

บทที่ 8

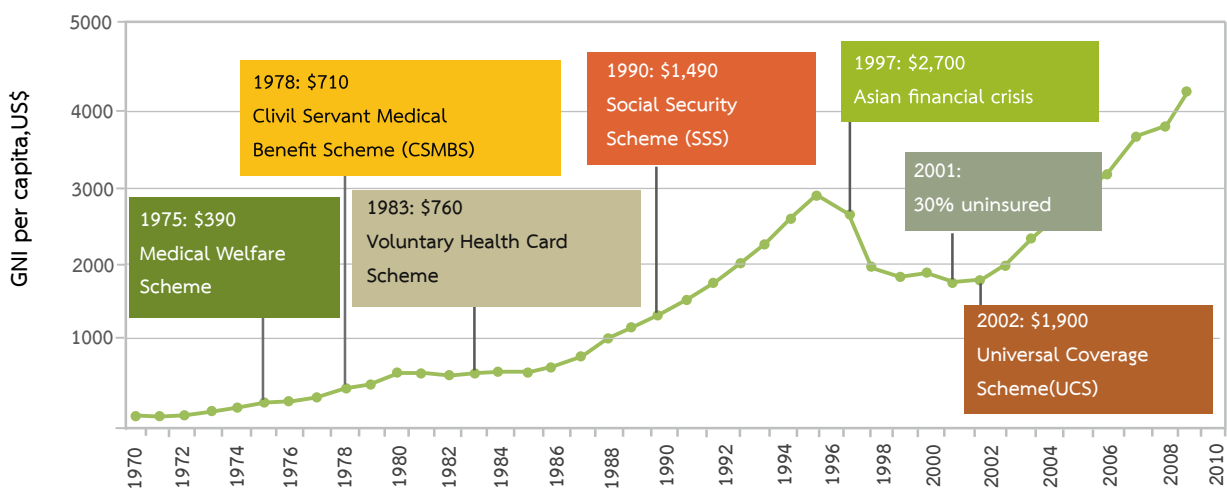
ผลสัมฤทธิ์และความท้าทายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

8.1 พัฒนาการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

นับตั้งแต่ประเทศไทยได้ขยายความครอบคลุมการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชากรเฉพาะกลุ่ม เริ่มด้วยนโยบายการรักษาพยาบาลฟรีสำหรับคนยากจน ในปี พ.ศ. 2518 การออกพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการ รักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและครอบครัวในปีพ.ศ. 2523 บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจในปี พ.ศ. 2526 พระราชบัญญัติประกันสังคมปี พ.ศ. 2533 จนกระทั่งสามารถบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชากรไทยในทุกกลุ่ม ในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยได้พิสูจน์ให้ประชาคมโลกเห็นแล้วว่า เป็นประเทศที่มีรายได้ต่อหัวประชากรในระดับปานกลาง (upper-middle

income country) ที่สามารถบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชากรไทยเกือบทั้งหมด (ประมาณร้อยละ 99) โดยใช้งบประมาณและทรัพยากรอย่างจำกัดและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ประเทศไทยสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชากรของประเทศได้สำเร็จในปี พ.ศ. 2545 ในขณะที่ประเทศมีรายได้ประชาชาติ 1,900 ดอลลาร์สหรัฐต่อหัวประชากร (ภาพที่ 8.1) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เศรษฐกิจไทยมีการหดตัวอยู่จุดต่ำที่สุดภายหลังจากการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540

ภาพที่ 8.1 รายได้ประชาชาติต่อหัวประชากรไทยและการขยายความครอบคลุมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกลุ่มประชากรต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2503 - 2552



ที่มา: จากรายงาน An Independent Assessment of the First 10 years (2001-2010), Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges, page 24¹

ภายหลังการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพหลักภาครัฐ 3 ระบบ ได้แก่ 1) สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS) 2) กองทุนประกันสังคม (Social Health Insurance Scheme, SHI) และ 3) หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Health Coverage Scheme, UCS) ส่งผลให้มีการแยกบทบาทของหน่วยงานผู้รับประกันหรือผู้บริหารกองทุน (purchaser) และหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพ (provider) อย่างชัดเจนในการดูแลสิทธิประโยชน์ของประชาชนทั้งสามกลุ่ม การจัดสรรงบประมาณแบบอุปทาน (supply-side financing) ให้กับหน่วยบริการภาครัฐตามจำนวนเตียงโรงพยาบาล และข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณในปีที่ผ่านมา ถูกแทนที่โดยการจัดสรรงบประมาณแบบอุปสงค์ (demand-side financing) ตามจำนวนประชาชนผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกองทุนประกันสังคม ทั้งนี้ วิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการสุขภาพ (provider

payment methods) ของทั้งสองกองทุนดังกล่าวเป็นรูปแบบผสมผสานผ่านการจ่ายเงินแบบปลายปิด (close-ended payment) เป็นหลัก โดยวิธีการจ่ายเงินสำหรับกรณีผู้ป่วยนอกภายใต้สิทธิประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว ในขณะที่บริการผู้ป่วยนอกของกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการจ่ายเงินตามจำนวนที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ (fee-for-service) สำหรับผู้ป่วยในได้มีการกำหนดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group, DRG) ในผู้ป่วยทั้งสามกลุ่ม แต่ยังคงมีความแตกต่างในรายละเอียดระหว่างผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ตารางที่ 8.1) ทั้งนี้ สิทธิประกันสังคมเริ่มมีการนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) มาใช้บางส่วนในกรณีผู้ป่วยใน สำหรับการประกันสุขภาพเอกชน มีการนำรูปแบบการเบิกจ่ายเงินตามผู้ให้บริการเรียกเก็บมาใช้ แต่ยังคงมีความครอบคลุมในกลุ่มประชากรต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจปานกลางไปจนถึงระดับสูง เมื่อเทียบกับผู้ประกันตนภายใต้หลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ

ตารางที่ 8.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของประชากรกลุ่มเป้าหมาย แหล่งการคลังสุขภาพและวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลของกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามกองทุน

สิทธิ	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ความครอบคลุมประชากร	แหล่งการคลังสุขภาพ	รูปแบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล	หน่วยบริการสุขภาพ
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว	ข้าราชการ รวมทั้ง บิดามารดา สามี หรือภรรยา และ บุตรอายุไม่เกิน 20 ปี	ร้อยละ 9	ภาษีทั่วไป	จ่ายตามรายการรักษาที่หน่วยบริการเรียกเก็บกรณีผู้ป่วยนอกและจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกรณีผู้ป่วยใน	หน่วยบริการภาครัฐโดยไม่จำเป็นต้องขึ้นทะเบียนกับกรมบัญชีกลาง และหน่วยบริการภาคเอกชนกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน
ประกันสังคม	ผู้ประกันตนที่มีสถานะเป็นลูกจ้างทำงานอยู่ในสถานประกอบการที่มีพนักงานตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป อายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี และไม่เกิน 60 ปี	ร้อยละ 16	เงินสมทบจาก ผู้ประกันตน นายจ้าง และ รัฐบาล	เหมาจ่ายรายหัวทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยมีการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับกรณีฉุกเฉิน การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงและผู้ประกันตนที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง	หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคม

ตารางที่ 8.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของประชากรกลุ่มเป้าหมาย แหล่งการคลังสุขภาพและวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลของกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามกองทุน (ต่อ)

สิทธิ	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ความครอบคลุมประชากร	แหล่งการคลังสุขภาพ	รูปแบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล	หน่วยบริการสุขภาพ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)	ประชากรไทยที่ไม่ถูกครอบคลุมโดยสวัสดิการรักษาศูนย์สุขภาพหรือประกันสังคม	ร้อยละ 75	ภาษีทั่วไป	เหมาจ่ายรายหัวกรณีผู้ป่วยนอกและจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกรณีผู้ป่วยใน	หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่ทำสัญญากับ สปสช.
ประกันสุขภาพเอกชน	กลุ่มประชากรที่มีกำลังจ่ายเบี้ยประกันโดยสมัครใจ	ร้อยละ 2.2	เบี้ยประกันสุขภาพ	จ่ายตามรายการรักษาที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ	หน่วยบริการทั้งรัฐและเอกชน

