

## บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา

### 1. สรุปข้อค้นพบสำคัญจากการศึกษา

จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกองทุน สามารถสรุปประเด็นสำคัญของแต่ละกองทุน ในแต่ละดัชนีชี้วัด ได้ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 สรุปข้อค้นพบสำคัญของแต่ละดัชนีชี้วัดสำหรับแต่ละกองทุน

ดัชนีชี้วัด	บัตรทอง	สิทธิข้าราชการ	ประกันสังคม
อัตราป่วยตาย	อัตราป่วยตายสูงสุดใน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเอดส์ การบาดเจ็บทางสมอง	อัตราป่วยตายสูงสุดใน โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคมะเร็งโดยรวม โรคถุงลมโป่งพอง โรคปอดบวม	อัตราป่วยตายสูงสุดใน โรคเบาหวาน ภาวะไตวายเรื้อรัง
อัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำ	อัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำ สูงสุดใน โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคถุงลมโป่งพอง โรคปอดบวม โรคเอดส์	อัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำ สูงสุดใน โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะไตวายเรื้อรัง โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคมะเร็งโดยรวม การบาดเจ็บทางสมอง	
จำนวนครั้งการนอนรพ. เฉลี่ย	จำนวนครั้งการนอนรพ. เฉลี่ยสูงสุดใน โรคถุงลมโป่งพอง	จำนวนครั้งการนอนรพ. เฉลี่ยสูงสุดใน ภาวะไตวายเรื้อรัง โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคมะเร็งโดยรวม โรคเอดส์	
อัตราการส่งต่อ	อัตราการส่งต่อสูงสุดในทุก กลุ่มโรค		อัตราการส่งต่อดำสุดในทุก กลุ่มโรค
สัดส่วนผู้ป่วยตามกลุ่มโรค	สัดส่วนผู้ป่วยสูงสุดใน โรคปอดบวม	สัดส่วนผู้ป่วยสูงสุดใน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งโดยรวม โรคถุงลมโป่งพอง	สัดส่วนผู้ป่วยสูงสุดใน โรคเอดส์ การบาดเจ็บทางสมอง

ดัชนีชี้วัด	บัตรทอง	สิทธิข้าราชการ	ประกันสังคม
สัดส่วนผู้ป่วยตามกลุ่มโรค (ต่อ)	สัดส่วนกลุ่มโรคสูงสุดใน อายุ $\geq 60$ ปี ได้แก่ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ (MDC4)	สัดส่วนกลุ่มโรคสูงสุดใน อายุ $\geq 60$ ปี ได้แก่ กลุ่มโรคตา (MDC2) กลุ่มโรคต่อมไทรอยด์ (MDC10) และกลุ่มโรคระบบทางเดินปัสสาวะ (MDC11)	สัดส่วนกลุ่มโรคต่ำสุดใน อายุ 15-44 ปี ได้แก่ กลุ่มการตั้งครรภ์และคลอด (MDC14)
อัตราการทำหัตถการ	อัตราการขยายเส้นเลือดหัวใจ (PTCA) ต่ำสุด อัตราการผ่าตัดหัวใจ (CABG) ต่ำสุด	อัตราการผ่าตัดท่อน้ำเหลืองสูงสุด 46% (DC1401) อัตราการขยายเส้นเลือดหัวใจ (PTCA) สูงสุด อัตราการผ่าตัดหัวใจ (CABG) สูงสุด	อัตราการผ่าตัดท่อน้ำเหลืองต่ำสุด 3% (DC1401) อัตราการทำหัตถการในการคลอดสูงสุด 51% (DC1402)
ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย		ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยสูงสุด (โดยเฉพาะอายุ 45 ปีขึ้นไป) สัดส่วนผ.ที่มี RW>3 และ RW>4 สูงสุด สัดส่วนผ.ที่มี RW<0.5 ต่ำสุด	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยต่ำสุด สัดส่วนผ.ที่มี RW>3 และ RW>4 ต่ำสุด สัดส่วนผ.ที่มี RW<0.5 สูงสุด
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ต่ำสุด (8,000 บาทต่อ RW)	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อน้ำหนักสัมพัทธ์สูงสุด (16,000 บาทต่อ RW)	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อน้ำหนักสัมพัทธ์เกือบสูงสุด (15,000 บาทต่อ RW)
วันนอนเฉลี่ย	วันนอนเฉลี่ยปานกลาง (4.4 วัน) วันนอนเฉลี่ยสั้นที่สุดในผ. อายุ >60 ปี วันนอนเฉลี่ยนานที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวช	วันนอนเฉลี่ยนานที่สุด (6.5 วัน)  อัตราส่วนวันนอนจริงต่อวันนอนมาตรฐานสูงสุด (1.44) สัดส่วนการนอนวันเดียวต่ำสุด (18%)	วันนอนเฉลี่ยสั้นที่สุด (3.7 วัน)  วันนอนเฉลี่ยสั้นที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวช สัดส่วนการนอนวันเดียวสูงสุด (34%)

จะเห็นว่าผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยสูงสุด รวมทั้งมีวันนอนที่นานที่สุดและนานกว่าวันนอนมาตรฐาน ในขณะที่ผู้ป่วยบัตรทอง มีอัตราป่วยตายสูงสุดในหลายโรค รวมทั้งมีอัตราส่งต่อสูงสุดจากการรักษาในโรงพยาบาลระดับต้นที่มากกว่าสิทธิอื่น ในขณะที่ผู้ป่วยประกันสังคมเป็นวัยทำงาน มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ต่ำและวันนอนที่สั้นกว่าสิทธิอื่น โดยจะได้อภิปรายในประเด็นต่างๆต่อไป

