

Original Article

นิพนธ์รัตน์

ปัจจัยในการตัดสินใจเชิงนโยบายและสิ่งท้าทาย ของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

ภูษิต ประคองสาย

จิตปราณี มาศวิท

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

การตัดสินใจเลือกใช้วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลในลักษณะการเหมาจ่ายรายหัว (capitation contract model) ร่วมกับการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แทนที่จะใช้วิธีการจ่ายเงินตามรายการรักษาพยาบาล (fee-for-service reimbursement model) เป็นจุดเปลี่ยนครั้งสำคัญของประวัติศาสตร์การพัฒนาระบบการคลังสุขภาพของประเทศ การตัดสินใจเชิงนโยบายด้านการคลังสุขภาพดังกล่าวมีปัจจัยสำคัญมาจากการระดมองค์ความรู้และประสบการณ์ในด้านจุดอ่อนจุดแข็ง รวมทั้งผลกระทบของวิธีการจ่ายเงินรูปแบบต่าง ๆ ให้กับสถานพยาบาล ซึ่งได้แก่ การจ่ายแบบตามรายการรักษาพยาบาล แบบเหมาจ่ายรายหัว และการจ่ายตาม DRG นอกจากนี้ การตัดสินใจดังกล่าวยังเป็นการตัดสินใจเชิงนโยบายบนพื้นฐานของการใช้องค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based) ซึ่งน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในด้านประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ รวมถึงความสมเหตุสมผลของการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดและความเป็นไปได้ในการดำเนินการ ทั้งนี้เนื่องจากการให้บริการในระบบประกันสังคมและการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ในอดีตที่ผ่านมาทำให้สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนมีประสบการณ์และให้การยอมรับวิธีการจ่ายดังกล่าว

นอกเหนือจากปัจจัยแวดล้อมด้านการเมืองและการเคลื่อนไหวของภาคประชาชนแล้ว ปัจจัยเกื้อหนุนด้านระบบสุขภาพ อันได้แก่ การขยายระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศ การมีศักยภาพที่เพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเสนอทางเลือกในการกำหนดนโยบายสุขภาพที่สมเหตุผล รวมทั้งความต่อเนื่องในการวิจัยเชิงพัฒนาของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เป็นปัจจัยเกื้อหนุนและทุนทางสังคมที่ทำให้สามารถนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติได้อย่างรวดเร็วในระยะเริ่มต้น อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนของวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวที่อาจก่อให้เกิดการให้บริการที่ขาดคุณภาพ การปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ระหว่างผู้ซื้อบริการคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้ให้บริการสุขภาพในระดับอำเภอ การแสวงหาแหล่งการคลังสุขภาพที่มีความมั่นคงในระยะยาว รวมทั้งการแก้ไขปัญหาความไม่เหมาะสมและไม่เป็นธรรมในการกระจายทรัพยากรสุขภาพ เป็นสิ่งท้าทายในอนาคตที่ทุกฝ่ายจะต้องเร่งแสวงหาคำตอบเพื่อให้นโยบายดังกล่าวสามารถดำเนินไปในทิศทางที่ถูกต้องและมีความยั่งยืน

คำสำคัญ: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, นโยบายสุขภาพ, การตัดสินใจเชิงนโยบาย

บทนำ

การตัดสินใจใช้ระบบเหมาจ่าย (capitation contract model) สำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย เมื่อวันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๔๔* ร่วมกับการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) แทนที่จะใช้การจ่ายตามรายการรักษาพยาบาล (fee for services retrospective reimbursement model) ซึ่งมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพและการค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ^(๑) เป็นจุดเปลี่ยนของประวัติศาสตร์การพัฒนา ระบบการคลังสุขภาพครั้งสำคัญของประเทศไทย ที่มีความหมายยิ่งต่อประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขและทิศทางระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยในระยะยาว

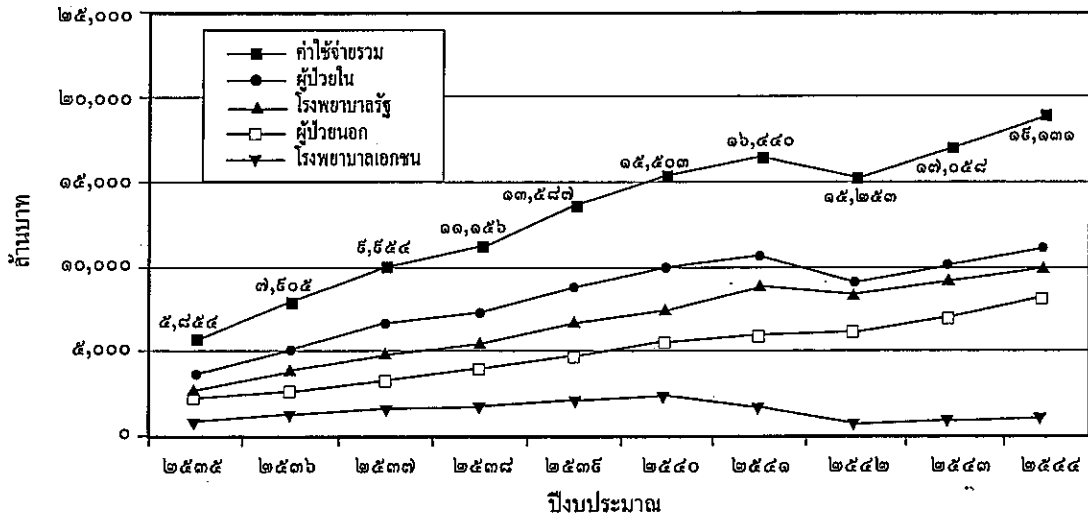
เอกสารกึ่งวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เหตุปัจจัยของการตัดสินใจเชิงนโยบาย โดยเฉพาะด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในช่วงต้นปี ๒๕๔๔ ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของระบบสุขภาพไทย และปัจจัยต่าง ๆ ที่เกื้อหนุนให้นโยบายสามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม รวมทั้งสังเคราะห์สิ่งที่ท้าทายที่สำคัญในอนาคต

สะสมองค์ความรู้

การสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา นโยบายการคลังสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะ การศึกษาถึงจุดอ่อนจุดแข็งและผลกระทบของวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลในรูปแบบต่าง ๆ อันได้แก่ การจ่ายแบบตามรายการรักษาพยาบาล (fee-for-service) แบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) และการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลาหลายปี หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผลกระทบด้านลบของวิธีการจ่ายเงินตามรายการรักษาพยาบาลในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พบว่า ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (รูปที่ ๑) มีการ

ค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ล้านบาท)
ปีงบประมาณ ๒๕๓๕-๒๕๔๔



ที่มา: กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง, รายงานของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี ๒๕๓๕-๒๕๔๔

รูปที่ ๑ แบบแผนรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี ๒๕๓๕ ถึง ๒๕๔๔

*เป็นการประชุมสัมมนาเพื่อตัดสินใจรูปแบบ ขุดสิทธิประโยชน์ อัตราเหมาจ่าย และขั้นตอนการขยายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำเนียบรัฐบาล โดย นายกรัฐมนตรี เป็นประธานการประชุม

ปัจจัยในการตัดสินใจเชิงนโยบายและสิ่งท้าทายของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ ๑ ต้นทุนยาต่อครั้งผู้ป่วยนอก ตามกลุ่มอายุและระบบประกันสุขภาพ, โรงพยาบาลบรรพตพิสัย นครสวรรค์, ๒๕๔๓

ระบบประกันสุขภาพ	๐-๕ ปี	๖-๑๒ ปี	๑๓-๓๕ ปี	๔๐-๔๕ ปี	๔๖-๖๐ ปี	>๖๐ ปี	ทุกกลุ่มอายุ
โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย	๔๐.๗	๔๔.๑	๓๔.๕	๔๕.๕	๗๑.๔	๘๐.๕	๖๑.๔
โครงการบัตรสุขภาพ	๒๖.๘	๔๐.๔	๕๗.๓	๑๐๕.๖	๑๒๔.๐	๕๕.๔	๘๕.๘
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	๓๖.๗	๓๑.๖	๗๖.๓	๒๐๑.๕	๘๒๓.๒	๒๓๔.๘	๒๖๘.๕
ประกันสังคม	-	-	๕๔.๕	๖๗.๐	๕๕.๘	-	๖๐.๕
ไม่มีหลักประกันใด	๓๘.๗	๕๕.๕	๓๕.๕	๕๕.๒	๒๒๘.๘	๑๔๓.๖	๕๑.๒
ทุกกลุ่ม	๓๘.๘	๔๕.๕	๔๓.๑	๕๑.๕	๑๕๘.๕	๕๕.๕	๘๐.๘