ที่มา: ดัดแปลงจากรายงาน The Kingdom of Thailand: Health System Review, Health Systems in Transition (HITs) Vol 5, No 5: 2015²

8.2 ผลสัมฤทธิ์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภายหลังจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสามมิติของหลักการ UHC Cube³ และแนวคิดหลักของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ “การสร้างหลักประกันให้กับคนทุกคนให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น และไม่ล้มละลายจากการเจ็บป่วย ด้วยบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ประชาชนและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ โดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน”⁴

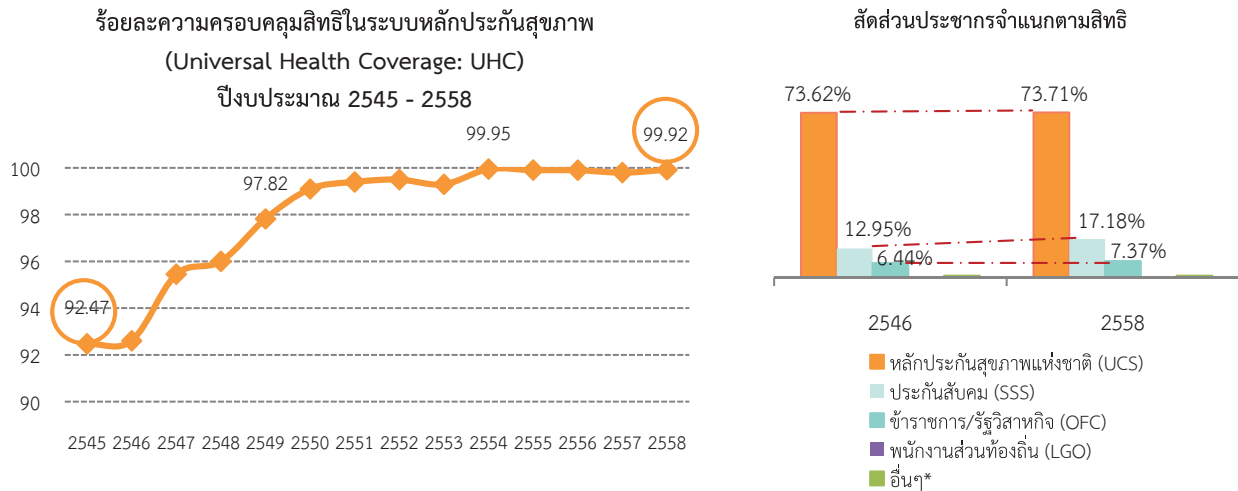
8.2.1 ความครอบคลุมประชากรของระบบประกันสุขภาพ

นับตั้งแต่การขยายความครอบคลุมในการประกันสุขภาพให้กับประชากรเฉพาะกลุ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 โดยในปัจจุบันจำนวนประชากรร้อยละ 99.99 ของประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้าถึง

การรักษาพยาบาลที่จำเป็นต่อสุขภาพได้ (ภาพที่ 8.2) ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลของสำนักบริหารงานทะเบียน สปสช. พบว่า ในปีพ.ศ. 2558 ประชาชนไทยประมาณร้อยละ 73.7 มีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(บัตรทอง) ร้อยละ 17.2 เป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม และร้อยละ 7.4 เป็นผู้ที่มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษาศูนย์สุขภาพข้าราชการและครอบครัว นอกจากนี้ ประมาณร้อยละ 2.0 ของประชากรที่ได้รับการครอบคลุมโดยสิทธิอื่นๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบประกันสุขภาพเอกชน เป็นต้น นอกจากนี้ ในปีพ.ศ. 2558 แรงงานต่างด้าวที่มีเอกสารถูกต้องตามกฎหมาย และขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคมประมาณ 490,100 คน ก็ได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกันสังคม และมีแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการผ่อนผันให้มีการพิสูจน์สัญชาติและซื้อบัตรประกันสุขภาพภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1,568,878 คน⁵

* กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ภาพที่ 8.2 ร้อยละความครอบคลุมของสิทธิในระบบประกันสุขภาพของประชากรไทยปี พ.ศ. 2545 - 2558



ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากสำนักบริหารงานทะเบียน สปสช. ข้อมูล ณ กันยายน พ.ศ. 2558

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากสำนักบริหารงานทะเบียน สปสช. ปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีผู้มีสิทธิบัตรทองที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิมากกว่า 5 หมื่นคน นอกจากนี้กลุ่มประชากรที่เป็นประชากรชายขอบ (marginalized population) กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (stateless population) และแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีเอกสารทางการ (undocumented migrants) ซึ่งประมาณการณ์ว่ามีแรงงานต่างด้าวกลุ่มดังกล่าวพำนักอาศัยในประเทศไทยทั้งแบบชั่วคราวและกึ่งถาวรมากกว่า 2 ล้านคน ซึ่งประชากรเหล่านี้เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยจำเป็นต้องขยายความครอบคลุมในการสร้างหลักประกันสุขภาพในอนาคต

8.2.2 สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมกว้างขวาง
ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพงจำนวนมาก

นับตั้งแต่เริ่มดำเนินการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) มีความครอบคลุมบริการสุขภาพที่กว้างขวาง ตั้งแต่บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การผ่าตัด บริการทางทันตกรรม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งการดำเนินการในระยะเวลาดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พิจารณาขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการสุขภาพประเภทใหม่ๆ และมีราคาแพงที่ผ่านการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สามารถป้องกันภาวะล้มละลายของครัวเรือนจากค่ารักษาพยาบาล และมีความจำเป็นต่อการพัฒนาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้มีสิทธิบัตรทองและประชาชนไทยโดยรวม (ภาพที่ 8.3)

ภาพที่ 8.3 พัฒนาการของชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ระหว่างปีพ.ศ. 2545 -2558

พ.ศ. 2558 1) เพิ่มการเข้าถึงยาในบัญชียาหลักๆ ยาบัญชี จ (2) จำนวน 4 รายการ 2) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ที่โดยไม่จำกัดระดับค่า CD4		
พ.ศ. 2557 1) ระบบการเบิกจ่ายกลางของประเทศ(National Clearing House) 2) บูรณาการรักษาโรคมะเร็งมาตรฐานเดียวเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ 3) บูรณาการระบบประกันสุขภาพภาครัฐกรณีฉุกเฉินถึงแก่ชีวิต ไม่ต้องถามสิทธิ์ 4) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)		
พ.ศ. 2556 1) ขยายความครอบคลุมวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลเพิ่มขึ้นอีก 2 กลุ่ม 2) ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดในมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง 3) ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในรูปแบบของ home care และ community care 4) บำบัดโรคทางจิตเวชโดยไม่จำกัดระยะเวลากรณีผู้ป่วยใน		
พ.ศ. 2553 1) การเข้าถึงยากำพร้า, ยาแพทย์แผนไทย 2) บำบัดโรคทางจิตเวชโดยไม่จำกัดระยะเวลากรณีผู้ป่วยใน	พ.ศ. 2555 1) การปลูกถ่ายตับในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีที่มีภาวะท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิด 2) การปลูกถ่ายหัวใจ	
พ.ศ. 2550 บริการแพทย์แผนไทย	พ.ศ. 2551 1) บำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PD, HD,KT) 2) บริการทดแทนยาเสพติด (methadone) สำหรับผู้ติดยาที่สมัครใจบำบัด	พ.ศ. 2552 1) การเข้าถึงยารักษาแพลง บัญชียา จ (2) 2) วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">พ.ศ. 2545</p> <p>คนไทยผู้มีสิทธิประกันสุขภาพบัตรทองได้รับสิทธิครอบคลุมการบริการสุขภาพ ตั้งแต่การตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษาทางการแพทย์ บริการทางทันตกรรม ยา ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">พ.ศ. 2548</p> <p>บริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ยาต้านไวรัสเอดส์, การตรวจทางห้องปฏิบัติการ, การให้คำปรึกษาตรวจเลือดแบบสมัครใจ, ถุงยางอนามัย)</p> </div> </div>		

