

Special Article

บทความพิเศษ

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย - คำถาม วิจัยที่สำคัญ

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการเต็มพื้นที่ในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ เนื่องจากเป็นโครงการระดับชาติ การกำหนดและปรับเปลี่ยนนโยบายเพื่อให้โครงการฯ บรรลุวัตถุประสงค์ มีความจำเป็นจะต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการและงานวิจัยสนับสนุนอย่างกว้างขวางและรอบด้าน งานฉบับนี้นำเสนอและอภิปรายประเด็นโจทย์คำถามการวิจัยที่สำคัญ ๖ ด้าน ได้แก่ (๑) ความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของโครงการ โดยเฉพาะการลดภาระรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนไทย (๒) การดำเนินโครงการและระบบบริการสุขภาพ (๓) กลไกการจ่ายเงินและการปรับตัวของระบบบริการสุขภาพ (๔) ผลกระทบต่อประชาชน (๕) ผลกระทบต่อระบบสุขภาพในภาพรวม (๖) แรงสนับสนุนและแรงต้านของโครงการ การตอบคำถามวิจัยเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อประสิทธิผลของการดำเนินโครงการ การพัฒนาให้มีกลไกเชื่อมต่อระหว่างผลการศึกษากับการตัดสินใจเชิงนโยบายมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าความพยายามตอบคำถามการวิจัยเหล่านี้

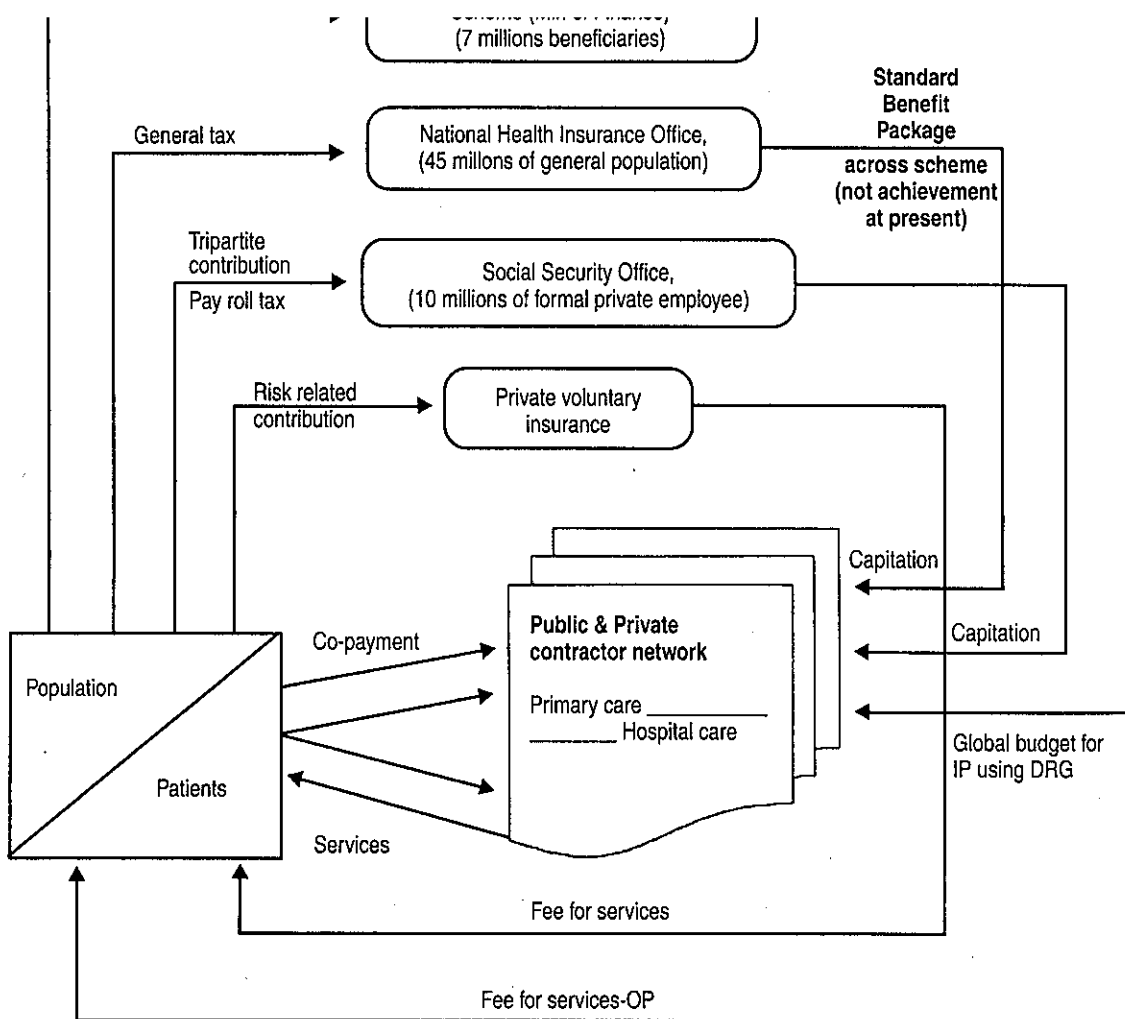
คำสำคัญ: การประกันสุขภาพ, คำถามวิจัยสำคัญ

