



วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร

MUT Journal of Business Administration

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2554)

Volume 8 Number 2 (July – December 2011)

การอุดหนุนค่าใช้จ่ายรายหัวกับการผลิตและนำเข้ายาภายในประเทศไทย

Per Head Subsidy and Thailand Medicine Production and Import

อัครนันท์ ดิดสม Akaranant Kidsom^{1,*}

¹ Ph.D, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำ สาขาการเงินและการธนาคาร คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร
กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การอุดหนุนค่าใช้จ่ายรายหัวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ประชาชนไทยได้เข้าถึงการรักษาพยาบาลและยาในจำนวนที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า แนวโน้มมูลค่าการผลิตและมูลค่าการนำเข้ายาของไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอุตสาหกรรมผลิตยาภายในประเทศ นั้นมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อ มาตรการอุดหนุนรายหัวจากภาครัฐ น้อยกว่าผู้นำเข้ายามาขายภายในประเทศ ดังนั้นรัฐบาลจึงควรพิจารณารูปแบบการอุดหนุนรายหัว และการพิจารณาการเชื่อมโยงถอยหลัง ไปยังอุตสาหกรรมการผลิตยาของประเทศไทย เพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ผลิตยาภายในประเทศ และการลดการพึ่งพิงยานำเข้า

คำสำคัญ: การอุดหนุนค่าใช้จ่ายรายหัว, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, มูลค่าการผลิตยา, มูลค่าการนำเข้ายา

ABSTRACT

Per head subsidy from the universal coverage policy of the National Health Security Office (NHSO Thailand) causes the more accessible to medical treatment and modern medicine for Thai citizen. The research results can be concluded that values of production and import of Thai medicine are in the increasing trends. In addition, size of the domestic production elasticity responding to the subsidy tends to be lower than that of the import

* E-mail address: akidsom@gmail.com

elasticity. To improve the domestic medicine production potential and strengthen backward linkage to the medicine production industry, hence, types and/or formats of the subsidy should be reconsidered by the government.

Keywords: Per head subsidy, NHSO, Value of medicine produced, Value of medicine imported

บทนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรของรัฐ ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีภารกิจหลักในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดย สปสช. ได้พัฒนาโครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับพื้นที่ โดยจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต จำนวน 13 แห่ง ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่งผลให้ในปัจจุบันสิทธิประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยตามระบบของ สปสช. ได้ครอบคลุมประชากรไทยราว 47.56 ล้านคน² ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานมากขึ้น อีกทั้งประชาชนส่วนอื่นเช่น ข้าราชการ ผู้ประกันตนตามระบบของสำนักงานประกันสังคม ก็สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานเหล่านี้ได้ด้วยเช่นกัน ด้วยเหตุนี้การบริโภคยาของประเทศไทย จึงได้มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในส่วนของมูลค่าการผลิตภายในประเทศ และมูลค่าการนำเข้ายา รายงานการวิจัยฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์หลักในการตอบคำถามที่ว่า การอุดหนุนรายหัวของ สปสช. นั้นส่งผลต่อมูลค่าการผลิตยาภายในประเทศ และมูลค่าการนำเข้ายาของประเทศไทยอย่างไร

การทบทวนวรรณกรรม

แนวโน้มการให้บริการในระบบประกันสุขภาพแบบครอบคลุมทั้งหมด (Universal Coverage) ของประเทศต่างๆ ในโลกนี้ (ยกเว้นสหรัฐอเมริกา) นั้นมีแนวโน้มที่จะแพร่กระจายไปยังประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยรายหัวต่อปีน้อยลงเรื่อยๆ ในขณะที่ระบบประกันสุขภาพของไทย ที่เริ่มจากนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคนั้น ได้ครอบคลุมภาวะเจ็บป่วยแทบทุกประเภทของประชาชนไทย โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย ทั้งนี้การรักษาโรคที่สามารถใช้ได้ภายในโครงการนี้ จำเป็นที่จะต้องอยู่ในรายการยาที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว (บัญชียาหลักแห่งชาติ) และมีการทบทวนรายการในทะเบียนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ระบบการประกันสุขภาพแบบ 30 บาทรักษาทุกโรค (ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วน

² สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน้า) นั่นถือว่าเป็นตัวอย่างที่ดีของประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ในการนำระบบนี้มาใช้โดยเฉพาะการริเริ่มโครงการและการนำมาใช้จริงได้อย่างกว้างขวาง ในขณะที่มีปัญหาคัดเจนเกี่ยวกับระบบการบริหารการเงินของโครงการ ที่เป็นปัญหาที่ทำให้การอยู่รอดของโครงการต่อไป (Hughes and Leethongdee, 2007) และจากข้อมูลล่าสุด (2552) พบว่า จำนวนผู้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลประเภทต่างๆ ของไทย (แม้ว่าจะมีสิทธิประโยชน์ในรายละเอียดที่ต่างกัน) จะมีสูงถึงกว่าร้อยละ 99 ของประชากรในประเทศไทย โดยกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดคือกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีจำนวนประชากรที่มีสิทธิอยู่ราว 47.56 ล้านคน รองลงมาได้แก่ สิทธิประกันสังคม (9.61 ล้านคน) และสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (4.96 ล้านคน) ตามลำดับ

ตารางที่ 1: ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพประเภทต่างๆ ของประเทศไทย

ลำดับ	ประเภท	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
1	สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	45.35	45.97	47.1	47.34	47.54	46.67	46.95	47.56
2	สิทธิประกันสังคม	7.12	8.09	8.34	8.74	9.2	9.58	9.84	9.61
3	สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4.05	4.03	4.27	4.15	4.06	5.13	5	4.96
4	สิทธิทหารผ่านศึก	na	na	na	0.12	0.12	0.13	0.13	0.12
5	สิทธิครูเอกชน	na	na	na	0.1	0.11	0.11	0.11	0.11
6	สิทธิว่าง	4.6	4.37	2.83	2.36	1.36	0.78	0.52	0.33
7	บุคคลรอการพิสูจน์สถานะ	na	na	na	na	0.45	0.9	1.16	1.44
8	รวมประชากร	61.12	62.45	62.54	62.81	62.39	62.41	62.55	62.7
9	รวมผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย (ไม่รวม 7)	56.52	58.08	59.71	60.45	61.04	61.63	62.02	62.36
10	ร้อยละ (9/8 x 100)	92.47	93.01	95.47	96.25	97.82	98.75	99.16	99.47

ที่มา: รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2552, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Sakunphanit (2008) ได้สรุปเกี่ยวกับประเด็นการขยายตัวของกรอบกลุ่มจำนวนประชากรที่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลภายใต้โครงการประกันสุขภาพต่างๆ ของประเทศไทย ไว้ว่า ขยายตัวของผู้ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของประเทศไทย ถือเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ประเทศอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อกังวล (ซึ่งได้จากการทำการสำรวจโดยบุคคลที่สาม) เกี่ยวกับคุณภาพบริการ และการบริการที่แตกต่างกันระหว่างคนรวยและคนจน แม้ว่าตัวเลขที่ได้จากสำนักงานสถิติแห่งชาติของไทย จะรายงานว่าผู้มีฐานะยากจนมีแนวโน้มเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในสัดส่วนที่มากขึ้น เมื่อเทียบกับผู้มีฐานะดีกว่า โดยเปรียบเทียบ