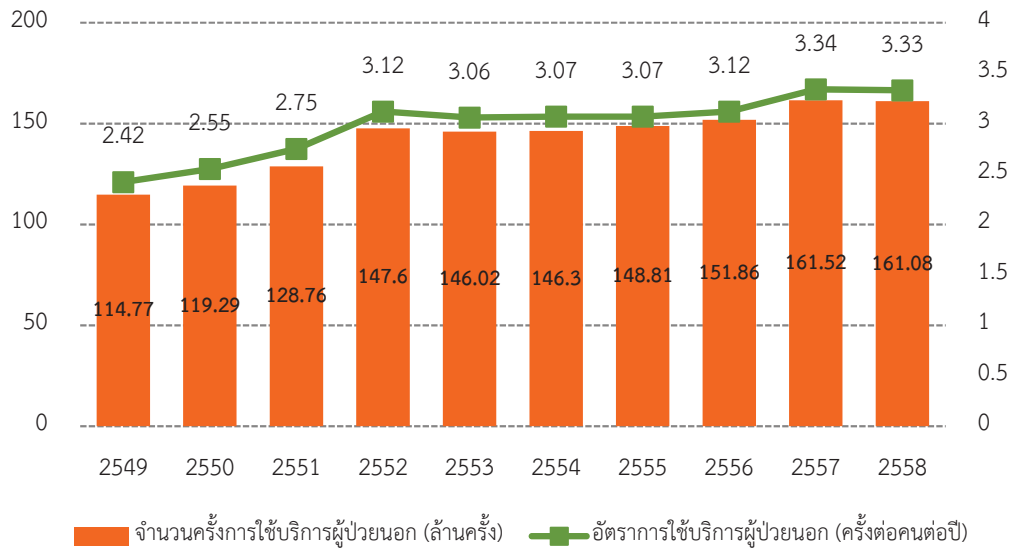
ที่มา: ดัดแปลงจากคู่มือการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2559

8.2.3. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

ภายหลังจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นจากการลดกำแพงด้านราคา (financial barriers) และการมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างกว้างขวาง พบว่า จำนวนครั้งของการ

ใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้มีสิทธิบัตรทองเพิ่มขึ้นจาก 114.77 ล้านครั้งในปีพ.ศ. 2549 เป็น 161.08 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2558 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 40.35 ในช่วงระยะเวลา 10 ปี โดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 2.42 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2549 เป็น 3.33 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2558 (ภาพที่ 8.4)

ภาพที่ 8.4 จำนวนครั้งและอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกผู้มีสิทธิบัตรทองระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2558

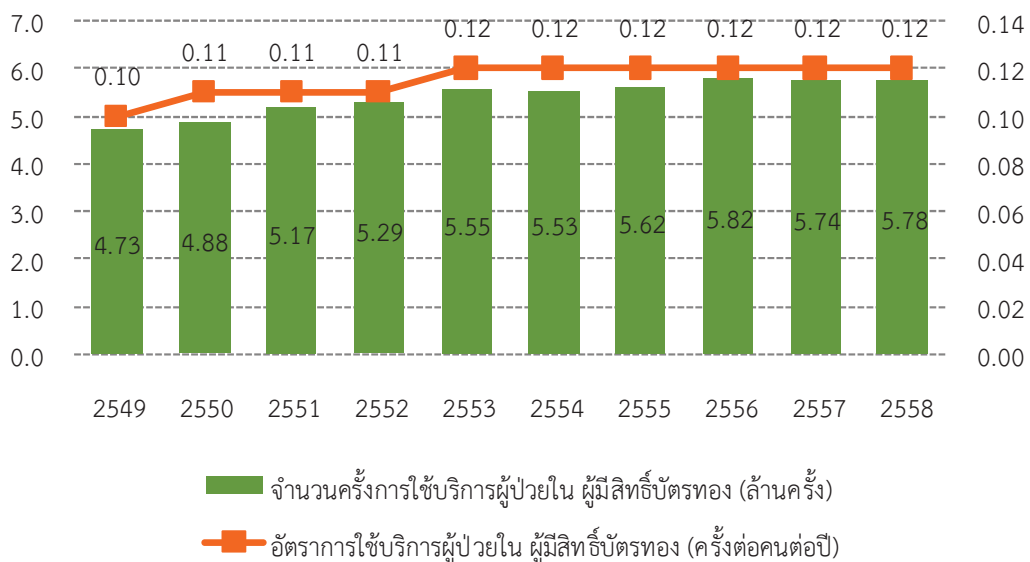


ที่มา: ดัดแปลงจากเอกสาร “13 ปีกับการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” นำเสนอต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการฯ กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สปสช. ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2559⁵

สำหรับกรณีผู้ป่วยใน พบว่า ผู้มีสิทธิบัตรทองมีจำนวนครั้งในการให้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 4.73 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2549 เป็น 5.78 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2558 โดยอัตราการให้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 0.067 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ. 2546 เป็น 0.10 ครั้งต่อคนต่อปีใน

ปีพ.ศ. 2549 และ 0.12 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ. 2558 ตามลำดับ (ภาพที่ 8.5) ซึ่งการเพิ่มของอัตราการให้บริการผู้ป่วยในไม่เพิ่มมากนักเมื่อเทียบกับการให้บริการผู้ป่วยนอก เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนเตียงในการรองรับผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล

ภาพที่ 8.5 จำนวนครั้งในการให้บริการผู้ป่วยใน (ล้านครั้ง) และอัตราการนอนโรงพยาบาล (ครั้งต่อคนต่อปี) ผู้มีสิทธิบัตรทองระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2558

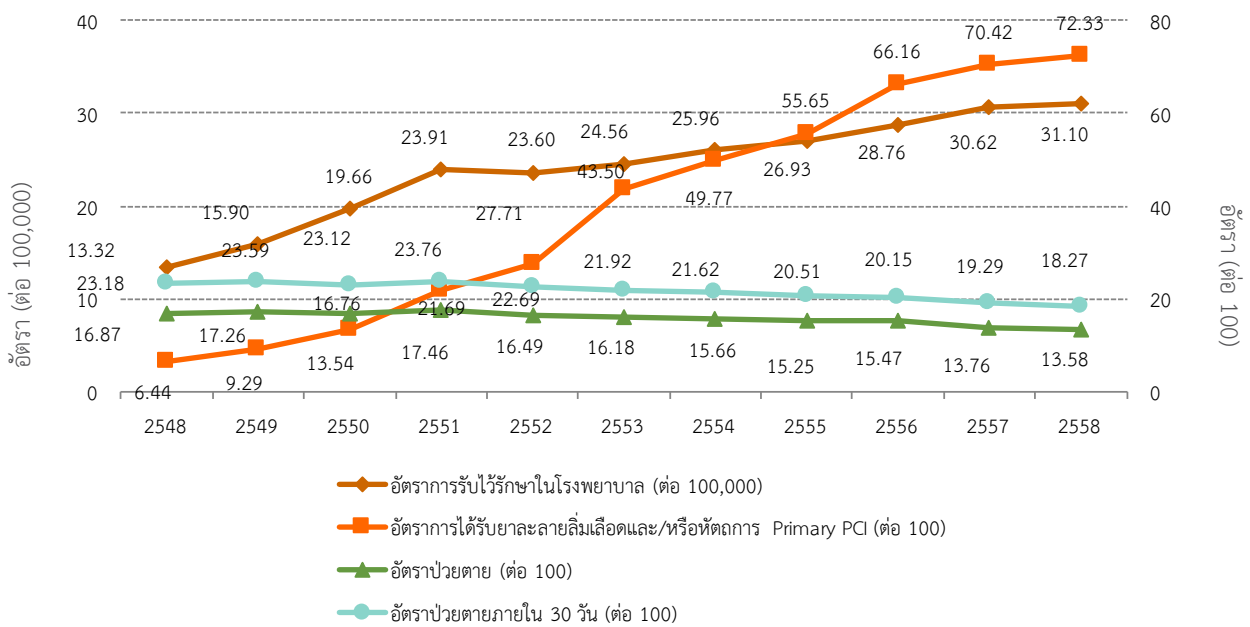


ที่มา: ดัดแปลงจากเอกสาร “13 ปีกับการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” นำเสนอต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการฯ กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สปสช. ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2559

หลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีราคาแพงคือ การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือ หัตถการ Primary PCI ของผู้ป่วยสิทธิบัตรทองที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST-elevated ระหว่างปีพ.ศ. 2548 - 2558 พบว่ามีอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือ หัตถการดังกล่าวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.44 ในปีพ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 72.33 ในปีพ.ศ. 2558

