

รายงานการศึกษา
เรื่อง
การวิจัยเพื่อปฏิรูประบบสวัสดิการ
รักษาพยาบาลของข้าราชการ
ระยะที่สอง 2540 - 2541



วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร MD. PhD.
จงกล เลิศเอียรดำรง MD. DHA.
สุชาติ สรณสถาพร MD. FRCP.

W
74
22375
2542
ณ2

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

26 มิถุนายน 2542

เลขที่	
เลขที่	5055/92
วันที่	21 เดือน IV ปี 42

รายงานการศึกษาเรื่อง
การวิจัยเพื่อปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ
ระยะที่สอง 2540 - 2541

โดย...

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร MD.PhD.

จกมล เลิศเกียรติดำรง MD.DHA.

สุชาติ สรณสถาพร MD FRCP.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

26 มิถุนายน 2542

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

รายงานการศึกษาเรื่อง การวิจัยเพื่อปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการระยะที่สอง
2540-2541.--นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542.

221 หน้า.

1. สวัสดิการในโรงพยาบาล. 2. สวัสดิการข้าราชการ I. ชื่อเรื่อง.

362.10425

ISBN 974-299-007-7

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	4
ABSTRACTS.....	5
1. ความเป็นมา	6
2. เป้าหมายการปฏิรูป	6
3. ระยะเวลาดำเนินการ	6
4. นโยบายของกระทรวงการคลัง	7
5. โครงสร้างของรายงานฉบับนี้	8
บทที่ 2 วัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการ.....	9
1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	9
2. กรอบความคิดการวิจัย (CONCEPTUAL FRAMEWORK)	9
3. ระเบียบวิธีวิจัย	9
3.1 วิธีทำงาน	10
3.2 ขั้นตอนดำเนินการ	10
บทที่ 3 การปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุข.....	13
1. ประสบการณ์ต่างประเทศ	13
2. เป้าหมายการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (REFORM GOALS).....	13
3. หลักการปฏิรูป	14
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	16
1. ทางเลือกวิธีการจ่ายเงินบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	16
1.1 หลักการ	16
1.2 วิธีการจ่ายบริการผู้ป่วยนอก	16
1.3 วิธีการจ่ายบริการผู้ป่วยใน	16
2. วัตถุประสงค์เชิงนโยบาย (POLICY OBJECTIVES)	17
3. วิเคราะห์ความสามารถในการบรรลุวัตถุประสงค์ เชิงนโยบาย ของทางเลือกวิธีการจ่ายเงิน	18
3.1 กรณีผู้ป่วยนอก	18
3.2 กรณีผู้ป่วยใน	19
4. ข้อประเด็นเชิงปฏิบัติการ (OPERATION LEVEL ISSUES)	20
5. การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร (MIS DEVELOPMENT)	21
6. สาระสำคัญของร่างพรบ. กองทุนสุขภาพข้าราชการ	21
7. การวิเคราะห์ความเห็น และจุดยืนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (POLITICAL MAPPING)	22

บทที่ 5	วิกฤตเศรษฐกิจ 2540 กับการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ.....	33
1.	สถานการณ์งบประมาณ 2541.....	33
2.	วิธีดำเนินการในปี 2541.....	33
บทที่ 6	วิธีการทำงานของการวิจัยเพื่อปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ.....	35
1.	สรุปวิธีทำงาน	35
2.	ผลดำเนินการในด้านกระบวนการ (PROCESS).....	35
3.	บทเรียนที่ได้รับ.....	38
3.1	เนื้อหาการปฏิรูป (reform content)	39
3.2	กระบวนการปฏิรูป (reform process).....	39
3.3	บริบทของการปฏิรูป (reform context).....	40
เอกสารอ้างอิง		41

สารบัญภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1	ผลกระทบทางการเงินของทางเลือกการปฏิรูปวิธีการจ่ายค่ารักษายาบาลตามกลุ่มอายุ สำหรับบริการผู้ป่วยนอก 7 วิธี (36 หน้า)
ภาคผนวกที่ 2	แนวทางปฏิบัติสำหรับการจ่ายเงินบริการผู้ป่วยนอก 7 วิธี (5 หน้า)
ภาคผนวกที่ 3	การปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยนอก ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (6 หน้า)
ภาคผนวกที่ 4	(ร่าง) คู่มือการดำเนินการปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (10 หน้า)
ภาคผนวกที่ 5	การปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ : การบริหารการเงิน 1 (15 หน้า)
ภาคผนวกที่ 6	การปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ : การบริหารการเงิน 2 (12 หน้า)
ภาคผนวกที่ 7	สรุปการประชุม คณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการปฏิรูปฯ ครั้งที่ 4/2540 วันที่ 6 สิงหาคม 2540 (4 หน้า)
ภาคผนวกที่ 8	แผนปฏิบัติการสารสนเทศโครงการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (20 หน้า)
ภาคผนวกที่ 9	หลักการ สาระสำคัญ ของพระราชบัญญัติ กองทุนสุขภาพข้าราชการ พ.ศ. ... (9 หน้า)
ภาคผนวกที่ 10	political mapping for CSMBS policy reform (5 หน้า)
ภาคผนวกที่ 11	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ: วิกฤตงบประมาณปี 2541 และการปฏิรูประบบในปี 2542-44 (24 หน้า)
ภาคผนวกที่ 12	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ: มาตรการดำเนินงานในปี 2541 (6 หน้า)
ภาคผนวกที่ 13	พระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2541 (3 หน้า)

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุน เงินทุนวิจัยในครั้งนี้ กรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ต่อทิศทางการวิจัยเพื่อการปฏิรูปครั้งนี้

2. คณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการวิจัยเรื่อง การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ระยะที่สอง ทุกท่าน สำหรับความร่วมมืออันดีในการทำงานครั้งนี้

- คุณมณีนมัย วุฒิธรเนติรักษ์ กรมบัญชีกลาง ประธานคณะกรรมการ
- คุณพรชัย นุชสุวรรณ สำนักงบประมาณ
- นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ กระทรวงสาธารณสุข,
- คุณสุทธิ รจิตรังสรรค์ บริษัท American International Assurance,
- คุณณรงค์ พยุงพงศ์ (ถึงแก่กรรม) กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม,
- คุณศรีพนม บุญนาค สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน
- คุณกรรณิการ์ เอกเผ่าพันธุ์ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง,
- คุณอรทัย อธิวิบูลย์กุล สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ,
- รศ.นพ.วีระศักดิ์ จงสูวิธมนวงศ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
- รศ.ดร.มัทนา พนานิรามัย สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย,
- รศ. ศุภชัย ยาวะประภาส คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- รศ.พญ.ลักษณา โพนกุล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ,
- รศ.นพ.สุชาติ สรณสถาพร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ,
- ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- นพ.ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญไทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร,
- ดร. สุวณัฏฐ์ สุรเสียงสังข์ คณะพาณิชย์ศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- คุณงามจิตต์ จันทร์สาธิต สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นอกจากนี้ ยังมีนักวิชาการ นักบริหาร ที่ไม่ได้เป็นกรรมการฯ แต่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ได้แก่

นพ. สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์ สำนักงานประกันสังคม, อาจารย์ สุคนธา คงศีล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, นพ. สุรเดช วลีอิทธิกุล สำนักงานประกันสังคม

3. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ในฐานะหน่วยงานเจ้าของเรื่อง ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเพื่อการปฏิรูปครั้งนี้ เป็นอย่างดี, ผู้ประสานงานจังหวัด 5 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ กระบี่ พิษณุโลก บุรีรัมย์ และพระนครศรีอยุธยา สำหรับการเก็บข้อมูลคำรักษาพยาบาล ใน 5 จังหวัดดังกล่าว

4. คุณชลลดา สิทธิทูลย์ ผู้ประสานงานโครงการวิจัย ที่มีส่วนอย่างมาก ในการอำนวยความสะดวก เพื่อให้การดำเนินการวิจัย การประชุม การประสานงาน เป็นไปด้วยดี

5. Dr Aviva Ron ผู้เชี่ยวชาญ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ และ Mr Andrew Creese นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข แห่งองค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็น external peer review ของโครงการวิจัยนี้

ผู้วิจัยเห็นว่า โครงการวิจัยนี้ จะเป็นแม่บทของการปฏิรูปการคลังระบบสาธารณสุขของประเทศไทยต่อไป ดังนั้นความร่วมมือจาก ผู้มีรายนามข้างต้น จะเป็นคุณูปการต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขของไทยต่อไป ในระยะยาว

Abstracts

The Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) covers government employee, pensioners and their dependants (spouse, parents and three children under 18), financed by government budget, managed by Ministry of Finance Comptroller Generals Department (CGD). Provider are paid by fee for service and retrospective reimbursement model. Almost no copayment by beneficiaries in public ambulatory and inpatient care, but there is approximately 50% copayment for inpatient care in private hospitals. The major problem is cost escalation at 14% per annum in nominal term during 2532-40BE (1989-97AD).

The objective of this study is to introduce changes in the provider payment mechanism from current fee for service to a closed end payment, from reimbursement to a contract model. Methodologies comprise of international literature review of payment mechanism, primary data collection on charges per visit and per cases, synthesis from existing database of previous morbidity and health seeking behaviour surveys among current officers and pensioners in 2538 (1995) and insurance mathematics exercises. Results of these works are fed into the CSMBS Reform Committee comprised of key stakeholders such as CGD, Civil Service Commission, NESDB, Bureau of Budget, Ministry of Public Health and experts in hospital management and insurance mathematics.

Seven payment methods for ambulatory care (1. Status quo- fee for service – reimbursement model, 2. Status quo plus copayment, 3. Termination of ambulatory package and replaced by active health promotion, 4. Maximum household liability, 5. Maximum scheme liability, 6. Age adjusted capitation, and 7. Global budget and point system) were proposed.

Six methods for inpatient care were proposed (1. Status quo- fee for service reimbursement model, 2. Per diem, 3. Payment by Diagnostic Related Group, 4. Global budget based on previous year caseload, 5. Age adjusted capitation, 6. Global budget and using DRG relative weight as casemix indicator for allocation).

Nine policy objectives were listed (1. accessibility, 2. consumer satisfaction, 3. choices, 4. technical efficiency, 5. allocative efficiency, 6. ability of cost containment, 7. quality of care, 8. continuity of care and 9. promotion of primary medical care

Two round of Delphi consensus was used to choose the best payment for ambulatory care – age adjusted capitation was chosen unanimously. By simple consensus, global budget and DRG was adopted as the best payment for inpatient care by Reform Committee.

Technical working papers were prepared for the operational level of the reform, including management information, development of beneficiary database, financial management, etc. In addition, a draft Act on Civil Servant Health Fund was finalized with consultation from the Office of the Council of State.

Unfortunately, the economic crisis in mid 2540BE (1997) led to the decision by CGD not to take reform recommendation by the Committee, but to take short term measures mainly introduction of copayment for non-essential drugs, private room and board for admission beyond 13 days, termination the use of private inpatient care except the cases of life threatening accidents and emergencies. This short term solution was promulgated through Cabinet Resolution on February 3, 2541BE and amendments of the Royal Decree in August 2541BE.

Several lessons were drawn in three aspects: reform content, process and context. Main factor contributed to failure of getting through is the lack of reform champion in CGD and too little communication with the general public.

บทที่หนึ่ง ประวัติความเป็นมา

1. ความเป็นมา

โครงการวิจัยเพื่อการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการระยะที่หนึ่งนั้น เป็นงานวิจัยที่ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2538-39 ลักษณะงานวิจัยเป็นงานวิจัย และพัฒนานโยบายการปฏิรูป ไปในตัว โดยความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดของนักวิจัยในสถาบันฯ กับผู้กำหนดนโยบาย ที่สำคัญได้แก่ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม รวมทั้งนักวิชาการในมหาวิทยาลัย เป็นต้น ในระยะที่หนึ่งนี้ มีผลงาน 2 ส่วนหลักได้แก่

1. งานวิจัย ปฐมภูมิ โดยนักวิจัยของสถาบันดำเนินการหลัก ได้แก่
 - การวิเคราะห์และทำนายแนวโน้มรายจ่ายของสวัสดิการนี้
 - การวิเคราะห์เพื่อประเมินปัญหาการใช้บริการในรพ.เอกชน กรณีศึกษาจังหวัดหนึ่ง
 - การประมาณการรายจ่ายเพื่อการบริหารจัดการ (administrative cost) ของสวัสดิการรักษายาบาล
 - การสำรวจภาวะความเจ็บป่วยและการใช้บริการของข้าราชการและบุคคลในครอบครัว 2538
 - การสำรวจภาวะความเจ็บป่วยและการใช้บริการของข้าราชการบำนาญและคู่สมรส 2538
2. งานพัฒนานโยบาย โดยการระดมสมอง การประชุมปรึกษาหารือในคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการปฏิรูป โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แต่งตั้งกรรมการที่ปรึกษาโครงการปฏิรูป 10 ท่าน นักวิจัยของสถาบันเป็นเลขานุการคณะกรรมการ

2. เป้าหมายการปฏิรูป

ที่ประชุมคณะกรรมการ ที่ปรึกษา ได้วิเคราะห์และมีฉันทามติ เกี่ยวกับเป้าหมายของการปฏิรูป ดังนี้

ก. การปฏิรูป ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ เป็นองค์ ประกอบหนึ่งของการปฏิรูประบบสาธารณสุขในประเทศไทย เป้าหมายการปฏิรูประบบสาธารณสุขก็คือ การนำไปสู่ระบบสาธารณสุข ที่มีประสิทธิภาพ, เกิดความเสมอภาคระหว่างกลุ่มคนต่าง ๆ, บริการการแพทย์และสาธารณสุข มีมาตรฐาน และมีคุณภาพดี เชื่อถือได้

ข. การปฏิรูป ระบบ สวัสดิการฯ จึงมีเป้าหมายการปฏิรูป ที่สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศไทยโดยรวม และมีเป้าหมายเฉพาะคือ สามารถควบคุมอัตราเพิ่มของค่าใช้จ่ายของสวัสดิการนี้ได้ ข้าราชการ และบุคคลในครอบครัว มีส่วนร่วมในการรักษาสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการปฏิรูประยะยาวในอนาคต ไปสู่การออมทรัพย์เพื่อการรักษายาบาล (Saving scheme) ซึ่งอาจจะเชื่อมโยงกับกองทุนบำเหน็จกลาง หรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ในอนาคตระยะยาวต่อไป

ค. การ ปฏิรูป ระบบสวัสดิการฯ มีเป้าหมายที่สำคัญ คือ การลดช่องว่างของ ความไม่เสมอภาคในด้านการคลังสาธารณสุข (health financing inequity) เมื่อเปรียบเทียบกับ ระบบการประกันสุขภาพ การสวัสดิการที่คุ้มครองคนไทยกลุ่มอื่น ๆ ในประเทศด้วย (เช่น ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ประกันสังคม เป็นต้น)

3. ระยะเวลาดำเนินการ

การศึกษาในระยะที่หนึ่งได้เสนอระยะเวลา และเนื้อหาสำคัญของการปฏิรูปออกเป็น 3 ระยะคือ (ดูรายละเอียดในวิจารณ์ ตั้งเจริญเสถียร 2539)

- ระยะที่ 1 (2539-40) ปรับปรุงประสิทธิภาพของการตรวจสอบการเบิกค่ารักษายาบาล (claim audit),

- **ระยะที่ 2 (2540-41) ปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล (provider payment reform)** โดยที่ กรมบัญชีกลางเป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพเชิงรุก (active health care purchaser) โดยใช้อำนาจในฐานะผู้ซื้อรายใหญ่ (monopsonistic purchasing power) ในการกำหนดปริมาณ คุณภาพของบริการ และราคาที่ต้องการซื้อจากสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน กระตุ้นให้เกิดการแข่งขันกันระหว่าง สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน เพื่อจัดบริการที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ
- **ระยะที่ 3 (2542-46) เป้าหมายระยะยาว จัดตั้งกองทุนออมทรัพย์เพื่อการรักษาพยาบาลของข้าราชการแต่ละครอบครัว** ที่มากองทุน งบกลาง + เงินสมทบของข้าราชการ สำนักงานกองทุนเป็นนิติบุคคล เงินกองทุนนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ก) จ่ายสำหรับ catastrophic illnesses ข) บัญชีสะสมทรัพย์ตลอดไปของข้าราชการแต่ละครอบครัวสำหรับจ่ายค่ารักษาพยาบาล

แผนภูมิสรุประยะเวลาการปฏิรูป

การปฏิรูป	ระยะเวลา	เป้าหมาย	เนื้อหาสำคัญ
1. ระยะสั้น	2 ปี (2539-40)	สร้างฐานข้อมูลสำหรับการปฏิรูประยะปานกลาง ปรับประสิทธิภาพการตรวจสอบ	ปรับปรุงประสิทธิภาพการตรวจสอบ การกำกับดูแล และเฝ้าระวัง เตรียมชุมชนเพื่อการปฏิรูป ปรับองค์การตรวจสอบให้เข้มแข็ง สร้างฐานข้อมูลสำหรับการปฏิรูปในระยะที่ 2 โครงการนำร่องเพื่อการปฏิรูปในระยะ 2
2. ระยะปานกลาง	3 ปี (2540-42)	ควบคุมต้นทุนโดยปฏิรูปวิธีการจ่ายสถานพยาบาล	พัฒนา contract model, เปลี่ยนวิธีการจ่าย capitation สำหรับผู้ป่วยนอก, global budget สำหรับผู้ป่วยใน
3. ระยะยาว	5 ปี (2542-46)	กองทุนออมทรัพย์เพื่อสุขภาพของข้าราชการ	พัฒนากองทุนสุขภาพข้าราชการ มีลักษณะออมทรัพย์เพื่อการรักษาพยาบาลในอนาคตระยะยาว

4. นโยบายของกระทรวงการคลัง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ประสานงานกับกระทรวงการคลัง กระทรวงการคลังเห็นชอบตามข้อเสนอของขั้นตอนการปฏิรูป โดยในระยะที่หนึ่ง ซึ่งมีเนื้อหาสำคัญคือ ปรับปรุงประสิทธิภาพของการตรวจสอบการเบิกค่ารักษาพยาบาล (claim audit) และการพัฒนาฐานข้อมูลรองรับการปฏิรูป กระทรวงการคลังจะออกค่าใช้จ่ายจากงบประมาณในส่วนของการพัฒนา

ในส่วนของการ ปฏิรูป ระยะที่สอง กระทรวงการคลังเห็นชอบให้ดำเนินการศึกษาวิจัย เพื่อปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินชดเชย สถานพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นนั้น โดยกระทรวงการคลังขอให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขดำเนินการวิจัยและพัฒนานโยบายการปฏิรูป โดยกรมบัญชีกลางจะทำงานใกล้ชิดกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ส่วนการปฏิรูประยะที่สามให้เป็น saving scheme นั้น เป็นเป้าหมายระยะยาว ซึ่งสถาบันฯ ยังจะไม่พิจารณาในขณะนี้

จะเห็นได้ว่า งานพัฒนานโยบายการปฏิรูปครั้งนี้ สถาบันฯ ได้เชื่อมโยงกับผู้ใช้งานวิจัยโดยตรง คือ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง รวมทั้งสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ในฐานะเป็นกรรมการที่ปรึกษาวิชาการ)

5. โครงสร้างของรายงานฉบับนี้

บทที่สอง นำเสนอ วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รวมทั้ง วิธีการดำเนินการ ในระยะ 2540-2541

บทที่สาม นำเสนอประสบการณ์การปฏิรูป ระบบการคลังสาธารณสุข ของประเทศสมาชิกองค์การด้านเศรษฐกิจ และการพัฒนา (OECD) เพื่อโยงถึง เป้าหมาย และหลักการ การปฏิรูป ระบบสวัสดิการรักษายาบาล

บทที่สี่ นำเสนอผลการศึกษา ผู้วิจัยเห็นว่า working papers ต่างๆ ที่ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ไว้ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในฐานะเอกสารอ้างอิงในอนาคต ทั้งสำหรับการปฏิรูประบบสวัสดิการของข้าราชการ รวมทั้ง ระบบประกันสุขภาพอื่นในอนาคต ดังนั้น ผู้วิจัย จึงได้ รวบรวมไว้ในภาคผนวก 1-10 และจะกล่าวอ้างถึงในผลการศึกษา ตามลำดับ ภาคผนวกเหล่านี้ จึงทำหน้าที่เป็น เอกสารทางจดหมายเหตุ (archive) ที่สำคัญ สำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคตต่อไป

บทที่ห้า นำเสนอ วิฤตเศรษฐกิจ เมื่อปีพ.ศ. 2540 ซึ่งมีผลทำให้รัฐบาลตัดรายจ่ายงบกลางลง และมีผลโดยตรงต่อการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กระทรวงการคลังได้ตัดสินใจปฏิรูป ในบริบทของ demand side intervention โดยให้ผู้มีสิทธิ มีส่วนร่วมจ่าย (copayment) เช่น ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ค่าห้องค่าอาหารพิเศษ ในส่วนที่เกินสิทธิ ฯลฯ ผู้วิจัยได้นำเสนอรายละเอียดในภาคผนวก 11-13 เพื่อเอกสารอ้างอิงและการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

บทที่หก สรุปวิธีการทำงานของการวิจัยเพื่อปฏิรูปครั้งนี้ เพื่อให้เห็นภาพ ของความสัมพันธ์ ระหว่าง การวิจัย และการพัฒนานโยบาย (research policy interface)

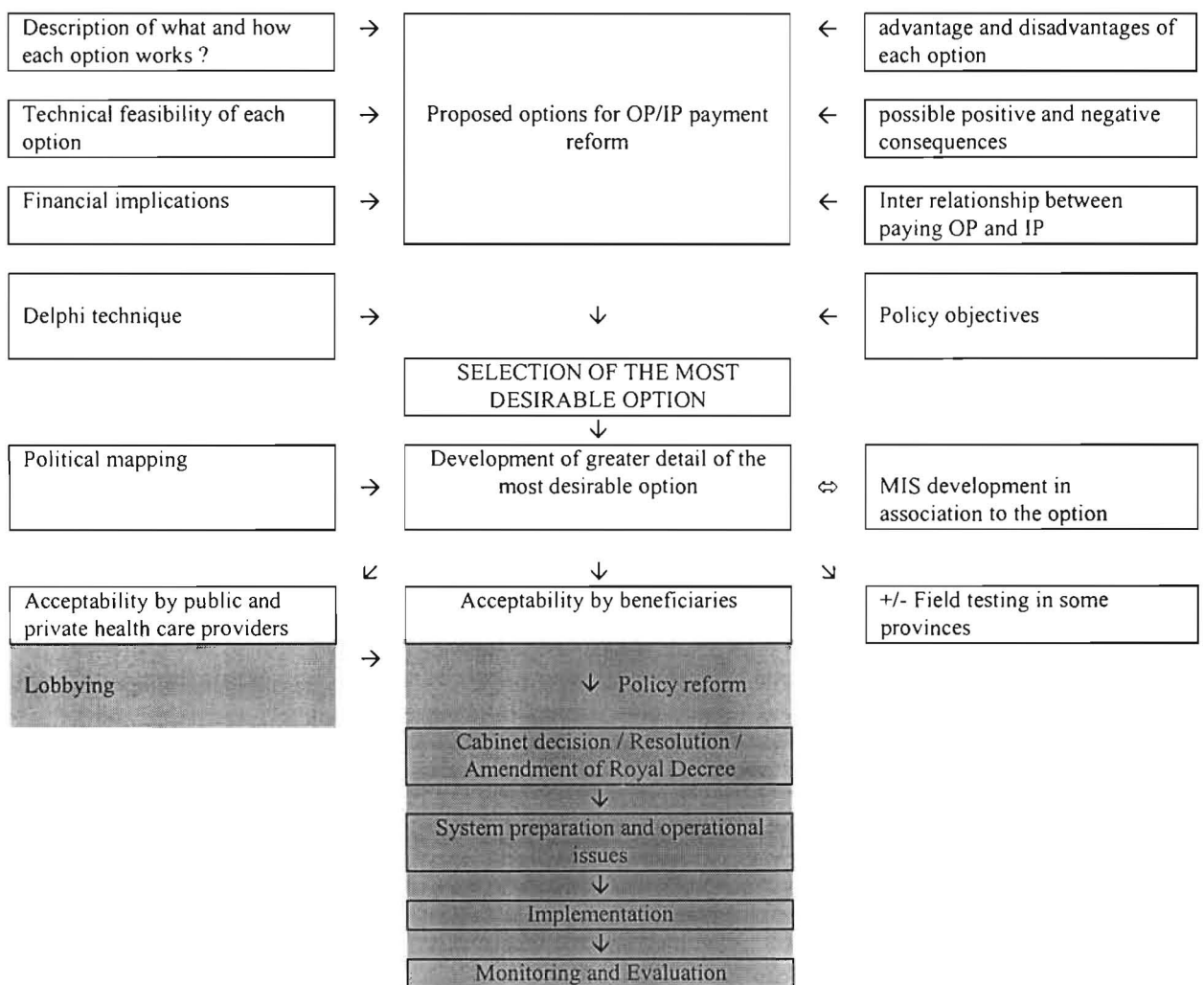
บทที่ 2 วัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการ

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็น การดำเนินการวิจัย เพื่อปฏิรูป ระบบสวัสดิการรักษายาบาล ในระยะที่สอง มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิรูปการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล ทั้งบริการผู้ป่วยนอก และบริการผู้ป่วยใน
2. วิเคราะห์ความเป็นไปได้เชิงเทคนิค ความเป็นไปทางการเมือง การยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผลกระทบทางการเงิน ของทางเลือกต่าง ๆ

2. กรอบความคิดการวิจัย (conceptual framework)



Note: shaded area is beyond HSRI and the Project mandate

3. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ไม่เหมือนกับการวิจัยทั่ว ๆ ไป การศึกษานี้มีลักษณะ เป็นการพัฒนานโยบาย โดยอาศัยข้อมูลวิชาการ เท่าที่มีอยู่ให้มากที่สุด

3.1 วิธีทำงาน

การทำงานครั้งนี้อาศัยการระดมสมองของคณะกรรมการที่ปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิโดยนักวิจัย เพื่อพัฒนากรอบนโยบาย และทางเลือกการปฏิรูป คณะกรรมการที่ปรึกษาทางวิชาการ ซึ่งสถาบันแต่งตั้งขึ้นคณะหนึ่ง¹ โดยมีหน้าที่คือ

1. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทางเลือกการปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและบริการป่วยใน ที่มีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมรายจ่ายได้ดี
2. วินิจฉัย และตัดสินใจ เลือกทางเลือกที่เหมาะสม ที่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์เชิงนโยบายได้ดีที่สุด
3. วินิจฉัยและให้เสนอแนะว่า กรมบัญชีกลางควรจะดำเนินการต่อไปอย่างไร เช่น การดำเนินการเกี่ยวกับการสำรวจความเห็นของผู้ให้บริการและผู้มีสิทธิ การจะมีหรือไม่มีบทลงโทษดำเนินการในระดับพื้นที่หนึ่ง ๆ

3.2 ขั้นตอนดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 เสนอทางเลือกในการจ่ายบริการผู้ป่วยนอก และบริการผู้ป่วยใน

- โดยใช้ฐานความรู้จากประสบการณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ ในต่างประเทศในการปฏิรูประบบสาธารณสุข ทั้งเชิงทฤษฎี และข้อค้นพบเชิงประจักษ์ต่าง ๆ (ดู OECD 1992, OECD 1994, Berman ed 1995, WHO/EURO 1996, Glaser 1987 เป็นต้น)
- วิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางเทคนิค โดยอาศัยองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสาธารณสุข ระบบบริการสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน ระบบการคลังสาธารณสุขของประเทศไทย
- วิเคราะห์ ข้อดี ข้อเสีย ของแต่ละทางเลือก
- วิเคราะห์ ผลกระทบทั้งด้านลบ และด้านบวก ต่อระบบบริการ และการคลังสาธารณสุขโดยรวม
- วิเคราะห์ผลกระทบทางการเงิน ของทางเลือกต่าง ๆ
- วิเคราะห์ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการปฏิรูปการจ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เช่น การ over referral และการ shift burden เป็นต้น

ในขั้นตอนนี้ เราจะได้ comprehensive list ของทางเลือก การปฏิรูป วิธีการจ่ายเงิน ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ขั้นตอนที่ 2 กำหนด วัตถุประสงค์เชิงนโยบาย (policy objectives)

อาศัย การทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสาธารณสุขในต่างประเทศ (ดู OECD 1992, OECD 1994) ซึ่งได้กำหนดวัตถุประสงค์เชิงนโยบายเช่น การเข้าถึงบริการ (accessibility) เสรีภาพในการเลือกผู้ให้บริการ (choice and liberty), ประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (technical efficiency) และเชิงการจัดสรรทรัพยากร (allocative efficiency) คุณภาพบริการ (quality of care) และการควบคุมค่าใช้จ่าย (cost containment) เป็นต้น โดยนักวิจัยรวบรวม วิเคราะห์ เป็นเอกสาร

¹ องค์ประกอบของคณะกรรมการที่ปรึกษาทางวิชาการประกอบด้วย

1. นักวิชาการในด้านการคลัง-การประกันสุขภาพ-การประกันสังคม นักระบาดวิทยา นักบริหารโรงพยาบาล นักเศรษฐศาสตร์ นักรัฐประศาสนศาสตร์, นักวิเคราะห์และพัฒนาระบบ
2. หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง กระทรวงการคลัง, สำนักงบประมาณ, สำนักงาน กพ., สภาพัฒนา, กระทรวงสาธารณสุข
3. นักวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเลขานุการคณะกรรมการ

นำเข้าสู่ประชุมกรรมการที่ปรึกษา อภิปราย ระดมสมอง และสรุป กำหนดเป็นวัตถุประสงค์ ที่พึงประสงค์ เพื่อเป็นมาตรฐานวัดว่า ทางเลือกการปฏิรูปต่างๆ ในขั้นตอนที่หนึ่ง สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ เหล่านี้ได้มากน้อยเพียงไร

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสามารถ ของแต่ละทางเลือก ในการบรรลุวัตถุประสงค์

พิจารณาทางเลือกต่างๆ ในขั้นตอนที่หนึ่ง ว่า แต่ละทางเลือกสามารถบรรลุวัตถุประสงค์เชิงนโยบายดังกล่าว ได้ดีเพียงไร การพิจารณาใช้วิธีการ Delphi Technique 2 รอบ โดยคณะกรรมการที่ปรึกษา จากขั้นตอนนี้ จะได้ ทางเลือกการปฏิรูปที่มีความเหมาะสมมากที่สุด 1-2 ทางเลือก ทั้งวิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

ขั้นตอนที่ 4 ข้อประเด็นเชิงปฏิบัติการ (operation level issues)

วิเคราะห์และนำเสนอวิธีการโดยละเอียดในระดับปฏิบัติการ การป้องกัน การแก้ไขปัญหาจุดอ่อนของทางเลือกที่ได้รับเลือกนั้น ในขั้นตอนนี้ จะได้ เอกสาร (working document) ซึ่งแสดงรายละเอียดระดับปฏิบัติการ เพื่อดำเนินการในทางเลือกที่ได้รับเลือก

ขั้นตอนที่ 5 การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร (MIS development)

การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ที่จำเป็น สำหรับการดำเนินการปฏิรูป

ขั้นตอนที่ 6 การทำ Political Mapping

อาศัยประสบการณ์และวิธีการ Political mapping (Reich 1994) สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยทางการเมืองซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ท่าทีของผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานต่างๆ เช่นกระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานข้าราชการพลเรือน คณะกรรมการข้าราชการครู เป็นต้น ตัวแทนข้าราชการ เช่น สมาคมข้าราชการ ในด้านของสถานพยาบาลเอกชน เช่น สมาคมโรงพยาบาลเอกชน ฯลฯ ในด้านของประชาชนผู้เสียภาษี ผ่านสื่อมวลชน หรือเวทีประชาพิจารณ์ เป็นต้น

ทำการวิเคราะห์ในระดับต่างๆ เช่น รัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง พรรคการเมืองฝ่ายรัฐบาลและฝ่ายค้าน ปลัดกระทรวง อธิบดี ตัวแทนข้าราชการ กรรมการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา ฯลฯ ในการพัฒนานโยบายสาธารณสุข (managing the political dimension of health policy) เพื่อวิเคราะห์ว่า มีผู้สนับสนุน ผู้คัดค้าน นโยบายการปฏิรูปนี้มากน้อยเพียงไร และจะดำเนินการให้ประสบความสำเร็จ รวมทั้งได้รับการตอบสนองอย่างดีจากทางด้านการเมือง ควรจะดำเนินการกับผู้เกี่ยวข้องกลุ่มต่างๆ อย่างไรบ้าง การวิเคราะห์ดังกล่าวนี้ จะดำเนินการทั้งในส่วนของนักวิชาการที่เกี่ยวข้องโดยการรวบรวมจากเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลที่เกี่ยวข้อง และผ่านการประชุมของคณะกรรมการที่ปรึกษาทางวิชาการ

ในขั้นตอนนี้ จะได้กลยุทธ์ที่เหมาะสมที่จะให้ทางเลือกนั้น มีความเป็นไปได้ มีแรงเสียดทานน้อยที่สุด และบรรลุผล โดยนโยบายได้รับการยอมรับ และได้รับการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 7 การจัดทำร่างพรบ. กองทุนสุขภาพข้าราชการ

อาศัยผลการทำงาน ของผู้วิจัยและคณะกรรมการที่ปรึกษา ผู้วิจัยได้จัดทำร่างสาระสำคัญของ พระราชบัญญัติ กองทุนสุขภาพข้าราชการ และนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการ โดยได้เชิญผู้แทน ที่เป็นนักกฎหมาย จากมหาวิทยาลัย และสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาร่วมให้ความเห็นด้วย

อนึ่ง ในขั้นตอนต่อจากนี้ ได้แก่ การนำเสนอนโยบายและวิธีการปฏิรูปไปยังคณะรัฐมนตรี การดำเนินการแก้ไข กฎฎีกา การจัดตั้งองค์กรหรือหน่วยงานที่มารับผิดชอบ รวมทั้งการเตรียมการเชิงระบบ (system preparation) เช่น แผนการประชาสัมพันธ์สำหรับผู้มีสิทธิ แผนการประชาสัมพันธ์แก่สถานพยาบาล แผนการดำเนินการอื่น ๆ ที่จำเป็นในระดับปฏิบัติการ รวมทั้งความต้องการงบประมาณทั้งระยะสั้นและระยะยาว การดำเนินการทางการเมืองเพื่อให้ทางเลือกการปฏิรูปนั้น ได้รับการยอมรับ สนับสนุน ผลักดัน ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นจริง ทั้งหมดนี้จะเป็นหน้าที่ของ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

ระหว่างที่จะมีการปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในนั้น กระทรวงการคลังยังคงดำเนินการในระบบเดิมอยู่ จึงทำให้เกิดกระแสโน้มเอียง ที่กระทรวงการคลังจะลงทุนเพื่อการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงิน (auditing system) ผู้วิจัยเห็นว่า การปรับปรุงประสิทธิภาพการตรวจสอบสำหรับบริการผู้ป่วยนอก นั้น จะไม่มีกลไกใดที่มีประสิทธิภาพ หรือมีประสิทธิผลในการตรวจสอบ กลั่นกรองการเบิกเท็จ และ/หรือ ความไม่เหมาะสมในการเบิกได้ ในระบบการเบิกจ่ายเดิม (fee for services reimbursement model) นอกจากนี้ ยังมีต้นทุนในการบริหารสูงมาก

ส่วนการทำ audit ในที่นี้หมายถึง general audit ได้แก่ การควบคุมคุณภาพ การกำกับเกี่ยวกับอัตราการใช้ บริการ (utilisation review) เป็นต้น ไม่ได้หมายความว่า การตรวจสอบการเบิก (claim audit) ซึ่งเป็นการตรวจสอบแต่ละใบ เบิก ว่า จะให้ หรือ ไม่ให้ และจะให้เท่าไร และจะคัดกรองกรณีที่มีความผิดปกติอย่างไร ซึ่งเป็นเครื่องมือในการเบี่ยงนหลัง ที่ด้อยประสิทธิภาพที่สุด และมีต้นทุนการบริการที่สูงมาก

สำหรับบริการผู้ป่วยในนั้น ยังคงมีความจำเป็น ดังนั้น การพัฒนาฐานข้อมูลในระยะที่หนึ่ง (ซึ่งมาปฏิบัติการจริงในระยะที่สอง) และระบบ MIS ในระยะที่สองนี้ จะต้องพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับ รูปแบบการปฏิรูปที่กรมการที่ปรึกษา โครงการปฏิรูปตัดสินใจเลือกเท่านั้น

บทที่ 3 การปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุข

1. ประสบการณ์ต่างประเทศ

แผนภูมิแสดง model 7 แบบ (OECD 1992) ดู Reference OECD 1994 และ OECD 1992

ตารางที่ 3.1 ข้อดีและข้อเสียของแต่ละ 7 model

THE SEVEN MODELS	ADVANTAGES	DIS-ADVANTAGES
1. Voluntary, out of pocket model (fee for service payment - no financing agencies)	- full choice of providers - consumer - cost conscious - good for minor cases	- inequity - accessibility among the poor and affordability of the low income households - inefficiency both macro+micro levels
2. Voluntary Reimbursement Model (Risk-related premiums)	- pool risk which is better than voluntary out of pocket model - consumer - full choice of providers	- expensive - consumers and providers both have no incentive to economise. - risk selection against the sick and chronic ill, otherwise very high premium. - systematic inequity
3. Public Reimbursement Model (Income-related contribution)	- consumer full choice of provider - equity - accessibility - equity - payment for services	- tendency of high admin. cost - tendency of moral hazard (counteract by cost sharing) - inefficiency
4. Voluntary Contract Model (Risk related premium)	potential for efficiency at micro and macro levels	- restricted consumer choices - limit capacity to achieve equity
5. Public Contract Model (Income related specific contributions or general taxes)	- consumer-led competition over quantity and quality not over price - Macro economic efficiency - Potential micro level efficiency - Admin. cost is less than Reimbursement Model - universal coverage, equity	- tendency to underservice - limited choices of doctor
6. Voluntary Integrated Model (Risk related premium)	- good potential for macro and micro economic efficiency - freedom of choice of insurer	- choice of provider restricted by choice of insurer - incentive toward under-service - risk selection --> inequity for vulnerable group
7. Public Integrated Model (Income-related specific contributions or general taxes)	- easy for government to control expenditure - Admin. cost is less than Contract Model - capable of achieving universal coverage + equity	- low choice of insurers + providers - provider lack incentive to maintain unit cost - long queue - incentive for provider are perverse

2. เป้าหมายการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Reform goals)

1. มี Contract Model ที่มีประสิทธิภาพ โดยกรมบัญชีกลางเป็นผู้ซื้อบริการ แก่ข้าราชการ และบุคคลในครอบครัว กรมบัญชีกลางมีสัมพันธภาพโดยตรง กับผู้ให้บริการ(direct relationship with health care providers) ต่อไปนี้ ผู้ให้บริการจะเรียก "สถานพยาบาล" และจะไม่เรียกโรงพยาบาล

ประเด็นคำถามเชิงนโยบาย -- ทำไมต้องเป็น contract model ? เป็น model อื่นได้หรือไม่ ?

2. กรมบัญชีกลางปรับเปลี่ยนบทบาท จากการทำหน้าที่เป็นเพียงทางผ่านของงบประมาณไปยังผู้ให้บริการผ่านผู้ป่วย (passive conduit of finance via patients, ie. Public Reimbursement Model) เป็นผู้ซื้อบริการที่เข้มแข็ง (active purchaser of health services) โดยซื้อบริการจากสถานพยาบาล แทนข้าราชการประจำ ข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัวทุกคน มีวิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการอย่างเหมาะสม ซึ่งจูงใจให้ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ มีวิธีการให้ผู้มี

สิทธิ์ในสวัสดิการนี้ หรืออาจจะพัฒนาในระยะยาว ให้มีส่วนร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล (copayment) ณ จุดการใช้บริการ เพื่อเป็นเครื่องกลั่นกรองการใช้บริการ ในสถานพยาบาล อย่างสมเหตุสมผล

ประเด็นคำถาม มีเงื่อนไขอะไรบ้างเชิงการจัดการ องค์กร ระบบงาน การแก้ไขกฎหมาย (พระราชกฤษฎีกา - legal framework) อุปสรรคปัญหา ทักษะความสามารถในการบริหารจัดการ เพื่อให้กรมบัญชีกลางเป็นผู้ซื้อบริการเชิงรุก มีบทเรียนจากโครงการประกันสังคมอะไรบ้าง มีประสบการณ์ในต่างประเทศอะไรบ้าง ?

3. มีวิธีการจ่ายสถานพยาบาล สำหรับบริการผู้ป่วยนอก (ambulatory care) และบริการผู้ป่วยใน (hospital care) ที่มีประสิทธิภาพด้านมหภาคเชิงเศรษฐศาสตร์ (macro economic efficiency) สามารถควบคุมรายจ่ายในระยะยาวได้ (cost containment) มีผลทั้งต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ให้บริการให้มีความสมเหตุสมผลมากขึ้น

3. หลักการปฏิรูป

1. ยึดถือหลักการตัดสินใจบนพื้นฐานแห่งความจริง (knowledge based decision making) โดยอาศัยผลการศึกษา สำรวจ และวิจัยที่เกี่ยวข้อง หลักเล็งการใช้อารมณ์ ความรู้สึก การคาดเดา และความเห็นโดยไม่จำเป็น

2. การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ จะต้องไม่ขยายช่องว่างความไม่เสมอภาคในสังคมให้กว้างขึ้น

ความเสมอภาค หมายถึงความเสมอภาคในการเข้าถึงและใช้บริการพื้นฐานที่จำเป็น (basic essential packages) ไม่ว่าคนกลุ่มใดในประเทศไทยจะสามารถเข้าถึงบริการนี้อย่างเท่าเทียมกัน บริการนอกเหนือจากบริการพื้นฐานดังกล่าว เป็นสิทธิภาพของประชาชนและผู้ป่วย ซึ่งจะผันแปรตามความสามารถในการจ่ายเงิน (ability to pay) ความชอบ (preference - taste) ผู้มีกำลังจ่ายอาจซื้อประกันสุขภาพเอกชนเข้ามาคุ้มครองเพิ่มเติมก็ได้ หรือยินดีจ่ายจากกระเป๋าของตนเองเมื่อเจ็บป่วยและใช้บริการแต่ละครั้งก็ได้

3. ระบบใหม่จะต้อง มีประสิทธิภาพดีกว่าปัจจุบัน ประสิทธิภาพมี 2 ด้านได้แก่

ก) ประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (technical efficiency) โดยที่การบริหารจัดการอยู่ในระดับที่เหมาะสม ง่ายและประหยัด

ข) ประสิทธิภาพเชิงการจัดสรรทรัพยากร (allocative efficiency) เพื่อซื้อบริการสุขภาพที่ให้ผลตอบแทนสุขภาพ (health outcome) สูงกว่าระบบปัจจุบัน ผลตอบแทนสุขภาพวัดจากการลดลงของอัตราต่าง ๆ เช่น อัตราป่วย อัตราขาดงานจากการป่วย อัตรานอนโรงพยาบาล อัตราป่วยและทุพพลภาพด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้

4. ระบบใหม่สามารถควบคุมค่ารักษาพยาบาลให้เพิ่มขึ้นในอัตราที่เหมาะสม (cost containment) โดยที่บริการยังมีคุณภาพดี (good quality of care) เป็นระบบที่สามารถกำกับพฤติกรรมเบี่ยงเบน ของทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ แต่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสั่งจ่ายยาและทรัพยากร อย่างประหยัด สมเหตุสมผล และมีประสิทธิภาพ

5. แนวทางการปฏิรูปมีความเป็นไปได้สูง มีขั้นตอนที่ชัดเจน และดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งตัวข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง สมาคมตัวแทนข้าราชการที่เกี่ยวข้อง และผู้จ่ายเงินคือ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง รวมทั้งฝ่ายการเมือง

6. โดยพฤตินัย (implicit) ระบบใหม่ ต้องไม่ลดทอนสิทธิเดิมที่ผู้มีสิทธิในสวัสดิการนี้ เคยมีเคยได้ ถ้าข้าราชการเสียสิทธิ์มาก จะมีแรงเสียดทานสูง และมีความเป็นไปได้ทางการเมืองต่ำ

ความข้อนี้ มีอาจกล่าวอย่างเป็นนิตินัยในหลักการการปฏิรูปว่า จะไม่รอนสิทธิ เพราะจะเป็นข้อจำกัดต่อการปฏิบัติ การปฏิรูปในอนาคต เช่น แม้การให้ข้าราชการลงทะเบียนเพื่อใช้บริการผู้ป่วยนอกแห่งใดแห่งหนึ่งนั้น อาจถูกตีความว่าเป็นการรอนสิทธิ ทั้งที่การมีสถานพยาบาลประจำของแต่ละคนนั้น เป็นการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบ คุณภาพและความต่อ

เนื่องของการรักษาพยาบาล ดังนั้น สิทธิเดิมที่เคยมีเคยได้ เป็นสิทธิที่ขาดประสิทธิภาพ การปฏิรูปเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อาจเป็นการลดสิทธิที่เคยมีเคยได้ ระดับหนึ่ง

7. การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจะต้องสอดคล้อง (Consistent) กับการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต การปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการนี้จะเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาให้เกิดการปฏิรูประบบสาธารณสุขระบบบริการสาธารณสุข (service delivery reform) ต่อไปในอนาคต

บทที่ 4 ผลการศึกษา

1. ทางเลือกวิธีการจ่ายเงินบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

1.1 หลักการ

ผู้วิจัยเสนอให้แยกวิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยนอก ออกจากผู้ป่วยใน ทั้งนี้ด้วยเหตุผลสำคัญคือ

- การแยกจ่ายผู้ป่วยนอก จะสามารถกระตุ้นให้เกิด บริการปฐมภูมิได้ (primary medical care) ทั้งนี้เพราะ กรมบัญชีกลางซื้อบริการผู้ป่วยนอกปีละ 4 ถึง 5 พันล้านบาท รวมทั้งการ
- การแยกจ่ายบริการผู้ป่วยนอก ออกจากบริการผู้ป่วยใน จะทำให้เกิดมีมาตรการที่จำเพาะเจาะจง ในการควบคุมการจ่ายได้เป็นอย่างดีในอนาคต การออกมาตรการกำกับด้านคุณภาพบริการที่จำเพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก

1.2 วิธีการจ่ายบริการผู้ป่วยนอก

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และนำเสนอทางเลือกการจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยนอก ได้ 7 วิธี ดังนี้

- ❶ คงสภาพเดิมที่เป็นการเบิกจ่ายตามรายการย้อนหลัง (Fee for Service Reimbursement Model)
- ❷ เบิกจ่ายตามรายการและให้ผู้มีสิทธิ์ร่วมจ่ายค่าบริการ (Fee for Service Reimbursement Model Plus Co-payment)
- ❸ ยกเลิกการคุ้มครองค่ารักษาผู้ป่วยนอก ขยายบริการส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น
- ❹ ตั้งเพดานความรับผิดชอบของครอบครัว ในค่ารักษาพยาบาล ต่อปี (maximal household liability)
- ❺ ตั้งเพดานความรับผิดชอบของกรมบัญชีกลาง ในค่ารักษาพยาบาลต่อครอบครัวต่อปี (maximal Scheme liability)
- ❻ เหมจ่ายรายหัวโดยไม่มีกรจ่ายร่วม (capitation without copayment)
- ❼ กำหนดเพดาน ใช้จ่ายผู้ป่วยนอก (global budget)

รวมทั้งได้นำเสนอ ข้อดี ข้อเสีย และสิ่งที่จะเกิดตามมาจากวิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยนอกเหล่านี้ รายละเอียด ดูตารางที่

4.1 (หน้า 22) และการวิเคราะห์ ผลกระทบทางการเงิน แนวทางการปฏิบัติ ของวิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยนอก ทั้ง 7 วิธี รายละเอียด ดูภาคผนวกที่ 1 และ 2

1.3 วิธีการจ่ายบริการผู้ป่วยใน

ผู้วิจัย ได้วิเคราะห์และนำเสนอทางเลือกการจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยใน ได้ 6 วิธี ดังนี้

- ❶ เบิกจ่ายตามรายการย้อนหลัง (fee for service reimbursement model) เบิกได้เกือบทั้งหมดในรพ.รัฐ และมีร่วมจ่ายประมาณ 50% ในรพ.เอกชน
- ❷ จ่ายรายวัน ตามจำนวนวันป่วย (perdiem)
- ❸ จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group)
- ❹ กำหนดเพดานงบประมาณ โดยใช้ข้อมูลภาระงาน- จำนวนผู้ป่วยใน ของปีก่อนๆ (global budget based on previous year caseload)

- ⑤ เหมจ่ายรายหัว จำแนกตามกลุ่มอายุ (age adjusted capitation)
- ⑥ กำหนดเพดานงบประมาณ และจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (global budget and DRG relative weight as case mix indicator for allocation)

รายละเอียดเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย และผลสืบเนื่องของวิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยใน หาอ่านได้ในตารางที่ 4.2 (หน้า 29)

2. วัตถุประสงค์เชิงนโยบาย (policy objectives)

คณะกรรมการฯ ได้ระดมสมอง และกำหนด วัตถุประสงค์เชิงนโยบาย 9 ประการดังนี้

1. เข้าถึงบริการสะดวก (accessibility) หมายถึงเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกได้ง่าย ไม่มีข้อจำกัดทางกายภาพ ทางการเงิน ทางด้านวัฒนธรรม
2. ความพึงพอใจของผู้มีสิทธิ (satisfaction) หมายถึงความพอใจของผู้มีสิทธิเมื่อไปใช้บริการ ซึ่งหมายถึง hotel aspect (non-clinical) ของบริการ และอาจจะรวมถึงคุณภาพบริการด้านคลินิกโดยบุคลากรของสถานพยาบาล (clinical aspect) ก็ได้
3. เสรีภาพในการเลือกใช้สถานพยาบาล (choices) หมายถึงผู้มีสิทธิมีเสรีภาพในการเลือกใช้สถานพยาบาลที่ตนพึงพอใจทั้งภาครัฐและภาคเอกชนได้ สามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลได้เมื่อไม่พึงพอใจ
4. ประสิทธิภาพด้านการบริหาร หมายถึงความสามารถบริหารให้มีประสิทธิผลด้วยต้นทุนที่ต่ำ (technical efficiency) เช่น การบริหารของ Scheme ใช้ทรัพยากรน้อย ใช้ person time น้อย มีต้นทุนของธุรกรรมต่ำ (transaction cost) ค่าบริหารจัดการต่ำ และมีประสิทธิผล กล่าวคือ สามารถบรรลุวัตถุประสงค์เช่น ป้องกัน ควบคุม fraud ได้ หรือควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี
5. ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (allocative efficiency) หมายถึงระบบสวัสดิการนี้ สามารถจัดสรรทรัพยากร หรือลงทุนไปยังบริการที่มีต้นทุนต่ำ และมีผลตอบแทนสุขภาพสูง (low cost intervention but high health outcome) ทั้งที่เป็นบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เป็นต้น
6. ควบคุมค่าใช้จ่าย (cost containment) หมายถึงอัตราเพิ่มของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่จ่ายโดยกรมบัญชีกลาง และจ่ายจากผู้มีสิทธิเองที่เบิกไม่ได้ มีความเหมาะสมเทียบกับ medical inflation rate หรือ GDP per capita growth มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายควรจะมีผลต่อพฤติกรรมของทั้ง 2 ฝ่ายได้แก่ ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ
7. คุณภาพบริการรักษาพยาบาล (Quality of care) หมายถึงคุณภาพบริการด้านการรักษาพยาบาล clinical perspective เช่น รักษาหาย ไม่มีโรคแทรกซ้อน ไม่ตายจากโรคที่ไม่ควรตาย ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งสี่ด้านมีความสัมพันธ์อย่างบูรณาการ
8. ความต่อเนื่องของการให้บริการ (continuity of care) หมายถึงการดูแล การให้ counselling การป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention) การค้นหาโรค (screening or secondary prevention) เพื่อการดูแลรักษาอย่างทันที่ และต่อเนื่อง สร้างวัฒนธรรมและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่เอื้ออำนวยต่อความต่อเนื่องและคุณภาพบริการ
9. กระตุ้นให้เกิดบริการปฐมภูมิ Primary medical care (PMC) หมายถึงทางเลือกนั้นๆ มีศักยภาพในการก่อกำเนิด PMC โดยที่ PMC หมายถึงบริการผสมผสาน ซึ่งได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพ การให้คำปรึกษา, การค้นหาโรค การป้องกันปฐมภูมิ การรักษาพยาบาล ทั้งที่สถานพยาบาล และที่บ้าน (home care and visits) การฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลในระดับที่ต้องการบริการเฉพาะทางในโรงพยาบาล โดยทีมบุคลากร เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ใกล้บ้าน อยู่ในชุมชน PMC อาจจะเป็นบริการภาครัฐหรือเอกชน

3. วิเคราะห์ความสามารถในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงนโยบาย ของทางเลือกวิธีการจ่ายเงิน

3.1 กรณีผู้ป่วยนอก

ผู้วิจัย ขอให้คณะกรรมการที่ปรึกษา ทั้ง 15 คน พิจารณา และให้คะแนน ความสามารถของแต่ละทางเลือก ในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงนโยบายทั้ง 9 ประการ โดยให้คะแนน ระหว่าง 0 - 100 คะแนน และเป็นการให้คะแนนสองรอบ (ดูตารางที่ 4.3)

รอบที่หนึ่ง ให้คะแนนโดยอิสระด้วยตนเอง โดยที่กรรมการเข้าใจวัตถุประสงค์เชิงนโยบายทั้ง 9 ประการและทางเลือกทั้ง 7 อย่างชัดเจนมาก่อนแล้ว ส่งคะแนนของคณะผู้วิจัย ประมวลผล หาค่าเฉลี่ยของกลุ่ม

รอบที่สอง ให้คะแนนในที่ประชุมกรรมการ โดยกรรมการแต่ละท่าน จะทราบคะแนนที่ตนให้ ในรอบที่หนึ่ง เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของกลุ่ม หลังจากได้อภิปรายให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ถึง วัตถุประสงค์เชิงนโยบายแต่ละข้ออีกครั้งหนึ่ง กรรมการแต่ละท่านให้คะแนนรอบที่สอง โดยพิจารณาจาก ค่าเฉลี่ยของกลุ่มด้วย การให้คะแนนในรอบที่สองนี้ เป็นการให้คะแนนอย่างอิสระ โดยกรรมการแต่ละท่าน ผู้วิจัยหาค่าเฉลี่ยคะแนน ของแต่ละทางเลือก ในแต่ละวัตถุประสงค์

หลังจากการให้คะแนนในรอบที่สองแล้ว กรรมการแต่ละท่าน ให้คะแนน น้ำหนักความสำคัญของ วัตถุประสงค์เชิงนโยบายทั้ง 9 ข้อ โดยให้คะแนนระหว่าง 1-5 ผู้วิจัยหาค่าเฉลี่ย ของน้ำหนักความสำคัญ และนำน้ำหนักความสำคัญ มาถ่วงกับค่าเฉลี่ยคะแนนของแต่ละทางเลือก ในแต่ละวัตถุประสงค์ จะได้คะแนนรวมของแต่ละทางเลือก และลำดับทางเลือกที่มีคุณสมบัติในการบรรลุวัตถุประสงค์ สูงสุดถึงต่ำสุด

หลังการให้คะแนนรอบที่สอง กรรมการในที่ประชุมยังไม่ทราบผลการลงคะแนน ผู้วิจัย ขอให้กรรมการ ออกเสียง ให้เลือก ทางเลือกเพียง 3 ทางเลือก ที่มีคุณสมบัติดีที่สุด โดยให้เป็น อันดับหนึ่ง อันดับสอง และอันดับสาม ผู้วิจัยประมวลผลความถี่ ของทางเลือกที่ได้รับการประเมินเป็น อันดับหนึ่ง อันดับสอง และอันดับสาม

ตารางที่ 4.3 ตารางหุ่นสำหรับการลงคะแนน รอบที่หนึ่งและสอง แบบ Delphi

ความสามารถในการ	ทางเลือกวิธี การจ่ายเงินผู้ป่วยนอก						
บรรลุดุวัตถุประสงค์การปฏิรูป	1	2	3	4	5	6	7
1. เข้าถึงบริการสะดวก (accessibility)							
2. ความพึงพอใจของผู้มีสิทธิ (satisfaction)							
3. เสรีภาพในการเลือกใช้บริการ (choices)							
4. ประสิทธิภาพด้านการบริหาร ค่าบริหารจัดการต่ำ (technical efficiency)							
5. ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (allocative efficiency)							
6. ควบคุมค่าใช้จ่าย (cost containment)							
7. คุณภาพบริการ (Quality of care)							
8. ความต่อเนื่องของบริการ (continuity of care)							
9. ศักยภาพในการกระตุ้นให้เกิด Primary medical care							

ตารางที่ 4.4 ผลการให้ความเห็นรอบสอง delphi technique โดยกรรมการที่ปรึกษา สำหรับวิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยนอก

	Quantitative assessment		Overall value judgement on ranking		
	Score	Rank	1st	2nd	3 rd
Option 1	1,696.70	7			2
Option 2	1,824.82	4			1
Option 3	1,740.68	6	1		1
Option 4	1,781.64	5			3
Option 5	1,915.67	3		5	
Option 6	2,252.18	1	7	2	1
Option 7	2,050.35	2	2	3	2
Total			10	10	10

ผลการลงคะแนนในตารางที่ 4.4 แสดงให้เห็นว่า

- แบบจัดอันดับตามคะแนน ปรากฏว่า ทางเลือกที่ 6 (เหมาจ่ายรายหัว) ได้รับคะแนนสูงสุดเป็นอันดับหนึ่ง
- ในการจัดอันดับหนึ่ง สอง และสามโดยกรรมการแต่ละท่านว่า ทางเลือกใดสามารถบรรลุวัตถุประสงค์เชิงนโยบายโดยรวมทั้ง 9 ข้อ นั้น กรรมการ 7 ใน 10 ท่าน ให้ทางเลือกที่ 6 เป็นอันดับที่หนึ่ง และ 2 ใน 10 ท่าน ให้ทางเลือกที่ 6 เป็นอันดับสอง และอีก 1 ท่าน ให้ เป็นอันดับสาม การให้คะแนนและการจัดอันดับ สอดคล้องกัน รายละเอียดเพิ่มเติมดูใน ภาคผนวกที่สาม

3.2 กรณีผู้ป่วยใน

การที่นักวิจัยไม่ได้จัดให้มีกระบวนการเพื่อให้ คณะกรรมการที่ปรึกษา ลงคะแนน แบบสองรอบ ใน Delphi technique เหมือนกรณีผู้ป่วยนอกนั้น เพราะเกิดเหตุการณ์ วิกฤตเศรษฐกิจในเดือน กรกฎาคม 2540 และไม่มีเวลาพิจารณา

มากนัก เพื่อให้ได้รูปแบบวิธีการที่เหมาะสม ผู้วิจัยเสนอให้คณะกรรมการ พิจารณาและมีมติเห็นชอบ แผนการลงคะแนน ซึ่งใช้เวลา 2-3 เดือน ดังประสบการณ์ในกรณีผู้ป่วยนอก

การที่ไม่มีเวลาพิจารณามากนัก เพราะวิกฤติเศรษฐกิจ มีผลกระทบต่อการปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และการดำเนินการในปี 2541 ซึ่งสำนักงานประมาณอนุมัติ งบกลางคำรักษายาบาลไว้เพียง 10,000 ล้านบาทในปี 2541 เท่านั้น ทั้งที่รายจ่ายจริงในปี 2540 เท่ากับ 15,502.90 ล้านบาท ทำให้กรมบัญชีกลาง ตัดสินใจเลือกมาตรการด้านอุปสงค์ (demand side intervention) โดยให้ผู้ป่วย มีส่วนร่วมจ่าย ยานอกบัญชียาหลัก ดังจะกล่าวต่อไป ในบทที่ 5

คณะกรรมการฯ กำหนดหลักการที่จะเลือก วิธีการจ่ายที่มีลักษณะปลายปิด (close ended expenditure) กรรมการได้พิจารณาอย่างถี่ถ้วน และ มีมติเห็นชอบ (consensus) เลือกทางเลือกที่ 6 ซึ่งเป็นรูปแบบผสม ระหว่างการกำหนดเพดานงบประมาณ และจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (global budget + DRG) ทั้งนี้เพราะเห็นข้อเสียของการใช้ DRG อย่างใดก็ตาม ในทางเลือกที่ 3 และข้อเสียของทางเลือกที่ 5 แบบเหมาจ่าย รายหัว จากประสบการณ์ของการดำเนินการประกันสังคม

4. ข้อประเด็นเชิงปฏิบัติการ (operation level issues)

เมื่อกรรมการตัดสินใจ เลือกวิธีการจ่ายผู้ป่วยนอกเป็นเหมาจ่ายรายหัวจำแนกตามกลุ่มอายุ และผู้ป่วยในเป็นเพดานงบประมาณ + DRG ผู้วิจัย ได้สังเคราะห์ และเสนอ ประเด็นในระดับปฏิบัติการ ดังนี้

1. จัดทำ ร่างคู่มือการดำเนินการปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ **ดูภาคผนวกที่สี่**
2. จัดทำร่างคู่มือบริหารการเงิน 1 **ดูภาคผนวกที่ห้า** และร่างคู่มือบริหารการเงิน 2 **ดูภาคผนวกที่หก**
คู่มือทั้งสอง จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการ ของกรมบัญชีกลางในระดับปฏิบัติการต่อไปในอนาคต
23. มติคณะกรรมการฯ ในที่ประชุมเมื่อ 6 สิงหาคม 2540 มีข้อสรุป ให้จัดสรรเงินสวัสดิการรักษายาบาลออกเป็น 6 ก้อน **ตารางที่ 4.5** มติของกรรมการฯ แตกต่างจาก ข้อเสนอในเอกสารที่ผู้วิจัยเข้าสูการพิจารณา (ภาคผนวกที่หก ตารางที่ 2.1) เล็กน้อย ผลการพิจารณาดังนี้

ตารางที่ 4.5 การจัดสรรเงิน 6 ก้อนและสัดส่วนของแต่ละก้อน

บริการต่างๆ	วิธีการจ่ายสถานพยาบาล	%
1. ผู้ป่วยนอกปกติ	เหมาจ่ายรายหัวตามกลุ่มอายุ 4 กลุ่ม	25
2. ผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน อุบัติเหตุ + แผลงๆ	ตามอัตราที่กำหนด	2
4. ผู้ป่วยใน • บริการพื้นฐาน • บริการฉุกเฉินและอุบัติเหตุ • กรณีคำรักษาราคาแพงท • internal control	จ่ายตามน้ำหนักของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ภายในเพดานงบประมาณที่กำหนดล่วงหน้า	58
5. ส่งเสริมสุขภาพ	ตามปริมาณบริการ และอัตราที่กำหนด	5
7. บริหารจัดการและวิจัยพัฒนา • บริหารจัดการ • วิจัยและพัฒนา		5 4.5 0.5
8. เภส. นสักรอง10.		5
รวม		100

หมายเหตุ รายละเอียดของการใช้เงินแต่ละก้อน ดูภาคผนวกที่เจ็ด

5. การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร (MIS development)

คณะวิจัย โดยเฉพาะ รศ. นพ. สุชาติ สรรเสถียร ได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ระบบข้อมูล ข่าวสารทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการ พัฒนาและการดำเนินการปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินสำหรับสวัสดิการนี้ กล่าวคือ กรมบัญชีกลาง ในฐานะผู้ซื้อบริการ จะต้องวางแผน พัฒนา ระบบสารสนเทศ ทั้งระบบทะเบียนผู้มีสิทธิ (กว่า 7 ล้านคน) ทะเบียนสถานพยาบาล และระบบการเบิกจ่ายเงิน ที่ใช้ข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ระบบเวชระเบียน และการเชื่อมโยงฐานข้อมูลมีสิทธิ รวมทั้งการจัดกระบวนการ ในการตรวจสอบสิทธิ การประมวลผล ระบบการตรวจสอบข้อมูลและการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล และการเบิกจ่ายเงิน รายละเอียด ดูภาคผนวกที่แปด

6. สาระสำคัญของร่างพรบ. กองทุนสุขภาพข้าราชการ

คณะผู้วิจัย ได้อาศัย เอกสารประกอบการประชุม ตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ มติกรรมการฯ หลายๆ ครั้ง ยกย่องสาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติ กองทุนสุขภาพข้าราชการ นำเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการ โดยได้เชิญนักกฎหมาย จากมหาวิทยาลัย และสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาร่วมให้ความเห็นด้วย

สาระสำคัญของ ร่างพรบ. นี้ได้แก่

- ความคุ้มครองของผู้มีสิทธิ ยังคงยืนยันหลักการเดิม กล่าวคือ คุ้มครอง บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ไม่เกิน 3 ราย
- กำหนดหน้าที่ ของคณะกรรมการ และสำนักงาน กองทุนสุขภาพข้าราชการ ให้มีฐานะเป็นนิติบุคคล เป็นองค์การมหาชน ที่มีอิสระในการบริหารงาน และการบริหารเงิน

- กำหนดที่มา ของเงินในกองทุนสุขภาพข้าราชการ ส่วนที่มาจากงบประมาณได้แก่ เงินประเดิม (endowment fund) เงินอุดหนุนประจำปี อีกส่วนหนึ่งมาจากเงินสมทบ เป็นร้อยละของเงินเดือนของข้าราชการ และในอนาคตพัฒนาไปสู่การออมทรัพย์ เพื่อการรักษาพยาบาล (medical saving account)
- กำหนดวัตถุประสงค์ของรายจ่าย เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล ตามหลักเกณฑ์ ในประกาศของกระทรวงการคลัง อาจแบ่งเป็นก้อน โดยมีวิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน
- เมื่อได้ร่าง พรบ. กสช. แล้ว นำเข้าสู่เวทีสาธารณะ เพื่อรับฟัง และปรับสาระสำคัญ จากนั้น กระทรวงการคลัง นำร่าง พรบ. เข้าสู่กระบวนการทางรัฐสภาต่อไป

นักวิจัยมีข้อเสนอ เกี่ยวกับกระบวนการปฏิรูป ได้แก่

- ให้จัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ์ทันที
- ให้เร่งรัดดำเนินการระบบข้อมูล DRG
- ฝึกอบรม โรงพยาบาล
- กำหนดเพดานรายจ่ายผู้ป่วยใน และทดสอบ วิธีการจ่ายด้วยข้อมูล DRG
- เมื่อพร้อมแล้ว ให้ปรับปรุงระบบการจ่ายผู้ป่วยนอก
- ทั้งหมดนี้ ให้ดำเนินการภายใต้ร่มของกรมบัญชีกลาง

รายละเอียด ให้ดูภาคผนวกที่เก้า

7. การวิเคราะห์ความเห็น และจุดยืนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Political Mapping)

การวิเคราะห์วิจัย เพื่อประเมิน บทบาท ท่าที และความเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholder) ทั้งหมด (political mapping) นักวิจัยได้ดำเนินการโดย ประเมิน จุดยืน (Position) ทั้งที่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย อำนาจ (power) ของผู้เกี่ยวข้อง จากการประมวลความรู้ ความเข้าใจ ของกลุ่มนักวิจัยเอง (self assessment) การวิเคราะห์จุดยืนของกรรมการ ที่มาจาย หน่วยงานราชการต่างๆ รวมทั้งข้อมูลที่ได้รับจาก สิ่งพิมพ์ ในสื่อสารมวลชนในช่วง 1 ปีเศษที่ดำเนินการโครงการนี้ โดยไม่ได้มี โอกาส สัมภาษณ์ ผู้เกี่ยวข้อง (stakeholders)

ผู้วิจัยได้จำแนก ผู้เกี่ยวข้องเป็น 2 กลุ่มได้แก่

- **กลุ่มที่เห็นด้วยกับการปฏิรูป** ได้แก่ สำนักงาน กพ., สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, โรงพยาบาลเอกชน, สมาคมโรงพยาบาลเอกชน, ชมรมแพทย์ชนบท, สำนักงานประมาณ, สำนักงานประกันสังคม, กรมบัญชีกลาง, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, นายกรัฐมนตรี, รัฐมนตรีคลัง, รัฐมนตรีสาธารณสุข, รัฐมนตรีแรงงาน, สมาชิกวุฒิสภา, สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร, สาธารณชน, หนังสือพิมพ์กลุ่มลูกค้ำมีการศึกษา, สื่อมวลชนสาขาโทรทัศน์, ทีวีอิสระ และวิทยุกระจายเสียง
- **กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับการปฏิรูป** ได้แก่ ผู้มีสิทธิ์ (ข้าราชการและครอบครัว), สมาคมข้าราชการพลเรือน, โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, โรงพยาบาลรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข, บริษัทประกันภัย, สมาคมประกันวินาศภัย, สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรผู้ค้าน, หนังสือพิมพ์กลุ่มลูกค้ำชาวบ้าน

ผู้วิจัยได้ให้คะแนนดังนี้

- คะแนนจุดยืนต่อการปฏิรูป ตั้งแต่ - 5 ถึง + 5 คะแนน
- คะแนนอำนาจ (power) หน้าที่ หรือพลัง แรงกดดันของผู้เกี่ยวข้อง ให้คะแนนตั้งแต่ +1 ถึง + 5

คะแนนรวม ผลคูณของจุดยืนและอำนาจ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีระหว่าง - 25 ถึง + 25

□ กลุ่มที่เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ รัฐมนตรีคลัง + 22.5, นายกรัฐมนตรี +20.0, กรมบัญชีกลาง +20.0

□ กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรฝ่ายค้าน - 16.0, สมาคมข้าราชการพลเรือน - 12.0

เมื่อนำคะแนนของทั้งสองกลุ่ม ทั้งที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการปฏิรูป มารวมกัน ได้คะแนนระหว่าง + 106 ถึง + 133 ผู้วิจัยสรุปว่า น่าจะมีความเป็นไปได้สูง และมีแรงคัดค้านไม่มากนัก รายละเอียด ดูภาคผนวกที่สิบ

ตารางที่ 4.1 ทางเลือกต่าง ๆ ของวิธีการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (ambulatory care)

ทางเลือกต่าง ๆ	เนื้อหาสำคัญ / วิธิดำเนินการ	ผู้ให้บริการ	ข้อดี	ข้อเสีย	ผลสืบเนื่อง (consequence)
❶ Fee for service คงสภาพเดิมที่เป็น Reimbursement Model	ไม่ปฏิรูปแต่อย่างใด ดำเนินการเหมือนเดิมทุกประการ (status quo) เบิกย้อนหลังผ่านส่วนราชการผู้เบิก แต่อาจจะพัฒนารูปแบบการเบิกโดยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย โดยให้สถานพยาบาลรัฐเบิกได้ตรงจากกรมบัญชีกลาง	สถานพยาบาลภาครัฐเท่านั้น	เป็นแหล่งเงินบำรุงที่สำคัญของสถานพยาบาลภาครัฐในภาวะงบประมาณไม่เพียงพอ สำหรับอุดหนุนข้ามกลุ่มผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มีรายได้น้อย (cross subsidy to other schemes)	Limited choice เฉพาะภาครัฐ สอนกระแสการเรียกร้องของข้าราชการ ให้สามารถเข้าถึงบริการเอกชนได้ Distort ระบบการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐ คงสถานะ underfinancing ไว้ สำนักรับประมาณไม่ตระหนักถึงปัญหา ให้โรงพยาบาลช่วยตัวเองโดยอาศัยเงินบำรุง (50%ของรายจ่ายประจำปีของ รพ.รัฐบาล จ่ายจากเงินบำรุง)	ค่ารักษาพยาบาลคงจะเพิ่มขึ้นในอัตราเดิม ประมาณอย่างน้อย 12% อย่างมาก 22% ต่อปี โอกาสสูงที่มีกระแสเรียกร้องให้ขยายการเข้าถึงบริการเอกชน ทำให้ค่ารักษาเพิ่มขึ้นอีกมาก สุขภาพของผู้มีสิทธิได้ไม่คุ้มกับเงินที่จ่าย
❷ Fee for service with co-payment (reimbursement model)	1. คงสภาพระบบเดิม แต่ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมจ่ายเงินเมื่อใช้บริการ ในจำนวนเงินคงที่ (fix fee) ทั้งที่สถานพยาบาลรัฐและเอกชน 2. Prerequisite คือ อัตราค่ารักษาพยาบาลมาตรฐานเดียวกันในภาครัฐและเอกชน	สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน	เข้าถึงสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนได้ ข้าราชการคงจะพอใจ copayment ป้องกัน unnecessary use of service ที่ได้ผล มีผลต่อการควบคุมรายจ่ายได้ แต่ไม่ดีนัก เพราะ copayment มีผลเฉพาะต่อผู้ป่วย ไม่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ เนื่องจาก market failure ฝ่ายอุปสงค์จะเป็นผู้ตัดสินใจแทนหรือมีอิทธิพลต่อผู้บริโภคค่อนข้างมาก กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย ถ้าซื้อยาเกินราคาต่ำกว่า หรือไม่ต่างจาก copayment ผู้ป่วยคงไม่ใช้	อาจมีกระแสคัดค้านเพราะผู้ป่วยไม่เคยมียาจ่ายร่วมมาก่อน การมี copayment อาจทำให้ผู้มีรายได้น้อย กลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุ ไม่สามารถเข้าถึงบริการตามความจำเป็นได้ → inequity ข้อพิจารณาคือ ระดับ copayment เท่าไร อัตราที่ภาครัฐและเอกชนเท่ากันหรือไม่ ? ถ้ากรมบัญชีกลางจ่ายสถานพยาบาลรัฐและเอกชนโดยตรง ไม่สามารถควบคุม fraud claim ได้ การ manipulate หลักฐานเพื่อไม่ให้มี copayment เลยนั้น ไม่ใช่สิ่งที่ยุ่งยากนัก แต่การ detect และการตรวจสอบเป็นสิ่งยุ่งยากมากและมีประสิทธิภาพต่ำ ระบบนี้จึงมีประสิทธิภาพต่ำด้วย	Copayment จะต้องเหมาะสมกับความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วย ข้าราชการบ้านานุส่วนใหญ่อาจจะไม่มี cash flow และมี real health need and more frequent visits จะได้รับผลกระทบค่อนข้างมาก อาจพิจารณาแยก copayment สำหรับผู้สูงอายุ ถ้า copayment รัฐและเอกชนเท่ากัน โดยที่ไม่มีราคามาตรฐาน ผู้ป่วยจะมี preference ไปเอกชนมาก ค่ารักษาพยาบาลกลับเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แทนที่จะ

ทางเลือกต่าง ๆ	เนื้อหาสำคัญ / วิธิดำเนินการ	ผู้ให้บริการ	ข้อดี	ข้อเสีย	ผลสืบเนื่อง (consequence)
			บริการอย่างฟรีๆ	Implement ค่อนข้างยาก ค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกอาจจะเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ว ข้อกำหนดเบื้องต้น (prerequisite) ที่ว่า ต้องมี อัตราค่ารักษาพยาบาลมาตรฐานเดียวกัน ในภาครัฐและเอกชน ไม่ใช่เรื่องที่จะทำได้ ง่ายนัก	contain ไว้ในระดับที่ต้องการ
③ ยกเลิกการคุ้มครองค่ารักษาผู้ป่วยนอก ขยายบริการส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น	1. ยกเลิกการคุ้มครองการเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยนอก คงเหลือแต่สิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยใน โดยอาจจะปรับสิทธิผู้ป่วยในให้สูงขึ้น 2. พื้นฐานความคิด บริการผู้ป่วยนอกนั้น ข้าราชการน่าจะมีความสามารถจ่ายได้ ช่วยตัวเองได้ ให้เป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล และเป็นไปได้ถ้าในอนาคต ค่าจ้างภาครัฐสะท้อน หรือใกล้เคียงกับราคาคาดตลาด 3. บริการส่งเสริมสุขภาพ มีต้นทุนประสิทธิผลสูงกว่าบริการรักษาพยาบาล	--	กรมบัญชีกลางประหยัดรายจ่าย ไม่น้อยกว่า 30-40% ของรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลทั้งหมดในแต่ละปี มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การเปลี่ยนวิถีชีวิต (healthy life style) ของข้าราชการและผู้มีสิทธิ ผลตอบแทนสุขภาพในรูปของ health outcome จะดีกว่าบริการรักษาพยาบาล	เป็นการรอนสิทธิเดิมที่เคยมีอยู่พอสมควร จะมี resistance สูง รายจ่ายผู้ป่วยในจะโป่งขึ้น เพราะบริการผู้ป่วยนอกเบิกไม่ได้ จะ shift ไปเป็นบริการผู้ป่วยใน ซึ่งเบิกได้ (squeeze and balloon effect) กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ข้าราชการบำนาญ และบิดามารดาข้าราชการ (ผู้สูงอายุ) จะได้รับผลกระทบมากที่สุด	ถ้าทำได้จะเปิดศักราชของ active health promotion รวมทั้งการปรับวิถีชีวิตที่มีผลดีต่อสุขภาพ (healthy life style) ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางของการปฏิรูประบบสาธารณสุข
④ ตั้งเพดานความรับผิดชอบของครอบครัว ในค่ารักษาพยาบาลต่อปี (maximal household liability)	1. ตั้งเพดานค่ารักษาพยาบาลที่ครอบครัวข้าราชการจะต้องจ่ายเองต่อปี ถ้าเกินจากเพดานนั้น กรมบัญชีกลางจะให้การคุ้มครอง 2. มีหลายเพดานตามความต้องการด้านสุขภาพ (health needs) 3. ต้องการ Prerequisite 2 ประการคือ ก) ฐานข้อมูลรายจ่ายต่อครอบครัวต่อปี	สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน	ครอบครัวข้าราชการรับผิดชอบเบื้องต้นอยู่ในวิสัย และมีความสามารถในการจ่ายได้พอสมควร เพดานรายจ่ายต่ำถ้า health needs สูง และเพดานรายจ่ายสูง ถ้ามี health needs ต่ำ เกิดความ	อาจจะเป็นการรอนสิทธิเดิมที่เคยมีอยู่ ไม่เคยต้องท มีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล prerequisite คือต้องการข้อมูลค่าใช้จ่ายระดับบุคคล และขึ้นมาถึงระดับครอบครัวของข้าราชการแต่ละครอบครัว เพื่อทราบ maximal household liability เป็นระยะ ซึ่งไม่ใช่สิ่งที่ง่ายนักในการพัฒนาฐานข้อมูลนี้	อาจจะมีการ make ข้อมูลรายจ่ายต่อครอบครัวต่อปี เพื่อให้ถึงเพดานโดยเร็ว ทางเลือกที่ ④.1 เป็น variation ของทางเลือกที่ ④ กล่าวคือ แทนที่จะกำหนดเป็นเพดานความรับผิดชอบสูงสุดที่ครัว

ทางเลือกต่าง ๆ	เนื้อหาสำคัญ / วิธีดำเนินการ	ผู้ให้บริการ	ข้อดี	ข้อเสีย	ผลสืบเนื่อง (consequence)
	(information system) ข) อัตราค่ารักษาพยาบาลมาตรฐานเดียวกันในภาค รัฐและเอกชน		เสมอภาคในระบบ (equity objective) รัฐให้การคุ้มครองในส่วนที่เกินความ สามารถ หลังจากที่ครัวเรือนได้ ช่วยตัวเองแล้ว (คุ้มครองบาท สุดท้าย) เกิดประสิทธิภาพและความสมเหตุ สมผลในการใช้บริการ และการ ใช้ทรัพยากร ผู้มีความจำเป็นด้านสุขภาพ ได้รับ การคุ้มครองที่เหมาะสม	ถ้าไม่มีอัตราค่ารักษาพยาบาลมาตรฐานเดียว กันทั้งในภาครัฐและเอกชน และผู้ป่วยต้อง การให้บริการในภาคเอกชน ซึ่งมีค่ารักษา สูงกว่า ก็จะใช้จ่ายถึงเพดานของครอบครัว โดยรวดเร็ว และเป็นภาระของกรมบัญชี กลางในส่วนที่เกินกว่าเพดาน ต้องการ technical input ค่อนข้างมาก ในการ กำหนด differential household liability based on health needs ของสมาชิกใน ครัวเรือน	เรือนจะจ่ายเองต่อปี ที่เป็นเม็ดเงิน ว่าจะเป็นกับบ้านนั้น เพื่อ ความง่ายต่อการปฏิบัติ อาจจะ กำหนดเป็นสัดส่วน (proportion) ของ ค่ารักษา พยาบาลก็ได้ กล่าวคือครัวเรือน และงบกลางรับผิดชอบในราย จ่ายเป็นครั้งๆ ไป ตามสัดส่วนที่ กำหนด เช่น 30/70 (ครัวเรือน รับผิดชอบ 30% และงบกลาง รับผิดชอบ 70% ของค่ารักษา) การกำหนดสัดส่วนอาจจะมีข้อเสีย สำคัญคือ ไม่สามารถควบคุม ค่ารักษาพยาบาลได้ ถ้าอัตรา การให้บริการสูง (utilisation rate) กล่าวคือ ความรับผิดชอบ ของงบกลางเป็นสัดส่วนแปร โดยตรงตามอัตราการใช้บริการ ถ้าอัตราสูง รายจ่ายสัมบูรณ์จะ สูงด้วย (absolute expenditure)
๕ ตั้งเพดาน ความรับผิดชอบ ของกรมบัญชี กลาง ในค่ารักษา พยาบาลต่อครอบครัว	1. ตั้งเพดานค่ารักษาพยาบาลที่กรมบัญชีกลางจะจ่าย ให้แก่ครอบครัวในแต่ละปี ถ้าเกินจากเพดานนั้น อยู่ใน ความรับผิดชอบของครอบครัว 2. มีหลายเพดานตามความต้องการด้านสุขภาพ (health needs) ของครัวเรือน	สถาน พยาบาลทั้ง ภาครัฐและ เอกชน	กรมบัญชีกลาง รับผิดชอบค่ารักษา พยาบาลเบื้องต้น ที่อยู่ในวิสัย และความสามารถในการจ่าย ของงบกลาง ง่ายต่อการกำหนด capping ของ CSMBs	อาจจะเป็นการรอนสิทธิเดิมที่เคยมีอยู่ ไม่เคย ต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล prerequisite คือต้องการข้อมูลค่าใช้จ่ายระดับ บุคคล และขึ้นมาถึงระดับครอบครัวของ ข้าราชการแต่ละครอบครัว เพื่อทำการ	ทางเลือกที่ ๕.1 เป็น Variation ของทางเลือกที่ ๕ กล่าวคือ แทนที่จะกำหนดเป็นเพดาน ความรับผิดชอบสูงสุดที่งบ กลางจะจ่ายให้ต่อครอบครัวต่อ

