

# ผลการประเมิน หนึ่งทศวรรษระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รายงานผลการประเมินโดย  
ผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศและทีมนักวิจัยไทย  
21 มีนาคม 2555

ได้รับทุนสนับสนุนจาก



PRINCE MAHIDOL AWARD CONFERENCE



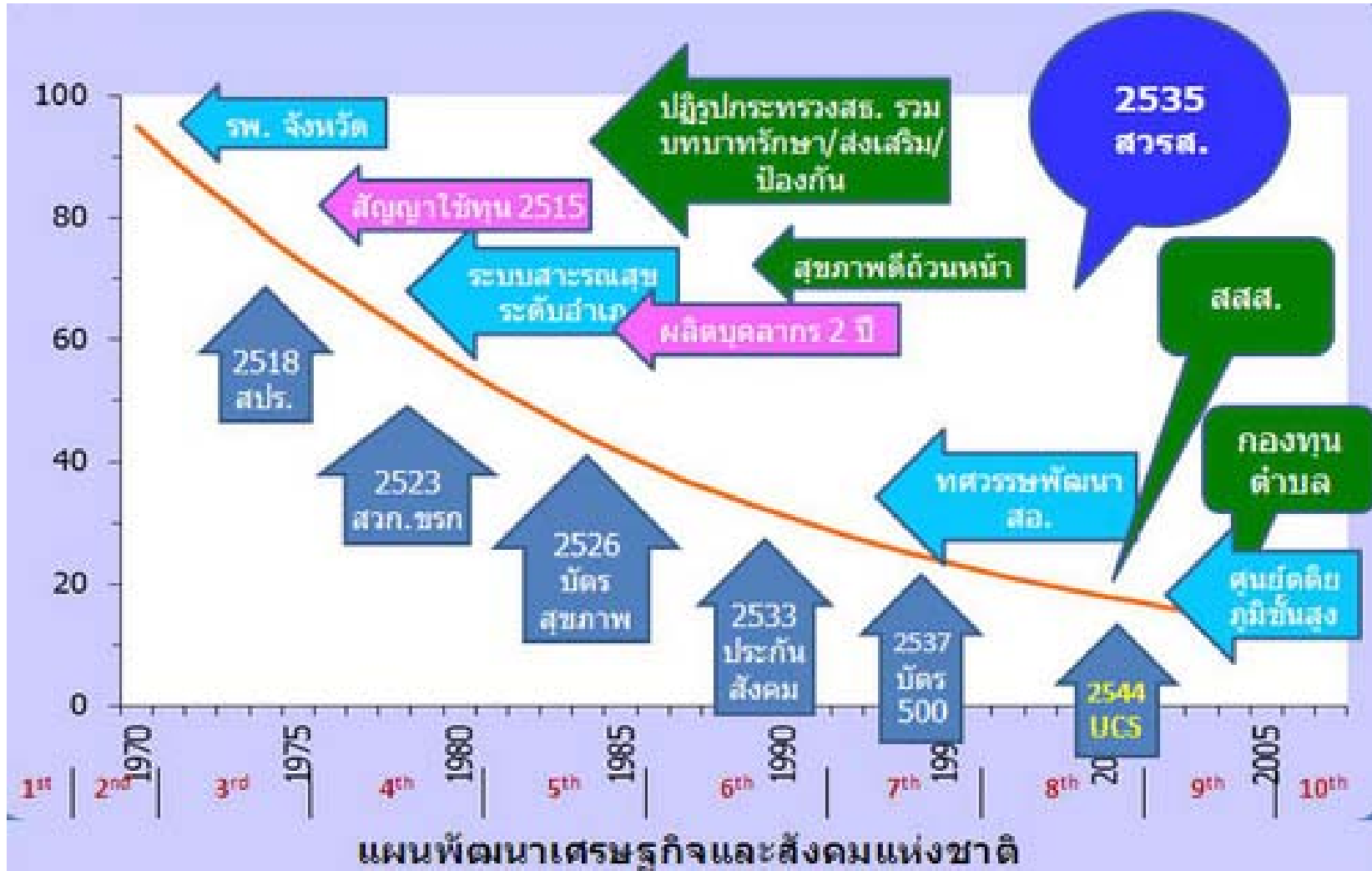
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย



# ประเด็นการนำเสนอ

- การพัฒนาระบบสาธารณสุขและระบบประกันสุขภาพช่วงสี่ทศวรรษที่ผ่านมา
- วัตถุประสงค์และกรอบการประเมิน
- ข้อค้นพบ
  - 1: ปัจจัยเอื้อที่นำไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - 2: การดำเนินนโยบายระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - 3: การอภิบาลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - 4: สัมฤทธิ์ผลเชิงนโยบาย
  - 5: ผลกระทบข้างเคียง
- สิ่งท้าทายในทศวรรษที่สอง
- ข้อเสนอ

