

หนึ่งทศวรรษหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : คนไทยได้อะไร

โรงแรม รามาร์คเดนส์ พลาซ่า

21 มีนาคม 2555

รศ. นพ. สุธรรม ปิ่นเจริญ

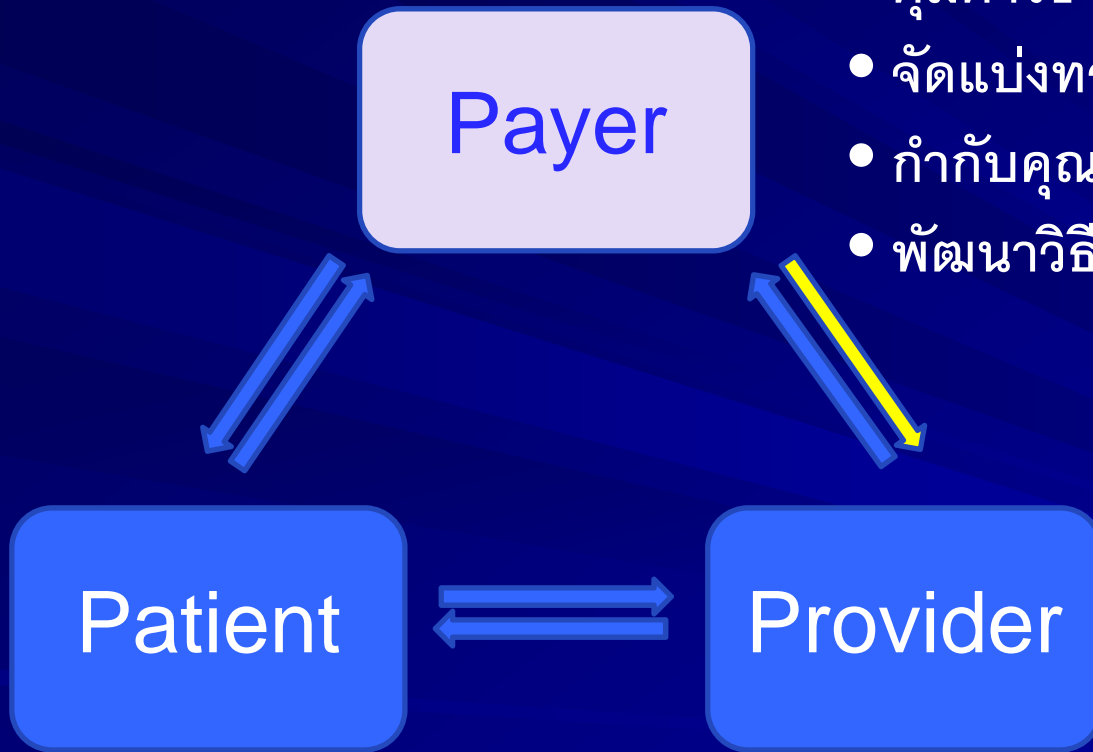
รองเลขาธิการกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

UHOSNET

สาระการนำเสนอ

1. ความสัมพันธ์ของ 3P บทบาทของ สปสช. ต่อ ผู้ให้บริการ
2. การปรับตัวของโรงพยาบาลต่อมาตรการหลักของ สปสช.
3. สภาพการทำงานและการแข่งขันระหว่าง รพ. รัฐ และ รพ. เอกชน
4. Global Budgeting with no Copayment ดีจริงหรือ
5. ความยั่งยืนของระบบ : รพ. ไม่สามารถพัฒนา ระบบก็พัฒนาไม่ได้
ทางออก Essential benefit package และ Co-payment

สปสช



- คุมค่าใช้จ่ายของประเทศ
- จัดแบ่งทรัพยากรตามยุทธศาสตร์
- กำกับคุณภาพมาตรฐาน
- พัฒนารูปแบบการจ่ายเงินเพื่อสิ่งที่ดีกว่า

Payer action I : คุมค่าใช้จ่ายของประเทศโดย Global Budget

Provider reaction

1. **คุม cost** ลดรายจ่าย ด้าน ยา วัสดุการแพทย์ การ Investigate ค่าตอบแทน ฯ
2. **รพ.แต่ละแห่งเงินไม่พอ** และวางแผนการเงินล่วงหน้าไม่ได้ **ตัดการลงทุน**
3. **เพิ่มบริการที่ได้เงิน** : ห้องพิเศษ, คลินิกนอกเวลา, FFS , private segment
4. **ขอ งบม. พิเศษ** เช่น การสร้างตึก และเครื่องมือ Hi-tech (Matching fund จะเป็นภาระเงินรายได้ของ รพ. ต่อไป) หรือขอตำแหน่งข้าราชการ (เพื่อสิทธิประโยชน์, บำนาญ)
4. **Risk avoidance** หลีกเลี่ยงผู้ป่วยค่าใช้จ่ายสูง หรือเก็บเงินไม่ได้ ลดเตียงสามัญ
ไม่มียา/ไม่มีเครื่องมือ/ไม่มีหมอ หรือ ไม่มีเตียง

Payer action II : แบ่งสรรทรัพยากรตามยุทธศาสตร์

PP : OPD : IPD : vertical programs

Provider reaction

1. **ปรับเพิ่มหรือลดบริการ** ตามสายเงิน ปีต่อปี
2. **ขยายงาน** ด้าน Hospital Information, Billing และ Collection ตามเก็บเงินจากหลายแหล่ง
ทุก transaction โรงพยาบาลต้องแบกต้นทุนการจัดการเอง
3. **พัฒนา tactics** เพื่อเรียกเก็บเงินให้ขาดทุนน้อยที่สุด

