

รายงาน

การจ่ายร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: บทวิเคราะห์เชิงนโยบาย

Draft Report on

CO-PAYMENT IN UNIVERSAL COVERAGE SCHEME: A POLICY ANALYSIS

ในโครงการวิจัย

“การวิเคราะห์แหล่งการคลังในระยะยาวสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”

Under the Project

“Analysis of Long Term Financing for the Universal Health Care Coverage Fund”

จัดทำโดย

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร Viroj Tangcharoensathien

วัลย์พร พัทธนกุล Walaiporn Patcharanarumol

จิตปราณี วาศวิท Chitpranee Vasavid

ภูษิต ประคองสาย Phusit Prakongsai

กัญจนา ทิชยาธิตม Kanjana Tisayaticom

30 เมษายน พ.ศ. 2548

โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ชั้น 3 อาคารคลังพัสต ขอยสาธารณสุข 6 ภายในกระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2590-2366 โทรสาร 0-2590-2385

Web page: <http://www.ihpp.thaigov.net>

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นผู้บริหารเงินโครงการ

กิตติกรรมประกาศ

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

บทคัดย่อ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มดำเนินการทั่วประเทศในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 โดยได้รับเงินงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้ได้กำหนดให้มีการจ่ายร่วมในการรักษาพยาบาลเป็นเงิน 30 บาทต่อครั้ง ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและกรณีผู้ป่วยในสำหรับผู้ใช้บริการที่ถือบัตรทองประเภทไม่มี ท. ซึ่งได้แก่ ประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลใดๆก่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งสมาชิกบัตรสุขภาพในโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ สำหรับผู้ที่เคยได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอื่นๆ มาก่อนเช่น ผู้ถือบัตรสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้ที่ยากจนหรือผู้สูงอายุ (สปร.) ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี จะได้รับบัตรทองประเภทมี ท. นั่นคือเป็นผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลฟรีโดยไม่จำเป็นต้องมีการจ่ายร่วม และเมื่อโครงการฯดำเนินการมาได้ระยะหนึ่งประเด็นการจ่ายร่วม 30 บาทในการรักษาพยาบาลแต่ละครั้งได้ถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาว่า เป็นอัตราที่เหมาะสมหรือไม่ทั้งในด้านเป็นแหล่งรายได้ของสถานพยาบาล และเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลในการป้องกัน การใช้บริการที่เกินจำเป็นของผู้ป่วย (moral hazard)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ถือบัตรทองทั้งประเภทที่ต้องจ่ายร่วมและได้รับการรักษาฟรี อัตราการใช้บริการรักษายาบาลของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบัตรทองประเภทที่ต้องจ่ายร่วม (ไม่มี ท.) และประมาณการรายได้จากการเรียกเก็บค่ารักษาครั้งละ 30 บาทของผู้ที่ต้องจ่ายร่วม และเพื่อเสนอแนะทางเชิงนโยบายสำหรับการปฏิรูปการจ่ายร่วม การศึกษานี้ ใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นฐานข้อมูลหลักของการวิเคราะห์

ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการรักษายาบาลฟรีโดยไม่ต้องจ่ายร่วมนั้น ร้อยละ 4 เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนรวยที่สุดจากทั้งหมด 5 กลุ่ม และร้อยละ 9 เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนรวยรองลงมา สำหรับผู้ถือบัตรทองประเภทที่ต้องมีการจ่ายร่วม 30 บาทนั้น พบว่า เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนจนที่สุดถึงร้อยละ 29 และเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนจนร้อยละ 25 เมื่อประมาณการรายรับจากการจ่ายร่วมพบว่าเป็นจำนวนเงินไม่มากนัก เพียง 1,073 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2546 คิดเป็นร้อยละ 1.9 ของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด หากพิจารณาในด้านการเป็นมาตรการเพื่อป้องกันการมาใช้บริการที่เกินจำเป็นแล้ว เงื่อนไขนี้ไม่น่าจำเป็นสำหรับกรณีการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในเนื่องจากต้องเป็นวินิจฉัยของแพทย์ในการรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน การใช้บริการอย่างฟุ่มเฟือยกรณีผู้ป่วยในเป็นไปได้ ภายใต้การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายงบประมาณและกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (global budget and DRG payment) อย่างไรก็ตาม การจ่ายร่วมอาจจะยังคงจำเป็นสำหรับกรณีผู้ป่วยนอกเนื่องจากเป็นด่านแรกของการรักษาพยาบาล

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ไม่ว่าจะปฏิรูปการจ่ายร่วมไปในรูปแบบใด สิ่งที่ต้องดำเนินการก่อนอื่นคือ การประเมินและทบทวนการออกบัตรทองทั้งประเภทมี ท. และไม่มี ท. เพื่อให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด โดยกลุ่มที่ต้องจ่ายร่วม ไม่ควรจะมีผู้ที่อยู่ในกลุ่มยากจนที่สุดอยู่เลย การจ่ายร่วมไม่ใช่เครื่องมือในการสร้างแหล่งการคลังสุขภาพที่มีนัยสำคัญสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อเทียบกับงบประมาณทั้งหมด ดังนั้นควรยกเลิกการจ่ายร่วมในกรณีผู้ป่วยใน เนื่องจากบริการผู้ป่วยในไม่น่ามีปัญหาการใช้บริการเกินจำเป็นและผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ไม่มีสิ่งจูงใจให้ทำเช่นนั้น ท้ายที่สุด ควรยกเลิกการจ่ายร่วมในสถานพยาบาลระดับสถานีอนามัยทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมการ

ใช้บริการในระดับปฐมภูมิ ในขณะเดียวกัน มีความจำเป็นในการศึกษาวิจัยต่อไปเพื่อตรวจสอบว่ามีบริการที่
ฟุ่มเฟือยหรือเกินจำเป็นหรือไม่ในกลุ่มผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถ้ามี มีมากนักน้อยเพียงใด ก่อนจะปรับเพิ่มอัตราการ
จ่ายร่วมในอนาคต

คำสำคัญ: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจ่ายร่วม การใช้บริการเกินจำเป็น

ABSTRACT

Universal Coverage Scheme was nation-wide launched 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 pay), 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 pay. Current policy debates focused on the appropriateness of co pay 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 pay. The study also proposed several scenarios for reform in both directions (termination and increase of co pay). The 2003 Health and Welfare Survey (HWS) conducted by the National Statistical Office (NSO) was the dataset used for the analysis.

