

ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในโครงการประกันสังคม

นพ.สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์*

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในโครงการประกันสังคมได้รับการพัฒนาระบบและการบริหารจัดการมาด้วยดี นับแต่เริ่มโครงการในปีพ.ศ. 2534 ด้วยอย่างก้าวที่สุขุม มุ่งมั่น มั่นคง และคำนึงถึงความจำเป็น ความสะดวก ความเป็นธรรม คุณภาพและมาตรฐานของบริการ ความพึงพอใจ และการประสานประโยชน์ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และเนื่องจากเป็นการแข่งขันในระบบเสรีที่ภาคเอกชนทุ่มเทด้านการตลาดและเครือข่ายมากเป็นพิเศษการควบคุมกำกับติดตามประเมินผล การสร้างปัจจัยและแรงจูงใจเชิงบวก การประชุมสัมมนา ร่วม และการศึกษาวิจัยต่อไปจึงนับเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ได้ระบบและรูปแบบที่ดีที่สุดเป็นตัวอย่างแก่นานาชาติสืบไป--*บรรณาธิการ*

ความนำ

สำนักงานประกันสังคมได้รับการจัดตั้งขึ้นตามกฎหมายในปีพ.ศ. 2533 โดยมีภารกิจหลักอย่างหนึ่งในการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตน ซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันไม่เนื่องมาจากการทำงาน ภายใต้เงินสมทบซึ่งถูกจัดเก็บจากผู้ประกันตนในจำนวนที่จำกัด ดังนั้น สำนักงานประกันสังคมจึงจำเป็นต้องควบคุมค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อให้กองทุนมีเสถียรภาพ และความมั่นคงเพียงพอที่จะดำเนินงานได้โดยตลอด ในขณะที่เดียวกันผู้ประกันตนเองจะต้องได้รับบริการทางการแพทย์อย่างเพียงพอและมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานเช่นเดียวกับประชาชนไทยทั่วไป ด้วยเหตุผลดังกล่าวสำนักงานประกันสังคมจึงได้กำหนดระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระบบ ดังนี้ คือ

1. ระบบเหมาจ่าย (Capitation)
2. การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มตามอัตราการใช้บริการ (Utilization Related Payment)
3. การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มกรณีโรคที่

มีค่าใช้จ่ายสูง (Additional Payment for high cost medical service)

4. กรณีอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

ระบบเหมาจ่าย (Capitation)

สำนักงานประกันสังคมได้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลโดยใช้ระบบเหมาจ่ายในอัตรา 800 บาท ต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนต่อปี (808 บาท สำหรับโรงพยาบาลเอกชน) โดยกำหนดจ่ายเป็นรายเดือน ทั้งนี้มีการใช้สูตรอย่างง่ายสำหรับวิธีคำนวณเงินค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่าย ดังนี้

1. การจ่ายเงินเบื้องต้น สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ร้อยละ 75 ของจำนวนผู้ประกันตนตามรายงานจำนวนลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล (ตารางที่ 1)

*วทบ.พบ.ว. ศัลยศาสตร์ ออโทพีดิกส์ ปรบ.

กองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในโครงการประกันสังคม

สูตรที่ใช้

$$\text{ค่าบริการทางการแพทย์ ร้อยละ 75} = N_1 \times \frac{800}{12} \times \frac{75}{100}$$

$$\text{หรือ} = N_1 \times \frac{800}{12} \times \frac{75}{100} \text{ แล้วแต่กรณี}$$

โดยกำหนดให้ N_1 = จำนวนผู้ประกันตนต้นเดือน

2. การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่เป็นจริง จริงในแต่ละเดือน โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการให้แล้วเสร็จ
สำนักงานประกันสังคม จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตาม ภายใน 3 เดือน

สูตรที่ใช้

$$\begin{aligned} \text{ค่าบริการทางการแพทย์ที่ต้องจ่ายเพิ่ม 25 \%} &= \text{ค่าบริการทางการแพทย์ 100 \%} \\ &\quad - \text{ค่าบริการทางการแพทย์ 75 \%} \end{aligned}$$

$$\text{โดยค่าบริการทางการแพทย์ 100 \%} = \frac{N_1 + N_2}{2} \times \frac{800}{12}$$

$$\text{หรือ} = \frac{N_1 + N_2}{2} \times \frac{800}{12} \text{ แล้วแต่กรณี}$$

กำหนดให้ N_1 = จำนวนผู้ประกันตนต้นเดือน

N_2 = จำนวนผู้ประกันตนปลายเดือน

$\frac{N_1 + N_2}{2}$ = จำนวนผู้ประกันตนเฉลี่ย
(ต้องการทศนิยม 1 ตำแหน่ง)