ที่มา [๓]

ใช้ยาและการตรวจวินิจฉัยอย่างฟุ่มเฟือย ขาดประสิทธิภาพ (ดูตารางที่ ๑)^(๓,๓) มีการเบิกเท็จ^(๔) ในขณะที่โครงการประกันสังคมซึ่งจ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นหลัก สามารถควบคุมค่ารักษายาบาลได้ดีมากตลอดระยะเวลา ๑๐ ปีที่ผ่านมา โดยที่คุณภาพบริการสุขภาพในระบบประกันสังคมอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้^(๕,๖) นอกจากนี้ ประสิทธิภาพประกันสุขภาพเอกชนภาคสมัครใจซึ่งใช้ระบบการจ่ายตามรายการรักษายาบาลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารบริษัทประกันภัย พบว่ามีรายจ่ายและอัตราส่วนสูญเสีย (loss ratio) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว บางโรงพยาบาลมีการคิดค่ารักษายาบาลเกินจริง (overcharge)^(๗)

การศึกษาประสบการณ์ต่างประเทศ เช่น ระบบประกันสังคมของเกาหลีใต้ ญี่ปุ่น ไต้หวัน ซึ่งใช้ระบบการจ่ายเงินตามรายการรักษายาบาล (fee-for-service) ต่างประสบปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนไม่สามารถควบคุมได้ มีการใช้ทรัพยากรอย่างขาดเหตุผล โดยผู้ป่วยในเกาหลีใต้ต้องร่วมจ่ายค่ารักษายาบาลถึงร้อยละ ๕๐ ของค่ารักษายาบาลทั้งหมด^(๘) ประสบการณ์ของ Philippines Health Insurance Corporation ซึ่งใช้ระบบการจ่ายเงินตามรายการรักษายาบาล พบว่า มีการใช้ทรัพยากรอย่างขาดเหตุผลเช่นเดียวกัน มีการผ่าตัดคลอดบุตรสูงมากเนื่องจากระบบประกันสังคมให้เบิกค่ารักษายาบาล

สำหรับการผ่าตัดคลอดบุตรได้มากกว่าการคลอดบุตรปกติ จึงจูงใจให้แพทย์ผ่าตัดคลอดมากกว่าคลอดธรรมชาติ นอกจากนี้ ยังมีต้นทุนสูงมากในการตรวจสอบใบเบิก (claim review) และระบบการตรวจสอบไม่ได้ผล เนื่องจากอัตราการปฏิเสธการจ่ายต่ำมาก และไม่สามารถตรวจสอบความเหมาะสมของการสั่งใช้เทคโนโลยีการแพทย์ (clinical appropriateness) ได้^(๙) ดังนั้น ประสิทธิภาพโดยทั่วไปของระบบการจ่ายเงินตามรายการรักษายาบาล จึงต่ำกว่าวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลในรูปแบบอื่น นอกจากนี้ ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า ผลตอบแทนสุขภาพมีความแตกต่างกันระหว่างวิธีการจ่ายเงินทั้ง ๓ รูปแบบ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยจึงมีความพยายามที่จะใช้รูปแบบการคลังสุขภาพและวิธีการจ่ายเงินที่สนับสนุนให้เกิดความเป็นธรรมและความมีประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้นของระบบสุขภาพ^(๑๐,๑๑)

การตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์

การเลือกวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว และตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้กับสถานพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นอีกครั้งหนึ่งที่ระบบสุขภาพไทยตัดสินใจเชิงนโยบายบนพื้นฐานขององค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based

policy decision) ทั้งนี้เนื่องจากผลการศึกษาวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของรูปแบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่กล่าวข้างต้น ซึ่งให้เห็นว่า การจ่ายแบบตามรายการรักษาพยาบาล ไม่น่าจะมีความเหมาะสมกับบริบทประเทศไทย ในขณะที่ระบบเหมาจ่ายรายหัวและการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม โดยกำหนดเพดานงบประมาณ (global budget) กรณีผู้ป่วยใน น่าจะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในด้านประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ โดยส่วนรวม มีความสมเหตุสมผลของการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด และมีความเป็นไปได้ เนื่องจากประกันสังคมและการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ใช้วิธีการจ่ายเงินทั้งสองรูปแบบนี้มาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน จนเป็นที่ยอมรับพอสมควรจากผู้ประกันตน และจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน อย่างไรก็ตาม มีแรงเสียดทานอยู่มากจากผู้บริหารสถานพยาบาลระดับโรงเรียนแพทย์และสมาคมโรงพยาบาลเอกชนบางส่วนที่ไม่เห็นด้วยกับการใช้วิธีการเหมาจ่ายในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เหตุปัจจัยเกื้อหนุน

นอกจากปัจจัยแวดล้อมทางการเมือง อันเนื่องมาจากบทบัญญัติหลายมาตราที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน และการเคลื่อนไหวของภาคประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในขั้นตอนด้านนิติบัญญัติของการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกในการเกื้อหนุนให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการรองรับด้วยกฎหมาย ผู้เขียนขอขยายความปัจจัยเกื้อหนุนด้านระบบสุขภาพ (health system determinants) ดังต่อไปนี้

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สะท้อนให้เห็นถึงธรรมชาติข้อหนึ่งที่ว่า “เมื่อมีสิ่งนี้ สิ่งนี้จึงเกิด” เป็นเหตุเป็นปัจจัยต่อเนื่องกัน เช่น รูปแบบเหมาจ่าย - contract model⁽⁶⁾ มีความเป็นไปได้ เนื่องจากประเทศไทย ได้ขยายระบบบริการสุขภาพอย่างกว้างขวางจน

ครอบคลุมทุกพื้นที่ แม้แต่ในเขตชนบทไทยที่ห่างไกล โดยการจัดตั้งสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งทั้งหมดนี้มีบุคลากรสาธารณสุขระดับปริญญาให้บริการที่มีคุณภาพ ส่วนในเขตเมืองก็มีสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนให้เลือก (choice)

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีศักยภาพในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอทางเลือกต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในขั้นตอนการกำหนดนโยบายสุขภาพที่สมเหตุสมผล (rational policy formulation) เช่น ศักยภาพในการคำนวณวิเคราะห์ด้านคณิตศาสตร์ประกันภัยด้วยตนเอง^(๗,๘) เนื่องจากมีฐานข้อมูล ๒ ชุดที่สำคัญคือ การเจ็บป่วยและการใช้บริการของคนไทย จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นประจำ (เดิมทุก ๕ ปี เช่นปี ๒๕๓๙, ๒๕๔๔ และจะดำเนินการสำรวจทุกปีในช่วงระหว่างปี ๒๕๔๖-๒๕๕๐) และต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งได้สะสมความรู้ ตัวเลข ข้อมูล ประสบการณ์ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพให้สามารถวิเคราะห์ต้นทุนได้อย่างกว้างขวาง นอกจากนี้การออกบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนถึง ๔๖ ล้านคนและการจัดทำฐานข้อมูลของผู้มีสิทธิ (beneficiaries) แล้วเสร็จภายในช่วงเวลาเพียง ๒-๓ เดือน เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นศักยภาพในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (program implementation capacity) ซึ่งได้สะสมประสบการณ์จากโครงการประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นประกันสังคม โครงการบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (voluntary health card) และโครงการ สปร.

สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ความต่อเนื่องในการวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อสร้างความเข้มแข็งและบทบาทของระบบบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตัดสินใจใช้เครือข่ายสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (primary care network) เป็นคู่สัญญาหลัก (contracting unit)

แตกต่างจากระบบประกันสังคมซึ่งใช้สถานพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นระดับตติยภูมิเป็นคู่สัญญา การตัดสินใจดังกล่าวส่งผลให้ระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยซึ่งมีความครอบคลุม (coverage) ต่อเนื่อง (continuity) และบูรณาการ (integration) มีความเข้มแข็งเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยท้าทายในอนาคต

แม้ว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะประสบความสำเร็จในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ในระยะเริ่มแรก โดยสามารถรักษาปรัชญาในการสร้างระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและความเป็นธรรมได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีปัจจัยสำคัญที่ท้าทายอนาคตของโครงการฯ ดังต่อไปนี้คือ

๑. จุดอ่อนของระบบเหมาจ่าย

ถึงแม้ประสิทธิภาพและความสมเหตุสมผลของการใช้ทรัพยากรเป็นจุดแข็งของรูปแบบ capitation contract model ดังกล่าวข้างต้น แต่ก็มิใช่ว่าระบบเหมาจ่ายจะไม่มีจุดอ่อนแต่อย่างใด จุดอ่อนที่สำคัญคือการให้บริการที่ขาดคุณภาพเพื่อแสวงหากำไร (cost quality trade-off) หรือการปฏิเสธการให้บริการที่พึงให้แก่ผู้ป่วย ผู้วิเคราะห์ที่มีสมมติฐานซึ่งต้องการการพิสูจน์ในอนาคตว่า ผู้รับสัญญา (contractor) สำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบัน ซึ่งเป็นสถานพยาบาลภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริการระดับอำเภอ (district health system) อันประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย เป็นผู้ให้บริการประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสถานพยาบาลเหล่านี้เป็นผู้ให้บริการที่ไม่ “ค้ากำไร” แตกต่างจากสถานพยาบาลภาคเอกชน ซึ่งมุ่งกำไรสูงสุดและต้องอยู่รอดได้ในธุรกิจที่แข่งขัน ดังนั้น สถานพยาบาลภาครัฐเหล่านี้ จึงมีแนวโน้มน้อยกว่าในการมีพฤติกรรมเพื่อมุ่งกำไร โดยจำกัดการให้บริการ จำกัดการให้ยา ปฏิเสธการรักษา ฯลฯ ตรงข้ามกับระบบประกันสังคมซึ่งสถานพยาบาลครึ่งหนึ่งเป็นภาคเอกชน อาจจะมีพฤติกรรมเหล่านี้มาก

กว่า

มาตรการป้องกันเหตุการณ์เหล่านี้ได้แก่ การกำหนดอัตราเหมาจ่ายที่เหมาะสมกับต้นทุนและอัตราการใช้บริการ รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอและเหมาะสม สำนักงานงบประมาณจะต้องใช้ข้อเท็จจริงมากขึ้นในการตัดสินใจเพื่อการจัดสรรงบประมาณประจำปี หากการจัดสรรงบประมาณต่ำกว่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่เหมาะสม คุณภาพบริการจะถดถอยตามลำดับ อัตราการใช้สิทธิจะต่ำลง คุณภาพบริการชั้นสอง การข้ามขั้นตอนบริการมีมากขึ้น คราวเรือนจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น

มาตรการอื่น ๆ ได้แก่ กลไกการร้องทุกข์ของผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลไกการจัดการเมื่อมีพฤติกรรมบริการที่ไม่ถูกต้อง การเปิดโอกาสให้ผู้มีสิทธิ์เลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลคู่สัญญาได้ และกลไกการรับรองคุณภาพ (accreditation) สถานพยาบาล

๒. ความสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ (constructive engagement)

การเปิดโอกาสให้เลือกสถานพยาบาล (free choice) นั้นมีความเป็นไปได้สูงเฉพาะในเขตเมือง ส่วนในเขตชนบท ด้วยข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ในระดับอำเภอ สถานพยาบาลระดับอำเภอ เป็นผู้บริการรายเดียว หรือน้อยรายในอำเภอนั้น ๆ (geographical monopoly or oligopoly) ไม่มีทางเลือกบริการภาคเอกชนในระดับอำเภอ ที่มีคุณภาพ และสามารถจัดบริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ครอบคลุมมากนัก ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สภาและสมาคมวิชาชีพ จะต้องคิดค้นมาตรการเพื่อพัฒนาศักยภาพและคุณภาพบริการของสถานพยาบาลระดับอำเภอ ให้สามารถให้บริการที่มีคุณภาพทั้งด้านการแพทย์และอื่น ๆ (clinical and non-clinical quality of care) เป็นบริการที่น่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้ของประชาชนในท้องถิ่นนั้น ๆ ตลอดไป

