

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการส่งข้อมูลขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการในเขตภาคเหนือ โดยผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้ารวบรวมเอกสาร ตำรา บทความและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถสรุปประเด็นตามลำดับต่อไปนี้

1. การบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. การจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการตามผลงานการพัฒนาคุณภาพบริการ
3. เกณฑ์คุณภาพ ประสิทธิภาพการส่งข้อมูลการให้บริการ
4. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2550
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2550

##### 1.1 แนวคิดการบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกันอย่างมีคุณภาพ และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน การจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์ที่ต้องการหากการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขและกลไกในระบบประกันสุขภาพโดยเฉพาะรูปแบบการจัดสรร/จ่ายเงิน ไม่ได้ถูกออกแบบอย่างเหมาะสม ดังนั้นการบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีส่วนสำคัญในการบรรลุเป้าประสงค์ของระบบการคลังสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ จัดให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากร และให้บริการที่มีคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นที่มีประสิทธิภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน และเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ดังกล่าว การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2550 ในส่วนงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว จึงประกอบด้วยกรอบแนวคิดหลักสำคัญๆ ดังนี้

- 1) จัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวตามความจำเป็นและความต้องการด้านสุขภาพ (Differential capitation) ของประชาชนในแต่ละจังหวัด โดยพิจารณาจากโครงสร้างอายุ

ประชากรและการใช้บริการ เพื่อให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณสำหรับการจัดบริการ สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพและการใช้บริการของผู้มีสิทธิ เพื่อสร้างหลักประกันให้ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างมั่นใจโดยเท่าเทียมกัน

2) ปกป้องการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นต่อชีวิตและมีค่าใช้จ่ายสูง (High Cost care) โดยการกำหนดอัตราค่าจ่ายให้ใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ แยกรายการ อุปกรณ์และอวัยวะเทียมออกมาจ่ายแยกจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เพื่อให้การให้บริการผู้ป่วยที่ต้อง ใช้อุปกรณ์และอวัยวะเทียมได้รับการชดเชยที่เหมาะสมมากขึ้น รวมถึงกำหนดราคาและรายการ อุปกรณ์และอวัยวะเทียมให้สอดคล้องกับระบบประกันสุขภาพอื่นและราคาตลาด

3) จัดให้มีการบริหารจัดการโรคเฉพาะและระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Disease management and managed referral system) สำหรับโรคที่มีค่ารักษาพยาบาลแพงมากและ ต้องได้รับการต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วย โดยให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยและ สถานพยาบาล และจ่ายค่าบริการตามแผนการรักษาตามมาตรฐานที่กำหนด จัดระบบการส่งต่อ และมีการติดตามกำกับเพื่อตรวจสอบมาตรฐานการรักษาพยาบาลและคุณภาพบริการ

4) ปกป้องการเข้าถึงบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อข้ามเขตพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนที่จำเป็นต้องได้รับการผู้ป่วยนอกที่มีค่าใช้จ่ายสูงได้รับการตามมาตรฐาน อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินและการส่งต่อข้ามเขตพื้นที่

5) จัดให้มีการจ่ายเงินตามความครอบคลุม/ผลงานบริการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค โดยกำหนดกลไกในการกระตุ้นผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้บริการ ด้วยการ จ่ายเงินตามความครอบคลุม/ผลงานการให้บริการ เพื่อให้มีการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ อย่างมีประสิทธิภาพ

6) คำนึงถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อต้นทุนการให้บริการ โดยจัดสรรเงินเพิ่มเติมให้ หน่วยบริการที่มีประชากรเบาบาง และพื้นที่กันดารพื้นที่ชายแดนและเสี่ยงภัยกรณีพิเศษ

7) สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการ โดยจัดให้มีการ จ่ายเงินตามตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง (Positive Reinforcement Incentive) โดยสร้างกลไกการจัดการทางการเงินตาม ผลงาน (Payment for Performance) รวมถึงการสนับสนุนให้มีระบบสารสนเทศการเฝ้าระวัง ด้านคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Quality Surveillance) เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การจัดการบริการสาธารณสุข (Health Need Management)

