

ข้อเสนอเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกองทุนบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ข้ามจังหวัด

Proposals to Optimize the Fund for Outpatient Services in Case of Accident and Emergency Crossing Province

ศิริรัตน์ วงศ์ประกรณ์กุล¹

Sirirat Wongprakornkul¹

บทคัดย่อ

การบริหารกองทุนบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 – 2562 พบว่าองค์กรได้รับงบประมาณ 802.845, 865.453, 953.996, 1,015.545, 1,090.898 ล้านบาทตามลำดับ ขณะที่ยอดที่หน่วยบริการเบิก 892.051, 961.615, 1,059.996, 1,128.383 ล้านบาท ตามลำดับ ส่งผลให้องค์กรจ่ายชดเชยต่ำกว่ายอดที่หน่วยบริการเบิกร้อยละ 10 (Point 0.9บาท) จากการพยากรณ์ด้วยเทคนิค Winters' Additive พบว่าค่าพยากรณ์เงินชดเชยให้หน่วยบริการปีงบประมาณ 2562 - 2563 อาจเพิ่มสูงถึง 1,212.108 และ 1,292.635 ล้านบาทตามลำดับ ทำให้มีแนวโน้มที่องค์กรอาจต้องจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการลดลง วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้คือ 1) เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ของกองทุนบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดมีแนวโน้มสูงขึ้นและ 2) เพื่อเสนอข้อเสนอการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดผลการวิจัย จากการนำแนวทางการวิเคราะห์พยากรณ์แนวโน้มมาใช้สามารถกำหนดได้ 3 สถานการณ์ได้แก่ สถานการณ์ A เสนอ 2 ประเด็นประกอบด้วย 1) ยังคงใช้การบริหารจัดการเช่นเดิม 2) จัดระบบการให้บริการแยกออกเป็น การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ระดับวิกฤตและไม่ใช้ระดับวิกฤต สถานการณ์ B เสนอให้มีสำนักงานที่รับผิดชอบผู้มีสิทธิคนพิการโดยคงสิทธิประโยชน์เหมือนเดิม และสถานการณ์ C เสนอให้เปลี่ยนวิธีการจ่ายชดเชยราคาพยาบาลแบบ Fee Schedule สรุปและอภิปรายผลการวิจัยแนวทางการวิเคราะห์พยากรณ์แนวโน้มมาใช้ในการจัดทำข้อเสนอการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน ซึ่งเทคนิคนี้ช่วยให้วิเคราะห์การบริหารจัดการกองทุนที่มีลักษณะคาดเดายาก มีความไม่แน่นอนคลุมเครือ และซับซ้อนให้มีความชัดเจนขึ้นในการจัดทำข้อเสนอ

คำสำคัญ: การวิเคราะห์พยากรณ์แนวโน้มกองทุนบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ผู้มีสิทธิ

¹ ผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มภารกิจงานสาขาเขตและการมีส่วนร่วม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

¹ Expert, Cluster of Branch Office Mission and Participation, National Health Security Office

E-mail: sirirat.w@nhso.go.th

Abstract

The management for Outpatient service fund in case of accident and emergency crossing province from fiscal year 2015 - 2019, found that the organization received the budget of 802.845, 865.453, 953.996, 1,015.545, 1,090.898 million baht, respectively, whereas the expense reimbursement 892.051, 961.615, 1,059.996, 1,128.383 million baht, respectively. These affect the ability of the organization to pay less than the expense reimbursement up to 10% (Point 0.9 baht). According to the Winters' Additive technique, the expense reimbursement for the fiscal year 2019 - 2020 may increase to 1,212.108 and 1,292.635 million baht, respectively, highly affect the ability of the organization to pay less and more less. **The objectives** of this research are 1) To find situations that results in the fund of outpatient services in case of accident and emergency crossing province tend to increase, and 2) To propose proposals to optimize the efficiency of the fund of outpatient services in case of accident and emergency crossing province. **The results**, using the Scenario Analysis methodology, 3 situations were proposed; Scenario A, Scenario B and Scenario C. Scenario A proposes two issues consist of 1) Still using management as before 2) Separating Outpatient service in case of accidents and emergencies into 2 parallel system for critical level and non-critical level. Situation B proposes an owner directly responsible for disability beneficiaries. Situation C proposes changing the payment method from fee for service to fee schedule. **Summary and discussion**, the Scenario Analysis technique, used as guideline to make proposals to optimize the fund management, could help to analyze and clearly understand a VUCA fund management with Volatility, Uncertainty, Ambiguity and Complexity.

Keywords: Scenario Analysis, the Fund for Outpatient Services in Case of Accident and Emergency Crossing Province, Health Benefits, Beneficiary

หลักการและเหตุผล

สหประชาชาติกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาสังคมโลกจากทศวรรษที่ผ่านมา 8 ประเด็นสิ้นสุดลงในปี พ.ศ. 2558 และสำหรับทศวรรษต่อมา สหประชาชาติกำหนดเป้าหมายด้านการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับสังคมโลก 17 ประเด็น คือ 1) จัดความยากจน 2) ขจัดความหิวโหย 3) การมีสุขภาพและความเป็ยอยู่ที่ดี 4) การศึกษาที่เท่าเทียม 5) ความเท่าเทียมทางเพศ 6) การจัดการน้ำและสุขาภิบาล 7) พลังงานสะอาดที่ทุกคนเข้าถึงได้ 8) การจ้างงานที่มีคุณค่าและการเติบโตทางเศรษฐกิจ 9) อุตสาหกรรม นวัตกรรมและโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม 10) การลดความเหลื่อมล้ำ 11) เมืองและถิ่นฐานมนุษย์อย่างยั่งยืน 12) แผนการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน 13) การรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ 14) การใช้ประโยชน์จากมหาสมุทรและทรัพยากรทางทะเล 15) การใช้ประโยชน์จากระบบนิเวศทางบก 16) สังคมสงบสุข ยุติธรรม ไม่แบ่งแยก

17) ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (สหประชาชาติ ประเทศไทย, 2562: ออนไลน์) ประเทศไทยให้ความสำคัญของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health care Coverage: UHC) ซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายของสหประชาชาติ (ประเด็นที่ 3) โดยจัดตั้งหน่วยงานองค์การมหาชนที่มีพ.ร.บ. เฉพาะ ตามพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตลอดระยะเวลา 17 ปีของการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพัฒนาหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ ให้หน่วยบริการสามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากการให้บริการสาธารณสุขจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นมาตรฐานในแนวทางการเดียวกัน ด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดการเข้าถึงการรักษาและบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างครอบคลุมและทั่วถึง ได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ

และป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่จำเป็น รวมทั้งประชาชนไม่ล้มละลายจากภาระค่ารักษาพยาบาล ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงจัดให้มีกองทุนกลาง (Central reimbursement) ขึ้นมาเพื่อจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการกรณีที่ผู้มีสิทธิเจ็บป่วยเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินในต่างพื้นที่ข้ามจังหวัดเนื่องจากไม่สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำได้สะดวก และรวมถึงกลุ่มผู้มีสิทธิตามมาตรา 8 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำ เพื่อให้ไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนผู้มีสิทธิในกรณีดังกล่าว

สำหรับบริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ให้บริการแก่ 1) ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) สิทธิว่าง 3) ทหารผ่านศึก กำลังพลสำรอง ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ กรมแพทย์ทหารอากาศ 4) ผู้พิการ และ 5) พระภิกษุสงฆ์ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติเห็นชอบให้หน่วยบริการที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีสิทธิเหล่านี้สามารถขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านกองทุนกลาง (Central Reimbursement) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2562: 15-22) ผลการดำเนินงานตั้งแต่ 2558-2561 งบประมาณที่ได้รับ 598.62, 601.06, 922.86, 924.01 ล้านบาท ยอดจ่ายชดเชยค่าบริการ 802.85, 865.45, 936.00, 1,015.54 ล้านบาท ตามลำดับ เห็นได้ชัดเจนว่ากองทุนบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและอัตราการเติบโต (Growth Rate) ของงบประมาณที่ได้รับต่ำกว่าการจ่ายชดเชยค่าบริการ หากเป็นเช่นนี้ต่อไปอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน และความมั่นคงทางการเงิน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ของกองทุนบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดมีแนวโน้มสูงขึ้น
2. เพื่อเสนอข้อเสนอกำหนดเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด

นิยามศัพท์

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC, UC) หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคต่อประชาชนที่จะได้รับสิทธิ นั้นโดยที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้ 1) ไม่ใช่ “บริการแบบสังคมสงเคราะห์” “บริการกึ่งสงเคราะห์” “บริการราคาถูกลง” หรือ “บริการที่เพียงพอสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพแบบเฉพาะหน้า” เท่านั้น 2) ไม่ใช่บริการที่ต้องสมัครจึงจะได้รับ หากจำเป็นต้องเป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนไทยทุกคน 3) ไม่ใช่การทุ่มงบประมาณไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่งโดยไม่มีการประกันสิทธิของประชาชน ในอดีตประเทศไทยมีระบบส่งเสริมให้ประชาชนที่มีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ ทั้งในรูปแบบการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล โครงการประกอบภาพที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมออกค่าใช้จ่าย และต่อมามีประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 กำหนดในมาตรา 52 ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ...” จึงเป็นที่มาของการผลักดันให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้าถึงการบริการสุขภาพได้ตามแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560: 30-31)

บริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด หมายถึงการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกของผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนมีหน่วยบริการประจำแล้ว ซึ่งไม่สามารถเดินทางกลับไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำของตนได้ โดยสาเหตุของการเข้ารับบริการนอกหน่วยบริการประจำดังกล่าวมาจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึงการได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการในภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรงมากอาจรอรับการรักษาได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งแต่หากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรจะทำให้มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ทั้งหมดให้เป็นที่ไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน หมายถึงการได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติทาง

การแพทย์อย่างรีบด่วนมีฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรือการปวดกระทันหันนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นซึ่งส่งผลอาจทำให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้หรือภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือโดยเร็วซึ่งผู้ป่วยต้องการได้รับการช่วยเหลือทางการรักษาพยาบาลจัดเป็นอันดับรองจากเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตหากปล่อยไว้ไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องอาจทำให้เสียชีวิตหรือพิการได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

การเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต หมายถึง การได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตหากไม่ได้รับการปฏิบัติทางการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจระบบไหลเวียนโลหิตหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยกะทันหันนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างเฉียบพลันหรือเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจรักษาทันทีมีฉะนั้นผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการอย่างถาวรในไม่กี่นาทีทั้งนี้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้มีสิทธิ หมายถึง คนไทยมีสิทธิตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักและไม่มีสิทธิประกันสังคมหรือสิทธิสวัสดิการการรักษาของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจหรือสวัสดิการรักษาย่างอื่นที่รัฐจัดให้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556: 6)

สิทธิว่าง หมายถึง คนไทยที่มีสิทธิตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 แต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำตามมาตรา 6

เด็กแรกเกิด หมายถึง เด็กแรกเกิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ณ วันที่เข้ารับบริการ

ทหารผ่านศึก หมายถึง บุคคลที่มีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และได้รับสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรีให้ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐบาลโดยไม่คิดมูลค่าโดยมีรหัสสิทธิย่อยที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจสอบได้เป็นรหัส 66 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญราชการชายแดน) รหัส 67 (ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญพิทักษ์เสรีชน) รหัส 75 (ทหารผ่านศึกชั้น 1-3 ที่มีบัตรทหารผ่านศึกรวมถึงผู้ได้รับพระราชทาน) รหัส 80 (บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกชั้น 1-3 รวมถึงผู้ได้รับพระราชทานเหรียญสมรภูมิ) รหัส 97 (บุคคลในครอบครัวทหารของกรมสวัสดิการ 3 เหล่าทัพ) และ

รหัส 98 (บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรชั้นที่ 1)

คนพิการ หมายถึง คนพิการตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และคนพิการตามประกาศสสช.โดยมีรหัสย่อยที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจสอบเป็นรหัส 74 โดยหน่วยบริการสามารถตรวจสอบความเป็นผู้มีสิทธิของทหารผ่านศึกและคนพิการได้ที่ www.nhso.go.th ประเภทคนพิการแบ่งออกเป็น 9 ประเภทได้แก่ บุคคลที่มีความบกพร่องทาง 1) การเห็น 2) การได้ยิน 3) สติปัญญา 4) ร่างกายหรือการเคลื่อนไหว 5) การเรียนรู้ 6) การพูด และภาษา 7) พฤติกรรมหรืออารมณ์ 8) ออทิสติก และ 9) พิการซ้ำซ้อน

กำลังพลสำรอง หมายถึง ผู้ที่มีสภาพเป็นนายทหารสัญญาบัตรกองหนุน นายทหารสัญญาบัตรนอกราชการ นายทหารสัญญาบัตรนอกกอง นายทหารประทวนกองหนุนทหารกองหนุนประเภทที่ 1 ทหารกองหนุนประเภทที่ 2 และทหารกองเกินซึ่งกระทรวงกลาโหมทำการเรียกเข้ารับราชการทหารได้โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติรับราชการทหาร พ.ศ. 2497 และข้อบังคับทหารว่าด้วยการแบ่งประเภทนายทหารสัญญาบัตรที่ 11/16536 ลง 14 พฤศจิกายน 2482

บททวนวรรณกรรม

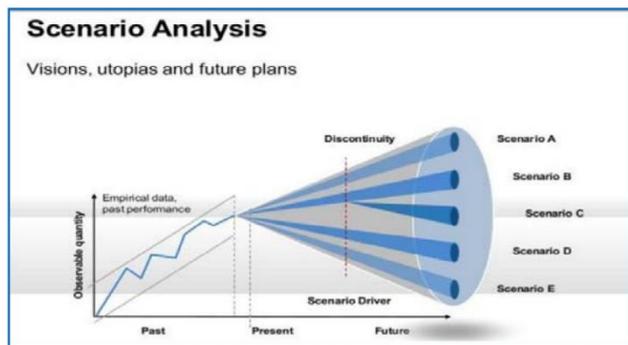
International Institute for Sustainable Development (2007) อ้างว่า การวิเคราะห์พยากรณ์แนวโน้ม (Scenario Analysis) ถูกนำมาใช้ครั้งแรกในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนกลยุทธ์ของทหารเพื่อจินตนาการกลยุทธ์ที่เป็นไปได้ในการรบ และแนวทางการวิเคราะห์พยากรณ์แนวโน้มได้ถูกนำมาใช้อีกหลากหลายสาขารวมถึงการวางแผนทางธุรกิจ การบริหารจัดการชุมชน และการตรวจประเมินสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังมีหลักฐานการนำไปประยุกต์ใช้มากกว่าร้อยตัวอย่างของการวิเคราะห์พยากรณ์แนวโน้มตลอด 30 ปีที่ผ่านมา ยกตัวอย่างกรณีที่เป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวางเช่น the Millennium Assessment (Millennium Ecosystem Assessment, 2007) และ The Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) Scenarios (International Institute for Sustainable Development, 2007).

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ (2559) ได้ให้คำนิยามการวิเคราะห์พยากรณ์แนวโน้มว่าเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นไปได้ในอนาคตขององค์กรในหลาย ๆ ทางทั้งในแง่บวกและแง่

ลบ โดยอาศัยเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจากแนวโน้มในปัจจุบัน รวมกับความไม่แน่นอนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อนำไปสู่การวางแผนรับมือได้อย่างเหมาะสม โดยองค์กร จะต้องเลือกสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจริงทั้งที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์มาวิเคราะห์ถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์ต่อ องค์กรมากที่สุด และเกิดความสูญเสียน้อยที่สุด

McKinse&Company (2015) ก ล่า ว ว่า เหตุการณ์ในอดีตช่วยให้เราสามารถคาดเดาหรือพยากรณ์

แนวโน้มที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะสั้นๆ ได้และทำให้เรา ทราบว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญของ เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต Scenario Analysisเป็น กระบวนการวิเคราะห์เหตุการณ์ในอนาคตที่อาจจะ เกิดขึ้น โดยพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่เป็นไปได้จากเหตุการณ์ อื่นๆที่ยังแสดงให้เห็นถึงทางเลือกของการเกิดเหตุการณ์ ในอนาคตได้อย่างครอบคลุม ทำให้สามารถเตรียมความ พร้อมได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น (ดังแสดงในรูปที่ 1.)



