HITAP
Health Intervention and Technology Assessment Program
FOUNDATION

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

9 คำถาม 9 คำตอบ

เพื่อความเข้าใจนโยบายการจัดสรรงบผู้ป่วยในระดับเขตแบบใหม่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



สำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาล
และผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพ

จัดทำโดย คณะกรรมการร่วมเพื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการเงินการคลังกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

คำนำ

เรื่องงบประมาณอาจดูเป็นเรื่องของตัวเลข แต่แท้จริงแล้ว วิธีจัดสรรงบประมาณมีส่วนกำหนดวิธีที่ระบบบริการสุขภาพทำงานร่วมกัน

จากการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยในรูปแบบเดิม สู่แนวคิดใหม่ที่ไม่ได้มองเพียงว่า “ให้บริการมาก จึงจะได้รับงบมาก” แต่ยังคำนึงถึงคุณภาพ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และการทำงานร่วมกันของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ

หนังสือเล่มนี้ชวนทำความเข้าใจ **CARE Model** ซึ่งเป็นแนวทางใหม่ในการออกแบบการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยใน ผ่าน 9 คำถามสำคัญ ตั้งแต่เหตุผลที่ต้องปรับเปลี่ยนระบบ กลไกของ CARE Model ไปจนถึงการเตรียมความพร้อมและการติดตามผล เพื่อให้ทุกฝ่ายเห็นภาพเดียวกันและร่วมกันพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เดินหน้าไปด้วยกัน

สารบัญ

หน้า

ทำไมต้องเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบผู้ป่วยใน? 4

ระบบการจัดสรรงบผู้ป่วยในตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวม 7
ที่ปรับแล้วเป็นอย่างไร?

การจัดสรรตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่ปรับแล้ว 10
มีข้อจำกัดอะไร? ทำไมต้องปรับเปลี่ยน?

มีทางแก้ไขปัญหาการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยใน 13
ให้ดีกว่านี้ไหม ทำอย่างไร?

ปรับงบประมาณตามคุณภาพบริการทำอย่างไร? 16

กลไกราคาต่อหน่วยแบบก้าวหน้าทำอย่างไร? 19

นโยบายใหม่ใช้สำหรับการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยใน 22
ระดับเขต แล้วการจัดสรรในระดับโรงพยาบาล
ในแต่ละเขต จะดำเนินการอย่างไร?

เขตสุขภาพและโรงพยาบาลต้องเตรียมตัวอย่างไร? 25

จะทราบได้อย่างไรว่านโยบายนี้ได้ผลดี? 28

Q.1

คำถาม

ทำไมต้องเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบผู้ป่วยใน?

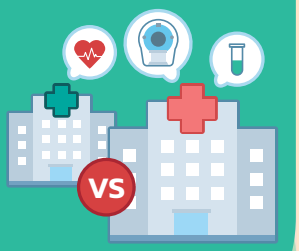
ผู้ป่วยใน
เพิ่มขึ้น



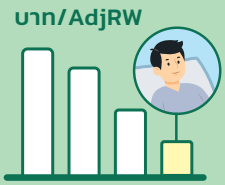
งบประมาณ
เพิ่มไม่ทัน



โรงพยาบาล
แข่งขัน
เพิ่มบริการ



อัตราชดเชย
ต่อหน่วยลดลง



ความเสี่ยง
ด้านการเงิน
เพิ่มขึ้น

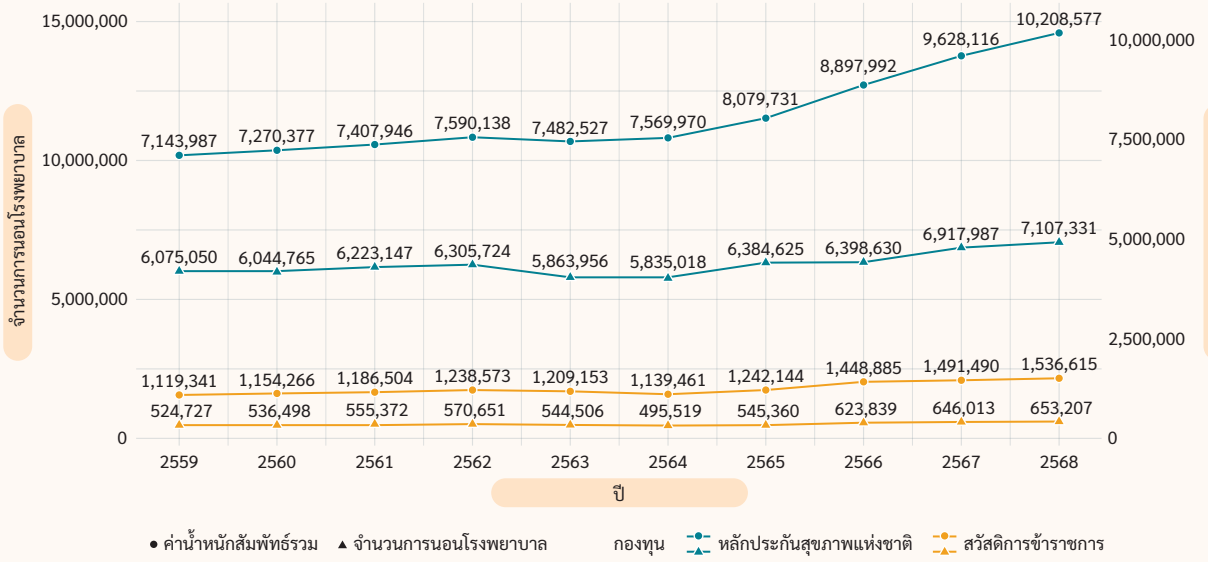


ระบบเดิม
ไม่ยั่งยืน



คำตอบ

ในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา **ปริมาณบริการผู้ป่วยในภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว** ทั้งจำนวนการนอนโรงพยาบาล และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวม (total adjusted relative weight) เมื่อเทียบกับกองทุนสุขภาพอื่น **ขณะที่งบประมาณที่จัดสรรเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย** (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 จำนวนการนอนโรงพยาบาลและค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวม ของแต่ละกองทุนในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา

ปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การชดเชยความต้องการรักษาที่สะสมในช่วงการระบาดของโควิด-19 รวมถึงโครงสร้างแรงจูงใจของระบบการจ่ายเงินในปัจจุบัน ซึ่งเอื้อต่อการเพิ่มบริการผู้ป่วยในมากกว่าผู้ป่วยนอก ต่างจากกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ที่โรงพยาบาลสามารถสร้างรายได้จากทั้งสองประเภทบริการ

