

การปรับปรุงสิทธิประโยชน์ในการเบิกจ่ายอุปกรณ์สิ้นเปลือง
ในการผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรม

โดย

พินเอก สุทธิจิต สีนานนท์
ศัลยแพทย์ที่ปรึกษา กองศัลยกรรม
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
กองทัพบก

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 57
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2557-2558

บทคัดย่อ

เรื่อง การปรับปรุงสิทธิประโยชน์ในการเบิกจ่ายอุปกรณ์สิ้นเปลืองในการผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรม

ลักษณะวิชา การเศรษฐกิจ

ผู้วิจัย พ.อ. สุทธจิต ลีนนานนท์

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57

การผ่าตัดผ่านกล้อง เคยถือเป็นการผ่าตัดที่มีค่าใช้จ่ายสูงเมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบดั้งเดิมหรือแบบเปิด (conventional หรือ open surgery) แต่ประโยชน์ที่ได้รับคือแผลเล็ก เจ็บตัวน้อย และสามารถกลับไปทำงานได้เร็วกว่า ในด้านสวัสดิการในการรักษาพยาบาลของภาครัฐมีหลายระดับ ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิหลักประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เพื่อหาหนทางที่จะทำให้ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดผ่านกล้องได้โดยมีค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่าที่สุด และมีมาตรฐานการผ่าตัดไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงการบริการผ่าตัดด้วยกล้องได้ และหาแนวทางในการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสิทธิต่างๆ

การศึกษานี้พบว่า ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดผ่านกล้องมิได้เป็นการผ่าตัดที่มีค่าใช้จ่ายสูง หลังจากปรับอุปกรณ์สิ้นเปลืองและวิธีผ่าตัดให้เหมาะสมแล้วค่าใช้จ่ายที่ใช้พอๆกันหรือถูกกว่าค่าชดเชยที่ได้รับจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยกเว้นการผ่าตัดไต, ใส่เลื่อนและลำไส้ใหญ่ ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดถูกลงได้แก่ การฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ การรวบรวมข้อมูลอุปกรณ์สิ้นเปลือง ประชุม จัดทำคู่มือและเผยแพร่ความรู้นี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การผ่าตัดและการใช้อุปกรณ์สิ้นเปลืองไปในทิศทางเดียวกัน

การศึกษานี้สนับสนุนให้ยกเลิกการปิดกั้นในการเข้าถึงการรับบริการเนื่องจากได้ชี้ให้เห็นว่าการผ่าตัดผ่านกล้องมิได้เป็นการผ่าตัดค่าใช้จ่ายสูงอีกต่อไป โดยหันมาใช้ระบบความเชี่ยวชาญทางศัลยปฏิบัติร่วมกับการใช้ระบบตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก (credentialing system plus internal and external audit) เพื่อที่รัฐจะได้จ่ายน้อยลงและประชาชนเข้าถึงการบริการได้ทั่วถึงมากขึ้น

คำนำ

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic Surgery) มีความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว รวมทั้ง วิทยาการของอุปกรณ์หลัก และอุปกรณ์สิ้นเปลือง ส่งผลให้ทำการผ่าตัดชนิดที่ยากขึ้นสามารถทำได้โดยปลอดภัย และคุ้มค่า แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กประมาณ 1-2 ซม. นอนโรงพยาบาลระยะสั้นและพักฟื้นน้อยหายไว เสียเลือดน้อย ปวดแผลน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดแผล ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด สามารถกลับไปทำงาน ใช้ชีวิตประจำวันได้เร็ว และจากความคมชัดของกล้องที่มีกำลังขยายสูง จึงทำให้แพทย์มองเห็นรายละเอียดของตำแหน่งที่ต้องการผ่าตัดได้ชัดเจน จากข้อดีทั้งหมดของการผ่าตัดผ่านกล้อง ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาหนทางที่จะทำให้ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดผ่านกล้องได้โดยมีค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่าที่สุด และมีมาตรฐานการผ่าตัดไปในทิศทางเดียวกันและศึกษาแนวทางในการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย เพื่อให้ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงการบริการผ่าตัดผ่านกล้องได้เท่าเทียมกัน

พ.อ.

(สุทธจิต ลีนานนท์)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
คำนำ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	จ
สารบัญแผนภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	2
วิธีดำเนินการวิจัย	3
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	3
คำจำกัดความ	3
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย	5
การประกันสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	6
การออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	8
การจัดระบบการประกันสุขภาพแก่ประชาชนของประเทศไทย	12
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
บทที่ 3 สถานการณ์ปัจจุบัน และการเบิกจ่ายอุปการณ์สิ้นเปลือง	
ในการผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรม	32
การผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรม	32
ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการทำ Focus Group	36

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 แนวทางการปรับปรุงและพัฒนาสิทธิประโยชน์	47
รายการแก้ไขและเพิ่มเติม “ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์	
ในการบำบัดรักษาโรค”	48
การปรับปรุงวิธีการเบิกจ่ายเพื่อการเข้าถึงบริการ	57
บทที่ 5 สรุป และข้อเสนอแนะ	58
สรุป	58
ข้อเสนอแนะ	60
บรรณานุกรม	61
ประวัติย่อผู้วิจัย	62

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
3-1	รายการวัสดุสิ้นเปลือง ราคา จำนวนครั้งของการใช้ซ้ำและจำนวนของวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้สำหรับการผ่าตัดแต่ละหัตถการ ในแผนกศัลยกรรม	38
3-2	รหัสหัตถการ ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับ DRG	40
3-3	จำนวน โรงพยาบาลที่ตอบกลับแบบสำรวจ	45
4-1	ข้อมูลที่หายไปจากประกาศฉบับลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548	48

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
3-1	Harmonic scarpel	41
3-2	Ligasure	41
3-3	Hand port	42
3-4	แผนที่แสดงการกระจายของการผ่าตัดด้วยกล้องในผู้ป่วยสิทธิ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2555	44

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สวัสดิการในการรักษาพยาบาลของประชากรไทยมีหลายระดับเจ้าภาพในการให้สวัสดิการที่เป็นภาครัฐได้แก่กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคมและสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การเบิกค่าใช้จ่ายอุปกรณ์สิ้นเปลืองทางการแพทย์บางชนิดขึ้นกับสิทธิของผู้ป่วย สิทธิที่สูงที่สุดได้แก่กรมบัญชีกลาง และรองลงมาคือสำนักงานประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดย สปสช. เป็นสิทธิที่พื้นฐานที่สุดสำหรับประชาชนทุกๆ คน

ความเจริญก้าวหน้าทางการผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopic surgery) มีความรวดเร็ว ปลอดภัย การฟื้นตัวเร็ว การวิวัฒนาการของทั้งอุปกรณ์หลักและอุปกรณ์สิ้นเปลืองส่งผลให้ทำการผ่าตัดชนิดที่ยากขึ้นสามารถทำได้โดยปลอดภัยและคุ้มค่า การผ่าตัดเหล่านี้ได้แก่การผ่าตัดที่มีการตัดต่อลำไส้ในช่องท้องเช่นการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคอ้วนทุพพลภาพเป็นต้นมีงานวิจัยในประเทศไทยซึ่งได้คำนวณต้นทุนการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องพบว่ามีค่า 20,790 บาทในขณะที่ต้นทุนผ่าตัดแบบเปิดเท่ากับ 9,355 บาท และผลการประเมินต้นทุนหรือประโยชน์พบว่ามีค่าความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ต้นทุนเพิ่มขึ้นต่อประสิทธิผล (incremental cost-effectiveness ratio, ICER) ภายใต้มุมมองรัฐบาลคิดเป็นมูลค่า 144,692 บาท/ปีสุขภาพ และเท่ากับ 86,464 บาท/ปี สุขภาวะภายใต้มุมมองสังคม (Teerawattananon Y et al, 2005) ในปัจจุบันมีสัลยแพทย์ที่ให้บริการการผ่าตัดชนิดนี้ได้เพิ่มขึ้น และกระจายตามภูมิภาคของประเทศเพิ่มขึ้นอีกทั้งประชาชนก็มีความรู้รอบตัวและมีความต้องการที่จะรับการผ่าตัดแบบใหม่เมื่อจำเป็นเพิ่มขึ้นเนื่องจากเห็นข้อดีของการผ่าตัดชนิดนี้

ในโรคทางศัลยกรรมที่สามารถให้การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดผ่านกล้องถือเป็นการผ่าตัดที่มีค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจากต้องใช้อุปกรณ์พิเศษที่มีราคาแพงกว่าอุปกรณ์ในการผ่าตัดแบบดั้งเดิมหรือแบบเปิด (conventional หรือ open surgery) แต่ประโยชน์ที่ได้รับคือแผลเล็ก เจ็บตัวน้อยและสามารถกลับไปทำงานได้เร็วกว่า อุปกรณ์พิเศษดังกล่าวได้แก่ส่วนที่เป็นอุปกรณ์หลักคือชุดอุปกรณ์ผ่าตัดผ่านกล้องพร้อมเครื่องมือ (laparoscopic set and instruments) และอุปกรณ์สิ้นเปลืองแบบใช้แล้วทิ้ง (disposables instruments) การผ่าตัดแต่ละชนิดและแต่ละโรคอาจใช้อุปกรณ์สิ้นเปลืองไม่เหมือนกัน และหรือไม่เท่ากัน การให้บริการรักษาผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ โรงพยาบาลสามารถเบิกค่า

วัสดุสิ้นเปลืองเพิ่มเติมกรณีให้บริการผ่าตัดผ่านกล้อง โดยกำหนดอัตราเบิกจ่ายรายละไม่เกิน 5,500บาท(ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่องประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค,2548) นอกเหนือจากเงินชดเชยที่โรงพยาบาลได้รับตามระบบการจ่ายเงินผู้ป่วย ในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) และเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2556 ที่ผ่านมามีการปรับอัตราเบิกจ่าย วัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดผ่านกล้องบางประเภทจาก 5,500 บาท เป็น 11,000 บาท ประกอบด้วย การผ่าตัดไส้เลื่อนผ่านกล้อง การผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็กผ่านกล้องและหัตถการผ่าตัดผ่านกล้องประเภทอื่นๆ ไม่ถูกชดเชยอีกต่อไป ส่วนสำนักงานประกันสังคมและ สปสช. ไม่ให้มีการเบิกในอุปกรณ์ส่วนนี้แต่จะใช้วิธีเหมาจ่ายตาม DRG ผู้ป่วยที่เหมาะสมและต้องการการผ่าตัดชนิดนี้จึงต้องออกค่าใช้จ่ายส่วนเกินหรือออกค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดทำให้การเข้าถึงการบริการ การผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรมมีข้อจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย

พบว่าประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดมาตรฐานรายการวัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรม ในขณะที่จำนวนแพทย์ที่สามารถผ่าตัดผ่านกล้องมีจำนวนมากขึ้นแพทย์มีการใช้ วัสดุสิ้นเปลืองที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดภาระงบประมาณแก่โรงพยาบาลรวมถึงระบบประกันสุขภาพ ที่แตกต่างกันจากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการวิจัยในเรื่องนี้ เพื่อหาแนวทาง ในการทำให้ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดผ่านกล้องให้มีทิศทางเดียวกันและปรับปรุงสิทธิประโยชน์ ของประชาชนที่มารับบริการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาหนทางที่จะทำให้ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดผ่านกล้องได้โดยมีค่าใช้จ่าย ที่คุ้มค่าที่สุดและมีมาตรฐานการผ่าตัดไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึง การบริการผ่าตัดด้วยกล้องได้

2.เพื่อศึกษาหาแนวทางในการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย

ขอบเขตของการวิจัย

เน้นการศึกษาวิจัยเฉพาะเรื่องการเบิกจ่ายอุปกรณ์สิ้นเปลืองในการผ่าตัดผ่านกล้องทาง ศัลยกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาวิเคราะห์กระบวนการ รูปแบบ เพื่อเปรียบเทียบความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ต้นทุนเพิ่มขึ้นต่อประสิทธิภาพผล โดยการทำ Focus group ผู้ทรงคุณวุฒิในการผ่าตัดผ่านกล้องซึ่งเป็นตัวแทนแพทย์ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมศัลยแพทย์ผ่าตัดด้วยกล้องแห่งประเทศไทยจำนวน 9 ท่าน เกี่ยวกับความเป็นไปได้และรูปแบบในการดำเนินการจัดอบรมศัลยแพทย์ผ่าตัดผ่านกล้องที่มีทั่วประเทศ และแนวทางการจัดทำมาตรฐานวัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรม มีการอภิปรายเกี่ยวกับรายการวัสดุสิ้นเปลือง (standardized items) ศึกษาต้นทุนที่ประหยัดได้จากใช้วัสดุสิ้นเปลืองตามมาตรฐานรายการวัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดผ่านกล้อง

การดำเนินการใช้ฐานข้อมูลสถิติสวัสดิการรักษายาบาลผู้ป่วยข้าราชการสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม ปีพ.ศ.2555 ในการประมาณการณ์จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะเข้าถึงบริการผ่าตัดผ่านกล้องตามหัตถการที่ทำการศึกษาทั่วประเทศ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อทราบทางที่จะทำให้ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดผ่านกล้องได้โดยมีค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่าที่สุดและมีมาตรฐานการผ่าตัดไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงการบริการผ่าตัดด้วยกล้องได้
2. ได้แนวทางในการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสิทธิข้าราชการสิทธิประกันสังคมและสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างเสมอภาคเท่าเทียมและมีมาตรฐาน

คำจำกัดความ

การผ่าตัดผ่านกล้อง	หมายถึง	เทคนิคการผ่าตัดชนิดใหม่ที่อาศัยระบบวิดีโอทัศนทัศน์ที่เข้ามาช่วย โดยมีกล้องที่มีลักษณะเป็นท่อขนาดเล็ก 0.3-10 มม. สอดผ่านท่อ (trocar) เข้าไปในช่องที่ต้องการและทำการผ่าตัดด้วยเครื่องมือที่ออกแบบมาให้ใช้ผ่าตัดผ่านท่อเช่นกัน โดยศัลยแพทย์และทีมงานจะมองภาพผ่านจอภาพของระบบกล้องส่อง
--------------------	---------	--

DRG	หมายถึง	Diagnosis-related group (DRG) เป็นระบบที่จะกำหนดกลุ่มโรคให้กับผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็น 467 กลุ่มโรค และมีรหัสกลุ่มที่ 470 เป็นกลุ่มที่มีไว้สำหรับผู้ป่วยที่ยังจัด
วัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัด	หมายถึง	วัสดุที่ออกแบบมาให้ใช้แล้วทิ้งหรือใช้แล้วหมดไปสำหรับการผ่าตัดฟากกล้อง โดยมากจะออกแบบให้ใช้ครั้งเดียวแต่ในประเทศที่กำลังพัฒนานำมาทำความสะอาด, มาเชื้อและนำมาใช้ซ้ำได้หลายครั้งเนื่องจากวัสดุและการผลิตมีความมั่นคงพอ
รหัสหัตถการ	หมายถึง	รหัสหัตถการตาม ICD 9-cm เป็นรหัสหัตถการสากลตามองค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2552 ปัจจุบันรหัสโรคใช้เป็น ICD 10 คือ เป็นการปรับปรุงครั้งที่ 10 และรหัสหัตถการของ ICD 10 องค์การอนามัยโลกเพิ่งจะประกาศใช้เมื่อต้นปีที่ผ่านมา
ระบบ Credential	หมายถึง	ในทางการแพทย์หมายถึงความชำนาญทางเวชปฏิบัติของแพทย์แต่ละราย ในทางศัลยกรรมจะรวมถึงศัลยปฏิบัติหรือความเชี่ยวชาญในการผ่าตัดด้วย การที่จะได้มาจะได้จากการรับรองของหน่วยงานหรือองค์กรวิชาชีพให้การรับรอง การรับรองอาจจะรับรองเป็นรายหัตถการรายกลุ่มของหัตถการ หรือรองรับหัตถการทั้งหมดเช่นรับรองว่าศัลยแพทย์ผู้นั้นได้รับการรับรองว่าสามารถผ่าตัดเฉพาะนิ้วในอุ้งน้ำดี ได้เลื่อนแต่จะไม่ใช้ผู้เชี่ยวชาญการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

1. นโยบายของรัฐ

นโยบายของรัฐบาล พล.อ. ประยุทธ์ จันทร์โอชา ในด้านการบริหารราชการแผ่นดิน ด้านที่ 5 ได้ให้ความสำคัญการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน

รัฐบาลจะวางรากฐาน พัฒนา และเสริมความเข้มแข็งให้แก่การบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชนโดยเน้นความทั่วถึง ความมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ดังนี้

1. วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพ โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ และบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันคุณภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการป้องกันโรคมามากกว่ารอให้ป่วยแล้ว จึงนำมารักษา สร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลางปรับระบบการจ้างงาน การกระจายบุคลากร และทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับท้องถิ่นและให้ภาคเอกชนสามารถมีส่วนร่วมในการจ้างบุคลากร เพื่อจัดบริการสาธารณสุข โดยรัฐเป็นผู้กำกับดูแล สนับสนุนความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข โดยส่งเสริมการร่วมทุนและการใช้ทรัพยากรและบุคลากรร่วมกัน โดยมีข้อตกลงที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

3. เสริมความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรคระบาด โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ โดยมีเครือข่ายหน่วยเฝ้าระวัง หน่วยตรวจวินิจฉัยโรค และหน่วยที่สามารถตัดสินใจเชิงนโยบายในการสกัดกั้นการแพร่กระจายได้อย่างทันทั่วทั้ง

4. ป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในการจราจรอันนำไปสู่การบาดเจ็บ และเสียชีวิต โดยการร่วมมือระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ในการตรวจจับเพื่อป้องกันการรายงานและการดูแลผู้บาดเจ็บ

5. ส่งเสริมการกีฬาเพื่อสุขภาพ ใช้กีฬาเป็นสื่อในการพัฒนาลักษณะนิสัยเยาวชน ให้มีน้ำใจนักกีฬา มีวินัย ปฏิบัติตามกฎกติกา มารยาท และมีความสามัคคี อีกทั้งพัฒนานักกีฬาให้มีศักยภาพสามารถแข่งขันในระดับนานาชาติจนสร้างชื่อให้แก่ประเทศไทยได้

6. ประสานการทำงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม เพื่อป้องกันและแก้ปัญหา การตั้งครุฑในวัยรุ่น และแก้ปัญหาด้านการแพทย์และจริยธรรมของการอุ้มบุญ การปลูกถ่ายอวัยวะ และสเต็มเซลล์ โดยจัดให้มีมาตรการและกฎหมายที่รัดกุม เหมาะสมกับประเด็นที่เป็นปัญหาใหม่ ของสังคม

7. พัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข โดยจัดให้มีบุคลากรและเครื่องมือที่ทันสมัย และให้มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศ และหน่วยงานต่างประเทศ โดยเฉพาะในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

การประกันสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเป็นมา หลักการ และแนวคิดของการดำเนินการ

ในระยะเริ่มต้น การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีเจตจำนงให้เป็นระบบสุขภาพของคนไทยทั้งประเทศหรือ “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยยึดแนวทางตามความหมายของคณะทำงานข้อเสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งได้ให้คำจำกัดความของ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ไว้ว่า หมายถึง สิทธิของชนชาวไทยทุกคนในการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่บุคคลจะได้รับสิทธินั้น ในระยะแรกจึงมีความขัดแย้งในแนวคิดการรวมกองทุนสุขภาพว่า ควรมีการรวมส่วนของการบริการสาธารณสุขเป็นกองทุนเดียวหรือไม่ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการในระยะต่อมาตราบจนปัจจุบันก็ยังไม่มีความก้าวหน้ามากนัก ยังคงมีเพียงการกล่าวถึงความเท่าเทียมของระบบประกันสุขภาพหลักต่างๆ มากกว่า อย่างไรก็ตาม แม้มีการแยกการดำเนินการของระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศไทย ได้แก่ ระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งมีระบบการประกันความเสี่ยงตามกฎหมายว่าด้วยผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งเป็นการครอบคลุมคนทั้งประเทศที่ประสบภัยจากรถ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังคงใช้หลักการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีหลักการและแนวคิดที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข โดยเน้นความครอบคลุมบุคคลที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ และการร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขผ่านระบบภาษี

2. เน้นความยั่งยืนของกลไกระบบ 3 ประการ ได้แก่ นโยบายยั่งยืน การเงินยั่งยืน และสถาบันยั่งยืนความยั่งยืนของกลไกดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่มักมีปัจจัยเศรษฐกิจเนื่องจากมีแหล่งเงินจำกัด และระบบโครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขในการรองรับนั้นยังไม่เพียงพอ รวมทั้งมักมีระบบการเมืองที่ไม่มั่นคง และการใช้ทรัพยากรยังด้อยประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านสังคมซึ่งมักมีปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอรวมทั้งไม่มีทิศทางการลงทุนในการศึกษาเพื่อรองรับความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

3. เน้นการมีบทบาทของทุกฝ่าย รวมถึงภาคประชาชน โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือสุขภาพของคนไทยทุกคนตามหลักการสุขภาพพอเพียง ดังเห็นได้ชัดเจนจากกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบด้วยภาคีที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย รวมถึงภาคประชาชนด้วย

4. สนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการที่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านเป็นบริการด่านหน้า ที่ให้บริการผสมผสานทั้งการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ หลักการดังกล่าวนี้เป็นความแตกต่างที่สำคัญจากระบบประกันสังคม ซึ่งใช้โรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า 100 เตียง ทั้งรัฐและเอกชนเป็นหน่วยรับสัญญา และระบบสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งให้ผู้มีสิทธิในระบบไปใช้บริการที่สถานพยาบาลรัฐแห่งใดก็ได้

5. การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเน้นการกระจายอำนาจให้พื้นที่ คือ เขตและจังหวัดได้มีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์ แนวทาง และมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการแยกบทบาทผู้ซื้อและผู้ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งทำให้ระบบมีการตรวจสอบควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการตั้งสำนักงานสาขาเขต 13 แห่ง เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนในเขตภูมิภาค โดยเน้นการกระจายอำนาจให้เกิดการบริหารจัดการภายในเขต ซึ่งมีประชากรในความรับผิดชอบประมาณ 3-5 ล้านคน อันเป็นผลจากการศึกษาที่พบว่า ก่อให้เกิดการประหยัดจากขนาดในการบริหาร

