

ความแตกต่างในจำนวนวันนอนและการเข้ารับรักษาซ้ำ แบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยเบาหวานระหว่างระบบประกันสุขภาพ

จเด็จ ธรรมธัชอารี*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรและคุณภาพบริการที่ได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพที่ต่างกัน ๓ ระบบคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ระบบประกันสังคม, และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยใช้การเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยเบาหวานใน พ.ศ. ๒๕๔๘ เป็นตัวตามรอย เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนเฉลี่ยของแต่ละระบบ และ การเข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำอีกภายใน ๓๐ วัน. ประชากรตัวอย่างที่ศึกษามี ๓ ประเภทคือ ผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน, มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง, และไม่มีภาวะแทรกซ้อน.

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความแตกต่างของระบบหลักประกันสุขภาพในด้านประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรและคุณภาพบริการผ่านการวิเคราะห์วันนอนและการเข้ารับการรักษาซ้ำ และเพื่อยืนยันสมมติฐานที่ว่าในภาวะที่ผู้ป่วยมีความต้องการการรักษาที่จำเป็นเช่นภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน ระบบหลักประกันสุขภาพที่ต่างกันไม่มีความต่างกันในเรื่องคุณภาพที่ให้กับผู้ป่วย.

จากการศึกษา พบว่า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยมากกว่าอีกสองระบบ โดยระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยกว่าอยู่ระหว่างร้อยละ ๑๓ ถึงร้อยละ ๔๕ ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และในด้านการเข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำในช่วง ๓๐ วันหลังจากกลับบ้านพบว่า ในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำไม่ต่างกันระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสาม ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะมีอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ.

คำสำคัญ: วันนอนโรงพยาบาล, การรับผู้ป่วยซ้ำ, ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Abstract Efficiency of Resource Use in the Health Insurance Scheme Jadej Thamthajaree*

*National Health Insurance Office, Ministry of Public Health

This study examined the efficiency of resource use in Thailand's three health insurance schemes: Universal Coverage (UC), Social Security Scheme (SSS), and Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS). It analyzes the length of stay (LOS) in hospital and early readmission rate in diabetes mellitus (DM) patients, using as a tracer for efficiency the use of resources and the quality of services, respectively. The data came from the claims that hospitals servicing all three major health insurance schemes have to send for reimbursement. The aim of the analysis was to compare the effects of the insurance schemes and other factors on resource use, LOS as a proxy for resource use, and on quality as proxied by the readmission rate within 30 days after discharge. The analysis compares three conditions of DM requiring hospital admission: acute complications, chronic complications, and DM without complication, to prove that there were no differences in the quality of service in patients' condition, especially the acute complication condition.

The study found that CSMBS patients had longer LOS than UC and SSS patients. This implied the efficient use of resources by patients of SSS and UC compared with those covered by CSMBS. However, SSS patients showed no difference in early readmission within 30 days after discharge, while UC patients had a higher rate of readmission in chronic DM and without the complication condition.

Key words: length of stay, readmission, universal health coverage system

*สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดนนทบุรี



ภูมิหลังและเหตุผล

จำ นวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดที่ใช้วัดประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล คือ จำนวนวันนอนที่สิ้นมีนัยของการใช้ทรัพยากรที่น้อยกว่า จำนวนวันนอนที่ยาว^(๑) อย่างไรก็ตาม จำนวนวันนอนที่สิ้นเกินไปอาจจะมีผลกระทบต่อคุณภาพของการให้บริการ^(๒) ดังนั้น การรับเข้ารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยไม่เกิน ๓๐ วัน จึงเป็นตัวชี้วัดอีกตัวหนึ่งซึ่งนำมาใช้ติดตามคุณภาพบริการควบคู่กันไป.

