

แนวทางปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นายรณชัย โตสมภาค

กลุ่มงานบริการวิชาการ 3

กลุ่มงานบริการวิชาการ 3 สำนักวิชาการ

โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่บริหารงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ได้รับการชื่นชมจากประชาชนชาวไทยและการยอมรับจากนานาประเทศ รวมถึงองค์การอนามัยโลก ว่าเป็นโครงการที่ทำให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา แม้จะประสบความสำเร็จอยู่ไม่น้อยไม่ว่าจะเป็นการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนทุกคน หรือการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิให้มีความก้าวหน้า แต่ยังมีจุดอ่อนของระบบที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน นั่นก็คือปัญหาเรื่องจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และโรงพยาบาลที่ไม่มีความสมดุลกับจำนวนประชาชนที่มาใช้บริการ และปัญหาการบริหารงบประมาณและการจัดสรรงบประมาณที่ไม่ตรงตามเป้าหมาย ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาพยาบาลและการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ชัญวลี ศรีสุขโข, 2557) โดยเฉพาะในเรื่องการบริหารงบประมาณ ซึ่งหากไม่มีการปฏิรูประบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการด้านสุขภาพของประเทศไทยต้องประสบปัญหาทางการเงินภายใน 10 ปีนี้ อย่างแน่นอน (นักวิชาการ คำนวณ 30 บาท รักษาทุกโรค หนุนคนมีเงินร่วมจ่าย, 2558)

ด้วยเหตุนี้ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงได้พยายามหาแนวทางเพื่อปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะเรื่องการบริหารงบประมาณ ซึ่งประชาชนต้องยอมรับความจริงว่างบประมาณจากรัฐบาลเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ และต้องมีการระดมเงินทุนจากส่วนอื่นโดยประชาชนต้องมีส่วนร่วมเพื่อบำรุงระบบให้สามารถดำเนินต่อไปอย่างยั่งยืน (บัตรทองจ่อถึงแตก!! ใช้งบสูง 16-17% ดันแนวทาง ‘ประชารัฐร่วมจ่าย’ ป้องกัน รพ.ล้ม, 2558) ในกรณีนี้ นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ รักษาการเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสนอว่า นักวิชาการส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่าในระยะยาวต้องมีการจัดหางบประมาณจากหลายแหล่งมาเพิ่มเติมเพื่อให้ระบบมีความยั่งยืน เช่น การเก็บเงินสมทบคล้ายกับกองทุนประกันสังคม การร่วมจ่ายกรณีที่ต้องการบริการที่มากกว่ามาตรฐานด้านสาธารณสุข (co-payment) และการเก็บภาษีสำหรับกองทุนเฉพาะ (Earmarked Tax) ซึ่งยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลกระทบต่อสังคมในภาพรวม (รักษาการเลขาธิการ สปสช. ยันเพิ่มงบฯบัตรทองแค่ 5% ของเม็ดเงินทั้งประเทศ, 2558) ทั้งนี้ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือปัจจุบันโรคส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดต่อทางเชื้อโรค แต่เกิดจากพฤติกรรมของตนเองแทบทั้งสิ้น (Non-communicable diseases - NCDs) ดังนั้น ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์จึงเป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคน ที่ต้องแบกรับภาระทางการเงินร่วมกับภาครัฐ เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ประชาชนหันมาดูแลสุขภาพกันมากขึ้น เพื่อประหยัดงบประมาณส่วนตน และงบประมาณของรัฐไปโดยปริยาย

ในกรณีของการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพทั้งระบบ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสนอว่า ในระยะยาวควรมีเป้าประสงค์ที่เรียกว่า SAFE 4 ข้อ คือ

1. ความยั่งยืน (sustainability) โดยรายจ่ายของสุขภาพทั้งหมดต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product – GDP) และรายจ่ายของรัฐต้องไม่เกินร้อยละ 20 ของงบประมาณแผ่นดิน

