอบ audit RW ทำอย่างไรให้ RW เหมาะสม

เพื่อให้ RW สูง เพื่อให้ได้รับการชดเชยที่สูง และการลดผู้ป่วยใน คือไม่ให้มีการ admit เพื่อ
รอ surgery บางอย่าง วัตถุประสงค์คือ ลด length of stay (LOS) แล้วก็กลับบ้าน
เร็วที่สุด LOS ลดลงได้เยอะ เมื่อไหร่ที่คนไข้ recovery แล้ว เราก็จะติดต่อไปยังต้นสังกัด
เพื่อเอากลับไปดูแลต่อ สอนญาติและเตรียมกลับบ้าน ไม่ให้เกิด readmission”
--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกันสุขภาพ

“เรามีการแยกแยะคนไข้แต่ละสิทธิอย่างชัดเจน โดยแพทย์แต่ละท่านมีแนวโน้มรู้สิทธิว่า
คนไข้สิทธิอะไร เนื่องจากใบ OPD card ก็จะมีบอก...ค่าใช้จ่ายทางด้านยาจะเป็นตัวแรกที่
โดนควบคุม ยาจะถูกแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม...จ่ายได้ทุกสิทธิ จ่ายได้เฉพาะสิทธิ...และยาเฉพาะ
ราย ซึ่งมีจะเน้นไม่ให้ฟรีในทุกราย”
--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการแพทย์

“ในฐานะหัวหน้าตึก พี่จะดูส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรา เช่น ระบบสาธารณูปโภค ค่าไฟ เราจะมี
ส่วนช่วยองค์กรอย่างไร เพราะนี่คือต้นทุน และส่วนของครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เราก็ไป
สื่อสารว่าเป็นอย่างไรบ้างตอนนี้ เพิ่มหรือลดยังไง เรามีส่วนยังงี้”
--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการพยาบาล

“ในส่วนของ ER เป็นการอุดรายจ่าย อะไรไม่สมควรจ่ายก็ไม่จ่าย ต้องปลุกฝั่งคนให้บริการ
ในฐานะมีความใกล้ชิดระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติ เราก็จะปลุกฝั่งไป หรือรายการบางอย่าง
เราทำไปแล้วแต่ไม่ปรากฏในการคิดเงิน เราต้องพยายามเพิ่มให้คิดเงินให้ได้ รายละเอียด
แต่ละ item...ทุกคนต้องช่วยกัน ทั้งเพิ่มรายได้และอุดหนุน”
--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการพยาบาล

“ในการลงคำรักษาพยาบาลในระบบเราพยายามพัฒนาให้ใกล้เคียงความเป็นจริง...แต่มี
ปัญหาใน ward พยาบาลไม่มีเวลาก็จะมีหน่วยมาลงในทีหลัง ความสมบูรณ์ก็อาจจะไม่ดี ใน
เรื่องของคนไข้ นอกอยากพัฒนาระบบตามโปรแกรมให้เจ้าหน้าที่ที่อยู่ OPD ลงข้อมูลเพื่อ
ให้ข้อมูลการเงินสมบูรณ์ และที่กระทบกับโรงพยาบาล คือเวชระเบียน คือแพทย์ลงไม่ครบ
เรามีทีม DRG เพื่อตรวจสอบหลังจากแพทย์สรุปว่าความครบถ้วนการสรุปมากน้อยแค่ไหน
ทำให้โรงพยาบาลได้ค่า RW เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 10% ในการทำงาน”
--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการบริหารงานทั่วไป

“ความตั้งใจจะเป็น “โรบินฮูด” มันไม่มี สิ่งที่เราทำเยอะๆ เลย คือเรื่องของประสิทธิภาพ
โดยเฉพาะการกำกับควบคุมต้นทุนคือดูตามเงื่อนไขของแต่ละกองทุนว่าแต่ละกองทุนได้มอบ
สิทธิประโยชน์อะไรที่สอดคล้องกันกับวิถีจัดระบบบริการ และสิ่งที่เกิดขึ้นในองค์กรคือ

ประสิทธิภาพการจัดเก็บข้อมูลเพื่อไปทำเรื่องการชดเชย ทิศทางจะเป็นอย่างนี้ แต่ความ
ตั้งใจที่จะเป็นภาพใหญ่ที่จะวิ่งไปหา margin เพื่อให้เกิด cross-subsidization เกิดขึ้น ผม
ว่าไม่มีภาพนี้ เป็นการตอบโจทย์สิทธิประโยชน์ โรงพยาบาลยังไม่ได้ทำเชิงรุกมากนัก
ในรูปของรายได้อื่นๆ รูปแบบอื่นๆ เรายังคง focus ในภารกิจหลัก”
--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

รับเงินบริจาคจากสาธารณะเพื่อสนับสนุนการทำพันธกิจขององค์กร

ผู้บริหารโรงพยาบาลบางท่านมีมุมมองด้านการจัดการเพื่อแก้ไขภาวะการขาดทุนจากการ
บริการผู้ป่วยของบางกองทุนสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการรับบริจาคเงินทุนจากสาธารณะ เพื่อนำมาช่วย
สนับสนุนการดูแลรักษาพยาบาลของผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการภายในองค์กรด้านอื่นๆ ซึ่งอาจมองว่า
เป็นการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพจากแหล่งทุนอีกประเภทหนึ่ง และอาจพิจารณาเป็นการจัดการ
ให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพอย่างจงใจหรือตั้งใจได้ (active management for cross-
subsidization)

“จริงๆ แล้วมูลนิธิฯ ช่วยเยอะ ช่วยในหลายลักษณะ บางส่วนคือเข้ามาในส่วนอาจารย์เอง
เป็นทุนไปรักษาคนไข้ เข้ามาในภาควิชา คนไข้เข้ามาในคณะฯ ต่างๆ นานา...เช่น ปีนี้ ปี 56
พันธกิจหลักๆ การศึกษา การบริการ การวิจัย 700 ล้านบาทโดยประมาณ โดยแบ่งเป็น
สัดส่วนว่าจะให้เท่าไร อันนี้เป็นการช่วย โดยเฉพาะเรื่องการปรับปรุงหอผู้ป่วย”
--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“เมื่อเช้า [สปสช.]เพิ่มสิทธิประโยชน์เรื่องอะไร ออกอีกแล้ว เราก็รู้ว่ามันไม่พอ อย่างเราเป็น
โรงพยาบาลที่มีองค์กรให้การช่วยเหลือ ถ้าเราไม่มีองค์กรที่มาช่วยเหลือก็ลำบาก เราเป็น
หน่วยงานในกำกับของรัฐ มันปฏิเสธไม่ได้ อันนี้ก็ถือว่า เราก็ต้องแสดงความรับผิดชอบ เราก็
ไปเปิดอันอื่น เราได้รับเงินบริจาคเกือบ 80%”
--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประโยชน์สุขภาพ

วางแผนควบคุมปริมาณคนไข้บางกลุ่มเมื่ออยู่ในฐานะที่ทำได้

ผู้บริหารโรงพยาบาลบางท่านมีมุมมองด้านการจัดการเพื่อแก้ไขภาวะการขาดทุนจากการ
บริการผู้ป่วยของบางกองทุนสุขภาพ โดยตอบสนองในระดับการวางแผนกลยุทธ์ขององค์กร เช่น
วางแผนควบคุมปริมาณคนไข้บางกลุ่มเมื่ออยู่ในฐานะที่ทำได้ ซึ่งอาจพิจารณาเป็นการจัดการ
ให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพอย่างจงใจหรือตั้งใจ (active management for cross-
subsidization) ในอีกลักษณะได้

“[สัดส่วนคนไข้]ตามนโยบาย 30 บาท คนไข้ในเราก็ดำเนินการไว้ว่าไม่เกิน 15% ต้องดูที่สถานการณ์ว่าคนไข้เป็นอย่างไร อยู่ที่ว่าสถานการณ์เป็นอย่างไร เราไม่ได้บอกเลยว่า ขณะนี้เพียง 30 บาทเต็มแล้ว ไม่มีนโยบาย”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“เราแบ่งเป็น 3 โรงพยาบาลเพื่อให้ผู้อำนวยการ[แต่ละท่าน]สามารถดูแลกลุ่มผู้รับบริการของเราได้ เช่น อาคารหนึ่งเน้นการดูแล ผู้ป่วย premium ที่สามารถจ่ายเงินได้ อีกอาคารหนึ่งเน้นคนไข้ของ excellence center ส่วนอาคารนี้จะเน้นกลุ่มข้าราชการ ประกันสังคม ประกันสุขภาพ ซึ่งเรามี cost สูงอยู่แล้ว เป้าหมายของเราคือการลด cost เชื่อว่าการที่มี cost สูง น่าจะมีกระบวนการในการลด cost ลงไปได้...แต่สำหรับ premium เขาจะทำเรื่องการให้บริการให้กลุ่มลูกค้า กลุ่มที่รับบริการสามารถจ่ายได้ ที่มีความต้องการแตกต่างกัน มันจะแบ่งแยกการบริหารจัดการกันแบบนี้”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“คนไข้ในที่ต้องขึ้นค่าห้องเพิ่มขึ้นมากกว่าที่อื่น เป็นอันเดียวที่เรา reimburse ได้ เพราะข้าราชการมาใช้เยอะ ข้าราชการยิ่งมาใช้บริการเยอะก็จะทำให้เกิดการขาดทุนเยอะหากดูตาม DRG แต่จะได้ส่วนของโรงพยาบาลกับส่วนนี้มา subsidize ทำให้พอทรงๆ อยู่ได้ แต่กลุ่มนี้จะขาดทุนน้อยหน่อย”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“สำหรับลูกค้าพรีเมียม การบวกเพิ่มโดยเทียบเคียงโรงพยาบาลเอกชน เราบวกเพิ่มค่าบริการ visit ละ 200 บาท อย่างคนไข้ปกติเสีย 50 บาท เราก็ดูเป็น 200 บาท แต่พวกค่ายาใช้ราคาเดียวกัน แต่ค่า lab ค่ารังสี ค่าหัตถการ ราคาจะสูงกว่าอัตราสามัญ”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

เรียกร้องให้ผู้กำหนดนโยบายของกองทุนสุขภาพเห็นถึงปัญหาของโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลหลายท่านมีมุมมองต่อการจัดการเพื่อแก้ไขภาวะการขาดทุนจากการบริการผู้ป่วยของบางกองทุนสุขภาพ โดยพยายามจัดการกับปัจจัยภายนอกองค์กร เช่น เรียกร้องให้ผู้กำหนดนโยบายแก้ไขนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาล เรียกร้องให้มีการพูดคุยระหว่างผู้กำหนดนโยบายของแต่ละกองทุนสุขภาพ และเรียกร้องให้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพ หรือเรียกร้องให้มีการออกกฎหมายใหม่ เพื่อทำให้เกิดกองทุนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ เช่น ผู้ป่วยต่างชาติ เป็นต้น การตอบสนองในลักษณะดังกล่าว อาจไม่ใช้การตอบสนอง

ที่เข้ากับแนวคิดเรื่องการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ แต่อาจพิจารณาได้ว่าเป็นการตอบสนอง เพื่อลดปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจของโรงพยาบาลที่จะจัดการให้เกิดการอุดหนุนข้าม

