บทที่ 8

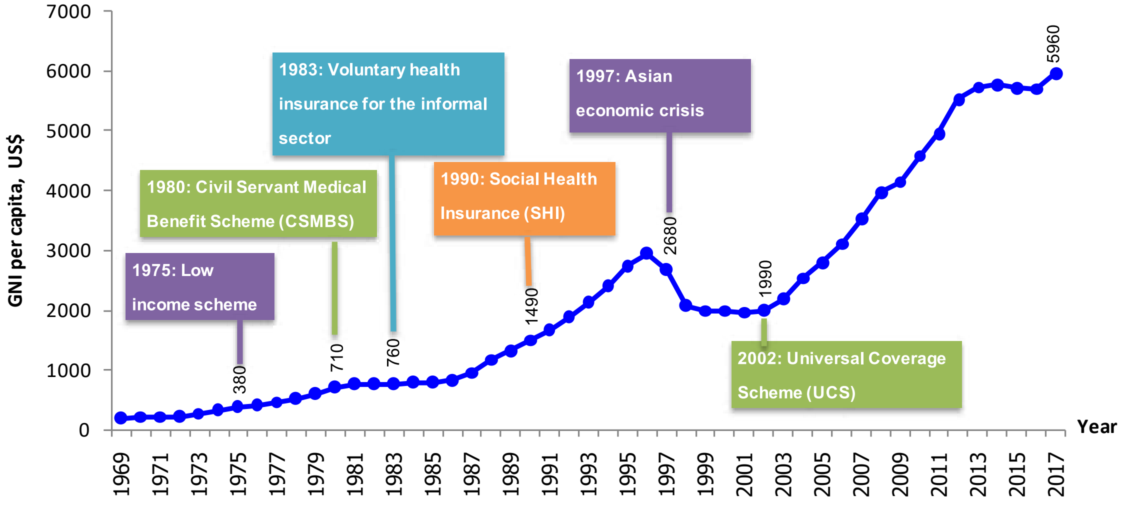
การบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

8.1 พัฒนาการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยได้มีการขยายความครอบคลุมสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนไทย เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2518 โดยการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย หรือ เรียกย่อว่า สปร. (Low income card scheme) เพื่อให้ผู้มีรายได้น้อยเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และได้มีการขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี พ.ศ. 2523 รัฐบาลได้จัดสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS) สำหรับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และครอบครัว ซึ่งรวมถึงพ่อแม่ คู่สมรส และบุตรที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ถัดมาใน พ.ศ. 2526 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจ โดยประชาชนต้องจ่ายเงินซื้อบัตร 500 บาทต่อครัวเรือนต่อปี ครอบคลุมสมาชิกไม่เกิน 5 คน สิทธิการรักษาคล้ายคลึงกับโครงการ สปร. แต่ผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจส่วนมากเป็นผู้ที่มีความต้องการใช้บริการสุขภาพ เช่น ผู้ตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีอัตราการใช้บริการสูง ผู้ที่มีสุขภาพดี ไม่ป่วย มักไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ ดังนั้น พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขจึงร่วมอุดหนุนงบประมาณ 500 บาทต่อบัตรประกันสุขภาพเพื่อเป็นแรงจูงใจให้ประชาชนซื้อบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจมากขึ้น(1) พ.ศ. 2533 ประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม กองทุนประกันสังคมมีผลบังคับใช้ครั้งแรกใน พ.ศ. 2534 บังคับให้บุคคล 3 ฝ่าย ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมฝ่ายละเท่าๆกัน ในอัตราเพดานร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างที่มีกำหนดเพดานเงินเดือนสูงสุด 15,000 บาทต่อเดือน โดยครอบคลุมสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปและได้ขยายออกไปเป็นสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปใน พ.ศ. 2536 และขยายเป็น 1 คนขึ้นไปใน พ.ศ. 2545 สิทธิประกันสังคม (Social Security Scheme, SSS) ประกอบด้วยสิทธิประโยชน์หลายกรณีรวมถึงสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน (Social Health Insurance; SHI) ด้วย

จากนั้น พ.ศ. 2540 ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ (Asian economic crisis) ทำให้รายได้ประชาชาติ (Gross National Income; GNI) ลดลงจาก 2,680 ดอลลาร์สหรัฐต่อหัวประชากร เหลือประมาณ 1,960 ดอลลาร์สหรัฐต่อหัวประชากร ใน พ.ศ. 2544(2) ซึ่งเป็นจุดต่ำสุดหลังเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ แต่รัฐบาลกลับใช้วิกฤติเศรษฐกิจนี้เป็นการสร้างโอกาสด้านสุขภาพ ด้วยการริเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UC Scheme) หรือที่รู้จักในนามของโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” โดยมีการผลักดันและประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 จากนั้น ประเทศไทยมีรายได้ประชาชาติเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจาก 1,990 ดอลลาร์สหรัฐต่อหัวประชากรในพ.ศ. 2545 จนเป็น 5,960 ดอลลาร์สหรัฐต่อหัวประชากร ใน พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 8.1)

ภาพที่ 8.1 รายได้ประชาชาติต่อหัวประชากรไทย (GNI per capita) และการขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ระหว่างปี 2512 – 2560



ที่มา: GNI per capita data from the World Bank. https://data.worldbank.org/country/thailand

ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UHC) ใน พ.ศ. 2545 โดยเป็นการริเริ่มโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ภายหลังจากที่พรรคการเมืองใช้เป็นนโยบายหนึ่งในการหาเสียง จนกระทั่งพรรคการเมืองได้รับชนะการเลือกตั้งและจัดตั้งเป็นรัฐบาล จึงต้องดำเนินการจัดตั้งปฏิบัติให้ได้ตามที่หาเสียงไว้กับประชาชน ดังนั้น จึงเป็นการต่อยอดจากสิทธิต่างๆ เดิมที่มีอยู่แล้วสี่สิทธิหลัก คือ สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม โครงการ สปร. และบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจ โดยมีการออกแบบนโยบาย (Policy design) ให้ยังคง สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ไว้เช่นเดิมทุกประการ และจัดตั้งให้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ครอบคลุมสมาชิกของโครงการ สปร. และบัตรประกันสุขภาพเดิม พร้อมทั้งขยายไปยังคนไทยที่ไม่มีประกันสุขภาพภาครัฐอีกประมาณ 18.5 ล้านคน (ของจำนวน 62 ล้านคนทั่วประเทศ) ในขณะนั้น[(3)] จึงทำให้ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ UHC ด้วยระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) สิทธิประกันสังคม (SHI) และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC Scheme)

นอกจากนี้ยังมีระบบย่อยที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เช่น สวัสดิการรักษาพยาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานและข้าราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน ประกันสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ประกันสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยกองทุนเงินทดแทนสำหรับการเจ็บป่วยจากการทำงาน สวัสดิการด้านสุขภาพและประกันสุขภาพสำหรับคนที่รอพิสูจน์สถานะและสิทธิ ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว เป็นต้น

แต่ละระบบประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรที่แตกต่างกัน ในที่นี้ จะกล่าวถึงระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก โดยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการครอบคลุมข้าราชการ ลูกจ้างประจำ รวมถึงครอบครัว ประมาณ 4.9 ล้านคน บริหารจัดการโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ในขณะที่สิทธิประกันสังคมครอบคลุมลูกจ้างประมาณ 11.9 ล้านคน บริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นการรวมผู้ที่เคยมีบัตร สปร. บัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจ และ

ประชาชนอีกประมาณร้อยละ 30 ที่ยังไม่มีประกันสุขภาพ รวมเป็น 48.1 ล้านคน (ข้อมูลสมาชิก พ.ศ. 2560)[4] โดย สปสช. ถูกจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (National Health Security Act 2002)[5]

ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยเป็นสิทธิที่เกี่ยวเนื่องกับการทำงาน ระบบข้อมูลการขึ้นทะเบียนสมาชิกจึงต้องมีความเป็นปัจจุบัน เพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงสถานะของสมาชิก เช่น กรณีที่ผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมลาออกจากงานจะถูกปรับเปลี่ยนให้เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หากสมาชิกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ทำงานกับหน่วยงานภาคเอกชนก็จะถูกปรับเปลี่ยนสถานะเป็นสิทธิประกันสังคม หากได้บรรจุเป็นข้าราชการก็จะอยู่ภายใต้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ เป็นต้น

การเคลื่อนไหวทางการเมืองในการเลือกตั้งเดือนมกราคม พ.ศ. 2544 เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่ทำให้ประเทศไทยสามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพ.ศ. 2545 การตัดสินใจทางการเมืองของรัฐบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิรูปการเงินการคลังด้านสุขภาพสำหรับการดำเนินการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นการปฏิรูปครั้งใหญ่ของวงการสาธารณสุขไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องแหล่งการเงินการคลัง และการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล

สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีแหล่งการคลังมาจากภาษีทั่วไป ส่วนสิทธิประกันสังคมได้มาจากการสมทบสามฝ่าย คือ ผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล กลไกการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอก (out-patient) สิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ตามจำนวนสมาชิกที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลนั้นๆ ส่วนสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการจ่ายตามรายการรักษาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (fee-for-service) กรณีผู้ป่วยใน (in-patient) สิทธิทั้งสามระบบจ่ายแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnostic related group; DRG) แต่สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการไม่มีเพดานงบประมาณหรือแบบ open ended budget ส่วนบริการกรณีเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายให้สถานพยาบาลตามรายการที่กำหนด (fee-schedule) และบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายให้สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับประชาชนทุกคน[6] ตารางที่ 8.1 แสดงข้อมูลสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก

ตารางที่ 8.1 ข้อมูลสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก

	สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	สิทธิประกันสังคม	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ประกาศใช้	มีมานานมากตั้งแต่ก่อน พระราชกฤษฎีกา พ.ศ. 2523	พรบ.ประกันสังคม พ.ศ.2533	พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
ผู้บริหารจัดการ (Purchaser)	กรมบัญชีกลางกระทรวงการคลัง	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
ครอบคลุมประชากร*	4.9 ล้านคน	11.9 ล้านคน	48.1 ล้านคน
แหล่งการคลัง	ภาษีทั่วไป	เงินสมทบจากผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล	ภาษีทั่วไป
การบริหารงบประมาณ	แบบปลายเปิด (Open ended budget)	แบบปลายปิด (Close ended budget)	แบบปลายปิด (Closed end budget)

ตารางที่ 8.1 ข้อมูลสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก (ต่อ)

	สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	สิทธิประกันสังคม	สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
กลไกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล	กรณีผู้ป่วยนอก: fee-for-service กรณีผู้ป่วยใน:Diagnostic related group (DRG)	กรณีผู้ป่วยนอก:capitationกรณีผู้ป่วยใน:Diagnostic related group (DRG)	กรณีผู้ป่วยนอกและบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค:capitationกรณีผู้ป่วยใน:Diagnostic related group (DRG)บริการกรณีเฉพาะ: fee-schedule
รายจ่ายด้านสุขภาพ (2558)**	66,528 ล้านบาท	44,592 ล้านบาท	114,170 ล้านบาท

* ข้อมูลจาก รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560

** ข้อมูลจาก บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558

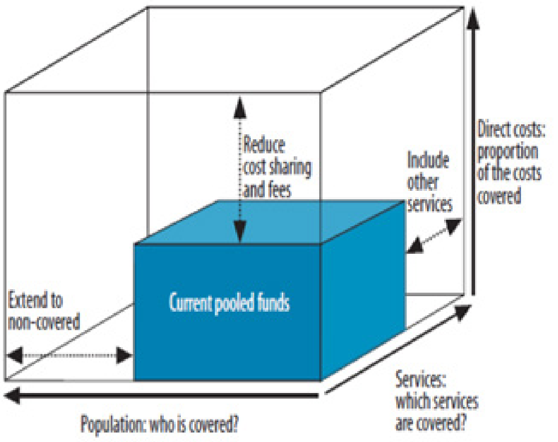
ที่มา: ดัดแปลงจาก Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage[7]

