

## "รูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับระบบประกันสุขภาพ" กลไกและมาตรการในการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพ

พญ.ทัศนีย์ จันทร์น้อย  
ศูนย์พัฒนาสุขภาพประเทศไทย

### บทนำ

ระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบ ที่เป็นหลักประกันด้านสุขภาพของคนไทยทั้งประเทศ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้สิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน แต่เนื่องจากทั้งสามระบบ มีที่มาและบริบทที่แตกต่างกัน ระบบบริหารจัดการกองทุนจึงมีความแตกต่างกันในหลายประเด็น มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการสุขภาพของประชาชนในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่กระทบ ต่อการได้รับบริการ คือรูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

รูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สนับสนุนความเท่าเทียมของการได้รับบริการ จะเริ่มจากการจ่ายชดเชยในอัตราเดียวกัน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านราคา พัฒนาสู่มาตรฐานการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ที่ทุกกองทุนยอมรับให้ใช้งานในรูปแบบเดียวกัน

### 1. ความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบ

ประเด็นที่มีความแตกต่างกันของระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบ ได้แก่ ที่มาของแหล่ง งบประมาณ รูปแบบการเข้ารับบริการ สถานพยาบาลในโครงการ และ ระบบการเบิกจ่าย เป็นต้น ดังนั้น แม้จะให้สิทธิประโยชน์ใกล้เคียงกัน แต่รายละเอียดในการได้รับสิทธิในการรักษายาบาลของแต่ละระบบ ยังคงมีความแตกต่างกัน เช่น

- ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมและนายจ้างจะต้องร่วมจ่ายเงินสมทบเพื่อให้ได้สิทธิ แต่ผู้มีสิทธิในอีก 2 ระบบ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ โดยไม่ต้องจ่ายสมทบ
- ผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สามารถใช้บริการจากสถานพยาบาลในระบบได้ทุกแห่ง ในขณะที่ผู้มีสิทธิของอีก 2 ระบบ จะต้องลงทะเบียนเลือกสถานพยาบาลประจำตัว และหากจำเป็นต้องได้รับบริการจากสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จะต้องใช้สิทธิผ่านระบบส่งต่อ
- ระบบเบิกจ่ายเป็นระบบที่มีความแตกต่างอย่างชัดเจน

#### 1. การจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (Out-patient: OP)

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จ่ายชดเชยตามรายการบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลให้บริการกับผู้ป่วยด้วยอัตราที่หน่วยบริการเรียกเก็บ (Fee For Service : FFS) ส่วนระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จัดสรรงบประมาณค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอก (OP) ให้สถานพยาบาลด้วยรูปแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ต่อจำนวนประชากรที่ดูแล โดยระบบประกันสังคมจะมีการจ่ายเพิ่มสำหรับภาระเสี่ยง นอกจากนี้ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมมีการพัฒนาจ่ายค่ารักษายาบาลเพิ่มเติมสำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคมะเร็ง ด้วยระบบจ่าย On-top โดยมีงบประมาณ High cost หรือ งบนอกเหนือเหมาจ่ายรองรับการจ่ายวิธีนี้

## 2. การจ่ายค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน (In-patient: IP)

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จ่ายชดเชยด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย (Thai Diagnosis Related Group : TDRG) โดยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะตกลงอัตราจ่ายต่อ 1 หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative Weight: AdjRW) หรือ Base rate ล่วงหน้าตั้งแต่ต้นปี แต่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าคำนวณ Base rate โดยมีการกำหนดเพดานงบประมาณ (global budget) ทำให้ Base Rate มีค่าไม่แน่นอน

ส่วนระบบประกันสังคมจ่ายชดเชยด้วยงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับกรณีที่ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ต่ำกว่า 2 และจ่ายด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย (TDRG) เฉพาะกรณีที่ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน (AdjRW) มากกว่าหรือเท่ากับ 2