รูปที่ 1 แนวคิดเบื้องต้นของการวิเคราะห์พยากรณ์แนวโน้ม(Scenario Analysis)

วิธีการศึกษา

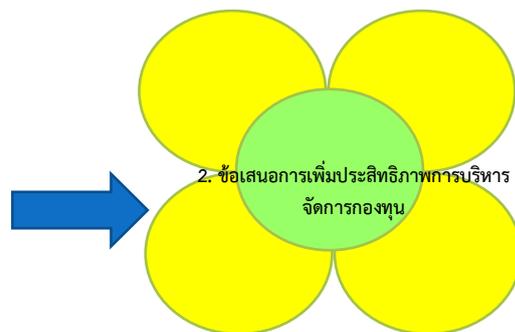
การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ และปริมาณข้อมูลที่นำมาศึกษาคือ ข้อมูลบริการผู้ป่วย นอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดจาก โปรแกรม e-claimจากระบบข้อมูลบริการสาธารณสุข (National Clearing House) สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557 – 2561 จำนวน ข้อมูลมีทั้งสิ้น 5,619,407 รายการ (Records) ภายใต้ ข้อจำกัด ในการนำเสนอผลลัพธ์บางตารางหรือบางรูป อาจนำข้อมูลปีงบประมาณ 2557 มาใช้ในการ เปรียบเทียบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจ่าย ชดเชยในปีงบประมาณ 2558 และบางผลลัพธ์จะทำการ ประมวลผลเฉพาะปีงบประมาณ 2561 ด้วยขีดจำกัดของ

Software ที่ใช้ในการประมวลผล กรอบการศึกษาแบ่ง ออกเป็น 2 ขั้นตอนได้แก่

1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของกองทุน บริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้าม จังหวัด(OPAE)สถิติที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย สถิติ พรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Boxplot กราฟแท่ง กราฟเส้น และTrendline เป็นต้น และสถิติอนุมาน (Inference Statistic) ได้แก่ Forecasting Technique และ Extrapolate เป็นต้น

2) ข้อเสนอการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร จัดการกองทุนเครื่องมือที่ใช้ในการจัดทำข้อเสนอคือ การ วิเคราะห์พยากรณ์แนวโน้ม

1. ศึกษาสถานการณ์ OPAE
 - 1.1 ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องถึงขอบเขตบริการ วิธีการจ่ายชดเชย ระบบการจ่าย
 - 1.2 พยากรณ์เงินชดเชยให้หน่วยบริการ
 - 1.3 วิเคราะห์ความถี่การเข้ารับบริการ สัดส่วนการเข้ารับบริการ และสัดส่วนเงินชดเชย
 - 1.4 วิเคราะห์โครงสร้างเงินชดเชย



รูปที่ 2 กรอบการศึกษาแนวทางการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกองทุน OPAE

ผลการวิจัย

การรายงานผลการวิจัยจะรายงานตามกรอบการศึกษา (แสดงในรูปที่ 2) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของกองทุนบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด (OPAE) และ

2) ข้อเสนอการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของ OPAE มีขั้นตอนการศึกษา 6 ขั้นตอน

1.1 ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องถึงขอบเขตบริการ วิธีการจ่ายชดเชย ระบบการจ่ายเอกสารที่นำมาทบทวนประกอบด้วย คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และรายงานสรุปผลการดำเนินงาน พบว่า โครงสร้างกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแบ่งประเภทบริการออกเป็น 9 ประเภทประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยนอก 2) ผู้ป่วยใน 3) กรณีเฉพาะ (Central Reimbursement) 4) สร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค 5) พื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 6) แพทย์แผนไทย 7) บริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน 8) เงินช่วยเหลือผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 9) จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

งบบริการกรณีเฉพาะมีหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น 2) กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ 3) กรณีลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ 4) กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้บริการอย่างใกล้ชิด และ 5) กรณีที่ต้องบริหารแบบเฉพาะโรค

กองทุนบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้าม(OPAE) เป็นส่วนหนึ่งของงบกรณีเฉพาะ กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการจ่ายค่าใช้จ่ายในระบบตามผลงานการให้บริการ (Performance) เพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และเพื่อประกันการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีความจำเป็น ผู้มีสิทธิที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดประกอบด้วย กลุ่มที่ 1. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) กลุ่มที่ 2. คนพิการกลุ่มที่ 3. สิทธิว่างกลุ่มที่ 4. พระสงฆ์ และกลุ่มที่ 5. ทหารผ่านศึก กำลังพลสำรองทหารกอง

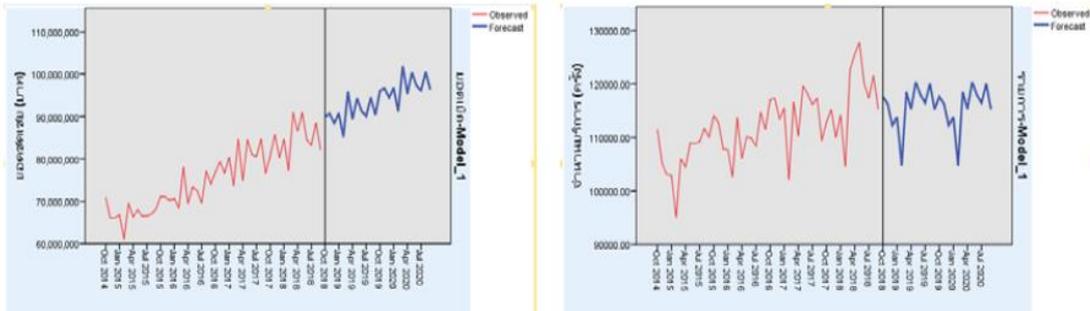
ประจำการ (ทหารเกณฑ์) สังกัดกรมแพทย์ทหารบก/กรมแพทย์ทหารเรือ/กรมแพทย์ทหารอากาศ และอาสาสมัครทหารพรานโดยมีเงื่อนไขการเข้ารับบริการคือ 1) เป็นการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ เป็นกรณีที่ไม่ับรวมการตรวจรักษาที่มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า 2) เป็นการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งและ 3)เป็นการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก คนพิการ ทหารผ่านศึก ที่ใช้บริการข้ามจังหวัดกับหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถเข้ารับการรักษาได้ตามความจำเป็น

วิธีการจ่ายชดเชยเป็นแบบ Fee for Service ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการที่ให้บริการตามราคาเรียกเก็บ หรือราคาที่กำหนดที่มีการกำหนดวงเงินรวมไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ โดยจ่ายเป็นรายเดือน หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามผลงานบริการจริงไม่มีการหักเงินเดือนกรณีอุบัติเหตุจราจรให้หน่วยบริการเรียกเก็บค่าชดเชยบริการจาก พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ภายในวงเงินที่กำหนดก่อนกรณีสิทธิว่างจะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามความจำเป็นทางการแพทย์จนกว่าจะเกิดสิทธิหรือปรากฏหน่วยบริการประจำ (คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562, 2562) ระบบการจ่ายเป็น Point System with Global Budget ก่อนปีงบประมาณ 2558 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายชดเชยที่ Point ละ 1 บาท เนื่องจากจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการและเงินชดเชยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 จนถึงปัจจุบันทำให้อัตราจ่ายชดเชยลดลงที่ Point ละ 0.9 บาท

1.2 พยากรณ์เงินชดเชยให้หน่วยบริการ และจำนวนบริการเพื่อทราบถึงปัญหาและขนาดของปัญหา จึงทำการนำข้อมูลรายเดือนของเงินชดเชยให้หน่วยบริการ และจำนวนบริการมาทำการพยากรณ์ด้วยเทคนิค Winters' Additive และ Simple Seasonal ตามลำดับเลือกตัวแบบที่มีค่าเกณฑ์สารสนเทศเบย์เซียน (Bayesian information criterion: BIC) ต่ำที่สุดค่าสถิติ Ljung-Box Q ไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และค่า R-square อยู่ที่ 0.936 และ 0.836 ตามลำดับจากตัวแบบพยากรณ์ปีงบประมาณ 2562 ได้ค่าประมาณเงินชดเชย 1,212,108,355.31 บาท และจำนวนบริการ 1,388,624

ครั้ง เนื่องจากงบประมาณกองทุน OPAE อยู่ที่ 966,466,975 บาท แสดงว่ากองทุน OPAE ต้องเตรียมงบประมาณเพิ่มอีก 245.641 ล้านบาท (กรณีคิดที่ point 1 บาท) หรือกองทุน OPAE ต้องเตรียม

งบประมาณเพิ่มมากกว่า 124.431 ล้านบาท (กรณีคิดที่ point ละ 0.9 บาท) หรือลด Point ลงที่ 0.797บาท (ดังแสดงในรูปที่ 3.)