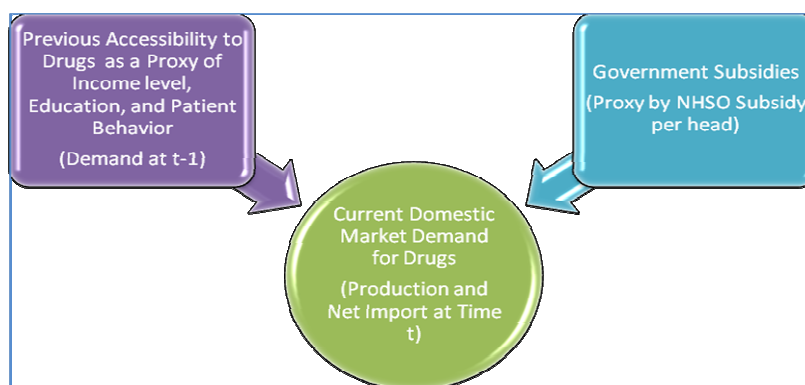
ดังนั้นจะเห็นได้ว่ารายงานวิจัยที่อ้างถึงมาทั้งสอง ได้เน้นศึกษาโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ของประเทศไทย ที่ประเด็นเกี่ยวกับคุณภาพโครงการประกันสุขภาพ การขยายตัว และความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพของไทย ดังนั้น ยังคงมีประเด็นงานวิจัยที่จะสามารถทำเพิ่มเติมได้ เช่นประเด็นเกี่ยวกับการเชื่อมโยงถอยหลังของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ไปยังอุตสาหกรรมต่อเนื่องที่ชัดเจน เช่น อุตสาหกรรมการผลิตยา และการนำเข้ายาของประเทศไทย ซึ่งในงานวิจัยนี้ จะเน้นที่ประเด็นดังกล่าวเป็นหลัก

นิยาม

- ✦ การอุดหนุนค่าใช้จ่ายรายหัว (Per head subsidy) หมายถึง การอุดหนุนรายหัวของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ✦ มูลค่าการผลิตยา (Value of medicine produced) หมายถึง มูลค่าการผลิตยาภายในประเทศ ตามรายงานของสำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
- ✦ มูลค่าการนำเข้ายา (Value of medicine imported) หมายถึง มูลค่าการนำเข้ายาของประเทศไทย ตามรายงานของสำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
- ✦ รายชื่อกลุ่มยาเรียงตามหมวด (WHO)
 - ยากลุ่มที่ 1 ALIMENTARY TRACT AND METABOLISM
 - ยากลุ่มที่ 2 BLOOD AND BLOOD FORMING ORGANS
 - ยากลุ่มที่ 3 CARDIOVASCULAR SYSTEM
 - ยากลุ่มที่ 4 DERMATOLOGICALS
 - ยากลุ่มที่ 5 GENITO-URINARY SYSTEM AND SEX HORMONES
 - ยากลุ่มที่ 6 SYSTEMIC HORMONAL PREPARATIONS
 - ยากลุ่มที่ 7 GENERAL ANTI-INFECTIVES-SYSTEMIC
 - ยากลุ่มที่ 8 HOSPITAL SOLUTIONS
 - ยากลุ่มที่ 9 ANTINEOPLASTICS
 - ยากลุ่มที่ 10 MUSCULO-SKELETAL SYSTEM
 - ยากลุ่มที่ 11 CENTRAL NERVOUS SYSTEM
 - ยากลุ่มที่ 12 PARASITOLOGY
 - ยากลุ่มที่ 13 RESPIRATORY SYSTEM
 - ยากลุ่มที่ 14 SENSORY ORGANS
 - ยากลุ่มที่ 15 DIAGNOSTIC AGENTS
 - ยากลุ่มที่ 16 VARIOUS

ระเบียบวิธีการวิจัย

ในการออกแบบจำลองเพื่ออธิบายมูลค่าการผลิตและการนำเข้ายาของประเทศไทยนั้น ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลย้อนหลังของ สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2000 ถึง 2009 รวม 10 ปี ของมูลค่าการผลิตและนำเข้ายา แยกรายหมวด 16 หมวดหลัก ทั้งนี้ เนื่องจากข้อมูลดิบของแต่ละหมวดยานั้น มีจำกัดเพียง 10 ปีเท่านั้น ผู้วิจัย จึงได้เลือกใช้ Pooled Regression ซึ่ง จะทำการประมาณการค่าพารามิเตอร์ในแบบจำลองของมูลค่าการผลิตยา และมูลค่าการนำเข้ายา ทั้ง 16 หมวด พร้อมๆ กัน โดยได้กำหนดให้แบบจำลองทั้งสอง (แบบจำลองสำหรับมูลค่าการผลิต และแบบจำลองสำหรับมูลค่าการนำเข้า) นั้น มีลักษณะเป็น Autoregressive โดยกำหนดให้ตัวแปรภายใน (Endogenous Variable) ของแบบจำลอง คือมูลค่า ณ เวลา t และตัวแปรต้นประกอบไปด้วย Lagged Endogenous Variable คือมูลค่า ณ เวลา $t-1$ และตัวแปรภายนอก (Exogenous Variable) คือมูลค่าการอุดหนุนรายหัวของ สปสช. ซึ่งใช้ตัวย่อในแบบจำลองว่า Subsidy ซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้เป็น Proxy Variable ของ Time Trend หรือแนวโน้มตามเวลา และการอุดหนุนจากรัฐบาลทุกรูปแบบ ซึ่งมีทิศทางไปในทางเดียวกัน การใส่ตัวแปรเหล่านี้เข้าไปพร้อมๆ กันจะทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐมิติ เช่น Multicollinearity ขึ้นได้ ดังนั้นกรอบแนวคิดของแบบจำลองนี้ สามารถแสดงได้ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1: กรอบแนวความคิดของแบบจำลอง