## 2. เชื่อมโยงข้อค้นพบกับประเด็นการตัดสินใจด้านบริการและคุณภาพบริการ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกองทุน สามารถนำมาสรุปโดยเชื่อมโยงกับประเด็นต่างๆ โดยใช้กรอบในการเชื่อมโยงระหว่างดัชนีชี้วัดต่างๆ กับขั้นตอนการตัดสินใจในการให้บริการ ได้แก่ การตัดสินใจรับผู้ป่วย จำหน่ายผู้ป่วย ส่งต่อผู้ป่วย การทำหัตถการ คุณภาพบริการ และการคิดค่าใช้จ่าย ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีชี้วัดจากการศึกษา และการตัดสินใจในการให้บริการ

	Admission decision	Discharge decision	Referral decision	Procedure decision	Quality of service	Pricing policy
อัตราป่วยตาย		/	/	/	/	
อัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำ		/			/	
จำนวนครั้งการนอนรพ.เฉลี่ย	/					
อัตราการส่งต่อ			/			
สัดส่วนผู้ป่วยตามกลุ่มโรค	/					
อัตราการทำหัตถการ			/	/		
ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย	/					
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย		/		/		/
วันนอนเฉลี่ย	/	/	/			

การอภิปรายจะเชื่อมโยงจากผลการวิเคราะห์มาสู่ประเด็นการตัดสินใจในการให้บริการต่างๆ ดังนี้

### 2.1. Admission decision

ในแง่ของการตัดสินใจในการรับผู้ป่วยในไว้รักษานั้น พิจารณาจากข้อมูลต่างๆ ดังนี้

- 1) จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย
- 2) สัดส่วนผู้ป่วยตามกลุ่มโรค
- 3) ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย
- 4) วันนอนเฉลี่ย

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการจะมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยสูงสุด วันนอนเฉลี่ยสูงสุด จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลในกลุ่มโรคเรื้อรังเฉลี่ยสูงสุด และมีสัดส่วนของการป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงสุด ลักษณะดังกล่าว บ่งบอกถึงลักษณะทางระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยในกลุ่มสิทธิข้าราชการที่มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยโรคเรื้อรังที่มากกว่ากลุ่มอื่น เป็นโรคที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน มีความรุนแรงค่อนข้างมากจากค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่สูง โดยมีสัดส่วนของโรคที่รุนแรงน้อย ( $RW < 0.5$ ) และนอนสั้น ( $\leq 1$  วัน) ที่ต่ำกว่าอีก 2 กองทุน และมีสัดส่วนของการนอนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่สูงกว่าผู้ป่วยบัตรทอง ลักษณะดังกล่าวแสดงให้เห็นกรณีโรคที่รุนแรงน้อยนั้น ผู้ป่วยบัตรทองและประกันสังคมมีการนอนโรงพยาบาลที่มากกว่าสิทธิข้าราชการ ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วย บวกกับลักษณะโรคที่ผู้ป่วยเป็น การตัดสินใจของแพทย์ในการรับผู้ป่วยไว้รักษานั้น อาจจะมีอิทธิพลอยู่บ้าง หากมองในมุมที่ว่า การรับผู้ป่วยในที่รุนแรงน้อยนั้น สัมพันธ์กับแรงจูงใจบางอย่าง อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจของผู้ป่วยที่รุนแรงน้อยไว้รักษานั้นมีน้อยมาก เนื่องจากอยู่ในระบบเหมาจ่ายแล้ว หากมองในทางตรงกันข้ามแสดงว่าโรงพยาบาลไม่น่าจะมีการปฏิเสธการรักษามากนัก เนื่องจากยังมีการรับผู้ป่วยที่รุนแรงน้อยไว้รักษามากพอสมควร ซึ่งน่าจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ในกรณีของโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องนั้น ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการยังมีโอกาสได้รับการรักษาที่บ่อยครั้งกว่า ได้แก่ โรคมะเร็ง และภาวะไตวายเรื้อรัง แสดงถึงการเข้าถึงบริการที่ดีกว่า

## 2.2. Discharge decision

ในแง่ของการตัดสินใจในการจำหน่ายผู้ป่วยนั้น พิจารณาจากข้อมูลต่างๆ ดังนี้

- 1) อัตราป่วยตาย
- 2) อัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำ
- 3) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย
- 4) วันนอนเฉลี่ย

จากข้อมูลจะเห็นว่า สำหรับสิทธิข้าราชการนั้น ถึงแม้ว่าจะมีแนวโน้มว่าโรคที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา นั้นจะรุนแรงกว่ากองทุนอื่น แต่วันนอนเฉลี่ยยังคงสูงกว่าที่ควรจะเป็น (Expected LOS) คือมีอัตราส่วนเท่ากับ 1.44 เท่าของที่ควรจะเป็น และเมื่อวิเคราะห์แยกตามกลุ่ม DRG ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการก็ยังมีวันนอนที่มากกว่าอีก 2 กองทุน แสดงว่าในการจำหน่ายผู้ป่วยนั้น โรงพยาบาลอาจจะมีแรงจูงใจในการให้ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการนอนนานกว่าปกติ หรืออาจจะเกี่ยวข้องกับการกระจายของประเภทของโรงพยาบาลที่รักษา อย่างไรก็ตามจากข้อมูลน่าจะเอียงไปในทางที่ว่า ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการมีการนอนโรงพยาบาลที่นานกว่าค่าเฉลี่ย และหากมองในแง่ของค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหน่วย RW จะเห็นว่าสิทธิข้าราชการและประกันสังคมมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยใกล้เคียงกัน และสูงกว่าบัตรทอง อาจแสดงถึงการบริการที่นานกว่า บริการที่มากกว่า หรือวิธีคิดค่ารักษาที่แพงกว่า ซึ่งน่าจะผสมกันทั้ง 3 เหตุผล สำหรับผู้ป่วยสิทธิข้าราชการน่าจะเป็นเหตุผลเรื่องวันนอนและการคิดค่ารักษา แต่สำหรับผู้ป่วยประกันสังคม น่าจะเป็นเหตุผลเรื่องการคิดค่ารักษา

