

การคลังสุขภาพในระบบสุขภาพปฐมภูมิ: ยกระดับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า Financing in Primary Care System: Upgrading Universal Health Coverage

ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการจัดประเภทระบบสุขภาพของประเทศต่างๆ⁽¹⁾ เนื่องจากถ้ามีระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ดี ประเทศจะสามารถควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพโดยรวม มีบริการที่มีคุณภาพ ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพสูง รวมทั้งแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพได้^(2,3) การปฏิรูประบบการคลังสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยด้วยนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค และการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ก็อิงความเชื่อทางวิชาการดังกล่าว จากนั้นเกือบสองทศวรรษถัดมา ประเทศไทยก็ได้ตราพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เพื่อย้ำความสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ได้มีมิติทางการคลังสุขภาพแต่อย่างใด ดังนั้นจึงสมควรพิจารณาการคลังสุขภาพระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อสนับสนุนการยกระดับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 เป็นต้นไป

ความเชื่อที่ผิดที่ให้ความสำคัญกับการควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพและยึดต้นแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิต้นแบบของประเทศสหราชอาณาจักรเมื่อ 20 ปีก่อน คือ ระบบสุขภาพปฐมภูมิหรือเวชปฏิบัติครอบครัวทำสัญญากับระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service, NHS) มีหน้าที่เป็นหมอครอบครัวดูแลสุขภาพประชาชนเป็นด่านแรกก่อนที่จะไปรักษาที่โรงพยาบาล ได้รับค่าตอบแทนจากรัฐด้วยงบประมาณจ่ายรายหัว (capitation) ทำให้สามารถควบคุมรายจ่ายสุขภาพโดยรวมในขณะนั้นได้ดี เป็นเพียงร้อยละ 6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประเทศ (gross domestic product, GDP) และประชาชนมีสถานะสุขภาพที่ดีกว่าประเทศ

สหรัฐอเมริกา ปัจจุบันสถานะสุขภาพโดยรวมของประชาชนอังกฤษยังสูงกว่าอเมริกันชน แต่รายจ่ายสุขภาพโดยรวมของประเทศอังกฤษเพิ่มเป็นร้อยละ 11.9 ของ GDP (สหรัฐอเมริกาจ่ายสูงกว่าที่ร้อยละ 18.8 ของ GDP)⁽⁴⁾ การที่อังกฤษมีรายจ่ายสุขภาพของประเทศสูงขึ้นเกือบสองเท่าในระยะยี่สิบปีนี้ ถือเป็นความจงใจทางการเมืองของพรรคแรงงาน (Labour) ซึ่งเป็นผู้ให้กำเนิด NHS เมื่อ 75 ปีก่อน เนื่องจากระบบสุขภาพอังกฤษถูกวิจารณ์หนักว่าไม่ทัดเทียมประเทศเพื่อนบ้านในยุโรป

แล้วรายจ่ายของระบบสุขภาพปฐมภูมิควรเป็นเท่าไรของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด การวิจัยจัดประเภทระบบสุขภาพของโลก⁽¹⁾ มีคำตอบว่า การดูแลผู้ป่วยนอก (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิ) มีรายจ่ายเฉลี่ยประมาณร้อยละ 27 (minimum 17 - maximum 47) ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด โดยกลุ่มประเทศที่มีระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง เฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 29 และกลุ่มประเทศที่ระบบบริการสุขภาพพึ่งภาคเอกชนเฉลี่ยที่ร้อยละ 39 และข้อมูลของประเทศไทยที่ตีพิมพ์ใน Lancet Global Health⁽⁵⁾ ประมาณว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิมีรายจ่ายร้อยละ 38-40 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ข้อมูลเพิ่มเติมของประเทศไทยที่จ่ายเหมารายหัวเป็นหลักให้รายละเอียดอีกส่วนหนึ่งว่า งบประมาณรัฐที่จ่ายเพื่อระบบสุขภาพปฐมภูมิประมาณร้อยละ 8.6 ของงบประมาณรัฐทั้งหมด และถ้ารวมต้นทุนค่ายา (ที่ไม่เข้าเนื้องบเหมาจ่ายรายหัว) ก็จะเป็นรายจ่ายเพิ่มอีกร้อยละ 5.8 ของงบประมาณรัฐทั้งหมด⁽⁵⁾

ความสำเร็จกว่าสองทศวรรษของการบริหารที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดการให้ประชาชนไทย นอก