จากกรอบแนวความคิดข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่า ประวัติการเข้าถึงยา (Previous Accessibility to Drugs) ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ซึ่งก็คืออุปสงค์ของยาในอดีต (Demand at $t-1$) นั้น ขึ้นอยู่กับระดับรายได้ การศึกษา และพฤติกรรมของผู้ป่วย กำหนดให้เป็นตัวแปรต้นที่เป็น Lagged Endogenous Variable ที่เป็นสาเหตุในการกำหนดพฤติกรรมในปัจจุบันในการบริโภคยา ซึ่งก็คือ ขนาดของอุปสงค์ของตลาดยาในปัจจุบัน (Current Domestic Market Demand for Drugs) ในขณะที่การอุดหนุนจากรัฐในรูปแบบต่างๆ ทั้งจากสวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น ก็เป็นตัวแปรภายนอก (Exogenous Variable)

ในการกำหนดขนาดของตลาดยาภายในประเทศ เช่นกัน โดยขนาดของตลาดยาภายในประเทศนั้น ก็คือ ปริมาณการผลิต และการนำเข้าสุทธียา³ ในหมวดต่างๆ นั่นเอง

ทั้งนี้ ผู้วิจัย ได้ทำการพยากรณ์แนวโน้ม (Trend Forecast) มูลค่าการอุดหนุนจากรัฐ (Subsidy) รายหัว ในช่วงเวลาที่พิจารณา คือ 2010 ถึง 2035 ตัวแปรนี้ จะใช้เป็นการ Proxy การเข้าถึงการรักษาสมัยใหม่ (Adopting New Innovation/New Treatment) หรือการเข้าถึงยา ซึ่งควรมีลักษณะไม่แตกต่างจากการ Life Cycle ทั่วไป ที่มีจุดอิ่มตัวในอนาคต เช่นเดียวกับ Technology Adoption หรือการพยากรณ์ในเชิงระบาดวิทยาอื่นๆ ที่กำหนดให้วงจรของโรคมีลักษณะเป็น S-Curve (ตัวอย่างเช่น <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/3/283/abstract/>) โดยแบบจำลองมี Specification แบบ Log-Linear โดยมีตัวแปรต้นคือ Time Trend เพียงตัวเดียว

ผลการวิจัย

จากแบบจำลองที่กำหนดไว้ข้างต้น ค่าพารามิเตอร์หน้า Log (Time) ที่ประมาณการได้ คือ ค่าความยืดหยุ่นของ Subsidy ที่เปลี่ยนไปตามเวลา เมื่อค่าที่ได้มีค่าต่ำกว่า 1 อย่างมีนัยสำคัญ (0.8876) เช่น ตารางด้านล่าง นั้นหมายความว่า Subsidy ที่พยากรณ์ได้จะเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลง ซึ่งตรงกับข้อสมมติที่ ผู้วิจัยกำหนดให้ Subsidy นั้นมีจุดอิ่มตัวในอนาคต โดยผลการประมาณการพารามิเตอร์สามารถแสดงได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2: ผลการประมาณการพารามิเตอร์ของแบบจำลองการเติบโตของการอุดหนุนรายหัว

Dependent Variable: LOG(SUBSIDY)