6. ระบบต้องควบคุมการขยายตัวของค่าใช้จ่ายให้ได้ โดยเน้นการจ่ายเงินแบบปลายปิด รวมทั้งการจ่ายเงินตามผลการปฏิบัติงาน จากความเป็นมา หลักการ และแนวคิดดังกล่าว รัฐบาลได้นำมาใช้ในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อใช้เป็นแม่บทหลักในการดำเนินงานระบบตาม

องค์ประกอบระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งได้มีผู้เสนอไว้ 7 ประการ ได้แก่ 1. แหล่งเงินทุน 2. การจัดสรรเพื่อซื้อบริการ 3. หน่วยบริการ/ผู้รับประกัน 4. การจัดสรร/จ่ายเงินให้ผู้ให้บริการ 5. บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการ 6. ระบบสาธารณสุขสนับสนุน และ 7. ชุดรวมบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับและการเข้าถึง

การออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. แหล่งเงินที่ใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบัญญัติให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริม การจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ โดยให้คำนึงถึงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วย บริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสมประกอบด้วย นอกจากนี้ยังบัญญัติให้มีแหล่งเงินมาจาก 8 แหล่ง ได้แก่ 1. เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2. เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ 3. เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามมาตรา 5 วรรคสอง 4. เงินค่าปรับทางปกครองตามมาตรา 58 (2), 5. เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน 6. ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน 7. เงินหรือทรัพย์สินใดๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน และ 8. เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ อย่างไรก็ตาม จากการคำนวณค่าใช้จ่ายของระบบในช่วงแรกพบว่า เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีอย่างเดียวน่าจะเพียงพอต่อการดำเนินการ จึงได้มีการตัดสินใจใช้แหล่งเงินจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี คือ ใช้ภาษีเป็นหลักเพียงอย่างเดียว และยังกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตรา 30 บาทต่อครั้งให้แก่หน่วยบริการที่เข้ารับบริการ ไม่ได้จ่ายเข้ากองทุนตามมาตรา 39 (3) และต่อมาเมื่อ พ.ศ.2549 ได้ยกเลิกการร่วมจ่ายดังกล่าว นอกจากนี้ ได้มีความพยายามเสนอแนวทางการหาแหล่งเงินอื่นที่ไม่ใช่ภาษีอย่างเดียว แต่ยังไม่มีความคืบหน้ามากนัก ในการเสนอขอเงินจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีตามมาตรา 39 (1) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ผ่านมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการจัดทำประมาณการค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณาอนุมัติให้เสนอคำขอเงินจากงบประมาณดังกล่าวต่อคณะรัฐมนตรี อย่างไรก็ตามในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติให้มีการพิจารณากำหนดทิศทางนโยบายทางการเงินการคลังก่อน แล้วนำนโยบายดังกล่าวไปทำคำขอเงินจากงบประมาณ เพื่อย้ำถึงอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการกำหนดนโยบายทางการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่

เริ่มต้นกระบวนการจัดทำงบประมาณกองทุน โดยไม่รอให้มีการคิดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แล้วเสร็จก่อน

2. การคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Capitation rate)

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เริ่มต้นตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อ พ.ศ. 2544 โดยได้รับเงินตามอัตราเหมาจ่าย 1,202 บาทต่อคนต่อปีซึ่งนักวิชาการทั้งที่เป็นข้าราชการในและนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งอาจารย์มหาวิทยาลัย อย่างน้อย 3 กลุ่มได้ดำเนินการวิเคราะห์และคำนวณอัตราเหมาจ่ายด้วยข้อมูลและวิธีการที่แตกต่างกัน และได้ข้อเสนออัตราเหมาจ่ายรายหัวที่แตกต่างกันและได้มีการอภิปรายโดยผ่านบทความวิชาการกันอย่างกว้างขวาง จนกระทั่งได้ข้อสรุปอัตราเหมาจ่ายรายหัว 1,202 บาท ดังกล่าว กระบวนการกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปีงบประมาณนั้น มีนักวิชาการวิเคราะห์และคำนวณ แล้วนำเสนอให้คณะกรรมการการเงินการคลัง ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อภิปรายกัน ในระยะแรก (พ.ศ. 2544-2548) นักวิชาการในกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้คำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวดังกล่าวเป็นหลัก และได้มีการพัฒนาขีดความสามารถของนักวิชาการในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้วยการทำงานกันอย่างใกล้ชิดจนกระทั่งทำได้เองตั้งแต่ พ.ศ.2549 นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาการคำนวณด้วยวิธีการที่ซับซ้อนขึ้น โดยมีการเปลี่ยนฐานข้อมูลอัตราการใช้บริการจากเดิมที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มาเป็นการใช้ฐานข้อมูลจากสถานพยาบาลซึ่งมีการพัฒนาให้มีความครบถ้วนและถูกต้องมากขึ้น เมื่อคณะกรรมการการเงินการคลังฯ พิจารณาอัตราเหมาจ่ายรายหัวแล้วจึงนำเสนอให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความเห็นชอบ เพื่อเสนอสำนักงบประมาณพิจารณาต่อไป

อัตราเหมาจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 1,202 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ.2544 จนกระทั่งเป็น 2,100 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ.2551 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 74 ซึ่งมากกว่าการเพิ่มขึ้นในระบบประกันสังคมอัตราเหมาจ่ายรายหัวนั้น เป็นอัตราที่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี ซึ่งไม่ใช่ค่าที่นักวิชาการเสนอคณะกรรมการการเงินการคลัง โดยตรง กระบวนการกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจยากกว่ากองทุนประกันสังคม เนื่องจากต้องขึ้นกับการต่อรองและการตัดสินใจของสำนักงบประมาณ ซึ่งดูแลการงบประมาณรายจ่ายของทั้งประเทศ และการพิจารณาจัดสรรงบประมาณจำเป็นต้องคำนึงถึงการพัฒนาและการลงทุนด้านต่างๆ ของทั้งประเทศด้วย การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงต้องโปร่งใสและตรวจสอบได้ เนื่องจากต้องรับผิดชอบต่อผู้เสียภาษีทั่วประเทศ ส่วนอัตราเหมาจ่ายรายหัวของ

กองทุนประกันสังคมนั้นอยู่ในอำนาจการตัดสินใจของคณะกรรมการการแพทย์ ในขอบเขตการบริหารจัดการกองทุนซึ่งได้รับเงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้าง และลูกจ้าง อันเป็นการบริหารจัดการเงินเพื่อประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตนเท่านั้น

3. กลไกการบริหารระบบ (Allocating institution)

การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เป็นแม่บทหลัก ซึ่งบัญญัติให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้กำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์ และมาตรฐานการบริหารจัดการและการบริการสาธารณสุข และมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐในกำกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาจากภาคีที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และกรรมการภาครัฐโดยตำแหน่ง 8 คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน ผู้แทนองค์กรเอกชนไม่แสวงหาผลกำไร 5 คน ผู้แทนผู้ประกอบการอาชีพด้านสาธารณสุข 5 คนและ ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน ตามทฤษฎีของการบริหารหลักประกันสุขภาพ โดยมีกระบวนการป้อนกลับของข้อมูลจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และเน้นการพัฒนากองทุนที่ตอบสนองต่อความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของบุคคลเป็นหลักในระยะแรก สปสช. ได้จัดตั้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาประจำจังหวัด แต่ต่อมาได้เริ่มมีการจัดแบ่งเขตพื้นที่การทำงานด้วยการใช้เกณฑ์จำนวนประชากรที่อยู่ในเขตประมาณเขตละ 3-5 ล้านคนโดยทดลองที่เขตพื้นที่ขอนแก่นเป็นพื้นที่แรกใน พ.ศ. 2547และขยายเป็น 13 เขตในระยะเวลาต่อมา

4. หน่วยบริการ

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ซึ่งมีส่วนผสมแตกต่างกันไปตามพื้นที่ต่างๆ ซึ่งอาจจำแนกพื้นที่เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ตัวเมือง และเขตชนบท ก็เห็นได้ว่าในกรุงเทพฯ มีทั้งโรงพยาบาลรัฐ เอกชน คลินิกชุมชนอบอุ่น เขตเมืองมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน และเขตชนบทมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้ สปสช. ได้ขึ้นทะเบียนให้เป็นหน่วยบริการโดยทำสัญญากับสถานพยาบาลเอกชน และทำข้อกำหนดเงื่อนไขการบริการสาธารณสุข (Terms of Reference: TOR) กับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ยังคงเป็นสถานพยาบาลรัฐเป็นหลัก ทำให้ทางเลือกในการจัดบริการมีอย่างจำกัด โดยเฉพาะในเขตชนบทซึ่งมีสถานพยาบาลรัฐเท่านั้น

5. การจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ (Provider payment)

หลักการใหญ่ในการจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้หลักการที่ต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้เพิ่มเร็วเกินไป (Cost containment) โดยใช้การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวในกรณีบริการผู้ป่วยนอกและการบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และใช้การจ่ายแบบตามคาดการณ์ (Prospective payment) โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกรณีผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตาม กลไกการจ่ายเงินได้มีการพัฒนาให้มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยมีวิธีการจ่ายแบบต่างๆ เพิ่มเติมเข้ามา เช่น การจ่ายตามกำหนดการ (Fee schedule) ในกรณีเฉพาะการจ่ายตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for performance) กรณีทำผลงานคุณภาพได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด การจ่ายตามรายการย่อยต่างๆ โดยใช้ฐานการจ่ายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 เป็นเกณฑ์ เพื่อให้การทำงานงบประมาณและการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการมีความคล่องตัว ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้มีการทำงบประมาณเป็นกรอบใหญ่ๆ ได้แก่ งบบริการผู้ป่วยนอก งบบริการผู้ป่วยใน งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น ในการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการก็มีการปรับให้บรรลุเป้าหมายมากขึ้นเช่น เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเฉพาะโรคบางอย่าง โดยในการทำดังกล่าว ยังคงยึดแนววินัยทางการเงิน คือไม่มีการจัดสรรงบประมาณข้ามหมวดใหญ่ๆ นั้น เช่นงบประมาณผู้ป่วยในก็จัดจ่ายให้สำหรับผู้ป่วยใน แต่มีการจัดการให้เกิดการเข้าถึงบริการในบางเรื่องงบประมาณผู้ป่วยนอกก็จัดจ่ายให้สำหรับผู้ป่วยนอก แต่อาจมีการแยกรายการบางอย่างเพื่อให้กระตุ้นหน่วยบริการให้ทำงานได้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากการจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการมีความซับซ้อนมากขึ้นแล้ว เงินงบประมาณก็ได้รับจัดสรรงบประมาณรายหัวเพิ่มขึ้นทุกปี คือเพิ่มขึ้นประมาณ 1 เท่าในระยะเวลา 8 ปี

อย่างไรก็ตาม มีข้อทักท้วงอย่างมากว่าการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นมีสัดส่วนการจัดสรรส่วนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคน้อยลง คือจากร้อยละ 15 เหลือประมาณร้อยละ 10 การที่งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคลดลงเนื่องจากปัจจัยสำคัญ คือ

1. มีการเพิ่มโครงการพิเศษที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะเน้นโรคเฉพาะต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคนั้นๆ ซึ่งมุ่งเน้นการรักษาพยาบาล
2. มีการเพิ่มวงเงินงบประมาณในโรคเฉพาะที่ไม่อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับในช่วงเริ่มต้น เช่น โรคเอดส์ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

3. การพัฒนาประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับเพิ่มในส่วนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นมีน้อยกว่าเมื่อเทียบกับส่วนกิจกรรมการรักษายาบาล

4. ความครอบคลุมการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังมีข้อจำกัดเนื่องจากการจัดหางบประมาณจากผลงานที่ทำได้ในปีที่ผ่านมาประกอบ ซึ่งผลงานส่วนใหญ่ยังทำได้ไม่เต็มที่เนื่องจากข้อจำกัดของทรัพยากร

5. การทำงานเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคขึ้นอยู่กับการพัฒนากระบวนการปฐมนุฏิ ซึ่งที่ผ่านมาการพัฒนาดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในการเพิ่มประสิทธิภาพและการขยายทางเลือกการให้บริการ

การจัดระบบประกันสุขภาพแก่ประชาชนของประเทศไทย

ประเทศไทยมีการจัดระบบประกันสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน และลูกจ้างประจำภาครัฐ (Public formal sector) อันรวมถึงพนักงานในหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ (เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ เจ้าหน้าที่องค์การของรัฐ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น) และบุคคลในครอบครัวซึ่งได้รับการคุ้มครองโดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหรือสวัสดิการของหน่วยงานนั้นๆ

2. กลุ่มลูกจ้างเอกชน (Private formal sector) ซึ่งได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม

3. กลุ่มประชาชนที่อยู่ในภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการ (Informal sector) เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน ค้าขายส่วนตัว นอกจากนี้ยังมีระบบประกันเฉพาะกรณี เช่น ระบบประกันสุขภาพเอกชนประกันภัยผู้ประสบภัยจากรถกองทุนทดแทนแรงงานกรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน

1. การประกันสุขภาพในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

1.1 ความเป็นมาในการบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

เนื่องจากการบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้วิธีการจ่ายเงินตามรายบริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บซึ่งเป็นแนวทางบริหารการเงินการคลังที่จัดการได้ง่าย มีต้นทุนโดยตรงในการบริหารระบบน้อยมากเนื่องจากแฝงอยู่ในเงินเดือนข้าราชการสังกัดกรมบัญชีกลางที่ดูแลระบบสวัสดิการ โดยรวมส่วนการกำกับดูแลการใช้จ่ายเงินให้สอดคล้องกับคุณภาพการรักษายาบาลนั้น ไม่ได้ควบคุม โดยกรมบัญชีกลางผู้จ่ายเงินแต่อาศัยสถานพยาบาลทำหน้าที่ควบคุมคุณภาพการรักษายาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีวิธีการเบิกจ่ายค่ารักษา

พยาบาลใน 2 กรณี ได้แก่ 1. **กรณีผู้ป่วยใน** : ผู้มีสิทธิขอหนังสือรับรองสิทธิจากหน่วยงานต้นสังกัดส่งให้สถานพยาบาลแล้วสถานพยาบาลเบิกจ่ายโดยระบบการวางฎีกาที่กรมบัญชีกลางหรือสำนักงานคลังจังหวัด (ระบบเอกสาร) และ 2. **กรณีผู้ป่วยนอก** : ผู้มีสิทธิตรงจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลแล้วนำไปเสร็จรับเงินมาเบิกคืนที่หน่วยงานต้นสังกัด การจ่ายค่ารักษาพยาบาลและการกำกับดูแลด้วยวิธีดังกล่าว ทำให้การเข้าถึงบริการมีปัญหาอย่างมากอย่างไรก็ตามก็ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากระบบการจ่ายเงินซึ่งปราศจากการควบคุมโดยผู้จ่ายเงินย่อมไม่สร้างแรงจูงใจให้กับสถานพยาบาลในการควบคุมค่าใช้จ่าย ระบบนี้จึงประสบปัญหาค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอย่างรวดเร็วต่อเนื่อง เมื่อประเทศไทยประสบวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 ทำให้รัฐบาลต้องมีมาตรการต่างๆ เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายภาครัฐ คณะรัฐมนตรีจึงได้มีมติเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2543 ให้กระทรวงการคลังดำเนินการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น กรมบัญชีกลางจึงได้มีการพัฒนาระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอย่างมากในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และภายหลังการปฏิรูปในปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้วิวัฒนาการมาตามลำดับดังต่อไปนี้

1.1.1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 เริ่มกำหนดให้สถานพยาบาลของรัฐส่งข้อมูลรายละเอียด การเบิกจ่ายผู้ป่วยใน เพื่อวางระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยใน

1.1.2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 เริ่มระบบจ่ายตรงผู้ป่วยนอกสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรัง 4 กลุ่ม ในสถานพยาบาลของรัฐที่เข้าร่วมโครงการ 5 แห่ง

1.1.3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 ขยายระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอกให้ครอบคลุมผู้รับบำนาญประมาณ 300,000 คน

1.1.4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2550

1.1.4.1 ขยายระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอกเต็มระบบครอบคลุมผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว จำนวนประมาณ 4.3 ล้านคน

1.1.4.2 เริ่มระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยในด้วยกลุ่มวินิจฉัยร่วมเต็มรูปแบบ

1.1.4.3 ประกาศอัตราค่าบริการสาธารณสุข มีการกำหนดเพดานการเบิกจ่ายเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทุกสถานพยาบาล มีอัตราการเบิกจ่ายที่กำหนด 3,000 รายการ

1.1.5 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 พัฒนาระบบการตรวจสอบโดยเชื่อมโยงการตรวจสอบกรณีผู้ป่วยหรือสถานพยาบาลมีการเบิกจ่ายเกินควรหรือเบิกจ่ายผิดระเบียบหลักเกณฑ์

1.1.6 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 เสนอแก้ไขพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เช่น เพิ่มสิทธิการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพิ่มอำนาจกรมบัญชีกลางให้บริหารจัดการระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.1.7 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 มีผลบังคับใช้จากมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2543 ได้มีการดำเนินการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการคือในระยะเริ่มแรกมุ่งเน้นให้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวเข้ารับบริการได้สะดวกและทั่วถึงด้วยการนำระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลมาใช้ในระบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมีการสมัครเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลและปริมาณการเข้ารักษามีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ในปีงบประมาณ พ.ศ.2550 ได้เริ่มนำวิธีการจ่ายเงินตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) มาใช้ในการเบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายซึ่งก็ได้ผลเป็นอย่างดีและไม่เกิดผลกระทบต่อบุคลากรสาธารณสุขและผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามการควบคุมการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกยังไม่มีระบบที่ดีพอ เนื่องจากจำกัดด้วยกรอบอำนาจตามกฎหมายจึงต้องมีการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553 เพื่อให้อำนาจในการบริหาร และควบคุมการเบิกจ่ายมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 การออกแบบระบบ

เงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่รัฐจัดสรรให้ นั้น เป็นเงินงบกลางใช้สำหรับทุกส่วนราชการซึ่งตั้งไว้ที่กรมบัญชีกลางโดยกรมบัญชีกลางมีหน้าที่ในการตั้งงบประมาณและควบคุมดูแลการเบิกจ่ายงบประมาณดังกล่าวให้เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาดังนั้นแหล่งเงินของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจึงเป็นเงินภาษีของประชาชนทั้งหมดก่อนรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้ การเบิกจ่ายงบประมาณด้านสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นเบิกจ่ายจากเงินงบประมาณประเภทงบกลางที่สำนักงานงบประมาณจัดสรรให้ในแต่ละปี และก่อน พ.ศ. 2550 สำนักงานงบประมาณจัดสรรงบกลางด้านสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริงทุกปีแต่งบประมาณที่ขาดไปนั้นกรมบัญชีกลางได้ใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติเงินคงคลัง พ.ศ.2491 นำเงินคงคลังมาใช้และตั้งงบประมาณขาดใช้ในปีงบประมาณถัดไป ซึ่งการตั้งงบประมาณขาดใช้ดังกล่าวเป็นการตั้งขาดใช้ในทางบัญชีไม่มีเม็ดเงินจริงขาดใช้ แต่ก็ส่งผลกระทบต่อเงินคงคลังของประเทศตลอดมาด้วยความตระหนักถึงปัญหาเสถียรภาพทางการคลังของประเทศในอนาคตและเพื่อให้มีหลักการใช้จ่ายเงินภาครัฐที่รัดกุมและรักษาวินัยทางการคลังรวมทั้งป้องกันการตั้งงบประมาณที่ดำเนินความเป็นจริง ในการตรารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 จึงได้มีบทบัญญัติมาตรา 169 ว่า “ในกรณีที่ใช้จ่ายเงินแผ่นดินที่กฎหมายได้อนุญาตจะต้องตั้งงบประมาณรายจ่ายเพื่อชดเชยเงินคงคลังในปีงบประมาณถัดไป ทั้งนี้ให้กำหนดแหล่งที่มาของรายได้ เพื่อชดเชยรายจ่ายที่ได้ใช้เงินคงคลังจ่ายไปก่อนแล้วด้วย”

1.3 กลไกการบริหารระบบ

ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 กระทรวงการคลังมีอำนาจหน้าที่บริหารจัดการ โดยได้มอบหมายให้กรมบัญชีกลางกำกับดูแลทางกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และบริหารเงินงบประมาณ และมีกลุ่มงานสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการในสำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการเป็นหน่วยงานภายในที่ทำหน้าที่ดังกล่าว

1.4 ประเภทผู้มีสิทธิ

ในพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 กำหนดไว้ว่า“ผู้มีสิทธิ”ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำและผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญรวมถึงลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายและสัญญาจ้าง ไม่ได้ระบุเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลไว้ด้วย ทั้งนี้ข้าราชการและลูกจ้างประจำที่มีสิทธินั้นต้องเป็นข้าราชการและลูกจ้างประจำซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำของกระทรวง ทบวง กรม ปัจจุบันคืองบบุคลากรอื่น ได้แก่

1. ข้าราชการพลเรือน ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน
2. ข้าราชการครูตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการครู
3. ข้าราชการฝ่ายตุลาการ ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายตุลาการ
4. ข้าราชการฝ่ายอัยการ ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายอัยการ
5. ข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัย ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัย
6. ข้าราชการฝ่ายรัฐสภา ตามกฎหมายว่าด้วยข้าราชการฝ่ายรัฐสภา
7. ข้าราชการตำรวจ ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการตำรวจ
8. ข้าราชการทหาร ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการทหาร และ
9. ข้าราชการการเมือง ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการการเมือง ดังนั้น