ในขณะที่ระบบ UC มีการเพิ่มบริการผู้ป่วยในอย่างต่อเนื่อง กลับพบว่า **โรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการขาดสมดุลทางการเงินเพิ่มขึ้น** สะท้อนข้อจำกัดของระบบจัดสรรงบแบบเดิม โดยเฉพาะภายใต้งบปลายปิด **ซึ่งยิ่งให้บริการมาก อัตราการชดเชยต่อหน่วยกลับลดลง** แม้จะมีการปรับเป็นอัตราคงที่ต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (เช่น 8,350 หรือ 10,000 บาท) แต่ก็ยังมีความเป็นไปได้ที่ไม่สามารถสะท้อนต้นทุนจริงได้อย่างเพียงพอ









หากไม่มีการปรับเปลี่ยนกลไก อาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การเพิ่มบริการเกินความจำเป็น หรือการบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง (upcoding) ซึ่งส่งผลกระทบต่อความโปร่งใสและประสิทธิภาพของระบบ และในระยะยาว หากมีการปรับอัตราชดเชยให้ครอบคลุมต้นทุนจริงทั้งหมด ก็อาจกระทบต่อความยั่งยืนทางการเงินของกองทุนฯ หรือเป็นภาระทางการคลังของประเทศ

ดังนั้น การปรับวิธีการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยในครั้งนี้ มีพื้นฐานจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนตรงกันว่า ระบบเดิมกำลังส่งสัญญาณแรงจูงใจที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การแข่งขันเพิ่มปริมาณบริการผู้ป่วยในโดยไม่สอดคล้องกับต้นทุนที่แท้จริง และเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่กระทบต่อเสถียรภาพทางการเงินของโรงพยาบาลและความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระยะยาว

Take home message

บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง แต่งบประมาณเพิ่มไม่ทัน

ทำให้ระบบเดิมเริ่มสร้างแรงจูงใจที่ไม่เหมาะสม และกระทบต่อเสถียรภาพทางการเงินของโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้อง **ปรับวิธีจัดสรรงบประมาณ**

Q.2

คำถาม

ระบบการจัดสรรงบผู้ป่วยในตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่ปรับแล้วเป็นอย่างไร?



คำตอบ



ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight – RW)
คือตัวแปรหลักที่ใช้ในการจัดสรรงบประมาณค่าบริการผู้ป่วยในให้กับโรงพยาบาล ถูกออกแบบมาเพื่อสะท้อนภาระงานและความซับซ้อนของผู้ป่วยแต่ละรายได้แม่นยำกว่าการนับแค่จำนวนครั้งในการนอนรักษา



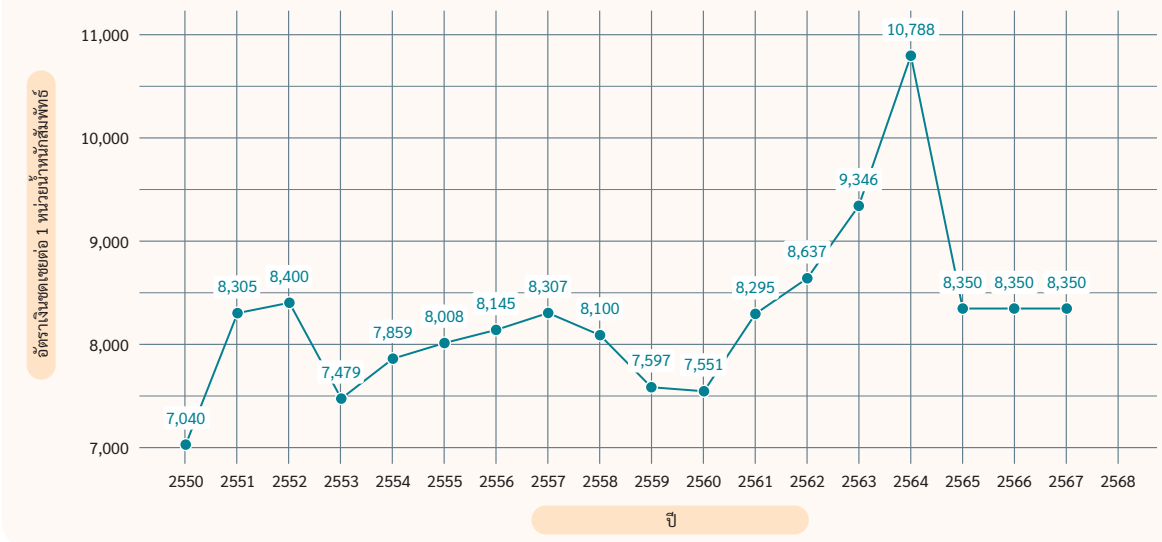
ผู้ป่วยในแต่ละรายจะถูกจัดกลุ่มตามกลุ่มโรค (DRG)
ซึ่งจะมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ประจำตัวอยู่ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่จะมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สูงกว่าผู้ป่วยผ่าตัดเล็ก เป็นต้น



ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted Relative Weight – AdjRW)
เพื่อให้สามารถนำค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยแต่ละรายมารวมกันได้ ระบบจะนำค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มาคูณกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น จำนวนวันนอนที่เกินเกณฑ์ กลายเป็นค่า AdjRW ของผู้ป่วยรายนั้น ๆ



ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่ปรับแล้ว (Total AdjRW)
เดิมทีสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติจะจัดสรรเงินชดเชยค่าบริการผู้ป่วยในให้แต่ละโรงพยาบาลตามค่า Total AdjRW คือนำค่า AdjRW ของผู้ป่วยทุกรายในโรงพยาบาลมารวมกัน อย่างไรก็ตาม หากงบประมาณค่าบริการผู้ป่วยในเป็นแบบปลายปิด คือมีงบประมาณคงที่ตามที่ตั้งไว้ก่อนปีงบประมาณ จะส่งผลให้อัตราเงินชดเชยต่อ 1 หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ไม่คงที่ขึ้นกับจำนวนค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่โรงพยาบาลทั้งประเทศผลิตขึ้น



รูปที่ 2 อัตราเงินชดเชยต่อ 1 หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์
ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา

อัตราเงินชดเชยต่อ 1 หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ (AdjRW)

ในการจัดสรรงบประมาณ สปสช. จะกำหนด "มูลค่าต่อหน่วย" หรือราคาของ AdjRW 1 หน่วย โดยในปีงบประมาณ 2569 อัตรานี้ถูกกำหนดไว้ที่ 8,350 บาท ต่อ AdjRW หรือ 3,505 บาท ต่อ AdjRW สำหรับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหลังจากหักค่าแรงบุคลากรที่ได้รับการจัดสรรผ่านงบประมาณแผ่นดินออกไป



Take home message

การจัดสรรงบประมาณระบบเดิม โรงพยาบาลได้รับงบตามปริมาณและความซับซ้อนของการรักษา

แต่เนื่องจากงบประมาณรวมมีจำกัด เงินชดเชยต่อหน่วยจึงไม่คงที่ และขึ้นอยู่กับปริมาณบริการของโรงพยาบาลทั้งประเทศ

Q.3

คำถาม

การจัดสรรตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่ปรับแล้ว มีข้อจำกัดอะไร? ทำไมต้องปรับเปลี่ยน?