Method: Least Squares

Sample (adjusted): 2004 2012

Included observations: 9 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	5.693692	0.141019	40.37544	0.0000
LOG(TIME)	0.887654	0.064860	13.68574	0.0000
R-squared	0.963973	Mean dependent var		7.604525
Adjusted R-squared	0.958826	S.D. dependent var		0.292683
S.E. of regression	0.059389	Akaike info criterion		-2.616284
Sum squared resid	0.024689	Schwarz criterion		-2.572457
Log likelihood	13.77328	F-statistic		187.2994
Durbin-Watson stat	1.753530	Prob(F-statistic)		0.000003

และตารางด้านล่าง แสดงผลการประมาณการค่าพารามิเตอร์ในแบบจำลอง Autoregressive เพื่อการอธิบายมูลค่าการผลิตยา 14 หมวด โดยมีตัวแปร Subsidy เป็นตัวแปรภายนอก และใช้ EGLS

³ อนึ่งปริมาณการส่งออกยา แยกรายหมวดตามแบบ WHO นั้นไม่สามารถหาข้อมูลได้ ดังนั้นจึงใช้ปริมาณการนำเข้าแทนปริมาณการนำเข้าสุทธิ

บนข้อมูลแบบ Pooled ในการประมาณการค่าพารามิเตอร์ โดยทำการประมาณการแบบจำลองมูลค่าการผลิตยาทั้ง 14 ประเภท (ข้อมูลดิบไม่มีประเภทที่ 9 และ 15) พร้อมๆ กัน รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3: ผลการประมาณการพารามิเตอร์ของแบบจำลองการผลิตยาภายในประเทศแยกตามหมวด

Dependent Variable: LOG(PRO_?)				
Method: Pooled EGLS (Cross-section weights)				
Sample (adjusted): 2004 2009				
Included observations: 6 after adjustments				
Cross-sections included: 14				
Total pool (balanced) observations: 84				
Linear estimation after one-step weighting matrix				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	1.132572	0.309909	3.654538	0.0005
LOG(SUBSIDYF)	0.216552	0.066712	3.246082	0.0018
01--LOG(PRO_01(-1))	0.690063	0.064863	10.63877	0.0000
02--LOG(PRO_02(-1))	0.620901	0.080989	7.666442	0.0000
03--LOG(PRO_03(-1))	0.639360	0.076137	8.397465	0.0000
04--LOG(PRO_04(-1))	0.645746	0.073564	8.777965	0.0000
05--LOG(PRO_05(-1))	0.584564	0.088673	6.592393	0.0000
06--LOG(PRO_06(-1))	0.525066	0.098135	5.350465	0.0000
07--LOG(PRO_07(-1))	0.703071	0.062455	11.25716	0.0000
08--LOG(PRO_08(-1))	0.642525	0.075049	8.561443	0.0000
10--LOG(PRO_10(-1))	0.666480	0.068497	9.730075	0.0000
11--LOG(PRO_11(-1))	0.668150	0.074951	8.914475	0.0000
12--LOG(PRO_12(-1))	0.534333	0.096114	5.559371	0.0000
13--LOG(PRO_13(-1))	0.668733	0.069266	9.654531	0.0000
14--LOG(PRO_14(-1))	0.518509	0.097637	5.310567	0.0000
16--LOG(PRO_16(-1))	0.096687	0.202902	0.476523	0.6352
Weighted Statistics				
R-squared	0.999798	Mean dependent var		17.85684
Adjusted R-squared	0.999753	S.D. dependent var		13.13619
S.E. of regression	0.206457	Sum squared resid		2.898466
F-statistic	22396.41	Durbin-Watson stat		2.387088
Prob(F-statistic)	0.000000			
Unweighted Statistics				
R-squared	0.985279	Mean dependent var		7.030446
Sum squared resid	2.955639	Durbin-Watson stat		2.742271

ในขณะที่เมื่อทำการประมาณการค่าพารามิเตอร์แบบจำลองเพื่ออธิบายมูลค่าการนำเข้ายาทั้ง 16 หมวด ผลการประมาณการค่าพารามิเตอร์แสดงได้ ดังด้านตารางที่ 4

ตารางที่ 4: ผลการประมาณการพารามิเตอร์ของแบบจำลองการนำเข้ายาของประเทศไทยแยกตามหมวด