ข้าราชการส่วนท้องถิ่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ เจ้าหน้าที่องค์การของรัฐ พนักงานราชการจึงมิใช่ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ส่วนผู้รับบำนาญ/เบี้ยหวัดที่มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 นั้นต้องเป็นผู้รับบำนาญปกติตามมาตรา 9 แห่งพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2494 หรือผู้รับบำนาญพิเศษเหตุทุพพลภาพตามมาตรา 36 แห่งพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด พ.ศ.2495 เท่านั้น ส่วนผู้รับบำเหน็จตามกฎหมายบำเหน็จบำนาญข้าราชการไม่มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกานี้ ในกรณีลูกจ้างประจำที่เป็นผู้มีสิทธินั้นต้องเป็นผู้ที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวด

เงินเดือนและค่าจ้างประจำเท่านั้น ส่วนลูกจ้างประจำที่ได้รับค่าจ้างจากเงินประเภทอื่นๆ รวมทั้งลูกจ้างที่ได้รับเงินค่าจ้างจากเงินนอกงบประมาณนั้น ไม่เป็นผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ส่วนกรณีผู้มีสิทธิที่เป็นลูกจ้างชาวต่างประเทศนั้นต้องผ่านเงื่อนไข 2 ประการ คือได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายและสัญญาจ้างมิได้ระบุเกี่ยวกับการช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลไว้ตามนัยแห่งพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวนี้ ผู้มีสิทธินั้น หมายถึงบุคคลดังกล่าวข้างต้นเท่านั้นบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิดังกล่าวไม่ได้เป็นผู้มีสิทธิด้วยแต่ได้กำหนดให้ผู้มีสิทธิดังกล่าวมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและสำหรับบุคคลในครอบครัวที่ชอบด้วยกฎหมายกล่าวคือ มีหลักฐานทางราชการรับรองความถูกต้องด้วย ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรจำนวน 3 คน

1.5 เงื่อนไขและวิธีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ก่อนที่พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 มีผลบังคับใช้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวมีสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการได้เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการเท่านั้น ต่อมาพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวได้เปิดให้เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของเอกชนได้ด้วย แต่มีเงื่อนไขจำกัดตามหลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายผู้ป่วยนอก

1.6 ระบบการเบิกจ่าย

เบิกจ่ายตามรายการให้บริการ (Fee for Services) ตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ แต่ไม่เกินอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด (ค่าบริการสาธารณสุข อุปกรณ์และอวัยวะเทียม)

วิธีการเบิก

1. ผู้มีสิทธิขอหนังสือรับรองสิทธิจากหน่วยงานต้นสังกัดเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล

2. ผู้มีสิทธิลงทะเบียนไว้ให้โรงพยาบาลเบิกจ่ายตรงกับกรมบัญชีกลาง

1.7 การคุ้มครอง

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามรายบริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ กล่าวคือรัฐเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดเมื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลอันเป็นการประกันสุขภาพให้กับผู้มีสิทธิ โดยรัฐเป็นผู้รับประกัน อย่างไรก็ตาม ผู้มีสิทธิอาจต้องจ่ายร่วมในบางรายการ (เช่น ค่าห้องและค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ค่าตรวจวิเคราะห์โรค) ที่สถานพยาบาลเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

1.8 การจ่ายร่วม

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นระบบประกันสุขภาพแบบคุ้มครองค่าใช้จ่ายส่วนต้นหากสถานพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษายาบาลเกินกว่าอัตราที่กำหนดผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินดังกล่าวเอง ได้แก่

1. ค่ายาที่ไม่อยู่ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติที่คณะกรรมการของสถานพยาบาลไม่ออกหนังสือรับรองให้
2. ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม และค่าบริการสาธารณสุขอื่น เช่น ค่าตรวจวิเคราะห์โรคเฉพาะส่วนที่เกินอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด
3. ค่าห้องและค่าอาหาร เฉพาะส่วนที่เกินอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด และ
4. ค่าบริการพิเศษอื่นๆ เช่น ค่าธรรมเนียมบุคลากรสาธารณสุข ค่าจ้างพยาบาลพิเศษ

1.9 แนวโน้มอัตราการให้บริการและค่าใช้จ่าย

ในทศวรรษหน้าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งได้มีการประมาณการจำนวนข้าราชการและบุคลากรในครอบครัวในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ว่าจะมีผู้ใช้สิทธิในระบบเพิ่มขึ้นอีก 370,000 คน คือ จาก 4,300,000 คนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 เป็น 4,670,000 คนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 โดยมีผู้รับเบี้ยหวัดบ้านอายุเพิ่มจาก 320,000 คนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 เป็น 680,000 คน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 หรือเพิ่มขึ้นกว่า 1 เท่าตัว ในเวลา 10 ปี ซึ่งจะส่งผลให้ภาระงบประมาณต้องเพิ่มสูงขึ้นด้วย รัฐบาลจึงต้องเตรียมความพร้อมทั้งในด้านงบประมาณและด้านการควบคุมการเบิกจ่ายให้มีประสิทธิภาพเพื่อรองรับรายจ่ายด้านสังคมที่เพิ่มมากขึ้น

2. การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม

การประกันสังคม (Social Insurance) เป็นบริการสาธารณะระยะยาวอย่างหนึ่ง ที่รัฐบาลดำเนินการให้แก่บุคคลผู้มีรายได้ให้มีบทบาทในการช่วยเหลือตนเองและครอบครัวได้ร่วมกันบรรเทาภัยหรือช่วยเหลือบำบัดความทุกข์ยากเดือดร้อนซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้มีรายได้ในสังคม ด้วยการให้นายจ้างและลูกจ้างร่วมกันจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมและในบางประเทศมีรัฐบาลร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุนนี้ด้วย เมื่อประสบภัยหรือความเดือดร้อนกองทุนนี้ก็จะจ่ายประโยชน์ทดแทนให้แก่ลูกจ้างผู้ส่งเงินสมทบดังกล่าวโดยรัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการ ดังนั้น การประกันสังคมจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ยึดหลักการพึ่งตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชน โดยมีความมุ่งหมายให้เป็นหลักประกันและคุ้มครองความเป็นอยู่ของประชาชนให้มีความมั่นคงในการดำเนินชีวิตแม้มีเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องขาดแคลนรายได้ ก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

2.1 หลักการและแนวคิด

ตามทฤษฎีการแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization : ILO) ได้ประกาศไว้เมื่อ พ.ศ. 2532 การประกันสังคมมีหลักการดังต่อไปนี้

2.1.1 การประกันสังคมเป็นวิธีการออกเงินสมทบโดยฝ่ายนายจ้างและลูกจ้าง และในบางครั้งรัฐบาลอาจเข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือหรืออุดหนุน โดยใช้เงินของรัฐ

2.1.2 การเข้ามามีส่วนร่วมในการประกันสังคมนั้นเป็นการบังคับโดยมีข้อยกเว้นไว้น้อยมาก

2.1.3 เงินสมทบที่จ่ายมานั้น ต้องจัดตั้งเป็นกองทุนพิเศษนำไปช่วยเป็นประโยชน์ทดแทนตามที่กำหนดไว้

2.1.4 ส่วนเกินของเงินสมทบจะนำไปลงทุนเพื่อให้กองทุนมีทรัพย์สินเพิ่มขึ้น

2.1.5 สิทธิการรับประโยชน์ทดแทนเกิดจากการได้จ่ายเงินสมทบที่เป็นไปตามเงื่อนไข

2.1.6 อัตราการจ่ายเงินสมทบและอัตราประโยชน์ทดแทนมักสัมพันธ์กับรายได้ของบุคคล

2.1.7 การประกันสังคมประเภทการเจ็บป่วยจากการทำงาน ปกติ นายจ้างต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ฝ่ายเดียว หรือบางกรณีรัฐอาจให้ความช่วยเหลือเงินอุดหนุนโดยหลักการแล้วการประกันสังคมมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนทุกคนที่อยู่ในวัยทำงานได้รับความคุ้มครองอย่างทั่วถึง รวมทั้งคุ้มครองไปถึงครอบครัว ตลอดจนเมื่อไม่สามารถทำงานได้หรือต้องออกจากงานเมื่อพ้นวัยดังกล่าวไปแล้วด้วย อย่างไรก็ตาม ในระยะเริ่มต้น การประกันสังคมมักให้ความคุ้มครองกลุ่มเป้าหมายที่จำกัด เช่นครอบครัวเฉพาะผู้ใช้แรงงานบางประเภทหรือผู้ใช้แรงงานที่อยู่ในสถานประกอบการที่มีจำนวนลูกจ้างมากกว่า 20 คน หลังจากนั้นจึงค่อยๆ ขยายความคุ้มครองออกไปให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับความคุ้มครองจากการประกันสังคมมากขึ้น โดยลำดับ นอกจากนี้การประกันสังคมมักเริ่มโครงการด้วยการใช้กฎหมายบังคับกับลูกจ้างที่มีรายได้ประจำก่อน และเมื่อการประกันสังคมแบบบังคับได้ดำเนินการไปจนประสบผลดีและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ประกันตนได้อย่างดีแล้ว จึงอาจขยายออกไปสู่การประกันสังคมแบบสมัครใจ ซึ่งเป็นการให้ผู้ประกอบอาชีพอิสระเข้ามาร่วมอยู่ในระบบการประกันสังคมด้วย ในระบบประกันสังคมที่นานาประเทศถือเป็นหลักปฏิบัติกันอยู่ในปัจจุบัน มีการประกันเพื่อให้ประโยชน์ทดแทนใน 8 กรณี ได้แก่ 1. กรณีอุบัติเหตุและโรคอันเกิดจากการทำงาน 2. กรณีเจ็บป่วย 3. กรณีคลอดบุตร 4. กรณีทุพพลภาพ 5. กรณีเสียชีวิต 6. กรณีชราภาพ 7. กรณีสงเคราะห์ครอบครัว และ 8. กรณีว่างงาน ประโยชน์ทดแทนดังกล่าวนี้เป็นการคุ้มครองผู้ประกันตนเมื่อประสบเหตุการณ์ที่อาจส่งผลให้บุคคลอยู่ในภาวะกดดันเนื่องจากการลดชะงักงัน หรือสูญเสียรายได้ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว กล่าวคือกรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร และว่างงาน จัดเป็นประโยชน์ทดแทนระยะสั้นจากการสูญเสียรายได้ชั่วคราว ส่วนกรณีทุพพลภาพ ชราภาพ ละการเสียชีวิตของหัวหน้าครอบครัว

จัดเป็นประโยชน์ทดแทนระยะยาว การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมไทยมีการคุ้มครองกรณีเจ็บป่วย โดยครอบคลุมการรักษาพยาบาลอันจำแนกได้เป็น 2 กรณี ได้แก่ 1. กรณีเจ็บป่วยทั่วไป และการประสบอันตรายที่ไม่เนื่องจากการทำงาน ซึ่งคุ้มครองด้วยกองทุนประกันสังคมและ 2. กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่เนื่องจากการทำงาน ซึ่งคุ้มครองด้วยกองทุนเงินทดแทน

2.2 การรักษาพยาบาลกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่ไม่เนื่องจากการทำงาน

ประโยชน์ทดแทนกรณีรักษาพยาบาลมีขึ้นเพื่อรักษาฟื้นฟู ปรับปรุงสุขภาพของบุคคลที่อยู่ในความคุ้มครอง รวมทั้งคุ้มครองความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสนองตอบความจำเป็นของบุคคลแต่ละคน ประโยชน์ทดแทนกรณีนี้ประกอบด้วย การตรวจ วินิจฉัย การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ทั้งทางเวชกรรมและทางทันตกรรม ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และทั้งในสถานพยาบาล และนอกสถานพยาบาล เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมักมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงการประกันสังคม จึงมักจำกัดช่วงเวลาของการรักษาพยาบาล เช่น เจ็บป่วยครั้งหนึ่งไม่เกิน 26 สัปดาห์ และบางโครงการกำหนดระยะเวลาการเกิดสิทธิเบื้องต้นด้วยการบริหารจัดการบริการรักษาพยาบาลในการประกันสังคมทำได้ 2 วิธี ได้แก่ วิธีการโดยตรงและวิธีการโดยอ้อมในระบบที่ใช้วิธีการโดยตรง ซึ่งเป็นวิธีการสามัญที่สุด คือองค์กรในการประกันสังคมจัดตั้งสถานพยาบาลเองและมีการทำสัญญากับสถานประกอบการในการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกเพิ่มเติมบางครั้งอุปกรณ์การแพทย์ของนายจ้าง เช่น ในโรงงาน จะได้รับอนุญาตให้นำมาประเมินเพื่อปรับเงินสมทบส่วนในระบบที่ใช้วิธีการโดยอ้อม การประกันสังคมจะทำสัญญากับสถานพยาบาลทั้งเอกชนและของรัฐ เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนโดยผู้ป่วยอาจจ่ายเงินไปก่อนและนำไปเสร็จรับเงินมาเบิกคืนหรือองค์กรประกันสังคมจ่ายโดยตรงให้กับสถานพยาบาลและในบางโครงการอาจให้ผู้รับบริการร่วมจ่ายด้วย เพื่อเพิ่มรายได้และตรวจสอบการบริการสุขภาพ

2.3 ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายจากการทำงาน

กฎหมายในระยะแรกๆ มักจะใช้คำว่า “ค่าชดเชยแก่ลูกจ้าง” (Workmen’s compensation) ในกรณีการเจ็บป่วยจากการทำงานส่งผลให้เป็นผู้ไร้ความสามารถ ซึ่งอาจเป็นชั่วคราวหรือถาวร หรือพิการโดยสิ้นเชิงหรือบางส่วนในระยะหลังมักใช้ว่า “การประสบอันตรายจากการทำงาน” (Employment injuries) ซึ่งครอบคลุมผลอันเกิดจากการบาดเจ็บอันมีสาเหตุจากทำงานและโรคจากการประกอบอาชีพ รวมทั้งการไร้ความสามารถเฉียบพลัน รวมทั้งความพิการซึ่งอาจเป็นระยะยาว ตลอดจนประโยชน์ทดแทนแก่ผู้อยู่ในอุปการะด้วยในการอุตสาหกรรมระยะต้นๆ สภาพแวดล้อมการทำงานมีข้อบกพร่องคนงานที่ประสบอันตรายมักตกอยู่ในภาวะเสียเปรียบจึงจำเป็นต้องกำหนดหลักบางประการเพื่อบรรเทาผลการเจ็บป่วยจากการทำงานให้มีการตัดสินที่เป็นธรรมและเท่าเทียม โดยไม่ต้องตั้งคำถามว่าใครผิดไม่ว่าเป็นนายจ้าง ลูกจ้าง หรือบุคคลอื่น มีการกำหนดจำนวนเงินค่าชดเชยและค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมแล้วคิดเงินจากนายจ้างโดยลูกจ้างสามารถถอนเงินค่าจ้างบางส่วนออกมาได้ ในปัจจุบันกฎหมายประเทศต่างๆ

มักกำหนดขึ้นจากสมมุติฐานที่ให้ประโยชน์แก่ลูกจ้างที่ประสบอันตราย การกำหนดโรคจากการทำงานอาจกำหนดแบบต่างๆไป โดยเว้นบางโรคไว้ให้ตัดสินใจเป็นการเฉพาะรายหรือตามรายโรค และอาชีพที่เป็นสาเหตุ หรือผสมผสานวิธีทั้งสองดังกล่าวเข้าด้วยกัน ระบบตามรายโรคและอาชีพ มีประโยชน์ในการพิจารณาโดยอัตโนมัติอย่างไรก็ตามเนื่องจากเทคโนโลยีมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงต้องมีการปรับปรุงรายโรคและอาชีพอย่างสม่ำเสมอโดยไม่จำเป็นต้องแก้ไขกฎหมายให้มีเนื้อหามากขึ้น โดยทั่วไป ประโยชน์ทดแทนค่ารักษาพยาบาลกรณีประสบอันตรายจากการทำงาน มักมีขอบเขตกว้างกว่าประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยทั่วไป รวมทั้งเป็นความรับผิดชอบของนายจ้าง โดยไม่มีการออกค่าใช้จ่ายร่วมกันและไม่มีการจำกัดช่วงเวลาตลอดจนยังขยายความคุ้มครองครอบคลุมถึงอวัยวะเทียมและแว่นตาด้วยการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีพิการก็มักสูงกว่าและจ่ายให้ระยะยาวกว่ากรณีเจ็บป่วยทั่วไป โดยจำแนกตามการวินิจฉัยของแพทย์เป็นการพิการชั่วคราวหรือการพิการถาวร กรณีพิการ โดยสิ้นเชิงอัตราประโยชน์ทดแทนที่กำหนดเป็นตัวเลขมักจ่ายให้มากกว่าที่กำหนดในมาตรฐานระหว่างประเทศ ส่วนกรณีพิการบางส่วน จำนวนเงินที่จ่ายมักเป็นสัดส่วนร้อยละของความพิการ โดยสิ้นเชิงในกรณีที่ระดับความพิการน้อยมากทั้งลูกจ้างและผู้บริหารโครงการมักประสงค์เปลี่ยนแปลงประโยชน์ทดแทนเป็นเงินก้อนกรณีผู้พิการจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นในกิจกรรมชีวิตประจำวันก็ต้องมีการจ่ายเบี้ยเลี้ยงให้เพื่อการดูแลในอัตราที่กำหนดตามร้อยละของรายได้ ตลอดจนมีประโยชน์ทดแทนสำหรับผู้อยู่ในอุปการะด้วย

2.4 การประกันสังคมในประเทศไทย

ในประเทศไทยได้ริเริ่มให้มีกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมตั้งแต่ พ.ศ.2495 ในสมัยจอมพลแปลก พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรีแต่เนื่องจากมีผู้คัดค้านหลายฝ่ายรัฐบาลในสมัยนั้นจึงระงับการใช้บังคับกฎหมายดังกล่าวอย่างไม่มีการกำหนด ต่อมาในขณะการเตรียมร่างกฎหมายเพื่อใช้แทนกฎหมายแรงงานฉบับแรกที่ถูกลบเลิกไปนักวิชาการได้เสนอให้มีกองทุนเงินทดแทนเพื่อการดูแลลูกจ้างกรณีประสบอันตรายจากการทำงานให้แก่ นายจ้างโดยบรรจุไว้ในกฎหมายแรงงานฉบับที่ 2 รวมทั้งได้มีประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 กำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนเพื่อจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้างในกรณีที่ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานการดำเนินการดังกล่าวนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคม โดยได้มีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนเงินทดแทนขึ้นในกรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2517 อันนับเป็นการเริ่มการประกันสังคมส่วนหนึ่งแต่ยังไม่เต็มรูป ต่อมาเมื่อพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีผลบังคับใช้และได้มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้น จึงได้มีการโอนสำนักงานกองทุนเงินทดแทนมารวมไว้ด้วยกัน และได้มีการตราพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาใช้บังคับแทนประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 กฎหมายฉบับดังกล่าวนี้ได้ให้สิทธิประโยชน์ทั้งฝ่ายระบบหลักประกันสุขภาพ โดยนายจ้างและลูกจ้าง ได้แก่ การลดอัตราเงินสมทบจากไม่เกินร้อยละ 10 เป็นไม่เกินร้อยละ 5 ของค่าจ้าง การเพิ่มค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพจาก 10 ปี เป็น 15 ปี การเพิ่มค่าทดแทนกรณีตายจาก 5 ปี เป็น 8 ปี เป็นต้น

2.5 กองทุนเงินทดแทน (Workmen Compensation Fund : WCF)

กองทุนเงินทดแทน คือกองทุนที่ให้การประกันการประสบอันตราย รวมทั้งโรค หรือการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน การประกันดังกล่าวนี้ถือหลักว่า การสูญเสียรายได้ อันเกิดจากการทำงานต้องได้รับการชดเชยจากนายจ้างหรือเจ้าของกิจการความมุ่งหมายของการประกันประเภทนี้จึงแตกต่างจากการประกันประเภทอื่นคือนอกจากคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการอำนวยความสะดวกในการรับ-ส่งเข้ารับการรักษาพยาบาลแล้ว ยังรวมถึงการได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ซึ่งจ่ายชดเชยให้แก่ลูกจ้างที่ต้องขาดรายได้ในช่วงระยะเวลาที่ต้องหยุดงานเพื่อรักษาพยาบาล ตลอดจนมีเงินชดเชยความพิการทุพพลภาพ ซึ่งจ่ายให้ในกรณีที่ต้องประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอันเกิดจากการทำงานถึงพิการทุพพลภาพตามภาวะทุพพลภาพที่ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายต้องสูญเสียไป

2.6 การออกแบบระบบกองทุนเงินทดแทน

2.6.1 ความคุ้มครอง

ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 กองทุนเงินทดแทนให้ความคุ้มครองลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป อย่างไรก็ตามพระราชบัญญัตินี้ ไม่ใช่บังคับแก่ 1. ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และราชการส่วนท้องถิ่น 2. รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยพนักงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ 3. กิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ ซึ่งมีได้ใช้ลูกจ้างตลอดปี และไม่มีงานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย 4. กิจการโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน 5. กิจการที่มีได้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรในทางเศรษฐกิจ 6. กิจการที่นายจ้างจ้างไว้เพื่อทำงานอันมีลักษณะเป็นครั้งคราว เป็นการจรหรือเป็นไปตามฤดูกาล 7. กิจการของนายจ้างที่เป็นบุคคลธรรมดา ซึ่งงานที่ลูกจ้างทำนั้นมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย และ 8. กิจการของนายจ้าง ซึ่งประกอบการค้าแร่ และการค้าแร่ลอย

2.6.2 แหล่งเงิน

กองทุนเงินทดแทนประกอบด้วยเงินสมทบหลักซึ่งเรียกเก็บจากนายจ้างในอัตราร้อยละ 0.2-1 ของค่าจ้างตามความเสี่ยงภัยของประเภทกิจการ และเงินสมทบตามค่าประสบการณ์ ซึ่งลดหรือเพิ่มจากอัตราหลักโดยพิจารณาจากอัตราส่วนการสูญเสีย หรือการเบิกเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทนทั้งนี้ค่าจ้างสูงสุดที่นำมาคำนวณเงินสมทบต้องไม่เกินเดือนละ 20,000 บาท หรือปีละไม่เกิน 240,000 บาท

