

การอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในระดับ โรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย

บวรสม ลิระพันธ์*
ภัททา เกิดเรือง†

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ในการตอบสนองของผู้บริหาร โรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยต่อความแตกต่างของนโยบายการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของแต่ละกองทุนสุขภาพ และเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพของโรงพยาบาลในบริบทของประเทศไทย

ระเบียบวิธีศึกษา: การศึกษาชิ้นนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงผสมผสาน โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นกระบวนการหลักในการสังเคราะห์แนวคิด เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้บริหาร โรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐจำนวน 3 แห่ง รวม 30 คน โดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นกระบวนการเสริม ใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่ใช้ในการบริหารโรงพยาบาล ได้แก่ ต้นทุนหน่วยบริการ ราคาเรียกเก็บ และราคาที่ได้รับจากการเบิกจ่ายของแต่ละกองทุนสุขภาพ

ผลการศึกษา: การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพทำให้ค้นพบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการรับรู้แนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพที่แตกต่างกัน 2) อุปสรรคในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพ 3) อุปสรรคในการบริหารการเงินของโรงพยาบาลส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากข้อจำกัดภายในขององค์กร และ 4) ผู้บริหารโรงพยาบาลตอบสนองต่อนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพด้วยมาตรการในหลายระดับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณแสดงความแตกต่างของต้นทุนในการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยของกองทุนสุขภาพต่างๆ และพบความแตกต่างอย่างมีแบบแผนของกำไรหรือขาดทุนจากการจัดบริการให้ผู้ป่วยของแต่ละกองทุน แต่ไม่พบหลักฐานว่า โรงพยาบาลโยกย้ายต้นทุนโดยการตั้งราคาค่ารักษาพยาบาลสำหรับกลุ่มผู้ป่วยจ่ายเงินเองให้สูงขึ้นเพื่อชดเชยการขาดทุน

การอภิปราย: แม้ว่าผู้วิจัยไม่พบหลักฐานเชิงปริมาณของการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลที่ชัดเจน แต่ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลมีการตัดสินใจซึ่งเกี่ยวข้องกับแนวคิดการอุดหนุนข้ามอย่างน้อย 3 รูปแบบ ได้แก่ ไม่มีการจัดทำนโยบายหรือการจัดการเพื่อทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนภายในโรงพยาบาล มีการบริหารจัดการภายในเพื่อลดผลกระทบทางการเงินขององค์กร และมีการเจรจาต่อรองกับกองทุนสุขภาพเพื่อให้ได้อัตราการเบิกจ่ายที่เป็นธรรม ดังนั้นผู้กำหนดนโยบายควรปรับนโยบายการเบิกจ่ายให้เพียงพอต่อต้นทุนการจัดบริการ และประเมินนโยบายการคลังสุขภาพโดยพิจารณาผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยของกองทุนสุขภาพนั้นๆ และผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ในโรงพยาบาลด้วย รวมทั้งการศึกษาเรื่องการอุดหนุนข้ามกองทุนในอนาคตควรใช้ข้อมูลแบบอนุกรมเวลา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับเปลี่ยนนโยบายการเบิกจ่ายและการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การคลังสุขภาพ การอุดหนุนข้าม การโยกย้ายต้นทุน การวิจัยเชิงผสมผสาน

*คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

†คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



Abstract

Cross-subsidization of Healthcare Financing at the Hospital Level: Case Studies of Selected Public Hospitals in Thailand**Borwornsom Leerapan*, Phatta Kirdruang†**

*Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, †Faculty of Economics, Thammasat University

Objective: This empirical study investigates hospital's incentives in responding to the difference in reimbursement policies. Specifically, it seeks to identify and analyze possible cross-subsidization across health schemes within the public hospitals in Thailand.

Methods: This observational study employed a mixed-methods research design. Qualitative contents were collected from focus-group interviews of 30 hospital administrators in three selected public hospitals, and content analysis was primarily used to synthesize a mental model of how hospital administrators making decisions related to the concept of cross-subsidization. Quantitative data analysis was used to compliment the qualitative contents on the issues of unit-cost difference, difference between charge and cost, and difference between reimbursement and cost across health schemes.

Results: Content analysis reveals four emerging themes. First, the concept of cross-subsidization is perceived differently among hospital administrators. Second, payment policies create obstacles to hospitals' financial management. Third, organizational factors also create obstacles to hospitals' financial management. Lastly, hospitals respond to payment policies of health schemes by various measures. These findings are supported by quantitative results, which suggest the unit costs and the differences between reimbursement and cost vary across health schemes after controlled for other patient characteristics. Nonetheless, no evidence suggests that hospitals cost-shift by increasing prices charged to out-of-pocket payment patients to compensate for the loss.

Discussions: Despite no strong evidence of cross-subsidization, we found three patterns of decision-making of hospital administrators related to cross-subsidization, including implementing no management practices for cross-subsidy, initiating organizational practices to reduce negative financial impacts, and attempting to negotiate with health schemes on a fair reimbursement rate. Hence, policymakers should adjust financing policies to adequately pay for health services provided. When evaluating the impact of any payment policies, policymakers should consider not only an impact to patients of any particular health scheme, but also an impact to other patients groups within the hospitals. Future studies should utilize time-series data to determine a causal relationship between payment policies and cross-subsidization at the hospital level.

Keywords: healthcare financing, cross-subsidization, cost shifting, mixed-methods research

ภูมิหลังและเหตุผล

การจัดการด้านการคลังสุขภาพเป็นหนึ่งในองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะระบบสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งมีการจัดการด้านการคลังสุขภาพผ่านกองทุนสุขภาพจำนวนหลายกองทุน ดังนั้น ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการของโรงพยาบาลต่อนโยบายของกองทุนสุขภาพเหล่านี้ จึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนานโยบายการคลังสุขภาพในระดับมหภาค ในปัจจุบันกองทุนสุขภาพของภาครัฐทั้งหมด 3 ระบบหลัก ซึ่งครอบคลุมสิทธิด้านการบริการสุขภาพของประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทย ได้แก่ ประชากรประมาณร้อยละ 75 อยู่ภายใต้ระบบหลัก

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage Scheme, UCS) ประมาณร้อยละ 13 อยู่ในระบบประกันสังคม (Social Security Scheme, SSS) และประมาณร้อยละ 10 เป็นผู้ได้รับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS)⁽¹⁾ และนอกจากนั้น ยังคงมีกลุ่มประชากรที่สละสิทธิ์ดังกล่าวและตัดสินใจจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพด้วยตนเอง (out-of-pocket payment, OPP) เมื่อไปรับบริการจากสถานบริการสุขภาพของทั้งภาครัฐและเอกชน

ในอดีตที่ผ่านมา ผู้ทำการศึกษาลงทุนจากการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายด้านคลังสุขภาพมักจำกัดการศึกษา

วิจัยอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงภายในกองทุนสุขภาพแต่ละระบบ หรือแต่ละกองทุน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโรงพยาบาลไม่ได้จำกัดการบริการเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงนโยบายการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือการสร้างแรงจูงใจทางการเงินของกองทุนสุขภาพหนึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางบวกและทางลบต่อการตอบสนองการจัดการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบว่า การอธิบายปรากฏการณ์การตอบสนองของผู้ให้บริการสุขภาพต่อนโยบายการคลังสุขภาพที่แตกต่างกันของกองทุนสุขภาพต่างๆ ตั้งอยู่บนแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์เรื่อง “การอุดหนุนข้าม” (cross-subsidization) ซึ่งหมายถึง ปรากฏการณ์ซึ่งผู้ผลิตที่ผลิตสินค้าหรือบริการมากกว่าหนึ่งประเภท นำเอากำไรจากการขายสินค้ากลุ่มที่ได้กำไรไปอุดหนุนหรือชดเชยกับการขาดทุนจากการขายสินค้าอีกกลุ่มหนึ่ง^(2,3) แนวคิดนี้ถูกปรับมาใช้ในบริบทของเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เรียกว่า “การโยกย้ายต้นทุน” (cost-shifting) ซึ่งหมายถึง การที่ผู้ให้บริการสุขภาพกำหนดราคาให้ผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งต้องจ่ายในราคาที่สูงกว่าเพื่อชดเชยกับการที่ผู้ให้บริการไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งได้เต็มจำนวน⁽⁴⁾ แนวคิดดังกล่าวได้รับการศึกษาและพัฒนาในระบบประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา^(2,3,5-8) ซึ่งโรงพยาบาลมีอำนาจตลาดเหนือผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น โรงพยาบาลสามารถตั้งราคาค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นได้ในกรณีผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพเอกชน ซึ่งแตกต่างจากบริบทของประเทศไทย ซึ่งรายรับของโรงพยาบาลรัฐถูกกำหนดด้วยนโยบายการเบิกจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบหลัก ทำให้โรงพยาบาลรัฐในประเทศไทยไม่สามารถตั้งราคาค่ารักษาพยาบาลได้เองอย่างอิสระ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องพัฒนากรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยประเด็นดังกล่าวขึ้นมาใหม่ให้สอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพของประเทศไทย

การวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นเพื่อสำรวจหาข้อมูล (exploratory research) เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ในการตอบสนองของโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทยต่อแรงจูงใจ

ทางการเงินที่เกิดจากความแตกต่างของนโยบายการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของกองทุนสุขภาพเหล่านั้น โดยใช้กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย มุ่งเน้นการทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลภายในบริบทระบบสุขภาพของประเทศไทย และทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลจากมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาล รวมทั้งหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์แนวคิดและทัศนคติของผู้บริหารโรงพยาบาล ข้อมูลด้านการเงินและข้อมูลจากการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในระดับผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาล โดยใช้กรณีศึกษาโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่จำนวน 3 แห่งในประเทศไทย ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์หลักของการศึกษาชิ้นนี้ 2 ประการ ได้แก่

1) อธิบายความจำเป็นหรือแรงจูงใจ (motivations) ของผู้บริหารโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะนำไปสู่การจัดการภายในองค์กรที่ทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล ทั้งแรงจูงใจทางการเงินและแรงจูงใจด้านอื่นๆ (financial and non-financial incentives) ซึ่งอาจรวมทั้งปัจจัยระดับมหภาค เช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบายของกองทุนสุขภาพทั้ง 3 ระบบ และปัจจัยระดับจุลภาค เช่น ภาวะทางการเงินขององค์กร รูปแบบการจัดการ วัฒนธรรมองค์กร และวัฒนธรรมวิชาชีพ

2) ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในโรงพยาบาล เช่น ความแตกต่างของต้นทุน (cost difference) ในการให้บริการสุขภาพประเภทเดียวกันแก่ผู้ป่วยของกองทุนสุขภาพต่างๆ และภาวะกำไรหรือขาดทุนของโรงพยาบาล (profit/loss, excess of revenues over expenses) ที่เกิดจากการจัดการบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยของแต่ละกองทุนสุขภาพ

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาชิ้นนี้ใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research design) ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้



การศึกษารูปแบบ concurrent embedded research design^(9,10) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลักเพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลัก (themes) ที่เกี่ยวกับแนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ และสังเคราะห์เป็นทฤษฎีหรือแนวคิดที่ใช้อธิบายการตัดสินใจของผู้บริหารของโรงพยาบาลของรัฐในการตอบสนองต่อนโยบายการคลังของกองทุนสุขภาพ ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพและเสริมด้วยการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ต้นทุนหน่วยบริการ ราคาเรียกเก็บ และราคาที่ได้รับจากการเบิกจ่ายของแต่ละกองทุนสุขภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ใช้ในการศึกษานี้ได้มาจากโรงพยาบาลรัฐ 3 แห่งในประเทศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,000 เตียงและ 1,134 เตียงในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ขนาด 1,378 เตียงของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งทำหน้าที่ด้านการบริหารโรงพยาบาลดังกล่าวรวมทั้งหมด 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) และการสัมภาษณ์กลุ่ม (focus-group interview) ถอดเป็นคำบันทึกเสียง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ATLAS.ti version 7⁽¹¹⁾ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพแบบ “constructivist grounded theory”⁽¹²⁾ ซึ่งใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งไม่เพียงแต่มุ่งเน้นการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น แต่มุ่งสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาสร้างเป็นทฤษฎีใหม่ เพื่อใช้ในการอธิบายการกระทำของผู้มีส่วนร่วม (participants) ในปรากฏการณ์ (phenomenon) หรือกระบวนการ (process) ซึ่งยังไม่มีทฤษฎีใดที่มีอยู่ในปัจจุบันสามารถอธิบายได้อย่างเหมาะสมเป็นที่น่าพอใจ กระบวนการพัฒนาทฤษฎีดังกล่าวไม่ได้ตั้งต้นจากสิ่งที่มีอยู่แต่เดิม แต่มีพื้นฐาน (grounded) มาจาก “ข้อมูล” จากมุมมองของผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการนั้นๆ จำนวนหลายๆ คน⁽¹³⁾

ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 2 แห่งข้างต้น ซึ่งประกอบไปด้วยต้นทุนหน่วยบริการ (unit cost) ราคาเรียกเก็บ (charge)

ราคาที่ได้รับจากการเบิกจ่ายจริง (reimbursement) กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis-related groups, DRGs) สิทธิการรักษาพยาบาล และข้อมูลด้านลักษณะประชากรของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้รับข้อมูลต้นทุนของหน่วยบริการซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ที่ได้มาจากการศึกษาต้นทุนของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งที่เป็นกรณีศึกษา ซึ่งโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งได้คำนวณหาต้นทุนต่อหน่วยบริการด้วยวิธี “micro-costing with a cost-to-charge ratio” เพื่อใช้คำนวณปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยใช้ข้อมูลในการให้บริการสุขภาพเมื่อผู้ป่วยมาติดต่อในแต่ละครั้ง (cost per visit) เป็นหน่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ โดยการศึกษาดังกล่าวเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับของผู้ป่วย (patient-level) และเป็นวิธีมาตรฐานซึ่งได้รับการแนะนำให้ใช้ในโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย⁽¹⁴⁾

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรม Stata 12.0⁽¹⁵⁾ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและเศรษฐมิติ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อหาความแตกต่างของต้นทุนของการให้บริการผู้ป่วยแต่ละกองทุนสุขภาพ (cost difference) และการวิเคราะห์สมการถดถอย (regression analysis) เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบจากการมีสิทธิรักษาพยาบาลที่ต่างกัน โดยมีตัวแปรควบคุม คือ กลุ่มโรคหลัก อายุ เพศ และจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างกองทุนสุขภาพ 3) วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างกองทุน โดยพิจารณาแยกตามกลุ่มโรคหลัก และแยกตามกลุ่มอายุ และ 4) วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาหาแนวโน้มการโยกย้ายต้นทุนข้ามกองทุนสุขภาพ (cost-shifting) โดยเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของส่วนต่างระหว่างเงินเรียกเก็บและต้นทุนการให้บริการกลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง (OPP) กับส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)

ทั้งนี้ นักวิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณมาเปรียบเทียบกัน

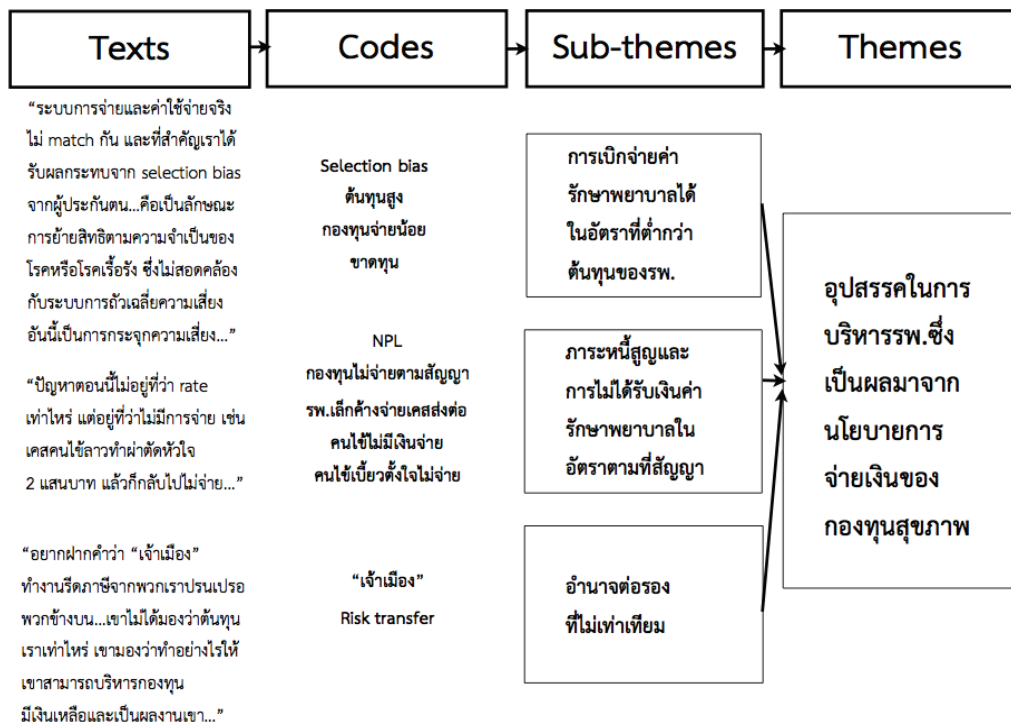
เป็นการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เพื่อให้มีความครอบคลุมครบถ้วน (comprehensiveness)

ผลการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาวิจัยชิ้นนี้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลในบริบทของโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย ดังนั้น นักวิจัยจึงจำเป็นต้องพิจารณาแนวคิดเรื่องความจำเป็นหรือแรงจูงใจ (motivations) ของผู้บริหารโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะนำไปสู่การจัดการภายในองค์กรที่ทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล ทั้งแรงจูงใจทางการเงินและแรงจูงใจด้านอื่นๆ (financial and non-financial incentives) ซึ่งอาจรวมทั้งปัจจัยภายนอกองค์กร เช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบายของกองทุนสุขภาพทั้ง 3 ระบบ หรือการเปลี่ยนแปลงกลไกการจ่ายเงินให้โรงพยาบาล (changes of healthcare financing policies) และปัจจัยลักษณะเฉพาะภายในองค์กร (organizational characteristics) เช่น ภาระทางการเงินขององค์กร รูปแบบการจัดการ วัฒนธรรมองค์กร

และวัฒนธรรมวิชาชีพ และพยายามเชื่อมโยงแนวคิดดังกล่าวกับหลักฐานเชิงประจักษ์ของการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลัก (themes) และเสริมด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลพบว่า สามารถสังเคราะห์ได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความเข้าใจที่หลากหลายเกี่ยวกับแนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ 2) นโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพสร้างอุปสรรคในการบริหารการเงินของโรงพยาบาล 3) ข้อจำกัดภายในขององค์กรเองสร้างอุปสรรคในการบริหารการเงินของโรงพยาบาล และ 4) ผู้บริหารโรงพยาบาลมีการตอบสนองต่อนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้ กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อสังเคราะห์ประเด็นย่อย (sub-themes) และประเด็นหลัก (themes) จากข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงไว้ในรูปที่ 1



รูปที่ 1 กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากข้อความสู่การตีความข้อมูลและการให้ความหมายของประเด็นย่อยและประเด็นหลัก



ประเด็นที่ 1 ความเข้าใจและทัศนคติที่หลากหลายเกี่ยวกับแนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเปิดเผยให้เห็นถึงประเด็นความเข้าใจที่ยังไม่ชัดเจน และความเข้าใจที่ไม่ตรงกันของผู้บริหารโรงพยาบาลในเรื่องแนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล ผู้บริหารบางท่านมีการรับรู้ (perception) แนวคิดดังกล่าว โดยมองว่าเป็นเรื่องปกติที่โรงพยาบาลต้องหารายได้จากทุกแหล่งทุนเพื่อความอยู่รอดทางการเงิน รวมทั้งการหารายได้จากค่าบริการผู้ป่วยของกองทุนสุขภาพที่ได้กำไรมากกว่าเพื่อช่วยเหลือรายได้จากการบริการผู้ป่วยของกองทุนสุขภาพที่ได้กำไรน้อยกว่าหรือขาดทุน บางครั้งมองเป็นเรื่อง “โรบินฮู้ด” หรือการปล้นคนรวยช่วยเหลือนคนจน ผู้บริหารบางท่านยังชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนถึงการนำแหล่งทุนอื่นๆ เช่น เงินบริจาคจากสาธารณะเพื่อเข้ามาอุดหนุนการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้บริหารบางท่านมองแนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลว่าเป็นเรื่องไม่เหมาะสมและไม่ได้เกิดขึ้นจริงหรืออย่างน้อยก็ไม่ได้เกิดขึ้นด้วยความตั้งใจของผู้บริหาร เพราะโรงพยาบาลรัฐมีหน้าที่บริการผู้ป่วยเป็นหน้าที่หลัก จึงไม่ควรวางแผนจัดบริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยของบางกองทุนสุขภาพหรือมุ่งเน้นเฉพาะผู้ป่วยบางประเภทเพียงเพราะให้ผลตอบแทนทางการเงินที่ดีกว่าเท่านั้น

“คำพูดเรื่อง “โรบินฮู้ด” มันเป็นเรื่อง sensitive อยากฝากไว้...แต่ภาพรวมเป็นการดูแล [รักษาพยาบาล] และเราไม่ได้ focus [ในเรื่องการเงิน] แต่ในภาพรวมคนในองค์กร ประชาชน ผู้ให้บริการ ก็ไปได้ ในส่วนของรายได้ มันมี margin อยู่ในกลุ่มที่เป็น fee-for-service แต่ในขณะที่เดียวกัน โรงพยาบาลไม่ได้วิ่งไปเพื่อไปหา margin โรงพยาบาลวิ่งไป เพื่อให้ total cost ลดลง ในการควบคุมกำกับการใช้ยา”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

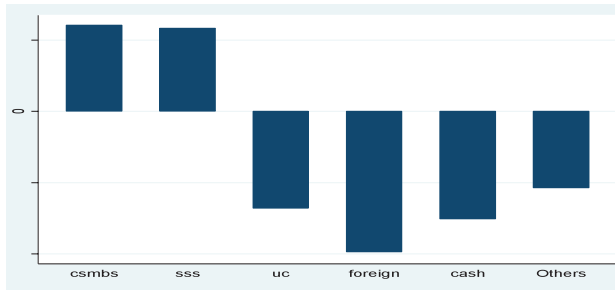
นอกจากนั้น ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเปิดเผยให้เห็นถึงประเด็นเฉพาะสำหรับโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีแหล่งทุนเพื่อพันธกิจอื่นๆ นอกจากการบริการ

สุขภาพ เช่น การศึกษา และการวิจัย ซึ่งผู้บริหารบางท่านรับรู้ว่าในเรื่องนี้ยังไม่มีข้อมูลที่สามารถระบุได้อย่างแน่ชัด จึงยังคงมีความไม่ชัดเจนในเรื่องการอุดหนุนข้ามจากแหล่งทุนอื่นๆ เพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพสำหรับคนไข้ แต่คาดการณ์ว่าในปัจจุบันไม่มีการอุดหนุนข้ามจากแหล่งทุนสำหรับพันธกิจอื่นไปสู่การบริการสุขภาพของผู้ป่วยกองทุนสุขภาพต่างๆ

“มีเรื่อง cross-subsidization ช่วงเวลาของการรักษาพยาบาล ถามว่าเรามีเอานักศึกษาไปเรียนไหม เราเอาแพทย์ประจำบ้านไปทำไหม? เราทำ คือใช้ประโยชน์จากการจัดบริการสุขภาพ ถามว่าเราไป deduct ส่วนนี้ออกไหม? เรายังไม่มีวิธีการ ยังมองว่า เวลาคนไข้มา เราก็กินต้องรักษาพยาบาลอย่างนี้ ต้องใช้ยาแบบนี้ แต่เราได้ประโยชน์จากการที่คนไข้มาหาเรา แต่เราไม่ได้ deduct ประโยชน์ ซึ่งเรายังไม่มีหลักในการเอาไปคิด”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

ข้อมูลเชิงคุณภาพดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการอุดหนุนข้ามหรือโยกย้ายต้นทุนระหว่างกองทุนสุขภาพ (cost-shifting) ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานเบื้องต้นไว้ว่า หากโรงพยาบาลต้องการใช้ผลกำไรในการจัดบริการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมาเพื่อชดเชยกับการขาดทุนในการบริการผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่ง ผู้ป่วยกลุ่มที่ทำกำไรและเป็นกลุ่มที่โรงพยาบาลสามารถตั้งราคาหรือกำหนดปริมาณการให้บริการได้ในระดับหนึ่งน่าจะเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่จ่ายเงินเอง (OPP) อย่างไรก็ตาม จากการเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจากแต่ละกองทุนไม่พบว่าส่วนเกินของเงินเบิกจ่ายจากต้นทุนการให้บริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง (OPP) มีรูปแบบที่บ่งชี้ชัดว่า โรงพยาบาลได้กำไรจากการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ว่าจะเปรียบเทียบโดยการแยกพิจารณาระหว่างกลุ่มโรคหลักหรือโดยแยกพิจารณาตามกลุ่มอายุ ในทางกลับกันข้อมูลส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยจากแต่ละกองทุนในภาพรวมของโรงพยาบาลศูนย์แห่งที่สองกลับพบว่า โรงพยาบาลขาดทุนจาก



รูปที่ 2 กราฟแท่งแสดงส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุน จำแนกตามสิทธิการรักษา (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 2)

การให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มจ่ายเงินเองดังแสดงในรูปที่ 2

ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเลือกจ่ายเงินสด แทนการใช้สิทธิรักษาพยาบาลที่ตนมีอยู่ โรงพยาบาลก็ยังคงมีข้อจำกัดในการตั้งราคาเรียกเก็บจากผู้ป่วย คือไม่สามารถตั้งราคาค่าบริการสุขภาพได้อย่างอิสระในกลุ่มผู้ป่วยจ่ายเงินเอง เนื่องจากกฎระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของข้อมูลที่ใช้ในการบริหารต้นทุนของโรงพยาบาลเป็นข้อจำกัดสำคัญสำหรับการศึกษาเรื่องการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพชั้นนี้ โดยข้อจำกัดนี้อาจเกิดขึ้นจากการระบุต้นทุนไม่ครบถ้วน และเนื่องจากการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนต้องอาศัยข้อมูลต้นทุนเป็นหลัก หากต้นทุนเหล่านี้มีความผิดพลาดเพียงเล็กน้อย ก็จะทำให้ผลการวิเคราะห์มีความคลาดเคลื่อนหรือไม่สมเหตุผล

จากผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณของความเป็นไปได้ในการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุนสุขภาพ ไม่พบว่ามี การ “จงใจ” ให้เกิดการอุดหนุนข้ามระหว่างกองทุน แม้ว่าผู้ป่วยจะเลือกชำระเงินเองก็ตาม ดังนั้น การวิเคราะห์ความเป็นเหตุเป็นผล (cause-effect) ระหว่างการทำการกำไรจากการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งเพื่อไปอุดหนุนการขาดทุนจากการให้บริการผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งจึงเป็นสิ่งที่แทบจะทำได้ อย่างไรก็ดี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในงานชิ้นนี้พบว่า สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดต้นทุนในการรักษาพยาบาล ผลการศึกษาในส่วนนี้จึงมีความสำคัญในการยืนยันว่า ภาวะขาดทุนหรือกำไรจากการให้บริการแก่ผู้ป่วยจากกองทุนต่างๆ เป็นผลมาจากข้อกำหนดของกองทุนที่

แตกต่างกัน

ประเด็นที่ 2 อุปสรรคในการบริหารโรงพยาบาลอันเป็นผลมาจากนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพ

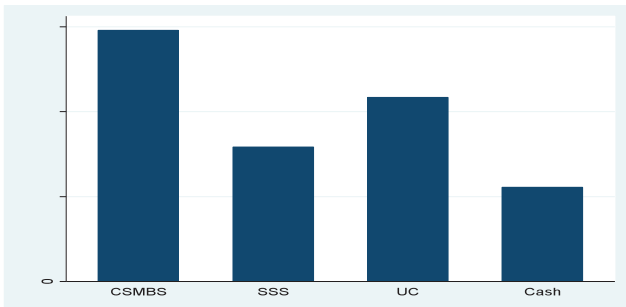
ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเปิดเผยให้เห็นถึงประเด็นสำคัญ ซึ่งอาจจะเป็นที่มาของแรงจูงใจของผู้บริหารโรงพยาบาลในการจัดการภายในโรงพยาบาลเพื่อทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล ได้แก่ การรับรู้และความเข้าใจ (perception) ของผู้บริหารโรงพยาบาลในประเด็นที่โรงพยาบาลได้รับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของคนไข้ที่ใช้สิทธิกองทุนสุขภาพต่างๆ ในอัตราที่ไม่เป็นธรรมหรือได้รับการจ่ายเงินในอัตราที่ไม่ได้สะท้อนถึงต้นทุนที่เหมาะสมของการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาลของตน ซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาลมีความรับรู้อย่างชัดเจน และมีความเข้าใจที่ตรงกันว่า กองทุนสุขภาพต่างๆ มีการกำหนดอัตราการเบิกจ่าย (reimbursement) ค่ารักษาพยาบาลของการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลในหลายๆ ประเภทที่ต่ำกว่าต้นทุนของการจัดบริการนั้นๆ ในโรงพยาบาลของตน ซึ่งส่งผลทำให้โรงพยาบาลขาดทุนจากการจัดบริการนั้นๆ แต่การขาดทุนจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับประเภทของบริการสุขภาพ อัตราการจ่ายเงินและปริมาณ (volume) ของการให้บริการสุขภาพประเภทดังกล่าว รวมทั้งปัจจัยซึ่งเกิดจากการขาดการกระจายความเสี่ยง เนื่องจากอคติของการเลือกโรงพยาบาล (selection bias) ของผู้รับบริการสุขภาพบางกลุ่ม

“ในส่วนของ 30 บาทมีแนวโน้มจะขาดทุนอยู่แล้ว การที่นโยบายในการจ่ายเงินแบบนี้ ยิ่งรพ.ไหนรักษามากยิ่งมีปัญหาเรื่องการเงินมาก โรงพยาบาลอยู่ในตำแหน่งที่เป็น excellence center และเป็นพีใหญ่ให้โรงพยาบาลรอบๆ ก็แบกรับภาระอันนี้ไว้ตลอด”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกันสุขภาพ

“ระบบการจ่ายและค่าใช้จ่ายจริง ไม่ match กัน และที่สำคัญเราได้รับผลกระทบจาก selection bias จากผู้ประกัน

data) ของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง พบว่าต้นทุนเฉลี่ยในการให้บริการแก่ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดเจน ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (CSMBS) มีต้นทุนสูงที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) และผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม (SSS) ดังแสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 3 กราฟแท่งเปรียบเทียบต้นทุนเฉลี่ย จำแนกตามสิทธิการรักษา (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลที่ต่างกันมีแนวโน้มที่จะมีต้นทุนในการรักษาที่แตกต่างกัน อันเป็นผลมาจากข้อกำหนดของแต่ละกองทุนที่ต่างกัน ซึ่งไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้รับการรักษาที่ต่างมาตรฐานกัน ตัวอย่างเช่น สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย CSMBS มีความครอบคลุมและใจกว้างมากกว่าสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ หรือสามารถจ่ายที่มีราคาแพงกว่า หรือสามารถเบิกค่าห้องพิเศษได้ เป็นต้น

การเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างกองทุน พบว่าส่วนต่างระหว่าง reimbursement และ cost ที่มีค่าติดลบโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของผู้ป่วย UCS สะท้อนถึงการที่โรงพยาบาลอาจได้รับการเบิกชดเชยไม่เพียงพอกับต้นทุนในการให้บริการแก่ผู้ป่วยบางกลุ่ม ในขณะที่ส่วนต่างระหว่าง reimbursement และ cost ของผู้ป่วย CSMBS สามารถถูกใช้เป็น “กันชน (buffer)” ให้กับโรงพยาบาล ในกรณีที่โรงพยาบาลได้รับเงินชดเชยไม่เพียงพอ หรือโรงพยาบาลไม่ได้รับเงินจากแหล่งทุนอื่น (เช่น เงินบริจาค เป็นต้น) อย่างไรก็ตาม หลักฐานเหล่านี้เป็นเพียงการแสดงให้เห็นถึง