8) การสนับสนุนนโยบายที่สำคัญ เช่น นโยบายสร้างสุขภาพ โดยงบบริการส่งเสริมป้องกันจะต้องไม่น้อยลงกว่าเดิมทั้งในภาพรวมและในส่วนที่จัดสรรให้กับหน่วยบริการ การขยายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ซึ่งคาดว่าจะมีการให้บริการเพิ่มขึ้น และการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ รวมถึงการชดเชยการสูญเสียรายได้ของหน่วยบริการทุกระดับจากการยกเลิกการร่วมจ่าย 30 บาท

9) การจัดสรรเงินสำหรับการบริการผู้ป่วยในตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแบบมีเพดานวงเงิน (DRGs with global budget) โดยคำนวณที่ระดับเขตพื้นที่

10) จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการไม่น้อยกว่าที่เคยได้รับในปีงบประมาณ 2549 ให้ทุกหน่วยบริการภาครัฐได้รับงบประมาณต่อประชากรผู้มีสิทธิหลังหักเงินเดือนเฉลี่ยจะต้องไม่น้อยกว่าปีที่ผ่านมา

11) หักเงินเดือนหน่วยบริการภาครัฐ ตามที่สำนักงานงบประมาณหักเงินเดือนจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการหักเงินเดือนหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะหักที่ระดับจังหวัด หน่วยบริการภาครัฐอื่นหักที่ระดับหน่วยบริการ โดยวงเงินเดือนที่หักแต่ละสังกัด วงเงินรวม 24,002 ล้านบาท (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 22,275 ล้านบาท หน่วยบริการภาครัฐอื่น 1,727 ล้านบาท)

## 1.2 โครงสร้างงบเหมาจ่ายรายหัวกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550

ปีงบประมาณ 2550 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขในอัตราเหมาจ่าย 1,899.69 บาทต่อประชากร สำหรับประชากรผู้มีสิทธิจำนวน 46.06 ล้านคน งบประมาณดังกล่าวจัดสรรเพื่อใช้ในการจัดบริการประเภทต่างๆ การลงทุนเพื่อการทดแทน และการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลตามมาตรา 41 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ส่วนที่มีการเปลี่ยนแปลงคือ การมีงบกองทุนเพิ่มเติม 3 กองทุน คือกองทุนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ การพัฒนาคุณภาพบริการ และการชดเชยยกเลิกการร่วมจ่าย 30 บาท ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบโครงสร้างการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2550

ประเภทบริการ	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550
1. บริการผู้ป่วยนอก (OP)	574	488.2	533.01	585.11	645.52
2. บริการผู้ป่วยใน (IP)	303	418.3	435.01	460.35	513.96
3. บริการส่งเสริมป้องกัน (PP)	175	206	210	224.89	248.04
4. บริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)	25	19.7	24.73	52.07	51.02
5. บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (HC)	32	66.3	99.48	190.00	209.56
6. บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	6	10	6	6	10.00
7. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	4	-	4	4	4.00
8. งบลงทุนเพื่อการทดแทน	83.4	85	76.8	129.25	142.55
9. งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร		10	7.07	7.00	30.00
10. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41		5	0.2	0.53	0.53
11. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ					0.40
12. คุณภาพบริการ					20.00
13. ชดเชยยกเลิกเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท					24.11
รวม (บาท/ประชากร)	1,202.4	1,308.5	1,396.3	1,659.2	1,899.69

#### หมายเหตุ

รายการที่ 3 เป็นงบสำหรับการจัดบริการแก่ประชาชนทั้งสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิอื่น ที่คำนวณตามฐานประชากรทั้งประเทศ

รายการที่ 4 ครอบคลุมบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเขตพื้นที่ การรับบริการครั้งแรกของกลุ่มสิทธิว่าง เด็กแรกคลอดที่ป่วยหรือเกิดต่างหน่วยบริการกับมารดา ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจาก พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ

รายการที่ 5 ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสูงสำหรับบริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผ่าตัดสมองอันเนื่องจากอุบัติเหตุ เคมีบำบัด และรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมากกว่าและเท่ากับ 4 การล้างไตกรณีไตวายเฉียบพลัน การติดเชื้อ *Cryptococcus meningitis*

### 1.3 แนวทางการจัดสรรงบประมาณบริการรักษาพยาบาลให้หน่วยบริการ

งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของบริการรักษาพยาบาล (บริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน) จัดสรรให้หน่วยบริการตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิในอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามความจำเป็นด้านสุขภาพ (Differential capitation) ของประชาชนในแต่ละจังหวัด

ที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุประชากร (age structure) ปีงบประมาณ 2549 เนื่องจากแต่ละกลุ่มอายุมีความจำเป็น/ความต้องการด้านสุขภาพแตกต่างกัน และจำนวนเพิ่มเติมตามการใช้บริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน เพื่อให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณสำหรับการจัดบริการสอดคล้องกับการใช้บริการของผู้มีสิทธิ (ภาคผนวก 3) ยกเว้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดที่ดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ ทหารเกณฑ์ในสังกัด กรมแพทยทหารเรือ และกรมแพทยทหารอากาศ ให้จัดสรรตามค่าที่คำนวณได้และในปีงบประมาณ 2550 ปรับเพิ่มตามค่าเฉลี่ยที่คำนวณตามการใช้บริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยในของประเทศ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2.2 น้ำหนักสัมพัทธ์บริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน

ประเภท	กลุ่มอายุ (ปี)							
	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 59	60 - 69	70+
บริการผู้ป่วยนอก	0.954	0.518	0.386	0.293	0.805	1.525	3.102	4.774
บริการผู้ป่วยใน	0.726	0.432	0.353	0.679	0.901	1.327	2.767	4.002

ที่มา: จำนวนจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2547

สำหรับพื้นที่ที่บูรณาการจัดสรรรวมงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวส่วนของบริการรักษาพยาบาล (บริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน) ในอัตรา 30 บาทต่อประชากรให้กับหน่วยบริการภาครัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อต้นทุนการให้บริการคือ พื้นที่ประชากรเบาบาง พื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่ชายแดนและเสี่ยงภัย

#### 1.4 รูปแบบการจ่ายเงินการบริการรักษาพยาบาลให้หน่วยบริการปี 2550

งบบริการรักษาพยาบาลจะบริหารแบบแยกจ่ายงบบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน (Exclusive capitation) โดยงบบริการผู้ป่วยนอกและงบบริการส่งเสริมป้องกันจะจ่ายให้กับหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการรับส่งต่อที่เป็นเครือข่ายหน่วยบริการประจำ ตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน ส่วนงบบริการผู้ป่วยในกำหนดให้บริหารที่กองทุนสาขาเขตพื้นที่ในรูปแบบ DRG weighted global budget ทั้งนี้ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในให้ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) เพื่อประมวลข้อมูลตามระบบ DRG หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวม (Sum adjusted relative weight- Adj.RW)

หน่วยบริการคู่สัญญาภาคเอกชน สามารถเลือกที่จะรับการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายแบบรวมงบบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการส่งเสริมป้องกัน (Inclusive capitation) หรือเหมาจ่ายโดยไม่รวมงบบริการผู้ป่วยใน (Exclusive capitation) ได้ตามความสมัครใจ

ในส่วนงบบริการผู้ป่วยนอก งบบริการส่งเสริมป้องกันในหน่วยบริการ/ชุมชน งบบริการผู้ป่วยใน งบบริการกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินและบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง มีการจัดสรรล่วงหน้าให้กับหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อที่เป็นเครือข่ายหน่วยบริการประจำ โดยจัดสรรล่วงหน้าให้หน่วยบริการตามตัวเลขประมาณการจากผลงานในปีงบประมาณ 2549 และจะจัดสรรตามผลงานจริงในปีงบประมาณ 2550 เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ

## 2. การจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการตามผลงานการพัฒนาคุณภาพบริการ

ปีงบประมาณ 2550 กำหนดให้มีกองทุนการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยจัดสรรเงินในอัตรา 20 บาทต่อรายหัวประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้วัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ

- 1) การสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการประจำและเครือข่าย จัดบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด อย่างต่อเนื่อง (Positive Reinforcement Incentive)
- 2) การสร้างกลไกการจัดการทางการเงินตามผลงาน (Payment for Performance) ในการส่งเสริม สนับสนุน และควบคุมกำกับคุณภาพหน่วยบริการและเครือข่าย
- 3) มีระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังด้านคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพ (Quality Surveillance) เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การ จัดบริการสาธารณสุข (Health Need Management)

หน่วยบริการที่จะได้รับจัดสรรเงิน คือหน่วยบริการประจำและเครือข่ายหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญาหลัก (Main contractor) มีประชากรในความรับผิดชอบ (Catchments population) เน้นให้เกิดการดูแลแบบเครือข่ายและการส่งต่อ โดยมีหน่วยบริการประจำเป็นศูนย์กลางการจัดบริการปฐมภูมิ และมีความพร้อมของระบบข้อมูล (ความเพียงพอ ถูกต้อง และน่าเชื่อถือ) โดยจ่ายเงินตามถ่วงน้ำหนักคะแนน (weighted points) ภายใต้ global budget ของงบกองทุนการพัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์การประเมิน 5 ด้าน คือ

1. ผลการประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำ เน้นเรื่องการบริหารจัดการด้านบริการ (Service management)
2. ผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ (Hospital Accreditation และ/หรือ ISO)

3. คุณภาพการส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยและการเบิกชดเชยค่าบริการ โดยพิจารณาจากผลการตรวจสอบเวชระเบียน (Claim / Coding Audit)
4. คุณภาพการบันทึกข้อมูล (ความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา) ของ Hospital Profile
5. คุณภาพการให้บริการตามตัวชี้วัดทางคลินิก (Clinical Indicators)

### 3. เกณฑ์คุณภาพ ประสิทธิภาพการส่งข้อมูลการให้บริการ สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลการให้บริการเป็นหลักฐานสำคัญ ซึ่งแสดงถึงคุณภาพที่หน่วยบริการให้แก่ผู้มีสิทธิบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ คือแพทย์ และพยาบาล จะบันทึกการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยไว้ในเวชระเบียน เนื่องจากขั้นตอนการรักษามีรายละเอียดมาก จึงได้มีการกำหนดรหัสโรค และรหัสหัตถการขึ้น โดยการให้รหัสนี้จะเป็นไปตามมาตรฐานสากล ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่เวชสถิติเป็นผู้จัดทำไว้ในเอกสารสรุป

ภายหลังการจ่ายชดเชยค่าบริการ สปสช.จะตรวจสอบเวชระเบียนของหน่วยบริการ (Post Audit) เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่นำมาใช้ในการประมวลผลจ่ายชดเชยกับการให้บริการที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนมีความถูกต้องตรงตามความจริง ดังนั้นคุณภาพของข้อมูลที่หน่วยบริการส่งมาให้จึงมีความสำคัญกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมาก โดยมีวัตถุประสงค์ของการคิดเกณฑ์คุณภาพ ดังนี้

- 1) เพื่อสร้างแรงจูงใจแก่หน่วยบริการในการส่งข้อมูลการให้บริการที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาในการขอรับการชดเชยค่าบริการ
- 2) เพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการพัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน การสรุปการให้รหัสโรค และรหัสหัตถการที่เป็นไปตามมาตรฐาน

#### หลักเกณฑ์ในการคิดคะแนน

##### 3.1 ข้อมูลผ่าน A คิด C

ข้อมูลผ่าน A หมายถึง ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข โดยสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) และข้อมูลดังกล่าวจะถูกนำไปตรวจสอบเพื่อจ่ายชดเชยต่อไป

ข้อมูลคิด C หมายถึง ข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข สทส. จะส่งข้อมูลดังกล่าวกลับคืนให้หน่วยบริการภายใน 24 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินความเข้าใจในการส่งข้อมูลเพื่อขอรับการชดเชยจาก สปสช.

