

ผลกระทบของนโยบายการใช้บริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการต่อระบบสุขภาพ

พัฒนาวิไล อินโหม*

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์*

บทคัดย่อ

ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถไปรับบริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าตามรายการที่กำหนดในโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและยอมรับเงื่อนไขการจ่ายตามที่กรมบัญชีกลางกำหนดได้ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ โดยโรงพยาบาลเอกชนได้รับการชดเชยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) และสามารถเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินค่าห้อง ค่าอาหารและค่าแพทย์จากผู้ป่วยได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินแนวโน้มการใช้บริการผ่าตัดนัดหมายล่วงหน้าในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐของผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการช่วงก่อนและหลังมีนโยบายฯ ตลอดจนศึกษาผลกระทบของนโยบายต่อการเข้าถึงบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประสิทธิภาพการให้บริการ และภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยอาศัยการวิเคราะห์ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายรักษายาบาลของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลการศึกษาพบว่า หัตถการที่มีการใช้บริการมากที่สุด ๓ อันดับแรก คือ การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต้อกระจก (ร้อยละ ๘๐) การคลอด (ร้อยละ ๕) และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (ร้อยละ ๓) การรับบริการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตากรณีต้อกระจกของผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษายาบาลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เนื่องจากการชดเชยเงินให้โรงพยาบาลกรณีผ่าตัดต้อกระจกมีอัตราที่นับว่าสูง ผนวกกับมาตรการเชิงรุกในการตรวจคัดกรองในชุมชนรวมถึงการงดเก็บส่วนร่วมจ่ายจากผู้ป่วยและจัดบริการรถรับส่งฟรีของเครือโรงพยาบาลकुมิตรซึ่งเป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ภายใต้ นโยบายฯ นี้ (ร้อยละ ๑๔) ขณะเดียวกันเมื่อมีการโยกไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นทำให้โรงพยาบาลรัฐมีเตียงและเวลาของแพทย์ว่างให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ไม่พบผลกระทบต่อโรงพยาบาลรัฐในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยไปใช้บริการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลเอกชนมากนัก ในขณะที่การคลอด และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ามีการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนค่อนข้างน้อย เนื่องจากขาดมาตรการทางการตลาดเชิงรุก ประกอบกับผู้ป่วยต้องแบกรับส่วนร่วมจ่ายค่อนข้างสูง โดยเฉพาะการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โรงพยาบาลเอกชนสามารถบริหารทรัพยากรได้มีประสิทธิภาพมากกว่าโรงพยาบาลรัฐภายใต้ระบบการจ่ายแบบตกลงราคาล่วงหน้า (Prospective payment system) ขณะเดียวกันพบว่าโรงพยาบาลเอกชนมีพฤติกรรมคัดเลือกให้บริการที่มีอัตราชดเชยสูง และมีความแปรปรวนของอัตราการจัดเก็บส่วนร่วมจ่ายของโรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่ง ทั้งนี้ นโยบายฯ นี้มีผลให้รายจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในที่จ่ายไปยังโรงพยาบาลเอกชนของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มมากขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในโดยรวม โดยสรุปนโยบายฯ นี้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจกของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อย่างไรก็ตามการขยายโครงการควรพัฒนาให้มีระบบการติดตามประเมินที่เข้มแข็ง

คำสำคัญ: ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, โรงพยาบาลเอกชน, การใช้บริการ

**Abstract Impact of Elective Surgery in Private Hospitals under the Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) on the Health System**

Phatthanawilai Inmai*, Samrit Srithamrongsawat*

*Health Insurance System Research Office

Since May 2011, CSMBS patients have been allowed to get certain elective surgeries in accredited private hospitals. The scheme pays private hospitals by case-based payment, Diagnosis Related Group (DRG), and the hospitals can charge extra for bed and board and doctor fee. This study aims to assess utilization trend of CSMBS patients for certain elective surgeries in both public and private hospitals prior to and after policy implementation, and its impacts on service utilization of UCS members, efficiency of service provision, and burden of expenditure on patients and the scheme. Claim administrative databases of the CSMBS and UCS were employed in the analysis.

Results reveal that Intraocular Lens (IOL) Replacement for cataract was major procedure used in private hospitals, 80%, followed by childbirth (5%) and knee replacement (3%). the number of patients receiving IOL has been prominently increased following the policy. This was due to relatively high payment rate for IOL, active screening for patients with cataract in communities together with no co-payment policy and free transportation provided by one private hospital chain who was major provider under this policy (74% of cases). Shifting of CSMBS patients to private hospitals let public hospitals having more available beds and doctor's time for UCS patients. The numbers of childbirth and knee replacement in private hospitals under the policy were low due to lack of active marketing, relatively high copayment especially for knee replacement. Negative impact on public hospitals located in provinces where many patients got care from private hospitals was not found. Under prospective payment system, private hospitals were more efficient in managing resources. Private hospitals selected better paid procedures in the provision; moreover, there was huge variation in the level of copayments for same procedure of different private hospitals. The policy increased expenditure on private inpatient care; however, it did not affect overall expenditure of the scheme.

In conclusion, the policy increased access to IOL replacement for cataract patients among CSMBS members; however, monitoring and evaluation system should be strengthened before scaling up the program.

Keywords: Civil Servant Medical Benefit Scheme, elective surgery, service utilization.

ภูมิหลังและเหตุผล

กระทรวงการคลังโดยกรมบัญชีกลางประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 กำหนดให้ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวสามารถไปรับบริการในโรงพยาบาลเอกชนได้ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนดได้ ซึ่งในเบื้องต้นสามารถเข้ารับบริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าได้จำนวน 77 หัตถการ⁽¹⁾ โดยระบบนี้จะชดเชยค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลเอกชนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group, DRG) ในอัตรา 10,540 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในระยะแรก (พ.ศ. 54 - มิ.ค.55) และต่อมาปรับเป็น 11,213 บาทเมื่อมีการนำ DRG ฉบับที่ 5 มาใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555

และจ่ายชดเชยค่าบริการที่จ่ายแยกจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเช่น ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้บำบัดรักษาโรค ค่าห้องและค่าอาหารตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนดไว้ ทั้งนี้โรงพยาบาลเอกชนสามารถเรียกเก็บส่วนเกินจากอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนดได้ เช่น การใช้ห้องพิเศษหรือค่าบริการแพทย์/พยาบาลพิเศษ⁽²⁾ ทั้งนี้ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลภายใต้นโยบายดังกล่าวตั้งแต่เดือนพ.ศ. 2554 ถึง เม.ย. 2555 มีผู้มารับบริการรวม 4,706 ราย โดยร้อยละ 80 มารับบริการด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต้อกระจก รองลงมาคือการคลอดบุตรร้อยละ 5 และผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าร้อยละ 3 ที่เหลือเป็นหัตถการอื่นๆ ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากนโยบายดังกล่าวอาจมีหลายลักษณะคือ 1) ระยะเวลาการรอผ่าตัด

