สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การฝึกอบรม

หลักสูตร CFO และ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 3)

HEALTHY THINKING The Strategic CFO
THE STRATEGIC CFO AS CHANGE AGENT

วันที่ 30 ตุลาคม – 1 พฤศจิกายน 2561

โรงแรม เบสท์ เวสเทิร์น พลัน แวนดา แกรนด์ ถ.แจ้งวัฒนะ จ.นนทบุรี

ตลอด 16 ปี สปสช.ไม่เคยหยุดนิ่ง แต่ยังคงทำงานร่วมกับทุกภาคส่วน มุ่งพัฒนา ปรับปรุง แก้ไข และเพิ่มเติม เพื่อให้บรรลุเจตนารมณ์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับคนไทยทุกคน

นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา

เลขาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

วันที่ 30 ตุลาคม 2561

- Commissioning Health Care 2
  โดย ผศ. (พิเศษ) ดร.นพ. วินัย สีสมิทธิ์
- Medical Audit 9
  โดย นพ.รัฐพล เตรียมวิชานนท์ ผู้ช่วยเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ 31 ตุลาคม 2561

- ศึกษาดูงานสำนักงานประกันสังคม 17
  โดย สำนักงานประกันสังคม
- ศึกษาดูงาน บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) 28
  โดย บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

วันที่ 1 พฤศจิกายน 2561

- นำเสนอผลการศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 36

ภาคผนวก

กำหนดการการฝึกอบรมหลักสูตร CFO และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 3)
วันที่ 30 ตุลาคม – 1 พฤศจิกายน 2561
โรงแรม เบสท์ เวสเทิร์น พลัส แวนดา แกรนด์ ถ.แจ้งวัฒนะ จ.นนทบุรี

ภาคผนวก

การฝึกอบรมหลักสูตร CFO และ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 3)

วันที่ 30 ตุลาคม 2561

วันที่ 30 ตุลาคม 2561

หัวข้อ	**Commissioning Health Care**
วิทยากร	ผศ. (พิเศษ) ดร.นพ.วินัย ลีสมิทธิ์
วัตถุประสงค์	1) เพื่อเข้าใจแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและได้รับคุณภาพที่มาตรฐาน 2) เพื่อทำความเข้าใจการเจรจาต่อรองและเทคนิคการสื่อสารที่จำเป็นเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการทำงานร่วมกัน
เวลา	09.00 – 12.00 น.

รูปแบบกิจกรรม : การฟังบรรยายและฝึกปฏิบัติตามโจทย์ รูปแบบการจัดห้องอบรมจัดโต๊ะเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม

สื่อและอุปกรณ์ :

- Power point บรรยายเนื้อหา
- LCD และโน๊ตบุ๊ค
- กระดาษฟริปชาร์ท ปากกาเมจิ

กระบวนการและเนื้อหา

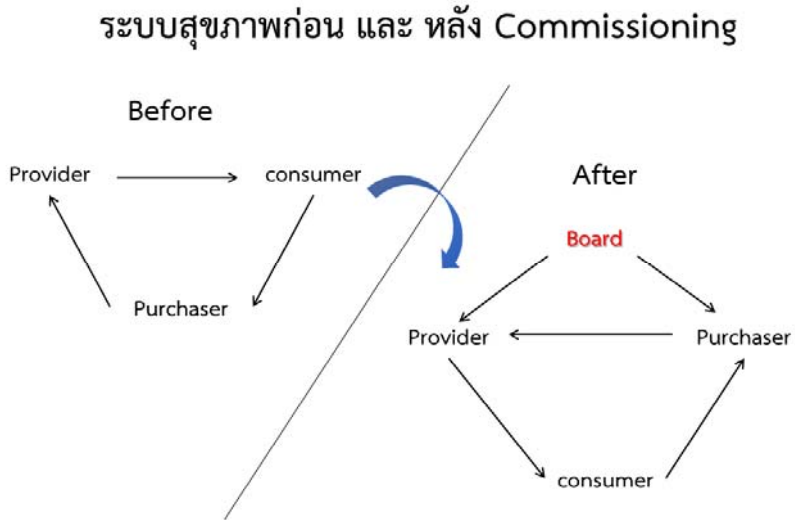
สำหรับหัวข้อการบรรยายเรื่อง Commissioning Health Care สามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

Commissioning Health Care แปลว่า กำหนดให้ทำ ซึ่งต้องรู้ประวัติศาสตร์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage : UC) มาก่อนจึงจะทำความเข้าใจ Commissioning Health Care ได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นจึงต้องรู้ที่มาที่ไปก่อน อย่างไรก็ตาม Commissioning Health Care ต้องเกิดขึ้นในประเทศไทย ตั้งแต่เริ่มมีการปฏิรูปราชการ ในปี 2545 มีการกระจายอำนาจและการปฏิรูปสุขภาพ ซึ่งการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขจึงมี UC เกิดขึ้น

ยกตัวอย่างในประเทศอังกฤษที่นำระบบนี้มาใช้ ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เศรษฐกิจแย่ แต่ก็ยังทำ national health service ได้งบประมาณร้อยละ 80 ซึ่งเฉพาะในลอนดอนเท่านั้นส่งผลให้ทั้งประเทศเริ่มมีปัญหาระบบสุขภาพจึงต้องทำระบบเครือข่าย โดยใช้ รพ.ศูนย์ 1 แห่งทำรวมกับเครือข่าย ดังนั้น primary care ของอังกฤษส่วนใหญ่จึงเป็นของเอกชนในขณะที่ hospital service เป็นของรัฐ

จากนั้นจึงเกิดเขตสุขภาพเชิงโครงสร้าง คือ การแบ่งเป็นเขต โดยมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่และเป็นโรงเรียนแพทย์ ต่อมาต้องปฏิรูปการจัดสรรงบประมาณใหม่ จึงมีนักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข นำไปสู่ new public management ให้มหาวิทยาลัยยอร์คทำหน้าที่ช่วยคิดสูตรการจัดสรรงบประมาณ

สำหรับประเทศไทย ก่อนมี Commissioning ในปี 2545 เกิดคณะกรรมการสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญที่ทำให้เกิด policy governance ซึ่ง สปสช. มองเรื่องการเข้าสู่การบริการเป็น area มองเป็น mean ที่นำไปสู่การบริการประชาชน คือ



- Concept ของ commissioning คือ Area health ประกอบด้วย 1) Universalism 2) governance และ 3) Decentralization ดังนั้น commissioning จะเกิดขึ้นได้ต้องกระจายอำนาจลงสู่ส่วนล่าง
- Commissioning เป็นกระบวนการต่อเนื่องของการวางแผน การตกลง และmonitoring services

ฉะนั้น Commissioning จึงไม่ใช่แค่ action เดียวแต่ต้องทำหลายอย่างไปพร้อมกันและต้องมีคุณภาพต่อเนื่อง ซึ่งการทำไม่ใช่มองแค่เขตพื้นที่ แต่สามารถมองข้ามพื้นที่ได้ หมายความว่าสามารถซื้อบริการข้ามเขตได้

- บริการที่จะต้องทำนั้น ในอังกฤษเรียกว่า Clinical Commissioning Group (CCGs) แต่ของประเทศไทยยังไม่มี

CCGs ซื้อบริการสำหรับ local community ในอนาคต commissioning จะมีอำนาจมากขึ้น เพราะกระจายลงพื้นที่ต้องทำ integrated program

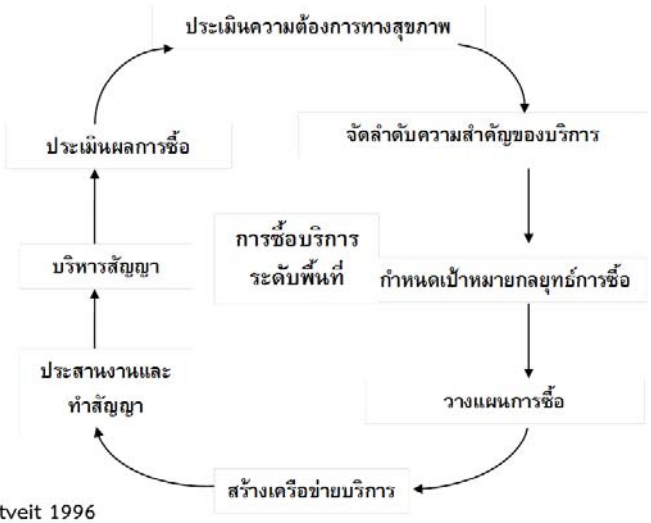
- ทำอย่างไรให้ integrated commissioning ทำงานได้ มี 5 ขั้นตอน ดังนี้
    1) Proactive coordination of care
    2) Community capacity and peer support
    3) Personalized care and support planning
    4) Choice and control
    5) Personalized commissioning and payment

เขตสุขภาพ คือ

- ระบบสุขภาพระดับพื้นที่ (Locality Health System)
- พื้นที่ (Region) และ ประชากร (Population) รับผิดชอบชัดเจน
- มีระบบซื้อและจัดบริการ (Purchaser-provider split) ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของประชาชนในพื้นที่ (Met health needs)
- บริการผสมผสานทั้ง ส่วนบุคคล (personal care) โรงพยาบาล (hospital care) การสาธารณสุข (public health) และสังคม (social care)

Commissioning จึงเป็นการกระจายอำนาจและการทำงานลักษณะเครือข่าย local autonomous body (networking governance) คือ กระบวนการในการประเมินความต้องการของประชาชน มีการวางแผน การจัดลำดับ purchasing and monitoring health services เพื่อให้ได้รับบริการสุขภาพที่ดี

วงจรของ commissioning ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) monitoring 2) assessing 3) securing และ 4) planning โดย Value base health ในการจ่าย



ที่มา: Øvretveit 1996

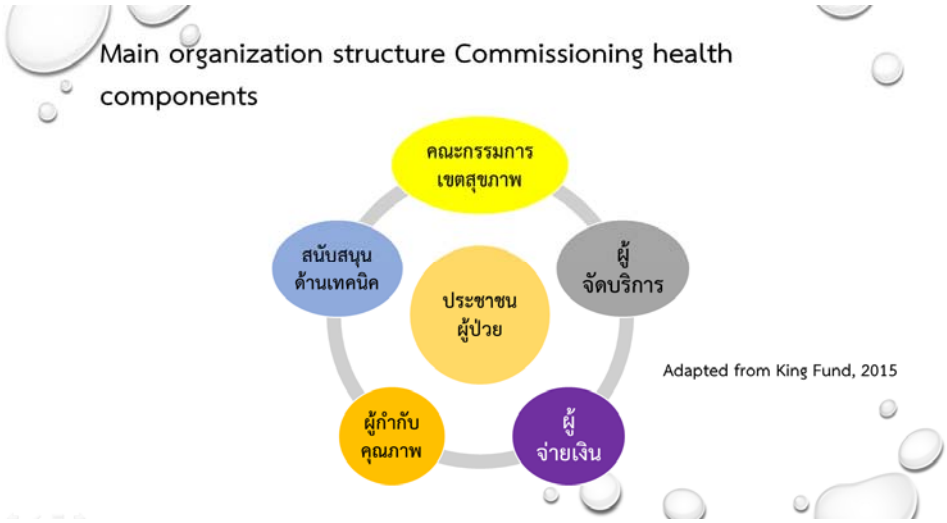
วงจรการซื้อบริการในระดับพื้นที่ ประกอบด้วย 1) ประเมินความต้องการทางสุขภาพ 2) จัดลำดับความสำคัญของการบริการ 3) กำหนดเป้าหมายกลยุทธ์การซื้อ 4) วางแผนการซื้อ 5) การสร้างเครือข่ายบริการ 6) ประสานงานและทำสัญญา 7) บริหารสัญญา และ 8) ประเมินผลการซื้อ ยกตัวอย่างที่สามารถดำเนินการซื้อบริการในระดับพื้นที่ที่ทำได้ทั้งหมด 8 ข้อ คือ กรุงเทพมหานคร แต่มักมีปัญหาและจุดอ่อนตรงที่ การบริหารเครือข่ายและการบริหารสัญญา

commissioning มีกลยุทธ์ 3 เรื่อง คือ 1) strategic planning 2) Procuring service และ 3) monitoring and evaluation

Contractual model (โมเดลการทำสัญญา) มี 3 โมเดล คือ

1) block contract การกำหนดการเข้าถึงการบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบว่าจะได้รับบริการอะไรและได้ค่าตอบแทนเป็นจำนวนเงินเท่าไร ระบุตัวชี้วัดเรื่องผลงานการให้บริการ สัญญาประเภทนี้สร้างความมั่นใจให้แก่โรงพยาบาลว่าจะสามารถได้รับงบประมาณค่าตอบแทนที่ชัดเจนให้การจัดบริการแบบกว้างๆโดยรวม
2) cost- volume contract มักใช้ในกรณีที่มีการรักษาเฉพาะ เช่น ล้างไตกี่ราย ผ่าตัดหัวใจกี่ราย โดยระบุชัดเจนว่าผู้จัดบริการจะต้องให้บริการประเภทใดบ้าง จำนวนเท่าไหร่ ตามราคาที่ตกลงกันไว้ และบริการที่จัดต้องกำหนดคุณลักษณะให้ชัดเจน
3) cost-per-case basis กำหนดที่ตัวผู้ป่วยที่มารับบริการ มีกิจกรรมการบริการที่ถูกเชื่อมโยงกับค่าใช้จ่าย สัญญาแบบนี้มีค่าใช้จ่ายในการเรียกเก็บค่าบริการ นิยมใช้ประกอบการจ่ายนอกเหนือ block contract เช่น ส่งต่อผู้ป่วย (Extra Contractual referrals)

โครงสร้าง Commissioning คือ



Provincial governance of UC

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ การมอบหมายความรับผิดชอบในการว่าจ้างจากองค์กรระดับประเทศถึงระดับท้องถิ่น การทำงานร่วมกันในระดับท้องถิ่นมากขึ้น และการเพิ่มขึ้นของประชากรหรือวิธีการกำหนดตำแหน่งในการว่าจ้าง

ดังนั้น commissioning จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลแบบบูรณาการมากขึ้น รวมทั้งระหว่างการดูแลสุขภาพและการดูแลทางสังคม ซึ่งระบบการแยกส่วนของการว่าจ้างในปัจจุบันเป็นไปอย่างไม่ยั่งยืน ในขณะที่ความคิดในการว่าจ้างให้มีการรวมเข้าเป็นหนึ่งเดียววิธีการบรรลุเป้าหมายนั้นต้องเป็นเรื่องใหม่

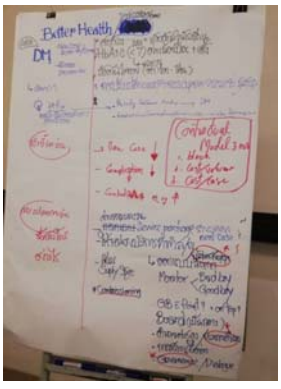
3 ประเด็นสำคัญในการพัฒนาการว่าจ้างในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า

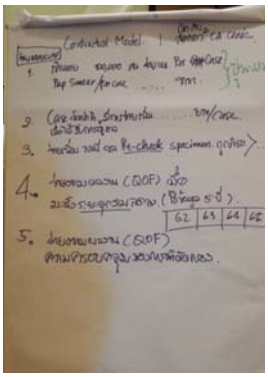
1) การร่วมมือและการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับเพื่อนบ้าน
2) การจัดตั้งคณะกรรมการร่วม โดยมีโครงสร้างการกำกับดูแลหรือการผสานคณะผู้แทน ภายในระบบการว่าจ้าง
3) ดำเนินการเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การว่าจ้างบทบาทมากขึ้น การว่าจ้างแตกต่างกันในแต่ละส่วนของประเทศ คือ กรรมาธิการยุทธศาสตร์ และ คณะกรรมาธิการการปฏิบัติงาน

<u>ฝึกปฏิบัติตามโจทย์</u>

ต่อมาวิทยากรตั้งโจทย์คำถามสำหรับ group work โดยให้แต่ละกลุ่มระดมความคิดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

<u>กลุ่มที่ 1</u> เลือกตัวอย่างจาก กทม. ประเมินจากความต้องการสุขภาพ ปัญหาของพื้นที่คือ DM type 2 มี new case ประมาณ 20,000 คน/ปี จากกิจกรรมที่ทำ hdlme ตั้งเป้า > 25% ป้องกันพวกอนุพันธ์จากเบาหวาน





ตัวชี้วัด 1) new case ต้องน้อยลง
2) การจ่ายตามผลงาน
3) การสร้างเครือข่ายการบริการ

Comment : คำถามว่าจะทำสัญญาแบบไหน จะจ่ายเป็นแบบไหน ถ้าเป็น case base คือ จ่ายตามแต้มเป็น case base ต่อมาเราต้องกำหนดวิธีการและการบริหารจัดการที่ชัดเจน

<u>กลุ่มที่ 2</u> เลือก เขต 2 มาเป็นตัวอย่าง เลือกประเด็น แม่และเด็ก วัยรุ่นท้องก่อนวัยอันควร เน้น primary care เริ่มจากคุณภาพ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับลงทะเบียน

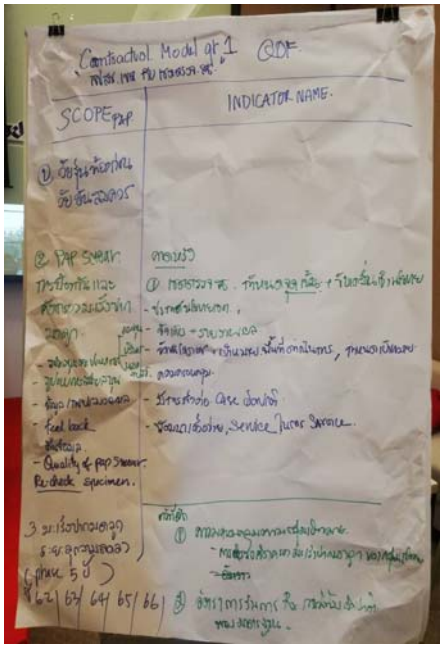
ตัวชี้วัด 1) การมีอัลตร้าซาวน์ อย่างน้อย 1 ครั้ง/การตั้งครรภ์

2) กลุ่ม high risk on top อัลตร้าซาวน์ครั้งที่2

3) มีการวางแผนการคลอด

4) การจ่าย เริ่มจาก ลงทะเบียน (case based)

Comment : case base จะต้องเป็น Cost ที่เท่ากัน P for P เป็น case based + bonus ดีที่สุด



<u>กลุ่ม 3</u> เลือก scope การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ความคาดหวังคือ จะทำ contract กับ เขตตรวจรัฐในพื้นที่ โดย สปสช.จะสนับสนุนงบกองทุนและงบบริหาร

รูปแบบการสนับสนุน แบบผสมผสาน

ตัวชี้วัด ครอบคลุมการจัดสรรงบประมาณ แบบผสมผสาน 1) จ่ายปูพรม 2) Case ปกติจ่ายเพิ่ม เมื่อได้รับการดูแล 3) จ่ายตามผลงานเมื่อมะเร็งระยะลุกลาม 4) จ่ายตามผลงานความครอบคลุมของการคัดกรอง

Comment : ออกแบบไว้ซับซ้อนและจะบริหารสัญญาอย่างไร พอถึงขั้นตอนการจ่ายจะมีปัญหามากขึ้น ถ้าจะจ่ายเพิ่มแล้วมีเงินจริงหรือไม่ ระยะเวลาในการจ่ายทำอย่างไร (รายงวดรายเดือน ครึ่งปี) จะทำอย่างไรสัญญานี้จะผูกมัดเมื่อไรถึงเมื่อไร ข้อเป็นห่วงคือการทำสัญญากับผู้ตรวจ (ดี/ไม่ดี) แสดงว่าเราหวังว่าผู้ตรวจจะมาดูแลให้เราจริงหรือไม่ บริบทของแต่ละเขตจะไม่เหมือนกัน เช่น ไปเจอ สสจ.ลพบุรี ก็เล่นยากแล้ว ที่อังกฤษยังมีประเด็นเรื่องทำแท้งจะอยู่ในบริหารนี้หรือไม่ ทั้งหมดจะอยู่ในเรื่องการทำสัญญา แล้วถ้าข้ามเขตจะทำอย่างไร ดังนั้น ทั้งหมดอยู่ที่สัญญาและการบริหารสัญญา ทั้งหมดนี่เป็นปัญหาของ สปสช. และเป็นไปไม่ได้ที่ สปสช.จะทำสัญญาเดียวกันทั้งประเทศได้ ก็ย้อนกลับมาว่า สปสช.ให้อำนาจแค่ไหน

หัวข้อ	**Medical Audit**
วิทยากร	นพ.รัฐพล เตรียมวิชานนท์ ผู้ช่วยเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
วัตถุประสงค์	เพื่อทำเข้าใจการจัดสรรงบประมาณ และการบริหารงบประมาณ OP, IP, PP
เวลา	13.00 – 16.00 น.

