

รายงานฉบับสมบูรณ์

การศึกษาความแตกต่างและทางเลือก
ในการประสานการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย :
กรณีศึกษาโรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์

เสนอโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



คณะผู้วิจัย

รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
ดร.สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล
พญ.พัญญา โอชาารส

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหลักการ แนวทางหรือรูปแบบการจัดกลไกกลางของระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง นโยบายและการพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการจัดกลไกของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย 3 ระบบในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีราคาแพง ครอบคลุมจุดร่วมและประเด็นที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะในโรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์ นอกจากนี้ยังศึกษาแนวทางหรือวิธีการที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่ใช้ในการให้บริการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังราคาแพงที่ต้องมีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบของประเทศ ใน 3 กลุ่มโรคข้างต้น ศึกษาผลกระทบต่อนโยบายการรักษาและความต่อเนื่องของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนสิทธิหลักประกันสุขภาพ และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เป็นทางเลือก พร้อมเหตุผลสนับสนุน เพื่อประสานการจัดระบบการดูแลโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ครอบคลุมในโรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์ ทั้งนี้โดยใช้การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพของไทย ประสพการณ์จากต่างประเทศ การสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องและกรณีศึกษารายโรงพยาบาลจำนวน 6 แห่ง

ผลการศึกษาที่สำคัญ พบว่า การจัดการภายในสำหรับกรณีโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบยังมีการรอบแนวคิด นโยบาย วิธีการนำสู่การปฏิบัติ รวมถึงการติดตามผล มีความแตกต่างกันมากกว่าความสอดคล้องกันของแนวทางต่าง ๆ ในการจัดการ ทั้งระหว่างกลุ่มโรคภายในระบบหลักประกันสุขภาพระบบเดียวกัน และระหว่างกลุ่มโรคเดียวกันในแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังไม่มีระบบสารสนเทศและกลไกการจัดการที่ได้รับการออกแบบด้วยจุดมุ่งหมายที่มีประชาชนผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นศูนย์กลาง หรือมุ่งเน้นการจัดการโรคเรื้อรังที่มีลักษณะแตกต่างไปจากการดูแลรักษาโรคเฉียบพลัน โดยเฉพาะความต้องการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงยังไม่เอื้อต่อการประสานและติดตามข้อมูลของผู้มีสิทธิเพื่อประโยชน์ในกรณีการติดตามผู้ป่วยย้ายสิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ามาสู่ระบบและออกจากระบบการเปลี่ยนแปลงของการใช้บริการสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ เพื่อทบทวนสิทธิประโยชน์และแนวทางการดำเนินการ ตลอดจนการพยากรณ์และการจัดการค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสำหรับการดูแลโรคเรื้อรังนั้น และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ทั้งนี้การกำหนดนโยบายเชิงรุกในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่มีข้อจำกัดมากที่สุดโดยประเมินจากกลไกในการกำกับดูแลระบบและการดำเนินการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน น่าจะได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการและครอบครัวในขณะที่ยังกำหนดสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง มีทิศทางพัฒนาไปในแนวทางที่ใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคม แต่ยังคงมีความแตกต่างกันในรายละเอียดของวิธีการในการพิจารณาและกำหนดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ แต่ละระบบหลักประกันสุขภาพมีวิธีการ เครื่องมือและช่องทางเป็นของตนเอง ทำให้เมื่อผู้ป่วยมีเหตุต้องเปลี่ยนสิทธิของการ

รักษาพยาบาล ต้องมีการลงทะเบียนใหม่ เกิดปัญหาช่องว่างของความคุ้มครอง ผู้ป่วยหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการต้องรับผิดชอบการรักษาพยาบาลในระหว่างช่วงเวลาดังกล่าว 15-45 วันแล้วแต่กรณี

ความแตกต่างระหว่างระบบยังพบได้ในเรื่องกลไกการจ่ายเงินแก่หน่วยบริการ ทั้งจากสิทธิประโยชน์ที่แตกต่าง อัตราการจ่าย หรือวิธีแบ่งจ่าย นอกจากนี้การจัดการด้านคุณภาพ ข้อกำหนดและมาตรฐานยังมีความแตกต่างกันในบางประเด็นที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ส่งผลต่อการจัดบริการในระดับของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง แม้ว่าโรงพยาบาลจะไม่ได้แยกช่องทางการเข้ารับบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลือกเป็นกรณีศึกษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ยกเว้นกรณีล้างไตของโรงพยาบาลบางแห่ง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญสำหรับการจัดการกรณีโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงประกอบด้วย การกำหนดนโยบายเชิงบูรณาการของการจัดการในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ควรคำนึงถึงทั้งความครอบคลุม การเข้าถึง คุณภาพ ประสิทธิภาพและความเป็นธรรม เป็นหลักสำคัญของการกำหนดเป้าประสงค์ของผลการดำเนินการเชิงนโยบาย กำหนดให้มีกลไกการกำกับดูแลเชิงนโยบายที่มีบูรณาการระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพ กำหนดกลไกเพื่อจัดทำหลักเกณฑ์พิจารณาสิทธิประโยชน์ที่จะจัดให้กลุ่มโรคใดเข้าอยู่ในเงื่อนไขของการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่ควรมีการจัดการโดยเฉพาะปรับปรุงการกำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายแต่ละกลุ่มโรคให้มีความยืดหยุ่น ทันสมัย เหมาะสมและส่งเสริมความคุ้มค่าทบทวนและพัฒนาแนวทางหรือข้อเสนอแนะในการดูแลทางเวชปฏิบัติของระบบหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ร่วมกันเพื่อที่จะใช้เป็นหลักในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ที่คำนึงถึงศักยภาพและข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพภายในประเทศ ให้สามารถปฏิบัติได้ ชี้แนะการพัฒนากระบวนการ ในขณะที่ไม่สร้างความคาดหวังเกินความเป็นจริงให้แก่ประชาชน ผู้มีสิทธิและผู้ป่วยที่ใช้บริการ กำหนดประเด็นสำคัญหรือประเด็นควบคุมจากคุณลักษณะและเงื่อนไขการบริการที่ระบุไว้ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการติดตามคุณภาพและการเข้าถึงบริการต่อไป

นอกจากนี้ ควรจัดให้มีการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการเชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เอื้อต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยประสานให้เป็นระบบเดียวกัน หรือใช้ระบบฐานข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเดียวกัน เพื่อให้การได้รับสิทธิสามารถติดตามผู้ป่วยไปเสมอ (Portability) ป้องกันช่องว่างสำคัญเมื่อผู้ป่วยหรือสถานพยาบาลต้องดำเนินการแจ้งและ/หรือตรวจสอบคุณสมบัติก่อนการใช้สิทธิ ปรับกระบวนการประกันคุณภาพหน่วยบริการที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ให้ดำเนินการด้วยข้อกำหนดมาตรฐานเดียวกัน พัฒนาการให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลที่มี กำหนดตัววัดผลการดำเนินการเพื่อติดตามคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงคุณภาพแก่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ พร้อมแนะนำหรือกำหนดมาตรการปรับปรุง (ถ้ามี) รวมถึงใช้เป็นสารสนเทศประกอบการประเมินคุณภาพ หรือทบทวนสัญญาการบริการของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลดังกล่าวในระยะต่อไป และให้เป็นข้อมูลป้อนกับแก่หน่วยบริการต้นสังกัดหรือโรงพยาบาลคู่สัญญาของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

Executive Summary

This study aimed to examine principles and ways to arrange a centralized mechanism of health insurance programs in Thailand and other countries in managing care for high-cost the chronically ill, and develop guidelines for the three Thai national health security schemes, including commonalities and differences in cancers, chronic care for end-stage kidney diseases, and HIV/AIDS. In addition, it explored how Thai secondary- and tertiary-care hospitals provided care for these three groups of patients under conditions set by the three health security schemes, and identified any impacts on treatment and continuity of care for high-cost chronic diseases, particularly when patients switched schemes. Finally, the study purposes included development of policy proposals for reorganizing management systems for high-cost chronic care of the health security schemes. Three major methodologies were applied, including literature review on Thai and international experiences, key stakeholder interviews and case studies in six selected public hospitals.

The study found that management systems of the three health security schemes of Thailand for high-cost chronic diseases varied in terms of conceptual thoughts, policies, implementation, as well as performance monitoring. The variations were identified both among programs within the schemes, and between the schemes. There was no central information system and management mechanism that was designed with patient-centered intention, or with particular aims that differed from acute care, namely focusing on continuity of care. Thus, the systems did not support coordination and monitoring beneficiaries' data to allow tracking scheme changing, health service utilization and health outcomes in order to review health benefits, service operation, as well as predict and manage health expenses in caring for the diseases and their complications.

Assessed from governing bodies of the scheme and current operations, The Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) had the most limited capability to issue proactive policies in managing high-cost chronic diseases. The Universal Coverage Scheme (UC) and the Social Security Scheme (SSS) seemed to have quite similar directions in defining benefit packages, despite differences in designing approaches. Each scheme had its own processes and patient access channels, which resulted in patient re-registration and in coverage gap of 15-45 days when patients need to change schemes.

More differences could be found in payment mechanisms for different services and payment methods. In addition, they differed in quality management, requirements and standards, some of which affected patient access to care, service arrangement in hospitals or other service providers. Hospitals did not separate clinics or service units for chronic patients from different schemes, except in some hospitals for chronic hemo-dialysis.

Policy recommendations for management of high-cost chronic diseases may include integrated policies for managing the diseases among the three national health schemes, aiming for coverage, access, quality, efficiency and equity, having an integrated governing body at a policy level to determine criteria for selecting and designing health benefits for eligible high-cost chronic diseases, especially benefits for particular disease groups such that they would be flexible, up-to-date, appropriate and cost-effective. Moreover, clinical practice guidelines and recommendations applicable for all schemes should be reviewed and developed. They should take into account capabilities and limitations of the health services system of the country, suggesting areas for development and not aggravating unrealistic expectations among patients. Besides, critical points or areas of the services should be determined and subsequently used to monitor quality of care and access.

In addition, a common system for registering chronic patients should be set up, or linked among different relevant databases to enable patients to receive continuous care and ensure portability of benefit coverage in order to avoid coverage gap. Quality assurance activities for the providers should also be standardized. Care should become multidisciplinary and makes best use of existing database. Key performance measures should be set up and used to provide feedback for providers with recommendations for improvement. They could also be applied during site visits and contract reviews, as well as feed back to primary service providers of targeted population.

สารบัญ

หน้าที่

บทคัดย่อ		ii
Executive summary		iv
สารบัญ		vi
บทที่ 1	ที่มา วัตถุประสงค์และระเบียบวิธีวิจัย	1
บทที่ 2	ผลการศึกษา: ตอนที่ 1 การทบทวนเอกสาร	8
บทที่ 3	ผลการศึกษา: ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์ผู้บริหารระบบและกรณีศึกษา ของการให้บริการในโรงพยาบาล	48
บทที่ 4	สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ	73
เอกสารอ้างอิง		90

บทที่ 1

ที่มา วัตถุประสงค์และระเบียบวิธีวิจัย

หลักการและเหตุผล

ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องในช่วง 5-10 ปีที่ผ่านมา สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งที่มีผู้วิเคราะห์ว่านำไปสู่การดังกล่าว คือ ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทำให้มีอัตราเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น (สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) ประกอบกับระบอดิทยาของโรคที่ปรับเปลี่ยนไปจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง (สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) ซึ่งเทคโนโลยีที่ใช้ในการวินิจฉัยตลอดจนการรักษาพยาบาลมักมีราคาแพง ทำให้เป็นภาระการคลังระบบสุขภาพของประเทศมากขึ้น นอกจากนี้การจัดหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะนับตั้งแต่ปี 2545 ที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังมีส่วนให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นด้วยโดยเฉพาะค่าใช้จ่ายภาครัฐเนื่องด้วยหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไทย ทั้งสามระบบหลัก ได้แก่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เกือบทั้งหมดใช้จ่ายจากงบประมาณของรัฐทั้งสิ้น

ความพยายามในการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ผ่านมาของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย มุ่งไปที่การจำกัดการเบิกจ่ายค่ายาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และการนำกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการแบบปลายปิดมาใช้เป็นสำคัญ เช่น การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ที่ใช้ในระบบประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจ่ายตามรายป่วยที่อ้างอิงตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related group, DRG) ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการหรือการกำหนดงบประมาณรวม (Global budget) ที่จัดสรรสำหรับกรณีผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่นำมาใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2554) ซึ่งแม้ว่าจะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้เพิ่มสูงขึ้นรวดเร็วเกินไปผ่านทางการส่งผ่านความเสี่ยงทางการเงินไปยังผู้ให้บริการ แต่กลไกการจ่ายเงินปลายปิดก็ทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการและปัญหาด้านมาตรฐานคุณภาพสำหรับประชาชน โดยเฉพาะบริการรักษายาบาลโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากสถานพยาบาลต่างๆ มีการจำกัดการใช้เทคโนโลยีราคาแพงเพื่อไม่ให้ประสบปัญหาการขาดทุนมากเกินไป (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2551)

เพื่อเป็นการบรรเทาปัญหาข้างต้น ระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ จึงมีการแยกกลไกการจ่ายเงินหรือการซื้อบริการสำหรับบริการการรักษายาบาลที่มีราคาแพงออกมาต่างหาก เช่น การกำหนดอัตราจ่าย (Fee schedule) สำหรับเครื่องมือแพทย์หรือยาราคาแพงบางชนิดที่อยู่นอกบัญชียา

หลักแห่งชาติ การเหลื่อมล้ำค่าคัดถการ การผ่าตัดหรือการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคที่มีค่ารักษาสูงบางกรณีเป็นรายโรค เป็นต้น ซึ่งโรคที่มักอยู่ในข่ายการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพงส่วนใหญ่ มักเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเลือด โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรังและโรคเอดส์ เป็นต้น ซึ่งการประเมินเบื้องต้นจากรายงานของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในโครงการหรือระบบการซื้อบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง มีสัดส่วนและอัตราที่เพิ่มขึ้นโดยตลอด ดังแสดงในตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 ค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังที่แสดงในรายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี

ปีงบประมาณ	2552	2553
ค่าใช้จ่ายกองทุนโรคเอดส์	2,943.1	2,768.5
ค่าใช้จ่ายกองทุนไตวายเรื้อรัง	1,523.4	1,455.1
ค่าใช้จ่ายกองทุนโรคเรื้อรัง	-	302.8
รวมค่าใช้จ่ายรวม 3 กองทุน	4,466.5	4,526.4
ค่าบริการทางการแพทย์ (ทั้งหมด)	81,451.4	89,835.5
ร้อยละของค่าใช้จ่าย	5.5	4.1

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555.

แม้ว่าประชาชนจะได้รับความคุ้มครองตามสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพสำหรับโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงเหล่านี้จากระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ แต่การดำเนินการตามแนวทางข้างต้นของทั้งสามหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลสามระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศยังคงใช้แนวทางในการบริหารจัดการงบประมาณด้านบริการสุขภาพของระบบภายใต้กฎหมายที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อการจัดบริการหรือการดูแลรักษาพยาบาลที่ประชาชนได้รับที่อาจแตกต่างกันด้วย โดยเฉพาะในโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงและมีโอกาสจะเป็นภาระทางคลั่งที่สำคัญในอนาคต ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และ โรคเอดส์ ซึ่งอาจส่งผลต่อประชาชนที่เป็นโรคดังกล่าวในด้านความเป็นธรรม (Equity) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) และอาจทำให้เกิดปัญหาในการรับบริการต่อเนื่องเมื่อมีการเปลี่ยนสิทธิหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วย และทำให้กลไกการคลังของประเทศในภาพรวมขาดประสิทธิภาพ

ดังนั้น จึงน่าจะมีความจำเป็นที่ประเทศไทยจะต้องมีการประสานการดำเนินการจัดบริการของโรคทั้งสาม เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการต่อเนื่อง สะดวก รวดเร็ว และ กลไกการคลังมีประสิทธิภาพมากขึ้น นำไปสู่คำถามของการวิจัยที่สำคัญ คือ หลักการและรูปแบบการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ที่หน่วยงานหลักประกันสุขภาพของไทยสามารถเลือกนำมาประยุกต์ใช้ได้มีอะไรได้บ้าง ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยมีการจัดระบบที่แตกต่างกันในปัจจุบันอย่างไรและมี

นโยบายหรือแนวทางการพัฒนาต่อไปอย่างไร ระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่จัดบริการให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มโรคดังกล่าวตามแนวทางที่กำหนดโดยระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศเป็นอย่างไร ความแตกต่างดังกล่าวส่งผลกระทบต่อแนวทางการรักษาและความต่อเนื่องของการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือไม่โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนสิทธิ และการประสานการจัดระบบการดูแลโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงในระดับนโยบายจะมีทางเลือกใดได้บ้าง

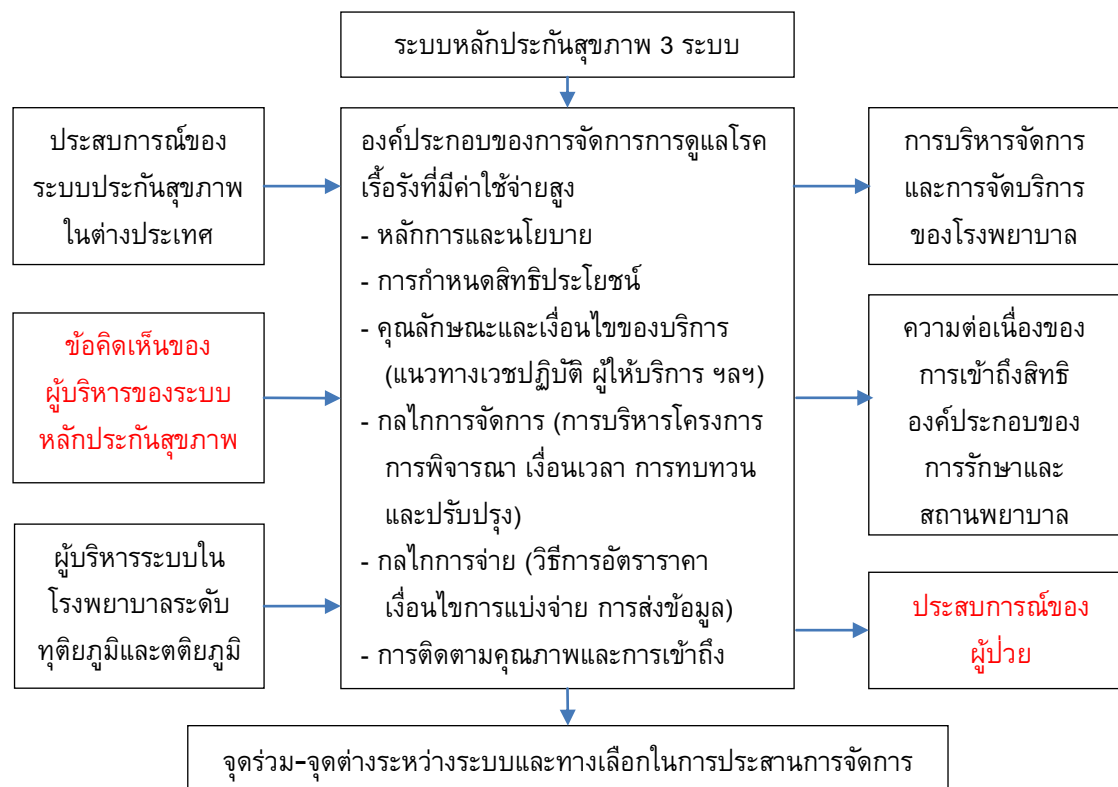
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาหลักการ แนวทางหรือรูปแบบการจัดกลไกกลางของระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง
- 2) เพื่อศึกษานโยบายและการพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการจัดกลไกของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย 3 ระบบในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีราคาแพงครอบคลุมจุดร่วมและประเด็นที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะในโรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์
- 3) เพื่อศึกษาแนวทางหรือวิธีการที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่ใช้ในการให้บริการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังราคาแพงที่ต้องมีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบของประเทศ ในโรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์
- 4) เพื่อศึกษาผลกระทบต่อแนวทางการรักษาและความต่อเนื่องของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนสิทธิหลักประกันสุขภาพ
- 5) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เป็นทางเลือก พร้อมเหตุผลสนับสนุน เพื่อประสานการจัดระบบการดูแลโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ครอบคลุมในโรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ขอบเขตของการศึกษาจำกัดอยู่ในกลุ่มโรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์ ตามข้อกำหนดของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยระยะบูมา
2. การศึกษานี้ไม่ครอบคลุมถึงข้อมูลกระบวนการดูแลรักษาและผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลรักษาพยาบาล รวมถึงข้อมูลประสบการณ์ ความพึงพอใจหรือข้อคิดเห็นของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงการระบุตัวผู้ป่วย รักษาความลับและปกป้องสิทธิของผู้ป่วย
3. ความลึกซึ้งและความกว้างขวางของผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความต่อเนื่องกรณีผู้ป่วยมีการเปลี่ยนสิทธิ ขึ้นกับความสามารถในการประมวลผลข้อมูลของหน่วยงานที่บริหารระบบหลักประกันสุขภาพ

กรอบแนวคิด



นิยามเชิงปฏิบัติการ

โรคเรื้อรัง หมายถึงโรคที่เป็นอยู่ยาวนาน หายช้า หายยาก หรือรักษาไม่หายขาด อาจแบ่งออกได้เป็น ๓ ประเภท คือ (1) โรคที่ดำเนินไปอย่างช้า ๆ มีทางบำบัดรักษาให้หายได้ แต่ต้องใช้เวลาหลายเดือนหรือเป็นปี เช่น วัณโรค โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง (2) โรคที่ดำเนินไปอย่างช้า ๆ ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่การรักษาแบบประคับประคองก็สามารถทำให้อาการของโรคทุเลา เช่น โรคเบาหวาน โรคสะเก็ดเงิน (3) โรคที่กลายหรือสืบเนื่องมาจากโรคเฉียบพลันที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (ปรับปรุงจาก http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/ และ

<http://cmcd.sph.umich.edu/what-is-chronic-disease.html>)

โรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง หมายถึง โรคเรื้อรังที่การดูแลรักษามีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในการดูแลอยู่ในระดับสูงที่หากผู้ป่วยต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองโดยไม่มีหลักประกันสุขภาพ อาจส่งผลให้เกิดวิกฤติทางการเงินจนเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการได้ ในขณะที่หากผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเป็นระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทำให้กลไกการจ่ายเงินปลายปิดแก่ผู้ให้บริการตามปกติ เช่น เหมจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก จะเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการตามมาตรฐานแก่หน่วยบริการเนื่องจากตามรับภาระความเสี่ยงทางการเงินมากเกินไปจนอาจทำให้ประสบปัญหาขาดทุนอย่างมาก หรือทำให้หน่วยบริการหลีกเลี่ยงไม่ให้บริการดังกล่าวแก่ผู้ป่วยได้

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วย

- 1) การทบทวนเอกสาร
- 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก
- 3) การวิเคราะห์ระบบงาน
- 4) การสนทนากลุ่ม

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. ประสานสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เพื่อขอเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพที่มีการศึกษาไว้ในประเทศไทยและประสบการณ์ของต่างประเทศย้อนหลัง 5 ปี เพื่อสกัดประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์ ในด้านต่อไปนี้
 - a. นโยบาย และขอบเขตของสิทธิประโยชน์
 - b. คุณลักษณะและเงื่อนไขของบริการสุขภาพ
 - c. การจัดระบบและกลไกการซื้อบริการ
 - d. กลไกการจ่ายเงิน
 - e. การติดตามคุณภาพและการเข้าถึงบริการ
2. ทบทวนเอกสารวิชาการในต่างประเทศที่มีการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล PubMed ย้อนหลัง 10 ปี และ Website ของหน่วยงานหลักประกันสุขภาพ ที่เผยแพร่ระบบที่เกี่ยวข้องการจัดให้มีบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะโรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์ ในอย่างน้อย 2 ประเทศโดยใช้คำสำคัญ ได้แก่ Chronic Disease Management, High-cost care, และ Health care purchasing มุ่งเน้นงานที่เป็น Systematic review และบทความวิจัย ประเมินผล เพื่อเลือกบทความที่มีรายละเอียดและองค์ประกอบตามประเด็นในกรอบแนวคิด สกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการจัดการ และการประเมินผลต่อผู้ป่วย ตลอดจนค่าใช้จ่ายของการดูแลเพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับข้อมูลในประเทศ
3. ประสานสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพเพื่อขอเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขเกี่ยวกับคุณสมบัติผู้ได้รับสิทธิและเงื่อนไขเกี่ยวกับบริการ การจัดการและกลไกการจ่ายเงินที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ในระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการจากกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ระบบประกันสังคมจากสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงข้อมูลสิทธิการใช้สิทธิ ค่าใช้จ่ายและการติดตามประเมินผลอื่นๆที่เกี่ยวข้องถ้ามี ย้อนหลัง 3 ปี

4. ประสานนัดสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารของหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบหลักประกันสุขภาพที่สำคัญของประเทศ 3 ระบบ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) เพื่อรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมถึงประสานเพื่อขอศึกษาวิเคราะห์ระบบการทำงาน
 - a. นิยามหรือแนวทางที่ใช้ระบุโรคเรื้อรัง โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ที่ระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบปฏิบัติอยู่
 - b. นโยบาย การกำหนดและพิจารณาสิทธิประโยชน์ ในปัจจุบัน และการพัฒนาไปในอนาคต
 - c. การจัดระบบและกลไกการซื้อบริการ ที่ดำเนินการอยู่ ครอบคลุมวิธีการบริหารโครงการ การพิจารณาอนุมัติให้ความคุ้มครอง เงื่อนไขเวลา การทบทวนและปรับปรุง
 - d. กลไกการจ่ายเงิน ครอบคลุมวิธีการ อัตราราคา เงื่อนไขการแบ่งจ่าย การส่งข้อมูล
 - e. การติดตามคุณภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชน โดยเฉพาะความสามารถในการติดตามความต่อเนื่องของการได้รับการดูแลรักษา
 - f. ปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมา
5. ขอความร่วมมือจากผู้บริหารระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อขอให้หน่วยงานประมวลผลเพื่อระบุจำนวนผู้ป่วยในระบบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์ที่มีการเปลี่ยนสิทธิเข้า-ออก จากระบบหลักประกันสุขภาพและระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดำเนินการอยู่ย้อนหลัง 3 ปี เพื่อประเมินความต่อเนื่องของการรับสิทธิการดูแลรักษา และความต่อเนื่องในสถานพยาบาลผู้ให้บริการ (ความเป็นไปได้ ขึ้นอยู่กับความพร้อมของหน่วยงานหลักประกันเป็นหลัก ผู้วิจัยไม่ใช่ผู้ประมวลผลข้อมูลเอง เพื่อหลีกเลี่ยงประเด็นการระบุตัวผู้ป่วย)
6. ติดต่อเพื่อขอนัดสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ผู้บริหารโรงพยาบาลหรือผู้แทนที่รับผิดชอบงานด้านหลักประกันสุขภาพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการเข้าร่วมในโครงการบริการโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบของประเทศ โดยมีหลักการในการเลือกกลุ่มโรงพยาบาล จำนวน 6 โรงพยาบาล เพื่อเป็นกรณีศึกษาดังนี้
 - a. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง (โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางขึ้นไป หรือโรงพยาบาลทั่วไป) และระดับตติยภูมิ 4 แห่ง ให้ครอบคลุมสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สังกัดกระทรวงกลาโหม และกลุ่มโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์
 - b. ครอบคลุมโรงพยาบาลที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และในเขตต่างจังหวัด
 - c. เป็นกลุ่มที่ผู้บริหารในระบบหลักประกันสุขภาพให้คำแนะนำว่ามีแนวทางการจัดการ หรือเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจ ตามกรอบแนวคิดของโครงการ
 - d. กระจายโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์ ลงทะเบียนอยู่เป็นจำนวนมากในลำดับต้นๆ (Percentile ที่ 90 ขึ้นไป) และระดับกลางๆ (ระหว่าง Percentile ที่ 40-60)
 - e. โรงพยาบาลยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ตามที่ผู้วิจัยร้องขอ

การสัมภาษณ์ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้อย่างถึงประสาณเพื่อขอศึกษาวิเคราะห์ระบบการทำงานของโรงพยาบาล

- การจัดการภายในของโรงพยาบาลเพื่อรองรับเงื่อนไขของการจัดการ และการเบิกจ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบ สำหรับการให้บริการโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์ แยกเป็นประเด็นที่ดำเนินการเหมือนกัน และประเด็นที่ต้องดำเนินการแตกต่างกันสำหรับกรณีของผู้ป่วยแต่ละสิทธิ
 - จุดเด่นของวิธีการจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบ ประเด็นที่ควรมีการปรับปรุง
 - ประเด็นในการบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ที่ควรมีการดำเนินการร่วมกันได้
 - การดูแลความต่อเนื่องของการได้รับการดูแลรักษาของผู้ป่วย
7. ประมวลข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์ระบบร่วมกันตามกรอบแนวคิดของโครงการ เพื่อจัดทำข้อสรุปเบื้องต้น และจัดทำร่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ตลอดจนร่างแนวทางการพัฒนาระบบสำหรับอนาคต
 8. ประสานสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยจัดประชุมนักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนหน่วยงานด้านหลักประกันสุขภาพ และผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวนรวมทั้งหมดประมาณ 15 ท่าน เพื่อรับฟัง ระดมสมองและให้ความคิดเห็นต่อร่างข้อสรุป ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบสำหรับอนาคต
 9. ปรับปรุงร่างรายงาน จัดทำเป็นรายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์เพื่อนำเสนอต่อสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

บทที่ 2

ผลการศึกษา: ตอนที่ 1 การทบทวนเอกสาร

- การทบทวนเอกสารวิชาการในต่างประเทศ
- การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขเกี่ยวกับคุณสมบัติผู้ได้รับสิทธิและเงื่อนไขเกี่ยวกับบริการ การจัดการและกลไกการจ่ายเงินที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย
- การทบทวนรายงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ

1. ข้อมูลผลการทบทวนเอกสารวิชาการในต่างประเทศ

การจัดการโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลสูงในต่างประเทศมีแนวโน้มที่จะใช้กระบวนการจัดการแบบผสมผสานและบูรณาการด้านการเงินเข้ากับแนวทางเวชปฏิบัติ ร่วมกับการจัดการรายป่วย (Case management) ที่เรียกว่า การจัดการรายโรค (Disease management)

การจัดการรายโรค(Raney, 2003)

การจัดการรายโรค หรือ Disease management ได้รับการกล่าวถึงอย่างเป็นทางการครั้งแรกโดย Boston Consulting Group ในปี ค.ศ.1993 นิยามการจัดการรายโรคมีแตกต่างกันไปและมีผู้ใช้คำอื่นที่สะท้อนรูปแบบการดูแลสุขภาพที่มีลักษณะเดียวกัน เช่น Population-based care, Disease state management และ Continuous health care improvement แต่โดยรวม การจัดการรายโรคหมายถึง ระบบของการดูแลกลุ่มของผู้ป่วยที่บูรณาการและได้รับการประสานงานเพื่อจัดการภาวะโรค (Disease state) มากกว่าความเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นครั้งๆ (Acute episode) ด้วยเป้าหมายที่มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในขณะที่ควบคุมต้นทุนของการดูแลโรคนั้นๆ ด้วย ซึ่งการจัดการรายโรคจะเป็นระบบที่มุ่งประสานการสื่อสารภายในกระบวนการดูแลสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรที่ป่วยด้วยโรคที่มีการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมีความสำคัญดังนั้นแม้จะเชื่อว่าเป็นการจัดการรายโรค แต่แท้จริงแล้วสิ่งที่ได้รับการจัดการคือ ผู้ป่วย

ระบบการดูแลกลุ่มประชากรของผู้ป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งถือว่าเป็นการจัดการรายโรคตามกรอบที่แนะนำโดยของ Disease Management Association of America (DMAA) จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ประการ ได้แก่ (Lee, 2006; Georgetown University, 2004)

- 1) กระบวนการกำหนดกลุ่มประชากรภายใต้การดูแล
- 2) แนวทางปฏิบัติบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice guidelines)
- 3) รูปแบบการปฏิบัติที่มีการประสานความร่วมมือระหว่างวิชาชีพต่างๆ รวมถึงแพทย์และผู้ให้บริการสนับสนุนอื่นๆ
- 4) การให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเอง (Self management) ซึ่งอาจรวมถึงการป้องกันโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและการเฝ้าระวังปัญหาต่างๆ
- 5) การวัด ประเมินผล จัดการกระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแล
- 6) วงรอบของการรายงานและป้อนกลับข้อมูลต่างๆ เป็นประจำ รวมถึงการสื่อสารกับผู้ป่วย แพทย์ และบุคลากรสนับสนุน