บทนำ

รัฐบาลได้ดำเนินการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย เต็มพื้นที่ทั้งประเทศ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๔๔ เป็นต้นมา โครงการนี้ได้รับการตอบสนองอย่างดีจากประชาชน โดยการสำรวจ

รูปแบบของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากประสบการณ์การดำเนินการประกันสังคมในประเทศไทย ตั้งแต่ปี ๒๕๓๔ รูปแบบการจ้างเหมา (contract model) รูปที่ ๑ เพื่อให้สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน เป็นผู้จัดบริการสุขภาพแก่ผู้ประกันตน และจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ตาม



รูปที่ ๑ รูปแบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๔๕

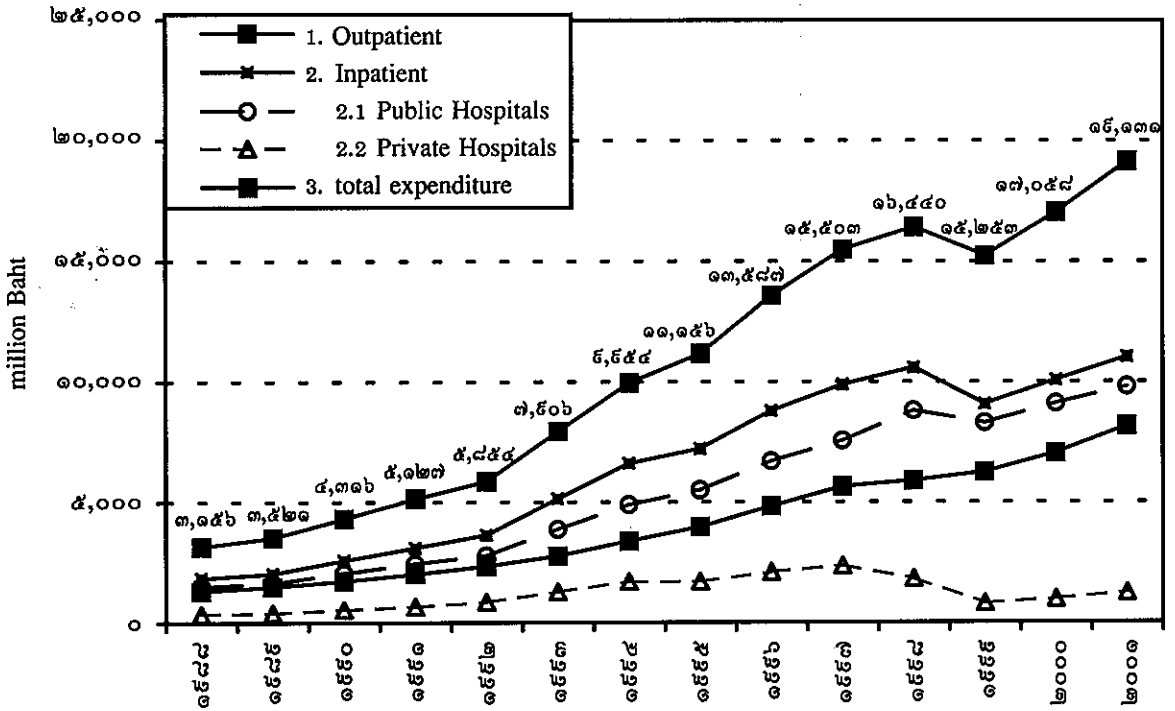
ความสำเร็จพอสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการควบคุมรายจ่ายสุขภาพไม่ให้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ในทางตรงกันข้าม โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้น มีการจ่ายแบบเบิกย้อนหลัง (reimbursement model) ตามรายการและปริมาณบริการรักษายาบาลที่ได้จัดให้ (fee for services) ซึ่งรูปแบบนี้ พบว่า มีรายจ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (รูปที่ ๒) จนไม่สามารถควบคุมได้ นับเป็นโครงการที่ด้อยประสิทธิภาพ และขาดกลไกที่มีประสิทธิผลในการ

กำกับ ควบคุมการใช้จ่ายค่ารักษายาบาล นอกจากนี้ โครงการนี้ยังไม่มีฐานข้อมูลจำนวนผู้มีสิทธิ และแบบแผนโครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิ ทั้งๆ ที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีรายจ่ายต่อปีถึงกว่า ๒๐,๐๐๐ ล้านบาท

