

การจำลองผลกระทบทางการเงินจากการเปลี่ยนหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย
ค่ายากรณีบริการผู้ป่วยนอกในระบบหลักประกันสุขภาพหลัก
: กรณีโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชแห่งหนึ่ง

ชฎินาฏ ไหมวัด¹, กุลจิรา อุดมอักษร²

¹โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

²ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อจำลองผลกระทบทางการเงินในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบหากนำวิธีการทางเลือกการเบิกจ่ายค่ายาตามรายการ (fee for service) ที่มีการพัฒนาขึ้นมาปรับใช้ **วิธีการ:** การวิจัยเป็นการศึกษาแบบพรรณนาและจำลองสถานการณ์โดยใช้ข้อมูลสถิติภูมิของปริมาณและมูลค่าการใช้ยาย้อนหลังในการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชแห่งหนึ่งในปีงบประมาณ 2557 รูปแบบการเบิกจ่ายที่จำลองในการศึกษานี้ มี 2 รูปแบบ คือ หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (RP2) และข้อเสนอหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาซึ่งพัฒนาโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3) **ผลการศึกษา:** การเบิกจ่ายค่ายาเฉลี่ยต่อการมารับบริการในกลุ่มโรคเดียวกันของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS) มีมูลค่าสูงที่สุดในทุกกลุ่มโรคเมื่อเทียบกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และสิทธิประกันสังคม(SSS) โดยเป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวโน้มของมูลค่ายาเฉลี่ยต่อการมารับบริการหนึ่งครั้งในภาพรวม (CSMBS: 4,359.36 บาทต่อการมารับบริการหนึ่งครั้ง, UC: 243.24 บาทต่อการมารับบริการหนึ่งครั้ง, SSS: 472.63 บาทต่อการมารับบริการหนึ่งครั้ง) แสดงถึงแบบแผนการสั่งจ่ายยาที่มีความแตกต่างกันตามสิทธิการรักษายาบาลแม้ในการรักษาโรคเดียวกัน ผลการวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการหากมีการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา พบว่า การเบิกจ่ายทั้ง 2 รูปแบบที่จำลองในการศึกษา ทำให้โรงพยาบาลขาดทุนกำไร คือมีส่วนต่างระหว่างรายได้ค่ายากับต้นทุนลดน้อยลงแต่ไม่ต่ำกว่าทุนค่ายา ในส่วนผลกระทบต่อผู้จ่ายเงินในระบบพบว่า รูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้เฉพาะในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคมเท่านั้น แต่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลตรงกันข้าม คือจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องจ่ายเงินเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับรูปแบบการเบิกจ่ายในปัจจุบันที่กำหนดเพดานค่ายาในการมารับบริการในแต่ละครั้ง (700 บาท/ครั้ง) ยาที่ใช้ในผู้ป่วย UC ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงราคาถูก รูปแบบการเบิกจ่ายที่จำลองในการศึกษาจะมีส่วนเพิ่มสำหรับยาราคาถูกในสัดส่วนที่สูงกว่ายาราคาแพง จึงอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้กรณีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า **สรุป:** รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาทางเลือกที่นำมาศึกษาสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาเมื่อเทียบกับระบบปัจจุบันสำหรับการเบิกจ่ายค่ายากรณีผู้ป่วยนอกในระบบสวัสดิการรักษายาบาลและระบบประกันสังคม

คำสำคัญ: ราคาเบิกจ่าย ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้จ่ายเงินในระบบสุขภาพ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม

รับต้นฉบับ: 13 มิ.ย. 2560, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 15 ก.ค. 2560, รับลงตีพิมพ์: 24 ก.ค. 2560

ผู้ประสานงานบทความ: กุลจิรา อุดมอักษร ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

90112 E-mail: khunjira.u@psu.ac.th

**Simulation of Financial Impact from Changing Pharmaceutical Reimbursement
Method for Outpatient Services among Three Major Health Insurance Schemes:
A Case Study of a Psychiatric Hospital**

Chadeenat Maiwat¹, Khunjira Udomaksorn²

¹Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital

²Department of Pharmacy Administration, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Prince of Songkla University