วิธีการให้คะแนน : หาคัดส่วนข้อมูลผ่าน A ต่อปริมาณการส่งข้อมูลทั้งหมด

หมายเหตุ รหัสข้อมูลติด C ต้องเป็นรหัสที่เกิดจากการขอเบิกชดเชยที่ไม่เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินประจำปีงบประมาณ หรือเป็นความผิดพลาดจากการบันทึกข้อมูล

### 3.2 ปริมาณข้อมูลที่ได้รับการปฏิเสธการจ่ายชดเชย (DENY)

ข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับการปฏิเสธการจ่ายชดเชยจากการประมวลผลข้อมูลตามหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยประจำปีงบประมาณ

วัตถุประสงค์ เพื่อวัดประสิทธิภาพของหน่วยบริการในการติดตามผลการตอบรับการตรวจสอบข้อมูลขอรับการชดเชยค่าบริการ

วิธีการให้คะแนน โดยการหาคัดส่วนข้อมูลการปฏิเสธการจ่ายชดเชยต่อปริมาณการจ่ายชดเชย

หมายเหตุ รหัสการปฏิเสธการจ่ายชดเชย (DENY) ต้องเป็นรหัสที่เกิดจากการขอเบิกชดเชยที่ไม่เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินประจำปีงบประมาณ หรือเป็นความผิดพลาดจากการบันทึกข้อมูล

### 3.3 ปริมาณข้อมูลที่ส่งไม่ทันรอบการจ่ายชดเชย

ข้อมูลที่หน่วยบริการส่ง สปสช. เพื่อขอเบิกชดเชยช้าเกินกว่า 30 วันหลังจากการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge)

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระบบบริหารข้อมูลเพื่อการเบิกชดเชยของหน่วยบริการ

วิธีการให้คะแนน โดยการใช้ผลการคำนวณจาก สกส. จากข้อมูลใน Statement โดยใช้ค่า  $DUE=0$  หมายถึงทันเวลา และนับจำนวนข้อมูลที่ส่งช้า / ปริมาณข้อมูลที่ผ่าน A

## 4. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2550

อัตราการจ่ายชดเชยค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าวันนอน (Adj.RW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ซึ่งมูลค่าบาท : 1 Adj.RW จะได้จากการคำนวณ Global Budget ระดับเขต



### วิธีการส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในลงในโปรแกรม NHSO แล้วส่งไปยังสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ ภายใน 30 วันหลังจากจำหน่ายผู้ป่วย หลังจากที่หน่วยบริการส่งข้อมูลมายัง สกส. แล้ว สปสช. จะทำการคัดกรองการส่งข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนดไว้ และแจ้งให้หน่วยบริการทราบถึงบัญชีสรุปรายการการรักษาผู้ป่วยใน (Statement) ตามระยะเวลาที่กำหนด หลังจากนั้น สปสช. จะพิจารณาตรวจสอบข้อมูล และคำนวณการจ่ายเงินชดเชย พร้อมออกรายงานแจ้งตัวเลขทางบัญชี เพื่อแจ้งให้หน่วยบริการทราบเป็นรายเดือนตามตารางกำหนดระยะเวลาออกรายงานการจ่ายชดเชย

### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมพร แวงแก้ว (2550) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการจัดการกระบวนการชดเชยบริการทางการแพทย์ค่าใช้จ่ายสูง ของโรงพยาบาลภาครัฐ ของประเทศไทย โดยการวัดระดับประสิทธิภาพการจัดการกระบวนการชดเชยบริการทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายสูง ของโรงพยาบาลภาครัฐประเทศไทย ด้านข้อมูลขอเบิกชดเชยทันเวลา ข้อมูลครบถ้วนถูกต้องและข้อมูลทันเวลาครบถ้วนถูกต้อง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างลักษณะโรงพยาบาล กับ ประสิทธิภาพการจัดการกระบวนการชดเชยบริการทางการแพทย์ค่าใช้จ่ายสูงของโรงพยาบาลภาครัฐประเทศไทย และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะบุคลากร กับ ประสิทธิภาพการจัดการกระบวนการชดเชยบริการทางการแพทย์ค่าใช้จ่ายสูงของโรงพยาบาลภาครัฐประเทศไทย พบว่าโรงพยาบาลที่ศึกษามีประสิทธิภาพการจัดการกระบวนการชดเชยอยู่ในระดับสูง โดยโรงพยาบาลศูนย์ส่งข้อมูลเบิกชดเชยทันเวลาครบถ้วนถูกต้องและได้รับเงินชดเชยมากที่สุด โดยเบิกชดเชยมากที่สุดในกลุ่มโรคที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มากกว่าหรือเท่ากับ 4 กลุ่ม โรคเคมีบำบัด/รังสีรักษา การผ่าตัดหัวใจและการผ่าตัดสมอง พบปัจจัยลักษณะโรงพยาบาลมีผลทำให้ประสิทธิภาพการเบิกชดเชยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงและการใช้เวลาส่งข้อมูลมาก จะทำให้มีประสิทธิผลการเบิกชดเชยเพิ่มขึ้นได้ ร้อยละ 38.9 ขณะที่ปัจจัยลักษณะบุคลากรไม่ได้มีผลต่อประสิทธิผลการเบิกชดเชย จากการศึกษาทำให้ทราบว่า โรงพยาบาลที่มีศักยภาพการรักษาพยาบาลสูงจะทำให้มีประสิทธิผลการเบิกชดเชยบริการทางการแพทย์ค่าใช้จ่ายสูงเพิ่มขึ้น

จิตรพร จอมวงศ์ (2547) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งเดิมมีการใช้โปรแกรมระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Suandok Information System : SIS) ในช่วงเวลา 2 ปีที่ได้ดำเนินการตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ไม่สามารถจัดส่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้ตามเวลาที่กำหนดไว้ และข้อมูลที่จัดส่งยังขาดความสมบูรณ์ครบถ้วนในรายละเอียดสำคัญ ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถเรียกเก็บเงิน

ค่ารักษาพยาบาลได้ตามความเป็นจริง กล่าวคือสามารถเรียกเก็บได้เพียง 30% ของจำนวนเงินที่เรียกเก็บทั้งหมด ทำให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการเงินเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และสามารถตอบสนองนโยบายของรัฐบาล และเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถอยู่ได้ โดยการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ให้สามารถโอนถ่ายข้อมูลในรูปแบบมาตรฐานที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ใช้ในโครงการสุขภาพถ้วนหน้า และให้มีฐานข้อมูลรองรับการผลิตสารสนเทศเพื่อการจัดการสำหรับผู้บริหารในด้านค่าใช้จ่าย และข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เพื่อนำมาปรับปรุงและทบทวนคุณภาพข้อมูล และกระบวนการในการรักษาพยาบาล ทราบแนวโน้มการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย สามารถวางแผนปรับระบบการให้บริการและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในอนาคต พบว่าจากบุคลากรทั้งหมด 22 คน เห็นว่าประสิทธิภาพการใช้งานด้านความถูกต้องของการประมวลผลของโปรแกรมหลังการใช้งานเป็นไปในทางบวก และไม่มีบุคลากรผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด เมื่อพิจารณาโดยรวม ระดับประสิทธิภาพการใช้งานด้านความถูกต้องของการประมวลผลของโปรแกรมหลังการใช้งานอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

