

# ๑๐ ปี หลักประกันสุขภาพ คนไทยได้เริ่

นายแพทย์สมชัย นิจพานิช  
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
๒๑ มีนาคม ๒๕๕๕



## รัฐธรรมนูญ 2550

มาตรา ๕๑ บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสม และได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์

## รัฐธรรมนูญ 2540

มาตรา ๕๒ บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติการบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้  
การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

## รัฐธรรมนูญ 2550

มาตรา ๕๑ บุคคลย่อมมีสิทธิ**เสมอกัน**ในการรับบริการทางสาธารณสุขที่**เหมาะสม** และได้**มาตรฐาน** และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสีย**ค่าใช้จ่าย**

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่าง**ทั่วถึง** และมี**ประสิทธิภาพ** บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่าง**เหมาะสม** โดย**ไม่เสียค่าใช้จ่าย**และ**ทันต่อเหตุการณ์**

## รัฐธรรมนูญ 2540

มาตรา ๕๒ บุคคลย่อมมีสิทธิ**เสมอกัน**ในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้**มาตรฐาน** และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดย**ไม่เสียค่าใช้จ่าย**

ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติการบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่าง**ทั่วถึง**และมี**ประสิทธิภาพ**

โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดย**ไม่คิดมูลค่า**และ**ทันต่อเหตุการณ์** ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ



**พระราชบัญญัติ ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. ๒๕๔๕**

**หมวด ๑๙**


**กระทรวงสาธารณสุข**

-----

**มาตรา ๔๒ กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับ**

**การสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการ อื่นตามที่มีกฎหมายกำหนด**

**ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือ  
ส่วนราชการที่สังกัด กระทรวงสาธารณสุข**



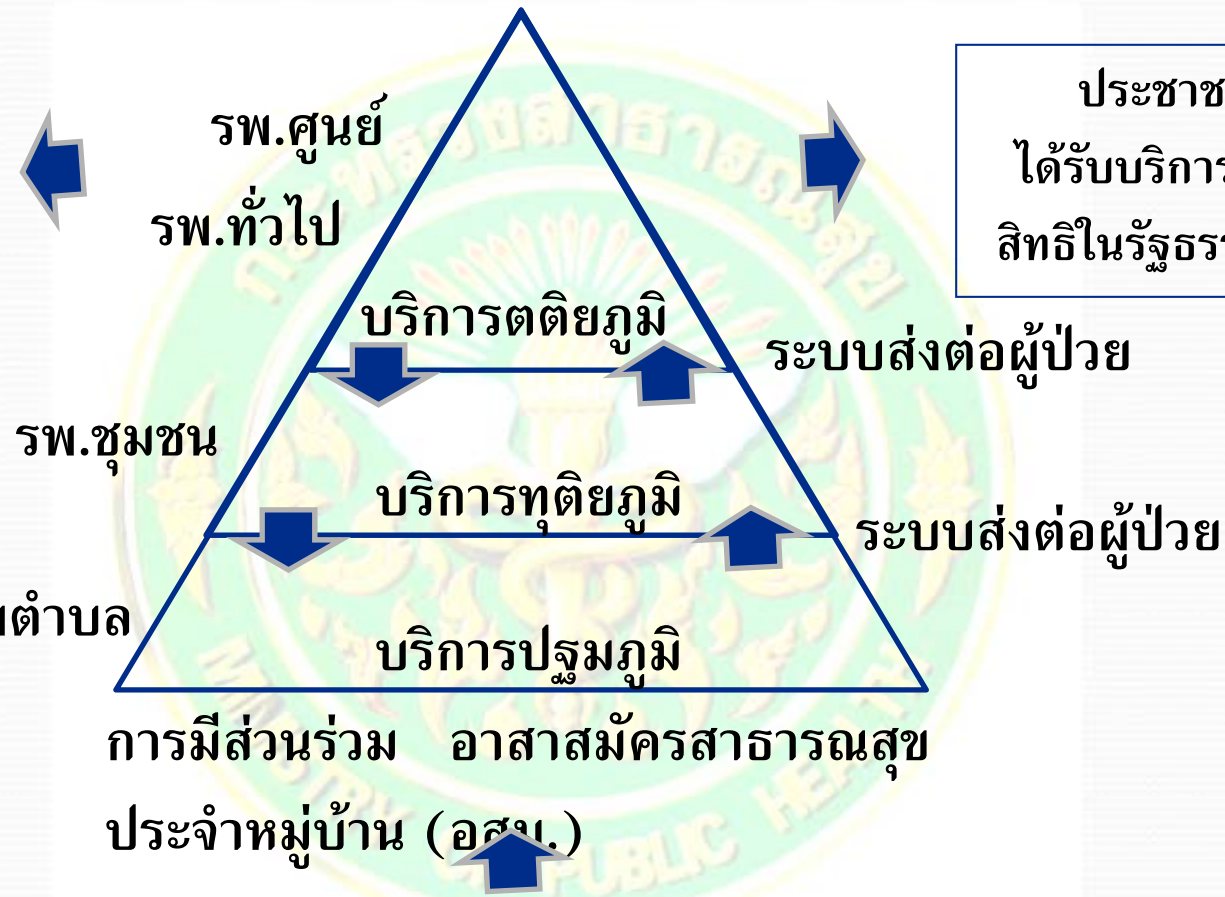
# การจัดระบบหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นในประเทศไทย



ความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน

หน่วยบริการ  
ได้รับการพัฒนา  
เจริญก้าวหน้า

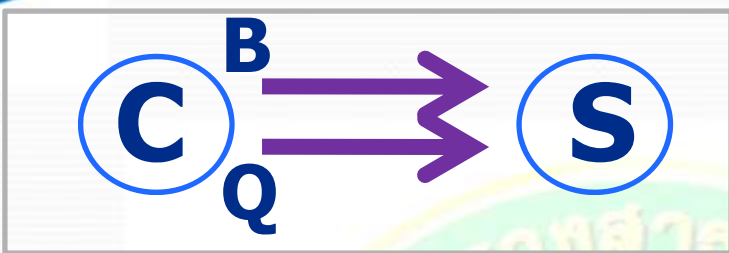
ประชาชน  
ได้รับบริการตาม  
สิทธิในรัฐธรรมนูญ