2.6.3 วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

กองทุนเงินทดแทนจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยวิธีการจ่ายตามรายบริการ โดยให้นายจ้างตรงจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนแล้วนำไปเสร็จรับเงินเบิกคืนจากสำนักงานประกันสังคม อย่างไรก็ตามหากนายจ้างส่งลูกจ้างเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทนสถานพยาบาลดังกล่าวอาจเบิกค่าใช้จ่ายจากสำนักงานประกันสังคมโดยตรงก็ได้ ใน พ.ศ. 2554 มีสถานพยาบาลในความตกลงของกองทุนเงินทดแทน

จำนวน 1,099 แห่ง ประกอบด้วยสถานพยาบาลรัฐ 875 แห่ง และสถานพยาบาลเอกชน 224 แห่ง สถานพยาบาลดังกล่าวนี้เป็นสถานพยาบาลระดับสูงที่เข้าร่วมการประกันสังคม 243 แห่ง สถานพยาบาลระดับสูงที่ไม่ได้เข้าร่วมการประกันสังคม 38 แห่ง สถานพยาบาลระดับต้น 820 แห่ง และสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 61 แห่ง

2.6.4 สิทธิการได้รับค่าทดแทน

ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานมีสิทธิได้รับค่าทดแทนเป็นค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 300,000 บาทต่อครั้ง จำแนกเป็น 2.6.4.1 ค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 45,000 บาท 2.6.4.2 กรณีที่ค่ารักษาพยาบาลตาม 2.6.4.1 ไม่เพียงพอ มีสิทธิเบิกตามที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกิน 65,000 บาทสำหรับการประสบอันตราย 7 ประเภทที่มีลักษณะตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 กำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่ายตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537 และ พ.ศ. 2551 (3) กรณีที่ค่ารักษาพยาบาลตาม 2.6.4.2 ไม่เพียงพออาจเบิกค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นเพิ่มขึ้นได้อีก แต่เมื่อรวมค่ารักษาพยาบาลตาม 2.6.4.1 และ 2.6.4.2 แล้วต้องไม่เกิน 200,000 บาท สำหรับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของลูกจ้างที่มีลักษณะตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537 กำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่ายตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537 และ พ.ศ.2548 (4) กรณีค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายตามข้อ (3) แล้ว ยังไม่เพียงพอให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาพยาบาลดังกล่าวเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่รวมทั้งสิ้นไม่เกิน 300,000บาท โดยให้คณะกรรมการแพทย์พิจารณาและคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนให้ความเห็นชอบ นอกจากค่ารักษาพยาบาลดังกล่าวแล้ว ลูกจ้างมีสิทธิได้รับค่าทดแทนในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างในกรณีที่ (1) ต้องหยุดงานเพื่อพักรักษาตัวติดต่อกัน 3 วันขึ้นไปแต่ไม่เกิน 1 ปี (2) สูญเสียอวัยวะตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไปถึงไม่เกิน 10 ปี (3) ทูพพลภาพไม่เกิน 15 ปี หรือ (4) ตายหรือสูญหายไม่เกิน 8 ปี

2.7 กองทุนประกันสังคม

2.7.1 การออกแบบระบบกองทุนประกันสังคม

2.7.1.1 ความคุ้มครอง กฎหมายว่าด้วยประกันสังคมบัญญัติให้ลูกจ้างที่อยู่ในข่ายบังคับแห่งกฎหมายดังกล่าวนี้ต้องเป็น “ผู้ประกันตน” อันได้แก่ ผู้ซึ่งจ่ายเงินสมทบอันก่อให้เกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามกฎหมาย นับตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา กองทุนประกันสังคมครอบคลุมลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไป โดยลูกจ้างต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ เว้นแต่กรณีผู้ประกันตนใดมีอายุเกิน 60ปี บริบูรณ์แล้วแต่ยังเป็นลูกจ้างอยู่ก็ให้ถือว่าผู้นั้นยังเป็นผู้ประกันตนต่อไป ทั้งนี้สถานประกอบการที่อยู่ในข่ายบังคับต้องยื่นแบบรายการตามที่กฎหมายกำหนดต่อสำนักงานประกันสังคม ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตน

1,650 บาท ให้คำนวณเงินสมทบจากจำนวน 1,650 บาท ส่วนผู้ประกันตนต่อตามมาตรา 39 เนื่องจากผู้ประกันตนต่อดังกล่าวนี้ไม่มีนายจ้างอีกต่อไปจึงต้องส่งเงินสมทบในอัตราร้อยละ 9 ของจำนวนเงินที่ใช้ในการคำนวณเงินสมทบซึ่งคำนวณจากค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ประกันตนที่สิ้นสภาพการจ้างใน พ.ศ. 2547 โดยจำนวนเงินดังกล่าวให้กำหนดในกฎกระทรวงและได้ใช้มาจนถึง พ.ศ.2554 ในจำนวนเดือนละ 432 บาท ใน พ.ศ. 2554 โดยคำนวณจากค่าจ้างเฉลี่ยของผู้ประกันตนที่สิ้นสภาพการจ้างใน พ.ศ. 2537 (เดือนละ 4,800 บาท) ครอบคลุมประโยชน์ทดแทน 6 กรณี ได้แก่ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทูพพลภาพ และตายที่ไม่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้งกรณีคลอดบุตร รวมร้อยละ 3 และกรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพร้อยละ 6 แต่ไม่ครอบคลุมกรณีว่างงาน เนื่องจากผู้ประกันตนต่อดังกล่าวนี้ไม่ได้เป็นลูกจ้างในสถานประกอบการแล้ว กรณีผู้สมัครประกันตนตามมาตรา 40 หากจ่ายเงินสมทบ 100 บาท (ประชาชนจ่าย 70 บาท/เดือน และรัฐบาลร่วมจ่ายในปีแรก 30 บาท/เดือน) จะได้รับความคุ้มครอง 3 กรณี ได้แก่ 1. เงินทดแทนการขาดรายได้ เมื่อมีการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป 2. กรณีทุพพลภาพ และ 3. กรณีเสียชีวิต แต่หากจ่ายเงินสมทบเพิ่มเป็น 150 บาท (ประชาชนจ่าย 100 บาท/เดือน และรัฐบาลร่วมจ่ายในปีแรก 50 บาท/เดือน) ก็จะได้รับ ความคุ้มครอง กรณีชราภาพด้วยนอกจาก (1) เงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตนดังกล่าวข้างต้นแล้วกองทุนประกันสังคมยังมี (2) เงินเพิ่มตามมาตรา 39 มาตรา 49 และมาตรา 53 รวมทั้ง (3) ผลประโยชน์ของกองทุนตามมาตรา 26 (4) เงินค่าธรรมเนียม ตามมาตรา 45 (5) เงินที่ได้รับจากการบริจาคหรือเงินอุดหนุน (6) เงินที่ตกเป็นของกองทุนตามมาตรา 47 มาตรา 47 ทวิ มาตรา 50 มาตรา 53 และมาตรา 56 (7) เงินอุดหนุนหรือเงินทดรองราชการ ที่รัฐบาลจ่ายตามมาตรา 24 วรรคสาม (8) เงินค่าปรับที่ได้จากการเปรียบเทียบตามมาตรา 102 และ (9) รายได้อื่น

3. การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรของรัฐตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สปสช. ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งมีการกิจหลักในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและด้วยการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน สปสช. จึงได้รับรางวัลทุนหมุนเวียนดีเด่น จากกระทรวงการคลังมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี 2551 นอกจากนี้ สปสช. ได้พัฒนาโครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับพื้นที่โดยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต จำนวน แห่ง ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วยความสัมพันธ์แบบ partnership ในฐานะ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดทั้งนี้เพื่อก้าวไปให้ถึงจุดมุ่งหมายตามวิสัยทัศน์ขององค์กร คือ มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจและ**ผู้ให้บริการมีความสุข**

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 5 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติ ซึ่งบุคคลในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทย ดังนั้น ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ คือ บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอื่นใดที่รัฐจัดให้ตัวอย่างบุคคลที่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจากรัฐ เช่น

1. ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เช่น ลูกจ้างที่ทำงานในกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไป ยกเว้น ลูกจ้างทำงานบ้าน หาบเร่ แผงลอย หรือลูกจ้างของบุคคลธรรมดาที่ไม่มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย
2. ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น ข้าราชการ ลูกจ้าง ประจำของส่วนราชการ และครอบครัว
3. ผู้อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัดให้ เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานหรือเจ้าหน้าที่ในองค์กรอิสระ ครู โรงเรียนเอกชนในระบบ

ใครคือผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ตามมาตรา 5 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุข ที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพตามที่กำหนด ในพระราชบัญญัติ ซึ่งบุคคลในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทย

ดังนั้น ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ คือ บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลขบัตรประชาชน 13 หลัก และไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอื่นใดที่รัฐจัดให้ เช่น

1. ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เช่น ลูกจ้างที่ทำงานในกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไป ยกเว้นลูกจ้างที่ทำงานบ้าน หาบเร่ แผงลอย หรือลูกจ้างของบุคคลธรรมดาที่ไม่มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย
2. ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น ข้าราชการ ลูกจ้าง ประจำของส่วนราชการ และครอบครัว
3. ผู้อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นที่รัฐให้ เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานหรือเจ้าหน้าที่ในองค์กรอิสระ ครู โรงเรียนเอกชนในระบบ

ทำอย่างไรถึงได้สิทธิหลักประกันสุขภาพ

ต่างจังหวัด ติดต่อลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพได้ที่

1. สถานีอนามัย (วัน-เวลาราชการ)
2. โรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ใกล้บ้าน (วัน-เวลาราชการ)
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (วัน-เวลาราชการ)

กรุงเทพมหานคร ติดต่อลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพได้ที่ สำนักงานเขตที่อยู่ใกล้บ้าน เปิดให้บริการในวันจันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น.

ใช้หลักฐานอะไรบ้าง

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ หากเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ใช้สำเนาสูติบัตร (ใบเกิด)
2. สำเนาทะเบียนบ้านที่ผู้ขอมีชื่ออยู่
3. แบบคำร้องลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ/ขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

กรณีพักอาศัยไม่ตรงตามทะเบียนบ้าน ให้แสดงหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

1. สำเนาทะเบียนบ้านของบุคคลที่ตนไปพักอาศัยอยู่ พร้อมหนังสือรับรองของเจ้าของบ้าน
2. หนังสือรับรองของผู้นำชุมชน ซึ่งรับรองว่าผู้ลงทะเบียนได้พักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ
3. หนังสือรับรองของผู้นำจ้างหรือนายจ้าง
4. เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น สัญญาเช่าที่พัก ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก ใบเสร็จรับเงินค่าโทรศัพท์บ้าน ฯลฯ ที่แสดงว่าผู้ลงทะเบียนได้พักอาศัยอยู่ในพื้นที่

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นคืออะไร

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต โดยมีกรอบการใช้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ดังต่อไปนี้

1. งบนี้ใช้ได้เฉพาะการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกัน/ฟื้นฟูสมรรถภาพและสนับสนุนการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเท่านั้น ไม่ใช่เพื่อการสงเคราะห์ทุกประเภท

2. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันฟื้นฟูสมรรถภาพเน้นเป็นการจัดแบบรายชุมชน หมายความว่า คนทุก ๆ คนสามารถมีส่วนร่วมกิจกรรมได้ เช่น คนพิการทุกคน เขียวชนทุกคน ผู้สูงอายุทุกคน สามารถที่จะได้รับสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน ไม่จัดให้เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น

3. ทุกโครงการต้องได้รับความเห็นชอบ/อนุมัติ จากคณะกรรมการเท่านั้น (ใช้นันทามติไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของคณะกรรมการ)

4. งบประมาณนี้ไม่สามารถจัดซื้อครุภัณฑ์ที่ไม่เกี่ยวข้อง โดยตรง และสิ่งก่อสร้างทุกประเภท เช่น รนยนต์ รถจักรยานยนต์ รถจักรยาน อาคาร สถานที่ ยกเว้น-ครุภัณฑ์ด้านการส่งเสริม/ป้องกันโรค เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจเบาหวาน เครื่องพ่นหมอกควัน เครื่องชั่งน้ำหนัก สามารถดำเนินการได้ตามแผนงาน โครงการที่ชุมชน หรือหน่วยบริการขอรับการสนับสนุน ทั้งนี้ต้องสอดคล้องกับความจำเป็น เหมาะสม (ไม่กระทบ) กับสถานการณ์ทางการเงินของกองทุน ฯ และคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ เป็นผู้พิจารณา ทั้งนี้การดำเนินการจัดซื้อให้ขึ้นไปตามระเบียบของกองทุนฯ นั้น ๆ และครุภัณฑ์ดังกล่าวต้องขึ้นทะเบียนเป็นของกองทุนฯ ยกเว้น การซื้อเครื่องออกกำลังกาย ยังไม่สามารถดำเนินการได้

4.1 ครุภัณฑ์ด้านการบริหารจัดการของกองทุนฯ เช่น โຕ้ะ เก้าอี้ ป้ายกองทุนฯ หรืออื่น ๆ สามารถจัดซื้อได้ในราคาไม่เกิน 20,000 บาท ต่อหน่วย ทั้งนี้ต้องอยู่ในวงเงินไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกองทุนฯ ในปีนั้น ๆ และต้องขึ้นทะเบียนเป็นครุภัณฑ์เป็นของกองทุนฯ

5. การศึกษาดูงาน ไม่สามารถดำเนินการได้ ยกเว้นกรณีคณะกรรมการกองทุน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกองทุนฯ เท่านั้น

6. กรณีที่ต้องการทำโครงการตรวจสุขภาพประชาชน โดยจ้างบริษัทเอกชน เช่น คลินิกที่มีรถโมบายตรวจสุขภาพนอกพื้นที่ต้องทำหนังสือหารือมาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อตรวจสอบการขออนุญาตดำเนินการกิจการของคลินิกดังกล่าวก่อนทำโครงการ หากต้องการดำเนินการแนะนำให้ใช้บริการจากโรงพยาบาลในพื้นที่ (เนื่องจากคลินิกส่วนใหญ่ไม่รับอนุญาตให้ออกไปให้บริการนอกพื้นที่ได้) กรณี รพ.เอกชนให้แจ้งขออนุญาตที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก่อนออกดำเนินการทุกครั้ง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การผ่าตัดผ่านกล้องทางช่องท้อง (laparoscopic surgery) เป็นการผ่าตัดผ่านรูเล็กๆ ที่เจาะผ่านผนังหน้าท้องเข้าไปในช่องท้อง โดยใช้กล้องเรียวเล็ก ผ่านเข้าไปส่องดูอวัยวะในช่องท้อง โดยศัลยแพทย์ดูภาพผ่านจอทีวี แทนการผ่าตัดแบบเปิด ซึ่งมีข้อดีในแง่แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลสั้นลง ลดความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงอื่นๆ เช่นการสูญเสียเลือด การกลับมาทำงานได้ปกติของระบบทางเดินอาหาร ปัจจุบัน การผ่าตัดชนิดนี้มีการทำในเกือบทุกอวัยวะในช่องท้อง เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในช่วงปี ค.ศ. 2006-2008 ประเภทการผ่าตัดที่มีสัดส่วนของการผ่าตัดผ่านกล้องสูงกว่าการผ่าตัดแบบเปิดได้แก่ cholecystectomy (73%), appendectomy (64.5%), reflux surgery (78.2%), และ gastric bypass (85.8%) และโดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงน้อย (minor) และพบว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tiwari MM et al., 2011) แต่อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างในการเข้าถึงการผ่าตัดผ่านกล้องในการผ่าตัดพื้นฐานที่สามารถทำการผ่าตัดผ่านกล้องในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ appendectomy และ holecystectomy โดยปัจจัยที่ส่งเสริมการเข้าถึงการผ่าตัดผ่านกล้อง ได้แก่ กลุ่มอายุที่น้อยกว่า (OR1.33, CI 1.27-1.39); เพศหญิง (OR 1.79, CI 1.75-1.84) ; ความรุนแรงเล็กน้อย (OR 1.49, CI 1.44-1.53) (Varela JE and Nguyen NT, 2011)

สำหรับประเทศไทย ผลการวิจัยของ วชิราณี วงศ์ก้อมและคณะ (2552) พบว่า สิทธิสวัสดิการข้าราชการสามารถเข้าถึงบริการการผ่าตัดผ่านกล้องได้มากกว่าสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการการผ่าตัดผ่านกล้อง ได้แก่ ปัจจัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ชนิดของโรค ปัจจัยของโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีการผ่าตัดผ่านกล้องมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก ทั้งนี้ยังไม่มีรายงานถึงปัจจัยอื่นๆ ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ เช่น การกระจายตัวและจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดผ่านกล้อง การกระจายตัวของเครื่องมือ อุปกรณ์ในการผ่าตัดผ่านกล้อง จำนวนครั้งของการผ่าตัดต่อเดือนที่สามารถให้บริการได้

มีงานวิจัยในประเทศไทยซึ่งได้คำนวณต้นทุนการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องพบว่ามีค่า 20,790 บาท ในขณะที่ต้นทุนผ่าตัดแบบเปิดเท่ากับ 9,355 บาท และผลการประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์พบว่า มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ต้นทุนเพิ่มขึ้นต่อประสิทธิผล (incremental cost-effectiveness ratio, ICER) ภายใต้มุมมองรัฐบาลคิดเป็นมูลค่า 144,692 บาท/ปีสุขภาพ และเท่ากับ 86,464 บาท/ปีสุขภาพ ภายใต้มุมมองสังคม (Teerawattananon Y et al, 2005)

การให้บริการรักษาผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ โรงพยาบาลสามารถเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองเพิ่มเติมกรณีให้บริการผ่าตัดผ่านกล้อง โดยกำหนดอัตราเบิกจ่ายรายละไม่เกิน 5,500 บาท (ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค, 2548) นอกเหนือจากเงินชดเชยที่โรงพยาบาลได้รับตามระบบการจ่ายเงินผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) และเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2556 ที่ผ่านมา มีการปรับอัตราเบิกจ่ายวัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดผ่านกล้องบางประเภทจาก 5,500 บาท เป็น 11,000 บาท ประกอบด้วย การผ่าตัดไส้เลื่อนผ่านกล้อง การผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็กผ่านกล้อง และหัตถการผ่าตัดผ่านกล้องประเภทอื่นๆ ไม่ถูกชดเชยอีกต่อไป ในขณะที่การให้บริการผ่าตัดผ่านกล้องสำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลได้รับเงินชดเชยตามระบบการจ่ายเงินผู้ป่วยในตาม DRG เท่านั้น ดังนั้น การคำนวณต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองและต้นทุนการผ่าตัดผ่านกล้อง และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิผลและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ จึงมีความจำเป็นสำหรับประกอบการพิจารณาว่าควรมีการชดเชยเพิ่มเติมหากมีการให้บริการผ่าตัดผ่านกล้องในผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การศึกษาของ Tiwari MM et al. (2011) เกี่ยวกับความปลอดภัย ประสิทธิภาพและต้นทุนของการผ่าตัดผ่านกล้องเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดแบบเปิด ในการผ่าตัดที่พบบ่อย ได้แก่ cholecystectomy (n = 49,140), appendectomy (n = 40,062), reflux surgery (n = 8,908), gastric bypass surgery (n = 30,985), ventral hernia repair (n = 45,692), และ colectomy (n = 33,527) ในกลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไปในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของ University Health System Consortium (UHC) Clinical Database/Resource Manager ในช่วงปี ค.ศ.2006-2008 ผลการศึกษาพบว่า ประเภทของการผ่าตัดที่มีสัดส่วนของการผ่าตัดผ่านกล้องสูงกว่าการผ่าตัดแบบเปิด ได้แก่ cholecystectomy (73%), appendectomy (64.5%), reflux surgery (78.2%), และ gastric bypass (85.8%) ในขณะที่สัดส่วนของการผ่าตัดแบบเปิดพบสูงในการผ่าตัดประเภท ventral hernia repair (98.5%) และ colectomy (97.1%) เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรง ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ minor, moderate, major และ extreme พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงระดับ minor ได้รับการผ่าตัดด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องในสัดส่วนที่สูงกว่าการผ่าตัดแบบเปิด (56.3% vs 32.9%) แต่กรณีระดับความรุนแรงระดับ extreme พบว่าสัดส่วนการได้รับการผ่าตัดแบบเปิดสูงกว่าการผ่าตัดด้วยกล้อง (29.1% vs 8.8%) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (cholecystectomy 3.89 ± 5.81 วัน vs 10.11 ± 15.77 วัน; appendectomy 2.26 ± 3.18 วัน vs 4.26 ± 7.03 วัน; reflux surgery 2.94 ± 5.34 วัน vs 7.38 ± 9.17 วัน; gastric bypass 2.62 ± 2.75 วัน vs 5.95 ± 18.45 วัน; ventral hernia repair 3.71 ± 5.26 วัน vs

7.89 ± 15.86 วัน; colectomy 7.18 ± 6.98 วัน vs 13.11 ± 18.22 วัน) รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับผลข้างเคียงจากการผ่าตัดพบว่าสัดส่วนของการเข้าพักรักษาตัวในห้อง ICU และการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องมีสัดส่วนที่ต่ำกว่าการผ่าตัดแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงเมื่อวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามระดับความรุนแรงของโรคพบว่ามีการผ่าตัดผ่านกล้องมีผลทำให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย ผลข้างเคียงจากการผ่าตัดน้อยกว่าหรือเทียบเท่ากับการผ่าตัดแบบเปิดในทุกระดับความรุนแรง

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาที่ประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีเปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดด้วยกล้องกับการผ่าตัดแบบเปิด (Teerawattananon Y et al. 2005) โดยใช้ Decision tree ใช้ข้อมูลต้นทุนการรักษาที่ได้จากการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า ในช่วงเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2547 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น อุ้งน้ำดีแตก รวม 40 ราย ใช้ข้อมูลอรรถประโยชน์ของ Cook J et al. (1994) ผลการศึกษาพบว่าต้นทุนการผ่าตัดด้วยกล้องในมุมมองของรัฐคิดเป็น 22,508 บาท ในขณะที่ต้นทุนการผ่าตัดแบบเปิดคิดเป็น 10,546 บาท และต้นทุนอรรถประโยชน์ของการผ่าตัดด้วยกล้องเมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิดคิดเป็น 144,692 บาท/ปีสุขภาวะ เมื่อพิจารณาในมุมมองสังคม พบว่าต้นทุนการผ่าตัดด้วยกล้อง เท่ากับ 32,498 บาท และต้นทุนการผ่าตัดแบบเปิดเท่ากับ 25,350 บาท และต้นทุนอรรถประโยชน์ของการผ่าตัดด้วยกล้องเมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิดคิดเป็น 86,464 บาท/ปีสุขภาวะ ซึ่งมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