บุษบา บัวผัน และกานต์สินี พูลทรัพย์ (2548) ศึกษาเรื่อง การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยในกรณีศึกษาโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2546-2547 โดยวิธีการตรวจสอบเพิ่มสรุปการรักษา (Medical chart summary) ในตัวแปรด้านความครบถ้วนถูกต้อง ของการวินิจฉัยโรค หัตถการ การให้รหัสโรคและการลงรหัสโรค พบว่า การตรวจสอบความถูกต้องของแพทย์ในการบันทึกการรักษา (Medical treatment record) ส่วนใหญ่ ผิดพลาดที่สาเหตุ บันทึกสรุปการรักษาไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้องหรือมากเกินไป ร้อยละ 27.63 คะแนนคุณภาพเวชระเบียนอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ต้องปรับปรุงมากที่สุด ร้อยละ 43.92 ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้พัฒนาปรับปรุงคุณภาพ ของบันทึกสรุปการรักษา โดยการสร้างความตระหนักและเห็นความสำคัญของข้อมูลในเวชระเบียน โดยเฉพาะแพทย์และผู้ให้รหัสโรคที่ต้องให้ความสำคัญต่อรหัสทางการแพทย์ รวมทั้งการบันทึกเวชระเบียนมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ได้ข้อมูลมีคุณภาพเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนงานต่อไป

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (เชียงใหม่) (2550) รายงานการตรวจเยี่ยมหน่วยบริการในพื้นที่รับผิดชอบ 8 จังหวัด ได้แก่จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง เชียงราย แพร่ น่าน พะเยา และแม่ฮ่องสอน รวมทั้งสิ้น 113 แห่ง โดยการรายงานผลการส่งข้อมูลขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการในปีงบประมาณ 2550 ให้แก่ทีมผู้บริหาร และผู้ที่รับผิดชอบในการส่งข้อมูลขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ รวมทั้งการให้คำปรึกษา รับฟังปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของหน่วยบริการ จากผลการส่งข้อมูลการให้บริการของสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าความทันเวลาในการส่งข้อมูล

ระดับประเทศเป็นร้อยละ 80.63 ความทันเวลาของการส่งข้อมูลของหน่วยบริการในเขตภาคเหนือ เป็นร้อยละ 79.34 ความทันเวลาของหน่วยบริการในจังหวัดเชียงใหม่เป็นร้อยละ 82.22 จังหวัดลำพูนเป็นร้อยละ 75.05 จังหวัดลำปางเป็นร้อยละ 90.04 จังหวัดแพร่เป็นร้อยละ 64.42 จังหวัดน่าน เป็นร้อยละ 77.21 จังหวัดพะเยาเป็นร้อยละ 89.95 จังหวัดเชียงรายเป็นร้อยละ 75.57 และจังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นร้อยละ 68.43 ความถูกต้องในการส่งข้อมูลระดับประเทศเป็นร้อยละ 95.88 ความถูกต้องของการส่งข้อมูลของหน่วยบริการในเขตภาคเหนือ เป็นร้อยละ 96.25 ความถูกต้องของหน่วยบริการในจังหวัดเชียงใหม่เป็นร้อยละ 95.80 จังหวัดลำพูนเป็นร้อยละ 96.84 จังหวัดลำปาง เป็นร้อยละ 95.69 จังหวัดแพร่เป็นร้อยละ 96.90 จังหวัดน่านเป็นร้อยละ 98.33 จังหวัดพะเยาเป็น ร้อยละ 96.31 จังหวัดเชียงรายเป็นร้อยละ 96.52 และจังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นร้อยละ 93.16 การถูก ปฏิเสธการจ่ายชดเชยในการส่งข้อมูลระดับประเทศเป็นร้อยละ 0.38 การถูกปฏิเสธการจ่ายชดเชย ของการส่งข้อมูลของหน่วยบริการในเขตภาคเหนือ เป็นร้อยละ 0.37 การถูกปฏิเสธการจ่ายชดเชย ของหน่วยบริการในจังหวัดเชียงใหม่เป็นร้อยละ 0.20 จังหวัดลำพูนเป็นร้อยละ 0.52 จังหวัดลำปาง เป็นร้อยละ 0.34 จังหวัดแพร่เป็นร้อยละ 0.67 จังหวัดน่านเป็นร้อยละ 0.61 จังหวัดพะเยาเป็นร้อยละ 0.68 จังหวัดเชียงรายเป็นร้อยละ 0.23 และจังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นร้อยละ 1.28 จากข้อมูลดังกล่าวจะ เห็นได้ว่า ความทันเวลาในการส่งข้อมูลโดยเฉลี่ยแล้วไม่ถึงเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติกำหนดคือ มากกว่าร้อยละ 90 ความถูกต้องในการส่งข้อมูลของจังหวัดแม่ฮ่องสอนก็ยัง น้อยกว่าร้อยละ 95 การถูกปฏิเสธการจ่ายชดเชยของจังหวัดแม่ฮ่องสอนมากกว่าร้อยละ 1 และการ ขอแก้ไขข้อมูลของจังหวัดลำปาง และจังหวัดพะเยามากกว่าร้อยละ 1 จากปัญหาดังกล่าว พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการส่งข้อมูลขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการในเขตภาคเหนือ สามารถสรุปได้เป็น 5 ประเด็นดังต่อไปนี้