การกระตุ้นเพื่อให้เกิดการแข่งขันระหว่างบริการภาครัฐและภาคเอกชนในระดับอำเภอ (competitive engagement) ไม่น่าจะเป็นทางเลือกเชิงนโยบายที่มีประสิทธิภาพมากนัก เนื่องจากต้องลงทุนในระบบสุขภาพภาคเอกชนมากด้วยข้อจำกัดของ geographical monopoly ดังกล่าว จึงมีความจำเป็นจะต้องพัฒนารูปแบบและระบบการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ (constructive engagement) ระหว่างผู้ซื้อบริการคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบบริการในระดับอำเภอของกระทรวงสาธารณสุข

๓. การคลังในระยะยาว

แหล่งการคลังตาม มาตรา ๓๙ แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ นั้น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อาศัยงบประมาณประจำปีทั้งหมดมาโดยตลอดตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๕ เป็นต้นมา งบประมาณประจำปีเป็นกระบวนการทางการเมืองซึ่งอาจจะไม่มีหลักประกันว่า จะได้รับงบประมาณตามข้อเท็จจริงทางวิชาการ ซึ่งสะท้อนอัตราการให้บริการของผู้มีสิทธิ และต้นทุนการให้บริการ

ในอนาคต ๕ ปีข้างหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีเงินทุนมาจากหลายแหล่งเงิน (diversified sources) เพื่อความมั่นคงในระยะยาว ให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นของคนไทยทุกคน เป็นของคู่บ้านคู่เมือง ไม่ใช่เป็นของรัฐบาลหรือพรรคการเมืองพรรคใดพรรคหนึ่ง แต่เป็นของคนไทยทุก ๆ คน ที่จะประดับประดาให้กองทุนนี้สนองประโยชน์แก่ประชาชนให้มากที่สุด เช่น กองทุนประกันสังคมซึ่งเป็นภาษีค่าจ้าง (payroll tax) และกองทุนส่งเสริมสุขภาพซึ่งแหล่งที่มาเป็นภาษีเฉพาะ (earmark tax) ในลักษณะภาษีสินค้าบาป (sin tax) ร้อยละ ๒ จากสุราและยาสูบ

การคลังระยะยาวของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรจะต้องพิจารณาความเป็นไปได้ของการ

เก็บเงินสมทบ (contribution) จากผู้มีสิทธิ ๔๖ ล้านคน การศึกษาของวอลฟร พัทธนฤมล^(๑๔) พบว่า มีประมาณ ๑๖ ล้านคนที่อยู่เหนือเส้นความยากจน มีงานทำที่มีรายได้ และสามารถจ่ายเงินสมทบได้ (นอกนั้นเป็นแม่บ้าน นักเรียน ผู้สูงอายุ และผู้ที่ไม่มียานทำ) แม้ว่าการศึกษานี้ สามารถระบุอัตราการจ่ายเงินสมทบรูปแบบต่าง ๆ เช่น ตามสัดส่วนรายได้ หรืออัตราคงที่ อัตราเดียวหรือหลายอัตรา และวงเงินงบประมาณที่สามารถประหยัดได้ แต่ในระดับปฏิบัติการมีความยากลำบากมากในการระบุว่า ใครต้องจ่ายและใครไม่ต้องจ่ายเงินสมทบตามระดับรายได้หรือตามกลุ่มอาชีพนั้น ๆ รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้จ่ายเงินสมทบ