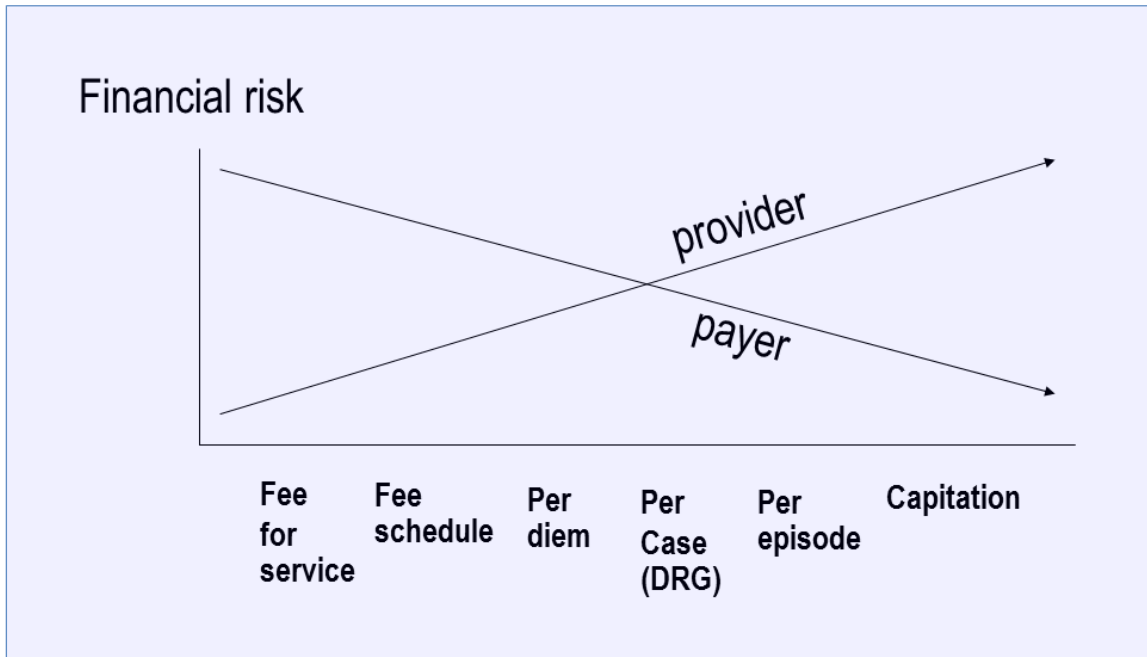
รูปแบบการจ่ายค่ารักษายาบาลที่ต่างกันดังกล่าวข้างต้น เป็นความเสี่ยงที่ทำให้ผู้มีสิทธิได้รับบริการด้านสุขภาพมากหรือน้อยกว่าที่จำเป็นต้องได้รับตามมาตรฐานการแพทย์ที่ดี หากจ่ายค่ารักษายาบาลในรูปแบบเดียวกัน ประชาชนในทุกระบบน่าจะได้รับการที่เท่าเทียมกัน ซึ่งถือว่าไม่เหลื่อมล้ำ แต่หากใช้รูปแบบการจ่ายค่ารักษายาบาลที่ทำให้ได้รับบริการมากกว่าที่จำเป็น จะเกิดภาระค่าใช้จ่ายสูงต่อระบบงบประมาณ และในทางตรงข้าม หากใช้รูปแบบการจ่ายค่ารักษายาบาลที่ทำให้ได้รับบริการน้อยกว่าที่จำเป็น อาจสร้างปัญหาด้านคุณภาพการรักษายาบาล การเลือกใช้รูปแบบการจ่ายค่ารักษายาบาล จึงต้องคำนึงถึงความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้งในด้านการเข้าถึง ในด้านคุณภาพบริการ และในด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาทางเทคโนโลยีการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และการได้มาซึ่งข้อมูลเพื่อการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ

## 2. รูปแบบการจ่ายค่ารักษายาบาล/ เครื่องมือการเงินประกันสุขภาพ

รูปแบบการจ่ายค่ารักษายาบาลสำหรับระบบประกันสุขภาพ หรืออาจเรียกว่า เครื่องมือการเงินประกันสุขภาพที่กองทุนประกันสุขภาพใช้ในการคำนวณการจ่ายค่ารักษายาบาล เป็นกลไกสำคัญในการบริหารงบประมาณกองทุนประกันสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาไปสู่มาตรฐานการจ่ายค่ารักษายาบาล และใช้ร่วมกันทุกกองทุนประกันสุขภาพ จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในด้านราคา และด้านการให้บริการ และยังส่งเสริมการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า และสมเหตุผล

รูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาล มีหลายรูปแบบ ซึ่งจะมีข้อแตกต่างกันในด้านกลไกการคำนวณหรือการจัดสรร ด้านค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ ด้านผลกระทบต่อพฤติกรรมบริการสุขภาพ และด้านความเสี่ยงทางการเงินของกองทุนประกันสุขภาพและหน่วยบริการ (ภาพที่ 1: รูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและความเสี่ยงทางการเงินระหว่างกองทุนและหน่วยบริการ)

ภาพที่ 1: รูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและความเสี่ยงทางการเงินระหว่างกองทุนและหน่วยบริการ



หมายเหตุ: payer หมายถึง กองทุนประกันสุขภาพ และ provider หมายถึงหน่วยบริการ/ โรงพยาบาล

การบริหารงบประมาณด้านสุขภาพ จึงต้องเลือกรูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม คุณสมบัติของรูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ต้องการ ได้แก่

1. กลไกการคำนวณหรือวิธีการคำนวณจ่าย ไม่ส่งเสริมให้เกิดการเบี่ยงเบนการรักษา
2. สนับสนุนหน่วยบริการให้พัฒนาคุณภาพบริการและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
3. การจ่ายค่ารักษาพยาบาลมีมาตรฐาน สอดคล้องกับต้นทุนบริการที่คุ้มค่า
4. กระบวนการจ่ายเงินมีประสิทธิภาพ สร้างวินัยการจัดการด้านการเงิน
5. การจัดการและการติดตามประเมินไม่ยุ่งยาก ประเมินได้รวดเร็ว สม่่าเสมอ
6. มีรายละเอียดข้อมูลส่งเบิกจ่ายเพียงพอต่อการพัฒนาและการตรวจสอบ แต่ไม่มากเกินไปจนสร้างภาระให้กับหน่วยบริการ
7. ควบคุมงบประมาณได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการและคุณภาพการรักษาพยาบาล

8. รองรับบริบทการบริการสุขภาพในประเทศไทย เช่น การจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีส่งต่อ

**กล่าวได้ว่า รูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาล** ที่มีใช้อยู่ในประเทศไทยล้วนมีข้อดี ข้อด้อย และข้อจำกัดในการใช้งาน การนำมาใช้จึงต้องมีการติดตามประเมิน และสุ่มตรวจสอบอย่างเป็นระบบ เช่น

- การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) มีต้นทุนต่ำในการบริหารจัดการจัดสรรงบประมาณจ่าย แต่ค่าใช้จ่ายในการรวบรวมข้อมูลบริการและการตรวจสอบประเมินการบริการจะสูง และอาจต้องมีมาตรการเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรในเขต นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีส่งต่อ

- การจ่ายแบบมีเพดาน (Ceiling) เหมาะสมที่จะใช้ในบางรายการ เช่น ค่าอวัยวะเทียม หรือรายการจ่ายเพิ่มนอกเหนือเหมาจ่าย แต่มีภาระในการคัดเลือกรายการบริการที่เหมาะสม รวมถึงการกำหนดข้อบ่งชี้การรับบริการ และการกำหนดเพดานอัตราเบิกจ่าย

- การจ่ายตามรายการ หรือชุดของรายการด้วยราคาที่ตกลงกัน (Fee schedule) การตกลงราคาล่วงหน้าทำให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระดับหนึ่ง และสามารถตกลงคุณภาพบริการได้ แต่มีภาระในการคัดเลือกรายการ และการคำนวณต้นทุนเพื่อกำหนดอัตราเบิกจ่าย

- การเหมาจ่ายตามรายป่วย โดยจ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มโรคที่จำแนกด้วยหลักการเคสมิกซ์ (CaseMix system) “ผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกันใช้ทรัพยากรดูแลรักษาพยาบาลใกล้เคียงกัน (Iso – resource group)” มีหลายรูปแบบ จึงรองรับรูปแบบบริการด้านสุขภาพ (Health Care Pattern) ที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย (Thai Diagnosis Related Group: TDRG) เป็นระบบเคสมิกซ์ประเภทหนึ่ง ใช้ได้ดีกับการคำนวณจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน กรณีเฉียบพลัน (Acute In-patient) หรือ Sub-Acute and Non-Acute Inpatient (SNAP) เป็นระบบเคสมิกซ์ที่ใช้จัดกลุ่มกรณีผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน เช่น กรณีกายภาพบำบัด แต่ระบบเคสมิกซ์มีข้อจำกัดที่เป็นองค์ความรู้เฉพาะ มีผู้รู้ไม่มาก และยังเป็น case based เหมือนการจ่ายรายเที่ยวหรือรายชิ้นงาน การใช้ระบบเคสมิกซ์จึงอาจส่งเสริมให้สร้าง case หรือลดจำนวน case นอกจากนี้ยังพบปัญหาของคุณภาพรหัสโรคและรหัสหัตถการที่นำมาใช้ในการประมวลผล

