

บทความพิเศษ

SPECIAL ARTICLE

แนวนโยบายการดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7

The Policy Guideline for the Implementation of Voluntary Health Insurance Programme in the Seventh Health Development Plan

กองแผนงานสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

Health Planning Division
Ministry of Public Health

1. บทนำ

การดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ตามรูปแบบของโครงการบัตรสุขภาพในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 นั้น ปรากฏว่าการครอบคลุมประชากรลดลงเรื่อยๆ มีเพียงร้อยละ 50 ของจังหวัดที่ยังคงดำเนินการอยู่ และแนวโน้มของการขยายตัวไม่ดีเท่าที่ควร ทั้งนี้เพราะนโยบายของโครงการไม่ชัดเจนและมีอุปสรรคปัญหาในการดำเนินงานในพื้นที่ค่อนข้างมาก เพราะโครงการฯ ได้อาศัยรูปแบบของโครงการบัตรสุขภาพดั้งเดิม ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลากหลาย ได้แก่ การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยและการประกันสุขภาพ

เศรษฐกิจของประเทศไทยได้ขยายตัวค่อนข้างมากในช่วงครึ่งทศวรรษที่ผ่านมา มีการขยายตัวของการประกันสังคม โดย พรบ.ประกันสังคม

2533 ได้มีเจตน์จำนงที่ชัดเจนให้คนไทยไม่ว่าจะอยู่ในภาคอุตสาหกรรมและบริการหรือภาคเกษตรกรรม ได้มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการแพทย์และสาธารณสุขเท่าเทียมกันโดยภาคอุตสาหกรรมและบริการจะดำเนินการประกันสุขภาพโดยการบังคับ และภาคเกษตรกรรมดำเนินการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

2. นโยบายและวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทางสังคมของประเทศไทยในระยะยาว (ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7-8) คือ ให้ประชาชนไทยในภาคเกษตรกรรมในชนบทที่ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลใดๆ และมีความสามารถพอสมควรในการจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพ ได้มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธา-

รณสุขเมื่อเจ็บป่วย โดยการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ ประชาชนเป้าหมายกลุ่มนี้ได้แก่ ชนชนบทในภาคเกษตรกรรม ผู้ประกอบธุรกิจ-การค้าย่อยของตน ผู้ใช้แรงงานในเขตเมืองในสถานประกอบการต่ำกว่ามาตรฐาน (และไม่สามารถถูกคุ้มครองโดยพร.ประกันสังคม 2533) ครัวเรือนที่ไม่มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยแต่ก็ไม่อาจจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ครั้งละหลายๆ ได้ซึ่งแต่เดิมเป็นกลุ่มผู้ใช้บริการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยประเภท ข (รับบริการสงเคราะห์โดยไม่มีบัตรสงเคราะห์)

เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ทางสังคม ในการจัดให้มีการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ กระทรวงสาธารณสุขมีพันธกิจในอันที่จะเร่งรัดพัฒนาโครงการบัตรสุขภาพดั้งเดิมไปสู่การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางหลักของประเทศ พันธกิจดังกล่าว ได้แก่การสนับสนุนให้จังหวัดสามารถดำเนินการตามนโยบายได้ การสนับสนุนทางการเงิน การสนับสนุนทางวิชาการ การกำกับและการประเมินผล เพื่อเอื้ออำนวยให้จังหวัดสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของประเทศ กำหนดเป้าหมายในการดำเนินการ กำหนดกิจกรรม ดำเนินการตามกิจกรรม กำกับและการประเมินผลในพื้นที่ของตนเอง

3. วิธีการดำเนินการโครงการประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ

ในปลายแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 นั้น การดำเนินการประกันสุขภาพอย่างสมัครใจ ภายใต้โครงการบัตรสุขภาพ ประสบปัญหาในการดำเนินงานค่อนข้างมาก ขาดความชัดเจนของนโยบายและกลวิธี ขาดหน่วยงานส่วนกลางที่เข้มแข็ง

ที่จะสนับสนุนวิชาการและการกำกับการโครงการขาดการประเมินผลอย่างจริงจัง ผลการดำเนินการจึงชะลอตัวลงมาก สมควรที่จะได้ทบทวนเพื่อนำเสนอรูปแบบการดำเนินการที่ชัดเจนในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 เพื่อให้เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

3.1 ปรัชญาพื้นฐาน

การดำเนินการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ โดยอาศัยโครงการบัตรสุขภาพในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (2535-39) นั้นมีวัตถุประสงค์หลักคือการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ (pre-paid voluntary health insurance) เท่านั้น โดยไม่มุ่งเน้นจัดตั้งกองทุนในชุมชนเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานเช่นโครงการบัตรสุขภาพที่ผ่านมา แต่ยังคงหลักการของการส่งเสริมการใช้บริการครั้งแรกที่สถานอนามัย และสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วย