2. ความเพียงพอ (Adequacy) โดยประชาชนสามารถเข้าถึงได้และไม่เกิดภาวะล้มละลายเมื่อมีการรักษาพยาบาล

3. ความเท่าเทียม (Fairness) โดยการรักษาพยาบาลที่เท่าเทียมตามมาตรฐานของการรักษาพยาบาลที่รัฐวางไว้ให้ ด้วยการกำหนดช่วงชั้นของอายุและค่ารักษาพยาบาลของแต่ละกองทุน เพื่อกำหนดระดับชั้นของการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งแต่ละกองทุนไม่ควรต่างกันเกินร้อยละ 10 ทั้งนี้ มีอยู่สองแนวทางคือ

3.1 การร่วมจ่ายทุกกองทุน โดยข้าราชการจะต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคม และ ผู้ใช้สิทธิประกันบัตรทองจะต้องจ่ายเงินสมทบตามระดับรายได้หรือฐานะ

3.2 ไม่มีการร่วมจ่าย โดยหากมีความต้องการในการรักษาพยาบาลเพิ่มเติมจากส่วนที่รัฐวางไว้ให้ก็ต้องจ่ายเพิ่มเติมในส่วนนั้น เช่น ค่าห้องพิเศษ เป็นต้น

4. ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐทุกระบบต้องใช้งบประมาณแบบปลายปิด เพื่อให้สามารถควบคุมงบประมาณได้อย่างรัดกุม (ปรับปรุง “บัตรทอง” ยังไม่จบ ตั้ง กก.อีกชุด เคาะร่วมจ่ายหลังปีใหม่, 2558)

นอกจากนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุสรณ์ ธรรมใจ รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ และ คณบดีคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต เสนอว่า ระบบสวัสดิการสุขภาพต้องอิงระบบภาษี ต้องครอบคลุมสิทธิประโยชน์อย่างรอบด้าน และใช้ระบบงบประมาณและการจ่ายค่าบริการแบบปลายปิด รวมถึงกำหนดให้โรงพยาบาลต้องมีระบบพัฒนาคุณภาพบริการและมีระบบกำกับมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาลเอกชนและสถานพยาบาลภาครัฐซึ่งจะเป็นผลดีต่อการพัฒนานโยบายและระบบสาธารณสุขในระยะยาว (นักวิชาการ ค้านโลละ 30 บาท รักษาทุกโรค หนุนคนมีเงินร่วมจ่าย, 2558)

ปัญหาด้านการบริหารงบประมาณ และการควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพ เป็นสิ่งที่พบได้ทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นในประเทศที่พัฒนาแล้ว (Developed countries) หรือในประเทศที่กำลังพัฒนา (Developing countries) อย่างไรก็ตาม ประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สามารถบริหารจัดการระบบการเงินการคลังและระบบบริการได้อย่างสมบูรณ์และยั่งยืนก็มีให้เห็นเช่นกัน ในการนี้จะขอยกตัวอย่างการศึกษาประกันสุขภาพในราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ และได้หันมาเป็นกรณีศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดทิศทางของการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

Marian J Faber และคณะ ศึกษาเรื่องการบรรลุผลสำเร็จด้านคุณภาพในการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิในประเทศเนเธอร์แลนด์ (Achieving high performance quality in primary healthcare: The Dutch example) ผลการศึกษา พบว่าประสิทธิภาพของระบบการจัดการบริการสุขภาพในประเทศ

