

แนวโน้มการคลังระบบสุขภาพปฐมภูมิ

Trend of Financing Primary Care Systems

ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ควรมีความสัมพันธ์กับระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิในรูปแบบใด ควรออกแบบลักษณะการเงินการคลังแบบใด รวมทั้งรัฐควรลงทุนเท่าไร เป็นคำถามที่รัฐบาลต่างๆ ประเทศเฝ้าติดตามปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา ประเทศไทยในปี 2545 เริ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยการออกแบบให้ประชาชนมีหน่วยบริการปฐมภูมิประจำตัว (ต้องขึ้นทะเบียน) ใกล้บ้านใกล้ใจและใช้ระบบส่งต่อเพื่อเข้าถึงบริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ ระบบสุขภาพปฐมภูมิได้รับงบประมาณจ่ายรายหัวเป็นหลักและต้องตามจ่ายแทนผู้ป่วยถ้าส่งต่อไปรับบริการ ต่อมาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกแบบวิธีการด้านการเงินการคลังละเอียดอีกมาก จนปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิได้รับการกระจายอำนาจถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรัฐบาลต้องการยกระดับบัตรทองให้สามารถใช้บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ จึงทำให้ประเทศไทยต้องตั้งชุดคำถามดังกล่าวเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพตามหลักการของระบบสุขภาพปฐมภูมิในอุดมคติ⁽¹⁾

องค์การความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) ทำการสำรวจระบบบริการสุขภาพของประเทศสมาชิก 36 ประเทศ จำแนกคุณลักษณะตามระบบสุขภาพปฐมภูมิได้ว่า ครึ่งหนึ่งต้องขึ้นทะเบียนกับระบบสุขภาพปฐมภูมิและต้องใช้ในการส่งต่อจึงจะเข้าถึงบริการทุติยภูมิได้ เท่ากับว่าอีกครั้งไม่จำเป็นต้องใช้ระบบ

ส่งต่อ และไม่มีกลไกจูงใจใดๆ ที่ให้ต้องขึ้นทะเบียนกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ เช่น ประเทศออสเตรเลีย กรีซ เยอรมนี เบลเยียม เดนมาร์ก ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ เม็กซิโก สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น และเกาหลีใต้⁽²⁾ ซึ่งคุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพมีผลต่อวิธีการจัดสรรเงินสนับสนุนจากรัฐ โดยวิธีการจ่ายเงินแก่ระบบปฐมภูมิ (primary care) ที่นิยมกันมากที่สุดคือ จ่ายตามกิจกรรม (fee-for-service) 23 ประเทศ และแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) 22 ประเทศ ตามด้วยวิธีจ่ายตามผลงาน (pay for performance) 10 ประเทศ และจ่ายตามการเหมายอดรวม (global budget) 9 ประเทศ ส่วนการรับบริการกับแพทย์เฉพาะทางแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล (outpatient specialist) นั้น วิธีการจัดสรรเงินสนับสนุนจากรัฐที่นิยมกันมากที่สุดคือ จ่ายตามกิจกรรม (fee-for-service) 22 ประเทศ ตามด้วยวิธีจ่ายตามผลงาน (pay for performance) 10 ประเทศ และจ่ายตามการเหมายอดรวม (global budget) 2 ประเทศ และวิธีอื่นๆ อีก 4 ประเทศ นอกจากนั้นยังเสริมด้วยระบบจ่ายแบบโบนัส (bonus payments) สำหรับระบบปฐมภูมิอีก 14 ประเทศ และให้แก่แพทย์เฉพาะทาง (specialists) อีก 8 ประเทศ⁽³⁾

ประเด็นที่สำคัญกว่าวิธีจ่าย คือมีกระแสเงินจ่ายให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิเท่าไร ข้อมูลการเปรียบเทียบล่าสุดของประเทศรายได้สูง 10 ประเทศ พบว่ารายจ่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 14 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด แต่ประเทศสหรัฐอเมริการายจ่ายไปที่ระบบสุขภาพปฐมภูมิเพียงร้อยละ 4.7 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด⁽⁴⁾ นอกจากนั้นยังเป็นประเด็นว่าแต่ละองค์ประกอบ

ย่อยของระบบสุขภาพปฐมภูมิได้รับส่วนแบ่งเท่าไร หรือใครเป็นผู้จ่าย เช่น ประเทศอังกฤษ ที่ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง มีรายจ่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิเฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวร้อยละ 6 ของรายจ่ายสุขภาพภาครัฐ แต่เป็นรายจ่ายเฉพาะค่ายาที่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวสั่งจ่ายมาก ถึงร้อยละ 7 อีกร้อยละ 6 เป็นรายจ่ายการพยาบาลชุมชน และอีกร้อยละ 4 เป็นรายจ่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิอื่นๆ เช่น ทันตกรรม ทัศนมาตร แขนงตา นอกจากนั้นยังมีรายจ่ายให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่มาจากรัฐบาลส่วนท้องถิ่นอีกประมาณร้อยละ 3 ที่มาอุดหนุนด้านการช่วยเหลือทางสังคมที่ผู้ป่วยต้องการ⁽⁵⁾

ประเด็นการวัดว่าแต่ละประเทศลงทุนในระบบสุขภาพปฐมภูมิเท่าไรและได้คุณภาพตามที่หวังหรือยังนั้น งานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีรายจ่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิน้อยที่สุด ใช้ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายประกันสุขภาพของรัฐหลายกองทุน (multi-payer system) ที่จ่ายตามกิจกรรม⁽⁶⁾ แล้วยังวิเคราะห์ได้ว่ารัฐใดมีรายจ่ายต่ำกว่าค่าเฉลี่ย จึงทำโครงการ ACO PC Flex (Accountable Care Organization Primary Care Flexibility) เปลี่ยนวิธีการด้านการเงินการคลังของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีรายจ่ายต่ำกว่าค่าเฉลี่ย จากระบบจ่ายตามกิจกรรม เป็นการจ่ายล่วงหน้าเหมาจ่ายรายหัว เพื่อให้มีสถานะการเงินเกิดสภาพคล่องในการจ้างบุคลากรและมียกปรับปรุงคุณภาพ โครงการนี้วางแผนให้ใช้เวลา 5 ปีจึงจะเห็นผล จากนั้นจึงจะเปิดให้กลุ่มรัฐที่มีรายจ่ายปฐมภูมิสูงกว่าค่าเฉลี่ยเข้าร่วมโครงการได้

ประเทศแคนาดาที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปพึงพอใจกับการได้รับค่าตอบแทนตามรายกิจกรรม ก็ตระหนักถึงจุดอ่อนของการเงินการคลังที่ให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิตามรายกิจกรรม รัฐบริติชโคลัมเบียจึงทดลองเปลี่ยนระบบให้จ่ายตามงบยอดรวม (global budget) ที่ประมาณการจากจำนวนการตรวจผู้ป่วยต่อวัน ระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยที่หน่วยปฐมภูมิต้องดูแลให้การช่วยเหลือทางสังคมต่อเนื่อง ความยากของปัญหาที่ผู้ป่วยประสบ และค่าบริหารจัดการของหน่วยปฐมภูมิ⁽⁷⁾

ส่วนประเทศไทยใช้ข้อมูลของสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program, IHPP) ซึ่งรายงานใน Lancet⁽⁸⁾ ว่ามีรายจ่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิถึงร้อยละ 38-40 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด) ก็จะเกิดภาพว่าเราลงทุนในระบบสุขภาพปฐมภูมิมากแล้ว จึงไม่น่ามีปัญหาเกี่ยวกับการเกลี่ยเงินให้กับนโยบายยกระดับบัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่ สถานการณ์เช่นนี้ประเทศเราควรศึกษาว่าควรจะลงทุนมากขึ้นในระบบสุขภาพปฐมภูมิมากขึ้นหรือไม่ และเป็นเงินเท่าไร มีวิธีการด้านการเงินการคลังอย่างไร จากแนวโน้มการคลังของระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยใช้กรอบขอบเขตบริการที่นับวันจะขยายมากขึ้น เช่น ไปถึง โทรเวชกรรม ฯลฯ และระเบียบวิธีเก็บข้อมูลที่เปรียบเทียบกันได้

ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย

บรรณาธิการ

References

1. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Implementing high-quality primary care: rebuilding the foundation of health care. Washington, DC: The National Academies Press; 2021. Available from: <https://doi.org/10.17226/25983>.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development. Realising the potential of primary health care, OECD health policy studies. Paris: OECD Publishing; 2020. Available from: <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.
3. Lindner L, Lorenzoni L. Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: start small, prove value, and scale up. OECD Health Working Papers No. 154. 2023. Available from: <https://doi.org/10.1787/627fe490-en>.
4. Commonwealth Fund. Finger on the pulse: the state of primary care in the US and nine other countries. 2024 Mar 28 [accessed 2024 Aug 10]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2024/mar/finger-on-pulse-primary-care-us-nine-countries>.
5. Barber SL, Lorenzoni L, Ong P. Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019.
6. Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Office of Health Policy. Primary care spending in Medicare fee-for-service: an illustrative analysis using alternative definitions of primary care. Issue Brief HP-2024-05, March 5, 2024.
7. British Columbia. B.C. health-care system strengthened by new payment model for doctors. News release 31 October 2022. Available from: <https://news.gov.bc.ca/releases/2022HLTH0212-001619>.
8. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. Lancet Glob Health 2022;10:e715–72. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5).