นอกจากการเก็บเงินสมทบจะมีปัญหาในระดับปฏิบัติการแล้ว ยังเป็นนโยบายที่มีความเป็นไปได้ทางการเมืองต่ำ เนื่องจากอาจจะต้องเผชิญกับการไม่เห็นด้วยของประชาชนบางส่วนที่ต้องจ่ายเงินสมทบทั้งนี้ การสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านการคลังสุขภาพและระบบสุขภาพ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๔๗ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการที่แหล่งการคลังสุขภาพเพิ่มเติมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรมาจากภาษีทั้งทางตรงและทางอ้อมมากกว่าการเก็บเงินสมทบ โดยการพิจารณาดังกล่าวคำนึงถึงการยอมรับจากสังคม ความเป็นไปได้ทางการเมืองการเงิน รวมทั้งในทางปฏิบัติ^(๑๕) ด้วยเหตุนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะได้พิจารณาศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการจัดเก็บภาษีเฉพาะจากสินค้าบริการหรือภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลเพิ่มมากขึ้น

๔. การแก้ไขปัญหาความไม่เหมาะสมในการกระจายทรัพยากรสุขภาพ

ด้วยเหตุที่ปัญหาการกระจายทรัพยากรสุขภาพทั้งบุคลากรสาธารณสุขและสถานพยาบาล มีความไม่เหมาะสม และไม่เป็นที่ธรรมตั้งแต่ก่อนเริ่มนโยบายการ

สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ส่งผลให้โอกาสในการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในแต่ละภูมิภาคยังคงมีความแตกต่างกัน แม้ว่าภายหลังจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข จะพยายามใช้มาตรการต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหา เช่น การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานจำนวนบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ การกำหนดการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลโดยรวมค่าใช้จ่ายเงินเดือนบุคลากรในระยะเริ่มต้นของโครงการฯ รวมทั้งการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบลงทุนเพื่อการทดแทน (capital replacement) เพื่อเพิ่มการกระจายตัวของสถานพยาบาลที่มีความเหมาะสม แต่มาตรการดังกล่าวก็ยังไม่สามารถทำให้ระบบบริการสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุขมีการกระจายตัวไปสู่พื้นที่ที่มีความขาดแคลนได้อย่างเพียงพอ^(๑๖) ดังนั้น การพยายามแสวงหามาตรการทั้งด้านการเงินและมาตรการอื่น ๆ นอกเหนือจากด้านการเงิน ที่จะกระตุ้นให้เกิดการแก้ไขปัญหาในการกระจายทรัพยากรสุขภาพให้มีความเป็นธรรมทั้งในด้านจำนวนและคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนในแต่ละภูมิภาคมีโอกาสได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและมีคุณภาพ จึงเป็นประเด็นปัญหาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขจะต้องเร่งดำเนินการแสวงหาคำตอบเพื่อแก้ไขปัญหาของโครงการฯ ต่อไปในอนาคต

สรุป

ความสำเร็จของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเวลาที่ผ่านมาได้สะท้อนให้เห็นทุนทางสังคม (social capital) และความพยายามในการปฏิรูประบบสุขภาพของทุกภาคส่วนซึ่งเชื่อมโยงประสานกันอันได้แก่ พลังทางวิชาการ พลังประชาสังคมและพลังทางการเมือง ดังแนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ของ ศ.น.พ. ประเวศ วะสี^(๑๗) อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่ท้าทายอนาคตของโครงการทั้งในด้านจุดอ่อนของวิธีการจ่ายเงิน

การปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ แหล่งการคลังสุขภาพในระยะยาว รวมทั้งการแก้ไขปัญหาการกระจายทรัพยากรสุขภาพที่ยังไม่มีความเหมาะสมและไม่เป็นธรรม เป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายจะต้องเร่งแสวงหาคำตอบเพื่อให้นโยบายดังกล่าวดำเนินไปในทิศทางที่ถูกต้องและมีความยั่งยืน (sustainability)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ น.พ. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ภ.ญ.ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส และ ภ.ญ.วัลย์พร พัชรนฤมล ที่ช่วยให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อร่างเบื้องต้นของบทความฉบับนี้ ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำหรับการสนับสนุนโครงการเมธีวิจัยอาวุโส ด้านการวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. Organization for Economic Cooperation and Development. The reform of health care system: a review of seventeen OECD countries. Paris: OECD; 1994.
2. สุพล ติมวัฒนานนท์, จุฬารักษ์ ติมวัฒนานนท์, สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อวิเคราะห์การใช้ยาของโรงพยาบาล เครื่องมือประเมินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๖; ๑๒:๑๖๕-๘๔.
3. เพ็ญฤทัย มงคลชาติ. การสำมะโนใบสั่งยาผู้ป่วยนอก ปี ๒๕๔๓ โรงพยาบาลบรรพตพิสัย นครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๔๔.
4. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นวลอนันต์ ตันติเกษ, สุกัลยา คงสวัสดิ์. รายงานคำปรึกษาพยาบาลในสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการกรณีศึกษาจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๓๕.