“policy ของรัฐบาล ต้องพยายาม harmonize ส่วนสิทธิประโยชน์ให้ใกล้เคียงกันก่อน วันนี้เรามาแก้ที่ปลาย คือ พยายามมาดูว่า พวกเราจัดบริการแล้วมีความใกล้เคียงกันไหม กับอีกหลายๆคน แต่ว่าส่วนบน การบริหารจัดการทุนโดยเฉพาะ 3-4 กองทุนหลัก และแม้กระทั่งชำระเงินเอง มีความแตกต่างกันมาก ที่มาต่างกัน reimbursement แต่ละกลุ่มสิทธิ ต่างกันพอสมควร ดังนั้น ตัวเลขออกมาว่ามันไม่เท่าเทียมกัน...ผลที่สุดจะนำไปสู่บทสรุปว่ามี cross-subsidization...มันเห็นอยู่แล้ว...แต่ว่ารพ.ไม่ได้มองเรื่องนี้ในการจัดสรรงบประมาณ”
--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“ในฐานะผมเป็น provider ผมต้องประกาศต่อสาธารณะว่าต้องมีกรรมการกลาง และมองในแง่สัญญา [ถ้า]ไม่ใช่รัฐกับรัฐ แต่เป็นรัฐกับเอกชน อันนี้เป็นข้อพิพาทแน่นอน ถ้าเป็นรัฐกับเอกชนผมก็ต้องคุยในนิยาม แต่นี่เป็นกึ่งรัฐกับรัฐ ต้องคุยกัน ผมจะเสนอไปที่กรรมการสภา หรือวุฒิสภาด้านสาธารณสุขให้มีกรรมการ จำเป็นต้องมีกองทุนกลาง หรือ National Health Authority”
--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“กองทุนต้องกลับมามองในเรื่องของการให้สิทธิประโยชน์ที่ relevant กับเงินที่เขาย้ายเข้ามา ดีกว่าการที่จะไปเพิ่มแล้วก็ไปลด เพราะมีเงินก้อนเดียว คือ เพิ่มตรงนี้ก็จะต้องไปลดตรงนั้น... มันทำ co-payment ได้ ว่ากองทุนให้เท่านี้ หากจะ top-up เข้ามาด้วยวิธีอื่น ไม่ใช่หมายความว่า out-of-pocket ของคนไข้ การมีระบบของ reinsurance เอง ไม่ว่าคนไข้ไปซื้อประกันเอง ตรงนี้ควรจะเข้ามาสู่ระบบนี้ด้วย”
--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกันสุขภาพ

“สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือ กระบวนการเปลี่ยนสภาพเป็นผู้ขายบริการ ปัจจุบันเงินส่วนใหญ่มันไปที่กองทุน ที่น่าสนใจคือ เงินเพื่อส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ...บางที่ไม่ได้มองภาพใหญ่ๆ ของประเทศ ผมเลยเป็นห่วงว่า อีก 10 – 20 ปี โรคเรื้อรังได้ก็จะเกิดขึ้นมาอีก แล้วก็จะเป็นการสุขภาพของประเภทอีกเยอะเลย อันนี้เป็นงานวิจัยได้เลย”
--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการแพทย์

“ถ้า AEC เข้ามาหลังไหลเข้ามาก็ไม่รู้จะทำอย่างไร หากวันหนึ่งคนต่างชาติเข้ามาเยอะ และไม่มีเตียงให้คนไข้ไทยนอนจะทำอย่างไร อาจเป็นไปได้เพราะความต่างของสาธารณสุขเยอะ จะมีระบบอะไรหรือไม่ให้รู้ว่ามีคนต่างชาติเท่าไร เราต้องมีระบบป้องกันตัวเราเอง

ควรมีระบบจัดเก็บข้อมูลคนต่างชาติที่เข้ามาเป็นจำนวนเท่าไร มีประกันหรือไม่ และจะมีนโยบายอะไรบังคับได้”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการพยาบาล

“ควรให้นักท่องเที่ยวซื้อประกันก่อน...ไปได้หรือไม่ว่านักท่องเที่ยวที่เข้ามาก่อนเข้ามาต้องขอวีซ่าในสถานทูตไทยแต่ละที่ต้องดูสิ่งเหล่านี้ด้วย พอเข้ามาเมืองไทยก็เกิดปัญหาในระยะยาว และมีเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย กฎหมายเรื่องแรงงาน ต้องมีประกันเข้ามาด้วย”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการพยาบาล

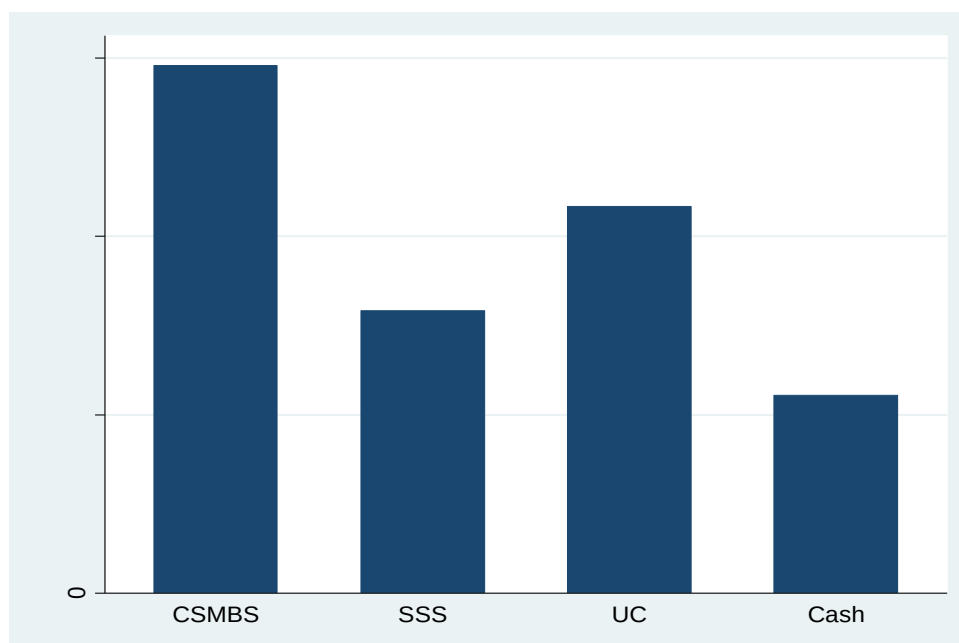
4.2 ผลการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative findings)

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากข้อมูลต้นทุนต่อหน่วย (unit cost) ราย visit ของผู้ป่วย ในประกอบกับข้อมูลจำนวนเงินเรียกเก็บ (charge) และเงินเบิกจ่าย (reimbursement) ตามที่ได้รับ การเบิกจ่ายจริงของโรงพยาบาลศูนย์สองแห่ง โดยมุ่งเน้นศึกษาความแตกต่างระหว่างต้นทุนในการ ให้บริการผู้ป่วยจากแต่ละกองทุนสุขภาพ และเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุน ในการให้บริการผู้ป่วยจากกองทุนต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง ทั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่าผลการศึกษา เชิงปริมาณมี 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความแตกต่างของต้นทุนของการให้บริการผู้ป่วยแต่ละกองทุน (cost difference):

จากข้อมูลต้นทุนต่อหน่วย (unit cost data) ของโรงพยาบาลศูนย์แห่งที่หนึ่งพบว่า ต้นทุนเฉลี่ยในการให้บริการแก่ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดดังแสดงในภาพที่ 3 (Figure 3) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (CSMBS) มีต้นทุนสูงที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) และผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม (SSS)

Figure 3 กราฟแท่งเปรียบเทียบต้นทุนเฉลี่ยแบ่งตามสิทธิการรักษา (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1)



จากข้อมูลดังกล่าว อาจสรุปในเบื้องต้นได้ว่า ผู้ป่วยที่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลที่ต่างกัน มีแนวโน้มที่จะมีต้นทุนในการรักษาที่ต่างกัน อันเป็นผลมาจากข้อกำหนดของแต่ละกองทุนที่ต่างกัน ซึ่งไม่ได้หมายความว่า ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้รับการรักษาที่ต่างมาตรฐานกัน

อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ป่วย CSMBS มีต้นทุนเฉลี่ยสูงที่สุด อาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอายุเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น และอาจเป็นผลมาจากกลุ่มโรคที่ต่างกัน ดังนั้น เพื่อเป็นการทดสอบว่าต้นทุนที่ต่างกันของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มสามารถอธิบายได้โดยลักษณะเบื้องต้นของผู้ป่วย หรือมีส่วนมาจากการมีสิทธิการรักษาพยาบาลที่ต่างกัน ผู้วิจัยได้ใช้สมการถดถอยในการวิเคราะห์ผลกระทบจากการมีสิทธิการรักษาพยาบาลที่ต่างกัน โดยมีตัวแปรควบคุม คือ กลุ่มโรคหลัก อายุ เพศ และจำนวนวันที่รับการรักษา โดยผลการวิเคราะห์จากสมการถดถอย (ดังที่แสดงไว้ในภาคผนวก) พบว่าเมื่อกำหนดให้ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ กลุ่มโรคหลัก และจำนวนวันที่รับการรักษา เหมือนกันแล้ว ต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ CSMBS จะสูงกว่าต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยสิทธิ CSMBS มีความครอบคลุมและใจกว้าง (“generous”) มากกว่าสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยกลุ่มอื่น (เช่น ผู้ป่วยสิทธิ CSMBS สามารถใช้ยาที่มีราคาแพงกว่า หรือ สามารถเบิกค่าห้องพิเศษได้ เป็นต้น)

ประเด็นที่ 2 ความสัมพันธ์ของกำไร/ขาดทุนกับการให้บริการผู้ป่วยแต่ละกองทุน:

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายรับและรายจ่ายของโรงพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วยแต่ละกองทุน ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบระหว่างเงินที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ (charge) เงินเบิกจ่ายที่ได้รับการเบิกจ่ายจริง (reimbursement) และต้นทุน (cost) โดยพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างสิทธิในการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ หากกำหนดให้เงินเบิกจ่ายที่โรงพยาบาลได้รับเป็นรายรับ และต้นทุนในการรักษาพยาบาลเป็นรายจ่าย ส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุน (reimbursement-cost) จะหมายถึงกำไร (หรือการขาดทุน) ของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ในส่วนนี้จะแบ่งออกเป็นสามส่วนย่อย ได้แก่ (1) การเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างกองทุน (2) การเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างกองทุน โดยพิจารณาแยกตามกลุ่มโรคหลัก และ (3) การเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างกองทุน โดยพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุของผู้ป่วย

การเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างกองทุน

จากภาพที่ 4 (Figure 4) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วย CSMBs เป็นกลุ่มเดียวที่ได้รับเงินเบิกจ่ายมากกว่าต้นทุน ในขณะที่ผู้ป่วย UC ได้รับการเบิกจ่ายน้อยกว่าต้นทุน ซึ่งหมายความว่าโรงพยาบาลได้รับการเบิกจ่ายไม่เพียงพอ หรือโรงพยาบาลขาดทุนจากการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ สำหรับผู้ป่วย SSS และผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง พบว่าเงินเบิกจ่ายมีค่าใกล้เคียงกับต้นทุนมาก ในส่วนของเงินเรียกเก็บ (charge) จะเห็นว่า โรงพยาบาลได้ตั้งเงินเรียกเก็บสูงกว่าต้นทุนสำหรับผู้ป่วยจากทุกกองทุน

ภาพที่ 5 (Figure 5) แสดงส่วนต่างระหว่างเงินเรียกเก็บและต้นทุน (charge - cost) และส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุน (reimbursement-cost) โดยเปรียบเทียบระหว่างกองทุนสุขภาพ จะเห็นได้ว่า ส่วนต่างระหว่างเงินเรียกเก็บและต้นทุนมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดสำหรับผู้ป่วย CSMBs ตามมาด้วยผู้ป่วย UC และผู้ป่วย SSS ตามลำดับ แต่หากพิจารณากลุ่มผู้ป่วยจ่ายเงินเอง จะพบว่าเงินเรียกเก็บสูงกว่าต้นทุนเพียงเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่า สมมติฐานที่นักวิจัยตั้งไว้เบื้องต้นว่า ผู้ป่วยจ่ายเงินเอง (OPP) อาจจะเป็นกลุ่มที่ทำกำไรให้โรงพยาบาลเนื่องจากไม่ได้ถูกจำกัดโดยข้อกำหนดของกองทุนต่างๆ จึงอาจไม่เป็นจริง

