

บทความวิชาการ

บททวนสถานการณ์ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

Situation Review in Health Care Coverage in Thailand

จักรกฤษณ์ วัชรราชฎี¹

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้กำหนดในมาตรา 41 ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้ได้สิทธิรับการรักษายาพยาบาล โดยไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ” และรัฐธรรมนูญได้บัญญัติเป็นแนวทางในมาตรา 89 ไว้ว่า “รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน โดยทั่วถึงและพึงให้การรักษายาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า และพึงส่งเสริมให้ออกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันโรคและการขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์” ดังนั้นรัฐจึงได้ดำเนินการในการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนโดยทั่วถึงและครอบคลุม (ศิริวิไล อิงศิริโรรัตน์, 2542) การประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคม ซึ่งเป็นการส่งเสริมระบบความมั่นคงทางสังคมวิธีหนึ่ง โดยให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องไปรับบริการทางสุขภาพทุกประเภท ซึ่งผู้ที่ได้รับความคุ้มครองดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการทาง

การแพทย์และสาธารณสุขเมื่อมีความจำเป็น ยามเจ็บป่วยได้ โดยไม่ต้องกังวลถึงรายได้ รายจ่ายหรือความแตกต่างของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (access to personal health care) การประกันสุขภาพจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะลดอุปสรรคทางด้านการเงินเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่จะต้องจ่ายทางด้านสุขภาพ (วิวัฒน์ วังรังสิกุล, 2544) ประเทศไทยนับได้ว่าเป็นประเทศหนึ่งที่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนทั้งประเทศ (ัชชวาล มุ่งแสง, 2551) การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผ่านมา แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลง ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงขึ้นตามลำดับก็ตาม แต่ยังคงมีงานบางส่วนที่ต้องการการพัฒนาเพื่อให้ระบบที่มีอยู่นี้ มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งระบบกลไกการเงินการคลังที่ช่วยสนับสนุนให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น (วินัย สวัสดิ์ศิริ, 2552) บทความนี้ได้รวบรวมงานวิชาการที่สำคัญที่ทำให้เห็นถึง

¹ อาจารย์ ดร., รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยเซียงราย

ความเป็นมา แนวคิด แนวทาง อีกทั้งข้อเสนอแนะของการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย เพื่อประโยชน์ในการศึกษาทางวิชาการต่อไป

ความเป็นมาและแนวคิดของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รัฐบาลไทยได้เริ่มต้นดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ.2544 ภายใต้นโยบายของพลตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร ที่ชื่อว่า "โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค" โดยมี 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ดำเนินการนำร่องในพื้นที่ 6 จังหวัดโดยสถานพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการเป็นสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ 2 ขยายพื้นที่อีก 15 จังหวัด ระยะที่ 3 ขยายพื้นที่ครอบคลุมทั้งประเทศและในกรุงเทพมหานคร จำนวน 13 เขต กลุ่มเป้าหมายได้รวมผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลทั้งหมดเข้าไว้ด้วย ต่อมาได้มีการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 และได้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นองค์กรของรัฐเพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารงานตามพระราชบัญญัตินี้ โดยมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดนโยบายในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนไทยทั้งประเทศ เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการ

สาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยไม่ต้องกังวลในเรื่องภาระค่าใช้จ่าย จึงนับได้ว่าเป็นครั้งแรกที่รัฐสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมประชาชนไทยทั้งประเทศ (ชัชวาล มุ่งแสง, 2551)

หลักการสำคัญประการหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมีเป้าหมายคือ สุขภาวะ ตามหลักการสุขภาพพอเพียง ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และประชาชนควรจะมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้น หรือเครือข่ายหน่วยบริการที่ตนเองพึงพอใจ เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัว โดยสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary Care) เป็นจุดบริการด่านแรกซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน กรณีที่เกินความสามารถหน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่นในลักษณะเครือข่าย (Provider Network) โดยอาจจะเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยกันเองหรือระหว่างภาครัฐกับเอกชนสำหรับในส่วนของระบบการเงินการคลังเพื่อ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2547)