ตารางที่ 1 ค่าบริการทางการแพทย์ที่ต้องจ่ายให้สถานพยาบาลในแต่ละเดือน

เดือน	ค่าบริการทางการแพทย์ที่ต้องจ่ายให้สถานพยาบาลในแต่ละเดือน		
	100%	75%	25%
มกราคม	-	มกราคม	-
กุมภาพันธ์	-	กุมภาพันธ์	-
มีนาคม	-	มีนาคม	มกราคม
เมษายน	-	เมษายน	กุมภาพันธ์
พฤษภาคม	-	พฤษภาคม	มีนาคม
มิถุนายน	-	มิถุนายน	เมษายน
กรกฎาคม	-	กรกฎาคม	พฤษภาคม
สิงหาคม	-	สิงหาคม	มิถุนายน
กันยายน	-	กันยายน	กรกฎาคม
ตุลาคม	-	ตุลาคม	สิงหาคม
พฤศจิกายน	-	พฤศจิกายน	กันยายน
ธันวาคม	ธันวาคม	-	ตุลาคม-พฤศจิกายน

สำนักงานประกันสังคมมีนโยบายที่จะเร่งดำเนินการ เพื่อให้การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในส่วน 25% สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จเร็วขึ้น โดยคาดว่าจะในปีพ.ศ. 2540 จะสามารถจ่ายส่วน 25% ของเดือนมกราคมได้ภายในเดือนกุมภาพันธ์

การที่สำนักงานประกันสังคมมีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนของผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาลนั้น เป็นกลไกที่ก่อให้เกิด

การแข่งขันในเชิงการตลาด ซึ่งในปัจจุบันสถานพยาบาลภาครัฐบาลก็มีการแข่งขันเพิ่มมากขึ้น โดยมีการขยายเครือข่าย (Sub-contractor) เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ผู้ประกันตนสามารถเลือกใช้บริการได้สะดวกขึ้น ดังนั้นจึงพบว่าโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมและสถานพยาบาลเครือข่ายได้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (ตารางที่ 2) และผู้ประกันตนก็มีแนวโน้มที่จะเข้ารับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลเครือข่ายเพิ่มมากขึ้นด้วย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนสถานพยาบาลหลักและสถานพยาบาลเครือข่ายในโครงการประกันสังคมจำแนกตามประเภทของสถานพยาบาล

ปีพ.ศ.	สถานพยาบาลภาครัฐบาล		สถานพยาบาลภาคเอกชน		รวม	
	หลัก	เครือข่าย	หลัก	เครือข่าย	หลัก	เครือข่าย
2534	119	668	18	-	137	668
2535	118	676	27	64	145	740
2536	119	674	37	86	156	760
2537	122	1,020	55	280	177	1,300
2538	126	941	63	936	189	1,877
2539	126	1,211	72	1,629	198	2,840
2540	127	1,340	70	1,517	197	2,857

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลหลักและสถานพยาบาลเครือข่าย

ประเภทของสถานพยาบาล	ปีพ.ศ.	
	2538	2539
สถานพยาบาลหลัก	74.7%	69.8%
สถานพยาบาลเครือข่าย	25.3%	30.2%

ถึงแม้ว่าสถานพยาบาลภาครัฐบาลจะเข้าร่วมในโครงการประกันสังคมมากกว่าสถานพยาบาลของเอกชนก็ตาม พบว่า ผู้ประกันตนส่วนใหญ่ยังคงเลือกสถานพยาบาลเอกชนในการให้การดูแลสุขภาพของตนเอง (ตารางที่ 4)

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มตามอัตราการใช้บริการ (Utilization Related Payment)

สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มให้แก่สถานพยาบาลในอัตราไม่เกินหนึ่งร้อยบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนต่อหนึ่งปี ตามอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนตามหลักเกณฑ์และอัตราดังนี้

