

บทที่ ๑ การเสนอทางเลือกในการบริการสุขภาพอนามัย

ในการศึกษาเกี่ยวกับกิจการการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยนั้น จะพบว่าปัญหาในประเทศไทยแตกต่างจากในต่างประเทศ ในต่างประเทศนั้น ปัญหาที่กำลังเผชิญกันอยู่อย่างมากก็คือ การเพิ่มอัตราค่าบริการด้านนี้ โดยมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น

- ความต้องการที่เป็นตัวกระตุ้นของผู้ใช้บริการ
- ผลกระทบของธุรกิจประกันภัย
- วิถีชีวิตของผู้ใช้บริการ
- ความเชื่อถือของผู้ใช้บริการ

แต่สภาพของเมืองไทยนั้นปัญหาก็คือ จำนวนผู้บริกรมีจำนวนมากจนไม่สามารถเข้ารับการรักษได้ตามที่มีความจำเป็น จนนำไปสู่การเจ็บป่วยที่อาจรักษาเข้าไป จึงต้องแก้ไขให้ตรงจุดก็คือ ทำอย่างไรให้ประชาชนสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาล และการบริการที่ครอบคลุมทั่วประเทศก็คือ จากในภาครัฐบาล แต่จากสภาพปัจจุบันการเข้ารับการรักษาก็จะกระทำในช่วงเช้า แต่ในช่วงบ่าย สถานบริการต่าง ๆ ที่เป็นของรัฐจะไม่ค่อยพบการบริการทางด้านการตรวจรักษาผู้ป่วยภายนอกเลย จะมีก็เพียงการรักษาภายใน ซึ่งเป็นเรื่องที่จะต้องวางแผนแก้ไข ปัญหาเหล่านี้ เพราะจากการบริการเหล่านี้จะพบความสูญเสีย คือ

1. อาคารที่ใช้บริการจะว่างในช่วงบ่าย
2. อุปกรณ์ในการตรวจรักษาใช้งานเพียงช่วงเช้า

1. อาคารที่ใช้บริการ

อาคารที่ใช้บริการจะว่างช่วงบ่ายก็ถือว่าในระบบการทำงานเช่นนี้จะสูญเสียเปล่าถึง 50% ถ้าพื้นที่ที่ให้บริการมีพื้นที่เท่าไร หลังจากผ่านไป 10 ปี อาจจะมีผู้กล่าวว่าใช้ตึกนี้มานาน 10 ปี ทั้ง ๆ ที่แท้จริงใช้เพียง 5 ปี เพราะให้บริการเฉพาะช่วงเช้าเท่านั้น ซึ่งถ้าแก้ปัญหาแนวทางที่จะทำให้เนื้อที่ที่ถูกใช้ครบตลอด 8 ชั่วโมง หรือเพิ่มมากกว่าจนถึง 24 ชั่วโมง คงจะเป็นประโยชน์

ต่อประเทศ ซึ่งเป็นประเทศที่มีงบประมาณอยู่ในวงจำกัด

2. อุปสรรคในการตรวจรักษา

อุปสรรคในการตรวจรักษาก็มีปัญหาคล้ายกับสถานที่และจะมีปัญหาอีกมาก เพราะจากการใช้เครื่องมืออุปกรณ์การตรวจรักษาทั้ง ๆ ที่ต้องตั้งงบประมาณ ในการซื้อด้วยราคาแพง แต่จำนวนให้บริการเพียงไม่กี่ราย เช่น ถ้าโรงพยาบาลแห่งหนึ่งมีเครื่องตรวจคลื่นสมองด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งจัดซื้อมาในปี 2530 ถ้าบริการทุกวันเฉพาะช่วงเช้าอาจจะให้บริการได้วันละประมาณ 20 คน ซึ่งในการตรวจคลื่นสมองแต่ละครั้งในโรงพยาบาลของรัฐประมาณ 2,500-4,000 บาท ซึ่งก็พอจะสรุปได้ว่าใน 1 ปี จะให้บริการได้ประมาณ 4,800 คน ค่าบริการประมาณ 12,000,000 บาท ต่อ 1 ปี ราคาของเครื่องตรวจคลื่นสมองราคาสูงมาก และถ้าใช้ไม่เต็มประสิทธิภาพก็จะเกิดความสูญเปล่าและความล่าช้า เช่น พอถึงปี 2531 แทนที่จะใช้เครื่องนี้ตรวจแต่ในวงการรักษาพยาบาลอาจจะพบวิธีการรักษาโดยเครื่องมือประเภทอื่นก็จะเปลี่ยนไปใช้เครื่องมือประเภทอื่น

