

ศักยภาพระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในการกำกับโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญา

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์*

นพคุณ ธรรมธัชอารี*

พัชนี ธรรมวันทา*

สุธีรดา ฉิมน้อย*

บทคัดย่อ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลได้ขยายสิทธิแก่ผู้ป่วยให้สามารถไปรับบริการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน 77 รายการในโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญาได้ตั้งแต่พฤษภาคม 2554 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินศักยภาพของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในการกำกับโรงพยาบาลเอกชนจากนโยบายดังกล่าว โดยพิจารณาด้านการออกแบบระบบปัจจัยที่มีผลต่อการออกแบบระบบและการนำไปปฏิบัติ และการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยมุ่งเน้นการตอบสนองของโรงพยาบาลเอกชนและการตรวจสอบกำกับของระบบ วิธีการศึกษาใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องและวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจสอบเพิ่มเวชระเบียนผู้ป่วย นำเสนอผลตามกรอบประเด็นการวิเคราะห์และสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า นโยบายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มช่องทางเลือกในการเข้าถึงบริการและลดระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วนในโรงพยาบาลรัฐ เพิ่มความพึงพอใจของผู้มีสิทธิโดยที่รัฐยังสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้ ระบบนี้มีการออกแบบที่รัดกุม มีการกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลที่สามารถเข้าร่วมโครงการ ขั้นตอนการให้บริการ รูปแบบข้อมูลที่ต้องรายงานต่อกรมบัญชีกลาง เพื่อป้องกันการทุจริตและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามศักยภาพด้านกำลังคนและกลไกในการบริหารจัดการระบบการตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลของกรมบัญชีกลางเป็นอุปสรรคต่อประสิทธิภาพการดำเนินโครงการ ในขณะที่การขาดความถูกต้องครบถ้วนของการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการของโรงพยาบาลเอกชนเป็นประเด็นที่ควรได้รับการแก้ไขก่อนขยายการดำเนินโครงการในระยะต่อไป

คำสำคัญ: ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โรงพยาบาลเอกชน ศักยภาพในการกำกับ

Abstract

Institutional capacity of the Civil Servant Medical Benefit Scheme in regulating contracted private hospitals

Samrit Srithamrongsawat*, Noppakun Thammatacharee*, Patchanee Thamvanna*, Sutheerada Chimnoi*
*Health Insurance System Research Office

The Civil Servant Medical Benefit Scheme has expanded its benefit by providing access to 77 elective surgeries in contracted private hospitals since May 2011. This study aimed to assess institutional capacity of the Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) in regulating contracted private hospitals. Issues of assessment included system design, factors influencing effectiveness of the regulation, and implementation of the policy in regard to provider's responses and medical record audit. We conducted in-depth interviews with key stakeholders and analyzed medical record audit reports. Content analysis and descriptive statistic were employed in the analysis.

Results show that the policy aims to increase choices of access and reduce waiting time for elective surgeries among CSMBS beneficiaries. Moreover, the policy will increase level of patients' satisfaction while costs of the scheme remain contained. The policy was carefully designed in order to prevent fraud, inappropriate care, and protect consumer's right. Minimal standard requirement of enrolled hospitals was set including authorization process, and information needed for claim submission. However, limited institutional capacity of the Comptroller General's Department under the Ministry of Finance who manages the scheme remained a major constraint in policy implementation; moreover, errors coding of diagnosis and procedure was urgently needed for improvement before scaling up the program.

Keywords: Civil Servant Medical Benefit Scheme, private hospital, regulating capacity

*สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย



ภูมิหลังและเหตุผล

การอนุญาตให้ข้าราชการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน โดยไม่จำกัดเฉพาะกรณีฉุกเฉิน เริ่มปรากฏครั้งแรกในปี 2521 ตามประกาศพระราชกฤษฎีกาเงินเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในครั้งนั้นกฎหมายเปิดโอกาสให้ข้าราชการและครอบครัวสามารถเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชนได้ โดยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่คือ ค่ายา ค่าอวัยวะเทียม ค่าห้องและค่าอาหารได้ในอัตราเท่ากับที่สามารถเบิกได้ในสถานพยาบาลภาครัฐ ส่วนค่ารักษาพยาบาลที่เหลืออื่นๆ ให้เบิกได้ครึ่งหนึ่งตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 3,000 บาท ในส่วนของค่าใช้จ่ายที่เหลือ ผู้ป่วยจะต้องออกเองเป็นส่วนร่วมจ่าย⁽¹⁾ ต่อมาพบว่าค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในจากการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนสูงขึ้นมากและมีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ตรงกับความเป็นจริง^(2,3) โดยการร่วมมือในการเอื้อประโยชน์กันระหว่างผู้ป่วยและโรงพยาบาลเอกชน เช่น การทำหลักฐานเท็จว่ามีการรับข้าราชการเข้าเป็นผู้ป่วยในการทำหลักฐานการเบิกของผู้ป่วยนอกซึ่งเบิกไม่ได้มาเป็นผู้ป่วยในเพื่อให้เบิกได้ เปลี่ยนส่วนที่ผู้ป่วยร่วมจ่ายมาเป็นค่าสารละลายให้อาหารทางเลือดซึ่งสามารถเบิกได้โดยไม่ได้ใช้จริง ฯลฯ ซึ่งสาเหตุหลักมาจากความหละหลวมของระบบการตรวจสอบการเบิกจ่ายนั่นเอง⁽³⁾

ปัญหาข้างต้นบ่งชี้ว่ากรมบัญชีกลางขาดกลไกการในการควบคุมกำกับและตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาของโรงพยาบาลเอกชนที่มีประสิทธิผล ในปี 2541 จึงมีการจำกัดการใช้บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน กล่าวคือ ให้ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยในที่เกิดจากการประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัย หรือมีความจำเป็นเร่งด่วนเท่านั้น⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม แม้จะจำกัดการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนเช่นนี้แล้วก็ยังคงพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในในระบบนี้ยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากระบบการจ่ายตามปริมาณบริการย้อนหลัง (Retrospective fee-for-service) ในปี พ.ศ. 2549 จึงได้มีการนำระบบการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group; DRG) มาใช้ในการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในภายใต้ระบบดังกล่าว