Figure 4 กราฟแท่งเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนเงินเรียกเก็บ (charge) ต้นทุน (cost) และเงินเบิกจ่าย (reimbursement) แบ่งตามสิทธิการรักษา (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1)

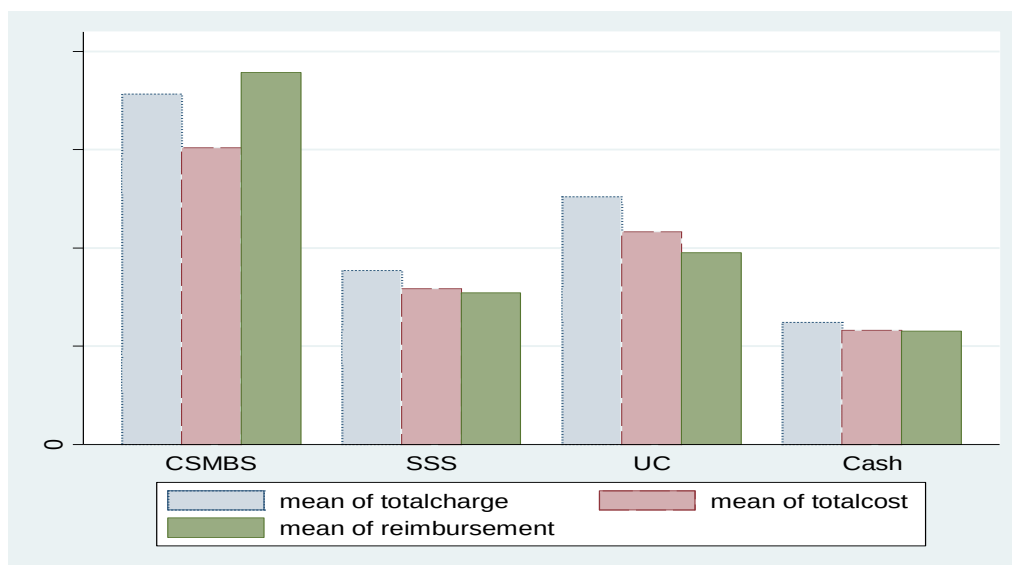
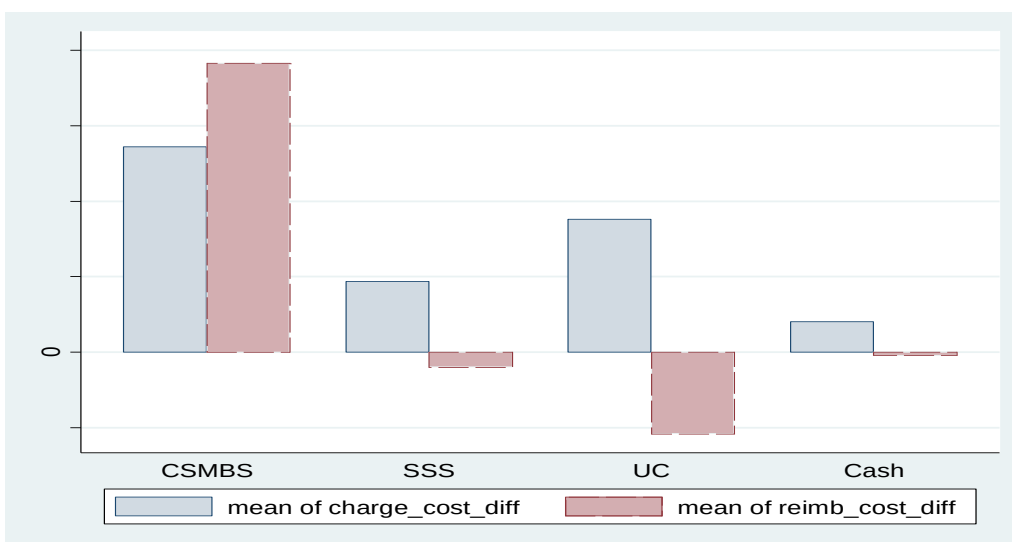


Figure 5 กราฟแท่งแสดงส่วนต่างระหว่างเงินเรียกเก็บและต้นทุน (charge-cost) และส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุน (reimbursement-cost) แบ่งตามสิทธิการรักษา (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1)



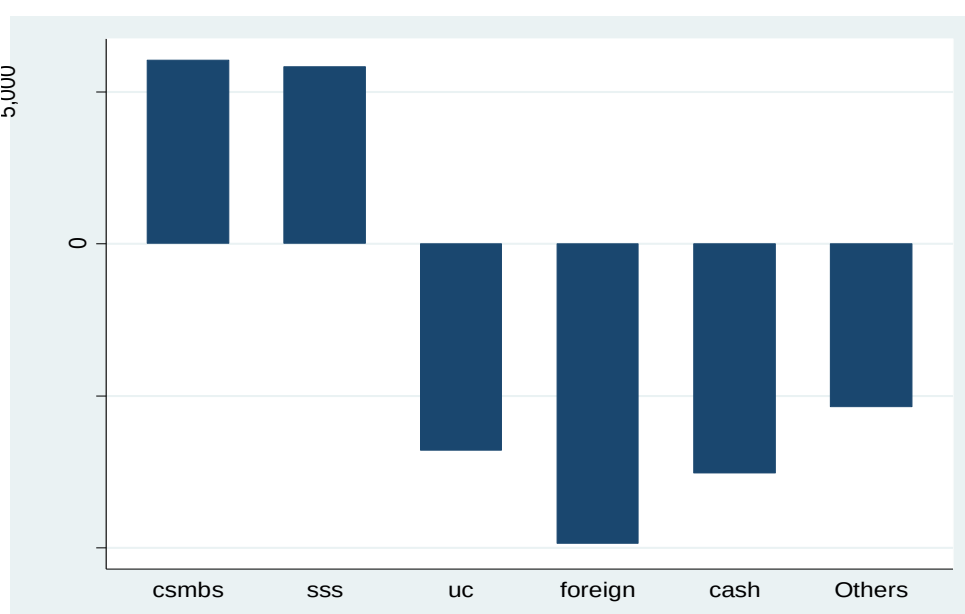
จากข้อมูลดังกล่าว อาจสรุปในเบื้องต้นได้ว่า ส่วนต่างระหว่าง reimbursement และ cost ที่มีค่าติดลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของกลุ่มผู้ป่วย UC สะท้อนถึงการที่โรงพยาบาลอาจได้รับการเบิกชดเชยไม่เพียงพอกับต้นทุนในการให้บริการแก่ผู้ป่วยบางกลุ่ม ในขณะที่ส่วนต่างระหว่าง reimbursement และ cost ของผู้ป่วย CSMBS สามารถถูกใช้เป็น “buffer” ให้กับโรงพยาบาลในกรณีที่โรงพยาบาลได้รับเงินชดเชยไม่เพียงพอ หรือโรงพยาบาลไม่ได้รับเงินจากแหล่งทุนอื่น (เช่น

เงินบริจาค เป็นต้น) อย่างไรก็ตาม หลักฐานเหล่านี้เป็นเพียงการแสดงให้เห็นถึงการได้รับการชดเชยที่ได้รับจากกองทุนสุขภาพต่างๆ ที่อาจจะเพียงพอหรือไม่เพียงพอกับการจ่ายต้นทุนที่เกิดขึ้น แต่ยังไม่สามารถแสดงได้ว่า โรงพยาบาลมีเจตนาที่จะเพิ่มหรือลดการรักษาผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง อันเป็นผลมาจากการได้รับการเบิกจ่ายที่ต่างกัน

ภาพที่ 6 (Figure 6) แสดงข้อมูลเพิ่มเติมข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์แห่งที่สอง ซึ่งมีการเบิกจ่าย (reimbursement) สำหรับผู้ป่วยต่างชาติ (foreign) และผู้ป่วยอื่นๆ ที่จ่ายเงินสด (cash) เป็นจำนวนเงินเท่ากับกับจำนวนที่เรียกเก็บ (charge) เนื่องจากไม่สามารถระบุกองทุนที่เบิกจ่ายได้ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกองทุนจะพบว่า ผู้ป่วย CSMBs และ SSS ได้รับการเบิกจ่ายมากกว่าต้นทุน ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มอื่นได้รับการเบิกจ่ายน้อยกว่าต้นทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยต่างด้าว ทำให้รพ.ขาดทุนมากที่สุด

ตัวเลขเหล่านี้สะท้อนว่า นอกจากการขาดทุนของโรงพยาบาลอาจมาจากการที่โรงพยาบาลได้รับการชดเชยต้นทุนที่ไม่เพียงพอแล้ว อาจเป็นผลมาจากการที่โรงพยาบาลต้องรับภาระในการรักษากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลที่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยต่างชาติที่ไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ สอดคล้องกับต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยเหล่านี้ และยังมีข้อสังเกตว่ากลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองโรงพยาบาลแห่งนี้ก็ไม่สามารถเรียกเก็บได้มากกว่าหรือเท่ากับต้นทุนเช่นกัน

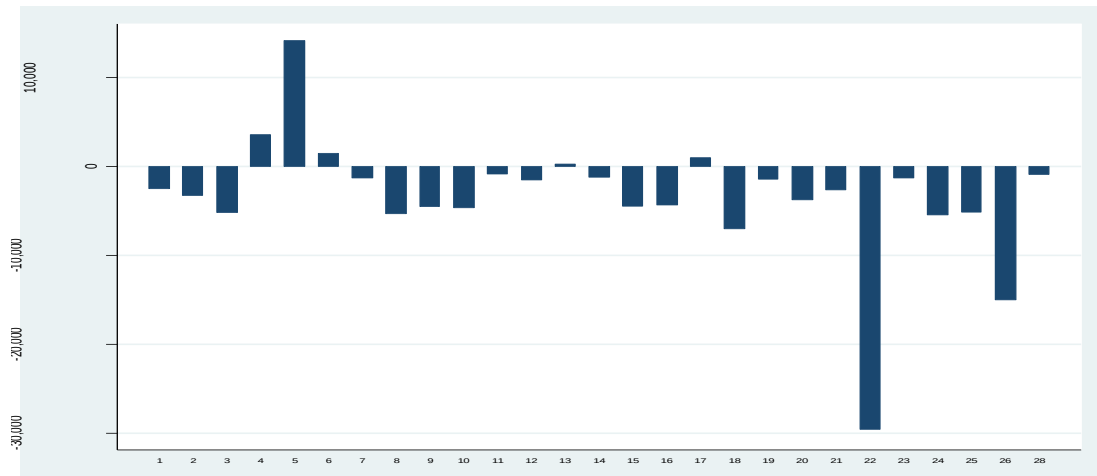
Figure 6 กราฟแท่งแสดงส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่าย (Reimbursement) และต้นทุน (Cost) แบ่งตามสิทธิการรักษา (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 2)



การเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างกองทุนสุขภาพโดยพิจารณาแยกตาม
กลุ่มโรคหลักในโรควินิจฉัยโรคร่วมหลัก

ภาพที่ 7 (Figure 7) แสดงส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนของโรงพยาบาลศูนย์
แห่งที่หนึ่ง โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโรคหลัก (Main Diagnostic Category, MDC) ดังมี
รายละเอียดแสดงในภาคผนวก จะเห็นได้ว่าในภาพรวมของโรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1 ได้รับเงิน
เบิกจ่ายน้อยกว่าต้นทุน โดยมีเพียงแค่ 5 กลุ่มโรค (ไม่รวม MDC = 0 หรือ “Pre MDC”) ที่ได้รับเงิน
เบิกจ่ายมากกว่าต้นทุน ได้แก่ 1) MDC 4: Diseases and Disorders of the Respiratory System,
2) MDC 5: Diseases and Disorders of the Circulatory System, 3) MDC 6: Diseases and
Disorders of the Digestive System, 4) MDC 13: Diseases and Disorders of the Female
Reproductive System, และ 5) MDC 17: Myeloproliferative Diseases and Disorders,
Poorly Differentiated Neoplasms