การได้รับการชดเชยที่ได้รับจากกองทุนสุขภาพต่างๆ ที่อาจจะเพียงพอหรือไม่เพียงพอกับการจ่ายต้นทุนที่เกิดขึ้น แต่ยังไม่สามารถแสดงได้ว่า โรงพยาบาลมีเจตนาที่จะเพิ่มหรือลดการรักษาผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง อันเป็นผลมาจากการได้รับการเบิกจ่ายที่ต่างกัน

การเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างกองทุนสุขภาพโดยพิจารณาแยกตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหลัก (Main Diagnostic Category, MDC) ซึ่งเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยทุกกองทุน โดยแยกพิจารณาตามกลุ่มโรคหลักแสดงในตารางที่ 1 จะเห็นว่าส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนของผู้ป่วย CSMBS มีค่าสูงกว่าส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนของผู้ป่วยกลุ่มอื่นในเกือบทุกกลุ่มโรคอย่างเห็นได้ชัด ตัวอย่างเช่น ในกลุ่ม MDC 5 (Diseases and Disorders of the Circulatory System) ส่วนต่าง reimbursement-cost ของผู้ป่วย CSMBS มีค่ามากกว่าสามเท่าของส่วนต่างเดียวกันนี้สำหรับผู้ป่วย UCS และกลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนที่มีค่าติดลบ น่าจะเป็นผลมาจากการที่กลุ่มผู้ป่วย UCS มีต้นทุนสูงกว่าที่เบิกจ่ายได้จริงในเกือบทุกกลุ่มโรค (23 กลุ่มจากทั้งหมด 28 กลุ่ม) โดยกลุ่มโรคที่มี reimbursement-cost ติดลบมากที่สุด คือ MDC 22 (Burns) ซึ่งมีค่าติดลบในผู้ป่วยทุกกลุ่ม ดังนั้นตัวเลขเปรียบเทียบเงินเบิกจ่ายและต้นทุนชี้ให้เห็นว่า การเบิกชดเชยสำหรับการให้บริการผู้ป่วยในบางกองทุน (เช่น UCS) อาจไม่เพียงพอที่จะชดเชยต้นทุนในการให้บริการของโรงพยาบาลศูนย์แห่งนี้ นอกจากนี้ อัตราการเบิกชดเชยในหลายกลุ่มโรคอาจยังมีความไม่เหมาะสมหรือไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น สำหรับผู้ป่วยในกลุ่ม MDC 22 (Burns) ซึ่งมีการเบิกชดเชยไม่เพียงพอกับต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยในกองทุน หรือ สำหรับผู้ป่วยในกลุ่ม MDC 8 (Diseases and Disorders of the Musculoskeletal System and Connective Tissue) และ MDC 24 (Multiple Significant Trauma) ก็มีการเบิกชดเชยที่ไม่เพียงพอกับต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยจากทุกกองทุน ยกเว้นผู้ป่วย CSMBS

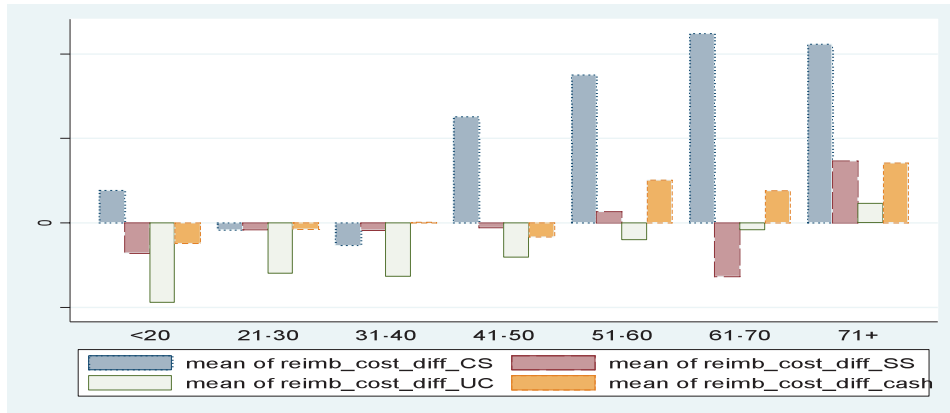


ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างกองทุนสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มโรคหลักในโรควินิจฉัยโรคร่วมหลัก (Main Diagnostic Category, MDC) และสิทธิการรักษา (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1)

MDC	N	Percent	Health Scheme			
			CSMBS	SSS	UCS	Cash
0	278	0.29	158257.20	71808.56	9369.26	-30149.01
1	7,494	7.70	3382.71	-4968.12	-3225.93	691.63
2	3,840	3.95	6517.82	1901.17	-5631.34	1588.21
3	2,243	2.30	-247.57	3819.81	-7017.33	28.86
4	6,934	7.13	7352.68	522.25	3160.20	2830.13
5	5,972	6.14	37120.12	-8260.62	11236.96	11690.57
6	11,956	12.29	7608.84	3290.01	439.86	632.13
7	2,746	2.82	7169.24	3577.59	-3085.14	2573.67
8	8,255	8.48	6512.70	-4763.25	-7010.43	-983.40
9	2,738	2.81	-778.09	416.25	-6135.24	-573.06
10	1,553	1.60	1054.09	6234.25	-6685.22	2288.02
11	3,880	3.99	6406.16	5525.22	-2321.17	303.02
12	717	0.74	5220.24	-8070.30	-2830.70	73.87
13	4,233	4.35	4332.93	2653.42	-871.05	2192.55
14	11,638	11.96	-416.78	1196.91	-2475.38	-295.90
15	9,303	9.56	672.31	n/a	-4796.39	-3406.48
16	3,236	3.33	-3112.10	2766.17	-4905.76	396.55
17	2,117	2.18	3699.81	-29694.77	1620.24	1205.73
18	2,532	2.60	361.61	-1771.05	-8350.36	-1820.83
19	173	0.18	-1011.88	-5621.38	-1296.37	178.21
20	421	0.43	512.60	-1728.00	-4189.04	421.67
21	1,886	1.94	605.77	-58.99	-3506.27	80.96
22	164	0.17	-10475.24	-38774.55	-30499.99	-19559.56
23	221	0.23	1396.98	297.29	-2163.27	1569.99
24	1,440	1.48	8347.30	-38053.46	-4144.72	-8177.87
25	617	0.63	-8585.27	1694.63	6003.76	-2493.34
26	258	0.27	18630.19	-124.19	-22021.78	-3895.80
28	474	0.49	-442.47	368.78	-1139.65	760.24
	97,319	100.00	7654.13	-396.20	-2166.70	-82.57

การเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างกองทุน โดยพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุของผู้ป่วย ดังแสดงในภาพที่ 4 นั้น จะเห็นได้ว่าการที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1 ได้รับการเบิกชดเชยที่ต่างกันระหว่างกองทุน นอกจากจะแปรผันตามกลุ่มโรคของผู้ป่วยแล้ว ยังแปรตามกลุ่มอายุของผู้ป่วยด้วย โดยเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงิน

เบิกจ่ายและต้นทุนในแต่ละกองทุนและกลุ่มอายุ พบว่า ในเกือบทุกกลุ่มอายุ ผู้ป่วย CSMBS ได้รับการเบิกชดเชยมากกว่าต้นทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ค่าเฉลี่ยของส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนสำหรับผู้ป่วย CSMBS มีค่ามากกว่า 10,000 บาท ในขณะที่ผู้ป่วย UCS ในเกือบทุกกลุ่มอายุได้รับการเบิกชดเชยต่ำกว่า



รูปที่ 4 กราฟแท่งเปรียบเทียบส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนในแต่ละกองทุน จำแนกตามกลุ่มอายุ (โรงพยาบาลศูนย์แห่งที่ 1)