ทางเลือกต่าง ๆ	เนื้อหาสำคัญ / วิธิตำเนินการ	ผู้ให้บริการ	ข้อดี	ข้อเสีย	ผลสืบเนื่อง (consequence)
ครัวต่อปี (maximal Scheme liability)	3. ต้องการ Prerequisite คือ ฐานข้อมูลรายจ่ายต่อ ครอบครัวต่อปี (information system) แตกต่างจากทาง เลือกที่ ๔ กล่าวคือไม่ต้องการอัตราค่ารักษาพยาบาล มาตรฐานเดียวกันทั้งในภาครัฐและเอกชน		กำหนดให้มีหลายเพดานรายจ่าย โดยเพดานจะสูง ถ้ามี health needs สูง และเพดานจะต่ำ ถ้า มี health needs ต่ำ เกิดความ เสมอภาคในระบบ (equity objective) ครัวเรือนรับผิดชอบในส่วนที่เกิน ความสามารถที่กรมบัญชีกลาง จะจ่ายให้ (ครัวเรือนรับผิดชอบ บาทสุดท้าย) เกิดประสิทธิภาพและความสมเหตุ สมผลในการให้บริการ และการ ใช้ทรัพยากรพอสมควร ไม่จำเป็นต้องมีอัตราค่ารักษา พยาบาลมาตรฐานเดียวกันใน ภาครัฐและเอกชนเพราะถ้ามี รสนิยมใช้บริการเอกชน ราย จ่ายจะถึงเพดานทั้งบกลางรับ ผิดชอบโดยเร็ว ที่เกินเพดานจะ เป็นความรับผิดชอบของครัว เรือน ผู้มีความจำเป็นด้านสุขภาพ ได้รับ การคุ้มครองที่เหมาะสม	ความรับผิดชอบสูงสุดที่กรมบัญชีกลางจะ จ่ายให้ ซึ่งไม่ใช่สิ่งที่ง่ายนักในการพัฒนา ฐานข้อมูลนี้ ต้องการ technical input ค่อนข้างมาก ในการ กำหนดเพดานความรับผิดชอบของบ กลาง (differential liability based on health needs)	ปี ที่เป็นเม็ดเงินว่าจะเป็นกี่บาท นั้น เพื่อความง่ายต่อการปฏิบัติ อาจจะกำหนดเป็นสัดส่วน (proportion) ของค่ารักษา พยาบาลก็ได้ เช่นระบบ 30/70 ครัวเรือนรับผิดชอบ 30% และ งบกลางรับผิดชอบ 70% ของค่า รักษาพยาบาล ทางเลือก ๕.1 ต้องการอัตราค่า รักษาพยาบาลมาตรฐานใน รพ. รัฐและเอกชน การกำหนดสัดส่วนอาจจะไม่มีข้อเสีย สำคัญคือ ไม่สามารถควบคุมค่า รักษาพยาบาลได้ ถ้าอัตราการใช้ บริการสูง (utilisation rate) กล่าวคือ ความรับผิดชอบงบกลางเป็นสัดส่วน แปรโดยตรงตามอัตราการใช้บริการ ถ้าอัตราสูง รายจ่ายสัมบูรณ์จะสูง ด้วย (absolute expenditure)
๕ เหน่าจ่ายราย หัวโดยไม่มีกา รจ่ายร่วม	1. ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวต้อง เลือกเพื่อลง ทะเบียนกับสถานพยาบาลใดก็ได้ ทั้งสถานพยาบาลภาค รัฐหรือเอกชน แห่งใดแห่งหนึ่ง ที่ตนยินดีจะไปใช้บริการ	สถาน พยาบาลทั้ง ภาครัฐและ	1. กระทรวงการคลังสามารถ ประมาณการรายจ่ายผู้ป่วยนอก ของทั้งระบบล่วงหน้าได้	1. สถานพยาบาลอาจจะไม่เต็มใจให้บริการที่มี คุณภาพเพราะว่ารายได้ของสถานพยาบาล จำกัดตามปริมาณผู้มีสิทธิ ที่เลือกลงทะเบียน	มีรายจ่ายเพื่อการควบคุมคุณภาพ บริการ ทำให้รายจ่าย administration เพิ่มขึ้น แต่เป็น

ทางเลือกต่าง ๆ	เนื้อหาสำคัญ / วิธิดำเนินการ	ผู้ให้บริการ	ข้อดี	ข้อเสีย	ผลสืบเนื่อง (consequence)
(capitation without copayment)	เมื่อเจ็บป่วย หรือเป็นสถานพยาบาลที่เคยใช้ประจำอยู่แล้ว และยินดีจะไปใช้อีก สถานพยาบาลเหล่านี้ได้รับค่าตอบแทนให้ดูแลรักษาพยาบาลตลอดปีเป็นรายหัว (capitation) ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด 2. การคำนวณอัตราเหมาจ่ายควรจะเป็นอัตราเหมาจ่ายที่ถ่วงน้ำหนักด้วยตัวแปรทางประชากร (อายุของผู้มีสิทธิ์ที่ลงทะเบียน) weighted capitation ต้องการตัวเลข และข้อมูลจากหลายฐานข้อมูล ได้แก่ - ข้อมูลทางประชากร เพศ อายุ ทั้งของข้าราชการ บำนาญ และบุคคลในครอบครัว - อัตราการเจ็บป่วยและการใช้บริการ ของเจ้าตัว บิดา มารดา คู่สมรส บุตร - ประมาณการงบกลางในแต่ละปีสำหรับใช้จ่ายในสวัสดิการนี้ - ประมาณการ การเพิ่มของอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน - ต้นทุนการรักษาพยาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอก และการชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับต้นทุน โดยให้มีอัตราค่ารักษาที่เหมาะสม - การกำหนดอัตราเหมาจ่ายนอกจากต้องการข้อมูลด้านเทคนิคแล้ว ยังอาศัยการเจรจาต่อรองระหว่างผู้ซื้อบริการกับผู้ให้บริการ 3. สำหรับการเจ็บป่วยกรณีฉุกเฉิน การเจ็บป่วยในขณะไปนอกจังหวัดที่เลือกสถานพยาบาลไว้ ให้บุคคลผู้มีสิทธิ์ให้บริการผู้ป่วยนอกที่ใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องให้บริการในสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ และนำไปเสริมรับเงินมา	เอกชน	2. สามารถควบคุมค่ารักษาพยาบาลได้ เพราะสถานพยาบาลผู้รับเหมา มีแนวโน้มประหยัดการใช้ทรัพยากร ไม่เกิดการให้การรักษากเกินความเหมาะสม หรือเกินจำเป็น รายได้ของสถานพยาบาลขึ้นอยู่กับปริมาณผู้มีสิทธิ์ที่ไปลงทะเบียนไว้ ไม่ได้แปรผันตามปริมาณบริการที่ให้ อย่างในระบบปัจจุบัน 3. เกิดการแข่งขันระหว่างสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ปรับปรุงคุณภาพบริการให้เป็นที่พอใจของผู้ป่วย เพื่อว่าในปิดกั้นไป ผู้ป่วยยังคงเลือกสถานพยาบาลของตน 4. ค่าบริหารจัดการต่ำ (technical efficiency) ส่วนราชการผู้เบิกไม่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่าย จะไม่มีเอกสารที่ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล ไม่มีฎีกาส่งมาจากส่วนราชการผู้เบิก ไม่ต้องตรวจผ่าน ไม่ต้องอนุมัติฎีกา กรมบัญชีกลางเพียงแต่ส่งเงินเหมาจ่ายรายหัวให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนผู้มีสิทธิ์ที่ลงทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลนั้น เป็นรายเดือน หรือรายงวด 5. เป็นโอกาสอันดีที่กรมบัญชีกลาง	อย่างไรก็ตาม ปัญหานี้จะเป็นเฉพาะช่วงเปลี่ยนผ่านเท่านั้น สถานพยาบาลที่บริการไม่ดีในสายตาของผู้ป่วยจะไม่ได้รับเลือกต่อไปในปิดกั้นไป 2. ปัญหานี้จะคงอยู่หากด้านอุปทานของบริการมีจำกัดโดยธรรมชาติ (natural monopoly) กล่าวคือมีสถานพยาบาลเพียงแห่งเดียวเท่านั้นในพื้นที่หนึ่ง ๆ หรือมีจำนวนน้อย ไม่มีมากพอจะให้เลือก จึงไม่มีการแข่งขันเพื่อพัฒนาคุณภาพเพื่อคงจำนวนลูกค้าของตนไว้ 3. กรณีที่สถานพยาบาลมีข้าราชการและบุคคลในครอบครัวเลือกไว้น้อย ทำให้ฐานการเฉลี่ยความเสี่ยงแคบ มีโอกาสที่รายจ่ายจะสูงกว่ารายได้จากเงินเหมาจ่ายต่อหัวต่อปี 4. สถานพยาบาลอาจจะไม่สนใจเข้าร่วมในการจัดบริการแบบใหม่นี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีฐานประชากรลงทะเบียนไว้น้อย ปัญหาจะมีมากหากเหตุการณ์นี้เกิดในจังหวัดที่มีการผูกขาดตามธรรมชาติ อย่างไรก็ตาม สถานพยาบาลของรัฐซึ่งครอบคลุมทุกพื้นที่ถึงระดับอำเภอทั่วประเทศ ย่อมขอความร่วมมือได้ โอกาสเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ก็คงน้อย 5. บริการระดับต้นอาจจะมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน โดยส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอย่างพร่ำเพรื่อ (over referral) เพราะดูแลผู้ป่วยมากหรือน้อยก็ได้รับเงินเหมาจ่ายเท่าเดิม โรงพยาบาลก็อยากได้ผู้ป่วยในมาก ๆ เพื่อจะได้เงินจากกรม	สิ่งจำเป็น Risk อยู่กับผู้ให้บริการ คือสถานพยาบาลระดับต้น ดังนั้น การวิเคราะห์ความเป็นไปได้จะต้องในด้านของ provider จึงเป็นประเด็นสำคัญที่สุดในขั้นตอนของการทำ political mapping ในทางเลือกนี้ จะ introduce copayment ด้วยหรือไม่ก็ได้ ผู้เขียนเห็นว่า อาจจะไม่มีความจำเป็น เพราะว่า โดย Capitation แล้วจะมี incentive ในฝ่ายของผู้ให้บริการในการสั่งจ่ายยา ทรัพยากรอย่างมีวิจารณ์ ญานมากอยู่แล้ว

ทางเลือกต่าง ๆ	เนื้อหาสำคัญ / วิธิตำเนินการ	ผู้ให้บริการ	ข้อดี	ข้อเสีย	ผลสืบเนื่อง (consequence)
	เบิกคืนจากกรมบัญชีกลางภายหลัง ตามเกณฑ์ที่กำหนด (extra-contractual services) 4. ผู้มีสิทธิในสวัสดิการนี้สามารถเลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ได้ปีละ 1 ครั้ง การเลือกสถานพยาบาลโดยผู้มีสิทธิแต่ละคน จะสอดคล้องกับการเข้าถึงทางกายภาพ (geographical accessibility) และการมีประวัติการรักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลใดหนึ่ง การมีสิทธิเลือกได้ทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ทำให้ข้าราชการ มี compliance ต่อระบบใหม่สูง การเลือกได้ทั้งรัฐและเอกชนจะกระตุ้นการแข่งขันเชิงคุณภาพระหว่างทั้งสองภาค 5. prerequisite ของระบบใหม่นี้ คือทะเบียนรายชื่อที่ update ของข้าราชการ ข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัวทุกคนที่มีสิทธิ และบัตรประจำตัวที่มีลักษณะบันทึกข้อมูลในแถบแม่เหล็ก สำหรับการเลือกลงทะเบียนกับสถานพยาบาล 6. กรมบัญชีกลางทำสัญญาจ้าง (contract) สถานพยาบาลระดับต้น (primary medical care) ให้บริการ ambulatory care สถานพยาบาลระดับต้นจะมีต้นทุนการผลิตต่ำ สามารถเข้าถึงในเชิงกายภาพสะดวกกว่าบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล (hospital based outpatient services) 7. ข้อควรระวังที่สำคัญคือ ต้องให้ผู้มีสิทธิทุกคนเป็นผู้เลือกสถานพยาบาลเอง ซึ่งจุดอ่อนของการประกันสังคมในระยะแรกคือ นายจ้างเป็นผู้เลือกสถานพยาบาลให้ ลูกจ้าง นายจ้างหรือตัวแทนนายจ้างได้รับผลประโยชน์		สามารถกำหนดให้มีฐานข้อมูลที่จำเป็นต่อการวางแผน การควบคุม กำกับ การพัฒนานโยบายในระยะยาว โดยให้สถานพยาบาลผู้รับเหมา มีหน้าที่รายงานปริมาณบริการ (จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก จำนวนรายผู้ป่วยใน จำนวนวันป่วย การวินิจฉัยโรค ฯลฯ) อัตราการใช้บริการรายบุคคล โดยบันทึกเลขที่บัตรประจำตัวทุกครั้งที่ใช้บริการ ข้อมูลเหล่านี้ มีความสำคัญยิ่งต่อการปรับปรุงระบบในปีถัด ๆ ไป เช่น อัตราเหมาจ่าย รวมทั้งการวางแผนระบบสวัสดิการในระยะยาวต่อไป 6. เป็นโอกาสอันดีในการกระตุ้นให้มีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมีทะเบียนประวัติอยู่ที่สถานพยาบาลแห่งเดียว ในกรณีการย้ายสถานพยาบาลให้ส่งประวัติการเจ็บป่วยจากสถานพยาบาลเดิมไปยังสถานพยาบาลใหม่ที่ลงทะเบียนไว้ เป็นเงื่อนไขอันดีในการให้บริการผสมผสาน ทั้งบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า ผู้ป่วยเลือกใช้บริการผู้ป่วยนอกด้วยเหตุผลหลักคือ	บัญชีกลางเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเองก็อยากจะไปหาผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล ทำให้การใช้บริการโรงพยาบาลขาดเหตุผล ซึ่งมีบทเรียนเช่นนี้ในหลายประเทศ ดังนั้นข้อมูลอัตราการส่งต่อจากสถานพยาบาลระดับต้นไปยังโรงพยาบาล จึงเป็น vital parameter สำหรับการกำกับการจัดอ่อนนี้เพื่อหามาตรการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา 6. ปัญหาดังกล่าวข้างต้น อาจแก้ไขได้โดย feedback ข้อมูล อัตราการส่งต่อ อัตราการใช้บริการที่สถานพยาบาลระดับต้น แก่ผู้มีสิทธิประกอบการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลในปีถัดไป การปฏิรูปต่อไปในระยะยาวคือ ให้สถานพยาบาลระดับต้น เป็นผู้ถืองบประมาณทั้งหมด (คำรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) เสียเอง (budget holder) เมื่อตนเองส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ตนเองจะต้องเป็นผู้จ่ายเงิน ค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลตามเงื่อนไขที่กำหนดต่อไป (Primary care fund holder หรือ gate keeper) ซึ่งการปฏิรูปเช่นนี้ มีผลทำให้การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสมเหตุสมผลมากขึ้น สถานพยาบาลระดับต้นอาจจะพัฒนาศักยภาพในการให้บริการเช่น การผ่าตัดธรรมดามากขึ้น day surgery มากขึ้น เป็นต้น ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น	

ทางเลือกต่าง ๆ	เนื้อหาสำคัญ / วิธิดำเนินการ	ผู้ให้บริการ	ข้อดี	ข้อเสีย	ผลสืบเนื่อง (consequence)
	ตอบแทนจากสถานพยาบาลคู่สัญญา โดยไม่คำนึงถึง การเข้าถึงบริการเชิงกายภาพของผู้ประกันตน การศึกษา หนึ่งพบว่า ผู้ประกันตนในจังหวัดสมุทรปราการ 20% ไม่สามารถบอกชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมที่ตนจะต้องไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย ทำให้อัตราการให้บริการที่สถานพยาบาลประกันสังคมค่อนข้างต่ำ (วิโรจน์และคณะ 2536) 8. Pre-requisite ที่สำคัญที่สุดคือ การมีสถานพยาบาลระดับต้น ที่มีแพทย์ให้บริการ อยู่ใกล้ชุมชน มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับ และสามารถ convince ให้ผู้มีสิทธิ์เลือกลงทะเบียน ในขณะที่ สถานพยาบาลระดับต้นที่มีแพทย์ประจำอยู่คือ คลินิกเอกชน โพลีคลินิก ซึ่งอาจจะไม่มีแพทย์ไม่เต็มเวลาปฏิบัติงานอยู่เป็นส่วนใหญ่ และอยู่ในเขตเทศบาลเป็นส่วนใหญ่ ในเขตสุขภาพอาจจะไม่มีบ้าง คุณภาพบริการของสถานพยาบาลระดับต้นเหล่านี้ยังมีปัญหา และต้องการพัฒนา 9. นอกจากจะมีสถานพยาบาลระดับต้นแล้ว กรมบัญชีกลางจะต้องเริ่มต้นดำเนินการกำกับการคุณภาพบริการ และ accredit คุณภาพ โดยอาจจะเริ่มต้นด้วยคุณภาพระดับพื้นฐานก่อน แล้วค่อย ๆ ปรับคุณภาพให้สูงขึ้น การทำ accreditation นั้น กรมบัญชีกลางไม่จำเป็นต้องดำเนินการเอง อาจจะ subcontract ให้สำนักงานประกันสังคมดำเนินการก็ได้ 10. นอกจากการมีสถานพยาบาลระดับต้นที่มีคุณภาพแล้ว อัตราเหมาจ่ายจะต้องสูงเพียงพอที่จะดึงดูดให้สถานพยาบาลเหล่านี้รับจ้างกรมบัญชีกลางจัดบริการที่		การเข้าถึงสะดวก 7. กรมบัญชีกลางสามารถสร้างแรงจูงใจทางการเงิน เพื่อให้สถานพยาบาลจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค อย่างเป็นระบบ โดยเพิ่มค่าตอบแทนแก่สถานพยาบาลในลักษณะ bonus หรือ fee for services ในกรณีที่มีบริการดังกล่าว 8. กระตุ้นให้เกิดบริการปฐมภูมิ Primary medical care ซึ่งมีต้นทุนต่ำกว่า และเข้าถึงได้ดีกว่าบริการในโรงพยาบาล ให้เป็นจริงขึ้น การมีสถานพยาบาลขั้นต้น จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุขให้ดีขึ้น 9. การมีบริการปฐมภูมิที่เป็นระบบเช่นนี้ จะเป็นเงื่อนไขอันดีในการส่งเสริมให้เกิดแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ที่เป็นจริงในอนาคต เพราะประชากรเป้าหมายมีมากถึงประมาณ 7.026 ล้านคน อันเป็นการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีการส่งกลับผู้ป่วยในซึ่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลมายังบริการปฐมภูมิ ที่ผู้ป่วยนั้นลง	7. กรณี population registration มีน้อย เช่นในเขตชนบท ทำให้รายได้ของ PMC ไม่น่าดึงดูดเพียงพอ นอกจากนี้ จะมีความแตกต่างของลักษณะการเจ็บป่วย (non-homogenous population and disease profile) ทำให้เป็นอุปสรรคในการจัดระบบเหมาจ่ายได้ 8. PMC จะต้องมีความชำนาญในการบริหารจัดการ ซึ่งต้องการ skill มากพอสมควร เช่น การรายงานปริมาณบริการให้แก่กรมบัญชีกลาง เป็นต้น skill เหล่านี้ต้องการเวลาในการพัฒนาพอสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง PMC ยังอยู่ในระยะ infancy period	

ทางเลือกต่าง ๆ	เนื้อหาสำคัญ / วิถีดำเนินการ	ผู้ให้บริการ	ข้อดี	ข้อเสีย	ผลสืบเนื่อง (consequence)
	มีคุณภาพตามที่ต้องการได้อย่างไรก็ตาม ถ้าในอนาคตการปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินของการประกันสังคม โดยแยกจ่ายบริการ ambulatory care ออกจากบริการผู้ป่วยใน โดยเหมาจ่ายให้สถานพยาบาลระดับต้นแล้ว ปริมาณประชากรจะขยายมากขึ้น (ทั้งประกันสังคมและข้าราชการ) ทำให้มีอัตราค่าโรที่นาดึงดูดใจของสถานพยาบาลระดับต้นมากขึ้น		ทะเบียนอยู่ ลดความแออัดของบริการในโรงพยาบาล		
⑦ Global budgeting กำหนดเพดานรายจ่ายผู้ป่วยนอกของทั้ง Scheme ไว้ในระดับที่ต้องการ (capping)	สาระสำคัญคือการใช้ระบบแต้ม (point system) สถานพยาบาลระดับต้นบันทึกความยากง่าย (ง่าย ปานกลาง ซับซ้อน) ของการให้บริการผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ (simple episodic, accident, chronic conditions) 3x3 table และส่งข้อมูลไปยังหน่วยประมวลข้อมูลกลาง จะได้คะแนนสะสมของสถานพยาบาลระดับต้นแต่ละแห่ง และรวมทุกแห่งในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่น หนึ่งไตรมาส นำงบกลางที่กันไว้แล้วสำหรับบริการผู้ป่วยนอกในหนึ่งไตรมาส มาหารด้วยคะแนนทั้งหมด จะได้ค่ารักษาต่อหนึ่งคะแนน และสามารถคำนวณกลับว่า สถานพยาบาลระดับต้นใดควรจะได้รับเงินค่ารักษาเท่าไร	สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน	1. ผู้มีสิทธิไม่ต้องลงทะเบียน ใช้สถานพยาบาลได้ทั้งรัฐและเอกชน สอดคล้องกับพฤติกรรมใช้สถานพยาบาลได้โดยเสรีในปัจจุบัน 2. ควบคุมค่ารักษาพยาบาลได้อย่างดี เพราะจัดเพดานไว้ตั้งแต่ต้น และกำหนด inflation ในแต่ละปีได้	1. ไม่ได้ความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล 2. สถานพยาบาลต้องใช้เวลาในการปรับตัวพอสมควร กล่าวคือ ถ้าคุม utilisation rate จะได้ค่ารักษาพยาบาลต่อคะแนนสูงขึ้นทั้งระบบคุณภาพบริการ 3. ต้องการความสามารถของหน่วยประมวลผลกลาง และฐานข้อมูลปฐมภูมิที่สถานพยาบาลระดับต้นจัดทำขึ้น ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่ายนัก 4. การให้คะแนนความยากง่าย และประเภทของผู้ป่วย ต้องการ empirical evidence พอสมควร แต่ไม่น่าจะยากนัก	สถานพยาบาลอาจจะ blow up จำนวนผู้ป่วยและความยากง่ายเพื่อให้ได้คะแนนสะสมมาก และค่ารักษาพยาบาลตอบแทนรายวดมากขึ้นด้วย

ตารางที่ 4.2 ทางเลือกต่าง ๆ ของวิธีการจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน

Options / technical detail	Advantages	Disadvantages	Consequence
1. Status quo: fee for service retrospective reimbursement at public hospitals, quite generous almost no copayment, but ~50% copayment in private hospitals	- Higher consumer satisfaction albeit inefficient - Public providers are happy as it is major source of non-budgetary income	- Open ended, less efficient - Fraud claim, no effective filtering mechanism - As there is no price tag leads to unnecessary longer stay and over-consumption of drugs, esp. expensive original drugs	- Pressure to adjust benefit package, room and board and other medical supplies rates endlessly. - Problem in cost containment, financial burden to the Scheme, possible abuses and false claims by both public and private.
2. Per day (perdiem)	- Easy to manage - Possible to adjust differential rates for longer stay or capping.	- Open ended expenditure, likely to automatically increase LOS, inefficient use of bed - Doesn't reflect casemix severity	- Could design perdiem feature to pay for optimal LOS. - Better control cost than fee for service.
3. Diagnostic Related Group (DRG)	Better reflect casemix severity	- Costly to manage and data handling, need information and extensive database - Still open ended expenditure if adopted purely payment per specific DRG → DRG Creeping	- DRG creeping, false reporting, repeated admission → cost escalation. Difficult to contain cost in long term. - Require data management skill
4. Global budgeting : base on budget per case of patient	- Close ended expenditure - Easy to manage	- Couldn't better reflect casemix severity - Incentive to admit less severe cases	- Better contain costs. - Cost quality trade-off is likely if auditing mechanism and punitive measures are weak.
5. Capitation : possible to employ age adjust capitation rate based on admission rate by age group and adjustment for chronic conditions.	- Close ended expenditure - Easy to manage	- Couldn't better reflect casemix severity - Bad name labelled under Social Security Scheme	- Better contain costs. - Cost quality trade-off problem, under-servicing and poor quality of care - Need strong quality control
6. Combination of Global Budget using DRG weight as casemix indicators to pay back hospitals	- Closed ended expenditure - Reflect better casemix severity	- If budget ceiling is too low, quality of care is jeopardised - Potential to abuse by over/false reporting of DRG weights - causing gradual reduction of payment per DRG weight.	- required management skill and information system. - The separation of payment for ambulatory and inpatient leads to over-referral of cases under capitation system to hospitalisation

บทที่ 5 วิฤตเศรษฐกิจ 2540 กับการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

1. สถานการณ์งบประมาณ 2541

งบประมาณ 2541 สำหรับ สวัสดิการนี้ ปรับลดลงตามลำดับจาก ที่ ตั้งไว้ 18,000 ล้านบาท เป็น 14,000 ล้านบาท เป็น 12,000 ล้านบาท และ 10,000 ล้านบาทตามลำดับระหว่างเดือน กรกฎาคม - ตุลาคม 2540 รวมทั้งนโยบายอย่างแรงกล้า ของอธิบดีกรมบัญชีกลาง ที่ต้องการมาตรการ เร่งด่วน เพื่อให้สามารถ ควบคุมค่าใช้จ่าย อยู่ในวงเงินงบประมาณที่กำหนด

2. วิธิดำเนินการในปี 2541

อธิบดีกรมบัญชีกลาง มีดำริให้ดำเนินการมาตรการโดยเฉพาะอย่างยิ่ง มาตรการที่ให้ผู้มีสิทธิ มีส่วนร่วมจ่าย ค่ารักษายาบาล Demand side intervention และการยกเลิก สิทธิ ในการใช้บริการผู้ป่วยใน ที่รพ.เอกชน

ที่ประชุมร่วมระหว่าง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และกรมบัญชีกลาง เมื่อ 25 สิงหาคม 2540 มีมติทางเลือกต่างๆ สำหรับมาตรการระยะสั้น สำคัญๆ ดังนี้

ด้านอุปสงค์

- ยกเลิกสิทธิในการใช้บริการผู้ป่วยในที่รพ.เอกชน
- ให้ผู้มีสิทธิมีส่วนร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ (copayment) สำหรับ additional comforts เช่น ห้องปรับอากาศ ห้องที่มีราคาแพงขึ้น
- ยกเลิกการคุ้มครองข้าราชการระดับสูงและบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้แก่ ระดับ 7 ขึ้นไป
- การนอนโรงพยาบาล ผู้มีสิทธิจะต้องได้รับการส่งตัวจากแพทย์ ซึ่งไปตรวจในกรมฯ กองฯ ต่างๆ แล้ว
- ให้ข้าราชการจัดทำ Health profile ประจำตัวทุกคน

ด้านอุปทาน

- ยกเลิก ค่าธรรมเนียมแพทย์สำหรับคลินิกภาคค่ำในสถานพยาบาลของรัฐ
- จัดสรรงบประมาณ 10,000 ล้านบาท ตามจำนวนข้าราชการ ไปยังกรม 140 กว่ากรม และให้กรมบริหารรายจ่ายให้อยู่ในงบประมาณที่จัดสรร
- กำหนดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่สามารถเบิกได้
- ลดการคุ้มครองค่าห้องค่าอาหาร (เดิม 600 บาทต่อวัน)
- จ่ายยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ผลิตภายในประเทศ ทดแทนยาต้นแบบ ซึ่งแพงกว่ามาก

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของข้อเสนอทั้งด้านอุปสงค์ และด้านอุปทาน ดูรายละเอียดในภาคผนวกที่

สืบเอด

เมื่อ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง พิจารณากลับกรอง ข้อเสนอแล้ว ได้เสนอมาตรการต่างๆ ให้คณะรัฐมนตรี เมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2541 ครม. มีมติอนุมัติมาตรการระยะสั้น และรับทราบแผนการดำเนินการในระยะปานกลางเรื่องการจัดตั้งกองทุนสุขภาพข้าราชการ (กสข.)

มาตรการระยะสั้น ที่กรมบัญชีกลางตัดสินใจเลือก ที่สำคัญ ได้แก่

- ยกเลิกการเบิกค่าธรรมเนียมแพทย์สำหรับคลินิกภาคค่ำในสถานพยาบาลของรัฐ
- ให้ผู้มีสิทธิจ่ายค่ายา นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 2539 ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- กำหนดจำนวนวันนอนห้องพิเศษ ที่สามารถเบิกได้ ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด
- ยกเลิกสิทธิในการใช้บริการผู้ป่วยในที่รพ.เอกชน ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่อาจจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

ผู้วิจัยได้เสนอวิธีดำเนินการสำหรับมาตรการข้างต้น ที่กรมบัญชีกลางตัดสินใจเลือก ซึ่งทั้งหมดเป็นมาตรการด้านอุปสงค์ รายละเอียดดูใน ภาคผนวกที่สิบสอง

เหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับการดำเนินการในช่วงภาวะวิกฤต มีดังต่อไปนี้

- กระทรวงการคลังมี หนังสือ ขอความร่วมมือในการดำเนินการตามมติกรม. เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2541
 - กระทรวงการคลัง จัดประชุมชี้แจงซักซ้อม แนวทางในการปฏิบัติ เกี่ยวกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กับส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2541
 - กระทรวงการคลัง ออกหนังสือ บันทึกความเข้าใจแนวทางในการปฏิบัติ เกี่ยวกับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในวันที่ 5 มีนาคม 2541 ซึ่งเป็นมติของที่ประชุมส่วนราชการต่างๆ ในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2541
 - แก๊ซ หลักเกณฑ์ เกี่ยวกับ ค่าห้องค่าอาหาร และวันนอนโรงพยาบาล เวียนแจ้งส่วนราชการต่างๆ ในวันที่ 22 พฤษภาคม 2541 จากมติเดิม
 - ◆ ผู้มีสิทธิ อายุ น้อยกว่า 60 ปี เบิกได้เต็ม 600 บาทใน 4 วันแรก, เบิกได้ครึ่งหนึ่ง แต่ไม่เกิน 300 บาทสำหรับการนอนในวันที่ 5-9 และเบิกไม่ได้สำหรับการนอนตั้งแต่วันที่ 10 เป็นต้นไป
 - ◆ ผู้มีสิทธิ อายุ มากกว่า 60 ปี เบิกได้เต็ม 600 บาทใน 6 วันแรก, เบิกได้ครึ่งหนึ่ง แต่ไม่เกิน 300 บาทสำหรับการนอนในวันที่ 7-13 และเบิกไม่ได้สำหรับการนอนตั้งแต่วันที่ 14 เป็นต้นไป
- เป็นมติใหม่นี้
- ◆ ผู้มีสิทธิ ไม่ว่าจะมียายุใด สามารถเบิกค่าห้อง ค่าอาหารพิเศษ ได้ไม่เกิน วันละ 600 บาท และไม่เกิน 13 วัน ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องนอนนานกว่า 13 วัน ให้คณะกรรมการแพทย์ของโรงพยาบาลเป็นผู้วินิจฉัย
 - กระทรวงการคลังได้เวียนแจ้ง เมื่อวันที่ 7 กันยายน 2541 เกี่ยวกับ พระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2541 โดยเฉพาะ มาตรา 11 (2) ตามที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษาฉบับ กฤษฎีกา เล่มที่ 115 ตอนที่ 49 ก. วันที่ 19 สิงหาคม 2541 (พระราชกฤษฎีกาควบคุมภาคผนวกที่สิบสาม)

ผู้วิจัย จะไม่ขยายความเรื่องผลการดำเนินการ ตามมาตรการ ตามมติ คณะรัฐมนตรี เมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2541 โดยจะเปิดเป็นโครงการวิจัย อีกชุดหนึ่ง เพื่อประเมินผลโดยละเอียด ถึง ผลลัพธ์ และผลกระทบ ของมติกรม. นี้ในแง่มุมต่างๆ อย่างรอบด้านต่อไป ในปี พ.ศ. 2542

บทที่ 6 วิธีการทำงานของการวิจัยเพื่อปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

1. สรุปวิธีทำงาน

คณะนักวิจัย ทำหน้าที่เป็นเลขานุการของ คณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการวิจัยเรื่อง การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ระยะที่สอง มีหน้าที่สำคัญคือ

1. ศึกษา วิจัย เก็บข้อมูลปฐมภูมิ สรุป สังเคราะห์ เพื่อจัดทำเอกสารประกอบการประชุมแต่ละครั้ง
2. เป็น เลขานุการ ในคณะทำงาน เพื่อ ศึกษา สังเคราะห์เรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ใช่กรรมการ มาเป็นที่ปรึกษาเป็นครั้งคราว
3. นำเสนอ ผลการศึกษา เพื่อประกอบการ ตัดสินใจเชิงนโยบาย โดยกรรมการที่ปรึกษาฯ
4. ติดต่อประสานงาน กับหน่วยงานเจ้าของเรื่อง คือ กรมบัญชีกลาง อนึ่ง นักวิชาการ และผู้บริหารของกรมบัญชีกลาง อยู่ในคณะกรรมการที่ปรึกษาและทำงานใกล้ชิดกับคณะวิจัย โดยปรัยบายอยู่แล้ว
5. สรุป สังเคราะห์ นำเสนอต่อ คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อรับฟังข้อคิดเห็น นโยบายของกรรมการฯ เพื่อการดำเนินการต่อไป
6. สรุป สังเคราะห์ และนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรมบัญชีกลาง สาธารณชน รัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการเข้าชี้แจงในคณะรัฐมนตรี ร่วมกับกระทรวงการคลัง เมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2541

2. ผลดำเนินการในด้านกระบวนการ (process)

ตลอดเวลาระหว่าง พฤศจิกายน 2539 ถึง กุมภาพันธ์ 2541 คณะนักวิจัย และกรรมการฯ ได้ทำงานทั้งด้านวิชาการ พื้นฐาน และเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบาย กับกรมบัญชีกลาง และการดำเนินการเพื่อให้การปฏิบัติตาม มติคณะรัฐมนตรี ในปีงบประมาณ 2541 เป็นไปด้วยความเรียบร้อย พอสรุปกระบวนการการดำเนินการในตารางที่ 6.1- 6.6

ตารางที่ 6.1 การประชุมคณะทำงาน โครงการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระยะที่สอง 2540-2541

ครั้งที่	สาระสำคัญ	วัน วันที่ เวลา	สถานที่ประชุม
1/2539	ระดมสมอง เป้าหมายของการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลระยะที่สอง	วันอังคารที่ 12 พฤศจิกายน 2539 เวลา 0900-1300 น.	ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2/2540	ทิศทางโดยรวมของโครงการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ, ความสัมพันธ์ระหว่าง Phase I (MIS development) กับ Phase II การปฏิรูปวิธีการจ่ายเงิน, เงื่อนไขเวลา	วันอังคารที่ 11 มีนาคม 2540 เวลา 1300-1700 น.	ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
3/2540	การออกแบบระบบ วิธีการปฏิบัติ โดยละเอียด และเป็นรูปธรรม (practical) ใน การดำเนินการ ปฏิรูป ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ในทุกประเด็น	วันจันทร์ที่ 14 กรกฎาคม 2540 เวลา 0830-1700 น	สำนักงานประกันสังคม จังหวัด อำเภอมะนัง สระบุรี

ตารางที่ 6.2 การประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษา โครงการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระยะที่สอง

ครั้งที่	สาระสำคัญ	วัน วันที่ เวลา	สถานที่ประชุม
1/2540	พิจารณาทางเลือกวิธีการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก 7 ทางเลือก ผลกระทบทางการเงินของทางเลือก และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์การปฏิรูปเพียงไร	วันอังคารที่ 4 กุมภาพันธ์ 2540 เวลา 0900-1600 น.	ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2/2540	พิจารณาทางเลือกและผลกระทบทางการเงิน ของวิธีการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก 7 ทางเลือก พิจารณาให้คะแนนความสามารถบรรลุ policy objectives 9 ประการ สำหรับทางเลือกทั้ง 7 รอบที่สอง (Delphi) ประมวลผลการให้คะแนนรอบที่สอง ได้ทางเลือก พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะประเด็นและวิธีดำเนินการปฏิรูปการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก พิจารณา research project direction: การปฏิรูปวิธีการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก	วันศุกร์ที่ 28 มีนาคม 2540 เวลา 0900-1600 น	ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
3/2540	รับทราบ สถานการณ์ทางการคลังรัฐบาลในปัจจุบัน, รับทราบรายงาน และข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ Dr Aviva Ron เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ, ตัดสินใจในระดับหลักการ เกี่ยวกับ ข้อประเด็นต่างๆ ในระดับปฏิบัติการ - operational issues, ตัดสินใจวิธีการจ่ายเงินสำหรับค่าบริการผู้ป่วยนอก โดยกรณีผู้ป่วยนอกได้ตัดสินใจจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามกลุ่มอายุ	วันอังคารที่ 29 กรกฎาคม 2540 เวลา 0900-1600 น.	ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
4/2540	หลักการ วิธีการ จ่ายเงินสำหรับค่าบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน และประเด็นในระดับปฏิบัติการ กำหนดผู้รับผิดชอบ ในช่วง interim phase กรอบเวลา และแผนปฏิบัติการ และงบประมาณ ของแต่ละเรื่องย่อยในระดับปฏิบัติการ การจัดตั้งองค์กรชั่วคราว สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, องค์กร, งบประมาณ, บุคลากร จัดทำระบบฐานข้อมูล (MIS) – ผู้มีสิทธิ์, สถานพยาบาล, การเลือกสถานพยาบาล, การให้บริการของผู้มีสิทธิ์ จัดทำระบบข้อมูลเกี่ยวกับ DRG จัดทำระบบบริหารเงิน การออกบัตร กสช.	วันพุธที่ 6 สิงหาคม 2540 เวลา 0830-1600 น	ห้องประชุมชั้น 3 ตึกกรมสุขภาพจิต
5/2540	รับทราบปัญหาวิกฤตการคลังรัฐบาล ปีงบประมาณ 2541 และแนวทางดำเนินการของกรมบัญชีกลางในเดือน กันยายน - ตุลาคม 2540 พิจารณา หลักการ และวิธีดำเนินการ และแผนระยะสั้น ปี 2541	วันพฤหัสบดีที่ 11 กันยายน 2540 เวลา 0830-1600 น.	ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
6/2540	รับทราบผลดำเนินการของกรมบัญชีกลางในเดือน กันยายน 2540 - มกราคม 2541 เกี่ยวกับมาตรการเฉพาะหน้าของปีงบประมาณ 2541, รับทราบผลการดำเนินการเรื่อง ระบบ MIS ได้แก่ จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ์,	วันพฤหัสบดีที่ 22 มกราคม 2541 เวลา 0900-1330 น.	ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ครั้งที่	สาระสำคัญ	วัน วันที่ เวลา	สถานที่ประชุม
	การใช้บริการของผู้มีสิทธิ และการใช้ DRG ในการจ่ายผู้ป่วยใน จากผู้แทนกรมบัญชีกลาง, พิจารณา หลักการของร่างพร.กองทุนสุขภาพข้าราชการ (กสข.)		
7/2540	รับทราบมติคณะรัฐมนตรี 3 กุมภาพันธ์ 2541 เรื่องการปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทั้งมาตรการระยะสั้นสำหรับปี 2541 และระยะยาว, พิจารณา หลักการ ของร่างพร.กองทุนสุขภาพข้าราชการ (กสข.) ครั้งที่สอง	วันอังคารที่ 17 กุมภาพันธ์ 2541 0900-1330 น.	ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ตารางที่ 6.3 การประชุมหารือกับกรมบัญชีกลาง โครงการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระยะที่สอง และการประชุมกรรมการพิจารณาปรับปรุงระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (แต่งตั้งโดยกรมบัญชีกลาง)

ครั้งที่	ประเด็นสำคัญ	วัน วันที่ เวลา	สถานที่ประชุม
1/2540	หารือเกี่ยวกับความตั้งใจของกรมฯ ในการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	วันศุกร์ที่ 11 กรกฎาคม 2540	ห้องประชุมชั้น 3 กรมบัญชีกลาง
2/2540	แนวทางการรับมือกับวิกฤตเศรษฐกิจ ในปี 2541 กรรมการที่กรมฯจะแต่งตั้งสำหรับการปฏิรูปในมาตรการระยะสั้น และการเสนอ เรื่องเข้า ครม.	วันจันทร์ที่ 25 สิงหาคม 2540	ณ ห้องประชุม กรมบัญชีกลาง
3/2540	ประชุมกรรมการที่กรมฯแต่งตั้งขึ้น เพื่อพิจารณา กำหนดมาตรการระยะสั้น และมอบหมายเลขานุการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และกรมฯ ร่างหนังสือ นำเสนอ ครม. ต่อไป	วันพุธที่ 15 ตุลาคม 2540	ณ ห้องประชุม กรมบัญชีกลาง
4/2540	สั่งการเพื่อให้มีการปฏิบัติตาม มาตรการระยะสั้น และพิจารณารายละเอียดหนังสือเข้าครม.	วันศุกร์ที่ 12 ธันวาคม 2540	ณ ห้องประชุม กรมบัญชีกลาง
5/2540	เป็นการประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจ โดย ปลัดกระทรวงการคลัง หลังจากมี มติ ครม. เมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2541 แล้ว	วันศุกร์ที่ 20 กุมภาพันธ์ 2541	ณ ห้องประชุม กรมบัญชีกลาง

ตารางที่ 6.4 ประชุม เตรียมการ เก็บข้อมูล ค่ารักษายาบาล ใน 5 จังหวัด

ครั้งที่	สาระสำคัญ	วัน วันที่ เวลา	สถานที่ประชุม
1/2540	ซักซ้อม ทำความเข้าใจ กับผู้ช่วยนักวิจัย ใน 5 จังหวัด เกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ วิธีการ การเก็บข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล	วันอังคารที่ 27 พฤษภาคม 2540	ห้องประชุมสวรส.

ตารางที่ 6.5 เข้าพบรัฐมนตรี กระทรวงการคลัง สำหรับ technical briefings

ครั้งที่	สาระสำคัญ	วัน วันที่ เวลา	สถานที่ประชุม
1/2540	รายงานทิศทางการปฏิรูป ทางเลือกการปฏิรูป แนวทาง เกี่ยวกับ กสช. โดยเฉพาะมาตรการระยะสั้น เอกสารประกอบการพิจารณาของ ครม.	วันพุธที่ 5 พฤศจิกายน 2540	พบที่ปรึกษาของรัฐมนตรีช่วยฯ มารวย ผดุงสิทธิ์ ห้อง 301 ตึกใหม่ กรมบัญชีกลาง
2/2540	รายงานความเป็นมาทั้งหมด ทิศทางที่ควรจะเป็นในทางวิชาการ ประเด็นบทบาทประกันสุขภาพเอกชน ในเอกสารเข้า ครม. และกองทุนสุขภาพข้าราชการ	วัน จันทร์ที่ 15 ธันวาคม 2540	ห้องทำงานรัฐมนตรีช่วยฯ พิสิษฐ์ ลี้อารม
3/2540	ทิศทางการปฏิรูปวิธีการจ่ายเงิน กรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	วันจันทร์ที่ 19 มกราคม 2541	ห้องทำงานรัฐมนตรีช่วยฯ พิสิษฐ์ ลี้อารม

ตารางที่ 6.6 อื่นๆ

วัน วันที่ เวลา	สถานที่ประชุม
วันอังคารที่ 3 กุมภาพันธ์ 2541 1100-1145 น.	ชี้แจงในคณะรัฐมนตรี นายกรัฐมนตรี นายชวน หลีกภัย เป็นประธานที่ประชุม
วันพฤหัสบดีที่ 14 สิงหาคม 2540	กรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ชี้แจงความก้าวหน้าครั้งที่ 1
วันพฤหัสบดีที่ 9 ตุลาคม 2540	กรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ชี้แจงความก้าวหน้าครั้งที่ 2
วันพฤหัสบดีที่ 12 กุมภาพันธ์ 2540	กรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ชี้แจงความก้าวหน้าครั้งที่ 3
วันพฤหัสบดี 15 มกราคม 2541	Press release จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
วันพฤหัสบดีที่ 12 กุมภาพันธ์ 2541	ปลัดกระทรวงสาธารณสุข นพ. ปราบกร วุฒิพงศ์ ออกรายการ "กรองสถานการณ์" สถานีโทรทัศน์ กรมประชาสัมพันธ์ ช่อง 11
เอกสารเผยแพร่	สื่อมวลชน โทรทัศน์, สื่อมวลชน วิทยุกระจายเสียง, สื่อมวลชน หนังสือพิมพ์ ภาษาไทยและอังกฤษ, pocket book โดยคุณปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, บรรณาธิการ

3. บทเรียนที่ได้รับ

การวิจัยนี้ คณะนักวิจัย ได้กำหนดเป้าหมายสุดท้ายไว้ชัดเจน คือ ปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ โดยคณะผู้วิจัย มีความเชื่อว่า การจะปรับระบบเพื่อบรรลุประสิทธิภาพได้นั้น จะต้องแก้ไขที่วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาล จากเดิม ตามรายการที่จ่ายจริง (fee for service) อันเป็นรายจ่ายที่มีลักษณะปลายเปิด ไปเป็นการจ่ายที่มีลักษณะปลายปิด เช่น ระบบเหมาจ่าย หรือการกำหนดเพดานงบประมาณ เป็นต้น ดังนั้น การวิจัยจึงเป็นไปเพื่อการเปลี่ยนแปลงระบบเดิมที่มีอยู่ โดยการกำหนด และกำกับทิศทางของคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการฯ

ดังนั้นแนวโน้ม และทิศทาง (orientation) ของการวิจัย จึงเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ การเก็บข้อมูลปฐมภูมิ การวิเคราะห์ข้อมูล การสังเคราะห์เอกสารประกอบการประชุมของกรรมการที่ปรึกษาฯ (working document) จึงมีบทบาทของการปฏิรูปอยู่ตลอดเวลา

การวิจัยนี้ จึงเป็นการวิจัยนโยบาย (policy research) โดยตรง และเจือปนด้วย กระบวนการกำหนดนโยบาย (policy formulation process) อยู่ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ในปีงบประมาณ 2541 ดังนั้น การวิจัยนี้ จึงมีลักษณะความเป็นพลวัตสูง (dynamic) และอยู่ภายใต้บริบท ของแรงผลักดัน (เพื่อให้ก้าวหน้า) และแรงดึง (เพื่อให้ล้าหลัง หรือคงสภาพเดิม – status quo) อยู่ตลอดเวลา

ในที่นี้จะวิเคราะห์บทเรียน การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็น 3 ด้าน ได้แก่

3.1 เนื้อหาการปฏิรูป (reform content)

- วิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ที่กรรมการฯ ตัดสินใจเลือกนั้น สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูปในระดับสากล เช่น ประเทศ สมาชิก OECD ต่างเลือกวิธีการควบคุมค่ารักษายาบาลโดยการกำหนดรายจ่ายแบบปลายปิด ทั้งนี้ จะต้อง มีศักยภาพในการกำกับคุณภาพ และการลงทะเบียน สถานพยาบาลที่ออกนอกกลุ่มนอกทาง
- การวิเคราะห์คำนวณด้านคณิตศาสตร์ประกันภัยโดยคณะวิจัยนั้น ได้รับการตรวจสอบ ความถูกต้องจากนักวิชาการทั้งภายในและภายนอกประเทศ เพื่อให้ข้อเสนอ และรายละเอียดเชิงเทคนิคของคณะผู้วิจัยมีความถูกต้องทางวิชาการ โดย
 - อาจารย์ สุวณีย์ สุรเสียงสังข์ นักคณิตศาสตร์ประกันภัย จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - Dr Aviva Ron ผู้เชี่ยวชาญ ประกันสังคม จากองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO)
 - Mr Andrew Creese นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข จากองค์การอนามัยโลก

3.2 กระบวนการปฏิรูป (reform process)

- การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักงานงบประมาณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นักคณิตศาสตร์ประกันภัย นักระบาดวิทยา นักพัฒนาระบบ นักบริหารโรงพยาบาล นักเศรษฐศาสตร์ ในนามของกรรมการที่ปรึกษา ทำให้หน่วยงานเจ้าของเรื่องที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ กรมบัญชีกลาง ได้รับทราบตั้งแต่ต้น ได้มีโอกาสกำกับทิศทาง นโยบาย หลักการ วิธีการ ขั้นตอน การปฏิรูป นับเป็นกระบวนการ ของการเชื่อมโยง การวิจัย และการพัฒนานโยบาย (research and policy interface) เข้าเป็นเนื้อเดียวกัน
- กระบวนการปฏิรูปยังขาดการมีส่วนร่วมจากผู้เสียภาษีอากร คือประชาชนทั่วไป รวมทั้งสื่อมวลชน ในการสื่อความคิดเห็น ไปยังสาธารณะ
- ยังไม่พบ “ผู้นำการปฏิรูป - reform champion” ในกรมบัญชีกลาง ที่จะเอาจริงเอาจัง อย่างต่อเนื่อง ซึ่งนับเป็นหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลง สิ่งที่ตัดสินใจง่ายที่สุด – การจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ กว่า 7 ล้านคนนั้น ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา คณะผู้วิจัยได้แสดงความสำคัญของฐานข้อมูล วิธีการจัดทำฐานข้อมูล ตัวแปรที่ต้องการ การออกแบบฟอร์มการสำรวจ ฯลฯ อย่างเบ็ดเสร็จแล้ว แต่ก็ไม่มีวิวัฒนาการดำเนินการในเรื่องนี้แม้แต่เน้อย
- มีการสื่อสารพอสมควร ระหว่าง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กับผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง เช่น รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการคลัง อธิบดี รองอธิบดี กรมบัญชีกลาง รวมทั้งสื่อสารข้อมูลไปยังสาธารณะผ่านสื่อมวลชนต่างๆ
- ณ วันที่ 24 มิถุนายน 2542 ด้วยอุปสรรคปัญหาต่างๆ ในระบบราชการ แม้ว่าจะมีเจตน์จำนงค์ทางการเมืองที่ชัดเจนก็ตาม ก็ยังไม่มีวี่แววความเคลื่อนไหวจากกรมบัญชีกลางที่จะปฏิรูประบบสวัสดิการนี้ ต่อไปตามข้อเสนอ ดูเหมือนว่า กรมบัญชีกลาง จะพอใจกับมาตรการระยะสั้น ซึ่งตามมติ ครม. เป็น มาตรการชั่วคราว และไม่น่าจะได้ผลในระยะยาว

3.3 บริบทของการปฏิรูป (reform context)

- วิฤตเศรษฐกิจ ในเดือน กรกฎาคม 2540 มีส่วนกระตุ้นอย่างจริงจัง ต่อการตัดสินใจของกรมบัญชีกลางในการทำอะไรสักอย่าง (ที่อาจจะไม่ใช่การปฏิรูปอย่างแท้จริง - ในความเห็นของนักวิจัย) เป็นที่น่าเสียใจ และเสียโอกาสอย่างยิ่ง ที่กรมบัญชีกลาง ไม่สามารถตัดสินใจทางเลือกที่ได้รับการกลั่นกรองทางวิชาการ
- ข้อเสนอมาตรการระยะสั้น ที่จะจัดการกับพฤติกรรม ของผู้มีสิทธิ (ด้านอุปสงค์) นั้น อาจจะได้ผลในระยะสั้น แต่ในระยะยาวแล้ว จะไม่ได้ผล เพราะพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (ด้านอุปทาน) มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการตัดสินใจใช้ทรัพยากร ทั้งนี้เพราะตลาดบริการสุขภาพ เป็นตลาดไม่สมบูรณ์ กลไกตลาดไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (market failure) ผู้ให้บริการ มีอำนาจในการตัดสินใจ กำหนด ปริมาณ และชนิดของสินค้าและบริการของผู้ป่วยได้ มีโอกาสที่จะเกิดการชักนำให้บริโภคโดยผู้ให้บริการ (supplier induced demand) มีสูง
- ในมติครม. เมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2541 ได้ระบุบทบาทของวิสาหกิจประกันสุขภาพในการปฏิรูปครั้งนี้ ทั้งๆ ที่ไม่อยู่ในข้ออภิปรายและมติของที่ประชุมของคณะกรรมการที่กรมฯ แต่งตั้งขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการเคลื่อนไหวของวิสาหกิจประกันสุขภาพหลายบริษัท เพื่อให้เป็นผู้ดำเนินการระบบสวัสดิการรักษายาบาลทั้งหมด หรือ บางส่วน เป็นต้น การผลักดันของกลุ่มผลประโยชน์นี้ อาจจะไปสู่ทิศทางที่ผิดผลาดของการปฏิรูป ทั้งนี้เพราะ การประกันสุขภาพเอกชนโดยความสมัครใจ มีจุดอ่อนหลายประการ ในการบรรลุประสิทธิภาพ และการจัดสรรทรัพยากร รวมทั้งมีปัญหา ไม่สามารถควบคุมค่ารักษายาบาลได้
- วัฒนธรรมองค์กรของกรมบัญชีกลาง และระบบราชการไทย ไม่เอื้ออำนวยต่อการวิเคราะห์และพัฒนานโยบายอย่างมีหลักฐาน (evidence based policy) ต่อการนำเสนอผู้บริหารอย่างตรงไปตรงมา แม้จะมีหลักฐาน และข้อมูลวิชาการยืนยัน ก็ไม่อาจตัดสินใจเปลี่ยนแปลง ปฏิรูปได้
- บริบทของปฏิรูปครั้งนั้น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ถือว่า กรมบัญชีกลางเป็น working partner ที่สำคัญ และให้ความสำคัญค่อนข้างน้อยกับผู้แทนสาธารณะ เมื่อ กรมบัญชีกลางมีจุดยืนโน้มเอียงไปสู่ status quo ก็ไม่มีอำนาจต่อรองอื่นใด เพื่อเร่งรัดให้มีการปฏิรูป

เอกสารอ้างอิง

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2539) การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ : ทางเลือกเชิงนโยบาย กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการครั้งสุดท้าย ครั้งที่ 5-2539 วันศุกร์ที่ 15 มีนาคม 2539 ณ ห้องประชุมอายุรภิโสศก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นวลอนันต์ ตันติเกตุ, สุภัสสยา คงสวัสดิ์, ดาวร กมลทิพย์ (2538) สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ : กรณีศึกษาจังหวัด พ.ศ.2538 กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นวลอนันต์ ตันติเกตุ และคณะ (2540) รายงานผลการสำรวจภาวะการเจ็บป่วยและการใช้บริการของข้าราชการ และบุคคลในครอบครัว พ.ศ. 2538 กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นวลอนันต์ ตันติเกตุ และคณะ (2540) รายงานผลการสำรวจภาวะการเจ็บป่วยและการใช้บริการของข้าราชการบำนาญ และคู่สมรส พ.ศ. 2538 กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Berman P (ed) (1995). Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable. Boston: Harvard University Press.

Glaser W (1987). Paying the hospital: the organisation, dynamics, and effects of differing financial arrangements. London: Jossey-Bass Publishers

OECD (1994). The Reform of Health Care Systems, a Review of Seventeen OECD Countries. Health Policy Studies No.5. Paris: OECD.

OECD (1992). The Reform of Health Care, a Comparative Analysis of Seven OECD Countries, Health Policy Studies No.2. Paris: OECD.

Reich M (1994). Political Mapping of Health Policy, a Guide for Managing the Political Dimensions of Health Policy. Data for Decision Making. Boston: Harvard University.

World Health Organisation (1996). European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies. Copenhagen, Regional Office for Europe.

ภาคผนวกที่ 1

ผลกระทบทางการเงินของทางเลือก
การปฏิรูปวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มอายุ
สำหรับบริการผู้ป่วยนอก 7 วิธี

Financial Implications of Seven Options
of Paying Ambulatory Care by age group
Under Civil Servant Medical Benefit Scheme Reform

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร *

จنگล เลิศเขียรดำรง *

สุคนธา คงศีล **

สุวพันธ์ แสงประกาย ***

วันทนา ศุภษุติกุล *

* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** บริษัท American International Assurance

สารบัญ

บทที่หนึ่ง ความเป็นมา	3
บทที่สอง Basic Parameter	4
2.1. Current employee and dependants 6.640million	4
2.2. CSMBs beneficiary health status (1995/2538 survey)	4
2.3. CSMBs beneficiary health seeking behaviour for ambulatory care	4
2.4. ค่ารักษาพยาบาล บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก	5
บทที่สาม ผลกระทบและความต้องการเงินในทางเลือกที่ 1 Fee for service รูปแบบเดิม	6
บทที่สี่ ผลกระทบและความต้องการเงินในทางเลือกที่ 2 Fee for service with copayment	7
4.1 การวิเคราะห์สำหรับข้าราชการประจำและลูกจ้างประจำและบุคคลในครอบครัว	7
4.2 การวิเคราะห์ทางการเงินสำหรับข้าราชการ และบุคคลในครอบครัว	10
บทที่ห้า ผลกระทบและความต้องการเงินในทางเลือกที่ 3 ยกเลิกการคุ้มครองบริการผู้ป่วยนอก	11
บทที่หก ผลกระทบและความต้องการเงินในทางเลือกที่ 4 Maximal household liability	12
6.1 วิเคราะห์สำหรับข้าราชการและบุคคลในครอบครัว	12
6.2 วิเคราะห์สำหรับข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัว	19
บทที่เจ็ด ผลกระทบและความต้องการเงินในทางเลือกที่ 5 Maximal scheme liability	20
บทที่แปด ผลกระทบและความต้องการเงินในทางเลือกที่ 6 Capitation	21
ส่วนที่ 1 คำนวณสำหรับข้าราชการประจำและบุคคลในครอบครัว	21
ตอนที่ 1. หลักการทั่วไปของการกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัว	21
ตอนที่ 2. วิธีการจัดการกับข้อมูลค่ารักษาพยาบาล	22
ตอนที่ 3. วิธีการจัดการข้อมูลการเจ็บป่วย	22
ตอนที่ 4. การคำนวณอัตราเหมาจ่ายของผู้มีสิทธิ์แต่ละคน	23
ส่วนที่ 2 คำนวณสำหรับข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัว	25
ตอนที่ 1. หลักการทั่วไปของการกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัว	25
ตอนที่ 2. วิธีการจัดการกับข้อมูลค่ารักษาพยาบาล	26
ตอนที่ 3. วิธีการจัดการข้อมูลการเจ็บป่วย	27
ตอนที่ 4. การคำนวณอัตราเหมาจ่ายของผู้มีสิทธิ์แต่ละคน	27
ส่วนที่ 3 ประมาณการผลกระทบทางการเงิน และข้ออภิปราย	29
บทที่เก้า ผลกระทบและความต้องการเงินในทางเลือกที่ 7 Global Budgeting	30
บทที่สิบ สรุปผลกระทบทางการเงินของทางเลือกต่าง ๆ	35
เอกสารอ้างอิง	36

บทที่หนึ่ง ความเป็นมา

การปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยนอกนั้น มีความจำเป็นจะต้อง ทราบว่า กรมบัญชีกลางจะต้องมีภาระทางงบประมาณมากน้อยเพียงไร ถ้าจะมี copayment นั้น ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีภาระทางการเงินเพียงไร เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ทางการเงิน และมีประสิทธิภาพเชิงระบบและการจัดสรรทรัพยากร

การปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยนอกนั้น ผู้วิจัย ได้อ้างอิงทางเลือกการปฏิรูป ที่นำเสนอในเอกสารเรื่อง "หลักการและวิธีการการปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลในสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ" ซึ่งเสนอให้ 7 ทางเลือกด้วยกัน

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้อาศัยผลการสำรวจ 2 ชิ้นซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรผู้มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลทั่วประเทศ ได้แก่

I. การสำรวจภาวะการเจ็บป่วยและการใช้บริการของข้าราชการและบุคคลในครอบครัว

II. การสำรวจภาวะการเจ็บป่วยและการใช้บริการของข้าราชการบำนาญและคู่สมรส (ที่ไม่รวมบิดามารดา และบุตรของข้าราชการบำนาญ) ก็เพราะว่ามีประชากรเป้าหมายประเภทนี้ค่อนข้างน้อยมาก)

การสำรวจทั้งสองนี้ ได้ข้อมูล hard data ของตัวแปรสำคัญ 3 ชุดที่ผู้วิจัยนำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ ได้แก่

ก) การเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล โดยมี หน่วยนับเป็น ครั้งต่อคนต่อปี (Outpatient visit per person per year) โดย blow up ขอบเขตการเจ็บป่วยในรอบหนึ่งเดือนเป็นหนึ่งปี ในปี 2538 การเจ็บป่วยนี้ ผู้วิจัยสามารถจำแนกเป็น อัตราการเจ็บป่วยตามกลุ่มอายุ ดังนี้ < 5, 5-19, 20-44, 45-60, >60 ปี

ข) การเลือกใช้สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยได้แก่

- การซื้อยากินเอง
- ไปสถานอนามัยหรือศูนย์การแพทย์ของเทศบาล
- ไปโรงพยาบาลของรัฐ
- ไปคลินิกเอกชน
- ไปโรงพยาบาลเอกชน
- อื่น ๆ

โดยมีหน่วยนับของการใช้บริการประเภทต่าง ๆ เป็นร้อยละ ในที่นี้ ผู้วิจัยไม่ได้ นำการซื้อยากินเองและการใช้บริการอื่น ๆ เข้ามาวิเคราะห์ทางการเงินด้วย

ค) ค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจริงที่สถานพยาบาลต่าง ๆ เป็นบาทต่อครั้ง หรือบาทต่อเดือนแล้วแต่กรณีสำหรับทางเลือกการปฏิรูปต่าง ๆ ข้อมูลนี้ มีพิสัยกว้างขวางมาก ทั้งนี้เพราะเกิดจากปัญหาความแตกต่างของเจ็บป่วย ความลำเอียงเนื่องจากความทรงจำของผู้ตอบ (respondents) การที่ข้าราชการเป็นผู้ให้ข้อมูลแทนบุคคลในครอบครัว (proxy respondent) จึงมีความคลาดเคลื่อนโดยเฉพาะรายจ่ายค่ารักษาพยาบาล อยู่มากพอสมควร

สำหรับการใช้ค่ากลางซึ่งจะเป็นตัวแทนของค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลประเภทต่าง ๆ (สอ., รพ.รัฐบาล, คลินิกเอกชน, และ รพ.เอกชน) สำหรับผู้มีสิทธิแต่ละกลุ่มอายุ (<5 ปี, 5-19 ปี, 20-44 ปี, 45-60 ปี และ >60 ปี) นั้นผู้วิจัยตัดสินใจใช้ค่ามัธยฐาน (median) ซึ่งมีความเหมาะสมมากกว่าการใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (arithmetic means) ทั้งนี้เพราะว่า การกระจายของค่ารักษาพยาบาลนั้น ไม่มีลักษณะเป็นโค้งปกติ และเบ้ไปทางขวา โดยค่าเฉลี่ยเลขคณิตมากกว่ามัธยฐานและค่าฐานนิยมตามลำดับ ผู้วิจัยจึงตัดสินใจเลือกใช้ค่ามัธยฐานเป็นค่ากลางสำหรับการคำนวณในการศึกษา

ส่วนกรณีที่ผู้วิจัยต้องการ claim profile โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทางเลือกที่ 4 (maximal household liability) และทางเลือกที่ 5 (maximal scheme liability) ผู้วิจัยได้จัดการข้อมูลโดยได้ตัดค่ารักษาพยาบาลที่สูงกว่า 90 percentile ออกจากการวิเคราะห์ เช่น ค่าสูงสุดของค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกสำหรับมารดาที่รพ.เอกชนเป็น 156,000 บาทต่อครั้ง (ซึ่งเป็นไปไม่ได้) เพื่อลดอคติ และความผิดปกติดังกล่าว

บทที่สอง Basic Parameter

ผู้วิจัยสรุปค่าตัวแปรสำคัญชุดต่าง ๆ ที่ใช้ประกอบการคำนวณ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แหล่งที่มาของข้อมูล ได้จากการสำรวจทั้ง 2 ดังกล่าว

2.1. Current employee and dependants 6.640million

ตาราง 2.1 จำนวนข้าราชการประจำและบุคคลในครอบครัวตามกลุ่มอายุ (ล้านคน)

กลุ่มอายุ	<5	5-19	20-44	45-60	>60
จำนวน (ล้านคน)	0.402	1.368	2.163	1.396	1.311

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จะอาศัยจำนวนประชากรที่ได้รับการคุ้มครองในสวัสดิการนี้ ซึ่งเป็นผลการประมาณจากข้อมูลสำรวจการเจ็บป่วย และการใช้บริการของข้าราชการและบุคคลในครอบครัว และการสำรวจการเจ็บป่วยและการใช้บริการของข้าราชการบำนาญและคู่สมรส ปี 2538

2.2. CSMBS beneficiary health status (1995/2538 survey)

Table 2.2 Acute illnesses per person per year by age group of current employee and dependants

age group	<5	5-19	20-44	45-60	>60
acute illness (times/person/year)	5.75	2.91	3.04	3.07	4.16

อัตราป่วย ครั้งต่อคนต่อปีนี้ คำนวณจากข้อมูลที่ข้าราชการ รายงานว่าเจ็บป่วยในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมา และ blow up เป็นข้อมูลหนึ่งปี โดยกำหนดว่า ไม่มีความผันแปรของฤดูกาล (seasonal variation) ต่อการเจ็บป่วยของข้าราชการ

2.3 CSMBS beneficiary health seeking behavior for ambulatory care

ตารางที่ 2.3 ร้อยละการเลือกใช้สถานพยาบาลเมื่อป่วยของข้าราชการประจำและบุคคลในครอบครัวตามกลุ่มอายุ

การเลือกใช้สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย	<5	5-19	20-44	45-60	>60
ซื้อยากินเอง	8	13	24	16	12
สอ.	6	6	5	5	6
คลินิก	55	45	28	24	26
รพ.รัฐ	17	24	29	42	43
รพ.เอกชน	13	10	10	11	13
อื่นๆ	1	2	3	2	1
รวม	100%	100%	100%	100%	100%

ตารางที่ 2.3 บริการโรงพยาบาลรัฐและคลินิกเอกชนเป็นแหล่งสำคัญที่ครอบคลุมการให้บริการผู้ป่วยนอกกว่า 50-60% ของการเลือกใช้สถานพยาบาลทั้งหมด การซื้อยากินเองมีสัดส่วนไม่น้อยและมาเป็นอันดับที่สาม

2.4 ค่ารักษาพยาบาล บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก

ข้อมูลจากการสำรวจปี พ.ศ. 2538 ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อน เนื่องจาก proxy respondents, recall bias, great variation of clinical conditions เป็นต้น

ตารางที่ 2.4 ค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยในสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ในหนึ่งเดือน (หน่วย บาทต่อครั้ง)

ก) < 5 ปี

	survey data				trim at 90 percentile		
	n	range	Means1	Median1	n	max.	Means2
สอ.	64	17-300	80	55	58	17-150	61
คลินิก	585	30-2,000	200	150	527	30-350	151
รพ.รัฐ	162	5-3,500	263	100	146	5-500	111
รพ.เอกชน	147	60-13,000	1,366	350	132	60-4,000	671

ข) 5-19 ปี

	survey data				trim at 90 percentile		
	n	range	Means1	Median1	n	max.	Means2
สอ.	93	10-500	96	60	84	10-200	74
คลินิก	731	30-15,600	278	160	658	10-400	168
รพ.รัฐ	350	20-40,000	618	150	315	20-1,000	201
รพ.เอกชน	161	24-30,000	1,761	400	145	24-4,545	767

ค) 20-44 ปี

	survey data				trim at 90 percentile		
	n	range	Means1	Median1	n	max.	Means2
สอ.	170	20-9,992	179	80	153	20-250	89
คลินิก	991	20-5,600	304	200	892	20-500	209
รพ.รัฐ	925	2-45,000	706	250	833	2-1,300	304
รพ.เอกชน	336	18-51,249	2,235	500	302	18-4,500	868

ง) 45-60 ปี

	survey data				trim at 90 percentile		
	n	range	Means1	Median1	n	max.	Means2
สอ.	96	20-3,000	156	80	86	2-320	94
คลินิก	516	50-60,000	467	220	464	50-600	243
รพ.รัฐ	840	10-50,000	1,422	420	756	10-2,500	533
รพ.เอกชน	220	2-34,271	2,784	1,000	198	2-6,000	1,531

จ) > 60 ปี

	survey data				trim at 90 percentile		
	n	range	Means1	Median1	n	max.	Means2
สอ.	113	2-900	150	100	102	2-300	111
คลินิก	645	40-25,000	579	300	581	40-1,000	324
รพ.รัฐ	997	10-60,000	1,512	500	897	10-3,000	682
รพ.เอกชน	291	60-156,000	6,350	2,000	262	60-18,400	2,876

ข้อมูลในบททั้งสองนี้ มีประโยชน์สำหรับการวิเคราะห์ การประมาณการ ในบทที่สามถึงบทที่เก้าสำหรับทางเลือก 7 วิธีด้วยกัน

บทที่สาม ผลกระทบและความต้องการเงินในทางเลือกที่ 1 Fee for service รูปแบบเดิม

หลักการสำคัญคือ ไม่ปฏิรูป คงเดิมทุกอย่าง ให้บริการผู้ป่วยนอกได้เฉพาะสถานพยาบาลภาครัฐเท่านั้น

ตาราง 3.1 รายจ่ายจริงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก อัตราเพิ่มระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2531-39 หน่วย ล้านบาท

ประเภท	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
ชรก.ประจำและ ลูกจ้าง	1198.59	1358.88	1563.43	1813.29	2081.99	2429.81	2926.87	3433.97	4146.62
% เพิ่มต่อปี	na	13	15	16	15	17	21	17	21
ชรก.บำนาญ	107.62	131.41	165.55	208.52	255.20	336.67	447.02	537.56	679.32
% เพิ่มต่อปี	na	22	26	26	22	32	33	20	26

ที่มา กรมบัญชีกลาง

จากข้อมูลข้างต้นพบว่าค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของข้าราชการประจำและลูกจ้างมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในช่วงตั้งแต่ปี 2536 ถึง 2539 มีค่าอัตราเพิ่มระหว่าง 17-21% ต่อปี จึงได้ทำการประมาณการค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลของข้าราชการประจำและลูกจ้างในช่วงปี 2540 - 2545 ผู้วิจัยให้อัตราเพิ่ม 20% ต่อปี ส่วนข้าราชการบำนาญพบว่า มีอัตราเพิ่มอยู่ที่ 20 - 33 % ต่อปี ผู้วิจัยได้ประมาณอัตราเพิ่ม 26% ต่อปี จะได้ความต้องการเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ พ.ศ. 2540-45

ตาราง 3.2 ประมาณการค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของวิธีที่ 1 ในราคาปี 2540-45 หน่วย ล้านบาท

ประเภท	2540	2541	2542	2543	2544	2545
ชรก.ประจำและลูกจ้าง	4975.20	5970.24	7164.29	8597.15	10316.57	12379.89
% เพิ่มต่อปี	20	20	20	20	20	20
ชรก.บำนาญ	855.94	1027.13	1294.19	1630.67	2054.65	2588.86
% เพิ่มต่อปี	26	26	26	26	26	26
รวมข้าราชการและบำนาญ	5831.14	6997.37	8458.48	10227.82	12371.22	14968.75

วิธีนี้ เป็นการประมาณการอย่างหยาบที่สุด รายจ่ายบริการผู้ป่วยนอกเป็นฟังก์ชันของปริมาณบริการต่อปี (total visits) และค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง (charge per visit) ปริมาณบริการต่อปีเป็นฟังก์ชันของจำนวนประชากรเป้าหมาย (ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวที่มีสิทธิ์) และอัตราการใช้บริการ ซึ่งมีหน่วยนับเป็น ครั้งต่อคนต่อปี ดังนั้น รายจ่ายบริการผู้ป่วยนอกจึงเป็นฟังก์ชันของตัวแปรอย่างน้อย 3 ชุด ได้แก่ ปริมาณประชากรเป้าหมาย, อัตราการใช้บริการ และค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งที่เรียกเก็บ

เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านข้อมูลซึ่งมีเฉพาะจำนวนเงินรวม ไม่มีข้อมูลจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่า ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นทุกปีเป็นผลมาจากจำนวนครั้งการใช้บริการเพิ่มขึ้น หรือเป็นเพราะค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งที่เรียกเก็บ มีค่าสูงขึ้นในแต่ละปี ทำให้ต้องประมาณก่อนเงินรวม โดยพิจารณาอัตราเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายเป็นหลัก ซึ่งการประมาณการในตารางที่ 3.2 อาจอาจจะคลาดเคลื่อนไปจากความจริงได้มาก

บทที่สี่ ผลกระทบและความต้องการเงินในทางเลือกที่ 2 Fee for service with copayment

หลักการสำคัญ การปฏิรูปนี้อนุญาตให้ใช้บริการได้ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน แต่มีเงื่อนไขคือการจ่ายร่วม (copayment)

ดังนั้น ทางเลือกนี้จะต้องทราบพฤติกรรมการใช้บริการ และค่ารักษาพยาบาลทั้งในสถานพยาบาลรัฐและเอกชน แหล่งข้อมูลดังกล่าวมีเพียงข้อมูลจากการสำรวจการใช้บริการรักษาพยาบาล แม้ว่าข้อมูลดังกล่าวจะมีข้อจำกัดหลายอย่างโดยเฉพาะข้อมูลเรื่องค่ารักษาพยาบาล ซึ่งพบว่า มีข้อมูลที่มิครบถ้วน มีค่าที่ไม่เข้าพวก (outlier) จำนวนหนึ่ง และกราฟแสดงค่ารักษาพยาบาลส่วนใหญ่มีลักษณะเบ้ไปทางขวา จึงได้ใช้ค่า Median เป็นค่าค่ากลางของค่ารักษาพยาบาล ดังได้กล่าวแล้วในบทที่ 1

หลักการคำนวณคือ ใช้จำนวนประชากร (ล้านคน) คูณด้วยอัตราป่วย (ครั้งต่อคนต่อปี) คูณด้วย สัดส่วนที่ไปใช้บริการในสถานพยาบาลต่าง ๆ (สอ., รพ.รัฐบาล, คลินิกเอกชน, รพ.เอกชน) คูณด้วย ค่ารักษาพยาบาลที่เป็นค่ามัธยฐาน (ที่ สอ., รพ.รัฐบาล, คลินิกเอกชน, รพ.เอกชน) จะได้เม็ดเงินที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ จำแนกตามประเภทของผู้สิทธิ ดังตารางที่ 4.1ก และ 4.1ข

ตารางที่ 4.1ก แสดงโครงสร้างการคำนวณค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่สถานพยาบาลประเภทต่าง ๆ จำแนกตามกลุ่มอายุของผู้มีสิทธิ
สำหรับข้าราชการประจำและ

Beneficiaries by age group	population (million)	Illness rate (per capita per year)	ratio at HC, pub hosp, priv clinic, priv hosp	median charge at HC, pub hosp, priv clinic, priv hosp (Baht per visit)	Total charges at HC, pub hosp, priv clinic, priv hosp (million Baht)
1. < 5					
2. 5-19					
3. 20-44					
4. 45-60					
5. > 60					

เนื่องจากข้อมูลตัวรักษายาบาลที่ใช้ในการคำนวณมาจากการสำรวจ ซึ่งอาจจะมี over reporting ทั้งในด้านการป่วย การใช้บริการและตัวรักษายาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ ตัวรักษายาบาลที่จะเกิดขึ้น ในสถานพยาบาลของรัฐโดยใช้ฐานข้อมูลจากการสำรวจ และปรับด้วยตัวเลขจริงที่จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่กรมบัญชีกลางได้จ่ายจริงในปีงบประมาณ 2538 ตารางที่ 4.2 แสดงรายจ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อใช้ข้อมูลจากการสำรวจปี 2538

4.1 การวิเคราะห์สำหรับข้าราชการประจำและลูกจ้างประจำและบุคคลในครอบครัว

ในตอนนี้จะวิเคราะห์ copayment สำหรับข้าราชการประจำและบุคคลในครอบครัว

ตาราง 4.2 การคำนวณรายจ่ายที่จะเกิดขึ้นในสถานพยาบาลภาครัฐ (สถานีนอนมัย และรพ.รัฐ) โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจ 2538

	Target population (million) a	Illness rate (per capita/yr) b	Health Center			Public hospital			Total cost (mil Bht)
			% c1	Median d1	c1*d1 =x1	% c2	Median d2	c2*d2 =x2	(x1+x2) *a*b
< 5	0.402	5.75	6	55	3.3	17	100	17	46.92
5-19	1.368	2.91	6	60	3.6	24	150	36	157.64
20-44	2.163	3.04	5	80	4	29	250	72.5	503.03
45-60	1.396	3.07	5	80	4	42	420	176.4	773.14
> 60	1.311	4.16	6	100	6	43	500	215	1205.28
									2,686.02

ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกจริงที่จ่ายจากกรมบัญชีกลางในปีงบประมาณ พ.ศ. 2538 เท่ากับ 3,433.97 ล้านบาท รายจ่ายที่คำนวณได้จากข้อมูลการสำรวจ ปี 2538 ได้ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐ (สอ.และรพ.รัฐ) เท่ากับ 2,686.02 ล้านบาท ซึ่งต่ำกว่ารายจ่ายจริงที่จ่ายจากกรมบัญชีกลาง คิดเป็นค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 27.84%

เนื่องจากในทางเลือกที่สองนี้ ผู้วิจัยเสนอให้ใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลเอกชนได้ โดย ในปัจจุบัน ไม่สามารถให้ได้ จึงไม่มีข้อมูลรายจ่ายจริงภาคเอกชนที่กรมบัญชีกลาง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประมาณการรายจ่ายภาคเอกชน จากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ ปี 2538 ดังในตารางที่ 4.3

ตาราง 4.3 การคำนวณรายจ่ายที่จะเกิดขึ้นในสถานพยาบาลภาคเอกชน (คลินิก และรพ.เอกชน) โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจ 2538

	Target population (million) a	Illness rate (per capita/yr) b	Private Clinics			Private Hospitals			Total cost (mill Bht) (x3+x4) a*b
			% c3	Median d3	c3*d3 =x3	% c4	Median d4	c4*d4 =x4	
< 5	0.402	5.75	55	150	82.5	13	350	45.5	295.87
5-19	1.368	2.91	45	160	72	10	400	40	445.86
20-44	2.163	3.04	28	200	56	10	500	50	697.01
45-60	1.396	3.07	24	220	52.8	11	1,000	110	697.72
> 60	1.311	4.16	26	300	78	13	2,000	260	1843.37
									3,979.82

จากข้อมูลการสำรวจเดียวกัน คำนวณ ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกที่ใช้ในสถานพยาบาลเอกชน (คลินิกและรพ.เอกชน) พบว่ามีค่าเท่ากับ 3,979.82 ล้านบาท ถ้าปรับเพิ่มค่าความคลาดเคลื่อน 27.84% พบว่า ค่าใช้จ่ายจริงควรจะมีค่าเท่ากับ 5,087.30 ล้านบาท

มูลค่าการรักษายาพยาบาลของข้าราชการประจำลูกจ้างและครอบครัว ในปี พ.ศ. 2538 ทั้งที่สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ที่คำนวณจากข้อมูลสำรวจ และปรับลดค่าความคลาดเคลื่อนแล้ว มีรายจ่ายทั้งสิ้นเท่ากับ 3,433.97 + 5,087.80 = 8,521.77 ล้านบาทถ้าไม่มี copayment

อย่างไรก็ตาม ในทางเลือกนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดให้ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมจ่าย การกำหนด copayment ทำได้หลายวิธี ทั้งการกำหนดเป็นจำนวนเงิน หรือกำหนดเป็น ร้อยละของค่ารักษาแต่ละครั้ง อัตราอาจจะเป็นการกำหนดเป็นอัตราคงที่ (flat rate) หรือกำหนดค้ออัตราที่แตกต่างกันตามขั้น (step rate) ของค่ารักษา หรือตามกลุ่มอายุของผู้มีสิทธิ หรือประเภทของสถานพยาบาล

ตารางที่ 4.4 แบบแผนแสดง combination ของวิธีการจัดให้มี copayment

Type of copayment	Flat rate	Step rate
Monetary value (Baht)	n Baht per any OP visit	Various rates by level of the bill (e.g. higher copay for higher bills and vice versa), by type of facility (higher at hospital based than primary care services), type of beneficiary (lower or none for elderly or lower income group).
Percentage	y percent of medical bill	various percent by level of the bill, type of facility, type of beneficiary

