

ชุดวิจัยการเงินการคลังระบบสุขภาพไทย : ตอนที่ ๓ การจ่ายร่วมในระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า: บทวิเคราะห์เชิงนโยบาย

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

วัลย์พร พัทธนฤมล

จิตปราณี วาศวิท

ภูษิต ประคองสาย

กัญจนา ติชยาธิตม

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มดำเนินการทั่วประเทศในเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๔ ได้กำหนดให้มีการจ่ายร่วมในการรักษาพยาบาลเป็นเงิน ๓๐ บาทต่อครั้ง ยกเว้นผู้ถือบัตรสวัสดิการรักษาพยาบาล สำหรับผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข และเด็กอายุต่ำกว่า ๑๒ ปี ซึ่งควรพิจารณาว่าอัตรานี้เหมาะสมหรือไม่ทั้งในด้านเป็นแหล่งรายได้ของสถานพยาบาล และเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการใช้บริการที่เกินจำเป็นของผู้ป่วย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ถือบัตรทองทั้งประเภทที่ต้องจ่ายร่วม และได้รับการรักษาฟรี อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบัตรทองประเภทที่ต้องจ่ายร่วม (ไม่มี ท.) และประมาณการรายได้จากการเรียกเก็บค่ารักษาครั้งละ ๓๐ บาทของผู้ที่ต้องจ่ายร่วม และเพื่อนำเสนอแนวทางเชิงนโยบายสำหรับการปฏิรูปการจ่ายร่วม โดยใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๕๖ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นฐานข้อมูลหลักของการวิเคราะห์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านี้ในช่วงเดือนเมษายน ถึงพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลฟรีโดยไม่ต้องจ่ายร่วมนั้น ร้อยละ ๔ เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนรวยที่สุด จากทั้งหมด ๕ กลุ่ม และร้อยละ ๕ เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนรวยรองลงมา สำหรับผู้ถือบัตรทองประเภทที่ต้องมีการจ่ายร่วม ๓๐ บาทนั้น เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนจนที่สุดถึงร้อยละ ๒๕ และเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนจนร้อยละ ๒๕ เมื่อประมาณการรายรับจากการจ่ายร่วมพบว่า เป็นจำนวนเงินไม่มากนัก เพียง ๑,๐๗๓ ล้านบาทใน พ.ศ. ๒๕๕๖ คิดเป็นร้อยละ ๑.๕ ของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด หากพิจารณาในด้านการเป็นมาตรการเพื่อป้องกันการมาใช้บริการที่เกินจำเป็นแล้ว เื่อนไข่นี้ไม่น่าจำเป็นสำหรับกรณีการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน เนื่องจากต้องเป็นวินิจฉัยของแพทย์ในการรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน การใช้บริการอย่างฟุ่มเฟือยกรณีผู้ป่วยในเป็นไปได้ ภายใต้การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายและกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (global budget and DRG payment) อย่างไรก็ตาม การจ่ายร่วมอาจจะยังคงจำเป็นสำหรับกรณีผู้ป่วยนอกเนื่องจากเป็นด่านแรกของการรักษาพยาบาล

ไม่ว่าจะปฏิรูปการจ่ายร่วมไปในรูปแบบใด สิ่งที่ต้องดำเนินการก่อนอื่นคือ การประเมินและทบทวนการออกบัตรทองทั้งประเภทมี ท. และไม่มี ท. เพื่อให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด โดยกลุ่มที่ต้องจ่ายร่วม ไม่

ควรจะมีผู้ที่อยู่ในกลุ่มยากจนที่สุดอยู่เลย การจ่ายร่วมไม่ใช่เครื่องมือในการสร้างแหล่งการคลังสุขภาพที่มีนัยสำคัญสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อเทียบกับงบประมาณทั้งหมด ดังนั้นควรยกเลิกการจ่ายร่วมในกรณีผู้ป่วยใน เนื่องจากบริการผู้ป่วยในไม่น่ามีปัญหาการให้บริการเกินจำเป็นและผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ไม่ค่อยสนใจให้ทำเช่นนั้น ท้ายที่สุด ควรยกเลิกการจ่ายร่วมในสถานพยาบาลระดับสถานีนามัยทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมการใช้บริการในระดับปฐมภูมิ ในขณะเดียวกัน ควรศึกษาสถานการณ์การใช้บริการที่ฟุ่มเฟือยหรือเกินจำเป็นในกลุ่มผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถ้ามี มีมากน้อยเพียงใด ก่อนจะปรับเปลี่ยนอัตราการจ่ายร่วมในอนาคต

คำสำคัญ: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การจ่ายร่วม, การให้บริการเกินจำเป็น

บทนำ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นหนึ่งในนโยบายหลักของรัฐบาลที่ต้องการขยายความคุ้มครองด้านประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคน^(๑) โดยมีการเปลี่ยนนโยบายประกันสุขภาพของประเทศจากระบบประกันสุขภาพเฉพาะกลุ่ม เช่น บัตรสงเคราะห์ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) สำหรับผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กอายุต่ำกว่า ๑๒ ปี และผู้ทุพพลภาพ ไปเป็นการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นสิทธิของประชาชนไทยทุกคน ในอดีตที่ผ่านมา รัฐบาลได้ขยายการประกันสุขภาพด้วยโครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ ซึ่งครัวเรือนต้องจ่ายเงินซื้อบัตรประกันสุขภาพและรัฐบาลสนับสนุนเงินอีกส่วนหนึ่ง แต่ด้วยข้อจำกัดของการเป็นโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ทำให้โครงการนี้ไม่สามารถครอบคลุมประชาชนทุกคนได้^(๒) ถึงแม้รัฐบาลในอดีตจะมีความพยายามขยายหลักประกันสุขภาพให้กว้างขวางแต่ก็ยังไม่พบว่ามีปี ๒๕๔๔ มีประมาณร้อยละ ๓๐ ของประชากรทั้งหมดไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ^(๓)

เมื่อมีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ที่เคยได้รับบัตรสปร.และผู้ซื้อบัตรสุขภาพแบบสมัครใจได้ถูกถ่ายโอนให้อยู่ในการดูแลของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้ขยายความคุ้มครองไปยังผู้ที่ไม่เคยมีสิทธิประกันสุขภาพใด ๆ ก่อนการสร้างหลักประกัน-