Figure 7 กราฟแท่งเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างค่าเฉลี่ย (mean) ของเงินเบิกจ่าย
และต้นทุนในแต่ละกลุ่มโรคหลัก (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1)



การเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยทุกกองทุน โดยแยกพิจารณาตามกลุ่มโรคหลักแสดงในตารางที่ 1 (Table 1) จะเห็นว่าส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนของผู้ป่วย CSMBS มีค่าสูงกว่าส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนของผู้ป่วยกลุ่มอื่นในเกือบทุกกลุ่มโรคอย่างเห็นได้ชัด ตัวอย่างเช่น ในกลุ่ม MDC 5 ส่วนต่าง reimbursement-cost ของผู้ป่วย CSMBS มีค่ามากกว่าสามเท่าของส่วนต่างเดียวกันนี้สำหรับผู้ป่วย UC และกลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง

ส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนที่มีค่าติดลบ น่าจะเป็นผลมาจากการที่กลุ่มผู้ป่วย UC มีต้นทุนสูงกว่าที่เบิกจ่ายได้จริงในเกือบทุกกลุ่มโรค (23 กลุ่มจากทั้งหมด 28 กลุ่ม) โดยกลุ่มโรคที่มี reimbursement-cost ติดลบมากที่สุด คือ MDC 22 (Burns) ซึ่งมีค่าติดลบในผู้ป่วยทุกกลุ่ม ดังนั้น ตัวเลขเปรียบเทียบเงินเบิกจ่ายและต้นทุนตามที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ 1 (Table 1) ชี้ให้เห็นว่า การเบิกชดเชยสำหรับการให้บริการผู้ป่วยในบางกองทุน (เช่น UC) อาจไม่เพียงพอที่จะชดเชยต้นทุนในการให้บริการของโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้

นอกจากนี้ อัตราการเบิกชดเชยในหลายกลุ่มโรคอาจยังมีความไม่เหมาะสมหรือไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น สำหรับผู้ป่วยในกลุ่ม MDC 22 ซึ่งมีการเบิกชดเชยไม่เพียงพอ กับต้นทุนในการให้ผู้ป่วยในทุกกองทุน หรือ สำหรับผู้ป่วยในกลุ่ม MDC 8 และ 24 ก็มีการเบิกชดเชยที่ไม่เพียงพอกับต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยจากทุกกองทุน ยกเว้นผู้ป่วย CSMBS

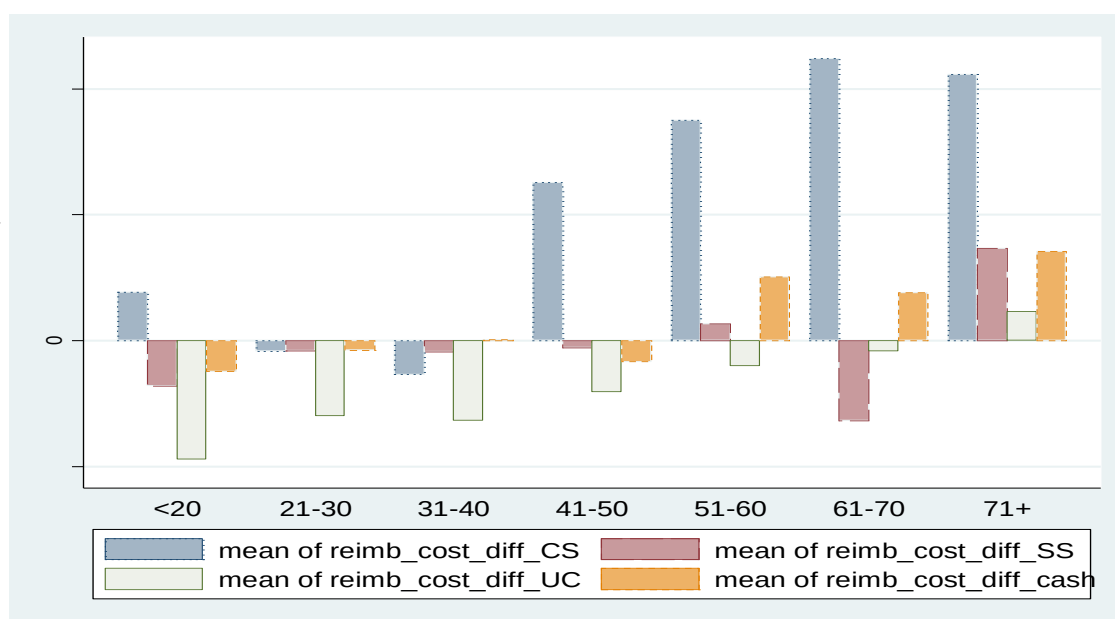
Table 1 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุน (reimbursement-cost) แบ่งตามกลุ่มโรคหลักและสิทธิการรักษา (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1)

MDC	N	Percent	Health Scheme			
			CSMBS	SSS	UC	Cash
0	278	0.29	158257.20	71808.56	9369.26	-30149.01
1	7,494	7.70	3382.71	-4968.12	-3225.93	691.63
2	3,840	3.95	6517.82	1901.17	-5631.34	1588.21
3	2,243	2.30	-247.57	3819.81	-7017.33	28.86
4	6,934	7.13	7352.68	522.25	3160.20	2830.13
5	5,972	6.14	37120.12	-8260.62	11236.96	11690.57
6	11,956	12.29	7608.84	3290.01	439.86	632.13
7	2,746	2.82	7169.24	3577.59	-3085.14	2573.67
8	8,255	8.48	6512.70	-4763.25	-7010.43	-983.40
9	2,738	2.81	-778.09	416.25	-6135.24	-573.06
10	1,553	1.60	1054.09	6234.25	-6685.22	2288.02
11	3,880	3.99	6406.16	5525.22	-2321.17	303.02
12	717	0.74	5220.24	-8070.30	-2830.70	73.87
13	4,233	4.35	4332.93	2653.42	-871.05	2192.55
14	11,638	11.96	-416.78	1196.91	-2475.38	-295.90
15	9,303	9.56	672.31	n/a	-4796.39	-3406.48
16	3,236	3.33	-3112.10	2766.17	-4905.76	396.55
17	2,117	2.18	3699.81	-29694.77	1620.24	1205.73
18	2,532	2.60	361.61	-1771.05	-8350.36	-1820.83
19	173	0.18	-1011.88	-5621.38	-1296.37	178.21
20	421	0.43	512.60	-1728.00	-4189.04	421.67
21	1,886	1.94	605.77	-58.99	-3506.27	80.96
22	164	0.17	-10475.24	-38774.55	-30499.99	-19559.56
23	221	0.23	1396.98	297.29	-2163.27	1569.99
24	1,440	1.48	8347.30	-38053.46	-4144.72	-8177.87
25	617	0.63	-8585.27	1694.63	-6003.76	-2493.34
26	258	0.27	18630.19	-124.19	-22021.78	-3895.80
28	474	0.49	-442.47	368.78	-1139.65	760.24
	97,319	100	7654.13	-396.20	-2166.70	-82.57

การเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างกองทุน โดยพิจารณาแยกตาม
กลุ่มอายุของผู้ป่วย

การที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1 ได้รับการเบิกชดเชยที่ต่างกันระหว่างกองทุน นอกจากจะแปรผันตามกลุ่มโรคของผู้ป่วยแล้ว ยังแปรตามกลุ่มอายุของผู้ป่วยด้วย โดยเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนในแต่ละกองทุนและกลุ่มอายุ ดังแสดงในภาพที่ 8 (Figure 8) จะพบว่า ในเกือบทุกกลุ่มอายุ ผู้ป่วย CSMBS ได้รับการเบิกชดเชยมากกว่าต้นทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ค่าเฉลี่ยของส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนสำหรับผู้ป่วย CSMBS มีค่ามากกว่า 10000 บาท ในขณะที่ผู้ป่วย UC ในเกือบทุกกลุ่มอายุได้รับการเบิกชดเชยต่ำกว่าต้นทุน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยได้รับการชดเชยต่ำกว่าต้นทุนมาก สำหรับผู้ป่วย SSS และผู้ป่วยจ่ายเงินเอง ส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนมีค่าเป็นลบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และมีค่าเป็นบวกในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (ยกเว้นผู้ป่วย SSS ที่มีอายุ 61-70 ปี ได้รับการเบิกชดเชยต่ำกว่าต้นทุน)

Figure 8 กราฟแท่งเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนในแต่ละกองทุน
แยกตามกลุ่มอายุ (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1)



ประเด็นที่ 3 การศึกษาการโยกย้ายต้นทุนข้ามกองทุนสุขภาพ (cost-shifting)

ในการศึกษาความเป็นไปได้ในการอุดหนุนข้ามหรือโยกย้ายต้นทุนระหว่างกองทุนสุขภาพ ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานเบื้องต้นไว้ว่า หากโรงพยาบาลต้องการใช้ส่วนต่างจากกำไรในการจัดบริการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมาเพื่อชดเชยกับการขาดทุนในการบริการผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่ง ผู้ป่วยกลุ่มที่ทำกำไรและเป็นกลุ่มที่โรงพยาบาลสามารถตั้งราคาหรือกำหนดปริมาณการให้บริการได้ในระดับหนึ่ง น่าจะเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่จ่ายเงินเอง (OPP)

อย่างไรก็ตาม จากการเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจากแต่ละกองทุน ไม่พบว่า ส่วนเกินของเงินเบิกจ่ายจากต้นทุนการให้บริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง (OPP) มีรูปแบบที่บ่งชี้ชัดว่า โรงพยาบาลได้กำไรจากการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่ว่าจะเปรียบเทียบโดยการแยกพิจารณาระหว่างกลุ่มโรคหลักดังแสดงในตารางที่ 1 (Table 1) หรือโดยแยกพิจารณาตามกลุ่มอายุดังแสดงในภาพที่ 8 (Figure 8) ในทางกลับกัน ข้อมูลส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยจากแต่ละกองทุนในภาพรวมของโรงพยาบาล ศูนย์แห่งที่สองกลับพบว่า โรงพยาบาลขาดทุนจากการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มจ่ายเงินเอง ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเลือกจ่ายเงินสดแทนการใช้สิทธิรักษาพยาบาลที่ตนมีอยู่ โรงพยาบาลก็ยังคงมีข้อจำกัดในการตั้งราคาเรียกเก็บจากผู้ป่วย ไม่สามารถตั้งราคาค่าบริการสุขภาพได้อย่างอิสระในกลุ่มผู้ป่วยจ่ายเงินเอง เนื่องจากกฎระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของข้อมูลที่ใช้ในการบริหารต้นทุนของโรงพยาบาลเป็นข้อจำกัดสำคัญสำหรับการศึกษาเรื่องการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพขึ้นนี้ โดยข้อจำกัดนี้อาจเกิดขึ้นจากการระบุดัชนีไม่ครบถ้วน และเนื่องจากการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนต้องอาศัยข้อมูลต้นทุนเป็นหลัก หากต้นทุนเหล่านี้มีความผิดพลาดเพียงเล็กน้อย ก็จะทำให้ผลการวิเคราะห์มีความคลาดเคลื่อน หรือไม่สมเหตุสมผล