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเพียงด้านเดียว คงไม่สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ได้ ปัจจัยที่สำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาควบคู่กันไปพร้อมๆกันได้แก่ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งด้านสถานพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องในประเทศไทยเป็นเวลาหลายสิบปี จนกระทั่งประเทศไทยมีสถานพยาบาลทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ กระจายตัวอยู่ทั่วประเทศ อันเป็นบริบทที่สำคัญยิ่งที่สนับสนุนต่อการดำเนินงานนโยบาย UHC ใน พ.ศ. 2545 ดังที่อธิบายไว้ในหนังสือ Good Health at Low Cost[8]

8.2. ผลสัมฤทธิ์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

องค์การอนามัยโลก หน่วยงานต่างๆ และประเทศต่างๆ มีความพยายามการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพให้มีความเพียงพออย่างยั่งยืนและให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด มุ่งให้มีความเป็นธรรมด้านสุขภาพและบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) เป็นเวลานานมากว่า 10 ปีแล้ว[9] จนกระทั่ง UHC ได้รับการบรรจุให้เป็นเป้าหมายหนึ่งของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยเป็นเป้าหมายย่อย SDG 3.8 กำหนดให้ทุกประเทศบรรลุความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายในพ.ศ. 2573 (หรือ ค.ศ. 2030)[10] โดยมุ่งเป้าสองด้าน คือ หนึ่ง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพตามความจำเป็นของประชาชน และสอง การปกป้องครัวเรือนจากการเกิดวิกฤติทางการเงินหรือการที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล[11] องค์การอนามัยโลกมีรายงานอธิบายมิติสามด้านของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือที่รู้จักกันในชื่อ “UHC cube” ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้านของความครอบคลุม ความครอบคลุมด้านประชากร (population coverage) ความครอบคลุมด้านบริการสุขภาพ (service coverage) และความครอบคลุมของการป้องกันภาวะเสี่ยงทางการเงิน (financial protection)[12] (ภาพที่ 8.2)

ภาพที่ 8.2 มิติสามด้านของประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC cube)



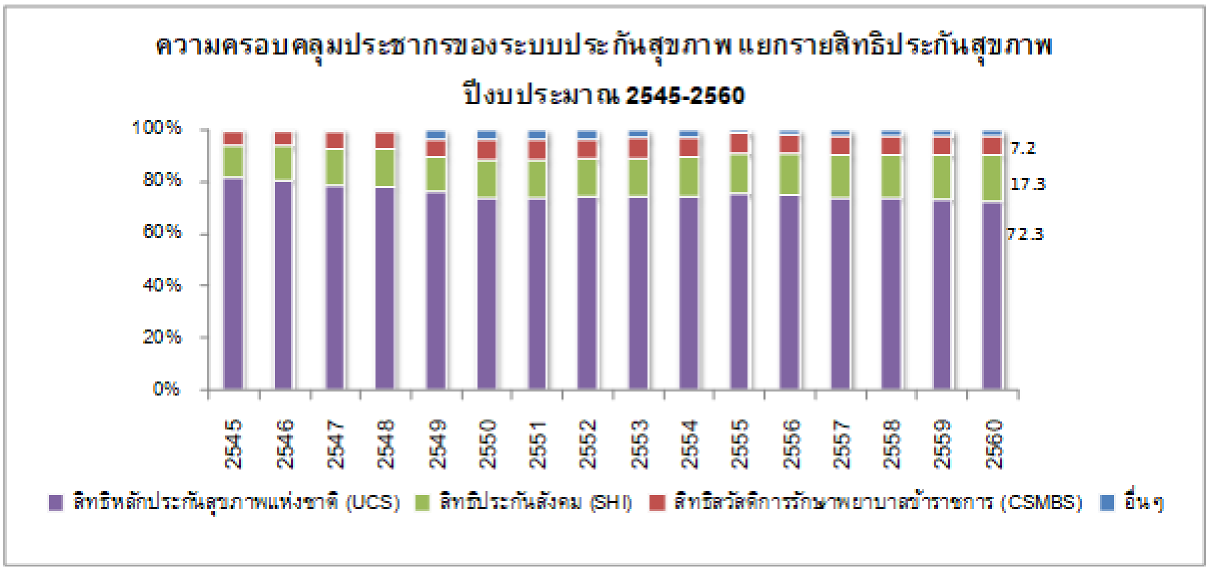
ที่มา: World Health Organization. The World Health Report 2010: Health System Financing[12]

สำหรับประเทศไทย มีการระบุหลักการของการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ "การสร้างหลักประกันให้กับคนทุกคนให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น และไม่ล้มละลายจากการเจ็บป่วย ด้วยบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ประชาชนและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ โดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน"[13] ในที่นี้ผลสัมฤทธิ์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย จึงนำเสนอผลการดำเนินงานความครอบคลุมตามมิติสามด้านของ UHC Cube ดังนี้

8.2.1 ความครอบคลุมประชากรของระบบประกันสุขภาพ (population coverage)

นับตั้งแต่เริ่มขยายความครอบคลุมสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2518 จนบรรลุระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ใน พ.ศ. 2545 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนคนไทยเกือบร้อยละร้อย (ร้อยละ 99.95 ของประชากรทั้งหมด 66.047 ล้านคน) ใน พ.ศ.2560[14] มีหลักประกันสุขภาพ โดยสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมประชากร ร้อยละจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 72.3 สิทธิประกันสังคมร้อยละ 17.3 สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการร้อยละ 7.2 และสิทธิประกันสุขภาพอื่นๆ ประมาณร้อยละ 3.0 (หมายเหตุ: สิทธิประกันสุขภาพอื่นๆ รวมถึง พนักงานส่วนท้องถิ่น ประกันสุขภาพเอกชน เป็นต้น) (ภาพที่ 8.3)

ภาพที่ 8.3 ความครอบคลุมประชากรของระบบประกันสุขภาพ แยกรายสิทธิประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2545-2560



ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากสำนักบริหารงานทะเบียน สปสช. ข้อมูล ณ เดือนกันยายน 2560[16]

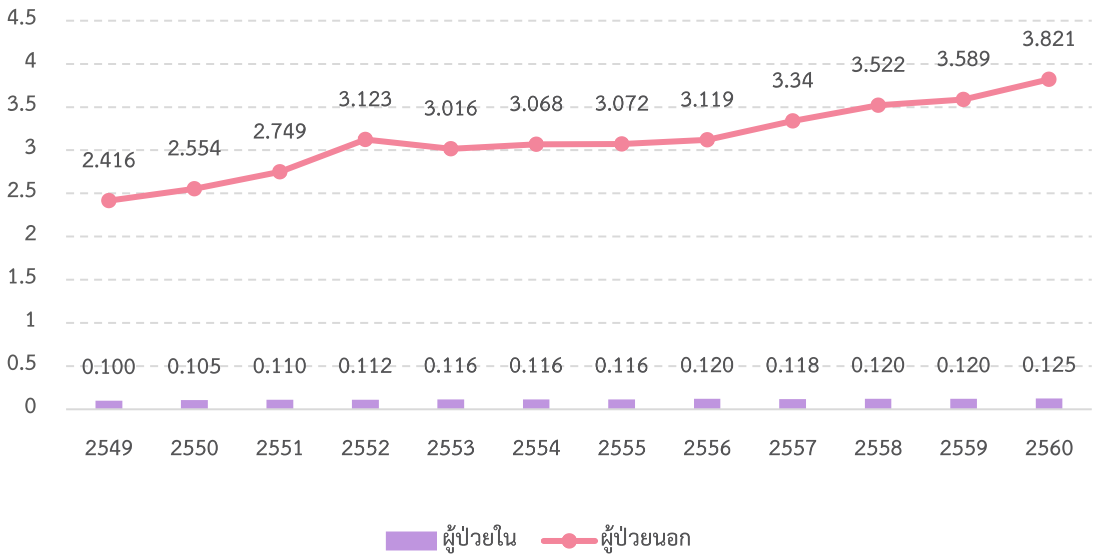
อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมประชากรยังไม่เป็นร้อยละร้อย (100%) เนื่องจากยังมีประชาชนบางกลุ่มที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ เช่น ในพ.ศ.2560 ประชาชนไทยที่รอการยืนยันสิทธิประมาณ 112,431 คน(15) นอกจากนี้ยังมีคนต่างด้าวประมาณ 1.9 ล้านคน ประกอบด้วยผู้ที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว (ประมาณ 1.1 ล้านคน) และผู้ที่ยังไม่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ (ประมาณ 8 แสนคน)(16) ที่เป็นผู้อยู่อาศัยในแผ่นดินไทยแต่ยังไม่มีประกันสุขภาพ ความครอบคลุมประชากรให้เป็นร้อยละร้อยอย่างแท้จริงยังคงเป็นความท้าทายของระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะการขยายความครอบคลุมระบบประกันสุขภาพไปยังคนต่างด้าว

8.2.2 ความครอบคลุมของบริการสุขภาพ (service coverage)

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทยหรือ UC Scheme มีความโดดเด่นในเรื่องความครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์อย่างกว้างขวาง ไม่เพียงแต่ความครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาลสำหรับสมาชิกของ UC Scheme เท่านั้น แต่ยังครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรไทยทุกคนด้วย

สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทั้งการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รวมถึงการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพง และการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย ส่งผลให้การใช้บริการทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น โดย พ.ศ. 2560 มีจำนวนการใช้บริการกรณีผู้ป่วยนอกจำนวน 184 ล้านครั้ง และมีอัตราการใช้บริการ 3.82 ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนกรณีผู้ป่วยในมีจำนวนการใช้บริการจำนวน 6 ล้านครั้ง และมีอัตราการใช้บริการ 0.13 ครั้งต่อคนต่อปี ดังภาพที่ 8.4(17) ขณะเดียวกัน ได้มีการสำรวจความชุกของการไม่ได้รับบริการที่จำเป็นเมื่อเจ็บป่วย (the prevalence of unmet health need) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับประเทศคิดเป็นร้อยละ 1.44 และร้อยละ 0.4 ตามลาดับ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ (low level of unmet need) ที่ใกล้เคียงกับค่าของประเทศสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organization for Economic Co-operation and Development, OECD)(18)