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. Estimate revenue from co pay was probably negligible. This was 1,073 million Baht in FY2003 or 1.9% of total capitation budget financed by the government. Co pay was advocated to deter unnecessary demand among users, but this study proposed that it might not be necessary for 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.

We would recommend that any reform of co pay should over-haul the issuance of UCE and UCP to better targeting as a pre-requisite. Co pay was not a significant resource generation tool to finance UC scheme compared to capitation. Co pay 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

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	i
บทคัดย่อ.....	ii
ABSTRACT	iv
สารบัญ	v
สารบัญตาราง	vi
สารบัญแผนภาพ	vi
บทนำ	1
ความเป็นมา	1
ข้อถกเถียงของการจ่ายร่วม	1
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	2
วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ	2
การมีส่วนร่วมจ่ายเงิน (cost sharing).....	2
ประสบการณ์ของการมีส่วนร่วมจ่ายเงินในต่างประเทศ	2
วัตถุประสงค์	3
วิธีการศึกษา	3
ผลการศึกษา	3
1. เศรษฐฐานะของ UCE และ UCP.....	3
2. การใช้บริการของ UCP.....	4
3. ใครเป็นผู้จ่ายร่วม จำนวนเท่าใด.....	5
4. ทางเลือกของการจ่ายร่วม	6
วิจารณ์	7
บทสรุป	8

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 เศรษฐฐานะของสมาชิกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2546.....	4
ตารางที่ 2 ภาระการจ่ายร่วมต่อรายได้ครัวเรือนจำแนกครัวเรือนหักกลุ่มตามรายได้ครัวเรือนต่อจำนวนสมาชิก	5
ตารางที่ 3 ห้าทางเลือกของอัตราการจ่ายร่วม.....	7

สารบัญแผนภาพ

รูปที่ 1 อัตราการใช้บริการและการใช้สิทธิประกันสุขภาพของ UCP.....	4
--	---

บทนำ

ความเป็นมา

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นหนึ่งในนโยบายหลักของรัฐบาลที่ต้องการขยายความคุ้มครองด้านประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคน¹ โดยมีการเปลี่ยนนโยบายประกันสุขภาพของประเทศจากระบบประกันสุขภาพเฉพาะกลุ่ม เช่น บัตรสงเคราะห์ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) สำหรับผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีและผู้ทุพพลภาพ ไปเป็นการประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นสิทธิของประชาชนไทยทุกคน². ในอดีตที่ผ่านมา รัฐบาลได้ขยายการประกันสุขภาพด้วยโครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ ซึ่งครัวเรือนต้องจ่ายเงินซื้อบัตรประกันสุขภาพและรัฐบาลสนับสนุนเงินอีกส่วนหนึ่ง แต่ด้วยข้อจำกัดของการเป็นโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ทำให้โครงการนี้ไม่สามารถครอบคลุมประชาชนทุกคนได้³ ถึงแม้รัฐบาลในอดีตจะมีความพยายามขยายหลักประกันสุขภาพให้กว้างขวางแต่ก็ยังพบว่า ในปี 2544 มีประมาณร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมดไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ⁴

เมื่อมีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ที่เคยได้รับบัตรสปร.และผู้ซื้อบัตรสุขภาพแบบสมัครใจได้ถูกถ่ายโอนให้อยู่ในการดูแลของโครงการฯ และได้ขยายความคุ้มครองไปยังผู้ที่ไม่เคยมีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ ก่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยผู้ที่เคยมีบัตรสปร.ได้รับการยกเว้นการจ่ายร่วม (co-payment) 30 บาท ณ จุดให้บริการ โดยเป็นผู้ที่ได้รับบัตรทองประเภทมี ท. (ซึ่งต่อไปนี้จะใช้ตัวย่อ UCE: UC exempt) ส่วนผู้ที่เคยมีบัตรสุขภาพโดยสมัครใจและผู้ที่ไม่เคยมีสิทธิประกันสุขภาพใดๆมาก่อน จะต้องจ่ายร่วม 30 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอกหรือต่อรายผู้ป่วยใน โดยเป็นผู้ที่ได้รับบัตรทองประเภทไม่มี ท. (ซึ่งต่อไปนี้จะใช้ตัวย่อ UCP: UC pay)

ข้อถกเถียงของการจ่ายร่วม

นับตั้งแต่เริ่มดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความเหมาะสมของการจ่ายร่วม 30 บาทโดยผู้ป่วยจ่าย ณ จุดให้บริการได้ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นในการอภิปรายในระดับนโยบายหลายครั้ง โดยมีสองแนวคิดหลัก ได้แก่

แนวคิดที่หนึ่ง คือ **ยกเลิกการจ่ายร่วม** ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนเงิน 30 บาทดูเหมือนเป็นจำนวนที่ไม่มาก เมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนด้านการรักษาพยาบาลทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่รัฐต้องให้การสนับสนุน และการจ่ายร่วมยังอาจเป็นภาระที่หนักหนาสำหรับผู้ป่วยที่ยากจนและมีรายได้น้อย นอกจากนี้ ค่าบริหารจัดการเพื่อการเก็บเงินอาจไม่คุ้มค่าต่อรายได้ที่เกิดขึ้นและก็คงไม่ได้เกิดรายได้เพียงพอต่อสถานพยาบาล และในท้ายที่สุด มีข้อโต้แย้งว่า UCP ที่มีรายได้น้อยกลุ่มนี้ควรถูกจัดให้เป็น UCE อย่างเหมาะสม