ตัวอย่างข้อจำกัดของข้อมูลที่ใช้ในการบริหารต้นทุนของโรงพยาบาลสำหรับการศึกษานี้แสดงในภาพที่ 9 (Figure 9) ซึ่งแสดงข้อมูลสัดส่วนของเงินเบิกจ่ายต่อต้นทุน (Reimbursement-to-cost Ratio) สำหรับผู้ป่วย CSMBS ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งที่สองมีค่าสูงกว่า 150 ซึ่งหมายถึงโรงพยาบาลได้รับการเบิกจ่ายมากกว่าต้นทุนเกิน 150 เท่า ซึ่งกรณีที่ไม่น่าจะเป็นไปได้ สัดส่วนที่สูงผิดปกตินี้อาจเป็นผลมาจากการลงข้อมูลต้นทุนไม่ครบถ้วน หรือมีการกระจายต้นทุนที่ไม่สอดคล้องกับการเบิกจ่ายจริง

นอกจากนี้ ตามตัวเลขสัดส่วนที่สูงมากเหล่านี้ อาจเป็นผลมาจากข้อมูลที่โดดไปจากกลุ่มตัวอย่างอย่างมาก (outliers) ผู้วิจัยจึงได้ตัดข้อมูลกลุ่มนี้ออกไปเป็นจำนวน 26 Observations ซึ่ง

เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนของเงินเบิกจ่ายต่อต้นทุนมากกว่า 2000 ดังแสดงในภาพที่ 10 (Figure 10) ซึ่งจะเห็นได้ว่า เมื่อลบกลุ่ม outliers ออกไปแล้ว สัดส่วนของเงินเบิกจ่ายต่อต้นทุนสำหรับผู้ป่วย CSMBS และ SSS มีค่าลดลง แต่ยังคงมีค่าสูงมากหากเปรียบเทียบกับสัดส่วนของเงินเบิกจ่ายต่อต้นทุนของผู้ป่วยกลุ่มอื่น ดังนั้น จึงมีความเป็นไปได้ว่าสัดส่วนของเงินเบิกจ่ายต่อต้นทุนที่สูงเกินไปนี้อาจเป็นผลมาจากการลงบันทึกข้อมูลต้นทุนของผู้ป่วย CSMBS และ SSS ไม่ครบถ้วน

Figure 9 กราฟแท่งแสดงสัดส่วนของเงินเบิกจ่ายต่อต้นทุน (Reimbursement-to-cost Ratio) แบ่งตามสิทธิการรักษา (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 2)

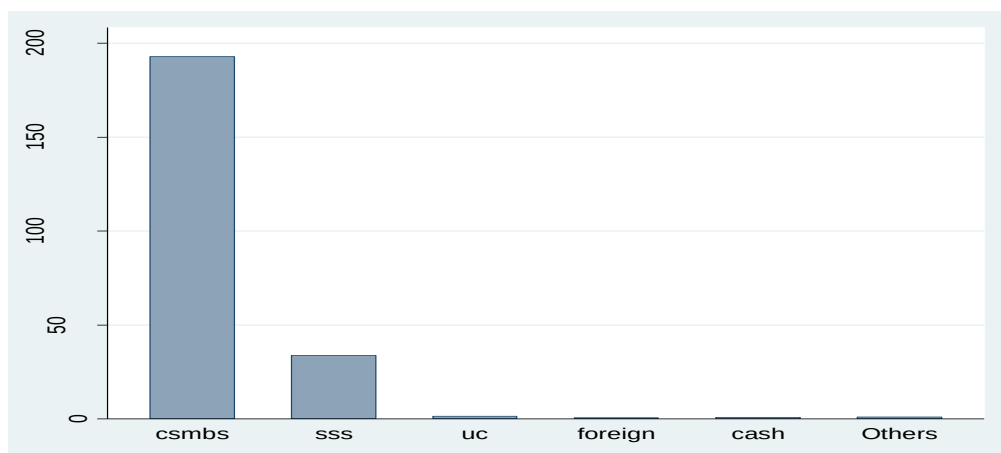
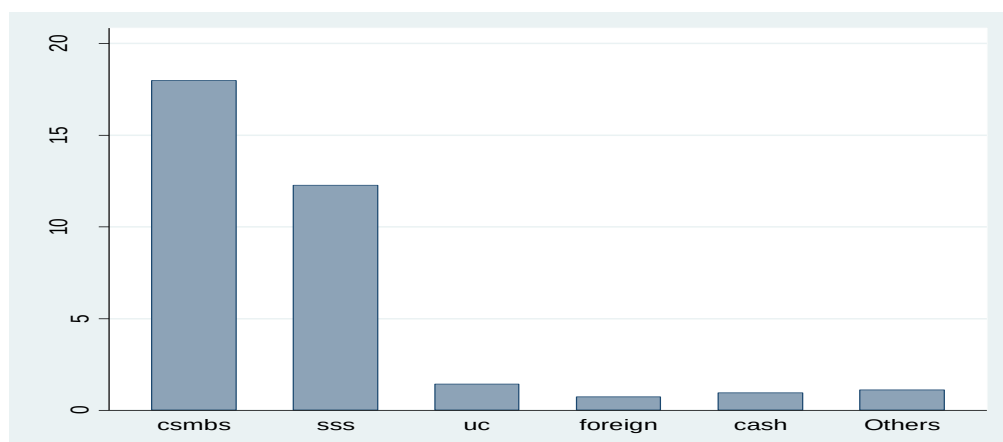


Figure 10 กราฟแท่งแสดงอัตราส่วนของเงินเบิกจ่ายต่อต้นทุน (Reimbursement-to-cost Ratio) แบ่งตามสิทธิการรักษา ไม่รวม outliers (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 2)



กล่าวโดยสรุป จากผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณของความเป็นไปได้ในการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพ ไม่พบว่าการ “จูงใจ” ให้เกิดอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุน ทั้งนี้ สาเหตุหลักเป็นเพราะโรงพยาบาลไม่มีอำนาจในการกำหนดราคาในการให้บริการ (แม้ว่าผู้ป่วยจะเลือกชำระเงินเองก็ตาม) ดังนั้น การวิเคราะห์ความเป็นเหตุเป็นผล (cause-effect) ระหว่างการทำให้

ถ้าหากการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งเพื่อไปอุดหนุนการขาดทุนจากการให้บริการผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งจึงเป็นสิ่งที่แทบจะทำได้ อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณในงานชิ้นนี้พบว่า สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดต้นทุนในการรักษาพยาบาล ผลการศึกษาในส่วนนี้จึงมีความสำคัญในการยืนยันว่า ภาวะขาดทุนหรือกำไรจากการให้บริการแก่ผู้ป่วยจากกองทุนต่างๆ เป็นผลมาจากข้อกำหนดของกองทุนที่แตกต่างกัน

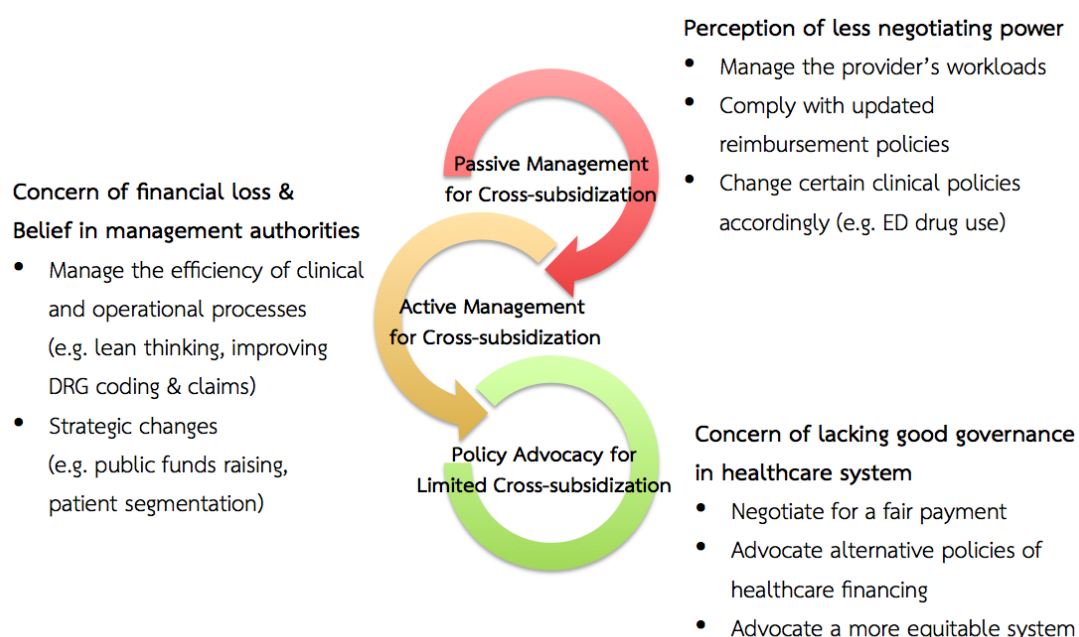
5. การอภิปราย (Discussions)

5.1 แบบจำลองความคิดของผู้บริหารโรงพยาบาล (mental model of hospital administrators)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณมาสังเคราะห์เป็น “แบบจำลองความคิด” (mental model) (Craik 1943, Jones et al. 2011) ซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาลใช้เป็นแนวทางเพื่อช่วยการตัดสินใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์รูปแบบ (patterns) ของทัศนคติ ความคิด ความเชื่อ การตัดสินใจ และนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล และสร้างเป็นแบบจำลองความคิดที่ผู้บริหารโรงพยาบาลใช้เป็นตัวแทนความคิดเกี่ยวกับโลกแห่งความเป็นจริง (cognitive representations of external reality) (Jones et al. 2011) เพื่อใช้คาดการณ์เหตุการณ์ รวมทั้งหาเหตุผลและคำอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งในโลกแห่งความเป็นจริงนั้น อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเรื่องการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพจำนวนมาก ซึ่งแต่ละปัจจัยก็มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอย่างสลับซับซ้อน แบบจำลองความคิดที่สังเคราะห์ขึ้นนี้อาจช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลสามารถศึกษารูปแบบการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาลได้ง่ายขึ้น

แบบจำลองความคิดซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาลใช้เป็นแนวทางเพื่อช่วยการตัดสินใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพแสดงไว้โดยสรุปในภาพที่ 12 (Figure 12) โดยที่ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถตอบสนองต่อการรับรู้เรื่องต้นทุนที่แตกต่างกันของการจัดบริการสุขภาพ และการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราที่ไม่เท่ากันในแต่ละกองทุนสุขภาพได้หลายรูปแบบโดยไม่จำเป็นต้องตอบสนองเชิงนโยบายหรือบริหารจัดการในลักษณะที่เข้าได้กับนิยามดั้งเดิมในวรรณกรรมเรื่อง “การอุดหนุนข้าม” (cross-subsidization) หรือ “การโยกย้ายต้นทุน” (cost-shifting) เสมอไป ผู้วิจัยพบว่ารูปแบบการตัดสินใจแบ่งเป็น 3 รูปแบบใหญ่ๆ ดังนี้

Figure 11 แบบจำลองความคิด (mental model) ของผู้บริหารโรงพยาบาลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ



1) การตอบสนองเชิงรับ (passive response)

ผู้บริหารโรงพยาบาลที่มีรูปแบบการตัดสินใจในลักษณะนี้ มีแนวโน้มที่จะยึดถือเอาพันธกิจของโรงพยาบาลรัฐในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพเป็นหลักสำคัญในการตัดสินใจ อาจมีความพยายามที่จะจัดการกับภาระงานของผู้ให้บริการทางสุขภาพซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากนโยบายการคลังสุขภาพของรัฐบาล หรือผลกระทบจากนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพ แต่อาจไม่ตั้งใจหรือไม่สนใจให้มีการจัดการภายในองค์กรเพื่อรองรับกับผลกระทบจากนโยบายของกองทุนสุขภาพ โดยเฉพาะ การรับรู้ถึงอำนาจในการต่อรองที่ไม่เท่าเทียมกับระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) และผู้จ่ายค่าบริการสุขภาพ (กองทุนสุขภาพ) อาจเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไม่มีการจัดการให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลแบบจงใจ แต่อาจทำให้เกิดการตอบสนองเชิงรับซึ่งนำไปสู่การอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลแบบไม่ได้ตั้งใจได้ (passive management for cross-subsidization)

