

รายงานการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ  
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล..... นายกมล..... ศรีจันทิก.....  
อายุ.....๕๕.....ปี การศึกษา..... แพทยศาสตรบัณฑิต.....  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน..... สาขาสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา.....
- ๑.๒ ตำแหน่ง..... รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ฝ่ายการแพทย์).....  
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)..... อนุมัติ อนุญาต...สั่งการ ควบคุมกำกับดูแลกลุ่ม...  
ภารกิจและหน่วยงานของโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย.....
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร.....อบรมหลักสูตร Fee Schedule programs in Japan.....  
สาขา.....  
เพื่อ ศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย  
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล  
ทุนส่วนตัว ไม่มีค่าใช้จ่าย
- จำนวนเงิน..... -.....บาท  
ระหว่างวันที่..... ๒๗ ตุลาคม - ๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒.....  
สถานที่..... ประเทศไทย.....  
คุณวุฒิ/วุฒิปัตร์ที่ได้รับ.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย  
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ประสพการณ์ สามารถนำกลับมา  
ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบงานด้านประกันสุขภาพผู้ป่วยในหน่วยงาน ตลอดจนสามารถวิเคราะห์ข้อมูลและ  
ประมวลผลข้อมูลสถิติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาการให้บริการในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลได้  
อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การปรับปรุง Fee Schedule และ Central Social Insurance Medical Council  
("CHUIKYO")

ประเด็นสำคัญ

๑ ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามรายการ (Fee Schedule)

๒ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกลาง ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขแรงงานและ  
สวัสดิการ หรือ CHUIKYO เป็นคณะกรรมการภายใต้กระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ปรับปรุง Fee Schedule  
ทุก ๒ ปี

๓ การปรับปรุง Fee Schedule มี ๓ ขั้นตอน คือ กำหนดร้อยละการเพิ่มของ Fee  
Schedule ภาพรวม กำหนดนโยบายพื้นฐานในการปรับปรุง Fee Schedule และกำหนดอัตรา Fee  
Schedule ในแต่ละรายการ

๔ สถิติและข้อมูลที่ใช้ในการปรับปรุง Fee Schedule

## ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามรายการ (Fee Schedule)

ประเทศญี่ปุ่นเริ่มใช้ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามรายการ (Fee Schedule) มาตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๒๗ ในกลุ่มแรงงานในโรงงาน ก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึง ๓๔ ปี (UHC ค.ศ. ๑๙๖๑) จึงเป็นเหตุผลที่ใช้ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามรายการ (Fee Schedule) มาจนถึงปัจจุบัน ประมาณ ๙๑ ปี โดยประเทศญี่ปุ่นมีพัฒนาการในการปรับปรุง Fee Schedule ทุก ๒ ปี มาตลอดจนถึงปัจจุบันและหากมีเทคโนโลยีใหม่ หรือยาใหม่ ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนแล้วจะมีการพิจารณาปรับปรุงรายการใหม่ ทุก ๓ เดือน โดยในภาพใหญ่ของการปรับปรุง Fee Schedule คณะรัฐมนตรีจะกำหนดร้อยละของการเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวม (Global Revision Rate) โดยยึดหลักการความยั่งยืนทางการเงิน การคลัง และความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพประชาชน และกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการจะกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ และทางคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกลาง กระทรวงสาธารณสุข หรือ CHUIKYO จะรับข้อมูลทั้ง Global Revision Rate และนโยบายด้านสุขภาพ มาเป็นข้อมูลในปรับเพิ่ม ลด ในรายละเอียดของแต่ละรายการ (Fee Schedule) โดยเมื่อปรับปรุงเสร็จก็จะส่งให้กระทรวงสาธารณสุข ประกาศเป็นกฎหมายบังคับใช้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศในอัตราเดียวกันทั้งหมด

### ตัวประวัติ CHUIKYO

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกลาง ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการ หรือ CHUIKYO มีการก่อตั้งมาตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๕๐ ประมาณ ๖๘ ปี เป็นคณะกรรมการที่ทำหน้าปรับปรุง Fee Schedule ทุก ๒ ปี ช่วงแรกการกำหนดรายการ Fee Schedule ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ก่อนปี ๒๐๐๔ CHUIKYO มีอำนาจมากแต่หลังจากมีการทุจริตในคณะกรรมการจึงมีการลดบทบาทของ CHUIKYO หลังปี ค.ศ. ๒๐๑๔ เป็นต้นมา คณะรัฐมนตรีเป็นผู้มีอำนาจในการกำหนดอัตรา Global Revision Rate

ตั้งแต่ปี ๑๙๘๔ จนถึง ๒๐๑๖ พบว่ารายการยา มีคะแนนติดลบโดยตลอด ส่วน medical fee ส่วนใหญ่จะเพิ่ม และต่อมารการเพิ่มเริ่มลดลงช่วงปี ๒๐๐๒ - ๒๐๐๖ revision rate ติดลบทั้งสองส่วน เนื่องจาก รัฐบาลพรรค LDP กำหนดนโยบายที่ชัดเจนว่างบประมาณต้องไม่ติดลบ ผู้ให้บริการ อาจมีการแย่งชิงงบประมาณกัน เป็นเหมือนทฤษฎีเกมส์ ที่ฝ่ายหนึ่งต้องการให้เพิ่ม ส่วนหนึ่งต้องการให้ลดหากตกลงกันไม่ได้ จะให้ฝ่ายประชาชนเป็นผู้ให้ความเห็นสุดท้าย (คล้ายศาล ตัดสินให้)

### องค์ประกอบของคณะกรรมการ และบทบาทหน้าที่

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกลาง กระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการสังคม (ซูอิเกียว) มีจำนวน ๒๐ คน โดยมีองค์ประกอบดังนี้

๑. ตัวแทนทุนประกันสุขภาพ จำนวน ๗ คน ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแทนผู้ประกันตน สหภาพแรงงาน ลูกจ้าง นายกเทศมนตรี

๒. ตัวแทนผู้ให้บริการ จำนวน ๗ คน ประกอบด้วย แพทย์จากคลินิก โรงพยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร

๓. ตัวแทนนักวิชาการและบุคคลสาธารณะ จำนวน ๖ คน ประกอบด้วย นักวิชาการจาก มหาวิทยาลัย สาขาเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ สาขากฎหมาย สมาชิกกิตติมศักดิ์ที่กระทรวงสาธารณสุขเชิญเข้าร่วม เช่น สมาคมพยาบาล บริษัทยา บริษัทเครื่องมือแพทย์

บทบาทคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกลาง กระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการสังคม (ซูอิเกียว) มีบทบาทหน้าที่เป็นหน่วยงานที่ปรึกษาหลักให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในการปรับปรุง Fee Schedule โดยมีคณะทำงานย่อย และกลุ่มนักวิชาการในแต่ละด้านเป็นผู้จัดทำรายละเอียด และข้อมูล สนับสนุนในการตัดสินใจในการปรับเพิ่ม ลด ในแต่ละรายการโดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (Health Insurance Bureau) กระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการเป็นฝ่ายเลขานุการ

