รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553)

รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553)

เลขมาตรฐานประจำหนังสือ
978-974-299-178-4
พิมพ์ครั้งที่ 1 มีนาคม 2555 จำนวน 1,700 เล่ม
ศิลปกรรม บริษัท ดีเซมเบอรี่ จำกัด
ภาพประกอบโดย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)
และ สวรส. / เริงฤทธิ์ คงเมือง

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซ.สาธารณสุข 6
ถ.ติวานนท์ 14 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2832 9200 โทรสาร 0 2832 9201
www.hsri.or.th

ดาวน์โหลดหนังสือเล่มนี้และงานวิจัยอื่นๆ ของ สวรส.
และเครือข่ายได้ที่ คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส.
และองค์กรเครือข่าย http://kb.hsri.or.th

รายนามผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำรายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544-2553)

ที่ปรึกษา: ผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ

Timothy G. Evans, BRAC University

Mushtaque R. Chowdhury, Rockefeller Foundation

David B. Evans, World Health Organization

Armin H. Fidler, World Bank

Magnus Lindelow, World Bank

Anne Mills, London School of Hygiene & Tropical Medicine

Xenia Scheil-Adlung, International Labour Organization

เลขานุการคณะทำงานวิจัย:

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร[1], พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข[2], สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์[3], วลัยพร พัชรนฤมล[1], อังสุมาลี ผลภาค[3],และพัชนี ธรรมวันนา[3]

รายนามนักวิจัย

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร[1], พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข[2], สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์[3], ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์[1], หทัยชนก สุมาลี[1], ภูษิต ประคองสาย[1], วลัยพร พัชรนฤมล[1], จิรบูรณ์ โตสงวน[1], นุชรี ศรีวิโรจน์[4], ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย[5], วินัย ลีสมิทธิ์[6], พินิจ ฟ้าอำนวยผล[7], นุศราพร เกษสมบูรณ์[8], บุญชัย กิจสนาโยธิน[2], ครรชิต สุขนาค[9], จเด็จ ธรรมธัชอารี[10], วีระศักดิ์ พุทธาศรี[1], สงครามชัย ลีทองดี[11], David Hughes[12], ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล[13], ธีระ วรธนารัตน์[14], รัศมี ตันศิริสิทธิกุล[13], ยงยุทธ พงษ์สุภาพ[10], จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์[14], นงลักษณ์ พะไกยะ[1], ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย[14], วัฒน์ชัย จรูญวรรธนะ[15], พงศา พรชัยวิเศษกุล[16], สุพล ลิมวัฒนานนท์[8], จุฬาภรณ์ ลิมวัฒนานนท์[8], อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา[8], วรเวศม์ สุวรรณระดา[16] และสมประวิณ มันประเสริฐ[16]

ผู้เขียนรายงานฉบับภาษาอังกฤษ

Joanne McManus

หมายเหตุ: รายงานฉบับภาษาอังกฤษพัฒนาจนเสร็จสมบูรณ์โดยได้รับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, David Hughes, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สุพล ลิมวัฒนานนท์, วินัย ลีสมิทธิ์ และวลัยพร พัชรนฤมล

---

1 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
2 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
3 สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
4 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
5 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
6 โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
7 สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
8 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9 คณะวิทยาการจัดการและสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
10 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
11 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
12 Swansea University
13 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
14 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
15 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
16 คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กว่าจะเป็นรายงานฉบับนี้...

การที่ประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนาและมีรายได้ประชาชาติอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางต่ำสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนไทยได้นั้น นับว่าเป็นเรื่องที่ได้รับความสนใจอย่างมากในระดับนานาชาติ ทำให้หลายประเทศสนใจเข้ามาศึกษาว่าประเทศไทยทำได้อย่างไรและที่สำคัญก็คือจะยั่งยืนหรือไม่ ซึ่งพวกเราก็ทราบกันดีว่าการดำเนินนโยบายดังกล่าวมิได้เป็นไปอย่างราบรื่นแต่ประสบกับปัญหาอุปสรรคนานับประการ แม้ว่าผลการประเมินก่อนหน้านี้บ่งชี้ว่านโยบายดังกล่าวประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูงตามเป้าประสงค์เชิงนโยบาย แต่มีข้อวิพากษ์ว่าการประเมินไม่รอบด้านพอ มุ่งพิจารณาแต่ด้านบวก ประจวบเหมาะกับจะมีการจัดประชุมนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลประจำปี 2555 ในหัวข้อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น จึงเป็นโอกาสอันดีในการประเมินหนึ่งทศวรรษระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างรอบด้าน

แนวคิดในการประเมินแต่เดิมนั้นต้องการให้นักวิจัยต่างประเทศเป็นผู้ประเมิน อย่างไรก็ดี เนื่องจากการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมิได้จำกัดอยู่ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น แต่มุ่งพิจารณาการดำเนินการของระบบบริการสาธารณสุขโดยภาพรวม ซึ่งจะต้องใช้ระยะเวลาในการประเมิน และผู้ประเมินจะต้องมีความเข้าใจในระบบ ดังนั้นการประเมินจำเป็นต้องใช้ทีมนักวิจัยไทยจากหลากหลายหน่วยงานร่วมกันทำการประเมินภายใต้การให้คำปรึกษาแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ โดยมีการประชุมเพื่อหารือร่วมกันหลายครั้งผ่านทางโทรศัพท์ระหว่างประเทศและมีการประชุมร่วมกันครั้งแรก ระหว่างการประชุม the First Global Symposium on Health System Resarch ที่เมือง Montreux ระหว่างวันที่ 16-19 พฤศจิกายน 2553 จนได้กรอบการประเมินร่วมกัน และมีการประชุมเพื่อนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นที่กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 10-13 ตุลาคม 2554 และภายหลังจากการนำเสนอผลการศึกษาในที่ประชุมนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2555 เพื่อปรับปรุงรายงานฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

รายงานฉบับนี้จึงสำเร็จขึ้นด้วยความร่วมมือกันระหว่างทีมนักวิจัยไทยซึ่งเป็นผู้ดำเนินการประเมินและผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศที่ให้ความคิดเห็นเป็นระยะตลอดระยะเวลาการประเมิน

ทีมผู้ถอดความและเรียบเรียงภาษาไทย

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ นพคุณ ธรรมธัชอารี
อังสุมาลี ผลภาค วรรณภา บำรุงเขต
สุธีรดา ฉิมน้อย อาณัติ วรรณศรี
และอุทุมพร วงษ์ศิลป์
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณหน่วยงานต่อไปนี้ที่สนับสนุนทุนวิจัยสำหรับการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553) ได้แก่ มูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (Prince Mahidol Award Foundation) องค์การอนามัยโลก สำนักงานภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO SEARO) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

และขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศทุกท่านที่ได้สละเวลาในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำต่างๆ ในระหว่างการประเมินและการเขียนรายงานการประเมินผลโดยมิได้รับค่าตอบแทน ประกอบด้วย Timothy G. Evans จาก มหาวิทยาลัย BRAC ประเทศบังคลาเทศ หัวหน้าทีมผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ, Mushtaque R. Chowdhury จากมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์ David B. Evans จากองค์การอนามัยโลกสำนักงานใหญ่, Armin H. Fidler และ Magnus Lindelow จากธนาคารโลก, Anne Mills จาก London School of Hygiene & Tropical Medicine และ Xenia Scheil-Adlung จากองค์การแรงงานระหว่างประเทศ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

หลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขไทยได้พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสาธารณสุขมาร่วมสี่ทศวรรษ และพัฒนาระบบการคลังรวมหมู่หรือระบบประกันสุขภาพต่างๆ มาร่วมสามทศวรรษ ประเทศไทยก็สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยได้ในปี พ.ศ. 2545 ส่งผลให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ต่างๆ และได้รับการปกป้องมิให้ล้มละลายจากภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพ แม้ว่าความสำเร็จนี้จะเกิดขึ้นจากปัจจัยหลายประการ แต่ก็ปฏิเสธมิได้ว่าปัจจัยสำคัญที่สุดก็คือ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถขยายความครอบคลุมไปยังประชากร 47 ล้านคน หรือร้อยละ 75 ของประชากรไทยทั้งหมดได้ภายใน 1 ปี หลังจากรัฐบาลประกาศนโยบายดังกล่าว ซึ่งคนกลุ่มนี้เดิมอยู่ภายใต้ระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) บัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข (บัตรสุขภาพ 500 บาท) และประชาชนอีก 18 ล้านคนที่ก่อนหน้านี้ไม่มีประกันสุขภาพใดๆ นอกจากจะสามารถขยายความครอบคลุมได้อย่างรวดเร็วแล้ว รัฐบาลไทยยังประกาศนโยบายดังกล่าวในช่วงที่ประเทศยังไม่พ้นช่วงวิกฤติเศรษฐกิจเอเชีย (พ.ศ. 2540) ขณะนั้นมีรายได้ประชาชาติต่อหัวต่อปีเพียง 1,900 เหรียญสหรัฐ และดำเนินการโดยไม่สนใจเสียงคัดค้านจากผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศที่มีความเห็นว่าระบบดังกล่าวไม่น่าจะยั่งยืนทางการเงิน

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีสัมฤทธิ์ผลที่น่าประทับใจในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอัตราความชุกของการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (unmet need) ของประชาชนไทยอยู่ในระดับที่ต่ำมาก ลดภาระรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลของครัวเรือนโดยเฉพาะในกลุ่มคนจน ทำให้ลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำของภาระรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือนระหว่างกลุ่มคนยากจนและกลุ่มคนรวย นอกจากนั้นระบบนี้ยังทำให้การอุดหนุนงบประมาณภาครัฐไปสู่กลุ่มคนจนเพิ่มขึ้น และอุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ยากจนอันเนื่องมาจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลลดลงจากร้อยละ 2.7 ในปี พ.ศ. 2543 เหลือร้อยละ 0.49 ในปี พ.ศ. 2552

ตัวชี้วัดซึ่งบ่งชี้ถึงความสำเร็จของระบบดังกล่าวได้เป็นอย่างดีอีกประการก็คือ ความพึงพอใจของประชาชนที่อยู่ในระดับสูงและเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2553 และแม้กลุ่มผู้ให้บริการพึงพอใจต่อระบบดังกล่าวค่อนข้างต่ำในระยะแรก คือเพียงร้อยละ 39 ในปี พ.ศ. 2547 แต่เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 79 ในปี พ.ศ. 2553

ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นเป็นข้อค้นพบสำคัญจากการประเมินการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก ซึ่งทำการประเมินในปี พ.ศ. 2554 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประเมินว่าการปฏิรูปในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีประเด็นใดบ้างที่ประสบผลสำเร็จและประเด็นใดบ้างที่ไม่ประสบผลสำเร็จ มีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อเสนอแนะต่อประเทศไทยในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป รวมถึงเสนอบทเรียนสำหรับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ที่กำลังขับเคลื่อนประเทศสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กรอบการประเมินมีทั้งหมด 5 ด้าน ประกอบด้วย กระบวนการพัฒนานโยบายและการออกแบบระบบ บริบทด้านนโยบายรัฐและการปฏิรูปอื่นของรัฐ การดำเนินนโยบาย การอภิบาลระบบ และผลกระทบของนโยบายที่มีต่อระบบสาธารณสุข

โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ครัวเรือน และระบบเศรษฐกิจมหภาค ทั้งนี้รายงานฉบับนี้เป็นการสังเคราะห์ข้อค้นพบที่สำคัญจากรายงานฉบับเต็มที่ดำเนินการโดยทีมนักวิจัยไทยซึ่งสามารถสืบค้นได้จากเว็บไซต์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข www.hsri.or.th

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีเป้าประสงค์หลักคือ การสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับคนไทยทุกคน มีลักษณะสำคัญ 3 ประการคือ 1) อิงระบบภาษีและไม่ต้องจ่ายเมื่อไปใช้บริการ 2) ครอบคลุมสิทธิประโยชน์อย่างรอบด้านและให้ความสำคัญกับระบบบริการปฐมภูมิและบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และ 3) ใช้ระบบงบประมาณและการจ่ายค่าบริการแบบปลายปิดเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย รวมถึงมีกลไกสำหรับการคุ้มครองสิทธิแก่ประชาชน การให้ข้อมูล และการรับเรื่องร้องเรียน มีระบบการชดเชยกรณีได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล รวมถึงการกำหนดให้โรงพยาบาลต้องมีระบบพัฒนาคุณภาพบริการ (hospital accreditation)

กลุ่มนักการเมือง ภาคประชาสังคม และนักวิชาการ ต่างมีบทบาทสำคัญในการผลักดันการปฏิรูปในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่การผ่าน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การออกแบบระบบ การดำเนินนโยบาย และการประเมินผล ทั้งนี้ประสบการณ์และบทเรียนจากการดำเนินงานระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ก่อนหน้านี้ถูกนำมาใช้ในการออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการขยายหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างถ้วนหน้าในเวลาอันสั้นนั้น เป็นผลจากการมีโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นและระบบมีความพร้อมสำหรับการดำเนินการ เช่น การมีโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมไปถึงระดับอำเภอและตำบล มีหน่วยงานวิจัยนโยบายและระบบสาธารณสุขที่มีศักยภาพ มีศักยภาพในการบริหารระบบสาธารณสุข และมีระบบฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ที่พร้อมใช้งาน

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในระบบสาธารณสุข ทั้งในด้านการอภิบาลระบบและการเงินการคลัง เกิดองค์กรใหม่ มีความสัมพันธ์และวิธีการทำงานแบบใหม่ เริ่มจากมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

เพื่อทำหน้าที่ในการซื้อบริการแทนประชาชน บริหารงบประมาณสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขแทนกระทรวงสาธารณสุข มีการออกแบบการอภิบาลระบบที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภาคส่วนต่างๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ความโปร่งใส ตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนและมีความรับผิดชอบ มีการใช้กลไกทางการเงินเป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยมุ่งความสำคัญไปที่ระบบบริการปฐมภูมิ และอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นเครื่องมือในการทัดทานแรงต้านในการปฏิรูปจากผู้มีส่วนได้เสียบางกลุ่ม

ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย

ผลการประเมินชี้ให้เห็นว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบความสำเร็จอย่างน่าทึ่งหลายประการ อย่างไรก็ดีการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องการความต่อเนื่องและจำเป็นต้องมีการปฏิรูประยะยาวเพื่อรองรับประเด็นท้าทายต่างๆ ในอนาคต ทั้งนี้คณะนักวิจัยมีข้อเสนอ 2 ด้านหลัก สำหรับประเทศไทยในการก้าวสู่ทศวรรษที่สองของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนและมีพัฒนาการที่ดีขึ้น

1. ประเด็นการปฏิรูปที่ยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ

การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาของไทยมิได้เป็นการปฏิรูปอย่างรอบด้านตามข้อเสนอหรือแผนที่วางไว้แต่แรก แต่มีลักษณะการปฏิรูปเฉพาะส่วน กล่าวคือสิ่งใดสามารถดำเนินการได้ จะดำเนินการก่อน เช่น เมื่อมีการก่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว ก็ยังคงให้กรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคมทำหน้าที่ดูแลกองทุนประกันสุขภาพอีกสองระบบ หรือมีการปฏิรูปการจัดสรรและการจ่ายค่าบริการแต่มิได้มีการปฏิรูปการบริหารด้านกำลังคน เป็นต้น นอกจากนี้บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขก็ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงจำเป็นต้องมีการปฏิรูปต่อไปในประเด็นต่างๆ ดังนี้

การอภิบาลและการซื้อบริการเชิงกลยุทธ์

- ควรมีการปรับองค์ประกอบของคณะกรรมการในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้มั่นใจได้ว่าระบบจะมีความรับผิดชอบต่อสังคมและโปร่งใส มีการบริหารจัดการและป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนของคณะกรรมการและอนุกรรมการต่างๆ ควรขยายบทบาทของตัวแทน

ภาคประชาสังคมและชุมชน และแต่งตั้งตัวแทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่มีความเป็นอิสระ เพื่อป้องกันการแทรกแซงทางการเมืองหรือมิให้มีกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเข้ามามีอิทธิพลในการจัดการทั้งหมด

- ต้องให้ความสำคัญกับการจัดการความสัมพันธ์ระหว่าง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ทั้งสององค์กรสามารถร่วมกันในขี้นำการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบสาธารณสุขในมุมมองที่กว้างขึ้น ทั้งนี้ในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะถัดไป ทั้งสองฝ่ายต้องตระหนักว่าจำเป็นต้องทำงานร่วมกันและพึ่งพาซึ่งกันและกัน การสร้างความไว้วางใจระหว่างกันจึงเป็นสิ่งจำเป็น
- ต้องแก้ปัญหาเรื่องการกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรมระหว่างพื้นที่ รวมถึงต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่กระทรวงสาธารณสุขให้มีศักยภาพในการจัดทำนโยบายกำลังคนแห่งชาติและพัฒนากำลังคนในระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ

การบริหารการแยกบทบาทระหว่างองค์กรซื้อและให้บริการ

- ต้องพัฒนาบทบาทการซื้อบริการและส่งเสริมให้มีการแข่งขันระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่
- พัฒนาศักยภาพของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อให้สามารถให้บริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างรอบด้านมากยิ่งขึ้น รวมถึงพัฒนาประสิทธิภาพของระบบการส่งต่อผู้ป่วย
- พัฒนาศักยภาพในการใช้ข้อมูลเพื่อติดตามกำกับคุณภาพบริการของหน่วยบริการต่างๆ โดยควรมีตัวชี้วัดและมาตรวัดเปรียบเทียบ เพื่อประเมินผลกระทบของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงเทคโนโลยี และบริการป้องกันโรคปฐมภูมิและทุติยภูมิในกลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญ

การผสานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน

- ลดความไม่เป็นธรรมระหว่างกองทุนต่างๆ
- ปรับให้แต่ละกองทุนมีลักษณะใกล้เคียงกันหรือไม่ต่างกัน เช่น ชุดสิทธิประโยชน์ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และวิธีการจ่ายค่าบริการ
- สร้างองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นข้อดีและข้อด้อยของแต่ละกองทุนเพื่อเป็นประโยชน์ในการขับเคลื่อนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในอนาคต

2. ประเด็นที่ท้าทายในอนาคต

สำหรับประเด็นที่ท้าทายในอนาคตนั้น มีความสำคัญตั้งแต่ทศวรรษที่ผ่านมาและจะทวีความสำคัญมากยิ่งขึ้นจากบริบทที่กำลังเปลี่ยนไป

บทบาทภาคเอกชน

- ควรเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการให้บริการเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันต้องมีระบบการกำกับมาตรฐานเดียวกันทั้งสำหรับสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน การปล่อยให้มีสองระบบและมีมาตรฐานในการกำกับที่แตกต่างกัน อาจไม่เป็นผลดีต่อการพัฒนานโยบายและระบบสาธารณสุขในระยะยาว ทั้งนี้หลายประเทศที่จัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนนั้น แพทย์และสถานพยาบาลเอกชนถูกจัดเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการภาครัฐเพราะใช้เงินของภาครัฐในการให้บริการ

การกระจายอำนาจ

- จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาจุดสมดุลระหว่างการรวมศูนย์และการกระจายอำนาจที่เหมาะสม ทั้งนี้กรอบการซื้อบริการสุขภาพแห่งชาติควรต้องกระจายอำนาจบางส่วนไปยังพื้นที่ เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกับโครงสร้างอำนาจในพื้นที่และให้ชุมชนได้มีบทบาทในการร่วมตัดสินใจเพิ่มขึ้น
- ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินการซื้อและการจัดบริการในระดับพื้นที่ (local commissioning) ว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีกว่าการซื้อบริการตรงจากส่วนกลางและระดับจังหวัดหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการปฐมภูมิ

การเปลี่ยนผ่านด้านระบาดวิทยาและการชราภาพของประชากร

- เพื่อลดผลกระทบจากการเปลี่ยนผ่านด้านระบาดวิทยาและการชราภาพของประชากรไทย จำเป็นต้องมีการพัฒนานวัตกรรมใหม่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยลดการพึ่งพาโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีราคาแพง มุ่งให้ความสำคัญกับบริการนอกสถานพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะปัจจัยด้านสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ

การติดตามกำกับคุณภาพบริการ การประกันคุณภาพบริการ และการประเมินเทคโนโลยี

- จำเป็นต้องพัฒนาการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลการให้บริการเพิ่มมากขึ้นเพื่อติดตามกำกับคุณภาพบริการ รวมถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการรักษาพยาบาล
- ควรมีการพัฒนาศักยภาพของกลไกการประเมินเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ซื้อบริการมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจ รวมถึงเกิดความคุ้มค่าของการจ่ายเพื่อใช้เทคโนโลยีต่างๆ

บทเรียนสำหรับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ

มีปัจจัยหลายประการที่นำมาซึ่งความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย เริ่มตั้งแต่การมีคำมั่นสัญญาทางการเมืองและการสนับสนุนงบประมาณ การมีกลไกภาคประชาสังคมที่เข้มแข็ง การมีโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่ตอบสนองต่อประชาชน การมีศักยภาพในการสร้างและใช้องค์ความรู้เพื่อกำหนดนโยบาย มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และมีการขยายเพดานงบประมาณสำหรับบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้อาจไม่ได้มีพร้อมในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ แต่ทุกสิ่งสามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ และประเทศต่างๆ ควรต้องหาวิธีการขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของตนเอง เนื่องจากไม่มีแบบสำเร็จรูปให้ลอกเลียนและนำไปใช้ได้ภายใต้บริบทที่ต่างกัน ทั้งนี้จากการประเมินกระบวนการปฏิรูปในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาของไทยมีบทเรียนที่มีคุณค่าสำหรับประเทศอื่นๆ ดังนี้

การบริหารกระบวนการและการเปลี่ยนแปลง

นอกจากผู้นำการปฏิรูปต้องมีอำนาจในการแก้ไขข้อขัดแย้งแล้วยังต้องสามารถบริหารการเปลี่ยนแปลงได้ดี สิ่งสำคัญก็คือ การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ มาร่วมรับฟัง ปรึกษาหารือ เจรจาต่อรอง และประนีประนอมในประเด็นต่างๆ มิเช่นนั้นแล้วกระบวนการดังกล่าวอาจจะสะดุดตั้งแต่ในขั้นตอนการออกแบบ เนื่องจากได้รับการต่อต้าน การปฏิรูปและการเปลี่ยนแปลงใดๆ ประเทศจำเป็นต้องมีการจัดทำแผนการบริหารการเปลี่ยนแปลง ขณะเดียวกันต้องมีศักยภาพในการออกแบบระบบ การบริหารการดำเนินนโยบาย การเก็บเกี่ยวประสบการณ์และการปรับเปลี่ยนระบบระหว่างดำเนินการ

การออกแบบระบบ

องค์ประกอบสำคัญในการออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ การขยายการเข้าถึงบริการ การควบคุมค่าใช้จ่าย และการซื้อบริการเชิงกลยุทธ์ ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการปฏิรูปการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังร่วมด้วยเสมอ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการอย่างเป็นธรรม โดยการให้หลักประกันสุขภาพจะเกิดประโยชน์ก็ต่อเมื่อประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก ซึ่งการที่ประเทศไทยมีการพัฒนาโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขครอบคลุมทุกพื้นที่ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถบรรลุเป้าประสงค์เชิงนโยบายได้

การออกแบบระบบให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการของความสำเร็จทั้งในระยะสั้นและทำให้ระบบมีความยั่งยืนด้านการคลังในระยะยาว ทั้งนี้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย เน้นความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิและรูปแบบการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย การออกแบบระบบอันดับสามที่สำคัญ คือ การซื้อบริการเชิงกลยุทธ์ ซึ่งช่วยให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างเหมาะสมและใช้ไปกับบริการที่มีความสำคัญ

การประเมินการปฏิรูปในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รายงานฉบับนี้แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยต้องการเรียนรู้จากประสบการณ์ ขณะเดียวกันก็ยินดีที่จะเปิดรับการตรวจสอบจากภายนอก การประเมินครั้งนี้มิได้เป็นประโยชน์เฉพาะกับประเทศไทยแต่ยังเป็นกรณีศึกษาที่ดีสำหรับประเทศอื่นๆ ที่กำลังขับเคลื่อนประเทศตนสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เรียนรู้ ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศและทีมนักวิจัยที่ร่วมกันศึกษาครั้งนี้หวังว่าจะมีประเทศอื่นๆ เปิดให้มีการประเมินอย่างรอบด้านและเปิดเผยต่อสังคมโลก เพื่อให้ประเทศต่างๆ และผู้เกี่ยวข้องได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.....13
1. ที่มาและความสำคัญของรายงาน.....31
2. ภูมิหลังของการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....41
3 กำเนิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา..... 55
4. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....65
5. องค์กรใหม่และวิธีการทำงานแบบใหม่.....85
6. การดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า:
ความขัดแย้งระหว่างองค์กรและการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง..... 95
7. ธรรมาภิบาลในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....115
8. ผลกระทบของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วงทศวรรษแรก.....127
9. ก้าวสู่ทศวรรษที่สองกับความท้าทายที่จะเกิดขึ้น.....145
10. ข้อเสนอแนะและบทเรียนที่ได้จากการประเมิน.....157
เอกสารอ้างอิง.....169
ภาคผนวก: กรอบการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า..... 175

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 มาตรการการสร้างรายได้และลดค่าใช้จ่ายของรัฐบาล พ.ศ. 2541.....52
ตารางที่ 2 งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545-2554.....78
ตารางที่ 3 แสดงลักษณะของระบบประกันสุขภาพประเทศไทย 3 ระบบหลังจากที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545.....83
ตารางที่ 4 การอภิบาลกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ..... 90
ตารางที่ 5 การลงทะเบียนของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกรุงเทพฯ พ.ศ. 2554.....91
ตารางที่ 6 การให้บริการข้อมูล ข้อร้องเรียน และการชดเชยความเสียหายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2547-2553.....121
ตารางที่ 7 ร้อยละของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่เข้าไม่ถึงบริการที่จำเป็น พ.ศ. 2553..... 132

สารบัญรูป

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินการดำเนินนโยบายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า..... 36
รูปที่ 2 การพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยเทียบกับรายได้ประชาชาติต่อหัว พ.ศ. 2513-2553..... 44
รูปที่ 3 ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2534-2553..... 45
รูปที่ 4 การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2505-2550..... 48
รูปที่ 5 รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ.2537-2551 (มูลค่าปีปัจจุบัน).....81
รูปที่ 6 โครงสร้างความสัมพันธ์องค์กรที่เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....92
รูปที่ 7 ความพึงพอใจของสมาชิกและผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2546-2553..... 112
รูปที่ 8 องค์ประกอบของหลักธรรมาภิบาลขององค์การสหประชาชาติแห่งเอเชียและแปซิฟิค.....118
รูปที่ 9 ผลการประเมินธรรมภิบาลของคณะกรรมการ/อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....125

รูปที่ 10 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2546-2553..... 130
รูปที่ 11 ความเป็นธรรมในการใช้บริการผู้ป่วยนอกจำแนก
ตามประเภทสถานพยาบาล พ.ศ. 2544-2549.....131
รูปที่ 12 การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
เมื่อเปรียบเทียบกับ 11 ประเทศสมาชิก OECD จำแนกตามระดับ
รายได้ ปี พ.ศ. 2553..... 133
รูปที่ 13 อุบัติการณ์การล้มละลายอันเนื่องมาจากรายจ่ายค่ารักษาพยาบาล
จำแนกตามระดับเศรษฐานะ พ.ศ. 2539-2552..... 134
รูปที่ 14 ครัวเรือนที่ยากจนลงเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
จำแนกตามภาคการจ้างงาน หลัง พ.ศ. 2545.....136
รูปที่ 15 ความยากจนของครัวเรือน ช่วงก่อน ช่วงเริ่มแรก
และช่วงหลังการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....137
รูปที่ 16 จำนวนครัวเรือนที่ได้รับการป้องกันจากความยากจนจาก.....138
รูปที่ 17 ประมาณการรายจ่ายด้านสุขภาพของไทยเทียบร้อยละของ GDP
พ.ศ. 2537-2563..... 151
รูปที่ 18 ขนาดของประชากรสูงอายุของประเทศไทย
และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้.....153

สารบัญกรอบ

กรอบที่ 1 ภาพรวมทั่วไปของประเทศไทย.....45
กรอบที่ 2 บทบาทภาคประชาสังคมในการจัดตั้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า..... 59
กรอบที่ 3 การเมืองไทย พ.ศ. 2543-2554 :
พันธมิตร การเลือกตั้งและการรัฐประหาร.....63
กรอบที่ 4 ข่าวหนังสือพิมพ์ พ.ศ. 2549 ที่เกี่ยวกับงบเหมาจ่ายรายหัว
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....71
กรอบที่ 5 การใช้ข้อมูลหลักฐานในการเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์.....76
กรอบที่ 6 ผลกระทบของการกระจายอำนาจต่อระบบหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า..... 104

1

ที่มาและความสำคัญของรายงาน

“

รายงานฉบับนี้แสดงให้เห็นว่าประเทศไทย
ต้องการเรียนรู้จากประสบการณ์ ขณะเดียวกันก็ยินดีที่จะ
เปิดรับการตรวจสอบจากภายนอก การประเมินครั้งนี้มิได้
เป็นประโยชน์เฉพาะกับประเทศไทยแต่ยังเป็นกรณีศึกษา
ที่ดีสำหรับประเทศอื่นๆ ที่กำลังขับเคลื่อนประเทศตนสู่
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เรียนรู้

”

ความเสมอภาคทางสังคมและความเป็นธรรมด้านสุขภาพจัดเป็นสิทธิพื้นฐานอันพึงมีของมนุษย์ทุกคน หลักการเหล่านี้เป็นที่มาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งประเทศร่ำรวยและพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนของตน ส่วนในกลุ่มประเทศยากจนและมีรายได้ปานกลางนั้น ประเทศไทยจัดเป็นประเทศผู้นำในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน หลังจากใช้เวลาร่วมสี่ทศวรรษในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสาธารณสุขและร่วมสามทศวรรษในการพัฒนาระบบการคลังรวมหมู่หรือระบบประกันสุขภาพ ประเทศไทยบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนในปี พ.ศ. 2545

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นกับประเทศไทยนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ อาทิ ปัจจัยทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และระบบต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพ แต่ปัจจัยสำคัญที่สุดก็คงไม่พ้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลในยุคนั้นภายใต้ชื่อ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” โดยอาศัยการคลังจากระบบภาษีอากร เริ่มนำร่องใน 6 จังหวัดในปี พ.ศ. 2544 และภายใน 1 ปีสามารถขยายความครอบคลุมไปยังประชากรไทยได้ถึง 47 ล้านคน หรือร้อยละ 75 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่เคยอยู่ภายใต้ระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และระบบบัตรประกันสุขภาพ (บัตร 500 บาท) รวมถึงประชากรอีกจำนวน 18 ล้านคน ซึ่งเดิมไม่มีประกันสุขภาพใดๆ ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 25 ของประชากร เป็นผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและบุคคลในครอบครัว และผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมสำหรับลูกจ้างทั้งภาคเอกชนและภาครัฐ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยนั้นน่าทึ่งมาก ไม่เพียงแต่สามารถขยายการดำเนินการได้อย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาอันสั้น แต่ยังเกิดขึ้นในช่วงที่ประเทศยังไม่ผ่านช่วงวิกฤตเศรษฐกิจเอเชียในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งในเวลานั้นประเทศไทยมีรายได้ประชาชาติต่อหัวเพียง 1,900 เหรียญสหรัฐ ไม่ฟังเสียงทัดทานจากผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศที่มีความเห็นว่าระบบดังกล่าวไม่สามารถอยู่รอดทางการเงินได้

รายงานฉบับนี้เป็นผลการประเมินผลการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก โดยประเมินว่ามีการดำเนินงานเป็นไปแผนและการออกแบบที่วางไว้หรือไม่ บรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้เพียงใด และที่สำคัญคือ การปฏิรูปใดบ้างที่ลุล่วงไปได้ด้วยดีและการปฏิรูปประเด็นใดที่ไม่สามารถดำเนินการได้เพราะอะไร เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยในระยะต่อไป และเป็นบทเรียนสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่กำลังจะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนของตน บทเรียนสำคัญที่รายงานฉบับนี้ต้องการชี้คือ *มีความเป็นไปได้ที่ประเทศที่มีระดับรายได้ประชาชาติต่อหัวต่ำถึงปานกลางจะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนของตน* ดังเช่นที่ประเทศไทยทำได้ [1]

ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศกำลังขับเคลื่อนประเทศไปสู่การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนโดยอาศัยการคลังภาครัฐ[2] ขณะที่หลายประเทศ เช่น จีน กานา อินเดีย ฟิลิปปินส์ รวันดา แอฟริกาใต้ และเวียดนาม กำลังศึกษาประสบการณ์ของไทยที่อาจนำไปปรับใช้กับประเทศตนได้ ทั้งนี้หลายประเทศกำลังขยายความคุ้มครองด้านสุขภาพภายใต้กรอบการคุ้มครองด้านสังคมที่มุ่งขยายไปยังประชาชนทุกคนตามที่ได้ระบุไว้ในอนุสัญญาฉบับที่ 102 ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) [3]

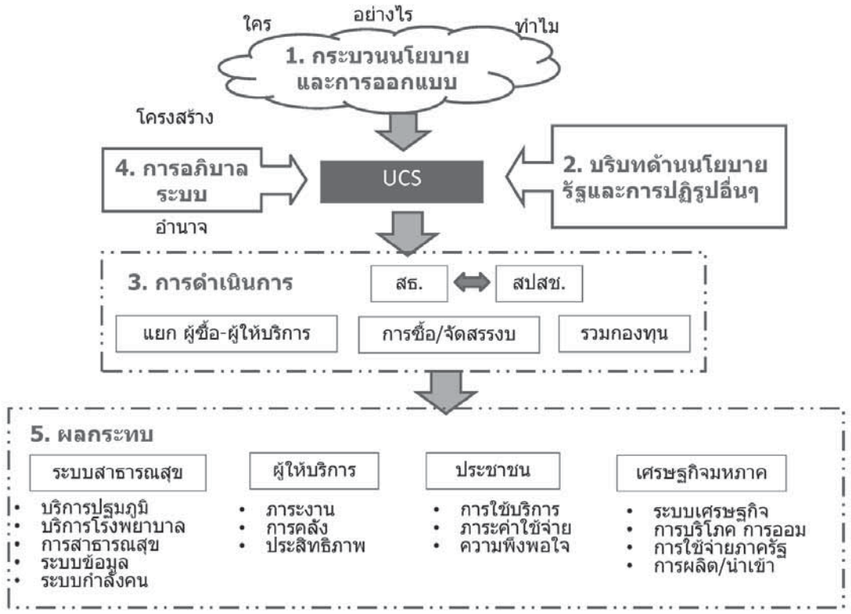
ประเด็นเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับความสนใจจากนานาชาติเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการถูกกำหนดเป็นหัวข้อในรายงานสุขภาพโลกปี พ.ศ. 2553 [4] และการประชุมสมัชชาสุขภาพโลกในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554 มีข้อเสนอไปยังเลขาธิการสหประชาชาติให้นำเรื่องนี้เป็นประเด็นอภิปรายสำคัญในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติครั้งหน้า [5] นอกจากนี้ยังมีการเคลื่อนไหวของกลุ่ม

Global Task Force for Universal Health Coverage ซึ่งมุ่งสร้างแนวร่วมระหว่างองค์กรต่างๆ ในการสนับสนุนการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศต่างๆ โดยจัดให้มีการประชุมผู้นำทางความคิด เพื่อแสดงความคิดเห็นและอภิปรายประเด็นด้านเทคนิคต่างๆ ที่มีความท้าทายและซับซ้อน รวมถึงผลักดันให้มีการขับเคลื่อนระดับสากลในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [6]

กรอบการประเมิน

กรอบการประเมินการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (ปี พ.ศ. 2544-2553) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ กระบวนการพัฒนานโยบายและการออกแบบระบบ บริบทด้านนโยบายรัฐและการปฏิรูปอื่นของรัฐ การดำเนินนโยบาย การอภิบาลระบบ และผลกระทบของนโยบาย ดังแสดงในรูปที่ 1

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินการดำเนินนโยบายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

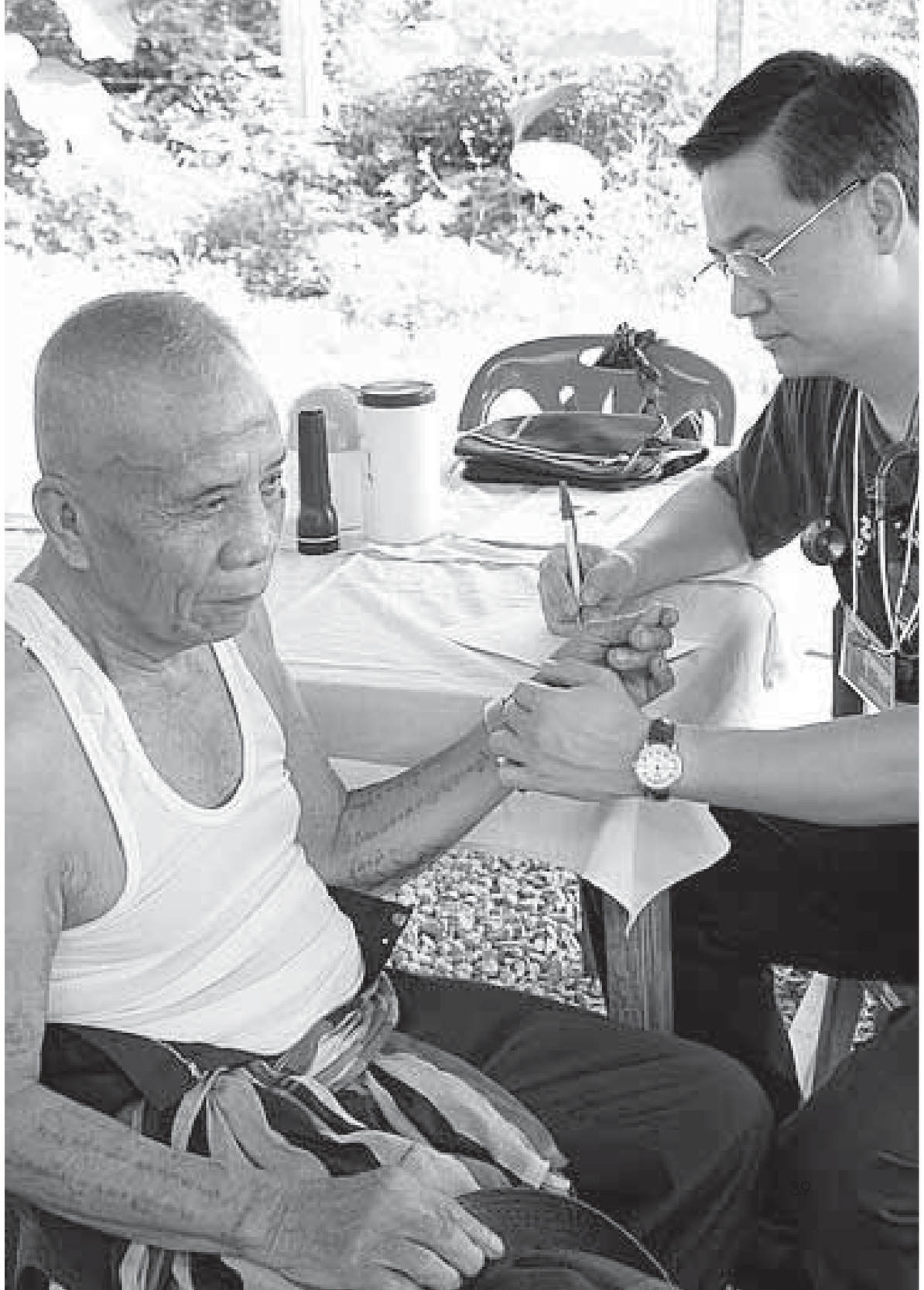


การประเมินครั้งนี้ดำเนินการโดยทีมนักวิจัยไทย 5 ทีมด้วยกัน โดยได้รับการชี้แนะจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ และได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) องค์การอนามัยโลก สำนักงานภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO South East Asia Regional Office) มูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (Prince Mahidol Award Foundation) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดำเนินการประเมินในปี พ.ศ. 2554 โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทั้งแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ ทบทวนวรรณกรรม สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การสำรวจและการใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ รายละเอียดระเบียบวิธีการประเมินอธิบายไว้ในภาคผนวก

อนึ่งหลักฐานหรือข้อมูลที่ใช้เพื่อประเมินมาตรการที่ซับซ้อนของระบบสาธารณสุขดังเช่นในกรณีนี้นั้นแตกต่างจากหลักฐานหรือข้อมูลที่ใช้ในงานวิจัยทดลองทางคลินิก เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการดำเนินการทั่วประเทศและมีการดำเนินการหลายเรื่องพร้อมๆ กัน นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นยังขึ้นอยู่กับบริบทที่แตกต่างกันออกไป รวมถึงการตอบสนองของอุปสงค์และอุปทาน แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มควบคุมแต่ก็มีข้อมูลการสำรวจระดับชาติในช่วงก่อนและหลังการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้สามารถพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นได้