3.2 การครอบคลุมประชากร

ประมาณร้อยละ 40 ของประชากรทั่วประเทศที่ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลใดๆ จะเป็นประชากรเป้าหมายหลักของการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งครัวเรือนที่อยู่ในภาคเกษตรกรรมในชนบทที่ไม่มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ซึ่งครัวเรือนเหล่านี้มีรายได้น้อยและไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้คราวละหลายๆ ส่วนครัวเรือนที่มีรายได้สูงๆนั้นไม่ใช่ประชากรเป้าหมาย เนื่องจากสามารถช่วยตนเองได้พอสมควรในการเลือกใช้และจ่ายค่าบริการ

กระทรวงฯ มอบการตัดสินใจให้จังหวัดตั้งเป้าหมายว่า บัตรสุขภาพจะครอบคลุมประชากร

เป้าหมายร้อยละเท่าไรในแต่ละปีตลอดแผนพัฒนาฉบับที่ 7 โดยเน้นที่คุณภาพของโครงการมากกว่าการขยายปริมาณ ทั้งนี้เพื่อเป็นการสนองนโยบายการกระจายอำนาจไปสู่ส่วนภูมิภาค

การกำหนดจำนวนคร้วเรือนอย่างต่ำที่ต้องการบัตรสุขภาพเพื่อเปิดดำเนินการโครงการเป็นเรื่องที่จำเป็น เพื่อให้มีการเฉลี่ยความเสี่ยงมากเพียงพอ และให้โครงการอยู่รอดทางการเงินได้ เพื่อลดการอุดหนุนจากโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขให้น้อยลง นั้นหมายถึงว่าภายใต้การประกันสุขภาพแบบสมัครใจก็ต้องมีส่วนการกึ่งบังคับไว้ด้วย (semi-compulsory) โดยบังคับจำนวนหลังคาเรือนอย่างน้อยที่จะเปิดดำเนินการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจเพื่อเพิ่มฐานการเฉลี่ยความเสี่ยงให้กว้างขึ้น เมื่อฐานเฉลี่ยความเสี่ยงกว้างขึ้น จะทำให้เกิดเสถียรภาพทางการเงินของโครงการ

จำนวนขั้นต่ำของคร้วเรือน อาจจะกำหนดเป็นร้อยละ 20-40 ของคร้วเรือนเป้าหมายที่ไม่มีประกันใดๆ จำนวนนี้จะเป็นจริง หากโครงการดึงดูดใจพอ ให้สิทธิประโยชน์มากพอ และคร้วเรือนเห็นว่าได้รับประโยชน์คุ้มค่า และลดค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยได้จริง และบริการรักษาพยาบาลมีคุณภาพที่น่าพอใจระดับหนึ่ง นอกจากนี้ หาก"อำเภอ"หรือ"ตำบล"เป็นกรอบการพิจารณาร้อยละของคร้วเรือนที่เข้าร่วมโครงการบัตรสุขภาพ ก็จะมีความเป็นไปได้มากกว่าใช้"หมู่บ้าน" อย่างเป็นมาแต่เดิม การจะเลือกอำเภอหรือตำบลเป็นกรอบในการพิจารณานั้น ให้จังหวัดพิจารณาจากความพร้อมของพื้นที่ ความต้องการซื้อประกันสุขภาพของประชาชน ความพร้อมของสถานีอนามัยและ คปสอ.ในการบริหาร

โครงการ

3.3 ชนิดของบัตร

บัตรสุขภาพชนิดบัตรบุคคลมีความไม่เหมาะสมนักเพราะคร้วเรือนที่มีบุคคลเดียวมีน้อยมาก บัตรบุคคลจึงเปิดโอกาสให้ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ที่ไม่แข็งแรง ซึ่งเป็นผู้ที่มีโอกาสใช้บริการมาก ซ้ำซ้อนกัน ทำให้เสถียรภาพทางการเงินของโครงการลดน้อยลง ในทางตรงกันข้าม ผู้แข็งแรงจะไม่เข้าร่วม ลักษณะนี้เรียกว่า selection bias ซึ่งขัดต่อหลักการของการประกันซึ่งเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างผู้ที่เสี่ยงน้อย

บัตรอนามัยแม่และเด็ก ขัดต่อหลักการของการประกันสุขภาพ เนื่องจากผู้ตั้งครรภ์ที่ซื้อบัตรสุขภาพจะมีโอกาสใช้บริการเท่ากับหนึ่งซึ่งขัดแย้งกับหลักการของการประกันสุขภาพบัตรแม่และเด็ก จึงมีลักษณะขายบริการอนามัยแม่และเด็กในราคาอุดหนุนเท่านั้น หากจะเพิ่มการใช้บริการอนามัยแม่และเด็ก บัตรสุขภาพไม่น่าจะเป็นกลวิธีที่เหมาะสม