## การปรับปรุง Fee Schedule มี ๓ ขั้นตอน ดังนี้

๑. กำหนดร้อยละการเพิ่มของ Fee Schedule ภาพรวม (Global Revision Rate) โดยคณะรัฐมนตรี การปรับปรุง Fee Schedule ดำเนินการทุก ๒ ปี บนหลักการความยั่งยืนทางการเงินการคลังและความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพประชาชน สัดส่วนในการเพิ่มโดยรวมของ Fee Schedule พิจารณาจากปัจจัยหลักได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระดับที่รัฐบาลสามารถจ่ายได้ โครงสร้างอายุประชากรที่เปลี่ยนไป และความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์

๒. กำหนดนโยบายพื้นฐานในการปรับปรุง Fee Schedule และนโยบายด้านสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุข

๓. กำหนดอัตรา Fee Schedule ในแต่ละรายการ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการสังคม โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกลาง (Central Council of Social Medical Insurance)

แนวทางการกำหนดอัตราโดยรวม ค่าบริการแต่ละรายการ และค่ายาวิเคราะห์จากจำนวนการใช้รวมทั้งหมด จะมีการปรับคะแนนในรายการที่ต้องการเพิ่มบริการ โดยเมื่อปรับปรุงทั้งหมดทุกรายการแล้วจำนวนงบประมาณคาดการณ์ที่เพิ่มขึ้นต้องเท่ากับ % งบประมาณที่รัฐบาลกำหนด

การพิจารณาการเพิ่มลดรายการในแต่ละรายการ พิจารณาจากความยั่งยืนของโรงพยาบาล/คลินิก (ต้องไม่ล้มละลายเพราะมีรายได้น้อย) จึงมีการสำรวจจากหลายโรงพยาบาล คลินิก และมีการจำลองข้อมูลว่ามีผลกระทบต่อโรงพยาบาลและคลินิก หรือไม่ พิจารณาราคาต่างกันหรือไม่ แล้วจึงปรับให้เหมาะสม

การปรับ Fee Schedule ไม่ได้ขึ้นกับต้นทุนทั้งหมด แต่อาศัยนโยบายโดยการสร้าง incentive ร่วมด้วย เช่น บริการเด็กน้อยลง หมอเด็กขาดแคลน จะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เด็กให้เพิ่มขึ้น หรือ ผู้ป่วยที่นอนนานก็ปลดคะแนนผู้ป่วยใน แต่อาจไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง (เช่นนโยบายเป็นต้นนำในการจัดบริการ)

นอกจากนี้ การพิจารณารายการจ่ายที่ผ่านมา จะนำผลการสำรวจสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล มาพิจารณาด้วย หากสมาคมแพทย์ต่าง ๆ ที่ให้ความเห็นว่า Point ไม่เหมาะสม ก็จะแจ้งกับกระทรวงฯ เพื่อนำความเห็นนี้เข้ามาเป็นนโยบาย การเพิ่มหรือลดจะไม่เปิดเผยจนกว่าจะถึงเวลาประกาศใช้ หลังจากนั้นจะนำสู่ CHUIKYO เพื่อพิจารณาปรับปรุงรายการ Fee Schedule

ที่ผ่านมาพบว่า มีการกระทำทุจริตของ CHUIKYO จึงมีการปรับลดอำนาจของ CHUIKYO ลง ให้มีอำนาจเฉพาะการกำหนดรายการ Fee Schedule กระบวนการปรับ Fee Schedule โดยละเอียดเป็นดังนี้

๑. กระทรวงสาธารณสุขเป็นเลขานุการในการกำหนดร่าง การปรับปรุงรายการที่จะปรับปรุงตามนโยบายของกระทรวงไว้ก่อน

๒. รับฟังและขอความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของแต่ละฝ่ายรวมทั้งนักวิชาการกลุ่มผู้ป่วย องค์กรโรงพยาบาล

๓. กระทรวงสาธารณสุขทำการสำรวจสถานะทางการเงินของสถานพยาบาลว่าเป็นอย่างไร

๔. นำผลที่ได้จากการสำรวจสถานะทางการเงินของสถานพยาบาลมาประกอบว่าควรจะมีการปรับปรุง Fee Schedule อย่างไร รายการไหนควรปรับเพิ่ม รายการไหนควรปรับลด และรายการไหนควรเอาออกจาก Fee Schedule

๕. นำร่างการปรับปรุง Fee Schedule เข้าคณะกรรมการ CHUIKYO ให้ความเห็นชอบและอนุมัติ

๖. แจ้งรายงาน Fee Schedule ฉบับที่ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการ CHUIKYO มาที่กระทรวงสาธารณสุข เพื่อกระทรวงประกาศใช้

๗. แจ้ง Fee Schedule ฉบับใหม่ไปยังสถานพยาบาลเพื่อเตรียมใช้งาน

กรณีมีรายใหม่หรือมีเทคโนโลยีใหม่จะมีการตั้งคณะทำงานแต่ละสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อทำข้อมูล รายงานและความเห็นส่งมาที่คณะกรรมการ CHUIKYO

ประเด็นสำคัญในการปรับอัตราจะมีการเจรจาต่อรองทางการเมือง การวิงวอนและการต่อรอง โดยสมาคมแพทย์ญี่ปุ่นจะไปหารือ กับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรของพรรครัฐบาล เพื่อให้ไปคุยกับรัฐมนตรีในการเพิ่มอัตราในส่วนของตัวเองที่จะได้ประโยชน์ ผู้เล่นที่สำคัญในการปรับอัตราของ Fee Schedule ได้แก่ สมาคมแพทย์ญี่ปุ่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรที่มีอิทธิพลในพรรครัฐบาล

การปรับปรุงรายการและปรับอัตรา Fee Schedule จะมีการปรับ ตารางค่ารักษาพยาบาล ตารางค่าบริการทันตกรรม ตารางการจ่ายยา ค่ายาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยตัวอย่างในการปรับอัตราปี ๒๐๑๘ มีการปรับเพิ่มอัตราโดยรวม + ๐.๕๕% โดยค่ารักษาพยาบาล + ๐.๖๓% ค่าบริการทันตกรรม + ๐.๖๙% ค่าบริการจ่ายยา + ๐.๑๙% โดยมีการปรับลดค่ายา - ๑.๖๕% ปรับลดอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ - ๐.๐๙%

ในการประมาณการปรับปรุงรายการต่างใน Fee Schedule จะมีการเก็บข้อมูลในอดีตว่า สถานพยาบาลให้การรักษายาบาลอะไร จำนวนเท่าไร สถิติการใช้บริการในแต่ละรายการต่อเดือนโดยรวบรวมจากสถานพยาบาลทั่วประเทศเพื่อประเมินผลกระทบ ถ้ามีการปรับเพิ่ม หรือลด ตัวอย่างเช่น กรณีการปรับ first visit fee