อย่างไรก็ตาม ระบบเคสมิกซ์มีจุดเด่นในการจัดการข้อมูลผู้ป่วยที่มีลักษณะหลากหลาย จึงเหมาะสมในการวัดผลผลิตในภาพรวมของหน่วยบริการ แม้จะเป็นหน่วยบริการขนาดใหญ่ และยังสามารถตกลงราคาล่วงหน้าโดยกำหนดคุณภาพบริการ จึงเป็นรูปแบบที่สนับสนุนให้หน่วยบริการควบคุมการใช้ทรัพยากรสุขภาพด้วยตนเอง โดยแพทย์ยังมีอิสระในการรักษาพยาบาลภายใต้มาตรฐานการบริการทางการแพทย์ที่ดี และสมเหตุสมผล

- การจ่ายตามรายการและราคาที่หน่วยบริการเรียกเก็บ (Fee for service) จะมีผลให้ค่ารักษาพยาบาลมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่าย และงบประมาณที่สูงขึ้นอาจไม่สอดคล้องกับคุณภาพการรักษารักษาพยาบาล

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อรูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เช่น การแบ่งกองทุนระหว่างผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน อาจทำให้เกิดปัญหาหากอัตราจ่ายด้านผู้ป่วยนอก หรือด้านผู้ป่วยใน ไม่สมดุลกับต้นทุนการรักษารักษาพยาบาล

### 3. การบริหารการจ่ายชดเชยที่มีประสิทธิภาพ

การบริหารการจ่ายชดเชยในระบบประกันสุขภาพ ต้องใช้ข้อมูลบริการสุขภาพในการบริหาร จึงจะมีประสิทธิภาพ โดยต้องมีฐานข้อมูลสุขภาพแห่งชาติที่มีการบริหารจัดการอย่างเป็นมาตรฐาน และข้อมูลที่น่ามาใช้ควรจะต้องมีคุณภาพที่ดี มีการกำหนดมาตรฐานด้านระบบข้อมูลอย่างชัดเจน ฐานข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ ต้องมีองค์ประกอบในการบริหารจัดการข้อมูลบริการสุขภาพ 4 องค์ประกอบ ได้แก่