(เพิ่มขึ้นประมาณ 11.2 เท่า) โดยมีอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มจาก 13.32 ต่อแสนประชากรในปีพ.ศ. 2548 เป็น 31.10 ต่อแสนประชากรในปีพ.ศ. 2558 (ภาพที่ 8.6) ในขณะที่อัตราป่วยตายจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดลดลงจากร้อยละ 16.87 ในปีพ.ศ. 2548 เหลือร้อยละ 13.58 ในปีพ.ศ. 2558

ภาพที่ 8.6 การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือ หัตถการ Primary PCI ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-elevated (STEMI) สิทธิบัตรทองที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ปีพ.ศ. 2548 – 2558

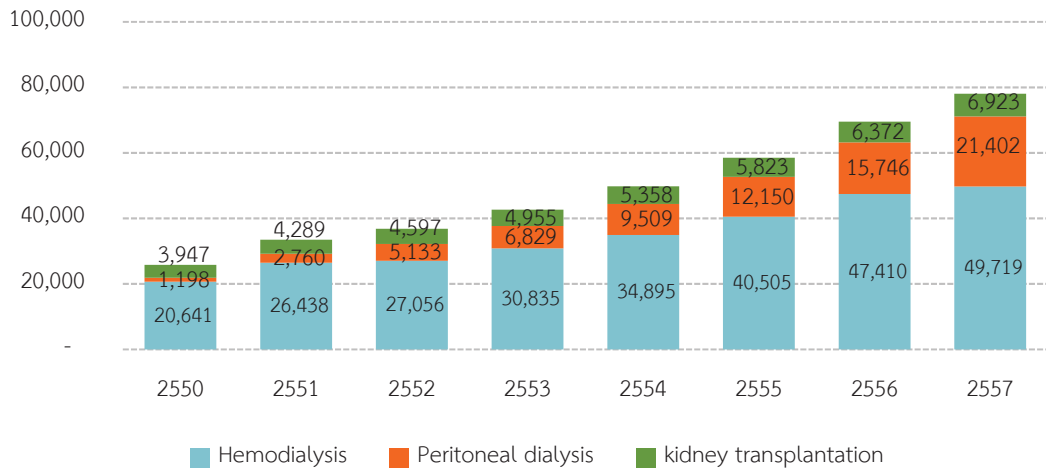


ที่มา: ข้อมูล e-claim สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สปสช. (ข้อมูล ณ กันยายน พ.ศ. 2558)

นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่เข้าถึงบริการทดแทนไต (renal replacement therapy - RRT) ภายหลังจากการผนวกรวมบริการทดแทนไตเข้าไปอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ในปีพ.ศ. 2550 (ภาพที่ 8.7) จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ที่เข้าถึงบริการตรวจเลือด การให้คำปรึกษาและยาต้านไวรัสเอดส์

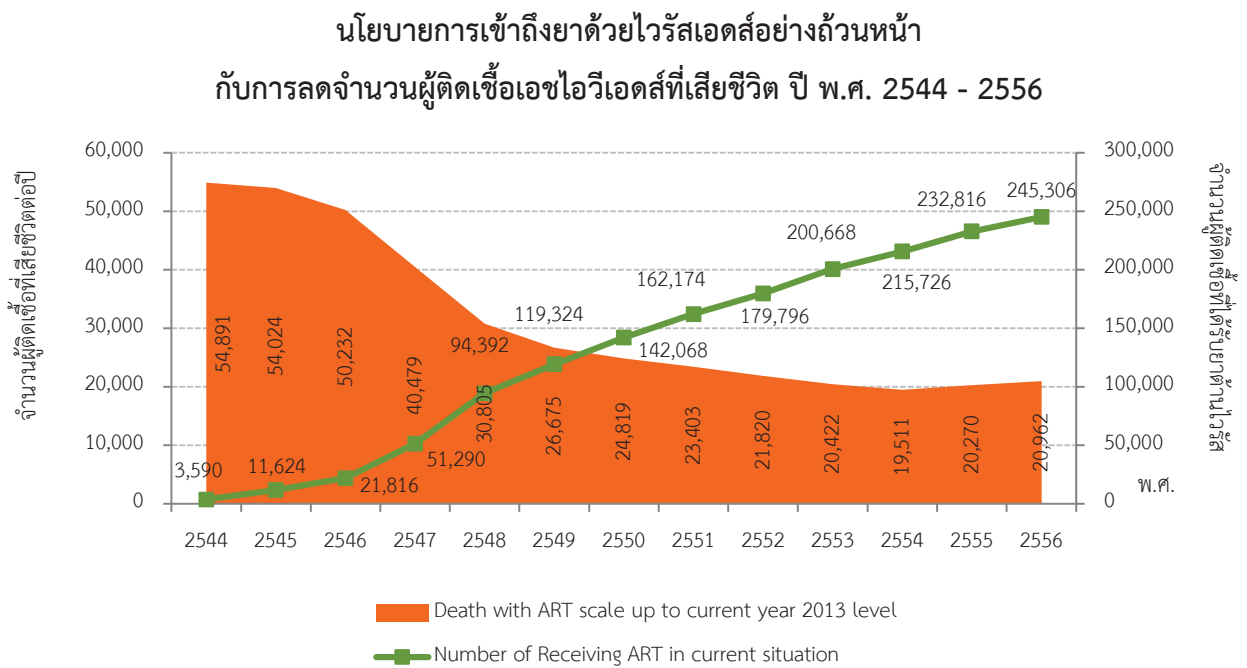
โดยไม่จำกัดระดับค่า CD4 (ภาพที่ 8.8) จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถเข้าถึงเคมีบำบัดและรังสีรักษา และผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก ตับ ไต และหัวใจ ภายใต้งบสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นของประชาชนชาวไทย

ภาพที่ 8.7 จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการทดแทนไตทั้ง 3 ประเภท (HD, PD, KT) ระหว่างปีงบประมาณ 2550 - 2557



ที่มา: ดัดแปลงจาก Thailand Renal Replacement Therapy Report 2014; Nephrology Society of Thailand

ภาพที่ 8.8 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ที่เสียชีวิตต่อปีและจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ระหว่างปีพ.ศ. 2544 - 2556



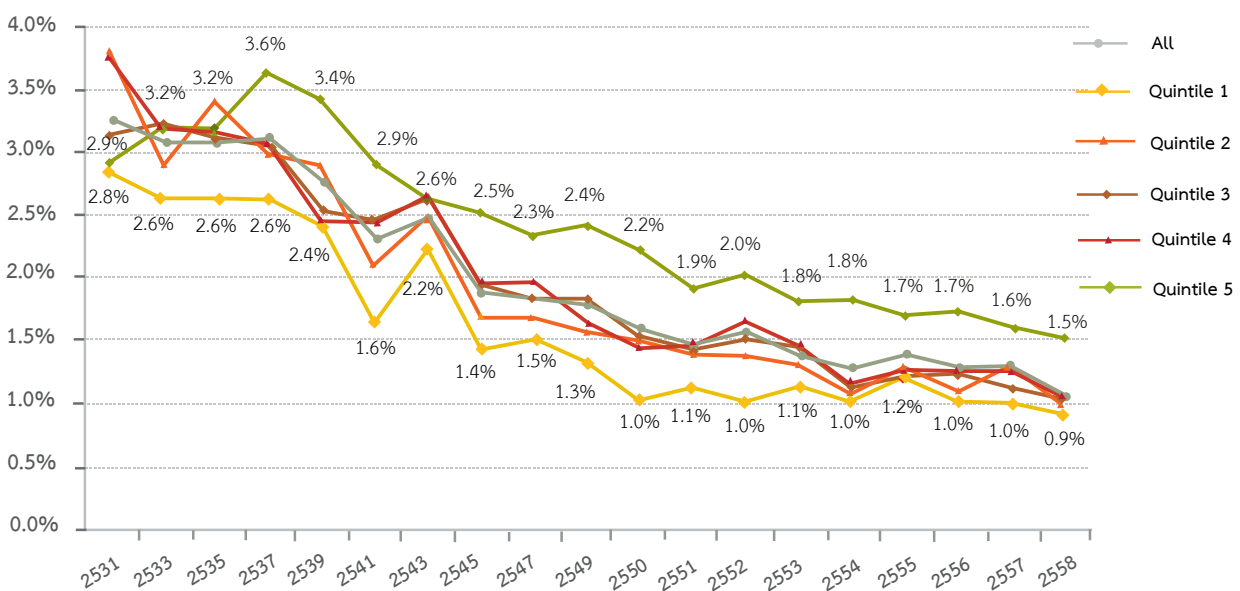
ที่มา: ดัดแปลงจากเอกสารนำเสนอการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อการควบคุมโรคโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ กรณีโรคเอดส์ โดย นพ.ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ กุมภาพันธ์ 2559

8.2.4 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนไทยมีแนวโน้มลดลง

จากการวิเคราะห์ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนเปรียบเทียบกับรายจ่ายโดยรวมทั้งหมดของครัวเรือนไทยระหว่างปีพ.ศ. 2531 - 2558 พบว่ามีแนวโน้มลดลงในทุกกลุ่มควินไทล์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 ถึง พ.ศ. 2558 โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังจากการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ทั้งนี้ครัวเรือนไทยในกลุ่มควินไทล์ที่ยากจนที่สุด (Q1) มีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 2.8 ในปี พ.ศ.

