

10 ปีของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ
รองเลขาธิการ สปสช.



www.nhso.go.th



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
NATIONAL HEALTH SECURITY OFFICE

หน่วยบริการปฐมภูมิ ใกล้บ้าน ใกล้ใจ



ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง
ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพสุขภาพฯ
มีประสิทธิภาพมากขึ้น

บริการปฐมภูมิเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของ สปสช.

ดูแลประชาชน เหมือน ดูแลญาติพี่น้องตนเอง

ดูแลแต่แรกทุกเรื่อง



บริการเข้าถึงสะดวก



ต่อเนื่อง เบ็ดเสร็จ ผสมผสาน



บวก ระบบรักษาและส่งต่อ

ชุมชนมีส่วนร่วม



สปสช.มีนโยบาย สนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

□ 22 ม.ค.2551 ที่เขาค้อ

- ◆ ให้ใช้กลไกการเงินสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยให้มีแผนลงทุนขยายและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และกำลังคนอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

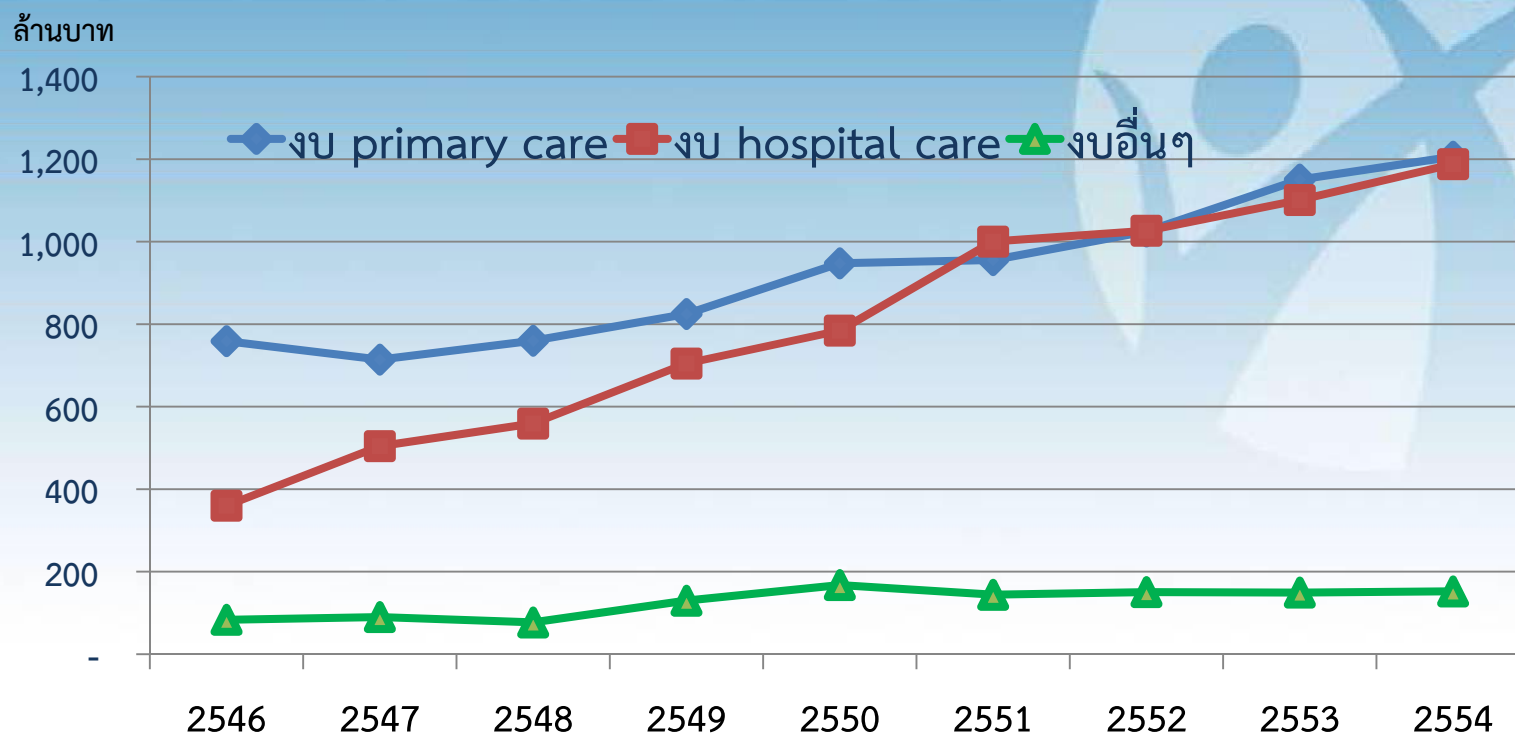
□ 14 มิ.ย.2552 ที่เกาะสมุย

- ◆ ให้มีงบเหมาจ่ายเพิ่มเติม(งบ Ontop Payment)สนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ศักยภาพ

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ของ สปสช. ปี 2555 – 2559

1. เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกและมาตรการคุ้มครองด้านประกันสุขภาพ
2. พัฒนาระบบการทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ ... สู่ความเป็นเจ้าของระบบร่วมกัน (Ownership)
3. สร้างความเข้มแข็งของระบบบริการโดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมในทุกมิติและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (Primary Care Strengthening)
4. หนุนเสริมระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบของประเทศ ให้เกิดการบริการที่เชื่อมโยง สอดคล้อง และกลมกลืนกัน (Harmonization)
5. เสริมสร้างและพัฒนาระบบธรรมาภิบาล ของการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ (Good Governance)

งบเหมาจ่ายรายหัวปี 2546-2554 จำแนกตามระดับบริการ Primary care(OP) /Hospital care(IP)



	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
1.งบ primary care	759.00	714.20	760.08	824.69	947.56	955.53	1,024.88	1,150.74	1,206.22
2.งบ hospital care	360.00	504.30	559.22	704.73	784.54	1,000.34	1,026.58	1,101.12	1,187.92
3.งบอื่นๆ	83.40	90.00	77.00	129.78	167.59	144.13	150.54	149.47	152.34

ที่มา: กองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ ปี 2545 - 2554 สปสช.

กรอบงบประมาณกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ปี 2549 – 2555

ปีงบประมาณ	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555
1.งบกองทุนพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ	1,062	1,094	1,002	1,099	1,092	1,879	1,788
1.1 งบส่งเสริมบริการ ปฐมภูมิ	1062	1094	1002	1099	502	779*	483
1.2 งบจ่ายตามเกณฑ์ ศักยภาพบริการปฐม ภูมิ(On top)	-	-	-	-	590	1,100	1,305
2.งบจ่ายตามเกณฑ์ คุณภาพบริการปฐมภูมิ	-	-	402	470	944	479	483

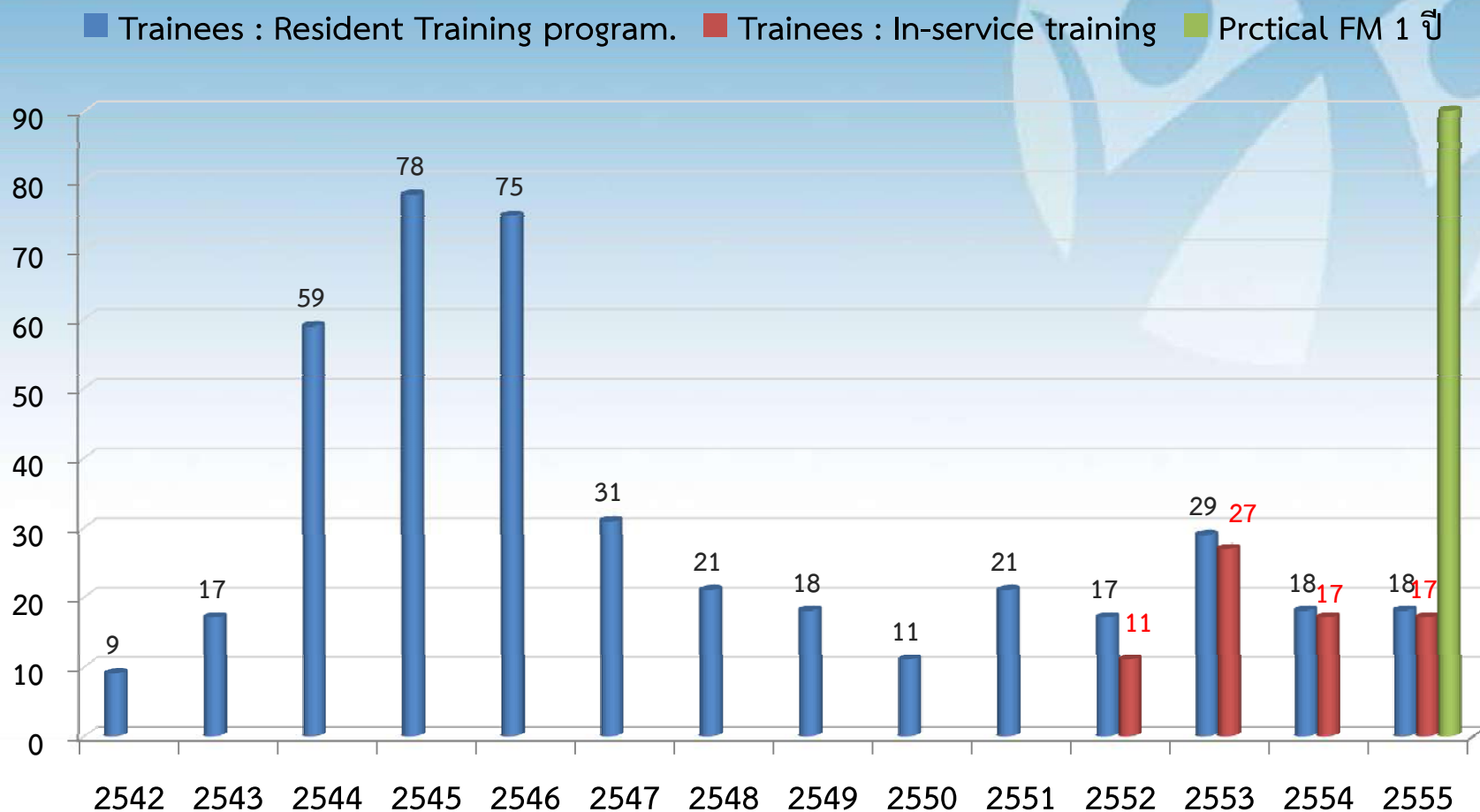
* รวมงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพบริการปฐมภูมิด้วย

การสนับสนุนด้านบุคลากรปฐมภูมิ

1) พัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยความร่วมมือกับ กระทรวงสาธารณสุข และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว

- **In-service training FM 3 ปี** รวม 72 คน
ในจำนวนนี้ได้รับทุนสมเด็จย่า และทุน กว.จำนวน 12 คน
เพื่อไปปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดาร
- **Family Practice Learning :FPL (Practical FM)** เน้น
กลุ่มแพทย์ที่ผันภาระใช้ทุนและยังคงเลือกปฏิบัติงานในรพช./PCU
เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว โดยใช้ครอบครัว
ชุมชน และระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอเป็นฐานฝึกอบรมใน
ระยะเวลา **1 ปี** (เริ่มปี 2555) จำนวน 90 คน
- สนับสนุนโรงพยาบาลชุมชน/PCU เข้าร่วมเป็นสถาบันร่วม
ผลิต FM 130 แห่ง และสถาบันหลักที่สนับสนุนวิชาการ 13 แห่ง
(คณะแพทย์ฯ 4 แห่ง/รพศ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 9 แห่ง)