ภาพที่ 8.4 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2549-2560

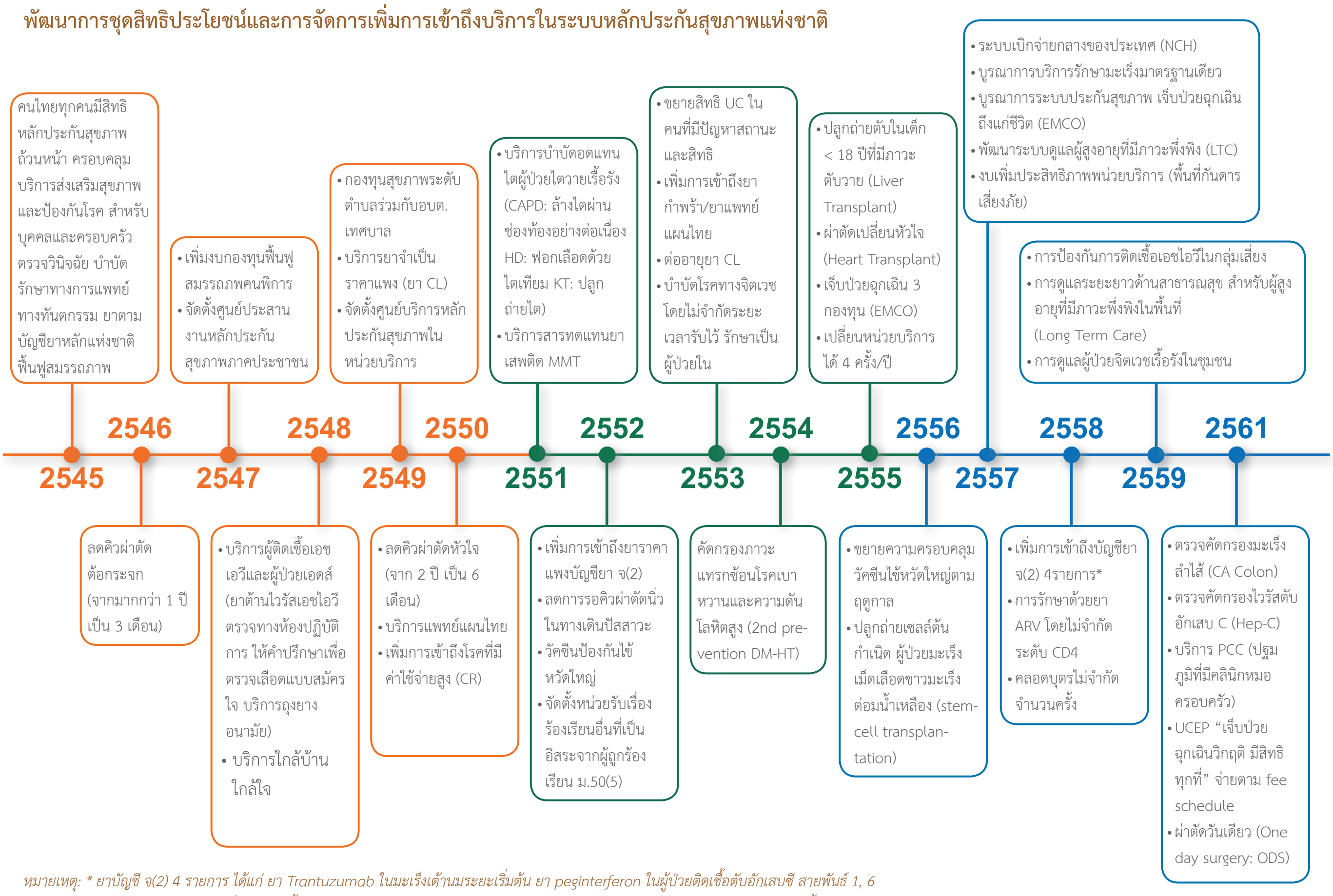


ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560(17)

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ประโยชน์ที่ได้รับ (Benefit Incidence Analysis) พบว่า กลุ่มคนจนที่สุดใช้บริการสาธารณสุขและได้รับประโยชน์จากสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ มากกว่ากลุ่มคนรวยที่สุด (pro-poor utilization)[19,20] ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการกระจายระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่มีการกระจายตัวทั่วประเทศ ทำให้ประชาชนที่อาศัยในชนบทสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ในระหว่างพ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2552 คนจนสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับประโยชน์จากเงินภาครัฐในการใช้บริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ 27.0–30.0 ขณะที่กลุ่มรวยที่สุดได้รับประโยชน์น้อยกว่า (ร้อยละ 7–11 และในทำนองเดียวกัน กลุ่มจนที่สุดได้รับประโยชน์จากการใช้บริการผู้ป่วยในมากกว่ากลุ่มรวยที่สุด[21]

อย่างไรก็ตาม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังได้มีการพัฒนาและขยายชุดสิทธิประโยชน์อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ทั้งด้านการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการเฉพาะอย่างด้วยวิธีการเบิกจ่ายจากส่วนกลาง (Central Reimbursement, CR) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการแพทย์แผนไทย และยังเพิ่มการดูแลกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาพที่ 8.5)

ภาพที่ 8.5 พัฒนาการชุดสิทธิประโยชน์และการจัดการเพิ่มการเข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

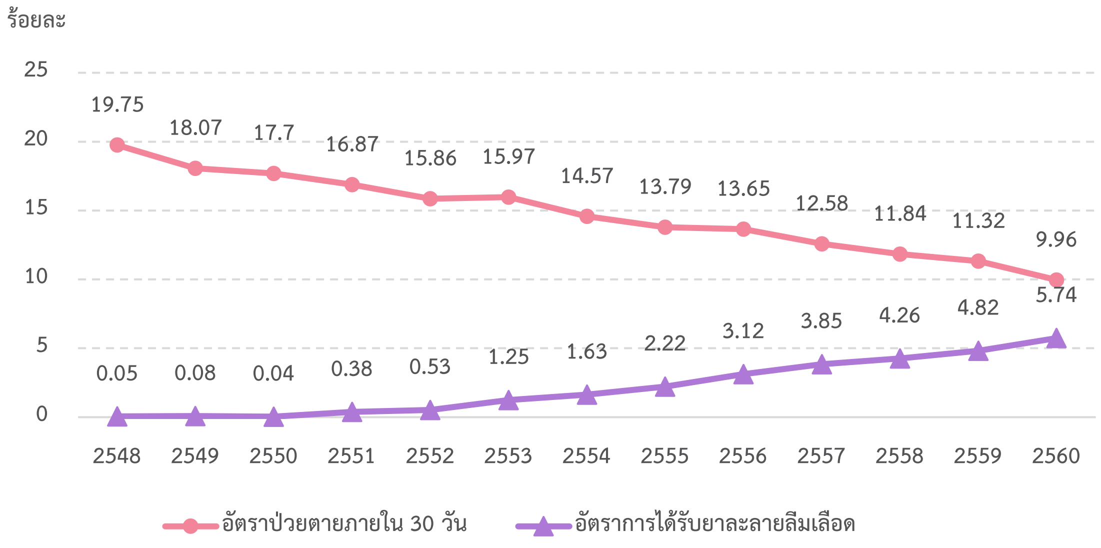


*หมายเหตุ: * ยาบัญชี จ(2) 4 รายการ ได้แก่ ยา Trantuzumab ในมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ยา peginterferon ในผู้ป่วยติดเชื้อตับอักเสบซี สายพันธ์ 1, 6 และสายพันธ์ 2 หรือ 3 ที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย ยา Nilofinib และ ยา Dasatinib ในผู้ป่วยกลุ่ม มะเร็งเม็ดเลือดขาวและต่อมน้ำเหลือง*

ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560[17]

บริการสุขภาพที่มีราคาแพงหรือบริการเฉพาะที่บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บริการผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง บริการผู้ป่วยต้อกระจก ซึ่งทำให้ประชาชนเข้าบริการที่มีราคาแพงมากขึ้น ประชาชนไม่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หากสามารถรักษาได้ทันท่วงที จะสามารถช่วยลดความพิการหรือเสียชีวิตได้ อย่างเช่น บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.05 (พ.ศ. 2548) เป็นร้อยละ 5.74 (พ.ศ. 2560) และมีอัตราป่วยตายภายใน 30 วันหลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 19.75 (พ.ศ. 2548) เป็นร้อยละ 9.96 (พ.ศ. 2560) ซึ่งการได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างทันท่วงทีหรือในเวลาที่เหมาะสม จะช่วยลดความพิการและอัตราการเสียชีวิตได้ ดังภาพที่ 8.6 ส่วนอัตราการเข้าถึงหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention; PCI) และการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77.84 ใน พ.ศ. 2560

ภาพที่ 8.6 อัตราป่วยตายภายใน 30 วันและอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2549-2560



ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560[17]

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพิ่มสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พ.ศ. 2551 ได้แก่ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant, KT) บริการล้างไตผ่านช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, CAPD) และบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Heamodialysis, HD) เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี เพิ่มความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ การช่วยรักษาชีวิต และป้องกันการล้มละลายจากการรักษาพยาบาล จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับบริการมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งใน พ.ศ. 2560 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ยังมีชีวิตอยู่ รับบริการล้างไตผ่านช่องท้อง มีจำนวน 22,999 คน รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยไม่ต้องจ่ายเงิน จำนวน 14,704 คน รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ต้องจ่ายเงินเองอีกจำนวน 5,286 คน และรับบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจำนวน 195 คน นอกจากนี้ยังมีผู้ป่ายที่เปลี่ยนวิธีการรักษา ดังตารางที่ 8.2

ตารางที่ 8.2 จำนวนผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่และเปลี่ยนวิธีการรักษาของแต่ละประเภทบริการ พ.ศ. 2560

ประเภทบริการ	ยังมีชีวิตอยู่	เปลี่ยนวิธีการรักษา
CAPD	22,999	1,416
HD	14,704	86
HD self-pay	5,286	622
KT	195	

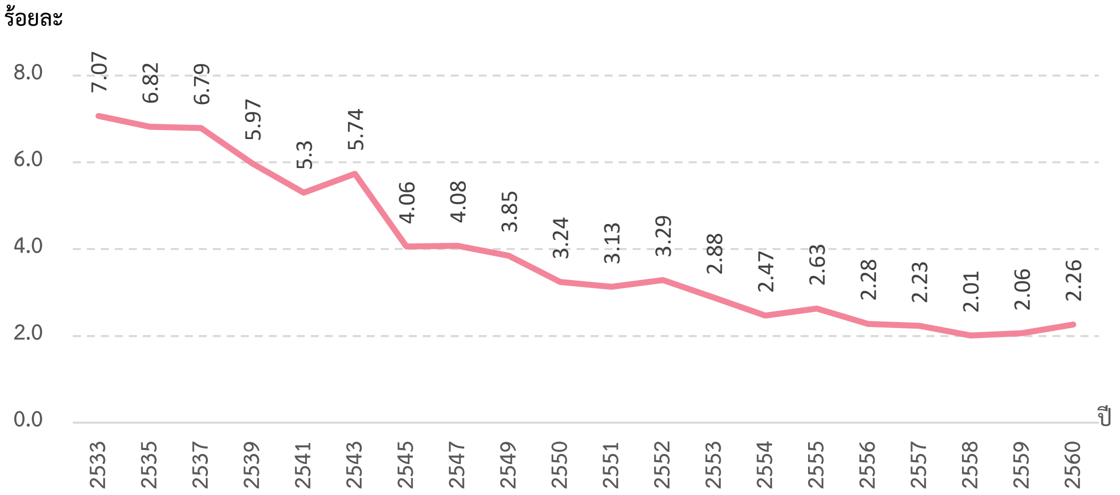
ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560

8.2.3 การป้องกันครัวเรือนไทยจากการล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล (financial protection)

รายจ่ายรวมด้านสุขภาพ (Total Health Expenditure; THE) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product; GDP) เท่ากับ 3.9 ใน พ.ศ. 2558 ซึ่ง THE เพิ่มขึ้นเป็น 534,610 ล้านบาทหรือเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่า จาก พ.ศ. 2537 ในจำนวนนี้เป็นรายจ่ายสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด จำนวน 114,170 ล้านบาท (ร้อยละ 21 ของ THE) สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ จำนวน 66,528 ล้านบาท (ร้อยละ 12 ของ THE) สิทธิประกันสังคม 44,592 ล้านบาท (ร้อยละ 8 ของ THE) และครัวเรือนที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง (Out-of-Pocket; OOP) จำนวน 65,287 ล้านบาท (ร้อยละ 12 ของ THE) ซึ่งก่อนบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า OOP มีสัดส่วนสูงร้อยละ 44 ของ THE ใน พ.ศ. 2537[22]