2531 ลดลงเหลือร้อยละ 2.2 ในปี พ.ศ. 2543 และเหลือเพียงร้อยละ 0.9 ในปีพ.ศ. 2558 (ภาพที่ 8.9) ในขณะที่ครัวเรือนในกลุ่มควินไทล์ที่ร่ำรวยที่สุด (Q5) มีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 2.9 ในปีพ.ศ. 2531 และลดเหลือร้อยละ 2.6 และ ร้อยละ 1.5 ในปี พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2558 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า การขยายระบบประกันสุขภาพให้กับประชากรเฉพาะกลุ่มก่อนปี พ.ศ. 2545 และนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีพ.ศ. 2545 ได้ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้กับครัวเรือนไทยในทุกกลุ่มเศรษฐกิจ (ควินไทล์)

ภาพที่ 8.9 สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนไทยเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายโดยรวมจำแนกตามกลุ่มควินไทล์ ระหว่างปี พ.ศ. 2531 - 2538

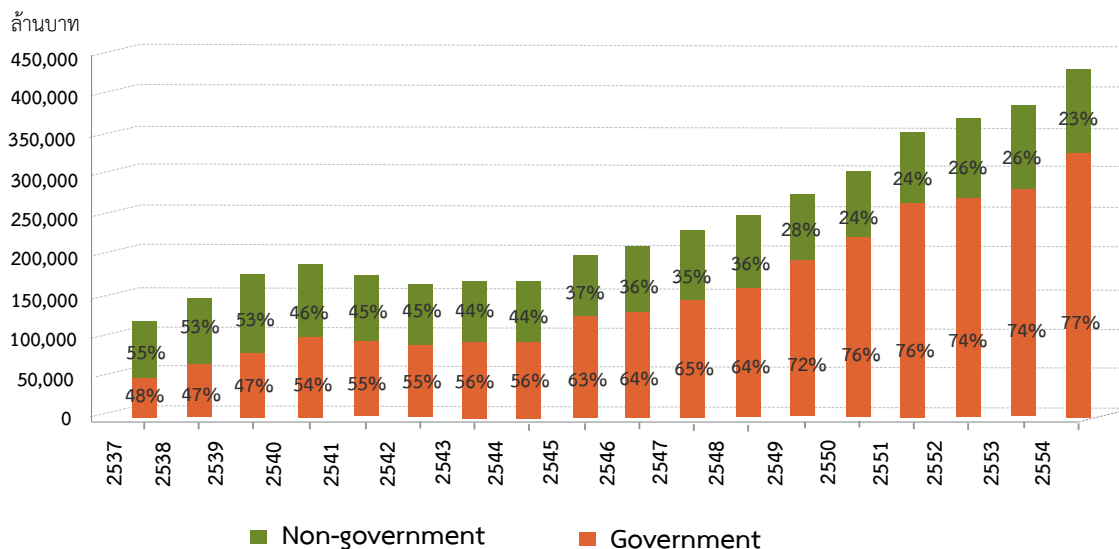


ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2531-2558, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์

นอกจากนี้ ข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2537 ถึงปี พ.ศ. 2554 บ่งชี้ว่า ภาครัฐเข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนไทย ภายหลังจากภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจในภูมิภาคเอเชีย (Asian financial crisis) ในปีพ.ศ. 2540 และ การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีพ.ศ. 2545 โดยสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐเพิ่มจากร้อยละ 47 ในปีพ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ

54-56 ในปีพ.ศ. 2540 ถึง 2544 และภายหลังจากการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงระดับร้อยละ 77 ในปีพ.ศ. 2554 (ภาพที่ 8.10) ทั้งนี้สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพที่มาจาก การจ่ายเองโดยประชาชน ณ จุดบริการ (out-of-pocket payments) ลดลงจากร้อยละ 44 ในปีพ.ศ. 2537 เหลือเพียงร้อยละ 11.3 ในปีพ.ศ. 2556⁶

ภาพที่ 8.10 สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพภาครัฐและนอกภาครัฐต่อรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด พ.ศ. 2537 - 2554



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2537-2554⁷

8.2.5 การปกป้องครัวเรือนไทยจากการล้มละลายและการตกอยู่ภายใต้เส้นความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนไทยระหว่างปีพ.ศ. 2531 - 2556 พบว่า ภายหลังจากการดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีพ.ศ. 2545 จำนวนและสัดส่วนของครัวเรือนไทยที่ประสบภาวะล้มละลายจากรายจ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ก่อนการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระหว่างปีพ.ศ. 2541 - 2543 ร้อยละ 5.3-5.7 ของครัวเรือนไทยประสบภาวะล้มละลายจากรายจ่ายด้าน

สุขภาพ แต่ภายหลังจากการดำเนินนโยบายฯ สัดส่วนของครัวเรือนไทยที่ล้มละลายจากรายจ่ายด้านสุขภาพลดลงจากร้อยละ 4.1 ในปีพ.ศ. 2545 เหลือเพียงร้อยละ 2.3 ในปีพ.ศ. 2556 (ตารางที่ 8.2)

นอกจากนี้ จำนวนและสัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนลงและตกอยู่ใต้เส้นความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มลดลงภายหลังจากการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีพ.ศ. 2545 โดยสัดส่วนของครัวเรือนไทยที่ตกอยู่ใต้เส้นความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพลดลงจากร้อยละ 2.01 ในปีพ.ศ. 2543 เหลือเพียงร้อยละ 1.32 ในปีพ.ศ. 2545 และเหลือเพียงร้อยละ 0.47 ในปีพ.ศ. 2556

ตารางที่ 8.2 จำนวนและร้อยละของครัวเรือนไทยที่ประสบภาวะล้มละลายและตกอยู่ใต้เส้นความยากจนจากภาวะ
ค่ารักษาพยาบาล