ฉะนั้น จากปัญหาที่ศึกษามาข้างต้นจึงจำเป็นต้องจัดระบบการบริการในภาคภัย หรือภาคกำ ในสถานบริการของรัฐ โดยเริ่มตามแหล่งชุมชนที่มีแนวโน้มความต้องการบริการสูง ตัวอย่างที่เห็นชัดก็คือ กรุงเทพฯ ซึ่งก็ต้องตั้งเป็นโครงการที่จะต้องเสนอแนะต่อไปดังนี้

เสนอโครงการเพิ่มเวลาการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐบาล

1. หลักการและเหตุผล
2. วัตถุประสงค์ของโครงการ
3. เป้าหมาย
4. การดำเนินงานตามโครงการ
5. ค่าใช้จ่ายของการดำเนินโครงการ
6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ
7. การประเมินผล

1. หลักการและเหตุผล ในการเพิ่มเวลาการรักษาพยาบาลในสถานบริการต่าง ๆ ของรัฐบาลนั้น จากสภาพของปัญหาแล้ว เป็นสิ่งที่สำคัญมาก ซึ่งอาจมีการกล่าวว่ามีโรงพยาบาลเอกชนแล้วให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ก็ไม่ได้หมายความว่าจะให้บริการทั้งหมด เพราะรายได้ตัวเฉลี่ยของประชาชนยังต่ำอยู่ไม่มีความสามารถเข้ารับการรักษาได้ หรือถ้าจำเป็นไม่มีทาง

หลีกเลี่ยงก็ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจแก่ประชาชน และถ้าโครงการเพิ่มเวลาการตรวจรักษา ซึ่งจะกำหนดเวลาเพิ่ม เช่น ช่วง 13.00 - 16.00 น. ในทุกแผนก หรือถ้ามีความต้องการมากขึ้นก็เพิ่มบริการทั้งหมด 24 ชั่วโมง เพราะสิ่งที่รัฐบาลจะเพิ่มงบประมาณก็จะเป็นค่าจ้างบุคลากรซึ่งต้องหมุนเวียน ส่วนในเรื่องอื่นนั้นสามารถรับไปตามสภาพการบริการที่แท้จริง ซึ่งโครงการเพิ่มเวลาการรักษานี้ได้เริ่มกระทำเป็นตัวอย่างบ้างแล้วในหลายหน่วยงานและประสบความสำเร็จอย่างดีเยี่ยม เพราะถ้ารัฐจะคิดค่าบริการเพิ่มขึ้นประชาชนก็ยินดีที่จะจ่ายค่าบริการพิเศษเหล่านั้น เพราะมีความเชื่อถือในระบบของภาครัฐ ในนโยบายที่สำคัญคือ ไม่ได้ให้บริการเพื่อแสวงหากำไร

2. วัตถุประสงค์ของโครงการ

2.1 เพื่อลดปัญหาผู้ใช้บริการที่ต้องการเข้ารับการรักษาแล้วไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้ จนเป็นสาเหตุให้เจ็บป่วยมากขึ้นจนไม่สามารถรักษาได้

2.2 เพื่อเป็นแนวทางเลือกในการแก้ปัญหาในประเทศที่มีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ

2.3 เพื่อเพิ่มคุณค่าของสิ่งที่มีอยู่แล้ว เช่น สถานที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ

2.4 ลดผู้ป่วยที่ต้องไปแออัดในโรงพยาบาล

2.5 เพื่อให้ประชาชนอยู่ได้อย่างสุขภาพดี

3. เป้าหมาย

เป้าหมายของโครงการเพื่อใช้ทรัพยากรของประเทศที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์ให้มากที่สุด ซึ่งในหลาย ๆ ประเทศเขามีปัญหาแล้วใช้วิธีการเหล่านี้ เช่น ในฮ่องกง พื้นที่เศรษฐกิจนั้นแออัดมาก บ้านที่อยู่อาศัยจะเป็นปัญหามาก ถ้าจะอยู่อย่างสบายต้องเดินทางไกล แต่ถ้าต้องการจะอยู่ใกล้ก็ต้องอยู่อาศัยร่วมกัน คือ ถ้าเช่าบ้านอยู่ใน 1 ห้องนอน 2 คน ซึ่งอาจจะแคบมากเพียงเพื่อนนอนและกิจกรรมส่วนตัว จึงจำเป็นต้องเช่ากับบุคคลที่ทำงานในเวลาที่แตกต่างกัน เช่น ทำงานในตอนกลางวัน และกลางคืน ฉะนั้น คนที่ทำงานตอนกลางคืนจะอยู่บ้านในตอนกลางวัน ส่วนคนที่ทำงานในตอนกลางวันก็อยู่บ้านในตอนกลางคืน ซึ่งก็จะพบว่าบ้านจะให้ประโยชน์สูงสุด ซึ่งเป้าหมายของโครงการ คือ

3.1 ให้บริการแก่ประชาชนได้ตลอดเวลา

4. การดำเนินงานตามโครงการ

การดำเนินงานตามโครงการก็ต้องเป็นการกำหนดนโยบายโดยรัฐบาล คือ

1. กำหนดโครงสร้างของโครงการ

2. กำหนดวิธีปฏิบัติของสถานบริการด้านสุขภาพอนามัย

3. จัดสรรงบประมาณอุดหนุน
4. กำหนดมาตรฐานทางการบริการ ซึ่งจะใช้เป็นหลักในเรื่องการคิดราคา
5. วางแผนในเรื่องการใช้งบกลางในส่วนที่เกี่ยวข้อง
6. ประเมินความเป็นไปได้ของโครงการ

5. ค่าใช้จ่ายของการดำเนินโครงการ

ค่าใช้จ่ายของโครงการนี้จะแยกเป็น 2 ส่วน

1. ค่าใช้จ่ายคงที่
2. ค่าใช้จ่ายผันแปร

1. ค่าใช้จ่ายคงที่ ของโครงการคงจะไม่เพิ่มจากการดำเนินโครงการหรือไม่มี เพราะอาคารต่าง ๆ ก็มีอยู่แล้วไม่ต้องสร้าง หรือซื้อใหม่ อุปกรณ์ต่าง ๆ ก็ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพราะมีอยู่แล้ว ฉะนั้น ค่าใช้จ่ายในส่วนของค่าใช้จ่ายคงที่เพื่อเริ่มโครงการคงจะไม่มีเลย

2. ค่าใช้จ่ายผันแปร ก็จะเกิดเมื่อมีการรักษาพยาบาล เช่น

- ค่าจ้างบุคลากรในระยะเวลาที่เพิ่ม
- ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสาธารณูปโภค
- วัสดุสิ้นเปลืองที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล

6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ ก็คือ

1. ผู้เจ็บป่วยจะได้การรักษาตลอดเวลาไม่ต้องรอจนเข้าถึงจะไปโรงพยาบาลได้
2. จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น
3. การบริการอย่างมีระบบแทนที่จะไปรับการรักษาตามคลินิก ซึ่งแบ่งการรักษาต่างคนต่างลงทุน ถ้ามาใช้ในโรงพยาบาลก็จะเป็นการลงทุนในระบบ
4. จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของประชาชน

7. การประเมินผล

การประเมินผลโครงการเพื่อพิจารณาว่าถ้าจะมีโครงการดังนี้แล้ว สามารถให้บรรลุเป้าหมาย วัตถุประสงค์หรือไม่ หรือถ้าอยู่ในขั้นพิจารณาโครงการก็ประเมินผลดูว่ามีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงไร ซึ่งจากตัวอย่างสภาพความเป็นจริงที่ดำเนินการไปแล้ว เช่น คลินิกพิเศษของคณะทันตแพทย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งพิจารณาจากภายนอกประสบผลสำเร็จอย่างมาก

การศึกษาในการเสนอทางเลือกเพื่อเป็นการพัฒนาระบบ เพื่อแก้ปัญหาภายในประเทศไทย ซึ่งเปรียบเทียบกับในประเทศสหรัฐอเมริกา ก็จะมีปัญหาเรื่องราคาค่ารักษาแพงขึ้นแล้วยิ่ง

ประชาชนมีประกันสุขภาพก็เข้ารับการรักษาเกินความจำเป็นก็ต้องพยายามแก้ไขปัญหายุ่ ศึกษาเปรียบเทียบได้จากเอกสารต่อไปนี้

Medicare prospective payment covers reimbursement for hospital inpatient services provided to Medicare beneficiaries. The final rules were published in the Jan. 3 *Federal Register*. They implement Title VI of the Social Security Amendments of 1983.

Prospective Payment -Medicare will pay hospitals a fixed price per discharge for each diagnosis-related group of illnesses. These prices are paid regardless of a hospital's costs or charges. Rates for computing the DRG prices will be updated annually. They must be proposed by June 1 and finalized by Sept. 1. A hospital converts to prospective payment when it starts a new cost reporting period on or after Oct. 1, 1983.

Budget neutrality -Medicare payments to hospitals in fiscal 1984 and 1985 may not exceed the amount the federal government would have spent for Medicare inpatient services under the cost control limits outlined in the Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982.

Diagnosis-related groups of illnesses -Each Medicare discharge is classified according to one of 461 DRGs, and payment is based on the DRG. The purpose of the DRG system is to classify patients into groups that are clinically coherent and homogeneous with respect to resource use. DRG 106, for example, covers coronary bypass surgery with cardiac catheterization.

Major diagnostic categories -DRGs fall into 23 MDCs. Each MDC corresponds to a single organ system or a combination of an organ system and disease etiology. MDCs are further subdivided based on whether the patient received a medical or surgical procedure.

ICD-Q-CM -Hospitals code all diagnostic and surgical procedure information using the International Classification of Diseases-9th Revision-Clinical Modifications. The ICD-9-CM coding system is used to group DRGs.

Principal diagnosis -DRGs are assigned on the basis of the principal diagnosis, the diagnosis that, after study, is found to be chiefly responsible for the patient's hospitalization.

DRGs 468, 469, 470 -These three DRGs don't group illnesses but are used for administrative purposes. DRG 468 includes all patients who had a surgical procedure performed that was unrelated to their MDC. For example, a patient may be admitted for cataract surgery but suffer a

heart attack while in the hospital and have a coronary bypass operation instead. In such cases, the fiscal intermediary returns the claims to the provider for clarification. DRG 469 is a discharge that has been assigned a diagnosis that isn't the principal diagnosis. An example is a diagnosis of diabetes for a pregnant patient who actually was admitted for her pregnancy, not her diabetes. The fiscal intermediary will return a claim for DRG 469 and ask the provider to

DRG COST-PER-CASE MANAGEMENT

enter the correct principal diagnosis. DRG 470 is a discharge with invalid data. Again, the fiscal intermediary will return the claim to the hospital for more data.

Outliers -Hospitals get additional payments for cases involving unusually long hospital stays, called day outliers, or unusually costly cases, called cost outliers. Payments have been set aside for outliers by taking 5.7% of the budget for regional and national rates.

Grouper -The federal government's fiscal intermediary will assign a DRG to a discharge using the Grouper computer software program. This program screens information from the inpatient bill to assign the DRG. The DRG criteria include the patient's age, sex, principal diagnosis, secondary diagnoses, procedures performed and discharge status. The program may be bought from Health Systems International, New Haven, CT.