แนวคิดที่สอง คือ **การเพิ่มจำนวนเงินการจ่ายร่วมให้เป็นจำนวนสูงสุดที่ผู้ป่วยเต็มใจจ่าย** ซึ่งแนวคิดดังกล่าว มีวัตถุประสงค์สองประการ คือ การลดความฟุ่มเฟือยการใช้บริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นที่เกิดจากผู้ป่วย (moral hazards) และ การสร้างรายได้เพิ่มขึ้นให้กับสถานพยาบาล ซึ่งแนวคิดเพื่อการสร้างรายได้ ได้รับการสนับสนุนจากสถานพยาบาลค่อนข้างมาก

การเก็บรายได้จากการจ่ายร่วมสามารถกระทำได้ ทั้งนี้มีการระบุในมาตรา 39 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถมีแหล่งเงินได้จากหลายแหล่ง และการจ่ายร่วมถือเป็นแหล่งการคลังแหล่งหนึ่งตามมาตรา 39(3) ที่ได้ระบุไว้ใน พรบ.ฉบับนี้

ในปีงบประมาณ 2548 ได้มีการวิพากษ์ หรือ และถกเถียงในระดับนโยบาย ถึงความเป็นไปได้สำหรับการจ่ายร่วมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในหลายลักษณะ เช่น การจ่ายค่ารักษาพยาบาลทางการแพทย์ทั้งหมดสำหรับผู้ที่พักรักษาพยาบาลในท้องพิเศษ การเพิ่มอัตราการจ่ายร่วมสำหรับ UCP ทุกคน โดยมีเหตุผลสนับสนุนที่สำคัญคือ การแสวงหาแหล่งการคลังสุขภาพเพิ่มขึ้นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยให้ประชาชนที่สามารถจ่ายได้มีส่วนร่วมในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และเหตุผลอีกประการหนึ่งคือ การป้องกันการให้บริการสุขภาพที่เกินจำเป็นของผู้ป่วย (moral hazard)

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ

วิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการให้บริการ⁵ ในที่นี้ จะวิเคราะห์สองวิธีการที่ใช้มากในประเทศไทย คือ วิธีการจ่ายตามการให้บริการ (Fee For Service) ทำให้สถานพยาบาลมีแนวโน้มให้บริการจำนวนมากเนื่องจากผู้ให้บริการสุขภาพสามารถเรียกเก็บเงินได้มาก ส่งผลให้ระบบสุขภาพมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น ดังเห็นได้ในกรณีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ⁶ ในทางกลับกัน วิธีการจ่ายเงินแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว สถานพยาบาลมักเลือกรับขึ้นทะเบียนผู้ที่มีสุขภาพดี (adverse selection) แต่จะหลีกเลี่ยงการขึ้นทะเบียนให้แก่ผู้สูงอายุ (ซึ่งมีความเสี่ยงในการใช้บริการสูง) หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว สถานพยาบาลจะพยายามควบคุมการให้บริการเฉพาะเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เพื่อให้ค่าใช้จ่ายสอดคล้องกับรายรับที่ได้รับ ซึ่งคงที่ตามจำนวนผู้ที่ขึ้นทะเบียนกับตน นอกจากนี้ เชื่อว่าการใช้บริการเกินจำเป็นที่เกิดจากการร้องขอของผู้ป่วยไม่น่าจะมีมากนัก เนื่องจากการตัดสินใจสำหรับการให้บริการสุขภาพมักขึ้นกับแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่มีข้อมูลในการตัดสินใจมากกว่า (asymmetrical information)

การมีส่วนร่วมจ่ายเงิน (cost sharing)

รูปแบบของการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินด้านสุขภาพ (cost sharing) มีหลากหลายวิธีการ การจ่ายร่วม (co-payment) เป็นหนึ่งในหลายวิธีการเหล่านั้น⁷ มีจุดมุ่งหมายเบื้องต้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในระบบ โดยประชาชนจะมีความระมัดระวังการเลือกใช้บริการให้เป็นไปอย่างพอสมควรเท่านั้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการรักษายาบาลระหว่างผู้มีฐานะร่ำรวยและผู้มีฐานะยากจน⁸

ประสบการณ์ของการมีส่วนร่วมจ่ายเงินในต่างประเทศ

จากข้อมูลปี 2543 ของกลุ่มประเทศพัฒนา ซึ่งเป็นสมาชิกขององค์การความร่วมมือด้านเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Cooperation and Development – OECD)⁸ (I am not sure which reference you use with this information. If reference number 7, data from OECD countries should be 2003 (2574 B,E.))

จำนวนกว่า 30 ประเทศ พบว่า มีการใช้รูปแบบผสมผสานของการมีส่วนร่วมจ่ายเงิน ยกตัวอย่างเช่น ประเทศญี่ปุ่น ผู้ประกันตนต้องจ่ายร่วมร้อยละ 20 ของรายจ่ายทั้งหมดในการพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและการเข้าพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน ส่วนประเทศสาธารณรัฐเกาหลีใต้ ประชาชนต้องจ่ายร่วมกรณีรักษาแบบผู้ป่วยนอกแตกต่างกันไปตามระดับบริการสุขภาพที่ได้รับ กล่าวคือ ต้องจ่ายร่วมร้อยละ 30 เมื่อรักษาที่คลินิก ร้อยละ 40 เมื่อรักษาที่โรงพยาบาล และร้อยละ 55 เมื่อรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป และต้องจ่ายร่วมร้อยละ 20 กรณีการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน มีหลายประเทศที่มีการจ่ายร่วมบางรายการ เช่น ประเทศออสเตรเลีย ต้องจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยนอก แต่ไม่ต้องจ่ายร่วมการเข้ารักษาตัวแบบผู้ป่วยในประเทศแคนาดา ไม่ต้องจ่ายร่วมเงินทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่ต้องจ่ายร่วมค่ายา เป็นต้น

ด้วยเหตุผลที่การจ่ายร่วมเป็นนโยบายสุขภาพที่ดำเนินการในหลายประเทศทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้ ในส่วนของประเทศไทย ได้มีการเสนอให้มีการจ่ายร่วมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและป้องกันการใช้บริการสุขภาพเกินความจำเป็น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำการศึกษาในประเด็นดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อให้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับประกอบการตัดสินใจนโยบายและการดำเนินการจ่ายร่วมที่มีความเหมาะสม (evidence based policy decision)