การศึกษาเรื่องการประเมินภาระงบประมาณในการเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์การผ่าตัดด้วยกล้องสำหรับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2557) ซึ่งทำการศึกษาหัตถการผ่าตัดผ่านกล้องทางช่องท้องทั้งหมด 23 กลุ่มหัตถการในแผนกศัลยกรรม มีรายงานรายการวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ในการผ่าตัดแยกตามหัตถการและคำนวณหาต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองโดยคำนึงถึงจำนวนครั้งการใช้ซ้ำตามจริงและคำนวณต้นทุนการผ่าตัดผ่านกล้อง แต่ละประเภท โดยคำนวณเฉพาะผลรวมของต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองและค่ายาและการรักษาพยาบาลในรายงานการศึกษาดังกล่าวเปรียบเทียบต้นทุนการผ่าตัดผ่านกล้องกับจำนวนเงินชดเชยที่โรงพยาบาลได้รับและทบทุนวรรณกรรมด้านประสิทธิผลและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อใช้เป็น แนวทางตัดสินใจสำหรับจัดทำข้อเสนอแนะการเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ของแต่ละประเภทหัตถการนอกจากนี้มีการสำรวจสถานการณ์การผ่าตัดผ่านกล้องของประเทศไทย

ผลการศึกษพบว่าหัตถการที่มีการทำบ่อยของแผนกศัลยกรรม คือ Cholecystectomy รองลงมา คือ Diagnostic procedures on biliary tract และ Diagnostic procedures of abdominal region หัตถการที่มีต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองสูงที่สุด 3 ลำดับแรก คือ Repair of umbilical hernia (Repair of hernia of anterior abdominal wall) 38,394 บาท (Other repair of stomach และ Other operations on stomach (37,289 บาท) Abdominoperineal resection of rectum และ Partial excision of large intestine) 31,664 บาท (หัตถการที่สัดส่วนของต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองเมื่อเทียบกับต้นทุนทั้งหมด สูงกว่า 70% ได้แก่ Repair of umbilical hernia (76.3%) และ Bilateral repair of inguinal hernia (72%) หัตถการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิผลและความคุ้มค่าแต่ได้รับจำนวนเงินชดเชยตาม DRG สูงกว่าต้นทุนการผ่าตัดผ่านกล้องแล้ว ได้แก่ Cholecystectomy, Appendectomy, Bariatric surgery และ Diagnosis laparoscopy หัตถการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิผลและความคุ้มค่า แต่ได้รับจำนวนเงินชดเชยต่ำกว่าต้นทุนการผ่าตัดผ่านกล้อง ได้แก่ Hernia Adrenalectomy หัตถการ; จำนวนเงินที่ต้องจ่ายเพิ่มอยู่ในช่วง 1,357 ถึง 44,361 บาทต่อครั้ง หัตถการ; จำนวนเงินที่ต้องจ่ายเพิ่ม 2,665 บาทต่อครั้ง (Partial/radical nephrectomy (1 หัตถการ; จำนวนเงินที่ต้องจ่ายเพิ่ม 20,170 บาทต่อครั้ง) (คิดเป็นภาระงบประมาณที่ต้องจ่ายเพิ่มขึ้น ต่อปีมีค่าเท่ากับ 3,232,951 บาท สำหรับ Pancreatectomy, Splenectomy, Colectomy, Sigmoidectomy, Rectal excision จำนวนเงินชดเชยไม่เพียงพอ แต่ทั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์ยังไม่เพียงพอสำหรับการสรุปว่ามีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

ผลการสำรวจ จำนวน 35 แห่ง พบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีจำนวนเครื่อง (laparoscopic surgery) มากกว่า 1 เครื่อง และศัลยแพทย์เกือบทุกคนทำหัตถการผ่าตัดผ่านกล้อง สัดส่วนศัลยแพทย์ 1 ราย ผ่าตัดผ่านกล้องผู้ป่วยจำนวน 3 ราย/เดือนแต่ยังสามารถผ่าตัดผ่านกล้องได้อีกประมาณ 50-100% ทั้งนี้พบว่าบางโรงพยาบาลมีเครื่อง laparoscopic 1-2 เครื่อง แต่ไม่มีการผ่าตัดผ่านกล้อง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเนื่องจากมีการย้ายของแพทย์ ดังนั้น การลงทุนและการบริหารจัดการเพื่อให้มีการใช้เครื่องมืออย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็น เช่น การบริหารจัดการในลักษณะเขตสุขภาพโดยให้ สปสช. เขตเป็นหน่วยงานที่ดูแลหลัก ประเมินความพร้อม ศักยภาพ และการกระจายของทรัพยากร การวางระบบบริการ พัฒนาระบบรับส่งต่อที่บูรณาการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการที่เป็นของประชาชน

ข้อสรุปจากการศึกษาข้างต้นพบว่าจำนวนเงินชดเชยสำหรับการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องในกลุ่มหัตถการพื้นฐานส่วนใหญ่เพียงพอควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเข้าถึงบริการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องมากขึ้นและควรพิจารณาให้มีการจ่ายเงินชดเชยเพิ่มเติมสำหรับหัตถการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิผลและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ที่จำนวนเงินชดเชยไม่เพียงพอ

บทที่ 3

สถานการณ์ปัจจุบัน และการเบิกจ่ายอุปกรณ์สิ้นเปลือง ในการผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรม

การผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรม

เมื่อก้าวถึงการเกิดโรค และทว่าจะสามารถรักษาให้หายเป็นปกติ หรือดูแลให้อาการของโรคดีที่สุดนั้น ย่อมมีเส้นทางการดำเนินการในขั้นตอนต่าง ๆ ที่หลากหลาย ซึ่งเป็นตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายในดุลพินิจของแพทย์ และการผ่าตัด คือ อีกหนึ่งวิธีในการรักษา แต่หลายครั้งเมื่อผู้ป่วยนี้กว่าต้องได้รับการผ่าตัด เกิดบาดแผล ต้องรักษาตัวนาน ผลข้างเคียงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้จึงอาจนำมาซึ่งความกังวล และอาจมีความเครียดเข้ามาแทนที่

แต่ด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีจึงทำให้ “การผ่าตัดทางศัลยกรรม” ไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัวอีกต่อไป เพราะปัจจุบันเราสามารถผ่าตัดด้วย วิธีการผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรม (Laparoscopic Surgery) แทนการผ่าตัดด้วยวิธีมาตรฐานแบบเปิด และสำหรับการผ่าตัดทางศัลยกรรมที่พบบ่อย เช่น ไส้ติ่งอักเสบ นิ่วในถุงน้ำดี ไส้เลื่อน มะเร็งลำไส้

สำหรับในอดีตการผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไปจะใช้วิธีการผ่าตัดแบบมาตรฐาน ซึ่งเป็นการผ่าตัดแบบเปิดแผล เพื่อแพทย์สามารถเข้าไปทำการรักษาในบริเวณที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งการผ่าตัดลักษณะนี้จะทำให้ปวดแผลมาก แผลมีขนาดใหญ่ พักฟื้นนาน

การผ่าตัดผ่านกล้องจะทำโดยการเจาะผิวหนังบริเวณที่จะทำการรักษาเป็นรูขนาดเล็ก ๆ เพื่อสอดใส่กล้องและเครื่องมือผ่าตัดลงไปเพื่อทำการผ่าตัด ซึ่งรอยแผลจะมีขนาดประมาณ 1-2 ซม. จำนวนรูที่เจาะนั้นขึ้นอยู่กับความจำเป็นของโรคชนิดของการผ่าตัดที่ทำการรักษา รอยแผลของการผ่าตัดเป็นไปตามขนาดของรูที่เจาะเท่านั้น จึงทำให้แผลมีขนาดเล็ก เจ็บปวดน้อย หายเร็ว และสวยงาม แต่ยังคงมีประสิทธิภาพในการผ่าตัดเช่นเดียวกับการผ่าตัดแบบเปิดแผลแบบเดิม โดยกล้องขนาดเล็กที่สอดผ่านเข้าไปจะช่วยบอกตำแหน่งที่ต้องการทำการผ่าตัด และแพทย์จะทำงานผ่านกล้องที่มีความคมชัด และกำลังขยายสูง จึงทำให้เห็นรายละเอียดได้มากขึ้นกระทบกระเทือนต่ออวัยวะภายในน้อย ลดโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้ป่วยใช้เวลาพักฟื้นไม่นานและหายเร็ว

ข้อดีของการผ่าตัดผ่านกล้อง

1. แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กประมาณ 1-2 ซม.
 2. นอนโรงพยาบาลระยะสั้น และพักฟื้นน้อยหายไว
 3. เสียเลือดน้อย และปวดแผลน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดแผล
 4. จากความคมชัดของกล้องที่มีกำลังขยายสูง จึงทำให้แพทย์มองเห็นรายละเอียดของตำแหน่งภายในร่างกายที่ต้องการผ่าตัด ได้ชัดเจน
 5. ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด
 6. สามารถกลับไปทำงาน ใช้ชีวิตประจำวันได้เร็ว
 7. ผลพลอยได้จากการผ่าตัดแผลที่มีขนาดเล็ก คือ เรื่องความสวยงาม
- ทำความรู้จักกับ โรคที่พบบ่อยและต้องการผ่าตัดทางศัลยกรรม

“ไส้ติ่งอักเสบ” เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของอาการปวดท้อง วิธีสังเกตง่าย ๆ คือมีอาการปวดท้อง โดยเฉพาะท้องด้านขวา เมื่อกดจะเจ็บ ให้สงสัยไว้ก่อนว่ามีการอักเสบในช่องท้องบริเวณนี้ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มักจะเป็น “ไส้ติ่งอักเสบ” สามารถรักษาด้วยการผ่าตัด และปัจจุบันสามารถผ่าตัดได้ด้วยกล้อง

“นิ่วในถุงน้ำดี” ผู้ที่มีนิ่วในถุงน้ำดี อาจไม่มีอาการเลย หรือมีอาการที่จับได้ คือ ท้องอืด แน่นท้องหลังรับประทานอาหาร โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ปวดท้องได้ชายโครงขวาเป็นครั้งคราว ปวดท้องรุนแรง และปวดเอวไปถึงสะบักด้านขวา ไข้สูงเฉียบพลัน ถ้ามีอาการอักเสบของถุงน้ำดีอย่างเฉียบพลัน ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะเข้ม สำหรับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ปัจจุบันได้มีการระบุให้ใช้วิธีการผ่าตัดผ่านกล้องเป็นการรักษาเป็นอันดับแรกสำหรับการผ่าตัดรักษา

“ไส้เลื่อน” ถ้าไส้ปกติจะอยู่ภายในช่องท้อง แต่ถ้ามีช่องทางที่ผิดปกติจนเป็นเหตุให้มีลำไส้หรือเยื่อช่องท้องออกมาภายนอก ไส้เลื่อนเกิดได้หลายตำแหน่ง ได้แก่ บริเวณขาหนีบ สองข้าง อัณฑะ สะดือ ช่องกระบังลม ช่องว่างของกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือช่องที่เกิดขาดรอยแผลผ่าตัดเก่า ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ไส้เลื่อนที่ขาหนีบสองข้าง อาการที่สามารถสังเกตได้เอง เมื่อเกิดโรคจะเห็นก้อนโป่งเกิดขึ้นบริเวณที่เป็นไส้เลื่อน คลำได้ก้อนนุ่ม กดไม่เจ็บ อาการมักเป็น ๆ หาย ๆ

“มะเร็งลำไส้” จะไม่มีอาการหรือสัญญาณเตือนในช่วงแรก แต่ถ้าหากมีอาการแสดงออกว่ามักเป็นได้สักระยะ จึงเริ่มแสดงอาการออกมา โดยส่วนใหญ่จะมีอาการเลือดออกทางทวารหนัก เลือดในอุจจาระ ปวดตบบริเวณท้องช่วงล่าง ปวดจากท้องอืดบ่อย น้ำหนักลดเอง อ่อนเพลียเรื้อรัง เป็นต้น ถ้าตรวจพบมะเร็งลำไส้ การผ่าตัดเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการรักษา และสามารถผ่าตัดได้ด้วยการส่องกล้อง ซึ่งการผ่าตัดขึ้นอยู่กับขนาดและระยะของโรคเป็นสำคัญ

สำหรับการผ่าตัดทางศัลยกรรมด้วยวิธีผ่านกล้องนั้น นับเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการรักษาเพื่อช่วยตอบสนองให้กับผู้ที่ต้องการเข้ารับการผ่าตัดและมีความกังวลถึงผลข้างเคียงที่จะตามมาจากการผ่าตัดแบบมาตรฐานได้เป็นอย่างดี และอย่างไรก็ตามการจะผ่าตัดด้วยวิธีใดนั้นแพทย์จะพิจารณาตามความเหมาะสมจากโรคและผู้ป่วยแต่ละรายเป็นสำคัญ เพื่อประโยชน์สูงสุดในการรักษา

การศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า หัตถการที่มีการทำบ่อยที่สุดของแผนกศัลยกรรม คือ Cholecystectomy รองลงมาคือ Diagnostic procedures on biliary tract และ Diagnostic procedures of abdominal region และหัตถการในแผนกสูติรีเวชซึ่งมีการทำบ่อยที่สุด Total abdominal hysterectomy รองลงมาคือ Unilateral salpingo-oophorectomy Bilateral salpingo-oophorectomy หัตถการที่มีต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองสูงที่สุด 3 ลำดับแรกคือ Repair of umbilical hernia Repair of hernia of anterior abdominal wall (38,394 บาท) Other repair of stomach และ Other operations on stomach (37,289 บาท) Abdominoperineal resection of rectum และ Partial excision of large intestine (31,664 บาท) หัตถการที่สัดส่วนของต้นทุนต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองเมื่อเทียบกับต้นทุนทั้งหมดสูงกว่า 70% ได้แก่ Pancreatectomy (79%) Splenectomy (77.4%) Repair of umbilical hernia (76.3%) และ Bilateral repair of inguinal hernia (72%) สำหรับแผนกสูติรีเวชต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองของทุกหัตถการมีค่า 2,415 บาทและคิดเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 12-15 ของต้นทุนทั้งหมดหัตถการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิผลและความคุ้มค่าแต่ได้รับจำนวนเงินชดเชยตาม DRG สูงกว่าต้นทุนการผ่าตัดผ่านกล้องแล้วได้แก่ Cholecystectomy, Appendectomy, Bariatric surgery และ Diagnosis laparoscopy หัตถการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิผลและความคุ้มค่าแต่ได้รับจำนวนเงินชดเชยต่ำกว่าต้นทุนการผ่าตัดผ่านกล้องได้แก่ Hernia (5 หัตถการ; จำนวนเงินที่ต้องจ่ายเพิ่มอยู่ในช่วง 1,357 ถึง 44,361 บาทต่อครั้ง), Adrenalectomy (1 หัตถการ; จำนวนเงินที่ต้องจ่ายเพิ่ม 2,665 บาทต่อครั้ง), Partial/radical nephrectomy (1 หัตถการ; จำนวนเงินที่ต้องจ่ายเพิ่ม 20,170 บาทต่อครั้ง) คิดเป็นภาระงบประมาณที่ต้องจ่ายเพิ่มขึ้นต่อปีมีค่าเท่ากับ 3,232,951 บาทสำหรับ Pancreatectomy, Splenectomy, Colectomy, Sigmoidectomy, Rectal excision จำนวนเงินชดเชยไม่เพียงพอแต่ทั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์ยังไม่เพียงพอสำหรับการสรุปว่ามีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ทั้งนี้หากพิจารณาถึงสถานะการเงินของโรงพยาบาลพิจารณาตามอัตราเรียกเก็บ (charge) พบว่าจะต้องเตรียมงบประมาณที่ต้องจ่ายเพิ่มสำหรับหัตถการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เท่ากับ 65,985,202 บาท

สำหรับการผ่าตัดผ่านกล้องของแผนกสูติรีเวชพบว่า มีอัตราการที่จำนวนเงินชดเชยที่โรงพยาบาลได้รับต่ำกว่าต้นทุนหัตถการผ่าตัดผ่านกล้อง Oophorectomy, Unilateral oophorectomy, และ Subtotal abdominal hysterectomy แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองของทุกหัตถการมีค่า 2,415 บาท และคิดเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 12-15 ของต้นทุนทั้งหมดเท่านั้น ดังนั้นจึงเสนอให้คงการเบิกจ่ายตามเดิม

การชดเชยเพิ่มเติมสำหรับหัตถการข้างต้นอาจสามารถลดภาระงบประมาณลงได้หากมีการต่อรองราคาวัสดุสิ้นเปลืองและราคาครุภัณฑ์โดยหน่วยงานส่วนกลาง, มีการใช้วัสดุ/เครื่องมือที่ผลิตได้เองประเทศที่มีมาตรฐานทดแทนวัสดุ/เครื่องมือจากต่างประเทศ ตลอดจนการมีแนวทางการใช้วัสดุ/เครื่องมือในการผ่าตัดผ่านกล้องโดยราชวิทยาลัย/สมาคม/ชมรมที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบความแตกต่างของจำนวนผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพที่ได้รับการผ่าตัดระหว่างพื้นที่ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามี practice variation ของการผ่าตัดผ่านกล้อง โดยมีจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องน้อยกว่า 10 รายการต่อปี ข้อมูลเพิ่มเติมจากการสำรวจพบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีจำนวนเครื่อง laparoscopic surgery มากกว่า 1 เครื่อง และศัลยแพทย์เกือบทุกคนทำหัตถการผ่าตัดผ่านกล้องและยังสามารถผ่าตัดผ่านกล้องได้อีกประมาณ 50-100% แต่สำหรับแผนกสูติรีเวชพบว่า มีสัดส่วนของสูติแพทย์ที่ทำหัตถการผ่าตัดผ่านกล้องไม่ถึง 50% และจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดน้อยกว่า 10 รายต่อเดือน ทั้งนี้พบว่าบางโรงพยาบาลยังมีปัญหาการบริหารจัดการเครื่องเนื่องจากขึ้นอยู่กับแพทย์ที่ปฏิบัติงานขณะนั้นว่าสามารถทำได้หรือมีความเชี่ยวชาญหรือไม่ ดังนั้นการลงทุนและการบริหารจัดการครุภัณฑ์มีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นเช่นการบริหารจัดการในลักษณะเขตสุขภาพ โดยให้ สปสช. เขตเป็นหน่วยงานที่ดูแลหลัก ประเมินความพร้อมศักยภาพและการกระจายของทรัพยากรการวางระบบบริการพัฒนาระบบรับส่งต่อที่บูรณาการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของประชาชน โดยมุ่งเป้าการเพิ่มศักยภาพการผ่าตัดผ่านกล้องสำหรับหัตถการพื้นฐานได้แก่ cholecystectomy และ appendectomy สำหรับการผ่าตัดผ่านกล้องของหัตถการขั้นสูงอาจมีข้อจำกัดในการทำในโรงพยาบาลทั่วไปเนื่องจากศัลยแพทย์ต้องมีความเชี่ยวชาญรวมถึงต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองสูง การขยายบริการจำเป็นต้องส่งเสริมการอบรมทั้งแพทย์พยาบาลห้องผ่าตัดซึ่งต้องได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลต้นสังกัดสมาคมฯ และทุนสนับสนุนการอบรมการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดโดยข้อมูลความคุ้มค่าของการผ่าตัดผ่านกล้องเกือบทั้งหมดทบทวนวรรณกรรมมาจากรายงานการวิจัยในต่างประเทศยกเว้น cholecystectomy ในส่วนของการผ่าตัดผ่านกล้องแม้ว่าในการศึกษานี้พบว่ายังคงสามารถเพิ่มจำนวนการผ่าตัดผ่านกล้องได้ แต่ยังไม่สามารถระบุชัดได้ว่าระยะเวลารอคอยสำหรับการผ่าตัดนานเท่าใดการคำนวณต้นทุนผ่าตัดผ่านกล้องในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการที่แพทย์นิยมใช้ในการผ่านตัดผ่านกล้องคือ multiple port

(3-4) ไม่ใช่ single port และไม่ครอบคลุม robotic assisted procedure นอกจากนี้ หัตถการสำหรับบางอวัยวะยังไม่มีระบุชัดเจนใน ICD-9-CM67 Classification of Procedure 2010 ว่าเป็นการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องได้แก่ adrenalectomy, pancreatectomy splenectomy และ Other operations on biliary ducts and sphincter of Oddi ดังนั้น สปสช. ควรมีแนวทางในการดำเนินการให้กับโรงพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการใช้ข้อมูลในการเบิกจ่ายและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินระบบสุขภาพโดยสรุปจำนวนเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลตาม DRG สำหรับการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องในกลุ่มหัตถการพื้นฐานส่วนใหญ่เพียงพอควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเข้าถึงบริการผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องมากขึ้นและควรพิจารณาให้มีการจ่ายเงินชดเชยเพิ่มเติมสำหรับหัตถการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิผลและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ที่จำนวนเงินชดเชยไม่เพียงพอ

ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

จากการทำ Focus Group โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 ท่าน เกี่ยวกับความเป็นไปได้และรูปแบบในการดำเนินการจัดอบรมศัลยแพทย์ผ่าตัดผ่านกล้องที่มีทั่วประเทศ และแนวทางการจัดทำมาตรฐานวัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรม มีการอภิปรายเกี่ยวกับรายการวัสดุสิ้นเปลือง ศึกษาต้นทุนที่ประหยัดได้จากใช้วัสดุสิ้นเปลืองตามมาตรฐานรายการวัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดผ่านกล้อง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่มาร่วมทำ Focus Group ทาง การผ่าตัดผ่านกล้อง