รูปแบบกิจกรรม : Work shop และนำเสนอผลงาน จำลองการจัดสรรงบประมาณในระดับเขต

สื่อและอุปกรณ์ :

- Power point บรรยายเนื้อหา
- LCD และโน๊ตบุ๊ค
- กระดาษฟริปชาร์ท ปากกาเมจิ

กระบวนการและเนื้อหา

นพ.รัฐพล เตรียมวิชานนท์ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ทบทวนสิ่งที่เรียนมา และเตรียมความพร้อมก่อนการไปดูงาน ผ่านกิจกรรม I Care

<u>กิจกรรมที่ 1</u> : กิจกรรม I Care ให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนจับกลุ่มล้อมเป็นวงกลม

กิจกรรมที่ 1.1 ใช้แป้งเด็กแคร์เป็นอุปกรณ์ในการเล่น โดยให้มีการกำหนดตัวเลขขึ้นมาตัวเลขหนึ่ง ตัวอย่างเช่น 28 โดยแต่ละคนสามารถนับตัวเลขได้ไม่เกิน 3 จำนวนที่ต่อเนื่องกัน โดยเริ่มต้นจาก 1,2,3 แต่ละคนสามารถนับได้ไม่เกิน 3 ตัวเลขติดกัน จนครบตัวเลขที่กำหนดกระป๋องแป้งแคร์อยู่ที่ใคร

กิจกรรมที่ 1.2 ใช้ธนบัตร 20 บาท แต่วิธีการเล่นเหมือนกับกิจกรรมที่ 1 โดยเปลี่ยนจากแป้งเป็นธนบัตร

คำถามของวิทยากร : ให้ผู้เข้าร่วมประชุมมองกิจกรรมดังกล่าวและนำมาเปรียบเทียบกับงานที่เรากำลังทำอยู่ โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอความเห็นว่ามีข้อคิดอะไรจากการทำกิจกรรมนี้

ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรม “I Care”

- **กรณีใช้แป้ง** หลายคนกลัวที่จะไม่รับแป้ง มองเหมือนกับเป็นการโยนความเสี่ยงให้กับคนอื่น นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนกติกากลางคัน บอกกติกาไม่หมด เหมือนการทำงานจริงที่เราสามารถถูกเปลี่ยนกติกากลางคันได้ หน่วยบริการถูกเปลี่ยนกติกาไปมา เปรียบเสมือนเอาความยุ่งยากไปให้เขา เขาก็รู้สึกไม่ชอบเหมือนกับเรา
- **กรณีใช้ธนบัตร** นึกถึงการให้รางวัล (reward) โดยมองสะท้อนการทำงานจริงในพื้นที่ ทำให้นึกถึงวิธีการ payment ที่หน่วยบริการของเรา เหมือนกับเป็นการให้รางวัล เช่น QF Reward QI Reward แต่งบ CA, งบ IR, งบ CR ไม่คุ้มอยากคืน

วิทยากร (เพิ่มเติม) : ที่ผ่านมาเราพูดเรื่องการตรวจสอบบัญชี (audit) เรื่องการซื้อบริการ เรื่องระบบบัญชีพื้นฐาน เรื่องการเงินการคลัง ระบบการตรวจสอบ ดังนั้นความคาดหวังในบทบาท CFO ในพื้นที่ ตัว CFO จะมีบทบาทหน้าที่ควบคุมกติกา ดูแลภาพรวมให้ได้รับความเป็นธรรม ไม่แก่งแย่งผลประโยชน์ในที่ประชุม และบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

<u>กิจกรรมที่ 2</u> : ดูวิดีโอ เรื่องปัญญาประดิษฐ์ หรือ AI

ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ชม video clip ของ อาจารย์สมเกียรติ ตั้งกิจวานิตย์ เรื่อง **“คิดยกกำลังสอง เรียนรู้ทักษะสำหรับศตวรรษที่ 21 เตรียมพร้อมรับโลกใหม่ยุค AI”** อาจารย์สมเกียรติอธิบายเกี่ยวกับเรื่องปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence) หรือ AI ซึ่งหมายถึง ความฉลาดเทียมที่สร้างขึ้นให้กับสิ่งที่ไม่มีชีวิต ปัญญาประดิษฐ์เป็นสาขาหนึ่งในด้านวิทยาการคอมพิวเตอร์ ขณะนี้ AI เป็นทักษะของโลกอนาคต ทักษะที่เปลี่ยนชีวิต **เด็กที่เรียนรู้ด้วยวิธีการท่องจำ เพราะจะไม่สอดรับกับโลกในอนาคต** ดังนั้นต้องเตรียมเด็กของเรากับงานที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เด็กในยุคต่อไปต้องเรียนรู้ตลอดชีวิต ดังนั้นจะทำอย่างไรให้คนสามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต การเรียนแบบเดิมที่เน้นข้อมูล Information เอาข้อเท็จมาเป็นตัวตั้งนั้นเป็น

ประโยชน์ต่อการเรียนรู้น้อย เพราะปัจจุบันเราต้องแข่งกับคอมพิวเตอร์ ความแตกต่าง คือ ต้องใช้ AI ในศตวรรษที่ 21 1) ต้องมีจิตนาการ (Imagination) 2) มีแรงบันดาลใจ (Inspiration) 3) มีการเรียนรู้แบบลุ่มลึก (Insight) 4) มีญาณทัศน์ (Intuition) ดังนั้นการเรียนยุคต่อไปต้องใช้ทักษะแห่งโลกอนาคต โดยทัศนะแห่งโลกอนาคต คือ ASK ประกอบด้วย ทัศนคิต : Attitude, ทักษะ : Skill, ความรู้ : Knowledge ดังนั้นการที่จะให้เด็กมีทักษะแห่งโลกอนาคต จำเป็นต้องให้เด็กเกิดการเรียนรู้เรื่องความคิดสร้างสรรค์ เรียนรู้ และอดทน ใฝ่รู้ และต้องให้มีการเรียนรู้จากข้างนอกด้วย

นอกจากนี้ต้องมีการสร้างกระบวนการเรียนรู้โดยออกแบบให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (active learning) โดยให้เด็กเรียนรู้โดยการเล่น จะมีความรู้มากกว่า เปลี่ยนจากการเรียนรู้จากการฟังเป็นเรียนรู้แบบลงมือทำมากกว่า

โลกใบใหม่เปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม ใช้เทคโนโลยีที่ยังไม่เกิด แก้ปัญหาที่ยังไม่รู้ ดังนั้นเด็กต้องเรียนรู้เรื่องแก้ปัญหาไปอย่างต่อเนื่อง มีแรงบันดาลใจในการแก้ไขรวมถึงมีการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหามากขึ้น การเรียนรู้ต้องเรียนรู้แบบฉลาด (Smart) เพิ่มขึ้น และโลกในยุคอนาคตไม่เหมือนเดิมแล้ว ปัจจุบันอัตราการใช้เงินสดลดลง แต่ทุกคนจะใช้ QR code

เทคโนโลยีเปลี่ยนเร็วมาก ดังนั้น AI คือ การสอนให้เครื่องคอมพิวเตอร์รู้จัก เช่น คอมพิวเตอร์จะเรียนรู้ผ่านฟังก์ชั่นลอการิทึม (logarithmic function) หรือ เป็นการดำเนินการทางคณิตศาสตร์ เช่น การตรวจสอบสิทธิ์ การเรียนรู้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงมีการใช้คณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์มากขึ้น

โลกในอนาคตข้างหน้า คอมพิวเตอร์ยังไม่รู้จักนก แต่ถ้าเรานำภาพนกเข้าไปหลายๆ ภาพ คอมพิวเตอร์มันจะรู้จักภาพนก แต่ดวงตาของมนุษย์จะเร็วสู้คอมพิวเตอร์ไม่ได้ ตัวอย่างที่เครื่องจักร (machine) ทำได้ดีกว่าคน คือ ฟิลม์เอ็กซ์เรย์ เพราะมันมีการอ่านฟิลม์เอ็กซ์เรย์ซ้ำๆกันหลายๆครั้ง

ในอนาคตระบบการเงิน จะมีการนำระบบ Block chain มาใช้ในเรื่องการเงินและการธนาคาร เช่น เมื่อมีการทำธุรกรรมการเงินจะถูก block โดยคนหลายๆ คน เช่น จะมีคนที่รู้เรื่องธุรกรรมการเงินของเรามากขึ้น เช่น มีคนรู้ว่าเราทำธุรกรรมมากถึง 5 คน โดยรับรู้พร้อมกัน ดังนั้นจึงอยากจะชวนพวกเราในฐานะ CFO ร่วมกันคิดเกี่ยวกับโลกในอนาคตดังต่อไปนี้

1. ถ้า block chain เข้ามาจะกระทบ สปสช.อย่างไร ทุกโรงพยาบาลจะมี block เมื่อทำธุรกรรม ดังนั้นโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลจะรู้ข้อมูลส่วนบุคคล เรามี Data มะเร็งเก็บไว้ เมื่อหมอเปลี่ยนวิธีการรักษา ข้อมูลคนไข้ก็จะเปลี่ยนไปด้วย และสามารถดูได้ทั่วโลก ดังนั้นตัวกลางหายไปการขัดขวาง (disruption) ข้อมูลจะมีคนที่นอกเหนือจากเรา ดังนั้นเทคโนโลยีดิจิตอลมาแรงในโลกอนาคต

2. ในสมัยก่อนเราเอาเรื่องความรู้ (knowledge) นำทุกเรื่อง แต่ตอนนี้ต้องเอา ASK คือ Attitude นำ เช่น มะเร็งเป็นเรื่องของพันธุ์กรรม หรือการควบคุมการกิน ดังนั้นมนุษย์ต้องอดทนและเรียนรู้ทุกอย่าง ดังนั้น Attitude จึงสำคัญที่สุด
3. **ทักษะของเด็กรุ่นใหม่ สิ่งที่ต้องเสริม คือ เรื่องการเจรจา การประสานงาน และการต่อรอง ความอดทนในการทำงาน** คน สปสช.จะมีความยืดหยุ่นในเรื่องนี้ เราถูกฝึกให้มีความอดทนและเรียนรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลง (transform)

<u>กิจกรรมที่ 3</u> : วิเคราะห์การนำเสนอข่าว "โครงการบัลลังก์เมฆ"

(ผู้เขียน ดร.เฉลิมพล ไวทยางกูร ในหนังสือพิมพ์ไทยโพสต์)

วิธีการ คือ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมใช้ทักษะของตนเองในการอ่านข่าว "โครงการบัลลังก์เมฆ" โดยมีเนื้อหาสาระที่สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

หากย้อนมองการดำเนินงานของ สปสช. เมื่อ 15 ปีที่แล้ว ในยุคที่มีการประกาศใช้บัตรทอง หลายคนสรรเสริญ หลายคนในประเทศไทยให้ความชื่นชม แต่เมื่อเวลาผ่านไปเหมือนโครงการบัลลังก์เมฆ รัฐบาลบอกว่าได้จัดสรรเงินค่าหัว 3,000 บาท ต่อปี 15 ปี ซึ่ง หากคำนวณเป็นเงินย้อนหลัง 15 ปี ถือว่าเป็นการเสียค่าใช้จ่ายต่อคน คนละ 45,000 บาท โดยในครอบครัวของผู้เขียนมี 4 คน แต่ไม่ได้ใช้สิทธิ์ใดๆ เลย ซึ่งคนเขียนเรื่องนี้ เขียนแบบมีอคติ และมีวาระซ่อนเร้น (hidden agenda) เขาบอกเขาไม่ได้ใช้สิทธิ์ และเข้าใจว่าถ้าไม่ได้มีการเบิกจ่ายเงินค่าหัวดังกล่าวน่าจะนำเงินจำนวนดังกล่าวคืนให้ประชาชน (ในกรณีผู้เขียนมองว่าควรจะคืนเงินให้ประมาณ 45,000 ต่อคน) โดยมองระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมีความเข้าใจที่ผิดว่าระบบถ้าไม่เคลมจะมีคืน แต่ไม่เข้าใจเรื่องการใช้ร่วมกัน (sharing) คือ ไม่เข้าใจเรื่องเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข

ดังนั้น จึงมองว่าเงินจำนวนดังกล่าว เหมือนกับเงินในบัลลังก์เมฆ เพราะเงินลอยอยู่บนฟ้าโดยไม่สามารถดึงมาใช้ได้ เขาเข้าใจผิดว่าจ่ายคนละ 3,000 ต่อคน แต่คนที่ไม่ป่วยไม่เคยใช้สิทธิ์บริการใดๆ ควรได้รับคืน ที่ผ่านมาเคยมีคนคิดว่าควรจะมีระบบการคืนเงินดังกล่าวให้ แต่มันไม่เป็นตรรกะ (logic) โดยหากนับจากคนที่ป่วยจริงจำนวน 28 ล้านคน

ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรมวิเคราะห์ข่าว "โครงการบัลลังก์เมฆ"

จากการอ่านข่าวดังกล่าว พบว่า ผู้เขียนพยายามเขียนให้ชาวบ้านเข้าใจในแบบที่เขาเข้าใจ ซึ่งจะมีคนคล้อยตามได้ว่าทำไมรัฐบาล บอกว่าเราใช้เงินเพื่อประกันสุขภาพเอกชน เป็นเงินจำนวน 100,000 ล้าน ทำให้พบว่า มีคนอีกจำนวนหนึ่งที่มีกำลังในการจ่ายเงิน ดังนั้นควรทำระบบให้มีการร่วมจ่าย (Co-payment) ในระบบหลักประกันสุขภาพได้แล้วในปัจจุบัน เพราะมีคนพร้อมจ่าย แต่หากคิดอีกมุมหนึ่งจะพบว่า ระบบการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน มีวิธีคิดแบบธุรกิจและเป็นการรักษาที่ได้กำไรแบบมหาศาล

ระบบการรักษาของภาคเอกชน (private sector) เช่น ซื้อประกันจากบริษัทเอกชน (private insurance) เพราะโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพมีผู้ป่วยหนาแน่น เช่น ไปคลินิกแทน ซึ่งระบบการรักษาของภาคเอกชนทำให้มีการแข่งขัน แต่ที่ไม่เห็นด้วยอย่างหนึ่ง คือ ราคาแพงเกินไป ตัวอย่างกรณีโครงการเจ็บป่วยฉุกเฉินมีสิทธิทุกที่ หรือ UCEP โดยให้การรักษาฟรี 72 ชั่วโมง ทั้งโรงพยาบาลเอกชนและรัฐที่ใกล้ที่สุด เป็นการให้คนเข้าถึงบริการอย่างทันเวลา โดยการกำหนดราคาของภาคเอกชนควรมีการควบคุมในระดับกระทรวง ซึ่งมีตัวอย่างในประเทศญี่ปุ่น ที่สามารถควบคุมได้ โดยให้มีกำไรต่างกันไม่เกิน 3% หรืออาจจะมีให้เห็นจากกรณีตัวอย่างของประเทศอินเดีย ที่กำหนดให้มีการจ่ายเงินเฉพาะคนผู้ป่วยจริง

ดังนั้นวิทยากรสรุปว่า ดังที่ ซุนวู กล่าวไว้ว่า

“รบร้อยครั้ง...ไม่พ่าย”
เพราะในการรบ...หลายสงครามยังไม่จบ
เป็นแค่การชนะการศึก...แต่ยังไม่ชนะสงคราม
บางศึกเราแพ้...แต่สงครามเรายังไม่แพ้

หน่วยบริการที่เป็นธุรกิจ (business unit) เพราะไม่ต้องการขาดทุน ถ้าไม่คิดแบบหน่วยธุรกิจ (business unit) จะไปต่อไม่ได้ เพราะหมายถึงการขาดประสิทธิภาพ และไม่สามารถวิเคราะห์อนาคตได้ การที่ไม่มีสภาพคล่องถึงจะมีผลกำไร ถือว่าดำเนินงานไม่มีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน เพราะมีการลงทุนเกินตัวเช่นเดียวกับโรงพยาบาล ซึ่งการลงทุนไม่ควรเกิน 20 % โดยใช้เงินบำรุงที่มาจากค่าเสื่อม ดังนั้นประสิทธิภาพ คือ การไม่ใช้เงินเกินตัวหรือการไม่ลงทุนในสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์