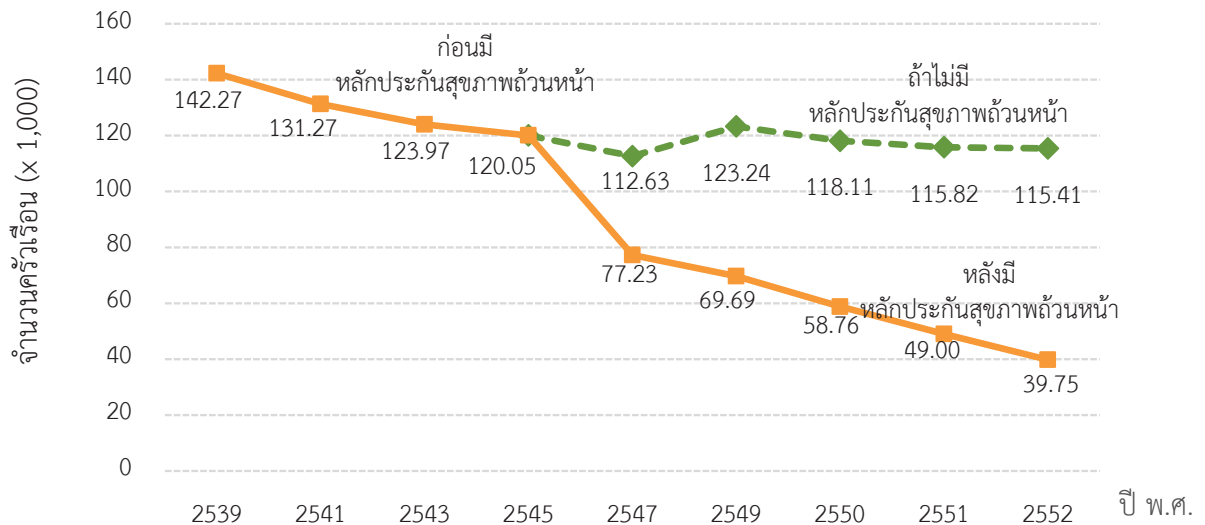
ปีการสำรวจครัวเรือน SES (พ.ศ.)	จำนวนครัวเรือนไทยทั้งหมด	จำนวนครัวเรือนที่ล้มละลายจากรายจ่ายด้านสุขภาพ *	ร้อยละ	จำนวนครัวเรือนที่ตกอยู่ภายใต้เส้นความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพ	ร้อยละ
2531	8,937,204	709,491	7.9	210,502	2.36
2533	10,889,455	769,587	7.1	253,225	2.33
2535	13,048,425	890,307	6.8	301,546	2.31
2537	13,596,556	923,688	6.8	331,289	2.44
2539	15,037,617	898,127	6.0	328,285	2.18
2541	15,758,118	835,471	5.3	262,539	1.67
2543	16,086,387	923,568	5.7	323,026	2.01
2545	16,322,888	663,254	4.1	215,745	1.32
2547	16,764,948	684,360	4.1	184,007	1.10
2549	18,051,154	695,492	3.9	179,180	0.99
2550	18,178,078	588,296	3.2	166,095	0.91
2551	18,993,685	594,215	3.1	150,452	0.79
2552	19,579,397	644,034	3.3	154,735	0.79
2553	19,740,665	567,733	2.9	139,220	0.71
2554	19,986,151	493,650	2.5	109,670	0.55
2555	20,068,041	528,780	2.6	105,174	0.52
2556	20,167,840	460,159	2.3	93,858	0.47

ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนไทย (SES) ระหว่างปีพ.ศ. 2531 ถึง 2556 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ
หมายเหตุ*: รายจ่ายด้านสุขภาพที่ทำให้ครัวเรือนล้มละลายหมายถึงรายจ่ายด้านสุขภาพที่มากกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายโดยรวมทั้งหมดของครัวเรือน

ทั้งนี้เมื่อประมาณการณจำนวนครัวเรือนที่ได้
รับการปกป้องจากการตกอยู่ใต้เส้นความยากจนจาก
รายจ่ายด้านสุขภาพภายหลังการดำเนินนโยบาย
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 จนถึง

ปี พ.ศ. 2549 พบว่า ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สามารถปกป้องครัวเรือนมากกว่า 290,000 ครัวเรือน
จากการตกอยู่ภายใต้เส้นความยากจนจากรายจ่ายด้าน
สุขภาพ (ภาพที่ 8.11)

ภาพที่ 8.11 จำนวนครัวเรือนไทยที่ได้รับการปกป้องจากการตกอยู่ภายใต้เส้นความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 - 2552



ที่มา: HISRO (2012) Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010).⁶

นอกจากนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์ได้แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ที่สำคัญของการดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการทำให้คนยากจนที่อยู่ในเมืองและชนบท รวมทั้งประชาชนที่อาศัยในถิ่นทุรกันดารสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์ด้านสิทธิประโยชน์ที่พบว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยนั้นเป็นการดำเนินงานเพื่อให้คนยากจนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น และทรัพยากรของภาครัฐกระจายไปสู่ประชากรที่ยากจน ทำให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีความเป็นธรรมทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยสำคัญ 2 ประการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ดังกล่าวคือ

ปัจจัยที่หนึ่ง การมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศจนถึงระดับชุมชนและหมู่บ้าน จากการที่รัฐบาลได้ลงทุนด้านการพัฒนาโครงสร้างหน่วยบริการสาธารณสุขและกำลังคนด้าน

สุขภาพในสามทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งปัจจัยนี้ได้ส่งผลต่อประชาชนในทุกพื้นที่ที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียม

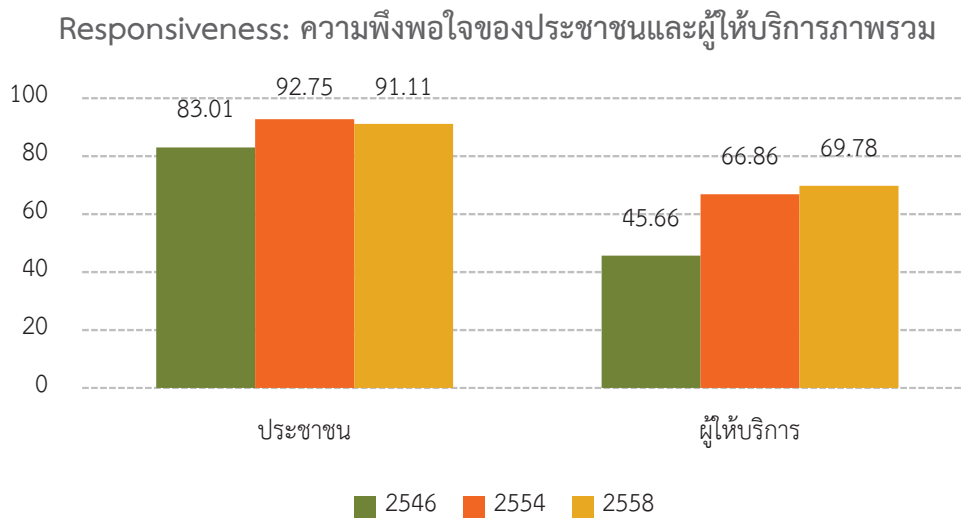
ปัจจัยที่สอง คือ การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมทุกด้านโดยไม่ต้องมีการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ซึ่งทำให้ลดรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน ลดภาวะการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและป้องกันครัวเรือนไม่ให้ประสบภาวะความยากจนจากรักษาพยาบาล

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ซึ่งเป็นหนึ่งในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย ครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 75 ของประชากรทั่วประเทศ มีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมทุกด้าน สามารถดำเนินงานตามงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร ทั้งนี้เนื่องจากใช้วิธีการบริหารงบประมาณแบบปลายปิด และจ่ายค่าบริการโดยวิธีผสมผสาน คือ ใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับกรณีผู้ป่วยนอก และจ่ายเงินชดเชยให้กับสถานพยาบาลตามค่า DRG สำหรับกรณีผู้ป่วยในและ

ค่ารักษาที่ราคาแพง ซึ่งการจ่ายแบบวิธีผสมผสานแบบ
ปลายปิดนี้มีประสิทธิภาพในการควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นอย่างดี
ดี ในขณะที่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปมีความพึงพอใจต่อ
การให้บริการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ
83-93 จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2546-2558 (ภาพที่
8.12) และบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ
เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.66 ในปีพ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ
69.78 ในปี พ.ศ. 2558 ข้อพึงทราบคือ ผู้ให้บริการสุขภาพ

ส่วนใหญ่ที่ดำเนินงานภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วน
หน้าเป็นสถานพยาบาลภาครัฐที่ไม่หวังผลกำไรและโรง
พยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยบริการ
สุขภาพหลักของประเทศ บุคลากรสาธารณสุขผู้เสียสละ
ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการ
ทำให้ประเทศไทยสามารถบรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของ
การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังกล่าว

ภาพที่ 8.12 ความพึงพอใจของประชาชนและผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ระหว่างปีพ.ศ. 2546 - 2558



ที่มา: เอกสาร “13 ปีกับการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” นำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการกำหนดประเภท
และขอบเขตบริการฯ กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สปสช. ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2559

จากความสำเร็จด้านผลลัพธ์สุขภาพ โดยเฉพาะ
ปัจจุบัน ข้อมูลสถิติชีพของประเทศไทยปีพ.ศ. 2558 พบว่า
ประชาชนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 74 ปี (เพศ
ชาย 71.6 ปี เพศหญิง 78.4 ปี) อัตราตายของเด็ก 12.3
ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
ของประเทศในปี พ.ศ. 2558 คิดเป็น ร้อยละ 4.6 ของ
ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ นับว่าระบบสุขภาพของ
ไทยมีประสิทธิภาพและถูกจัดให้เป็นหนึ่งในประเทศที่มี