ระบบเดิมเกิดปัญหา

- รายได้ไม่แน่นอน
- เงินชดเชยไม่พอ
- ความตึงตัวทางการเงิน



ปรับระบบ ปี 2569

- คาดการณ์รายได้ได้ดีขึ้น
- บริหารระดับเขต

แต่แรงจูงใจยังไม่สมบูรณ์

พัฒนาต่อเป็น CARE model

คำตอบ



ระบบเดิม เกิดปัญหา

จากสถานการณ์ที่ปริมาณการให้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นอย่างมาก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ประกอบกับการจัดสรรงบแบบปลายปิด ส่งผลให้โรงพยาบาลจำนวนมากไม่ได้รับเงินชดเชยตามที่คาดการณ์ไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ เกิดปัญหาความตึงตัวทางการเงิน และมีผลกระทบต่อความสามารถในการชำระหนี้ค่ายาและเวชภัณฑ์

ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ร่วมกันปรับกลไกการจัดสรรงบผู้ป่วยใน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 โดยกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับแล้ว (AdjRW) แบบคงที่ และจัดสรรงบในระดับเขตสุขภาพ โดยอ้างอิงข้อมูลผลงานในปีที่ผ่านมา เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถคาดการณ์รายได้ได้ดีขึ้น และส่งเสริมการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันในระดับเขตสุขภาพ

กลไกใหม่นี้ยังออกแบบให้เกิดแรงจูงใจเชิงบวก กล่าวคือ



หากเขตสุขภาพสามารถบริหารจัดการบริการผู้ป่วยในให้อยู่ภายใต้งบประมาณที่ได้รับจัดสรร จะสามารถนำทรัพยากรส่วนที่เหลือไปพัฒนาบริการด้านอื่นที่จำเป็นต่อประชาชนได้

อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่มีการให้บริการเกินกว่างบประมาณที่จัดสรร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำเป็นต้องบริหารงบจากส่วนอื่นมาชดเชย ซึ่งอาจส่งผลต่อเสถียรภาพของกองทุนในภาพรวม

แม้การปรับระบบดังกล่าวจะช่วยเพิ่มความแน่นอนของรายได้และส่งเสริมความร่วมมือในระดับเขตสุขภาพ แต่จากการวิเคราะห์ด้วยกรอบทฤษฎีเกมส์ทางเศรษฐศาสตร์ **(ตารางที่ 1)** ยังพบว่า **โครงสร้างแรงจูงใจในปัจจุบันยังเอื้อต่อการเพิ่มปริมาณบริการผู้ป่วยในมากกว่าการควบคุมปริมาณบริการ** กล่าวคือ โรงพยาบาลที่พยายามควบคุมปริมาณอาจมีความเสี่ยงเสียเปรียบเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลที่ขยายปริมาณบริการ

ในระยะยาว หากไม่มีการปรับปรุงกลไกเพิ่มเติม **อาจนำไปสู่การใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น และกระทบต่อความเพียงพอของงบประมาณและความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

ตารางที่ 1 แสดงผลประเมินแรงจูงใจของเขตสุขภาพและโรงพยาบาลด้วยทฤษฎีเกมส์ทางเศรษฐศาสตร์

		เขตสุขภาพ/โรงพยาบาล A		ผลลัพธ์ของเขตสุขภาพ/โรงพยาบาล B
		ควบคุมปริมาณบริการผู้ป่วยใน	ไม่ควบคุมปริมาณบริการผู้ป่วยใน	
เขตสุขภาพ/โรงพยาบาล B	ควบคุมปริมาณบริการผู้ป่วยใน	A=2, B=2	A=3, B=1	2+1=3
	ไม่ควบคุมปริมาณบริการผู้ป่วยใน	A=1, B=3	A=2, B=2	3+2=5
ผลลัพธ์ของเขตสุขภาพ/โรงพยาบาล A		2+1=3	3+2=5	

Take home message

ระบบจัดสรรงบแบบใหม่ในปี 2569 ช่วยให้โรงพยาบาลคาดการณ์รายได้ได้ดีขึ้น และส่งเสริมการบริหารร่วมกันในระดับเขตสุขภาพ

แต่โครงสร้างแรงจูงใจยังเอื้อต่อการเพิ่มปริมาณบริการมากกว่าการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม จึงจำเป็นต้องพัฒนากลไกต่อไป

Q.4

คำถาม

มีทางแก้ไขปัญหาการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยในให้ดีกว่านี้ไหม ทำอย่างไร?



CARE Model คือแนวคิดใหม่ในการออกแบบแรงจูงใจของระบบ

ไม่ใช่แค่การเปลี่ยนสูตรคำนวณงบประมาณ



C Collaborative



A Area-based



R Reimbursement



E Excellence Model

คำตอบ

จากข้อจำกัดของระบบปัจจุบันที่ยังคงมีแรงจูงใจให้เพิ่มปริมาณบริการมากกว่าควบคุมความเหมาะสมของการใช้บริการ การพัฒนาระบบจัดสรรงบผู้ป่วยในในระยะต่อไปจึงควรมุ่ง **"ปรับโครงสร้างแรงจูงใจ"** ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของระบบสุขภาพมากขึ้น ทั้งด้านประสิทธิภาพ คุณภาพ และความยั่งยืนทางการเงิน

แนวทางใหม่มี 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่



1 ใช้ข้อมูลผลงานย้อนหลังหลายปี เพื่อลดความผันผวนและแรงจูงใจระยะสั้น

ด้วยการอ้างอิงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่ปรับแล้วเฉลี่ยย้อนหลัง 10 ปี เพื่อลดความผันผวนของงบประมาณ และลดแรงจูงใจในการเร่งเพิ่มผลงานในระยะสั้น



2 ปรับงบประมาณตามคุณภาพบริการ (Quality-adjusted TRW)

แทนที่จะใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่ปรับแล้วเพียงอย่างเดียวให้นำตัวชี้วัดคุณภาพและความปลอดภัยของบริการมาร่วมถ่วงน้ำหนัก เช่น อัตราภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ผลงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณสะท้อนทั้ง "ปริมาณ" "คุณภาพ" และ "เป้าหมาย" ของระบบสุขภาพของประเทศ ที่ต้องการให้ "สร้างนำซ่อม"



3 ใช้กลไกราคาต่อหน่วยแบบก้าวหน้า (Degressive price)

กำหนดให้อัตราการจ่ายต่อหน่วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับแล้วลดลงเมื่อมีการให้บริการเกินระดับที่กำหนด เช่น ส่วนที่เกินเป้าหมายจะได้รับอัตราชดเชยที่ลดลงตามลำดับ วิธีการนี้ช่วยลดแรงจูงใจในการเพิ่มปริมาณบริการเกินความจำเป็น โดยยังคงรักษาหลักการที่ "ให้บริการมากยังได้รายได้เพิ่ม" แต่ในอัตราที่ลดลง