สุขภาพถ้วนหน้า โดยผู้ที่เคยมีบัตรสปร.ได้รับการยกเว้นการจ่ายร่วม (co-payment) ๓๐ บาท ณ จุดให้บริการ โดยเป็นผู้ที่ได้รับบัตรทองประเภทมี ท. (UCE: UC exempt) ส่วนผู้ที่เคยมีบัตรสุขภาพโดยสมัครใจและผู้ที่ไม่เคยมีสิทธิประกันสุขภาพใด ๆ มาก่อน จะต้องจ่ายร่วม ๓๐ บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอกหรือต่อรายผู้ป่วยใน โดยเป็นผู้ที่ได้รับบัตรทองประเภทไม่มี ท. (UCP: UC pay)

ข้อถกเถียงของการจ่ายร่วม

นับตั้งแต่เริ่มดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความเหมาะสมของการจ่ายร่วม ๓๐ บาทโดยผู้ป่วยจ่าย ณ จุดให้บริการได้ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นในการอภิปรายในระดับนโยบายหลายครั้ง โดยมีสองแนวคิดหลัก ได้แก่

แนวคิดที่หนึ่ง คือ **ยกเลิกการจ่ายร่วม** ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนเงิน ๓๐ บาทดูเหมือนเป็นจำนวนที่ไม่มาก เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนด้านการรักษาพยาบาลทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่รัฐต้องให้การสนับสนุน และการจ่ายร่วมยังอาจเป็นภาระที่หนักหนาสำหรับผู้ป่วยที่ยากจนและมีรายได้น้อย นอกจากนี้ ค่าบริหารจัดการเพื่อการเก็บเงินอาจไม่คุ้มค่าต่อรายได้ที่เกิดขึ้นและคงไม่ได้เกิดรายได้เพียงพอต่อสถานพยาบาล และในท้ายที่สุด มีข้อโต้แย้งว่า UCP ที่มีรายได้น้อยกลุ่มนี้ควรถูกจัดให้เป็น UCE อย่างเหมาะสม

แนวคิดที่สอง คือ การเพิ่มจำนวนเงินการจ่ายร่วมให้เป็นจำนวนสูงสุดที่ผู้ป่วยเต็มใจจ่าย ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมีวัตถุประสงค์สองประการคือ การลดความฟุ่มเฟือยของการใช้บริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นที่เกิดจากผู้ป่วย (moral hazards) และการสร้างรายได้เพิ่มขึ้นให้กับสถานพยาบาล ซึ่งแนวคิดเพื่อการสร้างรายได้ได้รับการสนับสนุนจากสถานพยาบาลค่อนข้างมาก

การเก็บรายได้จากการจ่ายร่วมสามารถกระทำได้นี้มีการระบุในมาตรา ๓๙ ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถมีแหล่งเงินได้จากหลายแหล่ง และการจ่ายร่วมถือเป็นแหล่งการคลังแหล่งหนึ่งตามมาตรา ๓๙^(๓) ที่ได้รับไว้ ใน พรบ.ฉบับนี้

ในปีงบประมาณ ๒๕๔๔ ได้มีการวิพากษ์ ทารือและถกเถียงในระดับนโยบาย ถึงความเป็นไปได้สำหรับการจ่ายร่วมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในหลายลักษณะ เช่น การจ่ายค่ารักษาพยาบาลทางการแพทย์ทั้งหมดสำหรับผู้ที่พักรักษาพยาบาลในหอพิเศษ การเพิ่มอัตราการจ่ายร่วมสำหรับ UCP ทุกคน โดยมีเหตุผลสนับสนุนที่สำคัญคือ การแสวงหาแหล่งการคลังสุขภาพเพิ่มขึ้นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยให้ประชาชนที่สามารถจ่ายได้มีส่วนร่วมในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และเหตุผลอีกประการหนึ่งคือ การป้องกันการให้บริการสุขภาพที่เกินจำเป็นของผู้ป่วย

วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ

วิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการให้บริการ^(๔) ในที่นี้จะวิเคราะห์สองวิธีการที่ใช้มากในประเทศไทยคือ วิธีการจ่ายตามการให้บริการ (fee for service) ทำให้สถานพยาบาลมีแนวโน้มให้บริการจำนวนมาก เนื่องจากผู้ให้บริการสุขภาพสามารถเรียกเก็บเงินได้มาก ส่งผลให้ระบบสุขภาพมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น ดังเห็นได้ในกรณีสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ^(๕) ในทางกลับกันวิธีการจ่ายเงินแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว สถาน

พยาบาลมักเลือกรับขึ้นทะเบียนผู้ที่มีสุขภาพดี (adverse selection) แต่จะหลีกเลี่ยงการขึ้นทะเบียนให้แก่ผู้สูงอายุ (ซึ่งมีความเสี่ยงในการใช้บริการสูง) หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว สถานพยาบาลจะพยายามควบคุมการให้บริการเฉพาะเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เพื่อให้ค่าใช้จ่ายสอดคล้องกับรายรับ ซึ่งคงที่ตามจำนวนผู้ที่ขึ้นทะเบียนกับตน นอกจากนี้ เชื่อว่าการให้บริการเกินจำเป็นที่เกิดจากการร้องขอของผู้ป่วยไม่น่าจะมีมากนัก เนื่องจากการตัดสินใจสำหรับการให้บริการสุขภาพมักขึ้นกับแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่มีข้อมูลในการตัดสินใจมากกว่า (asymmetrical information)

การมีส่วนร่วมจ่ายเงิน (cost sharing)

รูปแบบของการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินด้านสุขภาพมีหลากหลาย การจ่ายร่วมเป็นหนึ่งในหลายวิธีการเหล่านั้น^(๖) มีจุดมุ่งหมายเบื้องต้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในระบบ โดยประชาชนจะมีความระมัดระวังการเลือกใช้บริการให้เป็นไปอย่างพอสมควรเท่านั้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลระหว่างผู้มีฐานะร่ำรวยและผู้มีฐานะยากจน^(๗)