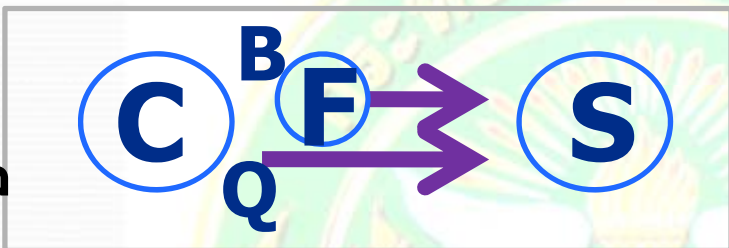
ระบบประกันสุขภาพ

# ระบบประกัน

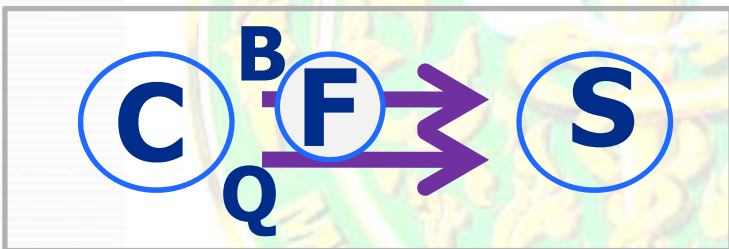
**1**  
จ่ายเอง



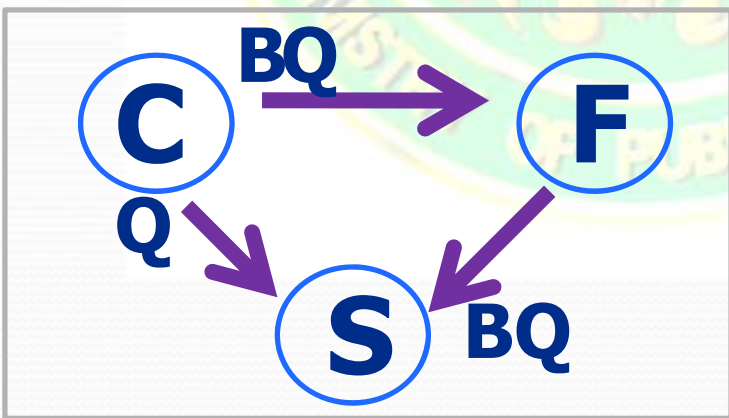
**2**  
สวัสดิการ  
รักษาพยาบาล



**3**  
ประกันสังคม



**4**  
หลักประกัน  
สุขภาพ

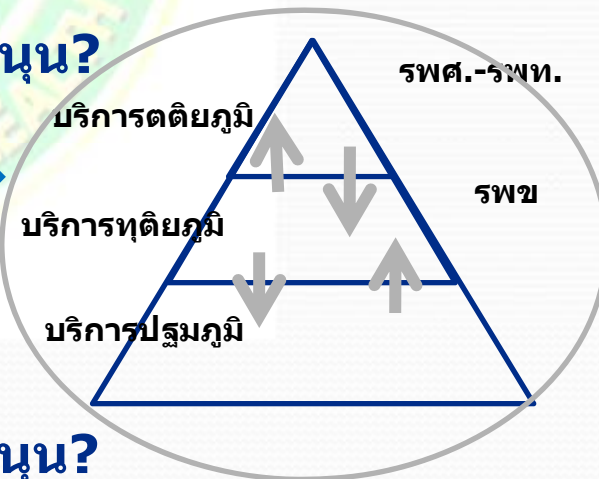


# ระบบบริการ

สนับสนุน?



สนับสนุน?





# ๑๐ ปี หลักระกันสุขภาพ คนไทยได้

๑ เข้าถึงการบริการสุขภาพมากขึ้น

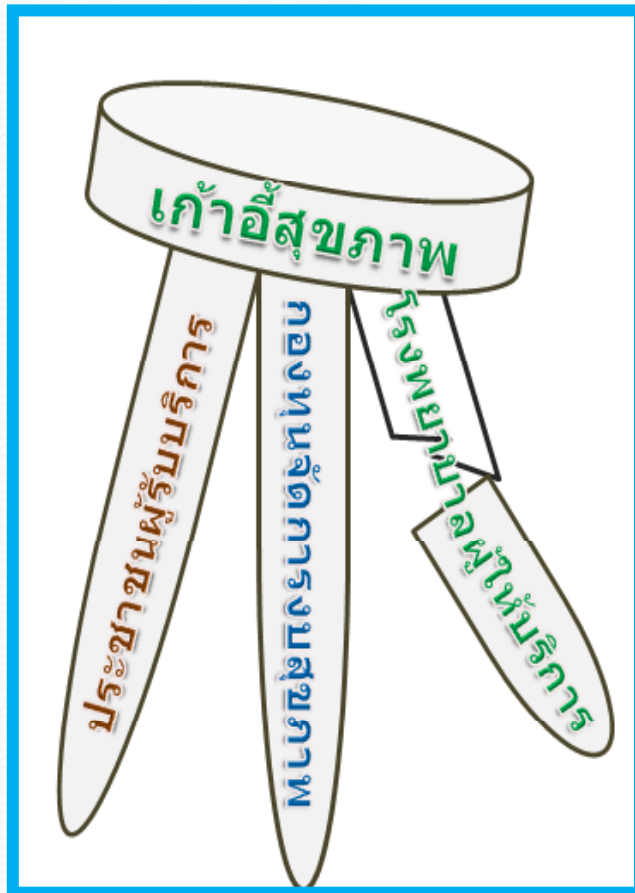
๒ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง

๓ แต่..