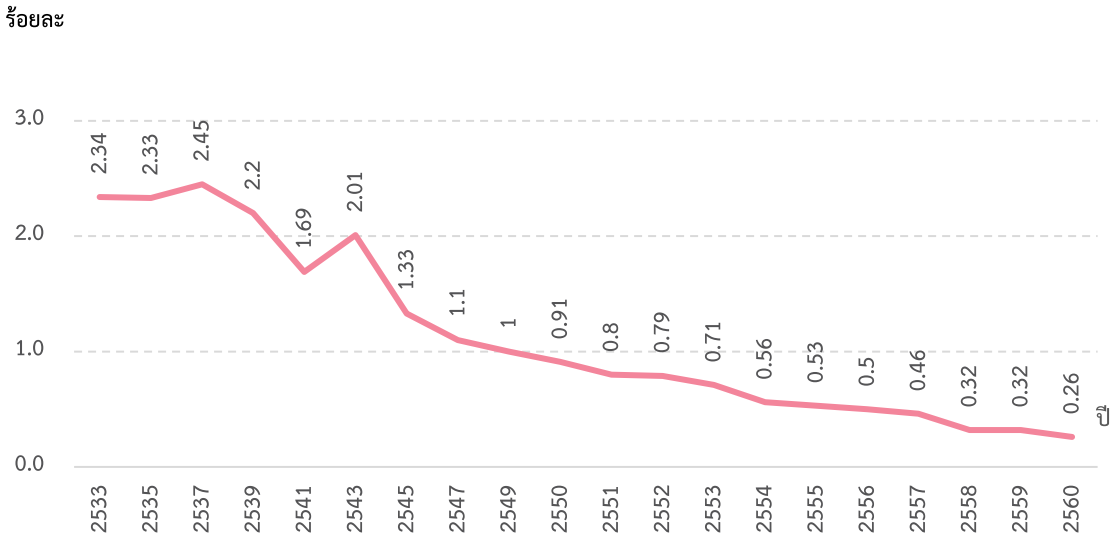
การลดภาระรายจ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือน สามารถสะท้อนความสำเร็จในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2533-2560 พบว่า อุบัติการณ์ครัวเรือนที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic health expenditure) ลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 4.06 ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมด ใน พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 2.26 ใน พ.ศ. 2560 ดังภาพที่ 8.7 เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (health impoverishment) พบว่าอุบัติการณ์มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน จากร้อยละ 1.33 ใน พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 0.26 ใน พ.ศ. 2560 ดังภาพที่ 8.8

ภาพที่ 8.7 ครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic health expenditure) พ.ศ. 2533-2560



ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ
วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิมวัฒนานนท์

ภาพที่ 8.8 ครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) พ.ศ. 2533-2560



ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ
วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิมวัฒนานนท์

8.3 การพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทย

ความสำเร็จของการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาจากศักยภาพของสถานพยาบาลภาครัฐที่มีความพร้อมในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ความพร้อมนี้เป็นความพร้อมทั้งด้านกายภาพ (ตัวสถานพยาบาล) ด้านบุคลากร ด้านยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา ด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น ความพร้อมนี้ เป็นความพร้อมทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ที่สำคัญประเทศไทยมีความพร้อมมาก่อนที่ประเทศไทยจะดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีจำนวนสถานพยาบาลภาครัฐทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิในจำนวนที่เพียงพอและมีการกระจายตัวทั่วประเทศ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (หรือสถานีอนามัย) กระจายตัวในทุกตำบล โรงพยาบาลชุมชม (หรือโรงพยาบาลระดับอำเภอ) ในทุกอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในทุกจังหวัด และมีโรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาล โรงเรียนแพทย์ที่ให้บริการระดับตติยภูมิขั้นสูงในหลายจังหวัด ดังนั้น ในส่วนนี้จึงขออธิบายการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพไทยที่เป็นรากฐานของการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอ้างอิงมาจากเอกสารวิชาการที่ตีพิมพ์ใน Lancet ชื่อเรื่อง Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage.[7]

8.3.1 การพัฒนาระบบสุขภาพ: การสร้างรากฐานที่มั่นคง

การลงทุนขนาดใหญ่ด้านโครงสร้างพื้นฐานในพื้นที่อำเภอ และตำบลเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2520 ในช่วงของแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 จากผลการดำเนินการ ดังกล่าว ทำให้การจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอประสบความสำเร็จใน พ.ศ. 2533 ตามมาด้วยทศวรรษของการพัฒนาสถานีอนามัย ในช่วง พ.ศ. 2535-2544 ทำให้มีสถานีอนามัยครบทุกตำบล ในช่วงทศวรรษ 2000 (พ.ศ. 2543-2553) องค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทย ได้แก่ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System, DHS) ซึ่งประกอบด้วยสถานีอนามัยหลายแห่งและโรงพยาบาลชุมชนหนึ่งแห่ง โดยทั่วไป สถานีอนามัย

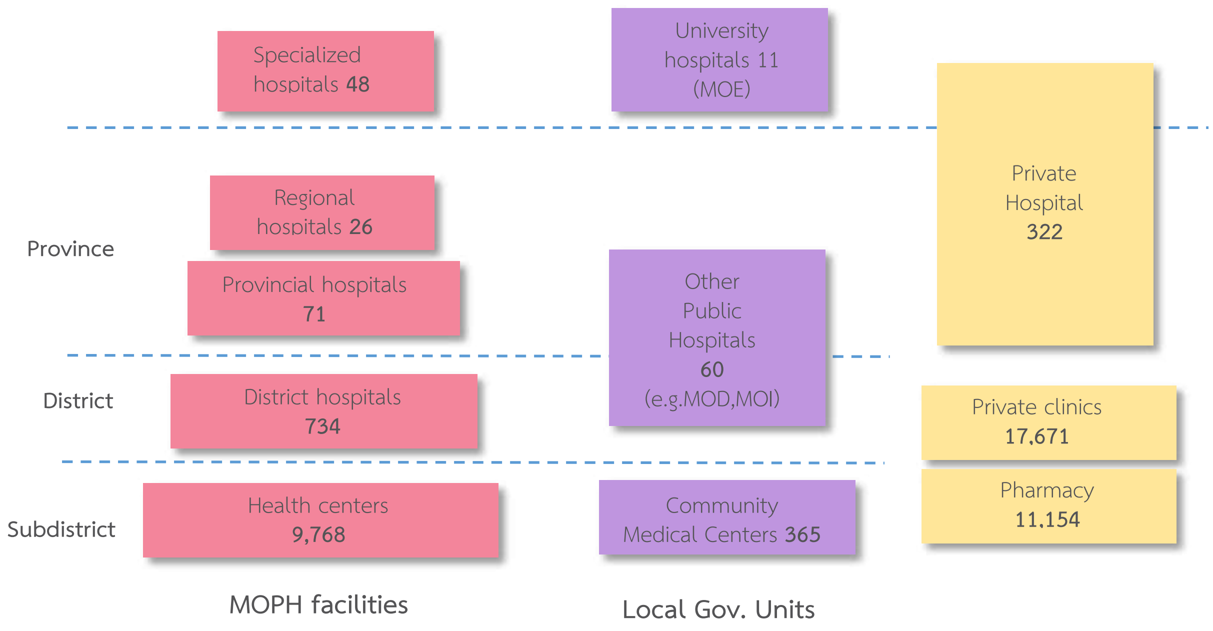
หนึ่งแห่ง มีทีมพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ประมาณ 3-5 คน ให้การดูแล ประชากรประมาณ 3,000-5,000 คน ส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีทีมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 3-4 คน พยาบาล 30 คน เภสัชกร 2-3 คน ทันตแพทย์ 1-2 คน และเจ้าหน้าที่อื่นๆ อีกประมาณ 20 คน โดยประมาณ ให้การดูแลประชากรประมาณ 30,000-50,000 คน โรงพยาบาลชุมชนมีขนาดแตกต่างกันไปประหว่าง 30-150 เตียง ขึ้นกับจำนวนประชากรในพื้นที่นั้นๆ

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญยิ่งในระบบสุขภาพของประเทศไทย ไม่เพียงแต่มีจำนวนมาก มากกว่าวิชาชีพหลักอื่นๆ (พยาบาลวิชาชีพจำนวน 180,000 คน ใน พ.ศ. 2559) ยังมีการกระจายในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ และมีความอาจสามารถในการให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ในการบริการที่หลากหลายทั้งด้านการรักษาบริการทางคลินิก การบริบาลผู้ป่วย การสาธารณสุข เป็นต้น หลังจากจบปริญญาวิชาชีพการพยาบาลแล้ว ยังมีการเพิ่มพูนทักษะหลังปริญญาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลสามารถให้การบริการสุขภาพได้ตรงกับความต้องการของประชาชนที่มีการปรับเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงของประชากรและระบาดวิทยา (demographical and epidemiological transition) เช่น การตรวจคัดกรองและการรักษาพยาบาลโรคไม่ติดต่อ (screening and treatment of NCDs) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home visit) การดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยติดบ้าน (nursing care for home ridden and bed ridden patients) รวมทั้งการบริการทางคลินิกเฉพาะด้านต่างๆ เช่น การดมยาสลบ และการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือสถานีอนามัย เป็นด่านแรกที่ประชาชนในแต่ละตำบลเข้าถึงได้ง่ายที่สุดเมื่อมีความต้องการการดูแลสุขภาพเพราะอยู่ใกล้บ้าน รพ.สต. มีการจัดบริการรักษาพยาบาลปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย เช่น บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น ส่วนโรงพยาบาลชุมชนจัดบริการที่ครอบคลุมบริการรักษาพยาบาลระดับทุติยภูมิ การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนบริการเฉพาะทาง เช่น สูตินรีเวชศาสตร์ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์และกุมารเวชศาสตร์มีการจัดบริการในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ส่วนโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปในแต่ละจังหวัดจัดบริการระดับตติยภูมิและรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน ในยุคสมัยของการลงทุนและพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนนั้น โรงพยาบาลระดับจังหวัดได้รับงบประมาณการสนับสนุนด้านอาคารสถานที่ไม่มากไปกว่าปีก่อนหน้า (ได้รับงบประมาณการก่อสร้างเท่าเดิม หรือ Freeze investment budget) แต่เน้นการพัฒนาศักยภาพทางคลินิกมากขึ้น โดยมีการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น กลยุทธ์เหล่านี้ส่งผลให้ระบบสุขภาพไทยมีการพัฒนาที่กระจายตัวในทุกระดับของการบริการ ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุตยภูมิและตติยภูมิ

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา สถานพยาบาลเอกชนมีการขยายตัวมากขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนในเขตเมือง แต่สถานพยาบาลภาครัฐยังคงมีจำนวนมากกว่าและมีบทบาทสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพของไทย (จำนวนเตียงโรงพยาบาลทั่วประเทศประมาณ 161,000 เตียง เป็นเตียงของโรงพยาบาลเอกชนเพียงร้อยละ 19.0) ดูภาพที่ 8.9 โดยทั่วไป สถานพยาบาลเอกชนมีบทบาทในการให้บริการเพียงเล็กน้อย ใน พ.ศ. 2558 สถานพยาบาลเอกชนให้บริการผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 14.0 ของจำนวนการบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด (คลินิกเอกชนร้อยละ 9.0 และโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 5.0) และให้บริการผู้ป่วยในร้อยละ 11.3 ของการบริการผู้ป่วยในทั้งหมด[7]

ภาพที่ 8.9 จำนวนสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนในระดับต่างๆของประเทศไทย พ.ศ. 2558



ที่มา: Patcharanarumol W, Pongutta S, Witthayapipopsakul W, Viriyathorn S and Tangcharoensathien V. Short version of Thailand health system in transition, 2018[23]

8.3.2 การพัฒนาบุคลากรสุขภาพ

ความสำเร็จของความครอบคลุมบริการสุขภาพที่จัดโดยระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นผลจากการพัฒนาบุคลากรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ความเพียงพอของจำนวนบุคลากรสุขภาพที่มีความสามารถและมีความทุ่มเทเป็นสิ่งจำเป็นยิ่งที่ทำให้การทำงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอดำเนินไปได้ด้วยดี การให้บริการที่มีคุณภาพยังช่วยสร้างความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ ทั้งนี้นโยบาย ด้านบุคลากรสุขภาพของประเทศไทยได้บูรณาการทั้งเรื่องการคัดเลือก การฝึกอบรม การกระจาย และการธำรงบุคลากรสุขภาพไว้ในพื้นที่ชนบท