หากมองในส่วนของผลลัพธ์ของการรักษาว่าอาจจะเป็นผลมาจากการจำหน่ายผู้ป่วยที่ต่างกัน อาทิ เช่น การที่ต้องรับผู้ป่วยในซ้ำ เพราะจำหน่ายผู้ป่วยเร็วเกินไปนั้น จะเห็นว่าผู้ป่วยบัตรทองและประกันสังคม ที่มีวันนอนสั้นกว่าสิทธิข้าราชการนั้น ไม่ได้มีอัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำที่สูงกว่าสิทธิข้าราชการ ยกเว้นบางโรค เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และปอดบวม ที่ผู้ป่วยบัตรทองมีการนอนโรงพยาบาลซ้ำมากกว่าอีก 2 กองทุน แสดงให้เห็นว่าการนอนโรงพยาบาลสั้น ถ้าจะมีผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ก็น่าจะมีผลเพียงบางโรค ในทางตรงข้ามมีหลายโรค ที่ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการมีการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ที่มากกว่าอีก 2 กองทุน โดยเฉพาะการนอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะเป็นการนอนโรงพยาบาลซ้ำที่ได้รับการวางแผนล่วงหน้า (Planned readmission) สำหรับอัตราป่วยตายนั้น อาจสะท้อนผลจากการตัดสินใจจำหน่ายผู้ป่วยได้ไม่คืบเนื่องจากน่าจะสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆอีกหลายปัจจัย

### 2.3. Referral decision

ในแง่ของการตัดสินใจในการส่งต่อผู้ป่วยนั้น พิจารณาจากข้อมูลต่างๆ ดังนี้

- 1) อัตราป่วยตาย
- 2) อัตราการส่งต่อ
- 3) อัตราการทำหัตถการ
- 4) วันนอนเฉลี่ย

จากข้อมูลจะเห็นว่า ผู้ป่วยบัตรทองได้รับการส่งต่อมากกว่าอีก 2 กองทุน เหตุผลหลักที่น่าจะเป็นได้มากที่สุดก็คือ ลักษณะการกระจายของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรักษา โดยผู้ป่วยบัตรทองมีสัดส่วนการนอนโรงพยาบาลชุมชนที่สูงกว่าอย่างเห็นได้ชัด ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่าตามไปด้วย เนื่องจากโรคส่วนหนึ่งเป็นโรคที่โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถรักษาได้ การที่ต้องส่งต่อผู้ป่วย อาจจะทำวันนอนสั้นลงเนื่องจากต้องจำหน่ายผู้ป่วยก่อนที่จะหายเป็นปกติ และอาจจะทำให้อัตราป่วยตายต่ำลง เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อแล้วไปเสียชีวิต จะไม่ถูกนับว่าเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่ทำการส่งต่อ และอาจจะสัมพันธ์กับอัตราการทำหัตถการ เนื่องจากโรงพยาบาลระดับต้นส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำการผ่าตัดบางอย่างได้ จากข้อมูลจะเห็นว่าผู้ป่วยสิทธิบัตรทองที่ถูกส่งต่อมากกว่าสิทธิข้าราชการ จะมีอัตราการผ่าตัดคลอดน้อยกว่า วันนอนเฉลี่ยสั้นกว่า และอัตราป่วยตายต่ำกว่าสิทธิข้าราชการในบางโรค ซึ่งอาจจะสัมพันธ์อยู่บ้างกับการกระจายของโรงพยาบาลที่ทำการรักษาที่ต่างกัน และส่งผลต่ออัตราการส่งต่อที่ต่างกัน

### 2.4. Procedure decision

ในแง่ของการตัดสินใจในการทำหัตถการนั้น พิจารณาจากข้อมูลต่างๆ ดังนี้

- 1) อัตราป่วยตาย
- 2) อัตราการทำหัตถการ
- 3) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย

จากข้อมูลจะเห็นว่า อัตราการทำหัตถการบางอย่าง โดยเฉพาะการผ่าตัดท่อนคลอดนั้น ผู้คลอดสิทธิข้าราชการมีอัตราการผ่าตัดท่อนคลอดที่สูงกว่าสิทธิอื่นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอัตราการผ่าตัดท่อนคลอดในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ลักษณะเช่นนี้ไม่น่าจะเกิดจากภาวะเสี่ยงของมารดาและทารกแต่เพียงลำพัง แต่เกิดจากความต้องการของผู้คลอด บวกกับแรงจูงใจของโรงพยาบาลในการทำหัตถการร่วมด้วย นอกจากนี้ในการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการดูเหมือนจะสามารถเข้าถึงการผ่าตัดดังกล่าวได้ดีกว่าสิทธิอื่น รองลงมาคือผู้ป่วยประกันสังคม แต่อย่างไรก็ดี อัตราการผ่าตัดสมองในกรณีการบาดเจ็บทางสมอง ไม่แตกต่างกันระหว่างกองทุน บ่งชี้ถึงโอกาสในการได้รับการผ่าตัดที่ไม่ต่างกัน ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่สำคัญที่จะช่วยรักษาชีวิตของผู้บาดเจ็บ ผลของการทำหัตถการบางอย่างที่ต่างกัน อาจส่งผลต่อค่าใช้จ่ายเฉลี่ย และผลลัพธ์ของผู้ป่วย จากข้อมูลจะเห็นว่าค่าใช้จ่ายของสิทธิข้าราชการต่อครั้งของการนอนโรงพยาบาลนั้นสูงที่สุด แต่ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยหน่วย RW ใกล้เคียงกับผู้ป่วยประกันสังคม ดังนั้นการทำหัตถการอาจส่งผลต่อค่าใช้จ่ายต่อครั้งการนอน มากกว่าค่าใช้จ่ายต่อหน่วย RW นอกจากนี้ อัตราผู้ป่วยตายก็อาจจะได้รับผลมาจากการได้รับการทำหัตถการของผู้ป่วย จากข้อมูลจะเห็นว่าอัตราผู้ป่วยตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยบัตรทองสูงกว่าสิทธิอื่น โดยส่วนหนึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการได้รับการทำหัตถการที่น้อยกว่าสิทธิอื่น หรืออาจจะเป็นความรุนแรงของโรคที่มากกว่า แต่สำหรับอัตราผู้ป่วยตายจากการบาดเจ็บทางสมองของผู้ป่วยบัตรทองที่สูงกว่าสิทธิอื่นนั้น ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับอัตราการได้รับการผ่าตัดทางสมอง เนื่องจากมีอัตราการผ่าตัดที่ไม่ต่างกัน