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 2553⁽⁵⁾ ได้ยกเลิกพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติมอีก 8 ฉบับ[†] และให้อำนาจกรมบัญชีกลางในการบริหารจัดการและควบคุมการเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลมากขึ้น โดยกรมบัญชีกลางได้กำหนดอัตราค่าเวชภัณฑ์และค่าบริการ ตลอดจนปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้สิทธิด้านสุขภาพแก่ข้าราชการและครอบครัว ในเบื้องต้นได้ขยายสิทธิประโยชน์ให้ข้าราชการและครอบครัวสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการได้ไม่เพียงเฉพาะต้องเป็นกรณีฉุกเฉินโดยมีเจตนากรณีสำคัญ⁽⁶⁾ คือ เพื่อลดความแออัดและระยะเวลาการรอคอยการรักษาในสถานพยาบาลภาครัฐลง ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ โดยที่รัฐสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพควบคู่กันไป

เนื่องจากการขาดกลไกการตรวจสอบกำกับที่มีประสิทธิผลทำให้กรมบัญชีกลางต้องจำกัดการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมา ดังนั้น เมื่อมีการฟื้นฟูนโยบายดังกล่าวอีกครั้ง จึงเกิดคำถามสำคัญว่าข้อจำกัดด้านการตรวจสอบกำกับได้มีการวางแผนแก้ไขแล้วหรือไม่ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาแนวคิด การออกแบบระบบ และการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติของนโยบายให้ผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการไปรับบริการในโรงพยาบาลเอกชน

กรอบแนวคิดการศึกษา

การส่งเสริมภาคเอกชนให้มีบทบาทร่วมให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ⁽⁷⁾ ด้วยเหตุผลหลักคือ ภาคเอกชนมีประสิทธิภาพในการจัดบริการและตอบสนองต่อประชาชนดีกว่าภาครัฐ ทั้งนี้บริการภาคเอกชนมีการขยายตัวและมี

[†]พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2528, (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2532, (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2533, (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2534, (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2540, (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2541, (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2545

บทบาทที่สำคัญในระบบสาธารณสุขทั้งในประเทศกำลังพัฒนา และด้อยพัฒนา โดยมีการขยายตัวค่อนข้างมากในประเทศกำลังพัฒนาในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา⁽⁸⁻¹⁰⁾ และยังคงพบว่าการออกแบระบบที่ดี ภาคเอกชนยังอาจเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนจนและผู้ด้อยโอกาสได้^(11,12) และยังมีจุดเด่นในด้านความสามารถที่จะปรับบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า⁽¹³⁾

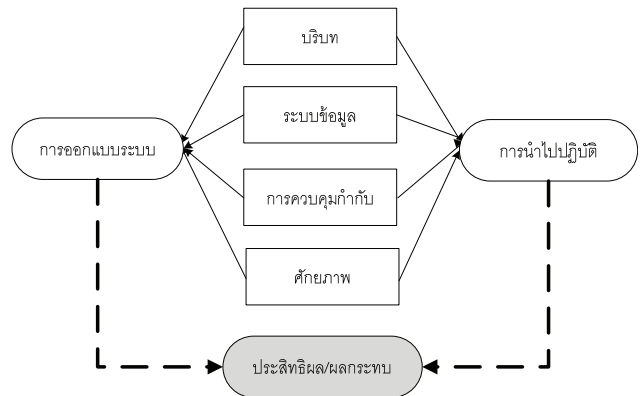
อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ภาครัฐควรตระหนัก คือ สถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่เป็นธุรกิจแสวงหากำไร ขณะเดียวกันก็มีความหลากหลายของสถานพยาบาลเอกชน มีตั้งแต่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความพร้อมในด้านบุคลากรเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีตามมาตรฐานสากล จนถึงคลินิกที่ให้บริการทุกอย่างในห้องเดียวโดยขาดการควบคุมคุณภาพมาตรฐาน⁽¹⁴⁾ จึงมีประเด็นคำถามว่าภาคเอกชนจะสามารถตอบสนองต่อเป้าประสงค์เชิงนโยบายของภาครัฐได้หรือไม่ ภาครัฐจำเป็นต้องมีวิธีและมาตรการที่เหมาะสมในการวางกฎเกณฑ์ด้านต่างๆ⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ เพื่อควบคุมกำกับภาคเอกชนให้ดำเนินการตามแนวนโยบายภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดมาตรฐาน การซื้อบริการ การให้แรงจูงใจในรูปแบบต่างๆ และการบังคับใช้กฎหมายที่มีบทลงโทษในกรณีที่ไม่ปฏิบัติตาม

การศึกษาครั้งนี้อาศัยกรอบแนวคิดการกำกับภาคเอกชนตามงานวิจัยของ Hongoro และ Kumarayanake (2000)⁽¹⁸⁾ ซึ่งให้ความสำคัญกับทั้งการออกแบระบบ และปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย 1) บริบทหรือสิ่งแวดล้อมของการออกแบ และดำเนินการตามนโยบาย 2) ระบบข้อมูลสารสนเทศ 3) อำนาจในการควบคุมกำกับ และ 4) ศักยภาพในการกำกับตรวจสอบ ดังแสดงในรูปที่ 1

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลรายงานการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วย

1) สัมภาษณ์โดยใช้ชุดคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างตามกรอบแนวคิดการออกแบระบบดังแสดงในรูปที่ 1 คือ



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา (ที่มา : Hongoro and Kumarayanake (2000))

ศักยภาพ การวางระบบสารสนเทศ การควบคุมกำกับ และบริบทแวดล้อมของนโยบาย รวมไปถึงประเด็นการตอบสนองของโรงพยาบาลเอกชน ปัญหาอุปสรรคต่างๆในการดำเนินการกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้บริหารและเจ้าหน้าที่กรมบัญชีกลาง ผู้บริหารสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ(สทส.) ผู้บริหารสำนักพัฒนาระบบการตรวจสอบการเบิกจ่าย(สพตร.) และผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนที่มีส่วนแบ่งการให้บริการสูงรวมผู้ให้สัมภาษณ์ 10 ท่าน โดยบันทึกเทปขณะสนทนาและทำการถอดเทปเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาและจำแนกตามประเด็นการศึกษา