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้มากที่สุดในโลก และมักใช้เป็นตัวตามรอยสำหรับวัดผลสัมฤทธิ์ของระบบสุขภาพ^(๓). โรคเบาหวานเป็นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียประมาณในการดูแลรักษาอย่างมาก ในสหรัฐอเมริกาพบว่ามีคนมากกว่า ๑๖ ล้านคนที่เป็นโรคเบาหวานและเกิดภาวะค่าใช้จ่ายไม่น้อยกว่า ๑ แสนล้านเหรียญต่อปี^(๔). ความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกพบประมาณร้อยละ ๔ ของผู้มีอายุมากกว่า ๒๐ ปีขึ้นไป^(๕). ในประเทศไทยพบว่าความชุกของโรคเบาหวานในกลุ่มคนอายุมากกว่า ๓๕ ปีมีประมาณร้อยละ ๖.๗. ในจำนวนนี้ครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตัวเองเป็นเบาหวาน^(๖) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาแทนที่จะได้รับการป้องกันหากได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว. ระบบหลักประกันสุขภาพหลัก ๓ ระบบในประเทศไทยซึ่งประกอบด้วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ, และระบบประกันสังคม มีลักษณะที่ต่างกันหลายประการ เช่น แหล่งเงินที่ใช้ในระบบ, การจัดสรรงบประมาณแก่ผู้ให้บริการ, องค์กรบริหารระบบ, ลิขสิทธิ์ประโยชน์ และมีความเชื่อว่าระบบที่ต่างกันนั้นมีผลต่อพฤติกรรมทำให้บริการของผู้ให้บริการ ทำให้ผลการให้บริการต่างกันระหว่างระบบ. การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความแตกต่างของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยในด้านประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร โดยการประเมินจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้สิทธิต่างกัน และติดตามดูว่าการเพิ่มประสิทธิภาพโดยการลดเวลานอนในโรงพยาบาลนั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพการรักษา

หรือไม่ โดยดูจากการเข้ารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำหลังออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน ๓๐ วันของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มนั้น. นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังต้องการศึกษาภาวะที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยจำแนกประเภทความรุนแรงด่วนของการรักษาเป็น ๓ ส่วนคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะ hyperglycemic hyperosmolar, ketoacidosis, ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรังร่วมด้วย เช่น ไตล้มเหลวเรื้อรัง, และผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ.

ระเบียบวิธีศึกษา

ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากผู้ป่วยใน พ.ศ. ๒๕๔๘ ของทั้งสามระบบ โดยองค์ประกอบของข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลหลัก ๓ ส่วนคือ ข้อมูลผู้ป่วย, ข้อมูลโรงพยาบาล, และข้อมูลการรักษา. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคือวันนอนโรงพยาบาล กรอบแนวคิดในการอธิบายวันนอนในโรงพยาบาลและการเข้ารักษาซ้ำใช้กรอบแนวคิดเรื่องระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลของ Lave and Frank^(๖) ซึ่งได้เสนอปัจจัย ๔ ด้านที่มีผลต่อวันนอนโรงพยาบาล ได้แก่ ลักษณะของผู้ป่วย, ลักษณะของโรงพยาบาล, ลักษณะของระบบสุขภาพ, และระบบการจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ. ปัจจัยผู้ป่วยใช้เพศ, อายุ, ความรุนแรงของโรค. ปัจจัยโรงพยาบาลใช้ประเภทของโรงพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวกับการจ่ายเงินให้หน่วยบริการใช้ความแตกต่างของระบบหลักประกันสุขภาพ โดยในการอธิบายการเข้ารักษาซ้ำจะใช้ตัวแปรที่เป็นจำนวนวันนอนรวมอธิบายด้วย.

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ทั้งสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์อธิบายปรากฏการณ์การนอนโรงพยาบาลและการเข้ารักษาซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งประเภทไม่พึ่งอินซูลิน และพึ่งอินซูลิน โดยแบ่งการวิเคราะห์เป็น ๓ สภาวะคือ ผู้ป่วยที่เข้ามารักษาด้วยภาวะฉุกเฉินเฉียบพลัน, ผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง, และผู้ที่มารักษาโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อวันนอนในโรงพยาบาลใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยสองสภาวะ (binomial regression analysis) ในขณะที่ การเข้ารับการรักษาซ้ำ ใช้สถิติการวิเคราะห์

ถดถอยลอจิสติก (logistic regression analysis).

ผลการศึกษา

จากข้อมูลผู้ป่วยในพบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของระบบหลักประกันทั้งสามระบบใน พ.ศ. ๒๕๔๘ มีจำนวน ๖๗,๙๓๒ คน; ร้อยละ ๗๘ เป็นผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า; ร้อยละ ๑๙ เป็นผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ; ร้อยละ ๓ เป็นผู้ป่วยในระบบประกันสังคม. สัดส่วนดังกล่าวสอดคล้องกับการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลัน แบบเรื้อรัง และแบบไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ ๑.