DRG cost weights -Each DRG is assigned a number, or weight, that reflects its resource utilization. The weight is multiplied by the average cost for a Medicare discharge to arrive at the payment for the particular DRG.

Base year costs -During the three-year phase-in of prospective payment, part of a hospital's payments is based on hospital-specific costs. To arrive at

the hospital's average costs for a Medicare discharge, base year cost data are used. The base year is a hospital's cost reporting period ending on or after Sept. 30, 1982, and before Sept. 30, 1983. The costs are updated through fiscal 1984 to account for inflation. The costs that are "passed through" prospective payment can't be included in a hospital's base year costs.

Pass-through costs -Capital-related costs and direct medical education costs will be reimbursed on a cost basis until the federal government devises a formula to include reimbursement for these expenditures in prospective payment.

Capital-related costs -These costs include depreciation expenses, taxes, leases and rentals, the costs of betterments and improvements, costs of minor equipment, insurance expenses on depreciation assets, interest expenses, the capital-related costs of related organizations, and a return on equity for investor-owned providers.

Direct medical education costs -These are the costs of approved medical education activities. Only costs for medical education programs operated directly by the hospital will be excluded from the prospective payment system.

Indirect medical education costs -Hospitals are given additional payments for the indirect medical education costs attributable to an approved graduate medical education program. These costs include the additional tests and procedures that residents might order during the education process. Payment is based on the number of interns and residents employed at a hospital. If the interns and residents work at a hospital but aren't on the hospital's payroll, the hospital must have a long-standing relationship with the employing hospital to be paid for the costs generated by these medical students.

Case mix index -To eliminate any variations in a hospital's base year costs that are attributable to the complexity of cases it treated, the hospital's base year costs are divided by the 1981 fiscal year case mix index. The index is a statistic that represents the costliness of each hospital's mix of cases compared with a national average case mix.

Wage index -The labor-related portion of a hospital's federal payment rates are multiplied by an urban

or rural wage index that represents local hospital wages. The wage index varies depending on the metropolitan statistical area within which a hospital is located. Rural hospitals falling outside an MSA have a single wage index; this index varies by state.

Hospital-specific rate -This is the portion of a hospital's payment that's based on a hospital's base year costs per discharge, divided by the case mix index, updated for inflation and adjusted for the specific DRG. In the first year of the system, 75% of the payment is based on the hospital-specific rate; in the second year, 50%; and in the third year, 25%. The hospital-specific rate is adjusted at the beginning of each hospital's fiscal year.

Regional rate -This is the average cost of treating a Medicare patient in each of the nine census divisions. In each region, an urban and rural rate are determined. Each of these rates has labor- and non-labor-related portions. The average regional rate is adjusted to reflect a hospital's wage index, outliers and the DRG weight.

National rate -This is the average, national cost of treating a Medicare patient. It, too, is expressed as an urban and rural average and divided into labor- and non-labor-related portions. The urban average for fiscal 1984 is about 62,800, and the rural average is about \$2,300. The national rate is adjusted like the regional rate.

Federal rate -Until Oct. 1, 1986, the hospital-specific rate is blended with a federal rate to arrive at a hospital's payment. In the first year, 25% of the payment is based on the federal rate; in the second year, 50%; and in the third year, 75%. By the fourth year, the hospital's payment is based solely on the federal rate, which is adjusted each October. The federal rate is a combination of the regional and national rates. This blend changes each year. In the first year, 100% of the federal rate is based on the regional rate; in the second year, 75% is the regional rate and 25% is the national rate; in the third year it's a 50-50 split; in the fourth year, 100% is the national rate. That means that in the fourth year, all hospitals will be receiving the same basic payment rate.

Updating factor -This is a percentage increase in the hospital market basket for goods and services plus 1%. The updating factor is applied to a hospital's base year costs for fiscal 1984 and 1985, after adjustment for

budget neutrality.

Prospective payment assessment commission -This independent advisory group will suggest changes in DRG payment rates to the Dept. of Health and Human Services. Starting in fiscal 1986, the group will recommend changes in the DRG classification system and changes in the DRG cost weights.