การจัดลำดับเนื้อหาของรายงาน

รายงานฉบับนี้เป็นการสังเคราะห์ข้อค้นพบของรายงานฉบับสมบูรณ์ที่ดำเนินการโดยทีมนักวิจัยไทยทั้ง 5 ทีม ซึ่งสามารถสืบค้นได้จากเว็บไซต์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข www.hsri.or.th โดยบทที่ 2 และบทที่ 3 เป็นบริบทแวดล้อมในช่วงก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและในช่วงเวลาที่เกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันได้แก่ พันธสัญญาทางการเมือง การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม และบทบาทของกลุ่มนักวิชาการ ซึ่งทั้ง 3 บริบทนี้ได้หลอมรวมกันจนเป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บทที่ 4 จะกล่าวถึงจุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และเป้าประสงค์ที่สำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บทที่ 5 โครงสร้างองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บทที่ 6 และบทที่ 7 อธิบายกระบวนการตั้งแต่เริ่มจัดตั้งระบบจนถึงกระบวนการที่นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงและการอภิบาลระบบในช่วงปี พ.ศ. 2544-2553 รวมถึงประเด็นความท้าทายของนโยบายดังกล่าว บทที่ 8 จะนำเสนอสัมฤทธิ์ผลของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ การปกป้องครัวเรือนจากภาระค่าใช้จ่ายที่สูงจนทำให้ล้มละลายหรือยากจนลง และความยั่งยืนของระบบในระยะยาว รวมถึงผลกระทบของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อระบบสาธารณสุขโดยรวมและเศรษฐกิจมหภาค บทที่ 9 และ 10 กล่าวถึงประเด็นท้าทายต่างๆ ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทยในระยะต่อไป และบทเรียนที่สำคัญสำหรับประเทศอื่นๆ รวมถึงองค์กรความร่วมมือการพัฒนาระหว่างประเทศในการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



2

ภูมิหลังของการปฏิรูป ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนหนึ่งของความสำเร็จที่เกิดขึ้น เป็นผลจากการพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องของรัฐบาลชุดต่างๆ ในช่วงสามถึงสี่ทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งในส่วนของโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขและระบบประกันสุขภาพ

โครงสร้างพื้นฐานของระบบที่มั่นคง

การเริ่มต้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือว่าเป็นการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขครั้งใหญ่และประสบความสำเร็จในการขยายความครอบคลุมไปยังประชาชนในกลุ่มที่ก่อนหน้านี้ไม่มีหลักประกันสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ส่วนหนึ่งของความสำเร็จที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องของรัฐบาลชุดต่าง ๆ ในช่วงสามถึงสี่ทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งในส่วนของโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขและระบบประกันสุขภาพ

รัฐธรรมนูญไทยฉบับปี พ.ศ. 2540 ระบุให้ประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพและผู้ยากไร้มีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกันแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ 2540-2544) ก็กำหนดเป้าหมายการพัฒนาให้ประชาชนไทย100% มีหลักประกันสุขภาพ และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 51 ได้ระบุไว้ว่า

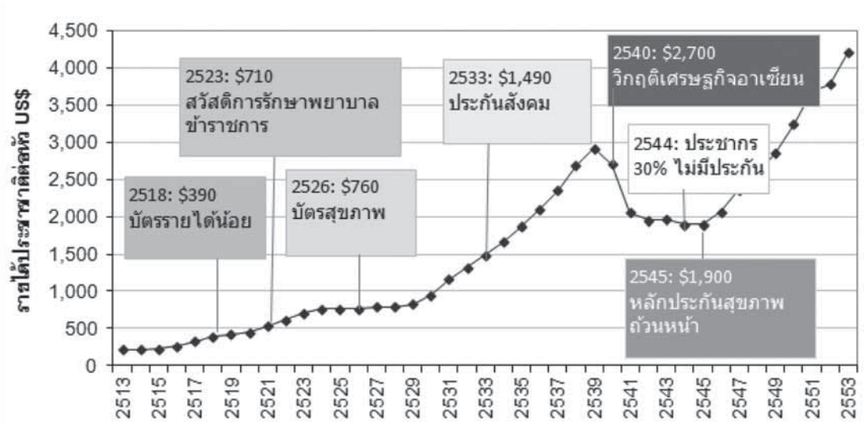
“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”

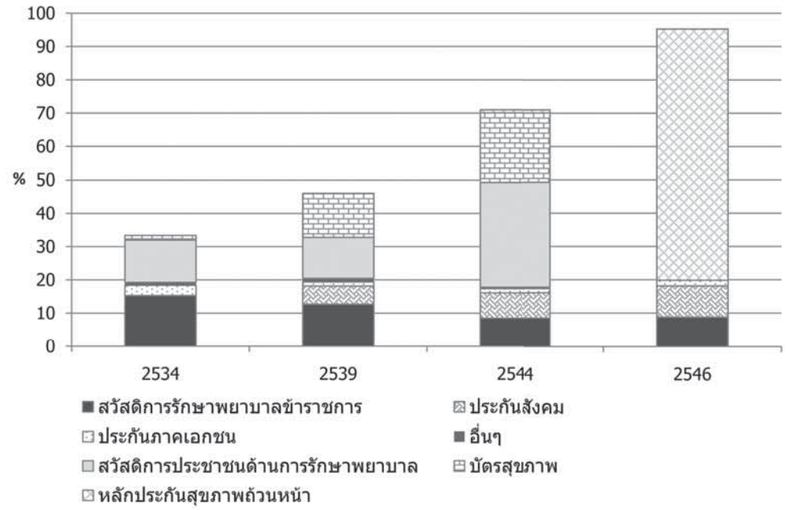
การพัฒนาระบบเศรษฐกิจและสังคมในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา (กรอบที่ 1) เป็นส่วนหนึ่งในความสำเร็จที่ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้น ขณะเดียวกัน รูปที่ 2 แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาระบบประกันสุขภาพรูปแบบต่างๆ ในช่วงกว่าสามทศวรรษที่ผ่านมาก็นำมาซึ่งความสำเร็จเช่นกัน ส่วนรูปที่ 3 แสดงความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของคนไทยในช่วงหนึ่งทศวรรษก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีการขยายการมีหลักประกันสุขภาพอย่างรวดเร็วในระยะเวลาดังกล่าว

รูปที่ 2 การพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยเทียบกับรายได้ประชาชาติต่อหัว พ.ศ. 2513-2553



ที่มา: รายได้ประชาชาติต่อหัวมาจาก World Bank at http://data.worldbank.org/data-catalog/GNI-per-capita-Atlas-and-PPP-table; สรุปเหตุการณ์ต่างๆ โดยทีมนักวิจัย.

รูปที่ 3 ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2534-2553



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจสุขภาพและสวัสดิการครัวเรือน ปี 2534, 2539, 2544, และ 2546

กรอบที่ 1: ภาพรวมทั่วไปของประเทศไทย

ประเทศไทยปกครองด้วยระบอบประชาธิปไตยโดยมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข ตั้งอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีประชากร 67 ล้านคน เศรษฐกิจในระยะหลังค่อนข้างดี อัตราการเติบโตของรายได้มวลรวมประชาชาติ (GNI) เฉลี่ย ร้อยละ 5.2 ต่อปีในระหว่างปี พ.ศ. 2543-2551 ในปี พ.ศ. 2554 ธนาคารโลกได้ยกระดับประเทศไทยให้อยู่ในกลุ่มประเทศมีรายได้ปานกลางค่อนข้างสูง[1] รายได้มวลรวมประชาชาติต่อคน 4,210

ดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของรายได้ประเทศในกลุ่มนี้ ซึ่งอยู่ที่ 5,884 ดอลลาร์สหรัฐ เศรษฐกิจของประเทศเน้นการส่งออก มียอดการส่งออกมากกว่า 2 ใน 3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) อัตราการว่างงานอยู่ในระดับต่ำเพียง ร้อยละ 1.4 ของแรงงานทั้งหมดในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ที่มีงานทำ 35 ล้านคน โดยร้อยละ 51 อยู่ในภาคการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ (informal sector) แยกเป็นประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 31 และ แรงงานในครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้าง ร้อยละ 20

การเติบโตทางเศรษฐกิจและนโยบายทางสังคม รวมถึงการคุ้มครองทางสังคมแห่งชาติ[2] ส่งผลต่อการลดปัญหาความยากจนอย่างมีนัยสำคัญ จากร้อยละ 49.7 ของประชากรในปี พ.ศ. 2531 เหลือร้อยละ 8.1 ในปี พ.ศ. 2552 อย่างไรก็ตามการกระจายรายได้ที่วัดความไม่เท่าเทียมกันตามดัชนี Gini ของประเทศไทยมิได้ลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 คือยังคงอยู่ที่ 42.5

ดัชนีการพัฒนามนุษย์ของประเทศไทยเท่ากับ 0.682 ในปี พ.ศ. 2553 อยู่ในลำดับที่ 103 จาก 187 ประเทศที่มีข้อมูลเปรียบเทียบกันได้ ดัชนีนี้แสดงให้เห็นถึงสถานะความเป็นอยู่โดยวัดจากองค์ประกอบพื้นฐานของสังคม 3 ด้านสำคัญ ได้แก่ สุขภาพ การศึกษา และรายได้ ในปี พ.ศ. 2553 มีอัตราการรู้หนังสือของผู้ใหญ่เท่ากับร้อยละ 94 (อัตราการรู้หนังสือของเยาวชนร้อยละ 98.1 ในปี 2548) และอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 74.1 ปี

ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพแห่งสหัสวรรษตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2543 (แทนที่จะเป็นปี พ.ศ. 2558 ตามเป้าหมายที่กำหนด[3]) อัตราเจริญพันธ์รวมลดลงจาก 2.0 ในปี พ.ศ. 2535 เป็น 1.6 ในปี พ.ศ. 2552

ซึ่งต่ำกว่าระดับทดแทนอันเป็นผลมาจากอัตราคุมกำเนิดที่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 81) ในปี พ.ศ. 2552 อัตราการฝากครรภ์และทำคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุข เท่ากับร้อยละ 99-100 อัตราการตายของมารดาเท่ากับ 48 ต่อ 100,000 เด็กเกิดมีชีพ และอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 14 ต่อ 1,000 เด็กเกิดมีชีพ

การอ้างอิงและข้อมูลเพิ่มเติม

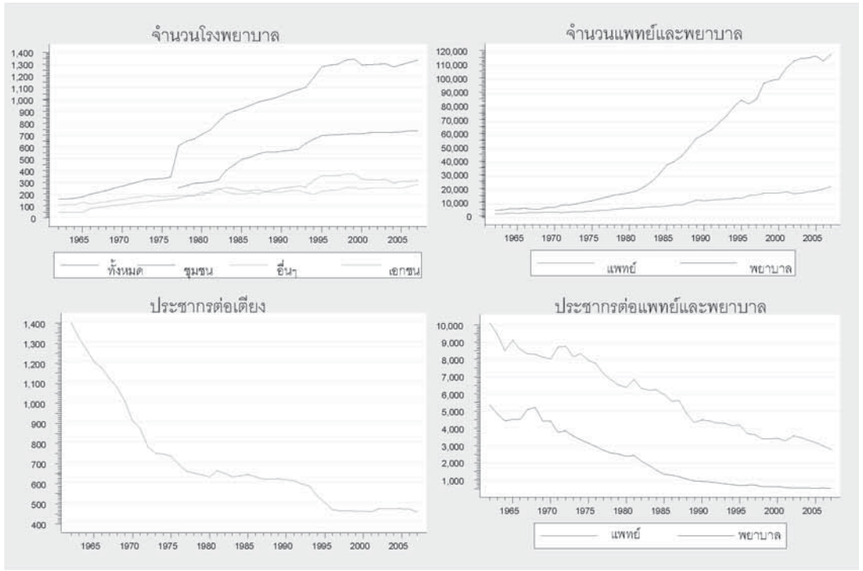
1. ภาพรวมของประเทศไทยhttp://www.worldbank.or.th/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/EASTASIAPACIFICEXT/THAILANDEXTN/0,,contentMDK:22994296~pagePK:1497618~piPK:217854~theSitePK:333296,00.html?cid=3001_163 (เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2555)

2. มีฐานมาจากแนวความคิดที่ว่าทุกคนควรจะได้รับสิทธิอย่างน้อยคือรายได้พื้นฐานที่เพียงพอสำหรับการมีชีวิตอยู่ผ่านทางในรูปของเงินหรือบริการ เช่น เงินบำนาญสำหรับผู้สูงอายุ สิทธิประโยชน์ของคนพิการ สิทธิประโยชน์ของเด็ก สิทธิประโยชน์ด้านรายได้ และหรือการจ้างงานและบริการสำหรับผู้ว่างงาน คนที่ทำงานแล้วรายได้ไม่เพียงพอเลี้ยงชีพ การถ่ายโอนร่วมกันเพื่อให้แน่ใจว่าทุกคนเข้าถึงสินค้าและบริการที่จำเป็น รวมถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น การศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่อยู่อาศัย น้ำสะอาดและการสุขาภิบาลที่เหมาะสม

3. Waage F, et al. The Millennium Development Goals: a cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015. *Lancet* 2010; 376: 991-1023.

กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายสถานพยาบาลสาธารณสุขซึ่งมีความครอบคลุมทางภูมิศาสตร์อย่างกว้างขวางไปจนถึงระดับตำบล (สถานีอนามัย) และหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุข) ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ที่อยู่ในชนบทสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ รูปที่ 4 แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีการเพิ่มจำนวนโรงพยาบาล รวมทั้งมีการผลิตแพทย์และพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3-6 (พ.ศ. 2515-2534) ส่งผลให้สัดส่วนจำนวนประชากรต่อจำนวนเตียงและประชากรต่อพยาบาลและแพทย์ เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นมาก

รูปที่ 4 การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2505-2550



ที่มา: วลัยพร พัชรนฤมล และคณะ 2554[7]

หัวใจสำคัญของการพัฒนาที่นำมาซึ่งความสำเร็จคือ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอให้ครอบคลุมทั่วประเทศ มีโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอมีขนาด 30-120 เตียงขึ้นกับขนาดประชากร และมีสถานีอนามัยอย่างน้อย 1 แห่งในแต่ละตำบลจำนวน 10-15 แห่งต่ออำเภอ และนโยบายที่สำคัญอีกประการก็คือ การบังคับใช้ทุนสำหรับแพทย์และพยาบาลจบใหม่ โดยบังคับใช้กับแพทย์และพยาบาลตั้งแต่ พ.ศ. 2515 และต่อมาได้ขยายไปยังทันตแพทย์และเภสัชกร ซึ่งเป็นวิธีการแก้ไขปัญหาขาดแคลนบุคลากรในระดับอำเภอ

ศักยภาพที่สำคัญอีกอย่างของประเทศไทยที่เอื้อต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ประสบความสำเร็จคือ การมีศักยภาพในการทำวิจัยนโยบายและระบบสาธารณสุขและการมีองค์กรอย่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำให้มีข้อมูลสำหรับการจัดทำข้อเสนอนโยบายและการออกแบบระบบ นอกจากนั้นศักยภาพของการบริหารภาครัฐของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินนโยบายและการบริหารการปฏิรูปในระยะแรกของระบบ ประเด็นสุดท้ายคือการมีระบบฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์และทะเบียนบ้านในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ช่วยทำให้สามารถขึ้นทะเบียนสมาชิกได้อย่างรวดเร็วและสามารถจัดทำทะเบียนฐานข้อมูลผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ รวมถึงใช้เป็นฐานข้อมูลในการตรวจสอบความซ้ำซ้อนของสิทธิระหว่างระบบประกันสุขภาพ

แรงผลักดันให้เกิดการปฏิรูปและปัจจัยบริบทอื่นๆ

แม้ประเทศไทยจะมีการพัฒนาหลักประกันสุขภาพมาร่วมสามทศวรรษ รวมถึงมีนโยบายด้านสังคมและสุขภาพที่เอื้อต่อคนจน เช่น มีโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และบัตรประกันสุขภาพ (บัตร 500 บาท) แต่ยังมีความจำเป็นที่จะต้องผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากพบว่าในปี พ.ศ. 2544 ยังมีประชากรถึงร้อยละ 30 หรือ 18 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบในระดับล่าง ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ และอาจเข้าไม่ถึงบริการ และพบว่ารายจ่ายครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 33 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด โดยรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือนยากจนมีสัดส่วนสูงกว่าครัวเรือนร่ำรวย

แม้จะมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ แต่พบว่าการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพมีความเหลื่อมล้ำอย่างมากระหว่างเขตเมือง-เขตชนบท และระหว่างภูมิภาคต่างๆ กล่าวคือ มีความหนาแน่นของบุคลากรสูงในเขตเมืองและในภาคกลาง ส่วนหนึ่งมาจากการเติบโตของระบบเศรษฐกิจ ทำให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเติบโตในพื้นที่ที่มีการเติบโตทางเศรษฐกิจสูง ทำให้เกิดการสมองไหลของบุคลากรสาธารณสุขจากเขตชนบทไปยังเมืองใหญ่ๆ โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร ในขณะที่บางจังหวัดมีปัญหาขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางบางสาขา ทำให้เป็นอุปสรรคในการสนับสนุนการส่งต่อและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนในพื้นที่

การปฏิรูประบบข้าราชการ โดยเฉพาะนโยบายลดกำลังคนในภาครัฐที่ถูกปฏิบัติเสมอกันในทุกภาคส่วน นับเป็นอุปสรรคสำคัญของระบบบริการสาธารณสุขในการตอบสนองต่ออุปสงค์ต่อบริการสุขภาพของประชาชนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ภาระโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น และจากการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน รวมถึงความคาดหวังของประชาชนที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เนื่องจากผู้ให้บริการหลักในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ โรงพยาบาลรัฐโดยเฉพาะสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข

ในปี พ.ศ. 2544 ซึ่งเริ่มนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ประเทศไทยยังไม่ผ่านพ้นช่วงภาวะวิกฤติด้านการเงินของเอเชียหรือวิกฤติต้มยำกุ้ง (รูปที่ 2) ซึ่งภาวะวิกฤติดังกล่าวทำให้รัฐบาลไทยต้องยอมรับเงื่อนไขในการกู้เงินเยียวยาประเทศจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) จำนวน 2.09 หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2540 และในปีเดียวกันกระทรวงการคลังและธนาคารแห่งประเทศไทยต้องออกมาตรการเพิ่มรายได้และลดค่าใช้จ่ายหลายมาตรการ (ตารางที่ 1) ขณะเดียวกันรัฐบาลใช้นโยบายค่าแรงเพื่อมิให้มีผลกระทบต่อราคาสินค้าอุปโภคบริโภค โดยค่าแรงขั้นต่ำปี พ.ศ. 2541 ถูกจำกัดให้เพิ่มได้เพียงร้อยละ 2-3 เท่านั้น

ตารางที่ 1 มาตรการสร้างรายได้และลดรายจ่ายของรัฐบาล พ.ศ. 2541

	ผลกระทบของ งบประมาณปี 2540/2541	
	พันล้านบาท	% ของ GDP
A. มาตรการที่ถูกกำหนดจากเงื่อนไข IMF เดือนสิงหาคม		
ปรับลดงบประมาณรายจ่าย	59	1.1
เพิ่มอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 10	66	1.2
B. มาตรการที่นำออกมาใช้ ณ วันที่ 14 เดือนตุลาคม		
1. ปรับลดงบประมาณ	100	1.9
1.1 หมวดการบริหาร การป้องกันประเทศและความมั่นคง	22	0.4
1.2 หมวดบริการสังคมและชุมชน	28	0.5
1.3 หมวดการขนส่งและโทรคมนาคม	36	0.7
1.4 อื่นๆ	15	0.3
2. มาตรการเพิ่มรายได้	17	0.3
2.1 เพิ่มภาษีสรรพสามิตของ เบียร์ เหล้า ยาสูบ	7	0.1
2.2 เพิ่มภาษีศุลกากรในการนำเข้ารถยนต์และสินค้าฟุ่มเฟือย	10	0.2
มาตรการที่นำออกมาใช้ ณ วันที่ 4 เดือนพฤศจิกายน		
1. การตัดลดงบประมาณรายจ่าย	35	0.7
2. มาตราการเพิ่มรายได้	15	0.3
2.1 เพิ่มภาษีสรรพสามิตรถยนต์	7	0.1
2.2 อื่นๆ	9	0.2