การจัดการรายโรค มักมีเป้าหมายประสงค์ที่มุ่งหวังในประเด็นต่อไปนี้

- การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการรักษาภาวะเรื้อรังของโรค (Tertiary prevention)
- การป้องกันภาวะเจ็บป่วย และให้สุขศึกษาผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคดังกล่าว ในขณะที่ควบคุมอาการผ่านการปรับปรุงพฤติกรรม และการได้รับการรักษาตามแนวทางที่ระบุไว้
- การควบคุมพัฒนาการของโรค โดยป้องกันการกำเริบของโรคในระยะเฉียบพลัน ในขณะที่ควบคุมต้นทุนของการดูแล จากการลดจำนวนครั้งของการรับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและจำนวนครั้งของการต้องกลับมารับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยฉุกเฉิน
- การประยุกต์การจัดการรายกรณีมาใช้ สำหรับการรักษาผู้ป่วยที่มีต้นทุนหรือความเสี่ยงสูง
- การแนวทางเวชปฏิบัติ หรือแผนการดูแลผู้ป่วย มาใช้เพื่อสร้างมาตรฐานของการดูแลรักษาโรคนั้นๆ โดยเฉพาะ เพื่อบริหารจัดการผลลัพธ์ของการดูแล และต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการ ตลอดจนติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย
- การใช้การดูแลบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based health care) ร่วมกับการวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อทบทวนผลการดำเนินงาน นำสู่ปรับปรุงการจัดการรายโรคเพื่อบรรลุถึงผลลัพธ์และเป้าหมายที่ต้องการ ทั้งจากมุมมองของผู้ป่วยและความต่อเนื่องของการดูแลโรคนั้นๆ

กระบวนการในการพัฒนาระบบการจัดการรายโรคประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ (1) การวิเคราะห์ (2) การเลือกโรค (3) การพัฒนาแนวทางการจัดการรายโรค (4) การกำหนดเป้าหมายประสงค์ (5) การนำร่องระบบ และ (6) การนำสู่การปฏิบัติเต็มรูปแบบ ดังนี้

1) การวิเคราะห์

ได้แก่ การวิเคราะห์กลุ่มประชากรของผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้ความดูแล และค้นหากลุ่มการวินิจฉัยโรคหรือกลุ่มประชากรผู้ป่วยที่มีความสำคัญ ตลอดจนกลุ่มของแพทย์และกลุ่มวิชาชีพสนับสนุนอื่นๆ โดยข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคที่ควรนำมาวิเคราะห์สำหรับโรคหนึ่งๆ ประกอบด้วย

- ยา เครื่องมือ ตลอดจนวิธีการรักษาที่ใช้
- จำนวนครั้งของการใช้บริการ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และฉุกเฉิน
- ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจอื่นๆ ที่จำเป็น

ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และกลุ่มวิชาชีพสนับสนุน เช่น เกสัชกร พยาบาลมีความจำเป็นเพราะเป็นกลุ่มผู้ให้บริการหลักที่กำหนดแนวทางการดูแลรักษาโรคของผู้ป่วยซึ่งควรมีการค้นหาและกำหนดไว้เพื่อให้มีส่วนร่วมในการวางแผนของระบบ การอภิปรายให้ความเห็น การพัฒนารายละเอียดและการนำสู่การปฏิบัติ

2) การเลือกโรค

เนื่องจากเป้าประสงค์ขององค์กรที่นำการจัดการรายโรคมาใช้ มักเกี่ยวข้องกับการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากการใช้ยา และการใช้โรงพยาบาล ตลอดจนบริการฉุกเฉิน หลักเกณฑ์โดยทั่วไปของการเลือกโรคที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลภายใต้การจัดการรายโรคได้แก่

- ภาวะเรื้อรังของโรคมีความชุกสูง (High prevalence of chronic disease state)
- ปริมาณหรือต้นทุนของการใช้ยามีสูง
- แนวโน้มแสดงถึงความแตกต่างกันในแนวทางการรักษาผู้ป่วย
- แนวโน้มแสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตผู้ป่วยจะช่วยยกระดับผลลัพธ์ได้
- ความเสี่ยงสูงที่จะเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ปรารถนา

โรคกลุ่มโรคกลุ่มประชากรที่มักได้รับการดูแลในระบบการจัดการรายโรคในต่างประเทศ ได้แก่

- กลุ่มโรคทางเดินหายใจ เช่น Asthma, Chronic obstructive pulmonary diseases
- กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น Coronary artery disease, Lipid irregularity, Cerebral vascular accident, Congestive heart failure
- กลุ่มสุขภาพจิต เช่น Depressive disorders
- เบาหวาน
- โรคติดเชื้อที่รับการดูแลแบบเข้าไป-เย็นกลับ (Ambulatory infectious diseases) เช่น Otitis media
- ความปวด
- กลุ่มโรคทางเดินอาหารส่วนบน เช่น Peptic ulcer diseases
- กลุ่มความผิดปกติในผู้หญิงและเด็ก
- ภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น HIV infection, Hemophilia, End-stage renal diseases, Frailty in elderly patients, Ulcers and wounds, และ Fibromyalgia

3) การพัฒนาแนวทางการจัดการรายโรค

มีความจำเป็นต่อความสำเร็จของโครงการ ทั้งนี้แนวทางดังกล่าวเมื่อมีการกำหนดแล้ว จะต้องแสดงถึงวิธีการที่จะทำให้ได้ผลลัพธ์และคุณภาพที่ดีขึ้น ลดการดูแลที่ไม่เหมาะสม และยกระดับมาตรฐานของการดูแลโดยลดความแตกต่างที่ไม่จำเป็น ส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลด้วย

หากพิจารณาจากมาตรฐานของ American Healthways เพื่อการจัดระบบการดูแลโรคเรื้อรังว่าจะพัฒนาคุณภาพของการดูแลได้ แนวทางการจัดการรายโรคควรประกอบด้วยแนวทางใน 7 ด้าน ได้แก่

- การจัดระบบ (Program organization)
- การจัดการบุคลากรในระบบ (Program staffing)
- การสนับสนุนจากแพทย์ (Physician support)
- การวัดผลลัพธ์ (Outcome measurements)
- แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guidelines)
- การดูแลตนเองของผู้ป่วย (Patient self-management)
- การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement)

4) การกำหนดเป้าประสงค์

องค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งระหว่างการพัฒนาการจัดการรายโรค คือการค้นหาเป้าประสงค์ของระบบ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งนี้เพื่อใช้ในการประเมินความสำเร็จในด้านต่างๆ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันไปได้บ้างในแต่ละระบบ อย่างไรก็ตามเป้าประสงค์มักเชื่อมโยงกับการดำเนินการในเรื่องต่อไปนี้

- การส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและกลยุทธ์การดูแลที่ใช้
- การให้สุศึกษาเกี่ยวกับการติดตามพัฒนาการของโรค การดูแลตนเอง และการป้องกันการกำเริบของโรค
- การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกลุ่มช่วยเหลือต่างๆ เช่น Self-help group
- การเสริมพลังผู้ป่วย
- การสื่อสารกับผู้ให้การดูแล

การกำหนดเป้าประสงค์นำไปสู่การวางแผนการประเมินผลในอนาคต ซึ่งประเด็นสำคัญคือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจได้แก่

- ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcomes)
- ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ (Economic outcomes)
- คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นต้น

5) การนำร่องระบบ

เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับสิ่งที่ควรมีการติดตามทดสอบในช่วงของการนำร่องระบบการดำเนินการ ได้แก่ การเก็บข้อมูลใหม่ๆ เช่น ข้อมูลการเบิกจ่าย ข้อมูลการ

สำรวจ ข้อมูลจากเวชระเบียน ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลเดิมก่อนการดำเนินการ นอกจากนี้ควรมีการรับฟังความคิดเห็นจากแพทย์ ตลอดจนบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย ทั้งนี้ช่วงเวลาของการนำร่องระบบควรยาวเพียงพอที่จะปรับปรุงระบบการทำงานและการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

6) การนำสู่การปฏิบัติเต็มรูปแบบ

ซึ่งมีดำเนินการเป็นระยะเพราะโดยทั่วไปมักพบว่าผู้รับผิดชอบจะประเมินต้นทุนและเวลาที่ต้องใช้ต่ำเกินไป นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องใช้เวลาระยะหนึ่งสำหรับการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นส่วนสำคัญมากในระบบอีกด้วย ทั้งนี้ ควรมีการติดตามประเมิน ทบทวนและปรับปรุงระบบงานเป็นระยะ

ประสบการณ์การจัดการรายโรค: กรณีศึกษาประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกาถือว่าเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อปีสูงและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปี ค.ศ. 2003-2009 มีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มขึ้นคิดเป็น 15.9-17.6% ของ GDP หรือ 8,086 ดอลลาร์สหรัฐต่อคนในปีค.ศ. 2009 (Klees, Wolfe and Curtis, 2011) นโยบายระบบหลักประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่เป็นระบบประกันสุขภาพเอกชน และมีประกันสุขภาพของรัฐ แต่ยังมีประชาชนไม่มีหลักประกันสุขภาพถึง 45 ล้านคน หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพของรัฐ ได้แก่ Center for Medicaid and Medicare Services (CMS) ที่อยู่ภายใต้ Department of Health and Human Service ซึ่งเป็นหน่วยงานที่บริหารจัดการ Medicare และ Medicaid เป็นโปรแกรมที่ใช้จากภาครัฐในการบริหารจัดการ และดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับคุณภาพ การพัฒนานโยบายการครอบคลุมของระบบประกัน คุณภาพการบริการ รวมทั้งการรักษาผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง เป็นต้น

Medicare เป็นโปรแกรมสุขภาพของรัฐบาลกลางที่ครอบคลุมประชาชน ในกลุ่มผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้พิการโดยไม่จำกัดอายุ และผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกไตหรือผ่าตัดเปลี่ยนไตที่ไม่จำกัดช่วงอายุ

Medicaid เป็นโปรแกรมสุขภาพที่ครอบคลุมผู้มีรายได้น้อย หรือผู้มีรายได้มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดแต่มีความจำเป็นทางสุขภาพ ได้แก่ เด็กแรกเกิด คนตาบอด หญิงตั้งครรภ์ โดยโปรแกรมนี้รัฐบาลกลางจะเป็นผู้กำหนดนโยบายหลัก แต่ละรัฐมีสิทธิในการบริหารจัดการในรัฐของตน

ระบบประกันอื่นๆ เช่น State Children's Health Insurance Programs (SCHIP) เป็นระบบประกันสุขภาพระดับรัฐที่ครอบคลุมเด็กอายุต่ำกว่า 19 ปีที่ผู้ปกครองมีรายได้สูงเกินกว่าจะเข้าโปรแกรม Medicaid แต่ไม่สามารถซื้อประกันสุขภาพเอกชนได้

1) นโยบายและหลักการของการจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

ในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมาของสหรัฐอเมริกาค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพถึงร้อยละ 78 เป็นค่าใช้จ่ายจากโรคเรื้อรังซึ่งมีประมาณร้อยละ 10 ของการเจ็บป่วย ประกอบกับข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่คือ Medicaid และ Medicare ที่กระทบต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือ

- ความต้องการผู้ให้บริการหลายภาคส่วนและอุปสรรคจากการประสานงานของระบบ
- การร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการเพื่อการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ
- การขาดความต่อเนื่องในการติดตามและป้อนกลับข้อมูลระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

เกี่ยวกับภาวะด้านสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการรักษาหรือภาวะ

วิกฤติของผู้ป่วยที่นำไปสู่การเกิดต้นทุนที่สูงขึ้นและภาวะแทรกซ้อนโดยไม่จำเป็น

จึงได้ดำเนินการโครงการจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายในการควบคุมค่าใช้จ่าย โดยมีผู้ประสานงานและเน้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นสำคัญโดยในระยะแรกจะให้ความสำคัญของการป้องกันโรคแล้วตามด้วยการประเมินผลด้านเศรษฐศาสตร์และการที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นในภาพรวม (Sekhri, 2000)

2) การจัดระบบ กลไกการจัดการ และการติดตามคุณภาพการจัดการการดูแลโรคเรื้อรัง

ระบบประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกามีบริการสุขภาพเบื้องต้นที่เป็นไปตามมาตรฐานที่ CMS กำหนดทั้งนี้สามารถให้บริการที่เพิ่มขึ้นโดยผู้เอาประกันร่วมจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มขึ้นแต่เนื่องด้วยระบบข้อมูลด้านประกันสุขภาพของ CMS มีความพร้อมในการประเมินและวิเคราะห์ความคุ้มค่าของการริเริ่มโครงการใหม่ๆ ต่อจากนั้นจึงได้นำร่องและมีการประเมินผลลัพธ์ทั้งในบริการและทางคลินิกก่อนที่จะขยายผลดำเนินการจนครบทุกรัฐภายหลังจากพัฒนาโครงการนำร่องในปี ค.ศ. 2000 ได้ระยะหนึ่งนั้น CMS พบว่าสามารถพัฒนาให้เกิดการวางแผนการรักษาอย่างเป็นระบบลดการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นและส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ด้านอื่นๆ ได้ดังนั้น The Disease Management Association of America ได้กำหนดขอบเขตของงาน Disease management เพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพรายบุคคลโดยเฉพาะโรคเรื้อรังไว้ดังนี้คือ

- ระบุความบริการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยได้
- มีแนวทางเวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ทั้งสำหรับแพทย์และบุคลากรอื่นรวมถึงมีแนวทางการติดตามผู้ป่วย
- จัดระบบบริการเพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดการสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล
- มีระบบรายงานและป้อนกลับรวมถึงการสื่อสารกับผู้ป่วยแพทย์ระบบประกันสุขภาพระบบสนับสนุนบริการ

รูปแบบการจัดการใน disease management ที่ CMS พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ภายหลังจากวิเคราะห์รวบรวมปัญหาของระบบสุขภาพแบ่งเป็น 4 กระบวนการคือ

1. ระบุผู้ป่วยและประเมินความเสี่ยงของประชากรซึ่งอาศัยข้อมูลจากทั้งการลงทะเบียนของประชากรและจากข้อมูลการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลในระบบประกันสุขภาพดั้งเดิมรวมขึ้นข้อมูลจากระบบการส่งต่อผู้ป่วยทำให้สามารถจำแนกความรุนแรงของโรคนำไปสู่การให้บริการโดยเน้นกิจกรรมการป้องกันวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงทีและการบูรณาการการจัดการความเสี่ยงและต้นทุนที่สูงได้

2. ทีมให้การดูแลระดับปฐมภูมิเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายบุคคลนั้นเป็นการดูแลที่ต้องอาศัยการจัดการจากสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งครอบครัวผู้ป่วยและไม่มีรูปแบบที่แน่นอนเพื่อบังคับผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดังนั้นรูปแบบการจัดการจึงเน้นประชากรครอบครัวเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลสมาชิกในทีมดูแลระดับปฐมภูมินี้ประกอบด้วยทีมที่สำคัญคือแพทย์ซึ่งจะจัดการด้านภาพรวมของบริการทางการแพทย์และพยาบาลซึ่งจะรับผิดชอบด้านการดำเนินเชิงรุกด้านส่งเสริมและป้องกันนอกจากนี้ก็จะมีบุคลากรอื่นๆ ที่ให้คำปรึกษาตามความจำเป็น

3. การประเมินผลของบริการซึ่งมีทั้งผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพครอบคลุมด้านต่างๆ ได้แก่

- ผลสัมฤทธิ์ของการสื่อสารกับผู้ป่วยทักษะการดูแลตนเอง
- คุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย
- ทักษะของผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- ผลของโปรแกรมต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- ความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมดูแล
- วิเคราะห์ต้นทุนและการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่ต้องใช้เพื่อความยั่งยืนของระบบ

4. ความเชื่อมโยงของระบบสารสนเทศเพื่อการค้นหาและเชื่อมโยงข้อมูลประชากรในกระบวนการรักษาการติดตามทางคลินิกรายบุคคลเปรียบเทียบกับแนวทางเวชปฏิบัติการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกและการนำเสนอรายงานเพื่อเป็นเครื่องในการพัฒนาต่อไปของทีมดูแลปฐมภูมินี้ได้สิ้นสุดแล้วระบบนี้จะถูกบูรณาการอยู่ในระบบประกันสุขภาพปกติซึ่งทำให้เกิดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพฐานข้อมูลด้านการเงินการคลังและด้านคลินิกนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้

เนื่องจากสหรัฐอเมริกา มีระบบการดูแลที่หลากหลาย ขึ้นกับการบริหารจัดการแต่ละมลรัฐ ตัวอย่างเช่นการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในมลรัฐนิวยอร์ก โดย The Centers of Disease Control and Prevention (CDC) สนับสนุนให้ Comprehensive Cancer Control Planning ให้ดำเนินงานสอดคล้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ทั้งการป้องกันโรค ตรวจวินิจฉัย และรักษาโรค โดยการจัดการมุ่งเน้นความครอบคลุมด้านประสิทธิผล (effective) คุณภาพสูง (high quality) และการเข้าถึงบริการโดยง่าย (accessible and affordable) รวมถึงการพัฒนาบุคลากรด้วย (New York State Department of Health, 2003)

ประสบการณ์การจัดการรายโรค: กรณีศึกษาประเทศสหราชอาณาจักร

ประเทศอังกฤษมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนทุกคนสามารถรับบริการสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รัฐบาลเป็นทั้งผู้ซื้อและผู้ให้บริการโดยมี National Health Service (NHS) เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการ มี Primary Care Trusts (PCTs) ที่รับผิดชอบสุขภาพประชาชนอย่างน้อย 300,000 คน ซึ่งจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายประมาณ 80% ของ NHS ทั้งหมด คิดเป็น 58 พันล้านปอนด์ นอกจากนี้ยังมีบริการทุติยภูมิ (secondary care) โดยมี NHS trusts เป็นหน่วยงานที่รองรับการบริหารจัดการของโรงพยาบาลให้เป็นอิสระมากขึ้น Ambulance trust เป็นบริการรถพยาบาลฉุกเฉินทั้งประเทศอังกฤษ และ Mental health ที่เป็นบริการที่ผสมผสานทั้งในบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ ที่ให้บริการด้านสุขภาพและเชิงสังคม ในการใช้บริการสุขภาพของประชาชนการเข้าสู่ระบบและการส่งต่อประชาชนส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ที่ขึ้นทะเบียนกับ NHS แต่ละคนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับ GP ที่ทำหน้าที่ gatekeeper ของระบบเป็นผู้ตัดสินใจหลักในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและโรงพยาบาลหลังจากการตรวจรักษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจส่งต่อผู้ป่วยเข้าพักในโรงพยาบาลส่งกลับไปให้ GP หรือส่งต่อไปยังหน่วยบริการในชุมชนอื่นๆ

1) นโยบายและหลักการของการจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

ระบบการดูแลโรคเรื้อรังของประเทศไทยดูแลโดย National Health Service (NHS) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 เริ่มมีนโยบายพัฒนาการบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง โดยการค้นหา best practice และมาตรฐานการดูแลในโรคเรื้อรังต่างๆ อาทิ โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวาย และสุขภาพจิต ต่อมาในปี ค.ศ. 2004 มีนโยบายด้านสุขภาพใหม่อีก 2 รูปแบบที่พัฒนาจากสหรัฐอเมริกา คือ 1) รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (The chronic care model) ที่พัฒนาโดย Wagner (Improving Chronic Illness Care, 2007) และ 2) The risk pyramid model ที่พัฒนา Kaiser ซึ่งเป็นการพัฒนานโยบายการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคมโดยมีเป้าหมายเพื่อลดการพักรักษาในโรงพยาบาลแบบฉุกเฉิน ลดการใช้บริการทางสุขภาพและสนับสนุนผู้ป่วยดูแลตัวเองเพิ่มมากขึ้น (Rosen, Asaria and Dixon, 2007)

2) การจัดระบบ กลไกการจัดการ และการติดตามคุณภาพการจัดการดูแลโรคเรื้อรัง

การจัดระบบบริการโรคเรื้อรังของประเทศไทย จึงเป็นลักษณะการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ตัวอย่างเช่นการจัดบริการโรคมะเร็ง มีการแบ่งการบริการไว้ 3 ระดับคือ (Expert Advisory Group on Cancer, 1995)

1. ระดับบริการปฐมภูมิมี primary care team ร่วมกับ Unit ร่วมกับ Centre และมีการส่งต่อและการติดตามอย่างชัดเจน

2. ระดับ Cancer Unit มักตั้งอยู่ในโรงพยาบาล มีทีมบุคลากรทางการแพทย์ และดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่พบบ่อยในพื้นที่นั้นๆ
3. ระดับ Cancer Centre มีผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษามะเร็งทุกประเภททั้งในพื้นที่และได้รับการส่งต่อจากระดับอื่นๆ

รูปแบบการจัดบริการโรคมะเร็งเป็นลักษณะจัดการแบบรวมผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆไว้ด้วยกัน โดยอาศัยระบบส่งต่อและติดตามผล รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับไปยังระดับการดูแลในพื้นที่ของผู้ป่วย ซึ่งมีการพัฒนาคุณภาพการบริการโรคมะเร็งเพื่อให้อาการดีขึ้น (Commission for Health Improvement, 2001) โดยพัฒนากระบวนการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบให้เร็วขึ้น มีการผสมผสานกระบวนการวินิจฉัยและการตรวจทางคลินิก พัฒนาการทำงานแบบสหสาขา (multidisciplinary) ขยายการบริการเคมีบำบัดและรังสีรักษาให้อยู่ใกล้บ้านมากขึ้น รวมถึงการสร้างมาตรฐานการจัดบริการทั้งประเทศ ซึ่งระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information technology) ใช้เพื่อการควบคุมกำกับ พัฒนาคุณภาพบริการ และการจ่ายเงิน มีอยู่ 2 ระบบ คือ ระบบ EMIS (Egton Medical Information Systems) เป็นการส่งข้อมูลไปยังศูนย์ข้อมูลกลางเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ด้านต่างๆ และ ระบบ QMAS (Quality Management Analysis System) เป็นการส่งข้อมูลไปยัง primary care trusts เพื่อนำไปคิดคะแนนและจ่ายค่าตอบแทน โดยทั้ง 2 ระบบใช้รหัสในระบบเดียวกันจึงสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกันได้ ซึ่งระบบข้อมูลสารสนเทศดังกล่าวสร้างขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์การมีข้อมูลเชิงประจักษ์และการป้อนกลับข้อมูลคุณภาพการบริการสุขภาพที่ให้บริการแก่ประชาชน (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2552., Health & Social care and information centre, 2013)

อย่างไรก็ตามทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ มีแนวโน้มทางประชากรและความชุกของการเกิดโรคเรื้อรังเช่นเดียวกัน แม้ว่าจะมีระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน แต่มีความเห็นร่วมกันเกี่ยวกับการมีนโยบายที่สนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรัง (chronic disease management) ที่ดีขึ้น มีองค์การทางสุขภาพ และรูปแบบการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพขึ้น (Improving Chronic Illness Care, 2007)

2. ข้อมูลสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขเกี่ยวกับคุณสมบัติผู้ได้รับสิทธิและเงื่อนไขเกี่ยวกับบริการ การจัดการและกลไกการจ่ายเงินที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ในประเทศไทย

ผลการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขเกี่ยวกับคุณสมบัติผู้ได้รับสิทธิและเงื่อนไขเกี่ยวกับบริการ การจัดการและกลไกการจ่ายเงินที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ในระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการในความดูแลของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ระบบประกันสังคมโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบข้อมูลที่สำคัญสรุปได้ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ขอบเขตสิทธิประโยชน์และการบริหารจัดการโรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรังและการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

1) โรคมะเร็ง

ประเด็น (โรคมะเร็ง)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
นโยบาย และความเป็นมา	- เนื่องจากค่ารักษายาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งมีราคาสูง จึงมีการกำหนดการจ่ายเงินชดเชยให้สถานพยาบาลแบบค่าใช้จ่ายสูงในระยะแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า - ในปี พ.ศ.2549 กลุ่มโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ได้เสนอให้มีการจ่ายชดเชยด้วยการเหมาจ่ายรายโรค จึงเกิดโครงการบริหารจัดการรายโรคโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองขึ้นเป็นกลุ่มโรคแรก - ในปี พ.ศ.2550 ได้มีคณะทำงานพัฒนาโปรโตคอลรักษาโรคมะเร็ง จัดทำโปรโตคอลให้ สปสช. 7 ชนิดมะเร็ง	- เนื่องจากค่ารักษายาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งมีราคาสูง จึงมีการจ่ายชดเชยเพิ่มเติมให้สถานพยาบาลที่ดูแลผู้ประกันตนที่เป็นโรคมะเร็งเพิ่มเติม - ในปี พ.ศ.2555 ได้นำเอาโปรโตคอลยารักษา มะเร็ง 7 ชนิด จาก สปสช.มาประยุกต์ให้กับกองทุนประกันสังคม	- เนื่องจากค่ารักษายาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งมีราคาสูง โดยเฉพาะค่ายาบางชนิดที่มีราคาแพงกระทรวงการคลัง จึงได้ออกประกาศให้มียาควบคุมพิเศษ 6 ชนิด เมื่อวันที่ 1 กย.49
ขอบเขตสิทธิประโยชน์	- กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็ง 7 กลุ่ม และต้องสามารถรักษาด้วยยา และรังสีรักษา ตามโปรโตคอลที่ สปสช.กำหนดผู้ป่วยนอก (ไม่ครอบคลุมการรักษาด้วยนอกเหนือจากโปรโตคอลที่ สปสช.กำหนด) ได้แก่ 1. มะเร็งเต้านม (Breast) 2. มะเร็งปากมดลูก(Cervix)	- กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิดสามารถเข้ารับการรักษาด้วยยา รังสีรักษา และการผ่าตัด - กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็ง 7 ชนิด รักษาตามโปรโตคอล ได้แก่ 1. มะเร็งเต้านม (Breast) 2. มะเร็งปากมดลูก(Cervix) 3. มะเร็งรังไข่(Ovary)	- กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้ารับการรักษาด้วยยาทั่วไป รังสีรักษา และการผ่าตัดทุกชนิดสามารถใช้สิทธิได้ตามระเบียบการเบิกจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลทั่วไป - กรณีต้องใช้ยารักษามะเร็งกลุ่มควบคุมพิเศษ 6 ชนิด ต้องลงทะเบียนและได้รับการอนุมัติผ่านระบบเบิกจ่ายตรง ได้แก่

ประเด็น (โรคมะเร็ง)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
	3. มะเร็งรังไข่(Ovary) 4. มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharynx) 5. มะเร็งปอด(Lung) 6. มะเร็งหลอดอาหาร(Esophagus) 7. มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก(Colon-rectum) - กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็ง 7 กลุ่ม ด้วยการผ่าตัด - กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งนอกจากจาก 7 กลุ่ม ข้างต้น เข้ารับการรักษาด้วยยา รังสีรักษา และการผ่าตัดได้ - กรณีผู้ป่วยใน การรักษามะเร็ง 7 กลุ่ม และมะเร็งอื่นๆ ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยที่เข้าโครงการบริหารจัดการโรคเฉพาะนั้น หน่วยบริการให้บริการและเบิกจ่ายด้วยระบบเหมาจ่ายรายป่วย (DRG) - กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งตามโครงการบริหารจัดการโรคเฉพาะ 2 โครงการ - โครงการบริหารจัดการโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) เฉพาะรายใหม่ - โครงการบริหารจัดการรักษาโรคมะเร็งโลหิตวิทยาด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก	4. มะเร็งโพรงหลังจมูก (Nasopharynx) 5. มะเร็งปอด(Lung) 6. มะเร็งหลอดอาหาร(Esophagus) 7. มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก(Colon-rectum) - กรณีปลูกถ่ายไขกระดูก เพื่อการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง และโรคอื่นๆ	1. Imatinibใช้ในการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ชนิด Gastrointestinal stromal tumor (GIST) 2. Rituximab ใช้ในการรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลือง 3. Trastuzumabใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย 4. Bivacizumabใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจาย 5. Erlotinibใช้เป็นยารักษามะเร็งปอดระยะแพร่กระจาย ที่ไม่ตอบสนองต่อยากลุ่ม Platinum และ Docetaxel แล้ว 6. Gefitinibใช้เป็นยารักษามะเร็งปอดระยะแพร่กระจายที่ไม่ตอบสนองต่อยากลุ่ม Platinum และDocetaxel แล้ว
คุณลักษณะและเงื่อนไขของบริการสุขภาพ	- หน่วยบริการที่เบิกค่ารักษา และสามารถขอรับค่าใช้จ่ายได้แก่หน่วยบริการที่เข้าเกณฑ์ตาม	- ผู้ป่วยรับการรักษาได้ที่สถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก หรือสถานพยาบาลคู่สัญญาระดับสูง	- กรมบัญชีกลางคัดเลือกหน่วยบริการที่มีศักยภาพ (คุณสมบัติ) ในการให้บริการรักษายาบาล

ประเด็น (โรคมะเร็ง)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
กลุ่มเป้าหมาย และ วิธีการคัดเลือก กลุ่มเป้าหมาย	ประกาศของ สปสช.⁽¹⁾ - หน่วยบริการที่มีคุณสมบัติตาม สปสช.กำหนด ทำข้อตกลงเข้าร่วมโครงการบริหารจัดการโรคเฉพาะ⁽²⁾ - กรณีโปรโตคอลรักษามะเร็ง หากแพทย์มีความเห็นในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ตามโปรโตคอลที่ สปสช.กำหนด ก็สามารถใช้สิทธิในการรักษาและเบิกจ่ายด้วยระบบนี้(ผู้ป่วยจะใช้สิทธิไม่ได้ หากการใช้รักษานอกเหนือจากโปรโตคอลกำหนด) - กรณีโครงการบริหารจัดการโรคเฉพาะ จะมีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยที่จะเข้าโครงการเป็นรายโรคไป⁽⁴⁾	(Supracontractor) ในระบบ - สถานพยาบาลที่สามารถทำการปลูกถ่ายไขกระดูก ต้องได้รับการพิจารณาเป็นการเฉพาะ - ผู้ป่วยมะเร็ง 7 กลุ่ม ที่ได้รับการรักษาตรงตามโปรโตคอล - ผู้ป่วยมะเร็ง 7 กลุ่ม ที่ได้รับการรักษาไม่ตรงตามโปรโตคอล - ผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ นอกเหนือจากมะเร็ง 7 กลุ่ม - กรณีปลูกถ่ายไขกระดูก ต้องได้รับอนุมัติจากสำนักงานประกันสังคม โดยมีคณะกรรมการพิจารณา	ผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยยาควบคุมพิเศษ 6 รายการ - กำหนดให้หน่วยบริการที่มีคุณสมบัติในการให้บริการ จัดส่งข้อมูลรายนามแพทย์ผู้ให้การรักษา - กรณีผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเข้ารับการรักษาด้วยระเบียบการเบิกจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการทั่วไป - กรณีต้องใช้ยารักษามะเร็งกลุ่มควบคุมพิเศษ 6 ชนิด ต้องลงทะเบียนและได้รับการอนุมัติผ่านระบบเบิกจ่ายตรง
กลไกการซื้อบริการ และระบบสารสนเทศใน การเบิกจ่าย	- กรณีโปรโตคอลรักษามะเร็งกำหนดราคากลางในการเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยนอก⁽⁵⁾ - การส่งข้อมูลเบิกจ่าย หน่วยบริการจะส่งข้อมูลผ่านระบบการเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยนอกปกติ โดยต้องระบุรหัสโปรโตคอล จำนวน และราคาเฉพาะรายการยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนตามโปรโตคอล - อุปกรณ์เวชภัณฑ์ และยาที่ใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมน ให้หน่วยบริการส่งเรียก	- หน่วยบริการที่ให้การรักษามะเร็งตามโปรโตคอลมะเร็ง 7 ชนิด สามารถขอรับเงินชดเชยค่ารักษายาบาลตามราคาที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด⁽³⁾ - กรณีโปรโตคอลรักษามะเร็งกำหนดราคากลางในการเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยนอก⁽⁷⁾ - กรณีปลูกถ่ายไขกระดูก เป็นอัตราเหมาจ่ายต่อรายต่อปี - หน่วยบริการต้นสังกัดผู้ป่วย สามารถเบิกเงิน	- กรณีรักษามะเร็งด้วยยาควบคุมพิเศษ - ผู้ป่วยต้องลงทะเบียนเข้าโครงการผ่านโปรแกรมของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) โดยต้องมีเลขทะเบียนเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอกก่อน - สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษายาบาล (สพตร.) จะตรวจสอบเงื่อนไขการเข้าโครงการ โดยคณะกรรมการจากสมาคมวิชาชีพ แล้วแจ้งอนุมัติกลับไป