แบบนัดหมายล่วงหน้าของผู้ป่วยสั้นลง ส่งผลให้ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น 2) เมื่อผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการโยกไปรับบริการในโรงพยาบาลเอกชนอาจเปิดช่องว่างให้ผู้ป่วยสิทธิอื่นๆ เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าถึงบริการผ่าตัดดังกล่าวในโรงพยาบาลรัฐเพิ่มขึ้น 3) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากนโยบายนี้อาจมีผลให้ภาระค่าใช้จ่ายของระบบเพิ่มขึ้น แต่หากเป็นการโยกการใช้บริการจากภาครัฐไปยังภาคเอกชนก็อาจไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของระบบแต่อาจไปทำให้รายได้ของโรงพยาบาลรัฐลดลงจากการที่มีนโยบายนี้ 4) มีข้อสงสัยเกี่ยวกับพฤติกรรมเรียกเก็บค่ารักษายาบาลของโรงพยาบาลเอกชน ทั้งหมดนี้คือคำถามของการศึกษาชิ้นนี้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินแนวโน้มการใช้บริการผ่าตัดนัดหมายล่วงหน้าในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐ กรณีผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต้อกระจก และผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ของผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงก่อนและหลังมีนโยบายฯ 2) ศึกษาขนาดของภาระค่าบริการส่วนเกินที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บจากผู้ป่วย 3) วิเคราะห์ผลกระทบต่อระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ระเบียบวิธีวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล 3 ฐานประกอบกัน คือ 1) ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายเงินของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในโรงพยาบาลเอกชน (โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ และจัดส่งข้อมูลแก่สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ) ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 จนถึง 30 เมษายน พ.ศ.2555 รวมเป็นระยะเวลา 1 ปี 2) ฐานข้อมูลผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในโรงพยาบาลรัฐย้อนหลังสองปีตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 จนถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2554 3) ฐานข้อมูลการใช้บริการด้วยสามเหตุการณ์หลักของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรับบริการทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนแต่มีข้อมูลพร้อม

สำหรับการวิเคราะห์ถึงเพียงเดือนกันยายน พ.ศ.2554

ประชากรของการศึกษาคือ ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มาใช้บริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าในโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการและโรงพยาบาลรัฐ รวมถึงผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญา ทั้งนี้มุ่งให้ความสนใจกับการใช้บริการในกลุ่มหัตถการที่มีอัตราการใช้บริการมากที่สุด 3 อันดับแรก เป็นหลัก คือ

- การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต้อกระจก (cataract surgery) กำหนดรหัสโรคหลัก (ICD10) คือ H25 - H28 และรหัสหัตถการ (ICD9) คือ 13.11 - 13.69
- การคลอด (childbirth) กำหนดรหัสโรคหลัก (ICD10) คือ O80 - O84
- การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (knee replacement) กำหนดรหัสหัตถการ (ICD9) คือ 81.54 - 81.55

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ในรอบหนึ่งปีหลังจากเริ่มประกาศใช้นโยบายดังกล่าว มีจำนวนผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนที่ร่วมโครงการทั้งสิ้น 4,706 ราย จากโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 26 แห่ง โดย 3 ใน 4 ของผู้ใช้บริการทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในเครือโรงพยาบาลศุภมิตร (ตารางที่ 1) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61) และเป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 71 ± 13 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตากรณีต้อกระจก และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ส่วนผู้ป่วยคลอดคือกลุ่มที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุเฉลี่ย 33 ± 6 ปี) ทั้งนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78) ใช้สิทธิของข้าราชการหรือลูกจ้าง โดยเป็นบิดาหรือมารดาของข้าราชการหรือลูกจ้างเป็นหลัก (ร้อยละ 69.3)

ทั้งนี้ การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต้อกระจกเป็นหัตถการหลักที่มีการเบิกจ่ายมากที่สุดภายใต้โครงการนี้ ผู้ให้บริการหลัก คือ เครือโรงพยาบาลศุภมิตร (ร้อยละ 88) โดยการออกตรวจคัดกรองผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนจังหวัดต่างๆ



ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ใช้บริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า ในโรงพยาบาลเอกชน

| ลักษณะทั่วไป | จำนวน (ร้อยละ) |
|----------------------------------------------|----------------|
| จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด | 4,706 |
| เครื่องโรงพยาบาลศุภมิตร | 3,483 (74.0) |
| โรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ | 1,223 (26.0) |
| เพศ | |
| ชาย | 1,834 (39.0) |
| หญิง | 2,872 (61.0) |
| อายุเฉลี่ย (ปี) | 71±13 |
| ผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต้อกระจก | 73±9 |
| การคลอด | 33±6 |
| ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า | 72±12 |
| ผ่าตัดอื่นๆ | 49±68 |
| ประเภทของผู้มีสิทธิ | |
| ชรก./ลูกจ้าง | 3,669 (78.0) |
| บำนาญ/เบี้ยหวัด | 967 (20.5) |
| พนักงานของรัฐสังกัด สร. | 70 (1.5) |
| ความสัมพันธ์ของเจ้าของสิทธิกับผู้ป่วย | |
| ตัวเอง | 1,073 (22.8) |
| บุตร | 3,259 (69.2) |
| บิดา/มารดา | 12 (0.3) |
| คู่สมรส | 362 (7.7) |

กลยุทธ์ดังกล่าว เครื่องโรงพยาบาลศุภมิตรได้ดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่ก่อนมีนโยบายจากกรมบัญชีกลางนี้แล้ว ส่วนการคลอด การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และการผ่าตัดอื่นๆ เครื่องโรงพยาบาลศุภมิตร มีส่วนแบ่งเพียงร้อยละ 15-18 (ตารางที่ 2)

2. การใช้บริการใน 3 หัตถการหลักก่อนและหลังมีนโยบายฯ

ส่วนที่ 2 ศึกษาการใช้บริการในสามหัตถการหลักช่วงก่อนและหลังการมีนโยบายฯนี้ เพื่อพิจารณาว่ามีผลกระทบต่อการใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐหรือไม่? รวมถึงมีผลกระทบต่อการใช้บริการของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือไม่?

2.1 การใช้บริการสามหัตถการสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

หลังจากมีนโยบายนี้ จำนวนการใช้บริการผ่าตัดของทั้ง 3 หัตถการของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการในโรงพยาบาลรัฐมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยตั้งแต่ร้อยละ 1 - 3 (ตารางที่ 3) อย่างไรก็ดี เมื่อรวมการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนหลังมีนโยบายร่วมด้วย พบว่าการใช้บริการผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 2

2.2 การใช้บริการสามหัตถการหลักของระบบหลัก

ตารางที่ 2 จำนวนการใช้บริการ จำแนกตามหัตถการและกลุ่มโรงพยาบาล (พ.ศ. 2553 - เม.ย 2554)

| กลุ่มหัตถการ | เครื่องรพ. ศุภมิตร | รพ.อื่นๆ | รวม | ร้อยละ (จำแนกตามหัตถการ) |
|----------------------------|--------------------|----------|-------|--------------------------|
| ผ่าตัดต้อกระจก | 3,321 | 444 | 3,765 | 80 |
| การคลอด | 33 | 185 | 218 | 5 |
| ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า | 20 | 102 | 122 | 2 |
| ผ่าตัดอื่นๆ | 109 | 492 | 601 | 13 |
| รวม | 3,483 | 1,223 | 4,706 | 100 |
| ร้อยละ (จำแนกตามประเภทรพ.) | 74 | 26 | 100 | |

ประกันสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนการให้บริการผ่าตัดทั้ง 3 กลุ่มหัตถการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนก่อน (พ.ค.- ก.ย. 2553) และหลัง (พ.ค. - ก.ย. 2554) มีนโยบายนี้ พบว่า การให้บริการในโรงพยาบาลรัฐของทั้งสามหัตถการเพิ่มขึ้นร้อยละ 4 - 31 (ตารางที่ 4) ในขณะที่การให้บริการด้วยสามกลุ่มหัตถการนี้ในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นสองหัตถการ คือ ผ่าตัดต่อกระดูก (ร้อยละ 49) และการคลอด (ร้อยละ 4) ส่วนการให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลเอกชนลดลง (ร้อยละ 16) อย่างไรก็ดี เมื่อรวมการให้บริการทั้งในโรงพยาบาลรัฐและ

โรงพยาบาลเอกชน การใช้บริการของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นร้อยละ 24, 4 และ 25 สำหรับการผ่าตัดต่อกระดูก, การคลอด และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบช่วงเวลาเดียวกันก่อนและหลังมีนโยบายนี้

2.3 การผ่าตัดต่อกระดูกของโรงพยาบาลประจำจังหวัดในพื้นที่ที่มีการไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนมาก

เนื่องจากเครือข่ายโรงพยาบาลศุภมิตร มีกลยุทธ์ในการหาผู้ป่วยต่อกระดูกโดยการออกคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนตามจังหวัดต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกของเครือข่ายโรงพยาบาลศุภมิตรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84) มีภูมิลำเนาอยู่นอกจังหวัดที่ตั้ง

ตารางที่ 3 จำนวนการผ่าตัดสามหัตถการหลักในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ก่อน (พ.ศ. 2553 - เม.ย 2554) และหลัง (พ.ศ. 2554 - เม.ย 2555) มีนโยบาย

| | ผ่าตัดต่อกระดูก | | คลอด | | ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า | |
|------------------------|-----------------|--------|--------|--------|----------------------|-------|
| | ก่อน | หลัง | ก่อน | หลัง | ก่อน | หลัง |
| รพ.รัฐ | 32,579 | 31,482 | 20,767 | 20,438 | 4,107 | 4,056 |
| รพ.เอกชน | | 3,765 | | 218 | | 122 |
| รวม | 32,579 | 35,247 | 20,767 | 20,656 | 4,107 | 4,178 |
| อัตราเพิ่มในรพ.รัฐ (%) | | -3.37 | | -1.58 | | -1.24 |
| อัตราเพิ่มรวม (%) | | 8.19 | | -0.53 | | 1.73 |

ที่มา: ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ตารางที่ 4 จำนวนการให้บริการสามหัตถการหลักของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก่อน (พ.ค.-ก.ย. 2553) และหลัง (พ.ค.-ก.ย. 2554) มีนโยบายนี้

| ประเภท | ต่อกระดูก | | คลอด | | เปลี่ยนข้อเข่า | |
|--------------------------|-----------|--------|---------|---------|----------------|--------|
| | ก่อน | หลัง | ก่อน | หลัง | ก่อน | หลัง |
| รพ.รัฐ | 33,475 | 37,924 | 179,680 | 186,684 | 2,069 | 2,713 |
| รพ.เอกชน | 13,558 | 20,165 | 6,122 | 6,354 | 323 | 272 |
| รวม | 47,033 | 58,089 | 185,802 | 193,038 | 2,392 | 2,985 |
| อัตราเพิ่มในรพ.รัฐ (%) | | 13.29 | | 3.90 | | 31.13 |
| อัตราเพิ่มในรพ.เอกชน (%) | | 48.73 | | 3.79 | | -15.79 |
| อัตราเพิ่มรวม (%) | | 23.51 | | 3.89 | | 24.79 |

ที่มา: ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



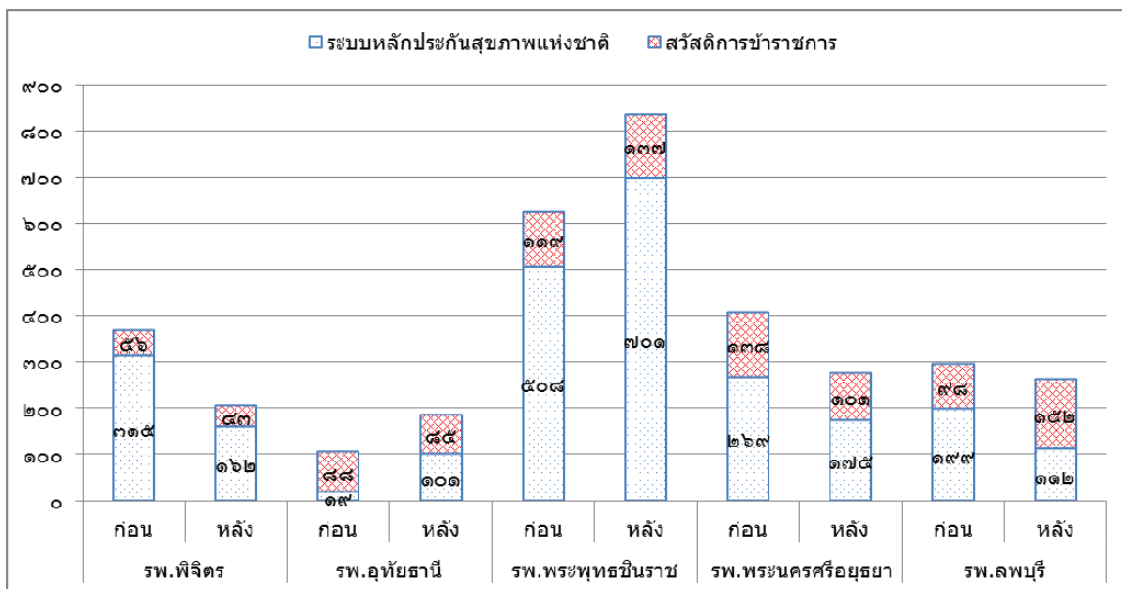
ของโรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยจากห้าจังหวัดแรกที่มาใช้บริการผ่าตัดต่อกระดูกในเครือโรงพยาบาลศุภมิตรสูงที่สุด ประกอบด้วย จังหวัดพิจิตร (1,092 ราย) อุทัยธานี (316) พิษณุโลก (254) พระนครศรีอยุธยา (220) และลพบุรี (213) ดังนั้นประเด็นที่น่าสนใจคือมีผลกระทบต่อทำให้บริการของโรงพยาบาลประจำจังหวัดดังกล่าวหรือไม่? ข้อมูลการเบิกจ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วงเวลาเดียวกันก่อน (พ.ศ. - ก.ย. 2553) และหลัง (พ.ศ. - ก.ย.2554) มีนโยบายของโรงพยาบาลทั้งห้าแสดงในภาพที่ 1 พบว่ามีสามโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้รับบริการผ่าตัดต่อกระดูกลดลง คือ โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลลพบุรี โดยจำนวนผู้ป่วยที่ลดลงนั้นส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในขณะที่ผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกลับเพิ่มจำนวนมากขึ้นแม้ว่าจำนวนโดยรวมของโรงพยาบาลลพบุรีลดลง ส่วนโรงพยาบาลอุทัยธานี และโรงพยาบาลพุทธชินราชมีจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อนึ่งมีข้อสังเกตคือ จังหวัดทั้งห้าล้วนแล้วแต่ได้รับผลกระทบจาก

