



บทที่ 8

หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

ในบทนี้จะวิเคราะห์ถึงการพัฒนาลหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยในอดีต จนถึงปัจจุบัน และอนาคต ควรดำเนินการอย่างไรต่อไป โดยกำหนดเป็น 4 ส่วนย่อยได้แก่ (1) วิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพไทยก่อน พ.ศ. 2545 (2) การเปลี่ยนผ่านใน พ.ศ. 2544 ไปสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า (3) การพัฒนาระบบย่อยต่างๆ เพื่อการสนับสนุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (4) ผลสำเร็จของการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพ (5) แลไปข้างหน้า

1 วิวัฒนาการระบบประกันสุขภาพไทยก่อน พ.ศ. 2545

ภายหลังการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2485 รัฐบาลได้มีการกำหนดให้ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการเมื่อไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ ใน พ.ศ. 2488 ต่อมาจึงมีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพเฉพาะกลุ่มประชากรและสามารถจำแนกได้เป็น 6 กลุ่มหลัก ดังนี้

- 1) โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) พัฒนามาจากโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย เริ่มใน พ.ศ. 2518
- 2) โครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจที่ได้รับเงินสนับสนุนจากภาครัฐ คุ่มครองประชาชนที่ไม่อยู่ในภาคการจ้างงานและไม่มีสิทธิได้รับสวัสดิการที่รัฐจัดให้ นั้น โดยพัฒนามาจากกองทุนประกันสุขภาพในชุมชน ของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ พ.ศ. 2526
- 3) สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2521
- 4) โครงการประกันสุขภาพแบบบังคับที่จัดโดยภาครัฐ ที่คุ่มครองผู้อยู่ในภาคการจ้างงานเอกชน คือ กองทุนทดแทนการเจ็บป่วยที่สืบเนื่องจากการทำงาน (ตั้งแต่ พ.ศ.2517) และ กองทุนประกันสังคม (ตั้งแต่ พ.ศ. 2533)
- 5) โครงการคุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถ ภาคบังคับ คือ การประกันการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุจากรถ เกิดขึ้นใน พ.ศ. 2536 โดยมีพระราชบัญญัติ พ.ศ. 2535
- 6) การประกันสุขภาพโดยสมัครใจภาคเอกชน ซึ่งดำเนินการโดยบริษัทประกันสุขภาพเอกชน พัฒนามาจากธุรกิจประกันสุขภาพเอกชนของบริษัทข้ามชาติ ที่ได้เข้ามาในประเทศไทยนานแล้ว ก่อน พ.ศ. 2453

1.1 โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)

โครงการนี้ มีวัตถุประสงค์หลัก คือรัฐให้การสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้และผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล โดยแรกเริ่มใน พ.ศ. 2518 สงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย แล้วขยายไปรวมผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2532 และได้ขยายไปยังกลุ่ม เด็ก 0-12 ปี ผู้พิการ ครอบครัวทหารผ่านศึก ภิกษุสามเณรและนักบวชใน





พ.ศ. 2535 และใน พ.ศ. 2537 ได้มีการขยายไปยังกลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว การออกบัตรสำหรับผู้มีรายได้น้อยในระยะแรกของโครงการเป็นไปตามดุลยพินิจของผู้ให้บริการ ต่อมาใช้เกณฑ์รายได้เป็นหลักตั้งแต่ พ.ศ. 2522 โดยบัตรมีอายุ 3 ปี และต้องมีการพิจารณาใหม่ โดยคณะกรรมการระดับตำบลและอำเภอเป็นผู้พิจารณาให้สิทธิ์ โครงการนี้ครอบคลุม 30 เปอร์เซนต์ของประชากรในประเทศไทยใน พ.ศ. 2544

สิทธิประโยชน์ของโครงการครอบคลุมบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยมีรายการยกเว้นบางกรณี ในช่วงแรก สิทธิการใช้บริการจำกัดอยู่เฉพาะในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และมีสถานอนามัยเป็นสถานบริการด่านแรก ต่อมาใน พ.ศ. 2540 กำหนดให้ผู้มีสิทธิสามารถไปรับบริการได้โดยตรงที่โรงพยาบาลอำเภอที่ขึ้นทะเบียนโดยมีสถานอนามัยเป็นเครือข่าย ด้วยเหตุผลว่าประชาชนทุกคนควรมีสิทธิได้พบแพทย์ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น สถานพยาบาลของรัฐในสังกัดอื่น ๆ ก็ได้เข้ามาร่วมให้บริการ

การบริหารโครงการโดยกระทรวงสาธารณสุข ในระยะแรกนั้นเป็นการบริหารงบประมาณจากส่วนกลางแล้วจัดสรรเงินให้แก่จังหวัดต่างๆ เพื่อจัดสรรให้สถานพยาบาลในสังกัดต่อไป ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 เป็นการบริหารงบประมาณแบบมีส่วนร่วมจากหน่วยงานต่างๆ มากขึ้น โดยมีการตั้งคณะกรรมการบริหารโครงการในระดับประเทศและจังหวัดเข้ามาบริหารโครงการภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลและจังหวัดต่างๆ ได้รับงบประมาณตามจำนวนรายหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียนของโครงการ ในช่วงระยะเวลาใกล้เคียงกันนั้นประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจและต้องขอเงินช่วยเหลือจากธนาคารโลกภายใต้โครงการการลงทุนด้านสังคม (Social Investment Project: SIP) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขอรับการสนับสนุนเงินกู้เพื่อจัดทำโครงการนำร่องการปฏิรูปการจ่ายค่าบริการแก่สถานพยาบาล ใน 6 จังหวัด โดยมีการทดลองจ่ายค่าบริการแก่แบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้งบประมาณยอดรวม (DRG weighted global budget) สำหรับบริการผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นต้นแบบสำหรับการบริหารโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะต่อมา

ปัญหาหลักของโครงการคือการขาดความครอบคลุมและความตรงของการออกบัตรในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย กล่าวคือจากการประเมินผลการออกบัตรรายได้น้อยในแต่ละรอบพบว่ายังคงมีผู้มีรายได้น้อยจำนวนมากที่ไม่ได้รับบัตรในขณะที่กลุ่มที่ได้รับบัตรก็มีจำนวนค่อนข้างมากที่ไม่ใช่คนจนจริง

1.2 โครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจที่ได้รับเงินสนับสนุนจากภาครัฐ

กระทรวงสาธารณสุขเริ่มดำเนินโครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจใน พ.ศ. 2526 และดำเนินการมาจนถึง พ.ศ. 2544 โดยมีวิวัฒนาการเป็นสองช่วงหลักด้วยกัน คือ ช่วงสิบปีแรกของโครงการ (พ.ศ. 2526 - 2535) บริหารในลักษณะกองทุนชุมชนและมีวัตถุประสงค์หลักคือเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชนในชนบทโดยจำหน่ายบัตรในราคาถูก มีทั้งบัตรอนามัยแม่และเด็ก บัตรรักษาพยาบาลรายครอบครัวและบุคคล (ในระยะต่อมาเหลือเพียงบัตรครอบครัว) โครงการนี้ขยายอย่างรวดเร็วในช่วงสองปีแรกและถดถอยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากขาดนโยบายที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องนี้ ช่วงครึ่งหลังของโครงการ (พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2544) เป็นการปรับปรุงอันเป็นผลมาจากการประเมินอย่างเป็นระบบ โดยเปลี่ยนเป็นการประกันสุขภาพแบบสมัครใจอย่างเต็มตัวตั้งแต่ พ.ศ. 2537 มีกองทุนระดับประเทศและระดับจังหวัดโดยรัฐบาลให้การอุดหนุนงบประมาณครึ่งหนึ่งของราคาบัตร (บัตรราคา 1,000 บาท) คู่สมัครสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 5 คน มีอายุ 1 ปี) และต่อมาในระยะท้ายของโครงการได้เพิ่มเป็นสองในสามในราคาบัตร (บัตรราคา 1,500 บาท)

โครงการนี้ได้รับความนิยมจากประชาชนและขยายตัวอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะในชนบท โดยใน พ.ศ.



สิทธิประโยชน์ของโครงการไม่ต่างจากโครงการ สปร. มากนัก แต่ในระยะแรกที่บริหารแบบกองทุนชุมชนมีการจำกัดจำนวนครั้งของการใช้บริการและเพดานค่าใช้จ่ายที่คุ้มครอง และสมาชิกต้องใช้บริการที่สถานื่อนามัยก่อนและต้องได้รับการส่งต่อจึงจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลได้ แต่เมื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบเป็นประกันสุขภาพแบบสมัครใจเต็มตัวได้ยกเลิกเพดานค่าใช้จ่ายและไม่จำกัดจำนวนครั้งการใช้บริการ และประชาชนสามารถไปใช้บริการที่โรงพยาบาลอำเภอของตนได้โดยตรง นอกจากนี้ก็สามารถขอรับบัตรข้ามเขต (ข้ามจังหวัด) ได้ในกรณีย้ายถิ่นทั้งกรณีชั่วคราวหรือถาวรในระหว่างปี

ปัญหาของโครงการนี้คือการขาดการกระจายความเสี่ยงที่ดีของโครงการสืบเนื่องจากการเป็นประกันสุขภาพแบบสมัครใจและคิดอัตราเบี้ยประกันแบบอัตราเดียว ทำให้มีสัดส่วนคนที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพมากกว่าปกติและทำให้อัตราการคืนทุนของโครงการค่อนข้างต่ำโดยเฉพาะในจังหวัดที่มีความครอบคลุมจำนวนสมาชิกต่ำเมื่อเทียบกับจำนวนประชากร

1.3 สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

รัฐบาลและหน่วยงานรัฐวิสาหกิจได้จัดสวัสดิการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วยให้ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและลูกจ้าง ซึ่งครอบคลุมทั้งเจ้าตัว คู่สมรส บุตร และบิดามารดาของผู้มีสิทธิ ตั้งแต่ พ.ศ. 2521 วัตถุประสงค์ของโครงการเป็นสวัสดิการ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจแก่ข้าราชการและลูกจ้างของตนเอง โดยใช้จ่ายเงินจากงบประมาณของรัฐบาลและหน่วยงานรัฐวิสาหกิจนั้นๆ ระบบนี้ครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 8.5 ของประเทศใน พ.ศ. 2544

สิทธิประโยชน์ของโครงการนี้ดีกว่าโครงการอื่นๆในแง่ผู้มีสิทธิสามารถเลือกไปรับบริการในสถานพยาบาลของรัฐที่ใดก็ได้ และบริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชนในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (มีเพดานการจ่าย) ในกรณีของข้าราชการ ส่วนของรัฐวิสาหกิจนั้นส่วนใหญ่ให้อิสระแก่ผู้มีสิทธิในการไปเลือกใช้บริการ สำหรับชุดสิทธิประโยชน์นั้นไม่ต่างจากโครงการอื่นมากนักแต่อาจมีบริการที่ยกเว้นน้อยกว่าเช่นครอบคลุมกรณีไตวายเรื้อรัง หรือการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ

สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการส่วนกลางและภูมิภาคนั้นบริหารจัดการโดยกรมบัญชีกลาง ส่วนสวัสดิการข้าราชการท้องถิ่นและพนักงานรัฐวิสาหกิจนั้นจะบริหารจัดการโดยหน่วยงานนั้นๆเอง โดยบริการผู้ป่วยนอกต้องจ่ายค่าบริการไปเองก่อนและมาเบิกคืนภายหลังส่วนบริการผู้ป่วยในต้องใช้จ่ายตัวจากหน่วยงานต้นสังกัดและโรงพยาบาลตั้งเบิกจากกรมบัญชีกลาง (ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 ผู้มีสิทธิที่มีโรคเรื้อรังและข้าราชการบำนาญสามารถขอขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลเพื่อให้โรงพยาบาลเบิกตรงกับกรมบัญชีกลางสำหรับบริการผู้ป่วยนอกโดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการเองก่อน และจะขยายไปยังกลุ่มข้าราชการในระยะต่อไป) โครงการนี้จ่ายค่าบริการให้กับสถานพยาบาลตามปริมาณบริการ (fee-for-services) สำหรับหน่วยงานรัฐวิสาหกิจนั้นสิทธิประโยชน์อาจแตกต่างกันไปตามฐานะและส่วนใหญ่มีเพดานค่าใช้จ่ายที่คุ้มครอง

ปัญหาหลักของระบบนี้คือการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายอย่างรวดเร็วอันเนื่องมาจากวิธีการจ่ายเงินตามปริมาณบริการ

1.4 โครงการประกันสุขภาพภาคบังคับที่จัดโดยภาครัฐ

ในภาคการจ้างงานเอกชนมี 2 กองทุน คือกองทุนเงินทดแทน ซึ่งคุ้มครองการเจ็บป่วยของลูกจ้างที่เกิดจากการทำงานโดยนายจ้างเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกันแต่ฝ่ายเดียว และกองทุนประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมทั้งการชดเชยกรณีการเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิต และเกษียณ โดย นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลต้องสมทบเบี้ยประกันฝ่ายละ





เท่าๆกัน กองทุนประกันสังคมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หลักประกันแก่ลูกจ้างเมื่อเจ็บป่วยโดยมีหลักการสำคัญคือ กระจายความเสี่ยงและเกื้อกูลกันระหว่างผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่ากับผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจด้อยกว่า และระหว่างผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วย ทั้งนี้ในระยะแรกของโครงการครอบคลุมเฉพาะลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปและต่อมาได้ค่อยๆขยายไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คน 5 คน และ 1 คน ตามลำดับ โครงการนี้ครอบคลุมร้อยละ 7.6 ของประชากรไทยใน พ.ศ. 2544

สิทธิประโยชน์ของโครงการใกล้เคียงกับโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ ที่รัฐจัดให้ ทั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การคลอดบุตร และทันตกรรม โดยผู้มีสิทธิสามารถเลือกขึ้นทะเบียนไปใช้บริการได้ที่โรงพยาบาลของรัฐ หรือเอกชนที่เข้าร่วมโครงการและสามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ปีละครั้ง

โครงการนี้บริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ภายใต้คณะกรรมการประกันสังคม โดยจ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักหลายรูปแบบ ตั้งแต่เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั่วไป การจ่ายเพิ่มให้ตามอัตราการใช้บริการ ภาวะโรคเรื้อรัง บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่กำหนด รวมถึงการจ่ายชดเชยให้กับผู้ประกันตนกรณี คลอดบุตร บริการทันตกรรม บริการอุบัติเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล คู่สัญญา

1.5 พ.ร.บ. คຸ້ມครองผู้ประสบภัยจากรถ

การประกันการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุจากรถ กำหนดเป็นการประกันภาคบังคับที่เจ้าของรถยนต์และจักรยานยนต์ที่จดทะเบียนทุกรายต้องจ่ายเบี้ยประกันเพื่อคุ้มครองผู้ได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุจากรถ โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ให้ความคุ้มครองผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถทางบกให้ได้รับบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและได้รับการชดเชยกรณีพิการหรือเสียชีวิต โดยเป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับแก่เจ้าของยานพาหนะที่จดทะเบียนทุกราย แม้โครงการนี้จะเป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับแต่บริษัทประกันเอกชนเป็นผู้บริหารจัดการ ปัญหาหลักของโครงการนี้คือความซ้ำซ้อนของสิทธิกับโครงการประกันสุขภาพอื่น ๆ นอกจากนั้นขั้นตอนและหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายที่ค่อนข้างยุ่งยากก็ทำให้เกิดการโยนภาระค่าใช้จ่ายให้กับกองทุนอื่นหรือสถานพยาบาลของรัฐ

1.6 การประกันสุขภาพเอกชนภาคสมัครใจ

ประกันสุขภาพเอกชนในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่เป็นประกันสุขภาพที่พ่วงกับกรมธรรม์ประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหมู่จากอุบัติเหตุ วัตถุประสงค์หลักของประกันสุขภาพเอกชนเป็นการประกันความเสี่ยงสำหรับภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อัตราเบี้ยประกันมักเป็นไปตามอัตราความเสี่ยงของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ประกันสุขภาพเอกชนนั้นมีบทบาทค่อนข้างจำกัด ขนาดของตลาดจำกัดอยู่ในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะค่อนข้างดี และสามารถจ่ายเบี้ยประกันได้ โดยใน พ.ศ. 2544 มีประชากรเพียงร้อยละ 1.2 ที่รายงานว่ามีการประกันสุขภาพเอกชน

สิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพเอกชนส่วนใหญ่จะครอบคลุมเฉพาะบริการผู้ป่วยในซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าบริการผู้ป่วยนอก แต่ก็มีเขตแดนของการคุ้มครอง ขณะเดียวกันก็มีการชดเชยการสูญเสียรายได้ อันเนื่องจากการเจ็บป่วย

สาระสำคัญภาพรวมของระบบประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ ก่อนหน้าที่ประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถสรุปได้ดังในตารางที่ 8.1



1.7 สรุป

ก่อน พ.ศ. 2545 ด้วยการพัฒนาแบบแยกส่วน ทำให้ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพที่หลากหลาย โดยมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันไป เช่น โครงการ สปร.มุ่งเน้นให้การคุ้มครองผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ และเด็ก เป็น Social Protection ที่สำคัญ แต่ไม่สามารถคุ้มครองคนจนได้เท่าที่ควร และขาดงบประมาณที่เพียงพอในการให้บริการ, สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และบุคคลในครอบครัว รวมทั้งพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีปัญหาประสิทธิภาพของโครงการ เนื่องจาก การจ่ายตามรายการรักษายาบาลนั้น โรงพยาบาลมีแนวโน้มให้บริการเกินจำเป็น ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างมากทุกปี ส่วนโครงการประกันสังคม มีระบบการจ่ายโรงพยาบาลค่อนข้างดี คือเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งน่าจะเป็นทางเลือกในการปฏิรูประยะยาวของประเทศไทย นอกจากนี้ โครงการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจภาครัฐ มีปัญหาในด้านการเฉลี่ยความเสี่ยง ทำให้โครงการไม่สามารถอยู่รอดทางการเงินได้ในระยะยาว ความรู้จากงานวิจัยต่างๆ และเจตน์จำนง ทางการเมือง นำไปสู่การปฏิรูประบบการคลัง ใน พ.ศ. 2545 ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปในหัวข้อ 2

ตารางที่ 8.1 ลักษณะสำคัญของระบบประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ ก่อน พ.ศ. 2545

Characteristics	สปร.	บัตรสุขภาพ	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ	ประกันเอกชน
ลักษณะ	สวัสดิการของรัฐ	ประกันสมัครใจที่รัฐสนับสนุน	สวัสดิการ	ประกันภาคบังคับที่รัฐสนับสนุน	ประกันภาคบังคับเจ้าของยานพาหนะ	ประกันเอกชน
กลุ่มเป้าหมาย	คนจนและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	ผู้อยู่เหนือเส้นยากจนและไม่มีหลักประกันอื่น	ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว	ลูกจ้างภาคเอกชน	ประชาชนที่ประสบภัยจากรถ	ประชาชนทั่วไป
ครอบคลุมประชากร (พ.ศ. 2544)	30%	23.4%	8.5%	7.6%	ทุกคน	1.2%
สิทธิประโยชน์						
• บริการผู้ป่วยนอก	รัฐ	รัฐ (สธ.)	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน
• บริการผู้ป่วยใน	รัฐ	รัฐ (สธ.)	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน
• ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล	กำหนด	กำหนด	ไม่กำหนด	กำหนด	ไม่กำหนด	ไม่กำหนด
• สิทธิประโยชน์ยกเว้น	15 กรณี	15 กรณี	-	15 กรณี	-	โรคประจำตัว





ตารางที่ 8.1 ลักษณะสำคัญของระบบประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ ก่อน พ.ศ. 2545(ต่อ)

Characteristics	สปร.	บัตรสุขภาพ	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ	ประกันเอกชน
• คลอดบุตร	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ไม่	ไม่
• ตรวจสุขภาพ	ไม่	ไม่	ครอบคลุม	ไม่	ไม่	อาจจะ
• บริการที่ไม่ครอบคลุม	ห้องพิเศษ	ห้องพิเศษ	-	ห้องพิเศษ	-	-
การคลัง						
• แหล่งเงิน	งบประมาณ	ครีวเรือนและรัฐสนับสนุน ^{1/2, 3/4}	งบประมาณ	ลูกจ้าง/นายจ้าง เจ้าของยาน / รัฐ ฝ่ายละเท่ากัน	พาหนะ	ครีวเรือน
• วิธีจ่ายค่าบริการ	งบประมาณ ยอดรวม	เหมาจ่าย/ตาม ผลงาน	ตามปริมาณ บริการ	เหมาจ่าย/ตาม ผลงาน	ตามปริมาณ บริการ	ตามปริมาณ บริการ
• ส่วนร่วมจ่าย	ไม่มี	ไม่มี	ใช้รพ.เอกชน	ส่วนเกินพีดาน คลอดบุตร/ฉุกเฉินพีดาน	ส่วนที่เกิน	ส่วนที่เกิน พีดาน
ปัญหาหลัก	ความตรงและ ความครอบคลุม คนจน	ขาดการกระจาย ความเสี่ยงที่ดี	ค่าใช้จ่ายเพิ่ม ขึ้นอย่างรวดเร็ว	ครอบคลุม เฉพาะช่วงการ จ้างงาน	ความซ้ำซ้อน สิทธิ/การเบิก จ่าย	การคัดเลือก ความเสี่ยง



2 การเปลี่ยนผ่านใน พ.ศ. 2544 ไปสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1 กระบวนการกำหนดนโยบาย และการจัดทำพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) กระบวนการการกำหนดนโยบาย

การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในระบบบริการสาธารณสุขไทย เกิดขึ้นหลังจากที่พรรคไทยรักไทย ใช้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือชื่อที่เรียกติดปากคือ “30 บาท รักษาทุกโรค” ในการหาเสียงและรักษาสัญญาที่ได้ให้ไว้ภายหลังชนะการเลือกตั้งเมื่อ วันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2544 ทำให้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้กลายเป็น 1 ใน 9 นโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล

ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2544 รัฐบาลได้ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีข้อสรุปสาระดังนี้

“นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งที่จะจัดตั้งโครงการประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทยโดยสร้างดุลอำนาจในการควบคุมคุณภาพบริการที่แยกผู้ซื้อบริการออกจากผู้ให้บริการ (กระทรวงสาธารณสุข) รัฐมีหน้าที่เกี่ยความเสี่ยงด้านสุขภาพและการเงิน ใช้เงินอุดหนุนจากงบประมาณ นอกจากนี้โครงการนี้มีกลไกในการควบคุมต้นทุนค่ารักษาพยาบาลโดยการใช้วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาลแบบตกลงล่วงหน้า และเป็นปลายปิด กองทุนหลักประกันสุขภาพจะแบ่งเป็น 2 กองทุน คือ (1) สำหรับภาคการจ้างงาน โดยขยายกองทุนประกันสังคมให้ครอบคลุมถึงสวัสดิการข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว และ (2) นอก