# พัฒนาการระบบสาธารณสุขช่วงสี่ทศวรรษที่ผ่านมา



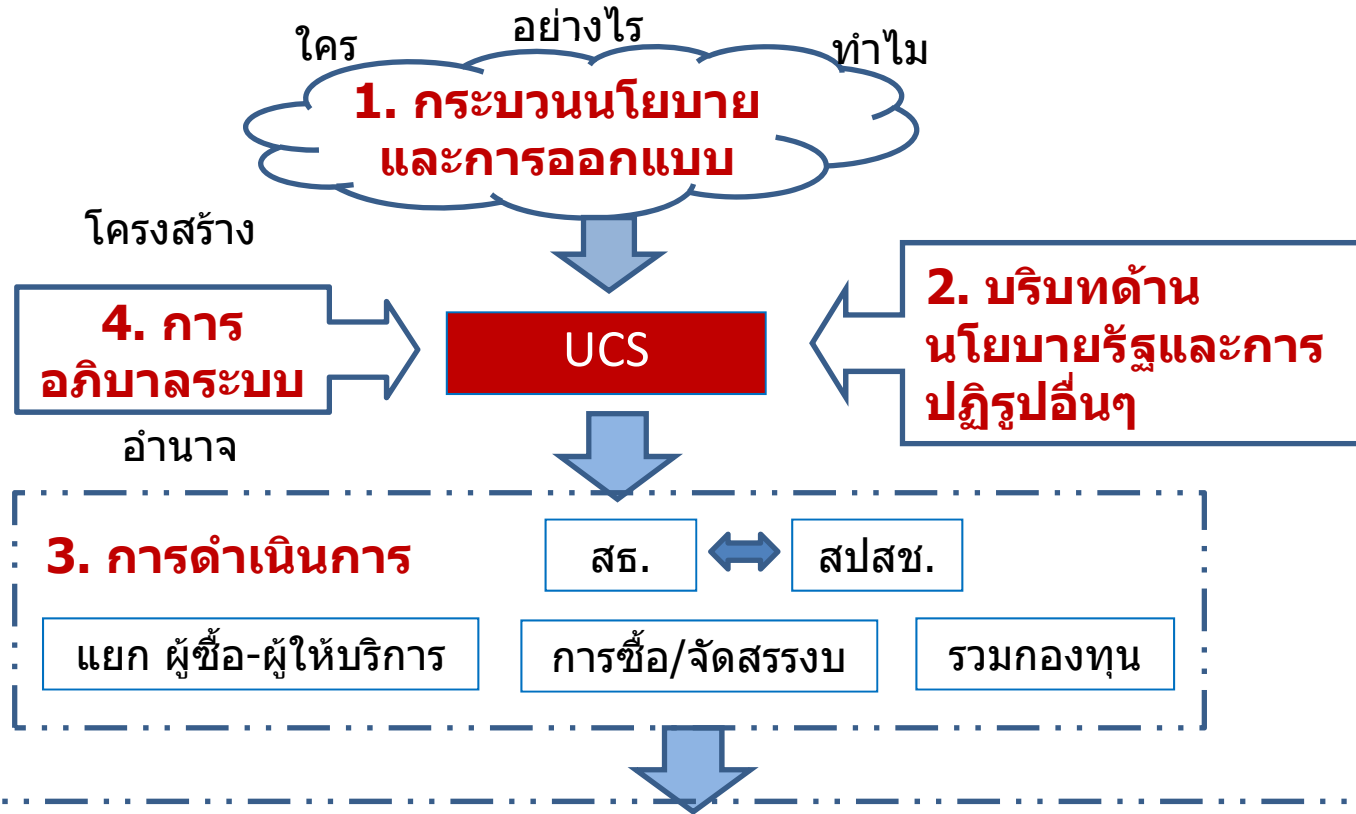
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย



## วัตถุประสงค์การประเมิน

- เพื่อประเมินผลการปฏิรูปภายใต้ระบบประกันสุขภาพ
  - ได้มีการดำเนินการตามที่วางแผนไว้?
  - บรรลุเป้าประสงค์เชิงนโยบาย?
- เพื่อประเมินว่าอะไรที่ได้ผลดีอะไรที่ไม่ได้ผลเพราะอะไร
- เพื่อให้ข้อเสนอแก่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการก้าวสู่ทศวรรษต่อไป
- เพื่อถอดบทเรียนที่อาจเป็นประโยชน์แก่ประเทศกำลังพัฒนาอื่นที่กำลังมุ่งไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

# กรอบการประเมิน



## 5. ผลกระทบ

ระบบสาธารณสุข	ผู้ให้บริการ	ประชาชน	เศรษฐกิจมหภาค
<ul style="list-style-type: none"> <li>บริการปฐมภูมิ</li> <li>บริการโรงพยาบาล</li> <li>การสาธารณสุข</li> <li>ระบบข้อมูล</li> <li>ระบบกำลังคน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ภาระงาน</li> <li>การคลัง</li> <li>ประสิทธิภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การใช้บริการ</li> <li>ภาระค่าใช้จ่าย</li> <li>ความพึงพอใจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระบบเศรษฐกิจ</li> <li>การบริโภค การออม</li> <li>การใช้จ่ายภาครัฐ</li> <li>การผลิต/นำเข้า</li> </ul>

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย



## รายนามที่ปรึกษาต่างประเทศ

- Timothy G. Evans BRAC University
- Mushtaque R. Chowdhury Rockefeller Foundation
- David 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

## ทีมนักวิจัยไทย

1. กระบวนนโยบายและการออกแบบ	ทีม IHPP (นพ.วิโรจน์, ทพญ.ศิริวรรณ, หทัยชนก, ภูษิต, วลัยพร, จิราบุลย์, นุชรี)
2. บริบทด้านนโยบาย	วินัย ลีสmith, พินิจ ฟ้าอำนวยการผล, นุศราพร เกษสมบูรณ์, นพ.บุญชัย กิจสนาโยธิน, ครรชิต สุขนาค, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
3. การดำเนินนโยบาย	สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, David Hughes, เจตน์ ธรรมธัชอารี, วีระศักดิ์ พุทธาศรี, สงครามชัย ลีทองดี
4. การอภิบาลระบบ	ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, ธีระ วรรณรัตน์, รัศมี ต้นสิริสิทธิกุล
5.1 ผลกระทบ	ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, จิรัตต์ ศรีรัตนาวรณ, พินิจ ฟ้าอำนวยการผล, บุญชัย กิจสนาโยธิน, และ นงลักษณ์ พะไถยะ
5.2 ผลกระทบต่อ รพ.สป.สธ.	วัฒน์ชัย จรรย์วัฒนา
5.3 ผลต่อประชาชน	สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย, จุลากรณ์ ลิ้มวัฒนานนท์, อารีวรรณ เขียวชาญวัฒนา
5.4 ผลต่อเศรษฐกิจมหภาค	สมประวิณ มั่นประเสริฐ และ วรเวช สุวรรณระดา