วิกฤตน้ำท่วมปี 2554 ซึ่งเริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคมจนถึงต้นปี 2555 โดยเฉพาะโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาที่ต้องหยุดให้บริการผู้ป่วยจากน้ำท่วมหนักในช่วงปลายปี (ดูรูปที่ 1 ประกอบ)

3. ประสิทธิภาพการจัดบริการ

มีความกังวลว่าหากให้หญิงตั้งครรภ์ไปรับบริการคลอดในโรงพยาบาลเอกชนจะทำให้มีการผ่าคลอด (Cesarean Section) เพิ่มสูงมากขึ้น ซึ่งข้อมูลการรับบริการคลอดของผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการช่วงก่อนและหลังมีนโยบายแสดงให้เห็นว่า ยังคงมีผู้ไปรับบริการคลอดในโรงพยาบาลเอกชนจำนวนน้อยมากเพียงร้อยละ 1 ของการคลอดทั้งหมด ดังนั้นแม้สัดส่วนการผ่าคลอดในโรงพยาบาลเอกชนจะสูงถึงร้อยละ 80 ก็ไม่มีผลต่อสัดส่วนการผ่าคลอดในภาพรวมของระบบ คือร้อยละ 56 ของการคลอดทั้งหมด (ตารางที่ 5)

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งสามหัตถการระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชนพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลรัฐมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยนานกว่าของโรงพยาบาลเอกชนทั้งสามกลุ่มหัตถการ โดยเฉพาะผู้



รูปที่ 1 จำนวนผู้รับบริการผ่าตัดต่อกระดูกช่วงก่อน (พ.ศ.-ก.ย.2553) และหลัง (พ.ศ.-ก.ย.2554) มีนโยบายจำแนกตามจังหวัดและระบบประกันสุขภาพ

ตารางที่ 5 จำนวนการผ่าตัดและการคลอดรวมระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการช่วงก่อน (พ.ศ. 53 - เม.ย. 54) และหลัง (พ.ศ. 54 - เม.ย. 55) มีนโยบายฯ

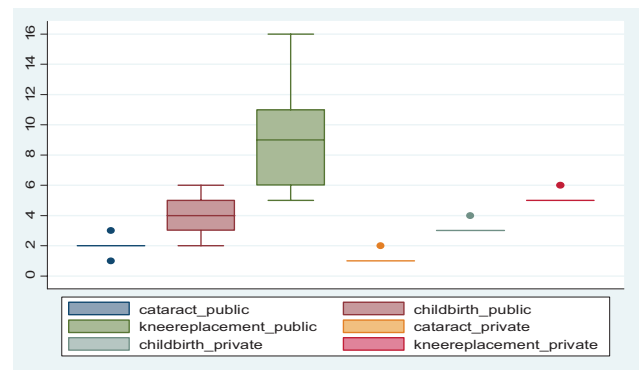
| | รพ.รัฐ | | รพ.เอกชน | | รวม | |
|---------------------------|--------|---------|----------|---------|--------|---------|
| | ผ่าตัด | คลอดรวม | ผ่าตัด | คลอดรวม | ผ่าตัด | คลอดรวม |
| ก่อน (พ.ศ. 53 - เม.ย. 54) | 11,714 | 20,767 | | | 11,714 | 20,767 |
| สัดส่วนการผ่าตัด (%) | 56 | | | | 56 | |
| หลัง (พ.ศ. 54 - เม.ย. 55) | 11,487 | 20,438 | 174 | 218 | 11,661 | 20,656 |
| สัดส่วนการผ่าตัด (%) | 56 | | 80 | | 56 | |

ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลรัฐนอน นานเกือบเท่าตัวของผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลเอกชน (9 วันเทียบกับ 5 วัน) ดังแสดงในรูปที่ 2

4. ภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน

ค่ารักษาพยาบาลเกือบทั้งหมดจ่ายโดยกรมบัญชีกลาง (ร้อยละ 95.9) ประกอบไปด้วย ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค ค่าตรวจรักษาและวินิจฉัยโรค ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าห้อง และค่าอาหาร โดยที่เหลือเป็นส่วนที่ผู้ป่วยร่วมจ่าย ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 4.1 ในส่วนที่ผู้ป่วยต้องจ่ายจะเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้มาจากการรักษาพยาบาลโดยตรง เช่น ค่าโทรศัพท์ ค่าอาหาร และเครื่องดื่ม และค่าใช้จ่ายอื่นๆนอกเหนือจากที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ และค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่เกินสิทธิ ได้แก่ ค่าแพทย์ ค่าใช้จ่ายในหมวดค่าห้องค่าอาหาร และหมวดอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาส่วนที่เกินอัตราที่กำหนด และค่าใช้จ่ายในหมวดอื่นๆที่เบิกไม่ได้ เช่น ยาบำรุง เป็นต้น

เนื่องจากเครือโรงพยาบาลศุภมิตร มีนโยบายยกเว้นการจัดเก็บส่วนร่วมจ่ายจากผู้ป่วยในช่วงที่ผ่านมา ดังนั้นในการวิเคราะห์จึงแยกโรงพยาบาลออกเป็นสองกลุ่ม คือ เครือโรงพยาบาลศุภมิตรกับโรงพยาบาลอื่นๆ ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในเครือโรงพยาบาลศุภมิตรมีจำนวนครั้งที่ร่วมจ่ายต่ำกว่าโรงพยาบาลกลุ่มอื่นทั้ง 3



รูปที่ 2 จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน จำแนกตามกลุ่มหัตถการ

กลุ่มหัตถการ โดยเฉพาะการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาของผู้ป่วย ต้อกระจกที่ผู้ป่วยไม่ถึงร้อยละ 20 ที่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่มนี้ จะเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์ อาหารและเครื่องดื่ม และค่าใช้จ่ายอื่นๆนอกเหนือจากที่โรงพยาบาลจัดให้ในระหว่างเข้ารับการรักษา ส่วนการคลอดและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในเครือโรงพยาบาลศุภมิตร ผู้ป่วยร้อยละ 45 และ 40 ตามลำดับที่ต้องมีการร่วมจ่าย ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลอื่นต้องร่วมจ่ายทั้งหมดสำหรับสองหัตถการหลัง (ตารางที่ 6)

ทั้งนี้ส่วนร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ คิดเป็นประมาณร้อยละ 9 ของค่ารักษาพยาบาล จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาอัตราค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มจำแนกตามรายหัตถการ พบว่า ค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มของการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในผู้ป่วยต้อกระจกของโรงพยาบาลอื่นส่วนใหญ่

ตารางที่ 6 การร่วมจ่ายของผู้ป่วย จำแนกตามประเภทหัตถการและประเภทโรงพยาบาลเอกชน

| | ผ่าตัดต่อกระดูก | | คลอด | | ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า | |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|--------------------|----------|----------------------|----------|
| | เครือ รพ. สุภูมิตร | รพ.อื่นๆ | เครือ รพ. สุภูมิตร | รพ.อื่นๆ | เครือ รพ. สุภูมิตร | รพ.อื่นๆ |
| จำนวนครั้งที่ใช้บริการทั้งหมด | 3,321 | 444 | 33 | 185 | 20 | 102 |
| ร้อยละของจำนวนครั้งการร่วมจ่าย | 15 | 68 | 48 | 100 | 40 | 100 |
| ร้อยละเงินร่วมจ่ายต่อค่ารักษาที่เรียกเก็บ | 0.46 | 8.47 | 0.34 | 11.94 | 0.10 | 7.93 |
| มัธยฐานของค่าร่วมจ่าย | 100 | 1,985 | 100 | 2,070 | 550 | 20,155 |
| ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ | 0 | 4,080 | 0 | 4,357 | 320 | 13,962 |
| ค่าต่ำสุด | 100 | 24 | 100 | 39 | 100 | 3,364 |
| ค่าสูงสุด | 220 | 31,320 | 100 | 27,022 | 760 | 116,636 |