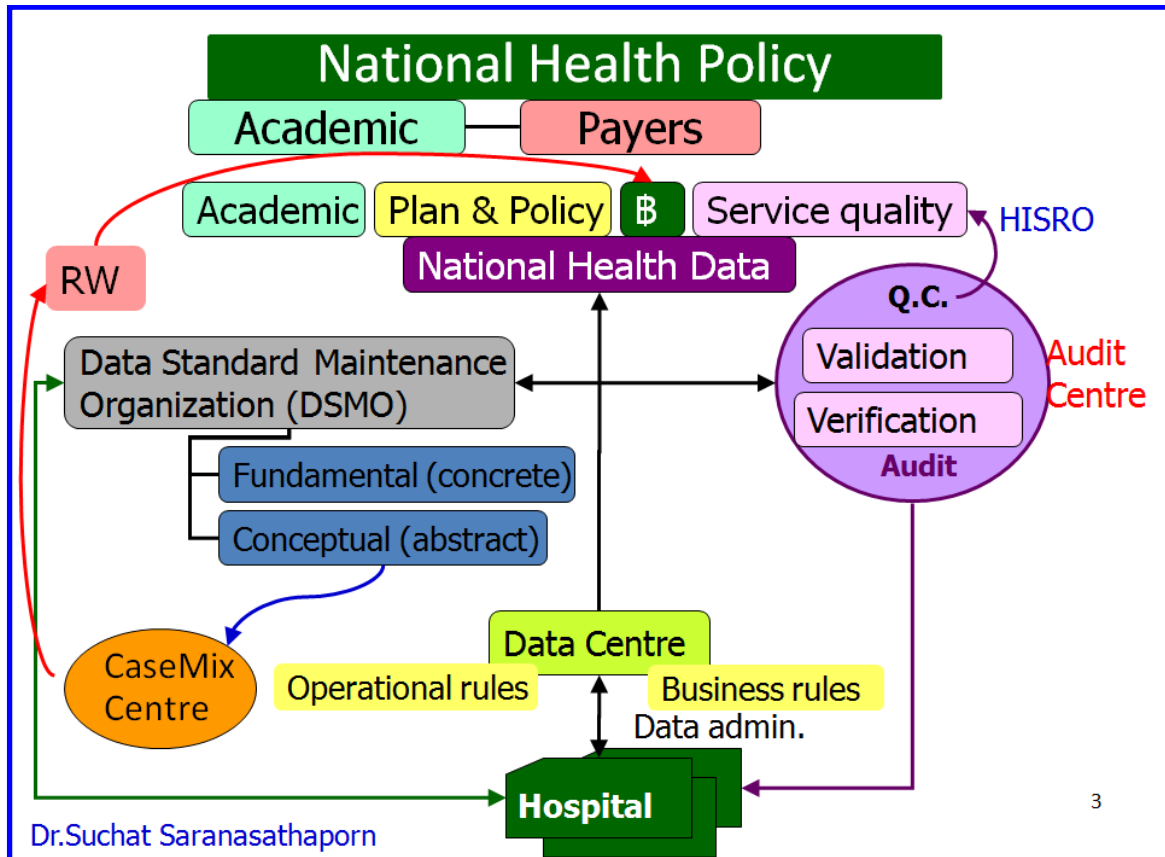
(1) หน่วยงานบริหารมาตรฐานระบบข้อมูลเบิกจ่าย (Data Standard Maintenance Organization: DSMO) ทำหน้าที่บริหารมาตรฐานข้อมูล มาตรฐานกระบวนการ และรหัสมาตรฐาน

(2) หน่วยงานบริหารจัดการข้อมูลเบิกจ่าย (Data and Claim and Clearing Centre: DCCC) ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลส่งเบิกเพื่อคำนวณจ่ายตามระเบียบของกองทุนประกันสุขภาพ และบริหารข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยระหว่างหน่วยบริการและกองทุนประกันสุขภาพ

(3) หน่วยงานบำรุงรักษา พัฒนา และคิดค้น รูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือ เครื่องมือคำนวณจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งอยู่บนพื้นฐานทรัพยากรสุขภาพที่ใช้กับผู้ป่วย และเป็นรูปแบบที่หน่วยบริการต้องส่งข้อมูลบริการสุขภาพกลับมายังฐานข้อมูลสุขภาพแห่งชาติอย่างสม่ำเสมอ

(4) หน่วยงานตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่าย (Audit Centre) ทำหน้าที่ตรวจสอบการรักษาพยาบาล และการเบิกจ่าย

ภาพที่ 2: องค์ประกอบในการบริหารฐานข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ (National Health Database)



รูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ถูกเลือกมาใช้ในโครงสร้างของฐานข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ คือ ระบบเคสเม็กซ์ (CaseMix Classification System) ซึ่งนอกจากจะวัดผลผลิตของบริการสุขภาพได้ด้วยการจัดกลุ่มแล้ว ยังมีหลายรูปแบบ สามารถรองรับรูปแบบบริการด้านสุขภาพ (Health Care Pattern) ที่แตกต่างกัน และยังเป็นรูปแบบที่ทำให้หน่วยบริการต้องส่งข้อมูลบริการสุขภาพตามรายการที่กำหนด เพื่อเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยไม่เป็นภาระกับหน่วยบริการมากเกินไป ทำให้ฐานข้อมูลสุขภาพมีข้อมูลบริการที่สามารถนำมาใช้ในการติดตามประเมินการบริการ และพัฒนาระบบเคสเม็กซ์ต่อไป ทั้งนี้ หน่วยงานที่รับผิดชอบบำรุงรักษา พัฒนา และคิดค้นระบบเคสเม็กซ์ จะเรียกชื่อว่า CaseMix Centre (CMC) แต่ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา การพัฒนาระบบเคสเม็กซ์ประเภทแรก คือ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย (TDRG) ดำเนินการโดยทีมวิจัยเฉพาะกิจ ของศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ จนได้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย (TDRG) จำนวน 5 ฉบับ

ในการพัฒนากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไทย (TDRG) ข้อมูลบริการสุขภาพในอดีต จะถูกนำมาวิเคราะห์และพัฒนา ระบบ โดยมีกลไกการพัฒนา 2 กลไก คือ

- (1) Reclassification หรือกลไกจำแนกกลุ่ม TDRG และ
- (2) Recalibration หรือ กลไกคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight: RW) ประจำกลุ่ม

เมื่อจะใช้งานในการวัดผลผลิตการบริการผู้ป่วยใน (IP) จึงนำ TDRG มาประมวลผลข้อมูลบริการสุขภาพรายผู้ป่วย ได้ผลลัพธ์การจัดกลุ่มเป็น DRG พร้อมกับค่า RW และค่า AdjRW ซึ่งสามารถนำมาคำนวณจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาล แบบเหมาจ่ายราย DRG โดยนำค่า AdjRW มาคูณกับอัตราฐานที่จ่ายต่อ 1 หน่วยของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน หรือที่เรียกว่า Base rate ซึ่งเป็นกลไกบริหารในระดับนโยบาย ได้แก่ การทำ Rebasing ซึ่งเป็นการคำนวณ Base rate สำหรับใช้ในแต่ละปี ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพ

#### 4. ระบบเคสมิกซ์สำหรับการบริการผู้ป่วยนอก (OP) และการบริการผู้ป่วยใน (IP) ของประเทศไทย

ระบบเคสมิกซ์ที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OP) อยู่ในระหว่างการศึกษาวิเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OP) แบบตกลงราคาล่วงหน้า (OP Prospective Payment System: OPPS) โดยกรมบัญชีกลางได้ตกลงจ้างศึกษาวิเคราะห์ในปี พ.ศ. 2556 เรียกว่า Thai Ambulatory CaseMix (TAC) ซึ่งหลักการสำคัญ คือ การตกลงราคาค่ารักษาพยาบาลพร้อมกับการตกลงคุณภาพของการรักษาพยาบาล จึงสามารถยกระดับคุณภาพการดูแล โดยส่งเสริมบทบาทของหน่วยบริการให้เป็นผู้กำกับควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้ได้คุณภาพตามที่ตกลงกัน ส่วนกองทุนประกันสุขภาพดำเนินการติดตามประเมินและกำกับคุณภาพของการรักษาพยาบาล

โครงการศึกษาวิเคราะห์เพื่อพัฒนา TAC แบ่งเป็น 3 ระยะ ใช้เวลาดำเนินการ 3 ปี เพื่อให้ได้รูปแบบวิธีการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกแบบตกลงราคาล่วงหน้า (OPPS) ครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอก (OP) ทุกกรณี มีกรอบการดำเนินงานโครงการศึกษาวิเคราะห์โดยคร่าว ดังนี้

- ระยะที่ 1 (ปีที่ 1: TAC-CoC Version 0.1) การศึกษาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาต้นแบบวิธีการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกแบบตกลงราคาล่วงหน้า กรณีการดูแลต่อเนื่อง 3 กลุ่มโรค (Prototype of Thai Ambulatory CaseMix for Continuous Care Version 0.1 : Prototype TAC-CoC V 0.1) ให้ได้แนวคิดและรูปแบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยนอก (OP service) ในบริบทของระบบสุขภาพไทย โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างโรคไข้มันในเลือดสูง (Dyslipidemia : DLP), โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension : HT) และโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM)

Prototype TAC-CoC V 0.1 ซึ่งพัฒนาในปีที่ 1 จะใช้ในการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก (OP payment) กรณีการดูแลต่อเนื่องเฉพาะ 3 กลุ่มโรค ยังไม่สามารถใช้ได้กับกลุ่มโรคต่อเนื่องทุกโรค จึงถือเป็นฉบับที่ 0.1 ทั้งนี้การเลือกศึกษาวิเคราะห์กลุ่มโรครักษาต่อเนื่องในปีที่ 1 เนื่องจากผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง (Continuous Care : CoC) เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดค่าใช้จ่ายสูงทั้งบริการผู้ป่วยนอก (OP) และบริการผู้ป่วยใน (IP) โดยเฉพาะเมื่อขาดการดูแลที่เหมาะสมและเกิดอาการแทรกซ้อน หรือเกิดโรคร่วมในระบบอื่น ๆ นอกจากนี้มีความเสี่ยงที่จะได้รับการรักษาที่เกินจำเป็นสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป การดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่ดีและเหมาะสมกับผู้ป่วย จะช่วยลดการเกิดอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งเป็นสาเหตุของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงยิ่งขึ้น และยังช่วยป้องกันความเสียหายต่อสุขภาพของผู้ป่วย