2) วิเคราะห์ข้อมูลรายงานการตรวจสอบแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนที่ส่งมาเบิกภายใต้ต้นนโยบายดังกล่าวโดยมีแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยที่รับบริการตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2554 - มีนาคม 2555 จำนวน 996 ราย ซึ่งเป็นข้อมูลรายงานการตรวจสอบเวชระเบียนที่ สพตร. ตรวจสอบและส่งมอบแก่กรมบัญชีกลาง (ทางทีมงานวิจัยไม่ได้รับรายงานข้อมูลเดือน ธันวาคม 2554 - กุมภาพันธ์ 2555) โดยสรุปประมวลผลความต้องการของแฟ้มเวชระเบียน และข้อผิดพลาดต่างๆที่ตรวจพบจากการตรวจสอบในภาพรวมความครอบคลุมของแฟ้มเวชระเบียนที่มีการทบทวนคิดเป็นร้อยละ 33.3 ของจำนวนผู้ป่วยที่ส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลในช่วงเวลาเดียวกัน รายละเอียดดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ร้อยละของเพิ่มเวชระเบียนที่ได้รับการตรวจสอบเทียบกับจำนวนที่ส่งเบิกจ่าย

เดือนและพ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยที่ส่งเบิก (ราย)	จำนวนเวชระเบียนที่ถูกส่ง ตรวจสอบ (ราย)	% เพิ่มเวชระเบียน ที่ส่งเบิก
1. มิถุนายน 2554	464	22	5.74
2. กรกฎาคม 2554	475	89	18.74
3. สิงหาคม 2554	495	202	40.81
4. กันยายน 2554	424	163	38.44
5. ตุลาคม 2554	402	150	37.37
6. พฤศจิกายน 2554	313	180	57.51
7. ธันวาคม 2554	357	Na	-
8. มกราคม 2555	294	Na	-
9. กุมภาพันธ์ 2555	330	Na	-
10. มีนาคม 2555	418	190	45.45
รวมทั้งสิ้น	3,972 (2,991*)	996	33.30

หมายเหตุ * ไม่รวมข้อมูลเดือนธันวาคม 2554 - กุมภาพันธ์ 2555

ผลการศึกษา

1. การออกแบบระบบ

1.1 วัตถุประสงค์ของนโยบาย

นโยบายการให้ข้าราชการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนมีวัตถุประสงค์หลักเพื่ออำนวยความสะดวกโดยการเพิ่มทางเลือกแก่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ให้สามารถเลี่ยงความแออัดจากการใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนได้ อย่างไรก็ตามไม่ชัดเจนว่าแนวคิดในเรื่องนี้เกิดขึ้นมาได้อย่างไร รวมทั้งไม่มีข้อมูลในด้านขนาดความรุนแรงของปัญหาความแออัด และระยะเวลาที่รอคอยการผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐของผู้ป่วยในระบบสวัสดิการ

1.2 จำกัดกลุ่มโรคและหัตถการที่กำหนดเฉพาะกรณีผู้ป่วยใน

ทั้งนี้การให้ปรับบริการในโรงพยาบาลเอกชนในช่วงที่ผ่านมากำหนดให้ปรับบริการได้เฉพาะกรณีผู้ป่วยในและมีการระบุเฉพาะโรคและหัตถการที่กำหนด ครอบคลุมการคลอดบุตรและการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน (elective surgery)

รวม 77 หัตถการ โดยในเมืองต้นนี้เลือกเฉพาะการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน เนื่องจากการรักษาที่มีเกณฑ์ข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนและต้องมีการนัดล่วงหน้า จึงเหมาะจะเป็นการให้บริการที่ใช้กับระบบใหม่นี้ในระยะแรก

1.3 กำหนดเงื่อนไขคัดกรองโรงพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการ

กำหนดให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการต้องผ่านการประเมินระบบคุณภาพ ซึ่งกำหนดให้ต้องผ่านระบบ ISO ทั้งโรงพยาบาล หรือ HA ชั้นที่ 2 และโรงพยาบาลต้องมีขนาด 100 เตียงขึ้นไปรวมทั้งต้องผ่านการอบรมระบบการส่งข้อมูลให้ สกส. พิจารณาก่อน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าโรงพยาบาลมีคุณภาพและศักยภาพเพียงพอแก่การให้บริการ ทั้งนี้มีโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านเกณฑ์เงื่อนไขด้านคุณภาพและขนาดจำนวน 80 แห่งที่สนใจมาขอใบสมัครเข้าร่วมโครงการ แต่จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมและสามารถส่งข้อมูลและยอมรับข้อตกลงของโครงการมีเพียง 32 แห่ง และในจำนวนนี้มีโรงพยาบาลที่ให้บริการและมีการเบิกจ่าย จำนวน 26 แห่ง ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯและปริมณฑลรวมทั้งจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของภาค

เช่น เชียงใหม่ พิษณุโลก ชลบุรี สุพรรณบุรี เป็นต้น โดยเริ่มให้ใช้บริการ 1 พฤษภาคม 2554

1.4 กำหนดอัตราค่าบริการและส่วนร่วมจ่าย

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการต้องยอมรับอัตราค่าบริการที่ทางกรมบัญชีกลางกำหนด โดยกำหนดจ่ายตาม DRG โดยใช้ base rate เดียวกันกับที่จ่ายให้โรงพยาบาลรัฐขนาด 100 เตียงขึ้นไป ในราคา 10,540 บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ และไม่อนุญาตให้โรงพยาบาลเรียกเก็บเงินที่เกี่ยวกับการผ่าตัดรวมทั้งการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติม ยกเว้นส่วนเพิ่มสำหรับค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์ และค่าธรรมเนียมแพทย์ ซึ่งโดยหลักการโรงพยาบาลจะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในส่วนที่เป็นอัตราต่อวัน เช่น ค่าแพทย์เยี่ยมไข้ ค่าห้องส่วนเกิน