เนเธอร์แลนด์ ให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ (Primary care) ในรูปแบบของหน่วยบริการรักษาพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (General Practice) ที่กระจายอยู่ในเขตชุมชนต่าง ๆ โดยหน่วยบริการเหล่านี้ส่วนใหญ่ประกอบไปด้วยแพทย์เวชปฏิบัติไม่เกินสามคน และเป็นสถานที่ประกอบการเอกชนที่แพทย์เป็นเจ้าของเอง ทั้งนี้ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ (Healthcare policy) ประชากรทุกคนในประเทศเนเธอร์แลนด์ต้องลงทะเบียนเป็นผู้ใช้บริการในหน่วยบริการหน่วยใดหน่วยหนึ่ง ซึ่งหากมีความประสงค์ก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้เสมอ หน่วยบริการเหล่านี้มีบทบาทอย่างสูงในการบริการสาธารณสุข เนื่องจากมีอำนาจในการตัดสินใจส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิเฉพาะด้านอื่น ๆ หรือหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ เช่น โรงพยาบาล และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้กำหนดนโยบายยังมีระเบียบให้หน่วยบริการเปิดทำการ 24 ชั่วโมง โดยมอบเงินทุนสนับสนุนเพื่อเป็นแรงจูงใจในการให้บริการนอกเวลา (Out-of-hours primary care) ซึ่งนโยบายนี้ได้รับความสำเร็จอย่างสูงในระบบการบริการสาธารณสุขในประเทศเนเธอร์แลนด์และจากการศึกษาพบว่า สามารถลดจำนวนผู้เข้าใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้หน่วยการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลลดความแออัดลง และผู้ป่วยสามารถรับบริการในยามฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า แพทย์ระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่สามารถทำหัตถการทางการแพทย์เบื้องต้นได้เป็นอย่างดี และภายในสถานประกอบการส่วนใหญ่จะมีเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่ครบครัน อาทิ เครื่องตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) เครื่องวัดอัตราการไหลของอากาศ (Spirometer) เป็นต้น ส่งผลให้หน่วยบริการส่วนใหญ่สามารถดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นร้ายแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับเดียวกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จึงเป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายต่ำแต่มีคุณภาพสูง

กลุ่มผู้วิจัยได้ทำการกลั่นกรองรูปแบบระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศเนเธอร์แลนด์ เพื่อค้นหาสาเหตุว่า รัฐบาลดำเนินนโยบายอย่างไรจึงประสบความสำเร็จ นั่นคือการบริหารระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของรัฐ การจ่ายเงินให้แก่สถานบริการ (Payment method) และ การจัดระบบการประกันที่มีประสิทธิภาพ โดยให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐในการบริหารความเสี่ยง ทั้งนี้ ระบบประกันสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็นสองระยะคือ ระยะก่อน พ.ศ. 2549 หรือระยะก่อนการปฏิรูป และ ระยะหลัง พ.ศ. 2549 หรือระยะหลังการปฏิรูป โดยในระยะก่อนการปฏิรูปนั้น รัฐบาลให้ประชากรดัตช์ที่มีกำลังทางการเงินต้องซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทประกันเอกชน ส่วนกลุ่มผู้มีรายได้น้อยหรือไม่มีกำลังทางการเงินเพียงพอ ต้องซื้อประกันจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพของรัฐ โดยผู้ให้ประกันต้องให้ความคุ้มครองขั้นพื้นฐานที่ครอบคลุมที่สุด (Almost comprehensive) ในการจ่ายเงินให้แก่สถานบริการสำหรับผู้ประกันตนกับภาครัฐ จะใช้ระบบการจ่ายอัตราเดียวรายปี (Annual Fix Fee) ส่วนผู้ประกันตนกับภาคเอกชนจะใช้ระบบการจ่ายตามบริการที่ให้ (Fee-for-service) ภายหลัง พ.ศ. 2549 ได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศเนเธอร์แลนด์ ภายใต้ระบบใหม่ รัฐเพิ่มขีดความสามารถในการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการของสถานประกอบการและสนับสนุนให้การประกันสุขภาพเป็นหน้าที่ของภาคเอกชน เพื่อส่งผลให้เกิดการกระตุ้นเศรษฐกิจผ่านทางการแข่งขันในระบบตลาดเสรีอย่างเป็นธรรม (Regulated competitions) โดยประชากรดัตช์ทุกคนต้องซื้อประกันสุขภาพกับสถานประกอบการเอกชน ทั้งนี้ เยาวชนที่อายุต่ำกว่า 18 ปี จะได้รับการประกันโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