Abstract

Objective: To simulate financial impact in the perspectives of health care providers and payers if the existing pharmaceutical reimbursement schemes would be replaced by alternative options of fee for service based reimbursement models. **Method:** The research was a descriptive study with simulation using retrospective secondary data on amount and cost of drugs prescribed for outpatients in the fiscal years 2014 at a psychiatric hospital. Two alternative options of pharmaceutical reimbursement scheme included reimbursement prices for pharmaceuticals from the National Health Security Office Region 13 (RP-2) and the proposed pharmaceutical reimbursement model being developed by the Health Insurance System Research Office (RP-3). **Result:** Disease-specific drug spending per visit under fee for charge based Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) was highest for all groups of diseases comparing to capitation based scheme under Universal Coverage Scheme (UC) and Social Security Scheme (SSS). The same pattern was found in the average drug spending per visit (CSMBS: 4,359.36 Baht/visit, UC: 243.24 Baht /visit, SSS: 472.63 Baht/visit), implying differential pattern of prescribing for patients in different health insurance schemes. The simulated financial impacts on providers if implementing proposed reimbursement prices demonstrated decreasing of providers' income or lowering the gap between revenues from reimbursement and drug cost, but revenues were never lower than medicine costs. On the other side, regarding the financial impacts on payers, it was found that RP-2 and 3 models could save drug expenditure only for the CSMBS and SSS scheme. On the contrary, the models resulted in a higher spending in the UC scheme than that in the current reimbursement method, which drew the payment ceiling at 700 Baht/visit. In addition, majority of prescriptions under the UC scheme were low price items. The alternative reimbursement scheme, RP-2,3 assigned higher rate of %mark-up for medications in a low price range than those in a higher price range, leading to an inability to save for payers under the UC scheme. **Conclusion:** Alternative reimbursement schemes for medications in this study could save drug expenditures compared to the current schemes for outpatients in the CSMBS and SSS health schemes.

Keywords: reimbursement price, providers, payers, civil servant medical benefit scheme, universal coverage scheme, social security scheme

บทนำ

ปัญหาจากการเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอกแบบรวมอยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอาจก่อให้เกิดปัญหากับโรงพยาบาลกล่าวคืองบประมาณค่าใช้จ่ายด้านยาที่ได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายจริง ทำให้โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายและประสบปัญหาขาดทุน นำมาซึ่งปัญหาการขาดสภาพคล่องของโรงพยาบาลและเกิดปัญหาคูณภาพของการรักษาพยาบาลตามมา

โรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นสถานที่วิจัยเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางในกลุ่มโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากสถานบริการระดับต้นซึ่งมีการกำหนดเพดานการเบิกจ่ายคิเป็นอัตราเดียวต่อครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการสำหรับกรณีผู้ป่วยนอก ทำให้โรงพยาบาลพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายของการรับบริการแต่ละครั้งให้อยู่ในวงเงินที่กำหนด โดยจ่ายยาให้ผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่สั้นลงเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายต่อครั้งไม่ให้เกินกว่าอัตราเพดานเบิกจ่าย เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องมารับยาที่หน่วยบริการบ่อยครั้งมากขึ้น จำนวนการมารับบริการเฉลี่ยต่อปีในโรงพยาบาลจิตเวชที่ทำวิจัยของผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage: UC) เป็น 8.24 ครั้งต่อปี ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยในสิทธิประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS) คือ 4.95 และ 4.06 ครั้งต่อปี ตามลำดับ

ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบ CSMBS ในโรงพยาบาลมีค่าสูงเมื่อเทียบกับระบบประกันสุขภาพอีก 2 ระบบ (1) โดยมูลค่ายาเฉลี่ยต่อครั้งที่มารับบริการของโรงพยาบาลจิตเวชที่วิจัยในสิทธิ CSMBS เป็น 4,359.36 บาทต่อครั้งซึ่งมากกว่าในสิทธิ SSS และ UC คือ 472.63 และ 243.2 บาทต่อครั้งตามลำดับ เนื่องจากการเบิกจ่ายค่ายาตามรายการในอัตราที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บโดยไม่กำหนดเพดานเบิกจ่าย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาว่าสาเหตุสำคัญเกิดจากการใช้กลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ป่วยแบบปลายเปิดหรือจ่ายตามบริการและการใช้ระบบเบิกจ่ายตรงกรณีผู้ป่วยนอก ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายด้านยาในสัดส่วนที่สูง โดยเฉพาะการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติทำให้ค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการและครอบครัวยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (2-3)

