

วิกฤตระบบประกันสุขภาพสิทธิการรักษาพยาบาลสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไทย

Nutthida Jindapol, Patcharaporn Kunupatham, Pitchayane Theerasilp, Nantawarn Kitikannakorn*
Pharmaceutical care Research Unit (PRU), Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

Crisis of Health Insurance under Thai Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS)

ณัฐธิดา จินดาพล, พัชรารพณ์ คุณอุปถัมภ์, พิษยานี วีระศิลป์, นันทวรรณ กิติกรรณารณณ์*
หน่วยวิจัยการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

สิทธิหลักประกันสุขภาพโครงการสวัสดิการข้าราชการในประเทศไทย เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว (พ่อ แม่ และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะอีกไม่เกิน 3 คน) โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านการพยาบาลและบริการสุขภาพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในด้วยสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลางตามปริมาณการให้บริการแบบย้อนหลังโดยไม่มีการกำหนดเพดานสูงสุด ทำให้ถึงแม้ว่าจะมีจำนวนคนไทยผู้ใช้สิทธินี้จะมีจำนวนประมาณร้อยละ 10 แต่ช่วงระยะเวลาเพียง 13 ปี (พ.ศ.2531 – พ.ศ.2544) เกิดค่าใช้จ่ายของโครงการนี้เพิ่มขึ้นเป็น 6 เท่าตัว และมีค่าใช้จ่ายจริงสูงกว่างบประมาณที่ตั้งไว้ทุกปี โดยในงบประมาณปี พ.ศ. 2551 เพิ่มขึ้นเป็นมูลค่าถึง 54,904.48 ล้านบาท โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สูงถึงร้อยละ 80 ของค่าบริการผู้ป่วยนอก ทำให้เกิดการตื่นตัวในการปฏิรูปวิกฤตด้านงบประมาณที่เกิดกับระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการในช่วง พ.ศ. 2540 – 2553 ในหลายมาตรการ แต่ศักยภาพในการบริหารจัดการการคลังของโครงการนี้มีจำกัด เนื่องจาก (1) งบประมาณเป็นแบบปลายเปิดสามารถใช้จ่ายส่วนที่เกินกว่าที่ตั้งงบประมาณได้จากงบกลาง รวมทั้ง (2) ระบบนี้มีสัดส่วนครอบ

Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) in Thailand provides health care benefits to government officials and their dependences (parents and up to three children). The payment mechanism is retrospective unlimited fee-for-service from the Comptroller General's Department (CGD) for both out-patient and in-patient services. Even though Thai people in CSMBS are approximately 10%, during the past 13 years (1988-2001), the program cost has increased six-folds which higher than expected budget per annum every year. In the Fiscal year 2008, the budget for CSMBS was 54,904.48 million baht which 80% of this were the cost of medicines in out-patient unit. Consideration of the crisis of CSMBS was raised during the year 1997-2010 with many strategies. Limitation in budget controlling were (1) CSMBS was an open end budget, people who used this scheme could reimburse all payments from the CGD, (2) CSMBS covered high ratio of elderly because it covers retired people and their old-age family members, and (3) the hospital had motivation to make income from

*ผู้นิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภญ.นันทวรรณ กิติกรรณารณณ์ อีเมลล์ rx048@yahoo.com

หน่วยวิจัยการบริหารจัดการทางเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000

กลุ่มผู้สูงอายุจำนวนมากเนื่องจากครอบคลุมข้าราชการเกษียณ อายุราชการและครอบครัวด้วย และ (3) สถานพยาบาลมี แรงจูงใจในการสร้างรายได้จากการจ่ายยานอกบัญชียาหลัก แห่งชาติเพื่อสร้างรายได้จากการเบิกเงินคืนจากโครงการนี้ ในอนาคตจึงต้องมีการศึกษารูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสม และหามาตรการเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการดำเนินการปฏิรูประบบด้านต่างๆ จากการศึกษาและพัฒนาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น แพทย์ให้ความร่วมมือในการสั่งจ่ายยาอย่างสมเหตุสมผลและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประชาชนในสังคมมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาโดยไม่ใช้จ่ายในบางโรคที่ยังไม่จำเป็นต้องใช้ยา หรือทัศนคติต่อการใช้จ่ายที่มีราคาถูก แต่ประสิทธิภาพในการรักษาดี เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องมีกฎหมายรองรับเอื้อต่อการดำเนินการที่สำคัญจะต้องไม่เป็นการลดทอนสิทธิของข้าราชการที่ต้องแลกมากับเงินเดือนที่ต่ำกว่าภาคเอกชนอีกด้วย

reimbursement of non-essential drug lists. In future, we need to study appropriate reimbursement system and continuing to find addition strategies to renovate health scheme benefit e.g. co-operative from physicians in rational drug use with evidence-based medicines, building attitude of lay people in good health or treatment without medicines in some cases, and supporting mind-set to use low cost but high quality medicines. Moreover, we need federal law of appropriate benefit for the low-income civil servants.