## 2.5, Quality of service

ในแง่ของคุณภาพของการรักษานั้น พิจารณาจากข้อมูลต่างๆ ดังนี้

- 1) อัตราผู้ป่วยตาย
- 2) อัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำ

หากพิจารณาจากอัตราผู้ป่วยตาย จะเห็นว่ามีบางโรคที่ผู้ป่วยบัตรทองเสียชีวิตมากกว่า ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเอดส์ และการบาดเจ็บทางสมอง ในขณะที่บางโรค ได้แก่ โรคมะเร็ง ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการมีอัตราผู้ป่วยตายที่สูงกว่า หากมองในแง่ของโรคเฉียบพลัน ซึ่งน่าจะเป็นโรคที่บ่งชี้คุณภาพการรักษาได้ดี จะเห็นว่าการบาดเจ็บทางสมองเสียชีวิตมากในกลุ่มบัตรทอง ซึ่งมีการทำการผ่าตัดใกล้เคียงกับสิทธิอื่น ดังนั้นสาเหตุของความแตกต่างจึงน่าจะมาจากความรุนแรงของโรค และ/หรือ คุณภาพในการรักษา ซึ่งในการศึกษานี้ไม่สามารถสรุปได้ เนื่องจากขาดข้อมูลความรุนแรงของการบาดเจ็บ สำหรับอัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำนั้น หากเป็นการรักษาซ้ำใน 7 วัน น่าจะสะท้อนผลของการรักษาครั้งที่แล้วได้ แต่หากเป็นการรักษาซ้ำใน 28 วัน อาจจะมีการนัดหมายมารักษาซ้ำรวมอยู่ด้วย จากข้อมูลพบว่า โรคส่วนใหญ่มีความแตกต่างระหว่างกองทุนที่คล้ายคลึงกันระหว่างการรักษาซ้ำใน 7 วัน และ 28 วัน ยกเว้นกรณีโรคมะเร็ง ที่การรักษาซ้ำใน 7 วันไม่แตกต่างกัน แต่สำหรับการรักษาซ้ำใน 28 วันนั้น ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการมีการรักษาซ้ำที่มากกว่า ซึ่งสะท้อนการรักษาค่าต่อเนื่องมากกว่าปัญหาคุณภาพการรักษา

## 2.6. Pricing policy

ในแง่ของการคิดค่ารักษานั้น พิจารณาจากข้อมูลต่างๆ ดังนี้

### 1) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย

จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ และประกันสังคม ถูกคิดค่ารักษาต่อหน่วย RW ที่ใกล้เคียงกัน แต่สูงกว่าผู้ป่วยบัตรทองถึง 2 เท่า ซึ่งลักษณะเช่นนี้เป็นในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยโรงพยาบาลศูนย์มีการคิดค่ารักษาต่อหน่วย RW ที่ใกล้เคียงกันระหว่างผู้ป่วยบัตรทอง และผู้ป่วยสิทธิข้าราชการมากที่สุด และโรงพยาบาลเอกชนมีการคิดค่ารักษาต่อหน่วย RW สูงที่สุด ความแตกต่างของการคิดค่ารักษานั้น อาจเกิดจากค่าบริการที่ไม่ใช่ค่ารักษาโดยตรง เช่น ค่าห้องพิเศษ ค่าบริการอื่นๆ หรืออาจจะเป็นความแตกต่างกันของวิธีคำนวณราคาพยาบาลและบริการ ทั้งนี้การศึกษานี้ไม่สามารถสรุปได้เนื่องจากไม่ได้แยกค่าใช้จ่ายเป็นแต่ละรายการ แต่หากค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกันนั้น ไม่ได้เกิดจากวิธีคิดราคาที่แตกต่างกัน ก็เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยตรง ซึ่งรวมค่าห้องพิเศษด้วย มีจำนวนเกือบเท่ากับค่ารักษา หากยึดว่าผู้ป่วยบัตรทองมีเฉพาะค่ารักษาเท่านั้น ซึ่งน่าจะอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง

## 3. สรุปข้อค้นพบที่จะนำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินงานของกองทุน

ข้อสรุปที่สำคัญสำหรับแต่ละกองทุน จะนำไปสู่ข้อเสนอบางประการ ที่อาจจะช่วยปรับให้การจัดการระบบประกันสุขภาพ นำไปสู่การบริการสุขภาพที่เสมอภาคกันได้ อย่างไรก็ดี ข้อสรุปและข้อเสนอดังกล่าวนี้ มาจากการตีความและคาดคะเนจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในที่มีอยู่ ซึ่งอาจจะไม่รอบด้านและครบถ้วน ดังนั้นการตัดสินใจของกองทุน อาจจะตั้งอยู่บนเหตุผลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ที่ไม่ได้นำเสนอไว้ในการศึกษานี้ได้ โดยข้อสรุปและข้อเสนอสำหรับแต่ละกองทุน มีดังนี้

### 3.1. กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะในส่วนของผู้ป่วยบัตรทองที่สำคัญ ได้แก่

- 1) อัตราป่วยตายสูงสุดในบางโรค และอัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำภายใน 28 วัน สูงสุดในบางโรค อาจจะสะท้อนประเด็นคุณภาพบริการ ซึ่งหากเปรียบเทียบในโรงพยาบาลระดับเดียวกัน จะพบว่าผู้ป่วยบัตรทองมีอัตราป่วยตายสูงกว่าผู้ป่วยสิทธิข้าราชการในหลายโรค โดยเฉพาะโรคเฉียบพลันที่มีโอกาสเสียชีวิตค่อนข้างมาก อาทิเช่น โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการบาดเจ็บทางสมอง หรือการรับผู้ป่วยในซ้ำภายใน 28 วัน กรณีโรคถุงลมโป่งพอง

#### ข้อเสนอแนะ

- ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุของการตายเหล่านั้น ว่ามาจากอุปสรรคในการเข้าถึงบริการระดับสูง ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยด้านการเดินทาง หรือเกิดจากเงื่อนไขของการใช้บริการ ตามสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขของการจ่ายเงิน หรือเป็นเรื่องของคุณภาพบริการ

- ควรปรับเงื่อนไขการใช้บริการ ให้เอื้อต่อการรักษาโรคเฉียบพลันที่มีอาการรุนแรงถึงเสียชีวิต โดยมีแรงจูงใจให้กับสถานพยาบาลในการรักษาโรคเหล่านั้นภายใต้บริการที่ได้มาตรฐานเดียวกันกับผู้ป่วยสิทธิอื่น
- 2) จำนวนครั้งเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาลที่สูงในบางโรค และต่ำในบางโรค อาทิเช่น โรคถุงลมโป่งพองมีจำนวนครั้งในการนอนบ่อยครั้งที่สุด ในขณะที่โรคมะเร็งและภาวะไตวายเรื้อรังมีจำนวนครั้งในการนอนต่ำที่สุด กรณีที่มีการนอนบ่อยครั้งสำหรับโรคถุงลมโป่งพอง น่าจะเป็นปัญหาจากการควบคุมโรคได้ไม่ดีของผู้ป่วย ในขณะที่การนอนที่น้อยครั้งของโรคมะเร็งและภาวะไตวายเรื้อรัง อาจจะเป็นปัญหาการเข้าถึงบริการ

#### ข้อเสนอแนะ

- ควรพัฒนาเงื่อนไขการใช้บริการสำหรับโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคมะเร็ง และภาวะไตวายเรื้อรัง ที่มักจะต้องรักษาหลายครั้ง ให้สามารถใช้บริการได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยให้มีสิทธิเท่าเทียมกับสิทธิอื่น
  - ควรพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกให้สามารถควบคุมโรคบางอย่างได้ดีขึ้น ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง ให้ไม่มีอาการกำเริบจนต้องนอนโรงพยาบาลบ่อยครั้งจนเกินไป
- 3) อัตราการส่งต่อผู้ป่วยที่สูงในทุกกลุ่มโรค สะท้อนลักษณะการนอนโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลระดับต้น เป็นส่วนใหญ่ และมีบางโรคที่มีการส่งต่อมากกว่าสิทธิข้าราชการจากโรงพยาบาลระดับเดียวกัน ซึ่งความแตกต่างของอัตราการส่งต่ออาจจะสัมพันธ์กับเงื่อนไขการจ่ายเงิน การส่งต่อที่มาก อาจจะสัมพันธ์กับการขาดแรงจูงใจในการรักษาผู้ป่วยจนถึงที่สุดตามระดับความสามารถ อย่างไรก็ตาม การส่งต่อที่มากเกินไป น่าจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยมากกว่าการส่งต่อที่น้อยเกินไป

#### ข้อเสนอแนะ

- ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุของการส่งต่อ ว่าเนื่องมาจากความรุนแรงของโรค หรือจากการที่ผู้ป่วยร้องขอ หรือจากการตัดสินใจของแพทย์ที่ไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค
- 4) สัดส่วนของผู้ป่วยที่สูงในบางโรคและต่ำในบางโรค อาทิเช่น การมีสัดส่วนผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจที่สูงในผู้สูงอายุ และสัดส่วนผู้ป่วยกลุ่มโรคตาที่ต่ำ อาจจะสะท้อนผลของการป้องกันโรคหรือปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ กรณีโรคทางเดินหายใจ ที่ส่วนใหญ่ป้องกันได้นั้น ควรจะเน้นการป้องกันโรค สำหรับโรคตาที่ส่วนหนึ่งเป็นโรคที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด เช่น ต้อกระจก อาจจะสัมพันธ์กับข้อจำกัดในการรักษาของผู้ป่วย หรือเงื่อนไขของสิทธิประโยชน์

#### ข้อเสนอแนะ

- ควรเน้นการป้องกันโรคในโรคที่ป้องกันได้ เช่น โรคติดเชื้อ โรคที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
- ควรพัฒนาสิทธิประโยชน์ เพื่อเพิ่มโอกาสในการใช้บริการของบางกลุ่มโรค ให้เท่าเทียมกับสิทธิอื่น