(ร้อยละ 96) ไม่เกิน 10,000 บาท โดยมัธยฐานของค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มเท่ากับ $1,985 \pm 4,080$ บาท ดังรูปที่ 3

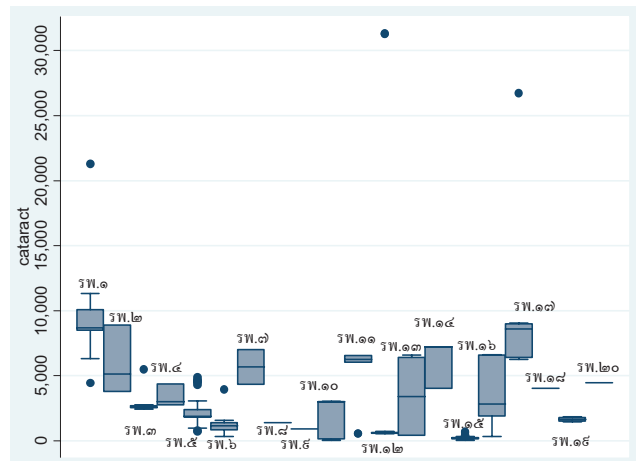
ส่วนการคลอด พบว่า มัธยฐานของค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มเท่ากับ $2,070 \pm 4,357$ และส่วนใหญ่ไม่เกิน 10,000 บาทเช่นกัน ดังรูปที่ 4

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มสูงที่สุด มัธยฐานเท่ากับ $20,155 \pm 13,962$ บาท และมีความแปรปรวนของอัตราส่วนจ่ายระหว่างโรงพยาบาลค่อนข้างสูง บางแห่งผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายมากกว่าห้าหมื่นบาทถึงกว่าหนึ่งแสนบาท ดังแสดงในรูปที่ 5

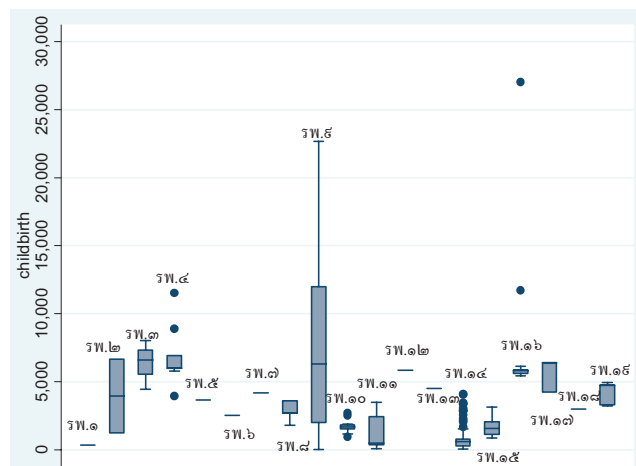
5. ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า

5.1 ค่าบริการที่เรียกเก็บของโรงพยาบาลเอกชนและอัตราการได้รับชดเชย

โดยทั่วไปค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลรายงานในการขอเบิกจากกรมบัญชีกลางจะแยกเป็น ค่ารักษาพยาบาลและค่าห้อง ค่าอาหาร (ทั้งที่เบิกได้และเบิกไม่ได้) ทั้งนี้ในการจ่ายชดเชยของกรมบัญชีกลางจะจ่ายให้ตาม DRG ในอัตราที่กำหนดและจ่ายค่าห้องค่าอาหารตามอัตราที่จ่ายให้โรงพยาบาลรัฐ ดังนั้นอัตราค่าบริการที่กรมบัญชีกลางเบิกจ่ายให้กับโรงพยาบาลเอกชนเป็นอัตราเดียวกับที่จ่ายให้โรงพยาบาลรัฐซึ่งน้อยกว่าค่าบริการที่โรงพยาบาลเอกชนแจ้งขอเบิก ซึ่งส่วนต่างของราคาในรายการที่กำหนดยกเว้นค่ารักษาพยาบาลที่รวมอยู่ในกลุ่ม



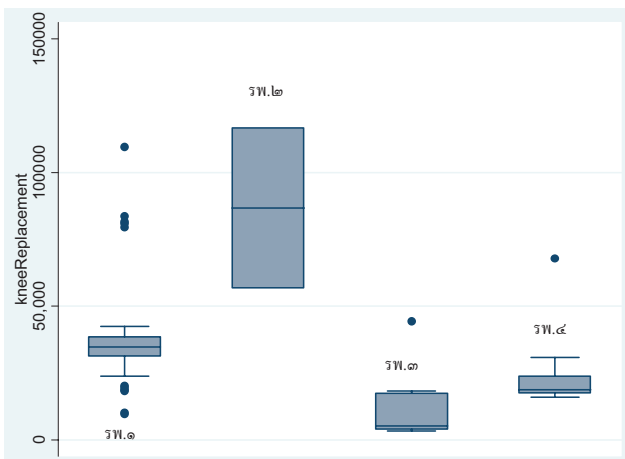
รูปที่ 3 ภาระค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มของการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาของผู้ป่วยต่อกระดูกในโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ



รูปที่ 4 ภาระค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มของการคลอดในโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ

วินิจฉัยโรคพร้อมแล้ว โรงพยาบาลเอกชนสามารถเรียกเก็บจากผู้รับบริการได้ เมื่อพิจารณาอัตราการชดเชยที่โรงพยาบาลได้รับซึ่งคิดจากค่าบริการที่ได้รับชดเชย บวก ส่วนร่วมจ่ายที่เรียกเก็บจากผู้รับบริการ ทารด้วย ค่าบริการที่เรียกเก็บของโรงพยาบาลเครือศุภมิตรและโรงพยาบาลอื่นๆ แสดงได้ดังในตารางที่ 7

อัตราการได้รับชดเชยที่โรงพยาบาลเอกชนได้รับแตกต่างกันตามประเภทหัตถการและประเภทโรงพยาบาล กล่าวคือ บริการผ่าตัดต่อกระดูกมีอัตราการได้รับชดเชยสูงสุด ร้อยละ 98



รูปที่ 5 ภาวะค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าในโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ

และ 76 สำหรับเครือโรงพยาบาลศุภมิตรและโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆตามลำดับ ส่วนการคลอด อัตราการได้รับชดเชยอยู่ที่ร้อยละ 62 และ 52 สำหรับเครือโรงพยาบาลศุภมิตรและโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆตามลำดับ ส่วนบริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่ามีอัตราการได้รับชดเชยร้อยละ 46 และ 56 ของค่าบริการที่เรียกเก็บสำหรับเครือโรงพยาบาลศุภมิตรและโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ ตามลำดับ