ในช่วง พ.ศ. 2515 กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้นโยบาย กำหนดให้แพทย์และพยาบาลจบใหม่ต้องทำงานชดใช้ทุนหลังเรียนจบ ในพื้นที่ชนบทเป็นเวลาสามปีต่อมาขยายไปยังทันตแพทย์และเภสัชกร นโยบายดังกล่าวยังถูกบังคับใช้อย่างเท่าเทียมในแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์เอกชนด้วย นอกจากนโยบายการทำงานชดใช้ทุนรัฐบาลยังได้สร้างแรงจูงใจทางการเงิน เช่น ค่าเบี้ยกันดาร ค่าตอบแทนการทำงานนอกเวลาราชการ ในขณะที่แรงจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงินมีความสำคัญมากเช่นกัน เช่น รางวัลบุคลากรดีเด่นประจำปี สำหรับผู้ทำงานอย่างอุทิศตนในการบริการได้ถูกจัดขึ้นโดยหลาย หน่วยงาน และการจัดสวัสดิการบ้านพักสำหรับเจ้าหน้าที่ในทุกสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นการสนับสนุนที่ไม่ใช่ตัวเงินที่ยังช่วยสนับสนุนให้สามารถจัดบริการสาธารณสุขได้ตลอด 24 ชั่วโมง ในปีพ.ศ. 2537 กระทรวงสาธารณสุขเปิดโอกาสให้นักเรียนในชนบทและพื้นที่ห่างไกลสมัครเข้าเรียนแพทย์และพยาบาลในโครงการพิเศษ โดยมีเงื่อนไขต้องกลับไปทำงานในอำเภอบ้านเกิดของตนหลังจากสำเร็จการศึกษา ได้แก่ โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท จำนวนแพทย์สำหรับโครงการนี้คิดเป็นร้อยละ 20 ของจำนวนนักศึกษาแพทย์ที่ลงทะเบียนเรียนในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา และเพิ่มเป็นร้อยละ 30 ใน พ.ศ. 2556 พบว่าแพทย์และพยาบาลจากโครงการนี้มีแนวโน้มทำงานชดใช้ทุนหลังเรียนจบจนครบ 3 ปีสูงกว่าแพทย์และพยาบาลที่เข้าศึกษาตามระบบปกติ (ระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยทั่วไประดับประเทศ) ร้อยละ 10-15 และมีอัตราการลาออกต่อ

ปีน้อยกว่าแพทย์และพยาบาลที่เข้าศึกษาตามระบบปกติ แม้ว่านักศึกษาของโครงการจะมีคะแนนการสอบเข้าศึกษาต่ำกว่า นักศึกษาตามระบบปกติเล็กน้อย แต่นักศึกษาจากทั้งสองระบบต่างก็มีอัตราความสำเร็จของการสอบใบประกอบวิชาชีพแพทย์ในอัตราที่ เท่ากันที่ร้อยละ 99.6 กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มศักยภาพในการผลิตแพทย์ โดยสนับสนุนและพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ให้เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิกเพื่อฝึกอบรมทางคลินิกแก่นักศึกษาแพทย์โครงการผลิต แพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ชั้นปีที่ 3-6 นักศึกษาแพทย์โครงการนี้เรียน รวมกับนักศึกษาตามระบบปกติในช่วงปีแรกของการเรียนวิชาพื้นฐาน และปีที่ 2-3 ของหลักสูตรพรีคลินิก นักศึกษาตามระบบปกติเรียนปีที่ 4-6 ในคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยที่สังกัด ในขณะที่นักศึกษา แพทย์โครงการนี้เรียนปีที่ 4-6 ในศูนย์แพทยศาตรศึกษาชั้นคลินิกของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งหมด 37 แห่ง แม้ว่านักศึกษาเรียนปีที่ 4-6 ในสถานที่ที่ต่างกัน แต่นักศึกษาทั้งสองกลุ่มได้รับการฝึกอบรม ด้วยหลักสูตรและโครงสร้างการเรียนการสอนเดียวกัน อาจารย์แพทย์ ของศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกทั้ง 37 แห่ง เป็นอาจารย์ที่ผ่านการฝึกฝนทักษะการสอน การให้คำแนะนำ และการทำข้อสอบ โดยได้รับประกาศนียบัตรจาก 14 มหาวิทยาลัยในเครือ ในระหว่าง พ.ศ. 2543–2557 แพทย์ที่สำเร็จจากโครงการผลิตแพทย์เพื่อชนบท จำนวน 5,927 คน มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสาธารณสุขใน พื้นที่ชนบท ศูนย์แพทยศาสตรศึกษ าชั้นคลินิกของกระทรวง สาธารณสุขมีส่วนอย่างมากในการเพิ่มศักยภาพการฝึกอบรมชั้นคลินิก ในขณะที่มหาวิทยาลัยเพิ่มศักยภาพในการสอนวิชาพื้นฐานและการ ฝึกอบรมชั้นพรีคลินิก จึงเป็นการเติมเต็มซึ่งกันและกัน

ด้วยการตระหนักถึงศักยภาพของวิชาชีพพยาบาลและข้อจำกัดด้านการผลิตพยาบาลของมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดตั้งวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์มาตั้งแต่ พ.ศ. 2489 โดยได้รับการขึ้นทะเบียนและรับรองจากสภาการพยาบาล ใน พ.ศ. 2560 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 30 แห่ง ผลิตพยาบาลวิชาชีพได้จำนวนมากถึงร้อยละ 34 ของจำนวนพยาบาลจบใหม่ทั้งหมดทั่วประเทศ ในขณะที่ มหาวิทยาลัยรัฐ และมหาวิทยาลัยเอกชน ผลิตพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 37.0 และ 29.0 ตามลำดับ ทั้งนี้ตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา สภาการพยาบาลได้กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพจบใหม่จากมหาวิทยาลัยทั้ง ภาครัฐและเอกชน รวมถึงวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีของกระทรวงสาธารณสุข ต้องสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและพยาบาลทุกคนต้องต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทุก 5 ปี โดยต้องมีหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง (Continued Professional Education) สาขาพยาบาลศาสตร์ครบ 50 หน่วย จึงจะได้รับการต่อใบอนุญาต เพื่อเป็นการรับรองสมรรถนะการพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุขก่อตั้งวิทยาลัยการสาธารณสุข จำนวน 9 แห่ง เพื่อฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหลักสูตรประกาศนียบัตร 2 ปี เช่น ทันตสาธารณสุข สาธารณสุข ชุมชนและผู้ช่วยเภสัชกร หลักสูตรประกาศนียบัตรดังกล่าวช่วยเติม เต็มความต้องการในช่วงการขยายตัวอย่างรวดเร็วของระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งปัจจุบัน หลักสูตรประกาศนียบัตรเหล่านี้ถูกทดแทน ด้วยหลักสูตรปริญญาตรีเพื่อเป็นการยกระดับด้านคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพต่างๆ

บริบทของประเทศไทยเอื้อต่อการเพิ่มจำนวนบุคลากรสุขภาพอย่างมาก ระหว่าง พ.ศ. 2519-2558 การเข้าเรียนในระดับอุดมศึกษา (เช่น มหาวิทยาลัย วิทยาลัย สถาบันวิชาชีพ และสถาบันอาชีวศึกษา) เพิ่มขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง จากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 41.0 ในเพศชาย และร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 57.0 ในเพศหญิง โดยมีสัดส่วนเพศหญิง ในระบบบริการสุขภาพ (ร้อยละ 78 ของจำนวนทั้งหมด ใน พ.ศ. 2558) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงใกล้เคียงกับสัดส่วนร้อยละ 76.0 ของ กลุ่มประเทศสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD)

นอกจากระบบสุขภาพที่มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องจนมีความเข้มแข็งและเป็นรากฐานของการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วนั้น

การพัฒนาระบบทะเบียนราษฎร์ ซึ่งพัฒนาโดยสำนักทะเบียรราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย ยังมีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ที่เป็นระบบตั้งแต่ พ.ศ. 2499 ที่มีการลงทะเบียนการเกิดและการตาย โดยใช้เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ที่เป็นอัตลักษณ์เฉพาะตน ไม่มีการซ้ำซ้อน (unique citizen ID number) ที่สามารถระบุตัวบุคคลได้เป็นปัจจัยสำคัญในการระบุตัวและลงทะเบียนสมาชิกของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติในสถานพยาบาลใกล้บ้าน นอกจากนี้ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ยังเป็นข้อมูล สำหรับการตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ รวมทั้ง การปรับเปลี่ยนสถานะสมาชิกระหว่างระบบทั้งสามด้วย ทำให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างราบรื่น ตัวอย่างเช่น กรณีผู้ประกันตนของสิทธิประกันสังคมที่ลาออกจากงานจะถูกปรับเปลี่ยนสถานะให้เป็น สมาชิกของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติในทำนองเดียวกัน หากสมาชิกของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติที่เคยตกงานสามารถมีงานทำในภาคเอกชนก็จะถูกปรับเปลี่ยนสถานะไปเป็นผู้ประกันตนของสิทธิประกันสังคม เป็นต้น

นอกจากนี้แล้ว การพัฒนาศักยภาพด้านการผลิตผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ของระบบสุขภาพไทย ยังเป็นที่โดดเด่นทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ นอกจากการพัฒนาศักยภาพบุคากรให้มีความสามารถเป็นนักวิจัยที่อุทิศตนในงานวิชาการด้านนโยบายและระบบสุขภาพ ยังได้มีความพยายามในการสร้างสถาบันวิจัยอย่างเป็นระบบ เช่น สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program, IHPP) ทำหน้าที่ผลิตงานวิจัยและงานวิชาการด้านนโยบายและระบบสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยรุ่นใหม่ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Technology and Intervention Assessment Program, HITAP) ที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ การสร้างสถาบัน (institutionalization) เหล่านี้มีความมุ่งหวังให้เป็นสถาบันที่ผลิตงานวิจัยเพื่อสังคมที่มีความมั่นคงและยั่งยืนในระยะยาว อีกทั้งยังมีการผลักดันให้มีการใช้งานวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ในกระบวนการการตัดสินใจเชิงนโยบาย (evidence informed policy decision making process) ดังตัวอย่างการคำนวณงบประมาณด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินำมาใช้กับกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติได้เปลี่ยนระบบการกำหนดงบประมาณไปอย่างมาก งบประมาณของกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติถูกคำนวณจากต้นทุน และอัตราการใช้บริการประเภทต่างๆ มาตั้งแต่แรกและยังใช้อยู่จนถึงปัจจุบัน ต้นทุนและอัตราการใช้บริการถูกประมาณการสำหรับแต่ละปีงบประมาณ ต้นทุนรวมถึงค่าแรง ยา วัสดุและค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ งบประมาณทั้งหมดถูกคำนวณจากอัตราเหมาจ่ายรายหัวคูณด้วยจำนวนสมาชิกของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยวิธีนี้สำนักงบประมาณไม่สามารถใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจได้อย่างที่เคยกระทำ แต่ต้องใช้หลักฐานจากข้อมูลต้นทุนและการใช้บริการ กระบวนการ กำหนดงบประมาณจัดทำโดยคณะอนุกรรมการการเงินการคลังที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะอนุกรรมการการเงินการคลังและคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบด้วยสมาชิกที่มาจากหลายภาคส่วนโดยมี สำนักงบประมาณเป็นหนึ่งในสมาชิกคณะอนุกรรมการและคณะกรรมการแต่ละท่านมีสิทธิและเสียงเท่าๆ กัน ในการให้ข้อเสนอแนะ

ประเทศไทยได้สร้างความเข้มแข็งและพัฒนาศักยภาพด้านการประเมินเทคโนโลยีโดยการก่อตั้งโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ ซึ่งช่วยจัดลำดับความสำคัญของยาใหม่ที่จะนำเข้าไปในบัญชียาหลักแห่งชาติและวิธีการรักษาหรือมาตรการใหม่ที่จะนำเข้าไปเป็นชุดสิทธิประโยชน์ของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ

8.4 ความท้าทายของระบบประกันสุขภาพ

ประเทศไทยก้าวสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 สิบห้าปีที่ผ่านมามีหลักฐานชัดเจนว่ามีผลการดำเนินงานเป็นที่น่าพอใจ ท่ามกลางความสำเร็จของ UHC และ UC Scheme มีความเป็นห่วงเรื่อง (1) การเงินการคลังของ UHC และ UC Scheme (2) ความท้าทายในการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบใหญ่ที่มีความแตกต่างกันหลายด้านและ (3) การปรับตัวของระบบสุขภาพในภาพรวมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา ซึ่งส่งผลต่อความยั่งยืนของ UHC (UHC Sustainability) ในระยะยาว