บัตรครอบครัวมีความเหมาะสม การคุ้มครองสมาชิกทุกคนในคร้วเรือนจะทำให้อุปสงค์ต่อบัตรสุขภาพสูงขึ้น และลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของคร้วเรือนลงได้มาก การคุ้มครองทุกคนในคร้วเรือนจึงมีลักษณะเฉลี่ยความเสี่ยงไปในตัวระหว่างสมาชิกที่มีโอกาสใช้บริการมาก เช่น เด็กและคนชรา กับสมาชิกที่มีโอกาสใช้บริการน้อยเช่นในกลุ่มวัยแรงงานเป็นต้น นอกจากนี้ การกำหนดให้คุ้มครองสมาชิกทุกคนในคร้วเรือนนั้น โดยปฏิบัติแล้ว ผู้สูงอายุ เด็กต่ำกว่า 5 ปี และนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติก็ได้รับการคุ้มครองโดย

สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลอยู่แล้ว การมีบัตรหลายชนิดทำให้เกิดความสับสน และยุ่งในการดำเนินการ

3.4 ราคาบัตรสุขภาพ

เพื่อให้โครงการบัตรสุขภาพไม่เป็นภาระทางการเงินแก่สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ราคาบัตรสุขภาพหรือเบี้ยประกันสุขภาพต้องสะท้อนต้นทุนในการให้บริการ การคำนวณอัตราการใช้บริการและต้นทุนการให้บริการจะพบว่า ราคาบัตรสุขภาพจะต้องเป็น 500 - 1,000 บาทต่อครัวเรือนต่อปี โดยที่บัตรสุขภาพคุ้มครองทุกคนในครัวเรือน (ประมาณ 4.3 คนโดยเฉลี่ยทั่วประเทศ) และไม่จำกัดจำนวนครั้งการใช้บริการเลยแม้แต่ครั้งเดียว ราคานี้อยู่ในวิสัยที่ครัวเรือนจะสามารถจ่ายได้ เพราะโดยเฉลี่ย ครัวเรือนได้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพอยู่แล้วถึง 1.2 - 2.1 เท่าของเงิน 1,000 บาท โปรดดูรายละเอียดในภาคผนวกเรื่อง ราคาบัตรสุขภาพที่ full cost recovery

ราคาบัตร 500 - 1,000 บาทต่อครัวเรือนต่อปีนี้เป็นอัตราที่มีการคืนทุนร้อยละ 100 เฉพาะในส่วนของค่ายา ค่าตรวจรักษา ทั้งนี้ไม่รวมถึงค่าแรงงาน และค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ ซึ่งในสองส่วนหลังนี้ เป็นหน้าที่ของสถานบริการของรัฐที่จะต้องจัดบริการให้อยู่แล้ว

การเบี้ยประกันสุขภาพตามระดับของรายได้หมายถึง ครัวเรือนมีรายได้สูงจ่ายเบี้ยประกันสูง ครัวเรือนมีรายได้น้อยจ่ายเบี้ยประกันต่ำนั้น มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการน้อย

ประเด็นที่ผู้บริหารโรงพยาบาลกังวลมากคือ จะประสบภาวะขาดทุน และต้องนำเงินบำรุงมา

อุดหนุนนั้นกระทรวงสาธารณสุขจะต้องเผื่อส่ง-
 เกตและประเมินผลเป็นระยะๆ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องตั้งงบประมาณเพื่ออุดหนุนสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากผู้ใช้แรงงานที่คุ้มครองโดยกองทุนประกันสังคมนั้น รัฐบาลอุดหนุนถึงหนึ่งในสาม (ลูกจ้างสมทบหนึ่งส่วน นายจ้างสมทบหนึ่งส่วน และรัฐบาลสมทบอีกหนึ่งส่วน) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการจัดการประกันสุขภาพโดยเฉพาะผู้ใช้แรงงานในภาคเกษตรกรรม

การจะอุดหนุนอย่างไรเท่านั้น ต้องการข้อมูลทางการเงินเพื่อประเมินผลโครงการและการตัดสินใจต่อไปในอนาคต และยังมีความเป็นไปได้ที่จะกันเงินส่วนหนึ่งของงบประมาณหมวดอุดหนุนสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้ด้านการรักษาพยาบาลเพื่ออุดหนุนจังหวัดที่ดำเนินการโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

การใช้งบประมาณผู้มีรายได้ต่ำเป็นมาตรการชั่วคราว การตั้งงบประมาณอุดหนุนผู้ถือบัตรสุขภาพนั้นจะต้องได้รับความเห็นชอบและการสนับสนุนทางการเมือง หากประชากรเป้าหมายเป็นชาวนาในภาคเกษตรกรรมซึ่งเป็นกลุ่มมีใกล้เส้นแบ่งความยากจน (borderline poverty) แล้ว ก็ยิ่งน่าจะเป็นไปได้ค่อนข้างสูงทางการเมืองในการขอตั้งงบประมาณอุดหนุน นอกจากนั้น พรบ. ประกันสังคม 2533 ได้แสดงเจตน์จำนงค์ไว้ชัดเจนว่า การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจในอนาคตนั้น รัฐบาลจะอุดหนุนส่วนหนึ่ง เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ลูกจ้างในภาคเกษตรกรรมและกลุ่มที่ไม่มีนายจ้าง เพราะรัฐบาลได้อุดหนุนผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการภายใต้ พรบ. ประกันสังคม 2533