วัตถุประสงค์

1. วิเคราะห์โครงสร้างของกลุ่ม UCP และ UCE
2. ประเมินรายได้จากการจ่ายร่วมของกลุ่ม UCP ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2546
3. เสนอทางเลือกอัตราจ่ายร่วมพร้อมทั้งประมาณการรายได้ที่จะได้รับในภาพรวมทั้งประเทศ
4. นำเสนอข้อคิดเห็นเชิงนโยบายต่อการจ่ายร่วมภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วิธีการศึกษา

ใช้ฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน (สอส) ปี 2546 ที่ทำการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อวิเคราะห์การกระจายโครงสร้าง การเจ็บป่วย การเลือกใช้บริการในสถานพยาบาล การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของผู้ที่เป็น UCP และ UCE

ผลการศึกษา

1. โครงสร้างของ UCE และ UCP

ปี 2546 ประชากรไทยมีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งสิ้น 47.7 ล้านคน ร้อยละ 56 เป็น UCP และร้อยละ 44 เป็น UCE (ตารางที่ 1) จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจำแนกครัวเรือน ตามรายได้ครัวเรือนต่อหัวสมาชิกครัวเรือน ออกเป็นห้ากลุ่มเท่าๆกัน (quintiles) ตั้งแต่กลุ่มจนที่สุดไปจนถึงกลุ่มรวยที่สุด ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือนมีการสัมภาษณ์รายได้ประมาณการต่อเดือนทั้งที่เป็นเงินรายได้และเป็นสิ่งของของครัวเรือน ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเฉพาะ UCE พบว่า มีผู้ที่อยู่ในกลุ่มรายได้ปานกลางร้อยละ 17 กลุ่มรวยร้อยละ 9 และกลุ่มรวยที่สุดร้อยละ 4 หากไม่นับผู้ที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีและผู้สูงอายุในกลุ่มเหล่านี้แล้ว บุคคลที่เหลือในกลุ่มเหล่านี้ควรต้องเป็น UCP

เมื่อพิจารณาเฉพาะ UCP พบว่า มีผู้ที่อยู่ในกลุ่มรายได้จนและจนที่สุดถึงร้อยละ 25 และ 29 ซึ่งบุคคลทั้งหมดนี้ควรเป็น UCE กลุ่มคนเหล่านี้ต้องแบกรับภาระการจ่ายร่วมทั้งที่ควรได้รับการยกเว้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มผู้มีสิทธิเหล่านี้เป็นบุคคลที่ไม่ได้รับการครอบคลุมอย่างเหมาะสม (under coverage) ของบัตรสปร.ในอดีต

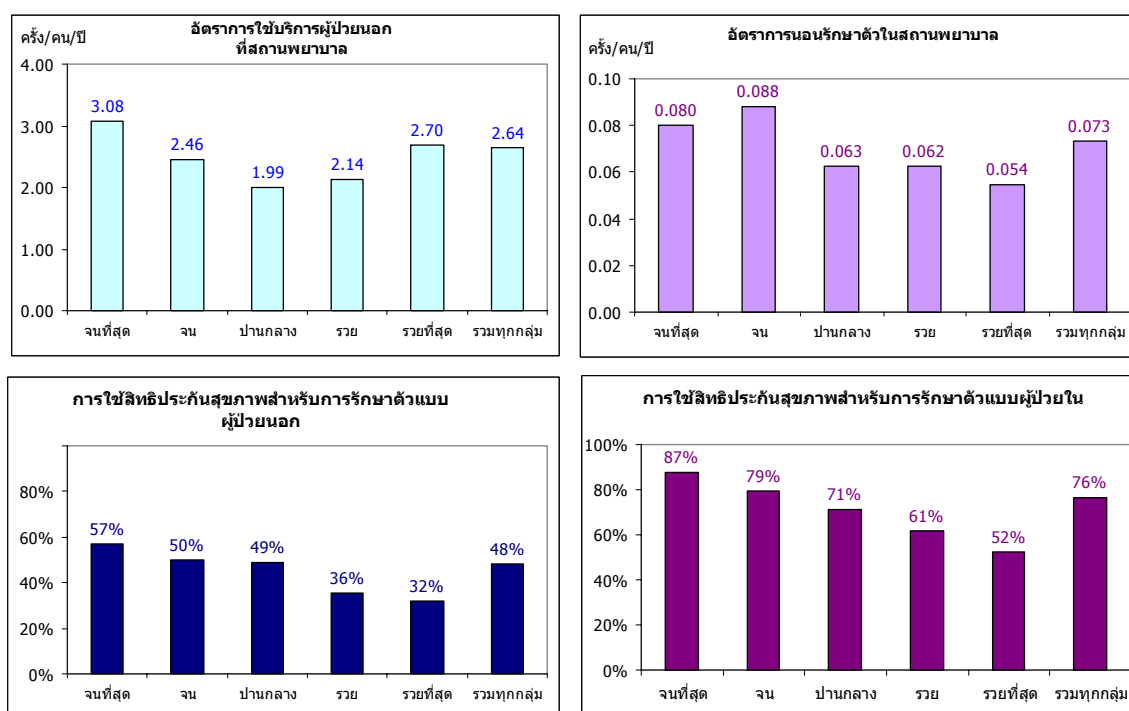
ตารางที่ 1 เศรษฐฐานะของสมาชิกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2546

	จนที่สุด	จน	ปานกลาง	รวย	รวยที่สุด	รวม	ล้านคน	ร้อยละ
UCP	29%	25%	22%	15%	8%	100%	26.8	56
UCE	42%	28%	17%	9%	4%	100%	20.9	44
รวม							47.7	100