รายได้ปานกลางที่มีระบบสุขภาพที่ดีที่สุด ดังนั้น ผลลัพธ์
ที่พึงประสงค์จากการดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าโดยเฉพาะการลดภาวะความยากจนจากการ
ล้มละลายจากรายจ่ายด้านสุขภาพและการส่งเสริมให้
ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG)
จึงควรให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย
ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากภาครัฐอย่าง
เพียงพอและต่อเนื่อง

8.3 การพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทย

ประเทศไทยยังได้สร้างเสริมศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของเทคโนโลยีทางการแพทย์และยาใหม่ ก่อนที่จะบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์หรือบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเป็นรายการบัญชียาที่ใช้อ้างอิงในการบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ของทั้ง 3 ระบบประกันสุขภาพภาค รัฐ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนให้มีการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อได้มาซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบรรจุบริการสุขภาพ ยาและเทคโนโลยีสุขภาพที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในชุดสิทธิประโยชน์ผ่านโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้เป็นศูนย์การเรียนรู้ให้กับนานาประเทศในด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในหลายด้าน เช่น ยุทธศาสตร์การจัดซื้อและการจ่ายค่าบริการสุขภาพให้กับผู้ให้บริการ การติดตามและตรวจสอบคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความ

เข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ การจัดทำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โดยประเทศไทยยังได้จัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมด้านการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการออกแบบให้เหมาะสมกับการจัดทำนโยบาย และได้จัดคู่มือสำหรับผู้ดำเนินงานและปฏิบัติการ ประสบการณ์จริงของไทยในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและด้านที่เกี่ยวข้องได้ถูกถ่ายทอดให้ผู้ที่มาศึกษาตามศูนย์เรียนรู้ต่างๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข โครงการ CapUHC และโครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและญี่ปุ่นเป็นผู้จัดทำโปรแกรมการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนความรู้โดยเน้นการเสริมสร้างศักยภาพการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน นอกจากนี้ประเทศสมาชิกอาเซียน บวกสาม (รวมญี่ปุ่น สาธารณรัฐเกาหลี และจีน) ได้ริเริ่มการสร้างเครือข่ายหลักประกันสุขภาพของประเทศสมาชิกอาเซียนบวกสามซึ่งได้รับความเห็นชอบจากรัฐมนตรีสาธารณสุขของประเทศสมาชิกอาเซียนบวกสามในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555 และได้จัดตั้งเครือข่ายดังกล่าวในปี พ.ศ. 2557

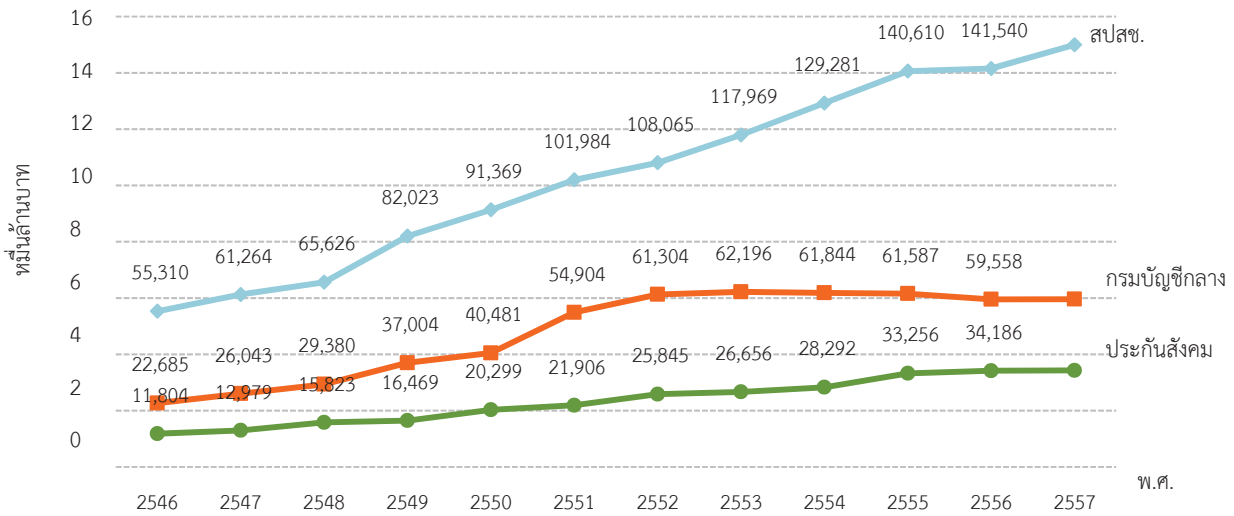
8.4 ความท้าทายของระบบประกันสุขภาพ

8.4.1. ความยั่งยืนทางการเงินของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีขึ้นและอัตราการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ต้นทุนการให้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสุขภาพและการค้นพบยาตัวใหม่ๆ ที่ส่วนใหญ่มีราคาแพง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายของทั้งสามกองทุนประกันสุขภาพที่ภาครัฐให้การสนับสนุนมีแนวโน้มค่าใช้จ่ายที่สูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 8.13) โดยการลงทุนด้านสุขภาพของภาครัฐเพิ่มจากร้อยละ 10.4 ของค่าใช้จ่ายภาครัฐ

ทั้งหมดในปีพ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 17.0 ในปีพ.ศ. 2556 ซึ่งส่งผลให้เกิดข้อกังวลในประเด็นภาระงบประมาณภาครัฐและความยั่งยืนทางการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ระหว่างปี พ.ศ. 2545 ถึง 2556 พบว่าประเทศไทยยังมีรายจ่ายด้านสุขภาพอยู่ในระหว่างร้อยละ 3.5-4.5 ของ GDP ซึ่งแม้ว่าอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะสูงกว่าอัตราเพิ่มของ GDP แต่ด้วยศักยภาพการเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ รัฐบาลไทยยังคงมีศักยภาพเพียงพอในการลงทุนด้านสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

ภาพที่ 8.13 ค่าใช้จ่ายสามกองทุนประกันสุขภาพ ปีพ.ศ. 2546 - 2557



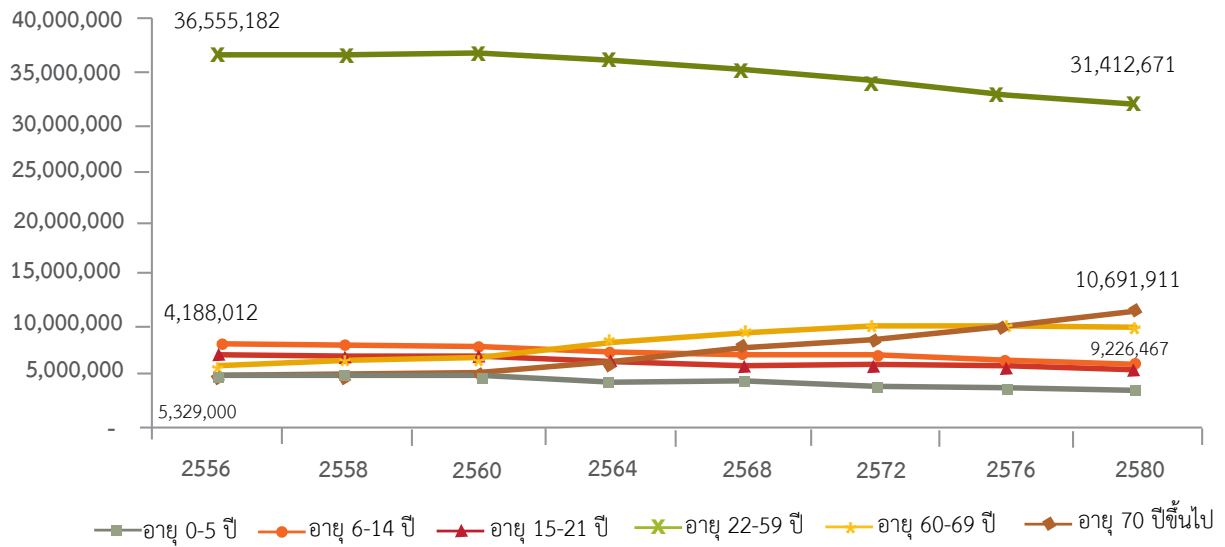
ที่มา: ดัดแปลงจากเอกสาร “การจัดการสิทธิประโยชน์ด้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” นำเสนอต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการฯ กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สปสข. ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2559