1. นพ. เสถียร ธรรมทวีธิกุล

ตำแหน่ง ศัลยแพทย์ประจำ รพ.วิชัยยุทธ

2. รศ. วิฑูรย์ ชินสว่างวัฒนกุล

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วย Minimally Invasive Surgery ภาควิชาศัลยศาสตร์

ศิริราชพยาบาล

3. รศ. ธวัชชัย อัครวิพุธ

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาศัลยศาสตร์

ศิริราชพยาบาล

4. รศ. จิรวัดน์ พัฒนะอรุณ

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วย Minimally Invasive Surgery Training Center

รพ.จุฬาลงกรณ์

5. รศ. สุเทพ อุดมแสงทรัพย์

ตำแหน่ง หัวหน้าหน่วยผ่าตัดลดความอ้วน ภาควิชาศัลยศาสตร์รพ.จุฬาลงกรณ์

6. พท. นพ. รัชฎ์ อิงคกุล

ตำแหน่ง อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ รพ.พระมงกุฎเกล้า

7. นท. ปณต ยิ้มเจริญ

ตำแหน่ง อาจารย์ประจำกองศัลยกรรม รพ.ภูมิพล

8. นพ. ภูซงศ์กิมรัตน์

ตำแหน่ง อาจารย์ประจำแผนกศัลยกรรม รพ.ราชวิถี

9. นพ. ศุภกาญจน์ เตชะพงศธร

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ ประจำกลุ่มงานศัลยกรรม และหัวหน้าหน่วย

Minimally Invasive Surgery วัชรพยาบาล

ตารางที่ 3-1 : รายการวัสดุสิ้นเปลือง ราคา จำนวนครั้งของการใช้ซ้ำ และจำนวนของวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้สำหรับการผ่าตัดแต่ละหัตถการ ในแผนกศัลยกรรม

ชื่อวัสดุ	ต้นทุน	Reuse ตามจริง (ครั้ง)	Reuse < 3 ครั้ง (ครั้ง)	จำนวนชิ้นของวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้สำหรับแต่ละหัตถการ																	
				Аuopocpoc/Аuopoc	Аuopocpuodde	unilateral inguinal hernia	Bilateral inguinal hernia	umbilical hernia	Anterior abdominal wall (other hernia)	diaphragmatic hernia	colectomy	sigmoidectomy	gastroenterostomy	gastroectomy	Lysis of peritoneal adhesion	Liver resection	Nephrectomy	Diagnosis laparoscopic	pancreatectomy	splenectomy	adrenalectomy
Blunt	4,066	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Grasper ตะเขี่ยค	6,420	8	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	1	3	1	1
Scissor	6,527	13	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
Balloon T	6,955	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Protack absorbable	11,000	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Handport	16,050	5	3		0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Trocar reuse	19,998	148	-	3	2	2	2	2	2	4	3	3	3	6	2	3	3	2	4	2	3
V-lock	200	1	1	6	0	0	0	0	0	0	6	6	0	0	0	0	6	0	6	6	6
Endobag	1,284	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1
Endoloop	856	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
Harmonic	20,000	4	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1
Endo GIA แม่	24,075	15	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Endo GIA ลูก	5,350	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	5	0	2	0	0	2	2	0
GIA ค้าง	19,795	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GIA ลูก	4,494	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ตารางที่ 3-1 : รายการวัสดุสิ้นเปลือง ราคา จำนวนครั้งของการใช้ซ้ำ และจำนวนของวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้สำหรับการผ่าตัดแต่ละหัตถการ ในแผนกศัลยกรรม (ต่อ)

ชื่อวัสดุ	ต้นทุน	Reuse ตามจริง (ครั้ง)	Reuse < 3 ครั้ง (ครั้ง)	จำนวนชิ้นของวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้สำหรับแต่ละหัตถการ																		
				cholecystectomy	cholecystectomy	unilateral inguinal hernia	Bilateral inguinal hernia	umbilical hernia	Anterior abdominal wall (other hernia)	diaphragmatic hernia	colectomy	sigmoidectomy	gastroenterostomy	gastrectomy	Lysis of peritoneal adhesion	Liver resection	Nephrectomy	Diagnosis laparoscopic	pancreatectomy	splenectomy	adrenalectomy	
คาน้ำย mesh	5,000	1	1	0	0	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
หมุดยึด mesh	5,000	1	1	0	0	1	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Trocar reuse	4,066	6	3	3	2	2	2	2	2	4	3	3	3	6	2	3	3	2	4	2	3	

Note : ในการคำนวณแบบ reuse ตามจริงใช้ แบบ A เป็นแบบที่ใช้ซ้ำได้หลายครั้ง

ในการคำนวณแบบ reuse ไม่เกิน 3 ครั้งใช้ trocar ซึ่งเป็น disposable

ตารางที่ 3-2 : รหัสหัตถการ ทำให้การระคำใช้จ่ายเมื่อเทียบกับ DRG

ชนิดการผ่าตัด		รหัสหัตถการหลังจาก ปรับการใช้อุปกรณ์ สิ้นเปลืองใหม่	การชดเชยเมื่อเทียบกับ DRG (RW)
Colectomy			
	Partial	173	-11453
	Total	458	92
	Pull through	484	-12101
	APR	485	-3508
Gastroenterostomy		443	29555
Gastrectomy			
	Other repair	446	29112
	Other operation	449	5882
Liver resection		502	25848
Nephrectomy		553	-16870
Pancreatectomy		529	1774
Splenectomy		419	-2368
Adrenalectomy		729	635

ที่มา : การทำ Focus Group

ผลการปรับปรุงวัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลืองที่สามารถจะลดต้นทุนลงได้อีกต่อเนื่องจากการศึกษาเรื่องการประเมินภาระงบประมาณในการเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์การผ่าตัดด้วยกล้อง สำหรับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(2557)

การใช้ Ligasure แทน Harmonic scarpel ซึ่งเป็นอุปกรณ์ห้ามเลือดที่มีราคาเท่ากันคือ ประมาณ 20,000 บาทแต่จะใช้เป็นจำนวนครั้งได้เป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกัน ทำให้ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดลดลงได้ 3,300 บาทต่อรายโดยประมาณซึ่งอุปกรณ์ชนิดนี้ใช้ในการผ่าตัดดังต่อไปนี้ colectomy, sigmoidectomy,gastroenterostomy,gastrectomy,liverresection,nephrectomy,pancreatectomy, splenectomy, และ adrenalectomy

แผนภาพที่ 3-1 : Harmonic scarpel



ที่มา : Harmonic ACE บริษัท Johnson and Johnson (Thailand) co.Ltd.

แผนภาพที่ 3-2-: Ligasure



ที่มา : Ligasure บริษัท Covidian (Thailand) จำกัด

Hand port ซึ่งมีราคา 16,050 บาทเป็นอีกอุปกรณ์หนึ่งที่สามารถจะตัดทิ้งได้หากมีการฝึกอบรมให้ใช้การผ่าตัดแบบ totally laparoscopic surgery ในการผ่าตัด colectomy และ sigmoidectomy จะทำให้ค่าใช้จ่ายในหัตถการนี้ลดลงโดยรวม 8,650 บาท

แผนภาพที่ 3-3 : Hand port



ที่มา : ภาพตัวอย่างของ Hand Port แบบง่าย ๆ

สำหรับการผ่าตัดไส้เลื่อนชนิดต่างๆจากการศึกษาเดิมได้แก่ unilateral repair of inguinal hernia, bilateral repair of inguinal hernia, repair of umbilical hernia, และ repair of anterior abdominal wall (รหัส หัตถการ ที่ 171, 172, 534, 536 ตามลำดับ) นั้น ทาง สปสช. ตั้งค่าการเบิกจ่าย RW ไว้โดยไม่รวมค่าตาข่ายสำหรับปะและตัวยึด ซึ่งในมาตรฐานการผ่าตัดปัจจุบันไม่ว่าจะผ่าตัดโดยวิธีเปิดหรือส่องกล้องก็ต้องใช้เช่นเดียวกันทำให้การผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้องมีภาระขาดทุน(14567-44361 บาท) ซึ่งค่าตาข่ายมีราคาประมาณ 5000-50000 บาทขึ้นกับขนาดและคุณสมบัติของตัวตาข่าย

ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นพ้องตรงกันที่จะต้องมีการฝึกอบรมศัลยแพทย์ส่องกล้องให้ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และวัสดุสิ้นเปลืองในมาตรฐานเดียวกันในการผ่าตัดชนิดต่างๆ เนื่องจากวัสดุที่ใช้อาจมีให้เลือกหลายชนิดและหลายวิธี การพัฒนาวิธีผ่าตัดให้ทำได้ง่ายและมีค่าใช้จ่ายถูกที่สุดจึงเป็นหัวใจสำคัญซึ่งจะต้องเผยแพร่ให้ศัลยแพทย์ส่องกล้องอื่นๆทราบและปฏิบัติตาม เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับผู้รับบริการหรือผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลและควรผลักดันให้เป็นนโยบายระดับชาติ

การฝึกอบรมอาจมีหลายลักษณะ เช่นการจัดประชุมวิชาการ การฝึกสอนเป็นรายหัตถการ และการฝึกอบรมเป็นหลักสูตร การผ่าตัดด้วยกล้องส่องมืออยู่ในหลายสาขาวิชาการ ศัลยแพทย์ผ่าตัดด้วยกล้องมาจากหลายสาขา บางคนอาจสนใจวิธีผ่าตัดชนิดใดชนิดหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

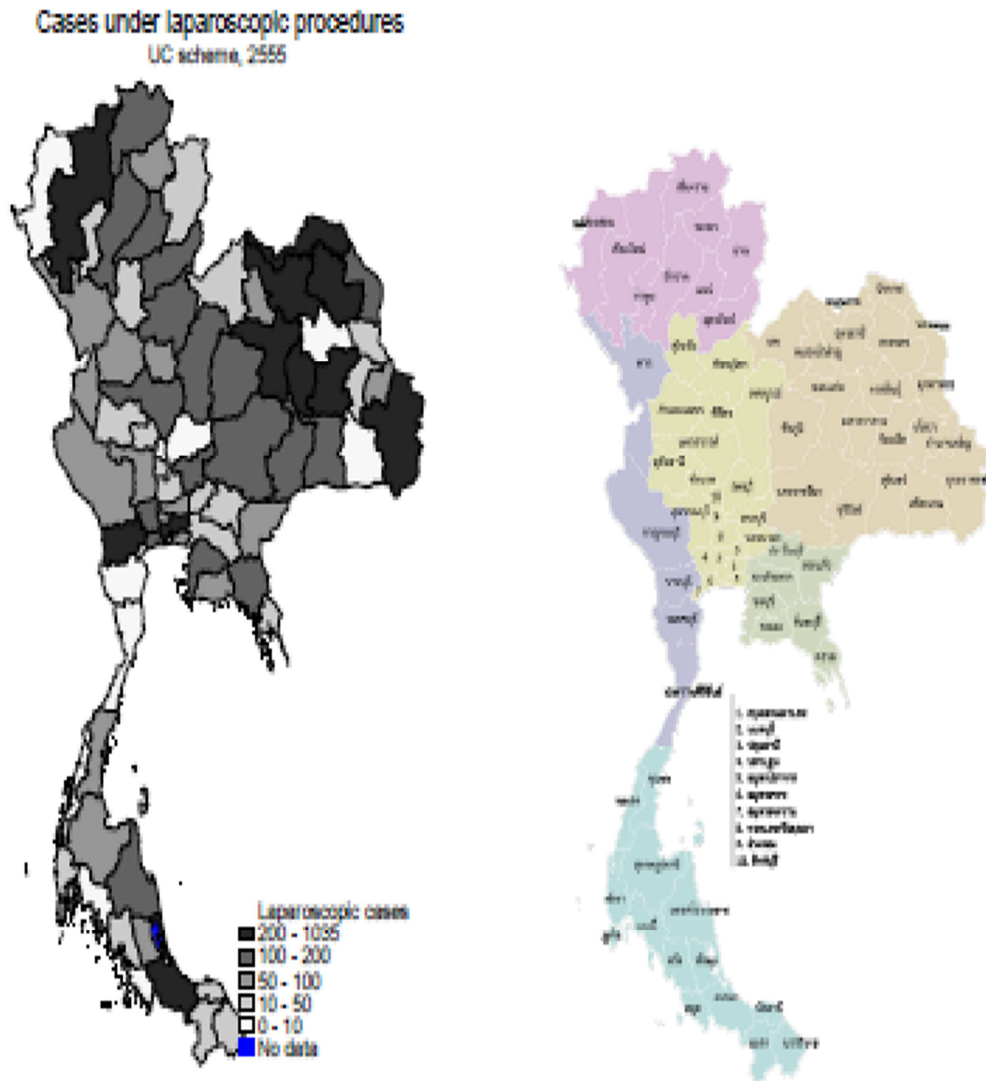
ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมถึงข้อดีในการผ่าตัดผ่านกล้อง เช่น ในการผ่าตัดมะเร็งบางชนิดให้ผลดีกว่า การผ่าตัดผ่านกล้องมีอัตราการผ่าตัดซ้ำในระยะยาวต่ำกว่าผ่าตัดแบบเปิด เนื่องจากการเกิดเยื่อพังผืดในช่องท้องต่ำกว่า

ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นเป็นเอกฉันท์ว่าควรจะยกเลิกหรือปรับปรุงข้อกำหนดการเบิกจ่ายอุปกรณ์สิ้นเปลืองทางการผ่าตัดผ่านกล้องที่มีอยู่เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการปรับปรุงวัสดุ อุปกรณ์สิ้นเปลืองในครั้งนี้เห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายโดยรวมถูกกว่าหรือพอกับค่า RW ของ สปสช. ที่ให้มาซึ่งเป็นฐานสิทธิการชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่ต่ำที่สุดสำหรับประชากรโดยจะต้องทำควบคู่ไปกับการสร้างมาตรฐานการอบรมการผ่าตัดผ่านกล้อง

ความแตกต่างของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระหว่างพื้นที่ในประเทศไทย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการผ่าตัดผ่านกล้องจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของสปสช. ปี 2555 โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับได้แก่ 0-10, 10-50, 50-100, 100-200, 200 ครั้งต่อปีขึ้นไป พบความแตกต่างระหว่างพื้นที่ของจำนวนครั้งการผ่าตัดผ่านกล้องสำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามี practice variation ของการผ่าตัดผ่านกล้องจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องน้อยกว่า 10 รายการต่อปีคือจังหวัดแม่ฮ่องสอน กาฬสินธุ์ ศรีสะเกษ ลพบุรี สิงห์บุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ หนองบัวลำภู และกระบี่ แต่จะเห็นได้ว่าในแต่ละภาคมีจังหวัดที่มีจำนวนครั้งของการผ่าตัด 200 ครั้งต่อปีขึ้นไปเช่น จังหวัดเชียงใหม่ ในภาคเหนือ จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด อุบลราชธานี อุตรดิตถ์ สกลนคร บึงกาฬ หนองคาย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดกรุงเทพมหานคร นครราชสีมา ในภาคกลาง และ จังหวัดสงขลา ในภาคใต้

แผนภาพที่ 3- 1 : แผนที่แสดงการกระจายของการผ่าตัดด้วยกล้องในผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2555



ที่มา : รายงานการวิจัย, 2555

ผลการสำรวจศักยภาพการผ่าตัดผ่านกล้อง

ตารางที่ 3-3 : จำนวนโรงพยาบาลที่ตอบกลับแบบสำรวจ

ภาค	จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)	
	รพ. ทั่วไป	รพ. ศูนย์
เหนือ	2	1
กลาง	6	2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	12	3
ใต้	8	1
รวม	28	7

ที่มา : รายงานการวิจัย, 2555.

จากการสำรวจข้อมูลโรงพยาบาลมีโรงพยาบาลที่ให้ข้อมูลรวมจำนวน 35 แห่ง กระจายใน 4 ภูมิภาคประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 7 แห่งโรงพยาบาลทั่วไป 29 แห่ง ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3-1 ตารางที่ 3-1 จำนวนโรงพยาบาลที่ตอบกลับแบบสำรวจ ผลการสำรวจพบว่าโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่งมีจำนวนเครื่อง laparoscopic surgery มากกว่า 1 เครื่อง (1-6 เครื่อง) มีศัลยแพทย์จำนวน 7-14 คนโรงพยาบาลทั่วไปมีจำนวนเครื่องประมาณ 1-2 เครื่องมีศัลยแพทย์จำนวน 2-6 คนและโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งมี 1 เครื่องและมีแพทย์ 1 คนทั้งนี้ศัลยแพทย์เกือบทุกคนทำหัตถการผ่าตัดผ่านกล้องจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดผ่านกล้องในโรงพยาบาลศูนย์ประมาณ 20-40 รายต่อเดือนโรงพยาบาลขนาดเล็กมีจำนวนผ่าตัดผ่านกล้องน้อยกว่า 20 รายต่อเดือนบางแห่งมีจำนวนน้อยกว่า 5 รายต่อเดือนโดยเฉลี่ยพบว่าในปัจจุบันสัดส่วนศัลยแพทย์ 1 รายผ่าตัดผ่านกล้องผู้ป่วยจำนวน 2.7 ราย/เดือนแต่ยังสามารถผ่าตัดผ่านกล้องได้อีกประมาณ 50-100% แต่สำหรับแผนกสูติเวชพบว่ามีสูติแพทย์ที่ทำหัตถการผ่าตัดผ่านกล้องไม่ถึง 50% และจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดน้อยกว่า 10 รายต่อเดือนสัดส่วนของสูติแพทย์ที่ทำหัตถการผ่าตัดผ่านกล้องในขณะที่สูติแพทย์ 1 รายผ่าตัดผ่านกล้องผู้ป่วยจำนวน 1.4 ราย/เดือน ทั้งนี้ พบว่าบางโรงพยาบาลมีเครื่อง laparoscopic 1-2 เครื่องแต่ไม่มีการผ่าตัดผ่านกล้องเลยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 19)จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่าการผ่าตัดผ่านกล้องขึ้นกับการเลือกของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ด้วยเนื่องจากการผ่าตัดผ่านกล้องหลายหัตถการใช้เวลานานกว่าการผ่าตัดแบบเปิดนอกจากนั้นยังขึ้นกับความเชี่ยวชาญของแพทย์ด้วยโรงพยาบาล 3 แห่งให้ข้อมูลว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานเดิมมีความประสงค์จะผ่าตัดผ่านกล้องโรงพยาบาลจึงจัดซื้อครุภัณฑ์และได้ใช้งานในช่วงเวลาที่แพทย์ท่านนั้นทำงานแต่เมื่อ

แพทย์ท่านนั้นย้ายไปปฏิบัติงานที่อื่นแล้วแพทย์ท่านใหม่ที่เข้ามาไม่ได้ทำหรือนโยบายผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม่สนับสนุนการผ่าตัดในโรงพยาบาลก็ทำให้ไม่มีการผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อให้การลงทุนและการบริหารจัดการครุภัณฑ์มีประสิทธิภาพควรรบริหารจัดการในลักษณะเขตสุขภาพโดยให้ สปสช. เขตเป็นหน่วยงานที่ดูแลหลักโดยมีการประเมินความพร้อมศักยภาพและการกระจายของทรัพยากรภายในเขตเขตสุขภาพควรได้รับมอบอำนาจจากส่วนกลางในการบริหารงบประมาณ เบ็ดเสร็จในระดับเขตโดยมี service plan ที่ชัดเจนของเขตในการวางระบบบริการพัฒนาระบบรับส่งต่อที่บูรณาการมีประสิทธิภาพเพิ่มการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของประชาชนนอกจากนี้การจัดการแบบเขตสุขภาพจะช่วยในการพัฒนาและกำกับคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการ

บทที่ 4

แนวทางการปรับปรุงและพัฒนาสิทธิประโยชน์

ตามบันทึกกรมบัญชีกลาง ที่ กค. 0422.2/พิเศษ ว 1 และประกาศกระทรวงการคลังเรื่อง ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2556 โดยกำหนดรายการ อัตรา และเงื่อนไขในการเบิกจ่ายค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ฯ ดังกล่าวนั้น เนื่องจากมีรายการสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ จากประกาศฉบับนี้ต่างไปจากประกาศในฉบับเดิม ทางคณะกรรมการอำนวยการเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยได้มีการประชุมและมีข้อสรุปโดยแยกประเด็นเป็น 2 กรณี คือ

1. กรณีบางรายการที่ในเอกสารแนบท้ายประกาศ ฉบับลงวันที่ 4 ธันวาคม 2556 ขาดหายไป/ไม่สมบูรณ์ เทียบกับประกาศฉบับลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548 เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์จึงขอปรับเปลี่ยนข้อบ่งชี้/คุณสมบัติแพทย์ และสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยที่ขาดหายไป ตามเอกสารตามที่แนบ 1

2. กรณีที่รายการที่เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ ขอเสนอให้มีการเพิ่มเติมเพื่อให้สถานพยาบาลสามารถดำเนินการได้และเพื่อให้มีการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีการรักษาพยาบาลที่มีความก้าวหน้าและประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

รายการแก้ไขและเพิ่มเติม “ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค”

ตารางที่ 4-1 : ข้อมูลที่หายไปจากประกาศฉบับลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548

รายการแก้ไขและเพิ่มเติม “ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค” จากประกาศแนบท้ายประกาศและกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค.0422.2/พิเศษ ว1 ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2556

รหัส อุปกรณ์	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)
5402	253	5.4.2 ลวดนำทางสำหรับสายฉีดสี (ERCP guide wire)	เส้นละ	5,500
		คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ ขอปรับคุณสมบัติแพทย์ผู้สั่งใช้		
		1. อายุรแพทย์โรคทางเดินอาหาร		
		2. ศัลยแพทย์ทั่วไปที่ชำนาญการส่องกล้อง ที่ได้รับหนังสือรับรองจากสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไป แห่งประเทศไทย เนื่องจากยังไม่มี Subboard และถ่วงสิทธิ์ ศัลยแพทย์ทั่วไปที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมฯ		
5403	254	5.4.3 สายบอลูนดึงนิ่ว (Balloon stone extractor)	เส้นละ	4,300
		คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ขอเพิ่มคุณสมบัติของแพทย์ ผู้สั่งใช้ 3. รังสีแพทย์		
		1. อายุรแพทย์โรคทางเดินอาหาร		
		2. ศัลยแพทย์ทั่วไปที่ชำนาญการส่องกล้องที่ได้รับหนังสือ รับรองจากสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยใน พระบรมราชูปถัมภ์หรือชมรมศัลยกรรมด้วยกล้องส่องแห่ง ประเทศไทย เนื่องจากยังไม่มี Subboard และถ่วงสิทธิ์ ศัลยแพทย์ทั่วไปที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมฯ		