## ผลลัพธ์การศึกษาชี้หลักประกันสุขภาพไทยมี ผลกระทบระบบสุขภาพขาดเสถียรภาพสู่ความยั่งยืน



- เสถียรภาพระบบสุขภาพที่จะยั่งยืนได้ต้องมี **ความสมดุลเหมือนเก้าอี้สามขา** ปัจจุบันมีขาหนึ่งที่อ่อนแอจนเสี่ยงต่อการทำให้เก้าอี้สุขภาพล้มลง
- **ขา 1 ด้านประชาชน** ผู้รับบริการขยายใหญ่ขึ้นด้วยการเข้าถึงบริการพร้อมมี **ความพึงพอใจ** อย่างมาก
- **ขา 2 ด้านกองทุน** ผู้จัดการระบบสุขภาพประสบความสำเร็จด้านประสิทธิภาพการควบคุมค่าใช้จ่ายพร้อมขยายสิทธิประโยชน์ได้หลากหลาย **จนมีชื่อเสียงในเวทีโลก**
- **ขา 3 ด้านโรงพยาบาล** ผู้ให้บริการภาครัฐประสบปัญหาวิกฤตการเงินและกำลังคน **ต้องรองรับการขยายตัวของขาที่ 1 และ 2 มาตลอด** จนอยู่ในภาวะอ่อนแอเสี่ยงที่จะหัก



Leadership

Service delivery

Health workforce

Health financing

Health information

Research for health

Community ownership

Health technologies

Partnerships for health



**แสดงระบบการเงินในประกันสุขภาพเป็นเพียง1ใน9ขององค์ประกอบระบบสุขภาพ**

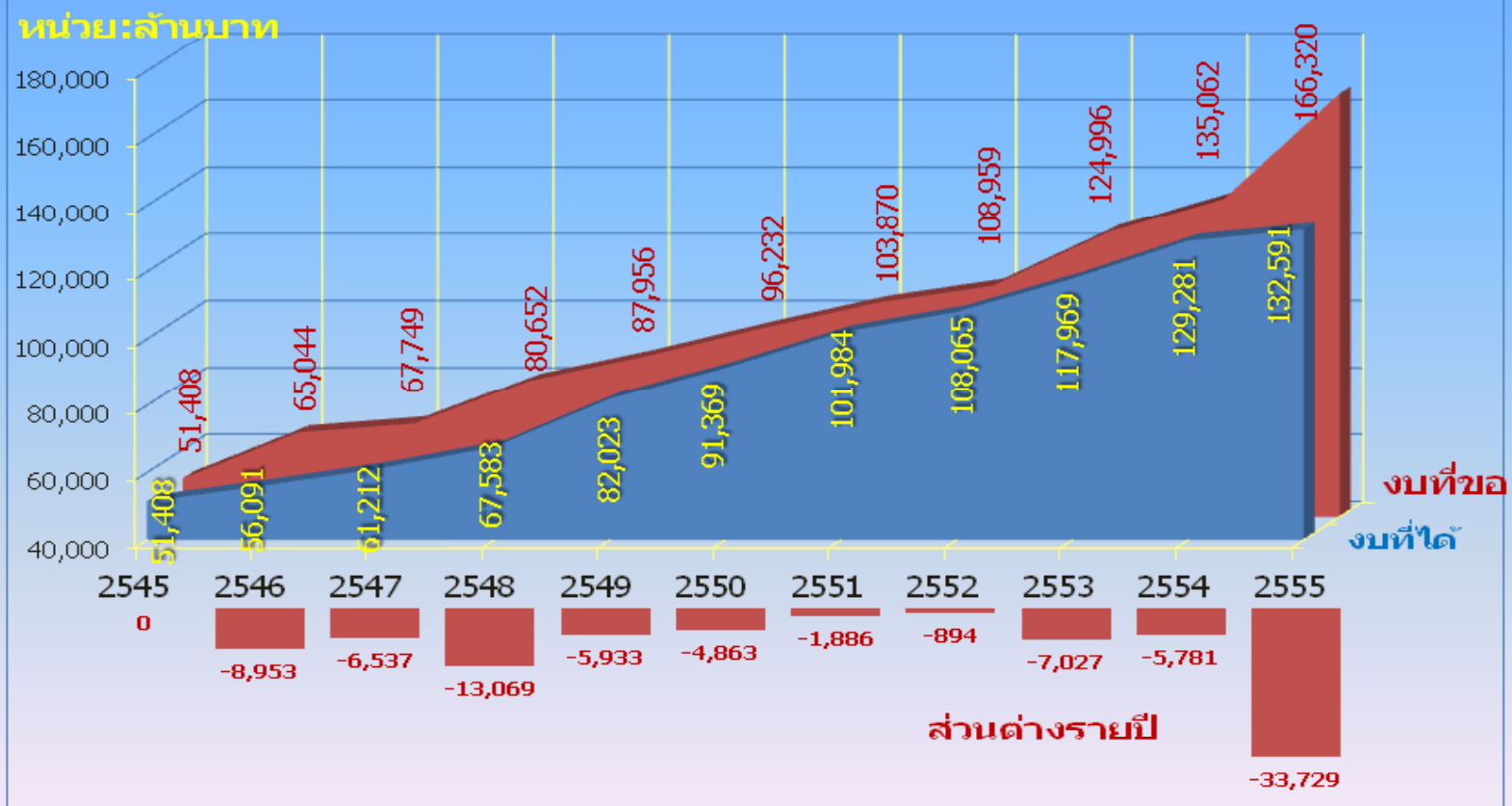
**การพัฒนาโดยระบบประกันสุขภาพโดยใช้การเงินที่จำกัดเป็นตัวนำ ขับเคลื่อนระบบสุขภาพเป็นหลัก นำไปสู่การขาดความเข้มแข็งที่ยั่งยืนของระบบสุขภาพในประเทศไทย**



# ปัญหาของระบบการเงินการคลัง ในระบบสุขภาพของประเทศไทย

- 1. รัฐมีข้อจำกัดและจำกัดช่องทางการเงิน**ในระบบบริการทำให้โรงพยาบาลมีความเสี่ยงในการจัดบริการสุขภาพ
- 2. การผลักภาระความเสี่ยงค่าใช้จ่าย**จากกองทุนประกันสุขภาพไปให้หน่วยบริการ
- 3. อำนาจอิสระที่ขาดสมดุลจากกองทุน**ในการกำหนดหลักเกณฑ์จัดสรรภายในและระหว่างกองทุนทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการจัดบริการประชาชนที่มีคุณภาพ มีปัญหาความเท่าเทียมและเป็นธรรม
- 4. ระบบสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น** มีหน่วยงานในและนอกกำกับของกระทรวงสาธารณสุขที่หลากหลายเข้ามามีบทบาทในระบบสุขภาพแต่ขาดเอกภาพบูรณาการ
- 5. การดำเนินการในส่วนของผู้ซื้อบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน**อยู่ภายใต้กำกับของกฎหมายหลายฉบับ รวมทั้งมี**การดำเนินการที่ไม่ประสานกัน** ในส่วนของผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชนต่างมีแนวทางในการทำงานของตนเอง