๕. Mills A, Bennett S, Siriwanarangsun P, Tangcharoensathien V. The response of providers to capitation payment: a case study from Thailand. *Health Policy* 2000; 51:163-80.
๖. Tangcharoensathien V, Supachutikul A, Lertindumrong J. The Social Security Scheme in Thailand: what lessons can be drawn?. *Soc Sci Med* 1999 a; 48:913-23.
๗. Rajitrangsant S. Personal communication at American International Assurance (Thailand). Bangkok: 9 June, 2000.
๘. Kwon S. Payment system reform for health care providers in Korea. *Health Policy Plann* 2003; 18:84-92.
๙. Philippin Health Insurance Corporation (PHIC). PPT presentation on pro-poor health care financing during the World Bank mission to PHIC. Metro Manila; October 2003.
๑๐. Mossialos E. Regulating expenditure on medicines in European Union countries. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, editors. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Philadelphia: Open University Press; 1998.
๑๑. Nitayumpong S, Pannarunothai S. Thailand at the crossroads: challenges for health care reform. In Nitayumpong S, editor. *Health care reform at the frontier of research and policy decisions*. Nonthaburi: Office of Health Care Reform; 1997.
๑๒. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ศิระวัฒน์นนท์, ภูษิต ประคองสาย. งบประมาณในการดำเนินการนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี มาจากไหน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* ๒๕๔๔; ๑๐:๓๘๑-๕๐.
๑๓. ภูษิต ประคองสาย, วลัยพร พัทธนฤมล, กัญญา ดิษยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อัตราหมางจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* ๒๕๔๕; ๑๑:๕๕๕-๖๑๓.
๑๔. Patcharanarumol W. Financial feasibility for introducing contribution to universal healthcare coverage scheme in Thailand (A thesis of Master Degree in Social Protection Financing). Faculty of Economics and Business Administration. The Netherlands: Maastricht University; 2003.
๑๕. International Labour Office. A drafted report on financing universal health care in Thailand: a technical note to the government; March 2004; Bangkok. The International Financial and Actuarial Service, Geneva: Regional Office for Asia and the Pacific; 2004.
๑๖. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. กว่าจะเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๔๗.
๑๗. ประเวศ วะสี. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๔๓.

Abstract Factors Influencing A Decision to Implement A Policy on Universal Coverage and Its Future Challenges

Viroj Tangcharoensathien, Phusit Prakongsai, Chitpranee Vasavid

International Health Policy Program - Thailand

Journal of Health Science 2004; 13:1003-11.

A decision to adopt health care provider payment methods of capitation contract model and diagnostic related-group (DRG), instead of using fee-for-service reimbursement model, was a remarkable turning point of health care financing reform in the Thai health care system. Experiences in and knowledge of strength and weakness among different payment methods including fee-for-service in Civil Servant Medical Benefit Scheme, capitation in Social Security Scheme, and DRG in the Low Income Card, led to the health policy decision to employ the capitation contract model and DRG reimbursement for UC policy. To improve efficiency of health service systems, rational use of health resources, and feasibility to implement were expected outcome upon this knowledge-based health policy decision.

Apart from political support and civic movements, UC policy was also supported by health-related factors. Coverage of health service systems, capability to formulate rational health policies, and continuity of action research towards primary health care were the factors and social capital that brought about success in the early phase of policy implementation. However, cost quality trade-off under capitation contract model, constructive engagement between a purchaser - the National Health Security Office (NHSO) and health care providers at district levels, sustainable long-term healthcare financing sources, and inequitable health resources allocation are future challenges that require solutions and awareness from all stakeholders.

Key words: health policy, universal coverage, influencing factor