2) การตอบสนองเชิงรุก (active response)

ผู้บริหารโรงพยาบาลที่มีรูปแบบการตัดสินใจในลักษณะนี้ มีแนวโน้มที่จะสนใจ และเป็นห่วงผลกระทบต่อความยั่งยืนทางการเงินขององค์กร ทั้งนี้ ผู้บริหารอาจมีการตอบสนองต่อนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพได้ในหลายระดับ

ในระดับจุลภาค (micro-level) หรือระดับการดูแลผู้ป่วย (clinical policy level) ผู้บริหารอาจมุ่งเน้นการจัดการเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทางคลินิก เช่น การจำกัดการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่เบิกจากบางกองทุนสุขภาพไม่ได้ ซึ่งในกรณีการจัดการกระบวนการทางคลินิคนั้น ผู้บริหารต้องรับรู้การบังคับให้ทำตามนโยบายของกองทุนสุขภาพ (enforced policies) และมักจะยอมรับและปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว แม้ว่าบางครั้งนโยบายดังกล่าวอาจจะขัดแย้งกับกรอบแนวคิดอื่นๆ ที่ผู้บริหารมักจะใช้เป็นแนวทางจัดการกระบวนการทางคลินิกอยู่ตามปกติก็ตาม เช่น การทำตามนโยบายเรื่องการจำกัดยา บางครั้งอาจจะขัดแย้งกับแนวคิดตามเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (evidence-based medicine) เป็นต้น

ในระดับกลางของระบบสุขภาพ (meso-level) หรือระดับนโยบายการดำเนินงานขององค์กร (organizational operational policy) ผู้บริหารอาจจะกังวลกับโอกาสทางการเงินขององค์กรที่อาจมีการสูญเสียไปโดยไม่จำเป็น และมีความเชื่อมั่นในอำนาจหน้าที่ของผู้บริหารโรงพยาบาลที่จะจัดการกับโอกาสเหล่านั้น และอาจตอบสนองโดยการทำนโยบายภายในองค์กรเพื่อจัดการกับโอกาสเหล่านั้น เช่น เพิ่มค่าธรรมเนียมการบริการทางการแพทย์ที่เรียกเก็บกับผู้ป่วยสิทธิ CSMBS โดยตรงเนื่องจากระเบียบของกรมบัญชีกลางอนุญาต จัดการทำให้ระบบการลงรหัสกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมีความถูกต้องและเรียกเก็บเงินได้มากขึ้น และพยายามลดภาระหนี้สูญ เช่น ติดตามเก็บเงินคนไข้ต่างชาติที่ต้องการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองทุกๆ 3 วัน แทนที่จะเรียกเก็บเงินเพียงครั้งเดียวก่อนที่คนไข้จะออกจากโรงพยาบาล หรือแม้แต่ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ขององค์กร เช่น การหาเงินบริจาค มาสนับสนุนการจัดบริการ หรือการวางแผนบริการผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ในจำนวนที่เหมาะสมกับอุปทานของโรงพยาบาล เป็นต้น

นอกจากการจัดการนโยบายการดำเนินงานขององค์กรแล้ว ผู้บริหารโรงพยาบาลบางท่านอาจปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การบริหารองค์กรเพื่อตอบสนองต่อนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพ (change of organizational strategies) เช่น วางแผนหาเงินบริจาคมาสนับสนุนการจัดบริการ หรือวางแผนบริการผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ในจำนวนที่เหมาะสมกับอุปทานของโรงพยาบาล เป็นต้น

3) การเรียกร้องให้จำกัดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ (policy advocacy for limited cross-subsidization)

ในระดับมหภาคของระบบสุขภาพ (macro-level) ผู้บริหารบางท่านต้องการเจรจาทอรองกับกองทุนสุขภาพโดยตรง แม้ว่าจะรับรู้เรื่องอำนาจการต่อรองที่ไม่เท่าเทียมกันก็ตาม นอกจากนั้น ผู้บริหารบางท่านต้องการขึ้นนำสังคมในเชิงนโยบายการคลังสุขภาพ เช่น เรียกร้องให้พิจารณาเพิ่มการจ่ายเงินสมทบโดยผู้รับบริการบางกลุ่ม (co-payment) เรียกร้องให้มีการออกกฎหมายบังคับการทำประกันสุขภาพสำหรับผู้ป่วยต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย (compulsory health

insurance of international patients) หรือแม้แต่การเรียกร้องให้มีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ดูแลนโยบายการคลังสุขภาพ (national health authority) และทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยปัญหาระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ รวมทั้งจัดการกับปัญหาระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับกองทุนสุขภาพ

ผู้บริหารที่ตอบสนองในลักษณะนี้มักจะต้องการนโยบายสาธารณะที่เน้นความเป็นธรรม และมองการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลเป็นผลกระทบทางลบจากนโยบายด้านการคลังสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม ไม่ใช่ผลลัพธ์โดยตรงจากการจัดการภายในโรงพยาบาลเท่านั้น ผู้บริหารที่ต้องการทำการขึ้นราคาส่งคมในลักษณะนี้มักจะมีความสนใจและเห็นว่าปัญหาการขาดธรรมาภิบาลเป็นประเด็นสำคัญในระบบสุขภาพ และมีผลต้องการให้จำกัดการเกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในที่สุด

5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (implications for policy and practice)

การศึกษาวิจัยชิ้นนี้เป็นหนึ่งในการศึกษาเชิงประจักษ์ชิ้นแรกๆ ที่ทำการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับแนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลในประเทศไทยหลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาของการวิจัยชิ้นนี้ช่วยให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นในแนวคิดเรื่องการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลในระบบสุขภาพของประเทศไทย และแสดงให้เห็นผู้กำหนดนโยบายได้เห็นว่าการกำหนดนโยบายด้านคลังสุขภาพโดยเฉพาะกลไกการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของกองทุนสุขภาพ ทั้ง 3 ระบบหลักของประเทศไทย มีผลกระทบอย่างมากต่อการบริหารการเงินของโรงพยาบาลโดยเฉพาะการบริหารต้นทุนและการบริหารรายรับของผู้บริหารโรงพยาบาลในอดีตผู้ที่ทำการศึกษามองผลกระทบดังกล่าวมักจำกัดการศึกษาอยู่ที่ผลกระทบต่อผู้ป่วยของกองทุนสุขภาพนั้นๆ แต่การศึกษานี้แสดงให้เห็นให้ผู้กำหนดนโยบายได้เห็นว่า เมื่อผู้บริหารโรงพยาบาลรับรู้ว่าการใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกองทุนสุขภาพใดกองทุนหนึ่ง อาจจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร ทั้งการเปลี่ยนแปลงนโยบายทางคลินิก เช่น นโยบายการใช้ยา หรือเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการกระบวนการต่างๆ ภายในโรงพยาบาล ซึ่งต่างก็มีผลต่อผู้ป่วยกองทุนสุขภาพอื่นๆ หรือผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ด้วยเช่นกัน เช่น การพัฒนาระบบการจัดการทรัพยากรสุขภาพที่มีผลต่อการเบิกจ่าย การแสวงหาเงินบริจาคจากสาธารณะเพื่ออุดหนุนการจัดบริการสุขภาพ ทั้งนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลแต่ละแห่ง โดยเฉพาะโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย ไม่สามารถจำกัดการรับรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้สิทธิระบบใดระบบหนึ่ง ดังนั้น แรงจูงใจทางการเงิน (financial incentives) ของโรงพยาบาลจึงขึ้นอยู่กับนโยบายทางการคลังและวิธีการเบิกจ่ายค่าตอบแทน (reimbursement mechanisms) ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจากทุกกลุ่มกองทุน

ในทางทฤษฎี ผลกระทบต่อการจัดบริการของโรงพยาบาลเมื่อโรงพยาบาลได้รับค่ารักษาพยาบาลน้อยกว่าต้นทุนในการจัดบริการสำหรับคนไข้กลุ่มหนึ่ง อาจจะทำให้เกิดความตั้งใจที่จะบริหาร

จัดการเพื่อให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ (active management for cross-subsidization) เช่น โรงพยาบาลอาจมีแรงจูงใจทางการเงินที่จะเพิ่มจำนวนการให้บริการแก่ผู้ป่วยของกองทุนสุขภาพ ที่ให้กำไรมากกว่าหรือมีส่วนต่างของค่าตอบแทนเมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนการจัดบริการที่สูงกว่า และอาจรวมถึงการปรับราคาค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้รับบริการที่จ่ายเงินเอง การเพิ่มหรือลด การจัดบริการสุขภาพบางอย่าง การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยบางกลุ่ม เป็นกรณีพิเศษ หรือแม้แต่การสร้างอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการบางกลุ่ม แต่จากทั้ง ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กลับชี้ให้เห็นว่า ไม่เกิดกรณี ลักษณะดังกล่าวอย่างชัดเจนในโรงพยาบาลรัฐที่ผู้วิจัยใช้เป็นกรณีศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารโรงพยาบาลจำนวนมากมุ่งเน้นการปฏิบัติพันธกิจในฐานะโรงพยาบาลรัฐ โดย ไม่ได้มุ่งเน้นการจัดการเพื่อผลประโยชน์ทางการเงิน ดังนั้น โรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย จึงไม่มีนโยบายองค์กรเพื่อทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพอย่างจริงจังหรือตั้งใจ (no active management for cross-subsidization) ยกเว้นในบางกรณีที่โรงพยาบาลสามารถรับการบริจาค เงินเพิ่มเติมจากสาธารณะเพื่อมาอุดหนุนการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิกองทุนสุขภาพ หรือ ในกรณีของโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ที่สามารถจัดการเชิงกลยุทธ์เพื่อควบคุมปริมาณคนไข้บางกลุ่มได้บ้าง

อย่างไรก็ตาม ผู้กำหนดนโยบายด้านการคลังสุขภาพควรตระหนักว่า การอุดหนุนข้ามกองทุน สุขภาพยังอาจเกิดขึ้นในระดับโรงพยาบาลโดยอาจเกิดขึ้นได้เองโดยไม่มีการจัดการอย่างใดอย่างหนึ่ง ผู้วิจัยเสนอให้เรียกแนวคิดนี้ว่า “การอุดหนุนข้ามกองทุนเชิงรับ” (passive cross-subsidization) ทั้งนี้ การอุดหนุนข้ามกองทุนยังเกิดขึ้นเนื่องจากมีความแตกต่างอย่างชัดเจนของต้นทุนและอัตราการ จ่ายค่ารักษาพยาบาลของกองทุนสุขภาพในประเทศไทย ตัวอย่างเช่น ผู้บริหารอาจมองว่ารายได้จาก กองทุนสวัสดิการข้าราชการเป็น “buffer” ในทางการเงินสำหรับโรงพยาบาลหากต้องมีการรับภาระ ขาดทุนจากการบริการให้คนไข้กลุ่มอื่นๆ โดยไม่จำเป็นต้องมีการจัดการเพื่อมุ่งเน้นการให้บริการ แก่ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการเป็นพิเศษแต่อย่างใด ซึ่งหากกรณีดังกล่าวเกิดขึ้นจริง ก็ยังคงมีความสับสนเสี่ยง ต่อการที่โรงพยาบาลจะจัดบริการที่แตกต่างกันหรือไม่เท่าเทียมกัน จนอาจจะกลายเป็นประเด็นทาง จริยธรรม คือ “ความเหลื่อมล้ำ” (inequity) ในการจัดบริการสุขภาพระหว่างประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้ ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายการคลังสุขภาพของประเทศ ซึ่งรวมทั้งผู้พัฒนาระบบการจ่ายเงินของกองทุน สุขภาพต่างๆ จึงควรคำนึงถึงข้อเท็จจริงนี้ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนนโยบาย การจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพให้เพียงพอต่อต้นทุนของการจัดบริการ และควรปรับการจ่ายเงิน ในอัตราที่ใกล้เคียงกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกองทุนสุขภาพต่างๆ ด้วย