ศรีนครินทร์เวชสาร 2557; 29 (2): 199-206. ♦ Srinagarind Med J 2014 ;29 (2): 199-206.

บทนำ

สิทธิหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย แบ่งเป็นสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme; CSMBS) สิทธิประกันสังคม (Social Security Scheme; SSS) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage; UC) และสิทธิอื่นๆ เช่น สิทธิทหารผ่านศึก (Veteran Scheme; VS), สิทธิครูเอกชน (Private School Teacher; PVT) ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมีจำนวนคนน้อยแต่ค่าใช้จ่ายร่วมต่อปีมากกว่าผู้ใช้สิทธิอื่นๆ (ตารางที่ 1) ¹

ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการและบุคลากรในครอบครัว โดยครอบคลุมการบริการสุขภาพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในให้เสรีภาพในการเลือกสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง แต่เดิมระบบการเบิกจ่ายค่ารักษายาพยาบาลเป็นการจ่ายตามปริมาณการให้บริการแบบย้อนหลังเพื่อให้รัฐสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ² แต่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา รายจ่ายเพื่อสุขภาพคิดเป็นร้อยละต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและสูงกว่าประเทศอื่นๆ ในเอเชีย (รูปที่ 1)³ ในปี พ.ศ. 2548 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาคิดเป็นร้อยละ 42.8 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้วสัดส่วนนี้จะประมาณร้อยละ 10-20 เท่านั้น (รูปที่ 2) โดย เฉพาะรายจ่ายด้านค่ารักษายาพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการที่เพิ่มมูลค่าขึ้นถึง 54,904.48 ล้านบาท ในปี

งบประมาณ พ.ศ. 2551² นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงระบบการเบิกจ่ายสวัสดิการรักษายาพยาบาลยังมีแนวโน้มเพิ่มการครอบครองยาเกินจำเป็น โดยการประเมินค่าใช้จ่ายของการมียาราคาแพง 5 รายการที่มีเกินในมือผู้ป่วย ด้วยวิธีการคำนวณจาก Medication Possession Ratio (MPR) ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง พบว่าจำนวนเงินที่สูญเสียจากการมียาเกินที่ MPR > 1 รวมเฉลี่ยเท่ากับ 1,040,387 บาท ซึ่งทำให้ทราบประมาณการว่ารัฐมีความสูญเสียทางการเงิน จากการที่ผู้ป่วยได้รับยาเกินเป็นเงินจำนวนเงินสูงถึง 150,000,000 บาทต่อปี ^{2, 4, 5}

การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

การเบิกจ่ายค่ารักษายาพยาบาลได้เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในกรณีผู้ป่วยในให้เป็นระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group, DRG) ระหว่างกรมบัญชีกลางกับสถานพยาบาล โดยจ่ายค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์ และอวัยวะเทียมได้เต็มจำนวน ซึ่งไม่เก็บอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด ส่วนค่ายา ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรค ค่าบริการทางการแพทย์ ให้เบิกได้ในอัตราร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่าย และร้อยละ 20 ให้เบิกตาม DRG โดยจัดสรรเงินคืนให้แก่สถานพยาบาล²

ในกรณีผู้ป่วยนอก การเบิกจ่ายค่ารักษายาพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นแบบปลายเปิดไม่จำกัดปริมาณ และเบิกจ่ายย้อนหลังได้ทั้งวิธีการนำไปเสร็จรับเงินไปเบิกจากส่วนราชการ ต้นสังกัดของผู้มีสิทธิและระบบเบิกจ่ายตรงตามรายการและอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (Fee-for-service)

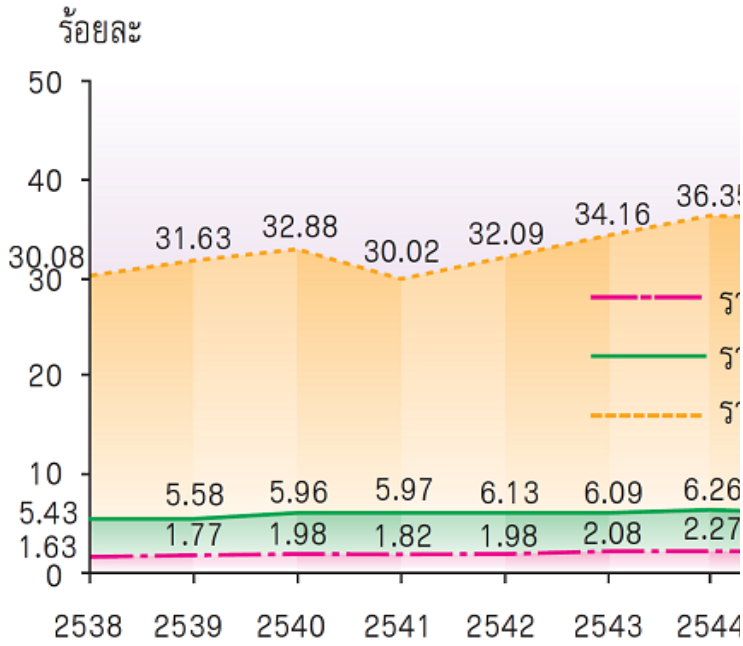
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพประเภทต่างๆ ในประเทศไทย (จำนวนผู้มีสิทธิปี พ.ศ. 2553¹)