จากประสบการณ์เหล่านี้ การปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการคลังสาธารณสุข (health financing reform) ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น รัฐบาลจึงตัดสินใจเลือกรูปแบบการจ้างเหมา (contract

Expenditure pro, CSMBS, Million Baht current year price, 1988-2001



ที่มา: กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

รูปที่ ๒ ใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลโครงการสวัสดิการรักษายวบาลข้าราชการ ปี พ.ศ. ๒๕๓๑-๒๕๔๔

model) โดยให้การเหมาจ่ายรายหัวเป็นกลไกหลักของประชาชนไทยที่เหลือทั้งหมดที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิตามสวัสดิการรักษายวบาลข้าราชการหรือประกันสังคม

รูปที่ ๑ แสดงให้เห็นถึงการประกันสุขภาพ ๓ ระบบหลักในประเทศไทย ในเดือนตุลาคม ๒๕๔๕ โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ เป็นการยกเลิกโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล ยกเลิกโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (โครงการบัตรสุขภาพ) และรวมเอาผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เข้าอยู่ในรวมเดียวกัน^(๑) อัตราเหมาจ่ายในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ เท่ากับ...

สาระสำคัญของการปฏิรูป

การดำเนินการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพพร้อมๆ กันหลายด้าน การปฏิรูปที่สำคัญ ๔ ด้านหลัก ได้แก่

- การปฏิรูปวิธีการจัดสรรงบประมาณจากเดิมซึ่งมีลักษณะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามแบบแผนเดิม (historical incremental budgeting) การตั้งงบประมาณที่อาศัยข้อมูลด้านอุปทานของบริการสุขภาพ ได้ปฏิรูปไปเป็นการจัดสรรงบประมาณด้านอุปสงค์ โดยอ้างอิงจำนวนประชากรในความรับผิดชอบเป็นหลัก การปฏิรูปอย่างรวดเร็วและรุนแรงนี้ ก่อให้เกิดความไม่พอใจในหมู่ผู้บริหารโรงพยาบาลหลายแห่ง

ค่าธรรมเนียม ๓๐ บาทเท่านั้น ทาหลายเดงนองบประมาณที่เคยเก็บจากบริการผู้ป่วยนั้นลดลง ผู้บริหารโรงพยาบาลจกต้องคำนึงถึงการบริหารทรัพยากรที่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การปฏิรูปครั้งนี้ส่งสัญญาณที่สำคัญให้สถานพยาบาลต้องปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารและการบริการให้ดีขึ้นอย่างไรก็ตาม สถานพยาบาลอาจจะไม่ปรับประสิทธิภาพแต่ลดคุณภาพและปริมาณการให้บริการลงเสีย เกิดปรากฏการณ์ที่เรียกว่า cost and quality trade off ขึ้น ถ้าไม่มีมาตรการกำกับคุณภาพและมาตรฐานของบริการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ประชาชนคงจะไม่มีความรู้ความสามารถเข้าไปตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานบริการได้

- การบริหารงบประมาณตามด้านอุปสงค์นั้น เป็นแรงกดดันให้มีการปรับการจัดสรรทรัพยากรใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการบริการด้านสุขภาพ (health need and health care needs) โดยเฉพาะการทบทวนนโยบายการจัดสรรกำลังคน ซึ่งเป็นปัจจัยการผลิตบริการที่สำคัญที่สุด ประมาณร้อยละ ๖๐-๖๕ ของต้นทุนการให้บริการเป็นเงินเดือนค่าจ้างและค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ การจัดสรรงบประมาณในระบบเดิม ก่อให้เกิดความไม่เสมอภาค โดยจังหวัดในภาคกลางได้รับงบประมาณต่อหัวประชากรสูงกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมาก

- การปรับระบบบริการโดยให้ความสำคัญต่อบริการปฐมภูมิ (primary care unit) และการปรับปรุงระบบการผลิตแพทย์โดยให้ความสำคัญแก่แพทย์ประจำครอบครัว (family medicine) การปรับปรุงนี้ อาจจะยังไม่สอดคล้องกับนิสัยและแบบแผนการใช้บริการของประชาชน ที่มักจะข้ามขั้นตอนการใช้บริการระดับปฐมภูมิไปยังบริการตติยภูมิที่มีต้นทุนสูงกว่า และทำให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ต้องให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่บริการปฐมภูมิสามารถดำเนินการได้ ทำให้ด้อยประสิทธิภาพ