ที่มา: http://www.imf.org/external/np/facts/asia.pdf

3

กำเนิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

เมื่อมีการขับเคลื่อนมุมทั้งสามด้านของสามเหลี่ยม
ซึ่งเป็นตัวแทนของพันธสัญญาทางการเมือง การขับเคลื่อน
ของภาคประชาสังคม และการสร้างองค์ความรู้
ไปพร้อมๆ กัน ประกอบกับโชคหรือสถานการณ์ที่เอื้อต่อ
การปฏิรูป ทำให้หน้าต่างแห่งโอกาส ได้เปิดขึ้นต้อนรับ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) กลุ่มนักปฏิรูปในกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ให้การสนับสนุนและทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการสร้างองค์ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ รวมถึงเสนอให้มีการปฏิรูปการเงินการคลังระบบบริการสาธารณสุขเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ดีการขับเคลื่อนดังกล่าวถูกจำกัด เนื่องจากการชะลอตัวของภาคเศรษฐกิจและการขาดการสนับสนุนทางการเมือง รัฐบาลขณะนั้นเลือกสนับสนุนกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและผู้ด้อยโอกาสทางสังคมแทน ด้วยเกรงว่าไม่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายได้ในกรณีให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน แต่ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาทำให้สิ่งที่เป็นไปไม่ได้สามารถเป็นไปได้ในสังคมไทย เมื่อมีการขับเคลื่อนมุมทั้งสามด้านของสามเหลี่ยมซึ่งเป็นตัวแทนของพันธสัญญาทางการเมือง การขับเคลื่อนของภาคประชาสังคม และการสร้างองค์ความรู้ ไปพร้อมๆ กัน ประกอบกับโชคหรือสถานการณ์ที่เอื้อต่อการปฏิรูป ทำให้หน้าต่างแห่งโอกาส (Window of opportunity) ได้เปิดขึ้นต้อนรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

หน้าต่างแห่งโอกาสทางการเมืองเปิดต้อนรับนักปฏิรูปในช่วงการเลือกตั้งระดับประเทศปี พ.ศ. 2544 ประกอบกับมีผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความเป็นไปได้ทางการเงินและระบบดำเนินงาน[๖] นักปฏิรูปพยายามผลักดันเรื่องดังกล่าวให้เป็นประเด็นสำคัญทางการเมือง (ซึ่งก่อนหน้านี้ล้มเหลวในการโน้มน้าวให้พรรคประชาธิปัตย์เห็นถึงประโยชน์) จนในที่สุดพรรคไทยรักไทย (ทรท.) ได้เปิดรับนโยบายนี้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงกลายเป็น 1 ใน 9 นโยบายสำคัญของพรรคไทยรักไทยในการหาเสียงเลือกตั้ง และตั้งชื่อนโยบายเพื่อใช้ในการหาเสียงว่า "30 บาทรักษาทุกโรค" ซึ่งได้รับความสนใจจากประชาชนมาโดยตลอดจนกลายเป็นนโยบายประชานิยม โดยผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย 30 บาทต่อครั้งในการไปรับบริการ ซึ่งเป็นราคาไม่สูงมากนักสำหรับคนทั่วไป ส่วนผู้มีรายได้น้อยและผู้ด้อยโอกาสซึ่งอยู่ในโครงการสปร. เดิมก็ได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่ายในการไปรับบริการ

กลุ่มนักปฏิรูปไม่ได้เพียงร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับภาคการเมือง แต่ได้สร้างแนวร่วมกับภาคประชาสังคมและองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ในกรอบที่ 2 วิเคราะห์บทบาทของภาคประชาสังคมในกระบวนการพัฒนานโยบายและกระบวนการร่างกฎหมาย รวมทั้งการเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นคนนอกมาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางการเมือง

หลังจากพรรคไทยรักไทยชนะการเลือกตั้งเมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2544 โดยได้รับคะแนนเสียงอย่างเป็นท่วมท้น (248 จาก 500 ที่นั่งในรัฐสภา) และจัดตั้งรัฐบาลร่วมขึ้น พณ.ท่านนายกรัฐมนตรี พตต.ทักษิณ ชินวัตร ขับเคลื่อนนโยบายนี้อย่างรวดเร็วเพื่อสร้างศรัทธาจากประชาชน และประกาศว่า สิ่งสำคัญที่รัฐบาลจะผลักดันเป็นอันดับแรกคือ การปฏิรูประบบการเงินการคลัง เพื่อที่จะทำให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นจริงได้ภายในระยะเวลา 1 ปี พร้อมกันนี้ได้แต่งตั้งนางสุดารัตน์ เกยุราพันธ์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและนายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี เป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้นโยบายดังกล่าวมีความเป็นไปได้ทางการเงิน โดยหลังจากรวบรวมงบประมาณบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข แล้วพบว่ายังขาดงบประมาณเพียง 30,000 ล้านบาทในปีแรก ซึ่งรัฐบาลสามารถจัดหางบประมาณเพิ่มเติมได้ไม่ยากนัก แม้ว่างบประมาณเพิ่มเติมดังกล่าวจะคิดเป็นร้อยละ 53 ของงบประมาณเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขเคยได้รับ (รายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 4)

นายกรัฐมตรีเป็นประธานในการประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน ในวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2544 เพื่อพิจารณาตัดสินใจในหลายประเด็นที่สำคัญและจำเป็นต้องใช้ในการเริ่มดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว ได้แก่ แหล่งการคลังของระบบจะมาจากที่ใด การร่วมจ่ายของผู้ป่วย 30 บาทต่อครั้งการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สิทธิประโยชน์และอัตราเหมาจ่ายรายหัว และกำหนดแผนการดำเนินงานโดยให้เริ่มนำร่องใน 6 จังหวัดในเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 และขยายเพิ่มอีก 15 จังหวัด ในเดือนมิถุนายนปีเดียวกัน และขยายไปทั่วประเทศในเดือนเมษายน พ.ศ. 2545 ซึ่ง 6 จังหวัดนำร่องก็คือ จังหวัดที่เคยนำร่องการปฏิรูประบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลภายใต้โครงการเงินกู้เพื่อการลงทุนทางสังคมโดยธนาคารโลก ช่วงปี พ.ศ. 2541-2544 [9]

กรอบที่ 2: บทบาทภาคประชาสังคมในการจัดตั้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภาคประชาสังคมมีบทบาทอย่างมากในการร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ นำโดย จอน อึ้งภากรณ์ วุฒิสมาชิก หลังจากการประชุมร่วมกับนักปฏิรูประบบสาธารณสุข เขาได้เสนอประเด็นแนวความคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมาในกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน และในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 จึงเกิดแนวร่วมกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนจำนวน 11 กลุ่มประกาศเจตนารมณ์สนับสนุนการขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวร่วมองค์กรพัฒนาเอกชนเริ่มรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักและเรียกร้องให้มีการสนับสนุนการให้สิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกันแก่ประชาชนทุกคน สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการด้านสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคที่ดีขึ้น ด้วยการสนับสนุนด้านเทคนิคจากกลุ่มนักปฏิรูป ทางกลุ่มได้ยกร่างกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นและระดมการสนับสนุนจากประชาชน โดยมีผู้ลงนามสนับสนุนการเสนอกฎหมายดังกล่าว ทั้งสิ้น 50,000 ชื่อ ตามกลักเกณฑ์ของรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2540 และร่างดังกล่าวถูกยื่นต่อรัฐสภาในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2544 และระหว่างที่รัฐสภากำลังตรวจสอบรายชื่อผู้สนับสนุนนั้น ร่างกฎหมายของรัฐบาลไทยรักไทยก็พร้อมเข้าสภาในเดือนพฤศจิกายนปีเดียวกัน แม้ว่าร่างกฎหมายที่ภาคประชาชนจัดทำขึ้นถูกปฏิเสธจากกระบวนการทางรัฐสภา แต่สมาชิกของกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน จำนวน 5 คน ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการรัฐสภาในการพิจารณาวาระที่ 2 หลังจากผ่านการรับรองในวาระที่ 2 และ 3 ของรัฐสภาแล้ว พระราชบัญญัติ

ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ก็ถูกประกาศใช้ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2545 ด้วยการสนับสนุนอย่างเนืองแน่นจากภาคประชาชน

แหล่งที่มา : Siriwan Pitayarangsarit. The introduction of the universal coverage of health-care policy in Thailand: policy responses. Bangkok: NHSO and IHPP, 2010.

กลุ่มนักปฏิรูปและนักวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขคือตัวหลักในการพัฒนานโยบายและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการสนับสนุนจากทางการเมือง มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนานโยบาย ข้อเสนอทางเลือกต่างๆ และแผนการดำเนินงาน ในการนี้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะทำงานขึ้น 10 ชุด เพื่อพัฒนานโยบายเฉพาะประเด็น โดยแต่ละชุดมีตัวแทนจากภาคสาธารณสุข ภาคประชาสังคม และภาคสถานพยาบาลเอกชน นอกจากนี้หลายกรมกองในกระทรวงสาธารณสุขก็มีบทบาทในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และที่สำคัญก็คือ มีการจัดตั้งศูนย์บัญชาการหรือ War room โดยมีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ทำหน้าที่ในการเชื่อมประสานและติดตามกำกับการดำเนินงานตามนโยบาย รวมถึงแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงนั้น

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการสนับสนุนทางการเมืองอย่างสูงและเป็นไปอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นรัฐบาลชุดใดก็ตาม (กรอบที่ 3) โดยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข 9 คน และมีปลัดกระทรวงสาธารณสุข 6 คน ระบบนี้ได้รับการสนับสนุนอย่างสูงจากพรรคการเมืองทุกพรรค เนื่องจากเป็นนโยบายที่ประชาชนชื่นชอบเป็นอย่างมาก เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและลดภาระรายจ่ายของครัวเรือนด้านสุขภาพ ประกอบกับผู้มีสิทธิในโครงการนี้สูงถึงร้อยละ 75 ของประชากรไทย อันเป็นคะแนนเสียงหลักสำหรับทุกพรรคการเมือง ซึ่งในการเลือกตั้งทุกครั้งจะเห็นว่า ทุกพรรคการเมืองพยายามเสนอนโยบายว่าจะพัฒนาระบบดังกล่าวต่อไปอย่างไรให้ดีขึ้น ดังนั้นระบบนี้จึงไม่มีปัญหาด้านความยั่งยืนในเชิงการสนับสนุนทางการเมือง

ภายหลังการปฏิวัติรัฐประหารในปี พ.ศ. 2549 พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ขึ้นดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี รัฐบาลชุดดังกล่าวไม่เพียงแต่คงไว้ซึ่งการสนับสนุนนโยบายดังกล่าวเท่านั้น แต่ยังมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยกเลิกส่วนร่วมจ่าย 30 บาท และเพิ่มสิทธิประโยชน์เรื่องการบริการทดแทนไต (diaysis) เช่นเดียวกัน เมื่อรัฐบาลพรรคประชาธิปัตย์เข้ามาบริหารประเทศก็ให้การสนับสนุนนโยบายดังกล่าว แม้จะเคยไม่เห็นด้วยและวิพากษ์วิจารณ์นโยบายนี้มาก่อน แต่ก็พยายามลบภาพของพรรคไทยรักไทย โดยเปลี่ยนแปลงจาก “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” เป็น “โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

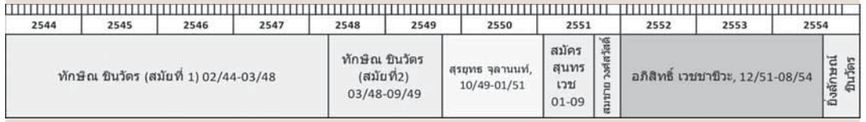
การตัดสินใจยกเลิกส่วนร่วมจ่ายของรัฐบาลสมัยพลเอกสุรยุทธ์นั้น มีสาเหตุมาจากเหตุผลทางการเมืองและทางวิชาการ ทั้งนี้กลุ่มที่คัดค้านการให้มีส่วนร่วมจ่ายหลักคือกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งเคยแสดงความเห็นและความกังวลในการเก็บ 30 บาทในการประชุมเชิงปฏิบัติการวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2544 โดยแย้งว่าแม้ว่าเงิน 30 บาทจะเป็นจำนวนเงินไม่มาก แต่ก็มีนัยสำคัญสำหรับคนยากจน โดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และแม้ว่าจะมีการยกเว้นค่าธรรมเนียมดังกล่าวให้กับคนยากจน แต่ก็พบหลักฐานว่า ในทางปฏิบัติผู้ป่วยยังอาจต้องเสียเงินจำนวนนี้ในบางกรณี[10] นอกจากนี้ ผู้ใช้สิทธิในระบบประกันสุขภาพภาครัฐอีกสองระบบคือ ระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ก็สามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย

ประเด็นหลักที่กลุ่มสนับสนุนให้มีการเก็บส่วนร่วมจ่ายคือ ส่วนร่วมจ่ายที่เรียกเก็บจะทำให้ประชาชนตระหนักถึงค่าใช้จ่ายที่มีและป้องกันมิให้ใช้บริการเกินจำเป็น อันเนื่องมาจากการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ขณะเดียวกันก็ทำให้ระบบมี

ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามรายได้ที่มาจากการเก็บส่วนร่วมจ่ายไม่มากนัก เพียงประมาณ 2 พันล้านบาทต่อปี ซึ่งอาจไม่คุ้มกับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการบริหารการเรียกเก็บส่วนร่วมจ่าย ภายหลังจากการเลือกตั้งครั้งล่าสุดพรรคเพื่อไทยเข้ามาบริหารประเทศและผลักดันให้มีการเก็บ 30 บาทอีกครั้ง ซึ่งอาจเป็นเหตุผลทางการเมือง เนื่องจากยังไม่มีเหตุผลทางวิชาการสนับสนุนชัดเจน

ไม่ว่าการเมืองจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ยังคงดำเนินต่อไปได้อย่างมีเสถียรภาพ ส่วนหนึ่งเนื่องจากภาวะการนำของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ค่อนข้างมีเสถียรภาพ กล่าวคือ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมามีเลขาธิการ สปสช. เพียง 2 ท่านเท่านั้น

กรอบที่ 3: การเมืองไทย พ.ศ. 2543-2554: พันธมิตร การเลือกตั้งและการรัฐประหาร



แสดงรายชื่อนายกรัฐมนตรีไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยกล่องสีเขียวคือ พรรคไทยรักไทยรวมทั้งพรรคการเมืองใหม่ที่ถูกจัดตั้งขึ้นโดยคนกลุ่มเดียวกัน (พรรคพลังประชาชนและพรรคเพื่อไทย) ในขณะที่สีเหลืองเป็นรัฐบาลที่ได้มาจากการรัฐประหารและช่องสีเทาคือ นายกรัฐมนตรีจากพรรคประชาธิปัตย์

จะเห็นได้ว่าช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยขาดเสถียรภาพทางการเมืองอย่างมาก มีรัฐบาลถึง 7 ชุด จากการเลือกตั้งทั่วไป 5 ครั้ง และมีการรัฐประหาร 1 ครั้ง โดยช่วงครึ่งแรกของทศวรรษซึ่งเป็นรัฐบาลพรรคไทยรักไทยจะเป็นช่วงที่มีเสถียรภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นเสียงส่วนใหญ่ในรัฐสภา และนายกรัฐมนตรีมีภาวะผู้นำสูง และหลังจากนั้นก็มีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างบ่อย

4

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คุณลักษณะสำคัญของ
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- อาศัยแหล่งการคลังจากภาษี และไม่เสียค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับบริการ
- ชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมรอบด้านและเน้นบริการปฐมภูมิ
- ระบบงบประมาณและการจ่ายแบบปลายปิด

ในบทนี้จะกล่าวถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อธิบายคุณลักษณะสำคัญ 3 ประการของระบบและเหตุผลที่คุณลักษณะเหล่านี้ถูกเลือก และสรุปความแตกต่างระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับระบบประกันสุขภาพอีก 2 ระบบ

เป้าหมายและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

เป้าหมายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ “การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นการสงเคราะห์หรือช่วยเหลือจากภาครัฐ” เป้าหมายนี้จึงตั้งอยู่บนพื้นฐานของความถ้วนหน้าหรือสำหรับประชาชนทุกคน ไม่ได้เจาะเจงเฉพาะคนยากจนและคนด้อยโอกาสเท่านั้น

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ประกอบด้วย

- ให้ความสำคัญทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกับการรักษาพยาบาล
- มุ่งเน้นบทบาทบริการปฐมภูมิ และการใช้บริการบูรณาการที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพอย่างเหมาะสม
- สนับสนุนให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม
- ให้หลักประกันว่าการอุดหนุนเงินของภาครัฐจะเอื้อต่อคนจน ขณะเดียวกันคนไทยทุกคนจะได้รับการปกป้องจากความเสี่ยงทางการเงินที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งอาศัยการปฏิรูปกลไกการเงินการคลังในการผลักดันให้มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง เนื่องจากเป็นบริการที่มีความคุ้มค่ากว่าบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกกว่าและมีค่าใช้จ่ายในการไปใช้บริการต่ำกว่ามาก ทั้งนี้การออกแบบระบบกลไกการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาศัยประสบการณ์ที่ได้จากการดำเนินงานของระบบประกันสุขภาพก่อนหน้านี้ที่พบว่า การจ่ายตามปริมาณบริการของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของระบบเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวในระบบประกันสังคม ทำให้ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสมและเพียงพอ จึงเป็นการใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยมาใช้ในการออกแบบระบบ ขณะเดียวกันก็มีระบบติดตามประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งในการออกแบบระบบตั้งแต่เริ่มต้น

คุณลักษณะสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- อาศัยแหล่งการคลังจากภาษี และไม่เสียค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับบริการ (ส่วนร่วมจ่าย 30 บาทถูกยกเลิกไปในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549)
- ชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมรอบด้านและเน้นบริการปฐมภูมิ
- ระบบงบประมาณและการจ่ายแบบปลายปิด

การใช้แหล่งการคลังจากภาษีและไม่เสียค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับบริการ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเลือกใช้แหล่งการคลังจากภาษีด้วยเหตุผลหลักคือมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากที่สุดสำหรับประชาชนที่ไม่อยู่ในภาคการจ้างงานแบบเป็นทางการ นอกจากนี้ยังพบว่าการคลังจากภาษีของประเทศไทยมีลักษณะอัตราก้าวหน้า (กล่าวคือคนยิ่งรวยขึ้นจะจ่ายภาษีในสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้น)

จะยึดหลักการช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มหรือแบบถ้วนหน้า นักเศรษฐศาสตร์บางท่านให้ความเห็นว่า รัฐบาลควรมุ่งให้การช่วยเหลือเฉพาะคนจนเป็นหลักและปล่อยให้คนรวยจ่ายค่าบริการเอง อย่างไรก็ดีแนวคิดดังกล่าวมิได้รับการยอมรับ เนื่องจากการช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มคนจนมีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 แต่พบว่าประชาชนไทยอีกร้อยละ 30 ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ นอกจากนี้พบว่าการออกบัตรรายได้น้อยตลอดช่วงระยะเวลาที่ผ่านมายังคงขาดประสิทธิผลในการเข้าถึงกลุ่มคนจน กล่าวคือ ยังคงมีคนยากจนจำนวนมากไม่ได้รับบัตร สปร. ขณะเดียวกันคนได้รับบัตรจำนวนไม่น้อยที่มิได้ยากจนจริง[11] ยิ่งไปกว่านั้น แนวคิดนี้ขัดแย้งกับสิทธิตามรัฐธรรมนูญที่กำหนดให้ประชาชนไทยทุกคน (มิใช่บางคน) พึงได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นที่รัฐจัดให้ ขณะเดียวกันคนรวยจ่ายภาษีเงินได้ในอัตราก้าวหน้า (ร้อยละ 37 ของรายได้สุทธิ) เช่นเดียวกับภาษีนิติบุคคล

(ร้อยละ 30 ของรายได้สุทธิ) ซึ่งนับว่าเป็นสัดส่วนที่สูง ดังนั้นคนรวยก็ควรได้รับการคุ้มครองจากภาครัฐเช่นกัน ซึ่งในที่สุดก็ได้ข้อสรุปว่า ประเทศไทยควรจัดระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า

เมื่อตกลงว่าจะให้หลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าแล้ว ทางเลือกแหล่งการคลังที่มาจากภาษีจึงเป็นทางเลือกเดียวที่เป็นไปได้มากที่สุดและจะทำให้รัฐบาลสามารถดำเนินนโยบายนี้ได้สำเร็จอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการเก็บเงินสมทบจากประชาชนในกลุ่มที่ไม่อยู่ในภาคการจ้างงานแบบเป็นทางการมีความซับซ้อนเชิงเทคนิคมากและจะส่งผลต่อคะแนนนิยมทางการเมืองของรัฐบาล ดังนั้นแหล่งการคลังจากระบบภาษีจึงถูกนำมาใช้เป็นแหล่งทุนหลัก

การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้กระบวนการจัดทำงบประมาณมีความโปร่งใสและชัดเจนมากขึ้น โดยยึดประชาชนเป็นตัวตั้ง ทั้งนี้งบประมาณทั้งหมดของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเท่ากับอัตราเหมาจ่ายรายหัวคูณด้วยจำนวนสมาชิกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีงบประมาณนั้นๆ ทั้งนี้ก่อนหน้านั้นระบบการตั้งงบประมาณมีลักษณะเป็นรายกิจกรรมและรายโครงการ จะได้รับงบประมาณเท่าใดขึ้นอยู่กับการเจรจาต่อรองระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงบประมาณเป็นสำคัญ ขาดความชัดเจนของผลลัพธ์และเกณฑ์การพิจารณา ทำให้สามารถใช้อำนาจในการต่อรองและดึงงบประมาณกันได้ ระบบใหม่นี้ทำให้เกิดความโปร่งใสในการตรวจสอบมากขึ้น เนื่องจากการเจรจาต่อรองอัตราเหมาจ่ายรายหัวตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ของอัตราการใช้บริการ ต้นทุนของการจัดบริการ และศักยภาพการคลังภาครัฐเป็นสำคัญ

การเปลี่ยนแปลงสำคัญอีกประการคือ การเจรจาต่อรองระหว่าง สปสช. กับสำนักงบประมาณในเรื่องอัตราเหมาจ่ายรายหัวได้รับความสนใจจากสาธารณชนค่อนข้างมาก เนื่องจากเกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนพึงได้รับ จนบางครั้งกลายเป็นประเด็นร้อนในเวทีสาธารณะ และมีการนำเสนอผ่านสื่อต่างๆ อย่างกว้างขวาง นอกจากนี้ในบางกรณีกลุ่มพัฒนาองค์กรเอกชนและกลุ่มผู้ป่วยยังแสดงหลักฐานเพื่อสนับสนุนทำให้ต้องมี

การขึ้นอัตราเหมาจ่ายรายหัว กรอบที่ 4 จะแสดงตัวอย่างของการนำเสนอข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2549

กรอบที่ 4: ข่าวหนังสือพิมพ์ปี พ.ศ. 2549 ที่เกี่ยวกับงบเหมาจ่ายรายหัวระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อัมมาร์ ชี้ 4 ปี บัตรทองไม่ลงตัว เสนอเจียดงบฯ 1-2% โปะเพิ่ม (หนังสือพิมพ์มติชน, 31 มกราคม 2549)

เมื่อวันที่ 30 มกราคม ในเวทีเสวนา "ชำแหละ 4 ปีระบบประกันสุขภาพ 4 ปีทักษิณ ล้มเหลวหรือเดินหน้า" ...ศ.ดร.อัมมาร์กล่าวอีกว่า การวิจัยพบว่าในปีพ.ศ. 2545-2549 โครงการ 30 บาท ขาดเงินถึง 81,138 ล้านบาท... จำเป็นต้องใช้เงินเพิ่มจากปัจจุบันประมาณ 20,000-30,000 ล้านบาท/ปี ...