ประสบการณ์ของการมีส่วนร่วมจ่ายเงินในต่างประเทศ

จากข้อมูลปี ๒๕๔๓ ของกลุ่มประเทศพัฒนา ซึ่งเป็นสมาชิกขององค์การความร่วมมือด้านเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Cooperation and Development - OECD)^(๘) จำนวน ๓๐ ประเทศ พบว่า มีการใช้รูปแบบผสมผสานของการมีส่วนร่วมจ่ายเงิน ยกตัวอย่างเช่น ประเทศญี่ปุ่น ผู้ประกันตนต้องจ่ายร่วมร้อยละ ๒๐ ของรายจ่ายทั้งหมดในการพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและการเข้าพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน ส่วนประเทศสาธารณรัฐเกาหลีใต้ ประชาชนต้องจ่ายร่วมกรณีรักษาแบบผู้ป่วยนอกแตกต่างกันไปตามระดับบริการสุขภาพที่ได้รับ กล่าวคือ ต้องจ่ายร่วมร้อยละ ๓๐ เมื่อรักษาที่คลินิก ร้อยละ ๔๐ เมื่อรักษาที่โรงพยาบาล และร้อยละ ๕๕ เมื่อรักษาที่โรง-

พยาบาลทั่วไป และต้องจ่ายร่วมร้อยละ ๒๐ กรณีการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน มีหลายประเทศที่มีการจ่ายร่วมบางรายการ เช่น ประเทศออสเตรเลีย ต้องจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยนอก แต่ไม่ต้องจ่ายร่วมกรณีเข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน ประเทศแคนาดา ไม่ต้องจ่ายร่วมทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่ต้องจ่ายร่วมค่ายา

ด้วยเหตุผลที่การจ่ายร่วมเป็นนโยบายสุขภาพที่ดำเนินการในหลายประเทศ ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้ในส่วนของประเทศไทยได้มีการเสนอให้มีการจ่ายร่วมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและป้องกันการใช้บริการสุขภาพเกินความจำเป็น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำการศึกษาในประเด็นดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อให้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายและการดำเนินการจ่ายร่วมที่มีความเหมาะสม (evidence based policy decision) จึงศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

๑. วิเคราะห์เศรษฐกิจของกลุ่ม UCP และ UCE
๒. ประเมินรายได้จากการจ่ายร่วมของกลุ่ม UCP ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี ๒๕๔๖
๓. เสนอทางเลือกอัตราจ่ายร่วมพร้อมทั้งประมาณการรายได้ที่จะได้รับในภาพรวมทั้งประเทศ
๔. นำเสนอข้อคิดเห็นเชิงนโยบายต่อการจ่ายร่วมภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาในช่วงระหว่างเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๔๗ มีวิธีการดังนี้

- ใช้ฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน (สอส.) พ.ศ. ๒๕๔๖ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อวิเคราะห์การกระจายเศรษฐกิจ การเจ็บป่วย การเลือกใช้บริการในสถานพยาบาล การใช้สิทธิ

หลักประกันสุขภาพของกลุ่ม UCP และ UCE

- สร้างทางเลือกของการจ่ายร่วมโดยใช้ข้อมูลต้นทุนการให้บริการของสถานพยาบาลที่คำนวณจากฐานข้อมูลระเบียบ ๐๑๐๐ รง ๕ ปีงบประมาณ ๒๕๔๖
- ประมาณการรายได้จากการจ่ายร่วมตามสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (จ่าย ๓๐ บาทต่อครั้งการใช้บริการ) เปรียบเทียบกับทางเลือกต่าง ๆ ที่สร้างขึ้น

ผลการศึกษา

๑. เศรษฐฐานะของ UCE และ UCP

ปี ๒๕๔๖ ประชากรไทยมีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งสิ้น ๔๗.๗ ล้านคน ร้อยละ ๕๖ เป็น UCP และร้อยละ ๔๔ เป็น UCE (ตารางที่ ๑) จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจำแนกครัวเรือน ตามรายได้ครัวเรือนต่อหัวสมาชิกครัวเรือนออกเป็นห้ากลุ่มเท่า ๆ กัน (quintiles) ตั้งแต่กลุ่มจนที่สุดจนถึงกลุ่มรวยที่สุด (การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือนมีการสัมภาษณ์ได้ประมาณการต่อเดือนทั้งที่เป็นเงินรายได้และสิ่งของของครัวเรือน) เมื่อพิจารณาเฉพาะ UCE พบว่า มีผู้ที่อยู่ในกลุ่มรายได้ปานกลางร้อยละ ๑๗ กลุ่มรวยร้อยละ ๙ และกลุ่มรวยที่สุดร้อยละ ๔ หากไม่นับผู้ที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๑๒ ปี และผู้สูงอายุในกลุ่มเหล่านี้แล้ว บุคคลที่เหลือในกลุ่มเหล่านี้ควรต้องเป็น UCP