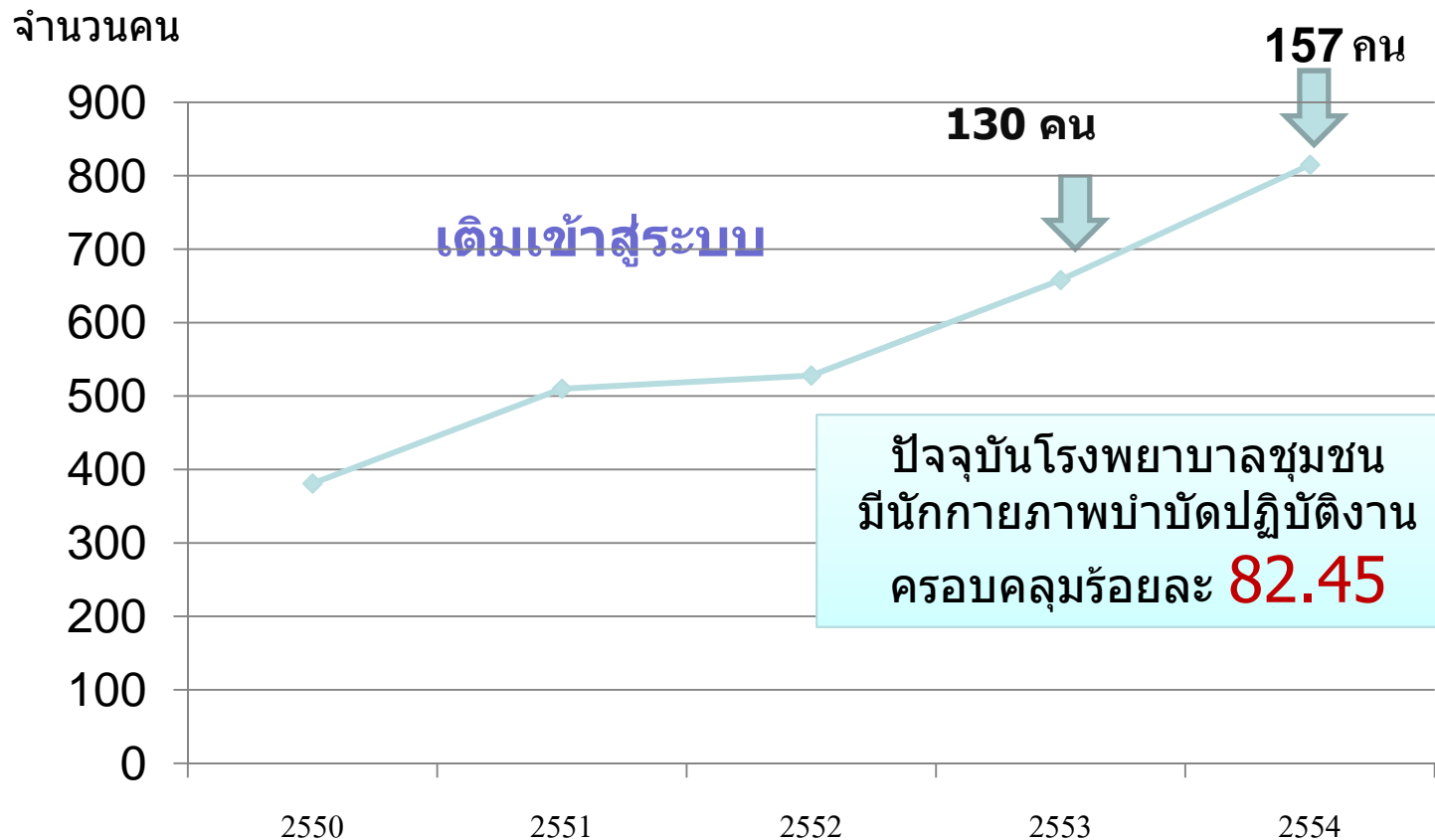
จำนวนแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ปฏิบัติงาน เพื่อสอบวุฒิบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว ปี 2542 - 2555



แหล่งข้อมูล ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย /กระทรวงสาธารณสุข

การสนับสนุนด้านบุคลากรปฐมภูมิ(ต่อ)

2) นักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน โดยความร่วมมือกับสภา กายภาพบำบัด และสมาคมนักกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย



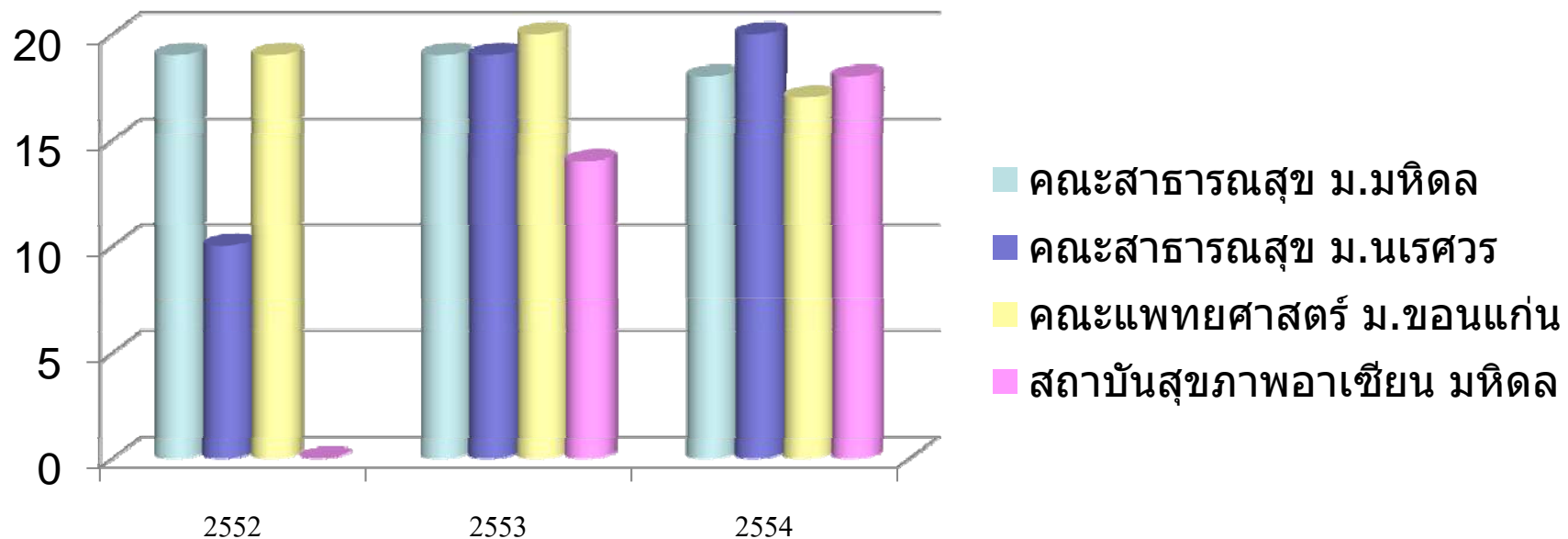
ที่มา : งานวิจัย สุวิทย์ อริยชัยกุล และทศพร พิชัยยา , กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพฯ สปสช.

การสนับสนุนด้านบุคลากรปฐมภูมิ(ต่อ)

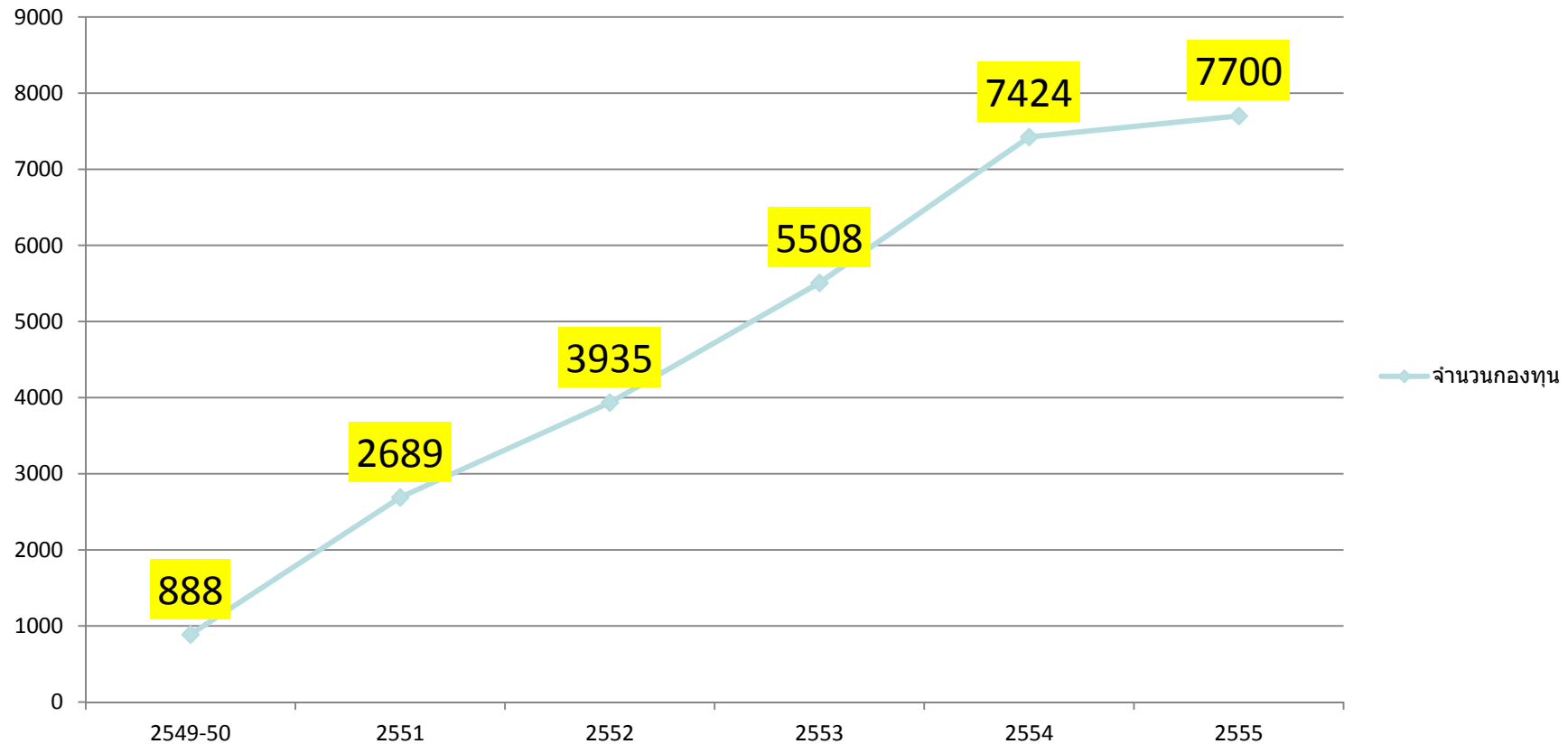
- 3) สนับสนุนผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป แนวใหม่ร่วมกับ เขตตรวจราชการ สป. และวิทยาลัยพยาบาลฯ เพื่อ ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ทั่วประเทศ
- 4) สนับสนุนการผลิตทันตภิบาล โดยความร่วมมือกับ สถาบัน พระบรมราชชนก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - ผลิตทันตภิบาลเพิ่ม(หลักสูตร 2 ปี) สำหรับรพ.สต.พื้นที่ ชายแดนใต้ ปี 2554-2555 จำนวน 120 คน (กำลังเตรียม การผลิตเพิ่มทั่วประเทศ 3,600 คน ในสองปี)
 - สนับสนุน รพ.เป็นสถาบันร่วมผลิตเพื่อเพิ่มกำลังการผลิตทัน ตภิบาล(หลักสูตร 4 ปี)