นอกจากนี้ในอนาคต พรบ.จัดซื้อจัดจ้างอาจจะมีปัญหา เพราะการดำเนินการทำได้อย่างล่าช้าและไม่ได้ประโยชน์ ที่กำหนดให้มีการใช้ระบบจัดซื้อจัดจ้างในปี พ.ศ. 2561 2562 และ 2563 ซึ่งไม่มีประโยชน์ เพราะระบบการจัดซื้อจัดจ้างตรงกลางยังอ่อน เช่น เรื่องการจัดซื้อจัดจ้างยา แต่หลายคนมองว่าการนำระบบการจัดซื้อจัดจ้างเข้ามาเพื่อป้องกันการทุจริต แต่ขณะเดียวกัน พบว่า ระบบการจัดซื้อจัดจ้างทำให้การดำเนินการไม่คล่องตัว รวมถึงติดขัดเรื่องกรอบระยะเวลาในการจัดซื้อจัดจ้างด้วย

<u>กิจกรรมที่ 4</u> : ศึกษา วิเคราะห์ และเปรียบเทียบ รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ของเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี กับ คณะทำงานกองทุนสำนักงานสาขากรุงเทพมหานคร

โดยให้แต่ละกลุ่มนำเสนอประเด็นหลักๆ หรือข้อเสนอที่แตกต่างจากเพื่อนๆ โดยเปลี่ยนจากข้อสังเกตในมุมที่เราได้เข้าร่วมประชุมกับมุมที่เราเป็นผู้สังเกตการณ์จะต่างกัน สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

<u>กลุ่ม 1</u>

จากการศึกษาเอกสาร พบว่า กรุงเทพมหานคร มีการจัดการและเตรียมการเรื่องเอกสาร มีประเด็นการพิจารณาชัดเจน น่าจะเป็นทีมงานของ สปสช.กทม.เป็นคนจัดการเอกสารและน่าจะมีการส่งวาระให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ศึกษาหรืออ่านเอกสารการประชุมก่อน มีประเด็นเพื่อทราบและเรื่องสืบเนื่อง

จากการสังเกตเอกสาร พบว่า กทม.เน้นการประชุมเพื่อให้มีประสิทธิภาพ ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี เป็นการประชุมที่เนื้อหาเน้นความอยู่รอดของโรงพยาบาลมากกว่า โดยมีระยะเวลาในการประชุมใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) ของ กทม.มีความหลากหลายของสมาชิกที่เข้าร่วมประชุม แต่ในเขต 10 ยังไม่เห็นเรื่องกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยกรุงเทพมหานคร มีการพูดคุยถึงเรื่อง OP,PP, IP เหมือนมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ (commissioning) เป็นหลักและยึดกฎระเบียบ

<u>กลุ่ม 2</u>

กรุงเทพมหานคร มีการจัดเตรียมการประชุม เนื้อหาแน่น น่าจะมีการส่งวาระและข้อมูลไปก่อนล่วงหน้า ส่วนใหญ่กรรมการจะเห็นชอบและไม่ค่อยมีการอภิปราย (discussion) จึงมีคำถามต่อว่าทำไมถึงไม่ค่อย อภิปรายกันมากนัก อาจจะเพราะแนวทางการจ่ายไม่เปลี่ยนแปลง และมีการอิงประกาศใหญ่ ซึ่งบางเรื่องไม่สอดคล้องกับบริบท ทางกรุงเทพมหานครจำเป็นมีการปรับเปลี่ยนได้หรือไม่ โดยมีข้อสังเกตว่า CFO กทม. สรุปเป็น 3 ประเด็น 1) มีลักษณะประชุมติดตามงานหรือกำกับงาน โดยประธานมีการลงรายละเอียดมากไป ซักถามแสดงความคิดเห็นในวาระแจ้งให้ทราบด้วย 2) มีการสรุปในแต่วาระดี แต่มติรับทราบ บางวาระมีแค่สรุปแต่ไม่ได้เขียนมติไว้ 3) คนเข้าร่วมประชุม และประธานไม่มีชื่อในการเข้าร่วมประชุมและผู้มาประชุม

<u>กลุ่ม 3</u>

ในเรื่องของการเตรียมข้อมูล พบว่า ผ่านการวิเคราะห์ได้ดี ให้เห็นความแตกต่างในการบริหารกองทุนในแต่ละประเด็น ในส่วนของเขต 10 ไม่มีส่วนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้ไม่เห็นมุมมองของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเพราะกรุงเทพมหานครต้องอภิปรายกันมากเพื่อทำการต่อรองและพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่ม

<u>กลุ่ม 4</u>

เขต 13 กรุงเทพมหานคร เป็น CFO บริหารกองทุน คล้ายกับเป็น สปสช.เอง ดังนั้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) จะเหมือนเป็นคนบริหารทุนโดยตรง แต่เขต 10 ผู้เข้าร่วมมาตามสายงาน การพูดคุยของเขต 13 อิงตามประกาศกองทุนเป็นหลัก โดยทั้ง 2 CFO มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่แตกต่างกันชัดเจน เขต 10 มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียน้อย อาจจะเป็นการจัดการเชิงโครงสร้างอย่างหนึ่ง แต่การประชุมของเขต 13

กรุงเทพมหานครต้องมีการเตรียมข้อมูลมาอย่างดี ต้องมีคำถาม และต้องหาข้อมูลมี evident มารองรับ ต้องมี และหากถามว่ามีความขัดแย้งหรือไม่ใน กทม.ซึ่งมี แต่เป็นเรื่องธรรมดา โดย พล.ต.ตรีทรงชัย ศิวโรจน์ คนที่เป็นประธาน CFO กทม. มีบุคลิกที่สามารถควบคุมบรรยากาศของการประชุมได้ดี อาจารย์ยุทธ อาจารย์สมศรี นักวิชาการ นักเจรจาต่อรอง ดังนั้นประธานเป็นปัจจัยที่สำคัญของการประชุม เมื่อมีความขัดแย้งสามารถจัดการได้ เช่น การสร้างบรรยากาศด้วยการใช้อารมณ์ขัน การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ในการประชุม รวมถึงบรรยากาศในห้องประชุม การนั่งประชุมใครนั่งข้างใครเป็นยุทธศาสตร์ทั้งหมด

กล่าวโดยสรุป คือ ไม่มีใครถูกต้องและดีที่สุด แต่ขึ้นอยู่กับบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่

ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอเพิ่มเติม เขตอื่นๆ ถูกครอบด้วย สปสช.เป็นส่วนใหญ่ การประชุมจึงเป็นแบบเหมือนๆ กัน แต่ของกรุงเทพมหานคร มีการเขียนคู่มือเพื่อการเบิกจ่าย มีประกาศเพื่อให้เกิดความชัดเจน มีการเล่าโดยย่อ (brief) ให้ท่านประธานและบางครั้งมีการ brief ให้ภาคประชาชนบ้าง

การฝึกอบรมหลักสูตร CFO และ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 3)

วันที่ 31 ตุลาคม 2561

วันที่ 31 ตุลาคม 2561

หัวข้อ	**ศึกษาดูงานสำนักงานประกันสังคม**
วิทยากร	สำนักงานประกันสังคม
วัตถุประสงค์	เพื่อเข้าใจกระบวนการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ การลงทะเบียนและการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ การบริหารเงินและการจ่ายค่าบริการ และหลักเกณฑ์ที่ใช้ Audit
เวลา	09.00 – 12.00 น.

กระบวนการและเนื้อหา

การศึกษาดูงานสำนักงานประกันสังคม มีเนื้อหาการดูงาน คือ 1) ภาพรวมของสำนักงานประกันสังคม 2) การบริการจัดการด้านการบริการทางการแพทย์ สามารถสรุปได้ดังนี้

ภาพรวมภารกิจของสำนักงานประกันสังคม (สปส.) โดยกองนโยบายและแผนงาน

วิสัยทัศน์ “ก้าวสู่ องค์กรประกันสังคมชั้นนำในภูมิภาคอาเซียน”

ยุทธศาสตร์ มีทั้งหมด 5 ยุทธศาสตร์ คือ

1) การยกระดับการให้บริการสู่สากล
2) การมุ่งพัฒนาสิทธิประโยชน์ ประโยชน์ทดแทน ให้มีความเป็นสากล
3) การรื้อปรับและยกระดับ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
4) การพัฒนาการบริหารจัดการ “ทุนมนุษย์” ได้อย่างเป็นรูปธรรม
5) การพัฒนาองค์กรสู่องค์กรที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (HPO) และยุทธศาสตร์ ASEAN

ภารกิจ การบริหารการประกันสังคมและเงินทดแทน โดยการจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้แรงงานมีหลักประกันการดำรงชีวิตที่มั่นคง

การบริหาร มีการบริหารแบบไตรภาคี โดยมีตัวแทนจาก 3 ฝ่าย มีคณะกรรมการทั้งหมด 5 คณะ และคณะกรรมการตรวจสอบอีก 1 คณะ รวมเป็น 6 คณะ สำหรับภูมิภาคอย่างส่วนราชการ จะแบ่งเป็นส่วนราชการกับส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ส่วนราชการกับส่วนกลางจะมีทั้งหมด 300,000 หน่วยงาน มีการจัดตั้งหน่วยงานภายในครึ่งหนึ่ง ส่วนภูมิภาค มีสำนักงานประกันสังคมประจำอยู่ 76 จังหวัด และมีสาขาอีก 49 สาขา

ภารกิจหลักของสำนักงานประกันสังคม มีการบริหารจัดการกองทุน คือ 1) กองทุนประกันสังคม ตาม พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติม 2) กองทุนเงินทดแทน ตาม พ.ร.บ.เงินทดแทน พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ.2561 โดยมีหน้าที่ คือ ขึ้นทะเบียนนายจ้าง/ลูกจ้าง/ผู้ประกันตน

การขึ้นทะเบียนประกันสังคม กองทุนประกันสังคม มีผู้ประกันตนรวม 15.83 ล้านคน (โดยสมัครใจและที่ไม่ได้เป็นลูกจ้าง) มีสถานประกอบการทั้งหมด 467,860 แห่ง ส่วนกองทุนเงินทดแทน ในส่วนของลูกจ้างตอนนี้มีทั้งหมด 10.51 ล้านคน ภายใต้นายจ้างทั้งหมด 392,823 ราย

การจัดเก็บเงินสมทบ กองทุนประกันสังคมจะเก็บจาก 3 ฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ส่วนอัตราเงินสมทบจะจัดเก็บในอัตราร้อยละ 5 ส่วนกองทุนเงินทดแทนจะจัดเก็บจากนายจ้างฝ่ายเดียว ในอัตราร้อยละ 0.2 หรือ ร้อยละ 1 แล้วแต่ประเภทความเสี่ยงของกิจการ

การคุ้มครองสิทธิประโยชน์ กองทุนประกันสังคมจะให้การคุ้มครองทั้งหมด 7 กรณี ได้แก่ เจ็บป่วย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ทุพพลภาพ ตาย ชราภาพ และ ว่างงาน ส่วนกองทุนเงินทดแทนให้การคุ้มครองกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ตายหรือสูญหาย สูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประกันสังคมภาคสมัครใจมาตรา 39 กรณีผู้ที่เคยทำงานและประกันตนมาตรา 33 มาก่อน แต่ออกจากงานหรือตกงานแล้วมีความประสงค์ต้องการรับสิทธิประโยชน์จากประกันสังคมอยู่ ก็สามารถสมัครในมาตรา 39 ได้ โดยผู้ประกันตนส่งเงินเข้ากองทุน 432 บาท/เดือน และรัฐบาลสมทบ 120 บาท/เดือน คุ้มครอง 6 กรณี คือ เจ็บป่วย/อุบัติเหตุ ทุพพลภาพ เสียชีวิต คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร และชราภาพ

ประกันสังคมภาคสมัครใจมาตรา 40 มี 3 ทางเลือก คือ ทางเลือกที่ 1 ผู้ประกันตนจ่าย 70 บาท รัฐจ่าย 30 บาท คุ้มครอง 3 กรณี ได้แก่ เจ็บป่วย ทุพพลภาพ เสียชีวิต ทางเลือกที่ 2 ผู้ประกันตนจ่าย 100 บาท รัฐจ่าย 50 บาท คุ้มครอง 4 กรณี ได้แก่ เจ็บป่วย ทุพพลภาพ เสียชีวิต ชราภาพ และ ทางเลือกที่ 3 ผู้ประกันตนจ่าย 300 บาท รัฐจ่าย 150 บาท คุ้มครอง 5 กรณี ได้แก่ เจ็บป่วย ทุพพลภาพ เสียชีวิต ชราภาพ สงเคราะห์บุตร

การบริหารการลงทุนกองทุนประกันสังคม การนำเงินไปลงทุนเพื่อหาผลประโยชน์ตอบแทน กองทุนประกันสังคมมีเงินลงทุนสะสม 1.8 ล้านล้านบาท ซึ่งเงินจำนวนนี้มาจาก เงินสมทบจากนายจ้าง+ลูกจ้าง+รัฐบาล 1.2 ล้านล้านบาท และดอกผลสะสมจากการลงทุนประมาณ 5 แสนล้านบาท (ข้อมูล ณ 31 สิงหาคม 2561)

การบริหารการลงทุนกองทุนเงินทดแทน การนำเงินไปลงทุนเพื่อหาผลประโยชน์ตอบแทนกองทุนเงินทดแทน มีเงินลงทุนสะสม 6 หมื่นล้านบาท ซึ่งเงินจำนวนนี้มาจาก เงินสมทบสะสมจากนายจ้าง ประมาณ 4 หมื่นล้านบาท และดอกผลสะสมจากการลงทุนประมาณ 1 หมื่นล้านบาท (ข้อมูล ณ 31 สิงหาคม 2561)

การบริหารจัดการด้านบริการทางการแพทย์ โดย สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

สิทธิประโยชน์ของประกันสังคมมีทั้งหมด 7 กรณี แต่สิ่งที่เกี่ยวข้องกับเรื่องบริการทางการแพทย์จะมี 3 กรณี ได้แก่ 1) เจ็บป่วย 2) คลอดบุตร และ 3) ทุพพลภาพ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องที่สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ต้องดูแลในเรื่องนี้ ส่วนในกรณีการว่างงาน ชราภาพ สงเคราะห์บุตร ทุพพลภาพ มีสำนักสิทธิประโยชน์เป็นผู้ดูแลในเรื่องของการให้สิทธิต่างๆ การออกแนวปฏิบัติ ซึ่งแต่ละสิทธิก็จะมีเงื่อนไขที่แตกต่างกันไปในเรื่องจ่ายเงินสมทบ

ในส่วนของการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์สำนักงานประกันสังจะมีคณะกรรมการการแพทย์ซึ่งตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ในมาตรา 16 กำหนดให้ มีคณะกรรมการการแพทย์ได้ทั้งหมด 16 ท่าน ซึ่งในคณะกรรมการการแพทย์นอกจากจะมีแพทย์เป็นคณะกรรมการแล้ว จะต้องมีลูกจ้าง ผู้แทนนายจ้าง และผู้แทนประกันสังคมเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการการแพทย์ด้วย และผู้แทนประกันสังคมทุกท่านรวมทั้งหมดไม่เกิน 16 ท่าน

อำนาจหน้าที่คณะกรรมการการแพทย์ คือ คณะกรรมการการแพทย์เสนอความคิดเห็นผ่านคณะกรรมการประกันสังคม (ชุดบอร์ดที่ใหญ่ที่สุด) มีการกำหนดหลักเกณฑ์ ระยะเวลา อัตราในการจ่าย ให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องที่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์

ขั้นตอนการกำหนดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคมโดยสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์จะเป็นผู้เริ่มต้นให้ก่อนว่ามีประโยชน์ทดแทนอะไรที่เราควรจะปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาเพิ่มเติม รวมถึงการวางแผนปรับเปลี่ยนสิทธิประโยชน์ โดยนำข้อมูลมาจากการทบทวนตรรกะทางการแพทย์ใดๆ ที่มีการบังคับใช้มากกว่า 5 ปี อีกส่วนหนึ่งมาจากข้อมูลการใช้บริการของผู้ประกันตน เช่นเรื่องร้องเรียนต่างๆ แล้วนำมาเสนอคณะกรรมการทางการแพทย์ และเสนอคณะกรรมการประกันสังคมต่อ ถ้าเห็นชอบ กองกฎหมายจะจัดทำประกาศคณะกรรมการทางการแพทย์ เสนอให้ประธานคณะกรรมการการแพทย์ลงนามประกาศ เพื่อมีผลบังคับใช้

ทิศทางการทำงานคณะกรรมการการแพทย์ประกันสังคม เนื่องจากประกันสังคมมีพระราชบัญญัติฉบับที่ 4 ซึ่งเพิ่งจะเริ่มบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ.2558 เรื่องส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งควรมีแนวทางให้ผู้ประกันตนในเรื่องการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดอัตราในการรักษาพยาบาล ตอนนี้สำนักงานประกันสังคมพยายามจะใช้ ITและข้อมูลมาวิเคราะห์เพิ่มเติมมากขึ้น เพื่อหาแนวทางการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้ประกันตน

คณะอนุกรรมการในคณะกรรมการการแพทย์มี 7 คณะ ประกอบด้วย

1) ***คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์*** เป็นผู้กลั่นกรองเรื่องการปรับสิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น จะต้องผ่านคณะอนุกรรมการนี้ก่อนเป็นอันดับแรก ซึ่งต้องผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลจนตกผลึกเรียบร้อยแล้วถึงจะนำเข้ากรรมการทางการแพทย์
2) ***คณะอนุกรรมการพิจารณาประโยชน์ทดแทน*** เป็นผู้พิจารณา case-long term หลายๆ case เช่น ทุพพลภาพ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่จะต้องได้รับประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้ หรือกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากๆ หรือเจ้าหน้าที่ในระดับเขตจังหวัดของประกันสังคมจ่ายเงินให้ผู้ประกันตนแล้ว แต่ผู้ประกันตนก็ยังไม่พอใจเพราะมีค่าใช้จ่ายที่สูง
3) ***คณะอนุกรรมการพิจารณาการบำบัดทดแทนไตและปลูกถ่ายอวัยวะ*** เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมมีการให้สิทธิบำบัดทดแทนไตกับผู้ประกันตน ซึ่งปริมาณคนไข้สูงขึ้นเรื่อยๆ ตามอัตราส่วนของผู้ประกันตนที่มีมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีคณะอนุกรรมการนี้ขึ้นมาพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อสำนักงาน ซึ่ง case ที่นำมาหารือก็จะมาจากทางเจ้าหน้าที่วินิจฉัยบำบัดเขตพื้นที่ 134 แห่งทั่วประเทศ ไม่สามารถวินิจฉัยได้ ก็ส่งให้คณะกรรมการชุดนี้พิจารณา
4) ***คณะอนุกรรมการพิจารณาเรื่องร้องเรียนการให้บริการทางการแพทย์*** จะเป็นเรื่องใดๆที่ผู้ประกันตนเข้าไปรับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่เขาได้รับสิทธิ และเกิดมีปัญหาหรือมีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการรักษาหรืออาจจะเป็นการร้องเรียนมาตรฐานการบริการต่างๆของสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนได้รับสิทธิอยู่ อนุกรรมการชุดนี้จะต้องพิจารณาด้วยความรอบคอบ โดยบาง case อาจจะต้องหารือกับทางแพทยสภา
5) ***คณะอนุกรรมการกลางการตรวจสอบเวชระเบียน*** มีเหมือนทีมที่ปรึกษาเข้าไป Audit case ของสถานพยาบาลตามสิทธิ โดยจะใช้เวชระเบียนตรวจสอบว่า code ที่บันทึกมาถูกต้องหรือไม่ หากเข้าไปตรวจแล้วพบว่ามีข้อมูลที่ไม่สมเหตุสมผลก็จะพิจารณาตัดสิทธิ์
6) ***คณะอนุกรรมการพัฒนาด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค*** ชุดนี้จะเป็นผู้วางแผนกำหนดนโยบายแนวทางที่จะต้องให้สิทธิแก่ผู้ประกันตนที่จะได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งขณะนี้ได้ให้บริการผ่านไปตามสถานพยาบาลต่างสิทธิที่ผู้ประกันตนเลือกแบ่งตามภูมิภาค เหนือ อิสาน กลาง ใต้ ซึ่งแต่ละหน่วยจะมีประธานกรรมการดูแลอยู่