การปรับ first visit fee ใช้ข้อมูลการใช้บริการ จากฐานข้อมูลที่รวบรวมมากกว่า ๑๐ ปี ซึ่งพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก จึงทำให้การประมาณการผิดพลาดน้อย และไม่ค่อยส่งผลกระทบต่อ การปรับปรุง first visit fee

#### สถิติและข้อมูลที่ใช้ในการปรับปรุง Fee Schedule

ประเด็นสำคัญ การเตรียมข้อมูลสำหรับการทบทวน Fee Schedule ประกอบด้วย การสำรวจที่สำคัญ ๔ ประเด็น ได้แก่ ๑). Estimate of national medical care expenditure ๒). Survey on economic condition in health care ๓). Statistic of medical care activities in public health insurance ๔) Drug price survey การสำรวจในข้อ ๑-๓ ใช้ประกอบการตัดสินใจกำหนด revision rate ในขณะที่ Drug price survey ใช้ในการปรับราคา

##### ๑. Estimate of national medical care expenditure

- วัตถุประสงค์ เพื่อสรุปสถานการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ
- ข้อมูลที่สรุปจำแนกตามกลุ่มผู้รับสิทธิประโยชน์ และแหล่งงบประมาณ
- ระยะเวลาการดำเนินการทุกปี
- ประชากร ประกอบด้วย ข้อมูลจากสถานพยาบาล และผู้ป่วย

##### ๒. Survey on economic condition in health care

- วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจสถานะทางเศรษฐกิจขององค์กรธุรกิจด้านสุขภาพ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวนอัตรารายการเบิกจ่ายคืน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

- ข้อมูลที่สำรวจจะต้องได้รับความเห็นชอบจาก Chuikyo (CSIMC) ก่อน ตัวอย่างในปี ๒๐๑๗ สำรวจข้อมูลพื้นฐาน Profit loss ขององค์กรต่าง ๆ จำนวนบุคลากรและค่าจ้าง สิ้นทรัพย์และหนี้สิน งบกระแสเงินสด สภาพคล่อง และการลงทุนของกิจการ

- ระยะเวลาการสำรวจ ดำเนินการทุก ๒ ปี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในตุลาคม ก่อนที่ CSIMC จะมีการประชุมทบทวน Fee Schedule ในเดือนพฤศจิกายน

- ประชาชน สุ่มเป็นสัดส่วนตามชนิดขององค์กร ที่มีจำนวนรายการขอเบิกคืน ค่าบริการมากกว่า ๓๐๐ รายการต่อเดือน

- ผลการสำรวจจะส่งกลับให้กับหน่วยงานที่ให้ข้อมูล เป็นแรงจูงใจให้มีอัตราการตอบกลับที่สูง รวมทั้งเปิดช่องทางให้ตอบกลับในหลายช่องทาง เช่น online ไปรษณีย์

๓. Statistic of medical care activities in public health insurance

- วัตถุประสงค์ เพื่อตรวจสอบสถานการณ์เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ และยาจำแนกตามโรค และความเจ็บป่วย ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

- ข้อมูลที่สำรวจ ได้แก่ ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลต่าง ๆ และร้านยา แหล่งข้อมูลที่สำคัญคือ Health insurance claim review and reimbursement service และ National insurance organization โดยข้อมูลทั้ง ๒ แหล่ง จะจัดเก็บไว้ในฐานข้อมูลของประเทศ ที่เรียกว่า Health insurance claim and specific health check-up of Japan (NDB)

- ระยะเวลาการสำรวจ ดำเนินการสำรวจเฉพาะเดือนมิถุนายนของทุกปี

- ผลการวิเคราะห์ แยกเป็น ๒ ส่วนหลัก คือ Medical service (เช่น อายุ โรค การบาดเจ็บ จำนวนวันที่รับบริการ) และ Pharmaceutical service (เช่น ปริมาณการใช้ยา)

๔. Drug price survey

- วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจราคาขายที่ผู้ค้าส่งขายให้กับสถานพยาบาล (ราคาซื้อสถานพยาบาล) เพื่อใช้ในการปรับราคาเบิกจ่ายค่ายาใน Fee Schedule

- ข้อมูลที่สำรวจ ราคา และปริมาณซื้อของสถานพยาบาล (ที่ซื้อจากผู้ค้าส่ง) ของยาทุกรายการที่อยู่ใน Fee Schedule

- ระยะเวลาการสำรวจ ดำเนินการทุกปี โดยทำการสำรวจในช่วงเดือนกันยายน และวิเคราะห์ข้อมูลให้เสร็จสิ้นภายใน เดือนตุลาคม ให้ทันเสนอต่อ Chuikyō ในเดือนพฤศจิกายน ในกรณียาใหม่จะมีการพิจารณาประมาณทุก ๔ เดือน โดยให้ความสำคัญกับประสิทธิผลของยา ประกอบกับการต่อรองราคา

- ผลสำรวจ และวิเคราะห์ข้อมูลใน ๓ เรื่องหลักๆ

- จำนวนรายการยาจำแนกตามประเภทยาที่ระบุใน NHI

- Average deviation rate: ผลต่างของมูลค่ายาจากราคาเบิกจ่ายปัจจุบันลบด้วยมูลค่าจากราคาซื้อ/ มูลค่าจากราคาเบิกจ่ายปัจจุบัน

- สัดส่วนของปริมาณการใช้ยาชื่อสามัญ

**ความหมาย การใช้งาน ผลกระทบของการใช้ Fee Schedule**

๑. Fee Schedule คืออะไร

ค่าบริการทางการแพทย์ คือ ค่าใช้จ่ายที่จ่ายชดเชยเพื่อการบริการทางการแพทย์ หมายรวมถึง ค่ารักษาพยาบาลและค่ายา ซึ่งกำหนดอยู่ในรายการที่เบิกได้ ตามที่ระบบประกันสุขภาพกำหนดไว้

รายการทั้งหมด จะมีราคากลางกำหนดให้ใช้ในอัตราเดียวกัน (Flat rate) ทั้งประเทศ ทั้งค่ารักษาพยาบาลและค่ายา

ค่าบริการทางการแพทย์ ถูกกำหนดนโยบายโดยกระทรวงสาธารณสุขและแรงงาน ซึ่งราคาและรายการต่าง ๆ ผ่านการพิจารณาโดย Central Social Insurance Medical Council ( CSIMC ) และเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขและแรงงานประกาศใช้

๒. การใช้งานของ Fee Schedule

- การกำหนดราคาของแต่ละรายการ จะพิจารณาจาก Technique และ Service โดยกำหนดเป็นคะแนน (๑ คะแนน = ๑๐ เยน)

การพิจารณาขอบเขตและรายการ ของค่าบริการทางการแพทย์ที่ใช้ในระบบประกันสุขภาพ ถูกกำหนดตาม Item List รายการไหนไม่ถูกกำหนดในตาราง จะไม่สามารถใช้เบิกจ่ายชดเชยได้โดยมีหลักการพิจารณาจาก