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้นที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงศึกษาสรุปแบบการเบิกจ่ายค่ายาอื่น ๆ ที่มีการพัฒนาขึ้น เพื่อลดผลกระทบจากกลไกการเงินดังกล่าว รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาด้วยการกำหนดราคาเบิกจ่ายตามรายการโดยผู้จ่ายเงินในระบบน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่ง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีรูปแบบทางเลือกในการกำหนดราคาเบิกจ่ายที่มีการพัฒนาขึ้นในประเทศไทยและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ 2 รูปแบบ ได้แก่ หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (RP-2) และข้อเสนอหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาซึ่งพัฒนาโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3) การศึกษานี้จึงจำลองผลกระทบทางการเงินหากมีการนำรูปแบบการเบิกจ่ายตามรายการยาโดยผู้จ่ายเงินในระบบกำหนดราคาเบิกจ่ายทั้ง 2 แบบ มาใช้แทนที่การเบิกจ่ายค่ายากรณีผู้ป่วยนอกของระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบของประเทศในปัจจุบัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายหากมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ายาในอนาคต

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเป็นการศึกษาแบบพรรณนา โดยการจำลองรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาทางเลือก (simulation model) เข้ากับข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวกับแบบแผนการเบิกจ่ายค่ายาของโรงพยาบาลในช่วงที่วิจัยเพื่อประมาณการผลกระทบทางการเงินเปรียบเทียบกับรูปแบบปัจจุบัน

ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

การศึกษาใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายยาของผู้ป่วยนอกจากฐานข้อมูลรายการยาและราคาต้นทุนยาของโรงพยาบาลจากโปรแกรม HOSxP ในปีงบประมาณ 2557 ส่วนราคากลางอ้างอิงจากประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2553 และประกาศเพิ่มเติม พ.ศ. 2557 ส่วนราคาอ้างอิงใช้ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาและเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557

รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่นำมาศึกษา

การเบิกจ่ายค่ายาสำหรับผู้ป่วยนอกในปัจจุบันของโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่วิจัย ใช้อัตราที่ขึ้นกับราคาซื้อ

(acquisition cost) หรือราคาทุนตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับสถานพยาบาลของทางราชการ (RP-1)

การเรียกเก็บค่ายาของโรงพยาบาลมีวิธีการที่แตกต่างขึ้นกับระบบประกันสุขภาพ ในระบบ CSMBS และ SSS จ่ายค่ายารายการตามราคาที่ยกเก็บ ส่วนระบบ UC จ่ายรายการตามราคาที่เรียกเก็บ แต่ไม่เกินเพดาน 700 บาท/ครั้งการบริการ และจ่ายเพิ่มเติมกรณีบริการตรวจพิเศษ

หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยาทางเลือกที่ศึกษา

อัตราเบิกจ่ายค่ายาที่ใช้ในการศึกษามีสามวิธีดังแสดงในตารางที่ 1 คือ 1) อัตราเบิกจ่ายค่ายาที่ใช้ในปัจจุบัน (RP-1: reimbursement price 1) 2) อัตราเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 (RP-2) (4) และ 3) อัตราเบิกจ่ายค่ายาตามข้อเสนอ

หลักเกณฑ์จากการปรับอัตราค่าบริการของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3) (5) สำหรับ RP2 มีการกำหนดอัตราบวกเพิ่มที่แตกต่างกันสำหรับยาที่มีช่วงการรักษาแคบ และยาที่ผลิตจากผู้ผลิตที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน GMP-PIC/s (5)

การวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงิน

การศึกษาเปรียบเทียบมูลค่าการเบิกจ่ายของโรงพยาบาลตามรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน กับมูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้ราคาเบิกจ่ายตามรูปแบบทางเลือกที่นำมาศึกษาโดยใช้แบบแผนการใช้จ่ายเดียวกันจากข้อมูลของโรงพยาบาล การวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบ รวมทั้งวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis) สำหรับตัวแปรสำคัญ

ผลการวิจัย

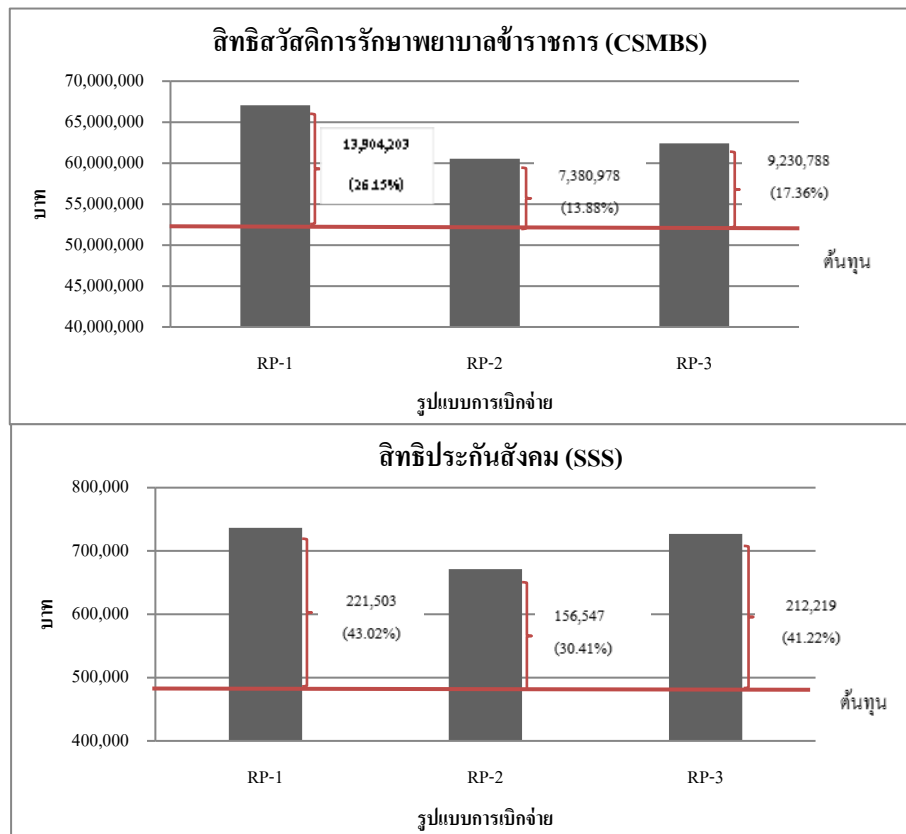
ผลกระทบทางการเงิน

การวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินในภาพรวมของผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบเมื่อใช้อัตราการ

ตารางที่ 1. อัตราการเบิกจ่ายค่ายาสำหรับผู้ป่วยนอกที่ใช้ในการศึกษา

ราคารฐานยา (บาท/หน่วย)	RP1 ¹	RP2 ¹	RP3 ¹
0.01-0.20	0.50	0.50	0.50
0.21-0.50	1.00	1.00	1.00
0.50-1.0	1.50	1.50	1.50
1.01-10	1.50+125% ของส่วนที่เกิน 1 บาท	1.50+115% ของส่วนที่เกิน 1 บาท	1.50+130% ของส่วนที่เกิน 1 บาท
10.1-20			13.20+120% ของส่วนที่เกิน 10 บาท
20.01-30	13+120%	12+110%	25.20+110% ของส่วนที่เกิน 20 บาท
30.01-50	ของส่วนที่เกิน 10 บาท	ของส่วนที่เกิน 10 บาท	36.20+107.5% ของส่วนที่เกิน 30 บาท
50.01-100			57.70+105% ของส่วนที่เกิน 50 บาท
100.01-1,000	126+115% ของส่วนที่เกิน 100 บาท	111+105% ของส่วนที่เกิน 100 บาท	110.20+103% ของส่วนที่เกิน 100 บาท
เกิน 1,000 บาท	1,161+110% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท	1,056+100% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท	+36.20 บาท