1. สถานพยาบาลจะต้องส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนในแต่ละเดือนให้กับสำนักงานประกันสังคม ภายในวันทำการสุดท้ายของเดือนถัดจากเดือนที่มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์และให้ส่งข้อมูลได้เดือนละ 1 ครั้ง โดยจะต้องมีการจัดส่งข้อมูลไม่น้อยกว่า 7 เดือนในรอบปีปฏิทิน หากสถานพยาบาลส่งข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนไม่ครบ 7 เดือน

ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในโครงการประกันสังคม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมและจำนวนผู้ประกันตนระหว่างสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน

ปีพ.ศ.	จำนวนโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม		ร้อยละของจำนวนผู้ประกันตน	
	ภาครัฐ	ภาคเอกชน	ภาครัฐ	ภาคเอกชน
2534	119 (87%)	18 (13%)	83%	17%
2535	118 (81%)	27 (19%)	62%	38%
2536	119 (76%)	37 (24%)	49%	51%
2537	122 (69%)	55 (31%)	45%	55%
2538	126 (67%)	63 (33%)	46%	54%
2539	126 (63%)	72 (37%)	40%	60%

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบการจ่ายประโยชน์ทดแทนค่าบริการทางการแพทย์และเงินสมทบเฉพาะส่วนที่เป็นค่าบริการทางการแพทย์ (หน่วย : ล้านบาท)

ปีพ.ศ.	เงินสมทบค่าบริการทางการแพทย์	การจ่ายประโยชน์ทดแทนค่าบริการทางการแพทย์	อัตราร้อยละ
2535	3,868.68	1,777.64	45.95
2536	4,887.84	2,148.76	43.96
2537	6,137.89	2,602.91	42.41
2538	7,361.41	3,076.71	41.80
2539	8,572.92	4,277.69	49.90

สำนักงานประกันสังคมจะไม่นำข้อมูลดังกล่าวไปคำนวณอัตรการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน และจะไม่จ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวให้กับสถานพยาบาล

2. อัตรการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในแต่ละเดือนคำนวณได้จากข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนของสถานพยาบาลในเดือนนั้น ทหารด้วยจำนวนผู้ประกันตนโดยเฉลี่ยของเดือนนั้น โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{อัตราเฉลี่ยการใช้บริการทางการแพทย์} = \frac{N_{11} + (N_{21} \times N_{31} \times 4.97)}{N_1}$$

โดยกำหนดให้ N_{11} = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอก

N_{21} = จำนวนผู้ป่วยใน

N_{31} = จำนวนวันเฉลี่ยของผู้ป่วยใน

i = เดือนที่ 1, 2, 3 ... 12

N_i = จำนวนผู้ประกันตนเฉลี่ยของสถานพยาบาลในแต่ละเดือน

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ประกันตนต้นเดือน} + \text{จำนวนผู้ประกันตนปลายเดือน}}{2}$$

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ ปีพ.ศ. 2537, 2538 และ 2539 มีอัตราการใช้บริการทางการแพทย์โดยเฉลี่ย ดังนี้

สถานพยาบาล	ปีพ.ศ. 2537		ปีพ.ศ. 2538		ปีพ.ศ. 2539	
	ผู้ป่วยนอก ครั้ง/คน/ปี	ผู้ป่วยใน ครั้ง/คน/ปี	ผู้ป่วยนอก ครั้ง/คน/ปี	ผู้ป่วยใน ครั้ง/คน/ปี	ผู้ป่วยนอก ครั้ง/คน/ปี	ผู้ป่วยใน ครั้ง/คน/ปี
ภาครัฐบาล	0.86	0.04	1.08	0.144	1.13	0.167
ภาคเอกชน	1.25	0.04	1.44	0.127	1.44	0.127

3. สำนักงานประกันสังคมจะนำอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่คำนวณได้ตามข้อ 2 รวบรวมไว้เพื่อคำนวณหาอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนต่อปี โดยในปีพ.ศ. 2539 สามารถคำนวณอัตราการใช้บริการทางการแพทย์แยกตามช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ ดังนี้

ตารางที่ 7 อัตราการให้บริการทางการแพทย์แยกตามช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์

ช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์	จำนวนสถานพยาบาล			คิดเป็นร้อยละ ของสถานพยาบาล ทั้งหมด
	ภาครัฐบาล (แห่ง)	ภาคเอกชน (แห่ง)	รวม (แห่ง)	
0 - 30	43	12	55	27.78
31 - 40	10	13	23	11.62
41 - 50	16	4	20	10.10
51 - 60	9	5	14	7.07
61 - 70	9	12	21	10.61
71 - 80	15	5	20	10.10
81 - 90	8	11	19	9.59
91 - 100	9	9	18	9.09
รวม	119	71	190	95.96

4. สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลซึ่งมีอัตราการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนตามสูตรที่ใช้ในการคำนวณและอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้สถานพยาบาลมีสิทธิได้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่ม โดยจ่ายให้ปีละ 1 ครั้ง ภายใน 90 วัน นับถัดจากวันสิ้นปีปฏิทิน และมีอัตราการจ่ายเพิ่ม ดังนี้

ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในโครงการประกันสังคม

เปอร์เซ็นต์โหลที่ 1 - 30	จ่ายเพิ่มให้อัตรา	30 บาท/คน/ปี
เปอร์เซ็นต์โหลที่ 31 - 40	จ่ายเพิ่มให้อัตรา	40 บาท/คน/ปี
เปอร์เซ็นต์โหลที่ 41 - 50	จ่ายเพิ่มให้อัตรา	50 บาท/คน/ปี
เปอร์เซ็นต์โหลที่ 51 - 60	จ่ายเพิ่มให้อัตรา	60 บาท/คน/ปี
เปอร์เซ็นต์โหลที่ 61 - 70	จ่ายเพิ่มให้อัตรา	70 บาท/คน/ปี
เปอร์เซ็นต์โหลที่ 71 - 80	จ่ายเพิ่มให้อัตรา	80 บาท/คน/ปี
เปอร์เซ็นต์โหลที่ 81 - 90	จ่ายเพิ่มให้อัตรา	90 บาท/คน/ปี
เปอร์เซ็นต์โหลที่ 91 - 100	จ่ายเพิ่มให้อัตรา	100 บาท/คน/ปี

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Additional Payment for high cost medical service)

สำนักงานประกันสังคมตระหนักถึงภาระของสถานพยาบาลที่จำเป็นต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นในกรณีที่ต้องให้การรักษาแก่ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยจากบางโรคซึ่งต้องการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางในการดูแลรักษา ดังนั้น สำนักงานประกันสังคมจึงได้มีการพิจารณาเพิ่มเงินเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นเหล่านี้ โดยสถานพยาบาลสามารถเบิกเงินดังกล่าวเพิ่มจากเงินเหมาจ่ายของสำนักงานประกันสังคมในกรณีที่ให้การรักษาแก่ผู้ประกันตน ดังนี้

1. กรณีไตวายที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกินหกสิบวัน
 - 1.1 การฟอกโลหิต (Hemodialysis) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละสามพันบาท
 - 1.2 การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินวันละห้าร้อยบาท
2. การให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) และหรือรังสีรักษา (Radiotherapy) ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินสามหมื่นบาทต่อรายต่อปี

3. การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery) ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินหนึ่งแสนบาทต่อราย

4. การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคภายในร่างกาย (Implantation of Prosthesis and Instrumentation) ให้เหมาจ่ายเป็นค่าวัสดุตามอัตราที่กำหนดไว้ในบัญชีประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (ตามประกาศสำนักงานประกันสังคม)

5. การผ่าตัดดมอง ให้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ดังนี้

- 5.1 ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับเยื่อหุ้มสมองหรือสมอง ยกเว้นการเจาะรูกะโหลกศีรษะ (Burr Hole Operation) ไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อราย
- 5.2 ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับเยื่อหุ้มสมองหรือสมอง และมีโรคแทรกซ้อน เช่น มีการติดเชื้อในกะโหลกศีรษะซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ ปอดอักเสบ ไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น ไม่เกินสามหมื่นบาทต่อราย
- 5.3 ได้รับการผ่าตัดถึงในเนื้อสมองและผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวนานเกินสิบห้าวันไม่เกินสามหมื่นบาทต่อราย
- 5.4 ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับหลอดเลือดในสมอง และต้องใช้อุปกรณ์พิเศษไม่เกินสามหมื่นบาท

ต่อราย

6. การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Bypass) ให้จ่ายค่าบริการพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินหนึ่งแสนบาทต่อราย

7. การรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้สายบอลลูนผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous Balloon Valvuloplasty) ให้จ่ายค่าบริการพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินสองหมื่นบาทต่อราย