ต้นทุนโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยได้รับการชดเชยต่ำกว่าต้นทุนมาก สำหรับผู้ป่วย SSS และผู้ป่วยจ่ายเงินเอง มีส่วนต่างระหว่างเงินเบิกจ่ายและต้นทุนซึ่งมีค่าเป็นลบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และมีค่าเป็นบวกในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ยกเว้นผู้ป่วย SSS ที่มีอายุ 61-70 ปี ซึ่งได้รับการเบิกชดเชยต่ำกว่าต้นทุน

ประเด็นที่ 3 อุปสรรคในการบริหารโรงพยาบาลอันเป็นผลมาจากข้อจำกัดภายในของโรงพยาบาล

อุปสรรคหนึ่งในการบริหารโรงพยาบาลในมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อจำกัดด้านการจัดการให้ผู้ใช้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหรือทำงานเพื่อลดต้นทุนของโรงพยาบาล ทั้งนี้ เพราะมาตรการบางอย่างอาจจะมีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย หรืออาจมีผลกระทบต่อการทำงานที่ตามวิชาชีพของผู้ให้บริการสุขภาพ

“ส่วน clinician นื่องที่อยู่ในระดับปฏิบัติก็พอรู้เรื่องต้นทุน) แต่มีความอึดอัดในหลาย ๆ เรื่อง ในเรื่องของการถูกจำกัดจากผู้บริหารในการใช้จ่ายบางตัวที่เป็นไปตามเงื่อนไขของกองทุน หรืออึดอัดเรื่อง cash flow [ที่ทำให้]มีความแตกต่างของคำตอบแทน...ทำให้เขาไม่ยอมรับรู้ และบางคนก็ไม่รับรู้เหมือนกัน”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

อุปสรรคหนึ่งในการบริหารโรงพยาบาลในมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อจำกัดในการใช้ข้อมูลเพื่อพิจารณาปรับราคาค่าบริการได้เอง เนื่องจากข้อจำกัดทางกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับทางราชการ ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงราคาค่าบริการสุขภาพได้ นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดของข้อมูลต้นทุนของโรงพยาบาล ซึ่งหากขาดการจัดระบบเพื่อเก็บข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณต้นทุนการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องหรือเชื่อถือได้ อาจทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลไม่มีความสามารถที่จะจัดการให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพได้

“การทำข้อมูลต้นทุน ได้คลุกคลีกับข้อมูลชุดนี้มาปีกว่า ผมดูแล้วว่าผู้ใช้บริการไม่ได้ดูต้นทุน ดูจากลักษณะ pattern ของการบริการ ขนาดต้นทุนตัวเองไม่รู้ เราเพิ่งมาดูว่าความเชื่อที่ผ่านมา เรบอกข้าราชการทำไร UC น่าจะขาดทุน ประกันสังคมน่าจะดีกว่า พวกนี้เป็นสมมติฐาน แต่ข้อมูลที่ออกมาที่ยืนยันได้ระดับหนึ่ง สิ่งสำคัญคือความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล เรื่องค่ายาที่ชดเชยมา ค่ายา ค่าวัสดุทางการแพทย์ ในระบบบัญชีแต่เดิมไม่ได้ใส่ไว้ในต้นทุน แต่รวมทุกอย่างแล้วอาจจะขาดทุนก็ได้ ต้องพิสูจน์กันต่อไป”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกันสุขภาพ

“การตั้งราคาเพิ่ม [สำหรับคนใช้สิทธิข้าราชการ] ต้องขอ



ทำความเข้าใจกับกรมบัญชีกลาง เพราะมีขั้นตอนหลายอย่าง
ทำไปที่กระทรวง และกระทรวงส่งเรื่องไปกรมบัญชีกลาง”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกัน
สุขภาพ

ประเด็นที่ 4 การตอบสนองของโรงพยาบาลต่อนโยบาย การจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพ

ผู้บริหารโรงพยาบาลจำนวนมากมุ่งเน้นการปฏิบัติพันธกิจ
ในฐานะโรงพยาบาลรัฐโดยไม่เน้นผลประโยชน์ประกอบการด้านการเงิน
ซึ่งหากพิจารณาจากมุมมองนี้ จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลไม่มี
นโยบายทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนอย่างจริงจังหรือตั้งใจ
หรือหากมีการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพเกิดขึ้นในระดับโรง
พยาบาล ก็อาจเกิดขึ้นเอง จากความแตกต่างของต้นทุนและ
อัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทุนสุขภาพ เช่น ผู้บริหาร
อาจมองว่า รายได้จากกองทุนสวัสดิการข้าราชการเป็น “กันชน
(buffer)” ในทางการเงินของโรงพยาบาล หากต้องมีการ
ขาดทุนจากการบริการให้คนไข้กลุ่มอื่นๆ โดยไม่จำเป็นต้องมี
การจัดการเพื่อมุ่งเน้นการให้บริการแก่ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ
เป็นพิเศษ

“นโยบายโรงพยาบาลไม่มีการจำกัดจำนวนเคส OPD หรือ
ไม่มีการปฏิเสธคนไข้ที่ admit... [การจำกัดจำนวนเคส] จะมี
ทางอ้อม ในเรื่อง OPD แต่ไม่ใช่ปัญหาเรื่องการเงิน แต่เป็น
ปัญหาเรื่องความแออัด พยายามให้ผู้รักษากลับที่โรงพยาบาล
ต้นสังกัดที่เป็นบัตรทอง”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการแพทย์

“การที่เราเพิ่ม excellence center ไม่เกี่ยวกับเรื่องรายรับ
เป็นคล้ายๆ ความท้าทายว่า โรงพยาบาลเราทำได้ เพราะเราทำ
ผ่าตัดเปลี่ยนไตได้แล้ว ไม่ได้กำไรมากมาย เคสก็ไม่เยอะ”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการแพทย์

ผู้บริหารโรงพยาบาลจำนวนมากมีมุมมองด้านการจัดการ
เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดทุนจากการบริการผู้ป่วยของบาง
กองทุนสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแล

รักษาพยาบาล รวมทั้งการจัดการภายในองค์กรด้านอื่นๆ โดย
ชี้ให้เห็นได้ว่าโรงพยาบาลไม่มีนโยบายที่จะทำให้เกิดการอุดหนุน
ข้ามกองทุนอย่างตั้งใจ “มีการเพิ่มบริการหรือไม่ เรามองมาจาก
margin หรือไม่ ต้องตอบว่า ไม่ เรามองเรื่องความจำเป็น
การเปิดเพิ่มบริการ เรามองการเข้าไม่ถึงบริการ ไม่ว่าจะ
waiting list waiting time เรามองมากกว่า แต่เรามองเรื่อง
ความคุ้มค่าในการให้บริการ มองทั้ง 2 ด้าน หากเปิดบริการ
ออกไปแล้วเกิดเป็นภาระทางการเงินการคลังมากๆ เราอาจจะ
ชะลอ”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“เรามีการแยกแยะคนไข้แต่ละสิทธิอย่างชัดเจน โดยแพทย์
แต่ละท่านมีแนวโน้มนำสิทธิว่าคนไข้สิทธิอะไร เนื่องจากใบ OPD
card ก็จะมีบอก...ค่าใช้จ่ายทางด้านยาจะเป็นตัวแรกที่โดน
ควบคุม ยาจะถูกแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม..จ่ายได้ทุกสิทธิ จ่าย
ได้เฉพาะสิทธิ...และยาเฉพาะราย ซึ่งจะมีเงิน ไม่ให้ฟรีในทุกยา”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการแพทย์

“ในฐานะหัวหน้าตึก พี่จะดูส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรา เช่น
ระบบสาธารณูปโภค ค่าไฟ เราจะมีส่วนช่วยองค์กรอย่างไร
เพราะนี่คือต้นทุน และส่วนของครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา
เราก็ไปสื่อสารว่า เป็นอย่างไรบ้างตอนนี้ เพิ่มหรือลดยังไง เรา
มีส่วนยังไง”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลบางท่านมีมุมมองด้านการจัดการเพื่อ
แก้ไขปัญหาการขาดทุนจากการบริการผู้ป่วยของบางกองทุน
สุขภาพ โดยมุ่งเน้นการปรับราคาเงินทุนจากสาธารณะ เพื่อนำ
มาช่วยสนับสนุนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งการ
จัดการภายในองค์กรด้านอื่นๆ ซึ่งอาจมองว่าเป็นการอุดหนุน
ข้ามกองทุนสุขภาพจากแหล่งทุนอีกประเภทหนึ่ง และอาจ
พิจารณาเป็นการจัดการให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ
อย่างจริงจังหรือตั้งใจได้