2. การใช้บริการของ UCP

ผลการศึกษาในตอนนี้เป็นต้นไป เป็นการนำข้อมูลของกลุ่ม UCP จำนวน 26.8 ล้านคนเท่านั้น มาทำการวิเคราะห์ (เนื่องจาก UCE ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ 30 บาท) พบว่า UCP มีอัตราการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลเฉลี่ย 2.64 ครั้ง/คน/ปี อัตราการนอนโรงพยาบาล แบบผู้ป่วยในเฉลี่ย 0.073 ครั้ง/คน/ปี มีข้อสังเกตว่าการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพสำหรับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในสูงกว่าผู้ป่วยนอกอย่างเห็นได้ชัดในทุกกลุ่มรายได้ และกลุ่มจนที่สุดมีการใช้สิทธิมากที่สุดลดหลั่นลงไปจนถึงกลุ่มรวยที่สุด (รูปที่ 1)

การใช้บริการผู้ป่วยในเกิดขึ้นจากการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งไม่น่าจะเกิดจากการต้องการให้มีการนอนโรงพยาบาลที่เกินจำเป็นภายใต้วิธีการจ่ายเงินแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ดังนั้นการที่กลุ่มจนที่สุดและจนมีอัตราการใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่สูงกว่ากลุ่มอื่น แสดงให้เห็นว่า กลุ่มเหล่านี้น่าจะมีความต้องการด้านสุขภาพ (health need) ที่มากกว่า



รูปที่ 1 อัตราการใช้บริการและการใช้สิทธิประกันสุขภาพของ UCP

3. ใครเป็นผู้จ่ายร่วม จำนวนเท่าใด

เมื่อประมาณการเงินจ่ายร่วม (30 บาทต่อครั้ง) จาก UCP ที่ให้บริการและได้ใช้สิทธิประกันสุขภาพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จากข้อมูล สอศ. ปี 2546 พบว่า มีการจ่ายร่วมทั้งหมด 1,073 ล้านบาท คิดเป็นเพียงร้อยละ 1.9 ของอัตราเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมดที่ต้องการประมาณ 57,355 ล้านบาท (47.7 ล้านคนคูณด้วยอัตราเหมาจ่าย 1,202.4 บาท สำหรับปี 2546) เป็นเงินจ่ายร่วมจากการให้บริการกรณี ผู้ป่วยนอก 1,028 ล้านบาท และ กรณีผู้ป่วยใน 45 ล้านบาท โดยกลุ่มจนที่สุดและกลุ่มจนเป็นผู้จ่ายร่วมมากที่สุดถึงร้อยละ 40 และร้อยละ 25 ของจำนวนเงินจ่ายร่วมทั้งหมดตามลำดับ (ตารางที่ 2) ทั้งนี้เนื่องจากทั้งสองกลุ่มของ UCP มีอัตราการใช้บริการและการใช้สิทธิที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

กลุ่มจนที่สุดต้องแบกรับภาระการจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยนอกคิดเป็นร้อยละ 0.73 ของรายได้ ในขณะที่กลุ่มรวยที่สุดจ่ายเพียงร้อยละ 0.02 ถึงแม้ว่าภาระเพียงร้อยละ 0.73 หรือ 0.02 ของรายได้จะเป็นเพียงน้อยนิดเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายอื่นๆ แต่โดยหลักการแล้ว นโยบายสุขภาพไม่สามารถยอมรับความไม่เสมอภาคดังกล่าว โดยที่กลุ่มจนที่สุดต้องรับภาระการจ่ายร่วมมากเป็น 37 เท่าของกลุ่มรวยที่สุด ($37 = 0.73 \div 0.02$)

ตารางที่ 2 ภาระการจ่ายร่วมต่อรายได้ครัวเรือนจำแนกครัวเรือนห้ากลุ่มตามรายได้ครัวเรือนต่อจำนวนสมาชิก

	จนที่สุด	จน	ปานกลาง	รวย	รวยที่สุด	รวมทุกกลุ่ม
จำนวนผู้ที่ต้องจ่ายร่วมในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ล้านคน)	7.76	6.80	5.86	4.14	2.27	26.83
ร้อยละจำนวนผู้ที่ต้องจ่ายร่วม	29	25	22	15	8	100
อัตราการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก ณ สถานพยาบาล (ครั้ง / คน / ปี)	3.08	2.46	1.99	2.14	2.70	2.64
อัตราการใช้สิทธิ UC สำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OP compliance rate, ร้อยละ)	57	50	49	36	32	48
อัตราการป่วยแบบผู้ป่วยใน (ครั้ง / คน / ปี)	0.080	0.088	0.063	0.062	0.054	0.073
อัตราการใช้สิทธิ UC สำหรับการป่วยแบบผู้ป่วยใน (IP compliance rate, ร้อยละ)	87	79	71	61	52	76
รายได้เฉลี่ยต่อคน (บาท/เดือน)	622	1,445	2,405	3,961	11,085	2,621
รายได้ (ล้านบาท/ปี)	57,918	117,990	169,008	196,825	302,313	844,054
ร้อยละของรายได้	7%	14%	20%	23%	36%	100%
จำนวนครั้งการใช้บริการที่สถานพยาบาล (ล้านครั้ง)	14.19	8.87	5.97	3.30	2.02	35.77
จำนวนเงินจากการจ่ายร่วม (ล้านบาท)	425.60	266.01	179.19	99.01	60.477	1,073.12
ร้อยละจำนวนเงินจ่ายร่วม	40	25	17	9	6	100
เงินจ่ายร่วมคิดเป็นร้อยละของรายได้	0.73	0.23	0.11	0.05	0.02	0.13

4. ทางเลือกของการจ่ายร่วม

จากรายงาน 0110 รง 5 ปี 2546 ค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยค่าวัสดุสำหรับการรักษาผู้ป่วยนอกที่สถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์ เท่ากับ 27, 166 และ 246 บาทต่อครั้งตามลำดับ ค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วยค่าวัสดุสำหรับการรักษาผู้ป่วยในที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์ เท่ากับ 2,674 และ 4,685 บาทต่อครั้งตามลำดับ ดังนั้น การเก็บเงินจ่ายร่วม 30 บาทต่อครั้งที่สถานีนอนามัย เป็นอัตราที่ทำให้มีอัตราการคืนทุน (cost recovery) มากกว่าร้อยละ 100 (โดยที่ต้นทุนวัสดุเพียง 27 บาท) หมายถึงมีกำไรจากการเก็บเงินจ่ายร่วมในระดับสถานีนอนามัย

ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์และหลักการที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงกำหนดให้ทางเลือกของการจ่ายร่วมซึ่งสามารถเป็นไปได้สองแนวทาง คือ การเพิ่มและการลดหรืองดการจ่ายร่วม โดยมีหลักการสำคัญ ดังนี้

ข้อที่หนึ่ง ยกเลิกการจ่ายร่วมที่ระดับสถานีนอนามัย ด้วยเหตุผลข้างต้น อีกทั้งเพื่อเป็นการสนับสนุนให้มีการใช้บริการสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ

ข้อที่สอง ยกเว้นการจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยใน เนื่องด้วยการส่งใช้บริการเกิดจากการวินิจฉัยของแพทย์เป็นหลัก ซึ่งไม่น่าจะเป็นการให้บริการที่เกินจำเป็น และเพื่อไม่ให้มีอุปสรรคทางการเงินต่อผู้ป่วย

ข้อที่สาม การจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์ ควรให้คงปฏิบัติต่อไปตราบเท่าที่ยังไม่มีการพิสูจน์ว่า มีการใช้บริการที่เกินจำเป็น (moral hazards) ภายใต้วิธีจ่ายเงินแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว

ข้อที่สี่ การจ่ายร่วมที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนควรมีอัตราการจ่ายร่วมน้อยกว่าที่ระดับโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์ ทั้งนี้เพื่อเป็นการสนับสนุนให้มีการใช้บริการระดับทุติยภูมิที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

นักวิจัยกำหนดจากทัศนในการคำนวณตามสภาพปัจจุบันเปรียบเทียบห้าทางเลือกที่สร้างขึ้น (ตารางที่ 3) ดังนี้
สภาพปัจจุบัน: จ่ายร่วม 30 บาทต่อครั้งการให้บริการ

ทางเลือกที่ 1: ยกเลิกการจ่ายร่วมที่สถานีนอนามัย

ทางเลือกที่ 2: ยกเลิกการจ่ายร่วมที่สถานีนอนามัยและการใช้บริการแบบผู้ป่วยใน

ทางเลือกที่ 3: ยกเลิกการจ่ายร่วมที่สถานีนอนามัยและสำหรับการใช้บริการแบบผู้ป่วยใน กำหนดให้อัตราการจ่ายร่วมสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่าที่โรงพยาบาลจังหวัด

ทางเลือกที่ 4: ยกเลิกการจ่ายร่วมที่สถานีนอนามัย กำหนดให้อัตราการจ่ายร่วมสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นอัตราเดียวกัน แต่อัตราการจ่ายร่วมที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่าที่โรงพยาบาลจังหวัด

ทางเลือกที่ 5: ยกเลิกการจ่ายร่วมที่สถานีนอนามัย กำหนดให้อัตราการจ่ายร่วมสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกน้อยกว่าผู้ป่วยใน และอัตราการจ่ายร่วมที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่าที่โรงพยาบาลจังหวัด

ตารางที่ 3 ห้าทางเลือกของอัตราการจ่ายร่วม

	อัตราจ่ายร่วม (บาทต่อครั้งการใช้บริการ)					
	สภาพปัจจุบัน	ทางเลือกที่ 1	ทางเลือกที่ 2	ทางเลือกที่ 3	ทางเลือกที่ 4	ทางเลือกที่ 5
1. อัตราจ่ายร่วม บาทต่อครั้งการใช้บริการ						
1.1 ผู้ป่วยนอก						
• สถานีอนามัย	30	0	0	0	0	0
• รพ.ชุมชน	30	30	30	60	60	60
• รพ.จังหวัด	30	30	30	100	100	100
1.2 ผู้ป่วยใน						
• รพ.ชุมชน	30	30	0	0	60	120
• รพ.จังหวัด	30	30	0	0	100	200
2. ประมาณการเงินจ่ายร่วมที่จัดเก็บได้* (ล้านบาท) ปี 2546	1,073	641	596	1,454	1,569	1,684
3. ร้อยละของเงินเหมา จ่ายรายหัวที่ต้องการทั้งหมด 57,355 ล้านบาท ปี 2546	1.9%	1.1%	1.0%	2.5%	2.7%	2.9%
4. เงินจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยนอก (ร้อยละ)	96%	93%	100%	100%	93%	86%
5. เงินจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยใน (ร้อยละ)	4%	7%	0%	0%	7%	14%

* เงินจ่ายร่วมที่คาดว่าจะเก็บได้คำนวณจากจำนวน UCP อัตราการใช้บริการและอัตราการใช้สิทธิของ UCP จาก สอส 2546

จากการคำนวณในตารางที่ 3 แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยนอกเป็นแหล่งก่อให้เกิดรายได้มากกว่าการจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยใน เนื่องจากมีจำนวนครั้งการใช้บริการมากกว่า (volume effects) แต่ไม่ว่าจะเป็น สภาพปัจจุบันหรือทางเลือกใดก็ตาม การเก็บเงินจ่ายร่วมสามารถเป็นแหล่งเงินได้เพียงไม่ถึงร้อยละ 3 ของความต้องการเงินอัตราเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด ผู้วิจัยมีข้อสรุปว่า การจ่ายร่วม 30 บาท แบบอัตราคงที่ (fix rate) ไม่สามารถเป็นแหล่งเงินหลักที่สำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพ ยกเว้นจะเป็นร้อยละของค่ารักษาพยาบาล (cost sharing) อย่างเช่นหลายประเทศใน OECD เช่น ร้อยละ 30 ของค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอกหรือ ผู้ป่วยใน ในประเทศญี่ปุ่น เป็นต้น ซึ่งหากดำเนินนโยบายการจ่ายร่วมในลักษณะดังกล่าว ก็อาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเมื่อผู้มีสิทธิจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง

วิจารณ์

ด้วยปัญหาการออกบัตร สปร. ในอดีตที่ไม่มีประสิทธิภาพในการครอบคลุมคนจน โดยคนจนจริงไม่ได้รับบัตร และคนไม่จนได้รับบัตร สปร. 9, 10, 11 เมื่อนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการ ผู้ที่จนจริงแต่ไม่มีบัตร สปร. จะได้รับบัตรประกันสุขภาพที่ไม่มี ท. ซึ่งต้องจ่ายเงิน 30 บาททุกครั้งที่ใช้บริการ ไม่ว่าผู้ป่วยนอกหรือใน หรือ ระดับบริการใด ถือว่าเป็นมรดก (legacy) ที่มีปัญหาของการออกบัตร สปร. ในอดีต การออกบัตร มี ท. และไม่มี ท. ใหม่ โดย สปสช. โดยการวัดรายได้ (means testing) จะประสบกับปัญหาดังเดิมของการออกบัตร สปร. โดยใช้ต้นทุนหลายร้อยล้านบาทในการสำรวจ และออกบัตรใหม่ ในขณะที่ สปสช. ยังไม่มีนโยบายจะออกบัตร มี และ ไม่มี ท. ใหม่ แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้แสดงให้เห็น UCE อยู่ในกลุ่มรายได้ปานกลางร้อยละ 17 กลุ่มรวยร้อยละ 9 และกลุ่มรวยที่สุดร้อยละ 4 บุคคลเหล่านี้ควรต้องเป็น UCP ในทางตรงกันข้าม UCP อยู่ในกลุ่มรายได้จนและจนที่สุดถึงร้อยละ 25 และ 29 ตามลำดับ บุคคลเหล่านี้ควรเป็น UCE (ต้องไม่ลืมข้อเท็จจริงประการหนึ่งว่า ในอดีต ทางราชการออกบัตร สปร. ให้กับ

ผู้สูงอายุและเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีทุกคน โดยไม่คำนึงว่า กลุ่มคนเหล่านี้อยู่ใน quintiles ใด ดังนั้น จึงมีความเป็นไปได้ ที่กลุ่มที่มีรายได้ปานกลางหรือร่ำรวยจะได้รับบัตรทองประเภท UCE หากแต่เดิมกลุ่มเหล่านี้มีบัตร สป.ร.อยู่ อย่างไรก็ตาม กลุ่ม UCP ที่มีคนยากจนอยู่เป็นจำนวนมากนั้น อาจสะท้อนความล้มเหลวของการออกบัตร สป.ร.ได้ดีกว่าความ ผิดพลาดที่เกิดขึ้นในกลุ่ม UCE)

การพัฒนานโยบายการจ่ายร่วม เพื่อเกิดค่าบริการจากผู้ใช้สิทธิ ให้มากขึ้นนั้น จะต้องดำเนินการแก้ไขพื้นฐานสถานะ ของ UCP และ UCE เสียก่อน โดยการออกบัตรใหม่ ให้เหมาะสม ซึ่งไม่ใช่เป็นเรื่องง่าย เนื่องจาก ประสบการณ์ means testing ในประเทศไทย เป็นประสบการณ์ด้านลบ แม้ว่า ชุมชน มีส่วนร่วมในการวินิจฉัยคนจนในหมู่บ้านของตน

นอกจากนี้ จุดอ่อนที่อาจจะต้องคำนึงถึงในการศึกษาค้างนี้ คือ การใช้ข้อมูลประมาณการรายรับของครัวเรือนจากการ สํารวจ สอศ. ปี พ.ศ. 2546 เป็นตัวแบ่งสถานะของครัวเรือน อาจมีข้อจำกัดในเรื่องของความถูกต้องแม่นยำ ทั้งนี้ เนื่องจาก ข้อมูลรายรับที่แท้จริงของครัวเรือนนั้นเป็นข้อมูลที่ยากในการเข้าถึง และ หากต้องการข้อมูลรายรับที่ใกล้เคียง ความจริง อาจจำเป็นต้องใช้ข้อมูลและระยะเวลาในการสัมภาษณ์ที่เพิ่มมากขึ้นกว่าการสอบถามเพียงข้อมูลเดียว

การวิเคราะห์พบว่า การจ่ายร่วมแบบอัตราคงที่ (fix rate) ในปัจจุบัน ไม่มีศักยภาพในการเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้เปลี่ยนเป็น cost sharing เช่น เก็บเป็นร้อยละของค่ารักษาพยาบาล ซึ่ง อาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพและความเป็นธรรมในด้านการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน

วัตถุประสงค์ของการจ่ายร่วมคือ การส่งสัญญาณให้ผู้ใช้บริการ มีความสมเหตุสมผลของการใช้บริการสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อทุกอย่างฟรี ก็จะใช้บริการฟุ่มเฟือย อย่างไรก็ตาม ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งใช้วิธีการจ่าย แบบเหมาจ่าย กรณีผู้ป่วยนอก และกำหนดเพดานงบประมาณ และการวินิจฉัยโรคร่วม กรณีผู้ป่วยใน ไม่น่าจะมี เหตุการณ์ moral hazard มากนัก เมื่อเทียบกับวิธีการจ่ายแบบ fee for service ซึ่ง moral hazard เกิดจากฝ่ายผู้ ให้บริการมากกว่า เนื่องจากมีแรงจูงใจบริการมาก เพื่อให้มีรายได้มาก เช่น กรณีของ สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ เป็นต้น

หลักการที่เสนอในข้อที่สี่ ให้อัตราจ่ายร่วมที่โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่าโรงพยาบาลจังหวัด จะใช้ได้ก็ต่อเมื่อมี โรงพยาบาลชุมชนในเขตเมืองซึ่งยังไม่เป็นจริงในขณะนี้ ระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนั้น ผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาพยาบาล แบบผู้ป่วยในที่ระดับตติยภูมิและตติยภูมิต้องผ่านกระบวนการส่งต่อซึ่งไม่ต้องจ่ายร่วม และหากผู้ป่วยเลือกไปรักษาที่ ระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลจังหวัด) ด้วยตนเองซึ่งเป็นการข้ามเขต ก็จะไม่สามารถใช้สิทธิได้อยู่แล้ว ผู้ป่วยต้องจ่ายเงิน เองทั้งหมด