8.4.2. ความเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรและแบบแผนการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

จากสถานการณ์โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปและมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปีพ.ศ. 2568 ในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 10,014,699 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ (ภาพที่ 8.14) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.0 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2577 ในขณะที่ดัชนีผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 47.7 ใน พ.ศ. 2550 เป็น 60.8 ใน พ.ศ. 2554 นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงจาก 6.3 ใน พ.ศ. 2550 เหลือ 5.5 ใน พ.ศ. 2554 รวมทั้งยังพบว่าอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.0 ใน พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 18.1 ใน พ.ศ. 2554

จากการสำรวจภาวะผู้สูงอายุไทย ปีพ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 26 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่ตั้งไว้ร้อยละ 30 การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพหลายประการที่สำคัญที่สุด คือ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน พบความชุกสูงถึงร้อยละ 43 ในเพศชายและร้อยละ 50 ในเพศหญิง นอกจากนี้ การคัดกรองโดยกระทรวงสาธารณสุขเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิงและประเมินความจำเป็นด้านการสนับสนุนบริการและจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมจำนวน 6,394,022 ราย โดยกระทรวงสาธารณสุข จำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดเตียงร้อยละ 1.4 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 19.48 และกลุ่มติดสังคมร้อยละ 79.12 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการทรัพยากรสุขภาพและระบบบริการสุขภาพที่จะต้องมีการใช้เพิ่มมากขึ้นในอนาคตอันใกล้

ภาพที่ 8.14 คาดประมาณประชากรไทยจำแนกตามกลุ่มอายุระหว่างปีพ.ศ. 2556 - 2580



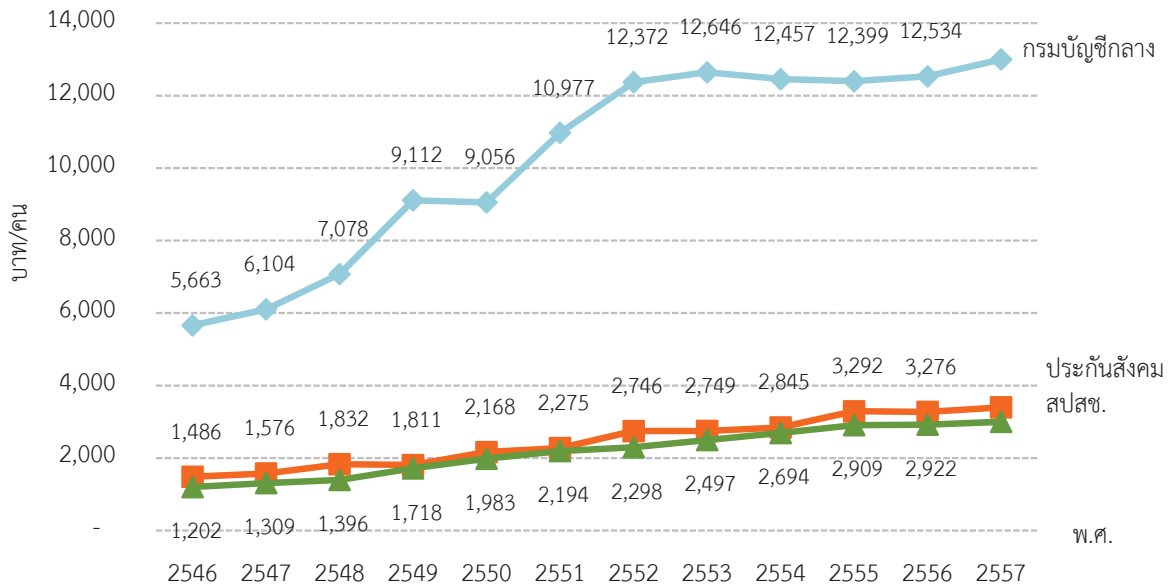
ที่มา: การคาดประมาณประชากรระดับประเทศ (รายอายุและเพศ) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)

ความท้าทายต่างๆ ได้แก่ โอกาสในการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในผู้ใหญ่อายุระหว่าง 15-60 ปีค่อนข้างสูง ผู้ชายอยู่ที่ระดับ 207 และผู้หญิงอยู่ที่ระดับ 105 ต่อประชากรพันคน ซึ่งส่วนใหญ่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร มะเร็ง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาและความเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร นอกจากนี้ ระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนรูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับอนาคตผ่านการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เข้มแข็งเพื่อบรรลุเป้าหมายสถานะทางสุขภาพที่ดีขึ้น

8.4.3. ความแตกต่างระหว่าง 3 กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ

สืบเนื่องจากระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทยประกอบด้วย 3 ระบบประกันสุขภาพซึ่งมีแหล่งการคลังสุขภาพ กลุ่มประชากรเป้าหมาย กฎหมายที่รองรับ และโครงสร้างอภិบาลระบบ (governance) ที่แตกต่างกัน ทำให้มีการกำหนดกลไกและรูปแบบการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับ และระบบข้อมูลข่าวสารที่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ อัตราค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบประกันสุขภาพก็มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก (ภาพที่ 8.15) ทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างผู้มีสิทธิใน 3 ระบบประกันสุขภาพ

ภาพที่ 8.15 ค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรผู้มีสิทธิของ 3 ระบบประกันสุขภาพระหว่างปีพ.ศ. 2546 - 2557



ที่มา: ดัดแปลงจากเอกสาร “การจัดการสิทธิประโยชน์ด้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” นำเสนอต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการฯ กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สปสช. ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2559

8.4.4 การเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรภาครัฐ

จากการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายของสามกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ พบว่า ค่าใช้จ่ายโดยส่วนใหญ่ถูกจัดสรรให้กับกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล โดยงบประมาณส่วนน้อยถูกจัดสรรให้กับกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ถึงแม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีการจัดสรรงบประมาณ

จำนวนหนึ่งในรูปแบบการเหมาจ่ายรายหัวให้กับกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่ยังคงขาดระบบการจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมทำให้ผลงานและผลสัมฤทธิ์ของงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังไม่ปรากฏอย่างชัดเจน ในขณะที่การประเมินกิจกรรมที่สามารถนับวัดได้ต่ำกว่าเป้าหมายและไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายเท่าที่ควร

8.5 บทสรุปการพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพไทยในอนาคต

จากการที่ประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติได้ให้คำมั่นที่จะดำเนินการตามเป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าประสงค์ที่ 3.8 ในการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แสดงให้เห็นว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความก้าวหน้าไปไกลกว่าการสนับสนุนทางการเมืองเพียงภายในประเทศเท่านั้นแล้ว ซึ่งจากประสบการณ์การดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยกว่าหนึ่งทศวรรษแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จและผลสัมฤทธิ์ในการขยายความครอบคลุมการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน

ที่อาศัยอยู่ในแผ่นดินไทยทุกกลุ่ม การสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นต่อสุขภาพโดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องเพศ เศรษฐฐานะ และถิ่นที่อยู่อาศัยและท้ายที่สุด การปกป้องครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นท้าทายต่อระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าและมีการพัฒนาระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนต่อไป

จากสถานการณ์ที่การสร้างหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าได้ถูกกำหนดให้เป็นเป้าหมายที่ 3.8 ของ
เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ. 2016 - 2030 (SDGs)
ช่วงเวลานี้จึงเป็นช่วงเวลาที่ดีในการนำปณิธานทางการ
เมืองที่ทุกประเทศให้ความเห็นชอบมาสู่การปฏิบัติอย่าง
จริงจัง ทั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าการที่
ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประเทศต่างๆ ไม่สามารถบรรลุ
เป้าหมายแห่งสหัสวรรษ (MDGs) ความร่วมมือระหว่าง
ประเทศแบบใต้-ใต้ (South-South Collaboration)
เพื่อสนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรใน
การออกแบบและดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าจึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการบรรลุผลลัพธ์อันพึง
ประสงค์อย่างยั่งยืน