8. ค่ายาในการรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากติดเชื้อราคริปโตคอคคัส (Cryptococcal Meningitis) ให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินหนึ่งหมื่นห้าพันบาทต่อราย

9. การรักษาผู้ประกันตนที่เจ็บป่วย และต้องให้การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใช้อบอลลูน (Balloon) หรือการแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจด้วยหัวกรอ ให้จ่ายค่าบริการพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินครั้งละสามหมื่นบาท และให้มีสิทธิได้รับไม่เกินสองครั้ง

10. สำหรับการทำหมัน ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ดังนี้

10.1 กรณีการทำหมันชาย ไม่เกินห้าร้อยบาทต่อราย

10.2 กรณีการทำหมันหญิง ไม่เกินหนึ่งพันบาทต่อราย

กรณีอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ในกรณีที่ผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน และไม่สามารถไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลที่สำนักงานฯ กำหนด ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลอื่นๆ ได้ทุกแห่ง โดยสำนักงานฯ จะจ่ายค่าบริการพยาบาลที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง นับแต่เข้ารับการรักษา (ไม่นับรวมวันหยุด) ตามอัตราดังนี้

1. ประเภทผู้ป่วยนอก ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง

1.1 จ่ายเป็นค่าบริการพยาบาลตามความจำเป็นไม่เกินครั้งละ 200 บาท

1.2 ในกรณีมีการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ เอ็กซเรย์ จ่ายเพิ่มให้อีกตามความจำเป็นไม่เกินครั้งละ 150 บาท

1.3 ในกรณีมีการรักษาด้วยหัตถการจากแพทย์ เช่น ทำแผล เย็บแผล จ่ายเพิ่มให้อีกตามความจำเป็นไม่เกินครั้งละ 150 บาท

2. ประเภทผู้ป่วยใน ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง

2.1 จ่ายเป็นค่าบริการพยาบาลจริงตามความจำเป็นไม่เกินวันละ 1,200 บาท

2.2 ในกรณีมีการผ่าตัดใหญ่ไม่เกิน 2 ชั่วโมง จ่ายเป็นค่าผ่าตัดตามความเป็นจริงไม่เกิน 6,000 บาท/ครั้ง

2.3 ในกรณีมีการผ่าตัดใหญ่เกิน 2 ชั่วโมง จ่ายเป็นค่าผ่าตัดตามความเป็นจริงไม่เกิน 10,000 บาท/ครั้ง

2.4 จ่ายเป็นค่าห้องและอาหารตามความเป็นจริงไม่เกินวันละ 700 บาท หรือในกรณีมีความจำเป็นต้องพักรักษาในห้อง ICU จ่ายให้ตามความเป็นจริงไม่เกินวันละ 2,000 บาท

3. ในกรณีมีการตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง ได้แก่ CT Scan หรือ MRI ซึ่งตรงตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ให้จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกิน 4,000 บาท/ครั้ง

4. ในกรณีมีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยไปตรวจวินิจฉัย หรือรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่นภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง สามารถเบิกค่าพาหนะในอัตราดังนี้:-

4.1 ภายในเขตจังหวัดเดียวกัน สำหรับค่าบริการพยาบาลให้จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกิน 500 บาท/ครั้ง และ 300 บาท/ครั้ง สำหรับรถยนต์รับจ้างหรือส่วนบุคคล

4.2 ในกรณีข้ามเขตจังหวัด ให้จ่ายเพิ่มจาก 4.1 อีกตามระยะทางที่เพิ่ม กิโลเมตรละ 90

สตางค์ (ตามระยะทางกรมทางหลวง)

5. เมื่อผู้ประกันตนเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลใดแล้วให้รีบแจ้งสถานพยาบาลที่ตนเองเป็นสมาชิกเพื่อดูแลรักษาพยาบาลต่อไป หรือในกรณีมีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนเรื่องเจ็บป่วยแต่สำนักงานประกันสังคมยังไม่ได้ออกบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ให้แจ้งสำนักงานประกันสังคมในท้องที่ เพื่อจัดสถานพยาบาลให้ต่อไป