7) ***คณะอนุกรรมการการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น*** ทำหน้าที่พิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์

สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน สถานพยาบาลของรัฐบาล จะต้องเข้าร่วมตามมติคณะรัฐมนตรีอยู่แล้ว ส่วนสถานพยาบาลของเอกชน จะเข้าร่วมโดยความสมัครใจ โดยการสมัครเป็นคู่สัญญาให้บริการทางการแพทย์

ปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมมีสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ประกันตนทั้งหมด 237 หน่วยงาน ซึ่งมีสถานพยาบาลของรัฐที่ไม่สามารถรองรับมากพอได้ จึงต้องให้เอกชนเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ โดยสำนักงานประกันสังคมจะมีการกำหนดเกณฑ์ว่าโรงพยาบาลเอกชนที่จะเข้ามา ต้องมีเตียงไม่ต่ำกว่า 100 เตียง มีบริการส่งตัวผู้ป่วยจนสิ้นสุดการรักษา มีบริการ 12 สาขาหลัก ซึ่ง 4 สาขาหลักจะต้องมีแพทย์ประจำเต็มเวลา คือ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ และถ้าสถานพยาบาลใดอยากจะเข้าร่วมแต่มีเกณฑ์ต่ำกว่าที่กำหนด จะต้องเข้าไปขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการการแพทย์ก่อนว่าเหมาะสมหรือไม่

ระดับสถานพยาบาล สำนักงานประกันสังคมมีคู่สัญญาคือ สถานพยาบาลหลัก ซึ่งถ้าบางแห่งไม่สามารถให้การรักษาผู้ประกันตนได้ต้องทำการส่งต่อให้กับสถานพยาบาลเครือข่าย ซึ่งไม่ได้จำกัดจำนวนเครือข่ายและสามารถส่งต่อได้เลย ส่วนสถานพยาบาลระดับสูงหากส่งต่อผู้ป่วยจะต้องทำการตกลงกับสถานพยาบาลหลักก่อน สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินให้เฉพาะสถานพยาบาลหลักที่ผู้ประกันตนเลือก ส่วนทางสถานพยาบาลเครือข่ายต้องมาจัดการกับสถานพยาบาลหลักเอง

การจัดบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตน การจัดบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนไม่ได้มีแค่โรงพยาบาลตามสิทธิ์อย่างเดียว ยังมีโรงพยาบาลเฉพาะทางกับ case ที่ผู้ประกันตนรักษาที่ใดก็ได้แล้วค่อยมาเบิกค่าใช้จ่าย กรณีที่เป็นโรงพยาบาลกำหนดสิทธิ์ คือ โรงพยาบาลตามสิทธิ์ผู้ประกันตน สิ่งที่ได้รับคือ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล (ผู้ป่วยใน-นอก) การฟื้นฟูสมรรถภาพ ในกรณีโรงพยาบาลเฉพาะทาง คือเป็นสถานพยาบาลที่ทำการตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในเรื่อง การบำบัดทดแทนไต ปลูกถ่ายอวัยวะ ปลูกถ่ายไขกระดูก ส่วนโรงพยาบาลใดก็ได้ จะเป็น case ที่ผู้ประกันภัยไม่สามารถเข้ารับการบริการที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์ได้ เช่น อุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน คลอดบุตร ทันตกรรม ซึ่งต้องไม่เกี่ยวกับการทำงาน กรณีผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Adj.RW≥2) ผู้ประกันตนจะต้องชำระเองก่อน แล้วค่อยส่งคำร้องมาที่สำนักงานประกันสังคม เช่น เนื้องอก/ผ่าตัด

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาลที่กำหนดสิทธิฯ กำหนดให้มีการเหมาจ่าย 1,500 คน/ปี ภาระเสี่ยง (26 โรคเรื้อรัง) เช่น เบาหวาน ความดัน มะเร็ง วงเงิน 447 บาท/คน/ปี กรณีเรื่องร้องเรียน ไม่เกิน 60 บาท/คน/ปี การรักษาพยาบาลโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง วงเงิน 640 บาท/คน/ปี จ่ายไม่เกิน 15,000 บาท ค่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ยามะเร็ง เคมีบำบัด อวัยวะเทียม จ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนด ค่าตรวจสอบสุขภาพผู้ประกันตนจ่ายตามรายการและอัตราที่กำหนดในประกาศ

การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด สำนักงานประกันสังคม โดยสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ได้ทำ MOU กับโรงพยาบาลจุฬาภรณ์เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2561 เพื่อให้บริการทางการแพทย์ในรูปแบบใหม่พิเศษ โดยผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาได้ 7 วัน ตลอด 24 ชั่วโมง โดยไม่ต้องผ่านโรงพยาบาลตามสิทธิ์การรักษา ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาและไม่มีค่าใช้จ่ายส่วนเกินซึ่งมีรายการที่จะทำการรักษา 7 รายการ ดังนี้ 1) การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ 2) การฉีดสีและการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน 3) การจี้ไฟฟ้าหัวใจ 4) การจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยระบบคอมพิวเตอร์ 5) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร 6) การใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจถาวร 7) การใส่เครื่องสมานฉันท์หัวใจ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัด ทั้งหมดนี้ทางโรงพยาบาลจุฬาภรณ์จะแจ้งเลิกคืนจากสำนักงานประกันสังคม

สิทธิประโยชน์กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กำหนดรายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นตามกลุ่มอายุของผู้ประกันตน กำหนดให้ผู้ประกันตนเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่กำหนดสิทธิฯ ผู้ประกันตนที่ได้รับการตรวจสุขภาพ (ม.ค.60-ก.ค.61) 1,200,857 ราย รวมค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 636 ล้านบาท เชื่อว่าหากเพิ่มเรื่องส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในอนาคตค่ารักษาพยาบาลก็จะลดลง ผู้เจ็บป่วยก็จะลดลง

การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์ โดยคณะอนุกรรมการชุดที่ 7 จำแนกค่าใช้จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนในกรณีผู้ประกันตนได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ ผู้ที่ได้รับการพิจารณาจ่ายฯ (ตั้งแต่เดือน พ.ค.-ต.ค.2561 จำนวน 66 ราย) รวมค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 7,248,000 บาท

ประเภทที่จะได้รับการเยียวยา ประเภทที่ 1 ระดับรุนแรงมากถึงขั้นเสียชีวิตหรือทุพพลภาพต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษอาจจะได้สูงสุดถึง 400,000 บาท ประเภทที่ 2 เสียอวัยวะหรือเจ็บป่วยเรื้อรังจะได้รับสูงสุดถึง 200,000 บาท ประเภทที่ 3 อาจจะเป็นเหตุสุดวิสัย เช่น เคยเข้ารับการทำหมันในโรงพยาบาล แต่ก็ยังตั้งครรภ์ได้ case นี้จะชดเชยตามสิทธิ์ไม่เกิน 60,000 บาท (ตามเกณฑ์การพิจารณาของสปสช.)

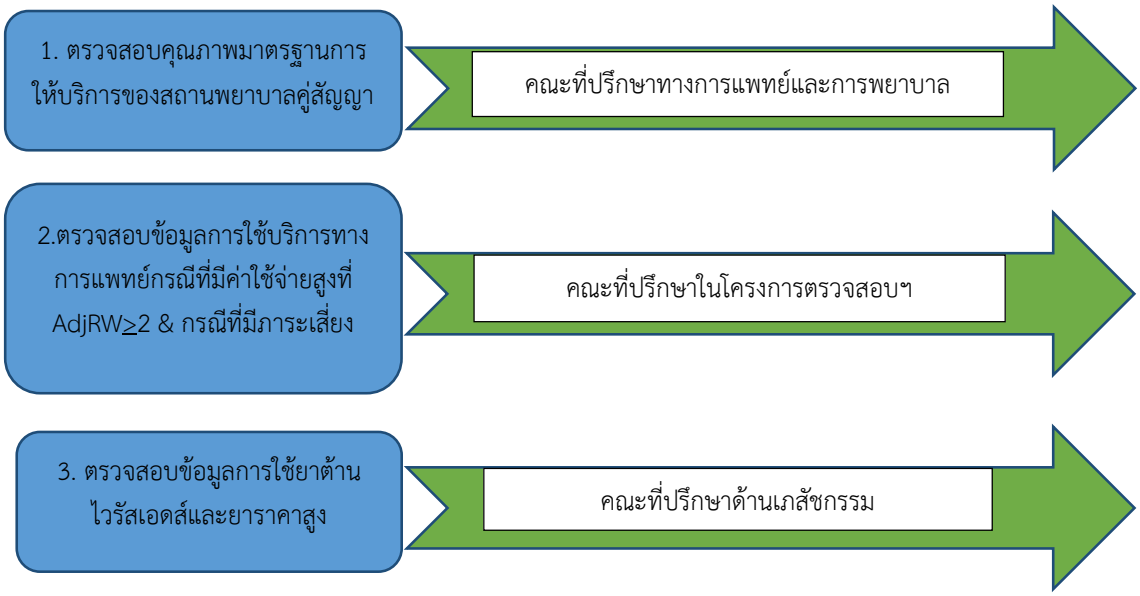
สิทธิประโยชน์กรณีทุพพลภาพตาม พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 และที่แก้ไขเพิ่มเติม เดิมสำนักงานประกันสังคมให้เฉพาะผู้ที่ทุพพลภาพ ที่สูญเสียอวัยวะจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จะได้เงินทดแทน 50% ไปตลอดชีวิต แต่เมื่อมี พ.ร.บ.ฉบับที่ 4 นิยาม “ผู้ทุพพลภาพ” เปลี่ยนไปจากเดิมคืออาจจะไม่ถึงขั้นไม่สามารถทำงานได้ แต่อาจเป็นเพียงไม่สามารถทำงานได้ในหน้าที่เดิม ตำแหน่งเดิม แต่สามารถทำงานอื่นได้ โดยแบ่งเป็น 2 แบบ คือ 1) ในระดับสูญเสียรุนแรงจะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ 50% ตลอดชีวิต 2) ระดับไม่รุนแรงจะได้ 30% ระยะเวลา 15 ปี และนอกจากเงินทดแทนการขาดรายได้แล้ว ผู้ประกันตนมีสิทธิ์รับบริการทางการแพทย์ (ผู้ทุพพลภาพบางกลุ่มอาจจะเป็นผู้ประกันตน) และใน case ที่ไม่ได้กลับมาเป็นผู้ประกันตนจะเข้าโรงพยาบาลใดก็ได้ ส่วนใน case ที่ผู้ทุพพลภาพไม่ได้เป็นผู้ประกันตนเข้าโรงพยาบาลรัฐ ผู้ป่วยนอกจะจ่ายเท่าที่จ่ายจริง แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยในจะจ่ายเป็น Adj.RW ไม่เกิน 12,000 บาทต่อวัน ถ้าเป็นสถานพยาบาลเอกชนผู้ป่วยนอกเดือนละไม่เกิน 2,000 บาท ผู้ป่วยในไม่เกินเดือนละ 4,000 บาท

ในกรณีที่ผู้ทุพพลภาพสูญเสียระดับไม่รุนแรงสามารถกลับเข้ามาเป็นผู้ประกันตนได้ และจะได้รับ 2 สิทธิ์ คือ สิทธิ์การเป็นผู้ทุพพลภาพ ซึ่งจะเข้าโรงพยาบาลใดก็ได้ กับสิทธิ์ของโรงพยาบาลตามสิทธิ์ และเป็น case ที่คาบเกี่ยวที่สามารถเลือกได้ว่าจะใช้สิทธิ์ของ สปสช. หรือสิทธิ์ประกันสังคมซึ่งสามารถเปลี่ยนได้ปีละครั้ง

สิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตร เป็นบริการทางการแพทย์อย่างหนึ่ง เพียงแต่ผู้ประกันตนไปใช้สิทธิ์กรณีใดก็ได้ ที่ใดก็ได้ ผู้ประกันตนไม่ต้องเอาใบเสร็จมาเลยก็ได้ มีเพียงสูติบัตรมาเบิก จ่ายให้ 13,000 บาทเหมาจ่าย รวมการตรวจหลังคลอด มีการเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์เพิ่มอีก เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2561 มีการแบ่งจ่ายเพิ่มเติมในกรณีฝากครรภ์จำนวน 1,000 บาท แยกตามอายุครรภ์ซึ่งผู้ประกันตนสามารถเบิกคืนได้

บริการทางการแพทย์ที่ไม่ได้รับความคุ้มครองของกองทุนประกันสังคม ความสวยงาม การรักษาที่ยังอยู่ในการทดลอง การเปลี่ยนเพศ การผสมเทียม รักษาภาวะมีบุตรยาก การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น

การตรวจสอบและกำกับคุณภาพบริการ



วัตถุประสงค์

1) เพื่อการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน สอดคล้องกับต้นทุนบริการที่คุ้มค่ารักษาสถานะของกองทุนให้มั่นคงและยั่งยืน
2) เพื่อให้การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้อง โปร่งใส ตรวจสอบได้
3) เพื่อให้สถานพยาบาลให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามมาตรฐานวิชาชีพและตามความจำเป็นทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนได้เข้าถึงการให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
4) เพื่อเป็นการป้องกัน กระตุ้นเตือนสถานพยาบาลให้ดำเนินการรายงานข้อมูลการบริการทางการแพทย์ตามความเป็นจริงและถูกต้องตามมาตรฐานเวชระเบียน

เป้าหมาย

1) สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนทุกแห่ง ทุกระดับในระบบประกันสังคมได้รับการตรวจสอบข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์
2) สถานพยาบาลอื่นๆที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมและให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนได้รับการตรวจสอบข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์
3) การตรวจสอบโดยการเรียกเวชระเบียนตามรายการที่กำหนดมาตรวจสอบ ณ สำนักงานประกันสังคม และการตรวจสอบโดยออกตรวจ ณ สถานพยาบาลตามความจำเป็นและได้รับความเห็นชอบจากสำนักงานประกันสังคม

แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียน

1) การตรวจสอบข้อมูลการใช้บริการทางการแพทย์ปี 2558 – 2560 โดยทีมแพทย์/ พยาบาล มีแนวทางการตรวจสอบ ดังนี้ 1) ประมวลผลข้อมูลเพื่อใช้ในการตรวจสอบ 2) ประสานขอเวชระเบียนจากสถานพยาบาล 3) ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายผู้ป่วยในแบบ Coding Audit/ ผู้ป่วยนอกและทะเบียนโรคเรื้อรัง 26 โรค 4) สรุปผลการตรวจ 5) แจ้งผลการตรวจให้ทางโรงพยาบาลทราบ 6) โรงพยาบาลรับทราบผลการตรวจ 7) ชี้แจง/ ยอมรับ/ แก้ไขข้อมูล 8) ชี้แจง/ ไม่ยอมรับ/ กระบวนการเจรจาต่อรอง/ การอุทธรณ์ผล/ พิจารณาตามสัญญาจ้าง การตรวจสอบข้อมูลกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เป็นการสุ่มข้อมูลกรณีโรคฯ ที่มี Adj.RW≥2 จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนข้อมูลทั้งปี และไม่ต่ำกว่า 30 ฉบับ ถ้ามีน้อยกว่า 30 ฉบับตรวจหมดทุกรายการ และสุ่มเลือกข้อมูลโดยมีเงื่อนไขดังนี้ 1) แบ่งกลุ่มทีละ 3 เดือน (ดูจากวันที่งวดงาน) 2) เรียงตาม Adj.rw มากไปน้อย 3) ใส่ลำดับ 4) กรณีที่มากกว่า 10% -> โดยระบบตามเลขท้ายตัวสุดท้าย 5) กรณีน้อยกว่า 10% -> แบ่ง block เป็นสัดส่วนตามจำนวนที่ต้องใช้ แล้วสุ่มหยิบ
2) การตรวจสอบข้อมูลกรณีที่มีภาระเสี่ยง ใช้วิธีการสุ่มโดยมีเงื่อนไขดังนี้ 1) จำนวนรหัสโรคเรื้อรังที่ลงทะเบียน < 30 รายการเลือกตรวจทั้งหมด 2) จำนวนรหัสโรคเรื้อรังที่ลงทะเบียน > 30 รายการแต่ไม่ถึง 1,000 รายการเลือกตรวจข้อมูลรายการละ 30 รายการ 3) จำนวนรหัสโรคเรื้อรังที่ลงทะเบียน ≥30 รายการ เลือกตรวจข้อมูลรายการละ 10%

การตรวจประเมินคุณภาพ สถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญา อย่างสถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งจะต้องได้รับการตรวจโดยทีมที่ปรึกษาร่วมกับสำนักงานประกันสังคม พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่ประกันสังคมในพื้นที่นั้นๆ ร่วมกับทีมของสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่เขตจังหวัดของพื้นที่นั้นๆ ด้วย ในการลงพื้นที่ติดตาม

ภาพการศึกษาดูงานสำนักงานประกันสังคม

หัวข้อ	**ศึกษาดูงานบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**
วิทยากร	บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต (จำกัด) มหาชน
วัตถุประสงค์	เพื่อเข้าใจการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ การบริการเงินและการจ่ายค่าบริการ/รักษาพยาบาล และหลักเกณฑ์ที่ใช้ Audit
เวลา	13.00 – 16.00 น.