ลดแรงจูงใจระยะสั้น



ส่งเสริมคุณภาพ



ใช้ทรัพยากรเหมาะสม



ระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

แนวทางทั้งสามนี้สามารถบูรณาการเป็นระบบจัดสรรงบรูปแบบใหม่ในระดับเขต ซึ่งเรียกว่า **CARE (Collaborative Area-based Reimbursement with Excellence) model** ซึ่งไม่ใช่เพียงการปรับวิธีการคำนวณงบประมาณ แต่เป็นการออกแบบ “แรงจูงใจใหม่” ที่ส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนร่วมกันควบคุมการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม ควบคู่กับการยกระดับคุณภาพบริการ เป้าหมายของระบบสุขภาพ และรักษาความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระยะยาว

Take home message

CARE Model ผสาน 3 กลไกสำคัญ ได้แก่

- การใช้ข้อมูลย้อนหลังหลายปี
- การคำนึงถึงคุณภาพบริการ
- กลไกราคาต่อหน่วยแบบก้าวหน้า

เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม ยกระดับคุณภาพบริการ และรักษาความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

Q.5

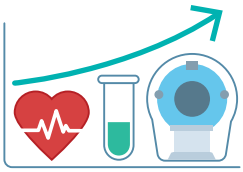
คำถาม

ปรับงบประมาณตาม คุณภาพบริการทำอย่างไร?

คุณภาพบริการมีผลต่อการจัดสรรงบประมาณ

เพราะ CARE Model ไม่ได้พิจารณาเฉพาะปริมาณบริการ แต่คำนึงถึงคุณภาพบริการด้วย เพื่อสร้างแรงจูงใจให้โรงพยาบาลพัฒนาคุณภาพควบคู่กับการให้บริการ

ปริมาณบริการ



คุณภาพบริการ





งบประมาณที่ได้รับ

โดยใช้ตัวชี้วัดคุณภาพ
มาปรับงบประมาณ

คำตอบ

การปรับงบประมาณตามคุณภาพบริการมีหลักการสำคัญคือ **การนำตัวชี้วัดด้านคุณภาพมาร่วมถ่วงน้ำหนักกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่ปรับแล้ว** เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณสะท้อนทั้ง “ปริมาณ” และ “คุณภาพ” ของบริการ

ในทางปฏิบัติ สามารถดำเนินการโดยกำหนดตัวชี้วัดที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย เช่น อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล อัตราการผ่าตัดคลอดเกินความจำเป็น สัดส่วนของกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ แล้วคำนวณเป็นอัตราส่วนมาตรฐานเปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละเขตสุขภาพกับค่าที่คาดหมายในระดับประเทศ (จากข้อมูลในอดีต) จากนั้นนำค่าสัดส่วนนี้แปลงเป็น “ตัวคูณคุณภาพ” เพื่อปรับงบประมาณที่แต่ละเขตสุขภาพจะได้รับ ดังตัวอย่างใน**ตารางที่ 2**

ตารางที่ 2 แสดงตัวอย่างการจัดสรรงบผู้ป่วยในด้วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่ปรับด้วยคุณภาพ

รายการ	เขตสุขภาพ A	เขตสุขภาพ B
งบประมาณผู้ป่วยในที่คำนวณได้จากค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่ปรับแล้ว	1,000 ล้านบาท	1,000 ล้านบาท
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ต่อ 1,000 การนอนโรงพยาบาล)	20 ครั้ง	40 ครั้ง
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในภาพรวม	25 ครั้ง	25 ครั้ง
Standardized ratio (SR)	20/25 = **0.8**	40/25 = **1.6**
การแปลผล	**คุณภาพดีกว่าเกณฑ์**	**คุณภาพต่ำกว่าเกณฑ์**
ตัวคูณคุณภาพ (ปัจจัยปรับ = 0.1)	**1–[0.1×(0.8–1)]=1.02**	**1–[0.1×(1.6–1)]=0.94**
งบประมาณผู้ป่วยในที่เขตสุขภาพได้รับจัดสรร (โควตา)	**1,000 ล้านบาท**	**940 ล้านบาท**

หมายเหตุ

1) ตัวอย่างนี้หยิบยกอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นตัวอย่าง ซึ่งในทางปฏิบัติสามารถเพิ่มตัวชี้วัดคุณภาพอื่น ๆ ได้อีก โดยมีหลักการคำนวณแบบเดียวกัน
2) ปัจจัยปรับเป็นการตัดสินใจของผู้บริหาร 0.1 แปลผลได้ว่าตัวชี้วัดคุณภาพนี้มีผลกระทบต่องบประมาณผู้ป่วยในเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น หากตัวชี้วัดดังกล่าวสูงกว่าผลที่คาดการณ์ในภาพรวม 1 เท่าตัว

สมมติว่า **เขตสุขภาพ A และ B** มีงบประมาณจากค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่ปรับแล้วเท่ากันที่ 1,000 ล้านบาท

เขตสุขภาพ A

มีอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่ำกว่าที่คาด คือเกิดขึ้นเพียง 80%
สะท้อนว่าคุณภาพบริการที่ดีกว่าเกณฑ์ ทำให้ได้รับงบประมาณเต็มจำนวน

เขตสุขภาพ B

มีอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สูงกว่าที่คาด คือสูงกว่าที่คาด 60%
สะท้อนคุณภาพบริการที่ต่ำกว่าเกณฑ์ ทำให้ได้รับงบประมาณลดลงเหลือ 940 ล้านบาท

จากตัวอย่างนี้แสดงให้เห็นว่า **แม้ปริมาณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่ปรับแล้วจะเท่ากันระหว่างสองเขตสุขภาพ แต่ผลลัพธ์ด้านคุณภาพสามารถส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณได้อย่างมีนัยสำคัญ**

ในเชิงนโยบาย ตัวชี้วัดคุณภาพสามารถปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับเป้าหมายของระบบสุขภาพในแต่ละช่วงเวลาได้ อย่างไรก็ตาม ไม่ควรมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยเกินไป (เช่น เปลี่ยนทุกปี) เนื่องจากโรงพยาบาลจำเป็นต้องใช้เวลาในการพัฒนาระบบบริการ บุคลากร และกระบวนการทำงาน การกำหนดตัวชี้วัดที่มีเสถียรภาพในช่วงระยะหนึ่ง จะช่วยให้ทุกโรงพยาบาลมีโอกาสพัฒนาได้อย่างเท่าเทียมและลดความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่