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ 4 ประการ คือ 1) ความเสมอภาค (Equity) ในการกระจายภาระค่าใช้จ่าย ในลักษณะก้าวหน้าและเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐาน การรักษาที่เสมอภาคไม่มีการแบ่งแยก 2) ทางเลือกในการรับบริการ(Choice) ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการหลากหลาย เข้าถึงง่ายและมีประสิทธิภาพ 3) ประสิทธิภาพ (Efficient) เป็นระบบที่ใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างประหยัดและคุ้มค่าที่สุด มีระบบบริหารจัดการที่เคร่งครัด โดยเน้นการบริการผ่านสถานบริการปฐมภูมิ (Primary Care Networks) และ 4) บริการสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Care) ไม่เพียงคุ้มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังเน้นส่วนที่เป็นบริการส่งเสริมป้องกันภัยต่อสุขภาพ (คณะทำงานพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) ในส่วนของรูปแบบการจัดสรรงบประมาณให้สถานบริการสาธารณสุข กำหนดกลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (Close End) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance Related Payment) และเป็นมาตรฐานเดียวกัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นมีอยู่ 2 รูปแบบคือ รูปแบบแรกเป็นการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในให้หน่วยบริการระดับต้นที่รับขึ้นทะเบียน กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่น หน่วยบริการระดับต้นต้องตามจ่ายแต่กรณีมีค่าใช้จ่ายสูง ค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้สถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเบี่ยงจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง กรณีผู้ป่วยนอกการตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลภายในจังหวัดให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์จังหวัดกำหนด ส่วนกรณีผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และรูปแบบที่ 2 เป็นการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะบริการผู้ป่วยนอกให้หน่วยบริการระดับต้น งบประมาณสำหรับผู้ป่วยในให้บริหารที่จังหวัด โดยจ่ายให้สถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยในอัตราค่าตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม กรณีค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง อุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เบิกจ่ายจากสำนักงานประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

จากการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะที่ผ่านมา แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง เช่น ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลง และรวมถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งสูงขึ้นตามลำดับก็ตาม ยังคงมีงานบางส่วนที่ต้องการพัฒนาเพื่อให้ระบบที่มีอยู่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งระบบกลไกการเงิน

การคลังที่ช่วยสนับสนุนให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น (วินัย สวัสดิ์ดิวิ, 2552)

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในมุมมองของผู้รับบริการ

ผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือคนไทยทุกคนที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักและไม่มีสิทธิประกันสังคมหรือสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจหรือสวัสดิการรักษาพยาบาลอย่างอื่นที่รัฐจัดให้ ดังนั้นในปัจจุบันมีจำนวนประชากรไทยที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมด 24,453,683 คน คิดเป็นร้อยละ 38.49 ของประชากรไทยทั้งหมด โดยจำแนกเป็นเพศชายจำนวน 11,855,872 คน เพศหญิงจำนวน 12,597,811 คน และกลุ่มอายุที่ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุดคืออายุ 40-44 ปี จำนวน 3,099,304 คน คิดเป็นร้อยละ 12.67 รองลงมาคือ อายุ 35-39 ปี จำนวน 2,983,008 คน คิดเป็นร้อยละ 12.20 ตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2553)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน (Academic Network for Community Happiness Observation and Research - ANCHOR) มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2552) ได้ร่วมกันสำรวจความพึงพอใจต่อการใช้บริการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เกี่ยวกับการบริการของหน่วยบริการที่ไปใช้สิทธิฯ ครั้งล่าสุดของผู้รับบริการสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและบุคลากรผู้ให้บริการใน

สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจาก 31 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่ามีความพึงพอใจในการรับบริการร้อยละ 80-94 และมีความตั้งใจที่จะกลับไปใช้บริการอีก ร้อยละ 98.80 กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลของการเลือกใช้บริการและความพึงพอใจ ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉันทนา นกกริม (2549) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลดาราภิรมย์ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งพบว่าความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการของผู้รับบริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ ความรวดเร็ว ทันต่อเวลาไม่ต้องรอคอยนาน ความสะดวกสบายที่ได้รับจากการบริการ ความสามารถในการรับบริการทุกประเภท วันเวลาที่ให้บริการ แพทย์และเจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยดีและเอาใจใส่ และความเสมอภาคในการให้บริการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิทย์ พัฒนิกิติ (2546) ที่พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการรับบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในระดับสูง เหตุผลที่ประชาชนส่วนใหญ่เลือกใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ใกล้บ้าน มีความสะดวกสบาย มีอาคารสถานที่สะอาด ระเบียบร้อย มีเครื่องมืออุปกรณ์เพียงพอ มีมาตรฐานในการให้บริการดี มีความปลอดภัย เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมน้อย ไม่ต้องเสียเวลารอนานและเจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาพยาบาลให้ความเป็นกันเองมีความรู้จักคุ้นเคยเป็นอย่างดี