# ข้อค้นพบ 1: ปัจจัยเอื้อที่นำไปสู่ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



## ปัจจัยเอื้อนำไปสู่ UHC (1)

- มีหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านความไม่เป็นธรรม
  - 18 ล้านคนยังไม่มีประกันสุขภาพใดๆ
  - ทรัพยากรสาธารณสุขกระจายไม่เป็นธรรม งบประมาณไปทางโรงพยาบาลและเขตเมือง
- มีโครงสร้างพื้นฐานด้านต่างๆที่เข้มแข็ง (มีต้นทุนสูง)
  - รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540: สิทธิของประชาชนไทยทุกคนในการได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น
  - มีโครงสร้างหน่วยบริการสาธารณสุขกระจายครอบคลุม
  - มีองค์กรที่มีศักยภาพในการดำเนินการปฏิรูป (สธ.)
  - มีศักยภาพในการสร้างองค์ความรู้ (สวรส.)
  - มีศักยภาพในระบบข้อมูล (ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์)

## สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

- **การประกาศและให้คำมั่นทางการเมือง**
  - แผนฯ 8 ระบุให้คนไทยทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น
  - “30 บาทรักษาทุกโรค”
- **การเคลื่อนไหวสนับสนุนของภาคประชาสังคม:**
  - ประชาชนมากกว่า 50,000 คนลงนามเสนอพรบ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- **การสร้างองค์ความรู้และเตรียมการ**
  - โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข (EU)
  - สวรส. คณะทำงานพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

## เป้าประสงค์ พรบ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ขยายความครอบคลุมไปยังคนไทยทุกคน
- ลดการจ่ายเมื่อไปใช้บริการ
- มีขีดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมรอบด้านเป็นมาตรฐานและเน้นบริการปฐมภูมิ
- ผสานลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ

## ข้อค้นพบ 2: การดำเนินนโยบาย UCS: ความขัดแย้งระหว่างองค์กรและแรง ต้านการเปลี่ยนแปลง

- การแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ
- การซื้อบริการเชิงกลยุทธ์และความเป็นธรรม  
ในการจัดสรรทรัพยากร
- การผสมผสานลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน

## 2.1 การแยกบทบาทผู้ซื้อและผู้ให้บริการ (1)

- สปสช. ซื้อบริการ และคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น
- กระทรวงสาธารณสุข ผู้ให้บริการหลักแทนที่จะทำหน้าที่เป็นผู้กำหนดนโยบายและกำกับระบบ
- ผลจากการแยกบทบาทระหว่างหน่วยงาน
  - ลดปัญหาเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน
  - เพิ่มการตอบสนอง ความโปร่งใส และรับผิดชอบของระบบต่อประชาชน
    - เพิ่มการเข้าถึงข้อมูล ร้องเรียน และการชดเชยความเสียหาย
    - ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น
  - เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ
    - กลุ่มวิชาชีพ ผู้ให้บริการเอกชน ภาคประชาสังคม และ อปท.
    - ส่วนกลาง ภาค จังหวัด อำเภอ ตำบล
  - แต่ทางเลือกมีจำกัดหรือไม่มีเลยเนื่องจากการผูกขาดโดยธรรมชาติของระบบบริการ สป.สช.

## 2.1 การแยกบทบาทผู้ซื้อและผู้ให้บริการ (2)

- ความตึงเครียดระหว่างผู้ซื้อ (สปสช.) กับผู้ให้บริการ (สป.สธ.)
  - ในสายตάνักปฏิรูป- ผู้ให้บริการขาดประสิทธิภาพ " *รีดไขมันในระบบ* "
  - ในสายตาผู้ให้บริการ – *ผู้ซื้อบริการเข้ามาก้าวก้าวยการบริหารจัดการภายใน*
  - ในทางปฏิบัติ – *ขาดความชัดเจนของขอบเขตบทบาทผู้ซื้อบริการ*
- สปสช. ใช้คำว่า "system manager" แทน "purchaser" :
  - คำว่า " purchaser-provider" ถูกต่อต้านเพราะไปลดทอนเกียรติวิชาชีพ
  - *สปสช.ไม่สามารถจำกัดอยู่เพียงซื้อบริการที่มีอยู่ เพราะบริการหลายอย่างไม่มีในพื้นที่ให้ประชาชนเข้าถึงได้โดยสะดวก*
- ความพยายามในการเชื่อมและแก้ปัญหาจากการแยกบทบาท
  - อาศัยยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมให้กลุ่มวิชาชีพเข้ามามีบทบาท
  - แนวคิดเรื่อง "strategic partnership" "local commissioning"

## 2.2 การซื้อบริการและความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากร

- การปฏิรูป: เน้นเปลี่ยนการจัดสรรจากตาม “supply” ไปเป็นตาม “demand” - จัดสรรเงินตามเหมาจ่ายรายหัว
- การแปลงไปสู่การปฏิบัติมีอุปสรรคมากและมีความยากลำบาก อันเนื่องมาจากความขัดแย้งของโครงสร้างองค์กร:
  - การบริหารการหักเงินเดือนเนื่องจากมี พรบ.เงินเดือน ชรก.
  - ความจำเป็นที่ต้องให้หน่วยบริการ สป.สธ.อยู่รอดด้านการเงิน
  - โครงสร้างระบบบริการที่ผูกขาดโดยธรรมชาติในหลายพื้นที่
- เป็นผลให้–
  - ตระหนักว่าการปฏิรูปกลไกด้านการเงินอย่างเดียวไม่สามารถปฏิรูประบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเป็น
  - สปสช.ต้องถอยไปเป็น supply-based allocation ระดับหนึ่งเพื่อให้ระบบสมดุลย์ เนื่องจากไม่มีการปฏิรูประบบบริการ..
  - หันมาเล่นกับ บริการตามจ่าย (post-paid) และการซื้อบริการเฉพาะ.