ทั้งสิ้น ส่วนประชากรผู้มีรายได้น้อย จะได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐผ่านมาตรการการลดหย่อนภาษี (Tax reduction) โดยผู้ให้ประกันต้องให้ความคุ้มครองขั้นพื้นฐานที่ครอบคลุมทั้งหมด (Full coverage) ส่วนระบบการจ่ายจะเป็นลักษณะการจ่ายร่วม (Co-Payment) ในรูปแบบการผสมผสานระหว่างการจ่ายตามบริการที่ให้ (Fee-for-service) กับการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation Fee) โดยคิดตามจำนวนประชากรที่มาลงทะเบียนใช้บริการในสถานประกอบการแต่ละแห่ง นอกจากนี้ ยังเปิดโอกาสให้บริษัทประกันสุขภาพสามารถเลือกทำสัญญาผูกมัดกับหน่วยบริการที่ได้รับการยอมรับจากผู้มาใช้บริการโดยวัดจากจำนวนผู้มาลงทะเบียน จากเดิมที่ไม่สามารถทำได้ โดยมาตรการนี้ถือว่าเป็นการตรวจสอบคุณภาพอย่างหนึ่ง เนื่องจากหน่วยบริการต่าง ๆ ต้องแข่งขันกันทางด้านคุณภาพเพื่อดึงดูดให้คนมาลงทะเบียนใช้บริการมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น ภาครัฐยังได้นำระบบการให้ค่าตอบแทนตามผลงาน (Pay-for-performance) มาใช้ในรูปแบบการจ่ายเพิ่มเติมเป็นกรณีพิเศษ (Bonus payment) เพื่อส่งเสริมการแข่งขันด้านคุณภาพอีกด้วย ซึ่งจากผลการทดลองกับสถานประกอบการ 85 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการรับรองคุณภาพ (Accreditation program) การให้ค่าตอบแทนทางการเงินเป็นกรณีพิเศษตามผลประกอบการร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 10 ของรายได้ทั้งหมดโดยอิงกับตัวชี้วัดด้านคุณภาพ (Quality scores) สามารถปรับปรุงคุณภาพของการรักษาพยาบาลได้ถึงร้อยละ 10 ภายในหนึ่งปี

นอกจากการบริหารระบบการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ หนึ่งในเอกลักษณ์ด้านความล้ำหน้าของระบบประกันสุขภาพของประเทศเนเธอร์แลนด์คือ การใช้ระบบการสื่อสารผ่านทางเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medical records and communication) ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ ของผู้เข้ารับการรักษาพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นประวัติผู้ป่วย ประวัติการจ่ายยา หรือประวัติการตรวจสุขภาพ จะเก็บไว้ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมด การส่งตัวผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นร้านขายยาหรือโรงพยาบาล จะทำผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์เพียงอย่างเดียวเท่านั้น ทำให้การประสานงานระหว่างหน่วยงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์นี้ แรกเริ่มมาจากความสนใจของหน่วยบริการต่าง ๆ จนเกิดเป็นประเพณีปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดการริเริ่มโครงการสร้างระบบรับส่งเวชระเบียนด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ขึ้น (Computerized patient record system) ซึ่งบริษัทประกันสุขภาพได้ช่วยเหลือด้านงบประมาณการลงทุนสำหรับอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นต่าง ๆ นอกจากนี้ รัฐบาลยังมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบให้ครอบคลุมการบริหารจัดการด้านสุขภาพทั้งประเทศ โดยสามารถดึงประวัติผู้ป่วยมาใช้ได้ทันทีในทุกหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐและเอกชน ถึงอย่างไรก็ตาม การนำมาตรการนี้มาใช้อย่างแพร่หลายอาจจะละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย (Patient privacy) จึงต้องมีการทบทวนอย่างละเอียดถี่ถ้วน หากจะนำมาใช้ในบริบทของประเทศไทย (Marjan J. Faber และคณะ, 2011, p. 441-446)