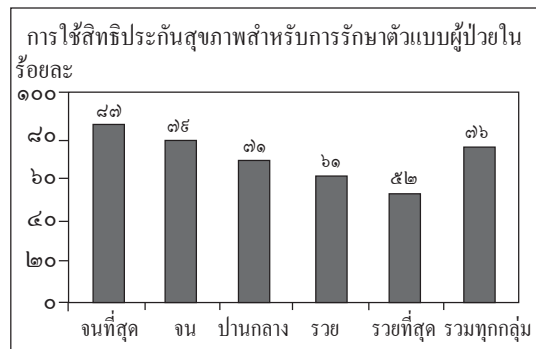
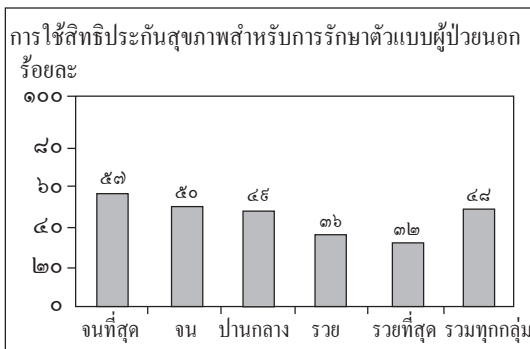
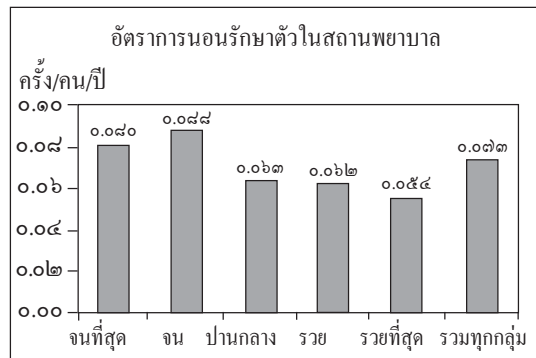
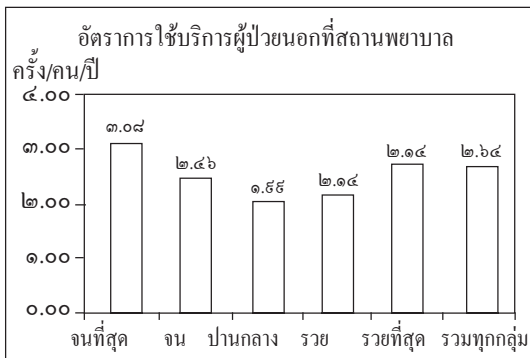
เมื่อพิจารณาเฉพาะ UCP พบว่า มีผู้ที่อยู่ในกลุ่มจนและจนที่สุดถึงร้อยละ ๒๕ และ ๒๙ ซึ่งบุคคลทั้งหมดนี้ควรเป็น UCE กลุ่มคนเหล่านี้ต้องแบกรับภาระการจ่ายร่วมทั้งที่ควรได้รับการยกเว้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มผู้มีสิทธิเหล่านี้เป็นบุคคลที่ไม่ได้รับการครอบคลุมอย่างเหมาะสม (under coverage) ของบัตร สปร.ในอดีต

๒. การใช้บริการของ UCP

ผลการศึกษาในตอนนี้เป็นต้นไป เป็นการนำข้อมูลของกลุ่ม UCP จำนวน ๒๖.๔ ล้านคนเท่านั้นมาทำการวิเคราะห์ (เนื่องจาก UCE ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ

ตารางที่ ๑ เศรษฐฐานะของสมาชิกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. ๒๕๕๖ (หน่วย : ร้อยละ)

ประเภทบัตรทอง	จนที่สุด	จน	ปานกลาง	รวย	รวยที่สุด	รวม	จำนวน (ล้านคน)	ร้อยละ
ไม่มีท.	๒๕.๐	๒๕.๐	๒๒.๐	๑๕.๐	๘.๐	๑๐๐.๐	๒๖.๘	๕๖.๐
มีท.	๔๒.๐	๒๘.๐	๑๗.๐	๕.๐	๔.๐	๑๐๐.๐	๒๐.๕	๔๔.๐
รวม	๓๑.๐	๕๓.๐	๓๕.๐	๒๔.๐	๑๒.๐		๔๗.๓	๑๐๐



รูปที่ ๑ อัตราการใช้บริการและการใช้สิทธิประกันสุขภาพของ UCP พ.ศ. ๒๕๕๖

๓๐ บาท) พบว่า UCP มีอัตราการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลเฉลี่ย ๒.๖๔ ครั้ง/คน/ปี อัตราการนอนโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในเฉลี่ย ๐.๐๗๓ ครั้ง/คน/ปี มีข้อสังเกตว่าการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพสำหรับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในสูงกว่าผู้ป่วยนอกอย่างเห็นได้ชัดในทุกกลุ่มรายได้ และกลุ่มจนสุดมีการใช้สิทธิมากที่สุดลดหลั่นลงไปจนถึงกลุ่มรวยที่สุด (รูปที่ ๑)

การใช้บริการผู้ป่วยในเกิดขึ้นจากการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งไม่น่าจะเกิดจากการต้องการให้มีการนอนโรงพยาบาลที่เกินจำเป็นภายใต้วิธีการจ่ายแบบ

อัตราเหมาจ่ายรายหัว ดังนั้นการที่กลุ่มจนที่สุดและจน มีอัตราการใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่สูงกว่ากลุ่มอื่น แสดงให้เห็นว่า กลุ่มเหล่านี้จำเป็นต้องด้านสุขภาพที่มากกว่า

๓. ใครเป็นผู้จ่ายร่วม จำนวนเท่าใด

เมื่อประมาณการเงินจ่ายร่วม (๓๐ บาทต่อครั้ง) จาก UCP ที่ใช้บริการและได้ใช้สิทธิประกันสุขภาพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จากข้อมูล สอศ. พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่า มีการจ่ายร่วมทั้งหมด ๑,๐๗๓ ล้านบาท คิดเป็นเพียงร้อยละ ๑.๙ ของอัตราเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมดที่

ต้องการประมาณ ๕๗,๓๕๕ ล้านบาท (๔๗.๗ ล้านคน คูณด้วยอัตราเหมาจ่าย ๑,๒๐๒.๔ บาทสำหรับ พ.ศ. ๒๕๕๖) เป็นเงินจ่ายร่วมจากการใช้บริการกรณีผู้ป่วยนอก ๑,๐๒๔ ล้านบาท และกรณีผู้ป่วยใน ๔๕ ล้านบาท โดยกลุ่มจนที่สุดและกลุ่มจนเป็นผู้จ่ายร่วมมากที่สุดถึงร้อยละ ๔๐ และร้อยละ ๒๕ ของจำนวนเงินจ่ายร่วมทั้งหมดตามลำดับ (ตารางที่ ๒) ทั้งนี้เนื่องจากทั้งสองกลุ่มของ UCP มีอัตราการให้บริการและการใช้สิทธิที่สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ

กลุ่มจนที่สุดต้องแบกรับภาระการจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยนอกคิดเป็นร้อยละ ๐.๗๓ ของรายได้ ในขณะที่กลุ่มรวยที่สุดจ่ายเพียงร้อยละ ๐.๐๒ ถึงแม้ว่าภาระเพียงร้อยละ ๐.๗๓ หรือ ๐.๐๒ ของรายได้จะเป็นเพียง