8.4.1 ความท้าทายด้านการเงินการคลัง: ความเพียงพอและความเสมอภาค

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ มีแหล่งเงินมาจากภาษีทั่วไปส่วนหนึ่งมาจากภาษีรายได้ที่มีการเก็บแบบอัตราก้าวหน้า (progressive tax) หรือ ผู้มีรายได้มากกว่ารับภาระการจ่ายภาษีที่มากกว่า แสดงให้เห็นถึงการบรรลุหลักการ "ดี-ป่วย รวย-จน ช่วยกัน" ได้ในระดับหนึ่ง โดยที่ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS) และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UC Scheme) ใช้แหล่งเงินทั้งหมดจากภาษีโดยไม่มีการบังคับจ่ายเงินสมทบ ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรม (Concentration Index) ของภาษีเท่ากับ 0.6423 ในปี 2549 แสดงถึงความก้าวหน้า (progressive) มากที่สุด แต่ระบบประกันสังคม ใช้แหล่งเงินจากสามแหล่งเท่าๆ กัน คือ การจ่ายเงินสมทบจากนายจ้าง ลูกจ้าง และเงินภาษีของรัฐ การเงินการคลังของระบบประกันสังคมมีความก้าวหน้าน้อยกว่าการใช้แหล่งเงินภาษีอย่างเดียว ทั้งนี้เนื่องจากระบบประกันสังคมกำหนดเพดานรายได้สำหรับการคำนวณเงินสมทบที่ 15,000 บาทต่อเดือน ตัวเลขนี้ถูกใช้มาตั้งแต่ปี 2534 โดยไม่มีการปรับแต่อย่างใด ในขณะที่เงินเดือนขั้นต่ำมีการปรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ยังไม่สามารถบรรลุหลักการ "รวย-จน ช่วยกัน" ได้เท่าที่ควรจะเป็น

ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้แหล่งเงินทั้งหมดจากภาษี ซึ่งมีความเสี่ยงด้านงบประมาณในการบริหารกองทุนมากกว่าสิทธิประกันสังคมที่มีการสมทบจากผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล ที่ผ่านมางบประมาณโดยรวมของสิทธิหลักประกันสุขภาแห่งชาติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 56,091 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2546 เพิ่มเป็น 165,773 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2560[24] เห็นได้จากการขยายชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นมากขึ้น การขยายชุดสิทธิประโยชน์ย่อมส่งผลต่อภาระงบประมาณที่เพิ่มขึ้นด้วย สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการที่มีการจ่ายแบบ fee-for-service กรณีผู้ป่วยนอก ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมาก ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสังคมจ่ายแบบปลายปิด ระบบการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน ย่อมเป็นเหตุผลสำคัญที่ค่าใช้จ่ายรายหัวของสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลสูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสังคม

การประมาณการรายจ่ายสุขภาพระหว่าง ปี พ.ศ. 2556-2565 พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ใน ปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 5.0 ในปี พ.ศ. 2565 (ข้อสมมติฐาน การเติบโตทางเศรษฐกิจร้อยละ 3.0 ต่อปี) มีความห่วงใยเรื่องความยั่งยืนทางการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยเนื่องจาก

- เมื่อประเทศไทยและคนไทยมีรายได้สูงขึ้น ปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรังมีมากขึ้น จะทำให้มีอุปสงค์ด้านสุขภาพ และมีการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพใหม่ๆ มากขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็จะสูงขึ้น และสูงเร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ทั่วโลกก็แสดงชัดเจนเช่นนั้น

• การลงทุนภาครัฐด้านสุขภาพได้เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 10.4 ของค่าใช้จ่ายภาครัฐทั้งหมดใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 17 ใน พ.ศ. 2556

• รายจ่ายสุขภาพของคนไทยในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 4.6 ใน พ.ศ. 2556 ถึงแม้จะยังไม่สูงมากนัก แต่ก็มีอัตราการเพิ่มเร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ

• นอกจากนี้ ยังมีปัญหาความไม่เสมอภาคในการรับภาระค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างคนไทยภายในระบบหลักประกันสุขภาพเดียวกันและระบบหลักประกันสุขภาพที่ต่างกัน รวมทั้งยังมีโอกาสอีกมากในการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรที่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

• มีการจัดทำ เป้าประสงค์การเงินการคลังระบบสุขภาพ ปี 2565 โดยคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีการกำหนดโดยใช้ความยั่งยืน ความเพียงพอ ความเป็นธรรม และความมีประสิทธิภาพ (SAFE: Sustainability, Adequacy, Fairness and Efficiency) ประกอบด้วย 11 ตัวชี้วัด ซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งในการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรที่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด[25]

ตารางที่ 8.3 สรุป เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดและเป้าหมายด้านการเงินการคลัง ภายในพ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ (Goals)	ตัวชี้วัด (Indicators) และเป้าหมาย (Targets)
Goal 1 Sustainability	1. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ
	2. รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ไม่เกินร้อยละ 20 ของรายจ่ายของรัฐบาล (GGE)
Goal 2 Adequacy	3. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 4.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ
	4. รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 17
	5. รายจ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ ไม่เกินร้อยละ 20 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) และรายจ่ายของครัวเรือนต้องไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือร้อยละ 11.3 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE)
	6. อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 2.3 ของครัวเรือนทั้งหมด
	7. อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 0.47 ของครัวเรือนทั้งหมด

ตารางที่ 8.3 สรุป เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดและเป้าหมายด้านการเงินการคลัง ภายในพ.ศ. 2565 (ต่อ)

เป้าประสงค์ (Goals)	ตัวชี้วัด (Indicators) และเป้าหมาย (Targets)
Goal 3 Fairness	8. เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบ ระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม ให้ใกล้เคียงกับตอนเริ่มต้นระบบประกันสังคมเมื่อปี พ.ศ. 2534 โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตน ให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ
	9. เพิ่มความเป็นธรรมในการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (Pre-payment) ระหว่างผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก และการร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการ (Copayment) 9.1. บรรลุความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบก่อนการใช้บริการ (Pre-payment) ระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก มีข้อเสนอทางเลือกสองทาง ดังนี้ 9.1.1 คนไทยทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ หรือ 9.1.2 คนไทยทุกคนไม่ต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ 9.2 มีการระดมทุนจากการร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการสุขภาพ
	10. บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 10.1 รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted per capita expenditure) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยทั้งสามระบบหลัก ±10% 10.2 กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ
Goal 4 Efficiency	11. เพิ่มประสิทธิภาพ โดยต้องคำนึงถึงคุณภาพควบคู่กันไป 11.1 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Close ended budget) 11.2 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (Efficient reimbursement and price control system) 11.3 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (Collective purchasing power) 11.4 มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (Government intervention) อย่างเหมาะสม

8.4.2 ความเหลื่อมล้ำระหว่างประกันสุขภาพระบบต่างๆ

ถึงแม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการขยายหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนไทยทุกคน มานานเป็นสิบปีแล้ว พร้อมทั้งมีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั่วประเทศที่ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยมีผลกระทบด้านการเงินของครัวเรือนในระดับที่ต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาค แต่ประเทศไทยยังมีความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพด้านต่างๆ เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก อาทิเช่น

1. การอภิบาลระบบ (Governance) การดำเนินการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล

2. แหล่งเงิน แหล่งเงินส่วนใหญ่ของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 กองทุนหลัก มาจากเงินภาษี แต่ก็ยังมีความแตกต่างกันทั้งวิธีการจัดสรรเงินจากภาครัฐให้กองทุนและจำนวนเงินที่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐ

3. ชุดสิทธิประโยชน์ ถึงแม้โดยรวมชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน แต่ยังมีความแตกต่างในรายละเอียดอีกมาก เช่น สิทธิประโยชน์การรักษาทางทันตกรรม

4. ระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกำลังคนด้านสุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีปัญหาการกระจุกตัวในเฉพาะบางพื้นที่ อาทิเช่น กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง และเขตเมือง

5. วิธีการและอัตราการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล ระหว่าง 3 กองทุนหลักที่มีความแตกต่างกัน โดยสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการใช้การจ่ายตามปริมาณการใช้บริการ (Fee for Service) สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นระบบปลายเปิด ทำให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ในขณะที่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคม ใช้วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งทำให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า

6. การคุ้มครองสิทธิ การรับรู้สิทธิ การเข้าถึงบริการ คุณภาพการบริการ การเยียวยาความเสียหายต่อผู้ป่วย มาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งยังมีความแตกต่างกันระหว่างสามกองทุน

7. ระบบข้อมูล สถานพยาบาลต่างๆ ต้องรับภาระการบันทึกข้อมูลที่มากและหน่วยงานต่างๆ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างหน่วยงานด่านหน้าและหน่วยสนับสนุน ส่งผลให้ข้อมูลซ้ำซ้อน เพิ่มขั้นตอน เสี่ยงต่อความผิดพลาดข้อมูลขาดความถูกต้องและครบถ้วน

8. นอกจากนี้ยังมีความท้าทายในเรื่องของประสิทธิภาพการใช้เงินของแต่ละกองทุนและคุณภาพบริการ ซึ่งถึงแม้จะมีระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลโดยหน่วยงาน แต่ทั้งสองประเด็นก็ยังขาดการประเมินอย่างเป็นระบบ

มีปัจจัยต่างๆของความไม่เสมอภาค โดยปัจจัยต่างๆ เกิดจากทั้งระบบบริหารกองทุนและระบบการให้บริการ ยกตัวอย่างเช่น

• ด้านระบบบริหารกองทุน กองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนมีกฎหมาย มีกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงมีวิธีการโครงสร้างองค์กร การออกแบบและการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเพิ่มช่องว่างความไม่เสมอภาคมากขึ้น ทั้งที่ประชาชนไทยต้องหมุนเวียนเข้าออกระหว่าง 3 กองทุน

• ด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า ความไม่เสมอภาคในการกระจายตัวของผู้ให้บริการ ทั้งสถานพยาบาล บุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งประสิทธิภาพของการส่งต่อ

• วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาล (Provider payment method) มีรูปแบบและอัตราการจ่ายบริการสุขภาพจากกองทุนต่างๆ มีความแตกต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลให้บริการที่อาจแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกเลือกปฏิบัติ

ทั้งนี้ ได้มีข้อเสนอการสร้างความกลมกลืนระหว่างกองทุน ดังต่อไปนี้

• งบประมาณ ควรมีการใช้งบประมาณต่อหัวประชากรที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ซึ่งจะทำให้ความแตกต่างระหว่างกองทุนลดลงจนกระทั่งไม่แตกต่างกัน

• จัดทำชุดสิทธิประโยชน์กลางตามมาตรฐานการรักษาที่จำเป็นต่อสุขภาพของประชาชนทุกคน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง

• การสร้างความกลมกลืนของระบบบริการ ควรมุ่งเน้นการบริการที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง ทั้งมาตรฐานการรักษาเดียวกัน มีคุณภาพ ลดความเหลื่อมล้ำการบริการที่มีประสิทธิภาพ ระบบบริการที่เชื่อมร้อยกันทุกระดับ เช่น การส่งต่อผู้ป่วย ทั้งบริการป้องกันควบคุม รักษา ฟื้นฟู รวมถึงการสร้างกลไกเชื่อมร้อยในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและการบูรณาการการแพทย์ทางเลือก

• กองทุนควรมีการบูรณาการวิธีการและอัตราการจ่ายเงินสถานพยาบาลให้เป็นระบบและอัตราเดียว

• บูรณาการระบบข้อมูลทั้ง 3 กองทุน ให้เป็นข้อมูลระบบเดียวกัน

• กองทุนควรเพิ่มอำนาจการต่อรองในการจัดซื้อยาโดยเฉพาะที่มีผู้ขายรายเดียวและมีราคาสูง ซึ่งจะทำให้ได้ยาที่มีคุณภาพในราคาถูกลง เพื่อประหยัดงบประมาณ