Guang-Xu Wang ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิรูปเพื่อความยั่งยืนด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไต้หวัน (Financial Sustainability of Universal Healthcare and Its Reform: The Case of Taiwan) รูปแบบระบบประกันสุขภาพของประเทศไต้หวันมีลักษณะคล้ายระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย แต่ในส่วนที่มีความแตกต่างกันคือการร่วมจ่าย (co-payment) ในรูปแบบการเก็บเบี้ยประกันกับผู้ประกันตน ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามสถานะการเงินของแต่ละกลุ่ม

โดยรัฐบาลจะจ่ายเงินสนับสนุนตามความจำเป็น เช่น เงินช่วยเหลือ ร้อยละ 10 สำหรับผู้ประกอบการทั่วไป และ เงินช่วยเหลือร้อยละ 40 สำหรับเจ้าของกิจการหรือผู้ที่ทำงานให้กับสังคม เป็นต้น เนื่องจากระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยได้หัน เป็นแบบปลายเปิดคือการจ่ายตามบริการที่ให้ (Fee-for-Service) จึงมีปัญหาด้านการรักษาพยาบาลเชิงป้องกัน (Defensive medicine) อย่างแพร่หลาย การให้บริการทางการแพทย์ที่เกินกว่าความจำเป็นนี้ ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่าย จึงส่งผลให้เกิดการใช้งบประมาณด้านสาธารณสุขอย่างฟุ่มเฟือย ดังนั้น รัฐบาลได้หันจึงนำระบบการจ่ายค่าตอบแทนเป็นงบประมาณ (Global budget) ที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพื่อเป็นแรงผลักดันให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพและป้องกันไม่ให้รัฐเสียบงบประมาณโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้ การนำระบบการจ่ายค่าตอบแทนเป็นงบประมาณ (Global budget) มาใช้ควบคู่ไปกับระบบการจ่ายค่าบริการรายหัว ยังช่วยให้รัฐสามารถค้ำจุนค่าใช้จ่ายทั่วไปของโรงพยาบาล ทำให้ไม่กระทบส่วนอื่น ๆ ที่จัดสรรไว้สำหรับผู้มารับบริการรักษาพยาบาล เช่น กรณีที่เกิดขึ้นในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ที่มีปัญหาการนำงบเหมาจ่ายรายหัวให้โรงพยาบาลในเครือข่ายไปจ่ายเป็นค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าเวร จนนำไปสู่ปัญหาการใช้งบประมาณของรัฐที่ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นต้น (จับตา...งบบัตรทอง ตรง/ไม่ตรงวัตถุประสงค์, 2558)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยได้หันจะประสบความสำเร็จอย่างมาก แต่ใน พ.ศ. 2540 รัฐบาลได้หันต้องเผชิญกับวิกฤตเศรษฐกิจภาคพื้นเอเชีย (Asian economic crisis) ที่ส่งผลถึงระบบสุขภาพของประเทศ ทำให้รัฐบาลได้หันจำเป็นต้องดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพใน พ.ศ. 2543-2544 ทั้งนี้ จากการศึกษาปัญหาเบื้องต้นก่อนการปฏิรูป พบว่าระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยได้หันเผชิญกับปัญหาหลักอยู่สองประการ

ประการแรก คือการเก็บเบี้ยประกันและการจ่ายเงินสนับสนุนของรัฐบาลกับประชากรกลุ่มต่าง ๆ แยกตามระดับรายได้ของแต่ละกลุ่ม ซึ่งการเก็บลักษณะนี้ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมในสังคมขึ้น