การสนับสนุนด้านบุคลากรปฐมภูมิ (ต่อ)

5) พัฒนาผู้นำการจัดการระบบบริการปฐมภูมิ โดยความร่วมมือกับ 4 สถาบัน พัฒนาหลักสูตรปริญญาโท ที่เน้นการนำประสบการณ์จริงมาใช้ในการเรียน จัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน โดยใช้สถานที่ทำงานเป็นฐานการเรียนรู้ ผลงานปี 2552-54 มีผู้บริหารCUP เข้าร่วมโครงการจำนวน 193 คน ดังนี้

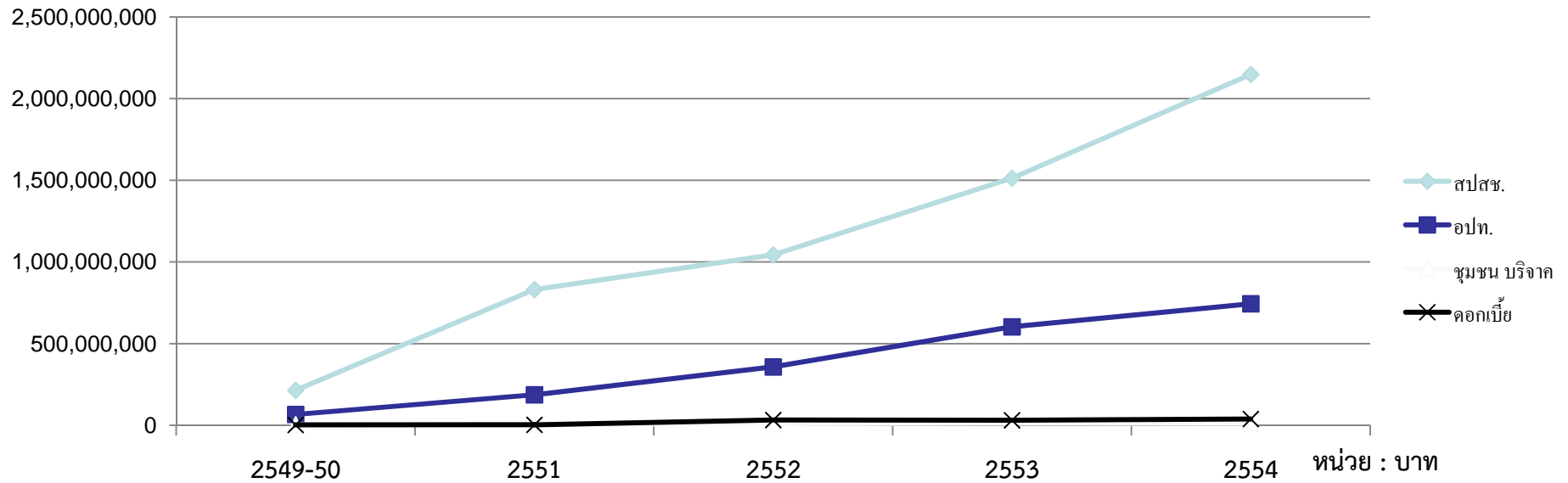


กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปี 2549-2555



มีความครอบคลุม ร้อยละ 99.02 จากพื้นที่/ท้องถิ่น 7,776 แห่ง

เงินในกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปี 2549-2554



ปี	สปสช.	อบต./เทศบาล	ชุมชน +บริจาค	ดอกเบี้ย	รวมเงิน
2549-50	214,382,514 (74.9%)	66,100,208 (23.1%)	3,497,555 (1.2%)	2,147,221 (0.8%)	286,127,497
2551	831,106,739 (80.2%)	186,765,964 (18%)	6,244,504 (0.6%)	12,452,495 (1.2%)	1,036,569,701
2552	1,043,798,880 (72.3%)	357,457,140 (24.8%)	10,373,908 (0.7%)	32,266,650 (2.2%)	1,443,896,578
2553	1,513,081,159 (70%)	602,998,849 (27.9%)	13,678,082 (0.6%)	30,700,534 (1.4%)	2,160,458,624
2554	2,147,908,320 (70.8%)	743,901,120 (27.5%)	12,074,146(0.4%)	38,446,988 (1.3%)	2,942,330,574
รวม	5,750,277,611(73.2%)	1,957,223,281(24.9%)	45,868,195(0.6%)	106,544,345(1.4%)	7,859,913,431

10 ปี UC กับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

มีการประเมินผลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทยในช่วงทศวรรษแรก (พ.ศ. 2545 - 2554) โดยผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก, ธนาคารโลก, องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO), มหาวิทยาลัยลอนดอน และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งมีกรอบการประเมิน 5 ด้าน คือ