เนื่องจากบุคคลผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และผู้มีสิทธิประกันสังคม เห็นได้ชัดจากอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก เฉลี่ย 2.45 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2547 เป็น 3.44 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี 2564 (เพิ่มประมาณร้อยละ 2.1 ต่อปี) และอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน เฉลี่ย 9.4 ครั้งต่อประชากร 100 คน ในปี 2547 เป็น 12.2 ครั้งต่อประชากร 100 คนในปี 2564 (เพิ่มประมาณร้อยละ 1.8 ต่อปี)⁽⁶⁾ แต่รายจ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศไทยปี 2563 ยังอยู่ที่ร้อยละ 4.4 ของ GDP⁽⁴⁾ งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่รัฐจัดให้ สปสช. ตั้งแต่เริ่มมีนโยบาย ปี 2545 ที่ได้ 1,204 บาทต่อคน ก็น้อยกว่าที่ควรเป็นเพราะประมาณการณ์การใช้บริการน้อยกว่าที่เป็นจริง⁽⁷⁾ ต้องรอถึงปี 2551 จึงได้งบประมาณ 2,194 บาทต่อคน (เพิ่มเกือบสองเท่า) ขาดเพียงการไต่ถามไต่ถามเพียงพอเป็นเวลา 6 ปี ถึงแม้ปี 2567 การจัดทำงบประมาณก่อนได้รับรัฐบาลใหม่ สปสช. จะได้รับงบประมาณ 3,989 บาทต่อคน เพิ่มกว่าปีก่อนร้อยละ 4 ซึ่งต้องจ่ายเป็นการเพิ่มเงินเดือนบุคลากร⁽⁸⁾ พร้อมกับปัญหาแพทย์ลาออกรุนแรง ก็อาจจะช่วยยกระดับหลักประกันสุขภาพได้ไม่มากนัก เพราะเมื่อเทียบระยะยาว 13 ปีจาก พ.ศ. 2551 ถึงปี 2565 ด้วยค่าดัชนีเศรษฐกิจจากธนาคารแห่งประเทศไทย⁽⁹⁾ การเติบโตของ GDP และงบบุคลากรจากรัฐที่ให้กับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มขึ้น 1.7 เท่า เท่ากัน เท่ากับว่าสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ระบบสุขภาพให้กับประชาชนไทย ไม่ได้รับงบประมาณเพิ่มเติม อาจเป็นภาวะที่คล้ายกับช่วงปี 2545-2551

เมื่อดูการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวภายในว่า สปสช. ดำเนินการซื้อบริการอย่างมียุทธศาสตร์ (strategic purchasing) เช่นไร ในแหล่งข้อมูลรายการเอกสาร รวมประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566⁽¹⁰⁾

พบมีเอกสารให้ดาวน์โหลด 34 รายการ เป็นประกาศการจ่ายค่าใช้จ่ายที่ลงนามภายในเดือนมกราคม 2566 จำนวน 22 รายการ รายการที่ 34 เป็นการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีบริการควบคุม ป้องกัน และรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ลงนามประกาศ 13 พฤษภาคม 2566 ในจำนวนนี้มีรายการจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพปฐมภูมิจำนวนมากเนื่องจากเกี่ยวข้องตั้งแต่บริการควบคุม ป้องกันโรคในชุมชน ทุกกลุ่มวัย ทุกกลุ่มโรค และเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิอย่างต่อเนื่อง เป็นการดูแลระยะกลางระยะยาว จนถึงการดูแลระดับประจักษ์ระยะสุดท้าย

ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ถูกคาดหวังในบทบาทอย่างมาก มีเนื้อหาในนโยบายจากทุกรัฐมนตรีที่ใช้ถ้อยคำวาทกรรมเฉพาะตัวเปลี่ยนไปทุกผู้นำ แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางการคลังสุขภาพที่เห็นชัด ความเห็นจากผู้ปฏิบัติในเขตสุขภาพที่มีทรัพยากรสุขภาพ (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพทุกประเภท) ต่อประชากรน้อยที่สุดของประเทศไทย ให้ภาพที่ชัดเจน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) ว่า ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ทำงานได้ครบทุกกิจกรรมที่พึงประสงค์เป็นผู้ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ⁽¹¹⁾ ดังนั้นการยอมรับว่าคุณภาพของระบบสุขภาพปฐมภูมิมีปัจจัยที่อธิบายด้วยทรัพยากรสุขภาพได้ และเกี่ยวข้องกับการคลังสุขภาพที่ควรปรับให้เพิ่มขึ้น (มากกว่าร้อยละ 4.4 ของ GDP) โดยมีสัดส่วนการคลังจากรัฐที่มากกว่าปัจจุบันจึงจะสามารถยกระดับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ และระดับการสนับสนุนอาจยิ่งต้องมากขึ้นหากให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพปฐมภูมิลดลง

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
บรรณาธิการ

References

1. Reibling N, Ariaans M, Wendt C. Worlds of healthcare: a healthcare system typology of OECD countries. *Health Policy* 2019;123(7):611–20.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly* 2005;83(3):457–502.
3. Schäfer WL, Boerma WG, Spreeuwenberg P, Schellevis FG, Groenewegen PP. Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2016;34(1):97–110.
4. World Bank. Current health expenditure (% of GDP) [internet]. 2023 Apr 7 [accessed 2023 Sep 17]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>.
5. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob Health* 2022;10(5):e715–72.
6. National Health Security Office. Annual report fiscal year 2021.
7. Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Srithamrongsawat S. Budget for universal health coverage policy: the weakness of 1,202 baht per capita. *Journal of Health Science* 2002;11(1):121-125 letter to editor.
8. Today. NHSO board approved 2.1 billion baht for 2024 UHC budget to be proposed for the cabinet approval on Dec. 21, 2022 [internet]. 2022 Dec 21 [accessed 2023 Sep 17]. Available from: <https://workpointtoday.com/gold-card-2/>. (in Thai)
9. Bank of Thailand. EC_EI_027 Thailand's macro economic indicators 1/ [internet]. 2023 Apr 7 [accessed 2023 Sep 19]. Available from: https://app.bot.or.th/BTWS_STAT/statistics/BOTWEBSTAT.aspx?reportID=409&language=ENG.
10. National Health Security Office. Notifications list of National Health Security Board on Expenses on Public Health Services on Budget Year 2023 [internet]. [accessed 2023 Sep 17]. Available from: <https://www.nhso.go.th/downloads/217>. (in Thai)
11. Sriring P, Sridawruang C, Poosakaew T, Srimuang P, Prommueang R, Promthet P, et al. Primary care services provision during the implementation of 3-healthcare team policy in the northeast of Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2023;17(3):388-408. (in Thai)