ในด้านการประเมินผลกระทบของนโยบายการคลังสุขภาพ ข้อมูลจากการศึกษาเชิงประจักษ์ ขึ้นนี้อาจช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายการคลังสุขภาพเข้าใจถึงการตอบสนองต่อนโยบายการจ่ายเงินหรือ การกำหนดแรงจูงใจอื่นๆ ของโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยจากหลายกองทุนสุขภาพ (เช่น

โรงพยาบาลของรัฐ) ได้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้ให้ผู้กำหนดนโยบายการคลังสุขภาพสามารถติดตามผลของตัดสินใจเชิงนโยบายเพื่อจัดการกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น เช่น การประเมินผลเรื่องค่าใช้จ่ายของกองทุนสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจะต้องคำนึงถึงทั้งผลกระทบที่เกิดจากการปรับนโยบายของกองทุนสุขภาพนั้นๆ เอง และประเมินผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของนโยบายของกองทุนสุขภาพอื่นๆ อีกด้วย ทั้งนี้ หากในอนาคตกองทุนสุขภาพทั้ง 3 ระบบหลักของประเทศไทยมีระบบข้อมูลที่ใช้ในการซื้อบริการที่ดีขึ้น มีข้อมูลต้นทุนการจัดบริการของโรงพยาบาลที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น ผู้กำหนดนโยบายการคลังสุขภาพก็จะสามารถปรับอัตราการเบิกจ่าย (reimbursement rate) ให้กับผู้ให้บริการสุขภาพได้ใกล้เคียงกันมากขึ้น หากเป็นเช่นนั้นแล้ว การจัดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพของแต่ละโรงพยาบาล ทั้งแบบจงใจหรือเชิงรุก (active) หรือแบบไม่จงใจหรือเชิงรับ (passive) ก็จะมีโอกาสเกิดขึ้นน้อยลง

5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต (suggestions for future studies)

เนื่องจากการศึกษาชิ้นนี้เป็นเพียงการวิจัยเชิงสำรวจ หรือการวิจัยเบื้องต้น (exploratory research) ที่ต้องการศึกษาและทำความเข้าใจปัจจัยซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณในการวิจัยชิ้นนี้ยังคงมีข้อจำกัด ไม่สามารถค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พิสูจน์ได้อย่างชัดเจนว่าการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพหรือเกิดการโยกย้ายต้นทุนเกิดขึ้นจากการจัดการภายในโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองนโยบายของกองทุนสุขภาพจริงหรือไม่ เนื่องจากการเป็นการศึกษาข้อมูลภาคตัดขวาง (cross-sectional data analysis) จำเป็นต้องมีการศึกษาเชิงปริมาณเพิ่มเติมอีกในอนาคต โดยเฉพาะการศึกษาโดยใช้ข้อมูลแบบอนุกรมเวลา (time series data) ซึ่งจะช่วยให้ระบุได้อย่างชัดเจนถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (causal relationship) ของการปรับเปลี่ยนนโยบายกองทุนสุขภาพที่สนใจว่าทำให้เกิดกระทบต่อการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในโรงพยาบาลหรือไม่

ในการที่จะทำการศึกษาวิจัยในลักษณะดังกล่าวได้ จำเป็นต้องมีการพัฒนาฐานข้อมูลที่ใช้ในการจัดการต้นทุนการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของประเทศไทยให้มีความถูกต้องมากขึ้น และทำให้ระบบข้อมูลดังกล่าวกลายเป็นมาตรฐานการจัดการโรงพยาบาลอย่างแพร่หลายมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยจากของโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 2 แห่งที่เป็นกรณีศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจทานข้อมูลและตรวจสอบซ้ำกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อความเข้าใจของข้อมูลที่ต้องการ และได้พบข้อจำกัดสำคัญ 4 ประการ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเพื่อปรับปรุงระบบข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการศึกษาในอนาคต ดังต่อไปนี้

1) หน่วยของการวิเคราะห์ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลราย visit หรือรายบุคคล ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถวิเคราะห์การอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในระดับ micro-data ได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีสิทธิการรักษาพยาบาลเพียงสิทธิเดียวและถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะพยายามแก้ไขปัญหานี้โดยใช้กลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) เป็นหน่วยในการวิเคราะห์แทน แต่การใช้หน่วยวิเคราะห์ดังกล่าวก็ยังมีข้อจำกัดเนื่องจาก ในหลายกลุ่มโรคไม่มีผู้ป่วยจากทุกกองทุนสุขภาพ นอกจากนั้นภายในแต่ละกลุ่มโรคเอง ก็ยังมีความหลากหลายระหว่างผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นอายุ เพศ หรือจำนวนวันนอนที่ต่างกัน และการประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลว่ากำไรหรือขาดทุน มักจะพิจารณาในระดับโรงพยาบาล ไม่ได้ทำในระดับหน่วยย่อย เช่น ในระดับกลุ่มโรคร่วม

ดังนั้นข้อมูลที่เหมาะสมที่จะใช้ในการศึกษาเรื่องการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนในระดับโรงพยาบาลจึงควรเป็นข้อมูลในระดับโรงพยาบาล ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลจากโรงพยาบาลจำนวนมากที่มีการเก็บข้อมูลต้นทุนของผู้ป่วยถูกต้องและครบถ้วน และสามารถตรวจสอบข้อมูลการเบิกชดเชยค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจากทุกกองทุน รวมทั้งข้อมูลของผู้ป่วยจ่ายเงินเองด้วย

2) ผลการวิเคราะห์มีความอ่อนไหวต่อข้อมูลต้นทุนมาก หากการลงบันทึกข้อมูลต้นทุนไม่ครบหรือการกระจายต้นทุนมีความผิดพลาดเพียงเล็กน้อย ก็จะส่งผลให้ผลการวิเคราะห์มีความคลาดเคลื่อนหรือไม่ถูกต้องได้ โรงพยาบาลต่างๆ จึงควรที่จะต้องมีการพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลและระบบการกระจายต้นทุนและการคำนวณต้นทุนของหน่วยบริการที่ถูกต้องเหมาะสม

3) ในกรณีที่โรงพยาบาลไม่ได้มีการรวบรวมข้อมูลการเบิกจ่ายไว้ในเบื้องต้น การรวมข้อมูลต้นทุนที่ได้รับจากโรงพยาบาลเข้ากับข้อมูลการเบิกจ่ายจากแต่ละกองทุนสามารถนำไปสู่ความผิดพลาดได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้วิจัยไม่สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้ชัดเจน การรวมข้อมูล (merge) โดยอาศัยข้อมูลเบื้องต้น (เช่น วันเดือนปีเกิด วันที่เข้ารับการรักษา วันที่ออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น) อาจทำให้ข้อมูลจากสองแหล่งไม่สอดคล้องกัน ดังจะเห็นได้จากข้อมูลจำนวนเงินที่เรียกเก็บ (charge) ที่ได้รับจากโรงพยาบาลศูนย์แห่งที่สองไม่เท่ากับข้อมูลจำนวนเงินที่เรียกเก็บที่ได้จากกองทุนต่างๆ ข้อจำกัดนี้ส่งผลให้การเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกชดเชยและต้นทุนอาจมีความผิดพลาดได้ และในหลายกรณีทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่า โรงพยาบาลขาดทุนหรือกำไรจากการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มกองทุนสุขภาพ

4) ข้อมูลการศึกษาชิ้นนี้เป็นข้อมูลภาคตัดขวาง (cross-sectional data) ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลแต่ละแห่งภายในหนึ่งปีงบประมาณ ดังนั้น การเปรียบเทียบข้อมูลต้นทุนระหว่างเดือนไม่สามารถบ่งชี้การอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนได้ เพราะการเบิกจ่ายเงินชดเชยอาจไม่สามารถทำได้ภายในเดือนเดียวกัน การศึกษาวิจัยเรื่องการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในอนาคตจึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลการเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างปีด้วย

6. บรรณานุกรม (Bibliography)

สุพล ลิ้มวัฒนานท์ และคณะ. (2555) รายงานผลการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลด้านยาเพื่อติดตามประเมินการสั่งจ่ายและส่งผลวิเคราะห์ข้อมูลป้อนกลับโรงพยาบาล: ค่าใช้จ่ายยาผู้ป่วยนอก ระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (ข้อมูลเดือนกรกฎาคม 2554 – มีนาคม 2555). กรุงเทพมหานคร; สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2554). การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ ฉบับที่ 5.0 เล่มที่ 1 และเล่มที่ 2. นนทบุรี; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

Scientific Software Development. ATLAS/ti. version 7.0. [Computer software] (2013). Berlin, ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH.

Braeutigam, R. R. (1989). Optimal policies for natural monopolies. In *Handbook of Industrial Organization*, edited by R. Schmalensee and R. D. Willig. Amsterdam: North-Holland, pp.1289-346.

Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st century: application for advancing social justice studies. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln, *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed, pp.507-536). Thousand Oaks, CA: Sage.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory*. London: Sage.

Craik, K. J. W. (1943). *The nature of explanation*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.

Creswell J. W., Fetters M. D., Ivankova N.V. (2004). Designing a mixed methods study in primary care. *Ann Fam Med*, 2(1):7-12.

Cutler, D. (1998). Cost shifting or cost cutting? The incidence of reductions in Medicare payments. *Tax Policy and Economy*, 12, 1-27.

Dobson, A., DaVanzo, J., & Sen, N. (2006). The cost-shift payment "hydraulic": Foundation, History, and Implications. *Health Affairs*, 25(1), 22-33.

Dranove, D. (1988). Pricing by non-profit institutions: The case of hospital cost shifting. *Journal of Health Economics*, 7, 47-57.

Faulhaber, G. R. (1975). Cross-subsidization: Pricing in public enterprises. *The American Economic Review*, 65(5), 966-977.

Feldman, R., Wholey, D., & Christianson, J. B. (1998). Do Medicare HMOs cost shift? *Inquiry*, 35(3), 315-331.

Frakt, A. (2010). *Estimating hospital cost shift rates: A practitioners' guide*. Health Care Financing & Economics (HCFE) Working Paper.

Frakt, A. (2011). How much do hospital cost shift? A review of evidence. *The Milbank Quarterly*, 89(1), 90-130.

Health Systems Research Institute, World Health Organization (2004). The report of monitoring and evaluation of universal health coverage in Thailand, first phase. Nonthaburi, Thailand: HSRI.

Jones, N. A., H. Ross, T. Lynam, P. Perez, and A. Leitch. (2011). Mental models: an interdisciplinary synthesis of theory and methods. *Ecology and Society*, 16(1): 46. [online] Accessed from: <http://www.ecologyandsociety.org/vol16/iss1/art46>

Khiaochaoen, O, Pannarunothai, P., Chairaj Zungsontiporn, A. (2011). Patient-Level Cost for Thai Diagnosis Related Groups: Micro-Costing Method *Journal of Health Science*, 20(4).

Morrisey, M. A. (1994). *Cost Shifting in Health Care: Separating Evidence from Rhetoric*. Washington, DC: The AEI Press.

Morrow, S. L. & Smith, M. L. (1995). Constructions of survival and coping by women who have survived childhood sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 24-33.

Sloan, F. A. (2000). Not-for-profit ownership and hospital behavior. In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics* (Vol. 1, pp. 1141-1174). Amsterdam: Elsevier Science.

