



บทที่ 14

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

1. ความสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเทศไทยได้เข้าสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อรัฐบาลไทยประกาศนโยบายดังกล่าวในปี พ.ศ. 2544 และทางรัฐสภาได้ลงมติเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อจัดให้มีระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพของประชาชน โดยมีองค์กรที่มีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่กำกับดูแล เพื่อให้ประชาชนไทยประมาณ 47 ล้านคนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ประมาณร้อยละ 75 ของประชากรทั้งประเทศ) ซึ่งมีไม่ใช่เป็นผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างถ้วนหน้าตามมาตรา 52 และ 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540

วิวัฒนาการและสถานการณ์ของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1.1 ช่วงระยะก่อน พ.ศ. 2545

หากเริ่มนับตั้งแต่การจัดตั้งกองทุนเงินทดแทน (Workmen's Compensation Fund) โดยประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ในปี พ.ศ. 2515 และนโยบายการรักษาพยาบาลฟรีสำหรับคนยากจนในปี พ.ศ. 2518 ประเทศไทยใช้เวลาประมาณ 30 ปีในการขยายการสร้างหลักประกันสุขภาพจากประชาชนเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน และคนยากจน ไปสู่ระบบประกันสังคมในปี พ.ศ. 2533 กลุ่มเด็กและผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2537 และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ตามลำดับ (ตารางที่ 14.1)

ยุทธศาสตร์ที่ประเทศไทยใช้ในการขยายหลักประกันสุขภาพคือ การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนเฉพาะกลุ่มต่างๆ เริ่มจากการให้การสงเคราะห์การรักษาพยาบาลฟรีสำหรับกลุ่มคนยากจนในรัฐบาล มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมชในปี พ.ศ. 2518 และต่อมา มีการออกพระราชกฤษฎีกาให้สิทธิการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและสมาชิกในครอบครัวในปี พ.ศ. 2523 และมีการจัดทำโครงการบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในปี พ.ศ. 2524 ตามมาด้วยบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจในปี พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2527 เพื่อครอบคลุมผู้ที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์ยากจนหรือผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล จนกระทั่งประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ใช้แรงงานจากการเจ็บป่วยที่ไม่ใช่เกิดจากการทำงาน การเสียชีวิตพิการหรือทุพพลภาพ จากการมีพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 โดยในระยะเริ่มแรกมีการบังคับใช้สำหรับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 20 คนขึ้นไป และต่อมาขยายไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 10 คนในปี พ.ศ. 2537 และสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 1 คนในปี พ.ศ. 2545 และในท้ายที่สุดคือ การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทยทุกคนในปี พ.ศ. 2545 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545



ตารางที่ 14.1 ลำดับเหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับการประกันสุขภาพในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2515 - พ.ศ. 2545

พ.ศ.	เหตุการณ์	ระบบประกันสุขภาพ			
		รัฐ สวัสดิการ	สวัสดิการ ในการ ทำงาน	บังคับ	สมัครใจ
2515	จัดตั้งกองทุนเงินทดแทน (Workmen's Compensation Fund) ตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515			X	
2518	นโยบายการรักษาพยาบาลฟรีสำหรับคนยากจน	X			
2521	บริษัทประกันสุขภาพเอกชนเริ่มเปิดดำเนินการในประเทศ				X
2523	พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว พ.ศ. 2523		X		
2524	การออกบัตรผู้มีรายได้น้อยครั้งแรก	X			
2526	โครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 1 กองทุนอนามัยแม่และเด็ก				X
2527	โครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 2 สำหรับทั้งครอบครัว				X
2533	พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 เริ่มประกาศบังคับใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 20 คน			X	
2535	ขยายบริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่กลุ่มผู้สูงอายุ	X			
2536	พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535			X	
2537	ประกันสังคมขยายความครอบคลุมไปถึงสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 10 คน			X	
2537	พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 แทนประกาศคณะปฏิวัติฉบับ 103			X	
2537	โครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 4 เงินสมทบจากรัฐ reinsurance policy และการสามารถใช้บัตรสุขภาพข้ามเขต				X
2537	ระบบบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจขยายความครอบคลุมไปถึงผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขโดยรัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย	X			
2537	บัตรสปร. ขยายความครอบคลุมไปถึงเด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี	X			
2541	ปรับปรุงการร่วมจ่ายในการให้บริการบางประเภทของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการภายหลังภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540		X		
2543	ระบบประกันสังคมขยายสิทธิประโยชน์ไปสู่การชราภาพและบุตรของผู้ประกันตน			X	



พ.ศ.	เหตุการณ์	ระบบประกันสุขภาพ			
		รัฐสวัสดิการ	สวัสดิการในการทำงาน	บังคับ	สมัครใจ
2544	รัฐบาลไทยประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	X			
2545	ประกันสังคมขยายความครอบคลุมไปถึงสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 1 คน			X	
2545	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	X			

ที่มา: ดัดแปลงจาก ระบบหลักประกันสุขภาพไทย, 2545

หมายเหตุ: บังคับ หมายถึง การประกันสุขภาพภาคบังคับโดยมีกฎหมายรองรับ
สมัครใจ หมายถึง การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

จากพัฒนาการของระบบประกันสุขภาพไทยก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ทำให้เกิดการพัฒนาระบบประกันสุขภาพแบบแยกส่วน ประกอบด้วย การประกันสุขภาพหลายระบบในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพที่หลากหลาย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ ชุดสิทธิประโยชน์ แหล่งการคลังทางสุขภาพ กลุ่มประชากรเป้าหมาย และวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่แตกต่างกันดังแสดงในตารางที่ 14.2



ตารางที่ 14.2 ลักษณะสำคัญของระบบประกันสุขภาพต่างๆ ก่อน พ.ศ. 2545

	สปร.	บัตรประกันสุขภาพ	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ	ประกันสุขภาพเอกชน*
ลักษณะของการประกันสุขภาพ	สวัสดิการรัฐ	ประกันสุขภาพโดยสมัครใจ	สวัสดิการรัฐ	ประกันภาคบังคับที่รัฐสนับสนุน	ประกันภาคบังคับเจ้าของยานพาหนะ	ประกันเอกชน
กลุ่มเป้าหมาย	คนจนและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	ผู้ไม่มีบัตร สปร. และไม่มีหลักประกันอื่น	ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และญาติสายตรง	ลูกจ้างภาคเอกชนและลูกจ้างชั่วคราวภาครัฐ	ประชาชนผู้ประสบภัยจากรถ	ประชาชนทั่วไป
ครอบคลุมประชากร (พ.ศ. 2544)	30%	23.4%	8.5%	7.8%	ประชากรทุกคน	1.2%
ชุดสิทธิประโยชน์						
บริการผู้ป่วยนอก	รัฐ	รัฐ (กสธ.)	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน
บริการผู้ป่วยใน	รัฐ	รัฐ (กสธ.)	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน
การขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล	กำหนด	กำหนด	ไม่กำหนด	กำหนด	ไม่กำหนด	ไม่กำหนด
สิทธิประโยชน์ยกเว้น	15 กรณี	15 กรณี	-	15 กรณี	ไม่เกิน 15,000 บาท	โรคที่กำหนด ยกเว้นในกรณีธรรม์
คลอดบุตร	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ไม่	ครอบคลุม
ตรวจสุขภาพ	ไม่	ไม่	ครอบคลุม	ไม่	ไม่	ขึ้นกับกรณีธรรม์
บริการห้องพิเศษ	ไม่	ไม่	ครอบคลุม	ไม่	ครอบคลุม	ครอบคลุม
การคลังสุขภาพ						
แหล่งเงิน	งบประมาณ	งบประมาณรัฐและครัวเรือน	งบประมาณ	ลูกจ้าง/นายจ้าง/รัฐ	เจ้าของยานพาหนะ	ครัวเรือน
วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล	งบประมาณ ยอดรวม	เหมาจ่ายรายหัว/ตามผลงาน	ตามปริมาณบริการ	เหมาจ่ายรายหัว/ตามผลงาน	ตามปริมาณบริการ	ตามปริมาณบริการ