“เมื่อเข้า [สปสช.]เพิ่มสิทธิประโยชน์เรื่องอะไร ออกอีกแล้ว

เราก็รู้ว่ามันไม่พอ อย่างเราเป็นโรงพยาบาลที่มีองค์กรให้การช่วยเหลือ ถ้าเราไม่มีองค์กรที่มาช่วยเหลือก็ลำบาก เราเป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐ มันปฏิเสธไม่ได้ อันนี้ก็ถือว่า เราก็ต้องแสดงความรับผิดชอบ เราก็ไปเปิดอันอื่น เราได้รับเงินบริจาคเกือบ 80%

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกันสุขภาพ

ผู้บริหารโรงพยาบาลบางท่านมีมุมมองด้านการจัดการเพื่อแก้ไขภาวะการขาดทุนจากการบริการผู้ป่วยของบางกองทุนสุขภาพ โดยตอบสนองในระดับการวางแผนกลยุทธ์ขององค์กร เช่น วางแผนควบคุมปริมาณคนไข้บางกลุ่มเมื่ออยู่ในฐานะที่ทำได้ ซึ่งอาจพิจารณาเป็นการจัดการให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพอย่างจงใจหรือตั้งใจในอีกลักษณะได้

“คนไข้ในที่ต้องขึ้นค่าห้องเพิ่มขึ้นมากกว่าที่อื่น เป็นอันเดียวที่เรา reimburse ได้ เพราะข้าราชการมาใช้เยอะ ข้าราชการยิ่งมาใช้บริการเยอะก็จะทำให้เกิดการขาดทุนเยอะหากดูตาม DRG แต่จะได้ส่วนของโรงพยาบาลกับส่วนนี้มา subsidize ทำให้พอทรงๆ อยู่ได้ แต่กลุ่มนี้จะขาดทุนน้อยหน่อย”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“สำหรับลูกค้าพรีเมียม การบวกเพิ่มโดยเทียบเคียงโรงพยาบาลเอกชน เรบวกเพิ่มค่าบริการ visit ละ 200 บาท อย่างคนไข้ปกติเสีย 50 บาท เราก็ up เป็น 200 บาท แต่พวกค่ายาใช้ราคาเดียวกัน แต่ค่า lab ค่ารังสี ค่าหัตถการ ราคาจะสูงกว่าอัตราสามัญ”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลหลายท่านมีมุมมองต่อการจัดการเพื่อแก้ไขภาวะการขาดทุนจากการบริการผู้ป่วยของบางกองทุนสุขภาพ โดยพยายามจัดการกับปัจจัยภายนอกองค์กร เช่น เรียกร้องให้ผู้กำหนดนโยบายแก้ไขนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาล เรียกร้องให้มีการพูดคุยระหว่างผู้กำหนดนโยบายของแต่ละกองทุนสุขภาพ และเรียกร้องให้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายการ

จ่ายเงินของกองทุนสุขภาพ หรือเรียกร้องให้มีกรอบกฎหมายใหม่ เพื่อทำให้เกิดกองทุนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ เช่น ผู้ป่วยต่างชาติ เป็นต้น การตอบสนองในลักษณะดังกล่าวอาจไม่ใช่การตอบสนองที่เข้ากับแนวคิดเรื่องการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ แต่อาจพิจารณาได้ว่าเป็นการตอบสนองเพื่อลดปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจของโรงพยาบาลที่จะจัดการให้เกิดการอุดหนุนข้าม

“policy ของรัฐบาล ต้องพยายาม harmonize ส่วนสิทธิประโยชน์ให้ใกล้เคียงกันก่อน วันนี้เรามาแก้ที่ปลาย คือพยายามมาดูว่า พวกเราจัดบริการแล้วมีความใกล้เคียงกันไหมกับอีกหลายๆ คน แต่ว่าส่วนบน การบริหารจัดการทุน โดยเฉพาะ 3-4 กองทุนหลัก และแม้กระทั่งชำระเงินเองมีความแตกต่างกันมาก ที่มาต่างกัน reimbursement แต่ละกลุ่มสิทธิต่างกันพอสมควร”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“ในฐานะผมเป็น provider ผมต้องประกาศต่อสาธารณะว่าต้องมีกรรมการกลาง และมองในแง่สัญญา [ถ้า] ไม่ใช่รัฐกับรัฐ แต่เป็นรัฐกับเอกชน อันนี้เป็นข้อพิพาทแน่นอน ถ้าเป็นรัฐกับเอกชนผมก็ต้องคุยในนิยาม แต่เป็นทั้งรัฐกับรัฐ ต้องคุยกัน ผมจะเสนอไปที่กรรมการสภาหรือวุฒิสภาด้านสาธารณสุข ว่าให้มีกรรมการ จำเป็นต้องมีกองทุนกลาง หรือ National Health Authority”

--ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

“กองทุนต้องกลับมามองในเรื่องของการให้สิทธิประโยชน์ที่ relevant กับเงินที่เขาจ่ายเข้ามา ดีกว่าการที่จะไปเพิ่มแล้วก็ไปลดเพราะมีเงินก้อนเดียว คือ เพิ่มตรงนี้ก็ตรงไปลดตรงนั้น...มันทำ co-payment ได้ ว่ากองทุนให้เท่านี้ หากจะ top-up เข้ามาด้วยวิธีอื่น ไม่ใช่หมายความว่า out-of-pocket ของคนไข้ การมีระบบของ reinsurance เอง ไม่ว่าคนไข้ไปซื้อประกันเอง ควรจะเข้ามาสู่ระบบนี้ด้วย”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านสิทธิประกันสุขภาพ



“ควรให้นักท่องเที่ยวซื้อประกันก่อน...เป็นไปได้หรือไม่ว่านักท่องเที่ยวที่เข้ามาก่อนเข้ามาต้องขอวีซ่าในสถานทูตไทยแต่ละที่ต้องดูสิ่งเหล่านี้ด้วย พอเข้ามาเมืองไทยก็เกิดปัญหาในระยะยาว และมีเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย กฎหมายเรื่องแรงงานต้องมีประกันเข้ามาด้วย”

--ผู้บริหารโรงพยาบาลรับผิดชอบงานด้านการพยาบาล

การอภิปราย

ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถแสดงให้เห็นว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลมีการพิจารณาประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับการจัดการทางการเงินของโรงพยาบาล ได้แก่ การรับรู้ว่าโรงพยาบาลมีอำนาจในการต่อรองน้อยกว่ากองทุนสุขภาพ ความสนใจในภาระการเงินของโรงพยาบาล และความใส่ใจเรื่องธรรมาภิบาลภายในระบบบริการสุขภาพของประเทศ ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลตอบสนองต่อการรับรู้เรื่องต้นทุนที่แตกต่างกันของการจัดบริการสุขภาพและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราที่ไม่เท่ากันในแต่ละกองทุนสุขภาพได้หลายรูปแบบโดยไม่จำเป็นต้องตอบสนองเชิงนโยบายในระดับองค์กรหรือบริหารจัดการองค์กรในลักษณะที่เข้าได้กับนิยามดั้งเดิมในวรรณกรรมเรื่อง “การอุดหนุนข้าม” (cross-subsidization) หรือ “การโยกย้ายต้นทุน” (cost-shifting) เสมอไป

ในการตัดสินใจประเด็นที่อาจเกี่ยวข้องกับการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลมีแนวทางพิจารณาเพื่อตัดสินใจในเชิงการจัดการ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การตอบสนองเชิงรับ (passive response) คือไม่มีการจัดการใดๆ ที่ตั้งใจหรือจงใจทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล 2) การตอบสนองเชิงรุก (active response) เพื่อลดผลกระทบทางการเงินขององค์กร อาจมีการตอบสนองต่อนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพในหลายระดับ เช่น ในระดับจุลภาค (micro-level) เพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทางคลินิก เช่น จัดทำนโยบายจำกัดการใช้ยา ในระดับกลาง (meso-level) ปรับเปลี่ยนนโยบายการดำเนินงานขององค์กร เช่น การเพิ่มค่า

ธรรมเนียมค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่กฎระเบียบของราชการอนุญาตการพัฒนากระบวนการลงรหัสกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้มีความถูกต้องและเรียกเก็บเงินได้มากขึ้นและมาตรการเพื่อลดภาระหนี้สูญ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การบริหารองค์กร เช่น การแสวงหาเงินบริจาคมาสนับสนุนการจัดบริการ หรือการวางแผนบริการผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ในจำนวนที่เหมาะสมกับอุปทานของโรงพยาบาล และ 3) การตอบสนองในระดับมหภาค (macro-level) ได้แก่ การแสดงออกในลักษณะที่น่าสังคมให้มีการปรับนโยบายการคลังสุขภาพเพื่อลดปัจจัยที่ทำให้เกิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ เช่น การเจรจาต่อรองกับกองทุนสุขภาพโดยตรง การเรียกร้องให้เพิ่มการจ่ายเงินสมทบโดยผู้รับบริการ รวมทั้งการเรียกร้องให้ออกกฎหมายบังคับประกันสุขภาพในผู้ป่วยต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย

จากการพิจารณาทั้งผลการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณร่วมกัน ผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์แบบจำลองความคิดของผู้บริหารโรงพยาบาลได้ดังแสดงในภาพที่ 5 โดย “แบบจำลองความคิด” (mental model)^(16,17) ซึ่งผู้วิจัยสังเคราะห์ขึ้นมา เป็นการแสดงรูปแบบ (patterns) ของทัศนคติ ความคิด ความเชื่อ การตัดสินใจ และนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล โดยที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะผู้กำหนดนโยบายการคลังสุขภาพ สามารถใช้แบบจำลองความคิดดังกล่าวเป็น “ตัวแทนความคิดเกี่ยวกับโลกแห่งความเป็นจริง” (cognitive representations of external reality)⁽¹⁶⁾ เพื่อใช้ในการคาดการณ์เหตุการณ์ รวมทั้งหาเหตุผลและคำอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาลอย่างไรก็ตาม ในโลกแห่งความเป็นจริงนั้น อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเรื่องการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลอีกเป็นจำนวนมาก ซึ่งแต่ละปัจจัยก็มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอย่างสลับซับซ้อน แต่แบบจำลองความคิดดังกล่าวอาจช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาลสามารถศึกษารูปแบบการตัดสินใจของผู้บริหารโรงพยาบาลได้ง่ายขึ้น



รูปที่ 5 แบบจำลองความคิด (mental model) ของผู้บริหารโรงพยาบาลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพ

ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายด้านการคลังสุขภาพควรตระหนักว่า การอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพอาจเกิดขึ้นในระดับโรงพยาบาลได้เองโดยไม่มีจัดการอย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ เนื่องจากมีความแตกต่างอย่างชัดเจนของต้นทุนและอัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทุนสุขภาพในประเทศไทย จึงยังคงมีความเสี่ยงต่อการที่โรงพยาบาลจะจัดบริการที่แตกต่างกันหรือไม่เท่าเทียมกันจนอาจกลายเป็นประเด็น “ความเหลื่อมล้ำ” หรือ “ความไม่เป็นธรรม” (inequity) ของการจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้ ผู้กำหนดนโยบายการคลังสุขภาพของประเทศจึงควรเปลี่ยนนโยบายการจ่ายเงินของกองทุนสุขภาพให้เพียงพอต่อต้นทุนของการจัดบริการ ใช้อัตราที่ใกล้เคียงกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง

กองทุนสุขภาพต่างๆ และครอบคลุมถึงการบริการผู้ป่วยที่เป็นภาระทางการเงินของโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยต่างชาติ นอกจากนี้ ในด้านการประเมินผลกระทบของนโยบายการคลังสุขภาพจะต้องคำนึงถึงทั้งผลกระทบที่เกิดจากการปรับนโยบายของกองทุนสุขภาพนั้นๆ เอง และประเมินผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของนโยบายของกองทุนสุขภาพอื่นๆ อีกด้วย

เนื่องจากการวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาข้อมูลภาคตัดขวาง จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเชิงปริมาณเพิ่มเติมอีกในอนาคต โดยเฉพาะการศึกษาโดยใช้ข้อมูลแบบอนุกรมเวลา (time-series data) ซึ่งจะช่วยให้ชัดเจนถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (causational relationship) ของการปรับเปลี่ยน



นโยบายกองทุนสุขภาพที่สนใจว่าทำให้เกิดกระทบต่อการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในโรงพยาบาล ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างฐานข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลการเบิกจ่ายและต้นทุนระหว่างปี และพัฒนาฐานข้อมูลที่ใช้ในการจัดการต้นทุนการรักษายาพยาบาลในโรงพยาบาลในประเทศไทย ให้มีความถูกต้องมากขึ้น เก็บข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบกันได้ในระดับโรงพยาบาลหรือระดับตัวผู้ป่วย และมีระบบการกระจายต้นทุนและการคำนวณต้นทุนของหน่วยบริการที่ถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยชิ้นนี้ และขอขอบคุณกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาเพื่อทำหน้าที่เป็นกรรมการกำหนดทิศทางของโครงการวิจัยฯ ขอขอบคุณ นายแพทย์ถาวร สกุลพาณิชย์ ผู้อำนวยการ สวปก. คุณพัชณี ธรรมวันนา ผู้จัดการงานวิจัยของ สวปก. และคุณอนุกรมพร วงษ์ศิลป์ ผู้ช่วยนักวิจัย ที่ช่วยประสานงานในทุกๆ ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงสำหรับคณะผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ซึ่งอนุญาตให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลของโรงพยาบาล ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเพื่อนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยชิ้นนี้ และเป็นโอกาสเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพของประเทศไทยได้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องการอุดหนุนข้ามกองทุนสุขภาพในระดับโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Health Systems Research Institute, World Health Organization. The report of monitoring and evaluation of universal health coverage in Thailand, first phase. Nonthaburi, Thailand: HSRI, 2004.
2. Faulhaber GR. Cross-subsidization: Pricing in public enterprises. *The American Economic Review* 1975;65(5):966-77.
3. Troyer JL. Cross-subsidization in nursing homes: Explaining rate differentials among payer types. *Southern Economic Journal* 2002;68(4):750-73.
4. Morrissey MA. *Cost Shifting in Health Care: Separating Evidence from Rhetoric*. Washington, DC: The AEI Press; 1994.
5. Zuckerman S. Commercial insurers and all-payer regulation: Evidence on hospitals' responses to financial need. *Journal of Health Economics* 1987;6(3):165-87.
6. Zwanziger J, Bamezei A. Evidence of cost shifting in California hospitals. *Health Affairs* 2006;15(1):197-203.
7. Dranove D, Kessler D, McClellan M, Satterthwaite M. Is More Information Better? The Effects of "Report Cards" on Health Care Providers. *The Journal of Political Economy* 2003;111(3):555-88.
8. Cutler D. Cost shifting or cost cutting? The incidence of reductions in Medicare payments. *Tax Policy and Economy* 1998;12:1-27.
9. Creswell JW. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.; 2009.
10. Creswell JW, Fetters MD, Ivankova NV. Designing A Mixed Methods Study In Primary Care. *The Annals of Family Medicine* 2004;2(1):7-12.
11. Scientific Software Development. *ATLAS/ti. 7.0 ed*. Berlin, Germany 2013.
12. Charmaz K. *Constructing grounded theory*. London, UK: Sage; 2006.
13. Strauss A, Corbin J. *Basic of qualitative research: Grounded theory procedure and techniques*. Newbury Park, CA: Sage; 1990.
14. Khiaocharoen O, Pannarunothai P, Chairroj Zungsontiporn A. Patient-Level Cost for Thai Diagnosis Related Groups: Micro-Costing Method. *Patient-Level Cost for Thai Diagnosis Related Groups: Micro-Costing Method Journal of Health Science*. 2011; 20(4).
15. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 12*. College Station, TX: Stata Corp LP; 2011.
16. Jones NA, Ross H, Lynam Y, Perez P, Leitch A. Mental models: an interdisciplinary synthesis of theory and methods. *Ecology and Society* 2011;16(1).