ภาคการจ้างงาน ได้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทั้ง 2 กองทุน จะมีสิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกันและในที่สุดจะพัฒนาไปสู่ระบบการจ่ายเงิน และชุดสิทธิประโยชน์เดียวกันหรือรวมเป็นกองทุนเดียว”

การดำเนินโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ “30 บาท รักษาทุกโรค” ได้ครอบคลุมผู้มีสิทธิประมาณ 45.4 ล้านคน (ร้อยละ 73 ของประชากร) และใช้งบประมาณจากภาษีของประชาชนกว่า 55,000 ล้านบาทต่อปี (พ.ศ. 2545) การบริหารจัดการงบประมาณในช่วงเปลี่ยนผ่านอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้จัดสรรเงินให้กับจังหวัด ส่วนในระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะรับผิดชอบบริหารกองทุนระดับพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ให้คำปรึกษา ภายหลัง พ.ศ. 2546 เมื่อมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว กระทรวงสาธารณสุขจึงค่อยลดบทบาทในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ การขยายหลักประกันสุขภาพได้ดำเนินงานเป็นขั้นเป็นตอน คือ ระยะเวลา นำร่องใน 6 จังหวัดและให้สิทธิเฉพาะในสถานพยาบาลของรัฐ, ระยะเวลาที่ 2 ขยายเพิ่มอีก 15 จังหวัด และเปิดให้สถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วม, ระยะเวลาที่ 3 ได้ขยายพื้นที่ดำเนินการครอบคลุมทั้งประเทศและครอบคลุมบางเขตของกรุงเทพมหานคร (13 เขต), และระยะเวลาที่ 4 ขยายครอบคลุมทั่วกรุงเทพมหานคร และครอบคลุมทั้งประเทศในเดือนเมษายน พ.ศ. 2545

การที่นโยบายนี้มีความพร้อมที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนั้น เกิดขึ้นจากพัฒนาการ 3 ด้าน คือ ด้านตัวนโยบายที่ใช้แก้ปัญหา หรือกระแสนโยบาย (Policy Stream), ด้านการจุดประกายประเด็นปัญหาหรือกระแสปัญหา (Problem Stream), และด้านการสนับสนุนทางเมืองหรือกระแสการเมือง (Political Stream) และเมื่อพัฒนาการทั้งสามด้านมาบรรจบกัน หน้าต่างของโอกาสจึงเกิดขึ้น การเลือกตั้งถือว่าเป็นการเปิดหน้าต่างของโอกาสครั้งสำคัญ ทำให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกหยิบยกมาเป็นวาระนโยบายของรัฐได้ (Policy Agenda)

- กระแสนโยบาย (Policy Stream) คือ มีการทำงานของนักวิชาการในกระทรวงสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 เพื่อหาวิถีทางการแก้ปัญหา และผลักดันให้เกิดนโยบายที่ตัวเองตั้งใจ และพยายามปรับนโยบายในการแก้ปัญหาให้เป็นที่ยอมรับของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จนได้รับการยอมรับจากสาธารณสุขชนและนักการเมือง
- กระแสปัญหา (Problem Stream) คือ สภาวะที่การเข้าถึงบริการสุขภาพได้รับการยอมรับจากสาธารณสุขและผู้มีอำนาจตัดสินใจว่าเป็นปัญหา และจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง กลไกที่เป็นตัวจุดความสนใจของการให้สิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือรายได้ที่ลดลงของประชาชนอันเนื่องมาจากผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ และการนำเสนอปัญหาทุกขีในระบบสุขภาพโดยองค์กรพัฒนาเอกชน และเครือข่ายสนับสนุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- กระแสการเมือง (Political Stream) คือ การเปลี่ยนแปลงรัฐบาล และการมีพรรคการเมืองที่สนใจการปฏิรูประบบสุขภาพ และนำเสนอข้อเสนอนโยบายที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน

จะเห็นได้ว่าการพัฒนาองค์ความรู้มีความสำคัญในการจัดทำนโยบาย นอกจากนี้การเชื่อมประสานกับประชาสังคมและเครือข่ายอื่นๆทำให้เกิดพลังการยอมรับนโยบายดังกล่าว ส่วนนักการเมืองเป็นผู้เปิดหน้าต่างแห่งโอกาส องค์ประกอบเหล่านี้สนับสนุนแนวคิดเรื่องยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ





2) กระบวนการทางนิติบัญญัติ

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะกรรมการสาธารณสุขสภาผู้แทนราษฎรใน พ.ศ. 2538 - 2539 เคยร่างพระราชบัญญัติที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาครั้งหนึ่งแล้ว แต่ไม่สามารถผลักดันให้ออกมาเป็นกฎหมายได้

ความพยายามครั้งใหม่เกิดขึ้นภายหลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 โดยอาศัยอำนาจตามรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 มาตรา 170 ซึ่งระบุว่า ประชาชนผู้มีสิทธิลงคะแนนซึ่งเข้าชื่อรวมกันไม่น้อยกว่าห้าหมื่นคนสามารถยื่นร่างกฎหมายให้ประธานสภาพิจารณาบรรจุเข้าเป็นร่างกฎหมายเพื่อพิจารณาในสภาได้โดยตรง ในครั้งนั้นมีชื่อผู้สนับสนุนกว่า 60,000 ชื่อ ทำให้มี นักวิชาการ, องค์กรพัฒนาเอกชน และประชาชนที่สนใจได้ร่วมกันจัดทำ ร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น และมีการลงนามของกลุ่มพัฒนาองค์กรเอกชนสนับสนุนแนวทางหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเดือนตุลาคม พ.ศ.2543 ก่อนที่จะมีการเลือกตั้งในเดือนมกราคม พ.ศ.2544 และเสนอร่างพรบ. ต่อประธานสภาใน พ.ศ. 2544

ในขณะเดียวกันพรรคการเมืองที่ใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการหาเสียง ได้ดำเนินการขยายหลักประกันสุขภาพตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2544 และได้จัดทำร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสนอเข้าคณะรัฐมนตรี และเสนอต่อไปยังรัฐสภา

ในการประชุมของสภาผู้แทนราษฎร มีร่าง พ.ร.บ.ให้พิจารณารวมทั้งสิ้น 6 ร่าง คือ จากรัฐบาล 1 ฉบับ จากพรรคการเมือง 4 ฉบับ และ ร่างจากภาคประชาชนซึ่งเดิมตั้งใจจะเสนอเองโดยตรงต่อรัฐสภา แต่กระบวนการตรวจสอบรายชื่อผู้ร่วมลงนาม 60,000 ชื่อยังไม่แล้วเสร็จสมบูรณ์ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจึงตัดสินใจเสนอร่างนี้แทนภาคประชาชน

พ.ร.บ.นี้ ผ่านการประชาพิจารณ์ 4 ครั้ง ที่ ภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ ใต้ และ กรุงเทพมหานคร ก่อนที่จะปรับปรุงแล้วส่งให้วุฒิสภาเพื่อพิจารณา ในระหว่างที่คณะกรรมการวิสามัญของวุฒิสภาเริ่มพิจารณา ร่าง พรบ. มีบทความหนังสือพิมพ์ การประชุม วิจารณ์ร่าง พ.ร.บ. นี้ ทั้งจากบุคลากรสาธารณสุข ข้าราชการ และ ผู้มีสิทธิประกันสังคม โดยเรียกร้องขอให้มีการแก้ไข พ.ร.บ.ตามแนวทางที่แต่ละกลุ่มเห็นสมควร กลุ่มผู้ใช้แรงงานต้องการให้ตัดข้อความที่เกี่ยวข้องกับกองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคม ตัวแทนวิชาชีพสาธารณสุขแม้ว่าจะแสดงจุดยืนสนับสนุนกฎหมายฉบับนี้ แต่ต้องการลดบทบาทของกฎหมายฉบับนี้ในการควบคุมบุคลากร และการให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ซึ่งคณะกรรมการได้มีการแก้ไขบางประเด็นตามข้อเรียกร้องดังกล่าว

สุดท้าย พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ถูกประกาศลงในราชกิจจานุเบกษาในวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 อันทำให้ พ.ร.บ.นี้มีผลบังคับใช้ในวันรุ่งขึ้น คือ วันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีประเด็นที่สำคัญ ดังตารางที่ 8.2



ตารางที่ 8.2 ประเด็นสำคัญในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

ประเด็น	พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
1. คำจำกัดความของบริการสาธารณสุข	บริการครอบคลุมการป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การสร้างสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
2. สิทธิในการรับบริการสาธารณสุข	บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้
3. หน่วยบริการประจำ	ใช้สถานบริการปฐมภูมิซึ่งอยู่ในบริเวณภูมิลำเนาหรือที่ทำงานของตนเป็นหน่วยบริการประจำวันแต่กรณีที่มีเหตุอันสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย
4. แนวทางการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพภาครัฐที่มีมาก่อน	ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายโดยอยู่แล้ว ให้คงมีสิทธิตามกฎหมายนั้นต่อไป โดยให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดเตรียมความพร้อม การกำหนดการจัดบริการสาธารณสุขตามกฎหมายนี้ให้ เป็นไปตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา
5. กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการจำนวน 30 คน มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีตัวแทนจากภาคประชาชน 5 คน เป็นสมาชิกกรรมการ
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคลอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้คัดเลือกเพื่อแต่งตั้งและถอดถอนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
7. แหล่งเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	แหล่งเงินสำหรับจัดบริการ มาจากเงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีและประกันสุขภาพแห่งชาติ รายได้อื่นๆ และให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสนอขอรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ	ให้กันเงินไม่เกินร้อยละ 1 ของที่จะจ่ายให้หน่วยบริการเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ
9. คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน	กรรมการจำนวน 35 คน ตัวประธานให้เลือกตั้งจากคณะกรรมการ และมีตัวแทนภาคประชาชน 5 คน เป็นสมาชิกกรรมการ
10. สถานพยาบาลและมาตรฐานการรักษา	- กำหนดให้มีกรขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ - มีหลักเกณฑ์การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
11. การกำกับมาตรฐานสถานพยาบาล	มีคณะกรรมการสอบสวนทำหน้าที่สอบสวนและเสนอความเห็น และรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ที่มา : ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ถาวร สกุลพาณิชย์, และคณะ, กระบวนการจัดทำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2547





2.2 เนื้อหาสาระสำคัญของการปฏิรูป

1) หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือว่าเป็น “สิทธิ” ชั้นพื้นฐานของประชาชน และจัดระบบให้คนในสังคมได้มีการ “เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” ด้วยการกระจายความเสี่ยงของภาระทางการเงิน (Risk Sharing) ที่เกิดเนื่องจากความเจ็บป่วย ทั้งนี้ จะเป็นการส่งเสริมให้คนในสังคมมีภราดรภาพ (Solidarity) และการเกื้อกูลกันมากขึ้น