1.5 ระบบข้อมูลสารสนเทศ

กรมบัญชีกลางกำหนดให้โรงพยาบาลต้องส่งข้อมูลการรับเป็นผู้ป่วยในแต่ละรายเพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่กำหนดให้ส่งนี้ คล้ายกับที่เรียกจากโรงพยาบาลรัฐแต่มีรายละเอียดของข้อมูลมากกว่า กล่าวคือต้องส่งฐานข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ตามรายการ (items) โดยเฉพาะรายการยา หัตถการ การตรวจวินิจฉัย การพยาบาลต่างๆ และชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา ขณะเดียวกันโรงพยาบาลเอกชนต้องรายงานค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทุกรายการทั้งที่รวมใน DRG และที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยเพื่อประกอบการเรียกเก็บจากกรมบัญชีกลาง

1.6 กลไกการคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ป่วย

เพื่อคุ้มครองผู้มีสิทธิในด้านภาระค่าใช้จ่าย กำหนดให้โรงพยาบาลต้องแจ้งส่วนร่วมจ่ายให้กรมบัญชีกลางทราบ และต้องแจ้งแก่ผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการ ขณะเดียวกันทางกรมบัญชีกลางได้มีการจัดทำข้อมูลรายการส่วนร่วมจ่ายของแต่ละโรงพยาบาลสำหรับหัตถการแต่ละชนิดบนเว็บไซต์ (<http://welcgd.cgd.go.th/wel/searchsgr.jsp>) เพื่อให้สามารถตรวจสอบเปรียบเทียบราคาของโรงพยาบาลประกอบการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลที่จะเข้ารับบริการ

การติดตามข้อร้องเรียนภายใต้โครงการดังกล่าว กรมบัญชีกลางมีงานนิติการภายใต้กลุ่มงานสวัสดิการรักษา

พยาบาลข้าราชการเป็นผู้พิจารณาข้อร้องเรียนต่างๆ และมีบทลงโทษกรณีที่โรงพยาบาลไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขในข้อตกลง

1.7 ระบบการทำงานและการตรวจสอบ

ขั้นตอนการเข้ารับบริการผ่าตัดเริ่มด้วยการที่ผู้ป่วยแจ้งความจำนงขอเข้ารับบริการผ่าตัดที่โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลต้องส่งข้อมูลเบื้องต้นเพื่อขออนุญาตทำการรักษา (Prior Authorized Admission; PAA) ผ่านโปรแกรม PAA จาก สกส. เพื่อการตรวจสอบสิทธิของข้าราชการ พร้อมกันนี้โรงพยาบาลต้องระบุโรคและข้อบ่งชี้ที่จะผ่าตัด ซึ่งจะทำให้ทราบราคาเบื้องต้น เพื่อเป็นการเสนอราคาให้ผู้ป่วยทราบ และโรงพยาบาลส่งข้อมูลให้ สกส. ตรวจสอบว่าตรงตามเงื่อนไขที่กำหนดหรือไม่ ถ้าถูกต้องผู้ป่วยจะได้รับใบเสนอราคาจากโรงพยาบาลและเลขที่อ้างอิง หลังจากเข้ารับบริการผ่าตัดเสร็จตามขั้นตอนแล้ว โรงพยาบาลแจ้งจำหน่ายโดยใช้เลขที่อ้างอิงเดิม กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการบริการ เช่น การทำหัตถการ วันนอน ที่ทำให้ค่าใช้จ่ายเปลี่ยนแปลง โรงพยาบาลจะต้องระบุเหตุผลประกอบการส่งข้อมูลให้ สกส. ในรูปแบบเพิ่มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เมื่อ สกส.รับแจ้งแล้ว จะทำการตรวจสอบข้อมูลและออกเลขรับแจ้งอีกครั้ง ให้โรงพยาบาลส่งพิมพ์แบบให้ผู้ป่วยลงนามรับทราบ สุดท้ายโรงพยาบาลต้องส่งไฟล์สแกนเอกสารใบเสร็จรับเงินแสดงค่าใช้จ่ายทั้งหมดพร้อมเวชระเบียนให้ สพต. ในเวลาที่กำหนดเพื่อการตรวจสอบ

สกส.ทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับเบื้องต้นเน้นความสมบูรณ์ของข้อมูลตามข้อตกลง ในขณะที่ สพต. ทำหน้าที่ตรวจสอบเวชระเบียนดูความถูกต้องและสอดคล้องของข้อมูลและการลงรหัสโรคและหัตถการ

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการออกแบบนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.1 บริบทที่เกี่ยวข้อง

บริบทสำคัญที่ผลักดันให้เกิดนโยบายนี้คือ 1) ความแออัดในโรงพยาบาลรัฐทำให้ผู้ป่วยต้องรอนานโดยเฉพาะกรณีผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน 2) เตียงโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ๆยังไม่ถูกใช้งานเต็ม



ประสิทธิภาพ 3) มีการเปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพหลักอีกสองระบบที่ให้ผู้มีสิทธิไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนได้ และ 4) มีการเรียกร้องของข้าราชการในเรื่องดังกล่าว อย่างไรก็ตาม พันธกิจและโครงสร้างของกรมบัญชีกลางมิได้มีการออกแบบให้ทำหน้าที่ในการบริหารระบบประกันสุขภาพเป็นข้อจำกัดหลักในการดำเนินงานที่ซื้อบริการและกำกับตรวจสอบโรงพยาบาลเอกชน

2.2 ระบบข้อมูล

กรมบัญชีกลางไม่มีข้อมูลของโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ ไม่ว่าจะเป็นด้านศักยภาพ คุณภาพ และพฤติกรรมกรให้บริการของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์เชิงลบในอดีตทำให้มีการวางระบบข้อมูลที่เข้มข้นทุกชั้นตอน และเข้มข้นกว่าที่ปฏิบัติกับโรงพยาบาลรัฐมาก

ช่องทางการรับทราบนโยบายของผู้รับบริการมาจากการเดินสายให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย รวมทั้งสิทธิที่ได้รับเพิ่มเติมจากพระราชกฤษฎีกาใหม่นี้ หนังสือราชการแจ้งเวียนให้หน่วยงานต่างๆ การประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลเอกชนในรูปแบบของสื่อต่างๆ เช่น เว็บไซต์ แผ่นพับ ป้ายโฆษณา และการลงพื้นที่ในชุมชน นอกจากนี้ ผู้มีสิทธิยังอาจได้ข้อมูลจากแพทย์ที่ให้การรักษาในโรงพยาบาลรัฐหรือคลินิกเพื่อให้มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลเอกชนที่แพทย์ท่านนั้นมาปฏิบัติงานบางเวลา