(ก) ยอดขุดเซยที่จ่ายให้หน่วยบริการ (ข) จำนวนบริการ

รูปที่ 3. ค่าพยากรณ์ยอดขุดเซยและจำนวนบริการ OPAE

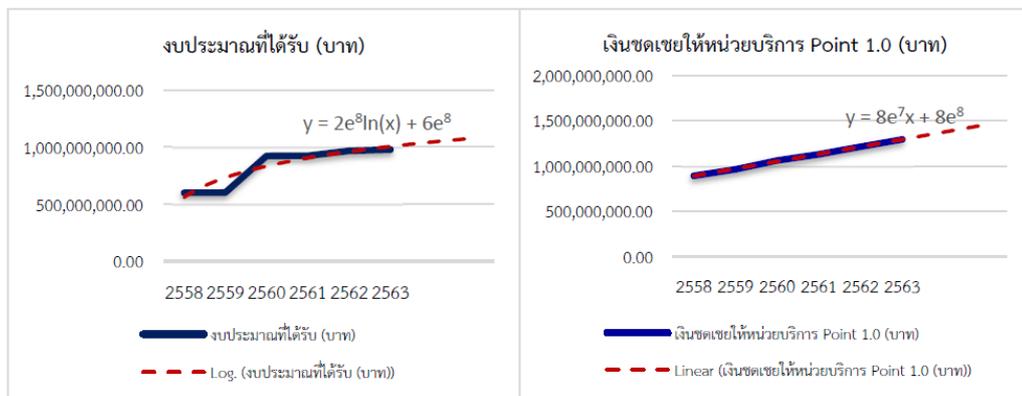
ตารางที่ 1. งบประมาณ เงินขุดเซย และจำนวนบริการ OPAE

ปี	งบประมาณที่ได้รับ (บาท)	เงินขุดเซยให้หน่วยบริการ Point 0.9 (บาท)	เงินขุดเซยให้หน่วยบริการ Point 1.0 (บาท)	จำนวนบริการ (ครั้ง)
2558	598,622,011.00	802,845,456.27	892,050,506.97	1,276,965
2559	601,055,840.00	865,453,264.38	961,614,738.20	1,319,381
2560	922,862,839.00	953,996,492.92	1,059,996,103.24	1,372,877
2561	924,007,180.00	1,015,544,617.28	1,128,382,908.09	1,407,069
2562	966,466,975.00	1,090,897,519.78	* 1,212,108,355.31	**1,388,624
2563	977,984,500.00	1,163,371,715.29	* 1,292,635,239.21	**1,388,624

หมายเหตุ*จากการพยากรณ์ด้วยเทคนิค Winters' Additive**จากการพยากรณ์ด้วยเทคนิค Simple Seasonal

จากตัวแบบพยากรณ์ปีงบประมาณ 2563 ได้ค่าประมาณเงินขุดเซย 1,292,635,239.21 บาท และจำนวนบริการ 1,388,624 ครั้ง (ดังแสดงในตารางที่ 1.) เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเพิ่มระหว่าง งบประมาณที่ได้รับ และเงินขุดเซยให้หน่วยบริการ Point 1 บาท พบว่า รูปแบบงบประมาณที่ได้รับเป็นแบบLogarithmic equation ด้วยสมการ $y =$

$2e^{8 \ln(x)} + 6e^8$ ขณะที่รูปแบบเงินขุดเซยให้หน่วยบริการที่ Point 1 บาท เป็นแบบ Linear equation ด้วยสมการ $y = 8e^7x + 8e^8$ ทำให้เห็นอย่างชัดเจนว่าอัตราการเพิ่มของเงินขุดเซยให้หน่วยบริการที่ Point 1 บาท สูงกว่าอัตราการเพิ่มของงบประมาณที่ได้รับ (ดังแสดงในรูปที่ 4.)



รูปที่ 4. เปรียบเทียบอัตราการเพิ่มระหว่างงบประมาณที่ได้รับ และเงินขุดเซยให้หน่วยบริการ Point 1 บาท

ตารางที่ 2. ร้อยละงบประมาณ OPAE ต่องบบริการกรณีเฉพาะ

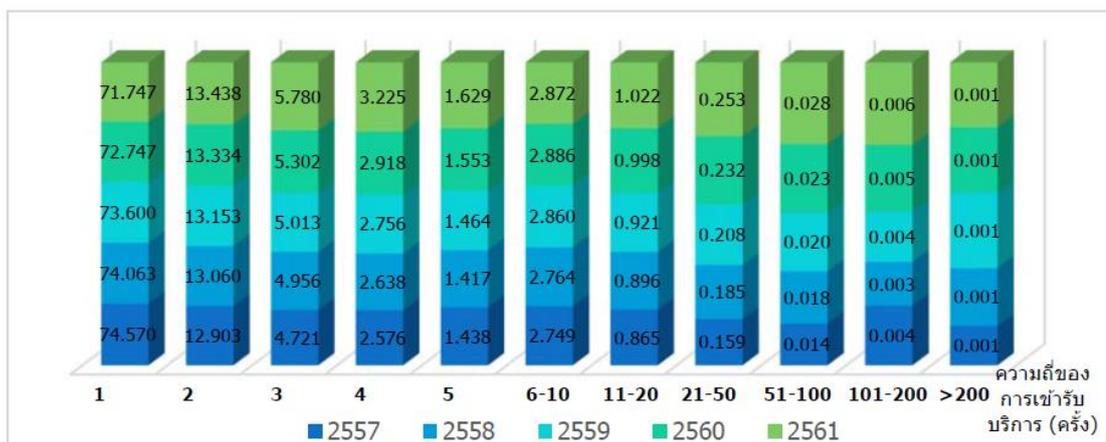
ปี	อัตราเหมาจ่ายรายหัว (บาท/ผู้มีสิทธิ)	ผู้มีสิทธิ (ล้านคน)	งบบริการกรณีเฉพาะ (ล้านบาท)	งบประมาณ OPAE (ล้านบาท)	ร้อยละ OPAE ต่อ งบบริการกรณีเฉพาะ
2559	3,028.94	48.787	14,894.260	601.056	4.04
2560	3,109.87	48.803	15,420.742	922.863	5.98
2561	3,197.32	48.797	16,449.067	924.007	5.62
2562	3,426.56	48.575	17,365.639	966.467	5.57
2563	3,600.00	48.264	*23,207.092	*1,292.635	*5.57

หมายเหตุ* ค่าประมาณการณ

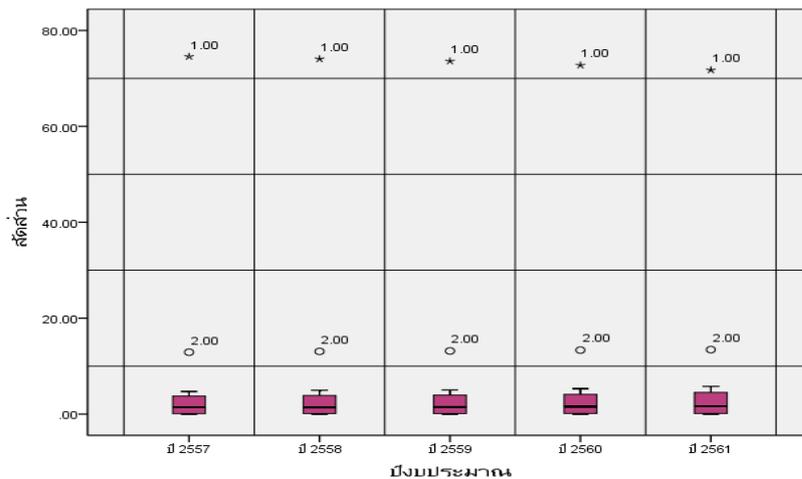
จากตารางที่ 2. เนื่องจากงบ OPAE เป็นส่วนหนึ่งของงบกรณีเฉพาะ จึงพิจารณาเปรียบเทียบร้อยละงบ OPAE ต่องบบริการกรณีเฉพาะ ปีงบประมาณ 2559 – 2562 พบว่า งบบริการกรณีเฉพาะได้รับงบประมาณ 14,894.260, 15,420.742, 16,449.067 และ 17,365.639 ล้านบาทตามลำดับ งบ OPAE ได้รับงบประมาณ 601.056, 922.863, 924.007 และ 966.467 ล้านบาทตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ OPAE ต่องบบริการกรณีเฉพาะเป็น 4.04, 5.98, 5.62 และ 5.57 ตามลำดับ สำหรับการประมาณการณปีงบประมาณ 2563 งบประมาณ OPAE จากการพยากรณ์อยู่ที่ 1,292.635 ล้านบาท หากร้อยละ OPAE ต่องบบริการกรณีเฉพาะ คงที่เหมือนปีงบประมาณ 2562 อยู่ที่ร้อยละ 5.57 อาจส่งผลทำให้งบบริการกรณีเฉพาะเพิ่มถึง 23,207.092 ล้านบาท