เป้าประสงค์หลัก 3 ประการคือ 1) ครอบคลุมประชาชนอย่างถ้วนหน้า (Universal Coverage) 2) คนไทยทุกคนจะได้รับบริการสาธารณสุขด้วยชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 3) มีการจัดทำแผนแม่บทและประสานทุกหน่วยงานเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืนในทางนโยบาย (Policy Sustainability), ทางการเงิน (Financial Sustainability), และทางสถาบันหรือองค์กร (Institutional Sustainability)

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการออกแบบระบบเป็นดังนี้

1) งบประมาณสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลมาจากระบบภาษี ประชาชนที่มีสิทธิเมื่อใช้บริการตามระบบจะเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้ง ยกเว้นการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค นอกจากนี้ยังยกเว้นค่าธรรมเนียมให้กับผู้ที่เคยอยู่ภายใต้ โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มียาได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เช่น คนจน เด็ก คนชรา พระ และทหารผ่านศึก เป็นต้น

2) หน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ใกล้เคียงบ้าน เป็นจุดบริการด่านแรก (Front Line Service) และสามารถ เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา (Main Contractor) และรับขึ้นทะเบียนประชาชน (Unit for Registration)

3) ระบบการเงินการคลัง เป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost Containment System) รูปแบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (Close End) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance Related Payment)

4) ชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันกับกองทุนภาครัฐอื่น

5) ใช้กระบวนการรับรองคุณภาพ มากำกับการพัฒนาคุณภาพบริการ

6) การบริหารนโยบาย ให้มีการกระจายอำนาจ (Decentralization) ในการบริหารจัดการแก่จังหวัด โดยมีคณะกรรมการบริหารกองทุนระดับพื้นที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ

7) แยกบทบาทผู้ซื้อ-ผู้ให้บริการ (Purchaser Provider Split) ออกจากกันอย่างชัดเจน ซึ่งจะทำให้ระบบมีการตรวจสอบ ควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) การปฏิรูปโครงสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ

(ก) จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้กลไกการซื้อบริการ บริหารโครงการให้มีประสิทธิภาพและเป็นตัวแทนผู้บริโภคเพื่อทำการตรวจสอบคุณภาพบริการ และจัดสมดุลอำนาจในระบบบริการ ซึ่งเดิมที่ กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่กำกับระบบ และเป็นทั้งผู้ให้บริการอยู่ด้วย จึงอาจไม่มีความจริงจังในการประเมินคุณภาพบริการในฐานะตัวแทนของผู้บริโภค



ข้อเสนอในการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารหลักประกันสุขภาพภาครัฐของคณะทำงานพัฒนารูปแบบโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ต้องการให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นมาทำหน้าที่กำกับนโยบายของกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งหมด อันได้แก่กองทุนประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อกำหนดมาตรฐานชุดสิทธิประโยชน์ และวิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่เป็นตัวแทนของกองทุนทั้งสามในการทำสัญญากับสถานพยาบาลที่เข้าโครงการ (ภาพที่ 8.1) หากแต่ว่าในช่วงการดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่านนั้น (พ.ศ. 2544-2545) ยังมิได้มีการตรากฎษฏีกาเพื่อกำหนดวิธีปฏิบัติอันเกี่ยวข้องกับกองทุนอื่นๆ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงกำกับนโยบายของกองทุนหลักประกันสุขภาพเท่านั้น

(ข) การจัดตั้งกองทุนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ (Medical Injury Compensation System)

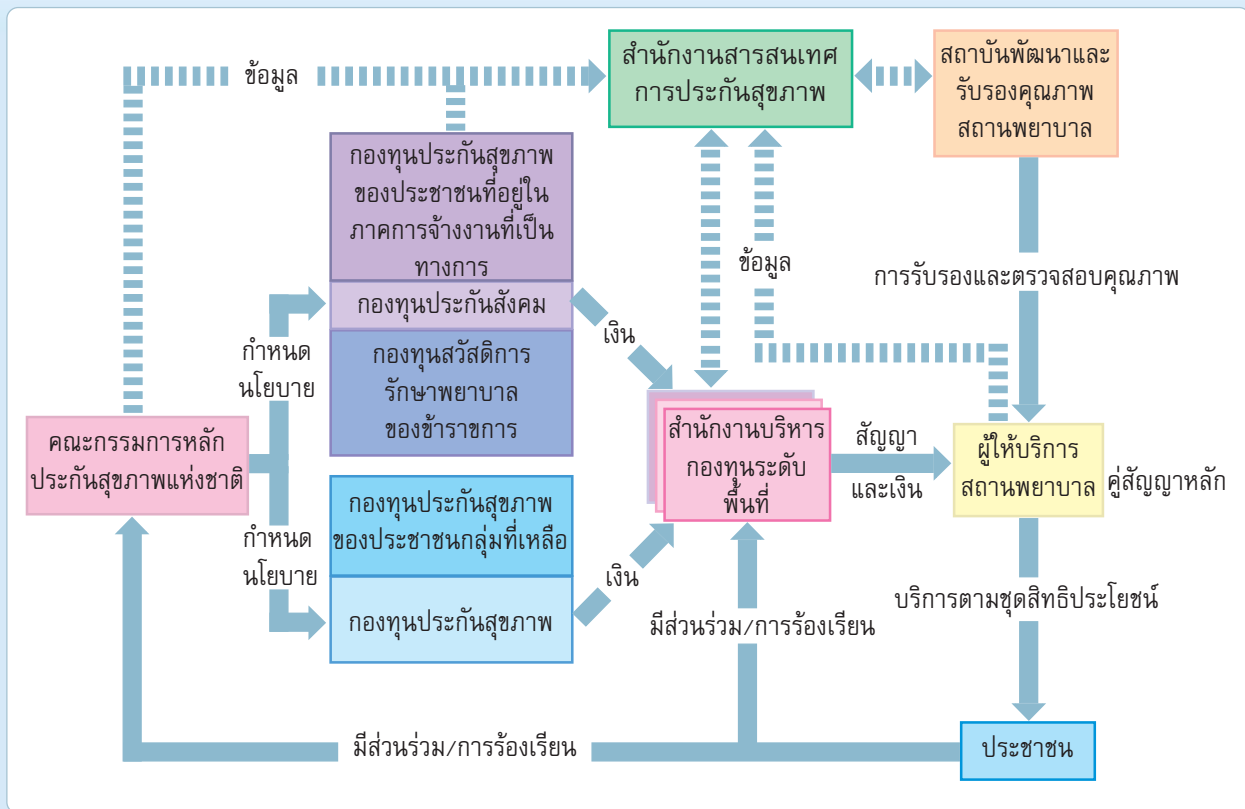
กองทุนลักษณะนี้ถือเป็นนวัตกรรมใหม่ เป็นการชดเชยให้แก่ผู้ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดก่อน (Pure No-fault System) อันจะบรรเทาความเดือดร้อนของผู้ได้รับความเสียหาย ความสำคัญของการมีกองทุนดังกล่าวจะพัฒนาให้เกิดผลดี 4 ประการคือ

1. การบรรเทาความเดือดร้อนของผู้เสียหายเป็นเบื้องต้น แต่ไม่จำกัดสิทธิที่จะได้รับการชดเชยจากระบบอื่น
2. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล โดยจะทำให้ผู้ให้บริการมีความตระหนักในความเสียหายที่อาจเกิดต่อผู้รับบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถใช้กลไก 2 ด้าน คือ การควบคุมกำกับคุณภาพสถานพยาบาลเพื่อป้องกันความเสียหายจากระบบอันเนื่องมาจากเหตุสุตวิสัย และการไล่เบี่ยค่าเสียหายจากผู้กระทำผิดหรือเลินเล่อ
3. ป้องกันแพทย์ หรือผู้ให้บริการจากการถูกฟ้องร้อง โดยไม่จำเป็น ซึ่งระบบดังกล่าวยึดหลักการไกล่เกลี่ยและสมานฉันท์
4. กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำหน้าที่กระจายความเสี่ยงเอง โดยจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ไม่เกินร้อยละ 1 ของค่ารักษาพยาบาล ทำให้ผู้ให้บริการไม่ต้องเสียค่าเบี่ยประกันจำนวนมากเพื่อเอาประกันจากบริษัทประกันภัยเอกชน

ผลการดำเนินการจะเป็นอย่างไร ต้องติดตามต่อไป



ภาพที่ 8.1 ข้อเสนอโครงสร้างระบบประกันสุขภาพ



ที่มา : คณะทำงานพัฒนารูปแบบโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2544)

2.3 ระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศไทย หลังเดือน เมษายน พ.ศ. 2545

โดยสรุปหลังมีการเปลี่ยนคณะรัฐบาลและมีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลและโครงการบัตรประกันสุขภาพเดิม แล้วทำการขยายไปสู่ผู้ไม่มีหลักประกันมาก่อน ทำให้ประชาชนไทยมีความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 92.5 โดยแบ่งเป็น 3 ระบบหลักคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 74.2, ระบบสวัสดิการข้าราชการร้อยละ 6.6, และระบบประกันสังคมร้อยละ 11.5 นอกนั้นเป็นระบบย่อยเช่นสำหรับนักการเมืองและผู้อาศัยในต่างประเทศ ผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน 4.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.5 ของประชากรทั้งประเทศ

สรุปเปรียบเทียบลักษณะสำคัญของระบบ ทั้ง 3 ระบบ (ดูในตารางที่ 8.3) มีประเด็นสำคัญดังนี้

1) สิทธิประโยชน์ : ชุดสิทธิประโยชน์ด้านรักษามีความคล้ายกันระหว่างประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นชุดสิทธิประโยชน์ที่รวมบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน คลอดบุตร และทันตกรรม มีรายการ ยกเว้น 15 กรณี และไม่รวมการตรวจสุขภาพและการใช้บริการห้องพิเศษ นอกจากนี้หลักประกันสุขภาพยังไม่ครอบคลุมการฟอกไตอันเนื่องมาจากไตวายเรื้อรัง ส่วนสวัสดิการรักษายาบาลไม่มีชื่อยกเว้น ส่วนการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ มีเฉพาะในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ ทุกโครงการมีการอิงบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นยาในชุดสิทธิประโยชน์

2) แหล่งการคลังและการร่วมจ่าย: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับงบประมาณจากระบบภาษี



และกำหนดให้ประชาชนร่วมจ่ายครั้งละ 30 บาท ยกเว้นผู้สมควรได้รับความช่วยเหลือก็้อกุล เช่นเดียวกับสวัสดิการข้าราชการที่ได้รับงบประมาณจากระบบภาษีแต่กำหนดให้มีการร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน ส่วนประกันสังคมได้เงินมาจากการสมทบ 3 ฝ่ายคือ ลูกจ้าง นายจ้างและรัฐ กำหนดให้ร่วมจ่ายเมื่อมีค่ารักษาเกินเพดานกรณีคลอดบุตรหรือกรณีฉุกเฉิน

3) วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล: หลักประกันสุขภาพคล้ายประกันสังคมคือเหมาจ่ายรายหัว และปรับตามผลงานเช่นผลงานตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยใน เป็นต้น ส่วนสวัสดิการข้าราชการจ่ายตามปริมาณบริการ

อย่างไรก็ดี มีความพยายามที่จะพัฒนาให้ทั้ง 3 โครงการมีความคล้ายกัน เพื่อให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องจัดทำต่อไป

ตารางที่ 8.3 ลักษณะสำคัญของระบบประกันสุขภาพประเภทต่างๆในประเทศไทยเดือนกันยายน พ.ศ. 2545