เนื่องจากเงื่อนไขของทางเลือกที่สองคือ ถ้าต้องการให้มีส่วนร่วมจ่ายเท่ากันทั้งที่ใช้บริการที่รัฐและเอกชนแล้ว จำเป็นจะต้องมีราคามาตรฐานเดียวกัน (standard price schedule) ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ซึ่งเป็นยอมรับของกรมบัญชีกลาง ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า มีความเป็นไปได้น้อยมากที่จะเกิดราคามาตรฐานดังกล่าวใน 3-5 ปีข้างหน้า ดังนั้น การกำหนดจ่ายร่วม น่าจะเป็นร้อยละของค่ารักษา โดยที่ กำหนดให้แตกต่างกันระหว่างสถานพยาบาลที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงและต่ำ

เราพบว่า สถานีนอนามัย, รพ.รัฐบาล, คลินิกเอกชน, รพ.รัฐบาล และ รพ.เอกชน มีค่ามัธยฐานของค่ารักษาพยาบาลใกล้เคียงกันในกลุ่มอายุน้อยๆ (< 5 และ 5-19 ปี) (ดูตารางที่ 2.2 ในบทที่สอง) มัธยฐานนี้มีค่าต่างกันมากขึ้นในกลุ่มที่มีอายุสูงขึ้น (45-60 และ > 60 ปี) ดังนั้น เราจึงแบ่งสถานพยาบาลเป็น 4 กลุ่มคือ

1. สถานีนอนามัย
2. รพ.เอกชน คลินิก
3. รพ.รัฐบาล
4. รพ.เอกชน

ผู้วิจัยพิจารณาแล้ว เห็นว่า กรมบัญชีกลางน่าจะใช้หลักการการกำหนด copayment ดังนี้

Net financial responsibility ที่กรมบัญชีกลางจะจ่ายให้ผู้ป่วย ที่ใช้บริการที่สถานพยาบาลทุกกลุ่มควรจะเท่ากัน กล่าวคือ อดหนุนเป็นบาทต่อครั้งผู้ป่วยนอกเท่ากัน

ตารางที่ 4.5 แสดงค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด (ล้านบาท) และค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง (บาท) ของสถานพยาบาล 4 กลุ่ม

	สถานีนอนามัย	คลินิก	รพ.รัฐ	รพ.เอกชน
< 5	7.63	190.70	39.30	105.17
5-19	14.33	286.62	143.31	159.24
20-44	26.30	368.23	476.73	328.78
45-60	17.14	226.29	756.00	471.43
> 60	32.72	425.39	1172.56	1417.98
Total charge (million Baht)*	98.13	1497.23	2587.89	2482.59
Total charge adjusted by +27.84%	125.45	1914.06	3308.36	3173.74
Total visits (million)	1.25	7.35	7.40	2.54
Charge per visit (Baht per visit)	100.36	260.41	447.08	1249.50
Discrepancy **	0.22	0.58	1	2.79

Note: * Total charge คำนวณจาก population * illness rate * ratio to each type of * median charges from 2538 survey

** Discrepancy คำนวณโดยกำหนดให้ charge per visit ของรพ.รัฐ = 1

ผู้วิจัยมีหลักการว่า กรมบัญชีกลาง จะรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอกเท่ากัน ไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลกลุ่มไหน โดยกำหนดให้

สัดส่วนที่กรมบัญชีกลางรับผิดชอบในค่ารักษาที่สถานีนอนามัย w สัดส่วนผู้มีสิทธิรับผิดชอบคือ $1 - w$

สัดส่วนที่กรมบัญชีกลางรับผิดชอบในค่ารักษาที่คลินิก x สัดส่วนผู้มีสิทธิรับผิดชอบคือ $1 - x$

สัดส่วนที่กรมบัญชีกลางรับผิดชอบในค่ารักษาที่รพ.รัฐ y สัดส่วนผู้มีสิทธิรับผิดชอบคือ $1 - y$

สัดส่วนที่กรมบัญชีกลางรับผิดชอบ ในค่ารักษาที่รพ.เอกชน z สัดส่วนผู้มีสิทธิรับผิดชอบคือ $1 - z$

ดังนั้น จะได้สมการ ก็คือ $100w = 260x = 450y = 1,250z$

ผู้วิจัยต้องการตัวเลขว่า ระดับ copayment ที่สถานพยาบาลกลุ่ม ก และ กลุ่ม ข เป็น ร้อยละเท่าไรของค่ารักษาพยาบาลแต่ละครั้ง และขอเสนอหลักการว่า ในปี 2538 นั้น กรมบัญชีกลางจะจ่ายเท่ากับที่จ่ายจริงคือ 3,433.97 ล้านบาท

กรมบัญชีกลางจะรับผิดชอบในค่ารักษาพยาบาลรวมแล้วไม่เกินจากที่จ่ายจริงคือ 3433.97 ล้านบาท ดังนั้น จากตาราง 4.5 จะได้สมการคือ $125.45w + 1914x + 3308.36y + 3173.74z = 3433.97$

แทนค่า ด้วย $w = 4.5y$, $x = 1.73y$ และ $z = 0.36y$ จะได้ว่า $y = 0.41$

แทนค่า แล้ว จะได้ $w = 1.85$, $x = 0.71$, $z = 0.15$ กล่าวอีกนัยหนึ่ง ผู้ใช้บริการในสถานีนอนามัยไม่ต้องมี copayment (ค่า w เกิน 1 ก็คิดแค่ 1 ไม่มีนโยบายให้เงินเพื่อส่งเสริมการให้บริการ) ผู้ใช้บริการที่คลินิก กรมบัญชีกลางช่วยค่ารักษาพยาบาล 71 % (ผู้มีสิทธิจ่าย copayment 29 %) ผู้ใช้บริการที่รพ.รัฐ กรมบัญชีกลางช่วยค่ารักษาพยาบาล 41% (ผู้มีสิทธิจ่าย copayment 59 %) ผู้ใช้บริการที่รพ.เอกชน กรมบัญชีกลางช่วยค่ารักษาพยาบาล 15% (ผู้มีสิทธิจ่าย copayment 85 %)

ตารางที่ 4.6 สรุปผลการวิเคราะห์ copayment as percent of medical bill

ผู้ใช้บริการที่สถานพยาบาล	Level of copayment by users (% of OP bill)	Level of Scheme subsidy (% of OP bill)
สถานอนามัย	0	100
คลินิก	29	71
รพ.รัฐ	59	41
รพ.เอกชน	85	15

ข้ออภิปราย ข้อดีของหลักการและวิธีการ รวมทั้งอัตราส่วนจ่ายร่วมข้อต้นคือ

1. ส่งเสริมการใช้บริการที่มีต้นทุนต่ำ เพราะผู้ใช้บริการ มี copayment ต่ำกว่า
2. ผู้ใช้บริการในสถานพยาบาลที่มีราคาสูงน่าจะแบกรับภาระส่วนเกินมากกว่าผู้ใช้บริการในสถานพยาบาลที่มีราคาต่ำกว่า เกิดความเสมอภาคในกลุ่ม
3. กรมบัญชีกลาง contain cost ได้โดยมีอัตราเพิ่มตาม medical inflation rate หรือสูงกว่า แต่คงจะต่ำกว่า 20% ต่อปีดังแสดงในทางเลือกที่หนึ่ง
4. มีข้อสังเกตว่าค่ารักษาพยาบาลที่สูงในอนาคตก็อาจจะไม่สอดคล้องกับลักษณะของสถานพยาบาลเหมือนที่เป็นอยู่ เช่น แพทย์ที่คลินิก ก็สามารถส่งการตรวจวินิจฉัยที่พุ่มเพื่อนอกคลินิก ให้ยารักษาโรคที่มีราคาสูง ได้เช่นเดียวกับแพทย์ในรพ. ดังนั้นคงต้องอาศัยการควบคุม กำกับ ข้อมูลอย่างใกล้ชิด และปรับระดับ copayment ตามข้อมูลที่เกิดขึ้นจริง

ผลกระทบของการ introduce copayment อาจเกิดปรากฏการณ์ดังนี้

1. use rate ที่สถานอนามัยอาจจะลดลง เนื่องจากว่าดูเหมือนไม่ได้มีข้อได้เปรียบเหมือนในสวัสดิการรักษายาบาลในปัจจุบัน
2. use rate ที่รพ.รัฐอาจจะลดลง ทั้งนี้เพราะว่ามีส่วนต้องจ่ายร่วมโดยที่ไม่เคยจ่ายมาก่อน หรือเป็นเพราะมีการ shift ไปใช้บริการที่คลินิกเอกชน รพ.เอกชนได้ โดยได้รับการสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลบางส่วนจากกรมบัญชีกลาง จากในปัจจุบันที่มี copayment 100% อยู่แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้มีสิทธิที่มีอายุมาก เพราะค่ารักษาพยาบาลที่คลินิก และรพ.รัฐมีความห่างกันมากกว่าในกลุ่มผู้มีอายุน้อย ทำให้จำนวนเงิน copayment ต่อครั้งมีความแตกต่างกันมากขึ้น

แต่มีข้อโต้แย้งคือ คุณภาพภาพบริการ (perceived quality of care) ของคลินิกเอกชน อาจจะต่ำกว่า และมีความต่อเนื่องของบริการต่ำกว่ารพ.รัฐบาล ดังนั้น การ shift ของการใช้บริการอาจจะเป็นปรากฏการณ์ชั่วคราว และอาจจะ swing กลับ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของตลาด (รพ.รัฐบาล สอ. และคลินิกเอกชน) ทั้งในด้านคุณภาพบริการ และประสิทธิภาพ ให้มีค่าบริการลดลง (ลดต้นทุนลง)

4.2 การวิเคราะห์ทางการเงินสำหรับข้าราชการ และบุคคลในครอบครัว

ผู้วิจัยคิดว่า ยังไม่เป็นการสมควรที่จะคำนวณความต้องการใช้เงินในปี 2541-45 เพราะมีปัจจัย และความผันผวนของพฤติกรรมหลายอย่าง จะต้องอาศัย empirical evidence และข้อมูล monitoring หลังจากดำเนินการไปแล้ว 2-3 ปีจึงจะประเมินได้ ดังนั้น ผู้วิจัยเสนอให้ตัวเลข medical inflation 7% เป็นตัวปรับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2539 โดยมีเงื่อนไขคือ

- อัตราการเจ็บป่วยและจำนวนผู้มีสิทธิประเภทต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงน้อยมากในช่วงเวลาที่ทำการฉายภาพ
- พฤติกรรมการใช้บริการที่สถานพยาบาลต่างๆ ไม่เปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 4.7 สรุปความต้องการเงินตามทางเลือกที่สอง ในปี 2541-45 โดยปรับเพิ่มปีละ 7%

	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545
ข้าราชการ	4146.62	4436.88	4747.46	5079.79	5435.37	5815.85	6222.96

ตัวเลขที่แสดงข้างต้นเป็นการคาดประมาณโดยใช้อัตราเพิ่ม 7% ต่อปี ค่าใช้จ่ายจริงจะเพิ่มต่างจากที่ประมาณการไว้ขึ้นกับการปรับตัวของสถานพยาบาลเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง(ตามความเห็นของผู้เขียน) คือการปรับตัวของสถานพยาบาลเอกชน

บทที่ห้า ผลกระทบและความต้องการเงินในทางเลือกที่ 3 ยกเลิกการคุ้มครองบริการผู้ป่วยนอก

ทางเลือกนี้ มีผลกระทบค่อนข้างรุนแรงต่อพฤติกรรมการใช้บริการ ซึ่งเคยได้รับแต่เดิม เมื่อกรมบัญชีกลางจะไม่คุ้มครองบริการผู้ป่วยนอก น่าเชื่อได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นและไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ จะหันไปใช้บริการเป็นผู้ป่วยใน ดังนั้น ผลกระทบต่อรายจ่ายของผู้ป่วยในจะเพิ่มขึ้น จะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับแบบแผน (ผู้ป่วยนอกสถานพยาบาลภาครัฐไปสู่ผู้ป่วยในที่รพ.รัฐ ผู้ป่วยนอกสถานพยาบาลภาครัฐ ไปสู่ผู้ป่วยในที่รพ.เอกชน) และปริมาณของการเคลื่อนย้ายดังกล่าว

ในที่นี้ ผู้วิจัยไม่ต้องการประเมินผลกระทบดังกล่าว เพราะไม่มีข้อมูล ตัวเลข และตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์ และยังไม่สมควรใช้ตัวเลขสมมุติ

ข้อเสนอที่จะทดแทนบริการผู้ป่วยนอกคือ บริการส่งเสริม สุขภาพ นั้น มีต้นทุนต่ำ ประสิทธิภาพสูง และมีผลตอบแทนสุขภาพดีกว่า บริการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยมีความเห็นว่า กรมบัญชีกลาง ซึ่งในอนาคตจะเป็น active purchaser น่าจะพัฒนาให้เกิดกิจกรรมเหล่านี้ ไม่ว่าการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจะเลือกทางเลือกใดก็ตาม

บทที่หก ผลกระทบและความต้องการเงินในทางเลือกที่ 4 Maximal household liability

หลักการสำคัญของทางเลือกนี้คือ ครัวเรือน รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล x บาทแรกต่อปี ในกรณีที่ค่ารักษาพยาบาลเกินจาก x บาทต่อปีนั้นเป็นภาระของกรมบัญชีกลางทั้งสิ้น

วิธีคำนวณ อาศัย claim profile ซึ่งหมายถึง แบบแผน และความถี่ของค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยมีข้อมูลจากการสำรวจปี 2538 เท่านั้น ซึ่งเป็นข้อมูลจากตัวอย่าง และอาจจะมี recall bias และเป็นข้อมูลตัดขวางเพียงเดือนเดียวเท่านั้น

ผู้วิจัยไม่มีข้อมูล claim profile จริงจาก claim record ไม่มีฐานข้อมูลใดในประเทศไทยแสดง real claim profile ของผู้มีสิทธิในสวัสดิการนี้เลย กรมบัญชีกลางไม่ได้เก็บข้อมูลดังกล่าว ในอนาคต เพื่อให้ได้ the most accurate claim profile อาจจะต้องสำรวจจาก claim records ที่ส่วนราชการผู้เบิก เก็บข้อมูลไว้ แต่ก็ยังเป็น incomplete information ทั้งนี้เพราะไม่มีข้อมูลค่ารักษาพยาบาลที่ครัวเรือนจ่ายที่สถานพยาบาลภาคเอกชน

6.1 วิเคราะห์สำหรับข้าราชการและบุคคลในครอบครัว

ตารางที่ 6.1 มี 5 ตารางย่อย เป็นของข้าราชการ คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร ได้แจกแจงความถี่ของชั้นช่วงของค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก ทั้งที่จ่ายที่สถานพยาบาลภาครัฐ (สถานอนามัย และรพ.รัฐบาล) และภาคเอกชน ได้แก่ คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลเอกชน ยกเว้นข้อยกเว้นเอง และอื่น ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลรายจ่ายจริงทั้งหมดในหนึ่งเดือน ซึ่งรวมรายจ่ายสำหรับการป่วยทุกครั้ง และทุกสถานพยาบาล เนื่องจากมีข้อมูลที่ไม่เข้าพวก (outlier) จึงได้ตัดข้อมูลที่มีค่าเกินกว่า 90 percentile ขึ้นไปออกจากการวิเคราะห์ ในตารางนี้ ได้เรียงค่ารักษาพยาบาลจากน้อยไปหามาก โดยกำหนดชั้นช่วงละ 50 บาทในช่วงต้น ๆ และเพิ่มกว้างขึ้นในช่วงที่มีค่าสูงขึ้นไป

ตารางที่ 6.1 (ก) สดมภ์ C เป็นการแจกแจงความถี่ของค่ารักษาพยาบาลของตัวข้าราชการเอง พบว่า 0.788 ไม่ป่วยและไม่มีค่ารักษาพยาบาลในรอบหนึ่งเดือน ในปี 2538

สดมภ์ D แสดงค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลในแต่ละชั้นช่วง

สดมภ์ E เป็นผลคูณของความถี่และค่าเฉลี่ย ในแต่ละชั้นช่วง ($E = C \cdot D$) หมายถึง ค่ารักษาพยาบาลที่จะเกิดในแต่ละชั้นช่วง

สดมภ์ F นั้น แสดงความถี่สะสมของสดมภ์ C โดยสะสมจากชั้นช่วงที่มีค่ารักษาพยาบาลมากไปน้อย (ล่างขึ้นบน)

สดมภ์ G แสดงค่าสะสมของสดมภ์ E เรียงจากชั้นช่วงที่มีค่ามากไปน้อย หมายความว่า ข้าราชการหนึ่งคน ในหนึ่งเดือน จะมีรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อหัว (ทั้งการใช้บริการที่ภาครัฐและ/หรือ เอกชน) ตั้งแต่ค่ารักษาที่สูงที่สุด จนถึงชั้นช่วงที่ 101-150 บาท เท่ากับ 102.99 บาท

สดมภ์ I แสดงผลคูณของความถี่สะสม (สดมภ์ F) กับเพดานบนของชั้นช่วงแต่ละชั้นช่วง เช่น ชั้นช่วงที่ 51-100 บาทนั้น ค่า 20.31008 บาทต่อคนต่อเดือน เป็นผลคูณของความถี่สะสม 0.203101 กับ 100 บาท

สดมภ์ K แสดงเพดานบนของแต่ละชั้นช่วง ซึ่งเป็นจุดที่นักวิจัยจะกำหนดให้เป็น maximal household liability ที่ครัวเรือนจะต้องรับผิดชอบ ในทางเลือกที่ 4 นี้ หรือในทางตรงกันข้าม จะเป็น maximal Scheme liability ดังเสนอในทางเลือกที่ 5

สดมภ์ L เป็นค่ารักษาพยาบาลที่เกินกว่าเพดานสูงสุดของแต่ละชั้นช่วง เป็นผลลบของสดมภ์ G และ

($L = G - I$) หมายความว่า ถ้ากำหนดเพดานไว้ที่ 50 บาทต่อคนต่อเดือนที่ข้าราชการจะต้องออกเองแล้ว ส่วนเกินที่กรมบัญชีกลางจะต้องรับผิดชอบเท่ากับ 94.95 บาทต่อคนต่อเดือน

สดมภ์ M เป็นค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยที่ข้าราชการจะต้องรับผิดชอบจ่ายต่อคนต่อเดือนในแต่ละเพดาน เช่น ถ้ากำหนด deductible เท่ากับ 200 บาทต่อคนต่อเดือนแล้ว ข้าราชการจะต้องจ่ายจริงเฉลี่ยเท่ากับ 36.075 บาทต่อคนต่อเดือน ไม่ใช่จ่าย 200 บาทต่อคนต่อเดือน ทั้งนี้เพราะว่า มีข้าราชการที่จ่ายไม่ถึงเพดาน

ตารางที่ 6.1 ข สำหรับคู่สมรส, ตารางที่ 6.1 ค สำหรับบิดา, ตารางที่ 6.1 ง สำหรับมารดา และ ตารางที่ 6.1 จ สำหรับบุตรนั้น มีวิธีการคำนวณในทำนองเดียวกันกับตารางที่ 6.1 ก (กรุณาอ่านเอง)

ตาราง 6.1 (ก) claim profile (บาทต่อเดือน)ข้าราชการ

A	B	C	D	E	F	G	I	K	L	M
Charge	n	Frequency	Means	Monthly charge	Acc Frequency	Acc monthly charge	Acc Fre * Deductible	Deductible	Value of charge >Deductible	Value of Deductible
0	5086	0.7885271	0	0	1	105.524293	0	0	105.524293	0
1-50	54	0.0083721	39.89	0.333962791	0.211472868	105.524293	10.57364341	50	94.95064961	10.57364341
51-100	167	0.0258915	84.65	2.191713178	0.203100775	105.1903302	20.31007752	100	84.88025271	20.64404031
101-150	181	0.028062	132.59	3.720742636	0.177209302	102.9986171	26.58139535	150	76.41722171	29.10707132
151-200	145	0.0224806	187.59	4.217139535	0.149147287	99.27787442	29.82945736	200	69.44841705	36.07587597
201-400	341	0.0528682	296.74	15.68811473	0.126666667	95.06073488	50.66666667	400	44.39406822	61.13022481
401-700	220	0.0341085	540.53	18.43668217	0.07379845	79.37262016	51.65891473	700	27.71370543	77.8105876
701-1000	112	0.0173643	861.66	14.96215814	0.039689922	60.93593798	39.68992248	1000	21.2460155	84.27827752
1001-1500	71	0.0110078	1259.49	13.86415349	0.022325581	45.97377984	33.48837209	1500	12.48540775	93.03888527
1501-2000	27	0.004186	1819.74	7.617516279	0.011317829	32.10962636	22.63565891	2000	9.473967442	96.05032558
2001-3000	26	0.004031	2527.85	10.18978295	0.007131783	24.49211008	21.39534884	3000	3.09676124	102.4275318
3001-4000	13	0.0020155	3560.77	7.176745736	0.003100775	14.30232713	12.40310078	4000	1.899226357	103.6250667
4001-6000	4	0.0006202	4915	3.048062016	0.001085271	7.125581395	6.511627907	6000	0.613953488	104.9103395
6001-9000	2	0.0003101	7150	2.217054264	0.000465116	4.07751938	4.186046512	9000	-0.108527132	105.6328202
9001-12000	1	0.000155	12000	1.860465116	0.000155039	1.860465116	1.860465116	12000	0	105.524293
12001-17000	0	0	0	0	0	0	0	17000	0	105.524293
17000-25000	0	0	0	0	0	0	0	25000	0	105.524293
> 25000	0	0	0	0	0	0	0	30000	0	105.524293

ตาราง 6.1(ข) claim profile คู่สมรส

A	B	C	D	E	F	G	I	K	L	M
Charge	n	Frequency	Means	Monthly charge	Acc Frequency	Acc monthly charge	Acc Fre * Deduct	Deductible	Value of charge >Deduct	Value of Deductible
0	3704	0.84029	0	0	1	108.7945758	0	0	108.7945758	0
1-50	18	0.004083	41.11	0.167872051	0.159709619	108.7945758	7.985480944	50	100.8090948	7.985480944
51-100	64	0.014519	87.88	1.275934664	0.155626134	108.6267037	15.56261343	100	93.06409029	15.73048548
101-150	73	0.016561	135.55	2.244816243	0.141107078	107.3507691	21.16606171	150	86.18470735	22.60986842
151-200	73	0.016561	191.23	3.166921506	0.124546279	105.1059528	24.9092559	200	80.19669691	28.59787886
201-400	181	0.041062	301.65	12.38626361	0.107985481	101.9390313	43.19419238	400	58.74483893	50.04973684
401-700	131	0.029719	540.38	16.05938748	0.066923775	89.5527677	46.84664247	700	42.70612523	66.08845054
701-1000	61	0.013838	891.16	12.33229583	0.037205082	73.49338022	37.20508167	1000	36.28829855	72.50627722
1001-1500	39	0.008848	1289.05	11.40493421	0.023366606	61.16108439	35.04990926	1500	26.11117514	82.68340064
1501-2000	19	0.00431	1814.11	7.819439655	0.014519056	49.75615018	29.03811252	2000	20.71803766	88.07653811
2001-3000	20	0.004537	2636.15	11.96075318	0.010208711	41.93671053	30.6261343	3000	11.31057623	97.48399955
3001-4000	9	0.002042	3437.78	7.019060799	0.005671506	29.97595735	22.68602541	4000	7.289931942	101.5046438
4001-6000	10	0.002269	4872	11.05263158	0.003629764	22.95689655	34.02903811	6000	-11.07214156	119.8667173
6001-9000	4	0.000907	6618.5	6.005898367	0.001361162	11.90426497	12.25045372	9000	-0.346188748	109.1407645
9001-12000	1	0.000227	10000	2.268602541	0.000453721	5.898366606	5.444646098	12000	0.453720508	108.3408553
12001-17000	1	0.000227	16000	3.629764065	0.00022686	3.629764065	3.856624319	17000	-0.226860254	109.021436
17000-25000	0	0	0	0	0	0	0	25000	0	108.7945758
> 25000	0	0	0	0	0	0	0	30000	0	108.7945758

ตาราง 6.1(ค) claim profile (บาทต่อเดือน) ของบิดา

A	B	C	D	E	F	G	I	K	L	M
Charge	n	Frequency	Means	Monthly charge	Acc Frequency	Acc monthly charge	Acc Fre * Deduct	Deductible	Value of charge >Deduct	Value of Deductible
0	3181	0.802472	0	0	1	1323.50361	0	0	1323.50361	0
1-50	12	0.003027	40.83	0.12360242	0.19752775	1323.50361	9.876387487	50	1313.627223	9.876387487
51-100	25	0.006307	83	0.52346115	0.194500505	1323.380008	19.45005045	100	1303.929957	19.57365288
101-150	32	0.008073	135	1.08980827	0.188193744	1322.856546	28.22906155	150	1294.627485	28.87612513
151-200	43	0.010848	192.74	2.09077195	0.18012109	1321.766738	36.02421796	200	1285.74252	37.76108981
201-400	78	0.019677	306.45	6.03004541	0.169273461	1319.675966	67.70938446	400	1251.966582	71.53702825
401-700	74	0.018668	538.91	10.0603784	0.149596367	1313.645921	104.7174571	700	1208.928464	114.5751463
701-1000	64	0.016145	897.84	14.4959031	0.130928355	1303.585542	130.9283552	1000	1172.657187	150.8464228
1001-1500	32	0.008073	1282.72	10.3549546	0.114783047	1289.089639	172.1745711	1500	1116.915068	206.5885419
1501-2000	20	0.005045	1823.6	9.20080727	0.106710394	1278.734685	213.4207871	2000	1065.313898	258.1897124
2001-3000	32	0.008073	2729.44	22.0338244	0.101664985	1269.533877	304.9949546	3000	964.5389228	358.9646872
3001-4000	16	0.004036	3545.19	14.3095459	0.093592331	1247.500053	374.3693239	4000	873.1307291	450.3728809
4001-6000	11	0.002775	4890.91	13.5721519	0.089556004	1233.190507	561.5539859	6000	671.6365212	651.8670888
6001-9000	9	0.00227	7493.33	17.0131105	0.086781029	1219.618355	781.0292634	9000	438.5890918	884.9145182
9001-12000	229	0.05777	10279.7	593.857543	0.084510595	1202.605245	1014.127144	12000	188.4781004	1135.02551
12001-17000	14	0.003532	13152.07	46.4502977	0.026740666	608.7477018	454.5913219	17000	154.1563799	1169.34723
17000-25000	59	0.014884	20648.78	307.335525	0.02320888	562.2974041	580.221998	25000	-17.92459384	1305.579016
> 25000	33	0.008325	30626.33	254.961879	0.008324924	254.9618794	249.7477296	30000	5.214149849	1318.28946

ตาราง 6.1(ง) claim profile (บาทต่อเดือน) ของมารดา

A	B	C	D	E	F	G	I	K	L	M
Charge	n	Frequency	Means	Monthly charge	Acc Frequency	Acc monthly charge	Acc Fre * Deduct	Deductible	Value of charge>Deductible	Value of Deductible
0	3711	0.839023	0	0	0.978521366	172.9230206	0	0	172.9230206	0
1-50	11	0.002487	37.73	0.093834501	0.160976713	175.1531743	8.048835632	50	167.1043387	5.81868189
51-100	34	0.007687	82.41	0.633493104	0.158489713	175.0593398	15.84897129	100	159.2103685	13.71265205
101-150	50	0.011305	132.94	1.502826136	0.150802623	174.4258467	22.6203934	150	151.8054533	21.11756726
151-200	54	0.012209	193.17	2.358394755	0.139498078	172.9230206	27.89961565	200	145.0234049	27.89961565
201-400	146	0.033009	311.44	10.28040696	0.12728917	170.5646258	50.9156681	400	119.6489577	53.27406285
401-700	139	0.031427	549.63	17.27302057	0.094279901	160.2842189	65.99593036	700	94.28828849	78.63473208
701-1000	76	0.017183	902.66	15.51032331	0.062853267	143.0111983	62.85326701	1000	80.15793127	92.76508931
1001-1500	74	0.016731	1289.76	21.57862085	0.045670359	127.500875	68.50553923	1500	58.99533574	113.9276848
1501-2000	65	0.014696	1854.4	27.25209134	0.028939634	105.9222541	57.87926747	2000	48.04298666	124.8800339
2001-3000	27	0.006104	2602.15	15.88470495	0.014243726	78.67016279	42.73117793	3000	35.93898485	136.9840357
3001-4000	10	0.002261	3623.5	8.192403346	0.008139272	62.78545783	32.55708795	4000	30.22836988	142.6946507
4001-6000	6	0.001357	5277.5	7.159167986	0.005878363	54.59305449	48.83563192	6000	5.757422564	167.165598
6001-9000	2	0.000452	7250	3.278317884	0.004521818	47.4338865	40.69635994	9000	6.737526566	166.185494
9001-12000	16	0.003617	10331.38	37.37329414	0.004069636	44.15556862	48.83563192	12000	-4.680063305	177.6030839
12001-17000	2	0.000452	14999	6.782274474	0.000452182	6.782274474	7.68709021	17000	-0.904815736	173.8278363
17000-25000	0	0	0	0	0	0	0	25000	0	172.9230206
> 25000	0	0	0	0	0	0	0	30000	0	172.9230206

ตาราง 6.1(จ) claim profile ของบุตร

A	B	C	D	E	F	G	I	K	L	M
Charge	n	Frequency	Means	Monthly charge	Acc Frequency	Acc monthly charge	Acc Fre * Deduct	Deductible	Value of charge >Deduct	Value of Deductible
0	5081	0.7690328	0	0	1	75.13152263		0	75.13152263	0
1-50	85	0.0128651	39.61	0.50958832	0.230967156	75.13152263	11.5483578	50	63.58316483	11.5483578
51-100	316	0.0478281	83.91	4.01325261	0.218102013	74.62193431	21.8102013	100	52.81173301	22.31978962
101-150	246	0.0372332	134.96	5.02499773	0.170273952	70.6086817	25.54109278	150	45.06758892	30.06393371
151-200	260	0.0393522	188.6	7.42182534	0.133040714	65.58368397	26.60814288	200	38.97554109	36.15598153
201-400	368	0.0556985	302.34	16.839885	0.093688512	58.16185863	37.47540487	400	20.68645376	54.44506887
401-700	141	0.021341	537.57	11.4722824	0.037990011	41.32197366	26.59300742	700	14.72896625	60.40255638
701-1000	40	0.0060542	860.1	5.20720448	0.016649009	29.84969124	16.64900863	1000	13.20068261	61.93084002
1001-1500	22	0.0033298	1212.45	4.0372181	0.010594824	24.64248676	15.89223551	1500	8.750251249	66.38127138
1501-2000	16	0.0024217	1843.75	4.4649614	0.007265022	20.60526865	14.53004389	2000	6.075224762	69.05629787
2001-3000	15	0.0022703	2637.6	5.98819434	0.004843348	16.14030725	14.53004389	3000	1.610263357	73.52125927
3001-4000	11	0.0016649	3619.09	6.02542606	0.002573029	10.15211291	10.29211442	4000	-0.140001514	75.27152414
4001-6000	6	0.0009081	4544.17	4.12668685	0.000908128	4.126686847	5.44876646	6000	-1.322079613	76.45360224
6001-9000	0	0	0	0	0	0	0	9000	0	75.13152263
9001-12000	0	0	0	0	0	0	0	12000	0	75.13152263
12001-17000	0	0	0	0	0	0	0	17000	0	75.13152263
17000-25000	0	0	0	0	0	0	0	25000	0	75.13152263
> 25000	0	0	0	0	0	0	0	30000	0	75.13152263

ขั้นตอนต่อไปคือ คำนวณ รายจ่ายของทุกคน โดยสมมติว่า ผู้มีสิทธิ์ทุกคนในครอบครัว จะรับผิดชอบในค่ารักษาพยาบาลสูงสุดไม่เกิน 100 บาทต่อคนต่อเดือนแล้ว ครอบครัวและกรมบัญชีกลางต่างจะต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลดังนี้

ตารางที่ 6.2 financial implication for deductible of 100 Baht per person per month

	ผู้มีสิทธิรับสิทธิประโยชน์ (บาทต่อคนต่อเดือน)	กรมฯ รับสิทธิประโยชน์ (บาทต่อคนต่อเดือน)	จำนวนประชากรเป้าหมาย (ล้าน)	Total cost to household (mil Bht/month)	Total cost to Scheme (mil Bht/month)
ข้าราชการ	20.644	84.880	1.854	38.274	157.368
ครูสมรส	15.730	93.064	0.799	12.568	74.358
บิดา	19.573	1303.93	0.945	18.496	1232.214
มารดา	13.712	159.210	1.279	17.538	203.630
บุตร	22.319	52.811	1.763	39.348	93.106
Total (mil Bht / month)				126.224	1760.676
Total cost to the Scheme (mil Bht/yr)				na	21,128.112
average per household (Bht/month)*				68.10	949.66
average per household (Bht/year)**				817.20	11395.92

หมายเหตุ * มีค่าเท่ากับ Total 126.224 million Bht / monthหารด้วยจำนวนครอบครัวข้าราชการทั้งหมด 1.854 ล้านครอบครัว

** มีค่าเท่ากับ average per household (Bht/month) คูณด้วย 12 เดือน

จากตาราง 6.1(ค) claim profile ของบิดา มีค่าสูงมากผิดปกติ ซึ่งเมื่อนำข้อมูลมาคำนวณจะมีค่าสูงมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ค่าใน claim profile ของมารดาแทนให้กับกลุ่มบิดา

ผลการประมาณการค่ารักษาพยาบาล เมื่อกำหนดเพดานความรับผิดชอบสูงสุดต่อคนต่อเดือนในทุกประเภทผู้มีสิทธิ ที่ระดับ 100 ,200, 400, 700 และ 1,000 บาทต่อคนต่อเดือน จะเกิด financial implication ทั้งต่อครอบครัวและกรมบัญชีกลาง ดังแสดงในตาราง 6.3

ตารางที่ 6.3 ประมาณการความรับผิดชอบของครอบครัวและกรมบัญชีกลาง (ล้านบาทต่อเดือน) โดยสมมุติสถานการณ์เพดานต่าง ๆ จาก 100 ถึง 1,000 บาทต่อคนต่อเดือน

Deductible Scenario (Baht per month)	Total cost to all household (million Bht/month)	average cost to a household (Bht per household per year)	Total cost to Scheme (million Bht/month)	Total cost to the scheme (mil Bht per year)
a) 100 Baht	120.686	781.14	678.915	8146.974
b) 200	215.527	1394.99	584.08	7008.958
c) 400	367.793	2380.536	431.813	5181.75
d) 700	478.441	3096.703	321.168	3854.011
e) 1,000	529.677	3428.33	269.929	3239.147

หมายเหตุ ผลที่ได้ในตารางนี้ เป็นข้อมูลจากการใช้ claim profile ของมารดาแทนให้กับกลุ่มบิดา

ข้ออภิปราย

1. จุดกำหนด เพดานค่ารักษาพยาบาลสูงสุดที่ผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบ level of deductible เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ กรมบัญชีกลาง และครอบครัวต้องรับผิดชอบมากน้อยเพียงไร

ตาราง 6.4 เปรียบเทียบความรับผิดชอบของผู้มีสิทธิและกรมบัญชีกลาง เมื่อระดับ Deductible ต่ำและสูง

	ผู้มีสิทธิรับผิดชอบ	กรมบัญชีกลางรับผิดชอบ
Deductible ต่ำ	น้อย	มาก
Deductible สูง	มาก	น้อย

ดังนั้น การตัดสินใจเชิงนโยบาย ขึ้นอยู่กับความสามารถ และความยินดีที่ กรมบัญชีกลางจะแบกรับ ซึ่งมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่า ความสามารถและความยินดีของครอบครัวที่จะร่วมรับผิดชอบ ซึ่งผู้บริหารกรมบัญชีกลางจะเลือกทางเลือก a, b, c, d, e ในตารางที่ 6.3

2. การพิจารณาระดับเพดานค่ารักษาพยาบาลมีข้อต้องพิจารณาดังต่อไปนี้

2.1 ถ้าระดับเพดาน Deductible สูง ผู้มีสิทธิทั่วไป ที่มี สุขภาพดี หรือปานกลาง น่าจะมีการใช้บริการที่สมเหตุสมผลมากขึ้น และ โอกาสที่รายจ่ายจะแตะเพดานมีน้อย ทำให้กรมบัญชีกลางมีโอกาสที่จะแบกรับภาระส่วนเกินในคนกลุ่มนี้น้อย ในทางตรงกันข้าม ผู้มีสิทธิที่มี โรคเรื้อรัง และมี health needs สูงกว่า รายจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ครอบครัวนี้จะต้องรับผิดชอบนั้น จะชนเพดานโดยเร็ว และเมื่อเกินเพดานนี้ แล้ว ผู้ป่วยอาจจะใช้บริการมากขึ้น เนื่องจาก health needs ด้วย และอาจจะเนื่องจากไม่ต้องรับผิดชอบทางการเงิน ซึ่งจะเป็นภาระทางการเงินของกรมบัญชีกลาง ดังนั้น ถ้ามีคนกลุ่มนี้มาก ภาระทางการเงินของกรมบัญชีกลางก็ยังคงสูงอยู่

2.2 ถ้าระดับเพดาน deductible ต่ำ ผู้มีสิทธิจะใช้สิทธิ์ อย่างเต็มที่ในต้น ปี และจะแตะเพดานอย่างรวดเร็วในต้น ๆ ปี ที่เหลือจะเป็นภาระทางการเงินของกรมบัญชีกลางต่อไป

2.3 ความสามารถในการจ่ายของครอบครัว จะเป็นเงื่อนไขสำคัญของการ ตั้งเพดานสูงหรือต่ำ ความสามารถในการจ่ายขึ้นอยู่กับ ระดับ, รายได้ครัวเรือน, รายได้แหล่งอื่น ดังนั้น โดยหลักการ ครัวเรือนที่มีรายได้สูงควรจะมีเพดานสูง ครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ ควรจะมีเพดานต่ำ

2.4 จะมีผู้โต้แย้งว่า การตั้งเพดาน ควรจะเป็นสมการผกผันตามความต้องการสุขภาพ (health needs) ถ้าสุขภาพไม่ดี มีโอกาสใช้บริการที่ น่าจะมีเพดานต่ำกว่า ผู้มีสุขภาพดี มีโอกาสใช้บริการน้อย น่าจะมีเพดานสูงกว่า ปัญหาคือว่า จะวัด health needs เป็นค่า ปานกลาง และสูงอย่างไร ซึ่งเป็นคำถามเชิง Operational ผู้วิจัยเสนอว่า ถ้าจะพิจารณาความต้องการสุขภาพ ควรจะพิจารณา aggregate level ในระดับครอบครัว ซึ่งเป็นผลรวมของความต้องการสุขภาพของผู้มีสิทธิในครอบครัวนั้น ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละครอบครัว

ตารางที่ 6.5 ระดับของ deductible เมื่อพิจารณาระดับรายได้ครัวเรือนและความต้องการสุขภาพ

health needs	income level		
	low	medium	high
low	ปานกลาง	ปานกลาง/สูง	สูง
medium	ต่ำ/ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง/สูง
high	ต่ำ	ต่ำ/ปานกลาง	ปานกลาง

ตารางที่ 6.5 นั้น ผู้วิจัยเสนอ conceptual framework ของความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และความต้องการสุขภาพ ในการกำหนด ระดับเพดานที่ครอบครัวจะต้องรับผิดชอบ

3. ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเป็น ข้อมูลตัดขวางหนึ่งเดือน เราพบว่า มี 70-80% ของผู้มีสิทธิแต่ละประเภทที่รายงานว่า ในรอบ หนึ่งเดือนที่ผ่านมาไม่ป่วยเลย ทำให้ค่ารักษาพยาบาลเป็นศูนย์ การนำข้อมูลตัดขวางหนึ่งเดือนมาขยายผลเป็นข้อมูลหนึ่งปีนั้น ทำให้ claim profile จะบิดเบือนจากความเป็นจริงที่เกิดขึ้นทั้งปีได้

4. ผู้วิจัยไม่ขอประมาณการความต้องการงบประมาณในปี 2541-45 ทั้งนี้เพราะข้อมูล claim profile จากการสำรวจปี 2538 เพียง ปีเดียวนั้น ไม่สามารถนำมา extrapolate ได้ เพราะว่า จะมีความเปลี่ยนแปลงของตัวแปร โดยเฉพาะการเลื่อนขึ้น ลง ของความถี่ของค่ารักษาพยาบาลในแต่ละชั้นช่วง การสมมุติตัวเลขอื่นใด ไม่น่าจะมีพื้นฐานที่ valid นัก

6.2 วิเคราะห์สำหรับข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัว

ต้องการข้อมูล accurate claim profile เพื่อกำหนด ระดับ deductibles การประมาณค่า

บทที่เจ็ด ผลกระทบและความต้องการเงินในทางเลือกที่ 5 Maximal scheme liability

หลักการสำคัญ คือ กรมบัญชีกลางจะรับผิดชอบรายจ่าย x บาทแรกต่อครอบครัวต่อปี และถ้าครอบครัวนั้น ใช้จ่ายเกิน x บาทต่อปีแล้ว จะต้องรับผิดชอบในรายจ่ายนั้นเอง

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ในทางกลับกันกับทางเลือกที่ 4 ในบทที่หก กล่าวคือ

- ส่วนที่ผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบในทางเลือกที่ 4 จะกลายเป็นความรับผิดชอบของกรมบัญชีกลาง
- ส่วนที่กรมบัญชีกลางจะต้องรับผิดชอบในทางเลือกที่ 4 จะกลายเป็นความรับผิดชอบของผู้มีสิทธิ

ตาราง 7.1 เปรียบเทียบความรับผิดชอบของผู้มีสิทธิและกรมบัญชีกลาง เมื่อเพดานสูงสุดที่กรมบัญชีกลางรับผิดชอบในระดับต่าง ๆ

ระดับความรับผิดชอบสูงสุดของกรม	ภาระทางการเงินของกรม	ผู้มีสิทธิรับผิดชอบ
ต่ำ	มาก	น้อย
สูง	น้อย	มาก

ข้ออธิบาย กรณวิเคราะห์กลับกันกับทางเลือกที่ 4

บทที่แปด ผลกระทบและความต้องการเงินในทางเลือกที่ 6 Capitation

ในบทนี้จะมี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่หนึ่ง คำนวณสำหรับข้าราชการและบุคคลในครอบครัว

ส่วนที่สอง คำนวณสำหรับข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัว ในแต่ละส่วนจะมี 4 ตอนคือ

ตอนที่ 1. หลักการทั่วไปของการกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัว

ตอนที่ 2. วิธีการจัดการกับข้อมูลค่ารักษาพยาบาล

ตอนที่ 3. วิธีการจัดการข้อมูลการเจ็บป่วย

ตอนที่ 4. การคำนวณอัตราเหมาจ่ายของผู้มีสิทธิ์แต่ละคน

ส่วนที่สาม เป็นการประมาณการผลกระทบทางการเงิน และข้ออภิปราย

ส่วนที่ 1 คำนวณสำหรับข้าราชการประจำและบุคคลในครอบครัว

ตอนที่ 1. หลักการทั่วไปของการกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัว

ผู้วิจัยขอเสนอหลักการต่อไปนี้

1. การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว ผู้วิจัยต้องการตัวแปร 2 ชุด คือ

1.1 **ชุดที่หนึ่ง** ต้นทุนต่อครั้งผู้ป่วยนอก หรือ ค่ารักษาพยาบาล (charge) ต่อครั้งผู้ป่วยนอก สำหรับข้อมูลต้นทุนนั้นมีข้อมูลอยู่กระจัดกระจาย ไม่เป็นตัวแทนของสถานพยาบาลประเภทต่าง ๆ ทั่วประเทศ จึงตัดสินใจใช้ค่ารักษาพยาบาลที่ได้จากการสำรวจปี พ.ศ. 2538

1.2 **ชุดที่สอง** อัตราป่วยต่อคนต่อปี อัตราป่วยนั้นผู้วิจัยใช้ข้อมูลอัตราป่วยจากการสำรวจปี พ.ศ. 2538 ซึ่งแจกแจงตามประเภทของผู้มีสิทธิ์ และเป็นข้อมูลชุดเดียวในประเทศไทยที่มีอยู่ ข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นข้อมูลของประชากรไทยทั่วประเทศ ไม่ได้ออกรายงานจำแนกเฉพาะกลุ่มข้าราชการ และผู้มีสิทธิ์ในสวัสดิการรักษายาพยาบาลนี้

2. ฐานข้อมูลจากการสำรวจปี พ.ศ. 2538 นั้น ค่ารักษาพยาบาลรายกลุ่มโรคมีปัญหาในด้านความน่าเชื่อถือของข้อมูล ทั้งนี้เพราะว่า การจัดกลุ่มโรคตามที่รายงานโดย respondents นั้น ไม่เป็น clinical term ที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตัดสินใจไม่ใช้ค่ารักษาพยาบาลจำแนกตามกลุ่มโรค คงใช้ ค่า median ของค่ารักษาพยาบาลรวมทุกกลุ่มโรคที่ได้จากการสำรวจปี พ.ศ. 2538 แทน

ผู้วิจัยตัดสินใจใช้ค่ากลาง คือ มัธยฐานของค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอก (charge per OP visit) ซึ่งจำแนกตามประเภทของผู้มีสิทธิ์ (เจ้าตัว คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร) เป็นตัวแทนของค่ารักษาพยาบาล ซึ่งในสถานพยาบาลภาครัฐนั้น คิดเฉพาะค่ารักษาพยาบาลโดยตรง Direct medical care cost plus profit เช่น ค่ายาไม่เกิน 15-20% ของต้นทุน ส่วนค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าเอกซเรย์ ค่าผ่าตัด และหัตถการนั้น ราคาที่ตั้งไว้แล้ว ไม่ได้สะท้อนต้นทุนนัก แต่ใน price list ระยะเวลา ๗ ของรพ.รัฐบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดอื่นๆ ได้สะท้อนต้นทุนวัสดุโดยตรงค่อนข้างใกล้เคียงความเป็นจริง ส่วน median charge ของคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชน นั้น เป็น full cost pricing plus profit

3. เนื่องจากอัตราการเจ็บป่วย (illness rate per person per year) แตกต่างกันระหว่าง เจ้าตัว คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร (ดูข้อ 2.2 ในบทที่สอง) ดังนั้น การกำหนดอัตราเหมาจ่ายต่อหัวเท่ากัน (flat capitation rate) สำหรับผู้มีสิทธิ์ทุกประเภทจึงไม่เป็นการเหมาะสม

สำหรับการประกันสังคมนั้น ผู้ประกันตนมีอายุระหว่าง 15-60 ปี ไม่ได้ครอบคลุมบริการสำหรับบิดามารดา และบุตรของผู้ประกันตน ดังนั้น ผู้ประกันตนซึ่งเป็นประชากรเป้าหมาย น่าจะมีแบบแผนการเจ็บป่วยที่ไม่แตกต่างกัน คือเป็นกลุ่มวัยทำงาน สำนักงานประกันสังคมจึงตัดสินใจใช้อัตราเหมาจ่ายต่อหัวเท่ากันหมด

ดังนั้น ถ้าผู้มีสิทธิ์มีอัตราป่วยสูง (เช่นผู้สูงอายุ บิดา มารดา) จะมีโอกาสใช้บริการมากกว่าผู้มีอัตราป่วยต่ำกว่า ผู้ที่มี disease profile ที่มีความรุนแรงมากกว่า จะมีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลสูงกว่า minor illnesses ผู้วิจัยจึงเสนอว่า น่าจะมีอัตราเหมาจ่ายที่แตกต่างกันตามประเภทของผู้มีสิทธิ์

ตอนที่ 2. วิธีการจัดการกับข้อมูลค่ารักษาพยาบาล

คำนวณหาหน่วยน้ำหนักของค่ารักษาพยาบาล โดยอาศัย ข้อมูล median charges จากการสำรวจดังแสดงในตารางที่ 8.1

ตารางที่ 8.1 สรุปค่า Median ของค่ารักษาพยาบาล (บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก) แยกตามประเภทสถานพยาบาลและผู้มีสิทธิ์

	ข้าราชการ	คู่สมรส	บิดา	มารดา	บุตร
สถานีนอนมัย	70	100	70	100	60
คลินิกเอกชน	200	200	300	300	150
รพ.รัฐ	285	300	500	480	130
รพ.เอกชน	500	650	3000	1500	390

ที่มา: สรุปจากตารางที่ 2.2 ก, ข, ค, ง และ จ.

หมายเหตุ: ค่า median ในตารางเป็นค่าจริงจาก observation ทั้งหมด โดยไม่ได้ตัด outlier ที่มีค่าสูงมากๆ

ตารางที่ 8.2 ค่ารักษาพยาบาล (บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก) ที่ถ่วงด้วยน้ำหนักสัดส่วนที่ไปใช้บริการระดับต่างๆ

	self			spouse			father			mother			child		
	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c
health centre	6	70	4	4	100	4	5	70	4	7	100	7	7	60	4
Priv clinic	27	200	54	28	200	56	20	300	60	24	300	72	48	150	72
Pub Hosp	31	285	88	32	300	96	48	500	240	43	480	206	21	130	27
Priv Hosp	9	500	45	12	650	78	12	3000	360	12	1500	180	11	390	43
Total			192			234			664			465			146
Weight *			1.3			1.6			4.5			3.2			1.0

หมายเหตุ

1. สดมภ์ a หมายถึง % ไปใช้ บริการ, สดมภ์ b หมายถึง median ของค่ารักษาพยาบาล, สดมภ์ c = a * b หมายถึงค่ารักษาพยาบาลที่ถ่วงน้ำหนักด้วย % การไปใช้บริการ (บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก)
2. ค่า median ในตารางเป็นค่าจริงจาก observation ทั้งหมด โดยไม่ได้ตัด outlier ที่มีค่าสูงมากๆ
3. * เป็นการกำหนดให้บุตรมีน้ำหนักเป็นหนึ่ง

ตอนที่ 3. วิธีการจัดการข้อมูลการเจ็บป่วย

เนื่องจากการสำรวจการเจ็บป่วยของข้าราชการและข้าราชการบำนาญในปี 2538 นั้น เป็น self administered questionnaire โดยที่ไม่ได้มีการสัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการรายงานการเจ็บป่วยในรอบหนึ่งเดือนที่เป็นไปตามคำจำกัดความของการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ตอบ รายงานการเจ็บป่วยสูงกว่าประชากรไทยทั่วไปมาก (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลได้รายงานไว้เท่ากับ 2.21 ครั้งต่อคนต่อปีในปี 2531) นอกจากนี้ ข้าราชการที่ได้รับแบบสอบถาม ก็เป็น proxy respondents กล่าวคือ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการใช้บริการแทนบุคคลในครอบครัว ซึ่งอาจจะมีความคลาดเคลื่อนไปบ้าง

ผู้วิจัยจึงตัดสินใจว่า การเจ็บป่วยที่เป็นไปตามคำจำกัดความซึ่งเป็น professional defined illness และต้องการ medical attention นั้น ควรปรับลดอัตราป่วยที่ข้าราชการรายงานมาลง โดยมีข้อสมมุติว่า ถ้าการเจ็บป่วยนั้นได้ไปใช้บริการที่ รพ.รัฐบาล หรือคลินิกเอกชน หรือ รพ.เอกชน แล้ว น่าจะเป็นการเจ็บป่วยจริงตามคำจำกัดความ

ตารางที่ 8.3 การปรับลดอัตราป่วยจากการสำรวจปี 2538

	อัตราป่วยที่ รายงาน	สัดส่วนที่ไปรพ.รัฐ, คลินิก และรพ.เอกชน	อัตราป่วยที่ปรับด้วยสัดส่วน ในสคมที่ 3	อัตราป่วยสูงกว่าประชากร ทั่วไป (เท่า) *
Self	5.47	.67	3.66	1.66
Spouse	3.83	.72	2.76	1.25
Father	4.20	.80	3.36	1.52
Mother	5.83	.79	4.61	2.09
Children	4.74	.80	3.79	1.71

หมายเหตุ * เทียบกับรายงาน Mortality Morbidity Differential ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดลปี 1988 ซึ่งมีอัตราป่วย เท่ากับ 2.21 ครั้งต่อคนต่อปี

การสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการพ.ศ. 2534 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า การเจ็บป่วยของคนไทยที่ป่วยจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้นั้น มีอัตราป่วยเท่ากับ 2.21 ครั้งต่อคนต่อปี (4.85 ล้านครั้งการป่วยในสองสัปดาห์ / ประชากร 57 ล้านคน $\times$ 26 = อัตราป่วย 2.21 ครั้งต่อคนต่อปี)

นอกจากนี้ การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่หนึ่งพ.ศ. 2534-2535 (จันทร์เพ็ญ บรรณาธิการ 2534 ตารางที่ 14 หน้า 38) พบว่ามีอัตราป่วย หรือรู้สึกไม่สบายเท่ากับ 11.79 ครั้งต่อคนต่อปี และเมื่อปรับด้วยสัดส่วนที่ให้บริการที่ รพ.รัฐ คลินิกเอกชน และรพ.เอกชน (เท่ากับ 0.29) แล้ว พบว่า การเจ็บป่วยที่ต้องการ medical attention มีเพียง $11.79 \times 0.29 = 3.42$ ครั้งต่อคนต่อปี

ดังนั้น การปรับในตารางที่ 8.3 จึงมีความสมเหตุสมผล เพื่อให้ได้อัตราป่วยที่ใกล้เคียงความจริงที่สุด

ตอนที่ 4. การคำนวณอัตราเหมาจ่ายของผู้มีสิทธิแต่ละคน

ประมาณค่านายหน้าหนักเป็นเม็ดเงินของการเหมาจ่ายรายหัว

ตารางที่ 8.4 การคำนวณอัตราเหมาจ่ายต่อหัวจำแนกตามประเภทของผู้มีสิทธิ

	อัตราป่วยที่ ปรับแล้ว	น้ำหนักการรักษา ที่ปรับแล้ว	น้ำหนักของอัตรา เหมาจ่ายต่อหัว	ผลคูณน้ำหนักกับ ประชากร (ล้านหน่วย) $c \times$ ประชากร	อัตราเหมาจ่ายต่อหัวที่อยู่ใน ความรับผิดชอบของกรม (บาทต่อคนต่อปี) ณ ราคาปี 2538
	a	b	$c = a \times b$		
Self	3.66	1.3	4.76	8.825	302
Spouse	2.76	1.6	4.42	3.531	290
Father	3.36	4.5	15.12	14.424	992
Mother	4.61	3.2	14.75	18.865	968
Children	3.79	1.0	3.79	6.682	249
			รวม	52.327	517

เมื่อรวมผลคูณของน้ำหนักกับประชากรแล้ว จะได้ 52.327 ล้านหน่วยน้ำหนักในปี 2538 เราพบว่า รายจ่ายจริงที่กรมบัญชีกลางจ่ายทั้งสิ้น 3433.97 ล้านบาทในปี 2538 เดียวกัน

ดังนั้น มูลค่าของหนึ่งหน่วยน้ำหนักจึงมีค่าเท่ากับ 3433.97 ล้านบาท / 52.327 ล้านหน่วยน้ำหนัก เท่ากับ 65.6 บาทต่อหน่วยน้ำหนัก ดังนั้น ในสมมติสุดท้ายเป็นผลคูณของน้ำหนักของอัตราเหมาจ่ายต่อหัวคูณด้วย 65.6 บาทต่อหน่วยน้ำหนัก จะเป็นอัตราเหมาจ่ายต่อหัวจริง มีหน่วยเป็นบาทต่อคนต่อปี ตามประเภทของผู้มีสิทธิ์ที่กรมบัญชีกลางกำลังรับผิดชอบอยู่ ทั้งนี้เพราะ ผู้วิจัยนำรายจ่ายจริง 3433.97 ล้านบาท มาเป็นเกณฑ์ในการคำนวณค่าเป็นบาทของน้ำหนักหนึ่งหน่วย

จากข้อมูลในหน้า 11 ได้ตารางที่ 4.3 มีรายจ่ายที่ผู้มีสิทธิ์ได้ใช้จ่ายที่ภาคเอกชน ได้แก่ คลินิกเอกชน และรพ.เอกชน จากข้อมูลการสำรวจในปี 2538 ซึ่งปรับลดความคลาดเคลื่อนแล้ว ถึง 5,000.85 ล้านบาท ดังนั้น ถ้าเราใช้อ้างอิงข้อมูลรายจ่ายที่กรมบัญชีกลางจ่ายในปี 2538 กล่าวคือ 3433.97 ล้านบาทมาคำนวณอัตราเหมาจ่ายแล้ว จะเป็นอัตราเหมาจ่ายที่กรมบัญชีกลางจ่ายอยู่แล้วในระบบ fee for service ในปัจจุบัน ซึ่งครอบคลุมเฉพาะบริการผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น ซึ่งเท่ากับ 3433.97 บาทด้วยประชากรเป้าหมาย 6.642 ล้านคน เท่ากับ 517 บาทต่อคนต่อปี โดยไม่ได้คำนึงถึงข้อเท็จจริงที่ว่า ยังมีรายจ่ายอีกประมาณ 5,000.85 ล้านบาทที่ผู้มีสิทธิ์จ่ายในภาคเอกชน และเบิกคืนไม่ได้

ดังนั้น การคำนวณหาอัตราเหมาจ่ายจริงนั้น จะต้องพิจารณาข้อเท็จจริงที่มีรายจ่ายที่ผู้มีสิทธิ์ซื้อบริการที่ภาคเอกชนด้วย ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่า รายจ่าย 3433.97 ล้านบาทที่กรมฯจ่ายนั้น ยังมีความไม่เหมาะสม ความฟุ่มเฟือยแอบแฝงอยู่พอสมควร ส่วนรายจ่ายที่ผู้มีสิทธิ์จ่ายที่ภาคเอกชน 5,000.85 ล้านบาทนั้น ยังมีระดับของความด้อยประสิทธิภาพ เช่น supply induce demand ภายใต้เงื่อนไข fee for service อยู่ไม่น้อย

ดังนั้น การคำนวณหาอัตราเหมาจ่ายรายหัวนั้น จะต้องพิจารณาเงินทั้ง 2 ก้อน ได้แก่ 3433.97 ล้านบาท และ 5000.85 ล้านบาท รวมกันเท่ากับ 8.435 ล้านบาท แต่ควรจะต้องกำหนดสัดส่วนเพื่อปรับลด อย่างไรก็ตาม สัดส่วนที่จะปรับลดนั้น เป็นตัวเลขสมมุติ เพื่อให้ได้อัตราเหมาจ่ายที่เหมาะสม ที่

- ผู้ซื้อ ได้แก่กรมบัญชีกลาง และผู้มีสิทธิ์ ซึ่งอาจจะต้องมี co-capitation ยินดีที่จะจ่าย
- ผู้ให้บริการคือสถานพยาบาล ยินดีที่จะรับเหมาจัดบริการ

ผู้วิจัยจึงกำหนด scenario ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 8.5 อัตราเหมาจ่ายที่กรมฯ และผู้มีสิทธิ์ร่วมกันรับผิดชอบ บาทต่อคนต่อปี

สัดส่วนปรับ	รายจ่ายรวม (ทั้งภาครัฐและเอกชน) หลังปรับลดแล้ว *	อัตราเหมาจ่ายต่อหัวต่อปี (บาท) **	กรมบัญชีกลางจ่าย (บาทต่อคนต่อปี) ***	ผู้มีสิทธิ์จ่าย (บาทต่อคนต่อปี)
0.40	3374.00	508	508	0
0.45	3796.00	572	517	55
0.50	4217.50	635	517	118
0.55	4639.25	698	517	181
0.60	5061.00	762	517	245
0.65	5482.75	825	517	308
0.70	5904.50	889	517	372
0.75	6326.25	952	517	435

หมายเหตุ

* เท่ากับ 8435 ล้านบาท คูณด้วยสัดส่วนปรับ

** เท่ากับ รายจ่ายรวมที่ปรับลดแล้ว หารด้วย ประชากรเป้าหมาย 6.642 ล้านคน

*** เท่ากับรายจ่ายจริง 3433.97 ล้านบาท หารด้วยผู้มีสิทธิ์ 6.642 ล้านคน เท่ากับ 517 บาท

หมายเหตุสำหรับผู้อ่าน ผู้วิจัยนำเสนอภาพรวมโดยนำเสนอข้อมูลอัตราเหมาจ่ายเป็นค่าเฉลี่ยของผู้มีสิทธิ์ทุกประเภท ถ้ากรรมการฯ ตัดสินใจในหลักการว่าจะเลือกทางเลือกนี้ และตัดสินใจกำหนดสัดส่วนปรับ หรืออัตราเหมาจ่ายรวมที่เหมาะสมแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการวิเคราะห์เพื่อกำหนดอัตราเหมาจ่ายตามประเภทของผู้มีสิทธิ์ต่อไป

ผู้วิจัยขอเสนอหน้าที่ของกรรมการที่ปรึกษาโครงการปฏิรูป ดังนี้

ก) กรรมการที่ปรึกษาโครงการปฏิรูปฯ น่าจะได้ให้ข้อคิดเห็นว่า ควรจะใช้สัดส่วนปรับเท่าไรจึงจะเหมาะสม โดยอาจจะพิจารณาถึงสมมติอัตราเหมาจ่ายต่อคนต่อปี (ซึ่งยังคำนวณเป็นเฉลี่ยของผู้มีสิทธิทุกประเภท) ว่ามีความเป็นไปได้ที่สถานพยาบาลจะรับเหมา และความเป็นไปได้ของผู้มีสิทธิจะรับผิดชอบ (co-capitation)

หลักการสำคัญในการนำเสนอของผู้วิจัยในตารางที่ 8.5 นั้น ตั้งอยู่บนความจริงที่ว่า ในปัจจุบัน กรมฯ รับผิดชอบรายจ่าย 3433.97 ล้านบาท ผู้มีสิทธิรับผิดชอบรายจ่ายในภาคเอกชนที่เบิกไม่ได้อยู่ประมาณ 5000.85 ล้านบาท ซึ่งมีลักษณะการร่วมจ่ายอยู่โดยพฤตินัยแล้ว ดังนั้น ข้อเสนอของผู้วิจัย เกี่ยวกับขั้นตอนการกำหนดอัตราเหมาจ่าย คือ

1. กำหนดอัตราเหมาจ่ายที่เหมาะสมเสียก่อน ที่สถานพยาบาลจะรับเหมา
2. สัดส่วนภาระความรับผิดชอบของกรมบัญชีกลาง ในอัตราเหมาจ่ายนั้น
3. สัดส่วนภาระความรับผิดชอบที่เหลือ ของผู้มีสิทธิในอัตราเหมาจ่ายนั้น

ข) ถ้ากรรมการที่ปรึกษา มีความเห็นว่า การตัดสินใจว่าควรจะใช้สัดส่วนปรับเท่าไรนั้น ไม่มีความสมเหตุสมผลเพียงพอ คณะกรรมการอาจจะใช้ดุลยพินิจพิจารณาความเหมาะสมของอัตราเหมาจ่ายต่อหัวแทน โดยอาจจะอิงประสบการณ์ของการจัดประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยของสำนักงานประกันสังคมก็ได้

ค) กรรมการอาจจะเสนอให้มีการวิจัยเพิ่มเติม

ด.ก) ต้นทุนต่อหน่วย ของสถานพยาบาลประเภทต่าง ๆ เฉพาะที่ให้บริการแก่ข้าราชการและผู้มีสิทธิ เพื่อประกอบการพิจารณาในการกำหนดอัตราเหมาจ่าย แต่ผู้วิจัยมีข้อสังเกตที่สำคัญคือ ต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการผู้ป่วยที่ได้นั้น อาจจะสูง เพราะความด้อยประสิทธิภาพภายใต้ระบบ fee for service ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งไม่เหมาะสมนำมาพิจารณาการกำหนดอัตราเหมาจ่าย

ด.ข) ต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการผู้ป่วยนอกประกันสังคม ของสถานพยาบาลประเภทต่าง ๆ จะให้ข้อมูลที่ดีที่สุด ทั้งนี้เพราะ เป็นระบบที่ผ่านการปรับตัว ภายใต้เงื่อนไขของการเหมาจ่าย มานาน 6 ปี แต่ข้อเสียคือ ประชากรเป้าหมายของการประกันสังคมคือ 15-60 ปี ผู้วิจัยจะไม่ได้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยของผู้สูงอายุ และเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งเป็นประชากรเป้าหมายของสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

ด.ค) วิจัย โดยการสอบถามอัตราเหมาจ่ายต่อคนต่อปี ที่สถานพยาบาลประเภทต่าง ๆ มีความยินดีจะรับเหมาจัดบริการให้ โดยจะต้องแจ้งอัตราป่วยของผู้มีสิทธิประเภทต่าง ๆ และข้อมูลจำนวนประชากรเป้าหมาย เพื่อประกอบการตัดสินใจของสถานพยาบาล

ง) กรรมการที่ปรึกษาอาจจะพิจารณาและตัดสินใจระหว่างทางเลือก 2 ทาง ได้แก่

ง.ก) co-capitation กล่าวคือ ผู้มีสิทธิจ่ายเงินเป็นเหมาจ่ายต่องวด หรือต่อปี

ง.ข) copayment กล่าวคือ ผู้มีสิทธิจ่ายร่วม เมื่อ เจ็บป่วยและบริการเป็นครั้ง ๆ ไป ซึ่งอาจจะต้องพิจารณาร่วมกับทางเลือกที่ 2 ในบทที่ 4

ส่วนที่ 2 คำนวนสำหรับข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัว**ตอนที่ 1. หลักการทั่วไปของการกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัว**

ข้อสังเกตที่สำคัญ ผู้วิจัยจะอิงข้อมูลจากการสำรวจการเจ็บป่วยและการใช้บริการของข้าราชการบำนาญและคู่สมรสเป็นหลัก ซึ่งขาดข้อมูลการเจ็บป่วยและค่ารักษาพยาบาลของบิดามารดาข้าราชการบำนาญจำนวน 23,000 คน และบุตรของข้าราชการบำนาญจำนวน 40,000 คน รวมประชากรกลุ่มนี้เท่ากับ 63,000 คน

ดังนั้น ผู้วิจัยจำเป็นต้องใช้วิธีการประมาณค่าของคนกลุ่มนี้ โดยมีข้อกำหนด ดังนี้

ค่ากลาง (เช่น อัตราการเจ็บป่วย สัดส่วนการใช้สถานพยาบาล, และค่ารักษาพยาบาล) ของข้าราชการบำนาญและคู่สมรสเป็นค่ากลางสำหรับบิดามารดาของข้าราชการบำนาญ

ค่ากลางของบุตรของข้าราชการประจำ เป็นค่ากลางของบุตรของข้าราชการบำนาญ

ผู้วิจัยขอเสนอหลักการเช่นเดียวกับข้าราชการประจำ กล่าวคือ

1. การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว ผู้วิจัยต้องการตัวแปร 2 ชุดคือ

1.1 ชุดที่หนึ่ง ใช้ค่ามัธยฐานของค่ารักษาพยาบาลที่ได้จากการสำรวจปี พ.ศ. 2538

1.2 ชุดที่สอง อัตราป่วยต่อคนต่อปี ใช้ข้อมูลจากการสำรวจปี พ.ศ. 2538

2. เนื่องจากอัตราการเจ็บป่วย (illness rate per person per year) แตกต่างกันระหว่าง เจ้าตัว คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร (ดูข้อ 2.2 ในบทที่สอง) ดังนั้น การกำหนดอัตราเหมาจ่ายต่อหัวเท่ากัน (flat capitation rate) สำหรับผู้มีสิทธิทุกประเภทจึงไม่เป็นการเหมาะสม ผู้วิจัยจึงเสนอว่า น่าจะมีอัตราเหมาจ่ายที่แตกต่างกันตามประเภทของผู้มีสิทธิ

ตอนที่ 2. วิธีการจัดการกับข้อมูลค่ารักษาพยาบาล

คำนวณหาหน่วยน้ำหนักของค่ารักษาพยาบาล โดยอาศัยข้อมูล median charges จากการสำรวจดังแสดงในตารางที่ 8.6

ตารางที่ 8.6 สรุปค่า Median ของค่ารักษาพยาบาล (บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก) แยกตามประเภทสถานพยาบาลและผู้มีสิทธิ

	บ้านญาติ	คู่สมรส	บิดา/มารดา	บุตร
สถานีอนามัย	120	100	100	60
คลินิกเอกชน	275	300	300	150
รพ.รัฐ	600	515	590	130
รพ.เอกชน	1000	1120	1000	390

ที่มา: สรุปจากตารางที่ 2.3 ก, ข, ค สำหรับบ้านญาติ คู่สมรส และ บิดา/มารดา และจากตารางที่ 2.2 จ. สำหรับบุตร

หมายเหตุ: ค่า median ในตารางเป็นค่าจริงจาก observation ทั้งหมด โดยไม่ได้ตัด outlier ที่มีค่าสูงมากๆ

ตารางที่ 8.7 ค่ารักษาพยาบาล (บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก) ที่ถ่วงด้วยน้ำหนักสัดส่วนที่ใช้บริการระดับต่างๆ

	pensioner			souse			father/mother			child		
	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c
Health centre	4	120	4.80	5	100	5.0	5	100	5	7	60	4
Priv clinic	23	275	63.25	26	300	78.0	24	300	72	48	150	72
Pub Hosp	43	600	258.00	40	515	206.0	40	590	236	21	130	27
Priv Hosp	10	1000	100.00	12	1120	134.4	11	1000	110	11	390	43
Total			426.05			423.4			423			146
Weight *			2.9			2.9			2.9			1.0

หมายเหตุ

1. สดมภ์ a หมายถึง % ไม่ใช้ บริการ, สดมภ์ b หมายถึง median ของค่ารักษาพยาบาล, สดมภ์ c = a * b หมายถึงค่ารักษาพยาบาลที่ถ่วงน้ำหนักด้วย % การไปใช้บริการ (บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก)
2. ค่า median ในตารางเป็นค่าจริงจาก observation ทั้งหมด โดยไม่ได้ตัด outlier ที่มีค่าสูงมากๆ
3. * เป็นการกำหนดให้บุตรมีน้ำหนักเป็นหนึ่ง

ตอนที่ 3. วิธีการจัดการข้อมูลการเจ็บป่วย

ผู้วิจัยตัดสินใจจัดการปรับข้อมูลการเจ็บป่วย (ครั้งต่อคนต่อปี) เช่นเดียวกันกับการจัดการข้อมูลการเจ็บป่วยของข้าราชการและบุคคลในครอบครัว

ตารางที่ 8.8 การปรับลดอัตราป่วยจากการสำรวจปี 2538

	อัตราป่วยที่ รายงาน	สัดส่วนที่ไปรพ.รัฐ, คลินิก และรพ.เอกชน	อัตราป่วยที่ปรับด้วยสัดส่วน ในสคตมที่ 3	อัตราป่วยสูงกว่า ประชากรทั่วไป (เท่า) *
pensioner	9.23	0.76	7.01	3.2
Spouse	7.89	0.78	6.15	2.8
Father/mother	8.64	0.75	6.48	2.9
Children	4.74	0.80	3.79	1.7

หมายเหตุ * เทียบกับรายงาน Mortality Morbidity Differential ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดลปี 1988 ซึ่งมีอัตราป่วย เท่ากับ 2.21 ครั้งต่อคนต่อปี

ตอนที่ 4. การคำนวณอัตราเหมาจ่ายของผู้มีสิทธิแต่ละคน

ประมาณค่านายหน้าหนักเป็นเม็ดเงินของการเหมาจ่ายรายหัว

ตารางที่ 8.9 การคำนวณอัตราเหมาจ่ายต่อหัวจำแนกตามประเภทของผู้มีสิทธิ

	อัตราป่วยที่ ปรับแล้ว	น้ำหนักค่ารักษาที่ ปรับแล้ว	น้ำหนักของอัตรา เหมาจ่ายต่อหัว	ผลคูณน้ำหนักกับ ประชากร (ล้านหน่วย) $c * \text{ประชากร}$	อัตราเหมาจ่ายต่อหัวที่อยู่ ในความรับผิดชอบของกรม (บาทต่อคนต่อปี) ณ ราคาปี 2538
	a	b	$c = a*b$		
Pensioner	7.01	2.9	20.33	4.045	1,606
Spouse	6.15	2.9	17.84	2.175	1,409
Father/mother	6.48	2.9	18.79	0.432	1,484
Children	3.79	1.0	3.79	0.152	299
			รวม	6.804	1,340

เมื่อรวมผลคูณของน้ำหนักกับประชากรแล้ว จะได้ 6.804 ล้านหน่วยน้ำหนักในปี 2538 เราพบว่า รายจ่ายจริงที่กรมบัญชีกลางจ่ายทั้งสิ้น 537.56 ล้านบาทในปี 2538 เดียวกัน

ดังนั้น มูลค่าของหนึ่งหน่วยน้ำหนักจึงมีค่าเท่ากับ 537.56 ล้านบาท / 6.804 ล้านหน่วยน้ำหนัก เท่ากับ 79 บาทต่อหน่วยน้ำหนัก ดังนั้น ในสคตมที่สุดท้ายเป็นผลคูณของน้ำหนักของอัตราเหมาจ่ายต่อหัวคูณด้วย 79 บาทต่อหน่วยน้ำหนัก จะเป็นอัตราเหมาจ่ายต่อหัวจริง มีหน่วยเป็นบาทต่อคนต่อปี ตามประเภทของผู้มีสิทธิที่กรมบัญชีกลางกำลังรับผิดชอบอยู่ ทั้งนี้เพราะ ผู้วิจัยนำรายจ่ายจริง 537.56 ล้านบาท มาเป็นเกณฑ์ในการคำนวณค่าเป็นบาทของน้ำหนักหนึ่งหน่วย

จากข้อมูลได้ตารางที่ 4.8 มีรายจ่ายที่ผู้มีสิทธิได้ใช้จ่ายที่ภาคเอกชน ได้แก่ คลินิกเอกชน และรพ.เอกชน จากข้อมูลการสำรวจในปี 2538 ซึ่งปรับลดความคลาดเคลื่อนแล้ว ถึง 335.62 ล้านบาท ดังนั้น ถ้าเราใช้ข้อมูลรายจ่ายที่กรมบัญชีกลางจ่ายในปี 2538 กล่าวคือ 537.56 ล้านบาทมาคำนวณอัตราเหมาจ่ายแล้ว จะเป็นอัตราเหมาจ่ายที่กรมบัญชีกลางจ่ายอยู่แล้วในระบบ fee for service ในปัจจุบัน ซึ่ง

ครอบคลุมเฉพาะบริการผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น ซึ่งเท่ากับ 537.56 นารด้วยประชากรเป้าหมาย 0.384 ล้านคน เท่ากับ 1340 บาทต่อคนต่อปี โดยไม่ได้คำนึงถึงข้อเท็จจริงที่ว่า ยังมีรายจ่ายอีกประมาณ 335.62 ล้านบาทที่ผู้มีสิทธิจ่ายในภาคเอกชนและเบิกคืนไม่ได้

ดังนั้น การคำนวณหาอัตราเหมาจ่ายจริงนั้น จะต้องพิจารณาข้อเท็จจริงที่มีรายจ่ายที่ผู้มีสิทธิใช้บริการที่ภาคเอกชนด้วย ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่า รายจ่าย 537.56 ล้านบาทที่กรมฯจ่ายนั้น ยังมีความไม่เหมาะสม ความฟุ่มเฟือยแอบแฝงอยู่พอสมควร ส่วนรายจ่ายที่ผู้มีสิทธิจ่ายที่ภาคเอกชน 335.62 ล้านบาทนั้น ยังมีระดับของความตึงเครียดของอุปสงค์และอุปทาน เช่น supply induce demand ภาย ได้เงื่อนไข fee for service อยู่ไม่น้อย

ดังนั้น การคำนวณหาอัตราเหมาจ่ายรายหัวนั้น จะต้องพิจารณาเงินทั้ง 2 ก้อน ได้แก่ 537.56 ล้านบาท และ 335.62 ล้านบาท รวมกันเท่ากับ 873.18 ล้านบาท แต่ควรจะต้องกำหนดสัดส่วนเพื่อปรับลด อย่างไรก็ตาม สัดส่วนที่จะปรับลดเช่นเดียวกับที่วิเคราะห์ในส่วนของการข้าราชการและบุคคลในครอบครัว

ผู้วิจัยจึงกำหนด scenario ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 8.10 อัตราเหมาจ่ายที่กรมฯ และผู้มีสิทธิร่วมกันรับผิดชอบ บาทต่อคนต่อปี

สัดส่วนปรับ	รายจ่ายรวม (ทั้งภาครัฐและเอกชน) หลังปรับลดแล้ว *	อัตราเหมาจ่ายต่อหัวต่อปี (บาท) **	กรมบัญชีกลางจ่าย (บาทต่อคนต่อปี) ***	ผู้มีสิทธิจ่าย (บาทต่อคนต่อปี)
0.40	349.27	910	1340	0
0.45	392.93	1023	1340	0
0.50	436.59	1137	1340	0
0.55	480.25	1251	1340	0
0.60	523.91	1364	1340	24
0.65	567.57	1478	1340	138
0.70	611.23	1592	1340	252
0.75	654.89	1705	1340	265
0.80	698.54	1819	1340	479
0.85	742.20	1933	1340	593

หมายเหตุ

* เท่ากับ 873.18 ล้านบาท คูณด้วยสัดส่วนปรับ

** เท่ากับ รายจ่ายรวมที่ปรับลดแล้ว นารด้วย ประชากรเป้าหมาย 0.384 ล้านคน

*** เท่ากับรายจ่ายจริง 537.56 ล้านบาท นารด้วยผู้มีสิทธิ 0.384 ล้านคน เท่ากับ 1340 บาท

การวิเคราะห์ในตารางที่ 8.10 นั้น สัดส่วนปรับระหว่าง 0.40 ถึง 0.60 นั้นมีผลให้รายจ่ายรวมทั้งภาครัฐและเอกชนหลังปรับแล้ว มีค่าต่ำกว่ารายจ่ายจริงที่กรมบัญชีกลางได้จ่ายจริงในปี 2538 เท่ากับ 537.56 ล้านบาท ดังนั้น สัดส่วนปรับ ระหว่าง 0.4 ถึง 0.6 อาจจะไม่เหมาะสม

หมายเหตุสำหรับผู้อ่าน ผู้วิจัยนำเสนอภาพรวมโดยนำเสนอข้อมูลอัตราเหมาจ่ายเป็นค่าเฉลี่ยของผู้มีสิทธิทุกประเภท ถ้ากรรมการฯ ตัดสินใจในหลักการว่าจะเลือกทางเลือกนี้ และตัดสินใจกำหนดสัดส่วนปรับ หรืออัตราเหมาจ่ายรวมที่เหมาะสมแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการวิเคราะห์เพื่อกำหนดอัตราเหมาจ่ายตามประเภทของผู้มีสิทธิต่อไป

ผู้วิจัยขอเสนอหน้าที่ของกรรมการที่ปรึกษาโครงการปฏิรูป ดังนี้

- ก) กรรมการที่ปรึกษาโครงการปฏิรูปฯ เห็นว่าควรจะใช้สัดส่วนปรับเท่าไรจึงจะเหมาะสม
- ข) ถ้ากรรมการที่ปรึกษา มีความเห็นว่า การตัดสินใจว่าควรจะใช้สัดส่วนปรับเท่าไรนั้น ไม่มีความสมเหตุสมผลเพียงพอ คณะกรรมการอาจจะใช้ดุลยพินิจพิจารณาความเหมาะสมของอัตราเหมาจ่ายต่อหัวแทน โดยอาจจะอิงประสบการณ์ของการจัดประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยของสำนักงานประกันสังคมก็ได้
- ค) กรรมการอาจจะเสนอให้มีการวิจัยเพิ่มเติม (โปรดดูตอนที่ 4 ของส่วนที่ 1)
- ง) กรรมการที่ปรึกษาอาจจะพิจารณาและตัดสินใจระหว่างทางเลือก 2 ทาง ได้แก่
 - ง.ก) co-capitation กล่าวคือ ผู้มีสิทธิจ่ายเงินเป็นเหมาจ่ายต่องวด หรือต่อปี
 - ง.ข) copayment กล่าวคือ ผู้มีสิทธิ จ่ายร่วม เมื่อใช้เจ็บป่วยและบริการเป็นครั้ง ๆ ไป ซึ่งอาจจะต้องพิจารณาพร้อมกับทางเลือกที่ 2 ในบทที่ 4

ส่วนที่ 3 ประมาณการผลกระทบทางการเงิน และข้ออภิปราย

ประมาณการความต้องการเงินในอนาคต 2541-45 นั้น อยู่จากการตัดสินใจของกรรมการที่ปรึกษาโครงการฯ ว่าจะเลือกสัดส่วนปรับเท่าไร หรืออัตราเหมาจ่ายรวมเท่าไร ตลอดจนพิจารณาว่า อัตราเหมาจ่ายนั้น ๆ จะอยู่ได้กี่ปี และถ้าจะปรับ จะปรับอย่างไร โดยอาศัยข้อมูลหลังดำเนินการจริง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงไม่ขอประมาณการในขณะนี้