- 5) สักส่วนการได้รับการทำหัตถการบางอย่างที่ต่ำ อาทิเช่น การขยายเส้นเลือดหัวใจ (PTCA) ซึ่งมีการทำหัตถการที่ต่ำกว่าสิทธิอื่น โดยสิทธิข้าราชการมีโอกาสทำการขยายเส้นเลือดหัวใจมากกว่า 1.5 เท่า เมื่อเทียบเฉพาะในโรงพยาบาลที่ทำหัตถการดังกล่าวได้ และการขยายเส้นเลือดหัวใจดังกล่าวช่วยลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้

ข้อเสนอแนะ

- ควรพัฒนาเงื่อนไขการใช้บริการและการจ่ายเงิน ที่เอื้อต่อการได้รับการทำหัตถการที่สำคัญ ได้แก่ การขยายเส้นเลือดหัวใจ ฯลฯ ที่มีผลต่อการลดโอกาสเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อน
- 6) วันนอนเฉียนานที่สุดในบางกลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคทางจิตเวช อาจจะสะท้อนเงื่อนไขการให้บริการและการจ่ายเงินที่เอื้อต่อการนอนโรงพยาบาลระยะยาวในโรคดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การนอนนานในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช อาจจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วย เนื่องจากบางโรคต้องนอนรักษาเป็นเวลานาน และเงื่อนไขการจ่ายเงินในปัจจุบันก็ไม่ได้เอื้อให้นอนนาน ดังนั้นการนอนนานที่เกิดขึ้นน่าจะเป็นจากความจำเป็นทางการแพทย์และสังคม

ข้อเสนอแนะ

- ควรศึกษาระยะเวลาที่เหมาะสมในการนอนโรงพยาบาลในบางโรค และปรับวิธีการจ่ายเงินให้เหมาะสมกับโรคนั้น อาทิเช่นการปรับเพิ่มหรือลดจำนวนวันนอนที่สามารถเบิกได้จากกองทุน ให้เหมาะสมกับลักษณะของโรค

### 3.2. กองทุนสวัสดิการข้าราชการ

ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะในส่วนของผู้ป่วยสิทธิข้าราชการที่สำคัญ ได้แก่

- 1) อัตราผู้ป่วยตายสูงสุดในบางโรค และอัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำภายใน 28 วัน สูงสุดในบางโรค อาจจะสะท้อนประเด็นคุณภาพบริการ ได้แก่ การตายจากโรคดูลมโป่งพอง หรืออาจจะสะท้อนการตัดสินใจสถานที่เสียชีวิต ได้แก่ การตายในโรคมะเร็ง รวมทั้งประเด็นการรับผู้ป่วยในซ้ำภายใน 28 วัน กรณีโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และไตวายเรื้อรัง ซึ่งยังไม่สามารถแยกกรณีการรับผู้ป่วยในซ้ำที่วางแผนไว้ล่วงหน้าออกจากกรณีที่ไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้าได้

ข้อเสนอแนะ

- ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุของการตายเหล่านั้น ว่ามาจากการตัดสินใจสถานที่เสียชีวิต หรือเป็นเรื่องของคุณภาพบริการ
- ควรพัฒนาระบบติดตามคุณภาพบริการ โดยเฉพาะบริการที่เกินจำเป็นและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา โดยเฉพาะในโรคที่ซับซ้อนและเรื้อรัง
- ควรศึกษาว่าการรับผู้ป่วยในซ้ำของโรคเรื้อรัง เกิดจากการวางแผนล่วงหน้า (planned readmission) หรือเกิดเป็นรับผู้ป่วยซ้ำที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า (unplanned)

- 2) สัดส่วนของผู้ป่วยที่สูงในบางโรค อาทิเช่น การมีสัดส่วนผู้ป่วยโรคตา โรคทางเดินปัสสาวะ และโรคระบบต่อมไร้ท่อที่สูงในผู้สูงอายุ อาจสะท้อนปัจจัยเสี่ยงของโรค ผลของการป้องกันโรค หรือปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถรักษาได้

ข้อเสนอแนะ

- ควรเน้นการป้องกันโรคในโรคที่ป้องกันได้ เช่น โรคเบาหวาน รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น ภาวะไตวาย และอาการทางตาจากโรคเบาหวาน
- 3) สัดส่วนการได้รับการทำหัตถการบางอย่างที่สูง อาทิเช่น การผ่าตัดคลอด (C-section) ซึ่งสูงถึง 45% และสูงกว่าสิทธิอื่นอย่างชัดเจน ทั้งนี้อาจจะมีแรงจูงใจจากวิธีการจ่ายเงินที่เอื้อต่อการทำหัตถการดังกล่าว หากมองในแง่เหตุผลทางการแพทย์แล้ว อัตราการผ่าตัดคลอดอาจจะไม่สูงมากนัก แต่เนื่องจากปัจจัยอื่น ซึ่งน่าจะเป็นความนิยมของผู้คลอดประกอบกับเงื่อนไขการจ่ายเงิน ทำให้หัตถการดังกล่าวสูงกว่าสิทธิอื่นอย่างเห็นได้ชัด

ข้อเสนอแนะ

- ควรศึกษาลักษณะการผ่าตัดคลอด ว่ามาจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในสัดส่วนเท่าใด และควรประเมินภาระค่าใช้จ่ายของกองทุน ว่าสมควรแบกรับภาระค่าใช้จ่ายนั้นอย่างไรจึงจะเหมาะสม และเอื้อต่อบริการที่ควรจะเป็น แต่การผลักภาระไปให้ประชาชนทั้งหมด ก็จะกระทบต่อความเป็นธรรมในการได้รับบริการได้
- 4) ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยนำหนักสัมพัทธ์ที่สูง อาจสะท้อนภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากบริการอื่นๆ ที่เพิ่มเติมไปจากการรักษา อาทิเช่น ค่าห้องพิเศษ หรือบริการอื่นๆ ซึ่งถ้ามากเกินไป ก็จะเป็นบริการที่เกินจำเป็น และมีผลต่อรายจ่ายสุขภาพของประเทศ หรืออาจจะเกิดจากการคิดค่ารักษาที่แตกต่างกันระหว่างกองทุน