# 10 ปี รัฐจัดสรรงบหลักประกันต่ำกว่าที่ขอ 88,672 ล้านบาท





## สถานการณ์ปัญหาการเงินเชิงลึกในระบบบริการ หลักประกันสุขภาพไทย

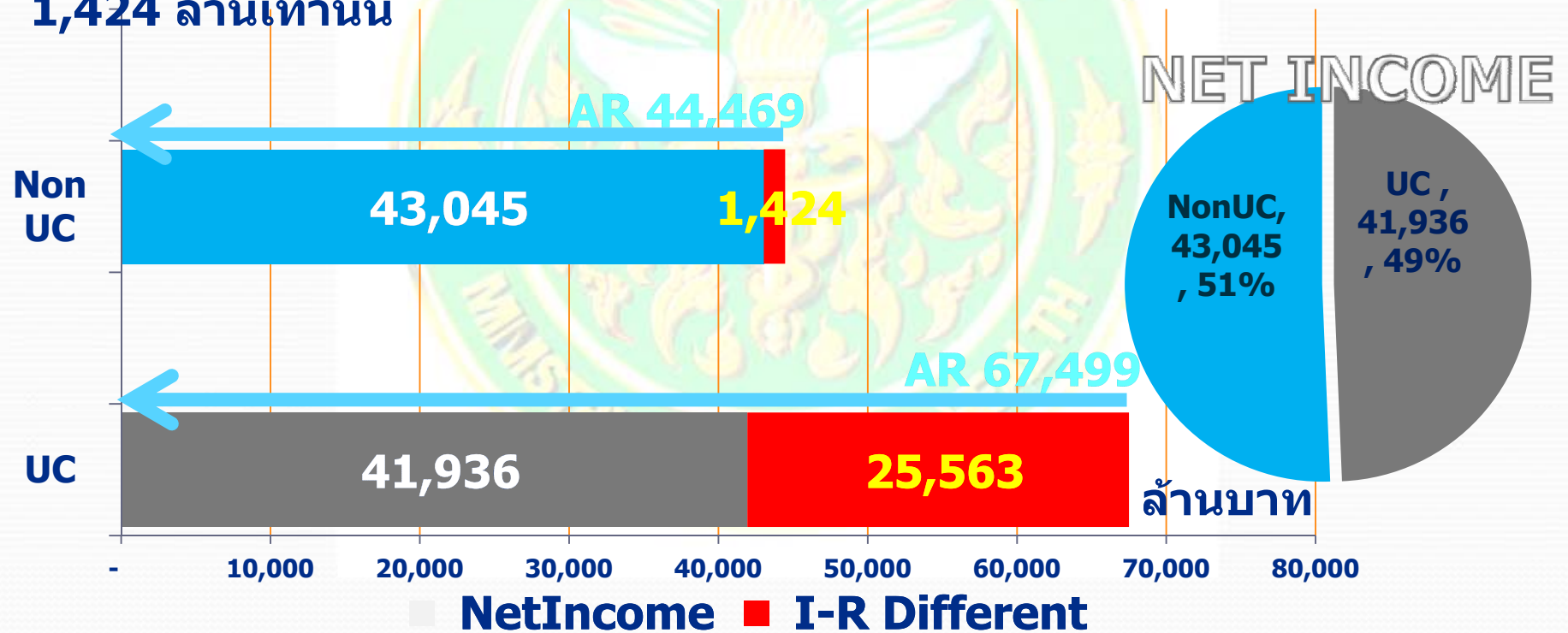
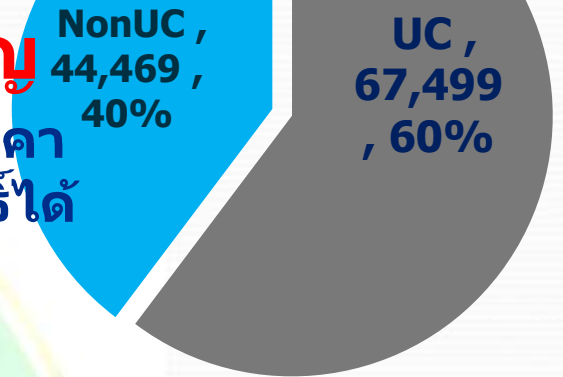
1. กองทุนUCจัดสรรค่ารักษาให้ต่ำกว่าราคาค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บอย่างมาก (62.13%)
2. กองทุนUC จัดสรรแบบ **Cost Controlled, Close Ended, Global Budget** นำเงินส่วนหนึ่งไปจูงใจทำงาน เมื่อผลงานเกินวงเงินใช้การปรับเกลี้ย
3. มีการชดเชยความไม่เพียงพอกองทุน UC ด้วยเงินส่วนอื่นและการปรับเกลี้ยช่วยเหลือความไม่เพียงพองบUCในระดับจังหวัด
4. รพศ./ท. มีส่วนต่างค่าใช้จ่ายเรียกเก็บกับรายรับจริง(หนี้สูญ)จาก UC มากกว่ารพช.มาก และมีการชดเชยรายได้จริงจากnon UC ไปช่วยรพช.จำนวนมาก กลบปัญหาเงินUC ไม่เพียงพอมาตลอด
5. รพศ/ท.หลายแห่ง จำนวน 1/3 เช่นอภัยภูเบศร,ตราง,พุทธเลิศหล้า, อินทร์บุรี ฯลฯที่เคยมีรายได้มั่นคงเกิดวิกฤตการเงินอย่างต่อเนื่องในช่วง10 ปี