ข้ออภิปราย

1. ความพอใจของสถานพยาบาลที่จะรับประกันภายใต้เงื่อนไขเหมาจ่ายรายหัวนั้น ถ้าอัตราเหมาจ่ายต่ำเกินไป อาจจะมีความเป็นไปได้น้อย หรือสถานพยาบาลที่รับอาจจะให้บริการที่ด้อยคุณภาพ
2. กรณีที่ประชากรเป้าหมายลงทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลมีจำนวนน้อย อาจจะไม่คุ้มดำเนินการ อย่างไรก็ตาม อัตราเหมาจ่ายได้พิจารณาเงื่อนไขของความเสี่ยงสูงหรือต่ำของการใช้บริการ ในสูตรการคำนวณอยู่แล้ว
3. เมื่อเทียบเคียงกับการประกันสังคม ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาไม่สูงนัก โดยเฉพาะ blue collar production line workers ผู้มีสิทธิในสวัสดิการนี้ มีระดับการศึกษา การรับรู้และฐานะทางชนชั้นสูงกว่า น่าเชื่อว่าปริมาณ และอัตราการใช้บริการน่าจะอยู่ในระดับ optimal ดังนั้น การปรับอัตราค่าเหมาจ่ายต่อหัวในปีถัดๆ ไปนั้น น่าจะใช้ข้อมูลการใช้บริการ ต้นทุนการให้บริการ ในปีที่ผ่านมาเป็นเกณฑ์การกำหนดเงินนโยบาย ตารางข้างต้นเพียงเป็นการประมาณโดยอาศัย medical inflation rate เท่านั้น
4. จะต้องสนับสนุนให้ผู้มีสิทธิเป็นผู้เลือกลงทะเบียนกับสถานพยาบาลใดหนึ่งด้วยตนเอง (individual choices) เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในโครงการประกันสังคม ที่นายจ้างเลือกแทนลูกจ้างและเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราการใช้บริการต่ำที่ควรจะเป็น (Tangcharoensathien and Supachutikul 1996) การที่มีสิทธิในสวัสดิการนี้มีระดับการศึกษาสูงพอสมควร การที่ promote choice จะกระตุ้นให้สถานพยาบาลจัดบริการที่มี optimal quality เพื่อให้สถานพยาบาลนั้น ๆ ได้รับเลือกในปีถัดไป และเป็นการรักษาส่วนแบ่งการตลาด
5. Natural monopoly เช่น ในระดับอำเภอ หรือบางจังหวัด ที่ไม่มีภาคเอกชนแข่งขันกับภาครัฐ การแข่งขันก็อาจจะไม่เกิดขึ้น คุณภาพบริการ การลดระยะเวลาการคอยการใช้บริการ ประสิทธิภาพในการลดต้นทุนอาจจะไม่เกิดขึ้นในสถานการณ์เช่นนั้น

บทที่เก้า ผลกระทบและความต้องการเงินในทางเลือกที่ 7 Global Budgeting

ผู้วิจัยเสนอขั้นตอนการคำนวณวิธีการจ่ายเงินและสถานพยาบาลดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. ประมาณโอกาสการเจ็บป่วยจำแนกตามประเภทและความรุนแรง

หลักการสำคัญคือ

1. กำหนดประเภทของการเจ็บป่วยเป็น 3 ประเภทคือ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ไม่เรื้อรัง รักษาแล้วก็หายไป (simple episodic), การเจ็บป่วยที่เกิดจากอุบัติเหตุ ซึ่งอาจจะมีการรักษา หรือติดตามต่อเนื่อง มากกว่าหนึ่งครั้ง (accident), การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะต้องมีการรักษาต่อเนื่องตลอด

2. กำหนดความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็น 3 ระดับ ที่มีความต้องการการใช้ทรัพยากรแตกต่างกัน จากง่าย ๆ ซึ่งรักษาด้วยการตรวจร่างกายธรรมดา และจ่ายยา, ความรุนแรงปานกลาง ซึ่งอาจจะมี หรือไม่มี การวินิจฉัยด้วยห้องปฏิบัติการ และการใช้ยาอาจจะมีราคาแพงขึ้นบ้าง, และระดับความรุนแรงสูง ซึ่งต้องการการวินิจฉัยด้วยห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัย และการรักษาที่มีราคาแพงมากขึ้น และอาจจะมี ความจำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยในเป็นต้น

ผู้วิจัยสมมุติสัดส่วนของประเภทการเจ็บป่วย และความรุนแรง ของผู้มีสิทธิ์ประเภทต่าง ๆ เมื่อนำสัดส่วนทั้งสองมาคูณกัน จะได้ โอกาส (probability) ของการเจ็บป่วยของแต่ละประเภทจำแนกตามความรุนแรง ดังในตารางที่ 9.1 และ 9.2

ตารางที่ 9.1 โอกาสการเจ็บป่วยจำแนกตามประเภทและความรุนแรง สำหรับข้าราชการและบุคคลในครอบครัว

ก) เจ้าตัว และ คู่สมรส

	simple episodic 0.6	accident 0.1	chronic 0.3
ง่าย 0.7	.42	.07	.21
ปานกลาง 0.25	.15	.025	.075
ซับซ้อน 0.05	.03	.005	.015

หมายเหตุ กำหนดว่า เจ้าตัวและคู่สมรสมีแบบแผนการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกัน

ข) บิดาและมารดา

	simple episodic 0.45	accident 0.05	chronic 0.5
ง่าย 0.6	.270	.030	.30
ปานกลาง 0.3	.135	.015	.15
ซับซ้อน 0.1	.045	.005	.05

หมายเหตุ กำหนดว่า บิดา และมารดา มีแบบแผนการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกัน

ค) บุตร

	simple episodic .8	accident .1	chronic .1
ง่าย 0.8	.64	.08	.08
ปานกลาง 0.1	.08	.01	.01
ซับซ้อน 0.1	.08	.01	.01

ตารางที่ 9.2 โอกาสการเจ็บป่วยจำแนกตามประเภทและความรุนแรง สำหรับข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัว

ก) เจ้าตัว คู่สมรส และบิดามารดา ของข้าราชการบำนาญ

	simple episodic 0.45	accident 0.05	chronic 0.5
ง่าย 0.6	.270	.030	.30
ปานกลาง 0.3	.135	.015	.15
ซับซ้อน 0.1	.045	.005	.05

หมายเหตุ กำหนดว่า เจ้าตัว, คู่สมรส, บิดา และมารดาของข้าราชการบำนาญมีแบบแผนการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกัน

ข) บุตรของข้าราชการบำนาญ

	simple episodic .8	accident .1	chronic .1
ง่าย 0.8	.64	.08	.08
ปานกลาง 0.1	.08	.01	.01
ซับซ้อน 0.1	.08	.01	.01

หมายเหตุ ใช้สัดส่วนเดียวกันกับบุตรของข้าราชการ

ขั้นตอนที่ 2. ประมาณการปริมาณการเจ็บป่วยจำแนกตามประเภทและความรุนแรงของผู้มีสิทธิต่าง ๆ

ปริมาณการเจ็บป่วยตามประเภทของโรคและความรุนแรงของโรค = โอกาสการเจ็บป่วยตามประเภทและความรุนแรง คูณด้วย อัตราป่วยที่ปรับแล้ว (ครั้งต่อคนต่อปี) คูณด้วยประชากรเป้าหมาย โดยที่อัตราป่วยที่ปรับแล้ว อ้างอิงตารางที่ 8.3 และ 8.8

ตารางที่ 9.3 ประมาณการปริมาณการเจ็บป่วย สำหรับข้าราชการ และบุคคลในครอบครัว (ล้านครั้งต่อปี)

ก) เจ้าตัว จำนวนประชากร 1.854 ล้านคน อัตราป่วยปรับแล้ว 3.66

	simple episodic	accident	chronic
ง่าย	5.28	0.88	2.64
ปานกลาง	1.89	0.31	0.94
ซับซ้อน	0.38	0.06	0.19

ข) คู่สมรส ประชากร 0.799 ล้านคน อัตราป่วยที่ปรับแล้ว 2.76

	simple episodic	accident	chronic
ง่าย	0.93	0.15	0.46
ปานกลาง	0.33	0.06	0.17
ซับซ้อน	0.07	0.01	0.03

ค) บิดา ประชากร 0.945 ล้านคน อัตราป่วยที่ปรับแล้ว 3.36

	simple episodic	accident	chronic
ง่าย	0.86	0.10	0.95
ปานกลาง	0.43	0.05	0.48
ซับซ้อน	0.14	0.02	0.16

ง) มารดา ประชากร 1.279 ล้านคน อัตราป่วยที่ปรับแล้ว 4.61

	simple episodic	accident	chronic
ง่าย	1.59	0.18	1.77
ปานกลาง	0.80	0.09	0.88
ซับซ้อน	0.27	0.03	0.29

จ) บุตร ประชากร 1.763 ล้านคน อัตราป่วยที่ปรับแล้ว 3.79

	simple episodic	accident	chronic
ง่าย	4.28	0.53	0.53
ปานกลาง	0.53	0.07	0.07
ซับซ้อน	0.53	0.07	0.07

ตารางที่ 9.4 ประมาณการปริมาณการเจ็บป่วย สำหรับข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัว (ล้านครั้งต่อปี)

ก) เจ้าตัว ประชากร 0.199 ล้านคน อัตราป่วยที่ปรับแล้ว 7.01 ครั้งต่อคนต่อปี

	simple episodic	accident	chronic
ง่าย	.38	.04	.42
ปานกลาง	.19	.02	.21
ซับซ้อน	.06	.01	.07

ข) คู่สมรส ประชากร 0.122 ล้านคน อัตราป่วยที่ปรับแล้ว 6.15 ครั้งต่อคนต่อปี

	simple episodic	accident	chronic
ง่าย	.20	.02	.23
ปานกลาง	.10	.01	.11
ซับซ้อน	.03	.00	.04

ค) บิดามารดา ประชากร 0.023 ล้านคน อัตราป่วยที่ปรับแล้ว 6.48 ครั้งต่อคนต่อปี

	simple episodic	accident	chronic
ง่าย	.04	.00	.04
ปานกลาง	.02	.00	.02
ซับซ้อน	.01	.00	.01

ง) บุตรของข้าราชการบำนาญ ประชากร 0.040 ล้านคน อัตราป่วยที่ปรับแล้ว 3.79 ครั้งต่อคนต่อปี

	simple episodic	accident	chronic
ง่าย	.10	.01	.01
ปานกลาง	.01	.00	.00
ซับซ้อน	.01	.00	.00

ขั้นตอนที่ 3. ประเมินการยอดรวมของประเภทและความรุนแรงของการเจ็บป่วย (หน่วย ล้านครั้ง)

เพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์ ผู้วิจัย กำหนดว่า ประเภทการเจ็บป่วยเดียวกัน และความรุนแรงเดียวกัน ในกลุ่มผู้มีสิทธิ์ประเภทต่าง ๆ (เจ้าตัว คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร ของข้าราชการ และข้าราชการบำนาญ) มีค่าเท่ากัน จึงนำปริมาณการป่วยที่มีประเภทและความรุนแรงเดียวกัน มารวมกัน

ตารางที่ 9.5 ยอดรวมของการเจ็บป่วยตามประเภทและความรุนแรงของการเจ็บป่วย (ล้านครั้ง)

	simple episodic	accident	chronic
ง่าย	13.66	1.91	7.05
ปานกลาง	4.3	0.61	2.88
ซับซ้อน	1.5	0.2	0.86

หมายเหตุ เป็นผลรวมของตารางที่ 9.3ก, ข, ค, ง และ จ. และตารางที่ 9.4ก, ข, ค และ ง. ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 4. กำหนดน้ำหนักของค่ารักษาพยาบาลตามระดับความรุนแรงและประเภทการเจ็บป่วย

ผู้วิจัยสมมติน้ำหนักของค่ารักษาพยาบาล โดยให้ โรคที่เป็น simple episodic และง่าย ๆ มีน้ำหนักเป็น 1 หน่วย ดังในตารางที่ 9.6 เพื่อความสะดวกในการกำหนดเพื่อยกเป็นตัวอย่างให้เข้าใจง่าย อาจกำหนดค่า 1-3 ของความต้องการทรัพยากรในการรักษาพยาบาลจากน้อยสุดไปมากที่สุด

ตารางที่ 9.6 สมมติค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight) ของทรัพยากรที่ใช้ในการรักษาตามประเภทและความรุนแรงของโรคต่าง ๆ

	simple episodic	accident	chronic
ง่าย	1	1.2	1.5
ปานกลาง	1.5	2	2
ซับซ้อน	2.0	3	3

วิธีการกำหนดในตารางที่ 9.6 นั้น เป็นเพียงการสมมุติของนักวิจัยเท่านั้น พวกเขาเสนอว่า ถ้าต้องการเป็น scientific มีความจำเป็นต้องดำเนินการดังนี้

ก) กำหนดว่า โรคอะไร อยู่ในประเภทใด และมีความรุนแรงเพียงไร ดังนั้น โรคที่พบบ่อย และพบไม่บ่อยทั้งหมด จะต้องถูก classified ลงอยู่ใน cell ทั้ง 9 อย่างเหมาะสม

ข) ทำการวิเคราะห์ต้นทุน ของโรคที่ถูกจัดอยู่ในทั้ง 9 cell ดังกล่าว และคิดเป็นน้ำหนักสัมพัทธ์ โดยกำหนดต้นทุนที่ต่ำที่สุด มีค่าเป็น 1.0

ขั้นตอนที่ 5 การคำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ทั้งหมดของ scheme

นำข้อมูลยอดรวมการเจ็บป่วย (ล้านครั้ง) ในตารางที่ 9.5 คูณกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ในตารางที่ 9.6 จะได้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ทั้งหมดของสวัสดิการนี้

	simple episodic	accident	chronic
ง่าย	13.66	2.29	10.58
ปานกลาง	6.45	1.22	5.76
ซับซ้อน	3.00	0.60	2.58
	23.11	4.11	18.92
รวม	46.14 ล้านหน่วย		

ขั้นตอนที่ 6 การคำนวณความต้องการเงินและวิธีการจ่ายเงินต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์

ผู้วิจัยเสนอหลักการดังนี้

1. กำหนด global budget level โดยอาศัยอ้างอิงการตัดสินใจของกรมการที่ปรึกษาโครงการปฏิรูปในตารางที่ 8.5 และ 8.10 ในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายต่อหัวซึ่งเป็นทางเลือกที่ 6 ในบทที่ 8 ในที่นี้ นักวิจัยกำหนดดังนี้

- ใช้สัดส่วนปรับ 0.7 ในตารางที่ 8.5 คิดเป็นความต้องการเงินสำหรับซื้อบริการทั้งภาครัฐและเอกชน 5904.50 ล้านบาท สำหรับข้าราชการและบุคคลในครอบครัว
- ใช้สัดส่วนปรับ 0.8 ในตารางที่ 8.10 คิดเป็นความต้องการเงินสำหรับซื้อบริการทั้งภาครัฐและเอกชน 698.54 ล้านบาท สำหรับข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัว
- รวมเป็นความต้องการเงินทั้งสิ้น 6603.04 ล้านบาททั้งข้าราชการ ข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัว
- เสนอให้กันเงินไว้เพื่อจ่ายเป็น bonus แก่สถานพยาบาลที่มี good performance providers ประมาณ 10% ของ 6,603.04 ล้านบาท คงเหลือ global budget ที่จะจ่ายเพื่อซื้อบริการ 5,942.736 ล้านบาท
- เมื่อนำยอดเงิน global budget ที่จะจ่าย 5,942.736 ล้านบาท หารด้วยน้ำหนักสัมพัทธ์รวม 46.14 ล้านหน่วย จะได้ค่าของหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์เท่ากับ 128.8 บาท

ขั้นตอนที่ 7. การคำนวณยอดเงินจัดสรรให้แก่สถานพยาบาลแต่ละแห่ง

สมมติว่า สถานพยาบาล ก รายงานว่า ในปีผ่านมา ได้ให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัวทั้งสิ้น มีน้ำหนักสัมพัทธ์เท่ากับ 580,000 หน่วย ก็จะได้รับเงินชดเชยทั้งสิ้นเท่ากับ 74.7 ล้านบาท

สมมติในกรณีนี้ สถานพยาบาลต่าง ๆ รวมหัวกัน blow up ทั้งความรุนแรงและประเภทของการเจ็บป่วย ทำให้ค่าสัมพัทธ์เพิ่มขึ้น 20% จะทำให้ค่าของหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ลดลง 16.7% จะคงเหลือ 107.3 บาท ทั้งนี้เพราะกรมบัญชีกลางจัดเพดานของงบประมาณ (global budget) ที่จะจ่ายไว้ที่ 5942.736 ล้านบาทนั่นเอง

มีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดเกณฑ์การจ่าย bonus ให้แก่สถานพยาบาลที่มี ประสิทธิภาพ โดยกำหนดเกณฑ์การวัดที่เป็นที่ยอมรับ นับวัดง่าย และรับรู้กันอย่างชัดเจนในระหว่างผู้ให้บริการ

บทที่สิบ สรุปผลกระทบทางการเงินของทางเลือกต่าง ๆ

ผู้วิจัยสรุปผลกระทบทางการเงินของทางเลือกทั้ง 7 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 10.1 สรุปความต้องการเงินในปี 2540-45 หน่วย ล้านบาท

ทางเลือกที่	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545
1 Status quo FFS	4146.62	5831.14	6997.37	8458.48	10227.82	12371.22	14968.75
2. FFS + copayment	4825.94	5163.75	5525.21	5911.99	6325.82	6768.63	7242.44
3. abolish OPD coverage	0	0	0	0	0	0	0
4. Max HH liability	depends on level of maximal household financial responsibility per year						
5. Max Scheme liability	depends of level of maximal scheme financial responsibility per household / year						
6. Capitation	depends on adjusting factor or total acceptable capitation rate						
7. Global budgeting	depends On level of adjusting factor determining global budget ceiling						

สรุปความเห็นของนักวิจัย

1. ทางเลือกที่ 1 เป็นทางเลือกที่ least desirable
2. ทางเลือกที่ 2 อาจจะมีผลต่อความสมเหตุสมผลของการใช้บริการในส่วนของผู้มีสิทธิอยู่ระยะหนึ่ง แต่ไม่มีผลต่อ provider เลยในระยะยาว ไม่สามารถควบคุมรายจ่ายได้
3. ทางเลือกที่ 3 จะมีปฏิกริยาต่อต้านสูง และ another least desirable option.
4. ระหว่างทางเลือก 4 และ 5 ทางเลือกที่ 5 จะมี cost containment ดีกว่า เพราะว่าการรวมฯ ลดภาระในกรณีที่มีค่ารักษาสูง ๆ ทางเลือกที่ 4 นั้น ถ้าตั้งไว้ต่ำ จะทำให้กรมบัญชีกลางต้องรับภาระสูง
5. ทางเลือกที่ 4-7 นั้น มีศักยภาพในการควบคุมรายจ่ายได้ดี โดยที่ทางเลือก 6 และ 7 มีลักษณะปลายปิด และมีอิทธิพลต่อ providers ค่อนข้างสูง ดังนั้น จึงมีแนวโน้มก่อให้เกิด rationale ในการสั่งใช้ทรัพยากรโดยแพทย์ ในขณะที่ทางเลือก 4 ยังมีลักษณะ open end หลังจากครัวเรือนรับผิดชอบถึงเพดานแล้ว
6. ทางเลือกที่ 6 เป็น the most desirable option เพราะมีอิทธิพลต่อ provider เต็มที่ นอกจากนี้ ยังมีภาระรับผิดชอบโดยผู้มีสิทธิอยู่ด้วย อาจจะเป็น co-capitation หรือ copayment ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของกรรมการ ฯ
7. ทางเลือกที่ 7 ยังต้องการจัดกลุ่มโรคของผู้ป่วยนอก (disease profile) ให้เข้า cell ทั้ง 9 ช่อง รวมทั้งการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยหรือการใช้ทรัพยากร เพื่อกำหนดน้ำหนักของแต่ละ cell

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2534) รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2534 กรุงเทพฯ โรงพิมพ์อักษรไทย

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2539) รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถาม และการตรวจร่างกาย
ทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 (2534-35) กรุงเทพฯ บริษัท ดีไรท์ จำกัด

Tangcharoensathien V, Supachutikul (1997). Compulsory Health Insurance Development in Thailand. Paper presented at
International Conference on "Economics of Health Insurance in Low and Middle Income Countries" Antwerp, Belgium,
17-18 January 1997

ภาคผนวกที่ 2

แนวทางปฏิบัติสำหรับ
การจ่ายเงินบริการผู้ป่วยนอก 7 วิธี
Operational Issues of Seven Options For
Paying Ambulatory Care Under CSMBS

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร *

จنگล เลิศเชียรดำรง *

สุคนธา คงศีล **

* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิธีดำเนินการจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ปัญหาที่พบและแนวทางแก้ไข

7 ทางเลือก	วิธีดำเนินการ	ปัญหาที่คาดว่าจะพบ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
❶ Fee for service (reimbursement Model)	ดำเนินการเหมือนเดิมทุกประการ (status quo) เบิกย้อนหลังผ่านส่วนราชการผู้เบิก ผู้ป่วยนอกใช้ได้เฉพาะสถานพยาบาลภาครัฐ แต่อาจจะพัฒนารูปแบบการเบิกโดยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย โดยให้สถานพยาบาลรัฐเบิกได้ตรงจากกรมบัญชีกลาง	- ข้าราชการเรียกร้องให้ใช้คลินิก/รพ เอกชน - ขาดประสิทธิภาพของระบบ - ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามปกติกรณีให้บริการผู้ป่วยนอกในภาครัฐ - กรมบัญชีกลางไม่สามารถควบคุมการให้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลภาคเอกชน ซึ่งเบิกเหิกโดยทำเบิกเป็นผู้ป่วยในได้ มีผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วยในที่เอกชนสูงขึ้น	ไม่มีมาตรการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพและชัดเจน
❷ Fee for service with co-payment (reimbursement model)	- คงสภาพระบบเดิม แต่ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมจ่ายเงินเมื่อใช้บริการเป็นร้อยละของค่ารักษาพยาบาล - ให้บริการได้ทั้งสถานพยาบาลรัฐและเอกชน - copay สถานพยาบาลรัฐเท่ากับ 42% เอกชนเท่ากับ 88% ของค่ารักษาผู้ป่วยนอก สำหรับข้าราชการและบุคคลในครอบครัว - copay สถานพยาบาลรัฐเท่ากับ 33% เอกชนเท่ากับ 72% ของค่ารักษาผู้ป่วยนอก สำหรับข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัว	- copay ป้องกัน unnecessary use of service ที่ได้ผล มีผลต่อการควบคุมรายจ่ายได้ แต่ไม่ดีนัก เพราะมีผลเฉพาะต่อผู้ป่วย ไม่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ เนื่องจาก market failure ในบริการการแพทย์ - มีกระแสคัดค้าน เพราะผู้ป่วยไม่เคยต้องจ่ายร่วมมาก่อน - การมี copayment อาจจะทำให้ผู้มีรายได้น้อย, กลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการตามความจำเป็นได้ → inequity - ไม่สามารถควบคุม fraud claim ได้ การ manipulate หลักฐานเพื่อไม่ให้มี copay เลยนั้นไม่ยุ่งยากนัก การ detect และตรวจสอบยุ่งยากมาก, มีประสิทธิภาพต่ำ ทางเลือกนี้จึงมีประสิทธิภาพต่ำ - ค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ถ้ามีการ manipulate ค่ารักษาให้สูงเพื่อลดภาระ copay	- ปรับระดับ Copay ให้เหมาะสมกับความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วย - อาจพิจารณาถ่วงเงิน copay สำหรับผู้สูงอายุ - การให้มี copay เป็นสัดส่วนของค่ารักษาพยาบาล ถ้าให้ copay เป็น fix amount นั้น จะต้องจัดทำ standard price list ที่เป็นที่ยอมรับของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน - ถ้า copayment ในสถานพยาบาลรัฐและเอกชนเท่ากัน โดยที่ไม่มีราคามาตรฐาน ผู้ป่วยจะมี preference ไปเอกชนมาก ค่ารักษาพยาบาลกลับเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แทนที่จะ contain ไว้ในระดับที่ต้องการ
❸ ยกเลิกการคุ้มครองการเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยนอก คงเหลือแต่สิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยใน โดยอาจจะปรับสิทธิผู้ป่วยในให้สูงขึ้น	- ยกเลิกการคุ้มครองการเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยนอก คงเหลือแต่สิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยใน โดยอาจจะปรับสิทธิผู้ป่วยในให้สูงขึ้น - พื้นฐานความคิด บริการผู้ป่วยนอกนั้น ข้าราชการน่าจะมีความสามารถช่วยตัวเองได้ ให้เป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล เป็นไปได้ถ้าในอนาคตค่าจ้างภาครัฐสะท้อน หรือใกล้เคียงกับราคาตลาด - ผู้มีสิทธิอาจจะซื้อบริการเองแบบ out of pocket หรือซื้อประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ	- เป็นการรอนสิทธิเดิมที่เคยมีอยู่ มีแรงต้านสูง - รายจ่ายผู้ป่วยในจะโป่งขึ้น ถ้าผู้ป่วยนอกเบิกไม่ได้จะ shift ไปเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งเบิกได้ (squeeze and balloon effect) - กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ข้าราชการบำนาญ และบิดามารดาข้าราชการ (ผู้สูงอายุ) จะได้รับผลกระทบมากที่สุดเพราะต้องจ่าย out of pocket หรือถูก left out โดยประกันเอกชน - เป็นทางเลือกที่เลวที่สุด เพราะกรมฯ ผลักภาระให้ผู้มีสิทธิเป็นแบบ out of pocket หรือซื้อประกันสุขภาพเอกชนซึ่งแพงมากและมี selection bias	ไม่มีมาตรการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และชัดเจน

7 ทางเลือก	วิธีดำเนินการ	ปัญหาที่คาดว่าจะพบ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
๔ ตั้งเพดานความรับผิดชอบของครอบครัว ในค่ารักษาพยาบาลต่อปี (maximal household liability-deductibles)	- ตั้งเพดานค่ารักษาพยาบาลที่ครอบครัวชำระการจะต้องจ่ายเองต่อปี ถ้าเกินจากเพดานนั้น กรมบัญชีกลางจะให้การคุ้มครอง - X บาทแรกต่อครอบครัวต่อปี ผู้มีสิทธิจ่ายเอง เกินกว่า X บาท กรมฯรับผิดชอบจ่าย - ตั้งเพดานแตกต่างกัน health need สูง เพดานต่ำ Health need ต่ำ - ต้องการ Prerequisite 2 ประการคือ ก) มีฐานข้อมูลรายจ่ายต่อครอบครัวต่อปี (information system) ข) อัตราค่ารักษาพยาบาลมาตรฐานเดียวกันในภาครัฐและเอกชน	- เป็นการรอนสิทธิเดิมที่เคยมีอยู่ ไม่เคยต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล - ข้อมูลค่าใช้จ่ายระดับบุคคล และครอบครัวของข้าราชการแต่ละครอบครัวว่าถึงเพดานกำหนดหรือยัง ไม่ใช่วิธีปฏิบัติง่ายนัก ในการพัฒนาและ update ฐานข้อมูลตลอดเวลา ค่าบริหารจัดการข้อมูลสูงมาก - ถ้าไม่มีอัตราค่ารักษาพยาบาลมาตรฐานเดียวกันทั้งในภาครัฐและเอกชน และผู้ป่วยต้องการใช้บริการในภาคเอกชน ซึ่งมีค่ารักษาสูงกว่า ก็จะใช้จ่ายถึงเพดานของครอบครัวโดยรวดเร็ว และเป็นภาระของกรมบัญชีกลาง ในส่วนที่เกินกว่าเพดาน - ต้องการ technical detail มหาศาลด้าน health need ของสมาชิกครอบครัว - อาจจะมีการ make ข้อมูลรายจ่ายต่อครอบครัวต่อปี เพื่อให้ถึงเพดานโดยเร็ว	- แทนที่จะกำหนดเป็นเพดานความรับผิดชอบสูงสุดที่ครัวเรือนจะจ่ายเองต่อปี ที่เป็นเม็ดเงิน เพื่อให้จ่ายต่อการปฏิบัติ อาจกำหนดเป็นสัดส่วน (proportion) ของ ค่ารักษาพยาบาลก็ได้ กล่าวคือครัวเรือนและ บกกลางรับผิดชอบในรายจ่ายเป็นครั้งๆ ไป ตามสัดส่วนที่กำหนด เช่น 30:70 (ครัวเรือนรับผิดชอบ 30% และงบกลางรับผิดชอบ 70% ของค่ารักษา) ซึ่งคล้ายกับทางเลือกที่ 2 คือ copay นั่นเอง - การกำหนดสัดส่วนอาจจะมีข้อเสียสำคัญคือ ไม่สามารถควบคุมค่ารักษาพยาบาลได้ ถ้าอัตราการใช้บริการสูง (utilization rate) กล่าวคือความรับผิดชอบของงบกลางเป็นสัดส่วนแปรโดยตรงตามอัตราการใช้บริการ ถ้าอัตราสูง รายจ่ายสัมบูรณ์จะสูงด้วย (absolute expenditure)
๕ ความรับผิดชอบสูงสุดของกรมฯ ในค่ารักษาพยาบาลต่อครอบครัวต่อปี (Maximal Scheme Liability)	- X บาทแรกต่อครอบครัวต่อปี กรมฯ จ่าย เกินกว่า X บาทต่อครอบครัวต่อปี ครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายต่อไป - ตั้งเพดานค่ารักษาพยาบาลที่กรมบัญชีกลางจะจ่ายให้แก่ครอบครัวในแต่ละปี ถ้าเกินจากเพดานนั้น อยู่ในความรับผิดชอบของครอบครัว - มีหลายเพดานตามความต้องการด้านสุขภาพ (health needs) ของครัวเรือน ต้องการ Prerequisite คือ ฐานข้อมูลรายจ่ายต่อครอบครัวต่อปี (information system) แตกต่างจากทางเลือกที่ ๔ กล่าวคือไม่ต้องการอัตราค่ารักษาพยาบาลมาตรฐานเดียวกันทั้งในภาครัฐและเอกชน	- เป็นการรอนสิทธิเดิมที่เคยมีอยู่ ไม่เคยต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาล - prerequisite คือต้องการข้อมูลค่าใช้จ่ายระดับบุคคล และขึ้นมาถึงระดับครอบครัวของข้าราชการแต่ละครอบครัว เพื่อกำกับภาระความรับผิดชอบสูงสุดที่กรมบัญชีกลางจะจ่ายให้ ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่ายนักในการพัฒนาฐานข้อมูล - ต้องการ technical input ค่อนข้างมาก ในการกำหนดเพดานความรับผิดชอบของงบกลางตาม health needs	ไม่มีมาตรการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพและชัดเจน
๖ เหน่าจ่ายรายหัว (capitation)	- ข้าราชการและบุคคลในครอบครัวต้องเลือกเพื่อลงทะเบียนกับสถานพยาบาลภาครัฐหรือเอกชนแห่งใดแห่งหนึ่ง ที่ตนยินดีจะไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย อาจเลือกที่เข้าประจำอยู่ - สถานพยาบาลเหล่านี้ได้รับค่าตอบแทนให้ดูแลรักษาพยาบาลตลอดปี เป็นรายหัว (capitation) ตามอัตราที่กรมฯ กำหนด แบบ prepayment	- สถานพยาบาลไม่เต็มใจให้บริการที่มีคุณภาพเพราะรายได้จำกัดตามปริมาณผู้มีสิทธิ ที่เลือกลงทะเบียน อย่างไรก็ตาม ปัญหานี้จะเป็นเฉพาะช่วงเปลี่ยนผ่านเท่านั้น สถานพยาบาลที่บริการไม่ดีในสายตาของผู้ป่วยจะไม่ได้รับเลือกต่อไปในปีถัดไป - ปัญหานี้จะคงอยู่หากด้านอุปทานของบริการมีจำกัด การผูกขาดโดยธรรมชาติ	- มีรายจ่ายเพื่อการควบคุมคุณภาพบริการ เป็นสิ่งจำเป็น - Risk ถูกถ่ายโอนไปอยู่ที่ผู้ให้บริการ คือสถานพยาบาลระดับต้น ดังนั้น การวิเคราะห์ความเป็นไปได้จะต้องทำในด้าน provider ซึ่งเป็นประเด็น

7 ทางเลือก	วิธีดำเนินการ	ปัญหาที่คาดว่าจะพบ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
	- อัตราเหมาจ่ายตามกลุ่มอายุ 5 กลุ่ม 0-5, 5-19, 20-49, 50-59, 60+ เพศ และการมีหรือไม่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง - การกำหนดอัตราเหมาจ่ายขึ้นอยู่กับอัตราป่วยตามกลุ่มอายุ ต้นทุนต่อครั้ง ผู้ป่วยนอกทั้งที่รัฐและเอกชน บวก profit margin ที่เจรจาต่อรองกันระหว่างกรมบัญชีกลางกับสถานพยาบาลรัฐและเอกชน - กรมจะรับผิดชอบอัตราเหมาจ่ายเท่ากันทั้งรัฐและเอกชน - ยังมีความเห็นทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยว่าจะมี co-capitation ที่ออกโดยผู้มีสิทธิหรือไม่ เท่าไร ในกรณีที่ผู้มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลภาคเอกชน ซึ่งต้องพิจารณาในรายละเอียด ถ้ากรรมการตัดสินใจเลือกวิธีเหมาจ่าย - เจ็บป่วยกรณีฉุกเฉิน เจ็บป่วยในขณะที่ไปนอกจังหวัดที่เลือกสถานพยาบาลไว้ สามารถใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องใช้บริการในสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ และนำไปเสริมรับเงินมาเบิกคืนจากกรมบัญชีกลางภายหลังตามเกณฑ์ที่กำหนด (extra-contractual services) - ผู้มีสิทธิในสวัสดิการนี้สามารถเลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ได้ปีละ 1 ครั้ง การเลือกสถานพยาบาลโดยผู้มีสิทธิแต่ละคนจะสอดคล้องกับการเข้าถึงทางกายภาพ (geographical accessibility) และการมีประวัติการรักษาพยาบาลกับสถานพยาบาลใดหนึ่ง การมีสิทธิเลือกได้ทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนทำให้ข้าราชการ มี compliance ต่อระบบใหม่สูง การเลือกได้ทั้งรัฐและเอกชนจะกระตุ้นการแข่งขันเชิงคุณภาพระหว่างทั้งสองภาค - prerequisite คือทะเบียนรายชื่อที่ update ของข้าราชการ ข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัวทุกคนที่มีสิทธิ และบัตรประจำตัวที่มีลักษณะบันทึกข้อมูลในแถบแม่เหล็ก สำหรับการเลือกลงทะเบียนกับสถานพยาบาล - กรมบัญชีกลางทำสัญญาจ้าง (contract) สถานพยาบาลระดับต้น (primary medical care) ให้บริการ ambulatory care, PMC มีต้นทุนการผลิตต่ำ เข้าถึงในเชิงกายภาพดีกว่าบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล (hospital based outpatient services)	(natural monopoly) กล่าวคือมีสถานพยาบาลเพียงแห่งเดียวเท่านั้นในพื้นที่หนึ่งๆ หรือมีจำนวนน้อย ไม่มีมากพอจะให้เลือก จึงไม่มีการแข่งขันเพื่อพัฒนาคุณภาพเพื่อคงจำนวนลูกค้าของตนไว้ - กรณีที่สถานพยาบาลมีข้าราชการและบุคคลในครอบครัวเลือกไว้น้อย ทำให้ฐานการเฉลี่ยความเสี่ยงแคบ มีโอกาสที่รายจ่ายจะสูงกว่ารายได้จากเงินเหมาจ่ายต่อหัวต่อปี ซึ่งเชื่อว่า differential capitation จะลดปัญหานี้ไปได้ - บริการระดับต้นอาจจะมีการผูกมัดแบบเบี่ยงเบน โดยส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอย่างพร่ำเพรื่อ (over referral) เพราะดูแลผู้ป่วยมากหรือน้อย ก็ได้รับเงินเหมาจ่ายเท่าเดิม โรงพยาบาลก็อยากได้ผู้ป่วยในหลายๆ เพื่อจะได้เงินจากกรมบัญชีกลางเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเองก็อยากจะไปหาผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล ทำให้การให้บริการโรงพยาบาลขาดเหตุผล ซึ่งมีบทเรียนเช่นนี้ในหลายประเทศ ดังนั้นข้อมูลอัตราการส่งต่อจากสถานพยาบาลระดับต้นไปยังโรงพยาบาล จึงเป็น vital parameter สำหรับการกำกับการณ์เพื่อหามาตรการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา - ปัญหาดังกล่าวข้างต้น อาจจะแก้ไขได้โดย feedback ข้อมูล อัตราการส่งต่อ อัตราการใช้บริการที่สถานพยาบาลระดับต้น แก่ผู้มีสิทธิ ประกอบการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลในปีถัดไป การปฏิรูปต่อไปในระยะยาวคือ ให้สถานพยาบาลระดับต้น เป็นผู้ถืองบประมาณทั้งหมด (คำรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) เสียเอง (budget holder PMC) เมื่อตนเองส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ตนเองจะต้องเป็นผู้จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลตามเงื่อนไขที่กำหนดต่อไป (Primary care fund holder หรือ gate keeper) ซึ่ง การปฏิรูปเช่นนี้ มีผลทำให้การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสมเหตุสมผลมากขึ้น สถานพยาบาลระดับต้นอาจจะพัฒนาศักยภาพในการให้บริการเช่น การผ่าตัดธรรมดามากขึ้น day surgery มากขึ้น เป็นต้น ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น - กรณี population registration มีน้อย เช่นในเขตชนบท ทำให้รายได้ของ PMC ไม่น่าดึงดูดเพียงพอ นอกจากนี้ จะมีความแตกต่างของลักษณะการเจ็บป่วย (non-homogenous population and disease profile) ทำให้เป็นอุปสรรคในการจัดระบบเหมาจ่ายได้	สำคัญที่สุดในขั้นตอนของการทำ political mapping - Cost sharing ในทางเลือกนี้มี 2 ทาง คือ ก) Copay เป็นครั้ง ๆ ไปเมื่อใช้บริการ ข) เป็น co-capitation กล่าวคือ กรมจ่ายส่วนหนึ่ง และผู้มีสิทธิจ่ายอีกส่วนหนึ่ง และด้วยอัตราเหมาจ่ายนี้ที่สถานพยาบาลรับได้ และไม่มีการจ่ายร่วมเมื่อไปใช้บริการอีก

7 ทางเลือก	วิธีดำเนินการ	ปัญหาที่คาดว่าจะพบ	แนวทางการแก้ไขปัญหา
	• กรมบัญชีกลางดำเนินการกำกับกับการคุณภาพบริการ และ accredit คุณภาพ โดยอาจจะเริ่มต้นด้วยคุณภาพระดับพื้นฐานก่อน แล้วค่อย ๆ ปรับคุณภาพให้สูงขึ้น การทำ accreditation นั้น กรมบัญชีกลางไม่จำเป็นต้องดำเนินการเอง อาจจะ subcontract ให้สำนักงานประกันสังคม ดำเนินการก็ได้	• PMC จะต้องมีความสามารถในการบริหารจัดการ ซึ่งต้องการ skill มากพอสมควร เช่น การรายงานปริมาณบริการให้แก่กรมบัญชีกลาง เป็นต้น skill เหล่านี้ต้องการเวลาในการพัฒนาพอสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง PMC ยังอยู่ในระยะ infancy period	
7 Global budgeting กำหนดเพดานรายจ่ายผู้ป่วยนอกของทั้ง Scheme ไว้ในระดับที่กรมฯ ต้องการ (capping)	• กำหนดแต้ม (point system) ของความยากง่าย (ง่าย ปานกลาง ซับซ้อน) ตามประเภทผู้ป่วย (simple episodic, accident, chronic conditions) จะได้ 3x3 table ซึ่งจะมีคะแนน 9 กลุ่มด้วยกัน • สถานพยาบาลรายงานแต้มของการให้บริการผู้ป่วยนอกตามคะแนนที่กำหนด ส่งข้อมูลไปยังหน่วยประมวลผลกลาง จะได้คะแนนสะสมของสถานพยาบาลระดับต้นแต่ละแห่งรายงวด รายปี และคะแนนรวมทุกแห่งในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่น หนึ่งไตรมาส • นำงบกลางที่กันไว้แล้วสำหรับบริการผู้ป่วยนอกในหนึ่งไตรมาส มาหารด้วยคะแนนทั้งหมด จะได้ค่ารักษา เป็นบาทต่อคะแนน และสามารถคำนวณกลับได้ว่า สถานพยาบาลระดับต้นแห่งใดควรจะได้รับเงินค่ารักษาเท่าไรในแต่ละงวด • ผู้มีสิทธิไม่ต้องลงทะเบียน ใช้สถานพยาบาลได้ทั้งรัฐและเอกชน สอดคล้องกับพฤติกรรมใช้สถานพยาบาลได้โดยเสรีในปัจจุบัน • ควบคุมค่ารักษาพยาบาลได้อย่างดี เพราะจัดเพดานไว้ตั้งแต่ต้น และกำหนด inflation ในแต่ละปีได้	• ไม่ได้ความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล • สถานพยาบาลต้องใช้เวลาในการปรับตัวพอสมควร กล่าวคือ ถ้าคุม utilization rate จะได้ค่ารักษาพยาบาลต่อคะแนนสูงขึ้นทั้งระบบ คุณภาพบริการ • ต้องการความสามารถของหน่วยประมวลผลกลาง ฐานข้อมูลปฐมภูมิที่สถานพยาบาลระดับต้นจัดทำขึ้น ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่ายนัก • การให้คะแนนความยากง่าย และประเภทของผู้ป่วย ต้องการ empirical evidence พอสมควร แต่ไม่น่าจะยากนัก • สถานพยาบาลอาจจะ blow up จำนวนผู้ป่วยและความยากง่าย เพื่อให้ได้คะแนนสะสมมาก และค่ารักษาพยาบาลตอบแทนรายงวดมากขึ้นด้วย	

ภาคผนวกที่ 3

การปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยนอก ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

คำแนะนำเกี่ยวกับการให้คะแนน วิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยนอก

- เอกสารประกอบการพิจารณา 2 ฉบับได้แก่
 - หลักการและวิธีการปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล
 - ผลกระทบทางการเงินของทางเลือกการปฏิรูปวิธีการจ่ายค่ารักษายาบาล 7 วิธี
- กรุณาพิจารณาว่า ทางเลือกการปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ทั้ง 7 ทางเลือกนั้น สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในเกณฑ์ทั้ง 9 ข้ออย่างไร โดยให้คะแนนระหว่าง 0-100 โดยที่ 0 หมายถึงไม่บรรลุวัตถุประสงค์เลย และ 100 หมายถึงสามารถบรรลุวัตถุประสงค์สูงสุด
- ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของเกณฑ์ทั้ง 9 ประการนั้น จะพิจารณาในการประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาครั้งที่ 2 ในวันที่ 28 มีนาคม 2540 ดังนั้น ในแบบฟอร์มนี้จึงไม่มีน้ำหนักสัมพัทธ์ เพื่อให้ท่านประเมินโดย value free กล่าวคือ ไม่ต้องพิจารณาว่า เกณฑ์ใดใน 9 เกณฑ์นั้น มีน้ำหนักแตกต่างกันอย่างไร เพื่อป้องกัน possible bias
- เลขานุการคณะกรรมการที่ปรึกษาจะประมวลผล และนำเสนอในที่ประชุม 28 มีนาคม 2540 เพื่อให้กรรมการพิจารณาประเมินอีกครั้งหนึ่ง หลังจากทราบค่าเฉลี่ยของกลุ่มกรรมการทั้ง 15 คนแล้ว และทราบว่าคุณค่าแต่ละท่านในการประเมินที่คะแนนเท่าไร การประเมินในรอบที่สองนี้ถือเป็นยุติ
- อนึ่ง ที่ประชุม 4 กพ. 2540 มีมติว่า ทางเลือกการจ่ายผู้ป่วยนอกที่ถูก exclude ไปแล้วนั้น อาจจะนำกลับมาพิจารณาใหม่ เมื่อพิจารณาพร้อมกับทางเลือกการจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยใน ในอนาคตได้

หมายเหตุ คำอธิบายเกณฑ์การประเมินทั้ง 9 ประเด็น

- เข้าถึงบริการสะดวก (accessibility) หมายถึงเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกได้ง่าย ไม่มีข้อจำกัดทางกายภาพ ทางการเงิน ทางด้านวัฒนธรรม
- ความพึงพอใจของผู้มีสิทธิ (satisfaction) หมายถึงความพอใจของผู้มีสิทธิเมื่อไปใช้บริการ ซึ่งหมายถึง hotel aspect (non-clinical) ของบริการ และอาจจะรวมถึงคุณภาพบริการด้านคลินิกโดยบุคลากรของสถานพยาบาล (clinical aspect) ก็ได้
- เสรีภาพในการเลือกใช้สถานพยาบาล (choices) หมายถึงผู้มีสิทธิมีเสรีภาพในการเลือกใช้สถานพยาบาลที่ตนพึงพอใจทั้งภาครัฐและภาคเอกชนได้ สามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลได้เมื่อไม่พึงพอใจ
- ประสิทธิภาพด้านการบริหาร หมายถึงความสามารถบริหารให้มีประสิทธิผลด้วยต้นทุนที่ต่ำ (technical efficiency) เช่น การบริหารของ Scheme ใช้ทรัพยากรน้อย ใช้ person time น้อย มีต้นทุนของธุรกรรมต่ำ (transaction cost ค่าบริหารจัดการต่ำ และมีประสิทธิผล กล่าวคือ สามารถบรรลุวัตถุประสงค์เช่น ป้องกัน ควบคุม fraud ได้ หรือควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี
- ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (allocative efficiency) หมายถึง Scheme สามารถจัดสรรทรัพยากร หรือลงทุนไปยังบริการที่มีต้นทุนต่ำ และมีผลตอบแทนสุขภาพสูง (low cost intervention but high health outcome) ทั้งที่เป็น curative care, preventive and promotive services เป็นต้น
- ควบคุมค่าใช้จ่าย (cost containment) หมายถึงอัตราเพิ่มของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่จ่ายโดยกรมบัญชีกลาง และจ่ายจากผู้มีสิทธิเองที่เบิกไม่ได้ มีความเหมาะสมเทียบกับ medical inflation rate หรือ GDP per capita growth มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายควรจะมิต่อพฤติกรรมของทั้ง 2 ฝ่ายได้แก่ ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ

7. คุณภาพบริการรักษาพยาบาล (Quality of care) หมายถึงคุณภาพบริการด้านการรักษาพยาบาล clinical perspective เช่น รักษาหาย ไม่มีโรคแทรกซ้อน ไม่ตายจากโรคที่ไม่ควรตาย ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งสี่ด้านมีความสัมพันธ์อย่างบูรณาการ
8. ความต่อเนื่องของการให้บริการ (continuity of care) หมายถึงการดูแล การให้ counselling การป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention) การค้นหาโรค (screening or secondary prevention) เพื่อการดูแลรักษาอย่างทัน่วงที และต่อเนื่อง สร้างวัฒนธรรมและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่เอื้ออำนวยต่อความต่อเนื่องและคุณภาพบริการ
9. กระตุ้นให้เกิด Primary medical care (PMC) หมายถึงทางเลือกนั้น ๆ มีศักยภาพในการก่อกำเนิด PMC โดยที่ PMC หมายถึงบริการผสมผสาน ซึ่งได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพ การให้ counselling, การค้นหาโรค การป้องกันปฐมภูมิ การรักษาพยาบาล ทั้งที่สถานพยาบาล และที่บ้าน (home care and visits) การฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลในระดับที่ต้องการ specialised or hospital care โดยทีมบุคลากร เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ใกล้บ้าน อยู่ในชุมชน PMC อาจจะเป็นบริการภาครัฐหรือเอกชน

แบบให้คะแนน สำหรับการประเมินรอบที่หนึ่ง

ชื่อ ผู้ประเมิน _____

รหัส _____

กรุณาใช้ดุลยพินิจของท่าน ประเมินว่า ทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิรูปวิธีการจ่ายสถานพยาบาลสำหรับ
บริการผู้ป่วยนอกนั้น สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการปฏิรูปมากน้อยเพียงไร ? กรุณาใส่คะแนน 0-100 ใน
ช่องทางเลือกต่าง ๆ

ความสามารถในการ บรรลุวัตถุประสงค์การปฏิรูป	ทางเลือก						
	1	2	3	4	5	6	7
1. เข้าถึงบริการสะดวก (accessibility)							
2. ความพึงพอใจของผู้มีสิทธิ (satisfaction)							
3. เสรีภาพในการเลือกใช้สถานพยาบาล (choices)							
4. ประสิทธิภาพด้านการบริหาร ค่าบริหารจัดการ ต่ำ (technical efficiency)							
5. ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (allocative efficiency)							
6. ควบคุมค่าใช้จ่าย (cost containment)							
7. คุณภาพบริการ (Quality of care)							
8. ความต่อเนื่องของบริการ (continuity of care)							
9. ศักยภาพในการกระตุ้นให้เกิด Primary medical care							

กรุณาส่งกลับ คุณงามจิตต์ จันทราธิติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถนนติวานนท์ อำเภอ
เมือง นครบุรี 11000 FAX 662 951 1295 ภายในวันที่ 21 มีนาคม 2540 จักเป็นพระคุณยิ่ง

แบบให้คะแนน สำหรับการประเมินรอบที่สอง

รหัส ของผู้ประเมิน _____

ประมวลผลการประเมินทางเลือก 7 ทางเลือกสำหรับ domain ทั้ง 9 โดยกรรมการทั้งหมด _____ ท่าน

ช่อง a หมายถึง ค่าคะแนนจริงที่ท่านประเมินในรอบที่หนึ่ง

ช่อง b หมายถึง ค่าเฉลี่ยของกรรมการทั้งหมด

ช่อง c หมายถึง ช่องที่ท่านจะเติมสำหรับการประเมินในรอบที่สอง ไม่ว่าท่านจะเปลี่ยนใจ หรือไม่เปลี่ยนใจ ให้ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของกลุ่ม

ความสามารถในการ บรรลุวัตถุประสงค์การปฏิรูป	ทางเลือก																				
	1			2			3			4			5			6			7		
	a	b	c	a	B	c	a	b	c	a	b	c	a	B	c	a	b	c	a	b	c
1. เข้าถึงบริการสะดวก (accessibility)																					
2. ความพึงพอใจของผู้มีสิทธิ (satisfaction)																					
3. เสรีภาพในการเลือกใช้บริการสถานพยาบาล (choices)																					
4. ประสิทธิภาพด้านการบริหาร ค่าบริหารจัดการต่ำ (technical efficiency)																					
5. ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (allocative efficiency)																					
6. ควบคุมค่าใช้จ่าย (cost containment)																					
7. คุณภาพบริการ (Quality of care)																					
8. ความต่อเนื่องของบริการ (continuity of care)																					
9. ศักยภาพในการกระตุ้นให้เกิด Primary medical care																					

Mean vote by 15 committee members, maximum score 100 could totally achieve the policy objectives.

	POLICY OBJECTIVES								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
option 1	67.5	65.5	63.5	45	43	35	65	60.5	32.5
option 2	73	45.5	86	39.5	51.5	56	69.3	59	30.3
option 3	50.5	41.5	71.5	67	50	65.5	49.5	53.2	38.5
option 4	69	33.8	81.5	39.8	57.3	55	66.7	53.8	43.3
option 5	69	45	83.5	45.4	59	64.5	66.9	58.5	45.8
option 6	74.5	65	59.5	75.3	77.5	81.5	54.8	75	72.5
option 7	78	74.5	80.5	43	62.5	75	59	55.5	46.5

Total score weighted by related weight of nine policy objectives.

	POLICY OBJECTIVES										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total score	Rank
weight*	3.7	3.5	3.1	3.8	3.8	4.2	4.3	2.9	2.6		
option 1	67.5	65.5	63.5	45	43	35	65	60.5	32.5	1,696.70	7
option 2	73	45.5	86	39.5	51.5	56	69.3	59	30.3	1,824.82	4
option 3	50.5	41.5	71.5	67	50	65.5	49.5	53.2	38.5	1,740.68	6
option 4	69	33.8	81.5	39.8	57.3	55	66.7	53.8	43.3	1,781.64	5
option 5	69	45	83.5	45.4	59	64.5	66.9	58.5	45.8	1,915.67	3
option 6	74.5	65	59.5	75.3	77.5	81.5	54.8	75	72.5	2,252.18	1
option 7	78	74.5	80.5	43	62.5	75	59	55.5	46.5	2,050.35	2

Note * Relative weight of importance among policy objective 1 to 9, range of score 1-5 rated by 15 committee members, prior recognition of quantitative results.

Frequency of vote for rank one to three for the merit of each 1-7 options, by 10 committee members, without prior recognition of quantitative results.

	Overall value judgement of rank for merit of 7 options		
	1st	2nd	3rd
Option 1			2
Option 2			1
Option 3	1		1
Option 4			3
Option 5		5	
Option 6	7	2	1
Option 7	2	3	2
Total	10	10	10

Note each member was asked to vote rank one to three.

ภาคผนวกที่ 4

(ร่าง) คู่มือการดำเนินการ
ปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

**(Draft) Operational Manual on
Civil Servant Medical Benefit Scheme Reform**

นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
รศ.นพ. สุชาติ สรรเสนาพร คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
พญ. จงกล เลิศเจียรดำรง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาล
ของข้าราชการ ระยะที่สอง ครั้งที่ 3/2540
วันอังคารที่ 29 กรกฎาคม 2540 เวลา 0900-1600 น. ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

ส่วนที่หนึ่ง บทนำ	3
1. ความเป็นมา	3
2. ข้อตกลงในการวิเคราะห์	3
ส่วนที่สอง คู่มือปฏิบัติงาน	5
1. การจัดทำฐานข้อมูลสถานพยาบาล	5
2. การจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิในสวัสดิการ และฐานข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล	5
3. การจัดสรรผู้มีสิทธิ ไปยังสถานพยาบาล	7
4. บัตร กสข. สำหรับผู้มีสิทธิ	8
5. การใช้สิทธิรักษายาบาล	8
6. ฐานข้อมูลการใช้บริการ	9
7. การบริหารการเงิน	9
8. โครงสร้างองค์กรรับผิดชอบ	10
9. ชุดของสิทธิประโยชน์	10
10. ด้านคุณภาพบริการ	10
11. กลไกการตรวจสอบพฤติกรรมเบี่ยงเบน	11
12. Political mapping and policy communications	11

ส่วนที่หนึ่ง บทนำ

1. ความเป็นมา

มติของคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการวิจัยเพื่อการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ครั้งที่ 2/2540 เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2540 ให้จ่ายค่ารักษายาบาลกรณีผู้ป่วยนอกโดยวิธี เหมจ่ายรายหัว ตามกลุ่มอายุของผู้มีสิทธิ 5 กลุ่มได้แก่ 0-5, 5-19, 20-44, 45-60, และ >60 ปี

คณะเลขานุการได้รับมอบหมายให้นำเสนอประเด็นรายละเอียดเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง คณะเลขานุการได้จัดประชุมคณะทำงานฯ โครงการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาล ครั้งที่ 3/2540 เมื่อวันจันทร์ที่ 14 กรกฎาคม 2540 เวลา 0830-1700 น. ณ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด อำเภอมือง สระบุรี โดยมี ผู้เข้าร่วมประชุม

1. รศ.นพ.สุชาติ สรรเสถียร คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี
2. คุณสีคำ เจนหัตถการกิจ กรมบัญชีกลาง
3. คุณบุญน้อย ยาแสง สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สระบุรี
4. คุณวิลาวัณย์ หวังสถิตย์วงศ์ สำนักงานประกันสังคมจังหวัด สระบุรี
5. คุณนรา วงษ์สุวรรณ ผู้แทนสำนักงานคลังจังหวัด สระบุรี
6. พญ.จกมล เลิศเรียตรง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
7. นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ของการประชุมคณะทำงานในครั้งนั้น คือ เพื่อให้ได้ความคิดที่ชัดเจนมากที่สุด เกี่ยวกับ การออกแบบระบบ วิธีการปฏิบัติ โดยละเอียด (detail operational issues) และเป็นรูปธรรม (practical) ในการดำเนินการ ปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ในทุกประเด็น ขั้นตอนของการดำเนินการในระดับปฏิบัติการ ในเอกสารฉบับนี้ จัดเตรียมขึ้น หลังจากการระดมสมองของคณะทำงานในวันที่ 14 กรกฎาคม 2540 ในรายละเอียดต่างๆ

คู่มือการดำเนินการ ปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นหลักการ แนวทาง และวิธีดำเนินการ เพื่อการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ โดยที่ทางเลือก และนโยบายต่าง ๆ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการที่ปรึกษา โครงการวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ระยะที่สอง

2. ข้อตกลงในการวิเคราะห์

ผู้วิจัย กำหนดข้อตกลงในการวิเคราะห์ดังนี้

1. การจ่ายค่ารักษายาบาลกรณีผู้ป่วยนอกเป็นแบบ เหมจ่ายรายหัว และการจ่ายค่ารักษายาบาลกรณีผู้ป่วยในเป็นแบบงบประมาณก้อน (global budgeting)
2. เมื่อผู้มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลใด ก็ให้ใช้บริการ [ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน] จากสถานพยาบาลนั้น ๆ ทั้งที่เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก หรือคู่สัญญารอง ในเครือข่าย
3. จำนวนผู้มีสิทธิ สัดส่วนกลุ่มอายุของผู้มีสิทธิ แบบแผนการให้บริการ อ้างอิง จากผลการสำรวจ การเจ็บป่วย และการใช้บริการ ของข้าราชการและบุคคลในครอบครัว และของข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัว

เมื่อปี 2538 ส่วนข้าราชการพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและกรณีผู้ป่วยในนั้น อ้างอิงจากการสำรวจ ค่ารักษาพยาบาลจริงเมื่อเดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม 2540

4. จำนวนผู้มีสิทธิที่ผู้วิจัยประมาณการไว้ เท่ากับ 7.026 ล้านคน อาจจะมีปัญหาการนับซ้ำ (double counting) ถ้ามีการจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิทุกคน จำนวนผู้มีสิทธิจริงอาจจะต่ำกว่า 7.026 ล้านคนก็ได้ ความคลาดเคลื่อนนี้ อาจจะทำให้ การคำนวณอัตราเหมาจ่ายต่ำกว่าความจริงบ้าง Best guesstimate โดยคณะผู้วิจัย น่าจะมีจำนวนผู้มีสิทธิ ระหว่าง 5.8 ล้านคน ถึง 7.026 ล้านคน ในเอกสารฉบับนี้ ผู้วิจัยจะพยายามออกตัวเลข 2 ชุด บนฐานผู้มีสิทธิ 5.8 ล้านคน กับ 7 ล้านคน
5. ยอดเงินรายจ่ายสำหรับการคำนวณอัตราค่าจ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในเอกสารฉบับนี้ อาศัยรายจ่ายจริง ในปี 2539 เท่ากับ 13,587 ล้านบาท ปรับเป็นรายจ่ายปี 2541 โดยใช้อัตราเพิ่มเฉลี่ย 5 ปีย้อนหลัง (2535-39) เท่ากับ 22% ต่อปี ได้มูลค่ารายจ่ายประมาณ 20,223 ล้านบาท
6. เราจะใช้ตัวเลข 20,000 ล้านบาทนี้ สำหรับการคำนวณรายจ่ายในปี 2541 ผู้วิจัยคาดว่า หลังการปฏิรูปสามารถยื่น ยอดรายจ่ายไว้ที่ 20,000 ล้านบาท เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี ระหว่าง 2541-45 เท่ากับ 100,000 ล้านบาทใน 5 ปี ถ้าไม่มีการปฏิรูป กรมบัญชีกลางจะต้องจ่าย 156,517 ล้านบาท หลังการปฏิรูป กรมบัญชีกลางน่าจะประหยัดได้ 56,517 ล้านบาท ใน 5 ปี
7. อย่างไรก็ตาม รายจ่าย 20,000 ล้านบาทนี้ เป็นรายจ่ายภายใต้สถานการณ์การจ่าย โรงพยาบาลแบบ fee for services ซึ่งมีความด้อยประสิทธิภาพ กล่าวคือ มีการใช้บริการอย่างขาดเหตุผล มีการ overcharges รวมทั้งการเบิกเหมาจ่ายกรณีผู้ป่วยในรพ.เอกชน อยู่ในปริมาณสูงพอสมควร นอกจากนี้ อัตราเพิ่ม 22% ต่อปี ค่อนข้างสูง และ incorporate ความด้อยประสิทธิภาพไว้ค่อนข้างมาก ดังนั้น best scenario ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด น่าจะปรับลด 20,000 ล้านบาท ลง ประมาณ 20% เหลือ 16,000 ล้านบาท

ส่วนที่สอง คู่มือปฏิบัติงาน

1. การจัดทำฐานข้อมูลสถานพยาบาล

1. สำนักงาน กสข. กำหนดหลักเกณฑ์

- สถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก ที่มีคุณภาพ (ในเบื้องต้น คงจะเป็น structural indicator อาจจะอาศัยอ้างอิงประสบการณ์ของประกันสังคม เช่น จำนวนเตียง, จำนวนสาขาทางการแพทย์ ที่สามารถให้บริการ, จัดบริการ 24 ชั่วโมง เป็นต้น - ในอนาคต เมื่อมีสถาบันที่ให้การรับรองสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน - Hospital Accreditation Agency ให้สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองเท่านั้น ที่สามารถทำธุรกิจกับ กสข. ได้) และยินดีจัดบริการตามเงื่อนไขที่ กสข. กำหนด
- กำหนดให้สถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก จัดตั้งเครือข่าย ให้สถานพยาบาลคู่สัญญารอง (subcontractor) ซึ่งทำหน้าที่เป็น primary medical care และ/หรือ ผู้ป่วยใน

2. สำนักงาน กสข. จัดทำฐานข้อมูลสถานพยาบาล ที่เข้าร่วมโครงการ

3. เวียนแจ้ง ให้ข้าราชการ ทราบ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือก

4. การ Update ฐานข้อมูลสถานพยาบาล ไม่น่าจะมีปัญหา เพราะ จำนวนคู่สัญญาหลัก ไม่น่าจะมีมาก

2. การจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิในสวัสดิการ และฐานข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล

1. ผู้วิจัยเสนอว่าจะต้องจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิและฐานข้อมูลการเลือกสถานพยาบาลไปในเวลาเดียวกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการทำงาน และเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิรูป
2. ตามกฎปฏิรูปว่าด้วยสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล ผู้มีสิทธิได้แก่ ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรยังไม่บรรลุนิติภาวะจำนวนไม่เกิน 3 คน
3. กลุ่มข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และข้าราชการบำนาญในปัจจุบัน ให้ส่วนราชการต้นสังกัด เป็นผู้รับผิดชอบรวบรวม รับรอง รายชื่อ ผู้มีสิทธิ ในสังกัดของตน โดยข้าราชการ เป็นผู้กรอกแบบที่กำหนด ของเจ้าตัวและบุคคลในครอบครัว ส่งให้กรมต้นสังกัด หัวหน้าส่วนราชการ เป็นผู้รับรองสิทธิในรายชื่อดังกล่าว ราชการส่วนภูมิภาคทั้งหมด ให้ส่งมายังกรมฯ ต้นสังกัด ให้กรมต้นสังกัด ส่งแบบสำรวจให้ สำนักงานกองทุนสุขภาพข้าราชการ (กสข.) ภายใน 60 วันหลังประกาศดำเนินการ
4. กรณีที่ในครอบครัวหนึ่งมีบุตรเป็นข้าราชการหลายคน บุตรเหล่านั้นต้องตกลงว่า จะให้ใครเป็นผู้เลือกสถานพยาบาลแก่บิดา มารดา ของตน ถ้าต่างคนต่างเลือกให้ และชื่อของบิดา มารดา เขียนไม่ตรงกัน จะทำให้ฐานข้อมูล ผู้มีสิทธิ คลาดเคลื่อนได้
5. กลุ่มข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ เข้าใหม่ ในระหว่างการจัดทำ กพ.7 กรมต้นสังกัดมีหน้าที่ ให้ข้าราชการผู้นั้นกรอกแบบสำรวจผู้มีสิทธิ และการเลือกสถานพยาบาล ของตนเองและบุคคลในครอบครัว ให้กรมต้นสังกัด ส่งแบบสำรวจให้ สำนักงานกองทุนสุขภาพข้าราชการ (กสข.) ภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่บรรจุแต่งตั้ง
6. ตัวแปรในแบบสำรวจ เพื่อจัดทำทะเบียนผู้มีสิทธิ ใน database ได้แก่

- ชื่อ นามสกุล, วันเดือนปีเกิด, เลขประจำตัวประชาชน (กรณีไม่มีเลขประจำตัวประชาชน?) ให้สถานะของผู้มีสิทธิ (บิดา มารดา คู่สมรส บุตร), ที่อยู่ปัจจุบัน (อำเภอ จังหวัด), ที่อยู่ทางไปรษณีย์
 - ขณะเดียวกัน จะต้องจัดทำฐานข้อมูลการเลือกสถานพยาบาลของผู้มีสิทธิ ด้วย ดังนั้น ผู้มีสิทธิ แต่ละคน จะต้องระบุสถานพยาบาลที่ต้องการเลือกจำนวน 2 อันดับ
7. จำเป็นหรือไม่ ที่จะต้องมี เอกสารประกอบการรับรองสิทธิ ได้แก่ สำเนาทะเบียนบ้าน (ทร14) เพื่อป้องกันการปลอมสิทธิ ถ้าคิดว่าจะทำให้เกิดความล่าช้า อาจจะกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจน ถ้าตรวจพบภายหลังว่ามีการปลอมสิทธิ
8. การบันทึกข้อมูลในแบบสำรวจ ลงในฐานข้อมูล ให้ทำโดย กสข.
9. การ Update ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ จะมี 3 กรณีได้แก่
- หมดสิทธิ ได้แก่ ออกจากราชการ, ถึงแก่กรรม, หย่า (โดยคู่สมรสจะหมดสิทธิ), บุตรบรรลุนิติภาวะ
 - ได้สิทธิเพิ่ม ได้แก่ เข้ารับราชการใหม่, สมรส, เกิดบุตร,
 - เปลี่ยนสถานะของสิทธิ จากความเป็นข้าราชการเป็นข้าราชการบำนาญ เมื่อเกษียณอายุราชการ
- ให้ถือเป็นหน้าที่ร่วมกันระหว่างกรมต้นสังกัด และข้าราชการผู้นั้น ในการแจ้ง กรม ต้นสังกัด เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิทธิ ข้อปัญหาคือ หมดสิทธิโดยเฉพาะการหย่า อาจจะไม่ค่อยได้แจ้ง จะต้องกำหนดบทลงโทษ ในกรณีปิดบัง ข้อเท็จจริงเมื่อหมดสิทธิลง สำนักงาน กสข. มีหน้าที่ Update ฐานข้อมูลเป็นปัจจุบัน ทุกเดือน หรือทุกไตรมาส
10. การ Update ฐานข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล แบ่งเป็น 2 แบ่งได้แก่
- วิธีการ update ข้าราชการ หรือข้าราชการบำนาญผู้นั้น มีหน้าที่รวบรวมความต้องการเลือกสถานพยาบาลของบุคคลในครอบครัวทุกคน นำส่งกรมต้นสังกัด และกรมต้นสังกัดส่งต่อไป กสข. ภายในเวลาที่กำหนด
 - เมื่อเป็นการเลือกครั้งแรก ได้แก่ กรณีเข้ารับราชการใหม่ และกรณีในช่วง interim phase ระหว่างปี 2541-42 ที่ดำเนินการปฏิรูปครั้งแรก ให้ผู้มีสิทธิ สามารถเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาลได้ (ถ้าต้องการ) ภายหลัง 6 เดือน และให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 2 เดือน
 - ผู้มีสิทธิ สามารถเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาลที่เลือกไว้แล้วในปีก่อน ได้ในกรณีต่อไปนี้
 - เมื่อครบปี ให้ผู้มีสิทธิ สามารถเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาลที่เลือกได้ ถ้าไม่เปลี่ยนแปลง ให้ถือสถานพยาบาลในปีก่อนเป็นสถานพยาบาลที่ต้องการใช้บริการในปีปัจจุบัน
 - เมื่อมีการย้ายภูมิลำเนาของผู้มีสิทธิ
 - เมื่อตัวข้าราชการ มีการโอน / ย้ายที่ทำงาน (เนื่องจากการโยกย้ายสถานที่ทำงานของข้าราชการ ในเดือนกันยายน / ตุลาคม ควรจะกำหนดให้มีการเลือกสถานพยาบาลในเดือนตุลาคมของทุกปี)
 - สำนักงาน กสข. มีหน้าที่ update ผลการเลือก และการเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาลที่เลือก

3. การจัดสรรผู้มีสิทธิ ไปยังสถานพยาบาล

1. จะกำหนดให้มี โควต้าหรือไม่ โดยเฉพาะกรณี ที่สถานพยาบาลนั้นๆ มีผู้มีสิทธิเลือกกันมาก ทีมเลขานุการมีความกังวลว่า โรงเรียนแพทย์จะมีผู้เลือกมาก มากเกินกว่าจะให้บริการที่เหมาะสมได้? ในปีแรกๆอาจมีความจำเป็นต้องพิจารณาความเหมาะสมของปริมาณผู้มีสิทธิกับศักยภาพของสถานพยาบาล เมื่อเวลาผ่านไป โดยธรรมชาติ สถานการณ์การเลือก น่าจะลงตัวพอสมควร
2. การจัดสรรสถานพยาบาลให้แก่ผู้มีสิทธิ ที่เลือกอันดับหนึ่งหรือสอง นั้น น่าจะอิงเกณฑ์ ดังนี้ ก) เป็นสถานพยาบาลที่อยู่ในภูมิลำเนาของผู้เลือก - กรณีเป็นบุคคลในครอบครัว ข) เป็นสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้กับหน่วยงานของข้าราชการนั้นๆ ค) first come first serve principle ง) อาจพิจารณา จัดสรรให้ข้าราชการบำนาญ หรือบิดามารดาของข้าราชการ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ได้รับการจัดสรรก่อน
3. แม้ว่า อัตราเหมาจ่ายตามกลุ่มอายุ โดยผู้มีสิทธิที่เป็นผู้สูงอายุจะมีอัตราสูงกว่า กลุ่มอายุในวัยทำงาน จะช่วยบรรเทา selection bias โดยสถานพยาบาลแล้วก็ตาม เพื่อป้องกันปรากฏการณ์ที่โรงพยาบาลอาจจะรังเกียจ และไม่ยอมรับผู้มีความเสี่ยงสูง หรือมีโอกาสใช้บริการสูง เช่น ผู้สูงอายุ บิดามารดาของข้าราชการ หรือข้าราชการบำนาญ สำนักงานกสข. อาจจะจัดทำเกณฑ์สัดส่วนของผู้มีสิทธิตามกลุ่มอายุ จัดสรรให้แก่โรงพยาบาล ได้ผู้มีสิทธิที่มีหลากหลายกลุ่มอายุ ในสัดส่วนเท่าๆกัน
4. การจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิรายโรงพยาบาล รวมทั้งการ update ให้เป็นปัจจุบันนั้น เป็นความรับผิดชอบของ สำนักงาน กสข.
5. การจัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิรายโรงพยาบาล มีความสำคัญ เพราะ
 - โรงพยาบาลจะใช้ข้อมูลในฐานนี้ ตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วยก่อนการให้บริการ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ดังนั้น ฐานข้อมูลนี้จึงเป็นฐานข้อมูลอ้างอิง เพื่อการสอบยันกับ บัตรประจำตัวของผู้มีสิทธิ
 - การจ่ายเงิน เหมาจ่ายสำหรับผู้ป่วยนอก นั้น จะอาศัยจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไว้กับโรงพยาบาลหนึ่งๆเป็นสำคัญ
 - สำหรับการให้บริการผู้ป่วยใน จะต้องอาศัย ข้อมูล 2 ชุดได้แก่ ก) ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิในโรงพยาบาลนั้นๆ ข) บัตรประจำตัวผู้มีสิทธิ
 - สำหรับการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยใน จะต้องโยงกับข้อมูล 2 ชุดได้แก่ ก) ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิในโรงพยาบาลนั้นๆ ข) ฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยใน โดยผู้ป่วยจะต้องเซ็นชื่อในแบบแสดงว่าได้ป่วยและนอนโรงพยาบาลจริง
 - ระมัดระวัง กรณีที่โรงพยาบาลจะส่งคนไข้ไป มาเบิกจากสำนักงานกสข. มอบให้ รศ.นพ.สุชาติ หาวิธีป้องกัน
6. กสข. มีหน้าที่ส่งฐานข้อมูลผู้มีสิทธิรายโรงพยาบาล ให้แก่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก อาจจะอยู่ในรูปของ CD, Diskette หรือ print out ก็ได้ นั่นคือ โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักทุกแห่งสามารถเข้าถึงข้อมูลผู้มีสิทธิของโรงพยาบาลอื่นได้ มีข้อดีคือ ผู้มีสิทธิสามารถตรวจสอบกับสถานพยาบาลใดก็ได้ว่า ตนเองมีสิทธิที่สถานพยาบาลใด แต่อาจจะมีข้อเสียคือ อาจจะถูก abuse โดยโรงพยาบาลบางแห่งเพื่อ select low risk case จากข้อมูลอายุ หรืออาชีพ และ exclude high risk cases ได้

4. บัตร กสข. สำหรับผู้มีสิทธิ

1. ผู้มีหน้าที่ออกบัตรคือ สำนักงาน กสข. โดยนำส่งให้ข้าราชการ (รวมบัตรของเจ้าตัวและบุคคลในครอบครัว) ผ่านกรมต้นสังกัด การออกบัตรนั้น กสข. จะต้องอ้างอิงจากฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ
2. กสข. จะต้องดำเนินการจัดทำบัตร และส่งบัตรไปยังผู้มีสิทธิ ภายใน 60 วัน นับแต่ประกาศ
3. กรณีเพิ่มสิทธิ เช่น ข้าราชการบรรจุใหม่ การสมรส และการคลอดบุตร ให้ สำนักงาน กสข. จัดทำ และส่งบัตร กสข. โดยตรงไปยังข้าราชการ (รวมบัตรของเจ้าตัวและบุคคลในครอบครัว) โดยไม่ต้องผ่านกรมต้นสังกัด
4. ข้อมูลในบัตรประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล เลขที่ กสข. +/- รูปถ่ายของผู้มีสิทธิ, +/- ลายเซ็นผู้มีสิทธิ ในบัตร กสข. จะไม่ระบุชื่อของสถานพยาบาลที่ผู้มีสิทธิเลือก (ดังนั้น ไม่ต้อง update annually) บัตรจะมีอายุการใช้งาน ตราบเท่าที่บัตรยังคงสภาพดี (ประมาณ 3-5 ปี) หรือ มีการเปลี่ยนแปลงสิทธิ เช่น หมดยุติ เป็นต้น ในกรณีเปลี่ยนสถานะของผู้มีสิทธิ จากข้าราชการเป็นข้าราชการบำนาญ ให้คงใช้บัตร กสข. เดิมต่อไป
5. วัสดุจัดทำบัตรจะเป็นกระดาษและเคลือบพลาสติก หรือเป็นแผ่นพลาสติก ขึ้นกับงบประมาณในการจัดทำ

5. การใช้สิทธิรักษายาบาล

1. การใช้สิทธิรักษายาบาล ผู้มีสิทธิจะต้องแสดงบัตร กสข. ร่วมกับบัตรประจำตัวอื่นใด ที่ทางราชการออกให้ ที่มีรูปถ่ายของผู้มีสิทธิ
2. สำหรับกรณีเจ็บป่วยปกติ ใช้สิทธิในสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้เท่านั้น โดยใช้เอกสารประกอบคือบัตร กสข. และบัตรประจำตัวอื่นใดที่มีรูปถ่าย ประกอบ สถานพยาบาลต้องสอบยันกับฐานข้อมูลผู้มีสิทธิรายโรยสถานพยาบาล ก่อนการให้บริการ
3. สำหรับกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ไปใช้บริการที่สถานพยาบาลใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้อง ใช้บริการในสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ และนำใบเสร็จรับเงินมาเบิก ตามอัตราที่สำนักงาน กสข. กำหนด การเบิกจ่ายนั้น อาจจะได้หลายวิธีได้แก่
 - ให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัด เป็นผู้วินิจฉัยว่าเป็นกรณีฉุกเฉินและอุบัติเหตุหรือไม่ และจ่ายเงินให้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
 - ให้สำนักงานคลังจังหวัด เป็นผู้จ่ายเงิน ตามอัตราที่กำหนด แต่อาจจะไม่มีความชำนาญในการตีความว่า กรณีนั้น ๆ เป็นฉุกเฉินจริงหรือไม่ ?
 - ให้สถานพยาบาลเป็นผู้ตั้งเบิกโดยตรงกับ สำนักงานคลังจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด มีข้อดีคือ ผู้ป่วยไม่ต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อน โดยเฉพาะข้าราชการบำนาญ ไม่ค่อยมีเงินสด แต่อาจจะมีข้อเสียคือ โรงพยาบาลเบิกเท็จ (บัญชีผี) โดยไม่มีผู้ป่วยจริง
4. Rational ของการ introduce copayment เมื่อใช้บริการ
 - ข้อจำกัดในสภาพเศรษฐกิจตลอดตัว (ไม่ถึงกับถดถอย) ของประเทศไทย โดยเฉพาะในปีงบประมาณ 2540-42 รวมทั้งผลกระทบของเศรษฐกิจสตรัมภาคต่อการจัดเก็บภาษีและงบประมาณรายจ่ายภาครัฐ อัตราเหมาจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และ global budget สำหรับบริการผู้ป่วยใน ไม่น่าจะ generous นัก

- Copayment ไม่มี significant impact ต่อการควบคุมต้นทุน (cost containment) มากนัก แต่ จะมีผลชัดเจน ต่อการป้องกันการเกิด moral hazard โดยที่ผู้มีสิทธิใช้บริการ อย่างไม่สมเหตุผล ผลมากเกินความเหมาะสม
- ก่อนการปฏิรูป ผู้มีสิทธิ ได้มีส่วนร่วมจ่ายโดยปริยายอยู่แล้ว เช่น ผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาล เอกชน เบิกไม่ได้ กรณีผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลเอกชน เบิกได้ตามอัตราที่กำหนด
- การปฏิรูป ได้เปิดสิทธิให้ใช้บริการได้ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในนั้น น่าจะเป็นเครื่องแลกเปลี่ยน (Trade off) กับการมีส่วนร่วมจ่าย
- ข้อสังเกต การต้องจ่ายร่วม อาจจะกระทบต่อผู้ที่ไม่มียอดเงินในมือ เช่น ผู้สูงอายุ ข้าราชการบำนาญ เป็นต้น ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง รวมทั้งผู้ที่ก่อนปฏิรูป ใช้บริการภาครัฐตลอด หลังการปฏิรูป จะต้องมีส่วนร่วมจ่าย จะเกิดแรงเสียดทานได้พอสมควร ดังนั้น จะมี selective policy อย่างไร ?
- ถ้าจะ introduce copayment ควรจะนำเสนอในช่วงโอกาสทองนี้ ในขณะที่ประเทศไทย เศรษฐกิจตกต่ำ จะมีความเสียดทานไม่มากนัก
- การร่วมจ่าย อาจจะเป็นสัดส่วนของค่ารักษายาบาล หรือ เป็นอัตราคงที่หนึ่งๆ
- ให้กรรมการที่ปรึกษา กำหนดอัตราการจ่ายร่วม ?