	สปร.	บัตรประกันสุขภาพ	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ	ประกันสุขภาพเอกชน*
การร่วมจ่าย	ส่วนที่เกินสิทธิ					
ปัญหาหลัก	ไม่ครอบคลุมคนยากจนที่แท้จริง/งบประมาณไม่เพียงพอ	ขาดการกระจายความเสี่ยงที่ดี	ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง	ครอบคลุมเฉพาะช่วงการจ้างงาน	ความซ้ำซ้อนของสิทธิและเบิกจ่ายล่าช้า	การคัดเลือกความเสี่ยง

หมายเหตุ * เป็นการประกันสุขภาพเพิ่มเติมจากการประกันสุขภาพหลักของภาครัฐ

1.2 การขาดหลักประกันสุขภาพและความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ในปีพ.ศ. 2543 มีประชากรไทยประมาณร้อยละ 30 ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ นอกจากนี้ การศึกษาของมูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภคในปี พ.ศ. 2542 ได้สะท้อนให้เห็นถึงความทุกข์ยาก 15 กรณีตัวอย่างของประชาชนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นได้

แม้ว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพแบบเจาะจงเฉพาะกลุ่ม เช่น โครงการบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) จะพยายามปรับรูปแบบและวิธีการในการแสวงหากลุ่มเป้าหมาย แต่ก็ประสบปัญหาการขาดประสิทธิภาพในการเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริง การศึกษาของสุกัลยา คงสวัสดิ์และคณะในปี พ.ศ. 2543 ในพื้นที่ 6 จังหวัด พบว่า ในกลุ่มครัวเรือนที่ยากจน 2,093 ครัวเรือน มีเพียงร้อยละ 17 ของครัวเรือนเหล่านี้เท่านั้นที่ได้รับบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ในขณะเดียวกัน ผู้ที่ได้รับบัตรสงเคราะห์ฯ จำนวน 1,003 ราย มีเพียงร้อยละ 35 เท่านั้น ที่เป็นคนยากจนอย่างแท้จริง อีกร้อยละ 65 ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (ตารางที่ 14.3)

ตารางที่ 14.3 ร้อยละของครัวเรือนที่ยากจนและไม่ยากจนซึ่งได้รับการจัดสรรบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2543

จำนวนครัวเรือน	ครัวเรือนยากจน		ครัวเรือนที่ไม่ยากจน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับบัตรสงเคราะห์	353	17	650	12	1,003	13
ไม่ได้รับบัตรสงเคราะห์	1,740	83	4,942	88	6,682	87
รวมทั้งหมด	2,093	100	5,592	100	7,685	100

ที่มา: สุกัลยา คงสวัสดิ์ และคณะ, 2543



1.3 ความไม่เป็นธรรมและการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน

การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ระหว่าง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2545 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ บ่งชี้ว่า มีความไม่เสมอภาคในค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระหว่างครัวเรือนที่ยากจนและครัวเรือนที่มีเศรษฐกิจร่ำรวย โดยใน พ.ศ. 2535 ครัวเรือนที่ยากจนที่สุด 10% แรก (เดซิล์ที่ 1) มีรายจ่ายด้านสุขภาพประมาณร้อยละ 8.17 ของรายได้ทั้งหมดของครัวเรือน ในขณะที่ครัวเรือนที่มีเศรษฐกิจดีที่สุด (เดซิล์ที่ 10) ใช้จ่ายเพื่อสุขภาพเพียงร้อยละ 1.27 ของรายได้ หรือแตกต่างกันประมาณ 6.4 เท่า โดยความไม่เสมอภาคดังกล่าวพบได้ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2545 อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ความไม่เสมอภาคของภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนไทยมีแนวโน้มดีขึ้น เนื่องจากใน พ.ศ. 2545 กลุ่มครัวเรือนที่ยากจนที่สุด (เดซิล์ที่ 1) ใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพเหลือเพียงร้อยละ 2.77 ของรายได้ทั้งหมด ในขณะที่ครัวเรือนที่ร่ำรวยที่สุด (เดซิล์ที่ 10) ใช้จ่ายเพื่อสุขภาพเพียงร้อยละ 1.71 ของรายได้ ทำให้ความแตกต่างเหลือเพียง 1.6 เท่า ทั้งนี้สถานการณ์ที่ดีขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน เกิดขึ้นจากนโยบายการขยายหลักประกันสุขภาพไปสู่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ ของรัฐบาล เช่น กลุ่มคนยากจน ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล คนพิการ และผู้ไร้แรงงาน ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2545 รวมทั้งนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545

สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจพบด้วยว่า ระหว่าง พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2543 ครัวเรือนที่ประสบปัญหาล้มละลายทางการเงินจากรักษาพยาบาล ลดลงจากร้อยละ 4.9 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 4.4 และ 3.8 ใน พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2543 ตามลำดับ (ตารางที่ 14.4) สรุปได้ว่า ก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครัวเรือนไทยจำนวนมากกว่า 6 แสนครัวเรือน (ร้อยละ 3.8 จากครัวเรือนทั้งหมด 16.7 ล้านครัวเรือนทั่วประเทศ) ประสบปัญหาค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 14.4 ร้อยละของครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นสัดส่วนต่างๆของค่าใช้จ่ายครัวเรือนที่ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านอาหาร ระหว่าง พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2543

ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านอาหาร	2539	2541	2543
ร้อยละ 0 ถึง 0.5	31.9	33.2	34.5
ร้อยละ 0.5 ถึง 10	51.3	51.5	50.8
ร้อยละ 10 ถึง 25	11.9	10.9	11.0
ร้อยละ 25 ถึง 50	3.5	3.6	3.1
มากกว่าร้อยละ 50	1.4	0.8	0.7
รวมทั้งหมด	100.0	100.0	100.0

ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2543, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



1.4 ปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่มีผลต่อนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่สนับสนุนนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ได้บัญญัติให้ประชาชนไทยมีสิทธิเสมอภาคในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และมาตรา 82 ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ซึ่งจากบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยดังกล่าว ได้ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวจากภาคประชาชนและนักวิชาการในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนไทย อย่างต่อเนื่องก่อน พ.ศ. 2545

นอกจากนี้ การพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่ผ่านมา ได้ยึดแนวทางตามแผนการพัฒนาระบบสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยในช่วงห้าปีแรกของแผนพัฒนาระบบสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 1 ได้เน้นการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานและการสร้างโรงพยาบาลระดับจังหวัดทั่วประเทศ ในขณะที่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 2 และ 3 รัฐได้เน้นการลงทุนด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นในภาคชนบท โดยมีการเพิ่มการผลิตบุคลากรและเริ่มดำเนินนโยบายการรักษาพยาบาลฟรีสำหรับคนยากจน สำหรับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 และ 5 ได้มุ่งเน้นนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานตามเป้าหมาย Health for All by the Year 2000 มีการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ และสร้างโรงพยาบาลอำเภอ (ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลชุมชน) ทุกอำเภอทั่วประเทศ รวมทั้งเร่งเพิ่มการผลิตแพทย์และพยาบาลเพื่อกระจายบุคลากรสาธารณสุขสู่ชนบททั่วประเทศ ต่อมาในแผนพัฒนาฉบับที่ 6 และ 7 ได้มีการเร่งพัฒนาสถานีอนามัยทั่วทุกตำบลทั่วประเทศ เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน โดยมีเหตุการณ์อื่นๆ ที่สำคัญคือ การประกาศใช้พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 และการขยายการครอบคลุมของบัตร สปร. ไปสู่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี

ซึ่งจากนโยบายการพัฒนาระบบสาธารณสุขมูลฐานทุกระดับ รวมทั้งการเพิ่มกำลังการผลิตและการกระจายบุคลากรสาธารณสุขไปสู่ชนบท และการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ได้สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545

2. ผลกระทบของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

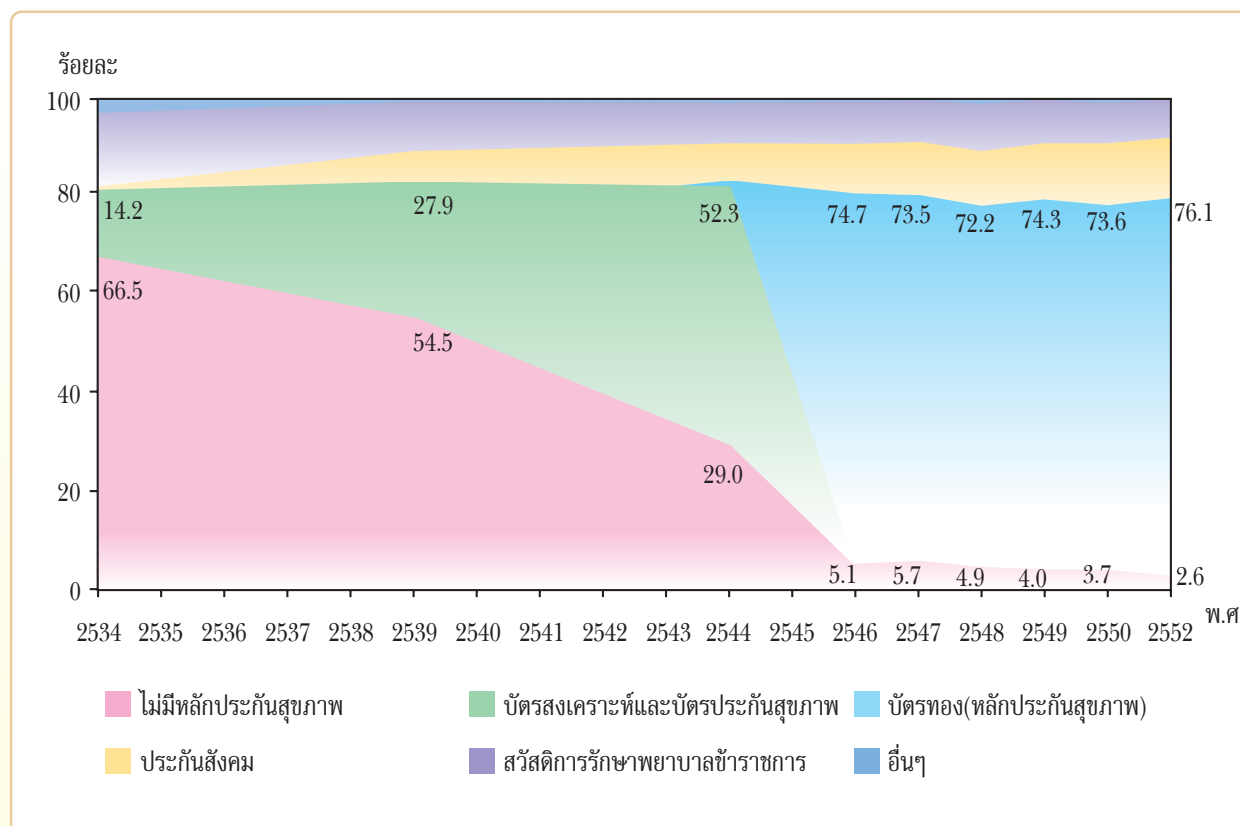
ภายหลังจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 ร้อยละ 95 ของประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพภาครัฐอย่างใดอย่างหนึ่งใน 3 ระบบหลักคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และ ประกันสังคม โดยทั้ง 3 ระบบมีความแตกต่างกันในประเด็นเรื่องขอบเขตสิทธิประโยชน์ แหล่งการคลังสุขภาพ การจ่ายเงินสมทบและการร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิ และวิธีการจ่ายให้กับสถานพยาบาลของทั้ง 3 กองทุน โดยหลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลการศึกษาแสดงถึงผลกระทบของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังต่อไปนี้

2.1 ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพ

ภายหลังจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 ร้อยละของประชากรไทยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ลดลงจากประมาณร้อยละ 29 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 5.1 ใน พ.ศ. 2546 และลดลงเรื่อยๆ จนเหลือเพียงร้อยละ 2.6 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 14.1) โดยประชาชนส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 74 ได้รับการคุ้มครองจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 12 จากระบบประกันสังคม และร้อยละ 9 จากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ



ภาพที่ 14.1 ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพระบบต่างๆ ระหว่าง พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552

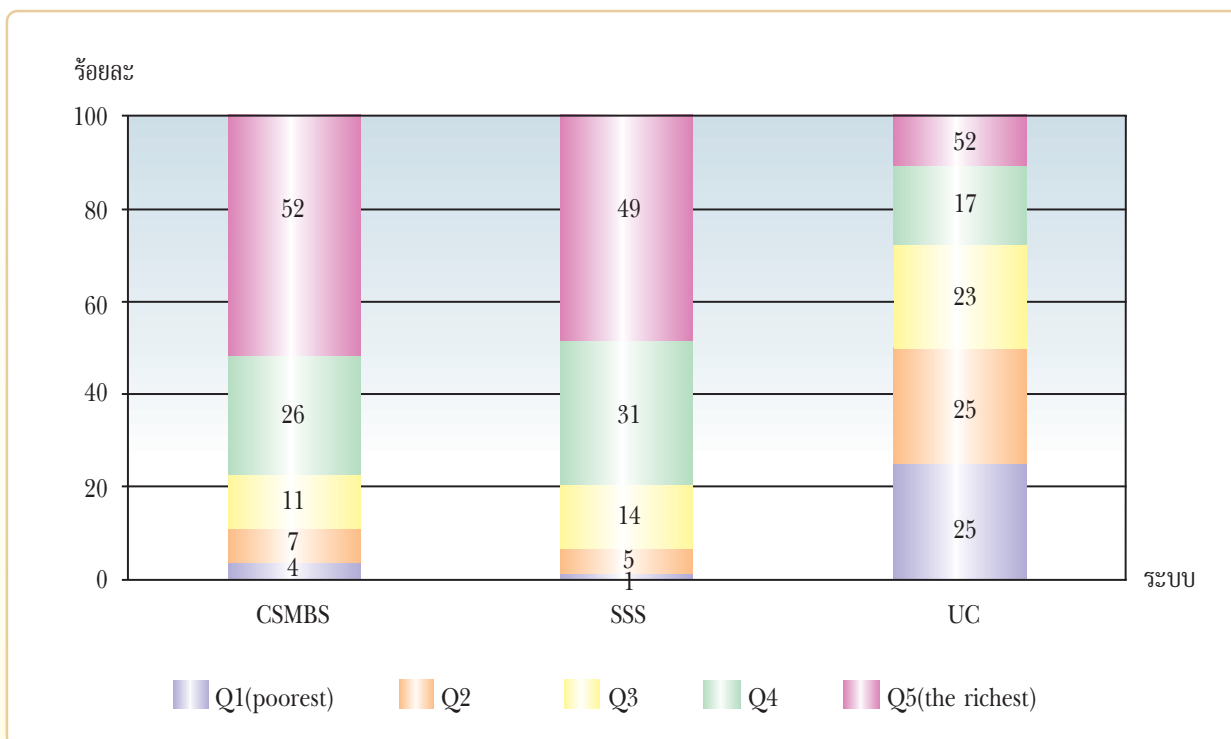


ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือนระหว่างปี พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อทำการจำแนกประชากรไทยออกเป็นห้ากลุ่ม (ควินไทล์) ที่มีรายได้แตกต่างกันตั้งแต่ ยากจนที่สุด 20% แรก ยากจน ปานกลาง ร่ำรวยและร่ำรวยที่สุด 20% สุดท้าย พบว่า ใน พ.ศ. 2547 ประมาณร้อยละ 50 ของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) อยู่ใน ควินไทล์ที่ยากจนและยากจนที่สุด ในขณะที่ร้อยละ 49 ของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม และร้อยละ 52 ของผู้มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอยู่ในควินไทล์ที่ร่ำรวยที่สุด (ภาพที่ 14.2) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) เป็นระบบประกันสุขภาพที่สำคัญสำหรับคนยากจน นอกจากนี้ เมื่อทำการวิเคราะห์แหล่งที่อยู่อาศัยของผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ก็พบว่า ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่เป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในชนบทและมีฐานะยากจน



ภาพที่ 14.2 สัดส่วนของกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจแตกต่างกันในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ



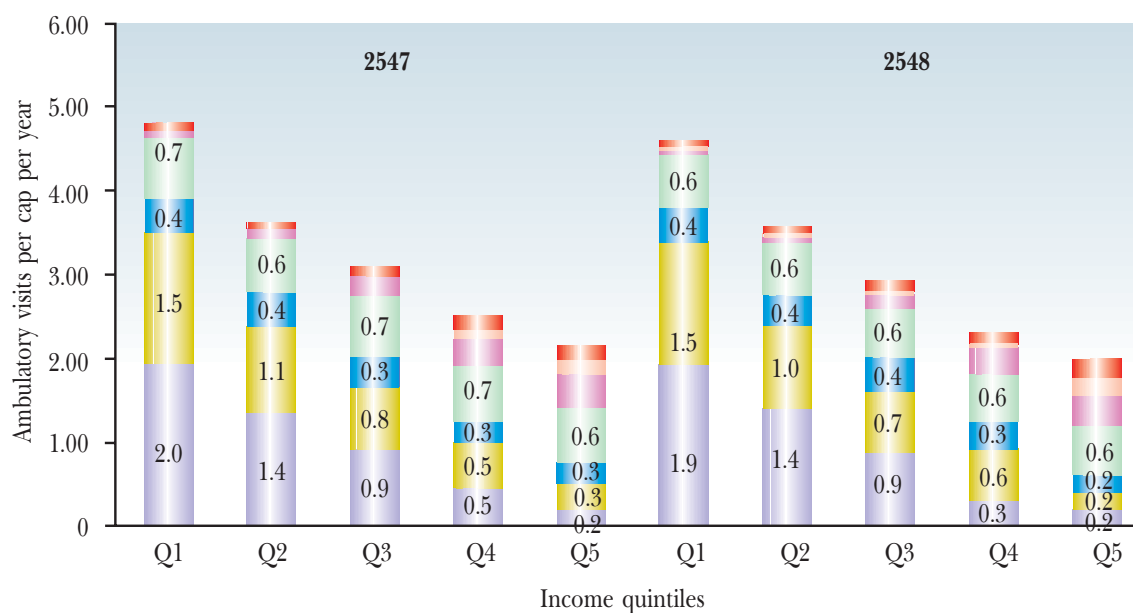
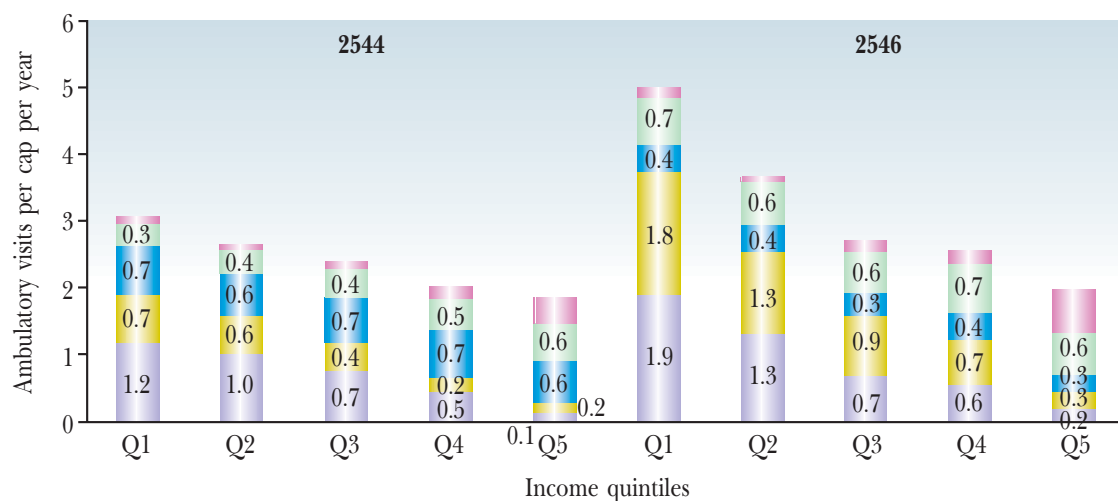
ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพและการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือนปี พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2546 กรณีการใช้บริการประเภผู้ป่วยนอก พบว่า ครัวเรือนในกลุ่มควินไทล์ที่ยากจนที่สุดมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจากประมาณ 3 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2544 เพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 5 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2548 (ภาพที่ 14.3) โดยการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการผู้ป่วยนอกเป็นการเพิ่มขึ้นที่ระดับสถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่ประชาชนในชนบทสามารถเข้าถึงได้ค่อนข้างสะดวก



ภาพที่ 14.3 การใช้บริการประเภผู้ป่วยนอกของประชากรกลุ่มควินไทล์ต่างๆ ระหว่าง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2548

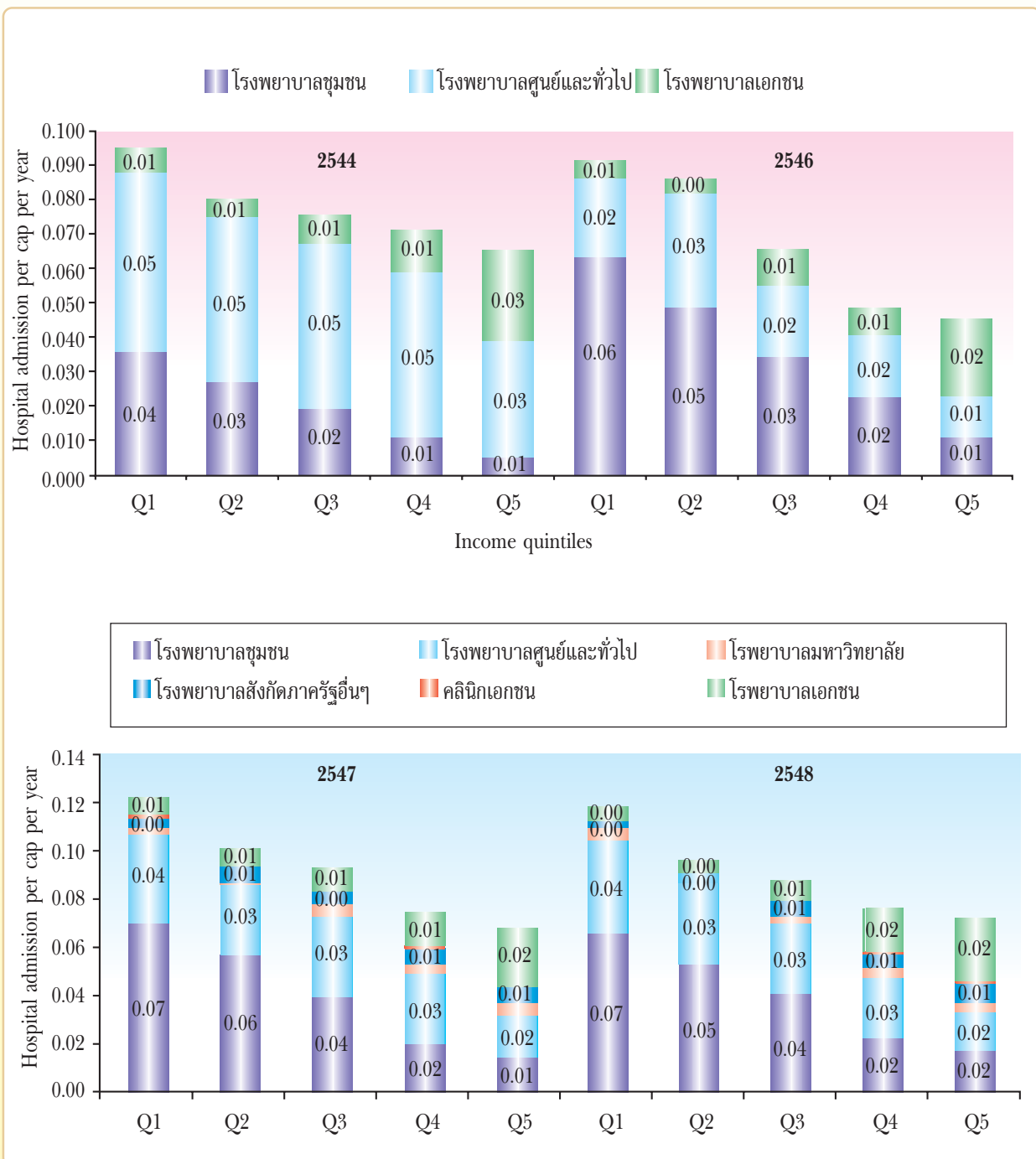


ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2548, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการประเภผู้ป่วยในระหว่าง พ.ศ. 2544 ถึง 2548 พบว่า ประชากรในควินไทล์ที่ยากจนที่สุดมีอัตราการใช้บริการประเภผู้ป่วยในโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันมากนัก อยู่ระหว่าง 0.09 - 0.10 ครั้งต่อคนต่อปี แต่ประเภของสถานพยาบาลที่กลุ่มประชากรที่ยากจนและยากจนที่สุดไปใช้บริการประเภผู้ป่วยในส่วนใหญ่ เปลี่ยนแปลงจากการอนรักษาตัวในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปใน พ.ศ. 2544 เป็นโรงพยาบาลชุมชนซึ่งประชาชนกลุ่มที่ยากจนในชนบทสามารถเข้าถึงได้ง่ายมากกว่า ใน พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2548 (ภาพที่ 14.4)