150 โรงพยาบาลรัฐเข้าภาวะถังแตก พินิจ สั่งแก้ด่วน เกลี่ยงบฯ กลางโปะ (หนังสือพิมพ์มติชน, 16 มกราคม 2549)

นายพินิจ จารุสมบัติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้สัมภาษณ์ภายหลังประชุมแก้ปัญหาโรงพยาบาลในสังกัด สธ. จำนวน 150 แห่งมีปัญหาสภาพคล่องทางการเงินว่า จากการประเมินสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลที่อยู่ในโครงการ 30 บาท ในภาพรวมรายได้สุทธิเป็นบวก คือรายได้มากกว่ารายจ่าย แต่ยังพบปัญหาที่โรงพยาบาลในสังกัด 150 แห่งมีรายได้สุทธิเป็นลบ ซึ่งเกิดจากปัญหาการบริหารจัดการภายใน...เบื้องต้นจะแก้ปัญหาโดยเกลี่ยงบประมาณไปให้โรงพยาบาลที่ประสบปัญหา...

ครม.อนุมัติงบกลางโปะ 30 บาท เพิ่มรายหัวเป็น 1,659 บาทต่อปี (หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ, 1 กุมภาพันธ์ 2549)

ครม.อนุมัติงบกลางปีพ.ศ. 2549 โปะโครงการ 30 บาทอีก 1.4 หมื่นล้านบาท เพิ่มงบรายหัวจาก 1,510.50 บาทเป็น 1,659.2 บาทต่อคนต่อปี นพ. สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี โฆษกประจำสำนักนายกรัฐมนตรี เปิดเผยว่า การประชุมคณะรัฐมนตรีวานนี้ (31 มค.) ที่ประชุมเห็นชอบบนหลักการเพิ่มงบประมาณสนับสนุนรายหัวตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ 30 บาทรักษาทุกโรค...

รพ.ธรรมศาสตร์ขาดทุนหนัก ถอนตัว 30 บาท (หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ, 24 กุมภาพันธ์2549)

ศ. ดร. สุรพล นิติไกรพจน์ อธิการบดีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เปิดเผยว่า โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ได้ส่งหนังสือถึงเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อขอถอนตัวจากโครงการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม... ตั้งแต่เริ่มดำเนินการโครงการดังกล่าวเมื่อ 5 ปีก่อน โรงพยาบาลขาดทุนรวมทั้งสิ้น 105 ล้านบาท ...ทั้งนี้ รพ.ธรรมศาสตร์ฯ ก็มิได้ปฏิเสธโครงการ 30 บาทอย่างสิ้นเชิง เนื่องจากอยู่ในฐานะโรงพยาบาลของรัฐ ...แต่จะขอรับผู้ป่วยในระดับตติยภูมิ กรณีผู้ป่วยส่งต่อ ผู้ป่วยหนัก และอุบัติเหตุ...

จัดสรรงบยาเอดส์ปี 50 วงเงิน 3.8 พันล.ตั้งเป้าช่วยผู้ติดเชื้อทั่วปท.1.2 แสนราย (หนังสือพิมพ์เดลินิวส์, 19 ธันวาคม 2549)

นพ. ปิยะ เนตรวิเชียร รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวถึงการจัดสรรงบประมาณในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการดูแลกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่า ในปี พ.ศ. 2550 งบประมาณด้านเอดส์ สปสช. ได้รับจัดสรรจำนวน 3,800 ล้านบาท...

แม้ว่าอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับอนุมัติมักต่ำกว่าอัตราที่เสนอขอ แต่ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา พบว่างบประมาณต่อหัวที่ได้รับเพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่จำนวนสมาชิกระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าค่อนข้างคงที่ ประมาณ 47 ล้านคน โดยอัตราเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มขึ้นจาก 1,202.4 บาทต่อหัวในปี พ.ศ. 2545 ขึ้นไปเป็น 2,693.5 บาทในปี พ.ศ. 2554 (ตารางที่ 2) คิดเป็นอัตราเพิ่มจริงถึงร้อยละ 71 แม้ว่าจะอยู่ในช่วงที่ประเทศประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ งบประมาณต่อหัวของระบบนี้ก็ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นในปี พ.ศ. 2552 อัตราการเติบโตของเศรษฐกิจในประเทศติดลบร้อยละ 2 ทำให้งบประมาณของกระทรวงต่างๆ ถูกลดทอนลง ยกเว้นงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจัยหลักที่ทำให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มขึ้นต่อเนื่องคือ อัตราการใช้บริการที่เพิ่มขึ้น ต้นทุนค่าแรง ค่ายาเวชภัณฑ์และวัสดุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีฐานข้อมูลการใช้บริการรายบุคคลเพื่อใช้ในการคำนวณอัตราการใช้บริการก็ทำให้ข้อมูลมีน้ำหนักมากขึ้น รวมถึงการขยายสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเพื่อให้สามารถปกป้องครัวเรือนจากภาวะเสี่ยงด้านการเงินได้ดีขึ้น และที่สำคัญคือการที่รัฐบาลตระหนักว่าระบบดังกล่าวได้รับงบประมาณไม่เพียงพอในระยะแรกของการดำเนินการ

ชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมรอบด้าน และเน้นบริการปฐมภูมิ

เนื่องจากระบบประกันสุขภาพอื่นของรัฐที่มีอยู่ล้วนมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างรอบด้าน จึงเป็นเหตุให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมแบบรอบด้านเช่นกัน ทั้งนี้ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใกล้เคียงกับชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสังคม ครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน อุบัติเหตุและบริการฉุกเฉิน ทันตกรรม การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง การวินิจฉัยโรค การขันสูตรแบบพิเศษ และรายการยาที่ไม่น้อยกว่ารายการในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมถึงอุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์

นอกจากนี้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังครอบคลุมไปถึงบริการส่วนบุคคลในด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมไปยังประชากรทั่วประเทศมิได้จำกัดอยู่เฉพาะประชาชนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 สปสช.ใช้งบประมาณเพื่อการนี้คิดเป็นร้อยละ 11 ของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว (ตารางที่ 2) อย่างไรก็ดี งบประมาณดังกล่าวจำกัดอยู่เฉพาะบริการส่วนบุคคลเท่านั้น ไม่ครอบคลุมถึงกิจกรรมในการป้องกันโรคปฐมภูมิหรือส่งเสริมสุขภาพนอกเหนือบริการทางคลินิก ซึ่งโดยปกติจะมีงบประมาณในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการสนับสนุนการดำเนินการ

ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะแรกนั้นเป็นการลอกเลียนแบบมาจากระบบประกันสุขภาพอื่นที่มีอยู่ก่อนหน้านี้ อย่างไรก็ดีการเพิ่มสิทธิประโยชน์ภายหลังนั้น ได้รับการชี้แนะโดยการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งมีการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลหรือความคุ้มค่า การประเมินผลกระทบต่อภาระงบประมาณ การประเมินความเป็นธรรม (ใครได้ประโยชน์จากบริการดังกล่าว) และศักยภาพของระบบบริการในการรองรับการขยายสิทธิประโยชน์ดังกล่าว กรอบที่ 5 แสดง

กระบวนทำงานในการนำบริการใหม่เข้ามาอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ นอกเหนือจากเกณฑ์ที่กล่าวข้างต้นแล้ว บางครั้งการตัดสินใจที่จะนำบริการบางอย่างเข้ามาอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ก็อาจมิได้อยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ด้านความคุ้มค่า แต่มีประเด็นด้านจริยธรรม เช่น การให้บริการทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังนั้น พบว่า บริการดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายสูงถึง 4 เท่าของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อคนต่อปีในการทำให้ได้หนึ่งปีสุขภาวะเพิ่มขึ้น (QALY) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมากและจะเป็นภาระด้านการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะยาว

กรอบที่ 5: การใช้ข้อมูลหลักฐาน ในการเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์

คณะอนุกรรมการชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและการเพิ่มสิทธิประโยชน์ใหม่ๆ เนื่องจากมีเทคโนโลยีใหม่ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลเกิดขึ้นตลอดเวลา ซึ่งเทคโนโลยีเหล่านี้มักมีราคาแพง ทำให้มีความจำเป็นต้องมีการประเมินก่อนที่จะนำเทคโนโลยีใหม่เหล่านี้เข้ามาอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program) ถูกจัดตั้งขึ้นภายใต้สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program) ในปีพ.ศ. 2552 เพื่อทำหน้าที่ในการประเมินดังกล่าว โดยได้ทำการทบทวนแนวทางการทำงานขององค์กรประเมินเทคโนโลยีในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ 7 ประเทศ เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการประเมินเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ขึ้นดังนี้:

- การคัดเลือกสิทธิประโยชน์ใหม่สำหรับการประเมินนั้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มรูปแบบ เพื่อให้เกิดความโปร่งใส ประกอบด้วย ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์หรือตัวแทนจากราชวิทยาลัย ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข ตัวแทนของผู้ผลิตยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ องค์กรภาคประชาชน กลุ่มผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป
- การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ในการเลือกสิทธิประโยชน์ โดยใช้วิธีการประเมินต้นทุนต่ออรรถประโยชน์ที่เพิ่มขึ้น (incremental cost- effectiveness ratio; ICER) และผลกระทบต่อภาระงบประมาณ

ทั้งนี้เกณฑ์ในการตัดสินความคุ้มค่าคือ ไม่เกินรายได้ประชาชาติต่อหัวสำหรับหนึ่งปีสุขภาวะ (QALY) ที่เพิ่มขึ้น และถูกนำไปใช้โดยคณะอนุกรรมการชุดสิทธิประโยชน์ กระบวนการนี้ทำให้การตัดสินใจเป็นไปโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีความโปร่งใส และยังทำให้สมรรถนะของสถาบันมีความเข้มแข็งและยั่งยืนในการผลิตหลักฐานเชิงประจักษ์ด้าน ICER ผลกระทบต่องบประมาณ และข้อพิจารณาทางด้านสังคมและจริยธรรม

งบประมาณและรูปแบบการจ่ายแบบปลายปิด

เป็นที่ทราบกันดีว่าความต้องการงบประมาณเพิ่มขึ้นทุกปี จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่อิงกับระบบงบประมาณ ดังนั้นทางเลือกที่ดีที่สุดที่จะทำให้ควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบได้และมีความยั่งยืนในระยะยาวคือ ต้องใช้ระบบงบประมาณแบบปลายปิด โดยงบเหมาจ่ายรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะครอบคลุมบริการตามชุดสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนผู้มีสิทธิหนึ่งคน โดยอัตราเหมาจ่ายนี้คำนวณมาจากอัตราการใช้บริการประเภทต่างๆ คูณด้วยต้นทุนต่อหน่วย ซึ่งรวมทั้งเงินเดือน ค่าตอบแทน และค่าดำเนินการ

ตารางที่ 2 งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวของ
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545-2554

	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
บริการผู้ป่วยนอก	47.8%	47.8%	37.6%	38.8%	38.7%	33.1%	27.4%	31.9%	34.7%	35.8%
บริการผู้ป่วยใน	25.1%	25.1%	38.1%	39.8%	36.5%	42.3%	49.6%	45.6%	44.0%	41.9%
บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง	2.7%	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	2.1%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
บริการทันตกรรม	0.0%	0.0%	0.2%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
บริการส่งเสริมและป้องกัน	14.6%	14.6%	15.8%	15.0%	13.1%	12.5%	11.5%	11.4%	10.9%	10.4%
งบลงทุนเพื่อการทดแทน	6.9%	6.9%	7.3%	5.5%	7.5%	7.2%	6.6%	6.5%	6.0%	5.5%
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	0.8%	0.8%	0.8%	0.7%	0.6%	0.5%	0.5%			
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ						0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%
เงินช่วยเหลือเบื้องต้นม.41										0.1%
คุณภาพบริการ									0.2%	0.2%
บริการแพทย์แผนไทย								0.2%	0.2%	0.3%
ยาต้านไวรัส					3.4%	4.2%	4.3%	2.8%	2.3%	2.3%
การรักษาบำบัดทดแทนได								1.4%	1.2%	2.5%
โรคเรื้อรัง									0.3%	0.5%
บริการจิตเวช										0.2%
รวม	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
บาทต่อคน, ราคาปัจจุบัน	1,201.4	1,201.4	1,308.7	1,396.4	1,718.0	1,983.4	2,194.3	2,298.0	2,497.2	2,693.5
ณ ราคา พ.ศ. 2550	1,406.8	1,380.9	1,463.9	1,495.1	1,756.6	1,983.4	2,081.9	2,199.0	2,312.2	2,404.9

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2554

ทั้งนี้การบริหารงบประมาณภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิธีการบริหารและการจัดสรรงบประมาณอย่างมาก เนื่องจากก่อนที่จะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขนั้นจะถูกจัดสรรไปยังจังหวัดต่างๆ ก่อน โดยอาศัยหลักเกณฑ์ทางปัจจัยด้านอุปทานเป็นส่วนใหญ่ เช่น จำนวนสถานพยาบาลและขนาดของสถานพยาบาล โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นผู้บริหารและจัดสรรต่อไปยังโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดสรรต่อไปยังสถานีอนามัยภายใต้สังกัดที่รับผิดชอบ ทั้งนี้หลักเกณฑ์การจัดสรรในแต่ละระดับและพื้นที่ก็แตกต่างกันไป แต่โดยหลักแล้วมักเป็นไปตามประสบการณ์ในอดีต ซึ่งใช้ตัวแปรด้านอุปทาน (Supply) เช่น จำนวนเตียง จำนวนบุคลากร และอัตราการให้บริการ เป็นต้น ด้วยวิธีการจัดสรรดังกล่าวทำให้การเมืองสามารถแทรกแซงโดยการโอนย้ายงบประมาณไปยังพื้นที่ที่ตนต้องการได้ง่าย แต่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบประมาณผู้ป่วยนอกจะถูกจัดสรรตรงไปยังหน่วยบริการคู่สัญญาหลักสำหรับบริการปฐมภูมิ (CUP) ตามปัจจัยด้านอุปสงค์ (Demand) คือ จำนวนประชากรที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของประชากร อย่างไรก็ดี เนื่องจากการกระจายภาระเสี่ยงของแต่ละพื้นที่ไม่เท่ากัน ขณะเดียวกันบางพื้นที่ก็มีปัญหาการขาดประสิทธิภาพเชิงขนาด (เช่น CUP ที่มีประชากรน้อยกว่า 3,000 หรือ สอ.ที่มีประชากรน้อยกว่า 2,500 คน) ทำให้สปสช.ต้องกันเงินผู้ป่วยนอกออกมาเพื่อจัดสรรเพิ่มเติมสำหรับพื้นที่เฉพาะ ได้แก่ CUP ที่มีประชากรน้อย ตั้งอยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่ชายแดน พื้นที่เสี่ยงภัย ขณะเดียวกัน ในระยะหลังได้มีการคิดคำนวณต้นทุนคงที่สำหรับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก

สำหรับการบริหารงบผู้ป่วยในนั้น มีการจัดสรรให้แก่โรงพยาบาลต่างๆ โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) ในการคำนวณผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ให้บริการเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดสรร ซึ่งในช่วงแรกบริหารในลักษณะงบยอดรวมในระดับประเทศ (อัตราจ่ายบาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์เท่ากันทุกพื้นที่) ต่อมามีการปรับเปลี่ยนการบริหารงบยอดรวมที่ระดับเขต (อัตราจ่ายบาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ในแต่ละเขตอาจต่างกัน และหากมีการใช้บริการข้ามเขตกันต้องมีการตามจ่ายในอัตราคงที่ที่กำหนด) ทั้งนี้รายละเอียดของการจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัว

อยู่ในรายงานฉบับสมบูรณ์ของการประเมินการดำเนินงานหนึ่งทศวรรษระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สืบค้นได้จากเว็บไซต์ของสวรส. (www.hsri.or.th)

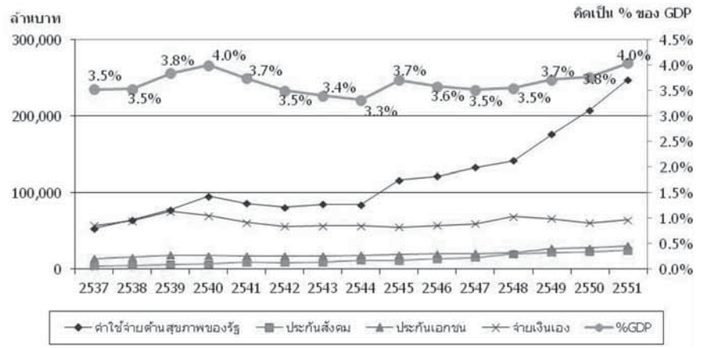
งบประมาณปลายปิดมีความจำเป็นต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยใน เนื่องจากหากจ่ายเป็นรายโรคโดยใช้ DRG อย่างเดียวโดยไม่มีการคุมงบยอดรวม อาจทำให้เกิดการเบี่ยงเบนข้อมูลโดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มอาการที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สูงขึ้น เช่น จากไส้ติ่งอักเสบธรรมดาเป็นไส้ติ่งอักเสบแตก เป็นต้น หรือที่เรียกกันว่า "DRG creep" ซึ่งหากงบประมาณเป็นแบบปลายเปิดก็จะไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และที่ผ่านมาไม่มีการใช้งบประมาณข้ามหมวด นั่นคือ หากปริมาณน้ำหนักสัมพัทธ์รวมมากกว่าที่คำนวณในการตั้งงบประมาณก็จะมีผลให้บาทต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ที่โรงพยาบาลจะได้รับต่ำกว่าที่คำนวณไว้