ตารางที่ 4-1 : ข้อมูลที่หายไปจากประกาศฉบับลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548 (ต่อ)

รายการแก้ไขและเพิ่มเติม “ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค”
จากประกาศแนบท้ายประกาศและกระทรวงการคลัง ส่วนที่สุด ที่ กค.0422.2/พิเศษ ว1 ลงวันที่ 4
ธันวาคม 2556

รหัส อุปกรณ์	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)
5404	255	5.4.4 ตะกร้อลากนิ้วในท่อน้ำดี (Biliary stone retrieval basker)	เส้นละ	6,000
		คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ ขอเพิ่มคุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ 3. รังสีแพทย์		
		1. อายุรแพทย์โรคทางเดินอาหาร		
		2. ศัลยแพทย์ทั่วไปที่ชำนาญการส่องกล้องที่ได้รับหนังสือรับรองจากสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์หรือชมรมศัลยกรรมด้วยกล้องส่องแห่งประเทศไทย ขอปรับเป็นศัลยแพทย์ทั่วไป เนื่องจากยังไม่มี Subboard และล่วงสิทธิศัลยแพทย์ไม่เป็นสมาชิกชมรมที่ศัลยแพทย์ส่องกล้อง		
5405	256	5.4.5 ตะกร้อขบนิ้ว (Mechanical Lithotripter basker)	ชุดละ	9,000
		คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ ขอปรับคุณสมบัติแพทย์ผู้สั่งใช้		
		1. อายุรแพทย์โรคทางเดินอาหาร		
		2. ศัลยแพทย์ทั่วไปที่ชำนาญการส่องกล้อง ที่ได้รับหนังสือรับรองจากสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์หรือชมรมศัลยกรรมด้วยกล้องส่องแห่งประเทศไทย ขอปรับเป็นศัลยแพทย์ทั่วไปเนื่องจากยังไม่มี Subboard และล่วงสิทธิศัลยแพทย์ไม่เป็นสมาชิกชมรมที่ศัลยแพทย์ส่องกล้อง		

ตารางที่ 4-1 : ข้อมูลที่หายไปจากประกาศฉบับลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548 (ต่อ)

รายการแก้ไขและเพิ่มเติม “ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค”
จากประกาศแนบท้ายประกาศและกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค.0422.2/พิเศษ ว1 ลงวันที่ 4
ธันวาคม 2556

รหัส อุปกรณ์	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)
5406	257	5.4.6 สายตัดรูเปิดท่อน้ำดี/ตับอ่อน (Sphincterotome) ขอปรับข้อบ่งชี้	เส้นละ	5,500
		ข้อบ่งชี้ ใช้ในการตัดรูเปิดท่อน้ำดี/ตับอ่อนในกรณีที่รูเปิดท่อน้ำดี/ ตับอ่อนตีบตันหลังจากใช้วิธีมาตรฐานไม่สำเร็จ เพื่อระบายน้ำดี/ใส่ท่อระบายน้ำ/ดึงนิ่วหรือใส่เครื่องมือที่มี ขนาดใหญ่ผ่านรูเปิดขอตัดคำว่า“กรณีที่รูเปิดท่อน้ำดี/ ตับอ่อนตีบตันหลังจากใช้วิธีมาตรฐานไม่สำเร็จ”		
		คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ ขอปรับคุณสมบัติแพทย์ผู้ใช้		
		1. อายุรแพทย์โรคทางเดินอาหาร		
		2. ศัลยแพทย์ทั่วไปที่ชำนาญการส่องกล้อง ที่ได้รับหนังสือ รับรองจากสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไป แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์หรือชมรมศัลยกรรมด้วยกล้องส่อง แห่งประเทศไทย ขอตัดคำว่าที่ชำนาญการส่องกล้องที่ได้รับ หนังสือรับรองจากสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ หรือชมรมศัลยกรรมด้วยกล้อง ส่องแห่งประเทศไทย”		

ตารางที่ 4-1 : ข้อมูลที่หายไปจากประกาศฉบับลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548 (ต่อ)

รายการแก้ไขและเพิ่มเติม “ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค”
จากประกาศแนบท้ายประกาศและกระทรวงการคลัง ค่วนที่สุด ที่ กค.0422.2/พิเศษ ว1 ลงวันที่ 4
ธันวาคม 2556

รหัส อุปกรณ์	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)
5501	258	5.5.1 เครื่องมือตัดต่อลำไส้อัตโนมัติแบบวงกลม	อันละ	13,500
		คุณสมบัติของผู้ตั้งใช้ ขอปรับคุณสมบัติแพทย์ผู้ตั้งใช้		
		1. ศัลยแพทย์ทั่วไปที่ชำนาญมากกว่า 5 ปี และเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือจากสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปหรือราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ขอตัดคำว่า “ที่มีความชำนาญมากกว่า 5 ปีและเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือจากสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปหรือราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย”		
5504	261	5.5.4 เครื่องมือเย็บและตัดต่ออวัยวะอัตโนมัติแบบตรง	ดัลบละ	5,000
		คุณสมบัติของผู้ตั้งใช้ ขอปรับคุณสมบัติแพทย์ผู้ตั้งใช้		
		1. ศัลยแพทย์ทั่วไปที่ผ่านการอบรมและรับรองจากศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ขอตัดคำว่า “ที่ผ่านการอบรมและรับรองจากสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย”		
5601	262	5.6.1 วัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดด้วยกล้อง	รายละ	11,000
		ข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดด้วยการส่องกล้อง ดังต่อไปนี้		
		1. การผ่าตัดไส้เลื่อนด้วยการส่องกล้อง		
		2. การผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็กด้วยการส่องกล้อง		
		3. การผ่าตัดปอดด้วยการส่องกล้อง		

ตารางที่ 4-1 : ข้อมูลที่หายไปจากประกาศฉบับลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548 (ต่อ)

รายการแก้ไขและเพิ่มเติม “ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค”
จากประกาศแนบท้ายประกาศและกระทรวงการคลัง ค่วนที่สุด ที่ กค.0422.2/พิเศษ ว1 ลงวันที่ 4
ธันวาคม 2556

รหัส อุปกรณ์	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)
		ในประกาศฉบับเดิมระบุข้อบ่งชี้ “...การผ่าตัดด้วยกล้องกระทำการกันหลายสาขา...” ขอเสนอให้ใช้ข้อบ่งชี้เดิมที่พิสูจน์ถึง Cost Effectiveness เช่น การผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้อง เป็นต้น เพราะการผ่าตัด ผ่านกล้องเป็นหัตถการในหลายสาขา		
5705	278	5.7.5 บอลลูนถ่างขยายทางเดินอาหาร (GI Tract dilation balloon)	เส้นละ	8,000
		คุณสมบัติของผู้ส่งใช้ ขอเพิ่มคุณสมบัติแพทย์ผู้ส่งใช้ 3. รังสีแพทย์		
		1. อายุรแพทย์โรคทางเดินอาหาร		
		2. ศัลยแพทย์ทั่วไป ที่ชำนาญการส่องกล้องที่ได้รับหนังสือ รับรองจากสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระ บรมราชูปถัมภ์หรือชมรมศัลยกรรมด้วยกล้องส่องแห่ง ประเทศไทย ขอตัดคำว่า “ที่ชำนาญการส่องกล้องที่ได้รับ หนังสือรับรองจากสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเท ศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์หรือชมรมศัลยกรรมด้วยกล้อง ส่องแห่งประเทศไทย” เนื่องจากยังไม่มี Sub board และ ล้วงสิทธิ์แพทย์ที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมศัลยแพทย์ส่องกล้อง		
		คุณสมบัติของผู้ส่งใช้		
		1. ศัลยแพทย์ทั่วไปที่ได้รับการฝึกอบรมชำนาญในการตรวจ ส่องกล้องในทางเดินอาหาร		
		2. ศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก		
		3. อายุรแพทย์โรคทางเดินอาหาร		

ตารางที่ 4-1 : ข้อมูลที่หายไปจากประกาศฉบับลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548 (ต่อ)

รายการแก้ไขและเพิ่มเติม “ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค”
จากประกาศแนบท้ายประกาศและกระทรวงการคลัง ค่วนที่สุด ที่ กค.0422.2/พิเศษ ว1 ลงวันที่ 4

ธันวาคม 2556

รหัส อุปกรณ์	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)
7010	306	7.0.10 ข้อตะโปกไม่มีเขี้ยวชนิด 2 ชั้น (ไบโพล่า)	ข้อละ	35,000
		ข้อบ่งชี้ ใช้ทดแทนข้อที่เสื่อมสภาพในผู้ป่วยที่อายุไม่เกิน 65 ปี (ขอตัดคำว่า “ที่อายุไม่เกิน 65 ปี” เพราะควรพิจารณาตามพยาธิสภาพ ไม่ใช่อายุ) ซึ่ง		
7102	315	7.1.2 สารทดแทนกระดูกเพื่อการสร้างกระดูก	5 ซีซี	2,000
		ลักษณะ เป็นสารจำพวก Hydroxyapatite ขอให้คงเพดานเบิกจ่ายเดิมประกาศฉบับเดิมได้ 4,000 บาท และราคาต้นทุนในตลาดราคา 3,500-4,500 บาท		4,000
		ข้อบ่งชี้		
		1. ใช้ในผู้ป่วยที่กระดูกหักแล้วไม่ติด แบบ Trotsic non union ในผู้สูงอายุเกิน 65 ปีหรือเด็กอายุไม่เกิน 15 ปี ขอตัดคำว่า “แบบ Trotsic non union ในผู้สูงอายุเกิน 65 ปีหรือเด็กอายุไม่เกิน 15 ปี”		
		2. ใช้ในผู้ป่วยหลังคด (Scoliosis/Spinal deformity)		
		ขอเพิ่มข้อบ่งชี้ 3. ใช้ในการผ่าตัด Spinal fusion จากสาเหตุอื่น ๆ		
		ขอเพิ่มข้อบ่งชี้ 4. ใช้ในการเติมลมในโพรงกระดูก เพื่อให้เกิดความแข็งแรง		
7202	320	7.2.2 โลหะคานใส่ในโพรงกระดูกชนิดมีรูล็อกสำหรับยึดกระดูกส่วนกลาง (Interlocking nail) และสลักยึดกระดูก (Locking Bolt) ขอให้คงเพดานเบิกจ่ายเดิมประกาศฉบับเดิมเบิกได้ 11,000 บาท	ชุดละ	9,000

ตารางที่ 4-1 : ข้อมูลที่หายไปจากประกาศฉบับลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548 (ต่อ)

รายการแก้ไขและเพิ่มเติม “ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค”

จากประกาศแนบท้ายประกาศและกระทรวงการคลัง ส่วนที่สุด ที่ กค.0422.2/พิเศษ ว1 ลงวันที่ 4

ธันวาคม 2556

รหัส อุปกรณ์	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)
7214	332	7.2.14 แผ่นโลหะตามกระดูก ชนิดมีหัวสกรูพยาง (Lock plate)	ชิ้นละ	20,000
		ข้อบ่งชี้ ยึดตรึงกระดูกที่หักซับซ้อนและเนื้อกระดูกผิปกดจากโรค ทางเมตาโบริซึม โรคเลือด หรือเนื้องอกบริเวณข้อไหล่ ข้อเข่า และข้อเท้า แก้ไขข้อบ่งชี้ทั้งหมดเป็น “ยึดตรึง กระดูกหักขนาดเล็กและขนาดใหญ่ที่ซับซ้อนและไม่ สามารถให้การรักษาด้วยวิธีอนุรักษนิยมได้”		
9005	436	9.0.5 ชุดอุปกรณ์สำหรับจี้ทำลายเนื้ออกด้วยคลื่นความถี่ วิทยุ (Radiofrequency Ablation Set)	ชุดละ	27,000
		คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ ขอเพิ่มคุณสมบัติแพทย์ผู้สั่งใช้ 3. ศัลยแพทย์ทั่วไป		
		1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญรังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body Intervention radiology)		
		2. อายุรแพทย์โรคทางเดินอาหารที่ผ่านการอบรมการรักษา เนื้องอกตับด้วยคลื่นความถี่สูงหรือ ได้รับการรับรองจาก สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย		

ตารางที่ 4-1 : ข้อมูลที่หายไปจากประกาศฉบับลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2548 (ต่อ)

รายการแก้ไขและเพิ่มเติม “ประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค”
จากประกาศแนบท้ายประกาศและกระทรวงการคลัง ค่วนที่สุด ที่ กค.0422.2/พิเศษ ว1 ลงวันที่ 4
ธันวาคม 2556

รหัส อุปกรณ์	ลำดับ ที่	ประเภท	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)
9104	437	9.1.4 อุปกรณ์เครื่องจีปิดและตัดเส้นเลือด (Energy-based vascular sealing and cutting instrument)	ครั้งละ	5,000
		คุณสมบัติของแพทย์ผู้สั่งใช้ ขอเพิ่มคุณสมบัติแพทย์ผู้ใช้ 3. ศัลยแพทย์ทางสูตินรีเวช 4. ศัลยแพทย์ทางระบบ ปัสสาวะ		
		1. ศัลยแพทย์ทั่วไป ที่ชำนาญการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ที่รับรองจากสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไป ขอตัดคำว่า “ที่ชำนาญการผ่าตัดโดยการส่องกล้องที่รับรองจากสมาคม ศัลยแพทย์ทั่วไป” เนื่องจากยังไม่มี Sub board และล่งสิทธิ์ ศัลยแพทย์ทั่วไป		
		2. ศัลยแพทย์ใส่ไส้ใหญ่และทวารหนัก		

ที่มา : รายงานการวิจัย, 2556.

การผ่าตัดผ่านกล้องโดยทั่วไปเป็นการผ่าตัดที่ถูกเข้าใจว่าเป็นการผ่าตัดที่มีค่าใช้จ่ายสูง แต่ด้วยความก้าวหน้าทางการแพทย์การวิวัฒนาการของการผ่าตัดและเครื่องมือรวมทั้งข้อดีที่เหนือกว่าการผ่าตัดแบบดั้งเดิมเพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วยศัลยแพทย์บางคนหันมาใช้วิธีนี้ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้ประกันตนในสิทธิประกันสังคมโดยไม่คำนึงถึงภาระขาดทุนของโรงพยาบาลที่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายส่วนเกินแต่จากการรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้ กลับพบว่าการผ่าตัดบางชนิดได้รับเงินชดเชยรายโรคจาก สปสช. ที่มากกว่าค่าใช้จ่ายตามจริง ทั้งนี้เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่าของการผ่าตัดผ่านกล้องมาจากการนอนโรงพยาบาลที่สั้นกว่า เวชภัณฑ์ที่นอกเหนือกว่าวัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลืองของการผ่าตัดผ่านกล้องใช้น้อยกว่า ทั้งนี้ไม่รวมถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับเพิ่มเติม คือ เจ็บตัวน้อยกว่าแผลสวยงามกว่าและสามารถกลับไปทำงานหารายได้ที่เร็วกว่า

จากข้อมูลที่ได้หลังจากที่ปรับปรุงรายการวัสดุสิ้นเปลืองแล้ว พบว่า หัตถการที่เคยมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า RW ของ สปสช. อยู่มาก เช่น การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ partial excision of large intestine จากเดิมขาดทุน 20,103 บาทลดเหลือขาดทุน 11,453 บาท total intra-abdominal colectomy จากเดิมขาดทุน 8,558 บาท กลายเป็นได้กำไร 92 บาท pull-through resection of rectum จากเดิมขาดทุน 20,715 บาท ลดลงเหลือขาดทุน 12,101 บาท abdominoperineal resection of rectum จากเดิมขาดทุน 12,155 บาท เหลือขาดทุน 3,508 บาท การขาดทุนเหล่านี้ 3,508-11,453 บาท ถือว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายโดยรวมอาจจะถือได้ว่าพอๆ กัน จะเห็นได้ว่าการมีการปรับปรุงและพัฒนาวิธีการผ่าตัดโดยผู้เชี่ยวชาญ และเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมจะทำให้ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยแล้วถือว่าเสมอกันกับการผ่าตัดแบบดั้งเดิม ดังนั้น การผ่าตัดผ่ากล้องจึงไม่ถือว่าเป็นการผ่าตัดค่าใช้จ่ายสูง

การเปลี่ยนแปลงรายการอุปกรณ์สิ้นเปลืองข้างต้นเป็นการตัดอุปกรณ์ชิ้นหนึ่งออก คือ hand port ซึ่งอุปกรณ์ชิ้นนี้ใช้สำหรับเอามือข้างหนึ่งของศัลยแพทย์เข้าไปในช่องท้อง เพื่อช่วยหยิบจับอวัยวะบางอย่างช่วยให้การผ่าตัดง่ายขึ้นเหมาะกับศัลยแพทย์ที่ยังด้อยประสบการณ์ ดังนั้น ถ้ามีการสอนที่มีประสิทธิภาพให้กับผู้ที่ต้องการฝึกให้มีความรู้และทักษะที่ดีตั้งแต่ต้น จะทำให้ลดอัตราการใช้หรือเลิกใช้ได้นั้นหมายความว่า การฝึกอบรมให้ได้ประสบการณ์และจริยธรรมในการเลือกใช้อุปกรณ์มีความสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมค่าใช้จ่าย

วิวัฒนาการของการผ่าตัดผ่านกล้องและเครื่องมือที่ใช้ มีความก้าวหน้าตลอดเวลา มีนวัตกรรมใหม่ๆ เกิดขึ้นตลอดเวลา การติดตามการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีการผ่าตัด จึงเป็นสิ่งที่ศัลยแพทย์กลุ่มนี้ให้ความสนใจ บางอุปกรณ์ถูกออกแบบให้ใช้เพียงครั้งเดียวแต่ในความเป็นจริงในประเทศที่กำลังพัฒนาจะนำกลับมาใช้ซ้ำได้หลายครั้งจนเกิดความคุ้มค่างดปรากฏ ในผลของการวิจัยนี้ในการคำนวณค่าใช้จ่ายการวิจัยนี้ก็มาจากพื้นฐานนี้เช่นกัน ดังนั้นการประเมินค่าใช้จ่ายจึงคำนวณจากจำนวนครั้งที่ใช้ซ้ำได้ของอุปกรณ์ที่เหมาะสมอาจมีตลาดเคลื่อนได้บ้างตามความยากง่ายของหัตถการ การดูแลและการทำให้ปลอดเชื้อ แต่โดยส่วนมากจำนวนครั้งที่ใช้จริงจะมากกว่าจำนวนครั้งที่ใช้ในการศึกษานี้ในอนาคตอาจจะมีอุปกรณ์ใหม่ๆ ที่มาแทนที่ของเดิมได้โดยที่มีราคาถูกลง ดังนั้นการรวบรวมข้อมูลใหม่ๆ สร้างองค์ความรู้และเผยแพร่ จึงเป็นเรื่องจำเป็นในวงการศัลยแพทย์ในปัจจุบันแขนงวิชานี้มีชมรมศัลยแพทย์ผ่าตัดด้วยกล้องแห่งประเทศไทยให้การดูแลอยู่ภายใต้การกำกับของสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์และราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

การผ่าตัดผ่านกล้องเป็นแนวโน้มของอนาคตในปัจจุบันการคำนึงถึงคุณภาพชีวิตภายหลังการผ่าตัดเป็นเรื่องที่วงการแพทย์ทั่วโลกให้ความสนใจมากขึ้นเนื่องจากสามารถโยกไปถึงเศรษฐกิจได้โดยตรงการกลับเข้าสู่การทำงานสร้างรายได้โดยเร็วการนอนโรงพยาบาลที่สั้นกว่าทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาถูกลงเมื่อเทียบรายได้ที่ได้กลับมา ดังนั้น วัฒนาการของการผ่าตัดผ่านกล้องจึงเกิดและพัฒนาไปทุกแขนงของการผ่าตัด ปัจจุบันเป็นโลกของสังคมสื่อประชาชนสามารถเข้าถึงความรู้ได้ง่ายมาก ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถเลือกวิธีการรักษาได้ การผ่าตัดผ่านกล้องจึงเป็นที่นิยมเพิ่มขึ้นตลอดเวลาการผ่าตัดบางชนิด เช่น การตัดถุงน้ำดีในกรณีถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันการผ่าตัดด้วยกล้องเป็นวิธีมาตรฐานถึงแม้โอกาสผ่าตัดสำเร็จจะน้อยกว่าการผ่าตัดในขณะที่ถุงน้ำดียังไม่อักเสบแต่การผ่าตัดด้วยกล้องในกรณีฉุกเฉินเช่นนี้ประเทศไทยยังไม่สามารถให้บริการได้ทั่วถึงการพัฒนาศักยภาพของสถานที่ให้บริการและบุคลากรของรัฐให้มีขีดความสามารถทัดเทียมนานาประเทศจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง

การปรับปรุงวิธีการเบิกจ่ายเพื่อการเข้าถึงบริการ

สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นสิทธิที่ประชาชนไทยได้รับทุกคนถือเป็นสิทธิพื้นฐานที่ต่ำที่สุด สปสช. มิได้กำหนดชนิดการผ่าตัดที่จะเป็นแบบดั้งเดิมหรือแบบผ่าตัดผ่านกล้องจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่าใช้จ่ายเกือบทั้งหมดต่ำกว่าหรือพอๆกับค่า RW รายโรคที่ สปสช. ตั้งไว้ให้โดยรวมจึงไม่มีความจำเป็นต้องปรับยกเว้นการผ่าตัดใส่ลิ้นชนิดต่างๆซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าน่าจะมีการเพิ่มค่าแผ่นตาข่ายให้ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานในปัจจุบันไม่ว่าจะใช้การผ่าตัดแบบใด ส่วน nephrectomy อาจจะต้องเพิ่มที่ค่า DRG (RW) โดยตรง

สิทธิประกันสังคม เป็นสวัสดิการที่ได้เพิ่มเติมจากการสมทบทุนจากรัฐผู้จ้างและลูกจ้างซึ่งเป็นสิทธิที่สูงกว่าแบบแรกดังนั้นจึงควรให้ผู้ประกันตนเข้าถึงการบริการผ่าตัดผ่านกล้องได้ทั้งหมดเพราะผู้จ่ายมิได้เสียงบประมาณเพิ่มแต่อย่างใดอีกทั้งจะได้แรงงานกลับเข้าสู่ระบบโดยเร็ว

สิทธิข้าราชการเป็นสิทธิที่รัฐสัญญาว่าจะให้ตั้งแต่เข้าทำงานโดยที่ฐานเงินเดือนถูกกว่าเอกชนเมื่อเทียบระดับเดียวกัน ถือเป็นสิทธิที่สูงที่สุดที่รัฐมิให้ ปัจจุบันมีการเรียกเก็บค่าส่วนเกินของอุปกรณ์ที่ใช้ตามระเบียบกระทรวงการคลังที่รัฐจะให้เบิกได้ 5,500 หรือ 11,000 แล้วแต่รหัสโรคนอกเหนือจากนั้นข้าราชการจะต้องแบกรับวัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลืองทางการผ่าตัดผ่ากล้องเองทั้งหมดซึ่งทำให้ข้าราชการบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงการบริการชนิดนี้ได้ ดังนั้น จึงควรยกเลิกการจำกัดอุปกรณ์สิ้นเปลืองของการผ่าตัดด้วยกล้องแล้วใช้ระบบให้ผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมร่วมกับการตรวจสอบภายในในการควบคุมค่าใช้จ่ายแทน (credential and internal audit) กรณีของการผ่าตัด colectomy ที่มีการขาดทุนอยู่ 10,000 บาท โดยประมาณนั้นเท่ากับค่าชดเชยที่กรมบัญชีกลางกำหนดเดิมอยู่แล้วจึงไม่จำเป็นต้องมีการกำหนดรายการให้เบิกได้หรือไม่ได้อีกต่อไป

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่อง การปรับปรุงสิทธิประโยชน์ในการเบิกจ่ายอุปกรณ์สิ้นเปลืองในการผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรม โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยใน 2 ประการ ดังนี้ ประการที่แรกเพื่อศึกษาหนทางที่จะทำให้ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดผ่านกล้องได้โดยมีค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่าที่สุดและมีมาตรฐานการผ่าตัดไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงการบริการผ่าตัดด้วยกล้องได้ ประการที่สองเพื่อศึกษาหาแนวทางในการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย

สรุป

จากวัตถุประสงค์ของการวิจัยประการแรกเพื่อศึกษาหนทางที่จะทำให้ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดผ่านกล้องได้โดยมีค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่าที่สุดและมีมาตรฐานการผ่าตัดไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงการบริการผ่าตัดด้วยกล้องได้ จึงได้เปิดหลักสูตรฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านคลินิกสาขาผ่าตัดผ่านกล้องขั้นสูงสำหรับศัลยศาสตร์ทั่วไป พ.ศ.2558 โดยชมรมศัลยกรรมด้วยกล้องแห่งประเทศไทย

หลักการและเหตุผล

การผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic and Endoscopic Surgery) มีการพัฒนาดีขึ้นอย่างมากทั้งเทคนิคและเครื่องมือผ่าตัด ปัจจุบันถูกนำไปใช้ผ่าตัดรักษาโรคหรือความผิดปกติอย่างกว้างขวาง ทั้งยังมีข้อดีเหนือการผ่าตัด เปิดช่องท้องหลายประการเช่นลดอาการเจ็บปวดหลังผ่าตัด ลดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น และสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้เร็วไปจนถึงสามารถทดแทนหรือหลีกเลี่ยงการผ่าตัดเข้าช่องท้อง หรือช่องอกได้ (endoscopic mucosal resection, endoscopic submucosal dissection, per-oral endoscopic myotomy เป็นต้น) และการผ่าตัดผ่านกล้องเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดผ่านกล้องขั้นสูง (Advanced Laparoscopic and Endoscopic surgery) ขณะที่ศัลยแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรศัลยศาสตร์ทั่วไปนั้น มีโอกาสเรียนรู้และฝึกฝนทักษะการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic and Endoscopic surgery) ในขั้นพื้นฐานเท่านั้นจึงมีการเปิดฝึกอบรมประกาศนียบัตรการผ่าตัดผ่านกล้องขั้นสูง (Advanced Laparoscopic and Endoscopic surgery) ในหลายสถาบัน และได้รับความสนใจจากศัลยแพทย์

ทั่วไปเป็นจำนวนมาก ซึ่งในแต่ละสถาบันมีหลักสูตรการฝึกอบรมที่แตกต่างกันออกไปชมรม ศัลยกรรมด้วยกล้องแห่งประเทศไทย (LEST) ภายใต้การกำกับของสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไป แห่งประเทศไทย มีพันธกิจหลักในการส่งเสริมและพัฒนาก่อนหน้าการผ่าตัดผ่านกล้องของประเทศไทย ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น เพื่อให้การฝึกอบรมการผ่าตัดผ่านกล้องขั้นสูง (Advanced Laparoscopic and Endoscopic surgery) มีมาตรฐานเดียวกัน สามารถควบคุมมาตรฐานโดยการ จัดการฝึกอบรมและสอบซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การควบคุมค่าใช้จ่าย สำหรับอุปกรณ์ราคาสูงการประเมินจริยธรรมของศัลยแพทย์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมและการพัฒนาองค์ ความรู้ใหม่ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในวงกว้างต่อไป เพื่อที่จะบรรลุถึงประโยชน์ดังกล่าวชมรมศัลยกรรม ด้วยกล้องแห่งประเทศไทย (LEST) จึงเปิดการฝึกอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทางด้านคลินิกสาขาการผ่าตัดผ่านกล้องขั้นสูง(Advanced Laparoscopic and Endoscopic surgery) สำหรับศัลยศาสตร์ทั่วไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในหลักการผ่าตัดด้วยเทคนิคLaparoscopic and Endoscopic Surgery ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานสากล
2. เพื่อส่งเสริมให้เกิดทักษะความชำนาญในการใช้อุปกรณ์การผ่าตัดด้วยเทคนิค Laparoscopic and Endoscopic Surgery
3. เพื่อสนับสนุนให้ผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม เกิดความมั่นใจในการทำผ่าตัดด้วยเทคนิค Laparoscopic and Endoscopic Surgery ในระดับ ขั้นสูง (advanced)
4. เพื่อส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องและความร่วมมือทางวิชาการในระหว่างสถาบัน ทั้งภายในและต่างประเทศเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางวิชาการระดับภาคพื้นเอเชีย
5. สามารถทำงานร่วมกับแพทย์และบุคลากรอื่นๆ ทางการแพทย์แบบสหสาขา ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมได้

จากการศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวสามารถทำให้ศัลยแพทย์มีหนทางในการผ่าตัด ผ่านกล้องได้มีค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่า และมาตรฐานการผ่าตัดไปในทิศทางเดียวกันได้

ประการที่สอง เพื่อศึกษาหาแนวทางในการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสิทธิ ข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยจากการวิจัยครั้งนี้ การผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรมมิได้เป็นการผ่าตัดที่มีค่าใช้จ่ายสูงอีกต่อไปตรงกันข้ามกลับ เป็นการผ่าตัดที่ค่าใช้จ่ายถูกกว่าหรือพอๆกับค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดแบบดั้งเดิม ดังนั้นเพื่อให้ การเข้าถึงการบริการที่ดีขึ้นประหยัดงบประมาณทั้งทางตรงและทางอ้อมมากขึ้น ควรยกเลิกระเบียบ กระทรวงการคลังในการเบิกวัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลืองเดิมโดยปล่อยให้ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการสามารถ เลือกวิธีผ่าตัดโดยอิสระ และควบคุมงบประมาณโดยระบบ credential แทน

การลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการในการผ่าตัดฝากกล้องลงโดยที่รัฐไม่ได้จําเพิ่มขึ้น จะทำให้การเข้าถึงการบริการทั่วถึงมากขึ้น

การใช้งบประมาณจะประหยัดมากขึ้นถ้าการผ่าตัดทำโดยศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่รู้ข้อมูล ของการใช้วัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลืองที่คุ้มค่า การฝึกอบรมการอบรมทางวิชาการการรวบรวมข้อมูล และการวิจัยจึงเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการควบคุมงบประมาณ

สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสังคมควรเพิ่มค่าตาข่ายในการซ่อมไส้เดือน ซึ่งถือเป็นมาตรฐานการรักษาในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

สิ่งที่ต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อจากวิจัยนี้

การศึกษาครั้งนี้ทำใน 42 หัตถการทางศัลยกรรมเท่านั้นอาจจะเทียบเคียงได้กับ นารีเวชกรรมที่อาจจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในทำนองเดียวกันเพื่อให้การเบิกจ่ายเป็นไปใน ทำนองเดียวกัน

อาจจะต้องมีการวิจัยต่อยอดเพื่อยืนยันผลสำคัญในการประหยัดค่าใช้จ่ายในส่วน ของภาครัฐ ค่าใช้จ่ายแฝงที่เห็นได้ชัดคือค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญ การอบรมวิชาการ และการวางระบบ credential และการรวบรวมข้อมูลงบประมาณก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลง การเบิกจ่ายของข้าราชการ

การพิจารณาสร้างเกณฑ์กำหนดความชำนาญเฉพาะทางการผ่าตัดด้วยกล้อง มิได้เป็นองค์ความรู้เฉพาะของสาขาต่างๆเพียงแต่เป็นเทคนิคการรักษาอีกหนึ่งทางเลือกที่ดีกว่า แบบดั้งเดิม ศัลยแพทย์ผ่าตัดด้วยกล้องอาจจะทำการผ่าตัดด้วยกล้องอยู่เพียง 1 หรือ 2 หัตถการ เท่านั้นในแต่ละสาขาและอนุสาขาทางศัลยกรรมจะมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการผ่าตัดผ่านกล้อง อยู่การวางมาตรฐานความชำนาญเฉพาะทางในการผ่าตัดแต่ละหัตถการจึงมีความสำคัญและ เป็นเรื่องละเอียดอ่อน

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

วารสาร และหนังสือพิมพ์

ยศ ตีระวัฒนานนท์, ทวีสิน ต้นประยูร และคณะ. “ต้นทุนอรรถประโยชน์ของการผ่าตัดด้วยกล้องเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดแบบเปิดในการรักษานิ่วในถุงน้ำดี ข้อมูลสำหรับระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย”. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2003.

วชิรานี วงศ์ก้อม, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว และ ยศ ตีระวัฒนานนท์. “ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงการผ่าตัดผ่านกล้องในประเทศไทย: ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2548-2550”. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). 2010.

วชิรานี วงศ์ก้อมและคณะ. “Cost-effectiveness Analysis and Budget Impact of Laparoscopic Surgery in health insurance system in Thailand”. รายงานการวิจัย. กันยายน 2552.

วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย เอกสารวิจัย

เกศรา อิศดามงคล. “แนวทางพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”. เอกสารวิจัย, วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2556.

เอกสารไม่ตีพิมพ์

พัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, สำนักงาน. รายงานการวิจัย เรื่อง “การประเมินภาระงบประมาณในการเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์การผ่าตัดด้วยกล้องสำหรับผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”. 2557.

ศึกษาธิการ, กระทรวง. “คำสั่งที่ กค.0422.2/พิเศษ ว 1 และประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง ประเภทอัตราและค่าอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค”. ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2556.

หลักสูตรการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านคลินิกสาขาผ่าตัดผ่านกล้องขั้นสูง สำหรับศัลยศาสตร์ทั่วไป พ.ศ.2558 (Advanced Laparoscopic and Endoscopic Surgery) ชมรมศัลยกรรมด้วยกล้องแห่งประเทศไทย, 2558.

ประวัติย่อผู้วิจัย

- ชื่อ** : พันเอก สุทธจิต ลีนานนท์
- วัน เดือน ปีเกิด** : 15 พฤษภาคม 2502
- การศึกษา** : มัธยมศึกษาตอนปลาย วิชาวุฒวิทยาลัย
: แพทย์ศาสตร์บัณฑิต (เกียรติคุณอันดับ 1) วิทยาลัยแพทยศาสตร์
พระมงกุฎเกล้า
: วุฒิปริญญาตรี สาขาสัตวศาสตร์
: อนุมัติปริญญาตรี สาขาสัตวศาสตร์มະเร็งวิทยา
: Fellow in Clinical Transplantation Addenbrooks Hospital,
Cambridge, U.K.
- ประวัติการทำงาน**
- โดยย่อ** : ศัลยแพทย์ประจำ รพ.ค่ายวชิราวุธ
: อาจารย์ประจำหน่วยศัลยกรรมสาย 2 กองศัลยกรรม
รพ.พระมงกุฎเกล้า
: หัวหน้าหน่วยศัลยกรรม สาย 2 กองศัลยกรรม รพ.พระมงกุฎเกล้า
- ตำแหน่งปัจจุบัน** : ศัลยแพทย์ที่ปรึกษา กองศัลยกรรม รพ.พระมงกุฎเกล้า

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา การเศรษฐกิจ

เรื่อง การปรับปรุงสิทธิประโยชน์ในการเบิกจ่ายอุปกรณ์สิ้นเปลืองในการผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรม

ผู้วิจัย พ.อ. สุทธิจิต ถิ่นนนท์

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57

ตำแหน่ง ศัลยแพทย์ที่ปรึกษา กองศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กองทัพบก

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สวัสดิการในการรักษาพยาบาลของประชากรไทยมีหลายระดับเจ้าภาพในการให้สวัสดิการที่เป็นภาครัฐได้แก่กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคมและสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การเบิกค่าใช้จ่ายอุปกรณ์สิ้นเปลืองทางการแพทย์บางชนิดขึ้นกับสิทธิของผู้ป่วย สิทธิที่สูงที่สุดได้แก่กรมบัญชีกลาง และรองลงมาคือสำนักงานประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดย สปสช. เป็นสิทธิที่พื้นฐานที่สุดสำหรับประชาชนทุกคน

ความเจริญก้าวหน้าทางการผ่าตัดผ่านกล้อง(laparoscopic surgery)มีความรวดเร็วอย่างรวดเร็วจนการวิวัฒนาการของทั้งอุปกรณ์หลักและอุปกรณ์สิ้นเปลืองส่งผลให้ทำการผ่าตัดชนิดที่ยากขึ้นสามารถทำได้โดยปลอดภัยและคุ้มค่า การผ่าตัดเหล่านี้ได้แก่การผ่าตัดที่มีการตัดต่อลำไส้ในช่องท้องเช่นการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคอ้วนทุพพลภาพเป็นต้นมีงานวิจัยในประเทศไทยซึ่งได้คำนวณต้นทุนการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องพบว่ามียา 20,790 บาทในขณะที่ต้นทุนผ่าตัดแบบเปิดเท่ากับ 9,355 บาท และผลการประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์พบว่ามีค่าความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ต้นทุนเพิ่มขึ้นต่อประสิทธิผล (incremental cost-effectiveness ratio, ICER)ภายใต้มุมมองรัฐบาลคิดเป็นมูลค่า 144,692 บาท/ปีสุขภาพ และเท่ากับ 86,464 บาท/ปีสุขภาพ ภายใต้มุมมองสังคม (Teerawattananon Y et al, 2005) ในปัจจุบันมีศัลยแพทย์ที่ให้บริการการผ่าตัดชนิดนี้ได้เพิ่มขึ้น และกระจายตามภูมิภาคของประเทศเพิ่มขึ้นอีกทั้งประชาชนก็มีความรู้รอบตัวและมีความต้องการที่จะรับการผ่าตัดแบบนี้เมื่อจำเป็นเพิ่มขึ้นเนื่องจากเห็นข้อดีของการผ่าตัดชนิดนี้

ในโรคทางศัลยกรรมที่สามารถให้การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดผ่านกล้องถือเป็นการผ่าตัดที่มีค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจากต้องใช้อุปกรณ์พิเศษที่มีราคาแพงกว่าอุปกรณ์ในการผ่าตัดแบบดั้งเดิมหรือแบบเปิด (conventional หรือ open surgery) แต่ประโยชน์ที่ได้รับคือแผลเล็ก เจ็บตัวน้อยและสามารถกลับไปทำงานได้เร็วกว่า อุปกรณ์พิเศษดังกล่าวได้แก่ส่วนที่เป็นอุปกรณ์หลักคือชุดอุปกรณ์ผ่าตัด

ผ่านกล้องพร้อมเครื่องมือ (laparoscopic set and instruments) และอุปกรณ์สิ้นเปลืองแบบใช้แล้วทิ้ง (disposables instruments) การผ่าตัดแต่ละชนิดและแต่ละโรคอาจใช้อุปกรณ์สิ้นเปลืองไม่เหมือน และหรือไม่เท่ากัน การให้บริการรักษาผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ โรงพยาบาลสามารถเบิกค่าวัสดุสิ้นเปลืองเพิ่มเติมกรณีให้บริการผ่าตัดผ่านกล้อง โดยกำหนดอัตราเบิกจ่ายรายละไม่เกิน 5,500 บาท (ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่องประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค, 2548) นอกเหนือจากเงินชดเชยที่โรงพยาบาลได้รับตามระบบการจ่ายเงินผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) และเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2556 ที่ผ่านมามีการปรับอัตราเบิกจ่ายวัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดผ่านกล้องบางประเภทจาก 5,500 บาท เป็น 11,000 บาท ประกอบด้วย การผ่าตัดไส้เลื่อนผ่านกล้อง การผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็กผ่านกล้องและหัตถการผ่าตัดผ่านกล้องประเภทอื่นๆ ไม่ถูกชดเชยอีกต่อไป ส่วนสำนักงานประกันสังคมและ สปสช. ไม่ให้มีการเบิกในอุปกรณ์ส่วนนี้แต่จะใช้วิธีเหมาจ่ายตาม DRG ผู้ป่วยที่เหมาะสมและต้องการการผ่าตัดชนิดนี้จึงต้องออกค่าใช้จ่ายส่วนเกินหรือออกค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดทำให้การเข้าถึงการบริการการผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรมมีข้อจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย

พบว่าประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดมาตรฐานรายการวัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรม ในขณะที่จำนวนแพทย์ที่สามารถผ่าตัดผ่านกล้องมีจำนวนมากขึ้น แพทย์มีการใช้วัสดุสิ้นเปลืองที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดการระบบประมาณแก่โรงพยาบาล รวมถึงระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาหนทางที่จะทำให้ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดผ่านกล้องได้โดยมีค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่าที่สุดและมีมาตรฐานการผ่าตัดไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงการบริการผ่าตัดด้วยกล้องได้
2. เพื่อศึกษาหาแนวทางในการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย

ขอบเขตการวิจัย

เน้นการศึกษาวิจัยเฉพาะเรื่องการเบิกจ่ายอุปกรณ์สิ้นเปลืองในการผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาวิเคราะห์กระบวนการ รูปแบบ เพื่อเปรียบเทียบความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ต้นทุนเพิ่มขึ้นต่อประสิทธิภาพผล โดยการทำ Focus group ผู้ทรงคุณวุฒิในการผ่าตัดผ่านกล้องซึ่งเป็นตัวแทนแพทย์ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์และชมรมศัลยแพทย์ผ่าตัดด้วยกล้องแห่งประเทศไทยจำนวน 9 ท่านเกี่ยวกับความเป็นไปได้และรูปแบบในการดำเนินการจัดอบรมศัลยแพทย์ผ่าตัดผ่านกล้องที่มีทั่วประเทศ และแนวทางการจัดทำมาตรฐานวัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรมมีการอภิปรายเกี่ยวกับรายการวัสดุสิ้นเปลือง(standardized items) ศึกษาต้นทุนที่ประหยัดได้จากใช้วัสดุสิ้นเปลืองตามมาตรฐานรายการวัสดุสิ้นเปลืองในการผ่าตัดผ่านกล้อง

การดำเนินการใช้ฐานข้อมูลสถิติสวัสดิการรักษายาบาลผู้ป่วยข้าราชการสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม ปี พ.ศ.2555 ในการประมาณการณ์จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะเข้าถึงบริการผ่าตัดผ่านกล้องตามหัตถการที่ทำการศึกษาทั่วประเทศ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อทราบหนทางที่จะทำให้ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดผ่านกล้องได้โดยมีค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่าที่สุดและมีมาตรฐานการผ่าตัดไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงการบริการผ่าตัดด้วยกล้องได้
2. ได้แนวทางในการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากสิทธิข้าราชการสิทธิประกันสังคมและสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างเสมอภาคเท่าเทียมและมีมาตรฐาน

สรุป

จากการวิจัยครั้งนี้การผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยกรรมมิได้เป็นการผ่าตัดที่มีค่าใช้จ่ายสูงอีกต่อไปตรงกันข้ามกลับเป็นการผ่าตัดที่ค่าใช้จ่ายถูกกว่าหรือพอๆกับค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดแบบดั้งเดิม ดังนั้นเพื่อให้การเข้าถึงการบริการที่ดีขึ้นประหยัดงบประมาณทั้งทางตรงและทางอ้อมมากขึ้นควรยกเลิกระเบียบกระทรวงการคลังในการเบิกวัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลืองเดิมโดยปล่อยให้ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการสามารถเลือกวิธีผ่าตัดโดยอิสระ และควบคุมงบประมาณโดยระบบ credential แทนการลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการในการผ่าตัดผ่านกล้องลง โดยที่รัฐไม่ได้จำเพิ่มขึ้นจะทำให้การเข้าถึงการบริการทั่วถึงมากขึ้น

การใช้งบประมาณจะประหยัดมากขึ้นถ้าการผ่าตัดทำโดยศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่รู้ข้อมูลของการใช้วัสดุอุปกรณ์สิ้นเปลืองที่คุ้มค่า การฝึกอบรมการอบรมทางวิชาการการรวบรวมข้อมูลและการวิจัยจึงเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการควบคุมงบประมาณ

สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสังคมควรเพิ่มค่าตาข่ายในการซ่อมใส่เลื่อนซึ่งถือเป็นมาตรฐานการรักษาในปัจจุบัน