Take home message

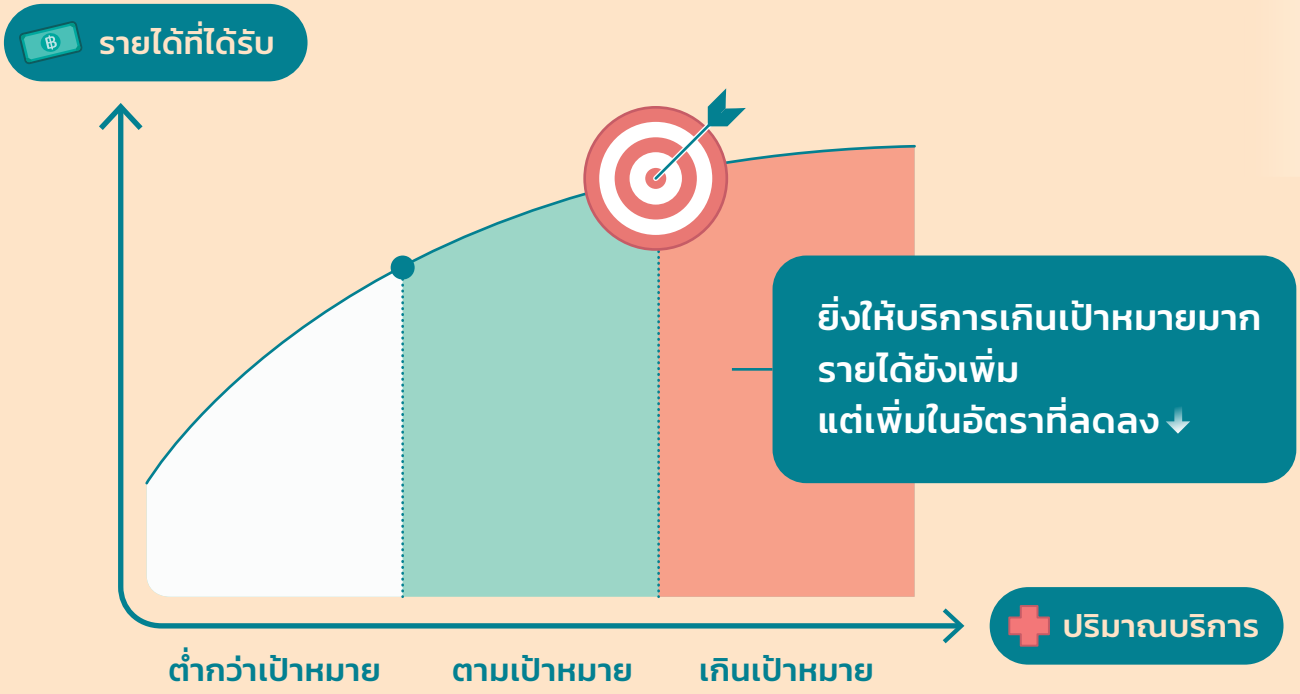
การจัดสรรงบประมาณจะพิจารณาทั้งปริมาณและคุณภาพของบริการ

โดยใช้ตัวชี้วัดคุณภาพมาปรับงบประมาณ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการ ไม่ใช่เพียงเพิ่มปริมาณการรักษา

Q.6

คำถาม

กลไกราคาต่อหน่วย แบบก้าวหน้าทำอย่างไร?



คำตอบ

กลไกราคาต่อหน่วยแบบก้าวหน้า
เป็นการใช้ “สัญญาณราคา” เพื่อชะลอการเพิ่มปริมาณบริการเกินความจำเป็น โดยกำหนดให้อัตราการจ่ายต่อหน่วยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับแล้วลดลง เมื่อมีการให้บริการเกินระดับที่กำหนด



ในทางปฏิบัติ สามารถกำหนดช่วงของปริมาณบริการ เช่น ผลงานไม่เกินระดับเป้าหมายที่กำหนด ได้รับอัตราชดเชยเต็ม ผลงานที่เกินระดับเป้าหมายในช่วงแรก ได้รับอัตราชดเชยลดลง (เช่น 90%) ผลงานที่เกินในระดับสูง ได้รับอัตราชดเชยลดลงมากขึ้น (เช่น 80% หรือต่ำกว่า) ดังตัวอย่างที่แสดงวิธีการจัดสรรงบผู้ป่วยในด้วยกลไกราคาต่อหน่วยแบบก้าวหน้าของเขตสุขภาพสมมุติใน**ตารางที่ 3**

แนวทางนี้ยังคงหลักการที่ว่า “ให้บริการมากยังมีรายได้เพิ่ม” แต่รายได้ส่วนเพิ่ม (marginal gain) จะลดลงตามลำดับ ทำให้การเพิ่มบริการเกินความจำเป็นมีความคุ้มค่าลดลง และช่วยลดแรงจูงใจในการเร่งผลิตบริการ

กลไกดังกล่าวมีข้อดีคือ

- ✔ ไม่ใช่การตัดงบประมาณแบบปลายปิด
- ✔ ยังคงมีราคากลางที่ชัดเจน
- ✔ ทำให้โรงพยาบาลสามารถวางแผนการเงินได้



อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องมีการติดตามพฤติกรรมการให้บริการอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการเพื่อหลีกเลี่ยงเกณฑ์ (gaming) เช่น การเลื่อนการรักษาข้ามปีงบประมาณ

โดยสรุป กลไกราคาต่อหน่วยแบบก้าวหน้าเป็นเครื่องมือสำคัญในการปรับสมดุลระหว่าง “แรงจูงใจในการให้บริการ” และ “การควบคุมการใช้ทรัพยากร” เพื่อสนับสนุนความยั่งยืนของระบบในระยะยาว

เงื่อนไขการจ่ายชดเชยแบบก้าวหน้า

- กรณีผลงานไม่เกิน 105% ของโควตาได้รับงบประมาณเต็มอัตรา 100%
- ผลงานส่วนที่เกิน 105% แต่ไม่เกิน 110% ของโควตา ได้รับงบประมาณ 90% ของอัตราปกติ
- ผลงานส่วนที่เกิน 110% ของโควตา ได้รับงบประมาณ 80% ของอัตราปกติ

(หรือพิจารณาเชิงนโยบายเป็นกรณี)

ตารางที่ 3 แสดงตัวอย่างของการใช้กลไกราคาต่อหน่วยแบบก้าวหน้า
ในการจัดสรรงบผู้ป่วยในของเขตสุขภาพสมมุติ

กรณีนี้เขตสุขภาพตัวอย่างได้รับจัดสรรโควตาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่ปรับแล้ว 250,000 หน่วย