## 2.3 การผสมลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน

- ความจำเป็น
  - มีความเหลื่อมล้ำในการให้บริการระหว่างระบบประกันสุขภาพ
  - มีความซ้ำซ้อนและขาดประสิทธิภาพของระบบ
- เป้าประสงค์ ขาดความชัดเจน เกิดความเคลือบแคลง
  - เพิ่มความเป็นธรรม – รวมกองทุน กำจัดความแตกต่างระหว่างกองทุน
  - เพิ่มประสิทธิภาพ – รวมการบริหารแต่กองทุนยังคงแยก
- คณะกรรมการประสานระหว่างกองทุน
  - ดำเนินการได้เฉพาะประเด็นเชิงเทคนิค ไม่ใช่เชิงยุทธศาสตร์
- สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (สพคส.)
  - เพิ่มธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบ

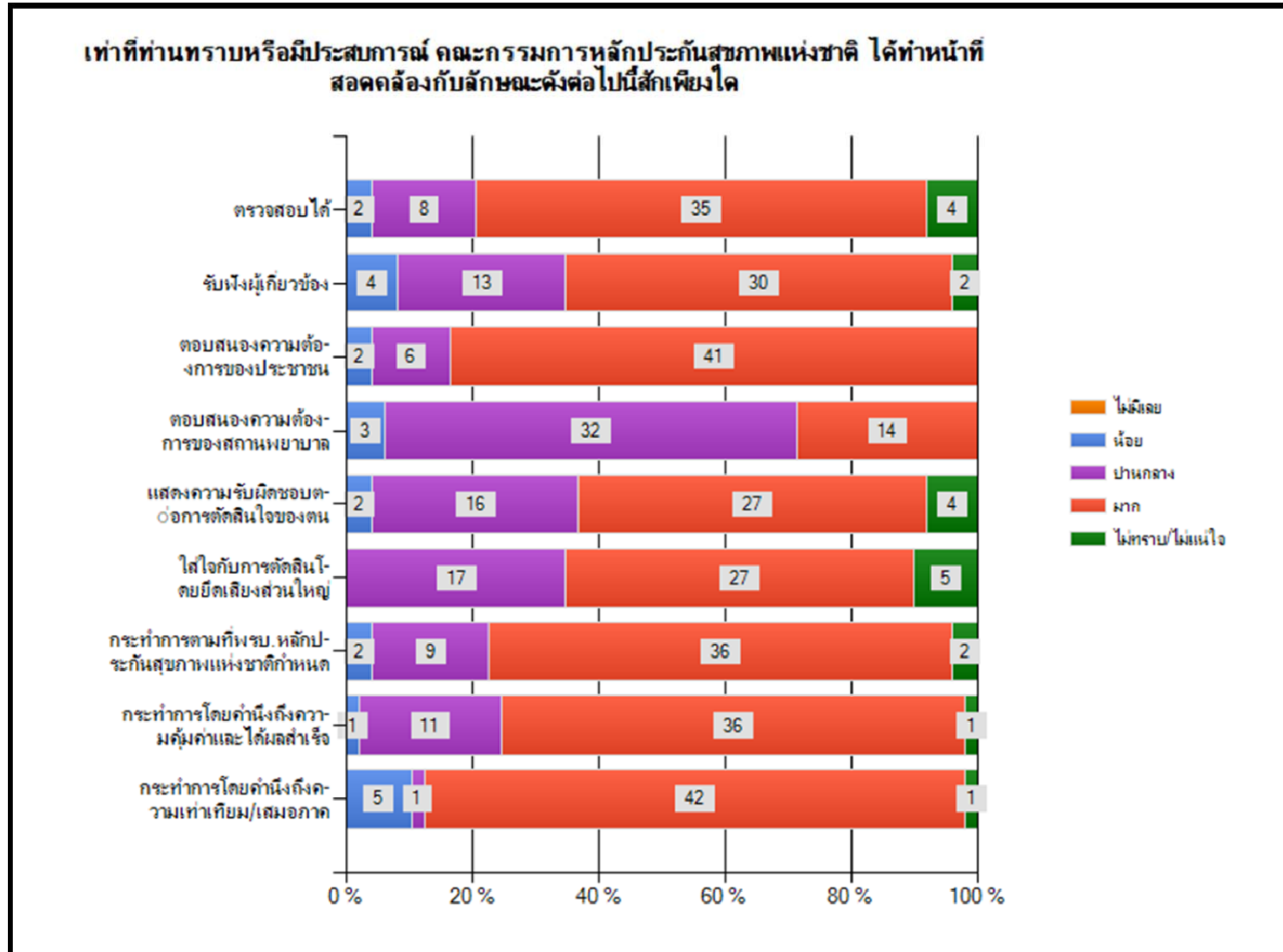


## ข้อค้นพบ 3: การอภิบาลระบบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