เมื่อพิจารณาถึงจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละกองทุนแยกประเภทของการรับไว้ในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิรักษายาบาลตามสวัสดิการข้าราชการจะมีวันนอนเฉลี่ยยาวกว่าระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทุกประเภท ในขณะที่ไม่มีความแตกต่างกันมากนักระหว่างระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจะมีวันนอนเฉลี่ยนานเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ในภาพรวมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเบาหวานมีวันนอนเฉลี่ยที่ ๕.๒ วัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ๒.

ตารางที่ ๑ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลของระบบหลักประกันทั้งสามระบบ ใน พ.ศ. ๒๕๔๘

การวินิจฉัยโรค	Insurance			Number
	CSMBS	SSS	UC	
Acute complications	๒,๕๒๐	๔๔๕	๑๒,๓๒๔	๑๕,๒๘๙
Chronic complications	๒,๖๒๒	๔๓๑	๑๒,๔๘๖	๑๕,๕๓๙
No complications	๘,๐๓๕	๑,๐๗๕	๒๗,๕๙๔	๓๖,๖๐๔
Total	๑๓,๑๗๗	๑,๕๕๑	๕๒,๘๐๔	๖๗,๕๓๒

ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน พ.ศ. ๒๕๔๘

ตารางที่ ๒ จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวานแยกตามระบบหลักประกันและภาวะของโรค

การวินิจฉัยโรค	ภาวะแทรกซ้อน	CSMBS	SSS	UC	รวม	ค่าพี*
Acute	\bar{X}	๕.๓	๓.๘	๓.๘	๔.๐	<๐.๐๐๑
	SD	๕.๐	๓.๕	๓.๗	๔.๐	
	N	๒,๕๒๐	๔๔๕	๑๒,๓๒๔	๑๕,๒๘๙	
Chronic	\bar{X}	๕.๐	๗.๒	๗.๓	๗.๖	<๐.๐๐๑
	SD	๘.๒	๗.๒	๗.๒	๗.๔	
	N	๒,๖๒๒	๔๓๑	๑๒,๔๘๖	๑๕,๕๓๙	
Without	\bar{X}	๔.๕	๓.๕	๓.๖	๓.๕	<๐.๐๐๑
	SD	๔.๕	๓.๗	๓.๕	๓.๕	
	N	๘,๐๓๕	๑,๐๗๕	๒๗,๕๙๔	๓๖,๖๐๔	
Overall	\bar{X}	๕.๘	๔.๔	๔.๖	๔.๘	<๐.๐๐๑
	SD	๕.๕	๔.๕	๔.๕	๕.๒	
	N	๑๓,๑๗๗	๑,๕๕๑	๕๒,๘๐๔	๖๗,๕๓๒	

*การทดสอบไค-สแควร์

ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วย พ.ศ. ๒๕๔๘



หากดูการกระจายของจำนวนวันนอนของผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวม พบว่าเป็นรูปแบบการกระจายที่ไม่ปกติ คือจะมีลักษณะเบ้ขวา โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีจำนวนวันนอนในการรักษาเฉลี่ยไม่เกิน ๑๐ วัน และมีส่วนน้อยที่มีวันนอนนานมาก.

เมื่อศึกษาความแตกต่างของจำนวนวันนอนของผู้ป่วยเบาหวานประเภทต่างๆในสามระบบหลักประกันสุขภาพ พบว่าเมื่อควบคุมปัจจัยตัวกวน ซึ่งได้แก่อายุ เพศ, ความรุนแรงของโรค, และประเภทโรงพยาบาลแล้ว พบว่าในภาพรวมหรือทุกประเภทของผู้ป่วยนั้น จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยประกันสังคมและผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และหากพิจารณารายกลุ่มจะพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาพยาบาลและมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันร่วมด้วย ผู้ป่วยประกันสังคมมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการร้อยละ ๔๙ ($1/e^{-0.40}$) ในขณะที่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการร้อยละ ๓๐ ($1/e^{-0.26}$).

ในกรณีผู้ป่วยประเภทที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังร่วมด้วย พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในกลุ่มนี้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล

ข้าราชการร้อยละ ๓๐ ($1/e^{-0.26}$) ในขณะที่ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในกลุ่มนี้น้อยกว่าผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการร้อยละ ๑๓ ($1/e^{-0.13}$).

ในกรณีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลโดยไม่มีความรุนแรงพบผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการร้อยละ ๔๔ ($1/e^{-0.34}$) ในขณะที่ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในกลุ่มนี้น้อยกว่าผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการร้อยละ ๓๑ ($1/e^{-0.27}$) ดังข้อมูลในตารางที่ ๓.

ดังได้กล่าวแล้วในข้างต้นว่า การพิจารณาจำนวนวันนอนเฉลี่ยอย่างเดียวอาจจะไม่เพียงพอในการตัดสินเรื่องคุณภาพการให้บริการ บางครั้งการจำหน่ายผู้ป่วยเร็วเกินไปอาจจะทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาใหม่เพราะยังไม่หายดี จึงต้องศึกษาตัวแปรอื่นด้วย และเมื่อได้ศึกษาการกลับเข้ารับแบบผู้ป่วยในใหม่ภายใน ๓๐ วันของผู้ป่วยเบาหวานของระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ พบว่า อัตราการเข้ารับรักษาใหม่ของผู้ป่วยเบาหวานกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและไม่มีภาวะแทรกซ้อนของทั้งสามระบบหลักประกันมีอัตราที่ไม่ต่างกัน คืออยู่ระหว่างร้อยละ ๔.๕ ถึงร้อยละ ๕.๓ แต่จะมีความต่างกันกรณีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังรวมทั้งมีอัตราการเข้ารับรักษาซ้ำมากกว่า

ตารางที่ ๓ ความแตกต่างของจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวานในสามระบบหลักประกันสุขภาพ

ภาวะแทรกซ้อน	Variable	Coefficient	ค่าพี*	๙๕% CI	
				LL	UL
Acute	CSMBS				
	SSS	-๐.๔	<๐.๐๐๑	-๐.๔๕	-๐.๓
	UC	-๐.๒๖	<๐.๐๐๑	-๐.๒๕	-๐.๒๒
Chronic	SSS	-๐.๒๖	<๐.๐๐๑	-๐.๓๖	-๐.๑๖
	UC	-๐.๑๒	<๐.๐๐๑	-๐.๑๖	-๐.๐๕
Without	SSS	-๐.๓๓	<๐.๐๐๑	-๐.๔๓	-๐.๓๑
	UC	-๐.๒๓	<๐.๐๐๑	-๐.๒๕	-๐.๒๕

*Negative binomial regression result controlled by age, sex, severity, hospital type

ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วย พ.ศ. ๒๕๔๘

สองกรณีแรก คืออยู่ระหว่างร้อยละ ๗ ถึงร้อยละ ๑๐ ดังแสดงในตารางที่ ๔.

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างสถิติด้านการรักษา กับอัตราการเข้ารับการรักษารักษาซ้ำภายใน ๓๐ วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล จำแนกตามประเภทของภาวะแทรกซ้อน โดยตัดปัจจัยตัวกวน ได้แก่ เพศ, อายุ, ความรุนแรง, ประเภทโรงพยาบาล, และวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยออกไปแล้ว พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน อัตราการเข้ารับการรักษารักษาซ้ำไม่แตกต่างกันระหว่างสถิติการรักษาพยาบาลทั้งสาม ในขณะที่ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนนั้นอัตราการเข้ารับ

การรักษารักษาซ้ำมีความแตกต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ กล่าวคือ กรณีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ผู้ป่วยสถิติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีอัตราการเข้ารับการรักษารักษาซ้ำมากกว่าสถิติสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ร้อยละ ๓๒ ในขณะที่ไม่มีความแตกต่างระหว่างสถิติประกันสังคมกับสถิติสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในกลุ่มนี้. ส่วนกรณีของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก็มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง คือ ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอัตราการเข้ารับการรักษารักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยสถิติสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ร้อยละ ๑๓ ในขณะที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง ผู้ป่วยสถิติ

ตารางที่ ๔ ค่าร้อยละของการเข้ารักษาแบบซ้ำของผู้ป่วยเบาหวาน ภายใน ๓๐ วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล

Variables	รูปแบบการเข้ารับรักษา					
	ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน		ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง		ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	
	Readmission (%)	ค่าพี*	Readmission (%)	ค่าพี*	Readmission (%)	ค่าพี*
CSMBS	๔.๖	๐.๒๕๕	๘.๑	<๐.๐๐๑	๔.๘	๐.๑๓๕
SSS	๔.๕		๗		๔.๖	
UC	๕.๓		๑๐.๒		๕.๓	
N	๑๕,๒๘๕		๑๕,๕๓๕		๓๗,๑๐๔	

*การทดสอบไค-สแควร์
ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วย พ.ศ. ๒๕๔๘

ตารางที่ ๕ ผลของระบบหลักประกันสุขภาพของผู้ป่วยต่อการเข้ารับการรักษารักษาซ้ำใน ๓๐ วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อน	Variable	OR	ค่าพี*	๙๕% CI	
				LL	UL
Acute	CSMBS	๑.๐๐			
	SSS	๑.๐๐	๐.๕๕๖	๐.๖๒๐	๑.๖๓๐
	UC	๑.๒๓	๐.๐๕๐	๑.๐๐๐	๑.๕๐๐
Chronic	SSS	๑.๐๑	๐.๕๖๗	๐.๖๕๐	๑.๕๖๐
	UC	๑.๓๒	<๐.๐๐๑	๑.๑๓๐	๑.๕๕๐
Non	SSS	๐.๘๘	๐.๔๕๑	๐.๖๐๐	๑.๒๘๐
	UC	๑.๑๓	๐.๐๔๑	๑.๐๐๐	๑.๒๘๐

*Logistic regression result controlled by age, sex, severity, hospital type, LOS
ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วย พ.ศ. ๒๕๔๘



ประกันสังคมกับผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รายละเอียดแสดงในตารางที่ ๕.

วิจารณ์

การศึกษาวันนอนของผู้ป่วยเบาหวานเปรียบเทียบระหว่างสามระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยได้ข้อสรุปหลายประการ. ที่สำคัญคือผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีระยะเวลาวันนอนยาวกว่าผู้ป่วยประกันสังคมและผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นัยดังกล่าวอาจจะบ่งบอกถึงการให้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ให้บริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยประกันสังคมและผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งคำอธิบายปรากฏการณ์นี้อาจจะมีปัจจัยหลายด้านแต่ที่สำคัญที่สุดน่าจะมาจากกลวิธีการจ่ายเงินของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ใช้ระบบค่าบริการ (fee-for-service) ซึ่งการศึกษาจากหลายแหล่งก็ได้ข้อสรุปตรงกันถึงผลการจ่ายเงินแบบจ่ายค่าบริการว่ามีผลทำให้การให้บริการนั้นมีระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาลยาวกว่าการจ่ายเงินประเภทอื่น เช่น capitation^(๗-๑๐). นอกจากนี้ ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้วันนอนนานขึ้นก็คือ ผู้ป่วยในระบบนี้มีแรงจูงใจที่จะเรียกร้องให้มีการรักษาที่มากกว่าปรกติอยู่แล้ว^(๑๑) ขณะที่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมนั้น ผู้ให้บริการต้องรับแรงกดดันจากการรับเงินแบบเหมาจ่าย ทำให้ต้องให้บริการตามความจำเป็น. นัยดังกล่าวเป็นเสมือนแรงผลักดันให้เกิดประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด^(๑๒).

อย่างไรก็ตาม การที่จะสรุปว่าผู้ให้บริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยประกันสังคมและผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการด้วยสถานการณ์ข้างต้นนั้นยังไม่ชัดเจนนัก เนื่องจากส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการเร่งให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็วขึ้นซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวต้องกลับเข้ามารับการรักษากลับครั้งโดยเฉพาอย่างยิ่งภายใน ๓๐ วันหลังจากออกโรงพยาบาลแล้ว. ในประเด็นนี้มีข้อสงสัยว่า ไม่มีความแตกต่างกันในการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำในกรณีผู้ป่วยที่มี

ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (ถึงแม้ว่าผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีค่าความเสี่ยงสูงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ). ปรากฏการณ์นี้อาจจะเป็นตัวบ่งบอกว่า หากมีความจำเป็นเฉียบพลันที่ต้องให้บริการผู้ป่วยแล้ว ผู้ให้บริการมักจะให้บริการไม่ต่างกัน ซึ่งต่างจากกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและไม่มีความจำเป็นเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีความน่าจะเป็นที่จะมีการเข้ารับการรักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ. กรณีนี้มีนัยแสดงถึงคุณภาพของการให้บริการผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอาจจะมีการให้กลับบ้านเร็วเกินไป แรงกดดันอาจจะเกิดจากปัจจัยอื่นๆ ด้วย เช่น ภาวะความแออัดของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีจำนวนมาก ทำให้ต้องหาเตียงรักษาให้ผู้ป่วยที่เข้ามาใหม่.