1: อัตราเบิกจ่ายค่ายาที่ใช้ในปัจจุบัน (RP-1) อัตราเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 (RP-2) สำหรับ RP-2 มีการกำหนดอัตราบวกเพิ่มที่แตกต่างกันสำหรับยาที่มีช่วงการรักษาแคบ และยาที่ผลิตจากผู้ผลิตที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน GMP-PIC/s (5) อัตราเบิกจ่ายค่ายาตามข้อเสนอหลักเกณฑ์จากการปรับอัตราค่าบริการของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3)



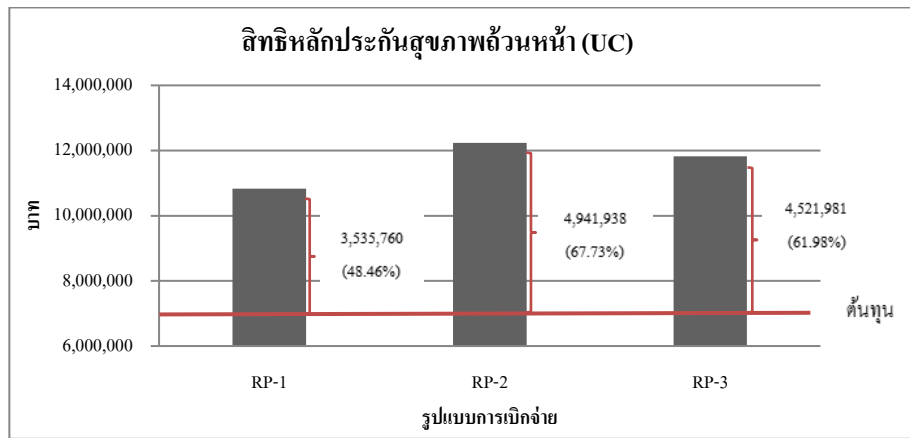
รูปที่ 1. ร้อยละส่วนบวกเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านยาในปีงบประมาณ 2557 ที่จำลองตามรูปแบบการเบิกจ่ายในสถิติ CSMBS และ SSS (หมายเหตุ: อัตราเบิกจ่ายค่ายาที่ใช้ในปัจจุบัน (RP-1) อัตราเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิกัด/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 (RP-2) อัตราเบิกจ่ายค่ายาตามข้อเสนอหลักเกณฑ์จากการปรับอัตราค่าบริการของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3))

เบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 เทียบกับรูปแบบปัจจุบันพบว่า การใช้รูปแบบ RP-2 และ RP-3 ในภาพรวมของทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ให้บริการขาดทุนกำไร คือ สถานพยาบาลมีส่วนต่างระหว่างรายได้ค่ายากับต้นทุนน้อยลง แต่ไม่ต่ำกว่าทุน และถือว่าสามารถเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้จ่ายเงินในระบบ

เมื่อจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่าสิทธิ CSMBS และ SSS มีแนวโน้มเป็นไปในแนวทางเดียวกับภาพรวม คือ รูปแบบการเบิกจ่ายทางเลือกที่นำมาศึกษาทั้ง 2 แบบทำให้สถานพยาบาลมีรายได้จากการเบิกจ่ายค่ายาสามารถครอบคลุมต้นทุนค่ายา โดยมีส่วนต่างจากต้นทุนที่ลดลงเมื่อเทียบกับวิธีการเบิกจ่ายปัจจุบัน เมื่อวิเคราะห์ในมุมมองของผู้จ่ายเงินในระบบ CSMBS และ SSS รูปแบบ

การเบิกจ่ายทางเลือกที่นำมาศึกษาทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบการมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาในปัจจุบัน

ในสถิติ UC รูปแบบการเบิกจ่ายทางเลือกที่นำมาศึกษาทั้ง 2 แบบทำให้สถานพยาบาลมีรายได้จากการเบิกจ่ายค่ายาซึ่งสามารถครอบคลุมต้นทุนค่ายา โดยมีส่วนต่างจากต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับวิธีการเบิกจ่ายปัจจุบัน หมายความว่า หากวิเคราะห์ในมุมมองของผู้จ่ายเงินในระบบ UC รูปแบบทางเลือกไม่ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบการมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาในปัจจุบันเนื่องจากรายการยาส่วนใหญ่ที่มีการสั่งใช้ในสถิติ UC มีราคาอยู่ช่วงราคาต่ำ (0.00-10.00 บาทต่อหน่วย) ซึ่งกำหนดส่วนบวกเพิ่มที่สูงกว่ารูปแบบเบิกจ่ายปัจจุบัน ประกอบกับรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันมีการกำหนดเพดาน (ceiling) มูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาต่อครั้งที่ 700 บาท

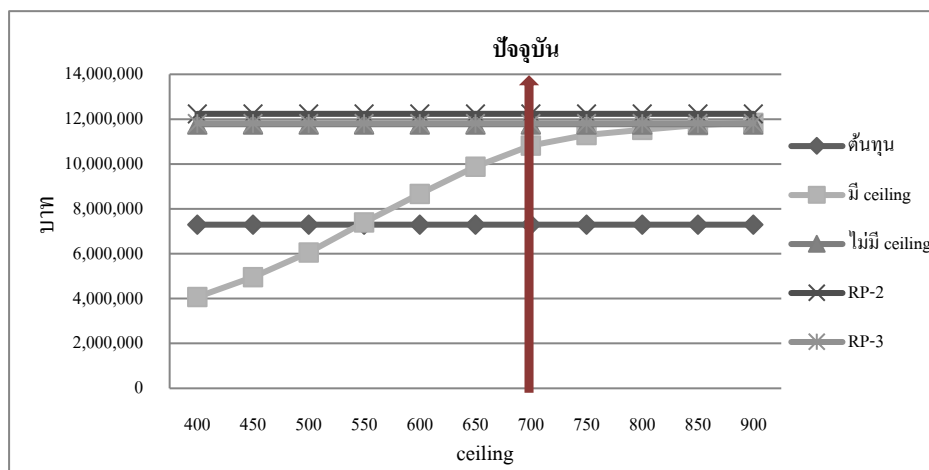


รูปที่ 2. ร้อยละส่วนบวกเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านยาในบึงบประมาณ 2557 ที่จำลองตามรูปแบบการเบิกจ่ายในสิทธิ UC
หมายเหตุ: อัตราเบิกจ่ายค่ายาที่ใช้ในปัจจุบัน (RP-1) อัตราเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/ พิจารณ์/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 (RP-2) อัตราเบิกจ่ายค่ายาตามข้อเสนอหลักเกณฑ์จากการปรับอัตราค่าบริการของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3)

ค่าใช้จ่ายในการเบิกจ่ายปัจจุบันและที่จำลองในการศึกษาเมื่อจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาลพบว่าทั้ง 3 สิทธิการรักษาพยาบาลมีทิศทางของผลกระทบทางการเงินไปในทิศทางเดียวกัน คือ มูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายทางเลือก RP-2 และ RP-3 จะมีค่ามูลค่าน้อยลง แต่ยังสามารถครอบคลุมต้นทุนค่ายาของโรงพยาบาลได้เมื่อเทียบกับรูปแบบปัจจุบัน โดยมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 ทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดมากที่สุดเมื่อเทียบกับระบบปัจจุบัน รูปแบบ RP-2 และ RP-3 มีแนวโน้มของร้อยละส่วนบวกเพิ่มที่ลดลงเมื่อช่วงราคาสูงขึ้น ผู้จ่ายเงินในระบบที่ใช้ยาที่มีราคาสูงจะมีมูลค่าที่ประหยัดได้มากขึ้น