1) ระบบการส่งข้อมูลขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

- ระบบเวชระเบียนภายในหน่วยบริการ ไม่เป็นแบบทิศทางเดียว
- ระบบการจำหน่ายผู้ป่วย
- เวชระเบียนหาย
- การสรุปเวชระเบียนของแพทย์ ใช้เวลานาน
- ไม่มีระบบการควบคุมยอดผู้ป่วยจำหน่ายในแต่ละวัน ทำให้ส่งข้อมูลไม่ครบ และเลยกำหนดเวลาส่งข้อมูล

2) บุคลากรที่รับผิดชอบในการส่งข้อมูลขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

- เปลี่ยนผู้รับผิดชอบบ่อยทำให้ไม่ทราบเงื่อนไขการจ่ายชดเชย
- ไม่เข้าใจเงื่อนไขการขอชดเชย

- ทำงานหลายหน้าที่
- ไม่เคยเข้ารับการอบรมเรื่องแนวทางการขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
- ขาดขวัญ และกำลังใจ เนื่องจากไม่สามารถเบิกค่าล่วงเวลาได้

### 3) นโยบายผู้บริหาร

- ไม่เห็นความสำคัญเนื่องจากไม่ทราบผลกระทบที่ตามมา
- ไม่ทราบรายงานการส่งข้อมูลของหน่วยบริการ เนื่องจากผู้รับผิดชอบไม่เคยนำเสนอให้
- ไม่เข้าใจระบบการขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ

### 4) ความพร้อมของระบบคอมพิวเตอร์ และการติดต่อสื่อสารข้อมูล

- โปรแกรมบันทึกการให้บริการไม่สมบูรณ์ ข้อมูลไม่ครบถ้วน
- ขาดผู้ดูแลระบบคอมพิวเตอร์ที่มีความชำนาญ
- ระบบ Internet มีปัญหา

### 5) แนวทางการขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ระยะเวลาในการส่งข้อมูลน้อยไป ควรจะมากกว่า 30 วันหลังจำหน่าย
- แนวทางการขอชดเชยเปลี่ยนแปลงทุกปี ยากต่อการจำ
- จัดประชุมชี้แจงซ้ำ ต้องแก้ไขข้อมูลย้อนหลังตามเงื่อนไขใหม่

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษานี้ได้กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการส่งข้อมูลขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ในเขตภาคเหนือ โดยการนำข้อมูลจากปัญหาอุปสรรคในการส่งข้อมูลขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ที่ได้จากรายงานผลการตรวจเยี่ยมหน่วยบริการในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (เชียงใหม่) รวมทั้งจากการตอบแบบแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการส่งข้อมูลขอชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ ในการประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 25-26 ธันวาคม 2551 ณ โรงแรมดิเอ็มเพลส จังหวัดเชียงใหม่ มาใช้เป็นหลักในการกำหนดกรอบแนวคิด ดังนี้

## กรอบแนวคิด