ประการที่สอง คือการขาดการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ ทำให้โรงพยาบาลและกลุ่มอุตสาหกรรมการผลิตยา ใช้ช่องโหว่ของระบบประกันสุขภาพในการเพิ่มพูนรายได้ ส่งผลให้เกิดการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น ทำให้ไม่สามารถจำกัดวงเงินค่าใช้จ่ายได้

ปัญหาทั้งสองประการนี้ รัฐบาลเลือกที่จะแก้ปัญหามากกว่า เนื่องจากการเพิ่มวงเงินเบี้ยประกันสำหรับผู้มีรายได้สูง จะทำให้ประชาชนไม่สนับสนุนรัฐบาลนี้ในการเลือกตั้งครั้งต่อไป และประชาชนส่วนใหญ่ต้องการให้รัฐจำกัดค่าใช้จ่าย (Cost containment) มากกว่าเพิ่มวงเงินประกัน ดังนั้น รัฐบาลจึงต้องปรับปรุงระบบการจ่ายค่าตอบแทนเป็นงบประมาณ (Global budget) ให้มีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มวงเงินค่าตอบแทน หรือการออกกฎหมายควบคุมระบบการบริหารยา เพื่อควบคุมการแข่งขันระหว่างโรงพยาบาล และควบคุมการตลาดของกลุ่มอุตสาหกรรมการผลิตยา ไม่ให้มีอิทธิพลเหนือแพทย์และโรงพยาบาล ในที่สุดสถานประกอบการ ทุกแห่งต้องปราศจากแรงจูงใจในการให้บริการรักษาพยาบาลที่มากเกินความจำเป็น (Gaung-Xu Wang, 2010, p. 3-8)

บทสรุปและข้อเสนอแนะของผู้ศึกษา

การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา แม้จะประสบความสำเร็จอยู่ไม่น้อยแต่ก็ยังมีจุดอ่อนของระบบที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน นั่นคือปัญหาเรื่องจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และโรงพยาบาลที่ไม่มีความสมดุลกับจำนวนประชาชนที่มาใช้บริการ และปัญหาการบริหารจัดการงบประมาณที่ไม่ตรงตามเป้าหมาย จึงต้องหาแนวทางปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งนักวิชาการส่วนใหญ่เห็นตรงกันหมดว่าในระยะยาวต้องมีการหาแหล่งงบประมาณจากหลายแหล่งมาเพิ่มเติมเพื่อให้ระบบมีความยั่งยืน เช่นการเก็บเงินสมทบคล้ายกับกองทุนประกันสังคม การร่วมจ่ายกรณีที่ต้องการบริการที่มากกว่ามาตรฐานด้านสาธารณสุข (co-payment) และการเก็บภาษีสำหรับกองทุนเฉพาะ (Earmarked Tax) เพื่อมาค้ำจุนระบบให้สามารถดำเนินต่อไปอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ การควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพ เป็นปัญหาที่พบได้ทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นในประเทศที่พัฒนาแล้ว (Developed countries) หรือในประเทศที่กำลังพัฒนา (Developing countries) จากการศึกษาการปฏิรูปของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไต้หวัน พบว่า การเก็บเบี้ยประกันในลักษณะการร่วมจ่ายระหว่างรัฐ เอกชน และประชาชนผู้มีรายได้ ไม่ใช่การบริหารระบบการคลังที่ยั่งยืนเสมอไป หากไม่มีการบริหารระบบการจ่ายค่าบริการที่มีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองต่อคุณภาพและความคุ้มค่าของผู้ใช้บริการ เพราะในประเทศไต้หวันคุณภาพนั้นไม่ใช่ปัญหา แต่เป็นเรื่องของค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเกินความจำเป็นที่ทำให้เกิดปัญหาด้านงบประมาณ ในขณะเดียวกัน การจำกัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแบบปลายปิด อาจลดปัญหาได้ แต่ผลลัพธ์ด้านคุณภาพในการรักษาพยาบาลอาจจะลดลงตามมา ซึ่งการศึกษาระบบประกันสุขภาพของประเทศเนเธอร์แลนด์ที่ถือว่าประสบความสำเร็จอย่างสูง พบว่าความสำเร็จทั้งหมดอยู่ที่การบริหารด้วยการกำหนดและควบคุมโดยภาครัฐ ตามกลไกของการตลาดแบบเสรี โดยรัฐไม่ได้เป็นผู้บริหารกิจการของโรงพยาบาลและไม่ได้เป็นผู้ให้ประกันแก่ประชาชน แต่รัฐจะทำหน้าที่กำหนดกฎเกณฑ์และควบคุมไม่ให้สถานประกอบการต่างๆ ออกนอกกลุ่มนอกทาง ซึ่งรัฐจะไม่ปิดกั้นเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่รัฐจะสนับสนุนให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ เนื่องจากสถานประกอบการส่วนใหญ่มีรายได้และกำไรจากการบริการรักษาพยาบาล จึงไม่จำเป็นต้องพึ่งพาเงินสนับสนุนจากรัฐ