บทวิเคราะห์

ผลกระทบจากการใช้ระบบเหมาจ่าย

1. การควบคุมปริมาณงานและอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่

สำนักงานประกันสังคมสามารถลดปริมาณงานและอัตราค่าจ้างลงได้อย่างมาก เนื่องจากไม่ต้องตรวจสอบเอกสารการเบิกจ่ายบริการทางการแพทย์ในแต่ละครั้งจากประมาณการตามสถิติการใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชนไทยทั่วไปเฉลี่ยคนละ 2-3 ครั้งต่อปี สำนักงานประกันสังคมจะมีอัตราการเบิกจ่ายบริการทางการแพทย์ปีละ 10 - 15 ล้านครั้ง หรือเดือนละประมาณ 1 ล้านครั้ง ซึ่งจะต้องใช้เจ้าหน้าที่ในการตรวจสอบเอกสารเป็นจำนวนมาก จึงแทบเป็นไปได้เลยในอัตราค่าจ้างคนที่มีอยู่ในขณะนี้ แต่ด้วยระบบเหมาจ่ายร่วมกับระบบคอมพิวเตอร์ที่ดีจึงทำให้การคำนวณค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลเป็นไปได้โดยสะดวกและใช้กำลังเจ้าหน้าที่ในการตรวจสอบความถูกต้องเพิ่มเติมเพียงจำนวนหนึ่งเท่านั้น อย่างไรก็ตามในระบบเหมาจ่ายนี้จำเป็นต้องให้ผู้ประกันตนเลือกเป็นสมาชิกของสถานพยาบาลใดก็ได้ 1 แห่ง ในการดำเนินการจัดสถานพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตนต้องมีการตรวจสอบสิทธิของผู้ประกันตนแต่ละคนก่อน ซึ่งเป็นเรื่องที่ยุ่งยากไม่น้อย โดยเฉพาะในปัจจุบันที่การจัดเก็บข้อมูลผู้ประกันตนยังไม่สมบูรณ์ครบถ้วน แต่เชื่อว่าความยุ่งยากเหล่านี้จะค่อยลดน้อยลงไปตามลำดับเมื่อมีการปรับปรุงระบบจัดเก็บข้อมูลที่ดีขึ้น

2. การควบคุมค่าบริการทางการแพทย์

อาจกล่าวได้ว่าความสำเร็จของระบบประกันสังคมในประเทศไทยที่ถือเป็นต้นแบบให้แก่นานาชาติที่กำลังประสบปัญหาทางการเงินที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีแนวโน้มว่าจะไม่สามารถควบคุมการประกันสุขภาพได้ ทำให้เกิดความหวังใหม่ขึ้นมาคือ การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในระบบเหมาจ่ายตามแบบฉบับของประเทศไทย เนื่องจากเป็นวิธีหนึ่งที่จะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในด้านนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากตารางที่ 5 จะเห็นได้ว่าสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์มิได้เปลี่ยนแปลงสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ที่กำลังประสบอยู่

3. การควบคุมมาตรฐานและคุณภาพสถานพยาบาลและการรักษาพยาบาล

ถึงแม้ระบบเหมาจ่ายจะมีผลดีอยู่มาก แต่จุดอ่อนที่อาจก่อให้เกิดปัญหาได้บ่อยที่สุด คือ ความเข้มงวดในการควบคุมค่าใช้จ่ายของการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล ทั้งนี้ เนื่องจากสถานพยาบาลมีรายได้ค่อนข้างแน่นอนตามจำนวนสมาชิกของตน แต่จะมีรายจ่ายมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์แก่สมาชิกของตน จริงอยู่ที่สถานพยาบาลพยายามบริหารจัดการด้านการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงสุด เช่น บริหารกระบวนการจัดซื้อยาที่มีคุณภาพสูงในราคาที่ต่ำที่สุดเท่าที่จะทำได้ การส่งจ่ายยาเท่าที่จำเป็นทั้งปริมาณและชนิดของยา การเจรจาต่อรองค่าบริการของแพทย์และพยาบาลให้ลดต่ำลง เป็นต้น แต่หากผู้ประกันตนมารับบริการมากหรือต้องรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง รายจ่ายของสถานพยาบาลนั้นก็จะต้องสูงตามไปด้วย ดังนั้น สถานพยาบาลบางแห่งจึงอาจหลีกเลี่ยงมิให้ผู้ประกันตนมาใช้บริการบ่อยเกินไป เช่น มิได้มีการนัดหมายติดตามโรคหรือให้คำแนะนำเท่าที่ควร หรืออาจผิดผ่อนการรักษาพยาบาลโรคบางประเภทที่มีค่าใช้จ่ายสูงจนล่วงเลยระยะเวลาของการเป็นสมาชิกสถานพยาบาลของตน ซึ่งเสมือนเป็นการผลักภาระให้แก่สถานพยาบาลอื่นในปีต่อไป