กระบวนการและเนื้อหา

การศึกษาดูงานบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สามารถสรุปได้ดังนี้

- **นายแพทย์วุฒิวงศ์ สมบุญเรืองศรี จากสายงานบูรณาการสุขภาพ**

หลักการของประกันสุขภาพ คือ การ Transfer โอนย้ายความเสี่ยงจากตัวเองมาให้บริษัทประกันรับผิดชอบ โดยบริษัทจะนำเงินมารวมกันแล้วตั้งงบบริหารจัดการกองทุน เมื่อไหร่ก็ตามที่การบริหารกองทุนแล้วกองทุนมีผลกำไรหรือกองทุนมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่ารายรับ ทางสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) จะไม่ให้เอากำไรมากเกินไปจะบังคับให้ลดเบี้ยประกัน เหมือนกับประกันชีวิต ในปัจจุบันเบี้ยประกันชีวิตจะลดลงมา เพราะผู้เอาประกันเสียชีวิตยากขึ้น ระบบสาธารณสุขดีขึ้น อายุขัยมากขึ้นเบี้ยประกันชีวิตจึงลดลง แต่ในทางกลับกันประกันสุขภาพ ถ้าย้อนดูในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา เด็กจะเคลมประกันเยอะขึ้นเพราะผู้ปกครองมีความกังวลมากขึ้น ทำให้เบี้ยประกันสุขภาพของเด็กมีการปรับตัวสูงขึ้นตามลำดับ ทำให้บางบริษัทเลิกขายไป ทางบริษัทเมืองไทยฯ ก็เจอเรื่องนี้เหมือนกัน ดอกเบี้ยสูงประมาณ 200% หมายความว่า จ่ายเบี้ยมา 100 บาท เคลมไป 200 บาท ซึ่งต้องมีการปรับราคาหรือมีการจำกัดสิทธิการขายของทางตัวแทนด้วย

“ประกันชีวิต” กับ “ประกันวินาศภัย” ต่างกันอย่างไร

ประกันชีวิต คือ การคุ้มครองชีวิตคน ประกันวินาศภัย คือ คุ้มครองอะไรก็ได้ที่ไม่เกี่ยวกับชีวิต เช่น บ้านทรุด บ้านถูกน้ำท่วม หมา แมว ก็จะคุ้มครองหมด เราจะซื้อประกันสุขภาพได้ต่อเมื่อเราซื้อประกันชีวิตแล้ว ประกันชีวิตคือสัญญาหลัก ส่วนประกันสุขภาพเป็นสัญญาเพิ่มเติม แต่ในส่วนของประกันวินาศภัยสามารถซื้อสัญญาเพิ่มเติมได้เลย ข้อควรระวังคือ สัญญาเพิ่มเติมเป็นสัญญาปีต่อปี เมื่อไหร่ที่สัญญาชีวิตหมดไปสัญญาเพิ่มเติมก็จะหายไปด้วย

คำแนะนำคือเราควรเลือกซื้อประกันที่เป็นแบบยาว เช่น จ่ายเบี้ยประกัน 20 ปี คุ้มครองถึง 99 ปีแล้วค่อยซื้อสัญญาสุขภาพแนบ ประกันสัญญาโรคร้ายแรง (CI) เป็นอีกสัญญาที่น่าสนใจเพราะราคาไม่แพง เวลาบริษัทจ่ายเงินจะจ่ายเป็นก้อน เช่น ซื้อประกันเอาไว้ 1 ล้านบาท แล้วตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็ง บริษัทก็จ่ายให้ 1 ล้านบาทและสัญญาฉบับนั้นก็จบ เวลาบริษัทจะออกประกันสุขภาพสักหนึ่งกรมธรรม์ สิ่งที่จำเป็นต้องมีคือ คำจัดความที่ชัดเจน (standard medical treatment) ต้องรู้ว่าคุ้มครองอะไร ไม่คุ้มครอง

อะไร และผลประโยชน์มีอะไรบ้างที่จะให้กับผู้เอาประกันและจ่ายแบบไหน ที่สำคัญคือ เริ่มคุ้มครองและสิ้นสุดเมื่อไหร่

การพิจารณาประกันสุขภาพแต่ละครั้ง จะต้องระมัดระวังเรื่องนิยาม ความหมายในกรมธรรม์ เพราะผู้พิจารณาอนุมัติจะดูตามคำจำกัดความซึ่งมีข้อกฎหมายรองรับ การกำหนดคำจำกัดความแต่ละอย่างต้องระบุว่าอันนี้หมายถึงอะไรมีเจตนารมณ์อย่างไรของกรมธรรม์ เช่น ผู้ป่วยในหมายถึง การที่ต้องนอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 ชั่วโมงและมีความเหมาะสมในการนอน ที่ต้องมีการระบุให้ชัดเจนก็เพราะต้องการแยกให้ชัดเจนระหว่างผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้ป่วยนอกเบี้ยประกันจะมีราคาสูงกว่า หรือคำจำกัดความโรงพยาบาล คือ ต้องมีห้องผ่าตัดใหญ่ ต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีแพทย์และพยาบาล 24 ชั่วโมง การที่พิจารณาผลประโยชน์ต่างๆ ต้องรอบคอบ ถ้าให้ผลประโยชน์ที่มากเกินไปก็จะทำให้การใช้ง่ายขึ้น แต่ถ้าให้น้อยเกินไปก็ไม่พอ ส่วนใหญ่จะบอกไว้เลยว่าห้ามนอนโรงพยาบาลเกิน 30 วัน/ ปี

การที่มีเกณฑ์ไว้จะทำให้เบี้ยประกันไม่สูงเกิน เกณฑ์การคำนวณมาจากนักคณิตศาสตร์ประกันภัยและนักสถิติ หลังจากผู้เอาประกัน admit ควรจะทำเรื่องเคลมภายใน 30 วัน ปกติการต่ออายุมักจะไม่การันตี อาจจะมีบางบริษัทแต่เบี้ยประกันจะราคาสูงกว่า ทางบริษัทฯจะยกเว้นโรคที่เป็นมาตรฐาน จะไม่คุ้มครองโรคที่เป็นแต่กำเนิด โรคทางพันธุกรรม หรือโรคก่อนประกัน เช่น โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด

หากมีการตรวจพบว่าลูกค้าเป็นเบาหวานจะคุ้มครองได้หรือไม่นั้น ต้องดูว่าลูกค้าซื้อประกันแบบไหน ถ้าซื้อแบบอุบัติเหตุอย่างเดียวก็ไม่ได้ เพราะเบาหวาน เกิดจากโรค แต่ถ้าซื้อแบบประกันสุขภาพก็คุ้มครอง อุบัติเหตุไม่คุ้มครองโรค แต่ถ้าซื้อโรคจะคุ้มครองทั้งโรคและอุบัติเหตุ ที่สำคัญเบี้ยประกันภัยก็แตกต่างกัน

การคุ้มครองการรักษาที่รัฐบาลจ่ายแล้ว หรือที่มีบริษัทจ่ายให้แล้ว เราก็จะไม่คุ้มครอง จะไม่ให้ซ้ำกัน พวกทำฟัน ตั้งครรภ์ เสริมสวย จากสงคราม ชุมนุมที่รัฐบาลประกาศว่าเป็นการจลาจลหรือก่อการร้าย หรือการรักษาที่ยังดูเป็นการทดลองอยู่ก็ยังไม่คุ้มครอง

หลักประกันสุขภาพของประเทศไทยกับต่างประเทศมีความคล้ายคลึงกัน แต่ว่าสิ่งที่กังวลคือ การจ่ายของประเทศไทยเป็นแบบ fee for service ไม่ได้เป็น PPO แบบหลายๆประเทศ และการประกันจะคุ้มครองทั่วโลกได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับแบบประกันที่ซื้อ บางอย่างก็คุ้มครองทั่วโลก บางอย่างก็ไม่คุ้มครอง แต่การคุ้มครองทั่วโลกอาจจะต้องสำรองจ่ายไปก่อน แผนสูงๆก็จะมีให้เลือกหลายๆการคุ้มครองแค่ในประเทศ คุ้มครองในเอเชีย คุ้มครองทั่วโลก ส่วนคุ้มครองทั่วโลกยกเว้นอเมริกา

ในปัจจุบัน มีประเด็นเรื่องของค่ายาเข้ามาเรื่องยาราคาแพง เช่น ค่ายารักษามะเร็ง ซึ่งทางบริษัทก็ค่อนข้างหนักใจกับเรื่องนี้พอสมควร เพราะในแง่ของการจะเข้าไปควบคุมตรงนั้นทางบริษัทฯไม่สามารถทำคนเดียวได้ แม้จะพยายามผลักดันในแง่ของสมาคมซึ่งได้มีการหารือกันอยู่หลายครั้งว่าทำอย่างไรจึงจะเหมาะสมและเป็นธรรมกับทางผู้บริโภค แต่รูปแบบในการกำหนดวิธีการก็ยังไม่ออกมาเป็นรูปธรรมแน่นอน

ภาคธุรกิจประกันภัย เป็นหน่วยงานเล็กๆ ถึงแม้วงเงินจะดูเข้ามาค่อนข้างเยอะแต่เมื่อเทียบกับหน่วยงานอื่นๆจะค่อนข้างเล็ก ยิ่งทางประกันสุขภาพยิ่งเล็กลงไปอีก ความจริงบริษัทฯส่งเรื่องนี้ไปทางแพทย์สภาและกระทรวงสาธารณสุขแล้วหลายครั้ง แต่บริษัทไม่มี power มากพอ และถึงจะรวมตัวกับบริษัทประกันอื่นๆไปคุย สัดส่วนของการจ่ายเงินของบริษัทประกันเอกชนก็ยังน้อย คนไทยถือประกันสุขภาพอยู่น้อยมาก ประมาณไม่เกิน 20% แต่บริษัทฯมีวิธีการจัดการในส่วนของโรงพยาบาล เวลาบริษัทฯ Deal อาจจะคุยเป็น case by case ถ้าหากคุยไม่ได้จริงๆโรงพยาบาลไหนที่อยู่ในเครือ อาจจะคุยกับโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือ ถ้าเป็นโรงพยาบาลเดี่ยว ก็คุยรายเดี่ยวแต่ถ้าไปเจอ charge over chart แพงๆก็จะใช้วิธีตัดจ่าย

- **การคัดเลือกสถานพยาบาล Fax Claim และการ Audit**

การคัดเลือกสถานพยาบาล

ประการแรกต้องดูว่าลูกค้าเข้าไปใช้บริการได้สะดวกหรือเปล่า หรืออยู่ในแหล่งชุมชนหรือไม่ ประการที่ 2 โรงพยาบาลแห่งนั้นจะต้องได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นโรงพยาบาลก่อน ประการที่ 3 โรงพยาบาลแห่งนั้นจะต้องมีเตียงรองรับผู้ป่วยในอย่างน้อย 30 เตียง ประการที่ 4 โรงพยาบาลแห่งนั้นจะต้องมีแพทย์ประจำโรงพยาบาลอย่างน้อย 5 ท่าน ใน 5 ท่าน จะต้องรวมแพทย์อายุรกรรมและศัลยกรรม และประการที่ 5 โรงพยาบาลจะต้องมีอัตราค่าบริการทางการแพทย์ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม มีระบบเวชระเบียนที่ดี มีระบบทางการเงินที่ได้มาตรฐาน ทางบริษัทสามารถที่จะเข้าไปดำเนินการตรวจสอบได้

ส่วนเอกสารที่ใช้ในการเปิดสถานพยาบาลเป็นคู่สัญญากับบริษัทเมืองไทยประกันชีวิต คือ เอกสารใบสำเนาแสดงในแบบสำรวจรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาล แผนที่ตั้งของโรงพยาบาล สำเนาใบอนุญาตให้เปิดสถานพยาบาล สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล รายชื่อแพทย์ประจำโรงพยาบาลแห่งนั้น และสุดท้ายสำเนาใบแจ้งหนี้ ถ้าโรงพยาบาลเข้าหลักเกณฑ์และเงื่อนไขทั้งหมด ก็จะเปิด Fax Claim เป็นโรงพยาบาลคู่สัญญากับทางบริษัทเมืองไทยประกันชีวิตได้

กรณีจำนวนโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญากับทางบริษัท ปัจจุบันมีทั้งหมด 281 แห่ง ในประเทศไทย 272 แห่ง 73 แห่งในกรุงเทพมหานคร 199 แห่งที่ต่างจังหวัด ส่วนในประเทศเพื่อนบ้าน มี 2 แห่งอยู่ในกัมพูชา 1 แห่งประเทศลาว ซึ่งโรงพยาบาลเหล่านี้ลูกค้า สามารถใช้สิทธิ์ Fax Claim ส่งเข้ามาบริษัทฯได้โดยที่ไม่ต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อน

การเข้า-ออกของโรงพยาบาลคู่สัญญา อันดับแรกต้องพูดคุยทำความเข้าใจก่อน บางครั้งแพทย์บางท่านไม่เข้าใจว่าเป็นเงื่อนซึ่งไม่สามารถทำได้ เรื่องค่าใช้จ่ายถ้าดูแล้ว Abuse (ทุจริต) ทางบริษัทฯจะไม่ให้ใช้ผ่านบัตรเครดิต บางโรงพยาบาลทางบริษัทฯได้พยายามเข้าไป Audit / Re-Audit หรือพูดคุยกับผู้บริหารก็ยังไม่มีการปรับ-เปลี่ยนให้ตรงกัน บริษัทฯจะต้องปิดสัญญา แต่ถ้าในระหว่างปิดสัญญาโรงพยาบาลเหล่านั้น

มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ก็สามารถกลับมาเป็นคู่สัญญากันใหม่ได้ แต่ถ้าไม่ดีขึ้นก็จะปิดถาวรซึ่งไม่สามารถกลับมาเป็นคู่สัญญาได้อีก

การเลือกโรงพยาบาลที่ต้องไป Audit ส่วนใหญ่ จะAudit ประมาณ 50% ของยอดทั้งหมดหรือจากยอดลูกค้าที่เข้าไปรับบริการ หลักเกณฑ์ในการเลือกอย่างแรก จะเลือกจากยอดเคลมที่มียอดสูงอันดับต้นๆ ของบริษัท มีการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคง่ายๆ (simple disease) เช่น เป็นไข้ ตัวร้อน เจ็บคอ ท้องเสีย หรือบางโรงพยาบาลที่ทางบริษัทฯสงสัยว่าอาจมีการทุจริตการเคลม (Fraud Claim) เมื่อได้คัดเลือกโรงพยาบาลเหล่านั้นมาแล้ว ก็จะดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนที่จะไป Audit หลังจากนั้นก็จะไปโรงพยาบาลเพื่อทำการตรวจสอบเวชระเบียนว่าข้อมูลที่หมอแจ้งมาในใบเคลม ณ Fax Claim มีความสอดคล้องตรงกับเวชระเบียนหรือไม่ หรือมีการจ่ายค่ายาเกินจริงไหม หรือการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ที่เกินความเป็นจริง อย่างเช่น บริษัทฯเคยเจอคือลูกค้านอนโรงพยาบาลด้วยอาการท้องเสีย แต่เบิกถึง 10,000 บาท หรือเบิกถุงมือ 100 คู่ ซึ่งดูเกินจริง บริษัทฯก็ต้องให้โรงพยาบาลแจกแจงมาว่าในราคานั้นทำอะไรบ้าง แล้วก็จะมาปรับความเข้าใจกันเพื่อให้มีบริการที่ดียิ่งขึ้น

กรณีการตัดสัญญากับสถานพยาบาลคู่สัญญา ได้แก่ กรณีที่เห็นได้อย่างชัดเจนว่า Over Claim ทางบริษัทฯจะเข้าไปพูดคุย ปรับความเข้าใจกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อน ว่า Over Claim ปัญหาอยู่ที่ไหน ถ้าปัญหาอยู่ที่ตัวแพทย์ท่านใด ทางบริษัทฯก็จะปิด Fax ของแพทย์ท่านนั้น คือ แพทย์คนนี้จะไม่ได้รับเครดิตจากทางบริษัทฯอีก แต่ในเบื้องต้นจะมีการเตือนก่อน

การทำ Fax Claim เป็นความเชื่อใจกันระหว่างทางบริษัทฯกับโรงพยาบาล ว่าเอกสารที่เห็นเป็นเอกสารที่ถูกต้อง แต่ภายหลังที่ลูกค้าออกจากโรงพยาบาล หรือหลังจากโรงพยาบาลวางบิล ทางบริษัทก็ต้องมีการ Audit ว่าเอกสารที่ส่งมาถูกต้องหรือไม่ มีความสอดคล้องกับเวชระเบียนในโรงพยาบาลและมีการเบิกจ่ายยาเวชภัณฑ์ที่เกินจริงหรือไม่

Fax Claim รายบุคคล คือ การที่ลูกค้าซื้อผ่านตัวแทนบริษัทด้วยตนเอง ส่วนแบบกลุ่ม คือ การที่องค์กรหนึ่งซื้อผ่านบริษัทประกันเพื่ออาจจะเป็นสวัสดิการให้แก่พนักงาน Fax Claim รายบุคคล ปัจจุบันเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง ส่วนแบบกลุ่มจะเปิดบริการให้ 08.30-20.00 น. ถ้าลูกค้าต้องการใช้สิทธิผ่าน Fax Claim ใช้บัตรเมืองไทย Healthcare จะเป็นประกันกลุ่มหรือประกันบุคคลก็ได้ พร้อมด้วยบัตรประชาชนตัวจริง ก็สามารถรับบริการกับทางโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญากับทางบริษัทฯ

เมื่อแพทย์ทำการตรวจแล้วมีความคิดเห็นว่าต้องนอนโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลก็จะขอเอกสารตัวจริง พร้อมบัตรประชาชน ไปตรวจสอบสิทธิ์ความคุ้มครองจากคอมพิวเตอร์ เพื่อดูความคุ้มครองของกรมธรรม์ว่ามีกรมธรรม์ที่ใช้สิทธิ์ผ่านโรงพยาบาลได้หรือไม่ และยังมีผลบังคับอยู่ไหม เมื่อตรวจสอบเสร็จเรียบร้อย สามารถใช้สิทธิ์ผ่านบัตรเคลมได้ ก็นอนโรงพยาบาลได้ตามปกติ จนถึงวันกลับบ้าน ทางการเงินก็จะเตรียมเอกสารทางการเงิน เป็นใบแจ้งหนี้มาให้บริษัท พร้อมด้วยเอกสารทางการแพทย์ที่สรุปการรักษา

วินิจฉัยโรคว่าเป็นอะไร ถ้าด้านกรมธรรม์ไม่มีปัญหาอะไร เราก็จะ Fax Claim กลับไปให้โรงพยาบาล ภายใน 30 นาทีหรือน้อยกว่านั้น ลูกค้าแค่จ่ายค่าส่วนเกินสิทธิ์ความคุ้มครอง จากนั้นโรงพยาบาลก็จะนำยอดที่บริษัทฯคุ้มครองไปวางบิลหลังจากที่ลูกค้าออกจากโรงพยาบาล