น้อยนิดเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายอื่น ๆ แต่โดยหลักการแล้วนโยบายสุขภาพไม่สามารถยอมรับความไม่เสมอภาคดังกล่าว โดยที่กลุ่มจนที่สุดต้องรับภาระการจ่ายร่วมมากเป็น ๓๗ เท่าของกลุ่มรวยที่สุด (๓๗=๐.๗๓ ÷ ๐.๐๒)

๔. ทางเลือกของการจ่ายร่วม

จากรายงาน ๐๑๑๐ รง ๕ พ.ศ. ๒๕๕๖ ค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยค่าวัสดุสำหรับการรักษาผู้ป่วยนอกที่สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ เท่ากับ ๒๗, ๑๖๖ และ ๒๔๖ บาทต่อครั้งตามลำดับ ค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยค่าวัสดุสำหรับการรักษาผู้ป่วยในที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ เท่ากับ ๒,๖๗๔ และ ๔,๖๕๕ บาทต่อครั้งตามลำดับ ดังนั้น การ

ตารางที่ ๒ ภาระการจ่ายร่วมต่อรายได้ครัวเรือนจำแนกตามกลุ่มครัวเรือน*

	จนที่สุด	จน	ปานกลาง	รวย	รวยที่สุด	รวมทุกกลุ่ม
จำนวนผู้ที่ต้องจ่ายร่วมในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ล้านคน)	๗.๗๖	๖.๘๐	๕.๘๖	๔.๑๔	๒.๒๗	๒๖.๘๓
ร้อยละของผู้ที่ต้องจ่ายร่วม	๒๕	๒๕	๒๒	๑๕	๘	๑๐๐
อัตราการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ณ สถานพยาบาล (ครั้ง/คน/ปี)	๓.๐๘	๒.๔๖	๑.๕๕	๒.๑๔	๒.๗๐	๒.๖๔
อัตราการใช้สิทธิ UC สำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OP compliance rate, ร้อยละ)	๕๗	๕๐	๔๕	๓๖	๓๒	๔๘
อัตราการป่วยแบบผู้ป่วยใน (ครั้ง/คน/ปี)	๐.๐๘๐	๐.๐๘๘	๐.๐๖๓	๐.๐๖๒	๐.๐๕๔	๐.๐๗๓
อัตราการใช้สิทธิ UC สำหรับการป่วยแบบผู้ป่วยใน (IP compliance rate, ร้อยละ)	๘๗	๗๕	๗๑	๖๑	๕๒	๗๖
รายได้เฉลี่ยต่อคน (บาท/เดือน)	๖๒๒	๑,๔๔๕	๒,๔๐๕	๓,๕๖๑	๑๑,๐๘๕	๒,๖๒๑
รายได้ (ล้านบาท/ปี)	๕๗,๕๑๘	๑๑๗,๕๕๐	๑๖๕,๐๐๘	๑๕๖,๘๒๕	๓๐๒,๓๑๓	๘๔๔,๐๕๔
ร้อยละของรายได้ (ร้อยละ)	๗.๐	๑๔.๐	๒๐.๐	๒๓.๐	๓๖.๐	๑๐๐
จำนวนครั้งการให้บริการที่สถานพยาบาล (ล้านครั้ง)	๑๔.๑๕	๘.๘๗	๕.๕๗	๓.๓๐	๒.๐๒	๓๕.๗๗
จำนวนเงินจากการจ่ายร่วม (ล้านบาท)	๔๒๕.๖๐	๒๖๖.๐๑	๑๗๕.๑๕	๕๕.๐๑	๖๐.๔๗๗	๑,๐๗๓.๑๒
ร้อยละจำนวนเงินจ่ายร่วม	๔๐	๒๕	๑๗	๕	๖	๑๐๐
เงินจ่ายร่วมคิดเป็นร้อยละของรายได้	๐.๗๓	๐.๒๓	๐.๑๑	๐.๐๕	๐.๐๒	๐.๑๓

*กลุ่มครัวเรือน จำแนกตามรายได้ครัวเรือนต่อสมาชิกครัวเรือน

เก็บเงินจ่ายร่วม ๓๐ บาทต่อครั้งที่สถานีนอนามัย เป็นอัตราที่ทำให้มีอัตราการคืนทุน (cost recovery) มากกว่าร้อยละ ๑๐๐ (โดยที่ต้นทุนวัสดุเพียง ๒๗ บาท) หมายถึงมีกำไรจากการเก็บเงินจ่ายร่วมในระดับสถานีนอนามัย

ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์และหลักการที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงกำหนดให้ทางเลือกของการจ่ายร่วมซึ่งสามารถเป็นไปได้สองแนวทาง คือ การเพิ่มและการลดหรืองดการจ่ายร่วม โดยมีหลักการสำคัญ ดังนี้

ข้อที่หนึ่ง ยกเลิกการจ่ายร่วมที่ระดับสถานีนอนามัย ด้วยเหตุผลข้างต้น อีกทั้งเพื่อเป็นการสนับสนุนให้มีการใช้บริการสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ

ข้อที่สอง ยกเว้นการจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยใน เนื่องด้วยการสั่งใช้บริการเกิดจากการวินิจฉัยของแพทย์เป็นหลัก ซึ่งไม่น่าจะเป็นการใช้บริการที่เกินจำเป็น และเพื่อไม่ให้มีอุปสรรคทางการเงินต่อผู้ป่วย

ข้อที่สาม การจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ควรให้คงปฏิบัติต่อไปตราบเท่าที่ยังไม่มีการพิสูจน์ว่า มีการใช้บริการที่เกินจำเป็น ภายใต้วิธีจ่ายเงินแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว

ข้อที่สี่ การจ่ายร่วมที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนควรมีอัตราการจ่ายร่วมน้อยกว่าที่ระดับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ทั้งนี้เพื่อเป็นการสนับสนุนให้มีการใช้บริการระดับทุติยภูมิที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

นักวิจัยกำหนดฉากทัศน์ในการคำนวณตามสภาพปัจจุบันเปรียบเทียบห้าทางเลือกที่สร้างขึ้น (ตารางที่ ๓) ดังนี้