ผลงานค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่ปรับแล้ว	≤250,000 (100%)	250,001 –262,500 (100%)	262,501 –275,000 (90%)	>275,000 (80%)	งบประมาณรวม (บาท)	อัตราเฉลี่ย (บาท/AdjRW)
220,000	220,000 ×10,000 = 2,200,000,000	-	-	-	**2,200,000,000**	10,000
260,000	250,000 ×10,000 = 2,500,000,000	10,000 ×10,000 = 100,000,000	-	-	**2,600,000,000**	10,000
280,000	250,000 ×10,000 = 2,500,000,000	12,500 ×10,000 = 125,000,000	12,500 ×10,000 ×90% = 112,500,000	5,000 ×10,000 ×80% = 40,000,000	**2,777,500,000**	~9,919
300,000	250,000 ×10,000 = 2,500,000,000	12,500 ×10,000 = 125,000,000	12,500 ×10,000 ×90% = 112,500,000	25,000 ×10,000 ×80% = 200,000,000	**2,937,500,000**	~9,792

Take home message

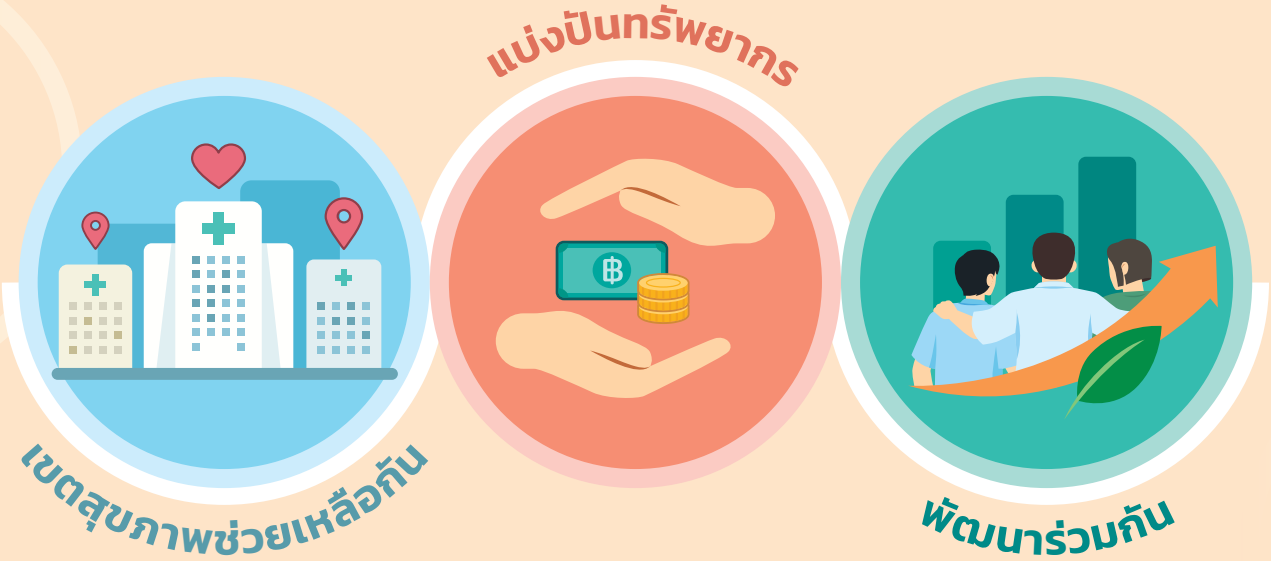
กลไกราคาต่อหน่วยแบบก้าวหน้า ช่วยลดแรงจูงใจในการเพิ่มบริการเกินความจำเป็น

โดยยังคงจ่ายชดเชยเมื่อมีการให้บริการเพิ่ม แต่ในอัตราที่ลดลงตามระดับผลงาน เพื่อสร้างสมดุลระหว่างการเข้าถึงบริการและการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม

Q.7

คำถาม

นโยบายใหม่ใช้สำหรับการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยในระดับเขต แล้วการจัดสรรในระดับโรงพยาบาลในแต่ละเขต จะดำเนินการอย่างไร?



คำตอบ

นโยบายใหม่ CARE model **ซึ่งอาจเริ่มใช้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2570 เป็นต้นไป** ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ ทั้งผลงานย้อนหลัง คุณภาพบริการ และกลไกราคาแบบก้าวหน้า เพื่อจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยในระดับเขตสุขภาพ

แต่ไม่แนะนำให้นำทุกองค์ประกอบไปใช้ในระดับการจัดสรรงบประมาณระหว่างโรงพยาบาลในแต่ละเขตสุขภาพ เนื่องจากจะทำให้ระบบมีความซับซ้อนสูง ยุ่งยากต่อการบริหารจัดการ และอาจขัดกับหลักการสำคัญของการทำงานในระดับเขตสุขภาพที่ต้องการ "ความร่วมมือ" มากกว่า "การแข่งขัน"

สาระสำคัญคือ ไม่ควรออกแบบระบบที่ทำให้โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงสามารถทำคะแนนได้ดีและอยู่รอดได้เพียงลำพัง ในขณะที่โรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดถูกทิ้งไว้ข้างหลัง แต่ควรสร้างแรงจูงใจให้ โรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า ช่วยพัฒนาและสนับสนุนโรงพยาบาลที่ยังมีข้อจำกัด เพื่อให้ทั้งเขตสุขภาพก้าวไปด้วยกัน

ดังนั้น แนวทางที่เสนอคือ ให้แต่ละเขตสุขภาพร่วมกันกำหนด **"ข้อตกลงภายในเขต"** ในการจัดสรรงบประมาณระหว่างโรงพยาบาล โดยสามารถเลือกใช้ เกณฑ์ที่เรียบง่าย โปร่งใส และคุ้นเคย เช่น การจัดสรรตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่ปรับแล้ว (Total AdjRW) เพียงอย่างเดียว หรือใช้สูตรที่มีองค์ประกอบจำกัด เพื่อให้เข้าใจง่ายและลดภาระการคำนวณ ควบคู่กับการกำหนดกลไกความร่วมมือภายในเขต เช่น การส่งต่อผู้ป่วย การใช้ทรัพยากรร่วมกัน หรือการพัฒนาคุณภาพแบบพี่ช่วยน้อง เป็นต้น



อย่างไรก็ตาม ควรทำความเข้าใจว่า ภายใต้ระบบใหม่นี้ เงินชดเชยต่อหน่วย AdjRW อาจแตกต่างกันในแต่ละเขตสุขภาพ และยังขึ้นอยู่กับปริมาณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่เกิดขึ้นจริงเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

ประเด็นนี้ ไม่ใช่ข้อจำกัดของระบบ แต่เป็นกลไกที่สะท้อนความรับผิดชอบร่วมกันของทั้งเขตสุขภาพ กล่าวคือ เขตที่สามารถบริหารจัดการปริมาณบริการได้เหมาะสม จะมีเสถียรภาพทางการเงินที่ดีกว่าและสามารถนำทรัพยากรไปพัฒนาระบบบริการได้มากขึ้น

โดยสรุป การจัดสรรในระดับโรงพยาบาลควรเน้น "ความเรียบง่าย ความยืดหยุ่น และความร่วมมือ" มากกว่าความซับซ้อนเชิงเทคนิค เพื่อให้เกิดการพัฒนาทั้งระบบในระดับเขตสุขภาพอย่างสมดุล และลดความเหลื่อมล้ำระหว่างโรงพยาบาลในระยะยาว



CARE Model ต้องการสร้างแรงจูงใจให้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพร่วมกันบริหารทรัพยากร พัฒนาคุณภาพ และสนับสนุนกัน

เพื่อให้ทั้งเขตก้าวไปด้วยกัน

8

คำถาม

เขตสุขภาพและโรงพยาบาล ต้องเตรียมตัวอย่างไร?