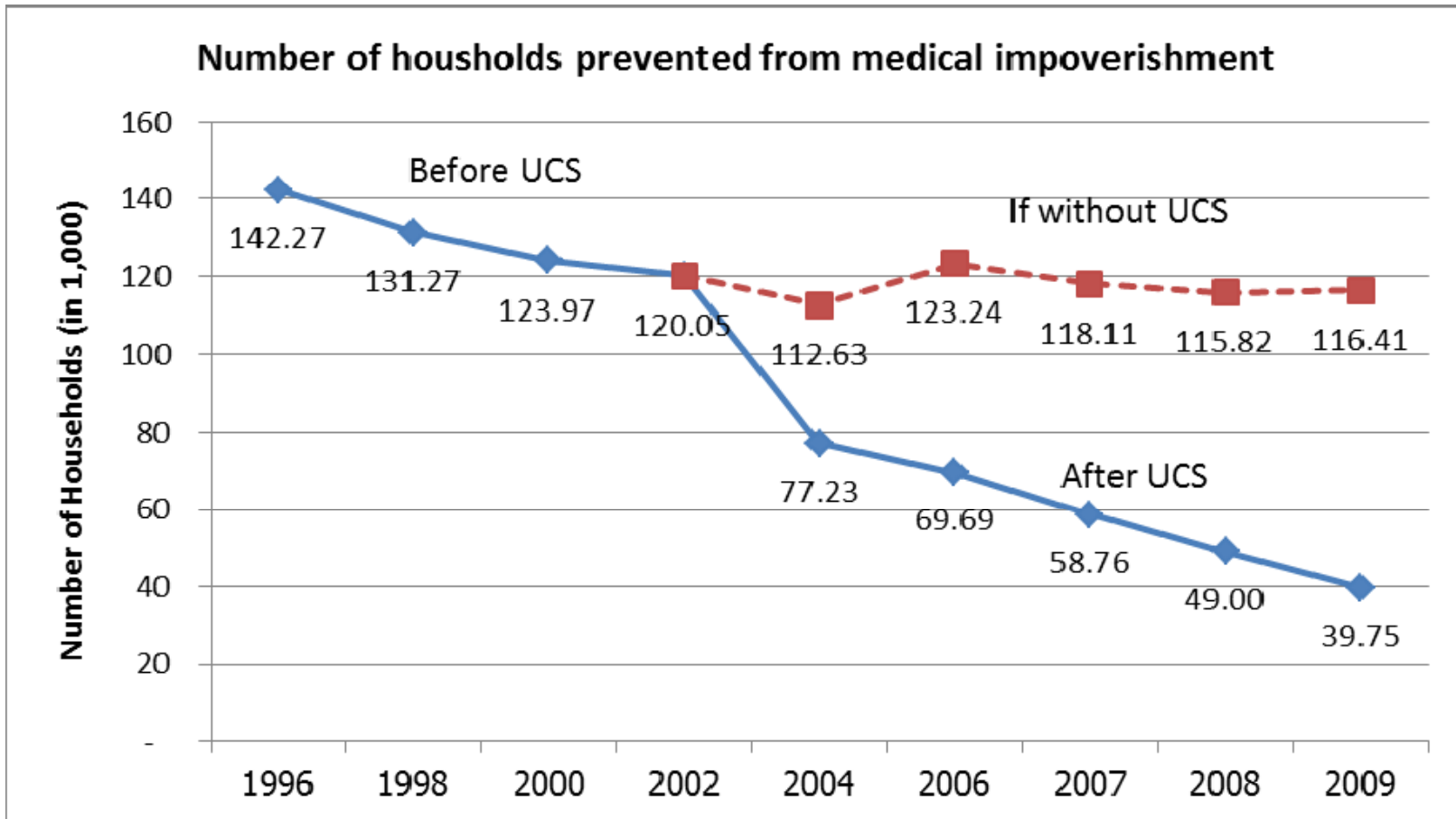


# มีธรรมาภิบาลแต่ยังมีช่องว่างที่ต้องพัฒนา

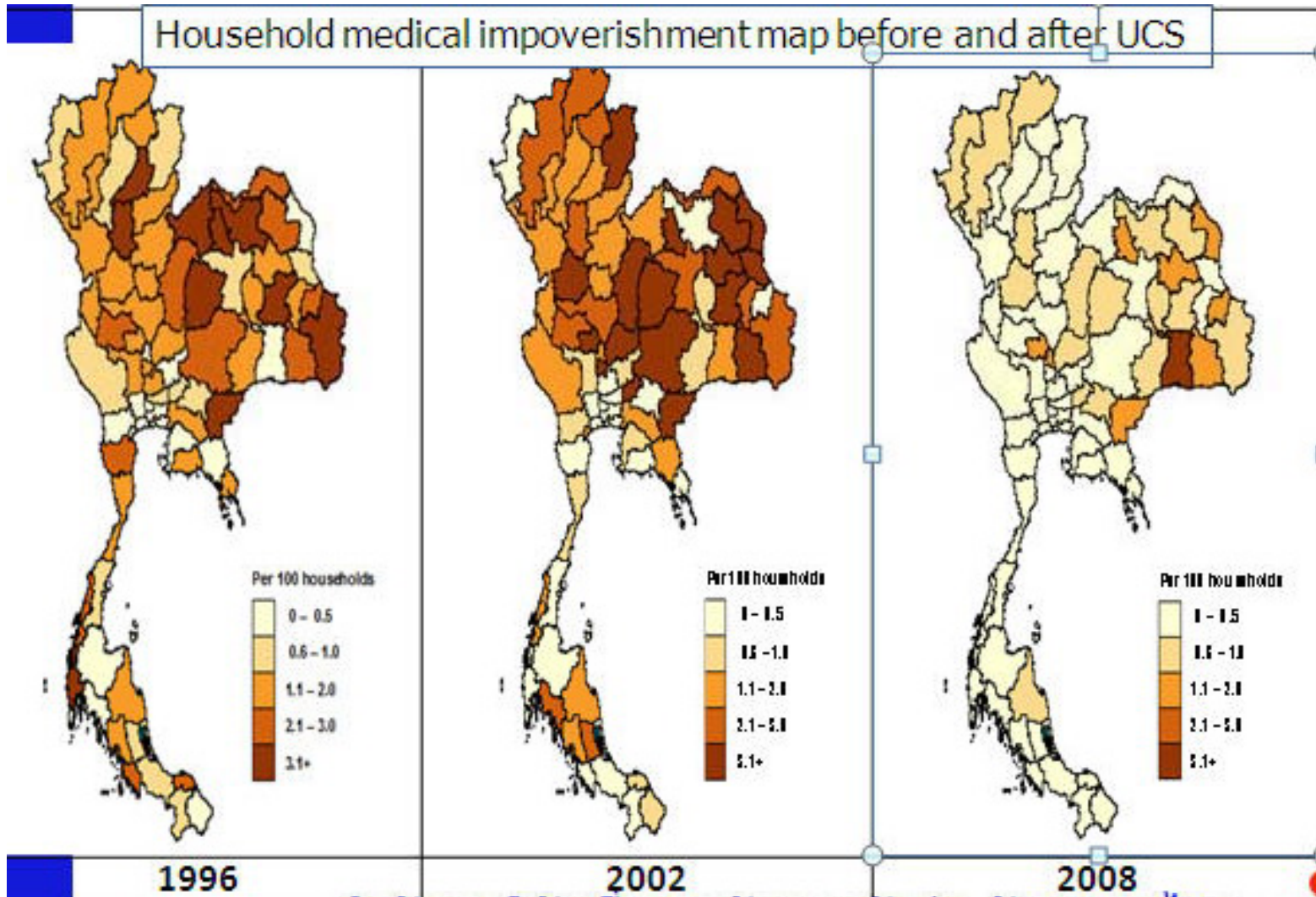


## ข้อค้นพบ 4: สัมฤทธิ์ผลเชิงนโยบาย

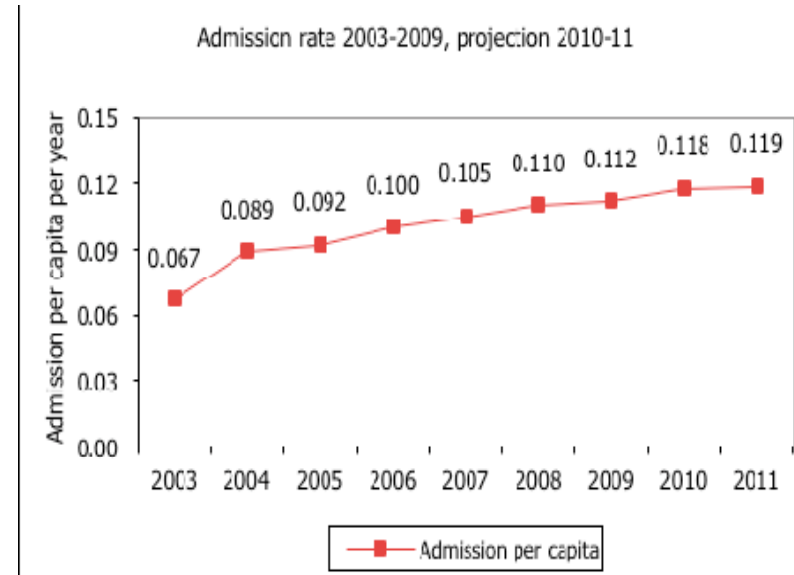
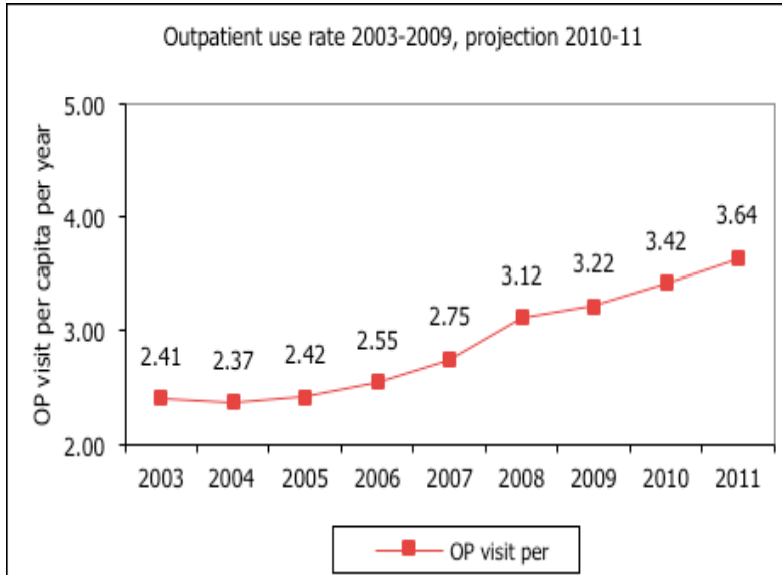
## 4.1 UCS ป้องกันครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล



# 4.1 UCS ป้องกันครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล



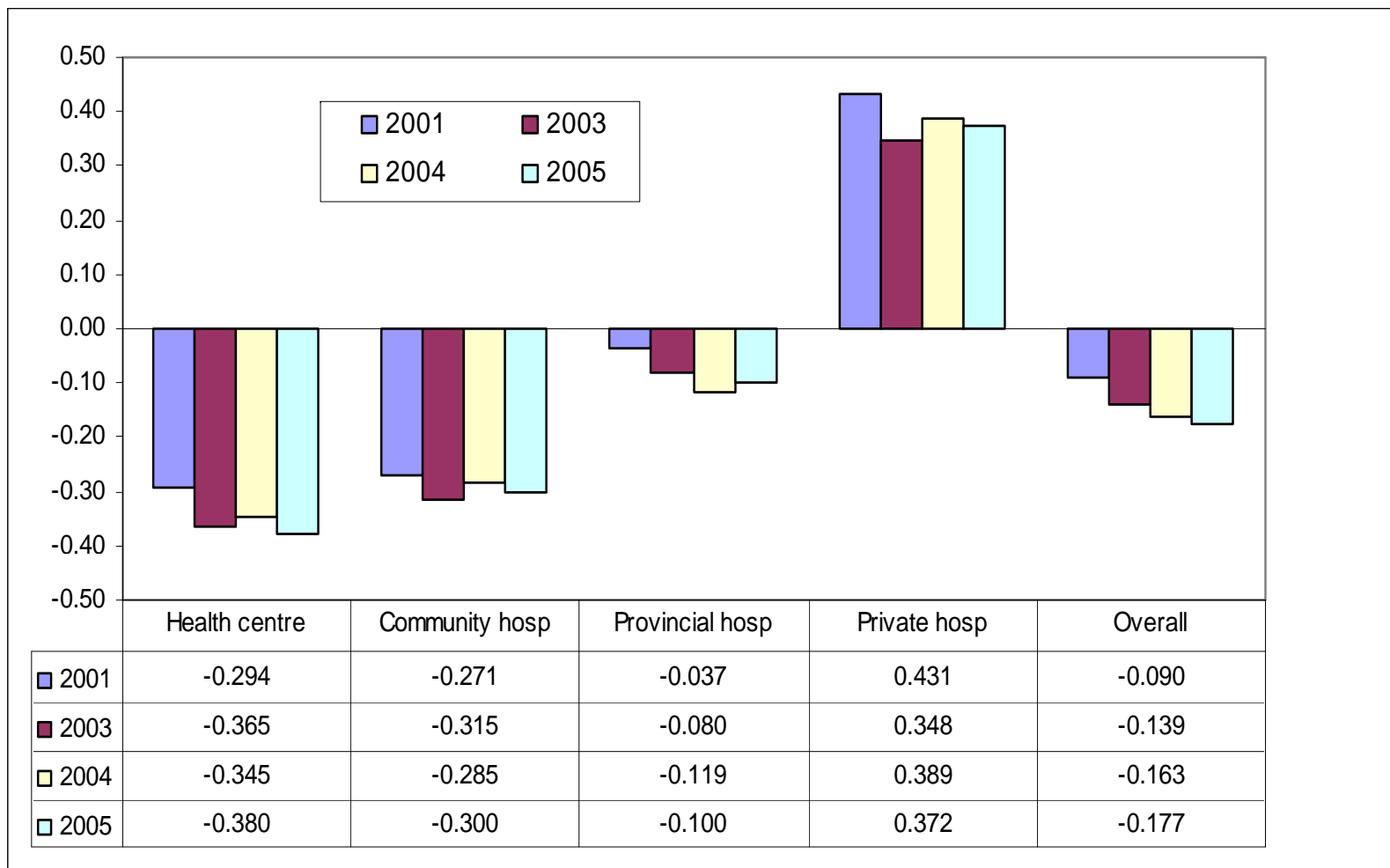
## 4.2 UCS เพิ่มการเข้าถึงและใช้บริการ และมีความชุกการเข้าไม่ถึงบริการต่ำ



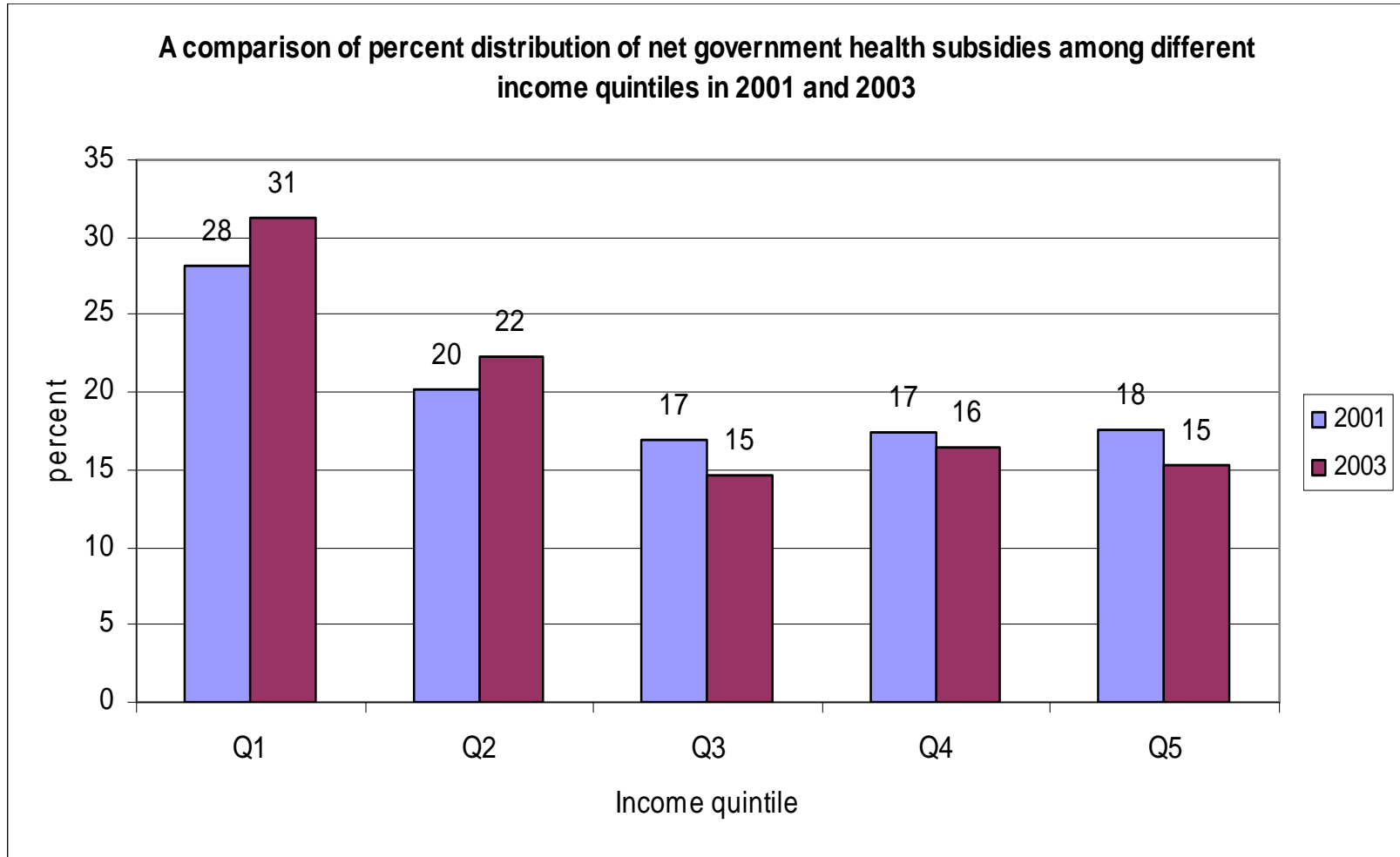
ความชุกของ unmet need	OP	IP
ค่าเฉลี่ยของประเทศ	1.44%	0.4%
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	0.8%	0.26%
ประกันสังคม	0.98%	0.2%
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1.61%	0.45%