ภาพที่ 14.4 การใช้บริการประเภผู้ป่วยในของประชากรกลุ่มควินไทล์ต่างๆ ระหว่าง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2548

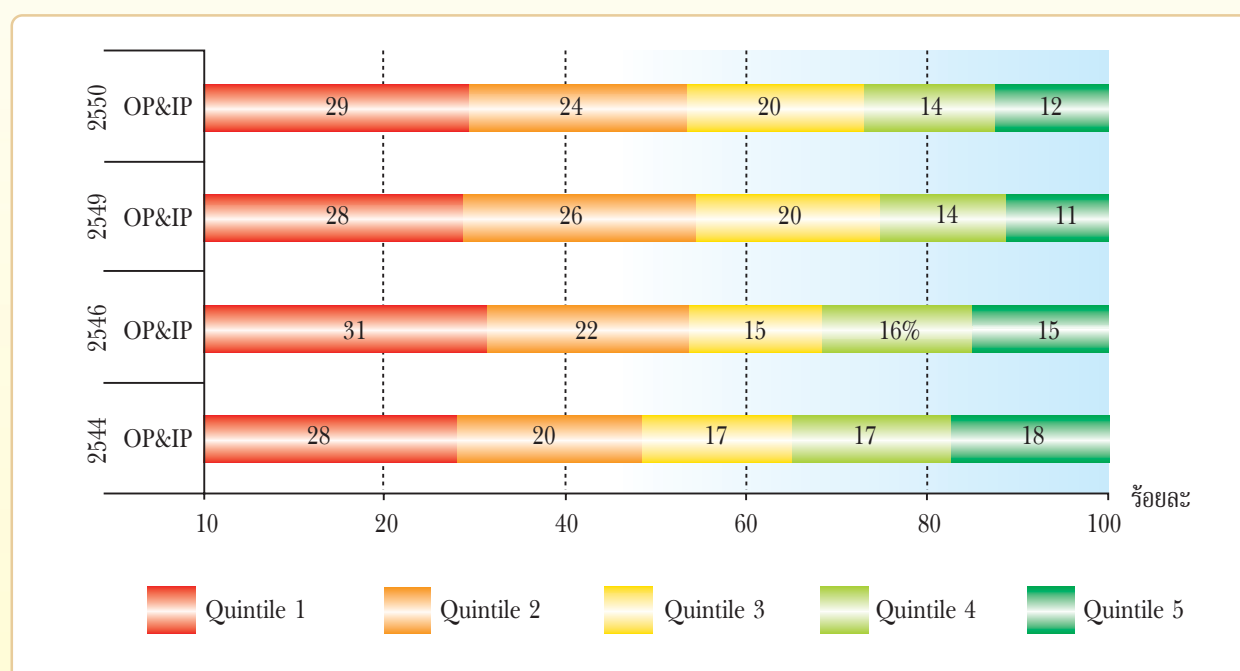


ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2548, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



จากข้อมูลการใช้บริการของประชากรกลุ่มต่างๆ และข้อมูลต้นทุนการให้บริการของสถานพยาบาลระดับต่างๆ เมื่อคำนวณการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพของภาครัฐระหว่างกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐานะแตกต่างกันระหว่าง พ.ศ. 2544 ก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และภายหลังจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนนาระหว่าง พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2550 พบว่า กลุ่มประชากรที่อยู่ในควินไทล์ที่ยากจนที่สุด (ควินไทล์ที่ 1) ได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพของภาครัฐเพิ่มจากร้อยละ 28 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 31, 28, และ 29 ใน พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 ตามลำดับ และประชากรในกลุ่มควินไทล์ยากจน (ควินไทล์ที่ 2) ได้รับประโยชน์เพิ่มจากร้อยละ 20 ในปี 2544 เพิ่มเป็นร้อยละ 22, 26, และ 24 ใน พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 ตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐของกลุ่มประชากรที่ร่ำรวย (ควินไทล์ที่ 4) และร่ำรวยที่สุด (ควินไทล์ที่ 5) ลดลงภายหลังจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ภาพที่ 14.5)

ภาพที่ 14.5 เปรียบเทียบการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐของประชากรกลุ่มที่มีเศรษฐานะแตกต่างกันระหว่าง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2550



ที่มา: Prakongsai P. The Impact of the Universal Coverage Policy on Equity of the Thai Health Care System. PhD thesis. London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2008. และ How Thailand achieved pro-poor health service utilization and government subsidies? IHPP, 2010.

2.3 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนและความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพ

เมื่อวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนเปรียบเทียบกับรายได้ในกลุ่มครัวเรือนที่มีเศรษฐานะแตกต่างกัน (เดซิลล์) ระหว่าง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2551 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่มีฐานะยากจนที่สุด (เดซิลล์ที่ 1) ลดลงจากร้อยละ 8.17 ของรายได้ใน พ.ศ. 2535 เหลือเพียงร้อยละ 2.77 ใน พ.ศ. 2545 และภายหลังจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่ยากจนที่สุด (เดซิลล์ที่ 1) ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 2.05 ใน พ.ศ. 2551 (ภาพที่ 6.68) ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่ร่ำรวยที่สุด (เดซิลล์ที่ 10) อยู่ระหว่างร้อยละ 1.1 - 2.2 ของรายได้



จากการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในการรักษาพยาบาลโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนพบว่า ครัวเรือนที่ประสบปัญหาล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาลลดลงจากร้อยละ 5.7 ใน พ.ศ. 2543 เหลือเพียงร้อยละ 3.3 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.70) โดยครัวเรือนที่ประสบปัญหาล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มครัวเรือนที่ยากจนที่สุด (ควินไทล์ที่ 1) โดยลดลงจากร้อยละ 5.2 ใน พ.ศ. 2543 เหลือเพียงร้อยละ 1.9 ใน พ.ศ. 2550 และร้อยละ 1.4 ใน พ.ศ. 2552

และจากการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคโดยรวมของครัวเรือน กับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล พบว่า หลังจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจน (impoverishment) เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาล ลดลงอย่างมาก ทั้งจากค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยครัวเรือนที่ยากจนลงจากค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ลดลงจากร้อยละ 3.8 ใน พ.ศ. 2543 เหลือร้อยละ 1.5 ใน พ.ศ. 2547 และกรณีผู้ป่วยในลดลงจากร้อยละ 11.9 เหลือร้อยละ 2.6 ในช่วงเวลาเดียวกัน

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากจะทำให้การดูแลสุขภาพและการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่จำเป็นครอบคลุมเพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีคุณูปการในการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลง และช่วยให้ครัวเรือนจำนวนมากพ้นจากความยากจนจากค่ารักษาพยาบาลได้

2.4 พลกระทบต่อสถานพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพ

นอกจากผลกระทบด้านบวกที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทำให้ภาระงานด้านการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลภาครัฐเพิ่มมากขึ้นด้วย โดยเฉพาะสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) และระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน) ดังจะเห็นได้จากข้อมูลในตารางที่ 14.5 ซึ่งการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ระดับสถานีอนามัยเพิ่มจาก 37.2 ล้านครั้งใน พ.ศ. 2544 เป็น 63.92 ล้านครั้งใน พ.ศ. 2552 ซึ่งพบการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนเช่นเดียวกัน ในขณะที่อัตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐไม่ได้เพิ่มขึ้นมากนัก ทำให้เกิดปัญหาการเพิ่มขึ้นของภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขในสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน



ตารางที่ 14.5 การใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลระดับต่างๆ ระหว่าง พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552

การใช้บริการ	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
บริการผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)							
สถานีอนามัย	37.21	38.14	38.44	50.84	52.88	56.09	63.92
ศูนย์บริการสาธารณสุข	-	-	-	0.45	0.71	1.03	1.96
โรงพยาบาลชุมชน	35.82	32.26	34.22	43.63	44.99	47.65	51.49
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	9.88	11.32	11.18	16.55	16.96	17.69	17.78
โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	0.73	1.30	0.76	0.05	0.14	0.32	0.38
โรงพยาบาลรัฐอื่น	4.35	2.38	1.81	1.60	1.70	2.36	2.55
คลินิกเอกชน	19.66	22.92	21.90	0.27	0.28	1.15	0.17
โรงพยาบาลเอกชน	4.29	4.16	3.32	1.42	1.63	2.46	2.44
รวมทั้งหมด	111.95	112.49	111.64	114.77	119.29	128.76	140.70
บริการผู้ป่วยใน (ล้านครั้ง)							
ไปโรงพยาบาลชุมชน	2.24	2.20	2.24	2.36	2.45	2.55	2.56
ไปโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	1.16	1.30	1.44	1.94	1.98	2.10	2.13
ไปโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	0.06	1.09	0.13	0.14	0.14	0.16	0.17
ไปโรงพยาบาลรัฐอื่น	0.39	1.87	0.18	0.18	0.19	0.21	0.22
ไปโรงพยาบาลเอกชน	0.45	0.36	0.36	0.12	0.12	0.15	0.19
รวมทั้งหมด	4.30	4.16	4.34	4.73	4.88	5.17	5.28

ที่มา: 1. การใช้บริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการแต่ละระดับ ปีงบประมาณพ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2548 จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2548, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2. การใช้บริการผู้ป่วยในของหน่วยบริการแต่ละระดับ ปีงบประมาณพ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2548 จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และปีงบประมาณพ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2551 จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



สำหรับสถานการณ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลทางด้านการเงินการคลังและจากระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างบ่งชี้ว่า ภายหลังจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานการณ์ด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมิได้ประสบปัญหามากนัก ยกเว้น สถานพยาบาลที่มีประชากรน้อยหรืออยู่ในพื้นที่พิเศษ ทุรกันดาร หรือมีประชากรเบาบาง จะประสบปัญหาด้านการเงินค่อนข้างมาก ดังจะเห็นได้จากจำนวนเงินสดคงเหลือและทุนสำรองสุทธิที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2552 (ตารางที่ 14.6) ซึ่งกรณีหน่วยบริการสาธารณสุขที่ประสบปัญหาด้านการเงิน สปสช.และกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยมีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมเป็นกรณีพิเศษให้กับสถานพยาบาลในพื้นที่พิเศษเหล่านั้นแล้ว

ตารางที่ 14.6 ข้อมูลสถานการณ์การเงินของหน่วยบริการสาธารณสุขที่ส่งข้อมูลครบถ้วนปีงบประมาณ 2546 - 2552

รายการ	ปีงบประมาณ (หน่วยล้านบาท)						
	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
จำนวน รพ. ที่ส่งข้อมูลครบในแต่ละปี (แห่ง)	783	662	711	792	809	818	822
1) เงินสดคงเหลือ	15,635	15,734	21,158	18,468	28,141	43,276	42,963
2) วัสดุคงคลัง	2,990	2,972	3,590	3,783	4,294	4,818	5,241
3) หนี้สิน	6,938	9,513	16,672	16,054	12,316	15,825	16,626
4) ทุนสำรองสุทธิ	11,687	9,193	8,076	6,197	20,119	32,270	31,579

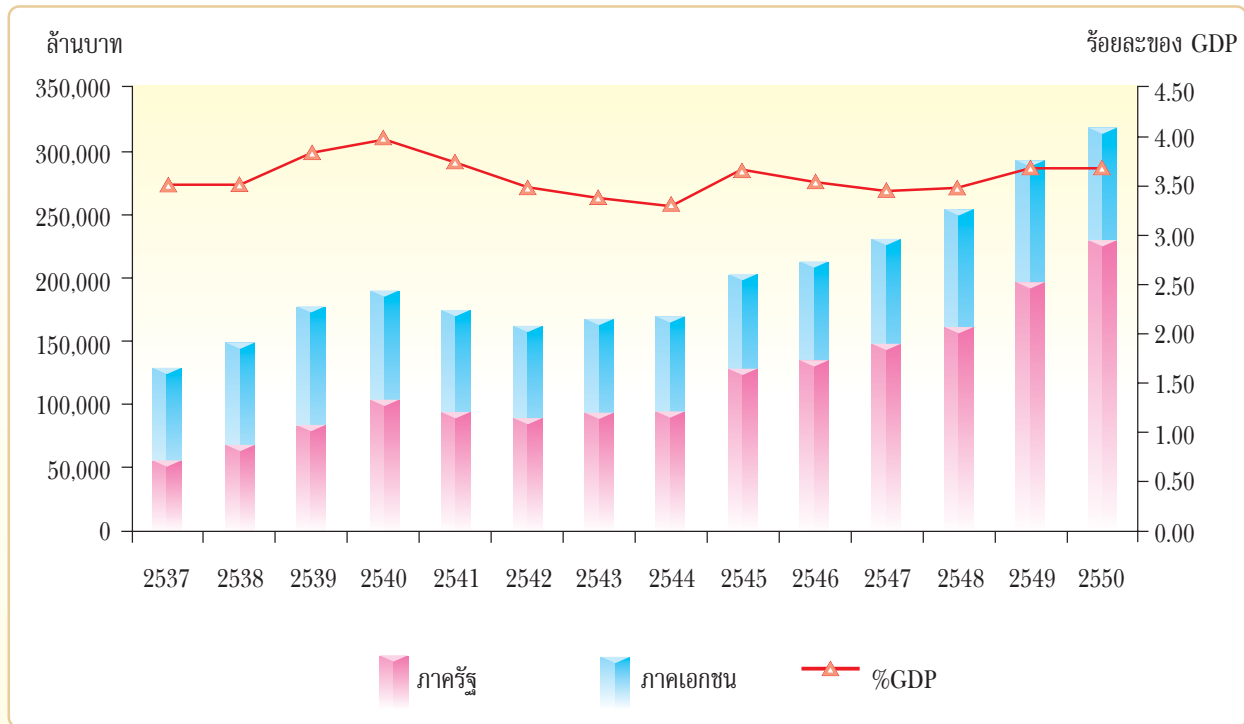
ที่มา: สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

2.5 ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพและการลงทุนด้านสุขภาพของรัฐ

จากข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2550 พบว่า ภายหลังจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ประชาชาติ (GDP) ไม่ได้เพิ่มขึ้นมากนัก คือ อยู่ระหว่างร้อยละ 3.5 - 4 ของ GDP ในขณะที่สัดส่วนการใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 56 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 73 ใน พ.ศ. 2550 (ภาพที่ 14.6) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ภาครัฐได้เข้ามามีส่วนร่วมในการลงทุนและใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้นภายหลังจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ภาพที่ 14.6 สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบกับรายได้ประชาชาติและสัดส่วนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนระหว่าง พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2550



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2550, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