- Technique และ Service ประมาณ ๕,๐๐๐ รายการ
- การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ ประมาณ ๑๗,๐๐๐ รายการ และค่าที่กำหนดตามราคามาตรฐานของ NHI Drug Price List
- บทบาทและผลกระทบของการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
  - การกำหนดราคาของค่าบริการทางการแพทย์ ส่งผลกระทบต่อปริมาณและคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์
  - การพิจารณารายได้ของสถานพยาบาลในกลุ่มประกันสุขภาพที่ให้บริการสาธารณสุข มีผลต่อการบริหารจัดการของสถานพยาบาลนั้น ๆ
  - การพิจารณาค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ มีผลต่อการพัฒนาระบบการให้บริการทางสาธารณสุข
  - การพิจารณาค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของประเทศ รวมทั้งปริมาณการใช้ทรัพยากร มีผลต่อ การกำหนดงบประมาณที่ใช้

#### Facility standards

- Institutional capacity and service quality required for medical institutions to claim additional points สรุปประเด็นสำคัญของการตั้งเงื่อนไขคะแนนใน Fee Schedule List คือ ญี่ปุ่น มีการตั้งเงื่อนไขหลากหลาย ตั้งแต่กระบวนการ ใครเป็นผู้ให้การรักษา เนื่องจากผู้ให้การรักษามีระดับความชำนาญแตกต่างกัน การคิดคะแนนมีความแตกต่าง รวมถึงสถานพยาบาลอยู่ในระดับไหน รักษาเมื่อไร เวลาในการรักษา มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ถ้ามารักษาในเวลากลางคืน คะแนนที่ได้รับจะสูงขึ้น รักษาใน ICU คะแนนสูงกว่ารักษาใน Ward ปกติ ใน Line การรักษาเดียวกัน ต้องดูว่าส่วนใหญ่นำมาคิดได้ ส่วนไหนไม่สามารถนำมาคำนวณได้ รายละเอียดต่าง ๆ ถูกกำหนดไว้ค่อนข้างละเอียดและซับซ้อน นอกจากนี้ การกำหนดคะแนนใช้อ้างอิงจากนโยบายของรัฐบาล จากการสอบถาม ถ้าต้องการใช้โรงพยาบาลเอกชนทำสิ่งใดมากในปีนั้น ๆ เช่น ต้องการเพิ่มแรงจูงใจในการผลิตแพทย์ EP พยายามให้คะแนนค่าแพทย์ส่วนนี้เพิ่มขึ้นมากขึ้น หรือถ้าต้องการให้ทำ CT ลดลง จะลดคะแนนในส่วนนี้ เป็นต้น การตั้งเงื่อนไขที่ละเอียดและซับซ้อนเป็นทั้งข้อดีและข้อเสียของการคำนวณคะแนน ข้อดี คือ มีเงื่อนไขที่ชัดเจน ตรวจสอบง่าย แต่ข้อเสีย คือ การเบิกจ่ายค่อนข้างซับซ้อน แก๊วรายละเอียดยาก

- DPC: การจ่ายโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม DPC/PUPS (Diagnosis procedure combination /per-diem payment system)

เป็นการจ่ายโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ที่มีรายละเอียดคล้าย DRGs ของประเทศไทย โดยพิจารณาจากโรคและหัตถการ สิ่งที่แตกต่างคือการจ่ายแบบรายวัน (per- diem) DPC/PDPS เริ่มใช้ในปี ค.ศ. ๒๐๐๓ ประกาศใช้โดยกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการสังคม เริ่มใช้ที่โรงเรียนแพทย์ก่อนแล้วขยายไปยังโรงพยาบาลที่สมัครใจ ในวันที่ ๑ เมษายน ๒๐๑๘ มีจำนวนโรงพยาบาลเข้าร่วมประมาณ ๑,๗๓๐ แห่ง ๔๙๐,๐๐๐ เตียง ประมาณ ๘๓% เป็นโรงพยาบาล ที่มีศักยภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดสำหรับโรงพยาบาล ที่รับดูแลผู้ป่วยประเภท Acute care

DPC/PDPS เป็นการจ่ายแบบ bundle payment ซึ่งเป็นการจ่ายรวม ทั้งค่าแกร็บ ค่ายา ค่าแล็บ ค่าฉีดยา ค่าตรวจ ค่าฉายแสง แต่ถ้าเกิดมีค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาที่มีความซับซ้อน ค่าใช้จ่ายสูงจะไปจ่ายเพิ่ม (unbundle payment) โดยจ่ายเพิ่มตามรายการที่กำหนด (Fee Schedule) จากผลการศึกษาการจ่ายแบบ DPC/PDPS พบว่าจำนวนวันนอนนานอัตราจ่ายยิ่งน้อยลง

โครงสร้างของ DPC ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค (ICD ๑๐) ก่อนและตามด้วยการผ่าตัดและหัตถการ (K-code) และตามด้วยโรคร่วมซึ่งมีประมาณ ๕๐๐ กลุ่มวินิจฉัยโรคแบ่งย่อยเป็น ประมาณ ๒,๕๐๐ กลุ่มโรคผสมกับหัตถการ การออกแบบรหัสและโครงสร้างรหัส DPC มีการออกแบบโดยใช้เลขรหัส ๑๔ หลัก ซึ่งรหัสดังกล่าวสามารถแสดงถึงการวินิจฉัยโรค อวัยวะหลักโรคแทรกซ้อน อายุ น้ำหนัก หัตถการ และความรุนแรงของโรค รายละเอียด ดังนี้

- กลุ่ม ๖ หลักแรก เป็นการวินิจฉัยโรคประกอบด้วย ๒ หลักแรกเป็น กลุ่มโรคหลัก (MDC) ๔ หลักถัดมาเป็นรหัสการวินิจฉัยโรค
- ๑ หลักถัดมาเป็นประเภทของการนอนโรงพยาบาล (ปัจจุบันไม่ได้ใช้)
- ๑ หลักถัดมาเป็น อายุ น้ำหนัก Japan coma scale
- กลุ่มถัดมา ๔ หลักเป็นหัตถการประกอบด้วย ๒ หลักเป็นรหัสย่อยการผ่าตัด ๑ หลักถัดมาเป็นรหัสย่อยของหัตถการเพิ่มเติม ๑ หลักถัดมาเป็นรหัสย่อย Adjuvant Treatment
- ๑ หลักถัดมาเป็นโรคแทรกซ้อน
- หลักสุดท้ายเป็นระดับความรุนแรงของโรค

บทเรียนของ CHUIKYO

ปี ค.ศ.๒๐๐๖ หลังเหตุการณ์ทุจิริต มีการปรับ Fee Schedule ครั้งใหญ่โรงพยาบาลที่ดูแล acute care ญี่ปุ่นมีนโยบายให้การบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพดีขึ้นด้วย มีการกำหนดสัดส่วนการให้บริการใหม่ เช่น ปรับสัดส่วนผู้ป่วยต่อพยาบาล เป็น ๗:๑ และ LOS ภายใน ๑๙ วัน เน้นการให้มีพยาบาลผู้ป่วยหนักให้มากขึ้น และลดจำนวนวันให้ลดลง ทำให้โรงพยาบาล ไม่ให้ความสำคัญกับ Urgent care มีการใช้งบประมาณบานปลาย มีการเพิ่มพยาบาลที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดกลาง ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็กเกิดการขาดแคลนพยาบาล จำนวนโรงพยาบาลที่มีสัดส่วนผู้ป่วยต่อพยาบาล ๗:๑ มากขึ้นเป็นรูปแก้วไวน์ โรงพยาบาลที่ให้บริการ Sub-acute care ลดลง ถือเป็นความผิดพลาดของการกำหนดเงื่อนไขในปรับ Fee Schedule ปัจจุบันมีการปรับเงื่อนไขใหม่ เป็นสัดส่วนผู้ป่วยต่อพยาบาล เป็น ๑๐:๑ เพื่อลดช่องว่างระหว่างโรงพยาบาลที่รักษา acute care และ Sub-acute care ให้สมดุลกันแต่คงต้องใช้เวลา

ปัญหาที่พบจากการปรับปรุง Fee Schedule

๑. การทบทวนทุก ๒ ปี ค่อนข้างกระชั้น ทำให้โรงพยาบาลมีความกังวล เรื่องราคาที่จะเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถวางแผนระยะยาวได้
๒. มีรายละเอียดมาก แม้วามีบทเฉพาะกาลให้เรียกเก็บย้อนหลังได้ แต่เป็นภาระงานของโรงพยาบาลในการปรับระบบบริการ เช่น การเพิ่มอัตราให้โรงพยาบาลที่มีการรักษาที่บ้านกระทบกับโรงพยาบาลที่ไม่มีบริการทำให้รายได้ลดลง จนไม่สามารถดำเนินธุรกิจต่อได้

### ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น

ประเด็นสำคัญ

- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นจากสังคมผู้สูงอายุ งบประมาณมีลักษณะขาดดุลเป็นภาระหนี้สาธารณะมากขึ้น
- ข้อเสนอปฏิรูประบบ “เพิ่มการลงทุนในอนาคตสำหรับเด็กและการดูแลเด็ก รวมทั้งเพิ่มมาตรการลดความยากจนและความไม่เสมอภาคทางรายได้”
- กระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการสังคม(MHLW) เป็นผู้กำหนด Fee schedule โดยครอบคลุมรายการบริการส่วนใหญ่
- บริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามารถเลือกได้ว่าจะขอรับชดเชย แบบ Fee schedule กับ bundled payment หรือ รับการชดเชยแบบ DPC (Diagnosis Procedure Combine)

## การปฏิรูประบบประกันสุขภาพ

จากข้อมูลพบว่า คนที่ร่วมจ่ายเงินชำระระบบประกันสุขภาพ ๕% แต่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพถึง ๕๐% ในขณะที่คนที่ร่วมจ่ายเงินชำระระบบประกันสุขภาพ ๕๐% แต่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพียง ๕% นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ประชากร และเทคโนโลยี ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ญี่ปุ่นสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลกับรายรับกับรายจ่ายไม่สมดุล และมีหนี้สาธารณะที่ต้องใช้ในอนาคตนานมาก จึงมีข้อเสนอในการปฏิรูประบบประกันสังคมและภาษี โดยมีวิสัยทัศน์ในการปฏิรูปคือ “การเพิ่มการลงทุนในอนาคตสำหรับเด็กและการดูแลเด็ก รวมทั้งเพิ่มมาตรการลดความยากจนและความไม่เสมอภาคทางรายได้”

องค์ประกอบของการปฏิรูป ๗ ประเด็นได้แก่

- สนับสนุนให้พลเมืองมีความอิสระ มีความเอื้อเฟื้อร่วมมือ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
- เพิ่มประสิทธิภาพ มีความละเอียดรอบคอบ จัดลำดับความสำคัญ มีเหตุผลในการปรับสิทธิประโยชน์
- เน้นความเป็นธรรมไม่เพียงแค่มุ่งปัจจุบัน แต่ให้รวมถึงยุคในอนาคตด้วย
- ให้ความสำคัญกับการปฏิรูปในประเด็น
  ๑. เด็กและเยาวชน
  ๒. บริการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุ
  ๓. เงินบำนาญ และ
  ๔. ความยากจนและความไม่เสมอภาคทางรายได้

- ขยายการจัดสรรงบประมาณจากภาษีมูลค่าเพิ่มให้ครอบคลุม ๔ เรื่อง ได้แก่ บำเหน็จบำนาญ การรักษาพยาบาล การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลเด็ก

- ปรับอัตราภาษีมูลค่าเพิ่ม ทั้งระดับประเทศและท้องถิ่น เป็น ๘% ในเดือนเมษายน ๒๐๑๔ และ ๑๐% ในเดือนตุลาคม ๒๐๑๕ เพื่อให้ประเทศมีความมั่นคงทางการเงิน สังคม จึงเห็นควรเพิ่มฐานระบบประกันสังคมผ่านการส่งเสริมการจ้างงาน ทิศทางของการปฏิรูปใน ๖ ประเด็น ดังนี้

๑. เพิ่มการลงทุนในอนาคตกับเด็กและการดูแลเด็ก
๒. เพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยในการรักษาพยาบาลรวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุ
๓. เพิ่มมาตรการเพื่อลดความยากจนและความไม่เท่าเทียมกันของรายได้
๔. สร้างระบบประกันสังคมที่ตอบสนองต่อการทำงานที่หลากหลาย
๕. ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของทุกคนในสังคม และ การทำงานที่ดี
๖. รักษาความมั่นคงทางการเงินและประกันสังคม

ขั้นตอนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล

กรณีผู้ป่วยนอกจะต้องร่วมจ่ายทุกครั้งที่ใช้บริการ ในกรณีผู้ป่วยในจะร่วมจ่ายให้กับโรงพยาบาล วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือจ่ายเป็นรายเดือน

ขั้นตอนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล สรุปดังนี้

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการโรงพยาบาล หรือ คลินิก จะทำข้อมูลค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละราย และสรุปคะแนน โดยใช้ระบบ electronic และเรียกเก็บจากผู้ป่วยในส่วนที่ต้องร่วมจ่าย ค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือจะส่งข้อมูลเป็น electronic (๙๙% การส่งข้อมูลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลเป็น electronic ยกเว้นการให้บริการที่บ้านยังเรียกเก็บด้วยกระดาษ) ไปที่หน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ตรวจสอบและจ่ายเงิน ตรวจสอบประมาณ ๒ สัปดาห์ เมื่อหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ตรวจสอบและจ่ายเงินตรวจสอบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลแล้วจะส่งใบแจ้งหนี้ไปที่กองทุนของผู้ป่วย เมื่อกองทุนตรวจสอบแล้วใช้เวลาประมาณ ๒ สัปดาห์ก็จะส่งเงินมาให้ที่หน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ตรวจสอบและจ่ายเงินเพื่อจ่ายเงินให้สถานพยาบาลต่อไป กรณีที่มีรายการลืมนำเรียกเก็บ โรงพยาบาลไม่