หมายเหตุ : ข้อมูลจากบัญชีบริหารหน่วยบริการ 832 แห่งสังกัดสป.ปี 2553

# Receivable

**ARรายได้พึงได้-รายได้จริง = หนี้สูญ**

รายได้พึงได้เป็นราคาเรียกเก็บตามมาตรฐานบัญชีราคา มีการแยกเก็บตามสิทธิรักษาที่สะท้อนสัดส่วนรายได้ได้ดีพบว่าภาพรวมทุกรพ.มีหนี้สูญจากกองทุน UC ถึง 25,563 ล้านบาท ในขณะที่กองทุน non UC เพียง 1,424 ล้านบาท



ข้อมูลจากบัญชีบริหารหน่วยบริการ 832 แห่ง สังกัดสป. ณ 30 กันยายน 2553

**แสดงผลต่างรายได้พึงได้กับรายได้อัตราจริง: 3/4 ของหนี้สูญทั้งหมด ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มรพต.รพท. มูลค่า 18,994ลบ.**

ล้านบาท



กลุ่มรพต./รพท.	UC	nonUC
Receivable	36,630,464,244.11	33,298,478,498.77
Net Income	17,636,015,908.08	31,011,587,697.18
Loss	-18,994,448,336.03	-2,286,890,801.59
% Grain	48.15	93.13
% Loss	-51.85	-6.87

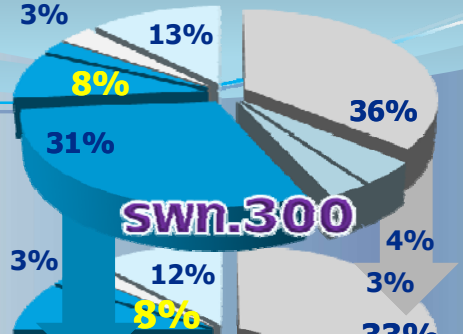
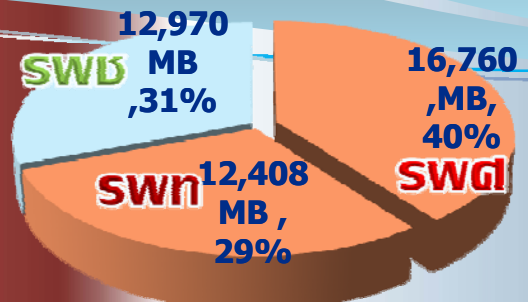
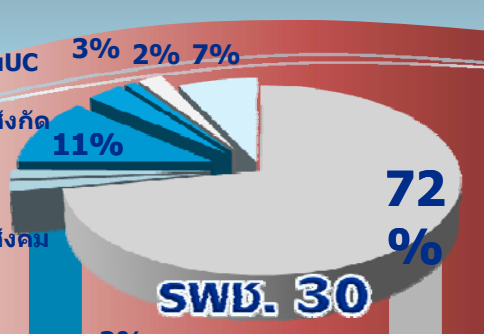
ในขณะที่รายได้พึงรับซึ่งเป็นไปตามปริมาณให้บริการมีมูลค่าใกล้เคียงระหว่าง UC กับ Non UC แต่รายได้อัตราจริงสุทธิส่วนใหญ่มาจาก non UC เกือบเท่าตัว

**การชดเชย 6 ระบบส่วนใหญ่จากพรต/ท.  
: กลบปัญหาเงินกองทุนUCไม่เพียงพอ**

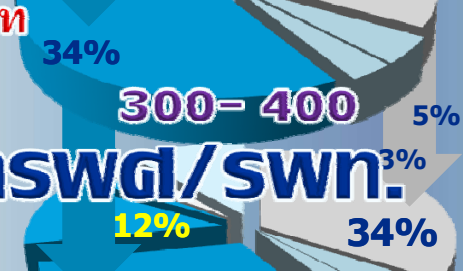
<b>Order</b>	<b>Type of Subsidy</b>	<b>Lost Provider</b>	<b>Amount (MB)</b>
Subsidy1	<b>Adjust Prepaid</b>	ส่วนใหญ่พรต/ท.	<b>1,586.82</b>
Subsidy2	<b>Non UC Cross Subsidize</b>	ส่วนใหญ่พรต/ท.	<b>1,671.98</b>
Subsidy3	<b>Referral Debt</b>	ส่วนใหญ่พรต/ท.	<b>983.93</b>
Subsidy4	<b>Adjust Postpaid</b>	ส่วนใหญ่พรต/ท.	<b>118.73</b>
Subsidy5	<b>Labor Overload</b>	<b>Provider Staffs</b>	<b>?</b>
Subsidy6	<b>I-R Difference</b>	ส่วนใหญ่พรต/ท.	<b>25,563.01</b>
<b>Total</b>			<b>&gt;29,924.47</b>



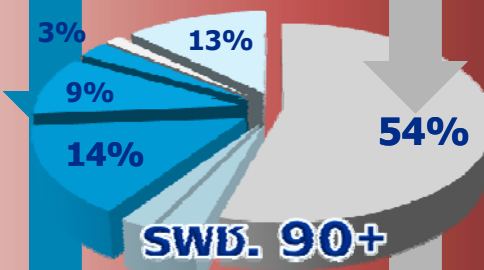
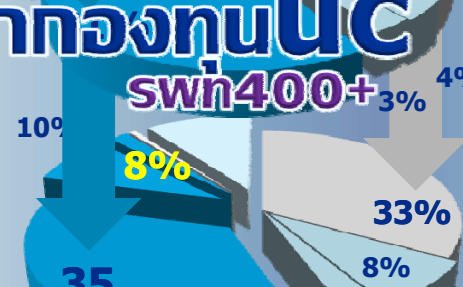
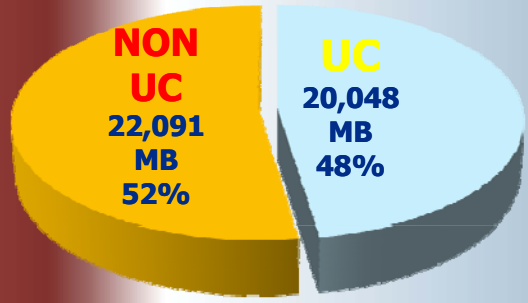
- UC
- ตามจ่ายUC
- เบิกต้นสังกัด
- ชรก
- ประกันสังคม
- พรบ.3
- รง.ต่างด้าว
- อื่น ๆ