2.3 ศักยภาพในการดูแลกำกับ

กรมบัญชีกลางขาดศักยภาพในการบริหารจัดการระบบด้วยตนเองจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและบทบาทพันธกิจตามที่กล่าวมาข้างต้น แต่ได้แก้ไขโดยมีการทำข้อตกลงกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขโดย สกส. เป็นที่ปรึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการบริหารจัดการข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Claim center) และให้ สฟตร. ตรวจสอบเวชระเบียนที่ส่งเบิกของโรงพยาบาลเอกชน ส่วนการบริหารจัดการโครงการยังคงเป็นหน้าที่ของกลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาล กรมบัญชีกลาง ซึ่งแม้จะมีกระบวนการปรึกษาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องการวางระบบและการบริหารจัดการโครงการที่เกี่ยวข้องกับทั้งสองหน่วยงานที่กล่าวมา แต่

บุคคลากรที่รับผิดชอบหลักของโครงการมีเพียงท่านเดียวซึ่งเป็นนักกฎหมาย และยังมีภาระงานอื่นๆที่ต้องรับผิดชอบด้วยทำให้เป็นข้อจำกัดในการบริหารระบบโดยเฉพาะการเชื่อมต่องานระหว่างหน่วยงานที่ปรึกษาทั้งสองที่กล่าวมาข้างต้นกับโรงพยาบาลเอกชน และที่สำคัญคือขาดการวางกลไกและกระบวนการในการบริหารจัดการเพื่อใช้ประโยชน์จากระบบตรวจสอบกำกับ กล่าวคือ เมื่อได้รับรายงานผลการตรวจสอบเพิ่มเวชระเบียนแล้วจะต้องดำเนินการต่ออย่างไร และเมื่อมีการอุทธรณ์จากโรงพยาบาลต่อผลการตรวจสอบ กระบวนการและกลไกที่จะมาดำเนินการต่อก็ยังไม่ชัดเจน

สัญญาที่ทางกรมบัญชีกลางทำกับโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการก็เป็นเพียงข้อตกลงกว้างๆในเชิงแนวปฏิบัติในเรื่องต่างๆ มิได้มีการกำหนดเป้าหมายและคุณลักษณะของบริการแต่อย่างใด เช่น มิได้กำหนดว่าจะต้องให้บริการอะไรในปริมาณเท่าใด หรือคุณภาพของบริการต้องเป็นอย่างไร ดังแสดงในตารางที่ 2

3. การนำนโยบายไปปฏิบัติ

การศึกษาเพื่อให้ทราบถึงความเป็นไปได้ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ในรายงานนี้นำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ การตอบสนองและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลเอกชน และผลการตรวจสอบเวชระเบียนของ สฟตร.

3.1 การตอบสนองและการบริหารจัดการของโรงพยาบาลเอกชน

3.1.1 ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจของโรงพยาบาลเอกชนในการเข้ามาเป็นผู้ให้บริการภายใต้นโยบายนี้ประกอบด้วย 1) การมีประสบการณ์เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาของระบบประกันสุขภาพภาครัฐก่อนหน้านี้ 2) ทรัพยากรของโรงพยาบาลที่มีอยู่ ยังคงมีเหลือใช้สำหรับการขยายบริการได้อีก เช่น เตียงผู้ป่วย ทีมงาน หรือรวมถึงอุปกรณ์ต่างๆ ทั้งนี้ไม่มีโรงพยาบาลเอกชนใดรายงานว่าต้องการลงทุนเพิ่มเติมสำหรับการเข้าร่วมโครงการนี้

3.1.2 การทำการตลาดกับผู้มีสิทธิ มีรูปแบบหลักๆ คือ 1) การชักชวนโดยแพทย์เจ้าของไข้ โดยอาจเป็นแพทย์ที่

ตารางที่ 2 สรุปสาระสำคัญตามบันทึกข้อตกลงระหว่างกรมบัญชีกลางและโรงพยาบาล

หัวข้อ	เกณฑ์ที่กำหนด
จำนวนเตียงและเกณฑ์คุณภาพ	100 เตียงขึ้นไป และผ่าน ISO ทั้งระบบ หรือ HA ชั้นที่ 2
วิธีการจ่ายเงินของกรมบัญชีกลาง	ตามอัตราที่กำหนดในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน สถานพยาบาลของเอกชนตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ทำการจ่ายเดือนละ 1 ครั้ง และหักภาษี ณ ที่จ่ายร้อยละ 1
วิธีการส่งข้อมูลเพื่อเบิกเงิน	ใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมด ตามรูปแบบที่กรมบัญชีกลางกำหนด โรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องความถูกต้องและความเสียหายที่อาจเกิดจากการส่งข้อมูล
การส่งผู้ป่วยไปรักษา/วินิจฉัยที่อื่นต่อ	โรงพยาบาลต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด
การตรวจสอบการรักษาพยาบาล	มีการตรวจสอบสำเนาเวชระเบียนและคุณภาพการรักษาพยาบาล โดยกระทรวงการคลัง และหน่วยงานที่ได้รับมอบหมาย
บทลงโทษ	เรียกเงินคืน กรณีการรักษาไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ปรับ กรณีส่งข้อมูลเป็นเท็จ ไม่จ่ายเงินค่าตรวจวินิจฉัยเมื่อรับการรักษาที่อื่น ชะลอการจ่ายหรือหักเงิน กรณีส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อหรือวินิจฉัยที่อื่น ทำผิดข้อตกลง และส่งข้อมูลเบิกซ้ำ ระงับการเบิกจ่าย กรณีไม่ได้ทำการรักษาพยาบาลจริง ผิดข้อตกลงหรือผิดหลักวิชาการแพทย์ และเกิดความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

ที่มา: บันทึกข้อตกลงการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลของเอกชน

คลินิกหรือแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐมาปฏิบัติงาน บางเวลาในโรงพยาบาลเอกชน ผู้ป่วยที่มาด้วยวิธีนี้เป็นหลัก คือ กรณีคลอดบุตร 2) โรงพยาบาลเอกชนทำงานเชิงรุกเพื่อให้ได้ผู้ป่วยจำนวนมาก โดยมีการส่งทีมงานลงตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยในชุมชน เช่น กรณีโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ในการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ในผู้ป่วยต้อกระจก ทั้งนี้โรงพยาบาลที่ใช้แนวทางนี้ มีการดำเนินการในลักษณะดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ก่อนแล้ว ดังนั้น การให้บริการลักษณะดังกล่าวแก่กลุ่มข้าราชการจึงเป็นเพียงการขยายกิจกรรมเดิมที่ดำเนินการอยู่ก่อนแล้วเท่านั้น 3) ผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยเดิมของโรงพยาบาลเอกชนอยู่แล้ว และ 4) ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเอกชนเพื่อการนี้ด้วยตนเองจากการประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ ทั้งนี้พบว่ารูปแบบที่ 3 และ 4 มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น

3.1.3 พฤติกรรมการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนที่ร่วมให้บริการ จากจำนวนเหตุการณ์ที่กำหนด 77 เหตุ

การพบว่าในช่วง 8 เดือนตั้งแต่เริ่มโครงการ (พฤษภาคม - ธันวาคม 2554) มีโรงพยาบาลเอกชนเพียง 26 แห่งที่มีการให้บริการและเบิกค่าใช้จ่ายจากกรมบัญชีกลาง มีจำนวนการเบิกจ่ายรวม 2,855 ราย คิดเป็นค่าใช้จ่ายรวม 86 ล้านบาทเศษ โดยเป็นการให้บริการเพียง 37 เหตุการณ์จากจำนวน 77 เหตุการณ์ ทั้งนี้ห้าอันดับแรกของเหตุการณ์ที่มีจำนวนครั้งการเบิกจ่ายสูงสุดเป็นบริการในเพียงสามกลุ่ม คือ การผ่าตัดต้อกระจก การผ่าตัดคลอดและอนุบาลเด็กแรกคลอด และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ดังแสดงในตารางที่ 3

ทั้งนี้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ และข้อมูลเหตุการณ์ที่มีการเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลางบ่งชี้ว่า โรงพยาบาลเอกชนมีการคัดเลือกประเภทเหตุการณ์ที่จะให้บริการ ซึ่งแรงจูงใจหลักอาจมาจากความถนัดของโรงพยาบาล การ target กลุ่มลูกค้าของโรงพยาบาลเอกชน และอัตราการจ่ายตาม DRG ของเหตุการณ์

“...แค่จับเรื่องเดียว (ต้อกระจก) มันก็เยอะมาก โรคที่เค้า



ตารางที่ 3 จำนวนและค่าใช้จ่ายรายหัตถการที่มีการให้บริการสูงห้าอันดับแรก พ.ศ. - พ.ศ.2554

หัตถการ	จำนวนโรงพยาบาล	จำนวนครั้ง	เงินที่ผู้ป่วยและกรมบัญชีกลางจ่าย	
			รวม	เฉลี่ยต่อครั้ง
1. Major lens procedures	18	2,266	53,459,872	23,592
2. Caesarean delivery	18	126	4,126,181	32,747
3. Other lens procedures	8	89	1,901,824	21,369
4. Newborn admission	10	66	292,284	7,496
5. Knee replacement	4	41	7,634,735	186,213

ที่มา: สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)

เป็นอยู่แล้วไม่มีใครไปบริการ มันเยอะมาก..... เพราะว่าส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงบริการและคนส่วนใหญ่จนจริงๆ คนรวยผมไม่จับเลยนะ เราไม่เล่นเลยเพราะว่าเราบริการเค้าไม่ได้ คนรวยเค้ามีทางไปของเค้า"

3.1.4 การบริหารจัดการทรัพยากรของโรงพยาบาล

รูปแบบการบริหารจัดการของแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกันไป แต่ไม่มีโรงพยาบาลใดต้องมีการลงทุนเพิ่มขึ้นเพื่อการนี้โดยตรง

(1) โรงพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ในการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ต้อกระจกมีการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างเข้มข้น สามารถให้บริการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ผู้ป่วยต้อกระจกจำนวนมากในแต่ละวัน ทั้งผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการและที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทีมผ่าตัดมีทั้งของโรงพยาบาลเองและทีมผ่าตัดของโรงพยาบาลรัฐอื่นจากกรุงเทพฯ มีการจัดระบบรับส่งผู้ป่วยโดยรถโดยสารจากแต่ละพื้นที่ สามารถบริหารจัดการทรัพยากรให้คุ้มค่าและมีการกำหนดนโยบายด้านราคาที่ชัดเจน กล่าวคือ ไม่มีการเก็บส่วนต่างจากผู้ป่วย และกำหนดอัตราจ่ายแก่ทีมผ่าตัดในอัตราเดียวกับที่จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อป้องกันการเลือกปฏิบัติ การที่โรงพยาบาลบริหารจัดการในลักษณะบริการห้มมากจึงมีอำนาจในการกำหนดอัตราจ่ายแก่ทีมผ่าตัด ขณะเดียวกันทีมผ่าตัดเองให้ความสำคัญกับค่าตอบแทนที่ได้รับต่อครั้งในภาพรวมมากกว่าอัตราค่าตอบแทนต่อราย อย่างไรก็ตามจากการที่โรงพยาบาลให้บริการผ่าตัดจำนวนมากในแต่ละครั้งทำให้เกิดข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพ และความเหมาะสมของ

การผ่าตัดว่าเป็นไปตามข้อบ่งชี้ของราชวิทยาลัยฯหรือไม่ ทั้งนี้ทางราชวิทยาลัยฯเคยเข้าไปตรวจสอบการให้บริการของโรงพยาบาลดังกล่าวแต่ไม่ได้มีความเห็นต่อประเด็นดังกล่าวชัดเจน มีเพียงการแสดงความห่วงใยและเสนอแนะให้มีกระบวนการคัดกรองที่รัดกุมขึ้น

(2) สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่ใช่ผู้ให้บริการรายใหญ่อำนาจในการบริหารจัดการกำกับแพทย์อาจมีจำกัด เช่นโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง ผู้รับบริการต้องจ่ายส่วนต่างค่าแพทย์ รวมถึงโรงพยาบาลให้แพทย์นำเลนส์ส่วนตัวมาจำหน่ายให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนต่างค่าเลนส์ร่วมด้วยโดยโรงพยาบาลไม่ต้องลงทุนเพิ่มเติมในด้านการแพทย์