สภาพปัจจุบัน : จ่ายร่วม ๓๐ บาทต่อครั้งการใช้บริการ

ทางเลือกที่ ๑: ยกเลิกการจ่ายร่วมที่สถานีนอนามัย

ทางเลือกที่ ๒: ยกเลิกการจ่ายร่วมที่สถานีนอนามัย และการใช้บริการแบบผู้ป่วยใน

ทางเลือกที่ ๓: ยกเลิกการจ่ายร่วมที่สถานีนอนามัย

และสำหรับการใช้บริการแบบผู้ป่วยใน กำหนดให้อัตราการจ่ายร่วมสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่าที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์

ทางเลือกที่ ๔: ยกเลิกการจ่ายร่วมที่สถานีนอนามัย กำหนดให้อัตราการจ่ายร่วมสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นอัตราเดียวกัน แต่อัตราการจ่ายร่วมที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่าที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์

ทางเลือกที่ ๕: ยกเลิกการจ่ายร่วมที่สถานีนอนามัย กำหนดให้อัตราการจ่ายร่วมสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกน้อยกว่าผู้ป่วยใน และอัตราการจ่ายร่วมที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่าที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์

จากการคำนวณในตารางที่ ๓ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยนอกเป็นแหล่งก่อให้เกิดรายได้มากกว่าการจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยใน เนื่องจากมีจำนวนครั้งการใช้บริการมากกว่า (volume effects) แต่ไม่ว่าจะเป็นสภาพปัจจุบันหรือทางเลือกใด ๆ ก็ตาม การเก็บเงินจ่ายร่วมสามารถเป็นแหล่งเงินได้เพียงไม่ถึงร้อยละ ๓ ของความต้องการเงินอัตราเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด การจ่ายร่วม ๓๐ บาท แบบอัตราคงที่ (fix rate) จึงไม่สามารถเป็นแหล่งเงินหลักที่สำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพ ยกเว้นจะเป็นร้อยละของค่ารักษาพยาบาล อย่างเช่นหลายประเทศใน OECD เช่น ร้อยละ ๓๐ ของค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งหากดำเนินนโยบายการจ่ายร่วมในลักษณะดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเมื่อผู้มีสิทธิจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง

วิจารณ์

ด้วยปัญหาการออกบัตร สปร. ในอดีตที่ไม่มีประสิทธิภาพในการครอบคลุมคนจน โดยคนจนจริงไม่ได้รับบัตร และคนไม่จนได้รับบัตร สปร.^(๔-๑๐) เมื่อนโยบาย

ตารางที่ ๓ ห้าทางเลือกของอัตราค่าจ่ายร่วม

	อัตราจ่ายร่วม (บาทต่อครั้งการใช้บริการ)					
	สภาพปัจจุบัน	ทางเลือกที่ ๑	ทางเลือกที่ ๒	ทางเลือกที่ ๓	ทางเลือกที่ ๔	ทางเลือกที่ ๕
๑. อัตราจ่ายร่วม บาทต่อครั้งการใช้บริการ						
๑.๑ ผู้ป่วยนอก						
- สถานีอนามัย	๓๐	๐	๐	๐	๐	๐
- รพ.ชุมชน	๓๐	๓๐	๓๐	๖๐	๖๐	๖๐
- รพ.ทั่วไป/รพ.ศูนย์	๓๐	๓๐	๓๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๑.๒ ผู้ป่วยใน						
- รพ.ชุมชน	๓๐	๓๐	๐	๐	๖๐	๑๒๐
- รพ.ทั่วไป/รพ.ศูนย์	๓๐	๓๐	๐	๐	๑๐๐	๒๐๐
๒. ประมาณการเงินจ่ายร่วมที่จัดเก็บได้* (ล้านบาท) ปี ๒๕๔๖	๑,๐๗๓	๖๔๑	๕๕๖	๑,๔๕๔	๑,๕๖๕	๑,๖๘๔
๓. ร้อยละของเงินเหมาจ่ายรายหัวที่ ต้องการทั้งหมด ๕๗,๓๕๕ ล้านบาท ปี ๒๕๔๖ (ร้อยละ)	๑.๕	๑.๑	๑.๐	๒.๕	๒.๗	๒.๕
๔. เงินจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยนอก (ร้อยละ)	๕๖.๐	๕๓.๐	๑๐๐	๑๐๐	๕๓.๐	๘๖.๐
๕. เงินจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยใน (ร้อยละ)	๔.๐	๗.๐	๐.๐	๐.๐	๗.๐	๑๔.๐

*เงินจ่ายร่วมที่คำนวณเก็บได้คำนวณจากจำนวน UCP อัตราการใช้บริการและอัตราการใช้สิทธิของ UCP จาก สอศ. ๒๕๔๖

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการ ผู้ที่จนจริงแต่ไม่มีบัตร สปร. จะได้รับบัตรประกันสุขภาพที่ไม่มี ๓. ซึ่งต้องจ่ายเงิน ๓๐ บาททุกครั้งที่ใช้บริการ ไม่ว่าจะผู้ป่วยนอกหรือใน หรือระดับบริการใด ถือเป็นมรดกที่มีปัญหาของการออกบัตร สปร.ในอดีต การออกบัตร มี ๓. และไม่มี ๓. ใหม่ โดย สปสช. ด้วยการวัดรายได้ (means testing) จะประสบกับปัญหาดังเดิมของการออกบัตร สปร. โดยใช้ต้นทุนหลายร้อยล้านบาทในการสำรวจ และออกบัตรใหม่ ในขณะนี้ สปสช. ยังไม่มีนโยบายจะออกบัตร มี และไม่มี ๓. ใหม่

การศึกษานี้แสดงให้เห็น UCE อยู่ในกลุ่มรายได้ปานกลางร้อยละ ๑๗ กลุ่มมรยร้อยละ ๙ และกลุ่มมรยที่สุตร้อยละ ๔ บุคคลเหล่านี้ควรต้องเป็น UCP ในทางตรงกันข้าม UCP อยู่ในกลุ่มรายได้จนและจนที่สุดถึงร้อยละ ๒๕ และ ๒๙ ตามลำดับ บุคคลเหล่านี้ควรเป็น