รูปแบบการจ่ายแบบปลายปิดช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายได้ เนื่องจากเป็นการผลักภาระความเสี่ยงบางส่วนไปยังผู้ให้บริการและป้องกันไม่ให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้บริการเกินความจำเป็น ซึ่งตรงข้ามกับการจ่ายตามปริมาณบริการ ด้วยการจ่ายแบบปลายปิด ผู้ให้บริการจะมีแรงจูงใจที่จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งก็ทำให้มีข้อกังวลคือ อาจมีการให้บริการต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ทำให้สปสช.ต้องมีการติดตามประเมินอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอย่างสม่ำเสมอ มีระบบการตรวจสอบทางการแพทย์ ปรับอัตราเหมาจ่ายรายหัวให้เพียงพอ รวมถึงปรับงบประมาณตามโครงสร้างอายุในการจัดสรรเพื่อลดผลกระทบจากรูปแบบการจ่ายแบบปลายปิด

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ใช่บริการคุณภาพต่ำสำหรับคนจน

รัฐบาลทุกชุดที่ผ่านมาในช่วงทศวรรษแรกของการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้การสนับสนุนด้านงบประมาณต่อระบบดังกล่าวเป็นอย่างดี ดังรูปที่ 5 กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาลเพิ่มขึ้นจาก 8.45 หมื่นล้านบาทในปี พ.ศ. 2544 เป็น 1.16 แสนล้านบาทในปี พ.ศ. 2545 และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึง 2.48 แสนล้านบาทในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งคิดเป็นอัตราเพิ่มที่แท้จริงถึงร้อยละ 76 เมื่อเปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2545[12] ซึ่งพบว่าช่วงระยะเวลาดังกล่าวค่าใช้จ่ายของระบบประกันสังคมค่อนข้างคงที่ ในขณะที่รายจ่ายของครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการลดลงจากร้อยละ 33 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 15 ใน พ.ศ. 2551 (ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศสมาชิก OECD) และเนื่องจาก GDP ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละของ GDP ยังคงมีค่าคงที่อยู่ระหว่างร้อยละ 3-4

รูปที่ 5 รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2537-2551 (มูลค่าปีปัจจุบัน)



ที่มา: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2551

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแตกต่างจากระบบประกันสุขภาพอีก 2 ระบบในหลายมิติที่สำคัญ คือ มีชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมบริการป้องกันทางคลินิกและการส่งเสริมสุขภาพ โมเดลคู่สัญญาระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ การใช้รูปแบบการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอก และงบประมาณปลายปิดร่วมกับการจ่ายแบบ DRG สำหรับบริการผู้ป่วยใน และผู้ป่วยต้องลงทะเบียนกับสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักในอำเภอภูมิลำเนา นอกจากความแตกต่างดังกล่าวแล้ว ทั้ง 3 ระบบครอบคลุมบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างรอบด้าน ดังนั้นไม่อาจกล่าวได้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบที่ให้บริการคุณภาพต่ำสำหรับคนจน อย่างไรก็ตามมีความจำเป็นในเฝ้าระวังปัญหาการให้บริการที่อาจมีมาตรฐานต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

ตารางที่ 3 ได้สรุปลักษณะสำคัญของระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ ซึ่งครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ทั้งนี้อัตราเหมาจ่ายรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมค่อนข้างใกล้เคียงกัน ทั้งๆ ที่อัตราเหมาจ่ายรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรสูงกว่า เนื่องจากครอบคลุมสมาชิกทุกกลุ่มอายุ โดยรวมกลุ่มอายุที่ต่ำกว่า 5 ปีและมากกว่า 60 ปี ในขณะที่ระบบประกันสังคมครอบคลุมเฉพาะวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 15-60 ปี ส่วนค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีมูลค่าสูงกว่า 4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับอีก 2 กองทุน ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการจ่ายตามรายการและอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ซึ่งสร้างแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการสั่งให้มีการตรวจวินิจฉัยโรคและจ่ายยาเกินความจำเป็น จากหลักฐานทางการวิจัย[13]แสดงให้เห็นว่ามีความเหลื่อมล้ำอย่างมากในการให้บริการระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ตัวอย่างเช่น ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีการสั่งใช้ยาที่มีราคาแพง เช่น ยาต้นแบบยานอกรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ มีอัตราการฝ่าท้องทำคลอดสูงกว่า และมีจำนวนวันนอนของผู้ป่วยสูงกว่า เป็นต้น

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะของระบบประกันสุขภาพประเทศไทย 3 ระบบ หลังจากที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545

ระบบประกันสุขภาพ	ครอบคลุมประชากร		แหล่งทุน	ชุดสิทธิประโยชน์	ความสัมพันธ์ในการจัดซื้อบริการ	การเข้าถึงบริการ	ค่าใช้จ่ายต่อหัวใน พ.ศ. 2553
ประกันสังคม	พนักงานภาคเอกชนโดยไม่รวมบุตร	16%	เงินสมทบร่วมสามฝ่าย รัฐบาล นายจ้าง ลูกจ้าง คนละ 1.5% ของเงินเดือนลูกจ้าง	ครอบคลุมผป.นอก, ผป.ใน, อุบัติเหตุฉุกเฉิน, บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยมีรายการที่ยกเว้นน้อยมาก ไม่รวมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	โมเดลคู่สัญญา: เหมาจ่ายรายหัวรวมบริการผป.นอกและผป.ใน	โรงพยาบาลรัฐและเอกชนคู่สัญญา	2,133 บาท
สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	ข้าราชการรวมถึง บิดามารดา, คู่สมรส และบุตรไม่เกิน 2 คนและมีอายุไม่เกิน 20 ปี	9%	งบประมาณ	ครอบคลุมมากกว่าระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเล็กน้อย	โมเดลการจ่ายย้อนหลัง:จ่ายตามรายการและอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บสำหรับบริการผป.นอก จ่ายแบบ DRG สำหรับผป.ใน	เลือกสถานพยาบาลรัฐได้อย่างอิสระและไม่จำเป็นต้องลงทะเบียน	12,400 บาท
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	75%	งบประมาณ	ครอบคลุมและใกล้เคียงกับประกันสังคม รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชนทุกคน	โมเดลคู่สัญญา: เหมาจ่ายรายหัวสำหรับผป.นอกและงบประมาณปลายปิดร่วมกับ DRG สำหรับผป.ใน	สถานพยาบาลคู่สัญญารัฐและเอกชนส่วนใหญ่คือระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ	2,497 บาท

5

องค์กรใหม่และ วิธีการทำงานแบบใหม่

> ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก่อให้เกิด
> การเปลี่ยนแปลงด้านการอภิบาลระบบ มีองค์กรใหม่
> เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรแบบใหม่
> และวิธีการทำงานแบบใหม่ ทั้งนี้การออกแบบระบบดังกล่าว
> มุ่งหวังให้ระบบมีความโปร่งใสมากขึ้น มีการแบ่งแยกหน้าที่
> และความรับผิดชอบที่ชัดเจนไม่ทับซ้อนกัน และทำให้ระบบ
> ตอบสนองต่อผู้รับบริการมากขึ้น โดยให้ภาคส่วนต่างๆ
> ที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

ก่อนมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสาธารณสุขไทยก็มีลักษณะเช่นเดียวกับประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย กล่าวคือ มีลักษณะรวมศูนย์แบบระบบราชการ และกระทรวงสาธารณสุขทำบทบาททุกอย่างเบ็ดเสร็จในหน่วยงานเดียว ทั้งในด้านการอภิบาลระบบโดยรวม กำหนดนโยบาย บริหารจัดการระบบการคลัง จัดบริการสาธารณสุข รวมไปถึงการตรวจสอบกำกับ และการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านบริการสุขภาพ รวมถึงการออกใบอนุญาตและถอดถอนใบอนุญาตของสถานพยาบาลเอกชนได้ (แต่ยกเว้นดำเนินการกับสถานพยาบาลรัฐ) ในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ก็มีสภาวิชาชีพต่างๆ ในการออกใบอนุญาตและการกำกับการปฏิบัติเวชกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานและจริยธรรมทางวิชาชีพ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการอภิบาลระบบโครงสร้างองค์กร และการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณุข กล่าวคือ มีองค์กรใหม่คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เกิดขึ้นในการบริหารระบบการคลังสาธารณสุข ทำให้โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรในระบบเปลี่ยนไปจากระบบการสั่งการ (Command line) เป็นระบบการบริหารสัญญา (contractual relationship) รวมถึงมีวิธีการทำงานแบบใหม่ เช่น การแยกการซื้อและการให้บริการออกจากกัน การทำงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ แทนการทำงานในลักษณะเชิงเดี่ยวแบบเบ็ดเสร็จในองค์กรเดียว เป็นต้น ทั้งนี้การออกแบบระบบดังกล่าวมุ่งหวังให้ระบบมีความโปร่งใสมากขึ้น มีการแบ่งแยกหน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจนและไม่ทับซ้อน และทำให้ระบบตอบสนองต่อผู้รับบริการมากขึ้น โดยให้ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

จากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำให้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้น ซึ่งเป็นองค์กรในกำกับของรัฐ ทำหน้าที่บริหารระบบภายใต้การกำกับของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน คณะกรรมการฯ มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย กำหนดขอบเขตของชุดสิทธิประโยชน์ กำหนดรูปแบบและอัตราการจ่ายค่าบริการ รวมถึงการกำหนดกฎเกณฑ์และแนวทางการปฏิบัติงานต่างๆ ทั้งนี้ คณะกรรมการฯ ดังกล่าวประกอบด้วย ตัวแทนจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ตัวแทนองค์กรวิชาชีพ ตัวแทนโรงพยาบาลเอกชน และผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ นอกจากนี้ คณะกรรมการฯยังได้แต่งตั้งอนุกรรมการเพิ่มเติมอีก 11 คณะ เพื่อพัฒนาข้อเสนอด้านต่างๆ

นอกจากนั้นยังมีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานของบริการสุขภาพและสถานบริการสาธารณสุข พิจารณาเรื่องร้องเรียน รวมถึงพิจารณาจ่ายชดเชยผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คณะกรรมการชุดนี้ส่วนใหญ่ประกอบด้วยตัวแทนของผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่จัดทำอัตราเหมาจ่ายรายหัวเพื่อเสนอขออนุมัติจากคณะรัฐมนตรีในแต่ละปีและต้องรายงานผลการดำเนินงานและการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีต่อคณะรัฐมนตรี รัฐสภาและวุฒิสภาหลังจากสิ้นปีงบประมาณไม่เกิน 6 เดือน และคณะกรรมการดังกล่าวมีอำนาจในการคัดเลือกและแต่งตั้งเลขาธิการสปสช. ซึ่งอยู่ในวาระคราวละ 4 ปี และสามารถดำรงตำแหน่งได้ไม่เกิน 2 วาระติดต่อกัน รายละเอียดการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังตารางที่ 4

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีหน้าที่บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยต้องรายงานและแสดงความรับผิดชอบต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชาชนผู้มีสิทธิ และรัฐบาล ทั้งนี้ สปสช. มีหน้าที่ในการซื้อบริการแทนประชาชนผู้มีสิทธิ โดยใช้อำนาจทางการเงินที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ระบบบริการสาธารณสุขต้องมีการปรับตัวให้สามารถรองรับและตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนที่ตนรับผิดชอบ ทั้งนี้ สปสช. เลือกทำสัญญากับสถานพยาบาลหลักเพื่อบริการปฐมภูมิ (CUP) ทั้งภาครัฐและเอกชน และกำหนดให้ CUP ต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้มาตรฐาน (PCU) อย่างน้อย 1 แห่งต่อจำนวนประชาชนผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียนกับ CUP ทุกๆ 10,000-15,000 คน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก ซึ่งส่วนใหญ่ CUP ก็คือ เครือข่ายการให้บริการในระดับอำเภอซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่ายและมีสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นเครือข่ายในการให้บริการ ทั้งนี้โรงพยาบาลแม่ข่ายทำหน้าที่ดูแลและจัดบริการปฐมภูมิ รวมถึงดูแลเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ความสำคัญกับระบบบริการปฐมภูมิ การจัดบริการแบบบูรณาการทั้งบริการส่วนบุคคล บริการในชุมชน และการสาธารณสุขในพื้นที่ (Area-based approach) ดังนั้นประชาชนผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงถูกขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในภูมิลำเนาตามทะเบียนราษฎร์ของผู้มีสิทธิโดยอัตโนมัติ ไม่มีโอกาสเลือกสถานพยาบาลที่ต้องการโดยเฉพาะในเขตชนบทซึ่งก็คือโรงพยาบาลและสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักนั่นเอง

ตารางที่ 4 การอภิบาลกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยงานบริหาร	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
หัวหน้าหน่วยงาน	เลขาธิการ แต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
กลไกการอภิบาล	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข
ทรัพยากร	• จำนวนพนักงาน (800) • งบประมาณในการบริหารจัดการ ร้อยละ 1.29 (พ.ศ. 2553) • ใช้เงินงบประมาณรัฐ ไม่มีการเก็บเงินสมทบจากผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า • มีศักยภาพในการระดมความรู้จากสถาบันวิจัยภายนอก
การจัดการระบบสารสนเทศ	มีระบบสารสนเทศขนาดใหญ่ที่ดีและรอบด้าน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อีกมาก
การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	มีการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างกว้างขวาง เช่น คณะอนุกรรมการสิทธิประโยชน์ ในการพิจารณาสิทธิประโยชน์ใหม่ คณะอนุกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติจำเป็นต้องใช้การประเมินผลทางเศรษฐกิจอย่างเต็มรูปแบบ การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล การประเมินผลกระทบของงบประมาณ รวมถึงการประเมินความปลอดภัยและประสิทธิภาพการรักษาทางคลีนิก ก่อนการเพิ่มยาใหม่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

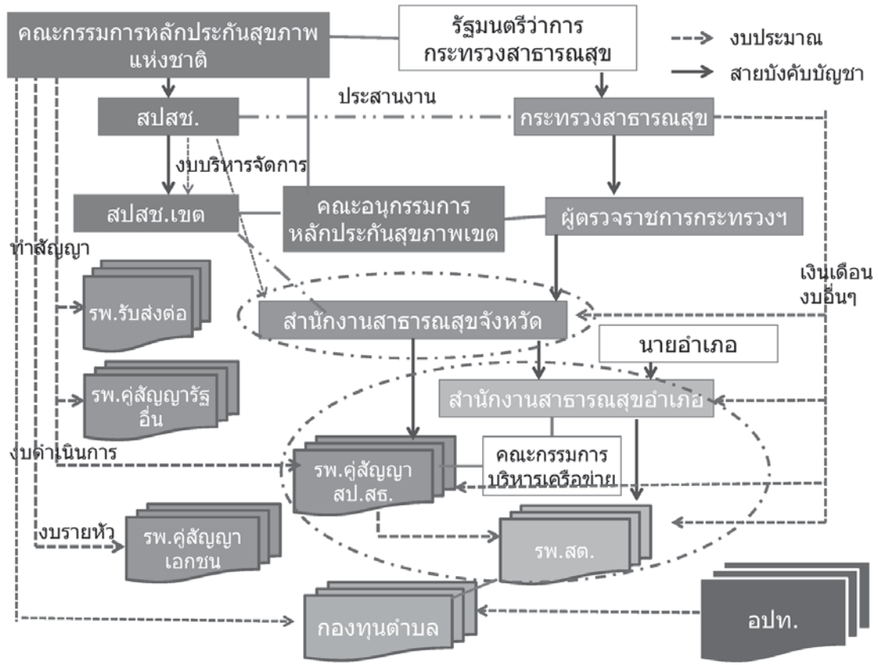
แม้ สปสช. จะทำสัญญากับทั้งภาครัฐและเอกชน แต่ก็มีจำนวนโรงพยาบาลเอกชนน้อยมากที่เข้าร่วม ส่วนใหญ่อยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นหลัก ในช่วงหลัง สปสช. กรุงเทพมหานครต้องพยายามชักชวนให้คลินิกเอกชนเข้ามาร่วมเป็นคู่สัญญาในการให้บริการผู้ป่วยนอก เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้นและทำให้ระบบมีประสิทธิภาพมากขึ้นแทนที่จะให้ประชาชนไปใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ตั้งแต่แรก ทั้งนี้คลินิกเอกชนในต่างจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการมีน้อยมาก เนื่องจากไม่สามารถจัดบริการให้ครอบคลุมตามสิทธิประโยชน์ตามที่สปสช.กำหนดได้ สำหรับข้อมูลการขึ้นทะเบียนของเขตกรุงเทพมหานครในปี พ.ศ. 2554 พบว่าร้อยละ 54.6 ของประชากร 3.7 ล้านคนได้ลงทะเบียนกับคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชน (ตารางที่ 5) แต่ภาพรวมของทั้งประเทศมีผู้มีสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลเอกชนเพียงร้อยละ 5.7 เท่านั้น

ตารางที่ 5 การลงทะเบียนของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกรุงเทพฯ พ.ศ. 2554

เครือข่ายคู่สัญญา	จำนวนผู้มีสิทธิในกรุงเทพฯ	%
คลินิกเอกชน	1,508,013	41.1%
โรงพยาบาลเอกชน	495,013	13.5%
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	134,608	3.7%
โรงพยาบาลอื่นๆ	1,527,018	41.7%
รวมจำนวนผู้มีสิทธิ	3,664,652	100%

ตามข้อเสนอของคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[14] และคู่มือแนวทางการดำเนินระบบหลักประกันสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน[15] ได้มีข้อเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขกระจายอำนาจแก่หน่วยบริการเพื่อให้มีอิสระในการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขควรปรับบทบาทตนเองให้เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ในการกำกับระบบในภาพรวมแทนการให้บริการ อย่างไรก็ดีข้อเสนอดังกล่าวไม่เกิดขึ้นจริง ทำให้กระทรวงสาธารณสุขกลายเป็นเจ้าของสถานพยาบาลรายใหญ่ที่เป็นคู่สัญญากับ สปสช. ในการให้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงสร้างความสัมพันธ์ขององค์กรภายใต้ระบบดังกล่าวแสดงในรูปที่ 6 และรายละเอียดโครงสร้างองค์กร สืบค้นได้จากรายงานการประเมินการดำเนินงานทศวรรษแรกระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(www.hsri.or.th)

รูปที่ 6 โครงสร้างความสัมพันธ์องค์กรที่เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



6

การดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ความขัดแย้งระหว่างองค์กรและการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

“

ความตึงเครียดที่เกิดขึ้นยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่ได้เป็นเพียงความตึงเครียดระหว่าง สปสช.กับกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่รวมถึงความขัดแย้งระหว่างกลุ่มปฏิรูปกับกลุ่มอนุรักษ์ภายในกระทรวงสาธารณสุข, ความขัดแย้งทางความคิดระหว่างกลุ่มที่สนับสนุนคนยากจนกับกลุ่มภาคเอกชนที่แสวงหากำไร, ความขัดแย้งภายในองค์กรเดียวกันในระดับต่างๆ และความขัดแย้งระหว่างระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ กับกลุ่มข้าราชการและกลุ่มวิชาชีพแพทย์

”

การดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยก็ไม่ต่างจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก ที่ต้องถูกปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ บริบทแวดล้อม อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากความขัดแย้งระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียในระบบ มีการจับมือกันของกลุ่มต่างๆ ในบางประเด็น ขณะเดียวกันก็มีการเปลี่ยนขั้วพันธมิตรของกลุ่มในบางประเด็นเช่นกัน ซึ่งกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบายดังกล่าวมากบ้างน้อยบ้างเป็นระยะๆ ทำให้สามารถเข้าใจได้ว่าเหตุใดบางองค์ประกอบของระบบซึ่งเคยออกแบบไว้ไม่สามารถดำเนินการได้ และบางองค์ประกอบก็ต้องถูกปรับเปลี่ยนไประหว่างดำเนินการ ในบทนี้จะกล่าวถึงการดำเนินการปฏิรูปภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3 องค์ประกอบซึ่งเป็นส่วนที่ยากที่สุดในการดำเนินการ ประกอบด้วย การแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ (Purchaser-provider split) การซื้อบริการเชิงกลยุทธ์และการจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นธรรม (Strategic purchasing and the equitable distribution of resources) และการผสานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนประกันสุขภาพ (Harmonization of the three public health insurance schemes)

การแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ

หัวใจสำคัญของการปฏิรูปคือ การแยกบทบาทการซื้อบริการออกมาจากกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเดิมทำหน้าที่ทั้งบริหารงบประมาณและจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จในองค์เดียว ทั้งนี้เดิมกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบประมาณไปยังหน่วยบริการภายใต้สังกัดของตนเอง เป็นลักษณะการจัดสรรตามอุปทาน (Supply side financing) ซึ่งเมื่อแยกบทบาทการซื้อบริการออกมาและจัดสรรงบประมาณไปตามบริการก็จะเป็นลักษณะการจัดสรรตามอุปสงค์ (Demand-side financing) แทน ซึ่งแท้จริงแล้วรูปแบบดังกล่าวได้ถูกใช้มาก่อนหน้านี้ในระบบประกันสังคม โดยสำนักงานประกันสังคมทำสัญญากับหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งก็ทำให้หน่วยบริการตอบสนองและมีความรับผิดชอบต่อผู้มีสิทธิภายใต้ระบบสังคมมากกว่ารูปแบบการบูรณาการของระบบ สปร.หรือบัตรประกันสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารงบและให้บริการไปด้วย

ทั้งนี้ผู้บริหาร สปสช. ได้สะท้อนความเห็นต่อการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการว่า:

"...การแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อบริการมีความสำคัญ สปสช. ในฐานะผู้ซื้อบริการต้องยืนเคียงข้างประชาชน ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าของหน่วยบริการ การแยกบทบาทดังกล่าวเป็นการลดอำนาจของผู้ให้บริการซึ่งเดิมถือเงินและเป็นคนตัดสินใจว่าจะจัดสรรและใช้จ่ายเงินอย่างไร...หากไม่มีการแยกบทบาทก็ไม่มีหน่วยงานใดทำหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิแก่ประชาชนด้านสุขภาพ.. ..อย่างไรก็ดี ผู้ซื้อบริการจะทำบทบาทหน้าที่ตนได้ดีเพียงใดขึ้นกับวิสัยทัศน์ของหน่วยงาน รวมถึงการออกแบบระบบเพื่อให้เกิดธรรมาภิบาลในการบริหารระบบ...."