ประไพศรี สักดาวิโรจน์ (2548) ได้ศึกษาการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กิ่งอำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูนพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เลือกใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชนเนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ร้ายแรงหรือเป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ใกล้บ้านเดินทางสะดวก การบริการมีความรวดเร็วไม่เสียเวลานาน และผู้ให้บริการดูแลเอาใจใส่ดี แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ามีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่จะเลือกใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน (ขนาด 90–120 เตียง) โดยให้เหตุผลว่ามีความมั่นใจว่าแพทย์สามารถรักษาโรคที่เป็นอยู่ให้หายได้ มียาที่มีคุณภาพดี เป็นผู้ป่วยเก่าแพทย์นัดหมายให้มารับยาต่อ และด้านความกระตือรือร้นของบุคลากรผู้ให้บริการดูแลเอาใจใส่ดีกว่า โดยสรุปเหตุผลส่วนใหญ่ที่ประชาชนเลือกใช้บริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ ใกล้บ้านเดินทางสะดวก การบริการดีและรวดเร็วไม่ต้องเสียเวลารอนาน แพทย์และเจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถ อหยาศัยดีและเสียค่าใช้จ่ายน้อย

อย่างไรก็ตามการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นยังมีข้อที่ควรปรับปรุงอยู่ โดยจากการสำรวจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัยความสุขชุมชน (2552) สรุปข้อควรปรับปรุงเกี่ยวกับการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ 1) การรอรับยาซึ่งใช้เวลานาน 2) กริยามารยาทการให้บริการและอหยาศัยของเจ้าหน้าที่ 3) คุณภาพการ

รักษาพยาบาล คุณภาพยา อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ สอดคล้องกับ การศึกษาของฉันทนา นกกริม (2549) พบว่าสิ่งที่ควรปรับปรุงในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ 1) ระยะเวลาในการให้บริการของแพทย์และเจ้าหน้าที่ซึ่งนานเกินไป 2) ปัญหาความไม่เพียงพอของยา เครื่องมือและอุปกรณ์ในการรักษาและ 3) มนุษยสัมพันธ์และการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ในขณะที่สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจความคิดเห็นของประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2553 พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและสนใจในประเด็น สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรมีมาตรฐานเดียวกับสิทธิสวัสดิการอื่นๆ สามารถใช้สิทธิได้ทุกสถานพยาบาลครอบคลุมอุบัติเหตุและทุกโรค (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้ทำการวิเคราะห์ผลกระทบและประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2551 พบว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการของผู้ป่วยในเท่าใดนัก แต่ส่งผลกระทบต่อจำนวนผู้ป่วยนอกรวมทั้งจำนวนครั้งของการมาใช้บริการอย่างมาก โดยจำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.6 และจำนวนครั้งการมาใช้บริการของผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 33 เมื่อเทียบกับจำนวนในช่วงก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ยังพบว่ารายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลของครัวเรือนมีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2545 ครัวเรือนมีรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลลดลง ร้อยละ 93 และในปี 2549

ครัวเรือนมีรายจ่ายลดลงร้อยละ 47 เมื่อเทียบกับช่วงก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประไพศรี ศักดาวิโรจน์ (2548) ได้ทำการศึกษาการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากิ่งอำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่าประชากรที่มาใช้บริการสุขภาพในสถานบริการเครือข่ายฯคิดเป็นอัตราการใช้บริการประมาณ 6.8 ครั้งต่อคนต่อปี เมื่อแยกตามสถานบริการพบว่าอัตราการใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชนประมาณ 6.0 ครั้งต่อคนต่อปี โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง และ 120 เตียง ประมาณ 7.6 ครั้งต่อคนต่อปีเท่ากัน ส่วนความเจ็บป่วยที่ประชากรไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมากที่สุดคืออาการไข้หวัด/คออักเสบ/ทอนซิลอักเสบ ร้อยละ 20.60 รองลงมาคือโรคกล้ามเนื้ออักเสบ/ปวดหลัง ร้อยละ 14.30 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.70 ส่วนความเจ็บป่วยที่ไปใช้บริการโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียงคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.30 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 5.80 และโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงคืออาการไข้หวัด/คออักเสบ/ทอนซิลอักเสบ ร้อยละ 9.10 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 7.80 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 5.60 ตามลำดับ สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์ (2551) ได้ศึกษาแนวคิดกระบวนการพัฒนาผลสัมฤทธิ์และผลกระทบนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้มีสิทธิบัตรทองเพิ่มขึ้นจาก 2.8 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2544 เป็น 3.55, 3.75 และ 3.61 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2546, 2547, 2548 ตามลำดับ และอัตราการใช้บริการ

ผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 0.76 ครั้ง/คน/ปี เป็น 0.83, 0.95 และ 0.95 ครั้ง/คน/ปี ในช่วงเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่าภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการสุขภาพลดลงประมาณ 1 – 1.2 ล้านบาท

ค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่าในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รัฐบาลได้จัดสรรเงินงบประมาณเพื่อดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกเป็นสองส่วน คือ 1) งบประมาณจัดการเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน 2) งบกองทุน โดยให้จัดตั้งเป็นกองทุนในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยเงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน เงินหรือทรัพย์สินใดๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน และเงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ โดยให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่กำกับดูแล กำหนดระเบียบข้อบังคับในการบริหารกองทุนฯ และให้สำนักงานสาธารณสุขทุกแห่งทำหน้าที่

เป็นสำนักงานสาขาตามความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2548) ในขณะที่ วลัยพร พัทธนฤมล และคณะ (2549) ได้รายงานไว้ใน การเงินการคลังระบบสุขภาพไทย: ตอนที่ 1 แนวทางการปฏิรูปการเงินการคลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ว่า รายรับของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่ได้มาจากการตัดเงินภาษีบุหรี่ถึงสองในสามของภาษีบุหรี่ที่เก็บได้ และจากการตัดเงินครึ่งหนึ่งของภาษีสุราและเบียร์ที่เก็บได้ในปัจจุบัน คิดเป็น ร้อยละ 54 และ 27 ตามลำดับ จิตปราณี วาศวิท และคณะ (2548) ได้ศึกษาเรื่องอนามัยและสวัสดิการของคนไทยหลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: รายจ่ายด้านสุขภาพของคนไทยก่อนและหลังมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถประหยัดรายจ่ายของประชากรในกลุ่มที่ไม่เคยมีหลักประกันสุขภาพลดลงได้ 10,634 ล้านบาทใน พ.ศ.2546 และหากสมาชิกทุกคนใช้สิทธิในบัตรทุกครั้งที่ใช้บริการ จะสามารถประหยัดได้ถึง 12,726 ล้านบาท

อนาคตระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

แม้ว่าการดำเนินโครงการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยจะดำเนินมาได้ในระยะหนึ่งแล้วก็ตาม แต่ระบบยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาและแก้ไข ปัญหาหลายประการที่ยังคงมีอยู่รัฐบาลและ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพควรร่วมกันทบทวนมาตรฐานของสถานพยาบาลในทุกระดับ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องและเป็นธรรมสำหรับประชาชนผู้มีสิทธิ ซึ่งควรคำนึงในเรื่องต่อไปนี้ 1) สร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรประชาชนในการกำหนดมาตรฐาน 2) คำนึงถึงความต้องการทางสุขภาพและความเป็นไปได้ทางทรัพยากร 3) อ้างอิงได้กับสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพที่มีการกำหนดไว้ และ 4) พิจารณาในระดับเครือข่ายพื้นที่มากกว่าการพิจารณาเป็นรายหน่วยบริการ นอกจากนี้ต้องกำหนดนิยามมาตรฐานและพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิอย่างจริงจัง ทั้งชนิดหรือประเภทของบริการ และระดับความสามารถในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน ตลอดจนให้มีกลไกการจ่ายเงิน อย่างสมดุล โดยเฉพาะเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการด้านมาตรฐานที่สูงขึ้น ซึ่งควรมีกลไกและกระบวนการทบทวนและเจรจาร่วมกันระหว่างผู้ซื้อ ผู้ให้บริการและผู้ทรงคุณวุฒิ มีการสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายของสถานพยาบาล เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างบูรณาการ รวมถึงการวางแผนการลงทุนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน การผลิต รวมทั้งการกระจายและพัฒนาบุคลากร การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิระหว่างภาครัฐและเอกชน ระหว่างประเภทของการบริการ ตลอดจนบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากข้อเสนอแนะของประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรมีมาตรฐานเดียวกันกับสิทธิ