5.2 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากนโยบายและภาระต่อระบบ

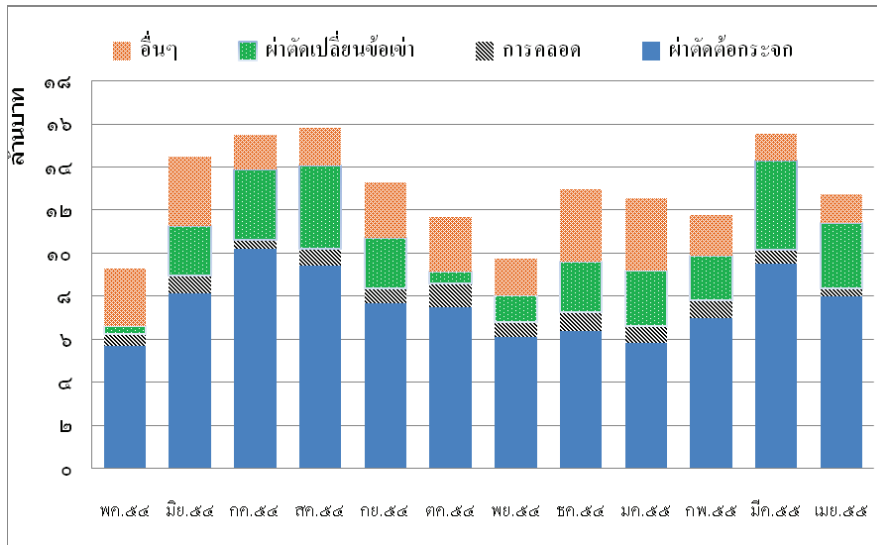
ค่าใช้จ่ายที่มีการเบิกจ่ายแก่โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้ากับผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการระหว่างเดือน พ.ค. 2554 - เม.ย 2555 มีทั้งสิ้น 155.5 ล้านบาทหรือเฉลี่ยประมาณเดือนละประมาณ 13 ล้านบาท (รูปที่ 6)

เมื่อพิจารณาข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการสำหรับโรงพยาบาลเอกชนย้อนหลังตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 - 2555 พบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจนหลังมีนโยบายดังกล่าว กล่าวคือ ก่อนหน้ามีนโยบายมีการเบิกจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเอกชนอยู่ที่เฉลี่ยเดือนละ 22 ล้านบาทและเพิ่มขึ้นเป็นเฉลี่ยเดือนละ 30 ล้านบาท (รูปที่ 7) ทั้งนี้ข้อมูลในปีงบประมาณ 2555 เป็นข้อมูล ณ.วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ดังนั้นจึงอาจยังไม่ครบถ้วน

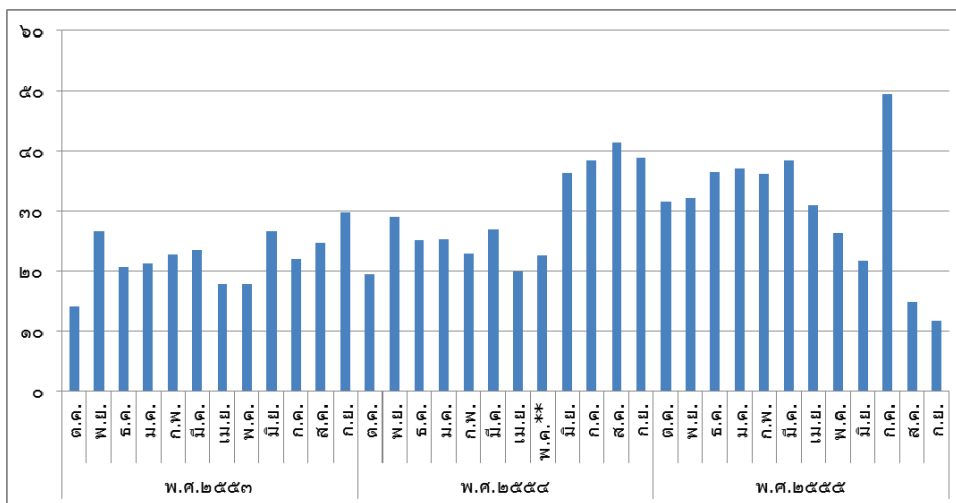
ตารางที่ 7 ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าบริการที่ได้รับชดเชย ส่วนร่วมจ่าย และอัตราการได้รับชดเชยจำแนกตามประเภทโรงพยาบาลและหัตถการ

| สถิติ | ผ่าตัดต่อกระดูก | | คลอด | | ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า | |
|------------------------------------|------------------|----------|------------------|----------|----------------------|----------|
| | เครือ รพ.ศุภมิตร | รพ.อื่นๆ | เครือ รพ.ศุภมิตร | รพ.อื่นๆ | เครือ รพ.ศุภมิตร | รพ.อื่นๆ |
| ค่ามัธยฐานค่าบริการเรียกเก็บต่อราย | 23,164 | 32,066 | 27,790 | 36,036 | 102,454 | 178,488 |
| ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ | 3,755 | 9,462 | 4,843 | 7,944 | 227,970 | 59,935 |
| ค่ามัธยฐานค่าชดเชยที่ได้รับต่อราย | 22,579 | 22,279 | 17,091 | 16,491 | 46,571 | 97,803 |
| ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ | 300 | 3,736 | 8,191 | 130 | 102,103 | 11,312 |
| ค่ามัธยฐานส่วนร่วมจ่ายต่อราย | 100 | 1,985 | 100 | 2,070 | 550 | 20,155 |
| ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ | - | 4,080 | - | 4,357 | 320 | 13,962 |
| อัตราการได้รับชดเชย (ร้อยละ) | 98 | 76 | 62 | 52 | 46 | 66 |

หมายเหตุ อัตราการได้รับชดเชย เท่ากับ (ค่าบริการที่ได้รับชดเชย+ส่วนร่วมจ่ายที่เรียกเก็บ) /ค่าบริการที่เรียกเก็บ



รูปที่ 6 ค่าบริการที่จ่ายชดเชยโรงพยาบาลเอกชนสำหรับบริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าระหว่าง พ.ค. 2554 - เม.ย. 2555



รูปที่ 7 จำนวนเงินเบิกชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนปีงบประมาณ 2553 - 2555
ที่มา: ข้อมูลการเบิกจ่ายงบประมาณในระบบ GFMS ของปีงบประมาณ 2555 ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2555

อย่างไรก็ดีเมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากนโยบายนี้เทียบกับภาระค่าใช้จ่ายของระบบทั้งหมด พบว่ามีสัดส่วนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายของบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนในปีงบประมาณ 2555 คิดเป็นเพียงร้อยละ 0.6 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในปีดังกล่าว

วิจารณ์ผลและข้อยุติ

ข้อจำกัดหลักของการศึกษานี้คือ เป็นการศึกษารายข้อมูล

ก่อนและหลังจากการมีนโยบาย ไม่ได้มีกลุ่มเปรียบเทียบเนื่องจากนโยบายดังกล่าวมีผลต่อทั้งประเทศ ขณะเดียวกันมีเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกันในระหว่างการศึกษาซึ่งเป็นตัวแปรที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ กรณีการเกิดน้ำท่วมครั้งใหญ่ในประเทศไทยในปี 2554 ซึ่งกระทบต่อการให้บริการของโรงพยาบาลและการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ที่ประสบปัญหาน้ำท่วม บางแห่งถึงกับต้องปิดโรงพยาบาล เช่น กรณีของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ตารางที่ 8 ค่าใช้จ่ายระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจำแนกตามประเภทบริการและประเภทสถานพยาบาลปีงบประมาณ 2553 - 2555 (ล้านบาท)

| ประเภท | 2553 | 2554 | 2555 |
|--------------------------|------------------|------------------|------------------|
| ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐ | 45,461 | 43,655 | 43,588 |
| ผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐ | 15,338 | 16,369 | 16,106 |
| ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชน | 1,127 | 1,193 | 1,255 |
| ผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน | 269 | 347 | 368 |
| รวม | 62,195.57 | 61,563.21 | 61,317.24 |