• แต่อย่างไรก็ตามในเรื่องของการร่วมจ่าย มีผู้ให้ความเห็นว่าควรเป็นการตัดสินใจโดยฝ่ายการเมืองมากกว่า และจำเป็นต้องมีการพิจารณาเพิ่มเติมว่าการร่วมจ่ายควรจ่ายสำหรับสิทธิประโยชน์อะไรและควรมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันทั้ง 3 กองทุน

การสร้างความกลมกลืนควรเป็นหน้าที่ของรัฐบาล โดยกระบวนการสร้างความกลมกลืนจำเป็นต้องมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มต่างๆ และต้องมีการสร้างพลังอำนาจให้ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างเท่าเทียม กลไกบูรณาการ ควรมีการถอดบทเรียนจากต่างประเทศ และจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบปัจจุบันของประเทศไทย หากจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ควรต้องมีการพิจารณาความเหมาะสมขององค์ประกอบของคณะกรรมการอย่างถี่ถ้วน แต่อย่างไรก็ตาม กระบวนการสร้างความกลมกลืนยังไม่ได้เกิดขึ้นให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรม

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอเพื่อพัฒนางานวิจัยและการดำเนินงาน ที่จะนำไปสู่ความกลมกลืนระหว่างกองทุนดังนี้

• การเงินการคลัง ควรเพิ่มการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับแหล่งเงิน เพื่อใช้สำหรับการดำเนินงานของกองทุนของรัฐ

◊ การปฏิรูประบบภาษีโดยรวมของประเทศ แต่อย่างไรก็ตาม เรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่ของทั้งประเทศ ซึ่งอยู่นอกเหนือจากขอบเขตด้านสุขภาพ หากจะมีการทำวิจัยเรื่องการปฏิรูปภาษีในภาพรวมต้องประสานงานกับหน่วยวิชาการด้านอื่นๆ เช่น สภาพัฒน์ฯ กระทรวงการคลัง เป็นต้น

◊ การปฏิรูประบบแหล่งการคลังสุขภาพให้มีความยั่งยืน โดยพิจารณความเป็นไปได้ของแหล่งเงินจากภาษีอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ภาษีมรดก ภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง การจัดเก็บภาษีสุขภาพเฉพาะ (โดยอาจหักจากภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา) ภาษีมูลค่าเพิ่ม เป็นต้น

◊ การศึกษาแนวทางในการจัดสรรงบประมาณให้กับทุกกองทุนอย่างเป็นธรรม

• ระบบบริการสุขภาพ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาหน่วยบริการ ในด้านบุคลากร สาธารณูปโภคที่มีการกระจายตัวและครอบคลุมจำนวนประชากรทั้งหมด

• ชุดสิทธิประโยชน์

◊ ศึกษารายละเอียดของชุดสิทธิประโยชน์ที่ยังมีความแตกต่างกันระหว่างกองทุน เช่น การคลอดบุตร ทันตกรรม การตรวจสุขภาพ จากนั้น จัดกระบวนการสร้างความกลมกลืนและจัดการบริหารจัดการให้ได้ชุดสิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกันของทุกสิทธิ

◊ การพัฒนาและสร้างความกลมกลืนของระบบยา โดยอาจเริ่มจากการพัฒนากองทุนยา

• การจ่ายเงินสถานพยาบาล ขณะนี้แต่ละกองทุนมีวิธีการและอัตราการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาวิจัยผลกระทบของการจ่ายเงินที่แตกต่างกันระหว่างกองทุนว่ามีผลต่อการให้บริการและคุณภาพบริการหรือไม่ อย่างไร และแนวทางการปรับแก้ควรเป็นอย่างไร

• ระบบอภิบาล (Governance) งานศึกษาวิจัยเรื่อง Governance ของระบบประกันสุขภาพไทยยังมีไม่มากนัก มีข้อเสนอให้มีการศึกษาในเรื่องนี้เพิ่มมากขึ้น โดยมุ่งเน้นเรื่องการพัฒนากลไกกลางในการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ และให้มีการศึกษาเปรียบเทียบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยและประเทศต่างๆ ทั้งความเหมือนและความต่างในการบริหารจัดการ รวมทั้งข้อดีข้อเสียของการจัดการกองทุน

8.4.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างประชากรและระบาดวิทยา

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น ทั้งสองปัจจัยนี้ (การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรและระบาดวิทยา) ส่งผลต่อรูปแบบการทำงานด้านสุขภาพอย่างมาก รวมทั้งส่งผลต่องบประมาณด้านสุขภาพโดยตรงอีกด้วย การจัดการต่อสังคมผู้สูงอายุและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องใช้ความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

ความท้าทาย คือ การทำให้เกิดความสอดคล้องของนโยบายและการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพทั้งจากภายในและภายนอกระบบสุขภาพ เพื่อให้การตอบสนองต่อความท้าทายทางสุขภาพที่เกิด

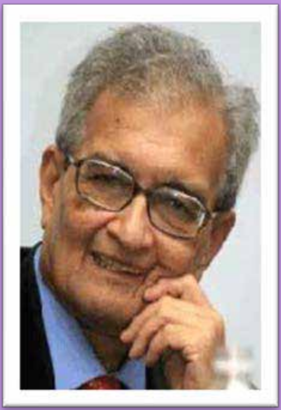
จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและระบาดวิทยา รวมทั้งผลกระทบจากการพัฒนา เศรษฐกิจ ประเทศไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนานโยบายหลายด้าน เช่น การส่งเสริมให้เข้าสู่ภาวะสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีและการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนด้านสังคมสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาไปเป็นโรคไม่ติดต่อ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นของประชาชนต่อการได้รับการรักษาแบบใหม่และราคาแพง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ต้องมีทรัพยากรมากขึ้น ในประเทศไทยโรคไม่ติดต่อคิดเป็นร้อยละ 75 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดภาวะทั้งหมด[26] และทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจถึง 404 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี 102,103 รัฐบาลจึงต้องมีความกล้าหาญและมีภาวะผู้นำสูงในการนำมาตรการที่ได้ผลและน่าลงทุนมากที่สุดมาใช้ในการป้องกันก่อนเกิดโรคด้วยการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของโรคโดยเฉพาะธุรกิจผลิตภัณฑ์ ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอาหารที่ก่อให้เกิดโรคอ้วน มาตรการ ทางราคาและภาษีเป็นหนึ่งในมาตรการที่ได้ผลและน่าลงทุนมากที่สุดในการจัดการกับผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ยังไม่ถูกใช้อย่างกว้างขวางในประเทศไทย มาตรการการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดและครอบคลุมมากขึ้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งใน การจัดการปัญหาอุบัติเหตุจราจร ซึ่งยังคงมีอัตราการตายที่สูงและไม่ลดลง การจัดการกับปัจจัยสังคมและปัจจัยการค้าที่มีผลกำหนดสุขภาพ (social and commercial determinants of health) เป็นสิ่งที่ท้าทายมาก ต้องการภาวะผู้นำที่มีความมุ่งมั่นอย่างแรงกล้าและมีจริยธรรมสูง ในการต่อสู้กับผลประโยชน์ด้านการค้าของสินค้าทำลายสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น บุหรี่และยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดการบริโภคน้ำตาล การลดการบริโภคเกลือและการเพิ่มกิจกรรมทางกาย

ทางออก คือ การดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Multisectoral Collaboration, MSC) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรค แต่วิธีการ (how to) ที่ทำให้ได้ผลสัมฤทธิ์สูงสุดของการร่วมมือกันของทุกภาคส่วนนั้นยังไม่เป็นที่กระจ่างชัดว่า มีกลยุทธ์หรือวิธีการอย่างไร

8.5 บทสรุปและการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพไทยในอนาคต

8.5.1 คำชื่นชมจากผู้นำระดับโลก

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC Scheme) ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับคำชื่นชมจากผู้นำระดับโลกหลายท่าน ดังแสดงในกรอบด้านล่าง



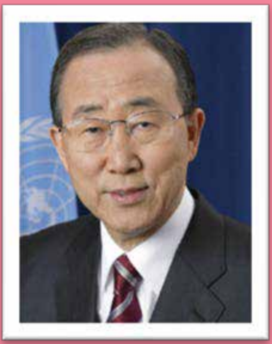
Quotation from Sen A, Universal health care, Health for all, now. World Nutrition, 2015; 6(3): 157-169

"Thailand UHC results in significant fall in IMR and U5MR, (IMR 11 per 1,000), remarkable rise in life expectancy at birth (>74 years),

Astonishing removal of rich-poor IMR disparities; so much so that Thailand's low IMR is now shared by the poorer and richer parts of

The 1998 Nobel Prize Laureate, Prof. Amartya Sen

"...In Thailand I saw the benefits and effects of UHC. Countries do not need to wait to become rich before they provide all these sanitation and health services to people. Thailand, for example, started moving towards UHC when per capita national income was only at $400. Thailand is a middle-income country but they started a long time ago. So, you don't have to wait to be rich to provide these health services to people..."



UN Secretary General; Ban Ki-Moon

Remarks to Private Sector Forum at Fourth High-level forum on Aid Effectiveness,

Busan, Republic of Korea

30 Nov 2011

"Thailand's universal coverage reform dates from 2001. The program has substantially increased health care utilization, especially among the previously uninsured. And, as of 2009, the program had already reduced by more than 300,000 the number of Thai people suffering catastrophic health care costs.

And let me acknowledge that Thailand launched its universal coverage program against concerns over fiscal sustainability initially raised by my own institution, the World Bank Group. Thailand's health leaders were determined to act boldly to provide access for their whole

World Bank President

Jim Yong Kim

Speech at 66th World Health Assembly: Poverty, Health and the Human Future

21 May 2013

Quotation from the official letter of WHO headquarter, issued on 6 July 2015, to H.E. General Prayut Chan-o-cha, Prime Minister, Royal Thai Government

WHO Director General

Margaret Chan

"...Thailand's Universal Health Coverage Systems is one of the best case examples on 'Good Health at Low Cost'. Although there are now more than 70 countries which have achieved Universal Health Coverage, but Thailand is so outstanding to be able to achieve it as such a low level of GDP per capita.

Let me once again congratulate Thailand, under your leadership and support, for its success on Universal

คำชื่นชมของผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกที่ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเป็นตัวอย่างที่ดีที่สุดของ 'สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง' ["Thailand's Universal Health Coverage Systems is one of the best case examples on 'Good Health at Low Cost'..."] เป็นการยืนยันอีกครั้งหนึ่งจากผู้นำระดับโลกว่าระบบสุขภาพไทยเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพสูง

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังเป็นที่กล่าวขานในการประชุมนานาชาติหลายแห่งและหลายครั้งอย่างมากถึงการเป็นตัวอย่างประเทศที่สามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในขณะที่มีรายได้ในระดับปานกลาง (middle income country) และประเทศไทยยังเป็นที่ศึกษาดูงานของหลายประเทศ ที่ให้ความสนใจเยี่ยมชมวิธีการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน

8.5.2 ผลสัมฤทธิ์โดยย่อ

ประชาชน 47 ล้านคนในระบบ UCS ซึ่งร้อยละ 50 เป็นคนจนและจนที่สุด 40 percentiles (using wealth index) ของประเทศ สามารถเข้าถึงบริการมากขึ้น การเข้าถึงบริการเป็น pro-poor utilization คนจนซึ่งเป็นสมาชิกส่วนใหญ่ของ UCS ได้รับประโยชน์จากรายจ่ายสุขภาพของรัฐบาล (pro-poor benefit incidence) สัมฤทธิผลของ UCS นี้ เป็นมาตรการแห่งรัฐ ในการกระจายรายได้ที่มีประสิทธิผลสูงสุดเป็นการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพแห่งชาติ (national health security) และเป็นการแปลงเจตนารมย์ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2550 มาตรา 51 และมาตรา 80 ว่าด้วยสิทธิ์ในการเข้ารับบริการสาธาณสุขของประชาชน และหน้าที่แห่งรัฐในการจัดบริการสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติและได้ผลจริง