- Sloan, F. A., & Becker, E. R. (1984). Cross-subsidies and payment for hospital care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 8(4), 660-685.
- StataCorp. (2011). *Stata Statistical Software: Release 12*. [computer software]. College Station, TX: StataCorp LP.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basic of qualitative research; Grounded theory procedure and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Troyer, J. L. (2002). Cross-subsidization in nursing homes: Explaining rate differentials among payer types. *Southern Economic Journal*, 68(4), 750-773.
- Vikitset, T. (2008). An Alternative Retail Pricing Policy for Petroleum Products: A Case Study of Gasoline and High Speed Diesel in Thailand. Accessed from: <http://news.nida.ac.th/th/images/PDF/article2551/%E0%B8%AD.%E0%B8%98%E0%B8%B5%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%9F%E0%B8%87%E0%B8%A9%E0%B9%8C.pdf>
- Viscusi, W.K. , Vernon, J., and Harrington, E. C. (1992). *Economics of Regulation and Antitrust*. Lexington, MA: D.C. Heath and Company.
- World Health Organization (2006). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.
- Wu, V. Y. (2010). Hospital cost shifting revisited: new evidence from the balanced budget act of 1997. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 10(1), 61-83.
- Zuckerman, S. (1987). Commercial insurers and all-payer regulation: Evidence on hospitals' responses to financial need. *Journal of Health Economics*, 6(3), 165-187. doi: 10.1016/0167-6296(87)90007-5
- Zwanziger, J., & Bamezei, A. (2006). Evidence of cost shifting in California hospitals. *Health Affairs*, 15(1), 197-203.

ภาคผนวก 1

คำถามที่ใช้ใน structured interviews และ focus-group interviews

1. Key informants:

1.1. กลุ่มที่ 1: ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร

- คณบดี/รองคณบดีฝ่ายการคลัง/รองคณบดีฝ่ายบริการ
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ

1.2. กลุ่มที่ 2: ผู้บริหารหน่วยงานภายในรพ.ที่เป็นผู้นำทีมทางคลินิก (clinical team leaders)

- หัวหน้าพยาบาล, ตัวแทนจาก IPD, ตัวแทนจาก OPD

2. Questions:

- ในฐานะ...(ตำแหน่งหรือบทบาทในโรงพยาบาล) ท่านมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง? ท่านได้มีส่วนรับรู้สถานะการเงินปัจจุบันของโรงพยาบาลอย่างไร?
- ในฐานะ...(ตำแหน่งหรือบทบาทในโรงพยาบาล) ท่านมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลเพื่อ (ประคับประคอง/แก้ไข/พัฒนา/ปรับปรุง) สถานะการเงินของโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง?
- ในความเข้าใจของท่าน การจัดการบริการประเภทใดที่ทำให้โรงพยาบาลได้กำไรมากที่สุด?
- ในความเข้าใจของท่าน การจัดการบริการให้ผู้ป่วยกลุ่มใดที่ทำให้โรงพยาบาลได้กำไรมากที่สุด?
- ในความเข้าใจของท่าน การจัดการบริการประเภทใดที่ทำให้โรงพยาบาลขาดทุนมากที่สุด?
- ในความเข้าใจของท่าน การจัดการบริการให้ผู้ป่วยกลุ่มใดที่ทำให้โรงพยาบาลขาดทุนมากที่สุด?
- ท่านมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มการจัดการที่ทำให้โรงพยาบาลได้กำไรอย่างไรบ้าง?
- ท่านมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลเพื่อลดการจัดการที่ทำให้โรงพยาบาลขาดทุนอย่างไรบ้าง?
- ท่านมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลเพื่อกำหนดราคาของบริการสำหรับคนไข้ที่จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองหรือไม่? ถ้าใช่ ท่านมีหลักพิจารณาในการตั้งราคาค่าบริการแต่ละประเภทอย่างไรบ้าง?

ภาคผนวก 2

Major Diagnostic Category (MDC) ตามโครงสร้างกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมใน Thai DRG ฉบับที่ 5

MDC 0	Pre-MDC
MDC 1	Diseases and Disorders of the Nervous System
MDC 2	Diseases and Disorders of the Eye
MDC 3	Diseases and Disorders of the Ear, Mouth and Throat
MDC 4	Diseases and Disorders of the Respiratory System
MDC 5	Diseases and Disorders of the Circulatory System
MDC 6	Diseases and Disorders of the Digestive System
MDC 7	Diseases and Disorders of the Hepatobiliary System and pancreas
MDC 8	Diseases and Disorders of the Musculoskeletal System and Connective Tissue
MDC 9	Diseases and Disorders of the Skin, Subcutaneous Tissue and Breast
MDC 10	Endocrine, Nutritional and Metabolic Diseases and Disorders
MDC 11	Diseases and Disorders of the Kidney and Urinary Tract
MDC 12	Diseases and Disorders of the Male Reproductive System
MDC 13	Diseases and Disorders of the Female Reproductive System
MDC 14	Pregnancy, Childbirth and Puerperium
MDC 15	Newborns and Other Neonates with Conditions Originating in the Perinatal Period
MDC 16	Diseases and Disorders of the Blood and Blood Forming Organs and Immunological Disorders
MDC 17	Myeloproliferative Diseases and Disorders, Poorly Differentiated

Neoplasms

MDC 18	Infectious and Parasitic Diseases (Systemic or Unspecified Sites)
MDC 19	Mental Diseases and Disorders
MDC 20	Alcohol/Drug Use and Alcohol/Drug Induced Organic Mental Disorders
MDC 21	Injuries, Poisonings and Toxic Effects of Drugs
MDC 22	Burns
MDC 23	Factors Influencing Health Status and Other Contacts with Health Services
MDC 24	Multiple Significant Trauma
MDC 25	Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infections
MDC 28	LOS 6 hours or less

ภาคผนวก 3

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอย (regression analysis) เพื่อศึกษาผลกระทบของสิทธิการรักษาพยาบาลต่อต้นทุนการจัดบริการ โดยมีตัวแปรควบคุม คือ กลุ่มโรคหลัก อายุ เพศ และจำนวนวันที่รับการรักษา โดยใช้ visit เป็นหน่วยในการวิเคราะห์ และใช้ผู้ป่วย CSMBS เป็นกลุ่มอ้างอิง

totalcost	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
SSS	-6831.381	519.2091	-13.16	0.000	-7849.025 -5813.737
UC	-5753.134	328.8446	-17.49	0.000	-6397.666 -5108.603
Cash	-6330.595	515.8618	-12.27	0.000	-7341.678 -5319.511
_Imdc_1	-129952.6	1852.614	-70.15	0.000	-133583.7 -126321.5
_Imdc_2	-135746.1	1885.706	-71.99	0.000	-139442.1 -132050.2
_Imdc_3	-135028.6	1926.431	-70.09	0.000	-138804.4 -131252.8
_Imdc_4	-133034.2	1854.067	-71.75	0.000	-136668.1 -129400.2
_Imdc_5	-107785.7	1861.156	-57.91	0.000	-111433.6 -104137.9
_Imdc_6	-133037.3	1844.02	-72.15	0.000	-136651.6 -129423.1
_Imdc_7	-131772.2	1906.759	-69.11	0.000	-135509.4 -128034.9
_Imdc_8	-130537.8	1845.723	-70.72	0.000	-134155.4 -126920.2
_Imdc_9	-134338.8	1908.849	-70.38	0.000	-138080.1 -130597.5
_Imdc_10	-135893.6	1972.76	-68.89	0.000	-139760.2 -132027
_Imdc_11	-134913.8	1884.372	-71.60	0.000	-138607.2 -131220.5
_Imdc_12	-136785.2	2133.798	-64.10	0.000	-140967.5 -132603
_Imdc_13	-136028.1	1882.835	-72.25	0.000	-139718.4 -132337.7
_Imdc_14	-137465.8	1862.148	-73.82	0.000	-141115.6 -133816
_Imdc_15	-137440.1	1866.262	-73.64	0.000	-141097.9 -133782.2
_Imdc_16	-132621.2	1905.001	-69.62	0.000	-136355 -128887.4
_Imdc_17	-126386.9	1933.336	-65.37	0.000	-130176.2 -122597.6
_Imdc_18	-131696.9	1915.981	-68.74	0.000	-135452.2 -127941.6
_Imdc_19	-137676.7	2904.967	-47.39	0.000	-143370.4 -131983
_Imdc_20	-136012.5	2334.932	-58.25	0.000	-140588.9 -131436
_Imdc_21	-135330.9	1954.489	-69.24	0.000	-139161.7 -131500.1
_Imdc_22	-105946	2950.115	-35.91	0.000	-111728.1 -100163.8
_Imdc_23	-139615.9	2709.716	-51.52	0.000	-144926.9 -134304.9
_Imdc_24	-114071.7	1980.07	-57.61	0.000	-117952.7 -110190.8
_Imdc_25	-134902.3	2182.003	-61.83	0.000	-139179 -130625.6
_Imdc_26	-120379.8	2595.773	-46.38	0.000	-125467.5 -115292.2
_Imdc_28	-131486.1	2288.5	-57.46	0.000	-135971.6 -127000.7
age	26.77783	4.903763	5.46	0.000	17.16651 36.38915
male	603.0146	213.584	2.82	0.005	184.3922 1021.637
los	2022.53	8.282201	244.20	0.000	2006.297 2038.763
_cons	140986.6	1888.735	74.65	0.000	137284.7 144688.5

ภาคผนวก 4

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอย (regression analysis) เพื่อศึกษาผลกระทบของสิทธิการรักษาพยาบาลต่อต้นทุนการจัดบริการ โดยมีตัวแปรควบคุม คือ กลุ่มโรคหลัก อายุ เพศ และจำนวนวันที่รับการรักษา โดยใช้ DRG เป็นหน่วยในการวิเคราะห์ และใช้ผู้ป่วย CSMBS เป็นกลุ่มอ้างอิง

totalcost	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
SSS	-3081.698	1511.122	-2.04	0.041	-6044.178	-119.2167
UC	-4322.799	1186.373	-3.64	0.000	-6648.626	-1996.973
Cash	-3753.899	1587.902	-2.36	0.018	-6866.904	-640.8943
age	89.1764	25.11448	3.55	0.000	39.94069	138.4121
male	4953.801	1258.401	3.94	0.000	2486.768	7420.834
los	3189.596	40.06631	79.61	0.000	3111.048	3268.144
_cons	-4630.386	1868.336	-2.48	0.013	-8293.167	-967.6045

ภาคผนวก 5

คณะกรรมการกำหนดทิศทาง (steering committee)

โครงการศึกษาการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในโรงพยาบาล:
กรณีศึกษาโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย

1. ศ.ดร.อัมมาร	สยามวาลา	มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)
2. รศ.นพ.ประดิษฐ์	สมประกิจ	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
3. นพ.วิเชียร	เทียนจารุวัฒนา	กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4. นพ.สัมฤทธิ์	ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. นพ.พงษ์พิสุทธิ์	จงอุดมสุข	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
6. คุณทวีศรี	กริทอง	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
7. คุณอุสนีย์	ศิลปสร	สำนักงานประกันสังคม
8. คุณสุวิภา	สุขวณิชนันท์	ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
9. นายรชตะ	อุ้นสุข	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
10. นพ.เทียม	อัสสาชน	ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย
11. นพ.ขวัญประชา	เชียงใหม่สกุลไทย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
12. ดร.จิระวัฒน์	ปั้นเปี่ยมรักษ์	มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)
13. นพ.สุรสิทธิ์	จิตรพิทักษ์เลิศ	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
14. ทพญ.สุพินดา	สาทรกิจ	โรงพยาบาลปทุมธานี
15. นางสาววามิณี	แจ้งประดิษฐ์	โรงพยาบาลบ้านหมอ จ.สระบุรี
16. นพ.ถาวร	สกุลพาณิชย์	สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
17. คุณพัชนี	ธรรมวันนา	สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
18. คุณอุทุมพร	วงศ์ศิลป์	สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
19. คุณณัฐฐิณีมา	แจ้งประจักษ์	สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