ข้อเสนอแนะ

- ควรศึกษาค่าใช้จ่ายต่อหน่วยนำหนักสัมพัทธ์ที่เหมาะสม โดยแยกบริการด้านรักษา และบริการที่ไม่ใช่การรักษาโดยตรง รวมทั้งประมาณสัดส่วนของค่าบริการอื่นๆต่อค่าบริการทั้งหมดที่เหมาะสม และภาระที่กองทุนควรแบกรับ กรณีเป็นบริการอื่นๆที่ไม่ใช่การรักษาโดยตรง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายการให้สวัสดิการแก่ข้าราชการเป็นสำคัญด้วย
- 5) วันนอนเฉลี่ยที่สูงกว่าสิทธิอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเทียบกับวันนอนมาตรฐานแล้ว พบว่าสูงกว่าวันนอนมาตรฐานตามกลุ่มโรคถึง 1.44 เท่า ซึ่งเป็นเครื่องสะท้อนแนวโน้มของผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา ว่ามีแรงจูงใจบางอย่างในการนอนนานกว่าปกติ ซึ่งน่าจะสัมพันธ์กับเงื่อนไขและวิธีการจ่ายเงินโดยตรง หากมองในแง่คุณภาพบริการหรือความพึงพอใจของผู้ป่วย ก็อาจจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยในการสร้างความสบายใจแก่ผู้ป่วยที่ต้องการรักษาจนหายสนิท รวมทั้งความสบายใจของแพทย์ด้วย แต่หากมองในแง่การใช้ทรัพยากรและความเป็นธรรมแล้ว ประเด็นดังกล่าวก็อาจจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไข

### ข้อเสนอแนะ

- ควรศึกษาระดับการนอนนานที่ยอมรับได้ ซึ่งอาจจะนานกว่าค่าเฉลี่ย แต่ก็ควรจะมีการจำกัดในระดับหนึ่ง เพื่อไม่ให้การนอนนานนั้นมากเกินไป ซึ่งจะเป็นภาระต่อระบบและผู้ป่วย ทั้งนี้อาจจะปรับระบบการจ่ายเงิน ที่ใช้อัตราลดหย่อนของการเบิกจ่ายเมื่อมีการนอนนานกว่าค่ามาตรฐาน แต่ไม่ควรกำหนดจำนวนวันนอนที่เบิกได้อย่างตายตัว ซึ่งจะกระทบต่อผู้ป่วยหากจำเป็นต้องนอนนาน

### 3.3. กองทุนประกันสังคม

ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะในส่วนของผู้ป่วยประกันสังคมที่สำคัญ ได้แก่

- 1) อัตราป่วยตายสูงสุดในบางโรค ได้แก่ โรคเบาหวานและภาวะไตวายเรื้อรัง อาจจะสะท้อนประเด็นคุณภาพบริการ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ต้องมารักษาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาอัตราป่วยตายที่สูงในโรคเบาหวานและไตวายเรื้อรัง อาจจะเป็นปัญหาความต่อเนื่องของบริการ ทำให้ไม่สามารถคุมโรคได้ดี ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนเสียชีวิต

### ข้อเสนอแนะ

- ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุของการตายเหล่านั้น ว่ามาจากปัญหาความต่อเนื่องของบริการ หรือเกิดจากเงื่อนไขของการใช้บริการ ตามสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขของการจ่ายเงิน หรือเป็นเรื่องของคุณภาพบริการ
  - ควรปรับเงื่อนไขการให้บริการ ให้เอื้อต่อการรักษาโรคเรื้อรัง โดยมีแรงจูงใจให้กับสถานพยาบาลในการรักษาโรคเหล่านั้นอย่างต่อเนื่อง
- 2) อัตราการส่งต่อผู้ป่วยที่ต่ำในทุกกลุ่มโรค สะท้อนลักษณะการนอนโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลระดับสูง เป็นส่วนใหญ่ อัตราการส่งต่อโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยประกันสังคม จะใกล้เคียงกับอัตราการส่งต่อของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชน ของผู้ป่วยกองทุนอื่น แต่ต่ำกว่าของโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งหากการรักษาผู้ป่วยประกันสังคมมีการรักษาในโรงพยาบาลระดับต้นด้วยแล้ว อัตราการส่งต่อเฉลี่ยที่ได้นี้ ก็จะต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งอาจจะไม่เป็นผลดีกับผู้ป่วยได้ หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อ ทั้งนี้วิธีการจ่ายเงินรวมทั้งการตามจ่าย อาจจะส่งผลกระทบต่อลักษณะการส่งต่อผู้ป่วยที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นได้

### ข้อเสนอแนะ

- ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงอัตราการส่งต่อ เปรียบเทียบในโรงพยาบาลระดับเดียวกัน เช่น ระหว่างโรงพยาบาลเอกชนด้วยกัน ว่ามีความแตกต่างจากผู้ป่วยบัตรทองหรือไม่ แต่หากเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ด้วยกัน อาจจะมีข้อจำกัดเนื่องจากผู้ป่วยบัตรทองที่รักษาที่โรงพยาบาลศูนย์มักจะมีอาการรุนแรงและอาจจะถูกส่งต่อมากกว่า