ลักษณะ	CSMBS	SSS	UC	VS	PVT
จำนวน(คน)ผู้มีสิทธิ	4,921,319 (7.80%)	9,755,977 (15.46%)	47,772,562 (75.70%)	122,695 (0.19%)	106,126 (0.17%)
แหล่งเงิน	- งบประมาณรัฐ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง -รายจ่ายเรียกเก็บ ย้อนหลัง (พ.ศ. 2552) 12,360 บาท/คน/ปี ⁶ ปี2553 ประมาณ 12,457 บาท/คน/ปี	- สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน - สมทบจากนายจ้าง และลูกจ้างฝ่ายละร้อยละ 5 ของค่าจ้าง รัฐบาล สมทบให้ ร้อยละ 2.75 - อัตราเหมาจ่ายรายหัวปี พ.ศ.2551 เท่ากับ 1,306 บาท/คน/ปี ⁷	- สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข - งบประมาณรัฐ อัตรา เหมาจ่ายรายหัว(2553) 2,401.33 บาท/คน/ปี ¹	- องค์กรสงเคราะห์ ทหารผ่านศึกกระทรวง กลาโหม - ผู้ถือบัตรประจำตัว ครอบครัวทหารผ่านศึกชั้นที่ 1 ได้ไม่เกิน 2,000 บาท/ คน/ปี ⁸	-กองทุนสงเคราะห์ว่าด้วย เงินสวัสดิการสงเคราะห์ เกี่ยวกับการรักษา พยาบาล ผู้อำนวยการ ครูและบุคลากรทางการ ศึกษา โรงเรียนเอกชน กระทรวงศึกษาธิการ -เบิกได้ 100,000 บาท/ คน/ปี ⁹
รายจ่ายต่อปี (ล้านบาท)	61,304.5 ⁶ (พ.ศ. 2553)	48,336.2 ⁷ (พ.ศ.2552)	57,983.0 ¹ (พ.ศ.2553)	-รพ.ขององค์กร	-รพ.รัฐและรพ.เอกชน
ผู้ให้บริการ	รพ.รัฐและรพ.เอกชน (แบบ ผู้ป่วยในหรือผู้ป่วย นอกแล้วแต่กรณี) ¹¹	รพ.รัฐและเอกชนคู่สัญญา และรพ.ในเครือข่าย ¹²	รพ.รัฐและเอกชนคู่สัญญา และรพ.ในเครือข่าย ¹¹	สงเคราะห์ทหารผ่านศึก และรพ.เอกชน ⁸	ในกรณีฉุกเฉิน ⁹
รูปแบบวิธีการจ่ายเงิน	ผู้ป่วยนอกใช้ fee-for- serviceผู้ป่วยในใช้ DRG ¹³	เหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับ บริการผู้ป่วยนอกและใน และจ่ายเพิ่มเป็นรายกรณี ¹²	เหมาจ่ายรายหัวสำหรับ บริการผู้ป่วยนอก แต่ผู้ป่วยในใช้ DRG ¹²	เหมาจ่ายรายหัวทั้ง ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ⁸	ในและผู้ป่วยนอก ⁹