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดหลายประการได้แก่ (๑) การใช้โรคเบาหวานเป็นตัวตามรอย: ในการศึกษาครั้งนี้จะมีข้อจำกัดเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีรูปแบบการรักษาเฉพาะ ซึ่งแบบแผนการศึกษานี้เมื่อนำไปใช้กับโรคอื่นเช่นโรคที่ต้องรักษาแบบเฉียบพลัน ผลที่ได้อาจจะต่างจากนี้; (๒) การศึกษาจำนวนวันนอนเป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรดังกล่าวเป็นประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลแต่อาจจะมีการผลกระทบให้แก่ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลเร็ว ซึ่งตรงนี้อาจจะยังไม่สามารถบอกประสิทธิภาพของระบบในภาพรวมได้; (๓) นอกจากนั้นการที่จำนวนวันนอนต่ำอาจจะไม่ประหยัดก็ได้ โดยที่แพทย์อาจจะต้องมีการตรวจที่มีราคาแพงเพื่อให้ได้ผลรวดเร็วทำให้ภาพรวมของต้นทุนสูงขึ้นได้.

ข้อยุติ

การศึกษานี้ได้ข้อยุติ ๒ ข้อคือ มีความแตกต่างในด้านประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของระบบหลักประกันสุขภาพสามระบบคือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในภาวะที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นสูงที่ต้องได้รับการรักษา เช่นกรณี

ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน คุณภาพการรักษาที่วัดจากการที่ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาซ้ำนั้นไม่ต่างกันระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสาม.

เอกสารอ้างอิง

๑. Martin S, Smith P. Explaining variations in inpatient length of stay in the National Health Service. *J Hlth Econ* 1996;15:279-304.
๒. Milne R, Clarke A. Can readmission rates be used as an outcome indicator? *Brit Med J* 1990;301(6761):1139.
๓. Nolte E, Bain C, McKee M. Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems. *Diabetes Care* 2006; 29:1007-11.
๔. Saaddine JB, Engelgau MM, Beckles GL, Gregg EW, Thompson TJ, Narayan KMV. A diabetes report card for the United States: quality of care in the 1990s. *Ann Intern Med* 2002;136:565-74.
๕. Wandell PE. Quality of life of patients with diabetes mellitus. An overview of research in primary health care in the Nordic countries. *Scand J Prim Health Care* 2005;23(2):68-74.
๖. วิชัย เอกพลากร, Abbott-Klafter J, อมร เปรมกมล, Dhanamun B, เถлимชัย ชัยกิตติภรณ์, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, และคณะ. Prevalence and Management of Diabetes and Associated Risk Factors by Regions of Thailand: Third National Health Examination Survey 2004. *Diabetes Care* 2007; 30:2007-12.
๗. Sepehri A, Simpson W, Sarma S. The influence of health insurance on hospital admission and length of stay-the case of Vietnam. *Social Sci Med* 2006;63:1757-70.
๘. Chan L, Koepsell TD, Deyo RA, Esselman PC, Haselkorn JK, Lowery JK, et al. The effect of medicare's payment system for rehabilitation hospitals on length of stay, charges, and total payments. *N Engl J Med* 1997;337:978-85.
๙. Lave JR, Frank RG. Effect of the structure of hospital payment on length of stay. *Hlth Serv Res* 1990;25:327-47.
๑๐. Yip W, Eggleston K. Provider payment reform in China: the case of hospital reimbursement in Hainan province. *Health Econ* 2001; 10:325-39.
๑๑. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, สัมฤทธิ์ ศรีธีรวงศ์, สวัสดิ์. Mapping health insurance in Thailand-directions for reform. In: Soderlund N, Mendoza-Arana P, Goudge J, editors. *The new public/private mix in health: exploring the changing landscape*. Geneva: WHO; 2003.
๑๒. Mukesh Chawla AW, Peter Berman, Marzena Kulis. Paying the physician: review of different methods 1997 January.