อุปสรรคอันเนื่องมาจากความเมะเบนเยกภาพเนะตบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แต่เนื่องจากแรงผลักดันที่เข้มแข็งด้านการเมือง ซึ่งต้องการตอบสนองต่อสัญญาประชาคม ว่าสามารถและได้ดำเนินการตามนโยบายที่ให้สัญญาไว้กับประชาชนก่อนการเลือกตั้งได้ ประกอบกับความต้องการของภาคประชาชนและสังคมโดยรวม ทำให้ในส่วนของข้าราชการประจำ และกระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวมาจนกระทั่งปัจจุบันเป็นระยะเวลาเกือบสองปี (รวมทั้งช่วงการนำร่องใน ๖ และ ๑๕ จังหวัด) นอกจากนี้ความคืบหน้าในทางด้านกฎหมายโดยวุฒิสภาและสภาผู้แทนราษฎร ได้ผ่านร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ แล้ว เมื่อวันที่ ๓๑ สิงหาคม และ ๙ ตุลาคม ๒๕๔๕ ตามลำดับ และได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วเมื่อวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๔๕

ระหว่างปี ๒๕๔๓-๒๕๔๕ มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งในระดับการพัฒนาโยบาย (upstream research) การวิจัยประเมินผลการดำเนินการตามนโยบาย (downstream research) โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และหุ้นส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง^(๔-๑๔) ค่อนข้างมาก

วัตถุประสงค์

เนื่องจากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายใหม่และมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพอย่างมาก การปรับตัวของระบบ (system responses) เป็นไปได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่การตัดสินใจเชิงนโยบาย จะต้องอาศัยหลักฐานและข้อเท็จจริง (evidence based policy making) ผู้เขียนซึ่งมีส่วนร่วมในการทำวิจัยในด้านประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบคือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ การประกันสังคม และการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เห็นว่ากรอบคำถามการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ จะเป็นประโยชน์

สำหรับนักวิจัยด้านระบบสาธารณสุข ทั้งในส่วนของระบบบริการ นักวิชาการในระดับนโยบาย ในมหาวิทยาลัย นักศึกษาในระดับปริญญาโท ปริญญาเอก อย่างน้อยในระยะ ๒-๓ ปีข้างหน้าที่มีการปรับตัวของระบบอย่างรวดเร็ว

บทความนี้ต้องการตั้งประเด็นโจทย์และคำถามการวิจัยที่สำคัญเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านเศรษฐศาสตร์ และการคลังสาธารณสุข จากประสบการณ์ของผู้เขียน

คำถามการวิจัยที่สำคัญเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

๑. การบรรลุเป้าหมายของระบบประกันสุขภาพ

๑.๑ การเข้าถึงบริการ

ระบบประกันสามารถลดปัญหาการเข้าถึงและใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน เนื่องจากปัญหาด้านค่าใช้จ่ายได้หรือไม่ ในหัวข้อนี้หมายถึงผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มาจากอุปสรรคด้านอื่นๆ ด้วย เช่นอุปสรรคด้านระยะทาง สถานที่ตั้งของสถานพยาบาลและการเลือกสถานพยาบาลที่ลงทะเบียน และอุปสรรคด้านกฎระเบียบฯ บุคคลต่างด้าว ฯลฯ เป็นต้น

๑.๒ ลดความเสี่ยงด้านภาระค่าใช้จ่าย ระบบประกันสามารถจัดหาทรัพยากร และใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นธรรมแล้วหรือไม่ ในข้อนี้หมายถึง

๑.๒.๑ การจัดหาทรัพยากร และความเหมาะสมของงบประมาณที่รัฐจัดสรรให้ อัตราเงินจ่ายพอเพียงหรือไม่

● ความเป็นไปได้ และขนาดของการจัดเก็บเงินสมทบจากประชาชน ตามมาตรา ๓๙ วงเล็บ ๔ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ รูปแบบใดมีความเป็นไปได้ เช่น เงินสมทบคงที่อัตราเดียวหรือเก็บสมทบหลายอัตรา ความถี่ของการจัดเก็บ ใคร

บริการ ซึ่งขณะนี้อยู่ที่ ๓๐ บาทนั้น จะมีการปรับเปลี่ยนอย่างไร หรือการร่วมจ่ายในบริการบางชนิด เป็นต้น

● แม้ว่าประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพแล้ว แต่อาจจะไม่ได้ใช้ประโยชน์ตามระบบที่กำหนด ดังนั้น ค่าใช้จ่ายของประชาชน มีโครงสร้างแบบแผนอย่างไร เป็นการจ่ายสำหรับบริการพื้นฐานในชุดสิทธิประโยชน์, บริการเสริมพิเศษ, และค่าธรรมเนียม เมื่อดูว่ารายจ่ายสุขภาพโดยครัวเรือน เป็นร้อยละเท่าไรของรายได้ จำแนกตามชั้นช่วงของรายได้ เช่น ร้อยละ ๒๐ ที่จนที่สุด และร้อยละ ๒๐ ที่รวยที่สุด เป็นต้น (income quintile)