6. ฐานข้อมูลการใช้บริการ

1. สำนักงาน กสข. กำหนด ข้อมูลที่จำเป็น (minimal data set) เพื่อการกำกับ การประเมินผล และการพัฒนานโยบาย เกี่ยวกับการจ่ายเงิน ในอนาคต
2. อาศัยประสบการณ์ของสำนักงานประกันสังคม ให้คัดเลือกตัวแปรในฐานข้อมูลเท่าที่จำเป็นที่สุด และน้อยที่สุด สำหรับการใช้ประโยชน์ ได้แก่
 - กรณีผู้ป่วยนอก ได้แก่ เลขที่ กสข. การวินิจฉัยโรค (APC), โครงสร้างค่ารักษายาบาล [1. ค่ายา 2. ค่าตรวจวินิจฉัย (lab-XRay- การตรวจพิเศษ), 3. ค่าธรรมเนียมแพทย์], จำนวนเงินที่ผู้ป่วยจ่ายร่วม
 - กรณีผู้ป่วยใน ได้แก่ เลขที่ กสข. การวินิจฉัยโรค (ICD10), หัตถการที่ได้รับ, จำนวนวันป่วย, โครงสร้างค่ารักษายาบาล [1. ค่าห้องค่าอาหาร, 2. ค่ายา 3. ค่าตรวจวินิจฉัย (lab-XRay-การตรวจพิเศษ) 4. ค่าธรรมเนียมแพทย์, 5. ค่าผ่าตัด-ดมยา], จำนวนเงินที่ผู้ป่วยจ่ายร่วม
3. โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก มีหน้าที่บันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ลงในโปรแกรมที่ สำนักงาน กสข. กำหนดให้ และส่งให้สำนักงาน เป็นประจำทุกเดือน การให้ส่งรายงาน ถือเป็นเงื่อนไขหนึ่งของสัญญา
4. สำนักงาน กสข. อาจจะ subcontract ให้หน่วยงานประมวลผล เป็นผู้ทำการวิเคราะห์และออกรายงานที่มีความหมาย (meaningful report) เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

7. การบริหารการเงิน

ให้ดูเอกสารเรื่อง การบริหารการเงิน

8. โครงสร้างองค์กรรับผิดชอบ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอ ดังนี้

1. องค์กรบริหารสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ให้ออกจากกรมบัญชีกลาง ออกจากระบบราชการ จัดเป็นหน่วยงานอิสระ (executive agency) เป็นนิติบุคคล ภายใต้การกำกับของกระทรวงการคลัง บริหารโดยคณะกรรมการ กรรมการประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย และผู้ที่เกี่ยวข้อง
2. กรรมการบริหาร กสช. มีหน้าที่หลักคือ
 - กำหนดนโยบายการดำเนินงานของกองทุน
 - กำหนดอัตราและวิธีการจ่ายค่ารักษายาบาล ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
 - ตรวจสอบ กำกับทิศทาง และประเมินผลการดำเนินงาน ของกองทุนสุขภาพข้าราชการ
3. สำนักงานกองทุน เป็นเลขานุการของคณะกรรมการบริหาร กสช. มีหน้าที่หลัก คือ
 - ปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนดโดย กรรมการบริหารกองทุน
 - บริหารเงิน 7 ก้อน
 - ดำเนินการจัดทำ และ update ฐานข้อมูล 3 ฐาน ได้แก่ ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ, ฐานข้อมูลสถานพยาบาล, และฐานข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล ประสาน เพื่อให้มีการประมวลผลข้อมูล วิเคราะห์ผล และนำเสนอกรรมการ เพื่อการพัฒนานโยบาย
 - สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการวิจัยและพัฒนา ระบบสวัสดิการ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
 - กำกับ ตรวจสอบ คุณภาพบริการ ของสถานพยาบาล
4. จะดำเนินการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างไร การปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย หรือร่างพรบ. รongรับ

9. ชุดของสิทธิประโยชน์

ชุดของสิทธิประโยชน์นี้ หมายถึง บริการ ส่งเสริมสุขภาพ รักษาโรคจนหาย ป้องกันโรค รวมบริการทันตกรรม บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย บริการเหล่านี้ รวมถึงบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การใช้ห้อง ICU บริการผ่าตัด ดมยา ฯลฯ บริการใดเข้า บริการไม่เข้าอยู่ในชุดของสิทธิประโยชน์ ให้อ้างอิง จากประกาศของสำนักงานประกันสังคม ในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ค่ารักษายาบาลกรณีแพงมาก ค่ารักษายาบาลกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ให้อ้างอิง เกณฑ์และอัตราค่าจ่าย จากสำนักงานประกันสังคม

10. ด้านคุณภาพบริการ

น่าจะได้จ้างเหมาให้หน่วยงานที่มีหน้าที่ให้การรับรองโรงพยาบาล (hospital accreditation agencies) หรือสำนักงานประกันสังคม เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

พัฒนาเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการ ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยเฉพาะอย่างผู้ป่วยนอก Drug Utilization Review (DUR) มีความสำคัญ เพื่อการควบคุม กำกับคุณภาพบริการ

อาศัยฐานข้อมูลการใช้บริการเพื่อประเมินคุณภาพบริการ ถ้าข้อมูลไม่เพียงพอ อาจจะต้องทำ primary survey หรือ สุ่มตรวจสถานพยาบาลตามสมควร

11. กลไกการตรวจสอบพฤติกรรมเบี่ยงเบน

1. ในด้านของผู้ให้บริการ จะมี มาตรการอย่างไร ? จะมีกลไก ร้องเรียน ตรวจสอบข้อเท็จจริง และการนำใช้ มาตรการ black list และลบชื่อสถานพยาบาลนั้นออกจากโครงการ
 - Selection bias เลือกเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำ ไม่มีโรคเรื้อรัง
 - ผู้ป่วยนอกจะมีพฤติกรรม under service โรงพยาบาลไม่เต็มใจให้การรักษา โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วย โรคเรื้อรัง, less frequency of follow up visit ในกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง, low quality of care, over referral from OP to IP เพื่อกินสองต่อ
 - ผู้ป่วยใน จะมีปัญหา DRG escalation บัญชีผี ไม่มีผู้ป่วยจริง แต่ทำ data entry ในฐานข้อมูลผู้ใช้ บริการ ส่ง กสช.
2. ด้านผู้มีสิทธิ จะมีมาตรการอย่างไร ?
 - Moral hazard ใช้บริการขาดความสมเหตุสมผล
 - การปลอมสิทธิ ตั้งแต่ขั้นตอนการทำบัตร หรือหมดสิทธิไม่รายงาน ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ ไม่ทันสมัย เท่าที่ควร

12. Political mapping and policy communications

ขอความเห็นคุณพรพิไล เลิศวิชา และรศ.ดร.พัชรีย์ ลิโรธ

1. วิเคราะห์ว่ามีใครเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - ผู้มีสิทธิในสวัสดิการนี้ สมาคมข้าราชการพลเรือน ตัวแทนข้าราชการกลุ่มต่างๆ ครู พลเรือน ตำรวจ ทหาร ฯลฯ
 - ผู้มีอำนาจตัดสินใจ ภาครัฐ การเมือง สภาผู้แทน วุฒิสภา กรรมการการสาธารณสุข
 - โรงพยาบาล ภาครัฐและเอกชน
 - แพทย์และตัวแทนสมาคมแพทย์
 - สื่อมวลชน และตัวแทนประชาชน
2. วิเคราะห์ลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่ม
3. วิเคราะห์โครงสร้างอำนาจและพลังต่อรอง ความสัมพันธ์ของอำนาจ ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ
4. วิเคราะห์ใครได้ ใครเสีย จากการปฏิรูปนี้
5. แล้วจะดำเนินการอย่างไร แผนยุทธศาสตร์ เพื่อให้เป้าหมายการปฏิรูป บรรลุผลสำเร็จ
6. จะเปิดโอกาสหรือไม่ สำหรับข้าราชการในปัจจุบัน ให้เลือกเข้าสู่ระบบใหม่ หรือ ยังคงใช้ระบบเก่า สำหรับข้าราชการบรรจุใหม่จะกำหนดให้เข้าสู่ระบบใหม่ทั้งหมด
7. แผนประชาสัมพันธ์ ต่อสถานพยาบาล ต่อผู้มีสิทธิ ผู้ประชาชนทั่วไป ต่อผู้ดำเนินการ อาจจะเป็นสำนักงาน คลังจังหวัด ใน interim phase

ภาคผนวกที่ 5

การปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ :
การบริหารการเงิน 1

Civil Servant Medical Benefit Scheme Reform:
Financial Management 1

นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
รศ.นพ. สุชาติ สรรณสภาพร คณะแพทยศาสตร์ รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
พญ. จงกล เลิศเธียรดำรง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

1. บทนำ	3
2. วัตถุประสงค์.....	3
3. วิธีการวิเคราะห์และประมาณการ.....	3
4. ประมาณการยอดงบประมาณที่ต้องการในปีงบประมาณ 2541	3
5. กำหนดเพดานของรายจ่ายประเภทต่างๆ	4
6. กำหนดอัตราเหมาจ่ายผู้ป่วยนอก	6
7. ข้อวิจารณ์ ต่ออัตราเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอก	10
8. ทำไมเสนอวิธีการจ่ายบริการผู้ป่วยในโดย Global budget	11
9. กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	15

1. บทนำ

การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ มีเนื้อหาหลักที่สำคัญคือการปฏิรูปวิธีการจ่ายเงิน เอกสารฉบับนี้ร่างขึ้นเพื่อเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับการบริหารการเงิน เพื่อให้คณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการ พิจารณา และตัดสินใจ เพื่อดำเนินการต่อไป ในปีงบประมาณ 2541

2. วัตถุประสงค์

1. ประมาณการวงเงินที่ต้องการใช้จ่ายในปี 2541-2545 และความเป็นไปได้ของวงเงิน
2. กำหนดเพดานของการจ่ายเงินเพื่อกิจกรรม 7 ประเภท ของสำนักงานกองทุนสุขภาพข้าราชการ (กสข.)
3. กำหนดอัตราจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

3. วิธีการวิเคราะห์และประมาณการ

อาศัยข้อมูลทุติยภูมิ จากกรมบัญชีกลาง และข้อมูลจากการสำรวจ 3 ชุด ได้แก่

1. ข้อมูลรายจ่ายจริงค่ารักษายาบาลของสวัสดิการนี้ จากกรมบัญชีกลาง ปีงบประมาณ 2531-39
2. การสำรวจภาวะการเจ็บป่วยและการใช้บริการของข้าราชการ และบุคคลในครอบครัว 2538
3. การสำรวจภาวะการเจ็บป่วยและการใช้บริการของข้าราชการบำนาญ และคู่สมรส 2538
4. การสำรวจค่ารักษายาบาลที่จ่ายจริงจากฎีกาเบิกเงิน ปี 2540 เป็นรายจ่าย 6 กรณี ได้แก่
 - ค่ารักษายาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอกข้าราชการฯ (ฯ หมายถึงบุคคลในครอบครัวผู้มีสิทธิ์),
 - ต่อครั้งผู้ป่วยนอกข้าราชการบำนาญฯ,
 - ต่อวันป่วยในรพ.รัฐ สำหรับข้าราชการฯ,
 - ต่อวันป่วยในรพ. รัฐสำหรับบำนาญฯ,
 - ต่อวันป่วยในรพ.เอกชนสำหรับข้าราชการฯ และ
 - ต่อวันป่วยในรพ.เอกชน สำหรับบำนาญฯ

4. ประมาณการยอดงบประมาณที่ต้องการในปีงบประมาณ 2541

1. อาศัยรายจ่ายจริง จากรายงานของกรมบัญชีกลาง ในปี 2539 ซึ่งเท่ากับ 13,587 ล้านบาท ปรับเป็นรายจ่าย สำหรับปี 2541 โดยใช้อัตราเพิ่มเฉลี่ย 5 ปีย้อนหลัง (2535-39) ซึ่งเท่ากับ 22% ต่อปี ได้มูลค่ารายจ่าย ประมาณ 20,223 ล้านบาท เป็นราคาปี 2541 (current year price)
2. รายจ่าย 20,223 ล้านบาทนี้ เป็นการคาดการณ์ ในสถานการณ์ก่อนการปฏิรูป ที่ไม่มีการควบคุม และไม่มี กลไกกำกับที่เข้มแข็ง ภายใต้การจ่ายแบบ fee for services รวมทั้งการที่ผู้มีสิทธิไม่มี financial barrier ในการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในสถานพยาบาลภาครัฐ แต่อาจจะมี copayment สำหรับบริการผู้ป่วยในภาคเอกชนก็ตาม รายจ่ายดังกล่าวในปี 2539 และอัตราเพิ่มเฉลี่ย 5 ปีที่ผ่านมา 22% นั้น ได้แฝงไว้ด้วยความด้อยประสิทธิภาพ และการบริโภคที่ไม่สมเหตุผลผล รวมทั้งอาจจะมีการคิดราคาสูงสุด (maximal charge) ในภาครัฐ การเบิกหัก หรือ overcharge สำหรับผู้ป่วยในรพ.เอกชนด้วย

3. ดังนั้น การจะยอมรับ (adopt) ตัวเลขคาดการณ์รายจ่ายในปี 2541 ในวงเงิน 20,233 ล้านบาทนั้น ซึ่งน่าจะสูงเกินความเหมาะสม และขาดประสิทธิภาพ มาเพื่อเป็นฐานในการวิเคราะห์การจ่ายเงินหลังการปฏิรูป โดยมิได้ ทำการประนีประนอม (Reconcile) ให้วงเงินต่ำลง นั้น ผู้วิจัยเห็นว่า ย่อมไม่เป็นการเหมาะสมอย่างยิ่ง
4. อย่างไรก็ตาม มีรายจ่ายผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการภาคเอกชนและเบิกไม่ได้ อยู่จำนวนหนึ่ง เท่าไรไม่ทราบ แต่ผู้วิจัย ประเมินการจากการสำรวจว่า อาจจะมีวงเงินสูงสุดประมาณ 5,000 ล้านบาท และ copayment สำหรับผู้ป่วยในที่รพ.เอกชน อีกประมาณ 2,000 ล้านบาท
5. ข้อวิจารณ์ของนักวิจัยคือ รายจ่ายบริการผู้ป่วยนอกที่ภาคเอกชน และเบิกไม่ได้ จำนวน 5,000 ล้านบาท น่าจะสูงเกินความจริง ทั้งนี้เพราะ 5,000 ล้านบาท ประเมินการจาก
 - อัตราป่วย ซึ่งข้าราชการและข้าราชการบำนาญในตัวอย่างที่ทำการสำรวจรายงานว่า มีอัตราป่วยต่อคนต่อปีค่อนข้างสูงมาก เป็น 3 เท่าของอัตราป่วยของประชาชนไทย
 - ค่ารักษายาบาลที่รายงานโดยตัวอย่างในการสำรวจ สูงเกินความเป็นจริงมาก
6. ดังนั้น the most conservative scenario ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่การบริโภคทรัพยากรสาธารณสุข ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด น่าจะต้องปรับลดวงเงินประมาณการ 20,000 ล้านบาท ลง ประมาณ 20% เหลือ 16,000 ล้านบาท กล่าวคือ ผู้วิจัยจะสมมุติว่า ในปี 2541 จะมีวงเงินเพื่อการใช้จ่ายประมาณ 16,000 ล้านบาท
7. วงเงินนี้ น่าจะมีความเป็นไปได้ในปัจจุบัน ที่รัฐบาลไทยและประเทศไทย ประสบกับภาวะเศรษฐกิจชะลอตัว การจัดเก็บรายได้ของรัฐบาลต่ำกว่าประมาณการ สอดคล้องกับมาตรการประหยัดของรัฐบาลซึ่งประกาศในไตรมาสสุดท้ายของปีงบประมาณ 2540
8. ตัวเลข 16,000 ล้านบาทนี้ ผู้วิจัยคาดว่า หลังการปฏิรูป อาจจะสามารถยื่น ยอดรายจ่ายไว้ที่ 16,000 ล้านบาท เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี ระหว่าง 2541-45 หรือเท่ากับรายจ่าย 80,000 ล้านบาทใน 5 ปี
9. แต่ถ้าไม่มีการปฏิรูป ผู้วิจัยคาดการณ์ว่า กรมบัญชีกลางจะต้องจ่าย 156,517 ล้านบาท หลังการปฏิรูป กรมบัญชีกลางน่าจะประหยัดได้ 76,517 ล้านบาท ใน 5 ปี
10. บทสรุปสำหรับตอนนี้ ผู้วิจัยจะใช้อยอดเงินงบประมาณทั้งสิ้น 16,000 ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2541 เป็นเกณฑ์การคำนวณ

5. กำหนดเพดานของรายจ่ายประเภทต่างๆ

ก่อนการปฏิรูป รายจ่ายงบกลางนี้ เป็นไปเพื่อ บริการรักษายาบาลทั้งสิ้น ค่าบริหารจัดการถูกดูดซับด้วยงบประมาณปกติ ของกรมบัญชีกลาง และของส่วนราชการผู้เบิก และโรงพยาบาลของรัฐซึ่งเป็นผู้เบิกตรง

หลังการปฏิรูป ผู้วิจัย เสนอว่า น่าจะมีรายจ่าย 7 ประเภทได้แก่

1. ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอก โดยการเหมาจ่ายรายหัวตามกลุ่มอายุ
2. ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน โดยการจ่ายแบบงบประมาณรวม (global budget)
3. ผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ (ทั้งผู้ป่วยนอกและใน) ที่ใช้บริการนอกสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้
4. ค่ารักษายาบาลกรณีที่มีราคาแพง
5. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
6. ค่าบริหารจัดการของสำนักงานกองทุน (กลข)
7. รายจ่ายสำหรับวิจัยและพัฒนา

กำหนดให้รายจ่ายทั้ง 7 ก้อน อยู่ในวงเงิน 16,000 ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2541

ผู้วิจัยขอเสนอหลักการ และวิธีการกำหนดเพดานวงเงินดังนี้

1. แบ่งเงินเป็น 3 กลุ่ม คือ

- บริการรักษายาบาล - medical care (ประเภท 1-4) ในสัดส่วน 90% ของวงเงินทั้งหมด
- ส่งเสริมสุขภาพ - health promotion (ประเภท 5) ในสัดส่วน 5% ของวงเงินทั้งหมด
- บริหารจัดการและวิจัยพัฒนา (ประเภท 6-7) ในสัดส่วนไม่เกิน 5% ของวงเงินทั้งหมด

2. บริการรักษายาบาล สัดส่วน 90% จัดแบ่งต่อไปสำหรับรายจ่ายประเภท 1-4 ดังนี้

- **หมายเหตุผู้อ่าน** วิธีประมาณการสัดส่วน 4 ประเภท ผู้วิจัยกำหนดเพดานของประเภท 3 และ 4 ก่อน โดยวิเคราะห์ความต้องการเม็ดเงินจริง และทำเป็นสัดส่วนของ 16,000 ล้านบาท ได้ 12% คงเหลือ $90\% - 12\% = 78\%$ ของวงเงินทั้งหมด 16,000 ล้านบาท แล้วจึงแบ่งให้ประเภท 1 (ผู้ป่วยนอก) และ ประเภท 2 (ผู้ป่วยใน) ในสัดส่วน 35 : 65 ซึ่งเป็นสัดส่วนรายจ่ายจริง ก่อนการปฏิรูป ได้สัดส่วนของประเภท 1 เท่ากับ $0.35 \times 0.78 = 27\%$ และ สัดส่วนของประเภท 2 เท่ากับ $0.65 \times 0.78 = 51\%$ ของวงเงินทั้งหมด 16,000 ล้านบาท ได้ผลดังนี้
- ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ (ทั้งผู้ป่วยนอกและใน) ไม่เกิน 9% โดยอาศัยเกณฑ์ ในประกาศ สำนักงานประกันสังคม เรื่องกำหนดจำนวนเงินทดแทน ค่าบริการทางการแพทย์ ณ วันที่ 30 มีนาคม 2538 (ดูภาคผนวก 1) โดยคาดคะเนจาก อัตราป่วยประเภทนี้เท่ากับ 1% ของประชากร โดยที่ 20% เป็นผู้ป่วยนอก และ 80% เป็นผู้ป่วยใน ได้เม็ดเงินทั้งหมด เป็น 1,453 ล้านบาท หรือเท่ากับ 9% ของ 16,000 ล้านบาท
- ประเภทที่ 4 ค่ารักษายาบาลกรณีแพงมาก โดยอาศัยเกณฑ์ตามประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบอันตราย หรือบาดเจ็บ อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2534 และฉบับที่ 4 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2536 (ดูภาคผนวกที่ 2) คณะผู้วิจัยกำหนดไว้ที่เพดานสูงสุด 3% ของวงเงินทั้งหมด 16,000 ล้านบาท
- ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยนอกกรณีเหมาจ่าย 27%
- ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยใน 51%

3. ข้อวิพากษ์

- ในกรณีที่มิใช่ข้อจำกัดงบประมาณ รายจ่ายประเภทที่ 5 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กสข. จะต้องปกป้องเพดาน ไว้ที่ไม่น้อยกว่า 5% ทั้งนี้เพราะ กิจกรรมเหล่านี้ มีผลโดยตรงทำให้ผู้มีสิทธิ มีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย โดยเฉพาะในโรคที่ป้องกันได้ ดันทุนสำหรับกิจกรรมเหล่านี้ต่ำกว่า แต่ให้ผลตอบแทนสุขภาพสูงกว่า บริการรักษายาบาล ซึ่งได้สัดส่วนไปแล้วไม่น้อยกว่า 90% ของวงเงินทั้งหมด
- ผู้วิจัยเสนอว่า ในระยะ 5 ปีหลังการปฏิรูป (2541-2545) จะต้องยึดหลักสัดส่วน 5% ไว้ให้ได้ และทำการประเมินประสิทธิผล ประสิทธิภาพของการใช้เงิน ประเภทที่ 1-4 เปรียบเทียบกับการใช้เงิน ประเภทที่ 5 และอาจจะเพิ่มสัดส่วนรายจ่ายประเภท 5 เป็น 7.5% ใน 5 ปีถัดไป (2546-2550)
- เพดานรายจ่ายบริหารจัดการ 5% เป็น annual operating expenditure โดยในระยะเบื้องต้น การลงทุนในระบบข้อมูลข่าวสาร (MIS) อาจจะมีค่าใช้จ่ายจะต้องใช้งบประมาณปกติ หมวดค่าลงทุน เพื่ออุดหนุน สำนักงานกองทุนให้ดำเนินการได้

- ถ้ากรรมการที่ปรึกษาโครงการปฏิรูป หรือกรมบัญชีกลาง อาจจะ shift เพดานรายจ่าย ก็อาจจะดำเนินการได้ในกลุ่มบริการรักษายาบาล ประเภท 1-4 เพื่อความเหมาะสม ห้ามเปลี่ยนแปลงเพดาน 5-7
- ความเห็นของนักวิจัย เพื่อลดแรงเสียดทานของผู้มีสิทธิ และลดปรากฏการณ์ปิดภาระผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือฉุกเฉิน ซึ่งสถานการณ์นั้น อาจจะถึงแก่ชีวิตได้ ควรจะปกป้องสัดส่วนรายจ่ายประเภท 3 ไว้ให้เพียงพอ ซึ่งผู้วิจัยได้เผื่อไว้ค่อนข้างเพียงพอแล้ว ถ้าไม่พอจริงๆ ให้ขยายเพดานขึ้น โดย ลดเพดานของรายจ่ายประเภทหนึ่ง โดย enforce copayment ขึ้น เราเชื่อว่า ผู้มีสิทธิสามารถรับภาระรายจ่ายนี้ได้ดีกว่า การรับภาระเพิ่มกรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

ตารางที่ 1 สรุปเพดาน รายจ่าย 7 ประเภท

รายจ่าย 7 ประเภท	สัดส่วนรายจ่าย	จำนวนเงิน (ล้านบาท)	ต่อหัวผู้มีสิทธิ 5.8 ล้านคน	ต่อหัวผู้มีสิทธิ 7.024 ล้านคน
1. ผู้ป่วยนอก	27%	4320	745	615
2. ผู้ป่วยใน	51%	8160	1407	1162
3. ฉุกเฉิน อุบัติเหตุ	9%	1440	248	205
4. ค่ารักษากรณีแพงมาก	3%	480	83	68
บริการรักษายาบาล	90%	14400	2483	2050
5. ส่งเสริมสุขภาพ	5%	800	138	114
6. บริหารจัดการ	4.5%	720	124	103
7. วิจัยและพัฒนา	0.5%	80	14	11
รายการ 5-7	10%	1600	276	228
รวม 7 ประเภท	100%	16000	2759	2278

ตารางที่ 1 แสดงรายจ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลต่อหัวผู้มีสิทธิ จำแนกเป็น 7 ประเภทรายจ่าย โดยวิเคราะห์ 2 กรณีคือ ผู้มีสิทธิทั้งสิ้น 5.8 ล้านคน และ 7.024 ล้านคน บริการรักษายาบาลเท่ากับ 2050 ถึง 2483 บาทต่อผู้มีสิทธิหนึ่งคนต่อปี ซึ่งนับว่ายังสูงมากเมื่อเทียบกับระบบสวัสดิการอื่นที่รัฐออกให้ หรือระบบประกันสังคมในปัจจุบัน

6. กำหนดอัตราเหมาจ่ายผู้ป่วยนอก

เมื่อได้เพดานของรายจ่ายประเภทที่ 1 เท่ากับ 4320 ล้านบาท ผู้วิจัยจะกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามกลุ่มอายุ 5 กลุ่ม มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. จากการสำรวจ "ภาวะการเจ็บป่วยและการใช้บริการของข้าราชการ และบุคคลในครอบครัว 2538" และ "การสำรวจภาวะการเจ็บป่วยและการใช้บริการของข้าราชการบำนาญ และคู่สมรส 2538" เราได้ประเภทผู้มีสิทธิ 5 ประเภท (เจ้าตัว คู่สมรส บิดามารดา และบุตร) จำแนกตามกลุ่มอายุ 5 กลุ่ม (0-5, 5-19, 20-44, 45-60, 60+) และได้อัตราป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ครั้งต่อคนต่อปี จำแนกตามประเภทผู้มีสิทธิ (ดูตารางที่ 2)จากการสำรวจค่ารักษายาบาลที่จ่ายจริงปี 2540 ได้รายจ่ายจริง 2 กรณีจำแนกตามประเภทผู้มีสิทธิ 5 ประเภท ได้แก่ ค่ารักษายาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอกข้าราชการฯ (เจ้าตัว คู่สมรส บิดามารดา และบุตร), ต่อครั้งผู้ป่วยนอกข้าราชการบำนาญฯ (เจ้าตัว คู่สมรส บิดามารดา และบุตร)

2. ปรับค่ารักษายาบาล ในข้อ 2 เป็นหน่วยน้ำหนัก โดยค่ารักษายาบาลเฉลี่ยต่อครั้งผู้ป่วยนอก (mean) ของบุตร มีค่าเป็น 250 บาท ให้มีค่าเป็น 1 หน่วยน้ำหนัก ปรับค่ารักษายาบาลของผู้มีสิทธิ์ประเภทอื่น ให้เป็นหน่วยน้ำหนัก
3. นำอัตราการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ครั้งต่อคนต่อปี คูณกับหน่วยน้ำหนักค่ารักษายาบาล คูณจำนวนประชากร ของผู้มีสิทธิ์แต่ละประเภท และจำแนกตามกลุ่มอายุ จะได้หน่วยน้ำหนักของการเจ็บป่วยที่ถ่วงด้วยหน่วยของค่ารักษายาบาล จำแนกตามกลุ่มอายุ
4. ยกตัวอย่าง เช่น ในตารางที่ 2 ข้าราชการ 1.854 ล้านคนนั้น 80.64% อยู่ในกลุ่มอายุ 20-44 ปี และ 19.36% อยู่ในกลุ่มอายุ 45-60 ปี มีอัตราป่วย 3.66 ครั้งต่อคนต่อปี และค่ารักษาต่อครั้งผู้ป่วยนอก เท่ากับ 2.54 หน่วยน้ำหนัก
 - จะได้ น้ำหนักของการเจ็บป่วยที่ถ่วงด้วยค่ารักษายาบาล สำหรับเจ้าตัวในกลุ่มอายุ 20-44 ปี เท่ากับ $(1.854 * 0.8064 * 3.66 * 2.54 = 13.9)$ 13.9 ล้านหน่วย
 - สำหรับเจ้าตัวในกลุ่มอายุ 45-60 ปี จะได้เท่ากับ $(1.854 * 0.1936 * 3.66 * 2.54 = 3.3)$ ล้านหน่วย
 - ด้วยวิธีการคำนวณเดียวกันนี้ ใช้คำนวณกับผู้มีสิทธิ์ทุกประเภท ทั้งข้าราชการฯ และข้าราชการบำนาญฯ จะได้ น้ำหนักของการเจ็บป่วยที่ถ่วงด้วยค่ารักษายาบาล จำแนกตาม 5 กลุ่มอายุ ดังนี้ (ดูตารางที่ 3)

• 0-5	1.833 ล้านหน่วย
• 5-19	5.000
• 20-44	18.688
• 45-60	18.481
• 60+	25.213
• รวมทุกกลุ่มอายุ	69.216 ล้านหน่วย
5. นำ 69.216 ล้านหน่วยของการเจ็บป่วยที่ถ่วงด้วยน้ำหนักค่ารักษายาบาล มาหารด้วย 4320 ล้านบาท ซึ่งเป็นวงเงินที่กำหนด จะได้ ค่ารักษาเท่ากับ 62.41 บาทต่อหน่วยการเจ็บป่วย
6. เอน้ำหนักการเจ็บป่วยที่ถ่วงด้วยค่ารักษายาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ หารด้วยจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มอายุ จะได้น้ำหนักการเจ็บป่วยต่อหัวจำแนกตามกลุ่มอายุ
7. นำน้ำหนักการเจ็บป่วยต่อหัว จำแนกตามกลุ่มอายุ จากข้อ 7 คูณด้วยค่า 62.41 บาทต่อหน่วย จากข้อ 6 จะได้ อัตราเหมาจ่ายรายหัว จำแนกตามกลุ่มอายุ
8. จะได้อัตราเหมาจ่าย ดังแสดงในตารางที่ 4 ดังนี้
9. นอกจากจะใช้ค่ารักษายาบาลเฉลี่ยแล้ว เรายังใช้ค่ามัธยฐาน (median) เป็นตัวคำนวณ สำหรับหน่วยน้ำหนักค่ารักษายาบาล ดังแสดงในตารางที่ 5-6

ตารางที่ 2 จำนวนผู้มีสิทธิ จำแนกตามประเภทผู้มีสิทธิ และกลุ่มอายุ 5 กลุ่ม

Age group	civil servant self %	million	spouse %	million	dad %	million	mom %	million	kids %	million	Total Million	personer+ spouse+parents Million	kids Million	Total beneficiary by age group Million	% distribution by age group
0-5									27.44	0.4838	0.4838		0.04	0.484	7
6-19									72.56	1.2792	1.2792			1.319	19
20-44	80.64	1.4951	78.42	0.6266	0.82	0.0077	2.99	0.0382			2.1676			2.168	31
45-60	19.36	0.3589	20.79	0.1661	35.5	0.3355	41.98	0.5369			1.3974			1.397	20
> 60			0.79	0.0063	63.68	0.6018	55.03	0.7038			1.3119	0.344		1.656	23
		1.8540		0.7990		0.9450		1.2790		1.763	6.640			7.024	100

ตารางที่ 3 การคำนวณหาน้ำหนักการเจ็บป่วยที่ถ่วงด้วยค่ารักษายาบาล โดยใช้ค่าเฉลี่ย (mean) จำแนกตามกลุ่มอายุ

CS	self	Wt	spouse	Wt	dad	Wt	mom	Wt	kids	Wt	Total	self+spouse+parents	Wt	kids	Wt	Total weights
visit/ year	3.66		2.76		3.36		4.61		3.79			3.99		3.79		
mean	635		573		820		1050		250			895		250		
wt mean	2.540		2.292		3.280		4.200		1.000			3.580		1.000		
million	1.854		0.799		0.945		1.279		1.763			0.344		0.04		
0-5									27.44	1.8	1.8					1.833
6-19									72.56	4.8	4.8			100	0.2	5.000
20-44	80.64	13.9	78.42	4.0	0.82	0.1	2.99	0.7			18.7					18.688
45-60	19.36	3.3	20.79	1.1	35.5	3.7	41.98	10.4			18.5					18.481
> 60			0.79	0.0	63.68	6.6	55.03	13.6			20.3	100	4.9			25.213
		17.2		5.1		10.4		24.8		6.7	64.2					69.216

ตารางที่ 4 การคำนวณอัตราเหมาจ่ายต่อหัว จำแนกตามกลุ่มอายุ โดยอาศัย ค่าเฉลี่ย

Age group	Total weights	million population	weight per person	capitation rate (Bht per person)
0-5	1.833	0.484	3.79	236
6-19	5.000	1.319	3.79	237
20-44	18.688	2.168	8.62	538
45-60	18.481	1.397	13.23	826
> 60	25.213	1.656	15.23	950
	69.216	7.024	9.85	615

ตารางที่ 5. การคำนวณน้ำหนักการเจ็บป่วยที่ถ่วงด้วยค่ารักษายาบาล โดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) จำแนกตามกลุ่มอายุ

CS	self	Wt	spouse	Wt	dad	Wt	mom	Wt	kids	Wt	Total	Persoiner + spouse+parents	Wt	kids	Wt	Total weight
visit/ year	3.66		2.76		3.36		4.61		3.79			3.99		3.79		
median	280		200		271		360		140			380		140		
wt. median	2.000		1.429		1.936		2.571		1.000			2.714		1.000		
million	1.854		0.799		0.945		1.279		1.763			0.344		0.04		
0-5									27.44	1.8	1.8					1.833
6-19									72.56	4.8	4.8			100	0.2	5.000
20-44	80.64	10.9	78.42	2.5	0.82	0.1	2.99	0.5			13.9					13.918
45-60	19.36	2.6	20.79	0.7	35.5	2.2	41.98	6.4			11.8					11.829
> 60			0.79	0.0	63.68	3.9	55.03	8.3			12.3	100	3.7			16.008
		13.5713		3.1503		6.1463		15.1616		6.682	44.711					48.588

ตารางที่ 6 การคำนวณอัตราเหมาจ่ายต่อหัว จำแนกตามกลุ่มอายุ โดยอาศัย ค่ามัธยฐาน

Age group	Total weights	million population	weight per person	capitation rate (Bht per person)
0-5	1.833	0.484	3.79	337
6-19	5.000	1.319	3.79	337
20-44	13.918	2.168	6.42	571
45-60	11.829	1.397	8.47	753
> 60	16.008	1.656	9.67	859
	48.588	7.024	6.92	615

ตารางที่ 7 สรุปอัตราเหมาจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

Age group	Target Population (million)	capitation rate (Bht per person)	
		by mean charge	by median charge
0-5	0.484	236	337
6-19	1.319	237	337
20-44	2.168	538	571
45-60	1.397	826	753
> 60	1.656	950	859
All group	7.024	615	615

7. ข้อวิจารณ์ ต่ออัตราเหมาจ่ายบริการผู้ป่วยนอก

ผู้วิจัยมีความเห็นดังนี้

1. อัตรานี้ น่าจะ attractive ต่อสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน เพราะ
 - วงเงินรายจ่าย 4,320 ล้านบาท เป็นการเหมาจ่ายสำหรับบริการใน basic package เท่านั้น
 - ลูกเงินและอุบัติเหตุทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ยังมีวงเงินอีก 1440 ล้านบาท
 - ค่ารักษากรณีแพงมาก ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ยังมีวงเงินอยู่อีก 480 ล้านบาท
2. อัตราเหมาจ่ายนี้ (average 615 บาทต่อคนต่อปี) สูงกว่ามาก เมื่อเทียบกับอัตราเหมาจ่ายของประกันสังคม 800 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งรวม ค่ารักษายาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (inclusive capitation rate)
3. อัตราก้าวหน้าตามกลุ่มอายุ (differential capitation rate by age group) ไม่น่าจะทำให้สถานพยาบาลรู้สึก รังเกียจ เดียดฉันท์ ผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีโอกาสใช้บริการสูงกว่า คนหนุ่มสาว
4. เดิม นักวิจัยตั้งใจว่า อัตราเหมาจ่ายจะพิจารณาปัจจัยของการมี หรือไม่มี โรคเรื้อรัง เข้ามาในสูตรการวิเคราะห์ แต่ด้วยข้อจำกัด ไม่มีข้อมูลเพียงพอในขณะนี้ จึงขอให้เป็นอัตราก้าวหน้าตามกลุ่มอายุเท่านั้น แต่เมื่อปฏิบัติไปแล้ว มีข้อมูล (disease profiles and utilization data) มากขึ้น การปรับเปลี่ยนอัตราเหมาจ่าย ให้เหมาะสมมากขึ้น โดยพิจารณาปัจจัยโรคเรื้อรัง น่าจะมีความเป็นไปได้มากขึ้น
5. แม้จะ ปัจจัยโรคเรื้อรังไม่ได้อยู่ในสมการอัตราเหมาจ่าย เพื่อผ่อนคลายปัญหา รังเกียจผู้ป่วยเหล่านี้ (selection bias) ผู้วิจัยได้เปิดช่องให้เบิกจ่ายจาก ประเภท 4 คือ กรณีการรักษาแพงมากไว้แล้ว
6. ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นว่า อัตราเหมาจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ต่อหัวต่อปี จำแนกตาม 5 กลุ่มอายุ ดังแสดงใน ตารางที่ 7 จึงมีความเป็นไปได้สูงสุด

ตารางที่ 8 Fact sheet: illness rate general Thai population, CSMBS survey reported illness

age group	modified IPSR illness/cap	Institutional care (visit / capita)*	CSMBS survey 1995 report illness		
			illness/cap	%inst. care	inst. care (visit /cap)
0-5	3.70	3.1	5.8	0.91	5.2
5-19	1.43	1.2	2.9	0.85	2.5
20-44	1.55	1.3	3.0	0.73	2.2
45-60	3.30	2.8	3.1	0.82	2.5
60+	4.20	3.6	4.2	0.87	3.6
all age	2.1	1.8	3.4	0.82	2.8

Source: IPSR, and CSMBS 1995 Surveys

Note: institutional care denotes as services provided by private clinics, public hospitals and health centres and private hospitals.

* assume that the ratio of 0.85 of illnesses seek institutional care.

7. ตารางที่ 8 แสดงเปรียบเทียบอัตราป่วยของประชากรไทยทั่วไป จาก รายงานของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ปี 1986 (IPSR 1986) เท่ากับ 2.1 ครั้งต่อคนต่อปี และสมมติ 85% ใช้บริการในสถานพยาบาล (คลินิก สถานอนามัย รพ.รัฐและเอกชน) จะมีการใช้บริการผู้ป่วยนอก เท่ากับ 1.8 ครั้งต่อคนต่อปี เมื่อเทียบกับ อัตราป่วยที่ข้าราชการรายงานในการสำรวจปี 1995 พบว่า รายงานการเจ็บป่วยสูงกว่าประชาชนไทย กล่าวคือ 3.4 ครั้งต่อคนต่อปี และมีอัตราการใช้บริการในสถานพยาบาลเท่ากับ 0.82 เมื่อคำนวณแล้ว จะพบว่า โดยรวม จะมีการใช้บริการผู้ป่วยนอก 2.8 ครั้งต่อคนต่อปี

8. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ 2534 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า คนไทยรายงาน ว่าป่วย เท่ากับ 6.01 ครั้งต่อคนต่อปี มีสัดส่วนการใช้บริการที่ สถานีนามัย คลินิก โรงพยาบาลรัฐและ เอกชน 40.05% จะได้จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกเท่ากับ 2.41 ครั้งต่อคนต่อปี

9. ดังนั้น เรามีตัวเลขการใช้บริการผู้ป่วยนอก ในสถานพยาบาล 3 ชุดได้แก่

- คนไทย IPSR 2529 เท่ากับ 1.8 ครั้งต่อคนต่อปี
- คนไทย Health Welfare Survey NSO 2534 เท่ากับ 2.41 ครั้งต่อคนต่อปี
- ข้าราชการและผู้มีสิทธิ์ HSRI 2538 เท่ากับ 2.8 ครั้งต่อคนต่อปี

ข้อมูล จำนวน visit per person per year มีความสำคัญ เมื่อ เปรียบเทียบกับ อัตราเหมาจ่ายต่อคนต่อปี ซึ่งจะ ได้ ค่ารักษายาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจะได้รับ ถ้าสูง โรงพยาบาลก็อยากจะเข้าร่วม ถ้าต่ำ ก็ไม่ อยากร่วม ค่ารักษายาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอกจะสูงขึ้นได้ ก็ต่อเมื่ออัตราการให้บริการลดลง หรือ การนำ เสนอให้มี copayment สำหรับบริการผู้ป่วยนอก ก็จะมีอิทธิพลลดอัตราการให้บริการที่ไม่จำเป็นลง

10. เมื่อเทียบกับ อัตราป่วยของคนสิงคโปร์ คนสิงคโปร์ มีรายได้สูงกว่าไทย 10 เท่า แต่มีอัตราการให้บริการผู้ ป่วยนอกในสถานพยาบาลเท่ากับ 1.8-1.85 ครั้งต่อคนต่อปีเท่านั้น (ดูตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 OP institutional care per capita 1992-94 Singapore

	1992	1993	1994	total 3 yrs	percent
A&E hospital	545,339	510,556	500,210	1,556,105	10
specialist OP clinics	1,762,927	1,869,061	1,963,901	5,595,889	35
family medicine clinic	2,918,624	2,940,694	2,799,248	8,658,566	55
Total OP visits	5,226,890	5,320,311	5,263,359	15,810,560	100
Population	2,818,200	2,873,800	2,930,200	8,622,200	
OP visit/capita	1.85	1.85	1.80	1.83	

Source: Health Fact: Research and Evaluation Department, Ministry of Health, Singapore.

8. ทำไมเสนอวิธีการจ่ายบริการผู้ป่วยในโดย Global budget

1. หลักการ

- Global budget หมายถึง กำหนดเพดานรายจ่ายรวมสำหรับผู้ป่วยใน ซึ่งเท่ากับ 51% ของ 16,000 ล้านบาท เท่ากับ 8,160 ล้านบาท ไม่ว่าจะมียาผู้ป่วยใน มากน้อยเพียงไรในปีหนึ่งๆ
- เป็นการจ่ายค่ารักษายาบาลย้อนหลัง ตามน้ำหนักความยากง่าย ความซับซ้อน และปริมาณการ ใช้ทรัพยากร โดยใช้ดัชนีการวินิจฉัยโรคร่วม modified DRG index for Thailand ซึ่งพัฒนาโดย นพ.ศุภสิทธิ์ พรพรรณฤทธิชัยและคณะ ประกอบการจ่าย
- ไม่ได้จ่ายโดยอาศัย DRG โดยตรง เพราะยังเป็น open ended อยู่ ซึ่งต่างจาก global budget ที่ ได้กำหนดเพดานจ่ายไว้ (capping)

2. วิธีการ

- อาศัยข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยในทุกราย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค หัตถการ การผ่าตัด จำนวนวัน นอนโรงพยาบาล ฯลฯ ซึ่งโรงพยาบาล ทั้งรัฐและเอกชน
- ส่งข้อมูลมายังสำนักงานกองทุนสุขภาพข้าราชการ (กสข.) ในรูป electronic data transfer
- หน่วยประมวลผลแปลงข้อมูลเหล่านั้น ให้เป็น modified DRG Index

- การกำหนดน้ำหนัก DRG ในแต่ละโรค สามารถเป็นเครื่องมือกระตุ้น หรือกำหนดทิศทางให้สถานพยาบาล จัดบริการที่มี cost effective intervention มากขึ้นได้
- จะได้ ปริมาณ DRG ทั่วประเทศ และของแต่ละโรงพยาบาล ในรอบเดือน หรืองวดไตรมาส
- สำนักงาน กสช.จะมีรายจ่ายค่ารักษายาบาลผู้ป่วยในเท่ากับ $8160 / 4 = 2040$ ล้านบาทในหนึ่งไตรมาส หากรายจ่ายนี้ด้วยปริมาณ DRG index ทั่วประเทศ ในงวดนั้น จะได้ค่ารักษายาบาลต่อหนึ่งหน่วย DRG จัดการโอนเงินเข้าบัญชีโรงพยาบาล ตามปริมาณ DRG ที่คำนวณได้ในงวดนั้นของโรงพยาบาลนั้นๆ

3. ความเป็นไปได้

ตารางที่ 10 ประมาณการจำนวนผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล โดยใช้อัตราต่าง ๆ 3 ชุด และค่ารักษาต่อรายผู้ป่วยใน

	Million people	reported adm / cap / yr*	Tot adm/yr*	Tot adm/yr**	Tot adm/yr***
self	1.854	0.136	0.252	0.185	0.093
spouse	0.799	0.217	0.173	0.080	0.040
father	0.945	0.227	0.215	0.095	0.047
mother	1.279	0.127	0.162	0.128	0.064
child	1.763	0.102	0.180	0.176	0.088
Pensioner&dependants	0.384	0.360	0.138	0.038	0.019
total	7.024	0.159	1.12	0.702	0.351
Expenditure (Baht/ IP case)			7,286	11,617	23,248

หมายเหตุ * คำนวณจากข้อมูลการสำรวจการเจ็บป่วย 2538

** คำนวณจาก ตัวเลขสมมติว่า ข้าราชการนอนโรงพยาบาล 0.10 ครั้ง ต่อคนต่อปี

*** คำนวณจากข้อมูลการเจ็บป่วยของประชาชนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 1986 ที่รายงานนอนโรงพยาบาล 0.05 ครั้งต่อคนต่อปี

ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัว รายงานว่า นอนโรงพยาบาล 0.159 ครั้งต่อคนต่อปี คิดเป็น 3.2 เท่าของคนไทยโดยทั่วไป ซึ่งรายงานว่า ได้นอนโรงพยาบาล 0.05 ครั้งต่อคนต่อปี ทั้งนี้เพราะ การไม่มี financial barrier ในรพ.รัฐบาล และความต้องการเงินนอกงบประมาณของรพ.รัฐบาล จึงมีการนอนรพ.มากกว่าประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ อาจจะมีนอนโรงพยาบาลเอกชนในกรณีที่ไม่สมควรก็ได้

เมื่อคำนวณจากข้อมูลการสำรวจ จะมีการนอนโรงพยาบาล 1.12 ล้านราย โรงพยาบาลจะได้ค่ารักษายาบาลรายละ 7,286 บาท หรือเท่ากับ ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ไม่น่าจะมีความเสี่ยงที่จะนอนโรงพยาบาล สูงมากกว่าดูเปรียบเทียบอัตรานอนโรงพยาบาล ในประเทศต่างๆ ในตารางที่ 9 ประกอบ

ถ้าคำนวณบนฐานการนอนโรงพยาบาล 0.1 ครั้งต่อคนต่อปี จะได้จำนวนการนอนโรงพยาบาลทั้งสิ้น 0.702 ล้านราย โรงพยาบาลจะได้ค่ารักษายาบาลเท่ากับ 11,617 บาท

ถ้าคำนวณบนฐานการนอนโรงพยาบาล 0.05 ครั้งต่อคนต่อปี จะได้จำนวนการนอนโรงพยาบาลทั้งสิ้น 0.351 ล้านราย โรงพยาบาลจะได้ค่ารักษายาบาลเท่ากับ 23,248 บาท

ตารางที่ 11 อัตรานอนโรงพยาบาลต่อคนต่อปี หลายประเทศในเอเชีย

Country	admission / capita / yr
Brunei 1994	0.1125
Indonesia 1993	0.0186
Japan 1994	0.0894
Malaysia 1994	0.0717
The Philippines 1994	0.0131
Singapore 1994	0.1020
Thailand 1994	0.0969
Thailand 1986 IPSR	0.0500
CSMBS 1995 surveys	0.1590

Source: SEAMIC Health Statistics 1995, International Medical Foundation of Japan

ผู้วิจัย คาดว่า the most likely admission per person per year จะเป็น 0.1 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งจะทำให้ค่ารักษายาบาลต่อรายเท่ากับ 11,617 บาท ซึ่งคำนวณจากฐานประชากรเป้าหมาย 7.024 ล้านคน ซึ่งเท่ากับ 2,904 บาทต่อวัน (ซึ่งคิดที่ 4 วัน โดยคาดว่า หลังการปฏิรูป รพ.จะมีประสิทธิภาพ โดยลดวันป่วยลงให้ใกล้เคียงกับประชากรทั่วไป)

แต่ถ้าคิดบนฐานประชากร 5.8 ล้านคน รพ.จะได้รับ ค่ารักษายาบาลเฉลี่ย 14,034 บาทต่อรายผู้ป่วยใน หรือ 3,509 บาทต่อวันป่วย (คิดที่ 4 วัน)

อย่างไรก็ตาม 2904 บาทต่อวัน อาจจะดูไม่น่าสนใจ แต่อย่าลืมว่า เราได้กันเงินกรณีฉุกเฉิน และอุบัติเหตุ ซึ่งประมาณว่า 1,400 ล้านบาทจะเป็นรายจ่ายกรณีผู้ป่วยใน เมื่อเป็นเช่นนั้น ค่ารักษายาบาลต่อรายจะเท่ากับ 13,610 บาทหรือ 3,403 บาทต่อวันป่วย (คิดที่ 4 วัน) เมื่อคิดฐานประชากร 7.024 ล้านคน ถ้าคิดฐานประชากร 5.8 ล้านคน ค่ารักษายาบาลต่อรายจะเท่ากับ 16,483 บาท หรือ 4,121 บาทต่อวันป่วย (คิดที่ 4 วัน)

ตารางที่ 12 สรุป ค่ารักษายาบาลต่อรายผู้ป่วยใน และต่อวันป่วย ที่ฐานประชากร 5.8 และ 7.024 ล้านคน

	ฐาน 5.8 ล้านคน	ฐาน 7.024 ล้านคน
ค่ารักษาต่อรายผู้ป่วยใน		
เขตแดนค่ารักษา 8160 ล้านบาท	14,034	11,617
เขตแดนค่ารักษา 9560 ล้านบาท	16,483	13,610
ค่ารักษาต่อวันผู้ป่วยใน *		
เขตแดนค่ารักษา 8160 ล้านบาท	3,519	2,904
เขตแดนค่ารักษา 9560 ล้านบาท	4,121	3,403

หมายเหตุ * คิดวันป่วยเฉลี่ยที่ 4 วัน

ตารางที่ 13 สรุปค่ารักษายาบาล (mean, median) ต่อรายผู้ป่วยใน จากการสำรวจ ปี 2540

ประเภทผู้มีสิทธิ	รพ.รัฐ		รพ.เอกชน	
	mean	median	mean	median
เจ้าตัว	8,668	5,240	11,177	7,235
คู่สมรส	8,092	5,020	12,173	5,698
บิดา	14,865	7,950	19,266	8,548

มารดา	11,471	7,100	13,073	7,659
บุตร	6,974	4,563	7,414	6,042
รวม	10,061	5,910	11,996	7,146
N	2,823		1,138	

ที่มา การสำรวจข้าราชการพยาบาลจากใบฎีกา 2540

เมื่อเทียบเพดานค่ารักษายาบาล 8160 ล้านบาท ค่ารักษายาบาลต่อรายผู้ป่วยใน (ตารางที่ 10) จะอยู่ระหว่าง 11,617 บาท ถึง 14,034 บาท กับค่ารักษายาบาลที่มีการเบิกจ่ายจริงในปี 2539-40 โดยดูข้อมูลจากฎีกาค่ารักษายาบาล (ตารางที่ 11) ค่ารักษายาบาลเฉลี่ยในสถานพยาบาล ภาครัฐเท่ากับ 10,061 บาท และภาคเอกชนเท่ากับ 11,996 บาท ผู้วิจัย สรุปว่า financial scenario ที่วิเคราะห์มาดังกล่าวข้างต้น มีความเป็นไปได้สูง

4. การเลือกใช้สถานพยาบาลของผู้มีสิทธิ

- อาจกำหนดให้ผู้มีสิทธิใช้บริการผู้ป่วยใน ในสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนผู้ป่วยนอกไว้ ข้อดีคือความต่อเนื่องในการรักษายาบาล ข้อเสียคือ รพ.ที่รับเหมาผู้ป่วยนอก จะไม่รักษาผู้ป่วยใน ลักษณะผู้ป่วยนอก แต่จะรักษาเป็นผู้ป่วยใน และสามารถเบิกค่ารักษายาบาลผู้ป่วยในได้ด้วย นอกเหนือจากเงินเหมาจ่ายที่กินดิบอยู่แล้ว (over-referral to IP services)
- ถ้าไม่กำหนดดังกล่าวข้างต้น ก็ให้ใช้ได้อิสระ ที่ใดก็ได้ แต่จะต้องอยู่ใน บัญชีรายชื่อสถานพยาบาลที่มีความตกลง และทำธุรกิจกับ สำนักงาน กสข. เท่านั้น (เพราะ กสข. จะได้ควบคุมคุณภาพ กำกับ การ และมีระบบข้อมูลข่าวสารที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน) รพ.นั้น จะไม่รับเหมาผู้ป่วยนอกก็ตาม แต่ก็สามารถรับผู้ป่วยในได้
- เปิดเป็นประเด็นอภิปรายในที่ประชุม กรรมการที่ปรึกษาครั้งที่ 3/2540 วันที่ 29 กค. 2540

5. ข้อดีของ global budgeting

- เป็นรายจ่ายปลายปิด เพราะตั้งเพดานไว้ล่วงหน้า
- สอดคล้องกับความยากง่ายของผู้ป่วยเพราะใช้ DRG index มาเป็นเกณฑ์การคำนวณค่ารักษายาบาล ของแต่ละโรงพยาบาล
- โรงพยาบาลที่เป็น tertiary care น่าจะยินดี เมื่อใช้หลักการ DRG index นี้
- แตกต่างจาก เหมาจ่ายรายหัว เพราะค่ารักษายาบาลขึ้นกับปริมาณงาน (แต่ไม่ขึ้นกับปริมาณงานทั้งหมด เพราะยังมีเพดานกำกับไว้) ดังนั้น โรงพยาบาลจะไม่ปฏิเสธการรักษายาบาล โดยเฉพาะกรณีที่เป็น elective case หรือไม่น่าจะผลักภาระผู้ป่วยไปป้อน โดยให้ไปเลือกโรงพยาบาลอื่น
- ไม่จำเป็นจะต้องลงทะเบียนไว้กับโรงพยาบาลใดหนึ่งก็ได้

6. ข้อเสียของ Global budgeting ที่อาศัยข้อมูล DRG index

- รพ.ที่แตกแถว อาจจะมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน โดยวินิจฉัยเกินความจริง เพื่อให้ได้ น้ำหนักDRG สูงขึ้น โดยเฉพาะในรายที่ กำกั่ง เรียกปรากฏการณ์นี้ว่า DRG escalation
- ปรากฏการณ์นี้ ไม่ส่งผลกระทบต่อ กสข. แต่จะกระทบกันเองระหว่างรพ.ที่ให้บริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแตกแถว อาจจะได้เปรียบมากกว่า รพ.ที่อยู่ในแถว
- การแก้ไขปัญหา คือ กสข.จะตรวจแฉอย่างไร จะกำกับให้อยู่ในแถว ในแนวได้อย่างไร จงอภิปราย สงสัยคำตอบคือการใช้อำนาจในมือ

9. กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับรายจ่ายนี้ เพราะจะเป็น "นวัตกรรม" และเป็นหน้าใหม่ในประวัติศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพและระบบสาธารณสุขไทย ซึ่งเคยล้มลุกหล่นหาย แต่คำรักษายาบาล โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพมากนัก องค์การอนามัยโลก และธนาคารโลก ให้ความสำคัญการส่งเสริมสุขภาพ เพราะต้นทุนต่ำ และให้ผลตอบแทนสุขภาพสูงกว่า บริการรักษายาบาล

ความที่เรื่องนี้เป็นงานยากและใหม่สำหรับทุกคนในประเทศไทย ไม่มีใครมีทักษะในการบริหารจัดการมาก่อน การวิจัยและพัฒนาจึงเป็นเรื่องสำคัญ มิฉะนั้น อาจจะเกิด กระแส หลงทาง หลงผิด คิดผิด ปฏิบัติผิด ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร หลงเข้าสู่วงจรเดิม หรืออาจจะเกิดกระแสใหม่เอียง เช่น อ้วน หรือ น้ำหนักเกิน ให้ใช้การฝังเข็ม การดูดไขมัน แทนที่จะส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดการเรื่องอาหาร การออกกำลังกายจะไปเน้นการ ออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพโดยการนั่งเก้าอี้แม่เหล็กไฟฟ้า การใช้เครื่องเขย่าพุง เพื่อลดไขมันหน้าท้อง เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า เป็น มิฉะพริ ที่แก้ไขได้ยาก หากก้าวล้ำเข้าไปสู่วงจรนี้

ความหลงผิดอาจจะมากกว่านี้อีก การโฆษณาสู่สาธารณะให้เกิดความตระหนักในการฉีดวัคซีน เช่น Chicken pox vaccine, Hepatitis A vaccine, Hemophilus Influenza B vaccine เป็นต้น หรือ การโฆษณาอาหารเสริม อาหารสุขภาพ ฯลฯ ผู้วิจัยเห็นว่า เงิน 800 ล้านบาท อาจจะเป็นอาหารอันโอชะของ ระบบ technology oriented health promotion ถ้าไม่มี แนวทาง ทิศทาง และข้อมูลที่เป็น evidence base มากำหนดการตัดสินใจว่า จะซื้อบริการอะไร ?

เราขอจำแนกรายจ่ายสำหรับกิจกรรม 2 ประเภท

- ประเภทที่ 1 กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล (healthy life style) ซึ่งดำเนินการโดยหน่วยงานต้นสังกัด กรม กอง ที่เกี่ยวข้อง หรือดำเนินการโดย องค์การสาธารณประโยชน์ (NGO) กิจกรรมต่างๆ เช่น การลดปริมาณ และการเลิก (QUIT) การบริโภคยาสูบ การบริโภคสุรา อาหารสุขภาพ, ไขมันในโลหิต, การออกกำลังกาย การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์
- ประเภทที่ 2 กิจกรรม หรือ บริการ ส่งเสริมสุขภาพในสถานพยาบาล ได้แก่ การตรวจคัดกรองโรค (screening) ในโรค หรือภาวะที่มีต้นทุนต่ำ และมีประสิทธิผลสูง (cost effective intervention), การให้ภูมิคุ้มกันโรค, การให้คำปรึกษา (counseling) เป็นต้น prerequisite ของการดำเนินการนี้คือ clinical preventive guidelines สำหรับประเทศไทย ซึ่งยังไม่มี

ผู้วิจัยเห็นว่า จะต้องมีความสัมพันธ์ระหว่าง ระบบบริการ (health service system) กับกิจกรรมในชุมชน ในหน่วยงานเป็นต้น ในลักษณะ technical backup

แล้วจะจ่ายเงินอย่างไร ? กรรมการช่วยคิดหน่อย ดร.สุภกร ช่วยคิดหน่อย คิดหนักๆว่า จะ operationalise กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และจะซื้อกิจกรรมเหล่านี้ได้อย่างไร

- สำหรับกิจกรรมประเภท 1 ผู้วิจัยเห็นว่า การจ่ายหน่วยงานในลักษณะโบนัสโดยตรงต่อหน่วยงาน ทั้งภาครัฐ และเอกชนสำหรับกิจกรรมประเภทที่หนึ่ง น่าจะเป็นผลดี มากกว่าการจ่ายผู้มีสิทธิ์แต่ละคน นอกจากนี้ รายจ่ายส่งเสริมสุขภาพสำหรับกิจกรรมประเภทที่หนึ่ง จะมีผลกระทบที่กระฉอก (spill over) ไปยังสาธารณชน นอกเหนือจากผู้มีสิทธิ์ ในสวัสดิการนี้ ด้วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี
- สำหรับกิจกรรมประเภท 2 จ่ายโดยตรงให้สถานพยาบาล

ภาคผนวกที่ 6

การปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ :
การบริหารการเงิน 2

**Civil Servant Medical Benefit Scheme Reform:
Financial Management 2**

นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
รศ.นพ. สุชาติ สรรสนภาพร คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
พญ. จงกล เลิศเรียมดำรง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ระยะ
ที่สอง ครั้งที่ 4/2540 วันพุธที่ 6 สิงหาคม 2540 เวลา 0830-1600 น. ณ ห้องประชุมชั้น 3 ตึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

สารบัญ	2
บทที่ 1 ข้อเสนอสำคัญจากที่ประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการปฏิรูปฯ ครั้งที่ 3/2540	3
I. Budget Ceiling and Allocation	3
II. Health Promotion Allocation	3
III. Payment for Outpatient.....	4
IV Payment for Inpatients	4
บทที่ 2 ข้อเสนอแนะทางการเงิน	6
I. Budget Ceiling and Allocation.....	6
II. Payment for Outpatient Care.....	7
III. Copayment Recommendations.....	10

บทที่ 1 ข้อสรุปสำคัญจากที่ประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการปฏิรูปฯ ครั้งที่ 3/2540

ในที่ประชุม คณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการ ปฏิรูปฯ เมื่อ วันที่ 29 กรกฎาคม 2540 ครั้งที่ 3/2540 มีข้อสรุปที่สำคัญ โดยที่ยังไม่ได้ลงมติแต่อย่างไร คณะเลขานุการของคณะกรรมการ ได้สรุปประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

I. Budget Ceiling and Allocation

1. รับทราบยอดงบประมาณ 2541 เท่ากับ 14,000 ล้านบาท และขอให้ วิเคราะห์ความต้องการงบประมาณในวงเงินนี้
2. ปรับยอดรายจ่าย 7 ประเภท ให้น้อยลง ปรับรายจ่ายประเภทที่ 6 และ 7 รวมกัน เป็นบริหารและการวิจัยพัฒนา ระบุให้ชัดเจนสัดส่วนเงินวิจัยและพัฒนา
3. รายจ่ายก้อนที่ 2 (ผู้ป่วยใน กรณีปกติ), ก้อนที่ 3 จุกเงิน อุบัติเหตุ และ ก้อนที่ 4 กรณีข้าราชการพยาบาลแพ่ง ไม่ควรใช้ เกณฑ์ และอัตราที่กำหนดโดยสำนักงานประกันสังคม หรือแม้ที่กำหนดโดยกรมบัญชีกลาง เพราะหลักเกณฑ์ และอัตรากำหนดโดยอัตรวิสัยจากกรรมการ มีข้อมูลทางภาวะวิสัยน้อย กรรมการขอให้จ่าย โดยอาศัยข้อมูล casemix (DRG) เหมือนกันหมดทั้งสามก้อน
4. ความเห็นว่า รายจ่ายก้อนที่สาม อาจจะกำหนดได้สูงเกินไป (9%) เพราะอาศัยประมาณการจากประสบการณ์ของการประกันสังคม ซึ่งโครงสร้างอายุของประชากรเป้าหมายแตกต่างกัน น่าจะปรับลดได้
5. นักวิจัยซึ่งเป็น เลขฯ ของคณะกรรมการ เสนอว่า รายจ่ายก้อนที่ 3 กรณีผู้ป่วยนอกที่เป็นจุกเงิน อุบัติเหตุ และกรณีข้าราชการพยาบาลแพ่ง น่าจะจ่ายโดย price list ที่กำหนดโดย

II. Health Promotion Allocation

1. “มีเงินใช้ว่าจะทำเรื่องนี้สำเร็จ” เพราะต้องการ know how มาก โดยเฉพาะ risk assessment and risk reduction programme ซึ่งเป็น specific disease management จะมีประสิทธิผลมากกว่า general health promotion
2. เห็นชอบในหลักการ รายจ่ายประเภทส่งเสริมสุขภาพให้ได้สัดส่วนไม่น้อยกว่า 5%
3. ขอให้เปิดประชุมพิจารณา หลักการ มาตรการ และวิธีการดำเนินการ เกี่ยวกับรายจ่ายส่งเสริมสุขภาพเป็นการเฉพาะ
4. กรณี primary prevention จะต้องหามาตรการที่มีประสิทธิผล ชัดเจน เป็นรูปธรรมต่อไป กรณี secondary prevention เช่น clinical preventive services เห็นชอบในหลักการ และจะต้องเป็น cost effective intervention.
5. เห็นชอบในหลักการ copayment สำหรับ screening ด้วย กรมบัญชีกลางเสนอให้จัดแพทย์มาตรวจโรคร้ายๆ (more or less workplace PMC) แต่มีข้อตั้งในเรื่องความเป็นไปได้ในการหาแพทย์มาดำเนินการ
6. มีข้อเสนอ virtual account เป็นบัญชีที่มีตัวเลข ไม่มีเงินสด สำหรับข้าราชการแต่ละครอบครัว และมี feedback information เกี่ยวกับการใช้บริการ ในปีที่ผ่านมา เพื่อหวังว่า จะเป็นเครื่องมือในการให้ incentive และ disincentive และน่าจะเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร รายละเอียดในระดับปฏิบัติการ ยังไม่ชัดเจน
7. มีความเห็นว่า individual based primary prevention approach ผ่าน การดำเนินการโดยหน่วยงานต้นสังกัด หรือ funding ให้ NGO ดำเนินการ อาจจะมีประสิทธิผลน้อย เพราะไม่สอดคล้องกับวิถีดำเนินชีวิตของข้าราชการ และอาจจะไม่ได้ผลโดยตรงต่อบุคคลในครอบครัว (ไม่ถึง 80% ของจำนวนผู้มีสิทธิ์) มากนักสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดำเนินการในสถานที่ราชการ

III. Payment for Outpatient

1. ยืนยันในหลักการจ่ายผู้ป่วยนอกเป็นเหมาจ่ายรายหัวตามกลุ่มอายุ 5 กลุ่ม (age adjusted capitation rate) แม้ว่าจะมีผู้ตั้งข้อสังเกตถึงผลเสียของการเหมาจ่าย (ในเรื่องคุณภาพบริการต่ำ และยังมีผลเสียถ้า monitoring mechanism อ่อนแอ) เมื่อเทียบกับระบบ global budget + point system ซึ่งจ่ายในวงเงินเท่ากัน แต่สามารถลดปัญหาคุณภาพบริการ แต่ก็มีข้อจำกัดด้านการบริหารฐานข้อมูล 14-21 ล้านธุรกรรมต่อปี
2. การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอก ให้ พิจารณาปัจจัย เพศ (ชายหญิง) ด้วย นอกจากนี้ มีข้อเสนอให้ พิจารณาตาม accessibility, chronic illness, level of care เข้าในสมการอัตราเหมาจ่ายด้วย (ซึ่งทำไม่ได้ในขณะนี้)
3. อัตราเหมาจ่ายที่คำนวณได้จากสูตร (1. visit per person per year 2. mean or median charge per visit 3. Budget ceiling for OP) ควรปรับให้มีความเหมาะสม โดยใช้ดุลยพินิจ มากกว่าที่อิงจากสูตรทั้งหมด
4. วิธีการคำนวณ อัตราเหมาจ่าย นำเชื่อก็คือ อัตราที่เสนอในเอกสาร น่าจะยอมรับได้ น่าจะ attractive สำหรับทั้งรัฐและเอกชน ถ้าเอกชนไม่รับ โรงพยาบาลรัฐมีหน้าที่ต้องรับ (อาจโดยมติ ครม.) ประเมินว่า เอกชนน่าจะรับ เพราะเศรษฐกิจฟองสบู่แตก และจะมีผลกระทบถึง 2 ปี
5. เห็นชอบในหลักการการมี copayment เมื่อใช้บริการ (ไม่ได้พูดว่าจะมี copay สำหรับผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน) กรณีผู้ป่วยนอกที่มีโรคเรื้อรัง ควรจะได้รับการยกเว้น (ความเห็นคณะเลขาฯ - copay น่าจะลด อัตราค่าบริการที่ไม่สมเหตุผล ผลเป็นผลดีต่อ สถานพยาบาล 2 ด้านคือ ได้รายได้จาก copay และลดรายจ่ายจากการให้บริการที่สมเหตุผล ผลมากขึ้น)
6. เห็นชอบกับหลักการ co-capitation สำหรับผู้ป่วยนอก โดยอัตราพื้นฐาน (basic rate) ที่ กสข. กำหนดจะเป็นมาตรฐานเดียวกันในทุกประเภท หรือระดับของโรงพยาบาล แต่ถ้าผู้มีสิทธิที่ต้องการลงทะเบียนกับ รพ. ที่ถือว่าแพงกว่า และจัดให้ไม่ได้ในอัตราพื้นฐาน จะมีอัตราเหมาจ่ายเพิ่มเติม (co-capitation) ซึ่งจ่ายโดยผู้มีสิทธิ ไปยัง กสข. และ กสข. เป็นผู้กำหนด และต่อรอง อัตราเหมาจ่ายเพิ่มเติมนี้กับโรงพยาบาลเหล่านั้น วัตถุประสงค์ของการมีเหมาจ่ายเพิ่มเติมคือ เพื่อให้ผู้มีสิทธิ ลงทะเบียนในสถานพยาบาล (ราคาแพง) ที่ตนเองต้องการ แต่มีผู้แย้ง คือ กสข. ต้องต่อรองและกำหนดอัตราเหมาจ่ายเพิ่มเติม รายโรงพยาบาลซึ่งสร้างความยุ่งยากพอสมควร [ความเห็นคณะเลขาฯ co-capitation น่าจะลดความขัดแย้งในกลุ่มข้าราชการระดับสูง ที่เสียงดัง ได้ขจัด โดยเฉพาะต้องการลงทะเบียนในสถานพยาบาลเอกชน ประเภท "ห้าดาว"]
7. มีข้อเสนอการทำ contract สำหรับการลงทะเบียนกรณีผู้ป่วยนอกมากกว่า 1 ปี
8. ประเด็นการประกันสังคมบอกว่า selection bias หรือ cream skimming คัดเลือกเอาเฉพาะผู้ที่แข็งแรง มีความเสี่ยงต่ำ และคัดเลือกไม่เอาผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง [ปรากฏการณ์นี้ เกิดจาก 2 ฝ่าย ฝ่ายผู้มีสิทธิและฝ่ายโรงพยาบาล] ดังนั้น กสข. จะต้องมีการเป็นรูปธรรม และได้ผล เพื่อป้องกันปรากฏการณ์นี้
9. มาตรการในการ audit บริการผู้ป่วยนอกมีความสำคัญมาก และเป็นจุดชี้ขาดของความสำเร็จ สัมเลของของการปฏิรูป

IV. Payment for Inpatients

1. เห็นชอบหลักการการจ่ายผู้ป่วยในเป็น global budget โดยใช้ DRG เป็นเกณฑ์ในการคำนวณ ค่ารักษายาบาลต่อหน่วย DRG (รวมทั้งการจ่ายกรณีอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ และ กรณีคำรักษายาบาลแพง)
2. เมื่อจ่ายผู้ป่วยในโดยใช้ข้อมูล DRG กรรมการยอมรับจุดอ่อนที่สำคัญคือ พฤติกรรมเบี่ยงเบนของโรงพยาบาล ได้แก่ DRG creeping, DRG dis-bundling, ghost claims เป็นต้น และจะต้องเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์เช่นนั้น โดยให้ความสำคัญของ information system และการ centralize ข้อมูล การให้บริการ และ decentralized monitoring ในระดับภาค

3. ข้อเสนอเกี่ยวกับการ จัดสรรงบประมาณ ผู้ป่วยในไปตามภูมิภาค (regionalisation) นั้น มีข้อยุติว่า ค่ารักษายาบาลต่อหน่วย DRG จะเป็นอัตราเดียว โดยใช้ข้อมูล DRG report จากสถานพยาบาลทั่วประเทศ แต่ข้อมูลเพื่อการกำกับ "แกะดำ black sheep" จะอยู่ในระดับภาค หรือต่ำกว่าภาค เพื่อให้ควบคุมกันเองดีขึ้น
4. ค่ารักษาต่อรายผู้ป่วยในที่ประมาณการจาก อัตราอนโรงพยาบาลต่อคนต่อปี คูณกับจำนวนผู้มีสิทธิ และเพดานรายจ่ายผู้ป่วยในนั้น เมื่อเทียบกับค่ารักษายาบาลที่เรียกเก็บก่อนการปฏิรูป ทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน กรรมการเห็นว่า มีความเป็นไปได้ และ attractive เพียงพอ สำหรับรพ.รัฐและเอกชน
5. มีข้อเสนอให้รัฐบาล โดยกสธ. ทำการควบคุมค่ารักษายาบาลภาคเอกชน (คณะเลขาฯ เห็นว่า ในประเทศไทย เป็นไปไม่ได้ - laissez faire capitalist economy)

ประเด็นกรณีผู้มีสิทธิ มีสิทธิซ้ำซ้อนเช่น จาก private insurance กสช.น่าจะมีส่วนที่ จัดการ ประสานงานกับ กรรมการประกันภัย เพื่อ ให้ปรับลด เบี้ยประกันภัย เฉพาะการคุ้มครองส่วนที่เกินสิทธิเท่านั้น ซึ่งในปัจจุบันนี้ เกิด moral hazard ชัดเจน โดยเบิกสองทาง จาก กรมบัญชีกลาง และบริษัทประกันภัย ซึ่งขัดแย้งกับหลักการสากล และประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ที่ว่า "สินไหมทดแทน จะต้องไม่เกินความเสียหายที่เกิดขึ้น" หลังการปฏิรูป ชุดของสิทธิประโยชน์กรณีผู้ป่วยในชัดเจนขึ้น การคำนวณเบี้ยประกันเอกชน on top ส่วนเกินสิทธิ มีความเป็นไปได้มากขึ้น

บทที่ 2 ข้อประเด็นทางการเงิน

ในบทนี้ คณะเลขาธิการ จะเสนอประเด็นทางการเงิน ตามมติที่ประชุมเมื่อ 29 กรกฎาคม 2540

I. Budget Ceiling and Allocation

- กำหนดวงเงินงบประมาณเป็น 14,000 ล้านบาทในปี 2541 ซึ่งมีความเป็นไปได้ในภาวะรัฐบาลประยุทธ์งบประมาณและรายได้ไม่พอรายจ่าย
- ผู้วิจัยได้ปรับรายจ่าย 7 ก่อน เป็น 5 ก่อนคือ
 - รายจ่ายผู้ป่วยนอก สำหรับ basic package จ่ายโดยการเหมาจ่ายรายหัว
 - รายจ่ายผู้ป่วยนอก กรณี อุกเงิน อุบัติเหตุ และกรณีที่มีค่ารักษายาบาลแพง ซึ่งจ่ายโดยอัตราที่กำหนด
 - รายจ่ายผู้ป่วยใน สำหรับ basic package, กรณีอุกเงิน อุบัติเหตุ และกรณีที่มีค่ารักษาแพง ซึ่งจ่ายโดย DRG
 - รายจ่ายสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ
 - รายจ่ายสำหรับการบริหารของกสข. และเพื่อการวิจัยและพัฒนา
- กำหนดสัดส่วนรายจ่ายดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 สรุปกำหนดเพดานรายจ่าย 5 ก่อน 3 ทางเลือก

SERVICES	Payment method	Option 1			Option 2			Option 3		
		%	ล้านบาท	บาท/หัว	%	ล้านบาท	บาท/หัว	%	ล้านบาท	บาท/หัว
1. ผู้ป่วยนอก Basic Package	age, sex adjusted capitation rates	30	4,200	598	27.5	3,850	548	25	3,500	498
2. ผู้ป่วยนอก อุกเงิน อุบัติเหตุ + ราคาแพง	price schedule	1.5	210	30	1.75	245	35	2	280	40
3. ผู้ป่วยใน Basic package+อุกเงิน อุบัติเหตุ - ราคาแพง	weighted DRG	58.5	8,190	1,166	60.75	8,505	1,211	63	8,820	1,256
4. ส่งเสริมสุขภาพ	fee for service for clinical preventive services, screening	5	700	100	5	700	100	5	700	100
5. บริหารจัดการและวิจัยพัฒนา		5	700	100	5	700	100	5	700	100
รวม		100	14,000	1,993	100	14,000	1,993	100	14,000	1,993

หมายเหตุ รายจ่ายต่อหัวคำนวณจากผู้มีสิทธิ 7.024 ล้านคน

หลักการกำหนดเพดานรายจ่าย 5 ประเภทในตารางที่ 2.1 คือ กำหนด สัดส่วนรายจ่ายประเภทที่ 4 ส่งเสริมสุขภาพไว้ที่ 5% และประเภทที่ 5 บริหารจัดการและวิจัยพัฒนาไว้ที่ 5% คงเหลือ 90% สำหรับรายจ่ายประเภทที่ 1-3

ในทางเลือกที่ 1 ได้กำหนดสัดส่วนรายจ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเท่ากับ 35:65 (ซึ่งเป็นสัดส่วนก่อนการปฏิรูป) จะได้ 31.5% (สำหรับประเภทที่ 1 และ 2) และ 58.5% (สำหรับประเภทที่ 3) ตามลำดับ

ทางเลือกที่สอง และสาม ได้กำหนดสัดส่วนรายจ่ายผู้ป่วยนอกลดลง เป็น 29.25% และ 27% ตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนรายจ่ายผู้ป่วยในก็เพิ่มขึ้นตามลำดับ 60.75% และ 63% ตามลำดับ ดังนั้น สัดส่วนของรายจ่ายผู้ป่วยนอกต้องบประมาณทั้งหมดเท่ากับ 35%, 32.5% และ 30% ตามลำดับสำหรับทางเลือกที่ 1, 2 และ 3

พื้นฐานความคิดของการออกแบบทางเลือกที่ 2-3 ที่ให้เพดานรายจ่ายผู้ป่วยนอกลดลง และเพดานผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น คือ บริการผู้ป่วยนอก จะมี copay ร่วมด้วย ซึ่งรพ.จะมีรายได้จาก copay ถ้ามีการใช้บริการมาก นอกจากนี้ ผู้มีสิทธิ์มีความสามารถในการจ่าย copay สำหรับผู้ป่วยนอก มากกว่า ผู้ป่วยใน

II. Payment for Outpatient Care

1. ผู้วิจัยอาศัยตารางที่ 2.1 ทางเลือกที่หนึ่ง ซึ่งกำหนดเพดานรายจ่ายผู้ป่วยนอกสำหรับบริการ basic package ไว้ที่ 4,200 ล้านบาท แล้วจึงนำเสนอ age and sex adjusted capitation rate โดยจะจำแนกเพศสำหรับกลุ่มอายุ 20-44, 45-60 และ 60+ เท่านั้น
2. วิธีการคำนวณ เหมือนกับเอกสารประกอบการประชุม ครั้งที่ 3/2540 วันที่ 29 กรกฎาคม 2540 เรื่อง การปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ : การบริหารการเงิน หน้า 6-9
3. เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูล เรามีข้อกำหนดดังนี้
 - ฐานข้อมูลคู่สมรสของข้าราชการ ไม่สามารถจำแนกเพศได้ จึงได้กำหนด ให้สัดส่วนเพศชายเท่ากับเพศหญิง เท่ากันในแต่ละกลุ่มอายุ และกำหนดอัตราค่าเจ็บป่วยเหมือนกันด้วย
 - ฐานข้อมูลข้าราชการบำนาญ ซึ่งรวมเจ้าตัว บิดามารดา และคู่สมรส อยู่ในกลุ่มอายุ >60 ปี นั้น ไม่สามารถจำแนกเพศได้ จึงได้กำหนด ให้สัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 70: 30
4. ได้ผลการคำนวณดังตารางที่ 2.2-2.6
5. ตารางที่ 2.7 แสดงอัตราเหมาจ่ายตามกลุ่มอายุและเพศ เปรียบเทียบการใช้ค่า mean และ median charge
6. กรณี ทางเลือกที่สอง ก็สามารถคำนวณอัตราเหมาจ่าย ได้ ดังแสดงในตารางที่ 2.8

ตารางที่ 2.2 จำนวนผู้มีสิทธิจำแนกตามประเภทผู้มีสิทธิ 5 กลุ่มอายุ และเพศ

Age Group	Self %	Million	Spouse%	mil	Dad%	mil	Mom%	mil	Kid%	mil	Pension + spouse + p arents%	mil	kids%	mil	Total Beneficiaries million	Percentage
0-5									27.44	0.4838					0.4838	6.89
6-19									72.56	1.2792			100	0.04	1.3192	18.78
20-44 M	41.04	0.7609	39.21	0.3133	0.82	0.0077									1.0819	15.40
20-44 F	39.6	0.7342	39.21	0.3133			2.99	0.0382							1.0857	15.46
45-60 M	10.98	0.2036	10.395	0.0831	35.50	0.3355									0.6221	8.86
45-60 F	8.38	0.1554	10.395	0.0831			41.98	0.5369							0.7753	11.04
60+ M			0.395	0.0032	63.68	0.6018					30	0.1032			0.7081	10.08
60+ F			0.395	0.0032			55.03	0.7038			70	0.2408			0.9478	13.49
Total	100	1.8540	100	0.7990	100	0.945	100	1.279	100	1.7630	100	0.344	100	0.04	7.0240	100

ตารางที่ 2.3 การคำนวณน้ำหนักการเจ็บป่วยที่ถ่วงด้วยค่ารักษายาบาล โดยใช้ค่า mean จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

Age Group	Self	visit/cap/yr	Wt million	spouse	visit/cap/yr	Wt million	Dad	visit/cap/yr	Wt million	Mom	visit/cap/yr	Wt million	Kid	visit/cap/yr	Wt million	pension + spouse + p arent	visit/cap/yr	Wt million	kid	visit/cap/yr	Wt million	Total weight
wt mean	2.54			2.292			3.28			4.2			1			3.58			1			
0-5													0.4838	5.23	2.530							2.530
6-19													1.2792	2.47	3.160				0.04	2.47	0.099	3.258
20-44 M	0.7609	2.509	4.849	0.3133	3.24	2.327	0.0077	0.82	0.021													7.196
20-44 F	0.7342	5.23	9.753	0.3133	3.24	2.327				0.0382	3.18	0.510										12.590
45-60 M	0.2036	4.67	2.415	0.0831	4.72	0.899	0.3355	2.69	2.960													6.274
45-60 F	0.1554	7.23	2.854	0.0831	4.72	0.899				0.5369	5.03	11.343										15.095
60+ M				0.0032	4.74	0.035	0.6018	5.78	11.409							0.1032	6.42	2.372				13.816
60+ F				0.0032	4.74	0.035				0.7038	8.26	24.416				0.2408	6.93	5.974				30.425
Total	1.854		19.871	0.799		6.521	0.945		14.390	1.279		36.269	1.763		5.690	0.344		8.346	0.04		0.099	91.186

ตารางที่ 2.4 การคำนวณอัตราเหมาจ่ายต่อหัว จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ โดยใช้ค่ารักษายาบาลเฉลี่ย (mean)

Age group	Total weight	Tot Beneficiaries	Wt per person	capitation
0-5	2.530	0.4838	5.23	241
6-19	3.258	1.3192	2.47	114
20-44 M	7.196	1.0819	6.65	306
20-44 F	12.590	1.0857	11.60	534
45-60 M	6.274	0.6221	10.09	465
45-60 F	15.095	0.7753	19.47	897
60+ M	13.816	0.7081	19.51	899
60+ F	30.425	0.9478	32.10	1479
Total	91.186	7.024	12.98	598

หมายเหตุ หนึ่งหน่วยน้ำหนักเท่ากับ 4200 ล้านบาท / 91.186 ล้านหน่วย เท่ากับ 46.059 บาทต่อหน่วย ดังนั้น อัตราเหมาจ่ายเท่ากับ Wt per person * 46.059

ตารางที่ 2.5 การคำนวณหาน้ำหนักการเจ็บป่วยที่ถ่วงด้วยรักษายาบาล โดยใช้ค่า median จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

	Self	visit/cap/yr	Wt million	spouse	visit/cap/yr	Wt million	Dad	visit/cap/yr	Wt million	Mom	visit/cap/yr	Wt million	Kid	visit/cap/yr	Wt million	pen+spouse+pa	visit/cap/yr	Wt million	kid	visit/cap/yr	Wt million	Total weight
	yr												yr			rent						
wt median	2			1.429			1.936			2.571			1			2.714			1			
0-5													0.4838	5.23	2.530							2.530
6-19													1.2792	2.47	3.160				0.04	2.47	0.099	3.258
20-44 M	0.7609	2.509	3.818	0.3133	3.24	1.451	0.0077	0.82	0.012													5.281
20-44 F	0.7342	5.23	7.680	0.3133	3.24	1.451				0.0382	3.13	0.312										9.443
45-60 M	0.2036	4.67	1.902	0.0831	4.72	0.560	0.3355	2.69	1.747													4.209
45-60 F	0.1554	7.23	2.247	0.0831	4.72	0.560				0.5369	5.03	6.943										9.751
60+ M				0.0032	4.74	0.022	0.6018	5.78	6.734							0.1032	6.42	1.798				8.554
60+ F				0.0032	4.74	0.022				0.7038	8.26	14.946				0.2408	6.93	4.529				19.497
Total	1.854		15.647	0.799		4.065	0.945		8.494	1.279		22.202	1.763		5.690	0.344		6.327	0.04		0.099	62.523

ตารางที่ 2.6 การคำนวณอัตราเหมาจ่ายต่อหัว จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ โดยใช้ค่ารักษายาบาลมัธยฐาน (median)

Age group	Total weight	Tot Beneficiaries	Wt per person	capitation
0-5	2.530	0.4838	5.23	351
6-19	3.258	1.3192	2.47	166
20-44 M	5.281	1.0819	4.88	328
20-44 F	9.443	1.0857	8.70	584
45-60 M	4.209	0.6221	6.77	454
45-60 F	9.751	0.7753	12.58	845
60+ M	8.554	0.7081	12.08	811
60+ F	19.497	0.9478	20.57	1382
Total	62.523	7.024	8.90	598

ตารางที่ 2.7 สรุปอัตราเหมาจ่ายรายหัว สำหรับบริการผู้ป่วยนอก

Age group	Tot Beneficiaries		by mean charge		by median charge	
	million	%	capitation rate	resource distribution (%)	capitation rate	resource distribution (%)
0-5	0.4838	6.89	241	2.8	351	4.0
6-19	1.3192	18.78	114	3.6	166	5.2
20-44 M	1.0819	15.40	306	7.9	328	8.4
20-44 F	1.0857	15.46	534	13.8	584	15.1
45-60 M	0.6221	8.86	465	6.9	454	6.7
45-60 F	0.7753	11.04	897	16.6	845	15.6
60+ M	0.7081	10.08	899	15.2	811	13.7
60+ F	0.9478	13.49	1479	33.4	1382	31.2
Total	7.024	100	598	100.0	598	100.0

ตารางที่ 2.8 สรุปอัตราเหมาจ่ายรายหัว สำหรับบริการผู้ป่วยนอก 3 กรณี

Age group	Capitation Option I		Capitation Option II		Capitation Option III	
	mean	median	mean	median	mean	median
0-5	241	351	221	322	201	293
6-19	114	166	105	152	95	138
20-44 M	306	328	281	301	255	273
20-44 F	534	584	490	535	445	487
45-60 M	465	454	426	416	388	378
45-60 F	897	845	822	775	748	704
60+ M	899	811	824	743	749	676
60+ F	1479	1382	1356	1267	1233	1152
Total	598	598	548	548	498	498

หมายเหตุ Option 1 ใช้วงเงินเพดาน 4200 ล้านบาท, Option 2 ใช้วงเงินเพดาน 3850 ล้านบาท, Option 3 ใช้วงเงินเพดาน 3500 ล้านบาท

III. Copayment Recommendations

- หลักเกณฑ์การกำหนดอัตรา copay สำหรับบริการผู้ป่วยนอก
 - เป็น nominal payment ไม่สูงนัก แต่ไม่ต่ำนัก
 - ผู้มีสิทธิ์มีความสามารถพอจ่ายได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีสิทธิ์อยู่ในกลุ่ม lower middle class มากกว่า upper middle class
 - copay นี้จะมีอิทธิพลในการคัดกรอง การใช้บริการที่ไม่จำเป็นต้องไปสถานพยาบาลออกไป
- ผู้วิจัยเสนอ การจ่ายร่วมสำหรับบริการผู้ป่วยนอกในอัตราคงที่ (fixed fee) ที่ 50 บาทต่อครั้งการให้บริการ อัตราคงที่จะมีผลทำให้การให้บริการเล็กน้อยๆ (small bills) ลดลงมากกว่าการให้บริการที่มีราคาแพงๆ (big bills)
- หลักเกณฑ์การยกเว้นการจ่ายร่วม
 - การที่อัตราจ่ายร่วมไม่สูงนัก ไม่ควรจะยกเว้นการร่วมจ่ายโดยผู้มีสิทธิ์ทุกคน แม้ว่าตัวข้าราชการเอง โดยทฤษฎีน่าจะไม่ต้องจ่ายร่วม เพราะเป็นหน้าที่หลักของ กสข. ที่ดูแลตัวข้าราชการ ในฐานะรัฐบาลเป็นนายจ้าง ส่วนบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร เป็นผู้มีส่วนได้ น่าจะร่วมจ่ายก็ตาม การยกเว้นทำให้เกิดข้อยุ่งยากในระดับปฏิบัติ โดยสรุปคือให้จ่ายร่วมทุกคน

- ผู้วิจัยเสนอให้ยกเว้น กรณีผู้มีสิทธิที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องการการรักษาเป็นการประจำ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ เพราะมีโอกาสใช้บริการตลอดทั้งปี กสช. จะต้องกำหนดว่า อะไรคือโรคเรื้อรัง หมายถึงเหตุผู้มีสิทธิที่เป็นผู้สูงอายุ ได้แก่ บิดามารดาของข้าราชการ และเจ้าตัวข้าราชการบ้านาญนั้น จะมี chronic conditions และได้รับการยกเว้น copay โดยปริยายอยู่แล้ว
 - อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุ (>60 ปี) ที่ไม่มี chronic conditions สมควรได้รับการยกเว้น ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะไม่มีเงินสดเพียงพอ ที่จะจ่าย copay
4. ผู้วิจัยเสนอว่า ไม่มี Copay สำหรับบริการผู้ป่วยใน เพราะเชื่อว่า คนไข้เองคงไม่ยอมกนอนโรงพยาบาลโดยใช้เหตุ การนอนโรงพยาบาลเป็นคำสั่งของแพทย์ ซึ่งน่าจะมิใช่ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์พอสมควร แต่ภายใต้การจ่ายแบบ DRG weight โรงพยาบาลมีแนวโน้มจะให้ผู้ป่วย นอนโรงพยาบาล หรืออาจจะมีการ shift OP เป็น IP ขึ้น การให้ผู้ป่วยจ่าย copay อาจจะไม่เหมาะสม
5. ผู้วิจัยเสนอให้ผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการที่อยู่นอกเหนือการครอบคลุมของ basic package เช่น ห้องพิเศษ อาหารพิเศษ (ไม่ใช่อาหารเฉพาะโรค) ค่าโทรศัพท์ และบริการอื่นใดที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ “extra billing” for services outside packages ตามอัตราที่โรงพยาบาลนั้นๆเรียกเก็บ เรียกว่า extra billing ไม่เรียกว่าเป็น copay

ตารางที่ 2.9 Combined impact of capitation and copayment on various OP visit scenario

OP BILL	UNNECESSARY CONDITIONS	NECESSARY CONDITIONS
small bill (less than 250 Bht)	• e.g. common cold, self limited conditions, simple diarrhea, muscle pain. • effectively rationed by fixed rate copayment as self treatment is cheaper than copayment.	• e.g. acute bacterial infection that need prompt effective treatment preventing complications and sequele. • Fixed rate copayment may be harmful shifting demand from professional care to inappropriate self care, e.g. self prescribed drugs.
big bill (more than 500 Bht)	• e.g. ยาใหม่ ๆ ที่ผลการรักษาไม่ชัดเจนเช่น ยาบำรุง NSAID ใหม่ ๆ ยาที่ใช้อย่างไม่เหมาะสม เช่น ยาลดความดันที่ราคาแพงและไม่มีความชัดเจน, ยาที่ไม่มีประโยชน์ชัดเจน เช่นยาบำรุง • capitation จะทำให้โรงพยาบาลลดค่าใช้จ่ายส่วนนี้ลง ผู้ป่วยประเภทชอบกินยาที่ไม่จำเป็น และแพงอาจไม่พอใจ Fixed rate copayment จะมีช่วยลดส่วนนี้ไม่มากเท่า copayment ที่เป็นสัดส่วนของ Bill	• e.g. chronic conditions that need long term treatment, multiple conditions e.g. DM+hypertension+CVD etc. กลุ่มนี้จะได้ยาหลายอย่าง และได้ 2-3 เดือน และมีความจำเป็นจะต้องให้ยา เพื่อป้องกัน complications • Fixed rate copayment ไม่น่าจะเป็นอะไรมากเท่า copayment ที่เป็นสัดส่วนของ medical bill แต่อาจจะเป็นภาระทางการเงินอยู่บ้าง

ตารางข้างต้น ผู้วิจัย แสดงผลกระทบของการเหมาจ่ายและการร่วมจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ต่อการให้บริการ ของผู้ป่วย 2 กรณี ที่จำเป็นและไม่จำเป็น จำแนกเป็นที่มีราคาสูงและราคาไม่สูง บัญหาอยู่ที่ว่า คนป่วย ผู้มีสิทธิ จะรู้ได้อย่างไรว่า ภาวะการเจ็บป่วยและจะไปใช้บริการผู้ป่วยนอกนั้น จะมีค่าใช้จ่ายมากน้อยเพียงไร?