บทสรุป

1. ในกลุ่ม UCP มีคนจำนวนมาก (ร้อยละ 29 และ 25) ที่เป็นกลุ่มที่จนที่สุดและจน ดังนั้น ก่อนการเปลี่ยนแปลง นโยบายการจ่ายร่วมใดๆ คนกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลจากโครงการหลักประกันสุขภาพให้เป็น UCE เป็นอันดับ แรก แต่อย่างไรก็ตามการจัดการออกบัตร UCE และ UCP ให้ตรงเป้าหมายมากที่สุดเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่มากนัก อีกทั้งอาจมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างมาก

2. รายได้จากการจ่ายร่วมเป็นรายได้ที่น้อยนิดเพียงร้อยละ 1.9 ของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่ต้องการทั้งหมด ดังนั้น การจ่ายร่วมไม่ใช่แหล่งรายได้หลักสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. หากวัตถุประสงค์หลักของการจ่ายร่วมเป็นการป้องกันการให้บริการที่เกินจำเป็น ก็คงไม่มีความจำเป็นต้องมีการจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยใน ดังนั้น ควรยกเลิกการจ่ายร่วมสำหรับผู้ป่วยใน
4. การจ่ายร่วมอาจยังมีความจำเป็นกรณีผู้ป่วยนอก แต่ควรยกเว้นการจ่ายร่วมที่สถานีนอyman เพราะอัตราการค้าทุนต่อต้นทุนค่าวัสดุเกินร้อยละ 100 และเพื่อเป็นการสนับสนุนการให้บริการระดับปฐมภูมิ
5. หากด้านนโยบายยืนยันที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงการจ่ายร่วมไม่ว่าทั้งการเพิ่มหรือการลด และหากหลักการสี่ข้อ ของการปรับนโยบายการจ่ายร่วมเป็นที่ยอมรับ ทางเลือกที่ 3 เป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวมากที่สุด คือ การยกเลิกการจ่ายร่วมที่สถานีนอyman และการจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยใน ให้คงมีเฉพาะการจ่ายร่วมผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลชุมชนจำนวนที่น้อยกว่า (60 บาทต่อครั้ง) โรงพยาบาลจังหวัด (100 บาทต่อครั้ง) ซึ่งจะทำให้เกิดรายได้ประมาณ 1,454 ล้านบาท สูงกว่าการจ่ายร่วมตามสภาพที่เป็นอยู่ในขณะนี้เล็กน้อย แต่ก็มีรายได้เพียงร้อยละ 2.5 ของงบประมาณที่ต้องการทั้งหมดเท่านั้น ซึ่งต้องระมัดระวังผลกระทบที่จะเกิดต่อคนจนในเขตเมือง จึงต้องจัดการออกบัตรยกเว้นการจ่ายร่วมให้ครอบคลุมคนจนอย่างทั่วถึงมากที่สุด
6. จากข้อมูล สอส. 2546 (หลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) เปรียบเทียบกับ สอส 2544 (ก่อนโครงการฯ) พบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 9¹² ดังนั้น สิ่งท้าทายด้านวิชาการ คือ การพิสูจน์ว่ามีการใช้บริการเกินจำเป็น (moral hazards) หรือไม่ภายใต้วิธีการจ่ายเงินแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว (capitation) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการจ่ายเงินตามจำนวนการให้บริการ (Fee for service) ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

เอกสารอ้างอิง

1. Pitayarangsarit, S. The Introduction of the Universal Coverage of Health Care Policy in Thailand: Policy Responses. Doctoral thesis. London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2004.
2. Tangcharoensathien, V., Teokul, W., Chanwongpaisarn, L. Social Welfare System in Thailand: Challenges of Implementing Universal Coverage. Paper presented at UNRISD workshop, Bangkok July 2003.
3. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปรางค์ วาศวิท, กัญจนา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัทธนกุล และภูษิต ประคองสาย. การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต. ใน กลไกทางการเงินการคลังด้านประกันสุขภาพของประเทศ. เอกสารวิชาการ เพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2547.
4. Tangcharoensathien, V., Wibulpholprasert, S and Nitayaramphong, S. Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development. *Bull World Health Organ.* Oct. 2004, vol.82, no.10, p.750-756.
5. Normand C and Weber A. Social Health Insurance: A Guidebook for Planning. Geneva., WHO & ILO, 1994

-
6. Tangcharoensathien V, Lertiendumrong J, Saranasathaporn S. (1999). Research Report on the research for the reform of Civil Servant Medical Benefit Scheme. Bangkok: Health Systems Research Institute. Mimeograph in Thai.
 7. 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.
 8. Newbrander W., Collins D. and Gilson L. Ensuring Equal Access to Health Services: User Fee Systems and the Poor. Boston: : Management Sciences for Health. 2000.
 9. ศุภสิทธิ์ พรธนาโรนัย. สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล: การคลังและการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย. ใน: จเด็จ ธรรมธัชอารี, บรรณาธิการ. ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
 10. ราไพ สุขสวัสดิ์. การประเมินผลการออกบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย. กรุงเทพมหานคร: รายงานกองสาธารณสุข ภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข; 2532.
 11. สักลยา คงสวัสดิ์, พิชญ์ รอดแสง, ลินธิ์ โชนงนุช, วรณา จารุสมบุญ. ประสิทธิภาพและกระบวนการออกบัตรด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย รอบที่ 6 (พ.ศ. 2541-2543). นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข; 2543
 12. จิตปราณี วาศวิท, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กัญจนา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัทธนถมุล และนวรรตน์ โอปนพันธ์. อนามัย และสวัสดิการของคนไทย หลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่ 1: เรื่อง ใครไม่มีหลักประกัน และการเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพของคนไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข; 2547; 13:428-39.