ที่มา: กรมบัญชีกลาง จากระบบข้อมูล GFMS, ข้อมูลปี 2555 ณ วันที่ 1 ต.ค. 2555

เป็นต้น อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวก็สามารถชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบายพอสมควร

การเข้าถึงและใช้บริการ

ผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเข้าถึงและใช้บริการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาในกรณีต่อกระจกเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 ในขณะที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย โดยทั้งสองกรณีนั้นจำนวนการให้บริการรวมในโรงพยาบาลรัฐของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหลังมีนโยบายนี้ลดลงเล็กน้อย คือ ลดลงร้อยละ 3 และร้อยละ 1 ตามลำดับ ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นของจำนวนการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตากรณีต่อกระจกบ่งชี้ว่า นโยบายนี้ผนวกกับการตรวจคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนของโรงพยาบาลเอกชนสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดระยะเวลาในการรอผ่าตัดของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้ แต่โรงพยาบาลเอกชนยังมีส่วนแบ่งการให้บริการกรณีต่อกระจกเพียงร้อยละ 11 ของผู้รับบริการทั้งหมด ส่วนกรณีคลอดและผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่านั้น โรงพยาบาลเอกชนยังคงมีส่วนแบ่งต่ำมากเพียงร้อยละ 1 และ 3 ตามลำดับ

ประเด็นผลกระทบต่อผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น เมื่อพิจารณาการใช้บริการของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า จำนวนการใช้บริการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตากรณีต่อกระจกและผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเพิ่มขึ้น

ถึงร้อยละ 23 และ 25 ตามลำดับ โดยการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตากรณีต่อกระจกเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 13 และร้อยละ 48 ในโรงพยาบาลเอกชน บ่งชี้ว่า จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในโรงพยาบาลรัฐที่ลดลง น่าจะมีผลให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นเนื่องจากเวลาของแพทย์และเตียงในโรงพยาบาลรัฐที่ว่างเพิ่มขึ้น แต่กรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลเอกชนลดลงและเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 31 ในโรงพยาบาลรัฐ ปัจจัยหลักที่ทำให้การให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนลดลงน่าจะเกิดจากปัจจัยด้านอัตราจ่ายที่อาจไม่สร้างแรงจูงใจในการให้บริการเป็นหลัก เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่อนุญาตให้เรียกเก็บส่วนร่วมจ่ายจากคนไข้เพิ่ม ซึ่งก็จะยิ่งทำให้อัตราการขาดเซย์ต่ำลงไปอีก

ประเด็นผลกระทบของนโยบายนี้ต่อการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐ เมื่อพิจารณากรณีผ่าตัดต่อกระจกในพื้นที่จังหวัดที่มีการใช้บริการเครือข่ายโรงพยาบาลศุภมิตรเป็นจำนวนมาก พบว่า ไม่เห็นผลกระทบที่ชัดเจนต่อโรงพยาบาลจังหวัดในพื้นที่ดังกล่าว การที่จังหวัดพิจิตรและพระนครศรีอยุธยาไม่ได้รับบริการผ่าตัดต่อกระจกทั้งสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติลดลงก็เนื่องจากทั้งสองจังหวัดเกิดน้ำท่วมใหญ่ในช่วงที่ผ่านมา ในขณะที่จังหวัดลพบุรีซึ่งประสบปัญหาน้ำท่วมเช่นกัน ถึงแม้จะมีผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไปรับบริการผ่าตัดต่อกระจกที่เครือข่ายศุภมิตรมากแต่จำนวนผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่รับบริการผ่าตัดต่อกระจกที่รพ.ลพบุรีก็ยังคงเพิ่มขึ้นหลังมีนโยบาย เช่นเดียวกับโรงพยาบาลอุทัยธานีและโรงพยาบาลพุทธชินราชมีผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่รับบริการผ่าตัดต่อกระจกค่อนข้างทรงตัวหรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยสรุปนโยบายนี้ไม่ได้มีผลกระทบต่อการใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐมากนัก แม้มีการออกตรวจคัดกรองในชุมชนโดยเครือข่ายโรงพยาบาลศุภมิตร บ่งชี้ว่าน่าจะยังมีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการบริการในชุมชนจำนวนไม่น้อยที่อาจเข้าไม่ถึงบริการหรืออยู่ระหว่างการรอคิว



ผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐ

จำนวนการผ่าตัดต่อกระจกของโรงพยาบาลเอกชนที่เพิ่มขึ้นมากอธิบายได้จากหลายปัจจัยดังนี้

1) อัตราการชดเชยค่าบริการกรณีผ่าตัดต่อกระจกอยู่ในระดับสูง กล่าวคือ อัตราการชดเชยเมื่อรวมส่วนร่วมจ่ายจากผู้ป่วยในโครงการนี้ใกล้เคียงกับอัตราค่าบริการที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บ และแม้ไม่มีการเรียกเก็บส่วนร่วมจ่ายจากเครือโรงพยาบาลศุภมิตร อัตราการชดเชยกรณีนี้ก็ยิ่งสูงถึงร้อยละ 98 บ่งชี้ว่าโรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่งมีศักยภาพในการบริหารจัดการต้นทุนต่างกัน ขณะเดียวกันมีข้อสังเกตว่าโรงพยาบาลเอกชนมีพฤติกรรมเลือกให้บริการ ดังจะเห็นได้จากมีการให้บริการเฉพาะสามหัตถการหลักที่กล่าวมา

2) นโยบายนี้ร่วมกับการออกคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนของเครือโรงพยาบาลศุภมิตร รวมถึงผู้ป่วยไม่ต้องร่วมจ่ายและยังมีบริการรถรับผู้ป่วยจากในชุมชนมายังโรงพยาบาล และส่งกลับ มีผลให้ ก.) ผู้ป่วยกลุ่มด้อยโอกาสที่อยู่ในชุมชนเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น ข.) การที่มีผู้รับบริการจำนวนมากและบริหารจัดการในลักษณะผ่าตัดหุ้มมาก ทำให้เครือโรงพยาบาลศุภมิตรสามารถบริหารต้นทุนและมีอำนาจต่อรองค่าบริการกับแพทย์ได้ดีกว่าโรงพยาบาลอื่นๆ⁽³⁾

ประสิทธิภาพการจัดการบริการ

ภายใต้ระบบการจ่ายแบบตกลงราคาล่วงหน้า เช่น การจ่ายตามรายป่วย (Case-based payment) โรงพยาบาลเอกชนจะมีแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทรัพยากรได้ดีกว่าโรงพยาบาลรัฐ^(4,5) และเมื่อเทียบกับการจ่ายตามปริมาณบริการ (Fee-for-service) หรือตามต้นทุน (Cost-based reimbursement)⁽⁶⁾ ตัวชี้วัดหลักที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพในการจัดการบริการคือจำนวนวันนอนของผู้ป่วยรายกลุ่มโรคเป็นหลัก เนื่องจากไม่ทราบข้อมูลต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งก็ชัดเจนว่าโรงพยาบาลเอกชนสามารถบริหารทรัพยากรได้ดีกว่าภายใต้การจ่ายแบบรายป่วยซึ่งเป็นการตกลงราคาล่วงหน้า โดยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยของทั้งสามหัตถการหลักในโรงพยาบาลเอกชนต่ำกว่าในโรงพยาบาลรัฐ อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่น่ากังวลก็คือ จำนวนวัน