UCE (ต้องไม่ลืมข้อเท็จจริงประการหนึ่งว่า ในอดีตทางราชการออกบัตร สปร.ให้กับผู้สูงอายุและเด็กอายุต่ำกว่า ๑๒ ปีทุกคน โดยไม่คำนึงว่ากลุ่มคนเหล่านี้อยู่ในกลุ่มครัวเรือนที่มีเศรษฐกิจฐานะใด ดังนั้น จึงมีความเป็นไปได้ที่กลุ่มที่มีรายได้ปานกลางหรือร่ำรวยจะได้รับบัตรทองประเภทมี ๓. หากแต่เดิมกลุ่มเหล่านี้มีบัตร สปร.อยู่ อย่างไรก็ตาม กลุ่ม UCP ที่มีคนยากจนอยู่เป็นจำนวนมากนั้น อาจสะท้อนความล้มเหลวของการออกบัตร สปร.ได้ดีกว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในกลุ่ม UCE)

การพัฒนา นโยบายการจ่ายร่วม เพื่อเกิดค่าบริการจากผู้ใช้สิทธิให้มากขึ้นนั้น จะต้องดำเนินการแก้ไขพื้นฐานสถานะของ UCP และ UCE เสียก่อน โดยการออกบัตรใหม่ให้เหมาะสม ซึ่งไม่ใช่เป็นเรื่องง่าย เนื่องจากประสบการณ์การวัดรายได้ในประเทศไทยเป็นประสบการณ์ด้านลบ แม้ว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการ

วินิจฉัยคนจนในหมู่บ้านของตน

นอกจากนี้จุดอ่อนที่อาจจะต้องคำนึงถึงในการศึกษาครั้งนี้ คือ การใช้ข้อมูลประมาณการรายรับของครัวเรือนจากการสำรวจ สอศ. พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นตัวแบ่งเศรษฐกิจฐานะของครัวเรือน อาจมีข้อจำกัดในเรื่องของความถูกต้องแม่นยำ ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลรายรับที่แท้จริงของครัวเรือนนั้นเป็นข้อมูลที่ยากในการเข้าถึง และหากต้องการข้อมูลรายรับที่ใกล้เคียงความจริง อาจจำเป็นต้องใช้ข้อคำถามและระยะเวลาในการสัมภาษณ์เพิ่มมากขึ้นกว่าการสอบถามเพียงข้อคำถามเดียว

การวิเคราะห์พบว่า การจ่ายร่วมแบบอัตราคงที่ในปัจจุบัน ไม่มีศักยภาพในการเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้เปลี่ยนเป็นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายเงินด้านสุขภาพ เช่น เก็บเป็นร้อยละของค่ารักษาพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ และความเป็นธรรมในด้านภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน

วัตถุประสงค์ของการจ่ายร่วมคือ การส่งสัญญาณให้ผู้ใช้บริการมีความสมเหตุสมผลของการใช้บริการสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อทุกอย่างฟรี ก็จะใช้บริการฟุ่มเฟือย อย่างไรก็ตาม ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งใช้วิธีการจ่ายแบบเหมาจ่าย กรณีผู้ป่วยนอก และกำหนดเพดานงบประมาณ และการวินิจฉัยโรคร่วมกรณีผู้ป่วยใน ไม่น่าจะมีเหตุการณ์การใช้บริการเกินความจำเป็นมากนัก เมื่อเทียบกับวิธีการจ่ายแบบจ่ายตามการให้บริการ ซึ่งการใช้บริการเกินความจำเป็นเกิดจากฝ่ายผู้ให้บริการมากกว่า เนื่องจากมีแรงจูงใจบริการมาก เพื่อให้มีรายได้มาก เช่น กรณีของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

หากยกเลิกการจ่ายร่วมที่สถานีนอyman จำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐต้องให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ หลักการที่เสนอในข้อที่สี่ ให้อัตราจ่ายร่วมที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่าโรงพยาบาลทั่วไป ระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนั้นผู้ป่วยที่ไปรับการ

รักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในที่ระดับตติยภูมิและตติยภูมิ ต้องผ่านกระบวนการส่งต่อซึ่งไม่ต้องจ่ายร่วม และหากผู้ป่วยเลือกไปรักษาที่ระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์) ด้วยตนเองซึ่งเป็นการข้ามเขต ก็จะไม่สามารถใช้สิทธิได้อยู่แล้วผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเองทั้งหมด

บทสรุป

๑. ในกลุ่ม UCP มีคนจำนวนมาก (ร้อยละ ๒๙ และ ๒๕) ที่เป็นกลุ่มที่จนที่สุดและจน ดังนั้น ก่อนการเปลี่ยนแปลงนโยบายการจ่ายร่วมใด ๆ คนกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลจากโครงการหลักประกันสุขภาพให้เป็น UCE เป็นอันดับแรก แต่อย่างไรก็ตามการจัดการออกบัตร UCE และ UCP ให้ตรงเป้าหมายมากที่สุดเป็นสิ่งที่ไม่ทำได้ไม่ยากนัก อีกทั้งอาจมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างมาก

๒. รายได้จากการจ่ายร่วมเป็นรายได้ที่น้อยนิดเพียงร้อยละ ๑.๙ ของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่ต้องการทั้งหมด ดังนั้น การจ่ายร่วมไม่ใช่แหล่งรายได้หลักสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

๓. หากวัตถุประสงค์หลักของการจ่ายร่วมเป็นการป้องกันการให้บริการที่เกินจำเป็น ก็คงไม่มีความจำเป็นต้องมีการจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยใน ดังนั้น ควรยกเลิกการจ่ายร่วมสำหรับผู้ป่วยใน

๔. การจ่ายร่วมอาจยังมีความจำเป็นกรณีผู้ป่วยนอก แต่ควรยกเว้นการจ่ายร่วมที่สถานีนอyman เพราะอัตราการลงทุนต่อต้นทุนค่าวัสดุเกินร้อยละ ๑๐๐ และเพื่อเป็นการสนับสนุนการใช้บริการระดับปฐมภูมิ

๕. หากด้านนโยบายยืนยันที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงการจ่ายร่วมไม่ว่าทั้งการเพิ่มหรือการลด และหากหลักการสี่ข้อของการปรับนโยบายการจ่ายร่วมเป็นที่ยอมรับ ทางเลือกที่ ๓ เป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวมากที่สุด คือ การยกเลิกการจ่ายร่วมที่สถานีนอyman และการจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยใน ให้คงมีเฉพาะการจ่ายร่วมผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมชนจำนวนที่น้อยกว่า (๖๐ บาทต่อครั้ง) โรงพยาบาลจังหวัด (๑๐๐ บาทต่อครั้ง) ซึ่งจะก่อให้เกิดรายได้ประมาณ ๑.๔๕๔