อยู่แล้วส่วนหนึ่ง

3.5 สิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพ

ให้การคุ้มครองสมาชิกทุกคนในครัวเรือนไม่จำกัดจำนวนครั้งในการใช้บริการ ไม่จำกัดวงเงินในการรักษาพยาบาลแต่ละครั้ง ไม่จำกัดโรคที่ให้การคุ้มครอง ทั้งนี้ต้องตั้งบนเงื่อนไขที่มีครัวเรือนที่เอาประกันในจำนวนที่สูงเพียงพอ การให้สิทธิประโยชน์มากกว่าโครงการสุขภาพที่ผ่านมา เช่นนี้จะทำให้อุปสงค์ต่อการประกันสุขภาพสูงขึ้น

เมื่อกำหนดสิทธิประโยชน์ที่ค่อนข้างสูงเช่นนี้ ผู้ให้บริการพึงจะต้องให้บริการอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพและประหยัด เพื่อควบคุมต้นทุนการให้บริการอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่สูงจนเกินไป

มีความเป็นไปได้ที่ในอนาคต บัตรสุขภาพจะสามารถพัฒนาไป และครอบคลุมบริการอนามัยแม่และเด็ก ประโยชน์ทดแทนเมื่อถึงแก่กรรม หรือพัฒนาเป็นการประกันสุขภาพแบบออมทรัพย์ เช่น เมื่อได้ประกันสุขภาพครบห้าปีแล้วจะได้รับเงินปันผล เป็นต้น การพัฒนารูปแบบดังกล่าวในอนาคตนั้น ต้องการวิจัยและข้อค้นพบเชิงประจักษ์ เพื่อกำหนดอัตราเบี้ยประกันก่อนการตัดสินใจดำเนินการอันเป็นพันธกิจของกระทรวงสาธารณสุข

3.6 การใช้บริการรักษาพยาบาล

ผู้ถือบัตรสุขภาพยังจะต้องเริ่มต้นใช้บริการของสถานอนามัย การใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนจะต้องได้รับการส่งต่อจากสถานอนามัย การใช้บริการโรงพยาบาลระดับจังหวัดจะต้องได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน

การยังยั้งให้คงใช้ระบบส่งต่อก็เพื่อให้การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับ

โครงการ "ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย" นอกจากนั้นการเจ็บป่วยส่วนใหญ่สามารถดูแลรักษาได้ที่สถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน การยืนยันระบบการส่งต่อจะเป็นมาตรการสำคัญป้องกันการให้บริการเกินความจำเป็น (overconsumption) ของผู้ถือบัตรสุขภาพ โดยไม่มีความจำเป็นจะต้องจำกัดจำนวนครั้งการให้บริการ

จังหวัดอาจจะนำมาตรการเก็บเงินเมื่อข้ามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย (bypass charge) เช่น เก็บเงินเพียงเล็กน้อย เช่น 20 - 30 บาทจากผู้ถือบัตรสุขภาพที่ข้ามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยอย่างไม่เหมาะสม ในทางตรงข้าม จังหวัดอาจจะเลือกมาตรการที่ยืดหยุ่น เพื่อลดการเผชิญหน้าระหว่างผู้ถือบัตรสุขภาพกับผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพที่ผ่านมาในอดีต ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกสกัดกั้นไว้ที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งนับว่าได้ผลดีพอสมควร จังหวัดจะต้องพิจารณาประเมินว่ามาตรการเก็บเงินค่าข้ามขั้นตอนจะได้ผลดีกว่ามาตรการอื่นที่จะบังคับให้มีการข้ามขั้นตอน เพราะการเก็บเงินค่าข้ามขั้นตอนอาจจะไม่เหมาะสมในพื้นที่หนึ่ง แต่อาจจะเกิดความพอใจแก่ผู้ใช้บริการและอาจจะเหมาะสมในอีกพื้นที่หนึ่งก็ได้

จังหวัดอาจเลือกมาตรการที่ชัดเจนในเรื่องนี้ โดยกำหนดบริการขั้นต้นที่ผู้ถือบัตรสุขภาพจะไปใช้บริการได้คือสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งก็ได้คือที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นการให้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดจะไม่ได้มีการคุ้มครองโดยบัตรสุขภาพแต่อย่างใด ส่วนบริการผู้ป่วยในนั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น จึงจะใช้สิทธิในบัตรสุขภาพได้ มาตรการนี้ จะทำให้