1.3 วิเคราะห์ความถี่การเข้ารับบริการ สัดส่วน

การเข้ารับบริการ และสัดส่วนเงินชดเชยผลลัพธ์การคำนวณอัตราการเข้ารับบริการโดยเฉลี่ยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 – 2561 อยู่ที่ 1.70, 1.72, 1.75, 1.79 และ 1.82 ครั้งต่อคน ตามลำดับการศึกษาความถี่ของการเข้ารับบริการจึงจำแนกกลุ่มความถี่การเข้ารับบริการแบ่งออกเป็น 11 กลุ่มได้แก่ 1,2,3, 4, 5, 6-10, 11-20, 21-50, 51-100, 101-200, >200 ครั้ง จากรูปที่ 5. – 6. แสดงให้เห็นว่ารูปแบบความถี่ของการเข้ารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 – 2561 นั้นมีรูปแบบสัดส่วนความถี่ของการเข้ารับบริการคล้ายกันโดยมีสัดส่วนการเข้ารับบริการ 1-2 ครั้งมากกว่าร้อยละ 80 และสัดส่วนการเข้ารับบริการตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 หากพิจารณากราฟ Boxplot จะเห็นว่าสัดส่วนการเข้ารับบริการ 1 ครั้งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ขณะที่สัดส่วนการเข้ารับบริการตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน



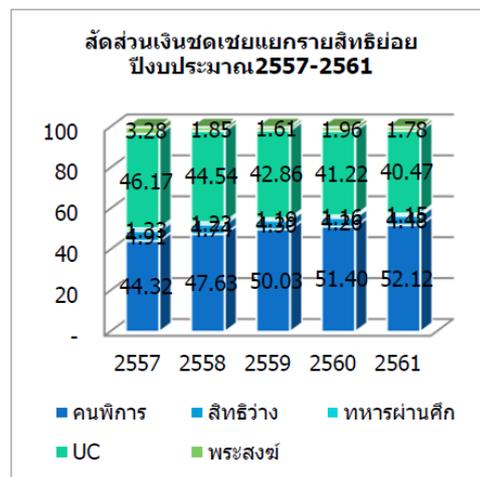
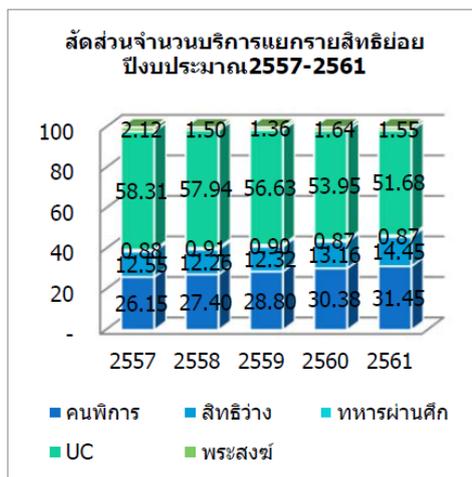
รูปที่ 5. สัดส่วนผู้มีสิทธิเข้ารับบริการปีงบประมาณ 2557-2561 จำแนกตามจำนวนความถี่ของการเข้ารับบริการ



รูปที่ 6. Boxplot แสดงสัดส่วนความถี่ของการเข้ารับบริการ จำแนกตามปีงบประมาณ 2557-2561

พิจารณาสัดส่วนเงินชดเชยและจำนวนบริการจำแนกตามสิทธิย่อย ปีงบประมาณ 2557-2561 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนการเข้ารับบริการ OPAE ของผู้มีสิทธิ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้แก่ สิทธิ UC สิทธิคนพิการ สิทธิว่าง สิทธิพระสงฆ์ และสิทธิทหารผ่านศึก ยกตัวอย่างเช่น ปีงบประมาณ 2561 สัดส่วนการเข้ารับบริการเป็น 51.68, 31.45, 14.45, 1.55 และ 0.87 ตามลำดับสำหรับสัดส่วนเงินชดเชยของผู้มีสิทธิรับบริการ OPAE เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้แก่ สิทธิคนพิการ สิทธิ UC สิทธิว่าง สิทธิพระสงฆ์ และสิทธิทหารผ่านศึก

ยกตัวอย่างเช่น ปีงบประมาณ 2561 สัดส่วนเงินชดเชยของผู้มีสิทธิเป็น 52.12, 40.47, 4.48, 1.78 และ 1.15 ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าสัดส่วนการเข้ารับบริการไม่ได้มีทิศทางเดียวกันกับสัดส่วนเงินชดเชย ระหว่างสิทธิคนพิการ และสิทธิ UC ยกตัวอย่างเช่น ปีงบประมาณ 2561 สัดส่วนการเข้ารับบริการของสิทธิ UC อยู่ที่ 51.68 แต่สัดส่วนเงินชดเชยอยู่ที่ 40.47 ขณะที่ สัดส่วนการเข้ารับบริการของสิทธิคนพิการอยู่ที่ 31.45 แต่สัดส่วนเงินชดเชยอยู่ที่ 52.12 (ดังแสดงในรูปที่ 7.)



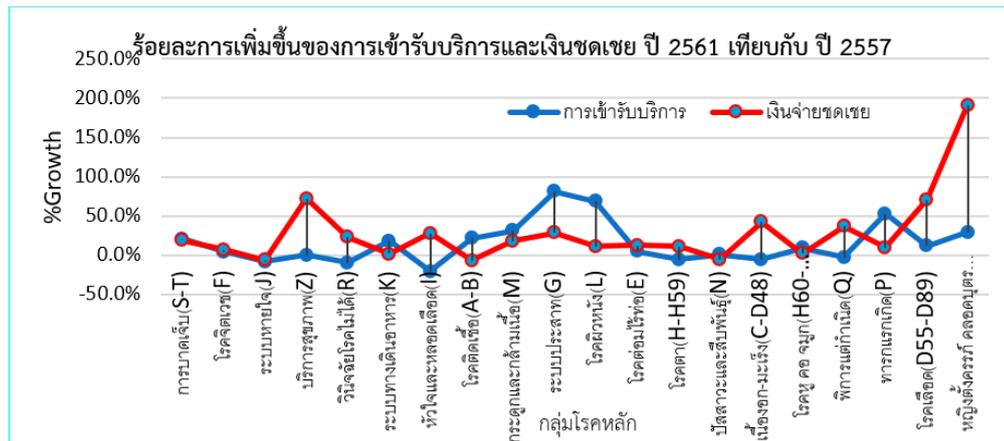
รูปที่ 7. สัดส่วนจำนวนเงินชดเชยและจำนวนครั้งการเข้ารับบริการแยกรายสิทธิย่อย

เมื่อเปรียบเทียบร้อยละการเพิ่มขึ้นของทั้งเงินชดเชยและการเข้ารับบริการจำแนกรายโรคหลักของปีงบประมาณ 2561 เปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2557 แสดงให้เห็นว่าร้อยละการเพิ่มขึ้นของการเข้ารับบริการสูงมากกว่าร้อยละ 50 ได้แก่ โรคเกี่ยวกับระบบประสาท (G: Diseases of the Nervous System) โรคผิวหนัง (L: Diseases of Skin and