ระดับเขตสุขภาพ



สร้างความเข้าใจร่วมกัน



จัดทำข้อตกลงภายในเขต



ติดตามข้อมูลและตัวชี้วัด



ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล



ระดับโรงพยาบาล



ปรับระบบบริหารให้เน้นความเหมาะสมของการใช้บริการ



พัฒนาคุณภาพข้อมูลและเวชระเบียน



ยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของบริการ



วางแผนการเงินและบริหารความเสี่ยง

คำตอบ

การเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยในครั้งนี้ ไม่ได้เป็นเพียงการปรับวิธีคำนวณงบประมาณ แต่เป็นการปรับ **"วิธีคิดและวิธีบริหารจัดการระบบบริการ"** ในระดับเขตสุขภาพและโรงพยาบาล ดังนั้น การเตรียมความพร้อมควรมุ่งเน้นทั้งด้านข้อมูล ระบบบริหารจัดการ และความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล



ในระดับเขตสุขภาพ สิ่งสำคัญที่ควรดำเนินการ ได้แก่

- **สร้างความเข้าใจร่วมกันของทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ** เกี่ยวกับหลักการของนโยบายใหม่ โดยเฉพาะความสำคัญของการควบคุมปริมาณบริการผู้ป่วยในให้เหมาะสมกับจำนวนทรัพยากรที่มี
- **จัดทำข้อตกลงภายในเขตสุขภาพ** เกี่ยวกับแนวทางการจัดสรรงบประมาณผู้ป่วยในระหว่างโรงพยาบาล ให้มีความชัดเจน โปร่งใส และเป็นธรรม
- **พัฒนาระบบติดตามข้อมูลแบบใกล้ชิด** เช่น การติดตามปริมาณผู้ป่วยใน ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สะสม และตัวชี้วัดคุณภาพ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจและบริหารจัดการระหว่างปีงบประมาณ
- **ส่งเสริมกลไกความร่วมมือ** เช่น การบริหารเตียงร่วมกัน การจัดระบบส่งต่อ และให้การสนับสนุนแก่โรงพยาบาลที่มีข้อจำกัด เพื่อให้ทั้งเขตสุขภาพสามารถควบคุมปริมาณและคุณภาพบริการได้อย่างเหมาะสม



ในระดับโรงพยาบาล ควรเตรียมความพร้อมในประเด็นต่อไปนี้

- **ปรับระบบบริหารภายในให้เน้น "ความเหมาะสมของการใช้บริการ"** มากกว่าการเพิ่มปริมาณบริการ เช่น การทบทวนแนวทางการรับผู้ป่วยใน การลดการนอนโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็น และการพัฒนาระบบผู้ป่วยนอกหรือบริการทางเลือก
- **พัฒนาคุณภาพข้อมูลและการบันทึกเวชระเบียน** ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และสะท้อนปริมาณและคุณภาพของบริการอย่างแท้จริง เพื่อให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ ทั้งระดับผู้ป่วยรายบุคคลและเชิงระบบของหน่วยบริการ
- **เสริมสร้างระบบควบคุมคุณภาพบริการ** เนื่องจากในอนาคตงบประมาณจะเชื่อมโยงกับคุณภาพมากขึ้น โรงพยาบาลควรลงทุนในระบบความปลอดภัยผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการพัฒนาบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- **วางแผนการเงินอย่างระมัดระวัง** โดยคำนึงถึงความไม่แน่นอนของรายได้ และเตรียมมาตรการรองรับในกรณีที่ปริมาณบริการสูงกว่าที่คาด

สิ่งสำคัญที่สุดคือ การเปลี่ยนผ่านครั้งนี้ต้องอาศัย “ความไว้วางใจและความร่วมมือ” ระหว่างโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ไม่ใช่การแข่งขันเพื่อเพิ่มผลงานของแต่ละแห่ง แต่เป็นการร่วมกันบริหารทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน



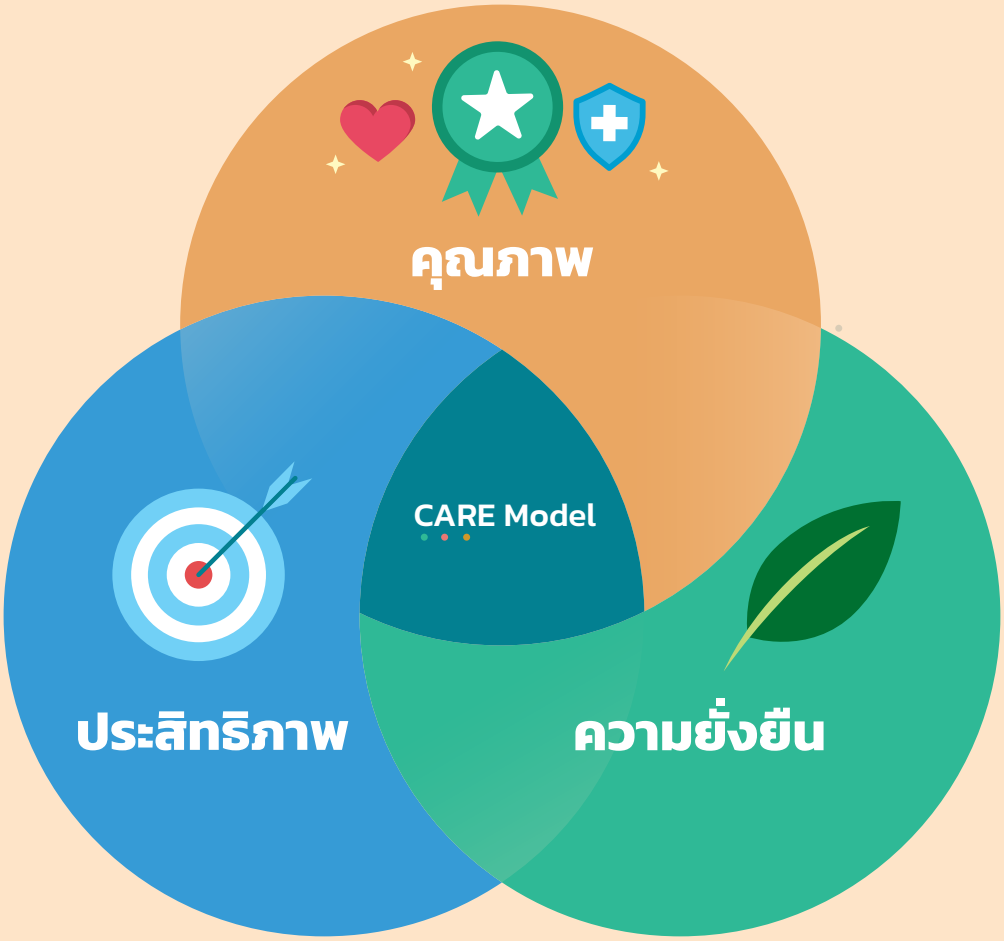
การเตรียมความพร้อมภายใต้ CARE Model ต้องดำเนินควบคู่กันทั้งระดับเขตสุขภาพและระดับโรงพยาบาล