การป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้นจึงจำเป็นต้องอาศัยระบบการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพสถานพยาบาลและการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสำนักงานฯ ได้

วางมาตรฐานควบคุมไว้หลายประการดังนี้

- 1) กำหนดเกณฑ์มาตรฐานของสถานพยาบาลและการรักษาพยาบาล
- 2) ตรวจสอบรองสถานพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานก่อนเข้าสู่ระบบประกันสังคม
- 3) การตรวจสอบคุณภาพของสถานพยาบาลในระบบประกันสังคมเป็นระยะๆ เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ประกันตนว่า สถานพยาบาลในระบบยังสามารถดำรงมาตรฐานที่ดีไว้ได้ตลอดเวลา
- 4) เพิ่มช่องทางให้ผู้ประกันตนสามารถตรวจสอบหรือสอบถามการรักษาที่ตนได้รับหรือร้องเรียนเมื่อไม่ได้รับความสะดวก และความพึงพอใจได้โดยง่าย เช่น การจัดทำมีโทรศัพท์สายด่วน การจัดแพทย์หรือพยาบาลให้คำปรึกษาแนะนำหรือตรวจสอบข้อร้องเรียนอย่างรวดเร็ว
- 5) จัดมาตรการลงโทษสถานพยาบาลที่ให้บริการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างเข้มงวด

ผลกระทบจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมนอกเหนือจากระบบเหมาจ่าย

ตามที่กล่าวมาแล้วว่าในระบบเหมาจ่ายมักมีจุดอ่อนในด้านควบคุมคุณภาพและมาตรฐานสถานพยาบาลหรือการรักษาพยาบาล จนต้องวางมาตรการตรวจสอบหลายประการ ซึ่งมาตรการดังกล่าวเป็นลักษณะเชิงลบแทบทั้งสิ้น ทำให้ไม่ได้ผลเท่าที่ควร ดังนั้น สำนักงานประกันสังคมจึงได้กำหนดมาตรการในเชิงบวก โดยอาศัยการเสริมแรงจูงใจทางการเงินเข้าไปด้วย ได้แก่

- 1) การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นตามอัตราการใช้บริการ (Utilization Related Payment)
- 2) การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นสำหรับกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Additional Payment for high cost medical service)

การใช้มาตรการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมตามอัตราการใช้บริการเป็นการเสริมให้สถานพยาบาลได้รับความเป็นธรรมมากขึ้น เพราะสถานพยาบาลที่ให้บริการมากครั้งย่อมมีอัตราการให้บริการค่อนข้างสูงและมีค่าใช้จ่าย

มาก จึงสมควรจะได้รับเงินสูงกว่า มาตรการนี้จะช่วยให้สถานพยาบาลมีความรู้สึกที่ดีที่จะต้อนรับผู้ประกันตนมากขึ้น รวมทั้งมีแรงจูงใจที่จะให้คำแนะนำและนัดหมายติดตามโรคมากขึ้นด้วย ดังจะเห็นได้จากอัตราการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนภายหลังจากการใช้มาตรการดังกล่าวในปีพ.ศ. 2538 และพ.ศ. 2539 ซึ่งได้เพิ่มสูงขึ้นกว่าปีพ.ศ. 2537 อย่างมีนัยสำคัญ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 6

สำหรับการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นในกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ถึงแม้จะเป็นการเพิ่มโอกาสให้แก่ผู้ประกันตน แต่ก็ต้องเป็นการรักษาพยาบาลตามบัญชีที่ประกาศไว้เท่านั้น ซึ่งหลายครั้งการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ในบัญชีที่ประกาศก็มีค่าใช้จ่ายสูง จนเป็นปัญหาแก่ทั้งสถานพยาบาลและผู้ประกันตน โดยสำนักงานประกันสังคมไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ ดังนั้น ในระบบการเหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นสำหรับในกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงจึงยังมีความจำเป็นที่จะต้องหาวิธีจัดการใหม่ๆ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถครอบคลุมผู้ประกันตนที่จำเป็นได้ครบถ้วนสมตามเจตนารมณ์

ผลกระทบจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ

เหตุผลที่กำหนดระบบนี้ขึ้นมาก็เพื่อให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตนที่เกิดเจ็บป่วยอย่างฉุกเฉินให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ณ สถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุดในทุกโอกาส โดยไม่ต้องกังวลถึงค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น แต่ถึงแม้สำนักงานประกันสังคมจะกำหนดอัตราในการเบิกจ่ายและปรับปรุงให้เหมาะสมเป็นระยะๆ แล้วก็ตาม ผู้ประกันตนบางรายก็ยังมีภาระต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าอัตราที่กำหนดไว้ จนมีการร้องเรียนมาเป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม สำนักงานประกันสังคมก็ยังจำเป็นต้องกำหนดอัตราการใช้บริการเบิกจ่าย ซึ่งไม่ว่าจะกำหนดเพิ่มขึ้นเท่าใดก็คงจะยังมีปัญหาเกิดขึ้นอีกหากยังคงใช้วิธีการเช่นเดิม ดังนั้น สำนักงานประกันสังคมจึงจำเป็นต้องศึกษาหาวิธีการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพใหม่ๆ มาทดแทน

สรุป

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของประกันสังคมไทยโดยใช้ระบบเหมาจ่ายเป็นหลักตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในปีพ.ศ. 2534 ได้แสดงให้เห็นถึงข้อดีหลายประการ เช่น การลดปริมาณงานและอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่ สามารถควบคุมค่าบริการทางการแพทย์จนกองทุนประกันสังคมมีเสถียรภาพมั่นคงเป็นที่ยอมรับของนานาประเทศ และเป็นจุดหักเหให้สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนภายในประเทศได้ตระหนักถึงการบริหารจัดการด้านการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีจุดอ่อนอยู่บ้าง เช่น ความไม่สะดวกและมีเสถียรภาพในการใช้บริการหรือเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาลได้เช่นเดิมของผู้ประกันตน เนื่องจากต้องเลือกเป็นสมาชิกของสถานพยาบาลหลักแห่งใดแห่งหนึ่งและสามารถเปลี่ยนแปลงการเลือกสถานพยาบาลได้เพียงปีละครั้ง นอกจากนี้การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ด้วยระบบเหมาจ่ายยังต้องอาศัยมาตรการตรวจสอบที่เข้มงวด

เพื่อควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานของสถานพยาบาลและการรักษาพยาบาล ซึ่งสำนักงานประกันสังคมได้เริ่มดำเนินการอย่างจริงจังมากขึ้นเรื่อยๆ พร้อมกับมาตรการสร้างแรงจูงใจโดยอาศัยกลไกทางการตลาดและการเงินเพื่อให้ผู้ประกันตนได้การบริการที่ดีมีคุณภาพและสร้างความพึงพอใจมากขึ้นนับว่าเป็นย่างก้าวที่สำคัญและเดินไปตามแนวทางที่ถูกต้อง แต่ยังมีปัญหาอีกหลายประการที่รอการศึกษาวิจัยเพื่อนำมาแก้ไขและพัฒนางานประกันสังคมให้เจริญรุดหน้ายิ่งขึ้น ซึ่งกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพในฐานะหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลและควบคุมระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของประกันสังคมได้จัดเตรียมแผนการศึกษาวิจัยเพื่อปรับปรุงทั้งระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์และระบบบริการทางการแพทย์ในอนาคตไว้เรียบร้อยแล้ว เชื่อว่าเมื่อผลการศึกษาวิจัยทยอยออกมาคงจะเป็นประโยชน์แก่งานประกันสังคมต่อไป



คมคำ ♦ ความคิด

“ธรรมชาติมนุษย์ไม่ใช่เครื่องจักรกลที่จะสร้างกันขึ้นมาให้ตรงตามต้นแบบอย่างหนึ่ง แล้วก็กำหนดให้ทำงานไปตามที่ถูกลังเอาไว้ แต่ (ธรรมชาติมนุษย์) เป็นเสมือนต้นไม้ที่จะต้องเติบโตและพัฒนาตนเองในทุกๆ ด้าน ตามความโน้มเอียงของพลังภายใน ซึ่งทำให้ธรรมชาติมนุษย์เป็นสิ่งที่มีชีวิต”

➡ จอห์น สจ๊วต มิลล์ “On Liberty and Considerations on Representative Government”

ศ.เสน่ห์ จามริก-แปล