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ควรมีนโยบายและมาตรการ ดังนี้

1. ต้องเร่งให้มีการปฏิรูประบบเศรษฐกิจ โดยสนับสนุนให้มีแข่งขันอย่างเสรี ซึ่งโรงพยาบาลต่าง ๆ ของรัฐควรมีการโอนกิจการของรัฐเป็นของเอกชน (privatisation) ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบโรงพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับบทบาทจากผู้ให้บริการ เป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์และควบคุมระบบการให้บริการสาธารณสุขในภาพรวม ผ่านนโยบายและกฎระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ
2. การจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลในสถานประกอบการทุกแห่งควรเป็นแบบปลายเปิด ด้วยการจ่ายตามบริการที่ให้ (Fee-for-service)

3. รัฐบาลควรสนับสนุนและให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ (Primary care) ในรูปแบบของหน่วยบริการรักษาพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (General practice) ซึ่งสถานประกอบการขนาดเล็กเหล่านี้ควรกระจายอยู่ตามชุมชนต่าง ๆ ควรเป็นสถานประกอบการเอกชนที่แพทย์เป็นเจ้าของ ควรเปิดทำการในรูปแบบ 24 ชั่วโมง เพื่อสามารถรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่ร้ายแรง เป็นการแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และมีเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ที่ครบครัน เพื่อสามารถทำหัตถการเบื้องต้นได้อย่างดี ทั้งนี้ รัฐบาลต้องสนับสนุนด้านเงินทุน

4. ประชากรทุกคนในประเทศต้องลงทะเบียนเป็นผู้ใช้บริการในหน่วยบริการรักษาพยาบาลเวชปฏิบัติหน่วยใดหน่วยหนึ่ง โดยเปิดโอกาสให้เลือกที่ใดก็ได้ และสามารถเปลี่ยนสถานบริการหากมีความประสงค์ในเวลาต่อมา นอกจากนี้ ประชากรทุกคนต้องซื้อประกันสุขภาพกับสถานประกอบการเอกชน โดยภาครัฐจะต้องช่วยเหลือประชากรผู้มีรายได้น้อยด้วยการร่วมจ่าย (Co-Payment) หรือด้วยการลดหย่อนภาษี (Tax reduction) โดยผู้ประกันตนทุกคนต้องได้รับความคุ้มครองขั้นพื้นฐานที่ครอบคลุมทั้งหมด (Full coverage)

5. ระบบการจ่ายค่าบริการควรเป็นลักษณะการจ่ายร่วม (Co-Payment) ในรูปแบบการผสมผสานระหว่างการจ่ายตามบริการที่ให้ (Fee-for-service) กับการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation Fee) โดยคิดตามจำนวนประชากรที่มาลงทะเบียนใช้บริการในสถานประกอบการแต่ละแห่ง

6. ควรเปิดโอกาสให้บริษัทประกันสุขภาพแต่ละแห่งสามารถเลือกทำสัญญาผูกมัดกับหน่วยบริการที่ได้รับการยอมรับจากผู้มาใช้บริการโดยวัดจากจำนวนผู้มาลงทะเบียน