การพิจารณาอนุมัติ Fax Claim ทางบริษัทจะให้เจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นผู้ตอบรับ เพราะเป็นข้อมูลทางการแพทย์ที่จะต้องรับผิดชอบประกันรายบุคคลประมาณ 10 ท่านต่อวัน วันละประมาณ 300 ราย ถ้าเป็นประกันกลุ่มประมาณ 200 รายต่อวันต่อพยาบาล 6 ท่าน

ปกติถ้าลูกค้าไปใช้บริการที่ไม่ใช่โรงพยาบาลคู่สัญญา ลูกค้าต้องทำการสำรองเงินจ่ายแล้วค่อยนำเอกสารใบเคลมและใบเสร็จรับเงินตัวจริง มาเบิกกับทางบริษัทฯ แต่ระบบ Fax Claim ไม่ต้อง ลูกค้าแค่จ่ายค่าส่วนเกินสิทธิ์ความคุ้มครองของลูกค้าเท่านั้น โดย Fax Claim ในธุรกิจประกัน แบ่งเป็น 2 อย่าง เป็น Fax Claim ประกันแบบรายบุคคลกับรายกลุ่ม

การ Audit ทางบริษัทฯได้จัดเตรียมบุคลากรซึ่งอยู่ในทีมบริการทางการแพทย์ซึ่งจะทำการ Audit ทุกวัน มีหน้าที่รับข้อมูลจากโรงพยาบาล บางครั้งลูกค้านอนอยู่โรงพยาบาลก็จะมีพยาบาลของบริษัทเข้าไปเยี่ยมและส่งข้อมูลเวชระเบียนมาให้ทุกวัน รวมถึงจะมีการ Conference Review และการ Audit มีทั้ง Internal (จากข้อมูลที่ส่งเข้ามาบริษัทฯ) และ External (การออกไปตรวจสอบข้างนอกบริษัท)

กระบวนการ Audit กับการจ่ายเงิน เริ่มจากทางโรงพยาบาลจะทำการส่ง Fax Claim มาที่บริษัทฯ และทางบริษัทฯ ก็จะอนุมัติผ่าน Fax Claim ไปก่อน เมื่อโรงพยาบาลมาวางบิลก็จะจ่ายให้ก่อน และในสัญญาได้กำหนดไว้แล้วว่า เมื่อใดก็ตามที่ทางบริษัทตรวจสอบข้อมูลโดยพิจารณาตามเงื่อนไขความคุ้มครองและข้อเท็จจริงตามใบเคลมแล้วพบว่ามีความผิดปกติ ทางบริษัทสามารถเรียกเงินคืนได้ และปัญหาการ Audit ที่พบส่วนใหญ่อยู่ในระดับแพทย์มากกว่าโรงพยาบาล

ภาพการศึกษาดูงานบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต (จำกัด) มหาชน

การฝึกอบรมหลักสูตร CFO และ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขการประกัน (ครั้งที่ 3)

วันที่ 1 พฤศจิกายน 2561

วันที่ 1 พฤศจิกายน 2561

หัวข้อ	**นำเสนอผลการศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยน** - สำนักงานประกันสังคม - บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
วัตถุประสงค์	เพื่อสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการศึกษาดูงาน
เวลา	09.00 – 12.00 น.

กระบวนการและเนื้อหา

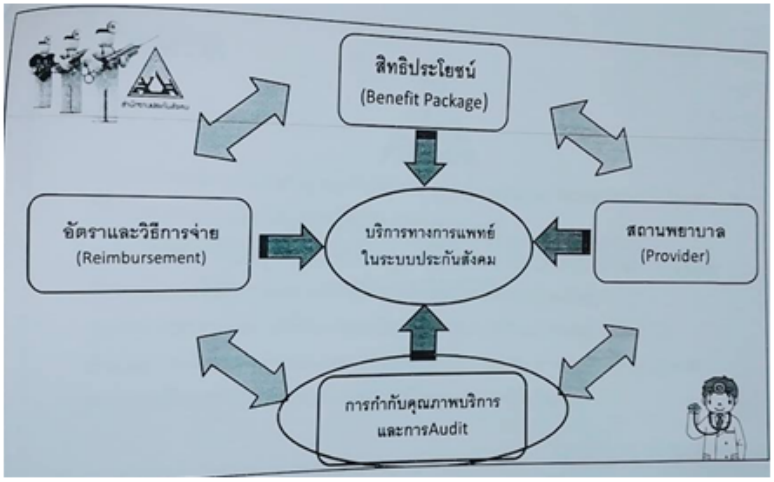
แบ่งผู้เข้าร่วมอบรมเป็น 2 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนและเตรียมข้อมูลการเสนอผลการศึกษาดูงาน 1) สำนักงานประกันสังคม และ 2) บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 การศึกษาดูงานสำนักงานประกันสังคม

การประกันสังคมที่ประเทศต่างๆใช้อยู่ในปัจจุบันมีหลักการที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการประกันสังคมเป็นโครงการการบริหารทางสังคมในระยะยาวอีกระบบหนึ่งที่ภาครัฐเป็นผู้ดำเนินการจัดขึ้นด้วยการให้ประชาชนผู้มีรายได้แต่ละคนได้มีส่วนช่วยตนเองหรือครอบครัว โดยร่วมกันเสี่ยงภัยหรือช่วยเหลือบำบัดความทุกข์ยากเดือดร้อนซึ่งกันและกันระหว่างผู้มีรายได้ในสังคม ด้วยการออกเงินสมทบเข้ากองทุนเรียกว่า “กองทุนประกันสังคม” โดยมีนายจ้าง ลูกจ้าง และในบางประเทศมีรัฐบาลร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุนนี้ด้วย กองทุนจะจ่ายประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ส่งเงินสมทบเมื่อเกิดความเดือนร้อน เช่น เจ็บป่วย คลอดบุตร ว่างงาน ชราภาพ เป็นต้น

การประกันสังคมจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ยึดหลักการพึ่งตนเอง และช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชน โดยมีความมุ่งหมายที่จะเป็นหลักประกันและคุ้มครองความเป็นอยู่ของประชาชน ให้มีความมั่นคงในการดำรงชีวิต แม้มีเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องขาดแคลนรายได้ ก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข สำนักงานประกันสังคมจะมีกรอบการดำเนินงานหลัก คือ การให้บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมจะมีการออกแบบสิทธิประโยชน์ต่างๆ มีเงื่อนไขอัตราและวิธีการจ่าย สถานพยาบาลในเครือข่าย การกำกับคุณภาพบริการและการตรวจสอบ สิ่งเหล่านี้จะเป็นจุดหลักที่ต้องพัฒนา ปรับเปลี่ยน ให้เข้ากับสถานการณ์และความจำเป็นของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม

กรอบการดำเนินงาน



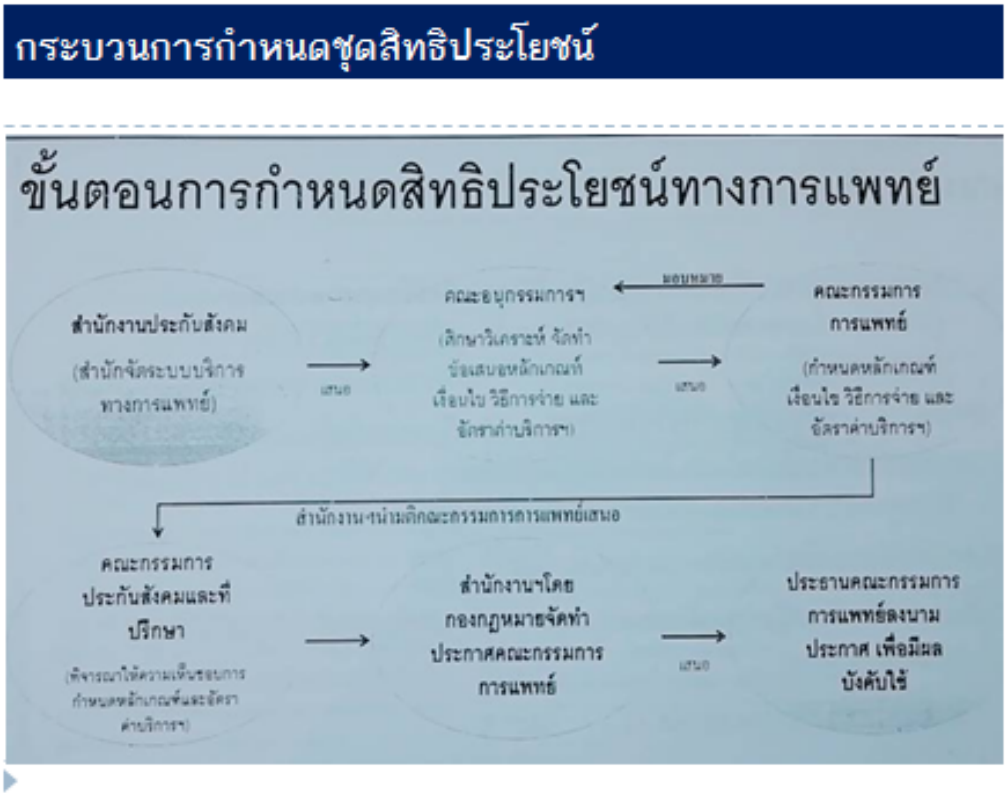
หลักประกันสังคมมีคุณลักษณะ คือ เป็นระบบของการเฉลี่ยทุกข์-เฉลี่ยสุขซึ่งกันและกันระหว่างมวลสมาชิก ซึ่งโดยทั่วไปรัฐบาลของทุกประเทศจะให้ความสำคัญแก่บุคคลที่ทำงานมีรายได้ และอยู่ในระบบแรงงานก่อนและจะขยายความคุ้มครองไปสู่ผู้ทำงานที่มีรายได้นอกระบบการจ้างงานปกติ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่าแรงงานนอกระบบ เงินสมทบที่เก็บไปนั้นจะสะสมเป็นกองทุนซึ่งจะให้สิทธิประโยชน์เฉพาะกับบุคคลที่ส่งเงินสมทบ ซึ่งประเทศไทยเรียกว่า “ผู้ประกันตน”

การเก็บเงินสมทบถือว่าเป็นภาษีพิเศษ ซึ่งจะเก็บจากบุคคลที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น ทั้งนี้ความสำเร็จประการหนึ่งของการประกันสังคม ก็คือเป้าหมายหลักที่จะทำให้การประกันสังคมสามารถครอบคลุมทุกตัวบุคคลของประชาชนในชาติ (Universal Coverage) ได้ในอนาคต

อนุสัญญาที่ 102 ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ ได้กำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานของการประกันสังคมไว้ 9 ประการ คือ กรณีเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีสงเคราะห์ครอบครัว กรณีชราภาพ และ กรณีว่างงาน กรณีการดูแลผู้ที่ขาดการอุปการะ และกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน

สำหรับประเทศไทยได้จัดการดำเนินการระบบประกันสังคมเป็น 2 กองทุน คือ ***กองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน***

กระบวนการการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ มีขั้นตอนการกำหนดดังนี้



เป็นที่ทราบกันดีว่าประกันสังคม คือ การสร้างหลักประกันในการดำรงชีวิตของผู้ประกันตน โดยผู้ประกันตนมีหน้าที่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม เพื่อรับผิดชอบในการเฉลี่ยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย คลอดบุตร ทุพพลภาพ ตาย สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงานเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีและมีรายได้อย่างต่อเนื่อง

คนทำงานหลายคนอาจจะยังไม่ทราบรายละเอียดที่แน่ชัดมากพอ รู้เพียงแต่ว่าในแต่ละเดือนเราต้องจ่ายค่าประกันสังคม แต่ไม่รู้ว่าทำไมเราต้องจ่าย แล้วเราจะได้สิทธิประโยชน์อะไรบ้างจากการจ่ายเงินในแต่ละเดือน บางครั้งคนทำงานหลายคนจะรู้สึกว่าการจ่ายเงินประกันสังคมเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นเลย เพราะแทบจะไม่ได้ใช้สิทธิ์ดังกล่าว การที่หลายคนคิดเช่นนั้นเป็นเพราะเขาไม่รู้ว่าเราจะได้ใช้สิทธิ์อะไรจากประกันสังคมบ้าง หากรู้แล้วก็จะเข้าใจระบบประกันสังคมได้ดีขึ้นอย่างแน่นอน

กองทุนประกันสังคม มีผู้ประกันตนทั้งหมด 3 ประเภท ดังนี้

1) พนักงานเอกชนทั่วไป (มาตรา 33) ได้รับความคุ้มครอง 7 กรณี
2) เคยเป็นพนักงานแต่ลาออก (มาตรา 39) ได้รับความคุ้มครอง 6 กรณี
3) อาชีพอิสระ/แรงงานนอกระบบ (มาตรา 40) ได้รับความคุ้มครอง 3 หรือ 4 กรณี

แม้ว่าผู้ประกันตนแต่ละประเภทจะได้รับความคุ้มครองด้วยสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน แต่มีหน้าที่ที่จะต้องส่งเงินเข้ากองทุนเหมือนกัน เพื่อเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข ดังนั้น เพื่อให้เห็นความแตกต่างของผู้ประกันตนแต่ละประเภทอย่างชัดเจน ลองมาดูข้อสรุปของสิทธิประโยชน์ คุณสมบัติของผู้ประกันตนว่ามีอะไรบ้าง

ผู้ประกันตนภาคบังคับ (มาตรา 33)

ผู้ประกันตนในกลุ่มนี้ คือ พนักงานบริษัทเอกชนทั่วไป ซึ่งมีสถานะเป็นลูกจ้างที่ทำงานอยู่ในสถานประกอบการที่มีพนักงานตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป อายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี และไม่เกิน 60 ปี โดยต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุน คิดเป็นสัดส่วนดังนี้ ลูกจ้าง 5% + นายจ้าง 5% + รัฐบาล 2.75% ของฐานเงินค่าจ้าง ขั้นต่ำตั้งแต่ 1,650 บาท แต่ไม่เกิน 15,000 บาท สิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนภาคบังคับ (มาตรา 33) จะได้รับความคุ้มครอง มีดังนี้ กรณีเจ็บป่วย / อุบัติเหตุ กรณีทุพพลภาพ กรณีเสียชีวิต กรณีคลอดบุตร กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ และกรณีว่างงาน

ผู้ประกันตนภาคสมัครใจ (มาตรา 39)

ผู้ประกันตนตามมาตรานี้ คือ บุคคลที่เคยทำงานอยู่ในบริษัทเอกชนในมาตรา 33 มาก่อนแล้วลาออก แต่ต้องการรักษาสิทธิ์ประกันสังคมไว้ จึงสมัครเข้าใช้สิทธิ์ประกันสังคมในมาตรา 39 แทน การสมัครประกันสังคมในกลุ่มนี้ มีเงื่อนไขว่าต้องเป็นผู้ประกันตนในมาตรา 33 มาแล้วไม่ต่ำกว่า 12 เดือน และลาออกมาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน อีกทั้งต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ ผู้ประกันตนต้องส่งเงินเข้ากองทุน 432 บาทต่อเดือน และรัฐบาลจะช่วยสมทบอีก 120 บาทต่อเดือน ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 จะได้รับความคุ้มครองดังนี้ กรณีเจ็บป่วย / อุบัติเหตุ กรณีทุพพลภาพ กรณีเสียชีวิต กรณีคลอดบุตร กรณีสงเคราะห์บุตร และกรณีชราภาพ

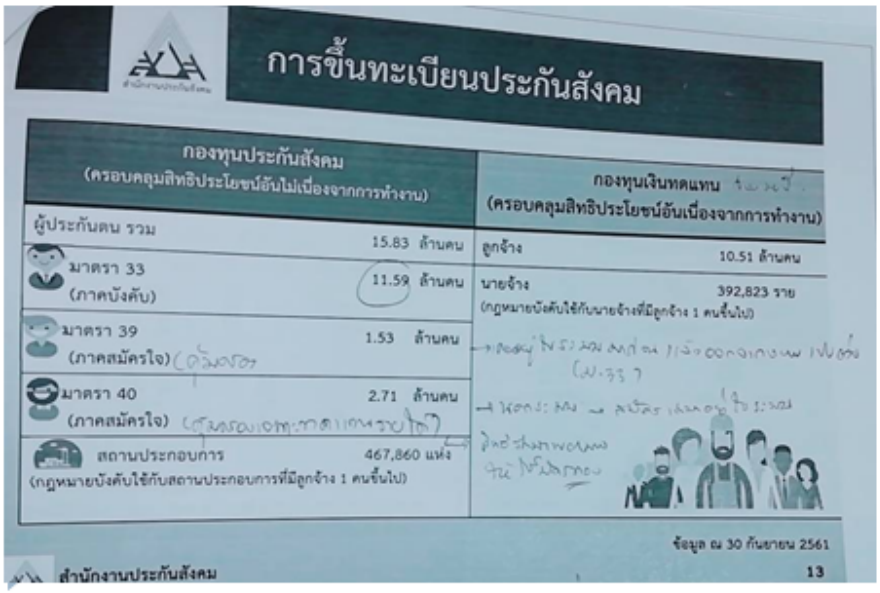
ผู้ประกันตนภาคสมัครใจ (มาตรา 40)

ผู้ประกันตนในมาตรา 40 นี้ คือ บุคคลที่ไม่ได้เป็นลูกจ้างในบริษัทเอกชนตามมาตรา 33 และไม่เคยสมัครเป็นผู้ประกันตนในมาตรา 39 ผู้ที่จะสมัครประกันสังคมในมาตรา 40 ได้นั้น ต้องเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระหรือแรงงานนอกระบบ มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี ผู้สมัครสามารถเลือกสิทธิประโยชน์ได้ ซึ่งมีให้เลือก 2 ชุด คือ

- ความคุ้มครอง 3 กรณี : จ่าย 100 บาท ต่อเดือน (จ่ายเอง 70 บาท รัฐบาลสมทบ 30 บาท) ผู้ประกันตนจะได้รับความคุ้มครอง คือ กรณีเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ และกรณีเสียชีวิต
- ความคุ้มครอง 4 กรณี : จ่าย 150 บาท ต่อเดือน (จ่ายเอง 100 บาท รัฐบาลสมทบ 50 บาท) ผู้ประกันตนจะได้รับความคุ้มครอง คือ กรณีเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีเสียชีวิต และกรณีชราภาพ