ประเด็น (โรคมะเร็ง)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
	เก็บจากหน่วยบริการต้นสังกัดของผู้ป่วยตามระบบปกติ - กรณีรักษาผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด เป็นแบบผู้ป่วยใน ให้เบิกจ่ายด้วยระบบเหมาจ่ายรายป่วย (DRG) - กรณีโครงการบริหารจัดการโรคเฉพาะ กำหนดอัตราการเหมาจ่ายต่อรายต่อปี และแบ่งจ่ายเป็นงวดตามเงื่อนไขกิจกรรมการให้บริการ⁽⁶⁾ โดยไม่เบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอีก 1. ลงทะเบียนผ่านโปรแกรม on-line ที่ สปสช. กำหนด (Diseasemanagementprogram, DMP) ก่อนรับการรักษา 2. บันทึกข้อมูลผลการตรวจ และวินิจฉัย และยาหรือการรักษาที่ได้รับ ผ่าน DMP 3. บันทึกข้อมูลวันที่ผู้ป่วยมารับบริการตรวจผ่าน DMP	ชดเชยกรณีค่าใช้จ่ายสูงโรคมะเร็งได้ไม่เกิน 50,000 บาทต่อคนต่อปี - กรณีรักษาผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด เป็นแบบผู้ป่วยใน ให้เบิกจ่ายด้วยระบบเหมาจ่ายรายป่วย (DRG)	หน่วยบริการ 3. หน่วยบริการให้การรักษา และส่งข้อมูลเบิกจ่ายด้วยระบบเบิกจ่ายตรงปกติของหน่วยบริการ 4. หน่วยบริการต้องติดตามผลการรักษา และบันทึกข้อมูล เพื่อดำเนินการต่อทะเบียนผู้ป่วยทุก 3 เดือน
การติดตามคุณภาพและผลลัพธ์บริการ	- จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งหมด - อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน - อัตราการฉายแสง (ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน) ต่อผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด - อัตราการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด	- ไม่พบรายงานการติดตามผลลัพธ์บริการ	- ติดตามจำนวนและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับอนุมัติการใช้ยาควบคุมเพื่อการรักษาโรคมะเร็ง โดยการทบทวนจากทีมแพทย์จากสมาคมวิชาชีพ

2) โรคไต

ประเด็น (โรคไต)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
นโยบาย และความเป็นมา	ครั้งเมื่อเริ่มต้นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 นั้น การให้การรักษาผู้ป่วยโรคไตเฉียบพลัน และการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ด้วยยาเท่านั้น ที่ครอบคลุมอยู่ในสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า - 30 ตค.50 คณะรัฐมนตรี ได้มีมติอนุมัติ ให้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมการบำบัดทดแทนไต - 1 มค.51 เริ่มมีการใช้คุ้มครองเรื่องการผ่าตัดปลูกถ่ายไต Kidney Transplantation (KT) ในกรณีที่สามารถหาไตบริจาคได้ และขยายการทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ทั้งผู้ป่วยรายเก่า และผู้ป่วยรายใหม่	สำนักงานประกันสังคม กำหนดให้การล้างไต ไม่ครอบคลุมอยู่ในสิทธิประโยชน์การรักษายาบาลกรณีเจ็บป่วยอื่นไม่เนื่องจากการทำงานในช่วงแรกแรกเริ่มระบบประกันสังคม ต่อมาได้มีการปรับปรุงเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาผู้ป่วยไตวาย ดังนี้ - 1 พค.42 เริ่มให้สิทธิการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม - 13 เมย.47 ให้สิทธิการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร - 5 ธค.47 ให้สิทธิการปลูกถ่ายไต - 12 สค.48 ให้สิทธิการรักษาด้วยErythropoietin สำหรับผู้ป่วยโรคไตวาย - 4 กพ.52 เพิ่มการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจาก 2 ครั้ง/สัปดาห์ (1,500 บาทต่อครั้ง/3,000 บาทต่อสัปดาห์) เป็น 3 ครั้ง/สัปดาห์ (1,500 บาทต่อครั้ง/4,500 บาทต่อสัปดาห์) - 4 กพ.52 ให้ค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 20,000 บาท/ราย/2 ปี - 4 กพ.52 เพิ่มสิทธิให้แก่ผู้ประกันตนที่เป็นโรคไต	- ปี 2549 ในกระบวนการกำหนดอัตราค่ารักษายาบาลทั้งหมดของกรมบัญชีกลาง ได้มีการกำหนดอัตราค่าเบิกจ่ายกรณีฟอกเลือดเป็นราคากลางไว้ - ปี 2554 กรมบัญชีกลางประกาศอัตราค่าเบิกจ่ายสำหรับผู้บริจาคไต เพื่อการปลูกถ่ายไตของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ประเด็น (โรคไต)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
		วายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนการเป็นผู้ประกันตน ให้ได้รับสิทธิกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในอัตรา 1,000 บาทต่อครั้ง/ไม่เกิน 3,000 บาทต่อสัปดาห์	
ขอบเขตสิทธิประโยชน์	- การรักษาผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันทุกวิธี - การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ด้วยยา - การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ด้วยการบำบัดทดแทนไต - ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) - ฟอกเลือด (HD) และยา Erythropoietin - ปลูกถ่ายไต (KT) - รับยากดภูมิคุ้มกันภายหลังการปลูกถ่ายไต	- การรักษาผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันทุกวิธี - การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ด้วยยา - การบำบัดทดแทนไตใน ผู้ป่วยไตวาย ที่หน้าที่การทำงานของไตเสียไปอย่างถาวรเกินกว่าร้อยละ 95 โดยครอบคลุม - การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis = CPD) มี 3 แบบคือ 1. การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (CAPD) = Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis 2. การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบไซคลิ่ง (CCPD) = Chronic Cycling Peritoneal Dialysis 3. การล้างช่องท้องแบบเป็นระยะ (CIPD) = Chronic Intermittent Peritoneal Dialysis - การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis = HD) - การปลูกถ่ายไต (Kidneys Transplantation)	- การรักษาผู้ป่วยโรคไตวายทั้งเฉียบพลัน และเรื้อรัง ทุกวิธี

ประเด็น (โรคไต)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
		- การรับยาเคมีคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต - สิทธิประโยชน์นี้ สิ้นสุดลง เมื่อ 1. ผู้ป่วยกลับเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร 2. สิ้นสุดการได้รับความคุ้มครองการบริการทางการแพทย์ 3. เสียชีวิต	
คุณลักษณะและเงื่อนไขของบริการสุขภาพ	- CAPD เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต - HD - เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรับบริการ CAPD ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วย HD - เป็นการเตรียมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีความพร้อมจนกว่าจะสามารถรับบริการปลูกถ่ายไต - KT ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่จะรับบริการปลูกถ่ายไต KT (Recipient) ต้องอยู่ระหว่างการรับ	- CAPD ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจรักษาจากอายุแพทย์โรคไตหรืออายุแพทย์ผู้รักษาในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง - HD ผู้ป่วยจะต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมงเว้นแต่การเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสัปดาห์แรกหรือผู้ป่วยเสียชีวิตหรือได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย - KT คุณสมบัติของผู้รับและผู้บริจาคไต เป็นไปตามสำนักงานประกันสังคมกำหนด⁽¹⁰⁾	- ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษายาบาลทุกชนิดในสถานบริการของรัฐบาล - นอกจากการเข้ารับบริการ HD จากสถานพยาบาลของรัฐบาลแล้ว ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการ HD จากโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นคู่สัญญากับกรมบัญชีกลาง ในอัตราที่กรมบัญชีกลางประกาศ (2,000 บาทต่อครั้ง) ซึ่งอาจต้องรับผิดชอบค่าบริการที่เกินอัตราเอง

ประเด็น (โรคไต)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
	บริการทดแทนไตด้วยวิธี CAPD และ HD - ยากดภูมิคุ้มกัน ต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจากหน่วยบริการต่างๆ ทั้งรายเก่า และรายใหม่ - ยา Erythropoietin ให้ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตามระดับ Hematocrit คือ - น้อยกว่า 30% ให้ 4,000 u ต่อครั้ง 8-10 ครั้ง เดือนขึ้น อยู่กับซื้อการจ่ายของยา - ระหว่าง 30-36% ให้ 4,000 u ต่อครั้ง 4-5 ครั้ง ต่อเดือน ซื้อการจ่ายของยา	- ยากดภูมิคุ้มกัน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานประกันสังคม - ยา Erythropoietin ให้ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ตามระดับ Hematocrit โดยจำกัดการให้สิทธิเบิกตามราคายา คือ - น้อยกว่า/เท่ากับ 36% ให้เบิกได้ไม่เกินสัปดาห์ละ 1,125 บาท (รวมค่าฉีดยาเข็มละ 50 บาทต่อครั้ง) - มากกว่า 36% แต่ไม่เกิน 39% ให้เบิกได้ไม่เกินสัปดาห์ละ 750 บาท (รวมค่าฉีดยาเข็มละ 50 บาทต่อครั้ง)	
กลุ่มเป้าหมาย และวิธีการคัดเลือก กลุ่มเป้าหมาย	- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ทุกราย โดยเป็นไปตามเงื่อนไขของบริการ	- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต้องยื่นคำร้องพร้อมหลักฐานทางการแพทย์ เพื่อขอรับบริการต่อสำนักงานประกันสังคม โดยจะมีคณะกรรมการแพทย์พิจารณาให้ความเห็นชอบ และอนุมัติให้ได้รับสิทธิการบำบัดทดแทนไต โดยเลขานุการสำนักงานประกันสังคมหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย - หลักเกณฑ์ในการพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิในการบำบัดทดแทนไตมีดังนี้ - Serum BUN มากกว่าหรือเท่ากับ 100 mg% อยู่	- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกราย

ประเด็น (โรคไต)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
		ตลอดเวลาและ Serum creatinineมากกว่าหรือเท่ากับ 10mg% อยู่ตลอดเวลา - อัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate = GFR) หรือ Creatinineclearance เท่ากับหรือน้อยกว่า 5 ml/min ทั้ง 2 กรณีนี้ ต้องมีขนาดของไตเล็กทั้ง 2 ข้าง (Bilateral small contracted kidneys) โดยหลักฐานจากการตรวจทางรังสีวิทยาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม ยกเว้นโรคที่ขนาดของไตไม่เล็ก	
กลไกการจัดระบบ กลไกการซื้อบริการ และระบบสารสนเทศใน การเบิกจ่าย	- CAPD - หน่วยบริการลงทะเบียนผู้ป่วยผ่าน โปรแกรม DMIS_CAPD - หน่วยบริการได้รับการสนับสนุน น้ำยา CAPD, ยา Erythropoietin และสาย Tenchkoff catheter โดยบริหารจัดการผ่านระบบ Vendor Managed Inventory (VMI) ขององค์การเภสัชกรรม 2.1 น้ำยา CAPD จะถูกจัดส่งให้ถึงหน่วยบริการใกล้บ้านผู้ป่วย หรือถึงบ้านผู้ป่วยโดยตรง ตามความจำเป็นทางการแพทย์	- CAPD - สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรให้แก่สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาเป็นค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 20,000 บาท เว้นแต่ภายในเดือนแรกที่ได้รับอนุมัติจะจ่ายค่าน้ำยาล้างช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงเฉลี่ยไม่เกินวันละ 750 บาท ตามจำนวนวันที่เหลือในเดือนนั้น - สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินให้อยู่	- ผู้ป่วยสามารถใช้ระบบเบิกจ่ายตรงกรณีผู้ป่วยนอกโดยสถานพยาบาลส่งข้อมูลในระบบเบิกจ่ายตรง และบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ผ่านโปรแกรม HD - ผู้ป่วยในเป็นเงินเชื่อ โดยที่สถานพยาบาลได้รับชดเชยด้วยเหมาจ่ายรายป่วย (DRG)

ประเด็น (โรคไต)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
	และไม่เกิน 150 ถุง ต่อเดือน (สั่งครั้งละไม่เกิน 2 เดือน) 2.2 ยา Erythropoietin ให้แก่หน่วยบริการ เพื่อจ่ายให้แก่ผู้ป่วยตามความจำเป็น โดยพิจารณาจากระดับ Hct โดยหน่วยบริการ จะต้องนัด และให้ยาผู้ป่วยที่หน่วยบริการ โดยตรง (ไม่อนุญาตให้ยาผู้ป่วยไปฉีดที่บ้านเอง) 2.3 สาย Tenckhoff catheter ให้แก่หน่วยบริการเพื่อใช้กับผู้ป่วยรายใหม่ และรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยน โดยทั่วไปไม่เกิน 1 สาย /ผู้ป่วย 1 ราย /ปี ยกเว้นบางรายที่มีความจำเป็น	ในความรับผิดชอบของผู้ป่วย	
	- HD - กำหนดให้เบิกจ่ายตามอัตราการเบิกจ่าย อุปกรณ์และการทำเส้น HD⁽⁸⁾ - กำหนดอัตราการเบิกจ่ายค่าทำ HD ผู้ป่วยรายเก่า ครั้งละ 1,000 บาท - กำหนดอัตราการเบิกจ่ายค่าทำ HD ผู้ป่วยรายใหม่ ครั้งละ 1,500 บาท - ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ ปอด ตับ	- HD สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดในอัตราไม่เกิน 1,500 บาทต่อครั้งและไม่เกิน 3,000 บาทต่อสัปดาห์ - สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ป่วย	

ประเด็น (โรคไต)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
	ร่วมด้วยและฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสถานบริการขนาดใหญ่ที่มีการให้บริการหอผู้ป่วยไอซียู ชดเชยผู้ป่วยรายเก่าครั้งละ 1,200 บาท และผู้ป่วยรายใหม่ครั้งละ 1,700 บาท		
	- KT เหมจ่ายตามโปรโตคอลของการรักษา⁽⁹⁾ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ 1. ช่วงการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดปลูกถ่าย 2. ช่วงระหว่างการผ่าตัดปลูกถ่ายไต รวมถึงเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	- KT สำนักงานประกันสังคมจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการ ดังนี้ 1. ก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ■ ค่าเตรียมผู้บริจาค 32,800 – 40,000 บาทต่อราย ■ ค่าเตรียมผู้รับบริจาคไม่เกิน 40,000 บาทต่อราย ■ ค่าตรวจเลือดทุกๆ 3 เดือนจ่ายในครั้งละ 1,800 บาทต่อรายโดยตรวจได้ตามรายการที่กำหนดเท่านั้น⁽¹⁰⁾ ■ สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ป่วย 2. ระหว่างการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ต้องรักษาตามโปรโตคอล (Protocol) ■ ในภาวะปกติใน 143,000 – 292,000 บาทต่อราย ■ มีภาวะแทรกซ้อน 23,000 – 493,000 บาทต่อราย	- นอกจากสถานพยาบาลจะส่งข้อมูลผู้ป่วยใน (รับไต) เพื่อเบิกค่ารักษายาบาลในระบบเหมจ่ายรายป่วยแล้ว ตั้งแต่ คค.54 กรมบัญชีกลางยังให้สิทธิผู้บริจาคไต (ทุกสิทธิ) สามารถเบิกจ่ายด้วยระบบเงินเชื่อ โดยที่สถานพยาบาลลงทะเบียนผู้บริจาคและส่งข้อมูลเบิกจ่ายด้วยโปรแกรม ปลูกถ่ายไต

ประเด็น (โรคไต)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
		โดยครอบคลุมผู้ประกันตนและผู้บริจาคไตเป็นเวลา 60 วันนับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตรวมทั้งรักษาภาวะการสลับไตอย่างเฉียบพลัน (Acute rejection) ของผู้ประกันตนเป็นเวลา 2 ปีนับแต่วันที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไต	
	- ขาดภูมิคุ้มกันหลังผ่าตัด 1. หลังผ่าตัด 1-6 เดือน 30,000 บาทต่อเดือน 2. หลังผ่าตัด 7-12 เดือน 25,000 บาทต่อเดือน 3. หลังผ่าตัด 13-24 เดือน 20,000 บาทต่อเดือน 4. หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป 15,000 บาท ต่อเดือน	- หลังจากปลูกถ่ายไต ชดเชยค่าบริการสำหรับสถานพยาบาลที่ปลูกถ่ายไตให้แก่ผู้ป่วยครอบคลุมการตรวจรักษาขาดภูมิคุ้มกันตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจปัสสาวะตรวจระดับยากดภูมิคุ้มกันเหมาจ่ายดังต่อไปนี้ 1. เดือนที่ 1-6 เดือนละ 30,000 บาท 2. เดือนที่ 7-12 เดือนละ 25,000 บาท 3. เดือนที่ 13-24 เดือนละ 20,000 บาท 4. เดือนที่ 25 เดือนขึ้นไป เดือนละ 15,000 บาท	
การติดตามคุณภาพและผลลัพธ์บริการ	- จำนวนผู้ป่วยที่โรงพยาบาลทั้งหมดให้บริการต่อปี - จำนวนและร้อยละ (เทียบกับเป้าหมาย) ของการล้างไตผ่านทางช่องท้อง - จำนวนและร้อยละ (เทียบกับเป้าหมาย) ของการฟอกเลือด - จำนวนและร้อยละ (เทียบกับเป้าหมาย) ของการ	- ไม่พบรายงานการติดตามผลลัพธ์บริการ	- ติดตามผลลัพธ์การรักษาโดยส่งให้คณะกรรมการจากสมาคมวิชาชีพทันตแพทย์

ประเด็น (โรคไต)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
	ปลูกถ่ายไต - จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรับยากดภูมิคุ้มกัน		

3) โรคเอดส์

ประเด็น (โรคเอดส์)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
นโยบาย และความเป็นมา	- ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยได้รับการบำบัดด้วยไวรัสเอชไอวีจากกระทรวงสาธารณสุขมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไวรัสเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2543 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มให้บริการบำบัดด้วยไวรัสแก่ผู้ป่วยเอดส์โดยใช้ยาต้านไวรัสในสูตรยา 3 ชนิดพร้อมกัน - ปี 2545 ได้มีการผลิตยาต้านไวรัสโดยองค์การเภสัชกรรมเป็นผลทำให้ราคาถูกลง - ในปีงบประมาณ 2547 ได้มีการขยายโอกาสการเข้าถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายใต้โครงการการเข้าถึงบริการบำบัดด้วยไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ National Access to Antiretroviral Programs for Program for people with HIV/AIDS หรือที่รู้จัก	- 1 สิงหาคม 2547 คณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมให้เพิ่มสิทธิประโยชน์แก่ผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวี และเป็นโรคเอดส์ ให้ได้รับยาต้านไวรัสด้วยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมให้เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมรักษาตามประกาศฉบับนี้ - 15 ธันวาคม 2549 สำนักงานประกันสังคมและองค์การเภสัชกรรม ร่วมบริหารจัดการยาต้านไวรัสเอดส์ให้ถึงมือผู้ป่วยโดยมีบันทึกข้อตกลงบริหารจัดการยาต้านไวรัสเอดส์ให้ถึงมือผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ - 1 มกราคม 2550 เป็นต้นไป ผู้ป่วยไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินในกรณีคือยาอีกต่อไป(ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนค่ายา กรณีคือยา 5,000 บาทต่อเดือน ส่วนเกินจากนี้ ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบ	- ผู้ป่วยมีสิทธิประโยชน์ในการรับการรักษาด้วยยา และการตรวจวินิจฉัยทุกชนิด ตามสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ประเด็น (โรคเอดส์)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
	กันว่า NAPHA ซึ่งประสบผลสำเร็จบรรลุนิติ เป้าหมายที่ตั้งไว้ 50,000 ราย โดยมีจำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับยาต้านไวรัส สะสมจำนวน 50,752 ราย และกระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนับสนุน งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสให้ได้รับการดูแลรักษา อย่างต่อเนื่อง - ต่อมา 1 ตุลาคม 2548 รัฐบาลได้กำหนดให้การ บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในชุดสิทธิ ประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า ซึ่ง สปสช. โดยศูนย์บริหารจัดการโรคเอดส์ ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการ พัฒนาระบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ได้รับโอนงานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2550 เป็นต้นมา โดยกำหนดเป้าหมายให้ผู้ป่วย เอดส์รับยาสูตรพื้นฐานไว้ที่ 100,000 ราย และ ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาสูตรคือยาจำนวน 8,000 ราย รวมทั้งการจัดบริการด้านการป้องกัน การตรวจ คัดกรอง การตรวจวินิจฉัยการรักษา และการให้ คำปรึกษาและความรู้ในการปฏิบัติตนการ	เอง)	

ประเด็น (โรคเอดส์)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
	ติดตามระดับเม็ดเลือดขาว การตรวจหาจำนวน ภูมิคุ้มกัน CD4 และการติดตามส่งเสริมให้ ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องซึ่งได้รับความ ร่วมมือเป็นอย่างดีจากหน่วยบริการทุกระดับทั่ว ประเทศและเครือข่ายผู้ติดเชื้อจึงทำให้ สปสช. สามารถจัดระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย เอดส์อย่างองค์รวมครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่ว ประเทศได้		
ขอบเขตสิทธิประโยชน์	- บริการยาด้านเอชไอวีและยาอื่นๆ 1) การรักษาด้วยยาด้านเอชไอวี (Antiretroviral Treatment : ART) 2) การให้ยาด้านเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด(Prevention of Mother to Child Transmission: PMTCT) 3) การให้ยาด้านเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายหลังสัมผัส (Post-exposure Prophylaxis: PEP) 4) การรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงที่เป็นผลข้างเคียงจากยาด้านไวรัส - การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษา (Laboratory Testing)กรณีอยู่ระหว่างการรับยาด้านไวรัสเอดส์ ได้แก่	- ให้บริการรักษาผู้ป่วยด้วยยาด้านไวรัสเอดส์(จ่ายยาให้หน่วยบริการ) - การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการรักษา ได้แก่ ○ CD4 ○ Viral load ○ Drug resistance test ○ การตรวจอื่นๆ (สถานพยาบาลตามบัตรรับผิดชอบ)	- ผู้ป่วยรับบริการรักษายาบาล และการตรวจวินิจฉัยได้ทุกชนิดในโรงพยาบาลของรัฐ

ประเด็น (โรคเอดส์)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
	○ Blood chemistry (CBC, FBS, Cr, ALT, Cholesterol, Triglyceride) ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี ○ CD4 ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี ○ Viral Load ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี ○ Drug Resistance ไม่เกิน 1 ครั้ง/ปี (โดยที่ ต้องมี Viral Load มากกว่า 2,000 copies/ml) ○ อื่นๆหากมีความจำเป็นให้ติดต่อสพ.เขต - บริการให้คำปรึกษาและการตรวจเลือดแบบสมัครใจ (Voluntary Counseling & Testing: VCT) - การป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ (Positive prevention) กรณีผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีจะได้รับสิทธิการตรวจ CD4 ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี		
คุณลักษณะและเงื่อนไขของบริการสุขภาพ	- ผู้ป่วยต้องลงทะเบียนเข้ารับบริการได้จากหน่วยบริการประจำที่ขึ้นทะเบียนไว้หรือหากมีความจำเป็นก็สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการอื่นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ - มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ได้แก่ข้อบ่งชี้ทางคลินิก (Clinical criteria) และ/หรือข้อบ่งชี้ทางห้องปฏิบัติการภูมิคุ้มกัน (Immunological criteria)⁽¹¹⁾	- ผู้ป่วยต้องเข้ารับตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิรักษายาบาล - ผู้ประกันตนกรอกใบสมัครตามแบบที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด - มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์⁽¹¹⁾ - รับการรักษาตามสูตรยาที่ สำนักงานประกันสังคมกำหนด⁽¹²⁾	- ผู้ป่วยตามสิทธิระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการรับบริการรักษายาบาล และการตรวจวินิจฉัยได้ทุกชนิดในโรงพยาบาลของรัฐ

ประเด็น (โรคเอดส์)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
	- รับการรักษาตามสูตรยาที่ สปสช.กำหนด⁽¹¹⁾ - การปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ต้องผ่านการอนุมัติจาก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวี/เอดส์ (AIDS Experts) ระดับจังหวัด ซึ่งได้ผ่านเกณฑ์ที่สมาคมโรคเอดส์หรือสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กกำหนดหรือได้ผ่านการอบรมหลักสูตรการอนุมัติสูตรยาที่ทางสมาคมโรคเอดส์จัดอบรม		
กลุ่มเป้าหมาย และวิธีการคัดเลือก กลุ่มเป้าหมาย	- ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ทุกคน ยกเว้น ผู้ที่ไม่ยินยอมหรือไม่สามารถรับการรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่องได้ (พิจารณาโดยดุลพินิจของทีมผู้รักษา) - หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (ทุกสิทธิ) เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทารก - ผู้ที่สัมผัสเอชไอวีหลังจากการทำงาน (สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสิทธิว่าง) และผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ (ทุกสิทธิ) เพื่อการป้องกันเอชไอวีหลังสัมผัส - ให้คำปรึกษา และตรวจเลือด สำหรับ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง, กู้สมรส (ฝ่ายหนึ่งติดเชื้อ, ก่อนแต่งงาน, ผ่าครรภ์) ยกเว้นกรณีที่มีผลบวกอยู่แล้ว, การตรวจคัดกรองก่อนผ่าตัด หรือ การ	- ผู้ประกันตนที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นโรคเอดส์ที่ได้รับอนุมัติให้ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตามมติคณะกรรมการแพทย์ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม	- ผู้ป่วยตามสิทธิระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการรับบริการรักษายาบาล และการตรวจวินิจฉัยได้ทุกชนิดในโรงพยาบาลของรัฐ

ประเด็น (โรคเอดส์)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
	ตรวจเพื่อวัตถุประสงค์อื่น - การตรวจเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV Antibody Testing) ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี และการตรวจเลือดโดยวิธี PCR ในทารกอายุระหว่าง 2 สัปดาห์ – 6 เดือน ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี - อุ้งยางอนามัย ในคลินิกให้คำปรึกษา สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ลงทะเบียนในระบบ NAP		
กลไกการจัดระบบ กลไกการซื้อบริการ และระบบสารสนเทศในการเบิกจ่าย	- หน่วยบริการดำเนินการบันทึกข้อมูลการลงทะเบียนผ่านโปรแกรม NAP - การเบิกจ่ายด้านไวรัส โดยบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NAP ข้อมูลจะถูกส่งไปองค์การเภสัชกรรม เพื่อกำหนดปริมาณยาและจัดส่งให้หน่วยบริการ - การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต้องดำเนินการบันทึกผ่านโปรแกรม NAP รวมถึงบันทึกผลการตรวจด้วย ○ กรณีหน่วยบริการสามารถตรวจได้เอง สปสช.จะชดเชยค่าตรวจให้ตามราคากลางที่กำหนด⁽¹³⁾ ○ สปสช.กำหนดให้ส่งตรวจตามหน่วยบริการที่ สปสช.กำหนด⁽¹⁴⁾ - บริการให้การรักษาและตรวจการติดเชื้อ	- สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิดำเนินการยื่นแบบคำขอรับค่าบริการ และรายงานข้อมูลต่างๆตามแบบที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด - สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่ายาให้หน่วยงานของรัฐที่ผลิตยา (องค์การเภสัชกรรม) ซึ่งจะส่งยาให้หน่วยบริการ - สำนักงานประกันสังคมจ่ายชดเชยค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ	- กรณีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลได้รับการชดเชยค่ายาและเวชภัณฑ์ตามระบบการเบิกจ่ายตรงด้วยระบบการกำหนดราคาที่กรมบัญชีกลางกำหนด และได้รับการชดเชยค่าตรวจวินิจฉัยและหัตถการด้วยราคากลางที่กรมบัญชีกลางกำหนด - กรณีผู้ป่วยใน โรงพยาบาลได้รับการชดเชยค่ารักษายาบาลด้วยการเหมาจ่ายด้วย DRG

ประเด็น (โรคเอดส์)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
	โดยสมัครใจบันทึกผ่านโปรแกรม NAP ○ ชดเชยบริการปรึกษา (Counseling) 7 บาท ต่อครั้ง ○ HIV Antibody testing 140 บาทต่อการตรวจรู้ผล - สปสช.จัดซื้อถุงยางอนามัยเพื่อวัตถุประสงค์ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อและจัดส่งให้หน่วยบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็นและเหมาะสมกับภาระงาน		
การติดตามคุณภาพและผลลัพธ์บริการ	- ติดตามจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียน, จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการในแต่ละกิจกรรมและจำนวนผู้ป่วยที่รับยาในแต่ละสูตรต่อปี - ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 12 เดือน หลังจากรับยา (ของผู้ป่วยรับยารายใหม่) - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่เกิน 12 เดือน หลังจากรับยา (ของผู้ป่วยรับยารายใหม่) - จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CD4, Viral load และการตรวจการดื้อยา	- ไม่พบรายงานการติดตามผลลัพธ์	- ไม่พบรายงานการติดตามผลลัพธ์

หมายเหตุท้ายตาราง: ที่มาของข้อมูล

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552) “ประกาศ เรื่อง คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าเกณฑ์การให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง.” ตุลาคม 2552.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2549) “ประกาศ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะทางระดับตติยภูมิ มะเร็งโลหิตวิทยา.” 14 กุมภาพันธ์ 2549.
3. คณะกรรมการการแพทย์. (2554) “ประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ตาม พรบ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (การรักษา มะเร็ง).” 20 กรกฎาคม 2554.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554) “ประกาศ เรื่อง การบริหารจัดการโครงการโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง.” 23 มีนาคม 2554.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553) “ประกาศ เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตาม Protocol (ภาคผนวก ตารางสรุปโปรโตคอลมะเร็ง).”
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554) “แนบท้ายประกาศ เรื่อง การบริหารจัดการโครงการมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (การจ่ายค่าตอบแทนการให้บริการ).” 23 มีนาคม 2554.
7. คณะกรรมการการแพทย์. (2554) “แนวทางการรักษาโรคมะเร็งและอัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาล แนบท้าย ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมพ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับ ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน.” 20 กรกฎาคม 2554.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555) “ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือด” ใน คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555 เล่ม 3 การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง, กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์; หน้า 39-40.
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555) “ค่าบริการปลูกถ่ายไต” ใน คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555 เล่ม 3 การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง, กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์; หน้า 51-61.
10. คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533. (2554) “ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมพ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน.” 9 กันยายน 2554.
11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555) “สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวี” ใน คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555 เล่ม 2 การบริหารงบบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค, กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์; หน้า 9-30.
12. คณะกรรมการการแพทย์. (2549) “ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมพ.ศ. 2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ HIV และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์.” 8 ธันวาคม 2549.
13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555) “อัตราการจ่ายค่าบริการรักษาผู้ป่วยเอชไอวี” ใน คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555 เล่ม 2 การบริหารงบบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค, กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์; หน้า 59-64.
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555) “รายชื่อห้องปฏิบัติการ” ใน คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555 เล่ม 2 การบริหารงบบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารงบบริการผู้ป่วยวัณโรค, กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์; หน้า 125-134.

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ส่วนมากสามารถรวบรวมได้จากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเพียงบางประเด็นเท่านั้นที่รวบรวมได้จากระบบประกันสังคมหรือระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการดังนี้

ระบบประกันสุขภาพ	UC			SSS			CSMBS		
	2553	2554	2555	2553	2554	2555	2553	2554	2555
1. โรค HIV/AIDS									
1.1 จำนวนผู้ป่วยโรค HIV/AIDS ลงทะเบียนใหม่ในระบบประกันสุขภาพ	28,700	26,910	24,882	13307	11902	8093	NA	NA	NA
1.2 จำนวนผู้ป่วย HIV/AIDS ทั้งหมดในระบบประกันสุขภาพ	215,685	242,595	267,477	82663	94565	102658	NA	NA	NA
1.3 จำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนใหม่ในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์	24,024	25,020	21,509	13307	11902	8093	NA	NA	NA
1.4 จำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนทั้งหมดในโครงการยาต้านไวรัสเอดส์	153,105	176,082	196,446	82663	94565	102658	NA	NA	NA
1.5 จำนวนผู้ป่วยย้ายเข้า-ออกของโครงการไวรัสเอดส์	22,392	16,604	14,758	NA	NA	NA	NA	NA	NA
1.6 จำนวนผู้ป่วยย้ายออกจากสิทธิ	8,157	7,928	6,959	NA	NA	NA	NA	NA	NA
- ออกไปสิทธิ UC									
- ออกไปสิทธิ SSS	7,960	7,549	6,669						
- ออกไปสิทธิ CSMBS	197	379	290						
1.7 จำนวนผู้ป่วยย้ายเข้ามาใช้สิทธิ	14,235	8,676	7,799	NA	NA	NA	NA	NA	NA
- เข้าจากสิทธิ UC									
- เข้าจากสิทธิ SSS	13,430	8,273	7,351						
- เข้าจากสิทธิ CSMBS	805	403	448						

หมายเหตุ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าข้อมูลผู้ป่วยโรคเอดส์

- การเปลี่ยนสิทธิ คิดเฉพาะผู้ติดเชื้อที่มีการลงทะเบียนอยู่ในโปรแกรม NAP เท่านั้น
- มีการเปลี่ยนสิทธิ เปรียบเทียบระหว่างวันที่ 30 กันยายน 2555 กับ วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ว่ามีการเปลี่ยนแปลงสิทธิอย่างไร
- ข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ปีงบประมาณ 2553-2555 ประมวลผล ณ พฤศจิกายน 2555 กองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สปสช.