Dependent Variable: LOG(IMP_?)				
Method: Pooled EGLS (Cross-section weights)				
Sample (adjusted): 2004 2009				
Included observations: 6 after adjustments				
Cross-sections included: 16				
Total pool (balanced) observations: 96				
Linear estimation after one-step weighting matrix				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-2.464485	0.472846	-5.212023	0.0000
LOG(SUBSIDYF)	1.252275	0.152293	8.222799	0.0000
01--LOG(IMP_01(-1))	0.216181	0.086427	2.501318	0.0145
02--LOG(IMP_02(-1))	0.198482	0.089461	2.218654	0.0294
03--LOG(IMP_03(-1))	0.197616	0.088310	2.237744	0.0281
04--LOG(IMP_04(-1))	0.038769	0.117057	0.331195	0.7414
05--LOG(IMP_05(-1))	0.140009	0.094556	1.480695	0.1427
06--LOG(IMP_06(-1))	-0.026601	0.112816	-0.235788	0.8142
07--LOG(IMP_07(-1))	0.247061	0.083399	2.962404	0.0040
08--LOG(IMP_08(-1))	0.009919	0.109077	0.090932	0.9278
09--LOG(IMP_09(-1))	0.204694	0.087998	2.326110	0.0226
10--LOG(IMP_10(-1))	0.146680	0.095668	1.533218	0.1293
11--LOG(IMP_11(-1))	0.164007	0.092498	1.773090	0.0801
12--LOG(IMP_12(-1))	-0.795831	0.194734	-4.086768	0.0001
13--LOG(IMP_13(-1))	0.120846	0.096655	1.250278	0.2149
14--LOG(IMP_14(-1))	0.070329	0.102877	0.683623	0.4962
15--LOG(IMP_15(-1))	-0.148828	0.128215	-1.160772	0.2493
16--LOG(IMP_16(-1))	-0.273469	0.142923	-1.913400	0.0594
Weighted Statistics				
R-squared	0.999642	Mean dependent var		17.10209
Adjusted R-squared	0.999564	S.D. dependent var		10.87664
S.E. of regression	0.227016	Sum squared resid		4.019835
F-statistic	12823.16	Durbin-Watson stat		2.241523
Prob(F-statistic)	0.000000			
Unweighted Statistics				
R-squared	0.976922	Mean dependent var		7.431101
Sum squared resid	4.349526	Durbin-Watson stat		2.101636

ทั้งนี้จากผลการประมาณการค่าพารามิเตอร์ของทั้งสองแบบจำลองจะเห็นได้ว่า ค่าความยืดหยุ่น (Elasticity) ของมูลค่าการผลิตยา และของมูลค่าการนำเข้ายาของประเทศไทย ต่อการอุดหนุนรายหัวของ สปสช. นั้น (คือค่าความชัน หรือค่าสัมประสิทธิ์ (Coefficient) หน้าตัวแปร Subsidy) มีค่าไม่เท่ากัน กล่าวคือ ค่าความยืดหยุ่นของมูลค่าการผลิตยาภายในประเทศ ต่อการอุดหนุนรายหัว มีค่าอยู่ที่ประมาณ 0.216 ซึ่งจัดว่าอยู่ในเกณฑ์ไม่ยืดหยุ่น (Inelastic) ในขณะที่ ค่าความยืดหยุ่นของมูลค่าการนำเข้ายาในประเทศไทย ต่อการอุดหนุนรายหัว มีค่าอยู่ที่ประมาณ 1.252 ซึ่งจัดว่ามีความยืดหยุ่น (Elastic) ต่อการอุดหนุนรายหัว

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยข้างต้นที่สรุปว่า มูลค่าการอุดหนุนรายหัวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนไทย ได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อุปสงค์ของยาภายในประเทศไทยทั้งในส่วนที่ประเทศไทยผลิตเองได้ และยาที่นำเข้าจากต่างประเทศเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยผลการวิจัยสรุปได้ว่า ค่าความยืดหยุ่นของมูลค่าการผลิตยาภายในประเทศต่อการอุดหนุนรายหัว อยู่ในเกณฑ์ไม่ยืดหยุ่น (Inelastic) ในขณะที่ค่าความยืดหยุ่นของมูลค่าการนำเข้ายาของประเทศไทย นั้น จัดว่ามีความยืดหยุ่น (Elastic) ต่อมูลค่าการอุดหนุนรายหัว

ดังนั้น จึงเห็นได้ความสามารถในการผลิตยาของผู้ผลิตยาภายในประเทศ ไม่สามารถที่จะขยายตัวได้ทันต่อความต้องการยาที่เพิ่มสูงมากขึ้น อันเนื่องจากการระบบประสุขภาพแบบต่างๆ โดยเฉพาะระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งปัจจุบันระบบประกันสุขภาพทั้งหมดของไทย ได้ครอบคลุมประชากรเกือบทั้งหมดของประเทศ ดังที่ได้แสดงไว้ข้างต้นแล้ว ดังนั้นจากระยะเวลาการริเริ่มระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) ในปี 2001/2002 จนกระทั่งผ่านมาราว 10 ปี ในปัจจุบัน ผู้ผลิตยาภายในประเทศ ยังคงไม่สามารถขยายการผลิตได้ทันต่อความต้องการใช้ยาที่มากขึ้น อันเนื่องจากเหตุนี้ได้ ในทางตรงกันข้าม เมื่ออุปสงค์ของยามีการขยายตัวขึ้นอันเนื่องจากระบบประกันสุขภาพต่างๆ ของไทย ผู้นำเข้ายา เป็นผู้ที่สามารถปรับตัวได้เร็วกว่า และสามารถตอบสนองต่ออุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นนี้ได้ โดยประเด็นที่ควรพิจารณาคือ การนำเข้ายานั้น มีแนวโน้มที่จะสามารถทำได้โดยง่ายมากกว่าการขยายกำลังผลิตยาภายในประเทศเพิ่มเติม โดยเฉพาะภายใต้ข้อตกลงการค้าเสรี (เช่น ASEAN, Thai-India, Thai-Australia) ที่รวมการลดภาษีนำเข้ายาต่างๆ ไว้ในข้อตกลงการค้าเสรีเหล่านี้ด้วย

โดยข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่นำเสนอคือ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ของภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข จึงควรพิจารณาจัดสรรมูลค่าการอุดหนุนรายหัว ไปยังอุตสาหกรรมการผลิตยาภายในประเทศ เพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ผลิตยาภายในประเทศ เพื่อการลดการพึ่งพิงยานำเข้า โดยวิธีที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ได้แก่ การพิจารณาจัดสรรมูลค่าการอุดหนุนรายหัวบางส่วน โดยอาศัยรูปแบบเช่นเดียวกับการอุดหนุนรายหัวเพื่อสิทธิได้รับความคุ้มครองค่าบริการทางการแพทย์แผนไทย (ปัจจุบัน (ปีงบประมาณ 2555) ที่ 7.57 บาทต่อหัว) เพื่อการจัดหาเงินทุน การวิจัยและพัฒนาภายในประเทศ หรือ ปรับปรุงเทคโนโลยีการผลิตยาภายในประเทศให้ได้มาตรฐานสากล ทั้งนี้เพื่อทำให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้นี้ มีการเชื่อมโยงถอยหลัง (Backward Linkage) ไปยังอุตสาหกรรมการผลิตยาภายในประเทศ โดยเฉพาะองค์การเภสัชกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักของรัฐ ที่ทำหน้าที่ผลิตยาให้แก่โรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ และอาจขยายการสนับสนุนนี้ ไปสู่อุตสาหกรรมผลิตยาภาคเอกชนของไทยได้ในอนาคต

รายการอ้างอิง

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2552. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2552. กรุงเทพมหานคร.
- Hughes, D. and Leethongdee, H. 2007. Universal Coverage in The Land of Smiles: Lessons from Thailand's 30 Baht Health Reforms. **Health Affairs**. Vol.26, no. 4. 999-1008.
- Sakunphanit T. 2008. Universal Health Care Coverage Through Pluralistic Approaches: Experience from Thailand **Asia-Pacific Regional High-Level Meeting on Socially-Inclusive Strategies to Extend Social Security Coverage**. New Delhi, India, International Labour Organization.