Characteristics	หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม
ลักษณะ	สวัสดิการของรัฐ (State Welfare)	สวัสดิการกรจ้างงาน (Fringe Benefit)	ประกันภาคบังคับ (Social Insurance)
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้อยู่นอกสวัสดิการ ข้าราชการและประกันสังคม	ข้าราชการ พนักงาน รัฐวิสาหกิจและครอบครัว	ลูกจ้างภาคเอกชน
ครอบคลุมประชากร *	74.2%	6.6%	11.5%
สิทธิประโยชน์			
• บริการผู้ป่วยนอก	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน
• บริการผู้ป่วยใน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน
• ขึ้นทะเบียนกับสถาน พยาบาล	กำหนด	ไม่กำหนด	กำหนด
• สิทธิประโยชน์ยกเว้น	15 กรณี	-	15 กรณี
• คลอดบุตร	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ครอบคลุม
• ตรวจสุขภาพ	ไม่	ครอบคลุม	ไม่
• บริการที่ไม่ครอบคลุม	ห้องพิเศษ, ฟอกไต	-	ห้องพิเศษ
การคลัง			
• แหล่งเงิน	งบประมาณ	งบประมาณ	ลูกจ้าง/นายจ้าง/รัฐ
• วิธีจ่ายค่าบริการ	เหมาจ่าย/ตามผลงาน	ตามปริมาณบริการ	เหมาจ่าย/ตามผลงาน
• ส่วนร่วมจ่าย	ค่าธรรมเนียม 30 บาท ต่อครั้ง	ใช้ รพ.เอกชน	ส่วนเกินเพดานคลอด บุตร/ฉุกเฉิน

*หมายเหตุ : ฐานข้อมูลประชากรรวม 61.2 ล้านคน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เดือนกันยายน พ.ศ. 2545





3 การพัฒนาระบบย่อยเพื่อสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.1 การพัฒนาฐานข้อมูลระดับบุคคล

ระบบประกันสังคมเป็นระบบประกันสุขภาพของรัฐระบบแรกที่มีและใช้ฐานข้อมูลระดับบุคคลของผู้มีสิทธิ ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้สร้างฐานข้อมูลระดับบุคคลเบื้องต้น ใน พ.ศ.2544 เพื่อดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยใช้ฐานข้อมูลระดับบุคคลของสำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เป็นฐานข้อมูลอ้างอิง ประกอบกับข้อมูลจากสำนักงานประกันสังคม และการสำรวจครัวเรือน พบว่าฐานข้อมูลผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะแรก มีปัญหาเรื่องความถูกต้องของข้อมูล โดยพบผู้มีสิทธิประกันสุขภาพซ้ำซ้อนสูงถึงร้อยละ 12.4 (เดือนเมษายน พ.ศ. 2545) ต่อมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแก้ไขปรับปรุงทำให้การซ้ำซ้อนสิทธิประกันสุขภาพลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1

ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2548 รัฐบาลมีนโยบายที่จะบูรณาการระบบบริหารการประกันสุขภาพภาครัฐทั้งหมด โดยเบื้องต้นมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกรมบัญชีกลางร่วมกันบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ทำให้การพัฒนาฐานข้อมูลระดับบุคคลของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเริ่มดำเนินการอย่างจริงจัง ทั้งนี้คาดว่าจะแล้วเสร็จภายในเดือนกันยายน พ.ศ. 2549

โดยสรุป ฐานข้อมูลระดับบุคคลได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้น หลังจากมีการนำมาใช้ในการบริหารระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากมีการใช้และการเชื่อมโยงระหว่างฐานข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีการตรวจสอบ ปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ การตรวจสอบดังกล่าวยังเกิดขึ้นจากการที่ระบบอนุญาตให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลดังกล่าวด้วย แต่การแก้ไขข้อมูลจะกระทำโดยผู้ที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น

3.2 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการส่งต่อผู้ป่วย

ที่ผ่านมา มีนโยบายและการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสถานพยาบาลปฐมภูมิในหลายด้านประกอบด้วย

1) การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการประจำ และการตรวจประเมินเพื่อการรับรองหน่วยบริการ

ตามเกณฑ์

เกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการ สะท้อนความต้องการพื้นฐานด้านคุณภาพหน่วยบริการของระบบประกันสุขภาพ และใช้เป็นเครื่องมือควบคุมกำกับคุณภาพหน่วยบริการด้วย ที่ผ่านมา เกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเน้นปัจจัยนำเข้า (Input) เป็นหลัก เช่น ลักษณะโครงสร้าง จำนวนบุคลากร อุปกรณ์ ฯลฯ โดยกำหนดขนาดปัจจัยนำเข้าให้สัมพันธ์กับจำนวนประชากรที่ต้องรับผิดชอบ (เช่น หน่วยบริการประจำที่มีแพทย์ 1 คน จะดูแลรับผิดชอบประชากรผู้มีสิทธิไม่เกิน 10,000 คน)

การตรวจประเมินเพื่อการรับรองหน่วยบริการตามเกณฑ์ ก่อนให้บริการในระบบประกันสุขภาพที่ผ่านมาเน้นสถานพยาบาลภาคเอกชนเป็นหลัก (เนื่องจากไม่สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมให้บริการของหน่วยบริการภาครัฐได้) จนกระทั่งใน พ.ศ. 2549 จึงมีนโยบายให้มีการตรวจประเมินทั้งภาครัฐและเอกชน โดยข้อมูลผลการตรวจประเมินหน่วยบริการภาครัฐจะใช้ในการจัดทำแผนพัฒนาระยะต่อไป

2) การสนับสนุนนวัตกรรมและการพัฒนาของสถานพยาบาลปฐมภูมิ (โครงการ PCU ในฝัน)

ใน พ.ศ. 2547 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดให้มีการประกวดนวัตกรรมการพัฒนาแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Innovation Award: UCIA) ขึ้น เพื่อส่งเสริม



ขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน และรวบรวมผลงานเผยแพร่เป็นแบบอย่างแก่หน่วยงานอื่นๆ ต่อไป และได้จัดให้มีโครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิสู่ความเป็นเลิศ (โครงการ PCU ในฝัน) ขึ้น เพื่อสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาตนเองของสถานพยาบาลปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง โดยให้สถานพยาบาลปฐมภูมิแต่ละแห่งประเมินตนเองตามแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น แล้วจัดทำคำขอเงินสนับสนุนเพื่อพัฒนาบริการตามส่วนขาด โดยมีสถานพยาบาลได้รับการสนับสนุน 562 แห่ง จากการสมัครเข้าร่วมจำนวน 1,451 แห่ง โดยหนึ่งในสามเป็นโครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

นอกจากนี้ใน พ.ศ. 2548 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพสถานื่อนามัยให้ได้มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข) ขึ้น โดยตั้งเป้าหมายการพัฒนาสถานื่อนามัยจำนวน 800 แห่ง หลังการดำเนินงานพบว่า มีสถานื่อนามัยผ่านการประเมินจำนวน 530 แห่งหรือคิดเป็นร้อยละ 66 ของเป้าหมาย

3) การพัฒนารูปแบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการปฐมภูมิ

ทศวรรษที่ผ่านมา การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) เป็นกระแสการพัฒนาคุณภาพที่ได้รับการยอมรับกันอย่างกว้างขวาง โรงพยาบาลส่วนใหญ่ทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบได้เห็นชอบตรงกันที่จะให้ระบบ HA เป็นระบบพัฒนาคุณภาพกลาง¹

อย่างไรก็ตาม ระบบ HA เน้นที่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่โรงพยาบาล ยังไม่ครอบคลุมการให้บริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการปฐมภูมิขึ้น โดยสนับสนุนสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข² ในการวิจัยและพัฒนาระบบดังกล่าว ปัจจุบันข้อเสนออยู่ระหว่างการพัฒนา

4) การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน

ในระยะแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบลงทุนเพื่อการทดแทน (Capital Replacement Fund) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวได้ถูกจัดสรรเพื่อใช้ในการปรับปรุงโครงสร้างทั้งในส่วนของการปฐมภูมิและบริการเฉพาะด้าน³ โดยส่วนใหญ่เน้นที่การกระจายศูนย์บริการเฉพาะด้าน (Excellent Center) ขณะที่ไม่มีนโยบายชัดเจนเกี่ยวกับการลงทุนด้านโครงสร้างของบริการปฐมภูมิ

ระยะต่อมา คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับการลงทุนเรื่องกำลังคนมากขึ้น โดยใน พ.ศ. 2548 ได้จัดสรรงบลงทุนเพื่อการทดแทนจำนวน 100 ล้านบาท (ร้อยละ 2.8 ของบ

¹ มติคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม ครั้งที่ 5 วันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2549 ณ โรงแรมโนโวเทล ทิพย์วิมาน รีสอร์ทแอนด์สปา จังหวัดเพชรบุรี

² ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสถาบันพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

³ งบลงทุนเพื่อการทดแทนร้อยละ 30 จัดสรรเพื่อการลงทุนในศูนย์บริการเฉพาะด้าน โดยเน้นหนักศูนย์มะเร็ง ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์อุบัติเหตุ ต่อมาสัดส่วนดังกล่าวลดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งใน พ.ศ. 2549 เหลือเพียงร้อยละ 10





ลงทุนเพื่อการทดแทนทั้งหมด) เพื่อการพัฒนากำลังคนทั้งในระดับบริการปฐมภูมิและบริการเฉพาะด้าน แต่มีเพียงร้อยละ 10 ของงบดังกล่าวที่ใช้ในการพัฒนากำลังคนที่ระดับปฐมภูมิ โดยมีการอบรมวิทยากรระดับเขตขึ้นจำนวน 130 คน เพื่อเตรียมจัดตั้งเป็นศูนย์ฝึกอบรมระดับเขตจำนวน 12 ศูนย์ อบรมวิทยากรระดับจังหวัดและอำเภอจำนวน 1,800 คน ใน พ.ศ. 2549 คณะกรรมการได้จัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็น 1,062 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 17.2 ของงบลงทุนเพื่อการทดแทนทั้งหมด เพื่อใช้ทั้งในการพัฒนาทั้งโครงสร้างและการพัฒนากำลังคนที่บริการปฐมภูมิ โดยมีเป้าหมายจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีแพทย์ประจำ (Community Medical Centre: CMC) จำนวน 200 แห่ง ขยายการฝึกอบรมบุคลากรสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ พร้อมเพิ่มค่าตอบแทนแก่บุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม และสนับสนุนการลดจำนวนผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขนาดใหญ่

การให้ความสำคัญกับสถานพยาบาลปฐมภูมิในช่วงที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สถานพยาบาลปฐมภูมิระดับหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีจำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 8.4)

ตารางที่ 8.4 สัดส่วนจำนวนบุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิเปรียบเทียบกับก่อนและหลังดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ไม่รวมแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร) พ.ศ. 2547

รายการ	สถานื่อนามัย	หน่วยบริการปฐมภูมิ ใน รพช.	หน่วยบริการปฐมภูมินอก รพช.	หน่วยบริการปฐมภูมิ ใน รพท./รพศ.	หน่วยบริการปฐมภูมินอก รพท./รพศ.	รวม
จำนวนตัวอย่าง	442	76	17	3	3	577
สัดส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนบุคลากร ลดลง %	11.09	14.47	5.88	0.00	33.33	11.61
เท่าเดิม %	42.53	38.16	35.29	33.33	33.33	41.77
เพิ่มขึ้น %	46.38	47.37	58.82	66.67	33.33	46.62

ที่มา : สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ 36 จังหวัด, สิงหาคม 2547