ระบบประกันสุขภาพ	UC			SSS			CSMBS		
	2553	2554	2555	2553	2554	2555	2553	2554	2555
2. โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย									
2.1 จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายลงทะเบียนใหม่ในระบบประกันสุขภาพ	5,545	8,645	8,410	NA	NA	NA	NA	NA	NA
2.2 จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งหมดในระบบประกันสุขภาพ	13,292	18,590	22,851	NA	NA	NA	NA	NA	NA
2.3 จำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนใหม่ในโครงการต่างๆ ดังนี้									
- CAPD	4,485	5,073	5,733	46	51	21	NA	NA	NA
- HD	930	3,318	2,624	1052	1380	908	1,190	916	780
- KT /Immun KT	130	74	53	1194	786	1522	NA	NA	NA
2.4 จำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนทั้งหมดในโครงการฯ									
- CAPD	8,836	14,240	20,390	NA	NA	195	NA	NA	NA
- HD	8,595	12,697	16,227	NA	NA	11048	18,773	17,832	16,610
- KT/Immun KT	1,249	1,840	2,530	NA	NA	10,581	NA	NA	NA
2.5 จำนวนผู้ป่วยย้ายเข้า-ออกของโครงการฯ	934	1263	1377	NA	NA	NA	NA	NA	NA
- CAPD	663	775	863						
- HD	259	471	500						
- KT/Immun KT	12	17	14						
2.6 จำนวนผู้ป่วยย้ายออกจากสิทธิ	599	320	59	NA	NA	NA	NA	NA	NA
- ออกไปสิทธิ UC									
- ออกไปสิทธิ SSS	379	193	21						
- ออกไปสิทธิ CSMBS	220	127	38						
2.7 จำนวนผู้ป่วยย้ายเข้ามาใช้สิทธิ	71	46	12	NA	NA	NA	NA	NA	NA
- เข้าจากสิทธิ UC									
- เข้าจากสิทธิ SSS	24	12	2						
- เข้าจากสิทธิ CSMBS	47	34	10						

หมายเหตุ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าข้อมูลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

- ข้อ 2.1-2.5 จากข้อมูลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังปีงบประมาณ 2553-2555 ประมวลผล ณ ตุลาคม 2555 กองทุนโรคไตวายเรื้อรัง สปสช.
- ข้อ 2.6-2.7 จากสำนักบริหารสารสนเทศการประกัน ปีงบประมาณ 2553-2555 ประมวลผล ณ 17 ธันวาคม 2555
- ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ในโปรแกรม HD เท่านั้น

ระบบประกันสุขภาพ	UC			SSS			CSMBS		
	2553	2554	2555	2553	2554	2555	2553	2554	2555
3. โรคมะเร็ง									
3.1 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งลงทะเบียนใหม่ในระบบประกันสุขภาพ	NA	NA	NA	10,058	6,536	7,761	NA	NA	NA
3.2 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดในระบบประกันสุขภาพ	NA	NA	NA	24,832	22,595	20,513	NA	NA	NA
3.3 จำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนใหม่ในโครงการต่างๆ ดังนี้									
- Protocol จ่ายรายครั้ง	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
- Protocol จ่ายรายปี	1199	1514	829	NA	NA	NA			
3.4 จำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนทั้งหมดในโครงการฯ									
- Protocol จ่ายรายครั้ง	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
- Protocol จ่ายรายปี	1199	1514	829	NA	NA	NA			
3.5 จำนวนผู้ป่วยย้ายเข้า-ออกของโครงการฯ	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
- Protocol จ่ายรายครั้ง									
- Protocol จ่ายรายปี									
3.6 จำนวนผู้ป่วยย้ายออกจากสิทธิ	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
- ออกไปสิทธิ UC									
- ออกไปสิทธิ SSS									
- ออกไปสิทธิ CSMBS									
3.7 จำนวนผู้ป่วยย้ายเข้ามาใช้สิทธิ	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
- เข้าจากสิทธิ UC									
- เข้าจากสิทธิ SSS									
- เข้าจากสิทธิ CSMBS									

หมายเหตุ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งมีเฉพาะโครงการบริหารจัดการโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเท่านั้น

ระบบประกันสังคม

- ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งลงทะเบียนใหม่ประมวลผลโดยการเทียบข้อมูลปีที่ต้องการกับข้อมูลปีก่อนหน้าส่วนข้อมูลผู้ป่วย ปี 2555 อาจมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากอยู่ระหว่างการประมวลผล

- ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งในอัตราที่ต่ำมาก ไม่มีผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด

3. การทบทวนรายงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ

รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จากฐานข้อมูลการค้นหาคำค้นหาคำที่หาได้ มีรายละเอียดและองค์ประกอบตามประเด็นในกรอบแนวคิด สกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการจัดการและการประเมินผลต่อผู้ป่วย ตลอดจนค่าใช้จ่ายของการดูแล พบจำนวน 8 เรื่อง ดังแสดงในตารางที่ 2.2 ซึ่งงานวิจัยเหล่านี้ มักเป็นรูปแบบของการวิจัยประเมินผลการดำเนินการตามนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสำคัญ แม้ว่าจะมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพที่อยู่ภายใต้ความดูแลของหน่วยงานอื่นอยู่บ้าง ซึ่งประเด็นที่เป็นข้อสังเกตที่เชื่อมโยงกับการนำผลการศึกษาหรือข้อเสนอแนะจากงานวิจัยดังกล่าวมาใช้ในรายงานวิจัยนี้ได้ระบุไว้ในตารางที่ 2.2 แล้ว

ตารางที่ 2.2 ข้อมูลการทบทวนรายงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง (โรคไต โรคมะเร็ง โรคเอดส์) ในประเทศไทย 5 ปีย้อนหลัง

ชื่อเรื่อง/ ผู้วิจัย/ ปี และ วัตถุประสงค์	บริบท/ข้อค้นพบที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง	ประเด็นการจัดการ อภิปรายผล และข้อเสนอแนะข้อเสนอเชิงนโยบาย
1) รายงานประเมินผลการวิจัย ประเมินผลรูปแบบการจ่ายเงินเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข กรณี: กองทุนตามเกณฑ์ศักยภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (On Top) กองทุนโรคเรื้อรัง กองทุนแพทย์แผนไทย (สมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2552) วัตถุประสงค์: - เพื่อประเมินกองทุนย่อย 3 กองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า - เพื่อประเมินการตอบสนองต่อนโยบายของระดับจังหวัด โรงพยาบาลแม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิ - ประสิทธิภาพของกองทุนในการตอบสนองต่อเป้าประสงค์ของกองทุนรวมถึงปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินงาน	- ประสิทธิภาพของรูปแบบการจ่ายเงินกองทุนโรคเรื้อรังพบว่านโยบายกองทุนโรคเรื้อรังเกิดพร้อมๆ กับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดมีการดำเนินงานด้านการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรังมาก่อนแต่ยังไม่เข้มข้นและไม่บูรณาการ - การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่เกิดขึ้นหลังมีงบกองทุนโรคเรื้อรังพบว่ามีสามในแปดจังหวัดที่คะแนนความเข้มแข็งการดำเนินงานเรื่องนี้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน - การพัฒนาศูนย์ข้อมูลและการประมวลผลข้อมูลทั้งจังหวัดมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด รองลงมาคือการมีแผนภาคีเครือข่ายและทีม disease manager ระดับจังหวัด - การแยกงบที่เกี่ยวกับโรคเรื้อรังเป็นหลายงบที่มีวิธีการจ่ายและการจัดเก็บข้อมูลที่กำหนดจากส่วนกลางต่างกัน เป็นอุปสรรคในการบูรณาการกัน	- มีข้อเสนอว่าการให้งบประมาณควรมีการกำหนดจุดเน้นในการพัฒนาสำหรับแต่ละปีและวางยุทธศาสตร์ระยะยาว - สิ่งที่ต้องพัฒนาเร่งด่วนคือการเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐานที่สามารถประมวลผลได้อย่างเป็นปัจจุบัน - ควรประสานและเชื่อมโยงของนโยบายระหว่างสปสช. และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อความเป็นเอกภาพของแนวนโยบายและแนวทางปฏิบัติลดความสับสนของหน่วยปฏิบัติในพื้นที่ ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพของการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติกรณีของการประสานและบริหารกองทุนโรคเรื้อรังเป็นตัวอย่างที่ดี - สปสช. ควรบูรณาการงบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคเรื้อรังเช่นงบตรวจคัดกรองความเสี่ยงงบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและงบตรวจ

ชื่อเรื่อง/ ผู้วิจัย/ ปี และ วัตถุประสงค์	บริบท/ข้อค้นพบที่เกี่ยวข้องกับโรค เรื้อรัง	ประเด็นการจัดการ อภิปรายผล และข้อเสนอแนะข้อเสนอเชิง นโยบาย
	-การมีกองทุนโรคเรื้อรังช่วยเหลือให้การดำเนินงานของแม่ข่ายเป็นไปได้อย่างเป็นระบบและครอบคลุมเพิ่มขึ้น ทำให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สอ./รพ.สต. ดีขึ้นและเสริมบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	คัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังและพัฒนาเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model)
2) ชุดโครงการวิจัยการประเมินระบบบริการของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย (สุคนธา คงศีลและคณะ, 2552) วัตถุประสงค์: -ศึกษาการเข้าถึงและเหตุผลที่ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์ไม่มารับบริการเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการการบริหารจัดการการให้บริการการกระจายยาต้านไวรัสเอ็ดส์	- การลงทะเบียนในโปรแกรมบริหารจัดการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์ (DMIS for HIV/AIDS หรือ NAP) ณ วันที่ 30 กันยายน 2549 พบว่ามากกว่า 80%เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมาคือสิทธิประกันสังคมประมาณ 15%, สิทธิข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจประมาณ 2.4% และสิทธิว่างสิทธิอื่นๆประมาณ 1.8% - การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการข้าราชการ ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อโดยตรง ด้วยมีการกำหนดตัวเลขรหัสที่บ่งชี้ว่าเป็นการเบิกยาต้านไวรัสเอ็ดส์ทำให้ทราบว่าเป็นข้อมูลของใคร - บทบาทหน้าที่และแนวทางการปฏิบัติแตกต่างกันในแต่ละจังหวัดเกิดปัญหาการซ้อนทับกันของบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน - การติดตามผลการดำเนินการงานรายงานผลการปฏิบัติงานในภาพรวมยังไม่ชัดเจน และไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง - เหตุผลที่ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยที่ได้ยาต้านไวรัสแล้วออกจากระบบบริการมีการหยุดรับยาการขาดการมาติดตามการรักษาคือย้ายที่อยู่ย้ายที่ทำงาน - การเปลี่ยนสิทธิ์ต้องรอการประสานงานนานทำให้ขาดยาไปนานอาการทรุดหนักจึงต้องหาที่พึ่งอื่น	- ควรวางระบบการติดตามผู้ป่วยและการส่งต่อผู้ป่วยที่ดีโดยมีระบบการเชื่อมต่อในฐานข้อมูล NAP Program ที่สามารถถ่ายโอนข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยกรณีย้ายสถานที่ให้บริการและการเปลี่ยนสิทธิ

ชื่อเรื่อง/ ผู้วิจัย/ ปี และ วัตถุประสงค์	บริบท/ข้อค้นพบที่เกี่ยวข้องกับโรค เรื้อรัง	ประเด็นการจัดการ อภิปรายผล และข้อเสนอแนะข้อเสนอเชิง นโยบาย
3) โครงการประเมินผล โครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง (Excellence Center) ด้านโรคมะเร็ง (วีระศักดิ์ พุทธาศรี, 2551) วัตถุประสงค์: - เพื่อติดตามประเมินผลการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิมะเร็งขั้นสูงทั้งในด้านประสิทธิภาพของการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติและกระบวนการบริหารจัดการที่ระดับโรงพยาบาลผลลัพธ์รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นวิธีการศึกษา - ทบทวนเอกสาร - สันทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน - สัมภาษณ์ผู้บริหาร - สัมภาษณ์ผู้บริหารและนักวิชาการส่วนกลาง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม	- ศักยภาพของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็งในปัจจุบันทั้งด้านอุปกรณ์และบุคลากรยังเป็นช่องว่างที่สำคัญของระบบมีอุปกรณ์และจำนวนบุคลากรประเภทต่างๆต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน - จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในคิวรอรับหัตถการมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง - ผลลัพธ์ของการรักษาแสดงถึงอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งไม่ได้ลดลง - ขาดแนวทางการทำงานและส่งต่อผู้ป่วยแบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันชัดเจนตั้งแต่ปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิ - ยังไม่มีข้อตกลงระบุเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับรูปแบบการประสานงานของโรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุขกับศูนย์มะเร็ง สังกัดกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข - บทบาทของศูนย์ตติยภูมิยังเป็นแบบตั้งรับส่งผลให้ยุทธศาสตร์ของประเทศไทยในด้านการควบคุมการเกิดโรคและค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรกยังเป็นบทบาทหน้าที่ของระบบสุขภาพมูลฐานศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลปฐมภูมิที่ไม่เชื่อมโยงกับการบริการตติยภูมิขั้นสูงได้อย่างเป็นระบบ	- ควรสร้างระบบให้การทำงานของสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงมีบทบาทการบริการและส่งต่อผู้ป่วยแบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันชัดเจนรวมถึงบทบาทเชิงรุก - การตั้งเกณฑ์หรือเป้าหมายของการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยมะเร็งที่ชัดเจนเนื่องจากยังขาดผู้ที่เป็นเจ้าภาพหรือผู้ที่จะมองภาพระบบการจัดการดูแลรักษามะเร็งในภาพรวม - ร่วมกันวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการวางนโยบายระดับชาติ - มีระบบฐานข้อมูลครอบคลุม โดยสนับสนุนงบประมาณให้พัฒนาระบบข้อมูลของทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งให้สมบูรณ์และใช้ได้จริง - สปสช. ต้องเพิ่มกฎกติกาการเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักตติยภูมิ (Contracting Unit for Tertiary care: CUT) ให้มากขึ้นโดยขยายบทเรียนจากการพัฒนาสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) รวมทั้งใช้เครือข่ายสปสช.เขตพื้นที่ให้มีบทบาทต่อการกำกับดูแลสถานพยาบาลตติยภูมิในเขตหรือจังหวัดตนเองมากขึ้น
4) โครงการศึกษาระบบการให้บริการล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (วิชช์ เกษมทรัพย์และคณะ, 2552)	- ค่าใช้จ่ายในการให้บริการ CAPD ของโรงพยาบาลมีต้นทุนเฉลี่ยที่โรงพยาบาลของรัฐไว้ในแต่ละปีจะอยู่ที่ประมาณ 92,931 บาทในปีแรกและ 72,040 บาท แต่ค่าใช้จ่ายต่อหัวที่ทางสปสช. คิดสำหรับผู้ป่วยที่ประมาณ 6,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเพียงพอต่อ	- ในเดือนแรกของการรับบริการ CAPD ทางสปสช.ควรสมทบค่าใช้จ่ายให้ครอบคลุมต้นทุนของการให้บริการให้มากขึ้นเป็นเงิน 25,000 บาท - ถ้ามีการปรับค่าใช้จ่ายในปีช่วงเดือนแรกที่รวมค่าใช้จ่ายเรื่องการ

ชื่อเรื่อง/ ผู้วิจัย/ ปี และ วัตถุประสงค์	บริบท/ข้อค้นพบที่เกี่ยวข้องกับโรค เรื้อรัง	ประเด็นการจัดการ อภิปรายผล และข้อเสนอแนะข้อเสนอเชิง นโยบาย
วัตถุประสงค์: - เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายของบริการล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD) ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า - เพื่อศึกษาคุณลักษณะทั่วไปและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบริการทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า - เพื่อศึกษาระบบการบริหารจัดการและระบุปัญหาในการจัดบริการทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) แก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องใช้ปีที่สองเป็นต้นไปส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย CAPD ในปีแรกไม่เพียงพอ - คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของไทยมีคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างดีไม่แตกต่างจากประชากรกลุ่มโรคเดียวกันชาติอื่นมากนักและยังพบว่าอรรถประโยชน์ที่วัด EQ-5D และ VAS ที่สูงกว่า - ระบบบริหารจัดการพบว่าระบบบริหารจัดการในช่วง 6 เดือนแรกของการดำเนินการมีปัญหาเรื่องของการสื่อสารความเข้าใจวิธีการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์และคุณภาพความไม่พร้อมของผู้ให้บริการในการรองรับผู้ป่วย	เตรียมผู้ป่วยแล้วพบว่าสปซ. ต้องเตรียมงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย CAPD ประมาณ 270,000 บาทต่อปีต่อรายในการรับบริการในปีแรกของผู้ป่วยและ 250,000 บาทต่อปีต่อรายในปีต่อไป - ควรมีการติดตามผลในระยะยาวร่วมด้วย เพื่อประโยชน์ในการกำหนดนโยบายในอนาคตต่อไป
5) รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555) วัตถุประสงค์: - เพื่อประเมินการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (ปีพ.ศ. 2544-2553) ประกอบด้วย 5 ด้านคือกระบวนการพัฒนานโยบายและการออกแบบระบบบริบทด้านนโยบายรัฐและการปฏิรูปอื่นของรัฐบาลดำเนินนโยบายการอภิบาลระบบและผลกระทบของนโยบายโดยทีมนักวิจัยไทย 5 ทีม	- ในปีพ.ศ. 2547 ประธานงานและสนับสนุนให้เกิดการผสมผสานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 กองทุนในประเด็นที่ (1) ประธานการพัฒนาสนับสนุนเช่นสิทธิประโยชน์ระบบการเบิกจ่ายระบบการขึ้นทะเบียนระบบคุ้มครองสิทธิเป็นต้น (2) พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบข้อมูลและบริหารจัดการร่วมกัน (3) สนับสนุนการพัฒนาระบบการตรวจสอบการขอรับชดเชยและคุณภาพบริการ (4) สนับสนุนเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันเพื่อติดตามประเมินผลระบบประกันสุขภาพพบว่าไม่มีวาระการประชุมใดที่เกี่ยวข้องกับมาตรา 9-12 ตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่อย่างใดอย่างไรก็ดีมีผลลัพธ์ทางบวกอย่าง	1) การบริหารการแยกบทบาทระหว่างองค์กรซื้อและให้บริการ - พัฒนาศักยภาพของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอสามารถให้บริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างรอบด้านมากยิ่งขึ้นรวมถึงพัฒนาประสิทธิภาพของระบบการส่งต่อ - พัฒนาศักยภาพการใช้ข้อมูลเพื่อติดตามกำกับคุณภาพบริการของหน่วยบริการต่างๆโดยมีตัวชี้วัดและมาตรวัดเปรียบเทียบเพื่อประเมินผลกระทบของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพการเข้าถึงเทคโนโลยีและบริการป้องกันโรคปฐมนิเทศและทุติยภูมิในกลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญ 2) การผสมผสานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน - ลดความไม่เป็นธรรมระหว่าง

ชื่อเรื่อง/ ผู้วิจัย/ ปี และ วัตถุประสงค์	บริบท/ข้อค้นพบที่เกี่ยวข้องกับโรค เรื้อรัง	ประเด็นการจัดการ อภิปรายผล และข้อเสนอแนะข้อเสนอเชิง นโยบาย
	น้อย 3 ประการที่เกิดขึ้นจากการทำงานของคณะกรรมการดังกล่าวคือ (1) เกิดความร่วมมือระหว่าง call center ของแต่ละกองทุนในการให้ข้อมูลแก่ประชาชนซึ่งนอกจากจะให้ข้อมูลของกองทุนที่อยู่ในความรับผิดชอบแล้วยังต้องสามารถให้ข้อมูลของกองทุนอื่นได้อีกด้วย (2) การใช้ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ/ผู้ประกันตนร่วมกันเพื่อปรับปรุงสิทธิให้เป็นปัจจุบันและลดความซ้ำซ้อนของสิทธิ (3) มีระบบการตรวจสอบร่วมกัน	กองทุนต่างๆ ปรับให้แต่ละกองทุนมีลักษณะใกล้เคียงกันหรือไม่ต่างกัน เช่นชุดสิทธิประโยชน์ระบบข้อมูลสารสนเทศและวิธีการจ่ายค่าบริการ 3) การติดตามกำกับคุณภาพบริการ การประกันคุณภาพบริการและการประเมินเทคโนโลยี - จำเป็นต้องพัฒนาการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลการให้บริการเพิ่มมากขึ้นเพื่อติดตามกำกับคุณภาพบริการ รวมถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการรักษาพยาบาล - การเชื่อมฐานข้อมูลผู้มีสิทธิจะช่วยรองรับการเปลี่ยนสิทธิจากระบบหนึ่งไปสู่อีกระบบหนึ่งอย่างไรก็ดีระบบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังยังไม่ได้มีการจัดการให้เชื่อมโยงกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการอย่างต่อเนื่องในกรณีเปลี่ยนสิทธิความเหลื่อมล้ำในการใช้บริการระหว่างกองทุนยังมีอยู่เห็นได้จากอัตราการใช้บริการที่สูงในกลุ่มผู้สูงอายุในระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ - การมีระบบข้อมูลตัวชี้วัดและมาตรฐานเทียบเคียงเพื่อติดตามประเมินด้านคุณภาพบริการและผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการรักษาพยาบาลของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนาข้อเสนอในการผสมผสานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพในอนาคต
6) การประเมินการใช้จ่ายก่อนและหลังการเบิกจ่ายตรงของสวัสดิการข้าราชการในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ในจังหวัดพิษณุโลก.	- การส่งจ่ายยาและการครอบครองยาเกินจำเป็นพบว่ายาที่มีมูลค่าสูงสุดได้แก่ Erythropoietin ชนิดรับประทาน - ในขณะที่ยารักษาโรคเรื้อรังมีรายการ	จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงระบบการเบิกจ่ายสวัสดิการข้าราชการอาจจะส่งผลกระทบทำให้จำนวนเดือนในการส่ง

ชื่อเรื่อง/ ผู้วิจัย/ ปี และ วัตถุประสงค์	บริบท/ข้อค้นพบที่เกี่ยวข้องกับโรค เรื้อรัง	ประเด็นการจัดการ อภิปรายผล และข้อเสนอแนะข้อเสนอเชิง นโยบาย
(ธนร ชัยญาคุณาพฤกษ์และคณะ, 2552) วัตถุประสงค์: - เพื่อให้ทราบถึงผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงระบบการเบิกจ่ายของสวัสดิการข้าราชการก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลงระบบต่อลักษณะการส่งจ่ายยาของแพทย์และการครอบครองยาเกินจำเป็น โดยทำการศึกษาลักษณะการส่งจ่ายยาและจำนวนการส่งจ่ายยาผู้ป่วยนอกของยาชนิดรับประทานที่สำหรับโรคเรื้อรังที่มีมูลค่าสูงสุด 5 อันดับแรกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2548 – 31 มีนาคม 2550	ยาที่เป็นยาสำหรับโรคเรื้อรังและเป็นยา รับประทานทั้งหมด 5 รายการได้แก่ Glucosamine, Atorvastatin, Rosiglitazone, Clopidogrel และ Diacerin - ยาจำนวน 3 ชนิดที่มีแนวโน้มการมียา ครอบครองเกินจำเป็นเพิ่มขึ้นหลังจากมี การเปลี่ยนแปลงระบบการเบิกจ่าย สวัสดิการข้าราชการได้แก่ Glucosamine, Atorvastatin และ Clopidogrel โดยมีสัดส่วนการ เพิ่มขึ้นอยู่ระหว่าง 1.19 - 2.32 เท่า	จ่ายยาต่อหนึ่งครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับ บริการเพิ่มขึ้นและการครอบครองยา เกินจำเป็น
7) รายงานวิกฤตเศรษฐกิจ 2551-2552 กับระบบสุขภาพและสุขภาพของคนไทย (จกมล เลิศเกียรติารัง และคณะ, 2553) วัตถุประสงค์: ศึกษาผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจ 2551-2552 ต่อสุขภาพและระบบสุขภาพของไทย 5 กลุ่มดัชนีได้แก่ กลุ่มที่ 1 ข้อมูลเศรษฐกิจมหภาค กลุ่มที่ 2 ข้อมูลเศรษฐกิจระดับครัวเรือน กลุ่มที่ 3 ข้อมูลสภาวะสุขภาพ รวมทั้งการใช้บริการรักษาพยาบาล กลุ่มที่ 4 ข้อมูลการคลังสาธารณสุข กลุ่มที่ 5 ข้อมูลผู้ให้บริการสุขภาพ	- ข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาแสดง ว่าการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอ วียังไม่ลดลงจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ยังคงไม่ลดลง - ในปี 2552 พบว่ารายจ่ายจากการใช้ ยาด้านไวรัสเพิ่มขึ้นจากปี 2551 ถึง 54% เนื่องจากจำนวนผู้ได้รับยาด้าน ไวรัสเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ได้รับยาสูตร สองซึ่งเพิ่มขึ้นถึง 85.9% และยาสูตร สองมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าสูตรหนึ่งถึง 1.5 เท่า - วิกฤตเศรษฐกิจซึ่งคาดว่าจะมีระบบ ข้อมูลการส่งต่อผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาด้าน ไวรัสยังไม่สมบูรณ์ทำให้ไม่มีข้อมูลใน การประเมินผลกระทบดังกล่าว - ไม่พบข้อมูลผลกระทบของวิกฤต เศรษฐกิจต่อการให้บริการยาด้านไวรัส และการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีปัญหาการ	- จัดตั้งศูนย์กลางที่ทำการประสาน ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและ ระบบสุขภาพโดยมีการกำหนดข้อมูล และหรือดัชนีข้อมูลที่ชัดเจนจะทำให้ สามารถประเมินและติดตาม ผลกระทบของนโยบายและ สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป กับสุขภาพและระบบสุขภาพได้ - การจัดตั้งหน่วยงานที่ทำงานอย่าง ต่อเนื่องทำให้การประสานข้อมูลมี ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ มากกว่าการจัดตั้งหน่วยงานใหม่เป็น ครั้งคราว

ชื่อเรื่อง/ ผู้วิจัย/ ปี และ วัตถุประสงค์	บริบท/ข้อค้นพบที่เกี่ยวข้องกับโรค เรื้อรัง	ประเด็นการจัดการ อภิปรายผล และข้อเสนอแนะข้อเสนอเชิง นโยบาย
	ให้บริการผู้ติดเชื้อเป็นปัญหาเชิงระบบ ไม่ได้ทำให้เกิดผลกระทบต่อต้านผู้ให้บริการต่างจากก่อนวิกฤต - วิกฤตเศรษฐกิจอาจจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งต้องได้รับยาต้านไวรัสเป็นประจำ กลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มแรงงานที่ได้รับยาต้านภายใต้สิทธิที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการจ้างงานเช่นสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะได้รับ การตีตรา (stigmatization) จากสังคม ผู้รับยาต้านบางส่วนไม่เปิดเผยตัวและการป่วยเรื้อรังอาจทำให้มีความเสี่ยงในการให้ออกจากงานกรณีสถานประกอบการต้องการลดต้นทุนดำเนินการเพื่อปรับตัวรับมือวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น ปัญหาการถูกเลิกจ้างอาจทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องย้ายที่อยู่อาศัยและหากต้องมีการโอนย้ายสิทธิการรักษาจากสิทธิเดิม เช่นสิทธิประกันสังคมไปสิทธิอื่นเช่นหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจทำให้ผู้ป่วยรับยาไม่ต่อเนื่องซึ่งจะมีผลเสียทำให้โอกาสที่เชื้อไวรัสจะดื้อยาเพิ่มขึ้น เนื่องจากระบบฐานข้อมูลของหน่วยงานยังอยู่ในระหว่างพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยยังไม่สมบูรณ์การประสานข้อมูลระหว่างกองทุนยังไม่เป็นระบบ และไม่สามารถติดตามข้อมูลการขาดการติดตามการรักษาได้	
8) การประเมินผลกระทบจากมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา ในประเทศไทยระหว่างปี 2549-2551 (อินทรา ยมาภัยและคณะ, 2552) วัตถุประสงค์:	ในปี 2549, 2550 ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา 3 รายการได้แก่เอฟาเวเรนซ์ (efavirenz, EFV) ยาสูตรผสมโลพินาเวียร์/ ริโทนาเวียร์ (lopinavir/ritonavir, LPV/r) ซึ่ง	มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอที่จะแก้ปัญหาการเข้าถึงยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ ควรมีมาตรการสนับสนุนอื่นๆ เช่นการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมของคนที่อยู่ร่วมกันใน

ชื่อเรื่อง/ ผู้วิจัย/ ปี และ วัตถุประสงค์	บริบท/ข้อค้นพบที่เกี่ยวข้องกับโรค เรื้อรัง	ประเด็นการจัดการ อภิปรายผล และข้อเสนอแนะข้อเสนอเชิง นโยบาย
เพื่อศึกษาผลกระทบที่ครอบคลุมทั้ง ด้านสุขภาพเศรษฐกิจและสังคมจาก การประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตร ของรัฐบาลไทยในยา 7 รายการ ระหว่างปี 2549-2551 เพื่อเป็น ข้อมูลสำหรับผู้กำหนดนโยบายต่อ การพิจารณาประกาศใช้มาตรการใช้ สิทธิตามสิทธิบัตรในอนาคต	เป็นยาต้านไวรัสเอชไอวีสำหรับผู้ป่วย เอดส์และในปี 2551 กระทรวงฯได้ ประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรเพิ่มเติม กับยาบำบัดโรคมะเร็งอีก 4 รายการ ได้แก่letrozole, docetaxel, erlotinib, และimatinib ผลการศึกษา พบว่าการใช้สิทธิตาม สิทธิบัตรส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง ยาเพิ่มขึ้นในระยะเวลา 5 ปีหลังจากการ ใช้มาตรการดังกล่าวจะมีผู้ป่วยเข้าถึง ยา EFV และ LPV/r เพิ่มขึ้นประมาณ 20,000 และ 3,000 คนตามลำดับ อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยที่มารับยา จริงที่ได้จากฐานข้อมูลกองทุนเพื่อการ บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ใช้ในการคำนวณมีจำนวนน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลประมาณการ จำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดของ HIV/AIDS projection in Thailand: 2005-2025 -ยาบำบัดโรคมะเร็งมีผู้ป่วยที่ต้องการ ใช้ยาเรียงลำดับความต้องการจาก มากไปหาน้อยดังนี้letrozole, docetaxel, imatinib, และerlotinib ตามลำดับ	สังคมการพัฒนาศักยภาพของผู้ติด เชื้อในการดูแลรักษาตัวอย่างถูกต้อง รวมทั้งจัดให้มีการรวมกลุ่มของผู้ติด เชื้อเพื่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและ กันการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับบริการบำบัดรักษาที่รัฐจัดให้ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้าและการส่งเสริมให้ประชาชน ทั่วไปเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติด เชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ - ยาบำบัดโรคมะเร็งทั้งสี่รายการ ขณะทำการศึกษายังไม่มีการนำเข้า ยาสามัญเป็นเพียงการประมาณการ ในอนาคตซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อน จากความเป็นจริงได้

บทที่ 3

ผลการศึกษา: ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์ผู้บริหารระบบ และกรณีศึกษาของการให้บริการในโรงพยาบาล

1. ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารของหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบหลักประกัน สุขภาพของประเทศ

สรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารของหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ 3 ระบบ เพื่อรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมถึงประสานเพื่อขอศึกษาวิเคราะห์ระบบการทำงาน นำเสนอได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2.3 สรุปข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้บริหารระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ

ประเด็น	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานประกันสังคม	กรมบัญชีกลางและ (สกส.)
นิยามหรือแนวทางที่ใช้ระบุโรคเรื้อรังโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและโรคเรื้อรังที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการอยู่	● แนวทางที่ใช้ในการกำหนดโรคเรื้อรัง โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง คือจาก personal knowledge ของผู้บริหาร และข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence base) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาระโรค (burden of disease) และการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ● โรคมะเร็ง โรคเอดส์ ถือเป็นโรค 1 ใน 3 ที่มีอัตราการตายสูงสุด ของประชาชนไทย	● มีแนวทางการดูแลโรคเอดส์ คือการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง เพราะส่งผลต่อการรักษา และการดื้อยา ● การกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไต มีข้อแตกต่างกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ระบบประกันสังคมไม่มีข้อกำหนด PD ก่อนการทำ KD มีการร่วมจ่ายของผู้ป่วยในการล้างไต และการจ่ายยา erythropoietin จ่ายให้เป็นเงิน แต่กฎเกณฑ์ทางวิชาชีพ และเงื่อนไขการเปลี่ยนถ่ายไตเหมือนกัน ● การกำหนดนโยบายเรื่องโรคมะเร็ง ใช้แนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดไว้อนาคตมีการปรับปรุงแก้ไข ระบบประกันสังคมจะปรับให้เป็นแนวทางเดียวกัน	● กรณีโรคไต มีการเพิ่มความคุ้มครองเกี่ยวกับการเปลี่ยนไต เนื่องจากเดิมสิทธิข้าราชการยังไม่ครอบคลุม โดยกำหนดวิธีการให้สามารถเบิกจ่ายได้เหมือนอวัยวะชิ้นหนึ่ง ถือเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดหาอวัยวะ และเขียนวิธีการให้รองรับข้อกฎหมายในกรณีผู้บริจาคไม่ได้เป็นข้าราชการ โดยสามารถใช้ชื่อผู้รับบริจาคในการเบิกได้ ไม่มีข้อกำหนดเรื่องการทำ PD ก่อนการทำ KD หรือการร่วมจ่ายขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้รักษาและความต้องการของผู้ป่วยในการล้างไต ● กรณีโรคมะเร็ง มองในประเด็นเป็นการรักษาราคาแพง มีการเพิ่มข้อกำหนดเกี่ยวกับยามะเร็ง 6 ชนิด เนื่องจากเป็นยาที่มีราคาแพง และสมาคมโรคมะเร็งได้ส่งข้อมูลมายังกรมบัญชีกลางให้พิจารณาการใช้ยาดังกล่าว ซึ่งปัจจุบันยังมียาที่ควรได้รับการศึกษาการใช้ยาเพื่อการควบคุมการใช้ยาอีกหลายชนิดจึงให้ สวปท.ตั้งคณะกรรมการวิชาการขึ้น แต่ยังไม่มีการดำเนินการที่ชัดเจน
นโยบาย การกำหนดและพิจารณาสิทธิประโยชน์ใน ปัจจุบัน และ	● การกำหนดนโยบาย หรือการพิจารณาสิทธิประโยชน์ ใช้คณะกรรมการโดยมีผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาเป็นผู้ร่วมพิจารณา โดยนำปัญหาที่พบในระบบเดิม เช่น มีการส่งต่อในระบบน้อย	● การกำหนดนโยบายโรคเอดส์ มีอนุกรรมการ AIDS ดูแลในการกำหนดและพิจารณาสิทธิประโยชน์ ● การพิจารณาสิทธิในระบบประกันสังคม ใช้ระบบ centralized แต่กำลังปรับปรุงให้เป็นระดับภูมิภาค	● การจัดการระบบการดูแลโรคไต ถือว่ามีระบบที่มีการพัฒนามากที่สุด เนื่องจากมีการประสานการลงทะเบียนของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม โดยให้ระบบสวัสดิการข้าราชการบริหารจัดการข้อมูลให้