## 4.3 UCS เพิ่มความเป็นธรรมการใช้บริการ

Ambulatory care: concentration index



## 4.4 UCS เพิ่มความเป็นธรรมในการอุดหนุน ภาครัฐ





## ข้อค้นพบ 5: ผลกระทบข้างเคียง

- ระบบสาธารณสุข
- เศรษฐกิจมหภาค

## 5.1 ผลกระทบข้างเคียงต่อระบบสาธารณสุข

- เน้นการลงทุนในระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ทำให้คุณภาพบริการดีขึ้นและมีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการเพิ่มขึ้น
- ระบบการจ่ายแบบปลายปิด ทำให้ผู้ให้บริการต้องควบคุมค่าใช้จ่าย (และเพิ่มประสิทธิภาพ??)
- ระบบข้อมูลพัฒนาไปค่อนข้างมากด้วยต้นทุนที่ค่อนข้างแพง
- **ให้ความสำคัญกับบริการส่วนบุคคลและบริการในหน่วยบริการ ทำให้บทบาทการสาธารณสุขถูกลดความสำคัญลง**
- ประสิทธิภาพของการดำเนินนโยบายถูกจำกัดโดยข้อจำกัดในระบบและปัญหาด้านกำลังคน

## 5.2 ผลกระทบข้างเคียงต่อระบบเศรษฐกิจ

- ไม่พบว่าการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายภาครัฐจากระบบ UCS ใน ทศวรรษที่ผ่านมา มีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ
- การเพิ่มขึ้นของรายจ่ายภาครัฐสำหรับ UCS ในทศวรรษที่ผ่านมา ไม่มีผลให้รายจ่ายภาครัฐส่วนอื่นลดลง
- การให้หลักประกันสุขภาพและลดภาระรายจ่ายครัวเรือนด้าน การรักษาพยาบาล ไม่มีผลให้การออมของครัวเรือนเพื่อยาม ฉุกเฉินลดลง
- ระบบ UCS ทำให้ของระบบเศรษฐกิจภายในประเทศด้าน ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์มีการเติบโตค่อนข้างมาก

## ปัจจัยท้าทายในช่วงทศวรรษต่อไป

- ทำความชัดเจนของบทบาท สปสช. และ สธ.
  - มากกว่าการแยกบทบาทธรรมดา
  - ให้ความสำคัญกับมาตรการด้านการสาธารณสุข
  - โอกาสที่ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วม
  - สร้างสมดุลย์ระหว่างประสิทธิภาพเชิงขนาดจากการรวมศูนย์และการตอบสนองและรับผิดชอบต่อพื้นที่
- การผสมผสานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความร่วมมือและทำงานร่วมกับระบบประกันสุขภาพภาครัฐอื่น และหรือประกันเอกชน

## ปัจจัยท้าทายในช่วงทศวรรษต่อไป

- การปฏิรูประบบกำลังคนให้สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลง
  - การเป็นราชการ
  - การควบคุมกำกับระบบตลาดเพื่อแก้ปัญหาค่าความเป็นธรรมในการกระจายกำลังคน
  - ปฏิรูประบบแพทยศาสตร์ศึกษา
- การบริหารค่าใช้จ่ายที่จะเพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร ระบบเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไป การเพิ่มขึ้นของอุปสงค์และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี

## บทสรุป

- UCS ไม่เฉพาะเพิ่มการเข้าถึงบริการที่จำเป็น แต่ยัง
  - ลดจำนวนครัวเรือนที่ยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
  - เพิ่มความเป็นธรรมในการคลังระบบสาธารณสุข
  - เพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ
  - ประสิทธิภาพของระบบเพิ่มขึ้น

## การออกแบบระบบที่นำไปสู่ความสำเร็จ

- **มีแหล่งการคลังที่แน่นอน: ระบบภาษี**
  - มีงบประมาณแน่นอนตามรายหัว
- **ชุดสิทธิประโยชน์ที่รอบด้าน:**
  - OP, IP, PP, rehabilitation
- **การแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ**
- **เน้นบริการปฐมภูมิ:**
- **ระบบการจ่ายแบบปลายปิด**

## ปัจจัยกำหนดประสิทธิภาพการดำเนินงาน

- การออกแบบระบบ (เพิ่มความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ)
- ศักยภาพระบบบริการ
  - โครงสร้างหน่วยบริการกระจายครอบคลุมทุกพื้นที่ และการบังคับใช้ทุน
- ภาวะการนำที่เข้มแข็งของทางการเมือง นักวิชาการ และภาคประชาสังคม
- ความเข้มแข็งของโครงสร้างกลไกในระบบ
  - ระบบข้อมูล
  - กลไกการประเมินเทคโนโลยี
  - กลไกการตัดสินใจ เช่น คกก.บัญชียาหลักแห่งชาติ, คณะอนุกรรมการสิทธิประโยชน์
  - กลไกการสร้างองค์ความรู้ -สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



# ขอบคุณครับ

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