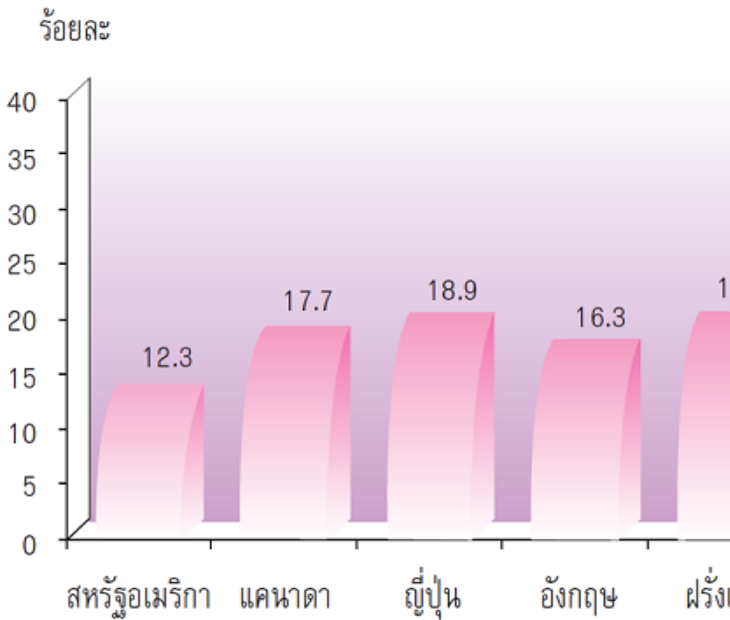
หมายเหตุ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme; CSMBS) สิทธิประกันสังคม (Social Security Scheme; SSS) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage; UC) และสิทธิอื่นๆ เช่น สิทธิทหารผ่านศึก (Veteran Scheme; VS), สิทธิครูเอกชน (Private Schoolteacher; PVT)

ตารางที่ 3 สรุปการเปลี่ยนแปลงระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พ.ศ.2540-2553

ปี	การดำเนินงาน
พ.ศ.2540	- ใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2539 โดยใช้กับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน - ยกเลิกการใช้สิทธิผู้ป่วยในสถานพยาบาลของเอกชน
พ.ศ.2541	- พัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2542 และ กำหนดให้เบิกจ่ายได้เฉพาะยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยกเว้นจำเป็นที่ต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ - เบิกค่ารักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนได้เฉพาะกรณีอุบัติเหตุ อุบัติภัยหรือกรณีจำเป็นรีบด่วน - ยกเลิกการเบิกค่าธรรมเนียมแพทย์คลินิกนอกเวลาราชการ - เบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีได้เฉพาะสถานพยาบาลของทางราชการเท่านั้น - มาตรการระยะสั้นเพื่อลดค่าใช้จ่ายของสวัสดิการข้าราชการ
พ.ศ.2545	- แก้ไขพระราชกฤษฎีกาโดยให้ผู้ป่วยนอกและในเบิกจ่ายยาระยะยาว อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ค่าห้อง ค่าอาหารได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด
พ.ศ.2546	- กำหนดหลักเกณฑ์การนับจำนวนวันนอนและ อัตราการเบิกค่าห้องและค่าอาหารสำหรับผู้ป่วยใน - โครงการนำร่องระบบสวัสดิการรักษายาบาลผู้ป่วยนอกของกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง 4 โรค
พ.ศ. 2547	- ขยายการใช้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง 4 โรคไปยังสถานพยาบาลอื่นๆที่เข้าร่วมอีก - ประกาศใช้บัญชียาหลักแห่งชาติปี 2547
พ.ศ. 2548	- ปรับเปลี่ยนผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง 4 โรค ขยายเป็นผู้ป่วยนอกรักษาต่อเนื่อง - เริ่มระบบเบิกจ่ายตรงรักษายาบาลในผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ
พ.ศ. 2549	- พัฒนาแนวทางการอนุมัติใช้ยารักษาโรคมะเร็งที่มีราคาสูง - เริ่มระบบจ่ายตรงในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
พ.ศ. 2550	- ประกาศใช้กลุ่มวินิจฉัยโรครวม (DRG) กับผู้ป่วยในสถานพยาบาลของทางราชการ
พ.ศ. 2551	- ประกาศใช้บัญชียาหลักแห่งชาติปี 2551 - เบิกจ่ายค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน ตาม DRG ฉบับที่ 4
พ.ศ. 2552	- ยกเลิกการเบิกจ่ายยาประเภทวิตามิน เช่น วิตามินรวม และแร่ธาตุ เช่น แคลเซียม เกินความจำเป็น - เบิกจ่ายค่ายาสมุนไพร ได้เฉพาะที่กำหนดในบัญชียาจากสมุนไพรและเภสัชตำรับโรงพยาบาล - เบิกจ่ายค่ายาอันตราย สารอาหารทางเส้นเลือดได้เฉพาะกรณีที่ใช้กับผู้ป่วยขณะที่อยู่ในสถานพยาบาลเท่านั้น - พัฒนาแนวทางการเบิกจ่ายตรงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งที่มีแผนการรักษาด้วยยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Rheumatic Disease Prior Authorization :RDPA)
พ.ศ. 2553	- กรมบัญชีกลางทำข้อตกลงร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ (ป.ป.ท.) เพื่อกำหนดมาตรการเข้มกับผู้มีพฤติกรรมทุจริตการเบิกค่ารักษายาบาล - ประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553



รูปที่ 1 ค่าใช้จ่ายด้านยาและด้านสุขภาพ และผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ในปี พ.ศ. 2538 – 2548³



รูปที่ 2 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในประเทศต่างๆ เปรียบเทียบกับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2548³