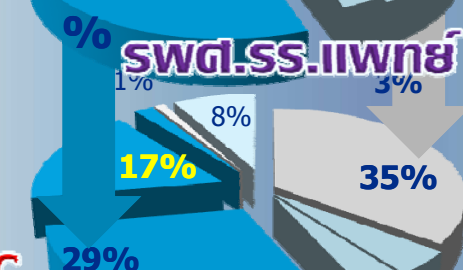
รายได้ส่วนใหญ่คือรพศ+รพท



# ข้อสรุปรายได้ นอก UCจากรพศ/รพท. ชัดเจนความไม่เพียงพอเงินจากกองทุนUC



รายได้ส่วนใหญ่คือNON UC



กลุ่มรพช.รายได้ส่วนใหญ่จากUC  
ชรก UC

กลุ่มรพศ/ท.รายได้ส่วนใหญ่จากnonUC  
ชรก UC

# ผลกระทบระบบหลักประกันสุขภาพ ต่อระบบบริการสุขภาพ

1. **การจัดสรรตามรายหัวโดยรวมเงินเดือน** เป็นสาเหตุให้เกิดความแตกต่างงบบริการและสถานบริการประสบปัญหาค่าใช้จ่าย
2. **กลไกการชดเชยมีความไม่เพียงพอ** ทำให้มองไม่เห็นปัญหาการเงินแต่ได้สะสมและขยายตัวรุนแรง
3. **การจัดสรรเหมาจ่ายปลายปี** และมีการ**กันเงินจำนวนมากที่กองกลาง** เป็น**กองทุนย่อย** ทำให้งบบริการพื้นฐานของหน่วยบริการไม่เพียงพอ
4. การทุ่มงบไปในงบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้**งบโครงสร้างพื้นฐานลดน้อยลงอย่างมาก** และทำให้งบในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่เพิ่ม
5. **ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมาก** ทำให้เกิดการขาดแคลนบุคลากร และโครงสร้างพื้นฐาน และงบประมาณบริการ



## การจัดสรรตามรายหัวล่วงหน้า ไม่รวมเงินเดือน

ปีงบประมาณ	อัตราต่อหัวประชากรเฉลี่ยทั้งประเทศ	อัตราต่อหัวประชากร น้อยที่สุด		อัตราต่อหัวประชากร มากที่สุด	
		อัตรา	จังหวัด	อัตรา	จังหวัด
2551	946.14	444.03	สมุทรสงคราม	1,207.17	น่าน
2552	958.57	413.47	สมุทรสงคราม	1,231.36	อุบลราชธานี
2553	986.32	430.07	สมุทรสงคราม	1,232.22	อุบลราชธานี
2554	1007.97	404.41	สมุทรสงคราม	1,134.33	พิษณุโลก

แสดงความแตกต่างของการจัดสรรตามหลักเกณฑ์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปชช.เข้าถึงบริการคุณภาพสูง

ดูคุณภาพ

ปชช.เข้าถึงบริการคุณภาพต่ำ

หน่วยบริการเติบโต



หน่วยบริการล่าหลัง

20% โอกาส  
คุณภาพสูง/ผลงานสูง

ดูลงจัดสรร

80% ความเสี่ยง  
คุณภาพต่ำ/ผลงานต่ำ

ปัจจัยบริหารมาก  
หน่วยที่ดึงบทเกินพอ  
ทำไรโดยไม่ต้องทำงาน

จำกัดงบ

ปัจจัยบริหารน้อย  
หน่วยที่ดึงบไม่พอ  
ขาดทุนตั้งแต่รับ

ปชก.มาก/sw.เล็ก/ งบที่นรพ..น้อย



ปชก.น้อย/sw.ใหญ่/งบที่นรพ..มาก

การหักเงินเดือน

เกณฑ์พื้นที่<<<ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม>>>เกณฑ์บริการ

จำนวนปชก.

ประเภทปชก.

สปสช.