หมายเหตุ : บุคลากร ในที่นี้ รวมพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักวิชาการ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขและทันตภิบาล

นอกจากการลงทุนเพื่อพัฒนาสถานพยาบาลปฐมภูมิโดยตรงแล้ว ที่ผ่านมายังได้มีความพยายามที่จะพัฒนากลไกส่วนอื่น ๆ ซึ่งมีส่วนสนับสนุนการจัดการบริการปฐมภูมิประกอบด้วย



1) นโยบายลดภาระงานแผนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ใน พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศพันธะสัญญาต่อประชาชนไทย⁴ โดยหนึ่งในพันธะสัญญาดังกล่าวคือ การพัฒนาโรงพยาบาลรัฐสู่ความทันสมัย (Modernized Hospital) ตามแนวทาง “บริการฉับไว ไร้ความแออัด” กำหนดเป้าหมายลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 12 แห่ง โดยกลยุทธ์ที่สำคัญคือ การพัฒนาสถานพยาบาลปฐมภูมิในเขตเมืองและกระจายภาระงานการดูแลผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลปฐมภูมิดังกล่าว ทั้งนี้ ให้โรงพยาบาลเป้าหมายเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงาน ด้วยกลยุทธ์นี้คาดว่าจะ จะทำให้การพัฒนาคุณภาพและความมั่นใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลปฐมภูมิดีขึ้น รวมถึงการพัฒนาระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย

2) การพัฒนาระบบการส่งต่อและศูนย์ประสานเตียง

ระบบส่งต่อเชื่อมโยงการให้บริการสุขภาพแต่ละระดับเข้าด้วยกัน ให้เกิดความต่อเนื่อง และสนับสนุนการเข้าถึงบริการตามความจำเป็น ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพต้องสามารถครอบคลุมการส่งต่อทั้ง “ผู้ป่วย” และ “ข้อมูล” ปัญหาด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างสถานพยาบาลแต่ละระดับ โดยเป็นการส่งต่อในสองทิศทาง (ส่งไป-ส่งกลับ) ด้วย

ที่ผ่านมา ระบบส่งต่อของประเทศไทยมีประสิทธิภาพระดับหนึ่ง หลังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบส่งต่อในชนบทได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผ่านการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการตามระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographical Information System: GIS) และการแบ่งประเภทหน่วยบริการคู่สัญญาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกำหนดให้มี “หน่วยบริการรับส่งต่อ” และสถานพยาบาลเอกชนสามารถเข้าร่วมให้บริการเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อได้ ทำให้ทางเลือกช่องทางส่งต่อมีมากขึ้น

มีการจัดตั้ง “ศูนย์ประสานการส่งต่อ” ขึ้น ทำหน้าที่ประสานโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแล มีลงทะเบียนผู้ป่วยโรคหัวใจที่รอการผ่าตัด แล้วเกลี้ยไปรับบริการ ที่โรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยรอผ่าตัดน้อยกว่า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเร็วขึ้น นอกจากนี้ ศูนย์ประสานการส่งต่อได้ทำหน้าที่ประสานหาเตียง โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลสะสมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จนถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2549 พบว่าผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานคร ต้องการให้ประสานหาเตียงอันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ กัน คือ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ (ร้อยละ 72.99), โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับรักษามีเตียงเต็ม (ร้อยละ 11.01), ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลที่แรกเข้า (ร้อยละ 13.69), นอกนั้นเป็นการบริการหาเตียงให้กับผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการอื่น (ร้อยละ 2.04) และสาเหตุ อื่นๆ (ร้อยละ 0.28) และพบว่าสามารถช่วยประสานหาเตียงให้ผู้ป่วยได้ร้อยละ 64.4 ทั้งนี้ได้มีการประสานโรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งเข้าร่วมโครงการสำรองเตียง โดยมีการปรับระบบจ่ายเงินโรงพยาบาลเพื่อจูงใจโรงพยาบาลให้ความร่วมมือเป็นกรณีพิเศษด้วย

3.3 การประสานระหว่างระบบประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพหลักภาครัฐทั้ง 3 ระบบมีความแตกต่างกันทำให้สถานพยาบาลเกิดความยุ่งยากในเชิงการจัดการและเกิดระบบการให้บริการผู้ป่วยด้วยมาตรฐานทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน (Double Standard) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พัฒนาขึ้นจากบทเรียนของระบบประกันสุขภาพอื่นโดยอิงระบบประกันสังคมเป็นหลัก ทำให้ทั้งสองระบบไม่แตกต่างกันมากนัก

⁴ พันธะสัญญาจากกระทรวงสาธารณสุขต่อประชาชนไทยใน พ.ศ. 2549 เอกสารประกอบการชี้แจงผลงานกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2548 วันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2548





แม้ว่าจะมีกระแสต่อต้านการบูรณาการเพื่อให้เกิดเอกภาพของระบบบริหารการประกันสุขภาพภาครัฐ แต่หน่วยงานที่รับผิดชอบของทั้ง 3 ระบบ ประกอบด้วย สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ต่างเห็นความสำคัญที่จะต้องมีการประสานการพัฒนาาระบบบริหารการประกันสุขภาพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน หนุนเสริมซึ่งกันและกัน เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพสูงสุดและลดความไม่เท่าเทียมระหว่างระบบ จึงมีการจัดทำข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง 3 หน่วยงาน⁵ พร้อมจัดตั้งคณะกรรมการประสานการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพขึ้นใน พ.ศ. 2547 ประกอบด้วยผู้บริหารจากทั้งสามหน่วยงาน โดยให้ผู้บริหารสูงสุดของแต่ละหน่วยงานเวียนทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการ มีวาระ 1 ปี เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการในปีแรก ผลของการจัดตั้งคณะกรรมการดังกล่าว และคณะทำงานอื่นๆ ที่จัดตั้งขึ้นภายหลัง ทำให้เกิดการพัฒนาร่วมกันในหลายประเด็นที่เป็นรูปธรรมคือ

1) การพัฒนามาตรฐานกลางของกองทุนประกันสุขภาพ ในด้านต่างๆ ประกอบด้วย มาตรฐานชุดข้อมูลในการบริหารระบบประกันสุขภาพและรหัส (Standard Data Set and Coding System) มาตรฐานราคาเรียกเก็บค่าบริการ (Standard fee Schedule) การใช้ระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) เป็นระบบกลางในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคู่สัญญา มาตรฐานสถานพยาบาลคู่สัญญา ในระดับต่างๆ

2) การพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน ได้แก่ ข้อมูลสิทธิประกันสุขภาพของประชาชนไทย ข้อมูลโรงพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการ (Hospital Profile) ข้อมูลการใช้บริการของผู้มีสิทธิ

3) การประสานการดำเนินงานเพื่อลดความซ้ำซ้อน ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการให้บริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guideline: HSPG) การตรวจเยี่ยมประเมินโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary Hospital)⁶ การวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการของผู้มีสิทธิ ซึ่งเกิดการลงทะเบียนผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอย่างเป็นระบบเพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อมูลผู้มีสิทธิระดับบุคคล การพัฒนาระบบให้โรงพยาบาลเป็นหน่วยเบิกค่าใช้จ่ายแทนผู้มีสิทธิกรณีการให้บริการผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้มีสิทธิไม่ต้องสำรองจ่ายเงินล่วงหน้าเหมือนในอดีตการบริหารการตรวจสอบชดเชยค่าบริการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายให้เป็นไปอย่างเหมาะสม ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นหน่วยงานหลักในการบริหารระบบดังกล่าว

3.4 การปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ จาก พ.ศ. 2539 เป็น พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2547

ประมาณการค่าใช้จ่ายสุขภาพด้านยาของประเทศไทยใน พ.ศ. 2544 เท่ากับ 46,639 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 27.4 ของรายจ่ายสุขภาพรวม ซึ่งนับว่าค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ แม้กระทั่งประเทศที่พัฒนาแล้ว มาตรการควบคุมการใช้จ่ายยาที่ไม่จำเป็นจึงมีความจำเป็นและหนึ่งในมาตรการดังกล่าวคือ การจัดทำ “บัญชียาหลักแห่งชาติ” ขึ้น เพื่อคัดเลือกและรวบรวมรายการยาที่จำเป็นต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยมีคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเป็นคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาและปรับปรุงบัญชียาดังกล่าว

⁵ ข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 19 มกราคม พ.ศ. 2547

⁶ ระยะแรกมีความพยายามประสานการตรวจเยี่ยมประเมินโรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมกัน แต่มีปัญหากลไกของแต่ละระบบประกันสุขภาพแตกต่างกัน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้กลไกในระดับพื้นที่ในการตรวจเยี่ยมประเมินขณะที่ระบบประกันสังคมใช้กลไกส่วนกลาง

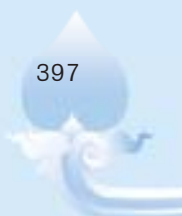


การพัฒนาบัญชียาที่มีอย่างต่อเนื่อง จาก”บัญชียากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2522” และ “บัญชียาจำเป็นแห่งชาติ พ.ศ. 2524” นำไปสู่บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับแรก พ.ศ. 2539 ที่ยึดหลักการขององค์การอนามัยโลกคือ ครอบคลุมยาที่มีความสำคัญ เป็นยาพื้นฐานที่ขาดเสียมิได้ และมีความจำเป็นต่อสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ และได้ปรับปรุงอันเนื่องมาจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ทำให้ความสามารถในการจ่ายและผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมถูกนำมาเป็นหลักเกณฑ์ในการปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับ พ.ศ. 2542 ซึ่ง ประกอบด้วย 4 บัญชี ในบัญชียาที่ ยาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข มีรายการยาที่จัดหมวดหมู่ตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและประโยชน์ทางรักษา รวม 23 กลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 932 รายการ

การปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติครั้งหลังสุดใน พ.ศ.2547 ได้พิจารณาบริบทของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไปหลายประเด็น ได้แก่ (1) แบบแผนของโรคที่เป็นภาระ (Burden of Disease) (2) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยเฉพะอย่างยิ่งการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (3) ความจำเป็นต้องปรับปรุงประสิทธิภาพระบบภายใต้นโยบาย “การพัฒนาสุขภาพที่ดีด้วยต้นทุนต่ำ (Good Health at Low Cost) (4) การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสมโดยใช้แนวปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guideline: HSPG) ยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547 จะจัดแบ่งเป็น 5 บัญชีย่อยคือ

บัญชียก หมายถึง รายการยาสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ **บัญชียข** หมายถึง รายการยาที่ใช้สำหรับช้อบ่งใช้หรือโรคบางชนิดที่ช้อบ่งในบัญชียก ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือเป็นยาที่ใช้แทนยาในบัญชียก ชั่วคราวกรณีที่จัดหายาในบัญชียก ไม่ได้ **บัญชียค** หมายถึง รายการยาที่ต้องในโรคเฉพาะทางโดยผู้ชำนาญ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยมีมาตรการกำกับการใช้ **บัญชียง** หมายถึง รายการยาที่มีหลายช้อบ่งใช้ แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางช้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งช้อบ่งใช้ที่ไม่ถูกต้อง หรือเป็นรายการยาที่มีราคาแพง จึงต้องมีการระบุดช้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งช้อบ่งใช้ และ **บัญชียจ** หมายถึง รายการยาสำหรับโครงการพิเศษของหน่วยงานของรัฐ

การปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมหรือลดรายการยาในบัญชียาในระยะแรกมีความล่าช้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เข้ามาสนับสนุนกระบวนการดังกล่าวใน พ.ศ. 2548 เพื่อเร่งปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติให้เป็นปัจจุบัน ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพมีความเชื่อมั่น และประชาชนเกิดความมั่นใจในคุณภาพยามากขึ้น





4. ผลสำเร็จของการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพ

สัมฤทธิ์ผลของการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนนี้ ย่อสรุปจากรายงานการศึกษาความเป็นธรรมในระบบการคลังของประเทศไทย โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งวิเคราะห์จากฐานข้อมูลใน พ.ศ. 2547

4.1 ระบบหลักประกันสุขภาพ กับคนจน-คนรวย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ดำเนินการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547 แสดงให้เห็นว่า เมื่อแบ่งประชากรเป็น 5 กลุ่มตามรายได้ครัวเรือน บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่ต้องชำระเงิน 30 บาท เมื่อใช้บริการ (ประเภทบัตรมี “ท.”) ได้กระจายไปสู่ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำสุดในสัดส่วนถึงร้อยละ 30 และกระจายไปสู่ประชากรกลุ่มรายได้สูงซึ่งมีสัดส่วนลดหลั่นลงไปตามลำดับ ทั้งนี้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระจายในหมู่คนจนมากกว่า สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ-พนักงานรัฐวิสาหกิจและกองทุนประกันสังคม

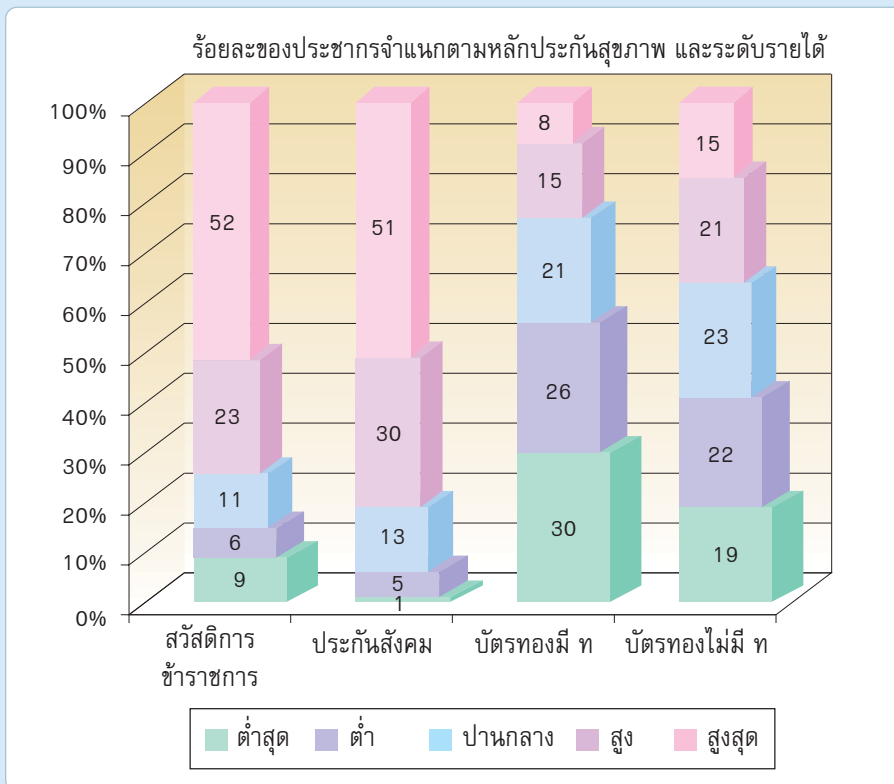




ส่วนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทที่ต้องชำระเงิน 30 บาทเมื่อไปใช้บริการ (บัตรไม่มี “ท.”) ได้กระจายไปสู่ประชากรตามกลุ่มรายได้ ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยส่วนใหญ่ (ดูภาพที่ 8.2)

อย่างไรก็ดี ยังมีคนที่มียาได้ต่ำสุด แต่ไม่ได้รับการยกเว้นในการร่วมจ่าย 30 บาท ในทางกลับกัน ยังมีคนรายได้สูงสุดได้รับการยกเว้นไม่ต้องร่วมจ่าย ทั้งนี้เป็นผลมาจากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมพึงช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) เดิมของกระทรวงสาธารณสุข ที่ไม่สามารถถ่วงถ่วงคนจนเข้ามาในโครงการ และคัดคนไม่จนจริงออกจากโครงการได้มีประสิทธิภาพมากนัก

ภาพที่ 8.2 สัดส่วนคนจน-คนรวย จำแนกตามระบบสวัสดิการรักษายาบาล



ที่มา : รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

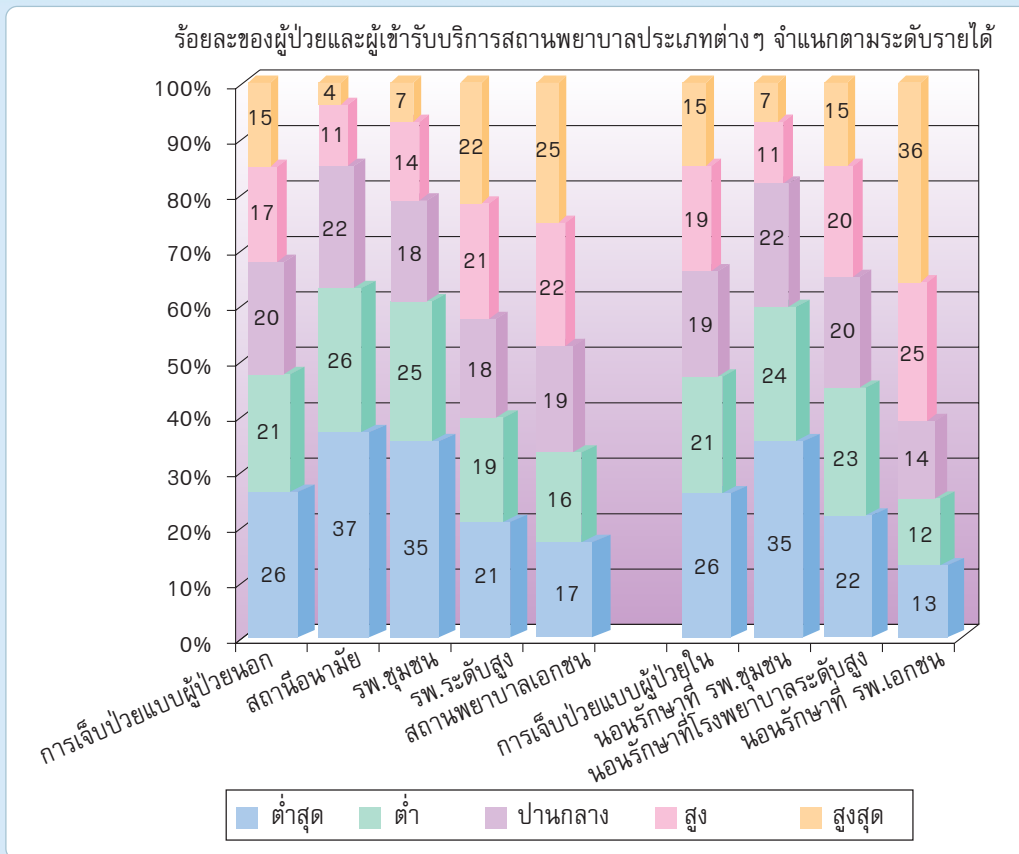
4.2 การเจ็บป่วยและการใช้บริการของคนจน-คนรวย

ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำสุดมีการเจ็บป่วยสูงสุด ที่ร้อยละ 26 ของผู้เจ็บป่วยทั้งหมด ในขณะที่ผู้เจ็บป่วยเพียงร้อยละ 15 อยู่ในกลุ่มประชากรรายได้สูงสุด (ภาพที่ 8.3) การกระจายของผู้เจ็บป่วยแบบที่ไม่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลมีลักษณะใกล้เคียงกับการเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ประชากรกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุด มีการเจ็บป่วยเป็นสัดส่วนร้อยละ 26 แต่ครองส่วนแบ่งการใช้บริการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอกที่สถานอนามัย ร้อยละ 37, ที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 35, ที่สถานพยาบาลภาครัฐระดับสูง ร้อยละ 21, และที่โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 17 ในขณะที่ประชากรกลุ่มรายได้สูงสุดมีการเจ็บป่วยเป็นสัดส่วนร้อยละ 15 แต่ครองส่วนแบ่งการใช้บริการ ที่สถานพยาบาลภาครัฐระดับสูง ร้อยละ 22 ทั้งนี้เนื่องจากประชากรกลุ่มรายได้ต่ำส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบทและมีความยากลำบากในการเข้าถึงสถานบริการระดับสูงซึ่งมักตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง ดังนั้นเมื่อเทียบกับระดับความเจ็บป่วยที่ต้องการเพียงบริการแบบผู้ป่วยนอก ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำจึงเลือกบริการในระดับตำบลหรืออำเภอมากกว่า



ภาพที่ 8.3 สัดส่วนจำนวนผู้รายงานการเจ็บป่วย (หน่วยเป็นร้อยละ)



ที่มา : รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อทำการวิเคราะห์การใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยใน พบว่า ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำครองส่วนแบ่งการใช้บริการการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลรัฐ มีลักษณะคล้ายคลึงกับกรณีผู้ป่วยนอก และพบว่าโรงพยาบาลรัฐระดับสูง มีสัดส่วนผู้ป่วยในที่อยู่ในกลุ่มประชากรรายได้สูงสุดสอดคล้องกับสัดส่วนการเจ็บป่วย กล่าวคือ กลุ่มรายได้สูงสุดมีการเจ็บป่วยเป็นสัดส่วนร้อยละ 15 และครองส่วนแบ่งการใช้บริการที่สถานพยาบาลภาครัฐระดับสูง เป็นร้อยละ 15 เช่นกัน ในขณะที่ครองส่วนแบ่งการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลรัฐระดับสูงถึง ร้อยละ 22 ทั้งนี้เพราะประชากรกลุ่มรายได้สูงสุดไปใช้บริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งกลุ่มรายได้สูงสุดมีสัดส่วนการใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน สูงถึงร้อยละ 36

4.3 คนจนหรือคนรวยได้รับประโยชน์จากการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพจากรัฐ

การศึกษาี้ ประเมินประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากเงินอุดหนุนจากงบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐ โดยวิเคราะห์จากผลต่างระหว่างต้นทุนการให้บริการสุขภาพโดยสถานพยาบาลภาครัฐระดับต่างๆ และรายจ่ายค่ารักษา ที่ครัวเรือนจ่ายเอง เส้น Concentration Curve สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสัดส่วนการอุดหนุนค่าบริการสุขภาพกับสัดส่วนจำนวนประชากรที่เรียงลำดับห้ากลุ่ม (จากจนที่สุดถึงรวยที่สุด) ตามฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน โดยแกนแนวนอนแทนจำนวนสะสมของประชากรเรียงตามลำดับ เศรษฐฐานะจากจนที่สุดถึงรวยที่สุด และแกนตั้งแทนปริมาณสะสมของการอุดหนุนงบประมาณสำหรับประชากรดังกล่าว หากการอุดหนุนมีความเป็น