สามารถเรียกเก็บผู้ป่วยได้ ทำให้โรงพยาบาลอาจขาดทุน ทำให้ต้องมีระบบตรวจสอบและจ่ายเงิน เนื่องจากมีกองทุน และโรงพยาบาลจำนวนมาก ไม่มีเจ้าหน้าที่ในการตรวจ และอาจต้องใช้เวลาานานมาก และเพื่อลดความซับซ้อน Insurer สามารถตรวจสอบกับ หน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ตรวจสอบและจ่ายเงินได้

**วิธีการตรวจสอบ จะพิจารณาว่าแต่ละรายการที่เบิกมีความจำเป็นหรือไม่**

ขั้นตอนแรกตรวจด้วยระบบคอมพิวเตอร์ประมาณ ๖๐% และเจ้าหน้าที่มาตรวจสอบต่อ ๔๐% มีผู้เชี่ยวชาญ มาพิจารณาความเหมาะสมโดยเฉพาะโรค (แพทย์) ยากๆ หรือรายการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหากตรวจสอบแล้วไม่ผ่าน โรงพยาบาลสามารถแจ้งเหตุผลความจำเป็นในการใช้เพื่อขอเบิกค่าใช้จ่ายได้

การตรวจสอบการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล

การตรวจสอบหลังจ่ายเงินเงินค่ารักษาพยาบาลก็เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็น เพื่อให้การเบิกค่ารักษาพยาบาลมีความถูกต้องและเป็นเครื่องมือในการป้องปรามสถานพยาบาล หลังจากมีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปยังสถานพยาบาลแล้ว อาจมีการสุ่มลงพื้นที่ที่ตรวจการเบิกค่ารักษาพยาบาล โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และท้องถิ่น ลงไปตรวจสอบการเบิกค่ารักษาพยาบาล เฉพาะ โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง หรือเบิกค่าใช้จ่ายมากผิดปกติสำหรับโรงพยาบาล ที่ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เดิมไม่มีการตรวจสอบแต่ในปัจจุบัน เน้นว่ามี การตรวจสอบอย่างน้อยต้องเข้าไปตรวจสอบ ๑ ครั้ง ในรอบ ๑๐ปี โดยปี ๒๐๑๖ มีการเข้าตรวจสอบประมาณ ๑๐,๐๐๐ ราย และ regular audit ประมาณ ๓,๐๐๐ ราย inspection ๗๔ ราย หากพบว่าทำผิดหลายครั้งอาจ ยกเลิกใบอนุญาต ผลการตรวจสอบค่ารักษาพยาบาล พบว่ามีการเรียกคืนไม่มาก

**เปรียบเทียบระบบสุขภาพของประเทศไทยและประเทศญี่ปุ่น**

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในระบบสุขภาพของประเทศไทย และสามารถนำเอาบทเรียนที่ได้มาปรับใช้ในระบบสุขภาพของประเทศไทยได้อย่างสอดคล้องเหมาะสม การสรุปความรู้ ความเข้าใจในระบบสุขภาพของ ทั้ง ๒ ประเทศในประเด็นสำคัญๆ เทียบเคียงกัน จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับการเรียนรู้ระบบสุขภาพของ ญี่ปุ่นในรายละเอียดมากขึ้นอย่างเข้าใจในบริบทภาพใหญ่ที่มีทั้งความเหมือนและความแตกต่าง สามารถถ่วงถ่วง เลือกลงใช้ และปรับแต่งมาตรการต่าง ๆ ให้มีความสอดคล้องและเป็นประโยชน์กับระบบสุขภาพของประเทศไทย ตารางเปรียบเทียบระบบสุขภาพของ ๒ ประเทศ นำเสนอข้อมูลลักษณะสำคัญของระบบสุขภาพระหว่างประเทศไทยและญี่ปุ่น

**ตารางเปรียบเทียบระบบสุขภาพระหว่างญี่ปุ่น และ ไทย**

ประเด็น	ระบบสุขภาพของประเทศไทย	ระบบสุขภาพของประเทศไทย
ระบบการเมืองการปกครองและเศรษฐกิจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบราชาธิปไตยภายใต้รัฐธรรมนูญ โดยที่จักรพรรดิ มีพระราชอำนาจจำกัด ทรงเป็น ประมุขใน ทาง พิธีการ นายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรีเป็น ผู้ใช้อำนาจบริหาร อำนาจนิติบัญญัติใช้ ระบบ ๒ สภา คือ สภาผู้แทนราษฎร และราชมนตรีสภา ซึ่งสมาชิกทั้ง ๒ สภามาจากการเลือกตั้งทั่วประเทศ</li> <li>- ระบบพรรคการเมืองมีพรรคใหญ่ ๒ พรรค คือ พรรค ประชาธิปไตย รัฐธรรมนูญแห่งญี่ปุ่น (CDP) เป็นเสรี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบ ราชาธิปไตยภายใต้ รัฐธรรมนูญ และ ประชาธิปไตย ระบบรัฐสภา ซึ่งมีพระมหากษัตริย์ ซึ่งทรงอยู่ภายใต้รัฐธรรมนูญเป็น ประมุขแห่งรัฐ และนายกรัฐมนตรี เป็นหัวหน้ารัฐบาล อำนาจนิติ บัญ ญัติ ใช้ ระบบ ๒ สภา ประกอบด้วย สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา โดยสมาชิกสภาผู้แทน ราษฎรมาจากการเลือกตั้งจำนวน หนึ่ง (รัฐธรรมนูญปี ๒๕๕๐)</li> </ul>

	<p>นิยมสังคม และพรรคประชาธิปไตยเสรีนิยม (LDP) เป็นอนุรักษนิยม ซึ่งเป็นพรรคที่ชนะเลือกตั้ง ครองเสียงส่วนใหญ่ในสภานิติบัญญัติเป็นช่วงเวลานาน มีเสถียรภาพทางการเมืองค่อนข้างสูง และมีความต่อเนื่องในการดำเนินนโยบายพัฒนาประเทศ</p> <p>- ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีรายได้สูงจัดอยู่ในกลุ่มประเทศ high income countries มีกำลังการผลิต และระดับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสูง แต่มีพื้นที่ในการเพาะปลูกน้อย ต้องพึ่งพาการนำเข้าอาหารถึงร้อยละ ๖๐</p>	<p>- ระบบพรรคการเมืองมีทั้งพรรคใหญ่ และพรรคเล็ก มักต้องจัดตั้งรัฐบาลที่เป็นรัฐบาลผสมจากหลายพรรคการเมือง จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีเสถียรภาพทางการเมืองน้อย ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดำเนินนโยบายพัฒนาประเทศ</p> <p>- ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศ middle-high income countries ในปี ๒๕๕๔ ภาคอุตสาหกรรม และบริการเป็นสัดส่วนหลักใน GDP ในขณะที่ภาคเกษตรกรรมมีสัดส่วนน้อยลง เมื่อเทียบกับภาคการขนส่ง การค้า และการสื่อสาร</p>
<p>กองทุนหลักประกันสุขภาพ</p>	<p>- มีจำนวนกองทุนหลักประกันสุขภาพในประเทศ ๓,๔๔๘ แห่ง แบ่งเป็น ๒ ประเภทใหญ่ (Formal Sector และ Informal Sector) และ ๕ ประเภทแยกตามกลุ่มผู้มีสิทธิ์</p> <p>- ประกันสุขภาพบนพื้นฐานการจ้างงาน (Employment-based Health Insurance) แบ่งเป็น ๓ scheme ย่อยครอบคลุมแทบทุกกิจการในญี่ปุ่น โดยให้ความคุ้มครองรวมถึงผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิงของลูกจ้าง เช่น ภรรยา บุตร ที่อยู่ในประเทศญี่ปุ่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Government employee insurance ครอบคลุมข้าราชการ (~ ๙ ล้านคน)</li> <li>● Large-scale private company employee insurance ครอบคลุมลูกจ้างในบริษัทขนาดใหญ่ (~ ๓๐ ล้านคน)</li> <li>● Small-scale private company employee insurance ครอบคลุมลูกจ้างกิจการ SME (~ ๓๕ ล้านคน)</li> </ul>	<p>- มีจำนวน ๔ กองทุนหลักๆ แบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Employment-based health insurance <ul style="list-style-type: none"> <li>● กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ครอบคลุมข้าราชการ คู่สมรส พ่อแม่ และบุตร (จำนวน ~ ๕ ล้านคน)</li> <li>● กองทุนประกันสังคม ครอบคลุมลูกจ้างในภาคเอกชน (จำนวน ~ ๑๐ ล้านคน)</li> <li>● กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานส่วนท้องถิ่น ครอบคลุมพนักงานส่วนท้องถิ่น คู่สมรส พ่อแม่ และบุตร (จำนวน ~ ๗ ล้านคน)</li> </ul> </li> <li>- National health security scheme กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมประชาชนไทยที่เหลือ ซึ่งไม่ครอบคลุมโดย employment-based scheme (จำนวน ~ ๔๘ ล้านคน)</li> </ul>

	<p>- ประกันสุขภาพชุมชน (Community-based Health Insurance) สำหรับกลุ่ม self-employed และกลุ่มผู้เกษียณอายุ แบ่งเป็น ๒ scheme ย่อยคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● National Health insurance scheme ครอบคลุมผู้ประกอบกิจการส่วนตัว เกษตรกร นักศึกษา ผู้สูงอายุ(๖๐-๗๔ ปี) (~ ๓๙ ล้านคน)</li> <li>● Senior citizen insurance ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๗๕ ปี (~ ๑๔ ล้านคน)</li> </ul>	<p>- กองทุนอื่น ๆ เช่น กองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กองทุนผู้ประสบภัยอุบัติเหตุรถยนต์(เอกชน)</p>
แหล่งเงินทุนของกองทุน	<p>- เบี้ยประกันสมทบจากนายจ้าง และลูกจ้าง</p> <p>- ภาษีท้องถิ่น และจากรัฐบาลกลาง</p> <p>- เงินสมทบระหว่างกองทุนอื่น ๆ ไปที่กองทุนสำหรับผู้สูงอายุ (๗๕+ปี)</p> <p>- เบี้ยประกัน ๔๘%, ภาษี ๓๘.๘% (รัฐบาล ๒๕.๙% , หน่วยปกครองท้องถิ่น ๑๒.๙%) ผู้รับบริการ (co-insurance) ๑๒.๕%</p>	<p>- ภาษี ๑๐๐% โดยสมทบผ่านงบประมาณรัฐบาลสำหรับกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, สวัสดิการรักษายาบาลพนักงานส่วนท้องถิ่น , และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>- นายจ้าง ลูกจ้าง และภาษีจากรัฐบาลจ่ายค่าเบี้ยประกันสมทบเข้ากองทุนกรณีกองทุนประกันสังคม</p>
การบริหารกองทุน	<p>- Decentralization:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● การจัดเก็บเบี้ยประกัน ไปที่ municipality based และกองทุนประกันสุขภาพ</li> </ul> <p>- Centralization:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ วิธีการ และอัตราการเบิกจ่ายคืนเงิน โดย Chuikyo ซึ่ง เป็นคณะกรรมการประกอบด้วย ๓ ภาคส่วน ได้แก่ผู้ให้บริการ กองทุนประกันสุขภาพ ภาคประชาชน และนักวิชาการ</li> <li>● ปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ และอัตราเบิกจ่ายคืนเงินทุก ๆ ๒ ปี</li> </ul>	<p>- แต่ละกองทุนหลัก มีการบริหารจัดการแยกเป็นอิสระต่อกัน โดยหน่วยงานรับผิดชอบแตกต่างกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง</li> <li>● กองทุนประกันสังคม โดยสำนักงานประกันสังคมกระทรวงแรงงาน</li> <li>● กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรอิสระภายใต้การกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข</li> </ul>

	<p>ดำเนินการโดยกระทรวงการคลัง และกระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● การตรวจสอบ (audit) และการเบิกชดเชย (Claim processing) มี ๒ บริษัทแข่งขันกันและมีสาขาของทั้งสองบริษัทกระจายอยู่ทุกจังหวัด มีจำนวน ๔๗ แห่ง</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ชุดสิทธิประโยชน์ วิธีการจ่ายค่าบริการ และอัตราค่าบริการจ่ายค่าบริการ มีความแตกต่างกันระหว่าง scheme</li><li>- Centralization within scheme<ul style="list-style-type: none"><li>● แต่ละ scheme พิจารณา กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ โดยคณะกรรมการบริการกองทุนฯ ซึ่งมีรายละเอียดของชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน</li><li>● กรณี prepaid scheme มีการจ่ายเงินค่าบริการไปยังสถานพยาบาลโดยตรง ออกจากส่วนกลาง (แต่ละกองทุน) ในกรณีของกองทุนประกันสังคมจ่ายอัตราต่อหัวประชากรเท่ากันสำหรับทุกสถานพยาบาล แต่กรณีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการปรับอัตราจ่ายตาม Age Index ซึ่งมีอัตราที่แตกต่างกันแต่ละจังหวัด</li><li>● Audit and claim processing ดำเนินการที่ส่วนกลางสำหรับเบิกจ่ายคืนเงินกรณี fee for service scheme (สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) และ DRG (สำหรับบริการผู้ป่วยใน) มีการส่งข้อมูลขอเบิกชดเชยทั้ง ๔ กองทุนมาที่ ๒ หน่วยงาน กรณีประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการข้าราชการบางส่วนส่งมาที่สำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส.) ส่วนกรณีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สวัสดิการรักษายาบาล พนักงานส่วนท้องถิ่น กองทุน</li></ul></li></ul>
--	--	--

		<p>สวัสดิการข้าราชการบางส่วน ส่งมาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>-Decentralization within scheme</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดเขตประกันสุขภาพเป็น ๑๓ เขต ทั่วประเทศ เพื่อบริหารจัดการประเด็นเฉพาะพื้นที่ทำหน้าที่กำหนดวิธีการ และอัตราการจ่ายสำหรับบางกิจกรรม (นอกเหนือจากค่าบริการรักษาพยาบาล ที่มีการจัดสรรเงินทุนจากส่วนกลางมายังสำนักงานเขต) ระหว่างสถานพยาบาล กับกองทุนภายในเขตเดียวกัน เช่น กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพร การดูแลระยะยาว ฯลฯ ซึ่งจะมีวิธีดำเนินการแตกต่างกันในแต่ละเขต</li></ul>
ผู้ให้บริการทางสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"><li>- สถานพยาบาล ๙๐% ดำเนินโดยภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร คือ ไม่มีการแบ่งผลกำไรให้กับหุ้นส่วน แต่นำผลกำไรมาพัฒนาบริการ (not for profit organization)</li><li>- มีสถานพยาบาล (คลินิก ๑๐๐,๔๖๑ แห่ง, โรงพยาบาล ๘,๔๙๓ แห่ง) และบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมาก เพียงพอ สำหรับการบริการรักษาพยาบาล (ญี่ปุ่นมีจำนวนประชากรมากกว่าไทยเกือบ ๒ เท่า แต่มีบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าไทย ๖ - ๑๐ เท่า)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- สถานพยาบาลภาครัฐ โดยเฉพาะสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดอื่น เป็นสถานพยาบาลหลัก ในการส่งมอบบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ โดยมีสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วมให้บริการเป็นสัดส่วนไม่มาก หรือเป็นบางกรณี เช่น กรณีฉุกเฉิน หรือประกันสังคม</li></ul>

<p>ความท้าทายของระบบ</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ระบบญี่ปุ่นเผชิญกับความท้าทายเรื่องการหาแหล่งรายได้ เพื่อให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อายุยืน แต่มีสัดส่วนประชากรวัยทำงานน้อยลง ส่งผลต่อรายได้ของกองทุนที่ได้จากเบี้ยประกันลดลง และมีการจัดเก็บภาษีเงินได้น้อยลงในสถานการณ์ที่ภาวะเศรษฐกิจไม่ดี รัฐบาลจึงต้องออกพันธบัตรเพื่อลดช่องว่างทางรายได้ และรายจ่าย ทำให้ปัจจุบันรัฐบาลมีภาระหนี้สาธารณะที่ต้องตามจ่ายเป็นสัดส่วนที่สูงขึ้น หรือการเพิ่มอัตราการร่วมจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลของประชาชนให้สูงขึ้น</li><li>- ระบบ กระบวนการ หรือมาตรการในการตัดสินใจเรื่องความเหมาะสมของการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น ที่เกินจำเป็น เนื่องด้วยระบบเบิกจ่ายรายการทำให้มีการบริการทางการแพทย์จำนวนมากที่เป็น gray zone ไม่สามารถแยกแยะได้ว่าเป็นบริการที่มีความจำเป็น คุ่มค่าหรือไม่</li><li>- ความไม่เป็นธรรมจากการจ่ายคินค่าบริการที่อัตราเดียวกันสำหรับสถานบริการทุกระดับทั้งคลินิกขนาดเล็กหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ปัญหาความยั่งยืนของกองทุนในอนาคตที่มีแหล่งเงินหลักมาจากภาษีเพียงแหล่งเดียว กับค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้น และกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ</li><li>- ความไม่เท่าเทียม (inequity) ของบริการสุขภาพที่ได้รับของผู้มีสิทธิใน scheme ที่แตกต่างกัน อันเป็นผลมาจากชุดสิทธิประโยชน์ และกลไกการจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันระหว่าง scheme</li><li>- ด้วยวิธีการจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัวให้กับสถานพยาบาล ทำให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีระดับหนึ่ง แต่ความท้าทายของวิธีการจ่ายค่าบริการดังกล่าว คือ การเข้าถึงบริการของประชาชน การมีระบบติดตาม ควบคุมคุณภาพของบริการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจเป็นเหตุหนึ่งให้ต้องจ่ายแพงขึ้นในอนาคต</li><li>- การจัดการค่าใช้จ่ายจากการบริการรักษาพยาบาลที่เกินจำเป็น (Moral hazard) โดยเฉพาะในกองทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และโปรแกรมอื่น ๆ ที่ใช้วิธีจ่ายคินค่าบริการรักษาพยาบาลแบบรายรายการตามมูลค่าที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (fee for charge) โดยไม่มีกลไกการร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ ซึ่งเอื้อให้เกิดการให้บริการที่เกินจำเป็น</li></ul>
--------------------------	---	--

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑  ต่อตนเอง

๑. ได้เรียนรู้ระบบการจัดการด้านงบประมาณสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่น และปัญหาการเพิ่มของค่าใช้จ่ายสาธารณสุข

๒.๓.๒  ต่อหน่วยงาน

๑. นำแนวคิด Fee Schedule มาปรับใช้ในผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพของไทยในส่วนที่ทำได้ เช่น ราคายา ราคาการตรวจชั้นสูตรโรค

๒. สามารถนำความรู้กลับมาเผยแพร่ให้บุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

๒.๓.๓  อื่น ๆ (ระบุ)

๑. การบริหารจัดการในด้านใด ๆก็ตาม ก็ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วน จะมีส่วนในการที่จะบริหารงานนั้น ๆ ได้อย่างถูกต้องทิศทาง

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑  การปรับปรุง

๑. เนื่องจากเนื้อหาดีมาก พยายาม ชักถามให้ได้มากที่สุด ในอนาคตถ้ามีการประชุมแบบเดียวกันนี้ จำเป็นควรมีเอกสารให้ศึกษาก่อน จะทำให้ได้เรียนรู้เร็วขึ้น

๓.๒  การพัฒนา

๑. ระบบการจัดการข้อมูล ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขญี่ปุ่นสามารถเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง กระทรวงสาธารณสุขของไทยอาจต้องไปเรียนรู้ระบบการจัดการข้อมูลดังกล่าวเพิ่มเติม

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นายกมล ศรีจันทิก)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการแพทย์

โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา .....

.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ

(นายจร อินทรบุหรั่น)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุติโนโร อุทิศ