การส่งต่อผู้ป่วยได้ผลจริงจังกมากขึ้น และโครงการบัตรสุขภาพนี้ มีความครอบคลุมประชากรมากขึ้นโรงพยาบาลระดับจังหวัดก็จะมีภาระจัดการผู้ป่วยนอกลดลงตามลำดับของการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และปรัชญาการจัดการของโรงพยาบาลในระดับจังหวัดด้วย

การดำเนินการตามระบบส่งต่อผู้ป่วยให้เป็นจริงนั้น จังหวัดจะต้องเร่งรัดการพัฒนาคุณภาพบริการที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ดำเนินการโครงการ หากบริการที่สถานีอนามัยดีขึ้นผู้ป่วยจะลดการข้ามขั้นตอนลงโดยปริยาย

3.7 การบริหารโครงการ

ให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นผู้รับผิดชอบบริหารโครงการ ให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลเป็นผู้อำนวยการ เป็นผู้เก็บเงิน หากขายเงินผ่อนก็ต้องรับผิดชอบติดตามทวงหนี้ให้เรียบร้อย เป็นผู้ส่งเงินให้ คปสอ. เงินเก็บไว้ที่ คปสอ. เมื่อครบงวดเช่น 4-6 เดือนหรือครบปี ให้ คปสอ. ประชุมและแบ่งเงินดังนี้

ก) ร้อยละ 10-20 เป็นค่าบริหารจัดการของ คปสอ. และเป็นเงินรางวัลให้แก่ผู้ขายบัตรสุขภาพ

ข) ร้อยละ 80-90 จ่ายคืนสถานพยาบาล คือ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ เป็นต้น เกณฑ์การจัดสรรควรแบ่งตามปริมาณบริการที่เกิดขึ้นจริงที่สถานบริการทุกระดับ ไม่ควรจะใช้สัดส่วนคงที่อย่างในอดีต เพื่อให้สถานบริการที่มีภาระบริการสูงได้รับเงินจ่ายคืนเพื่อชดเชยสูงด้วย

เงินเก็บไว้ที่ คปสอ. นั้น คปสอ. อาจจะ

พิจารณานำเงินไปพัฒนาหรือสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในอำเภอของตนได้ตามความเหมาะสม เช่นในรูปของเงินกู้ยืม เป็นต้น และ คปสอ. ต้องรับผิดชอบต่อการติดตามทวงหนี้ ให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเก็บบัตรสุขภาพที่หมดอายุแล้วทุกใบส่ง คปสอ. เพื่อการวิเคราะห์ประเมินผลปริมาณใช้บริการ

การบริหารโครงการดังกล่าวเป็นการประกันแบบบุคคลที่สาม (Third party payer) โดย คปสอ.เป็นผู้รับประกัน (insurer) สถานพยาบาลภายใต้ คปสอ. คือโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยทุกแห่งในอำเภอนั้นเป็นผู้ให้บริการ (health care provider) และผู้ถือบัตรสุขภาพเป็นผู้ได้รับการคุ้มครอง

รูปแบบข้างต้นหาก คปสอ.ไม่เข้มแข็ง จังหวัดอาจจะเลือกให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นทั้งผู้รับประกัน และเป็นผู้ให้บริการ ลักษณะนี้มีรูปแบบการบริหารโครงการคล้าย Health Maintenance Organisation ในสหรัฐอเมริกา แต่อาจจะมีข้อเสีย เนื่องจากไม่มีกลไกในการถ่วงดุลย์อำนาจ ระหว่างผู้รับประกันและผู้ให้บริการ เพราะเป็นองค์กรเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม คปสอ. ก็อาจจะไม่ใช่รูปแบบที่ดีนักในการทำหน้าที่ถ่วงดุลย์กับโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะต้องนิเทศ ติดตามกำกับการอย่างใกล้ชิด

3.8 บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- พิจารณาความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน และปรับให้เหมาะสมกับสภาพสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและการเมืองของจังหวัด และอำเภอ

- พิจารณาปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขแห่งความสำเร็จของการดำเนินการโครงการ

- พิจารณาวางแผนโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ โดยตัดแปลงโครงการบัตรสุขภาพเดิมให้เหมาะสมตามข้อชี้แนะข้างต้น กำหนดฝ่ายที่รับผิดชอบ กำกับทำให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ประเมินผลโครงการ รวมทั้งแก้ไขปัญหาในการดำเนินการทั้งหมดด้วย

ดัชนีสำคัญในการประเมินผล

ก) อัตราการใช้บริการ อาศัยข้อมูลที่บ้านพักไว้ในบัตรสุขภาพ ได้แก่ จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกต่อบัตร ที่สถานอนามัย ที่โรงพยาบาลชุมชน จำนวนรายผู้ป่วยในบัตรที่ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์

ข) อัตราการใช้บริการ เมื่อคำนวณร่วมกับต้นทุนต่อหน่วยจะได้ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในระ-