ตารางที่ 2.10 Combined Impact of capitation and copayment on various OP visit scenario

ILLNESS CONDITIONS	small bill	big bill
NECESSARY	less effect	moderate effect likely from capitation
UNNECESSARY	significant effect from capitation	
		great effect from capitation > copayment

Source: author's subjective assessment

เราวิเคราะห์ว่า เมื่อใช้ ระบบ capitation รพ.จะเข้มงวดกับการให้การรักษามากขึ้น โดยเฉพาะ ค่ารักษาที่มีราคาแพงมากกว่าค่ารักษาที่ราคาถูกลง เมื่อกำหนดให้มี copay ผู้มีสิทธิ์จะให้ความสนใจต่อค่ารักษายาบาลมากขึ้น โดยไม่ไปใช้บริการในกรณีที่ไม่จำเป็น หรือไปใช้บริการอื่นที่มีราคาต่ำกว่าเมื่อเทียบกับ copay รวมทั้งใช้บริการที่มีต้นทุนในการเข้าถึงบริการ (access cost) เช่น ค่าเดินทาง ค่าเสียโอกาส เป็นต้นต่ำกว่าที่ไปรพ.ที่ลงทะเบียนไว้

ตามหลักการแล้ว เราเชื่อว่า ค่าใช้จ่ายส่วนกลุ่มการรักษาที่แพงๆ และ unnecessary น่าจะลดลงได้มากขึ้น
เส้นที่แบ่งระหว่าง necessary และ unnecessary ขึ้นอยู่กับ

- ความสนใจในสุขภาพของผู้ป่วย คนที่สนใจในสุขภาพมากหรือมากเกินไป (over-concern) จะมีแต่ necessary มาก ผู้ป่วยที่ไม่ค่อยสนใจก็จะมี unnecessary มาก
- Illness perception ของผู้มีสิทธิ์ ต่ออาการแสดงหนึ่งๆ (clinical symptom) ว่าเป็นอาการรุนแรงหรือไม่ ตลอดจนความรู้ความเข้าใจในการประเมินอาการแสดงเหล่านั้น
- ความสามารถในการเข้าถึงบริการในสถานพยาบาลที่เลือกไว้ และสถานพยาบาลอื่น กรณีที่เข้าถึงบริการ OP ในสถานพยาบาลที่เลือกไว้ได้ยาก ก็มีโอกาสที่ ความจำเป็นในการไปใช้บริการลดน้อยลง
- ความรุนแรงของโรคที่เป็น โรคที่อยู่ในระยะรุนแรงจริงๆ ผู้มีสิทธิ์พอบอกได้ชัดเจนว่าเป็น necessary illness
- ระดับของ copayment ถ้าระดับ copayment สูง ส่วนที่เป็น necessary ก็จะลดลง ส่วนที่เป็น unnecessary ก็จะเพิ่มขึ้น

ภาคผนวกที่ 7

การปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ :
การบริหารการเงิน 2

Civil Servant Medical Benefit Scheme Reform:
Financial Management 2

นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
รศ. นพ. สุชาติ สรรสนาพร คณะแพทยศาสตร์ รามธิบดี มหาวิทยาลัยนเรศวร
พญ. จงกล เลิศเรียวดำรง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ระยะ
ที่สอง ครั้งที่ 4/2540 วันพุธที่ 6 สิงหาคม 2540 เวลา 0830-1600 น. ณ ห้องประชุมชั้น 3 ตึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สรุปการประชุม คณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการปฏิรูปฯ ครั้งที่ 4/2540 วันที่ 6 สิงหาคม 2540

I สรุปว่าจัดสรรเงินเป็น 6 ก้อน ที่ประชุมมีความเห็นเลือก กรณีที่ 3 ผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจัดสรรเงิน 6 ก้อนและสัดส่วนของแต่ละก้อน

บริการต่างๆ	วิธีการจ่ายสถานพยาบาล	ล้านบาท	%
1. ผู้ป่วยนอกปกติ	เหมาจ่ายรายหัวตามกลุ่มอายุ 4 กลุ่ม	3,500	25
2. ผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน อุบัติเหตุ + แพง3.	ตามอัตราที่กำหนด	230	2
4. ผู้ป่วยใน	จ่ายตามน้ำหนักของกลุ่มวินิจฉัยโรค	8,120	58
ท บริการพื้นฐาน	ร่วม ภายในเขตางบประมาณที่		
ท บริการฉุกเฉินและอุบัติเหตุ	กำหนดล่วงหน้า		
ท แพงท			
ท internal control			
5. ส่ง6. เสริมสุขภาพ	ตามปริมาณบริการ และอัตราที่กำหนด	700	5
7. บริหารจัดการและวิจัยพัฒนา		700	5
ท บริหารจัดการ			4.5
ท วิจัยและพัฒนา			0.5
8. ง9. นสำรอง10.		700	5
รวม		14,000	100

หมายเหตุ รายจ่ายต่อหัวคำนวณจากผู้มีสิทธิ 7.024 ล้านคน

เหตุผลในการเลือกกรณีนี้คือ

1. ตัวเลขก้อนที่ 1 OP capitation rate ไม่ต่างจากตัวเลขของประกันสังคม ทำให้ไม่น่าจะเกิดผลด้านลบต่อค่าใช้จ่ายระบบสาธารณสุขโดยรวม

2. OP capitation rate น่าจะจัดไว้ในอยู่ในสัดส่วนที่ต่ำที่สุด เพราะเป็นส่วนที่มีความไม่แน่นอนสูงที่สุด

3. การจัดให้มีเงินสำรองขึ้นมา 1 ก้อนเพื่อเป็นเงินสำรองในกรณีที่ค่ารักษาพยาบาลในส่วนหนึ่งส่วนใดเกิดไม่เพียงพอ

หลักการคือ

1. เงินก้อนที่ 6 เป็นเงินสำรองกรณีที่ก้อนที่ 1-3 ไม่พอ

2. เงินไม่จำเป็นต้องใช้หมด ถ้ามีเหลือให้เก็บไว้เพื่อใช้จ่ายในปีถัดไป

II. ผู้ป่วยนอกกรณีปกติ ใช้ capitation rate ซึ่งเป็นทั้งหมด 8 อัตรา โดยที่ปรับแต่งจากค่า mean อัตราดังกล่าวคือ ตารางที่ 2 สรุป capitation rate ผู้ป่วยนอกกรณีปกติ

อายุ	Capitation Rate	
	male	female
0-5	200	
6-19	100	
20-44	260	450
45-60	390	750
60+	750	1230
รวม	500	

หลักการคือ

1. ใช้ capitation rate ไว้ ไม่ว่าผู้มีสิทธิ์จะมีจำนวนมากหรือน้อยกว่า 7.024 ล้านคนซึ่งเป็นฐานที่ใช้ในการคำนวณ
2. การพิจารณาปรับอัตราเหมาจ่ายต่อหัวจะกระทำในปีต่อไปซึ่งมีข้อมูลมากขึ้น

ที่ประชุมมอบหมายให้พญ. สุพัตรา ไปคิด definition ของ สถานพยาบาลคู่สัญญา

III. เงินก้อนที่ 2 ผู้ป่วยนอกกรณีฉุกเฉิน อุบัติเหตุ และแพงๆ กสช.จะต้องให้คำจำกัดความ และกำหนดอัตราจ่าย Price list ที่ชัดเจน ตลอดจนคิดวิธีในการปฏิบัติ ตอนนี้อย่างไม่มีข้อมูล incidence หรือประเภทของโรคหรือหัตถการเลย ดังนั้นคงต้องเป็นการ Trial vs. Error พิจารณาปรับอัตราภายหลังจากที่มีข้อมูล

ข้อสังเกต:

(กรรมการ) definition ของฉุกเฉิน อุบัติเหตุ และราคาแพง ที่จะตั้งขึ้นนั้นน่าจะต้องสอดคล้องกับคำจำกัดความของ scheme อื่นด้วยเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนของผู้ให้บริการ และเพื่อไม่ให้ผู้ให้บริการเลือกปฏิบัติ ต่อผู้มีสิทธิ์ต่าง scheme กัน

IV. เงินก้อนที่ 3 ผู้ป่วยใน ที่ประชุมได้มีการเสนอและอภิปรายประเด็นเรื่อง network ที่ประชุมมีแนวโน้มเห็นด้วยในหลักการแต่มีปัญหาในเรื่องการปฏิบัติ จึงพิจารณาใส่ไว้ในแผนระยะยาวในการปฏิรูป แต่ยังไม่นำการจัดสรรระบบโควต้ามาใช้ในระยะนี้ แต่ที่ประชุมเห็นชอบที่จะให้เงิน 5-10 % ของก้อนที่ 3 ให้กับ network เพื่อใช้ในการทำ QA หรือพิจารณาให้กับ สถานพยาบาลที่มี good performance เพื่อให้มีการดูแลพฤติกรรมบริการระหว่างสถานพยาบาลกันเอง

กล่าวคือภายในก้อนที่ 3 จะมี internal earmark เป็น 4 ประเภทคือ ผู้ป่วยในกรณีปกติ, กรณีฉุกเฉิน อุบัติเหตุ, กรณีแพงๆ และการทำ internal control

ข้อสังเกต :

(กรรมการ) ว่าเงินก้อนที่ 3 $58\% = 8,160$ ล้านบาท ถ้าคิดว่ามี 7 แสน visit ต่อปี จะตก 11,00 บาท/case ซึ่งเป็นเงินที่ไม่มากเมื่อเทียบกับข้อมูลอื่นที่มีอยู่

(ทีมเลขานุการ) มีความเห็นว่าน่าจะต้องมีการพูดถึงเรื่อง DRG และ การป้องกันข้อเสียอย่างชัดเจนในการประชุมครั้งต่อไป

V. **ก้อนที่ 4** ยังไม่มีการพูดถึงเพิ่มเติมต่อจากครั้งที่แล้ว มีข้อสรุปเพียงว่า ถ้าไม่มี proved cost effective prevention ก็ไม่จ่าย และถึงอย่างไรจะต้องกันจำนวนเงิน 5 % ไว้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ

ข้อสังเกต : (ทีมเลขา) คิดว่าน่าจะมีการพูดถึงประเด็นนี้อย่างจริงจัง โดยความเห็นส่วนตัว เห็นด้วยในหลักการ แต่ ถ้าไม่สามารถจะทำอะไรได้ตอนนี้ ก็ไม่น่าจะกันเงินส่วนนี้เก็บไว้เฉยๆ เพราะไม่มีเหตุผลเพียงพอ โดยเฉพาะว่าถ้าเงินก้อนที่ 1-3 มีปัญหาไม่พอใช้

VI. **ก้อนที่ 5** เรื่องบริหารจัดการ และวิจัยพัฒนา ให้มีการแบ่งสัดส่วนของงานทั้งสองประเภทให้ชัดเจน เรื่องการบริหารจัดการนั้นเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารของแต่ละปี ค่าลงทุนที่ต้องใช้ในปีแรกไม่รวมอยู่ใน 14,000 ล้านบาท

ข้อสังเกต :

(กรรมการ) สัดส่วน 5% อาจจะมากเกินไป ในโครงการที่ยิ่งใหญ่สัดส่วนค่าใช้จ่ายบริหารจัดการจะยิ่งเล็กลง

(ทีมเลขา) สัดส่วน 5 % เป็นตัวเลขที่ทีมเลขากำหนดขึ้นมา น่าจะต้องปรึกษากับผู้วางระบบอีกครั้งเพื่อหาสัดส่วนเงินที่ใกล้เคียงความเป็นจริง ไม่เหลือหรือขาดมากไป

VII. **ก้อนที่ 6** เป็นเงินสำรองสำหรับกรณีก้อนที่ 1-3 ไม่พอ

VIII. เรื่อง HCFA มีความคิดเห็นที่ต่างกันระหว่างบทบาทหน้าที่ของ HCFA

- กลุ่มหนึ่งคิดว่า HCFA มีหน้าที่ในการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้บริหารกองทุนสุขภาพต่างๆ แต่ไม่ได้มีหน้าที่ในการตัดสินใจ ไม่ใช่ policy maker กำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ
- ส่วนอีกฝ่ายหนึ่งมีความเห็นว่า HCFA เป็น central body ที่จะทำหน้าที่จัดบริหารจัดการทุกๆ scheme โดยที่ตัวแทนแต่ละ scheme เข้ามาเป็นกรรมการของ Advisory Board ของ HCFA

IX. เรื่องการจ่ายร่วมจากผู้มีสิทธิ (contribution) แบ่งเป็น

1. copayment คือการจ่ายร่วมเมื่อใช้บริการ
2. co-capitation การจ่ายร่วมเมื่อเลือกสถานพยาบาล

หลักการที่สำคัญ คือ กสข. จะต้องเป็นผู้ดำเนินการต่อรองเกี่ยวกับอัตราและสิทธิประโยชน์กับสถานพยาบาล รับเงินจากผู้มีสิทธิและจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล (กรณี co-capitation)

ได้มีการอภิปรายอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับประเด็น copayment

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ copayment ให้เหตุผล

- เพื่อป้องกัน unnecessary use จากผู้มีสิทธิ แต่ยกเว้นกรณีโรคเรื้อรัง+ ผู้สูงอายุ
- การที่ทำให้รพ. 5 ดาวสนใจเข้าร่วมโครงการมากขึ้นซึ่งตอบสนองขรก.ชั้นผู้ใหญ่ที่เสี่ยงดัง

ผู้ที่ไม่เห็นด้วย ให้เหตุผล

- เรื่องของ equity ของการเข้าถึงบริการกรณีขรก.ผู้น้อย .
- เรื่องการ follow up case (ถ้าจ่ายแบบต่อ visit แต่การจ่ายต่อ episode จะแก้ปัญหานี้ได้ แต่มีปัญหาระบบการบริหารจัดการ),

- เหตุผลเรื่องในต่างจังหวัดที่ห่างไกล สถานพยาบาลแทบจะเป็น monopoly อยู่แล้ว การปฏิรูปไม่ได้ทำให้ขรก.กลุ่มนี้ได้รับประโยชน์มากขึ้น
- เหตุผลเรื่องดูเหมือนจะให้โอกาสสถานพยาบาลได้กำไรมากขึ้น (เหตุผลนี้แก้ไขได้โดยการปรับลดอัตราเหมาจ่ายต่อหัว)

โดยสรุปที่ประชุมมีความเห็นว่า ไม่ยอมรับการ copayment สำหรับผู้ป่วยนอก สำหรับกรณีผู้ป่วยในยังไม่พูดกันชัดเจน

ข้อสังเกต :

1. (ทีมเลขา) เนื่องจากผู้ที่เสนอประเด็นเรื่องการจ่ายร่วมคืออ.มัทนาไม่สามารถเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ได้ และมีกรรมการท่านอื่น ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมรวมทั้งสิ้น 7 ท่าน และประเด็นเรื่องที่ไม่เห็นด้วยส่วนหนึ่งจากอัตรา 50 บาทที่ทีมเลขาเสนอ อาจจะทำให้การพิจารณาประเด็นนี้ไม่รอบคอบเท่าที่ควรเป็น น่าจะนำกลับมาพิจารณาอีกครั้งถ้ามีกรรมการขอพิจารณาซ้ำ
2. (ทีมเลขา) มีความเห็นโดยส่วนตัวว่าการ copayment น่าจะดีกว่าการ co-capitation เพราะจะช่วยลดการใช้บริการที่ไม่จำเป็น การตอบสนองต่อการที่รพ.ขึ้นอัตราค่าแพงเข้าร่วมไม่น่ามีความแตกต่างกัน ทั้ง copayment และ co-capitation ในขณะที่ copayment ผู้ไม่ป่วยดูเหมือนไม่เสียประโยชน์ ผู้ที่ป่วยมากหรือเรื้อรังอาจจะต้องเสียประโยชน์ในปีแรกที่กสข.ยังขาดข้อมูล ซึ่งอาจจะมีการไล่แก้ไขอื่นเช่นถ้ามีการทดลองใช้ 6 เดือน ในปีงบประมาณ 41 แล้วทำการวิเคราะห์แยกกรณีเหล่านี้ออกมา ผู้มีสิทธิที่ป่วยเรื้อรังจะลำบากในช่วง 6 เดือนนั้น หรือใช้กลไกอื่นเข้าช่วย เช่นการลงทะเบียนจ่ายล่วงหน้าเป็นปีแทน
3. (ทีมเลขา)นอกจากนี้การกำหนด copayment เป็นต่อ episode โดยกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนเช่น 2 สัปดาห์ (เหมือนอย่างเวลารายงาน caseของรพ.รัฐ) จะช่วยแก้ปัญหาเรื่องการ lost follow up
4. (ทีมเลขา)การกำหนด copayment ไม่น่าจะต้องเท่ากันทุกระดับของสถานพยาบาล เงื่อนไข range ของการ copay กสข.สามารถกำหนดได้ rate copay ที่ต่างกันไม่ใช่กสข.กำหนด แต่เป็นการที่สถานพยาบาลยื่นข้อเสนอเข้ามา ถ้าเสนอ copay สูงก็มีโอกาสที่จะมีผู้มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลนั้นน้อยลง (แต่ก็ไม่แน่ คนไทยชอบคิดว่าของแพงจะมีคุณภาพดี) เป็นการปล่อยให้กลไกตลาดเข้ามามีส่วนร่วม ภายใต้การกำกับดูแลของกสข.

ภาคผนวกที่ 8

แผนปฏิบัติการสารสนเทศ
โครงการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

กันยายน 2540

รศ. นพ. สุชาติ สรรเสถียร
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สารบัญ

1. ความนำ.....	3
2. แผนปฏิบัติการในระยะวิกฤต.....	3
2.1 นิยามศัพท์.....	4
2.2 ระบบทะเบียนผู้มีสิทธิ.....	5
2.2.1 การลงทะเบียน.....	5
2.2.2 การลงข้อมูล.....	5
2.2.3 บัตรผู้มีสิทธิ.....	6
2.2.4 การแจกจ่ายบัตร.....	6
2.2.5 การปรับปรุงข้อมูลสถานะภาพผู้มีสิทธิ.....	6
2.2.6 การให้บริการฐานข้อมูลทะเบียน.....	7
2.3 ระบบทะเบียนและระบบการบันทึกในสถานพยาบาล.....	7
2.4 ระบบเวชระเบียนและการเชื่อมโยงฐานข้อมูลสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล.....	8
2.5 การตรวจสอบสถานะและสิทธิของผู้ใช้สิทธิ.....	9
2.6 การบันทึกการบริการที่ให้แก่ผู้ใช้สวัสดิการฯ.....	10
2.7 ระบบ point system.....	11
2.8 การประมวลผลข้อมูลจากแบบบันทึกการบริการ.....	12
2.9 มาตรฐานข้อมูล, ฐานข้อมูลอ้างอิง.....	13
2.10 ระบบการตรวจสอบข้อมูลบริการและการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล.....	14
2.11 แผนงานการตรวจสอบข้อมูล.....	15
2.12 ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลที่ใช้ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์.....	15
2.13 สำนักงานศูนย์ข้อมูลและแนวทางการดำเนินการ/และจัดการระบบข้อมูล.....	17

1. ความนำ

ระบบสารสนเทศเป็นปัจจัยหลักของการปฏิรูปฯ ระบบสารสนเทศเป็นเครื่องมือที่นำมาซึ่งฐานข้อมูลที่จะได้จากการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลที่ให้บริการในระบบสวัสดิการนี้ ฐานข้อมูลดังกล่าวถูกออกแบบให้สอดคล้องกับกระบวนการทำงานจึงเกิดประสิทธิภาพ ใช้ข้อมูลที่มีวิเคราะห์และมีนิยามที่ชัดเจน

ที่สำคัญที่สุดคือ ระบบที่นำเสนอนี้ใช้ชุดข้อมูลและโครงสร้างข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน เพื่อให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบบริการสาธารณสุขต่างๆ ซึ่งมีอยู่หลายระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาทิ ระบบข้อมูลของสำนักงานประกันสังคม ชุดข้อมูลการบริการโครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และชุดข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข เป็นต้น การมีมาตรฐานข้อมูลชุดเดียวกันจะลดภาระการทำข้อมูลสารสนเทศของสถานพยาบาลลงเป็นอย่างมาก ไม่เกิดความซ้ำซ้อนระหว่างระบบบริการต่างๆ สามารถใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทำงานสอดคล้องกันและเชื่อมโยงข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีเครือข่ายเดียวกัน จึงเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายต่างๆ และเพิ่มพูนประสิทธิภาพด้านสารสนเทศของสถานพยาบาลได้เป็นอย่างดี

หลักการออกแบบระบบสารสนเทศ เพื่อใช้เป็นแผนปฏิบัติการในการปฏิรูปฯ นี้ วางอยู่บนวิสัยทัศน์ที่ว่า เครือข่ายสถานพยาบาลของประเทศควรเป็น logical network เดียวกัน เชื่อมโยงข้อมูลจากสถานพยาบาลไปสู่ศูนย์ข้อมูลซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้รวบรวมข้อมูลจากทุกสถานพยาบาลเข้าด้วยกัน ศูนย์ข้อมูลจะบริหารและตรวจสอบข้อมูลเหล่านั้นแล้วจัดส่งชุดข้อมูลของแต่ละระบบบริการให้กับ health care purchaser แต่ละราย เช่น ข้อมูลระบบสวัสดิการข้าราชการให้แก่กรมบัญชีกลาง, ข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ประกันตน ระบบประกันสังคมให้แก่สำนักงานประกันสังคม, ข้อมูลระบบบริการบัตรประกันสุขภาพให้แก่สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

ระบบสารสนเทศนี้จะต้องสามารถรองรับการขยายฐานการบริการให้ครอบคลุมสถานพยาบาลในภาคเอกชนที่จะเข้ามามีส่วนในการให้บริการสาธารณสุขในอนาคต ขณะเดียวกันก็สามารถจะปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งอาจจะลดความหนาแน่นของการบริการในโรงพยาบาลไปเป็นการบริการตามสถานพยาบาลแบบปฐมภูมิรูปแบบใหม่ๆ ที่มีดำรงอยู่ หรือเพิ่มเติมความละเอียดของข้อมูลให้รองรับระบบการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคซับซ้อนในสถานพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์หรือศูนย์การแพทย์ต่างๆ ได้

2. แผนปฏิบัติการในระยะวิกฤต

วิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจในปัจจุบันทำให้แผนปฏิบัติการสารสนเทศฯ ซึ่งยังพิจารณาไม่แล้วเสร็จในชั้นรายละเอียดต้องปรับเปลี่ยนมารับสถานการณ์วิกฤตปี 2541 โดยเร็ว ความเร่งรัดของเวลาที่จะต้องดำเนินการ ลดมาเหลือเพียง 6-12 เดือน และมีการเตรียมการน้อยกว่า 2 เดือน ในขณะที่รูปแบบระบบบริการไม่ลงตัวหรือยังไม่สามารถกำหนดรายละเอียดให้ชัดเจนลงได้ ยังไม่มีหน่วยปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ, งบประมาณการจัดซื้อครุภัณฑ์และงบประมาณการดำเนินการยังไม่เป็นที่แน่นอน ทำให้ประเมินความเหมาะสมของเทคโนโลยีและแผนงานสารสนเทศที่จะใช้ยากยิ่งขึ้น

แม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น คณะกรรมการการปฏิรูปฯ มีความเห็นที่สอดคล้องกันว่าระบบสารสนเทศจะเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญต่อการปฏิรูป เมื่อมีวิกฤตการณ์ ยิ่งจะต้องรีบดำเนินการโดยเร็วเพื่อให้สามารถพัฒนามาใช้งานและรองรับแผนการใช้ข้อมูลเพื่อบริหารระบบ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนี้โดยเร็ว โดยมีข้อกำหนดของส่วนประกอบหลักๆ ที่สำคัญ อันได้แก่

1. ระบบทะเบียนผู้มีสิทธิ
2. ระบบทะเบียนและระบบการบันทึกในสถานพยาบาล
3. ระบบเครือข่ายข้อมูลและการเชื่อมโยงจากสถานพยาบาล
4. มาตรฐานข้อมูล, ฐานข้อมูลอ้างอิง
5. ระบบการตรวจสอบข้อมูลบริการและการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล
6. ระบบการเบิกจ่ายที่ใช้ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์
7. สำนักงานศูนย์ข้อมูลและแนวทางการดำเนินการ
8. ร่างแผนปฏิบัติการนี้ จะขอเสนอเป็นโครงร่างเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการปฏิรูปฯ เพื่อตัดสินใจจัดแผนปฏิบัติการระบบบริการในขั้นต้น แผนที่จะเป็นแผนใช้จริงในระยะยาวคงจะต้องมีการพิจารณาในโอกาสต่อไป เมื่อสามารถตกลงรายละเอียดของระบบบริการได้แล้ว
9. การเตรียมการของกรมบัญชีกลาง

การเปลี่ยนบทบาทของกรมบัญชีกลางจากฐานะเป็นผู้จ่ายเงินค่ารักษายาบาลมาเป็น Active purchaser โดยใช้โครงสร้างที่เสนอไว้ในแผนการปฏิรูปนี้ กรมบัญชีกลางต้องวางแผนการพัฒนาหน่วยงานระยะยาวขึ้นมารองรับอย่างไร ยังไม่สามารถกล่าวไว้ในที่นี้ แต่ในระยะเริ่มต้นของการปฏิรูปฯ และเพื่อวางแผนปฏิบัติการในระยะวิกฤตนี้ ร่างนี้จะเสนอแผนงานและแผนการเตรียมตัวจากการประเมินสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป โดยเน้นเฉพาะในเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับข้อมูลและสารสนเทศสอดคล้องกับหัวข้อต่างๆ โดยเฉพาะส่วนระบบการเบิกจ่ายที่ใช้ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และสำนักงานศูนย์ข้อมูลและแนวทางการดำเนินการ

2.1 นิยามศัพท์

ข้าราชการ	ข้าราชการ, ลูกจ้างประจำเงินงบประมาณ, ข้าราชการบำนาญ
ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการฯ	ตัวข้าราชการ, บิดา, มารดา, คู่สมรส, บุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ของข้าราชการตามนิยามข้างต้น
สถานพยาบาล	ในปีแรกนี้หมายถึง โรงพยาบาลระดับต่างๆ ในสังกัดราชการ ได้แก่ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, ทบวงมหาวิทยาลัย, กระทรวงมหาดไทย, กระทรวงกลาโหม, กรุงเทพมหานคร (นอกจากนี้ยังรวมถึงโรงพยาบาลในสังกัดของสภาการศึกษา หรือรัฐวิสาหกิจหรือองค์กรของรัฐที่ให้บริการสวัสดิการรักษายาบาลในระบบปัจจุบันได้เช่นเดียวกับโรงพยาบาลของรัฐ) ทั้งนี้ แผนงานอนาคตจะรวมถึงสถานพยาบาลของภาคเอกชนด้วย
สำนักงานข้อมูลฯ	สำนักงานข้อมูลระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระที่จะจัดตั้งขึ้นโดยกรมบัญชีกลางเป็นกรณีเฉพาะกิจตามแผนการปฏิรูปนี้ หรือเป็นหน่วยงานที่รับจ้างตามสัญญาที่ตกลงไว้กับกรมบัญชีกลาง มีหน้าที่รับผิดชอบการประมวลผลและการจัดการข้อมูลของระบบการบริการ

2.2 ระบบทะเบียนผู้มีสิทธิ

2.2.1 การลงทะเบียน

- **แบบลงทะเบียน** มีลักษณะตามตัวอย่างที่ (1) ในภาคผนวก โดยแบบ 1 แบบใช้กับข้าราชการ/ลูกจ้าง/บำนาญ 1 คน ผู้รับแบบจะเป็นผู้ให้ข้อมูลของผู้ร่วมมีสิทธิร่วมในครอบครัวของตน
- **การแจกจ่ายแบบ** ใช้ระบบสารบัญของราชการเป็นผู้แจกจ่ายไปตามส่วนราชการต้นสังกัด
- **การตรวจสอบรับรอง** กำหนดให้เป็นหน้าที่ของผู้บังคับบัญชาของข้าราชการผู้นั้น
- **การเก็บรวบรวม** ต้นสังกัดเป็นผู้รวบรวมแบบส่งคืนให้แก่กรมบัญชีกลาง ซึ่งจะส่งต่อไปกับหน่วยลงข้อมูลหรือผู้รับจ้างงานทะเบียนอีกต่อหนึ่ง

ประเด็นการพิจารณา

ข้อสิทธิได้ละสิทธิอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับสิทธิที่เกี่ยวกับส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจไว้ โดยถือว่าไม่พิจารณา เช่น การประกันสุขภาพกับเอกชน

เลขประจำตัวประชาชนเป็น cross reference index ที่สำคัญมาก แต่หากไม่มีการย้ายและบังคับให้ถึงที่สุดอาจได้ไม่ถึง 75% ของผู้มีสิทธิ

ข้อมูลที่อยู่เป็นการใช้ในการให้ข้อมูลและพิมพ์ข้อมูลพอสมควร ประโยชน์คือ จะได้รับการกระจายตัวของผู้มีสิทธิได้ละเอียดขึ้น หากบังคับให้แล้วรหัสไปรษณีย์จะช่วยให้การลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์มาก แต่อาจได้ไม่ครบ

ระยะเวลาทำงาน วงจรการส่งแบบไปข้าราชการ การลงข้อมูลและการรับแบบ ไม่ควรใช้เวลาเกิน 3 เดือน และใช้เวลาทยอยทำไม่เกิน 2 เดือน เพื่อให้มีโอกาสลงข้อมูลในเครื่องให้ทันใช้ในเมษายน 2541 ความเป็นไปได้ข้อนี้น่าเป็นห่วงมาก

ข้อมูลเลือกสถานพยาบาล ไม่ได้บรรจุไว้ การให้ระบบเหมาะสมจะต้องมีข้อมูลนี้พร้อม ซึ่งต้องใช้เวลาในการเตรียมข้อมูลสถานพยาบาลและประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการทราบก่อน ซึ่งคงใช้เวลา 2-3 เดือน จึงจะเริ่มแจกได้ หากมีการเลือกสถานพยาบาล ข้าราชการผู้มีสิทธิจะเป็นผู้เลือกสถานพยาบาลแทนให้กับคู่สมรส บิดา มารดาและบุตร เพื่อรับระยะเวลาการส่งคืนแบบลงทะเบียนโดยเร็ว

หากระยะเวลาขั้นต้นทำไม่ได้และเห็นสมควรลงทะเบียนผู้มีสิทธิทั่วประเทศ เพื่อใช้ในแผนระยะยาวก็เห็นสมควรว่าน่าจะดำเนินการตั้งแต่ต้นปี 2541 เป็นต้น

2.2.2 การลงข้อมูล

ประเมินสมรรถนะที่ 100 วันทำการ ต้องบันทึกให้ได้กว่า 60,000 รายการต่อวัน

ประเด็นการพิจารณา

จ้างเหมาการลงทะเบียนทั้งหมดหรือจะจ้างเฉพาะส่วนการลงข้อมูลเท่านั้น การว่าจ้างทำได้ยากเพราะยังไม่สามารถประเมินปริมาณงานได้ในขณะนี้ ผู้รับจ้างจะรู้สึกเสี่ยงข้อมูลและความยากง่ายขึ้นกับการออกแบบลงทะเบียนและขบวนการเก็บรวบรวมแบบดังกล่าวมาอย่างรุนแรงมา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมได้ยาก

อาจพิจารณาแบบฟอร์มที่สามารถอ่านด้วยเครื่องอ่านอัตโนมัติ เช่น Barcoded Document Reader และ Optical Mark Reader ซึ่งผู้ให้ข้อมูลต้องระบายดินสอลงในช่องที่กำหนด แต่ต้องขึ้นกับผู้รับจ้างว่าจะมีความสามารถดำเนินการได้เร็วหรือไม่และค่าใช้จ่ายจะคุ้มหรือไม่

การเชื่อมโยงข้อมูลจากสำนักงานทะเบียนราษฎร เชื่อว่าจะยุ่งยากกว่าการพิมพ์เอง

การใช้ข้อมูลจาก กบข. ยังไม่ทราบรายละเอียดพอที่จะประเมินความคุ้มค่า ข้อมูลชุดนี้มีมากกว่าของ กบข. มาก

ระบบนี้เชื่อมโยงกับระบบออกบัตรด้วย หากจ้างเหมาการลงข้อมูลเชื่อว่าต้องพิจารณาจ้างพิมพ์บัตรประจำตัวผู้มีสิทธิ (หรือบัตรรับรองสิทธิ) และขบวนการแจกจ่ายบัตรพร้อมกันไปด้วย

2.2.3 บัตรผู้มีสิทธิ

รูปแบบและคุณสมบัติของบัตร เป็นบัตรกระดาษที่เคลือบพลาสติก มีขนาดบัตรเท่ากับบัตรเครดิตมาตรฐาน กำหนดให้มีอายุใช้งานประมาณ 3-5 ปี เพื่อประหยัดต้นทุนการออกบัตรทุกปี บัตรจะถูกใช้เพื่อเป็นสื่อที่มีชื่อและเลขประจำตัวที่อำนวยความสะดวกในการใช้ตรวจสอบเบื้องต้นที่สถานพยาบาลได้สะดวกเท่านั้น สิทธิที่แท้จริง (ในระบบที่แล้วเสร็จ) จะตรวจสอบสิทธิผู้ถือบัตรได้จากสถานพยาบาลที่ให้บริการโดยตรงโดยใช้คอมพิวเตอร์ตรวจกับฐานข้อมูลทะเบียนหรือผ่านเครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์ไปยังศูนย์ข้อมูล

การพิมพ์บัตร ใช้เวลาประมาณ 3-4 เดือน และต้องทำงานสัมพันธ์กับการลงข้อมูล จึงจะทันการ หากตั้งเป้าเริ่มใช้งานไว้ที่เดือนเมษายน 2541

ประเด็นการพิจารณา

อาจพิจารณาให้สถานพยาบาลเป็นผู้พิมพ์บัตรประจำตัวผู้ป่วยที่มีข้อมูลทะเบียนสวัสดิการฯ แล้วใช้เป็นบัตรประจำตัวของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ให้กับผู้มาใช้สิทธิในช่วงปีแรกนี้แทน ข้อนี้สัมพันธ์กับขั้นตอนการแจกจ่ายบัตรข้างล่าง

2.2.4 การแจกจ่ายบัตร

จ่ายบัตรไปยังส่วนราชการต้นสังกัดของผู้มีสิทธิ บัตรของสมาชิกในครอบครัวให้เป็นภาระการแจกจ่ายของตัวข้าราชการผู้นั้นจัดส่งเอง

ประเด็นการพิจารณา

การแจกจ่ายบัตรของสมาชิกในครอบครัวอาจไม่จำเป็น สมาชิกในครอบครัวนั้นสามารถไปรับที่สถานพยาบาลแทนได้ หากเลือกวิธีให้สถานพยาบาลเป็นผู้พิมพ์บัตร ผู้มีสิทธิ

หมายเหตุ ประเด็นการพิมพ์บัตรนี้มีภาระค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง และขั้นตอนการแจกจ่ายก็จะมีปัญหาว่าต้องใช้เวลานานกว่าจะถึงตัวผู้ใช้สิทธิ อาจจะมีการสูญหาย หรือข้อผิดพลาดต่างๆ มากมาย หากเร่งทำ ประมาณไว้ว่าที่ต้นทุนค่าบัตร (ไม่รวมการลงทะเบียนและการลงข้อมูล) บัตรละ 4 บาท ก็จะเป็นค่าใช้จ่ายประมาณ 28 ล้านบาท ระบบบริการที่จะเลือกมีความจำเป็นในการใช้บัตรสิทธิแสดงสิทธินี้ไม่เท่ากัน การตัดสินใจเรื่องนี้จะเกี่ยวข้องกับการเลือกแบบระบบบริการอย่างมาก ระบบเหมาจ่ายอาจจะมีผลต่อสถานพยาบาลที่อยากจะตรวจสอบสิทธิและการเลือกสถานพยาบาลให้แน่ใจ มากกว่าระบบ point system เป็นต้น

2.2.5 การปรับปรุงข้อมูลสถานะภาพผู้มีสิทธิ

ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิจะต้องดูแลโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบการลงทะเบียน, ลงข้อมูล เป็นหลัก และฐานข้อมูลนี้จะต้องมีความต่อเนื่อง ประเด็นพิจารณาที่จะจ้างเหมาทำข้อมูลจะต้องระบุนานนี้ไว้อย่างชัดเจน และในขั้นตอนนี้จะต้องดูแลอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป

การขึ้นทะเบียนใหม่ ทำได้ทุกเดือนโดยใช้ระบบงานลงทะเบียนข้างต้น รอบระยะการบรรจุเข้ารับราชการอาจจะมียุทธศาสตร์มากกว่าปกติ แต่เชื่อว่าไม่มากเพราะมีการควบคุมการเพิ่มปริมาณ ข้าราชการอยู่

การมีคู่สมรส, บุตร ให้ข้าราชการรายงาน (ตามแบบลงทะเบียน) ผ่านการรับรองโดยผู้บังคับบัญชาตามวิธีการลงทะเบียนปกติ

กรณีบุตรบรรลุนิติภาวะ สามารถปรับปรุงข้อมูลได้โดยใช้อายุของบุตรได้

การลาออกจากราชการ กำหนดให้การจัดส่งข้อมูลไว้ในระเบียบการทำงานของหน่วยงานต้นสังกัดให้จัดส่งรายชื่อ ข.ร.ก. หรือลูกจ้างที่ออกจากราชการไปยังศูนย์ข้อมูลฯ ซึ่งสิทธิจะหมดไป หรืออาจจะเปลี่ยนไปนานาก็ได้

การเสียชีวิต หน่วยงานต้นสังกัดเป็นผู้รายงานตามข้อข้างต้น กรณีการเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว กำหนดให้มีระเบียบให้ ข.ร.ก. เป็นผู้รายงานผ่านหน่วยงานต้นสังกัด เช่นกัน อาจมีปัญหากการไม่รายงานได้ในกรณี ผู้เสียชีวิตเป็นบุคคลในครอบครัว แต่จะมีผลเสียต่อระบบบริการเพียงเล็กน้อย

การหย่า กำหนดให้เป็นหน้าที่ของ ข.ร.ก. รายงานผ่านหน่วยราชการต้นสังกัด อาจมีปัญหากการไม่รายงานได้บ้าง

การปรับปรุงข้อมูล (หรือการต่ออายุสิทธิ) กำหนดให้มีการส่งแบบยืนยัน/ปรับปรุงข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ (แบบคล้ายแบบลงทะเบียน) โดยข้าราชการเป็นผู้ให้ข้อมูลสถานะภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัวทุก 5 ปี ขบวนการปรับปรุงข้อมูลจะจัดให้มีการส่งแบบปรับปรุงนี้เป็นผลัดๆ เช่น ปีละ 4 ครั้ง ดังนั้นในแต่ละผลัดจะมีการส่งแบบให้ ข.ร.ก. ประมาณ 100,000 คน เป็นต้น เพื่อกระจายงานการทำให้ทะเบียนไม่ให้เกิดจุดติด การเริ่มต้นของวงจรการปรับปรุงข้อมูลน่าจะเริ่มได้ในย่างปีที่ 3 ของระบบงาน ทั้งนี้ในรอบแรกของการปรับปรุงข้อมูล บางส่วนจะทำก่อน ตั้งแต่เริ่มปีที่ 3 และบางส่วนปรับปรุงข้อมูลปีที่ 7 แต่หลังจากนั้นจะเข้าวงจรปกติทุกๆ 5 ปีได้

2.2.6 การให้บริการฐานข้อมูลทะเบียน

ฐานข้อมูลทะเบียนถูกใช้ในระบบบริการที่สถานพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ รายละเอียดจะกล่าวไว้ในส่วนต่อไป

สำนักงานข้อมูลฯ หรือ หน่วยงานประสานระบบการบริการรักษายาบาล ที่กรมบัญชีกลางควรจะต้องจัดตั้งขึ้น มารับผิดชอบงานนี้มีส่วนต้องใช้ฐานข้อมูลเพื่อให้บริการผู้ใช้สิทธิที่อาจจะมีความยุ่งยากในการใช้บริการ หรือตอบข้อสงสัย หรือตรวจสอบสถานะภาพเมื่อผู้มีสิทธิสอบถามมา แนวทางการให้บริการฐานข้อมูลที่วางแผนไว้คือ

การปรับปรุงทะเบียนผู้มีสิทธิ สถานพยาบาลจะได้รับข้อมูลเพื่อใช้ที่ปรับปรุงฐานข้อมูลทะเบียนเพื่อใช้ตรวจสอบผู้ใช้บริการในสถานพยาบาลผ่านระบบเครือข่ายได้อย่างทั่วถึง โดยควรจะมีขีดความสามารถรองรับการใช้งานรับส่งกับทุกสถานพยาบาลอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

บริการ on-line ในระบบที่สมบูรณ์ สำนักงานข้อมูลฯ จะสามารถให้บริการตรวจสอบสิทธิผู้ขอใช้บริการ ในลักษณะ on-line ผ่านระบบเครือข่าย Internet ได้

บริการทางโทรศัพท์ การให้บริการสอบถามสิทธิทางโทรศัพท์ตามแบบของบริการบัตรเครดิตสามารถทำได้ แต่จะมีต้นทุนการให้บริการค่อนข้างสูง ควรจะพัฒนาระบบตอบรับโทรศัพท์แบบอัตโนมัติ โดยผู้สอบถามใช้การกดปุ่มบอกบริการที่ต้องการและให้เลขประจำตัวของผู้รับบริการแทนการคุยกับเจ้าหน้าที่ได้

บริการทางโทรสาร การสอบถามสิทธิผู้ใช้บริการผู้ป่วยใน ซึ่งมีปริมาณและความเร่งรัดทางเวลาน้อยกว่ากรณีบริการผู้ป่วยนอก สามารถทำได้ผ่านการใช้โทรสารสอบถามไปยังสำนักงานข้อมูลฯ และค่าใช้จ่ายของบริการนี้จะน้อยกว่าการตอบรับทางโทรศัพท์

2.3 ระบบทะเบียนและระบบการบันทึกในสถานพยาบาล

ความต้องการหลักของระบบข้อมูลในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับแผนงานนี้มีอยู่ 3 ประการ คือ

2. ระบบเวชระเบียนที่เชื่อมโยงได้กับฐานข้อมูลสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล
3. การตรวจสอบสถานะและสิทธิของผู้ใช้สวัสดิการ
4. การบันทึกการบริการที่ให้แก่ผู้ใช้สวัสดิการ

สมมติฐานที่สำคัญในแผนปฏิบัติการนี้ใช้ คือ

โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกโรงพยาบาล (92 แห่ง) และโรงพยาบาลขนาดกลางทั่วไปของหน่วยงานราชการอื่นๆ เช่น กทม. กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม และทบวงมหาวิทยาลัย สามารถจัดหาคอมพิวเตอร์ เพื่อใช้ในงานนี้ได้เอง แผนงานสารสนเทศนี้จะสนับสนุนโปรแกรมการบันทึกข้อมูลมาตรฐาน และจัดพร้อมการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมแก่เจ้าหน้าที่ของรพ. เพื่อบันทึกการบริการผู้ป่วยที่ใช้สวัสดิการฯ ได้

ในปีแรกนี้เฉพาะสถานพยาบาลภาครัฐเท่านั้นที่จะให้บริการสวัสดิการฯ ระบบนี้จะยังได้รวมเรื่องการเบิกค่ารักษาผู้ป่วยใน 3,000 บาทต่อการนอนป่วย 1 ครั้ง ในสถานพยาบาลภาคเอกชน ที่ปัจจุบันสามารถเบิกคืนได้ไว้ในแผน

2.4 ระบบเวชระเบียนและการเชื่อมโยงฐานข้อมูลสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล

โปรแกรมมาตรฐานที่แผนงานนี้สนับสนุนคือ โปรแกรม STAT Version 2.6 ซึ่งรับรองโดยกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข โปรแกรมจะมีส่วนเชื่อมโยงฐานทะเบียนผู้ป่วยเข้ากับฐานข้อมูลผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพประเภทต่างๆ ซึ่งสวัสดิการฯ นี้ เป็นหนึ่งในสิทธิเหล่านี้ โรงพยาบาลที่มีโปรแกรมเวชระเบียนในที่ใช้งานได้อยู่ ต้องเพิ่มส่วนเชื่อมโยงเพื่อดึงข้อมูลอ้างอิงจากฐานข้อมูลทะเบียนสวัสดิการฯ

วัตถุประสงค์หลักของการเชื่อมโยงทะเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลเข้ากับฐานข้อมูลทะเบียนสวัสดิการฯ คือ การได้เลขประจำตัวประชาชน ไว้ใช้อ้างอิงการใช้บริการของผู้ใช้บริการ อย่างน้อยที่สุดจะต้องใช้ได้ในทุกสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลทั่วไปขึ้นไป อีกจังหวะหนึ่งในการตรวจสอบสิทธิคือขั้นตอนการชำระค่าบริการ โดยจะมีการเชื่อมโยงกับระบบ Billing ที่จะกล่าวต่อไป

ประมาณ 40% ของโรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป (ซึ่งต่อไปจะเรียกว่า รพท.) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบทะเบียนผู้ป่วยที่บันทึกด้วยคอมพิวเตอร์ใช้แล้ว แผนงานนี้ต้องการให้ รพท. ทุกแห่งใช้คอมพิวเตอร์ในงานเวชระเบียน เชื่อว่าจะสามารถติดตั้งและใช้ปฏิบัติงานได้ทุกโรงพยาบาล ภายในเวลา 2 ปี ความพร้อมของโรงพยาบาลของส่วนราชการอื่นๆ ยังไม่ทราบชัด แต่ประเมินว่าคงไม่แตกต่างจากสถานภาพของรพท. นัก ดังนั้นจึงควรกำหนดได้ว่า รพท. ในภาครัฐจะสามารถพัฒนาโปรแกรมเวชระเบียนผู้ป่วยที่สามารถเชื่อมโยงกับข้อมูลทะเบียนผู้มีสิทธิรับสวัสดิการได้ทุกแห่งภายใน 2 ปีข้างหน้า หากโรงพยาบาลใดไม่สามารถจัดหาโปรแกรมเวชระเบียนได้ แผนงานนี้จะสนับสนุนโปรแกรมมาตรฐานให้โดยโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเฉพาะด้านการบำรุงรักษาเท่านั้น

การขยายระบบเวชระเบียนไปยังสถานพยาบาลเอกชนจะเริ่มได้ในปีต่อ ๆ ไป ความพร้อมของสถานพยาบาลภาคเอกชนจะมีมากกว่าในภาครัฐ และเชื่อว่าส่วนใหญ่จะมีระบบเวชระเบียนที่ใช้คอมพิวเตอร์แล้ว การปรับปรุงฐานข้อมูลให้มี standard interface ที่สถานพยาบาลที่มีโปรแกรมของตัวเองสามารถติดต่อเพื่อดึงข้อมูลจากทะเบียนได้ จะเป็นงานการพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่สำคัญ

2.5 การตรวจสอบสถานะและสิทธิของผู้ใช้สิทธิ

แบ่งออกเป็น 2 ระบบ คือ ระบบผู้ป่วยใน และระบบผู้ป่วยนอก

2.5.1 ระบบผู้ป่วยใน

รายละเอียดบางส่วนให้ดูใน "(ร่าง) การจ่ายค่ารักษายาบาลผู้ป่วยในของสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups)" โดยนายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัย ในส่วนถัดไปของชุดเอกสารนี้

ในระยะแรกจะปรับปรุงระเบียบการส่งตัวจากต้นสังกัดให้รวดเร็วขึ้น ปรับปรุงแบบการส่งตัวจากต้นสังกัดให้แทนแบบเดิม น่าจะสามารถกำหนดให้หน่วยงานต้นสังกัดส่งสำเนาโดยทางโทรสารไปยังสำนักงานข้อมูลฯ อีกต่อหนึ่งได้ สถานพยาบาลยังคงใช้แบบส่งตัวเป็นหลักฐานสำคัญ แต่เมื่อมีข้อสงสัยจะสามารถสอบถามยืนยันไปยังสำนักงานข้อมูลฯ ได้ (ดู "การให้บริการฐานข้อมูลทะเบียน - การบริการแบบต่าง ๆ" ข้างบน) ในปีต่อไปควรเปลี่ยนวิธีการส่งแบบโดยนอกจากจะให้ผู้ใช้สิทธิคือ แบบไปใช้ที่สถานพยาบาลโดยตรงแล้ว

2.5.2 ระบบผู้ป่วยนอก

การตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการผู้ป่วยนอกถือเป็นหัวใจและตัดสินใจความความยากง่ายในการออกแบบระบบระหว่างระบบเหมาจ่ายกับระบบ point system

กลไกในการตรวจสอบสิทธิในช่วงปีแรกนี้ ไม่สามารถใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เพราะระบบฐานข้อมูลต่างๆ ยังไม่พร้อม ระบบเครือข่ายเพิ่งเริ่มต้น และสถานพยาบาลเองยังขาดประสบการณ์ แผนงานสารสนเทศนี้ตั้งเป้าหมายให้ชัดเจนว่าสถานพยาบาลจะใช้เทคโนโลยีสารสนเทศนี้ในระบบบริการ การตัดสินใจใช้เทคโนโลยีใดเทคโนโลยีหนึ่ง จะต้องมีการคำนึงถึงความต่อเนื่อง เพราะการพัฒนาต้องใช้เวลานานหลายปี ลงทุนมาก แผนงานระยะสั้นใดๆ ที่ไม่สอดคล้องหรือเป้าหมายการพัฒนาเบี่ยงเบนไป จะทำให้การลงทุนสูญเปล่า และเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของการปฏิรูปเสียด้วยซ้ำ

ระบบทั้ง 2 ที่จะใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยไม่ต้องชำระค่าบริการ สถานพยาบาลต้องตรวจสอบสถานะภาพและสิทธิของผู้ขอใช้ สวัสดิการให้แน่ใจ เพื่อไม่ให้เสี่ยงต่อการแอบอ้างใช้สิทธิ

ในระบบเหมาจ่าย ภาระค่าใช้จ่ายจะตกแก่สถานพยาบาล ดังนั้น สถานพยาบาลจึงต้องการหลักประกันที่ดีว่าสถานพยาบาลสามารถตรวจสอบสิทธิของผู้ใช้บริการได้จริง กรมบัญชีกลางมีความกังวลน้อยกว่าในกรณี point system

ในกรณีระบบ point system กรมบัญชีกลางต้องการหลักประกันว่า รายงานการให้บริการหรือรายการเบิก เชื่อถือได้ปลอดจากการแอบอ้างของผู้รับบริการที่ไม่มีสิทธิ หรือจากความไม่รัดกุมในการตรวจสอบสิทธิ หรือเจตนาในการทุจริตที่ส่งรายการเบิกที่เป็นเท็จ

จากการประเมินสถานการณ์ขณะนี้ การเลือกระบบเหมาจ่ายหรือระบบ point system ในบริการผู้ป่วยนอก มีความแตกต่างในการจัดทำระบบตรวจสอบสิทธิผู้ให้บริการ ยังไม่สามารถกำหนดแผนที่ใช้กับระบบทั้ง 2 ระบบ ตั้งแต่ต้น และยังคงมีความต่อเนื่องในการพัฒนาไปสู่แผนระยะยาวได้อย่างคล่องจง

ดังนั้น แนวทางการตรวจสอบสิทธิในบริการผู้ป่วยนอกที่พอเป็นไปได้ในระยะแรกควรเป็นดังนี้

ก่อนการตรวจ ตรวจสอบบัตรประจำตัวผู้มีสิทธิตามความเหมาะสมของจังหวัดงาน ตามแต่สถานพยาบาลจะเห็นสมควร

ระหว่างตรวจ หากเลือกระบบเหมาจ่าย คงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบเพิ่มเติม

หากเลือกระบบ point system ควรมีแบบบันทึกการใช้บริการผู้ป่วยนอก (กล่าวละเอียดในตอนต่อไป -- การบันทึกการใช้บริการ) ผู้ใช้บริการลงนามเป็นหลักฐานการใช้บริการ นับเป็นการตรวจสอบวิธีหนึ่งได้

เมื่อชำระค่ารักษาหรือก่อนซื้อยาหรือตรวจขั้นสุด สถานพยาบาลจัดระบบไหลเวียนผู้ป่วย โดยกำหนดให้ผู้ซื้อสิทธิฯ จะต้องแสดงบัตรประจำตัวให้แก่เจ้าหน้าที่ตรวจสอบที่จุดเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล ที่จุดนี้จะมีโปรแกรมบันทึกการใช้บริการ (โปรแกรม Billing) ซึ่งสามารถใช้ตรวจสอบสถานะภาพของสิทธิของผู้ใช้จากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์และเครือข่ายได้

ภายหลังการตัดสินใจเลือกระบบใดระบบหนึ่งแล้ว ควรทำการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบตรวจสอบสิทธิผู้ใช้บริการที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยผ่านเครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์มารองรับ เป็นโครงการนำร่อง/วิจัย ในรพ.บางแห่ง เช่น รพค. 1-2 แห่ง โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยอีก 1-2 แห่ง เพื่อเร่งพัฒนาเทคโนโลยีนี้มาใช้กันในปีถัดไปโดยเร็ว

2.6 การบันทึกการใช้บริการที่ให้แก่ผู้ใช้สวัสดิการฯ

บริการที่ให้แก่ผู้ป่วยถือเป็นข้อมูลที่สำคัญที่จะนำไปวิเคราะห์วิจัยระบบบริการ ความละเอียดหรือความซับซ้อนของข้อมูลขึ้นอยู่กับขีดความสามารถของระบบสารสนเทศที่ใช้ การปฏิรูปนี้ประสงค์ที่จะได้ระบบการบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีการบริหารระบบที่อาศัยข้อมูลและการวิเคราะห์และวางแผนเป็นอย่างดี จึงจำเป็นต้องมีระบบข้อมูลที่ให้รายละเอียดของการบริการในสถานพยาบาลเพียงพอ ทั้งนี้ ระบบนี้จะต้องสามารถปฏิบัติได้จริงและใช้ต้นทุนการบริหารจัดการที่ไม่สูงเกินไป

การบันทึกข้อมูลการบริการที่เกิดขึ้นจะต้องเปลี่ยนจากระบบจดบันทึกบนกระดาษมาเป็นบันทึกข้อมูลแบบอิเล็กทรอนิกส์ให้มากที่สุด โปรแกรมมาตรฐานที่สามารถใช้ในแผนงานนี้คือ โปรแกรม Billing ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งมีประวัติใช้งานมากกว่า 5 ปีและมีการสนับสนุนให้ใช้ในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกว่า 40 แห่งแล้ว

2.6.1 ระบบผู้ป่วยใน

สำหรับแผนงานของระบบผู้ป่วยใน ให้ดูในเอกสาร "(ร่าง) การจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups)" โดยนายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรธนากรินทัย ในส่วนถัดไปของชุดเอกสารนี้

2.6.2 ระบบผู้ป่วยนอก

ระบบเหมาจ่าย หรือระบบ point system มีข้อแตกต่างตามรายละเอียดข้างล่าง

ระบบเหมาจ่าย

ในระยะต้นของการปฏิรูปฯ ควรมีการบันทึกการใช้บริการผู้ป่วยนอกเป็นรายงานรายยอดต่อวันของ: (* ดูตัวอย่างรายงานในภาคผนวก)

จำนวนผู้ใช้บริการแยกประเภท

ค่าใช้จ่ายรวมแยกหมวด

โดยใช้หลักการของโปรแกรมบันทึกสรุปการบริการผู้ป่วยนอก ที่สำนักงานประกันสังคมใช้อยู่เป็นแบบอย่างแล้วเพิ่มเติมระบบควบคุมความถูกต้องของข้อมูลเพื่อหลีกเลี่ยงข้อผิดพลาดของการบันทึก

ระบบนี้จะมีจุดอ่อนที่สถานพยาบาลไม่มีแรงจูงใจในการจัดทำระบบบันทึกการบริการที่ละเอียดพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานพยาบาลของรัฐ เนื่องจากต้นทุนการจัดทำข้อมูลการบริการรายย่อยสูง และโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการในสถานพยาบาลยังปรับตัวไม่ทันเป็นส่วนใหญ่ การเหมาจ่ายทำให้ผลของการรายงานการให้บริการมีความหมายต่อการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลน้อยมาก

ประสบการณ์จากระบบของสำนักงานประกันสังคม สถานพยาบาลส่งข้อมูลสรุปการบริการผู้ป่วยนอกเพียง 30% เท่านั้น แต่เมื่อสำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินเพิ่มเติมแก่สถานพยาบาล 30 บาท/ราย เมื่อส่งรายงาน และอีก 0-70 บาท/ราย ตามลำดับ percentile ของอัตราการใช้บริการ (ในขณะที่อัตราเหมาจ่ายเท่ากับ 800 บาท/ราย) สถานพยาบาลร่วมมือในการส่งข้อมูลเพิ่มขึ้นเป็น 70-80%

ดังนั้นจึงควรพิจารณามาตรการจูงใจในลักษณะที่คล้ายคลึงกับที่สำนักงานประกันสังคมทำ

2.7 ระบบ point system

แม้ว่าจะไม่ได้รับการคัดเลือกจากคณะกรรมการการปฏิรูปฯ ให้เป็นระบบที่จะใช้ในการปฏิรูปฯ ช่วงแรกนี้ก็ตาม แต่ระบบ point system ได้รับความสนใจในการพิจารณาใกล้เคียงกับระบบเหมาจ่ายมาก ข้อขัดข้องหลักคือ ระบบนี้ต้องอาศัยข้อมูลที่มีธุรกรรมสูงมาก กรรมการไม่เชื่อว่าจะสามารถพัฒนาขึ้นมาใช้งานได้จริง แต่หากพิจารณาในระยะยาว ระบบนี้จะสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข มากกว่าระบบเหมาจ่าย กรรมการหลายท่านก็ยอมรับแนวทางที่อาจจะพัฒนาระบบ point system ขึ้นมาใช้ในแผนระยะยาวได้ จึงขอเสนอรายละเอียดของแนวทางนี้เพิ่มเติมไว้ ณ ที่นี้ เพื่อให้แผนปฏิบัติการนี้มีตัวเลือกที่เพียงพอแก่การพัฒนา ระบบสารสนเทศที่จะมีอย่างต่อเนื่องในระยะ 2-3 ปีแรกนี้

ข้อดี:

- ระบบจะได้การบริการที่ละเอียดเพื่อใช้ในการบริหารงานและวิเคราะห์ระบบ เนื่องจากสถานพยาบาลจะต้องบันทึกการบริการผู้ป่วยนอกตามข้อกำหนดทุกธุรกรรม จึงจะได้รับการจ่ายคืนค่าบริการจากกรมบัญชีกลางได้ จึงเชื่อได้ทุกสถานพยาบาลจะต้องส่งข้อมูลครบถ้วนแน่
- สามารถขยายการให้บริการผู้ป่วยนอกได้ง่ายกว่าระบบเหมาจ่าย เพราะไม่มีกระบวนการเลือกสถานพยาบาล
- ผู้ใช้บริการมีอิสระในการเลือกสถานพยาบาล (อาจถือเป็นข้อเสียในบางทัศนะ)

ข้อเสีย:

- วิธีการซับซ้อนยังไม่เคยปฏิบัติกันในสถานพยาบาล
- ปริมาณข้อมูลที่สูงมาก (ปริมาณกว่า 14 ล้านธุรกรรมต่อปี)
- เทคนิคการจัดการข้อมูลที่สำนักงานข้อมูลฯ ยังไม่ได้รับการพิสูจน์

หลักการสำคัญของระบบนี้คือ การใช้แบบบันทึกการบริการ (ดูแบบบันทึกการบริการผู้ป่วยนอกในภาคผนวก #) บันทึกการบริการผู้ป่วยนอกทุกราย บริการแต่ละประเภทจะมีแต่มีมาตรฐานกำหนดไว้แทนราคาค่าบริการ แต่มีมาตรฐานนี้จะจัดทำขึ้นและควบคุมโดยสำนักงานข้อมูลฯ และมีการควบคุมค่าใช้จ่ายโดยกำหนดเพดานรวมงบประมาณค่ารักษาพยาบาล (Global Budget Capping)

การบันทึกบริการ

แพทย์ผู้ให้การรักษาจะกรอกข้อมูลการบริการที่ให้งในแบบบันทึก พร้อมลงนามเป็นหลักฐาน ผู้รับบริการจะต้องให้ข้อมูลเลขประจำตัวผู้มีสิทธิ และลงนามไว้เป็นหลักฐานเช่นเดียวกัน หลังจากนั้นผู้รับบริการจะใช้แบบบันทึกนี้ยื่น

ให้แก่เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเพื่อรับบริการ เช่น รับยาหรือตรวจชั้นสูตร เป็นต้น จุดที่จะรับแบบบันทึกคือจุดรับเงินในสถานพยาบาล ที่จุดนี้จะมีเครื่องคอมพิวเตอร์พร้อมโปรแกรม Billing ใช้บันทึกข้อมูลจากแบบบันทึก ผู้รับบริการอาจจะต้องชำระค่ารักษาส่วนที่เบิกไม่ได้หรือส่วนที่ต้องร่วมจ่าย (Co-pay) สถานพยาบาลสามารถกำหนดมาตรการตรวจสอบสิทธิอย่างละเอียด โดยอาศัยข้อมูลจากคอมพิวเตอร์เครื่องนี้ที่จะเชื่อมโยงกับเครือข่ายในการดึงข้อมูลจากฐานทะเบียนผู้มีสิทธิได้ในอนาคต

ข้อมูลจากเครื่องบันทึกการบริการนี้จะถูกรวบรวมด้วยกระบวนการทางอิเล็กทรอนิกส์แล้วส่งต่อไปยังศูนย์ข้อมูลโดยผ่านเครือข่าย Internet ที่ระบบจัดไว้ได้ทุกวัน หรืออาจจะถี่หรือห่างกว่านั้นแล้วแต่ความสะดวกของระบบเครือข่าย

ในกรณีที่สถานพยาบาลขนาดเล็กไม่สามารถมีเครื่องคอมพิวเตอร์และระบบเครือข่ายได้ ในระยะต้นก็สามารถที่จะส่งแบบบันทึกนี้ทางไปรษณีย์ ในระยะยาว เช่น 5 ปีขึ้นไป เชื่อว่าราคาของคอมพิวเตอร์จะต่ำลงมากจนกระทั่งสามารถใช้ในทุกสถานพยาบาล

การกำหนดประเภทการบริการที่จะบันทึกให้ง่ายและมีเต็มมาตรฐานที่สัมพันธ์กับการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลที่น่าเชื่อถือเป็นประเด็นที่สำคัญที่สุดของความน่าเชื่อถือของระบบสารสนเทศ จะต้องมีการพัฒนาระบบนี้อีกนานพอสมควร ตัวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการพัฒนามาตรฐานข้อมูลชนิดนี้ เรียกว่าระบบ Ambulatory Patient Groups (APGs) มาตั้งแต่ปี 1990 ปัจจุบันได้พัฒนาถึง version 2 แล้ว และยังคงมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Design and Evaluation of a Prospective Payment System for Hospital Based Outpatient Care, Final Report November 30, 1995; 3M Health Information Systems)

2.8 การประมวลผลข้อมูลจากแบบบันทึกการบริการ

ระบบสามารถได้ข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอกได้ 2 วิธี

สถานพยาบาลเป็นผู้บันทึกข้อมูล โดยใช้โปรแกรม Billing ที่ปรับปรุงเพื่อใช้ในงานนี้ บันทึกจากแบบบันทึกที่รวบรวมมาทุกวัน (batch) หรือทำการป้อนข้อมูลที่เครื่องคิดเงินในจังหวะการทำงานปกติโดยตรง (real time) ข้อมูลจะส่งเป็นงวดๆ ผ่านระบบเครือข่าย แบบบันทึกให้ทางสถานพยาบาลเก็บรักษาไว้เป็นหลักฐานไว้สำหรับตรวจสอบ

สถานพยาบาลส่งแบบบันทึกไปยังสำนักงานข้อมูลฯ สถานพยาบาลรวบรวมแบบบันทึกการพยาบาล จัดทำรายงานสรุปยอดประจำวันโดยใช้โปรแกรม Billing ที่ปรับปรุงเพื่อทำรายงานนี้ จัดพิมพ์สรุปรายการประจำวันเก็บไว้กับแบบข้อมูลทุกวัน เมื่อครบงวดก็รวบรวมเอกสารและแบบบันทึกทุกงวดงานแล้วจัดส่งไปยังสำนักงานข้อมูลฯ ซึ่งจะรับผิดชอบการป้อนข้อมูลให้เป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์เอง

ระบบเครือข่ายข้อมูลและการเชื่อมโยงจากสถานพยาบาล

ใช้เครือข่าย Internet เป็นเทคโนโลยีเครือข่ายหลักในการเชื่อมโยงสถานพยาบาลเข้ากับสำนักงานข้อมูลฯ ขั้นตอนการส่งข้อมูลจากสถานพยาบาล ได้แก่

สถานพยาบาลใช้โปรแกรม รวบรวมข้อมูลที่บันทึกจากระบบบริการโดยเครื่องคอมพิวเตอร์ในสถานพยาบาลเป็นรายวัน, รายสัปดาห์ หรือรายเดือน แล้วแต่กรณี

สถานพยาบาลติดต่อโดยทางโทรศัพท์ไปยังศูนย์บริการอินเทอร์เน็ต (Internet Service Provider) ที่อยู่ใกล้ที่สุดหรือ ISP ที่กรุงเทพฯ ตามแต่ละสะดวก

สถานพยาบาลใช้โปรแกรมเครือข่ายที่จัดให้ upload ข้อมูลชุดใหม่ไปยังสำนักงานข้อมูลฯ หลังจากนั้น ใน session เดียวกัน download ข้อมูลส่วนที่มีการปรับปรุงหรือตอบรับจากสำนักงานข้อมูลฯ ลงสู่คอมพิวเตอร์ของสถานพยาบาล

นอกจากการรับส่งข้อมูลในงานประจำข้างต้น เครือข่ายอินเทอร์เน็ตจะสามารถเรียกใช้จากสถานพยาบาลเพื่อสอบถามข้อมูล หรือฝากข้อความหรือจดหมายติดต่อไปยังสำนักงานข้อมูลฯ หรือกรมบัญชีกลางหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องภายใต้ระบบสวัสดิการการรักษายาบาลข้าราชการแทนการเอกสารหรือโทรสารได้

ในขั้นแรกของการพัฒนาระบบสารสนเทศ แผนการปฏิรูปฯ เลือกวิธีสมัครเป็นสมาชิกของ ISP เป็นบัญชีรวมแทนการให้สถานพยาบาลสมัครเป็นสมาชิกด้วยตัวเอง สำนักงานข้อมูลฯ จะดูแลบัญชี (Account) ของส่วนกลาง แล้วแจกจ่ายให้กับสถานพยาบาลตามภูมิภาคต่างๆ เชื่อว่าจะสามารถทำข้อตกลงพิเศษในการซื้อบริการจาก ISP ที่มีเครือข่ายครอบคลุมภูมิภาคต่างๆ ของประเทศที่กว้างขวาง ประมาณ 1-2 แห่ง ก็เพียงพอ

ผลพลอยได้จากการใช้อินเทอร์เน็ต สำนักงานข้อมูลฯ จะสามารถจัด Web Site ให้บริการด้านสารสนเทศอื่นๆ เช่น ใช้ในการประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ความรู้และข่าวสารเกี่ยวกับระบบสวัสดิการไปยังผู้มีสิทธิ, สถานพยาบาลต่างๆ หรือผู้สนใจทั่วไปได้ ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้จะไม่สูงนัก เพราะครุภัณฑ์และค่าบริการอินเทอร์เน็ต เป็นส่วนเดียวระบบเครือข่ายประจำที่ใช้อยู่แล้ว

หมายเหตุ: ไม่ได้อธิบายระบบเครือข่ายในเชิงเทคนิคไว้ ณ ที่นี้ จะเป็นการบรรยายในเชิงองค์ประกอบและหน้าที่เท่านั้น

2.9 มาตรฐานข้อมูล, ฐานข้อมูลอ้างอิง

ส่วนนี้เป็นส่วนที่วาดด้วยโครงสร้างฐานข้อมูลและฐานข้อมูลอ้างอิงที่จะใช้ในระบบโดยในที่นี้จะกล่าว โดยสังเขปเท่านั้น รายละเอียดของฐานข้อมูลจะเสนอไว้ในภาคผนวก

ฐานข้อมูลตามรายการข้างล่างจำเป็นต่อการบริหารและใช้งานในระบบข้อมูลข่าวสารทั้งในส่วนของการบริการในสถานพยาบาลและในส่วนสำนักงานข้อมูล

ตารางสรุปฐานข้อมูลและการใช้งานโดยสังเขป

ฐานข้อมูล	การใช้งาน
ทะเบียนผู้มีสิทธิ	- สิทธิการให้บริการ - Demography ของผู้ใช้บริการ - อ้างอิงเลขประจำตัวเพื่อตรวจสอบและวิเคราะห์
ข้อมูลมาตรฐาน บริการผู้ป่วยนอก	- การใช้บริการผู้ป่วยนอกรายบุคคล - การส่งต่อผู้ป่วย
ข้อมูลมาตรฐาน การรักษาผู้ป่วยใน	- การรับรักษาเป็นผู้ป่วยใน - การผ่าตัด - โรคที่รักษา (เป็นรหัส ICD10) - การส่งต่อผู้ป่วย
ข้อมูลมาตรฐาน ค่ารักษายาบาล	เป็นส่วนเพิ่มเติมใช้ร่วมกับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ตารางสรุปฐานข้อมูลอ้างอิงและคุณลักษณะการใช้งานโดยสังเขป

ฐานข้อมูลอ้างอิง	คุณลักษณะและการใช้งาน
Diagnosis Related Groups	- เป็นบัญชีรายการกลุ่มวินิจฉัยโรค พร้อมคะแนนสัมพัทธ์ - ใช้ปรับรหัสการวินิจฉัยโรค ICD10 มาเป็น DRG
"Universal Resource Identifier"	- เป็นบัญชีแบ่งตามหมวดการใช้ทรัพยากร (การบริการ) ในการ รักษาพยาบาล - มีน้ำหนักสัมพัทธ์ เพื่อใช้ในการคำนวณวิเคราะห์เชิง เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข - ใช้เชื่อมโยงกับรหัสการบริการในฐานข้อมูลอื่นๆ ได้ เพื่อใช้ใน ระบบบริการและระบบรายงาน
"Provider Identifier"	- ฐานข้อมูลอ้างอิงสถานพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ เพื่อใช้ใน การบันทึกการบริการจากทุกสถานพยาบาล - จะต้องมีข้อมูลครอบคลุมถึงคลินิก, โพลีคลินิกต่างๆ เมื่อมีการ ขยายฐานการบริการปฐมภูมิ

ฐานข้อมูลอ้างอิง DRG และ URI ทั้ง 2 ชุดจำเป็นจะต้องมี “การปรับมาตรฐาน” (calibrate) คะแนนสัมพัทธ์ให้
เที่ยงตรง เพื่อไม่ให้เพี้ยนจากการเปลี่ยนแปลงของราคาค่าใช้จ่ายหรือวิธีการรักษา การปรับมาตรฐานนี้จะต้องทำการเก็บ
ตัวอย่างและทำการศึกษาเฉพาะเป็นครั้งคราว โดยทั่วไปแล้วจะมีการปรับทุกๆ 3-5 ปี ขึ้นกับความแปรปรวนของระบบ

สำหรับฐานข้อมูล Provider Identifier จะต้องมีการปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยอยู่เสมอและจะต้องครอบคลุม
สถานพยาบาลทุกประเภททั้งภาครัฐและภาคเอกชน ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานได้รับผิดชอบข้อมูลชุดนี้

ดังนั้นในเรื่องฐานข้อมูลนี้ จะต้องมีหน่วยงานรับผิดชอบกระบวนการบริหารฐานข้อมูลข้างต้น และในเบื้องต้นนี้
เสนอให้ว่าจ้างสำนักงานข้อมูลฯ รับผิดชอบงานนี้โดยสำนักงานข้อมูลฯจะจ้างผู้เชี่ยวชาญมาบริหาร, ปรับมาตรฐาน และ
ประสานงานกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในส่วนของการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้

2.10 ระบบการตรวจสอบข้อมูลบริการและการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล

เพื่อเป็นการกำกับคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการ ระบบสารสนเทศจะมีส่วนช่วยการตรวจสอบ
ความถูกต้องของข้อมูล ระบบข้อมูลที่ดีจะสามารถป้องกันการทุจริตและความผิดพลาดต่างๆ ได้มาก

กลยุทธ์ที่สำคัญคือการผนวกระบบข้อมูลการบริการไว้ในระบบการทำงานของสถานพยาบาลและการกำหนด
เลขประจำตัวผู้บริการที่เป็นเอกลักษณ์ สามารถอ้างอิงได้ทั้งระบบ ดังนั้น รุกรรรมที่บันทึกไว้จะถูกตรวจสอบและกำกับ
ความแม่นยำ โดยเวลา, สถานที่, และบุคคล โดยระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ระเบียบข้อมูลต่างๆ จะถูกรวบรวมแล้วจัด
ส่งไปยังศูนย์ข้อมูลแทนการรายงานผลแบบเดิม

การรับรองและตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาล (Hospital Accreditation) เป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการ
ควบคู่กับการตรวจสอบข้อมูลระบบบริการ ปัจจุบันสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ให้การสนับสนุนการวิจัยและ
พัฒนาการรับรองมาตรฐานฯ สถานพยาบาลร่วมกับกับองค์กรด้านสาธารณสุขหลายแห่ง