โดยให้ความสำคัญกับข้อมูล การบริหารจัดการ คุณภาพบริการ และความร่วมมือ เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปอย่างราบรื่นและยั่งยืน

Q.9

คำถาม

จะทราบได้อย่างไรว่า นโยบายนี้ได้ผลดี?



คำตอบ

การประเมินว่านโยบายการจัดสรรงบผู้ป่วยในรูปแบบใหม่นี้ "ได้ผลดี" หรือไม่ จำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบด้าน ไม่ใช่ดูเพียงปริมาณบริการหรือสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว

ควรประเมินผลลัพธ์ใน **3 มิติสำคัญ** ของระบบสุขภาพ ได้แก่

ประสิทธิภาพ (efficiency) + คุณภาพ (quality) + ความยั่งยืน (sustainability)

ในทางปฏิบัติ สามารถพิจารณาได้จากตัวชี้วัดสำคัญ เช่น

- ด้านประสิทธิภาพ: อัตราการเพิ่มของค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่ปรับแล้ว ชะลอลงหรืออยู่ในระดับที่เหมาะสม สะท้อนว่าระบบสามารถควบคุมปริมาณบริการที่ไม่จำเป็นได้
- ด้านคุณภาพบริการ: ตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยและผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น อัตราภาวะแทรกซ้อน การกลับมานอนซ้ำ หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีแนวโน้มดีขึ้น หรืออย่างน้อยไม่แย่ลง แม้มีการควบคุมปริมาณบริการ
- ด้านความยั่งยืนทางการเงิน: โรงพยาบาลมีเสถียรภาพทางการเงินดีขึ้น ความตึงตัวทางการเงินลดลง สามารถชำระหนี้ค่ายาและเวชภัณฑ์ได้ตรงเวลา และไม่มีการขาดดุลสะสมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ **ในระดับเขตสุขภาพ** ควรพิจารณาเพิ่มเติมว่า

- เกิดความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลมากขึ้นหรือไม่ เช่น การส่งต่อที่เหมาะสม การใช้ทรัพยากรร่วมกัน หรือการช่วยเหลือโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัด
- ความเหลื่อมล้ำระหว่างโรงพยาบาลลดลงหรือไม่ ทั้งในด้านคุณภาพบริการและสถานะทางการเงิน

การประเมินผลลัพธ์ของนโยบายนี้ ไม่ควรพิจารณาจากข้อมูลเพียงปีเดียว เนื่องจากอาจมีความผันผวนจากปัจจัยระยะสั้น เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของหน่วยบริการในช่วงเริ่มต้น หรือสถานการณ์โรคระบาด จึงควรติดตามแนวโน้มอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2–3 ปี



ขณะเดียวกัน ควรมี ระบบติดตามและประเมินผลที่โปร่งใส และเปิดโอกาสให้มีการเรียนรู้และปรับปรุงนโยบายอย่างต่อเนื่อง เช่น การทบทวนตัวชี้วัด การปรับกลไกแรงจูงใจ หรือการรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติในพื้นที่

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบการจัดสรรงบผู้ป่วยใน แบบเดิม vs แบบใหม่ (CARE model)

ประเด็น	แบบเดิม (DRG เพียงอย่างเดียว)	แบบใหม่ (CARE model)
หลักการจัดสรร	จ่ายตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวมที่ปรับแล้ว (Total AdjRW) ทั้งประเทศ	จัดสรรในระดับเขตสุขภาพ ใช้ข้อมูล DRG ย้อนหลัง + ปรับด้วยคุณภาพ + กลไกราคาแบบก้าวหน้า
ระดับการจัดสรรงบประมาณ	ระดับประเทศ	ระดับเขตสุขภาพ
ความแน่นอนของงบประมาณ	ต่ำ – อัตราจ่ายต่อ RW เปลี่ยนตามปริมาณบริการ	สูงขึ้น – คาดการณ์งบได้จากข้อมูลย้อนหลัง
แรงจูงใจหลัก	เพิ่มปริมาณบริการผู้ป่วยใน	ควบคุมปริมาณ + รักษาคุณภาพ + บริหารร่วมกันในเขตสุขภาพ
กลไกราคา	ผันผวนตามงบปลายปิด/ราคาคงที่ตามงบปลายเปิด	ราคาต่อค่านำหนักสัมพัทธ์ แบบก้าวหน้า (ยิ่งเกินเป้า ยิ่งได้ราคาลดลง)
ผลต่อพฤติกรรม รพ.	แข่งขันเพิ่มปริมาณบริการ	ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ สอดคล้องกับนโยบาย "1 เขตสุขภาพ 1 จังหวัด 1 โรงพยาบาล" (One Region One Province One Hospital)
ผลต่อความยั่งยืนการเงิน	กรณีงบปลายปิด รพ. มีความเสี่ยงต่อการขาดดุลสูง กรณีงบปลายเปิด อาจส่งผลต่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพ	โรงพยาบาลและระบบประกันสุขภาพมีความเสี่ยงทางการเงินระดับปานกลาง
ผลต่อคุณภาพบริการ	อาจถูกละเลย	เป็นส่วนหนึ่งของแรงจูงใจ
ความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่	อาจเพิ่ม (ขึ้นกับศักยภาพแต่ละ รพ.)	มีความเสี่ยง แต่สามารถออกแบบให้ลดลงได้
ความซับซ้อนของระบบ	เข้าใจง่าย	ซับซ้อนมากขึ้น (ต้องมีตัวชี้วัดข้อมูลคุณภาพและโควตาสำหรับอัตราก้าวหน้า)
แนวคิดหลัก	“Pay for volume”	“Pay for value + collaboration”



การประเมินผล CARE Model ควรพิจารณาทั้ง 3 มิติ

ได้แก่ ประสิทธิภาพ คุณภาพบริการ และความยั่งยืนทางการเงิน พร้อมติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงนโยบายในระยะยาว

9 คำถาม 9 คำตอบ

เพื่อความเข้าใจนโยบายการจัดสรร
งบผู้ป่วยในระดับเขตแบบใหม่
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาล
และผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพ