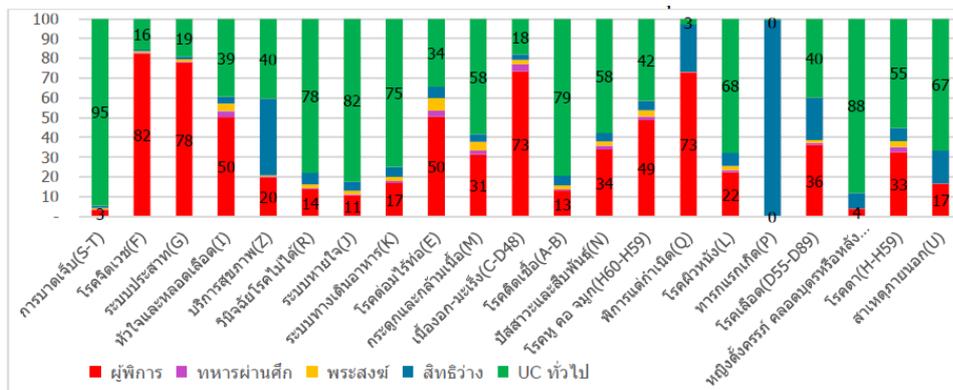
Subcutaneous tissue) และทารกแรกเกิด (P: Certain Conditions Originating in the Perinatal Period) ร้อยละการเพิ่มขึ้นของเงินชดเชยสูงมากกว่าร้อยละ 50 ได้แก่ บริการสุขภาพ (Z: Factors Influencing Health Status and Contact with Health Services) โรคเลือด D55-89 (D: Diseases of the Blood and Blood-forming Organs and Certain Disorders

Involving the Immune Mechanism) และร้อยละการเพิ่มขึ้นของเงินชดเชยสูงที่สุดโดยสูงถึงร้อยละ 191.5 คือหญิงตั้งครรภ์คลอดบุตร และระยะหลังคลอด (O: Pregnancy, Childbirth and the Puerperium) นอกจากนี้ยังมีบางกลุ่มโรคที่ถึงแม้จะมีร้อยละการเข้ารับบริการลดลง แต่ร้อยละของเงินชดเชยเพิ่มขึ้น เช่น โรคระบบไหลเวียนโลหิต (I: Diseases of the Circulatory System) มีจำนวนการเข้ารับบริการลดลงร้อยละ

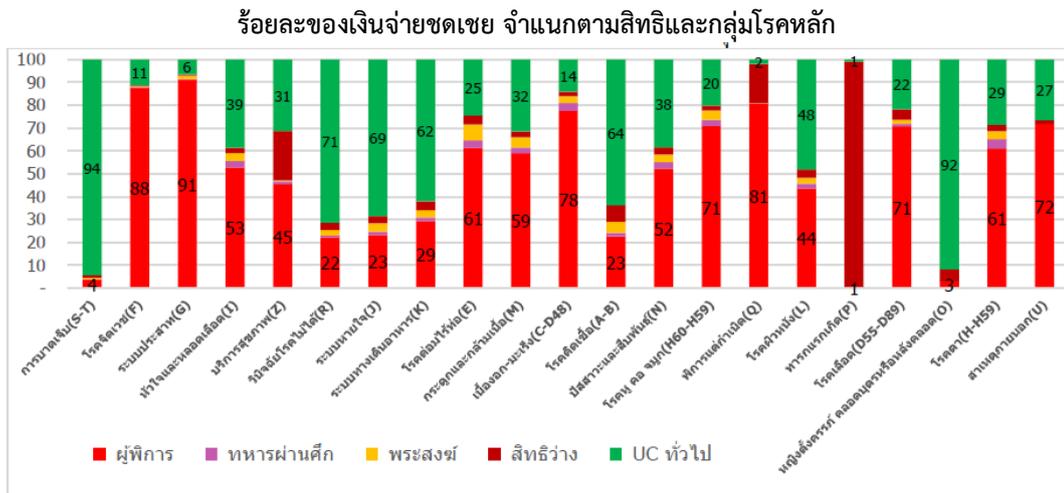
20.9 แต่ร้อยละการเพิ่มขึ้นของเงินชดเชยเป็น 27.4 และวินิจฉัยโรคไม่ได้ (R: Symptoms, Signs and Abnormal Clinical and Laboratory Findings, not elsewhere Classified) มีจำนวนการเข้ารับบริการลดลงร้อยละ 10.1 แต่ร้อยละการเพิ่มขึ้นของเงินชดเชยเป็น 22.6 เป็นต้น (ดังแสดงในรูปที่ 8.)



รูปที่ 8. ร้อยละการเพิ่มขึ้นของการเข้ารับบริการและเงินชดเชยปีงบประมาณ 2561 เปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2557 จำแนกตามกลุ่มโรคหลักร้อยละของการเข้ารับบริการ จำแนกตามสิทธิและกลุ่มโรคหลัก
หมายเหตุ : 80% ของสิทธิว่าง คือเด็กแรกเกิด



รูปที่ 9. เปรียบเทียบร้อยละของการเข้ารับบริการระหว่างสิทธิคนพิการและสิทธิ UC ปีงบประมาณ 2561

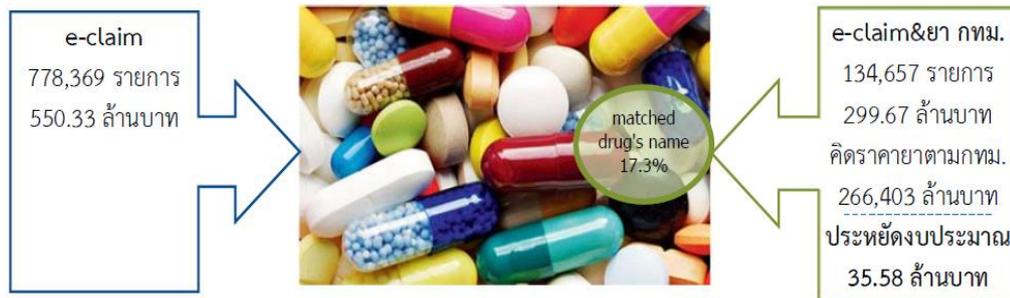


รูปที่ 10. เปรียบเทียบร้อยละของเงินจ่ายชดเชย ระหว่างสิทธิคนพิการและสิทธิ UC ปีงบประมาณ 2561

หากนำรายกลุ่มโรคมาจำแนกสัดส่วนพบว่า ร้อยละการเพิ่มขึ้นของการเข้ารับบริการสูงมากกว่าร้อยละ 50 ได้แก่ 1) โรคเกี่ยวกับระบบประสาท (G) ส่วนใหญ่เป็นสิทธิคนพิการมาเข้ารับบริการร้อยละ 78 เป็นสัดส่วนเงินชดเชยร้อยละ 91 2) โรคผิวหนัง (L) ส่วนใหญ่เป็นสิทธิ UC เข้ารับบริการร้อยละ 68 เป็นสัดส่วนเงินชดเชยร้อยละ 48 ขณะที่สิทธิคนพิการมาเข้ารับบริการร้อยละ 22 เป็นสัดส่วนเงินชดเชยร้อยละ 44 และ 3) ทารกแรกเกิด (P) ส่วนใหญ่เป็นสิทธิว่างร้อยละ 99.99 เป็นสัดส่วนเงินชดเชยร้อยละ 98 ส่วนร้อยละการเพิ่มขึ้นของเงินชดเชยสูงมากกว่าร้อยละ 50 ได้แก่ 1) บริการสุขภาพ (Z) ส่วนใหญ่เป็นสิทธิ UC มาเข้ารับบริการร้อยละ 40 เป็นสัดส่วนเงินชดเชยร้อยละ 31 ขณะที่สิทธิคนพิการมาเข้ารับบริการร้อยละ 20 เป็นสัดส่วนเงินชดเชยร้อยละ 45 2) โรคเลือด D55-89 (D) ส่วนใหญ่เป็นสิทธิ UC มาเข้ารับบริการร้อยละ 40 เป็นสัดส่วนเงินชดเชยร้อยละ 22 ขณะที่สิทธิคนพิการมาเข้ารับบริการร้อยละ 36 เป็นสัดส่วนเงินชดเชยร้อยละ 71 และร้อยละการเพิ่มขึ้นของเงินชดเชยสูงที่สุดโดยสูงถึงร้อยละ 191.5 คือหญิงตั้งครรภ์คลอดบุตร และระยะหลังคลอด (O) ส่วนใหญ่เป็นสิทธิ UC มาเข้ารับบริการร้อยละ 88 เป็นสัดส่วนเงินชดเชยร้อยละ 92 นอกจากนี้ยังมีบางกลุ่มโรคที่ถึงแม้จะมีร้อยละการเข้ารับบริการลดลง แต่ร้อยละของเงินชดเชยเพิ่มขึ้น เช่น โรคระบบไหลเวียนโลหิต (I) ส่วนใหญ่เป็นสิทธิคนพิการมาเข้ารับบริการร้อยละ 50 และวินิจฉัยโรคไม่ได้ (R) ส่วนใหญ่เป็นสิทธิ UC มาเข้ารับบริการร้อยละ 78 นอกจากนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าสิทธิคนพิการในบางกลุ่มโรคมาเข้ารับบริการด้วยสัดส่วนไม่มาก แต่กลับมีสัดส่วนเงินชดเชยที่สูงเช่น สาเหตุภายนอก (U) มาเข้ารับบริการร้อยละ 17 เป็นเงินชดเชยร้อยละ 72 โรคตา (H-H59) มาเข้ารับบริการร้อยละ 33 เป็นเงินชดเชยร้อยละ 61

เป็นต้น การที่สิทธิคนพิการใช้เงินชดเชยต่อครั้งสูงกว่าสิทธิอื่นจึงควรมีการศึกษาเจาะลึกหาสาเหตุเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนต่อไป (ดังแสดงในรูปที่ 9. - 10.)

1.4 วิเคราะห์โครงสร้างเงินชดเชย เงินชดเชยตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อรับบริการสาธารณสุขเป็นรายการค่าบริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย 1) ค่าห้อง/ค่าอาหาร 2) อวัยวะเทียม/อุปกรณ์บำบัดรักษา 3) ยาและสารอาหารทางเส้นเลือดที่ใช้ใน รพ. 4) ยาที่นำไปใช้ที่บ้าน 5) เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา 6) บริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต 7) ตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา 8) ตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา 9) ตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ 10) อุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์ 11) ทำหัตถการและบริกรวิสัญญี 12) ค่าบริการทางการแพทย์ 13) บริการทางทันตกรรม 14) บริการทางกายภาพบำบัดและเวชกรรมฟื้นฟู 15) ค่าบริการฝังเข็มและอื่นๆ 16) ค่าห้องผ่าตัดและห้องคลอด 17) ค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์ 18) บริการอื่นๆและส่งเสริมป้องกันโรค 19) บริการอื่นๆที่ยังไม่ได้จัดหมวด (แสดงในรูปที่ 11.) นำรายการทั้ง 19 รายการมาพิจารณาเฉพาะรายการที่เป็นค่าบริการทางการแพทย์ของการบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่ม 1. หมวด OPAE non-procedure เป็นค่าบริการทางการแพทย์ของบริการที่ไม่มีรายการหัตถการกลุ่ม 2. หมวด OPAE procedure เป็นค่าบริการทางการแพทย์ของบริการที่มีรายการหัตถการ กลุ่ม 3. หมวด OPAEDRUG เป็นค่าบริการทางการแพทย์ 3, 4 และกลุ่ม 4 หมวดอื่นๆเป็นค่าบริการทางการแพทย์ 2, 19



รูปที่ 12. การเปรียบเทียบรายจ่ายระหว่างวิธี fee for service ที่ Point 1 บาท และวิธี fee schedule ตามรายการยา กทม. ภายใต้สมมติฐานว่า Drug Catalogue นั้นครอบคลุมทุกรายการยามาทำการประมาณค่างบประมาณที่จะสามารถประหยัดได้ (Extrapolated Budget Save) พิจารณาทั้งประเภทของหน่วยบริการและกลุ่มโรคหลักสูตรที่ใช้ดังนี้

$$est. Budget save = \sum_{hos.type} \sum_{ICD10} \frac{Budget\ save_{hos.type,ICD10}}{Percentage\ of\ OPAEDRUG_{hos.type,ICD10}}$$

ตารางที่ 4. ค่าประมาณงบประมาณที่สามารถประหยัดได้จากการจ่ายชดเชยยาวิธี fee schedule with BKK drug catalogue พิจารณาทั้งประเภทของหน่วยบริการและกลุ่มโรคหลัก

ประเภทหน่วยบริการ	ค่าประมาณงบประมาณที่สามารถประหยัดได้ (ล้านบาท)
รพศ.(A)	5.22
รพท.ระดับจังหวัด(S)	2.14
รพท.ขนาดเล็ก(M1)	1.62
รพช.แม่ข่าย(M2)	2.81
รพช.ขนาดใหญ่(F1)	1.41
รพช.(F2)	13.67
รพช.ขนาดเล็ก(F3)	0.56
โรงเรียนแพทย์	23.86
หน่วยบริการสังกัดอื่นๆ	14.32
เอกชน	10.37
ผลรวม	75.98

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนจากผลการวิเคราะห์ส่วนที่ 1 นำมาวิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน โดยจัดทำ 3 ข้อเสนอ ดังนี้

Scenario A: สถานการณ์ 1) ผลจากตัวแบบพยากรณ์พบว่าค่าประมาณเงินชดเชยมีแนวโน้มสูงขึ้น ปีงบประมาณ 2562 กองทุน OPAE มีงบประมาณที่ได้รับ 966.467 ล้านบาท ค่าพยากรณ์เงินชดเชยอยู่ที่ 1,212.108 ล้านบาท นั่นหมายความว่าองค์กรต้องของบประมาณเพิ่มอีก 245.641 ล้านบาท (Point 1 บาท) 2) ปีงบประมาณ 2563 ค่าพยากรณ์เงินชดเชยให้หน่วย

บริการ 1,292.635 ล้านบาท หากร้อยละงบประมาณ OPAE ต่องบบริการกรณีเฉพาะคงที่เท่ากับปีงบประมาณ 2561 คาดว่างบบริการกรณีเฉพาะอาจจะเพิ่มขึ้นประมาณ 5,000 ล้านบาท รวมเป็น 23,207.092 ล้านบาท 3) ผลจากการวิเคราะห์ความถี่การเข้ารับบริการพบว่าอัตราเข้ารับบริการสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปีงบประมาณ 2557 – 2561 เข้ารับบริการด้วยอัตรา 1.70, 1.72, 1.75, 1.79 และ 1.82 ตามลำดับ อัตราการเข้ารับบริการตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปต่อปีมีแนวโน้มสูงขึ้น อาจเนื่องมาจากกรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น ทำให้การเข้ารับบริการบางบริการยังไม่เข้าข่ายกรณีอุบัติเหตุ

และเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ระดับวิกฤต **ข้อเสนอ 1)** ยังคงใช้การบริหารจัดการเช่นเดิมคือ วิธีการจ่ายแบบ fee for Service และระบบการจ่ายแบบ Point System with Global Budgetจะสามารถประหยัดงบประมาณได้ร้อยละ 10 หากจ่ายชดเชยที่ Point 0.9บาทหรือร้อยละ 20หากจ่ายชดเชยที่ Point 0.8 บาท) จัดระบบการให้บริการแยกออกเป็น การบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ระดับวิกฤต โดยคงวิธีการจ่ายแบบ fee for Service จ่ายชดเชยที่ Point 1 บาท และจัดให้มีระบบบริการผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัด ระดับไม่วิกฤต โดยคิดวิธีจ่ายแบบ Capitation รวมกับระบบปกติ

ผลกระทบข้อเสนอ 1) อาจส่งผลให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย ทำให้ขาดสภาพคล่อง และอาจเป็นการสร้างความขัดแย้งระหว่าง Provider และ Purchaser **ข้อเสนอ 2)** ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารงบประมาณ และคงวัตถุประสงค์ของงบ OPAE ปกป้องผู้ป่วยให้ได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น