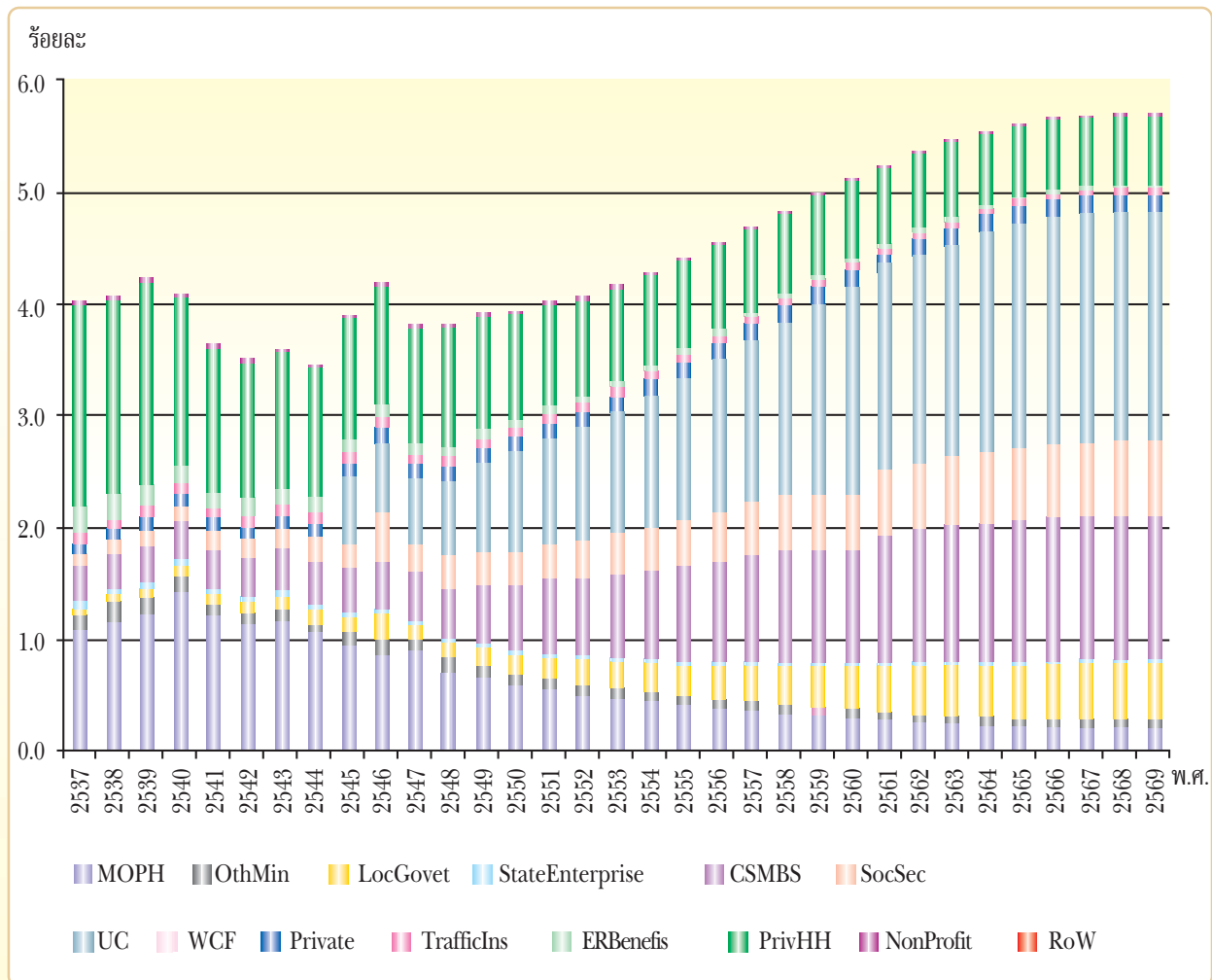
3 สภาพปัญหาในปัจจุบันและอนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.1 ความยั่งยืนและเพียงพอของการคลังสุขภาพ

ความยั่งยืนและความเพียงพอของการคลังสุขภาพในระยะกลางและระยะยาวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นประเด็นที่ผู้กำหนดนโยบายและนักวิชาการด้านการประกันสุขภาพในประเทศไทยให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม การประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเปรียบเทียบกับรายได้ประชาชาติโดยผู้เชี่ยวชาญของ International Labour Office (ILO) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยจะอยู่ระหว่างร้อยละ 4-6 ของ GDP ในช่วง 5-15 ปีข้างหน้า โดยค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเป็นค่าใช้จ่ายโดยส่วนใหญ่ รองลงมาคือค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ภาพที่ 14.7)



ภาพที่ 14.7 ประมาณการรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเปรียบเทียบกับรายได้ประชาชาติ (GDP) ระหว่าง พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2569



ที่มา: Wolfgang Scholz et al. (2008). Long term financial forecast.

3.2 การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

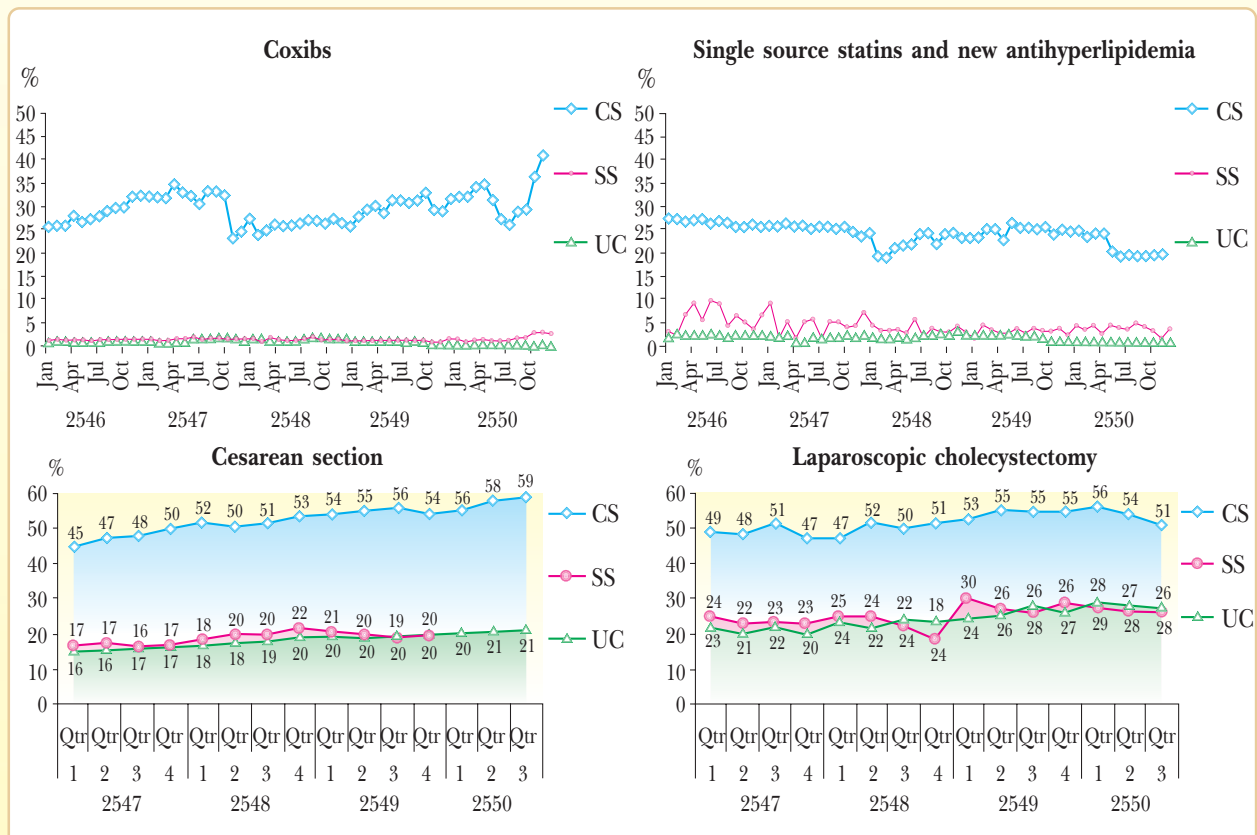
ข้อมูลจากการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2547 และการศึกษาเรื่องทิศทางการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พบว่า คนไทยป่วยและตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรมทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น เบาหวาน หัวใจหลอดเลือด หลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ การเจ็บป่วยที่เกิดจากสุราและการติดสุรา รวมทั้งมะเร็ง โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ การบริโภคสุราและยาสูบ อุบัติเหตุ การบริโภคอาหารที่มีแป้งและไขมันสูง การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้ มีแนวโน้มที่จะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และการค้นพบเทคโนโลยีสุขภาพใหม่ๆ ที่มีราคาแพง จะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอนาคตเพิ่มมากขึ้น