สวัสดิการอื่นๆให้ความเท่าเทียมในเรื่องของการให้บริการ การรักษาและสามารถใช้สิทธิได้ทุกสถานพยาบาล รวมถึงการใช้สิทธิครอบคลุมทุกโรคและอุบัติเหตุต่างๆ ทั้งพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกด้วย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2548)

การที่จะพัฒนาให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนอย่างแท้จริงในอนาคตนั้น ไม่ใช่เพียงแต่การที่รัฐบาลให้การอุดหนุนค่าใช้จ่ายหรือความคุ้มครองที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการสาธารณสุขเมื่อยามเจ็บป่วยให้กับประชาชนเท่านั้น แต่ต้องเป็นระบบหลักประกันสุขภาพที่มุ่งสร้างที่พึ่งพาให้แก่ประชาชน ทั้งตอนที่ป่วยและตอนที่ยังแข็งแรงเพื่อไม่ให้เกิดความพิการหรือเกิดการ

เจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น จะต้องผลักดันการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เป็นระบบและกลไกที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการกระจายทรัพยากรและการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพด้วย ในขณะที่เดียวกันสามารถกระตุ้นให้มีบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพอยู่ในที่ตั้งที่ประชาชนผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงได้ตามสมควร มีระบบส่งต่อเพื่อให้ประชาชนสามารถได้รับบริการที่จำเป็นจนถึงที่สุดที่ทรัพยากรของประเทศพอจะรองรับได้ นอกจากนี้ ยังต้องมีระบบและกลไกที่ให้ความคุ้มครองสิทธิของประชาชนรวมถึงความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเข้ารับบริการตามสมควร ตลอดจนมีทรัพยากรที่เพียงพอที่จะส่งเสริมยกระดับมาตรฐานของสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการต่างๆ ในระบบได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2550)

เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2547). 3 ปีบนเส้นทางปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร : ออฟเซ็ทกรีเอชั่น.
- คณะทำงานพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาลกระทรวงสาธารณสุข. (2544). ข้อเสนอการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาลในช่วงเปลี่ยนผ่าน : วารสารวิชาการสาธารณสุข. 10(2), 195-200.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2550). ทิศทางของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหลังยุค 30 บาท รักษาทุกโรค. [Online]. Available : <http://www.doctor.or.th/node/7302> . (2553, 20 ธันวาคม)
- จิตปราณี วาศวิท และ คณะ. (2548). อนามัยและสวัสดิการของคนไทยหลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่ 2 เรื่องรายจ่ายด้านสุขภาพของคนไทยก่อนและหลังมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 14: 317-325.

- นันทนา นกรั่ม. (2549). การประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษา โรงพยาบาลดาราธรรม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประไพศรี สักดาวิโรจน์. (2548). การใช้บริการสุขภาพของประชาชนในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กิ่งอำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน. การค้นคว้าอิสระสาขารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วลัยพร พัทธนฤมิต และ คณะ. (2549). ชุดวิจัยการเงินการคลังระบบสุขภาพไทย : ตอนที่ 1 แนวทางการปฏิรูปการเงินการคลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 15:17-30.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2549). ชุดวิจัยการเงินการคลังระบบสุขภาพไทย : ตอนที่ 3 การเข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : บทวิเคราะห์เชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 15: 41-51.
- วิวัฒน์ วรรังสิกุล. (2544). หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : คิดใหม่ หวังใหม่ บนเครื่องหมาย “ ? ”. [Online]. Available : www.moph.go.th/ops/doctor/drAug44/special704.doc. (2554, 25 มกราคม)
- ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย และ คณะ. (2546). ต้นทุนต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. รายงานวิจัยศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2548). การติดตามประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพไทย ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.
- สุวิทย์ พัฒนาคิต. (2546). ความพึงพอใจของผู้ให้และรับบริการต่อบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระสาขารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552). คู่มือบัตรทองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. สมุทรปราการ : สำนักประชาสัมพันธ์และบริการประชาชน.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2548). คู่มือคณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด. นนทบุรี: เอส พี เอส พรินติ้ง จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2548). แนวทางการดำเนินงาน สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. [Online]. Available : <http://www.budhosp.go.th/30/content.html>. (2553, 5 ตุลาคม)