Scenario B: **สถานการณ์** จากข้อมูลปีงบประมาณ 2561 พบว่า 1)สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายเงินชดเชยผู้มีสิทธิคนพิการไปใช้บริการข้ามจังหวัดจำนวน 530.141 ล้านบาท จำนวนผู้มีสิทธิคนพิการ 93,817 คน จำนวนการมาเข้ารับบริการ 442,473 ครั้ง ดังนั้น อัตราค่ารักษาพยาบาลต่อผู้มีสิทธิคนพิการเป็น 5,650.80 บาทต่อคนและมีแนวโน้มการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิคนพิการสูงขึ้นเป็นอันดับหนึ่งของผู้สิทธิกองทุนผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินข้ามจังหวัดทั้งหมด ในขณะที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัวบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปให้กับหน่วยบริการประจำของผู้มีสิทธิคนพิการด้วยอัตราค่ารักษาพยาบาลต่อผู้มีสิทธิคนพิการเป็น 1,168.03 บาท 2) ผลจากการวิเคราะห์ความถี่การเข้ารับบริการพบว่า ร้อยละการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิคนพิการสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปีงบประมาณ 2557 - 2561เข้ารับบริการด้วยร้อยละ 26.15, 27.40, 28.80, 30.38 และ 31.45 ตามลำดับกลุ่มโรคที่ผู้มีสิทธิคนพิการเข้ารับบริการด้วยอัตราที่สูงที่สุด 7 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคจิตเวช (F) ระบบประสาท (G) เนื้องอก-มะเร็ง (C-D48) พิการแต่กำเนิด (Q) หัวใจและหลอดเลือด (I) โรคต่อมไร้ท่อ (E) และโรคหู คอ จมูก (H59 - H60) และกลุ่มโรคที่จ่ายชดเชยให้ผู้มีสิทธิคนพิการด้วยอัตราที่สูงที่สุด 13 กลุ่มโรคได้แก่ระบบประสาท (G) โรคจิตเวช (F)

พิการแต่กำเนิด (Q) เนื้องอก-มะเร็ง (C-D48) สาเหตุภายนอก (U) โรคหู คอ จมูก (H59 - H60) โรคเลือด (D55-D89) โรคต่อมไร้ท่อ (E) โรคตา (H-H59) กระดูกและกล้ามเนื้อ (M) หัวใจและหลอดเลือด (I) บริการสุขภาพ (Z) และโรคผิวหนัง (L) ดังนั้นการเดินทางข้ามจังหวัดเพื่อมาทำการรักษาของผู้มีสิทธิคนพิการอาจทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง สาเหตุอาจเกิดจากหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการรักษาผู้มีสิทธิคนพิการอาจไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลจิตเวช เป็นต้น อีกทั้งการเข้ามารับการรักษาพยาบาลด้วยค่าใช้จ่ายที่สูง อาจมีสาเหตุจากการเข้าไม่ถึงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ **ข้อเสนอจัดให้มีสำนักงานที่รับผิดชอบผู้มีสิทธิคนพิการ** โดยคงสิทธิประโยชน์เหมือนเดิม จัดหน่วยบริการให้สอดคล้องตรงกับความต้องการของผู้มีสิทธิคนพิการให้เป็นหน่วยบริการประจำเพื่อให้เกิดการบริหารกองทุนแบบองค์รวมให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพมิติ เน้นการดูแลป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อเสนอการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ และบุคลากรทางการแพทย์ **ผลกระทบ 1)** สำนักงานที่รับผิดชอบสามารถกำกับติดตามเพื่อให้เกิดการบริหารกองทุนแบบองค์รวมให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพมิติ เน้นการดูแลป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้มีสิทธิคนพิการได้อย่างครอบคลุม 2) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนโดยการจัดการหน่วยบริการประจำซึ่งจะทำให้สามารถประหยัดงบประมาณได้ $(5,650.80 - 1,168.03) * 93,817 = 420.560$ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 37.27 (ปีงบประมาณ 2561 เงินชดเชย 1,128.383) ภายใต้ข้อสมมติเบื้องต้นว่าผู้มีสิทธิคนพิการที่มาใช้งบประมาณ OPAE หากนำกลับไปใช้งบประมาณผู้ป่วยนอกจะสามารถบริหารจัดการกองทุนได้ด้วยค่าใช้จ่ายเดียวกัน

Scenario C: **สถานการณ์ 1)** จากข้อมูลพบว่าปีงบประมาณ 2561 เงินชดเชยหมวด OPAEDRUG คิดเป็นสัดส่วน 0.46 ของเงินชดเชยทั้งหมด และอัตราการเพิ่มเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2558 คิดเป็นร้อยละ 55.36 2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 มีการจัดทำ Drug Catalogue เป็นราคากลางของค่ายาเพื่อการจ่ายชดเชย ครอบคลุมรายการยาร้อยละ 17.29 **ข้อเสนอปรับเปลี่ยนรูปแบบวิธีการจ่ายชดเชย** ค่ายาจากแบบ fee for Service หรือราคาขายของหน่วยบริการ มาเป็นแบบ Fee Schedule หรือจัดทำ Drug Catalogue และระบบการจ่ายแบบ Point System ที่ Point 1 บาท ซึ่งจะทำให้สามารถประหยัดงบประมาณได้ 75.98 ล้านบาท

(ดังแสดงในตารางที่ 4.) คิดเป็นร้อยละ 6.73 (ปีงบประมาณ 2561 เงินชดเชย 1,128.383) ผลกระทบ 1) ต้องสร้างความร่วมมือจากทุกประเภทของหน่วยบริการเพื่อจัดทำ Drug Catalogue ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสร้างระบบในการปรับปรุงรายการยาและราคาให้ไวต่อการปรับเปลี่ยน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวทางการวิเคราะห์พยากรณ์แนวโน้มมาใช้ในการจัดทำข้อเสนอการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน ซึ่งเทคนิคนี้ช่วยให้วิเคราะห์การบริหารจัดการกองทุนที่มีลักษณะคาดเดายาก (Volatility) มีความไม่แน่นอน (Uncertainty) คลุมเครือ (Ambiguity) และซับซ้อน (Complexity) ให้มีความชัดเจนขึ้นโดยสร้างสถานการณ์จากการวิเคราะห์พยากรณ์แนวโน้มเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นไปได้ในอนาคต นำมาจัดทำข้อเสนอ แล้ววิเคราะห์ผลกระทบหากมีการดำเนินการตามข้อเสนอ

กิตติกรรมประกาศ

บทความฉบับนี้สำเร็จได้จากการที่ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เล็งเห็นความสำคัญของการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน ใช้งบประมาณให้เกิดความคุ้มค่า พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง อีกทั้งผู้บริหารยังปฏิบัติตนเป็นแบบอย่าง (Role Model) เข้ามามีส่วนร่วมให้คำแนะนำ และสนับสนุนให้ทำการวิจัยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตามหลักวิชาการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เสียสละทั้งร่างกายและเวลาดึงข้อมูลวิเคราะห์ และเรียบเรียงผลการสังเคราะห์อย่างเต็มความสามารถ ผู้เขียนขอขอบคุณทุกท่านในองค์กรอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

สหประชาชาติ ประเทศไทย. (2562). เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs). สืบค้นเมื่อ 19กรกฎาคม2562, จาก <https://www.un.or.th/globalgoals/th/the-goals/>

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2560). ศัพท์ใช้บ่อยในแวดวงปฏิรูปสุขภาพ. นนทบุรี: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. (2559). Scenario Analysis การ

วิเคราะห์พยากรณ์แนวโน้ม. สืบค้น 10 พฤษภาคม 2562, จาก https://www.bsqmgroupp.com/private_folder//3.Scenario_Planning.pdf

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). “10 เรื่องควรรู้ สิทธิหลักประกันสุขภาพ”. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วน จำกัด อรุณการพิมพ์.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วน จำกัด อรุณการพิมพ์.

Intergovernmental Panel on Climate Change. (2007). Retrieved July 24, 2019, from https://www.ipcc-data.org/ddc_envdata.html

International Institute for Sustainable Development. (2007). A training manual on integrated environment assessment and reporting. Retrieved July 24, 2019, from https://www.iisd.org/pdf/2007/geo_resource.pdf

McKinsey&Company. (2015). Overcoming obstacles to effective scenario planning. Retrieved August 1, 2019, from <https://www.mckinsey.com/business-functions/strategy-and-corporate-inance/our-insights/overcoming-obstacles-to-effective-scenario-planning#>

Millennium Ecosystem Assessment. (2007). Scenarios Assessment. Retrieved July28, 2019, from <https://www.millenniumassessment.org/en/Scenarios.aspx>