ปริมาณงาน

คุณภาพงาน

แผนภาพแสดงผลกระทบจากการจัดสรรงบUCต่อคุณภาพ

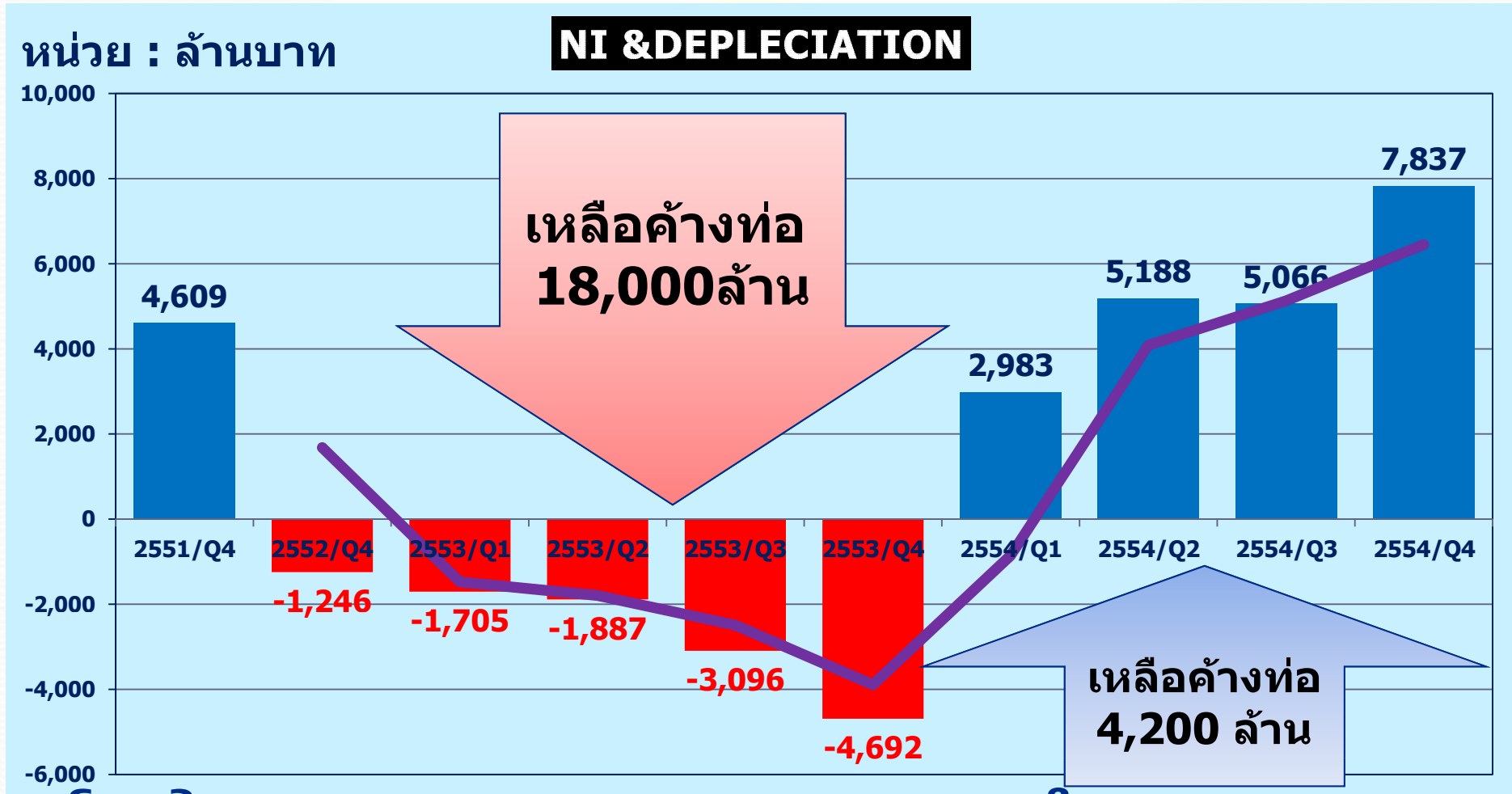


## กลไกการจัดสรรตามรายหัวหักเงินเดือนจ่ายตรงไปยังหน่วยบริการ แบบแยกย่อยขาดกลไกบริหารกลางเพื่อความเท่าเทียมและประสิทธิภาพ

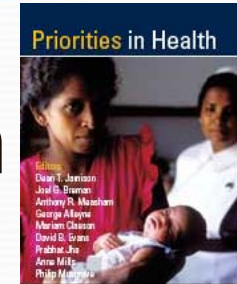
1. เกิดความแตกต่างค่าหัวรายหน่วยบริการอย่างหลากหลายกระทบต่อความสามารถจัดบริการ เกิดความแตกต่างจนปรากฏเป็นความเหลื่อมล้ำในประชาชนต่างพื้นที่กัน
2. เกิดความเหลื่อมล้ำในสิทธิ สวัสดิการ ในการให้บริการของผู้ให้บริการ กรณีงานหนักกว่าหรือเท่ากัน แต่รายได้ต่อหัวน้อยได้รับผลตอบแทนอย่างจำกัด
3. การจ่ายตรงไปหน่วยบริการ ไม่สามารถบริหารภาพรวมทำให้มีข้อจำกัดกีดกันการพัฒนาอัตราค่าจ้าง ค่าจ้างกรณีมีเหตุผลพร้อมในการเพิ่มอัตราค่าจ้าง แต่ไม่มีเงินจ้าง
4. เกิดลักษณะการแข่งขันที่ไม่เป็นธรรมลักษณะมือใครยาวสาวได้สาวเอา และการกินหัวคิว เช่นหน่วยบริการที่มีความพร้อมสามารถแย่งบริการเพื่อรับค่าชดเชยบริการอัตราสูงพิเศษกรณีผ่าตัดต่อกระดูก โรคไต ผ่าหัวใจ
5. การบริหารจัดการแบบแยกย่อย ทำให้ขาดประสิทธิภาพเชิงระบบบริหารร่วม จากการต่างคนต่างซื้อ ต่างหา ในหน่วยที่มีรายรับจากการจัดสรรดีมีอำนาจการใช้จ่ายและลงทุนอิสระจนเกินความเหมาะสม ในขณะที่หน่วยได้รับจัดสรรน้อยเกิดการประหยัดจนขาดแคลนคุณภาพ

ทั้งหมดเกิดจากความอคติในระบบที่ต้องการแยกหน่วยบริหารสนับสนุนออกจากหน่วยบริการ และนำหน่วยบริการขึ้นตรงกับอำนาจทางการเงินของกองทุน

# ผลประกอบการทำไรชบาดทุนรพ.รัฐ สป.



โดยกลไกการจตุสรรปี 2553 มีเงินค้างท่อจำนวนมากส่งผลให้รพ.ขาดทุนอย่างมาก การปรับกลไกการจตุสรรอย่างเร่งรัดทำให้การเงินปี 2554 ดีขึ้นอย่างชัดเจน