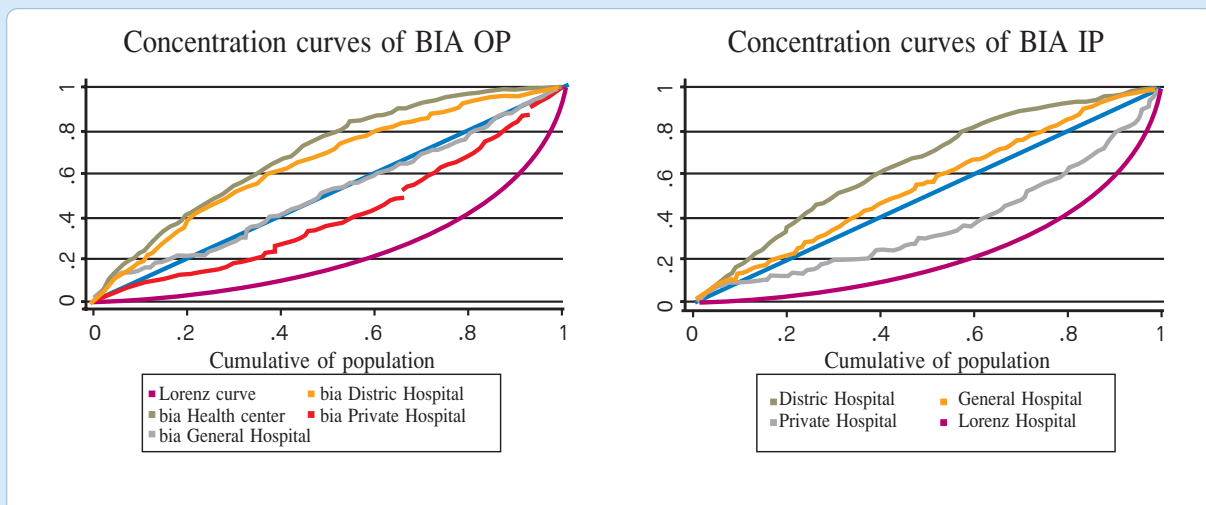
ธรรมเต็มที่ (Perfect Equity) ระหว่างคนจน-คนรวย ความสัมพันธ์ดังกล่าวจะอยู่บนเส้นแห่งความเป็นธรรม (Equity Line) ซึ่งเป็นเส้นทแยงมุม 45 องศา ระหว่างแกนทั้งสอง นั่นคือ ปริมาณการอุดหนุนเป็นสัดส่วนที่เท่ากับจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มฐานะ เช่น คนจนที่สุด (จำนวนร้อยละ 20 แรกของประชากรทั้งหมด) ได้รับการอุดหนุนคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20 ของปริมาณการอุดหนุนทั้งหมด และ คนรวยที่สุด (จำนวนร้อยละ 20 สุดท้ายของประชากรทั้งหมด) ได้รับการอุดหนุนคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20 เช่นกัน เป็นต้น (ภาพที่ 8.4)

หากคนจนได้รับการอุดหนุนในสัดส่วนที่มากกว่าคนรวย Concentration Curve จะเป็นเส้นโค้งที่อยู่เหนือเส้นทแยงมุม 45 องศา นั่นคือ ประชากรที่จนที่สุด (ร้อยละ 20 แรกของประชากรทั้งหมด) ได้รับการอุดหนุนในสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของปริมาณการอุดหนุนทั้งหมด และ ประชากรที่รวยที่สุด (จำนวนร้อยละ 20 สุดท้ายของประชากรทั้งหมด) ได้รับการอุดหนุนในสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 20 ของการอุดหนุน ทั้งหมด ในทางตรงข้าม หากการอุดหนุนดังกล่าวกระจุกตัว (Concentrate) อยู่ที่คนรวยเป็นส่วนใหญ่ Concentration Curve ก็จะมีลักษณะเป็นเส้นโค้งอยู่ใต้เส้นทแยงมุม 45 องศา

นอกจาก Concentration Curve แล้ว การเปรียบเทียบสัดส่วนปริมาณการอุดหนุนกับสัดส่วนประชากรกลุ่มต่างๆทั้งห้ากลุ่ม สามารถแสดงได้ด้วยดัชนี Concentration Index (CI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 2 เท่าของพื้นที่ระหว่างเส้นทแยงมุม (เส้นแห่งความเป็นธรรม) กับ Concentration Curve โดยมีค่าระหว่าง -1.0 ถึง 1.0 (หาก Concentration Curve อยู่เหนือเส้นทแยงมุม โดยที่คนจนมีสัดส่วนการอุดหนุนมากกว่าคนรวย CI มีค่าติดลบ และหาก Concentration Curve อยู่ใต้เส้นทแยงมุม โดยที่การอุดหนุนกระจุกตัวที่คนรวยมากกว่าคนจน ค่า CI มีค่าเป็นบวก)

นอกจากนี้ หากต้องการดูว่าการอุดหนุนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพช่วยลดช่องว่างทางเศรษฐกิจระหว่างคนจน-คนรวยหรือไม่ ก็อาจเปรียบเทียบระหว่างเส้น Concentration Curve กับ Lorenz Curve ซึ่งเป็นเส้นแสดงการกระจายรายได้ ในประชากร ซึ่งมักจะกระจุกตัวในกลุ่มคนรวย ดังนั้น เส้น Lorenz Curve มักจะอยู่ใต้เส้นทแยงมุม 45 องศา หาก Concentration Curve ของการอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลวางอยู่เหนือ Lorenz Curve มากเท่าใด ก็แสดงว่าการอุดหนุนดังกล่าวช่วยลดช่องว่างทางเศรษฐกิจระหว่างคนจน-คนรวย ได้มากเท่านั้น ในกรณีเช่นนี้ ดัชนีวัดความเป็นธรรมเชิงสัมพัทธ์ (Relative Equity) คือ Kakwani Index มีค่าติดลบ

ภาพที่ 8.4 เส้น Concentration Curve ของการอุดหนุนบริการกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในระดับสถานพยาบาลต่างๆ





การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2547 ด้านการอุดหนุนค่าบริการสุขภาพ กรณีผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลภาครัฐ พบว่า ที่ระดับสถานื่อนามัย และโรงพยาบาลชุมชน CI มีค่าเป็นลบ แสดงว่าอุดหนุนกลุ่มรายได้ต่ำในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มรายได้สูง (CI ที่สถานื่อนามัย เท่ากับ -0.357 และโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ -0.276) สำหรับโรงพยาบาลระดับสูงของรัฐ การอุดหนุนค่าบริการสุขภาพแก่กลุ่มรายได้ต่ำใกล้เคียงกับกลุ่มรายได้สูง (CI เท่ากับ 0.003 หรือ Concentration Curve เกือบอยู่ชิดกับเส้นทแยงมุม หรือเส้นแห่งความเสมอ)

การอุดหนุนค่าบริการสุขภาพกรณีผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลชุมชนมีลักษณะคล้ายกับกรณีผู้ป่วยนอก กล่าวคือ กลุ่มรายได้ต่ำได้รับประโยชน์ในสัดส่วนมากกว่ารายได้สูง (CI เท่ากับ -0.272) ในขณะที่การอุดหนุนบริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดและโรงพยาบาลรัฐอื่นยังให้ประโยชน์กลุ่มรายได้ต่ำมากกว่ากลุ่มรายได้สูง แต่ในระดับที่น้อยกว่าที่โรงพยาบาลชุมชน (CI เท่ากับ -0.087)

ในทางตรงข้าม การอุดหนุนค่าบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนมีลักษณะกระจุกตัวอยู่ที่ประชาชนที่มีรายได้สูงเป็นส่วนใหญ่ (CI สำหรับผู้ป่วยนอกเท่ากับ 0.184 และสำหรับผู้ป่วยในเท่ากับ 0.256) เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่าค่า CI ของโรงพยาบาลเอกชนจะมีค่าบวก แต่ Concentration Curve ก็ยังอยู่ใกล้เส้นแห่งความเป็นธรรมมากกว่าเส้นกระจายรายได้ Lorenz Curve อาจกล่าวได้ว่า การคลังและการให้บริการสุขภาพในประเทศไทยช่วยลดความไม่เป็นธรรมกันทางเศรษฐกิจในเชิงสัมพัทธ์ได้ แม้กระทั่งในโรงพยาบาลเอกชน โดยที่ Kakwani Index มีค่าเท่ากับ -0.352 สำหรับผู้ป่วยนอก และ -0.277 สำหรับผู้ป่วยใน





5. แลไปข้างหน้า

เมื่อได้ทบทวนสัมฤทธิ์ผลของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว พบว่า เป็นโครงการที่ดี และได้ประโยชน์ต่อประชาชนโดยเฉพาะที่อยู่ใน Income Quintile ที่ 1 คือกลุ่มคนที่จนที่สุด และที่ 2 คือกลุ่มคนจน โดยระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยในเครือข่าย ทำหน้าที่แปลงนโยบายไปสู่ การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และได้ผลดีต่อสมาชิก เนื่องจากเป็นบริการที่เข้าถึงสะดวก ใกล้บ้าน และมีคุณภาพดีระดับหนึ่ง การจะคงบทบาท และเพิ่มขยายบทบาทของบริการระดับอำเภอให้ทำหน้าที่เพิ่มความเสมอภาคในระบบสาธารณสุข จำเป็นจะต้องได้รับงบประมาณที่เพียงพอ และการจัดสรรทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอ และเหมาะสมในการปฏิบัติหน้าที่

ใน พ.ศ. 2550 บริการทดแทนไต (ได้แก่ การฟอกเลือด- Hemodialysis, บริการ Peritoneal Dialysis และการผ่าตัดเปลี่ยนไต) ยังไม่ได้จัดอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งๆ ที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และการประกันสังคม ได้คุ้มครองบริการทดแทนไตอย่างครบถ้วน ทั้งนี้เนื่องจาก บริการทดแทนไต มีราคาแพงประมาณ 2 ถึง 3 แสนบาทต่อปี รัฐไม่ได้อยู่ในวิสัยทางงบประมาณที่จะให้บริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยทุกคนได้ อย่างไรก็ตาม หากสมาชิกหลักประกันสุขภาพฯ ดันรนที่จะใช้เงินของตนเองซื้อบริการทดแทนไต ก็จะทำให้ ครอบครัวประสบกับภาวะสิ้นเนื้อประดาตัว เนื่องจากค่ารักษาค่อนข้างแพงมาก จึงมีความจำเป็นต้องกู้หนี้ยืมสิน หรือขายทรัพย์สิน ปัจจัยการผลิต เพื่อการรักษาทดแทนไต ทำให้ครอบครัวขาดความมั่นคงทางการเงิน และจนลงอย่างชัดเจน รัฐบาลจึงจะต้องตัดสินใจทำอะไรบางอย่าง เพื่อลด หรือแบ่งเบาภาระทางการเงินของครอบครัว เช่น การให้บริการทดแทนไต แก่ผู้ป่วยบางคน ที่น่าจะได้ผลตอบแทนสุขภาพที่ดี เช่น อายุน้อย เป็นหัวหน้าครัวเรือน หรือ การหาแหล่งการคลังหลากหลาย เพื่อจัดบริการทดแทนไต เช่น รัฐ, มูลนิธิ หรือเงินบริจาค และผู้ป่วย มีส่วนร่วมจ่ายบ้างเป็นต้น การจะให้บริการ และไม่ให้บริการแก่ผู้ป่วยใดหนึ่งนั้น มีข้อวิพากษ์ด้านความเป็นธรรมในสังคม และจริยธรรมของการจัดสรรทรัพยากรอยู่อีกมาก