ครัวเรือนไม่ประสบปัญหารายจ่ายสุขภาพที่ทำให้ถึงกับสิ้นเนื้อประดาตัวหรือจนลงภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ทั้งนี้เพราะชุดสิทธิประโยชน์มีความครอบคลุมสูง บริการสุขภาพเกือบไม่มีการจ่ายร่วม ณ จุดบริการ (copayment) ประชาชนไทยมีสุขภาพดีขึ้น ป้องกันมิให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เช่น จากโรคเอดส์ มะเร็งและไตวาย ซึ่งในอดีตก่อนที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คนไทยที่ยากจนเหล่านี้ ไม่สามารถเข้าถึงบริการราคาสูงเหล่านี้ได้เลย ต้องเสียชีวิตเนื่องจากไม่มีเงินรักษา ทั้งที่สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคมเข้าถึงได้ หรือหากผู้ป่วยเข้าถึงได้แต่ก็ต้องขายวัว ขายควาย ที่นาหรือกู้เงิน จนเป็นหนี้สินล้นพ้นตัว เหตุการณ์เหล่านี้ "กลายเป็นประวัติศาสตร์" ไปแล้ว

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ บริหารโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ระบบสุขภาพมีประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินงบประมาณและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ด้วยหลากหลายวิธีการ เช่น การใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (closed end budget) การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลล่วงหน้าแบบปลายปิด การต่อรองราคาค่ายาและอุปกรณ์การแพทย์ให้ได้ราคาต่ำ คุณภาพดี (monopsonistic purchasing power) contractual agreement ระหว่าง สปสช. และระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ สถานีอนามัย (ปัจจุบันเรียก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และโรงพยาบาลชุมชน โดยมีระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับจังหวัด ทำให้การใช้บริการตามระดับความสามารถอย่างสมเหตุสมผล ประหยัด และมีประสิทธิภาพ งบประมาณในการบริหารจัดการของ สปสช. เฉลี่ย ระหว่างปีงปบระมาณ 2545-2547 คิดเป็นประมาณร้อยละ 2.6 ของงบประมาณ UC Scheme ทั้งหมด เนื่องจากมีการลงทุนด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ งบบริหารของ สปสช. ลดลงเป็นเพียงร้อยละ 0.8 โดยเฉลี่ยระหว่างปีงบประมาณ 2548-2559 นับเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพสูง เนื่องจากกองทุนใช้เงินงบประมาณประจำปีของรัฐบาล จึงไม่ต้องจัดเก็บเงินสมทบล่วงหน้า ซึ่งแตกต่างจากระบบประกันสังคม ดังนั้น สปสช. จึงทุ่มสรรพกำลังเพื่อการพัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การเข้าถึง ประสิทธิภาพและการคุ้มครองผู้มีสิทธิ์ นอกจากนี้ การใช้เงินงบประมาณของรัฐที่มีแหล่งเงินจากภาษีทั่วไป มีความก้าวหน้ามากกว่าเงินสมทบล่วงหน้าสามฝ่ายในระบบประกันสังคม เนื่องจากประกันสังคมไม่ได้ปรับเพดานสูงสุดของค่าจ้างเพื่อ

การคำนวณเงินสมทบ เพดานค่าจ้างกำหนดไว้ที่ 15,000 บาทต่อเดือน ใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 ในขณะที่ค่าจ้างขั้นต่ำปรับสูงขึ้นทุกปี นอกจากนี้ สปสช. ยังมีศักยภาพและความสามารถ (institutional capacities) สูงในการบริหารจัดการและการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ

8.5.3 ปัจจัยแห่งผลสัมฤทธิ์

ระบบสุขภาพไทย มีศักยภาพสูง เนื่องจากใน 4 ทศวรรษ ระหว่างปี 2513-2543 กระทรวงสาธารณสุขได้ลงทุนด้านโครงสร้างระบบบริการสุขภาพในชนบท ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างดี บริการสุขภาพในระดับอำเภอ ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยเป็นจุดยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการบรรลุประสิทธิภาพการใช้บริการ การส่งเสริมการส่งต่อผู้ป่วย ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ สิ่งสำคัญ คือ บุคลากรสุขภาพทุกสายงานมีศักยภาพในการให้บริการสูง (clinical and public health competencies) และมีจริยธรรมในวิชาชีพ การพัฒนาบุคลากรสุขภาพ โครงการผลิตแพทย์พยาบาลเพื่อชาวชนบท การผูกพันใช้ทุนในชนบทโดยบุคลากรสาธารณสุข ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2515 เป็นต้นมา ล้วนเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

8.6. ข้อเสนอแนะ

ก) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) เป็นนวัตกรรมทางสังคมของประเทศไทยที่ประสบความสำเร็จสูง ทุกภาคส่วนในสังคมไทย พึงตระหนักในข้อเท็จจริงเหล่านี้ และส่งเสริมสนับสนุนให้คงอยู่คู่กับระบบสุขภาพไทย

ข) ความยั่งยืนเรื่องการเงินการคลังระบบสุขภาพ จากการที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาศัยงบประมาณประจำปีของรัฐบาลเป็นหลัก (สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้งบประมาณประจำปีของรัฐบาลแต่เพียงแหล่งเดียว มีเฉพาะประกันสังคมที่ได้รับเงินสมทบล่วงหน้าจากนายจ้าง ลูกจ้างร่วมกับเงินสมทบจากงบประมาณของรัฐ) ซึ่งอาจเกิดความแปรผันตามกระแสการเมือง และระบบเศรษฐกิจของประเทศในแต่ละปี โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะเศรษฐกิจถดถอยหรืออัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้ดังนั้น ความยั่งยืนด้านการเงินการคลังระบบสุขภาพจึงเป็นประเด็นที่หลายภาคส่วนมีความห่วงใยอย่างมาก ได้มีความพยายามของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ในการพัฒนาเป้าหมายและตัวชี้วัดในระบบการคลังสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงทางการคลัง (sustainability), ความเพียงพอ (adequacy) ความเสมอภาค (fairness) และประสิทธิภาพ (efficiency) เพื่อการพัฒนาระบบการเงินการคลังระบบสุขภาพไทยทั้งระบบในระยะยาวต่อไป เน้นย้ำว่าต้องเป็นการพัฒนาทั้งระบบ รวมทั้งระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามกองทุนหลัก มิใช่เพียงแค่เฉพาะประกันสุขภาพระบบใดระบบหนึ่งเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างสามกองทุนที่กล่าวถึงในความท้าทายที่สองด้วย

ค) ความเหลื่อมล้ำระหว่างหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 กองทุน ระหว่าง สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการที่มีรายจ่ายสูงกว่าประกันสุขภาพแห่งชาติถึง 4 เท่า แสดงให้เห็นถึงการขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความเหลื่อมล้ำ นอกจากนี้ระบบการเงินของทั้งสามกองทุนก็แตกต่างกัน แหล่งการเงินของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเหมือนกัน คือ เงินงบประมาณประจำปีจากรัฐบาล แต่มีความต่างกันอย่างมากในจำนวนเม็ดเงินต่อสมาชิกหนึ่งคนที่ได้รับสนับสนุนจากรัฐบาล ทั้งนี้เนื่องจากสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการใช้วิธีการจ่ายเงินแบบการเบิกตามรายการ (fee-for-service) ให้แก่สถานพยาบาล ซึ่งเป็นการจ่ายแบบปลายเปิดทำให้ควบคุมรายจ่ายไม่ได้ ต่างจากประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้วิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลแบบปลายปิดส่งผลให้เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี ถึงแม้ว่า

จะมีความพยายามให้ทั้งสามกองทุนหลักใช้วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลด้วยวิธีเดียวกันด้วยการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups, DRG) แต่ก็มีความต่างกันอย่างมากเรื่องอัตราจ่ายที่ไม่เท่ากัน นอกจากนี้ สามกองทุนหลักยังมีความแตกต่างกันในอีกหลายประการ เช่น ชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนยกตัวอย่างบริการทันตกรรม การอภิบาลระบบที่ต่างกันของทั้งสามกองทุน ระบบข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเกิดความตระหนักรู้ถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำเป็นอย่างดี พร้อมทั้งมีความพยายามในแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำของทั้งสามกองทุน การปรับแก้ข้อบกพร่องเล็กๆ น้อยๆ ของแต่ละกองทุนคงไม่สามารถนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำได้อย่างแท้จริง คงมีเพียงการปฏิรูปใหญ่เท่านั้นที่จะลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเสมอภาคด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนคนไทยได้อย่างจริงจัง แต่ทว่าหนทางของการปฏิรูปและการดำเนินการที่จะนำไปสู่การสร้างความกลมกลืนเพื่อแก้ไขความเหลื่อมล้ำนั้นเป็นสิ่งท้าทายอย่างมากของประเทศไทย

ง) การติดตามและประเมินผลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยทั้งสามกองทุนอย่างเป็นระบบจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง สิ่งสำคัญคือ ต้องนำผลการประเมินมาพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ดียิ่งๆขึ้นไปอีก เมื่อมีวิวัฒนาการต่างๆ เกิดขึ้น การบันทึกไว้เป็นรายงานหรือการตีพิมพ์เป็นบทความวิชาการเผยแพร่ในวารสารวิชาการทั้งในและนอกประเทศเป็นสิ่งจำเป็นอีกประการหนึ่ง นอกจากจะเป็นการแบ่งปันความรู้และประสบการณ์การทำงานแล้ว ยังเป็นการถ่ายทอดความรู้จากรุ่นสู่รุ่นอีกด้วย ข้อเสนอแนะการติดตามและประเมินผล UHC และ UC Scheme มีดังนี้

1. ระบบข้อมูลที่สำคัญสองระบบ ได้แก่ (1) การสำรวจครัวเรือน และ (2) ข้อมูลจากสถานพยาบาลทั้งนี้สามารถพัฒนาต่อไปให้เป็นระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้ โดยข้อมูลจากสถานพยาบาลต้องมีการรวมศูนย์ไว้ที่ส่วนกลางอย่างครบถ้วน จึงจะเกิดประโยชน์ในระดับประเทศ

2. การติดตามการใช้บริการสุขภาพ (service coverage) และการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินของครัวเรือน (financial risk protection) ทั้งในเชิงปริมาณและความเสมอภาค ที่ได้จากการสำรวจ HWS และ SES เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การใช้บริการสุขภาพ ควรต้องมีการติดตามประสิทธผลของการใช้บริการด้วย (effective coverage) เช่น ผู้ป่วยเบาหวานได้รับยาและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

3. ควรต้องมีการวัดและการติดตาม ‘ระยะเวลาการรอคอย (waiting time)’ ซึ่งในขณะนี้ยังไม่มีระบบติดตามในระดับประเทศ ทำให้ขาดข้อมูลระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการสุขภาพบางชนิดที่สำคัญ หรือ บริการสุขภาพบางประเภทที่มีจำนวนผู้ให้บริการได้น้อยราย ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาระบบการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นไป

4. ระบบทะเบียนราษฎร์มีความครอบคลุมการเกิดได้อย่างดีมาก ควรต้องมีการพัฒนาความถูกต้องของสาเหตุการตายให้มีความถูกต้องแม่นยำมากยิ่งขึ้นเพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตามผลกระทบจากการตายต่อไป

5. ข้อมูลประจำจากสถานพยาบาลที่บันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ มีประโยชน์มากในการติดตามความแปรปรวน (variations) ของผลการรักษาของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน รวมทั้งประกันสุขภาพระบบต่างๆด้วย การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในจากสถานพยาบาลต่างๆทั่วประเทศมารวบรวมไว้ที่ส่วนกลางแห่งเดียวเป็น Single National Inpatient Dataset ได้ประโยชน์มากในการวิเคราะห์ผลต่างๆ จึงควรมีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในและการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายโรค (Disease Registries) ต่างๆไว้ที่ส่วนกลาง เป็น Single National Dataset ด้วย ฐานข้อมูล disease registries มีประโยชน์อย่างยิ่งในการประเมินผลลัพธ์ ของการรักษา เช่น อัตราอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยไตวาย ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และผู้ป่วย มะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น