การเปลี่ยนแปลงหลายอย่างนั้นจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจต่อขอบเขตของบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน ซึ่งก็พบว่ายังคงมีความสับสนอยู่ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาและมีปัญหามากขึ้นเมื่อทางการเมืองตัดสินใจให้มีการดำเนินการอย่างเร่งรีบโดยมิได้มีการเตรียมระบบให้พร้อมก่อน มีความขัดแย้งระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. มีผลให้การปฏิรูปล่าช้าไปบ้างและมีความยากลำบากในการดำเนินการทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

ณ การเริ่มต้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2544 นั้นผู้บริหารเกือบทั้งหมดในกระทรวงสาธารณสุขมิได้เห็นด้วยกับการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ แต่เนื่องจากช่วงเวลานั้นฝ่ายการเมืองมีความเข้มแข็งมาก ทำให้สามารถหยุดแรงคัดค้านนี้ได้ การปฏิรูปนี้เป็นการย้ายอำนาจทางการเงินออกจากมือผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุขไปยัง สปสช. เกิดเป็นความขัดแย้งระหว่างองค์กรขึ้น ส่วนหนึ่งก็มาจากแรงต้านจากกลุ่มอนุรักษ์ในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพยายามถ่วงเวลาการปฏิรูปให้ช้าลงและสถานการณ์ความขัดแย้งยิ่งบานปลายเมื่อมีวาทกรรมบางประโยคของนักปฏิรูปซึ่งก่อให้เกิดความขัดแย้งโดยไม่จำเป็น เช่น การใช้คำว่า "รีดไขมัน" หรือ "กำจัดไขมันส่วนเกินในระบบ" เพื่ออธิบายความจำเป็นที่ต้องมีการปฏิรูปอันเกิดจากการขาดประสิทธิภาพของโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ที่อยู่ในภาคกลาง ส่งผลทำให้กลุ่มวิชาชีพและผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขเกิดความรู้สึกต่อต้านสปสช.มากยิ่งขึ้น

ผู้บริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอธิบายว่า

"พวกเราใช้วิธีการที่ผิดพลาดตั้งแต่เริ่มต้น เช่น คำว่า "การรีดไขมัน" ซึ่งตีความได้ว่า กระทรวงสาธารณสุข เป็นปัญหาและจำเป็นต้องปรับปรุง แล้วพวกเราก็เพลิดเพลินกับการใช้อำนาจที่มีอยู่มากเกินไปในการทำงานกับกระทรวงสาธารณสุข ในระยะต่อมา เราเปลี่ยนแปลงวิธีการสื่อสารเป็น "จำเป็นต้องมีการปรับปรุงทั้งระบบ" และนำแนวคิด "การมีส่วนร่วม" มาใช้กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญต่างๆ หลังจากนั้น เราจึงได้รับการตอบรับที่ดีขึ้นจากกระทรวงสาธารณสุข..."

แรงต่อต้านการเปลี่ยนแปลงจากผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขมีมาอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงทศวรรษที่ผ่านมา และมีความพยายามจะเปลี่ยนไปสู่ระบบเดิมโดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาลใหม่แต่ละครั้งแต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ

ในปีแรกของการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 นั้น จำเป็นต้องรวบรวมงบประมาณตามแผนงานโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการจัดบริการส่วนบุคคลเข้าด้วยกัน ซึ่งรวมได้ 2.65 หมื่นล้านบาท ขาดอีกประมาณ 3 หมื่นล้านบาท ซึ่งรัฐบาลต้องจัดสรรงบเพิ่มเติมให้ ในช่วงแรกแม้กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้บริหารงบประมาณดังกล่าว แต่ด้วยหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณที่กำหนดชัดเจนแบบรายหัวไปยังหน่วยบริการคู่สัญญา (CUP) ทำให้กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถปรับเกลี่ยงบประมาณเพื่อจุดประสงค์อื่นได้ งบประมาณที่ให้กระทรวงฯ บริหารมีเพียงงบประมาณของกรมวิชาการ ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขก็ไม่ประสบความสำเร็จในการทำให้สำนักงบประมาณเห็นความจำเป็นในการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้กระทรวงฯ เพื่อทำบทบาทหน้าที่ในการอภิบาลระบบและการสาธารณสุข เช่น การเฝ้าระวังโรค การควบคุมป้องกันโรค เป็นต้น ทำให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขาดแคลนงบประมาณในการ

บริหารระบบและหลายแห่งต้องของบประมาณจาก CUP เพื่อนำมาใช้ในการทำบทบาทหน้าที่ดังกล่าว (ในอดีตระบบบริหารงบประมาณจะเป็นแบบระดับชั้น ซึ่งหน่วยบริหารแต่ละระดับมักกันงบประมาณสำหรับหน่วยงานตนเองให้พอใช้ก่อน จึงจะจัดสรรลงไประดับถัดไป แต่เมื่อเปลี่ยนการบริหารมาเป็นรูปแบบใหม่ก็ไม่สามารถดำเนินการอย่างที่เคยทำได้) ด้วยรูปแบบการบริหารแบบใหม่ทำให้อำนาจทางการเงินไปอยู่ที่หน่วยบริการ (CUP) และเป็นการลดทอนอำนาจของหน่วยบริหารคือ กระทรวงฯ และจังหวัด ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างกันไม่ราบรื่นนัก

ในช่วง 3 ปีแรกของพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. ได้จัดทำข้อตกลงกับกระทรวงสาธารณสุขให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ในการบริหารงบประมาณในส่วนของหน่วยงานในสังกัดของตนแทนที่จะซื้อบริการตรงจาก CUP เพื่อให้การบริหารระยะเปลี่ยนผ่านเป็นไปอย่างราบรื่น สิ่งที่เกิดขึ้นก็คือ กลุ่มอนุรักษ์ชะลอการปฏิรูปด้วยการดึงงบเงินเดือนออกจากการจัดสรรงบเหมาจ่ายรายหัว ทำให้ไม่เกิดแรงกดดันต่อระบบในการปรับเกลี่ยกำลังคนให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้น แม้กระทั่งผ่านบทเฉพาะกาลแล้วและต้องถ่ายโอนอำนาจการบริหารงบประมาณกลับไปที่ สปสช. แต่เนื่องจากมิได้มีการกระจายอำนาจในระบบบริการ แทนที่กระทรวงสาธารณสุขจะปรับเปลี่ยนบทบาทไปเป็นองค์กรการอภิบาลระบบในภาพรวมเพียงอย่างเดียว กลับกลายเป็นว่ากระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าของเครือข่ายบริการสุขภาพรายใหญ่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแทน ขณะเดียวกันก็ยังคงทำหน้าที่บริหารจัดการด้านอื่นๆ เช่น กำหนดข้อบังคับ กฎระเบียบ และควบคุมดูแลระบบสุขภาพ

นอกจากกลุ่มอนุรักษ์ในกระทรวงสาธารณสุขที่ต่อต้านการปฏิรูปแล้ว ยังมีภาคเอกชนและองค์กรวิชาชีพซึ่งค่อนข้างมีอิทธิพลและได้เป็นพันธมิตรกันในการวิพากษ์วิจารณ์นโยบายของสปสช.ที่เอื้อประโยชน์ต่อกลุ่มคนยากจนซึ่งได้รับการสนับสนุนจากนักปฏิรูปและองค์กรพัฒนาเอกชน ทั้งนี้ภาคเอกชนมีบทบาทในการให้บริการผู้ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคมค่อนข้างมาก (กว่าร้อยละ 60) ในขณะที่มีส่วนแบ่งในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน้อย เพียงร้อยละ 5-6 ของผู้มีสิทธิทั้งหมด การจับมือเป็นพันธมิตรกันระหว่างกลุ่มอนุรักษ์และโรงพยาบาลเอกชนสามารถเห็นได้อย่างชัดเจน

จากกรณีตัวอย่างการต่อต้านการรวมการฟอกไตไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะนโยบายที่ให้ผู้ป่วยสามารถฟอกไตที่บ้านทางช่องท้อง (home-based peritoneal dialysis) ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยที่อยู่ในชนบทที่ไม่สามารถเดินทางมาฟอกไตยังศูนย์ไตเทียมในเขตเมือง ซึ่งนโยบายนี้ทำให้โรงพยาบาลที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยไตเทียม (hemodialysis) สูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้

บทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร

การแบ่งแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อกับผู้ให้บริการ ทำให้เกิดปัญหาในการอภิบาลระบบ ซึ่งยังไม่ได้รับการแก้ไขจนถึงปัจจุบัน สปสช.ในฐานะผู้ซื้อบริการ ขึ้นตรงต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขณะเดียวกันต้องรับผิดชอบต่อผลประโยชน์ของผู้เสียภาษีโดยรายงานผ่านรัฐสภา ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขก็เป็นหน่วยงานราชการรายงานตรงต่อรัฐมนตรี ทั้งสององค์กรต่างมีนโยบายและแผนการดำเนินงานเป็นของตนเอง ขาดการประสานความร่วมมือด้านนโยบายสุขภาพระดับชาติ

หนึ่งในปัญหาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเผชิญก็คือ ทำอย่างไรจึงจะสามารถซื้อบริการสุขภาพในพื้นที่ได้ และจะจัดโครงสร้างองค์กรอย่างไรเพื่อสนับสนุนหน้าที่ดังกล่าว ในขั้นต้น สปสช.กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาระดับจังหวัด นั่นหมายความว่า บทบาทของผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการอยู่ภายใต้หน่วยงานเดียวกัน แม้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะขึ้นตรงต่อทั้งสปสช.และกระทรวงสาธารณสุข แต่ในความเป็นจริงแล้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนับสนุนการทำงานของกระทรวงฯ มากกว่า เนื่องจากมีสายการบังคับบัญชาและการควบคุมกำกับแบบดั้งเดิม รวมถึงความจริงที่ว่านายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดได้รับการแต่งตั้งโดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผลของสายบังคับบัญชาที่ซ้ำซ้อนกันนี้นำไปสู่ความขัดแย้งในการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติจริง ภายหลังสปสช.ได้ตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ขึ้นจำนวน

13 เขต ทำให้สามารถกำหนดยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับพื้นที่ร่วมกับจังหวัดได้ดีขึ้น ซึ่งก็ทำให้ความขัดแย้งลดลง แต่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็ยังคงอยู่ในฐานะคนกลาง ต้องทำหน้าที่ในการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างสปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทั้ง 2 ฝ่ายต่างกล่าวอ้างความรับผิดชอบในการบริหารจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่

สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความตระหนักว่าการทำให้เกิดความชัดเจนและกำหนดข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการในทุกระดับเป็นสิ่งที่จำเป็น จากการที่ขอบเขตบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจนในช่วงทศวรรษแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสปสช.มากขึ้น ขณะเดียวกันสปสช.ก็มิได้มีอำนาจบริหารการคลังด้านสุขภาพในการให้บริการอย่างเต็มรูปแบบ ทั้งนี้ในบริบทของประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งบริการสุขภาพที่จำเป็นยังไม่ได้มีเพียบพร้อมให้ผู้ซื้อสามารถซื้อบริการที่มีอยู่อย่างตรงไปตรงมาได้ จึงมีความจำเป็นที่ผู้ซื้อก็ต้องสนับสนุนและผลักดันให้เกิดบริการใหม่ๆ และเพื่อให้ผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกันทั้งประเทศ รวมถึงต้องมีการจัดระบบการส่งต่อ การให้บริการแบบเคลื่อนที่ หรือจัดจ้างผู้ให้บริการภายนอกที่มีศักยภาพให้เข้าไปร่วมบริการ ช่วงที่ผ่านมา สปสช.ได้จัดสรรงบลงทุนเพื่อการทดแทนแก่หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขก็ไม่ประสบความสำเร็จในการของบประมาณด้านการลงทุนใหม่เพื่อพัฒนาระบบบริการใหม่จากสำนักงบประมาณ ทำให้ขาดแคลนงบประมาณด้านการลงทุน

ในช่วงหลังเริ่มมีการใช้คำศัพท์ “commissioning” อย่างแพร่หลาย เพื่อลดความหมายโดยนัยเชิงลบของคำว่า “ผู้ซื้อบริการ” เนื่องจากกลุ่มวิชาชีพโต้แย้งว่าตนไม่ได้ขายบริการให้กับผู้ซื้อบริการ แต่พวกเขาเป็น “ผู้เชี่ยวชาญ” ที่ดูแลสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนั้นคำว่า commissioning ยังบ่งชี้ว่าต้องมีความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดระหว่างผู้ซื้อบริการกับผู้ให้บริการ และอาจเป็นการเปิดโอกาสให้เกิดความร่วมมือระหว่างกันมากยิ่งขึ้น และขจัดภาพเชิงลบของแนวคิดการซื้อบริการในสังคมไทย

อีกประเด็นที่ยังคงเป็นปัญหาตั้งแต่เริ่มดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ความไม่ลงรอยกันระหว่างกลุ่มผลประโยชน์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหลาย โดยมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายหลายประการระหว่างการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการเปลี่ยนขั้วอำนาจระหว่างกระทรวงฯ กับ สปสช. หรือ ระหว่างองค์กรในระดับต่างๆ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ CUP อย่างไรก็ตาม ในช่วงหลังได้มีสัญญาณที่ดีในการแก้ไขความขัดแย้งดังกล่าว โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น และได้มีการขยายขอบเขตการมีส่วนร่วมของชุมชนในกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ในด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

การที่หลายภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้เกิดการขยายโครงสร้างการบริหารจัดการที่ระดับภูมิภาคและระดับจังหวัด อย่างไรก็ตามการมีหลากหลายรูปแบบของการบริหารจัดในพื้นที่ซับซ้อนขึ้นก็เกิดความเสี่ยงของการแยกส่วนของระบบ ดังนั้นจำเป็นต้องพัฒนากรอบการกระจาย อำนาจในการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ที่มีหลักฐานทางการวิจัยมาช่วยสนับสนุน (ดังกรอบที่ 6)

กรอบที่ 6: ผลกระทบของการกระจายอำนาจต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การกระจายอำนาจมีผลกระทบน้อยต่อการนำนโยบายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติ แผนและแนวทางการกระจายอำนาจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 นั้นได้กำหนดให้กระทรวงต่างๆ รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขต้องพัฒนาแผนปฏิบัติการสำหรับการกระจายอำนาจในเรื่องของหน้าที่ ทรัพยากรและบุคลากรไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายในพ.ศ. 2553 กฎหมายดังกล่าวยังกำหนด

เป้าหมายสำหรับการเพิ่มจำนวนงบประมาณที่รัฐบาลกลางต้องจัดสรรแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากเดิม ร้อยละ 9 เป็นร้อยละ 35 ภายในพ.ศ. 2549 โดยในพ.ศ. 2549 กฎหมายดังกล่าวได้ถูกแก้ไขและยกเลิกกำหนดเวลาที่ต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในพ.ศ. 2549 และกำหนดการจัดสรรงบประมาณแผ่นดินขั้นต่ำคือร้อยละ 25 โดยมีเป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 35

แผนและแนวทางการกระจายอำนาจระยะที่สอง พ.ศ. 2549 กำหนดให้ต้องมีการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปยังองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในด้านความพร้อมของอปท. ที่จะรับถ่ายโอนสถานีอนามัย ประการแรก องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลต้องมี “ความพร้อม” คือต้องได้รับรางวัลธรรมาภิบาลในการบริหาร ต้องแสดงถึงศักยภาพและความมุ่งมั่นที่มีต่อเรื่องสุขภาพโดยการจัดตั้งกองสาธารณสุขขึ้นและสนับสนุนงบประมาณให้กับกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ ประการหลังนี้เป็นความคิดริเริ่มของสปสช.ที่สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นชี้นำและให้สัญญาว่าจะสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ในกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรค โดยสปสช.ร่วมสนับสนุน ประการที่สอง เจ้าหน้าที่อนามัยอย่างน้อยร้อยละ 50 รวมถึงหัวหน้าสถานีอนามัยต้องสนับสนุนการถ่ายโอนสถานีอนามัยของตนเองและยินดีที่จะโอนย้ายเป็นไปอยู่ภายใต้การจ้างงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยเกณฑ์ที่มีความเข้มงวดทำให้ในพ.ศ. 2552 มีสถานีอนามัยเพียง 28 แห่งจากจำนวนทั้งสิ้น 8,000 แห่ง ที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าของได้โอนย้ายไปอยู่ภายใต้การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลและในช่วงที่มีการออกพระราชบัญญัติองค์กรมหาชน พ.ศ. 2542 มีโรงพยาบาลชุมชนเพียง 1 แห่งจากจำนวนทั้งสิ้น 800 กว่าแห่งกลายเป็นโรงพยาบาลอิสระ

โดยสรุปสิ้นสุดปี พ.ศ. 2554 ความตึงเครียดที่เกิดขึ้นยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่ได้เป็นเพียงความตึงเครียดระหว่าง สปสช.กับกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่รวมถึงความขัดแย้งระหว่างกลุ่มปฏิรูปกับกลุ่มอนุรักษ์ภายในกระทรวงสาธารณสุข, ความขัดแย้งทางความคิดระหว่างกลุ่มที่สนับสนุนคนยากจนกับกลุ่มภาคเอกชนที่แสวงหากำไร, ความขัดแย้งภายในองค์กรเดียวกันในระดับต่างๆ และความขัดแย้งระหว่างระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ กับกลุ่มข้าราชการและกลุ่มวิชาชีพแพทย์

กำลังคนด้านสุขภาพ: การกระจายกำลังคนตามความจำเป็นยังเป็นไปได้ยาก

การจัดซื้อเชิงกลยุทธ์ (strategic purchasing) เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แนวคิดหลักคือการจัดสรรงบประมาณควรเป็นไปตามการกระจายของจำนวนผู้ป่วย หรือจำนวนสมาชิกที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการในพื้นที่ ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่นี้จึงสอดคล้องกับความจำเป็นของประชาชนต่อบริการสุขภาพในทุกพื้นที่มากกว่าการจัดสรรงบประมาณแบบเดิมที่เป็นไปตามประสบการณ์ในอดีตที่โน้มเอียงไปตามการกระจายของหน่วยบริหารและหน่วยบริการ (ปัจจัยด้านอุปทาน) แนวคิดการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวไปยัง CUP โดยตรงนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขอย่างเป็นธรรมระหว่างจังหวัดรวยกับจังหวัดจน ซึ่งในช่วงทศวรรษแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นประสบความสำเร็จเพียงบางส่วนเท่านั้น เนื่องจากขาดนโยบายด้านการกระจายกำลังคนที่ชัดเจนจากฝั่งกระทรวงสาธารณสุข แม้ในการจัดสรรงบประมาณรายหัวของสปสช. (ซึ่งมิได้รวมเงินเดือน) จะจัดสรรตามขนาดประชากร โครงสร้างอายุ อัตราการใช้บริการ และปัจจัยอื่นๆ ก็ตาม รายละเอียดสืบค้นได้จากรายงานฉบับสมบูรณ์การประมินการดำเนินงานหนึ่งทศวรรษระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ www.hsri.or.th