อีกด้วย นอกจากนี้แม้จะมีข้อจำกัดของในเรื่องคุณภาพข้อมูลและความต่อเนื่องของข้อมูล แต่กลุ่มโรครักษาต่อเนื่องจะมีรูปแบบการรักษาที่ค่อนข้างชัดเจน และความหลากหลายของรูปแบบการบริการน้อยกว่ากลุ่มโรคเฉียบพลัน

- ระยะเวลาที่ 2 (ปีที่ 2: TAC-CoC Version 1.0) การศึกษาวิเคราะห์เพื่อพัฒนา (1) ต้นแบบวิธีการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกแบบตกลงราคาล่วงหน้ากรณีการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งขยายให้ครอบคลุมกลุ่มโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ที่ต้องดูแลต่อเนื่อง (Prototype of Thai Ambulatory CaseMix for Continuous Care Version 1.0 : Prototype TAC-CoC V 1.0) รวมถึงกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของโรคเรื้อรังนั้น (Acute exacerbation) หรือ เกิดภาวะโรคเฉียบพลันอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังนั้นโดยตรง (Other Acute Care) (2) การนำร่องใช้งาน Prototype TAC-CoC Version 0.1 ซึ่งพัฒนาระยะเวลาที่ 1 ในการคำนวณจ่ายชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก กรณีการดูแลต่อเนื่อง 3 กลุ่มโรค คือ โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia : DLP), โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension : HT) และโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) (3) การบำรุงรักษา Prototype TAC-CoC V 0.1 และปรับปรุง/แก้ไขข้อบกพร่องระหว่างการใช้งานคำนวณจ่ายชดเชย และ (4) หลักการและแนวทางพัฒนาโปรแกรมจัดกลุ่มบริการผู้ป่วยนอก (TAC Grouper)

- ระยะเวลาที่ 3 (ปีที่ 3: TAC V 1.0) การศึกษาวิเคราะห์เพื่อพัฒนา (1) ต้นแบบวิธีการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกแบบตกลงราคาล่วงหน้า ซึ่งครอบคลุมผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเฉียบพลัน (OP Acute Care) ทุกกรณี รวมทั้งกรณีส่งต่อ (Refer) และกรณีอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (AE) (Prototype of Thai Ambulatory CaseMix Version 1.0 : Prototype TAC V 1.0) (2) การขยายการใช้งานคำนวณจ่ายชดเชยจาก TAC-CoC V 0.1 มาเป็น TAC-CoC Version 1.0 ซึ่งพัฒนาระยะเวลาที่ 2 ครอบคลุมการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ที่ต้องดูแลต่อเนื่อง และกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของโรคเรื้อรังนั้น (Acute exacerbation) หรือ เกิดภาวะโรคเฉียบพลันอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังนั้นโดยตรง (Other Acute Care) (3) การบำรุงรักษา Prototype TAC-CoC V 1.0 และปรับปรุง/แก้ไขข้อบกพร่องระหว่างการใช้งานคำนวณจ่ายชดเชย

สำหรับ TDRG ซึ่งเป็นระบบเคสมิกซ์ ที่ใช้ในการจ่ายค่าบริการพยาบาลผู้ป่วยใน (IP) มีการใช้งานโดยระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 โดยใช้ TDRG Version 5.0 ฉบับเดียวกัน ซึ่งให้ค่า RW เดียวกัน ทั้งนี้ การใช้งาน TDRG อย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการบำรุงรักษาให้มีความทันสมัยสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของต้นทุนค่าใช้จ่าย รูปแบบบริการทางการแพทย์ และเทคโนโลยีด้านการแพทย์ โดยในปี พ.ศ. 2556 อยู่ในระหว่างการพัฒนา TDRG V 5.2 ด้วยกลไก Recalibration เพื่อใช้ประมาณเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556