ล้านบาท สูงกว่าการจ่ายร่วมตามสภาพที่เป็นอยู่ในขณะนี้เล็กน้อย แต่ก็มีรายได้เพียงร้อยละ ๒.๕ ของงบประมาณที่ต้องการทั้งหมดเท่านั้น ซึ่งต้องระมัดระวังผลกระทบที่จะเกิดต่อคนจนในเขตเมือง จึงต้องจัดการออกบัตรยกเว้นการจ่ายร่วมให้ครอบคลุมคนจนอย่างทั่วถึงมากที่สุด

๖. จากข้อมูล สอศ. ๒๕๔๖ (หลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) เปรียบเทียบกับ สอศ. ๒๕๔๔ (ก่อนโครงการฯ) พบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๕ และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ ๙^(๑๐) ดังนั้น สิ่งท้าทายด้านวิชาการ คือ การพิสูจน์ว่ามีการใช้บริการเกินจำเป็นหรือไม่ภายใต้วิธีการจ่ายเงินแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว (capitation) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการจ่ายเงินตามจำนวนการให้บริการภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผ่านการบริหารโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้สนับสนุนการดำเนินงานของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศมาโดยตลอด

เอกสารอ้างอิง

๑. Pitayarangsarit S. The introduction of the Universal Coverage of health care policy in Thailand: policy responses (doctoral thesis). School of Hygiene and

Tropical Medicine. London: University of London; 2004.

๒. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปราวณี วาศวิท, กัญญา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัชรนฤมล, ภูษิต ประครองสาย. การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต. ใน: กลไกทางการเงินการคลังด้านประกันสุขภาพของประเทศ. เอกสารวิชาการ เพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๗.
๓. Thangcharoensathien V, Wibulpolprasert S, Nitayarumphong S. Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience. Bull World Health Organ, 2004; 82:750-6.
๔. Normand C, Weber A. Social health insurance: a guidebook for planning. 1st ed. Geneva: WHO & ILO; 1994.
๕. Tangcharoensathien V, Lertiendumrong J, Saranasathaporn S. The research for the reform of Civil Servant Medical Benefit Scheme. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 1994.
๖. Docteur E, Oxley H. Health-care systems: lessons from the reform experience-OECD. Health Working Papers number 9. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2003.
๗. Newbrander W, Collins D, Gilson L. Ensuring equal access to health services: user fee systems and the poor. Boston: Management Sciences for Health; 2000.
๘. สุภสิทธิ์ พรณารุโนทัย. สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล: การคลังและการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย. ใน: จเด็จ ธรรมรัชชอารี, บรรณาธิการ. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๔.
๙. รำไพ สุขสวัสดิ์. การประเมินผลการออกบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย. กรุงเทพมหานคร: รายงานกองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๓๒.
๑๐. สุภสิทธิ์ คงสวัสดิ์, พิชญ์ รอดแสวง, สนิทธี โจนงนุช, วรรณจารุสมบุรณ์. ประสิทธิภาพและกระบวนการออกบัตรด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย รอบที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๔๑-๒๕๔๓). นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๑๑. จิตปราวณี วาศวิท, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กัญญา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัชรนฤมล, นวรัตน์ โอปนพันธ์. อนามัยและสวัสดิการของคนไทย หลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่ ๑: เรื่อง ใครไม่มีหลักประกัน และการเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพของคนไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข; ๒๕๔๗; ๑๓:๔๒๘-๓๕.

Abstract Research Series of Thai Health Care Financing : Part 3: Co-Payment in Universal Coverage Scheme : A Policy Analysis

Viroj Tangcharoensathien, Walaiporn Patcharanarumol, Chitpranee Vasavid, Phusit Prakongsai, Kanjana Tisayaticom

International Health Policy Program

Journal of Health Science **2006; 15:41-51.**

Universal Coverage Scheme was launched nation-wide by the government in October 2001. The scheme was financed by general tax revenue with literally free access to contractor primary care unit (PCU) and registered hospitals. A nominal fee (co-payment), 30 baht per visit or per admission, was introduced for UC Pay member (UCP). UC exempted (UCE) members who were the ex-members of Low Income Scheme, the elderly, children under 12 years, monks, war veterans, and village health volunteers were exempted from the co-payment. Current policy debates focused on the appropriateness of co-payment level to deter any unnecessary demand for care as well as capacity to generate some revenue to finance the scheme.

This study examined and classified income quintiles of UCE and UCP members, service utilization rate of UCP, and total revenue generate from co-payment. The study also proposed several scenarios for reform in both directions (termination and increase of co-payment). The 2003 Health and Welfare Survey (HWS) conducted by the National Statistical Office (NSO) was the data set used for the analysis. The analysis had been done during April - May 2004.

There was a substantial portion of the poorest (29%) and the poor (25%) quintiles among UCP members, and a small portion of the rich (9%) and the richest (4%) quintiles among UCE members. Estimated revenue from co pay was probably negligible. This was 1,073 million baht in FY2003 or 1.9 percent of total capitation budget financed by the government. Co-payment was advocated to deter unnecessary demand among users, but this study proposed that it might not be necessary for in-patients (IP) as admissions were clinically indicated under global budget plus DRG payment system. However, co pay might be necessary for ambulatory services as contractors were in weaker positions to contain demand.

It was recommended that any reform of co-payment should be to over-haul the issuance of UCE and UCP to better targeting as a pre-requisite. Co-payment was not a significant resource generation tool to finance UC scheme compared to capitation. Co-payment for IP should be terminated to abolish barrier to health services and prevent patients' welfare loss; there was literally no moral hazard as providers have no incentive to unnecessary admit patients. Finally, co pay should be terminated at HC level in order to advocate use of primary care. In the meantime, research to provide evidence if there was a moral hazard among UC members as well as quantifying the magnitude of moral hazard is needed, prior to major revision of this policy.

Key words: Universal Coverage, co-payment, moral hazard