ในฐานะผู้ให้บริการ กรมบัญชีกลางจะได้ประโยชน์จากพัฒนาการทางด้านการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลอย่างยิ่ง แผนการจัดการของระบบสวัสดิการฯ นี้จะต้องอาศัยผลการรับรองมาตรฐานนี้เป็นบันทึกฐานสำคัญ เพื่อเป็นหลักประกันด้านคุณภาพของสถานพยาบาลในระบบสวัสดิการฯ นี้

รายละเอียดของการตรวจสอบข้อมูลและการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลจะไม่ถูกอ้างในที่นี้ เนื่องจากเป็นรายละเอียดทางเทคนิคเป็นส่วนใหญ่ แต่จะสรุปประเด็นการวางแผนปฏิบัติงานในระยะแรกของการปฏิรูปฯ ไว้ดังนี้

2.11 แผนงานการตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูลการบริการ เป็นหน้าที่ของสำนักงานข้อมูลฯ ซึ่งรับข้อมูลการบริการจากสถานพยาบาลทั้งส่วนที่ผ่านระบบเครือข่ายและส่วนที่ส่งเป็นเอกสาร เจ้าหน้าที่ประจำจะรับผิดชอบการทำรายงานประจำโดยใช้ระบบรายงานที่จะพัฒนาขึ้นใช้งาน ในส่วนของการวิเคราะห์จะต้องอาศัยนักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญในระบบสารสนเทศร่วมทำด้วย งานหลักได้แก่

รายงานการบริการประจำจุดต่างๆ ซึ่งจะแยกเป็นรายสถานพยาบาล, และตามประเภทผู้ป่วย

รายงานจำนวนการบริการผู้ป่วยนอก

รายงานจำนวนการบริการผู้ป่วยใน (พร้อมยอดรายจ่ายค่าใช้จ่าย)

รายงานอัตราการใช้บริการประเภทต่างๆ

วิเคราะห์และตรวจสอบความแม่นยำของฐานข้อมูลทะเบียน

วิเคราะห์ประสิทธิภาพของระบบบริการ

การสุ่มตรวจข้อมูลและตรวจสอบระบบในสถานพยาบาล

การตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Medical record audit) เพื่อควบคุมคุณภาพของการบริการในสถานพยาบาลเป็นรายผู้ป่วย สุ่มเลือกประมาณ 8,000 รายต่อปี (คิดเป็นประมาณ 1% ของการรับรักษาผู้ป่วยใน) งานนี้จะต้องจ้างนักวิเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบคุณภาพการบริการผู้ป่วยนอก วิธีการคือ เลือกตรวจบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลโดยตรง วิธีการโดยละเอียดขึ้นอยู่กับระบบบริการผู้ป่วยนอก ว่าจะเป็นระบบเหมาจ่ายหรือเป็นระบบ point system และปริมาณที่จะทำงานนี้ต้องว่าจ้างนักวิเคราะห์และผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล จะต้องมีการพัฒนา คู่มือการตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล และกระบวนการตรวจรับรอง เพื่อให้สามารถดำเนินการตรวจสอบอย่างเป็นระบบ โดยแบ่งออกเป็นส่วนของระบบบริการผู้ป่วยนอก และระบบบริการผู้ป่วยใน งานนี้ควรสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขให้ช่วยดำเนินการเป็นส่วนเพิ่มเติมของระบบสวัสดิการฯ นี้ และว่าจ้างผู้เชี่ยวชาญดำเนินการตรวจสอบมาตรฐานสถานพยาบาลเท่าที่จะสามารถดำเนินการได้

ในปีต่อไป จะมีการรับสถานพยาบาลภาคเอกชนเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการในระบบสวัสดิการฯ นี้ เงื่อนไขสำคัญในการพิจารณารับสถานพยาบาลไว้ในระบบคือต้องผ่านการตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลนี้

2.12 ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลที่ใช้ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอก

กรณีเลือกใช้ระบบเหมาจ่าย

งานประจำปี ระบบนี้ ใช้ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาลของผู้มีสิทธิเป็นพื้นฐานการคำนวณค่ารักษายาบาลที่จะจ่ายให้กับสถานพยาบาล การลงทะเบียน, การทำข้อมูลการเลือก, การทำสัญญาจะเป็นขั้นตอนที่ต้องดำเนินการให้เสร็จก่อนการบริการและเริ่มได้ เช่น เสร็จสิ้นในเดือนกันยายนหรือธันวาคมของทุกปี เพื่อเริ่มรอบบัญชีให้ตรงกับปีงบประมาณหรือปีปฏิทิน

การจ่ายค่ารักษาประจำปีเดือน การจ่ายค่ารักษายาบาลเหมาจ่ายแก่สถานพยาบาลจะทำการเป็นรายเดือน โดยคำนวณจากยอดผู้มีสิทธิฯ ที่ลงทะเบียนเลือกสถานพยาบาลประจำเดือนนั้นๆ ในแต่ละสถานพยาบาล ยอดนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลง-มากน้อยเพียงใดขึ้นกับนโยบายที่จะกำหนดระเบียบการเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาลว่าจะมีรายละเอียดอย่างไร

ในขั้นต้นแผนงานนี้กำหนดให้ผู้มีสิทธิเลือกสถานพยาบาลได้ปีละครั้งเท่านั้น ดังนั้นตัวเลขการเปลี่ยนแปลงผู้มีสิทธิจะมีเฉพาะการสมัครใหม่, การเสียชีวิต ฯลฯ ปริมาณงานการปรับปรุงทะเบียนจะไม่สูงนัก

การจ่ายค่ารักษายาบาลกรณีพิเศษ ในระบบเหมาจ่ายระหว่างปี จะมีการพิจารณาคำร้องขอเบิกค่ารักษาในกรณีพิเศษหรือกรณีฉุกเฉินต่างๆ การจ่ายเงินกรณีพิเศษนี้มีทั้งที่จ่ายเงินให้แก่ผู้ใช้สวัสดิการฯ ที่ได้จ่ายค่ารักษายาบาลไปก่อน และที่จ่ายให้กับสถานพยาบาลจากการให้บริการที่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ปริมาณคำร้องขอเบิกค่ารักษากรณีพิเศษนี้ จะแปรตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนดตามนโยบายเช่น การให้ใช้บริการฉุกเฉินว่าจะทำได้ในกรณีใดบ้าง และเบิกคืนได้เท่าใด, หรือการเลือกและเปลี่ยนสถานพยาบาลว่าจะให้ทำได้ระหว่างปีหรือไม่, การรักษาที่ถือเป็นกรณีฉุกเฉินได้แก่อะไรบ้าง มีรายละเอียดค่าใช้จ่ายอย่างไร งานการพิจารณาคำร้องนี้ ส่วนหนึ่งต้องใช้ความรู้ด้านการแพทย์ และพิจารณาจากเอกสารประกอบ อีกส่วนหนึ่งจะเป็นไปตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนด เป็นงานที่ซับซ้อนและยุ่งยากมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากวิธีการพิจารณาใช้แนวทางแบบราชการ (สามารถศึกษาประสบการณ์นี้จากสำนักงานประกันสังคม)

การพิจารณาอัตราเหมาจ่าย งานที่สำคัญที่สุดที่ต้องพิจารณากันเป็นระยะคือ การกำหนดอัตราเหมาจ่าย ซึ่งควรจะมีการพิจารณากำหนดอย่างสม่ำเสมอและมีแนวทางการกำหนดที่มีหลักการ, แนวทาง, ปรัชญาที่ชัดเจนและมีคณะกรรมการที่ดูแลเรื่องนี้อย่างเป็นระบบงานนี้จะต้องมี ระบบตรวจสอบข้อมูลและระบบข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอกที่มีความน่าเชื่อถือพอที่จะใช้เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ และควรจะต้องมีการศึกษาวิจัยทางต้นทุนการบริการและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่น่าเชื่อถือมาประกอบการพิจารณาด้วย

สำนักงานประกันสังคมใช้ระบบเหมาจ่ายในการจัดการการรักษายาบาลของผู้ประกันตน โดยมีข้อแตกต่างคือระบบของสำนักงานประกันสังคมเป็นการเหมาจ่ายทั้งการบริการผู้ป่วยนอกและการบริการผู้ป่วยใน แต่ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้การกำหนดเพดานงบประมาณรวมร่วมกับ DRG ในการจ่ายค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน กรมบัญชีกลางสามารถปรึกษาหรือศึกษางานจากสำนักงานประกันสังคมในรายละเอียดได้

$$\text{ค่าบริการเหมาจ่ายรายเดือน} = (\text{ยอดผู้เลือกสถานพยาบาลเดือนนั้น} \times \text{อัตราเหมาจ่ายต่อหัว})/12$$

กรณีเลือกใช้ระบบ Point-system

แผนงานนี้จะมีหลักการจ่ายเงินค่ารักษายาบาลจากกรมบัญชีกลางไปยังสถานพยาบาลโดยตรง โดยใช้ข้อมูลแต่การบริการที่สถานพยาบาลให้บริการไป

การคำนวณอัตราค่าบริการ

เพดานงบประมาณรวม มีการกำหนดเพดานงบประมาณรวม(Global Budget) มากำกับยอดเงินรวมที่จะจ่ายให้กับบริการผู้ป่วยนอกเป็นรายปี งานนี้คงจะเป็นการพิจารณาของกรมบัญชีกลางโดยใช้คำแนะนำและข้อมูลจากระบบบริการที่มี ร่วมกับนโยบายของทางราชการ ดังนั้นค่าใช้จ่ายรวมจะไม่เกินเพดานที่กำหนด

ยอดค่าบริการต้องวัด ในขั้นแรกนี้ ควรกำหนดวงวัดการคำนวณไว้เป็นงวดละ 3 เดือน วิธีการเพื่อให้การคำนวณแต่้มการบริ การมี การเปลี่ ยนฐานคิ ด (re-base) ไม่ บั ย ได้ อ้ ตราแต่้ มบริ การต่า กั นไม่ มาก
****ประเด็นนี้ในเชิงเทคนิคแล้ว อาจจะสามารถกำหนดวิธีการคำนวณที่ไม่เกิด re-basing ในระหว่างปีได้ รายละเอียดจะมีการวิเคราะห์ภายหลัง**

แต่้มการบริ การรวม แต่้มการบริ การรวมรวมจากแบบันที่กการบริ การผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลซึ่งจะเป็นไปตามบริ การที่เกิ ดขึ้ น แต่้มที่ร่ว มร่ว มมาจกทุกสถานพยาบาลในแต่ละงวดจะถูกรวมเป็นยอดเดียวเพื่อใช้คำนวณ

อัตราค่าบริการต่อแต่้มบริ การ อัตรานี้จะเปลี่ ยนแปลงตามปริมาณการบริ การเกิ ดขึ้ น หากบริ การมี มากหรือการบริ การส่วนใหญ่อุ่ ในกลุ่มที่มีแต่้มมาตรฐานสูง แต่้มรวมในงวดนั้นก็จะสูง ทำให้อัตราค่าบริการต่อแต่้มก็จะต่ำ ในทางกลับกันหากมีปริมาณการบริ การต่ำหรือการบริ การอู่ ในกลุ่มที่มีแต่้มมาตรฐานต่ำ แต่้มรวมงวดนั้นก็จะต่ำ อัตราค่าบริการต่อแต่้มก็จะสูงขึ้ นมาเป็นสัดส่วนตามสูตร

อัตราค่าบริการต่อแต่้มบริ การ = ยอดค่าบริการต้องวัด / แต่้มการบริ การรวมงวดนั้น

สถานพยาบาลจะได้รับค่าบริการผู้ป่วยนอก = แต่้มบริ การรวมของสถานพยาบาล X อัตราค่าบริการต่อแต่้ม

ค่ารักษาผู้ป่วยใน

แผนงานนี้ขอเสนอการปรับปรุงระบบจ่ายคิ นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน โดยเปลี่ ยนจากการสั่งใบปฏิ กษาเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล (บก-ชด 2) ไปยังงานคลังในส่วนราชการต่างๆ เป็นการส่งแบบเบิกเงินกองทุนสุขภาพข้าราชการ (สข.40/1) ไปยังสำนักงานข้อมูลฯ ซึ่งจะให้กับกรมบัญชีกลางอีกทอดหนึ่ง

ภายหลังจากการประมวลผลข้อมูลบริการผู้ป่วยในตามคะแนน DRG แล้ว (ดูรายละเอียดในแผนปฏิบัติการ DRG) สำนักงานข้อมูลฯ จะจัดทำบัญชีค่ารักษาพยาบาลจ่ายคิ นแก่สถานพยาบาลส่งต่อให้กับกรมบัญชีกลางเพื่อดำเนินการด้านการเงินต่อไป

รายละเอียดการดำเนินการด้านการเงิน ขอเสนอไว้เป็นการพิจารณาของกรมบัญชีกลาง ทั้งนี้ เชื่อว่าหากกรมบัญชีกลางต้องการพัฒนาระบบบัญชีที่เชื่อมโยงต่อจากระบบข้อมูลของสำนักงานข้อมูลฯ โดยตรงจะทำได้โดยง่าย และควรพิจารณาแนวทางการเชื่อมโยงไปยังธนาคารและจากธนาคารไปยังสถานพยาบาลต่างๆ มาทดแทนวิธีการจ่ายเงินพร้อมกันไปด้วย

2.13 สำนักงานศูนย์ข้อมูลและแนวทางการดำเนินการ/และจัดการระบบข้อมูล

การจัดการระบบบริ การฯ โดยเฉพาะส่วนของการบริหารข้อมูลจะต้องมีหน่วยงานขึ้ นมารับรอง กรมบัญชีกลางเองไม่ได้เป็นหน่วยงานที่มีภาระหน้าที่ในเชิงนี้ การเปลี่ ยนบทบาทของกรมบัญชีกลางในฐานะผู้จ่ายเงิน ตามแนวทางการปฏิรูปฯ มาเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการการซื้อบริการการรักษาพยาบาลไม่ได้แปลว่ากรมบัญชีกลางต้องตั้งหน่วยงานขึ้ นมารองรับคล้ายกับที่สำนักงานประกันสังคมจัดตั้งกองประสานการแพทย์มาดูแลงานนี้โดยเฉพาะ เพราะจะเป็นการลงทุนที่สูงและยังไม่มีพื้นฐานทางเทคโนโลยี, ความรู้ที่เหมาะสมมารองรับ

การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลในระยะแรกนี้ กรมบัญชีกลางควรใช้วิธีการทำสัญญาว่าจ้างองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) เช่น มูลนิธิที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับประโยชน์ทางด้านสาธารณสุขและสามารถหาผู้เชี่ยวชาญมาปฏิบัติงานการบริหารระบบข้อมูลตามแผนนี้ แทนการตั้งหน่วยงานของกรมบัญชีกลางมาปฏิบัติงานนี้อย่างเต็มรูปแบบ เพราะในที่สุดงานด้านข้อมูลระบบบริการควรจะเป็นศูนย์ข้อมูลที่สามารถรวบรวมข้อมูลจากทุกสถานพยาบาลและหลายๆ ระบบที่บริการการรักษาพยาบาล ซึ่งสำนักงานข้อมูลฯ จะเป็นตัวกลางในการส่งผ่านข้อมูลและเป็นตัวแทนผู้ซื้อระบบบริการในการบริหารงานด้านข้อมูล โครงสร้างของแนวคิดระบบโดยรวมในระดับประเทศจะได้กล่าวไว้ในภาคผนวก

โดยวิธีนี้กรมบัญชีกลางจะสามารถ Out-source ความเชี่ยวชาญที่กรมบัญชีกลางไม่มีและลดต้นทุนระยะยาวในการบริหารระบบสวัสดิการฯ เชื่อว่าในปีต่อไป หน่วยงานจัดบริการการรักษายาบาล เช่น สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานประกันสังคม จะเริ่มมีส่วนร่วมใช้ระบบไหลเวียนข้อมูลและโครงสร้างข้อมูลมาตรฐานต่างๆ ที่เป็นสากลต่อบริการของสถานพยาบาลต่างๆ ซึ่งเมื่อสถานการณ์การปรับปรุงระบบข้อมูลก้าวหน้าขึ้น กรมบัญชีกลางก็จะสามารถได้ประโยชน์จากการแบ่งใช้ทรัพยากรและความรู้ความเชี่ยวชาญของสำนักงานข้อมูลฯ ร่วมกันได้ดีกว่าการมีสำนักงานข้อมูลของตัวเองมาก

ด้วยหลักการและแนวคิดดังกล่าว แผนการนี้เสนอแผนปฏิบัติงานของ "สำนักงานข้อมูลระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ" ขึ้นมาโดยมีเนื้อหาและภาระงานที่เพียงพอต่อการดำเนินการของแผนการปฏิรูปฯ ในระยะแรก ส่วนของระบบงานที่จะเป็นระบบที่ต้องพัฒนาระยะยาวหรือสามารถขยายงานเมื่อระบบเครือข่ายข้อมูลก้าวหน้าขึ้น จะกำหนดไว้น้อยเพื่อรอการขยายขยายในอนาคต

ขอเสนอให้กรมบัญชีกลางเลือกการจ้างเหมาองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ให้ดำเนินงานสำนักงานข้อมูลฯ นี้ เพราะระเบียบปฏิบัติทางราชการจะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบงานที่ต้องการความคล่องตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะต้นที่แผนงานต่างๆ จะเป็นในลักษณะโครงการนำร่อง งานวิจัยและงานพัฒนา ซึ่งยิ่งทำให้ยากที่จะเขียนเป็นแผนงานเพื่อนำเสนอตามระเบียบราชการได้

สถานที่ ประเมินไว้ว่าจะต้องใช้พื้นที่ประมาณ 200 ตารางเมตร สำหรับศูนย์ข้อมูล และอีกประมาณ 100 ตารางเมตร หากจะต้องมีการบันทึกทะเบียนผู้มีสิทธิและบันทึกข้อมูลในการบริการในส่วนที่เป็นเอกสาร ในระยะต้นสำนักงานข้อมูลฯ ควรใช้พื้นที่ของกรมบัญชีกลางเพื่อจะสะดวกต่อการติดต่อและประสานงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน อีกทั้งจะต้องมีการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีการจัดการระบบเครือข่ายให้แก่เจ้าหน้าที่ของกรมบัญชีกลางด้วย ในระยะยาว กรมบัญชีกลางมีทางเลือกที่จะจ้างเหมาสำนักงานข้อมูลฯ ซึ่งจะพัฒนาเป็นหน่วยงานอิสระ ให้รับผิดชอบงานนี้ได้ หากต้องการ

บุคลากร ประเมินเกณฑ์ขั้นต่ำไว้สำหรับเพื่อรองรับงานระยะแรกไว้ดังนี้

ผู้จัดการสำนักงาน 1 อัตรา

โปรแกรมเมอร์อาวุโส 1 อัตรา

โปรแกรมเมอร์ 2 อัตรา

เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 1-สำหรับงานผู้ป่วยใน DRG 5 อัตรา

เจ้าหน้าที่ธุรการ 3 อัตรา

เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 2-กรณีใช้ระบบ point-system 6 อัตรา

ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์

Windows NT Server 4 เครื่อง

IntraNetWare Server	2 เครื่อง
Personal Computer	8 เครื่อง
Document Scanner	3 เครื่อง
Laser Printer	3 เครื่อง
Internet Connection, Telephone, Fax	6 เลขหมาย
อุปกรณ์เพิ่มเติม กรณีเลือกใช้ระบบผู้ป่วยนอกแบบ point system ต้องเพิ่ม	
IntraNetWare Server	2 เครื่อง
Personal Computer	5 เครื่อง
Barcoded Document Reader	3 เครื่อง
Laser Printer	2 เครื่อง

งานที่ปฏิบัติ สำนักงานข้อมูล จะทำหน้าที่บริหารระบบเครือข่ายข้อมูลและจัดการเก็บข้อมูลจากระบบบริการของสถานพยาบาล ตามแผนปฏิบัติงานที่เสนอไว้ในเอกสารนี้ ทั้งนี้จะขอเรียงชิ้นงานต่างๆ แยกออกให้พิจารณา เพราะชิ้นงานบางชิ้นสามารถแยกออกจางค์มาได้เป็นรายการได้

ตารางรายการระบบงานต่างๆ และข้อเสนอแนวทางการปฏิบัติโดยย่อ

ระบบงาน	แนวทางการจัดการ
ทะเบียนผู้มีสิทธิ	สำนักงานข้อมูลฯ
การพิมพ์บัตร	สำนักงานข้อมูลฯ หรือจ้างเหมาบริษัทเฉพาะครั้งแรกนี้
ปรับปรุงทะเบียนผู้มีสิทธิ	สำนักงานข้อมูลฯ หรือจ้างเหมาบริษัทเฉพาะครั้งแรกนี้
เครือข่าย internet	ซื้อบริการจาก ISP
ประมวลผลข้อมูลบริการ ผู้ป่วยนอก กรณีเหมาจ่าย	สำนักงานข้อมูลฯ หรือจ้างเหมา NGO
ประมวลผลข้อมูลบริการ ผู้ป่วยนอก กรณี point system	สำนักงานข้อมูลฯ หรือจ้างเหมา NGO
ประมวลผลข้อมูลบริการ ผู้ป่วยใน กรณีเหมาจ่าย	สำนักงานข้อมูลฯ หรือจ้างเหมา NGO
การวิเคราะห์ระบบบริการ	ว่าจ้างผู้เชี่ยวชาญ
การตรวจสอบเวชระเบียน	ว่าจ้างผู้เชี่ยวชาญ, สนับสนุนการวิจัยของ สวรส
การจัดทำฐานข้อมูลมาตรฐาน	ว่าจ้างผู้เชี่ยวชาญ, สนับสนุนการวิจัยของ สวรส
การสนับสนุนโปรแกรม Stat 2.6	จ้างเหมาเป็นรายการมาก-น้อย ตามปริมาณงาน
การสนับสนุนโปรแกรม Billing	จ้างเหมาเป็นรายการมาก-น้อย ตามปริมาณงาน

ภาคผนวก

ร่างตัวอย่างเอกสาร/แบบ

แบบลงทะเบียนผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล

แบบปรับปรุงข้อมูล/สถานภาพผู้มีสิทธิสวัสดิการ

แบบรายงานการเปลี่ยนแปลงสถานภาพผู้มีสิทธิ

แบบรายงานสรุปการบริการผู้ป่วยนอก

รายวัน

รายเดือน

แบบบันทึกการใช้บริการผู้ป่วยนอก

บัตรประจำตัวผู้มีสิทธิ

ชุดฎีกาเบิกค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน

แบบบันทึกข้อมูลการแพทย์ในการรักษายาบาล

แบบบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายการรักษายาบาล

ร่างแบบสรุปงวดการส่งฎีกา

โครงสร้างข้อมูลทะเบียนผู้มีสิทธิสวัสดิการ

โครงสร้างข้อมูลมาตรฐานของสำนักงานประกันสุขภาพ

โครงสร้างข้อมูลการบริการผู้ป่วยนอกระบบเหมาจ่าย

โครงสร้างข้อมูลการบริการผู้ป่วยระบบ point system

โครงสร้างข้อมูลการบริการผู้ป่วยในของสำนักงานประกันสังคม

โครงสร้างข้อมูลการบริการผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาล

ข้อมูลเพิ่มเติม

Program STAT 2.6

Program Billing

แนวทางการพัฒนาและหลักการของ HCFA

ภาคผนวกที่ 9

หลักการ สาระสำคัญ ของ
พระราชบัญญัติ กองทุนสุขภาพข้าราชการ พ.ศ. ...

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
จกส เลิศเกียรติ์ดำรง
วิรัช เกษมทรัพย์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

February 13, 2541

สารบัญ

1. วัตถุประสงค์ของเอกสารฉบับนี้.....	3
2. ปัญหาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในปัจจุบัน	3
3. วัตถุประสงค์ของการปฏิรูป.....	3
4. สาระสำคัญของการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ	4
4.1 การครอบคลุมของผู้มีสิทธิ (Population Coverage)	4
4.2 ชุดของสิทธิประโยชน์ (Benefit Packages).....	4
4.3 เสรีภาพในการเลือกสถานพยาบาล (Choices of Providers).....	4
4.4 วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาล (Provider Payment Mechanism)	5
4.5 ที่มาของเงิน (Financing Sources)	5
4.6 การประเมินความต้องการเงิน ของ กสข. (Cost Estimation).....	5
4.7 มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายของ กสข. (Cost Containment Measures).....	6
4.8 การบริหารจัดการ (Administration and Management)	6
4.9 ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information System)	7
5. สาระสำคัญของร่าง พรบ. กองทุนสุขภาพข้าราชการ	7
5.1 หมวดทั่วไป คำจำกัดความ อิงตามพระราชกฤษฎีกา 2523.....	7
5.2 หมวดเกี่ยวกับสำนักงานกองทุนสุขภาพข้าราชการ คณะกรรมการ และอำนาจหน้าที่	8
5.3 อำนาจหน้าที่ของกรรมการ กสข.	8
5.4 อำนาจหน้าที่ของผู้อำนวยการ สำนักงาน กสข.	8
5.5 หมวดเกี่ยวกับกองทุนสุขภาพข้าราชการ	8
6. กระบวนการดำเนินงาน	10
6.1 ข้อเสนอกระบวนการเกี่ยวกับ พรบ. กสข.	10
6.2 ข้อเสนอกระบวนการปฏิรูป	10

1. วัตถุประสงค์ของเอกสารฉบับนี้

1. เพื่อเป็นเอกสารประกอบการพิจารณาระดมสมองโดยคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ระยะที่สอง
2. เพื่อเป็นรากฐานสำคัญของการร่าง พระราชบัญญัติ กองทุนสุขภาพข้าราชการ ให้สอดคล้องกับนโยบายทิศทางของการปฏิรูปที่คณะกรรมการได้วางไว้

2. ปัญหาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในปัจจุบัน

ประเด็น	ลักษณะที่สำคัญ	จุดอ่อนที่สำคัญ
1. รูปแบบ	เป็นการเบิกย้อนหลัง ตามรายการรักษายาบาล (retrospective fee for service reimbursement model)	• รูปแบบนี้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจให้บริการเกินจำเป็น พบว่าแพทย์จ่ายยาต้นแบบราคาแพง และจำนวนมากเกินจำเป็น • ผู้ป่วยนอกและใน รพ.รัฐ เกือบไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษาเลย มีแนวโน้มใช้บริการเกินจำเป็น นอกโรงพยาบาล นานกว่าประชากรทั่วไป
2. การบริหาร	หน่วยงานผู้เบิก ตรวจสอบสิทธิ (entitlement) ของผู้ป่วย กรมบัญชีกลางและสำนักงานคลังจังหวัด	• ทำงานแบบตั้งรับ (passive) ทำหน้าที่เป็นเพียงทางผ่านของเงิน (conduit of finance) โดยการอนุมัติฎีกาที่ส่วนราชการผู้เบิกหรือสถานพยาบาลภาครัฐที่ตั้งเบิกมา • ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ ไม่มีการเจรจาต่อรองราคา และคุณภาพของบริการ แทนผู้มีสิทธิ
3. ระบบฐานข้อมูล	มีเพียงรายงานรายจ่ายภายใต้ 4 หมวดรายจ่าย คือ 1. ผู้ป่วยนอกข้าราชการ 2. ผู้ป่วยในข้าราชการ 3. ผู้ป่วยนอกบำนาญ 4. ผู้ป่วยในบำนาญ	• ไม่ทราบจำนวนผู้มีสิทธิ โครงสร้างเพศและอายุ การเจ็บป่วย การป่วยและอัตราการใช้บริการทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
4. การตรวจสอบกำกับ	ส่วนราชการผู้เบิก กรมบัญชีกลาง และสำนักงานคลังจังหวัด ตรวจสอบและอนุมัติฎีกา เกือบจะเป็นการอัตโนมัติ	• การตรวจสอบสิทธิโดยส่วนราชการต้นสังกัด ยังหละหลวมมาก มีการทุจริต มีการใส่ชื่อผู้มีสิทธิสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิ • ไม่สามารถถ่วงถ่วง ความสมเหตุสมผลของการรักษายาบาล จำนวนวันป่วย ค่ารักษาที่ขอเบิก และความถูกต้องไปเร่งในการขอเบิก • เมื่อใช้บริการผู้ป่วยนอกกรณีฉุกเฉินไม่ได้ จึงทำหลักฐานเป็นผู้ป่วยในเพื่อให้เบิกได้ ระบบปัจจุบันไม่สามารถถ่วงถ่วงและป้องกันเหตุการณ์เช่นนี้ได้
5. ค่ารักษายาบาล	ค่ารักษาฯ เพิ่มขึ้นรวดเร็ว 20% ต่อปี ทั้งที่ข้าราชการ และผู้มีสิทธิ ไม่ได้เพิ่มขึ้น	• ทั้งโรงพยาบาลและผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจให้เกิดการประหยัดและความสมเหตุสมผลของการใช้ทรัพยากร
6. ประสิทธิภาพระบบ		• ประสิทธิภาพต่ำ ใช้ทรัพยากรมาก มุ่งเน้นการรักษาพยาบาล ไม่มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ผลตอบแทนสุขภาพข้าราชการไม่คุ้มค่าใช้จ่ายที่ลงทุนไป

3. วัตถุประสงค์ของการปฏิรูป

1. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ มีรายจ่ายที่เหมาะสม และให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิสูงสุด
2. เพื่อพัฒนาระบบ และวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพ และสามารถควบคุมรายจ่ายในระยะยาวได้ดี
3. เพื่อพัฒนาให้เกิดกองทุนสุขภาพข้าราชการ โดยสำนักงานกองทุนสุขภาพข้าราชการ เป็นผู้ซื้อบริการอย่างเป็นฝ่ายกระทำ (proactive purchaser of services) และมีกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้มีสิทธิ อย่างเป็นรูปธรรม

4. สำคัญของการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ

มติคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ระยะที่สอง ได้ใช้เวลาในการประชุมครั้งที่ 1/2540 - 5/2540 ระหว่างกุมภาพันธ์ - กันยายน 2540 มีมติที่สำคัญที่เป็นสำคัญของการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ดังนี้

4.1 การครอบคลุมของผู้มีสิทธิ (Population Coverage)

การครอบคลุมของผู้มีสิทธิ - คงเดิมทุกประการตามพระราชกฤษฎีกา 2523 ได้แก่

- ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ
- ข้าราชการบำนาญ
- บุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส บุตรไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 3 คน

อนาคต อาจจะปรับลดการครอบคลุมของบุคคลในครอบครัวออก เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบราชการ หรือถ้าคงการคุ้มครองบุคคลในครอบครัวไว้ ข้าราชการ อาจจะต้องมีส่วนร่วมจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนสุขภาพข้าราชการ (กสข.)

4.2 ชุดของสิทธิประโยชน์ (Benefit Packages)

ชุดของสิทธิประโยชน์ ได้แก่

- บริการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค
- บริการผู้ป่วยนอก
- บริการผู้ป่วยใน

4.3 เสรีภาพในการเลือกสถานพยาบาล (Choices of Providers)

ปฏิรูปการเลือกใช้สถานพยาบาลผู้ป่วยนอกซึ่งแต่เดิม เลือกใช้ที่ใดก็ได้อิสระโดยไม่มีข้อจำกัด ให้สอดคล้องกับการปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นวิธีเหมาจ่ายรายหัวจำแนกตามกลุ่มอายุ ผู้มีสิทธิทุกคนจะต้องลงทะเบียนเลือกสถานพยาบาลที่ต้องการ

ผู้มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียน เปลี่ยนสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนได้ปีละครั้ง

การใช้บริการผู้ป่วยใน สามารถใช้ได้ทั้งรพ. รัฐและเอกชน

4.4 วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาล (Provider Payment Mechanism)

เปลี่ยนความสัมพันธ์ในปัจจุบันที่กรมบัญชีกลางมีความสัมพันธ์กับผู้มีสิทธิเท่านั้น โดยผ่าน รูปแบบเบิกย้อนหลัง (reimbursement model) แม้รพ.รัฐบาลเบิกตรง จากกรมบัญชีกลาง กรณีผู้ป่วยในก็ยังคงเป็น reimbursement model เช่นกัน โดยปรับมาเป็นความสัมพันธ์ระหว่างสำนักงานกองทุนกับผู้ให้บริการโดยตรง ในรูปแบบสัญญาซื้อขายบริการ (contract model)

เปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินจากเดิมเป็นแบบ fee for service และมีลักษณะรายจ่ายปลายเปิด (open end payment) เป็นรายจ่ายปลายปิด (close end payment)

- เปลี่ยนการจ่ายบริการผู้ป่วยนอกจากเดิมเป็นแบบเบิกย้อนหลังตามรายการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีสิทธิ (fee for service retrospective reimbursement) เป็นการจ่ายโดยตรงไปยังสถานพยาบาลล่วงหน้า ตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวจำแนกตามกลุ่มอายุ (prospective age adjusted capitation prepayment) ดังนั้น จึงเป็น deal ระหว่าง สำนักงานกองทุนสุขภาพข้าราชการ กับ ผู้ให้บริการ ซึ่งมีอำนาจการต่อรองสูงกว่า และสามารถกำหนด ปริมาณ คุณภาพและราคาที่กสข. ต้องการจ่ายได้
- เปลี่ยนการจ่ายบริการผู้ป่วยในจากเดิมเป็นแบบเบิกย้อนหลัง ตามรายการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีสิทธิ (fee for service retrospective reimbursement) เป็นการกำหนดเพดานรายจ่าย (global budgeting - close end expenditure) และภายใต้เพดานนี้ ใช้ข้อมูลความยากง่ายของการรักษา (casemix index) โดยอาศัย ข้อมูลกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (diagnostic related group - DRG) เป็นเกณฑ์ในการจ่าย ซึ่งมีลักษณะเป็นการเบิกย้อนหลังอยู่ (retrospective reimbursement) แต่สามารถแก้ปัญหารายจ่ายปลายเปิดได้

4.5 ที่มาของเงิน (Financing Sources)

ที่มาของรายรับกองทุนสุขภาพข้าราชการ มาจาก 2 แหล่งหลักได้แก่

- งบประมาณประจำปีของรัฐบาลกลาง (งบกลางค่ารักษาพยาบาล)
- เงินสมทบ (เป็นร้อยละของเงินเดือน ค่าจ้าง) ของข้าราชการ (ในอนาคตเมื่อพร้อม)

นอกจากนี้ จะมีมาตรการจ่ายร่วมของผู้มีสิทธิเมื่อใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (copayment at the point of services) เงินที่ผู้ป่วยจ่ายร่วมนั้น เป็นเงินที่สถานพยาบาลรับไว้ โดยไม่ได้ส่งเข้ามายังกองทุนสุขภาพข้าราชการ นอกจากจะช่วยเหลือแบ่งเบาภาระของ กสข. ในการจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแก่สถานพยาบาล ยังช่วยเป็นเครื่องมือสำคัญ (price signal) ในการกำกับการใช้บริการโดยไม่จำเป็น และขาดประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรของผู้มีสิทธิ (moral hazard phenomenon)

4.6 การประเมินความต้องการเงิน ของ กสข. (Cost Estimation)

การประมาณความต้องการรายจ่ายก่อนใหญ่ๆ ได้แก่

1. บริการผู้ป่วยนอกพื้นฐาน
2. บริการผู้ป่วยในพื้นฐาน
3. บริการกรณีฉุกเฉินและอุบัติเหตุทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
4. บริการราคาแพง (catastrophic illnesses).
5. บริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค
6. การบริหารจัดการและการวิจัยและพัฒนา และเงินสำรอง (contingencies)

การประมาณความต้องการเงินเพื่อใช้จ่ายนั้น สามารถคำนวณจากตัวแปร ชุดด้วยกันได้แก่

1. การเจ็บป่วย (illness profile) ได้แก่ อัตราป่วยต่อคนต่อปี จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศของผู้มีสิทธิ อัตราการนอนโรงพยาบาลต่อคนต่อปี จำแนกตามกลุ่มอายุ วันป่วยเฉลี่ยจำแนกตามกลุ่มอายุ ความทุกข์ของการเจ็บป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลสูง
2. ข้อมูลค่ารักษาพยาบาล ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอก ค่ารักษาพยาบาลต่อวันป่วย

นอกจากข้อมูลการสำรวจ ที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ดำเนินการไว้ อาจจะต้องมีความจำเป็นต้องสำรวจเพิ่มเติม เพื่อให้การประมาณความต้องการเงินของกสข. มีความถูกต้องใกล้เคียงความจริงมากที่สุด เมื่อประมาณความต้องการเงิน ก็จะสามารถประมาณการความต้องการงบประมาณและเงินสมทบ ของกสข. ในแต่ละปี ได้

4.7 มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายของ กสข. (Cost Containment Measures)

การควบคุมรายจ่าย จะมีมาตรการสำคัญๆ 2 ด้านด้วยกันคือ

- มาตรการสำหรับสถานพยาบาล (ผู้ให้บริการ) วิธีการจ่ายค่าบริการมีความสำคัญต่อแรงจูงใจให้สั่งใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การเหมาจ่าย จะไม่มี unnecessary investigation, prescriptions ฯลฯ ส่วนการจ่ายแบบ fee for service สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพ จะกระตุ้นและจูงใจให้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น
- มาตรการสำหรับผู้มีสิทธิ เพื่อป้องกันการใช้บริการอย่างไม่สมเหตุผล การให้มีส่วนร่วมจ่าย (copayment) จะเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลมากที่สุด

4.8 การบริหารจัดการ (Administration and Management)

ปรับเปลี่ยนบทบาทของกรมบัญชีกลางจากเดิมเป็นเพียงทางผ่านของเงิน (conduit of finance) เป็นผู้จ่ายเงินโดยไม่บริหารเงิน ไปเป็น การมีสำนักงานกองทุนสุขภาพข้าราชการ (กสข.) ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ (purchaser of care) จากสถานพยาบาล แทนสมาชิกกองทุนทุกคน ลักษณะพึงประสงค์ของสำนักงานกองทุน

1. ปลอดจากการแทรกแซงทางการเมือง
2. โครงสร้างการบริหารของสำนักงานกองทุนมีประสิทธิภาพ
3. มีค่าใช้จ่ายในการบริหารต่ำ
4. บุคลากรในสำนักงานกองทุนมีความรู้ความสามารถ
5. มีระบบข้อมูล และการบริหารข้อมูล ที่มีประสิทธิภาพ
6. การบริหารการเงิน และการบัญชี มีความโปร่งใส
7. มีการวางแผน การกำกับ การที่มีประสิทธิภาพ
8. มีการตรวจสอบภายในและได้รับการตรวจสอบจากภายนอก
9. ระบบการกำกับและควบคุมคุณภาพบริการ ของสถานพยาบาล
10. ในระยะยาว มีระบบ และการให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (hospital accreditation)

4.9 ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information System)

สำนักงาน กสข. อาจจะพิจารณา จ้างเหมาให้หน่วยงานภายนอกสำนักงาน ที่มีความเชี่ยวชาญ เพื่อดำเนินการ เพื่อพัฒนาระบบข้อมูล ที่มีประสิทธิภาพ ในระบบย่อยต่างๆ รวมทั้งการประมวลผล การใช้บริการต่างๆ ตามความต้องการ ของ กสข. หน่วยงานนี้ในอนาคตจะสามารถพัฒนาไปสู่ Health Care Financing Authority เหมือนประเทศที่พัฒนา แล้ว โดยอาจจะครอบคลุมระบบประกันสุขภาพอื่นใดเข้ามา ให้มีมาตรฐานเดียวกัน (standardised information system) ฐานข้อมูลระบบย่อยต่างๆ ได้แก่

1. ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ (beneficiaries database) โดยมีตัวแปรสำคัญคือ โครงสร้างเพศ อายุ ถิ่นที่อยู่ การ update ฐานข้อมูล ผู้มีสิทธิเป็นปัจจุบัน
2. ฐานข้อมูลสถานพยาบาลและผู้มีสิทธิสำหรับบริการผู้ป่วยนอก การ update ฐานข้อมูลการเลือกให้ทันสมัย เพื่อประโยชน์ในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่ได้รับเลือกให้ตรงกับความจริง
3. ฐานข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอก โดยมีตัวแปรสำคัญคือ ปริมาณบริการ จำแนกตามประเภท
4. ฐานข้อมูล การใช้บริการผู้ป่วยใน โดยมีตัวแปรสำคัญคือ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด ผลการรักษา วันป่วยเฉลี่ย ฯลฯ เพื่อประกอบการจ่ายเงินคืนโรงพยาบาล
5. ฐานข้อมูลอื่นที่จำเป็นอื่น เช่น การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ และกรณีค่ารักษาพยาบาลราคาแพง

ข้อมูลฐานย่อยเหล่านี้ มีประโยชน์ในการทำกับการ การวางแผน และการทำนายความต้องการใช้เงินในอนาคต รวมทั้งการปรับเปลี่ยน และพัฒนานโยบาย ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5. สาระสำคัญของร่าง พรบ. กองทุนสุขภาพข้าราชการ

5.1 หมวดทั่วไป คำจำกัดความ อิงตามพระราชกฤษฎีกา 2523

ผู้มีสิทธิ ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ที่รับเงินเดือน ค่าจ้าง ข้าราชการบำนาญ ตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จ บำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุน มีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับ กระทรวง กลาโหมด้วยเงินเบี้ยหวัด

บุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิ ได้แก่

1. บิดา มารดาของผู้มีสิทธิ
2. คู่สมรสของผู้มีสิทธิ
3. บุตรที่ชอบด้วยกฎหมายยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นคนไร้ความสามารถ หรือ เสื่อมไร้ความสามารถ ซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของบิดา หรือมารดา ซึ่งเป็นผู้มีสิทธิฯ (ไม่รวมบุตรบุญธรรม หรือยกเป็นบุตรบุญธรรมแล้ว) ไม่เกิน 3 คน

ในอนาคต จะมีการพิจารณา ปรับลดขอบข่ายการคุ้มครองถึง บุคคลในครอบครัว บางส่วน หรือ ทั้งหมด รวมทั้ง การให้ผู้มีสิทธิจ่ายเงินสมทบร่วมด้วยหรือไม่ จะต้องพิจารณาตามสถานการณ์การปฏิรูประบบราชการ การปฏิรูประบบ เงินเดือนค่าจ้าง ใครเป็นผู้มีสิทธินั้นไม่จำเป็นต้องกำหนดไว้ในพรบ. กสข. แต่ให้เป็นกฎกระทรวง เพื่อความคล่องตัวใน การดำเนินการ

5.2 หมวดเกี่ยวกับสำนักงานกองทุนสุขภาพข้าราชการ คณะกรรมการ และอำนาจหน้าที่

1. กองทุนสุขภาพข้าราชการเป็นนิติบุคคล อาจจะเป็นองค์กรมหาชน ไม่ใช่ส่วนราชการ ไม่ใช่รัฐวิสาหกิจ สำนักงานกองทุนสุขภาพข้าราชการ มีอิสระในการบริหารงาน และบริหารเงิน พักงาน สกสข. ไม่ใช่ข้าราชการ มีโครงสร้างเงินเดือนและผลตอบแทนเฉพาะของ สกสข. โดยได้รับความเห็นชอบจากกรรมการ สกสข.
2. บริหารในรูปของคณะกรรมการ สกสข.
3. องค์ประกอบกรรมการ สกสข. ประกอบด้วย ผู้แทนฝ่ายนายจ้าง (รวม.คลังเป็นประธานกรรมการ ?, ระบุ ปลัดกระทรวงที่เกี่ยวข้อง 3-4 กระทรวง เลขานุการสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน) ผู้แทนฝ่ายข้าราชการ (ระบุเลขานุการสมาคมข้าราชการพลเรือน, ผู้แทนข้าราชการบำนาญ ? ผู้แทนชมรมลูกจ้างประจำ ฯลฯ) และนักวิชาการหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ระบุสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยการแต่งตั้งของรัฐมนตรี จำนวน $5+5+5=15$ คน กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิอยู่ในไม่เกิน 2 วาระ วาระละ 5 ปี
4. หมายเหตุ กรรมการ สกสข. มีหน้าที่กำหนดนโยบายของสกสข. มีความเห็นว่า ไม่ควรมีผู้แทนโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนอยู่ในกรรมการสกสข. ด้วย เพราะเป็นกลุ่มผลประโยชน์ ในระดับปฏิบัติการ เช่น การเจรจาเพื่อทำสัญญาซื้อบริการจากโรงพยาบาลนั้น สำนักงาน สกสข. จะต้องติดต่อ ประสานงาน และผู้แทนโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ก็ต้องมีส่วนร่วมอยู่แล้วโดยปริยาย
5. ผู้อำนวยการ สำนักงาน สกสข. เป็นเลขานุการของกรรมการบริหาร ผู้อำนวยการอยู่ในตำแหน่งวาระละ 5 ปี ไม่เกิน 2 วาระ

5.3 อำนาจหน้าที่ของกรรมการ สกสข.

กรรมการฯ มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

1. กำหนดนโยบาย กำกับการดำเนินการตามนโยบาย
2. ให้ความเห็นต่อการออกกฎกระทรวง
3. วางระเบียบ เกี่ยวกับการรับเงิน จ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การจัดหาผลประโยชน์ของกองทุนฯ
4. พิจารณางบดุลย์ และรายงานการรับจ่ายเงินของกองทุนฯ
5. ให้คำปรึกษา แนะนำแก่คณะกรรมการอื่น หรือ สำนักงานกองทุนฯ
6. ปฏิบัติการอื่นตามที่พรบ.นี้ หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ ของคณะกรรมการ

5.4 อำนาจหน้าที่ของผู้อำนวยการ สำนักงาน สกสข.

ผู้อำนวยการ สำนักงาน สกสข. มีอำนาจหน้าที่คือ

1. ดำเนินการตามนโยบายที่กรรมการฯ กำหนด มีหน้าที่รายงานต่อกรรมการฯ
2. เป็นผู้บังคับบัญชาของเจ้าหน้าที่ในสำนักงาน สกสข.
3. วางแผนดำเนินการ บริหารงาน กำกับการ และประเมินผลการดำเนินการ
4. เจรจา ต่อรอง และทำสัญญาซื้อบริการจากสถานพยาบาล
5. กำกับคุณภาพบริการของสถานพยาบาล ตามเงื่อนไขที่กำหนด
6. บริหารงานบุคคลในสำนักงาน ฯ
7. ปฏิบัติงานธุรการของคณะกรรมการ สกสข. และอนุกรรมการอื่นตามพรบ.นี้
8. หน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมาย หรือตามที่กฎหมาย คณะรัฐมนตรี มอบหมาย

5.5 หมวดเกี่ยวกับกองทุนสุขภาพข้าราชการ

1. ที่มาของเงินในกองทุนกสข.

- งบประมาณ ได้แก่ เงินทุนประเดิม เงินอุดหนุนประจำปี ตามประมาณการความต้องการใช้เงินในแต่ละปี และต้องปรับให้สอดคล้องกับดัชนีราคาผู้บริโภคหมวดค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งเงินบริจาคอื่นใด ถ้ากสข. จะต้องอาศัยงบประมาณอุดหนุนประจำปีจากรัฐบาล จะมีข้อเสียที่สำคัญคือ ถูกแทรกแซงทางการเมือง โดยกรมการวิสามัญงบประมาณประจำปี
- เงินสมทบ เป็นร้อยละของเงินเดือนจากผู้มีสิทธิ ในอนาคตถ้าพร้อมที่จะให้ผู้มีสิทธิจ่ายเงินสมทบ ตราบที่เป็นพระราชกฤษฎีกา ความพร้อมที่จะจ่ายเงินสมทบหมายถึง โครงสร้างเงินเดือนข้าราชการและลูกจ้างประจำ สอดคล้องกับราคาตลาดมากขึ้น จึงมีความจำเป็นจะต้องทบทวนหลักการที่ว่าสวัสดิการรักษายาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาจ้าง ข้าราชการในฐานะลูกจ้าง และราชการในฐานะนายจ้างจะต้องมีส่วนร่วม และหน้าที่ ในการจัดสวัสดิการนี้ ประเด็นคำถาม ข้าราชการบำนาญ ซึ่งมี cash flow ไม่มากนัก จะต้องจ่ายเงินสมทบร่วมด้วยหรือไม่ ?
- การพัฒนากองทุนสุขภาพข้าราชการ ไปสู่ลักษณะการออมทรัพย์เพื่อการรักษายาบาล (medical saving accounts - MSA) โดยเป็นบัญชีส่วนบุคคลของข้าราชการแต่ละครอบครัว ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงเมื่อพิจารณาในมิติของเวลา (spatial risk sharing) เป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างวัยหนุ่มสาว วัยกลางคน วัยแข็งแรง กับวัยชรา วัยเจ็บป่วย ดังนั้น ในอนาคตระยะยาวนั้น MSA มีคุณูปการสำคัญคือ

ก) จากการสำรวจของ สวรส. พบว่า ผู้มีสิทธิในสวัสดิการนี้ เกือบหนึ่งในสี่คน (23%) มีอายุมากกว่า 60 ปี และจะมีผลกระทบทางการเงิน (financial implications) ต่อกองทุน สูงมากในอนาคต

ข) มีความจำเป็นที่ข้าราชการ ในวัยทำงาน สามารถสะสมเงินในกองทุนนี้ เมื่อไม่ป่วยและไม่ใช้บริการในยามที่สุขภาพแข็งแรง เป็นเงินของครอบครัวของข้าราชการแต่ละคน เพื่อว่า ในอนาคตเมื่อ เขาเกษียณอายุแล้ว ยังมีเงินของเขาส่วนหนึ่งที่เหลืออยู่ในบัญชี สำหรับการใช้จ่าย

ค) กองทุนประกันสังคมมีจุดอ่อนที่สำคัญคือ ผู้ประกันตนที่ไม่เคยป่วยและไม่เคยใช้บริการเลย ก็จะได้ประโยชน์จากกองทุนประกันสังคมเลย เมื่อหมดสภาพลูกจ้างและความเป็นผู้ประกันตน ก็ไม่มีสิทธิ ในเงินกองทุนประกันสังคม ที่ตนเอง (นายจ้าง และรัฐบาล) จ่ายเงินสมทบไว้เลยสักบาทหนึ่ง การเห็นชัดเจนนัยของวิกฤตเศรษฐกิจ 2541 ลูกจ้างที่ถูกให้ออกจากงาน ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วย (sickness benefit) จะขยายไปอีก 6 เดือนหลังสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน เมื่อเลย 6 เดือนแล้ว ก็ไม่ได้มรรคผลแต่อย่างใดจากกองทุนประกันสังคม

การพัฒนาไปสู่ MSA จะต้องขึ้นาด้วยผลการวิจัยและองค์ความรู้ของระบบสาธารณสุขในประเทศไทย

2. รายจ่ายของกองทุนสุขภาพข้าราชการ

เพื่อบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ตามหลักเกณฑ์ในประกาศกระทรวงการคลัง อาจแบ่งเป็นก้อนโดยมี วิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน เช่น บริการผู้ป่วยนอกพื้นฐาน, บริการผู้ป่วยนอกกรณีฉุกเฉินอุบัติเหตุ และค่ารักษาราคาแพง, บริการผู้ป่วยใน Basic package+ฉุกเฉิน อุบัติเหตุ + ราคาแพง, บริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค, การบริหารจัดการ และวิจัยพัฒนา, สำรองฉุกเฉิน เป็นต้น

6. กระบวนการดำเนินงาน

6.1 ข้อเสนอกระบวนการเกี่ยวกับ พรบ. กสช.

1. เมื่อได้สาระสำคัญของร่างพรบ.กสช. แล้ว ควรจะนำเข้าสู่เวทีสาธารณะ เพื่อทำความเข้าใจ (ประชาสัมพันธ์) และขอความเห็นจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ได้แก่ รัฐบาล ข้าราชการ ประชาชน สื่อมวลชน ผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน
2. ปรับสาระสำคัญ
3. ร่างพรบ. กสช. โดย กระทรวงการคลัง
4. กระบวนการทางรัฐสภาในการผ่านร่างพรบ.

6.2 ข้อเสนอกระบวนการปฏิรูป

คงวิเคราะห์โดยละเอียดแล้วว่า มาตรการระยะสั้นตามมติครม. 3 กุมภาพันธ์ 2541 ซึ่งเป็น demand side intervention โดยเฉพาะอย่างยิ่ง introduction of copayment มาตรการระยะสั้นไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดบริการของผู้ให้บริการมากนัก ดังนั้น ประสิทธิภาพของระบบคงไม่เกิดขึ้นมากนัก

จึงมีความ จำเป็นจะต้องดำเนินการปฏิรูป ไปหลายๆ คู่ขนานกับการทำประชาพิจารณ์ และการร่าง พรบ. กสช. โดย ควรพิจารณา ดำเนินการดังต่อไปนี้

1. จัดทำฐานข้อมูลผู้มีสิทธิทันที ในเดือนมีนาคม 2540 โดยกรมบัญชีกลาง (แบบฟอร์มการสำรวจเตรียมไว้พร้อมแล้วเมื่อ 5 เดือน ก่อน โดย รศ.นพ.สุชาติ สรรเสถียร และคณะ) พร้อมทั้งให้ข้าราชการเลือกสถานพยาบาล สำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่ต้อง การไปใช้ คงใช้เวลา 8-12 เดือน ทั้งการสำรวจ การ verify และการจัดทำฐานข้อมูล
2. เร่งรัดการดำเนินการระบบข้อมูล DRG โดย subcontract ให้คู่สิทธิและคณะ ดำเนินการโดยเร่งด่วน แบบเต็มเวลา (full time basis)
3. ฝึกอบรมโรงพยาบาล สำหรับระบบรายงานการใช้บริการผู้ป่วยใน
4. เมื่อมีความพร้อม ให้กำหนดเพดานรายจ่ายผู้ป่วยใน และดำเนินการทดสอบวิธีการจ่ายโดย DRG การให้ความสำคัญต่อการ ดำเนินการปฏิรูปวิธีการจ่ายผู้ป่วยใน เพราะมีสัดส่วนรายจ่ายสูงถึง 65-70% ของรายจ่ายทั้งหมด
5. เมื่อ มีความพร้อม จึงปรับการจ่ายเงินผู้ป่วยนอกโดยวิธีการเหมาจ่ายรายหัว จำแนกตามกลุ่มอายุต่อไป

กิจกรรม ทั้งหมดนี้ ดำเนินการภายใต้ร่มของกรมบัญชีกลาง โดยกรมบัญชีกลางจะต้องกำหนดผู้รับผิดชอบเต็มเวลา และทำงาน ร่วมกับกลุ่มผู้พัฒนาระบบฐานข้อมูล อย่างใกล้ชิด

ภาคผนวกที่ 10

POLITICAL MAPPING FOR CSMBS POLICY REFORM

*Viroj Tangcharoensathien
Jongkol Lerttundumrong
Siriwan Pitayarangsanit
HSRI, October 12, 1998*

Technical notes:

1. We draft this map based on our experience in the past three years dealing with the CSMBS reform, meeting with all major stakeholders, meeting deliberations, press analysis, available document. However, we haven't gone through a systematic assessment of each stakeholder position (pro and against the reform).
2. Their power status was subjective assessment.
3. We plan to use this working document to go through a meeting on 26 October (members are mainly public providers).
4. After fine tuned, this working document is useful for strategic planning for a successful reform implementation.
5. **Overall scoring = +106.0 to +133.0. Then highly feasible**

Major stake holders	Consequences - impact of reform / background related to positions	Position -5 to +5	Power +1 to +5	SCORE -25 to +25	Linkage with other stakeholders	Strategy approach for a successful reform.
I. RECIPIENT OF THE SCHEME				-13.0		
1. Civil Servant Association (Mr. Kajadbhai Burudpat)	No direct effects from reform, except jumping to protect beneficiary	-3.0	+4.0	-12.0	- Possible provide mis-lead information to esp. media on negative consequence to beneficiaries - Possible close link with media. - By nature, will react negatively to gain votes.	- Clear and concise message - Probe its stand before convincing ± involve the Association in the reform processes. - Alliance with the media before it was mis-lead by the Association.
2. CSC Office	- Representing the civil servant medical fringe benefit scheme, - Awareness and need for reform. - participated as a member in HSRI appointed reform committee	+2.0	+2.0	+4.0		
3. Beneficiary	- Same coverage to current officials, pensioners and up to 6 dependants. - Previously free choice for ambulatory care → limited choice at registered provider but changeable annually when dissatisfied or change of domicile. - Gain as they are allowed to register public or private providers for OP care; formerly only access to public - Gain if equal access to public and private IP care; formerly substantial (~50%) copayment for private IP care. - Resist if copay for OP and IP care is introduced.	-2.5	+2.0	-5.0	They echo voice and potentiate their concerns through - Media - CS Association - Prime minister - Opposition party - CSC Office	- Confirm that the reform maintains beneficiary coverage. - Clear-cut, concise message on beneficiary coverage and benefit package → almost status quo. - Alliance with media, provide information on bad behaviour and problem of old system, advocate merit of new system - Alliance with tax payer - Alliance with MOPH hospital authority to guarantee quality of care and accessibility
II. PROVIDERS				-17.75 to +9.25		
1. MOPH hospitals (major provider)	The reform transfers financial risk from MOF to providers - uncertainty on hospital revenue.	-0.5	+2.5	-1.25	Pretty well prepared and ready to comply with the	- Clear message. - Assurance of financial adequacy and timely

Major stake holders	Consequences - impact of reform / background related to positions	Position -5 to +5	Power +1 to +5	SCORE -25 to +25	Linkage with other stakeholders	Strategy approach for a successful reform.
	• Terminate "Robin Hood - cross subsidy" function. • Require management capacity and cost saving strategies. • Require data handling capacity • Subject to clinical and financial audit • Anxiety over delay of cash disbursement from global budget + DRG system. Not the case for OP capitation rate which is prepaid each month. • Question over the technical feasibility and appropriateness of resource allocation using DRG. • Organisation culture: discipline, listen and comply to policy. • Financial implication base on previous magnitude of dependence on CSMBS budget.				• policy. • Familiar with DRG system under reinsurance mechanism for LIC and Health Card.	• disbursement. • Need strong audit and punishment to protect the good behaved and punish the bad behaved.
2. non-MOPH hospitals (esp. teaching hospitals)	• Similar consequence as MOPH hospitals, • CSMBS major source of extra-budgetary income • Unfamiliar with DRG • Financial anxiety if DRG does not compensate for higher cost due to teaching element. • Highly individualistic, no discipline, dissimilar to MOPH • Some members participated as a member in HSRI appointed reform committee • Teaching hospital patients are mainly very high social status and high rank government officers → Stronger voice.	-3.0	+3.5	-10.5		
3. Private hospitals	• Position depends very much on whether they are allowed to join providing IP care to beneficiaries → likely that they are allowed to join. • They will gain if allowed to join the Scheme both OP and IP, since 20 August Royal Decree amendment terminate access to private IP care. • Weaker voice than Priv Hosp Association. • Past poor image and bad behave (false claim, abuses) → ill feeling and reluctant to allow their participation in the Scheme and fear of potential abuse DRG system and cost quality trade-off under capitation system.	+4.0	+3.0	+12.0 -12.0 [if not allowed to join the Scheme]		
4. Private Hospital Association	• Likely to strong advocate participation of private hospitals in the Scheme.	+5.0	+3.0	+15.0 -15.0 [if not allowed to join]		

Major stake holders	Consequences - impact of reform / background related to positions	Position -5 to +5	Power +1 to +5	SCORE -25 to +25	Linkage with other stakeholders	Strategy approach for a successful reform.
5. MOPH: permanent secretary, deputies	- Well informed on the reform concept and direction - Financial implications to MOPH hospitals is unpredictable, termination of cross-subsidy function. - participated as a member in HSRI appointed reform committee - Likely to comply with MOF reform policy	+3.0	+5.0	+15.0		- Clear and concise message must be made. - Clear analysis on financial implications towards MOPH h
6. Rural Doctor Association		+2.0	+3.0	+6.0		
III. FINANCE AND FINANCING CARRIER				+31.0		
1. Private insurance company (Apex health care, Sri- Auydha CMG, other private insurance)	- Strongly against the reform direction, discredit through the notions: "cost focus will jeopardise quality of care, beneficiaries are major losers" - As CSMBS has the highest market potential, 15 billion Baht annual outlay, 7 million beneficiaries, middle class → wanting to take over the Scheme totally by one firm or partially (multiple sickness funds) by several firms mainly on HMO / PPO arrangements. → likely to form several competitive private insurance plans. - Actually they are not against the need for reform but strongly against the CSMBS being managed by an autonomous non-profit entity (i.e. Civil Servant Health Fund Office). They want the MOF to transfer all the responsibility to private insurance companies. - Possible to take 10-15% profit out of the Scheme and significant copay by beneficiaries. - However, private insurance got bad name and bad behave from Traffic Accident Insurance Act.	-4.0	+2.0	-8.0	- Strong political alliance. - Strong money power, the case of Traffic Accident Protection Act is a classical illustration.	- Alliance with public (MOPH and non MOPH hospitals) to voice against private insurance taking over the Scheme, based on the painful experience under the Traffic Accident Victim Protection Act. - Possible alliance with private hospital if private insurance is another cream-skimming agency.
2. Insurance Association	- Work hand in glove with private insurance companies. It is an official speaker for insurance companies. - Strong lobbying power.	-4.0	-2.0	-8.0	Strong political alliance and money power.	- Similar strategy. - Generally bad behave insurance companies under the Traffic Accident Protection Act should be uncovered to the public. - A national compulsory scheme should not be managed on an for-profit orientation
3. Budget Bureau	- There is an awareness and need for reform - Strongly support if reform can contain cost in long term and improved efficiency - participated as a member in HSRI appointed reform committee	+3.0	+4.0	+12.0		
4. SSO	- Reform direction is along the line with SSO contract model, but a few step advance than sole capitation for OP and IP care. - participated as a member in HSRI appointed reform committee	+5.0	+3.0	+15.0		

Major stake holders	Consequences - impact of reform / background related to positions	Position -5 to +5	Power +1 to +5	SCORE -25 to +25	Linkage with other stakeholders	Strategy approach for a successful reform.
5. MOF-CGD	- Before October 98, there is a high turnover of deputy DG responsible this matter, CSMBS is a low priority in relation to other public finance issues under crisis and IMF arrangements. - Latest briefing (Oct 8, 98) to DG and deputy was rather positive but they still question why budget ceiling + DRG, why not pure DRG? - There is an awareness and need for reform, but all questions must be satisfied by all concerned parties. - participated as a member in HSRI appointed reform committee - Still have some technical questions, e.g. MIS, clinical data handling, how to manage the variation of compensation to hospitals (Baht per DRG weight) in each month / quarter. - MOF-CGD seems to have a final say either for or against the reform.	+4.0	+5.0	+20.0		Policy level briefing + technical briefing to DG, deputy, and other technical level staff.
IV. BUREAUCRATS				+15.0		
1. NESDB	- As a central planning body, well aware of the Scheme problem, - participated as a member in HSRI appointed reform committee	+5.0	+3.0	+15.0		
V. POLITICAL PARTY AND POLITICIAN				+63.0		
1. Prime minister	- Well aware of need for reform - Strongly support to reform, but not involve in technical detail, - depends very much on responsible Finance Minister	+4.0	+5.0	+20.0		
2. Finance minister	- Deputy finance minister is keen in SSS, as he provides consultation on the management of SS Fund investment. - Well understand the issue, content and context.	+5.0	+4.5	+22.5		
3. Health minister	Rather remote to CSMBS, except MOPH is the major health care providers in the country and impact of termination of financial implication from the reform	+3.0	+4.0	+12.0		
4. Labour minister	- Last labour minister was keen to take over CSMBS to be administered under the same umbrella of SSS using inclusive capitation rate for OP and IP care - Power is rather remote to CSMBS	+4.0	+3.0	+12.0		
5. Opposition party	- As a rule, it will react to oppose every government policy to gain votes from the civil servants - A strong trend to co-ordinate and coalise all opposition stakeholders in an united front against the reform.	-4.0	+4.0	-16.0		

Major stake holders	Consequences - impact of reform / background related to positions	Position -5 to +5	Power +1 to +5	SCORE -25 to +25	Linkage with other stakeholders	Strategy approach for a successful reform.
6. Senate Health Committee	Well aware of and need for reform.	+3.0	+2.5	+7.5		
7. Lower House Health Committee	- The House deals with hot issue in relation to health, member are representative from both the government and opposition parties - If will informed, they choose to represent general public than civil servants → pro reform	+2.0	+2.5	+5.0		
VI. GENERAL PUBLIC				+27.5		
1. General Public	- As tax payer, sensitive towards the Scheme inefficiency and higher budget subsidy >2,000 Baht per capita, compared to the Low Income Scheme, 270 Baht / capita → then need to reform. - Easily moved by Media.	+5.0	+2.5	+12.5		
2. Media : low grade newspaper	- The media in Thailand usually shapes, provoke and lead the general public view and motion. - May not play the issue - Likely to coalise with opposition parties and stakeholders to hit against reform.	-1.0	+5.0	-5.0		
3. Media - high grade newspaper	- The media in Thailand usually shapes, provoke and lead the general public view and motion. - Rather reasonable and listen to the problem.	+1.0	+5.0	+5.0		
4. TV public (Channel 3, 5, 9, 7, 11)	The media in Thailand usually shapes, provoke and lead the general public view and motion.	+1.0	+5.0	+5.0		
5. TV private ITV	The media in Thailand usually shapes, provoke and lead the general public view and motion.	+1.0	+5.0	+5.0		
6. Radio	The media in Thailand usually shapes, provoke and lead the general public view and motion.	+1.0	+5.0	+5.0		

ภาคผนวกที่ 11

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ:
วิกฤตงบประมาณปี 2541
และการปฏิรูประบบในปี 2542-44

Civil Servant Medical Benefit Scheme:
Financial Crisis in FY 2541
and System Reform in FY 2542-44

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร *

สุชาติ สรรณสทาพร **

จกมล เลิศเชียรดำรง *

* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

** คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สารบัญ

บทที่หนึ่ง วิกฤตการคลังรัฐบาล ปี 2541	4
1.1 วิกฤตงบประมาณ พ.ศ.2541	4
1.2 ถ้าไม่จัดการอะไร จะเกิดอะไรขึ้นในปี 2541	5
1.3 ผลกระทบต่อการคลังรพ.ภาครัฐ	6
1.4 แล้วควรจะทำอะไรบ้าง ?	6
บทที่สอง การดำเนินการในภาวะวิกฤตปี 2541	7
2.1 นโยบายของกรมบัญชีกลาง	7
2.1.1 ด้านอุปสงค์	7
2.1.2 ด้านอุปทานบริการ	7
2.2 วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของนโยบายกรมบัญชีกลาง	7
2.2.1 ด้านอุปสงค์ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า หลักการที่มีความเป็นไปได้	7
2.2.2 ด้านอุปสงค์ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า หลักการที่มีความเป็นไปได้น้อย	8
2.2.3 ด้านอุปทาน ผู้วิจัยมีความเห็นว่า หลักการที่มีความเป็นไปได้	8
2.2.4 ด้านอุปทาน ผู้วิจัยมีความเห็นว่า หลักการที่มีความเป็นไปได้น้อย	8
2.3 หลักการดำเนินการปี 2541	9
2.3.1 กำหนดวงเงินรายจ่าย	9
2.3.2 กำหนดรูปแบบการจ่ายเงินสถานพยาบาล	9
2.3.3 มาตรการต่อผู้มีสิทธิ ในสวัสดิการนี้	10
บทที่สาม การจ่ายบริการผู้ป่วยนอก ปี 2541	11
3.1 หลักการทั่วไป	11
3.2 จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว	11
3.2.1 คำนวณอัตราเหมาจ่าย	11
3.2.2 วิจาณระบบเหมาจ่าย	13
3.3 การจ่ายตามคะแนนบริการ (modified point system)	13
3.3.1 หลักการ	13
3.3.2 วิธีการ	14
3.4 การกำหนด copayment สำหรับผู้ป่วยนอก	16
3.4.1 หลักการ	16
3.4.2 มาตรการ	17
3.4.3 วิธีการ	19
3.4.4 วิจาณ Copay	20

บทที่สี่ การจ่ายบริการผู้ป่วยใน ปี 2541.....	21
4.1 หลักการ	21
4.2 วิเคราะห์ความเป็นไปได้	21
4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพดานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน.....	22
บทที่ห้า Management Information System	23
บทที่หก Organisation and Management 2541	23
บทที่เจ็ด การบริหารภาวะวิกฤตต่อเนื่องปี 2542-44.....	23

บทที่หนึ่ง วิกฤตการคลังรัฐบาล ปี 2541

1.1 วิกฤตงบประมาณ พ.ศ.2541

ใน 10 เดือน ของปีงบประมาณ 2540 รายจ่ายจริงค่ารักษายาบาล ในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มี ยอดรายจ่ายจริงเท่ากับ 12,924.23 ล้านบาท เป็นค่ารักษายาบาลกรณีผู้ป่วยนอกเท่ากับ 4731.3 ล้านบาท และผู้ป่วย ใน 8,192.93 ล้านบาท ผู้วิจัยได้ประมาณการข้อมูลเป็น 12 เดือน จะได้รายจ่ายจริงเท่ากับ 15,509.1 ล้านบาท เป็นผู้ป่วย นอก 5,677.6 ล้านบาท (36.6%) และเป็นผู้ป่วยใน 9,831.5 ล้านบาท (63.4%) ดูตารางที่ 1.1

หมายเหตุ รายจ่ายจริง 10 เดือนแรกปีงบประมาณ 2540 โดยเฉพาะในเดือนหลังๆ มีฎีกาค้างจ่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยใน ที่รพ.รัฐบาลวางฎีกาโดยตรงกับสำนักงานคลังจังหวัด หรือกรมบัญชีกลาง รวมทั้งฎีกาที่ส่วนราชการผู้เบิกตั้งเบิก สำหรับรายจ่ายผู้ป่วยนอก ดังนั้น ประมาณการ 15,509 ล้านบาทจึงเป็นประมาณการต่ำสุด (lowest estimation).

ตารางที่ 1.1 รายจ่ายจริงค่ารักษายาบาล สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ปีงบประมาณ 2540 (ล้านบาท)

Month	OP CS	IP CS	OP pen	IP pen	Tot OP	Tot IP	OP+IP	IP ratio	Accumulate
Oct.39	311.92	656.87	60.27	61.17	372.19	718.04	1,090.23	65.9	1,090.23
Nov.39	413.85	745.10	62.46	73.86	476.31	818.96	1,295.27	63.2	2,385.50
Dec.39	381.34	689.30	60.75	74.26	442.09	763.56	1,205.65	63.3	3,591.15
Jan. 40	420.60	733.96	73.28	77.23	493.88	811.19	1,305.07	62.2	4,896.22
Feb.	399.22	692.74	66.58	76.40	465.80	769.14	1,234.94	62.3	6,131.16
Mar.	428.39	746.24	70.19	79.51	498.58	825.75	1,324.33	62.4	7,455.49
Apr.	356.03	706.56	70.84	78.83	426.87	785.39	1,212.26	64.8	8,667.75
May.	397.57	742.98	69.31	81.80	466.88	824.78	1,291.66	63.9	9,959.41
Jun.	483.15	866.60	74.62	86.63	557.77	953.23	1,511.00	63.1	11,470.41
Jul	457.50	831.75	73.43	91.14	530.93	922.89	1,453.82	63.5	12,924.23
10 m.					4,731.3	8,192.93	12,924.23		
Blow 12m.					5,677.6	9,831.50	15,509.10		
					36.6%	63.4%	100%		

ที่มา กรมบัญชีกลาง สิงหาคม 2540

ภายใต้ภาวะวิกฤตงบประมาณ ปี 2541 (รวมทั้งผลกระทบหลังปี 2541) สำนักงบประมาณ ได้ตั้งงบประมาณในส่วนงบกลางค่ารักษายาบาล ซึ่งตั้งเบิกไว้ 18,000 ล้านบาทในปี 2541 ลงเหลือ 10,000 ล้านบาท ด้วยเหตุผลที่ว่า สวัสดิการนี้ "มีการโกงค่ารักษากันมาก" ผู้วิจัยเห็นว่า เป็นการตั้งงบประมาณที่ปราศจากข้อเท็จจริงที่ชัดเจน ว่าปริมาณ การทุจริตมีมากน้อยเพียงไร และความต้องการด้านสุขภาพจริงเท่าไร การตั้งงบประมาณในลักษณะนี้ ไม่ได้พิจารณา ความเป็นจริงว่า จะสามารถดำเนินการจัดบริการภายในงบประมาณ 10,000 ล้านบาทได้อย่างไร ?

อย่างไรก็ตาม ภายใต้ภาวะวิกฤตงบประมาณ ผู้มีสิทธิ์ในสวัสดิการนี้ รวมทั้งโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเป็นผู้ให้ บริการรายใหญ่ของสวัสดิการนี้ จะต้องยอมรับความจริงอย่างเจ็บปวดว่า มีเงินเพียง 10,000 ล้านบาทเท่านั้นในปีงบประมาณ 2541 ซึ่งเป็นเพียง 64.5% ของรายจ่ายจริงในปี 2540 นั่นก็คือ จะต้องลดรายจ่ายลงจากปี 2540 ถึง 35.5%

นอกจากนี้ ผู้วิจัยคาดการณ์จากข้อมูลรายจ่ายจริงและแนวโน้มในอดีต ระหว่างปี 2535-2540 พบว่า มีอัตรา เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 6 ปีเท่ากับ 21% ดังนั้นความต้องการงบประมาณในปี 2541 เท่ากับ 18,766.01 ล้านบาท (ตารางที่ 1.2) การ ปรับลดงบประมาณเหลือเพียง 10,000 ล้านบาทนั้น เท่ากับ 53.3% ถึง 55.6% ของประมาณการความต้องการ ในปี 2541 หรือเท่ากับลดลงไป 44.4% ถึง 46.7%

ดังนั้น ผู้วิจัยเชื่อว่า จะมีผลกระทบซ้อนด้านลบ ทั้งสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการในปีงบประมาณ 2541 และต่อการคลังของโรงพยาบาลภาครัฐที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิในสวัสดิการ รวม ทั้งผู้ป่วยทั่วไปนั้น เมื่อเป็นเช่นนั้น สำนักงานประมาณ กรมบัญชีกลาง และรัฐบาลจะต้องรับผิดชอบและสามารถให้คำตอบที่ชัดเจน

ตารางที่ 1.2 รายจ่ายจริง ปี 2535-40 และประมาณการ 2541-44

Fiscal year	Expenditure (million Bht)		annual percent increase	
Actual				
2535	5,854.14		16	
2536	7,906.14		33	
2537	9,954.06		26	
2538	11,155.95		12	
2539	13,587.21		22	
2540	*15,509.10		14	
forecast	**	***	**	***
2541	18,766.01	17,990.56	21	16
2542	22,706.87	20,869.04	21	16
2543	27,475.32	24,208.09	21	16
2544	33,245.13	28,081.39	21	16

Note: * blow up from 10 months **six year average 21% annual increase, ***three year average 16% increase

1.2 ถ้าไม่จัดการอะไร จะเกิดอะไรขึ้นในปี 2541

ผู้วิจัยคาดการณ์ว่า ถ้าคงสิทธิเช่นเดิม คงวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล (สำหรับผู้ป่วยใน รพ.รัฐบาล) และผู้มีสิทธิ (สำหรับผู้ป่วยนอก รพ.รัฐบาล และผู้ป่วยใน รพ.เอกชน) เช่นเดิม วงเงินงบประมาณ 10,000 ล้านบาท จะหมดภายใน 7 เดือน (เมษายน 2542) หลังจากนั้น กรมบัญชีกลาง ก็จะไม่สามารถอนุมัติจ่ายฎีกาจากส่วนราชการผู้เบิก และจากโรงพยาบาลของรัฐบาลที่เบิกตรง เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 เดือน ซึ่งน่าจะเป็นหนี้อยู่ประมาณ 8,766 ล้านบาท

เมื่อเป็นเช่นนั้น สถานพยาบาลของรัฐซึ่งเป็นผู้จัดบริการรายใหญ่ จะมีปัญหาในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ ผลกระทบด้านลบ จะเห็นชัดเจนอย่างยิ่งในไตรมาสสุดท้ายของปีงบประมาณ 2541 ปฏิกริยาจากสถานพยาบาลของรัฐจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จะขึ้นอยู่กับการคลังเงินบำรุง และปริมาณผู้ป่วย (ทั้งในสวัสดิการฯ และผู้ป่วยทั่วไป) กับความสามารถในการปรับตัว เพื่อลดต้นทุนการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ต้นทุนยาและวัสดุการแพทย์ และค่าตอบแทนบุคลากร (ค่าจ้างชั่วคราวและค่าล่วงเวลา) ซึ่งเป็นต้นทุนหลัก การลดต้นทุนบริการ อาจจะกระทบคุณภาพบริการได้

สถานการณ์เช่นนี้ ในสองไตรมาสหลังของปี 2541 ข้าราชการและผู้มีสิทธิ จะได้รับผลกระทบรุนแรง ทั้งนี้เพราะสถานพยาบาลของรัฐ อาจจะไม่สามารถจัดบริการได้ดังเดิม กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมักจะเป็นผู้สูงอายุด้วย กลุ่มข้าราชการชั้นผู้น้อย และลูกจ้างประจำ ซึ่งมีรายได้และสภาพคล่องการเงินไม่มากนัก ซึ่งเป็นลูกค้ารายใหญ่ของสวัสดิการนี้ จะได้รับผลกระทบรุนแรง อาจจะมีผลลบต่อสถานะสุขภาพ (health status) ในระยะยาว ในกลุ่มข้าราชการระดับสูง หรือมีรายได้สูง ซึ่งใช้บริการภาคเอกชนอยู่แล้ว จะได้รับผลกระทบไม่มากนัก นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ต้องนอนโรงพยาบาล อาจจะได้รับผลกระทบพอสมควร

โดยสรุป วิกฤตงบประมาณ ในปี 2541 จะมีผลกระทบอย่างรุนแรง ต่อสถานพยาบาลภาครัฐและผู้มีสิทธิตามลำดับ

1.3 ผลกระทบต่อการคลังรพ.ภาครัฐ

โรงพยาบาลรัฐบาล มีรายได้เงินบำรุงส่วนใหญ่มาจากการให้บริการผู้มีสิทธิในสวัสดิการนี้ (ดูตารางที่ 1.3) นอกจากนี้ รายจ่ายของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปีนั้น อาศัยเงินบำรุงถึง 50%-55% ของรายจ่ายทั้งหมด งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร มีบทบาทลดลงเรื่อยๆ เหลือ 45%-50% เท่านั้น ดังนั้น การที่การคลังสถานพยาบาลของรัฐพึ่งพาเงินบำรุงค่อนข้างมาก และแหล่งรายได้สำคัญมาจากการให้บริการผู้มีสิทธิในสวัสดิการฯ นี้ การเปลี่ยนแปลงในปี 2541 จะมีผลกระทบรุนแรงต่อการคลังโรงพยาบาลภาครัฐ

ตารางที่ 1.3 ร้อยละเงินบำรุงที่มาจากการให้บริการผู้ป่วยใน แก่ผู้มีสิทธิในสวัสดิการฯ *

ประเภทรพ.	2536	2537	2538
รพ.ชุมชน	27.4	30.2	33.4
รพ.ทั่วไป/รพ.ศูนย์	37.1	34.3	34.7
รพ.รัฐอื่นๆ	30.5	34.3	30.0

ที่มา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2540 รายงานเบื้องต้นการสำรวจสถานะเงินบำรุงสถานพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ

หมายเหตุ * รายได้เงินบำรุงจากผู้ป่วยนอกในสวัสดิการนี้ รพ.ไม่ได้เก็บข้อมูลนี้ ไม่สามารถแยกได้

ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ดังนี้

1. เงินบำรุงมีบทบาทในการจัดบริการของรพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 50% ของรายจ่ายทั้งหมดในแต่ละปี
2. รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น 50% ของรายรับเงินบำรุงมาจากสวัสดิการฯนี้ รพ.สังกัดทบวง จะมีสัดส่วนสูงถึงประมาณ 60%-65% ของเงินรายได้คณะฯ
3. รายได้เงินบำรุงลดลง จาก ที่ควรได้ 18,766 ล้านบาท (ผู้วิจัยไม่ปรับลดรายจ่ายผู้ป่วยในรพ.เอกชน 15% ลง เพราะปี 2541 นโยบายกรมบัญชีกลางไม่ให้ให้บริการผู้ป่วยในเอกชน และคนกลุ่มนี้ น่าจะกลับมาใช้รพ.รัฐบาล) เหลือ 10,000 ล้านบาท เท่ากับลดลง 47%
4. ดังนั้น รายได้เงินบำรุงจากสวัสดิการฯนี้ จะลดลง 47% มีผลทำให้รายได้เงินบำรุงทั้งหมดลดลง 0.5×0.47 เท่ากับ 23.5% สำหรับรพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนรพ.สังกัดทบวงมหาวิทยาลัยจะมีผลกระทบรุนแรง คือ เงินรายได้คณะฯ จะลดลง 28.2%-30.6%
5. ดังนั้น รพ.ภาครัฐ จะต้องปรับตัว โดยการลดต้นทุน และรายจ่ายต่างๆ ลงไม่น้อยกว่า 23.5% ถึง 30.6% ของรายจ่ายเงินบำรุงต่อปี เพื่อรักษาสถานภาพเงินคงคลังของโรงพยาบาลไว้ ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ เงินคงคลังจะลดลงตามลำดับ รพ.จะอยู่รอดได้นานเพียงไร ขึ้นอยู่กับขนาดของเงินคงคลังโรงพยาบาล
6. คำถามสำคัญคือ การลดต้นทุน การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้เงินบำรุง ลงถึง 23.5% ถึง 30.6% นั้น จะสามารถคงคุณภาพบริการไว้ได้หรือไม่? เป็นคำถามที่ท้าทาย ความสามารถผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐ ในการแปลงวิกฤตเป็นโอกาส
7. สถานพยาบาลภาครัฐทุกสังกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กรมบัญชีกลาง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จะต้องนำเสนอนโยบาย หลักปฏิบัติ ในการรัดเข็มขัดที่ชัดเจน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคงคุณภาพไว้ให้ได้

1.4 แล้วควรจะทำอะไรบ้าง ?