ภาคผนวก **ราคาบัตรสุขภาพที่ full cost recovery**

1. บทนำ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์คือการคำนวณหาราคาบัตรสุขภาพที่เหมาะสมโดยการพิจารณาถึงต้นทุนที่จะเกิดขึ้นในการให้บริการผู้ถือบัตรสุขภาพ ต้นทุนที่เกิดขึ้นนี้หมายถึงผู้ให้บริการเท่านั้น (provider cost) นอกจากนี้ยังพิจารณาถึงความสามารถในการจ่ายของครัวเรือนด้วย

2. ตัวแทนที่นำมาพิจารณาในการคำนวณราคาบัตรสุขภาพ

ตัวแปรสำคัญ 3 ตัวที่นำมาพิจารณาคือ

- 1. อัตราการเจ็บป่วย
- 2. พฤติกรรมการใช้บริการ
- 3. ต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการที่ระดับต่างๆ

2.1 อัตราการเจ็บป่วย

ค้ำต่างๆ เทียบกับเงินที่ได้รับชดเชยจาก คปสอ. จะบ่งชี้ถึงสถานภาพทางการเงินของโครงการ

3.9 กลวิธีในช่วงการเปลี่ยนผ่าน (transitional period strategy)

การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจดังกล่าวข้างต้น นับเป็นรูปแบบใหม่โดยสิ้นเชิงของการดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพแบบดั้งเดิม เพื่อให้สอดคล้องกับการประกันสุขภาพของประเทศ จังหวัดอาจจะพิจารณาดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพดั้งเดิมในพื้นที่ที่มีประสบการณ์และกำลังดำเนินการอยู่ ทั้งนี้ จังหวัดอาจจะทำแผนในการพัฒนารูปแบบของโครงการบัตรสุขภาพดั้งเดิมในพื้นที่เหล่านั้น ไปสู่การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจตามลำดับ.

รายงานการสำรวจภาวะการเจ็บป่วยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดลในปี 2528 โดยการสัมภาษณ์การเจ็บป่วยของสมาชิกทุกคนในครัวเรือนในรอบ 4 สัปดาห์ก่อนวันสัมภาษณ์ ระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม 2528 จากจำนวนสมาชิกตัวอย่าง 36,611 รายใน 7,314 ครัวเรือน พบว่าโดยเฉลี่ยคนไทยจะเจ็บป่วย 2.1 ครั้งต่อคนต่อปี และเจ็บป่วยรายภาคและระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบทได้แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราการเจ็บป่วยและการป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล

	อัตราการเจ็บป่วย (ครั้ง/คน/ปี)	อัตราการนอน รพ. (ครั้ง/คน/ปี)
ทั่วประเทศ	2.1	0.05
เขตเมือง	1.8	0.06
เขตชนบท	2.2	0.05
ภาคเหนือ	2.0	0.07
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1.9	0.04
ภาคกลาง (ไม่รวมกทมฯ)	2.6	0.06
ภาคใต้	2.0	0.04
กรุงเทพมหานคร	1.9	0.07

Source: Mortality Morbidity Differential, IPSR, Mahidol University 1988

2.2 พฤติกรรมการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย

แหล่งบริการสาธารณสุขที่ผู้เจ็บป่วยไปใช้บริการ จากการสำรวจของกองแผนงานสาธารณสุขกับ รายงานของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมได้แสดงไว้ในตารางที่ 2

อย่างไรก็ตาม เมื่อมีประกันสุขภาพแล้ว ผู้ถือบัตรสุขภาพก็มีพฤติกรรมการใช้บริการแตกต่างกัน ออกไปจากครัวเรือนที่ไม่มีประกันสุขภาพ เทียบฉาย กิระนันท์และคณะได้ทำการสัมมนีกองทุนบัตรสุขภาพทั่วประเทศเมื่อปีงบประมาณ 2531 พบว่า ผู้ถือบัตรสุขภาพร้อยละ 31 ไม่ใช้บัตรสุขภาพเลย ในกลุ่มถือบัตรสุขภาพที่ใช้บริการ ปรากฏว่าอัตราใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยประมาณ 6.6 ครั้งต่อบัตร ต่อปี และผู้ป่วยใน 0.28 รายต่อบัตรต่อปี การใช้บริการเกิดขึ้นที่สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลระดับจังหวัด 44%, 33% และ 23% ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ร้อยละของแหล่งบริการสาธารณสุขที่ผู้เจ็บป่วยไปใช้บริการ

	พ.ศ. 2513	2522	2528
ชื้อยากินเอง	51.4	42.3	22.3
สถานีนอนมัย	4.4	16.8	13.3
โรงพยาบาลของรัฐ	11.1	10.0	32.0
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	22.7	20.4	20.8
หมอแผนโบราณ	7.7	6.2	2.4
ไม่ได้รักษา	2.7	4.2	6.3
พสส./อสม.	-	-	2.1
สถานบริการของเทศบาล	-	-	0.8
รวม	100.0	100.0	100.0