ประเด็น	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานประกันสังคม	กรมบัญชีกลางและ (สกส.)
การพัฒนาไปในอนาคต	และซ้ำ ดังนั้นการกำหนดสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับมะเร็งจึงไม่ใช้การเหมาจ่าย แต่ใช้วิธีการจ่ายตาม protocol ในโรคมะเร็ง • กรณีที่พบ variation ที่เกิดจากตัวผู้ป่วย และไม่ตรงกับที่ระบบกำหนดไว้ เช่น โรคมะเร็งจะมีการเชิญผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องมาปรึกษาและหาข้อสรุปร่วมกัน เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก และซับซ้อนกว่าโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคเดียวและมีทางเลือกในการรักษาไม่มากนัก • กรณีที่มีการเปลี่ยนสิทธิของผู้ป่วย มีข้อจำกัดว่าต้องเข้าตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และมีข้อจำกัดเรื่องการระบุสถานบริการ แต่เนื่องจากโรคเอดส์ มะเร็ง และโรคไต เป็นการจ่ายแบบ on top payment จึงพบปัญหาน้อย เนื่องจากไม่เป็นภาระของผู้รับบริการ • การเปลี่ยนสิทธิการรักษา และการรับส่งต่อผู้ป่วย ใช้การพิจารณาผู้ป่วยในแต่ละราย เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลในฐานข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องมีหรือไม่จำนวนเท่าใด • การเปลี่ยนสิทธิการรักษาผู้ป่วยในโรคไต ผู้ให้บริการจะตามไปกับสิทธิที่เปลี่ยนไปได้ เนื่องจากมีผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก แต่ในผู้ป่วย	ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้อนุกรรมการระดับจังหวัดในการพิจารณาสินทรัพย์แก่ผู้ป่วย • มีการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างกองทุน • ปรับปรุงสิทธิประโยชน์ และระบบยาให้มีสูตรยาต่างๆ ทั้งกรณีเริ่มใช้ยา กรณีดื้อยาเหมือนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แต่ยังมีประเด็นเรื่องห้องปฏิบัติการที่แตกต่างกัน • การเปลี่ยนสิทธิเข้ามาในระบบประกันสังคม มักไม่มีปัญหาเรื่องสถานบริการ แต่กรณีเปลี่ยนออกไปใช้สิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเกิดปัญหาเรื่องสถานพยาบาลคู่สัญญาที่เดิมเป็นโรงพยาบาลเอกชนส่วนการเปลี่ยนสิทธิมาจากรักษาพยาบาลของข้าราชการยังไม่พบปัญหา • ปัจจุบันกำลังดำเนินการในผู้ป่วยโรคไต เรื่องการเคลมการล้างไต และฟอกไต โดยให้เบิกผ่านสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ซึ่งมีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยในอยู่แล้ว แต่ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก และการใช้บริการทั่วไป อยู่ในขั้นตอนดำเนินการร่วมกัน • ในอนาคตมีการวางแผนการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั้ง 3 กองทุน โดยใช้โปรแกรม NAP	ทำให้การเบิกจ่ายกรณีเปลี่ยนสิทธิจากระบบประกันสังคมสามารถเบิกจ่ายส่วนเกินได้เลย และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง • การเปลี่ยนสิทธิออกจากสวัสดิการข้าราชการไปยัง UC ยังพบปัญหาเรื่องข้อกำหนด PD first • มีความแตกต่างของการบริหารจัดการโรคไตในช่วง Post-transplant ที่ให้ไม่เหมือนกันโดยมีการจ่ายไม่เหมือนกัน โดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม ใช้วิธีการเหมาจ่าย แต่สวัสดิการข้าราชการจ่ายตามจริง • การบริหารจัดการโรคเอดส์ สวัสดิการข้าราชการไม่มีคณะอนุกรรมการ เหมือนระบบอื่นมีแนวทางการปรับปรุงแก้ไขจากข้อกฎหมายที่สามารถทำได้ และไม่กระทบข้าราชการเท่านั้น • การเปลี่ยนสิทธิของผู้ป่วยโรคเอดส์ ออกจากสวัสดิการข้าราชการไปยังสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสิทธิประกันสังคม ยังพบปัญหาเรื่องการเปลี่ยนสูตรยา ชนิดของยา ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของแต่ละกองทุน • การเปลี่ยนสิทธิของผู้ป่วยทั้ง 3 โรค จากระบบอื่นๆ เข้ามาในสิทธิสวัสดิการข้าราชการไม่ค่อยพบปัญหา เนื่องจากให้ความครอบคลุมมากกว่า อาจมีเพียงประเด็นที่เดิมผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและใช้

ประเด็น	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานประกันสังคม	กรมบัญชีกลางและ (สกส.)
	โรคมะเร็ง ยังไม่สามารถทำได้ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยจำนวนมาก มีความซับซ้อนของโรค และผู้เชี่ยวชาญแต่ละด้านยังไม่เพียงพอ ● มีการวางแผนในการจัดทำมาตรฐานการรักษา มะเร็งในแนวทางเดียวกัน ในทั้ง 3 กองทุน แต่ขึ้นอยู่กับว่า แต่ละกองทุนจะไปบวกเพิ่มอะไร อย่างไรบ้าง ● กรณีเปลี่ยนที่อยู่ ในระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้าวินิจฉัย ผู้ป่วยสามารถไปแสดงตน ณ สถานพยาบาลที่ย้ายไปอยู่ได้ แต่ในระหว่างการดำเนินการ หรือการรับส่งต่อมีการดำเนินการในแต่ละรายขึ้นอยู่กับมาตรฐานที่กำหนด และความพึงพอใจของผู้ป่วยด้วย	เหมือนกัน แต่การบริหารข้อมูลควรเป็นองค์กรกลาง ที่ไม่ใช่ระบบใดระบบหนึ่ง เนื่องจากแต่ละกองทุนมีหลักคิดไม่เหมือนกัน โดยองค์กรกลาง อาจมีหน้าที่ครอบคลุมทั้งตรวจสอบสิทธิผู้ป่วย การประสาน หน่วยบริการ รวมทั้งการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเป็น ความลับ ● ไม่มีการกำหนดมาตรฐานของหน่วยบริการในการรักษาโรค มะเร็ง ขึ้นอยู่กับความพร้อมและศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง แต่กรณีโรคหัวใจ มีการกำหนดเครือข่ายบริการที่ชัดเจน ● การกำหนดมาตรฐานสถานบริการเกี่ยวกับการเปลี่ยนไต ให้ความสำคัญมากเรื่องการซื้อขายอวัยวะ เนื่องจากบางส่วนเป็นโรงพยาบาลเอกชน	โรงพยาบาลเอกชนเป็นหลัก ซึ่งจะต้องเปลี่ยนมาให้โรงพยาบาลของรัฐ แต่ยังไม่พบข้อร้องเรียน
การจัดระบบ และกลไกการซื้อบริการที่ดำเนินการอยู่ ครอบคลุม การบริหาร โครงการ การพิจารณาอนุมัติให้ ความ คุ่มครอง	● วิธีการกำหนดอัตราค่า ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญทำ clinical practice guideline for payment ก่อนแล้วจึงเลือก protocol for payment จาก CPG ดังกล่าว ● ในการจ่ายยา ยึดหลักจ่ายตามยาบัญชียาหลัก ส่วนยาตาม protocol ต้องผ่านกระบวนการจากผู้เชี่ยวชาญ ผ่านอนุกรรมการ และผ่าน คณะกรรมการ broad จึงนำไปใช้จริงในระบบ ● การใช้ยารักษาโรค มะเร็ง 7 โรค ภายหลังนำไปใช้ตาม protocol ระยะเวลา 3 ปี มีการประเมินทั้ง	● การเปลี่ยนสิทธิในผู้ป่วยโรคไต มีประเด็นปัญหาข้อกำหนดที่แตกต่างกัน คือ ระบบประกันสังคมไม่มีข้อกำหนดเรื่อง PD first ดังนั้นกรณีผู้ป่วยระบบประกันสังคมที่ได้รับ KD แล้วเปลี่ยนไปใช้สิทธิ UC จะต้องไปเริ่มการรักษาด้วย PD ก่อน ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ และขาดความต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วยรายนั้น ● การเปลี่ยนสิทธิกรณีผู้ป่วยล้างไตในระบบประกันสังคมที่ผู้ป่วยร่วมจ่าย เนื่องจากเลือกใช้สถานบริการที่ค่าบริการล้างไตมากกว่า 1,500 บาท เมื่อ	● สวัสดิการข้าราชการเป็นระบบเดียวที่ไม่มี Entry system แต่ผู้ป่วยโรคไตอยู่ในกองทุนพิเศษโรคเรื้อรังอยู่แล้ว สามารถลงทะเบียนได้เลย โดยไม่มีคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติก่อน แต่มีความเห็นว่าแม้กองทุนอื่นมีคณะกรรมการพิจารณาการเข้าระบบของผู้ป่วย แต่เป็นการลงทะเบียนช่วง pre-dialysis ซึ่งในจำนวนดังกล่าวเกินครึ่งเป็นผู้ป่วยที่ควร dialysis แล้ว ดังนั้นการลงทะเบียนจึงควรให้ลงทะเบียนตั้งแต่เริ่มเป็นโรค แล้วจึงลงทะเบียนเพิ่มเติมภายหลังว่าเป็นไตวายระยะสุดท้าย จะทำให้การบริหารข้อมูลและการจัดระบบ

ประเด็น	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานประกันสังคม	กรมบัญชีกลางและ (สกส.)
เงื่อนไข การทบทวน และปรับปรุง	จากสูตรยา และราคายา เปรียบเทียบกับช่วงที่ไม่มีการใช้ พบว่า ไม่ได้สิ้นเปลืองกว่าเดิม ● การเปิดโครงการใหม่ระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าจะพิจารณาด้านความบุคลากรก่อน และให้การสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการพัฒนาบุคลากรโดยใช้งบประมาณที่สามารถสนับสนุนได้	เปลี่ยนเป็นสิทธิ UC จะทำให้ผู้ป่วยรายนั้นไม่ได้รับสิทธิครอบคลุมบริการดังกล่าว จำเป็นต้องย้ายสถานบริการที่มีค่าบริการ 1,500 บาทตามที่กำหนดเท่านั้น ● กรณีย้ายที่อยู่ แต่ไม่เปลี่ยนสิทธิ ไม่พบปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยสามารถย้ายไปใช้สถานบริการที่เป็นคู่สัญญาของระบบประกันสังคมได้ เช่นในกรณีผู้ป่วยล้างไต จะมีสมุดพกประจำตัวผู้ป่วย ที่สามารถไปยื่นต่อสถานบริการเพื่อการล้างไตอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ต้องลงทะเบียนใหม่ ● กรณีผู้ประกันตนย้ายสิทธิตาม มาตรา 39 ไม่มีปัญหา มีระยะเวลาที่สามารถใช้สิทธิต่อเนื่องได้อีก 6 เดือนหลังออกจากงาน ● ระบบประกันสังคมคุ้มครองผู้ป่วยในโครงการปลูกถ่ายไขกระดูกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เติมน้ำยังไม่ครอบคลุม ต่อมาจัดทำโครงการนำร่อง และน่าจะครอบคลุมแล้ว ดังนั้นในกรณีผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิก็สามารถไปรับยาต่อเนื่องได้	การดูแลได้ดีขึ้น ● การทบทวนการประเมินการรวมกองทุน มีแนวคิดว่าจะให้สมาคมโรคไตเป็นหน่วยงาน accredit ว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ● การดูแลโรคเอดส์ในสวัสดิการข้าราชการ ไม่มีข้อกำหนดตาม protocol ไม่มีระบบกำกับขึ้นอยู่กับการรักษา ซึ่งโดยทั่วไปยึดตามแนวทางการรักษาของกรมควบคุมโรค แต่ยังคงมีความแตกต่างของการใช้สูตรยา และยาที่ใช้ในการรักษา และยังมีแนวทางในการควบคุมซื้อยาและยี่ห้อ ● เน้นเรื่อง Preauthorization เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นหลัก โดยนำเฉพาะจุดที่เป็นปัญหามาแก้ไข
กลไกการ จ่ายเงิน ครอบคลุม วิธีการ อัตรา ราคาเงื่อนไข การแบ่งจ่าย และการส่ง	● การจ่ายเพื่อพัฒนาการรักษาโรคมะเร็ง มีการจ่ายทั้งตาม protocol และการจ่ายเพื่อสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์รักษาโรคมะเร็ง (Cancer center) ด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงเข้าถึงบริการเร็วขึ้น ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการลดต้นทุนและเพิ่มการรักษาต่อเนื่อง	● เงื่อนไขการวินิจฉัย End state renal disease: ESRD ว่าเป็นก่อน-หลังรับสิทธิประกันตน ระบบประกันสังคมจ่ายให้เหมือนกัน ● แนวทางดูแลโรคไตของระบบประกันสังคม ไม่มีข้อกำหนดในแนวทางปฏิบัติเรื่อง PD first ผู้ป่วยสามารถเลือกรับบริการ KD ได้โดยไม่ต้องผ่านการ	● การจ่ายเงิน เป็นการจ่ายตามบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยในสถานพยาบาลภาครัฐ รวมถึงการจ่ายค่าล้างไตในโรงพยาบาลเอกชนที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 30 เตียง และได้ทำ MOU กับกรมบัญชีกลางครั้งละไม่เกิน 2,000 บาท ● กรณีสิทธิซ้อนของครอบครัวข้าราชการ ไม่มีกลไก

ประเด็น	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานประกันสังคม	กรมบัญชีกลางและ (สกส.)
ข้อมูล	● การคัดัดตราการจ่ายตาม protocol ของโรคมะเร็ง ใช้อัตราตามที่ระบบประกันสังคมใช้ ต่อมาพบว่าไม่เป็นธรรมต่อผู้เรียกเก็บเท่าที่ควร	ทำ PD ก่อน ● การล้างไต มี choice of payment โดยจ่ายให้ 1,500 บาทและผู้ป่วยร่วมจ่าย 500 บาท กรณีไปใช้บริการในสถานบริการที่มีบริการ 2,000 บาท ● การจ่ายยา erythropoietin จ่ายให้เป็นเงินแต่ในระบบ UC จ่ายเป็นยา ● ระบบการจ่ายตามแนวทางการรักษาโรคมะเร็ง ของระบบประกันสังคมจ่ายตาม protocol กรณีใช้การรักษาตาม protocol ที่กำหนด แต่หากไม่ได้รับการรักษาตาม protocol โรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถขอเบิกเพิ่มได้อีกไม่เกิน 50,000 บาทต่อปี ● การจ่ายเงินในระบบประกันสังคม ไม่ได้กำหนดว่าจะจ่ายเงินได้ภายในกี่วัน แต่หากมีหนังสือแจ้งจะดำเนินการให้ภายใน 30 วัน	ในการ approved ว่าเงื่อนไขใดสามารถเบิกได้หรือไม่
การติดตามคุณภาพและการเข้าถึงประชาชน โดยเฉพาะความสามารถในการติดตามความต่อเนื่องของ	● ข้อมูลในระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยโรคเอดส์ จะทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในระบบถึงร้อยละ 90 และมีการติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วย HIV/AIDS โดย การติดตามดู survival rate ปีที่ 1 ● การวัดผลลัพธ์ของระบบ ใช้วิธีการ medical quality audit โดยคณะกรรมการ และการวิจัย โดยใช้หน่วยงานภายนอกมาดำเนินการ ประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วย ● ช่องทางในการรับฟังปัญหาและข้อเสนอแนะ จาก	● การส่งต่อในระบบประกันสังคม ใช้ระบบส่งต่อเป็นครั้ง ๆ ไป ทำให้ผู้รับบริการต้องไปรับในส่งต่อที่สถานบริการที่ลงทะเบียนไว้ทุกครั้ง อาจเกิดปัญหาความล่าช้าและไม่ต่อเนื่องในการรักษาได้ ● การประเมินผลจากฐานข้อมูลของระบบประกันสังคม มีการนำข้อมูลบางส่วน ที่ใช้ในการติดตามผลเช่น จำนวนผู้รับบริการ การเบิกจ่ายยา เป็นต้น ส่วนข้อมูลอื่นๆยังไม่มีมีการนำมาวิเคราะห์รายละเอียดอย่างต่อเนื่อง	● การติดตามในระบบสวัสดิการข้าราชการ ใช้ระบบติดตามข้อบังคับในการเบิกจ่าย แต่ใน UC ใช้การ Post audit ตามแนวทางที่กำหนดไว้ ● กรมบัญชีกลาง โดย สฟตร. มีการวางแผนจะกำหนด protocol สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยอาจมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังให้การรักษาด้วย ซึ่งอาจจะไม่เหมือนแนวทางของ 2 กองทุนที่ใช้ร่วมกันที่มีแนวทางการดูแลเฉพาะเรื่องการใช้จ่าย

ประเด็น	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานประกันสังคม	กรมบัญชีกลางและ (สกส.)
การได้รับการดูแลรักษา	ผู้รับบริการ มีทั้งทางศาลแพ่ง ศาลปกครอง จากผู้ตรวจการรัฐสภา และคณะกรรมการชุดต่างๆที่ทำ medical audit ในสถานพยาบาล		
ปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมา	- ข้อมูลในระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น CA breast ยังไม่สามารถทราบได้ว่า อยู่ในระบบแล้วเข้า protocol หรือ เข้าโปรแกรมต่างๆที่คน - ยังไม่ได้ใช้การติดตามผลจากฐานข้อมูลกลางของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างต่อเนื่อง	- การเบิกจ่ายในการรักษาโรคมะเร็ง อาจมีการเบิกซ้ำซ้อนโดยเบิกตาม protocol และเบิกเพิ่ม 50,000 บาท ทั้งนี้สถานพยาบาลผู้รักษามักจะมีการตรวจสอบโดยละเอียดอยู่แล้ว แต่หากตรวจพบภายหลังจะมีการเรียกเงินคืนจากสถานพยาบาลแต่ยังไม่มีวิธีการเฝ้าระวังที่ชัดเจน ใช้การตรวจสอบเป็นรายๆ ไป - ปัญหาการบริหารเครือข่ายที่แตกต่างกันของระบบประกันสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังคงเป็นปัญหาในปัจจุบัน - มีคำถาม กรณีการเบิกจ่ายโรคมะเร็งที่เบิกจ่ายตาม protocol บางส่วนแล้ว มีการเปลี่ยนแผนการรักษาที่ไม่เป็นไปตาม protocol จะสามารถเบิก 50,000 บาทได้หรือไม่ แต่ยังไม่มีความชัดเจน	- การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์พบว่ามีข้าราชการไม่เบิกยาในระบบ เนื่องจากระบบเบิกที่ต้องระงับยาและทำให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องรู้โรคของผู้ป่วย มีผลทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและอาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้อยา - การแก้ปัญหาผู้ป่วยโรคเอดส์ยังไม่อยู่ในระบบ ขณะนี้อยู่ในระหว่างการวางแผนวิธีการแต่ยังไม่มีข้อสรุปหากต้องใช้ระบบ NAP ที่สปสช.ใช้ในการลงทะเบียนและติดตามการรักษาผู้ป่วยหรือจำเป็นต้องใช้ protocol ในการรักษาให้เป็นแนวทางเดียวกันนั้น มีความเป็นไปได้ หากได้รับการยอมรับจากสมาคมวิชาชีพและกรมควบคุมโรคทั้งนี้ต้องให้ความสำคัญในการรักษาความลับของผู้ป่วย

2. กรณีศึกษาระบบการให้บริการในโรงพยาบาลสำหรับโรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์

กรณีศึกษาที่ 1 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภูมิภาค

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงานด้านหลักประกันสุขภาพ และผู้ให้บริการโรคเรื้อรัง จำนวน 11 คน ประกอบด้วย

1. แพทย์ 3 คน (แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยโรคเอดส์/เอดส์ โรคมะเร็ง และไตวายเรื้อรัง)
2. พยาบาล คลินิกโรคไต โรคเอดส์/เอดส์ และเคมีบำบัด 3 คน
3. เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานสิทธิ รับผิดชอบงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2 คน
4. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบบประกันสังคม 1 คน
5. เจ้าหน้าที่งานการเงินที่ดูแลการเบิกจ่ายสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ 2 คน

สรุปประเด็นการสัมภาษณ์ และการเยี่ยมชมสำรวจการให้บริการของโรงพยาบาลพบประเด็นสำคัญดังนี้

1. การให้บริการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และการดูแลความต่อเนื่องของการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย

- ระบบการบริการ flow OPD ผู้ป่วยเริ่มต้นที่ศูนย์คัดกรอง แล้วไปที่ศูนย์ประสานสิทธิเพื่อตรวจสอบสิทธิทุกครั้งที่มาใช้บริการ ซึ่งจะทราบว่าในวันที่ผู้ป่วยมาใช้บริการครั้งนั้นใช้สิทธิใด แล้วจึงไปรับบริการตามคลินิกต่างๆ หรือตามแพทย์นัด
- ระบบการตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยของโรงพยาบาลเป็นระบบ online ที่เชื่อมโยงข้อมูลโดยตรงกับฐานข้อมูลเลขบัตรประชาชน 13 หลักของกระทรวงมหาดไทย ทำให้สามารถตรวจสอบสิทธิผ่านระบบได้เลย ณ จุดบริการศูนย์ประสานสิทธิ โดยผู้ป่วยไม่ต้องไปติดต่อที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด
- โรงพยาบาลใช้ระบบ IT สร้างโปรแกรม SMI ในการกำหนดการให้บริการแก่ผู้ป่วยสิทธิต่างๆ มีการจำกัดโดยกำหนด lock รหัสเป็นกลุ่มโรค, Protocol, ยา และแพทย์ผู้ให้การรักษา ในสิทธิ UC และสิทธิประกันสังคม ส่วนสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและข้าราชการเองไม่ได้จำกัดไว้
- ณ จุดบริการ แพทย์จะสามารถสั่งยาได้ตามสิทธิที่กำหนดให้ใช้ได้เท่านั้น แต่ถ้ามีกรณีการใช้ยานอก protocol ก็สามารถขออนุมัติต่อผู้บริหารที่รับผิดชอบโดยพิจารณาใช้เป็นรายๆไป

1.1 กรณีศึกษาโรคไตวายเรื้อรัง

- โรงพยาบาลให้บริการ CAPD, KT ให้กับผู้ป่วยทุกสิทธิ ส่วน HD ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แก่สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและข้าราชการเงินเองเท่านั้น

เนื่องจากเป็นข้อตกลงร่วมของโรงพยาบาลในกลุ่ม UHOSNET แต่สามารถทำได้ในกรณี Acute dialysis

- กรณีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง สิทธิ UC และสิทธิประกันสังคม เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ด้วยโรคอื่น แต่จำเป็นต้องรับการ HD จะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัด แต่หากกรณีดังกล่าวไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยจะต้องชำระเงินเอง โดยที่สิทธิ UC ไม่สามารถนำไปเบิกได้ แต่สิทธิประกันสังคม สามารถนำไปเบิกค่าใช้จ่ายย้อนหลังได้
- ขณะทำ KT กรณีเปลี่ยนสิทธิจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ไปใช้สิทธิ UC ผู้ป่วย ต้องไปลงทะเบียนใหม่ ใช้ระยะเวลาในการรออนุมัติสิทธิ 30 วัน ระยะเวลาช่วงรอสิทธิผู้ป่วย ต้องชำระเงินเอง กรณีผู้ป่วยไม่สามารถชำระเงินเองได้ โรงพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยขอ อนุเคราะห์จากผู้อำนวยการหรือขอสังคมสงเคราะห์
- สิทธิจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับสิทธิการเบิกจ่ายให้ Donor น้อยกว่าใน สิทธิ UC และสิทธิประกันสังคมที่จ่ายเป็น Package
- การลงทะเบียนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในสิทธิ UC ใช้เวลารออนุมัติสิทธินาน เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตไปก่อนได้รับการล้างไต
- สถานพยาบาลที่ให้บริการ HD แก่ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ ต้องได้รับการตรวจมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

1.2 กรณีศึกษาโรคเอชไอวี/เอดส์

- การให้บริการผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ในสิทธิ UC ใช้โปรแกรม NAP ส่วนสิทธิประกันสังคมใช้ ARV
- ให้บริการผู้ป่วยตาม Protocol ของแต่ละสิทธิ ที่แตกต่างกันตามสิทธิที่กำหนดไว้
- กรณีเปลี่ยนสิทธิจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไปใช้สิทธิ UC หรือประกันสังคม ไม่พบปัญหา แม้ผู้ป่วยเคยได้รับยาราคาแพงก็ยอมรับได้ตามสิทธิที่เปลี่ยนไป
- กรณีเปลี่ยนสิทธิ UC ไปใช้สิทธิประกันสังคม ก็สามารถเบิกย้อนหลังได้ หรือช่วงรออนุมัติ สิทธิ ช่วงที่เป็นสิทธิว่าง โปรแกรมสามารถให้ลงข้อมูลได้ 30 วัน ทำให้ผู้ป่วยยังได้รับยา อย่างต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยดื้อยาต้านเอชไอวี/เอดส์ มีประมาณ 10 คนในจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 1,500 คนมีอยู่ใน ผู้ป่วยทั้ง 3 สิทธิ
- พบปัญหาผู้ป่วยข้าราชการบางรายยินดีชำระเงินเอง เนื่องจากไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูลใน กระบวนการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาล โดยเฉพาะกรณีที่ไม่ได้เบิกตรง

- ผู้ป่วยที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งใช้ระบบการชำระเงินเองแล้วนำไปตั้งเบิกที่ต้นสังกัด บางรายยินดีชำระเงินเอง เนื่องจากไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูลในหน่วยงานของตน

1.3 กรณีศึกษาโรคมะเร็ง

- การให้บริการมะเร็งของโรงพยาบาลแยกเป็นหลายสาขา ให้บริการรักษาด้วยยา และการผ่าตัดในสาขานั้นๆ และอาจมีการปรึกษาส่งต่อสาขาอื่นด้วย
- สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีการลงทะเบียนเบิกตรงยามะเร็ง 6 ชนิด แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้บันทึกข้อมูลและต่ออายุการใช้ใบเบิกตรงให้แก่ผู้ป่วย
- การให้บริการผู้ป่วยมะเร็ง 7 โรด ในสิทธิ UC และสิทธิประกันสังคม ระบบ IT เป็นตัวกำหนดการส่งยาตาม protocol ที่กำหนดไว้เท่านั้น
- กรณีการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง สิทธิ UC ไม่เป็นไปตาม protocol ที่กำหนด จะใช้วิธีการ admit ผู้ป่วยเพื่อเบิกตามระบบ DRG ได้ แต่กรณีนี้ยังมีข้อโต้แย้งในการเบิกจ่ายจาก สปสช.
- กรณีการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง สิทธิประกันสังคม ไม่เป็นไปตาม protocol ที่กำหนด จะขอเบิก 50,000 บาทได้ โดยไม่ต้อง admit ผู้ป่วย โดยมีทีมพยาบาลในงานประกันสังคมเป็นคนพิจารณาว่าจะเบิกตาม protocol หรือ เบิก 50,000 บาท
- กรณีผู้ป่วยรับส่งต่อ การให้บริการตามมาตรฐานเดียวกัน
- กรณีเปลี่ยนสิทธิจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ไปใช้สิทธิ UC หาก สปสช.ยังไม่ update ข้อมูลผู้ป่วยต้องขออุทธรณ์ย้อนหลังไปยัง สปสช. แต่โรงพยาบาลจะได้รับเงินน้อยกว่าอัตรา base rate ปกติ แต่ได้ตาม base rate ปลายปีที่มีการกัณบประมาณไว้ซึ่งมักน้อยกว่า base rate รายไตรมาส
- กรณีเปลี่ยนสิทธิจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ไปใช้สิทธิ UC ระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง แพทย์จะพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อใช้การรักษาตาม protocol ที่กำหนดไว้
- กรณีเปลี่ยนสิทธิจากสิทธิประกันสังคม ไปใช้สิทธิ UC ไม่พบปัญหาเนื่องจากใช้ Protocol เดียวกัน ยาเหมือนกัน
- กรณีเปลี่ยนสิทธิจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และสิทธิ UC ไปใช้สิทธิประกันสังคม ยังไม่พบปัญหา และผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ไม่สามารถกลับไปทำงานได้

2. การเรียกเก็บ (Claim)

- โรงพยาบาลแยกผู้รับผิดชอบการเรียกเก็บ 3 กองทุน โดยศูนย์ประสานสิทธิ รับผิดชอบสิทธิ UC งานประกันสังคมรับผิดชอบสิทธิประกันสังคม และงานการเงินการคลังรับผิดชอบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

- การลงบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคไตและโรคเอดส์ มี case manager เป็นผู้บันทึกข้อมูลให้ที่จุดบริการ ซึ่งข้อมูลบางส่วนสามารถดึงได้จากระบบ SMI ของโรงพยาบาล บางส่วนต้องบันทึกข้อมูลเพิ่มตามที่ สปสช. กำหนดไว้ แล้วจึงส่งข้อมูลไปยัง สปสช. เพื่อเรียกเก็บต่อไป
- การเรียกเก็บเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน 7 วันข้อมูลจะถูกส่งไปในแต่ละหน่วยที่รับผิดชอบ เพื่อเรียกเก็บต่อไป
- การเรียกเก็บจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีผู้ป่วยใน มีความล่าช้าในการเบิกจ่ายมาก

กรณีศึกษาที่ 2 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงานด้านหลักประกันสุขภาพ และผู้ให้บริการโรคเรื้อรัง จำนวน 19 คน ประกอบด้วย

1. แพทย์โรคมะเร็ง/รังสีรักษา 1 คน
2. พยาบาล คลินิกโรคไต โรคเอดส์/ เอชไอวี/ เอดส์ และเคมีบำบัด 9 คน
3. ผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ 1 คน
4. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2 คน
5. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบบประกันสังคม 3 คน
6. เจ้าหน้าที่งานการเงินที่ดูแลการเบิกจ่ายสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ 3 คน

สรุปประเด็นการสัมภาษณ์ ดังนี้

1. การให้บริการสิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วย

- ความครอบคลุมของสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการบางอย่างน้อยกว่าสิทธิ UC เช่น ค่าหน้ากากปิดจมูก ที่ต้องจ่ายส่วนเกิน แต่ในสิทธิ UC ไม่ต้องจ่ายเพิ่ม หรือ ยา third line drug สิทธิ UC สามารถเข้าถึงได้ตาม Protocol แต่สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการต้องขออนุมัติเพิ่มเป็นกรณีพิเศษ ซึ่งมีขั้นตอนที่ยืดยาวมากขึ้น

2. การให้บริการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และการดูแลความต่อเนื่องของการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย

- การให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลนี้ ใช้มาตรฐานเดียวกัน และยึดมาตรฐานวิชาชีพในการให้บริการ
- ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลจะต้องตรวจสอบสิทธิก่อนการเข้ารับบริการทุกครั้ง

2.1 กรณีศึกษาโรคไตวายเรื้อรัง

โรงพยาบาลให้บริการ CAPD, HD และ KT การให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแก่ผู้ป่วยทั้ง 3 สิทธิมีความแตกต่างกัน ดังนี้

- สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ให้สิทธิน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิประกันสังคม และสิทธิ UC ได้รับสิทธิมากที่สุด ตัวอย่างเช่น ค่ายากดภูมิคุ้มกัน สิทธิประกันสังคมต้องมีการร่วมจ่าย (co-pay) แต่ สิทธิ UC ไม่ต้องร่วมจ่าย และในการทำ CAPD สิทธิ UC ครอบคลุมทุกอย่างและนำส่งน้ำยาล้างไตทางช่องท้องถึงบ้าน แต่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอุปกรณ์บางอย่างไม่สามารถเบิกได้และนำน้ำยากลับบ้านเอง ส่วนสิทธิประกันสังคมจะต้องจ่ายเพิ่มค่าน้ำยาประมาณ 5,800 บาทต่อเดือน เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องใช้น้ำยาประมาณ 124 ถังต่อเดือน
- กรณีที่สิทธิ UC ได้สิทธิครอบคลุมทุกอย่าง ทำให้ผู้ป่วยไม่ประหยัดในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ
- กรณีเปลี่ยนสิทธิอื่นมาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีช่องว่างช่วงรอการเปลี่ยนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ 1 เดือน
- กรณีเปลี่ยนจากสิทธิ UC มาใช้สิทธิประกันสังคม ต้องได้รับการอนุมัติก่อนจึงสามารถใช้สิทธิได้ ซึ่งอาจใช้เวลาประมาณ 6 เดือน โรงพยาบาลต้องบริหารจัดการโดยใช้น้ำยาที่ได้รับจากการบริจาคให้แก่ผู้ป่วยเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย
- กรณีผู้ป่วยสวัสดิการข้าราชการ ที่อยู่ระหว่างการทำ HD เปลี่ยนไปใช้สิทธิ UC ทำให้ต้องไปเริ่มใช้การทำ CAPD ผู้ป่วยต้องไปอุทธรณ์ขอใช้การรักษาด้วย HD แต่ระหว่างการอุทธรณ์ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง
- การให้บริการผู้ป่วยสิทธิ UC พยาบาลจะให้ข้อมูลข้อกำหนด PD first แก่ผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยต้องการทำ HD ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยได้ แต่สิทธิ UC ไม่ครอบคลุมให้ ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเงินเอง
- พยาบาลมีความเห็นว่าไม่ควรมียกข้อกำหนดเรื่อง PD first เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกการรักษาเองได้เหมือนสิทธิอื่นๆ

2.2 กรณีศึกษาโรคเอสไอวี/เอดส์

- ใช้มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยเดียวกัน ในผู้ป่วยทุกสิทธิ แต่การใช้สูตรยาแตกต่างกันตามข้อกำหนดในแนวทางปฏิบัติของแต่ละสิทธิ
- ใช้โปรแกรม NAP ในการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย
- กรณีผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมเปลี่ยนมาใช้สิทธิ UC ไม่พบปัญหาการเปลี่ยนสิทธิ
- กรณีผู้ป่วยสิทธิ UC เปลี่ยนมาใช้สิทธิประกันสังคมของโรงพยาบาลอื่น จะส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาที่ต้นสังกัดตามสิทธิประกันสังคมของผู้ป่วย แต่หากเป็นสิทธิประกันสังคมของ

โรงพยาบาลนี้เอง จะบริหารจัดการโดยให้ผู้ป่วยและนัดผู้ป่วยนานขึ้นให้ครอบคลุมระยะเวลาที่รออนุมัติสิทธิประกันสังคม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 6 เดือน

- พบกรณีผู้ป่วยในราชทัณฑ์ ในโปรแกรม NAP แต่ไม่ได้แจ้งสิทธิกับโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถเบิกยาได้หลายที่ และนำไปขายในเรือนจำเม็ดละ 300 บาท
- ผู้ป่วยสิทธิ UC ที่ขาดยา ในข้อกำหนดของโปรแกรมฯ จะไม่ให้สิทธิการรับยาต่อในผู้ป่วยรายนั้น แต่ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลไม่ได้ตัดสิทธิผู้ป่วย เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วย และมีการติดตามผู้ป่วยรายที่ขาดยาทางโทรศัพท์ด้วย

2.3 กรณีศึกษาโรคมะเร็ง

- กรณีผู้ป่วยเปลี่ยนสิทธิระหว่างฉายแสง ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองขณะรออนุมัติสิทธิ แต่หากเปลี่ยนสิทธิก่อนการฉายแสง จะนัดผู้ป่วยฉายแสงครั้งแรกเมื่ออนุมัติสิทธิแล้ว
- กรณีเปลี่ยนสิทธิจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มาใช้สิทธิ UC ยังไม่พบปัญหา
- กรณีผู้ป่วยในที่ admit ผู้ป่วยต้องใช้ยาบางตัวที่สิทธิไม่ครอบคลุม โรงพยาบาลบริหารจัดการโดยใช้เงินบริจาคหรือสังคมสงเคราะห์ให้แก่ผู้ป่วย
- กรณีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการต้องจ่ายส่วนเกิน แต่สิทธิอื่นครอบคลุม บางครั้งโรงพยาบาลจะไม่เก็บค่าใช้จ่ายส่วนเกินนั้นจากข้าราชการ

3. การเรียกเก็บ (Claim)

- การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคไต ที่ทำ CAPD, HD, KT หน่วยให้บริการจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลเอง โดยแต่ละหน่วยจะมีผู้รับผิดชอบ 1 คน แล้วจึงส่งต่อข้อมูลไปยังผู้รับผิดชอบการส่งเบิกแต่ละกองทุนต่อไป
- การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคเอดส์ หน่วยให้บริการจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลในโปรแกรมเอง แล้วจึงส่งต่อข้อมูลไปยังผู้รับผิดชอบการส่งเบิกแต่ละกองทุนต่อไป
- การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง ภายหลังการรักษาของแพทย์ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานประกันสุขภาพ จะเป็นผู้ตรวจสอบใบสั่งยาว่าผู้ป่วยแต่ละราย ใช้การรักษาตาม protocol หรือนอก protocol แล้วจึงส่งเบิกตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดต่อไป
- กรณียามะเร็ง 6 ตัว ที่กำหนดในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โรงพยาบาลมีโปรแกรมที่กำหนดด้วยรหัสยาเชื่อมกับห้องยา การเงินสามารถส่งเบิกได้ตามจำนวนที่จ่ายให้ผู้ป่วยได้เลย
- เสนอแนะเรื่องเงื่อนไขการเบิกจ่าย ควรปรับให้เป็นรูปแบบเดียวกัน เป็นรูปแบบโปรแกรม online ไม่ควรใช้เอกสารเพราะยุ่งยากและล่าช้าในทางปฏิบัติ

- การตรวจสอบเงินที่สามารถเบิกจ่ายกลับมาได้ว่าเท่ากับเงินที่เรียกเก็บไปในแต่ละกองทุนยังไม่สามารถทราบรายละเอียดได้ เนื่องจากเงินที่ได้รับกลับมาแต่ละเป็นจำนวนรวม ไม่เป็นรายเดือน
- การมา Audit ควบรวมทีมผู้ตรวจสอบ เพราะจะทำให้การปรับปรุงเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เนื่องจากข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบแต่ละกองทุนแตกต่างกัน
- ข้อมูลในโปรแกรมที่ สปสช. กำหนดให้ลงบันทึก บางระบบยังไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบข้อมูลของโรงพยาบาลได้ จะต้องมีการปรับระบบบันทึกข้อมูลแยกต่างหาก

กรณีศึกษาที่ 3 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานด้านหลักประกันสุขภาพ และผู้ให้บริการโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาล จำนวน 8 คน

1. แพทย์เฉพาะทางไต แพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อ แพทย์เฉพาะทางโรคเมะเร็ง และหัวหน้าศูนย์ประกันสุขภาพ 4 ท่าน
2. พยาบาลปฏิบัติงานหน่วยไตเทียม คลินิกโรคเอสไอวี/ เอ็ดส์ และโรคเมะเร็ง 5 ท่าน

สรุปประเด็นการสัมภาษณ์ ดังนี้

1. การให้บริการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และการดูแลต่อเนื่องของการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย
การจัดการเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังทั้ง 3 สิทธิ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจสอบสิทธิก่อนการเข้ารับบริการทุกครั้ง โดยผู้ป่วยจะเข้ารับบริการในระบบปกติก่อน หากจำเป็นต้องพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมีระบบส่งผู้ป่วยไปยังคลินิกเฉพาะทางแต่ละสาขา

1.1 กรณีศึกษาโรคไตวายเรื้อรัง

- เปิดให้บริการทั้ง CAPD, HD และ KT โดยมีการจัดบริการผู้ป่วย CAPD 65 ราย HD เปิด 30 เครื่อง จำนวน 2 รอบต่อวัน
- กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาจาก CAPD ผู้ป่วยต้องผ่านขั้นตอนการอนุมัติเป็นกรณีๆ ไป ทำให้ผู้ป่วยมี drop out ประมาณ 30%
- ในมุมมองของแพทย์เฉพาะทางโรคไต เห็นว่า PD first สิทธิ UC บางครั้งไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่ไม่มี care giver ผู้สูงอายุที่ต้องทำเอง ทำให้พบการติดเชื้อมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักอยู่ในชุมชนเมืองมากกว่าชนบท
- สิทธิประกันสังคม ที่มีข้อกำหนดค่า BUN>100, Cr>10 ทำให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยล่าช้า ทั้งกระบวนการอนุมัติการใช้สิทธิที่ใช้เวลามากกว่า 3 เดือน ทำให้เป็นภาระของผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเอง ส่วนการอนุมัติการใช้สิทธิของ UC เร็วกว่าเพราะ online

- สิทธิสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ สามารถเข้าถึงการใช้ยานอกบัญชียาหลักได้มากกว่า และมีทางเลือกในการรักษามากกว่าสิทธิอื่นๆ
- กรณีเปลี่ยนสิทธิ UC เป็นสิทธิประกันสังคม ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าน้ำยาทำ CAPD เองบางส่วน
- กรณีเปลี่ยนสิทธิจากสิทธิประกันสังคม เป็น UC โดยผู้ป่วยจะยังคงสิทธิประกันสังคมค้างอยู่ 6 เดือน ยังไม่สามารถใช้สิทธิ UC
- พบปัญหากรณีให้บริการสิทธิ UC ของโรงพยาบาลอื่นๆ เพราะเป็นการเหมาจ่าย เช่นการตัดต่อเส้นเลือดให้ปีละ 1 ครั้ง โรงพยาบาลไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยทำไปกี่ครั้งแล้ว เนื่องจากไม่มีข้อมูล แต่กรณีเป็นสิทธิ UC ของโรงพยาบาลจะสามารถตรวจสอบได้ จึงเสนอแนะว่าควรมีฐานข้อมูลรวมของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถตรวจสอบได้
- เสนอแนะว่าควรให้สิทธิการได้รับบริการที่ใกล้เคียงกัน เพราะการมี protocol ที่แตกต่างกัน ผู้ปฏิบัติต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยที่หน่วยบริการ ทำให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติงาน และเพิ่มภาระงานเพื่อให้การรักษาและการเบิกจ่ายได้ตามที่แต่ละสิทธิกำหนดไว้
- ควรมี database ในสิทธิต่างๆควรรวมเป็นฐานข้อมูลเดียวกัน ไม่ควรมีช่วงสิทธิว่าง และให้ความสำคัญกับคุณภาพการให้บริการด้วย
- การบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่ารักษา ดำเนินการโดย case manager ที่หน่วยไตเทียม ซึ่งผ่านการอบรมการบันทึกข้อมูลแล้ว

1.2 กรณีศึกษาโรคเอชไอวี/เอดส์

- การให้บริการรวมใน OPD ทั่วไป ไม่ได้แยกคลินิกให้บริการ และลงทะเบียนในโปรแกรม NAP ในสิทธิ สปสช. ส่วนสิทธิอื่นลงทะเบียนรวมในโปรแกรมของโรงพยาบาล
- การให้บริการใช้สูตรยาเดียวกันทั้ง 3 สิทธิ แต่การบริหารจัดการยาของเภสัชกรจะแบ่งคล้งยาในการบริหารจัดการในแต่ละสิทธิ
- กรณีพบผู้ป่วยดื้อยา จะถูกส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลทั้งหมด โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากไม่สามารถเบิกยาได้
- เริ่มมีการลงทะเบียนผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมในโปรแกรม NAP plus แต่ยังไม่สมบูรณ์
- ไม่พบปัญหากรณีเปลี่ยนสิทธิ เนื่องจาก UC สามารถรับยาได้ทั่วประเทศ ระบบ Online หากมีช่องว่างของสิทธิ โรงพยาบาลจะจ่ายยาให้ผู้ป่วยไปก่อนเพื่อป้องกันการขาดยา
- เสนอแนะให้สามารถเรียกเก็บค่ายาฉวยโอกาสได้ ไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยไปรับที่โรงพยาบาลต้นสังกัดเท่านั้น
- การบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่ารักษา ดำเนินการโดยพยาบาลที่รับผิดชอบผู้ป่วย HIV ซึ่งผ่านการอบรมการบันทึกข้อมูลแล้ว

1.3 กรณีศึกษาโรคมะเร็ง

- การจัดการระบบการดูแลโรคมะเร็ง ดำเนินการโดยคณะกรรมการ Tumor Board ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2547 มีการประชุมทุกวันพฤหัสบดี เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับการรักษา ราย case ผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนยาหรือเปลี่ยน Protocol การอนุมัติยานอก บัญชียาหลักแห่งชาติของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ การต่ออายุให้ผู้ป่วย ข้าราชการตามข้อกำหนด รวมถึงการประชุมวางแผนการรักษาในเชิงวิชาการ (case conference)
- สิทธิของผู้ป่วยแต่ละสิทธิ นำมาประกอบการพิจารณาวิธีการรักษาของแพทย์ด้วย เนื่องจาก สิทธิ UC และประกันสังคม มีการกำหนด Protocol ที่ชัดเจน แต่สวัสดิการข้าราชการขึ้นกับ แพทย์ผู้รักษาซึ่งเป็นกลุ่มที่มีทางเลือกใ้ยาในการรักษามากกว่ากลุ่มอื่นๆ
- กรณีการรักษาผู้ป่วยครบทั้ง 6 cycle ตาม protocol ที่กำหนดไว้แล้ว โรงพยาบาลใช้การ admit เพื่อรับการรักษาและเรียกเก็บค่ารักษาต่อไป
- กรณีการเปลี่ยนสิทธิจากสวัสดิการข้าราชการไปยัง UC โรงพยาบาลจะรักษาตามโปรแกรม เดิมที่ใช้อยู่ต่อไป หากมีการเปลี่ยนแปลงจะส่งให้ tumor board พิจารณาร่วมด้วย
- กรณีเปลี่ยนสิทธิจาก UC หรือประกันสังคม ไปใช้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการยังไม่พบปัญหา
- กรณีเปลี่ยนสิทธิจากประกันสังคม ไปใช้สิทธิ UC จะมีช่องว่างในการจัดการช่วงเปลี่ยนสิทธิ แต่เมื่อใช้ protocol ร่วมกันทำให้ลดปัญหาดังกล่าว
- กรณีผู้ป่วยเปลี่ยนสถานบริการแต่ไม่เปลี่ยนสิทธิ หากมีใบส่งตัวจะไม่พบปัญหา แต่กรณี ผู้ป่วยมาเอง จะพบปัญหาการตามจ่ายจากโรงพยาบาลต้นสังกัด
- พบกรณีผู้ป่วยรักษาจากที่อื่นหรือที่โรงพยาบาลต้นสังกัดรักษาตาม protocol แล้วไม่ได้ผล จึงส่งต่อมารับการรักษาต่อเนื่อง โรงพยาบาลใช้การบริหารจัดการโดยให้ tumor board พิจารณา ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาส่วนใหญ่เป็นภาระของโรงพยาบาล และรักษาต่อเนื่องจน ภาวะสุดท้ายของผู้ป่วย โดยไม่ได้ส่งตัวผู้ป่วยกลับ
- การบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่ารักษา ดำเนินการโดย case manager ซึ่งผ่านการอบรม การบันทึกข้อมูลแล้ว

2. การเรียกเก็บ (Claim)

- การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งเรียกเก็บ พยาบาลผู้ให้บริการที่จุดบริการเป็นผู้บันทึกและ ตรวจสอบตามข้อกำหนด ซึ่งผ่านการอบรมแล้ว และส่งข้อมูลไปยัง สปสช. เพื่อเรียกเก็บ ต่อไป ส่วนสิทธิประกันสังคม ฝ่ายเรียกเก็บจะรวบรวมเอกสารส่งต่อไปยังสำนักงาน ประกันสังคมต่อไป แต่ยังไม่มีการตรวจสอบจำนวนเงินที่ได้รับคืนมากับจำนวนเงินที่เรียก เก็บไป

กรณีศึกษาที่ 4 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในภูมิภาค

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงานด้านหลักประกันสุขภาพ และผู้ให้บริการโรคเรื้อรังของ รวม 11 ท่าน

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต และโรคมะเร็ง 2 ท่าน
2. พยาบาล คลินิกโรคไต โรคเอชไอวีเอดส์ และเคมีบำบัด 6 ท่าน
3. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 1 ท่าน
4. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบบประกันสังคม 1 ท่าน
5. เจ้าหน้าที่งานการเงินที่ดูแลการเบิกจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 1 ท่าน

การสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นการจัดการภายในของโรงพยาบาลเพื่อรองรับเงื่อนไขของการจัดการ และการเบิกจ่ายของระบบ หลักประกันสุขภาพแต่ละระบบ สำหรับการให้บริการโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์ จุดเด่นของวิธีการจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบ ประเด็นที่ควรมีการปรับปรุง รวมถึงประเด็นในการบริหารจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ที่ควรมีการดำเนินการร่วมกันได้ ดังนี้

1. การให้บริการสิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วย การพิจารณาอนุมัติสิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กรณีเปลี่ยนสิทธิเข้าในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมักไม่พบปัญหา สามารถใช้สิทธิประโยชน์ต่างๆ ได้ทันที แต่การเปลี่ยนมาใช้สิทธิประกันสังคมต้องรอการอนุมัติสิทธิประมาณ 4-6 เดือน

2. การให้บริการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และการดูแลความต่อเนื่องของการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย

2.1 กรณีศึกษาโรคไตวายเรื้อรัง

คลินิกไตเทียม ให้บริการ CAPD และ HD จำนวน 17 เครื่อง และมี HD ที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน จำนวน 26 เครื่อง ซึ่งใช้มาตรฐานการให้บริการเดียวกัน ภายใต้การควบคุมกับของที่มีพยาบาลคลินิกไตเทียม การให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแก่ผู้ป่วยทั้ง 3 สิทธิมีความแตกต่างกัน อาทิ

- การวินิจฉัยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีข้อกำหนดกว้างๆ ขึ้นกับแพทย์ทั่วไปเป็นผู้ให้การรักษา ซึ่งอาจมีความแม่นยำในการวินิจฉัยน้อยกว่าแพทย์เฉพาะทางโรคไต ในระบบประกันสังคมจะมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนแต่บางครั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น จึงได้รับการรักษาตามสิทธิ ส่วนในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการวินิจฉัยขึ้นกับแพทย์ผู้รักษาเช่นกัน มักจะเข้ากระบวนการ HD มากกว่าสิทธิอื่น ส่วนใหญ่จึงอยู่ในความดูแลของแพทย์เฉพาะทางโรคไต

- เสนอแนะให้มีการ Audit การวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่ชัดเจน เพื่อลดผลกระทบต่อผู้ป่วย กรณีบางรายที่ วินิจฉัยว่าเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเร็วเกินไปจากแพทย์ทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ PD เร็วเกินไปในความเห็นของแพทย์เฉพาะทาง และหากการรักษาไม่ sensitive เท่าที่ควรอาจทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในกระบวนการล้างไตไปตลอดชีวิตได้
- ควรให้ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกทางเลือกของการรักษา ไม่ควรกำหนดเรื่อง CAPD ก่อนทำ HD ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะเมื่อประเมินต้นทุนทางการแพทย์แล้วพบว่าไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ต้นทุนของผู้ป่วยแตกต่างกันเนื่องจากการล้างไตทางช่องท้องสามารถทำที่บ้านได้ แต่อัตราการติดเชื้อค่อนข้างสูงกว่าในต่างประเทศ เนื่องจากการศึกษาของผู้ป่วยแตกต่างกัน
- พบกรณีผู้ป่วยสิทธิ UC ที่ทำ PD แล้วยอมให้เกิดการติดเชื้อเนื่องจากต้องการได้รับ HD ตามข้อกำหนดของ สปสช. ซึ่งกรณีที่พบนี้ผู้ป่วยทราบข้อมูลการรักษาจากผู้ป่วยด้วยกันเอง
- กรณีเปลี่ยนสิทธิอื่นมาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีช่องว่างช่วงรอการเปลี่ยนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ 1 เดือน ซึ่ง สปสช. ไม่จ่ายย้อนหลัง ผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง
- กรณีเปลี่ยนจากสิทธิอื่นมาใช้สิทธิประกันสังคม ต้องได้รับการอนุมัติก่อนจึงสามารถใช้สิทธิได้ ใช้เวลาประมาณ 4-6 เดือน ซึ่งจะเป็นภาระค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยมาก
- กรณีย้ายต้นสังกัดในสิทธิประกันสังคม ระยะเวลารอย้ายต้นสังกัดประมาณ 45 วัน
- กรณีเปลี่ยนจากสิทธิอื่นมาใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มักไม่พบปัญหา
- กรณีผู้ป่วยล้างไตหลาย ๆ รพ. มีเพียง 1 ราย ในการเรียกเก็บเงิน ไม่พบปัญหาเนื่องจากเป็นระบบ online
- การเปลี่ยนถ่ายไต ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมการรักษาทั้งหมด แต่ระบบประกันสังคมไม่ครอบคลุม ทำให้พบกรณีผู้ป่วยไปทำงานแล้วต้องออกจากงานเพื่อให้สามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างต่อเนื่อง (1 ราย)
- มีระบบการ audit จากสปสช. 1 ครั้งต่อปี โดยเน้นที่ การประเมินการล้างไต (HD) ในภาคเอกชนที่เข้ามาดำเนินการในโรงพยาบาลก่อน และกรมบัญชีกลาง ตรวจสอบการใช้จ่ายให้ถูกต้องตามข้อบ่งชี้

2.2 กรณีศึกษาโรคเอดส์/ไอวี/เอดส์

จัดบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์/ไอวี/เอดส์ จัดบริการแบบ one stop services ชื่อว่า คลินิกองค์รวม

- ใช้มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยเดียวกัน ในผู้ป่วยทุกสิทธิ แต่การใช้สูตรยาแตกต่างกันตามข้อกำหนดในแนวทางปฏิบัติของแต่ละสิทธิ

- ใช้โปรแกรม NAP ในการบันทึกข้อมูลการให้บริการและการติดตามการรักษาแก่ผู้ป่วยในทุกระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ แต่แยกข้อมูลในแต่ละสิทธิเพื่อแยกรายงานไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- มีการนำข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการประเมินผลความต่อเนื่องการดูแลผู้ป่วยโดยประเมินจำนวนผู้ป่วยที่รับยาไม่ต่อเนื่องในทุกสิทธิ
- พบปัญหากรณีผู้ป่วยเปลี่ยนมาใช้สิทธิประกันสังคม โดยผู้ป่วยต้องได้รับการอนุมัติสิทธิจากสำนักงานประกันสังคมก่อน จึงจะสามารถจ่ายยาได้ ซึ่งโรงพยาบาลจะเบิกยาให้ผู้ป่วยล่วงหน้าให้ครอบคลุมระยะเวลาที่รออนุมัติสิทธิเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระค่ารักษาของผู้ป่วยและป้องกันการได้รับยาไม่ต่อเนื่อง
- มีปัญหาการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV นั้น สปสช. สนับสนุนงบประมาณการเฉพาะการพัฒนาแพทย์ แต่ไม่ครอบคลุมพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิก ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเฉพาะด้าน
- เสนอแนะให้สนับสนุนงบประมาณเพื่อการพัฒนาศักยภาพเฉพาะด้านแก่พยาบาลและบุคลากรอื่นที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเอดส์

2.3 กรณีศึกษาโรคเริม

ศูนย์เคมีบำบัด ให้บริการการวินิจฉัย การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการผ่าตัด ซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมใช้ protocol เดียวกันในการรักษาผู้ป่วยโรคเริม

- การรักษาโดยการใช้ยาเคมีบำบัด ในการให้บริการทั้ง 3 สิทธิที่แตกต่างกัน โดย UC ให้ตาม protocol และไม่จ่ายหากไม่เป็นไปตาม protocol ทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามสูตรยาที่ใช้ทั้ง 2 สิทธิ จะครอบคลุม first line drug เท่านั้น ไม่ครอบคลุมถึง second line drug และถูก lock ชื่อยาด้วย ประกันสังคมจะรักษาตาม protocol เดียวกับ สปสช. แต่หากไม่เป็นไปตาม protocol ยังสามารถเบิกจากวงเงิน 50,000 บาทต่อปีได้ ส่วนระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการครอบคลุมให้ทั้งหมด
- กรณีสิทธิ UC หากการรักษาไม่เป็นไปตาม protocol จะถูกเรียกเงินคืน โรงพยาบาลจึงทำระบบขึ้นมาเฝ้าระวังการสั่งยาผิดหรือไม่เป็นไปตาม protocol ที่ สปสช. กำหนด โดยให้เภสัชกรกลุ่มยามะเร็งแยกออกมาจากการจ่ายยาอื่น
- การจัดการเพื่อให้การรักษาใช้ยาตามสูตรยาที่กำหนด ให้ถูกต้องและตรงกับ protocol ที่กำหนดไว้ โรงพยาบาลได้ออกแบบ care map การรักษาและใบการสั่งยาสำหรับโรคเริมที่ใช้ protocol โดยเฉพาะ เพื่อให้แพทย์สะดวกต่อการสั่งยา กรณีพบการสั่งยาไม่เป็นไปตามที่กำหนดใน protocol จะมีการพูดคุยกันในทีมผู้รักษา หากจำเป็นต้องใช้หรือเปลี่ยนยาเนื่องจากการแพ้ยา หรืออาการดีขึ้น แพทย์จะมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

- กรณีเปลี่ยนสิทธิระหว่างการรักษา มักไม่ค่อยพบปัญหาเนื่องจากระยะเวลาในการรักษามะเร็งสั้นกว่าโรคไต
- กรณีย้ายต้นสังกัดในสิทธิประกันสังคม ยังไม่พบปัญหา อาจเพราะในพื้นที่ไม่มีโรงพยาบาลเอกชนมากนัก
- การรักษาทางรังสีรักษา จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์มะเร็งของจังหวัด จึงมีศูนย์ประสานงานโรคมะเร็ง มี flow ขั้นตอนการส่งต่อโดยประสานข้อมูลผู้ป่วยอย่างละเอียด แต่การเรียกเก็บในสิทธิ UC ผู้ให้บริการแต่ละโรงพยาบาลเรียกเก็บเอง
- มีความเห็นว่าการตรวจสอบ (Audit) จากภายนอกจะช่วยให้การปฏิบัติงานถูกต้องและมีคุณภาพมากขึ้น

3. การเรียกเก็บ (Claim)

- ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ให้บริการในคลินิกหรือเกสซเป็นคู่ค้า ข้อมูลการรักษา การจ่ายยา รวมถึงการตรวจสอบความถูกต้องว่าเป็นไปตาม protocol หรือไม่ แล้วส่งไปให้เจ้าหน้าที่เรียกเก็บตาม item เพื่อเรียกเก็บไปยัง สปสช.ต่อไป
- ในระบบประกันสังคม มีประเด็นสำคัญคือต้องได้รับอนุมัติสิทธิก่อนจึงจะเรียกเก็บได้
- ในระบบข้าราชการ หากการใช้จ่ายไม่เป็นไปตามข้อกำหนด จะต้องได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการรพ.ก่อนทุกครั้ง จึงจะสามารถเบิกจ่ายในระบบเบิกจ่ายตรงต่อไปได้
- การตามจ่ายโรงพยาบาลต่างๆในกรณีรับ-ส่งต่อ ไม่ค่อยมีปัญหาเนื่องจากมีระบบรองรับปกติอยู่แล้ว หากพบปัญหาจะประสานงานและหารือกันเป็นกรณีๆ ไป

กรณีศึกษาที่ 5 โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในภูมิภาค

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงานด้านหลักประกันสุขภาพ และผู้ให้บริการโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาล จำนวน 8 ท่าน

1. แพทย์เฉพาะทางไต 1 ท่าน และแพทย์ระดับรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร 1 ท่าน
2. พยาบาล หน่วยไตเทียม คลินิกโรคเอดส์ ไอวีเอดส์ และโรคมะเร็ง 3 ท่าน
3. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2 ท่าน
4. หัวหน้ากลุ่มงานนโยบายและแผน 1 ท่าน

สรุปประเด็นการสัมภาษณ์ ดังนี้

1. การให้บริการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และการดูแลความต่อเนื่องของการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย

การจัดการเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังทั้ง 3 สิทธิใช้กระบวนการให้บริการเดียวกัน โดยผู้ป่วยจะได้รับการตรวจสอบสิทธิก่อนการเข้ารับบริการทุกครั้ง หากพบปัญหา ทางโรงพยาบาลมีฝ่ายตรวจสอบสิทธิสอบถามหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ทันที และผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการในครั้งนั้นก่อนได้

1.1 กรณีศึกษาโรคไตวายเรื้อรัง

- เปิดให้บริการทั้ง CAPD และ HD โดย HD เปิด 12 เครื่อง จำนวน 2 รอบต่อวัน รองรับผู้ป่วยได้เพียงพอในเขตพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 50 ราย
- ในมุมมองของแพทย์เฉพาะทางโรคไต เห็นว่า PD first เป็นทางออกที่ดี และการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยได้มากขึ้น เพราะหากผู้ป่วยมีผู้ดูแลที่ดี ผลลัพธ์การรักษาจะดีและไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาทำ HD ที่โรงพยาบาล แต่ยังพบปัญหาในผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลอาจพบการติดเชื้อมากขึ้นได้
- ข้อกำหนดในแนวทางการรักษาของสำนักงานประกันสังคม ที่กำหนดค่า BUN>100 ทำให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยล่าช้ากว่า ทั้งกระบวนการอนุมัติการใช้สิทธิที่ใช้เวลามากกว่า 3 เดือน ทำให้เป็นภาระแก่โรงพยาบาล
- แนวทางการรักษาของ สปสช. จะกำหนดไว้ให้สามารถปฏิบัติได้ง่ายและชัดเจน เช่นการเปลี่ยนชนิดการรักษา สามารถปฏิบัติได้เลยหากเป็นไปตามข้อกำหนด ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการ
- ในสิทธิสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ ยังมีความเหลื่อมล้ำในเรื่องการสามารถเข้าถึงการใช้ยานอกบัญชียาหลักได้มากกว่าสิทธิอื่นๆ
- การให้ยา Erythropoietin ในสิทธิ UC มีขั้นตอนดีกว่าเนื่องจากอนุมัติเป็นยาแก่โรงพยาบาล จึงใช้การบริหารยาในการให้บริการผู้ป่วยเท่านั้น แต่ในสิทธิประกันสังคมให้เป็นเงินและกำหนดราคาตามชื่อยา แต่ราคากลางที่กำหนดต่ำกว่าราคายาในตลาดทำให้เป็นภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล
- พบกรณีเปลี่ยนสิทธิจากสิทธิประกันสังคม เป็น UC โดยผู้ป่วยจะยังคงได้สิทธิประกันสังคมกรณีมาตรา 39 ได้อีก 6 เดือน ซึ่งยังใช้สิทธิ UC ไม่ได้ ผู้ป่วยช่วงรอเปลี่ยนสิทธิรายนี้ โรงพยาบาลต้องรักษาโดยให้การสงเคราะห์ไปนาน 4 เดือน
- พบปัญหากรณีผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาของข้าราชการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคอื่นๆ แต่ยังคงทำ CAPD ต่อเนื่องอยู่แล้ว โรงพยาบาลจะเบิกต้นสังกัดตาม DRG เท่านั้น แต่ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการทำ CAPD และจะต้องให้ผู้ป่วยนำน้ำยาและอุปกรณ์ที่เบิกจ่ายในกรณีผู้ป่วยนอกมาใช้ขณะพักรักษาในโรงพยาบาลครั้งนั้น

- กรณีผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาลแล้วจำเป็นต้องทำ HD ครั้งแรก จะไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในครั้งแรกนี้ได้ จะเบิกจ่ายได้ในการมารับการรักษาที่ OPD ครั้งต่อไป ซึ่งเป็นภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเช่นกัน
- แพทย์เฉพาะทางโรคไต เสนอแนะว่า ข้อกำหนดของที่มี PD first ของสิทธิ UC ค่อนข้างดีต่อผู้ป่วย เนื่องจากมีความเห็นว่า CAPD ช่วง 2 ปีแรกผู้ป่วยมีอัตราการตายน้อยกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่น แต่หลังจาก 2 ปีแล้วอัตราการตายจะใกล้เคียงกัน
- มีความเห็นว่าทุกสิทธิควรใช้ข้อบ่งชี้การกระตุ้นเม็ดเลือดเป็นแนวทางเดียวกัน และเมื่อผู้ป่วยดีขึ้นไม่ควรกำหนดให้เป็นการหยุดยา แต่ควรเป็นการค่อยๆ ลดยาลง
- การบันทึกข้อมูลเพื่อเรียกเก็บค่ารักษา ดำเนินการโดย case manager ที่หน่วยไตเทียม ซึ่งผ่านการอบรมการบันทึกข้อมูลแล้ว