1. ผู้มีสิทธิต้องยอมรับความจริง (อันขมขื่น) กรมบัญชีกลางจัดทำแผนการประชาสัมพันธ์ และดำเนินการทำความเข้าใจอย่างกว้างขวาง ถึงมาตรการที่ใช้ในปี 2541 และปีถัดไปอย่างชัดเจน
2. ดำเนินการปฏิรูป ในปี 2541 ให้สอดคล้องกับทิศทาง ที่กรรมการที่ปรึกษาวิชาการ โครงการปฏิรูปสวัสดิการรักษายาบาล ระยะที่สอง ได้มีมติและหลักการไว้ รายละเอียดในบทที่ 7
3. กรรมการรักษาสาธารณสุข กรรมการงบประมาณ ต้องทบทวน นโยบาย กระบวนการจัดสรร และความต้องการงบประมาณสนับสนุน สำหรับโรงพยาบาลภาครัฐ (Government Hospital Financing Review)

บทที่สอง การดำเนินการในภาวะวิกฤตปี 2541

2.1 นโยบายของกรมบัญชีกลาง

จากการหารือกับกรมบัญชีกลาง เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2540 ที่ประชุมได้พิจารณาและกำหนดมาตรการ รััดสำหรับการปฏิบัติในปี 2541 ดังนี้

2.1.1 ด้านอุปสงค์

- ยกเลิกสิทธิในการใช้บริการผู้ป่วยในที่รพ.เอกชน
- ให้ผู้มีสิทธิมีส่วนร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ (copayment) สำหรับ additional comforts เช่น ห้องปรับอากาศ ห้องที่มีราคาแพงขึ้น
- ยกเลิกการคุ้มครองข้าราชการระดับสูงและบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้แก่ ระดับ 7 ขึ้นไป
- การนอนโรงพยาบาล ผู้มีสิทธิจะต้องได้รับการส่งตัวจากแพทย์ ซึ่งไปตรวจในกรมฯ กองฯ ต่างๆ แล้ว
- ให้ข้าราชการจัดทำ Health profile ประจำตัวทุกคน

2.1.2 ด้านอุปทานบริการ

- ยกเลิก ค่าธรรมเนียมแพทย์สำหรับคลินิกภาคค่ำในสถานพยาบาลของรัฐ
- จัดสรรงบประมาณ 10,000 ล้านบาท ตามจำนวนข้าราชการ ไปยังกรม 140 กว่ากรม และให้กรมบริหารรายจ่ายให้อยู่ในงบประมาณที่จัดสรร
- กำหนดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่สามารถเบิกได้
- ลดการคุ้มครองค่านอนค่าอาหาร (เดิม 600 บาทต่อวัน)
- จ่ายยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ผลิตภายในประเทศ ทดแทนยาต้นแบบ ซึ่งแพงกว่ามาก

2.2 วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของนโยบายกรมบัญชีกลาง

2.2.1 ด้านอุปสงค์ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า หลักการที่มีความเป็นไปได้

- การยกเลิกสิทธิในการใช้บริการผู้ป่วยในที่รพ.เอกชน จะประหยัดรายจ่ายได้ 15.5% ของรายจ่ายทั้งหมด ทั้งนี้ ภายใต้สมมุติฐานว่า ผู้ป่วยในที่ให้บริการรพ.เอกชน จะไม่กลับมาใช้รพ.รัฐบาล ซึ่งข้อสมมุติอาจไม่เป็นจริงนัก ดังนั้น ขนาดของการประหยัดจะน้อยกว่า 15% อย่างไรก็ตาม การยกเลิกนี้ สามารถแก้ไขปัญหานการนำบริการผู้ป่วยนอกรพ.เอกชน (ซึ่งเบิกไม่ได้) มาเบิกเป็นผู้ป่วยใน
- การให้ผู้มีสิทธิมีส่วนร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ (copayment) จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดการให้บริการ ที่อาจจะไม่จำเป็นลงได้ เพราะจะต้องร่วมจ่ายบางส่วน ข้อพึงระวังคือ ผู้ป่วยที่มีความต้องการทางสุขภาพจริง โดยเฉพาะ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยในที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน จะเป็นภาระเป็นข้าราชการระดับล่าง
- การยกเลิกการคุ้มครองข้าราชการระดับสูงและบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้แก่ ระดับ 7 ขึ้นไป ไม่มีความเป็นไปได้ ผลทางจิตวิทยามวลชน ว่า ผู้ใหญ่เสียสละให้ผู้ย่อย แต่ได้ผลในการประหยัดงบประมาณได้น้อย เพราะระดับ 7 ขึ้นไปมีประชากรเพียง 7% ของข้าราชการทั้งหมด (ดูตารางที่ 2.1) ซึ่งกลุ่มนี้ อาจจะไม่ได้ใช้บริการตามสวัสดิการนี้เท่าไร

2.2.2 ด้านอุปสงค์ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า หลักการที่มีความเป็นไปได้น้อย

- การคัดกรองเพื่อให้ผู้มีสิทธินอนโรงพยาบาลโดยต้องได้รับการส่งตัวจากแพทย์ ซึ่งไปตรวจในกรมกองฯ ไม่น่าจะเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในขณะนี้ นอกจากนี้ บุคคลในครอบครัว อาจจะไม่สามารถไปใช้บริการคัดกรองใน กรมกองต่างๆได้สะดวกนัก
- ให้ข้าราชการจัดทำ Health profile ประจำตัวทุกคน เป็นหลักการที่ดี ซึ่งน่าจะเป็น long term measurement มากกว่า short term ในปี 2541

2.2.3 ด้านอุปทาน ผู้วิจัยมีความเห็นว่า หลักการที่มีความเป็นไปได้

- ยกเลิก ค่าธรรมเนียมแพทย์สำหรับคลินิกภาคค่ำในสถานพยาบาลของรัฐ ทำได้ทันที โดยการเวียนแจ้งและขอความร่วมมือ ค่าธรรมเนียมแพทย์สามารถเก็บได้ แต่ผู้ป่วยเป็นผู้จ่ายเอง
- การกำหนดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่สามารถเบิกได้ หรือ ลดการคุ้มครองค่าห้องค่าอาหาร (เดิม 600 บาทต่อวัน) เช่น กำหนดวันนอนไม่เกิน 5 วัน (เท่ากับผู้ป่วยอื่นๆ ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด) หรือ ให้เบิกค่าห้องค่าอาหารได้ครั้งหนึ่ง เช่น 300 บาทต่อวันเป็นต้น มาตราการนี้จะทำให้เกิดความเครียด และมีแรงเสียดทานสูง รวมทั้งการกระทบกระทั่ง (disputes) ระหว่างผู้ป่วยและโรงพยาบาล โครงสร้างค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน กรณีค่าห้องค่าอาหาร อยู่ระหว่าง 12.3% ถึง 40.6% (เฉลี่ยทุกสังกัด 32.6%) (ดูตารางที่ 2.3)
- จ่ายยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่ผลิตภายในประเทศ ทดแทนยาต้นแบบ ซึ่งแพงกว่ามาก เป็นมาตรการที่สำคัญและสอดคล้องกับสถานการณ์ ค่าเงินบาทตกต่ำ เพื่อลดการสูญเสียเงินตราต่างประเทศ ในการนำเข้ายาสำเร็จรูปจากต่างประเทศ นอกจากนี้ ยาเป็นต้นทุนการผลิตสำคัญทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ดูตารางที่ 2.2 และ 2.3)

2.2.4 ด้านอุปทาน ผู้วิจัยมีความเห็นว่า หลักการที่มีความเป็นไปได้น้อย

- จัดสรรงบประมาณ 10,000 ล้านบาท ตามจำนวนข้าราชการ ไปยังกรม 140 กว่ากรม และให้กรมบริหารรายจ่ายให้อยู่ในงบประมาณที่จัดสรร ถ้าไม่ได้ปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาล โดยยังเป็น fee for service อยู่ งบประมาณที่จัดสรรก็จะหมดอย่างรวดเร็ว การให้กรมในส่วนกลาง และหน่วยราชการในส่วนภูมิภาคดำเนินการ จะขาดประสิทธิภาพเชิงระบบอย่างมาก

ตารางที่ 2.1 จำนวนและร้อยละการกระจายของข้าราชการและลูกจ้างประจำ ระดับ 1-11 ปี 2539-2540

	จำนวน ขรก 2539	%	จำนวน ขรก 2540*	ลูกจ้าง 2540 **	รก.+ลูกจ้าง	%	cumulative%	จำนวนคน	%
C1	164,427	12	172,054	98871	270,926	15	15		
C2	189,431	14	198,218	98871	297,090	17	32		
C3	156,114	11	163,356	98871	262,227	15	47	830,243	47
C4	168,010	12	175,804		175,804	10	57		
C5	245,783	18	257,184		257,184	15	72		
C6	355,378	26	371,863		371,863	21	93	804,851	46
C7	74,644	5	78,107		78,107	4	96		
C8	25,829	2	27,027		27,027	2	99		
C9	9,043	1	9,462		9,462	1	100		
C10	1,819	0	1,903		1,903	0	100		
C11	637	0	667		667	0	100	117,166	7
รวม	1,391,115	100	1,455,646	296,614	1,752,260	100		1,752,260	100

ที่มา กรมบัญชีกลาง หมายเหตุ * ผู้วิจัยได้ข้อมูลปี 2539 ซึ่งจำแนกตามระดับ แต่ข้อมูลปี 2540 ได้ยอดจำนวนรวม ดังนั้น ผู้วิจัยปรับโดยใช้สัดส่วนการกระจายในปี 2539 เพื่อจำแนกการกระจายในปี 2540 ** กำหนดให้ลูกจ้างประจำกระจายในระดับ 1-3 เท่ากัน.

ตารางที่ 2.2 โครงสร้างค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอก ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว 2540

สถานพยาบาล	ค่ายา %	ค่า lab %	ค่า XRay %	บริการ %	อื่นๆ %	Mean /visit	Mode /visit	Median /visit	N
สังกัด									
สถานีอนามัย	93.9	0.3	0.2	5.6	0.0	175	40	100	308
รพ.ชุมชน	85.1	1.1	3.2	8.1	2.6	271	100	150	623
รพท./รพศ.	84.8	3.9	3.1	7.5	0.8	544	100	255	735
นอก สป.สธ.	71.9	10.2	8.3	5.6	4.1	894	80	468	187
ทบวงฯ	67.1	4.5	14.5	10.8	0.2	1486	200	610	287
กทพฯ	91.2	0.1	0.4	7.8	0.6	1545	120	724	35
กลาโหม	85.6	4.3	0.9	6.3	3.0	1506	350	670	145
อื่นๆ	68.6	0.4	0.7	30.4	0.0	969	300	400	69
รวมทุกสังกัด	78.5	4.1	7.0	9.0	1.4	651	100	240	2389

ที่มา: การสำรวจค่ารักษายาบาลใน 5 จังหวัด สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2540

ตารางที่ 2.3 โครงสร้างค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว และวันป่วยเฉลี่ย 2540

สถานพยาบาล	ค่าห้อง %	อวัยวะ %	อุปกรณ์ %	บริการ %	ยา %	เลือด %	Mean /case	Mode /case	Median /case	LOS	N
สังกัด											
รพ.ชุมชน	20.9	0	0	45.1	34.1	0	15344	736	11102	10	100
รพท./รพศ.	40.6	0	1.2	28.9	27.9	1.5	8039	4002	5530	6	2000
นอก สป.สธ.	32.6	0.7	0.5	35.7	30.4	0.1	13285	3500	6900	9	399
ทบวงฯ	12.3	0	0.8	49.4	37.5	0	23035	389	14668	8	104
กทพฯ	12.4	0	0.1	36.6	51.0	0	17898	200	6627	7	100
กลาโหม	13.5	0	0	35.7	50.8	0	10861	62	6160	11	120
รวมทุกสังกัด	32.6	0.1	0.8	33.5	32.0	0.9	10061	4200	5910	7	2823

ที่มา: การสำรวจค่ารักษายาบาลใน 5 จังหวัด สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2540

2.3 หลักการดำเนินการปี 2541

ผู้วิจัยคณนโยบายบางส่วนที่เป็นไปได้ของกรมบัญชีกลาง ในข้อ 2.1 และเสนอส่วนเพิ่มเติม ดังนี้

2.3.1 กำหนดวงเงินรายจ่าย

1. กรอบการวิเคราะห์คือ งบประมาณที่ได้รับในปี 2541 เท่ากับ 10,000 ล้านบาท
2. กำหนดให้ 25% ของ 10,000 ล้านบาท สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และ 75% สำหรับบริการผู้ป่วยใน
3. ฎีกาค้างจ่ายส่วนราชการผู้เบิก และโรงพยาบาลของรัฐที่เบิกตรง ในปีงบประมาณ 2540 ไม่ว่าจะเงินเท่าไร จะไม่เกี่ยวกับยอดเงินงบประมาณ 10,000 ล้านบาทในปี 2541 นั่นคือ จะมีเงินสำหรับใช้จ่ายจริงเท่ากับ 10,000 ล้านบาทในปี 2541

2.3.2 กำหนดรูปแบบการจ่ายเงินสถานพยาบาล

1. ใช้หลักการกำหนดเพดานงบประมาณทั้งบริการผู้ป่วยนอก เท่ากับ 2,500 ล้านบาท และผู้ป่วยในเท่ากับ 7,500 ล้านบาท
2. บริการผู้ป่วยนอก มีวิธีการจ่ายสถานพยาบาล 2 ทางเลือกคือ

- 2.1 จ่ายโดยอัตราเหมาจ่ายตาม 5 กลุ่มอายุ (0-4, 5-19, 20-44, 45-60, 60+) โดยไม่จำแนกเพศ โดยผู้มีสิทธิจะต้องเลือกลงทะเบียนกับสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน (ถ้าภาคเอกชนมีความประสงค์เข้าร่วม) แห่งใดแห่งหนึ่งที่ต้องการ
- 2.2 จ่ายโดยคะแนนบริการ ตาม 5 กลุ่มอายุ โดยไม่จำแนกเพศ คล้ายระบบ point system ผู้ป่วยจะใช้บริการเฉพาะสถานพยาบาลภาครัฐเท่านั้น และจะใช้ที่ใดก็ได้ โดยไม่ต้องลงทะเบียนกับแห่งใดแห่งหนึ่ง สามารถเข้าถึงบริการทั้งภาครัฐและเอกชน (ถ้าภาคเอกชนมีความประสงค์เข้าร่วม)
- ไม่ว่าจ่ายสถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายหรือตามคะแนนน้ำหนักบริการ กำหนดให้มีการร่วมจ่าย (copay) 3 อัตรา ได้แก่ 50 บาทที่ รพ.ชุมชน, 100 บาทที่รพ.ระดับจังหวัด และ 150 บาทที่โรงพยาบาลรัฐอื่น ได้แก่ นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ทบวงมหาวิทยาลัย, กลาโหม (ยกเว้น รพ.ค่ายขนาดเล็กให้ใช้อัตราเดียวกับรพ.ชุมชน), กรุงเทพมหานคร อนึ่ง บริการที่สถานอนามัยไม่มี copay
- สถานอนามัย รวบรวมข้อมูลจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก ตาม 5 กลุ่มอายุ ในรอบเดือน ส่งผ่านโรงพยาบาลชุมชน
- โรงพยาบาลชุมชนรวบรวมข้อมูลจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก ตาม 5 กลุ่มอายุในรอบเดือน รวมกับข้อมูลของสถานอนามัยในอำเภอของตนเอง ไปยังหน่วยประมวลผลกลาง ผ่านโรงพยาบาลระดับจังหวัดในจังหวัดเดียวกัน
- ดังนั้น ในระบบนี้ จะไม่มีการวางฎีกาผ่านส่วนราชการผู้เบิก ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายเงินล่วงหน้าและเบิกคืนภายหลัง (ยกเว้น copay)
- หมายเหตุผู้อ่าน การที่ภาคเอกชนเข้าร่วมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้มีสิทธิจะลดความตึงเครียดเนื่องจากภาวะวิกฤตงบประมาณได้บ้าง ทั้งนี้เพราะได้สิทธิเพิ่มขึ้นจากเดิมที่ไม่สามารถใช้บริการผู้ป่วยนอกเอกชนได้
3. บริการผู้ป่วยใน
 - จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group - DRG) ซึ่งมีประมาณ 430 กลุ่ม
 - คำนวณค่ารักษายาบาลต่อหน่วยน้ำหนัก DRG และจ่ายคืนโรงพยาบาลเป็นงวด เช่น งวด 3 เดือน
 - กำหนด copay สำหรับบริการที่ไม่คุ้มครอง ได้แก่ ค่าห้องค่าอาหาร
 - โรงพยาบาลจะเป็นผู้ส่งข้อมูล DRG ไปยังหน่วยประมวลผลกลาง โดยตรง รพ.ชุมชน ส่งผ่านรพ.ระดับจังหวัด รพ.รัฐอื่น ส่งโดยตรงไปยังหน่วยประมวลผลกลาง
 - หากโรงพยาบาลเอกชนมีความประสงค์จะเข้าร่วม ก็ไม่น่าจะมีข้อรังเกียจแต่อย่างใด
 - หมายเหตุผู้อ่าน การที่ภาคเอกชนเข้าร่วมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้มีสิทธิจะลดความตึงเครียดเนื่องจากภาวะวิกฤตงบประมาณได้บ้าง ทั้งนี้เพราะได้สิทธิเพิ่มขึ้น เพราะ copay ในระบบนี้จะน้อยกว่าระบบในปัจจุบัน ซึ่งประมาณ 50% ของค่ารักษายาบาลทั้งหมด

2.3.3 มาตรการต่อผู้มีสิทธิ ในสวัสดิการนี้

1. อาจพิจารณายกเลิกสิทธิการใช้บริการผู้ป่วยใน ที่รพ.เอกชน คงสิทธิบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ โรงพยาบาล รัฐบาลเท่านั้น
2. กำหนดให้มี copay บริการผู้ป่วยนอก และสำหรับบริการที่ไม่ครอบคลุมของผู้ป่วยใน

บทที่สาม การจ่ายบริการผู้ป่วยนอก ปี 2541

3.1 หลักการทั่วไป

กำหนดวงเงิน 2,500 ล้านบาทสำหรับบริการผู้ป่วยนอกตลอดทั้งปี ไม่ว่าจะมืจำนวนครั้ง (visits) มากหรือน้อยก็ ตาม ก็จะใช้จ่ายในวงเงินนี้ ถ้ามีจำนวนมาก ค่ารักษายาบาลต่อครั้งก็จะลดลง ถ้ามีจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกน้อย ค่ารักษา ยาบาลต่อครั้งก็จะเพิ่มขึ้น

3.2 จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว

3.2.1 คำนวณอัตราเหมาจ่าย

ตารางที่ 3.1 คำนวณหาน้ำหนักการเจ็บป่วย ที่ถ่วงด้วย ประชากร, ค่ารักษายาบาลเฉลี่ย (means) และอัตรา การใช้บริการ (ครั้งต่อคนต่อปี) จำแนกตาม 5 กลุ่มอายุ ได้น้ำหนักทั้งสิ้น 69.216 ล้านหน่วย

ตารางที่ 3.2 คำนวณหาน้ำหนักการเจ็บป่วยต่อคน โดยนำ สดมภ์สุดท้ายของตารางที่ 3.1 หารด้วยจำนวน ประชากรตาม 5 กลุ่มอายุ ขั้นตอนต่อมาคือ การคำนวณค่ารักษายาบาลต่อหนึ่งหน่วย โดยใช้ เพดานงบประมาณ 2500 ล้านบาท หารด้วยน้ำหนักการเจ็บป่วยทั้งหมด 69.216 ล้านหน่วย เท่ากับ 36.12 บาทต่อหน่วย

ดังนั้น อัตราเหมาจ่ายต่อหัว เท่ากับน้ำหนักการเจ็บป่วยต่อคน คูณด้วย 36.12 บาท

ตารางที่ 3.3 และ 3.4 มีหลักการคำนวณทำนองเดียวกันกับ ตารางที่ 3.1 และ 3.2 แต่ใช้ค่ารักษายาบาล มัธยฐาน (median) แทนค่าเฉลี่ย จะได้อัตราเหมาจ่ายต่อหัว

ตารางที่ 3.5 เป็นตารางสรุป อัตราเหมาจ่ายต่อหัวจำแนก 5 กลุ่มอายุ โดยใช้ค่ารักษายาบาล เฉลี่ย และค่า รักษาพยาบาลมัธยฐาน

ตารางที่ 3.1 จำนวนหน้าหนักการเจ็บป่วยที่ถ่วงด้วยค่ารักษายาบาล โดยใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และอัตราการใช้บริการต่อคนต่อปี จำแนกตามกลุ่มอายุ

CS	self	Wt	spouse	Wt	dad	Wt	mom	Wt	kids	Wt	Total	self+spouse+parents	Wt	kids	Wt	Total weights
visit/ year	3.66		2.76		3.36		4.61		3.79			3.99		3.79		
mean	635		573		820		1050		250			895		250		
wt mean	2.540		2.292		3.280		4.200		1.000			3.580		1.000		
million	1.854		0.799		0.945		1.279		1.763			0.344		0.04		
0-5									27.44	1.8	1.8					1.833
6-19									72.56	4.8	4.8			100	0.2	5.000
20-44	80.64	13.9	78.42	4.0	0.82	0.1	2.99	0.7			18.7					18.688
45-60	19.36	3.3	20.79	1.1	35.5	3.7	41.98	10.4			18.5					18.481
> 60			0.79	0.0	63.68	6.6	55.03	13.6			20.3	100	4.9			25.213
		17.2		5.1		10.4		24.8		6.7	64.2					69.216

ตารางที่ 3.2 การคำนวณอัตราเหมาจ่ายต่อหัว จำแนกตามกลุ่มอายุ โดยอาศัย ค่าเฉลี่ย

Age group	Total weights	million population	weight per person	capitation (Bht/person)
0-5	1.833	0.484	3.79	137
6-19	5.000	1.319	3.79	137
20-44	18.688	2.168	8.62	311
45-60	18.481	1.397	13.23	478
> 60	25.213	1.656	15.23	550
	69.216	7.024	9.85	356

หมายเหตุ: หนึ่งหน่วยน้ำหนักเท่ากับ 2500 ล้านบาท / 69.216 ล้านหน่วย เท่ากับ 36.12 บาทต่อหน่วย ดังนั้น อัตราเหมาจ่ายเท่ากับ weight per person by age group*36.12 บาท

ตารางที่ 3.3 การคำนวณหน้าหนักการเจ็บป่วยที่ถ่วงด้วยค่ารักษายาบาล โดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) จำแนกตามกลุ่มอายุ

CS	self	Wt	spouse	Wt	dad	Wt	mom	Wt	kids	Wt	Total	Persoiner + spouse+parents	Wt	kids	Wt	Total weight
visit/ year	3.66		2.76		3.36		4.61		3.79			3.99		3.79		
median	280		200		271		360		140			380		140		
wt median	2.000		1.429		1.936		2.571		1.000			2.714		1.000		
million	1.854		0.799		0.945		1.279		1.763			0.344		0.04		
0-5									27.44	1.8	1.8					1.833
6-19									72.56	4.8	4.8			100	0.2	5.000
20-44	80.64	10.9	78.42	2.5	0.82	0.1	2.99	0.5			13.9					13.918
45-60	19.36	2.6	20.79	0.7	35.5	2.2	41.98	6.4			11.8					11.829
> 60			0.79	0.0	63.68	3.9	55.03	8.3			12.3	100	3.7			16.008
		13.5713		3.1503		6.1463		15.1616		6.682	44.711					48.588

ตารางที่ 3.4 การคำนวณอัตราเหมาจ่ายต่อหัว จำแนกตามกลุ่มอายุ โดยอาศัย ค่ามัธยฐาน

Age group	Total weights	million population	weight per person	capitation (Bht/person)
0-5	1.833	0.484	3.79	195
6-19	5.000	1.319	3.79	195
20-44	13.918	2.168	6.42	330
45-60	11.829	1.397	8.47	436
> 60	16.008	1.656	9.67	498
	48.588	7.024	6.92	356

หมายเหตุ: หนึ่งหน่วยน้ำหนักเท่ากับ 2500 ล้านบาท / 48.588 ล้านหน่วย เท่ากับ 51.45 บาทต่อหน่วย ดังนั้น อัตราเหมาจ่ายเท่ากับ weight per person by age group * 51.45 บาท

ตารางที่ 3.5 สรุปอัตราเหมาจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

Age group	Target Population (million)	capitation rate (Bht per person)	
		by mean charge	by median charge
0-5	0.484	137	195
6-19	1.319	137	195
20-44	2.168	311	330
45-60	1.397	478	436
> 60	1.656	550	498
All group	7.024	356	356

3.2.2 วิจารณ์ระบบเหมาจ่าย

- อัตราเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ 356 บาทต่อหัวนี้ ค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับประกันสังคม ซึ่งเท่ากับประมาณ 450 บาทสำหรับผู้ป่วยนอก จากอัตราเหมาจ่ายรวมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 700 บาท อัตราค่อนข้างต่ำนั้น อาจจะไม่ attractive สำหรับโรงพยาบาล ซึ่งมีแนวโน้มให้บริการต่ำกว่ามาตรฐาน
- การมี copay โดยผู้ป่วยนั้น สถานพยาบาลคู่สัญญาจะได้รายได้ค่อนข้าง significant จาก copay เมื่อเทียบกับอัตราเหมาจ่ายซึ่งค่อนข้างต่ำ
- เมื่อบริการต่ำกว่ามาตรฐาน และการมี copay ทำให้ผู้ป่วยไม่ไปใช้บริการ เมื่อมีความจำเป็น ยิ่งจะทำให้ use rate ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ในกรณีเช่นนี้ จะเป็น win - lose solution กล่าวคือ สถานพยาบาลจะเป็นฝ่ายได้ และผู้มีสิทธิ์จะเป็นฝ่ายเสีย
- ไม่สามารถป้องกันการผลักผู้ป่วยนอกไปเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งสถานพยาบาลจะเป็นฝ่ายได้
- ไม่น่าจะมีข้อจำกัดทางเทคนิค เช่น การ matching สถานพยาบาลกับผู้มีสิทธิ์
- คำถามเชิงนโยบาย ที่สำคัญคือ จะให้เอกชนเข้าร่วมในการจัดบริการในระบบเหมาจ่ายหรือไม่ ? ถ้าให้ หรือไม่ให้ ด้วยเหตุผลอะไร อภิปราย และขอความเห็น / มติจากกรรมการที่ปรึกษาโครงการ

3.3 การจ่ายตามคะแนนบริการ (modified point system)

3.3.1 หลักการ

หลักการของการจ่ายตามคะแนนบริการ ได้แก่การกำหนดคะแนนของบริการตามความยาก ปานกลาง ซับซ้อน และประเภทการเจ็บป่วย (ธรรมดา อุบัติเหตุและเรื้อรัง) ซึ่งจะได้ ตาราง 3x3 ได้คะแนน 9 ประเภท (ดูตารางที่ 3.6) อย่างไรก็ตาม คะแนนในตารางที่ 3.6 เป็นการสมมุติของนักวิจัยเท่านั้น เพราะขณะนี้ไม่มีข้อมูล disease profile ของผู้ป่วยนอก และค่ารักษายาบาลตามประเภทการป่วย หรือต้นทุนตามประเภทการป่วย ดังนั้น การปฏิรูปการจ่ายเงินโดยใช้คะแนน โดยการสมมุติขึ้น เป็นการไม่เหมาะสมนัก

ตารางที่ 3.6 สมมุติคะแนนตามความยากง่ายและประเภทการเจ็บป่วย

	simple episodic	accident	chronic
ง่าย	1	1.2	1.5
ปานกลาง	1.5	2	2
ซับซ้อน	2.0	3	3

ผู้วิจัยจึงเสนอให้อ้างอิง คะแนนการเจ็บป่วยตามกลุ่มอายุ เพราะ practical สามารถปฏิบัติได้ง่าย และมีข้อมูลเพียงพอที่จะกำหนดคะแนนการเจ็บป่วยตามกลุ่มอายุได้ ตารางที่ 3.7 แสดงให้เห็นความสัมพันธ์อื่นๆ ระหว่างข้าราชการพยาบาล ตามประเภทผู้มีสิทธิ์ กล่าวคือ บุตรจะมีข้าราชการพยาบาลค่าที่ต่ำสุด และค่อยๆ สูงขึ้นในกลุ่มเจ้าตัวข้าราชการ คู่สมรส และบิดามารดา ซึ่งมีค่าสูงสุด

ตารางที่ 3.7 ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย (mean charge per OP visit) และสัดส่วนค่ารักษาฯ ตามประเภทผู้มีสิทธิ์

status	dist hosp		prov hosp		other MOPH		teaching		BMA		Defence		Other	
	Bht	ratio	Bht	ratio	Bht	ratio	Bht	ratio	Bht	ratio	Bht	ratio	Bht	ratio
children	159	1.0	297	1.0	189	1.0	629	1.0	190	1.0	421	1.0	391	1.0
self	318	2.0	539	1.8	678	3.6	1307	2.1	387	2.0	1177	2.8	1334	3.4
spouse	280	1.8	480	1.6	1179	6.2	1675	2.7	1778	9.4	1019	2.4	483	1.2
dad	275	1.7	611	2.1	1363	7.2	1810	2.9	2661	14.0	2473	5.9	1673	4.3
mom	358	2.3	779	2.6	1435	7.6	2306	3.7	2241	11.8	2561	6.1	778	2.0

หมายเหตุ กำหนดให้ข้าราชการพยาบาลของบุตรเป็น 1.0 หน่วย

3.3.2 วิธีการ

ตารางที่ 3.8 แสดงวิธีการคำนวณ จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกทั้งหมด จำแนกตาม 5 กลุ่มอายุ โดยใช้สัดส่วนการกระจายของประชากรตามกลุ่มอายุ คูณด้วย ประชากร คูณด้วยการใช้บริการผู้ป่วยนอกในภาครัฐ จะได้ทั้งสิ้น 14.06 ล้านครั้ง

ตารางที่ 3.9 แสดงวิธีการคำนวณน้ำหนักของการเจ็บป่วย ที่ถ่วงด้วย median charge จำแนกตาม 5 กลุ่มอายุ โดยเป็นผลคูณของ ประชากร อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกในภาครัฐ และ ค่ารักษาพยาบาลมัธยฐาน จะได้ น้ำหนักการเจ็บป่วยทั้งสิ้น 3897 ล้านบาท เมื่อนำด้วยจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 14.06 ล้านครั้ง จะได้ ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอก เท่ากับ 277 บาท ปรับค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอก ใน 5 กลุ่มอายุ ให้เป็นคะแนนค่ารักษาพยาบาล โดยกำหนดให้กลุ่ม 0-5 ปีมีค่าเท่ากับ 1 จะได้น้ำหนักค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอก ตาม 5 กลุ่มอายุ

ตารางที่ 3.10 เป็นการคำนวณโดยใช้หลักการเดียวกับตารางที่ 3.9 แต่ใช้ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย(Mean) ในการคำนวณ จะได้คะแนนค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอก

ตารางที่ 3.11 สรุปคะแนนค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอกโดยใช้ค่ารักษาพยาบาลมัธยฐานและค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 3.8 จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลภาครัฐ ทั้งหมด จำแนกตาม 5 กลุ่มอายุ ของผู้มีสิทธิ

	CS self	mil visit	spouse	mil visits	dad	mil visits	mom	mil visits	kids	mil visits	Total CS million visits	Persioiner + spouse + parents	mil visits	kids	mil visits	Grand Total million visits
public visit/cap/yr	2.02		1.38		2.22		2.92		1.32			2.92		1.32		
population (mil)	1.854		0.799		0.945		1.279		1.763		0.00	0.344		0.04		
0-5									27.4%	0.64	0.64					0.64
5-19									72.6%	1.69	1.69			100%	0.05	1.74
20-44	80.6%	3.02	78.4%	0.86	0.8%	0.02	3.0%	0.11			4.01					4.01
45-60	19.4%	0.73	20.8%	0.23	35.5%	0.74	42%	1.57			3.27					3.27
> 60			0.8%	0.01	63.7%	1.34	55%	2.06			3.40	100%	1.00			4.40
All age group		3.75		1.10		2.10		3.73		2.33	13		1.00		0.05	14.06

ตารางที่ 3.9 การคำนวณคะแนนรักษายาบาลต่อครั้ง จำแนกตาม 5 กลุ่มอายุ โดยใช้รักษายาบาลมัธยฐาน

	CS self	mil Bht	spouse	mil Bht	dad	mil Bht	mom	mil Bht	kids	mil Bht	CS Tot mil Bht	Persioiner+ spouse+ parents	mil Bht	kids	mil Bht	Grand Total mil Bht	Total million visits	Bht/ visit	weight
median charge Bht	280		200		271		360		140			380		140					
public visit/cap/yr	2.02		1.38		2.22		2.92		1.32			2.92		1.32					
population (mil)	1.854		0.799		0.945		1.279		1.763			0.344		0.04					
0-5									27.4%	89	89					89	0.64	140	1.0
5-19									72.6%	236	236			100%	7	244	1.74	140	1.0
20-44	80.6%	846	78.4%	173	0.8%	5	3%	40			1063					1063	4.01	265	1.9
45-60	19.4%	203	20.8%	46	35.5%	202	42%	564			1015					1015	3.27	310	2.2
> 60			0.8%	2	63.7%	362	55%	740			1104	100%	382			1485	4.4	338	2.4
All age group		1049		221		569		1344		326	3508		382		7	3897	14.06	277	2.0

ตารางที่ 3.10 การคำนวณคะแนนรักษายาบาลต่อครั้ง จำแนกตาม 5 กลุ่มอายุ โดยใช้รักษายาบาล (Mean)

	CS self	mil Bht	spouse	mil Bht	dad	mil Bht	mom	mil Bht	kids	mil Bht	CS Tot mil Bht	Persioiner+ spouse+parents	mil Bht	kids	mil Bht	Grand Total mil Bht	Total million visits	Bht/ visit	weight
mean charge Bht	635		573		820		1050		250			1081		250					
public visit/cap/yr	2.02		1.38		2.22		2.92		1.32			2.92		1.32					
population (mil)	1.854		0.799		0.945		1.279		1.763			0.344		0.04					
0-5									27.4%	159	159					159	0.64	249	1.0
5-19									72.6%	422	422			100%	13	436	1.74	250	1.0
20-44	80.6%	1917	78.4%	495	0.8%	14	3%	118			2544					2544	4.01	634	2.5
45-60	19.4%	461	20.8%	131	35.5%	611	42%	1647			2850					2850	3.27	872	3.5
> 60			0.8%	5	63.7%	1096	55%	2157			3258	100%	1086			4343	4.4	987	4.0
All age group		2378		632		1720		3921		582	9233		1086		13	10332	14.06	735	3.0

ตารางที่ 3.11 สรุปคะแนนค่ารักษายาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอก ตาม 5 กลุ่มอายุ

Age group	คะแนนค่ารักษายาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอก	
	Median	Mean
0-5	1.0	1.0
5-19	1.0	1.0
20-44	1.9	2.5
45-60	2.2	3.5
> 60	2.4	4.0
All age group	2.0	3.0

เมื่อได้คะแนนดังกล่าวแล้ว โรงพยาบาลรัฐ และเอกชน (ที่ยินดี เข้าร่วมโครงการ) รายงานปริมาณครั้งผู้ป่วยนอก จำแนกตาม 5 กลุ่มอายุ มายังหน่วยประมวลผลกลาง เพื่อคำนวณ เม็ดเงินจริงต่อหนึ่งคะแนน ถ้ามีปริมาณคะแนนมาก ค่ารักษาต่อหนึ่งคะแนนจะลดลง ถ้ามีปริมาณคะแนนน้อย ค่ารักษายาบาลต่อหนึ่งคะแนนจะเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ จะอยู่ในวงเงิน 2,500 ล้านบาท

3.4 การกำหนด copayment สำหรับผู้ป่วยนอก

3.4.1 หลักการ

จากข้อมูลค่ารักษายาบาลจริงผู้ป่วยนอกในปี 2538 เท่ากับ 3971.52 ล้านบาท การคำนวณจากผลการสำรวจ ในปี 2538 พบว่ามีจำนวนครั้งการไปใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลภาครัฐเท่ากับ 14.06 ล้านครั้ง ดังนั้น ค่ารักษายาบาลเฉลี่ยต่อครั้ง เท่ากับ $3971.52/14.06 = 282.5$ บาท ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่าค่ารักษายาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นปีละ 10% คือเพิ่มจาก 282.5 บาทในปี 2538 เป็น 310 และ 340 บาทในปี 2539 และ 2540 เมื่อนำค่าใช้จ่ายรักษายาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมดค่าจริง(4821.94 ล้านบาท)ในปี 2539 และค่า blow (5677.6 ล้านบาท)ในปี 2540 จะประมาณได้ว่า ในปี 2539 และ 2540 มีจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น 15.55 และ 16.65 ล้านครั้งตามลำดับ (ตาราง 3.12)

ตารางที่ 3.12 การประมาณการจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกในปี 2539 และ 2540

Fiscal year	OP expenditure (mil Bht)	Total visits (mil)	Charge (Bht/visit)
2538	3971.52	14.06 from survey	282.5 real figure
2539*	4821.94	est 15.55 = 10.6 % increase	assume +10% = 310
2540*	5677.60	est 16.65 = 7.1% increase	assume +10% = 341

* estimate from the assumption that charge per visit increases by 10% per annum, and then estimate total visit equals OP actual expenditure divided by estimate charge per visit.

เมื่อเปรียบเทียบค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกที่กำหนดไว้ 2500 ล้านบาท กับค่ารักษายาบาลจริงผู้ป่วยนอกปี 2540 และการประมาณการในปี 2541 (ตารางที่ 3.13) จะพบว่ามีค่าแตกต่างกันมาก การกำหนดเพดานไว้ที่ 2500 ล้านบาทในปี 2541 ไม่เพียงพอในการจัดบริการเช่นเดิม ดังนั้นผู้วิจัยเสนอว่าน่าจะมีมาตรการ 2 ด้าน ทั้งต่อสถานพยาบาลและผู้มีสิทธิเพื่อช่วยลดค่ารักษายาบาลลง และเพิ่มค่ารักษายาบาลให้เพียงพอต่อการจัดบริการ (โดยการ copay)

ตาราง 3.13 ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอก การประมาณการจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกและ ค่ารักษายาบาลต่อครั้ง

Fiscal year	budget constraint	Expenditure MillionBht	Est total public visits (mil)	Bht/visit paid to public outlets	Possible copayment (Bht/visit)
2538	no: actual	3,971.52	14.06	282	not apply
2539	no: actual	4,821.94	15.55	310	not apply
2540	no: the lowest estimation	5,677.60	16.65	341	not apply
2541*	no constrain	6,586- 6,869.9			
2541 scenarios	varies from 0% to 55% reduction from real expenditure in FY2540	5,677.60 to 2,554.92 million Bht **	Utilisation varies from 10% increase to 25% reduction	varies as utilisation and budget constraint	range of copay varies as utilisation and budget constraint.

หมายเหตุ * คิดที่เพิ่ม 16-21% ต่อปี (ดูตารางที่ 1.1 และ 1.2)

** ดูตารางที่ 3.14

3.4.2 มาตรการ

ทางเลือกในการลดค่าใช้จ่ายลงมิได้ทั้งการลดจำนวนครั้งของการใช้บริการลง และการลดค่ารักษายาบาลต่อครั้งของการเจ็บป่วยลง

มาตรการ การลดปริมาณการใช้บริการลง สามารถทำได้โดย

1. กำหนดจำนวนครั้งที่ผู้มีสิทธิ์สามารถไปใช้บริการได้ Quota ครั้งต่อคนต่อปี แต่มีความยุ่งยากในทางปฏิบัติ
2. กำหนดให้ผู้ป่วยนอก มีส่วนจ่ายร่วม copayment เพื่อลดการใช้บริการที่ไม่จำเป็น

มาตรการการลดค่ารักษายาบาลต่อครั้ง ได้แก่

1. การลดปริมาณยาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ให้ใช้ในระดับที่เหมาะสม การลดการใช้ยาราคาแพง ที่เป็น brand name โดยการใช้ยาชื่อสามัญที่ผลิตภายในประเทศ และมีคุณภาพเท่าเทียมกันแทน เนื่องจากโครงสร้างค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกนั้น ค่ายาเป็นรายการหลักถึง 78% (ดูโครงสร้างค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอก ตารางที่ 2.2) มาตรการต่อการประหยัดและส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสมควร น่าจะเป็นมาตรการที่ได้ผลมากต่อการลดค่ารักษายาบาล
2. ลดการส่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และเอกซเรย์ ที่ไม่จำเป็น

ตารางที่ 3.14 การประมาณการ ค่ารักษาบาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก ที่รักษายาบาลรวมและจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่างๆ (บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก)

			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
			Baseline	- 5%	- 10%	- 15%	- 20%	- 25%	- 30%	- 40%	- 45%	- 50%	- 55%	Budget
			expenditure 2540											
			5677.6 mil Bht.	5393.72	5109.84	4825.96	4542.08	4258.2	3974.32	3406.56	3122.68	2838.8	2554.92	2500
A	+ 10%	18.32	310	294	279	263	248	232	217	186	170	155	139	137
B	+ 5%	17.48	325	309	292	276	260	244	227	195	179	162	146	143
C	Baseline visit	16.65	341	324	307	290	273	256	239	205	188	170	153	150
	2540													
D	-5%	15.82	359	341	323	305	287	269	251	215	197	179	162	158
E	-10%	14.99	379	360	341	322	303	284	265	227	208	189	170	167
F	-15%	14.15	401	381	361	341	321	301	281	241	221	201	181	177
G	-20%	13.32	426	405	384	362	341	320	298	256	234	213	192	188
H	-25%	12.49	455	432	409	386	364	341	318	273	250	227	205	200

3.4.3 วิธีการ

ตารางที่ 3.14 แสดง การคำนวณ ค่ารักษายาบาลต่อครั้ง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงตัวแปร 2 ชุด ได้แก่ รายจ่ายสำหรับผู้ป่วยนอก ในแกน X และปริมาณผู้ป่วยนอกทั้งปี ในแกน Y โดยในสดมภ์ที่ 1 เป็นรายจ่ายจริงในปี 2540 (base line expenditure) และแถว C เป็นจำนวนครั้งผู้ป่วยนอก จากการคำนวณในปี 2540 (base line visits) สดมภ์ที่ 2-11 เป็นการปรับลดรายจ่ายลง ระหว่าง 5% ถึง 55% และสดมภ์ที่ 12 เป็น งบประมาณที่ตั้งไว้ในปี 2541 เท่ากับ 2500 ล้านบาท ในแถว A และ B เป็นการเพิ่มปริมาณผู้ป่วยนอก 10% และ 5% ตามลำดับ แถว D ถึง H เป็นการปรับลดปริมาณผู้ป่วยนอก ระหว่าง 5% ถึง 25%

ตัวเลขใน cell ต่างๆ จำนวน $12 \times 8 = 96$ cells แสดงค่ารักษายาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจะได้รับ ในกรณีกำหนดวงเงินรายจ่ายและปริมาณบริการต่างกัน จะเห็นได้ว่า ถ้าวงเงินรายจ่ายยิ่งลดลง ณ ปริมาณผู้ป่วยนอกคงที่หนึ่งๆ ค่ารักษายาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอกจะลดลง และถ้าปริมาณผู้ป่วยนอกยิ่งลดลง ณ วงเงินรายจ่ายคงที่หนึ่งๆ ค่ารักษายาบาลต่อครั้งผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจะได้รับจะเพิ่มขึ้น cell ที่มุมขวบนสุด (137 บาทต่อครั้ง) จะเป็นค่ารักษายาบาลที่ต่ำที่สุด ในขณะที่ cell ที่มุมซ้ายล่างสุด (455 บาทต่อครั้ง) จะเป็นค่ารักษายาบาลที่สูงที่สุด

การที่จะปรับลดปริมาณผู้ป่วยนอกลงได้ มีเพียงมาตรการ copay เท่านั้น

การที่จะปรับลดรายจ่ายผู้ป่วยนอกลงได้ มาตรการ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผล (rationale use of drug) จะเป็นมาตรการที่ได้ผลมากที่สุดเชิงทฤษฎี แต่ในทางปฏิบัติ การที่สถานพยาบาลทราบว่า ในปี 2541 จะมีเพดานงบประมาณเพียง 2500 ล้านบาทเท่านั้น จะเป็นมาตรการที่รุนแรงที่สุดที่โรงพยาบาลจะปรับพฤติกรรมบริการ การปรับรุนแรงจะเกิดผลเสียต่อคุณภาพบริการ

เราต้องยอมรับความจริงว่า ในตารางที่ 3.13 สดมภ์ที่ 12 จะเป็นค่ารักษายาบาลที่โรงพยาบาลจะได้รับจากกรมบัญชีกลางในปี 2541 ซึ่งเท่ากับเป็นปรับลดรายจ่ายลงจากปี 2540 ถึง 56% ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า เป็นไปไม่ได้ ที่รพ.จะ maintain คุณภาพบริการได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องมีส่วนร่วมจ่าย นอกจากนี้ copay ยังมีอิทธิพลในการลดการใช้บริการที่ไม่จำเป็นลง

เมื่อเป็นเช่นนั้น ระดับ copay จะเป็นเท่าไร ? ผู้วิจัยได้พิจารณาแล้วเห็นว่า น่าจะมีหลักการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ระดับความเป็นไปได้ที่โรงพยาบาลจะลดต้นทุนการรักษายาบาลผู้ป่วยนอก เช่น การใช้ยา "ชื่อสามัญ" ที่ผลิตภายในประเทศ ทดแทนการใช้ยา "ชื่อการค้า" ที่นำเข้าจากต่างประเทศ การลดการสั่งใช้เทคโนโลยี เป็นต้น โดยใช้การวิเคราะห์ที่แสดงในตารางที่ 3.15
2. สมมุติว่าสามารถลดลงได้ประมาณ 25% ในกรณีนี้ที่ 4 ของตารางที่ 3.15
3. การปรับลด 25% โดยโรงพยาบาลนี้ จะต้องเป็นการปรับลดการใช้จ่ายที่เคยฟุ่มเฟือยมาก่อน หรือเคย overcharge มาก่อน โดยที่ยังคงรักษามาตรฐานการบริการที่พอยอมรับได้ (tolerable quality of care)
4. การปรับลดโดยโรงพยาบาล 25% จะตรงกับสดมภ์ที่ 6 ในตารางที่ 3.14 ถ้าระดับบริการเท่ากับปีฐานคือ 16.65 ล้านครั้ง โรงพยาบาลควรจะได้รับเงินค่าตอบแทนเท่ากับ 256 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเชื่อว่า ในระดับเดิมซึ่งมีรายจ่ายเป็นปลายเปิด ดังนั้น ค่ารักษายาบาลต่อครั้ง ควรจะค่อนข้างคงที่ ไม่ว่าปริมาณครั้งผู้ป่วยนอกจะมากหรือน้อยก็ตาม เมื่อเป็นเช่นนั้น โรงพยาบาลควรจะได้รับค่าตอบแทนเท่ากับ 256 บาทต่อครั้ง ไม่ว่า ปริมาณผู้ป่วยจะมากหรือน้อย ในแถวที่ A ถึง H
5. แต่ทว่า ในปีงบประมาณ 2541 จะมีเพดานเพียง 2500 ล้านบาท ดังนั้น ค่ารักษายาบาลต่อครั้งที่โรงพยาบาลจะได้รับจากกรมบัญชีกลาง จะแปรผกผันตามปริมาณผู้ป่วยนอก อยู่ระหว่าง 137 บาทถึง 200 บาทต่อครั้ง

6. ส่วนต่างระหว่าง ค่าตอบแทนที่โรงพยาบาลควรจะได้รับ คือ 256 บาทต่อครั้ง กับที่โรงพยาบาลจะได้รับแน่นอนจากกรมบัญชีกลางในปี 2541 จึงเป็นส่วนที่ผู้ป่วยจะต้อง copay ระหว่าง 56 บาทถึง 119 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก ($256-200=56$ บาท และ $256-137=119$ บาท ตามลำดับ)
7. รูป copay เท่ากับ 56 ถึง 119 บาท ต่อครั้งผู้ป่วยนอก ถ้าโรงพยาบาลปรับลดต้นทุนผู้ป่วยนอกลง 25% และยังสามารถประกันมาตรฐานบริการในระดับที่ยอมรับได้
8. ผู้วิจัยเสนอว่า copay ไม่ว่าจะเป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว หรือจะเป็น modified point system จะเป็นดังนี้
 - บริการที่สถานีอนามัย ไม่มี copay
 - บริการที่รพ.ชุมชน มี copay เท่ากับ 50 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก
 - บริการที่รพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป มี copay เท่ากับ 100 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก
 - บริการที่รพ.รัฐอื่นๆทั้งหมด มี copay เท่ากับ 150 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก

ตารางที่ 3.15 โครงสร้างค่ารักษาและร้อยละที่ปรับลดได้ตามกรณีสมมติ 6 กรณี

ประเภท	โครงสร้าง ค่ารักษา	% ปรับลด					
		กรณีที่ 1	กรณีที่ 2	กรณีที่ 3	กรณีที่ 4	กรณีที่ 5	กรณีที่ 6
ค่ายา	78.5%	-10	-12.5	-15	-17.5	-20	-25
ค่า Lab	4.1%	-30	-30	-30	-30	-30	-30
ค่า X-ray	7%	-30	-30	-30	-30	-30	-30
บริการทางการแพทย์	9%	-50	-50	-80	-80	-80	-80
อื่นๆ	1.4%	0	0	-100	-100	-100	-100
คงเหลือ		84.32	82.36	76.30	74.33	72.37	68.45
% ที่ลดลง		15.68	17.64	23.71	25.67	27.63	31.56

3.4.4 วิจัยกรณี Copay

1. ภายใต้การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว โรงพยาบาลถือได้เห็นว่าผู้ป่วย และมีแนวโน้มลดปริมาณบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อัตราเหมาจ่ายเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุเท่ากับ 356 บาทต่อคนต่อปี ไม่มีแรงจูงใจเพียงพอให้โรงพยาบาลจัดบริการให้ได้มาตรฐานนัก ขณะเดียวกัน copay มีอิทธิพลทำให้ผู้ป่วยยับยั้งค่าใช้จ่ายสมควรในการใช้บริการ ในสถานการณ์เช่นนี้ รพ.เป็นฝ่ายได้ และผู้ป่วยเป็นฝ่ายเสีย
2. ภายใต้การจ่ายแบบ modified point system นั้น copay จะเป็นแหล่งรายได้เสริมแก่โรงพยาบาล นอกเหนือจากที่รพ.จะได้รับจากกรมบัญชีกลาง
3. อัตรา 3 ระดับมีความเหมาะสม กล่าวคือ รพ.ระดับตติภูมิ อาจจะมีต้นทุนสูงกว่า หรือมี casemix มากกว่า หรือมีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มากกว่า รพ.ขนาดเล็ก ทำให้อัตราการใช้บริการในระดับล่างสูงขึ้น เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบโดยรวม

บทที่สี่ การจ่ายบริการผู้ป่วยใน ปี 2541

4.1 หลักการ

1. กำหนด เพดานค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน เท่ากับ 75% ของ 10,000 ล้านบาท เท่ากับ 7,500 ล้านบาท
2. โรงพยาบาลรัฐบาล และเอกชน (ถ้ายินดีเข้าร่วมโครงการ) เป็นผู้เบิกตรงจากกรมบัญชีกลาง
3. ใช้ความรู้เกี่ยวกับ DRG ของ ศุภสิทธิ์และคณะได้ทำการศึกษาไว้ในประเทศไทย เพื่อกำหนดน้ำหนักของแต่ละกลุ่มโรคทั้ง 430 กลุ่ม
4. กรมบัญชีกลาง ไม่ได้จ่ายค่ารักษายาบาลตามกลุ่มโรค (predetermined payment by each DRG) แต่อาศัยข้อมูลน้ำหนักของ DRG ในแต่ละไตรมาส เป็นตัวหารเพดานงบประมาณในไตรมาสนั้น ดังนั้น ค่ารักษายาบาลต่อหน่วย DRG จะสูงถ้าปริมาณบริการมีน้อย และจะน้อยถ้าปริมาณบริการมีมาก ทั้งนี้โดยข้อเท็จจริงตามธรรมชาติ หรือการรายงานเท็จ - fraud หรือรายงานน้ำหนักสูงเกินความจริง - DRG creep

4.2 วิเคราะห์ความเป็นไปได้

ตารางที่ 4.1 ประมาณการจำนวนผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล โดยใช้อัตราต่าง ๆ 3 ชุด และค่ารักษาต่อรายผู้ป่วยใน

Type of beneficiaries	Million people	reported adm / cap / yr*	Tot adm/yr*	Tot adm/yr**	Tot adm/yr***
self	1.854	0.136	0.252	0.185	0.093
spouse	0.799	0.217	0.173	0.080	0.040
father	0.945	0.227	0.215	0.095	0.047
mother	1.279	0.127	0.162	0.128	0.064
child	1.763	0.102	0.180	0.176	0.088
Pensioner&dependants	0.384	0.360	0.138	0.038	0.019
Total	7.024	0.159	1.12	0.702	0.351
**** Expenditure					
Baht per IP case			6,696	10,684	21,368
Baht per IP day at 4 days			1,674	2,671	5,342

หมายเหตุ * คำนวณจากข้อมูลการสำรวจการเจ็บป่วย 2538

** คำนวณจาก ตัวเลขสมมุติว่า ข้าราชการนอนโรงพยาบาล 0.10 ครั้ง ต่อคนต่อปี

*** คำนวณจากข้อมูลการเจ็บป่วยของประชาชนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 1986 ที่รายงานนอนโรงพยาบาล 0.05 ครั้งต่อคนต่อปี

**** คำนวณจากเพดานงบประมาณ 7,500 ล้าน นารด้วย Total admission per year

ตารางที่ 4.1 แสดงอัตราการนอนโรงพยาบาล 3 อัตรา คือ อัตราที่รายงานโดยการสำรวจคือ 0.159 ครั้งต่อคนต่อปี, อัตราที่ผู้วิจัยเห็นว่าจะน่าจะเป็นคือ 0.1 ครั้งต่อคนต่อปี (ใกล้เคียงกับประเทศเพื่อนบ้าน และประชาชนไทยทั่วไป 1994) และอัตรา 0.05 ครั้งต่อคนต่อปี (IPSR 1986) จะได้จำนวนรายผู้ป่วยในทั้งหมด และสามารถคำนวณค่ารักษายาบาลเฉลี่ยที่โรงพยาบาลจะได้รับ ต่อราย อยู่ระหว่าง 6,696 บาทถึง 21,368 บาท และค่ารักษายาบาลต่อวันป่วยเท่ากับ 1,674 บาทถึง 5,342 บาท

ตารางที่ 4.2 สรุป คารักษายาบาลต่อรายผู้ป่วยใน และต่อวันป่วย ที่ฐานประชากร 5.8 และ 7.024 ล้านคน

คารักษายาบาลผู้ป่วยใน	ฐาน 5.8 ล้านคน	ฐาน 7.024 ล้านคน
• admission rate 0.1/capita/yr		
ต่อรายผู้ป่วยใน	12,931	10,684
ต่อวันป่วย	3,233	2,671
• admission rate 0.159/capita/yr		
ต่อรายผู้ป่วยใน	8,133	6,716
ต่อวันป่วย	2,033	1,679

หมายเหตุ * คิดที่อัตรานอนโรงพยาบาลเท่ากับ 0.1 ครั้งต่อคนต่อปี และ วันป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 4 วัน

ตารางที่ 4.2 วิเคราะห์โดยใช้อัตรานอนโรงพยาบาล ที่ควรจะเป็น (ในสายตาของนักวิจัย) คือ 0.1 ครั้งต่อคนต่อปี บนฐานประชากรทั้งหมด 5.8 ล้านคน ถึง 7.024 ล้านคน จะได้คารักษายาบาล ต่อรายผู้ป่วยในระหว่าง 10,684 บาท ถึง 12,931 บาท และต่อวันป่วยเท่ากับ 2,671 บาทถึง 3,233 บาท

ถ้าอัตราการนอนโรงพยาบาลเป็นจริงตามที่รายงานในการสำรวจปี 2538 (เฉลี่ย 0.159 ครั้งต่อคนต่อปี) โรงพยาบาลจะได้รับคารักษายาบาลลดลง คารักษายาบาลต่อรายผู้ป่วยในเท่ากับ 6,716 บาทถึง 8,133 บาท และต่อวันป่วยเท่ากับ 1,679 บาทถึง 2,033 บาท

ตารางที่ 4.3 สรุปคารักษายาบาล (mean, median) ต่อรายผู้ป่วยใน จากการสำรวจ ปี 2540

ประเภทผู้มีสิทธิ์	รพ.รัฐ		รพ.เอกชน	
	mean	median	mean	median
เจ้าตัว	8,668	5,240	11,177	7,235
คู่สมรส	8,092	5,020	12,173	5,698
บิดา	14,865	7,950	19,266	8,548
มารดา	11,471	7,100	13,073	7,659
บุตร	6,974	4,563	7,414	6,042
รวม	10,061	5,910	11,996	7,146
N	2,823		1,138	

ที่มา การสำรวจคารักษายาบาลจากใบฎีกา 2540

เมื่อเทียบคารักษายาบาลที่รพ.จะได้รับในตารางที่ 4.2 กับคารักษายาบาล (mean and median) จากการสำรวจปี 2540 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน พบว่า น่าจะมีความเป็นไปได้ ที่เพดานรายจ่าย 7,500 ล้านบาท สามารถจัดบริการได้ ถ้าอัตราการนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 0.1 ครั้งต่อคนต่อปี แต่ถ้า อัตราเป็น 0.159 ครั้งต่อคนต่อปี งบประมาณ 7500 ล้านบาท จะไม่เพียงพอ และจะต้องมีมาตรการ copay สำหรับบริการที่อยู่นอกการคุ้มครอง เช่น ค่าห้องพิเศษ ค่าอาหารพิเศษ เป็นต้น

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพดานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

จะเห็นได้ว่า เพดาน 2500 ล้านบาทสำหรับผู้ป่วยนอก ค่อนข้างฝืดเคือง ส่วน 7500 ล้านบาทสำหรับผู้ป่วยใน อาจจะไม่คล่องมากกวา ซึ่งน่าจะเป็นผลดี โดยเฉพาะการนอนโรงพยาบาลที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ อาจจะได้ผลตอบแทนสุขภาพที่ดีกว่า นอกจากนี้ copay สำหรับผู้ป่วยนอก ยังอยู่ในวิสัยที่พอจะจ่ายได้

อย่างไรก็ตาม ถ้า 2500 ล้านบาท ดึงเกินไป อาจจะปรับเพิ่มวงเงินได้ตามที่กรรมการเห็นสมควร

บทที่ห้า Management Information System

อาจารย์ สุชาติ สรณสถาพร ยกร่างบทนี้

1. การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ การออกบัตร +/- การเลือกสถานพยาบาล กรณีเลือกวิธีการจ่ายผู้ป่วยนอกโดยการเหมาจ่ายรายหัว
2. การจัดทำระบบข้อมูลการใช้บริการ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

บทที่หก Organisation and Management 2541

input จากที่ประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการวิจัยเรื่อง การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ระยะที่สอง ครั้งที่ 5/2540 วันพฤหัสบดีที่ 11 กันยายน 2540 เวลา 0830-1600 น. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากกรมบัญชีกลาง

1. โครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ
2. การปรับกฎเกณฑที่เกี่ยวข้อง
3. เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในปี 2541

บทที่เจ็ด การบริหารภาวะวิกฤตต่อเนื่องปี 2542-44

แผนการดำเนินการระยะปานกลาง ในปีงบประมาณ 2542-44 (medium term plan) จนสิ้นแผนฯ 8 นั้น ผู้วิจัยเห็นว่า ในปีงบประมาณ 2542-44 นั้น ผู้วิจัยคาดว่า การคลังภาครัฐยังจะอยู่ในภาวะวิกฤตต่อเนื่องจากปี 2541 ความรุนแรงน่าจะลดลงตามลำดับ

ตารางที่ 7.1 ประมาณความต้องการงบประมาณ จากแนวโน้มรายจ่ายจริงในปี 2535-2540 (ตัดตอนจากตารางที่ 1.2) โดยมีอัตราเพิ่มระหว่าง 16% - 21% ต่อปี การวิเคราะห์เพื่อเสนอแนวทางบริหารการเงินเพื่อการปฏิรูปนั้น มีความจำเป็นจะต้องดำเนินการต่อเนื่องอย่างใกล้ชิด ในระยะ 2542-44

ตารางที่ 7.1 ประมาณการรายจ่ายปีงบประมาณ 2541-44

Fiscal year	forecast expenditure (million Bht)		annual percent increase	
2541	18,766.01	17,990.56	21	16
2542	22,706.87	20,869.04	21	16
2543	27,475.32	24,208.09	21	16
2544	33,245.13	28,081.39	21	16

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยขอเสนอให้ดำเนินการตามหลักการ และแนวทางการปฏิรูป ในระยะ 2542-44 ตามที่กรรมการที่ปรึกษาวิชาการเพื่อการปฏิรูป ฯ ได้มีมติได้อย่างชัดเจน ในการประชุมครั้งที่ 4/2540 เมื่อ 6 สิงหาคม 2540

ภาคผนวกที่ 12

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
มาตรการดำเนินงานในปี 2541

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
จنگล เลิศเรียรดำรง
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เอกสารประกอบการประชุมปรึกษาหารือ เรื่องแนวทางดำเนินการเกี่ยวกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ
ในปีงบประมาณ 2541 วันศุกร์ที่ 12 ธันวาคม 2540 ณ ห้องประชุม 312 กรมบัญชีกลาง

สารบัญ

1. มาตรการดำเนินงานระยะแรก	3
1.1 ให้สถานพยาบาลใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ 2539	3
1.2 ยกเลิกการเบิกค่าธรรมเนียมแพทย์สำหรับคลินิกนอกเวลาราชการ	4
1.3 ผู้ป่วยในต้องจ่ายร่วมค่าน้องค่าอาหารพิเศษ ในส่วนที่เกินจากจำนวนวันที่กรมบัญชีกลางกำหนด.....	4
2. มาตรการต่อเนื่อง การจัดตั้งกองทุนสุขภาพข้าราชการ (กสข.)	5
2.1 แนวทางที่หนึ่ง จัดทำเป็นกองทุน กสข.	5
2.2 แนวทางที่สอง จัดทำเป็น Medical Saving Account (MSA)	6
2.3 แนวทางที่สาม แนวทางกึ่งวิถีระหว่างกสข. และ MSA.....	6

1. มาตรการดำเนินงานระยะแรก

1.1 ให้สถานพยาบาลใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ 2539

เนื้อหาสาระ

ขณะนี้ผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ แพทย์มักจะสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลัก รวมทั้งสั่งใช้ยาต้นแบบ (original drug) มากกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือยาสามัญ (generic products)

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี 2539 มียาลักรวมทั้งสิ้น 372 ตัวยา โดยแบ่งเป็น 3 บัญชีได้แก่

1. บัญชียาหลัก หรือบัญชี ก (essential drug lists) เป็นรายการยาที่มีอยู่ใน model list of essential drug ขององค์การอนามัยโลก และเป็นยาที่มีความจำเป็นต้องใช้ในประเทศไทย รวม 243 ตัวยา

2. บัญชียาหลักเสริม 1 หรือบัญชี ข (complementary list I) เป็นรายการยาที่มีอาจจำเป็นต้องใช้ในสถานพยาบาลบางระดับ หรือจำกัดข้อบ่งใช้สำหรับอาการหรือโรคบางชนิด ที่ใช้ไม่ได้ผลในผู้ป่วยบางราย หรือเป็นยาที่ใช้แทนยาในบัญชียาหลักชั่วคราว ในกรณีที่จัดหายาในบัญชียาหลักนั้นไม่ได้ เนื่องจากเป็นยาที่มีราคาแพง จึงไม่ควรใช้เป็นประจำ รวม 116 ตัวยา

3. บัญชียาหลักเสริม 2 หรือบัญชี ค (complementary list II) เป็นรายการยาที่ต้องใช้โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคเท่านั้น เนื่องจากเป็นยาที่มีอันตรายมาก ถ้าใช้ไม่ถูกต้อง อาจเกิดพิษ หรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หรือเป็น สาเหตุให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ง่าย รวม 18 ตัวยา

นอกจากนี้ยังมีรายการเภสัชตำรับของโรงพยาบาลอีก 63 ตำรับด้วย

หลักการ ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเงินค่ายาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน (demand side intervention)

วิธีการ

- โรงพยาบาลต้องแจ้งให้ผู้ป่วยที่สามารถเบิกได้ว่า ต่อไปนี้ สามารถเบิกได้เฉพาะยาในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น
- โรงพยาบาลเขียนแจ้งแพทย์และโรงพยาบาลกำหนดให้มีมาตรการเพื่อให้แพทย์แจ้งผู้ป่วยทราบว่าถ้าให้ยารายการนี้ ผู้ป่วยไม่สามารถเบิกได้
- โรงพยาบาลจัดทำ หรือปรับใบเสร็จรับเงิน โดยมีสองช่องชัดเจน คือ เบิกได้ และเบิกไม่ได้
- การเงินของโรงพยาบาลประสานกับเภสัชกรรม เพื่อดึงใบเสร็จรับเงินและแจกแจงค่ายาที่เบิกได้ (ในบัญชียาหลักแห่งชาติ) และที่เบิกไม่ได้ (นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ)
- ใบเสร็จรับเงินกรณีผู้ป่วยนอกนั้น ผู้มีสิทธิ์นำไปเบิกกรมบัญชีกลางผ่านฎีกาของส่วนราชการผู้เบิก
- กรณีผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลรัฐ ให้ผู้ป่วยจ่ายรายการยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โรงพยาบาลวางฎีกาตรงไปยังสำนักงานคลังจังหวัด หรือกรมบัญชีกลางเพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาล และค่ายาเฉพาะรายการในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น
- ปัญหาที่จะเกิดขึ้น โรงพยาบาลของรัฐไม่ได้แบ่งช่องรายการยาที่เบิกได้และไม่ได้ จะแก้ปัญหานอย่างไร ถ้าผู้มีสิทธิ์จ่ายเงินไปแล้ว จะให้เบิกได้หรือไม่ ? เป็นความบกพร่องของโรงพยาบาล ไม่ใช่ผู้ป่วย

หนังสือสั่งการ

- จะต้องชัดเจนและมีสิ่งที่ส่งมาด้วย เป็นรายละเอียดเพื่อการปฏิบัติได้เข้าใจถูกต้องตรงกัน
- นอกจากหนังสือสั่งการ ควรจะมีการประชุมซักซ้อมความเข้าใจกับ กระทรวงสาธารณสุข คณะแพทย์ต่างๆ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลสังกัดส่วนราชการอื่นๆ

การควบคุมตรวจสอบกำกับการ

- โดยกรมบัญชีกลาง
- โดยสำนักงานคลังจังหวัด

1.2 ยกเลิกการเบิกค่าธรรมเนียมแพทย์สำหรับคลินิกนอกเวลาราชการ

เนื้อหาสาระ ยกเลิกสิทธิในการเบิกค่าธรรมเนียมแพทย์ ซึ่งคลินิกนอกเวลาราชการของภาครัฐดำเนินการอยู่ โรงพยาบาลจะยังเก็บอยู่หรือไม่ ไม่เป็นไร แต่ผู้ป่วยจะนำมาเบิกไม่ได้ ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง

วิธีการ เวียนแจ้งสถานพยาบาลภาครัฐทั้งหมด ห้ามเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ โดยเสี่ยงไปเป็นการเก็บค่าบริการทางการแพทย์

ถ้าโรงพยาบาลมีระบบเก็บเงิน ค่าบริการทั่วไป (ซึ่งไม่ใช่ค่าธรรมเนียมแพทย์) ให้เก็บในอัตราที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปี 2537 คือ ผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ 20 บาท ผู้ป่วยนอกนอกเวลาราชการ รายละเอียดไม่เกิน 50 บาท) และผู้ป่วยสามารถนำมาเบิกได้

การควบคุมตรวจสอบกำกับการ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานคลังจังหวัด คงไม่มีปัญหา จะตรวจสอบกำกับการเรื่องนี้ได้

1.3 ผู้ป่วยในต้องจ่ายร่วมค่าห้องค่าอาหารพิเศษ ในส่วนที่เกินจากจำนวนวันที่กรมบัญชีกลางกำหนด

เนื้อหาสาระ

- ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายเงินค่าห้องค่าอาหาร กรณีนอนเตียงสามัญ
- กรณีนอนห้องพิเศษเพื่อวัตถุประสงค์ของการแยกผู้ป่วยติดเชื้อ (isolation) โดยที่โรงพยาบาลไม่มีห้องแยก โดยเฉพาะนั้น ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายค่าห้องค่าอาหารพิเศษ
- กำหนดให้ผู้ป่วยในที่ใช้บริการที่สถานพยาบาลภาครัฐ มีส่วนร่วมจ่าย (copayment) สำหรับค่าห้องค่าอาหารพิเศษ ในส่วนที่เกินจากจำนวนวันที่กำหนด ตามกลุ่มอายุ ดังนี้

กลุ่มอายุ ผู้ป่วย	กรมฯ จ่ายเต็ม และไม่เกิน 600 บาทต่อวันผู้ป่วย	กรมฯ จ่ายครึ่งหนึ่ง และไม่เกิน 300 บาทต่อวันผู้ป่วย	ผู้ป่วยจ่ายเองทั้งหมด
น้อยกว่า 60 ปี	4 วันแรก (วันที่ 1- วันที่ 4 ของการนอนโรงพยาบาล)	5 วันถัดมา (วันที่ 5 - วันที่ 9 ของการนอนโรงพยาบาล)	ตั้งแต่วันที่ 10 ของการนอนโรงพยาบาลเป็นต้นไป
มากกว่า 60 ปี	6 วันแรก (วันที่ 1- วันที่ 6 ของการนอนโรงพยาบาล)	7 วันถัดมา (วันที่ 7 - วันที่ 13 ของการนอนโรงพยาบาล)	ตั้งแต่วันที่ 14 ของการนอนโรงพยาบาลเป็นต้นไป

ผลกระทบของการร่วมจ่ายค่าห้องค่าอาหารพิเศษ จะทำให้รัฐ สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ ประมาณ 8% ของรายจ่ายทั้งหมด 18,000 ล้านบาท ที่คาดว่าจะจ่ายในปี 2541 หรือเท่ากับ 1,440 ล้านบาท นอกจากนี้ ยังจะทำให้ลดวันนอนโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็น และใช้เตียงอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย

วิธีการ

- เวียนแจ้ง สถานพยาบาลภาครัฐทั้งหมด ให้ถือปฏิบัติ
- เวียนแจ้งข้าราชการ ผ่านหน่วยงานบริหารบุคคลกลาง และส่วนราชการทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
- ข้าราชการแจ้งผู้มีสิทธิในครอบครัวด้วย

หนังสือสั่งการ

- ตรงไปตรงมา

การควบคุมตรวจสอบกำกับการ

- อาจเกิดปัญหากรณีผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลใหม่หลังจากจำหน่ายแล้วไม่นาน จะต้องกำหนดการนอนโรงพยาบาลในระยะเวลา วัน ให้ถือว่าเป็นการนอนโรงพยาบาลในครั้งเดียวกัน

2. มาตรการต่อเนื่อง การจัดตั้งกองทุนสุขภาพข้าราชการ (กสข.)

2.1 แนวทางที่หนึ่ง จัดทำเป็นกองทุน กสข.

กสข. คล้ายกับ กองทุนประกันสังคม โดยที่มาของกองทุนคือเงินงบประมาณ (งบกลาง) +/- เงินสมทบจากข้าราชการ x% ของเงินเดือนค่าจ้าง (ถ้ามีในอนาคต) รวมกันให้ กสข. เป็นผู้บริหารจัดการ และซื้อบริการแทนผู้มีสิทธิทุกคน (collective purchasing) โดย earmark เพดานรายจ่ายเป็น 6 ก้อนดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อดี คือ กองทุน กสข. สามารถทำ supply side intervention ได้โดยการกำหนดวิธีการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพ และสามารถควบคุมรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ค่อนข้างดี

ข้อเสีย คือ ข้าราชการเมื่อออกจากราชการโดยไม่ใช้เหตุบำนาญ จะหมดสิทธิ ในกองทุน กสข. ซึ่งในอนาคตเชื่อว่า กองทุนจะมี surplus นอกจากนี้ ข้าราชการบำนาญ และบุคคลในครอบครัวของข้าราชการจะไม่มีส่วนจ่ายเงินสมทบ จึงเป็นภาระของเงินงบประมาณ และเงินสมทบของข้าราชการที่ยังทำงานได้และมีเงินเดือน

ตารางที่ 1 การกำหนดเพดานงบประมาณสำหรับรายจ่าย 6 ประเภท ในวงเงินงบประมาณ 14,000 ล้านบาท

SERVICES	Payment method	เพดานรายจ่าย		
		%	ล้านบาท	บาท/หัว
1. ผู้ป่วยนอก Basic Package	age and sex adjusted capitation rates	25	3,500	498
2. ผู้ป่วยนอก อุกเงิน อุบัติเหตุ + ราคาแพง	price schedule	2	280	40
3. ผู้ป่วยใน Basic package+อุกเงิน อุบัติเหตุ + ราคาแพง	global budget + DRG	58	8,120	1,156
4. ส่งเสริมสุขภาพ	fee for service for clinical preventive services, screening	5	700	100
5. บริหารจัดการและวิจัย พัฒนา		5	700	100
6. contingency fund (สำรองอุกเงิน)		5	700	100
รวม		100	14,000	1,993

2.2 แนวทางที่สอง จัดทำเป็น Medical Saving Account (MSA)

ดัดแปลงรูปแบบ คล้าย ประเทศสิงคโปร์ โดยจัดสรรเงินงบกลาง ค่ารักษาพยาบาล ไปยังบัญชีข้าราชการ และข้าราชการบำนาญแต่ละคน ในบัญชีนี้ จะมีเงินสมทบของข้าราชการ เป็น x% ของเงินเดือน ยกเว้นข้าราชการบำนาญไม่มีเงินสมทบ MSA ให้ใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน หรือให้จ่ายเฉพาะผู้ป่วยในจาก MSA โดยที่ผู้ป่วยนอกนั้น จะเป็นการจ่ายแบบ out of pocket ของแต่ละคน ลักษณะนี้ เป็น individual financing, individual purchasing ในสิงคโปร์จะมีการควบคุมราคา และควบคุมพฤติกรรมของผู้ให้บริการได้ดี รวมทั้งมีการอุดหนุนจากรัฐบาล เช่น ผู้ป่วยในนอน class C ได้รับอุดหนุนมากกว่า B และ A เป็นต้น นอกจากนี้จะต้องมี catastrophic arrangement เป็น backup มิฉะนั้น catastrophic illness ครั้งเดียว อาจจะทำให้ MSA ไม่เพียงพอในการจ่าย และหมดเกลี้ยงทันที ทำให้ safety net หดไปได้

ข้อดี เป็นการออมในช่วงอายุคน จะเห็นในอีก 30 ปีข้างหน้า เมื่อกลุ่มข้าราชการย่างเข้าสู่วัยชรามากขึ้น จะมี MSA ของตนเอง จะแบ่งเบาภาระจาก general tax ได้มาก นอกจากนี้ เนื่องจาก MSA เป็นสมบัติของแต่ละคน เขาจะดูแลรักษาเงินและใช้จ่ายอย่างสมเหตุสมผล รวมทั้งจะต้องมีกลไกในการกำหนดหลักเกณฑ์ การเบิกจ่ายและเพดานการใช้จ่ายจาก MSA นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งเงินออมที่สำคัญ และ integrate เข้ากับ Central Provident Fund.

ข้อเสีย ความเป็น individual purchasing จะไม่อำนาจต่อรอง และประวัติศาสตร์การเมืองและการพัฒนาของประเทศไทย เป็น ทุนนิยม เสรีนิยม รัฐจะไม่ intervene market โดยไม่จำเป็น ดังนั้น การควบคุมราคาของโรงพยาบาล เป็นเรื่องฝืน ซึ่งผลกระทบคือ ไม่น่าจะควบคุมรายจ่ายได้ ดังนั้น cost containment จะเป็นปัญหาที่สำคัญ นอกจากนี้ ยังต้องการ MIS ที่ extensive มาก โดยเฉพาะการบริหารบัญชีข้าราชการ 1.8 ล้านบัญชี และดูแลการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน

2.3 แนวทางที่สาม แนวทางกึ่งวิถีระหว่างกสข. และ MSA

Source of finance	Fund nature	care	payment mechanism	providers
Budget 1	collective financing collective purchasing	ambulatory care	Prepayment contract model capitation + copayment	public and private
Budget 2	collective financing catastrophic insurance fund (CIF)	catastrophic illnesses	Reimbursement model Price schedule + deductibles cf. Cost effective interventions	public and private
Budget 3 + employee contribution	individual accounts Medical Saving Account (MSA)	hospital care	DRG without global budgeting	public and private

ภาคผนวกที่ 13

(สำเนา)
พระราชกฤษฎีกา
เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 7)
พ.ศ. 2541

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.
ให้ไว้ ณ วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2541
เป็นปีที่ 53 ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 221 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบำเหน็จบำนาญตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญ พ.ศ. 2518 จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชกฤษฎีกาขึ้นไว้ ดังต่อไปนี้

มาตรา 1 พระราชกฤษฎีกานี้เรียกว่า “พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2541”

มาตรา 2 พระราชกฤษฎีกานี้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

มาตรา 3 ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นมาตรา 6 ทวิ แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523

“มาตรา 6 ทวิ ในกรณีที่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกานี้และบุคคลในครอบครัวของผู้นั้นประสบอุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุในคราวเดียวกัน และผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุในคราวนั้น ให้บุคคลในครอบครัวของผู้นั้น ซึ่งได้เข้ารับการักษาพยาบาลในสถานพยาบาลมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามสิทธิที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกานี้เฉพาะการเจ็บป่วยในครั้งนั้น”

มาตรา 4 ให้ยกเลิก ความในมาตรา 11 แห่งพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการ รักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2533 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“มาตรา 11 การจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างอื่น ซึ่งมี ใชเป็นการตรวจสอบภาพประจำปี ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้

(1) ผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของทางราชการทั้งประเภทผู้ป่วยภายนอกหรือผู้ป่วยภายใน ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้เต็มจำนวนที่จ่ายไปจริง เว้นแต่

(ก) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ให้เบิกได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

(ข) ค่าห้องและค่าอาหาร ให้เบิกได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

(2) ผู้ที่เข้ารับการรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยภายในจากสถานพยาบาลของเอกชน หรือสถานพยาบาลของเอกชนอื่นซึ่งมิใช่สถานพยาบาลของเอกชนตามพระราชกฤษฎีกานี้ ทั้งนี้ เฉพาะในกรณีที่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลหรือบุคคลในครอบครัวของผู้นั้นประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัย หรือมีความจำเป็นเร่งด่วน ซึ่งหากมิได้รับการรักษายาบาลในทันทีทันใดอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของบุคคลดังกล่าว เมื่อได้มีใบรับรองของแพทย์จากสถานพยาบาลของเอกชนนั้นมาประกอบ ให้เบิกค่ารักษายาบาลได้ ดังนี้

(ก) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรครวมทั้งค่าซ่อมแซม ค่าห้อง และค่าอาหาร ให้เบิกได้เช่นเดียวกับผู้ที่เข้ารับการรักษายาบาลจากสถานพยาบาลของทางราชการ

(ข) ค่ารักษายาบาลประเภทอื่นๆ ให้เบิกได้ครึ่งหนึ่งของจำนวนที่ได้จ่ายไปจริง แต่ต้องไม่เกินสามพันบาท

(3) ผู้ที่เข้ารับการรักษายาบาลจากสถานพยาบาลเอกชนในกรณีที่เป็นการเข้ารับการรักษายาบาลเป็นครั้งแรกเพราะเหตุที่สถานพยาบาลของทางราชการมีความจำเป็นต้องส่งตัวให้แก่สถานพยาบาลของเอกชนนั้น ให้เบิกค่ารักษายาบาลได้ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด"

มาตรา 5 ให้ยกเลิกความใน (2) ของมาตรา 11 ทวิ แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2540 ให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

"(2) เข้ารับการตรวจสุขภาพในสถานพยาบาลของทางราชการ"

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

นายชวน หลีกภัย

นายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ เหตุผลในการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาฉบับนี้ คือ เนื่องจากการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนของผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและบุคคลในครอบครัวของผู้นั้นยังไม่มีวิธีการควบคุมที่มีมาตรฐานเพียงพอ ทำให้มีการเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง สมควรปรับปรุงสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนโดยกำหนดให้เบิกได้เฉพาะกรณีที่บุคคลดังกล่าวประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัย หรือมีความจำเป็นรีบด่วนซึ่งหากมิได้รับการรักษาพยาบาลในทันทีทันใดอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือในกรณีที่สถานพยาบาลของทางราชการขาดเครื่องมือหรือมีเครื่องมือไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยหรือมีความจำเป็นด้วยประการใดๆ ต้องส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลของเอกชน รวมทั้งสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์ในการเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปีได้เฉพาะกรณีการเข้ารับการตรวจสุขภาพจากสถานพยาบาลของทางราชการเท่านั้น ทั้งนี้ เพื่อให้การใช้จ่ายงบประมาณเป็นไปอย่างประหยัดรัดกุม และสอดคล้องกับสภาวะเศรษฐกิจปัจจุบัน ประกอบกับสมควรกำหนดให้บุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหากประสบอุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุในคราวเดียวกับผู้มีสิทธิซึ่งได้เสียชีวิตลง เพื่อมิให้บุคคลดังกล่าวต้องได้รับความเดือดร้อนเพิ่มขึ้นอีก จึงจำเป็นต้องตราพระราชกฤษฎีกานี้