Yr2010:113,438 MB  
THAI-UC ASPECT

# Priorities in Health

## PURCHASER

บริการจัดการพิเศษ  
/เฉพาะโรคยากราคาแพง  
45,438ล้านบาท



## PROVIDER

บริการพื้นฐาน  
OPD IPD PP  
1,289฿:53,829ล้านบาท  
47ล้านคน

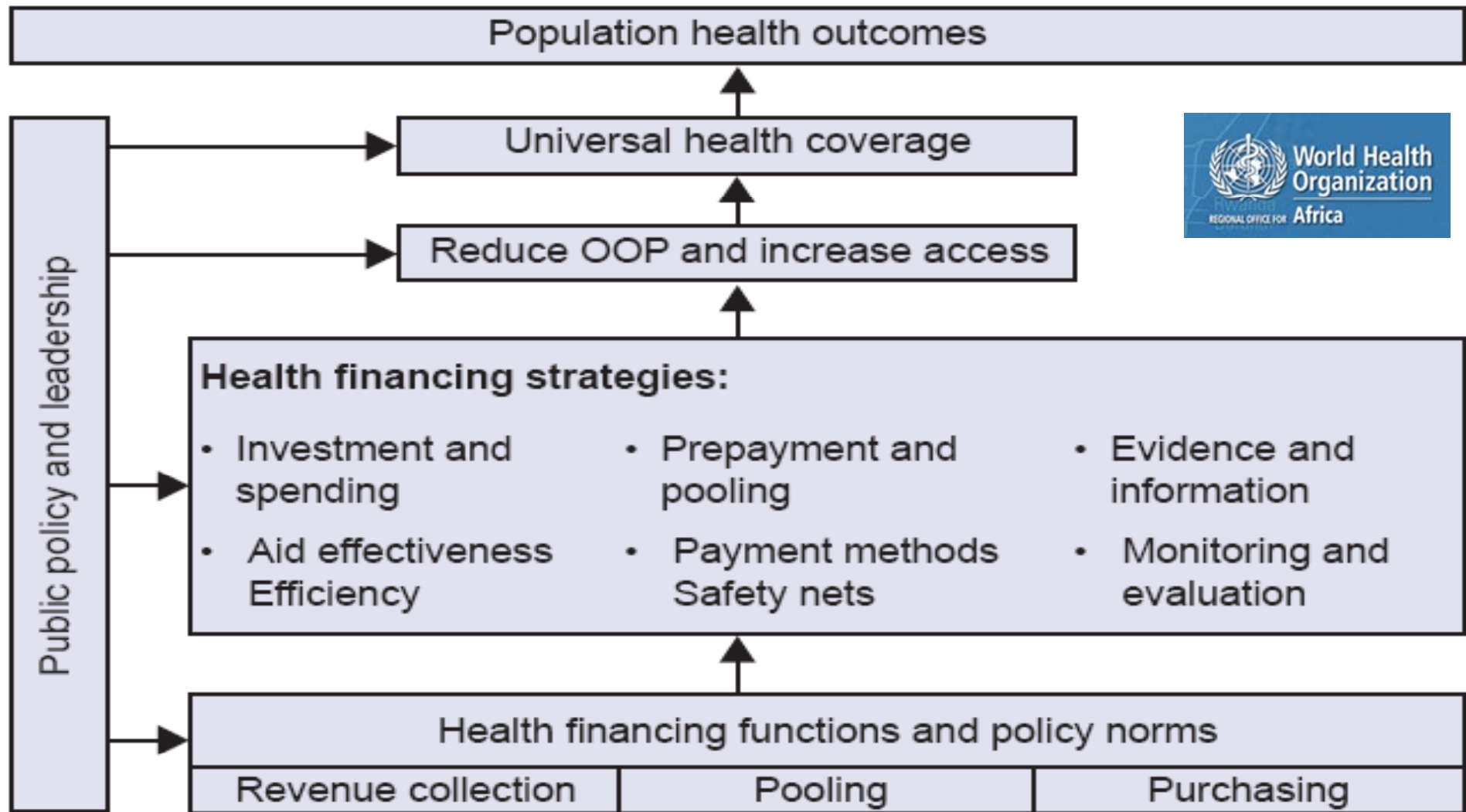
Two overarching themes:

**Current resources** can yield substantial health gains if knowledge of **cost-effective** interventions were applied more fully.

**Additional resources** are needed in low-income countries to minimize the glaring inequities in health care. Increased resources would provide highly-effective interventions, expand research, and extend basic health coverage to more people

การทบทวนเงินจำนวนมากเพื่อรองรับโรคราคาแพงป้องกันการใช้ยาในครัวเรือนแต่จำกัด  
ค่าใช้จ่ายพื้นฐานในหน่วยบริการขนาดสมดุลดคุณภาพบริการประชาชนส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบ

## Links between health financing strategy and health outcomes



**กรอบแนวคิดการรณานามัยโลกด้านการจัดหา: ไรต (OOP = objective Oriented Programs) เพื่อเพิ่มบริการสุขภาพที่ครอบคลุม**



# การจัดสรรงบประมาณแยกย่อยรายหน่วยบริการ พร้อมการใช้เงินกำหนดรูปแบบบริการของ PC



การขาดบูรณาการศักยภาพบริการและงบประมาณนำไปสู่ความอ่อนแอในระบบบริการสุขภาพของรัฐ ทั้งสร้างความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน หน่วยบริการ และประชาชนมาอย่างต่อเนื่อง



## อคติระบบ แยกบริหารออกจากบริการ จ่ายแยกย่อยแยกหน่วยบริการแยกกันอยู่

1. เกลียดปลาไหล(กระทรวง)กินน้ำแกง(สสจ.สำนักงานสาขาจังหวัด)
2. บทบาทสสจ.สำนักงานสาขาจังหวัดเครื่องมือสปสช.
3. บทบาทสาธารณสุขอำเภอหายไป ไปอยู่กับรพช.แทน
4. รพช.ฟื้นศักยภาพและวัฒนธรรมบริการ ป็นรั้วออกไปดูแลจัดการสถานีนอามัยในฐานะเจ้าของเงินคู่สัญญาหลักสปสช. สร้างระบบปฐมภูมิ บนภาระเหตุตียภูมิซึ่งหนักมากอยู่ก่อนยิ่งหนักมากขึ้น
5. การจ่ายเงินตรงไปยังหน่วยบริการทำให้เกิดรัฐอิสระในรพช. แยกบริการแยกบริหาร ต่างคนต่างเอาตัวรอด
6. ลูกเฉยๆกับพ่อ(กสธ)ที่ไม่มีเงิน มารักम्म(สปสช.)ที่มีเงินให้ตลอด

# หน่วยบริการ

แยกส่วนบริหาร

ขาดความเป็นเอกภาพ

อุดมการณ์ที่สูญเสียบไป

เผชิญปัญหาโดดเดี่ยว

ไม่ได้มองภาพรวม

# ประชาชน

บริการแออัด

เหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียม

ถูกปฏิเสธการรักษา

ไม่แน่ใจในคุณภาพ

กสธ.

สปสช.

สังกัดอื่น

ผลกระทบต่อหน่วยบริการ  
และประชาชน



**ประชาชน**

**NEXT**

**หน่วยบริการ**

**กองทุน**