(รูปที่ 3) แสดงการเติบโตของงบประมาณค่ายาในสิทธินี้ที่สูงถึงร้อยละ 83 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก²

ปัญหาเศรษฐกิจของประเทศทำให้กระทรวงการคลังเริ่มนำร่องการควบคุมค่าใช้จ่าย โดยเมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2540 ได้ยกเลิกการนำ “สำเนา” ใบเสร็จรับเงินจากโรงพยาบาลเป็นหลักฐานในการเบิกย้อนหลังเพื่อลดความซ้ำซ้อน ในการนำไปเบิกจากบริษัทประกันที่ตนทำไว้ และการปรับลดงบประมาณในการเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในช่วง พ.ศ.2540–2553 (ตารางที่ 2)⁶

ปัจจัยที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกของระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเกิดจากจำนวนครั้งการใช้บริการ ชนิดและปริมาณบริการที่ได้รับแต่ละครั้ง และราคาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจจะสรุปได้จากปัจจัยดังนี้

1) ปัจจัยด้านการเบิกจ่าย ศักยภาพในการบริหารจัดการระบบการคลังของงบประมาณโครงการนี้มีจำกัด เพราะเป็นแบบปลายเปิดร่วมกับวิธีการจ่ายค่าบริการตามปริมาณบริการย้อนหลังสามารถใช้จ่ายส่วนที่เกินกว่าที่ตั้งงบประมาณจากงบกลาง เนื่องจากอำนาจตามกฎหมายของพระราช กฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 มุ่งเน้นที่จะให้สิทธิ์แก่ผู้มีสิทธิเป็นหลัก แต่ไม่มีบทบัญญัติให้อำนาจกรมบัญชีกลางที่จะควบคุมการใช้สิทธิ์ และโครงสร้างขาดกลไกและเครื่องมือในการตรวจสอบการจ่ายเงินตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ทั้งที่ระบบต้องการการกำกับตรวจสอบที่เข้มข้นกว่าระบบอื่นๆ⁷

2) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ระบบสวัสดิการนี้มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพในจำนวนที่มากกว่าระบบอื่นเนื่องจากครอบคลุมข้าราชการเกษียณอายุราชการและครอบครัวด้วย⁷ โดยสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงสุดถึงร้อยละ 26 ของจำนวนผู้มีสิทธิทั้งหมด ส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีผู้มีสิทธิเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 12 ของจำนวนผู้มีสิทธิทั้งหมด⁸ ทำให้ต้องมีการใช้จ่ายมาก^{7,8} โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับยาโรคเรื้อรัง เช่น คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ โคม่า รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะไตวาย และเส้นประสาทตาอักเสบ⁸ ซึ่งมักมีรายงานการใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีมูลค่าสูง อีกทั้งการรักษาผู้ป่วยสูงอายุบางรายยังเป็นการยื้อระยะเวลาช่วงชีวิตสุดท้ายไว้ทำให้ต้องมีการใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันได้ให้เสรีภาพในการเลือกไปใช้

บริการที่ได้ก็ไม่ได้โดยไม่ต้องสำรองเงินจ่ายทำให้มีโอกาสใช้บริการเกินจำเป็น นอกจากนั้นผู้มีสิทธิส่วนใหญ่อาศัยในเมืองและสถานะทางสังคมค่อนข้างดี การใช้บริการจึงมักเป็นในโรงพยาบาลใหญ่ซึ่งมีต้นทุนการให้บริการสูง และสามารถเรียกร้องจากผู้ให้บริการได้^{2,7}

3) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกของสิทธิข้าราชการมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ถึงแม้ว่าจะมีการกำหนดมาตรการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา เช่น การส่งเสริมให้ใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยกเลิกการเบิกจ่ายยาประเภทวิตามินเกินความจำเป็น เป็นต้น แต่ระบบการจ่ายคืนตามปริมาณบริการสถานพยาบาลก็ยังมีแรงจูงใจในการสร้างรายได้จากการใช้ยาราคาแพง เช่น ยานอกบัญชียาหลักยาต้นแบบ (original brand) ยาราคาแพงที่ไม่จำเป็นหรือไม่เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ^{2,7} นอกจากนั้นยังพบว่ามีโยกการจ่ายยาผู้ป่วยในสำหรับให้นำไปรับประทานต่อที่บ้านเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมาเป็นบริการในลักษณะผู้ป่วยนอก⁷ รวมทั้งการมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงขึ้นทำให้ต้นทุนที่สำคัญ จากการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงปริมาณการใช้บริการ และการเปลี่ยนแปลงของรายได้ที่ทำให้ราคาในการจัดบริการแพงขึ้นด้วย⁸