## 5. ระบบเคสมิกซ์และการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ



การใช้งานระบบเคสมิกซ์เพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาล มีความคาดหวังว่า จะช่วยให้การจ่ายค่ารักษาพยาบาลสอดคล้องกับทรัพยากรสุขภาพที่ใช้ และส่งเสริมหน่วยบริการให้พัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพการรักษายาบาล และพัฒนาคุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพที่ส่งเบิก

**หลักการที่สำคัญ**ของรูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลระบบเคสมิกซ์ ที่สนับสนุนความเท่าเทียมด้านสุขภาพ คือ

(1) การจัดกลุ่มเพื่อวัดผลผลิตบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มโรคเดียวกัน ใช้ทรัพยากรสุขภาพใกล้เคียงกัน ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเคสมิกซ์เดียวกัน และมีค่า RW เดียวกัน RW นี้ เป็นส่วนหนึ่งของอัตราจ่ายชดเชย อาจเรียกว่า อัตราเบิกจ่ายระบบเคสมิกซ์ ซึ่งไม่ใช่จำนวนเงิน แต่เป็นจำนวนเท่าของการใช้ทรัพยากรเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งระบบ ผู้ป่วยกลุ่มเคสมิกซ์เดียวกันนี้หากจ่ายด้วย Fee For Service แต่ละรายจะมีค่ารักษาพยาบาลแตกต่างกัน การจัดกลุ่มเคสมิกซ์จึงช่วยลดความเหลื่อมล้ำในด้านราคาได้ส่วนหนึ่ง และยังช่วยลดแรงจูงใจในการใช้ทรัพยากรสุขภาพเกินความจำเป็นทางการแพทย์ ส่งผลให้มีการพัฒนาประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล และส่งเสริมการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างสมเหตุสมผล

(2) การตกลงราคาล่วงหน้า ได้แก่ ค่า RW ประจำกลุ่ม ในการใช้ TDRG หน่วยบริการจะทราบค่า RW ของแต่ละ DRG ได้ตั้งแต่เริ่มประกาศใช้ TDRG ฉบับนั้น ๆ การใช้ RW ซึ่งมีค่าเท่ากันใน DRG เดียวกัน เป็นตัวคำนวณจ่ายค่ารักษาพยาบาล ช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการรักษาพยาบาลได้ส่วนหนึ่ง

## 6. การพัฒนารูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพื่อสนับสนุนการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ

แม้ว่าระบบเคสมิกซ์จะมีข้อดีหลายประการ แต่การจ่ายรายป่วย (Case based) อาจทำให้มีการเพิ่ม หรือ ลด case หากมีแรงจูงใจจากค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับ การใช้ระบบเคสมิกซ์ จึงต้องมีการติดตามประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลส่งเบิกอย่างสม่ำเสมอ (Case Mix Monitoring) เพื่อพิจารณาแนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลพลอยได้ คือ การพัฒนาคุณภาพของข้อมูลส่งเบิกในระบบ

การพัฒนารูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพื่อสนับสนุนการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ จึงยังคงยึดหลักการ ดังนี้

- (1) พัฒนารูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยระบบเคสมิกซ์ ลดความเหลื่อมล้ำในด้านราคา
- (2) ตกลงราคาล่วงหน้า (RW) พร้อมไปกับการตกลงคุณภาพการรักษายาบาลที่ต้องการ ช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการรักษาพยาบาล เนื่องจากหน่วยบริการจะปรับบทบาทไปเป็นผู้กำกับควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้ได้คุณภาพตามที่ตกลงกัน
- (3) พัฒนาตัวชี้วัดเพื่อติดตามประเมินการบริการสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลจากระบบเคสมิกซ์ ซึ่งจะต้องพิจารณาปัจจัยเกี่ยวข้องต่าง ๆ เนื่องจากผลของตัวชี้วัดอาจจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจให้บริการ และคุณภาพบริการ เช่น ตัวผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค โรคที่พบร่วม

ระดับของหน่วยบริการ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้สามารถประเมินความแตกต่างของการได้รับบริการ ซึ่งอาจสะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมด้านการบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัดหลักที่พิจารณาใช้ในเบื้องต้น ได้แก่

- CaseMix Index (CMI)
- วันนอน (Length of Stay: LOS)
- ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อราย (Average charge)
- ค่าใช้จ่ายต่อ 1 AdjRW (Charge/AdjRW)