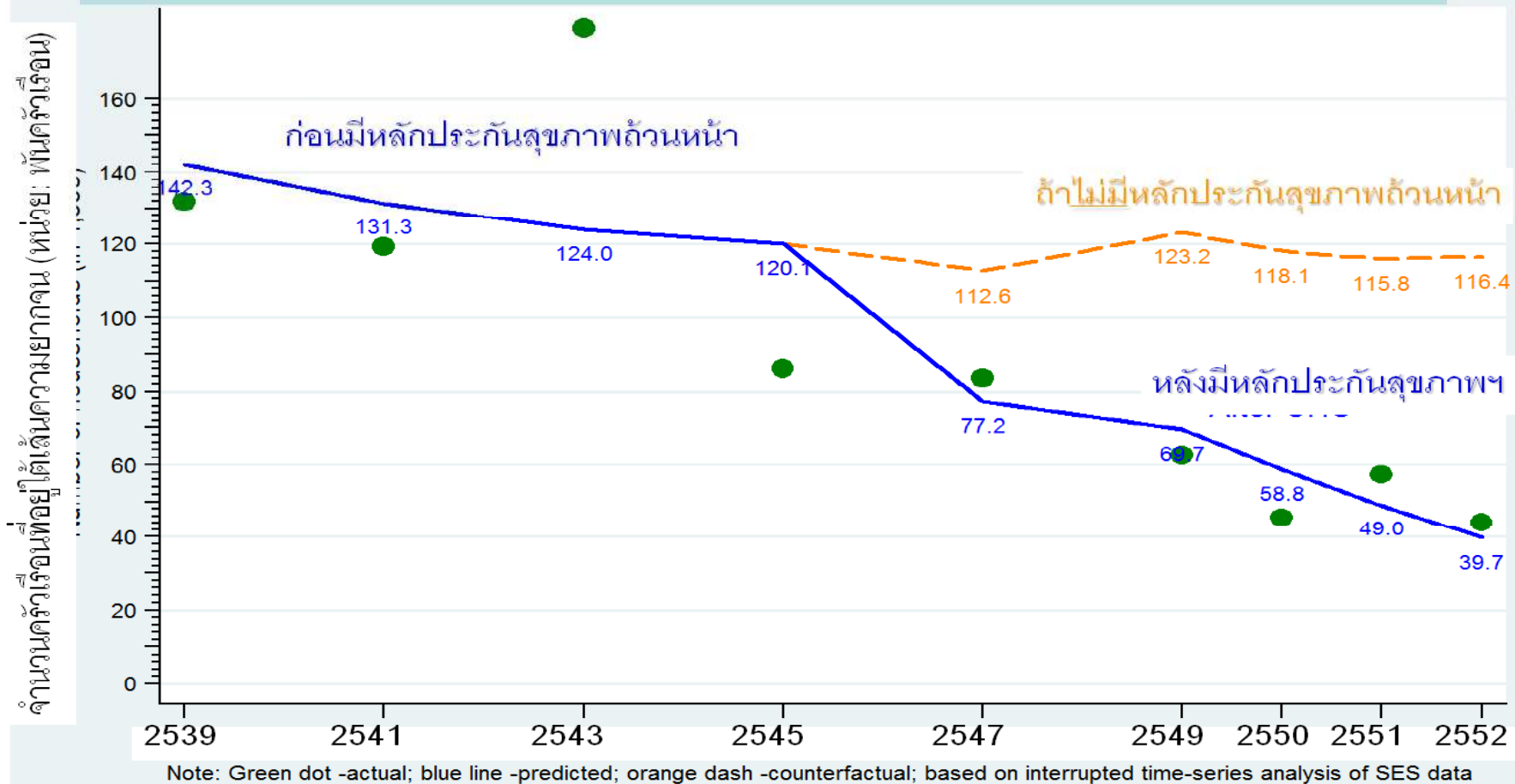
- 1) การพัฒนานโยบายและการออกแบบระบบ
- 2) บริบทด้านนโยบายรัฐ
- 3) การดำเนินนโยบาย
- 4) ระบบอภิบาล
- 5) ผลกระทบของนโยบาย

ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากระบบ UC

- 1 ลดความยากจนของประชาชนจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
- 2 ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น
- 3 ระบบบริการปฐมภูมิเข้มแข็งขึ้น โดยประชาชนเข้าถึงบริการใกล้บ้านใกล้ใจมากขึ้น

1 ลดความยากจนของประชาชนจากภาวะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