หลายโรงพยาบาลกลัวขาดเงินดำเนินการ ดันรณหารายได้อย่างลนลาน

Payer action III : กำกับคุณภาพมาตรฐาน Auditing, 1330, HA

Provider reaction

1. HA มีมาก่อน UC แต่มาเพิ่มเป็นบันได 3 ชั้นหลัง UC
2. **Auditing ยังไม่ได้ดู ผลการรักษา** รพ. ใช้คุณภาพระดับพื้นฐาน โดยใช้ยา, วิธีการรักษาและวัสดุที่คุ้มทุน หลีกเลี่ยงการใช้ยาใหม่ เครื่องมือและแผนการรักษาใหม่
3. **Risk transfer** ส่งต่อผู้ป่วยหนัก, ซับซ้อน, ผลการรักษาอาจไม่ดี, มีความเสี่ยงที่จะถูกร้องเรียน (ไม่มีเครื่องมือ ไม่มีผู้เชี่ยวชาญ หรือ ไม่มีเตียง)
4. มีความพยายามจัดค่าตอบแทนบุคคลากรตามงาน [pay for performance]

Payer action IV : พัฒนาวិธีการจ่ายเงิน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ กระจายคน
สร้างความเป็นธรรมและความร่วมมือระหว่างสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ในพื้นที่

Provider reaction

1. **Zero-sum game** เป็นอุปสรรคต่อการร่วมมือกันของสถานบริการ
ต่างระดับในพื้นที่ (area based) เพราะต่างรู้สึกว่าจะต้องแบ่ง cake
ก้อนเดียวกัน

มีการรวมกลุ่มกันเข้มแข็งขึ้นระหว่างสถานบริการในระดับ
เดียวกัน เช่น UHOSNET ชมรม รพ. ศูนย์ รพ.ทั่วไป ชมรมแพทย์
ชนบท และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน

หมายเหตุ ระบบ refer หรือ family doctor ที่จะเป็น gate keeper ต้อง
เกิดจากรากฐานความไว้วางใจ และความร่วมมือที่ดี

Providers 2 กลุ่มคู่ขนาน ; Brain drain

	public	profit - private
การเลือกผู้ป่วยให้บริการ	ไม่ได้	ได้
การถ่ายโอนความเสี่ยง	ไม่ได้	ได้
อัตราค่ารักษาพยาบาล	สปสช.กำหนด และยังจ่ายไม่เต็มตามกำหนด	โรงพยาบาลกำหนด
การใช้เทคโนโลยีหรือยาใหม่	รพ.แบกภาระเอง	เรียกเก็บจากผู้ป่วย
การตรวจสอบมาตรฐาน	ถูกตรวจสอบการวินิจฉัย และ แผนการรักษา	ผู้ให้บริการพึงพอใจ หรือไม่มี ทางเลือก
บุคลากร	งานหนัก รพ.ไม่มีเงินเพิ่ม ค่าตอบแทน หรือได้พัฒนา	ต้องการบุคลากรสูง มีกำลังจ่ายและ สภาพงานดึงดูดใจ

Global Budgeting with no copayment

1. เม็ดเงินต่อหัวพอจริงหรือเปล่า

*นานาชาติ 2696 [JPN], 868 [UAE], 613 [IRN], 496 [JOR], 261 [EGY] USD /คน/ปี

2. รพ.รัฐขาดการรายรับไม่ได้ วางแผนการลงทุนด้านคน เครื่องมือ ระบบงาน
ล้าล้นไม่สอดคล้องกัน

3. รพ.รัฐ รายได้ไม่พอที่จะรักษาสถานภาพหรือพัฒนาได้ ปัจจุบันใช้ทุนเก่า
อยู่ หรือได้รับงบประมาณพิเศษเสริม

4. Brain Drain รัฐเสียบุคลากร **ชั้นเลิศ** และ **คนทำงานหนัก**

5. ระบบไม่สามารถผลิตแพทย์ที่ทันสมัยและพัฒนาระดับมาตรฐาน
ความก้าวหน้าทางการแพทย์ (Intellectual asset) ซึ่งเป็นจุดขายของ
ประเทศ

ความยั่งยืนของระบบ UC

1. ขณะนี้มีกลไกติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนาที่ดีมากเป็นรากฐานของความยั่งยืน
2. 3P ต้อง รับผิดชอบ ร่วมกัน แข็งแรง ร่วมกัน ปล่อยให้ P ได้อ่อนแอ ทั้งระบบก็จะไม่ยั่งยืน
3. รพ. ของรัฐ หากล้มหรือแคระแกรน ระบบจะไม่สามารถจัดบริการได้ทั่วถึง และคุมค่าใช้จ่ายได้ เพราะจะต้อง deal กับ profit organization และประเทศจะเสียโอกาสพัฒนาศักยภาพทางการแพทย์ระยะยาว
4. แนวคิดเรื่อง Affordable care ซึ่งต้องระบุ basic benefit package และ copayment
5. ลดความสูญเสียชีวิต (Waste) ในระบบ ได้แก่ ความซ้ำซ้อน การได้รับการรักษาล่าช้าจนโรครุนแรง ความผิดพลาดจากงานล้น ยาและวัสดุไม่ได้คุณภาพ และการลงทุนที่ขาดยุทธศาสตร์และการบูรณาการ

ขอบคุณครับ