การวิเคราะห์ความไว

จากการวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินสำหรับระบบ UC พบว่า รูปแบบการเบิกจ่ายทางเลือกที่นำมาศึกษาไม่สามารถลดค่าใช้จ่ายลงได้เมื่อเทียบกับรูปแบบปัจจุบัน การศึกษาจึงวิเคราะห์ความไวด้วยการเปลี่ยนแปลงค่าเพดานเบิกจ่ายต่อครั้งเนื่องจากเป็นตัวแปรหนึ่งซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต การคาดประมาณถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถวางแผนตั้งรับ และมีข้อมูลค่าเพดานต่ำสุดที่จะไม่ส่งผลกระทบต่อสถานทางการเงินของโรงพยาบาลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย



รูปที่ 3. ค่าใช้จ่ายในสิทธิ UC หากมีการเปลี่ยนแปลงมูลค่าเพดานในการเบิกจ่าย

เมื่อเปลี่ยนมูลค่าเพดานการเบิกจ่ายต่อครั้งในสิทธิ UC ตั้งแต่ 400-900 บาท จากปัจจุบันที่กำหนดเพดานราคาเบิกจ่ายแต่ละครั้งของการมารับบริการไว้ไม่เกิน 700 บาท พบว่า แม้มีการเพิ่มระดับเพดานการเบิกจ่ายต่อครั้งไปจนถึง 900 บาท/ครั้งการบริการแล้ว มูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาก็ยังต่ำกว่ารูปแบบการทางเลือกที่นำมาศึกษา แสดงว่าการมีเพดานมูลค่าเบิกจ่ายต่อครั้ง จะทำให้ผู้จ่ายเงินสามารถประหยัดได้เมื่อเทียบกับรูปแบบทางเลือก อย่างไรก็ตาม มูลค่าเพดานเบิกจ่ายต่อครั้งไม่ควรลดลงไปจนต่ำกว่า 550 บาท/ครั้งการบริการ เพราะมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาที่โรงพยาบาลได้รับจะต่ำกว่ามูลค่าต้นทุนค่ายาของโรงพยาบาล

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีข้อค้นพบสำคัญ คือ รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาทางเลือกที่นำมาศึกษาสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาเมื่อเทียบกับระบบปัจจุบัน สำหรับการเบิกจ่ายค่ายากรณีผู้ป่วยนอกในระบบ CSMBs และ SSS ซึ่งยังคงครอบคลุมต้นทุนค่ายาของโรงพยาบาลได้ รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิกการ/อุบัติเหตุ และฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 (RP-2) ทำให้ผู้จ่ายเงินมีมูลค่าที่ประหยัดได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับรูปแบบปัจจุบัน แต่ในสิทธิ UC การเบิกจ่ายค่ายาทางเลือกไม่สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายลงจากปัจจุบันซึ่งมีการกำหนดเพดานมูลค่าเบิกจ่ายต่อครั้ง รูปแบบปัจจุบันยังคงประหยัดกว่ารูปแบบทางเลือกแม้ว่าจะเพิ่มระดับมูลค่าเพดานการเบิกจ่ายต่อครั้งไปจนถึง 900 บาท/ครั้งการบริการ แต่ระดับมูลค่าเพดานการเบิกจ่ายต่อครั้งไม่ควรลดลงจนต่ำกว่า 550 บาท/ครั้งการบริการ เพราะจะทำให้โรงพยาบาลได้รับมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาต่ำกว่ามูลค่าต้นทุน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการกำหนดเพดานในการเบิกจ่ายค่ายาในสิทธิ UC จะไม่ทำให้โรงพยาบาลขาดทุน แต่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ทำให้ต้องมารับยาบ่อยครั้งมากขึ้น เนื่องจากผู้ให้บริการต้องควบคุมมูลค่าการส่งจ่ายยาต่อครั้งให้ไม่เกินระดับเพดานมูลค่าการเบิกจ่าย จึงเกิดผลกระทบกับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุหรือพิการที่มีความลำบากในการเดินทางมารับบริการ

ข้อจำกัดที่สำคัญของการวิจัย คือ ข้อมูลการเบิกจ่ายยาที่ใช้ในการวิจัยมาจากโรงพยาบาลเฉพาะทางแห่งหนึ่ง ซึ่งมีรูปแบบการจ่ายยาที่มีแนวทางเฉพาะตัว ทำให้ไม่สามารถนำผลการศึกษานี้ไปปรับใช้กับโรงพยาบาลทั่วไปได้ จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการตัดสินใจระดับนโยบายต่อไป นอกจากนี้ การจำลองผลกระทบทางการเงินในการศึกษานี้ใช้แบบแผนการส่งจ่ายแบบเดิม แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาไป ซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษาเบี่ยงเบนไปจากความจริงที่แบบแผนการส่งจ่ายจะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเบิกจ่ายค่ายา จึงควรมีการศึกษาผลกระทบเมื่อมีการนำรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาทางเลือกไปใช้จริงต่อไป เพื่อสังเกตผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงวิธีการเบิกจ่ายค่ายาต่อแบบแผนการจ่ายด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาทางเลือกที่นำมาศึกษา มีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้กับการเบิกจ่ายค่ายากรณีผู้ป่วยนอกในระบบ CSMBs และ SSS เนื่องจากทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาโดยไม่ทำให้ผู้ให้บริการขาดทุน หรือได้รับการจ่ายชดเชยค่ายาต่ำกว่ามูลค่าต้นทุน

ผลกระทบจากกลไกการกำหนดเพดานการเบิกจ่ายค่ายาต่อครั้งการมารับบริการในสิทธิ UC แม้ทำให้ผู้จ่ายเงินประหยัดค่าใช้จ่ายและผู้ให้บริการไม่ได้รับผลกระทบในทางลบจากการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่สั้นลง เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้สูงกว่าเพดานที่กำหนด แต่ผู้ป่วยต้องมารับยาบ่อยครั้งมากขึ้น จึงเกิดผลกระทบทางลบกับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ และผู้พิการที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง

รูปแบบการจัดการเบิกจ่ายค่ายาสำหรับโรงพยาบาลเฉพาะทางที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิควรเป็นรูปแบบเฉพาะ เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามักเป็นผู้ป่วยที่ได้รับส่งต่อจากสถานพยาบาลระดับต้น จึงมีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางถึงรุนแรงหรือเป็นกรณีที่ซับซ้อน แต่ปัจจุบันระบบ UC กำหนดให้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีรายการยาให้เลือกใช้ได้ไม่แตกต่างกับโรงพยาบาลระดับรองลงมา ทั้งที่ในบางกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยากลุ่มใหม่ซึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในสถานพยาบาลระดับต้นแล้วไม่มีประสิทธิผล แต่การส่งจ่าย

กลับมีข้อจำกัดจากเงื่อนไขในการเบิกจ่ายยา ทำให้ไม่สามารถส่งจ่ายให้กับผู้ป่วยได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ของผู้เกี่ยวข้องทุกราย ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ การเงิน และฝ่ายประกันสุขภาพของโรงพยาบาลที่อนุเคราะห์ในการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายยาของโรงพยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่คอยให้การช่วยเหลือและให้ความร่วมมือในการในการจัดเก็บข้อมูลการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Limwattananon C, Limwattananon S, Pannarunothai S, Tangcharoensathien V. Analysis of practice variation due to payment methods across health insurance schemes. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health; 2009.
2. Lomtong C. Guidelines limiting costs in Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS). Thailand Development Research Institute (TDRI). TDRI report issue 99; 2014.
3. Limwattananon S, Limwattananon C, Pannarunothai S. Cost and utilization of drugs prescribed for hospital-visited patients: impacts of universal health care coverage policy. Research Report for the Health System Research Institute. Nonthaburi; 2004.
4. Sakulbumrungsil R, et al. Setting reimbursement prices for pharmaceuticals: Cases of outpatient referral, disability, accident, and emergency for Bangkok-region National Health Security Office. National Health Security Office (NHSO) Region 13. Bangkok; 2013.
5. The Health Insurance System Research Office. The proposed pharmaceutical reimbursement model being developed for those under the Civil Servant Medical Benefit Scheme. The Health Insurance System Research Office (HISRO); 2014.