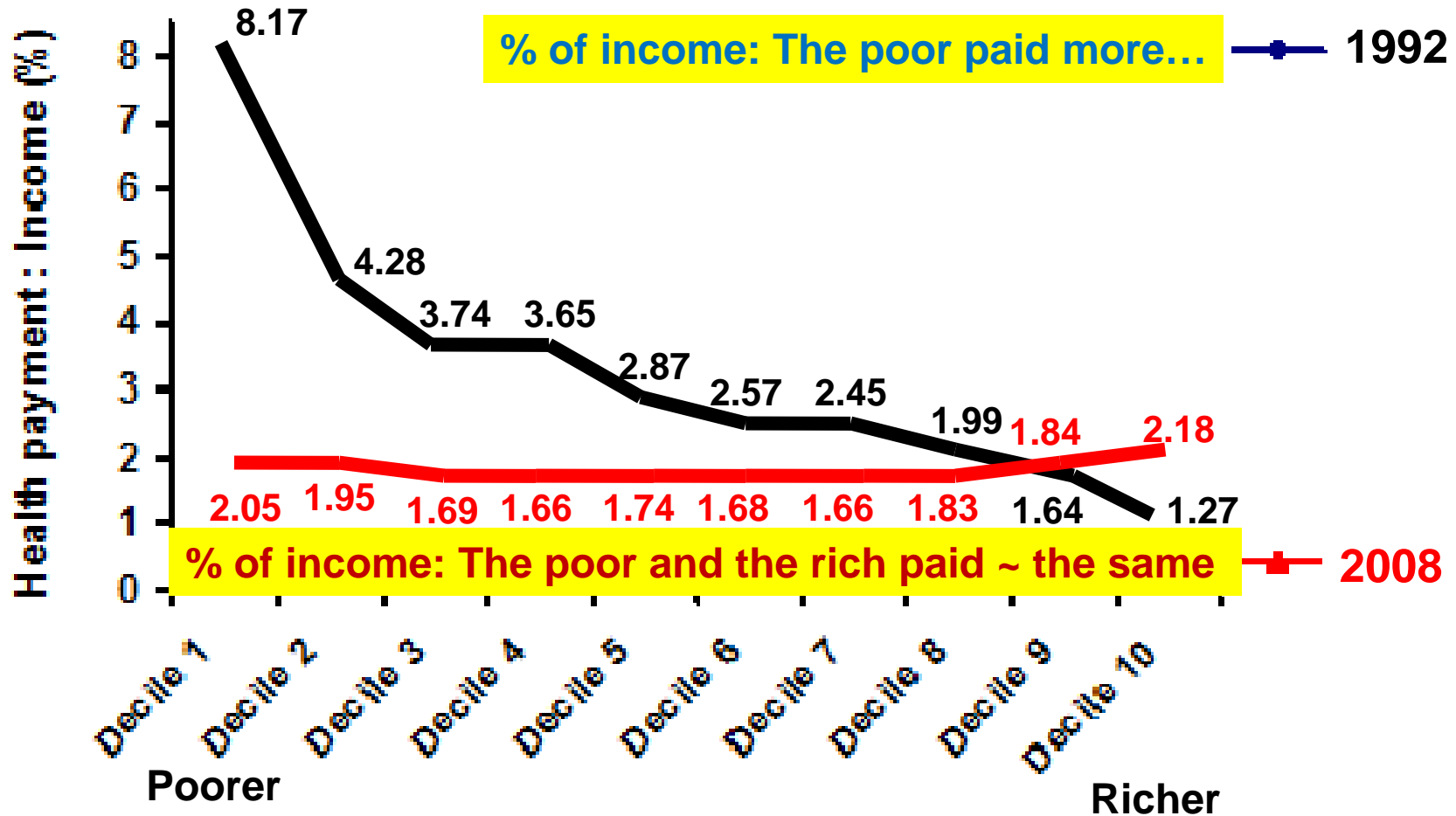
ผลของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: การลดความยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
ครัวเรือนนอกภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ



ในปี 2552 ลดจำนวนครัวเรือนที่จะยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ถึง **76,700**

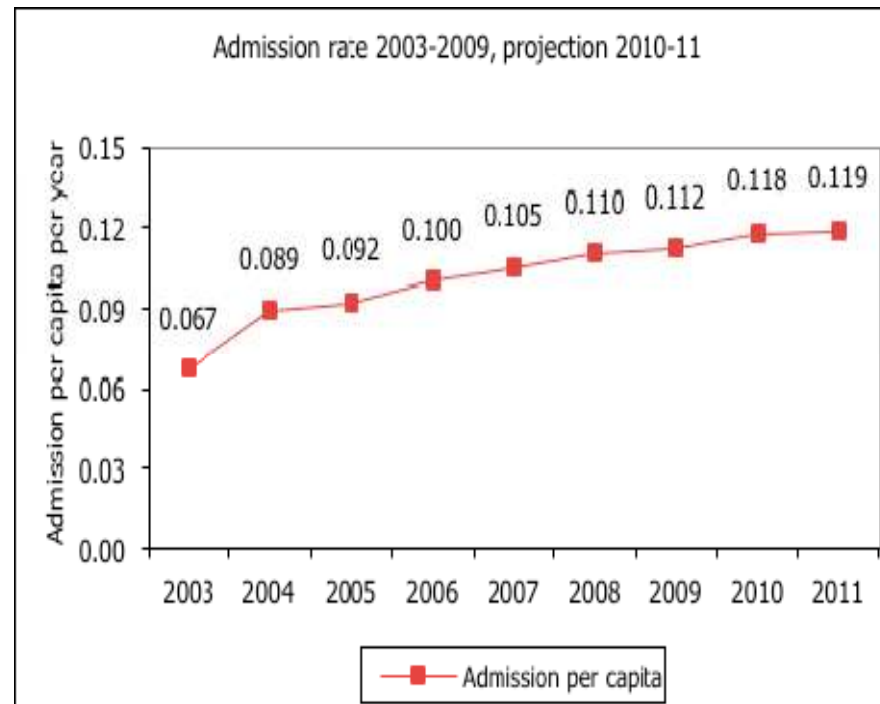
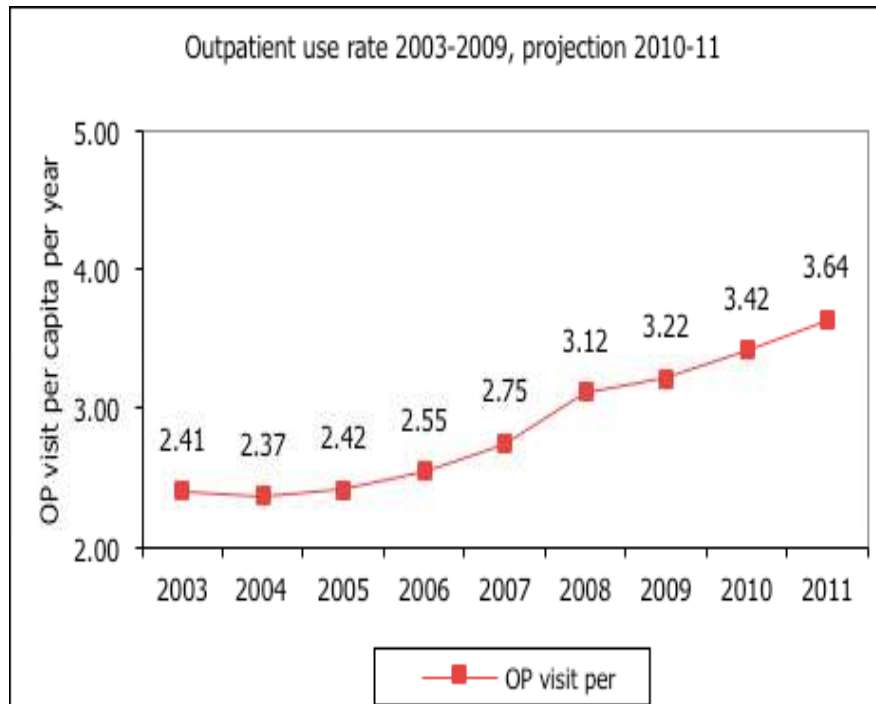
ครัวเรือน เมื่อเปรียบเทียบกับหากไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สัดส่วนค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านค่ารักษาพยาบาลต่อรายได้