● เมื่อมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ครัวเรือนไทยยังมีรายจ่ายเพื่อสุขภาพที่แพงมากๆ* ทำให้ครัวเรือนเหล่านั้นต้องสิ้นเนื้อประดาตัว (catastrophic illnesses) หรือเป็นหนี้สินหรือไม่** เหตุการณ์นี้เกิดมากน้อยเพียงไร ในกลุ่มรายได้ (income quintile) ไตบ้าง

● เพื่อป้องกันมิให้มี catastrophic illnesses จะมียุทธศาสตร์และมาตรการอย่างไร เช่น ถ้าไม่มีกำลังความสามารถและงบประมาณที่จะขยายการคุ้มครองบริการราคาแพงมากๆได้ครบถ้วน อาจจะต้องพิจารณาลดการคุ้มครองชุดสิทธิประโยชน์กรณีบริการผู้ป่วยนอกซึ่งมีราคาไม่สูงมาก และอยู่ในศักยภาพที่ประชาชนทั่วไปสามารถจ่ายได้ โดยเฉพาะในกลุ่ม income quintile ที่ ๓, ๔ และ ๕ โดยที่คนจนใน income quintile ที่ ๑ และ ๒ ไม่ต้องจ่ายเงินที่ประหยัดได้นำมาอุดหนุนบริการ catastrophic illnesses ซึ่งมีหลักฐานชัดเจนว่าเป็นบริการที่มีประสิทธิภาพ (cost effective interventions) เป็นต้น

* ไม่จำเป็นต้องแพงมากๆ เสมอไป แต่มากเมื่อเทียบกับรายได้ของครัวเรือนนั้นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายสำหรับการผ่าตัดธรรมดา อาจจะเป็นภาระอย่างมากกับครัวเรือนยากจน การรักษารอคิวจะยิ่ง อาจจะเป็นภาระอย่างมากแม้แต่ครัวเรือนที่มีเศรษฐกิจดี

แพทย์เฉพาะ (nominal pay) และยกย่องให้แพทย์ของ
บริการแต่อย่างใด แต่เป็นเหตุผลทางการเมือง ในอนาคต
การศึกษาวิจัยเพื่อประเมินความจำเป็นของการปรับ
เพิ่มการจ่ายร่วมให้มากขึ้น เช่น สำหรับบริการบาง
ประเภท เพื่อลดแรงจูงใจในการใช้บริการที่ไม่เหมาะสม
และให้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดได้ใช้ในบริการที่มี
ประสิทธิผลสูงกว่า

- คาดการณ์รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ ทั้ง ๓
ระบบคือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกัน
สังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นภาระงบประมาณ
ประมาณมากน้อยเพียงไร จำเป็นต้องหาแหล่งงบประมาณ
เพิ่มหรือไม่ และจากแหล่งใด

- การใช้บริการสุขภาพของครัวเรือนไทย
จำแนกตาม income quintile ต่างๆ และการกระจาย
ภาระภาษีของครัวเรือนไทย มีความเป็นธรรมเพียงไร
จะมีกลไกอย่างไรให้เป็นธรรมมากขึ้น เช่น การขยาย
บริการและเพิ่มเงินอุดหนุนแก่บริการระดับปฐมภูมิและ
ทุติยภูมิที่คนจนส่วนใหญ่ใช้บริการมาก การลดการ
อุดหนุนบริการตติยภูมิ และ super-tertiary care
เนื่องจากคนจนสามารถเข้าถึงและใช้บริการน้อยกว่า
คนรวย เป็นต้น การศึกษาอุบัติการณ์ของผลประโยชน์
(benefit incidence) มีความสำคัญมากในการปรับ
เปลี่ยนนโยบายประกันสุขภาพให้บรรลุวัตถุประสงค์
ความเสมอภาค

๑.๒.๒ การกระจายความเสี่ยง และขนาด
ของกองทุน ขนาดของประชากรในหนึ่ง Contractor Unit
for Primary Care (CUP) หรือ fund holder (หมายถึง
จังหวัด หรือเขต กรณีผู้ป่วยใน) ควรจะมีขนาดน้อย
ที่สุดเป็นเท่าไร ที่มีการเฉลี่ยความเสี่ยงมาก (risk pool-
ing) และเกิดความเสียด้านภาระค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด

- การเลือกสถานพยาบาลโดยประชาชนเอง
(individual preferred choice) ควรมีแนวทางอย่างไร
ที่จะป้องกันมิให้สถานพยาบาลปฏิเสธผู้ป่วยที่มีภาวะ
การเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโอกาสใช้บริการสูง

การลดแรงจูงใจของการสูงค่าบริการสุขภาพ
พยาบาลใดหนึ่งเท่านั้น

- ขั้นตอนและรูปแบบการดำเนินการตาม
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
มาตรา ๙, ๑๐ และ ๑๑ เกี่ยวกับผู้มีสิทธิตามสวัสดิการ
รักษายาบาลข้าราชการ, พนักงานรัฐวิสาหกิจ, องค์กร
ปกครองท้องถิ่น ควรเป็นอย่างไร