7. รัฐบาลต้องนำระบบการให้ค่าตอบแทนตามผลงาน (Pay-for-performance) มาใช้ในรูปแบบการจ่ายเพิ่มเติมเป็นกรณีพิเศษ (Bonus payment) เพื่อส่งเสริมการแข่งขันด้านคุณภาพระหว่างสถานบริการ

8. ควรนำระบบการสื่อสารผ่านเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medical records and communication) มาใช้ ซึ่งข้อมูลการรักษาพยาบาลต่าง ๆ จะถูกเก็บไว้ในฐานข้อมูลทั้งหมด การส่งตัวผู้ป่วยไปยังศูนย์บริการอื่น ๆ จะทำผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์เพียงอย่างเดียวเท่านั้น รัฐบาลควรศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบให้ครอบคลุมการบริหารจัดการระบบสุขภาพทั้งประเทศ เพื่อหน่วยงานของรัฐและเอกชนสามารถดึงประวัติผู้ป่วยมาใช้ได้ทุกเมื่อในเวลาที่มีความจำเป็น

9. ควรมีระบบการจำกัดค่าใช้จ่าย (Cost containment) ที่มีประสิทธิภาพ รัฐบาลควรนำระบบการจ่ายค่าตอบแทนเป็นงบประมาณ (Global budget) มาใช้ เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายและป้องกันการให้บริการทางการแพทย์ที่เกินกว่าความจำเป็น ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้หากระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นแบบปลายเปิด

10. รัฐบาลต้องควบคุมการแข่งขันระหว่างสถานประกอบการต่าง ๆ และควบคุมการตลาดของกลุ่มอุตสาหกรรมการผลิตยา เช่น การออกกฎหมายควบคุมระบบการบริหารยา หรือปรับปรุงระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นต้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

จับตา...งบบัตรทอง ตรง/ไม่ตรงวัตถุประสงค์. (9 มกราคม 2559). สืบค้น 12 มกราคม 2559

จาก http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1452319546

ชัยวุฒิ ศรีสุขโข. (29 ตุลาคม 2557). 12 ปี ระบบสาธารณสุขไทยภายใต้ระบบหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้า. สืบค้น 12 มกราคม 2559 จาก <http://www.hfocus.org/content/2014/10/8495>

นักวิชาการ ค้านโละ 30 บาท รักษาทุกโรค หนุนคนมีเงินร่วมจ่าย. (27 ธันวาคม 2558).

สืบค้น 12 มกราคม 2559 จาก <http://www.thairath.co.th/content/554920>

บัตรทองจ่อถึงแตก!! ใช้งบสูง 16-17% ต้นแนวทาง 'ประชารัฐร่วมจ่าย' ป้องกันรพ.ล้ม.

(24 ธันวาคม 2558). สืบค้น 12 มกราคม 2559 จาก

http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1450943754

ปรับปรุง “บัตรทอง” ยังไม่จบ ตั้ง กก.อีกชุด เคาะร่วมจ่ายหลังปีใหม่. (29 ธันวาคม 2558). สืบค้น

12 มกราคม 2559 จาก http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1451389897

รักษาการเลขาธิการ สปสช. ยันเพิ่มงบบัตรทองแค่ 5% ของเม็ดเงินทั้งประเทศ. (27 ธันวาคม 2558).

สืบค้น 12 มกราคม 2559 จาก http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1451207288

ภาษาอังกฤษ

Guang-Xu Wang. (April 2010). **Financial Sustainability of Universal Healthcare and Its Reform : The Case of Taiwan.** Asian Social Science, 6(4), 3-18

Marjan J. Faber, Jako S. Burgers, Richard Grol and Gert P. Westert. (2011). **Achieving high performance quality in primary healthcare : The Dutch example.** International Journal of Public Health, 3(4), 441-447