From: Prakonsai et al. 2009

2 ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น



ความชุกของการไม่ได้รับบริการที่จำเป็น (unmet needs)

ค่าเฉลี่ยระดับประเทศ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ระบบประกันสังคม

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

OP

IP

1.44%

0.4%

0.8%

0.26%

0.98%

0.2%

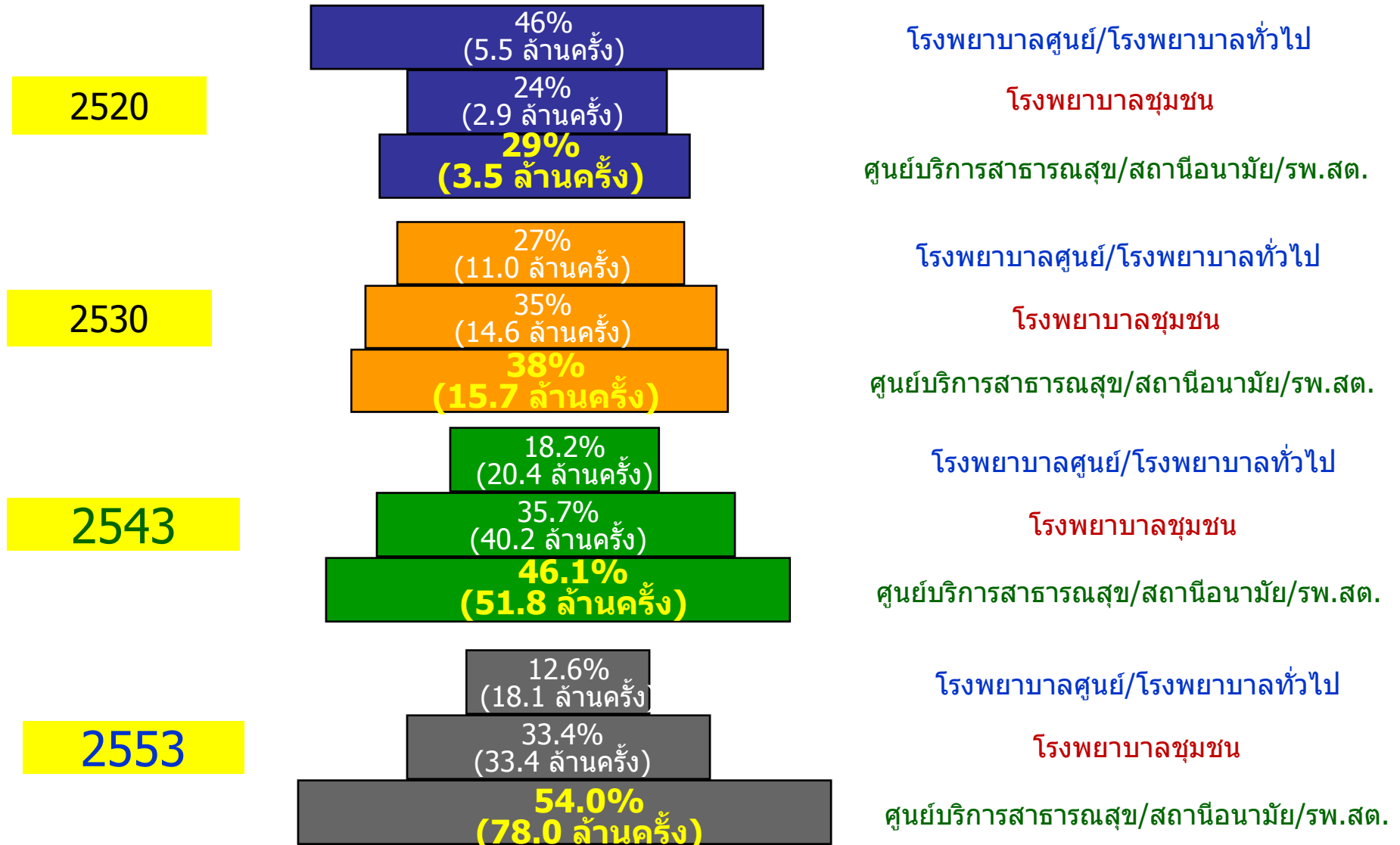
1.61%

0.45%

จากข้อมูลการสำรวจในปี 2553 พบว่า มีประชาชนเพียงร้อยละ 1.44 และ 0.4 ที่เจ็บป่วยและมีความจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพ แต่ไม่สามารถได้รับบริการ ซึ่งนับว่าน้อยกว่าประเทศที่พัฒนา

3 ประชาชนเข้าถึงบริการใกล้บ้านใกล้ใจมากขึ้น

รูปแบบการไปใช้บริการเปลี่ยนจากหน่วยบริการขนาดใหญ่เป็นหน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ





ขอบคุณครับ