คนทำงานส่วนใหญ่ล้วนต้องจ่ายเงินสมทบให้กับสำนักงานประกันสังคมทุกเดือน ซึ่งแตกต่างกันไปตามอัตราเงินเดือนของแต่ละคน แต่สิทธิประโยชน์นั้นแตกต่างกันไปตามหลักประกัน ทั้งในเรื่องสุขภาพ เงินสมทบ เงินประกัน และความคุ้มครองที่จะได้รับ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของเราเองว่า เราต้องการเลือกการประกันตนแบบใดจึงจะเหมาะสมกับเรามากที่สุด

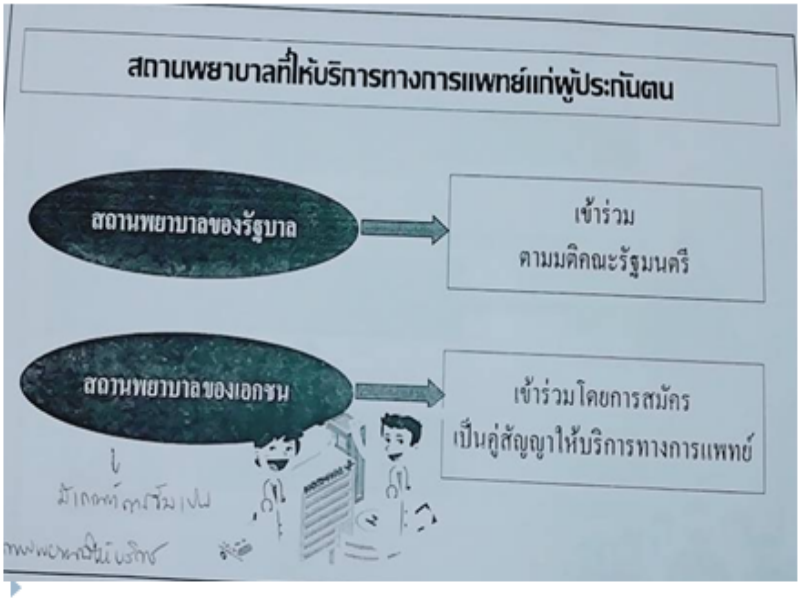
การลงทะเบียนและการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ



ตารางแสดงจำนวนประชากรในระบบประกันสังคม

สำหรับสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน จะแบ่งเป็นสถานพยาบาลจากรัฐและ สถานพยาบาลเอกชน โดยสถานพยาบาลจากรัฐ จะเข้าร่วมตามมติคณะรัฐมนตรี แตกต่างจากโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโดยสมัครใจและเป็นคู่สัญญาในการให้บริการทางการแพทย์

การลงทะเบียนและการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ



การลงทะเบียนและการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

ตัวอย่างตารางแสดงค่าบริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคมในภาพรวม

การบริหารเงินและการจ่ายค่าบริการ/รักษาพยาบาล

ค่าบริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคมภาพรวม

รายการค่าบริการทางการแพทย์	ค่าบริการทางการแพทย์ (ล้านบาท)		
	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
1. กรณีเจ็บป่วย	36,939.50	39,637.66	43,504.85
2. กรณีคลอดบุตร	3,721.77	3,824.19	3,861.00
3. กรณีทุพพลภาพ	194.62	182.54	257.35
รวม (ล้านบาท)	40,855.89	43,644.39	47,623.20

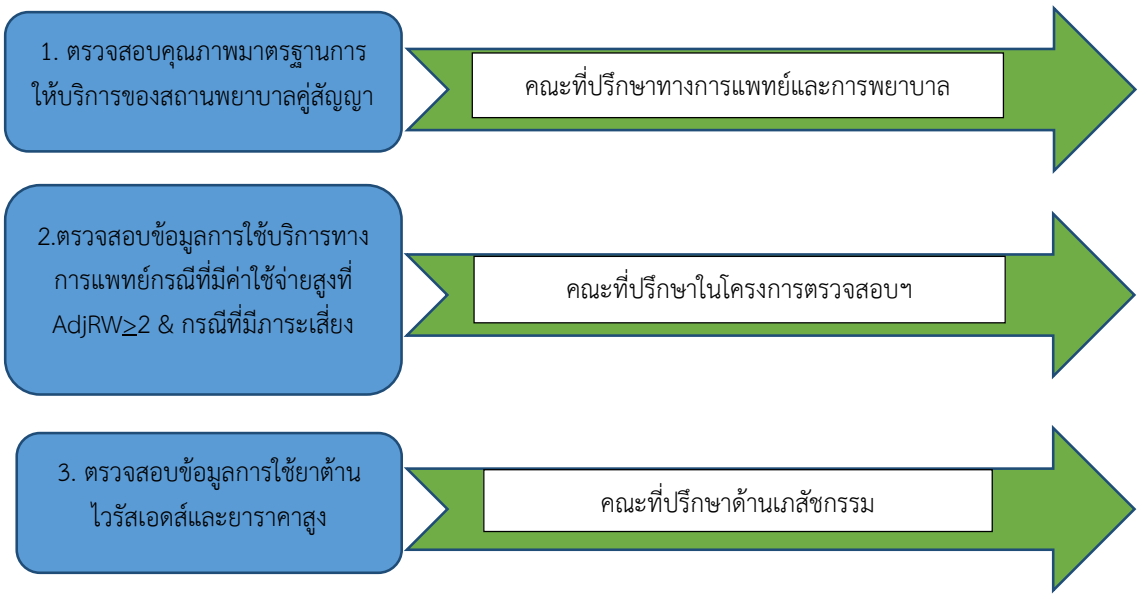
ข้อมูลปี 2560 สำนักงานประกันสังคมได้มีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการให้ความคุ้มครองสิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย กรณีคลอดบุตร และกรณีทุพพลภาพ รวมทั้งสิ้นเป็นเงินเฉลี่ย 4,117 บาทต่อคน

การบริหารเงินและการจ่ายค่าบริการ/รักษาพยาบาล

ค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามบัตรฯ

รายการ	ค่าบริการทางการแพทย์ (ล้านบาท)		
	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
1. เหมาจ่าย	17,032.58	17,620.23	18,213.95
2. ภาระเสี่ยง	5,039.78	5,214.59	5,404.85
3. เงินเพิ่มกรณีผ่านการ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)	821.32	872.13	894.27
4. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในกรณีน้ำหนักสัมพัทธ์ ≥2)	6,533.04	6,728.88	7,378.63
5. ค่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ - ยามะเร็ง 10 protocol / เคมีบำบัดรังสีรักษา - อุปกรณ์ /อวัยวะเทียม ฯลฯ	1,686.86	2,237.24	1,946.54
6. ยาต้านไวรัสเอดส์	1,331.22	1,649.09	1,772.35
7. ยาบัญชี จ (2)	712.74	913.70	861.81
รวม (ล้านบาท)	33,157.54	35,235.86	36,472.40

ระบบการตรวจสอบและการกำกับคุณภาพบริการของประกันสังคม ประกอบด้วย



เพราะฉะนั้นความท้าทายของสำนักงานประกันสังคมของไทยในอนาคต คือ จะต้องมีการพัฒนาสิทธิประโยชน์ ประโยชน์ทดแทนที่มีความเป็นสากล รองรับการก้าวสู่การประกันสังคมนานาชาติ โดยมีความสอดคล้องกับการประกันสังคมในภูมิภาคอาเซียน และการเปลี่ยนแปลงไปของบริบททางสังคม เศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางการแพทย์ของประเทศไทย โดยต้องครอบคลุมการดูแลทั้งแรงงานชาวไทย ทั้งในระบบและนอกระบบ ทั้งในสภาวะปกติและระหว่างการฟื้นฟู ทั้งทุพพลภาพที่เข้าสู่การจ้างงาน หรือแม้แต่สิ้นสภาพการจ้างงาน คำถามที่ทิ้งทายคือ การประสานงานร่วมกันระหว่างสำนักงานประกันสังคมและ สปสช. เพื่อพัฒนางานให้เกิดประโยชน์มากที่สุดกับระบบประกันของประเทศไทย จะทำได้เช่นไรบ้าง การสร้างประสิทธิภาพเหล่านั้นคือ หนทางที่ต้องพัฒนาร่วมกันต่อไปในอนาคต

กลุ่มที่ 2 การศึกษาดูงานบริษัทเมืองไทยประกันชีวิต

บริษัทเมืองไทยประกันชีวิต จำกัน (มหาชน) เป็นบริษัทที่มีดำเนินการด้าน Health Insurance โดยใช้หลักการของการถ่ายโอนความเสี่ยง (Transfer Risk) ด้านสุขภาพให้กับบริษัทประกันชีวิตเป็นผู้รับผิดชอบ โดยมีหลักการคือ บริษัทตกลงที่จะชดเชยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลให้แก่ลูกค้าในกรณีที่ค่ารักษาพยาบาลนั้นเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยจากโรคภัย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (แบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม) โดยการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์และกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย

ความคุ้มครอง คือ ค่ารักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยจากโรคภัย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

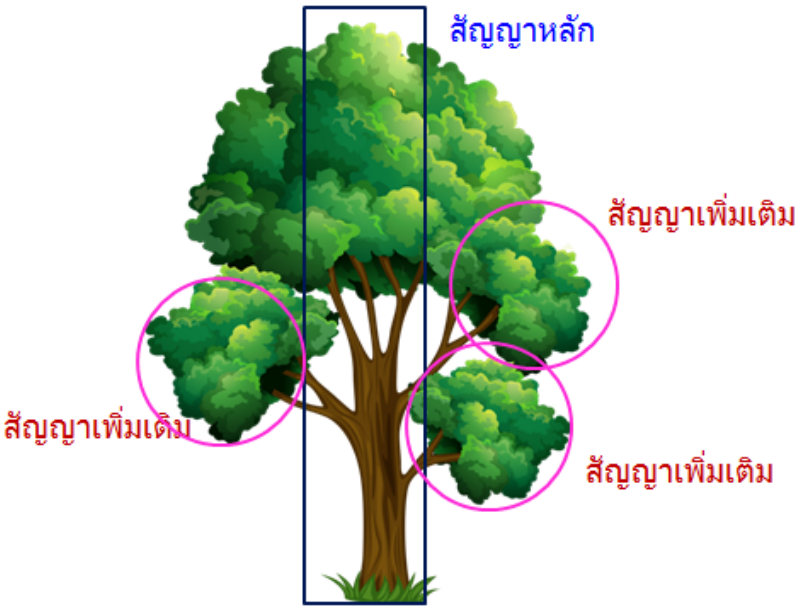
ผลประโยชน์ชดเชยสำหรับผู้ป่วยภายใน (IPD) ให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น เมื่อต้องเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น ค่าห้องพัก ค่าอาหาร ค่ายา ค่าแพทย์เยี่ยม ค่าผ่าตัด ค่ารถพยาบาล และ อุปกรณ์อื่นๆ

ผลประโยชน์ชดเชยสำหรับผู้ป่วยนอก (OPD) ให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับการรักษาโดยไม่ต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล เมื่อผู้เอาประกันภัยได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย

ผลประโยชน์เพิ่มเติมอื่นๆ ได้กำหนดเอกสารแนบท้ายไว้ เพื่อเป็นการขยายความคุ้มครองเพิ่มเติมจากข้อตกลง

ทั้งนี้ทางบริษัทได้มีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเจาะจง (ดังภาพตัวอย่าง)

การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์และกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย จะมีการกำหนดประกันตามสัญญาหลักก่อน แล้วจึงเพิ่มสัญญาเพิ่มเติม มีการกระจายไปยังทุกเพศ ทุกวัย ทุกกลุ่มอายุ โดยคิดเบี้ยประกันตามความเสี่ยง เช่น เพศหญิงเบี้ยประกันชีวิตน้อยกว่าเพศชาย, เพศหญิงเบี้ยประกันสุขภาพสูงกว่าเพศชาย ในสัญญาหลักจะมี waiting period ไม่คุ้มครองโรค 30 วันแรก ยกเว้นอุบัติเหตุ และมีหลักการเหมือน co-pay



สำหรับการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์และกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย ที่บริษัทประกันมักไม่คุ้มครอง (Exclusion) ประกอบไปด้วย รายการโรคที่รัฐบาลจ่ายให้แล้ว หรือบริษัทอื่นจ่ายแล้ว, การทำฟัน, ตั้งครรภ์, เสริมสวย, แพทย์ทางเลือก, การรักษาที่อยู่ระหว่างทดลอง และเป็นผู้มีโรคใดมาก่อนหรือโรคประจำตัว

สำหรับการประสานงาน การจัดหาคู่สัญญาหรือผู้ให้บริการประเภทต่างๆ บริษัทเมืองไทยประกันชีวิตจะมีการพิจารณาเปิด Contract โรงพยาบาล โดยมีหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

- สถานที่ตั้งเป็นแหล่งชุมชน การเดินทางสะดวก
- เป็นสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขให้ประกอบการ “โรงพยาบาล”
- มีเตียงรองรับผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 30 เตียงขึ้นไป
- มีแพทย์ประจำโรงพยาบาลอย่างน้อย 5 ท่าน รวมสาขาอายุรกรรมและศัลยกรรม
- อัตราค่าบริการทางการแพทย์ อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม และมีระบบเวชระเบียนที่ดี ระบบการเงินได้มาตรฐาน และสามารถตรวจสอบได้

การประสานงาน จัดหาคู่สัญญาหรือผู้ให้บริการประเภทต่างๆ นั้น ประกอบด้วยหลักฐานคือ (ตามภาพ)

การประสานงาน/จัดหาคู่สัญญาหรือผู้ให้บริการประเภทต่างๆ

➢ หลักฐาน

- สำเนาเอกสารแบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล
- แผนที่ตั้งสถานพยาบาล
- สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- รายชื่อแพทย์ หรือ รายละเอียดแพทย์ประจำโรงพยาบาล
- ตัวอย่างใบแจ้งหนี้

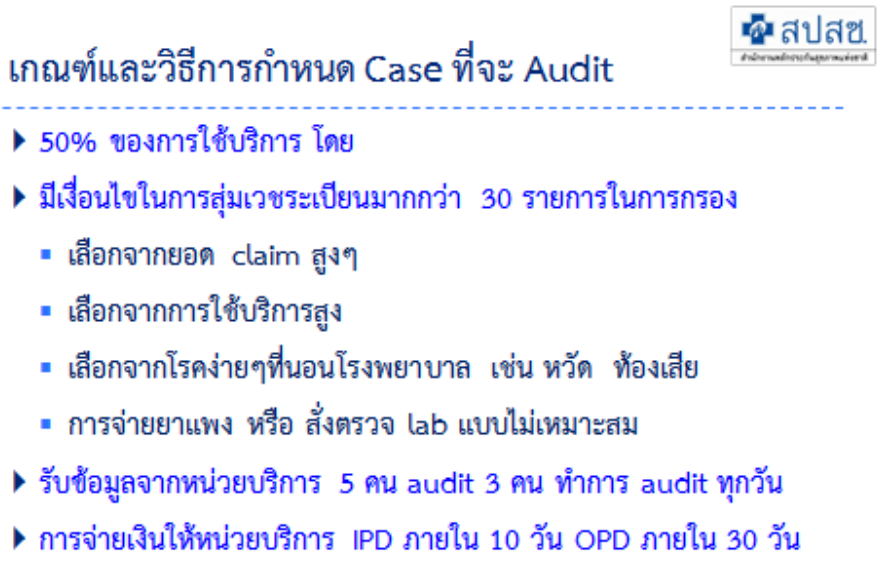
➢ ทั้งภาครัฐและเอกชน 272 แห่ง ในกรุงเทพฯ 73 แห่ง ต่างจังหวัด 199 แห่ง

➢ ตรวจประเมินก่อนเปิด contract และตรวจประเมินซ้ำทุกปี

การบริหารเงินและการจ่ายค่าบริการ/รักษาพยาบาล มีหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการ Claim มี 2 แบบ คือ

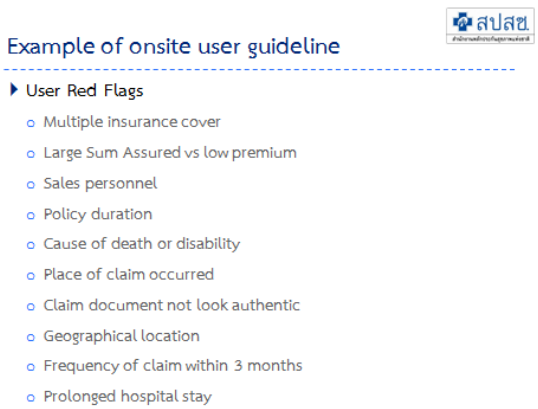
1) Fax claim จากสถานพยาบาล กรณีไปใช้บริการที่หน่วยบริการคู่สัญญา (individual fax claim 24 hr, group fax claim 08.30-20.00 น.) SLA 30 min หลัง fax claim (จ่ายก่อน เป็น post audit หากไม่เป็นไปตามเงื่อนไขจะเรียกเงินคืน)
2) Claim ด้วยใบเสร็จจากผู้เอาประกัน กรณีไปใช้บริการที่หน่วยบริการที่ไม่ใช่คู่สัญญา (ตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่าย หากไม่เป็นไปตามเงื่อนไขจะไม่จ่ายเงิน)

ระบบการ Audit

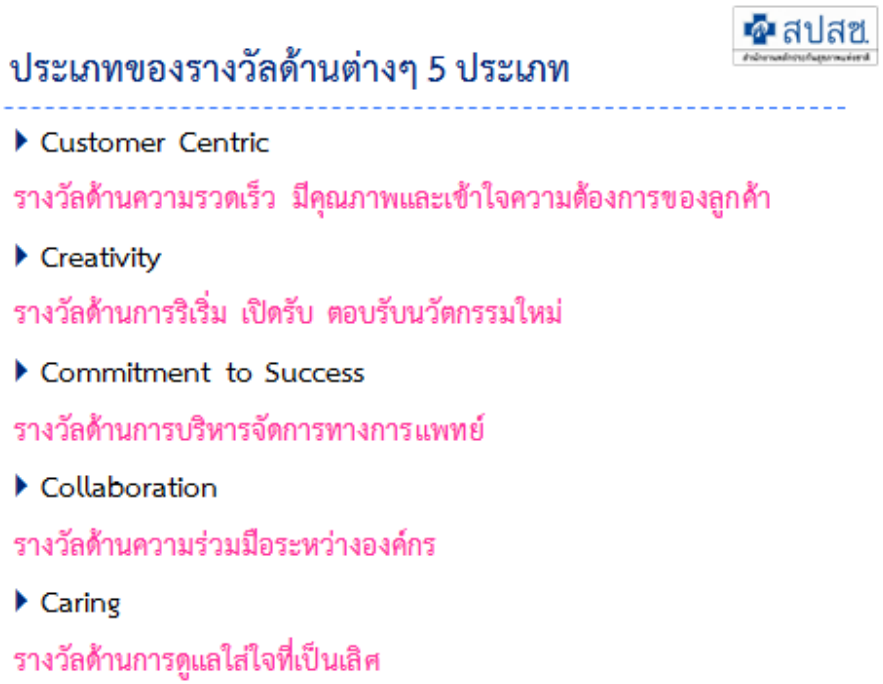


สิ่งที่ทีม audit ต้องทำทุกวัน คือ

- ดูความเหมาะสม ความจำเป็น และความคุ้มค่าของการ admit
- ตรวจสอบความเหมาะสมของการทำการรักษา/หัตถการของแพทย์
- ระยะเวลานอนโรงพยาบาล
- ความถูกต้องของเวชระเบียนโดยเฉพาะ progress note
- ด้านการเงิน ตรวจสอบราคา การจ่ายยา หัตถการ