- ควรปรับวิธีการจ่ายเงิน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการส่งต่อน้อยกว่าที่ควรจะเป็น อาทิเช่น การมีกองทุนกลางที่ใช้กรณีส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับที่สูงขึ้น เช่น ไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- 3) สัดส่วนของผู้ป่วยกรณีการตั้งครุฑและการคลอดที่ต่ำที่สุด ซึ่งอาจจะมาจากการตั้งครุฑที่น้อยของผู้ที่มีสิทธิประกันสังคม คือความนิยมในการตั้งครุฑที่ต่ำกว่ากลุ่มอื่น หรืออาจจะเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวกับการตั้งครุฑและการคลอด ที่ไม่จูงใจมากพอหรือไม่เอื้อให้คนกลุ่มนี้มีบุตร หรือจากเหตุผลอื่น ทั้งนี้หากเกิดจากประเด็นสิทธิประโยชน์ที่ไม่เอื้อ ก็ควรจะมีการปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ

- ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงเหตุผลของการตั้งครุฑและคลอดบุตรที่น้อยกว่าสิทธิอื่น หากเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดของสิทธิประโยชน์ หรือวิธีการจ่ายเงิน กองทุนควรพิจารณาหาทางปรับปรุงเงื่อนไขต่างๆให้เหมาะสม
- 4) อัตราการผ่าตัดคลอดที่ต่ำที่สุด อาจจะเกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ที่ไม่จูงใจให้มีการผ่าตัดคลอด ซึ่งอาจจะเป็นผลเสียต่อผู้คลอดได้ หากมีความจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดแล้วได้การทำคลอดด้วยวิธีการอื่นที่เสี่ยงอันตรายกว่า ดังจะเห็นได้จากการใช้วิธีการคลอดด้วยหัตถการแบบอื่นมาทดแทน เช่น การคลอดด้วยคีม หรือเครื่องดูด ที่มากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

- ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงผลลัพธ์ของการคลอดบุตร ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ โดยเฉพาะผลที่เกิดขึ้นกับทารก และสัดส่วนการคลอดด้วยวิธีผ่าตัดที่ควรจะเป็น ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เพื่อประเมินว่าอัตราการผ่าตัดคลอดต่ำกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่
  - ควรศึกษาเหตุผลของการตัดสินใจวิธีการคลอดบุตร ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับระยะเวลาพักฟื้นเพื่อกลับไปทำงาน แต่หากเกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ และวิธีการจ่ายเงิน กองทุนควรพิจารณาปรับปรุง โดยเฉพาะวงเงินที่กองทุนจ่ายกรณีคลอดบุตร ซึ่งอาจจะต่ำเกินไปหากจำเป็นต้องผ่าตัด
- 5) วันนอนเฉลี่ยที่ต่ำกว่าสิทธิอื่น ในกลุ่มโรคโดยส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบางกลุ่มโรค เช่น กลุ่มโรคทางจิตเวช ซึ่งต่ำกว่าอีก 2 กองทุนถึง 6-8 เท่า หากเปรียบเทียบกับวันนอนมาตรฐานจะใกล้เคียงกัน (0.96 ของวันนอนมาตรฐาน) แต่การที่วันนอนต่ำกว่าอีก 2 กองทุน อาจเกิดจากลักษณะโรคที่เป็น หรือเงื่อนไขของสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะการรักษาผู้ป่วยที่ต้องใช้เวลานาน

ข้อเสนอแนะ

- ควรศึกษาถึงอัตราการใช้บริการและวันนอน กรณีการป่วยทางจิตเวชที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งจะเป็นเครื่องสะท้อนโอกาสการเข้าถึงบริการ สิทธิประโยชน์ และวิธีการจ่ายเงินในกรณีดังกล่าว หากต่ำมาก ควรมีการปรับปรุงสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายเงินให้เหมาะสม

## สรุป

จากการเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยในระหว่างกองทุน จะเห็นว่าผู้ป่วยบัตรทองมีการนอนในโรงพยาบาลระดับต้นที่มากกว่า ทำให้วันนอนเฉลี่ย และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยต่ำกว่าสิทธิข้าราชการ ในขณะที่ผู้ป่วยประกันสังคมมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยต่ำที่สุด จากปัจจัยด้านอายุและโรคที่เป็น โดยผู้ป่วยสิทธิข้าราชการมีวันนอนที่นานที่สุด ได้รับการทำหัตถการบางอย่างที่มากที่สุด รวมทั้งค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ ที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยประกันสังคม แต่มากกว่าผู้ป่วยบัตรทองถึง 2 เท่า และเนื่องจากการใช้บริการของผู้ป่วยสิทธิข้าราชการและประกันสังคม ส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้อัตราการส่งต่อต่ำกว่าผู้ป่วยบัตรทอง และมีอัตราป่วยตายต่ำกว่าผู้ป่วยบัตรทองในหลายโรค แต่อย่างไรก็ดี ในกลุ่มโรคมะเร็ง กลับพบว่าผู้ป่วยสิทธิข้าราชการมีอัตราป่วยตายที่มากกว่า ทั้งนี้อาจจะสัมพันธ์กับลักษณะการตัดสินใจในการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือที่บ้านที่แตกต่างกัน โดยสรุปจะเห็นว่า มีดัชนีชี้วัดบริการบางอย่างที่แตกต่างกันระหว่างกองทุน ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับการตัดสินใจให้บริการของแพทย์ รวมทั้งปัจจัยของตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นกลไกหลักประกันสุขภาพจึงควรให้การสนับสนุนในการลดช่องว่างบางอย่างลง เพื่อให้การให้บริการผู้ป่วยมีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน