

บทคัดย่อ

จากข้อเรียกร้องวันแรงงานแห่งชาติ ปีพ.ศ.2558 เกี่ยวกับนโยบายบัตรรับรองสิทธิให้กลุ่มผู้ประกันตนสามารถใช้ได้ทุกโรงพยาบาล โดยมีสภาพปัญหาที่มาของข้อเรียกร้อง เนื่องจากผู้ประกันตนต้องสำรองค่าใช้จ่ายกรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอื่น ดังนั้น หากสำนักงานประกันสังคมจะประกาศนโยบายเพื่อให้ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการได้ทุกโรงพยาบาลในระบบประกันสังคม อาจส่งผลกระทบต่อระบบการจัดบริการทางการแพทย์ และการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคมและสถานพยาบาลโดยตรง จึงต้องมีการศึกษาแนวทาง ความเป็นไปได้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งจากผู้ประกันตน ซึ่งเป็นผู้รับบริการ สถานพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการ และสำนักงานประกันสังคม

งานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะวิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานการให้บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมในปัจจุบัน ศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินการเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ได้ทุกสถานพยาบาลในระบบประกันสังคม รวมทั้ง วิเคราะห์ข้อดี ข้อจำกัด และผลกระทบ และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับทางเลือกในการดำเนินการเพื่อบริหารจัดการระบบให้เป็นไปตามนโยบายที่ตั้งไว้

จากการศึกษาพบว่า นโยบายข้างต้นยังมีความท้าทายในทางปฏิบัติ อันเนื่องมาจากการยังขาดข้อมูลประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบาย อาทิเช่น ปริมาณการให้บริการที่อาจเพิ่มขึ้น ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยรวม ภาระงานทั้งด้านบริการและด้านเอกสาร ตลอดจนปัญหาด้านการเบิกจ่ายเงินระหว่างหน่วยงาน อันจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของระบบบริการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม พบว่าความต้องการจำเป็นด้านบริการทางการแพทย์ของกลุ่มผู้ประกันตนที่ใช้บ่อยในชีวิตประจำวันนั้น ได้แก่ การดูแลรักษาโรคทั่วไป อุบัติเหตุ/บาดเจ็บเล็กน้อย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเรื้อรัง และการฟื้นฟูสภาพ โดยแต่ละบริการดังกล่าวนี้มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจไปรับบริการตามลักษณะสถานบริการ ทั้งโรงพยาบาลและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

ทั้งนี้หากสำนักงานประกันสังคมจะพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ภายใต้ระบบประกันสังคม อันประกอบด้วยสถานพยาบาลหลัก และสถานพยาบาลเครือข่าย เพื่อให้ตอบสนองต่อสมดุลระหว่างข้อเรียกร้องจากกลุ่มผู้ประกันตน สถานบริการ และความต้องการจำเป็นในชีวิตจริง ก็สามารถดำเนินการได้โดยพัฒนาระบบบริการเฉพาะ โดยอาศัยกระบวนการจัดการบริการแบบมีส่วนร่วมของสถานบริการในแต่ละพื้นที่ โดยยึดบนพื้นฐานความสมดุลดังกล่าว

Abstract

In 2015, the representatives of those insured in social security scheme requested a national policy to allow them to access medical services in any hospitals contracted with the social security system. This emerged from longstanding reimbursement situation for those insured who need to be treated in non-affiliated hospital. In order to formulate policy, the social security office must assess the feasibility as well as possible impacts on existing medical services system and financial mechanism so as to wisely choose appropriate approach from the consensus of related stakeholders including consumers, providers, and fund manager.

This study aimed to analyze pertinent problems/obstacles in existing medical services system in social security scheme, and to assess feasibility to deploy an “access anywhere” policy with possible strengths, weakness and possible impacts reflected from stakeholders’ perspectives. In addition, policy recommendations to foster existing medical services system in social security scheme were pointed out.

The results showed that such policy would be really challenging to implement at the moment since supportive data was insufficient especially risk management plan in accordance with possible impacts from the policy, not only possible increase in medical service utilization but also burden from documents and financial operation works and overall health expenditure that might conclusively affect system effectiveness in the long run. The study demonstrated that those insured expressed their necessities in common medical services use in 6 categories: general illnesses, minor accident/non-severe injury, health promotion, disease prevention, chronic diseases, and rehabilitation. Factors influencing their decision to use each service were explored in light of health facility patterns.

In order for the social security office to further develop the medical services system including those main contractors and networks, specific medical services networks should be considered step-by-step in collaboration with all related stakeholders including insured people, healthcare providers and administrators based on feasibility and the necessities.