1.2 กรณีศึกษาโรคเอสไอวี/เอดส์

- การให้บริการใน “คลินิกมิตรภาพ” โดยใช้กระบวนการให้บริการเดียวกันในการให้บริการผู้ป่วยทั้ง 3 สิทธิ และลงทะเบียนในโปรแกรม NAP ทั้ง 3 สิทธิ แต่ยังพบปัญหาการบันทึกผลการตรวจ lab รักษาเพิ่มเติมได้ เนื่องจากไม่ระบบของ NAP ของ สปสช. ยังไม่รองรับสิทธิอื่นๆ
- การอ้างอิงจำนวนผู้ป่วยในโปรแกรม NAP สามารถนำไปอ้างอิงจำนวนผู้ป่วยได้เท่านั้น แต่ไม่สามารถอ้างอิงผลลัพธ์ของการรักษาของผู้ป่วยสิทธิอื่นได้ ใช้ได้เฉพาะสิทธิ UC เท่านั้น
- การอนุมัติยาของ UC และ ประกันสังคม มีระบบคณะกรรมการอนุมัติของแต่ละกองทุน ยกเว้นของสวัสดิการรักษายาของข้าราชการขึ้นกับแพทย์ผู้รักษา
- กรณีมีการเปลี่ยนสิทธิ จากสิทธิประกันสังคม เป็นสิทธิ UC ผู้ป่วยต้องไปลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ ขณะรอขึ้นทะเบียนเป็นสิทธิว่าง ระยะเวลาประมาณ 15-30 วันโรงพยาบาลจะบริหารจัดการยาแก่ผู้ป่วยล่วงหน้าเพื่อป้องกันการขาดยา แต่การตรวจ lab จะชะลอไปก่อนจนได้รับอนุมัติสิทธิใหม่
- พบผู้ป่วยขาดยาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม เนื่องจากไม่สามารถลงนามรับยา
- ความแตกต่างที่พบคือเจ้าหน้าที่ที่บันทึกข้อมูลได้รับค่าชดเชยในการให้บริการผู้ป่วยสิทธิ UC แต่ในสิทธิประกันสังคมไม่มีค่าชดเชยให้ปฏิบัติงาน
- การบันทึกข้อมูลเพื่อเคลมค่ารักษา ดำเนินการโดย case manager ที่คลินิกมิตรภาพ ซึ่งผ่านการอบรมการบันทึกข้อมูลแล้ว

1.3 กรณีศึกษาโรคมะเร็ง

- ให้บริการเฉพาะการบำบัดด้วยการผ่าตัดและยา Chemotherapy ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้เท่านั้น โดยจัดเป็น Unit ที่ให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มาให้ยา

- กรณีมีผู้ป่วยที่ต้องใช้การรักษาด้วยรังสี และวิธีการอื่น จะมีกระบวนการส่งต่อไปยังศูนย์มะเร็งลพบุรี หรือ โรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งเป็น tertiary care
- กรณีผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล จะส่งเบิกแบบ 4,000 บาทต่อครั้ง ตามปกติ
- การส่งต่อมะเร็งไปยังโรงเรียนแพทย์ พบว่าการเรียกเก็บจากโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์จะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าราคาการเรียกเก็บในระบบปกติของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เป็นภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลมาก
- เสนอแนะให้มีการจัดระบบให้เป็น center การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่เชื่อถือได้ เพื่อให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในกรณีส่งต่อ จะได้ลดค่าใช้จ่ายการตรวจทางห้องปฏิบัติการใหม่และมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น
- ไม่พบกรณีปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนสิทธิ

2.การเรียกเก็บ (Claim)

- การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งเรียกเก็บ พยาบาลผู้ให้บริการที่จุดบริการเป็นผู้บันทึกและตรวจสอบตามข้อกำหนด ซึ่งได้รับการอบรมแล้ว และส่งข้อมูลไปยัง สปสช. เพื่อเรียกเก็บต่อไป ส่วนสิทธิประกันสังคม การเงินจะรวบรวมเอกสารส่งต่อไปยังสำนักงานประกันสังคมต่อไป
- เมื่อได้รับเงินคืนจาก สปสช. หรือสำนักงานประกันสังคม แล้วฝ่ายการเงินจะพิมพ์เอกสารที่ระบุจำนวนเงินที่ สปสช.จ่ายชดเชย และส่งให้หน่วยบริการเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

กรณีศึกษาที่ 6

โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในภูมิภาค

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานด้านหลักประกันสุขภาพ และผู้ให้บริการโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาล จำนวน 9 ท่าน

1. แพทย์ 1 ท่าน
2. เกสัชกร 1 ท่าน
3. พยาบาล หน่วยไตเทียม คลินิกโรคเอดส์/ไอวี/เอดส์ และโรคมะเร็ง 4 ท่าน
4. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2 ท่าน
5. หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ 1 ท่าน

สรุปประเด็นการสัมภาษณ์ ดังนี้

1. การให้บริการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง และการดูแลความต่อเนื่องของการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย
การจัดการเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอกทั้ง 3 สิทธิใช้กระบวนการให้บริการเดียวกัน โดยแบ่งเป็น OPD ทั่วไป OPD พิเศษ และคลินิกพิเศษ

1.1 กรณีศึกษาโรคไตวายเรื้อรัง

- เปิดให้บริการเฉพาะ HD อย่างเดียว จำนวน 8 เครื่องวันละ 2 รอบ ไม่ได้เปิดให้บริการ CAPD, KT กรณีมีผู้ป่วยจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และไม่รับสิทธิประกันสังคม ซึ่งเป็นนโยบายของผู้บริหาร
- มีผู้ป่วยอยู่ในสิทธิ UC จำนวน 19 ราย แต่ อยู่ในโปรแกรมเพียง 12 ราย ส่วนอีก 7 ราย ยินดีชำระเงินเอง แต่ผู้ป่วยทั้ง 19 รายได้รับสิทธิเบิกยา Erythropoietin ทั้งหมด
- ผู้ป่วยที่เข้าข่ายการทำ KT จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งมีจำนวน 2 ราย
- พบปัญหาผู้ป่วยสิทธิ UC ที่ยินดีชำระเงินเอง และไม่ได้ใช้สิทธิของของโรงพยาบาลเอง แต่เป็นสิทธิ UC ต่างอำเภอ จะมีปัญหาเกี่ยวกับการรับยา และการตรวจ lab ทำให้ได้รับการบริการที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง
- กรณี Acute hemodialysis สามารถให้บริการได้และเรียกเก็บได้ตามข้อกำหนดกรณีฉุกเฉิน

1.2 กรณีศึกษาโรคเอชไอวี/เอดส์

- การให้บริการผู้ป่วยใช้ protocol เดียวกันทั้ง 3 สิทธิ ผู้ป่วยสิทธิ UC ลงทะเบียนในโปรแกรม NAP
- กรณีมีการเปลี่ยนสิทธิ จากสิทธิประกันสังคม เป็นสิทธิ UC ผู้ป่วยต้องไปลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ ขณะรอขึ้นทะเบียนเป็นสิทธิว่าง ระยะเวลาประมาณ 15-30 วันโรงพยาบาลจะให้ยาฟรี แก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันผู้ป่วยขาดยา
- กรณีเปลี่ยนสิทธิ UC เป็นสิทธิประกันสังคม จะต้องย้ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัด ระยะเวลาการลงทะเบียน ARV ซึ่งใช้เวลาไม่นาน
- พบกรณีสิทธิ UC ที่จังหวัดอื่น ย้ายมาเพื่อรับยาต้านไวรัส HIV ต่อที่โรงพยาบาล ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการเข้าสิทธิ UC ประมาณ 1 เดือน
- การใช้สูตรดื้อยา เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ต้องขอให้แพทย์ที่โรงพยาบาล ศูนย์พิจารณาอนุมัติการเบิกยาสูตร 2 (สูตรสำหรับเชื้อดื้อยา) ให้ก่อนจึงสามารถจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้
- การบริหารจัดการยา ใช้การบริหารหมุนเวียนยาใน stock ยาเพื่อจ่ายให้ผู้ป่วยทั้ง 3 สิทธิ

1.3 กรณีศึกษาโรคมะเร็ง

- ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นรายที่รับกลับมาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือศูนย์มะเร็ง เพื่อดูแลต่อที่บ้าน (Home health care) ระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life)
- การให้ยาแก่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการ กรณีผู้ป่วยรับยารักษามะเร็งต่อเนื่อง จะกลับไปรับยาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายหรือศูนย์มะเร็งที่ผู้ป่วยรักษาอย่างต่อเนื่อง

- ที่ผ่านมามีเคยได้รับสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. สำหรับการดูแลที่บ้าน แต่ปัจจุบันไม่ได้รับสนับสนุนงบประมาณดังกล่าวแล้ว
- สำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การเบิกอุปกรณ์ ในสิทธิ UC ครอบคลุมทุกอย่างทั้งยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ แต่สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการไม่สามารถเบิกอุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างได้ ผู้ป่วยต้องชำระเงินเอง

2. การเรียกเก็บ (Claim)

- การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งเรียกเก็บ พยาบาลผู้ให้บริการที่จุดบริการเป็นผู้บันทึกและตรวจสอบตามข้อกำหนด และส่งข้อมูลไปยัง สปสช. เพื่อเรียกเก็บต่อไป
- การส่งเบิกค่าตอบแทนต่างๆจากสำนักงานประกันสังคม ฝ่ายการเงินเป็นผู้จัดและตรวจสอบเอกสารส่งให้เพื่อส่งเบิกต่อไป
- เมื่อได้รับเงินคืนจาก สปสช. แล้วฝ่ายการเงินจะพิมพ์เอกสารจำนวนเงินที่ได้รับการชดเชยส่งกลับไปยังหน่วยให้บริการเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

บทที่ 4

สรุปผลอภิปรายและข้อเสนอแนะ

1. การจัดการภายในสำหรับกรณีโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบ
 - ผลการศึกษาการจัดการกรณีโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบหลักประกันสุขภาพของไทย 3 ระบบหลัก ได้แก่ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ซึ่งศึกษาโดยใช้การจัดการกับโรคเรื้อรัง 3 กรณี ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคเอดส์ พบว่ามีกรอบแนวคิด นโยบาย วิธีการนำสู่การปฏิบัติ รวมถึงการติดตามผล มีความแตกต่างกันมากกว่าความสอดคล้องกันของแนวทางต่างๆ ในการจัดการ ทั้งระหว่างกลุ่มโรคภายในระบบหลักประกันสุขภาพระบบเดียวกัน และระหว่างกลุ่มโรคเดียวกันในแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพ
 - ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้การบริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีระบบในการจัดการภายในสำหรับโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่มีนโยบาย แนวทางและองค์ประกอบในการจัดการ เช่น การกำหนดขอบเขตการดำเนินการ นโยบายและการกำหนดสิทธิประโยชน์ต่างๆ กลไกที่ดูแลการซื้อบริการ กำหนดเงื่อนไข คุณสมบัติต่างๆ ของบริการ กลุ่มเป้าหมาย กลไกการจ่ายเงิน ตลอดจนระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการเบิกจ่ายและติดตามผล ที่เป็นระบบและรูปธรรมมากที่สุด ถึงแม้ว่าจะยังพบจากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้บริหารระบบและกรณีศึกษาของผู้ให้บริการว่าระบบยังมีโอกาสพัฒนาอีกหลายด้าน เช่น ชุดสิทธิประโยชน์ที่อาจไม่ยืดหยุ่นในการรองรับความต้องการเฉพาะกลุ่มหรือความแตกต่างของพื้นที่ (เมือง vs.ชนบท) แนวทางการจัดการของกลุ่มโรคเรื้อรังที่แตกต่างกัน 3 กลุ่มโรคเป็น 3 รูปแบบ การติดตามประเมินผล ประกันคุณภาพ และทบทวนเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการที่กำหนดไว้ ตลอดจนการจัดโครงสร้างการบริหารจัดการภายใน เพื่อประสิทธิภาพในการจัดการและขยายผลการดำเนินการไปสู่กลุ่มโรคอื่นๆ ในอนาคต
 - การเลือกกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาดำเนินการเป็นระบบโดยเฉพาะ พยายามอ้างอิงจากความท้าทายภายใต้ระบบการซื้อบริการสุขภาพหลักที่ต้องการส่งเสริมการเข้าถึงบริการ และการดูแลที่ได้มาตรฐาน อ้างอิงจากการวิเคราะห์ภาระโรค (Burden of diseases)
 - ระบบประกันสังคม ภายใต้การบริหารของสำนักงานประกันสังคม มีระบบและกลไกการจัดการโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่เลือกมาเป็นกรณีศึกษา ทั้ง 3 กรณีเช่นกัน โดยมีคณะอนุกรรมการ

ของคณะกรรมการแพทย์ดูแลใน 2 กลุ่มโรค คือไตวายเรื้อรังและโรคเอดส์ ซึ่งดำเนินการมาในระยะเวลาหนึ่ง ในขณะที่การจัดการเกี่ยวกับกลุ่มโรคมะเร็งใช้วิธีการดำเนินการตามความริเริ่มของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยไม่มีกลไกการจัดการของตนเองเป็นการเฉพาะ การติดตามเพื่อขอข้อมูลและสารสนเทศที่เกี่ยวข้องจากสำนักงานฯ ประสบอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อสังเคราะห์เป็นสารสนเทศรวมถึงสถิติพื้นฐานที่จำเป็น สะท้อนข้อจำกัดของศักยภาพของระบบในการใช้รูปแบบการซื้อบริการสุขภาพที่ต้องดำเนินการในเชิงรุกในอนาคต เพื่อจัดการสุขภาพของผู้ประกันตนในระยะยาวหากสำนักงานฯ ยังใช้รูปแบบ โครงสร้างและทรัพยากรในการบริหารจัดการเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน

- ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ภายใต้การบริหารจัดการของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังในปัจจุบัน สำหรับกรณีโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง มีจุดเน้นอยู่ที่การควบคุมค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะการใช้ยา การกิจของหน่วยงาน ระบบและกลไกเพื่อการจัดการภายในมีศักยภาพค่อนข้างจำกัดสำหรับการจัดการระบบบริการการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากโดยภารกิจ โครงสร้างการบริหาร และระบบงานของกรมบัญชีกลางตั้งแต่อดีตที่ผ่านมา ไม่ได้การวางแผนและเตรียมความพร้อมไว้ ทั้งในด้านการจัดการทางการแพทย์ รวมถึงการติดตามผลสุขภาพของผู้มีสิทธิในระยะยาว
- โดยภาพรวม แม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ จะเริ่มนำรูปแบบการจัดการการดูแลสุขภาพตามแนวทางหรือข้อแนะนำสำหรับเวชปฏิบัติมาประยุกต์ใช้เพื่อกำหนดสิทธิประโยชน์และประกอบการออกแบบกลไกการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาล แต่ยังไม่มียระบบสารสนเทศและกลไกการจัดการที่ได้รับการออกแบบด้วยจุดมุ่งหมายที่มีประชาชนผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นศูนย์กลาง หรือมุ่งเน้นการจัดการโรคเรื้อรังที่มีลักษณะแตกต่างไปจากการดูแลรักษาโรคเฉียบพลัน โดยเฉพาะความต้องการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) จึงยังไม่เอื้อต่อการประสานและติดตามข้อมูลของผู้มีสิทธิเพื่อประโยชน์ในกรณีต่อไปนี้
 - การติดตามผู้ป่วยย้ายสิทธิหลักประกันสุขภาพเข้ามาสู่ระบบและออกจากระบบ
 - การเปลี่ยนแปลงของการใช้บริการสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ เพื่อทบทวนสิทธิประโยชน์และแนวทางการดำเนินการ
 - การพยากรณ์และการจัดการค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสำหรับการดูแลโรคเรื้อรังนั้น และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2. ความสอดคล้องกันของการจัดการกรณีโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพ

- แม้ว่าในขณะนี้กำลังมีการศึกษาว่า ระบบหลักประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบของประเทศจะยังไม่มี การกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการจัดการกรณีโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงร่วมกัน โดยเฉพาะใน ภาพรวม แต่พบว่ามี ความพยายามในการดำเนินการดังกล่าวอยู่ในบางกลุ่มโรคที่เป็น กรณีศึกษาเป็นรายโรค โดยเฉพาะกลุ่มโรคไตวายเรื้อรัง และกลุ่มโรคเอชไอวีเอดส์ อย่างไรก็ตาม ยังเป็น ความพยายามในการกำหนดนโยบายจากล่างขึ้นบน กล่าวคือดำเนินการโดย คณะทำงานที่รับผิดชอบในด้านเทคนิคระดับปฏิบัติการ ซึ่งอาจจำกัดศักยภาพของการขยายผล เป็นกรอบแนวคิดเชิงนโยบายในภาพรวมที่ส่งเสริมความครอบคลุม การเข้าถึงบริการ และความ เป็นธรรมระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ ของประเทศ ซึ่งต้องอาศัยความมุ่งมั่นชัดเจน ในการกำหนดนโยบายในภาพรวม เพื่อถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นทางการ ผ่านกลไก และระบบของหน่วยงานที่กำกับดูแลระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบ

การกำหนดนโยบายเชิงรุกในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่มี ข้อจำกัดมากที่สุด โดยประเมินจากกลไกในการกำกับดูแลระบบและการดำเนินการที่เป็นอยู่ใน ปัจจุบันน่าจะ ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและครอบครัว

- การกำหนดสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง มีทิศทางการพัฒนาไปในแนวทางที่ ใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคม แต่ ยังมีความแตกต่างกันในรายละเอียดของวิธีการในการพิจารณาและกำหนดสิทธิประโยชน์ทาง สุขภาพ เช่น แนวทางและคณะกรรมการที่กำหนดหน้าที่พิจารณา กำหนดสิทธิประโยชน์ ทำให้ เนื้อหาของสิทธิประโยชน์สำหรับการดูแลสุขภาพมีรายละเอียดที่ต่างกัน ทั้งในรูปแบบความ คุ้มครอง องค์ประกอบของบริการ อัตราค่าใช้จ่าย และหน่วยบริการ
 - ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ จะมีข้อแตกต่างมากที่สุด โดยยังมุ่งไปที่ การจัดการสิทธิประโยชน์ในส่วนที่ต้องการกำหนดหรือจำกัดค่าใช้จ่ายของการรักษาหรือ การรักษาพยาบาลเป็นรายการเป็นหลัก โดยเฉพาะกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษามะเร็ง
 - นอกจากนั้นแม้ว่ากลไกการเบิกจ่ายตามบริการ (Fee-for-service) จะทำให้ สถานพยาบาลไม่ต้องรับความเสี่ยงทางการเงินจากการให้บริการผู้ป่วย แต่กลายเป็น ข้อจำกัดในการพัฒนาบริการ เพราะรายการให้เบิกจ่ายไม่ครอบคลุมถึงการพัฒนา บริการเชิงรุกสำหรับการดูแลต่อเนื่องระยะยาวสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรูปแบบใหม่ๆ เช่น การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ตลอดจนยาหรืออุปกรณ์และ เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการ รักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล ซึ่งอาจไม่สะดวก มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และอาจมี ต้นทุนที่สูงกว่าสำหรับโรงพยาบาลในการขยายบริการ การแก้ปัญหาความคับคั่งและ

พัฒนาคุณภาพบริการ ข้อจำกัดนี้มีน้อยกว่าในการกำหนดรูปแบบการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเอื้อให้กับสถานพยาบาลไปออกแบบระบบการให้บริการได้เอง

- การเข้าถึงบริการสำหรับกรณีโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบจะมีการกำหนดให้ต้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิ เพื่อพิจารณาอนุมัติการให้สิทธิ ตลอดจนเพื่อประโยชน์ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม แต่ละระบบหลักประกันสุขภาพมีวิธีการเครื่องมือและช่องทางเป็นของตนเอง ทำให้เมื่อผู้ป่วยมีเหตุต้องเปลี่ยนสิทธิของการรักษาพยาบาล ต้องมีการลงทะเบียนใหม่ เกิดปัญหาช่องว่างของความคุ้มครอง ผู้ป่วยหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลในระหว่างช่วงเวลาดังกล่าว 15-45 วัน แล้วแต่กรณี
 - อนึ่ง ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระบบพบว่า ขณะนี้กำลังมีความพยายามในการดำเนินการเพื่อให้ระบบลงทะเบียนสำหรับบางกลุ่มโรคเป็นระบบเดียวกัน เช่น กลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีเอดส์
 - เครือข่ายของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการของระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบมีความแตกต่างกัน ประเด็นที่อาจเป็นอุปสรรคเมื่อผู้ป่วยต้องเปลี่ยนสิทธิออกจากระบบดังกล่าว เช่น
 1. ระบบประกันสังคมมีเครือข่ายที่เป็นสถานพยาบาลภาคเอกชนจำนวนมาก นอกจากนั้น ผู้ประกันตนในระบบมักเลือกโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในเขตเมืองเป็นหลัก และให้สิทธิค่อนข้างสูงในการเข้าถึงบริการล้างไตจากหน่วยบริการภาคเอกชน
 2. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเครือข่ายการจัดบริการและการส่งต่อในระดับจังหวัดในพื้นที่นอกกรุงเทพมหานครที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 3. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ให้สิทธิไปใช้สถานพยาบาลของรัฐ โดยไม่กำหนดเป็นหน่วยบริการประจำตัว
 - กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ จะประสบปัญหาได้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ หากต้องเปลี่ยนสิทธิตามระบบในกรณีข้าราชการลาออกหรือเสียชีวิต หรือครอบครัวหมดคุณสมบัติที่สามารถใช้สิทธิฟวงได้ เช่น บิดามารดา หรือคู่สมรสของข้าราชการ ผลกระทบดังกล่าว อาจเกี่ยวข้องกับความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ผู้ป่วยไปใช้บริการอยู่ เพราะอาจไม่ใช่หน่วยบริการประจำหรือคู่สัญญาหลักของผู้ป่วยเมื่อมีการเปลี่ยนสิทธิ หรือกรณีการรักษาที่ได้รับไม่สอดคล้องหรือไม่ตรงกับสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพที่ได้สิทธิใหม่ ซึ่งอ้างอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติที่มีการรับรองไว้

- ในกรณีของระบบหลักประกันสุขภาพที่มีสิทธิต้องเลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาหรือต้นสังกัดเป็นหน่วยบริการประจำ ปัญหาที่คล้ายคลึงกันอาจเกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนสถานพยาบาลต้นสังกัด เมื่อการดูแลรักษาโรคนั้นต้องมีการส่งตัวผู้ป่วยมารักษายังสถานพยาบาลรับส่งต่อ
- อนึ่ง มีข้อสังเกตจากกรณีศึกษาในโรงพยาบาลต่างๆ พบว่า ความแตกต่างของการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงในภาพรวม อาจเกิดจากความแตกต่างของศักยภาพของหน่วยบริการที่ผันแปรไปพร้อมๆ กับการกระจายตัวของประชากรผู้มีสิทธิในแต่ละระบบตามที่ตั้งหรือภูมิภาค เช่น ผู้ป่วยในเมืองมีแนวโน้มที่จะมีสัดส่วนของผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการมากกว่าในชนบท ทำให้ไม่อาจสรุปได้ว่าความแตกต่างของการเข้าถึงบริการเกิดจากความแตกต่างของความคุ้มครองหรือสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันต่างๆ ได้ทั้งหมด
- กลไกการจัดการมีความแตกต่างกันมากใน 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากที่มาและพัฒนาการของระบบที่แตกต่างกัน ซึ่งทำให้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการไม่มีโครงสร้างที่เป็นทางการในการดำเนินการในลักษณะการจัดการระบบบริการหรือรูปแบบการดูแลสุขภาพ (Managed care) ในขณะที่ระบบประกันสังคมดำเนินการในรูปของคณะกรรมการและคณะกรรมการต่างๆ ตามที่กฎหมายให้อำนาจไว้ แต่กระนั้นโครงสร้างหน่วยงานด้านบริหารและธุรการก็ไม่ได้มีการออกแบบมาให้เอื้อต่อการจัดการระบบการซื้อบริการที่ต้องใช้ข้อมูลทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ทำให้ในภาพรวมทั้งหมด ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเกิดขึ้นภายหลังมีการกำหนดกลไกการจัดการที่ยืดหยุ่น รองรับการจัดการระบบที่ต้องใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์และข้อมูลที่ซับซ้อนได้มากกว่า
 - ระบบสารสนเทศที่ใช้อย่างมีความพร้อมใช้ในลักษณะที่แตกต่างกัน
 - ข้อกำหนดการจัดการเพื่อพิจารณาอนุมัติให้ความคุ้มครองหรือเบิกค่ารักษายาบาล เช่น การอนุมัติให้ใช้สิทธิล้างไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีขั้นตอนที่แตกต่างกัน ซึ่งทำให้เกิดช่องว่างของเวลาในการอนุมัติ และช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง
- กลไกการจ่ายเงินสำหรับบริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง แม้จะเป็นโรคเดียวกัน ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบของประเทศ ยังมีความแตกต่างกันใน 3 ประเด็นหลัก คือ
 - การกำหนดสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขการรับบริการที่แตกต่างกันส่งผลให้กลไกการจ่ายเงินมีความแตกต่างกัน
 - อัตราการจ่ายสำหรับบริการบางรายการที่เหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนด ยังมีความแตกต่างกัน เช่น อัตราค่าล้างไต หรือการเบิกค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายกรณีผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งนี้ส่วนหนึ่งมีเหตุผลมาจากกลไกการจ่ายเงินที่เป็น

หลักที่แต่ละระบบใช้เป็นการทั่วไปสำหรับบริการผู้ป่วยนอก หรือบริการผู้ป่วยใน ที่แตกต่างกัน

- วิธีการแบ่งจ่ายหรือกำหนดเวลาการจ่ายยังมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้พบว่าอาจมีเหตุมาจากศักยภาพในการจัดการข้อมูล และการจัดการการเบิกจ่ายของหน่วยงานที่รับผิดชอบแตกต่างกัน
- การจัดการด้านคุณภาพ ข้อกำหนดและมาตรฐานยังมีความแตกต่างกันในบางประเด็นที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย เช่น กรณีมาตรฐานของหน่วยบริการล้างไตเรื้อรัง ที่แม้โรงพยาบาลจะเข้าร่วมโครงการของ สปสช. ได้ แต่อาจไม่สามารถเข้าโครงการของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหรือประกันสังคมได้ เนื่องจากไม่ได้รับการตรวจรับรองจากสมาคมโรคไตฯ
- แม้ในภาพรวมข้อแตกต่างในการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง จะไม่ทำให้โรงพยาบาลจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับบริการด้วยมาตรฐานที่แตกต่างกันในส่วนที่เป็นสาระสำคัญ แต่ก็ส่งผลต่อการจัดลำดับความสำคัญในการให้บริการบางส่วน เช่น การเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการล้างไตเรื้อรังในระบบประกันสังคม การเลือกใช้อายารักษามะเร็งบางตัวสำหรับผู้ป่วยบางรายที่ไม่ต้องควบคุมแผนการรักษาตามที่เบิกจ่ายได้
- เมื่อพิจารณาตามกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง 3 กลุ่มโรคที่ใช้เป็นกรณีศึกษา พบว่ากลุ่มโรคไตวายเรื้อรัง และกลุ่มโรคเอดส์ เป็น 2 กลุ่มโรคที่มีการจัดการรองรับค่อนข้างดีในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคม
- การเทียบเคียงประเด็นที่น่าสนใจกับประสบการณ์ในต่างประเทศ สามารถนำเสนอข้อสังเกตที่สำคัญได้ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบสิ่งที่ดำเนินการในประเทศไทย กับประสบการณ์ในต่างประเทศ

ประเด็น เทียบเคียง	ประสบการณ์ในต่างประเทศ	การดำเนินการในประเทศไทย
หลักการและ นโยบาย	ใช้หลักการของการจัดการรายโรค (Disease management) เพื่อจุดมุ่งหมายในการตอบสนองความต้องการผู้ให้บริการหลายภาคส่วนและอุปสรรคจากการประสานงานของระบบการร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการเพื่อการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพการขาดความต่อเนื่องในการติดตามและป้อนกลับข้อมูลระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการเกี่ยวกับภาวะด้านสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการรักษาหรือภาวะวิกฤติของผู้ป่วยที่นำไปสู่การเกิดต้นทุนที่สูงขึ้นและภาวะแทรกซ้อนโดยไม่จำเป็น	ยังไม่มีการนำหลักการ Disease management มาใช้อย่างเป็นระบบ เป้าหมายสำคัญ ยังคงมุ่งเรื่องการเข้าถึงบริการตามมาตรฐานที่กำหนดตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดนำมาใช้ โดยใช้กลไกการจ่ายเงินเป็นแรงจูงใจหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วนตามมาตรฐานที่กำหนด แต่ยังไม่มีหลักการหรือนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาพรวม โดยเฉพาะเมื่อประชาชนผู้มีสิทธิมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพ
สิทธิประโยชน์	- กลุ่มโรคเรื้อรังทางเดินหายใจกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน กลุ่มโรคทางเดินอาหาร ส่วนบน กลุ่มสุขภาพจิต เช่น Depressive disorders กลุ่มความปวดกลุ่มความผิดปกติในผู้หญิงและเด็ก - ภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นๆ เช่น HIV infection, Hemophilia, End-stage renal diseases, Frailty in elderly patients, Ulcers and wounds, และ Fibromyalgia	การเลือกกลุ่มโรคเพื่อจัดการแยกมาจากระบบและกลไกเบิกจ่ายค่ารักษาแบบปลายปิดที่ใช้ทั่วไป มีเกณฑ์การพิจารณาที่หลากหลายสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบ แต่โดยหลักที่เห็นชัดเจนที่สุด อ้างอิงจากการดำเนินการของ สปสช. จะพยายามเน้นตามภาระโรค (Burden of disease)
เงื่อนไขของ บริการ	การจัดบริการเป็นระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ หน่วยบริการที่ให้การดูแล และศูนย์ความเชี่ยวชาญ	เน้นการให้บริการที่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง ระดับใดระดับหนึ่ง มากกว่าการเชื่อมโยงบริการทั้งหมด
กลไกการ จัดการ	1. ระบุผู้ป่วยและประเมินความเสี่ยงของประชากรซึ่งอาศัยข้อมูลจากทั้งการลงทะเบียนของประชากรและจากข้อมูลการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล 2. จัดการโดยใช้กลุ่มสหสาขาวิชาชีพ 3. ประเมินผลของบริการซึ่งมีทั้งผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ 4. เชื่อมโยงของระบบสารสนเทศเพื่อติดตามผลลัพธ์การรักษา	หลักประกันสุขภาพแต่ละระบบมีแนวทางการจัดการแตกต่างกัน และภายในระบบเดียวกันยังมีระบบหรือแนวทางในการจัดการที่ต่างกันไปตามลักษณะโรค การติดตามประเมินผลและความเชื่อมโยงของระบบสารสนเทศกับการประเมินผลยังไม่มีชัดเจน หรือพบรูปธรรมของการใช้ผลการประเมินนำไปสู่การปรับปรุงแนวทางการดำเนินการ
การติดตาม ประเมินผล	- ผลลัพธ์ทางคลินิก - ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ - คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วย	ยังไม่พบการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม สำหรับกรณีศึกษา 3 กลุ่มโรคที่เลือกมาศึกษา

3. ความเชื่อมโยงของการจัดการของระบบหลักประกันสุขภาพสู่การจัดระบบบริการของโรงพยาบาล

- การกำหนดสิทธิประโยชน์ และข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องในการจัดการระบบสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลบางส่วนที่ชี้้นำการให้มีหรือไม่ให้มีบริการสุขภาพบางอย่าง รวมทั้งการให้หรือไม่ให้บริการสุขภาพบางประเภทในโรงพยาบาล ซึ่งบางส่วนสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติที่ให้บริการผู้ป่วยโดยทั่วไปอยู่แล้ว แม้ไม่มีปัจจัยเรื่องหลักประกันสุขภาพเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น
 - การเลือกให้ยารักษาโรคมะเร็ง หรือยารักษาการติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นไปตามแผนการรักษาที่โรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายได้
 - การให้มีหรือไม่ให้มีบริการล้างไตด้วยการฟอกเลือด (Hemodialysis) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วยประกันสังคม หรือผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - การให้หรือไม่ให้บริการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis)
- โรงพยาบาลเกือบทั้งหมด ไม่ได้แยกช่องทางการเข้ารับบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลือกเป็นกรณีศึกษาตามสิทธิด้านหลักประกันสุขภาพ ยกเว้นกรณีล้างไตของโรงพยาบาลบางแห่ง
 - อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางกลุ่มมีแนวโน้มอาจไม่เลือกใช้ช่องทางตามปกติในการเข้าถึงบริการด้วยเหตุผลส่วนบุคคล เช่น ไม่ต้องให้คนในพื้นที่ทราบว่าตนเจ็บป่วยเป็นโรคอะไร
 - โรงพยาบาลบางแห่ง สามารถไม่เข้าร่วมโครงการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางกลุ่ม หรือบางบริการได้ ด้วยเหตุผลความไม่พร้อมด้านทรัพยากรบุคคลหรือสถานที่ ทำให้การดูแลผู้ป่วยอาจขาดความต่อเนื่องภายในกลุ่มผู้มีสิทธินั้นๆ หรือเมื่อต้องมีการเปลี่ยนสถานพยาบาลต้นสังกัด หรือเปลี่ยนสิทธิ เช่น การให้บริการล้างไตเรื้อรัง
- ข้อกำหนดในการให้ความคุ้มครองตามสิทธิประโยชน์บางกรณีสร้างความซับซ้อนในระบบบริการของโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลได้
 - กรณีผู้ป่วยที่ต้องล้างไตเรื้อรังที่เจ็บป่วยเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคอื่น ในขณะที่โรงพยาบาลนั้นไม่ได้เข้าร่วมโครงการในส่วนของการล้างไตเรื้อรัง
 - กรณีผู้ป่วยที่ใช้การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลจะไม่สามารถเบิกจ่ายล้างช่องท้องได้โดยตรง เนื่องจากมีการส่งน้ำยาให้กับผู้ป่วยโดยตรงที่บ้าน โรงพยาบาลต้องใช้วิธีการเฉพาะในการแก้ไขปัญหา
- กลุ่มที่เสี่ยงต่อปัญหาด้านสิทธิผู้ป่วย และความต่อเนื่องของการดูแล คือ ข้าราชการในสังกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากการเบิกจ่ายยังใช้ระบบเอกสารเป็นหลัก ซึ่งนอกจากจะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในด้านการรักษาความลับของข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว ยังมีความ