๑.๒.๓ การใช้จ่ายทรัพยากร หมายถึงถึง
การจัดสรรทรัพยากรให้จังหวัดและการซื้อบริการ

- แรงจูงใจและอิทธิพลของวิธีการจ่ายเงิน
แบบต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง inclusive และ exclu-
sive capitation ต่อแบบแผนการให้บริการ ต่อ
อัตราการใช้บริการของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า*

- การกระจายทรัพยากร ทั้งงบประมาณ คน
และสินทรัพย์ โดยแบ่งการพิจารณาเป็นหลายระดับ
เช่น ปฐมภูมิ, การรักษาในโรงพยาบาล (hospital care)
ตติยภูมิ และ excellence center เป็นต้น จะมีมาตรการ
แรงจูงใจอย่างไร เพื่อนำไปสู่การกระจายที่มี
ประสิทธิภาพและเสมอภาค รวมถึงการพิจารณาการ
ประหยัดของขนาด (economy of scale)

- Technology advancement and use มี
ความกังวลมากกว่า เมื่อมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แล้ว จะไม่มีงบประมาณเพียงพอเพื่อการพัฒนาการ
แพทย์และสาธารณสุข ดังนั้น มีความจำเป็นต้อง
ประเมินว่า การใช้เครื่องมือและการตรวจพิเศษต่างๆ
เพิ่มขึ้นหรือลดลง อย่างไรหรือไม่ เปรียบเทียบกับก่อนมี
ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และคาดการณ์ไปใน
อนาคต

- Health care bypass ซึ่งผู้ประกันตนลัด
ขั้นตอนของระบบสุขภาพ ใช้สถานบริการที่ต้นทุนสูง

* มีความเป็นไปได้สูงที่สุดในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ จะมีรูปแบบการ
จ่ายเงินแก่ CUP รูปแบบเดียวคือ exclusive capitation

กว่าความจำเป็น จะแก้ไขอย่างไร ปัจจัยที่กำหนดการข้ามขั้นตอนเหล่านั้นเป็นอย่างไร และแก้ไขได้อย่างไร

- การรักษาที่มีราคาแพงที่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ จะมีมาตรการใด ควรมีการศึกษา cost effectiveness และการจัดการให้ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่มีประสิทธิภาพสูงสุดอย่างไร

๒. การดำเนินโครงการ และการจัดบริการ

- การจัดการการซื้อบริการที่ระดับเขต หรือจังหวัด ควรมีการจัดการเป็นแบบใด purchaser/provider split แบบของไทยควรมีหน้าตาเป็นอย่างไร เงินค่าจัดบริการ กับค่าพัฒนาระบบแยกกันอย่างไร และการจัดการ บริการ non-UC ควรเป็นอย่างไร บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นอย่างไร

- ระบบ Primary Care Unit - PCU ซึ่งได้ทำกันมาจนถึงปัจจุบัน ได้ผลมากขึ้นเพียงใด สามารถลดต้นทุนของโรงพยาบาล และเป็นที่ยอมรับของประชาชนหรือไม่ ศึกษาถึงปัญหา อุปสรรค และสาเหตุของปัญหา

- การเปลี่ยนแปลงของทัศนคติของทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการการแพทย์และสาธารณสุข ก่อนและหลังมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การปรับเปลี่ยนให้ทัศนคติดีขึ้น ควรดำเนินการอย่างไรด้าน information education and communication

- อัตราการใช้บริการตามกลุ่มรายได้ของประชากร กระจายอย่างเป็นธรรมหรือไม่ โดยพิจารณาในหลายระดับสถานพยาบาล เช่น ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การวิจัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของ benefit incidence analysis

- การปรับตัวและประสิทธิภาพของสถานพยาบาลเป็นอย่างไร รวมทั้งพิจารณาทัศนคติของผู้บริหารโรงพยาบาลว่ายุทธศาสตร์มุ่งเน้นไปในทาง ลดต้นทุน หรือเพิ่มรายรับ รวมทั้งการประเมินศักยภาพ

พยาบาลระดับต่างๆ เปลี่ยนไปหรือไม่ มีประสิทธิภาพมากขึ้นหรือไม่

- ระบบการบริหารเวชภัณฑ์เป็นอย่างไร มีประสิทธิภาพ และคุณภาพเปลี่ยนแปลงอย่างไร

- Main contractors มีบทเรียนเกี่ยวกับการซื้อบริการ (outsourcing services) และการผลิตบริการเอง (in house services) อย่างไร ทางเลือกใดมีประสิทธิภาพสูงกว่า

๓. การประเมินกลไกการจ่ายเงิน

มีกลไกหลัก ๒ กลไก ได้แก่ fee for service สำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ capitation สำหรับประกันสังคม และประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบระหว่าง ๓ ระบบหลัก