3.1.5 ปัญหาอุปสรรค โรงพยาบาลเอกชนมีปัญห

อุปสรรคหลักในสี่เรื่องหลักด้วยกัน คือ การไม่คุ้นเคยกับการทำงานกับภาครัฐ มีความกังวลในการส่งข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดนโยบายที่ไม่นิ่งมีการปรับเปลี่ยน รวมทั้งแนวเวชปฏิบัติ (Clinical practice guideline) ไม่ชัดเจนทำให้หลายกรณีมีความลำบากในการพิจารณาว่าการผ่าตัดนั้นๆมีความเหมาะสมหรือไม่

ทั้งนี้ ประเด็นที่พบร่วมกันในโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการคือ ต้องมีการจัดการเรื่องข้อมูลประกอบการเบิกจ่ายให้ดีขึ้น ทั้งนี้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมต้องผ่านเกณฑ์การส่งข้อมูลได้ตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด ซึ่งก็บ่งชี้ว่าโรงพยาบาลเหล่านี้มีศักยภาพของระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลที่ดี เพียงแต่การที่มาจากภาคเอกชน ทำให้โรงพยาบาลยังไม่คุ้นเคยกับ

ตารางที่ 4 ผลการตรวจสอบเพิ่มเวชระเบียนผู้ป่วยและข้อผิดพลาดที่พบตามแนวทางที่กำหนด

รายการตรวจสอบ	จำนวนราย	ร้อยละ	หมายเหตุ
1. เวชระเบียนผู้ป่วยที่ไม่พบข้อผิดพลาด	468	47	
2. ประเด็นข้อผิดพลาดที่พบในเวชระเบียนผู้ป่วย			
2.1 ลงรหัสโรค/หัตถการไม่ถูกต้อง	477	47.9	เปลี่ยนกลุ่ม DRG 186 ราย
2.2 ขอบ่งชี้การผ่าตัดไม่ถูกต้อง	95	9.5	
2.3 เบิกค่ารักษาเกินกว่าที่กำหนด	117	11.8	
2.4 เพิ่มเวชระเบียนไม่สมบูรณ์	189	19.0	
2.5 เอกสารอ้างอิงไม่สมบูรณ์	142	14.3	
2.6 เพิ่มเวชระเบียนไม่ถูกต้อง	28	2.8	
2.7 ข้อมูลไม่ตรงกับใบเสร็จ	16	1.6	

หมายเหตุ รายงานเวชระเบียนที่ตรวจสอบทั้งหมด จำนวน 996 ราย

การใช้ระบบ DRG จึงต้องมีการส่งเจ้าหน้าที่มาอบรมเพิ่มเติม

3.2) การตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

แม้จะมีการกำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนต้องสำเนาเพิ่มเวชระเบียนส่งเพื่อการตรวจสอบทุกรายในการขอเบิกค่ารักษาพยาบาล แต่ สฟต. ก็ตรวจสอบเวชระเบียนได้อย่างจำกัด กล่าวคือ ในกรณีผู้ป่วยหัตถการอื่นๆนอกเหนือจากการผ่าตัดต่อกระดูก สฟต. จะทำการตรวจสอบทุกเวชระเบียนที่ได้รับส่วนเวชระเบียนของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก สฟต. ตรวจสอบเท่าจำนวนที่สฟต. ได้ทำสัญญากับกรมบัญชีกลางในลักษณะตรวจสอบไปจนครบจำนวนที่กำหนดก็หยุด ซึ่งในภาพรวมสามารถตรวจสอบได้หนึ่งในสามของเวชระเบียน

ผลจากรายงานการตรวจสอบเพิ่มเวชระเบียนผู้ป่วยพบว่า มีเพิ่มเวชระเบียนผู้ป่วยที่ตรวจสอบพบความผิดปกติ ร้อยละ 53 ของจำนวนเวชระเบียนที่ตรวจสอบทั้งหมด ข้อผิดพลาดที่พบส่วนใหญ่เป็นประเด็นการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการที่ไม่ถูกต้องตามหลักการขององค์การอนามัยโลก คิดเป็นร้อยละ 48 ของเพิ่มเวชระเบียนที่ตรวจสอบทั้งหมด ซึ่งต้องวิเคราะห์และคำนวณจำนวนเงินที่จะเบิกจ่ายใหม่หากพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงการให้รหัสโรคหลักและโรครองรวมทั้งรหัสการผ่าตัดหัตถการใหม่ ซึ่งในการนี้พบว่ามากกว่าหนึ่งในสามที่ต้องมีการเปลี่ยนกลุ่ม DRG ภายหลังจากตรวจสอบ ราย

ละเอียดดังตารางที่ 4

ผลการตรวจสอบที่สฟต. ส่งให้กรมบัญชีกลางส่วนใหญ่เสนอแนะให้กรมบัญชีกลางปรับแก้ไขจำนวนเงินที่จะทำการเบิกจ่ายให้ถูกต้องตามข้อมูลหลังการตรวจสอบ อย่างไรก็ตามพบว่า มีข้อเสนอแนะบางส่วนที่กรมบัญชีกลางไม่ได้ดำเนินการตามที่เสนอ เนื่องจากต้องพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ตามกรอบข้อตกลงที่ทำไว้กับโรงพยาบาลเอกชนและกรอบอำนาจหน้าที่ของกรมบัญชีกลาง นอกจากนี้ ผู้รับผิดชอบของกรมบัญชีกลางยังมีข้อจำกัดในการพิจารณาตีความจากรายงานผลการตรวจสอบที่ได้รับเพื่อประสานกับทางโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากไม่เข้าใจเอกสารทางการแพทย์ ทำให้การทำงานล่าช้าในขั้นตอนการแจ้งเรียกเงินคืนจากโรงพยาบาล ขณะเดียวกันยังไม่มีระบบการจัดการความขัดแย้งกรณีนี้ที่โรงพยาบาลบางแห่งยื่นอุทธรณ์เนื่องจากไม่เห็นด้วยกับข้อสรุปของทีมตรวจสอบฯ