4) ศักยภาพในการบริหารจัดการการคลังของระบบมีจำกัด ทั้งด้านอำนาจตามกฎหมายที่พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 มุ่งเน้นในการให้สิทธิ์แก่ผู้มีสิทธิเป็นหลัก แต่กรมบัญชีกลางไม่มีบทบัญญัติให้อำนาจที่จะควบคุมการใช้สิทธิ์ และขาดกลไกในการตรวจสอบการจ่ายเงินตามปริมาณ บริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บทั้งที่เป็นระบบที่ต้องการ การตรวจสอบเข้มข้นกว่าระบบอื่นๆ⁷

มูลค่าของยาใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติในภาพรวมของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ รายงานผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย และมาตรการควบคุมการใช้ยาของโรงพยาบาลนำร่อง 34 แห่ง กรณีผู้ป่วยนอกในระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการในโรคเรื้อรัง 4 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ต้องใช้ยาควบคุม โรคหัวใจและโรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์^{2,9} ระหว่างเดือนตุลาคม 2551 – กรกฎาคม 2552 พบการสั่งยา 16.6 ล้านใบ มูลค่ารวม 15,247.96 ล้านบาท ซึ่งเป็นรายการนอกบัญชียาหลักแห่งชาติร้อยละ 40 คิดเป็นมูลค่า 10,040.48 ล้านบาทหรือร้อยละ 66 ของมูลค่ายารวมทั้งหมด โดยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีมูลค่ารวมของการใช้จ่ายค่อนข้างสูง² (รูปที่ 4)

กลุ่มยาที่มีจำนวนครั้งของการสั่งใช้มากที่สุด และมีมูลค่าการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในสัดส่วนที่สูงมาก เมื่อเทียบกับยาในกลุ่มเดียวกัน ได้แก่ NSAIDs-glucosamine (ร้อยละ 97.4) ยาลดการหลังกรด (ร้อยละ 93.8) ยาลดความดันกลุ่ม ARBs (ร้อยละ 89.4), และยาลดไขมันในเลือด (ร้อยละ 86.6)²

กลุ่มรายการยาที่มีมูลค่าการสั่งใช้ยาต่อคนข้างสูงและเป็นรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมทั้งรายการยาที่มีราคาแพงและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสมไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 9 กลุ่ม²

- (1) กลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร (anti-ulcerant/variceal bleeding)
- (2) กลุ่มยาด้านอักเสบที่มีไซสเทียรอยด์ (NSAIDs/anti-osteoarthritis)
- (3) กลุ่มยาลดไขมันในเลือด (antilipidemia)
- (4) กลุ่มยาลดความดันโลหิต (angiotensin-II receptor blockers : ARBs)
- (5) กลุ่มยาเบี่ยงต้นในการรักษาความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเลือดคั่ง (angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors)
- (6) กลุ่มยาป้องกันเกาะตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets)
- (7) ยาลดอาการข้อเข่าเสื่อม (glucosamine)
- (8) ยาป้องกันโรคกระดูกพรุน (drug affecting bone metabolism)
- (9) กลุ่มยารักษามะเร็ง (anticancers)

ทิศทางการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการในอนาคต

1) กำหนดมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยาในกลุ่มเป้าหมายที่มีมูลค่าการสั่งใช้ยาต่อคนข้างสูง 9 กลุ่มดังกล่าว อาจจะต้องให้มีระบบตรวจสอบและควบคุมการเบิกจ่ายค่ายาบางกลุ่มหรือบางรายการให้เป็นไปตามบัญชียาหลักแห่งชาติหรือตามเงื่อนไขและข้อบ่งชี้ที่องค์กรวิชาชีพกำหนด^{9,10}

2) การใช้ระบบการออมเพื่อสุขภาพ (medisave) เช่นระบบบัญชีเงินออม (saving account) ที่อ้างอิงมาจากสิงคโปร์ ด้วยระบบการหักจากเงินเดือนของผู้ออม ผ่านระบบการจ้างงานเพื่อเป็นหลักประกันสุขภาพ แต่การนำมาใช้กับข้าราชการบำนาญหรือข้าราชการปัจจุบัน (โดยเฉพาะที่มีอายุมากหรือมีบิดามารดาที่มีอายุมาก) มีความเป็นไปได้น้อยเนื่องจากการบริหารจัดการให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมทำได้ยากและข้าราชการได้ช่วยเหลืองบประมาณของประเทศทางอ้อมโดยการรับเงินเดือนและค่าตอบแทนที่ต่ำกว่าภาคเอกชน หากสิทธิประโยชน์ถูกลดไปหรือบังคับให้หักเงิน

เดือนเพื่อเป็นเงินออมด้านสุขภาพจะไม่เป็นธรรมและเป็นการลิดรอนสิทธิ และยังคงศึกษาแนวทางการอภิบาลระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาล แบบดังกล่าวอีกหลายประการ เช่นประเทศสิงคโปร์จะกำหนดว่าหากเจ้าของบัญชีเสียชีวิตเงินออมในบัญชีจะกลายเป็นมรดกที่สามารถมอบแก่ครอบครัว เพื่อน หรือมูลนิธิได้^{7, 9, 12}

3) การจัดทำแผนพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณและพัฒนา รูปแบบการจ่ายค่ารักษายาพยาบาล ผู้ป่วยนอกให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในระยะยาวโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ร่วมมือกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และหน่วยงานในเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) สำนักงานพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษายาพยาบาล (สพตร.) และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ร่วมกันจัดทำแผนดำเนินงานแบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยระยะแรกมุ่งเน้นการพัฒนาระบบสารสนเทศ และตัวชี้วัดในการติดตามวิเคราะห์ประเมินผลการกำกับและทบทวนการสั่งใช้ยาอย่างเป็นระบบแล้วให้ข้อมูลป้อนกลับแก่โรงพยาบาล นำร่องที่มีปริมาณการให้บริการผู้ป่วยนอกสูง ระยะต่อมาพัฒนามาตรการเพื่อควบคุมค่ายาเพิ่มเติม เช่น academic detailing, reference price, negative lists, drug cost sharing, สร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดประสบการณ์การควบคุมการใช้จ่ายในโรงพยาบาลนำร่อง และระยะสุดท้ายพัฒนารูปแบบวิธีการจ่ายเงินค่ารักษายาพยาบาลผู้ป่วยนอกล่วงหน้าที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายของผู้มีสิทธิ รวมถึงการรวมกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน เป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพเดียว^{9,10}

ปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญที่ทำให้การปฏิรูประบบมีโอกาสประสบความสำเร็จ

1) มีโครงสร้างองค์กรที่มีศักยภาพในการบริหารระบบให้มีประสิทธิภาพ^{7, 11} ตัวอย่างจากการศึกษาของณัฐธิดาจินดาพล และคณะ พบว่า การกำหนดนโยบายของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในโรงพยาบาลให้ข้าราชการต้องสำรองเงินจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติได้ช่วยส่งเสริมการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลและช่วยลดมูลค่าการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มยาลดการหลังกรด proton pump inhibitors (PPIs) ได้ แต่อย่างไรก็ตามในการใช้มาตรการที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยานั้นควรจะใช้หลายวิธีร่วมกันเพราะจากการที่โรงพยาบาลใช้มาตรการจำกัดการสั่งจ่ายก็ยังไม่สามารถควบคุมได้มากนัก¹³

2) มีระบบข้อมูลสารสนเทศ เครื่องมือ ตัวชี้วัดและกระบวนการให้ข้อมูลป้อนกลับแก่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

และสม่ำเสมอ^{7,11} โดยแผนพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณและพัฒนารูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกคาดว่าจะให้ข้อมูลย้อนกลับแก่โรงพยาบาลทุกไตรมาส^{9,10}

3) มีกระบวนการทำงานแบบเครือข่ายที่มีส่วนร่วมและเพิ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการใช้ข้อมูลด้านการวิเคราะห์ระหว่างกรมบัญชีกลางกับเครือข่ายนักวิชาการและทีมงานของโรงพยาบาล^{7, 11} การศึกษาของณัฐนิช สัมจันทร์ และดลพร นันทวุฒิพันธ์ ที่ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลหลังจากมีการประกาศนโยบายการส่งจ่ายยาไตใหม่ในเลือดกลุ่มนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายของยาไตใหม่ในเลือด กลุ่มนอกบัญชียาหลักแห่งชาติและส่งเสริมให้มีการใช้ยา อย่างเหมาะสม พบว่าการส่งจ่ายยาในรูปแบบที่ไม่สอดคล้องกับนโยบายทั้งจำนวนเม็ดยาและมูลค่าการส่งจ่ายยังเพิ่มขึ้นในทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ซึ่งคาดว่าสาเหตุหนึ่ง อาจเนื่องมาจากการประกาศนโยบายของทางโรงพยาบาลที่ยังไม่ทั่วถึง และขาดการทำความเข้าใจกับผู้ส่งจ่ายยา จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทุกฝ่ายในทีมงานของโรงพยาบาลเป็นเรื่องสำคัญที่ส่งผลถึงความสำเร็จในการปรับปรุงระบบ¹⁴

4) มีรูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก และมาตรการเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการดำเนินการปฏิรูประบบด้านต่างๆ จากการศึกษาและพัฒนาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง^{7, 11}

สรุป

ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ เป็นสวัสดิการที่รัฐพบปัญหาวิกฤตงบประมาณอย่างมากมาหลายปี แต่ไม่ว่าจะมีการปฏิรูปใดๆ ก็ตามต้องได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งรัฐบาลผู้ออกนโยบาย สังคมให้การยอมรับ เช่น แพทย์ให้ความร่วมมือในการส่งจ่ายอย่างสมเหตุสมผลการรักษา โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางการรักษาที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ การกำหนดนโยบายของโรงพยาบาลให้มีการใช้ยาเป็นไปตามบัญชียาหลักแห่งชาติ สร้างทัศนคติที่ดีของประชาชนในสังคมต่อการรักษาโดยไม่ใช้ยาในบางโรคที่ยังไม่จำเป็นต้องใช้ยา หรือทัศนคติต่อการใช้ยาที่มีราคาถูกแต่ประสิทธิภาพในการรักษาดีและมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องมีกฎหมายรองรับเอื้อต่อการดำเนินการที่สำคัญจะต้องไม่เป็นการลดรอนสิทธิของข้าราชการที่ต้องแลกมากับเงินเดือนที่ต่ำกว่า ภาคเอกชนอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานนโยบายและแผนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2553 (1 ตุลาคม 2552-30 มิถุนายน 2553). กรุงเทพฯ: บริษัทสหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2553.
2. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และคณะ. รายงานการใช้ยาผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและมาตรการควบคุมการใช้ยาของโรงพยาบาลนำร่องกรณีผู้ป่วยนอกในระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ 2552. รายงานการวิจัย สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. นนทบุรี; 2552
3. การสาธารณสุขไทย ๒๕๔๘-๒๕๕๐ [homepage on the internet]. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; date unknown [cited 2010 Dec 10]. Available from: http://www.moph.go.th/ops/health_50/2548_2550.html.
4. นภวรรณ เจียรพิรพงศ์. การประมาณขนาดของปัญหาและความสูญเสียทางการเงินของรัฐเมื่อผู้ป่วยมียาไว้ในครอบครองเกินความจำเป็น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2551 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2555]; จาก: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/2213>.
5. มาลี งามประเสริฐ, ดาตทิพย์ สุวรรณ. บันทึกบทเรียนการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประจำสำนักงานวิจัยการนำเสนอผลการวิจัยและกระบวนการ R2R; 2551 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2555]; จาก: http://www.si.mahidol.ac.th/r2r/HSRI_conference_2008.htm.
6. ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการบนเส้นทางสู่สุขภาพ-ประสิทธิภาพ-เสมอภาค?. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2540. หน้า 1-57.
7. ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ: ความจำเป็นที่ต้องปฏิรูป. [homepage on the internet]. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพแห่งประเทศไทย; date unknown [revised 2009 Dec 11; cited 2010 Dec 10]. Available from: <http://http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=12>
8. การเข้าถึงและใช้บริการรักษายาพยาบาลกลุ่มผู้สูงอายุปีงบประมาณ 2553. [homepage on the internet]. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพแห่งประเทศไทย; date unknown [revised 2009 Dec 11; cited 2010 Dec 10]. Available from: <http://http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=30>
9. กระทรวงการคลัง. (2548, 30 มิถุนายน). คำสั่งที่ กค 0417/ว 265 เรื่อง การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาพยาบาลผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรัง 4 โรค.
10. ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย [homepage on the internet]. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพแห่งประเทศไทย; date unknown [revised 2009 Dec 11; cited 2010 Dec 10]. Available from: <http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=14>.
11. ฝ่ายข้อมูลสารสนเทศ. สรุปผลการประชุมคณะรัฐมนตรี ครั้งที่ 10; 23 มีนาคม 2553; กรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ: กองแผนงาน กรมโยธาธิการและผังเมือง กระทรวงมหาดไทย; 2553.

12. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, ภูรี อนันตโชติ, ศิริตรี สุทธิจิตต์, อุบลพรรณ ชีระศิลป์, พลอยวงค์ เหลืองไทรรัตน์. การศึกษาส่วนร่วมจ่ายค่ายา ในระบบประกันสุขภาพของ 10 ประเทศ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ศูนย์สารสนเทศและวิจัย ระบบยา; 2550.
13. ณัฐริดา จินดาพล, พัชราภรณ์ คุณูปถัมภ์, พิษยานี ชีระศิลป์. ปฏิญญานิพนธ์ ผลกระทบของมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของยากลุ่ม proton pump inhibitors ต่อรูปแบบการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์. ปฏิญญานิพนธ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์. 2554.
14. ณัฐนิช สัมจันทร์, ดลพร นันทอุตม์พันธุ์. การสำรวจรูปแบบการสั่งจ่ายยาลดไขมันในเลือดกลุ่มนอกบัญชียาหลักแห่งชาติปี พ.ศ. 2551: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์. ปฏิญญานิพนธ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์. 2555.