ล่าช้าในการเบิกจ่ายให้กับโรงพยาบาลผู้ให้บริการด้วย ซึ่งข้อสังเกตจากโรงพยาบาลเชื่อว่าอาจเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายสูงเมื่อเทียบกับงบประมาณหรือทรัพยากรที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งมีอยู่

- เมื่อไม่มีข้อกำหนดในการติดตามประเมินผลจากหน่วยงานที่กำกับดูแลระบบหลักประกันสุขภาพ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ จะไม่ได้มีการติดตามเก็บข้อมูลกระบวนการหรือผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยตามระบบที่มีกลไกการจ่ายเงินแยกไว้เป็นพิเศษ

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการจัดการกรณีโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง

1) หลักการและนโยบาย

1.1. กำหนดนโยบายเชิงบูรณาการของการจัดการในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ควรคำนึงถึงทั้งความครอบคลุม การเข้าถึง คุณภาพ ประสิทธิภาพและความเป็นธรรม เป็นหลักสำคัญของการกำหนด เป้าประสงค์ของผลการดำเนินการเชิงนโยบาย เนื่องจากลักษณะเฉพาะของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องการการดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่อง ร่วมกับหลักประกันสุขภาพของคนไทยที่ประกอบด้วย 3 ระบบหลักที่ประชาชนผู้มีสิทธิ มีโอกาสที่จะย้ายข้ามระบบหลักประกันสุขภาพได้ตามเงื่อนไขตามกฎหมาย และการมุ่งเน้นความคุ้มค่าและประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรซึ่งปรากฏอยู่เป็นจุดเน้นของการดำเนินการของระบบแต่ละระบบ ทั้งนี้อาจกำหนดเป็นเป้าหมายเชิงนโยบายกลางร่วมกัน ครอบคลุมประเด็นดังนี้

1.1.1. **ความครอบคลุม (Coverage)** ที่ระบุใจความสำคัญของคุณสมบัติของผู้มีสิทธิ (Eligibility criteria) ภายใต้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งอาจหมายถึง กลุ่มโรคที่จะจัดให้มีระบบการดูแล กลุ่มประชากรเป้าหมายของระบบที่มีคุณสมบัติหรือลักษณะที่สอดคล้องกัน

1.1.2. **การเข้าถึงบริการ (Access)** โดยระบุใจความสำคัญของความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (**Continuity**) ที่มุ่งเน้นทั้งการเข้าถึงบริการสำหรับผู้มีสิทธิเมื่ออยู่ในระบบหลักประกันใดระบบหนึ่ง และการไร้รอยต่อของความสามารถในการเข้าถึงบริการเมื่อมีการเปลี่ยนสิทธิ(**Portability**)

1.1.3. **คุณภาพของการดูแล (Quality)** ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานและข้อกำหนดด้านคุณภาพที่สอดคล้องกัน โดยเฉพาะข้อกำหนดหรือมาตรฐานขั้นพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน ตลอดจนการจัดการ การติดตามประเมินผลและการควบคุมให้ระบบการดูแลเป็นไปอย่างมีคุณภาพตามที่ระบุไว้ อย่างไรก็ตาม ประเด็นเพื่อพิจารณาที่อาจยังคง

ทำให้เกิดความแตกต่างกันได้บางส่วนคือตามหลักการตามที่มาของระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบ

1.1.4. **ประสิทธิภาพ (Efficiency)** ที่ระบุถึงการให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพในการจัดการ และความคุ้มค่าการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดของประเทศ นำไปเป็นหลักในการกำหนดองค์ประกอบต่างๆ ในการจัดการต่างๆ เช่น การกำหนดสิทธิประโยชน์ เป็นต้น

1.1.5. **ความเป็นธรรม (Equity)** ที่มุ่งขับเคลื่อนไปสู่ความเป็นธรรมของการให้ความสำคัญคุ้มครองของระบบหลักประกันสุขภาพในภาพรวม ที่การได้รับประโยชน์ของผู้มีสิทธิเป็นไปตามความจำเป็นทางสุขภาพ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของระบบบริการโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ตลอดจนปัจจัยเชิงสังคม ประกอบการพิจารณาด้วย

1.2. กำหนดให้มีกลไกการกำกับดูแลเชิงนโยบายที่มีบูรณาการระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งอาจมีทางเลือกในการดำเนินการได้ในหลากหลายลักษณะ เช่น

- ทางเลือกที่ 1 จัดตั้งกลไกการกำกับดูแลและบริหารจัดการแบบบูรณาการสำหรับกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยเฉพาะ สำหรับการถ่ายโอนการจัดการจากระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบมาสู่กลไกกลาง โดยกำหนดเกณฑ์พิจารณาที่เหมาะสม จัดทำระบบฐานข้อมูลและการบริหารทรัพยากร โดยเฉพาะ พร้อมโอนทรัพยากรที่เกี่ยวข้องเข้ามารวมศูนย์ในการบริหารจัดการ
- ทางเลือกที่ 2 ให้มีคณะกรรมการร่วม (Joint committee) ที่ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกัน ซึ่งอาจนำไปสู่การมีโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการระบบนี้ร่วมกัน แยกมาจากระบบปกติ
- ทางเลือกที่ 3 ให้มีคณะทำงานร่วม (Joint taskforce) ทำหน้าที่กำหนดแนวทางในด้านต่างๆ ร่วมกัน ตั้งแต่ระดับนโยบายลงมาเพื่อให้กลไกในการกำกับดูแลของระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบตามปกติ นำไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกัน

ปัจจัยบางประการที่อาจนำมาประกอบการพิจารณาทางเลือก เช่น

- พัฒนาการของการปรับปรุงกฎหมาย และกลไกกำกับดูแลของระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ ของประเทศ
- การปรับโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของส่วนราชการต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข
- บทบาทเชิงรุกของสมาคมวิชาชีพหรือสมาคมวิชาการเฉพาะด้านในกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้อง ซึ่งควรเข้ามามีส่วนร่วมในกลไกการจัดการในระดับกลุ่มโรคหรือรายโรค
- พัฒนาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดการข้อมูลและเวชสถิติ

อนึ่ง การเปรียบเทียบข้อได้เปรียบและข้อพึงระวังที่สำคัญของทางเลือกทั้งสามแสดงได้ในตารางต่อไปนี้

เปรียบเทียบ ทางเลือก	ข้อได้เปรียบ	ข้อพึงระวังที่สำคัญ
ทางเลือกที่ 1	บูรณาการระบบการจัดการทั้งหมดทำให้ ง่ายต่อการสร้างความเป็นธรรมในการ เข้าถึงบริการ และคุณภาพของการดูแล	การรวมศูนย์การจัดการ อาจเป็นการรอน สิทธิผู้ป่วยจากบางระบบอีกทั้งการขาดการ เทียบเคียงอาจบั่นทอนการพัฒนาระยะยาว และต้องการภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสูง
ทางเลือกที่ 2	ทางสายกลางในการบูรณาการกลไกและ ระบบการจัดการ เอื้อต่อการยอมรับการ เปลี่ยนแปลงได้มากกว่า	การไม่เห็นพ้องกันของกลไกกำกับดูแลของ ระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบ อาจ เป็นอุปสรรคในช่วงแรกของการดำเนินการ
ทางเลือกที่ 3	รองรับการเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์ ปัจจุบันได้มากกว่าแบบอื่นดำเนินการ เชิงเทคนิคก่อนด้านระบบและนโยบาย	การเปลี่ยนแปลงอาจเป็นแบบค่อยเป็นค่อย ไป เช่น ที่ละกลุ่มโรคที่มีความเห็นตรงกัน เป็นการยากที่จะเปลี่ยนแปลงแบบยกเครื่อง การจัดการระบบ

2) สิทธิประโยชน์

2.1. กำหนดกลไกเพื่อจัดทำหลักเกณฑ์พิจารณาสิทธิประโยชน์ที่จะจัดให้กลุ่มโรคใดเข้าอยู่ใน
เงื่อนไขของการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ที่ต้องมีการจัดการ
โดยเฉพาะ หลักการที่อาจนำมาประกอบการพิจารณา เช่น

- การวิเคราะห์ภาระโรค (Burden of diseases) ของประชาชนในประเทศว่าเป็น
กลุ่มโรคที่มีผลกระทบมาก สามารถป้องกันไม่เกิด หรือจำกัดความรุนแรงได้
จากการดูแลที่ได้มาตรฐาน
- ค่าใช้จ่ายโดยรวม และค่าใช้จ่ายเฉพาะบุคคลที่ต้องใช้เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย
ในแต่ละปี และในระยะยาว
- การสร้างมาตรฐานของการดูแลรักษาโรคนั้นๆ จากการใช้การดูแลบนพื้นฐาน
ของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based health care) โดยเฉพาะเพื่อ
บริหารจัดการการเข้าถึงบริการ ผลลัพธ์ของการดูแล ต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการใช้
บริการ
- การได้รับประโยชน์จากการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการรักษาภาวะเรื้อรัง
ของโรค โดยเฉพาะเมื่อต้องอาศัยการดูแลตนเอง ผ่านการปรับปรุงพฤติกรรม
ร่วมกับการได้รับการรักษาตามแนวทางที่ระบุไว้

- ประสิทธิภาพที่ได้จากการเลือกแนวทางในการจัดการที่คุ้มค่า สามารถควบคุมต้นทุนของการดูแล จากการลดจำนวนครั้งของการรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและจำนวนครั้งของการต้องกลับมารับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่จำเป็น หรือที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากการมีผลการรักษาที่ดี

2.2. ปรับปรุงการกำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายแต่ละกลุ่มโรคให้มีความยืดหยุ่น ทันสมัย เหมาะสมและส่งเสริมความคุ้มค่าสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มมากขึ้นกว่าการกำหนดสิทธิประโยชน์แบบหน้ากระดาน โดยเฉพาะเพื่อรองรับการนำสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยต่อไปนี้เป็นปัจจัยที่ควรนำมาประกอบการพิจารณา เช่น

- ลักษณะเฉพาะของโรคหรือกลุ่มโรคเรื้อรังนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มโรคมะเร็ง ซึ่งมีการจัดกลุ่มย่อยตามระดับความรุนแรง และการดำเนินโรคที่หลากหลาย
 - พื้นที่ภูมิสำเนาของผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลต่อการมีอยู่หรือความพร้อมของหน่วยบริการในพื้นที่ การดำรงชีวิตหรือพฤติกรรมการใช้บริการโดยภาพรวม เช่น เขตกรุงเทพมหานคร เขตเทศบาลหรือนอกเขตเทศบาลในส่วนภูมิภาค
 - ลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัวอื่นๆ
- ทั้งนี้การดำเนินการอาจทำในรูปของคณะกรรมการที่ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในกลุ่มโรคนั้น รวมถึงสมาคมวิชาชีพและกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

2.3. ติดตามประเมินผล และทบทวนสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้เป็นระยะ เพื่อปรับปรุงให้สอดคล้องกับหลักการ 5 ประการสำคัญ ที่ระบุไว้แล้วในข้อ 1.1.1 – 1.1.5 และเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการติดตามคุณภาพและการเข้าถึงบริการต่อไป (ข้อ 5)

3) คุณลักษณะและเงื่อนไขบริการ

3.1. ทบทวนและพัฒนาแนวทางหรือข้อแนะนำในการดูแลทางเวชปฏิบัติของระบบหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ร่วมกันเพื่อที่จะใช้เป็นหลักในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ให้อยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-base) ในด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ร่วมกับข้อแนะนำในการจัดบริการสุขภาพที่คำนึงถึงศักยภาพและข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพภายในประเทศ ให้สามารถปฏิบัติได้จริง ชี้นำการพัฒนากระบวนการบริการ ในขณะที่ไม่สร้างความคาดหวังเกินความเป็นจริงให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิและผู้ป่วยที่ใช้บริการ

- 3.2. ทบทวนและปรับปรุงข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้ให้บริการหรือหน่วยบริการ ที่มุ่งเน้นการประกันคุณภาพมาตรฐาน โดยหน่วยงานกลางที่เป็นที่ยอมรับ กำหนดระบบประเมินและรับรองคุณภาพของหน่วยบริการที่จะเข้าสู่ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงให้เป็นแนวทางเดียวกัน กำหนดระดับที่ยอมรับได้ พร้อมจัดให้มีการทำแผนที่เพื่อการพัฒนา (Development roadmap) สำหรับหน่วยบริการที่ยังขาดความพร้อมที่ผ่านระดับที่ยอมรับได้ ไปสู่ระดับที่ควรจะเป็น ซึ่งครอบคลุมแผนสำรองสำหรับการส่งต่อหรือโอนย้ายผู้ป่วยกรณีที่ไม่สามารถให้บริการได้ไว้ด้วย
- 3.3. กำหนดประเด็นสำคัญด้านศักยภาพในการดูแลตนเอง (Self-care) ของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ส่งเสริมให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลกำหนดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อยกระดับศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่อยู่ในความดูแลของแต่ละหน่วยบริการในประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกลุ่มโรคเรื้อรังดังกล่าวเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติหรือติดตามการรักษา
- 3.4. กำหนดประเด็นสำคัญ (Critical issues) หรือประเด็นควบคุม (Control point) จากคุณลักษณะและเงื่อนไขการบริการที่ระบุไว้ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการติดตามคุณภาพและการเข้าถึงบริการต่อไป (ข้อ 5)

4) กลไกการจัดการ

- 4.1. ให้มีการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการเชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เฝ้าต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยประสานให้เป็นระบบเดียวกัน หรือใช้ระบบฐานข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเดียวกัน เพื่อให้การได้รับสิทธิสามารถติดตัวผู้ป่วยไปเสมอ (Portability) ป้องกันช่องว่างสำคัญเมื่อผู้ป่วยหรือสถานพยาบาลต้องดำเนินการแจ้งและ/หรือตรวจสอบคุณสมบัติก่อนการใช้สิทธิ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์ 2 ประเภท คือ
 - เมื่อผู้ป่วยต้องเปลี่ยนสิทธิหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ซึ่งกรณีที่มีักพบว่า มีช่องว่างของการได้รับความคุ้มครองของระบบหลักประกันสุขภาพ ได้แก่
 1. จากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สู่ประกันสังคม เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจ้างงานในสถานประกอบการเอกชน
 2. จากประกันสังคม สู่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อผู้ป่วยออกจากงาน
 3. จากสวัสดิการข้าราชการ สู่ประกันสังคม เมื่อผู้ป่วยผู้เคยใช้สิทธิพ่วงเข้าสู่ระบบการจ้างงานในสถานประกอบการเอกชน

4. จากสถิติการข้าราชการ สู่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อผู้ป่วยผู้เคยใช้สิทธิ พวงกับข้าราชการเสียสิทธิไป เนื่องจากข้าราชการผู้ถือสิทธิหลัก ลาออกหรือ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยบรรลุนิติภาวะ

- เมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการหลักประจำตัวหรือหน่วยบริการคู่สัญญา ภายใต้ ระบบหลักประกันสุขภาพเดียวกัน แต่ความคุ้มครองเมื่อการเข้ารับบริการต้องอาศัย ระบบการส่งตัว หรือการรับรองจากหน่วยบริการประจำตัวหรือหน่วยบริการคู่สัญญา ซึ่งอาจพบได้ในกรณีตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งผู้ป่วยต้องการการดูแลต่อเนื่องตาม แผนการรักษาในช่วงเวลาหนึ่ง อาจต้องได้รับการรักษาที่ต้องมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย จากหน่วยบริการประจำตัวของผู้ป่วยด้วยเหตุใดเหตุหนึ่ง

4.2. ปรับกระบวนการประกันคุณภาพหน่วยบริการที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่าย สูง ให้ดำเนินการด้วยข้อกำหนดมาตรฐานเดียวกันตามที่ระบุไว้ในเงื่อนไขบริการ โดย หน่วยงานกลางที่เป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะกรณีต่อไปนี้

- มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ที่การดูแลผู้ป่วยควรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ
- การดูแลตามข้อแนะนำสำหรับเวชปฏิบัติ มีโอกาสที่อาจต้องใช้ยานอกบัญชียาหลัก แห่งชาติ หรือยาที่อยู่ในบัญชีควบคุมพิเศษที่การสั่งใช้ต้องได้รับการประเมินจาก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- มีประเด็นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่การดูแลรักษาพยาบาลที่ไม่เป็นตาม มาตรฐาน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายรุนแรงถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตได้
- กรณีหน่วยบริการยังอาจขาดความพร้อมบางส่วนในมาตรฐานที่ไม่ใช่ประเด็นวิกฤติ ควรให้มีการจัดทำแผนปรับปรุงในระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งรับรองโดยหน่วยงานต้น สังกัด หรือผู้บริหารที่มีอำนาจกำกับดูแลหน่วยบริการนั้น

4.3. พัฒนาการให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จ ซึ่งต้อง อาศัยความร่วมมือของผู้ให้บริการในพื้นที่ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบการปฏิบัติที่ดี ระหว่างกันเป็นกระบวนการทำงานที่สำคัญ

4.4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลการจัดการรายโรค ที่สามารถวิเคราะห์และประมวลสารสนเทศอัน เป็นประโยชน์ในการติดตามการดูแลรักษาระยะยาวตามข้อแนะนำสำหรับเวชปฏิบัติ ผ่าน เครือข่ายระบบสารสนเทศทางไกล เพื่อเป็นสารสนเทศให้กับหน่วยบริการและผู้ป่วยให้ สามารถใช้ในการติดตามการดูแลรักษาระยะยาว ตลอดจนเป็นเครื่องมือเพื่อเสริมศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย หรือเป็นแหล่งข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

สำหรับหน่วยบริการที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน

- 4.5. ติดตามประเมินผลการจัดการกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทบทวนและปรับปรุงระบบเป็นระยะ

5) กลไกการจ่ายเงิน

- 5.1. จัดกลุ่มระบบการดูแลโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ตามรูปแบบ (Pattern) ของการดูแลรักษาพยาบาลและการใช้บริการของผู้ป่วย เพื่อออกแบบกลไกการจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องให้มีรูปแบบที่เป็นมาตรฐานและเป็นระบบสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังแต่ละประเภท

ข้อมูลจากกรณีศึกษา 3 กลุ่มโรคในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มไตวายเรื้อรัง และกลุ่มเอชไอวีเอดส์ ซึ่งให้เห็นถึงรูปแบบของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง 3 รูปแบบที่ต่างกัน และอาจนำมาใช้กำหนดแนวทางสำหรับกลุ่มโรคอื่นๆ ต่อไปได้ คือ

- กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความหลากหลายสูง คือ กลุ่มโรคที่มีแนวทางการรักษาตามแผนการรักษาที่ประกอบด้วยการตรวจวินิจฉัย การให้ยาและการรักษาในรูปแบบอื่นๆ ตามแนวทางหรือข้อแนะนำสำหรับเวชปฏิบัติอย่างผสมผสาน ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญในการใช้ดุลยพินิจประกอบการดูแลรักษาแต่ละขั้นตอนสูง เช่น กรณีกลุ่มโรคมะเร็ง ทั้งนี้การดูแลรักษาแม้จะต้องใช้ระยะเวลายาวนาน แต่ผู้ป่วยอาจหายขาดหรือเข้าสู่ช่วงที่โรคสงบได้ กลุ่มโรคที่อาจเข้าหลักเกณฑ์คล้ายกันนี้ เช่น กลุ่มโรคภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง (Autoimmune diseases)
- กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีแบบแผนการดูแลชัดเจน คือ กลุ่มโรคที่มีแนวทางการรักษาตามแผนการรักษาที่ประกอบด้วยการตรวจวินิจฉัย การให้ยาและการรักษาในรูปแบบอื่นๆ ตามแนวทางหรือข้อแนะนำสำหรับเวชปฏิบัติ ซึ่งมีข้อแนะนำตามสถานะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีตัววัดที่ชัดเจน เพื่อประกอบการตัดสินใจ หรือการส่งต่อ เช่น กรณีกลุ่มโรคเอดส์และกรณีการปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักต้องการการดูแลตามมาตรฐานให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การดื้อยาหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือพัฒนาการของโรคไปสู่ภาวะที่รุนแรงขึ้น รักษายากและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นอีก กลุ่มโรคอื่นๆ ที่อาจเข้าเกณฑ์นี้ เช่น เบาหวาน และกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

- กลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลเฉพาะเรื่อง คือ กลุ่มโรคที่การดูแลรักษาเป็นการตรวจวินิจฉัย การรักษาหรือการทำหัตถการสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง ที่เป็นการให้บริการแบบเจาะจงประเภทและชนิดของการบริการ ให้ซ้ำๆ แก่ผู้ป่วยเป็นระยะ เช่น กรณีการล้างไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งอาจไม่ใช้การรักษาเพื่อควบคุมโรค แต่การดูแลรักษาต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และได้คุณภาพ

5.2. ออกแบบอัตราาราคา และเงื่อนไขการแบ่งจ่ายให้สอดคล้องกับประเภทของกลุ่มโรคข้างต้น ให้เป็นแนวทางที่สอดคล้องหรือคล้ายคลึงกัน สำหรับกลุ่มโรคในประเภทเดียวกันในอนาคต เพื่อลดความหลากหลายในการจัดการ ลดภาระในการปฏิบัติตามเงื่อนไข ให้กับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หากขยายระบบไปสู่กลุ่มโรคอื่นๆ ในอนาคต

5.3. ปรับปรุงระบบการส่งข้อมูลเพื่อประกอบการเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน มุ่งเน้นข้อมูลเท่าที่จำเป็นเพื่อกำกับดูแลการปฏิบัติ และติดตามประเมินคุณภาพในประเด็นสำคัญหรือประเด็นควบคุมที่ได้กำหนดไว้

5.4. กรณีโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงบางกลุ่มที่ต้องการการดูแลซับซ้อน เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวข้องกับหัวใจและหลอดเลือด หรือกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ จำเป็นต้องติดตามและพัฒนารูปแบบกลไกการจ่ายเงิน หรือการตามจ่ายค่ารักษาพยาบาล ให้สามารถรองรับการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วม (Co-morbidity) ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการไปรับการดูแลรักษาโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่เป็นโรคหลักที่หน่วยบริการที่ไม่ใช่หน่วยบริการต้นสังกัด หรือหน่วยบริการคู่สัญญา ให้เกิดความเป็นธรรมและไม่เป็นภาระแก่หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเพื่อดูแลโรคหลักของผู้ป่วย

6) การติดตามคุณภาพและการเข้าถึง

6.1. หน่วยงานผู้รับผิดชอบควรใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลที่มี กำหนดตัววัดผลการดำเนินการ เพื่อติดตามคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ครอบคลุมถึงความต่อเนื่องของการดูแลรักษาพยาบาลที่ประชาชนผู้มีสิทธิพึงได้รับจากการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังราคาแพง อย่างน้อยในเรื่องที่เป็นประเด็นสำคัญ หรือประเด็นควบคุมที่มีการกำหนดไว้ เพื่อติดตามประเมินผลในภาพรวมของแต่ละแผนงานว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่มุ่งหมายไว้ได้ รวมถึงติดตามตัววัดที่ระบุภาวะแทรกซ้อน หรือความเปี่ยงเบนของผลการรักษาของกลุ่มโรคเรื้อรังในระบบการจัดการ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพื่อประเมินประสิทธิผลของการดูแล

- 6.2. ควรติดตามศึกษาเจาะลึกประเด็นที่มีความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยหรือการให้การดูแลรักษาที่เร็วเกินไป หรือก่อนเวลาที่เหมาะสม หรือโดยบุคลากรที่ขาดคุณสมบัติที่เหมาะสม อันเนื่องมาจากระบบจัดการโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงอาจกระตุ้นให้เกิดการให้บริการที่เกินจำเป็นได้ เช่นที่มีผู้กล่าวถึงกรณีสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการล้างไต ทั้ง 3 ระบบ
- 6.3. ให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงคุณภาพแก่หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ พร้อมแนะนำหรือกำหนดมาตรการปรับปรุง (ถ้ามี) รวมถึงใช้เป็นสารสนเทศประกอบการประเมินคุณภาพ หรือทบทวนสัญญาการบริการของหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลดังกล่าวในระยะต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

- 1) รูปแบบการให้บริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง
 - a. พฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ป่วย
 - b. ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการให้บริการกับหน่วยบริการ รวมถึงการไม่ใช้หน่วยบริการประจำหรือใช้หน่วยบริการหลายแห่ง (Shopping-around pattern) กับการได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และผลลัพธ์ต่อสุขภาพ
 - c. ความเหมาะสมของการให้บริการในหน่วยบริการระดับต่างๆ และผลต่อการได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และผลลัพธ์ต่อสุขภาพ
- 2) การศึกษาความครอบคลุม การเข้าถึง คุณภาพ ประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบันจากฐานข้อมูลจริงของระบบหลักประกันสุขภาพหรือหน่วยบริการในเชิงลึก และเชิงกว้าง ในกลุ่มโรคที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูงที่มีความเสี่ยงต่อผลดำเนินการ 5 ประการดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการดำเนินการปรับระบบการดูแลในรายละเอียด
- 3) การติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงการจัดการ และศึกษารูปแบบการจัดการบริการในพื้นที่เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวปฏิบัติที่ดี มุ่งเน้นตามเป้าประสงค์เชิงนโยบาย 5 ประการที่จะระบุไว้แล้วข้างต้น

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการแพทย์. (2554) “ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน.” 9 กันยายน 2554.

คณะกรรมการการแพทย์. (2554) “ประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ตาม พรบ.ประกันสังคม พ.ศ.2533 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (การรักษาและเรื่อง).” 20 กรกฎาคม 2554.

คณะกรรมการการแพทย์. (2554) “แนวทางการรักษาโรคมะเร็งและอัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาล แนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน.” 20 กรกฎาคม 2554.

คณะกรรมการแพทย์. (2549) “ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ HIV และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์.” 8 ธันวาคม 2549.

จงกล เลิศเชิธรดำรง, วุฒิพันธ์ วงษ์มงคล, หทัยชนก สุมาลี, ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล, วัฒนชัย จุฑามรรณะ, พีระมน นิงสานนท์, พินธุสร เหมพิสุทธ์ และคณะ. (2553) รายงานวิกฤตเศรษฐกิจ 2551-2552 กับระบบสุขภาพและสุขภาพของคนไทย. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. (2551) รายงานการวิจัยโครงการศึกษาและจัดทำข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการซื้อบริการสุขภาพแนวตั้งของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณรร ชัยญาคูณาพฤกษ์, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, ปิยะเมธ ดิลกธรสกุล. (2552) การประเมินการใช้ยา ก่อนและหลังการเบิกจ่ายตรงของสวัสดิการข้าราชการในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ในจังหวัดพิษณุโลก. ศูนย์วิจัยผลลัพธ์ทางเภสัชกรรมคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2552). เรียนรู้ดูงานระบบบริการสุขภาพประเทศอังกฤษสู่การพัฒนาในประเทศไทย. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. มี.ค.-มิ.ย.; หน้า 62-69.

วิรัช เกษมทรัพย์, ปิยะธิดา จิ่งสมาน, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, จงกล เลิศเชิธรดำรง, กนกพร ปู่ผ้า. (2552) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาระบบการให้บริการล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.).

วีระศักดิ์ พุทธาศรี. (2551). รายงานฉบับสมบูรณ์ชุดโครงการประเมินผล โครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง (Excellence Center) ด้านโรคมะเร็งภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2555). รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553). พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2552) สุขภาพคนไทย 2552. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อมรินทร์พรินติ้งและพับลิชชิ่ง จำกัด.
- สุคนธา คงศีล และคณะ. (2552). ชุดโครงการวิจัยการประเมินระบบบริการของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
- สัมฤทธิ์ ศรีธารงสวัสดิ์และคณะ. (2552) รายงานประเมินผลการวิจัยประเมินผลรูปแบบการจ่ายเงินเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข กรณี: กองทุนตามเกณฑ์ศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (On Top) กองทุนโรคเรื้อรัง กองทุนแพทย์แผนไทย. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555) “การจัดบริการฟอกเลือดด้วยไตเทียม” ในคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 เล่ม 1 การบริหารบบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; หน้า 11-12.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555) คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 เล่ม 3 การบริหารบบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; หน้า 33-44.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555) “ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือด” ใน คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555 เล่ม 3 การบริหารบบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง, กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์; หน้า 39-40.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555) “ค่าบริการปลูกถ่ายไต” ใน คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555 เล่ม 3 การบริหารบบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์; หน้า 51-61.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555) “สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวี” ใน คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555 เล่ม 2 การบริหารบบบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารบบบริการผู้ป่วยวัณโรค, กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์; หน้า 9-30.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555) “อัตราการจ่ายค่าบริการรักษาผู้ป่วยเอชไอวี” ใน คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555 เล่ม 2 การบริหารบบบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารบบบริการผู้ป่วยวัณโรค, กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์; หน้า 59-64.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555) “รายชื่อห้องปฏิบัติการ” ใน คู่มือบริหารงบกองทุน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555 เล่ม 2 การบริหารบบบริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารบบบริการผู้ป่วยวัณโรค, กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์; หน้า 125-134.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554) คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554) “ประกาศ เรื่อง การบริหารจัดการโครงการโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง.” 23 มีนาคม 2554.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554) “แนบท้ายประกาศ เรื่อง การบริหารจัดการโครงการมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (การจ่ายค่าตอบแทนการให้บริการ).” 23 มีนาคม 2554.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553) “ประกาศ เรื่อง แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตาม Protocol (ภาคผนวก ตารางสรุปโปรโตคอลมะเร็ง).

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552) “ประกาศ เรื่อง คุณสมบัติของหน่วยบริการที่เข้าเกณฑ์การให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง.” ตุลาคม 2552.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2549) “ประกาศ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะทางระดับตติยภูมิ มะเร็งโลหิตวิทยา.” 14 กุมภาพันธ์ 2549.

อินทรา ยมาภัย, อุดุลย์ โมฮารรา, วันดี กริชอนันต์, คัดนางค์ ไชยศิริ, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ยศ ตีระวัฒนานนท์. (2552) รายงานผลการวิจัยการประเมินผลกระทบจากมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาในประเทศไทยระหว่างปี 2549-2551. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยเพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

Commission for Health Improvement. (2001). National Service Framework Assessment No1: NHS CancerCare in England and Wales, London.

Expert Advisory Group on Cancer. (1995). A Policy Framework for Commissioning Cancer Services, London.

Georgetown University. (2004). Disease Management Programs: Improving Health while Reducing Costs?. Available on-line at <http://hpi.georgetown.edu/agingsociety/pubhtml/management/management.html>. (Accessed on 11 June 2012)

Improving Chronic Illness Care. (2007). ‘The Chronic Care Model’. Available at:

[www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The Chronic Care Model&s=2](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2)

(Accessed on 17 June 2012)

Klees BS, Wolfe CJ, Curtis CA. (2011). Brief summaries of medicare&medicaid. Title XVIII and Title XIX of The Social Security Act. Available at:

<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/MedicareMedicaidStatSupp/Downloads/2011BriefSummaries.pdf> (Access on 22 June 2012)

Lee SS. (2006) Case management resource guide: disease state management and case management—new horizons for healthcare. Available on-line at

www.cmrg.com/dminroduction.htm. (Accessed on 26 June 2012)

New York State Department of Health. (2003). New York State Comprehensive Cancer Control Plan -Strategic Directions for New York State 2003-2010. New York State Department of Health: New York.

Health & Social care and information centre. Available on-line at <http://systems.hscic.gov.uk/>. (Accessed on 10 May 2013)

Raney, G.(2003). Disease management. In: Rossi, PA. Case Management in Health Care. 2nd Edition. Philadelphia: Saunders: 511-523.

Rosen R, Asaria P, Dixon A. (2007). Improving chronic disease management An Anglo-American exchange. Available at: <http://www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=7283> (Accessed on 26 June 2012)

Sekhri NK. (2000). Managed care: the US experience. Bulletin of the World Health Organization. 78(6): 830-844.