วิจารณ์และข้อยุติ

การศึกษานี้มุ่งประเมินศักยภาพของระบบสวัสดิการโรงพยาบาลข้าราชการในการควบคุมกำกับโรงพยาบาลเอกชนภายใต้นโยบายให้ผู้มีสิทธิไปรับบริการผู้ป่วยในได้ที่โรงพยาบาลเอกชน ทั้งนี้เมื่อยึดกรอบการประเมินของ Hongoro



and Kumarayanake (2000) พบว่า การออกแบบระบบมีความรัดกุมขึ้นมากเมื่อเทียบกับในอดีตและรัดกุมกว่าของโรงพยาบาลรัฐมาก ตั้งแต่มีการกำหนดคุณสมบัติของโรงพยาบาลที่สามารถเข้าร่วมให้บริการ การจำกัดชนิดและจำนวนหัตถการ กำหนดรายละเอียดข้อมูลที่ต้องส่ง กำหนดอัตราการจ่ายและโรงพยาบาลต้องแจ้งราคาส่วนร่วมจ่ายของแต่ละหัตถการ มีระบบประมาณการณค่าใช้จ่ายและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนตัดสินใจรับบริการ มีระบบแจ้งขออนุมัติการให้บริการ และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยก็ต้องแจ้งข้อมูลการให้บริการและค่าใช้จ่าย เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อการออกแบบระบบและการนำนโยบายไปปฏิบัติ พบว่าแม้จะมี สกส. และ สฟตร. มาสนับสนุนการดำเนินงาน แต่โครงสร้างและกลไกในกรมบัญชีกลางเองยังมีข้อจำกัด คือมีนักกฎหมายรับผิดชอบหลักเพียงท่านเดียว นับเป็นอุปสรรคสำคัญในด้านศักยภาพของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ดังจะเห็นได้จากข้อขัดข้องในการนำผลการตรวจสอบไปใช้บังคับกับโรงพยาบาลเอกชน

สำหรับการตอบสนองของโรงพยาบาลเอกชน พบว่าโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการให้บริการในระบบประกันสุขภาพของรัฐอยู่แล้วมีแนวโน้มในการขยายมาให้บริการกลุ่มข้าราชการด้วย อย่างไรก็ดี ข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลที่มีการเบิกจ่ายบ่งชี้ว่าน่าจะมีการคัดเลือกหัตถการในการให้บริการ กล่าวคือโรงพยาบาลเอกชนจะคัดเลือกหัตถการที่ตนเองบริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือมีอัตราการจ่ายสูงเมื่อเทียบกับค่าบริการที่โรงพยาบาลเคยเรียกเก็บอยู่ เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยเป็นธุรกิจแสวงหากำไรเป็นหลัก นอกจากการตรวจคัดกรองเชิงรุกเพื่อหากลุ่มเป้าหมายแล้ว ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนจะเป็นผู้ป่วยที่ตามแพทย์มาจากคลินิกหรือโรงพยาบาลรัฐเป็นหลัก โดยไม่มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์ทางช่องทางสื่อสารณะของโรงพยาบาลเอกชนในเรื่องนี้

แม้ว่ากรมบัญชีกลางจะสามารถออกแบบระบบได้ค่อนข้างรัดกุม แต่ก็ไม่สามารถควบคุมคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเอกชนได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง ส่วนหนึ่งเกิดจากยังมีช่องว่างในแนวปฏิบัติที่ขึ้นกับบริบทของผู้ป่วย นอกจากนี้

ยังพบข้อผิดพลาดในข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยค่อนข้างมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความถูกต้องในการจัดกลุ่มโรคร่วมและการคำนวณค่าบริการเพื่อจ่ายเงิน อีกทั้งการขาดกลไกในการบริหารจัดการระบบการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพบริการ ทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดการร้องเรียนหรืออุทธรณ์ ทำให้ยากต่อการแก้ปัญหาและหาทางออกที่เหมาะสม ดัง ควรต้องปรับปรุงแก้ไขทั้งสองประเด็นดังกล่าวก่อนจะขยายการดำเนินโครงการในระยะต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย และคณะผู้วิจัยต้องขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. พรฎ. เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 2523, ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 9.
2. พรฎ. เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 2541, ราชกิจจานุเบกษา. หน้า 8.
3. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นวลอนันต์ ดันดีเกตุ และคณะ. การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรณีศึกษา พ.ศ. 2538. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540.
4. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุชาติ สรณสถาพร และคณะ. การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ: การบริหารการเงิน 2. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2541. หน้า 79.
5. พรฎ.เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 2553, ราชกิจจานุเบกษา หน้า 8.
6. กรมบัญชีกลาง, การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนตามระบบ DRGs, 2554.
7. World Bank. World Development Report: Investing in Health. New York: Oxford University Press; 1993.
8. Bennett S, McPake B, Mills A. Private health providers in developing countries: serving the public interest? Zed Books 1997.
9. Forsberg B, Montagu D, Sundewall J. Moving towards in-depth knowledge on the private health sector in low-and middle-income countries. Health Policy and Planning 2011;26 (suppl 1):i1.
10. Mills A, et al. What can be done about the private health sector in low-income countries. Bull World Health Organization 2002;80:

- 325-30.
11. Siddiqi S, Masud TI, Sabri B. Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean Region. *Bull World Health Organization* 2006;84:867-75.
 12. Smith E, Brugha R, Zwi A. Working with private sector providers for better health care: an introductory guide. Options Consultancy Services 2001.
 13. Bhattacharyya O, et al. Innovative health service delivery models in low and middle income countries- what can we learn from the private sector? *Health Research Policy and Systems* 2010;8:24. <http://www.health-policy-systems.com/content/8/1/24>
 14. Montagu D, et al. Systematic review: private versus public strategies for health service provision for improving health outcomes in resource-limited settings. The Global Health Group: San Francisco; 2011:60.
 15. Kumaranayake L, et al. How do countries regulate the health sector? Evidence from Tanzania and Zimbabwe. *Health Policy and Planning* 2000;15:357-67.
 16. Preker AS. Spending wisely: buying health services for the poor. New York: World Bank Publications; 2005.
 17. Preker AS, ed. Public ends, private means: strategic purchasing of health services. New York: World Bank Publications; 2007.
 18. Hongoro C, Kumaranayake L. Do they work? Regulating for-profit providers in Zimbabwe. *Health Policy and Planning* 2000; 15:368-77.