2.3 ต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ

อาศัยผลการศึกษาค้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข ต้นทุนในที่นี้เป็นต้นทุนทั้งหมดซึ่งหมายถึงต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุและต้นทุนค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง ซึ่งเป็นต้นทุนทางตรง (direct cost) ของการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) ของหน่วยงานที่ไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง

ก. สถานีนอนมัย

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาต้นทุนการให้บริการที่สถานีนอนมัย ผู้เขียนจึงประมาณการค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่สถานีนอนมัยไว้ 30 บาทต่อครั้งในราคาปี 2534

ข. โรงพยาบาลชุมชน

รายงานการวิจัยของวีโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะเมื่อปี 2530 พบว่าต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลชุมชนเป็น 72 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอกและ 806 บาทต่อรายผู้ป่วยใน ส่วนรายงานของกองแผนสาธารณสุขเมื่อปี 2531 พบว่าต้นทุนต่อหน่วยเป็น 68 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก 1,203 บาทต่อรายผู้ป่วยใน และ 507 บาทต่อวันป่วย

ค. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

กองแผนงานสาธารณสุขรายงานไว้ในปี 2531 พบว่าต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลระดับจังหวัดเป็น 140 บาทต่อครั้งผู้ป่วยนอก และ 2,430 บาทต่อรายผู้ป่วยใน

3. ราคาบัตรสุขภาพที่คุ้มทุนทั้งหมด (full cost recovery)

อาศัยตัวแปร 3 ชุดดังกล่าวข้างต้นมาคำนวณโอกาสที่จะเกิดต้นทุนจากการใช้บริการโดยผู้ถือบัตรสุขภาพ ทั้งนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานว่าผู้ถือบัตรสุขภาพใช้บริการที่สถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น มีเพียงส่วนน้อยมากที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับจังหวัด (หากจะคิดรายละเอียดมากขึ้นก็ให้รวมต้นทุนของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับจังหวัดเข้าไปด้วย)

โอกาสที่จะเกิดต้นทุนต่อผู้ถือบัตรสุขภาพหนึ่งรายในปีหนึ่งจึงเท่ากับ

= ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ สอ. + ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ รพช. + ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในที่รพช.

= $[2.2 \times 0.28 \times 30] + [2.2 \times 0.27 \times 90.5] + [0.05 \times 1 \times 1,600]$

= 241.83 บาทต่อผู้ถือบัตรสุขภาพหนึ่งรายต่อปี (ราคาปี 2534)

ครัวเรือนไทยโดยเฉลี่ยมีสมาชิก 4.3 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2529) จะเกิดต้นทุนของการใช้บริการเท่ากับ 1,039.87 บาท ต่อครัวเรือนต่อปี ราคาบัตรจึงควรเป็นประมาณ 1,000 บาทต่อครัวเรือนต่อปี จึงจะทำให้สถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชนคุ้มทุนพอดี

ในการประกันสุขภาพแบบสมัครใจนั้นจะเกิดปรากฏการณ์ที่เรียกว่า selection bias โดยที่ผู้สมัครใจซื้อบัตรสุขภาพเป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง เจ็บป่วยเรื้อรัง และมีโอกาสใช้บริการมากกว่าประชากรทั่วไป จึงอาจจะจำเป็นต้องปรับราคาบัตรสุขภาพให้สูงขึ้น ซึ่งอาจจะคำนวณราคาบัตรสุขภาพโดยเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยจาก 2.2 ครั้งเป็น 5 ครั้งต่อคนต่อปี และอัตราการนอนโรงพยาบาลจาก 0.05 เป็น 0.01 ครั้งต่อคนต่อปี จะได้ราคาบัตรสุขภาพ 527.8 บาทต่อคนหรือ 2,269.54 บาทต่อครัวเรือนต่อปี ราคาบัตรสุขภาพจึงควรจะเป็นประมาณ 2,000 บาทต่อครัวเรือนต่อปีจึงจะทำให้สถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชนคุ้มทุนพอดี

โปรดสังเกตว่า การคุ้มทุนในการคำนวณข้างต้นทั้งหมดนี้เป็น full cost recovery ซึ่งหากต้องการคุ้มทุนเฉพาะค่าวัสดุ (material cost recovery) นั้น ค่าวัสดุเป็นเพียงประมาณร้อยละ 40-50 ของต้นทุนทั้งหมด (full cost) ดังนั้นราคาบัตรสุขภาพที่คุ้มทุนค่าวัสดุจึงเป็น 500 บาทต่อครัวเรือนต่อปีหรือ 1,000 บาทต่อครัวเรือนต่อปีเมื่อพิจารณา selection bias

กล่าวโดยสรุป ราคาบัตรสุขภาพต่อครัวเรือนต่อปีจึงเป็น 1,000-2,000 บาทสำหรับ full cost recovery หรือ 500-1,000 บาทสำหรับ material cost recovery

4. ความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน

ราคาบัตรสุขภาพที่คุ้มทุนวัสดุ 500-1,000 บาทต่อครัวเรือนต่อปีนั้นค่อนข้างสูง สำหรับครัวเรือนที่ยากจนในชนบทซึ่งมักจะเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและมีเศรษฐกิจต่ำกว่า รายได้จากผลผลิตเกษตรไม่แน่นอนเพราะความแปรปรวนของราคาผลผลิตในตลาด หากเทียบกับผู้ใช้แรงงานที่คุ้มครอง

โดย พรบ.ประกันสังคมซึ่งมีรายได้ประจำซึ่งจ่ายเงินสมทบ 1.5% ของค่าจ้างหรือประมาณ 540 บาท ต่อปีเป็นอย่างต่ำ (พิจารณาจากค่าจ้างขั้นต่ำ 100 บาทต่อวัน) อย่างไรก็ตาม 540 บาทนี้คุ้มครอง เฉพาะตัวลูกจ้างสำหรับการเจ็บป่วยที่สืบเนื่องจากการทำงาน การคลอดบุตรของลูกจ้างหรือคู่สมรส ทพพลภาพและการตาย แต่ลูกจ้างยังได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้เนื่องจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้ ลูกจ้างยังได้รับการคุ้มครองการเจ็บป่วยที่สืบเนื่องจากการทำงานกองทุนเงินทดแทน

ราคาบัตรสุขภาพ 1,000 บาทต่อครัวเรือนต่อปีจะเป็นร้อยละ 2.03, 2.42, 2.81 และ 2.12 ของรายได้ครัวเรือนในภาคกลาง, ภาคเหนือ, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายด้าน medical care (drugs and medical services) ตลอดปีของ ครัวเรือนในปี 2531 พบว่า เป็นร้อยละ 4.03, 3.32, 3.96 และ 4.24 ของค่าใช้จ่ายเพื่อการ อุปโภคบริโภค (consumption expenditure) ของครัวเรือนในภาคกลาง, ภาคเหนือ, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ตามลำดับ

จะเห็นได้ว่า ราคาบัตรสุขภาพ 500-1,000 บาทต่อครัวเรือนต่อปี ซึ่งเป็น material cost recovery นั้น อยู่ในเกณฑ์ที่พอจ่ายได้ (affordable) เมื่อเทียบกับรายได้ของครัวเรือนและรายจ่ายด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นตามปกติของครัวเรือน ทั้งนี้ต้องมีข้อแม้ว่า ผู้ถือบัตรสุขภาพจะไม่ต้องจ่ายเงินใดๆ ทั้งสิ้นเมื่อขณะใช้บริการ ไม่มีการจำกัดจำนวนครั้งของการใช้บัตร ไม่มีการจำกัดเงื่อนไขใดๆ ทั้งสิ้น ยกเว้นข้อแม้ที่ว่า ผู้ถือบัตรสุขภาพจะต้องใช้บริการของสถานอนามัยเป็นอันดับแรกและมีเงื่อนไขส่งต่อเท่านั้น

เมื่อพิจารณาในด้านความเป็นธรรมแล้ว ลูกจ้างใน formal sector ได้รับการคุ้มครองจาก นายจ้างและรัฐบาลภายใต้พรบ. ประกันสังคม และนายจ้างภายใต้กองทุนเงินทดแทน เมื่อเป็นเช่นนั้น รัฐบาลก็น่าจะได้อุดหนุน (subsidise) ผู้ถือบัตรสุขภาพด้วย โดยที่ราคาบัตรสุขภาพควรจะคิดเฉพาะ material cost recovery เท่านั้น ไม่ควรจะคิด full cost recovery

ความพึงพอใจในการจ่าย (willingness to pay) ค่าบัตรสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับคุณภาพบริการ และประโยชน์ที่ครัวเรือนคาดว่าจะได้รับจากบริการการแพทย์เมื่อเจ็บป่วย

5. สรุป

ราคาบัตรสุขภาพ 500-1,000 บาทต่อครัวเรือนต่อปีนั้นเป็นราคาที่สถานอนามัยและโรงพยาบาล ชุมชนคุ้มทุนในส่วนของค่าวัสดุ ค่ายา ค่าบริการการแพทย์ และครัวเรือนอยู่ในวิสัยที่จะจ่ายได้ (affordable) ทั้งนี้ราคาบัตรที่เสนอนี้จะต้องมีเงื่อนไขว่าผู้ถือบัตรสุขภาพจะต้องใช้บริการที่สถาน อนามัยก่อนและเข้าสู่ระบบส่งต่อเท่านั้น การใช้บริการไม่มีการจำกัดจำนวนครั้ง ไม่จำกัดเขตแดนของ การรักษาพยาบาลแต่ละครั้ง และคุ้มครองสมาชิกทุกคนในครัวเรือน โรงพยาบาลชุมชนจะไม่ประสบ ภาวะที่จะต้องใช้จ่ายเงินบำรุงอุดหนุนผู้ถือบัตรสุขภาพอีกต่อไป