- ประเมินแรงจูงใจของของแพทย์ ต่อคุณภาพบริการ

- ประเมินแรงจูงใจของแพทย์ต่อการสั่งใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น การตรวจวินิจฉัยพิเศษ การสั่งใช้ยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ฯลฯ

- ประเมินแรงจูงใจของสถานพยาบาล ต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ ใน ๓ ระบบดังกล่าว

๔. ผลกระทบต่อผู้รับบริการ

- การเปิดให้เลือกสถานพยาบาลเอง มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการ และการใช้สิทธิอย่างไร เปรียบเทียบก่อนและหลังการมีนโยบายดังกล่าว อัตราการใช้บริการเปลี่ยนแปลงในทิศทางใด

- ค่านิยมและความคาดหวังของผู้รับบริการ เปลี่ยนไปหรือไม่ เกิดจากกลไกใดของรัฐไปมีอิทธิพลหรือไม่

- พฤติกรรมการข้ามขั้นตอน มีวิวัฒนาการไปอย่างไร ถ้าข้ามขั้นตอนต้องจ่ายเงินเอง กับคุณภาพบริการของสถานพยาบาลที่ตนต้องไปใช้ตามระบบ (perceived quality of care)

๕. ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

ผลกระทบต่อสถานพยาบาลและบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ

กล่าวคือ คุณภาพบริการดีขึ้น สถานพยาบาลมี ประสิทธิภาพมากขึ้น การใช้บริการตามระบบจะเพิ่มขึ้น การข้ามชั้นตอนลดลง ระบบสุขภาพจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น รายจ่ายของครัวเรือนไทยเพื่อสุขภาพจะลดลง ภาครัฐจะมีส่วนแบ่งในการคลังสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น บริการภาคเอกชนจะพิจารณาเข้าสู่ระบบประกัน สุขภาพมากขึ้น ถ้าระบบปรับตัวในทางลบ คุณภาพตกต่ำ ประชาชนไม่ไว้วางใจในบริการตามระบบที่กำหนด การข้ามชั้นตอนมากขึ้น ประชาชนยินดีจ่ายเงินเพื่อซื้อ บริการที่ไม่ได้อยู่ในระบบมากขึ้น รายจ่ายครัวเรือนไม่ ได้ลดลง ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพไม่ดีขึ้น การใช้ บริการไม่สมเหตุผล ผล บริการภาคเอกชนเติบโต ขาด ประสิทธิภาพ ในการใช้ทรัพยากร การปฏิรูปครั้งนี้ล้มเหลว

● ผลกระทบต่อระบบยา อุตสาหกรรม และธุรกิจ ยา การเหมาจ่าย ส่งสัญญาณให้สถานพยาบาลที่รับ สัญญา จะต้องใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการใช้ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ จะ ใช้วิจารณ์ญาณและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์มากขึ้น (rationale use of health care resource) การลดต้นทุน การผลิต การสั่งซื้อเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพสูง ราคาต่ำ การร่วมกันต่อรองราคาในระดับจังหวัด ตามมาตรการ “สุขภาพดี ด้วยต้นทุนต่ำ” นั้น จะทำให้ธุรกิจและ อุตสาหกรรมยา มีอัตรากำไรลดลง มีข้อกล่าวหาว่า สถานการณ์เช่นนี้ไม่เอื้ออำนวยให้อุตสาหกรรมยาใน ประเทศ ลงทุนเพื่อทำวิจัยและพัฒนา (research and development) ไม่สามารถสร้างศักยภาพในการแข่งขันได้ การศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบต่างๆ ใน บริบทนี้ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

๖. การสนับสนุนและแรงต้าน

- ผลกระทบจาก พรบ.หลักประกันสุขภาพ และ ปฏิกริยาของฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง
- บริบททางการเมือง (political context) ของ การเคลื่อนไหวเพื่อแก้ไข พรบ. หลักประกันสุขภาพเป็น อย่างไร บทบาท จุดยืน และอำนาจ ของผู้มีส่วนได้

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ขณะนี้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้เปิด re- search program ด้านการประกันสุขภาพถ้วนหน้า มี การประชุมระดมสมอง เพื่อกำหนดโจทย์การวิจัย จาก หุ้นส่วนการวิจัยหลากหลายกลุ่ม เอกสารฉบับนี้น่าจะ เป็นประโยชน์ต่อการสานต่อความคิดสำหรับหุ้นส่วน ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขอาจจะทำหน้าที่เป็นแกนกลาง รวบรวมองค์ความรู้ (clearing house) สนับสนุนให้มีการวิจัย ทั้งในระดับบริหารเพื่อกำหนดนโยบาย ในระดับปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหา และการประเมินผลนโยบาย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ที่ให้ทุนอุดหนุน โครงการเมธีวิจัยอาวุโส สกว. และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่อุดหนุนการจัดตั้งและ ดำเนินการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เอกสารอ้างอิง

๑. Tangcharoensathien V, Tantivess S, Teerawattananon Y, Auamkul N. Universal coverage and its impact on reproductive health service in Thailand. Rep Health Matters 2002; 10:59-69.
๒. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ศิริวัฒนานนท์, ภูษิต ประคองสาย. บทประมาณในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ๑,๒๐๒ บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการ สาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐:๓๘๑-๕๐.
๓. ภูษิต ประคองสาย, วลัยพร พัทธนฤมล, กัญญา ดิษยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ๒๕๔๖. วารสาร วิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๑:๕๕๕-๖๑๓.
๔. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage). กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๔.

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย - คำถามวิจัยที่สำคัญ

๕. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ระบบหลักประกันสุขภาพ ประสพการณ์จาก ๑๐ ประเทศ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๔.
๖. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิชช์ เกษมทรัพย์, สุวรรณ มูเก็ม. ผู้มีรายได้น้อย กับการเข้าถึงบริการทดแทนไต: วิเคราะห์ และข้อเสนอเชิงนโยบาย วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ๒๐๐๐; ๖:๗๒-๘๐.
๗. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ชศ ตีระวัฒนานนท์, วิชช์ เกษมทรัพย์, สุวรรณ มูเก็ม. การวิเคราะห์เชิงนโยบายของการรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนถ้วนหน้า. แพทยสภาสาร ๒๕๔๔; ๓๐:๒๑๕-๒๖.
๘. กัญญา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัทธนฤมล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. วิถีวิเคราะห์ต้นทุนบริการของสถานพยาบาลแบบมาตรฐาน และแบบลัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐:๓๕๕-๖๗.
๙. วลัยพร พัทธนฤมล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. ภาระงานของบุคลากรและประสิทธิภาพการใช้เตียงโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด ปี ๒๕๔๓. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐:๔๐๐-๑๐.
๑๐. ภูมิศ ประคองสาย, วลัยพร พัทธนฤมล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. สถานพยาบาลต้องปรับตัวอย่างไรภายใต้ต้นนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า-กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๔; ๑๐:๔๑๑-๒๒.
๑๑. วลัยพร พัทธนฤมล, ภูมิศ ประคองสาย, กัญญา ดิษยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อัตราเหมาจ่ายรายหัวของชุดสิทธิประโยชน์ กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปิงปองประมาณ ๒๕๔๖. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๑:๕๘๒-๕๘.
๑๒. ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรนทัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า จุดอ่อนของที่มา ๑๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๑:๑๒๑-๖.
๑๓. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูมิศ ประคองสาย, วลัยพร พัทธนฤมล, กัญญา ดิษยาธิคม. ตอบข้อสังเกตจุดอ่อนของที่มา ๑๒๐๒ บาทต่อคนต่อปี. ของนพ.ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรนทัยและคณะ. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๑:๗๕๕-๖๖.
๑๔. ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรนทัย. ปรัชญา ๓๐ บาทรักษาทุกโรคกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไกลกันมากขึ้น หรือ ยิ่งห่างกันคนละทาง. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๖.
๑๕. Tangcharoensathien V, Pitayarangsarit S, Vasavid C. Universal health care coverage and medium term financing implications. Paper presented at the annual technical seminar on "Medium Term Public Finance and Sustainable Development"; 2002 Sept 27; Prince Palace Hotel, Bangkok: National Economic and Social Development Board; 2002.
๑๖. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Lessons from the introduction of universal access to subsidized health care in Thailand. London: Office of Health Economics; 2002.
๑๗. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์. ๓๐ บาทรักษาทุกโรค โชคหรือเคราะห์ของใคร หลากหลายมุมมอง จากผู้ให้ ผ่านผู้รับ สู่มุ่ประเมิน ถึงผู้อ่าน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๖.
๑๘. วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญญา ณ ระนอง. จากการสงเคราะห์คนจนสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิวาทะของสองปรัชญาเบื้องหลังโครงการ ๓๐ บาท. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๖.

Universal health care coverage was implemented at a nationwide scale since Fiscal Year 2002. As this is a national scheme, there is a need to generate evidence for policy amendment in order to achieve the goals of the scheme effectively. This article proposes and discusses six areas of major research questions need attention by researchers and concerned stakeholders. This includes (1) ability of the scheme to achieve its goals, (2) scheme management and health service delivery systems, (3) payment mechanism and responses by health care providers, (4) impact on population, (5) impact on health systems as a whole, (6) political dimension—both proponents and opponents of the scheme. Development of an effective research - policy interface mechanism is as important as capacity to answer these questions.

Key words: health insurance system, major research questions.