ทั้งนี้การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขของประเทศไทยมีความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ค่อนข้างมาก แม้จะมีแนวโน้มดีขึ้นในหลายช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีการกระจุกตัวของบุคลากรและหน่วยบริการระดับต่างๆ ในเขตภาคกลางและเขตเมืองที่เป็นศูนย์กลางขนาดใหญ่ ส่วนหนึ่งเกิดจากการกระจายของหน่วยบริการสาธารณสุขที่ผ่านมาเป็นไปตามเขตการปกครองของกระทรวงมหาดไทย เช่น เมื่อมีตำบลใหม่เกิดขึ้นก็ต้องมีสถานีอนามัยเกิดขึ้นด้วยหรือมีการจัดตั้งอำเภอหรือจังหวัดใหม่ก็ต้องมีโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลจังหวัดตามมา โดยมิได้ขึ้นกับขนาดประชากรของพื้นที่นั้นๆ ขณะเดียวกันในการจัดสรรทรัพยากรในอดีต ส่วนหนึ่งก็ถูกแทรกแซงจากทางการเมือง ทำให้บางจังหวัดมีโรงพยาบาลทั่วไปมากว่าหนึ่งแห่ง หรือบางตำบลมีสถานีอนามัยมากกว่าหนึ่งแห่ง แม้ประชากรจะไม่มาก รวมถึงการจัดตั้งหน่วยบริการใหม่นั้นมีโอกาสมากขึ้นเมื่อมีคนบริจาคที่ดินให้ ดังนั้นหากพื้นที่ใดเศรษฐกิจดีก็ย่อมมีโอกาสในการจัดตั้งสถานพยาบาลมากกว่า เป็นต้น

การจัดสรรงบประมาณรายหัวในปีแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการรวมเงินเดือนในการจัดสรรแก่จังหวัด นั่นหมายความว่า จังหวัดหรือโรงพยาบาลที่มีจำนวนบุคลากรค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากร จะประสบปัญหาการขาดดุลทางการเงิน เนื่องจากงบประมาณที่ได้รับนั้นมีสัดส่วนของเงินเดือนค่อนข้างสูง ทำให้งบดำเนินการจริงเหลือน้อย ก่อให้เกิดปัญหาขาดแคลนงบดำเนินการในการจัดบริการ ในขณะที่โรงพยาบาลที่มีจำนวนบุคลากรน้อยแต่มีประชากรมาก จะมีงบประมาณเกินดุล ขณะเดียวกันก็ไม่อาจแปลงเงินเป็นบุคลากรได้ ทำให้การจัดบริการเพิ่มเป็นไปได้อย่างจำกัดเช่นกัน จากปัญหาการขาดสมดุลของคนและเงินดังกล่าว ทำให้กระทรวงสาธารณสุขดึงเงินเดือนออกจากการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในปีที่สอง

แนวคิดการรวมเงินเดือนในการจัดสรรงบประมาณรายหัวเพื่อหวังให้เกิดการเกลี่ยกำลังคนให้เป็นธรรมมากขึ้นนั้นอ่อนแรงลงในช่วงหลังด้วยปัจจัยหลายประการ ประเด็นแรกคือ เงินเดือนข้าราชการนั้นได้รับการคุ้มครองจาก พรบ.เงินเดือน ดังนั้นในทางปฏิบัติสิ่งที่ สปสช. ทำได้เพียงเอาเงินเดือนเข้ามาร่วมในการคิดคำนวณงบที่แต่ละจังหวัดพึงได้รับ แต่ในการจัดสรรจริงนั้นจัดสรรได้เพียงงบดำเนินการที่ไม่รวมเงินเดือน เนื่องจาก

เงินเดือนจะถูกจัดสรรไปตามกรอบตำแหน่งกำลังของแต่ละหน่วยบริการ ประกอบกับขาดนโยบายด้านการกระจายกำลังคนให้เป็นธรรมอย่างเป็นรูปธรรมจากทางฝั่งกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นที่สองคือ เนื่องจากหน่วยบริการรัฐทุกแห่งต้องสนองต่อนโยบายดังกล่าวและ สปสช. ก็ต้องดูแลให้หน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งอยู่รอดได้ทางการเงิน ซึ่งหากพิจารณาเกณฑ์การจัดสรรเงินของ สปสช. ในระยะหลังจะเห็นได้ว่าเป็นความพยายามปรับสูตรการจัดสรรเพื่อให้สถานพยาบาลทุกแห่งอยู่รอดทางการเงิน ดูรายละเอียดในรายงานการประเมินการดำเนินงานทศวรรษแรกระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทางเว็บไซต์ สวรส. www.hsri.or.th

ปัญหาด้านกำลังคนทวีความรุนแรงขึ้นจากนโยบายรัฐบาลในการการลดขนาดองค์กรภาครัฐซึ่งมีผลต่อทุกกระทรวงเท่าเทียมกัน ในขณะที่อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง แต่ไม่มีตำแหน่งราชการสำหรับบุคลากรจบใหม่ เช่น พยาบาลและเภสัชกร ทำให้กลุ่มคนเหล่านี้กลายเป็นพนักงานตามสัญญาจ้างของแต่ละโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลที่ไม่มีเงินบำรุงมากพอไม่มีเงินในการจ้างพยาบาลและเภสัชกรเพิ่ม ทำให้เกิดแรงกดดันในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรจากอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นจากปัจจัยต่างๆ รวมถึงการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน ทั้งนี้เป้าประสงค์หลักของการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ การสร้างความเป็นธรรมในระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ด้วยการจัดสรรงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเป็นธรรมระหว่างพื้นที่ต่างๆ ซึ่งก็ถูกจำกัดด้วยการขาดความเป็นธรรมในการกระจายงบประมาณของบุคลากรสาธารณสุข (เงินเดือน) ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนกว่าร้อยละ 50 ของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมด

การผสานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพ

การผสานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 กองทุนยังคงเป็นประเด็นถกเถียงกันอย่างกว้างขวางในสังคมไทยในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ความเหลื่อมล้ำของการได้รับบริการระหว่าง 3 กองทุนนำไปสู่ประเด็นคำถามว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง การให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพที่เป็นมาตรฐานเดียวกันใช่หรือไม่ ข้อมูลจากการศึกษาไม่นานมานี้บ่งชี้ว่ามีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการที่จัดโดยระบบประกันสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะการเข้าถึงยาราคาแพงและการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมถึงมีความแตกต่างของชุดสิทธิประโยชน์ วิธีและอัตราการจ่าย

ข้อเสนอในการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเสนอให้มีการรวมกองทุนเป็นกองทุนเดียว แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากอีกสองกองทุน กลุ่มประกันสังคมมีความกังวลว่า รัฐบาลมีเจตนารมณ์แอบแฝงคือ ต้องการเอาเงินสำรองของประกันสังคมที่มีอยู่ไปอุดหนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่กลุ่มข้าราชการก็อ้างว่าตนต้องได้รับสิทธิประโยชน์ที่มากกว่าเพื่อชดเชยอัตราเงินเดือนที่ต่ำกว่าภาคเอกชน ขณะเดียวกันโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ซึ่งปัจจุบันสามารถหารายได้จำนวนมากจากการให้บริการกลุ่มข้าราชการก็อ้างว่าคุณภาพของบริการที่จัดให้กลุ่มข้าราชการจะลดลง หากไปรวมกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวคิดการรวมกองทุน (Single fund) ถูกเปลี่ยนไปเป็นการมีหน่วยบริหารจัดการเพียงหน่วยเดียว (Single management unit) จากการประนีประนอมระหว่างกระบวนการร่างกฎหมายในรัฐสภา ซึ่งชี้ให้เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงปรัชญาของแนวคิดในเรื่องนี้ กล่าวคือ การรวมเป็นกองทุนเดียวนั้น เป้าหมายหลักคือ เพื่อให้มีระบบเดียวที่เป็นมาตรฐานสำหรับทุกคน ซึ่งจะทำให้บรรลุเป้าหมายเรื่องความเป็นธรรมได้ไม่ยากนัก ในขณะที่การมีหน่วยบริหารหน่วยเดียวนั้น เป้าประสงค์จะเป็นเรื่องการลดความซ้ำซ้อนของงานและเพิ่มประสิทธิภาพเป็นหลักซึ่งอาจไม่ลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน

แม้ว่าจะมีการประนีประนอมในแนวคิดดังกล่าวแล้วก็ตาม แต่ประเด็นนี้ก็ยังถูกต่อต้านและไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา คณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคมและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งริเริ่มโดย สปสช. ได้ถูกจัดตั้งขึ้นในเดือนเมษายน พ.ศ. 2547 เพื่อประสานงานและสนับสนุนให้เกิดการผสานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 กองทุนในประเด็นที่เห็นชอบร่วมกัน วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งคณะกรรมการคือ (1) ประสานการพัฒนาระบบสนับสนุน เช่น สิทธิประโยชน์ ระบบการเบิกจ่าย ระบบการขึ้นทะเบียน ระบบคุ้มครองสิทธิ เป็นต้น (2) พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบข้อมูลและบริหารจัดการร่วมกัน (3) สนับสนุนการพัฒนาระบบการตรวจสอบการขอรับชดเชยและคุณภาพบริการ (4) สนับสนุนเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันเพื่อติดตามประเมินผลระบบประกันสุขภาพ

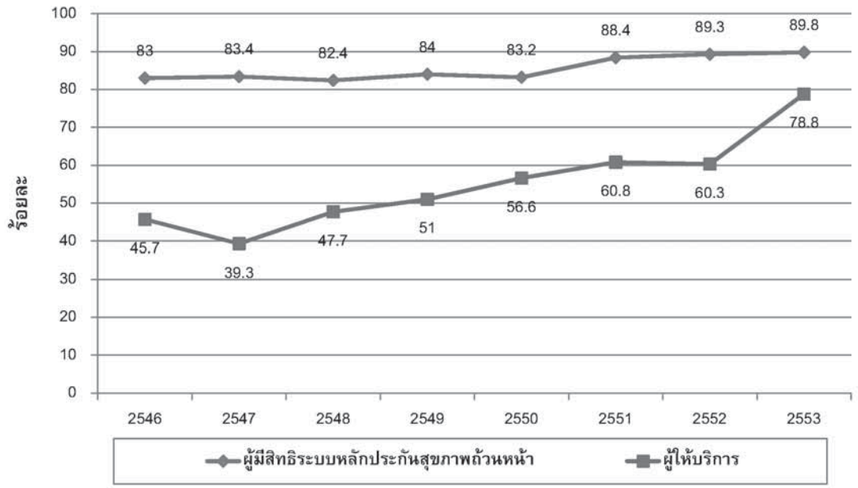
จากการทบทวนรายงานการประชุมของคณะกรรมการประสานความร่วมมือฯที่ผ่านมา พบว่าไม่มีวาระการประชุมใดที่เกี่ยวข้องกับมาตรา 9-12 ตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่อย่างใด อย่างไรก็ดีมีผลลัพธ์ทางบวกอย่างน้อย 3 ประการที่เกิดขึ้นจากการทำงานของคณะกรรมการดังกล่าว คือ (1) เกิดความร่วมมือระหว่าง call center ของแต่ละกองทุนในการให้ข้อมูลแก่ประชาชน ซึ่งนอกจากจะให้ข้อมูลของกองทุนที่อยู่ในความรับผิดชอบแล้ว ยังต้องสามารถให้ข้อมูลของกองทุนอื่นได้อีกด้วย (2) การใช้ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ/ผู้ประกันตนร่วมกัน เพื่อปรับปรุงสิทธิให้เป็นปัจจุบันและลดความซ้ำซ้อนของสิทธิ (3) มีระบบการตรวจสอบร่วมกัน

จากการไม่มีความก้าวหน้าในการรวมกองทุน และมีหลักฐานแสดงถึงการเลือกปฏิบัติในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิภายใต้กองทุนต่างๆ กลายเป็นประเด็นที่ถูกนำเข้าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. 2553 และมีข้อเสนอให้มีกลไกกลางในการอภิบาลระบบในภาพรวม เนื่องจากแต่ละกองทุนมีกฎหมายและกลไกการอภิบาลเฉพาะตนเอง ซึ่งเมื่อผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีแล้วจึงมีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีในการจัดตั้งสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพแห่งชาติ (สพคส.) ขึ้นเป็นสำนักงานชั่วคราว มีอายุเพียง 3 ปี บริหารงานภายใต้คณะกรรมการซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีบทบาทภารกิจในการพัฒนายุทธศาสตร์และข้อเสนอในการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การจัดตั้งองค์กรดังกล่าวเกิดขึ้นในรัฐบาลที่แล้ว จึงยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่ารัฐบาลชุดปัจจุบันที่นำโดยพรรคเพื่อไทยจะสนับสนุนแนวคิดนี้หรือไม่

ความพึงพอใจของผู้มีสิทธิและผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความพึงพอใจของผู้มีสิทธิและผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือเป็นข้อบ่งชี้ความสำเร็จของระบบนี้ประการหนึ่ง ข้อมูลจากการสำรวจของเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ พบว่า ระดับความพึงพอใจของสมาชิกและผู้ให้บริการอยู่ในระดับสูง (รูปที่ 7) ความพึงพอใจของสมาชิกระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นเกือบร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2553 และจากการสำรวจหลังการรับบริการ (exit survey) ของผู้รับบริการในโรงพยาบาลในปี 2554[16] พบว่า ผู้รับบริการที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีระดับความพึงพอใจสูงกว่าสิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสังคมในทุกมิติของการตอบสนองผู้รับบริการ อย่างไรก็ดี ความพึงพอใจเป็นระดับสัมพัทธ์กับความคาดหวัง ซึ่งมีระดับต่างกันในแต่ละบุคคลจึงจำเป็นต้องพิจารณาอย่างระมัดระวัง ซึ่งเมื่อปรับด้วยระดับความคาดหวังแล้วพบว่าโอกาสในการเลือก (Choice) ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีคะแนนต่ำสุด

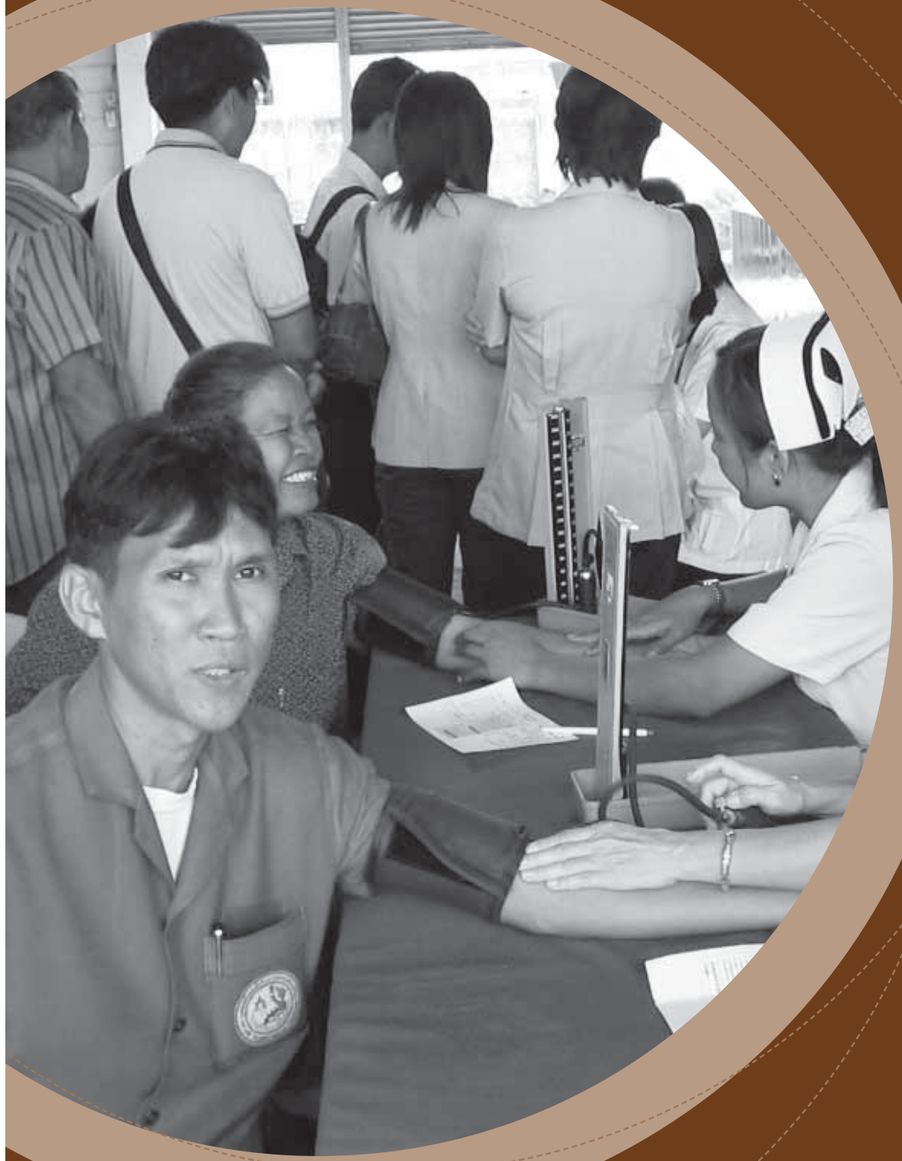
รูปที่ 7 ความพึงพอใจของผู้มีสิทธิและผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2546-2553



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2554

ระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการซึ่งวัดจากความพึงพอใจในงาน ขวัญกำลังใจในการทำงาน และความสุขในการทำงาน พบว่า ในระยะเริ่มต้นผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับต่ำ เพียงร้อยละ 45.7 ในปี พ.ศ. 2546 และร้อยละ 39.3 ในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งพอเข้าใจได้ว่ามาจากสาเหตุ 2 ประการ คือ โรงพยาบาลไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่และตั้งอยู่ในภาคกลาง และข้อความเชิงลบจากนักปฏิรูปที่มีต่อผู้ให้บริการ ทั้งนี้เมื่อ สปสช. ให้ความสำคัญกับข้อกังวลของผู้ให้บริการ ก็นำไปสู่ระดับความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นจนถึงระดับสูงที่ร้อยละ 78.8 ในปี พ.ศ. 2553 ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นของอัตราเหมาจ่ายรายหัวและสัดส่วนของการจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลน่าจะเป็นปัจจัยในการอธิบายระดับความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้น ระดับความพึงพอใจสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในปี พ.ศ. 2553 น่าจะอธิบายได้จากการให้อัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่

เพิ่มขึ้นสูงมากแก่บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดในปี พ.ศ. 2552 และเหนือสิ่งอื่นใด สปสช. ตระหนักถึงความสำคัญของกลุ่มวิชาชีพและเปิดโอกาสให้เข้ามามีบทบาทในการออกแบบพัฒนาระบบ เช่น การพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศด้านต่าง ๆ (Center of Excellence) จากมุมมองของผู้ให้บริการ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สำคัญ คือ การสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนต่อสิทธิของตน การมีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอสอดคล้องกับภาระงาน และการพัฒนาศักยภาพของระบบให้มีความพร้อมในการให้บริการ



7

ธรรมาภิบาลในการบริหาร ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการประเมินธรรมภิบาลของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะอนุกรรมการชุดสิทธิประโยชน์ อนุกรรมการการเงินการคลัง และอนุกรรมการประสานยุทธศาสตร์ พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดีในทุกมิติ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกออกแบบให้มีธรรมาภิบาล โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มอื่นๆ และมีกระบวนการตัดสินใจที่โปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ ดังนั้น การประเมินระดับธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อหาช่องว่างที่จะเติมเต็มและปรับปรุงเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคม

การประเมินครั้งนี้เน้นการอภิบาลระบบของคณะกรรมการและอนุกรรมการชุดต่างๆ ในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้บทบาทการซื้อบริการเชิงกลยุทธ์และการผสานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนประกันสุขภาพเป็นกรณีศึกษาสำหรับการประเมินโครงสร้างอำนาจและปฏิสัมพันธ์ของผู้ที่เกี่ยวข้อง การมีผลประโยชน์ทับซ้อน และการมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย

คณะนักวิจัยได้นำกรอบธรรมาภิบาลขององค์การสหประชาชาติแห่งเอเชียและแปซิฟิค (The United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific; UNESCAP)[17] มาใช้ในการวิเคราะห์ระดับธรรมาภิบาล ซึ่งประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ คือ ความรับผิดชอบ ความโปร่งใส การตอบสนอง ความเป็นธรรมและความครอบคลุม ประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล การปฏิบัติตามกฎระเบียบ การมีส่วนร่วม และการมีฉันทามติ (รูปที่ 8)