บริษัทเมืองไทยประกันชีวิต ได้มีการจัดประเภทของรางวัลด้านต่างๆ 5 ประเภท คือ



ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นจากการศึกษาดูงานต่อการทำงานของ สปสช. ในอนาคต

จากการศึกษาดูงานเมืองไทยประกันชีวิตและสำนักงานประกันสังคมนั้น ทีมผู้บริหารและนักวิชาการ ได้มีข้อเสนอแนะที่เป็นแนวทางต่อการทำงานของ สปสช. ในอนาคต ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะจากกลุ่มบริษัทเมืองไทยประกันชีวิต

1) ควรกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ Package พื้นฐานและ Co-pay สำหรับบางบริการ
2) User Red Flags
3) ควรมีการมอบรางวัลสำหรับหน่วยบริการที่มีคุณภาพตามเงื่อนไข
4) มีมาตรการ audit ระดับหน่วยบริการและแพทย์ผู้รักษา

ข้อเสนอจากกลุ่มสำนักงานประกันสังคม

1) ควรออกแบบ กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ร่วมกัน เพื่อลดความเลื่อมล้ำและซ้ำซ้อน (ANC) สปสช.กลางสื่อสาร payment ที่ซ้ำซ้อนกับประกันสังคม เช่น ANC ว่าไม่ซ้ำซ้อนกันอย่างไร ให้เข้าใจอย่างทั่วถึง
2) การประเมินหน่วยบริการและการ Audit ควรทำร่วมกันเพื่อนำไปสู่มาตรฐานเดียวกัน และลดต้นทุนค่าบริหารจัดการ
3) ควรแชร์ข้อมูลและแลกเปลี่ยนระหว่างกัน สปสช. สปส. เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการจ่าย
4) ควรมีการตรวจสอบข้อมูลก่อนจ่าย

ข้อคิดเห็นแลกเปลี่ยนจากการศึกษาดูงานบริษัทเมืองไทยประกันชีวิตและสำนักงานประกันสังคม

- สิ่งที่ควรคำนึงในการไปศึกษาดูงานคือ *การพิจารณาความแตกต่างระหว่างหน่วยงานผู้ให้ประกัน มีความเหมือน หรือ ความแตกต่างกันอย่างไร ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน สปสช.* เปรียบเสมือนบริษัทประกันของรัฐที่ขายประกันให้กับประชาชน โดยได้รับงบประมาณมาจากภาครัฐ จากภาษี แต่ภาคเอกชนงบประมาณมาจากการขาย

  ทั้งนี้สิ่งที่เหมือนกันคือ ทั้งคู่กำลังทำงานที่สนอง Needs ของประชาชน แต่จุดที่ต้องย้อนคิดคือ *ในส่วนของภาคเอกชนนั้นกำลังสนอง Needs หรือ สนอง Wants ต้องแยกตรงนี้ให้ออก* ภาคเอกชนอาจทำงานเพื่อการสนอง Wants ของประชาชน ทำอย่างไรให้ประชาชนเกิดความต้องการ เราจึงเห็นโฆษณามากมายของบริษัทประกันและนำมาสู่การขายต่อไปได้ เราจึงเห็นการสร้าง supply มากกว่า demand เพราะฉะนั้นจึงมีความต่างต่อการคิดชุดสิทธิประโยชน์ต่างๆ การมองปัจจัยเรื่อง Needs และ Wants เป็นสิ่งสำคัญสำหรับ CFO ซึ่งการวิเคราะห์เรื่อง Needs ของประชาชนนั้น ให้มองเป็นพลวัตร เพราะมันขึ้นกับเศรษฐสถานะของประเทศ ที่ใช้เรื่องความคุ้มค่าคุ้มทุนของประเทศเป็นปัจจัยหลักด้วย เช่น การผ่าตัดหูเทียมในวันนี้อาจไม่จำเป็น วันหน้าอาจกลายเป็นสิ่งจำเป็นก็ได้
- ในเรื่องของ Pulling สปสช. พยายามจะเป็นกองทุนที่ใหญ่เพื่อให้มี Purchasing Power ซึ่งในภาคเอกชนก็พยายามทำกองทุนให้ใหญ่เช่นกันเพื่อความมั่นคงของบริษัท ในภาคเอกชนเรื่อง *“ผลกำไร” คือ เป้าหมายหลัก แต่ สปสช. ผลกำไรคืออะไร ใช่ตัวเงินจากรายรับหรือไม่* นี่คือโจทย์ที่ สปสช. ต้องคิด ตีโจทย์ให้แตก ความเสี่ยงที่บริษัทประกันให้แก่ผู้ประกัน สิ่งนี้ต้องไปศึกษาว่าครอบคลุมความเสี่ยงเกิดขึ้นจริงมากน้อยแค่ไหน การครอบคลุมการรักษาพยาบาลและการบริการครบทุกโรคไหม ค่าใช้จ่ายครอบคลุม 100 เปอร์เซ็นต์ไหม ซึ่งบริษัทเอกชนต่างมีเพดานในการกำหนดอยู่แล้ว ซึ่งเพียงพอไหมหากเจ็บป่วยขึ้นมาจริงๆ ในขณะที่ สปสช. นั้น ครอบคลุมทุกโรค

โรคที่ไม่ครอบคลุมคือ โรคที่ไม่มีความจำเป็น โรคที่เกี่ยวข้องกับการศัลยกรรมความสวยงาม งานที่กำลังอยู่ในขั้นตอนการวิจัย

สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ สปสช.จะไม่เอาประชาชนไปเสี่ยงไม่ใช่หวงค่าใช้จ่าย ซึ่งบริษัทเอกชนอาจเปิดให้ claim โดยไม่ดูคุณภาพของสถานบริการ แต่ สปสช. **จะตรวจสอบคุณภาพของสถานบริการ และควบคุมคุณภาพ จึงเกิดการสร้างสัญญากับสถานบริการก่อน** สถานบริการที่ได้คู่สัญญากัน แสดงว่าไม่ผ่านเกณฑ์ของ สปสช. ซึ่งนี้คือกลไกที่มีความแตกต่าง ส่วนกลไกการจ่ายเงินของบริษัทเอกชน จะใช้รูปแบบการจ่ายเงินให้โรงพยาบาลแบบ (Fee-for-service) ซึ่งมันเกิดการให้บริการเกินความจำเป็น เพราะฉะนั้นในภาคเอกชนคือการกระตุ้นให้เกิดค่าใช้จ่ายมากที่สุด แต่ สปสช. จะมีกลไกการจ่ายหลายระบบ มองรอบด้านกว่า และต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้สูงเกินความจำเป็น

- ในภาคเอกชนไม่ได้เน้นการเข้าถึงบริการ เพราะกลไกการตลาดจะเน้นประชาชนผู้มีรายได้ กลุ่มคนในเมืองและอยู่ในพื้นที่ที่เจริญแล้ว ซึ่งมีการคำนวณและกำหนดวงเงินในการใช้บริการมาแล้ว ในขณะที่ สปสช ต้องดูถึงความครอบคลุมประชาชนทุกระดับ โดยเฉพาะ “กลุ่มคนจน” และต้องกระจายการบริการให้เกิดขึ้นทุกพื้นที่ เราจึงสนใจและ**ให้ความสำคัญกับ Primary Care และเน้นที่ Medical Services มากกว่า** แต่บริษัทประกันเอกชนเน้น Service Luxury จึงมุ่งไปที่โรงพยาบาลเอกชน เพราะจุดขายของโรงพยาบาลเหล่านี้ คือ ความสะดวกสบาย ความหรูหรา ซึ่งสามารถตอบความต้องการของลูกค้าที่ซื้อประกันได้
- การดึงภาคเอกชนมาทำงานร่วมกันนั้น ไม่ใช่แค่มาร่วมให้บริการ แต่สิ่งที่ สปสช.ต้องการ คือ กลไกการแข่งขันเพราะทำให้เกิดการกระตุ้นในการให้บริการ นำมาสู่มีการดึงเงินออกจากระบบ ภาครัฐจึงกังวล ซึ่งตรงจุดนี้ประชาชนจะได้รับประโยชน์ เพราะนำมาสู่การแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการด้วยกันเอง
- สิ่งที่น่าสนใจของภาคเอกชน คือ ระบบการตรวจสอบของภาคเอกชนจะรัดกุมกว่าของ สปสช.อาจเพราะเป็นภาคเอกชนด้วย จึงจำเป็นต้องมีความเข้มข้น เราจึงสามารถศึกษาระบบตรงนี้ เพื่อนำมาสู่การศึกษาวิเคราะห์และพัฒนาระบบตรวจสอบของ สปสช.
- บริษัทประกันเอกชนจะเลือกทำ Exclusive criteria มากขึ้น ซึ่งเป็นผลมากจากการคิดชุดสิทธิประโยชน์ต่างๆของ สปสช. ที่ครอบคลุมมากขึ้น จึงเป็นแรงผลักดันให้ทางบริษัทประกันต้องขายสิ่งที่ Exclusive กว่า เพื่อเร่งให้ผู้มีรายได้ซื้อบริการเพิ่มขึ้น
- การวางเรื่องรางวัลของบริษัทประกันจะมีวิธีคิดที่แตกต่างจาก สปสช. บริษัทประกันจะใช้ “ลูกค้า” เป็นตัวตั้ง เช่น รางวัลด้านความรวดเร็ว มีคุณภาพและเข้าใจความต้องการของลูกค้า, รางวัลด้านการดูแลใส่ใจที่เป็นเลิศ แต่รางวัลของ สปสช. จะดู “คนทำงาน” ในองค์กรเป็นหลัก และคิดรางวัลตามมา ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นที่มาจากคนละมุมมองกัน

- สำหรับการตั้งคำถามในการศึกษาดูงานสำนักงานประกันสังคมควรสังเกตเรื่อง กลุ่มประชากรเป้าหมายหลักของประกันสังคม เป็นวัยแรงงาน ซึ่งเป็นกลุ่ม sexual active เพราะฉะนั้นจะมีความเกี่ยวพันกันอย่างไรกับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ การใช้งบประมาณในส่วนนี้เป็นอย่างไร ทำไมถึงมีความแตกต่างจาก สปสช. การตั้งคำถามในกลุ่มการใช้ยาบัญชี จ(2) และยามะเร็ง มันน่าจะไปอยู่ในกลุ่มของข้าราชการไหม เพราะมีผู้สูงอายุจำนวนมากกว่า จึงเป็นความน่าสนใจว่า หากเราจะหยิบมุมมองเรื่องอายุมาพิจารณา ก็ควรมองอย่างรอบด้าน ทั้งนี้จำเป็นต้องหาข้อมูลเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ต่อ โดยข้อมูลเหล่านี้ สปสช. มีฐานข้อมูลทั้งหมด ทั้งฐานข้อมูล บัญชี จ(2) ฐานข้อมูลเรื่องเอดส์ แต่ทางทีม CFO ไม่ได้คิดวิเคราะห์บนระบบการใช้ฐานข้อมูลเลย
- สปสช. ได้รับข้อมูลจากสำนักงานประกันสังคมตามมาตรา 33 และ 39 แต่ในส่วนของข้อมูลตามมาตรา 40 ยังมีปัญหาระหว่างกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องนำไปสู่การหารือร่วมกันเพื่อลดการทับซ้อน
- ความคิดที่จะทำงานร่วมกันกับสำนักงานประกันสังคม ในเรื่องการประสานงบประมาณร่วมกันนั้นต้องมีความเข้าใจเรื่องมาตรา 39 และ มาตรา 40 ร่วมกันด้วย คือ ต้องมองในเชิงระบบเพื่อการผลักดันและเกิดประโยชน์สูงสุดในระบบประกันของประเทศไทย
- การทำงานของสำนักงานประกันสังคมนั้นง่ายกว่า สปสช. เพราะการทำงานของสำนักงานประกันสังคมเมื่อจะพัฒนาสิทธิประโยชน์ การดำเนินงานจะผ่านบอร์ด และมีการกำหนดวงเงินงบประมาณต่อหัวชัดเจนไว้ก่อนหน้านั้นแล้ว และมีเกณฑ์จ่ายเงินตามโรคที่ชัดเจนมาก การจ่ายเงินรายหัวจะอิงกับค่าตัวผู้ประกันตนที่กำหนดชัดเจนเช่นกัน ในขณะที่สปสช. การดำเนินงานพิจารณาจะมีขั้นตอนที่มากกว่า พิจารณาหลากหลายด้าน
- การศึกษาดูงานครั้งนี้ทางสำนักงานประกันสังคมไม่ได้เน้นเรื่อง คุณภาพของการจัดสรร ความครอบคลุมหรือการเข้าถึงเป็นอย่างไร ซึ่งสิ่งที่ได้จะเป็นการมองเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะต่อหลักสูตร CFO

- การจัดหลักสูตร CFO และวางรูปแบบการศึกษาดูงานนั้น ควรมีเนื้อหาที่เข้มข้นและกว้างกว่านี้ น่าจะใช้การวิเคราะห์แบบ Systematic reviews ไม่ใช่แค่การสรุปกระบวนการ ควรจะเป็นการศึกษาดูงานเพื่อนำไปสู่การเปรียบเทียบกับองค์กรของตนเอง และมีการหาข้อมูลเพิ่มเติม ตั้งคำถามที่นำไปสู่ข้อสรุปได้ ซึ่ง**หลักสูตร จะต้องยกระดับจาก Process reviews เป็น Systematic reviews** คือต้องหาเหตุการณ์หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เราไปดู นำมาเทียบกับเรา ซึ่งต้องมาดูกรอบเนื้อหาที่เรียนด้วย เช่น การตั้งคำถามเรื่องความเสี่ยง สปสช. ก็เคยให้วิธีการที่ผลักความเสี่ยงไปที่องค์การเภสัชกรรม เพราะงบประมาณไม่พอบ้าง หรือการพูดถึงที่บริษัทประกันเอกชนคัดเลือกกลุ่มคนต่างๆซึ่งเมื่อเอามาเทียบกับเนื้อหาที่เรียน คือการคัดเลือกประชากรกลุ่มเป้าหมาย เราอาจต้องตั้งคำถามว่า วิธีการแบบนี้มีอคติไหม ต่างกับการคัดเลือกของเราอย่างไร

ซึ่งการยกตัวอย่างเปรียบเทียบแบบนี้ จะทำให้เห็นภาพชัดเจน การหยิบยกเหตุการณ์จึงเป็นตุ๊กตาตัวอย่างที่นำมาสู่การคิดร่วมกัน ถกเถียงแลกเปลี่ยนได้ดีขึ้น

- เนื้อหาที่เรียนมีหลักการความรู้เยอะมาก ซึ่งการวิเคราะห์ควรนำมาเปรียบเทียบ ประยุกต์กับสิ่งที่เรียนด้วย และเรียงลำดับตามหลักสูตรที่เรียน การวิเคราะห์ประยุกต์ร่วมกับเนื้อหานั้น จะเป็นการฝึกความเข้าใจและการบูรณาการระหว่างสิ่งที่เรียนและประสบการณ์ที่ CFO มีอยู่
- ควรวาง conceptual framework ก่อนการศึกษาดูงานให้ชัดเจน มีการเตรียมงาน เตรียมคนมากกว่านี้ ทีม CFO ต้องมีการแบ่งบทบาท วัตถุประสงค์ หน้าที่ของทีมให้ชัดเจนก่อนการไปศึกษาและนำกลับมาทำงาน คิดวิเคราะห์ร่วมกันภายในทีมของตนให้มากกว่านี้ เพื่อจะได้การคิดและคำตอบที่ซับซ้อน แหลมคมขึ้น
- การจัดหลักสูตร CFO มีความน่าสนใจมาก และถ้าได้มีมุมมองของสำนักงานประกันสังคม ของภาคเอกชน ของ provider ต่างๆ การออกแบบหลักสูตร ความหลากหลายของผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อนำไปสู่การเรียนรู้ จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมเห็นความหลากหลาย เพราะต่างมีภารกิจเป้าหมายเพื่อการสร้างสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน แม้จะมีวิธีการดำเนินงาน กระบวนการทำงานที่ต่างกัน แต่ความต่างเหล่านั้นจะนำมาสู่ประโยชน์ของการศึกษา
- ควรเพิ่มเนื้อหาเรื่อง การคำนวณงบประมาณต่างๆ เพราะผู้จะเป็น CFO ต้องมีความเข้าใจเรื่องเหล่านี้ ทั้งที่มา เบื้องหลัง วิธีคิดของการคำนวณ กระบวนการคำนวณ ปัญหาอุปสรรคต่างๆ
- กระบวนการ **“แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน”** เป็นสิ่งสำคัญของกระบวนการอบรม CFO มากกว่าการสอนแบบบรรยาย เพราะผู้เข้าอบรมต่างเป็นคนที่มีประสบการณ์แล้ว การนำประสบการณ์จริงมาแลกเปลี่ยน คิด วิเคราะห์ ถกเถียงกัน การนำมาประยุกต์ได้ เป็นสิ่งที่ควรเกิดขึ้นในการอบรมหลักสูตร CFO

นายแพทย์การุณย์ คุณติรานนท์ รองเลขาธิการ สปสช. ได้กล่าวปิดการอบรมหลักสูตร CFO และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขประกัน โดยกล่าวว่า “ผู้เข้าอบรมต้องตระหนักให้มากที่สุด คือ **หัวใจของการทำงานของ สปสช. คืออะไร** การที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สามารถเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพได้ นี่คือเป้าหมายหลัก หากคนทำงานเข้าใจเป้าหมายหลัก จะมีผลต่อมุมมองและการทำงาน การออกแบบสิ่งต่างๆ ขาดทุน กำไร เป็นสิ่งที่สำคัญ หากแต่ไม่ใช่หมายถึง สปสช. แต่หมายถึง ที่สุดแล้วประชาชนต้องเป็นผู้ได้กำไร เพราะฉะนั้น **ปรัชญาเบื้องหลังการทำงานของ สปสช. CFO ต้องชัดเจน** และตระหนักในคุณค่าเสมอ”