Excluded providers -Some facilities are excluded from prospective payment. They include alcohol and drug

DRG COST-PER-CASE MANAGEMENT

treatment, psychiatric, end, rehabilitative hospitals and units, as well as children's and long-term care hospitals. Hospitals in Maryland, Massachusetts, New Jersey and New York—states having alternative payment programs for Medicare—also are excluded from prospective payment. Except for hospitals in these four states, excluded hospitals are paid on a reasonable cost basis subject to TEFRA limits.

Sole community hospitals -During the transition period, these hospitals may elect to be paid a prospective rate based 75% on the hospital-specific rate and 25% on the regional rate. To qualify as a sole community hospital, a facility must meet any of four criteria: 1) Have no other hospital within a 50-mile radius; 2) Have no other hospital within a 25- to 50-mile radius and have no more than 25% of the residents in its service area using another hospital or no other hospital is accessible, because of weather conditions or geography, for more than one month a year; 3) Have no other hospitals within 15 to 20 miles and weather conditions or geography make other hospitals inaccessible for more than one month a year; and 4) Have less than 50 beds and have no other hospitals within a 25- to 50-mile radius. Urban hospitals may seek sole community hospital status in unusual situations when the hospital is the

sole source of inpatient services and is in a remote section of a large county.

Cancer hospitals -These are institutions recognized as a comprehensive cancer center or clinical cancer center by the National Institutes of Health as of April 20, 1983. Fifty percent of the hospital's discharges must be in DRGs with a principal diagnosis that reflects neoplastic disease. During their first cost reporting period, cancer hospitals are given the option to convert to prospective payment or to be reimbursed on a reasonable cost basis subject to TEFRA limits.

Referral centers -Rural hospitals with 500 or more beds will have their rates adjusted by the urban regional and national rates rather than the rural rate. Other hospitals must meet certain criteria to qualify as a referral hospital, although HHS' Health Care Financing Administration hasn't yet decided what the adjustment to the rate will be. These hospitals must admit 50% of their Medicare patients as referrals from other hospitals or by referral from physicians not on the hospital's medical staff. Also, at least 60% of their Medicare patients must live more than 25 miles from the hospital, and at least 60% of all services provided to Medicare patients must be furnished to beneficiaries who live more than 25 miles from the hospital.

Unbundling -This is the practice of billing under Part B of the Medicare program for non-physician services provided to a hospital inpatient. As of Oct. 1, 1983, hospitals are prohibited from unbundling. Only physician services provided to inpatients may be billed under Part B. Lab and radiology services furnished to a hospital's inpatients also are subject to the unbundling prohibition. One exception to the unbundling provision is that physicians can continue to bill Part B for services provided by certified registered nurse anesthetists. The exception only applies during the first three years of prospective payments. To qualify, the physician must have employed the nurse anesthetist for the hospital's cost reporting period ending before Sept. 30, 1983. The costs for these services can't be included in the hospital's base year costs.

Medically unnecessary services and custodial care -When a physician discharges a patient but the patient chooses not to leave the hospital, the

hospital may bill the beneficiary for these custodial days of care or for non-covered services. The beneficiary must be notified in writing that he or she will be billed. Also, the Medicare fiscal intermediary must concur with the hospital's determination that the services aren't covered by the Medicare program.

Discharge -This is the formal re-

lease of the patient from the hospital. A discharge results in payment of the full DRG rate.

Transfer -A patient is considered a transfer when he or she is moved from one unit of the hospital to another; is transferred to another hospital receiving prospective payments; is transferred to a hospital that's in Maryland, Massachusetts, New Jer-

sey or New York; or is transferred to a hospital that hasn't switched to prospective payment yet. The hospital transferring the patient is paid a per diem amount; the discharging hospital will be paid the full prospective payment rate for the patient. The federal government intends eventually to pay only the discharging hospital.

Medical review entities - Fiscal intermediaries, professional standards review organizations, and eventually, peer review organizations will undertake all inpatient hospital medical review. They are responsible for determining the medical necessity, appropriateness and quality of care as well as validating the DRC classification.