นอนที่ต่ำกว่านั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพบริการหรือไม่? ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ยังไม่ถึง

ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรอีกตัว คือ สัดส่วนการคลอดโดยการผ่าตัดท้องคลอด (Cesarean section) ซึ่งก็พบว่าสัดส่วนผู้คลอดโดยการผ่าตัดท้องคลอดในโรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 80 อย่างไรก็ดี เนื่องจากสัดส่วนการคลอดในโรงพยาบาลเอกชนยังต่ำมากจึงไม่มีผลกระทบต่อสัดส่วนการผ่าคลอดในภาพรวมของทั้งระบบ (ร้อยละ 56)

ภาระค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ

เนื่องจากระบบนี้กำหนดให้ผู้ไปใช้บริการต้องร่วมจ่ายค่าแพทย์และค่าห้องส่วนเกินในการไปรับบริการ อย่างไรก็ตาม พบว่า เครือโรงพยาบาลศุภมิตรไม่ได้มีการจัดเก็บค่าแพทย์เพิ่มจากผู้ป่วยแต่อย่างใดในทุกหัตถการ ทำให้ผู้ไปรับบริการมีส่วนร่วมจ่ายค่อนข้างน้อยเพียงไม่กี่ร้อยบาทเท่านั้น ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนอื่นๆบางแห่งไม่เรียกเก็บส่วนร่วมจ่ายกรณีผ่าตัดต่อกระจก (ร้อยละ 32) ซึ่งก็น่าจะเป็นเพราะอัตราการชดเชยที่จ่ายอยู่นั้นค่อนข้างสูงเป็นที่พอใจของโรงพยาบาลเอกชนอยู่แล้ว ในขณะที่อีกสองหัตถการไม่มีโรงพยาบาลใดในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนอื่นที่ไม่เรียกเก็บส่วนร่วมจ่าย และมีอัตราแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล⁽⁷⁾ ข้อจำกัดหลักในการวิเคราะห์ครั้งนี้คือไม่สามารถระบุได้ว่าภาระที่เกิดขึ้นจากการจ่ายส่วนร่วมจ่ายนั้นมีผลกระทบต่อครัวเรือนมากน้อยเพียงใด

ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของระบบ

แม้ว่านโยบายดังกล่าวมีผลให้การเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนประมาณร้อยละ 36 เมื่อเทียบกับช่วงก่อนหน้าที่ยังไม่มีนโยบาย แต่เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากนโยบายนี้เทียบกับค่าใช้จ่ายโดยรวมของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พบว่า สัดส่วนรายจ่ายที่กรมบัญชีกลางเบิกจ่ายให้แก่โรงพยาบาลเอกชนยังคงต่ำมากเมื่อเทียบกับรายจ่ายทั้งระบบ (ร้อยละ 0.6) ทำให้ไม่มีผลต่อภาระรายจ่ายโดยรวมของระบบสวัสดิการรักษายาบาล

ข้าราชการ

สรุปข้อค้นพบจากการศึกษา

1. นโยบายนี้เอื้อให้ผู้ป่วยต่อภาระจกในระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการเข้าถึงบริการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากอัตราการชดเชยที่สร้างแรงจูงใจในการให้บริการ ผนวกกับการออกตรวจคัดกรองเชิงรุกในชุมชนของเครือโรงพยาบาลคู่มิตรที่เกิดขึ้นมาก่อนจะมีนโยบายนี้ การยกเว้นการเก็บส่วนร่วมจ่ายและการจัดบริการรับส่งฟรี

2. นโยบายนี้ส่งผลบวกต่อการเข้าถึงบริการผ่าตัดต่อภาระจกในโรงพยาบาลรัฐของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยังไม่เห็นผลกระทบต่อการใช้บริการของโรงพยาบาลรัฐในพื้นที่ที่มีการไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก

3. โรงพยาบาลเอกชนมีพฤติกรรมเลือกให้บริการที่มีอัตราการชดเชยที่สูง อย่างเช่น กรณีผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตากรณีต่อภาระจก

4. ภายใต้ระบบการจ่ายแบบตกลงราคาล่วงหน้า โรงพยาบาลเอกชนสามารถบริหารทรัพยากรได้มีประสิทธิภาพมากกว่าโรงพยาบาลรัฐ อย่างไรก็ดี คุณภาพบริการเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าติดตามประเมินต่อไป

5. ส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าแต่ละกรณีมีความแปรปรวนมากระหว่างโรงพยาบาล และยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่ามีผลกระทบต่อภาระทางการเงินของผู้ป่วยเพียงใด

6. นโยบายนี้ทำให้การเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการข้าราชการที่เป็นบริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ยังคงมีสัดส่วนต่ำมากเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดจึงยังไม่มีผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายโดยรวม

ทั้งนี้หากจะขยายโครงการไปยังโรงพยาบาลเอกชนแห่งอื่นๆเพิ่มเติมหรือขยายชนิดของหัตถการ ควรจัดให้มีระบบ

ข้อมูลเพื่อการติดตามประเมินพฤติกรรมบริการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน และผลกระทบด้านต่างๆที่อาจเกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และได้รับสนับสนุนข้อมูลในการวิเคราะห์จากกรมบัญชีกลาง สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขอขอบคุณ คุณบุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ, คุณสิรินาฏ นิภาพร, คุณสุธีรดา ฉิมน้อย และเจ้าหน้าที่ สวปก.ทุกท่านในการช่วยเหลือและสนับสนุนงานวิจัยชิ้นนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมบัญชีกลาง. การเบิกจ่ายตรงประเภทผู้ป่วยในสถานพยาบาลของเอกชนตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs). กระทรวงการคลัง; 2554.
2. กรมบัญชีกลาง. การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยในตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) กระทรวงการคลัง; 2554.
3. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, นพคุณ ธรรมธัชอารี, พชณี ธรรมวันนา และสุธีรดา ฉิมน้อย. ศักยภาพระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการในการกำกับโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญา. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2555.
4. Rayburn JM, Rayburn L.G., Punam RL. Study indicates mixed cost containment-efficiency results from PPS implementation. *Journal of Health and Social Policy* 1992;4:19-30.
5. Rosko MD. Impact of HMO penetration and other environmental factors on hospital X-efficiency. *Med Care Res Rev* 2001;58:430-54.
6. Lin HC, Xirasagar S, Tang CH. Costs per discharge and hospital ownership under prospective payment and cost-based reimbursement systems in Taiwan. *Health Policy Plan* 2004;19:166-76.
7. สุธีรดา ฉิมน้อย, พัฒนาวิไล อินโหม, สิรินาฏ นิภาพร และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ประสิทธิภาพผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการในการรับบริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าในโรงพยาบาลเอกชน. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2555. (อยู่ระหว่างรอตีพิมพ์)