3.3 ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ (สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยคือ ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐทั้ง 3 ระบบ โดยเมื่อเปรียบเทียบการใช้บริการของผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกเป็น 1.4 เท่าของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในขณะที่การใช้บริการผู้ป่วยใน ผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการใช้บริการผู้ป่วยในเป็น 1.25 เท่าของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อปรับด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ภูมิลำเนา และการมีภาวะโรคเรื้อรังแล้ว

นอกจากนี้ ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงความเหลื่อมล้ำของบริการที่ได้รับของผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพที่ต่างกัน แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาต้นแบบนำเข้าจากต่างประเทศ และยาที่มีราคาแพงสูงกว่าผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมอย่างชัดเจน จนส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศสูงขึ้น รวมถึงการได้รับผลการบางอย่างที่สูงกว่าเช่น การผ่าตัดลด การผ่าตัดส่องกล้อง เป็นต้น (ภาพที่ 14.8) รวมถึงพบความแตกต่างของกระบวนการและผลลัพธ์ของการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐาน เช่น การตรวจ HbA1C ไขมันในเลือดและจอประสาทตา

ภาพที่ 14.8 ความแตกต่างการได้รับบริการของผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ



Source: Limwattananon, J.,S. Limwattanon,et al.(2009).

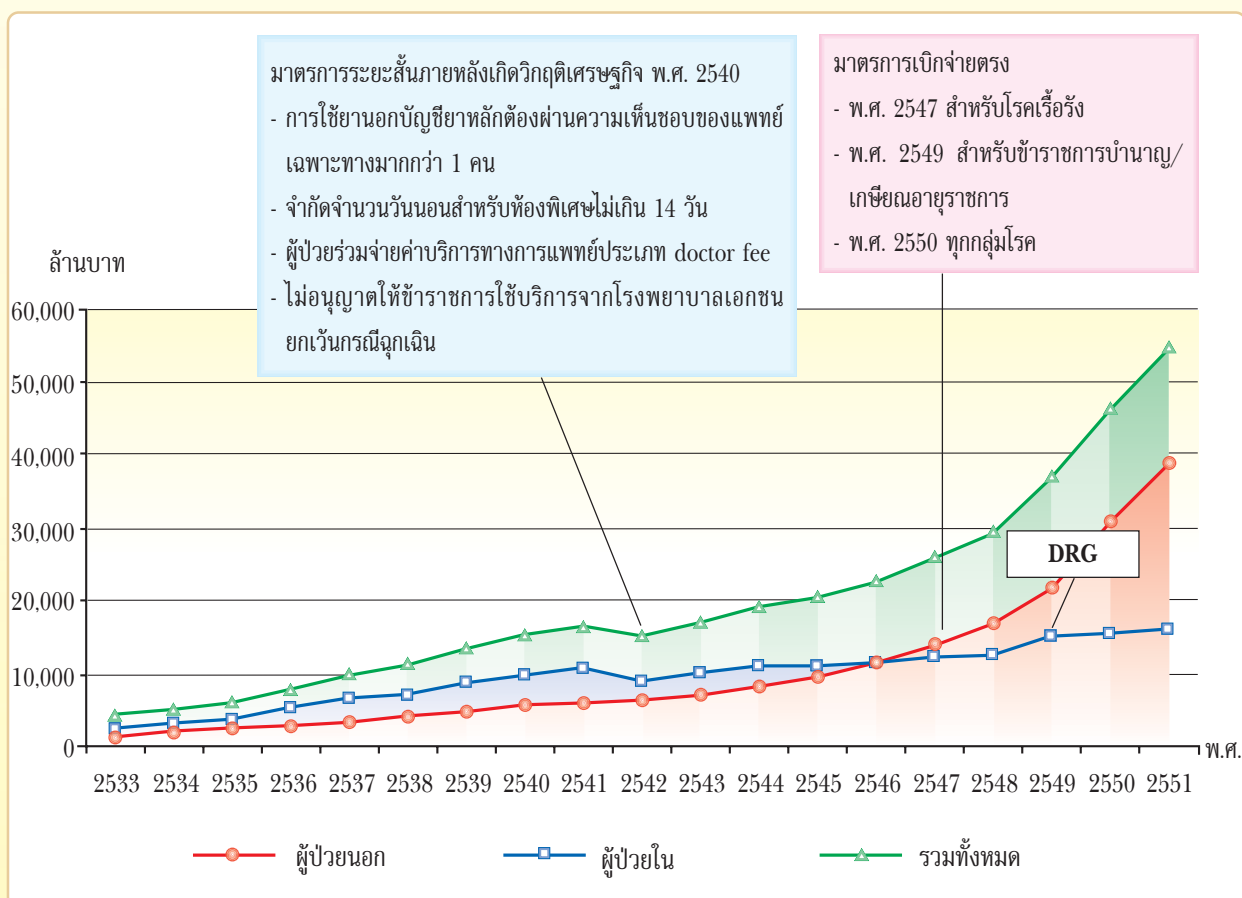


นอกจากนี้ ยังพบความเหลื่อมล้ำของระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจากภาวะโรคต่างๆ เช่น ปวดบวม ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดในสมอง เป็นต้น โดยพบว่ามีการนอนรักษานานกว่าของผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างชัดเจนแม้จะปรับด้วยเพศ อายุ และความรุนแรงของโรค สำหรับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังของผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการก็มากกว่าอีกสองระบบหลักประกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่อัตราการเข้ารับการรักษาลดลงภายในเวลา 30 วันหลังจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาน้อยกว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ซึ่งสาเหตุที่สำคัญของการได้รับบริการที่แตกต่างของผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการคือ วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลซึ่งเป็นลักษณะ fee-for-service ซึ่งมีแนวโน้มที่สถานพยาบาลจะให้บริการและการตรวจวินิจฉัยที่มีราคาแพงและบางครั้งเกินความจำเป็น ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง (ภาพที่ 14.9)

ประเด็นที่น่าเป็นห่วงคือ คุณภาพของการให้บริการ เนื่องจากวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นรูปแบบการเหมาจ่ายรายหัวในกรณีผู้ป่วยนอกหรือการจ่ายแบบปลายปิดสำหรับบริการอื่นๆ ซึ่งมีแนวโน้มในการสร้างแรงจูงใจให้กับสถานพยาบาลในการให้บริการที่จำกัดหรือใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด หากไม่มีการควบคุมกำกับอย่างมีประสิทธิภาพ

ภาพที่ 14.9 ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการระหว่าง พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2551



ที่มา: กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง



4. ทิศทางในอนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

จากข้อมูลการประสบความสำเร็จในการสร้างความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า และการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรที่มีฐานะยากจนในชนบท รวมทั้งการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่ยากจนและการป้องกันครัวเรือนล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง เป็นตัวบ่งชี้ว่า ประเทศไทยประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งในการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพภายหลังจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้น รัฐจึงต้องให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องกับนโยบายดังกล่าวต่อไป ทั้งนี้ไม่ใช่เพียงเพื่อเป้าหมายในการดำเนินนโยบายแบบประชานิยมเพียงเท่านั้น แต่นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังเป็นนโยบายที่สร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพและสังคม รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพของประเทศ เนื่องจากสนับสนุนการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และเป็นการสร้างหลักประกันทางสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากค่ารักษาพยาบาลให้กับประชาชนทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม รัฐบาลจำเป็นต้องให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เพียงพอกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะการให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิซึ่งเป็นบริการที่ประชาชนที่ยากจนในชนบทสามารถเข้าถึงและใช้บริการได้มากกว่าบริการระดับตติยภูมิ นอกจากนี้ รัฐบาลจำเป็นต้องเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพโดยการลงทุนเพิ่มขึ้นในด้านกำลังคนด้านสาธารณสุขและนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความสำคัญ ทั้งนี้เพื่อรับมือกับการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุและการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในระยะยาว

สำหรับการเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบเป็นประเด็นปัญหาที่รัฐบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญและแก้ไข ปัญหาในช่วงระยะต่อไป โดยร่วมกับการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อการติดตามประเมินผลและพัฒนา นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน