

The Kingdom of Thailand Health System Review

การทบทวนระบบสุขภาพ
ของประเทศไทย



The Kingdom of Thailand Health System Review

การทบทวนระบบสุขภาพ ของประเทศไทย

รายนามผู้เขียน:

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
วลัยพร พัทธนกุล, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโณทัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร
ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล
กฤษดา แสงวงศ์, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
พินิจ พ้าอานวยผล, สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

บรรณาธิการ:

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ทีมผู้ถอดความและเรียบเรียงภาษาไทย โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ:

กัญจนา ดิษยาธิคม	เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์
กิตติกวิน ทองโสมสวัสดิ์	ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์
จุฑาทิพย์ มาตรอ	วรารักษ์ ปวงกันทา
ชาฮ์ดา วิริยาทร	วริศา พานิชเกรียงไกร
ทิณกร โนรี	วิชัย เกษมทรัพย์
ธนิต เปรมปราชญ์ชัยนัต	วิชุกร สุริยะวงศ์ไพศาล
ธนพันธ์ สุขสะอาด	อรณา จันทศิริ
นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์	อังคณา สมันสทวิชัย
บุญรักษ์ ขาญประสพผล	(รายชื่อเรียงตามตัวอักษร)
ปริญดา เสนีย์รัตนประยูร	

บรรณาธิการ:

วลัยพร พัทธนกุล, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ:

ศศิรัตน์ ลัทธิกุลธรรม, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
ขอขอบคุณ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และ
WHO-Thailand สนับสนุนการถอดความและการจัดทำรูปเล่มภาษาไทย

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

The Kingdom of Thailand health system review
(Health Systems in Transition, Vol. 5 No. 5 2015)

1. Delivery of healthcare. 2. Health care economics and organization. 3. Health care reform.
4. Health system plans – organization and administration. 5. Thailand.
I. Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. II. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific.

ISBN 978 92 9061 714 3 [NLM Classification: WA 540 JT3]

© World Health Organization 2015

(on behalf of the Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies)

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed through the WHO website (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html). For WHO Western Pacific Regional Publications, request for permission to reproduce should be addressed to the Publications Office, World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, P.O. Box 2932, 1000, Manila, Philippines, (fax: +632 521 1036, e-mail: publications@wpro.who.int).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

The named authors alone are responsible for the views expressed in this publication.

สารบัญ

คำนำ iv

กิตติกรรมประกาศ viii

บทคัดย่อ x

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร..... xii

ความเป็นมา..... xii

ระบบสุขภาพและความสำเร็จ..... xii

การปฏิรูประบบสุขภาพ..... xviii

ผลสัมฤทธิ์ของระบบสุขภาพ..... xx

1. บทนำ..... 1

 บทสรุป 1

1.1. ลักษณะทางภูมิศาสตร์ สังคม และ ประชากร..... 3

1.2. บริบททางเศรษฐกิจ 7

1.3. บริบททางการเมือง 9

1.4. สถานะสุขภาพ 12

2. การบริหารจัดการและอภิบาลระบบบริการสาธารณสุข 21

 บทสรุป 21

2.1. ภาพรวมระบบสุขภาพ 23

2.2. ความเป็นมา 26

2.3. การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ 28

2.4. การกระจายและรวมศูนย์ 30

2.5. การวางแผน 33

2.6. การประสานเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วนต่างๆ..... 35

2.7. การจัดการระบบสารสนเทศทางสุขภาพ 36

2.8. ระเบียบข้อบังคับ..... 43

2.9. การสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ป่วย (Patient empowerment)..... 59

3. การเงินการคลังระบบสุขภาพ	65
บทสรุป	65
3.1. รายจ่ายสุขภาพ	67
3.2. แหล่งที่มาและการไหลเวียนของเงินในระบบสุขภาพ	70
3.3. รูปแบบระบบการเงินการคลัง	77
3.4. รายจ่ายสุขภาพที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเอง (Out-of-pocket payments: OOP)	88
3.5. บัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจ (Voluntary health insurance)	90
3.6. ระบบการคลังสุขภาพอื่นๆ	92
3.7. กลไกการจ่ายเงิน	93
4. ทรัพยากรทางกายภาพและทรัพยากรมนุษย์	105
บทสรุป	105
4.1. ทรัพยากรทางกายภาพ	107
4.2. กำลังคนด้านสุขภาพ	116
5. การบริการสุขภาพ	134
สาระสำคัญโดยย่อ	134
5.1. การสาธารณสุข	137
5.2. แนวทางผู้ป่วย (Patient pathway)	142
5.3. การรักษาพยาบาลขั้นปฐมภูมิ / การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก	143
5.4. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง (Specialized ambulatory care)/การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (inpatient care)	145
5.5. การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	153
5.6. การบริหารเภสัชกรรม	163
5.7. การฟื้นฟู/การดูแลระยะกลาง (Rehabilitation/intermediate care)	172
5.8. การดูแลผู้ป่วยระยะยาว และการดูแลแบบไม่เป็นทางการ (long-term care and informal care)	180
5.9. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care)	188
5.10. บริการสุขภาพจิต (Mental health care)	192
5.11. บริการทันตกรรม	196
5.12. การแพทย์ทางเลือก (Complementary and alternative medicine)	201

6. แนวคิดการปฏิรูปสุขภาพ	207
สาระสำคัญโดยย่อ	207
6.1. วิเคราะห์การปฏิรูปที่ผ่านมา	209
6.2. การพัฒนาในอนาคต	223
7. การประเมินระบบสุขภาพ	228
บทสรุป	228
7.1. วัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพ	229
7.2. การป้องกันความเสี่ยงทางการเงินและความเสมอภาคด้านการเงิน	232
7.3. ความเสมอภาคในการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ	237
7.4. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การบริการด้านสุขภาพ และคุณภาพบริการ	244
7.5. ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ	262
7.6. ความโปร่งใสและความรับผิดชอบ	271
8. บทสรุป	273
8.1. ความสำเร็จด้านสุขภาพและความท้าทาย	273
8.2. ระบบบริการสุขภาพปณณภูมิที่ดีในเขตชนบท แต่ไม่เข้มแข็งในเขตเมือง	274
8.3. รายจ่ายสุขภาพภาครัฐที่เพิ่มขึ้นและศักยภาพด้านการเงินของรัฐ	275
8.4. บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ในระบบ สุขภาพ	276
8.5. จาก ‘ความเสมอภาคด้านสุขภาพ’ สู่ ‘ทุกคนนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ’	278
8.6. ถอดบทเรียน	281
8.7. ความท้าทาย	282
9. ภาคผนวก	286
9.1. เอกสารอ้างอิง	286
9.2. Useful websites	310
9.3. HiT methodology and production process	311
9.4. เกี่ยวกับผู้เขียน	313

คำนำ

ระบบสุขภาพในช่วงเปลี่ยนผ่าน (The Health Systems in Transition, HiT) เป็นรายงานระดับประเทศที่ระบุรายละเอียดของระบบสุขภาพ รวมทั้งความก้าวหน้าในการพัฒนาและดำเนินนโยบายสุขภาพที่สำคัญ HiT เน้นข้อมูลของระบบบริการสุขภาพหลายด้าน ทั้งการจัดองค์กร การเงินการคลัง และการจัดบริการสุขภาพ รวมทั้งบทบาทของผู้มีส่วนได้เสียในระบบสุขภาพ กรอบโครงสร้างหน่วยงาน กระบวนการดำเนินงาน รายละเอียดเนื้อหาและการปฏิบัติตามนโยบายสุขภาพต่างๆ และมุ่งเน้นประเด็นความท้าทายและหัวข้อที่ต้องการการวิเคราะห์ในเชิงลึก ข้อมูล HiT ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนให้แก่ผู้กำหนดนโยบายและนักวิชาการที่ต้องการพัฒนาระบบสุขภาพ ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านต่อไปนี้

- เพื่อศึกษารายละเอียดของรูปแบบต่างๆ ในการจัดองค์กร การจัดการการเงิน การคลัง และการบริการทางสุขภาพ รวมถึงบทบาทของผู้มีส่วนได้เสียในระบบสุขภาพ
- เพื่ออธิบายกรอบโครงสร้างหน่วยงาน กระบวนการดำเนินงาน รายละเอียดเนื้อหาและการปฏิบัติตามนโยบายสุขภาพหรือการปฏิรูประบบสุขภาพ
- เพื่อบ่งชี้ประเด็นที่มีความท้าทายและหัวข้อหรือประเด็นที่ยังต้องการการวิเคราะห์ในเชิงลึกยิ่งขึ้น
- เพื่อเป็นเครื่องมือสนับสนุนข้อมูลระบบสุขภาพสำหรับนักวิจัยในการวิเคราะห์นโยบายทางด้านสุขภาพและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของผู้กำหนดนโยบายและนักวิชาการของประเทศต่างๆ
- เพื่อสนับสนุนนักวิจัยในการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพเชิงเปรียบเทียบได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น

การรวบรวมข้อมูลสำหรับจัดทำ HiT ยังคงมีปัญหาด้านวิธีการบางประการ หลายประเทศมีข้อมูลระบบสุขภาพและผลกระทบจากการปฏิรูประบบสุขภาพไม่มากนัก หลายประเทศไม่มีศูนย์รวมข้อมูลสุขภาพ ทำให้ข้อมูลเชิงปริมาณของการบริการสุขภาพมาจากหลากหลายแหล่ง รวมถึงข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลสุขภาพขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (the International Monetary Fund, IMF) ธนาคารโลก (the World Bank) และแหล่งข้อมูลอื่นที่เป็นประโยชน์ที่รวบรวมจากคณะผู้เขียน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและคำนิยามศัพท์ของแต่ละหน่วยงานข้างต้นใช้นั้นมักมีความสอดคล้องกันในแต่ละปี แต่มักมีความแตกต่างกันระหว่างหน่วยงาน

HiT สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้กำหนดนโยบายในประเทศ โดยเป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ของต่างประเทศที่อาจสอดคล้องกับบริบทของประเทศ ข้อมูลดังกล่าวยังสามารถใช้เป็นข้อมูลการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบระบบสุขภาพของประเทศต่างๆได้ HiT มีการจัดทำเป็นรูปเล่มแสดงชุดข้อมูลความก้าวหน้าของการดำเนินการและมีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน APO จัดให้มีการปรับปรุงข้อมูลเพียงบางตอน เรียกว่า “Living HiTs” เป็นการรับประกันว่าข้อมูลของแต่ละประเทศจะถูกปรับให้เป็นปัจจุบันเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ และสอดคล้องกับประเทศสมาชิกอื่นในภูมิภาค

ทางคณะผู้จัดทำยินดีรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนาชุดข้อมูล HiT ให้ดียิ่งขึ้น โดยสามารถส่งความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของท่านมาได้ที่ apobservatory@wpro.who.int สำหรับข้อมูล HiT และรายงานสรุป HiT สำหรับประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (ภาษาอังกฤษ) สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ http://www.wpro.who.int/asia_pacific_observatory/en/

กิตติกรรมประกาศ

ระบบสุขภาพในช่วงเปลี่ยนผ่าน (The Health Systems in Transition, HiT) แต่งโดย รศ.ดร.ปัทมา วาพัฒน์วงศ์ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล) นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ดร.ภญ.วลัยพร พัทธรมณ, ดร.กฤษดา แสงดี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข) นพ.พินิจ พ้าอานวยผล (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ) รศ.ดร.สุพล ลิ้มพัฒนานนท์ (มหาวิทยาลัยขอนแก่น) และ ศ.ดร.นพ.ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์ทัย (มหาวิทยาลัยนเรศวร) และบรรณาธิการโดย ดร.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข)

HiT จัดพิมพ์โดย the Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies (APO) ภายใต้คำแนะนำของผู้อำนวยการ APO คือ ดร.เดล อันติงตัน

คณะผู้แต่งและบรรณาธิการของ Thailand HiT ขอขอบพระคุณภาคีเครือข่าย ที่ให้การสนับสนุนการพัฒนาเอกสาร HiT ฉบับนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นพ.สุริยวงค์คงคาเทพ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้การอนุมัติในการจัดทำเอกสารฉบับนี้ ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลในการอ้างอิง

คณะผู้แต่งและบรรณาธิการขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำเอกสารฉบับนี้ได้แก่ นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

ทพ.จเร วิชาไทย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) ดร.ภญ.นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข) พญ.วัชรารัตน์ ไร่ไพบุลย์ (สถาบันวิจัยระบบ

สาธารณสุข) พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ) รศ.ดร.ทพ.
วีระศักดิ์ พุทธาศรี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) ภญ.นพคุณ
ธรรมธัชอารี (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) นพ.จเด็จ
ธรรมธัชอารี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส
(โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ) นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์
(กระทรวงสาธารณสุข) อ.ดร.ศุทธิดา ขวณวัน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล) นพ.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ (สำนักงานพัฒนานโยบาย
สุขภาพระหว่างประเทศ) ดร.ธัญธิดา วิสัยจร (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ
ระหว่างประเทศ) และขอขอบคุณ ดร.ทพญ.วริศา พานิชเกรียงไกร ที่ช่วยรวบรวม
รายการเอกสารอ้างอิง

ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเนื้อหาในนามของ APO ประกอบด้วย

ศ.แอนน์ มิลส์ (วิทยาลัยสุขภาพและเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยลอนดอน
ประเทศอังกฤษ) ศ.อินทรานี กู๊ปตา (สถาบันเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจ
มหาวิทยาลัยเดลี ประเทศอินเดีย) และ ดร.สุทนต์ โอสรประสพ (ธนาคารโลก
ประเทศไทย)

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีความมุ่งมั่นทางการเมืองอย่างต่อเนื่องในด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน ในช่วง พ.ศ. 2513 เป็นการลงทุนที่สำคัญสำหรับโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลระดับอำเภอ และโรงพยาบาลจังหวัด รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของบุคลากรด้านสุขภาพจำนวนมากเพื่อให้ทำหน้าที่บริการสุขภาพได้อย่างเข้มแข็ง พร้อมทั้งมีกลยุทธ์ต่างๆ ที่สนับสนุนบุคลากรด้านสุขภาพให้อยู่ทำงานในชนบทห่างไกล การสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพโดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลได้มีการเริ่มด้วยการประกันสุขภาพสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม และมีการขยายประกันสุขภาพไปยังกลุ่มต่างๆ อย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งสามารถครอบคลุมประชากรไทยได้ทั้งหมด ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใน พ.ศ. 2545

ผลสัมฤทธิ์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนมีการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพมากขึ้น และสามารถลดจำนวนครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายทางการเงินหรือต้องกลายเป็นครัวเรือนที่ยากจนลงหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปัจจัยของความสำเร็จ ได้แก่ ความสามารถของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการสุขภาพ สถานพยาบาลเหล่านี้กระจายอยู่ทั่วประเทศครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศทำให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย และชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมกว้างขวางโดยไม่มีค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บ ณ จุดบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. มีศักยภาพที่เข้มแข็งจึงสามารถใช้กลยุทธ์การซื้อ (Strategic purchasing) ที่ดี การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเกือบทั้งหมดเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (Close-ended payment) ส่งผลให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ

ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบสุขภาพที่สำคัญตั้งแต่ พ.ศ. 2543 การจัดตั้งหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) บริหารกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งได้รับเงินมาจากภาษีบาป, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ทำหน้าที่จัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การปฏิรูปนวัตกรรมใหม่เหล่านี้สามารถจัดทำ ขึ้นได้ด้วยความสามารถที่เข้มแข็งของประเทศไทยเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดการการเปลี่ยนแปลงและการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

ความท้าทายที่ยังคงมีอยู่ ได้แก่ นโยบายการเงินการคลังและการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมืองที่ต้องการพัฒนาอีกมาก ระบบสุขภาพมีแหล่งเงินส่วนใหญ่จากภาษีทั่วไปทำให้มีความเสี่ยงหากภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ความเสี่ยงในการเคลื่อนย้ายถิ่นภายในประเทศของบุคลากรสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่างชาติ ภายใต้บริบทประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community) พ.ศ.2558 ตามปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมืออาเซียนฉบับที่ 2 (ASEAN Concord II) ที่บาหลี ประเทศอินโดนีเซีย เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2546 และการปรับตัวของกระทรวงสาธารณสุขให้เข้ากับบริบทใหม่ของระบบสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น

ระบบสุขภาพไทยพิสูจน์ให้เห็นแล้วว่าเป็นระบบที่มีความยืดหยุ่นสูง (Resilience) จากการที่ระบบสุขภาพสามารถบริหารจัดการและดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพที่สำคัญขนาดใหญ่ให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ได้เป็นอย่างดี

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ความเป็นมา

ประเทศไทยอยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและระบาดวิทยา ด้านโครงสร้างประชากร ประเทศไทยเปลี่ยนสถานะจากภาวะเจริญพันธุ์และภาวะการตายสูงไปสู่ภาวะเจริญพันธุ์และภาวะการตายต่ำ โดยมีอัตราเจริญพันธุ์รวมเพียง 1.6 ใน พ.ศ. 2553 ซึ่งต่ำกว่าระดับทดแทน และอัตราตายอย่างหยาบเท่ากับ 7.4 ต่อประชากรหนึ่งพันราย ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อการพัฒนาการเงินการคลัง และการให้บริการด้านสุขภาพและสังคม ที่จำ เป็นต้องตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรวดเร็ว

ระบบสุขภาพและความสำเร็จ

ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 สาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรไทยมาจากโรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable diseases, NCD); การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) มีสาเหตุหลักจากโรคไม่ติดต่อ คิดเป็นร้อยละ 58.5, 64.6 และ 75.0 ใน พ.ศ. 2542, 2547 และ 2552 ตามลำดับ ในขณะที่มีสาเหตุจากโรคติดต่อ คิดเป็นร้อยละ 27.7, 21.2 และ 12.5 ในเวลาเดียวกัน ถึงแม้ว่า การสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคติดตอลดลง แต่โรคเอดส์/เอดส์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จนกระทั่ง ใน พ.ศ. 2547 เมื่อมีการเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างถ้วนหน้าทำให้การตายจากโรคเอดส์/เอดส์ไม่เป็นสาเหตุอันดับต้นๆอีกต่อไป อย่างไรก็ตามภาระโรคจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ เช่น การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคติดสุรา ยังคงอยู่ในสาเหตุหลักและยังเป็นความท้าทายของประเทศไทย

ถึงแม้ว่า งานอนามัยแม่และเด็กมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี แต่อัตราตายของผู้ใหญ่ยังคงมีระดับสูง แม้ว่าจะมีระดับที่ลดลงก็ตาม นอกจากนี้ ความท้าทาย

บางอย่างยังคงอยู่ ได้แก่ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร และโรคติดเชื้อไวรัส
มีความพยายามจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ก็ตาม ประเทศไทยได้ประกาศใช้
พระราชบัญญัติควบคุมยาสูบสองฉบับก่อนที่จะมีการให้สัตยาบันตามกรอบ
อนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (The Framework Convention on
Tobacco Control, FCTC) อย่างไรก็ตาม การลดลงของความชุกการสูบบุหรี่มี
การชะลอตัวในปีที่ผ่านมา ดังนั้นราคาขายปลีกของบุหรี่ควรเพิ่มขึ้นในทิศทาง
เดียวกันกับการเพิ่มขึ้นของรายได้สุทธิ

ถึงแม้ว่า ความชุกของการใช้ยาสูบกำเนิดอยู่ในระดับสูง และการเข้าถึงบริการ
สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์มีความเสมอภาคในระดับดี แต่ก็ยังคงมีความท้าทาย
เช่น ปัญหาการเข้าถึงยาคุมกำเนิดของคู่หนุ่มสาวที่ไม่ได้แต่งงาน และการมี
เพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันของวัยรุ่น ซึ่งส่งผลให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นผลมาจากโครงสร้างทางสังคมที่ไม่
เสมอภาค การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของวัยรุ่นเองและ
ทารก

กระทรวงสาธารณสุขไทยเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบและกำหนดนโยบาย
สุขภาพของประเทศ ทว่า กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับลดบทบาทลง เมื่อมี
องค์กรด้านสุขภาพใหม่ๆ เกิดขึ้นมา ที่สำคัญได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
(สวรส.) พ.ศ. 2535 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
พ.ศ. 2544 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พ.ศ. 2545 และ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) พ.ศ. 2550 สถาบันรับรอง
คุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุขและองค์กร

สุขภาพเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการอภิบาลระบบ
สุขภาพแบบอิสระและซับซ้อน ซึ่งรวมไปถึงบทบาทที่เพิ่มมากขึ้นของภาคประชา
สังคมและภาคส่วนอื่นๆ ที่ไม่ใช่ภาครัฐ โดยที่ สช. มีหน้าที่จัดเวทีสมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติ เพื่อสร้างพื้นที่การมีส่วนร่วมของภาครัฐและภาคส่วนต่างๆ ในการ
ร่วมกันกำหนดนโยบายสุขภาพ เกิดเป็นมติสมัชชาสุขภาพ และ สปสช. ทำให้เกิด
การเปลี่ยนแปลงสำคัญต่อโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ ที่เดิมที่กระทรวง

สาธารณสุขเป็นผู้ซื้อและให้บริการในองค์กรเดียว เปลี่ยนเป็น สปสช. เป็นผู้ซื้อ และกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ

ประเทศไทยมีความพยายามกระจายการบริหารจัดการระบบสุขภาพไปสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Provincial Health Office: PHO) และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง โดยเฉพาะการบริหารงบประมาณเพื่อให้สามารถจัดสรรงบประมาณได้อย่างถูกต้องและเป็นไปตามกฎระเบียบว่าด้วยเรื่อง การตรวจเงินแผ่นดิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังมีหน้าที่ตามกฎหมาย เช่น การออกใบอนุญาต การต่อใบอนุญาตให้กับร้านขายยาและคลินิกเอกชน และการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้วยเรื่องอาหาร ยาและเวชสำอางในจังหวัดนั้นๆ เป็นต้น

พระราชบัญญัติว่าด้วยเรื่องการกระจายอำนาจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ของสถานพยาบาลสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยให้ถ่ายโอนสถานอนามัยไปยังองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โรงพยาบาลอำเภอไปสู่เทศบาล และโรงพยาบาลจังหวัดไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทว่า แผนปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวเป็นไปอย่างล่าช้า ทั้งเรื่องการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่และงบประมาณจากส่วนกลางไปยัง อปท. ทั้งนี้ เมื่อเวลาผ่านไปกว่า ทศวรรษ มีสถานอนามัยเพียง 43 แห่ง จากจำนวนทั้งสิ้น 9768 แห่ง (ร้อยละ 0.4) ที่สามารถถ่ายโอนไปได้จริง เนื่องจาก อบต. ยังขาดความพร้อมทั้งศักยภาพ และ

งบประมาณ ไม่สามารถปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเพื่อทำหน้าที่แจกเช่น สถานอนามัยได้ ยังมีปัจจัยอีกหลายประการที่ทำให้การถ่ายโอนอำนาจจากสถาน อนามัยไปสู่ อบต. ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร อาทิ การย้ายโอนอำนาจจาก ส่วนกลาง ความขัดข้องของกลุ่มผู้นำในกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่ต้องการถ่ายโอน อำนาจไปสู่ อบต. แต่ที่สำคัญไปกว่านั้นคือ อบต. เองยังไม่มีความพร้อมและพร้อม ที่จะรับความรับผิดชอบนี้

อีกหนึ่งความท้าทายที่สำคัญคือการจัดการการสำรวจครัวเรือนโดยสำนักงานสถิติ แห่งชาติ เพื่อติดตามประเมินผลกระทบจากนโยบายสุขภาพที่มีต่อประชาชนและ

ช่วยประมาณการค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ การใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRGs) เป็นเกณฑ์ในการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลสำหรับระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบ ทำให้มีการปรับปรุงข้อมูลการรักษาผู้ป่วยใน และพัฒนาเป็นระบบข้อมูลผู้ป่วยในแห่งชาติเพื่อติดตามผลการรักษา สำหรับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาเป็นลำดับตั้งแต่ พ.ศ. 2550 มีการเพิ่มยาใหม่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเทศไทยก้าวสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ พ.ศ. 2545 รายจ่ายสุขภาพที่มาจากรัฐบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (total health expenditure, THE) ใน พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 77 ใน พ.ศ. 2556 รายจ่ายสุขภาพที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเอง (Out-of-pocket, OOP) ลดลงจากร้อยละ 27.2 เป็นร้อยละ 12.4 รายจ่ายสุขภาพจากรัฐบาลมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 8–11 ใน พ.ศ. 2545–2546 เป็นร้อยละ 11–13 ใน พ.ศ. 2550–2555 รายจ่ายเพื่อการรักษาเป็นสัดส่วนหลักของรายจ่ายสุขภาพ มีค่าร้อยละ 70 โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยนอกร้อยละ 40 และผู้ป่วยในร้อยละ 30

ประเทศไทยได้ออกกฎหมายในการจัดเก็บภาษีบาป (sin tax) โดยคิดภาษีสรรพสามิตของยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มร้อยละ 2 เพื่อนำมาใช้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ รณรงค์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญต่างๆ เช่น ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรคเอดส์ โรคไม่ติดต่อ และความปลอดภัยทางถนน ภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พ.ศ. 2545 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยอยู่ภายใต้กองทุนหลักภาครัฐ 3 ระบบ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBs) สิทธิประกันสังคม (Social Health Insurance Scheme, SHI) และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UCS) ส่งผลให้มีการแยกบทบาทของหน่วยงานผู้รับประกัน

หรือผู้บริหารกองทุน (purchaser) และหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพ (provider) อย่างชัดเจนในการดูแลสิทธิประโยชน์ของประชาชนทั้งสามกลุ่ม การจัดการการเงินแบบอุปทาน (supply-side financing) ตามจำนวนเตียงโรงพยาบาล ถูกแทนที่โดยแบบอุปสงค์อย่างเต็มรูปแบบ (demand-side financing) ตามจำนวนสมาชิกที่ขึ้นทะเบียนกับ UCS และ SHI วิธีการจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการสุขภาพ (provider payment methods) เป็นแบบผสมผสานผ่านการจ่ายเงินแบบปลายปิดเป็นหลัก (close-ended payment) วิธีการจ่ายเงินในการรักษาผู้ป่วยนอกภายใต้สิทธิประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว ในขณะที่ผู้ป่วยนอกที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการจ่ายเงินแบบจ่ายตามที่ผู้รักษาเรียกเก็บ (fee-for-service) สำหรับผู้ป่วยในได้มีการกำหนดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group, DRG) ในผู้ป่วยทั้งสามกลุ่ม แต่ยังคงมีความแตกต่างในรายละเอียดระหว่างผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้สิทธิประกันสังคมยังคงมีการนำการกำหนดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้บางส่วน

ด้วยเหตุจํานงค์ทางการเมืองที่ชัดเจนในการพัฒนาสุขภาพของประชากรไทย ในช่วงทศวรรษ 1980 เป็นต้นมา ทำให้มีการลงทุนด้านระบบบริการสุขภาพภาครัฐอย่างต่อเนื่อง เกิดการจัดตั้งสถานอนามัยครอบคลุมทุกตำบล มีการจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลอำเภอครอบคลุมทุกอำเภอในประเทศไทย และมีการจัดตั้งโรงพยาบาลจังหวัดทั่วทั้ง 77 จังหวัดของประเทศไทย รวมถึงมีการจัดตั้งโรงพยาบาลศูนย์ประจำภูมิภาคไว้รับส่งต่อผู้ป่วย ขณะที่บทบาทขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีไม่มากนัก ระบบบริการสุขภาพของไทยมีโรงพยาบาลภาครัฐคิดเป็น ร้อยละ 75 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด และร้อยละ 79 ของจำนวนเตียงทั้งหมด ที่เหลือเป็นโรงพยาบาลเอกชนซึ่งส่วนใหญ่มีขนาดเล็ก ประมาณร้อยละ 69 ของโรงพยาบาลเอกชน มีจำนวนเตียงน้อยกว่า 100 เตียง โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มักมีรูปแบบการดำเนินการในระบบเครือข่ายและจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร รองรับผู้ป่วยต่างชาติเป็นหลัก โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร หรือโรงพยาบาลเอกชนเพื่อสาธารณกุศลมีจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงเพียงเล็กน้อยมาก

เมื่อเทียบกับจำนวนทั้งหมด ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิทั่วทุกตำบลและอำเภอของไทยเป็นรากฐานสำคัญของการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้มีฐานะยากจนให้เข้าถึงและใช้บริการสุขภาพจากสถานพยาบาลภาครัฐ

ประเทศไทยพึ่งพาตนเองในการผลิตบุคลากรสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ความหนาแน่นของบุคลากรสุขภาพไทย มีมากกว่า 2.28 คนต่อประชากร 1000 คนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งเป็นตัวเลขขั้นต่ำของจำนวนแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์ซึ่งแนะนำโดยองค์การอนามัยโลก ที่ผ่านมารัฐบาลไทยได้มีมาตรการหลายประการ เช่น การคัดเลือกนักเรียนที่มีภูมิสำเนาในชนบทมาเข้าสู่ระบบการเรียนแพทย์พยาบาล, การมีหลักสูตรซึ่งเน้นการสะท้อนปัญหาสุขภาพในชนบท, การมีระบบบังคับใช้ทุนสำหรับแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทันตแพทย์ จบใหม่ ให้ไปทำงานในชนบทตามระยะเวลาที่กำหนด ตั้งแต่ พ.ศ. 2515, การมีมาตรการเสริมต่างๆ ทั้งมาตรการทางการเงินและมาตรการที่ไม่ใช่ตัวเงิน อาทิเช่น การยอมรับทางสังคม, และรวมถึงการมีระบบคูปองให้พยาบาล ทันตภิบาล และผู้ช่วยเภสัชกร ได้เรียนต่อในระดับสูงขึ้นไป มีการประกันคุณภาพบุคลากรด้วยการสอบใบประกอบวิชาชีพระดับประเทศ โดยสภาวิชาชีพต่างๆเป็นผู้กำหนด มาตรฐานคุณภาพ สำหรับวิชาชีพพยาบาลต้องมีการสอบประกอบวิชาชีพทุก 5 ปี ซึ่งบุคลากรพยาบาลต้องมีการเก็บคะแนน (credits) จากการเข้าร่วมการศึกษา หรืออบรมความรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง

การมีจำนวนบุคลากรสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอ เป็นปัจจัยสำคัญทำให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความพร้อมและสามารถรองรับความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ใน พ.ศ. 2545 ภาครัฐมีการปฏิรูประบบราชการด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการลดจำนวนข้าราชการ ซึ่งรวมถึงกระทรวงสาธารณสุขด้วย ทำให้มีการยกเลิกตำแหน่งของบุคลากรที่เกษียณอายุ ยกเลิกระบบการใช้ทุนในชนบทของวิชาชีพพยาบาลและเภสัชกร (แต่ยังจัดให้มีระบบการใช้ทุนในชนบทของวิชาชีพแพทย์และทันตแพทย์) ทำให้พยาบาลและเภสัชกรจบใหม่ไม่ได้รับตำแหน่งราชการ แต่เป็นเพียงลูกจ้างของสถานพยาบาล ด้วยเหตุนี้

จึงมีผลสืบเนื่องไปถึงขวัญกำลังใจของบุคลากรสุขภาพทั้งระบบ จากนั้นการกดดันทางการเมืองจากกลุ่มลูกจ้างสถานพยาบาลจึงเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว จนทำให้คณะรัฐมนตรีต้องมีการแก้ปัญหาด้วยการมีมติจัดหาตำแหน่งใหม่เป็นระยะๆ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความสามารถในการจัดซื้อบริการสุขภาพที่เข้มแข็ง ส่งผลให้เกิดการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน เช่น การผ่าตัดกระจก การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การรักษาผ่าตัดเปลี่ยนไต และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นต้น การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดอย่างหนึ่งในการเพิ่มโรงพยาบาลตามข้อกำหนดมาตรฐานของการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลลดลง การจัดสรรบุคลากรด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอสามารถทำให้การบริการแย่ลง โดยนโยบายของรัฐบาลในการส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในระดับภูมิภาคและเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (พ.ศ. 2558) ซึ่งจะเอื้อต่อการเคลื่อนย้ายของประชากรที่ง่าย สินค้า และการบริการทั่วทั้ง 10 ประเทศอาเซียน

การปฏิรูประบบสุขภาพ

ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบสุขภาพที่สำคัญหลายครั้งในช่วงทศวรรษ ค.ศ. 2000 หรือ พ.ศ. 2543 การปฏิรูปที่ประสบความสำเร็จนั้นส่วนใหญ่เกิดในระดับท้องถิ่น ผู้ให้ทุนต่างประเทศมีบทบาทค่อนข้างน้อยต่อการกำหนดวาระและนโยบายปฏิรูป การปฏิรูปในแต่ละครั้งมีความแตกต่างกัน ทั้งด้านกระบวนการเชิงนโยบายที่ซับซ้อน บริบทที่จำเพาะเจาะจง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่หลากหลายทั้งจากภาครัฐและนอกภาครัฐที่มีส่วนในการกำหนดแนวทางการปฏิรูป

การออกกฎหมายจัดเก็บภาษีสรรพสามิตผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มเติมเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนโดยนักวิชาการ นำโดยปลัดกระทรวงการคลังที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้นำด้านสุขภาพและการควบคุมยาสูบ เมื่อกฎหมายฉบับดังกล่าวถูกประกาศใช้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงถูกจัดตั้งขึ้นโดยได้รับเงินประมาณ 3 พันล้านบาทต่อปี (100 ล้านดอลลาร์สหรัฐ) เพื่อสนับสนุนกิจกรรม

และการดำเนินงานสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ ผลการประเมินการดำเนินงานของ สสส. อยู่ในเกณฑ์ดี

ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อ พ.ศ. 2545 นานาประเทศชื่นชมและให้การยอมรับความสำเร็จในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะเป็นประโยชน์ต่อคนยากจน ถึงแม้ว่าการผลักดันให้เกิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเป็นการหาเสียงทางการเมือง แต่กลุ่มนักวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขมีส่วนสำคัญมากต่อการกำหนดนโยบาย ออกแบบระบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ การติดตามและประเมินผล และการปรับเปลี่ยนนโยบายให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ ได้แก่ การสนับสนุนอย่างเต็มที่ของรัฐบาล และ ความพร้อมของระบบการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ โดยเฉพาะระดับอำเภอ ทำให้ประชาชนโดยเฉพาะคนจน เข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ต่างๆ ได้อย่างทั่วถึง และได้รับการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศทำการประเมินหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรกยืนยันผลลัพธ์ที่ดีของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ก่อตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมที่มีมาอย่างยาวนาน โดยนิติชัย สช. มีบทบาทในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำทุกปี เป็นเวทีที่ส่งเสริมการทำงานระหว่างภาครัฐ เอกชน และ ประชาสังคม รวมทั้งท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะโดยใช้ข้อมูลทางวิชาการ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านการรับรองแล้ว บางมติถูกนำเข้าการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี อย่างไรก็ตามการนำมติไปดำเนินการยังมีความแตกต่างกัน บางมติมีการไปดำเนินการและได้รับการตอบรับที่ดี ในขณะที่บางมติได้รับการตอบรับที่ไม่ดีนัก สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพและประสิทธิภาพที่แตกต่างกันของผู้มีส่วนรับผิดชอบในมิติต่างๆ

ปัจจัยหลักที่มีผลต่อการขับเคลื่อนการปฏิรูปในระดับท้องถิ่น คือ การมี “กลุ่มนักปฏิรูป” ที่เกาะติดเรื่องนั้นๆ อย่างใกล้ชิด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการของ

กระทรวงสาธารณสุข ที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลชุมชนและมีหลักการการทำประโยชน์ให้แก่คนยากจน ในขณะเดียวกัน นักวิชาการกลุ่มดังกล่าวยังเป็น “ผู้บริหารเชิงนโยบาย” (policy entrepreneur) ทำงานกับภาคส่วนต่างๆ เช่น ภาคประชาสังคม เมื่อมีโอกาสที่เหมาะสมนักปฏิรูปกลุ่มนี้ยังทำงานร่วมกับนักการเมืองเพื่อกำหนดนโยบายและออกกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มีแหล่งเงินจากภาษีบาป พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลสัมฤทธิ์ของระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพของไทย ถูกประเมินโดยใช้เกณฑ์เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก ดังนี้ 1) การป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน 2) การตอบสนอง 3) ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และ 4) ประสิทธิภาพ ผลประเมินเป็นที่น่าพอใจ ถึงแม้ความท้าทายยังคงมีอยู่

ระบบการคลังสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นเงินจากภาษีรายได้ทั่วไปของรัฐบาล ซึ่งเป็นระบบอัตราภาษีก้าวหน้าเมื่อเทียบกับรายได้ของประชาชน รายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือนลดลงอย่างต่อเนื่อง ขณะที่รายจ่ายสุขภาพภาครัฐสำหรับระบบประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะหลังการมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UCS) ใน พ.ศ. 2545 ทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายด้านการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินของประชากร ซึ่งเห็นได้จากครัวเรือนที่ยากจนลงจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Impoverishment) มีจำนวนลดลง

การใช้บริการของสมาชิกประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งการใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พบว่าประชาชนกลุ่มยากจนใช้บริการมากกว่าและได้รับการอุดหนุนเงินจากประกันสุขภาพแห่งชาติมากกว่าคนรวย กล่าวได้ว่า ประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นนโยบายที่เอื้อประโยชน์ให้คนยากจน ประเทศไทยมีผลการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กที่ดี เมื่อเทียบกับประเทศกลุ่มรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง แต่ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยกำลังเผชิญ

ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ใหญ่ ที่อัตราการตายของทั้งเพศหญิงและเพศชาย ใกล้เคียงประเทศเพื่อนบ้าน และ สูงกว่าประเทศในแถบอเมริกากลาง ทั้งนี้ พบว่าโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ด้วยการค้นหาผู้ป่วยให้เร็วขึ้น เช่น มะเร็งเต้านม และ มะเร็งปากมดลูก มีอัตราป่วยที่สูง ซึ่งเป็นผลมาจากการบริหารจัดการด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ในช่วงที่มีความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในมีมากเกินไปจนความจำเป็น ทั้งๆ ที่ภาวะโรคต่างๆ นั้น สามารถจัดการได้ด้วยการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

การสร้างความกลมกลืนของสามกองทุนสุขภาพภาครัฐมีความล่าช้า เนื่องจากขาดแรงขับเคลื่อนทางการเมือง และมีแรงต้านจากสมาชิกระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งนี้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จัดตั้งโครงสร้างการกำกับดูแลหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ดี โดยผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน รวมทั้งภาคประชาสังคม เข้าร่วมเป็น คณะกรรมการบริหาร สอดคล้องกับประกันสังคม ที่คณะกรรมการบริหารมี สมาชิกจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นตัวแทนอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งตัวแทนจาก นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล โครงสร้างการบริหารของทั้งสองกองทุนนี้เป็น ตัวอย่างสำหรับการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารของสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ

ความท้าทาย

ประเทศไทยยังมีความท้าทายสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคตและการพัฒนานโยบายสุขภาพ เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและการระบาดวิทยา ระบบสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคมควรเตรียมความพร้อมสำหรับนโยบายการดูแลสุขภาพระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพิจารณาแหล่งการเงิน และรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพ (รวมถึงการฝึกอบรม และการสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้าน) พร้อมทั้งพัฒนานาฬิกาการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างครอบครัวและชุมชน และการให้บริการสุขภาพและบริการทางสังคมอื่นๆ

เขตชนบทมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ถูกจัดระบบอย่างดี ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการเข้าถึงบริการและใช้บริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน และได้รับการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับระบบสุขภาพของชุมชนเขตเมือง พบว่า ชุมชนเขตเมืองมีคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพ และขาดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และขาดความสามารถในการให้บริการในระบบสุขภาพเขตเทศบาล ดังนั้น ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองควรได้รับการพัฒนา หมายความว่า ได้ในการทำสัญญากับคลินิกเอกชนที่มีคุณสมบัติครบถ้วนในการทำสัญญา นั่นคือคลินิกเอกชนต้องมีความสามารถในการให้บริการทั้งการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพด้วย

ภาษีทั่วไปเป็นแหล่งที่มาที่สำคัญของการเงินการคลังระบบสุขภาพ สำหรับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ รวมทั้งประกันสังคมที่รัฐบาลจ่ายเงินสมทบร่วมด้วย 1 ใน 3 ดังนั้นการเงินการคลังระบบสุขภาพจึงมีความเสี่ยงต่อการขาดแคลนงบประมาณโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเศรษฐกิจตกต่ำ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับผลกระทบในปีงบประมาณ 2558 เมื่ออัตราเหมาจ่ายรายหัวถูกแช่แข็ง กำหนดให้มีอัตราเท่ากับปีงบประมาณ 2557 (การเติบโตเท่ากับศูนย์) มีผลให้มูลค่าเงินที่แท้จริงลดลง ในขณะที่เงินหมวดค่าจ้างค่าตอบแทนบุคลากรสุขภาพเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 6 ต่อปี ค่ายา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์มีต้นทุนสูงขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อโดยรวม การไม่เพิ่มขึ้นของอัตราเหมาจ่ายรายหัวมีผลกระทบอย่างมากต่อเงินหมวดดำเนินงานที่ไม่ใช่เงินเดือน ทางเลือกเชิงนโยบายที่สำคัญ ได้แก่ การหาแหล่งเงินอื่น หรือการลดชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่จำเป็น เช่น การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก แต่ต้องไม่ส่งผลกระทบต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในเมื่อจำเป็น

ในอดีต กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานเดียวที่รับผิดชอบด้านสุขภาพ มีโครงสร้างตามระบบราชการ โดยมีส่วนกลาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ

สถานพยาบาลระดับต่างๆ จนกระทั่งถึงปลายสุดที่สถานอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เบ็ดเสร็จทั้งการกำหนดนโยบาย การกำกับกฎระเบียบ การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ (ผลิตพยาบาลผ่านวิทยาลัยพยาบาลต่างๆ และผลิตแพทย์เพิ่มด้วยความร่วมมือกับมหาวิทยาลัย) การแปลงนโยบายไปสู่การจัดตั้งปฏิบัติตามโครงการต่างๆ การตรวจสอบและการประเมินผล ตั้งแต่ทศวรรษ 1990 ได้มีการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นองค์กรอิสระในกำกับของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บทบาทหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นการแยกผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการออกจากกัน โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ และ สปสช.เป็นผู้ซื้อบริการ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขและสปสช.ต้องทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาระบบที่มีการแยกบทบาทผู้ซื้อ-ผู้ให้บริการออกจากกัน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่รับผิดชอบขับเคลื่อนกระบวนการจัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย เช่น กระทรวงพาณิชย์เกี่ยวข้องกับข้อตกลงการค้าเสรี กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเกี่ยวข้องกับการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน กระทรวงอุตสาหกรรมเกี่ยวข้องกับการห้ามทั้งหมดของแร่ใยหิน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และกระทรวงศึกษาธิการเกี่ยวข้องกับการตั้งครุฑในวัยรุ่น ทั้งภาครัฐและไม่ใช่ภาครัฐมีการเรียนรู้ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเกี่ยวกับวิธีการที่จะปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ของการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีบทเรียนทั้งทางบวกและทางลบต่อกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นเวทีสำหรับทุกภาคส่วน โดยต้องคำนึงถึงสุขภาพที่ดีของประชาชนด้วย หรือที่เรียกกันว่า “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in all policies)

ถอดบทเรียน

หนึ่งในปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย คือ ความสามารถในการสร้างความรู้/ข้อมูลสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการกำหนด

นโยบาย ปัจจัยที่สำคัญพอๆ กันอีกประการหนึ่ง คือ ความสามารถและประสิทธิภาพของภาครัฐในการดำเนินงาน ความสามารถนี้ถูกสร้างขึ้นอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการจัดตั้ง สวรรส. ใน พ.ศ. 2535 ทำให้มีการพัฒนาศักยภาพ นักวิชาการและนักวิจัยด้วยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับหน่วยงานวิชาการในต่างประเทศ เช่น London School of Hygiene and Tropical Medicine, และ Prince Leopold Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium จากนั้น กลุ่มนักวิชาการและนักวิจัยได้รวมตัวกันจัดตั้งสถาบัน เช่น สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program, IHPP) และ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ภายใต้ สวรรส. หน่วยงานเหล่านี้ ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพทั้งการสร้างความรู้ และการนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ และสามารถนำหลักฐานเชิงวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ไปสนับสนุนกระบวนการจัดทำนโยบายสุขภาพระดับประเทศ อีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนานโยบายและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ คือการเชื่อมโยงระหว่างผู้ผลักดันนโยบาย (policy entrepreneurs) และ ภาคประชาสังคม (civil society) นพ.ประเวศ วะสี (2543) ผู้เสนอทฤษฎี “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” อธิบายการเอาชนะความยากลำบากมากดั่งเช่นการเขยื้อนภูเขานั้น ต้องอาศัยการทำงานเสริมกันของอำนาจสามด้านที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ 1) ภูมิปัญญาและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สร้างขึ้นโดยหน่วยงานวิจัย 2) การขับเคลื่อนของภาคประชาสังคม และการสนับสนุนของประชาชน และ 3) การมีส่วนร่วมของผู้กำหนดนโยบายที่มีอำนาจในการตัดสินใจทางการเมือง ผู้ผลักดันนโยบาย (policy entrepreneurs) มีบทบาทและมีส่วนสำคัญในการเชื่อมโยงการตัดสินใจระหว่างอำนาจสามด้านเพื่อให้ได้นโยบายที่ต้องการ ความสามารถในการปกครองตนเองอย่างอิสระและกรอบความรับผิดชอบ โดยแยกอิสระจากกระทรวงสาธารณสุข มีความสำคัญมากสำหรับหน่วยงานวิจัย

1. บทนำ

บทสรุป

ประเทศไทยเป็นประเทศในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็น 1 ใน 5 ของสมาชิกผู้ก่อตั้งสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (อาเซียน) ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2510 ในอดีต มีชื่อเรียกว่า สยาม และเปลี่ยนชื่อเป็นประเทศไทย ใน พ.ศ. 2492 ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงการปกครองที่สำคัญ ใน พ.ศ. 2475 เป็นการเปลี่ยนจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์เป็นระบอบประชาธิปไตย โดยมีพระมหากษัตริย์ภายใต้รัฐธรรมนูญ สถานที่ตั้งทางภูมิศาสตร์และประเทศเพื่อนบ้านในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย

ประเทศไทยอยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและระดับวิทยา ด้านโครงสร้างประชากร ประเทศไทยเปลี่ยนสถานะจากภาวะเจริญพันธุ์และภาวะการตายสูงไปสู่ภาวะเจริญพันธุ์และภาวะการตายต่ำ โดยมีอัตราเจริญพันธุ์รวมเพียง 1.6 ใน พ.ศ. 2553 ซึ่งต่ำกว่าระดับทดแทน และอัตราตายอย่างหยาบเท่ากับ 7.4 ต่อประชากรหนึ่งพันราย ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อการพัฒนาการเงิน การคลังและการให้บริการด้านสุขภาพและสังคม ที่จำเป็นต้องตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรวดเร็ว

ข้อมูลภาระโรค (Burden of Diseases) ของประเทศไทยเริ่มต้นใน พ.ศ. 2542 ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 สาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรไทยมาจากโรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable diseases, NCD) การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) มีสาเหตุหลักจากโรคไม่ติดต่อ คิดเป็นร้อยละ 58.5, 64.6 และ 75.0 ใน พ.ศ. 2542, 2547 และ 2552 ตามลำดับ ในขณะที่มีสาเหตุจากโรคติดต่อ คิดเป็นร้อยละ 27.7, 21.2 และ 12.5 ในเวลาเดียวกัน ถึงแม้ว่า การสูญเสียปีสุขภาวะจาก

โรคติดต่อลดลง แต่โรคเอดส์/เอชไอวี/เอดส์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จนกระทั่งใน พ.ศ. 2547 เมื่อมีการเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างถ้วนหน้าทำให้การตายจากโรคเอดส์/เอดส์ไม่เป็นสาเหตุอันดับต้นๆ อีกต่อไป อย่างไรก็ตามภาระโรคจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ เช่น การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคติดเชื้อ ยังคงอยู่ในสาเหตุหลักและยังเป็นความท้าทายของประเทศไทย

งานอนามัยแม่และเด็กมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม และการพัฒนาระบบสุขภาพของไทยดีขึ้น แต่อัตราตายของผู้ใหญ่ยังคงมีระดับสูง แม้ว่าจะมีระดับที่ลดลงก็ตาม

ประเทศไทยได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมยาสูบสองฉบับก่อนที่จะมีการให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (The Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) อย่างไรก็ตาม การลดลงของความชุกการสูบบุหรี่มีการชะลอตัวในปีที่ผ่านมา ดังนั้น ราคาขายปลีกของบุหรี่ควรเพิ่มขึ้นในทิศทางเดียวกันกับการเพิ่มขึ้นของรายได้สุทธิ (การเพิ่มราคาขายบุหรี่และยาสูบเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพมากในการควบคุมการบริโภคบุหรี่และยาสูบ) รัฐบาลควรกำหนดภาษีเพิ่มขึ้น หรือห้ามการโฆษณาบุหรี่และการเป็นผู้สนับสนุนของบริษัทบุหรี่ ซึ่งนับได้ว่าเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมการบริโภคบุหรี่และยาสูบ (Blecher & Walbeek, 2004)

ความชุกของการใช้ยาคุมกำเนิดอยู่ในระดับสูง และการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์มีความเสมอภาคในระดับดี แต่ก็ยังคงมีความท้าทาย เช่น ปัญหาการเข้าถึงยาคุมกำเนิดของคู่หนุ่มสาวที่ยังไม่ได้แต่งงาน และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันของวัยรุ่น ซึ่งส่งผลให้เกิดการติดเชื้อเอดส์ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นผลมาจากโครงสร้างทางสังคมที่ไม่เสมอภาค การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของวัยรุ่นเองและทารก

1.1. ลักษณะทางภูมิศาสตร์ สังคม และ ประชากร

ประเทศไทย มีชื่อเดิม คือ สยาม ตั้งอยู่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ละติจูดที่ 5 องศา 30 ลิปดาเหนือ ถึง 20 องศา 30 ลิปดาเหนือ และระหว่างเส้นลองจิจูดที่ 97 องศา 30 ลิปดาตะวันออก กับ 105 องศา 30 ลิปดาตะวันออก ลักษณะของพื้นที่มีรูปร่างคล้ายขวานโบราณ มีพรมแดนทางทิศตะวันตกและทิศเหนือติดสหภาพเมียนมาร์ ทิศตะวันออกและทิศตะวันออกเฉียงเหนือติดสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวและราชอาณาจักรกัมพูชา ทิศใต้ติดอ่าวไทย มาเลเซีย ทะเลอันดามัน และช่องแคบมะละกา โดยรวมแล้ว พรมแดนที่เป็นอาณาเขตรอบประเทศไทย ยาวประมาณ 8031 กิโลเมตร (4990 ไมล์) (ดูรูปภาพที่ 1.1) ประเทศไทยมีพื้นที่ 513 115 ตารางกิโลเมตร (198 115 ตารางไมล์) ถูกจัดให้เป็นประเทศที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ลำดับที่ 51 ของโลก ซึ่งมีขนาดเล็กกว่าเยเมน และมีพื้นที่ใหญ่กว่าสเปน เล็กน้อย ประเทศไทยจัดเป็นประเทศขนาดใหญ่อันดับที่ 3 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากอินโดนีเซียและเมียนมาร์ เมืองหลวงของประเทศไทย คือ กรุงเทพมหานคร (Bangkok or Krung Thep)

ด้านภูมิศาสตร์ กระทรวงมหาดไทยแบ่งประเทศไทยออกเป็นสี่ภาค ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือเป็นพื้นที่ภูเขา รวมทั้งช่วงทิวเขาแดนลาว ทิวเขาหลวงพระบาง ทิวเขาเพชรบูรณ์ด้านตะวันออกเฉียงเหนือและทิวเขาถนนธงชัยด้านตะวันตก ภาคใต้มีรูปร่างเหมือนด้ามขวานโบราณ ครอบคลุมช่องแคบ คอคอดกระ ทะเลอันดามัน และอ่าวไทย ที่มีทรัพยากรธรรมชาติและการท่องเที่ยว ที่โดดเด่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ราบสูง ที่เรียกว่าที่ราบสูงโคราช และ ที่ราบริมแม่น้ำมูลและแม่น้ำชี ซึ่งไหลไปทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ผ่านน้ำโขง ภาคกลาง มีประชากรมากที่สุด ประกอบไปด้วยพื้นที่ราบที่อุดมสมบูรณ์ ล้อมรอบด้วยแม่น้ำเจ้าพระยา (แอ่งของแม่น้ำเจ้าพระยา) ซึ่งเป็นอู่ข้าวของประเทศ

สภาพภูมิอากาศของประเทศไทยแบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ แบบฝนเมืองร้อนตลอดปี แบบมรสุมเมืองร้อน และแบบเมืองร้อนเฉพาะฤดูหรือแบบทุ่งหญ้าสะวันนา สภาพภูมิอากาศแบบฝนเมืองร้อนปกคลุมบริเวณฝั่งตะวันออก (รวมทั้ง

บางส่วนของภาคกลาง) และภาคใต้ รวมทั้งมีฝนตกหนัก สภาพภูมิอากาศแบบ
มรสุมเมืองร้อนพบทางชายฝั่งตะวันตกเฉียงใต้และตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งพื้นที่
เหล่านี้มีมรสุมและมีปริมาณน้ำฝนรวมเฉลี่ยตลอดปีสูงมาก สภาพภูมิอากาศแบบ
เมืองร้อนเฉพาะฤดูหรือแบบทุ่งหญ้าสะวันนาพบในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ
โดยเฉพาะ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีฝนตกหนักช่วง
ฤดูมรสุมตะวันตกเฉียงใต้และแห้งแล้งในช่วงฤดูหนาว ประเทศไทยมีอุณหภูมิและ
ความชื้นสูง ซึ่งค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิอยู่ในช่วง 24–33 องศาเซลเซียส (75–92
ฟาเรนไฮต์)

ประชากรไทยมีลักษณะแบบเดียวกัน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96) เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย
ที่เหลือเป็นผู้มีสัญชาติอื่นๆ เช่น จีน มาเลย์ เขมร มอญ และชนกลุ่มน้อยอื่นๆ
รวมทั้ง ชาวเขา ภาษาไทยเป็นภาษาราชการ ศาสนาพุทธเป็นศาสนาหลัก (ร้อยละ
93) มีแรงงานข้ามชาติในประเทศประมาณ 2.1 ล้านคน (ข้อมูล พ.ศ. 2553)

Figure 1.1 Map of Thailand



Source: United Nations Cartographic Section
(<http://www.un.org/Depts/Cartographic/map/profile/thailand.pdf>)

อัตราการเพิ่มประชากรลดลงจาก ร้อยละ 3 ใน พ.ศ. 2513 (ประชากร 34.4 ล้านคน) เป็นร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2553 (ประชากร 63.8 ล้านคน) เป็นผลมาจากการประสิทธิภาพของการวางแผนครอบครัวในยุคนั้น ซึ่งหากการเจริญเติบโตประชากรมีค่าคงที่ร้อยละ 3 ทุกปี ประชากรไทยจะมีมากถึง 100 ล้านคน ใน พ.ศ. 2553

จากข้อมูลทางประชากร ประชากรเพศหญิงมีมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 51 ต่อ 49) ประชากรที่มีอายุ 0–14 ปี ลดลงจากร้อยละ 45.1 เหลือ ร้อยละ 19.6 ระหว่าง พ.ศ. 2513–2553 ประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 3.1 ใน พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 8.9 ใน พ.ศ. 2553 ประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีมากถึง 3 เท่าในช่วง 40 ปี เพิ่มขึ้นจาก 0.5 ล้านคน ใน พ.ศ. 2513 เป็น ร้อยละ 1.7 ล้านคน ใน พ.ศ. 2553 ประชากรของประเทศไทยเป็นผู้มีอายุสูงวัยมากขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์และอัตราตาย อัตราเจริญพันธุ์ทั้งหมด ลดลงจากการเกิด 4.9 ต่อผู้หญิง ใน พ.ศ. 2528–2529 เป็นร้อยละ 1.5 ใน พ.ศ. 2548–2549 พร้อมกับอัตราเกิดที่ลดลง

ผลของการเพิ่มจำนวนของประชากร ทำให้มีความหนาแน่นของประชากรเพิ่มมากขึ้น จาก 67.1 คนต่อตารางเมตร ใน พ.ศ. 2513 เป็น 128.5 คนต่อตารางเมตร ใน พ.ศ. 2553 สัดส่วนของประชากรในเขตชนบทที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลลดลงจากร้อยละ 86.6 ใน พ.ศ. 2513 เป็น ร้อยละ 56.6 ใน พ.ศ. 2553 การขยายตัวของเขตเมืองมีอย่างรวดเร็ว ประชากรในเขตเมืองจากร้อยละ 18.7 ใน พ.ศ. 2533 เป็น ร้อยละ 43.4 ใน พ.ศ. 2553 ทั้งนี้ กระทรวงมหาดไทยมีการจัดประเภทสุขาภิบาลใหม่ทั้งหมด จากในอดีตจัดเป็นพื้นที่ชนบทให้เปลี่ยนเป็นพื้นที่เขตเทศบาล ตั้งแต่ พ.ศ. 2541

แม้ว่าอัตราส่วนของการพึ่งพิงทางอายุ (age dependency ratio) จะมีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 1.1) อัตราส่วนของการพึ่งพิงในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเมื่ออัตราส่วนของการพึ่งพิงในวัยเด็กลดลง ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว (UNFPA Thailand, 2011) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอัตราส่วนการพึ่งพิงวัยเด็ก ไปสู่วัยผู้สูงอายุ จึงเป็นภาระของประชากรวัยทำงาน ซึ่งจำนวนประชากรวัย

Table 1.1 Trends in population/demographic indicators, selected years

	1970	1980	1990	2000	2010
Total population (millions) ^a	34.427	44.824	54.548	60.916	63.827 ^b
Population, female (% of total) ^a	50.1	50.2	50.4	50.7	51.2 ^b
Population ages 0–14 (% of total) ^a	45.1	38.3	29.2	24.4	19.6 ^b
Population ages 65 and above (% of total) ^a	3.1	3.6	4.7	6.3	8.9 ^b
Population ages 80 and above (% of total) ^a	0.5	0.5	0.8	1.0	1.7 ^b
Population growth (average annual growth rate, %) ^a	3.1	3.0	2.2	1.2	0.5 ^b
Population density (people per km ²) ^a	67.1	87.4	106.3	118.7	128.5 ^b
Fertility rate, total (births per woman) ^d	5.6	3.4	2.1	1.7	1.6
Birth rate, crude (per 1000 people) ^d	37.8	26.3	19.1	14.7	12.1
Death rate, crude (per 1000 people) ^d	9.7	6.7	5.0	6.3	7.4
Age dependency ratio (population 0–14 & 65+: population 15–64 years) ^a	92.9	72.0	51.3	44.2	39.9
Distribution of population (rural/urban, %) ^a	86.8/13.2	83.0/17.0	81.3/18.7	68.9/31.1	56.6/43.4
Proportion of single-person households (%) ^a	5.0	3.4	5.5	8.7	12.6
Adult Literacy rate (%) ^a	78.6	87.2	92.7	90.8	93.5

Notes:

b Does not include 2.1 million people who were temporary residents

c Include all temporary residents.

Source: a NSO(Undated-b,Undated-c,Undated-d, 2002, 2012), d WorldBank(2013).

ทำงานมีจำนวนน้อยกว่าเด็กที่ต้องดูแล และมีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

อัตราการอ่านออกเขียนได้ของวัยผู้ใหญ่ ใน พ.ศ. 2553 มีอัตราที่สูง (ร้อยละ 93.5) หญิงและชายมีอัตราการอ่านออกเขียนได้ที่ไม่แตกต่างกันมากนัก (เพศชาย ร้อยละ 95.6 และเพศหญิงร้อยละ 91.5) สถานะของผู้หญิงในสังคมอยู่ในระดับสูง ซึ่งวัดจากอัตราการมีส่วนร่วมของกำลังแรงงานกลุ่มผู้หญิง (ร้อยละ 40 ใน พ.ศ.

2553 เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศกลุ่มรายได้ปานกลาง กลุ่มผู้หญิงร้อยละ 37) สิ่งเหล่านี้เป็นผลให้สถานะสุขภาพของเด็กอยู่ในระดับที่สูงด้วยเพราะผู้หญิงเป็นผู้ดูแลเด็ก

1.2. บริบททางเศรษฐกิจ

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่รวดเร็วในทวีปเอเชีย โดยเฉพาะเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ระหว่าง พ.ศ. 2528–2539 มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว จนเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ที่มีการส่งออกที่สำคัญ อย่างไรก็ตาม ภายหลัง พ.ศ. 2540 ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในเอเชียส่งผลกระทบเชิงลบต่อการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจไทย ประเทศไทยใช้เวลา 10 ปี ในการกู้สถานการณ์วิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งรายได้มวลรวมประชาชาติ (Gross National Income, GNI) ต่อหัวประชากร ใน พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2549 ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน พ.ศ. 2558 ประเทศไทยจะเผชิญกับความท้าทายมากขึ้นและแสดงให้เห็นว่าการแข่งขันของประเทศไทยมีน้อยกว่าประเทศอื่นๆ ในอาเซียน เช่น เวียดนาม ลาว และกัมพูชา ซึ่งเป็นประเทศที่มีความน่าสนใจมากขึ้นในแง่ของค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ ในขณะเดียวกันประเทศไทยยังมีโอกาสในการเพิ่มฝีมือแรงงาน เพิ่มศักยภาพอุตสาหกรรมที่ใช้ความสามารถและความรู้สูง ผ่านการลงทุนการทำวิจัยและพัฒนาเพื่อที่จะค่อยๆ ออกจากกับดักของประเทศกลุ่มรายได้ปานกลาง (middle-income traps)

ขนาดของตลาดแรงงานในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จำนวนผู้ว่างงานที่ลงทะเบียน มีจำนวนลดลงเหลือร้อยละ 1.3 ใน พ.ศ. 2548 และอัตราการว่างงานในประเทศไทยมีรายงานว่าน้อยกว่าร้อยละ 1 ในปัจจุบัน

แรงงานส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรกรรม แต่ส่งผลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product, GDP) ลดลงจากประมาณหนึ่งในสี่เมื่อ พ.ศ. 2523 เป็นเพียงร้อยละ 12 ใน พ.ศ. 2553 การลดลงของภาคเกษตรกรรมต่อ GDP ถูกแทนที่ด้วยการส่งออกที่เพิ่มขึ้นของสินค้าอุตสาหกรรมจากร้อยละ 28.7 ใน พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 44.7 ใน พ.ศ. 2553 ในขณะที่ภาค

Table 1.2 Macroeconomic indicators, selected years

	1980	1990	1995	2000	2005	2010
GDP per capita (US\$)	710	1480	2720	1930	2560	4150
GDP per capita, PPP (US\$)	1050	2800	4550	4800	6350	8120
GDP average annual growth rate for the last 10 years (%)	5.2	11.2	9.2	4.8	4.6	7.8
Public expenditure (% of GDP)	12.3	9.4	9.9	11.3	11.9	13.0
Tax burden (% of GDP)	–	–	–	–	17.2	16.0
Public debt (% of GDP)	–	–	–	–	27.3	28.8
Value added in industry (% of GDP)	28.7	37.2	40.7	42.0	44.0	44.7
Value added in agriculture (% of GDP)	23.2	12.5	9.5	9.0	10.3	12.4
Value added in services (% of GDP)	48.1	50.3	49.7	49.0	45.8	43.0
Labour force (total, thousands)		32 478	32 068	34 805	37 902	39 384
Unemployment, total (% of labour force)	0.9	2.2	–	2.4	1.3	–
Gini coefficient	44.2	45.3	43.5	42.8	42.3	40.0

Source: World Bank (2012a).

การให้บริการคิดเป็นประมาณร้อยละ 40–50 ของ GDP ในช่วง 3 ทศวรรษ พ.ศ. 2523–2553 (ตารางที่ 1.2) อุตสาหกรรมการผลิตสินค้าคิดเป็นร้อยละ 75 ของ การส่งออกสินค้าทั้งหมด รวมถึงยานยนต์และชิ้นส่วนยานยนต์ คอมพิวเตอร์และ ชิ้นส่วนและองค์ประกอบอื่นๆ ของคอมพิวเตอร์ เคมีภัณฑ์ เม็ดพลาสติก ผลิตภัณฑ์ยาง และเพชร ประเทศไทยกลายเป็นศูนย์กลางสำหรับอุตสาหกรรม ยานยนต์สำหรับตลาดในอาเซียน โรงงานผลิตส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร และพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก ซึ่งถูกกำหนดขึ้นใน พ.ศ. 2520 ให้เป็นพื้นที่ สำหรับอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ เล็ก ปานกลางและอุตสาหกรรมหนัก

ประเทศไทยมีการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ดี แต่การกระจายรายได้ไม่ดี ดังเห็นได้ จาก Gini Index ที่ไม่เคยลดลงต่ำกว่า 40 ความสามารถทางการเงินงบประมาณ ของรัฐบาล (fiscal space) วัดจากภาษี (tax burden) มีค่าร้อยละ 16–17 ของ GDP ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางเพียงเล็กน้อย แต่ไม่ สูงมากนักเมื่อเทียบกับประเทศสมาชิกในองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจ

และการพัฒนา (OECD) ถึงแม้รัฐบาลมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ แต่รัฐบาลให้การลงทุนด้านสุขภาพ ใน พ.ศ. 2523–2533 อย่างมาก ทั้งนี้ เพราะความมุ่งมั่นและความรับผิดชอบทางการเมือง อีกทั้งยังมีการจัดลำดับความสำคัญการลงทุนระบบสุขภาพระดับอำเภอด้วยการสร้างสถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ในขณะเดียวกันได้มีการชะลอการลงทุนชั่วคราวสำหรับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในระดับจังหวัด (Patcharanarumol et al., 2011)

1.3. บริบททางการเมือง

พ.ศ. 2475 ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์เป็นระบอบประชาธิปไตยภายใต้รัฐธรรมนูญ มีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข และมีนายกรัฐมนตรีเป็นหัวหน้ารัฐบาล ตามรัฐธรรมนูญมีการแบ่งแยกอำนาจ 3 ฝ่าย ได้แก่ อำนาจอธิปไตย อำนาจตุลาการ และอำนาจบริหาร นายกรัฐมนตรีเป็นหัวหน้าในด้านบริหารและกฎหมาย แบ่งออกเป็น วุฒิสภาและสภาผู้แทนราษฎร ศาลยุติธรรมมีอำนาจตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและกฎหมายไทย ประเทศไทยเป็นระบบพรรคการเมืองหลายพรรคและมีพรรคร่วมรัฐบาลหลายพรรคมากกว่ารัฐบาลพรรคเดียว หลังจาก พ.ศ. 2475 รัฐธรรมนูญฉบับแรกถูกยกวางและนำไปใช้ จนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญมาแล้ว 18 ฉบับ สะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ทางการเมืองที่มีความไม่มั่นคง หลังจากพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 7 ทรงสละราชสมบัติ มีการรัฐประหาร 8 ครั้งและมีกบฏ 12 ครั้ง

รัฐธรรมนูญที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายของประเทศไทย คือ รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ซึ่งประสบความสำเร็จในการรับรองใน พ.ศ. 2540 หลังจากเหตุการณ์นองเลือดใน พ.ศ. 2535 อย่างไรก็ตาม รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ได้รับการกล่าวถึงในฐานะที่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความวุ่นวายทางการเมือง

ภายใต้รัฐธรรมนูญ พระมหากษัตริย์เป็นสัญลักษณ์ของเอกลักษณ์และความเป็นเอกภาพของชาติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ รัชกาลที่ 9 ได้รับการจงรักภักดีและการเคารพยกย่องจากประชาชน และเป็นศูนย์รวมทางจิตใจของคนในชาติในการแก้ปัญหาวิกฤตทางการเมือง

ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีพรรคการเมืองใหญ่ (มติของจำนวนสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร, ส.ส.) จำนวน 2 พรรค ผลจากการเลือกตั้ง พรรคเพื่อไทยได้รับที่นั่ง 61 ที่ (จากทั้งหมด 125 ที่นั่ง) และพรรคประชาธิปัตย์ 44 ที่นั่ง ส่วนที่เหลือมาจากพรรคเล็กที่มี ส.ส. น้อยกว่า 5 คน จำนวน 9 พรรคเล็ก ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร (พรรคเพื่อไทย) เป็นนายกรัฐมนตรีใน พ.ศ. 2554 เป็นนายกรัฐมนตรีหญิงคนแรกของประเทศไทย ภายใต้รัฐธรรมนูญปัจจุบัน นายกรัฐมนตรีต้องเป็น ส.ส. แต่สมาชิกคณะรัฐมนตรีไม่ต้องเป็น ส.ส. โดยสามารถเลือกจากบัญชีรายชื่อ (party list) สภานิติบัญญัติสามารถลงมติไม่ไว้วางใจแก่นายกรัฐมนตรีและสมาชิกคณะรัฐมนตรี ถ้ามีจำนวนคะแนนเสียงเพียงพอ

วิกฤตทางการเมือง พ.ศ. 2556–2557 เป็นช่วงเวลาของความไม่มั่นคงทางการเมืองของประเทศไทย มีการประท้วงต่อต้านรัฐบาลเกิดขึ้นระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 และเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 โดยคณะกรรมการประชาชนปฏิรูปประชาธิปไตย (กปปส.) จัดตั้งกลุ่มแรงกดดันทางการเมือง นำโดยนายสุเทพ เทือกสุบรรณ อดีต ส.ส. พรรคประชาธิปัตย์ ในที่สุดการประท้วงส่งผลให้ ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร พ้นจากตำแหน่งนายกรัฐมนตรี เกิดการรัฐประหารและมีการก่อตั้งรัฐบาลทหารมาบริหารประเทศ

การประท้วงทางการเมืองในประเทศไทยมีจุดมุ่งหมายหลักที่ต้องการขจัดอิทธิพลของนายทักษิณ ชินวัตร อดีตนายกรัฐมนตรี ที่มีส่วนเกี่ยวกับการเมืองไทยและจัดตั้งสภาประชาชนเพื่อควบคุมการปฏิรูปประเทศ ผู้ประท้วงมองว่า นายทักษิณ ชินวัตร มีการทุจริตอย่างมากและสร้างความเสียหายต่อการปกครองแบบประชาธิปไตยอย่างมาก แต่นายทักษิณ ยังคงได้รับการสนับสนุนจากหลายพื้นที่ในประเทศไทย พรรคการเมืองของนายทักษิณ ได้รับชัยชนะในการเลือกตั้งทุกครั้ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 มีการวิพากษ์วิจารณ์เรียกการเมืองนี้ว่า “ธนกิจการเมือง” หรือ Money Politics ที่นักการเมืองใช้เงินเพื่อซื้อนักการเมืองคนอื่นเข้ามาในพรรคและจ่ายเงินซื้อเสียงให้กับผู้ที่มีสิทธิลงคะแนนเลือกตั้ง ถึงแม้จะมีการระมัดระวังอย่างเข้มงวดโดยคณะกรรมการการเลือกตั้ง

การนิรโทษกรรม ที่จะมีการอภัยโทษให้กับนักการเมืองตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เช่น นายทักษิณ คือ จุดประกายแรกของการประท้วง พรรคฝ่ายค้านจากนักการเมืองที่หลากหลาย และภาคส่วนต่างๆ หลายภาคส่วน รวมถึงการเคลื่อนไหวของฝ่ายสนับสนุนรัฐบาลเสื้อแดง ที่เกิดจากการปฏิเสธร่างกฎหมายโดยวุฒิสภา มีการประท้วงต่อต้านรัฐบาลอย่างต่อเนื่อง แต่ด้วยการที่ผู้ประท้วงเข้าครอบครองหน่วยงานราชการ ปิดถนนสี่แยกสายหลักและยึดพื้นที่สำหรับชุมนุมมวลชนในกรุงเทพมหานคร เพื่อเรียกร้องให้ นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร น้องสาวของนายทักษิณ ชินวัตร รวมทั้งพรรคเพื่อไทย ลาออกจากคณะรัฐมนตรี

ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ประกาศยุบสภา ผู้แทนราษฎรและเรียกร้องให้มีการเลือกตั้งในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 การลงคะแนนเสียงถูกขัดขวางโดยประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครและภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่ง กปปส.ประท้วงการเข้าคูหาเพื่อลงคะแนนเสียง นำไปสู่การยกเลิกผลการเลือกตั้งโดยศาลรัฐธรรมนูญ การใช้ความรุนแรง เช่น การยิง การวางระเบิด และการขว้างระเบิดใส่กลุ่มผู้ประท้วง นำไปสู่การเสียชีวิต 28 รายและบาดเจ็บมากกว่า 800 ราย ในช่วงของการประท้วงวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2557 รัฐบาลชั่วคราวนางสาวยิ่งลักษณ์ ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในกรุงเทพมหานครและพื้นที่โดยรอบ แต่มีผลเพียงเล็กน้อย

นางสาว ยิ่งลักษณ์ และรัฐมนตรีอีก 9 ท่านถูกถอดถอนออกจากตำแหน่งโดยสภานิติบัญญัติ ในวันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 ได้มีการโยกย้ายเลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2554 ผู้สนับสนุนยิ่งลักษณ์และนักวิจารณ์ถกเถียงกันว่าการโยกย้ายเป็นตัวกระตุ้นทางการเมืองและละเมิดอำนาจตุลาการ ในวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 กองทัพบกประกาศกฎอัยการศึกทั่วประเทศ 2 วันต่อมาได้ทำรัฐประหาร มีการถอดถอนรัฐบาล และได้ให้นายประยุทธ์ จันทร์โอชา รักษาการแทนนายกรัฐมนตรี วิกฤตทางการเมืองได้ยกระดับความรุนแรงมากขึ้นจากผู้สนับสนุนทักษิณ ซึ่งพวกเขารู้สึกว่าถูกตัดสิทธิ์หลังจากที่รัฐบาลของพวกเขาที่เลือกตั้งเข้ามา ได้ถูกถอดถอนก่อนครบวาระ

1.4. สถานะสุขภาพ

ประเทศไทยได้ดำเนินการตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) (Waage et al., 2010) ทั้งนี้ โครงสร้างด้านประชากรเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ต้น พ.ศ. 2513 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็น 70 ปีในเพศชายและ 77 ปีในเพศหญิงใน พ.ศ. 2543 การเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ยส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการประสบความสำเร็จในการป้องกันโรคเอดส์ที่มีการแพร่ระบาดช่วงปลาย พ.ศ. 2533 ใน พ.ศ. 2543 อายุคาดเฉลี่ยของเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากผู้ชายมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุและมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมากกว่า ในขณะที่ผู้หญิงมีอายุยืนยาวกว่าแต่ก็มีโอกาสพิการมากกว่าเช่นกัน (ดูตารางที่ 1.3) (UNFPA Thailand, 2011)

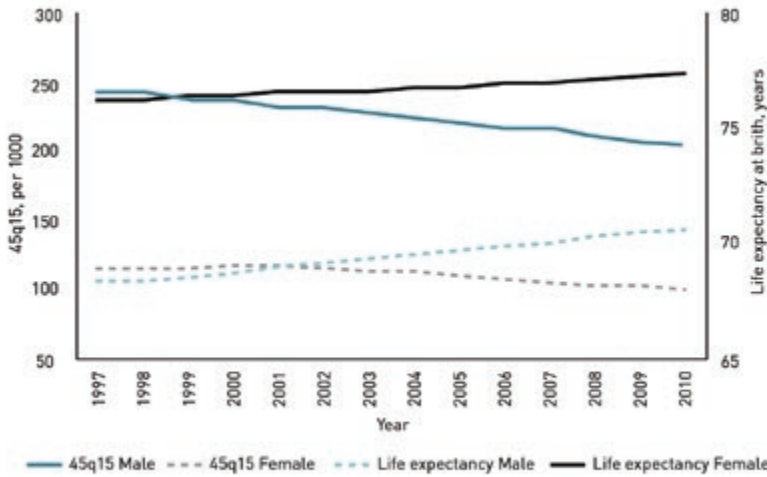
Table 1.3 Mortality and health indicators, selected years

	1980	1990	1995	2000	2005	2010
Life expectancy at birth (years)						
Male	62.7	69.3	68.6	68.8	69.7	70.6
Female	68.4	75.8	76.1	76.5	76.8	77.4
Total mortality rate, adult (per 1000)						
Male	-	-	-	236.7	221.9	204.8
Female	-	-	-	117.0	110.6	101.0

Source: World Bank (2013a)

อัตราการตายผู้ใหญ่ คิดจากการตายของประชากรอายุระหว่าง 15–59 ปี เป็นจำนวนต่อประชากร 1000 คน อัตราการตายผู้ใหญ่มีแนวโน้มลดลงทั้งเพศชายและเพศหญิง (แผนภูมิที่ 1.2) สำหรับผู้ใหญ่เพศชายมีอัตราการลดลงจากประมาณ 240 รายต่อประชากร 1000 คน ใน พ.ศ. 2543 เป็น 205 ใน พ.ศ. 2553 อัตราการตายในผู้ใหญ่เพศหญิงลดลงจาก 117 รายต่อประชากร 1000 คน ใน พ.ศ. 2543 เป็น 101 ใน พ.ศ. 2553 แต่อัตราที่ลดลงได้หยุดชะงักในระหว่าง พ.ศ. 2530–2546 อาจเนื่องมาจากโรคเอดส์ (ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยโดย Rajaratnam et al., 2010) จากแผนภูมิ อัตราการตายผู้ใหญ่ ทารก และเด็กต่ำกว่าห้าปีลดลง ซึ่งส่งผลให้อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดเพิ่มสูงขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง

Figure 1.2 Life expectancy at birth, adult mortality male and female



Source: The World Bank (2015). World Development Indicators [<http://databank.worldbank.org/data/views/reports/tableview.aspx>, accessed 9 April 2015]

1.4.1. สาเหตุหลักของการเสียชีวิต

ตารางที่ 1.4 แสดงอัตราการตายปรับฐานอายุ (age-standardized death rates (A-SDRs) ต่อประชากร 100 000 คน จากสาเหตุหลักการตายระหว่าง พ.ศ. 2523–2548 ในประเทศไทย อัตราการตายจากโรคติดเชื้อและพยาธิทั้งหมดเป็นรูปตัวยู โดยมีค่าสูงสุดใน พ.ศ. 2523 (59.4 ต่อประชากร 100 000 คน) จนต่ำลงถึง 35.6 และ 27.7 ต่อประชากร 100 000 คน ใน พ.ศ. 2528 และ พ.ศ. 2533 ตามลำดับ จากนั้นกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็น 32.5, 50.8 และ 59.7 ต่อประชากร 100 000 คน ใน พ.ศ. 2538, 2543 และ 2548 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม แสดงให้เห็นว่าอัตราการตายด้วยโรคเอดส์มีส่วนสำคัญต่อแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงของโรค

หลังจาก พ.ศ. 2543 อัตราการเกิดโรคระบบไหลเวียนโลหิตลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการบันทึกข้อมูล โดยให้นำข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหัวใจล้มเหลวที่ไม่จำเพาะเจาะจง ย้ายไปบันทึกยังโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มไม่ทราบสาเหตุ เพื่อให้ข้อมูลสาเหตุการตายละเอียดแม่นยำมากยิ่งขึ้น

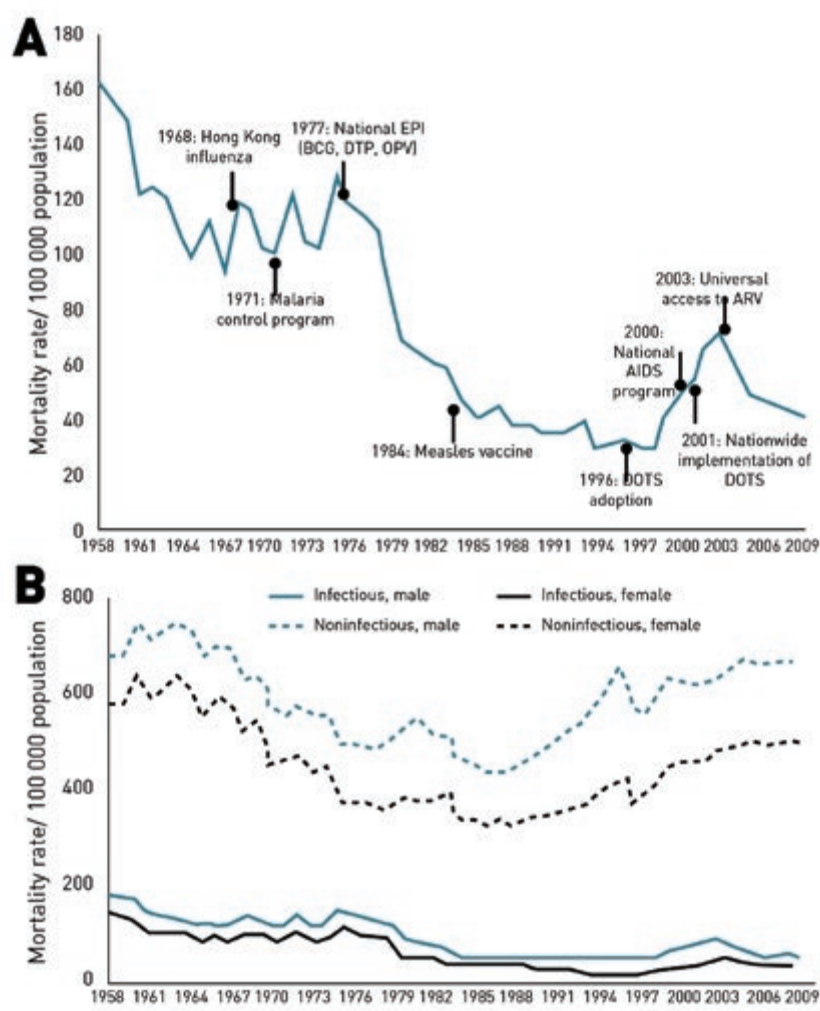
เสียง หลอดลมและปอด และมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยมะเร็งกล่องเสียง หลอดลม และปอด มีค่า 4.2 ต่อประชากร 100 000 คน ใน พ.ศ. 2523 และเพิ่มขึ้นเป็น 4.4, 5.8, 9.4 และ 11.9 ใน พ.ศ. 2533, 2538, 2543 และ 2548 ตามลำดับ รวมทั้งมีอัตราของโรคเบาหวาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรังเพิ่มขึ้นด้วย

แม้จะมีนโยบายมาตรการเพื่อลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร เช่น การรณรงค์เมาไม่ขับ, ทศวรรษของการดำเนินการเพื่อความปลอดภัยทางถนน และ ปีแห่งการสวมหมวกนิรภัย 100% (ตารางที่ 1.4) แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ไม่สอดคล้องกัน พ.ศ. 2538 อัตราการตายจากอุบัติเหตุเพิ่มจากสองเท่าเป็นสามเท่า ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการระบบการรายงานและข้อมูลสถิติการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการจราจรดีขึ้น หรือการบังคับใช้มาตรการป้องกันอุบัติเหตุที่ไม่สม่ำเสมอ รัฐบาลให้ความใส่ใจในมาตรการที่มีประสิทธิภาพและการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น โดยได้จัดให้เป็นนโยบายระดับชาติ

ประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของโรคจากโรคติดเชื้อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม โรคติดเชื้อยังคงเป็นภาระโรคของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2532 และ 2547 คณะทำงานเรื่องภาระโรคของประเทศไทยได้ดำเนินการศึกษาภาระโรค (ตารางที่ 1.5) ในระยะที่ผ่านมา สาเหตุการเสียชีวิตหลักของเพศชาย ได้แก่ ติดสุรา และภาวะซึมเศร้า ในขณะที่เพศหญิง พบภาวะซึมเศร้า และข้อเข่าเสื่อม ผลจากการศึกษายืนยันว่าโรคเอดส์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคใน พ.ศ. 2533 ยังคงมีจำนวนสูง ในขณะที่ภาระจากการบาดเจ็บไม่เปลี่ยนแปลง (Bundhamcharoen et al., 2011b).

หลังจากนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสถ่วงหน้า ใน พ.ศ. 2547 ทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีการตายลดลงและมีผลให้โรคติดเชื้อมีการตายลดลงด้วย (Aungkulanon et al., 2012) (แผนภูมิ 1.3)

Figure 1.3 Infectious and noninfectious mortality rates in Thailand, 1958–2009: (A) Infectious disease-related mortality rates, major events and key public health interventions; (B) Comparison of infectious disease-related mortality rates with noninfectious disease-related mortality rates



Source: Aungkulanon et al. [2012].

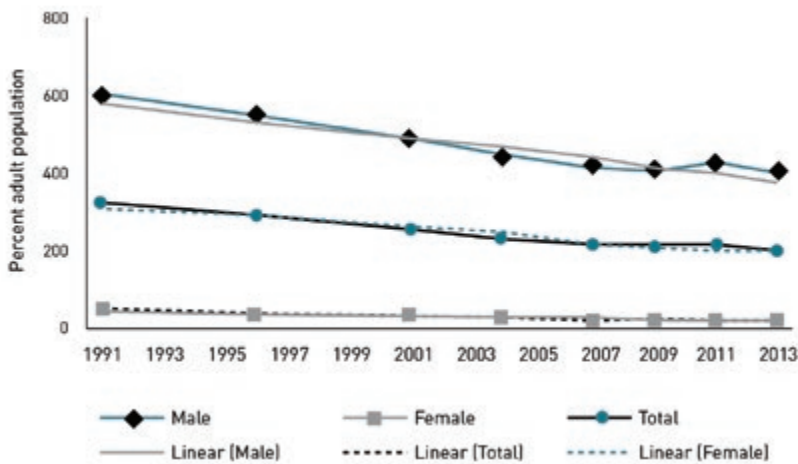
Table 1.5 Top ten causes of disability-adjusted life year (DALY) loss, 2004, Thailand

Top ten ranking in men	YLLs (x 1000)	YLDs (x 1000)	DALYs (x 1000)	Top ten ranking in women	YLLs (x 1000)	YLDs (x 1000)	DALYs (x 1000)
1. HIV/AIDS	634.2	17.7	651.9	Stroke	267.0	48.5	315.5
2. Traffic accidents	548.6	42.7	591.3	HIV/AIDS	279.5	15.1	294.6
3. Stroke	282.6	54.0	336.6	Diabetes	183.7	108.8	292.5
4. Alcohol dependence/harmful use	18.1	315.2	333.3	Depression	0.0	191.5	191.5
5. Liver cancer	277.3	3.1	280.4	Ischaemic heart disease	129.6	10.7	140.3
6. Ischaemic heart disease	168.4	15.6	184.0	Osteoarthritis	1.2	129.9	131.1
7. COPD	124.8	58.6	183.4	Traffic accidents	15.4	10.8	126.2
8. Diabetes	101.6	79.3	180.9	Liver cancer	123.9	1.7	125.6
9. Cirrhosis	140.5	4.3	144.8	Deafness	-	110.7	110.7
10. Depression	-	136.9	136.9	Anaemia	0.2	109.3	109.5

YLL: years of life lost.
YLD: years lived with disability.
COPD: chronic obstructive pulmonary disease.
Source: Bundhamcharoen et al. (2011b).

ในปีที่ผ่านมา การลดลงของความชุกในผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่หยุดชะงัก โดยมีความชุกร้อยละ 21.2 ใน พ.ศ. 2550 และร้อยละ 19.9 ใน พ.ศ. 2556 (แผนภูมิที่ 1.4) โดยร้อยละที่ลดลงมีเพียง 1.3 ในระยะเวลา 6 ปี อย่างไรก็ตาม มีการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในเพศหญิง จากร้อยละ 1.9 เป็น 2.1 ใน พ.ศ. 2550 และ 2556 ตามลำดับ แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในการออกพระราชบัญญัติเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบจำนวน 2 ฉบับ ก่อนที่จะมีการให้สัตยาบันของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (Framework Convention on Tobacco Control; FCTC) แต่การลดลงของการบริโภคยาสูบมีการชะลอตัวในปีที่ผ่านมา การเพิ่มขึ้นของราคาขายปลีกควรเพิ่มขึ้นในทิศทางเดียวกับการเพิ่มขึ้นของรายได้สุทธิ (การเพิ่มราคาบุหรี่เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพมากในการควบคุมการสูบบุหรี่) กลยุทธ์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพอีกประการ คือ รัฐบาลควรกำหนดภาษีเพิ่มขึ้นหรือห้ามการโฆษณาและการให้การสนับสนุนโดยบริษัทบุหรี่

Figure 1.4 Adult smoking prevalence by gender, 1991–2013



Source: TRC (2015).

1.4.2. สุขภาพของแม่ เด็ก และวัยรุ่น

ในขณะที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการอัตราเจริญพันธุ์ของประชากร รวมทั้งสามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงยาคุมกำเนิดในระดับสูงและมีความเสมอภาค ในการเข้าถึงและใช้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ (Kongsri et al., 2011)

อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความท้าทายใหม่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็น ภาวะมีบุตรยากเพิ่มขึ้น เนื่องจากการแต่งงานล่าช้า อัตราการเจริญพันธุ์ทดแทนต่ำ การเพิ่มขึ้นของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น และผู้ใหญ่ที่ไม่ได้สมรส (UNFPA Thailand, 2011) (ตารางที่ 1.6) แสดงตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์ ระหว่าง พ.ศ. 2523–2553 ในประเทศไทย

Table 1.6 Maternal, child and adolescent health indicators, selected years

Indicator	1980	1990	1995	2000	2005	2010
Adolescent birth rate (per 1000 women aged 15–19 years)	ND	ND	ND	44.5	43.4	39.5
Infant mortality rate (per 1000 live births)	46.3	26.4	18.0	15.2	13.0	11.2
Under-five mortality rate (per 1000 live births)	60.0	31.8	21.1	17.7	15.1	13.0
Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	ND	42	37	40	34	26*

ND: not determined.

Note: *data for 2013

Source: WHO (2014).

จากฐานข้อมูลการตายขององค์การอนามัยโลก พบว่าสถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ มีทิศทางที่ดีขึ้น ผ่านการพิจารณาตัวชี้วัด 3 ตัว ได้แก่ อัตราการตายของทารก อัตราตายของเด็กต่ำกว่าห้าปี และอัตราตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ ใน พ.ศ. 2523 อัตราตายทารกประมาณ 50 ราย จากนั้นลดลงเหลือ 11 รายต่อการเกิดมีชีพ 1000 ราย อัตราตายของเด็กต่ำกว่าห้าปีเท่ากับ 13 รายต่อการเกิดมีชีพ 1000 คนใน พ.ศ. 2553 มีการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กระหว่างช่วงเวลานี้ รวมทั้งมีการเพิ่มของการได้รับวัคซีน ประเทศไทย เข้าสู่สุขภาพดีโดยไม่ต้องจ่ายแพง (good health at a relative low cost) เนื่องจากการครอบคลุมของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีการป้องกันความเสี่ยงทางกา ร เ จี น โ ต ย บ ร ร ลู่ ห ลั ก ป ระ กั น สุ ข ภ า พ ถั ว น ห น้ า พ . ศ . 2545 (Patcharanarumol et al., 2011; Rohde et al., 2008) ในช่วงเวลาเดียวกัน อัตราตายมารดาลดลงจาก 42 ราย ใน พ.ศ. 2533 เป็น 26 รายต่อการเกิดมีชีพ 100 000 ราย ใน พ.ศ. 2556 เมื่อมองย้อนกลับไปในช่วง พ.ศ. 2503 ในรายงานในสาธารณสุขสถิติพบว่าอัตราตายมารดาสูงมากถึง 400 รายต่อการเกิดมีชีพ 100 000 ราย แสดงเห็นถึงการให้ความสำคัญของพัฒนาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทยในช่วงครึ่งทศวรรษที่ผ่านมา

ในส่วนของสุขภาพวัยรุ่น อัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นค่อยๆ ลดลงระหว่าง พ.ศ. 2543–2553 (ตารางที่ 1.6) อย่างไรก็ตามอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นตอนต้น

(อายุน้อยกว่า 15 ปี) สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากที่มีการคลอด 250 ต่อเด็กผู้หญิง 1000 คน ใน พ.ศ. 2503 เป็น 409, 1478 และ 2938 ใน พ.ศ. 2523, 2543 และ 2552 ตามลำดับ (UNFPA Thailand, 2011) ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของแม่และทารกตลอดช่วงชีวิต นโยบายสุขภาพควรให้ความสำคัญกับปัญหาที่ท้าทาย เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การให้บริการวางแผนครอบครัวในกลุ่มที่ต้องการแต่เข้าไม่ถึงบริการ (โดยเฉพาะคู่ที่ไม่ได้แต่งงาน) รวมทั้งปัญหาการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

2. การบริหารจัดการและอภิบาลระบบบริการ สาธารณสุข

บทสรุป

กระทรวงสาธารณสุขไทยเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบและกำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศ ทว่า กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับลดบทบาทลง เมื่อมีองค์กรด้านสุขภาพใหม่ๆ เกิดขึ้นมา ที่สำคัญได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) (พ.ศ. 2535) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (พ.ศ. 2544) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (พ.ศ. 2545) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) (พ.ศ. 2550) กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรสุขภาพเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการอภิบาลระบบสุขภาพแบบอิสระและซับซ้อน ซึ่งรวมไปถึงบทบาทที่เพิ่มมากขึ้น ของภาคประชาสังคมและภาคส่วนอื่นๆ ที่ไม่ใช่ภาครัฐ โดยที่ สช. มีหน้าที่จัดเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสร้างพื้นที่การมีส่วนร่วมของภาครัฐและภาคส่วนต่างๆ ในการร่วมกันกำหนดนโยบายสุขภาพ เกิดเป็นมติสมัชชาสุขภาพ และ สปสช. ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญต่อโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ ที่เดิมที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นทั้งผู้ซื้อและให้บริการในองค์กรเดียว เปลี่ยนเป็น สปสช. เป็นผู้ซื้อและกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ

ประเทศไทยมีความพยายามกระจายการบริหารจัดการระบบสุขภาพไปสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Provincial Health Office: PHO) และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง โดยเฉพาะการบริหารงบประมาณเพื่อให้สามารถจัดสรรงบประมาณได้อย่างถูกต้องและเป็นไปตามกฎระเบียบว่าด้วยเรื่องการตรวจเงินแผ่นดิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังมีหน้าที่ตามกฎหมาย เช่น การออกใบอนุญาต การต่อใบอนุญาตให้กับร้านขายยา

และคลินิกเอกชน และการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้วยเรื่องอาหาร ยาและเวช
สำอางในจังหวัดนั้นๆ เป็นต้น พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระจายอำนาจไปยัง
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการ
ถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ของสถานพยาบาลสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น (อปท.) โดยให้ถ่ายโอนสถานีนอนามัยไปยังองค์การบริหารส่วนตำบล
(อบต.) โรงพยาบาลอำเภอไปสู่อำเภอ และโรงพยาบาลจังหวัดไปสู่องค์การ
บริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ว่า แผนปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว
เป็นไปอย่างล่าช้า ทั้งเรื่องการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่และงบประมาณจากส่วนกลาง
ไปยัง อปท. ทั้งนี้ เมื่อเวลาผ่านไปกว่าทศวรรษ มีสถานีนอนามัยเพียง 43 แห่ง จาก
จำนวนทั้งสิ้น 9768 แห่ง (ร้อยละ 0.4) ที่สามารถถ่ายโอนไปได้จริง เนื่องจาก
อบต. ยังขาดความพร้อมทั้งศักยภาพ และงบประมาณ ไม่สามารถปฏิบัติตาม
หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเพื่อทำหน้าที่เอกชนสถานีนอนามัยได้ ยังมีปัจจัยอีกหลาย
ประการที่ทำให้การถ่ายโอนอำนาจจากสถานีนอนามัยไปสู่ อบต. ไม่ประสบ
ความสำเร็จเท่าที่ควร อาทิ การย้ายโอนอำนาจจากส่วนกลาง ความขัดข้องของ
กลุ่มผู้นำในกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่ต้องการถ่ายโอนอำนาจไปสู่ อบต. แต่ที่
สำคัญไปกว่านั้นคือ อบต. เองยังไม่มีความพร้อมและพร้อมที่จะรับความ
รับผิดชอบนี้

อีกหนึ่งความท้าทายที่สำคัญคือการจัดการสำรวจครัวเรือนโดยสำนักงานสถิติ
แห่งชาติ เพื่อติดตามประเมินผลกระทบจากนโยบายสุขภาพที่มีต่อประชาชนและ
ช่วยประมาณการค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ นอกจากนี้ การใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group:
DRGs) เป็นเกณฑ์ในการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลสำหรับระบบประกันสุขภาพ
ภาครัฐทั้ง 3 ระบบ ทำให้มีการปรับปรุงข้อมูลการรักษาผู้ป่วยใน และพัฒนาเป็น
ระบบข้อมูลผู้ป่วยในแห่งชาติเพื่อติดตามผลการรักษา สำหรับการประเมิน
เทคโนโลยีด้านสุขภาพได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาเป็นลำดับตั้งแต่ พ.ศ. 2550
มีการเพิ่มยาใหม่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและชุดสิทธิประโยชน์ของระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ยา อยู่ภายใต้การควบคุมของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมและกำกับตลาด อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อยกเว้นของยาจำเป็นบางตัวที่ต้องขายให้กับหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น ทำให้ราคาจะถูกควบคุมโดยกลไกทางการตลาดโดยตรง เช่นเดียวกับ เครื่องมือทางการแพทย์ที่ต้องมีการควบคุม การประเมินผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจและจริยธรรมจะกระทำก็ต่อเมื่อเป็นเครื่องมือที่มีมูลค่าเกิน 100 ล้านบาท (3.3 ล้านเหรียญสหรัฐ) เท่านั้น

ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลที่ต้องการจากรายชื่อสถานพยาบาลในระบบประกันสุขภาพที่ตนเป็นสมาชิก และสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนหากไม่พอใจได้ และที่สำคัญทุกคนสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย

2.1. ภาพรวมระบบสุขภาพ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2550 ระบุว่าประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการ 1) ได้รับการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน 2) ได้รับการพัฒนาทางกาย ใจ และปัญญา โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชน 3) เข้าถึงและได้รับสวัสดิการ สาธารณูปโภค-อุปโภค และการสนับสนุนต่างๆ จากภาครัฐอย่างเท่าเทียมกัน 4) ได้รับข้อมูลข่าวสารและสามารถแสดงความคิดเห็นต่อแผนงานหรือกิจกรรมที่ภาครัฐกำหนดขึ้นที่อาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สุขภาพ หรือสุขภาพโดยรวม และ 5) ร่วมเป็นส่วนหนึ่งกับภาครัฐและชุมชนในการรักษาทรัพยากรธรรมชาติและความหลากหลายทางชีวภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมที่ไม่บั่นทอนสุขภาพของประชาชน

ตลอดระยะเวลา 27 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2518 มีความพยายามปกป้องประชาชนทุกคนจากความเสี่ยงทางการเงินที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพ (Tangcharoensathien et al., 2009) แต่ พ.ศ. 2544 ยังมีประชากร ร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ที่ยังคงไม่มีประกันสุขภาพ และใน พ.ศ. 2545 รัฐสภามีมติผ่านร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดระบบสุขภาพที่สามารถให้บริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นกับประชาชนผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และด้วยพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ทำให้มีการจัดตั้ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้น เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนหลักประกัน

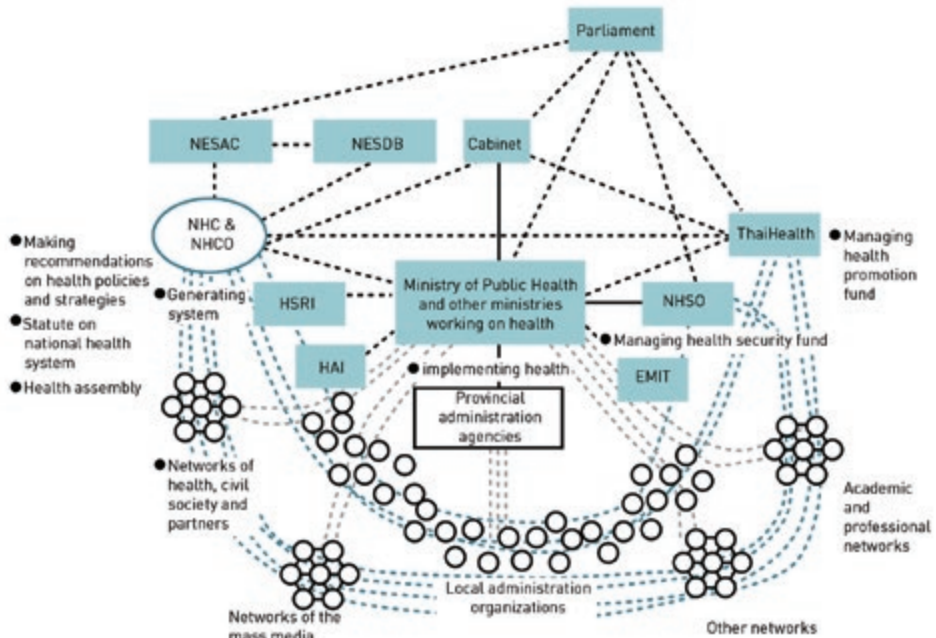
สุขภาพแห่งชาติให้กับประชาชนที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากระบบสวัสดิการ
รักษาพยาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคม

ใน พ.ศ. 2550 นับว่าเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของระบบสุขภาพไทยอีกครั้ง
เมื่อรัฐสภาผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยระบุว่า สุขภาพ
หมายถึง ภาวะความเป็นอยู่ที่ดีในหลากหลายมิติ ทั้งทางกาย ใจ ปัญญา และ
สังคม ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องเชื่อมโยงกันแบบองค์รวม และด้วย พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
ฉบับนี้ ทำให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เพื่อทำหน้าที่
ปฏิบัติงานตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. และจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ
แห่งชาติ (สช.) เพื่อเป็นองค์กรเลขานุการให้กับ คสช. โดย คสช. มีหน้าที่จัดทำ
ข้อเสนอแนะแก่รัฐบาล นำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อให้
ความเห็นชอบเพื่อกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ
(Rasanathan et al., 2012) ที่ผ่านมา มติสมัชชาสุขภาพบางเรื่องผ่านความ
เห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และมีผลบังคับใช้ตามกฎหมาย โดยหน่วยงานของรัฐ
และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการและรายงานผลต่อสมัชชาต่อไป

กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติแสดงในรูปที่ 2.1 เห็นได้ว่า มีการเกิดขึ้น
ขององค์กรและหน่วยงานภาครัฐ รวมไปถึงภาคประชาสังคมและภาคเอกชนที่เข้า
มามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวาระสุขภาพของประเทศ อย่างไรก็ตาม
กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะที่เป็นองค์กรภาครัฐด้านสุขภาพ เป็นหน่วยงานหลัก
ที่ดูแลรับผิดชอบเรื่องนี้ โดยเน้นที่ระบบบริการด้านสุขภาพเป็นหลัก ขณะเดียวกัน
กระทรวงอื่นก็มีบทบาทด้านสุขภาพในมิติต่างๆ ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
(อปท.) มีบทบาทค่อนข้างจำกัด

เรื่องงบประมาณและการบริการสุขภาพผ่านระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบ
หลัก โดยมี 3 หน่วยงานที่ดูแลประชากรทั้งหมด คือ 1) สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) บริหารจัดการกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2) กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ดูแลระบบสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการ และ 3) สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ดูแลระบบ
ประกันสังคม

Figure 2.1 Linkages of governance mechanisms in the national health system



NESAC: National Economic and Social Advisory Council; NESDB: National Economic and Social Development Board; NHSO: National Health Security Office; NHC: National Health Commission; NHCO: National Health Commission Office; ThaiHealth: Thai Health Promotion Foundation; HAI: Healthcare Accreditation Institute; HSRI: Health System Research Institute; EMIT: Emergency Medical Institute of Thailand.

Note: solid lines refer to line of command, reporting and direct accountability, while dotted lines depict intersectoral coordination.

Source: Wibulpolprasert et al. (2011b).

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) บริหารกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งมาจากภาษีสุราและยาสูบ ในอัตราร้อยละ 2 โดย สสส. มีหน้าที่สนับสนุนองค์กรและหน่วยงานจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ก่อตั้งขึ้นตามพระราชกฤษฎีกา พ.ศ. 2552 ที่ระบุในพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 เพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลทั้งของภาครัฐและเอกชน รวมไปถึงสถานพยาบาลสาธารณสุขต่างๆ เช่น สถานีอนามัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ก่อตั้ง

ขึ้นตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เพื่อบริหารจัดการและสนับสนุนการพัฒนาและวิจัยระบบสุขภาพ การเกิดขึ้นของหน่วยงานต่างๆ เหล่านี้ ส่วนใหญ่ก่อตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับแนวทางการทำงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือกับทุกหน่วยงานและทุกภาคส่วนเป็นอย่างดี และบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพของประเทศ

2.2. ความเป็นมา

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานสำคัญในระบบสาธารณสุขไทย กระทรวงสาธารณสุขเริ่มต้นจากการเป็นกรมการพยาบาล อยู่ภายใต้กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2431 จากนั้นใน พ.ศ. 2461 ได้เปลี่ยนเป็นกรมสาธารณสุขภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงมหาดไทย จนกระทั่ง พ.ศ. 2485 จึงได้มีการสถาปนากรมสาธารณสุขเป็นกระทรวงสาธารณสุขขึ้น ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวงทบวง กรม พ.ศ. 2485 ตั้งแต่นั้นมา ก็มีการปรับปรุงส่วนราชการอีกหลายครั้ง เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2515, 2517, 2535, 2545 และ 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำข้อเสนอพันธกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข และออกกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ทำให้มีกรมใหม่ๆ เกิดขึ้น รัฐบาลมีนโยบายจำกัดขนาดให้เล็กลง รวมถึงหน่วยงานด้านสุขภาพ ที่ตำแหน่งงานเจ้าหน้าที่ที่เกษียณอายุได้ถูกตัดออกไป (ดูรูปที่ 2.2)

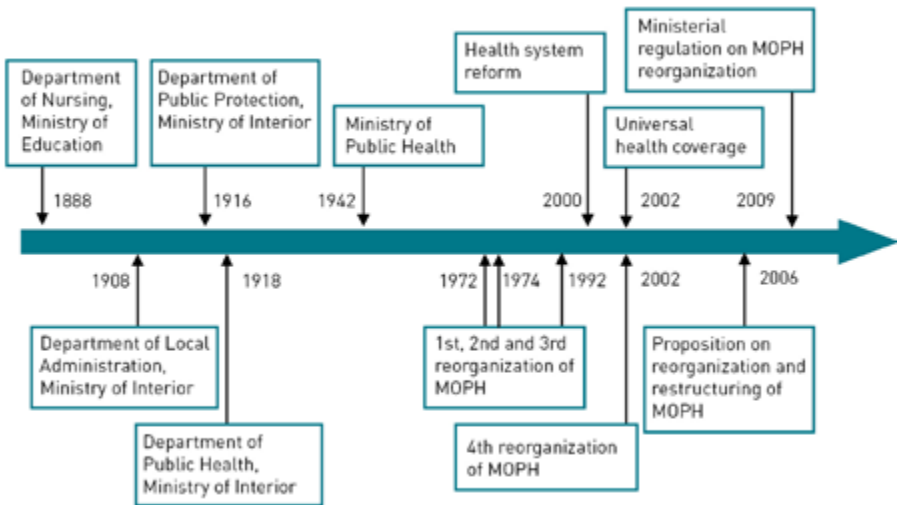
รัฐสภาเห็นชอบพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2535 เพื่อให้มีการถ่ายโอนพันธกิจจากส่วนกลางไปสู่ อบต. ทั้งเรื่องการศึกษาและบริการสาธารณสุข ทว่า ปลายปี พ.ศ. 2545 การผลักดันให้เกิดการกระจายอำนาจดังกล่าวต้องหยุดชะงัก เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายของรัฐบาล การเกิดขึ้นของ สปสช.

ใน พ.ศ. 2545 เพื่อดูแลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอำนาจทางการเงินครั้งใหญ่ จากเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่จัดสรรงบประมาณไปยังสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เปลี่ยนเป็น สปสช. ทำหน้าที่บริหารงบประมาณด้านการบริการสาธารณสุข และจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรที่ครอบคลุมในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งรวมถึงการบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและบริการอื่นๆ ด้วย โดยกระทรวงสาธารณสุข

ยังคงมีพันธกิจหลักในการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค กำหนดและจัดบริการด้านสุขภาพ

การแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อ (สปสช.) และผู้ให้บริการ (กระทรวงสาธารณสุข) ส่งผลต่อหน่วยงานต่างๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข และความสัมพันธ์ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ใน พ.ศ. 2552 มีการปฏิรูประบบราชการครั้งสำคัญเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานภาครัฐ มีการถ่ายโอนภารกิจและงบประมาณไปยัง อปท. ลดขนาดและปรับโครงสร้างหน่วยงานภาครัฐ โดยมีหลายตำแหน่งที่ถูกยุบหลังจากการเกษียณของเจ้าหน้าที่ ผลที่ตามมาคือ กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับบริหารส่วนกลาง มีขนาดเล็กลง และต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และมาตรการต่างๆ มีการติดตามประเมินผล และสร้างความร่วมมือกับทุกภาคส่วนทั้งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อม เพื่อสุขภาวะที่ดีของประชาชนทั้งประเทศ ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพและทักษะต่างๆ ในองค์กรบริหารส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ

Figure 2.2 Evolution of the Ministry of Public Health



Source: Wibulpolprasert et al. (2011b).

2.3. การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การควบคุมและรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น กระทรวงอื่นอาจมีบทบาทด้านสุขภาพเช่นกัน ทว่าขอบเขตจำกัด อาทิ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ดูแลรับผิดชอบระบบบริการสังคมสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ กระทรวงยุติธรรมดูแลกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น ผู้ต้องขัง นอกจากนี้ ยังมี อปท. เช่น เทศบาล และ อบต. เป็นต้น โครงสร้างบริหารของ กระทรวงสาธารณสุขแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การบริหารราชการส่วนกลาง และการบริหารราชการส่วนภูมิภาค การบริหารส่วนกลางประกอบด้วย สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ 3 กลุ่มภารกิจ ได้แก่ กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนา การแพทย์ กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาสาธารณสุข และกลุ่มภารกิจด้านการ สนับสนุนงานบริการสุขภาพ

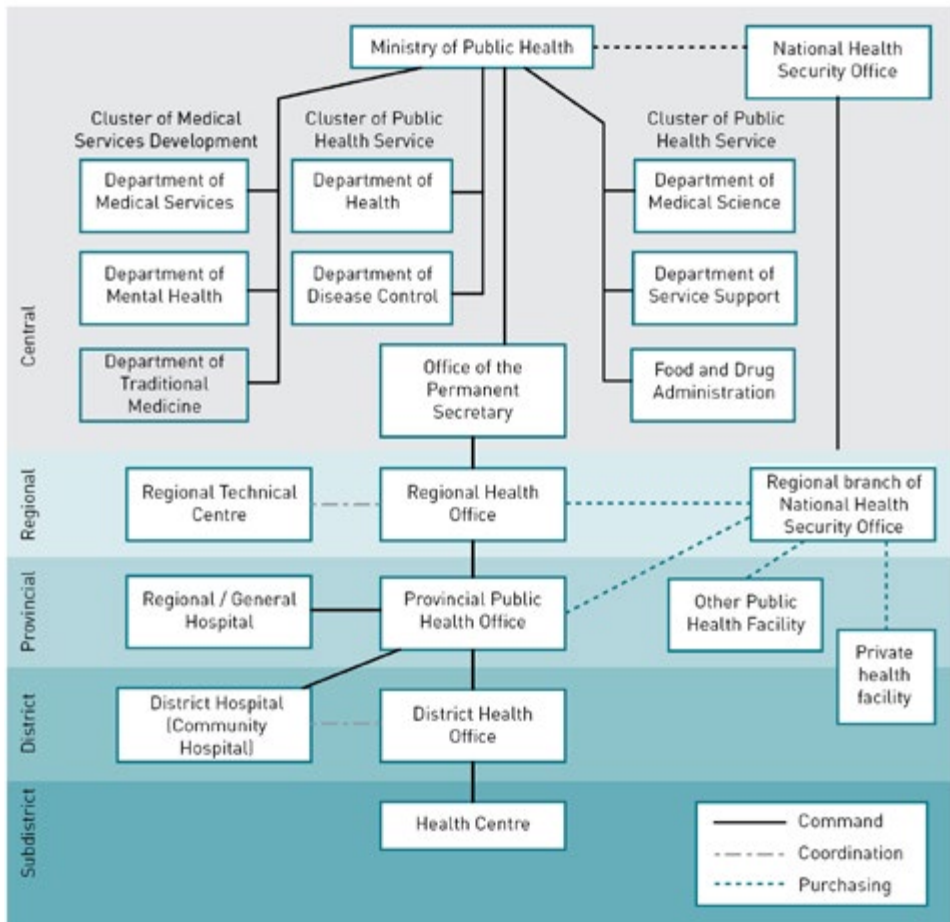
ทั้งนี้ ยังมีการกระจายอำนาจหน้าที่จากส่วนกลางไปยังสำนักงานสาธารณสุขส่วน ภูมิภาคและศูนย์ต่างๆ ในภูมิภาคซึ่งจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกลุ่มภารกิจ เพื่อให้สามารถตรวจสอบและสนับสนุนการทำงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ โดยสำนักงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาคจะเป็นหน่วยงานประสานระหว่างจังหวัด ต่างๆ ทำหน้าที่วางแผนการดำเนินงานและบริหารการใช้ทรัพยากรในระบบ สุขภาพภายในภูมิกษณนั้นๆ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับผิดชอบงานบริหารระดับจังหวัด โดยกำกับดูแล และสนับสนุนโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน (หรือ โรงพยาบาลอำเภอ) และสำนักงานสาธารณสุขประจำอำเภอในแต่ละจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขประจำอำเภอควบคุมดูแลสถานอนามัยทุกแห่งในอำเภอ

นั้นๆ และประสานงานกับโรงพยาบาลอำเภอเพื่อบริหารจัดการระบบสุขภาพ ประจำอำเภอ ในการรักษาพยาบาล สถานอนามัยสามารถให้บริการปฐมภูมิ ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถให้บริการปฐมภูมิและทุติยภูมิได้ (โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งสามารถให้บริการทางคลินิก ผู้ป่วยสามารถเข้าพักรับ

การรักษาที่โรงพยาบาล โดยจำนวนเตียงมีประมาณ 10 ถึง 120 เตียง) ส่วนโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปจะสามารถให้บริการตติยภูมิและการรักษาเฉพาะทางได้ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับขนาดและศักยภาพของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีสถานพยาบาลสาธารณสุขอื่นๆ ภายใต้สังกัดกระทรวงอื่นหรือภายใต้ อปท. แต่สถานพยาบาลเหล่านี้มีเป็นส่วนน้อย ส่วนคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนก็มีบทบาทในการให้บริการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่สามารถจ่ายได้ แม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะมีประกันสุขภาพแบบใดแบบหนึ่งอยู่แล้ว เป็นที่น่าสังเกตว่าโรงพยาบาลเอกชนที่มีเตียงผู้ป่วยมากกว่า 100 เตียง จะเป็นคู่สัญญาหลักใน

Figure 2.3 Organizational structure and interlinkages between MOPH and NHSO



Source: Synthesis by the Author

ระบบประกันสังคม ที่ผู้ประกันตนลงทะเบียนรับบริการและได้รับการจ่ายแบบ
เหมาจ่ายรายหัว นอกจากนี้ ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมมากกว่าร้อยละ 60
ในจำนวนทั้งสิ้น 10 ล้านคน ลงทะเบียนรับบริการในสถานพยาบาลเอกชน
(ดูรายละเอียดในบทที่ 3)

เพื่อจัดซื้อบริการในระดับภูมิภาค สปสช. ได้จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติสาขาระดับพื้นที่ เพื่อให้สามารถครอบคลุมผู้ให้บริการภายใต้สังกัด
กระทรวงสาธารณสุข องค์กรมหาชนและภาคเอกชนอื่นๆ (รูปที่ 2.3 แสดง
โครงสร้างบริหารและความสัมพันธ์ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.)

2.4. การกระจายและรวมศูนย์

กระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามที่จะกระจายอำนาจบริหารจัดการระบบ
สาธารณสุขมาอย่างยาวนาน โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2518 กระทรวงสาธารณสุขได้
พยายามที่จะถ่ายโอนหน้าที่บริหารผลประกอบการให้กับสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดและโรงพยาบาลทุกแห่ง พร้อมทั้งอำนาจในการตัดสินใจและจัดสรร
งบประมาณต่างๆ

นอกจากนี้ ได้มีการประกาศพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ให้มีผลบังคับใช้ตามมาตราที่ 284 ของรัฐธรรมนูญแห่ง
ราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 โดยกำหนดว่าระบบบริการสาธารณะทั้งหมดที่จัด
ขึ้นโดยกระทรวงต่างๆ ซึ่งรวมไปถึงเรื่องสุขภาพและการศึกษา และงบประมาณที่
เกี่ยวข้อง จะต้องค่อยๆ ถ่ายโอนจากส่วนกลางไปยัง อบท. ซึ่งหมายรวมถึง
องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล
(อบต.) และคณะกรรมการที่ดูแล อบต. ต้องเป็นสมาชิกที่ได้รับการแต่งตั้ง โดยที่
แผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ (ฉบับที่ 1) มุ่งเน้นการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพ
ระดับพื้นที่ (กสพ.) ในระดับจังหวัดเพื่อถ่ายโอนสถานพยาบาลสาธารณสุขทั้งหมด
ให้ไปอยู่ที่ กสพ. โดยเป็นความตั้งใจที่จะทำให้เกิดการรวมศูนย์ของระบบสุขภาพ
แทนการทำงานแบบแบ่งแยกเป็น อบจ. เทศบาล และ อบต. ซึ่งกระทรวง
สาธารณสุขประสบความสำเร็จสามารถดำเนินการจัดตั้ง กสพ. ได้ใน 10 จังหวัด
นำร่องใน พ.ศ. 2545 (Leerapan and Aathasit, 2005) และกระทรวง

สาธารณสุขได้วางแผนที่จะทำให้ กสพ. เป็นสถาบันตามกฎหมายภายในปี พ.ศ. 2548

แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายของรัฐบาลและกลุ่มผู้นำภายในกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การถ่ายโอนต้องหยุดชะงักในปลาย พ.ศ. 2545 (Taarak et al., 2008) ระหว่าง พ.ศ. 2544–2549 ภายใต้การบริหารของนายกรัฐมนตรีทักษิณ ชินวัตร มีการออกนโยบายหลายนโยบายที่กระทบการกระจายอำนาจ เช่น กองทุนหมู่บ้านและกองทุนชุมชนเมือง โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายการบริหารแบบรวมในระดับจังหวัด โดยให้มีประธานเจ้าหน้าที่บริหารระดับจังหวัด ด้วยเหตุนี้ การกระจายอำนาจจึงดำเนินไปอย่างล่าช้า ไม่เพียงแต่ภารกิจด้านสาธารณสุข แต่ด้านการศึกษาด้วย เจ้าหน้าที่กว่า 500 000 คน ที่รอการย้ายโอนไปยัง อบต. จึงเป็นผลให้เป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนรายได้ของ อบต. ทำได้เพียงร้อยละ 24.1 ใน พ.ศ. 2549 จากเดิมตั้งไว้ที่ร้อยละ 35 (รูปที่ 2.4)

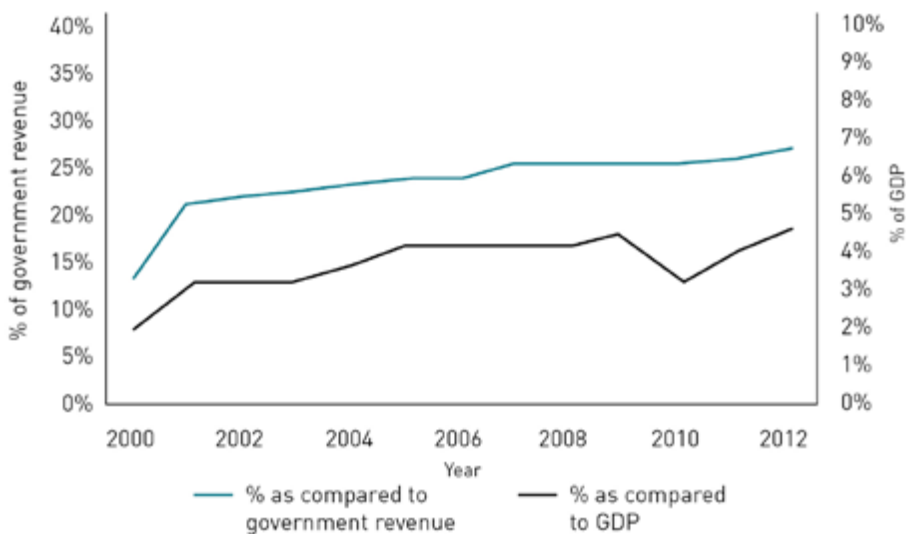
จากปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติการถ่ายโอนอำนาจ ใน พ.ศ. 2549 โดยกำหนดเป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนรายได้ของ อบต. จากงบประมาณที่รัฐบาลต้องจัดสรรให้ได้น้อยที่สุดร้อยละ 25 โดยมีเป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 35 ไม่เพียงแต่การปรับสัดส่วนรายได้ แต่รูปแบบในการกระจายอำนาจก็ถูกแก้ไขและเสนอไว้ในแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ ฉบับที่ 2 (ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 เป็นต้นไป) โดยในแผนฯ ฉบับนี้ ไม่มุ่งเน้นการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพในลักษณะเครือข่าย หากต้องการให้มีการถ่ายโอนสถานอนามัยไปยัง อบต. ในขณะที่โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนสามารถเลือกได้ (ก่อนหน้านี้โรงพยาบาลเหล่านี้ต้องถ่ายโอนไปที่เทศบาล และอบจ.) ส่วนรูปแบบการจัดตั้ง กสพ. แบบบูรณาการไม่ได้ถูกกล่าวถึงในแผนฯ ฉบับนี้ (Office of Prime Minister, 2008) และโครงการนำร่อง กสพ. ได้ถูกยกเลิกไป

แผนปฏิบัติการกระจายอำนาจฉบับที่ 2 ยังคงดำเนินไปอย่างล่าช้า ดังจะเห็นได้ว่าใน พ.ศ. 2558 มีสถานอนามัยประจำตำบลเพียง 43 แห่งจาก 9268 แห่งเท่านั้นที่ได้มีการถ่ายโอนไปที่ อบต. ทั้งนี้ เนื่องจากหลักเกณฑ์ที่เข้มงวด และปัญหาความพร้อมของ อบต. ที่จะรับถ่ายโอน อย่างไรก็ตาม จากรายงานผลการ

ปฏิบัติการของแผนดังกล่าว มีผลในแง่บวก เช่น การบริหารจัดการมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ระบบตอบสนองต่อชุมชนและผู้รับบริการมากขึ้น และการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้น (Hawkins, Srisasalux & Osornprasop, 2009) ใน พ.ศ. 2552 สมาพันธ์องค์กรบริหารส่วนจังหวัดพยายามที่จะถ่ายโอนสถานีนอมนายที่เหลืออยู่ไปยัง อบจ. ตามที่ระบุในแผนปฏิบัติการฯ และคณะกรรมการระดับจังหวัดใน 27 จังหวัดนำร่องได้รับการแต่งตั้งจากสำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อหาแบบแผนที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละจังหวัด ทว่า ยังไม่มีความคืบหน้าในเรื่องนี้

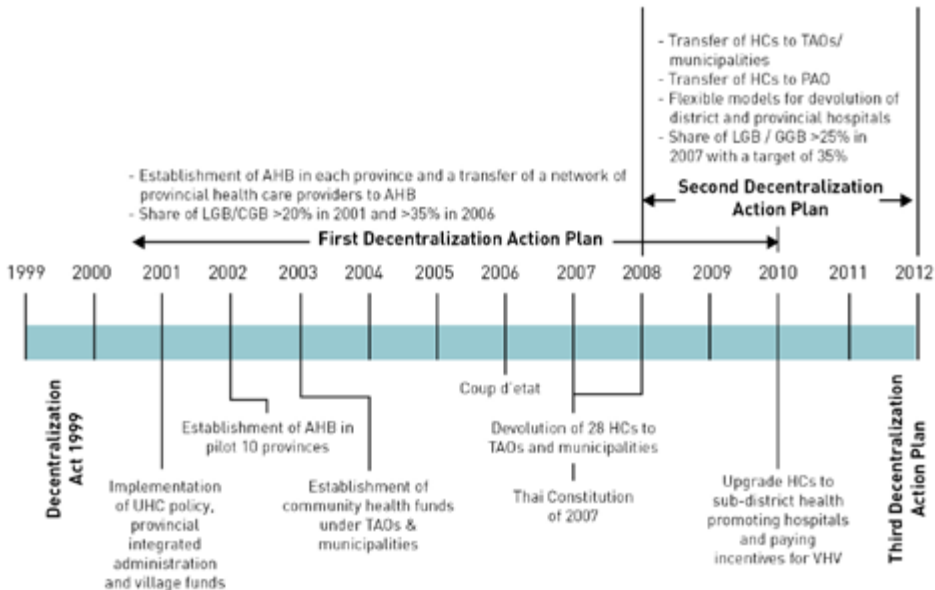
แผนปฏิบัติการกระจายอำนาจฉบับที่ 3 ได้รับการอนุมัติใน พ.ศ. 2555 หากแต่ไม่มีการปรับเปลี่ยนในสาระสำคัญแตกต่างไปจากฉบับที่ 2 ยกเว้นแต่มีการเสนอรูปแบบการถ่ายโอนในลักษณะเครือข่ายของผู้ให้บริการในระดับจังหวัดไปที่ อบจ. ในจังหวัดที่มีจำนวนประชากรมากกว่า เพื่อให้เป็นอีกหนึ่งทางเลือก พัฒนาการในการกระจายอำนาจการบริการสาธารณสุขและนโยบายที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ พ.ศ. 2542 สรุปในรูปที่ 2.5 ทั้งนี้ มีการวิพากษ์ระบบสุขภาพของไทยที่มีการแบ่งการบริหารในระดับจังหวัด-อำเภอ-ตำบล อาจมีความเสี่ยงต่อการบริหารแบบแยกส่วนของระบบ อบจ.-เทศบาล-อบต.

Figure 2.4 Local government budget: fiscal year 2000–2012



Source: Office of Decentralization to Local Government Organization Committee.

Figure 2.5 Progress of health-care decentralization and related policy interventions



AHB: Area Health Board; CGB: central government budget; GGB: general government budget; HC: health centre; LGB: local government budget; PAO: Provincial Administration Organization; TAO: Tambon Administration Organization; UHC: universal health coverage; VHV: village health volunteer(s).

Source: Synthesis by the Author

แผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ ยังระบุด้วยว่าต้องมีการถ่ายโอนภารกิจ สาธารณสุขทั้ง 34 ภารกิจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งภารกิจเหล่านี้ ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกรมอนามัย กรมควบคุมโรค และ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และใน พ.ศ. 2553 สามารถ ดำเนินการถ่ายโอนได้เพียง 7 ภารกิจจากกรมอนามัยไปยัง อปท.

(Wibulprolprasert et al., 2011b)

2.5. การวางแผน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติกรอบแนวทางหลักในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้นำกรอบแนวทางตามรัฐธรรมนูญดังกล่าวมาจัดทำเป็นแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 เพื่อเป็นแผนยุทธศาสตร์ในการ

สร้างแนวคิดและวิธีการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพแบบองค์รวม โดยได้น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นฐานคิด เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิตและพัฒนาด้านสุขภาพที่มีการเชื่อมโยงในทุกมิติ จากทุกภาคส่วนและทุกระดับ สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 สร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมร่มเย็นและมีวัฒนธรรมสุขภาพสร้างสุข มีระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข มีระบบสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามทางสุขภาพ (Wibulprolprasert et al., 2011b)

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทยในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 แสดงดังรูปที่ 2.6

Figure 2.6 Relationship of concept, vision and strategies for health and national development



Source: Wibulprolprasert et al. (2011b).

แผนพัฒนาสุขภาพที่สำคัญอีกแผนหนึ่ง คือ แผนการดำเนินการด้านสาธารณสุข ตามแผนการบริหารราชการแผ่นดิน แผนปฏิบัตินิติราชการ 4 ปี (พ.ศ. 2552–2555) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ดำเนินการเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ตามบัญญัติของพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 โดยระบุหน่วยงานที่รับผิดชอบและงบประมาณ เพื่อจัดทำแผนปฏิบัตินิติราชการประจำปีและคำรับรองการปฏิบัตินิติราชการประจำปี

แผนปฏิบัตินิติราชการของกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการถ่ายทอดประเด็นนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด กลยุทธ์และวิธีดำเนินงานของแผนบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2552–2555 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข ไว้ในแผนปฏิบัตินิติราชการของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552–2555 ซึ่งเป็นแผนงบประมาณในลักษณะ rolling plan ที่ต้องมีการปรับแผนงบประมาณปีปัจจุบันให้เท่ากับงบประมาณจริงที่จัดสรรให้กับหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และประมาณการล่วงหน้าไปอีก 3 ปี โดยในแผนปฏิบัตินิติราชการ 4 ปี (พ.ศ. 2552–2555) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ 5 เป้าหมาย ในการให้บริการของกระทรวง พร้อมตัวชี้วัดและยุทธศาสตร์ โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 58 ผลผลิต/โครงการ รวมเป็นงบประมาณทั้งสิ้น 1014 ล้านบาท (32.7 พันล้านบาทหรือร้อยละ 10.3 ของงบประมาณแผ่นดิน พ.ศ. 2555) โดยเป็นงบประมาณโครงการลงทุนด้านสุขภาพ จำนวน 81.9 พันล้านบาท (2.64 พันล้านบาทหรือร้อยละ 0.8 ของงบประมาณแผ่นดิน พ.ศ. 2555) (Wibulprolprasert et al., 2011b)

2.6. การประสานเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วนต่างๆ

ความสามารถในการเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในระบบสุขภาพเป็นการสร้างความมีส่วนร่วมของสาธารณะในการกำหนดนโยบาย ตัวอย่างเช่น การเคลื่อนไหวในการควบคุมยาสูบ มีพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 นอกจากนี้ยังมีการรณรงค์เมืองสุขภาวะ โรงเรียนสุขภาพดี และที่ทำงานมีสุข รวมไปถึงการปฏิรูประบบสุขภาพระหว่าง พ.ศ. 2521–2539 ที่ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ เป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ นโยบายสาธารณะหลายนโยบายเมื่อนำไปปฏิบัติ

แล้ว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสุขภาวะของประชาชน ตัวอย่างเช่น นโยบายทางการแพทย์และ ปศุสัตว์ที่สนับสนุนการใช้ฮอร์โมนเร่งโตและยาฆ่าแมลง ในขณะเดียวกัน นโยบายสาธารณะบางนโยบายที่เมื่อมีการผลักดันไปสู่การปฏิบัติสามารถสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาวะหรือที่เรียกว่า “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” หรือ “Healthy Public Policy” ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ อาทิ นโยบายสาธารณะเรื่องความปลอดภัยบนท้องถนน เกษตรกรรมปลอดภัยฆ่าแมลง และการรณรงค์รักษโลก ซึ่งล้วนแล้วแต่เอื้อต่อสุขภาวะที่ดีของประชาชน

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ อาทิ ภาควิชาการ สังคม การเมือง และหน่วยงานภาครัฐ เกิดเป็นกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่แต่ละภาคส่วนสามารถขับเคลื่อนเจตนารมณ์ร่วมกัน (Rasanathan et al., 2012)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นับเป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทยที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของสาธารณะในการกำหนดนโยบาย โดยสร้าง “พื้นที่” ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วนได้มาร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน เช่น การออกธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประจำปี การจัดสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ และการบังคับให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของโครงการขนาดใหญ่ทั้งภาครัฐและเอกชน (Wibulprolprasert et al., 2011b) จากรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินการสมัชชาที่ผ่านมา มีทั้งมิติที่ได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภาและมีผลบังคับใช้ตามกฎหมาย เช่น การห้ามใช้แร่ใยหิน เป็นต้น และบางมิติที่ยังไม่มีความคืบหน้า

2.7. การจัดการระบบสารสนเทศทางสุขภาพ

2.7.1. ระบบสารสนเทศ

ระบบสารสนเทศทางสุขภาพ (Health Information System, HIS) แบ่งได้เป็น 2 ระบบ คือ ระบบข้อมูลจากประชาชน (population based) และ ระบบข้อมูล

จากสถานพยาบาล (facility based) ระบบข้อมูลจากประชาชน ได้แก่ การสำรวจครัวเรือนซึ่งจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และระบบทะเบียนราษฎร ส่วนระบบข้อมูลจากสถานพยาบาลเป็นระบบข้อมูลการบริการ ข้อมูลทางคลินิก และการจัดการด้านสุขภาพ

ระบบข้อมูลจากประชาชน

- **การสำมะโนประชากรและเคหะ:** จัดทำครั้งแรกใน พ.ศ. 2453 จากนั้นมีการจัดทำสำมะโนทุกๆ 10 ปี ครั้งล่าสุดจัดทำเมื่อ พ.ศ. 2553 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ครอบคลุมทั้งพลเมืองไทยและต่างชาติ โดยข้อมูลสำมะโนประชากรแสดงสัดส่วนประชากรแบ่งตามอายุ เพศ สถานที่ และอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ซึ่งสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาประเทศได้หลายด้าน รวมทั้งด้านสาธารณสุข (NSO, 2010)
- **ระบบฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร:** ประเทศไทยมีระบบทะเบียนราษฎรตั้งแต่ พ.ศ. 2452 โดยมีกองบริการทะเบียนราษฎร มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการทะเบียนอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ในแต่ละเขตเทศบาลและอำเภอมีหน่วยทะเบียนราษฎรประจำ ทำหน้าที่จดทะเบียนชีพและให้บริการด้านการทะเบียนต่างๆ ตามที่กำหนด ในทางกฎหมาย เด็กที่เกิดใหม่ต้องจดทะเบียนเกิดภายใน 15 วัน ส่วนการจดทะเบียนตาย รวมไปถึงการตายในครรภ์ ต้องดำเนินการภายใน 24 ชั่วโมง ใน พ.ศ. 2525 กระทรวงมหาดไทยได้ริเริ่มการใช้หมายเลขประจำตัวประชาชน ประกอบด้วยเลข 13 หลัก ซึ่งช่วยพัฒนาระบบทะเบียนราษฎรได้เป็นอย่างมาก การลงทะเบียนประชากรใช้ระบบคอมพิวเตอร์ มีการออกบัตรประชาชน และทะเบียนบ้าน โดยใช้หมายเลขประจำตัวประชาชน ซึ่งมีการกำหนดเลขประจำตัวประชาชนให้กับทุกคนตั้งแต่มาแจ้งเกิด ก่อนหน้านี้นักคนไทยจะทำบัตรประจำตัวประชาชนเมื่ออายุครบ 15 ปีบริบูรณ์ จากนั้นใน พ.ศ. 2554 เปลี่ยนเป็นเมื่ออายุครบ 7 ปี บัตรประจำตัวประชาชนต้องต่ออายุทุก 6 ปี แม้ว่าการจดทะเบียนเกิดและการตายจะได้รับการบันทึกอย่างถูกต้อง แต่คุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายยังคงเป็นปัญหา เนื่องจากร้อยละ 60 ถึง 70 ของการตายทั้งหมดเกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล ผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่

ทะเบียนซึ่งไม่มีความรู้ทางการแพทย์อาจระบุสาเหตุการตายว่าเป็นสาเหตุทางธรรมชาติ (Tangcharoensathien, et al., 2006) จึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือและวิธีการมากมายเพื่อช่วยปรับปรุงข้อมูลสาเหตุการตาย อาทิ การพัฒนาคู่มือการออกใบรับรองสาเหตุการตายตามฐานข้อมูลรหัสโรค ICD-10 และการใช้วิธีการ verbal autopsy หรือการสอบสวนสาเหตุการตายโดยการสัมภาษณ์ เป็นต้น (Kijisanayotin, 2011)

- **การสำรวจครัวเรือน:** สำนักงานสถิติแห่งชาติทำการสำรวจครัวเรือนที่สามารถเป็นตัวแทนครัวเรือนทั่วประเทศ เช่น การสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-economic Status Survey, SES) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน (Health and Welfare Survey, HWS) การสำรวจผู้สูงอายุและคนพิการ เพื่อติดตามผลกระทบของนโยบายในระดับครัวเรือน การสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน จัดทำขึ้นครั้งแรกใน พ.ศ. 2500 จากนั้นมีการสำรวจทุกๆ 5 ปี โดยจะเก็บข้อมูลรายได้ รายจ่าย การอุปโภคบริโภค การเปลี่ยนแปลงในสินทรัพย์และหนี้สิน สินค้าครุภัณฑ์และกรรมสิทธิ์ และลักษณะของครัวเรือน ปัจจุบัน สำนักงานสถิติแห่งชาติทำการสำรวจทุกๆ 2 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา เนื่องจากการเติบโตทางเศรษฐกิจที่รวดเร็วและนโยบายลดความยากจน (NSO, Un-dated) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนจัดทำขึ้นเป็นครั้งแรกใน พ.ศ. 2517 โดยทำการสำรวจทุกๆ 5 ปี เป็นการเก็บข้อมูลด้านการประกันสุขภาพ ความเจ็บป่วย พฤติกรรมและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ แต่เมื่อประเทศไทยได้ออกนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2544 กระทรวงสาธารณสุขจึงประสานงานขอให้สำนักงานสถิติแห่งชาติทำการสำรวจอนามัยและสวัสดิการทุกปี เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2546 จนถึง 2550 เพื่อเป็นการติดตามการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างใกล้ชิดในช่วงห้าปีแรกของการดำเนินการ จากนั้นทำการสำรวจทุกๆ 2 ปี (HISO, 2009) นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังร้องขอให้การสำรวจต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพของสำ นักงานสถิติแห่งชาติต้องมีเกณฑ์วัดเพื่อประเมินดัชนีทรัพย์สินครัวเรือน (Household asset index) ทำให้สามารถจัดกลุ่มครัวเรือนตาม

ดัชนีทรัพย์สิน เพื่อวิเคราะห์ความเสมอภาคด้านสุขภาพตามเศรษฐกิจของครัวเรือนได้ (Tangcharoensathien, Limwattananon & Prakongsai, 2007) กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติและมหาวิทยาลัยหลายแห่งจัดทำการศึกษาสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 1 ใน พ.ศ. 2534–2535 แม้ว่าการสำรวจดังกล่าวจะมีค่าใช้จ่ายสูง แต่ผลการสำรวจทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพของประชาชน ต่อมามีการสำรวจทุกๆ 5 ปี (พ.ศ. 2539–2540, พ.ศ. 2546–2547 และ พ.ศ. 2551–2552) โดยได้รับเงินสนับสนุนจาก สวรส. และกระทรวงสาธารณสุข (Jongudomsuk et al., 2012)

กระทรวงสาธารณสุขยังได้สนับสนุนเงินทุนเพื่อจัดทำแบบสำรวจการเฝ้าระวังการระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สามารถนำไปใช้กับกลุ่มประชากรเฉพาะได้ (UNAIDS, 2004)

ระบบข้อมูลจากสถานพยาบาล

- **ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพและทางคลินิก:** หมายรวมถึงระบบข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการระบบสุขภาพ เช่น ระบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ ระบบข้อมูลทางเภสัชกรรม ระบบข้อมูลทางรังสีวิทยาและห้องปฏิบัติการ บันทึกการสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมการป้องกันโรคและสุขอนามัย ซึ่งระบบเหล่านี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยและให้บริการทางสุขภาพกับประชาชน ซึ่งข้อมูลต่างๆ สามารถนำไปใช้ในงานเฝ้าระวังโรคและรายงานไปยังกระทรวงสาธารณสุขต่อไป ปัจจุบันมีโรคติดต่อที่ต้องรายงานทั้งสิ้น 47 โรค เป็นโรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ 11 โรค รวมโรคเอดส์และการบาดเจ็บด้วย เนื่องจากระบบทะเบียนกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังมีไม่เพียงพอ มีเพียงแค่เฉพาะในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลตติยภูมิบางแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น อีกทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งยวดที่จะต้องพัฒนาระบบทะเบียนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้ ได้มีความพยายามที่จะเชื่อมโยงระบบทะเบียนต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดประโยชน์ใน

การวิจัยและปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย สปสช.ได้ขอให้สถานพยาบาลคู่สัญญาทั้งหมดลงทะเบียนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง และเอดส์ ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการจัดการโรค ซึ่งวิธีการนี้ได้ช่วยพัฒนาระบบทะเบียนโรคเป็นอย่างมาก และจะเป็นประโยชน์อย่างมากหากระบบทะเบียนโรคสามารถเชื่อมโยงเข้ากับข้อมูลการตายที่ได้จากทะเบียนราษฎรผ่านเลขประจำตัวประชาชน เพื่อใช้ในการประเมินอัตราการรอดชีวิตของโรคต่างๆ และผลการดำเนินงานของระบบ

- **ระบบสารสนเทศด้านการจัดการ:** คือข้อมูลการบริหารงานทั้งหมดเพื่อการจัดการที่มีประสิทธิภาพทั้งในระดับปฏิบัติการ จัดการและบริหาร ข้อมูลดังกล่าว ได้แก่ การประกันสุขภาพของผู้ป่วย ข้อมูลการบริการเพื่อเบิกเงิน (Claim data) การจัดการทรัพยากรในระบบสุขภาพ เช่น เงินเดือน และคลังยา เป็นต้น

ในการจัดการระบบข้อมูลในสถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐาน 12 แฟ้ม และ 18 แฟ้ม ขึ้น โดยชุดข้อมูลมาตรฐาน 12 แฟ้ม พัฒนาขึ้นใน พ.ศ. 2539 เพื่อให้เป็นชุดข้อมูลมาตรฐานในการจัดการระบบประกันสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วยแต่ละคน ข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลการรักษาและการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพ การจัดสรรงบประมาณให้กับสถานพยาบาลสำหรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ใช้วิธีการจ่ายเงินตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Thai DRG) ที่พัฒนาขึ้นจากข้อมูล 12 แฟ้ม ชุดข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม พัฒนาขึ้นใน พ.ศ. 2545 เพื่อใช้ในสถานบริการสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย ข้อมูลทางภูมิศาสตร์ ระบบประกันสุขภาพในกลุ่มประชากร การป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพและสุขอนามัย ชุดข้อมูลมาตรฐาน 18 แฟ้ม พัฒนาขึ้นโดยมีเป้าหมายแรกเริ่มเพื่อลดภาระงานให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดทำรายงานส่งผู้บังคับบัญชา สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องมีชุดข้อมูลมาตรฐานทั้ง 12 แฟ้ม และ 18 แฟ้ม ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ แต่อาจใช้ซอฟต์แวร์แตกต่างกัน การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลยังมีข้อจำกัดและสามารถทำได้เฉพาะข้อมูลด้านงาน

บริหาร การส่งข้อมูลเพื่อเบิกเงิน (claim data) และกิจกรรมบริการสุขภาพ บางอย่างเท่านั้น ทั้งนี้ เนื่องจากการขาดมาตรฐานของระบบข้อมูล เมื่อไม่นานมานี้ ได้มีความพยายามที่จะพัฒนารหัสยามาตรฐาน หรือที่เรียกว่า ระบบ “24 หลัก” ซึ่งได้มีการนำไปใช้ ทว่ายังคงมีข้อจำกัดอยู่ การพัฒนามาตรฐานข้อมูล ห้องปฏิบัติการเพิ่งเริ่มขึ้นโดยใช้ระบบ LOINC ด้วยการสนับสนุนของ สวรส. เพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้ข้อมูลในการทำงานร่วมกัน (Kijisanayotin & Sinthuwani, 2012)

2.7.2. การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ

ประเทศไทยได้จำกัดความ “การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ” (Health Technology Assessment, HTA) ว่าเป็นการวิจัยนโยบายรูปแบบหนึ่งที่มีมุ่งเน้น การวัดผลทางสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และจริยธรรม ทั้งในระยะสั้นและระยะ ยาว จากการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ (Teerawattananon et al., 2009) ตั้งแต่ พ.ศ. 2555 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ยังไม่มีกฎหมายและ อำนาจหน้าที่บังคับใช้การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพในทางการตลาดสำหรับการ กระจายยาและผลิตภัณฑ์ทางชีวภาพและการเบิกจ่ายเงิน ยกเว้นเครื่องมือ ทางการแพทย์บางชนิด ที่มีผลในการอนุมัติหรือขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ จนกระทั่ง มีพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2551 ที่กำหนดให้มีการ ประเมินทางสังคมและเศรษฐกิจของเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาสูงกว่า 100 ล้านบาท (3.3 ล้านเหรียญสหรัฐอเมริกา) ก่อนการจดทะเบียน และจาก พระราชบัญญัตินี้กล่าวว่า รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขสามารถแต่งตั้งหน่วยงาน ทั้งในหรือนอกประเทศเพื่อประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพได้ ขึ้นอยู่กับค่าใช้จ่ายที่ ตกลงกัน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกระบวนการในการบังคับใช้ตามกฎหมายที่ล่าช้า จึงยังไม่มี การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพของเครื่องมือการแพทย์ใน พ.ศ. 2551

ในประเทศไทย การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพได้รับการยอมรับและใช้กันอย่าง แพร่หลายมากขึ้นในปัจจุบัน โดยเฉพาะเมื่อมีโครงการประเมินเทคโนโลยีและ นโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เป็นหน่วยงานวิจัยภายใต้สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (Tantivess, Teerawattananon & Mills,

2009) HITAP ได้ก่อตั้งขึ้นเมื่อต้น พ.ศ. 2550 โดยมีพันธกิจหลักเพื่อสร้างหลักฐานที่จำเป็นในการจัดสรรทรัพยากรและลำดับความสำคัญของเทคโนโลยีและนโยบายทางสุขภาพ ซึ่งหมายรวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเมื่อธันวาคม พ.ศ. 2550 ทีมนักวิจัยไทยภายใต้การให้คำปรึกษาแนะนำจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้พัฒนาคู่มือระเบียบวิธีการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติฉบับแรกขึ้น (ส่วนใหญ่เน้นการประเมินทางเศรษฐกิจสุขภาพ) ซึ่งในที่สุด คู่มือฉบับนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติ และตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา คณะอนุกรรมการฯ ต้องขอให้มีการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพโดยใช้หลักฐานทางเภสัชเวชศาสตร์นี้ เพื่อประเมินยาใหม่ที่มีราคาแพง ซึ่งหลักฐานทางเภสัชเวชศาสตร์ หมายรวมถึงการประเมินผลการวิเคราะห์ต้นทุนและงบประมาณ ตัวอย่างเช่น คณะอนุกรรมการฯ ใช้หลักฐานทางเภสัชเวชศาสตร์เพื่อให้รวมยา tenofovir ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี, pegylated interferon alfa-2a และ pegylated interferon alfa-2b สำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบี C oxaliplatin สำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และให้เป็นรายการยาที่เบิกได้ (Mohara et al., 2012) และให้ยกเลิกยา osteoporotic ในรายการยา (Kingkaew et al., 2012)

ใน พ.ศ. 2553 สปสช. ได้รับรองคู่มือการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพและนำมาใช้พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program, IHPP) และ HITAP ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ประสานงานโครงการ มีหน้าที่ประเมินและจัดลำดับความสำคัญของนโยบายสุขภาพ โดยประสานความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน อาทิ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ประกอบวิชาชีพ/บุคลากรทางสุขภาพ ภาคประชาสังคม กลุ่มผู้ป่วย นักวิชาการ ภาคอุตสาหกรรม และประชาชนทั่วไป (Mohara et al., 2012) ซึ่ง IHPP และ HITAP ได้ทำการศึกษาวิจัยการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพปีละอย่างน้อย 10 เรื่อง และส่งผลการศึกษาให้กับคณะอนุกรรมการ สปสช. พิจารณา แม้ว่าคณะอนุกรรมการ สปสช. ไม่ได้ตัดสินใจตามผลการศึกษาที่ได้ทั้งหมด ข้อมูลการประเมินเทคโนโลยี

สุขภาพยังคงเป็นประโยชน์และเพิ่มความเชื่อมั่นประกอบการตัดสินใจได้เป็นอย่างดี (Youngkong et al., 2012)

การศึกษาของ Tantivess, Teerwattananon & Mills (2009) ได้มีการวิเคราะห์กลยุทธ์สำคัญที่ทำให้การใช้การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพประสบความสำเร็จสามารถช่วยในการตัดสินใจนโยบายสุขภาพของประเทศได้ คือ 1) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานที่จัดทำประเมินฯ กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2) ภาพลักษณ์ของหน่วยงานที่จัดทำประเมินฯ เช่น กระบวนการประเมินที่มีศักยภาพและมีความโปร่งใส 3) ผลงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือและนำไปใช้ได้จริง 4) ความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายกับงานวิจัยและหัวข้อที่ประเมิน และ 5) การจัดการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม กับสถานการณ์ การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพของประเทศไทยเป็นที่ยอมรับและเป็นตัวอย่างให้กับประเทศรายได้น้อยและปานกลาง (Yang, 2009; Glassman et al., 2012) และ HITAP เป็นเจ้าภาพเครือข่ายการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพระดับภูมิภาค ชื่อว่า “HTAsiaLink” (<http://www.hitap.net/en/activities-network/htasialink>)

2.8. ระเบียบข้อบังคับ

2.8.1. ระเบียบข้อบังคับและโครงสร้างของระบบประกันสุขภาพ

ประเทศไทยมีการจัดการงบประมาณสำหรับการประกันสุขภาพภาครัฐที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบประกันสังคมครอบคลุมพนักงานภาคเอกชน (ไม่รวมผู้อยู่ในความดูแล ยกเว้นผลประโยชน์การคลอดบุตร) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ครอบคลุมข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และผู้ที่อยู่ในความอุปการะของข้าราชการนั้นๆ (รวมคู่สมรส, บุตรอายุต่ำกว่า 20 ปี และผู้ปกครอง) และประชากรกลุ่มที่เหลือจะครอบคลุมด้วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งแต่ละระบบประกันสุขภาพจัดตั้งขึ้นตามกฎหมายเฉพาะ

- ระบบประกันสังคม ถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบสวัสดิการทางสังคมภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 สำหรับส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และพระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน พ.ศ. 2515 (แก้ไขเพิ่มเติม

พ.ศ. 2517) ดูแลการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน กรณีพิการและเสียชีวิตอยู่ภายใต้การจัดการและกำกับดูแลโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

- ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จัดตั้งภายใต้พระราชกฤษฎีกาเกี่ยวกับประโยชน์ทางการแพทย์ของข้าราชการ พ.ศ. 2523 และมีการแก้ไขเพิ่มเติมที่สำคัญ พ.ศ. 2553 ภายใต้การกำกับดูแลของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
- ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกัน พ.ศ. 2545 สปสช. เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมาย

ตารางที่ 2.1 แสดงลักษณะโครงสร้าง การกำกับดูแล และการจัดการของทั้ง 3 ระบบ โดยทั้ง 3 หน่วยงานที่บริหารจัดการแต่ละระบบเป็นหน่วยงานภาครัฐและใช้ภาษีประชาชน จึงต้องอยู่ภายใต้การตรวจสอบทางการเงิน โดยผู้สอบบัญชีตรวจสอบภายใน และสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) เป็นผู้ตรวจสอบภายนอก

ชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมการบริการสุขภาพ ทั้งการดูแลและการรักษายาบาลอย่างกว้างขวาง แต่มีข้อบกพร่องบางประการ เช่น ศัลยกรรมเพื่อความงาม และการบริการที่ยังไม่สามารถยืนยันประสิทธิภาพ เช่น การรักษาด้วยเซลล์ต้นกำเนิด ในช่วงแรกของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544 การรักษาด้วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส และการล้างไตผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายยังไม่ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ แต่ภายหลังมีการเพิ่มบริการดังกล่าวเข้าไปในชุดสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพแห่งชาติใน พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2550 ตามลำดับ ชุดสิทธิประโยชน์จากการประกันสุขภาพของประชาชนแต่ละระบบแสดงในตารางที่ 2.2

ประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบมีวิวัฒนาการที่แตกต่างกันจึงทำให้เกิดความแตกต่างกันระหว่างสามระบบ ตัวอย่างเช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ ครอบคลุมข้าราชการและผู้ที่อยู่ในความอุปการะ (บิดามารดา คู่สมรส และบุตร) และการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกใช้วิธีการจ่ายตาม

Table 2.1 Characteristics of governance and management structures of three public health insurance schemes

	UCS	SHI	CSMBS
Legal framework	National Health Security Act 2002	Social Security Act 1990	Royal Decree 1980 and recent amendment 2010
Type of organization	Autonomous public agency	A department in Ministry of Labour (MOL)	A Bureau of the Comptroller General Department of the Ministry of Finance (MOF)
Governing board	31 members chaired by the Public Health Minister	15 members chaired by Permanent Secretary of the MOL	Advisory board (19 members) chaired by the Permanent Secretary of the MOF
Number of staff ^a	446 (central office)		
365 (regional offices)	2349 (central office)		
3505 (branch offices) ^b	40 in central office		
Branch offices	13 regional offices with 13 regional advisory committees	11 branch offices in Bangkok and another 38 provincial offices	–
Roles of branch offices	Beneficiary registration, contract provision and consumer protection	Managing collection of payroll tax contribution, through wire transfer of employers' and employees' shares, managing benefit disbursement, consumer protection and public education	–
Admin budget ^a	0.8% of total UCS annual budget	10% of total expenditure	Negligible 0.00000008%

Notes:

^a 2009 data.

^b These staff are responsible for all functions as required by Social Security Act, including premium collection, purchasing, pension benefit management, invalidity benefits.

Source: Jongudomsuk (2010).

Table 2.2 Benefit packages of three public health insurance schemes

	UCS	SHI	CSMBS
Health service utilization	At contracting unit of primary care (CUP) both public and private	At registered main contractor hospital (>100 beds), public or private	At any public hospital for outpatient services; or private hospital, except accident and emergency. Only public hospitals for admission services
Health services	Ambulatory and inpatient care including accident and emergency and rehabilitation services, and preventive and health promotion services Note: prevention and health promotion for beneficiaries in all three schemes	Both ambulatory and inpatient care, including accident and emergency and rehabilitation services. No preventive services are provided, but NHSO manages prevention and health promotion for beneficiaries in all three schemes	Both ambulatory and inpatient care, including accident and emergency and rehabilitation services. No preventive services are provided, but NHSO manages prevention and health promotion for beneficiaries in all three schemes
Medicines	Limited; only essential drugs (ED)	Limited; only ED	Limited; only ED, but the use of nonessential (NED) can be approved by 3 doctors in the hospitals
Maternity (Delivery)	Limited; only 2 deliveries	Limited; only 2 deliveries and payment in cash (lump sum 13 000 Baht per delivery inclusive of ANC and PNC services)	No limit
Renal replacement therapy (RRT)	Covered and start with peritoneal dialysis, patient has to pay if choose haemodialysis	Covered; both haemodialysis and peritoneal dialysis, liable for copayment if beyond the ceiling	Covered; both haemodialysis and peritoneal dialysis, liable for copayment if beyond the ceiling
Antiretroviral therapy for HIV/AIDS	Included	Included	Included
Organ transplantation	Kidney and bone marrow covered for treatment of certain cancers	Kidney and bone marrow covered for cancer; corneal covered	No exclusion list
Dental care	Covered, both preventive and curative dental services	Reimburse no more than twice a year (max 300 Baht/treatment)	Covered, no limitation specified
Medical devices	Covers 270 items	Covers 88 items	Covers 387 items

UCS: Universal Coverage Scheme; SHI: Social Health Insurance; CSMBS: Civil Servant Medical Benefit Scheme; ANC: antenatal care; PNC: postnatal care.

Source: Synthesis by the Author

รายการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ทำให้ค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการ
รักษาพยาบาลข้าราชการสูงกว่าอีก 2 ระบบมากถึง 5-6 เท่า

2.8.2. ระเบียบข้อบังคับและการกำกับดูแลผู้ให้บริการ

ใน พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลรัฐคิดเป็นร้อยละ 77 ของโรงพยาบาลทั้งหมด ส่วน
ใหญ่เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนไม่มากสังกัดกระทรวง
อื่น ที่เหลือเป็นโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 22 และ สังกัดส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 1
มีคลินิกเอกชนจำนวน 17 671 แห่ง และมีร้านขายยาจำนวน 17 187 แห่ง ใน
พ.ศ. 2553 (Wibulprolprasert et al., 2011b) ซึ่งคลินิกเอกชนและร้านขายยา
ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมือง

โรงพยาบาลในความรับผิดชอบของแต่ละกระทรวงและส่วนท้องถิ่นมีกลไกการ
ควบคุมประจำเขตพื้นที่ของตนเอง สถาบันที่ให้บริการทางการแพทย์ภาคเอกชน
ต้องขอรับใบอนุญาตและต่อใบอนุญาตประจำปี ภายใต้พระราชบัญญัติ
สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (พระราชบัญญัติใบอนุญาตประกอบสถานที่
การแพทย์) ให้เป็นไปตามข้อบังคับเรื่องคุณภาพและมาตรฐาน กรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบในการกำกับดูแลสถานพยาบาล
ด้านการดูแลสุขภาพ พระราชบัญญัติการแพทย์บังคับใช้เฉพาะกับสถานพยาบาล
เอกชน สำหรับสถานพยาบาลภาครัฐได้รับการยกเว้นในการขอใบอนุญาตทั้งหมด

2.8.3. การวางแผนและการขึ้นทะเบียนกำลังคนด้านสุขภาพ

การวางแผนจัดการกำลังคนด้านสุขภาพต้องอาศัยการทำงานร่วมกันจากหลาย
หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขผู้ซึ่งเป็นหัวหน้างานของบุคลากรสุขภาพ,
กระทรวงศึกษาธิการซึ่งรับผิดชอบและกำกับดูแลการฝึกอบรม, คณะกรรมการ
พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสำหรับการวางนโยบายระดับมหภาค,
คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนด้านการจ้างงานภาครัฐและการฝึกอบรมหลัง
ปริญญา, สำนักงานประมาณที่จัดทำข้อเสนองบประมาณประจำปี และสภาวิชาชีพ
รับผิดชอบการออกใบอนุญาตและการต่ออายุใบอนุญาตผู้ปฏิบัติวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม
องค์กรเหล่านี้ดำเนินงานแยกส่วนกัน ขาดการประสานงานและความร่วมมือ
กัน (Jindawatana, et al., 1996) ใน พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขเป็น

องค์กรหลักในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2550–2559 โดยมีการหารือร่วมกับองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ได้เสนอเข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและได้รับการรับรองมติ จากนั้นได้รับความเห็นชอบโดยคณะรัฐมนตรี ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2550 มีการจัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติเพื่อการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพประกอบด้วยตัวแทนจากทุกองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์และเพื่อให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (Ministry of Public Health, 2009)

การประชุมระดับชาติด้านการศึกษาแพทยครั้งที่ 1 (National Medical Education Forum: NMEF) จัดขึ้นใน พ.ศ. 2499 ตั้งแต่นั้นมา มีการจัดประชุมทุกๆ 7 ปี เพื่อติดตามความก้าวหน้าและปรับแนวทางการศึกษาทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพและระบบสุขภาพของประเทศ และปฏิรูปหลักสูตรการแพทย์ มีผู้เข้าร่วมประชุมจากสถาบันที่มีการจัดการศึกษาทางการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข การตัดสินใจร่วมกันใน NMEF มุ่งเน้นประเด็นการปฏิรูปหลักสูตรการแพทย์ (medical curriculum reform) ทั้งนี้ส่วนหนึ่งมาจากจำนวนแพทย์เฉพาะทางที่เข้าร่วมการประชุมมากขึ้น ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้แสดงความห่วงใยการปฏิรูปหลักสูตรให้ครอบคลุมงานด้านสาธารณสุข (public health programs) ด้วย

ทุกสถาบันที่มีการจัดการเรียนการสอนบุคลากรด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชนต้องได้รับการรับรองจากกระทรวงศึกษาธิการ ส่วนเนื้อหาหลักสูตรได้รับการรับรองโดยสภาวิชาชีพก่อนการเปิดรับสมัครนักศึกษา รายละเอียดจำนวนสถาบันและจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาประจำปี พ.ศ. 2552 มีดังต่อไปนี้ (Leerapan และ Aathasit 2005):

- แพทย์: 19 สถาบันที่จัดการเรียนการสอนแพทย์ แบ่งเป็น 18 สถาบันภาครัฐ 1 สถาบันภาคเอกชน ระหว่าง พ.ศ. 2543–2552 มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาเฉลี่ยปีละ 1423 ราย

- ทันตแพทย์: 10 สถาบันที่จัดการเรียนการสอนทันตแพทย์ศาสตร์ แบ่งเป็น 9 สถาบันภาครัฐ 1 สถาบันภาคเอกชน ระหว่าง พ.ศ. 2543–2552 มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาเฉลี่ยปีละ 415 ราย
- เภสัชกร: 14 สถาบันที่จัดการเรียนการสอนเภสัชศาสตร์ แบ่งเป็น 11 สถาบันภาครัฐ 3 สถาบันภาคเอกชน ระหว่าง พ.ศ. 2543–2552 มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาเฉลี่ยปีละ 1159 ราย
- พยาบาล: 75 สถาบันที่จัดการเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์ แบ่งเป็น 65 สถาบันภาครัฐ 10 สถาบันภาคเอกชน ระหว่าง พ.ศ. 2543–2552 มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาเฉลี่ยปีละ 5091 ราย

สภาวิชาชีพ (ครอบคลุมถึงแพทย์ ทันตกรรม เภสัชกร และพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์) ต้องจัดสอบใบประกอบโรคศิลป์ซึ่งเป็นการจัดสอบระดับประเทศ ผู้สำเร็จการศึกษาทุกคนต้องขึ้นทะเบียนใบประกอบโรคศิลป์ก่อนการประกอบวิชาชีพ เพื่อรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงานตามวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงสถาบันการเรียนการสอนที่แตกต่างกัน

2.8.4. ระเบียบข้อบังคับของการกำกับดูแลยา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ยาตามกฎหมายประเทศไทย ครอบคลุมทั้งยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ ผลิตภัณฑ์ยาที่เตรียมการทางชีวภาพ เช่น วัคซีน ที่ออกซอยด์ การเปลี่ยนถ่ายเลือด (พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510) วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และสารเสพติดที่ใช้เพื่อการรักษา ทำการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ก่อนออกสู่ตลาด ขณะอยู่ในตลาด และภายหลังจากออกสู่ตลาดแล้วของยาทุกประเภท อย. มีการทำงานใกล้ชิดกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานระดับชาติในการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้ อย. ยังทำหน้าที่เป็นเลขธิการคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ คณะกรรมการวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ควบคุมวัตถุเสพติด โดยมีพันธกิจเพื่อกำหนดนโยบายของชาติและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมการผลิตภัณฑ์เหล่านี้

การออกสู่ตลาด

ผลิตภัณฑ์ยาทุกประเภทต้องผ่านการพิจารณารับรองการจำหน่ายยาทั้งที่ผลิตในประเทศหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักรไทย ยกเว้นการนำเข้าและการจัดการผลิตโดยหน่วยงานภาครัฐ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข องค์การเภสัชกรรม โรงงานเภสัชกรรมทหาร และสถานกษัตริย์ไทย การผลิตยาในโรงพยาบาลและการเตรียมผลิตภัณฑ์ก่อนใช้สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายในโรงพยาบาลได้รับการยกเว้นตามระบุในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

การผลิตสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทและสารเสพติดเพื่อวัตถุประสงค์ใดๆ ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แต่มีข้อยกเว้นสำหรับองค์การเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรภาครัฐ ถึงแม้จะได้รับข้อยกเว้นแต่องค์กรดังกล่าวสมัครใจในการปฏิบัติตามพรบ. โดยขอการรับรองจาก อย. ก่อนการนำออกสู่ตลาด

การรับรองอนุมัติการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาจะประเมินความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพ (Teerawattananon et al., 2003) ผู้นำเข้าหรือผู้ผลิตสินค้าต้องส่งใบสมัครลงทะเบียนพร้อมกับข้อมูลส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ บรรจุภัณฑ์และข้อความบรรยายผลิตภัณฑ์ สูตรยา (ทั้งรายชื่อและปริมาณของส่วนประกอบหลักและส่วนประกอบอื่นๆ) และเอกสารที่แสดงให้เห็นว่าผลิตภัณฑ์เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด สำหรับผลิตภัณฑ์ยาใหม่ คือ การมีสารเคมีชนิดใหม่หรือการจัดการผลิตแบบใหม่ ต้องแสดงผลการศึกษาวิจัยทางห้องปฏิบัติการและผลทางคลินิก

ยาแผนปัจจุบันแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ ยาจำหน่ายหน้าเคาน์เตอร์ (Over-the counter, OTC) ยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษ สำหรับยา OTC สามารถจำหน่ายให้ผู้บริโภคได้โดยตรงโดยไม่จำเป็นต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ อีกทั้งไม่จำเป็นต้องเป็นการขายในร้านขายยา (Teerawattananon et al., 2003) ส่วนยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษต้องจำหน่ายเฉพาะในร้านขายยา คลินิก และโรงพยาบาลและสั่งจ่ายโดยแพทย์หรือเภสัชกรเท่านั้น การจ่ายยาควบคุมพิเศษจำเป็นต้องมีใบสั่งยาแพทย์ การขายและการจ่ายยาแผนโบราณที่ได้รับอนุญาต

จากร้านขายยาภายใต้การดูแลของแพทย์แผนโบราณที่มีใบอนุญาตหรือเภสัชกร
การโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาทุกประเภทควบคุมโดย ออย. (Teerawattananon et al.,
2003) โฆษณาต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการฯ ทั้งส่วนประกอบ และบท
บรรยาย เฉพาะยาจำหน่ายหน้าเคาน์เตอร์และยาแผนโบราณเท่านั้นที่สามารถ
โฆษณาต่อประชาชนทั่วไปได้

คุณภาพยา

การขึ้นทะเบียนยาที่ผลิตในประเทศหรือนำเข้าต้องแสดงข้อมูลตามข้อกำหนด
ทั้งมาตรฐานคุณภาพ วิธีการประกันคุณภาพ และผลการทดสอบยาไปยัง ออย.
สำหรับยาชื่อสามัญ (Generic drugs) ซึ่งยาต้นแบบ (Original product) ขึ้นทะเบียน
ในประเทศไทยแล้วตั้งแต่ พ.ศ. 2534 ต้องมีการศึกษาทดสอบประสิทธิภาพ
เปรียบเทียบกับยาต้นแบบ (Bioequivalence Data) ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาและ
เอกสารขอขึ้นทะเบียนถูกส่งไปยังห้องปฏิบัติการทดลอง
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อวิเคราะห์ตัวยาและทดสอบคุณภาพ

คุณภาพของผลิตภัณฑ์ยาที่ผลิตในประเทศไทยต้องผ่านการรับรองตามหลักเกณฑ์
และวิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice: GMP) ซึ่งเป็น
ข้อกำหนดทางกฎหมายเกี่ยวกับมาตรฐานสถานที่ผลิต รวมทั้งโครงสร้างพื้นฐาน
ของบริษัทผลิตยา บุคลากร และกระบวนการผลิตที่มีการประกันคุณภาพ การ
ตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรฐาน GMP ของผู้ผลิตยาในประเทศอยู่ภายใต้การ
ดูแลของเจ้าหน้าที่ ออย. หากเกี่ยวกับผู้ผลิตในต่างประเทศ องค์กรที่ได้รับสิทธิใน
ประเทศไทยสามารถขอใบรับรองมาตรฐาน GMP ที่ออกโดยหน่วยงานกำกับดูแล
ของประเทศที่ผลิตยานั้น

หลังจากผลิตภัณฑ์ยาออกสู่ตลาดแล้ว ผู้ตรวจสอบจากออย.และเภสัชกรจาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมมือกับนักวิจัยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
ร่วมกันตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ยาในตลาดโดยการสุ่มตัวอย่างจากชั้นวาง
สินค้า แล้วนำมาตรวจวิเคราะห์ พร้อมทั้งการตรวจสอบป้ายแสดงรายละเอียด
สินค้า แผ่นพับ สถานะการหมดอายุ และการเก็บรักษา มีการตรวจอย่างเป็นทางการ
จากร้านขายยาด้วย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ออกข้อเสนอแนะ เรื่องการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา โดยให้ออย.เป็นส่วนหนึ่งในการกำกับดูแล เพื่อควบคุมการวางตลาดของยา บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล คลินิก และร้านขายยาต้องส่งรายงานอาการหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction, ADR) 42 อาการที่พบให้กับศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในขณะเดียวกัน ศูนย์ Upsala Monitoring Center ทำการรวบรวมข้อมูล ADR ในระดับสากล มีส่วนสำคัญต่อการบริหาร ความเสี่ยงด้านยาอย่างได้ผล เช่น การยกเลิกผลิตภัณฑ์และการแก้ไขคำเตือนหรือ ข้อควรระวังในแผ่นพับแสดงสินค้า ออย.ทำงานอย่างใกล้ชิดกับสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินการสอบสวนกรณีอาการไม่พึงประสงค์จากการ ใช้ยา สืบสวนสาเหตุและแสดงหลักฐานและให้ข้อเสนอแนะต่อ คณะอนุกรรมการชุดที่เกี่ยวข้องและคณะกรรมการยาเพื่อดำเนินการที่เหมาะสม ต่อไป (Health Product Vigilance Center, 1992) สำหรับยาใหม่ ผู้ผลิตและผู้ นำเข้าต้องรับผิดชอบในการกำกับติดตามความปลอดภัยในการใช้ยาและรายงาน ผลอย่างน้อยต่อเนื่องกันสองปี หลังจากที่ได้รับการอนุมัติจำหน่ายยา (Jirawattanapisal et al., 2009) ระยะเวลาการกำกับติดตามสามารถขยาย ออกไปได้ในกรณีที่มีข้อสงสัยเกิดขึ้น

การกำหนดราคาและการตลาด

ประเทศไทยยังไม่มี การกำหนดและการควบคุมราคาอย่างเป็นระบบ (Jirawattanapisal et al., 2009) รูปแบบตลาดการค้าเสรีทำให้ไม่มีกลไกในการ ควบคุมราคาขายส่งและขายปลีกและอัตรากำไร ราคาขายขึ้นกับการเจรจาต่อรอง ราคาในแต่ละระดับ เช่น ระดับประเทศใช้กลไกคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียา หลักแห่งชาติ และสปสข. รับผิดชอบระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในบทบาท ผู้ซื้อบริการ ส่วนระดับโรงพยาบาลใช้กลไกคณะกรรมการเภสัชกรรมและการ บำบัดที่รับผิดชอบในแต่ละโรงพยาบาล การกำหนดราคาอ้างอิงของรายการยาใน บัญชียาหลักแห่งชาติ ประกาศใช้โดยคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการ พัฒนาระบบยาแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม ราคาอ้างอิงที่แนะนำมีผลบังคับใช้เฉพาะ

กลุ่มยาที่ซื้อโดยโรงพยาบาลภาครัฐและโปรแกรมสุขภาพของกระทรวง
สาธารณสุข

บัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นรายการยาในชุดสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพ
ภาครัฐสามระบบใหญ่ (ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, ประกันสุขภาพ
แห่งชาติ และประกันสังคม) การกำหนดรายการยาเริ่มจากการพิจารณาโดย
คณะกรรมการที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ยาที่อยู่ใน
บัญชียาหลักต้องเป็นยาที่อายุ อนุมัติให้จำหน่ายในประเทศไทยแล้ว คณะอนุ
กรรมการฯ พิจารณารายการยาจากความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และ
ส่วนประกอบที่ส่งผลต่อคุณภาพยา เปรียบเทียบกับยาประเภทเดียวกัน
นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการฯ ยังให้ความสำคัญเรื่องราคา ความต้องการด้าน
สุขภาพและภาระโรคในการพิจารณายาในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วย สำหรับยาที่มี
ราคาแพงจะพิจารณา ต้นทุน-ประสิทธิภาพ และผลกระทบต้องงบประมาณด้วย

ในทางปฏิบัติ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการถือว่ามีสิทธิพิเศษสูงสุด
เช่น ยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งสามารถใช้สิทธิการเบิกได้เต็มจำนวน
หากแพทย์วินิจฉัยว่าจำเป็น ผู้ป่วยที่ได้รับอยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ และระบบประกันสังคมมักไม่ได้รับยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มี
ราคาแพง เนื่องจากโรงพยาบาลต้องควบคุมต้นทุน มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยของ
ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับยาที่แตกต่างและมีราคาสูงกว่า
ผู้ป่วยประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในระดับประเทศ ไม่มีระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับนโยบายการใช้ยาชื่อสามัญ
ทดแทนกันได้ (Generic Substitution) แต่ในทางปฏิบัติ มีข้อเสนอแนะสำหรับ
โรงพยาบาลรัฐและเอกชน โดยโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีการปฏิบัติในเรื่อง
generic substitution ที่แตกต่างกัน (Tantai และ Yothasamut 2012) เกิด
เป็นข้อถกเถียงเรื่องการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัวของ
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกันสังคม ว่าทำให้เกิดข้อจำกัดของ
งบประมาณ และเป็นผลให้มีการใช้ยาชื่อสามัญทดแทนกันในโรงพยาบาล ซึ่งเป็น
สิ่งที่พบเห็นว่ามีการใช้สำหรับผู้ป่วยของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ

ประกันสังคม (Tarn et al., 2008) แต่อย่างไรก็ตาม ไม่อนุญาตให้มี generic substitution สำหรับยาที่สำคัญ เช่น ยาช่วยชีวิต และยาที่มีค่าดัชนีการรักษา แคบ (Narrow therapeutic index drugs)

นอกจากนี้ ยังมีปัญหาที่เกิดจากการขายยาตรง ส่งซื้อทางไปรษณีย์ และร้านขายยาทางอินเทอร์เน็ต แม้ว่าการขายยาผ่านช่องทางเหล่านี้จะผิดกฎหมาย แต่ยังไม่มีแนวทางจัดการกับปัญหานี้อย่างได้ผล

ในฐานะที่ประเทศไทยเป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) และปฏิบัติตามนโยบายที่เสนอโดยข้อตกลงการค้าว่าด้วยสิทธิทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) หรือที่เรียกย่อๆ ว่าข้อตกลงทริปส์ (TRIPs Agreement) พระราชบัญญัติสิทธิบัตรให้ความคุ้มครอง 20 ปีทั้งตัวผลิตภัณฑ์และกระบวนการสร้างนวัตกรรม รวมทั้งยาด้วย แม้ว่ามาตรการ TRIPS Flexibilities เช่น การออกกฎหมายอนุญาตการใช้สิทธิบัตรของรัฐ แต่ผู้กำหนดนโยบายยังลังเลที่จะเสนอมาตรการเหล่านี้เพื่อปรับการเข้าถึงยาที่จำเป็น ประเทศไทยผ่านประสบการณ์การประท้วงรุนแรงจากผู้ถือสิทธิบัตรและสมาคมบริษัทฯ ข้ามชาติ รวมถึงการถูกชู้กว่าบาตรทางการค้าโดยรัฐบาลจากประเทศอุตสาหกรรม (Wibulpolprasert et al., 2011a) ภายหลังรัฐบาลประสบความสำเร็จในการนำเสนอมาตรการข้อตกลง TRIPS Flexibilities ในการใช้สิทธิบัตรของรัฐสำหรับยาด้านไวรัสบางรายการ เพื่อพัฒนาการเข้าถึงตัวยาที่ติดสิทธิบัตรในกรณีฉุกเฉินของประชาชน ส่งผลให้เกิดการขยายระยะเวลาการผูกขาดทางการตลาดและการเข้าสู่ตลาดล่าช้าของผลิตภัณฑ์ทั่วไป บางประเทศมีการร้องขอผ่านการเจรจาการค้าทวิภาคี การขยายการผูกขาดทางการตลาดเกินกว่าที่ตกลงตาม TRIPS Flexibilities ส่งผลต่อการเข้าถึงยาที่จำเป็น (Akaleephan et al., 2009)

การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational use of medicine: RUM) เป็นประเด็นที่มีการหารือกันมาเป็นระยะเวลานานแล้ว ความพยายามครั้งแรกเกิดขึ้นจากนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2524 ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา เกิดการพัฒนามาตรการต่างๆ โดยมีจุดมุ่งหมายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรทางการแพทย์และ

พฤติกรรมของผู้บริโภค นโยบายดังกล่าวรวมถึงมาตรการแนะนำระเบียบปฏิบัติ การจัดการการศึกษา และข้อมูล อย่างไรก็ตาม การใช้ยาไม่เหมาะสมยังเป็นที่แพร่หลายในชุมชนและสถานพยาบาลสาธารณสุข มีเพียงไม่กี่มาตรการ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล ที่พิสูจน์ได้ว่ามีประสิทธิภาพ (Tantivess, Teerawattananon & Mills, 2009) โครงการนำร่อง เช่น โครงการการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล (Antibiotic Smart Use) ถือว่าประสบความสำเร็จแต่ยังคงต้องมีการขยายโครงการให้เกิดขึ้นทั่วประเทศ (Sumpradit et al., 2012) การประเมินการใช้ยา (Drug-use evaluation: DUE) และการที่โรงพยาบาลกำหนดให้แพทย์ต้องขออนุญาตสั่งยาจากผู้มีอำนาจก่อนการสั่งใช้ยาราคาแพงมากๆ ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ มาตรการเหล่านี้ประสบผลสำเร็จในการป้องกันการใช้ยาที่ไม่สมเหตุสมผลในกลุ่มผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บริษัทยาให้สนับสนุนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เข้าร่วมการประชุม การแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงการจัดกิจกรรมส่งเสริมการตลาดอื่นๆ เหตุการณ์เหล่านี้มีการรายงานออกมาให้ทราบเป็นระยะๆ เสมอ (Layton et al., 2005) วิธีการเหล่านี้มีผลกระทบและเกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติงานบางกลุ่ม ซึ่งละเมิดความไว้วางใจและศักดิ์ศรีของบุคลากรทางการแพทย์ นำไปสู่มติในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เพื่อยุติการส่งเสริมทางการตลาดยาที่ผิดจรรยาบรรณ และตามด้วยการออกเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย (National Drug Development Committee, 2012) มีการอ้างอิงตามเกณฑ์ทางจริยธรรมขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) เกณฑ์จริยธรรมนี้ถูกนำไปใช้กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้สั่งใช้ยา ผู้จ่ายยา และบริษัทยา ทุกฝ่ายมีหน้าที่ต้องนำหลักเกณฑ์ไปปฏิบัติ โดย คสช. รับผิดชอบการตรวจสอบความก้าวหน้าการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับประสิทธิภาพและการตอบสนองจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด

2.8.5. ระเบียบข้อบังคับว่าด้วยเครื่องมือแพทย์

กองควบคุมเครื่องมือการแพทย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นหน่วยงานรับผิดชอบการออกระเบียบ การควบคุม และการ

ตรวจสอบการใช้งานเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (Teerawattananon et al., 2003) ตามกฎหมาย เครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนอนุญาตให้วางจำหน่ายในตลาดได้ ต้องเป็นเครื่องมือแพทย์ที่ใช้งานได้จริงตามที่ผู้ผลิตกำหนดไว้ และได้รับมาตรฐานรับรองความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วยหรือบุคคล เครื่องมือแพทย์ต่างจากยา เครื่องมือแพทย์ไม่ต้องผ่านการทดสอบประสิทธิภาพทางคลินิกด้วยวิธีการทดลองแบบสุ่มโดยมีกลุ่มควบคุมก่อนเข้าสู่ตลาด (ในขณะที่ยาต้องมีการทดสอบก่อนเข้าสู่ตลาด) กองควบคุมเครื่องมือการแพทย์ยังมีบทบาทในการควบคุมหลังการวางตลาด เช่น ตรวจสอบโรงงานผลิต และดำเนินการตามมาตรการที่เหมาะสมเมื่อเกิดกรณีที่มีรายงานเครื่องมือทางการแพทย์ไม่ปลอดภัย

ตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2551 กำหนดให้ต้องมีการประเมินผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจ และจริยธรรมจากเครื่องมือแพทย์ ที่มีราคาเกิน 100 ล้านบาท (หรือ 3.3 ล้านเหรียญสหรัฐ) ก่อนการอนุญาตให้จำหน่ายในตลาด (Teerawattananon et al., 2009) กระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดหน่วยงานประเมินผลกระทบจากเทคโนโลยีทางสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นหน่วยงานในหรือนอกประเทศไทยก็ได้เพื่อดำเนินการประเมินดังกล่าว โดยค่าใช้จ่ายในการประเมินจะเป็นความรับผิดชอบของผู้ผลิต

ประเทศไทยไม่มีการกำหนดเพดานราคาหรือราคาอ้างอิงสำหรับเครื่องมือการแพทย์ เช่น เครื่องมือตรวจกระดูก เป็นต้น หรือการให้บริการ เช่น การถ่ายภาพแบบตัดเป็นส่วนๆ ด้วยคอมพิวเตอร์ (Computed tomography scanners) หรือที่รู้จักกันทั่วไปว่า ซีทีสแกน (CT Scan) เป็นต้น ราคาถูกกำหนดกลไกตลาดของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยไม่มีการกำหนดประเภทที่สามารถเบิกจ่ายได้ การกระจายเครื่องมือและการบริการจึงเป็นไปตามความสามารถของสถานพยาบาลและดูเหมือนจะถูกควบคุมจากผู้ให้บริการโดยปริยาย การเข้าถึงบริการจากเครื่องมือแพทย์เหล่านี้มีความแตกต่างกันทั้ง 3 ระบบประกันสุขภาพ ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการครอบคลุมเกือบทุกเครื่องมือแพทย์ โดยการใช้การเบิกจ่ายในราคาคงที่ต่อการใช้บริการ ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบประกันสังคมครอบคลุมการใช้เครื่องมือแพทย์เป็น

ส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน ที่มีการจ่ายเงินด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัว ดังนั้น จึงทำให้การเข้าถึงและใช้บริการเครื่องมือแพทย์ราคาแพง มีความไม่เสมอภาคอย่างมาก เช่น การใช้ซีทีสแกน, ถ่ายภาพด้วยสนามคลื่นแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging, MRI) และตรวจเต้านมด้วย Mammography ที่มีความแตกต่างกันระหว่างสมาชิกของทั้ง 3 ระบบประกันสุขภาพ (Teerawattananon et al., 2009)

2.8.6. ระเบียบข้อบังคับการลงทุนด้านสุขภาพ

ช่วงแรกของการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการลงทุน ผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทุกกรอบ 5 ปี เป็นผลให้ประเทศไทยสามารถขยายสถานพยาบาล ทั้งสถานืออนามัย โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลระดับจังหวัดได้อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศโดยเฉพาะในเขตชนบทอย่างรวดเร็วภายใน 25 ปี นับจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2504–2509) จนถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525–2529) (Wibulprolprasert, 2002)

แผนการลงทุนถูกพัฒนาขึ้นตามความต้องการของผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐ หรือจากการระดมทรัพยากรในท้องถิ่นโดยพระสงฆ์ที่มีชื่อเสียง โดยมีการอ้างอิงถึงเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลระดับต่างๆ กัน ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลกำหนดนโยบายเพื่อปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพหรือสถานพยาบาล นโยบายเหล่านี้ทำให้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการลงทุนเพิ่มขึ้น นโยบายเหล่านี้ เช่น

- ทศวรรษของการพัฒนาสถานืออนามัย พ.ศ. 2535–2544
- แผนการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพ ภายใต้นโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจ พ.ศ. 2553–2556 (National Economic and Social Development Office & MOPH, 2009)

ก่อนที่ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 งบประมาณการลงทุนคิดเป็นร้อยละ 34 ของงบประมาณด้านสุขภาพ ใน พ.ศ. 2540 ค่าเฉลี่ยของงบประมาณการลงทุนคิดเป็นร้อยละ 21.16 ของงบประมาณด้านสุขภาพ ในช่วง พ.ศ. 2537–2545 (Na Ranong & Na Ranong, 2005) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เปลี่ยนการวางแผนและการจัดสรรงบประมาณ โดยมีการคำนวณงบประมาณตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งร้อยละ 10 ของงบอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นค่าทดแทนหรือค่าเสื่อมราคาสำหรับการซ่อมแซมอาคารสถานที่ (Prakongsai et al., 2002) ซึ่งมีความกังวลใจต่อความที่คลาดเคลื่อนของสำนักงบประมาณและมีการจำกัดงบลงทุนของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมานานหลายปี สปสช. บริหารจัดการงบค่าเสื่อมราคานี้ด้วยการถ่ายโอนบางส่วนไปยังสถานพยาบาลคู่สัญญาโดยตรง และเก็บบางส่วนไว้เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และพัฒนาศูนย์บริการเฉพาะทางเพื่อความเป็นเลิศ เช่น ศูนย์ Trauma ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง ตามการปรึกษาหารือร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข งบค่าเสื่อมราคาลดลงจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 6 ใน พ.ศ. 2555 (Health Insurance Information Service Centre, 2012) กระทรวงสาธารณสุขร้องเรียนว่าภายหลังจากการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว การจัดสรรงบประมาณเพื่อการลงทุนลดลงอย่างรุนแรง สำนักงบประมาณจึงอนุญาตให้กระทรวงสาธารณสุขของงบประมาณเพื่อการลงทุนโดยตรงจากรัฐบาลได้

การลงทุนของภาคเอกชน มุ่งเน้นพื้นที่เขตเมืองที่ประชาชนมีความสามารถในการจ่ายสูง รัฐบาลจึงมีนโยบายสนับสนุนการลงทุนของภาคเอกชนในพื้นที่ยากไร้และขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการดูแลสุขภาพผ่านแรงจูงใจด้านภาษีนิติบุคคลเป็นเวลา 8 ปี และยกเว้นภาษีนำเข้าเครื่องมือแพทย์ที่สำคัญ (Thailand Board of Investment, Undated)

2.9. การสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ป่วย (Patient empowerment)

2.9.1. ข้อมูลข่าวสารสำหรับผู้ป่วย

ประชาชนไทยสามารถรับข้อมูลด้านสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ หลากหลายประเภท สื่อที่นิยมมากที่สุดสำหรับประชากรในเขตชนบทคือโทรทัศน์ (ร้อยละ 29.7) หนังสือพิมพ์ (ร้อยละ 17.7) วิทยู (ร้อยละ 16.3) ข้อมูลจากผู้ใกล้ชิด (ร้อยละ 8.8) นิตยสาร (ร้อยละ 8.2) เสียงตามสายประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 7.7) แผ่นพับ (ร้อยละ 6.1) และโปสเตอร์ (ร้อยละ 2.8) เมื่อมีอาการป่วยมักจะขอคำแนะนำจาก บุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 90.6) และเพื่อน/ญาติ (ร้อยละ 28.5) สำหรับความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพแตกต่างกันไปตาม แหล่งที่มาที่น่าเชื่อถือมากที่สุดคือจากบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 85.3) รองลงมาคือทางโทรทัศน์/วิทยู (ร้อยละ 10.7) วารสาร (ร้อยละ 3.5) และเสียงตามสายประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 0.5) (Uphayokin , et al. 2005)

ความสามารถทางการอ่านและเขียนของนักเรียนไทยอยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาค เช่น สิงคโปร์ สาธารณรัฐเกาหลี สาธารณรัฐประชาชนจีน และญี่ปุ่น จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ความเข้าใจและการใช้ข้อมูลที่จำกัดด้านการส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีจากการศึกษาวิจัยเร็วๆ นี้ พบว่า ประชากรไทยส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและไม่ได้ตระหนักถึงสิทธิของตนและผู้ให้บริการด้านสุขภาพก็ให้ข้อมูลอย่างจำกัดแก่ผู้ป่วย เพราะเกรงว่าจะถูกฟ้องเรียกค่าเสียหายจากข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วย (Wongchai, et al. 2008)

2.9.2. ทางเลือกของผู้ป่วย

ผู้ป่วยสามารถเลือกรับบริการสุขภาพที่สถานพยาบาลใดก็ได้หากมีความสามารถในการชำระค่าใช้จ่ายเอง ระบบการเข้ารับบริการที่ระดับปฐมภูมิก่อน (Primary Health Care Gatekeeping) เริ่มต้นที่โครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2518 และได้ขยายโครงการบัตรประกันสุขภาพแบบสมัครใจ พ.ศ. 2527 (Thamatacharee, 2001) จนเป็นระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สำหรับระบบประกันสังคม

ผู้ประกันตนต้องลงทะเบียนกับโรงพยาบาลขนาดมากกว่า 100 เตียง ซึ่งเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาที่ให้บริการหลัก ผู้ประกันตนต้องไปรับบริการกับสถานพยาบาลที่เลือกลงทะเบียนไว้เป็นลำดับแรก ยกเว้นในกรณีประสบอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ข้อยกเว้นนี้ถูกนำไปใช้ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย สำหรับสมาชิกระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถใช้บริการสุขภาพจากสถานพยาบาลทุกแห่งในสังกัดภาครัฐ หรือภาคเอกชนในบางกรณีเท่านั้น สำหรับกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รัฐบาลมีนโยบายที่จะช่วยให้ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินได้ทันที่ทั้งนี้ จากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยเริ่มนโยบายตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2555

2.9.3. สิทธิผู้ป่วย

สิทธิผู้ป่วยมีการกำหนดด้วยกลไกหลายประการ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นถูกระบุให้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 องค์การวิชาชีพต่างๆ ประกอบด้วย สมาคมแพทย์ สมาคมพยาบาล สมาเภสัชกรรม และสหทันตกรรม ร่วมกันประกาศสิทธิผู้ป่วยตั้งแต่ พ.ศ. 2541 และกำหนดว่าผู้ให้บริการด้านสุขภาพต้องปฏิบัติตามการประกาศสิทธิผู้ป่วยอย่างเต็มที่ (Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Undated)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดกรอบกฎหมายเพื่อรับรองสิทธิผู้ป่วยในหลายด้านดังแสดงในบทที่ 1 ซึ่งสรุปได้ดังต่อไปนี้

- มีสิทธิที่จะรับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือปัจจัยอื่นๆ
- มีสิทธิที่จะขอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจให้การยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

- มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรับตัวจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
- มีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
- มีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น และมีสิทธิในการเลือกผู้ให้บริการ
- มีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
- มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
- มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลและร้องขอข้อมูลอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตน ตามที่ปรากฏในเวชระเบียน
- บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้
- สิทธิที่จะอาศัยในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- กลุ่มสตรี เด็ก ผู้พิการ และผู้สูงอายุ จะต้องได้รับการดูแลและการป้องกันด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม
- สิทธิที่จะขอให้มีการประเมินและมีส่วนร่วมในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ และ
- สิทธิที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

2.9.4. ขั้นตอนการร้องเรียน (การไต่ถาม, การเรียกร้อง)

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับอันตราย บาดเจ็บ หรือประสบผลไม่พึงประสงค์จากการให้บริการทางการแพทย์ หรือเกิดความผิดพลาดจากการรักษา ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยสามารถร้องเรียนไปยังแพทยสภาเพื่อขอตรวจสอบ แพทยสภาสามารถเริ่มกระบวนการตรวจสอบได้เองโดยไม่ต้องมีการร้องขอจากผู้ป่วยหรือญาติหรือข่าวสารข้อมูลจากสื่อสาธารณะ กลไกนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อปกป้องผู้ป่วยให้มั่นใจต่อมาตรฐานและจริยธรรมทางการแพทย์ เมื่อเปรียบเทียบจากระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมีหลักปฏิบัติที่ชัดเจนในการจัดการเรื่องร้องเรียน โดยมีการจัดตั้งหน่วยงานภายในสปสช. ขึ้นมาดูแลรับผิดชอบเป็นการเฉพาะ สมาชิกระบบประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถร้องเรียนได้หลายช่องทาง เช่น สายด่วนตลอด 24 ชั่วโมง, อีเมล, จดหมาย, โทรสาร, หรือติดต่อสปสช. โดยตรง ใน พ.ศ. 2553 มีรายงานเรื่องร้องเรียนจำนวน 4186 กรณี ร้องเรียนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 15.3) เป็นประเด็นเกี่ยวกับมาตรฐานบริการทางการแพทย์ ตามกฎหมายแล้ว ร้องเรียนทั้งหมดจะต้องถูกตรวจสอบและตัดสินภายใน 30 วัน ซึ่งร้อยละ 97 ของข้อร้องเรียนเสร็จสมบูรณ์ภายใน 30 วัน ข้อร้องเรียนบางส่วน (ร้อยละ 0.39) จำเป็นต้องได้รับการตรวจสอบเพิ่มเติมโดยคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นคณะกรรมการแห่งชาติที่จัดตั้งขึ้นโดยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ผู้ให้บริการสุขภาพอาจถูกกำหนดโทษหากพบการละเมิดกฎหมาย (NHSO, 2011b)

สำนักงานประกันสังคมมีการกำหนดขั้นตอนการจัดการเรื่องร้องเรียนสำหรับผู้ประกันตน โดยสามารถร้องเรียนผ่านสายด่วนศูนย์บริการ, จดหมาย, หรือเว็บไซต์ ในพ.ศ. 2555 จากรายงานของสายด่วนประกันสังคมมีจำนวนประมาณ 2.6 ล้านสาย จากผู้ประกันตนภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม ทุกสิทธิประโยชน์ ทั้งสิทธิประโยชน์ระยะสั้นและระยะยาว รวมการรักษาพยาบาลด้วย ในขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่มีระบบจัดการข้อร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพ (Hawkins, Srisasulux & Osornprasaop, 2009)

2.9.5. การมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการแต่งตั้งผู้แทนจากภาคประชาสังคมเพื่อร่วมเป็นกรรมการทั้งในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับภูมิภาค มีอำนาจหน้าที่ร่วมกำกับดูแลการดำเนินงานของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ สปสช. ยังจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติเฉพาะด้านการมีส่วนร่วม และสำนักงานภายในสปสช. เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ และภาคประชาชน โครงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนรวมการจัดตั้งศูนย์ประสานงานประกันสุขภาพขึ้นใน 104 ชุมชน การจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วย 6 กลุ่มโรคและเครือข่ายสนับสนุน และการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน (Community health fund) โดยสนับสนุนร่วมกันระหว่าง สปสช. และงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน พ.ศ. 2553 มีกองทุนสุขภาพชุมชนเกิดขึ้น 5508 กองทุน ทั่วประเทศ ครอบคลุมร้อยละ 70.8 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด (NSO, 2012)

ระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการการรักษายาบาลข้าราชการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนน้อยกว่า คณะกรรมการประกันสังคมเป็นโครงสร้างแบบสามภาคส่วน ประกอบด้วยกรรมการ 15 ท่าน คือ ผู้แทนภาครัฐจาก 5 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงแรงงาน, กระทรวงการคลัง, กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานประกัน และเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม ตัวแทนลูกจ้าง 5 ท่าน (ผู้แทนทุกสหภาพแรงงาน) และตัวแทนผู้ประกอบการ 5 ท่าน ระบบสวัสดิการการรักษายาบาลข้าราชการบริหารงานโดยกรมบัญชีกลาง ภายใต้กระทรวงการคลัง เนื่องจากกรมบัญชีกลางสามารถรายงานตรงไปยังปลัดกระทรวง จึงไม่จำเป็นต้องมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร แต่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้แทนรัฐบาลและผู้แทนผู้รับสิทธิตามระบบไม่กี่ท่าน แต่ไม่มีทั้งผู้แทนจากภาคประชาสังคมและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

สปสช. ยังดำเนินการสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการด้านสุขภาพและผู้รับสิทธิประโยชน์เป็นประจำทุกปี โดยว่าจ้างมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญซึ่งเป็นหน่วยงาน

อิสระและมีความน่าเชื่อถือในการสำรวจความคิดเห็น ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2553 ผลความพึงพอใจของประชาชนอยู่ที่ระดับสูงมาก (ร้อยละ 90) และค่อนข้างคงที่ ส่วนความพึงพอใจของผู้ให้บริการด้านสุขภาพน้อยกว่าประชาชน (ประมาณร้อยละ 60) แต่มีแนวโน้มปรับตัวดีขึ้น (NSO, 2012).

2.9.6. ผู้ป่วยกับการดูแลสุขภาพข้ามพรมแดน

ประเทศไทยถือเป็นประเทศแนวหน้าในแถบเอเชียด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (medical tourism) ใน พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วย 1.4 ล้านคนจากต่างประเทศ (รวมนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ นักท่องเที่ยวทั่วไป และชาวต่างชาติที่ทำงานหรืออาศัยอยู่ในประเทศไทยหรือประเทศเพื่อนบ้าน) นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากเดิมแทบไม่มีเลยจนเพิ่มขึ้นถึง 450 000 คนต่อปีในช่วงเวลาน้อยกว่า 10 ปีที่ผ่านมา (Na Ranong & Na Ranong, 2011) รัฐบาลมีความพยายามส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มากกว่าศวรรษ โดยโรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้รับดำเนินการเป็นส่วนใหญ่ เมื่อไม่นานมานี้ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจำนวนมากของบประมาณเพิ่มเติมเพื่อลงทุนโครงสร้างพื้นฐานเพื่อตอบสนองการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ กลุ่มประชาสังคมเริ่มแสดงความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบเชิงลบของนโยบายนี้ในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ประเทศไทยยังคงมีปัญหาด้านแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ประเด็นนี้ยังคงเป็นที่ถกเถียงกันและได้นำเสนอเป็นวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Commission Office, 2010)

3. การเงินการคลังระบบสุขภาพ

บทสรุป

ประเทศไทยก้าวสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ พ.ศ. 2545 รายจ่ายสุขภาพที่มาจากรัฐบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (total health expenditure, THE) ใน พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 77 ใน พ.ศ. 2556 รายจ่ายสุขภาพที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเอง (Out-of-pocket, OOP) ลดลงจากร้อยละ 27.2 เป็นร้อยละ 12.4 แหล่งที่มาที่สำคัญของรายจ่ายสุขภาพมาจากภาษีทั่วไป (General taxes) รองลงมาได้แก่ การจ่ายด้วยตนเองของประชาชน กองทุนประกันสังคม และ ประกันภัยเอกชน ตามลำดับ ใน พ.ศ. 2556 เงินสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างชาติ มีค่าน้อยกว่า ร้อยละ 0.5 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าเงินสนับสนุนจากต่างชาติไม่ได้เป็นส่วนสำคัญของรายจ่ายสุขภาพของไทย รายจ่ายสุขภาพจากรัฐบาลมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 8–11 ใน พ.ศ. 2545–2546 เป็นร้อยละ 11–13 ใน พ.ศ. 2550–2555 รายจ่ายเพื่อการรักษาเป็นสัดส่วนหลักของรายจ่ายสุขภาพ มีค่าร้อยละ 70 โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยนอกร้อยละ 40 และผู้ป่วยในร้อยละ 30

เป็นที่น่าตกใจว่า รายจ่ายเพื่อการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพลดลงจากร้อยละ 10 ของรายจ่ายเพื่อการรักษาของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน พ.ศ. 2545 เหลือเพียงร้อยละ 4.5 ใน พ.ศ. 2551 เท่านั้น คณะกรรมการบริหารของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงกำหนดให้งบการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพต้องเพิ่มขึ้นมาเท่ากับร้อยละ 10 ของงบประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งหมด ใน พ.ศ. 2554 ทั้งนี้ เนื่องงงบการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นงบสำหรับประชากรไทยทุกคน (ไม่เพียงแต่สมาชิกประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น) เป็นที่น่า

ดีใจว่า งบประมาณป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเท่ากับร้อยละ 11 ของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวของประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2553

ประเทศไทยได้ออกกฎหมายในการจัดเก็บภาษีบาป (sin tax) โดยคิดภาษีสรรพสามิตของยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มร้อยละ 2 เพื่อนำมาใช้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ มาตรการเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญต่างๆ เช่น ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรคเอดส์ โรคไม่ติดต่อ และความปลอดภัยทางถนน ภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยอยู่ภายใต้กองทุนหลักภาครัฐ 3 ระบบ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBs) สิทธิประกันสังคม (Social Health Insurance Scheme, SHI) และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UCS) ส่งผลให้มีการแยกบทบาทของหน่วยงานผู้รับประกันหรือผู้บริบาลกองทุน (purchaser) และหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพ (provider) อย่างชัดเจนในการดูแลสิทธิประโยชน์ของประชาชนทั้งสามกลุ่ม การจัดการการเงินแบบอุปทาน (supply-side financing) ตามจำนวนเตียงโรงพยาบาล ถูกแทนที่โดยแบบอุปสงค์อย่างเต็มรูปแบบ (demand-side financing) ตามจำนวนสมาชิกที่ขึ้นทะเบียนกับ UCS และ SHI วิธีการจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการสุขภาพ (provider payment methods) เป็นแบบผสมผสานผ่านการจ่ายเงินแบบปลายปิดเป็นหลัก (close-ended payment) วิธีการจ่ายเงินในการรักษาผู้ป่วยนอกภายใต้สิทธิประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว ในขณะที่ผู้ป่วยนอกที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการจ่ายเงินแบบจ่ายตามที่ผู้รักษาเรียกเก็บ (fee-for-service) สำหรับผู้ป่วยในได้มีการกำหนดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group, DRG) ในผู้ป่วยทั้งสามกลุ่ม แต่ยังคงมีความแตกต่างในรายละเอียดระหว่างผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ สิทธิประกันสังคมยังคงมีการนำการกำหนดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้บางส่วน ประกันสุขภาพเอกชนมีการนำรูปแบบการเบิกจ่ายเงินตามที่ผู้รักษาเรียกเก็บมาใช้แต่ยังมีการครอบคลุมที่ต่ำ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ไม่มีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสาม

3.1. รายจ่ายสุขภาพ

จากข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (Thai NHA Working Group, 2013) แสดงให้เห็นว่ารายจ่ายสุขภาพทั้งหมดไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนัก คิดเป็นร้อยละ 3.5–4.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product, GDP) พ.ศ.2537–2555 (ดูตารางที่ 3.1) รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรมีค่าเพิ่มขึ้นจาก 86 เหรียญดอลลาร์สหรัฐใน พ.ศ. 2537 เป็น 256 เหรียญดอลลาร์สหรัฐใน พ.ศ. 2555

Table 3.1 Total health expenditure and selected indicators on health spending, 1994–2012, current year prices

Indicator	1994	2000	2001	2002	2005	2008	2009	2010	2011	2012
Total health expenditure (THE (million Baht)	127 655	167 147	170 203	201 679	251 693	360 272	377 226	392 368	434 237	512 388
THE as proportion of GDP	3.5%	3.4%	3.3%	3.7%	3.5%	4.0%	4.2%	3.9%	4.1%	4.5%
Public expenditure as proportion of THE	45%	56%	56%	63%	64%	76%	74%	75%	77%	76%
Private expenditure as proportion of THE	55%	44%	44%	37%	36%	24%	26%	25%	23%	24%
THE per capita (Baht per capita)	2 160	2 701	2 732	3 211	4 032	5 683	5 938	6 142	6 777	7 949
THE per capita (US\$)	86	67	61	75	100	171	173	194	222	256
Exchange rate (Baht per US\$)	25	40	44	43	40	33	34	32	30	31

Source: Thai NHA Working Group (2013).

สัดส่วนแหล่งเงินจากภาครัฐและนอกภาครัฐมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนสองครั้ง ครั้งแรกเกิดขึ้นหลังจากการเกิดวิกฤตเศรษฐกิจทางการเงินในทวีปเอเชีย พ.ศ. 2540 และครั้งที่สอง พ.ศ. 2545 หลังจากการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อน พ.ศ. 2540 สัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพภาครัฐอยู่ระหว่างร้อยละ 45–47 หลังจากวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2544 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 54–56 แม้ว่ารัฐบาลทำการตัดงบประมาณภาครัฐทุกด้าน แต่งบประมาณ

ด้านสุขภาพได้รับการคุ้มครองอย่างมั่นคง และหลังจากการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐเพิ่มขึ้นอย่างมากจากร้อยละ 63 ใน พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 77 ใน พ.ศ. 2554 ขณะที่รายจ่ายสุขภาพนอกภาครัฐลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 55 ใน พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 23 ใน พ.ศ. 2554

ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยส่วนใหญ่อาศัยงบประมาณภายในประเทศ มีเพียงร้อยละ 0.5 ที่มาจากการบริจาคหรือแหล่งทุนจากหน่วยงานต่างประเทศ ตารางที่ 3.2 แสดงให้เห็นรูปแบบรายจ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ที่สัดส่วนใหญ่เพื่อการรักษา ร้อยละ 70 แบ่งเป็นผู้ป่วยนอกร้อยละ 40 และผู้ป่วยในร้อยละ 30 โดยค่ายารวมอยู่ในรายจ่ายเพื่อการรักษาส่วนนี้แล้ว เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีการจ่ายให้กับผู้ป่วยที่ร้านขายยาเอกชนรายย่อย แต่ไม่เกินร้อยละ 6.5 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด การจ่ายเพื่อการลงทุน (capital formation) ลดลงอย่างมากจากร้อยละ 13.7 ใน พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 5 ใน พ.ศ. 2544 และคงที่ที่ร้อยละ 3-5

ระหว่าง พ.ศ. 2537-2544 รายจ่ายสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนคิดเป็นร้อยละ 7-8 และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนถึงร้อยละ 12.4 เมื่อเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 แต่ก็ค่อยๆ ลดลงเป็นร้อยละ 6.6 และร้อยละ 4.5 ใน พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2551 ตามลำดับ ขณะที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับมอบหมายจากรัฐบาลในการจัดการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพให้ประชากรไทยทั้งหมด โดยกำหนดงบประมาณในส่วนนี้ไว้ที่ ร้อยละ 10 ตั้งแต่การเริ่มต้นของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่งบประมาณในส่วนนี้มีการลดลงอย่างต่อเนื่อง ตรงข้ามกับงบประมาณเพื่อการรักษาที่เพิ่มขึ้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงกำหนดทิศทางการทำงานที่ชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยจัดสรรงบประมาณเพื่อการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 10 ใน พ.ศ. 2554 ซึ่ง สปสช. สามารถบรรลุเป้าหมายที่ร้อยละ 11 ใน พ.ศ. 2553

Table 3.2 Health-care spending profile, percentage of total health expenditure, 1994 to 2012

	1994	2000	2001	2002	2005	2008	2009	2010	2011	2012
Inpatient care ^a	26.2	30.8	32.6	30.2	33.8	36.2	31.0	30.4	31.9	34.3
Outpatient care	42.6	40.7	40.3	43.8	43.3	42.3	41.2	42.1	40.6	29.2
Ancillary services	0.0	0.1	0.2	0.3	0.4	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2
Medical goods ^b	6.5	6.3	6.1	4.0	4.3	4.4	4.9	5.2	4.9	5.8
Prevention & public health services	7.1	8.2	8.0	12.4	4.9	4.5	9.7	10.3	9.4	6.2
Health administration	3.9	7.9	7.9	4.8	8.9	6.8	7.3	7.2	5.9	12.6
Other health-care services not elsewhere classified (n.e.c.) ^c	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.1
Total recurrent	86.3	94.1	95.0	95.4	95.6	94.4	94.2	95.3	92.9	88.4
Gross capital formation	13.7	5.9	5.0	4.6	4.4	5.6	5.8	4.8	7.1	11.6
THE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

THE: total health expenditure.

Note: a including long-term care and rehabilitation services; b Expenditure on medicines and medical devices paid by households and mainly self-prescribed; c This item was proposed by a new guideline in the 2011 System of Health Account, and it was introduced into the Thai national health account in 2012.

Source: Thai NHA Working Group (2013).

ใน พ.ศ. 2554 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการรักษาทั้งการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ร้อยละ 70, การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ร้อยละ 9.4, การบริหารจัดการ ร้อยละ 5.9 และรายจ่ายเพื่อการลงทุน ร้อยละ 7.1 รายจ่ายส่วนสนับสนุนบริการทางการแพทย์มีเพียงร้อยละ 0.2 เนื่องจากรายจ่ายส่วนใหญ่รวมอยู่ในการให้บริการผู้ป่วยนอก และการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวและการฟื้นฟูรวมอยู่ในการให้บริการผู้ป่วยใน

3.2. แหล่งที่มาและการไหลเวียนของเงินในระบบสุขภาพ

3.2.1. แหล่งการเงิน

ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหลายแหล่งทุน ได้แก่ ภาษีอากร ประกันสุขภาพเอกชน และการจ่ายที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม หลังจากประเทศไทยเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 พบว่าสัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพภาครัฐสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่รายจ่ายจากครัวเรือนมีสัดส่วนลดลง (ตารางที่ 3.3)

Table 3.3 Health-care spending by source of fund, percentage of total health expenditure, 1994 to 2012 (selected years)

	1994	2000	2001	2002	2005	2008	2009	2010	2011	2012
Government general expenditure	41.7	50.8	49.6	57.7	56.2	68.7	66.3	66.6	70	68.4
Social Health Insurance	2.9	5.3	6.6	5.6	7.9	6.9	7.6	7.7	7.2	7.3
Out-of-pocket	44.5	33.7	33.1	27.2	27.2	14.7	15.4	14.2	12.4	11.6
Private voluntary health insurance	1.8	3	3.1	2.9	3.3	3.8	5.1	5.6	4.6	4.7
Traffic insurance	2.4	2.6	2.8	2.5	2.3	2.6	2.2	2.3	2.3	1.8
Employer benefit	6.2	4	4.1	3.3	2.3	1.6	2.1	2.1	1.9	1.6
Non-profit-making institutes	0.5	0.6	0.5	0.6	0.5	1.4	0.9	1.1	1.1	0.9
Rest of the world	0.1	0	0.1	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	3.8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Million Baht	127 655	167 147	170 203	201 679	251 693	356 275	371 832	384 902	434 237	512 388

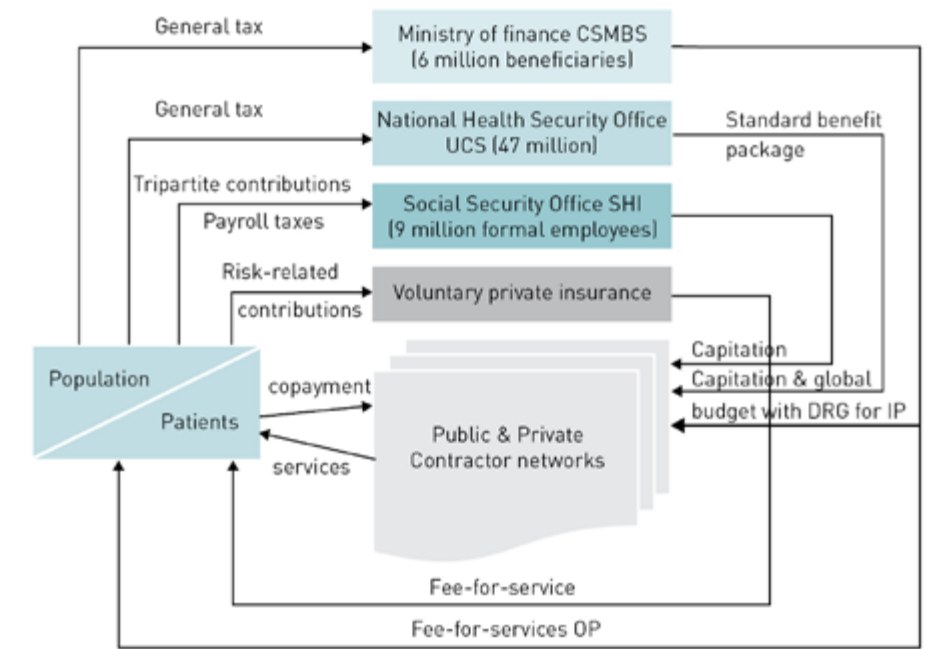
Source: Thai NHA Working Group (2013).

รูปภาพที่ 3.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามส่วน ได้แก่ (ก) ประชาชนที่มีหน้าที่ในการจ่ายภาษีรายได้ส่วนบุคคลหรือภาษีนิติบุคคล (ในกรณี

ที่เป็นนายจ้าง) หรือภาษีทางอ้อมผ่านค่าบริโภค เช่น ภาษีมูลค่าเพิ่มร้อยละ 7 หรือการจ่ายเงินสมทบในกองทุนประกันสังคมของลูกจ้างเอกชนหรือนายจ้าง (ข) หน่วยงานผู้บริหารจัดการประกันสุขภาพภาครัฐ 3 หน่วยงานหลักและ (ค) หน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชนทั่วประเทศ

หลังจากประเทศไทยเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 ประชาชนคนไทยทั้งหมดมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมภายใต้ 3 กองทุนหลักภาครัฐ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS) สิทธิประกันสังคม (Social Health Insurance Scheme, SHI) และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UCS) นอกจากนี้ คนที่มีรายได้สูงส่วนใหญ่ยังสามารถทำประกันสุขภาพเอกชนตามความสมัครใจเพิ่มเติมได้ ดังรูปที่ 3.1 ทั้งนี้ประกันเอกชนจะมีรูปแบบการจ่ายเงินให้กับผู้ป่วย และไม่ประสานงานกับสถานพยาบาลโดยตรง

Figure 3.1 Health financing and service provision in Thailand after achieving universal coverage in 2002



CSMBS: Civil Servant Medical Benefit Scheme; DRG: diagnosis-related group; IP: inpatient; OP: outpatient; SHI: Social Health Insurance; UCS: Universal Coverage Scheme.
Source: Synthesis by the Author

3.2.2. รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ

ระหว่าง พ.ศ. 2538–2550 รายจ่ายสุขภาพภาครัฐมีความผันผวนอยู่ในช่วงร้อยละ 7–11 ของรายจ่ายรัฐบาลทั้งหมด ก่อนบรรลุลูกประกั้นสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 รายจ่ายสุขภาพภาครัฐมีค่าร้อยละ 8 และเพิ่มเป็น ร้อยละ 11 ใน พ.ศ. 2546 หลังจากนั้นอยู่ระหว่างร้อยละ 11–13 ในขณะที่สัดส่วนของรายจ่ายรัฐบาลทั้งหมดต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 23 ใน พ.ศ. 2550 (ตารางที่ 3.4)

Table 3.4 Key national health account parameters on GGHE, 1994–2010

	Gross domestic product, GDP (million Baht)	General government consumption expenditure, GGE (million Baht)	GGE as percentage of GDP	GGHE, excluding SHI (million Baht)	GGHE, excluding SHI, as percentage of GGE
1995	4 186 212	712 860	17%	64 468	9%
1996	4 611 041	835 795	18%	77 537	9%
1997	4 732 610	1 046 851	22%	95 478	9%
1998	4 626 447	1 148 059	25%	86 055	7%
1999	4 637 079	1 219 891	26%	81 034	7%
2000	4 922 731	943 244	19%	84 924	9%
2001	5 133 502	1 062 437	21%	84 505	8%
2002	5 450 643	1 374 641	25%	116 325	8%
2003	5 917 369	1 127 931	19%	121 627	11%
2004	6 489 476	1 269 376	20%	132 575	10%
2005	7 092 893	4 02 682	20%	141 506	10%
2006	7 844 939	1 534 263	20%	176 653	11%
2007	8 525 197	1 769 209	21%	208 543	12%
2008	9 080 466	1 922 500	21%	244 779	13%
2009	9 041 551	2 112 177	23%	246 669	12%
2010	10 104 821	2 318 115	23%	256 247	11%

Source: WHO [2013].

แหล่งรายได้หลักของรัฐบาลไทยมาจากการจัดเก็บภาษี ภายใต้การรับผิดชอบของกระทรวงการคลัง 3 หน่วยงาน ได้แก่ กรมสรรพากร กรมสรรพสามิต และกรมศุลกากร จำนวนเงินที่เก็บได้มีมูลค่าร้อยละ 85–90 ของรายได้รวมของรัฐบาล (ตารางที่ 3.5) กรมสรรพากรเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดเก็บภาษีเงินได้ส่วนบุคคล

ภาษีนิติบุคคล และภาษีมูลค่าเพิ่ม ซึ่งมีมูลค่ามากกว่ากึ่งหนึ่งของภาษีที่เก็บรวบรวมทั้งหมด

จากโครงสร้างรายได้จากภาษีทางตรง (direct tax) (ภาษีเงินได้ส่วนบุคคลและภาษีนิติบุคคล) เป็นส่วนที่มีมูลค่ามากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ภาษีการบริโภค (รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและส่วนน้อยจากภาษีสรรพสามิตที่จ่ายโดยผู้ประกอบการขนาดเล็ก) ภาษีสรรพสามิตและภาษีจากการนำเข้าและการส่งออก เมื่อเปรียบเทียบกับภาษีทางอ้อมพบว่ามีมูลค่ามากกว่าภาษีทางตรง โดยแนวโน้มของภาษีไม่มีการเปลี่ยนแปลงระหว่าง พ.ศ. 2537–2550 ยกเว้นใน พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2542 หลังจากวิกฤตเศรษฐกิจในทวีปเอเชียผ่านไปสองปี ที่ภาษีการบริโภคมากกว่าภาษีทางตรงเนื่องจากมีองค์กรจำนวนมากปิดตัวลงและมีการว่างงาน ทำให้แหล่งที่มาของภาษีทางตรงลดลง ภาษีทางตรงมีแหล่งที่มาจากภาษียาสูบและภาษีเงินได้ส่วนบุคคลซึ่งใช้อัตราภาษีก้าวหน้า (ตารางที่ 3.6)

กรมสรรพากรได้ปรับปรุงประสิทธิภาพของการจัดเก็บภาษีเงินได้ส่วนบุคคลผ่านการลงทะเบียนทางอิเล็กทรอนิกส์ที่มีรายได้ต้องรายงานมายังกรมสรรพากรภายในเดือนมีนาคมของทุกปี แต่ฐานผู้เสียภาษีมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับประชากรทั้งประเทศ ทั้งนี้ ตามที่มีการอภิปรายในรัฐสภา พ.ศ. 2552 ภาคการเมืองยังไม่มีเจตจำนงที่จะเพิ่มภาษีทรัพย์สินและภาษีมรดก ปัจจุบันมีการกำหนดให้มีภาษีเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะอย่าง (earmarked tax) ในการดูแลสุขภาพ คือ การจัดเก็บภาษียาสูบและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกรมสรรพสามิต เพิ่มขึ้นจำนวนร้อยละ 2 เพื่อนำมาใช้สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานกองทุนส่งเสริมการสร้างสุขภาพ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการบริหาร โดยกองทุนนี้มีเป้าหมายเพื่อการจัดการกับปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การรณรงค์ต่อต้านยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งสนับสนุนองค์กรเอกชน ภาคประชาสังคม และหน่วยงานภาครัฐ เพื่อเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Tangcharoensathien et al., 2008)

Table 3.5 Structure of government revenue, 1994 and 2007

Year	A	A1	A2	A2.1	A2.2	A2.3	B	C=A+B	Total (million Baht)
	Tax	Direct tax	Indirect tax	Consumption tax, including VAT	Excise tax	Import- export duties	Non-tax revenue	Total	
1994	88%	29%	59%	23%	20%	16%	12%	100%	707 546
1995	89%	30%	59%	24%	19%	16%	11%	100%	815 143
1996	90%	32%	58%	25%	19%	14%	10%	100%	895 291
1997	88%	31%	57%	26%	20%	11%	12%	100%	909 049
1998	88%	28%	61%	33%	19%	8%	12%	100%	815 681
1999	86%	28%	58%	29%	21%	8%	14%	100%	793 346
2000	87%	30%	57%	26%	20%	10%	13%	100%	817 595
2001	88%	31%	57%	26%	20%	10%	12%	100%	874 766
2002	89%	31%	57%	26%	22%	10%	11%	100%	958 373
2003	89%	31%	58%	25%	22%	10%	11%	100%	1 104 627
2004	91%	34%	57%	27%	22%	8%	9%	100%	1 258 805
2005	90%	35%	55%	28%	19%	7%	10%	100%	1 472 935
2006	90%	38%	52%	29%	17%	6%	10%	100%	1 581 524
2007	90%	39%	51%	29%	17%	5%	10%	100%	1 666 824

Source: Fiscal Policy Office (2013).

Table 3.6 Progressive tax rates of Thai personal income tax*

Taxable income (Baht per annum)	Tax rate (%)
0–150 000	Exempt
150 001–500 000	10
500 001–1 000 000	20
1 000 001–4 000 000	30
4 000 001 and over	37

Note: a Rates applicable from 2008 onwards.

Source: Revenue Department (2014).

ในการจัดสรรงบประมาณประจำปีของรัฐบาล รายจ่ายสุขภาพของรัฐบาล ครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรวมถึงเงินเดือนของบุคลากรทางการแพทย์ (บ้างมาจากการจ้างงานเพิ่มเติมโดยใช้งบประมาณทั่วไป บ้างจากการจ้างโดยเงินรายได้ของโรงพยาบาล), ครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้างโรงพยาบาลภาครัฐ, การจ่ายเงินสมทบภาครัฐให้กับกองทุนประกันสังคม

3.2.3. แหล่งเงินทุนภาคบังคับ

แหล่งเงินทุนภาคบังคับในที่นี้หมายถึงประกันสุขภาพภาคบังคับที่ต้องจ่ายเงินสมทบหรือจ่ายเบี้ยประกัน ตามกฎหมายในประเทศไทย มี 3 แหล่ง ได้แก่ กองทุนประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน และกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถยนต์

กองทุนประกันสังคม

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 สิทธิประกันสังคมนั้นครอบคลุมผู้ประกันตนที่เป็นพนักงานบริษัทเอกชน มีสิทธิประโยชน์ระยะสั้น และระยะยาว สิทธิการรักษาพยาบาล, การคลอดบุตร, การชดเชยการขาดงานจากการเจ็บป่วย, ชดเชยการเสียชีวิต, ชดเชยความพิการ, สงเคราะห์บุตร, ว่างาน และชราภาพ ในระยะแรกมีการนำชุดสิทธิประโยชน์ระยะสั้นมาใช้ในเดือนเมษายนปี พ.ศ.

2534 และเริ่มขยายการครอบคลุมไปสู่ผลประโยชน์ระยะยาวอื่นๆ เช่นเงินสงเคราะห์บุตร ว่างาน และเงินชราภาพ สิทธิประกันสังคมนั้นครอบคลุมเฉพาะผู้ประกันตนเท่านั้น ไม่รวมถึงคู่สมรสและบุตร แหล่งเงินของกองทุนประกันสังคม

มาจากเงินสมทบสามส่วน ประกอบด้วย เงินจากนายจ้าง เงินจากลูกจ้าง และเงินจากรัฐบาลในจำนวนที่เท่ากัน มีการบริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

นับตั้งแต่การเริ่มต้นมีสิทธิประกันสังคมใน พ.ศ. 2534 อัตราการจ่ายเงินสมทบมีการกำหนดเพดานไว้ที่ค่าจ้างสูงสุดไม่เกิน 15 000 บาท ในขณะที่ค่าจ้างขั้นต่ำในขณะนั้นประมาณ 2400–3000 บาทต่อเดือน แสดงให้เห็นว่าช่องว่างระหว่างค่าจ้างต่ำสุดและเพดาน เท่ากับประมาณ 5–6.25 เท่า อย่างไรก็ตาม ไม่มีการปรับเพดานการคำนวณเงินสมทบแต่อย่างใด (ไม่เกิน 15 000 บาท มาตั้งแต่ พ.ศ. 2534 จนถึงปัจจุบัน) ทั้งๆ ที่อัตราค่าจ้างขั้นต่ำได้รับการปรับเป็นระยะๆ จนเป็น 300 บาทต่อวัน หรือ 7200 บาทต่อเดือน (300 บาทต่อวัน $\times$ 24 วันทำการ = 7200 บาทต่อเดือน) ทำให้การจ่ายเงินสมทบแทบไม่มีความแตกต่างกันระหว่างลูกจ้างที่เป็นผู้ใช้แรงงาน ที่มีรายได้ต่ำเปรียบเทียบกับพนักงานบริษัทที่มีเงินเดือนสูงถึงหลักแสนบาทต่อเดือน

ในการครอบคลุมสิทธิประโยชน์ระยะสั้น ได้แก่ การรักษาพยาบาล การคลอดบุตร ทูพพลภาพ และเสียชีวิต ต้องมีการร่วมจ่ายเงินสมทบจากสามส่วน ได้แก่ ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล ในอัตราที่คิดจากเงินเดือนลูกจ้าง ร้อยละ 1.5 ในอัตราที่เท่ากัน นายจ้างเป็นผู้รายงานอัตราเงินค่าจ้างของลูกจ้างและลงทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม และเมื่อสิ้นสุดของแต่ละเดือน นายจ้างเป็นผู้หักร้อยละ 1.5 ของเงินเดือนลูกจ้าง และจ่ายเงินสมทบในจำนวนเงินที่เท่ากันนำส่งให้กับกองทุนประกันสังคม หากนายจ้างที่ไม่ปฏิบัติตาม มีโทษปรับและจำคุก รัฐบาลร่วมจ่ายเงินผ่านการจัดสรรงบประมาณรายปีมายังสำนักงานประกันสังคม ในบางปีที่ประเทศประสบวิกฤติการเงิน รัฐบาลไม่สามารถจัดสรรงบประมาณได้ตามกำหนดเวลา ก็จะทำให้การจ่ายย้อนหลัง

นอกจากนี้ สำนักงานประกันสังคมยังมีการเปิดโอกาสสมัครให้มีผู้ประกันตนแบบสมัครใจ ตามมาตรา 39 เช่น ลูกจ้างที่เกษียณ หรือบุคคลว่างงาน เงินประกันสังคมส่วนนี้จะมาจากตัวผู้ประกันตนเพียงส่วนเดียว ไม่มีการจ่ายสมทบจากทั้งนายจ้างและรัฐบาล แต่ปัจจุบันยังมีผู้ประกันตนแบบสมัครใจจำนวนไม่มาก

นัก ทั้งนี้ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ประกันตนรายวัน เพื่อหลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อนกับสมาชิกหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

กองทุนเงินทดแทน

กองทุนเงินทดแทนเป็นกองทุนสวัสดิการแก่ลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือตายเนื่องจากการทำงาน ซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือโรคซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน กองทุนนี้ก่อตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการภายใต้ระเบียบราชการในวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 เมื่อมีการประกาศใช้ได้ 20 ปี ได้มีการปรับปรุงเป็นพระราชบัญญัติ พ.ศ. 2537 ปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บริหารจัดการกองทุน แหล่งเงินของกองทุนเงินทดแทนมาจากการจ่ายเงินสมทบจากนายจ้างเป็นประจำทุกปีซึ่งคำนวณมาจากค่าจ้างของพนักงานทั้งหมดและประเภทของธุรกิจที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับการจัดอันดับความเสี่ยงและประเภทสถานประกอบการโดยการจำแนกตามประเภทอุตสาหกรรม (อยู่ในช่วงร้อยละ 0.2–1 ของค่าจ้าง) เมื่อชำระเงินสมทบติดต่อกัน 3 ปีแล้ว ปีที่ 4 จะคำนวณหาอัตราการสูญเสียเพื่อหาค่าอัตราเงินสมทบตามประสบการณ์และนำมาเรียกเก็บในปีที่ 5 หากนายจ้างจัดให้ลูกจ้างมีความปลอดภัยในการทำงานจะได้รับการลดอัตราเงินสมทบ ในทางกลับกัน หากไม่ดูแลเรื่องความปลอดภัยจะถูกเพิ่มอัตราเงินสมทบ การเพิ่มหรือลดเงินสมทบนั้นคิดจากอัตราเงินสมทบหลักของนายจ้าง หากนายจ้างไม่ดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ มีโทษทั้งปรับและจำคุก

3.3. รูปแบบระบบการเงินการคลัง

3.3.1. ความครอบคลุม

ความครอบคลุมประชากร

ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามารถที่ครอบคลุมประชาชนทั้งหมด สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนับเป็นสวัสดิการให้กับข้าราชการ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่อายุไม่เกิน 20 ปี เพื่อชดเชยเงินเดือนในภาครัฐที่ค่อนข้างต่ำ (เมื่อเทียบกับอัตราในตลาดแรงงาน) จึงไม่มีการร่วมจ่ายสมทบจากข้าราชการ

ภายใต้สิทธิประกันสังคม มีผู้ประกันตนที่เป็นลูกจ้างจากหน่วยงานเอกชน ประมาณ 9-10 ล้านคน โดยครอบคลุมอันตรายหรือเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน การคลอดบุตร เบี้ยพิการ เกษียณ และชดเชยในกรณีเสียชีวิตในขณะที่กองทุนเงินทดแทนครอบคลุมของการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน สิทธิประกันสังคมไม่ครอบคลุมถึงบุตรและคู่สมรสของผู้ประกันตน ยกเว้น การคลอดซึ่งครอบคลุมถึงคู่สมรสของผู้ประกันตนเพศชาย สิทธิประกันสังคมเป็นการบังคับ ให้มีการสมทบการจ่ายจากสามส่วนในจำนวนเงินที่เท่ากันระหว่าง นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล โครงการเริ่มต้นใน พ.ศ. 2534 จากข้อกำหนดใน องค์กรที่มีพนักงาน ในสถานประกอบการมากกว่า 20 คนจากนั้นก็ค่อยๆ ขยายให้ ครอบคลุมถึงผู้ประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 10 คน และ 5 คน จนในที่สุดก็ ครอบคลุมถึงองค์กรที่มีลูกจ้างมากกว่า 1 คน ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2546

ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิ ประกันสังคมจะถือว่าอยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยอัตโนมัติ นอกเหนือจากประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 กองทุนแล้ว ประชาชนยังสามารถเลือก ทำประกันสุขภาพเอกชนเพิ่มเติมแบบสมัครใจได้ด้วยตามกำลังความสามารถใน การจ่ายเงิน ซึ่งมีเพียงร้อยละ 2.2 ของประชากรทั้งหมด (National Statistical Office of Thailand, 2006) (ตารางที่ 3.7) แสดงลักษณะที่สำคัญของแต่ละ กองทุนสุขภาพ

Table 3.7 Characteristics of public and private health insurance schemes

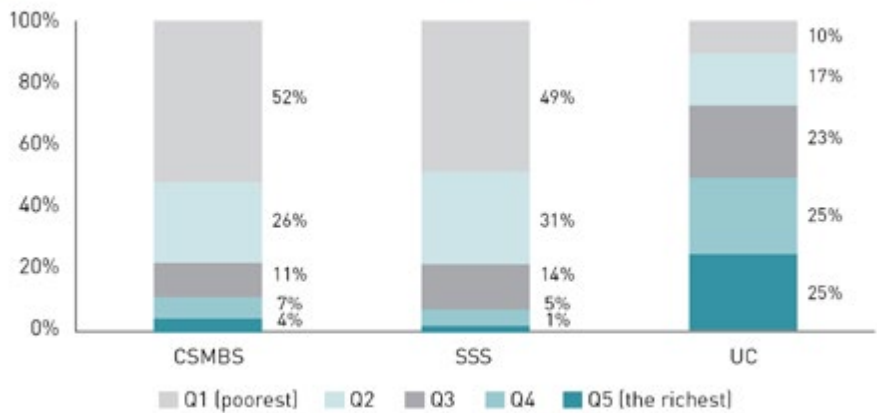
Insurance scheme	Population coverage		Financing source	Mode of provider payment	Access to service
Civil Servant Medical Benefit Scheme	Government employees plus dependants (parents, spouse and up to two children age <20 years)	9%	General tax, noncontributory scheme	Fee for service, direct disbursement to mostly public providers and DRG for inpatient care	Free choice of public providers, no registration required
Social Health Insurance	Private-sector employees, excluding dependants	16%	Tripartite contribution, equally shared by employer, employee and the government	Inclusive capitation for outpatient and inpatient services plus additional adjusted payments for accident and emergency and high-cost care, utilization percentile and high-risk adjustment	Registered public and private competing contractors
Universal Coverage Scheme	The rest of the population not covered by SHI and CSMBS	75%	General tax	Capitation for outpatients and global budget plus DRG for inpatients plus additional payments for accident and emergency and high-cost care	Registered contractor provider, notably district health system
Private health insurance	Additional health insurance scheme for those who can afford premiums	2.2% (additional insurance)	Health insurance premiums paid by individuals or households	Retrospective reimbursement	Free choice of health-care providers, either public or private

DRG: diagnosis-related group.

Source: Synthesis by the Author

จากการวิเคราะห์ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547 ที่ทำการสำรวจ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อจำแนกตามกลุ่มครัวเรือนตามระดับรายได้เป็น ห้ากลุ่ม (กลุ่มจนที่สุด จน ปานกลาง รวย และรวยที่สุด) พบว่า สมาชิกประกัน สุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ร้อยละ 25 อยู่ในกลุ่มครัวเรือนจนที่สุด และร้อยละ 25 อยู่ในกลุ่มครัวเรือนจน ในทางกลับกัน ผู้ได้รับสิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลราชการส่วนใหญ่มีฐานะดี ร้อยละ 52 อยู่ในกลุ่มครัวเรือนรวยที่สุด และร้อยละ 49 ผู้ใช้สิทธิประกันสังคม อยู่ในกลุ่มครัวเรือนรวยที่สุด

Figure 3.2 Scheme beneficiaries by income quintile, 2004



Source: Health and Welfare Survey 2004.

ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเลือกขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการสุขภาพภายใต้รูปแบบสัญญากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ใช้สิทธิต้องลงทะเบียนกับเครือข่ายผู้ให้บริการสุขภาพอำเภอในท้องถิ่นที่ตนเองอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท มีสถานพยาบาลให้เลือกไม่มากนัก โดยทั่วไปหนึ่งอำเภอมียี่หนึ่งโรงพยาบาลชุมชน จึงเหมือนการผูกขาดทางภูมิศาสตร์ของผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัจจุบันเครือข่ายผู้ให้บริการระดับอำเภอภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลอำเภอ 1 โรงพยาบาล และ สถานีอนามัย (หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, รพสต.) 10–15 แห่ง ส่วนผู้ใช้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีอิสระในการเลือกเครือข่ายสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ผู้ใช้สิทธิสามารถ

ขอเปลี่ยนผู้ให้บริการได้ ปีละสองครั้ง เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกในผู้ที่ ย้ายถิ่นชั่วคราว โดยผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติต้องแสดงหลักฐานเพื่อพิสูจน์ ให้เห็นว่าอาศัยอยู่ในพื้นที่ดังต่อไปนี้ (ก) หนังสือรับรองจากเจ้าของบ้านที่อาศัยอยู่ (ข) หนังสือรับรองจากหัวหน้าหมู่บ้านหรือผู้นำชุมชนอื่นๆ หรือ (ค) ใบเสร็จค่า ไฟฟ้า ค่าน้ำประปา

ผู้ใช้สิทธิประกันสังคมต้องลงทะเบียนกับสถานพยาบาลที่อยู่ภายใต้คุ้มครองของ สำนักงานประกันสังคมเช่นเดียวกับผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ผู้ประกันตนประกันสังคมมีอิสระที่จะเลือกสถานพยาบาล และมีสิทธิขอเปลี่ยน สถานพยาบาลสองครั้งต่อปี

ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถเลือกสถานพยาบาลของรัฐที่ใด ก็ได้ ทั้งนี้เนื่องจากการใช้รูปแบบการจ่ายเงินตามทีเรียกเก็บ (fee-for-service) แต่หากไม่ได้เป็นสถานพยาบาลที่มีการลงทะเบียนล่วงหน้าไว้ ผู้ใช้สิทธิต้องสำรอง จ่ายค่าบริการก่อนที่จะนำไปเสร็จมาเบิกภายหลัง ใน พ.ศ. 2550 กรมบัญชีกลาง จึงพยายามให้ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการลงทะเบียนกับ โรงพยาบาลของรัฐที่ต้องการเพื่อให้ได้รับบริการผู้ป่วยนอกโดยไม่ต้องจ่ายล่วงหน้า และให้สถานพยาบาลเรียกเก็บเงินคืนมายังกรมบัญชีกลางโดยตรง

ความครอบคลุมสิทธิประโยชน์

ชุดสิทธิประโยชน์ของทั้งสามกองทุนเป็นแบบ negative list หมายถึง ครอบคลุม การให้บริการทางการแพทย์ทั้งหมด แต่ยกเว้นการบริการบางรายการที่กำหนดไว้ ชุดสิทธิประโยชน์ของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมถึงการบริการผู้ป่วย นอก ผู้ป่วยใน การให้บริการทางการแพทย์และศัลยกรรม การบริการฉุกเฉิน การ ผ่าตัด การรักษาที่มีราคาแพง ยารักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การให้บริการที่ไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์เป็นบริการที่พิสูจน์แล้วว่าไม่มี ประสิทธิภาพทางคลินิก หรือไม่มีความจำเป็น เช่นการผ่าตัดเสริมความงาม อย่างไรก็ตามชุดสิทธิประโยชน์ไม่รวมการตรวจสุขภาพประจำปี ชุดสิทธิประโยชน์ ของสมาชิกทั้งสามกองทุนมีความคล้ายคลึงกัน ยกเว้น สวัสดิการรักษายาบาล

ข้าราชการที่ใช้สิทธิสามารถพักผ่อนในหอผู้ป่วยพิเศษซึ่งแตกต่างจากอีกสอง กองทุน (ประกันสังคม และ ประกันสุขภาพแห่งชาติ)

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 62 ระบุว่าชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้สิทธิประกันสังคม ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณี ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ได้แก่ การตรวจ วินิจฉัยโรค การบำบัดทางการแพทย์ ค่ากินอยู่ และรักษาพยาบาลใน สถานพยาบาล ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย ค่าบริการอื่นที่จำเป็น และค่ายาและค่าเวชภัณฑ์โดยไม่ให้มีมาตรฐานต่ำกว่าบัญชียาหลักแห่งชาติ (Valee-Ittikul, 2002) ชุดสิทธิประโยชน์เหล่านี้ไม่ครอบคลุมการเจ็บป่วยหรือการ บาดเจ็บจากการกระทำของตนเอง ศัลยกรรมความงาม และการรักษาที่มีราคา แพง การให้บริการสุขภาพจะต้องกระทำจนกว่าผู้ป่วยจะหายจากความเจ็บป่วย อย่างสมบูรณ์ ในการออกแบบชุดสิทธิประโยชน์มีความคล้ายคลึงกับหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยในการตรวจวินิจฉัย ทางห้องปฏิบัติการ การดูแลทันตกรรม รวมไปถึงจนถึงบริการทางการแพทย์ที่มีราคา สูง เช่น การรักษาด้วยรังสีและเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง, การผ่าตัดและการ บำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่า มีความแตกต่างในการให้บริการทันตกรรมระหว่าง ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิประกันสังคม ผู้ใช้สิทธิหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติมีเงื่อนไขในการทำทันตกรรมเฉพาะการถอนฟัน การอุดฟัน การ ขูดหินปูน การทำฟันปลอม ในขณะที่ผู้ใช้สิทธิประกันสังคมนั้นเป็นการกำหนดค่า รักษาทางทันตกรรมสูงสุดที่สามารถเบิกจ่ายต่อปี และยังสามารถไปใช้บริการที่ คลินิกทันตกรรมเอกชนได้

สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคมไม่ครอบคลุมการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น จึงทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้บริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชากรทั้งหมดอยู่ ภายใต้การบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แม้ว่าชุดสิทธิประโยชน์ในการให้บริการทางการแพทย์ของทั้งสามกองทุนจะไม่มี ความแตกต่างกันมากนัก แต่มีความแตกต่างในวิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล สำหรับการรักษายาบาลผู้ป่วยนอก สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้วิธีการ จ่ายตามที่ผู้รักษาเรียกเก็บ (fee-for-service) ซึ่งเป็นการจ่ายแบบปลายเปิด ในขณะที่ประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้วิธีการจ่ายแบบเหมา จ่ายรายหัว (capitation) ซึ่งส่งผลต่อความแตกต่างในการให้บริการตัวอย่างเช่น ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมักได้รับการส่งใช้ยาราคาแพงที่เป็น ยานำเข้าจากต่างประเทศและเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในขณะที่ผู้ใช้สิทธิ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคมมักใช้ยาที่ผลิตภายในประเทศและ เป็นรายการตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

ทั่วโลกกำลังมีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์สุขภาพและเทคโนโลยีใหม่ๆ อย่าง ก้าวกระโดด เช่น เภสัชพันธุศาสตร์ (pharmaco-genomics) การผ่าตัดและการ ตรวจวินิจฉัยรังสีเทคนิค ที่มีราคาแพงและผู้ป่วยไม่สามารถซื้อได้ องค์การเพื่อ ความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) แสดงข้อมูลให้เห็นว่า ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเป็นตัวขับเคลื่อนค่าใช้จ่ายที่สำคัญ (Oxley and MacFarlan, 1994) จึงควรมีกฎเกณฑ์ที่เหมาะสมเพื่อเป็นการสร้างหลักฐานและ สนับสนุนข้อมูลให้เป็นแนวทางในการตัดสินใจการใช้เทคโนโลยีที่มีความเหมาะสม และ พิจารณาว่าจะควรถูกครอบคลุมภายใต้กองทุนประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน หรือไม่

คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำลังเผชิญความ ต้องการ เพื่อให้ได้รับการรักษายาบาลด้วยเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า จากผู้มีส่วน เกี่ยวข้องจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการสุขภาพและกลุ่มผู้ป่วย เช่น ยาชนิดใหม่ การตรวจวินิจฉัย และการรักษา ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 ได้มีการเรียกร้องให้ คณะอนุกรรมการชุดสิทธิประโยชน์ตัดสินใจกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ตาม หลักฐานทางวิชาการ ประกอบด้วย (ก) การเสนอประเด็นหรือชุดสิทธิประโยชน์ จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (ข) การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ด้วยอัตราส่วน ต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental cost-effectiveness ratio, ICER)

(ค) การวิเคราะห์ผลกระทบต่อภาระงบประมาณ และ (ง) ข้อมูลที่จำเป็นอื่นๆ เช่น ความพร้อมในการให้บริการ ทั้งนี้ ในการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์มาจากการดำเนินงานโดยคณะนักวิจัยจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ที่รวบรวมข้อมูลให้คณะกรรมการชุดสิทธิประโยชน์เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกครั้ง ตัวอย่างการศึกษาเพื่อกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ได้แก่ นิโคตินแพทสำหรับการเลิกบุหรี่ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับผู้ป่วยผู้สูงอายุ

ในกระบวนการตัดสินใจกำหนดชุดสิทธิประโยชน์มาจากหลักฐานเชิงวิชาการและวิธีการที่เป็นวิทยาศาสตร์ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมาก ทำให้การตัดสินใจมีความโปร่งใส (Jongudomsuk et al, 2012; Mohara et al, 2012) ผู้เขียนหวังว่ากระบวนการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์เช่นนี้จะได้นำไปใช้ในสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในอนาคต

3.3.2. การจัดเก็บเงิน (collection)

ใน พ.ศ. 2537 รายจ่ายสุขภาพภาครัฐมีสัดส่วนน้อยกว่ารายจ่ายนอกภาครัฐ (ประกอบด้วยประกันสุขภาพเอกชนและรายจ่ายสุขภาพที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเอง) (ตารางที่ 3.3) หลักจากวิกฤตทางเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐค่อยๆ เพิ่มขึ้นและหลังจากบรรลุสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใน พ.ศ. 2545 รายจ่ายสุขภาพภาครัฐกลายเป็นแหล่งเงินหลักที่มีสัดส่วนมากกว่าแหล่งอื่น

สัดส่วนของสิทธิประกันสังคมเป็นเพียงส่วนน้อยของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ใน พ.ศ.2537 มีค่าเพียงร้อยละ 2.9 และค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 7–8 ระหว่าง พ.ศ. 2548–2553 แต่ไม่สูงกว่าร้อยละ 8 เนื่องจากจำนวนของลูกจ้างในภาคเอกชนที่มีอย่างจำกัด

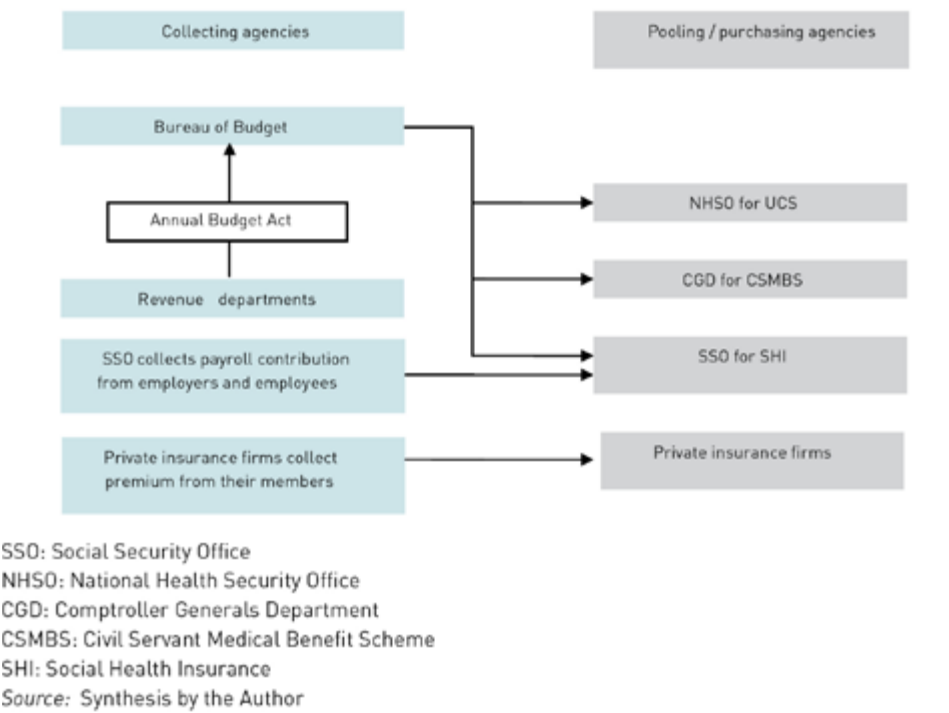
รายจ่ายสุขภาพที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเอง (out-of-pocket) เป็นสัดส่วนมากถึงร้อยละ 44.5 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดใน พ.ศ. 2537 และค่อยๆ ลดลง

เป็น ร้อยละ 13.9 ใน พ.ศ. 2553 แหล่งทุนภายนอกประเทศไม่มีความสำคัญนัก รายละเอียดของการจัดเก็บรายได้ของประกันสุขภาพภาครัฐสามกองทุนได้อธิบายไว้ในส่วนที่ 3.2.2 และ 3.2.3

3.3.3. การรวมทุน (Pooling of funds)

ประเทศไทยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรกองทุนที่สำคัญ 4 หน่วยงาน ได้แก่ กรมบัญชีกลางบริหารจัดการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำนักงานประกันสังคมบริหารจัดการกองทุนประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ บริษัทประกันเอกชนสำหรับประกันสุขภาพโดยสมัครใจ หน่วยงานเหล่านี้มีบทบาททั้งรวมทุนและจัดซื้อบริการทางสุขภาพให้กับสมาชิกของตน

Figure 3.3 Flows of funds to pooling agencies



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรมบัญชีกลางไม่มีบทบาทให้การจัดเก็บเงิน ทั้งสองหน่วยงานได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลตามพระราชบัญญัติรายจ่ายประจำปีงบประมาณ การจัดเก็บเงินเป็นบทบาทของกรมสรรพากร กระทรวงการคลัง ในขณะที่ สำนักงานประกันสังคมมีบทบาททั้งจัดเก็บและรวมทุนผ่านการโอนแบบบังคับทางอิเล็กทรอนิกส์โดยนายจ้างเป็นประจำทุกเดือน นอกจากนี้ สำนักงานประกันสังคมได้รับงบประมาณจากรัฐบาลประจำปีเป็นส่วนสมทบ (หนึ่งในสาม) รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการบริหารงานจัดการสำนักงาน สำนักงานประกันสังคมเป็นการประจำทุกปี เนื่องจาก เป็นหน่วยงานสังกัดกระทรวงแรงงาน บริษัทประกันเอกชนมีบทบาททั้งสองส่วนคือทั้งเรียกเก็บเบี้ยประกันสุขภาพจากสมาชิกและรวมทุน รวมทั้งการจัดซื้อบริการทางสุขภาพจากสถานพยาบาลที่ส่วนใหญ่เป็นภาคเอกชน

การประกันสุขภาพภาครัฐสามกองทุนของประเทศไทย มีรูปแบบที่แตกต่างกัน กลุ่มผู้ประกันตนมีความจำเพาะเจาะจง ทำให้ประกันสุขภาพไม่มีการแข่งขันกัน เช่น สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคมมีความเชื่อมโยงกับการประกอบอาชีพ ในขณะที่ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสมาชิกเป็นผู้ที่ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยสิทธิทั้งสองข้างต้น เมื่อสมาชิกประกันสังคมคนว่างงานพวกเขาจะถูกโอนโดยอัตโนมัติไปอยู่ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือบุตรของข้าราชการที่อยู่ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเมื่ออายุเกินสิบแปดปีจะถูกโอนเข้าสู่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยอัตโนมัติจนกว่าจะมีการจ้างงาน ซึ่งหากทำงานในภาคเอกชน ก็จะเปลี่ยนมาใช้สิทธิประกันสังคม ประชาชนแต่ละคนถูกกำหนดให้เป็นสมาชิกของประกันสุขภาพแต่ละกองทุนตามลักษณะการทำงาน ในขณะที่เดียวกันประชาชนแต่ละคนสามารถซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชนเพิ่มเติมได้

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเจรจาต่อรองกับสำนักงานงบประมาณเป็นประจำทุกปี เพื่อของบประมาณของประกันสุขภาพแห่งชาติ การตัดสินใจสุดท้ายดำเนินการโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน การเสนองบประมาณปีถัดไปขึ้นอยู่กับอัตราค่าบริการและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยปีที่ผ่านมาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งรวม

งบประมาณที่ใช้ในการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชากรไทย ทั้งหมดด้วย ในอดีตที่ผ่านมา งบประมาณที่ได้รับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับค่าจ้างของบุคลากรภาครัฐประมาณร้อยละ 6 ต่อปีร่วมกับ อัตราเงินเฟ้อของผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์

กรมบัญชีกลางเป็นผู้เสนอของบประมาณสำหรับสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ โดยประมาณการจากแนวโน้มค่าใช้จ่ายของข้อมูลที่ผ่านมา รายจ่าย สำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอกมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่รายจ่าย ของผู้ป่วยในคงที่ ซึ่งเป็นผลมาจากการจ่ายด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม กรมบัญชีกลางมีการใช้งบประมาณเกินกว่าที่ได้รับจัดสรรตั้งแต่ พ.ศ. 2537 แต่ ได้รับการอนุมัติงบประมาณอุดหนุนเพิ่มเติมจากงบสำรองจ่ายกรณีฉุกเฉินกลาง ของประเทศ ไม่นานมานี้ กรมบัญชีกลางไม่ได้รับอนุญาตให้ใช้งบสำรองจ่ายกรณี ฉุกเฉินอีกต่อไป หากต้องการใช้ต้องได้รับการอนุมัติจากรัฐสภา จึงทำให้มีการ ดำเนินการล่าช้าเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกผ่านการอนุมัติใช้ยาที่มีอย่าง เข้มงวดเพื่อลดการใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นมีการระบุรายชื่อแพทย์ผู้สั่งใช้ในฐานข้อมูล และมีการตรวจสอบอย่างใกล้ชิด ในโครงการนำร่องโรงพยาบาล จำนวน 34 แห่ง ที่มีสัดส่วนการเบิกจ่ายเงินผู้ป่วยนอกสูงมาก (ส่วนใหญ่มักเป็นโรงพยาบาลของ มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ) เพื่อเป็นการควบคุมอัตราการ เพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก

สำนักงานประกันสังคมกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ประกันตน และอาจ มีการปรับในบางปี เช่นเดียวกันหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคมทำการ ประมาณการรายจ่ายต่อหัวมาจากอัตราการให้บริการและต้นทุนต่อหน่วยบริการ รวมทั้งรายจ่ายสำหรับการบริการอื่นๆ ที่อาจนอกเหนือจากอัตราเหมาจ่ายรายหัว

นอกจากนี้ ยังมีการให้บริการสุขภาพอื่นๆ คู่ขนานกันไปกับระบบประกันสุขภาพ ภาครัฐสามระบบใหญ่ เช่น โปรแกรมงานสาธารณสุขต่างๆ ของกระทรวง สาธารณสุข การให้บริการทางการแพทย์แก่กองทัพของกระทรวงกลาโหม การ ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ต้องขังของกระทรวงยุติธรรม ซึ่งได้รับการจัดสรร

งบประมาณประจำปี จากการประมาณการค่าใช้จ่ายที่ผ่านมา และอาจมีการปรับขึ้นเล็กน้อย

3.4. รายจ่ายสุขภาพที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเอง (Out-of-pocket payments: OOP)

รายจ่ายสุขภาพที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเองมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2537 (ดูตารางที่ 3.3) เนื่องจากประเทศไทยได้ค่อยๆ ขยายการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินด้วยหลายวิธีการ เช่น สวัสดิการสำหรับคนยากจนและผู้ด้อยโอกาส และได้ขยายเพิ่มขึ้นรวมถึงผู้สูงอายุและเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี บัตรประกันสุขภาพภาคแบบสมัครใจสำหรับผู้ทำงานภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการ (informal sector)

เมื่อประเทศไทยเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 ครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์และรายจ่ายสุขภาพที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเองลดลงจากร้อยละ 27.2 และลดลงเรื่อยๆ จนถึงร้อยละ 12.4 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดใน พ.ศ. 2554 รายจ่ายที่ครัวเรือนต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองมาจากการให้บริการทางการแพทย์โดยสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน ที่ไม่ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพ เช่น การซื้อยามารักษาเองในร้านขายยาเอกชน การเลือกไปรักษาในคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชน หรือการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐอื่นที่ไม่ใช่สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้และไม่ได้ถูกส่งต่อ หรือสำหรับบริการที่นอกเหนือจากที่แจ้งให้ทราบของสิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การให้บริการทางการแพทย์โดยสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสังคมนั้นไม่มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากสมาชิก ดังนั้น ไม่มีการร่วมจ่าย (copayment) ไม่มีหักส่วนแรก (deductibles) ไม่มีการกำหนดเพดานสูงสุด และไม่มีการจ่ายส่วนต่างเพิ่มเติม (extra billing) อย่างไรก็ตาม การให้บริการทางการแพทย์บางอย่างของสิทธิประกันสังคม เช่น การบริการทันตกรรม ผู้ประกันตนสามารถนำไปเสริมจมา

เบิกจ่ายเงินภายหลัง (reimbursable) 250 บาทต่อการให้บริการ (ในปี 2558 ได้ปรับเป็น 300 บาทต่อครั้ง) และบริการไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี ถ้าหากเกินกว่าที่กำหนดต้องมีการร่วมจ่าย (copayment)

ใน พ.ศ. 2553 สหิทธิประกันสังคมเหมาจ่ายการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครุรร์ทั้งหมด 12 000 บาทต่อการตั้งครุรร์ 1 ครั้ง โดยรวมการให้บริการฝากครุรร์ การคลอด และการดูแลสุขภาพหลังคลอด ถ้าหากมีค่าใช้จ่ายจริงเกิดขึ้นมากกว่าเงินเหมาจ่ายที่ได้รับ ทางผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินเองในส่วนที่เกินเอง ส่วนการจ่ายตามรายการ (fee schedule) เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) 1500 บาทต่อครั้งและไม่เกิน 3000 บาทต่อสัปดาห์ ถ้าหากมีค่าบริการเกินรายการ ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินส่วนเกินนั้นเอง และสำนักงานประกันสังคมไม่ได้ควบคุมราคาของภาคเอกชน

การให้บริการทางการแพทย์ภายใต้หลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบเป็นการให้บริการที่ประชาชนแทบไม่ต้องมีการจ่ายเพิ่มเติม การจ่ายเงินอย่างไม่เป็นทางการหรือการจ่ายใต้โต๊ะเพื่อให้ได้รับบริการ แทบไม่เกิดขึ้นในสังคมไทยในปัจจุบัน และไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม แต่ยังคงพบเห็นการให้สินน้ำใจ ยกตัวอย่างเช่น การใส่ซองให้สูติแพทย์ที่ท่าคลอด ซึ่งพบได้ทั่วไปโดยเฉพาะในกลุ่มของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและผู้มีรายได้สูง (Hanvoravongchai et al., 2000; Riewpaiboon et al., 2005)

ในอดีต ตั้งแต่ พ.ศ. 2488 มีการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์จากผู้ป่วย ซึ่งถือได้ว่าเป็นรายได้หลักของการคลังของระบบสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งกระทรวงการคลังได้อนุญาตให้สถานบริการสาธารณสุข สามารถเก็บรายได้และใช้รายได้นี้ได้ แต่ต้องทำตามกฎและข้อบังคับของกระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีการตรวจสอบได้จากผู้สอบบัญชีภายนอก

หลังจากบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องร่วมจ่าย 30 บาท (ประมาณ 0.7 เหรียญสหรัฐ) ต่อการใช้บริการแต่ละครั้งของผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน จนกระทั่งเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.

2551 เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล จึงได้ยกเลิกการร่วมจ่าย 30 บาทนี้ ทั้งนี้ ไม่เพียงแต่เหตุผลทางการเมืองเท่านั้น แต่ยังเพื่อให้ผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ยากจนได้รับการยกเว้นการร่วมจ่ายด้วย ใน พ.ศ. 2555 เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลอีกครั้งได้มีการนำนโยบายการร่วมจ่ายกลับมาใช้อีกครั้ง แต่อย่างไรก็ตามยังไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างแท้จริง เนื่องจากไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม อีกทั้งมีข้อกำหนดให้สามารถยกเว้นการร่วมจ่าย ในประชาชน 21 กลุ่มโดยหนึ่งในนั้นรวมถึงประชาชนที่ไม่เต็มใจจะร่วมจ่ายอีกด้วย

มีแนวคิดที่จะทำให้มีการร่วมจ่าย สำหรับการบริการทางการแพทย์ของผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ต้องการพักห้องพิเศษ แต่คณะกรรมการกฤษฎีกาเห็นว่าไม่ชอบด้วยกฎหมายและขัดต่อพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลสามารถคิดค่าบริการห้องพิเศษและค่าอาหารเพิ่มเติมได้ แต่ต้องไม่คิดค่าบริการทางการแพทย์ ในปัจจุบันยังมีความพยายามที่จะมีการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับยานอกรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือยา brand name แต่รัฐบาลไม่เห็นด้วย เนื่องจากเกรงว่าจะเป็นการทำลายนโยบายบัญชียาหลักแห่งชาติ และทำลายนโยบายส่งเสริมการใช้ยาชื่อสามัญที่ผลิตในประเทศ และกังวลว่าจะส่งผลให้เกิดการแบ่งแยกชนชั้นของผู้ป่วย และผู้ป่วยที่ไม่ร่วมจ่ายจะสูญเสียความเชื่อมั่นในการบริการสุขภาพ

ได้มีความพยายามนำเรื่องการร่วมจ่าย (copayment หรือ cost sharing) มาใช้ เพื่อเป็นการป้องกันการใช้บริการที่เกินความจำเป็นของผู้ป่วย (moral hazard) อย่างไรก็ตาม การใช้บริการที่เกินจำเป็นของผู้ป่วยคงเกิดขึ้นไม่มากนัก เนื่องจากผู้ป่วยต้องเสียเวลาในการไปสถานพยาบาลและเสียเวลารอรับบริการ ในขณะเดียวกัน สถานพยาบาลที่ได้รับเงินแบบปลายปิด (close-ended payment) เช่น การจ่ายด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอกและการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแบบมีเพดาน (Diagnostic Related Group, DRG, with global budget) สำหรับผู้ป่วยใน ส่งสัญญาณให้สถานพยาบาลต้องควบคุมค่าใช้จ่าย ต้องพิถีพิถันเรื่องค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล จนไม่เกิดเหตุการณ์ที่

สถานพยาบาลให้บริการมากเนื่องจากผู้ให้บริการมีข้อมูลมากกว่าผู้ป่วย
(Asymmetry information)

3.5. บัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจ (Voluntary health insurance)

ใน พ.ศ. 2536 ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้นำบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจมาใช้ (โดยเรียกว่า โครงการบัตรสุขภาพ) ซึ่งได้รับเงินอุดหนุนบางส่วนจากงบประมาณของรัฐบาล เมื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดำเนินการใน พ.ศ. 2545 โครงการบัตรสุขภาพก็สิ้นสุดลงโดยอัตโนมัติ และถูกแทนที่ด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเพียงบัตรประกันสุขภาพภาคสมัครใจเอกชนเท่านั้นที่ยังใช้อยู่จนถึงปัจจุบัน

ประกันสุขภาพภาคเอกชน ได้ดำเนินการในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2472 ผู้ซื้อประกันเป็นผู้ที่มีฐานะดี นโยบายประกันสุขภาพภาคเอกชน มี 2 รูปแบบที่สำคัญ โดยส่วนใหญ่รูปแบบในการให้การประกันสุขภาพจะเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายประกันชีวิตส่วนการประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียวเป็นสัดส่วนตลาดที่มีขนาดเล็กมาก ซึ่งประกันทั้ง 2 รูปแบบนี้มีการให้ประกันสุขภาพทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม (Pitayarangsarit&Tangcharoensathien, 2002; Surasiengsang, 2004) บริษัทประกันเอกชนถูกควบคุมโดยคณะกรรมการอิสระ ซึ่งได้ถูกจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (Office of Insurance Commission, 2007) ซึ่งเป็นผลจากการปฏิรูปครั้งสำคัญจากระเบียบเดิมของธุรกิจประกันภัยที่จัดทำโดยกรมประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ผู้ซื้อประกันเป็นไปด้วยความสมัครใจ ซึ่งก่อนการทำประกัน ต้องมีการตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อจำกัดความคุ้มครองในโรคที่ผู้ซื้อประกันป่วยอยู่ก่อนแล้ว สำหรับประชาชนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มักจะไม่ได้รับการทำประกันสุขภาพ นโยบายประกันสุขภาพมีการต่ออายุเมื่อหมดสัญญาเป็นประจำทุกปี การปรับเบี้ยประกันขึ้นกับพื้นฐานความเสี่ยงของปีก่อน การใช้บริการจริง และมูลค่าการเบิกเงินประกันสุขภาพภาคเอกชนครอบคลุมประชากรจำนวนน้อยมาก เพียงร้อยละ 2.2 ของประชากรทั้งหมด

การจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพภาคสมัครใจ (รวมถึงประกันชีวิต) สามารถนำไปลดหย่อนภาษีรายได้ส่วนบุคคล เบี้ยประกันจะถูกหักเป็นค่าใช้จ่ายประจำปี เพื่อเป็นแรงจูงใจสำหรับการทำประกัน แต่ประกันสุขภาพเอกชนไม่เคยจัดให้มีชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมจากประกันสุขภาพภาครัฐพร้อมกับการลดเบี้ยประกันลง ทั้งนี้ เพราะหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมมาก ประกันสุขภาพเอกชนไม่เคยมีการอภิปรายใดๆ ในเชิงนโยบายที่จะทำให้เกิดชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมนี้ ประกันสุขภาพเอกชนครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์คล้ายกันกับระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบ แต่สามารถให้ผู้ซื้อประกันเลือกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนได้ สังคมยอมรับได้กับการจ่ายเงินเพิ่มเติม นอกเหนือไปจากการจ่ายภาษีสำหรับการคลังเพื่อสุขภาพ

3.6. ระบบการคลังสุขภาพอื่นๆ

3.6.1. ระบบสุขภาพคู่ขนาน (Parallel health system)

ระบบคู่ขนานอื่นๆ มีสัดส่วนขนาดเล็กมากและส่วนใหญ่สืบเนื่องจากประวัติศาสตร์ในอดีต ตัวอย่างเช่น การรถไฟแห่งประเทศไทยได้ดำเนินการตั้งโรงพยาบาลขนาดเล็กในกรุงเทพมหานคร มีสำนักงานใหญ่อยู่ที่มักกะสัน ส่วนใหญ่ให้บริการแก่พนักงานของการรถไฟ โรงงานยาสูบแห่งประเทศไทยได้ดำเนินการตั้งโรงพยาบาลขนาดเล็กอยู่ที่คลองเตย พนักงานรัฐวิสาหกิจได้นำระเบียบของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ไปประยุกต์ใช้แต่ได้เพิ่มเติมสิทธิประโยชน์สูงกว่าเล็กน้อย ทั้งนี้ กองทัพทุกเหล่าทัพและผู้ที่ปกป้องประเทศชาติได้รับความคุ้มครองโดยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

3.6.2. แหล่งเงินทุนภายนอก (External source of funds)

เงินทุนจากต่างประเทศในการคลังระบบสุขภาพของประเทศไทยมีสัดส่วนที่น้อยมาก เพียงร้อยละ 0.1–0.3 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ระหว่าง พ.ศ. 2537–2554 (ตารางที่ 3.3) ซึ่งเงินทุนส่วนใหญ่ได้มาจากกองทุนโลก (Global Fund) เพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย แต่ยังคงมีขนาดเล็กเมื่อเทียบกับงบประมาณจากรัฐบาลในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Patcharanarumol et al., 2013)

3.6.3. แหล่งเงินทุนอื่นๆ

กองทุนการกุศลแบบสมัครใจมีบทบาทเพียงเล็กน้อยต่อระบบการคลังสุขภาพของประเทศไทย ส่วนใหญ่จะมีขนาดเล็กและมีเงินทุนที่จำกัด เช่น ก่อน พ.ศ. 2545 มีกองทุนในการช่วยเหลือผู้ยากจนที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ มูลนิธิป่อเต็กตึ๊งมีการระดมทุนเพื่อให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น รวมทั้งนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเมื่อเกิดอุบัติเหตุฉุกเฉินทางจราจร อย่างไรก็ตาม มีการจัดระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีระเบียบแบบแผน โดยมีการออกพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเพื่อให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยสำหรับประชาชนทุกคนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณประจำปีจากรัฐบาล

3.7. กลไกการจ่ายเงิน

3.7.1. การจ่ายเงินสำหรับการให้บริการทางสุขภาพ

ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการกำกับ ดูแล สถานพยาบาลตั้งแต่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลภาครัฐ ซึ่งเป็นสัดส่วนใหญ่ที่สุด (ดูรายละเอียดในบทที่ 4) สถานพยาบาลภาครัฐได้รับรายได้จากระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบ และมีรายได้เพิ่มเติมจากการที่ประชาชนต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง

รูปแบบที่โดดเด่นของความสัมพันธ์ของหน่วยงานบริหารกองทุนกับผู้ให้บริการในประเทศไทยเป็นแบบสัญญา ยกเว้นบางระบบของรัฐบาลที่ใช้รูปแบบบูรณาการ เช่น การรถไฟแห่งประเทศไทย ได้มีการตั้งงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลการรถไฟที่มีกະสันให้กับพนักงานการรถไฟและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ซึ่งมีงบประมาณประจำปีเพื่อเป็นเงินทุนในการดำเนินการ การให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ต้องขังของกรมราชทัณฑ์ มีโรงพยาบาล พนักงานเจ้าหน้าที่จำนวนมาก และได้รับเงินทุนโดยตรงจากรัฐบาล อย่างไรก็ตาม รูปแบบในส่วนนี้จัดได้ว่ามีบทบาทน้อยมากเพราะเป็นการจัดบริการให้กลุ่มเฉพาะ

รูปแบบสัญญาของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนมีความเป็นอิสระ และทำสัญญากับ 3 องค์กร คือ กรมบัญชีกลาง สำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำนักงานประกันสังคม สำหรับระบบประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการแยกกันระหว่างบทบาทหน้าที่ของผู้ซื้อบริการ (หน่วยงานบริหารจัดการกองทุน) และผู้ให้บริการตามรูปแบบสัญญา โดยทั่วไปจะเรียกว่า การแยกบทบาทผู้ซื้อ-ผู้ให้บริการ (purchaser-provider split)

ผู้ซื้อบริการทางการแพทย์ของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบ มีกระบวนการการซื้อบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประมาณการงบประมาณด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัว โดยการปรับโครงสร้างอายุในการจัดสรร สำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอกแก่สถานบริการสาธารณสุขที่เป็นคู่สัญญา โดยทั่วไปจะเป็นเครือข่ายผู้ให้บริการทางการแพทย์ระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชนในอำเภอ และ ศูนย์สุขภาพตำบล 10-12 แห่งที่ให้บริการแก่ประชาชน 50 000 คน) ขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิกที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการนั้นๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการกำหนดการบริหารวงเงินแบบมีเพดาน (global budget) สำหรับการให้บริการผู้ป่วยใน ขึ้นอยู่กับการส่งข้อมูลการรักษาพยาบาลทางอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยทุกรายที่ออกจากโรงพยาบาลตามข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากนั้นมีการคำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแล้วจึงจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศเป็นประจำทุกเดือน นอกจากนี้ ได้มีการแยกจ่ายเงินเพิ่มเติมสำหรับรายการอื่นๆ ที่กำหนด เช่น การบริการที่มีต้นทุนสูง (เช่น การปลูกถ่ายไขกระดูก) ซึ่งเป็นการจ่ายตามรายการให้บริการงบประมาณประจำปีของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นระบบการ

จ่ายเงินแบบปลายปิด เมื่อถึงปลายปี งบประมาณสำหรับการให้บริการทาง การแพทย์จะถูกเบิกจ่ายเต็มจำนวนให้แก่สถานพยาบาล ซึ่งไม่สามารถเบิกจ่าย เกินจำนวนหรือนำไปเบิกจ่ายในปีงบประมาณถัดไปได้

ตารางที่ 3.8 แสดงให้เห็นว่าได้รับการอนุมัติงบประมาณแบบอัตราเหมาจ่ายราย หัวซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆจาก 35.4 เหรียญสหรัฐ ใน พ.ศ. 2546 เป็น 73.5 เหรียญ สหรัฐ ใน พ.ศ. 2553 อัตราการเพิ่มต่อปีในช่วงกว้างตั้งแต่ร้อยละ 18.8 ใน พ.ศ. 2549 และร้อยละ 5.2 ใน พ.ศ. 2552

Table 3.8 Different components of approved budget per UCS member, 2003–2010

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Outpatient services	47.7	37.3	38.2	35.1	33	29.6	29	30.2
Inpatient service	25.2	32	31.2	27.7	26.2	38.7	36.5	35.8
Prevention–promotion	14.6	15.7	15	13.6	12.7	11.6	11.4	10.9
High cost	4.7	6.6	8.9	14.7	13.3	6.7	7.8	7.4
Other	7.8	8.4	6.7	8.9	14.8	13.4	15.3	15.7
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Baht per capita ^a	1202.4	1308.5	1396.3	1659.2	1958.3	2184.7	2296.3	2497.3
US\$ per capita	35.4	38.5	41.1	48.8	57.6	64.2	67.5	73.5
Annual growth [%]		8.8	6.7	18.8	18	11.5	5.2	8.8

Note: a includes all items of special payment such as dialysis, antiretroviral treatment and other additional payments. Baht per capita in nominal price.

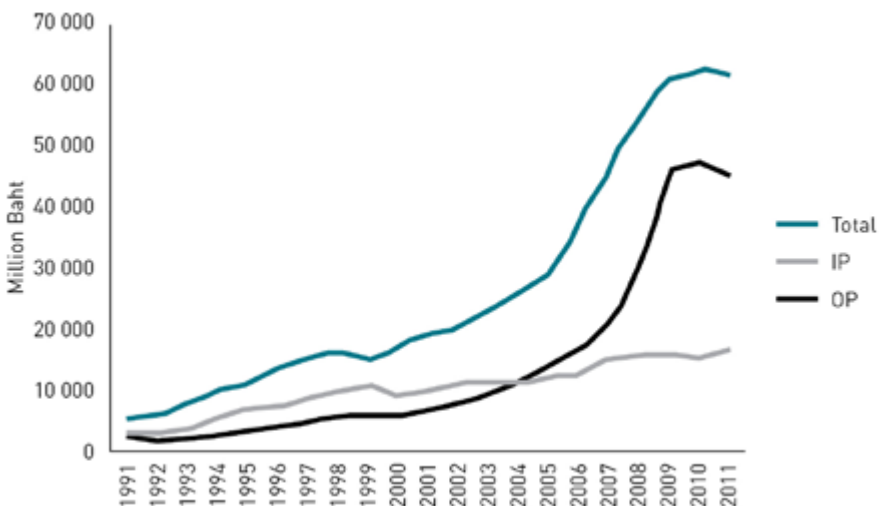
ระบบประกันสังคมจัดสรรงบประมาณแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ครอบคลุมการ ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามจำนวนของผู้ประกันตนที่เลือก ลงทะเบียนกับโรงพยาบาลคู่สัญญา ความผันผวนของอัตราเหมาจ่ายรายหัวของ ประกันสังคมมีไม่มากนักเนื่องจากผู้ประกันตนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนทำงานที่มีอายุ น้อยกว่า 60 ปี ซึ่งแตกต่างจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีการปรับ อัตราเหมาจ่ายรายหัวตามโครงสร้างอายุให้กับเครือข่ายผู้ให้บริการ

โรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนคู่สัญญามีการแข่งขันกันในการให้บริการผู้มี สิทธิประกันสังคม ผู้ทำสัญญาภาคเอกชนมีส่วนแบ่งตลาดสูงกว่าภาครัฐ (ร้อยละ

65 ของผู้ที่มีสิทธิประกันสังคมทั้งหมด) ผู้มีสิทธิประกันสังคมมีโอกาสในการเปลี่ยนโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนได้ 2 ครั้งต่อปี หรือเมื่อเปลี่ยนสถานที่ทำงานใหม่ หรือย้ายภูมิลำเนา เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โรงพยาบาลคู่สัญญาต้องส่งรายงานการให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (รวมถึงข้อมูลกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม) ไปยังสำนักงานประกันสังคมเป็นประจำทุกเดือน ต้องมีการปรับข้อมูลจำนวนผู้ที่ลงทะเบียนให้เป็นปัจจุบันทุกเดือน นอกจากนี้สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินตามรายการ (fee schedule) ให้กับสถานพยาบาลสำหรับการบริการบางรายการที่กำหนด เช่น การล้างไต และการรักษาอื่นๆ ที่มีต้นทุนสูง วัตถุประสงค์ของการจ่ายเงินเพิ่ม เพื่อลดผลกระทบเชิงลบของการจ่ายแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่อาจ มีการให้บริการน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

ก่อน พ.ศ. 2550 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลตามอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ซึ่งผู้รับบริการต้องจ่ายค่ารักษายาบาลก่อนแล้วจึงเบิกเงินคืนภายหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กำหนดให้ผู้รับบริการไม่ต้องจ่ายเงินก่อน แต่ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกโดยตรงไปยังกรมบัญชีกลางเป็นประจำทุกเดือน (หรือที่เรียกว่า การเบิกจ่ายตรง) สำหรับการให้บริการผู้ป่วยใน กรมบัญชีกลางจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม แต่ไม่ได้กำหนดการบริหารเงิน

Figure 3.4 CSMBS expenditure, 1990–2011, nominal price



Source: CGD, internal documents on expenditure, 1991 to 2011.

Table 3.9 Paying for health services

Paying for services	Universal Coverage Scheme	Social Health Insurance	CSMBS*	Voluntary health insurances
Primary/ambulatory care	Capitation to contractor provider network (mostly district health-care providers including the district hospital + all health centres or PHC units in the district) based on number of registered beneficiaries. Capitation rate is based on utilization rate and unit cost of services in the previous year, annually negotiated between NHSO and the Budget Bureau. Downstream allocation to contracted provider network is based on age-adjusted capitation for outpatient services. Additional fee-for-service payments in case of specific services and medical equipment	Inclusive capitation for ambulatory care and admissions based on number of registered beneficiaries for competing public and private hospitals (having more than 100 beds and other facility and professional requirements). Additional risk-adjusted fixed payment per beneficiary for effective managing of chronic and high-cost diseases, additional payment per beneficiary for utilization in the past year. Additional fee-for-service payments in case of specific services and medical equipment	Fee for service, directly reimbursed to providers not beneficiaries. Note: only public providers are eligible	Fee for services with various conditions, more favourable benefit for higher premium
Inpatient care	Annual global budget set based on utilization and unit cost. Within this budget, case-based payment using actual relative weight points earned by providers (mostly public). Additional fee-for-service payments in case of specific services and medical equipment	Inclusive capitation for ambulatory care and admission. Additional fee-for-service payments in case of specific services and medical equipment	Prior to 2008, conventional fee for service, with combination of fee schedule for room and board, medical appliances, and other specialized services. Conventional DRG was applied in 2008, Baht per relative weight announced upfront	Fee for service with ceiling of total reimbursement per admission

Table 3.9 Paying for health services (cont.)

Paying for services	Universal Coverage Scheme	Social Health Insurance	CSMBS*	Voluntary health insurances
Prevention and health promotion [personal preventive and health promotion services]	Capitation for providers (mostly public) covers the whole Thai population (not only UCS members) as a national scheme	Covered by NHSO	Covered by NHSO	Not covered
Maternity and pregnancy, including antenatal and postnatal care	Covered in inpatient care	Additional fixed payment for antenatal services, delivery and postnatal care, per confinement to beneficiary, not more than 2 confinements	Covered in inpatient care	Mostly covered in inpatient care
Rehabilitation services	Fee for service	Fee for service with ceiling(2000 Baht/month for outpatients and 4000 Baht/month for inpatients)	Fee for service	Not covered
Palliative care	Covered in inpatient care and supply of morphine for community palliative care	Covered in inpatient care	Covered in inpatient care	Not covered
Renal replacement therapy	NHSO negotiates purchase of peritoneal dialysis solution through Government Pharmaceutical Organization delivered to district hospitals. NHSO purchases haemodialysis from public and private centres based on fix fee, copayment is fixed per haemodialysis session by NHSO	Additional payment, fixed fee per session of dialysis, free choice by beneficiaries, no control of provider fee, implicit copayment when actual fee beyond the rate given by SSO	Similar arrangement to SHI, separate additional payment, fixed fee per session of dialysis (but higher than SHI), free choice by beneficiaries, no control of provider fee schedule, implicit copayment when actual fee beyond the rate given by CGD	Not covered

Table 3.9 Paying for health services (cont.)

Paying for services		Universal Coverage Scheme		Social Health Insurance		CSMBS*	Voluntary health insurances
Antiretroviral services		NHSO purchases antiretroviral medicines through Vendor Managed Inventory, additional payment to providers for VCT, viral load tests, registration of patients required		SSO purchases and distributes antiretroviral medicines to providers, additional payment to providers for VCT, viral load tests, registration required		Fee-for-service methods, covered in ambulatory care	Not covered
	Public health services	National programme under responsibility of MOPH, e.g. diseases surveillance, covers the whole population		By law, services not covered, it is covered by national programme		By law, services not covered, it is covered by national programme	Not covered
Pharmaceutical care		Pharmaceutical benefit referred to medicines on the national Essential Drug (ED) List is fully covered in capitation fee for ambulatory care and global budget + case-based payment for inpatient services		Drug benefit referred to National ED lists. Drug payment is included in the inclusive capitation for ambulatory and inpatient services		Drug benefit referred to National ED lists. Fee for service for drugs in ambulatory care, and DRG for admissions	Covered in ambulatory and admission care
Rehabilitation		Covered in in- and outpatient budgets, fee schedule for community rehabilitation from a separate rehabilitation and disabled budget		Covered in the capitation budget		Fully covered in facilities	
Long-term care		Not covered		Not covered		Not covered	Not covered
Emergency Medical Services [prehospital care]		NHSO proposes budget for prehospital care and referral to its beneficiaries, fee per three different types of services		Not covered		Not covered	
Dental care		Covered except cosmetic procedures and integrated in the ambulatory care payment		Fee for service with ceiling, 2 services per annum		Not covered except a few basic dental services	Mostly not covered

Table 3.9 Paying for health services (cont.)

Paying for services	Universal Coverage Scheme	Social Health Insurance	CSMBS ^a	Voluntary health insurances
Mental health care	Fully covered in ambulatory care. For admission, any psychotic episodes were fully covered either as outpatient or inpatient	Before 2012: acute psychotic episode is covered not more than 15 days of admission 2012 onward: no limitation, fully covered by ambulatory and admission	No limitation, fully covered by ambulatory and admission	Not covered
Health care for special population, e.g. prisoners, military personnel	Not covered, medical services for prisoners are covered by Department of Correction, routine budget allocation, the department also manages some hospitals, or referral to MOPH hospitals for which payment is mostly fee for service		Civil servants, military personnel and their dependants are fully covered by CSMBS	

Note: a There are increasing numbers of local government officials and employees of independent public organizations. The provider payment mechanism often applies the CSMBS reimbursement model. Any reform in the CSMBS may have effects on these groups.

Source: Synthesis by the Author

แบบมีเพดาน (แตกต่างจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จ่ายแบบมีเพดาน) อัตราการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแตกต่างกันตามระดับโรงพยาบาล เป็นผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น ขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในคงที่ จะเห็นได้ว่า ค่าใช้จ่ายของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วใน พ.ศ. 2551 หลังจากที่มีการเบิกจ่ายตรงถูกนำมาใช้อย่างเต็มที่ (รูปภาพที่ 3.4) อย่างไรก็ตาม การเบิกจ่ายตรงได้รับการนำร่องใน พ.ศ. 2547 สำหรับโรคเรื้อรังบางโรค และ พ.ศ. 2549 สำหรับผู้รับเบี้ยบำนาญ

3.7.2 ระบบการจ่ายเงินบุคลากรสุขภาพ

ตารางที่ 3.10 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการจ่ายเงินตอบแทนบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภาครัฐในระดับที่แตกต่างกัน และระหว่างภาครัฐและเอกชน จึงมีความจำเป็นในอนาคตที่จะพิจารณาให้มีระบบการจ่ายเงินที่กลมกลืนกันโดยเฉพาะภายในภาครัฐเพราะมีผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจของบุคลากร และอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสถานที่ทำงาน ในประเทศไทยบุคลากรสุขภาพที่ทำ งานในสถานพยาบาลภาครัฐได้รับอนุญาตให้ทำ งานภาคเอกชนนอกเวลาราชการได้ (dual practice) โดยไม่ต้องมีการขออนุมัติจากหัวหน้างาน อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่า ไม่ได้มีผลกระทบเชิงลบ เนื่องจากคุณภาพการบริการได้รับการให้ควบคุมกันเองจากกลุ่มเพื่อนทำงาน การกดดันทางสังคม และ กลไกทางวินัย รวมทั้งจริยธรรมวิชาชีพนั้นๆ

Table 3.10 Paying for health personnel

Category of professional	PHC centre	MOPH district hospital	MOPH provincial/regional hospital	University hospital	Private sector: private clinic	Private sector: hospital
Medical doctor in clinical services	No MD at this level of care	Mostly non-specialists, they are salary paid (salary scale is standard for all civil servants across sectors, based on grade on entry into service), additional pay includes non-private practice allowance, overtime allowance, hardship allowance, lump sum allowance, speciality allowance	Mostly specialists, salary paid, similar salary scale to a civil servant, grades are higher than district hospital doctors due to seniority and specialist training. Other allowances similar to those of district hospital though neither hardship nor lump sum allowance are payable	Mostly specialists, recent reforms when most university hospitals become autonomous bodies, higher salary scale than civil servants (1.4Ð higher), other allowances	Private clinics provide diagnosis and dispensing medicines. Charges for service include doctor fee and dispensing medicines	Different modes, most common is fee for service with minimum monthly guarantee. Rate of pay varies by seniority and specialty, e.g. fee per consultation, surgical fees or anaesthesiologist fees. Other modes are payment per session of service, e.g. 4 h of outpatient consultation
Professional nurse	They can be either civil servants or non-civil servants depending on availability of civil service posts. This means they will be introduced to the same payment mechanism as professional nurses in district hospitals	Civil servants are salary paid plus other allowances, such as hardship allowance, allowance for deficit health professions, overtime payments.				

Table 3.10 Paying for health personnel (cont.)

Category of professional	PHC centre	MOPH district hospital	MOPH provincial/regional hospital	University hospital	Private sector: private clinic	Private sector: hospital
Non-civil servants, e.g. contract staff, are salary paid but higher rate than civil servants as they are not entitled to medical and pension benefits. Otherwise they will get the same allowances and pay as those government officers	Similar to that of MOPH district hospitals. Usually higher income from overtime shifts (and private practices)	When university hospitals become autonomous, nursing staff are contract staff (non-civil servant status), are salary paid (with higher scale than civil servants), plus other allowance and incentives	Not common	Salary paid, plus other incentives such as nursing licence, or specialization such as nurses in intensive care unit, cardiac care unit, dialysis unit; plus other allowances, annual bonus		
Dentist	Dental nurses and dental assistants are usually civil servants, they are salary paid	Similar to doctors in district hospitals, almost all are civil servants and salary paid, plus other incentives, e.g. overtime payment, hardship allowance, non-private practice incentives, and lump sum allowance	Similar to those working in district hospitals	Status and payment are quite similar to those of doctors in university hospitals	Private dental clinics earn living from dental services, based on fee for service for different services rendered. The fees cover medical supplies, material and their wages	Almost all paid based on doctor fee for different services provided, annual bonus

Table 3.10 Paying for health personnel (cont.)

Category of professional	PHC centre	MOPH district hospital	MOPH provincial/regional hospital	University hospital	Private sector: private clinic	Private sector: hospital
Pharmacist	Not applicable at this level	Mostly they are civil servants, but increasing number of contract staff; all are salary paid, with a lower level of incentives and allowance compared to doctors and dentists	Similar to those working in district hospitals	Similar to those working in provincial hospitals	Pharmacists in private pharmacy earn living from selling prescribed medicines and OTC medicine based on fee for service for each item of medicine, for which the mark up covers their wage. The mark up varies greatly	Salary paid, plus other incentives such as overtime payment, and annual bonus
Public health worker	Salary paid as most are government officials	Salary paid as most are government officials	Salary paid as most are government officials.			
However, not so many staff in provincial hospitals	Not applicable	Not applicable	Not applicable			
Allied professionals: physiotherapist, therapist, medical technologist	Not applicable at this level of care	Salary paid as most are government officials	Salary paid as most are government officials	Salary paid, contract staff in autonomous university has higher salary scale than civil servants	Not applicable	Salary paid with overtime payment

MD: medical doctor; OTC: over-the-counter

Source: Synthesis by the Author

4. ทรัพยากรทางกายภาพและทรัพยากรมนุษย์

บทสรุป

ด้วยเจตจำนงค์ทางการเมืองที่ชัดเจนในการพัฒนาสุขภาพของประชากรไทย ในช่วงทศวรรษ 1980 เป็นต้นมา ทำให้มีการลงทุนด้านระบบบริการสุขภาพ ภาครัฐอย่างต่อเนื่อง เกิดการจัดตั้งสถานีนานามัยครอบคลุมทุกตำบล มีประชากรที่ต้องดูแลประมาณ 5000 คนต่อสถานีนานามัยหนึ่งแห่ง มีการจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลอำเภอครอบคลุมทุกอำเภอในประเทศไทย ขนาดของโรงพยาบาล มีตั้งแต่ 30 ถึง 120 เตียง ครอบคลุมประชากรโดยเฉลี่ยประมาณ 50 000 คนต่อโรงพยาบาลอำเภอหนึ่งแห่ง และมีการจัดตั้งโรงพยาบาลจังหวัดทั่วทั้ง 77 จังหวัดของประเทศไทย รวมถึงมีการจัดตั้งโรงพยาบาลศูนย์ประจำภูมิภาคไว้รับส่งต่อผู้ป่วย ระบบบริการสุขภาพของไทยได้ดำเนินการโดยภาครัฐเป็นหลัก ซึ่งผู้ดำเนินการหลัก คือกระทรวงสาธารณสุข ขณะที่บทบาทขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีไม่มากนัก ในระบบบริการสุขภาพของไทยมีโรงพยาบาลภาครัฐคิดเป็น ร้อยละ 75 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด และร้อยละ 79 ของจำนวนเตียงทั้งหมด ที่เหลือเป็นโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 25 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด และร้อยละ 21 ของจำนวนเตียงทั้งหมด) โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มีขนาดเล็ก ประมาณการว่าร้อยละ 69 ของโรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนเตียงน้อยกว่า 100 เตียง โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มักมีรูปแบบการดำเนินการในระบบเครือข่ายและจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร รองรับผู้ป่วยต่างชาติเป็นหลัก โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร หรือโรงพยาบาลเอกชนเพื่อสาธารณกุศล มีจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงเพียงเล็กน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนทั้งหมด ระบบบริการสุขภาพปฐมนิเทศทั่วทุกตำบลและอำเภอของไทยเป็นรากฐานสำคัญของการดำเนินนโยบาย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้มีฐานะยากจนให้เข้าถึงและใช้บริการสุขภาพจากสถานพยาบาลภาครัฐ

ประเทศไทยพึ่งพาตนเองในการผลิตบุคลากรสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ความหนาแน่นของบุคลากรสุขภาพไทย มีมากกว่า 2.28 คนต่อประชากร 1000 คนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งเป็นการแนะนำจากองค์การอนามัยโลกว่า ต้องมีจำนวน แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์รวมกันอย่างน้อย 2.28 คนจึงจะเพียงพอในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน 1000 คนในพื้นที่ชนบท ที่ผ่านมารัฐบาลไทยได้มีมาตรการหลายประการ เช่น การคัดเลือกนักเรียนที่มีภูมิลำเนาในชนบทมาเข้าสู่ระบบการเรียนแพทย์พยาบาล, การมีหลักสูตรซึ่งเน้นการสะท้อนปัญหาสุขภาพในชนบท, การมีระบบบังคับใช้ทุนสำหรับแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทันตแพทย์จบใหม่ ให้ไปทำงานในชนบทตามระยะเวลาที่กำหนด ตั้งแต่ พ.ศ. 2515, การมีมาตรการเสริมต่างๆ ทั้งมาตรการทางการเงินและมาตรการที่ไม่ใช้ตัวเงิน อาทิเช่น การยอมรับทางสังคม, และรวมถึงการมีระบบคู่ขนานให้พยาบาล ทันตภิบาล และผู้ช่วยเภสัชกร ได้เรียนต่อในระดับสูงขึ้นไป มีการประกันคุณภาพบุคลากรด้วยการสอบใบประกอบวิชาชีพระดับประเทศ โดยสภาวิชาชีพต่างๆ เป็นผู้กำหนดมาตรฐานคุณภาพ สำหรับวิชาชีพพยาบาลต้องมีการต่อใบประกอบวิชาชีพทุก 5 ปี ซึ่งบุคลากรพยาบาลต้องมีการเก็บคะแนน (credits) จากการเข้าร่วมการศึกษาหรืออบรมความรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง

การมีจำนวนบุคลากรสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอ เป็นปัจจัยสำคัญทำให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความพร้อมและสามารถรองรับความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น พ.ศ. 2545 ภาครัฐมีการปฏิรูประบบราชการด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารจัดการและการลดจำนวนข้าราชการ ซึ่งรวมถึงกระทรวงสาธารณสุขด้วย ทำให้มีการยกเลิกตำแหน่งของบุคลากรที่เกษียณอายุ ยกเลิกระบบการใช้ทุนในชนบทของวิชาชีพพยาบาลและเภสัชกร (แต่ยังจัดให้มีระบบการใช้ทุนในชนบทของวิชาชีพแพทย์และทันตแพทย์) ทำให้พยาบาลและเภสัชกรจบใหม่ไม่ได้รับตำแหน่งราชการ แต่เป็นเพียงลูกจ้างของสถานพยาบาล ด้วยเหตุนี้จึงมีผลสืบเนื่องไปถึงขวัญกำลังใจของบุคลากรสุขภาพทั้งระบบ จากนั้นการกดดัน

ทางการเมืองจากกลุ่มลูกจ้างสถานพยาบาลจึงเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว จนทำให้ คณะรัฐมนตรีต้องมีการแก้ปัญหาด้วยการมีมติจัดหาตำแหน่งใหม่เป็นระยะๆ

4.1. ทรัพยากรทางกายภาพ

4.1.1. การลงทุนทางกายภาพ

ทุนทางกายภาพในปัจจุบัน (พ.ศ. 2555)

ประเทศไทยใช้เวลากว่าสามทศวรรษในการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานระบบ บริการสุขภาพทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อที่จะครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศไทย (Patcharanarumol et al., 2011) พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีโรงพยาบาล ชุมชน หรือ โรงพยาบาลระดับอำเภอ ทั้งหมด 734 แห่งซึ่งเป็นฐานการบริการ สุขภาพในระดับอำเภอ และมีโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัดจำนวน 94 แห่ง (ไม่รวมในเขตกรุงเทพมหานคร) เป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิและรับส่ง ต่อผู้ป่วย ตั้งอยู่ในแต่ละจังหวัดครอบคลุมทั่วประเทศไทย ขนาดของโรงพยาบาล ชุมชนมีความหลากหลายตั้งแต่ 10 ถึง 120 เตียง ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์หรือ โรงพยาบาลจังหวัดมีขนาดขั้นต่ำ 150 เตียง โรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ที่สุดมี มากกว่า 1000 เตียง โรงพยาบาลภาครัฐอื่นๆ ได้แก่ โรงพยาบาลทหารจำนวน 64 แห่ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจำนวน 11 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทางจำนวน 61 แห่ง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงอื่นๆ อีก 8 แห่ง และโรงพยาบาลในสังกัด เทศบาลและเขตปกครองพิเศษกรุงเทพมหานคร 12 แห่ง และโรงพยาบาลใน สังกัดรัฐวิสาหกิจอีกจำนวนเล็กน้อย โรงพยาบาลเอกชนมีจำนวน 322 แห่ง กว่า ร้อยละ 30 อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีสถานีนอนมัยจำนวน 9768 แห่ง ให้บริการสุขภาพ ในระดับตำบล และหน่วยบริการสุขภาพเทศบาล 352 แห่ง ให้บริการสุขภาพใน เขตเมือง

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข จัดทำและออกรายงานการ สัมรวจทรัพยากรสุขภาพ (Health Resource Survey) เป็นประจำทุกปี การ สัมรวจแสดงข้อมูลทั้งจำนวนและการกระจายตัวของสถานพยาบาล จำนวนเตียง สำหรับผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยวิกฤต และอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ นอกจากนี้ ยัง

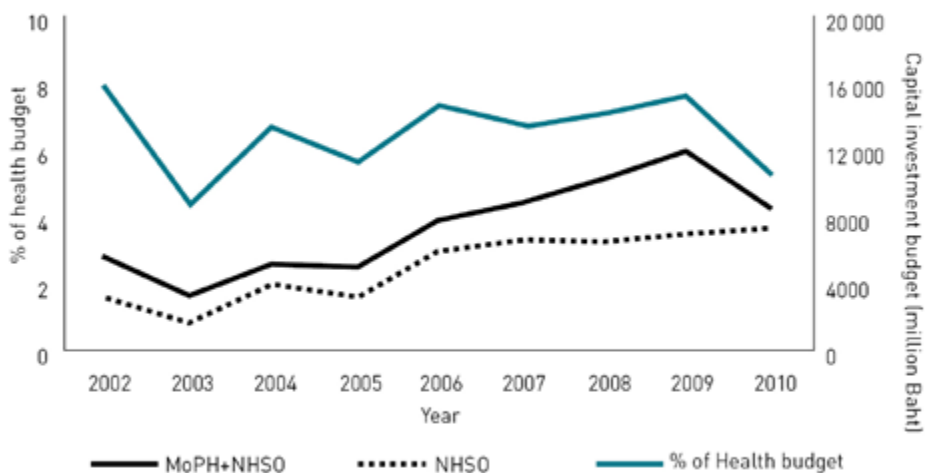
มีการจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย (Thailand Health Profile) เป็นการประจำซึ่งแสดงถึงการใช้ทรัพยากรสุขภาพและสถิติด้านสุขภาพที่สำคัญ ไม่นานมานี้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำการประเมินสถานะทรัพยากรสุขภาพทั้งหมดของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน เป็นข้อมูลการคงอยู่ การกระจาย และการใช้ทรัพยากร ข้อมูลเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งในการประกอบการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายในการลงทุนด้านสุขภาพ

งบลงทุน

ภายหลังการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 แล้วนั้น งบลงทุนสำหรับสถานพยาบาลภาครัฐมาจากสองแหล่งใหญ่ แหล่งที่หนึ่ง คือ งบลงทุนเพื่อการทดแทน (Capital replacement) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งรวมอยู่ในงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ แหล่งที่สอง คือ งบลงทุนใหม่ จากงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข ใช้สำหรับการลงทุนสิ่งปลูกสร้างและอุปกรณ์การแพทย์ใหม่ งบลงทุนเพื่อการทดแทนเพิ่มจาก 3 เป็น 7 พันล้านบาทใน พ.ศ. 2545–2553 (รูป 4.1) งบลงทุนใหม่จากงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับงบลงทุนเพื่อการทดแทน ยกเว้นใน พ.ศ. 2552 ที่งบลงทุนใหม่มีสัดส่วนมากกว่างบลงทุนเพื่อการทดแทน งบลงทุนทั้งหมด (รวมงบลงทุนเพื่อการทดแทนและงบลงทุนใหม่) มีสัดส่วนที่ไม่คงที่ ประมาณร้อยละ 4.4–7.9 ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมดในระหว่าง พ.ศ. 2545–2553 (รูป 4.1)

สปสช. จัดสรรงบลงทุนเพื่อการทดแทนให้สถานพยาบาลทุกแห่งทั้งรัฐและเอกชน ด้วยหลักเกณฑ์เดียวกัน คือ จำ นวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนในแต่ละสถานพยาบาล สปสช. โอนงบลงทุนเพื่อการทดแทน ให้กับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อจัดสรรให้สถานพยาบาลระดับต่างๆ ต่อไป สถานพยาบาลเอกชนได้รับงบลงทุนเพื่อการทดแทนเป็นจำนวนน้อย เนื่องจากสมาชิกสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวนไม่มาก ตัวอย่างเช่น พ.ศ. 2545 สถานพยาบาลเอกชนได้งบลงทุนเพื่อการทดแทนเพียง 335 ล้านบาทจาก 6500 ล้านบาทของงบลงทุนเพื่อการทดแทนทั้งหมด (คิดเป็นร้อยละ 5.2)

Figure 4.1 Capital investment budget and percentage of total health budget, 2002–2010



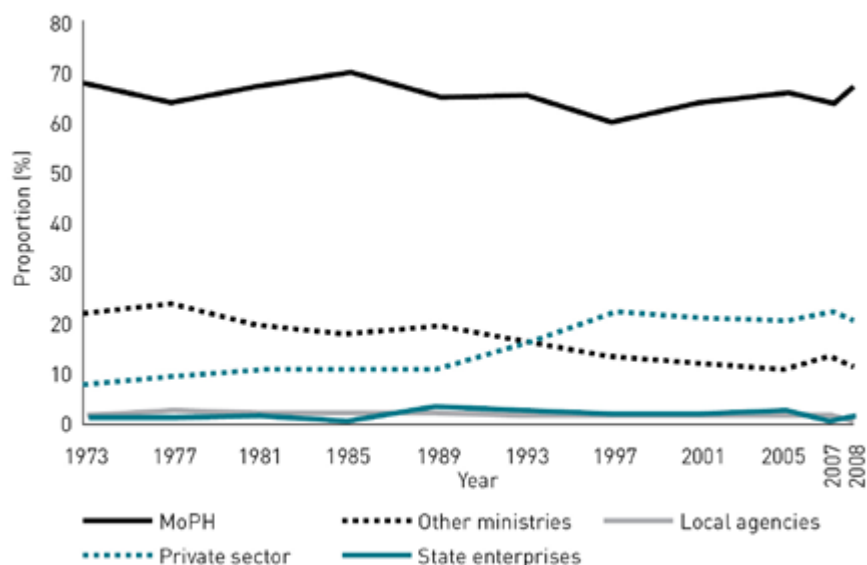
NHSO: National Health Security Office.
Source: Bureau of Policy and strategy, MOPH.

4.1.2. โครงสร้างพื้นฐาน

โรงพยาบาลเกือบทั้งหมดถูกออกแบบเพื่อให้บริการผู้ป่วยเฉียบพลัน (Acute care) เป็นหลัก โดยมีโรงพยาบาลเฉพาะทาง 61 แห่ง และโรงพยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 13 แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีสถานพยาบาลที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long-term care institution) พ.ศ. 2553 มีจำนวนเตียงทั้งหมด 134 000 เตียงทั่วประเทศไทย โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนเตียงมากที่สุดในภาพรวมทั้งประเทศ (ร้อยละ 67) ตามด้วยโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 20 จากข้อมูล พ.ศ. 2551) สัดส่วนเตียงของโรงพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง พ.ศ. 2532 ถึง 2540 เนื่องจากเศรษฐกิจที่ดีมากในขณะนั้น จนกระทั่งประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นยังไม่มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งสิ่งนี้นับเป็นผลกระทบด้านลบต่อระบบบริการสุขภาพปฐมนุ้มีในเขตเมือง และนับเป็นจุดอ่อนหนึ่งของระบบสุขภาพไทย

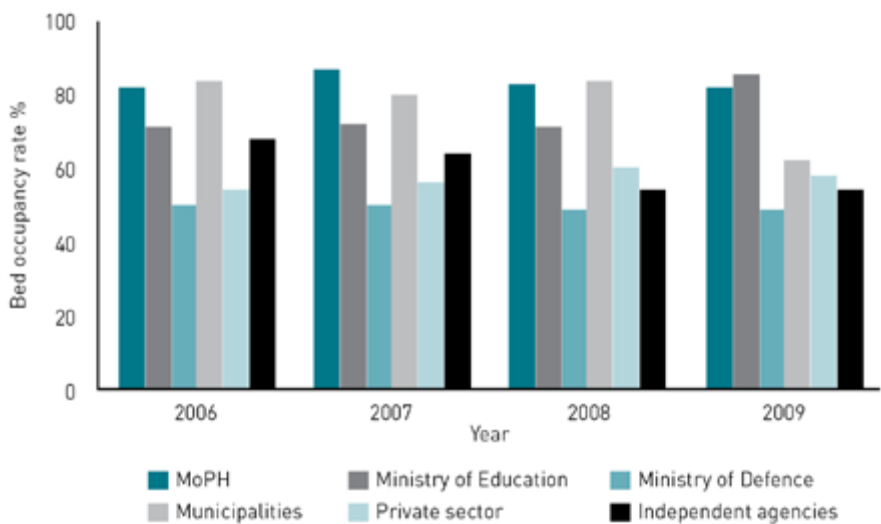
โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราครองเตียงสูงสุด (มากกว่าร้อยละ 80) ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนมีอัตราครองเตียงน้อยกว่า (ประมาณร้อยละ 50–60) จำนวนวันนอนเฉลี่ยค่อนข้างคงที่ที่ประมาณ 4 วันต่อการนอนโรงพยาบาลหนึ่งครั้ง ในช่วงสิบปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542–2552) นับว่าน้อยกว่าประเทศญี่ปุ่นที่มีวันนอนเฉลี่ยสูงถึง 18 วัน พ.ศ. 2554 ประเทศกลุ่ม OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) มีวันนอนเฉลี่ยที่ 8 วัน พ.ศ. 2554 อย่างไรก็ตาม ประเทศกลุ่ม OECD มีสัดส่วนสูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) ประมาณร้อยละ 14.8 ของประชากรทั้งหมดใน พ.ศ. 2553 ซึ่งมากกว่าประเทศไทยที่มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 7.4

Figure 4.2 Proportion of hospital beds by agency, 1973–2008



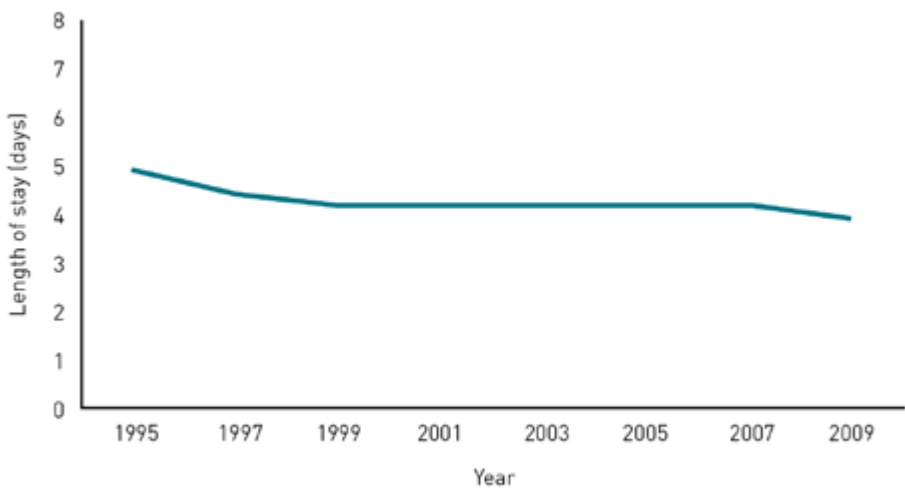
Source: Report on health resources, Bureau of Policy and Strategy, MOPH (2011).

Figure 4.3 Bed occupancy rate by agency, 2006–2009



Source: Thailand Health Profile 2008-2010, MOPH.

Figure 4.4 National average length of stay, all hospitals, 1995–2009

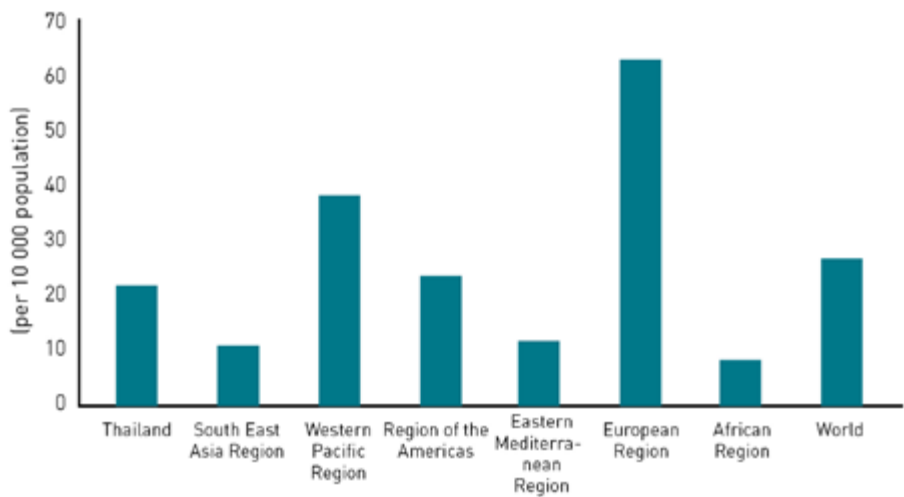


Source: Report on health resources, Bureau of Policy and Strategy, MOPH (2011)

พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีสัดส่วนเตียงประมาณ 22 เตียง ต่อประชากร 10 000 คน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของทุกประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่ 11 เตียงต่อประชากร 10 000 คน แต่ก็น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งโลก ที่ 27 เตียงต่อประชากร

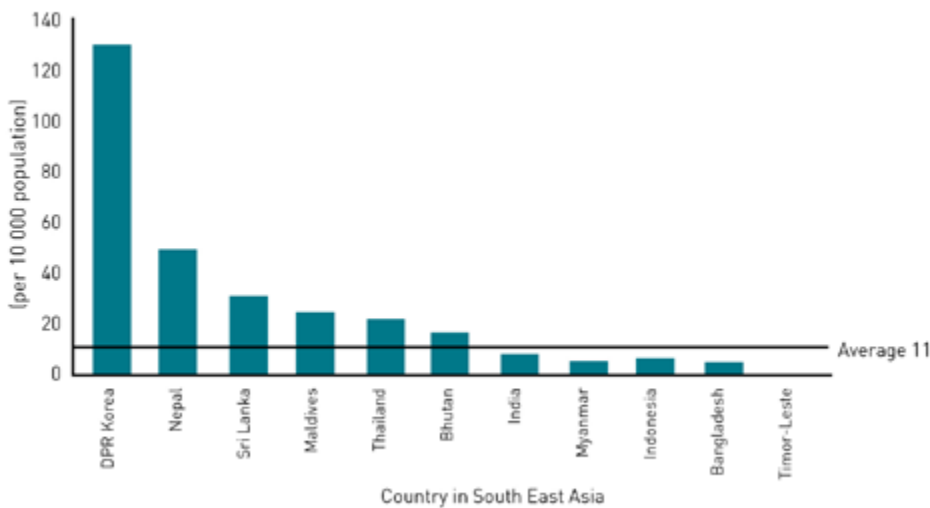
10 000 คน (รูป 4.5) เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยมีจำนวนเตียงต่อประชากร 10 000 คน น้อยกว่าประเทศเกาหลีใต้ (132 เตียง) เนปาล (50 เตียง) ศรีลังกา (31 เตียง) และมัลดีฟส์ (26 เตียง) (รูป 4.6)

Figure 4.5 Hospital beds per 10 000 population, Thailand and six WHO regions and global average, 2009



Source: WHO (2010).

Figure 4.6 Hospital beds per 10 000 population, countries in WHO South-East Asia Region 2009



Source: WHO (2010).

4.1.3. อุปกรณ์ทางการแพทย์

การลงทุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ราคาแพงมักกระจุกตัวที่โรงพยาบาลภาครัฐขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ด้วยเงินลงทุนใหม่จากงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่การลงทุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ราคาแพงในโรงพยาบาลเอกชนขึ้นกับอำนาจการตัดสินใจของคณะผู้บริหาร ตามการแข่งขันทางการตลาด ทั้งความต้องการด้านสุขภาพและผลตอบแทนที่พึงได้จากการลงทุน อุปกรณ์ทางการแพทย์ราคาแพงมีการกระจุกตัวมากที่สุดในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากมีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจำนวนมาก กรุงเทพมหานครมีจำนวนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography scanner, CT scan) 6.3 เครื่อง และเครื่องเอกซเรย์แม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imagine, MRI) 0.8 เครื่องต่อประชากร 1 000 000 คน พ.ศ. 2552 ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยของ ทั้งประเทศและค่าเฉลี่ยในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย (ตาราง 4.1)

Table 4.1 Ratio of high-cost medical devices per 1 million population by region, 2009

Region	Ratio of medical devices per 1 million population				Discrepancy index			
	ESWL	CT	MRI	Mammography	ESWL	CT	MRI	Mammography
Bangkok metropolis	1.6	22.5	3.0	20.5	1.3	3.6	3.7	6.0
Provincial areas	1.1	4.7	0.6	1.7	0.9	0.7	0.7	0.5
Central	1.3	8.3	0.8	3.1	1.1	1.3	1.0	0.9
North	1.5	4.7	0.5	1.0	1.3	0.7	0.6	0.3
Northeast	0.7	2.3	0.4	1.2	0.6	0.4	0.5	0.4
South	1.4	4.1	0.8	1.3	1.2	0.7	1.0	0.4
Nationwide	1.2	6.3	0.8	3.4	1.0	1.0	1.0	1.0

CT: computer tomography; ESWL: Extracorporeal shock wave lithotripsy; MRI: magnetic resonance imaging.
Source: Thailand Health Profiles 2008-2010

4.1.4. เทคโนโลยีสารสนเทศ

ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลพัฒนาขึ้นอย่างมากตั้งแต่ทศวรรษ 1990 เป็นต้นมา และเป็นรากฐานสำคัญของการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต้องใช้ข้อมูลผู้ป่วยในสำหรับการเบิกจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ภายใต้งบประมาณปลายปิด (Diagnosis-related group, DRG, with global budget)

พ.ศ. 2556 ประชาชนไทยเข้าถึงอินเทอร์เน็ตมากขึ้นถึง ร้อยละ 29 ของประชาชนไทยทั้งหมด (World Bank, 2014) ระบบข้อมูลทะเบียนราษฎร (Civil registration) มีการพัฒนาเป็นลำดับ การจดทะเบียนการเกิดและการตายเป็นสิ่งที่ต้องทำตามกฎหมายตั้งแต่ พ.ศ. 2452 ความก้าวหน้าในการจดทะเบียนปรากฏเด่นชัด หลัง พ.ศ. 2525 เมื่อมีการกำหนดเลขประจำตัวบุคคลสำหรับเด็กแรกเกิดทุกคน ซึ่งต่อมา มีการจัดเก็บด้วยระบบคอมพิวเตอร์ การเกิดและการตายต้องรายงานกับนายทะเบียนตามกฎหมายภายใน 15 วัน และ 24 ชั่วโมงตามลำดับ ข้อมูลทะเบียนราษฎรซึ่งจัดเก็บด้วยระบบคอมพิวเตอร์มีความครอบคลุมดีมาก เกือบร้อยละ 100 ทั้งการเกิด (ร้อยละ 98.4 ของการเกิดทั้งหมดได้รับการรับรอง และ ร้อยละ 96.7 ได้รับสูติบัตร) และการตาย (ร้อยละ 98.4 ของการตายทั้งหมดได้รับการรับรอง และ ร้อยละ 95.2 ได้รับใบมรณบัตร) (NSO, 2006) ข้อมูลทะเบียนราษฎรเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาฐานข้อมูลสมาชิกของระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลัก การเชื่อมโยงฐานข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้ประชาชนได้รับลงทะเบียนในหลักประกันสุขภาพอย่างแท้จริง ตัวอย่างเช่น ในแต่ละวัน เด็กเกิดใหม่ทุกคนได้รับการจดทะเบียนให้เป็นสมาชิกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการหากพ่อหรือแม่เป็นข้าราชการ (แต่ไม่มีเด็กเป็นสมาชิกระบบประกันสังคมเพราะไม่ครอบคลุมบุตรของผู้ประกันตน) บุคคลที่เคยทำงานในบริษัทเอกชนและมีสิทธิประกันสังคม แต่ต่อมากลายเป็นบุคคลที่ไม่ได้รับการจ้างงานและไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมแล้ว จะได้รับเปลี่ยนสิทธิไปเป็นสมาชิกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยอัตโนมัติ บุตรของข้าราชการเมื่อมีอายุเกิน 20 ปี จะถูกเปลี่ยนไปเป็นสมาชิกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรืออาจถูกจัดให้เป็นผู้ประกันตนของระบบ

ประกันสังคมหากทำงานในบริษัทเอกชน การปรับฐานข้อมูลการเกิดการตายทุกวันทำให้ฐานข้อมูลสมาชิกระบบหลักประกันสุขภาพมีความถูกต้องแม่นยำ สถานพยาบาลก็สามารถตรวจสอบข้อมูลสิทธิของผู้ป่วยได้ทางอินเทอร์เน็ต

โรงพยาบาลภาครัฐส่วนใหญ่มีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างมาก ซึ่งช่วยในการจัดบริการและการเบิกเงินค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม บางโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบเวชระเบียนที่ไม่ต้องใช้กระดาษ ครอบคลุมรายการค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด รวมถึงค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมอื่นๆ และแบบฟอร์มสรุปการรักษาพยาบาลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม การพัฒนาของแต่ละโรงพยาบาลเป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่แตกต่างกัน ทำให้การจัดเก็บข้อมูลไม่เป็นเอกภาพ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามในการบูรณาการข้อมูลจากโปรแกรมต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้มีการสื่อสาร และแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างส่วนต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คุณภาพและความถูกต้องในการสรุปรายการการรักษาพยาบาลเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยได้มีการพัฒนาอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อมูลการวินิจฉัยโรค (Diagnosis) โรคร่วม (Comorbidity) และภาวะแทรกซ้อน (Complication) ตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases version 10, ICD10) เนื่องจากข้อมูลเหล่านี้จำเป็นต่อการเบิกจ่ายด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-claim) ซึ่งต้องส่งข้อมูลของสถานพยาบาล ไปยังสปสช. สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมบัญชีกลาง สำหรับผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ การปลอมรหัสวินิจฉัยโรคร่วมได้รับการตรวจสอบอย่างเข้มข้นจากหน่วยตรวจสอบข้อมูลของสปสช. หากตรวจสอบพบว่าข้อมูลที่สถานพยาบาลส่งมามีความจงใจให้ได้เงินที่สูงเกินจริง สถานพยาบาลต้องส่งเงินคืนให้สปสช. ในขณะเดียวกันหากสถานพยาบาลส่งข้อมูลที่ทำให้ได้รับเงินน้อยกว่าที่ควรเป็น สถานพยาบาลจะได้รับเงินเพิ่มเติมจากสปสช. มีการพัฒนาความถูกต้องในการสรุปรายการรักษาพยาบาล โดยการฝึกอบรมบุคลากรที่เป็นผู้ลงรหัสโรค (Coder) ของสถานพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะระดับประกาศนียบัตร (KMPHT, 2014) นอกจากนี้แล้ว การเบิกจ่ายด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมยังช่วยทำให้การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์

ในภาพรวมประเทศมีความครบถ้วนและถูกต้องยิ่งขึ้น ข้อมูลผู้ป่วยในที่มีการเชื่อมโยงกับข้อมูลทะเบียนราษฎร (โดยมีการรักษาความลับผู้ป่วยอย่างเข้มงวด ข้อมูลเลขประจำตัวบุคคลของผู้ป่วยได้รับการลงรหัสปิดบังไว้) จะทำให้สามารถเปรียบเทียบข้อมูลการรอดชีวิตและการตายของผู้ป่วยระหว่างระบบประกันสุขภาพแบบต่างๆ ได้

นอกจากการพัฒนาข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแล้ว ข้อมูลการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่จำเป็นทั้งข้อมูลระดับบุคคลและข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิและสถานอนามัยก็ได้รับการพัฒนาด้วย การพัฒนาในปัจจุบัน คือการจัดทำฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อย่างครบวงจรของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

4.2. กำลังคนด้านสุขภาพ

4.2.1. แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ

บุคลากรด้านสุขภาพ 4 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์, ทันตแพทย์, เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ และอัตราส่วนของบุคลากรด้านสุขภาพต่อประชากรเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2522 ถึง พ.ศ. 2552 (ตารางที่ 4.2) โดย พ.ศ. 2552 มีแพทย์จำนวน 23 909 คน (0.37 ต่อประชากร 1000 คน) ทันตแพทย์ 10 108 คน (0.156 ต่อประชากร 1000 คน) เภสัชกร 24 814 คน (0.38 ต่อประชากร 1000 คน) และพยาบาลวิชาชีพ 109 797 คน (1.74 ต่อประชากร 1000 คน) การขยายกำลังคนเป็นลักษณะสำคัญของนโยบายภาครัฐ ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา และในเมื่อไม่นานนี้มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับกำลังคนด้านสุขภาพในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีความสำคัญยิ่งในการสนับสนุนบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีการจัดการโดยเจ้าพนักงานสาธารณสุขที่จบหลักสูตรการศึกษา 4 ปี อาจมีพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีความสามารถและมีทักษะผสมผสานในการจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มีการจัดบริการสำหรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการทางสุขภาพที่เป็นเรื่องของผู้สูงอายุและความพิการ เช่น การบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health

Table 4.2 Numbers of four cadres of health-care professional and their density per 1000 population

Year	Number				Health workforce density, per 1000 population			
	Doctors	Dentists	Pharmacists	Professional nurses	Doctors	Dentists	Pharmacists	Professional nurses
1979	6 619	1 013	2 487	17 212	0.14	0.022	0.05	0.37
1981	6 931	1 091	2 657	19 674	0.15	0.023	0.06	0.41
1983	7 902	1 237	2 918	23 565	0.16	0.025	0.06	0.48
1985	8 496	1 344	3 307	26 019	0.16	0.026	0.06	0.50
1987	9 580	1 447	3 645	30 752	0.18	0.027	0.07	0.57
1989	12 731	2 212	4 017	37 515	0.23	0.038	0.07	0.68
1991	12 803	2 452	4 436	40 685	0.23	0.042	0.08	0.80
1993	13 634	2 811	4 744	46 671	0.23	0.048	0.08	0.80
1995	14 181	2 903	4 740	54 262	0.24	0.049	0.08	0.92
1997	16 596	3 387	5 927	56 366	0.27	0.056	0.10	0.93
1998	19 500	3 914	5 932	63 704	0.32	0.064	0.10	1.04
1999	18 140	6 524	6 032	68 008	0.29	0.106	0.10	1.10
2000	25 039	6 793	6 360	70 978	0.29	0.110	0.10	1.15
2001	18 947	7 206	6 833	78 042	0.31	0.116	0.11	1.26
2002	18 987	7 511	6 269	84 683	0.30	0.121	0.10	1.35
2003	22 465	7 754	7 071	91 615	0.29	0.125	0.11	1.46
2004	18 919	7 974	7 414	95 900	0.30	0.128	0.12	1.53
2005	19 546	8 486	7 925	101 461	0.31	0.136	0.13	1.63
2006	19 663	8 813	7 938	101 797	0.31	0.141	0.13	1.63
2007	22 542	9 331	8 517	103 817	0.17	0.149	0.14	1.68
2008	22 757	9 619	8 987	105 398	0.36	0.152	0.14	1.74
2009	23 909	10 108	24 814	109 797	0.37	0.156	0.38	1.90

Sources: Thailand Health Profile (2008-2010); Office of the National Economic and Social Development Board on mid year population (1979-2009).

care services) และการป้องกันโรคเบื้องต้น การส่งเสริม และการตรวจคัดกรอง อย่างไรก็ตาม การจัดการยังคงต้องได้รับการพัฒนา

แพทย์

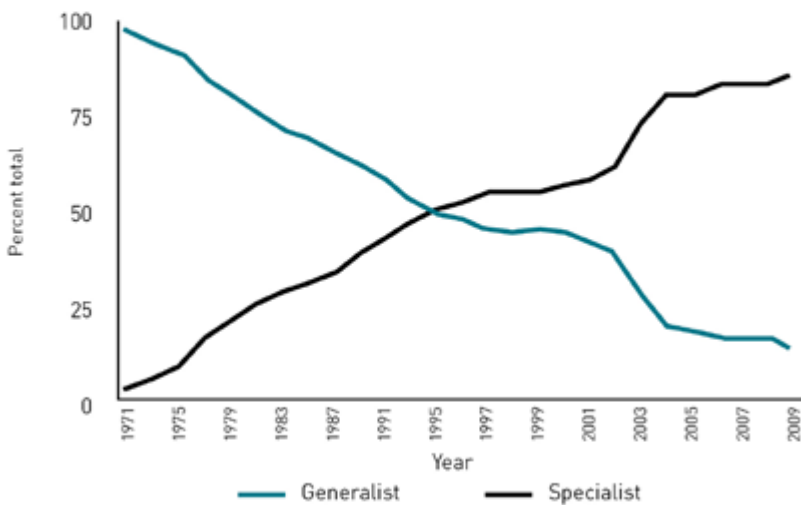
พ.ศ. 2552 แพทย์จำนวน 12 791 คน (ร้อยละ 53.5 ของทั้งหมด) ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข 5427 คน (ร้อยละ 22.7) ปฏิบัติงานในกระทรวงอื่นๆ 1028 คน (ร้อยละ 4.3) ทำงานในโรงพยาบาลท้องถิ่น 4088 คน (ร้อยละ 17.1) ทำงานเต็มเวลาในภาคเอกชนและ 547 คน (ร้อยละ 2.4) ทำงานในรัฐวิสาหกิจ ทั้งนี้บุคลากรสุขภาพภาครัฐสามารถงานนอกเวลาในภาคเอกชนได้ (Dual practice) โดยทั่วไปแพทย์มักทำงานในภาครัฐและปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาในภาคเอกชน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 50–60 ของบุคลากรปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาในภาคเอกชน รัฐบาลมีนโยบายแก้ไขปัญหาจำนวนแพทย์กระจุกในเขตเมืองแต่ไม่กระจายในเขตชนบท พบว่า ความแตกต่างของสัดส่วนแพทย์ระหว่างภูมิภาคมีการลดลงอย่างเห็นได้ชัดในช่วง พ.ศ. 2522–2533 อย่างไรก็ตามความแตกต่างระหว่างภูมิภาคกลับมีการเพิ่มขึ้นอีกครั้งในช่วง พ.ศ. 2533–2540 เป็นผลมาจากความต้องการที่เพิ่มขึ้นในการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนที่ต่อเนื่องมาจากการเติบโตทางเศรษฐกิจ ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 แนวโน้มการกระจายแพทย์ระหว่างภูมิภาคดีขึ้น เป็นที่น่าสังเกตว่ามีการเคลื่อนย้ายจากภาคเอกชนสู่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนการปิดตัวของโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากความภาวะตกต่ำของความต้องการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน ในช่วง พ.ศ. 2544–2552 ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคมีการแนวโน้มดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือแย่ที่สุด คือ มีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรน้อยที่สุด ในขณะที่ภาคเหนือ ใต้ และกลางมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรใกล้เคียงกัน

รายงานทรัพยากรสาธารณสุขในช่วง 7 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2545–2552 พบว่าแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลระดับอำเภอมีภาระงานมากที่สุด ตามมาด้วยแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป ในขณะที่แพทย์ประจำโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีภาระงานน้อยสุด สำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนมีภาระงานใกล้เคียงกับ

แพทย์โรงพยาบาลศูนย์ ในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา ภาระงานแพทย์ประจำโรงพยาบาลอำเภอมีแนวโน้มลดลง ขณะที่แพทย์สังกัดอื่นๆ มีภาระงานคงที่

ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่แพทย์จะเป็นแพทย์ทั่วไป มีการตั้งข้อสังเกตว่าสัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางยังคงเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุผลหลายประการ ทั้งการยอมรับในสังคมและผลประโยชน์ทางการเงิน ในบางปี แพทย์เฉพาะทางที่มารับการฝึกฝนหลังปริญญา มีจำนวนมากกว่าเวชศาสตร์ครอบครัวแพทย์ทั่วไปที่ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน ขณะเดียวกันแพทย์เฉพาะทางมักทำงานที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ สัดส่วนแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3 ใน พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 85 ใน พ.ศ. 2552 (รูปที่ 4.7)

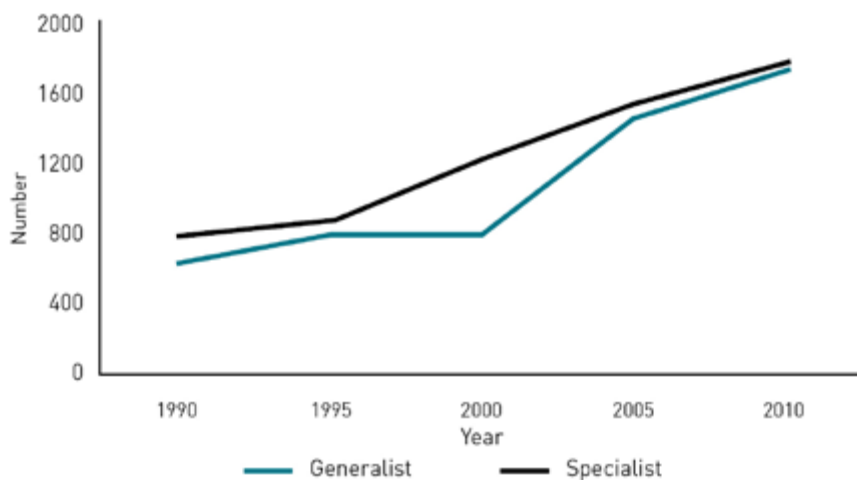
Figure 4.7 The proportions of generalist and specialist doctors, 1971–2009



Source: Thai Medical Council (various years).

จากการสำรวจใน พ.ศ. 2554 (Pagaiya et al., 2012) พบว่า นักศึกษาแพทย์จบใหม่จำนวนร้อยละ 13–18 ของนักศึกษาแพทย์จบใหม่ทั้งหมด มีความตั้งใจในการสมัครมาฝึกปฏิบัติเฉพาะทางหลังจากไปทำงานใช้ทุนในชนบทแล้วหนึ่งปี และร้อยละ 61–73 ตั้งใจมาฝึกปฏิบัติหลังจากที่ชดใช้ทุนแล้วสามปี

Figure 4.8 Trends of production of generalist and specialist doctors, 1990–2010



Source: Thai Medical Council (2011).

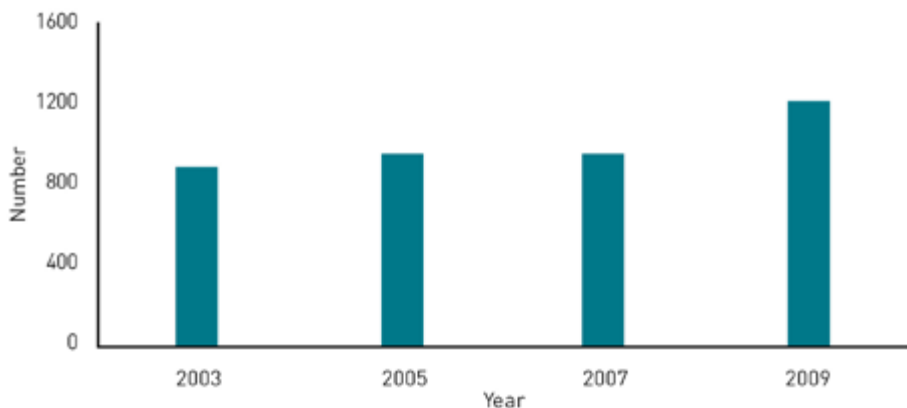
ทันตแพทย์

พ.ศ. 2552 ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ (จำนวน 3116 คน) คิดเป็นร้อยละ 64.8 ของทั้งหมด ทำงานในกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่ 1000 คน (ร้อยละ 20.8) ทำงานในกระทรวงอื่นๆ มีจำนวนเพียง 154 คน (ร้อยละ 3.2) ที่ทำงานองค์กรส่วนท้องถิ่น 346 คน (ร้อยละ 7.2) ในภาคเอกชน และ 192 คน (ร้อยละ 4) ทำงานรัฐวิสาหกิจ พ.ศ. 2514–2538 ทันตแพทย์ภาครัฐมีสัดส่วนลดลงและภาคเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ความหนาแน่นของทันตแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการพัฒนาขึ้นอย่างสอดคล้องกับผลของบังคับใช้ทุนในชนบทเป็นระยะเวลา 3 ปีสำหรับทันตแพทย์จบใหม่ แต่อย่างไรก็ตามความหนาแน่นของทันตแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. 2549–2552 ยังคงมีอัตราต่ำกว่าภาคอื่นๆ

ทันตภิบาล (Dental nurses) เป็นบุคลากรที่จบประกาศนียบัตร 2 ปี เป็นบุคลากรสำคัญที่มีการช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากให้กับประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้กับนักเรียนในชนบทที่ห่างไกล ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับนักทันตภิบาลอย่างมาก เพราะบุคลากรเหล่านี้สามารถ

ให้บริการงาน ทันตการพื้นฐานในวงกว้าง กระทรวงมีการเพิ่มการผลิตทันตภิบาล ทำให้จำนวนทันตภิบาลในสถานีนอามัยเพิ่มขึ้นจาก 900 คน พ.ศ. 2546 เป็น มากกว่า 1,200 คน พ.ศ. 2552 (รูปที่ 4.9)

Figure 4.9 Number of dental nurses in health centres



Source: Human Resources for Health and Development Office (2011).

เภสัชกร

เภสัชกรส่วนใหญ่ทำงานให้กับภาครัฐ พ.ศ. 2552 มีเภสัชกรจำนวน 6,158 คน (ร้อยละ 73.4) ปฏิบัติงานที่กระทรวงสาธารณสุข 822 คน (ร้อยละ 9.8) ทำงานใน กระทรวงอื่นๆ 126 คน (ร้อยละ 1.5) ทำงานราชการส่วนท้องถิ่น 1233 คน (ร้อยละ 14.7) ทำงานในภาคเอกชนและ 51 คน (ร้อยละ 0.6) ทำงานในภาครัฐวิสาหกิจ พ.ศ. 2514–2528 เภสัชกรครึ่งหนึ่งปฏิบัติงานในภาคเอกชน โดยทำงานประจำที่ โรงงานผลิตยา บริษัทนำเข้าและร้านขายยา ขณะที่อีกครึ่งหนึ่งทำงานในภาครัฐ แต่หลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายบังคับใช้ทุนของเภสัชกรจบใหม่ ทำให้สัดส่วนของเภสัชกรปฏิบัติงานในภาครัฐเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วง พ.ศ. 2527–2549

สัดส่วนเภสัชกรต่อประชากรมีความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้นเป็นลำดับ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเคยมีสัดส่วนเภสัชกรที่น้อยกว่าภาคอื่นๆ แต่ได้มีการกระจายเภสัชกรที่ดีขึ้นทำให้ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมี สัดส่วนเภสัชกรใกล้เคียงกับภาคอื่นๆ

พยาบาลวิชาชีพ

ส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพทำงานในกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 พบว่ามี 80 591 คน (73.4 คนจากทั้งหมด) ที่ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข 13 066 คน (ร้อยละ 11.9) ทำงานที่กระทรวงอื่นๆ 2635 คน (ร้อยละ 2.4) ทำงานราชการท้องถิ่น 11 748 (ร้อยละ 10.7) ทำงานภาคเอกชน และ 1757 (ร้อยละ 1.6) ทำงานรัฐวิสาหกิจ

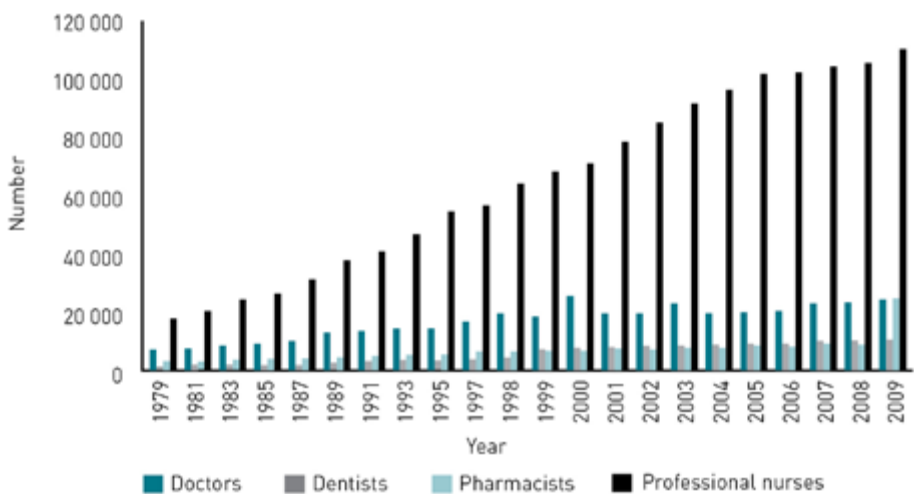
พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาในภาคเอกชนได้ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาในภาคเอกชนมีจำนวนมากเป็นอันดับสองรองจากแพทย์ เมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ การกระจายพยาบาลตามภูมิภาคต่างๆ ดีขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับภูมิภาคอื่นๆ

บุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ

ในประเทศไทยมีบุคลากรสุขภาพหลายประเภท เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ข้อมูลด้านจำนวนและการกระจายของบุคลากรสุขภาพเหล่านี้เป็นข้อมูลที่จำกัดมาก ไม่สามารถหาข้อมูลเป็นรายปี และการกระจายตามสถานพยาบาลต่างๆ ได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนส่วนใหญ่ทำงานที่สถานอนามัย ให้บริการด้านงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมถึงงานอื่นๆ ด้านสาธารณสุข ตามศักยภาพของสถานพยาบาล เช่น การให้ยาต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยทั่วไปเจ้าหน้าที่กลุ่มนี้ได้รับการฝึกอบรม และการมอบหมายงานเพิ่มเติม (task shifting) เช่น การคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการบริหารงานพื้นฐานทางคลินิก มีการสันนิษฐานว่ามีกำลังคนด้านสุขภาพที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 21 000 ถึง 25 000 คน ที่ทำงานในสถานอนามัย พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา

เป็นที่น่าสังเกตว่าข้อมูลของจำนวนและการกระจายบุคลากรทางสุขภาพนั้นยังไม่น่าเชื่อถือ ทั้งๆ ที่มีความพยายามอย่างมากในการพัฒนาระบบข้อมูลของกำลังคนด้านสุขภาพ จึงเป็นสัญญาณว่าระบบข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน

Figure 4.10 Doctors, dentists, pharmacists and professional nurses, 1979–2009.



Source: plotted based on data in table 4.2

4.2.2. การเคลื่อนย้ายบุคลากรทางสุขภาพ

การเคลื่อนย้ายบุคลากรสุขภาพของไทยไปยังต่างประเทศไม่ใช่ปัญหาหลัก ถึงแม้ว่าจะไม่มีข้อมูลการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางสุขภาพออกจากประเทศไทย สภาการพยาบาลมีการรายงาน ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ว่าทุกๆ ปี พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการสอบรับรองมาตรฐาน จำนวน 300–400 คน ร้องขอการรับรองใบอนุญาตสำหรับการสมัครไปทำงานที่ต่างประเทศ

ระหว่างสงครามเวียดนาม ในช่วง พ.ศ. 2503–2513 ประเทศอเมริกามีความต้องการแพทย์เป็นจำนวนมาก มีผลทำให้เกิดการไหลออกจำนวนมากของแพทย์ ไทยไปยังอเมริกาจำนวนมากถึง 1500 คน (ร้อยละ 25 ของจำนวนนักศึกษา แพทย์ที่สอบใหม่) และ ส่วนใหญ่ไม่กลับมาทำงานในประเทศไทย (Wibulpolprasert & Pengpaibon, 2003)

การไหลออกของแพทย์อย่างรวดเร็วใน พ.ศ. 2513 ทำให้รัฐบาลไทย เริ่มบังคับ การخذใช้ทุนในชนบทกับนักศึกษาจบใหม่ เป็นระยะเวลา 3 ปี (Patcharanarumol et al., 2011; Balabanova et al., 2013) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับนโยบาย

สุขภาพดีถ้วนหน้า หรือ “1978 Alma Ata Declaration of Health for All” ซึ่งการประกาศนี้ส่งเสริมการพัฒนายารวดเร็วด้านโครงสร้างพื้นฐานทางสุขภาพ ทั้งสถานพยาบาลและกำลังคนด้านสุขภาพในชนบท อีกทั้งยังเน้น การพัฒนาความเสมอภาคด้านสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาการกระจายทรัพยากรสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่ยากจนที่สุดและมีปัญหาอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างน้อยที่สุดในประเทศไทย ตรงข้ามกับ กรุงเทพมหานครที่มีจำนวนแพทย์มาก ความแตกต่างของสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือและกรุงเทพมหานคร ลดลงจาก 21 เท่าใน พ.ศ. 2522 เป็น 8.6 เท่าใน พ.ศ. 2529

ผู้กำหนดนโยบายมีความกังวลเรื่องปัญหาการเคลื่อนย้ายบุคลากรสุขภาพภายในประเทศ จากชนบทสู่เมือง จากภาครัฐไปยังภาคเอกชน และ จากภาครัฐไปยังสถาบันรัฐอื่น ในปี พ.ศ. 2533–2540 เป็นช่วงภาวะเศรษฐกิจรุ่งเรือง มีความต้องการโรงพยาบาลภาคเอกชนเพิ่มขึ้นมาก ส่งผลให้แพทย์ที่ทำงานในภาครัฐลาออกเป็นจำนวนมากเพื่อมาทำงานในภาคเอกชน

(Tangcharoensathien et al., 1994) พ.ศ. 2540 ช่วงเดือนเมษายน เป็นช่วงสูงสุดของเศรษฐกิจรุ่งเรือง พบว่าโรงพยาบาลชุมชน 21 แห่งไม่มีแพทย์ประจำเลย ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 การเคลื่อนย้ายสวนทางกัน โดยเคลื่อนย้ายจากภาคเอกชนกลับสู่ภาครัฐ ประกอบกับการปิดตัวของโรงพยาบาลเอกชนเป็นจำนวนมาก (Tangcharoensathien et al., 2000) ระบบเศรษฐกิจไม่ว่าจะเป็นเศรษฐกิจที่เฟื่องฟูหรือย่ำแย่ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการเคลื่อนย้ายบุคลากรสุขภาพ

พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา นโยบายภาครัฐส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชียที่จะดึงดูดผู้ป่วยต่างชาติเข้ามาใช้บริการ มีผลทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.4 ในขณะเดียวกันนั้นจำนวนผู้ป่วยต่างประเทศที่เข้ามารับบริการ 400 000–500 000 คนต่อปีนั้น ส่งผลกระทบในเชิงลบต่อการเคลื่อนย้ายบุคลากรสุขภาพภายในประเทศ (Na Ranong & Na Ranong, 2011) ประเทศไทยยังไม่ได้มีนโยบายรับบุคลากรสุขภาพ

ต่างประเทศมาปฏิบัติงานในประเทศไทย และไม่มีนโยบายสนับสนุนให้บุคลากรสุขภาพของไทยไปปฏิบัติงานที่ต่างประเทศ นโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ได้สร้างตลาดใหม่สำหรับบุคลากรสุขภาพของไทย ทำให้บุคลากรสุขภาพมีทางเลือกการจ้างงานที่ดีขึ้นในโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ ทั้งในศูนย์การแพทย์ภาคเอกชนและภาครัฐ ทำให้เกิดภาวะสมองไหลภายในประเทศ

มีการศึกษาประเมินว่าสัดส่วนแพทย์เอกชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 พ.ศ. 2513 เป็น 24 พ.ศ. 2543 (Noree, 2008) และพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 เป็นร้อยละ 12.2 ในช่วงเวลาเดียวกัน (Wibulprolprasert et al., 2011b)

ปัจจัยดึงดูดและปัจจัยผลักดันสำหรับพยาบาลวิชาชีพเห็นได้ชัดเจนมาก โรงพยาบาลเอกชนเสนอค่าตอบแทนให้พยาบาลที่ดีกว่า ทั้งเงินเดือนที่สูงกว่า ภาครัฐสวัสดิการที่ดีกว่า มีการฝึกอบรมที่ต่างประเทศและสภาพการทำงานที่ดีกว่า ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขถูกจำกัดตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเนื่องจากนโยบายการลดขนาดภาครัฐ ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 ซึ่งทำให้ตำแหน่งพยาบาลสิ้นสุดหลังจากเกษียณอายุ พยาบาลรุ่นใหม่ไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ แต่กลายเป็นลูกจ้างตามสัญญารายปี และต้องเข้าระบบประกันสังคม ภาระงานที่หนักและค่าตอบแทนที่น้อยในภาครัฐเป็นปัจจัยผลักดันให้พยาบาลย้ายออกจากโรงพยาบาลรัฐ ส่งผลให้มีการลาออกสูงมาก พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในกระทรวงสาธารณสุขได้เพียงหนึ่งปีมีการลาออกไปยังภาคเอกชนสูงถึงร้อยละ 48 สาเหตุหนึ่งเนื่องจากโอกาสปรับตำแหน่งจากลูกจ้างรายปีเป็นข้าราชการนั้นมีน้อยมาก หรือ แทบไม่มีเลย

4.2.3. การฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพ

แพทย์และทันตแพทย์ใช้เวลาเรียนหกปี พยาบาลใช้เวลาเรียนสี่ปี ส่วนเภสัชกรมีสองหลักสูตร หลักสูตรห้าปี และหลักสูตรหกปีสำหรับเภสัชด้านคลินิก (Clinical pharmacist) การเรียนการสอนสำหรับบุคลากรทั้งสี่วิชาชีพนี้เป็นหลักสูตรที่ได้รับการรับรองคุณภาพทั้งมหาวิทยาลัยรัฐและเอกชน การฝึกอบรมหลังปริญญามีอยู่ในเกือบทุกมหาวิทยาลัย

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ เป็นผู้รับผิดชอบการจัดการเรียนการสอนระดับอุดมศึกษา (ปริญญาตรี โท และเอก) สำหรับทุกสาขาอาชีพ ในส่วนหลักสูตรวิชาชีพด้านสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการรับรองคุณภาพทั้งตัวหลักสูตรและสถาบันโดยสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องก็ดำเนินการเรียนการสอน คณะกรรมการบริหารของแต่ละสถาบันต้องมีการประกันคุณภาพและดำเนินการพัฒนาคุณภาพเป็นการประจำเพื่อให้ผ่านการรับรองจากสภาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง พระราชบัญญัติวิชาชีพต่างๆ กำหนดไว้ว่าผู้สำเร็จการศึกษาต้องผ่านการสอบใบประกอบวิชาชีพซึ่งเป็นการจัดสอบระดับประเทศ เมื่อผ่านการสอบแล้วต้องขึ้นทะเบียนใบประกอบโรคศิลป์กับสภาวิชาชีพนั้นๆ จากนั้นจึงจะสามารถประกอบวิชาชีพได้ (ตารางที่ 4.3) สรุปย่อการเรียนการสอนแต่ละวิชาชีพ

Table 4.3 Study years, regulatory bodies and degrees

Health professional	Study duration (years)	Regulatory body	Degree
Doctor	6	Thai Medical Council	Bachelor: Doctor of Medicine
Nurse	4	Thailand Nursing and Midwifery Council	Bachelor: Registered Nurse (RN)
Dentist	6	Thai Dental Council	Bachelor: Doctor of Dental Surgery (DDS)
Pharmacist	5–6	The Pharmacy Council	Bachelor: Doctor of Pharmacy (PharmD)

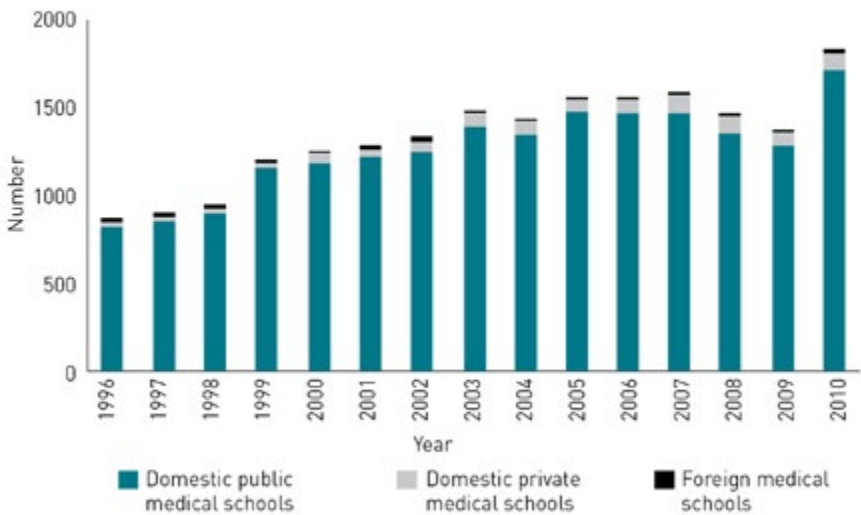
Source: Synthesis by the Author

แพทย์

พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีโรงเรียนแพทย์ทั้งหมด 19 แห่ง ทั้งหมดเป็นภาครัฐแต่มีหนึ่งแห่งที่เป็นเอกชน รูปภาพที่ 4.12 แสดงให้เห็นว่าแพทย์จบใหม่ที่สอบใบประกอบโรคศิลป์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่จบจากโรงเรียนแพทย์ภาครัฐ พ.ศ. 2553 มีแพทย์สอบใบประกอบโรคศิลป์ได้ประมาณ 1800 ราย คิดเป็นสองเท่าของจำนวนแพทย์ที่สอบได้ใน พ.ศ. 2539 ทั้งนี้เป็นผลมาจากการขยายกำลังการผลิตแพทย์ของโรงเรียนแพทย์ภาครัฐเพิ่มจาก 13 แห่งเป็น 18 แห่งในช่วงเวลาสิบห้าปี (Suwannakij, Sirikanokwilai & Wibulpolprasert, 1998) โรงเรียนแพทย์เอกชนหนึ่งแห่งได้มีการขยายกำลังการผลิตขึ้นเป็นสามเท่า ผลิตแพทย์ได้ 30 ราย

พ.ศ. 2542 เป็น 93 ราย พ.ศ. 2553 แพทย์ที่จบจากต่างประเทศมีจำนวนน้อยมาก เฉลี่ยประมาณแค่ 15 รายต่อปี

Figure 4.11 Medical graduates gaining licences from public and private domestic and foreign medical schools, 1996 and 2010, Thailand



Source: Thai Medical Council (2011).

เมื่อนักศึกษาแพทย์เรียนจบหกปีแล้ว ทุกคนต้องผ่านการสอบที่จัดโดยโรงเรียนแพทย์แต่ละแห่ง จากนั้น ต้องสอบใบประกอบโรคศิลป์ที่จัดการสอบในระดับประเทศ จัดโดยสภาแพทยสภา เพื่อให้ได้ใบประกอบโรคศิลป์ก่อนจึงจะสามารถปฏิบัติวิชาชีพแพทย์ได้ การสอบใบประกอบโรคศิลป์วิชาชีพแพทย์แบ่งเป็นสามส่วน ได้แก่ พื้นฐานวิทยาศาสตร์ ปรีคลินิก และ คลินิก ซึ่งนักศึกษาแพทย์ต้องสอบผ่านทั้งสามส่วน

ในทำนองเดียวกัน นักศึกษาแพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศต้องสอบผ่านจากโรงเรียนแพทย์ในต่างประเทศที่แพทยสภาให้ความเชื่อถือ และต้องมีใบประกอบโรคศิลป์จากประเทศนั้น จึงจะสามารถสมัครเข้าสอบใบประกอบโรคศิลป์จากแพทยสภาไทยได้ เมื่อสอบผ่านและได้รับใบประกอบโรคศิลป์จากแพทยสภาไทย จึงจะสามารถประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยได้

ใบประกอบโรคศิลป์ของแพทย์เป็นแบบตลอดชีพ ไม่ต้องมีการสอบใหม่เพื่อต่ออายุ มีความพยายามจากแพทยสภาในการจัดทำกรพัฒนาวิชาชีพต่อเนื่อง (Continuous professional development, CPD) ภาคบังคับ เพื่อเป็นการประกันคุณภาพความสามารถของแพทย์ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อถกเถียงและข้อโต้แย้งจากกลุ่มวิชาชีพแพทย์ ซึ่งยังไม่มีฉันทามติว่าจะต้องมีการบังคับให้ต่ออายุใบประกอบโรคศิลป์

แพทย์ที่มีความประสงค์จะเรียนต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของแพทยสภา คือ ต้องใช้ทุนอย่างน้อยสามปีซึ่งเป็นข้อบังคับของการเรียนแพทย์ประจำบ้านหลายสาขา เช่น ศัลยแพทย์ แพทย์อายุรกรรม และ กุมารแพทย์ แต่มีข้อยกเว้นให้สำหรับบางสาขาที่กำหนด เช่น จิตแพทย์ แพทย์นิติเวชวิทยา และแพทย์พยาธิวิทยา ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เป็นสาขาขาดแคลนและจำเป็นต้องมีการเร่งการผลิตในสาขาเหล่านี้

ระยะเวลาการเรียนการสอนสำหรับแพทย์ประจำบ้าน อยู่ระหว่าง 3–5 ปี ขึ้นกับสาขาเฉพาะทางนั้นๆ สาขาที่ใช้เวลา 3 ปี เช่น อายุรแพทย์ สูตินรีแพทย์ จิตแพทย์ กุมารแพทย์ เป็นต้น สาขาที่ต้องใช้เวลา 5 ปี เช่น ศัลยแพทย์ประสาทวิทยา ศัลยแพทย์ทรวงอก แพทย์เชี่ยวชาญด้านทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาครัฐและเอกชนสามารถขอเป็นศูนย์การศึกษาของแพทย์ประจำบ้านต่างๆ ได้ โดยต้องผ่านการรับรองคุณภาพจากแพทยสภาและสมาคมแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง การที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้ความสนใจขอเป็นศูนย์การศึกษาของแพทย์ประจำบ้านทำให้การเรียนการสอนเพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทางเพิ่มมากขึ้นจากประมาณ 500 ราย เป็นมากกว่า 1500 ราย ในช่วง พ.ศ. 2533–2553 (Medical Council of Thailand, Undated-b) การเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้านและแพทย์เฉพาะทางได้รับการสนับสนุนอย่างมาก ในขณะเดียวกัน โรงพยาบาลที่ทำการสอนก็ได้รับประโยชน์จากการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้านเหล่านี้ด้วย

พยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ในมหาวิทยาลัยต่างๆ นั้น มีศักยภาพในการผลิตพยาบาลที่จำกัด ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายพยาบาลไปในโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ดังนั้น พ.ศ. 2504 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ของกระทรวงสาธารณสุขขึ้น ซึ่งผ่านการรับรองและขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องจากสภาการพยาบาล พ.ศ. 2555 มีวิทยาลัยพยาบาล 78 แห่ง เป็นภาครัฐ 52 แห่ง และเอกชน 26 แห่ง มีกำลังการผลิตพยาบาลได้ 9000–10 000 คนต่อปี ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อให้มีพยาบาลหนึ่งคนต่อประชากร 400 คน พ.ศ. 2560

พ.ศ. 2525 สภาการพยาบาลได้มีมติควรรวมหลักสูตรพยาบาลและผดุงครรภ์รวมเป็นหลักสูตรเดียว ทั้งนี้ เนื่องจากระบบสุขภาพไทยได้มีการพัฒนาก้าวหน้าไป โดยกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพต้องบริการผดุงครรภ์ได้ด้วย หลักสูตรพยาบาลวิชาชีพของไทยเป็นหลักสูตรสี่ปีระดับปริญญาตรี ซึ่งเป็นหลักสูตรที่มีความก้าวหน้ามากกว่าประเทศอื่นๆ ใน ASEAN เนื่องจาก ประเทศอื่นๆ มักมีหลักสูตรพยาบาลน้อยกว่าสี่ปี และเป็นระดับอนุปริญญา

ในช่วงของการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2525 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีหลักสูตรเร่งรัดผลิตพยาบาลเทคนิคสองปี เมื่อทำงานไประยะหนึ่ง พยาบาลเทคนิคได้รับการฝึกอบรมต่อเนื่องอีกสองปี เพื่อปรับวุฒิเป็นพยาบาลวิชาชีพ การดำเนินนโยบายเร่งรัดผลิตพยาบาลเทคนิคสองปีได้รับการตอบรับโดยไม่มีข้อขัดข้องจากสมาคมวิชาชีพต่างๆ เนื่องจากความขาดแคลนพยาบาลในขณะนั้น นโยบายนี้มีระยะเวลาสิ้นสุด สภาการพยาบาลอนุมัติหลักสูตรเร่งรัดผลิตพยาบาลเทคนิคสองปีเป็นระยะเวลาสิบปีติดต่อกันเท่านั้น ทั้งนี้ เพื่อให้พยาบาลเทคนิคทุกคนมีโอกาสได้รับการฝึกอบรมต่อเนื่องจนกระทั่งปรับวุฒิเป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคน

เช่นเดียวกับแพทย์ การพยาบาลเฉพาะทางมีหลายสาขา เช่น การพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน การพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด การพยาบาลศัลยกรรม การพยาบาลโรคมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งพยาบาลวิชาชีพสามารถเรียนต่อเฉพาะทางได้

ทั้งในคณะพยาบาลของมหาวิทยาลัยต่างๆ และวิทยาลัยการพยาบาลต่างๆ นอกจากนี้ ยังมีหลักสูตรปริญญาโทและเอก สำหรับนักศึกษาปริญญาโทประมาณ 1000 ราย ในคณะพยาบาล/วิทยาลัยพยาบาล 15 แห่ง และ นักศึกษาปริญญาเอกประมาณ 70 ราย ในคณะพยาบาล/วิทยาลัยพยาบาล 7 แห่ง

พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมาแล้วสองปีสามารถสมัครเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมอีกหนึ่งปี เพื่อเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (Clinical nurse specialist, CNS) ได้ เช่น พยาบาลวิสัญญี หรือ สมัครเข้ารับการฝึกอบรมสองปี ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต เมื่อสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทแล้วสามารถสมัครรับการฝึกอบรมเฉพาะทางอีกสองปีเพื่อเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance practice nurse, APN) (Tarn et al., 2008)

ตั้งแต่ พ.ศ. 2555 สภาการพยาบาลได้กำหนดระเบียบให้พยาบาลวิชาชีพต้องต่ออายุใบประกอบวิชาชีพพยาบาลทุกๆ ห้าปี โดยพยาบาลแต่ละท่านต้องผ่านการฝึกอบรม CPD จำนวน 50 หน่วยกิต ทั้งนี้ เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะการทำงานของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการฝึกอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนดจะถูกถอนใบประกอบวิชาชีพพยาบาล

4.2.4. ความก้าวหน้าในการทำงานของแพทย์

แพทย์และวิชาชีพต่างๆ ที่ทำงานบริการสุขภาพภาครัฐมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงานคล้ายคลึงกัน แพทย์เริ่มเข้ารับราชการด้วยตำแหน่งแพทย์ระดับ 4 (ระดับ 11 เป็นระดับสูงสุดในระบบราชการ) ตามระบบตำแหน่งและระดับของข้าราชการ หรือ Position Classification, PC ของระเบียบข้าราชการพลเรือน (Wibulpolprasert, 1999) แพทย์จะได้รับการเลื่อนระดับโดยความเห็นชอบของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ตำแหน่งของแพทย์เป็นได้ทั้งสายวิชาการและสายบริหาร กรอบการประเมินการเลื่อนระดับที่สูงขึ้นเป็นไปตามระเบียบราชการที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการกำหนด (Office of Permanent Secretary, 2010)

ในประเทศไทย วิชาชีพแพทย์ได้รับการยอมรับจากสังคมอย่างมาก และได้รับการยอมรับให้เป็นผู้นำของทีมสุขภาพด้วย โดยทั่วไป ภายในสิบปี แพทย์สายงานบริการจะได้รับการเลื่อนระดับขึ้นไปจนถึงระดับ 7 หรือ 8 ซึ่งเป็นระดับเทียบเท่าผู้บริหารที่เป็นผู้อำนวยการกอง ของกรม ในกระทรวงสาธารณสุข (Wibulpolprasert, 1999) ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2539 กระทรวงสาธารณสุขได้มี ยุทธศาสตร์เพื่อแก้ปัญหาสมองไหลของแพทย์ชนบท ยุทธศาสตร์หนึ่งคือการเลื่อนระดับแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมายาวนานให้ได้ระดับ 9 ซึ่งเทียบเท่า นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรืออธิบดีกรมในกระทรวงสาธารณสุข (Wibulpolprasert & Pengpaibon, 2003)

จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับการประเมินผลบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า การปรับเลื่อนระดับสำหรับแพทย์สายวิชาการซึ่งทำงานบริการผู้ป่วยเป็นไปตาม ความสามารถด้านวิชาการและผลการปฏิบัติงาน โดยไม่ค่อยมีการแทรกแซงทาง การเมือง ซึ่งต่างจากแพทย์ที่ทำงานสายบริหาร เช่น นายแพทย์สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด หรือ รองอธิบดีกรม หรือ อธิบดีกรม ในกระทรวงสาธารณสุข ที่มักมีการตัดสินใจทางการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย อีกทั้งยังต้องเป็นไปตาม จำนวนตำแหน่งว่างที่มีอย่างจำกัด

การปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2551 มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบ ความก้าวหน้าทางราชการ โดยปรับเปลี่ยนจากระบบการกำหนดตำแหน่งและ ระดับ (Position Classification) แบบเดิม เป็นการจัดตำแหน่งตามระบบแห่ง คือ แ่งทั่วไป แ่งวิชาการ แ่งอำนวยการ และแ่งบริหาร โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประสิทธิผลการทำงานของข้าราชการ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ ยังไม่เห็น ผลของการเปลี่ยนแปลง

4.2.5. ความก้าวหน้าในการทำงานของวิชาชีพอื่นๆ

พยาบาล

เดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 สภาการพยาบาลรายงานว่า พยาบาลวิชาชีพขึ้น ทะเบียน 15 558 ราย เป็นพยาบาลในภาครัฐร้อยละ 78.2 ภาคเอกชนร้อยละ 11.0 และ ที่เหลืออยู่ในภาคอื่นๆ จากจำนวนพยาบาลทั้งหมดส่วนใหญ่ (ร้อยละ

ละ 85) ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพมีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 3.1) ที่ทำหน้าที่เป็น อาจารย์พยาบาลในคณะพยาบาล / วิทยาลัยพยาบาลต่างๆ และอีกส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 11.9) ทำหน้าที่สายบริหาร สายงานพยาบาลแบ่งเป็นสองด้าน ได้แก่ ด้านวิชาการ และ ด้านบริหาร ด้านวิชาการ มีการพิจารณาเลื่อนระดับสูงขึ้นตาม ความรู้ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ และ ความสามารถ เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ทางคลินิก (Clinical nurse specialist, CNS) มีหลายสาขา เช่น พยาบาลวิสัญญี พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ และอื่นๆ ซึ่งต้อง ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อยสองปี และเข้ารับการฝึกอบรม CNS อีกหนึ่งปี นอกเหนือไปกว่านั้น พยาบาลวิชาชีพสามารถเข้ารับการฝึกอบรมเฉพาะทางอีก สองปีเพื่อเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance practice nurse, APN) (Tarn et al., 2008) หรือเข้าเรียนต่อในระดับปริญญาเอกได้

ด้านบริหารทำหน้าที่ให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษา และ บริหารจัดการงานประจำ ให้ลุล่วงไปได้ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานมีประสบการณ์ในโรงพยาบาลสามารถ ได้รับการเลื่อนขั้นให้มีตำแหน่งและระดับที่สูงขึ้น โดยทั่วไปมีประมาณไม่เกินร้อยละ 10–15 ของจำนวนพยาบาลในโรงพยาบาลหนึ่งๆ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ตรวจการ หัวหน้างานพยาบาล รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ในปัจจุบัน พยาบาลให้ความสนใจเรียนต่อหลังปริญญาด้านการ บริหารจัดการมากขึ้นเพื่อใช้เป็นวุฒิการศึกษาในการปรับเลื่อนตำแหน่ง

ในช่วงหกปีแรกของการทำงาน พยาบาลวิชาชีพเข้ารับตำแหน่งในสถาน พยาบาล รัฐด้วยตำแหน่งระดับ 3–5 (ระดับปฏิบัติการ) จากนั้นช่วงปีที่เจ็ดถึงสิบของการ ทำงาน จะมีโอกาสได้รับการปรับเลื่อนเป็นระดับวิชาชีพ 6–7 มีพยาบาลวิชาชีพเพียง ร้อยละ 10 ที่ได้รับการเลื่อนขั้นสูงถึงระดับ 8 ซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก มีพยาบาล เพียง 50 รายที่ได้รับการเลื่อนขั้นให้เป็นหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือ ผู้อำนวยการ ของฝ่ายการ พยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ในระดับ 9

สายงานอื่นๆ

นอกเหนือจากแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพต่างๆ แล้วนั้น ยังมีอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประมาณ 1 ล้านคนทั่วประเทศทำงาน

สนับสนุนการบริการสุขภาพในชุมชน การทำงานของอสม. เป็นที่ยอมรับของสหสาขาวิชาชีพต่างๆ และมีส่วนช่วยระบบสุขภาพอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (see Treerutkuarkul, 2008)

5. การบริการสุขภาพ

สาระสำคัญโดยย่อ

ประเทศไทยมีระบบดูแลสุขภาพที่แบ่งเป็นหลายระดับ วัตถุประสงค์หลักเพื่อกระจายสถานพยาบาลไปในทุกระดับ ให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในการให้บริการตามศักยภาพของสถานพยาบาลแต่ละระดับและระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สถานพยาบาลที่ให้บริการประชาชนส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลภาครัฐ ในระดับตำบล แต่ละตำบลจะมีสถานอนามัยอย่างน้อยหนึ่งแห่ง ดูแลประชากรในพื้นที่ประมาณ 5000 คน ในระดับอำเภอ แต่ละอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30–120 เตียงอย่างน้อยหนึ่งโรงพยาบาล ดูแลประชากรในพื้นที่ประมาณ 50 000 คน และระดับจังหวัด มีโรงพยาบาลทั่วไป ดูแลประชากรประมาณ 600 000 คน โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่งได้รับการยกระดับเป็นโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อรับการส่งต่อจากจังหวัดใกล้เคียง ประเทศไทยมีโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ทั้งหมด 11 แห่ง ซึ่งห้าแห่งตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่าหนึ่งในสามของโรงพยาบาลคู่สัญญาภายใต้สิทธิประกันสังคมเป็นโรงพยาบาลเอกชน ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกบางแห่งเท่านั้นที่ผ่านการคัดเลือกให้เป็นผู้ให้บริการในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ต้องให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย นอกจากนี้ อัตราการจ่ายเงินของประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นไม่เป็นที่สนใจของสถานพยาบาลเอกชน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้ดูแลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมโรคสำหรับประชากรไทยทั้งหมด นอกจากนี้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นองค์กรมหาชนได้รับเงินจากภาษีบุหรี่และแอลกอฮอล์ เป็นองค์กรหลักที่สนับสนุนกิจกรรมการจัดการปัจจัยเสี่ยง

ด้านสุขภาพและปัจจัยสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และอุบัติเหตุทางถนน

ประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนการบริการระดับปฐมภูมิ หรือ การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care, PHC) ผ่านการบริหารจัดการของหน่วยคู่สัญญา (contracting units for primary care, CUP) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีเครือข่ายประกอบด้วยสถานีนอนมัย (หรือที่ตั้งชื่อใหม่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, รพสต.) หลายๆ แห่ง และต้องมีจำนวนเจ้าหน้าที่ตามเกณฑ์ขั้นต่ำตามที่กำหนด สำหรับหน่วยคู่สัญญาเอกชน ส่วนใหญ่มักเป็นคลินิกเอกชนเดี่ยวๆ หรือศูนย์บริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งในเขตเมือง

โรงพยาบาลเป็นผู้ให้บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ มักเป็นระบบส่งต่อจากระดับปฐมภูมิ สู่ระดับอำเภอ จังหวัด และภูมิภาคตามลำดับ จำนวนการเข้าถึงและการใช้บริการแพทย์เฉพาะทาง (เช่น การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การรักษาผ่าตัดเปลี่ยนไต) ในโรงพยาบาลมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ คุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาเพิ่มมากขึ้น โดยดูจากตัวชี้วัดสองตัว คือ ระดับการรับรองคุณภาพที่เพิ่มขึ้น และอัตราส่วนการตายปรับฐานอายุที่ลดลง

บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical services, EMS) มีการปรับระบบให้ครอบคลุมประชากรทุกคน โดยได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากภาษีทั่วไปผ่านระบบงบประมาณรัฐบาล ทั้งการบริการก่อนถึงโรงพยาบาล และการบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาล ที่ใกล้จุดเกิดเหตุที่สุด การบริการก่อนถึงโรงพยาบาลมีการจัดให้เหมาะสมกับระดับความฉุกเฉิน ซึ่งแบ่งเป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First response) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Basic life support) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Intermediate life support) และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advanced life support)

ประชาชนไทยเข้าถึงยาได้ทั้งที่โรงพยาบาลและร้านยาเอกชน ร้านขายยาต้องดำเนินการโดยเภสัชกรที่ขึ้นทะเบียนจึงจะสามารถจ่ายยา “ยาอันตราย” และ

“ยาควบคุมพิเศษ” ได้ นอกจากนี้บุคคลอื่น เช่น พยาบาลสามารถจ่ายยาได้ เช่น รายการยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การเข้าถึงบริการการฟื้นฟูและอุปกรณ์ช่วยเหลือมีเพิ่มมากขึ้น แต่การกระจายตัวยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในพื้นที่ต่างๆ โดยมีการกระจุกตัวในเขตเมืองมากกว่าชนบทอย่างมาก

ในประเทศไทย การดูแลระยะยาว (Long-term care) เป็นบทบาทและความรับผิดชอบของครอบครัว (ลูกหลานเป็นผู้ให้การดูแล) ซึ่งถือเป็นประเพณี และวัฒนธรรมแบบไทย อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัวดูแล ทำให้ต้องมีการจัดระบบการดูแลระยะยาวโดยภาครัฐและเอกชน ด้วยรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งการสนับสนุนการดูแลที่บ้านด้วยครอบครัวของผู้ป่วย/ผู้สูงอายุเอง การจัดส่งผู้ดูแลไปที่บ้านผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ และการรับดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแล ในขณะเดียวกัน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้าย (Palliative care) มีความจำเป็นมากขึ้น ในอดีตที่ผ่านมาบุคลากรสุขภาพเองก็ยังไม่ได้ใส่ใจกับการใช้ยาระงับปวดอย่างแรง โดยเฉพาะยากลุ่มมอร์ฟีน (Opiates) เพิ่งเมื่อไม่นานมานี้ ที่มีการบรรจุเรื่องยาระงับปวดและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไว้ในหลักสูตรการเรียนของบุคลากรสาธารณสุขหลายสาขา การใช้ยาระงับปวดกลุ่ม Opiate ทางการแพทย์มีเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะที่ผ่านมา แต่ปริมาณการใช้ยาระงับปวดมอร์ฟีนต่อหัวประชากรยังคงต่ำกว่าค่าเฉลี่ยการใช้ยาทั่วโลก

บริการสุขภาพจิต (Mental health services) มีให้บริการในโรงพยาบาลทั่วไปด้วยเช่นกัน แต่บริการส่วนใหญ่อยู่ภายใต้กรมสุขภาพจิต โดยมีโรงพยาบาลจิตเวช 17 แห่ง และบริการสุขภาพจิตแบบผู้ป่วยนอก 122 แห่ง มีการคัดเลือkbุคลากรสุขภาพสาขาวิชาชีพต่างๆ เพื่อจัดบริการรักษา ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิต แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีปัญหาการถูกตีตราจากสังคม (stigma)

การบริการทันตกรรมเป็นบริการที่มีอยู่ในสถานพยาบาลทุกระดับ แต่อัตราการใช้บริการยังอยู่ในระดับต่ำ (เพียงแค่ 9% ของประชากรไทยได้รับบริการทันตกรรม) การกระจายตัวของทันตแพทย์มีความแตกต่างในแต่ละภูมิภาคอย่างมาก

การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นที่ยอมรับในประเทศไทย แต่มีเพียงเฉพาะการแพทย์แผนไทยที่มีการขึ้นทะเบียนและมีการบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

5.1. การสาธารณสุข

5.1.1. การจัดบริการสาธารณสุข

ในอดีตกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการให้บริการสาธารณสุข รวมถึงองค์กรสนับสนุนบริการต่างๆ อย่างไรก็ตามนับตั้งแต่ พ.ศ. 2533 ได้มีวิวัฒนาการและมีการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการปฏิรูปภาครัฐ การกระจายอำนาจการบริหารจัดการของภาครัฐ การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UHC) ด้วยการจัดระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UCS) การจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ หรือ สสส. การจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ สช. และการริเริ่มจัดตั้งกองทุนสุขภาพระดับตำบล การปฏิรูปและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้เป็นผลให้เกิดระบบสุขภาพที่ซับซ้อน ดังแสดงในรูปที่ 5.1

พระราชบัญญัติการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 และการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2545 ทำให้การบริการสาธารณสุขบางอย่างถูกถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์กรอื่น เช่น การถ่ายโอนงานด้านการดูแลสภาพแวดล้อมให้กับกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และการถ่ายโอนงานด้านสุขภาพิบาลและการควบคุมโรคให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต่อมาการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 ทำให้มีการเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายเงินสำหรับบริการสุขภาพทั้งการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพจากเดิมที่ดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

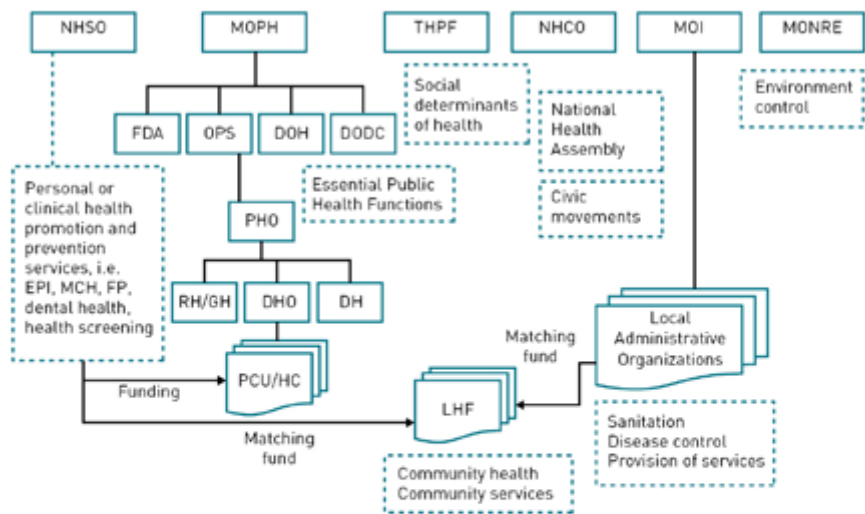
แห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพแห่งชาติงบประมาณสำหรับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพที่บริหารโดยสปสช. ไม่ได้ครอบคลุมเฉพาะสมาชิกในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น แต่ครอบคลุมประชากรไทยทุกคน ซึ่งก่อนหน้านี้ รัชกาลที่ 9 ทรงเสด็จเยือนต่างประเทศโดยไม่มีการติดต่อกับผู้ให้บริการที่ประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมเฉพาะคนไทยเท่านั้น ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อประชากรที่ไม่ใช่คนไทย โครงการและกิจกรรมต่างๆ ด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพได้รับงบประมาณสนับสนุนจากประกันสุขภาพแห่งชาติมาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นใน พ.ศ. 2545 อย่างไรก็ตาม ยังมีความคลุมเครือเกี่ยวกับขอบเขตการให้บริการระหว่างกิจกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพระดับปัจเจกชนและระดับกับชุมชน และความสับสนในบทบาทของกรมอนามัยและกรมควบคุมโรคซึ่งมุ่งเน้นการสนับสนุนทางวิชาการและการสร้างองค์ความรู้

ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 ได้มีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ซึ่งได้รับเงินสนับสนุนจากเงินภาษีส่วนเพิ่มที่รัฐบาลจัดเก็บจากผู้ผลิตและนำเข้าสุราและยาสูบในอัตราร้อยละ 2 สสส.ให้การสนับสนุนองค์กรทั้งภาครัฐ เอกชนที่ไม่แสวงผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อจัดการปัจจัยหลักทางด้านสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อดำเนินงานที่มุ่งเน้นการขับเคลื่อนทางสังคมในการพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

การบริการสาธารณสุขมีการกระจายบริการไปยังส่วนท้องถิ่นมากขึ้น เพื่อให้สามารถรับมือกับปัญหาสุขภาพในชุมชน และตอบสนองความต้องการสุขภาพของชุมชนได้ดียิ่งขึ้น พ.ศ. 2547 ได้ดำเนินโครงการนำร่องการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบล โดยได้รับเงินสนับสนุนร่วมจากสปสช. และองค์การบริหารส่วน

ท้องถิ่น ต่อมา มีการขยายจนครอบคลุมเกือบทุกพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (7700 แห่ง หรือ ร้อยละ 99) นอกจากการสนับสนุนด้านการเงินแล้วนั้น ยังมีการจัดระบบบริการสุขภาพที่เน้นสถานพยาบาลในพื้นที่ พ.ศ. 2545 ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนการจัดบริการในรูปแบบเครือข่ายการให้บริการ โดยจัดเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting units for primary care, CUP) มีโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่าย สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) เป็นหน่วยงานหลักในการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับกลุ่มประชากรเป้าหมายในท้องถิ่นที่รับผิดชอบ

Figure 5.1 Organization of public health services in Thailand



NHSO: National Health Security Office; MOPH: Ministry of Public Health; THPF: Thai Health Promotion Foundation; NHCO: National Health Commission Office; MOI: Ministry of Interior; MONRE: Ministry of Natural Resources and Environment; FDA: Food and Drug Administration; OPS: Office of Permanent Secretary; DOH: Department of Health; DODC: Department of Disease Control; PHO: Provincial Health Office; DHO: District Health Office; RH/GH: Regional or General hospitals; DH: District hospital; PCU = primary health-care unit; HC: health centre; LHF: Local Health Fund; EPI: Expanded Programme for Immunization; MCH: maternal and child health; FP: family planning.

Source: Synthesis by the Author

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบการควบคุมโรคติดต่อ สำนักโรคติดต่อเป็นหน่วยงานหนึ่งของกรมควบคุมโรคมีหน้าที่รับผิดชอบการเฝ้าระวังโรคและตรวจสอบการระบาดของโรค การเฝ้าระวังโรคเป็นงานประจำของสถานพยาบาล สถานีอนามัย/รพสต. และโรงพยาบาลมีหน้าที่จัดทำรายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุขเมื่อพบผู้ป่วยโรคติดต่อ ที่เฝ้าระวัง การควบคุมโรคติดต่อเป็นหน้าที่หลักของหน่วยงานสาธารณสุขในท้องที่ระดับอำเภอและระดับจังหวัด แต่ในบางกรณี กระทรวงสาธารณสุขจะเข้ามาบริหารจัดการโดยตรง เช่น การระบาดของโรคอุบัติใหม่

นอกจากนี้ ยังมีการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ภายใต้การรับผิดชอบของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่เฝ้าระวังและพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ในการป้องกันและควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำหรับโรคไม่ติดต่อจะมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อโดยสำนักโรคไม่ติดต่อเพื่อตรวจสอบพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การบริการขั้นพื้นฐานของการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนชาวไทยครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งครอบคลุมโปรแกรมที่จำเป็นในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั้งในระยะก่อนและหลังคลอด การคุมกำเนิด การเฝ้าระวังทางโภชนาการ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจเบื้องต้นเพื่อคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิต มะเร็งปากมดลูก และโรคอื่นๆ การให้บริการเหล่านี้ครอบคลุมอยู่ในระบบเหมาจ่ายรายหัว และเงินจ่ายให้สถานพยาบาลเพิ่มเติมตามรายการที่กำหนด บริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่จัดบริการโดยสถานพยาบาลภาครัฐทั้ง รพสต. และโรงพยาบาล ในบางพื้นที่สถานพยาบาลเอกชนบางแห่งเข้าร่วมจัดบริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ ยังมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้แต่ละภูมิภาค จังหวัด อำเภอ และสถานพยาบาล

สำหรับการจัดกิจกรรมเพื่อการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน กิจกรรมเหล่านี้ครอบคลุมทั้งปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย อาหารเพื่อสุขภาพ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การควบคุมการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ รวมไปถึงการควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วย

5.1.2. การเข้าถึงการบริการสาธารณสุข

ประชากรกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเบื้องต้นได้ดี เช่น การฉีดวัคซีน การคุมกำเนิด และการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจาก โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพเบื้องต้นมีการกระจายตัวที่ดี เช่น โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลครอบคลุมทุกอำเภอ และทุกตำบลทั่วประเทศ จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของการเข้าถึงระบบการคัดกรองโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต และโรคไขมันในเลือดสูง) แต่ก็ยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาอีกมาก (Aekplakorn et al., 2011) การให้บริการที่ครอบคลุมมากขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลอย่างเฉพาะเจาะจงตามเป้าหมายของบริการที่กำหนด อย่างไรก็ตาม มีผลกระทบเชิงลบตามมา ทั้งการไม่ใส่ใจบริการที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย และบุคลากรสุขภาพมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น เช่น การกรอกข้อมูล

5.1.3. โอกาสในการพัฒนา

การปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมาตั้งแต่ พ.ศ. 2544 มีผลกระทบในเชิงลบบางอย่าง และมีการแยกส่วนในการให้บริการสาธารณสุข การทำงานร่วมกันมากขึ้นมีความจำเป็นต่อการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่ โดยเฉพาะปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิต โรคติดต่ออุบัติใหม่ และปัจจัยทางสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน การปฏิรูประบบสุขภาพต่อไปในอนาคตมีความจำเป็นมากเพื่อแก้ไขปัญหาคอขวดและความขัดแย้งและข้อจำกัดของการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Evans et al., 2012)

5.2. แนวทางผู้ป่วย (Patient pathway)

ระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลักมีความแตกต่างในการออกแบบระบบและเงื่อนไขในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยของแต่ละระบบประกันสุขภาพมี patient pathway ที่แตกต่างกันด้วย ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติใช้วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว สมาชิกระบบประกันสุขภาพแห่งชาติต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลคู่สัญญาใกล้บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนร่วมกับเครือข่าย รพสต. เมื่อเจ็บป่วย ผู้ป่วยไปใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกที่ รพสต. ใกล้บ้าน นอกจากนี้ ยังสามารถใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนที่ขึ้นทะเบียนได้ด้วย อัตราการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลลดลงจาก 1.2 ครั้งต่อคนต่อปี พ.ศ. 2546 เป็น 0.8 พ.ศ. 2554 (NHSO, 2011b)

แนวทางผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกประกันสังคมมีความคล้ายคลึงกับสมาชิกประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้ว่าคู่สัญญาส่วนใหญ่ของระบบประกันสังคมจะเป็นโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 100 เตียงขึ้นไป ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ได้โดยตรง นอกจากนี้ โรงพยาบาลคู่สัญญาส่วนใหญ่ยังมีการตั้งค่าเครือข่ายที่มีโรงพยาบาลขนาดเล็กและหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าถึงและลดต้นทุนในการให้บริการ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยประกันสังคมสามารถเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญา แต่ทางโรงพยาบาลมักจะจัดตั้งแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปเพื่อเป็นตัวคัดกรองผู้ป่วยประกันสังคม และส่งต่อผู้ป่วยไปยังคลินิกเฉพาะทาง ในขณะที่โรงพยาบาลคู่สัญญาที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐไม่มีการจำกัดการเข้าถึงคลินิกเฉพาะทางของผู้ป่วยประกันสังคม

ในขณะที่แนวทางผู้ป่วยของสมาชิกสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีความยืดหยุ่นมากกว่า ทั้งนี้ เนื่องจากระบบการจ่ายเงินแบบจ่ายตามรายการที่เรียกเก็บ (fee-for-service) สำหรับผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้ป่วยใช้บริการจากโรงพยาบาลรัฐที่ใดก็ได้ เนื่องจาก ไม่มีโรงพยาบาลคู่สัญญา ทำให้สมาชิกสวัสดิการรักษายาบาล

ข้าราชการข้ามขั้นตอนของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่โดยตรง ซึ่งเป็นเรื่องที่พบได้ทั่วไปสำหรับสมาชิกสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

5.3. การรักษายาบาลขั้นปฐมภูมิ / การรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอก

5.3.1. การจัดองค์กรในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอก เป็นจุดแรกของการติดต่อระหว่างผู้ป่วยและระบบสุขภาพ พ.ศ. 2552 สถานพยาบาลที่ให้บริการรักษายาบาลผู้ป่วยนอก มีดังนี้ สถานือนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) หรือศูนย์สาธารณสุขหรือศูนย์สุขภาพ จำนวน 10 347 แห่ง (ประมาณ 5% ของศูนย์สุขภาพเหล่านี้มีแพทย์ประจำ 1–2 คน ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมือง รวมทั้งกรุงเทพมหานคร) คลินิกเอกชนจำนวน 17 671 แห่ง แผนกบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐจำนวน 992 แห่ง และแผนกบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 322 แห่ง (Wibulpolprasert et al., 2011b) การใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 2.0 ครั้งต่อคนต่อปี พ.ศ. 2547 เป็น 3.6 พ.ศ. 2553 (NHSO, 2011b)

สถานือนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดเป็นของกระทรวงสาธารณสุข และมีบุคลากรหลักคือ นักสุขภาพบาล (ผ่านการอบรม 2 ปี) และพยาบาลเทคนิค (ผ่านการอบรม 2 ปี) ตั้งแต่ประกันสุขภาพแห่งชาติมีนโยบายการสร้างเสริมความเข้มแข็งของหน่วยบริการปฐมภูมิ และรัฐบาลมีนโยบายยกระดับสถานือนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนพยาบาลวิชาชีพ (ผ่านการอบรม 4 ปี) ได้เพิ่มขึ้นจาก 1766 คน พ.ศ. 2549 เป็น 10 274 คน พ.ศ. 2554 อัตราส่วนของบุคลากรต่อหนึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพิ่มขึ้นจาก 3.2 พ.ศ. 2542 เป็น 3.8 พ.ศ. 2554 (HRDO, 2011) รัฐบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุง และยกระดับศักยภาพของศูนย์สุขภาพ ที่จะจัดการกับความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet needs) และแก้ปัญหาความแออัดของการบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามปัญหาการ

ขาดแคลน ทรัพยากรมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์และพยาบาลที่มีคุณภาพ ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินงาน

หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care, CUP) และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU)

เพื่อให้ได้งบประมาณของการเป็นคู่สัญญาหลักของบริการระดับปฐมภูมิของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC Scheme) ผู้ให้บริการสุขภาพต้องเป็นหน่วยคู่สัญญาสำหรับบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care, CUP) ซึ่งต้องตอบสนองเกณฑ์ที่กำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกณฑ์เรื่องจำนวนบุคลากร สำหรับหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิที่มีประชากรในเขตรับผิดชอบ 10 000 คน จะต้องมีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพสองคน และเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์ (paramedical staff) จำนวน 8 คน (ผ่านการอบรม 2 ปี) ส่วนเภสัชกรและทันตแพทย์มีความจำเป็นในเขตรับผิดชอบต่อประชากร 20 000 คน หรือสามารถทำงานครึ่งเวลาสำหรับเขตรับผิดชอบต่อประชากร 10 000 คน หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิต้องให้บริการสุขภาพอย่างน้อยที่สุด 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และต้องมีระบบห้องปฏิบัติการสำหรับการวินิจฉัย และมียานพาหนะสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย

ในพื้นที่ชนบทเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่สำคัญ (แพทย์ เภสัชกร และทันตแพทย์) มีอยู่เฉพาะในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องทำงานร่วมกับ โรงพยาบาลชุมชนเพื่อจัดตั้งเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ ดังนั้นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิมักประกอบไปด้วยโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายของการให้บริการสุขภาพในอำเภอ โดยส่วนใหญ่หนึ่งหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิจะเทียบเท่ากับ 1 อำเภอ

ในเขตเมืองจะมีโครงสร้างพื้นฐานด้านบริการสุขภาพจำนวนมาก อาจจะมีโรงพยาบาลหลายแห่ง ในพื้นที่เดียวกัน และอาจจะมีแพทย์ประจำอยู่ที่ศูนย์บริการสุขภาพ แต่ละหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิประกอบด้วยหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง หน่วยคู่สัญญาฯ อาจเป็นโรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพอาจเป็นศูนย์บริการสุขภาพหรือคลินิกเอกชนที่มีคุณสมบัติตาม

เกณฑ์ต่างๆ ที่กำหนดได้ คลินิกเอกชนส่วนใหญ่มักจะจัดตั้งหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิโดยมีแค่หน่วยบริการสุขภาพ ที่เรียกว่า “คลินิกชุมชนอบอุ่น”

พ.ศ. 2553 ภาครัฐมีหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ 937 หน่วย และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจำนวน 11 051 แห่ง ภาคเอกชน มีหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ 218 หน่วย และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 224 แห่ง

5.4. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง (Specialized ambulatory care)/การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (inpatient care)

การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกเฉพาะทางและการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน โดยส่วนใหญ่จะให้บริการในโรงพยาบาล แพทย์ประจำโรงพยาบาลรัฐ รวมทั้งแพทย์เฉพาะทาง มักทำงานพิเศษในโรงพยาบาลเอกชน หรือเปิดคลินิกส่วนตัวนอกเวลางาน แพทย์เฉพาะทางบางรายอาจเปิดคลินิกเอกชนของตนเองด้วย สำหรับการบริการผู้ป่วยในพบว่าการบริการที่หลากหลายทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ทั้งโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลเฉพาะทาง

5.4.1. การจัดองค์กรในการให้บริการ (Organization of services)

กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทย ซึ่งเป็นโครงสร้างหลักของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 70 ของเตียงโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศและมีการกระจายอยู่ทั่วประเทศ มีการบริหารจัดการเป็นระบบแบบหลายระดับนอกกรุงเทพมหานคร ประกอบไปด้วยโรงพยาบาลชุมชนในขนาด 30 60 90 และ 120 เตียง ในทุกอำเภอ ซึ่งรับผิดชอบประชากรประมาณ 50 000 คน ในระดับจังหวัดซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณ 600 000 คน โรงพยาบาลทั่วไปมีขนาด 150–500 เตียง และโรงพยาบาลทั่วไปบางแห่งถูกยกระดับเป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีขนาด 400–1000 เตียง และทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการส่งต่อในเขตนั้นๆ พ.ศ. 2553 มี

จำนวนของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 730, 68 และ 25 แห่งตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนของการใช้เตียงในแต่ละประเภทคือ 43 : 31 : 23 โดยทั่วไปโรงพยาบาลชุมชนให้บริการการดูแลเบื้องต้นทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในโดยแพทย์ทั่วไป อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 หรือ 120 เตียงให้บริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อนขึ้นโดยแพทย์เฉพาะทางในสาขาหลัก เช่น อายุรแพทย์ ศัลยกรรมทั่วไป สูตินารีแพทย์ และ กุมารแพทย์ ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปจะให้บริการในระดับตติยภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ และเป็นศูนย์ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย (referral centre) ของโรงพยาบาลในเขตพื้นที่จังหวัดใกล้เคียง ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์จะให้บริการในระดับตติยภูมิและบางแห่งถูกยกระดับเป็นหน่วยบริการตติยภูมิระดับสูงสำหรับการบริการเฉพาะทางแบบเจาะจง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง และ ศูนย์อุบัติเหตุ

นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นโดยกระทรวงอื่นๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม และกระทรวงยุติธรรม ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักในการจัดตั้งเพื่อให้บริการกับบุคลากรในสังกัด แต่โรงพยาบาลเหล่านี้ได้เปิดให้บริการกับประชาชนทั่วไปด้วย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ มีการจัดตั้งโรงพยาบาลใช้ในการสอนและให้บริการผู้ป่วยด้วย โดยให้บริการระดับตติยภูมิ นอกจากนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดและเทศบาลบางแห่งมีโรงพยาบาลของตนเอง

พ.ศ. 2553 การบริการดูแลผู้ป่วยหนักขั้นวิกฤต (Intensive Care Unit, ICU) มีกระจายอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่จำนวน 386 แห่ง มีเตียงสำหรับการดูแลผู้ป่วยหนัก 7115 เตียง คิดเป็น 5% ของจำนวนเตียงทั้งหมด อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมีเตียงสำหรับผู้ป่วยหนัก เพียง 3% ของจำนวนเตียงทั้งหมดของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงอื่นและโรงพยาบาลเอกชน มีเตียงสำหรับผู้ป่วยหนักถึง 10%

โรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนประมาณ 20% ของโรงพยาบาลทั้งหมด และส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพฯ และปริมณฑล และอำเภอเมืองในจังหวัดเกือบทั้งหมดของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยเป็นเอกชนเพื่อผลกำไร และบางแห่งได้เข้าสู่ตลาดหุ้น โดยมีกลุ่มลูกค้าเป้าหมายในกลุ่มที่มีรายได้สูงและชาวต่างชาติ จำนวนโรงพยาบาลเอกชนลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 5.1) โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการคู่สัญญากับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคม แต่มีจำนวนลดลงเรื่อยๆ พ.ศ. 2553 โรงพยาบาลเอกชนขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยคู่สัญญากับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคม คิดเป็น 20% และ 37% ของโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้จากอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่อาจไม่เป็นที่ดึงดูดใจของโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญามักจะเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง ตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไป มีกลุ่มเป้าหมายอยู่ที่ชนชั้นล่างถึงชนชั้นกลาง นอกจากนี้ได้มีการทดลองใช้โปรแกรมนำร่องในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสำหรับการผ่าตัดในโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

Table 5.1 Numbers of private hospitals providing services under different health insurance schemes, 2003–2010

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
No. of private hospitals under UCS ^a	88	71	63	61	60	55	50	49
No. of private hospitals under SHI ^b	131	134	127	119	113	104	98	92
No. of private hospitals providing elective surgery for CSMBS ^c	–	–	–	–	–	–	–	26
Total no. of private hospitals ^d	260	260	259	258	253	256	255	250

Source: a National Health Security Office Annual Reports; b Social Security Office Annual Reports; c Comptroller General Department; d Annual reports of the Medical Registry Division, MOPH.

ศูนย์ตติยภูมิเฉพาะทางสู่ความเป็นเลิศ (Centres of excellence)

หลังการประกาศใช้นโยบายประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการจัดตั้งหน่วยบริการตติยภูมิระดับสูงเพื่อรับมือกับโรคเฉพาะด้านที่มีภาระโรคและมีอัตราการ

ตายสูง เช่น โรคหัวใจ อุบัติเหตุ และโรคมะเร็ง โรงพยาบาลรัฐระดับทุติยภูมิและ ตติยภูมิบางแห่งได้รับการคัดเลือกและยกระดับการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ เพื่อให้ ง่ายต่อการเข้าถึงการบริการพิเศษที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยในพื้นที่ชนบท (ตารางที่ 5.2) แสดงจำนวนของโรงพยาบาลที่ได้รับการยกระดับการพัฒนาสู่ ความเป็นเลิศ นอกจากนี้ได้มีการออกแนวทางใหม่ที่มีประสิทธิภาพในการรักษา ภาวะเหล่านี้ เช่น การจัดการแบบเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดในสมอง (stroke fast track) ในโรงพยาบาลรัฐจำนวน 36 แห่ง และการจัดการแบบ เร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI fast tract) ใน โรงพยาบาลรัฐจำนวน 243 แห่ง

Table 5.2 Number of centres of excellence by category and level

	Cardiac centre ^a	Trauma centre ^b	Cancer centre ^c
Level 1	2	8	10
Level 2	12	20	11
Level 3	9	All general hospitals	9
Level 4	23	All community hospitals	

Note:

^a Cardiac centre has been classified into four levels: level 1 provides all cardiac procedures, level 2 provides most of the cardiac procedures, level 3 provides at least cardiac catheterization and few open-heart surgery, level 4 can provide echocardiography and exercise treadmill stress test.

^b Trauma centre has been divided into four levels: level 1 is training centre for emergency physician and provides comprehensive trauma care, level 2 is fully equipped and staffed with a trauma care team and can provide comprehensive trauma care, level 3 provides general trauma care, level 4 provides basic trauma care.

^c Cancer centre has been classified into three levels: level 1 provides full range of cancer treatment services, and conducts clinical research and cancer care model development, level 2 provides full range of cancer treatment services and conducts clinical research, level 3 provides general cancer treatment services.

Source: Srithamrongsawat, et al, 2008.

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลผู้ป่วยระดับทุติยภูมิ ปฐมภูมิ และการดูแลทางสังคม แม้ว่าระบบสุขภาพในประเทศไทยได้ออกแบบให้มีหลายระดับของการให้บริการ แต่งานบริการส่งเสริมและป้องกันโรค (รวมถึงโปรแกรมสุขภาพ หรือ health programmes) ได้ถูกบูรณาการเข้าไปในโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลทั่วไป ดังนั้น โรงพยาบาลจึงไม่ได้ให้บริการ ในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิกับประชาชนในเขตพื้นที่เท่านั้น แต่ยังให้การ

สาธารณสุขมูลฐานแก่ประชาชนในเขตตำบลที่ตั้งด้วย หลังจากประเทศไทยบรรลุประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว โรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีการทำข้อตกลงเป็นหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ตั้งอยู่ในระดับอำเภอจะได้รับคัดเลือกให้เป็นเครือข่ายของการสาธารณสุขมูลฐานในการให้บริการทั้งการดูแลสุขภาพรายบุคคลและการบริการชุมชน ซึ่งทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและการทำงานร่วมกันมากขึ้นระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งการสนับสนุนด้านการเงินและวิชาการ (Srithamrongsawat, Yupakdee et al., 2010)

การดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (Sub acute care) และการดูแลระยะยาว (Long term care) อย่างต่อเนื่อง ยังไม่ได้รับการพัฒนาที่ดี โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นที่การดูแลระยะเฉียบพลันมากกว่า ในขณะที่สังคมมีความต้องการมาก การดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างมากจากการเป็นสังคมผู้สูงอายุ และการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจุบันพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและการดูแลระยะยาว ในโรงพยาบาลไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วยที่มีความพิการ และมีแนวโน้มจะขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องทั้งในการดูแลทางการแพทย์และการดูแลด้านสังคมภายในชุมชน (Vichathai, et al., 2009)

5.4.2. การเข้าถึงบริการระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ

ได้มีการพัฒนาการเข้าถึงบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมากขึ้น โดยเฉพาะการพัฒนาบริการเฉพาะด้านต่างๆ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (ตารางที่ 5.3) ประชาชนตามภูมิภาคต่างๆ สามารถเข้าถึงบริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพิ่มขึ้นหลังจากมีการจัดตั้งศูนย์โรคหัวใจ (รูปที่ 5.2) (Srithamrongsawat, et al., 2008)

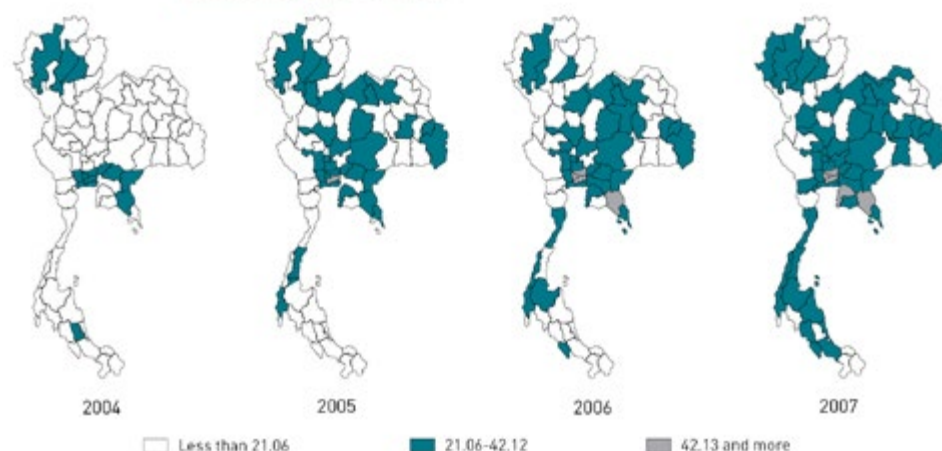
Table 5.3 Utilization of specialized hospital services within the UCS, 2005–2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Open-heart surgery	4064	4138	5102	5452	5582	6111	6299
Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA)	368	2232	3098	4170	4497	5626	7677
Access to thrombolytic agent among STEMI patients (%)	0.43	1.64	4.93	9.79	16.96	31.43	35.09
Renal replacement therapy				972	10 875	16 509	21 486
Antiretroviral therapy			74 841	106 798	116 382	143 064	161 319
Cataract	42 191	88 089	106 096	137 082	120 824	124 845	122 064
Haemophilia		483	718	889	927	1039	1171
Cleft lip & cleft palate		1226	1828	2692	2779	3731	3258

STEMI: ST elevated myocardial infarction.

Source: NHSO (2011a).

Figure 5.2 Utilization rate of open-heart surgery of UCS members by province, 2004–2007

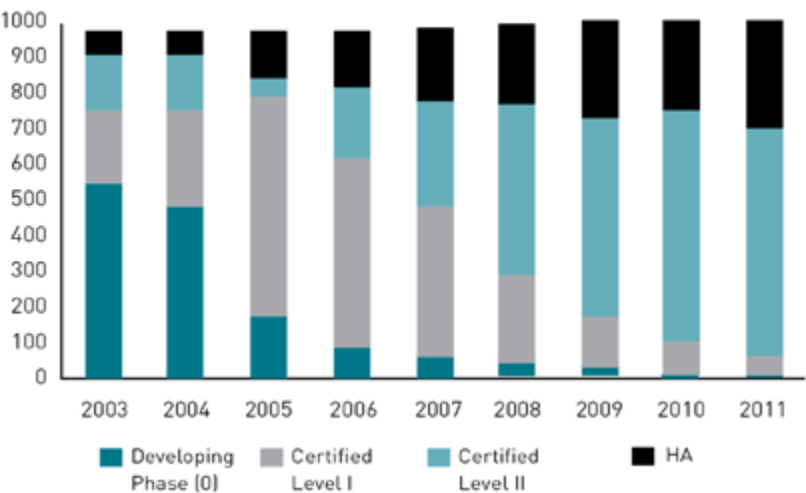


Source: Srithamrongsawat et al. (2008).

5.4.3. คุณภาพการบริการ

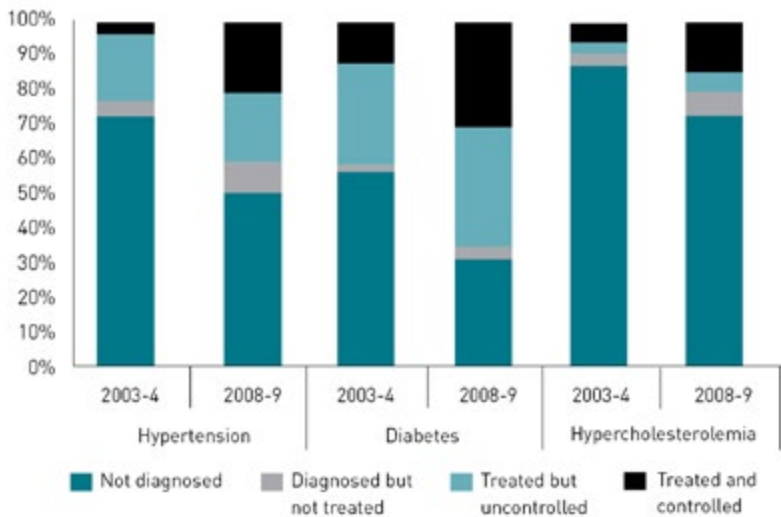
คุณภาพการบริการของโรงพยาบาลมีการพัฒนามากขึ้น ดังเห็นได้จากสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ (รูปที่ 5.3) สัดส่วนของการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตที่ดีขึ้น (Aekplakorn, 2011) (รูปที่ 5.4) และการลดลงของอัตราการตายมาตรฐานโรงพยาบาลในระหว่าง พ.ศ. 2551–2553 (Limwattananon, 2011) (รูปที่ 5.5)

Figure 5.3 Number of hospitals under the UCS being accredited under the Hospital Accreditation programme 2003-2011



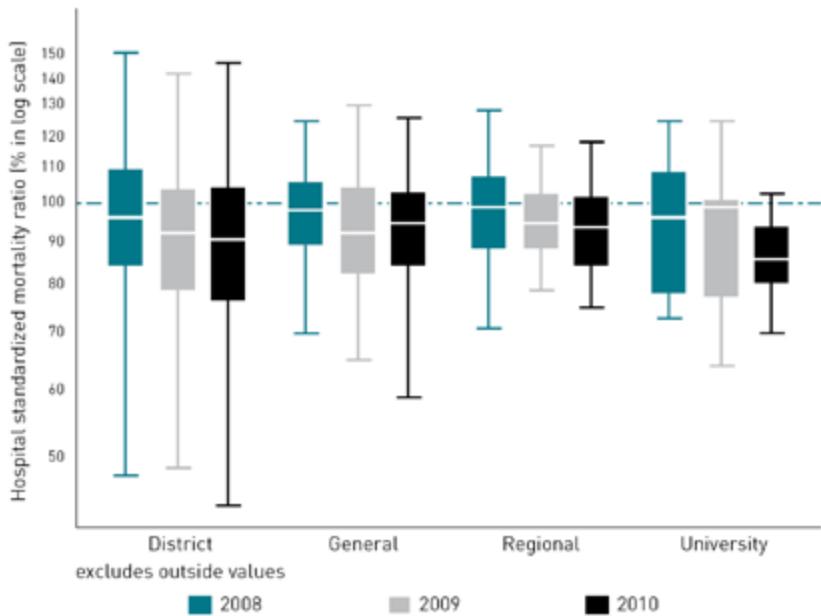
Source: Health Insurance Information Service Centre (2012b)

Figure 5.4 Effectiveness of treatment of patients with chronic conditions, 2003–2004 and 2008–2009



Source: Porapakham, Y, Bunyaratapan, P (2006); Aekplakorn, W (2011).

Figure 5.5 Hospital standardized mortality rate, 2008–2010



Source: Limwatananon, S (2011)

5.4.4. การเปลี่ยนแปลงล่าสุด ปัญหา และความท้าทาย

รัฐบาลไทยมีนโยบายส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในภูมิภาคเอเชีย (Medical hub in Asia) โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งซึ่งมีกลุ่มลูกค้าเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นชาวต่างชาติซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และทำให้ต้นทุนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (NaRanong & NaRanong, 2011)

เมื่อเร็วๆ นี้ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิบางแห่งจัดตั้งหน่วยบริการทางการแพทย์เพื่อดึงดูดผู้ป่วยรายได้สูงและผู้ป่วยต่างชาติโดยเฉพาะ นำไปสู่คำถามเกี่ยวกับบทบาทของโรงพยาบาลของรัฐและการกำกับดูแลของระบบ

ตั้งแต่ที่ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 ทำให้มีการลงทุนด้านโครงสร้างสำหรับโรงพยาบาลรัฐน้อยลง ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อจำกัดด้านศักยภาพของโรงพยาบาลรัฐในการให้บริการแก่ประชาชน

การดูแลผู้ป่วยตอนกลางวัน (Day care services)

ยังไม่ได้มีการพัฒนา Day care services อย่างเป็นระบบ ยิ่งไปกว่านั้นการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลในปัจจุบันไม่ได้ทำให้เกิดแรงจูงใจทางการเงินใดๆ สำหรับโรงพยาบาลในการปรับเปลี่ยนการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วย เป็น day care services

5.5. การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

5.5.1. วิวัฒนาการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย

พ.ศ. 2536 จังหวัดขอนแก่นได้นำร่องในการพัฒนาแบบบูรณาการระหว่างการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลให้เป็นระบบเครือข่ายบริการ และเป็นต้นแบบสำหรับจังหวัดอื่นๆ ได้มีการพัฒนาระบบมากขึ้น แม้ว่าจะมีงบประมาณที่จำกัดก็ตาม จนกระทั่งประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 ทำให้มีการจัดสรรเงินจากกองทุนมาใช้สำหรับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ยกตัวอย่างเช่น การสนับสนุนรถพยาบาลการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล

อุปกรณ์และวัสดุในการช่วยชีวิตและค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้มีส่วนร่วมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตระหนักว่าการขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินต้องการโครงสร้างในระดับชาติ จึงได้มีการร่างและประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ควบคู่ไปกับการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (Emergency Medical Institution of Thailand, EMIT) หลังจากนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้หยุดการจ่ายเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล และบทบาทในการเป็นผู้นำนโยบายการพัฒนาระบบ โดยมีการถ่ายโอนบทบาทต่างๆ ทั้งการพัฒนานโยบายและการพัฒนาการให้บริการ ให้กับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ที่กำหนดให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีหน้าที่ในการพัฒนาระบบรวมถึงการจัดทำแผนหลักเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน จัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การศึกษา และฝึกอบรมการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน และรับรองคุณภาพของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน (emergency unit accreditation) การจ่ายค่าเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนาความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน

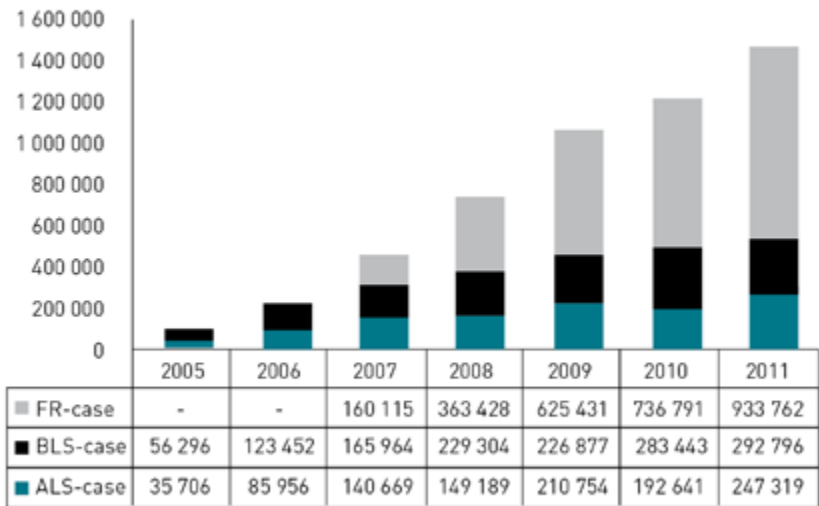
ผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 หมายถึงบุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น และให้คำนิยามของปฏิบัติการฉุกเฉิน (Emergency medical services) คือการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การ

ควบคุม ดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือการขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งในและนอกสถานพยาบาล

5.5.2. สถานการณ์ของผู้ป่วยฉุกเฉิน

โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ การได้รับสารพิษ และโรคหัวใจ เป็นสาเหตุของการตายของประชากรไทย และอุบัติเหตุทางรถยนต์ โรคหลอดเลือดสมองและกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันถูกจัดลำดับอยู่ในห้าสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะที่ดี อุบัติการณ์ของการบาดเจ็บและการตายจากอุบัติเหตุอยู่ที่ 110.8–151.7 ต่อ 100 000 ราย ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่พุ่งสูงขึ้น รวมถึงเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก พบว่ามีส่วนมากมาจากการบาดเจ็บและอุบัติเหตุ พ.ศ. 2546 อุบัติเหตุทางรถยนต์เป็นสาเหตุของความพิการของประชากรไทย มากกว่า 65 000 ราย คาดว่าความสูญเสียที่เกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ มีการประมาณการอยู่ระหว่าง 106 997 และ 115 337 ล้านบาทของการสูญเสียทางเศรษฐกิจ หรือ 2–2.3% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Suriyawongpaisarn et al., 2009) การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพที่ดีจะช่วยลดความพิการ การสูญเสียของชีวิต และทรัพย์สินที่เกิดจากการบาดเจ็บ อุบัติเหตุ และการเจ็บป่วยกะทันหัน ดังนั้น การบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความจำเป็นมากขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะการดูแลผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาลสามรูปแบบ ได้แก่ ปฏิบัติการด้านหน้าของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (รูปที่ 5.6) (EMIT, 2010)

Figure 5.6 Number of cases receiving prehospital services, 2005–2011



FR: first response; BLS: basic life support; ALS: advanced life support.

Source: EMIT(2011).

5.5.3. การให้บริการช่วยเหลือก่อนถึงโรงพยาบาล (Prehospital services)

ความต้องการในการเข้าถึงบริการฉุกเฉินมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น การเดินเข้าไปรับบริการที่โรงพยาบาล การโทรศัพท์สายด่วนเรียกบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน หรือบริการสายด่วนอื่น (เช่น สายด่วนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สายด่วนของตำรวจ ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร) และเบอร์โทรท้องถิ่นอื่นๆ หรือการขนส่ง การโทรศัพท์เป็นช่องทางในการติดต่อศูนย์รับแจ้งเหตุ (dispatch centre) และสั่งการ ซึ่งจะมีการจัดการเชื่อมต่อไปยังผู้ป่วยโดยอาศัยสภาพความต้องการทางการแพทย์ของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานเพื่อให้บริการที่เหมาะสมจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EM unit) ที่อยู่ใกล้เคียง

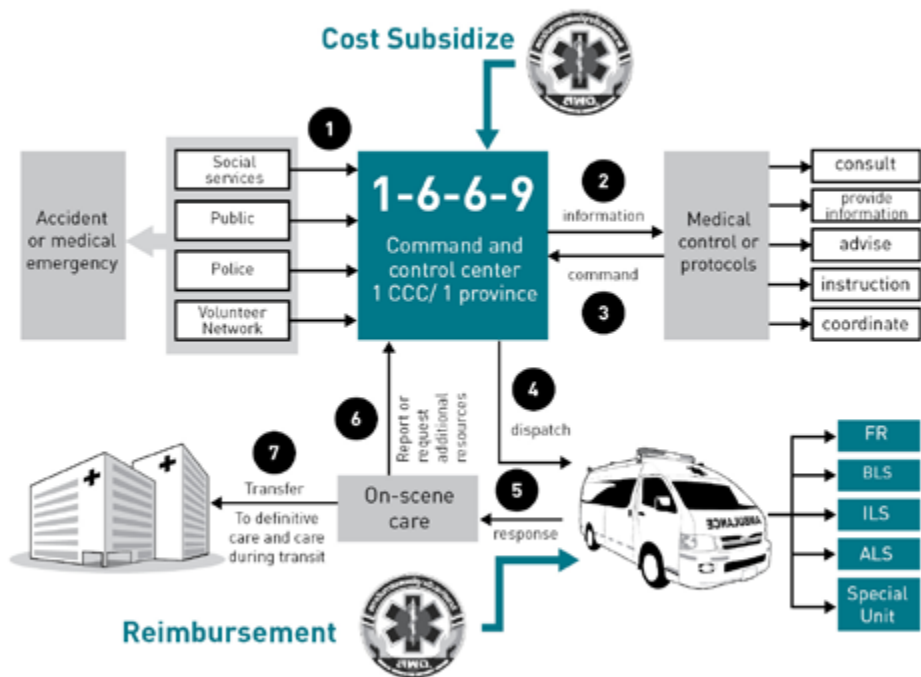
ศูนย์รับแจ้งเหตุส่วนใหญ่ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลและบริหารจัดการโดยพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรม ให้มีความสามารถในการคัดกรองและประสานงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากนั้นหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องกรอกแบบฟอร์มการให้บริการและทำการเรียกเก็บเงินรายเดือนจากสำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

จังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

ผู้รายงานปฏิบัติการฉุกเฉินจะคัดแยกผู้ป่วยตามความเร่งด่วนของการรักษาตามระดับต่อไปนี้ (1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (emergency level) ได้แก่ ผู้ป่วยซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตและต้องการได้รับการปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาท (2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (urgent level) ได้แก่ ผู้ป่วยซึ่งมีสภาพของการบาดเจ็บที่สามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน พิการ หรือ เสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน และ (3) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (non-urgent level) ได้แก่ ผู้ป่วยซึ่งมีอาการไม่รุนแรง แต่มีโอกาที่จะทำให้อาการของผู้ป่วยนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิด

Figure 5.7 Thailand's emergency medical operation

General EMS operation process



EM: emergency medical; FR: first response; BLS: basic life support; ILS: intermediate life support; ALS: advanced life support.

Source: Pangma, A (2012)

ภาวะแทรกซ้อนขึ้นถ้าปล่อยไว้นานเกินไป ผู้ทำงานปฏิบัติการฉุกเฉินและ
ประสานงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องให้บริการช่วยเหลือก่อนถึง
โรงพยาบาลตามระดับความเร่งด่วนของการรักษา

ประชากรไทยสามารถได้รับการช่วยเหลือก่อนถึงโรงพยาบาลฟรี สถาบัน
การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นผู้ถืองบประมาณได้จัดทำแนวทางและการ
จ่ายเงินสำหรับการให้บริการช่วยเหลือก่อนถึงโรงพยาบาลด้วยรถพยาบาลทั้งของ
รัฐและเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ อัตราค่าตอบแทนสำหรับการให้บริการ
ช่วยเหลือก่อนถึงโรงพยาบาลจะไม่เกิน 350 500 750 และ 1000 บาท ต่อ
ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First response) ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (basic
life support) ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (intermediate life support) และ
ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (advanced life support) ตามลำดับ (EMIT, 2010)
มักจะมีการเบิกจ่ายในอัตราสูงสุด สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติยังได้ประกาศ
อัตราค่าตอบแทนสำหรับการให้บริการช่วยเหลือก่อนถึงโรงพยาบาลทางน้ำและ
ทางอากาศ ซึ่งมีกฎเกณฑ์ที่เข้มงวดสำหรับการใช้ทรัพยากรที่มีมูลค่าสูงอย่างมี
ประสิทธิภาพ

หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินจะต้องมีใบอนุญาตและขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์
ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือหน่วยงานที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด ส่วน
ใหญ่จะเป็นหน่วยงานภายใต้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานขึ้นทะเบียนจะมีการทำสัญญากับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่จะ
จัดการระบบการทำงาน ยกตัวอย่างเช่น การแบ่งเขตบริการ การประเมินและ
ควบคุมคุณภาพ การจ่ายเงินค่าบริการและระบบสารสนเทศ

พ.ศ. 2553 มีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (first response) 7771 แห่ง
(70%) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น 1531 แห่ง (14%) หน่วยปฏิบัติการ
ฉุกเฉินระดับกลาง 40 แห่ง (0.36%) และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง 1796
แห่ง (16%) โดยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นและปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้นจะเป็น
หน่วยงานนอกโรงพยาบาลมีการดำเนินการทั้งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และองค์กรอาสาสมัครอื่นๆ ในขณะที่ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง และปฏิบัติการ

ฉุกเฉินระดับสูงจะอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของโรงพยาบาล พบว่ามากกว่าครึ่งของการปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นเป็นการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2554 ประมาณ 68.7 % ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน (5397 แห่งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 7852 แห่ง) โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น และมีแนวโน้มของการปรับขึ้นเป็นหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้นมากขึ้น ซึ่งจะได้รับค่าตอบแทนมากขึ้นด้วย

โดยภาพรวมการเพิ่มจำนวนของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินช่วยเพิ่มครอบคลุมของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ยกตัวอย่างเช่น สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านบริการสายด่วนการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพิ่มขึ้นจาก 51.0% ของจำนวนผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมดที่ถูกส่งต่อโดยหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน (1 212 875 ราย) พ.ศ. 2553 เป็น 73.5 % พ.ศ. 2554 ส่วนหนึ่งของคุณภาพการบริการ คือ ระยะเวลาที่รถพยาบาลไปถึงจุดเกิดเหตุภายใน 10 นาที (ในระยะทาง 10 กิโลเมตรจากหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน) อยู่ที่ 71.5% ของจำนวนผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด พ.ศ. 2554 เทียบกับ พ.ศ. 2553 ที่ 61.9% อย่างไรก็ตามระยะเวลาของการคัดกรองผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น พบว่า 93.7% ของสายที่โทรแจ้งไม่สามารถมาประเมินสภาพผู้ป่วยภายในเกณฑ์ 1 นาทีหรือน้อยกว่า นอกจากนี้ประสิทธิภาพของระบบปฏิบัติการยังคงต้องการการพัฒนา โดย 40% และ 11% ของการช่วยชีวิตอย่างเร่งด่วน (ระดับ 2) และกรณีฉุกเฉินไม่รุนแรง (ระดับ 3) นั้นแท้ที่จริงแล้วควรได้รับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ระดับ 1) (EMIT, 2010)

5.5.4. บริการฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital emergency service)

เพื่อรับมือกับความต้องการของบริการฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ในระหว่าง พ.ศ. 2545–2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กระจายงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขึ้นไป โดยการให้ดำเนินการศูนย์อุบัติเหตุ อย่างไรก็ตาม พบว่าโรงพยาบาลที่ไม่ได้จัดตั้งเป็นศูนย์อุบัติเหตุมีจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการฉุกเฉิน

มากกว่าโรงพยาบาลที่มีศูนย์อุบัติเหตุ (Suriyawongpaisarn et al., 2009) ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ มีหลักฐานอย่างชัดเจนที่แสดงถึงความต้องการของการจัดตั้งเครือข่ายของการให้บริการฉุกเฉินที่ครอบคลุมมากขึ้น

การประเมินระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐ 12 แห่งที่ถูกกำหนดให้เป็นศูนย์อุบัติเหตุ พบว่าผู้ป่วยที่บาดเจ็บ (Trauma cases) อยู่ระหว่าง 20% และ 30% ของผู้ป่วยฉุกเฉิน และ 10–19% โรงพยาบาลที่มีศัลยกรรมกระดูกประจำอยู่ที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลแผนกฉุกเฉินมีบทบาทที่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับบริการการดูแลผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาลก่อนมายังแผนกฉุกเฉิน มีเพียง 5 โรงพยาบาลที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่นมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินมากกว่าที่อื่นเพราะว่าเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน แผนกฉุกเฉินส่วนใหญ่จะมีแพทย์ชดใช้ทุน (internship physicians) ทำงานร่วมกับพยาบาลที่มีประสบการณ์และทีมงานในแผนกฉุกเฉิน มีความหลากหลาย เช่น การคัดกรองผู้ป่วย ประสานงาน และการให้บริการทางคลินิก และการดำเนินการเชื่อมโยงและประสานงานของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั้งหมดจัดสรรพื้นที่ (ซึ่งมีพื้นที่ค่อนข้างจำกัด) สำหรับการคัดกรอง (triage zoning) ผู้ป่วยตามความรุนแรงของผู้ป่วย ทุกแผนกฉุกเฉินมีแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines) ระบบการจัดการทางด่วน (fast-track systems) สำหรับกรณีพิเศษเฉพาะเจาะจง เช่น โรคหลอดเลือดสมองและกล้ามเนื้อหัวใจตายและอุบัติเหตุที่ผ่านการประเมินและขึ้นทะเบียน (Suriyawongpaisarn et al., 2009).

ความท้าทายของการไม่เพียงพอของแพทย์และพยาบาลเมื่อเทียบกับความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น การขาดประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีมและ การประสานงานกับทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล การมีพื้นที่ในการทำงานที่จำกัด ยากที่จะเพียงพอต่อการปฏิบัติการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและไม่สามารถที่จะสำรองพื้นที่สำหรับรายที่ต้องการ การเฝ้าสังเกต (Suriyawongpaisarn et al., 2009)

การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลัก เช่นเดียวกับผู้ประสบภัยจากรถจะได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ประกันภัยผู้ประสบภัยจากรถครอบคลุมเจ้าของรถผู้ซื้อประกันสำหรับการบาดเจ็บหรือตายที่เกิดจากรถ ผู้เสียหายสามารถที่จะเรียกร้องค่าเสียหายเริ่มต้นที่ 15 000 บาท โดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด (no-fault basis) ได้มีมติคณะรัฐมนตรี รับรองว่าค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาผู้ป่วยจากอุบัติเหตุจราจรต้องเป็นความรับผิดชอบของบริษัทประกัน และค่าใช้จ่ายในส่วนที่เกินกว่าความรับผิดชอบของบริษัทประกันจะเป็นความรับผิดชอบของระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมบุคคลนั้น

ถึงแม้ว่าการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลจะครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบ และประกันภัยผู้ประสบภัยจากรถ แต่ระยะเวลาในการได้รับการบริการ และคุณภาพของการบริการ ยังคงเป็นอุปสรรคที่ปรากฏอยู่ การบริการโดยแพทย์ใช้ทุนและความแออัดของแผนกฉุกเฉินทำให้ประชาชนขาดความมั่นใจในโรงพยาบาลรัฐ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยสภาวะฉุกเฉินจะสามารถเข้ารับบริการทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน แต่อุปสรรคทางการเงินยังคงเป็นอุปสรรคของการเข้าถึงโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้ทำสัญญาเพราะมีเพดานค่าใช้จ่ายที่ครอบคลุมของระบบประกัน

ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2555 รัฐบาลประกาศว่าผู้ป่วยที่ได้รับความครอบคลุมจากระบบประกันสุขภาพทุกประเภทสามารถได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินฟรีทั้งจากโรงพยาบาลรัฐและเอกชน กล่าวคือผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องไปรับบริการจากโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับมอบหมายจากคณะรัฐมนตรีให้ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริหารจัดการกลาง (Clearing house) สำหรับโรงพยาบาลทุกแห่ง ดำเนินการชำระเงินให้แก่โรงพยาบาล และเรียกเงินชดเชยคืนจากระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และสำนักงานประกันสังคม อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลเอกชนได้กำหนดเงื่อนไขของการชำระเงินเมื่อให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยในกลุ่มสิทธิประกันสังคมภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากรับเข้าเป็นผู้ป่วยในโดยมีอัตราการเบิกเงินที่ 10 500 บาท ต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพันธ์ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis-related group, DRG)

หลังจาก 72 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะต้องย้ายกลับไปยังโรงพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ (Treerutkuarkul, 2012) โดยไม่มีการระบุให้พิจารณาภาวะของผู้ป่วยว่ามีความพร้อมในการเคลื่อนย้ายหรือไม่ ในทางการแพทย์ ความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสำคัญมากกว่าการเงิน

ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2555 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายที่จะการสร้างความเป็นเอกภาพของระบบประกันสุขภาพในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สามารถเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีสถานะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โรงพยาบาลเป้า หมายของนโยบายนี้คือโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการระบบประกันสุขภาพใดๆ ดังนั้นจึงเป็นการเพิ่มการเข้าถึงสถานบริการสำหรับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการบริหารจัดการระบบโดยจัดทำแนวทางปฏิบัติ การจัดการข้อเรียกร้องและข้อร้องเรียน ในการประเมินเบื้องต้นของนโยบายที่ระบุว่า จะช่วยให้สามารถเข้าถึงการบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน แต่พบว่านโยบายนี้ไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันผู้ป่วยจากความเสี่ยงทางการเงิน และยังมีข้อจำกัดบางประการที่ต้องมีการแก้ไขต่อไป (Suriyawongpaisalet al., 2012)

5.5.5. ความท้าทายในการพัฒนาระบบ

ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยมีการพัฒนามาจากโครงการนำร่องของเครือข่ายระดับจังหวัด ก่อนที่จะมีการพัฒนาให้มีการบูรณาการระหว่าง การดูแลผู้บาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลมากขึ้น ความเท่าเทียมกันในความครอบคลุมการบริการดีขึ้น แต่คุณภาพและประสิทธิภาพของบริการยังคงต้องการการปรับปรุง โดยเฉพาะศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการต้องเป็นจุดหลักในการพัฒนา

การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการเงินสำหรับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยส่งเสริมศักยภาพและความยั่งยืนของระบบ

อย่างไรก็ตามการจัดตั้งหน่วยบริการฉุกเฉินควรจะพิจารณาอย่างจริงจังบนพื้นฐานของการประหยัดจากขนาด (Economies of scale) และคุณภาพของบริการ

ไม่เช่นนั้นแล้วจะเกิดการแข่งขันของแต่ละแห่งมากกว่าการทำงานร่วมกันแบบเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (complementary) ในขณะเดียวกันการยกระดับจากหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นเป็นหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้นเป็นผลมาจากค่าตอบแทนทางการเงินมากกว่าความต้องการและประสิทธิภาพ สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินควรจะให้น้ำหนักในการพิจารณาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำไปสู่การพัฒนาความรับผิดชอบและประสิทธิภาพในการให้บริการ

การให้บริการที่แผนฉุกเฉินของโรงพยาบาลต้องการการลงทุนอย่างจริงจังสำหรับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ เทคโนโลยีการสื่อสารและระบบ และบุคลากรเจ้าหน้าที่ ทั้งในแง่ของจำนวนและคุณภาพเพื่อรับมือกับความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น หลักสูตรในการอบรมเจ้าหน้าที่ควรจะมีมากขึ้นในโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์อุบัติเหตุเพื่อจะเพิ่มจำนวนของเจ้าหน้าที่ฉุกเฉินประเภทต่างๆ

แนวทางการจัดการทางด่วนผู้ป่วยหลอดเลือดในสมอง (Stroke fast tract) และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI fast tract) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติแสดงถึงความสำเร็จทั้งในระบบการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้นำโรงพยาบาล (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) และประสิทธิภาพของวงจร PDCA ที่ประกอบด้วยกิจกรรม วางแผน-ปฏิบัติ-ตรวจสอบ-ปรับปรุงการดำเนินงาน (plan-do-check-act, PDCA) ที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง หมุนเวียนไปเรื่อย (Suriyawongpaisarn et al., 2009) ความสำเร็จนี้จะต้องได้รับการพิจารณาเหมือนเป็นขั้นที่จะก้าวไปสู่ (stepping stone) การพัฒนาทั้งระบบ ซึ่งควรจะนำโดยสำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินทำงานร่วมกับองค์กรภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องโดยอยู่บนพื้นฐานของการมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน

5.6. การบริหารเภสัชกรรม

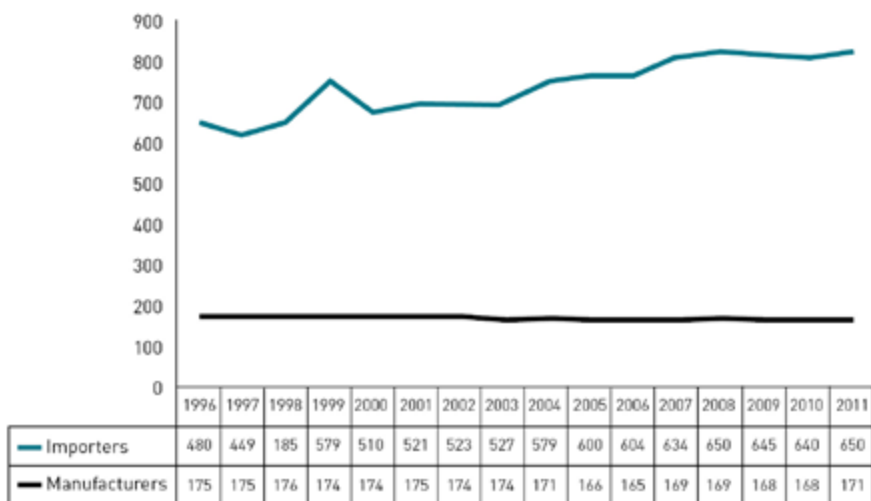
5.6.1. อุตสาหกรรมยา

ระบบอุตสาหกรรมยาในประเทศไทยประกอบด้วยผลิตภัณฑ์ทั้งที่ผลิตในประเทศไทยและนำเข้าจากต่างประเทศ ดังแสดงในรูปที่ 5.8 เห็นได้ว่าแนวโน้มของจำนวนโรงงานผลิตยาในประเทศไทยมีแนวโน้มค่อนข้างจะคงที่เมื่อเทียบกับ

ผู้ประกอบการนำเข้าซึ่งมีแนวโน้มในการขยายตัวเพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2554 โรงงานผลิตยาในไทยมีจำนวน 171 โรงงาน และบริษัทนำเข้ามีจำนวน 650 บริษัท (Bureau of Drug Control, 2011a) โดยทั่วไปบริษัทผลิตยาในไทยไม่ได้ทำการวิจัยยาใหม่และเกือบทั้งหมดเป็นบริษัทเอกชนของคนไทยมุ่งเน้นที่การพัฒนาสูตรตำรับ มีเพียงส่วนน้อยที่ผลิตสารสำคัญในการออกฤทธิ์ (active ingredients) รัฐบาลเป็นเจ้าของโรงงานเพียงสามแห่ง คือ องค์การเภสัชกรรม (Government Pharmaceutical Organization, GPO) โรงงานเภสัชกรรมทหาร และสภากาชาดไทย

บริษัทในเครือของบริษัทยาข้ามชาติมีบทบาทสำคัญในการผลิต นำเข้าและกระจายยา การลงทุนในระบบอุตสาหกรรมยาในประเทศไทยผ่านการร่วมลงทุนและการเป็นเจ้าของบริษัทในเครือ ประเทศไทยนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาทั้งในรูปแบบวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป บริษัทข้ามชาติบางบริษัทมีการตั้งโรงงานยาในประเทศไทยเพื่อผลิตและแบ่งบรรจุ มากกว่าการผลิตสารสำคัญในการออกฤทธิ์ (Kuanpoth, 2006)

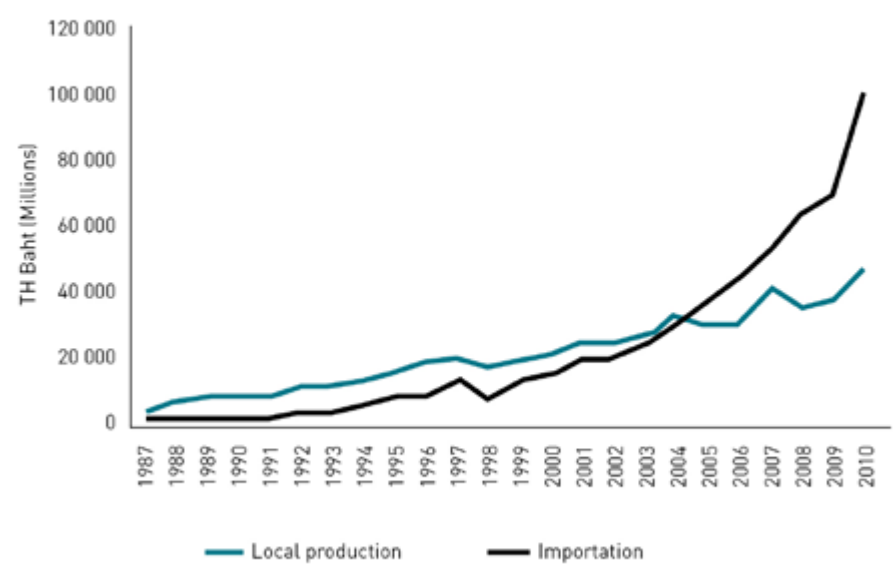
Figure 5.8 Numbers of pharmaceutical manufacturers and importers, 1996–2011



Source: Bureau of Drug Control.

การผลิตยาในประเทศเคยมีมูลค่าการตลาดสูง แต่ใน พ.ศ. 2548 แนวโน้มส่วนแบ่งการตลาดกลับเปลี่ยนทิศ โดยเฉพาะใน พ.ศ. 2553 มูลค่าการผลิตและนำเข้าของอุตสาหกรรมยาอยู่ที่ 146 556 ล้านบาท โดยการผลิตยาในประเทศมีมูลค่าเพียง 32% (Bureau of Drug Control, 2011b) (รูปที่ 5.9) แสดงค่าเปอร์เซ็นต์ของการผลิตยาในประเทศและการนำเข้าในระหว่าง พ.ศ. 2530–2553

Figure 5.9 Value of pharmaceuticals manufactured and imported, 1987–2010



Source: Bureau of Drug Control.

5.6.2. ช่องทางการกระจายยา

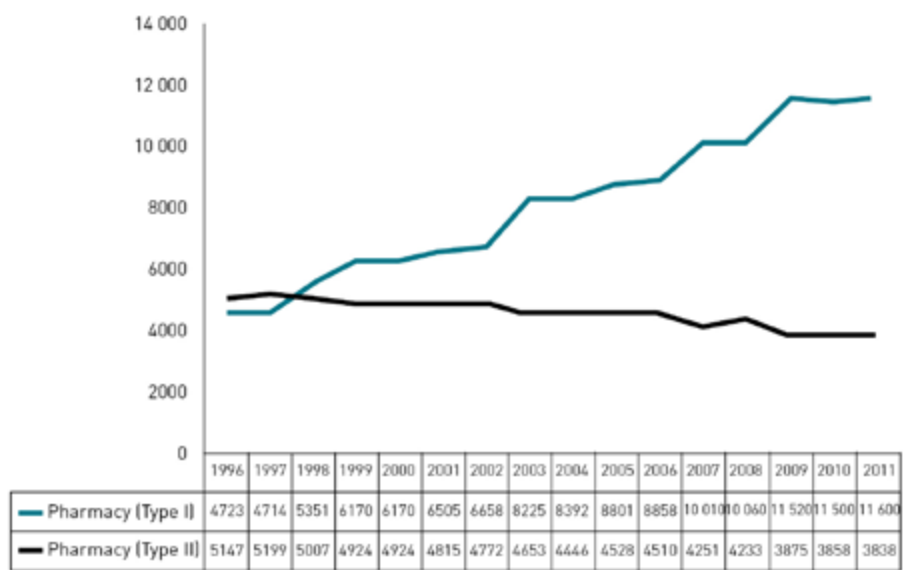
ช่องทางการกระจายยาถูกมองเสมือนว่าเป็นการเชื่อมโยงระหว่าง ผู้ผลิต/ผู้นำเข้าและผู้บริโภค กระบวนการในการกระจายยาจากผู้ผลิต/ผู้นำเข้า ได้แก่ ช่องทางต่อไปนี้ เช่น การกระจายด้วยตนเอง (Self-distribution) การกระจายโดยผู้จัดจำหน่ายอิสระ (Independent distributors) และ ผู้ค้าส่ง (Wholesalers) (Bunditanukul et al., 1994) โดยพบว่าส่วนใหญ่ยาถูกกระจายสู่โรงพยาบาล (62.5%) ในขณะที่ 26.3% ได้กระจายสู่ผู้บริโภคผ่านทางร้านยา และ 6.5% ได้กระจายสู่ระบบคลินิกที่เป็นการบริการผู้ป่วยนอก และ ประมาณ 4.7% ถูกกระจายผ่านทางช่องทางอื่นๆ (Kedsomboon, et al., 2012)

5.6.3. การกระจายยาสู่ประชาชน

ในระดับชุมชน คนไทยสามารถเข้าถึงยาผ่านโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิก และร้านยา ร้านยาเป็นแหล่งสำคัญในการซื้อยาของประชาชนเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น ในพื้นที่ชนบท ยาบางตัว เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้ไอ ยาแก้หวัด และยาฆ่าเชื้อแก้อักเสบ แบบบรรจุเสร็จสามารถหาซื้อได้อย่างถูกกฎหมายในร้านขายของชำในหมู่บ้าน (Sringernyuang, 2000; Arpasrithongsakul, 2011).

ยาแผนปัจจุบันสามารถขายได้ในร้านยาสองประเภท ร้านขายยาประเภทที่ 1 ต้องดำเนินการโดยเภสัชกรที่ผ่านการขึ้นทะเบียน ร้านขายยาประเภทนี้สามารถขายยาได้ทุกประเภท รวมถึงยาอันตรายที่ต้องทำการจ่ายโดยเภสัชกร และยาควบคุมพิเศษที่ต้องมีใบสั่งยาในการจ่าย ในขณะที่ร้านขายยาประเภทที่ 2 ดำเนินการโดยพยาบาล สามารถขายได้เฉพาะยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ โดยไม่สามารถขายยาอันตราย หรือยาควบคุมพิเศษได้ จากการรายงานพบว่า พ.ศ. 2554 มีร้านขายยาประเภทที่ 1 จำนวน 11 603 ร้าน และร้านขายยาประเภทที่ 2 จำนวน 3838 ร้าน โดย 34% ของร้านขายยาประเภทที่ 1 และ 10% ของร้านขายยาประเภทที่ 2 ตั้งอยู่ในกรุงเทพฯ (รูปที่ 5.10) แสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นของร้านขายยาประเภทที่ 1 ในขณะที่ร้านขายยาประเภทที่ 2 มีจำนวนลดลงเรื่อยๆ ทั้งนี้ เนื่องจากการควบคุมจำนวนร้านยาประเภทนี้ไม่ให้มีการได้รับอนุญาตให้เปิดเพิ่มขึ้นใหม่ (Saramunee, Chaiyasong & Krska, 2011; Bureau of Drug Control, 2011a)

Figure 5.10 Number of pharmacies, 1996–2011



Source: Bureau of Drug Control.

การเริ่มต้นของการส่งเสริมการเข้าถึงร้านยา เรียกว่า ร้านยาคุณภาพ (good pharmacy practice) ซึ่งมีการดำเนินการโดยโครงการการประเมินร้านยาคุณภาพ (the Quality Accredited Pharmacy Program) ซึ่งอาศัยหลักความสมัครใจของผู้ประกอบการในการเข้าร่วมโครงการภายใต้การรับรองของสภาเภสัชกรรม (The pharmacy council of Thailand) โดยการสนับสนุนของ องค์การอาหารและยา สมาคมเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชกรรม และสมาคมเภสัชกรรมอื่น (local pharmacy organizations) จำนวนร้านยาคุณภาพเพิ่มขึ้นจาก 23 ร้านใน พ.ศ. 2546 เป็น 567 ร้าน พ.ศ. 2554 (Bureau of Drug Control, 2011c) ได้มีความพยายามที่จะบูรณาการร้านยาคุณภาพไปในระบบประกันสุขภาพเพื่อที่จะให้การบริการที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน ภายใต้รูปแบบนี้ ร้านยาคุณภาพสามารถได้รับเงินชดเชย ในการให้บริการ ยกตัวอย่างเช่น การรับยาต่อเนื่องตามใบสั่งยา (Refilling prescriptions) สำหรับโรคเรื้อรัง การตรวจประเมินเบื้องต้นสำหรับโรค เบาหวานและความดัน การเลิกบุหรี่ และการเยี่ยมบ้านของเภสัชกรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Arkaravichien, et al., 2010)

5.6.4. การเข้าถึงยา

การดำเนินงานของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 ได้เกิดการ พัฒนาการเข้าถึงยาของประชาชนชาวไทยอย่างมาก แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีความท้าทายในการเข้าถึงยาบางตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาสำหรับโรคที่พบน้อย เช่น “ยากำพร้า หรือ orphan drugs” และยาที่มีมูลค่าสูง หลากหลายกลยุทธ์ และมาตรการที่เกี่ยวข้องกับยากำพร้า รวมถึงการพัฒนาบัญชียาการยากำพร้า ช่องทางพิเศษในการลงทะเบียน และการยกเว้นภาษี นอกจากนี้ยังมีการยกเว้น การขึ้นทะเบียนยาสำหรับโรงพยาบาลรัฐในการนำเข้ายากลุ่มนี้ รวมถึงการ ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนายาและวัคซีนสำหรับโรคที่ถูกละเลย (Olliaro et al., 2001)

สำหรับยาและวัคซีนที่มีราคาสูง แต่อาจยังไม่มีจำนวนมากนัก มีการศึกษา ความคุ้มค่า ต้นทุน-ประสิทธิผลของยา และผลกระทบต่อเงินงบประมาณของ ประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจใช้ยากลุ่มเหล่านี้ในราคาที่ เหมาะสมของประเทศไทย (Yoongthong et al., 2012b) และได้มีมาตรการ หลายมาตรการเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการเข้าถึงยากลุ่มนี้ ยกตัวอย่าง เช่น การบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาเพื่อให้มีการผลิตหรือนำเข้ายาตามข้อสามัญ ทางยา (Wibulpolprasert et al., 2011a) เช่น ยาด้านไวรัสสำหรับการรักษา ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ที่ใช้สำหรับผู้ป่วยในประเทศไทยและส่งออกไปยังประเทศ กำลังพัฒนา การใช้วัคซีนสำหรับเชื้อ H1N1 และวัคซีนไขหวัดใหญ่อื่นๆ การ รวมศูนย์การจัดซื้อ (centralized purchasing) และการพัฒนาระบบในการ บริหารสินค้าคงคลัง (vendor-managed inventory system; VMI) ในวัคซีน ที่จำเป็น (PATH et al., 2011) มาตรการเหล่านี้ถูกนำไปใช้ในหลายองค์กร เช่น องค์การเภสัชกรรม สปสช. และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

5.6.5. การควบคุมราคา

ในประเทศไทยยังไม่มี การจัดทำและบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายในการ ควบคุมราคา ถึงแม้ว่าราคาจะถูกควบคุมโดยกระทรวงพาณิชย์ แต่โดยทั่วไป ราคาขายปลีกจะถูกกำหนดโดยการแข่งขันของตลาด ส่วนราคาในการขายส่งจะ

ขึ้นกับสัดส่วนในการครองตลาดและความแตกต่างในกลุ่มของการซื้อขาย ดังนั้น จะมีการผูกขาดราคาตามประเภทของสถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐตั้งราคาขายยา ไม่เกิน 15% ของราคาซื้อ แต่ราคาขายจะสูงขึ้นในโรงพยาบาลและคลินิก เอกชน (Supakankunti et al., 2001; Tarn et al., 2008)

5.6.6. การบริโภคยา

ค่าใช้จ่ายด้านยาในประเทศไทยมีมูลค่าสูงกว่าประเทศในกลุ่มองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD countries) ใน พ.ศ. 2548 พบว่า มูลค่าการใช้จ่ายด้านยาคิดเป็น 43% ของมูลค่าการใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ ทั้งหมด (total health expenditure, THE) หรือ คิดเป็น 2.6% ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ โดยมีการใช้จ่าย 103 517 ล้านบาทในการขายส่ง หรือ 186 331 ล้านบาทในการขายปลีก (Faramnuayphol, et al., 2007)

มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงถึงการใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสม ทั้งในแง่ของการใช้จ่ายเกินความจำเป็น ใช้จ่ายต่ำกว่าขนาดที่เหมาะสม และการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ โดยพบว่าสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการใช้จ่ายเกินความจำเป็นมากกว่าสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสังคม โดยเฉพาะการใชยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและยาราคาแพง ใน พ.ศ. 2548 สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีการเปลี่ยนระบบการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยนอก จากการเบิกจ่ายย้อนหลังเป็นระบบการเบิกจ่ายตรงให้กับสถานพยาบาล ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านยา – ค่าใช้จ่ายด้านยาจะอยู่ที่ประมาณ 83% ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั้งหมด (HISRO & HSRI, 2010) ค่าใช้จ่ายด้านยาของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงกว่าสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติถึง 5 เท่า (Limwattananon, et al., 2009) นอกจากนี้รูปแบบของการบริโภคนียายังได้รับอิทธิพลจากประเภทของยา อย่างไรก็ตาม ยังมีการใชยาน้อยกว่าความจำเป็นในยาแก้ปวดกลุ่มยาอนุพันธ์ฝิ่น เช่น มอร์ฟิน สำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ยากลุ่มยาด้านมาลาเรีย ยารักษาโรค วัณโรค ยาที่ใช้รักษาโรคติดเชื้อ HIV มีปัญหาเดียวกัน คือ การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และการใชยาน้อยกว่าความจำเป็น ในขณะที่การใช้ยาปฏิชีวนะอื่นๆ

โดยเฉพาะยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีการใช้ยามากเกินไป และการใช้ยาโดยไม่มีควมจำเป็น

5.6.7. การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของระบบยา

ในช่วงระยะเวลา 5 ปี ระหว่าง 2551–2555 มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในระบบยาของประเทศไทย โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

การเริ่มต้นของนโยบายแห่งชาติด้านยาฉบับที่ 4 ใน พ.ศ. 2554 และตามด้วยยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติใน พ.ศ. 2555–2559 โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมการเข้าถึงยาจำเป็นอย่างเสมอภาค สร้างเสริมระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และประเทศสามารถพึ่งตนเองได้ โดยมียุทธศาสตร์หลัก 4 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงยา 2) การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล 3) การพัฒนาอุตสาหกรรมยา ชีววัตถุ และสมุนไพรภายในประเทศ เพื่อการพึ่งพาตนเอง 4) การพัฒนาระบบการควบคุมยา เพื่อประกันคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ยา

ในด้านการควบคุมต้นทุน ได้มีการใช้ชุดมาตรการที่รุนแรงเพื่อลดมูลค่ายาของผู้ป่วยนอกในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มาตรการเหล่านี้รวมถึงการประเมินและทบทวนการใช้ยา และระบบการเฝ้าระวังในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งมีการให้บริการผู้ป่วยนอกของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจำนวนมาก (HISRO & HSRI, 2010) และจำกัดการใช้ยาในกลุ่มกลูโคซามีนให้มีการเบิกจ่ายเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนในการใช้ยา และได้มีการประกาศมติคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับการควบคุมต้นทุนยา

พ.ศ. 2555 ได้มีข้อบังคับใช้ในการควบคุมการใช้ยาที่เข้มงวดขึ้น ได้มีข่าวอื้อฉาวเกี่ยวกับซูโดอีเฟดรีนที่มีการลักลอบนำออกจากโรงพยาบาลและร้านขายยา เพื่อนำไปเป็นสารสำหรับการผลิตสารเสพติด ส่งผลให้มีการเปลี่ยนกลุ่มของยาอีเฟด

รินให้มีความเข้มงวดมากขึ้น จากยาอันตรายตามพระราชบัญญัติยา เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 2 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติด

5.6.8. ประเด็นในการพัฒนาและแผนการปฏิรูป

โดยภาพรวมอุตสาหกรรมการผลิตยาในประเทศไทยยังคงมีข้อจำกัดในการพึ่งพาตนเองสำหรับการผลิตผลิตภัณฑ์ที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เนื่องจากขาดศักยภาพในการวิจัยและพัฒนาวัตถุดิบในการผลิต (Tantivess, 2007)

ข้อขัดแย้งระหว่างความจำเป็นในการพัฒนายาที่มีนวัตกรรมใหม่ (Innovative drugs) และความจำเป็นในการเข้าถึงยา ซึ่งมีมากขึ้นเมื่อสุขภาพเป็นประเด็นทางการค้าในการต่อรองการค้าระหว่างประเทศ

การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผล (Irrational use) ยังคงเป็นประเด็นที่ควบคุมไม่ได้ และพบปัญหานี้ในทุกระดับตั้งแต่ในระดับโรงพยาบาลจนถึงระดับชุมชน การใช้ยาในโรงพยาบาลและในคลินิกขึ้นกับรูปแบบการจ่ายยาของแพทย์ซึ่งมองว่ายายเป็นแหล่งของรายได้ จากประสบการณ์ที่ผ่านมายังไม่มีมีการแยกระหว่างบทบาทของผู้สั่งใช้ยาและผู้จ่ายยาทั้งในโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน และคลินิก ดังนั้น การมองว่ายายเป็นแหล่งของรายได้ทำให้เกิดแรงจูงใจในการจ่ายยาหลายรายการมากขึ้น

การขาดระบบการประเมินการใช้ยา การไม่มีฐานข้อมูลระดับชาติด้านการจัดซื้อ ยาและการใช้ยา เป็นอุปสรรคในการประเมินประสิทธิภาพของระบบยา (pharmaceutical performance) ในประเทศไทย

แผนการปฏิรูปและปัจจัยต่าง ๆ ในอนาคตที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบยา รวมถึงการทำให้เกิดเอกภาพในการให้บริการด้านสุขภาพของระบบประกันสุขภาพ อาจส่งผลกระทบต่อรูปแบบการจ่ายยา รวมถึงความเป็นเอกภาพของระบบยาในเขตอาเซียนและข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ ซึ่งอาจส่งผลต่ออุตสาหกรรมยา และอุปทานของยา และนโยบายแห่งชาติด้านยาและนโยบายในการควบคุมราคายาซึ่งจะช่วยพัฒนาระบบการจ่ายยาที่มีประสิทธิภาพ และคุณภาพแก่ประชาชน

5.7. การฟื้นฟู/การดูแลระยะกลาง (Rehabilitation/intermediate care)

บริการฟื้นฟูเป็นบริการเสริมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตที่ไม่ต้องพึ่งพาและสามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้ บริการฟื้นฟูในการรักษา ระยะแรก (acute care) รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน แต่บริการฟื้นฟูสุขภาพระยะกลาง (subacute or intermediate care) จัดเป็นชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม ภายใต้ชื่อ “สิทธิประโยชน์สำหรับบริการฟื้นฟู” ซึ่งบริการฟื้นฟูระยะกลางนั้นต้องการตัวชี้วัดในการประเมินเพื่อกำหนดเป้าหมายของการให้บริการทั้งในช่วงต้นจนถึงระยะยาว มีการนำ Barthel index มาเป็นตัวชี้วัดในการประเมินบริการฟื้นฟูในหลายจังหวัด ในโครงการวิจัยและโครงการพัฒนานำร่องโดยใช้ระบบ Rehabilitation Impairment Category (RIC) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการใช้ระบบการจัดกลุ่มโรคด้วย International Classification of Diseases (ICD) (Kheawcharoen, Pannarunothai, & Reawphiboon, 2007) นอกจากนี้ยังมีการใช้ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) มาปรับใช้ในชุมชนและการให้บริการปฐมภูมิหรือสาธารณสุขมูลฐานเพื่อที่จะเชื่อมการให้บริการฟื้นฟูทั้งด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้พิการ

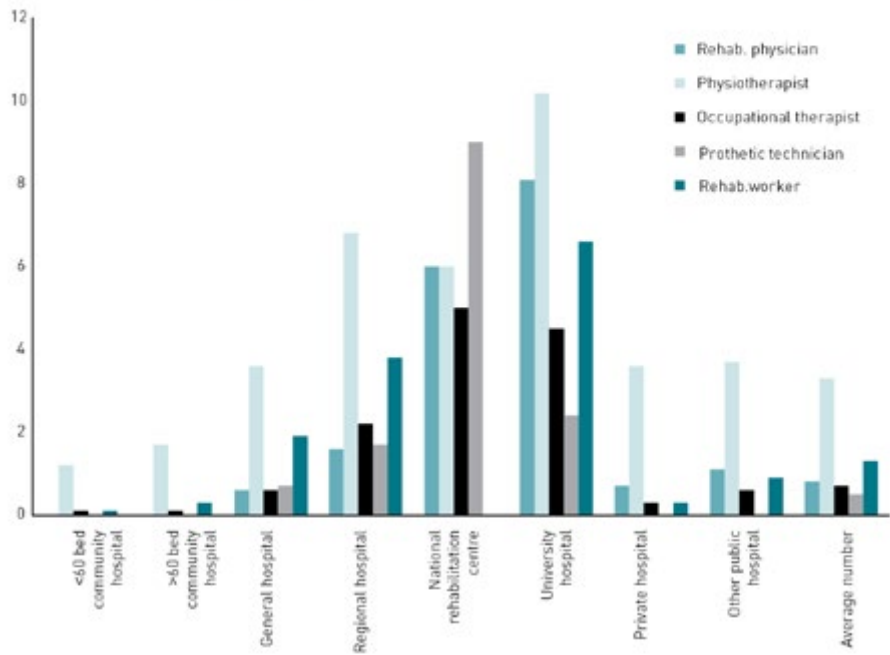
5.7.1. การจัดองค์กรในการให้บริการ

โดยโครงสร้าง หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นหน่วยที่มีอยู่ในทุกโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัด (ทั่วไป) ทุกแห่ง และมีนักกายภาพบำบัดจำนวนหนึ่งได้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือเวชปฏิบัติทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ให้บริการฟื้นฟูใน พ.ศ. 2552 พบว่ามีนักกายภาพบำบัดทำงานในโรงพยาบาลชุมชนเพียง 1.2–1.3 คนต่อโรงพยาบาล ซึ่งน้อยกว่าสัดส่วนในโรงพยาบาลประเภทอื่นๆ ที่มีนักกายภาพบำบัดเฉลี่ยที่ 3.3 คนต่อโรงพยาบาล และโดยเฉพาะในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สถาบันเวชศาสตร์ฟื้นฟูและโรงพยาบาลศูนย์ ที่มีสัดส่วนนักกายภาพสูงกว่า (รูปที่ 5.11) บริการฟื้นฟูนี้คิดเป็น

เพียง 2.8% ของบริการแบบผู้ป่วยนอก และ 5% ของบริการแบบผู้ป่วยในทั้งหมด (Kheawcharoen et al., 2009).

Figure 5.11 Average numbers of rehabilitation personnel by type of hospital, 2004–2007



Source: Kheawcharoen et al, 2009.

5.7.2. การเข้าถึงบริการ

ประเทศไทยยังมีบริการด้านการฟื้นฟูสุขภาพไม่เพียงพอ มีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่เพียงพอและอาจเกิดความพิการถาวร ต้องกลับไปอยู่ที่บ้านด้วยการดูแลของครอบครัว ทำให้เกิดการระต่อครอบครัวทั้งการดูแลผู้ป่วยและภาระทางการเงิน (Riewpaiboon et al., 2009, 2011)

ในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำงานร่วมกับอาสาสมัครพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) เพื่อช่วยให้ผู้พิการและผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติเกี่ยวกับผู้พิการ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.

2546 ที่มีเนื้อหาทั้งเกี่ยวกับการได้รับเบี้ยยังชีพรายเดือนจากรัฐบาลผ่านองค์กรปกครองท้องถิ่น การได้รับบริการช่วยเหลือต่างๆ ในการเดินทาง รวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมของบ้าน โดยมีทีมงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ช่วยดำเนินการในการจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพร่วมด้วย

รายงานความต้องการบริการฟื้นฟูสุขภาพ พ.ศ. 2552 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ยังไม่สามารถที่จะประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ ไม่ว่าจะเป็นการเดินทางไปที่ต่างๆ การกลืนอาหาร และการสื่อสารกับผู้อื่น ในวันที่แพทย์วินิจฉัยให้ออกจากโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์เพื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (Vichathai, et al., 2009) ค่าเฉลี่ยของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 5 วันเท่านั้น ก่อนที่จะถูกส่งตัวกลับไปโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีบริการฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการฟื้นฟูสุขภาพ เนื่องจากการเดินทางยากลำบากและไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และ อีกเหตุผลที่สำคัญคือการขาดแคลนบุคลากรด้านการฟื้นฟูสุขภาพที่จะไปให้บริการถึงที่บ้านผู้ป่วย โดยเฉพาะในระดับอำเภอและระดับตำบล อย่างไรก็ตามในช่วงหลายปีที่ผ่านมาพบว่ามี การเพิ่มจำนวนของนักกายภาพบำบัดในระดับอำเภอและระดับตำบลมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากความพยายามขยายงานด้านการดูแลหลังระยะเฉียบพลันในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและระดับปฐมภูมิ พยาบาลก็ได้รับการอบรมเพิ่มเติมเรื่องการดูแลด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่สำคัญ บริการการเวชศาสตร์ฟื้นฟูในชุมชนเข้ากันได้ดีกับบริการของเวชศาสตร์ครอบครัว

อุปกรณ์ช่วยผู้พิการเช่น รถเข็น กายอุปกรณ์ ที่ช่วยให้สามารถเคลื่อนที่ได้ เครื่องช่วยฟัง และช่วยการมองเห็น เหล่านี้รวมอยู่ในสิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยพิการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมักมีไว้ให้บริการที่โรงพยาบาลระดับจังหวัด แต่พบว่าการให้บริการหลังจากใช้งานไปแล้วยังไม่เพียงพอ ทำให้ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดการอบรมเพื่อการพัฒนารถเข็นและการซ่อมกายอุปกรณ์ รวมถึงส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนซึ่งได้รับความร่วมมือจากองค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไรด้วย

ใน พ.ศ. 2547 สองปีหลังตั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการกันงบประมาณเป็นเงิน 4 บาทต่อหัวประชากร สำหรับงานฟื้นฟูสุขภาพเพิ่มเติมจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการรักษา (ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) ป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ งบประมาณการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพเพิ่มมากขึ้นตามความต้องการของผู้ป่วยไปเป็น 13 บาทต่อหัวประชากรใน พ.ศ. 2555 ซึ่งร้อยละ 30 เป็นการลงทุนเพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสุขภาพเน้นเรื่องความร่วมมือกันระหว่างผู้ให้บริการและระบบเพื่อนช่วยเพื่อนหรือองค์กรต่างๆ อีกร้อยละ 70 เป็นการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสุขภาพในโรงพยาบาล โครงการนำร่องการกระจายงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พ.ศ. 2553 ได้รับการคาดหมายว่าเป็นการสร้างความร่วมมือในการให้บริการระหว่างระบบบริการสุขภาพและระบบบริการสังคมสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ

ระบบประกันสังคมครอบคลุมการบริการฟื้นฟูสุขภาพทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน แต่สิทธิประโยชน์ยังน้อยกว่าของประกันสุขภาพแห่งชาติ เพราะระบบจ่ายเงินตามรายการที่เรียกเก็บเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ผู้พิการส่วนใหญ่ไม่มีเงินสดเพียงพอที่จะจ่ายค่าบริการล่วงหน้า และพบว่ามีความไม่สะดวกในการเดินทางไปเบิกค่าบริการคืนอีกด้วย

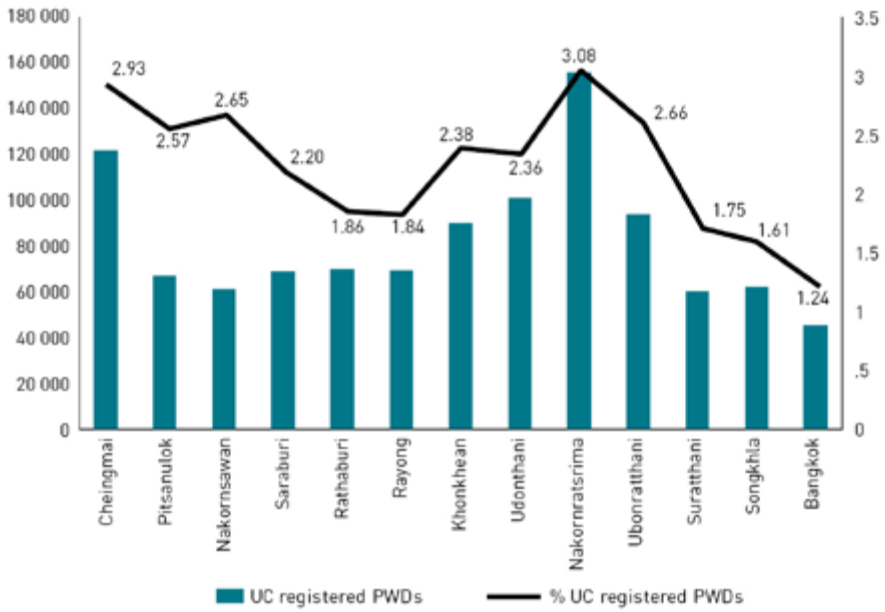
ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่ได้แยกการให้บริการฟื้นฟูสุขภาพออกจากการให้บริการรักษายาบาล แต่บริการฟื้นฟูสุขภาพก็สามารถเบิกคืนค่าบริการได้หมด

สถิติความพิการของประเทศไทยใน พ.ศ. 2550 นั้นพบว่าร้อยละ 2.7 ของประชากรไทย (1.74 ล้านคน) มีความพิการรูปแบบต่างๆ (NSO, 2007) และใน พ.ศ. 2555 มีผู้พิการอยู่ 1 579 382 คน (ชาย 854 750 หญิง 724 632) ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีประชาชนขึ้นทะเบียนกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ 774 261 และ 1 074 607 รายใน พ.ศ. 2553 และ 2554 ตามลำดับ คิดเป็นประมาณร้อยละ 2.25 ของสมาชิกระบบประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งหมด ต่ำสุดที่ร้อยละ 1.24 ในกรุงเทพมหานคร และ

สูงสุดร้อยละ 3.08 ในจังหวัดนครราชสีมา (รูปที่ 5.12) ซึ่งแสดงเป็นนัยว่าผู้ที่ต้องการบริการฟื้นฟูสุขภาพเข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพระบบต่างๆ แต่การเข้าถึงบริการฟื้นฟูสุขภาพยังมีปัญหา ซึ่งเป็นปัญหาจากการกระจายตัวของการบริการตามภูมิภาคต่างๆ

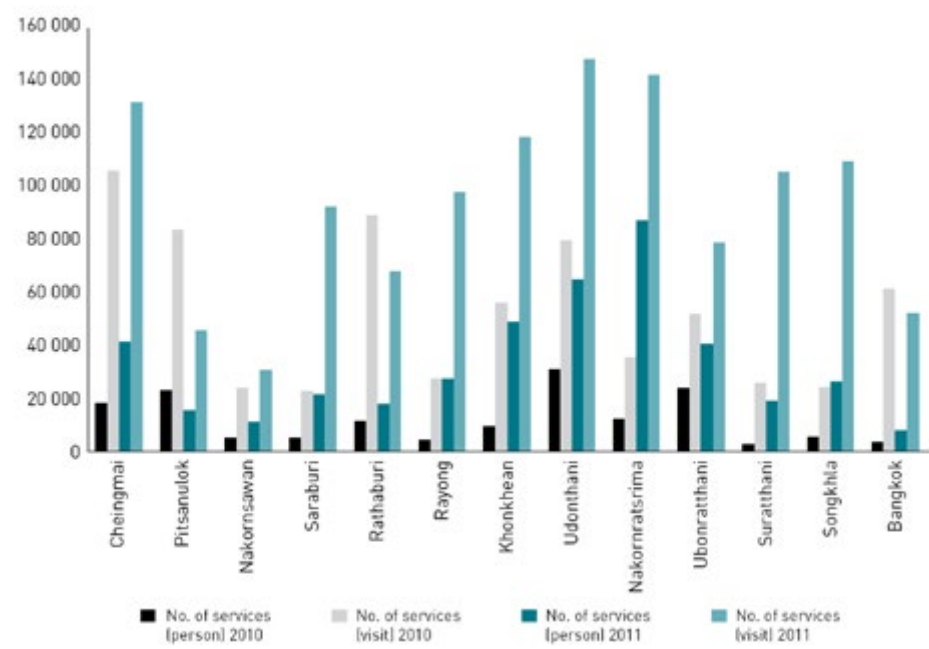
ผลจากการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการทำให้การไปขอรับบริการฟื้นฟูสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมากขึ้นด้วย (รูปที่ 5.13) แต่การเข้าถึงบริการยังมีความแตกต่างกันตามภูมิภาค

Figure 5.12 Number and percentage of UCS-registered persons with disabilities, 2011



Source: Health Insurance Information Service Centre (2011b).

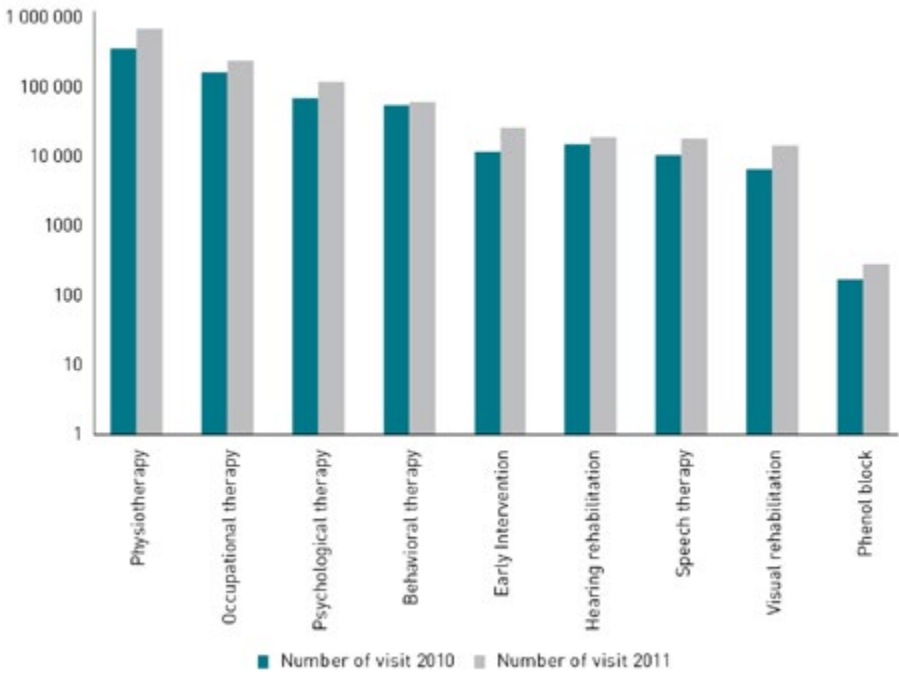
Figure 5.13 Rehabilitation service use as persons and visits by region, 2010 and 2011



Source: Health Insurance Information Service Centre (2011b).

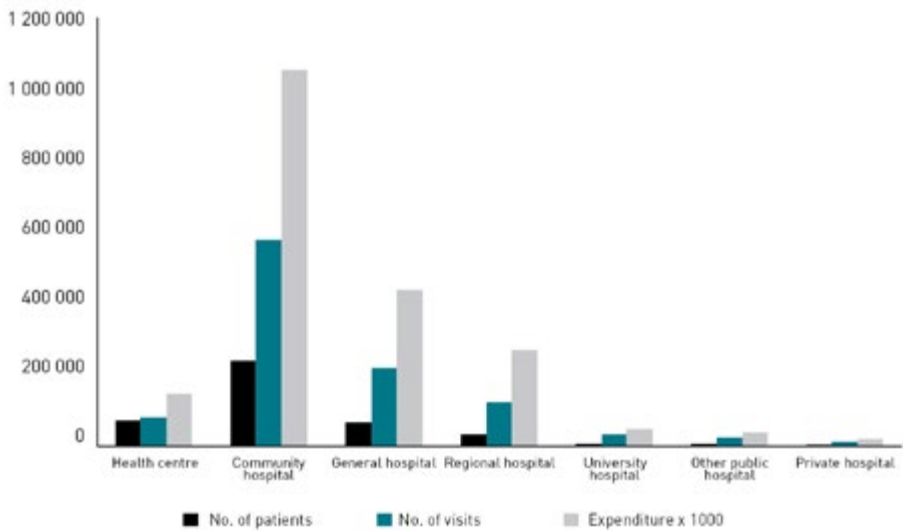
การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มากที่สุด คือ การบริการด้านการเคลื่อนไหวทางกาย ตามด้วยกิจกรรมบำบัด เช่น การใช้มือ การกลืน การจำ และ กิจวัตรประจำวัน บริการด้านจิตบำบัดและพฤติกรรมบำบัดมีการให้บริการน้อย การฝึกพูดและบริการอื่นๆ ยังมีน้อยมาก (รูปที่ 5.14) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพมีการปรับเปลี่ยนไปให้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2553-2554 (รูปที่ 5.15) ค่าเฉลี่ยการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพประมาณ 3 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งนับว่าน้อยมากและเป็นระดับที่ไม่สามารถคาดหวังผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีได้

Figure 5.14 Number of visits by type of rehabilitation services, 2010 and 2011



Source: Health Insurance Information Service Centre (2011b).

Figure 5.15 Number of rehabilitation patients, visits and expenditure by type of hospital, 2011



Source: Health Insurance Information Service Centre (2011b).

การให้บริการด้วยอุปกรณ์ช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น (ตารางที่ 5.4) สัดส่วนของผู้ที่ได้รับอุปกรณ์ต่อหัวลดลงจาก 2.2:1 ใน พ.ศ. 2552 เป็น 1.8:1 ใน พ.ศ. 2553 และ เป็น 1.6:1 ใน พ.ศ. 2554 นี้ บอกเป็นนัยว่ามีการกระจายอุปกรณ์ช่วยเหลือแก่ผู้ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามก็ยังคงมีการได้รับบริการที่แตกต่างกันระหว่างภูมิภาค

Table 5.4 Number of PWDs receiving assistive devices and number of devices by region, 2009–2011

Region	2009		2010		2011	
	No. persons	No. devices	No. persons	No. pieces	No. persons	No. pieces
Chiangmai	916	2390	960	1588	2808	3983
Pitsanulok	336	955	2029	3173	1024	2342
Nakornsawan	374	794	707	1763	2160	3035
Saraburi	731	1676	785	1462	2032	3800
Ratchaburi	606	1934	943	1873	1624	2485
Rayong	706	1535	968	1656	1457	2884
Khnonkhen	604	1124	1286	2863	2874	4342
Udonthani	827	1577	1211	2321	2134	3561
NakornRatchasima	1310	2358	1047	1769	2177	3369
UbonRatchathani	1526	3159	2086	3220	3877	5140
Suratthani	384	930	528	1015	1156	1992
Songkhla	651	1252	806	1716	1767	3192
Bangkok	492	610	222	310	563	700
Total	9463	20294	13578	24729	25653	40825

Source: Health Insurance Information Service Centre (2011b).

โดยสรุปแล้วพบว่าการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือดีขึ้นเรื่อยๆ แต่ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคก็ยังคงมีอยู่ การดีขึ้นของการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับผลดีจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เริ่มใน พ.ศ. 2545 อย่างไรก็ตามการเข้าถึงบริการของกลุ่มพิเศษบางกลุ่มก็ยังพบอุปสรรคอื่นๆ ทั้งอุปสรรคด้านการเงิน อุปสรรคทางกายภาพในผู้ที่พิการทางกาย อุปสรรคการสื่อสารสำหรับผู้พิการทางการได้ยิน และปัญหาเรื่องการรับข้อมูลข่าวสารในผู้ที่ตาบอด การมีทางลาดชัน ห้องน้ำ และที่จอดรถ ไม่ใช่

ปัญหาในโรงพยาบาลและศูนย์บริการสุขภาพต่างๆ แต่คุณภาพยังมีปัญหาอยู่ มีความพยายามที่จะช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถฝึกภาษามือที่จะสื่อสารกับผู้พิการด้านการได้ยินแต่ด้วยโครงการนี้ก็หยุดไปเพราะความไม่มีประสิทธิภาพด้วยเหตุผลหลายประการ บริการตีความภาษาสัญลักษณ์ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำหรับข้อมูลสำหรับผู้พิการทางสายตา นั้นแม้จะไม่มีบริการที่เฉพาะให้กับผู้พิการทางสายตา แต่ก็พบว่าสังคมไทยให้ความห่วงใยกับปัญหาผู้พิการทางสายตาอย่างกว้างขวาง

5.7.3. ปัญหาปัจจุบันและความท้าทาย

ความท้าทายที่สำคัญในช่วงที่ผ่านมาคือความต้องการที่เพิ่มมากขึ้นของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีความชุกเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคภัยไข้เจ็บ ระบบบริการปัจจุบันเน้นการบริการเฉียบพลัน (Acute care) ทำให้ไม่ค่อยมีช่องว่างสำหรับการพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเพราะต้องใช้บุคลากรมากกว่าและต้องใช้เวลามากกว่า แม้ว่าบริการตติยภูมิมีผู้ให้บริการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพิ่มมากขึ้นแต่ผู้ป่วยที่ต้องการบริการเหล่านี้กลับอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทเป็นส่วนใหญ่ การวางแผนระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการจัดการกระจายผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพใหม่เพื่อรองรับบริการเหล่านี้ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นความท้าทายในอนาคต

5.8. การดูแลผู้ป่วยระยะยาว และการดูแลแบบไม่เป็นทางการ (long-term care and informal care)

5.8.1. สถานการณ์ของความต้องการบริการ

การดูแลผู้ป่วยระยะยาวรวมถึงการให้บริการทางการแพทย์ การให้บริการด้านสังคมแก่ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องรับบริการ การบริการอาจเป็นระยะเวลาสั้นหรือยาว บางครั้งเป็นการให้บริการที่บ้านของผู้ป่วย ในชุมชน และในสถานบริบาลต่างๆ เช่น บ้านพักคนชราและสถานบริการสำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวขึ้นในประเทศไทย มีการประมาณการว่าจำนวนผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มจำนวนจาก 40 000 รายในผู้ชายและ 60 000 ราย

ในผู้หญิงใน พ.ศ. 2547 เป็น 110 000 รายในผู้ชายและ 170 000 รายในผู้หญิง ในอีก 20 ปี จากนั้น (ตารางที่ 5.5) (Srithamrongsawat et al., 2009)

Table 5.5 Projection of number of various dependent levels of older people, 2004–2024 (millions)

Limit in activity of daily living	Male					Female				
	2004	2009	2014	2019	2024	2004	2009	2014	2019	2024
None	2.36	2.87	3.55	4.42	5.35	2.51	3.46	4.49	5.67	6.91
Mild	0.33	0.37	0.44	0.53	0.64	0.68	0.69	0.75	0.88	1.03
Moderate	0.20	0.21	0.24	0.29	0.35	0.37	0.32	0.35	0.41	0.48
Severe	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.04	0.05	0.06	0.08	0.10
Profound	0.01	0.02	0.03	0.04	0.04	0.02	0.03	0.04	0.05	0.07
Total number of elderly (millions)	2.93	3.51	4.31	5.34	6.45	3.62	4.56	5.70	7.09	8.58

Source: Srithamrongsawat et al. [2009].

ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดในประเทศไทยต้องการดูแลระยะยาวจากผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ (informal care) ไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัวหรือญาติตามวัฒนธรรมไทยการดูแลผู้สูงอายุถือว่าเป็นหน้าที่รับผิดชอบของลูกหลานในครอบครัว อย่างไรก็ตามใน พ.ศ. 2545 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545–2565) ได้ถูกพัฒนาขึ้น ซึ่งมีการเขียนแผนถึงการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวรวมการให้บริการสุขภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพไปจนถึงการให้การช่วยเหลือจากผู้ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ที่จะให้บริการทั้งการบริบาลทางการแพทย์และทางสังคมที่บ้าน ชุมชน และสถานบริบาล รวมทั้งการพัฒนาที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ (Chen & Chunharas, 2009) ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 องค์กรปกครองท้องถิ่นได้ให้ความสำคัญกับการปรับสภาพบ้านเรือนและการให้อุปกรณ์ช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยบริการปรับบ้านและชุมชนตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 นี้ เน้นเรื่องการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตในบ้านตนเองกับครอบครัวและชุมชน (Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009) โดยกระทรวงที่รับผิดชอบต่อการให้บริการดังกล่าว คือ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุมากถึง 139 000 รายที่มีความยากลำบากในการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้คือ การกินอาหาร การอาบน้ำ การล้างหน้าแปรงฟัน การแต่งตัว หรือ การขับถ่าย (NSO, 2007; chunharas, et al., 2009) และพบว่ากว่าร้อยละ 96.8 หรือ 135 000 รายมีผู้ดูแล ส่วนอีกร้อยละ 3.2% หรือ 4500 รายที่ไม่มีผู้ดูแล (Chunharas, et al. 2009) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นคนในครอบครัว โดยร้อยละ 46.7 ดูแลโดยลูกร้อยละ 27.8 ดูแลโดยคู่ครอง อย่างไรก็ตามผู้ดูแลจำนวนหนึ่งไม่ใช่คนในครอบครัว เช่น ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ดูแลพิเศษ

5.8.2. การจัดองค์กรในการให้บริการระยะยาว

มีรูปแบบหลากหลายในการจัดระบบสวัสดิการและบริการโดยรัฐบาล เอกชน แสวงหากำไร และเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร อย่างไรก็ตาม รัฐบาลเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีความสุขและมีอิสระในชุมชนและในบ้านตนเอง การบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือส่วนใหญ่ภาคเอกชนเป็นผู้จัดบริการ (ตารางที่ 5.6) แสดงรายการการให้บริการผู้สูงอายุในประเทศไทย

Table 5.6 Available welfare services and care assistance for Thai elderly

Elderly/PWD caregiving system/providers	Responsible organization
1. Informal care	
1.1 Home- and community-based care	
1.1.1 Home care volunteers	• Bureau of Empowerment for Older Persons (MSDHS) • MOPH
1.1.2 Older persons' clubs	National Older Persons Council Association of Thailand
1.1.3 "Home care peer group" volunteer project	National Older Persons Council Association of Thailand
1.1.4 Community Welfare Funds for the Elderly	Community Organizations Development Institute
2. Formal care	
2.1 Home- and community-based care	
2.1.1 Home health care by health practitioners	MOPH
2.1.2 Paid caregivers	Private sector, profit-making organizations
2.1.3 Personal assistants	MSDHS
2.2 Institutional care	
2.2.1 Residential homes for older persons	MSDHS, BMA, PAO
2.2.2 Elderly care centres	
• LTC hospitals	Private for-profit and public organizations
• Centre for living assistance	Private for-profit and public organizations
• Nursing homes	Mainly private for-profit
• End-of-life care	Private for-profit and public organizations

MSDHS: Ministry of Social Development and Human Security; BMA: Bangkok Metropolitan Administration; PAO: Provincial Administration Organization; LTC: long-term care.
Source: Synthesis by the Author

การดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal care)

1. การดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ

โครงการนี้ริเริ่มและดำเนินการโดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 โดยมีวัตถุประสงค์สร้างระบบการดูแลและปกป้องสิทธิของผู้สูงอายุในชุมชน โครงการดูแลที่บ้านดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและสมาชิกของชุมชน ซึ่งทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนตนเอง ซึ่งโครงการมุ่งเป้าไปที่ผู้ที่ไม่มียุ่ดูแลที่พบปัญหาด้านสังคมและช่วยให้เขาเหล่านั้นเข้าถึงบริการดูแลที่บ้าน ซึ่งมีอาสาสมัครและทีมงานภาคสนามเข้าไปช่วยเหลือให้เข้าถึงบริการภาครัฐและยังช่วยให้อยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชน

ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป โครงการดูแลที่บ้านนี้มีการขยายการดำเนินการ ทุกปี ในวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2550 คณะรัฐมนตรีมีข้อสรุปที่จะขยายโครงการ ดูแลที่บ้านให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศ และใน พ.ศ. 2553 พบว่ามี อาสาสมัครดูแลที่บ้านถึง 23 324 ราย

2. โครงการดูแลที่บ้านโดยกลุ่มเพื่อนอาสาสมัคร

เพิ่มเติมขึ้นกับโครงการดูแลที่บ้านโครงการนี้ให้การดูแลที่บ้านโดยกลุ่มเพื่อนซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยภายใต้พระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี โดยโครงการนี้มีสาขาระดับจังหวัดทั่วประเทศ ทำงานประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยเน้นการฝึกผู้สูงอายุให้เป็นอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่บ้านภายใต้การควบคุมดูแลจากโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละท้องที่ โดยอาสาสมัครจะเดินทางไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

3. รูปแบบการดูแลระยะยาวในชุมชน

โครงการนี้ดำเนินการภายใต้ “โครงการพัฒนาความร่วมมือในการให้บริการ สุขภาพและสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุในชุมชนในประเทศไทย” ซึ่งได้นำร่องใน 4 จังหวัดคือ เชียงราย ขอนแก่น นนทบุรี และสุราษฎร์ธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบบริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนตามความต้องการและบริบทของแต่ละ ชุมชนและการให้บริการระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ โครงการใช้ระดับตำบลเป็น ศูนย์กลางในการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยมีองค์กร ปกครองท้องถิ่นและภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ใน พ.ศ. 2553 มีรูปแบบการดูแลระยะยาวในชุมชนเกิดขึ้นใน 42 ตำบลใน 35 จังหวัด พื้นที่นำ ร่อง คือตำบลที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ของโครงการ คือ 1) มีชมรมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ 2) มีอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย 3) มีสถานบริบาลที่ได้มาตรฐานสำหรับ ผู้สูงอายุที่ให้บริการโดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และ 4) มีการจัดตั้ง บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและที่ยังมีอิสระในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน ซึ่งเกณฑ์เหล่านี้ช่วยเสริมสร้างชุมชนให้มีความพร้อมสามารถ รองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

การดูแลโดยบุคลากรสุขภาพ (formal care)

1. การบริหารที่บ้านและชุมชน

การบริหารที่บ้าน (home health care)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมีโครงการนำร่อง จัดการบริหารที่บ้านแบบ ผสมผสานสำหรับผู้สูงอายุร่วมกับโรงพยาบาล โดยโครงการมุ่งพัฒนาระบบการบริหารที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริหาร เป็นช่วงๆ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาความสามารถของครอบครัวและชุมชนในการ ดูแลและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งทำให้สามารถลดค่าใช้จ่าย ของโรงพยาบาลและระบบสุขภาพได้ โครงการบริหารที่บ้านนี้เริ่มต้นเมื่อ พ.ศ. 2548 ใน 26 พื้นที่นำร่อง และ พ.ศ. 2549–2550 ได้ถูกขยายไปทั่วประเทศ

การดูแลโดยบุคลากรสุขภาพร่วมมือกับอสม.ผ่านทาง รพสต. ส่วนบริการทาง สังคมถูกดำเนินการโดย องค์การปกครองท้องถิ่น (อปท.) ผ่านทางกระทรวงพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย อย่างไรก็ตาม การ ประสานงานกันของบริการทั้งสองส่วนยังเป็นไปได้ไม่ดีนัก

นักบริหารอาชีพ (paid caregiver)

ความต้องการดูแลระยะยาวเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นผลมาจากประชากรของ ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและการเพิ่มขึ้นของการมีภาวะทุพพลภาพเรื้อรัง และการขยายตัว ของเมือง (Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009) ศูนย์ดูแลระยะยาวโดย บุคลากรสุขภาพ (Formal Long Term Care System) ปรากฏชัดเจนในเขต เมือง ครอบคลุมเริ่มมีการจ้างนักบริหารอาชีพให้มาดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง เช่น พ่อ แม่ เมื่อสมาชิกในครอบครัวต้องไปทำงานนอกบ้านและไม่สามารถให้การดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงได้

ศูนย์บริการระยะยาว (care center)

การดูแล และการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน กลายเป็นธุรกิจที่เฟื่องฟูเพราะสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนใน เมืองใหญ่อย่างกรุงเทพมหานครได้ ศูนย์ฝึกการดูแลผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดใน

กรุงเทพมหานครนั้นดำเนินการโดยแพทย์และพยาบาล ศูนย์ฝึกเหล่านี้เปิดการฝึกอบรมและจัดหางานให้กับนักเรียนที่มาเรียน ศูนย์ยังรับเป็นตัวกลางระหว่างผู้ให้การบริบาล ผู้ป่วยและญาติ จำนวนที่แน่นอนของศูนย์เหล่านี้ยังไม่ชัดเจน เพราะขาดระบบการขึ้นทะเบียนและการควบคุม

กระทรวงต่างๆ มีความพยายามที่จะควบคุมศูนย์บริบาลระยะยาวโดยบุคลากรสุขภาพแม้ว่าจะยังไม่ครอบคลุมและเป็นระบบมากนัก ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2553 กระทรวงสาธารณสุขให้ข้อมูลถึงความเสี่ยงที่มีอยู่ในศูนย์บริบาลระยะยาว และได้มีการจัดระบบการควบคุมภายใต้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 อย่างไรก็ตามการกำกับควบคุมอยู่ภายใต้อำนาจขององค์กรปกครองท้องถิ่นซึ่งยังไม่ได้มีการดำเนินการมากนัก ใน พ.ศ. 2552 กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้วางระเบียบการจ่ายเงินสำหรับผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยพิการให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะและสามารถอยู่ได้ด้วยตัวเองที่บ้าน ผู้ช่วยเหลือเหล่านี้จะได้รับค่าจ้างเป็นเงิน 50 บาทต่อการดูแลหนึ่งชั่วโมงวันละไม่เกิน 6 ชั่วโมง โครงการนี้ได้เริ่มเมื่อ พ.ศ. 2552 ในทุกจังหวัดโดยมีผู้ช่วยเหลือที่ได้รับการฝึกฝนมาแล้ว 5 คนต่อจังหวัดและในกรุงเทพมหานครมี 25 คน

2. การดูแลในสถานบริการ (Institutional care)

การดูแลในสถานบริบาล (residential care)

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นผู้ดำเนินการ

- สถานบริบาลสำหรับผู้พิการ 10 แห่งทั่วประเทศ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการร่วมมือกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในการพัฒนาระบบบริการและฟื้นฟูแก่ผู้พิการ ดังนี้ บริการเวชศาสตร์ฟื้นฟู การศึกษา บริการทางสังคม และการฝึกอาชีพ โดยมีบริการเหล่านี้ในสถานบริบาลทั้ง 10 แห่งสำหรับผู้พิการ
- สถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุ 25 แห่ง อย่างไรก็ตามมีเพียงแค่ 12 แห่งเท่านั้นที่อยู่ภายใต้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดย

อีก 13 แห่งได้รับการถ่ายไปอยู่ในความดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

การดูแลในสถานบริบาลรูปแบบอื่น (institutional care in other forms) การดูแลระยะยาว (Institutional Long Term Care) มีการจัดบริการทั้งในโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน และสถานบริบาลเอกชน โรงพยาบาลเอกชน จัดบริการที่หลากหลาย ทั้งการให้บริการโดยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาขาอื่นๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ถูกรับตัวไว้ดูแลในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล การดูแลระยะยาวในสถานบริบาล (nursing home) เป็นบริการตลอด 24 ชั่วโมงสำหรับผู้สูงอายุ โดยได้รับการช่วยเหลือทั้งการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านสังคม จิตใจ และทางการแพทย์ รวมไปถึงบริการอาหารและที่อยู่ การสำรวจจำนวนสถานบริบาลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ใน พ.ศ. 2552 (sasat et al., 2009) พบว่ามีสถานบริบาลอยู่ 138 โดย 68 แห่งอยู่ในกรุงเทพมหานคร (49%) 42 แห่งอยู่ในภาคกลาง (30%) 13 แห่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (9%) 10 แห่งในภาคเหนือ (7%) และอีก 5 แห่งในภาคใต้ (4%) รูปแบบสถานบริบาลระยะยาวที่พบมากที่สุดคือ nursing home สำหรับผู้สูงอายุ (43%) ตามมาด้วยที่พักสำหรับผู้สูงอายุที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือและที่เตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย nursing home ที่ใหญ่ที่สุดเป็นของเอกชนและเอกชนไม่แสวงหากำไรที่องค์กรศาสนาเป็นผู้ก่อตั้ง โดยอยู่ภายใต้กำกับเช่นเดียวกับโรงพยาบาลเอกชนสำหรับผู้ป่วยเฉียบพลัน โดยมีโรงพยาบาลที่รักษาโรคเฉียบพลันหลายแห่งร่วมให้บริการการดูแลระยะยาวด้วย ฐานข้อมูลของ nursing home ยังไม่มีแน่ชัด รวมถึงการรับรองมาตรฐานของบริการก็ยังคงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ คัญต่อไป (kespichayawattana & Jitapunkul, 2009)

สถานบริบาลภาครัฐแห่งแรกคือ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ซึ่งถูกก่อตั้งขึ้นใน พ.ศ. 2552 เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลอย่างเต็มรูปแบบทั้งบริการเวชศาสตร์ฟื้นฟูและช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัวและยังมีการฝึกผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังต่างๆ โดยทีมบุคลากรเฉพาะทาง ผู้รับบริการมักเป็นผู้สูงอายุทั้งภาวะพึ่งพิง หรือ ที่มีภาวะโรคเรื้อรังที่อาการคงที่แล้ว เช่น ผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองที่ปราศจากการติดเชื้อที่ต้องการบริการฟื้นฟูสุขภาพ ค่าบริการขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและรูปแบบของห้องพัก โดยสามารถรองรับผู้ป่วยในและนอกได้ 20 เตียง

5.8.3. ความท้าทายในการพัฒนาระบบ

การดูแลที่บ้านและในชุมชนยังไม่มีข้อมูลที่สามารถใช้ในการกำกับและติดตามอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของบริการ ข้อมูลเป็นข้อมูลที่ดำเนินการภายในของหน่วยงานของสถานบริบาลต่างๆ โดยอาสาสมัคร และบุคลากร การให้บริการทางสังคมก็มีรายงานที่แยกกันออกไปโดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จึงมีความท้าทายในการบูรณาการข้อมูลระหว่างบริการสุขภาพและบริการทางสังคม

จำนวนสถานบริบาลทั้งภาครัฐและเอกชนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานบริบาลเหล่านี้กว่าร้อยละ 50 ต้องการบริการทางการแพทย์ที่ดีขึ้นซึ่งปัจจุบันยังคงมีให้อย่างจำกัด

5.9. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care)

5.9.1. การจัดองค์กรของระบบบริการ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับความสนใจอย่างมากในประเทศไทย เนื่องจากมีความต้องการเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แม้ว่าความต้องการกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ลดลงเนื่องจากมีการให้การต้านไวรัสแบบถาวร หน้กากับผู้ป่วยทุกราย

การประเมินด้วยการแบ่งกลุ่มโดย International Observatory on End of Life Care พ.ศ. 2551 ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทยถูกจัดเข้าป้อยู่ในกลุ่มที่ 3: มีการให้บริการบรรเทาความทุกข์ทรมานในสถานบริบาลแบบประคับประคอง (hospice-palliative care provision) แต่ยังมีเครื่องมือที่ชัดเจนในการให้บริการในสถานพยาบาลทั่วไป (กลุ่มที่ 4) (Wright et al., 2010)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย ถูกพัฒนาเพื่อตอบสนองต่อผู้ป่วย HIV/AIDS และ ผู้ป่วยมะเร็ง โดยองค์กรที่เกี่ยวกับความเชื่อในระดับชุมชน องค์กรด้านศาสนา (the Camillian Social Centre, St Clare's Hospice and Mercy Centre) วัดพระบาทน้ำพุที่ให้การดูแลผู้ป่วย HIV/AIDS ก่อนเสียชีวิต ซึ่งมักจะถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลหรือไม่ได้รับการดูแลจากญาติ

โรงพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองมีทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงเรียนแพทย์ ที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งให้บริการลดความทุกข์ทรมาน เป็นการบูรณาการการให้บริการระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนแบบผสมผสานโดยทีมสหวิชาชีพทั้งในระดับโรงพยาบาลและชุมชน ส่วนสถาบันมะเร็งแห่งชาติและโรงพยาบาลมะเร็งในภูมิภาคภายใต้กระทรวงสาธารณสุข เริ่มให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านใน พ.ศ. 2539 ซึ่งมุ่งเน้นให้บริการลดความเจ็บปวดและการให้บริการช่วยเหลือต่างๆ (Wright et al., 2010)

5.9.2. การเข้าถึงบริการระยะสุดท้าย

การให้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น หรือกลุ่ม Opioid เพื่อบำบัดอาการเจ็บปวดเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก ซึ่งมีปัจจัยสองประการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยานี้ในช่วงทศวรรษที่ 90 คือการควบคุมอย่างแน่นหนาของรัฐต่อการใช้ยาเสพติดและการขาดความรู้ในการใช้ยาเพื่อลดความเจ็บปวดทรมานของผู้ให้บริการทางการแพทย์ โดยรัฐบาลควบคุมการใช้อย่างมากเพราะมีมุมมองที่ไม่ดีต่อการใช้ยาเสพติดในโรงพยาบาล เพราะกลัวเรื่องการเสพติดยา (Wright et al., 2010) ความกลัวการใช้ยากลุ่ม opioid ทำให้การใช้ยากลุ่มนี้ในการลดความเจ็บปวดน้อยกว่าที่ควรจะเป็นในเวชปฏิบัติทั่วไป

มีการใช้ยามอร์ฟิน ในประเทศไทยน้อยมาก น้อยกว่า 0.1 มิลลิกรัมต่อคนต่อปี ในช่วงทศวรรษที่ 80 การใช้เพิ่มขึ้นเป็น 0.3 มิลลิกรัมใน พ.ศ. 2543 และ เป็น 1 กรัมใน พ.ศ. 2555 (Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin, 2014b) อย่างไรก็ตาม การใช้ยานี้ก็ยังน้อยกว่าค่าเฉลี่ยการใช้

มอร์ฟินทั่วโลกที่ 6.8 มิลลิกรัมต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2555 (Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin, 2014b)

นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ยาในกลุ่ม opioid ยังเป็นไปอย่างจำกัดในการลดความเจ็บปวดทรมานในระดับชุมชน ถ้าต้องการยา opioid ผู้ป่วยต้องเดินทางไปขอรับยาที่โรงพยาบาลซึ่งมีแต่แพทย์เท่านั้นที่สั่งใช้ได้ (เทียบกับการรับยาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วย HIV/AIDS ที่สามารถได้รับยาในสถานบริการในระดับต่างๆได้)

ยุทธศาสตร์ที่จะทำให้การใช้ยา opioid ได้รับการสั่งใช้มากขึ้นนั้นต้องทำให้มีการเรียนการสอนในหลักสูตรแพทย์และพยาบาลที่จะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการสั่งใช้ยา opioid ในการระงับความเจ็บปวดทรมาน โรงพยาบาลมะเร็งได้พัฒนาแนวทางในการจัดการความเจ็บปวด (Pain management) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งซึ่งในที่สุดแล้วจะได้รับการนำไปใช้ทั่วประเทศ

การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) และ จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแรงผลักดันให้โรงพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยภายใต้ประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความสำคัญกับการประหยัดต้นทุน และยังส่งเสริมให้โรงพยาบาลลดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบผู้ป่วยในลง ทำให้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนแทน ใน พ.ศ. 2555 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผู้ดูแลระบบประกันสุขภาพแห่งชาติรับรู้ถึงอุปสรรคในการรับบริการและได้พัฒนาแนวทางการจ่ายเงินแก่การให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ประเด็นสำคัญสองประการถูกยกขึ้นมาในแนวทางที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยอย่างผสมผสานเป็นองค์รวม และแนวทางการให้ยากกลุ่ม opioid หรือมอร์ฟินแก่ผู้ป่วยที่บ้าน การจ่ายเงินเป็นไปเพื่อพัฒนาระบบบริการที่เป็นระบบเครือข่ายระดับเขต หรือ จังหวัด ซึ่งเน้นเรื่องการพัฒนาศักยภาพกำลังคน การจัดระบบการเรียนรู้ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (NHSO, 2012b) การกระจายทรัพยากรของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้เป็นระบบปกติและช่วยทำให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ

ประคับประคองซึ่งกำลังเริ่มก่อตัวขึ้น ซึ่งได้รับการจัดว่าระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทยกำลังเคลื่อนตัวจากกลุ่มที่ 3 ไปยังกลุ่มที่ 4 (Wright et al., 2010)

การให้การศึกษาและการฝึกปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเกิดขึ้นในทั้งโรงเรียนแพทย์และโรงเรียนพยาบาล การปรับให้เกิตทัศนคติที่ถูกต้องในหมู่บุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบนี้ ซึ่งหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาได้เน้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจะช่วยพัฒนาให้นักศึกษาได้สัมผัสและเข้าใจความหมายของชีวิต

การแพทย์ทางเลือกถูกสอนในโรงเรียนแพทย์และพยาบาลด้วย เพราะถือเป็นทางเลือกแก่ผู้ป่วย หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้รวมการฝึกปฏิบัติเรื่องธรรมชาติของการเยียวยา และการสิ้นใจอย่างสงบ (Wright et al., 2010)

ประเด็นสำคัญอีกประเด็นหนึ่งเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คือ สิทธิในการเลือกที่จะไม่ให้มีการช่วยฟื้นชีพ ซึ่งได้มีบัญญัติไว้ในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จนกระทั่ง พ.ศ. 2553 แนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการเลือกที่จะปฏิเสธการช่วยฟื้นชีพของผู้ป่วยได้ถูกบัญญัติในกฎกระทรวง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถแสดงเจตนาไม่ให้มีการช่วยฟื้นชีพในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะโดยการบันทึกรายละเอียดด้วยตนเองหรือให้ผู้อื่นช่วยบันทึกในแบบแสดงเจตจำนง สิทธิในการที่จะเสียชีวิตเป็นหัวข้อที่ร้อนแรงในการโต้แย้งกันในหมู่ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประเด็นการตัดสินใจที่ขอให้หยุดการรักษา ต้องมีการศึกษาวิจัยที่รอบด้านเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องสิทธิการตาย ที่จำเป็นต้องหามุมมองจากบุคลากรหลากหลายวิชาชีพที่จะช่วยพัฒนาแนวทางการดำเนินการในเรื่องนี้

โดยสรุประบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทยกำลังมีการพัฒนาให้ก้าวหน้าต่อไป และการหาแนวทางประสานการดูแลในโรงพยาบาลไปพร้อมกับการดูแลในชุมชน ภายใต้บริบทนี้กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีโอกาสเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้มากขึ้น ซึ่งบริการสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน

ประเทศไทยกำลังเคลื่อนตัวไปสู่บริการในกลุ่มที่ 4 ซึ่งการดูแลแบบ
ประคับประคองนี้จะต้องเป็นการบริการปกติที่แทรกอยู่ในทั้งระบบการศึกษา การ
ให้บริการสุขภาพ และมีระบบการเงินรองรับ การควบคุมอาการเจ็บปวดทรมาน
และการให้บริการช่วยเหลือต่างๆในบริการสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เข้าถึงได้
ในระดับชุมชน ส่วนสำคัญที่ยังไม่ได้รับการพัฒนาคือการศึกษาวิจัย การจัดการ
ความรู้ และ ระบบข้อมูลข่าวสารที่จะสามารถช่วยให้ระบบมีประสิทธิภาพ

5.10. บริการสุขภาพจิต (Mental health care)

5.10.1. การจัดองค์กรในการให้บริการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตเป็นองค์กรระดับชาติที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพจิต ซึ่งมีหน้าที่ให้
คำปรึกษาแก่รัฐบาลเรื่องเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพจิต กฎหมาย มาตรฐานการ
รักษา การพัฒนา และการถ่ายทอดความรู้ วิทยาการในการดูแลสุขภาพจิต ไปให้
ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด

บริการสุขภาพจิตถูกจัดขึ้นตามพื้นที่เป้าหมาย มีบริการสุขภาพจิตแบบผู้ป่วยนอก
ในสถานพยาบาล 122 แห่งทั่วประเทศไทย โดย 25 แห่งอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์
70 แห่งอยู่ในโรงพยาบาลจังหวัด 10 แห่งในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และ 17
แห่งในโรงพยาบาลจิตเวช บริการร้อยละ 11 เป็นบริการสำหรับเด็กและวัยรุ่น ใน
พ.ศ. 2547 จำนวนผู้ป่วยนอกอยู่ที่ 1432.5 ครั้งต่อแสนประชากร

มีหอผู้ป่วยจิตเวชสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเป็นการเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์จำนวน
25 แห่ง ซึ่งมีสัดส่วนเตียงที่ 0.4 เตียงต่อแสนประชากร แต่ไม่พบว่ามีเตียง
โดยเฉพาะสำหรับเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลเหล่านี้ ร้อยละ 33 ของผู้ป่วยจิต
เวชแบบผู้ป่วยในเป็นผู้หญิง และร้อยละ 3 เป็นเด็กและวัยรุ่น (น้อยกว่า 19 ปี)
และประมาณว่าระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่ที่ประมาณ 5 วัน ข้อมูล
เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคยังไม่มี ส่วนเรื่องการรักษานั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการ
รักษาด้วยบริการจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งในรอบปีที่ผ่านมา (WHO-AIMS, 2007)

ไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยที่กลับจากการรักษาใน
โรงพยาบาล มีวัดบางแห่งมีส่วนเกี่ยวข้องในการนำร่องในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่

กลับจากการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการติดตามโดยพยาบาลแต่คุณภาพของบริการยังต้องมีการประเมินต่อไป

5.10.2 โรงพยาบาลจิตเวช

มีโรงพยาบาลจิตเวช 17 แห่งในประเทศไทยซึ่งมีเตียง 13.8 เตียงต่อแสนประชากร ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่งให้บริการแบบผู้ป่วยนอกด้วย ประมาณร้อยละ 9 ของเตียงถูกจัดไว้สำหรับเด็กและวัยรุ่น ในช่วงห้าปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551–2555) จำนวนเตียงในโรงพยาบาลจิตเวชลดลงร้อยละ 7 ซึ่งเตียงร้อยละ 34 ใช้ไปสำหรับให้การรักษาผู้หญิงและเพียงร้อยละ 5 ใช้สำหรับรักษาเด็กและวัยรุ่น การวินิจฉัยโรคที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเรียงตามลำดับดังนี้ schizophrenia, schizotypal and delusional disorders และการวินิจฉัยอื่น เช่น สติปัญญาอ่อน และชัก ประมาณร้อยละ 3 ของผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่า 10 ปีในขณะที่ร้อยละ 66 ใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลน้อยกว่า 1 ปี ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการครองเตียงและระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล และ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการบริการทางจิตเวชตั้งแต่หนึ่งอย่างในรอบปีที่ผ่านมา

จำนวนการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจิตเวชเพิ่มขึ้นในขณะที่จำนวนผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลค่อยๆลดลง (ตารางที่ 5.7) โรคจิตและโรคอารมณ์แปรปรวนเป็นการวินิจฉัยที่พบบ่อยสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 31.4 และ 26.4 ตามลำดับใน พ.ศ. 2549 ตามด้วยภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 9) ชัก (ร้อยละ 8.2) และการติดยาเสพติด (ร้อยละ 6.5)

Table 5.7 Number of psychiatric patients, 2004–2011

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Inpatients (admission cases)	99 426	93 929	90 862	87 664	87 776	89 250	91 340	83 388
Total outpatient visits	878 400	936 720	942 240	942 480	942 720	1 022 504	1 055 548	1 091 646
New outpatient cases	99 872	108 650	100 575	122 821	102 830	80 227	70 717	88 432

Source: Department of Mental Health.

5.10.3 บริการจิตเวชในสถานพยาบาลปฐมภูมิ

ในประเทศไทยมีทั้งระบบบริการระดับปฐมภูมิที่ให้บริการโดยแพทย์และบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ แนวทางการประเมินผู้ป่วยและรักษาผู้ป่วยได้รับการพัฒนาขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่มีการใช้ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่ให้บริการโดยแพทย์ การส่งต่อผู้ป่วย จิตเวชไปรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่มาจากสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ ทั้งนี้ ยังมีความเชื่อในกลุ่มผู้ป่วยว่าการติดต่อกับผู้ให้บริการจิตเวชถือเป็นตราบาป ในทางกลับกันพบว่าสถานพยาบาลที่ให้บริการโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์นั้น มีการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเฉลี่ยเพียงเดือนละหนึ่งรายเท่านั้น

5.10.4. การเข้าถึงบริการจิตเวช

ผู้ป่วยที่ต้องถูกจับตัวเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอยู่ที่ร้อยละ 2 ถึง 5 ของผู้ป่วยในทั้งหมดของโรงพยาบาลจิตเวช แต่ไม่มีรายงานเรื่องการไม่เต็มใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามพบว่าสัดส่วนน่าจะสูงเพราะว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกบังคับให้เข้ารับรักษาโดยตำรวจหรือคนในครอบครัว สัดส่วนเพียงต่อหัวประชากรของโรงพยาบาลจิตเวชในกรุงเทพมหานครสูงกว่าภูมิภาคอื่นของประเทศถึง 5.6 เท่าตัว ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชนบท

บริการเสริมสำหรับการรักษาจิตเวชนั้นพบว่ากรมสุขภาพจิตได้สร้างระบบโทรศัพท์สายด่วนเพื่อให้คำปรึกษา และมีคลินิกลดความเครียดขึ้น กลยุทธ์เพื่อป้องกันโรคเช่นนี้ถูกขยายไปทั่วประเทศในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และ สถานพยาบาลเอกชน ใน พ.ศ. 2548 มีหน่วยให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มากถึง 247 แห่ง และมีคลินิกลดความเครียด 353 แห่ง และคลินิกให้คำปรึกษา 487 แห่ง (ตารางที่ 5.8)

Table 5.8 Facilities of prevention, mental health service, 2005

Provider	Telephone consultation	Stress clinic	Consultation clinic
Provincial health office	6	8	7
Regional/provincial hospital	60	68	72
Community hospital	125	257	377
MHD hospital	17	17	17
Bangkok Metropolitan Administration hospital	2	1	12
Private	0	2	2
Total	210	353	487

Source: Department of Mental Health.

5.10.5. กำลังคนด้านสุขภาพจิต

ปกติแล้วจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ใช้เวลาร้อยละ 25 ไปกับผู้ป่วยในและร้อยละ 75 ไปกับบริการผู้ป่วยนอก บริการกิจกรรมบำบัดใช้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยในและให้บริการจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล กำลังคนด้านสุขภาพจิตที่ทำงานในสถานบริการสุขภาพจิตอยู่ที่ 7.29 ต่อแสนประชากร เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48) ทำงานอยู่ในสถานพยาบาลภาครัฐ ในด้านสัดส่วนผู้ให้บริการต่อเตียงพบว่า จิตแพทย์มีสัดส่วนเพียง 0.01 พยาบาลมีสัดส่วน 0.15 นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัดรวมกันมีสัดส่วน 0.02 และ บุคลากรอื่นๆ มีสัดส่วน 0.05 ในโรงพยาบาลจิตเวช กำลังคนด้านสุขภาพจิตนี้มักจะกระจุกตัวในเมืองใหญ่ซึ่งประชาชนในชนบทเข้าถึงบริการได้ยาก

กรมสุขภาพจิตมุ่งมั่นที่จะเพิ่มจำนวนพยาบาลจิตเวชโดยการฝึกพยาบาลจิตเวชปีละ 50 รายในสามสถาบันใหญ่ คือ สถาบันสุขภาพจิตสมเด็จพระยา
โรงพยาบาล ศรีธัญญา และโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อตอบสนองต่อจำนวนจิตแพทย์ที่มีจำนวนน้อย แพทย์สภาได้ประกาศให้แพทย์เข้ารับการฝึกอบรมระดับหลังปริญญาในสาขาจิตเวชได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้ทุน 3 ปี ในพื้นที่ชนบทซึ่งนโยบายนี้คาดว่าจะทำให้มีจิตแพทย์เพิ่มขึ้นอีก 200 คนภายใน พ.ศ. 2550 ซึ่งทำให้จำนวนจิตแพทย์เพิ่มจาก 351 รายใน พ.ศ. 2542 เป็น 679 ราย (176 คนเป็นจิตเวชเด็กและวัยรุ่น) ใน พ.ศ. 2557

5.10.6. การเงินการคลังสำหรับบริการจิตเวช

โดยประมาณ ร้อยละ 3.5 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐ ใน พ.ศ. 2547 หรือ คิดเป็นเงิน 1700 ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการจิตเวช และงบประมาณที่ใช้กับบริการสุขภาพจิตร้อยละ 57 เป็นงบสำหรับโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งงบประมาณหลักใช้ไปกับกำลังคนและการให้บริการ

กฎหมายที่ให้มีการลดหย่อนภาษีกับผู้ประกอบการที่จ้างผู้พิการทำงานไม่ได้มีการบังคับใช้อย่างเต็มที่ และไม่มีกฎหมายหรือการจำกัดสิทธิประโยชน์ทางการเงินใดๆ ที่ป้องกันการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชที่พักอาศัยในบ้าน

5.10.7. ความท้าทาย

นโยบายสุขภาพจิตและแผนปฏิบัติการที่มีอยู่นั้นได้รับการปรับปรุงล่าสุด พ.ศ. 2548 นโยบายระดับชาติไม่ได้รวมแผนพัฒนาบริการและการปกป้องสิทธิของผู้ป่วยไว้ด้วย สถานพยาบาลสุขภาพจิตต่างๆ ไม่ได้มีบริการในช่วงกลางวันหรือบริการดูแลผู้ป่วยในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช งบประมาณส่วนใหญ่ถูกส่งไปที่โรงพยาบาลจิตเวช และอัตราส่วนกำลังคนต่อเตียงผู้ป่วยนั้นต่ำมากในบุคลากรจิตเวชทุกแขนง การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังไม่เท่าเทียมกันในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทย ผู้ป่วยในเขตเมืองสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายกว่า ในเรื่องบริการสำหรับเด็กและวัยรุ่นและบริการจิตสังคมได้รับการจัดตั้งขึ้นในโรงเรียน โรงเรียนประถมและมัธยมจำนวนมากมีหน่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันความผิดปกติทางจิต และการมีหน่วยจิตสังคมในโรงเรียนถือเป็นเกณฑ์มาตรฐานหนึ่งของกระทรวงศึกษาธิการ อย่างไรก็ตาม การช่วยเหลือทางจิตสังคมในโรงเรียนส่วนใหญ่ให้บริการโดยคุณครู และมีเพียงบางโรงเรียนเท่านั้นที่มีบุคลากรทางการแพทย์ทั้งบางเวลาและเต็มเวลามาให้บริการ

5.11. บริการทันตกรรม

5.11.1. การจัดองค์กรที่ให้บริการทันตกรรม

บริการทันตกรรมเป็นบริการที่มีอยู่ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับจากสถานีนอนาถา โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ และโรงเรียน

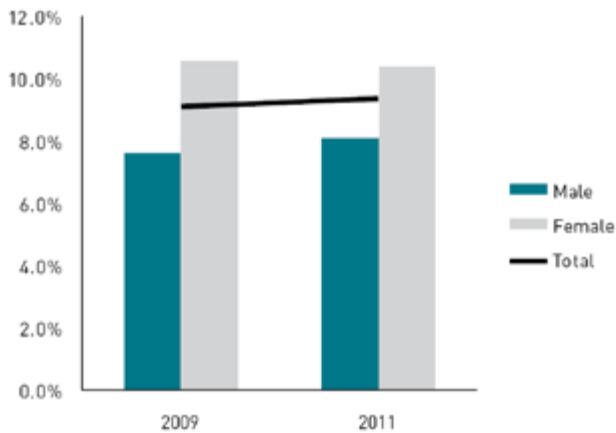
แพทย์ ในระดับโรงพยาบาลมีทันตแพทย์และทันตภิบาลให้บริการทันตกรรมทั้งการรักษาและการป้องกันโรค ส่วนในสถานีนอนามัยนั้นบริการทันตกรรมปฐมภูมิให้บริการโดยทันตภิบาล ในขณะที่ครึ่งหนึ่งของทันตแพทย์ให้บริการในคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้น ภาคเอกชนมีส่วนสำคัญในการให้บริการทันตกรรมโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครและเขตเมืองต่างๆ

ทันตแพทยสภาเป็นองค์กรที่ควบคุมคุณภาพของทันตแพทย์ผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพหลักสูตรผลิตทันตแพทย์และการออกไปประกอบวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีกระบวนการต่อทะเบียนวิชาชีพ (re-licensing)

5.11.2. การเข้าถึงบริการทันตกรรม

ประมาณร้อยละ 9 ของประชากรไทยได้รับบริการทันตกรรม โดยผู้หญิงได้รับบริการมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 10.4 เทียบกับร้อยละ 8.1 ใน พ.ศ. 2554) อย่างไรก็ตามการให้บริการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

Figure 5.16 Percentage accessibility to dental care services, 2009 and 2011

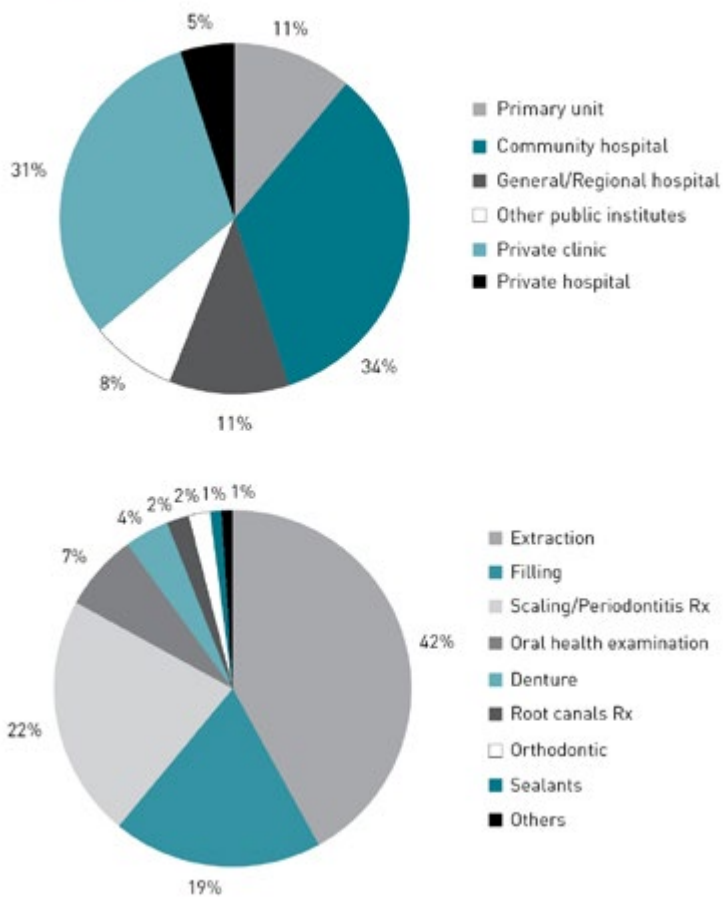


Source: National Statistical Office, 2009 and 2011.

คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ให้บริการทันตกรรมรายใหญ่ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 31 และ ร้อยละ 34 ของบริการทันตกรรมทั้งหมดใน พ.ศ. 2550 ตามลำดับ (รูป 5.17) ในขณะที่การให้บริการในสถานีนอนามัยคิดเป็นเพียงร้อยละ

11 การถอนฟัน การรักษาเหงือกอักเสบ และการอุดฟันเป็นบริการทั่วไปที่ให้บริการในหน่วยทันตกรรมใน พ.ศ. 2550

Figure 5.17 Percentage of dental care institutes and service types, 2007



Source: National Statistical Office (2007)

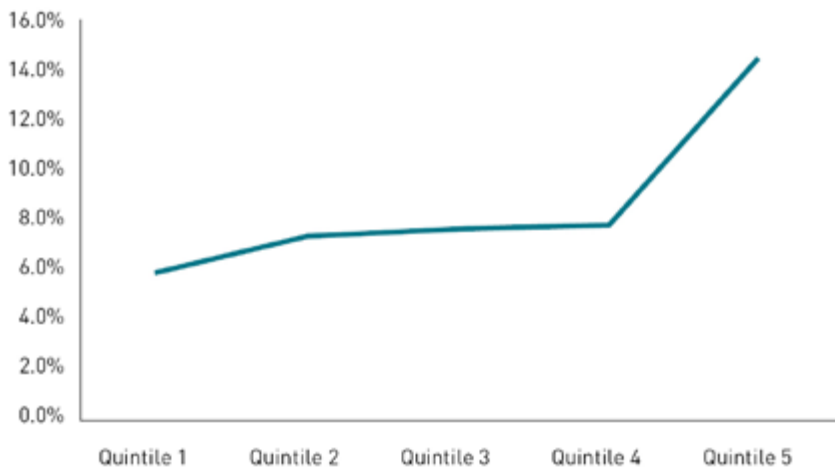
Table 5.9 Population/dentist ratios by region, 2003–2009

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Bangkok	1458	1422	1305	1266	1230	1195	1168
Central	11 259	11 235	10 494	9967	9268	9116	8909
Northern	13 137	12 752	11 830	11 571	10 820	10 276	9903
Southern	13 443	12 160	11 877	11 118	10 657	10 345	10 101
Northeastern	21 739	21 967	21 120	20 527	18 540	18 597	17 641

Source: Wilbulpolprasert et al. (2011b).

ความไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการทันตกรรมระหว่างประกันสุขภาพระบบต่างๆและกลุ่มรายได้ต่างๆ กลุ่มรายได้สูงที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองที่มีสถานบริการทันตกรรมและบุคลากรหนาแน่นมีโอกาสเข้าถึงบริการมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย (รูปที่ 5.18) กระทรวงสาธารณสุขหยิบยกประเด็นนี้มาเป็นนโยบายที่จะเพิ่มบุคลากรด้านทันตกรรมโดยเฉพาะทันตภิบาลที่ทำงานในสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.)

Figure 5.18 Accessibility to dental care by income quintile, 2007



Source: National Statistical Office (2007)

5.11.3. การเงินการคลังสำหรับบริการทันตกรรม

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยเป็นองค์กรสำคัญที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการช่วยให้เกิดโครงการป้องกันโรคทางช่องปากและติดตามการประเมินผล เงินในการให้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลถูกรวมมากับเงินเหมาจ่ายรายหัวภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตั้งกองทุนทันตกรรมขึ้นเพื่อสนับสนุนการให้บริการทันตกรรมอย่างรอบด้านโดยมุ่งที่จะให้มีการเข้าถึงบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น และการดำเนินการป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มเด็กในโรงเรียน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และการทำฟันปลอมในกลุ่มผู้สูงอายุ และการเพิ่มพฤติกรรมเพื่อสุขภาพช่องปากในประชากร ใน พ.ศ. 2555 งบประมาณด้านสุขภาพช่องปากอยู่ที่ 1080 ล้านบาท โดยแบ่งระหว่างบริการรักษา 1005

ล้านบาท และ บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเพียง 75 ล้านบาท บริการ ทันตกรรมภายใต้ประกันสังคมไม่เหมือนระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพราะใช้ระบบจ่ายเงินล่วงหน้าแล้วเบิกคืนภายหลัง ความแตกต่างกันทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของทั้งระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบในประเทศไทย (ตารางที่ 5.10)

Table 5.10 Percentage of accessibility by health insurance scheme, 2007

	Percentage	Visits/year
CSMBS	15.2	0.24
SHI	10.0	0.14
UCS	7.6	0.11

Source: NSO 2007. National Health and Welfare Survey. Nonthaburi, Ministry of Information and Communication Technology

5.11.4. ความท้าทาย

ความไม่เป็นธรรมในการกระจายตัวของผู้ให้บริการและการเข้าถึงบริการทันตกรรมยังเป็นเรื่องที่ท้าทาย นอกจากการผลิตทันตแพทย์ในระดับมหาวิทยาลัย สถาบัน บรมราชชนกเพื่อการผลิตบุคลากรเพิ่ม (กระทรวงสาธารณสุข) ก็เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการผลิตบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขโดยเฉพาะทันตภิบาล ในช่วงทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัยมีความต้องการทันตภิบาลจำนวนกว่า 9800 คน ที่จะไปทำงานในสถานีนอนามัยแต่ละแห่ง กระทรวงสาธารณสุขได้มีโครงการผลิตทันตภิบาลกว่า 3200 คนระหว่าง พ.ศ. 2555–2556 ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนปีละ 30 ล้านบาท โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเพื่อเป็นการบรรเทาความขาดแคลนบุคลากรจึงมีโครงการที่จะให้ทุนการศึกษาแก่นักเรียนปีละ 35 900 บาท ซึ่งการศึกษาชั้นหนึ่งแสดงให้เห็นว่างบประมาณในการให้บริการทันตสุขภาพ ไม่เพียงพอและไม่มีแนวทางในการช่วยเหลือระบบบริการปฐมภูมิที่มีความต้องการด้านทันตสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่วนการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพช่องปากก็ไม่ต่างไปจากที่เคยมีก่อนมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.12. การแพทย์ทางเลือก (Complementary and alternative medicine)

5.12.1. ภาพรวม

คนไทยรับว่าการแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพและการมีสุขภาพ ภาวะ แพทย์แผนไทยได้รับการพัฒนามาพร้อมกับวัฒนธรรมไทยจากรุ่นสู่รุ่น แต่ถูกแทนที่ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยจึงถูกใช้เป็นทางเลือก ร่วมในการรักษาสำหรับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนในปัจจุบัน

การแพทย์แผนไทยได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลทั้งด้านกฎหมาย งบประมาณ สถานที่และอุปกรณ์ และมีบทบาทในการเป็นส่วนหนึ่งของเศรษฐกิจของประเทศ ตามนิยามของกระทรวงสาธารณสุขการแพทย์แผนไทยถูกจัดแยกออกมาจากการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ กฎระเบียบต่างๆ ก็ต่างกัน ผู้ที่จะให้บริการแพทย์แผนไทยต้องมีใบประกอบโรคศิลป์แต่แพทย์ทางเลือกอื่นๆ มีเพียงแค่กฎระเบียบของสถานบริการแต่ละแห่ง และเกณฑ์เรื่องความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ เท่านั้น ข้อมูลการใช้บริการแพทย์ทางเลือกในระดับประเทศมีน้อยมากในขณะที่ กลับมีข้อมูลของการใช้บริการแพทย์แผนไทย

ต้นกำเนิดของการแพทย์แผนไทยมาจากอายุรเวทของอินเดียที่พัฒนาในพุทธศาสนา สถาน เริ่มมีการบันทึกข้อมูลในคัมภีร์ในราวห้าร้อยปีมาแล้ว หลักการสำคัญคือ การดูแลแบบองค์รวมโดยเน้นไปที่การคงสมดุลระหว่างกายและจิต โรคภัยไข้เจ็บถูกมองว่าเกิดจากความไม่สมดุลของสองส่วนนี้ (Soponsiri, 2010) การแพทย์แผนไทยประกอบด้วยทั้งการรักษาหลากหลาย เช่น การนวดเพื่อสุขภาพและรักษาโรค การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร ยาสมุนไพรที่เข้าได้กับพื้นฐานของผู้ป่วย

5.12.2. นโยบายเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยถูกกล่าวถึงในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 พ.ศ. 2525–2529 (Government of Thailand, 1981) และก็ได้รับการยอมรับและใส่เข้าไปในแผนพัฒนาฉบับต่อๆ มา เนื้อหาของแผนพัฒนาก็เริ่มจากการ

ส่งเสริมการใช้สมุนไพร มาจนกระทั่งการทำให้มีบริการที่น่าเชื่อถือและเข้าถึงได้ในระดับชุมชนและสถานพยาบาลภาครัฐ และเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนจึงมีแผนพัฒนาแพทย์แผนไทยที่ครอบคลุมทั้ง การฝึกอบรม การให้บริการสมุนไพร และการปกป้องและส่งเสริมภูมิปัญญาไทย (Petrakaat, et al. 2010) ใน พ.ศ. 2535 ภายใต้การรวมหน่วยงานต่างๆ จึงมีการจัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกภายใต้กระทรวงสาธารณสุขเพื่อที่จะสร้างความเข้มแข็งและความรู้ด้านแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น (Henousyt, 2010) งบประมาณได้มาจากรัฐบาลโดยตรง เรื่องการพัฒนาระบบและการพัฒนาบุคลากรได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมฯ ได้ร่วมมือกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่มีหน้าที่เรื่องการให้ใบประกอบโรคศิลป์ การให้ใบอนุญาตเปิดสถานพยาบาลเอกชนและการฝึกอบรม ใน พ.ศ. 2542 ในความพยายามที่จะส่งเสริมการแพทย์แผนไทย รัฐบาลได้ผ่านกฎหมายปกป้องภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 และไม่นานมานี้ได้มีการเสนอกฎหมายการประกอบโรคศิลป์แพทย์แผนไทยไปสู่คณะรัฐมนตรี

5.12.3. การจัดองค์กรบริการแพทย์แผนไทย

บริการแพทย์แผนไทยเข้าถึงได้ง่ายในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน สถานพยาบาลภาคเอกชนนั้นมักอยู่ในเมืองซึ่งคนมักจะไปรับบริการทางเลือกเช่น การนวด อบและประคบสมุนไพร ซึ่งบางครั้งก็ให้บริการร่วมกับการแพทย์ทางเลือกอื่น เป็นเพราะการรับรองมาตรฐานการให้บริการไม่ได้เป็นเรื่องที่ถูกบังคับทำให้คุณภาพการให้บริการแตกต่างกัน จากให้บริการในห้องแถวไปจนถึงการจัดบริการในโรงแรมหรู

สถานพยาบาลภาครัฐถูกควบคุมโดยหน่วยงานที่ดูแลทำให้มีการกำหนดแนวทางในการให้บริการโดยกรมพัฒนาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทยเป็นบริการที่มีอยู่ในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลจากกรมฯ แสดงให้เห็นว่าบริการแพทย์แผนไทยมีอยู่ในโรงพยาบาลรัฐกว่าร้อยละ 90 และร้อยละ 55 ในสถานีนอนมัย

การให้บริการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลภาครัฐมุ่งไปที่การใช้ยา โดยการใช้ยาสมุนไพรส่วนมากอยู่ในสถานพยาบาลภาครัฐมากกว่าเอกชน มีโรงพยาบาลที่ให้บริการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะสามแห่งในประเทศไทย และเพิ่มขึ้นเป็น 10 แห่งใน พ.ศ. 2553 โรงพยาบาลทั่วไปให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นทางเลือกเสริมให้บริการแผนปัจจุบัน ผู้ป่วยมักจะถูกส่งตัวมาโดยแพทย์หรือพยาบาลที่คัดกรองผู้ป่วยก่อนส่งมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพราะการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยถือว่าอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ สปสช. จ่ายค่าบริการแพทย์แผนไทยด้วยระบบการจ่ายตามรายการและอัตราที่ตกลงไว้แล้ว (fee schedule) ภายใต้งบประมาณปลายปิด เพื่อที่จะให้บริการแพร่หลาย สปสช.จึงได้เพิ่มงบประมาณให้ถึงสามเท่าระหว่างปี พ.ศ. 2553–2554 ซึ่งรวมถึงการเพิ่มการเบิกคืณค่าบริการและการพัฒนาระบบบริการ ในช่วงเดียวกัน ค่าใช้จ่ายสำหรับการแพทย์แผนไทยผ่านกรมบัญชีกลาง (ผู้ดูแลสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) ก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน (ตารางที่ 5.11) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจ่ายค่าบริการตามที่เรียกเก็บ (fee-for-service) แต่มีเพดานจำกัดจำนวนการเข้ารับบริการนวดแผนไทยต่อผู้ป่วยหนึ่งรายต่อสัปดาห์

Table 5.11 TTM budget used in two public insurance schemes, 2009–2011

Scheme	Budget (million Baht)		
	2009	2010	2011
UCS ^a	47	94	288
CSMBS ^b	260	296	352

Source: ^a Health Insurance Information Service Centre, National Health Security Office (2009, 2010, 2011). Financial; ^b Comptroller General Department, Ministry of Finance.

5.12.4. การเข้าถึงบริการ

รายงานการใช้บริการแพทย์แผนไทยของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (ตารางที่ 5.12) ใน พ.ศ. 2553 แสดงว่าการนวดแผนไทยเป็นบริการที่ได้รับความนิยมมากที่สุด สถานบริการขนาดเล็กตั้งแต่สถานือนามัยและโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยรายใหญ่คิดเป็นร้อยละ 51 และ 44 ตามลำดับ (NHSO,

2010) ซึ่งบริการที่ให้อยู่สุดคือ การนวดเพื่อลดความเจ็บปวด อย่างไรก็ตามการนวดเพื่อฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หรือ ความพิการ มีความจำเป็นซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็เป็นกลุ่มเป้าหมายของสปสข. การให้บริการแพทย์แผนไทยด้วยการเย็บบ้านมีการดำเนินการอย่างจำกัด (Srithanrongsawat, et al., 2011)

Table 5.12 Mode of TTM utilized by UCS beneficiaries, 2009 and 2010

Type of service	No. of visits		Visits per 100 UCS population	
	2009	2010	2009	2010
Massage	614 014	1 049 649	1.3	2.2
Compress	437 024	621 541	0.9	1.3
Sauna	113 353	178 827	0.2	0.4
Total	689 292	1 850 017	1.6	3.9

Source: NHSO (2011a).

ผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยสามารถแบ่งได้เป็น 3 แขนง แพทย์แผนไทยดั้งเดิม แพทย์แผนไทยประยุกต์ และผู้ช่วยแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยสองแขนงแรกต้องมีใบประกอบโรคศิลป์ โดยกฎหมายแล้วการแพทย์แผนไทยดั้งเดิมถูกแบ่งเป็นอีก 4 สาขาย่อย ได้แก่ การรักษาไทย ยาไทย หมอตำแย และนวดแผนไทย และผู้ให้บริการสามารถมีใบประกอบโรคศิลป์มากกว่าหนึ่งสาขา (ตารางที่ 5.13) แสดงให้เห็นจำนวนของสาขาที่แตกต่างกันของการแพทย์แผนไทย และ การแพทย์ทางเลือกอื่นที่มีใบประกอบโรคศิลป์ การเรียนแพทย์แผนไทยแบบดั้งเดิมสามารถสำเร็จได้โดยการเรียนในมหาวิทยาลัย และการสอนโดยตรงจากอาจารย์ในสถาบันที่ได้รับการรับรอง การแพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นศาสตร์แขนงใหม่ที่ได้ผสมความรู้ทางวิทยาศาสตร์เข้าไปกับหลักการดั้งเดิม ทำให้มีความแตกต่างจากแบบดั้งเดิมสองประการด้วยกันคือ ผู้ประกอบโรคศิลป์จะได้รับการศึกษาด้านการแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อการวินิจฉัย และมีสิทธิตามกฎหมายที่จะใช้เครื่องมือบางอย่างเช่น การทำแผลหรือการคลอดลูก อย่างไรก็ตามการให้การรักษายังเป็นแบบดั้งเดิม ใบประกอบโรคศิลป์สำหรับการแพทย์แผนไทยประยุกต์จะให้ผู้ผ่านการเรียนหลักสูตรแพทย์แผนไทยประยุกต์เท่านั้น

Table 5.13 Number of different kinds of TTM and other CAM licences

Type	New in 2010	New in 2011	Total
Conventional TTM	2561	5159	54 197
• Medicine	778	1184	18 963
• Drug	542	2 105	26 056
• Midwifery	1045	493	7273
• Massage	196	1377	1905
Applied TTM	166	396	1222
Chinese TM	214	88	302
Occupational therapy *	67	66	724
Chiropractic *	5	0	19

Note: a Renewal is compulsory every 2 years, numbers shown include renewal licences.

Source: Bureau of Sanatorium and the Art of Healing, Department of Health Service Support, MOPH.

งานผู้ช่วยแพทย์แผนไทยเกี่ยวข้องกับการนวดเพื่อสุขภาพและช่วยเสริมการบริการในคลินิกแพทย์แผนไทย ผู้ที่จะเป็นผู้ช่วยได้จะต้องได้รับการฝึกอบรมไม่น้อยกว่า 330 ชั่วโมงจากโรงเรียนที่ได้รับการขึ้นบัญชีไว้ ซึ่งความต้องการส่วนใหญ่ของบริการนวดเพื่อสุขภาพซึ่งเป็นอีกสาขาของการให้บริการที่เรียกว่า “หมอนวดแผนไทย” การฝึกเป็นหมอนวดแผนไทยนั้นก็แตกต่างกันอย่างมากทั้งเนื้อหาและความยาวของการฝึกจาก 60 ไปถึง 800 ชั่วโมงต่อหลักสูตร บางหลักสูตรมีการสอนภาษาอังกฤษให้กับหมอนวดเพื่อช่วยให้สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพกับลูกค้าต่างชาติ

ความต้องการบริการแพทย์แผนไทยเพิ่มมากขึ้นทั้งในภาครัฐและเอกชน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้จึงมีหลักสูตรทั้งมีปริญญาและหลักสูตรระยะสั้นเกิดขึ้นมากมาย หลักสูตรการศึกษาส่วนใหญ่มีปัญหาเพราะมีความหลากหลายทั้งในความยาวและคุณภาพของแต่ละหลักสูตร (NOREE, 2007) ผู้บริหารสถานศึกษาและกรรมการวิชาชีพแพทย์แผนไทยก็รับทราบปัญหานี้ ใน พ.ศ. 2553 มีโรงเรียนฝึกอบรมส่วนใหญ่ (13 จาก 19 แห่ง) มีหลักสูตรปริญญา 4 ปี และ 2 ปี (Hempisut, 2010) สำหรับผู้ช่วยแพทย์แผนไทยมีโรงเรียนที่ขึ้นทะเบียนไว้แห่งและมีหลักสูตรถึง 463 หลักสูตรที่เกี่ยวกับการนวดเพื่อสุขภาพใน พ.ศ. 2553 (Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, 2011)

5.12.4. ความท้าทาย

รัฐบาลมีนโยบายช่วยส่งเสริมการจัดตั้งแพทย์แผนไทยในชุมชนโดยเฉพาะในที่ห่างไกล มีสถานที่ใหม่ๆ ตั้งขึ้นเพื่อผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยในระดับตำบลพร้อมทั้งมีเงินทุนให้กู้ยืมด้วย ชาวบ้านได้รับทุนโดยองค์กรปกครองท้องถิ่นและสถานบริการสาธารณสุขเพื่อที่จะรับการฝึกให้เป็นผู้ช่วยแพทย์แผนไทย อย่างไรก็ตามความช่วยเหลือนี้ก็ไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนให้ระบบบริการแพทย์แผนไทยให้ดำเนินการได้อย่างยั่งยืน และยังมีความแตกต่างในการให้บริการในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ (Srithangrongsawat, et al. 2011) การยอมรับบริการแพทย์แผนไทยในระบบบริการแผนปัจจุบันยังคงต้องการภาวะผู้นำของผู้ประกอบวิชาชีพแผนไทย และการสนับสนุนจากผู้บริหารสถานพยาบาลและผู้บริหารระดับสูง มีคำถามว่าแพทย์แผนไทยเป็นเพียงแพทย์ทางเลือกหรือทางเสริมเท่านั้น หรือควรจะผนวกเข้าไปกับการแพทย์แผนปัจจุบันตามนโยบายระดับชาติวางไว้ และ จะทำอะไรที่จะทำให้แพทย์แผนไทยได้รับการพัฒนาและได้รับการยอมรับในการแพทย์กระแสหลักและจากสังคมว่าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

6. แนวคิดการปฏิรูปสุขภาพ

สาระสำคัญโดยย่อ

ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบสุขภาพที่สำคัญหลายครั้งในช่วงทศวรรษ ค.ศ. 2000 หรือ พ.ศ. 2543 การปฏิรูปที่ประสบความสำเร็จนั้นส่วนใหญ่เกิดในระดับท้องถิ่น ผู้ให้ทุนต่างประเทศมีบทบาทค่อนข้างน้อยต่อการกำหนดวาระและนโยบายปฏิรูป การปฏิรูปในแต่ละครั้งมีความแตกต่างกัน ทั้งด้านกระบวนการเชิงนโยบายที่ซับซ้อน บริบทที่จำเพาะเจาะจง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่หลากหลายทั้งจากภาครัฐและนอกภาครัฐที่มีส่วนในการกำหนดแนวทางการปฏิรูป

การออกกฎหมายจัดเก็บภาษีสรรพสามิตผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มเติมเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนโดยนักวิชาการ นำโดยปลัดกระทรวงการคลังที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้นำด้านสุขภาพและการควบคุมยาสูบ เมื่อกฎหมายฉบับดังกล่าวถูกประกาศใช้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงถูกจัดตั้งขึ้นโดยได้รับเงินประมาณ 3 พันล้านบาทต่อปี (100 ล้านดอลลาร์สหรัฐ) เพื่อสนับสนุนกิจกรรมและการดำเนินงานสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ ผลการประเมินการดำเนินงานของสสส. อยู่ในเกณฑ์ดี

ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อ พ.ศ. 2545 นานาประเทศชื่นชมและให้การยอมรับความสำเร็จในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะเป็นประโยชน์ต่อคนยากจน ถึงแม้ว่าการผลักดันให้เกิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นเป็นการหาเสียงทางการเมือง แต่กลุ่มนักวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขมีส่วนสำคัญมากต่อการกำหนดนโยบาย ออกแบบระบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ การติดตามและประเมินผล และการปรับเปลี่ยนนโยบายให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ ได้แก่ การสนับสนุนอย่างเต็มที่

ของรัฐบาล และความพร้อมของระบบการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ โดยเฉพาะระดับอำเภอ ทำให้ประชาชนโดยเฉพาะคนจน เข้าถึงบริการสุขภาพ ตามชุดสิทธิประโยชน์ต่างๆ ได้อย่างทั่วถึง และได้รับการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศทำการประเมิน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรกยืนยันผลลัพธ์ที่ดีของนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ก่อตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมที่มีมา อย่างยาวนาน โดยนิตินัยสช. มีบทบาทในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นการ ประจำทุกปี เป็นเวทีที่ส่งเสริมการทำงานระหว่างภาครัฐ เอกชน และ ประชา สังคม รวมทั้งท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะโดยใช้ข้อมูล ทางวิชาการ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านการรับรองแล้ว บางมติถูกนำเข้า การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี อย่างไรก็ตามการนำมติไปดำเนินการยังมีความ แตกต่างกัน บางมติมีการไปดำเนินการและได้รับการตอบรับที่ดี ในขณะที่บางมติ ได้การตอบรับที่ไม่ดีนัก สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพและประสิทธิภาพที่ แตกต่างกันของผู้มีส่วนรับผิดชอบในมิติต่างๆ

ปัจจัยหลักที่มีผลต่อการขับเคลื่อนการปฏิรูปในระดับท้องถิ่น คือ การมี “กลุ่ม นักปฏิรูป” ที่เกาะติดเรื่องนั้นๆ อย่างใกล้ชิด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการของ กระทรวงสาธารณสุข ที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลชุมชนและมี หลักการการทำประโยชน์ให้แก่คนยากจน ในขณะเดียวกัน นักวิชาการกลุ่ม ดังกล่าวยังเป็น “ผู้บริหารเชิงนโยบาย” (policy entrepreneur) ทำงานกับภาค ส่วนต่างๆ เช่น ภาคประชาสังคม เมื่อมีโอกาสที่เหมาะสมนักปฏิรูปกลุ่มนี้ยัง ทำงานร่วมกับนักการเมืองเพื่อกำหนดนโยบายและออกกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มีแหล่งเงินจากภาษี บาป พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ

ประกันสุขภาพสำหรับบุคคลไร้รัฐ มีความก้าวหน้าเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ทั้งๆ ที่คณะรัฐมนตรีมีมติให้ประกันสุขภาพแห่งชาติขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มบุคคลไร้รัฐได้ และมีการจัดสรรงบประมาณรายปีอย่างเหมาะสม การพัฒนานโยบายนี้ได้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เข้ามาช่วยในกระบวนการจัดทำโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ เป็นแกนหลักพร้อมทั้งมีนักวิชาการและมหาวิทยาลัยจำนวนหนึ่งเข้าร่วมในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้วย

6.1. วิเคราะห์การปฏิรูปที่ผ่านมา

การปฏิรูปหลายครั้งเกิดขึ้นในช่วงทศวรรษ ค.ศ. 2000 หรือ พ.ศ. 2543 และมีผลอย่างมากต่อระบบสุขภาพ ประชาชนเข้าถึงการบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างถ้วนหน้า บริการสุขภาพกลายเป็นสิทธิ (entitlement) ของประชาชนไทย และกำลังขยายให้ครอบคลุมกลุ่มบุคคลไร้รัฐด้วย

การจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ใน พ.ศ. 2551 ทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งระยะก่อนถึงโรงพยาบาลและเมื่อถึงโรงพยาบาลแล้วในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

นอกจากนี้ ยังมีการปฏิรูปเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยการจัดตั้ง สสส. ใน พ.ศ. 2544 ที่เน้นการสนับสนุนภาคประชาสังคมดำเนินกิจกรรมรณรงค์การควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันและลดอุบัติเหตุจราจร และการจัดการปัจจัยบั่นทอนสุขภาพต่างๆ แนวคิด ‘ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ’ (health in all policies) และแนวคิดเรื่องปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinant of health) ถูกนำมาใช้ประกอบกระบวนการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยแนวคิดดังกล่าวมีความชัดเจนมากขึ้นเมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้รับการอนุมัติใน พ.ศ. 2550 พร้อมกับการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) บทนี้อธิบายการปฏิรูประบบสุขภาพที่สำคัญ 5 ประการ (กรอบที่ 6.1)

กรอบที่ 6.1 การปฏิรูปสำคัญในช่วงทศวรรษที่ 2543

- 2544 การจัดตั้งกองทุนสร้างเสริมสุขภาพจากภาษีบาป
- 2545 การจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 2550 การประกาศพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและการจัดตั้งสำนักงานที่เป็นเจ้าภาพในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและการเคลื่อนไหวเพื่อเกิดการส่งเสริมสุขภาพในทุกนโยบาย
- 2551 การจัดตั้งหน่วยงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2553 การขยายผลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมกลุ่มบุคคลไร้รัฐ

ที่มา: สังเคราะห์โดยผู้เขียน

6.1.1. กำเนิดกองทุนภาษีบาปเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544

ที่มา

เดิมที กระทรวงสาธารณสุขเป็นเพียงหน่วยงานเดียวที่มีบทบาทในการกำหนดและรับผิดชอบในการนำนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมาปฏิบัติ ส่วนใหญ่เป็นนโยบายการป้องกันทางคลินิกที่ใช้เงินงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข โดยสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการเชื่อมโยงการดำเนินงานด้านการป้องกันนอกเหนือจากการป้องกันทางคลินิก ที่เน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงบ่อนทำลายสุขภาพอย่างยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สิ่งแวดล้อมกับที่พักอาศัยที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และอุบัติเหตุจราจร การดำเนินงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญ กระทรวงสาธารณสุขเพียงกระทรวงเดียวไม่สามารถจัดการกับความท้าทายทางสุขภาพดังกล่าวที่กำลังเพิ่มขึ้นได้

กระบวนการเชิงนโยบาย

ใน พ.ศ. 2544 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ถูกจัดตั้งขึ้นตามกฎหมายเป็นหน่วยงานอิสระของรัฐ มีการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการผู้บริหารที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน สสส. มีบทบาทสนับสนุนผู้ดำเนินงานในและนอกภาครัฐ โดยเฉพาะภาคประชาสังคม ในการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนผ่านการสนับสนุนทุนและโครงการกับการดำเนินงาน

ต่างๆ ที่เป็นไปเพื่อเปลี่ยนค่านิยม วิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อมทางสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

สาระสำคัญของนโยบายและการดำเนินงาน

สสส. ได้รับงบประมาณจาก “ภาษีบาป” ซึ่งมาจากการเก็บภาษีเพิ่มเติม ร้อยละ 2 ของภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สสส. ได้รับเงินเพิ่มขึ้นมากจาก 1.592 พันล้านบาทใน พ.ศ. 2545 เป็น 2.859 พันล้านบาทใน พ.ศ. 2552 (95 ล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ) งานสำคัญของสสส. ประกอบด้วยการรณรงค์ต่างๆ ของภาคประชาสังคมเกี่ยวกับยาสูบ อุบัติเหตุจราจร เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การส่งเสริมวิถีสุขภาพดี การมีวิถีชีวิตกระฉับกระเฉง (active living) โรคอ้วน การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Srithamrongsawat et al., 2010) นอกจากนี้จะทำงานสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ของภาคประชาสังคมแล้ว สสส. ยังให้การสนับสนุนการสร้างความรู้และจัดการองค์ความรู้เช่นกัน

เป้าหมายหลักของการทำงานช่วง 10 ปีแรกของ สสส. คือการปลูกฝังวัฒนธรรมการสร้างเสริมสุขภาพในสังคมไทย สสส. มีขอบเขตการทำงานที่ครอบคลุมพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ กลุ่มประชากร และกลุ่มอายุที่หลากหลาย ทั้งนี้ เพราะสสส. ให้ความสำคัญในการทำงานร่วมกับภาคส่วน ชุมชน และพื้นที่ที่หลากหลาย

ความสำเร็จที่สำคัญประการหนึ่งของการลดปัจจัยเสี่ยงปรากฏในกรณีของยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอุบัติเหตุจราจรที่ลดลง กิจกรรมต่างๆ ที่สสส. ได้ดำเนินการไปนำไปสู่ผลลัพธ์ของปรากฏการณ์ทางสุขภาพในสังคมต่างๆ เช่น การศึกษา การสื่อสารสาธารณะ และการคุ้มครองผู้บริโภค สสส. ยังมีส่วนต่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขที่สำคัญต่างๆ เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่ทำให้ภาคประชาสังคมทั่วประเทศไทยมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น (Galbally et al., 2012)

ความท้าทายในการดำเนินงาน

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สนับสนุนการประเมินผลการดำเนินงานของสสส. ผลการประเมินความเต็มใจในการให้เงิน

(willingness to pay) เพื่อสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ของสสส. เผยให้เห็นว่าหลายหน่วยงานยินดีสนับสนุนกิจกรรมของสสส. โดยเฉพาะการรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การลดการบริโภคยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุ และความเสี่ยงทางด้านอาหารต่อสุขภาพ ด้วยจำนวนเงินที่สูงกว่าที่ทางสสส. ตั้งไว้ ความเต็มใจให้ทุนในงานรณรงค์มีค่าสูงที่สุดด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (658 ล้านบาท) เมื่อเทียบกับงบเดิม (239 ล้านบาท) ในขณะที่ความเต็มใจในการให้ทุนสำหรับการรณรงค์ด้านการตลาดต่ำกว่างบเดิมที่ตั้งไว้ (Health Intervention and Technology Assessment Program, 2012) ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงทัศนคติเชิงบวกของคนทั่วไปที่มีต่อกิจกรรมของสสส. อย่างไรก็ตาม การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพต้องยึดแนวคิด “ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ” และกิจกรรมดังกล่าวต้องรวมอยู่ในกระบวนการพัฒนานโยบาย ความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพไม่ได้มาจากการจัดการกับปัจจัยต้นทางเท่านั้น หากแต่ต้องจัดการกับปัจจัยปลายทางที่กำหนดสุขภาพด้วย เช่น การตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่ไม่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย

6.1.2. กำเนิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 ที่มา

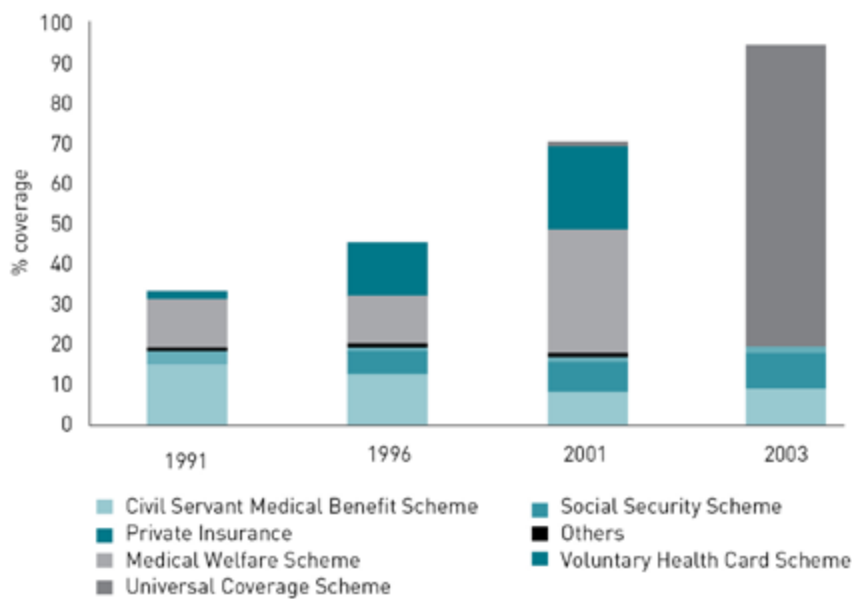
ระหว่าง พ.ศ. 2518 ถึง พ.ศ. 2545 ประเทศไทยดำเนินนโยบายประกันสุขภาพแบบการจ่ายเงินล่วงหน้า (prepayment schemes) ด้วยหลากหลายรูปแบบสำหรับประชากรกลุ่มต่างๆ (Tangcharoensathien et al., 2009) ประชาชนไทยมีประกันสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 34 ของประชากรทั้งประเทศ ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 71 ใน พ.ศ. 2544 ภายใต้ประกันสุขภาพหลายระบบ ได้แก่ การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (Medical Welfare Scheme, MWS) ที่ครอบคลุมกลุ่มคนยากจน และขยายไปยังผู้สูงอายุ บุคคลทุพพลภาพ เยาวชนอายุต่ำกว่า 12 ปี และประชากรกลุ่มต่างๆ ที่มีความเสี่ยง สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBBS) สำหรับข้าราชการ ประกันสังคม (Social Health Insurance, SHI) สำหรับผู้ทำงานภาคเอกชน และบัตรประกันสุขภาพแบบสมัครใจ (Voluntary Health

Card Scheme) ที่ครัวเรือนสามารถเลือกซื้อได้ (รูปที่ 6.1) และรายละเอียดใน
บทที่ 3

กระบวนการเชิงนโยบาย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสโลแกน “30 บาทรักษาทุกโรค” เป็นนโยบาย
หนึ่งในการหาเสียงของพรรคไทยรักไทย เมื่อพรรคไทยรักไทยชนะการเลือกตั้งใน
พ.ศ. 2544 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นหนึ่งในนโยบายหลัก 9 ข้อ ผู้นำ
พรรคไทยรักไทยเห็นด้วยกับนักปฏิรูประบบสุขภาพที่แสดงหลักฐานทางวิชาการ
ว่านโยบายดังกล่าว “มีความเป็นไปได้ทั้งด้านการเงินและการจัดตั้งปฏิบัติ”
รัฐบาลลงเงินเพิ่มเติมอีกเพียงสามหมื่นล้านบาทในปีแรก รวมกับเงินงบประมาณ
เดิมที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับ ก็สามารถดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วน
หน้าได้ (Evans et al., 2012)

Figure 6.1 Coverage of health insurance, 1991–2003



Source: Analysis of NSO Health and Welfare Surveys, 1991, 1996, 2001 and 2003

คณะรัฐบาลนำโดยพรรคไทยรักไทยประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน
หน้าใน 6 จังหวัดทันทีในเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 จากนั้นขยายเพิ่มเติมอีก 15
จังหวัดในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2544 และมีการใช้ทั่วประเทศในเดือนเมษายน

พ.ศ. 2545 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Health Coverage Scheme, UCS) ก่อตั้งขึ้นโดยการรวมสวัสดิการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและบัตรประกันสุขภาพแบบสมัครใจเข้าด้วยกัน และขยายความครอบคลุมไปยังประชากรร้อยละ 30 ที่ยังไม่มีประกันสุขภาพใดๆ โดยใช้เงินงบประมาณเพิ่มเติมอีก 3 หมื่นล้านบาท ทำให้ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับข้าราชการ ประกันสังคมสำหรับลูกจ้างเอกชน และ ประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับประชากรอื่นๆ ที่เหลือ

สาระสำคัญของนโยบายและการดำเนินงาน

คุณลักษณะสำคัญของประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่

- ใช้เงินภาษีผ่านระบบงบประมาณของรัฐ โดยประชาชนไม่ต้องจ่ายร่วมเมื่อมีการใช้บริการ (เดิมมีการเก็บเงิน 30 บาทต่อครั้งการรับบริการ ผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ต่อมาถูกยกเลิกในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ด้วยเหตุผลทางการเมือง)
- ขุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุม โดยมุ่งเน้นการบริการระดับปฐมภูมิเป็นด้านหน้า
- การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลใช้การจ่ายแบบปลายปิดด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัว

รัฐบาลให้เงินสนับสนุนประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยระบบงบประมาณปลายปิด คิดตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนคนด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเริ่มต้นที่ 1202 บาทต่อหัวประชากรใน พ.ศ. 2545 และเพิ่มขึ้นเท่าตัวเป็น 2693.5 บาทต่อหัวประชากรใน พ.ศ. 2554 การเพิ่มของอัตราเหมาจ่ายรายหัวมีสาเหตุจากการขยายชุดสิทธิประโยชน์ ค่าแรงที่เพิ่มขึ้น และอัตราเงินเฟ้อของยา วัสดุการแพทย์ และค่ารักษายาบาล ชุดสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพแห่งชาติอ้างอิงมาจากประกันสุขภาพเดิมที่เคยมีมาก่อนหน้า คือ สวัสดิการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยซึ่งเป็นชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมมาก ทั้งบริการรักษายาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ค่ายา และการดูแลรักษาโรคค่าใช้จ่ายสูง (รายละเอียดในบทที่ 3) ต่อมา

จึงมีการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมหรือไม่ ตามแนวทางการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ ทั้งการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล ความคุ้มค่า ผลกระทบต่องบประมาณ ความเสมอภาคด้านสุขภาพ การพิจารณาด้านจริยธรรม และความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ ชุดสิทธิประโยชน์ที่มีการขยายเพิ่มเติม ได้แก่ ยาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ใน พ.ศ. 2549 และการทดแทนไตของผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ใน พ.ศ. 2551

ผลสำเร็จของประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วงทศวรรษแรกประกอบด้วย ประชาชนไทย โดยเฉพาะกลุ่มคนยากจนเข้าถึงบริการที่จำเป็นมากขึ้น สามารถลดจำนวนครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายทางการเงินและต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนลงจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และความพึงพอใจของสมาชิกประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้ให้บริการมีระดับที่สูงขึ้น (Evans et al., 2012)

ความท้าทายในการดำเนินงาน

ประเทศไทยมีประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลัก มีการบริหารจัดการและการดำเนินการแยกกัน ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพระหว่างสามระบบ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีค่าใช้จ่ายต่อหัวสมาชิกสูงที่สุด แต่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีหรือไม่ ยังเป็นที่กังขา ยกตัวอย่างเช่น การใช้ยานอกบัญชียาหลักที่มากเกินไป อาจไม่ช่วยให้การรักษาดีขึ้น (ดูกรอบที่ 6.2 การใช้ยาเกลือโคซามินในการรักษาตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) ประกันสุขภาพทั้งสามระบบยังไม่ได้มีการใช้แนวทางการรักษาทางคลินิก (clinical practice guideline) ที่เป็นแนวทางเดียวกัน โดยเฉพาะในโรคบางอย่าง เช่น โรคมะเร็ง นอกจากนี้ ยังมีการลงทุนด้านการบริหารจัดการและโครงสร้างพื้นฐานที่ซ้ำซ้อนกัน เช่น การลงทุนระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นต้น เอกภาพในการดำเนินงานเป็นสิ่งจำเป็นในการเพิ่มความเสมอภาค ประสิทธิภาพ และคุณภาพของการรักษา

กรอบที่ 6.2 การใช้ยาสมุนไพรในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ใน พ.ศ. 2553 กรมบัญชีกลางมีคำสั่งระงับการเบิกจ่ายนอกบัญชียาหลักที่มีข้อมูลยืนยันว่า ต้นทุน-ประสิทธิภาพไม่คุ้มค่าต่อการรักษาโรคกระดูกเสื่อม (CGD in litt., 2010) จำนวน 4 ชนิด หนึ่งในนั้นคือยาสมุนไพร ซึ่งมีมูลค่าการใช้จ่ายสูงถึง ร้อยละ 43 และ 45 ของค่ายาในกลุ่มเดียวกันทั้งหมดที่ใช้ใน พ.ศ. 2552 และ 2553 ตามลำดับ (HISRO, 2011) หลังจากที่ยาสมุนไพรถูกระงับการเบิกจ่ายได้สองเดือน ยอดการใช้ยาลดลงอย่างชัดเจน ศัลยแพทย์กระดูกและข้อและข้าราชการ บำนาจแสดงความไม่เห็นด้วยกับคำสั่งของกรมบัญชีกลางผ่านสื่อสาธารณะ พร้อมทั้งกดดันให้กรมบัญชีกลางยกเลิกคำสั่งดังกล่าว

ข้อโต้แย้งเรื่องยาสมุนไพรยังคงดำเนินต่อไปโดยไม่มีคำตอบที่ชัดเจนจากรัฐบาลจนกระทั่งเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554 มีหลักฐานบ่งชี้ว่าบริษัทยามีส่วนเกี่ยวข้องและอยู่เบื้องหลังการเคลื่อนไหวข้างต้น (Good health with PRMA, 2011) มีข้อโต้แย้งหลายประการเป็นประเด็นเด่นบนหน้าหนังสือพิมพ์ ยกตัวอย่างเช่น

- ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยกล่าวว่ามีข้อบ่งชี้ทางคลินิกในการใช้ยาสมุนไพร [The RCOST Newsletter 2011; 16(2)]
- รัฐบาลกล่าวว่าอาจพิจารณาเพดานการเบิกจ่ายยาเพิ่มเติม เนื่องจากจำนวนข้าราชการเกษียณอายุที่เพิ่มขึ้น [Naew Nar 10 Mar 2011]
- มูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทยไม่เห็นด้วยกับการห้ามเบิกค่ายาสมุนไพรของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ [Thai Post 11 April 2011]

เหตุผลสนับสนุนและโต้แย้งเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรยังคงดำเนินเรื่อยมา ในขณะที่ยาสมุนไพรยังคงอยู่ในรายการห้ามเบิกของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ที่มา: Jongudomsuk et al. (2012)

6.1.3. จากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็น “ทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพ”

ที่มา

ประเทศไทยได้เริ่มปฏิรูประบบสุขภาพให้มีความครอบคลุมในประเด็นต่างๆ มากขึ้นนับตั้งแต่มีประกาศอัลมาออตตาเมื่อ พ.ศ. 2521 หรือ Alma-Ata in 1978

ความหมายกว้างๆ ของคำว่าสุขภาพดังปรากฏในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก (WHO 1948) และหลักการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเน้นความเสมอภาค ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน ความเป็นเอกภาพ และการดำเนินงาน ร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ทำให้กรอบความคิดและปัจจัยกำหนดสุขภาพ ค่อยๆ เปลี่ยนไป ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social determinant of health, SDH) เป็นอีกหนึ่งนโยบายที่ใช้ในการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพด้วยการสนับสนุนการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Rasanathan, et al., 2010) แนวคิดที่เปลี่ยนไปนี้ยังเป็นผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของบริบททาง เศรษฐกิจและสังคมกับการเมืองของประเทศดังตัวอย่างต่อไปนี้ (Phoolcharoen, 2001)

- ในช่วงทศวรรษของ พ.ศ. 2523 ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการปฏิรูป ทางสังคมและการเมือง มีบทบาทในการร่วมกำหนดวาระการปฏิรูป โดย ยึดหลักประชาธิปไตย การมีส่วนร่วม และการเคารพสิทธิมนุษยชน นอกจากนี้ยังได้มีการขยายแนวคิดทางสังคมรูปแบบใหม่ตามหลัก ประชาธิปไตยด้วย การประกาศใช้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 เป็นผล ประการหนึ่งจากการปฏิรูปทางการเมือง ซึ่งเพิ่มโอกาสในการปรับ โครงสร้างการทำงานและความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคประชา สังคม
- ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 ประเทศไทยมีการเจริญเติบโตทาง เศรษฐกิจอย่างมากและมีภาวะยากจนลดลงอย่างรวดเร็ว แต่การแสวง ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติที่มากเกินไปพร้อมกับการทำลาย สิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความเสื่อมถอยทางสังคมและวัฒนธรรม โครงสร้าง กับความสัมพันธ์ระหว่างสังคมและครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงไป ในทางที่แย่ง เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มประชากรต่างๆเพิ่มมา กขึ้น และมีปัญหาทางสังคมเพิ่มมากขึ้น เช่น ปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด

ความหมายของสุขภาพที่ถูกนิยามใหม่ในบริบทที่กว้างขึ้นคือ “สภาวะความ เป็นอยู่ที่ดีทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ” (WHO, 1948 and EB

73/15, 2000) และความหมายของระบบสุขภาพคือ “ความร่วมมือจากทุกองค์กร สถาบัน และทรัพยากรต่างๆ ที่เป็นไปเพื่อสุขภาพที่ดี” (WHO, 2005) เป็น 2 แนวคิดรากฐานที่นำไปสู่การปฏิรูปสุขภาพ แนวคิดทั้ง 2 ประการนี้สอดคล้องกับ แนวคิดการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม ซึ่ง เปลี่ยนทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพดั้งเดิมที่เน้นเพียงแค่ระบบสุขภาพ เท่านั้น แต่เปลี่ยนมาเป็นการปฏิรูประบบต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งประเด็น สำคัญ “ทุนนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ” ด้วย อย่างไรก็ตาม การแปลงแนวคิดดังกล่าว ไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง และการปรับแนวคิดให้สอดคล้องระหว่างนโยบายของ ภาครัฐและเอกชน เป็นสิ่งที่ท้าทายมาก

กระบวนการเชิงนโยบาย

การเคลื่อนไหวอย่างแข็งขันเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพและสนับสนุนให้มีประเด็น สุขภาพในทุกนโยบายเริ่มใน พ.ศ. 2543 เห็นได้จากการตั้งสำนักงานปฏิรูประบบ สุขภาพแห่งชาติ หรือสปส. ในสมัยนั้น (National Health System Reform Office, NHSRO) เป็นสำนักเลขานุการของคณะกรรมการปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ (National Health System Reform Committee, NHSRC) ที่มีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน หน้าที่หลักของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติไม่ได้มีเพียง การร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติภายใน 3 ปี แต่ยังรวมถึงการสนับสนุน องค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการเคลื่อนไหวทางสังคมและการปฏิรูประบบสุขภาพ (National Health Commission Office, 2008c) ซึ่งต่อมาได้กลายเป็นทุนทาง สังคมสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพในระยะยาว กลยุทธ์ที่ถูกนำมาใช้ เรียกว่า “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่บูรณาการองค์ความรู้ การเคลื่อนไหวทาง สังคม และการมีส่วนร่วมทางการเมืองที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน (Rasanathan et al., 2012) องค์ประกอบทั้ง 3 ประการข้างต้นเสริมกันและกัน ปีแรกของการ ดำเนินงานเน้นการสร้างองค์ความรู้กับโครงสร้างพื้นฐานเพื่อขับเคลื่อนภาคประชา สังคม เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานในปีแรก เวทีประชุมต่างๆ ถูกจัดขึ้นเพื่อเปิด ประเด็นเสวนาปัญหาสุขภาพและระบบสุขภาพกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในปี ที่สอง มีการนำเสนอกรอบการดำเนินงานเบื้องต้นสำหรับระบบสุขภาพในเวที ประชุมและการอบรมเชิงปฏิบัติการหลายร้อยเวที ในระดับต่างๆ เพื่อพิจารณา

กรอบการดำเนินงานดังกล่าว เมื่อสิ้นสุดปีที่สองของการดำเนินงาน ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจึงถือกำเนิดขึ้น และตามมาด้วยการประชุมในระดับท้องถิ่น จังหวัดและภูมิภาคอีกหลายร้อยครั้งจนมีการจัดตั้งสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อลงมติสุดท้ายสำหรับร่างพระราชบัญญัตินี้ (National Health Commission Office, 2008c) การดำเนินกระบวนการทางกฎหมายเพื่อออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติใช้เวลานานกว่าที่คาดการณ์ แต่ท้ายที่สุดพระราชบัญญัตินี้ก็ได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภาใน พ.ศ. 2550

สาระสำคัญและการดำเนินนโยบาย

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพิ่มโอกาสและกลไกสำคัญ 3 ประการที่ใช้สนับสนุนการขับเคลื่อนแนวคิด “ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ”

- **สมัชชาสุขภาพสามระดับ: ระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และเฉพาะประเด็น**
สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการจัดประชุมอย่างเป็นระบบและเน้นการมีส่วนร่วมจากสาธารณะ โดยแต่ละกลุ่มองค์กรสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเพื่อให้เกิดฉันทามติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 จัดขึ้นเพื่อลงมติร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และยังมีสมัชชาสุขภาพย่อยอีกหลายครั้ง ก่อนมีการประกาศพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ประสพการณ์การดำเนินงานที่สั่งสมมายาวนานกลายเป็นรากฐานสำคัญของการเรียนรู้ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยประสพการณ์ดังกล่าวส่งเสริมให้เกิดการใช้ข้อมูลวิชาการอย่างรอบคอบและส่งเสริมความร่วมมือกันพัฒนานโยบายสุขภาพและนโยบายสาธารณะ (National Health Commission Office, 2008a) การใช้กระบวนการทางนโยบายรูปแบบใหม่นี้ทำให้ความหมายของคำว่าสุขภาพมีขอบเขตที่กว้างขึ้น ครอบคลุมมุมมองจากฝ่ายต่างๆ ที่เห็นความสำคัญของการนำประเด็นสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในนโยบายของภาคส่วนต่างๆ เพื่อใช้กับประชากรกลุ่มใหญ่ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีปัญหาในบางประเด็น เช่น มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติการห้ามใช้แร่ใยหินซึ่งผ่านรับรองของสมัชชาสุขภาพและผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีแล้ว แต่การดำเนินการตามมติดังกล่าวไม่ประสบความสำเร็จ โรงงานแห่งหนึ่งคัดค้านมตินี้โดยอ้างว่าแร่ใย

หินปลอดภัยและมีต้นทุนต่ำ และถูกวิพากวิจารณ์อย่างมากจากองค์กรภาคประชาสังคม

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นจุดกำเนิดของกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและยังเป็นสิ่งเชื่อมโยงสมัชชาสุขภาพเข้ากับกระบวนการเชิงนโยบาย สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 จัดขึ้นใน พ.ศ. 2551 และถูกจัดเป็นประจำทุกปีจวบจนปัจจุบัน สมัชชาสุขภาพแห่งชาติรับรองมติไปแล้วกว่า 40 มติ โดยบางมติถูกส่งเข้าคณะรัฐมนตรีเพื่อให้มีการรับรองและประกาศใช้อย่างเป็นทางการ

- **การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment, HIA)** พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทำให้เกิดมาตรการทางกฎหมายในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการที่สมาชิกในสังคมพึงปฏิบัติเพื่อระบุผลกระทบทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผลกระทบทางสุขภาพในปัจจุบันที่เกิดขึ้นกับประชากรบางกลุ่มที่รับผลกระทบจากนโยบายหรือกิจกรรมบางอย่างจากหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชน (National Health Commission Office, 2007) การประเมินผลกระทบทางสุขภาพในประเทศไทยถูกนำไปใช้ภายใต้แนวคิดการส่งเสริมนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยส่วนสำคัญของแนวคิดดังกล่าวคือความยืดหยุ่นในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในทุกระดับก่อนจะมีการใช้นโยบายใดๆ ของภาครัฐหรือเอกชนที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ความต้องการในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพกำลังเพิ่มขึ้น มีการศึกษาที่ประสบความสำเร็จหลายกรณี (National Health Commission Office, 2008b) ยกตัวอย่างเช่น การศึกษากรณีสารโซยาโนด์ปนเปื้อนในห่วงโซ่อาหาร ดิน และแหล่งน้ำรอบเหมืองทองที่อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย (Muenhor, 2013)
- **ธรรมนูญสุขภาพ** พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้มีการกำหนดบัญญัติของระบบสุขภาพที่สะท้อนความมุ่งมั่นและเจตจำนงของสังคมเพื่อใช้เป็นกรอบการดำเนินงานและแนวทางปฏิบัติของทุกภาคส่วนที่มีบทบาทต่อการออกแบบนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการระดับชาติ เพื่อให้

ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีความชัดเจน ถูกต้อง มีทิศทางที่แน่นอน ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากประชาชน ในทุกภาคส่วน ธรรมนูญสุขภาพฉบับแรก พ.ศ. 2552 (ค.ศ. 2009) ถูกพัฒนา และได้รับการรับรองโดยรัฐสภาใน พ.ศ. 2552 โดยมีการกำหนดให้ทำการ ทบทวนและปรับปรุงธรรมนูญสุขภาพทุกๆ 5 ปี

ความท้าทายในการดำเนินงาน

แม้สมัชชาสุขภาพจะเป็นช่องทางในการกำหนดนโยบายที่สร้างการมีส่วนร่วมจาก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในกระบวนการ แต่บางนโยบายยังไม่ได้รับการยอมรับจาก ทุกฝ่าย โดยเฉพาะนโยบายที่หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้รับผิดชอบตามสายงาน ราชการแต่ไม่ใช่ผู้ดำเนินการหลัก หรือนโยบายที่มีการแข่งขันสูงระหว่างผู้มีส่วน ได้ส่วนเสียหลายภาคส่วน บางนโยบายไม่ถูกนำไปปฏิบัติหรือนำไปปฏิบัติแต่ไม่ ประสบผลสำเร็จต่างๆ ที่ผ่านการเห็นชอบและได้รับการรับรองจากคณะรัฐมนตรี การให้ภาครัฐเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเป็นกล ยุทธ์ที่ควรทำ เพื่อให้ภาครัฐรู้สึกเป็นเจ้าของนโยบายและมีความมุ่งมั่นที่จะ ดำเนินการตามนโยบายนั้นๆ (Lapying et al., 2013)

6.1.4. การขยายขอบเขตการประกันสุขภาพให้แก่ผู้รอตรวจสอบสัญชาติไทย ที่มา

ประกันสุขภาพแห่งชาติ เริ่มดำเนินการเมื่อ พ.ศ. 2545 ให้ความครอบคลุม ประชาชนคนไทยทุกคน ทั้งผู้ที่มีสัญชาติไทยและรวมทั้งผู้ที่กำลังรอตรวจสอบ สัญชาติไทย (บุคคลเหล่านี้ได้รับรหัสประจำตัวประชาชน 13 หลักที่ออกให้โดยรัฐ แต่เป็นเลขที่แตกต่างจากประชาชนสัญชาติไทย) ดังนั้น การขึ้นทะเบียนเป็น สมาชิกประกันสุขภาพแห่งชาติที่อ้างอิงบัตรประชาชนด้วยเลข 13 หลักเป็นสิ่ง สำคัญ ในช่วงเริ่มแรกของการดำเนินงานประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิแก่ ประชาชนสัญชาติไทยและผู้ที่กำลังรอตรวจสอบสัญชาติ แต่ต่อมาการตีความทาง กฎหมาย ตามตัวอักษรในพรบ.ประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้ ประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิประโยชน์แก่ประชาชนสัญชาติไทยเท่านั้น

ผู้ที่รอตรวจสอบสัญชาติไทยประมาณ 0.45 ล้านคนใน พ.ศ. 2553 ส่วนใหญ่เป็นชนกลุ่มน้อย เช่น ชาวเขาที่อาศัยอยู่ในจังหวัดทางภาคเหนือกับผู้ที่อาศัยอยู่ตามตะเข็บชายแดน หรือผู้ที่อพยพเข้าประเทศเมื่อนานมาแล้ว หรือเป็นผู้ที่เกิดในแผ่นดินไทยแต่ไม่ได้รับการจดทะเบียนสัญชาติไทยแต่กำเนิด ทำให้ไม่ได้รับสิทธิประจำตัวประชาชนไทยและไม่ได้รับสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ คนเหล่านี้ไม่ใช่แรงงานข้ามชาติที่ได้รับการจดทะเบียน จ้างงาน หรือได้รับสิทธิประกันสังคมจากนายจ้างหรือจากระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่บริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มคนผู้ที่รอตรวจสอบสัญชาติไทยเหล่านี้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างจำกัด และต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง ซึ่งบางครั้งโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขอาจลดหย่อนค่ารักษาให้เท่าที่จัดสรรให้ได้ตามหลักสิทธิมนุษยชน โรงพยาบาลรัฐตามแนวชายแดนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ โดยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลอย่างเต็มที่ ในอดีตรัฐบาลเคยปฏิเสธการให้เงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลแก่กลุ่มบุคคลดังกล่าว

กระบวนการทางนโยบาย

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ชนบทและภาคประชาสังคมร่วมกันผลักดันให้ประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความคุ้มครองกลุ่มผู้รอตรวจสอบสัญชาติไทยด้วย เมื่อพ.ศ. 2553 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกันเสนอประเด็นการขยายการคุ้มครองสิทธิดังกล่าวแก่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้คณะรัฐมนตรีภายใต้รัฐบาลผสมนำโดยพรรคประชาธิปัตย์พิจารณา ในที่สุด ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2553 คณะรัฐมนตรีมีมติรับรองข้อเสนอดังกล่าวและมีการจัดสรรงบประมาณให้อัตราเดียวกันกับที่จัดสรรผู้ที่มีสัญชาติไทย (2067 บาทต่อคนต่อปี) โดยมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานบริหารจัดการ ทั้งนี้ เพื่อหลีกเลี่ยงการตีความทางกฎหมายในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

สาระสำคัญและการดำเนินนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุขบริหารจัดการการประกันสุขภาพสำหรับผู้รอตรวจสอบสัญชาติไทย โดยได้รับอนุมัติงบประมาณประจำปีตามจำนวนบุคคลผู้รอตรวจสอบสัญชาติ

ไทยที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ผู้รอตรวจสอบสัญชาติไทยได้รับชุดสิทธิประโยชน์เหมือนกันกับผู้ถือสัญชาติไทยได้รับ โดยต้องขึ้นทะเบียนกับเครือข่ายบริการสุขภาพในภูมิลำเนา ไม่สามารถเลือกเครือข่ายบริการสุขภาพนอกภูมิลำเนาของตนได้ การให้บริการสุขภาพครอบคลุมเฉพาะเครือข่ายในภูมิลำเนารวมทั้งกรณีส่งต่อผู้ป่วย การดำเนินงานดังกล่าวได้รับการบริหารจัดการจากคณะกรรมการที่มีตัวแทนของผู้รอตรวจสอบสัญชาติไทยร่วมเป็นกรรมการด้วย อย่างไรก็ตาม ในช่วงแรกผู้รอตรวจสอบสัญชาติไทยเพียงไม่กี่คนเท่านั้นที่ทราบข้อมูลและเข้าถึงสิทธิดังกล่าว ทั้งนี้ เนื่องจากการประชาสัมพันธ์และการสร้างความตระหนักต่อสาธารณะยังมีไม่มากนัก ในปีต่อๆ มา อัตราการใช้สิทธิ์ค่อยๆ เพิ่มขึ้น ผู้รอตรวจสอบสัญชาติส่วนใหญ่ที่ใช้สิทธิ์มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานดังกล่าว เพราะที่ผ่านมาพวกเขาไม่เคยได้รับการรักษาพยาบาลเนื่องมาจากอุปสรรคทางการเงิน

ความท้าทายในการดำเนินงาน

กระบวนการตรวจสอบสัญชาติมีความซับซ้อนและต้องใช้เวลาานาน ทำให้กระบวนการให้สิทธิ์ล่าช้าเช่นกัน โดยหลักการแล้วจำนวนผู้รอตรวจสอบสัญชาติควรลดลงอย่างต่อเนื่องหลังได้รับสัญชาติไทยแล้ว ซึ่งทำให้สามารถใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ เมื่อจำนวนผู้รอตรวจสอบสัญชาติลดลงในอนาคต การให้เงินอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลบุคคลกลุ่มนี้ควรต้องลดลงตามจำนวนเช่นกัน ดังนั้น การเพิ่มความรวดเร็วในกระบวนการตรวจสอบสัญชาติเป็นสิ่งที่ควรกระทำ

6.2. การพัฒนาในอนาคต

แม้ว่าจะมีความขัดแย้งทางการเมืองระหว่างพรรครัฐบาล 2 พรรคใหญ่ ได้แก่ พรรคประชาธิปัตย์ และพรรคเพื่อไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ประเทศไทยยังประสบความสำเร็จอย่างมากในการปฏิรูประบบสุขภาพและมีผลลัพธ์ที่ดี กระนั้น ยังมีความท้าทายอีกนานับประการที่ต้องมีการดำเนินงานเชิงนโยบายมากขึ้น

6.2.1. การสร้างความกลมกลืนระหว่างประกันสุขภาพสามกองทุนหลัก

พ.ศ. 2545 ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้การบริหารจัดการของประกันสุขภาพภาครัฐสามกองทุนหลัก ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาล

ข้าราชการ ประกันสังคม และประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งสามกองทุนหลักมีความแตกต่างกัน ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ทั้งความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ ชุมชนสิทธิประโยชน์ และการได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐ

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสุขภาพแห่งชาติใช้เงินภาษีของรัฐผ่านระบบงบประมาณประจำปี มีเพียงประกันสังคมที่มีการจ่ายเงินสมทบร้อยละ 1.5 ของเงินเดือนจากสามฝ่ายเท่าๆ กัน คือ ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล ทำให้มีข้อถกเถียงว่าสมาชิกประกันสังคมต้องจ่ายสองต่อทั้งภาษีและเงินสมทบเข้ากองทุน ในขณะที่เดียวกัน สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีค่าใช้จ่ายสูงมากประมาณ 12 000 บาทต่อหัวสมาชิก ซึ่งสูงกว่าประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติถึง 4–5 เท่า (รายละเอียดในบทที่ 3) สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุม โดยเลือกรับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐแห่งใดก็ได้ โดยไม่ต้องมีการขึ้นทะเบียนล่วงหน้า สมาชิกประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับสิทธิประโยชน์ที่คล้ายคลึงกัน โดยประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิประโยชน์ที่ดีกว่าบางส่วน เช่น ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P Pokpermddee, unpublished paper, 2012)

ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2552 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมจัดประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อหาหนทางบูรณาการสิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาลทั้งสามกองทุน มีข้อตกลงให้จัดตั้งกลไกระดับชาติใน การจัดการปัญหา (Srithamrongsawat & Thammatacharee, 2009) ด้วยเหตุนี้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงส่งร่างกลไกการทำงานดังกล่าวให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่มีนายกรัฐมนตรีอภิสิทธิ์จากพรรคประชาธิปัตย์เป็นประธานในขณะนั้น พิจารณาในเดือนเมษายน พ.ศ. 2553 และให้ความเห็นชอบในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2553 ให้จัดตั้งกลไกระดับชาติที่เรียกว่า คณะกรรมการเพื่อการพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพแห่งชาติ (National Health Financing Development Committee, NHFDC) โดยมีสำนักงานเพื่อการพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพแห่งชาติ (National Health Financing Development Office, NHFDO) เป็นสำนักเลขานุการ (Office

of Prime Minister, 2010) จากนั้นได้มีการจัดกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มร่วมกันพัฒนายุทธศาสตร์สร้างความกลมกลืนระหว่างประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน (NHFD0 2012) อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาลในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 บริหารรัฐบาลโดยพรรคเพื่อไทย ได้ทำการทบทวนและลงความเห็นวาทะกรรมการเพื่อการพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพแห่งชาติมีความซ้ำซ้อนกับกลไกดำเนินงานอื่นที่มีอยู่แล้ว จึงมีมติให้ยกเลิกคณะกรรมการ และสำนักงานเพื่อการพัฒนาการเงินการคลังสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา

ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น (เดือนเมษายน พ.ศ. 2555) รัฐบาลพรรคเพื่อไทย เล็งเห็นความสำคัญของการสร้างความกลมกลืนระหว่างประกันสุขภาพสามกองทุน จึงประกาศให้เริ่มทดลองกับระบบการรักษายาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Medical Services, EMS) โดยให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาฉุกเฉินได้ที่สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนใกล้จุดเกิดเหตุได้ทุกแห่ง รัฐบาลได้มอบหมายให้สปสช. เป็นตัวแทนทำหน้าที่บริหารจัดการค่ารักษายาบาล EMS ให้แก่กองทุนทั้งสามกองทุน การสร้างความกลมกลืนนี้ประสบความสำเร็จระดับหนึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ EMS ได้อย่างเพียงพอ (ASTV Manager Online, 2012) รัฐบาลได้วางแผนขยายการสร้างความกลมกลืนระหว่างสามกองทุนให้มากขึ้น เช่น การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง การทดแทนไตในกลุ่มผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรัง และการให้ยาต้านไวรัสสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีและโรคเอดส์

6.2.2. การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

แม้จะมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรในภาพรวม แต่รายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยคิดเป็นเพียงร้อยละ 4.5 ของ GDP ใน พ.ศ. 2555 (Thai NHA Working Group, 2012) ยังค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่นในกลุ่มรายได้ปานกลาง (คิดเป็นร้อยละ 4.4 ของ GDP ใน พ.ศ. 2552 (WHO, 2012d) อย่างไรก็ตาม สัดส่วนรายจ่ายด้านยาค่อนข้างสูง คิดเป็นร้อยละ 34 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดใน พ.ศ. 2553 (Ketsomboon, et al., 2011) ในขณะที่กลุ่มประเทศ OECD มีรายจ่ายด้านยาเพียงร้อยละ 17.5 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด

ใน พ.ศ. 2545 อย่างไรก็ตาม ต้องระมัดระวังการตีความตัวเลข เพราะรายจ่ายด้านยาของประเทศไทยนั้น รวมอยู่ในค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำเป็นต้องตรวจสอบว่ารายจ่ายด้านยาร้อยละ 17.5 ของประเทศ OECD นั้น อาจเป็นรายจ่ายด้านยาเฉพาะที่ผู้ป่วยตัดสินใจซื้อด้วยตนเองเท่านั้น หรือที่เรียกว่า self-prescribed medicines (Colombo & Morgan, 2006)

สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมีปัญหาเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ได้ สาเหตุหลักจากการใช้วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลตามรายการและอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (retrospective fee-for-service) สำหรับค่ารักษายาพยาบาลผู้ป่วยนอก ส่วนผู้ป่วยในมีการใช้การจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group, DRG) ใน พ.ศ. 2550 ซึ่งทำให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นได้น้อยกว่าร้อยละ 5 ต่อปี ค่ารักษายาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มสูงขึ้นด้วยอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 21 ต่อปี ระหว่าง พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2553 และมีค่าสูงกว่าค่ารักษายาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ค่ารักษายาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกประมาณร้อยละ 83 เป็นค่าใช้จ่ายด้านยา โดยเฉพาะยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และเป็นยาที่เป็นชื่อทางการค้า (brand-name medicines) ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นผลสืบเนื่องจาก ผู้ให้บริการสุขภาพมีแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิดการใช้ยา และเป็นผลประโยชน์ทับซ้อนทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างแพทย์ผู้สั่งใช้ยาและบริษัทผลิตยา

กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารจัดการสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และได้มีมาตรการควบคุมการใช้ยาต่างๆ อาทิเช่น การห้ามเบิกค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ¹ การขออนุมัติก่อนการใช้ยาราคาแพงบางรายการ และการให้ใช้ชื่อยาสามัญแทนชื่อการค้าในใบสั่งยา ใน พ.ศ. 2555 คณะรัฐมนตรีอนุมัติมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมค่ายาสำหรับทุกกองทุน โดยมาตรการบางประการนั้นเป็นประสบการณ์ตรงจาก

1 สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการครอบคลุมเฉพาะยาตามรายการในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผู้ป่วยสามารถเบิกค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติได้ก็ต่อเมื่อแพทย์สามท่านลงความเห็นตรงกันอนุมัติให้ใช้นั้นได้

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มาตรการเหล่านี้ประกอบด้วย (MOPH, 2012)

- สร้างกลไกระดับชาติเพื่อต่อรองราคายาที่มีราคาสูง
 - เข้มงวดการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและยาที่ใช้ “ชื่อทางการค้า (brand name)”
 - ส่งเสริมการใช้ชื่อยาสามัญ (generic medicine) และยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
 - พัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับรักษาโรคที่ต้องใช้ยาราคาแพง
 - พัฒนาระบบตรวจสอบบัญชีส่วนกลาง
- คาดหวังว่า เมื่อมีการนำมาตรการเหล่านี้ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำ

ให้สามารถประหยัดเงินได้ถึง 5 พันล้านบาทในปีงบประมาณถัดไป (HISRO, 2012a)

7. การประเมินระบบสุขภาพ

บทสรุป

ระบบสุขภาพของไทย ถูกประเมินโดยใช้เกณฑ์เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก ดังนี้ 1) การป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน 2) การตอบสนอง 3) ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และ 4) ประสิทธิภาพ เป้าหมายเหล่านี้ถูกประเมินในภาพรวมทั้งระดับและการกระจายตามกลุ่มเศรษฐฐานะ (ขึ้นกับข้อมูลที่มี) โดยเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการปฏิรูประบบสุขภาพถ้วนหน้า

ระบบการคลังสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นเงินจากภาษีรายได้ทั่วไปของรัฐบาล ซึ่งเป็นระบบอัตราภาษีก้าวหน้าเมื่อเทียบกับรายได้ของประชาชน รายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือนลดลงอย่างต่อเนื่อง ขณะที่รายจ่ายสุขภาพภาครัฐสำหรับระบบประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะหลังการมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UCS) ใน พ.ศ. 2545 ทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายด้านการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินของประชากร ซึ่งเห็นได้จากครัวเรือนที่ยากจนลงจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Impoverishment) มีจำนวนลดลง

การใช้บริการของสมาชิกประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือการใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พบว่าประชาชนกลุ่มยากจนใช้บริการมากกว่าและได้รับการอุดหนุนเงินจากประกันสุขภาพแห่งชาติมากกว่าคนรวย กล่าวได้ว่า ประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นนโยบายที่เอื้อประโยชน์ให้คนยากจน

ประเทศไทยมีผลการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กที่ดี เมื่อเทียบกับประเทศกลุ่มรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง การฉีดวัคซีนเด็กเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่มี

โปรแกรมขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตั้งแต่ช่วง พ.ศ. 2523 (ทศวรรษที่ 1980) การครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรนสูงกว่าประเทศที่มีรายได้สูงในยุโรปตะวันตก และเอเชียแปซิฟิก แต่ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาด้านสุขภาพของผู้ใหญ่ ที่อัตราการตายของทั้งเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงประเทศเพื่อนบ้าน และสูงกว่าประเทศในแถบอเมริกา กลาง ทั้งนี้ พบว่าโรคมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ด้วยการค้นหาผู้ป่วยให้เร็วขึ้น เช่น มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก มีอัตราป่วยที่สูง ซึ่งเป็นผลมาจากการบริหารจัดการด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ในช่วงที่มุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจก่อนหน้านี้ นอกจากนี้ การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในมีมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ทั้งนี้ภาวะโรคต่างๆ นั้นสามารถจัดการได้ด้วยการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

การสร้างความกลมกลืนของสามกองทุนสุขภาพภาครัฐมีความล่าช้า เนื่องจากขาดแรงขับเคลื่อนทางการเมือง และมีแรงต้านจากสมาชิกระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ และโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งนี้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จัดตั้งโครงสร้างการกำกับดูแลประกันสุขภาพแห่งชาติที่ดี โดยผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน รวมทั้งภาคประชาสังคม เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหาร สอดคล้องกับประกันสังคม ที่คณะกรรมการบริหารมีสมาชิกจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นตัวแทนอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งตัวแทนจาก นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล โครงสร้างการบริหารของทั้งสองกองทุนนี้เป็นตัวอย่างสำหรับการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารของสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ

7.1. วัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพ

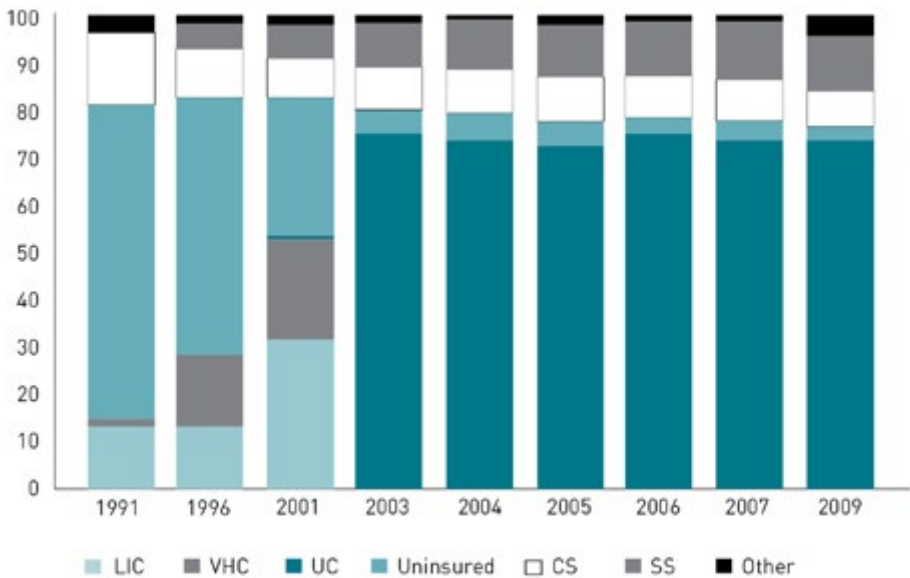
ระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ จะต้องบรรลุเป้าหมายอย่างน้อยสามอย่าง คือ 1) การป้องกันความเสี่ยงทางการคลัง 2) การตอบสนอง และ 3) การมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (WHO, 2000) ทั้งนี้ รายงานสุขภาพโลก พ.ศ. 2543 (World Health Report, WHR 2000) ระบุวัตถุประสงค์ที่หนึ่ง คือ การวัดความเสมอภาคในการจ่ายเงินสมทบด้านสุขภาพ ตามเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกันของครัวเรือน คนรวยควรจ่ายเงินสมทบด้านสุขภาพมากกว่าคนจน

วัตถุประสงค์ที่สอง คือ การวัดการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนที่ไม่ใช่ความคาดหวังทางการแพทย์ วัตถุประสงค์ที่สาม คือ การประเมินสุขภาพของประชาชน การวัดการตอบสนองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนต้องวัดทั้งระดับและการกระจาย (level and distribution) รายงานดังกล่าวถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนักเมื่อนำเป้าหมายข้างต้นมาจัดเรียงลำดับประเทศ อาจมีความเป็นไปได้ของการจัดเรียงลำดับที่ผิดพลาด (misranking) และมีข้อโต้แย้งเรื่อง การวัดความเท่ากัน (equality) และ ความเสมอภาค (equity) หรือ ความเป็นธรรม (fairness) (Navarro, 2000; Almeida et al., 2001; Braveman, Starfield & Geiger, 2001; Williams, 2001) แต่อย่างไรก็ตาม รายงานสุขภาพโลก พ.ศ. 2543 ถูกใช้เป็นเอกสารหลักของแนวคิดใหม่ด้านการประเมินระบบสุขภาพที่เป็นลายลักษณ์อักษร

หลังจากนั้น อีก 7 ปีถัดมา องค์การอนามัยโลก นำเสนอกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพ ซึ่งเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยนำเข้าและผลลัพธ์ (WHO, 2007) โดยกรอบแนวคิดใหม่นี้ได้กำหนดเป้าหมายการปรับปรุงระบบสุขภาพ ในทั้งมิติของระดับที่ควรเป็นและความเสมอภาค นอกจากนี้ ยังได้รวมการเพิ่มประสิทธิภาพเป็นเป้าหมายที่สี่ กรอบแนวคิดนี้ระบุถึง ระบบสุขภาพหกด้าน รวมทั้งการอภิบาลระบบ และ ระบบข้อมูลด้วย

บทนี้เป็นการประเมินระบบสุขภาพของไทยโดยเปรียบเทียบกับ 3 เป้าหมายสูงสุด ร่วมถึงประสิทธิภาพของระบบและความโปร่งใสด้วย โดยการวิเคราะห์นี้จะใช้ข้อมูลอนุกรมเวลาที่ครอบคลุมช่วงเวลาประมาณ 10 ปี ที่ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชากรทั้งหมดใน พ.ศ. 2545 (ภาพที่1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพครั้งใหญ่ที่สุดครั้งที่สอง นับจากช่วง พ.ศ. 2513 (ทศวรรษ 1970) ที่มีการขยายโครงสร้างโรงพยาบาลและสถานเอนามัยให้ครอบคลุมทุกจังหวัด อำเภอ และ ตำบล และการบังคับใช้ทุนในโรงพยาบาลรัฐของนักศึกษาแพทย์ ทันตะแพทย์ เกษีกร และพยาบาลที่จบใหม่

Figure 7.1 Population coverage by different health insurance schemes and the remaining uninsured, 1991–2009



LIC: Low-Income Card (medical welfare) scheme; VHC: Voluntary Health Card scheme; UC: Universal Coverage Scheme; CS: Civil Servant Medical Benefit Scheme; SS: Social Health Insurance scheme. Source: Analysis of Health and Welfare Survey (HWS).

สี่ทศวรรษที่ผ่านมา ระหว่าง พ.ศ. 2513–2553 วัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพ มุ่งเน้นไปที่การสร้างความสะดวกด้านสุขภาพ ประเทศไทยได้ลงทุนด้าน โครงสร้างพื้นฐานของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิในชนบท โดยการเพิ่มกำลังคนด้าน สุขภาพเพื่อให้เพียงพอต่อการให้บริการชุมชนในชนบทได้ และขยายการป้องกัน ความเสี่ยงทางการคลังเพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการบริการเพื่อดูแล สุขภาพประชาชน ได้มีการเริ่มโครงการประกันสุขภาพสำหรับคนจนเป็นอันดับ แรก ต่อมา มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอย่างเป็นทางการ ต่อด้วย ประกัน สังคมให้กับลูกจ้างภาคเอกชน และสุดท้ายคือการมีประกันสุขภาพ ภาครัฐสำหรับแรงงานนอกระบบแต่ไม่สามารถครอบคลุมประชากรทั้ง ประเทศได้ จนกระทั่งประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใน พ.ศ. 2545 (Patcharanarumol et al., 2011)

ก่อนที่จะมีการให้สัตยาบันของกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2546 กฎหมายสองฉบับที่สำคัญถูกนำ มาใช้ในประเทศไทย คือ

พระราชบัญญัติการควบคุมยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 การบังคับใช้กฎหมายเข้มงวดและความร่วมมือกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ เป็นตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของความมุ่งมั่นในการสร้างสุขภาพของประชาชน ประเทศไทยได้ก่อตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีแหล่งเงินจากภาษีบาปเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และ ยังช่วยสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมทางด้านสุขภาพเช่นนี้ในประเทศเพื่อนบ้านด้วย (Tangcharoensathien et al., 2008).

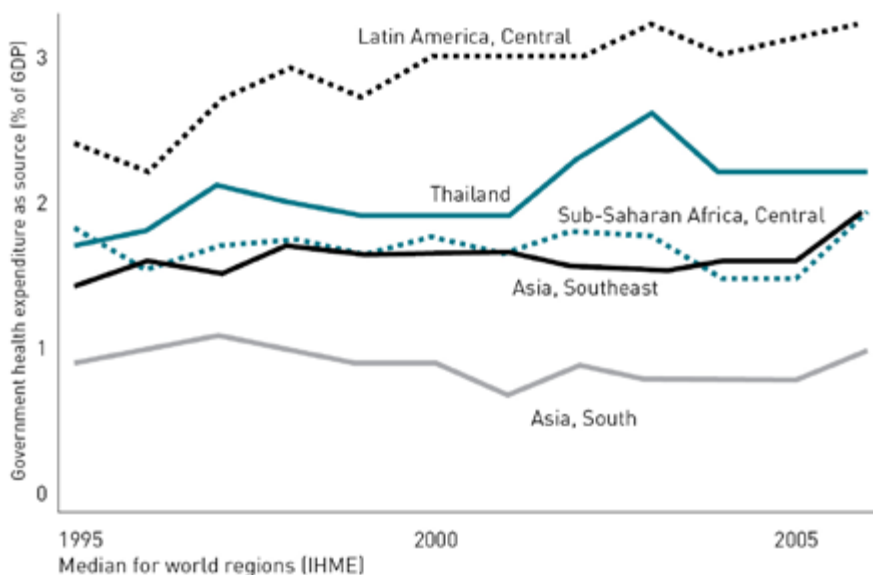
7.2. การป้องกันความเสี่ยงทางการเงินและความเสมอภาคด้านการเงิน

7.2.1. การป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน

ภาพรวม

ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2553–2543 ภาครัฐมีบทบาทมากในรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย รายจ่ายสุขภาพภาครัฐประมาณ ร้อยละ 2 ของ GDP และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 2.6 ของ GDP ใน พ.ศ. 2546 หลังจากประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียง 1–2 ปี สัดส่วนดังกล่าวมากกว่าค่ามัธยฐาน

Figure 7.2 Public financing of health as a ratio of GDP, Thailand and selected regions, 1995–2006



Note: Data for regions are median per region.

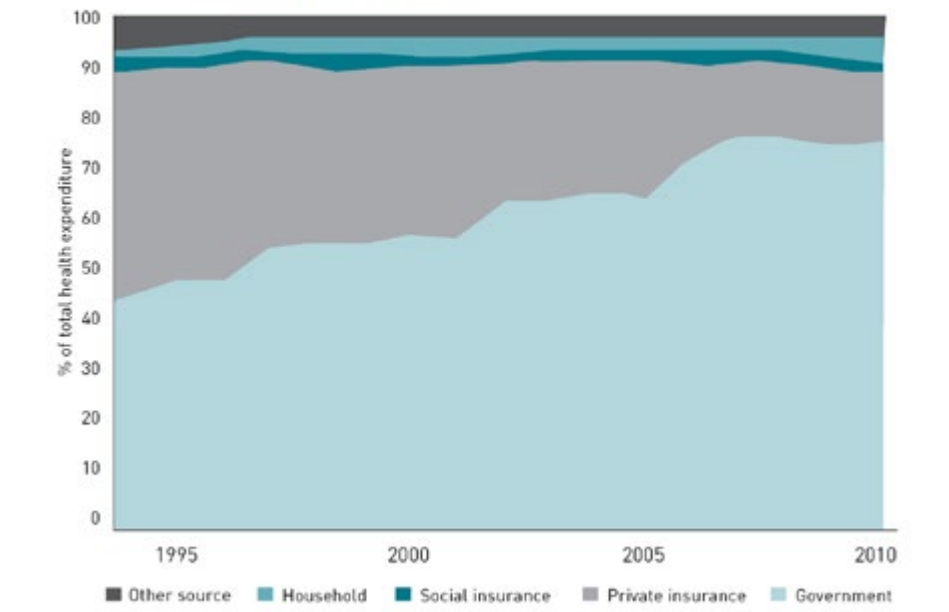
Source: IHME (2010b).

ของประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่มีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศในแถบ
ละตินอเมริกา

รายจ่ายสุขภาพนอกภาครัฐมีสัดส่วนสูงในช่วงก่อนการปฏิรูปหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า โดยส่วนมากเป็นรายจ่ายของครัวเรือน ส่วนรายจ่ายสุขภาพของ
ประกันสังคม การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ และรายจ่ายอื่นๆ คิดเป็นสัดส่วนไม่
มากนัก

ใน พ.ศ. 2537 รายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือนและภาครัฐมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน
(รูปที่ 7.3) รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนลดลงเรื่อยๆ จนเป็นร้อยละ 35
ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ในช่วงก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลังจากนั้น
นั้น ลดลงจนเหลือน้อยกว่าร้อยละ 20 หลังระบบจ่ายร่วม 30 บาทถูกยกเลิกไปใน
พ.ศ. 2549 และสัดส่วนดังกล่าวลดลงเป็นน้อยกว่าร้อยละ 15 ใน พ.ศ. 2553 ซึ่ง
น้อยกว่ากลุ่มประเทศ OECD ที่มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 17.9 ใน พ.ศ. 2553 (OECD,
2010)

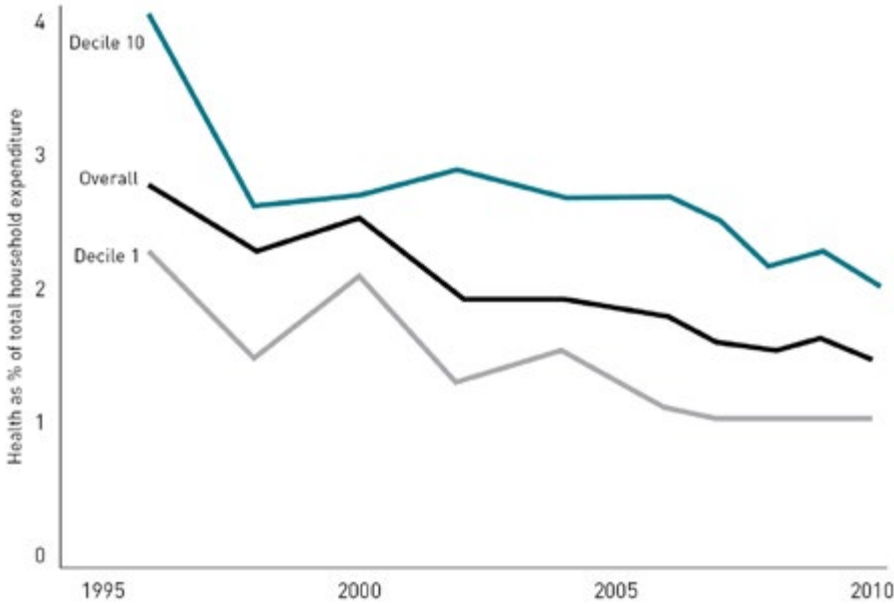
**Figure 7.3 Share of total health expenditure by private and public
financing, 1994–2010**



Source: IHPP (2012).

ข้อมูลจากการสำรวจเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socioeconomic Survey, SES) พบว่า ในช่วงก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครัวเรือน มีรายจ่ายสุขภาพเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 2 ของรายจ่ายด้านการบริโภคของครัวเรือน (รูปที่ 7.4) รายจ่ายสุขภาพที่จ่ายตรงจากครัวเรือนดังกล่าวค่อยๆ ลดลง จนเป็นร้อยละ 1.4 ใน พ.ศ. 2553 การลดลงนี้ ลดลงในทุกๆ กลุ่ม เศรษฐฐานะ ทั้งคนรวยและคนจน

Figure 7.4 Direct payment for health as percentage of total household expenditure, overall and by richest and poorest expenditure deciles, 1996–2010



Notes: Decile 1 = poorest; decile 10 = richest.
Source: Analysis of NSO Socioeconomic Survey (SES).

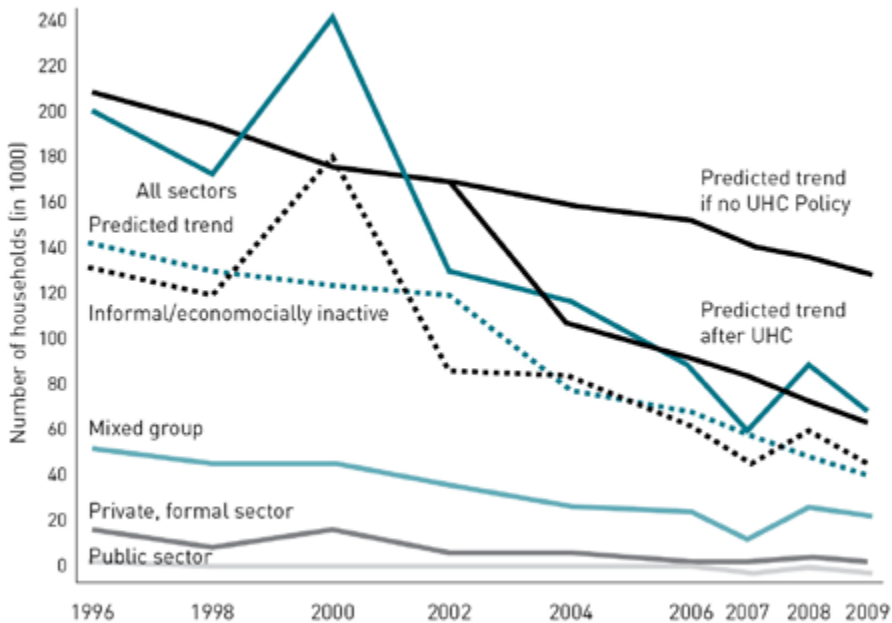
ผลกระทบของการปฏิรูปในการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน

ในช่วงสิบปีแรกของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครัวเรือนประมาณร้อยละ 3–4 ประสบกับภาวะการล้มละลายทางการเงินอันเนื่องมาจากรายจ่ายสุขภาพ ทั้งนี้ เป็นผลมาจากการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ครอบคลุมในสิทธิประกันสุขภาพ (Limwattananon, Tangcharoensathien & Prakongsai, 2007) นอกจากนี้ จังหวัดที่มีแรงงานนอกระบบจำนวนมาก หรือ สมาชิกใน

ครัวเรือนไม่ได้ประกอบอาชีพมีแนวโน้มสูงที่ครัวเรือนจะยากจนลงหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Limwattananon, Tangcharoensathien &Prakongsai, 2011)

ครัวเรือนที่ยากจนลงหลังจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Impoverishment) มีจำนวนลดลงหลังการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 ครัวเรือนที่มีสมาชิกเป็นแรงงานอยู่ในภาครัฐและภาคเอกชน จะมีโอกาสน้อยที่ได้รับผลกระทบจนกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เพราะมีประกันสุขภาพ เช่น สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคม ในทำนองเดียวกัน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลที่ดีในการป้องกันครัวเรือนจากความยากจนเนื่องจากค่ารักษาพยาบาล สมาชิกประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบซึ่งก่อนหน้านี้เป็นบุคคลที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เส้นทึบสีดำในรูป 7.5 แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ในกรณีที่ไม่มีระบบ

Figure 7.5 Reduction in health impoverished households in various employment sectors before and after UHC achievement, 1996–2009



Note: The upper black solid trend line represents a counterfactual scenario of no UHC policy based on a segmented regression analysis recommended by Lagarde (2012).
Source: Limwattananon, Tangcharoensathien & Prakongsai (2012).

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามการวิเคราะห์สมการถดถอยที่แนะนำโดย Lagarde (2012)

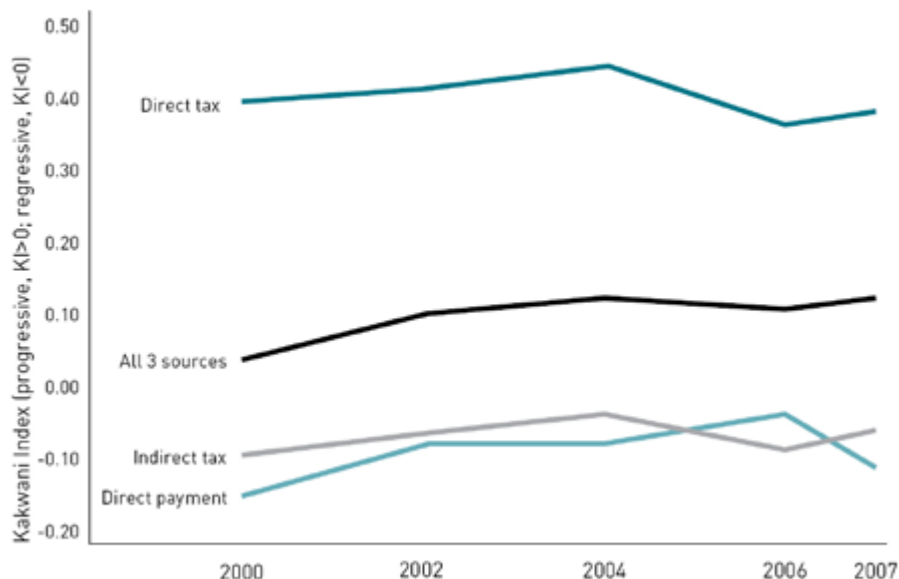
7.2.2. ความเสมอภาคด้านการเงินการคลังสุขภาพ

แหล่งเงินสุขภาพแบบอัตราก้าวหน้า

คนรวยในประเทศไทยมีส่วนร่วมในแหล่งทุนสุขภาพมากกว่าคนจน (Prakongsai, Limwattananon & Tangcharoensathien, 2009) ระหว่าง พ.ศ. 2545–2549 ค่า concentration index (CI)² ของภาษีทางตรงและภาษีทางอ้อมมีค่า 0.769–0.822 และ 0.551–0.596 ตามลำดับ ภาษีทางอ้อมจะมีอัตราก้าวหน้าน้อยกว่าภาษีทางตรง นอกจากนี้ เงินสมทบประกันสังคม และการจ่ายเบี้ยประกันเอกชนโดยสมัครใจ มี CI น้อยในกลุ่มคนรวย (CI = 0.449–0.497 และ 0.378–0.422 ตามลำดับ) จึงมีความก้าวหน้าน้อยกว่า ค่า CI ของรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนในช่วงเวลาดังกล่าวมีค่า 0.463–0.488 ซึ่งเป็นอัตราก้าวหน้าที่น้อยที่สุดของแหล่งเงินทุกประเภท

ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 หรือหนึ่งปีก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเทศไทยมีแหล่งการเงินแบบอัตราก้าวหน้า คนรวยจ่ายเงินผ่านระบบภาษีทางตรงเพื่อเป็นแหล่งการคลังด้านสุขภาพในสัดส่วนต่อรายได้ที่สูงกว่าคนจน แหล่งการเงินด้านสุขภาพ 3 แหล่งหลัก ได้แก่ ภาษีทางตรง ภาษีทางอ้อม และการจ่ายตรงจากครัวเรือน แหล่งการเงินจากภาษีทางตรงมีอัตราก้าวหน้าสูงที่สุด (Kakwani Index, KI, ประมาณ 0.4) ขณะที่ภาษีทางอ้อมและการจ่ายตรงจากครัวเรือนมีอัตราก้าวหน้าเป็นค่าติดลบ (KI < 0) (รูปที่ 7.6) ภาพรวมของแหล่งการเงินทั้งสามแหล่งรวมกัน มีลักษณะแบบอัตราก้าวหน้า (KI > 0)

Figure 7.6 Progressivity of major sources of health financing as measured by Kakwani Index, 2000–2007, reflecting the relative contributions by three sources of health financing



Note: This graph excludes SHI payment and private insurance premium.

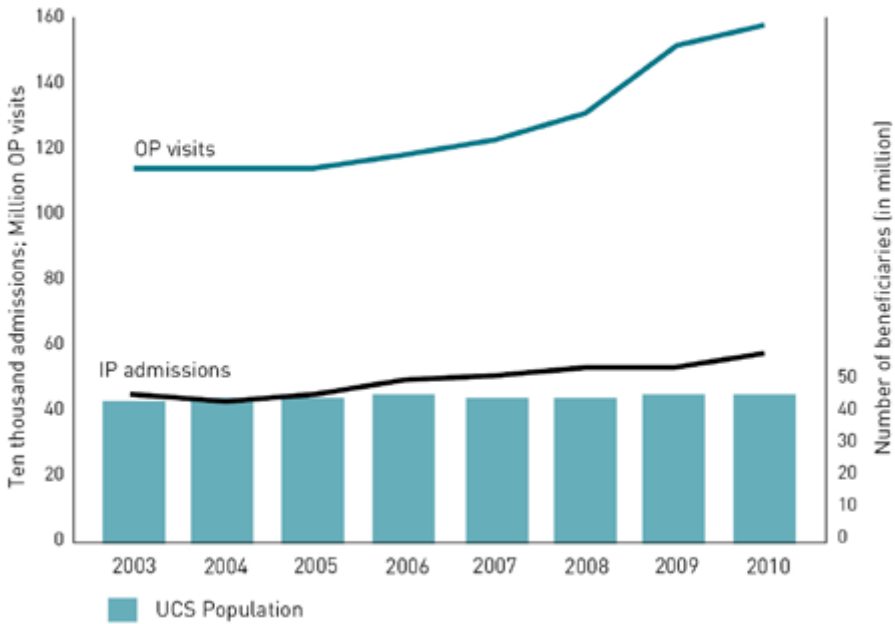
Source: Analysis of SES, NHA, and Ministry of Finance's Government revenue data.

7.3. ความเสมอภาคในการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ

7.3.1. การเพิ่มขึ้นของการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ

รายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บ่งชี้ว่า การใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 111.9 ล้านครั้ง ใน พ.ศ. 2546 เป็น 153.4 ล้านครั้งใน พ.ศ. 2553 (รูปที่ 7.7) นอกจากนี้ การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเช่นกัน เพิ่มจาก 46.0 ล้านครั้ง เป็น 47.7 ล้านครั้ง ในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงการเข้าถึงและใช้บริการที่ดีขึ้น ทั้งนี้ การใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกมีการเติบโตเร็วกว่าการใช้บริการผู้ป่วยใน

Figure 7.7 Total numbers of outpatient visits and inpatient admissions against number of UCS members, 2003–2010



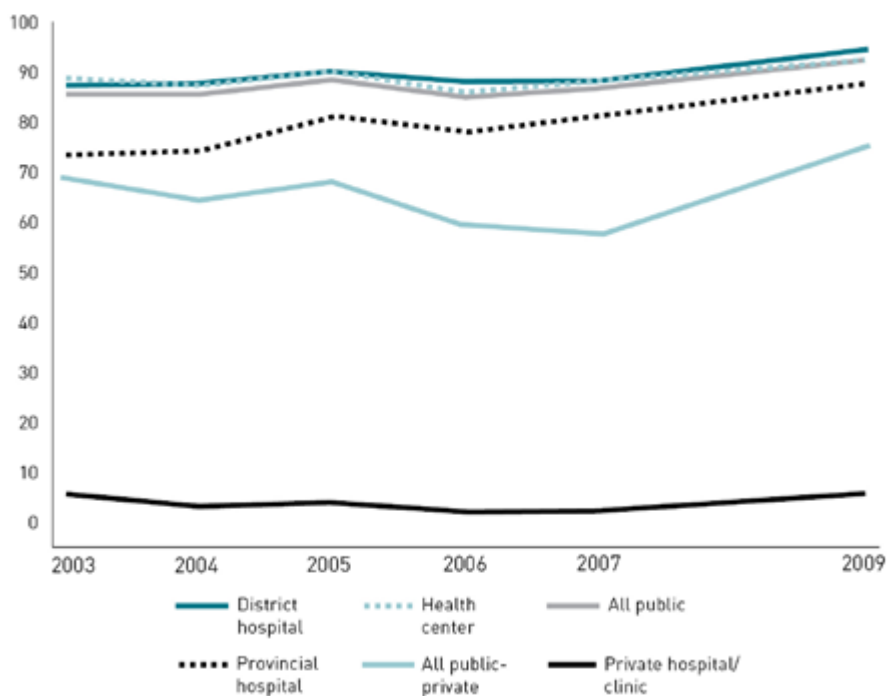
Source: Analysis of NHSO administrative reports.

7.3.2. ประสบการณ์การใช้บริการ

การใช้สิทธิประกันสุขภาพ

ข้อมูลจากการสำรวจครัวเรือน พ.ศ. 2546 เผยว่า ในภาพรวมของสถานพยาบาลทุกแห่งทั้งรัฐและเอกชน ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 71 ใช้สิทธิที่ตนมีสำหรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (รูปที่ 7.8 A) อัตราการใช้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติที่สถานพยาบาลรัฐเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 88 ใน พ.ศ. 2546–2547 เป็นร้อยละ 95 ใน พ.ศ. 2552 โดยผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานอนามัย (หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, รพสต.) และโรงพยาบาลชุมชนมากกว่าโรงพยาบาลจังหวัด

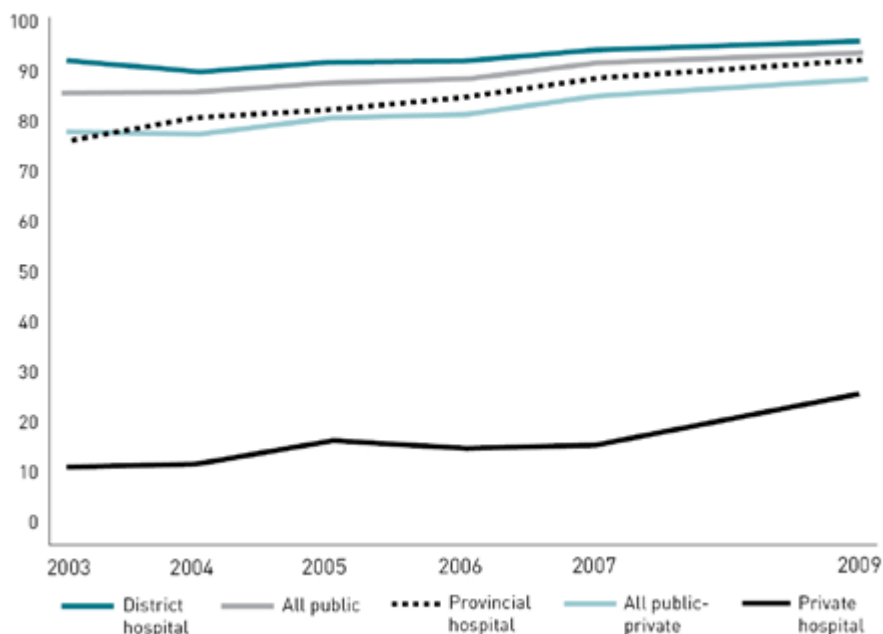
Figure 7.8A Uptake of UCS entitlement when using outpatient services, percentage of UCS members using outpatient services at different levels of service, 2003–2009



Source: Cheawchanwattana & Limwattananon (2012) [based on HWS].

ผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 80 ใช้สิทธิของตนในการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน ใน พ.ศ. 2546 (ภาพ 7.8B) อัตราการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลรัฐสูงกว่าโรงพยาบาลเอกชน อัตราการใช้สิทธิเพิ่มขึ้นในทุกระดับของโรงพยาบาล จนเป็นร้อยละ 90 ใน พ.ศ. 2552 และการใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 96

Figure 7.8B Uptake of UCS entitlement when using inpatient services, percentage of UCS members using inpatient services at different levels of service, 2003–2009

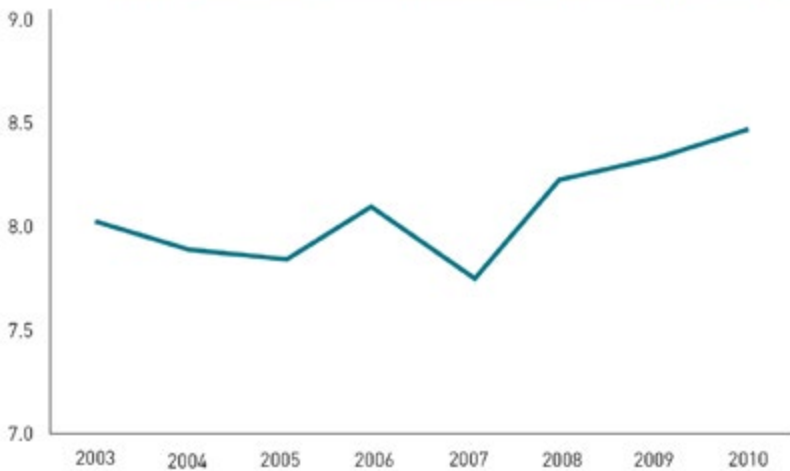


Source: Cheawchanwattana & Limwattananon (2012) (based on HWS).

ความพอใจในประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาพที่ 7.9 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ย (ช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95) ของความพอใจต่อระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของสมาชิกในระบบดังกล่าว ช่วง พ.ศ. 2546–2553 ซึ่งทำการสำรวจความเห็นโดยหน่วยงานอิสระ พบว่า คะแนนความพอใจ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากค่าเฉลี่ย 7.8–8.1 ใน พ.ศ. 2551–2553 นอกจากนี้ การสำรวจดังกล่าว ยังรายงานผลของการเพิ่มขึ้นของความพอใจของสถานพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพแก่ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่แสดงข้อมูล)

Figure 7.9 Overall rating of satisfaction with UCS (in 1–10 Likert scale, mean and 95% confidence intervals), 2003–2010

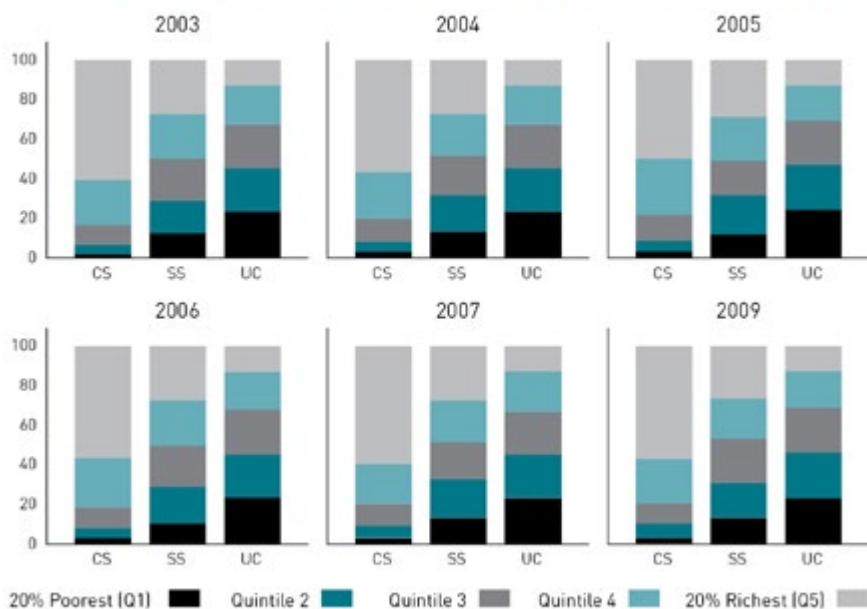


Source: Cheawchanwattana & Limwattananon (2012) (based on ABAC Polls).

7.3.3 ความเสมอภาคของการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ

การใช้บริการและประโยชน์ต่อประชาชนกลุ่มเศรษฐกิจต่างๆ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการในรายงานฉบับนี้มุ่งเน้นที่สมาชิกประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 70 ของประชากรทั่วประเทศ สมาชิกประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้มีเศรษฐกิจฐานะยากจนเมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคม (ภาพ 7.10) ช่วง พ.ศ. 2546–2553 ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติประมาณร้อยละ 23–24 เป็นผู้ที่อยู่ในเศรษฐกิจกลุ่มจนที่สุด (quintile 1, Q1) ตามดัชนีสินทรัพย์ของครัวเรือน ขณะที่กลุ่มรวยที่สุด (quintile 5, Q5) มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 12–13 ของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ (Limwattananon et al., 2012) โดยลักษณะตามเศรษฐกิจดังกล่าวไม่เปลี่ยนแปลงมากนักในรอบ 6 ปี

Figure 7.10 Distribution of health insurance members according to national quintiles of household asset index, 2003–2009

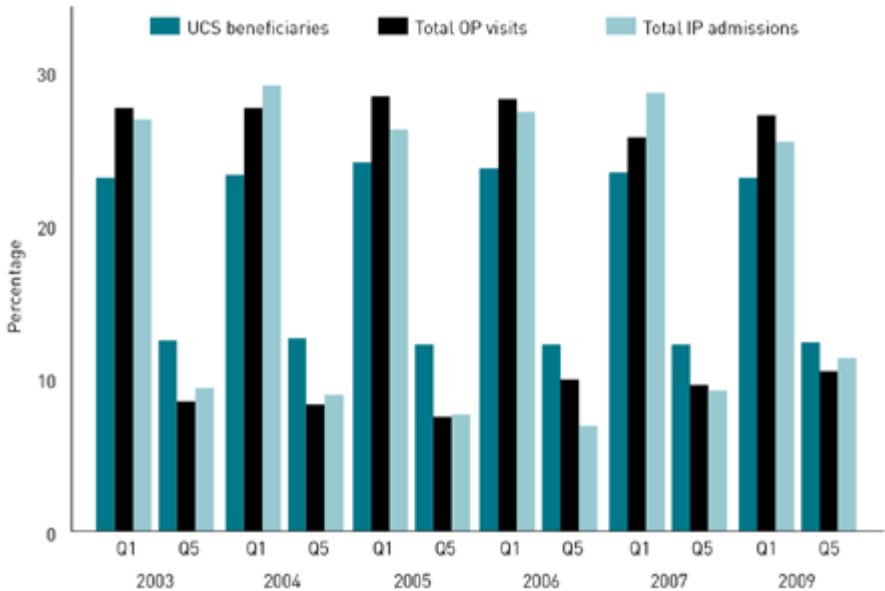


CS: Civil Servant Medical Benefit Scheme; SS: Social Health Insurance; UC: Universal Coverage Scheme.

Source: Analysis of HWS (various years).

เมื่อจัดแบ่งครัวเรือนด้วยระดับสินทรัพย์ของครัวเรือนนั้น กลุ่มจนที่สุดใช้บริการผู้ป่วยนอกมากกว่ากลุ่มรวยที่สุด ในช่วงสิบปีแรกของการปฏิรูประบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (รูปที่ 7.11) ในทำนองเดียวกัน กลุ่มจนที่สุดใช้บริการผู้ป่วยในมากกว่ากลุ่มรวยที่สุด

Figure 7.11 Proportions of outpatient visits and inpatient admissions, compared with number of beneficiaries of UCS by the poorest and richest quintiles of household asset index, 2003–2009

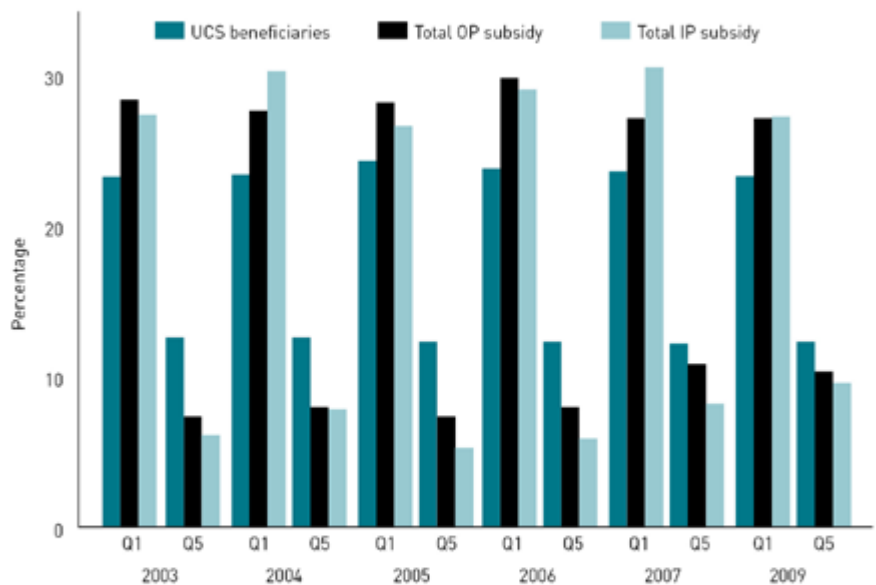


UCS: Universal Coverage Scheme; OP: outpatient; IP: inpatient.
Note: The brown bar represents the relative proportion of UCS members distributed across the five quintiles. For example, of total UCS population, 23.2% belonged to the poorest quintile (Q1) in 2009, while 12.3% belonged to the richest quintile (Q5).
Source: Limwattananon et al. [2012] (based on HWS).

การวิเคราะห์ประโยชน์ที่ได้รับ (benefit incidence analysis) พบว่า การใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ กลุ่มจนที่สุดได้รับประโยชน์คิดเป็นร้อยละ 27–30 ของเงินภาครัฐ ขณะที่กลุ่มรวยที่สุดได้รับประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 7–11 ใน พ.ศ. 2546–2552 (รูปที่ 7.12) ในทำนองเดียวกัน การใช้บริการผู้ป่วยใน กลุ่มจนที่สุดได้รับประโยชน์มากกว่ากลุ่มรวยที่สุด เป็นการบ่งชี้ว่าการปฏิรูปประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นนโยบายที่ทำให้กลุ่มจนที่สุดเข้าถึงและ ใช้บริการสุขภาพและได้รับประโยชน์จากการใช้เงินภาครัฐมาจัดบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการจัดระบบบริการสุขภาพที่เน้นการบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งคนในชนบทสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้นเนื่องจากอยู่ในภูมิลำเนาของผู้ใช้สิทธิ ใน

ขณะเดียวกัน กลุ่มรายที่สุดเลือกที่จะไม่ใช้สิทธิ โดยเลือกไปใช้บริการที่สถานพยาบาลอื่นที่ตนพอใจและสมัครใจจ่ายเงินเอง

Figure 7.12 Proportions of government subsidy for out- and inpatient services, compared with number of beneficiaries of UCS by the poorest and richest quintiles of household asset index, 2003–2009



UCS: Universal Coverage Scheme; OP: outpatient; IP: inpatient.
Note: benefit incidence in 2009 is pro-poor; for example, 23.2% of total UCS members belonged to the poorest quintile (Q1), but benefited disproportionately from out- and inpatient services, 27.1% and 27.2% of total public subsidies. Meanwhile the richest quintile (Q5), consisting of 12.3% of total UCS members, benefited from 10.2% and 9.6% of total out- and inpatient subsidies.
Source: Limwattananon et al. (2012) (based on HWS).

7.4. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การบริการด้านสุขภาพ และคุณภาพบริการ

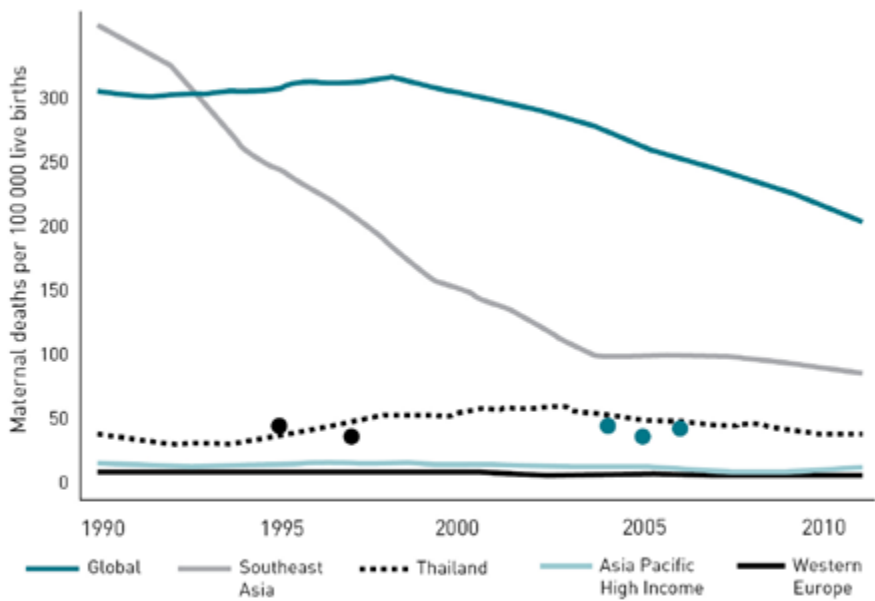
7.4.1. สุขภาพของประชากร

แนวโน้มการตายของประชากร

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) ทำการวิเคราะห์และพบว่า ประเทศไทยมีอัตราการตายของมารดาต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (รูปที่ 7.13) แต่อัตราการตายนี้ยังสูงกว่าประเทศกลุ่มรายได้สูง เช่น ประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกและยุโรปตะวันตก

ประมาณ 2–3 เท่า อย่างไรก็ตามค่าจากการประมาณการของ IHME สูงกว่าค่าประมาณการโดยใช้ข้อมูลในประเทศไทยจากการสำรวจข้อมูลการตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Age Mortality Study, RAMOS) และมีการปรับตัวเลขโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Chandoewit et al., 2007) สำหรับค่าประมาณการอัตราการตายมารดาในประเทศไทย ล่าสุด พ.ศ. 2553 เท่ากับ 48 (ช่วงระหว่าง 33 และ 70) ต่อการเกิดมีชีพหนึ่งแสนราย ซึ่งเป็นการประมาณการโดยความร่วมมือของสำนักงาน ได้แก่ องค์การอนามัยโลก องค์การเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ องค์การประชากรแห่งสหประชาชาติ และ ธนาคารโลก (WHO, 2012c)

Figure 7.13 Maternal mortality in Thailand, global average and selected world regions, 1990–2011



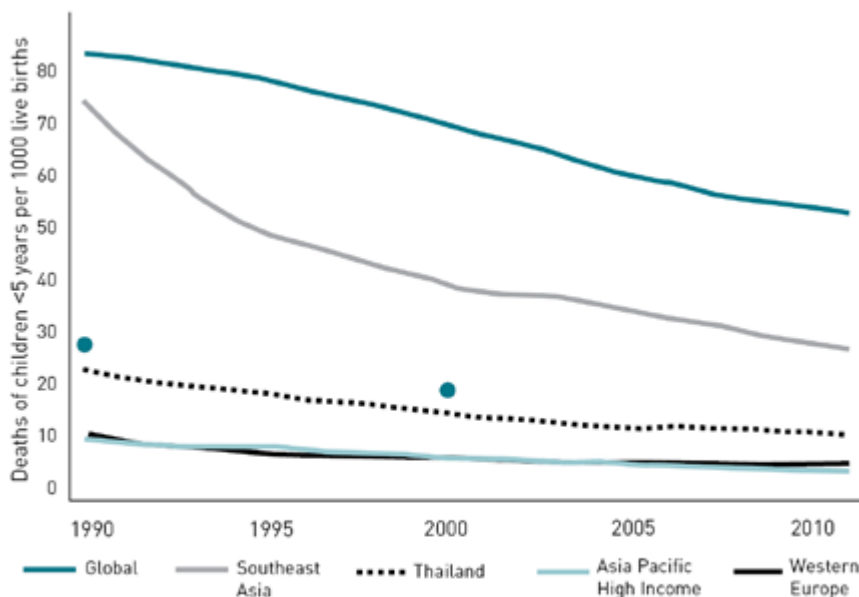
Notes: 95% confidence intervals given for Thailand and global; median for global regions; domestic estimates: RAMOS (black circles) and TDRI (green circles).

Source: IHME (2011c); Analysis of Ministry of Public Health data.

อัตราการตายเด็กต่ำกว่าห้าปีของประเทศไทยมีการลดลงอย่างต่อเนื่อง (รูปที่ 7.14) ตั้งแต่มีก่อนที่ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอัตราการตายเด็กต่ำกว่าห้าปีของประเทศไทยน้อยกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก และน้อยกว่าค่ามัธยฐานของ

ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่มีรายได้สูงในภูมิภาคยุโรปตะวันตกและเอเชียแปซิฟิก ทั้งนี้ค่าประมาณการของ IHME มีค่าน้อยกว่าค่าประมาณการจากสำมะโนประชากรของประเทศไทยใน พ.ศ. 2533 และ 2543 (Vapattanawong et al., 2007)

Figure 7.14 Child mortality in Thailand, global average and selected world regions, 1990–2011

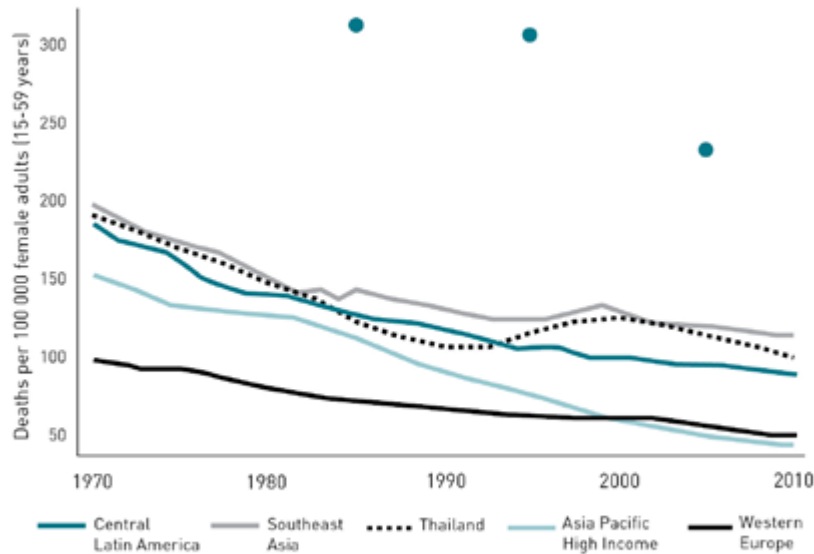


Notes: 95% confidence intervals given for Thailand and global; median for global regions; the two green dots represent estimates from 1990 and 2000 censuses.

Source: IHME (2011b); and analysis of MOPH data.

อัตราการตายของประชากรชายและหญิงอายุ 15–59 ปี มีค่าใกล้เคียงกับค่ามัธยฐานของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่สูงกว่าอัตราการตายของภูมิภาคละตินอเมริกาและประเทศรายได้สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหลายปีที่ผ่านมา (รูปที่ 7.15A และ 7.15B) อย่างไรก็ตาม อัตราตายจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร (Survey of Population Change, SPC) ใน พ.ศ. 2528, 2538 และ 2548 มีค่าสูงกว่าค่าประมาณการโดย IHME การเพิ่มขึ้นของอัตราการตายของประชากรไทยทั้งชายและหญิงในช่วง พ.ศ. 2533 หรือ ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา เป็นผลมาจากการระบาดของโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีที่ส่งผลอย่างมากต่อการตายและชะลอการเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทย

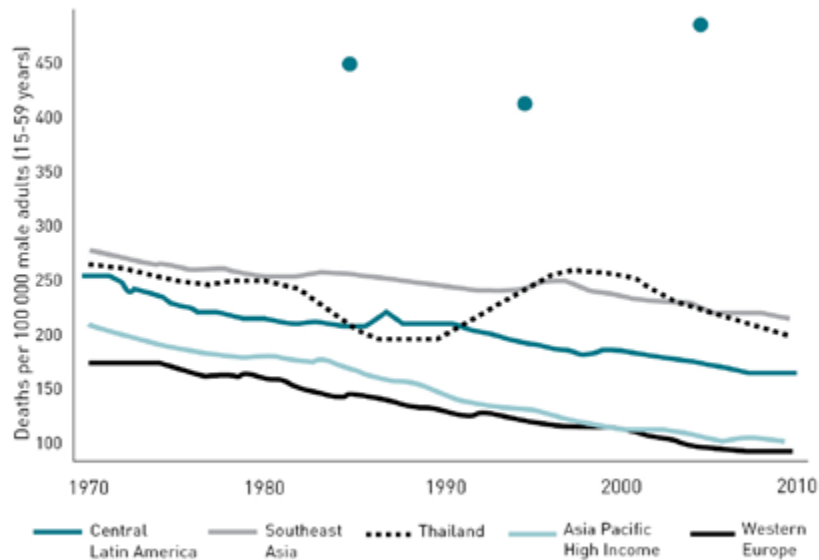
Figure 7.15A Adult female mortality in Thailand and selected world regions, 1970–2010



Notes: Median for world regions; the three green dots represent estimates from three inter-census surveys (SPC).

Source: IHME (2010a); and analysis of the MOPH data.

Figure 7.15B Adult male mortality in Thailand and selected world regions, 1970–2010



Note: Median for world regions; the three green dots represent estimates from three inter-census surveys (SPC).

Source: IHME (2010a); and analysis of the MOPH data.

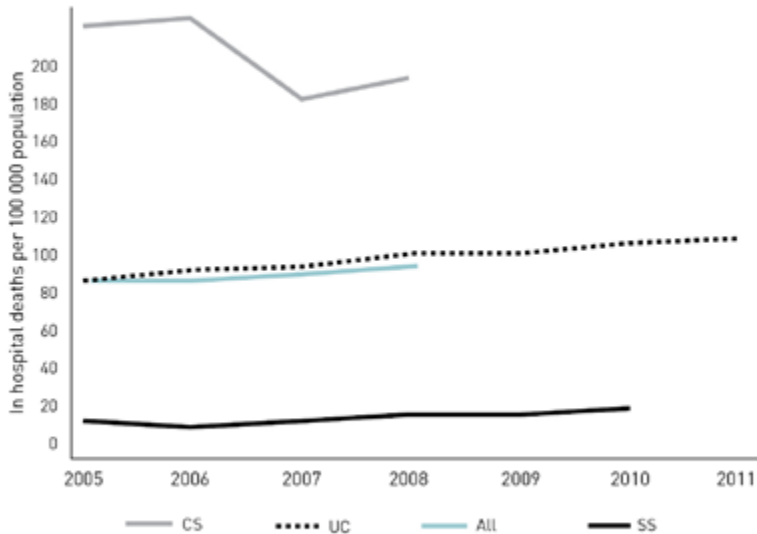
การตายที่สามารถป้องกันหรือลดลงได้

รายงานฉบับนี้เสนอข้อมูลของโรคที่อัตราการตายมีการเปลี่ยนแปลงจากการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Castelli & Nizalova, 2011) รวม 23 โรค ทั้งโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง อาทิเช่น โรคปอดอักเสบ วัณโรค โรคหัวใจรูห์มาติก มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคลมชัก โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ฐานข้อมูลผู้ป่วยในระดับประเทศเกี่ยวกับโรคดังกล่าวเหล่านี้เป็นข้อมูลสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2548–2551 ข้อมูลของกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2548–2553 และข้อมูลประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548–2554 ข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละรายถูกจำแนกตามกลุ่มโรค International Classification of Disease version 10, ICD10 (Nolte, Scholz & McKee 2004 and Page 2006) อย่างไรก็ตามในช่วงก่อนการปฏิรูปประกันสุขภาพแห่งชาติยังไม่มีฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยใน ดังนั้นการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้จึงเป็นช่วงหลังจากการมีประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว

เมื่อพิจารณาข้อมูลผู้ป่วยในทั้งสามสิทธิ การตายจากภาวะโรคข้างต้นเพิ่มขึ้นจาก 86 ต่อผู้มีสิทธิแสนรายใน พ.ศ. 2548 เป็น 95 ใน พ.ศ. 2551 (รูปที่ 7.16) แนวโน้มนี้สอดคล้องกับข้อมูลของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติที่ครอบคลุมประชากรมากถึงร้อยละ 70 ของประชากรไทย

สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีอัตราการตายในโรงพยาบาล 200 ต่อผู้มีสิทธิแสนราย ซึ่งสูงกว่าสิทธิอื่นๆ (รูปที่ 7.16) ทั้งนี้เนื่องจากผู้มีสิทธิเป็นผู้สูงวัย ในขณะที่สมาชิกประกันสังคมเป็นวัยหนุ่มสาว หรือ วัยทำงาน ส่วนสมาชิกประกันสุขภาพแห่งชาติมีการกระจายของอายุมากกว่าสิทธิอื่นๆ (รูปที่ 7.17 A, B และ C ตามลำดับ)

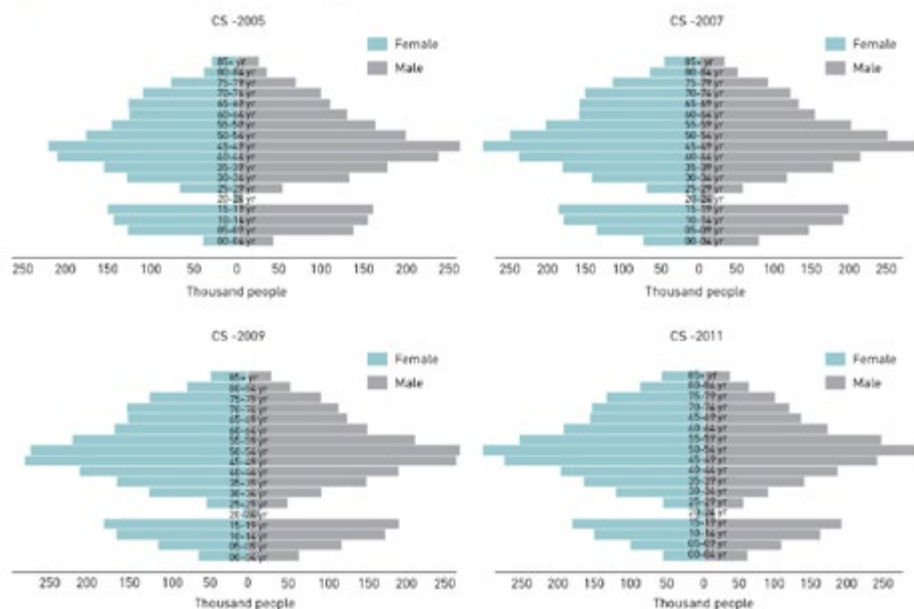
Figure 7.16 Mortality amenable to health care per 100 000 population, overall and by insurance scheme, 2005–2011



CS: Civil Servant Medical Benefit Scheme; SS: Social Health Insurance; UC: Universal Coverage Scheme.
Source: Analysis of national inpatient databases of insurance schemes.

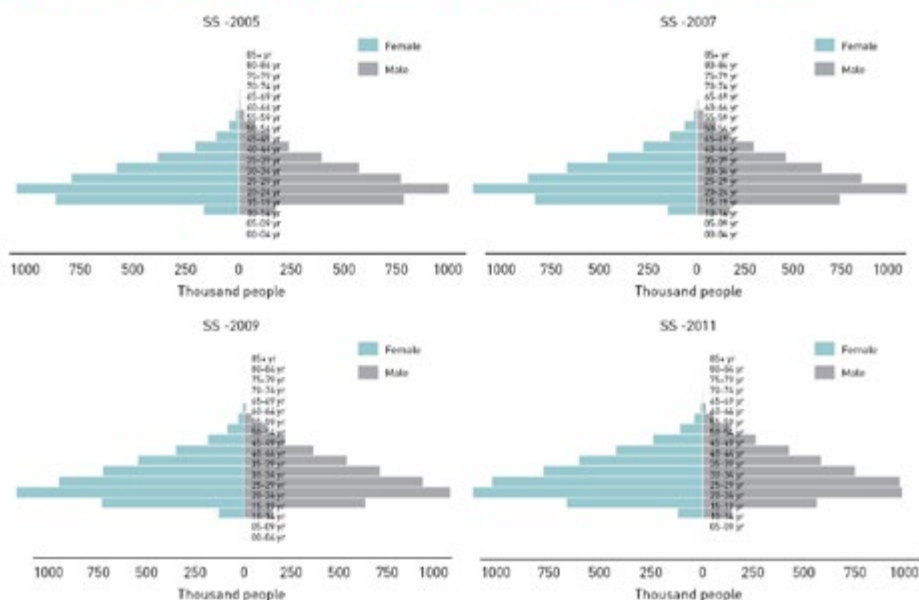
อย่างไรก็ตาม การแปลผลรูปที่ 7.16 ต้องคำนึงถึงประเด็นต่างๆ ด้วย ประเด็นแรกคือจำนวนผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบหรือผู้อาศัยในเขตชนบทซึ่งมักกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน และขอตายที่บ้านมากกว่าโรงพยาบาล ทั้งนี้ ร้อยละ 51.7 ของการตายทั้งหมดในประเทศไทย เกิดขึ้นที่บ้าน (NSO, 2015) ประเด็นที่สองคือ ตัวหารของการคำนวณอัตราการตายในโรงพยาบาลเป็นจำนวนผู้มีสิทธิของแต่ละสิทธิ ไม่ใช่จำนวนผู้ได้รับการผู้ป่วยในซึ่งแต่ละสิทธิจะมีลักษณะอายุของประชากรที่แตกต่างกัน (รูปที่ 7.17 A, B และ C) ทำให้รูปที่ 7.16 แสดงถึงลักษณะทางประชากรมากกว่าผลการดำเนินการของแต่ละสิทธิ ประเด็นที่สามคือข้อมูลรูปที่ 7.16 ไม่ได้มีการปรับมาตรฐานอายุระหว่างสิทธิ (age standardization) ทำให้อัตราการตายของผู้ใช้สิทธิประกันสังคมน้อยกว่าสิทธิอื่นๆ และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีอัตราการตายในโรงพยาบาลมากที่สุด

Figure 7.17A Population pyramid of CSMBS members, 2005–2011



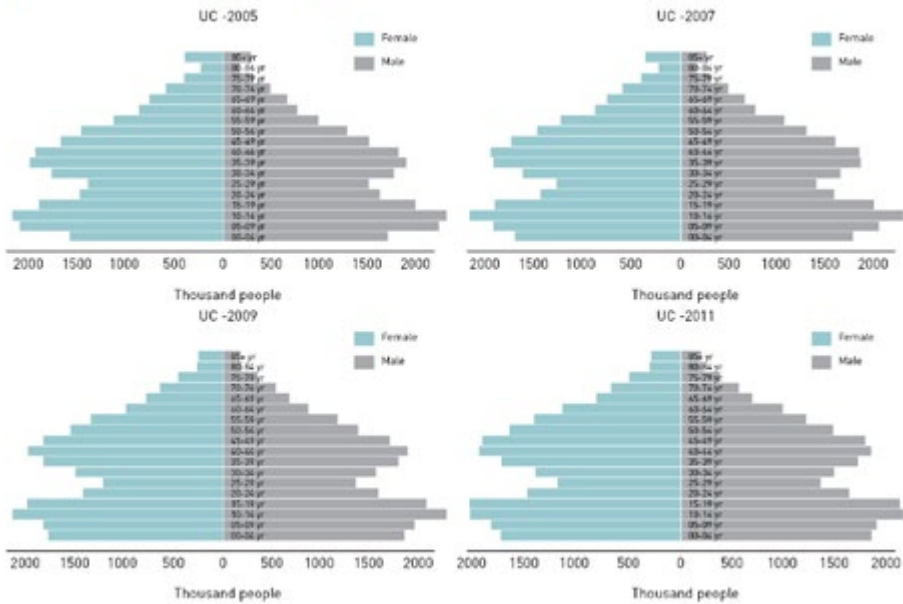
Source: Analysis of CSMBS member database (various years).

Figure 7.17B Population pyramid of SHI members, 2005–2011



Source: Analysis of SHI member database (various years).

Figure 7.17C Population pyramid of UCS members, 2005–2011

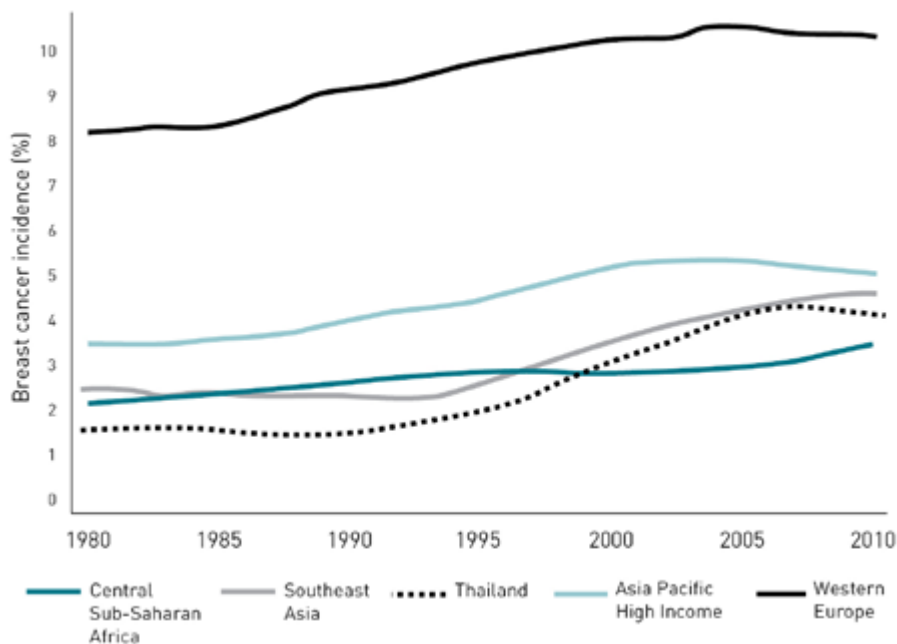


Source: Analysis of UCS member database (various years).

อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งและอัตราการมีชีวิตรอด

ในช่วงก่อน พ.ศ. 2543 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าค่ามัธยฐานของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่เมื่อมีการพัฒนาระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งจึงได้เห็นภาพของสถานการณ์ที่แท้จริงมากขึ้น สปสช. สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับประชาชนทุกสิทธิ เพิ่มความครอบคลุมการคัดกรองด้วยวิธีการตรวจแป็บสเมียร์ (pap smear) และในปัจจุบันเพิ่มมีการคัดกรองด้วย visual inspection with acetic acid (VIA) สำหรับมะเร็งเต้านมยังไม่มีโครงการคัดกรองโดยใช้เครื่องเอกซเรย์เต้านม (mammography) เนื่องจาก ผลการประเมินเทคโนโลยีพบว่า การคัดกรองด้วยวิธีดังกล่าว ยังไม่มีควมคุ้มค่า (Anothaisintawee, Tantai & Teerawattananon, 2013) ทั้งนี้อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตามการเติบโตของเศรษฐกิจเช่นเดียวกับประเทศที่มีรายได้สูง โดยเริ่มมีจำนวนค่ามัธยฐานของภูมิภาคและสูงกว่าภูมิภาคแอฟริกากลาง (รูปที่ 7.18A)

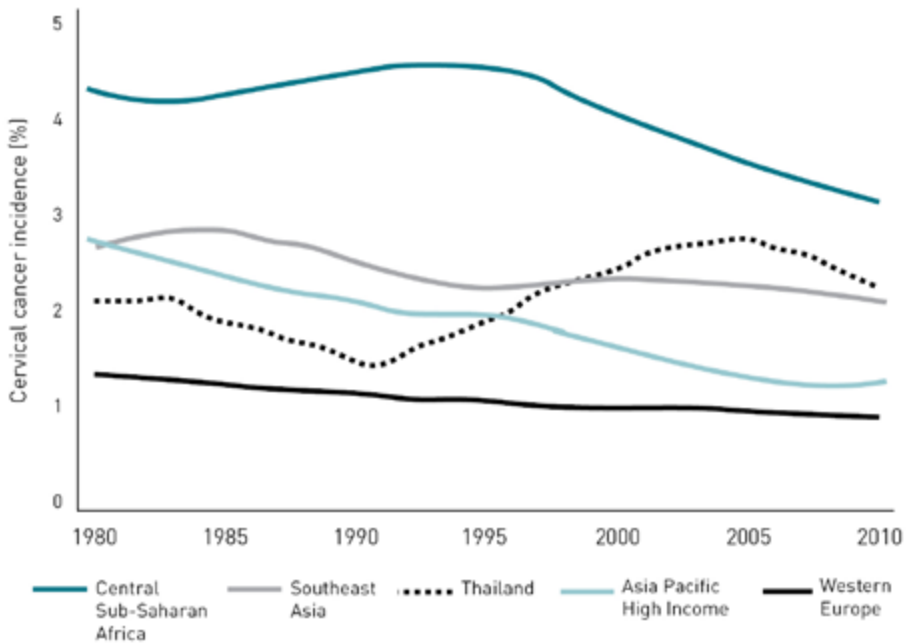
Figure 7.18A Incidence of breast cancer in Thailand, global average and selected world regions, per 100 000 women, 1980–2010



Source: IHME (2011a).

สำหรับข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกพบว่า ภูมิภาคที่มีรายได้สูง และภูมิภาคแอฟริกาตอนใต้ทะเลทรายซาฮารามีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2523 ส่วนประเทศไทย อุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2533 และมีอุบัติการณ์มากกว่าค่ามัธยฐานของภูมิภาคตั้งแต่ พ.ศ. 2542 (รูปที่ 7.18B) อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวเป็นการเปรียบเทียบระหว่างทวีปแอฟริกาซึ่งประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ในขณะที่ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมที่มากขึ้น

Figure 7.18B Incidence of cervical cancer in Thailand, global average and selected world regions, per 100 000 women, 1980–2010



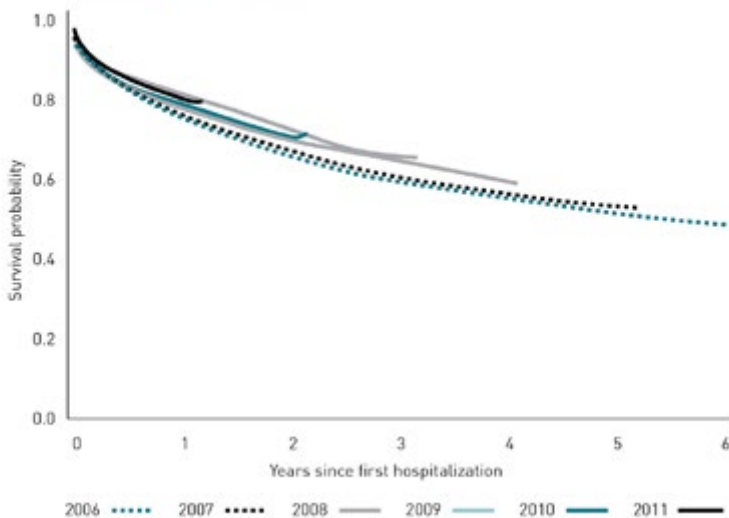
Source: IHME (2011a).

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบทะเบียนราษฎร ทั้งการเกิดและการตายที่ดี ตามกฎหมาย ระบุว่า การตายไม่ว่าจะเกิดในโรงพยาบาลหรือบ้านต้องแจ้งต่อนายทะเบียน ภายใน 24 ชั่วโมง และข้อมูลการตายต้องมีการรวบรวมให้ สปช. ต่อไป นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีข้อมูลอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยใน รูปที่ 7.19A, 7.19B และ 7.19C แสดงอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตามลำดับ ของผู้ป่วยประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ป่วยทั้งสามโรค ที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในครั้งแรกระหว่าง พ.ศ. 2549–2550 มีอัตราการรอดชีพห้าปี ที่ 55–57% สำหรับมะเร็งเต้านม 50–52% สำหรับมะเร็งปากมดลูกและ 33–36% สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ จากการศึกษาอัตราการรอดชีพห้าปี ในเก้าพื้นที่พบว่าอัตราของประเทศไทยอยู่ในระดับดีที่เปรียบเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ได้ เช่น อัตราการรอดชีพห้าปีของมะเร็งเต้านม ช่วงระหว่าง 45% ในเมืองบังกาลอร์ ประเทศอินเดีย ถึง 72% ในนครเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน เช่นเดียวกับอัตราการรอดชีพห้าปีของมะเร็งปากมดลูก ที่มีช่วงระหว่าง 29% ในเมืองริซาล

ประเทศฟิลิปปินส์ ถึง 68% ในจังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย (Mathers et al., 2001)

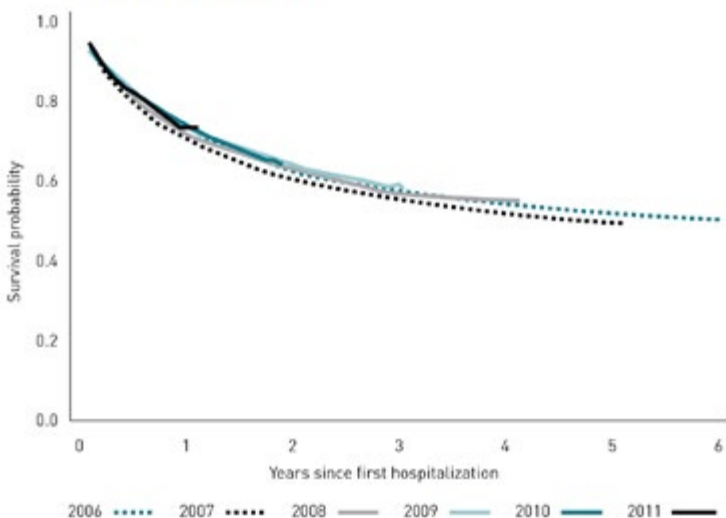
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้ารับการรักษาตัวครั้งแรกในช่วง พ.ศ. 2551–2554 มีอัตราการรอดชีวิตดีกว่าผู้ที่เข้ารับการรักษาตัวช่วง พ.ศ. 2549–2550 ทั้งนี้ เนื่องจากการรักษาที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การรักษามะเร็งปากมดลูกและ มะเร็งลำไส้ใหญ่ยังไม่พบแนวโน้มการรอดชีวิตที่ดีขึ้น

Figure 7.19A Overall survival of UCS patients admitted with breast cancer, 2006–2011



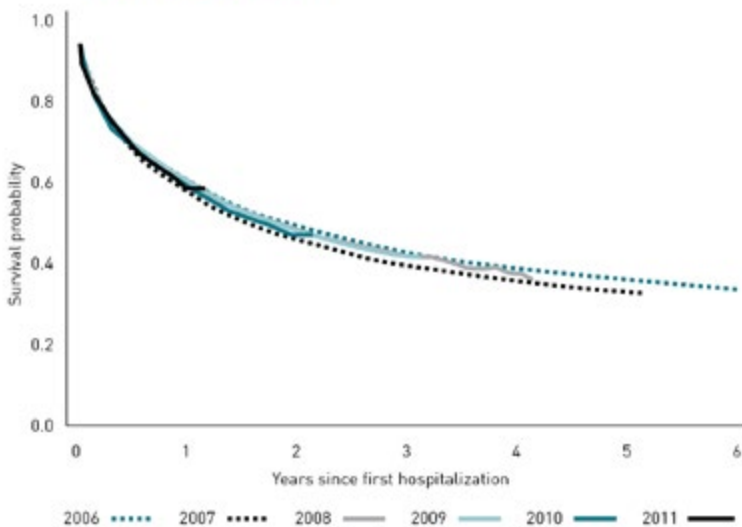
Source: Limwattananon et al. (2012)

Figure 7.19B Overall survival of UCS patients admitted with cervical cancer, 2006–2011



Source: Limwattananon et al. [2012]

Figure 7.19C Overall survival of UCS patients admitted with colorectal cancer, 2006–2011



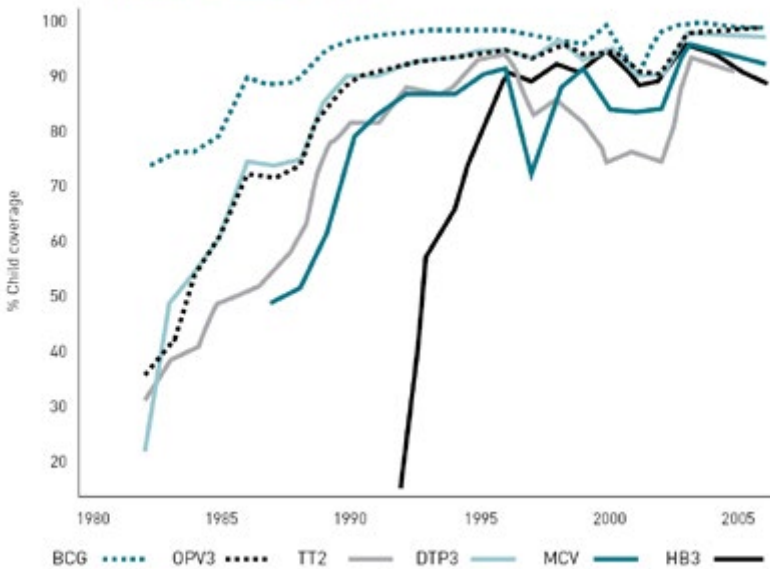
Source: Limwattananon et al. [2012]

7.4.2. ผลลัพธ์การบริการสุขภาพและคุณภาพการบริการ

การป้องกันโรค: อัตราการได้รับวัคซีนในเด็ก

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการสร้างภูมิคุ้มกันในเด็กตั้งแต่ยุคทศวรรษที่ 1980 โดยภายหลังจากการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติ (national expanded programme for immunization, EPI) ใน พ.ศ. 2525 ทำให้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรควัคซีนครอบคลุมเด็กร้อยละ 80 ภายในเวลาสามปี ทั้งนี้ เนื่องจากการคลอดบุตรในโรงพยาบาลที่มากขึ้น รองลงมาคือวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดกิน และวัคซีนป้องกันบาดทะยัก (รูปที่ 7.20) นอกจากนี้การพัฒนา ศักยภาพของระบบบริการปฐมภูมิทำให้เพิ่มการให้วัคซีนป้องกันโรคหัดและโรคตับอักเสบบีได้รวดเร็วขึ้น

Figure 7.20 Achievement of universal access to child immunization in Thailand, 1982–2006

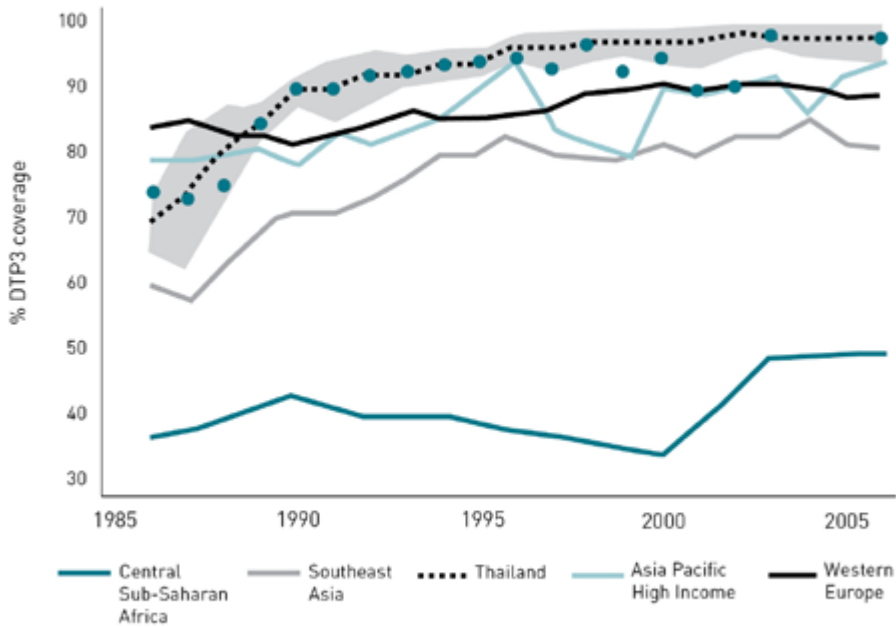


Source: Analysis of MOPH data.

เมื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ของประเทศอื่นๆ ประเทศไทยสามารถให้บริการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันได้ดีกว่าประเทศรายได้สูงในภูมิภาคยุโรปตะวันตกและ

ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (รูปที่ 7.21)

Figure 7.21 DTP immunization in Thailand and selected world regions, 1986–2006



Note: The grey shade represents 95% confidence interval based on IHME (2008); the green dots are the domestic estimates based on the MOPH data.

Source: IHME (2008); analysis of MOPH data.

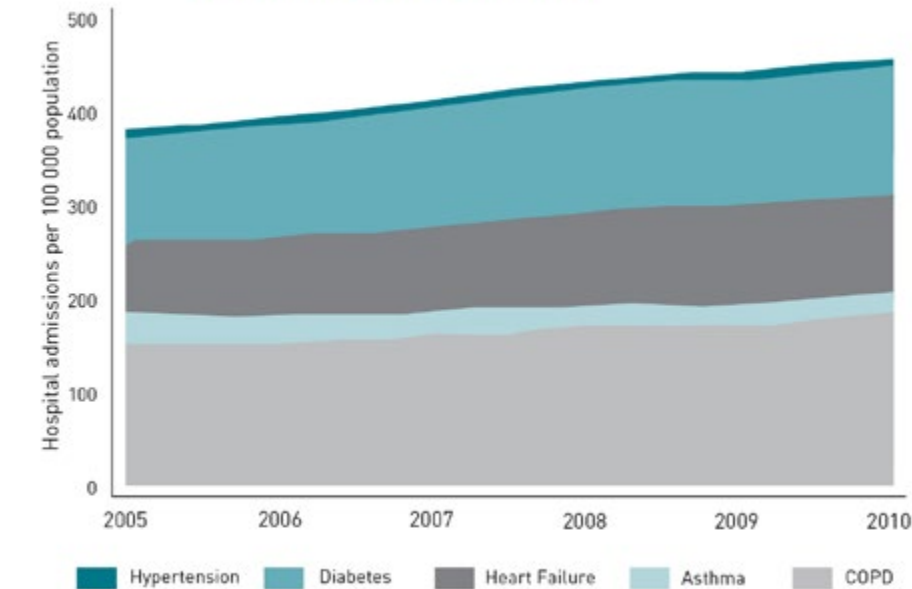
โรคเรื้อรัง: การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลที่หลีกเลี่ยงได้

ประเทศไทยประสบปัญหาภาระจากการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล ซึ่งหากสามารถควบคุมภาวะต่างๆ ได้ก็ไม่จำเป็นต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ใน พ.ศ. 2548 อัตราของผู้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในจากภาวะที่หลีกเลี่ยงได้ หากได้รับการดูแลที่ดีในระดับปฐมภูมิ (ambulatory care-sensitive conditions, ACSC) เช่น การควบคุมภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ดี ภาวะหอบหืด หัวใจล้มเหลว เบาหวาน และ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวม 380 รายต่อประชากรแสนคนของผู้มีสิทธิทั้งสามกองทุน (รูปที่ 7.22) ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รองลงมาคือโรคเบาหวานและภาวะหัวใจล้มเหลว ความชุกของการรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในจากภาวะที่หลีกเลี่ยงได้เพิ่มขึ้น

อย่างมากจาก 380 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน ใน พ.ศ. 2548 เป็น 450 ใน พ.ศ. 2553 ทั้งนี้ภาวะหอบหืดเป็นภาวะเดียวที่มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับภาวะอื่นๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน

แต่เมื่อผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้ว โรงพยาบาลได้ให้บริการอย่างเต็มที่ ภายหลังจากการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนการตายของผู้ป่วยจากภาวะที่หลีกเลี่ยงได้ มีแนวโน้มลดลง (รูปที่ 7.23) โดยเฉพาะผู้ป่วยประกันสุขภาพแห่งชาติ

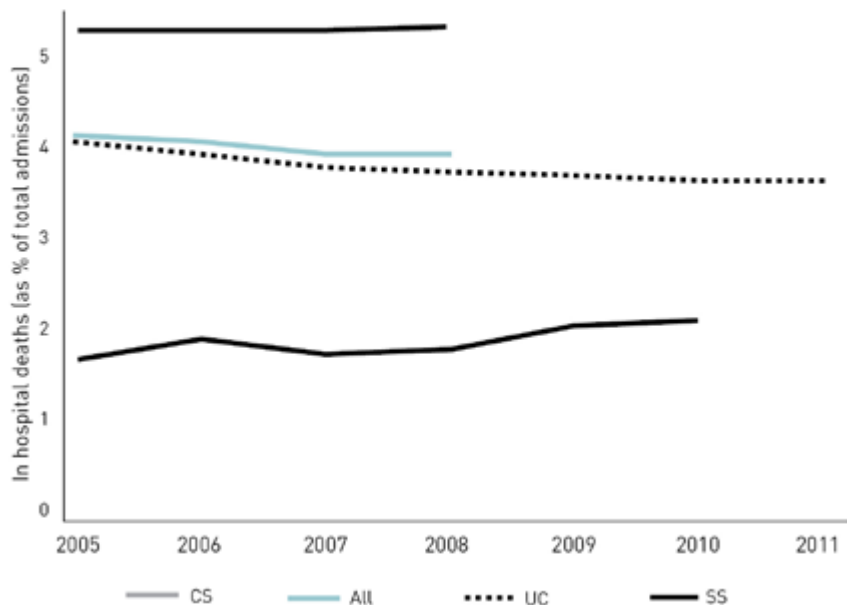
Figure 7.22 Hospital admissions with conditions deemed controllable by ambulatory care, 2005–2010



COPD: chronic obstructive pulmonary disease.

Source: Analysis of national inpatient databases of insurance schemes.

Figure 7.23 Mortality of hospital admissions with conditions amenable to health care, overall and by insurance scheme, 2005–2011

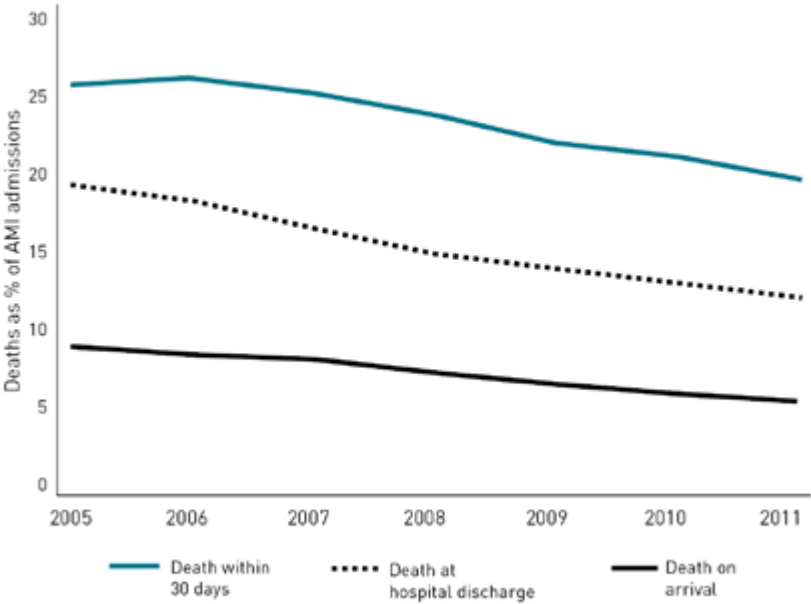


Source: Analysis of national inpatient databases of insurance schemes.

อาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: อัตราตายในโรงพยาบาล การตายภายใน 30 วันหลังจากเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคสมองขาดเลือด

กลุ่มผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติมีแนวโน้มการเสียชีวิตภายหลังเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคสมองขาดเลือดลดลง ในช่วง พ.ศ. 2548–2554 การตายภายใน 30 วัน หลังรับการรักษาและการตายในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว (รูปที่ 7.24) ส่วนการลดการตายในโรงพยาบาลจากสาเหตุโรคสมองขาดเลือดเป็นไปได้ช้ากว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (รูปที่ 7.25) ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีประสิทธิภาพมากกว่าโรคสมองขาดเลือด อย่างไรก็ตามผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติมักเลือกที่จะตายที่บ้าน ดังนั้น ข้อมูลการตายภายใน 30 วัน หลังจากเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลน่าจะสะท้อนผลลัพธ์ของการรักษาได้ดีกว่าอัตราการตายในโรงพยาบาล

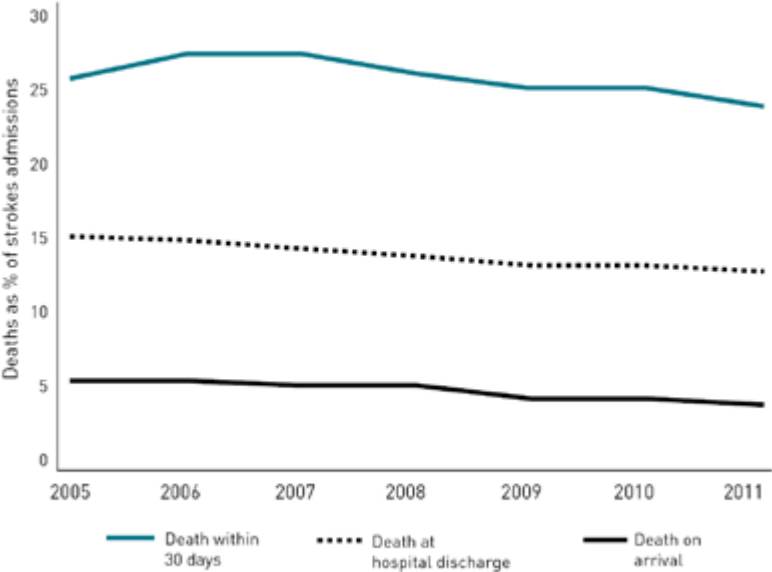
Figure 7.24 Deaths from AMI on hospital arrival, at discharge and within 30 days for UCS patients, 2005–2011



AMI: acute myocardial infarction.

Source: Analysis of national inpatient databases of insurance schemes.

Figure 7.25 Deaths from strokes on hospital arrival, at discharge and within 30 days for UCS patients, 2005–2011



UCS: Universal Coverage Scheme.

Source: Analysis of national inpatient databases of insurance schemes.

7.4.3. ความเสมอภาคของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Equity of outcomes)

บริการสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพมีความครอบคลุมและเข้าถึงได้มากขึ้น ทำให้เด็กไทยได้รับการส่งเสริมภูมิคุ้มกันอย่างทั่วถึง จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2548–2549 (Multi-indicator Cluster survey, MIC) ซึ่งจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับองค์การยูนิเซฟ (United Nations Children’s Fund, UNICEF) พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ระดับการศึกษาสูงสุดและต่ำสุด รวยที่สุดและจนที่สุด อาศัยในเขตเมืองและชนบท ไม่มีความแตกต่างกันในการเข้าถึงการสร้างภูมิคุ้มกันโรคที่สำคัญ 5 โรค (ตารางที่ 7.1)

Table 7.1 Concentration index and extremal quotients of child immunization between the highest and lowest socioeconomic status groups, 2005–2006

	BCG	OPV	DTP	MCV	HBV
Concentration index [CI]a	-0.0104	0.0002	0.0002	-0.0041	-0.0052
Overall coverage	87.5%	84.9%	84.9%	75.2%	80.4%
Extremal quotients:					
Postsecondary school : no education	1.01	1.05	0.96	1.12	0.93
Quintiles of asset index 5 : 1	1.02	1.02	0.97	1.02	0.89
Urban : rural	0.99	0.99	0.97	0.98	0.95

BCG: Bacillus Calmette–Guérin (tuberculosis vaccine); OPV: oral polio vaccine; DTP: diphtheria, tetanus and pertussis; MCV: measles contained vaccines; HBV: Hepatitis B vaccine .
Note: a Summary measure of health inequality across household asset index, $-1 \leq CI < 0$ if concentrated among the poor and $0 < CI \leq +1$ if concentrated among the richer households.
Source: Limwattananon, Tangcharoensathien & Prakongsai (2010).

อย่างไรก็ตาม ความไม่เสมอภาคของผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็กยังคงเป็นประเด็นนโยบายที่ต้องให้ความสำคัญ อาทิเช่น ประเด็นน้ำหนักแรกเกิดต่ำ การเกิดโรคอุจจาระร่วง ผู้ป่วยปอดอักเสบ และภาวะทุพโภชนา ที่พบมากในกลุ่มเด็กที่มีมารดา มีระดับการศึกษาต่ำ ครอบครัวที่มีเศรษฐานะไม่ดีและกลุ่มที่อาศัยในเขตชนบท (ยกเว้นประเด็นน้ำหนักแรกเกิดต่ำ) (ตารางที่ 7.2)

Table 7.2 Concentration and extremal quotients of child health between the highest and lowest socioeconomic status groups, 2005–2006

	Low birth weight	Reported illnesses		Malnutrition		
		Diarrhoea	Suspected pneumonia	Underweight	Stunting	Wasting
Concentration index (CI)*	0.0367	-0.0531*	-0.0896**	-0.2192***	-0.1767***	-0.0655
Overall prevalence	8.3%	8.7%	4.6%	9.3%	11.9%	4.1%
Extremal quotients:						
Postsecondary school : no education	0.80	0.61	0.93	0.29	0.39	0.53
Quintiles of asset index 5 : 1	0.84	0.58	0.46	0.27	0.43	0.85
Urban : rural	1.14	0.90	0.62	0.52	0.66	0.93

Notes: a Summary measure of health inequality across household asset index, $-1 \leq CI < 0$ if concentrated among the poor and $0 < CI \leq +1$ if concentrated among the richer households; * $P < 0.1$, ** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$.

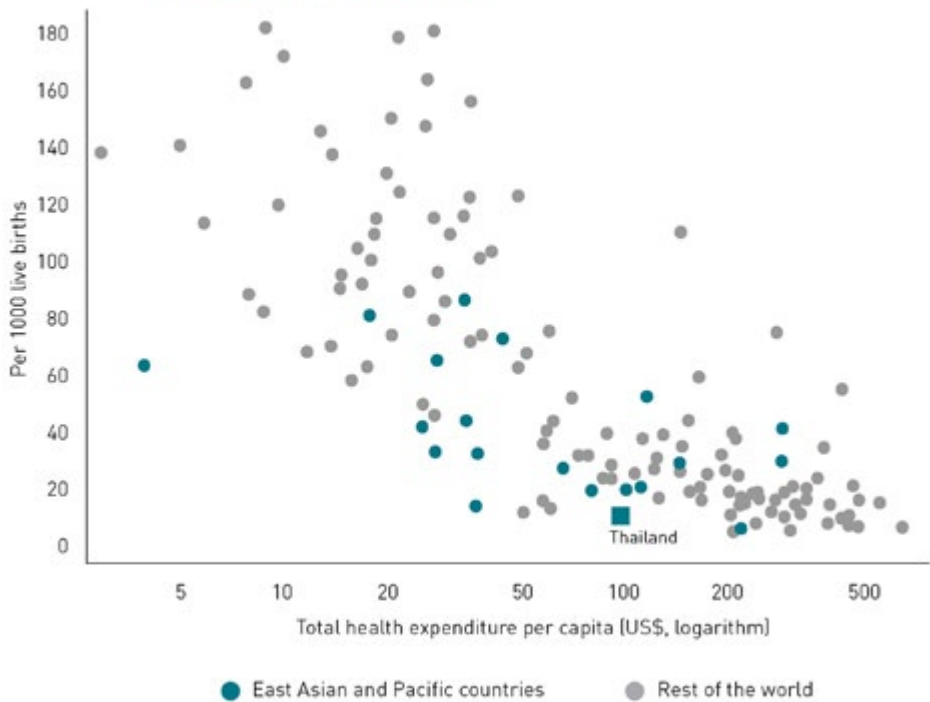
Source: Limwattananon, Tangcharoensathien & Prakongsai (2010).

7.5. ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ

7.5.1. ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร

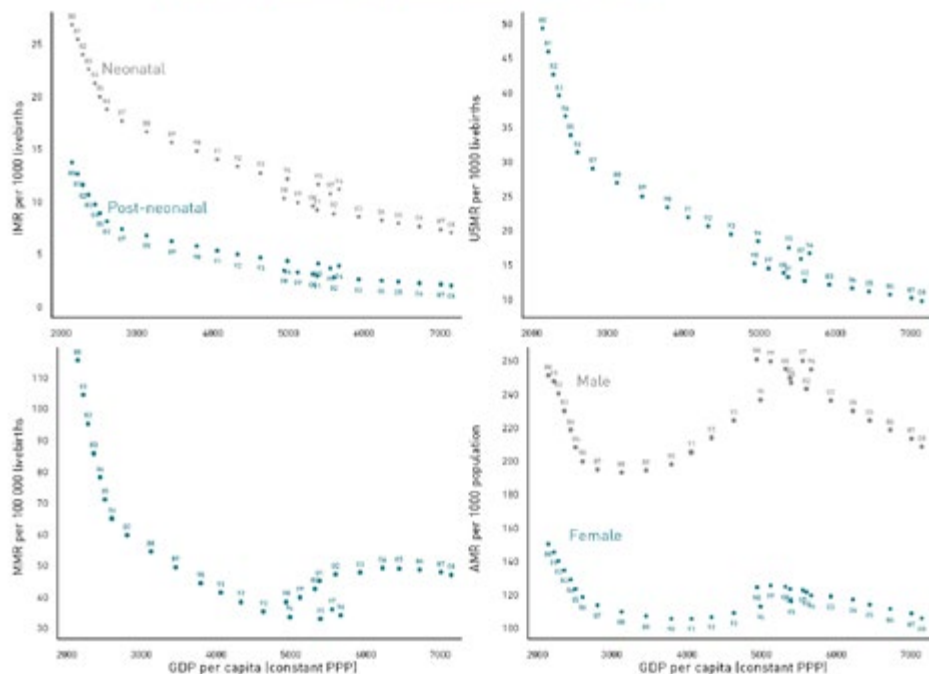
ในระหว่าง พ.ศ. 2523–2553 ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพ โดยเฉพาะผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ทั้งอัตราการตายเด็กทารก อัตราตายเด็ก และอัตราการตายมารดา ในขณะเดียวกัน มีการใช้งบประมาณด้านสุขภาพไม่มากเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ที่มีระดับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัวประชากร และรายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรที่ใกล้เคียงกัน (รูปที่ 7.26 และ 7.27) ทั้งหมดนี้เป็นผลมาจากการมีระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามอัตราการตายมารดาที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงที่ผ่านมาเกิดจากการปรับวิธีการรายงานและผลกระทบจากการระบาดของโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี

Figure 7.26 Under-five mortality and per-capita health-care expenditure in Thailand and in other low- and middle-income countries, 2005



Source: Patcharanarumol et al. (2011).

Figure 7.27 Infant, under-five, maternal and adult mortalities and per-capita GDP, Thailand 1980–2008



IMR: infant mortality rate; U5MR: under-five mortality rate; MMR: maternal mortality ratio; AMR: adult mortality rate.

Note: Each dot represents the mortality and the per-capita GDP amount, labelled with the last two digits of the calendar year.

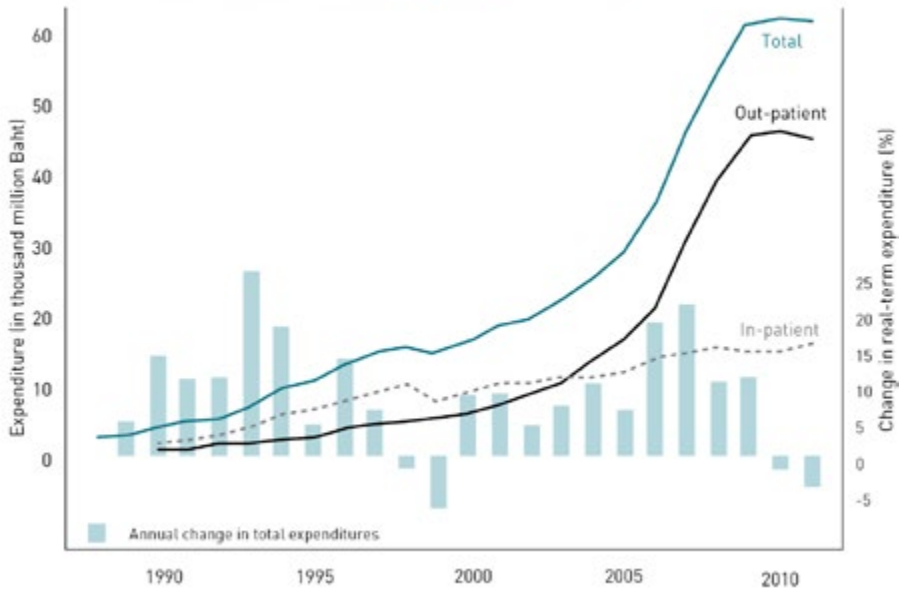
Source: Analysis of IHME (on mortality) and World Development Indicators (on country GDP) data.

ปัจจัยที่ทำให้อัตราการตายในเด็กลดลงได้แก่ 1) การเพิ่มสถานพยาบาลและกำลังคนในเขตชนบทตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ใน พ.ศ. 2515 ทำให้เกิดการขยายพื้นที่การให้บริการปฐมภูมิและระบบการส่งต่อ และ 2) การคุ้มครองความเสี่ยงด้านรายจ่ายสุขภาพ /การป้องกันการล้มละลายจากรายจ่ายด้านสุขภาพโดยใช้กองทุนสุขภาพภาครัฐ ซึ่งทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 (Patcharanarumol et al., 2011)

ถึงแม้ประเทศไทยจะมีการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพดังที่แสดงในภาพที่ 7.26 แต่ก็ยังมีประเด็นที่ต้องได้รับการจัดการที่เหมาะสม อาทิเช่น

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งมีผู้ใช้สิทธิเพียง 5 ล้านคน หรือร้อยละ 8 ของประชากรไทย แต่กลับมีการใช้งบประมาณที่เพิ่มขึ้นหลายเท่าตัวในช่วงทศวรรษที่ 1990 ถึง 2000 ทั้งนี้ เป็นผลมาจากการจ่ายตามค่าบริการที่เรียกเก็บ (fee-for-service) โดยที่กระทรวงการคลังมีมาตรการที่ไม่ได้ผลในการควบคุมค่าใช้จ่ายดังกล่าว อย่างไรก็ตามในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีการปฏิรูประบบที่เพิ่มมาตรการที่เข้มงวดมากขึ้นสำหรับการจ่ายยากลุ่มที่มีการใช้สูง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกไม่เปลี่ยนแปลงในช่วง พ.ศ. 2553–2554 (รูปที่ 7.28) (Limwattananon et al., 2011; Jongudomsuk et al., 2012)

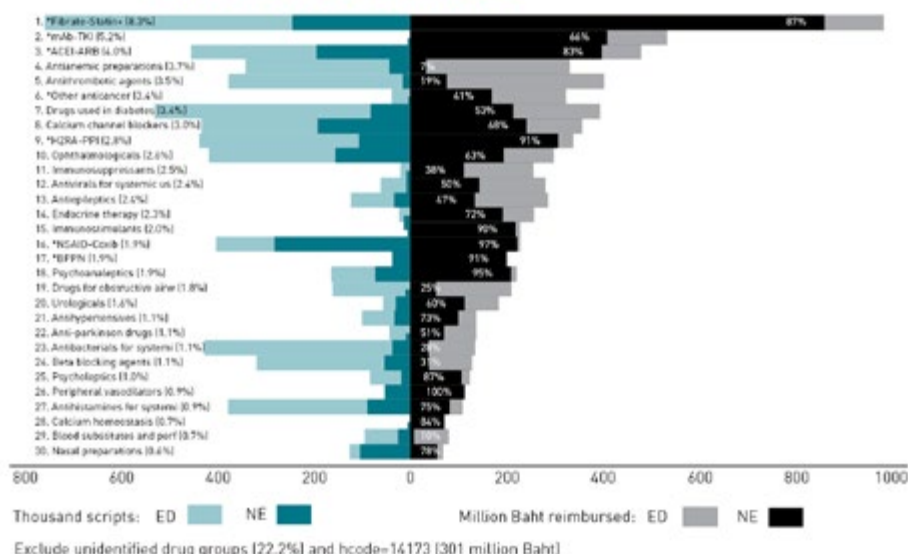
Figure 7.28 Total health-care expenditures of CSMBS by types of service and annual growth, 1988–2011



Source: Analysis from the database of Comptroller General Department, Ministry of Finance.

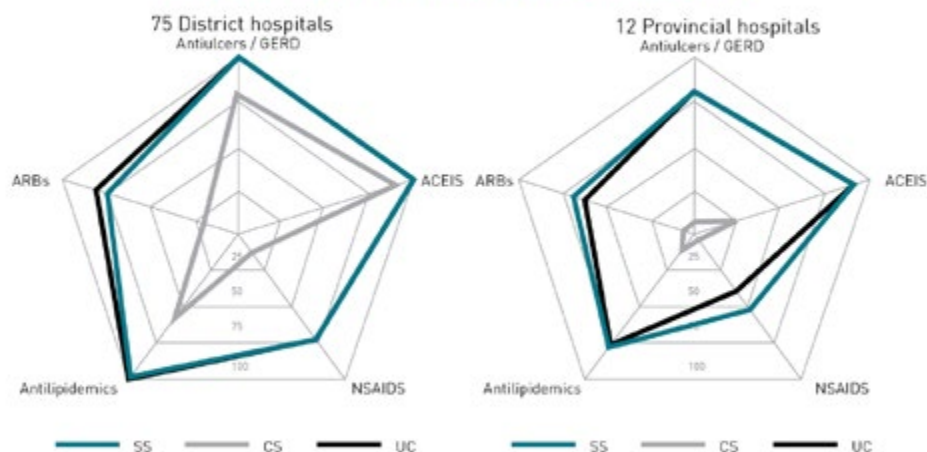
ค่ายามีสัดส่วนประมาณสามในสี่ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั้งหมด รูปที่ 7.29 แสดงถึงยาราคาแพง 30 อันดับแรก ที่ใช้ในกลุ่มสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 33 แห่ง) ซึ่งยาที่มีอัตราการใช้สูงเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

Figure 7.29 Top 30 drug classes for outpatient expenditure of CSMBS in number of prescriptions and amount reimbursed by essential drug status, 2012



ED: essential drugs; NED: nonessential drugs.
Source: HISRO (2012).

Figure 7.30 Proportion of essential drugs in major drug classes prescribed for outpatients in district and provincial hospitals by health insurance scheme, 2010

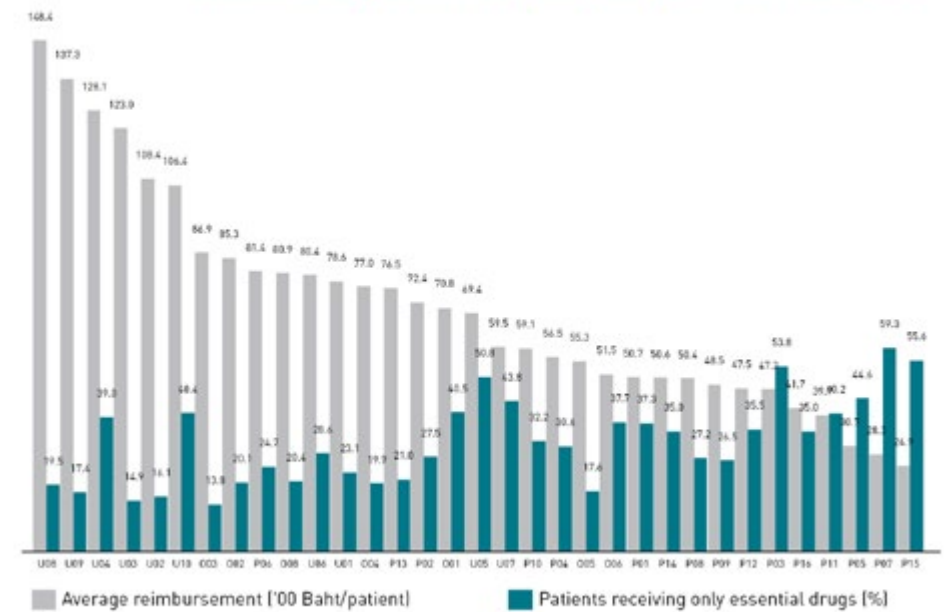


GERD: gastro-oesophageal reflux disorders; ACEI: ACE inhibitors; ARB: Angiotensin-2 receptor blockers; NSAID: non-steroidal anti-inflammatory drugs.
Source: Analysis of NHSO data.

ผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีแนวโน้มที่จะได้รับยาในบัญชียาหลัก
 แห่งขาน้อยกว่า (คิดที่มูลค่ายา) สำหรับยาทุกๆ กลุ่ม รวมทั้งยาสำหรับรักษา
 โรคกระเพาะอาหาร ยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง ยา NSAID สำหรับลดการ
 อักเสบ และยาลดระดับไขมัน (รูปที่ 7.30) ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นในโรงพยาบาล
 ทุกระดับ ทั้งโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัด

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างประเภทของโรงพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายค่า
 ยาของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีความแตกต่างกัน การรับ
 บริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะมีค่าเฉลี่ยของค่ายาสูงกว่าโรงพยาบาลใน
 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่มีสิทธิสวัสดิการ
 รักษายาบาลข้าราชการใช้บริการมากที่สุดพบว่าโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายด้านยา
 สูง จะมีสัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลักที่น้อยกว่า (รูปที่ 7.31)

**Figure 7.31 Average reimbursed drug expenditure and use of
 essential drugs in 33 hospitals, July 2011 to March 2012**



U: university hospital; P: MOPH hospital; O: Other type of hospital.
 Source: HISRO (2012).

ค่าใช้จ่ายของการรักษาผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้น การตรวจวินิจฉัยโรคและการใช้ยานอกบัญชียาหลักที่เกินความจำเป็น แสดงให้เห็นถึงความด้อยประสิทธิภาพของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งเป็นผลมาจากการจ่ายตามค่าบริการ ที่เรียกเก็บ การทำตามความต้องการของผู้รับบริการที่ส่งผลต่อการจ่ายยาที่เกินจำเป็น การขาดเกณฑ์อ้างอิงในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลของประเทศ ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการจัดทำเกณฑ์ดังกล่าวสำหรับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชนได้จัดทำอัตราค่าบริการของตนเอ ขาดการเจรจาต่อรอง และกระทรวงการคลังไม่สามารถบังคับใช้กฎระเบียบต่างๆได้ ในขณะที่แพทย์สมาคมและราชวิทยาลัยกลับแสดงบทบาทมากกว่าในการปกป้องผลประโยชน์ของวิชาชีพและการลดความน่าเชื่อถือของยาในบัญชียาหลักและยาชื่อสามัญ (generic medicines)

ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา มีความพยายามที่จะปรับระบบการจ่ายของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้เป็นระบบปลายปิด เช่น การเหมาจ่ายรายหัว แต่ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้ เนื่องจากการต่อต้านจากผู้ให้บริการ รวมถึงกระทรวงการคลังไม่สามารถหาข้อมูลมาสนับสนุนการดำเนินการได้ ถึงแม้ว่าสิทธิประกันสังคม พ.ศ. 2534 และสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีการใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวมานานแล้วก็ตาม และทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชนก็ไม่มี การต่อต้านระบบดังกล่าว

ถึงแม้ประเทศไทยจะมีผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพเด็กที่ดี แต่การดูแลสุขภาพผู้ใหญ่ยังไม่ได้ผลที่ดีนัก เห็นได้จากความน่าจะเป็นของอัตราผู้เสียชีวิตระหว่างอายุ 15–60 ปี (45q15) โดยเพศหญิงมีอัตราผู้เสียชีวิตระหว่างช่วงอายุดังกล่าว ลดลงจาก 180 ต่อประชากรหญิงหนึ่งพันคนใน พ.ศ. 2513 เป็น 106 ใน พ.ศ. 2533 จากนั้น จึงคงที่ที่ 100 ใน พ.ศ. 2553 ในขณะที่เพศชายมีแนวโน้มอัตราผู้เสียชีวิตระหว่างอายุ 15–60 ปี ต่างไป โดยอัตราลดลงจาก 200 เป็น 188 แต่กลับเพิ่มขึ้นเป็น 200 ต่อประชากรชายหนึ่งพันคน ในช่วงเวลาเดียวกัน ทั้งนี้ สาเหตุการตายของประชากรชายที่ผ่านมา เกิดจากการระบาดของโรคเอดส์และ

การติดเชื้อเอชไอวี โรคหัวใจและหลอดเลือดต่างๆ ดังนั้นจึงควรมีการเพิ่มงบประมาณสำหรับมาตรการในการลดอัตราผู้เสียชีวิตระหว่างอายุ 15–60 ปี (Rajaratnam et al., 2010)

ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยในเป็นผลมาจากการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group, DRG) ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในแสดงให้เห็นว่าในระยะ 6 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2547–2553 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้รับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตาม DRG สำหรับผู้ป่วยในที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพการใช้เตียงสำหรับการรักษาโรคที่พบบ่อยมีมากขึ้นร้อยละ 14 โดยพิจารณาจากจำนวนวันนอน ในช่วงเวลาเดียวกันโรงพยาบาลอื่นๆ มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการให้บริการที่มากเกินไป ดังนั้น เติบโตในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีอย่างจำกัดจึงควรได้รับการจัดสรรสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนและต้องการการรักษาในระดับตติยภูมิ นอกจากนี้ ผลจากการนำการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตาม DRG มาใช้สำหรับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการตั้งแต่ พ.ศ. 2549 แสดงให้ว่างบประมาณสำหรับการรักษายาบาลผู้ป่วยในสามารถควบคุมได้ดีขึ้น

จากข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยพบว่าประเทศไทยจำเป็นต้องมีการจัดสรรทรัพยากรของรัฐให้กับทั้งกองทุนทั้งสามอย่างสมดุล รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรให้กับกระทรวงสาธารณสุขอย่างเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของประชากรไทยและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ นอกจากนี้ที่ผ่านมายังไม่มีการพิจารณาถึงการลดความเหลื่อมล้ำของวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และในอนาคตประเทศไทยจะเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากขึ้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งในเรื่องของยา ระบบการให้บริการ เป็นต้น

7.5.2. ประสิทธิภาพทางเทคนิค

การใช้ระบบการจ่ายเงินแบบปลายปิดที่กองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินำมาใช้มีผลอย่างมากกับการพัฒนาศักยภาพทางเทคนิค เนื่องจากส่งผลให้เกิดการใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการใช้จ่ายซื้อ

สามัญและการใช้อย่างสมเหตุสมผล อย่างไรก็ตามการใช้การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวมีข้อควรระวังคือการให้บริการที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงต้องมีการติดตามต้นทุนการให้บริการและอัตราการให้บริการอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ผู้ใช้สิทธิควรสามารถเปลี่ยนผู้ให้บริการหลักได้ทุกปีโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ใช้สิทธิไม่พอใจบริการ

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ารูปแบบการจัดระบบการให้บริการของประเทศไทยนั้นเพียงพอแล้ว โดยพิจารณาจากอัตราการให้บริการมากกว่า 3.5 ครั้ง /คน /ปี และอัตราเข้ารับการรักษาทัวในโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 11 และคุณภาพของบริการที่ดีสำหรับผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประกันสังคม (Tangcharoensathien, Supachutikul & Lertiendumrong, 1999; Mills et al., 2000; Prakongsai, Limwattananon & Tangcharoensathien, 2009) สำหรับอัตราการให้บริการของกลุ่ม ผู้มีสิทธิประกันสังคมนั้นเพียงพอเช่นกัน อัตราการให้บริการ 2.5 ครั้ง /คน /ปี และ อัตราเข้ารับการรักษาทัวในโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 6 ใน พ.ศ. 2556 (SSO, 2015) นอกจากนี้รูปแบบการทำสัญญาโดยการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวและการระบุหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการเป็นการพัฒนาศักยภาพทางเทคนิคเช่นกัน

ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 การเพิ่มการรักษาหรือยาใหม่เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติจำเป็นต้องมีการศึกษาการประเมินความคุ้มค่า โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้ IHPP ก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. 2550 และมีภารกิจหลักในการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงยา เครื่องมือ วิธีการรักษา การส่งเสริมสุขภาพระดับบุคคลและชุมชน และการป้องกันโรค (Tantivess, Teerawattananon & Mills, 2009) HITAP เป็นหน่วยงานที่ทำการศึกษาเพื่อตอบสนองต่อนโยบายสุขภาพที่สำคัญมากมาย อาทิเช่น วัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (Human PapillomaVirus Vaccine, HPV) ซึ่งภาคอุตสาหกรรมพยายามแนะนำให้มีการใช้ แต่การประเมินความคุ้มค่าของ

วัคซีนดังกล่าวโดยหน่วยงานในประเทศไทยแสดงให้เห็นว่าราคาวัคซีนที่สูงเกินไปทำให้ไม่มีความคุ้มค่าหากบรรจุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ ทั้งนี้ ควรเพิ่มการตรวจคัดกรองโดยวิธีการตรวจแป็บสเมียร์ (pap smear) และการคัดกรองด้วย visual inspection with acetic acid มากกว่า (Yothasamut et al., 2010)

ในการจัดการกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น กรมบัญชีกลางได้มีการใช้มาตรการกำกับดูแลที่เข้มข้นขึ้น เช่น การตรวจสอบหลักเกณฑ์การจ่ายยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งยาราคาแพง และการเพิกถอนการเบิกค่ารักษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลบางแห่งพยายามหลีกเลี่ยงมาตรการดังกล่าวโดยการให้ผู้รับบริการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเงินสดก่อนและโรงพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาลหลังจากนั้น จากรายงานการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเข้าถึงยาราคาแพงได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

7.6. ความโปร่งใสและความรับผิดชอบ

ช่วงสิบปีที่ผ่านมา ภาคประชาสังคมมีบทบาทอย่างมากในการจัดทำนโยบายต่างๆ ของประเทศ รวมถึงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Rasanathan et al., 2012) อาทิเช่น การจัดทำพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ผู้ขับเคลื่อนนโยบายและการขับเคลื่อนสังคมเข้ามามีส่วนร่วมอย่างมาก เห็นได้ว่าในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2533–2545 ความโปร่งใสและความรับผิดชอบเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากสังคมไทยเพิ่มขึ้น การจัดองค์ประกอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มุ่งเน้นให้มีตัวแทนจากหลายภาคส่วนทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อสังคมร่วมกันอีกด้วย ถึงแม้ว่าพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะระบุให้กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนประกันสังคมมีการบูรณาการการบริหารจัดการรวมกับกองทุนหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ แต่การรวบรวมการบริหารจัดการทั้งสามกองทุนไม่สามารถทำได้เนื่องจากกระแสต่อต้านจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่าย เช่น ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รวมถึงคณะกรรมการของทั้งสองกองทุน นอกจากนี้ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เสถียรภาพของรัฐบาลที่ไม่มั่นคงและมีการเปลี่ยนแปลงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขบ่อยครั้งส่งผลต่อการดำเนินงานในการบูรณาการสามกองทุน ทั้งนี้ คณะกรรมการบริหารแต่ละกองทุน มีเสถียรภาพมากกว่าคณะรัฐมนตรี

8. บทสรุป

8.1. ความสำเร็จด้านสุขภาพและความท้าทาย

ใน พ.ศ. 2541 ภาวะวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจในภูมิภาคเอเชียทำให้การเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศของประเทศไทยเป็นไปในทางลบ ประเทศไทยใช้เวลาเกือบ 10 ปี ในการฟื้นตัวทางเศรษฐกิจที่ทำให้รายได้ประชาชาติต่อหัวประชากรกลับมาอยู่ในระดับเดียวกับ พ.ศ. 2539 ใน พ.ศ. 2554 ประเทศไทยถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางระดับสูง ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยาอย่างมาก อัตราเกิดและอัตรามรณะของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงจากระดับสูงเป็นระดับต่ำ (Bundhamcharoen et al., 2011a) สาเหตุหลักของการตายและภาระโรคที่สำคัญ คือ โรคไม่ติดต่อ ในขณะที่เอชไอวี/เอดส์ วัณโรค ก็ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุข (Bundhamcharoen et al., 2011a) งานอนามัยแม่และเด็กส่งผลให้สุขภาพของแม่และเด็กดีขึ้นอย่างมาก แต่สุขภาพของผู้ใหญ่ยังไม่ดีขึ้น เห็นได้จากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรวัยแรงงานจากหลากหลายสาเหตุ เช่น อุบัติเหตุจราจร การฆาตกรรม และปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์มากเกินไป ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าในการควบคุมการสูบบุหรี่จากการใช้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ตามด้วยอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบใน พ.ศ. 2548 ส่งผลให้สัดส่วนผู้สูบบุหรี่ไม่เพิ่มสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามราคาขายปลีกของผลิตภัณฑ์ยาสูบยังนับว่าต่ำมากเมื่อเทียบกับการเพิ่มขึ้นของรายได้ครัวเรือน นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลที่แสดงถึงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นซึ่งมีผลกับความแตกต่างทางสังคม เศรษฐกิจและสุขภาพ

8.2 ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ดีในเขตชนบท แต่ไม่เข้มแข็งในเขตเมือง

โครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพได้มีการพัฒนาให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศไทย มีสถานอนามัยครอบคลุมทุกตำบล โดยเฉลี่ย 5000 คนต่อหนึ่งสถานอนามัย มีโรงพยาบาลอำเภอครอบคลุมทุกอำเภอในประเทศไทย โดยเฉลี่ย 50 000 คนต่อโรงพยาบาลอำเภอหนึ่งแห่ง และโรงพยาบาลทั่วไปครอบคลุมทุกจังหวัด โดยเฉลี่ย 600 000 คนต่อโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่งมีการยกระดับเป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำภูมิภาคและรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นในภูมิภาคนั้นๆ

ถึงแม้ว่าจะมีสถานอนามัย/สถานบริการปฐมภูมิ จำนวนมากถึง 10 347 แห่ง ครอบคลุมทุกตำบล แต่มีแพทย์เพียงร้อยละ 5 เท่านั้นซึ่งมักเป็นสถานบริการปฐมภูมิในเขตเมืองรวมทั้งเขตกรุงเทพมหานครด้วย ในภาพรวมมีเจ้าหน้าที่ประมาณ 3.8 คนต่อหนึ่งสถานอนามัยหนึ่งแห่ง (ข้อมูล พ.ศ. 2554) สถานอนามัยเหล่านี้ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตเมืองมีคลินิกเอกชนเป็นสถานพยาบาลอีกแห่งที่ให้บริการ แต่เป็นการให้บริการเพียงการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกเท่านั้นโดยไม่ครอบคลุมบริการปฐมภูมิอื่นๆ คลินิกเอกชนส่วนใหญ่ให้บริการบางเวลาเท่านั้น อย่างไรก็ตามประชาชนในเขตเมืองสามารถได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิอื่นๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากหน่วยงานเวชกรรมสังคม ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

สถานอนามัยที่ยังไม่มีแพทย์ประจำ มักจะมีแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนหมุนเวียนออกไปให้บริการที่สถานอนามัย และมีการร่วมมือกับโรงพยาบาลชุมชนจัดตั้งเป็น สถานบริการปฐมภูมิ (Contracting unit for primary care, CUP) และเป็นผู้สัญญาของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) เพื่อให้บริการประชาชนในเขตความรับผิดชอบของตนเองซึ่งส่วนใหญ่จัดพื้นที่รับผิดชอบเป็นระดับอำเภอ ถึงแม้ว่าจะมีนโยบายปรับเปลี่ยนจาก ‘สถานอนามัย’ เป็น ‘โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล’ แต่ก็ยังเป็นเพียงการเปลี่ยนชื่อเท่านั้น โดยไม่มี

การเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในการทำงานหรือจำนวนเจ้าหน้าที่ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน สถานือนามัยควรจะมีบุคลากร 5-6 คนต่อแห่งในพื้นที่ที่มีประชาชนจำนวนไม่มากนัก และบุคลากร 8-10 คนต่อแห่งสำหรับพื้นที่ที่มีประชากรจำนวนมาก การให้บริการสุขภาพในเขตเมืองประสบปัญหาของการครอบคลุมระบบบริการปฐมภูมิ เนื่องจากความไม่เข้มแข็งขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบบริการสุขภาพ จำนวนสถานพยาบาลปฐมภูมิในเขตเมืองไม่เพียงพอต่อการเข้ารับบริการของประชากรในเขตเมือง ถึงแม้ว่าจะมีการสนับสนุนจากหน่วยงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปก็ตาม สถานการณ์ในกรุงเทพมหานครมีปัญหามากกว่าพื้นที่อื่นๆ กรุงเทพมหานครมีสถานอนามัย/สถานบริการปฐมภูมิเพียง 68 แห่งต่อประชากร 8 ล้านคน (แต่ตัวเลขอย่างไม่เป็นทางการประมาณ 12 ล้านคน รวมแรงงานไทย 3 ล้านคน และแรงงานต่างชาติ 1 ล้านคน) ยิ่งไปกว่านั้น ในเขตกรุงเทพฯ มีการลงทุนในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งมุ่งเน้นแพทย์เฉพาะทาง มากกว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้มีสัดส่วนแพทย์เฉพาะทางสูงถึงร้อยละ 85 ในขณะที่แพทย์ทั่วไปมีเพียงร้อยละ 15 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมดใน พ.ศ. 2552 (HISO, 2014)

8.3. รายจ่ายสุขภาพภาครัฐที่เพิ่มขึ้นและศักยภาพด้านการเงินของรัฐ

ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) เป็นระบบที่ครอบคลุมประชากรมากที่สุด ใช้เงินภาษีผ่านระบบงบประมาณของรัฐบาล มีการคิดงบประมาณแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว คำนวณจากต้นทุนต่อหน่วยบริการและอัตราการใช้บริการ อัตราเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มขึ้นจาก 1202.4 บาทต่อหัวประชากร ใน พ.ศ. 2545 เป็น 2895.09 ใน พ.ศ. 2557 การเพิ่มขึ้น 2.4 เท่านี้มีหลายสาเหตุ เช่น ประชาชนใช้บริการเพิ่มมากขึ้น การเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ เงินเดือนบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 6 ต่อปี และราคายาและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์เพิ่มขึ้นตามอัตราเงินเฟ้อ

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้เงินภาษีผ่านระบบงบประมาณของรัฐบาล เช่นกัน โดยที่ข้าราชการไม่ต้องจ่ายเงินสมทบล่วงหน้าแต่อย่างใด กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังทำหน้าที่จัดทำคำขอเงินงบประมาณ โดยอ้างอิงจากค่าใช้จ่ายในปีที่ผ่านมาและคาดการณ์สำหรับปีต่อไป ที่ผ่านมารายจ่ายสูงขึ้นมากจากการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลด้วยการเบิกตามรายการ (fee-for-service) สำหรับผู้ป่วยนอก และกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยใน

รัฐบาลรับภาระค่าใช้จ่ายสำหรับทั้งประกันสุขภาพแห่งชาติ และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทำให้รัฐบาลมีรายจ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละของรายจ่ายทั้งหมดของรัฐบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8 ใน พ.ศ. 2545 เป็น ร้อยละ 11 ใน พ.ศ. 2553 ในช่วงเวลาเดียวกัน รายจ่ายสุขภาพภาครัฐต่อรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54–56 ใน พ.ศ. 2540–2544 เป็นร้อยละ 74.8 ใน พ.ศ. 2553 ซึ่งรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดคิดเป็นร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยจากร้อยละ 3.3 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 3.9 ใน พ.ศ. 2553

ระดับของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดที่เป็นอยู่ในขณะนี้ และการคาดการณ์รายจ่ายสุขภาพ พ.ศ. 2563 ในระดับที่ไม่เกินร้อยละ 4.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ อยู่ในความสามารถของรัฐบาลที่จ่ายได้

แต่อย่างไรก็ตาม มีความห่วงใยการลงทุนด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 10 ใน พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 4.8 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ใน พ.ศ. 2553 ซึ่งสวนทางกับความต้องการบริการทางแพทย์ที่มีมากขึ้น

8.4. บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ในระบบสุขภาพ

ในอดีต กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานเดียวที่รับผิดชอบด้านสุขภาพ มีโครงสร้างตามระบบราชการ โดยมีส่วนกลาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถานพยาบาลระดับต่างๆ จนกระทั่งถึงปลายสุดที่สถานิอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เบ็ดเสร็จทั้งการกำหนดนโยบาย การกำกับกฎระเบียบ

การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ (ผลิตพยาบาลผ่านวิทยาลัยพยาบาลต่างๆ และผลิตแพทย์เพิ่มด้วยความร่วมมือกับมหาวิทยาลัย) การแปลงนโยบายไปสู่การ จัดตั้งปฏิบัติตามโครงการต่างๆ การตรวจสอบและการประเมินผล

ต่อมา พ.ศ. 2535 ได้มีการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็น องค์การอิสระในกำกับของรัฐ ตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีหน้าที่บริหารจัดการและสนับสนุนงานวิจัยระบบสุขภาพ สวรส. เป็น หน่วยงานหลักที่ให้การสนับสนุนกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนานโยบาย สุขภาพด้วยการใช้หลักฐานทางวิชาการ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นองค์การอิสระใน กำกับของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ พ.ศ. 2544 โดยได้รับเงินงบประมาณจากภาษีบาป (Sin tax) ที่คำนวณ เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ของภาษีสรรพสามิตของยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สสส. ให้เงินสนับสนุนแก่องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน ในการ ผลักดันและขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่คนไทย นอกจากนี้ ยังได้ สนับสนุนแผนงาน โครงการ และ กิจกรรมต่างๆ ที่มีส่วนช่วยปรับเปลี่ยนค่านิยม การใช้ชีวิตและสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพที่ดี ทั้งนี้ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ก็ยังรับการสนับสนุนทรัพยากรจาก สสส. เพื่อนำไปใช้สำหรับการ ส่งเสริมสุขภาพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรในกำกับของรัฐตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 การก่อตั้ง สปสช. เป็น การปฏิรูประบบการเงินการคลังครั้งใหญ่โดยเป็นการแยกผู้ซื้อ-ผู้ให้บริการออก จากกัน (purchaser-provider split) โดยงบประมาณดำเนินการเกือบทั้งหมด ของกระทรวงสาธารณสุขยกเว้นเงินเดือนลูกจ้างโอนย้ายไปจ่ายโดย สปสช.ที่มีการ เปลี่ยนจากระบบงบประมาณเดิมที่จ่ายตามความต้องการของสถานพยาบาล (supply side financing) เป็นการจ่ายตามความต้องการของประชาชน (demand side financing) ที่จ่ายด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยนอก

และกลุ่มวินิจัยโรคร่วมสำหรับผู้ป่วยใน กระทรวงสาธารณสุขและสปสช.ต้องทำงานร่วมกันเพื่อจัดการปัญหาของการแยกผู้ซื้อ-ผู้ให้บริการออกจากกัน

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีหน้าที่รับผิดชอบขับเคลื่อนกระบวนการจัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประจำปี รวมทั้งสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่อื่นๆด้วย (Rasanathan et al., 2012).

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินปี พ.ศ. 2551 มีหน้าที่บริหารจัดการงานบริการสุขภาพในกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้ง ณ จุดเกิดเหตุ และ หน่วยบริการฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วทั้งประเทศ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. จัดตั้งตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล พ.ศ. 2552 เป็นศูนย์รวมองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การประเมิน และการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้มีบทบาทด้านสุขภาพเพียงผู้เดียว ยังมีหน่วยงานอิสระในกำกับของรัฐอีกหลายหน่วยงาน หน่วยงานรัฐระดับท้องถิ่น หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่ภาครัฐ รวมทั้งภาคประชาสังคมและภาคเอกชน ที่มีบทบาททางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น หน่วยงานต่างๆ ทั้งหลายเหล่านี้ ต้องดำเนินงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งต้องการการจัดการทั้งภายในและภายนอกกระบวนการสุขภาพ

8.5. จาก ‘ความเสมอภาคด้านสุขภาพ’ สู่ ‘ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ’

เป็นระยะเวลากว่า 40 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2513–2553 ที่วัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพมุ่งเน้นให้เกิดความเสมอภาคด้านสุขภาพ ในช่วงสี่ทศวรรษที่ผ่านมา การพัฒนาระบบสุขภาพสามารถแบ่งได้เป็น 2 ด้าน หนึ่ง การขยายระบบบริการ

สุภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อลดอุปสรรคทางด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน โดยมุ่งเน้นการสร้างสถานีนอนามัย และ โรงพยาบาลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรคงอยู่ในพื้นที่ชนบท ทั้งนโยบายแรงจูงใจที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน และ สอง การลดอุปสรรคด้านการเงิน ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้นโดยไม่ต้องกังวลว่าจะมีเงินไปจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือไม่ ด้วยการขยายประกันสุขภาพไปยังประชาชนกลุ่มต่างๆ มากขึ้นเรื่อยๆ (Tangcharoensathien et al., 2009) โดยเริ่มจากประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้มีรายได้น้อย จากนั้นขยายไปยังผู้ทำงานในภาครัฐและเอกชน และมีการขยายไปยังผู้ที่ทำงานอาชีพอิสระ หรือที่เรียกว่าแรงงานนอกระบบ (Informal sector) จนกระทั่งครอบคลุมคนไทยทุกคน ทำให้บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545

ในช่วงทศวรรษแรกของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าประชาชนกลุ่มที่ยากจนที่สุด (ควินไทล์ที่ 1) ใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมากกว่ากลุ่มที่ร่ำรวยที่สุด (ควินไทล์ที่ 5) นอกจากนี้ยังพบว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถปกป้องครัวเรือนจากภาวะล้มละลายและไม่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรสูงกว่าระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคมเกือบ 4 เท่า ซึ่งมาสาเหตุมาจากการใช้ยาราคาแพงซึ่งส่วนใหญ่เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมทั้งการวินิจฉัยและการรักษาต่างๆ ที่อาจเกินความจำเป็นเนื่องจากแรงจูงใจของการจ่ายเงินตามรายการที่เบิก (fee-for service) ซึ่งทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามารถระบบหลัก นโยบายในปัจจุบันจึงพยายามสร้างความกลมกลืนของระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบ เพื่อที่จะลดช่องว่างของความเหลื่อมล้ำและทำให้เกิดความเสมอภาคมากขึ้น

ประเทศไทยพยายามนำข้อเสนอแนะต่างๆ มานำใช้ปฏิบัติเพื่อจัดการกับปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social determinant of health) ปัจจัยทั้งด้านบวกและด้านลบนั้นมีอยู่ในทุกภาคส่วน ทั้งในและนอกระบบสุขภาพ ดังนั้น การจัดทำ

นโยบายต่างๆของทุกภาคส่วนควรต้องคำนึงถึงสุขภาพที่ดีของประชาชนด้วย หรือที่เรียกกันว่า ‘ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ’ (Health in all policies)

ภาคประชาสังคมและนักวิชาการร่วมกันดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ และผลักดัน ‘ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ’ อย่างจริงจังด้วยการยกร่างกฎหมาย ใน พ.ศ. 2543 จนกระทั่งเป็นพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ระบุให้มีการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นสำนักงานเลขานุการ ที่ใช้เครื่องมือสำคัญ 3 ชิ้น ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และ ธรรมนูญสุขภาพ เพื่อทำให้เกิด ‘ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ’ อย่างเป็นรูปธรรม

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเป็นบทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ในมาตรา 67 วรรคสอง ที่ระบุให้ การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ ต้องมีการศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนในชุมชน

สช. ประสบความสำเร็จในการจัดทำนโยบายสาธารณะด้วยกระบวนการที่มีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ได้สำเร็จ ดังเห็นได้จากการรับรองมติหลายมติของสมัชชาสุขภาพประจำปี แต่การนำมติที่ได้รับการรับรองนั้นไปเป็นการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายมาก ซึ่งขณะนี้ทั้งมติที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จคละเล้ากันไป ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ เช่น หน่วยงานที่รับผิดชอบ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของมติ มีความต้องการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง และมีความสามารถอย่างเพียงพอในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ส่วนปัจจัยที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จ เช่น ปัญหาซับซ้อนเกินไป หน่วยงานที่รับผิดชอบไม่มีความสามารถที่เพียงพอ หรือ อาจเป็นความยากตามธรรมชาติของการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน บางมติเป็นปัญหาใหญ่ที่ภาคประชาสังคมเป็น ผู้เรียกร้องให้มีการแก้ไขซึ่งมักมีความยากลำบากในทางปฏิบัติ ยกตัวอย่างเช่น มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 เรื่อง มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รายเียหิน (รายละเอียด บทที่ 6)

8.6. ถอดบทเรียน

หนึ่งในปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย คือ ความสามารถในการสร้างความรู้/ข้อมูลสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบาย ปัจจัยที่สำคัญพอๆ กันอีกประการหนึ่ง คือ ความสามารถและประสิทธิภาพของภาครัฐในการดำเนินงาน ความสามารถนี้ถูกสร้างขึ้นอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการจัดตั้ง สวรส. ใน พ.ศ. 2535 ทำให้มีการพัฒนาศักยภาพ นักวิชาการและนักวิจัยด้วยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับหน่วยงานวิชาการในต่างประเทศ เช่น London School of Hygiene and Tropical Medicine, และ Prince Leopold Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium จากนั้น กลุ่มนักวิชาการและนักวิจัยได้รวมตัวกันจัดตั้งสถาบัน เช่น สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program, IHPP) และ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ภายใต้ สวรส. ทั้งสามหน่วยงานนี้ ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพทั้งการสร้างความรู้ และการนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ Melgaard (ค.ศ. 2004 หรือ พ.ศ. 2547) อธิบายถึง ศักยภาพด้านการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพของประเทศไทย ที่สามารถนำหลักฐานเชิงวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์ไปสนับสนุนกระบวนการจัดทำนโยบายสุขภาพระดับประเทศ

ทฤษฎี “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ที่เสนอโดย นพ.ประเวศ วะสี (พ.ศ. 2543) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนานโยบายและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การเอาชนะความยากลำบากมากดังเช่นการเขยื้อนภูเขานั้น ต้องอาศัยการทำงานเสริมกันของอำนาจสามด้านที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ 1) ภูมิปัญญาและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สร้างขึ้นโดยหน่วยงานวิจัย 2) การขับเคลื่อนของภาคประชาสังคม และการสนับสนุนของประชาชน และ 3) การมีส่วนร่วมของผู้กำหนดนโยบายที่มีอำนาจในการตัดสินใจทางการเมือง ผู้ผลักดันนโยบาย (policy entrepreneurs) จึงมีบทบาทและมีส่วนสำคัญในการเชื่อมโยงการ

ตัดสินใจระหว่างอำนาจสามด้านเพื่อให้ได้นโยบายที่ต้องการ (Jongudomsuk et al., 2012)

การปฏิรูประบบสุขภาพเริ่มด้วยการสร้างและสะสมความรู้ สวรรส. และองค์กรภาคต่างๆ ร่วมกันผลิตผลงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพราะ สวรรส เป็นองค์กรที่แยกเป็นอิสระจากกระทรวงสาธารณสุขและมีการทำงานที่คล่องตัว ความรู้ งานวิชาการ และ หลักฐานเชิงประจักษ์เหล่านี้ถูกส่งสมมาเรื่อยๆ จนมากเพียงพอต่อการจัดทำนโยบาย ผนวกกับโอกาสทางการเมืองที่พร้อมสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพ ใน พ.ศ. 2544 ทำให้เป็นจังหวะก้าวที่ดีสำหรับการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ในขณะเดียวกัน หน่วยงานที่เป็นองค์อิสระ ที่ไม่ใช่ส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข ได้ถูกทยอยจัดตั้งขึ้น เช่น สสส. สปสช. สช. และ สพฉ. โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะกรรมการบริหารของ สปสช. และ สพฉ. และ นายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะงาน ‘ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ’ เป็นงานที่หลายภาคส่วนต้องร่วมมือ

8.7. ความท้าทาย

8.7.1. สังคมผู้สูงอายุ: นโยบายการดูแลสุขภาพระยะยาว

ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดลดลง ในขณะเดียวกัน อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดเพิ่มสูงขึ้น ประเทศไทยจึงกำลังกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดย ใน พ.ศ. 2553 สัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 13.2 ของประชากรทั้งหมด สัดส่วนของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเกือบสามเท่า เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.1 ใน พ.ศ. 2513 และเพิ่มเป็นร้อยละ 8.9 ใน พ.ศ. 2553 กลุ่มประชากรอายุที่มีอายุสูงที่สุด (80 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าจาก 0.5 ล้านคน ใน พ.ศ. 2513 เป็น 1.7 ล้านคน ใน พ.ศ. 2553

ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ข้อจำกัดในการทำหน้าที่และดำเนินกิจกรรมประจำวัน การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และการเข้าสังคม และปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเจ็บป่วย

เรื่องจริง ทั้งนี้ ได้มีการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง เป็นผู้สูงอายุชาย 60 000 คน และหญิง 80 000 คน ใน พ.ศ. 2552 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 100 000 และ 140 000 คน ตามลำดับ ใน พ.ศ. 2562 (Srithumrongsawat et al., 2009) การส่งเสริมสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจึงถูกกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการจัดระบบสำหรับการดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน ในขณะที่การดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care, LTC) ต้องการการดูแลแบบบูรณาการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม ในขณะนี้ ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพระยะยาว มักได้รับการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวหรือเครือญาติ หรือ ที่เรียกว่า informal care ในปัจจุบันมีสถานบริการเอกชนที่จัดบริการดูแลสุขภาพระยะยาว โดยประชาชนต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ทำให้มีเพียงครัวเรือนบางกลุ่มเท่านั้นที่ใช้บริการได้

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557–2561 มีจุดมุ่งหมายเพื่อจัดระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชนด้วยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานพยาบาลในท้องถิ่น ทั้งสถานีนอนมัยและโรงพยาบาลชุมชน สปสช. จะให้การสนับสนุนงบประมาณบางส่วน อย่างไรก็ตาม ยังมีอีกหลายประเด็นที่ต้องการการตกลงกันให้มีความชัดเจนมากขึ้น เช่น มาตรฐานการดูแลสุขภาพ และการอบรมสร้างเสริมศักยภาพผู้ดูแลและผู้จัดการสุขภาพ (care givers and care managers)

ระบบสุขภาพโดยเฉพาะสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ต้องได้รับการสร้างเสริมศักยภาพให้มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น เพื่อบริการจัดระบบดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชน ปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนที่สุด คือ การขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดหรืออาชีพบำบัด

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ได้รับรองมติการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ที่ยืนยันหลักการการดูแลด้วยครอบครัว

และชุมชน (Family and community based long term care) ที่มีการสนับสนุนและการประสานงานที่เข้มแข็งระหว่างภาคสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม (National Health Assembly, 2009) สถาบันการระยะยาว (Institutional long term care) มีค่าใช้จ่ายสูง ผู้สูงอายุซึ่งไม่มีรายได้แล้วและส่วนใหญ่มีฐานะยากจนจะไม่สามารถเข้าถึงบริการสถานบริบาลระยะยาวได้

8.7.2. การพัฒนาระบบสุขภาพเฉพาะด้าน

ระบบสุขภาพเฉพาะด้านยังคงต้องได้รับการพัฒนาอีกมาก ในที่นี้ กล่าวถึง บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บริการสุขภาพจิต การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการบริการแบบประคับประคอง

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) เป็นอย่างดี เมื่อมีกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71) สามารถถูกเคลื่อนย้ายจากจุดเกิดเหตุไปยังแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลได้ภายใน 10 นาที (EMIT 2011) แต่อย่างไรก็ตาม แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลยังต้องได้รับการพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบอย่างมาก ทั้งโครงสร้างทางกายภาพ อุปกรณ์การวินิจฉัยและการรักษา ระบบการสื่อสาร และ ที่สำคัญที่สุด จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอและคุณภาพของบุคลากรที่ต้องมีทักษะหลากหลายอย่างเหมาะสมเพื่อรองรับการบริการที่เพิ่มขึ้น เป็นที่น่าเสียดาย ที่ประเทศไทยมีความก้าวหน้าน้อยมากในการนำกลยุทธ์การป้องกันระดับปฐมภูมิ (การป้องกันตั้งแต่ยังไม่เกิดเหตุ) มาใช้เพื่อนำมาลดอุบัติเหตุการบาดเจ็บและการตายจากการจราจร – ตัวอย่างเช่น การใช้หมวกกันน็อกสำหรับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ซึ่งออกเป็นกฎหมายใน พ.ศ. 2537 แต่การบังคับใช้ไม่ได้ผลนัก เห็นได้จากข้อมูล พ.ศ. 2555 มีการใช้หมวกกันน็อกในระดับต่ำเพียงร้อยละ 52 สำหรับผู้ขับขี่ และ ร้อยละ 20 สำหรับผู้โดยสาร (โดยเฉลี่ยร้อยละ 43 เท่านั้น) (Thai Road Foundation, 2013) การเมาแล้วขับเป็นสาเหตุหลักอีกประการของการเสียชีวิต แต่มีความก้าวหน้าของการป้องกันปัญหาเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ระบบการดูแลสุขภาพจิต ควรจัดการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตผ่านเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโดยชุมชน เช่น ในโรงเรียน หน่วยบริการปฐมภูมิต้องมียารักษาโรคจิตอย่างเพียงพอ และต้องมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องโดยการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ปัจจัยความสำเร็จของระบบการดูแลสุขภาพจิต คือ การสร้างความเข้มแข็งของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ปัญหาที่สำคัญที่ต้องจัดการ คือ บุคลากรที่มีทักษะการดูแลสุขภาพจิตที่ดีในจำนวนที่เพียงพอ

ความชุกที่เพิ่มขึ้นของภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลให้ความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับประชากรเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ แต่นักกายภาพบำบัดที่มีศักยภาพส่วนมากมักกระจุกตัวอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตเมือง ประชาชนส่วนใหญ่ซึ่งอยู่ในเขตชนบทและมีความต้องการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพมักเข้าไม่ถึงบริการ การเพิ่มการอบรมเพื่อพัฒนาขีดความสามารถที่เพิ่มขึ้น การกระจายตัวของบุคลากรฟื้นฟู/นักกายภาพบำบัด รวมทั้งการจัดระบบใหม่ให้มีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพกระจายตัวไปยังโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้นและการจัดบริการในชุมชน เป็นความท้าทายสำหรับการปฏิรูประบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในอนาคต ภาวะสมองไหลภายในประเทศจากโรงพยาบาลรัฐไปสู่โรงพยาบาลเอกชนของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น นักแก้ไขการพูด เป็นอุปสรรคขัดขวางการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยส่วนใหญ่

ในขณะที่ความต้องการบริการแบบประคับประคองเพิ่มสูงมากขึ้นเป็นทวีคูณ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่รับผิดชอบเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบ ซึ่งรวมถึง การดูแลเพื่อจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opiates ซึ่งเป็นสารเสพติด และการสนับสนุนด้านจิตสังคมต่างๆ ความท้าทายได้แก่ การสร้างความเข้มแข็งของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในระยะสุดท้ายจากครอบครัวของผู้ป่วย

9. ภาคผนวก

9.1 เอกสารอ้างอิง

Aekplakorn W, editor (2011). The 4th national health examination survey (2008–9). Nonthaburi, National Health Examination Survey Office, Health System Research Institute (in Thai).

Akaleephan C, Wibulpolprasert S, et al. (2009). Extension of market exclusivity and its impact on the accessibility to essential medicines, and drug expense in Thailand: analysis of the effect of TRIPs-Plus proposal. *Health Policy*, 91:174–182. DOI:10.1016/j.healthpol.2008.12.009.

Almeida C, Braveman P, et al. (2001). Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet*, 357:1692–1697.

Anothaisintawee T, Tantai N, Teerawattananon Y (2013). Cost–utility of once-in-a-lifetime breast cancer screening with mammography in Thai women. *Journal of Health Systems Research*, 7(3):413–2.

Arkaravichien W, Arkaravichien T, et al. (2010). An expert’s opinion on the role, function and activity of accredited pharmacies as primary care providers under the national health security scheme. *Journal of Health Systems Research*, 4:101–107.

Arpasrithongsakul S (2011). Situation of antibiotics in groceries. In: Kiatying-Angsulee N, Kedsomboon N, Maleewong U, editors. Situation report on drug system 2010: situation on antimicrobial resistance and problems in antibiotic use. Bangkok.

ASTV Manager Online (2012).[website]. ABAC Poll found people like a policy on harmonizing emergency services (in Thai) (<http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9550000080431>, accessed 14 July 2012).

Aungkulanon S, McCarron M, et al. (2012). Infectious disease mortality rates, Thailand, 1958–2009. *Emerg Infect Dis*, 18(11):1794–1801. DOI:10.3201/eid1811.120637.

Balabanova D, Mills A, et al. (2013). Good health at low cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening. *Lancet*, 381:2118–2133. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62000–5.

Blecher E, van Walbeek CP (2004). An international analysis of cigarette affordability. *Tob Control*, 13(4):339–346. DOI:10.1136/tc.2003.006726.

Braveman P, Starfield B, Geiger HJ (2001). World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *BMJ*, 323:678–681.

Bundhamcharoen K, Patcharanarumol W, et al. (2011a) Demographic and health transition: health systems challenges and future direction. In: Jones G, Im-em W, editors. *Impact of demographic changes in Thailand*. Bangkok, United Nations Population Fund:65–84.

Bundhamcharoen K, Odton P, et al. (2011b) Burden of disease in Thailand: changes in health gap between 1999 and 2004. *BMC Public Health*, 11:53. DOI:10.1186/1471–2458–11–53.

Bunditanukul K, et al. (1994). Drug procurement and distribution system. In: Wibulpolprasert S, Chokevivat V, Tantivess S, editors. *Thai drug system*. Nonthaburi, Health System Research Institute.

Bureau of Drug Control (2011a). Drug licensing statistics in the Kingdom for the year 2010 (http://drug.fda.moph.go.th/zone_search/files/sea001_d16.asp, accessed 15 June 2012).

Bureau of Drug Control (2011b). Values of modern drug production and importation year 1987–2010 (http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_001.asp, accessed 10 June 2012).

Bureau of Drug Control (2011c). Statistic information on medicines (http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/sea001.asp?selectC=%3A%3A+select+%3A%3A&SubmitC=Open, accessed 23 December 2011).

Bureau of Medical Registration (2014). Statistics on private hospitals, 2014 (http://mrd.hss.MOPH.go.th/display_document.jsp?id=D00000001450, accessed 17 Feb 2015).

Bureau of Sanatorium and the Art of Healing (Undated). Number of TTM and other CAM licences provided in 2010 and 2011, Department of Health Service Support, MOPH (http://mrd.hss.MOPH.go.th/display_document_all.jsp?showGroup=DG00227&show=1&role=everyone&page=2 (and page=3), accessed at 27 February 2015).

Castelli A, Nizalova O (2011). Avoidable mortality: what it means and how it is measured. CHE Research Paper 63. York, UK, Centre for Health Economics, The University of York.

Chandoevrit W, Kasitipradith N, et al. (2007). Using multiple data for calculating the maternal mortality ratio in Thailand. *TDRI Quarterly Review*, 22:13–19. DOI:10.2139/ssrn.2207833.

Cheawchanwattana A, Limwattananon S (2012). Impact of the universal coverage scheme on populations and households, Objective 3: responsiveness. Ten-year evaluation of universal coverage scheme in Thailand, TOR 5.3 report. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.

Chen H, Chunharas S (2009). Introduction to special issue on “Population aging in Thailand”. *Ageing Int*, 33:1–2.

Chunharas S, Damrikarnlerd P et al., editors (2009). Situation of the Thai elderly 2008. Bangkok, Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (in Thai).

Colombo F, Morgan D (2006). Evolution of health expenditure in OECD countries. *Revue française des affaires sociales*, 6(6):19–42 (<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-6-page-19.htm>, accessed 29 June 2012).

Comptroller General Department (Undated). Analysis of claim database of CSMBS in fiscal year 2009, 2010, and 2011, Ministry of Finance, internal document.

Comptroller General Department (2010). Annual Report, internal document.

Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine (2011). Thai massage standard guideline for public facilities. Nonthaburi, Ministry of Public Health.

Department of Mental Health (2014). Mental Health Resource (<http://www.dmh.go.th/Plan/Download/ict/mhresource48.pdf>, accessed 17 Feb 2105).

Emergency Medical Institute of Thailand (EMIT) (2010). Payment guideline for 2010 to 2012 budget plan. Nonthaburi, Emergency Medical Institute of Thailand.

Emergency Medical Institute of Thailand (EMIT) (2011). Annual report 2011. Nonthaburi, Emergency Medical Institute of Thailand.

Evans TG, Chowdury MR, et al. (2012) Thailand's universal coverage scheme: achievements and challenges. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office (<http://www.jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/book018.pdf>, accessed 4 February 2015).

Faculty of Medicine, Chiang Mai University (Undated). Patient right (http://www.medicine.cmu.ac.th/research/ethics/patient_right_eng.htm, accessed 4 June 2012).

Faramnuayphol P, Ekachampaka P, et al. (2007). Health service systems in Thailand. In: Thailand health profile 2005–2007. Bangkok, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health: 294–308.

Fiscal Policy Office (2013) [website]. (<http://www.fpo.go.th/fiscaldata/Revweb.xls>, accessed 20 December 2013).

Galbally R, Fidler A, Chowdhury M, Tang KC, Good S, Tantivess S (2012). Ten year review of Thai Health Promotion Foundation: Nov 2001 – Nov 2011. ThaiHealth (http://en.thaihealth.or.th/system/files/10%20Year%20Review%20of%20ThaiHealth_resize_0.pdf, accessed 18 July 2014).

Glassman A, Chalkidou K, et al. (2012). Priority-setting institutions in health: recommendations from a Center for Global Development working group. *Global Heart*, 7(1):13–34. DOI:10.1016/j.heart.2012.01.007.

Good health with PReMA [website] (<http://www.prema.or.th/patient.php?CId=5&menu=5>, accessed 19 April 2011).

Government of Thailand (1981).The fifth national economic and social development plan (1982–1986).Bangkok, National Economic and Social Development Board, Office of the Prime Minister (<http://www.nesdb.go.th/Portals/0/news/plan/eng/The%20Fifth%20National%20Economic%20and%20Social%20Development%20Plan%281982–1986%29.pdf>, accessed 11 February 2015).

Hanvoravongchai P, Letiendumrong J, et al. (2000). Implications of private practice in public hospitals on the caesarean rate in Thailand. *Human Resources for Health Development Journal*, 4:2–12.

Hawkins L, Srisasalux J, Osornprasop S (2009). Devolution of health centers and hospital autonomy in Thailand: a rapid assessment.

Nonthaburi, Health Systems Research Institute and The World Bank (http://www-wds.World Bank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/10/19/000386194_20111019000954/Rendered/PDF/650190ESW0whit0Autonomy0in0Thailand.pdf, accessed 4 February 2015).
Health Information System Development Office (2009). The health and welfare survey (http://www.hiso.or.th/Health_survey/Search/F/F2.php, accessed 22 May 2012).

Health Information System Development Office (HISO) (2014) [website]. (<http://www.hiso.or.th/hiso/visualize/Series.php?v=v332>, accessed 7 July 2014).

Health Insurance Information Service Centre (2011a).Financial Report of UCS fund fiscal year 2009, 2010, and 2011.NHSO (<http://eis.nhso.go.th/FrontEnd/Linkcontent.aspx?menu=530000001&pid=540000006>, accessed 27 February 2015).

Health Insurance Information Service Centre (2011b).UCS-registered persons with disabilities (PWDs) as off 30 September 2011, NHSO (<http://eis.nhso.go.th/FrontEnd/SingleContent.aspx?menu=530000001&pid=5400000069>, accessed 27 February 2015).

Health Insurance Information Service Centre (2012a).Administration of capitation budget. (<http://eis.nhso.go.th/FrontEnd/SingleContent.aspx?menu=530000001&pid=540000024>, accessed 20 June 2012).

Health Insurance Information Service Centre (2012b).NHSO Hospital accreditation (<http://eis.nhso.go.th/FrontEnd/SingleContent.aspx?menu=530000001&pid=540000101>, accessed 26 February 2015).

Health Insurance Information Service Centre (2012c). Provision of assistive devices for UCS registered as PWD fiscal year 2009 and 2011, NHSO (<http://eis.nhso.go.th/FrontEnd/SingleContent.aspx?menu=530000001&pid=540000071>, accessed at 27 February 2015).

Health Insurance Information Service Center (2012d).Use of rehabilitation services under UCS fiscal year 2010 and 2011, NHSO (<http://eis.nhso.go.th/FrontEnd/SingleContent.aspx?menu=530000001&pid=540000070>, (accessed 27 February 2015).

Health Insurance System Research Office (HISRO) (2011).Comparison of the Civil Servant Medical Benefit Scheme's ambulatory drug expenditure under the direct disbursement system of 34 hospitals between 2009 and 2010.Final Report. Nonthaburi, HISRO.

Health Insurance System Research Office (HISRO) (2012a).A proposal to contain cost of drugs of ambulatory care in the Civil Servant Medical Benefit Scheme. Nonthaburi, Health Insurance System Development Office.

Health Insurance System Research Office (HISRO) (2012b).Report on development of medicine data for monitoring outpatient prescriptions in public hospitals under the CSMBS Direct Billing System, July 2011 – March 2012. Nonthaburi, HISRO.

Health Insurance System Research Office (HISRO), Health Systems Research Institute (HSRI) (2010). Drug utilization, cost impact and drug utilization control measures of piloted hospitals: a case of outpatient direct payment for Civil Servants' Medical Benefit Scheme in fiscal year of 2009. Nonthaburi, HISRO, HSRI.

Health Intervention and Technology Assessment Program (2012). Willingness to pay of people to campaign activities of Thai Health Promotion Foundation. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.

Health Product Vigilance Center (1992).Scope of work of the Health Product Vigilance Center (in Thai) (<http://thaihpvc.fda.MOPH.go.th/thaihvc/Public/Webpage/main.jsf>).

Hempisut P (2010). Service provision of Thai traditional and alternative medicine. In: Chokwiwat W, Wibulpolprasert S, Petrakaat P, editors. Thai traditional medicine and alternative health profile. Nonthaburi, Ministry of Public Health.

Human Resources for Health Research and Development Office (HRDO) (2011). The situation of human resources. Nonthaburi, HRDO.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2008). DTP3 immunization coverage by country 1986–2006. Seattle (WA), IHME.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2010a). Adult mortality estimates by country 1970–2010. Seattle (WA), IHME.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2010b). Public financing of health (developing country) estimates 1995–2006. Seattle (WA), IHME.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2011a). Breast and cervical cancer incidence and mortality estimates by country 1980–2010. Seattle (WA), IHME.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2011b). Child mortality estimates and MDG 4 attainment by country 1990–2011. Seattle (WA), IHME.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2011c). Maternal mortality estimates and MDG 5 attainment by country 1990–2011. Seattle (WA), IHME.

International Health Policy Program (IHPP) (2012). National health account, 1994–2010 updated. Nonthaburi, Ministry of Public Health.
International Narcotics Control Board (2007). Narcotic drugs: estimated world requirements for 2005: statistics for 2007. New York (NY), United Nations.

Jindawatana A, Jindawatana W, et al. (1996). Planning for human resources for health. *Journal of Health Systems Research*, 226–234.

Jirawattanapisal T, Kingkaew P, et al. (2009). Evidence-based decision-making in Asia-Pacific with rapidly changing health-care systems: Thailand, South Korea, and Taiwan. *Value Health*, 12 (Suppl 3):S4–S11. DOI:10.1111/j.1524-4733.2009.00620.x.

Jongudomsuk P, Limwattananon S, et al. (2012). Evidence-based health financing reform in Thailand. In: Clements B, Coady D, Gupta S, editors. The economics of public health care reform in advanced and emerging economies. Washington (DC), International Monetary Fund:307–326.

Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology (KMPHT) (2014) [website]. (<http://www.kmpht.ac.th/Basic-b/#>, accessed 7 July 2014).

Kedsomboon N, Sakulbumrongsil R, et al. (2011). Research and systems development for national drug account 2010. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.

Kedsomboon N, Sakulbumrongsil R, et al. (2012). Research and systems development for national drug account. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.

Kespichayawattana J, Jitapunkul S (2009). Health and health care system for older persons. *Ageing Int*, 33:28–49. DOI:10.1007/s12126-009-9028-5.

Kheawcharoen O, Pannarunothai S, Reawphiboon W (2007). Classification and alternative payment for sub-acute and non-acute inpatient care in Thailand. *Journal of Health Science*, 16:213–225 (in Thai).

Kheawcharoen O, Riewpaiboon W, et al. (2009). Medical rehabilitation services and outcome evaluation process: a situation analysis in Thailand. *Journal of Health Science*, 18:475–488 (in Thai).

Kijsanayotin B (2011). Using health care service administration data to improve national vital statistics: Thailand experiences. Paper prepared for United Nations Expert Group Meeting on “International standards for civil registration and vital statistics systems”, New York, 27–30 June.

Kijsanayotin B, Sinthuanich D (2012). LOINC and health information system in Thailand. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.

Kingkaew P, Maleewong U, et al. (2012). Evidence to inform decision makers in Thailand: a cost-effectiveness analysis of screening and treatment strategies for postmenopausal osteoporosis. *Value Health*, 15(1 Suppl):S20–8. DOI:10.1016/j.jval.2011.11.015.

S, Limwattananon S, et al. (2011). Equity of access to and utilization of reproductive health Kongsri services in Thailand: national reproductive health survey data, 2006 and 2009. *Reprod Health Matters*, 19:86–97. DOI:10.1016/S0968-8080(11)37569–6.

Kuanpoth J (2006). Harmonization of TRIPS-Plus IPR policies and potential impacts on technological capability: A case study of the pharmaceutical industry in Thailand. International Centre for Trade and Sustainable Development (ICTSD) (<http://www.iprsonline.org/unctadictsd/docs/Jakkrit-edited%20final%20draft%2001%20Nov%2006-.pdf>, accessed 16 June 2012).

Lagarde M (2012). How to do (or not to do) ... assessing the impact of a policy change with routine longitudinal data. *Health Policy and Planning*, 27:76–83. DOI:10.1093/heapol/czr004.

Laying P, et al. (2013). The evaluation of policy implementation of the National Health Assembly Resolutions Phase 2: the study of 6 National Health Assembly Resolutions. Nonthaburi, Health Systems Research Institute (in Thai) (<http://hdl.handle.net/11228/3894>).

Layton MR, Chadbunchachai S, et al. (2005). Impact of pharmaceutical policies on promotional targeted drugs. *J Pharmaceut Finance Econ Pol*, 14:53–68.

Leerapan P, Aathasit R (2005). The situation of local health decentralization: the case study of Phuket Provincial Health Board. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.

Limwattananon, S (2011). A manual of Analysis of Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR), Risk Adjusted Mortality Rate (RAMR), and survival rate. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office, Health System Research Institute.

Handout for analysing hospital standardized mortality ratio, risk-adjusted mortality rate, and survival rate. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office (in Thai).

Limwattananon C, Limwattananon S (2012). Impact of the universal coverage scheme on populations and households, Objective 4: health outcomes. Ten-year evaluation of universal coverage scheme in Thailand, TOR 5.3 report. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.

Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P (2007). Catastrophic and poverty impacts of health payments – results from the national household surveys in Thailand. *Bull World Health Organ*, 85:600–606.

Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P (2010). Equity in maternal and child health in Thailand. *Bull World Health Organ*, 88:420–427. DOI:10.2471/BLT.09.068791.

Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P (2011). Reducing impoverishment caused by costly health-care payments: outcome of universal health care coverage in Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 5:25–31.

Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P (2012). Impact of the universal coverage scheme on populations and households, Objective 1: benefit incidence analysis. Ten-year evaluation of universal coverage scheme in Thailand, TOR 5.3 report. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.

Limwattananon C, Limwattananon S, et al. (2009). Analyzing and forecasting drug expenditure for outpatients in provincial hospitals under Civil Servant Medical Benefit Scheme and Universal Health Coverage Scheme. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.

Limwattananon C, Thammatacharee N, et al. (2011). Expenditure of Civil Servant Medical Benefit Scheme and the use of non-essential medicines. *Journal of Health Systems Research*, 5:149–159.

Limwattananon S, Tangcharoensathien V, et al. (2012). Why has the universal coverage scheme in Thailand achieved a pro-poor public subsidy for health care? *BMC Public Health*, 12(suppl 1):S6. (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/S1/S6/>).

Mathers CD, Boschi-Pinto C, et al. (2001). Cancer incidence, mortality and survival by site for 14 regions of the world. *Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 13* (<http://www.who.int/healthinfo/paper13.pdf>, accessed 20 January 2015).

Medical Council of Thailand (Undated-a) [website]. Regulations concerning the practice of medicine for aliens in Thailand (<http://www.tmc.or.th/news02.php>, accessed 16 July 2012).

Medical Council of Thailand (Undated-b) [website]. The number of medical specialists between 1964 and 2011 (<http://www.tmc.or.th/statistics03.php>, accessed 16 July 2012).

[Medical Council of Thailand (Undated-c). [website]. 46 years of the Council (http://www.tmc.or.th/news_file/46-tmc.pdf, accessed 17 Feb 2015).

Melgaard B (2004). From research to action – a bridge to be crossed. *Bull World Health Organ*, 82(10):723.

Mills A, Bennett S, et al. (2000). The response of providers to capitation payment: a case-study from Thailand. *Health Policy*, 51:163–180.

Ministry of Public Health (MOPH) (2009). The national strategic plan for HRH 2007–2016. Nonthaburi, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health.

Ministry of Public Health (MOPH) (2011). Annual report on health resource 2011. Nonthaburi, Bureau of Policy and Strategy, MOPH (<http://thcc.or.th/download/gishealth/gishealth54.pdf>, accessed 17 Feb 2015).

Ministry of Public Health (MOPH) (2011). Thailand Health Profile Report 2008–2010 (http://www.moph.go.th/ops/thp/thp/en/index.php?id=288&group_up=05&page=view_doc, accessed 28 April 2015).

Ministry of Public Health (MOPH) (2012). Information for drug administration (<http://dmsic.moph.go.th/news/CabinetSynopsis/k190655.pdf>, accessed 10 July 2012).

Mohara A, Youngkong S, et al. (2012). Using health technology assessment for informing coverage decisions in Thailand. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 1(2):137–146. DOI:10.2217/ce.12.10.

Muenhor D (2013). Laboratory test of soil and water, samples from around Phu Thap Fah gold mine, Wangsaphung district, Loei province (in Thai) (http://www.thia.in.th/uploads/file/June%202013/HIA%20movement/Loei%20Soil%20&%20Water%20Result_Dudsadee%20Muenhor_8072013.pdf, accessed 20 January 2015).

NaRanong V, NaRanong A (2005). Capital investment for universal coverage. Nonthaburi, National Health Security Office.

NaRanong A, NaRanong V (2011). The effect of medical tourism: Thailand's experience. *Bull World Health Organ*, 89:336–344. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.09.072249>.

National Health Assembly (2009). Resolution on systems development for the dependent elderly (in Thai) (http://nha2009.samatcha.org/sites/nha2009.samatcha.org/files/7_112352_3_eldery_draft_resolution.pdf, accessed 20 January 2015).

National Economic and Social Development Board (NEDB) [website]. (<http://eng.nesdb.go.th/>, accessed 28 April 2015).

National Economic and Social Development Office, Ministry of Public Health (MOPH) (2009). Health care infrastructure investment plan under economic stimulus package phase 2: 2010–2013. Nonthaburi, MOPH.

National Health Commission Office (2007). Health impact assessment in accordance with objectives of the National Health Act B.E.2550 (2007). National Health Commission Office (http://en.nationalhealth.or.th/sites/default/files/fromNHCThailand/data/Factsheet_HIA.pdf, accessed 21 June 2012).

National Health Commission Office (2008a). Birth of health assembly: crystallization of learning towards well-being. Nonthaburi, National Health Commission Office.

National Health Commission Office (2008b). HIA for HPP: towards healthy nation: Thailand's recent experiences. Nonthaburi, National Health Commission Office.

National Health Commission Office (2008c). The movement of Thailand's health system reform: a paradigm shift. Nonthaburi, National Health Commission Office.

National Health Commission Office (2010). National Health Assembly 3 resolution no. 4: Thailand and medical hub policy (in Thai) (http://nha2010.samatcha.org/sites/nha2010.samatcha.org/files/NHA3_res4_MedHub_22Dec10.pdf, accessed 9 June 2012).

National Health Examination Survey Office (2008). The Fourth National Health Examination Survey 2008–2009 (<http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report1.pdf>, accessed 17 Feb 2015).

National Health Financing Development Office (2012). National health financing development strategies. Nonthaburi, National Health Financing Development Office.

National Health Security Office (NHSO) (2010). Annual report. Nonthaburi, NHSO (http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx, accessed 17 February 2015).

National Health Security Office (NHSO) (2011a). Annual report 2010. Bangkok, NHSO.

National Health Security Office (NHSO) (2011b). OP/IP individual program of Ministry of Public Health and National Health Security Office. Nonthaburi, NHSO.

National Health Security Office (NHSO) (2012a). Manual for paying health care providers based on quality (http://www.nhso.go.th/downloadfile/fund_2555, accessed 16 June 2012).

National Health Security Office (NHSO) (2012b). Payment guideline for palliative care. (http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-information_detail.aspx?ContentID=NTUwMDAwMDg4, accessed 20 June 2012).

National Office for Empowerment of Persons with Disabilities (NEP) (2015). [website]. National Registries of Disabled Persons (<http://nep.go.th/th/disability-statistic>, accessed 17 Feb 2015).

National Statistical Office (NSO) (2002). Population and housing census 2000: whole kingdom. Bangkok, NSO (in Thai).

National Statistical Office (NSO) (2006). Report on the 2005–2006 survey of population change (in Thai). (http://www.ocsc.go.th/ocsc/th/files/BRD_Research/thesis%20knowledge/May_2013/50005.pdf, accessed 5 October 2013).

National Statistical Office (NSO) (2007). The 2007 disability survey. Bangkok, NSO.

National Statistical Office (NSO) (2010). Benefits from the census 2010. Bangkok, NSO (<http://popcensus.nso.go.th/en/index.php?id=2>, access 22 May 2012).

National Statistical Office (NSO) (2012). Population and housing census 2010: whole kingdom. Bangkok, NSO (in Thai).

National Statistical Office (NSO) (2015). Survey of population changes 2005–2006 (in Thai) (<http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/popchange.pdf>, accessed 20 January 2015).

National Statistical Office (NSO) (Undated-a). Household socioeconomic survey (<http://web.nso.go.th/eng/stat/socio/socio.htm>, accessed 22 May 2012).

National Statistical Office (NSO) (Undated-b). Population and housing census 1970: whole kingdom. Bangkok, NSO (in Thai).

National Statistical Office (NSO) (Undated-c). Population and housing census 1980: whole kingdom. Bangkok: NSO (in Thai).

National Statistical Office (NSO) (Undated-d). Population and housing census 1990: whole kingdom. Bangkok, NSO (in Thai).

National Statistical Office of Thailand (2006). The 2006 health and welfare survey. Ministry of Information and Communication Technology.

Navarro V (2000). Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet*, 356:1598–1601. DOI:10.1016/S0140-6736(00)03139-1.

Nolte E, Scholz RD, McKee M (2004). Progress in health care, progress in health? Patterns of amenable mortality in central and eastern Europe before and after political transition. *Demographic Research Special Collections*, 2:139–162. DOI:10.4054/DemRes.2004.S2.6.

Noree T (2007). A 10-year plan for demand and supply of health workforce providing Thai traditional medicine (TTM) service in public health facilities. Nonthaburi, International Health Policy Program.

Noree T (2008). Fact sheet: The situation of physician resignation from the hospitals under the Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health Human Resources for Health Research and Development Office.

Office of Insurance Commission (2007). 2007 Insurance Business Regulation and Support Act (in Thai) (<http://www.oic.or.th/upload/insuranceact/download/362-5141.pdf>, accessed 29 May 2010).

Office of Permanent Secretary (2010). Guideline for increasing salary and special remuneration of civil servants of the Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health (http://spo.MOPH.go.th/web/jml_dper/images/stories/140154.pdf, accessed 16 July 2012).

Office of Prime Minister (2008). The second decentralization action plan B.E. 2551. Bangkok, Office of Prime Minister.

Office of Prime Minister (2010). Regulation to develop national health financing B.E.2553. Bangkok, Office of Prime Minister.

Olliaro PL, Vijayan R, et al. (2001). Drug studies in developing countries. *Bull World Health Organ*, 79(9):894–895. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862001000900017>.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2010). Health expenditure and financing in OECD countries, 2010 (http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, accessed 19 December 2012).

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2013). Health at a glance 2013, OECD indicators. Paris, OECD (<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>, accessed 7 July 2014).

Oxley H, MacFarlan M (1994). Health care reform controlling spending and increasing efficiency. *OECD Economic Studies* No. 24. Paris, OECD (<http://www.oecd.org/eco/growth/33717721.pdf>, accessed 4 February 2015)

Pagaiya N, Kongkam L, et al. (2012). Rural retention of medical graduates trained by the collaborative project to increase rural doctor (CPIRD). *Journal of Health Systems Research*, 6(2):219–227.

Page A, Tobias M, et al. (2006). Australian and New Zealand atlas of avoidable mortality. Adelaide, Public Health Information Unit, University of Adelaide.

Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin/WHO Collaborating Center (2014). The 2012 global consumption of morphine (mg/capita) (http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/global_morphine.pdf, accessed 17 Feb 2015).

Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin/WHO Collaborating Center (2014). Thailand morphine consumption (mg/capita) 1980–2012 (http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/country_files/morphine/thailand_morphine.pdf, accessed 17 Feb 2015).

Pangma, A(2012). Past-present-future of emergency medical system in Thailand (presentation slides) in International conference on trends in emergency, trauma and prehospital care 25 - 27 April 2012 in Phuket. Nonthaburi, Emergency Medical Institute of Thailand.

Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, et al. (2011). Why and how did Thailand achieve good health at low cost? In: Balabanova D, McKee M, Mills A, editors. "Good health at low cost" 25 years on. What makes a successful health system? London, London School of Hygiene and Tropical Medicine:193–223.

Patcharanarumol W, Thammatacharee N, et al. (2013). Thailand's HIV/AIDS program after weaning-off the Global Fund's support. BMC Public Health, 13:1008. DOI:10.1186/1471-2458-13-1008.

PATH, World Health Organization, Health Systems Research Institute, Mahidol University (2011). An assessment of vaccine supply chain and logistics systems in Thailand. Seattle (WA), PATH. (http://www.path.org/publications/files/TS_opt_vac_sup_thai.pdf, accessed 5 February 2015).

Petrakaat P, Taweerat R, et al. (2010). Thai traditional medicine and alternative medicine care policy. In: Chokevivat W, Wibulpolprasert S, Petrakaat P, editors. Thai traditional medicine and alternative health profile. Nonthaburi, Ministry of Public Health.

Phoolcharoen W (2001). Thailand's health system reform. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.

Pitayarangsarit S, Tangcharoensathien V (2002). Private health insurance. In: Pramualratana P, Wibulpolprasert S, editors. Health insurance systems in Thailand. Nonthaburi, Health Systems Research Institute:94–112.

Porapakham, Y, Bunyaratapan, P (editors) (2006). Report on the 3rd national health examination survey (2003–2004). Nonthaburi, Health System Research Institute.

Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V (2009). The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 21:57–81.

Prakongsai P, Patcharanarumol W, et al. (2002). Capitation rate of the Universal Health Care Coverage for the fiscal year B.E.2546. *Journal of Health Science*, 11:599–613.

Rajaratnam J, Marcus JR, et al. (2010). Worldwide mortality in men and women aged 15–59 years from 1970 to 2010: a systematic analysis. *Lancet*, 375:1704–1720. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60517-X.

Rasanathan K, Montesinos EV, et al. (2010). Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *J Epidemiol Community Health*, (21 June 2012).

Rasanathan K, Posayanonda T, et al. (2012). Innovation and participation for healthy public policy: the first National Health Assembly in Thailand. *Health Expectations*, 1:87–96. DOI:10.1111/j.1369-7625.2010.00656.x.

Revenue Department (2014) [website]. Personal income tax (<http://www.rd.go.th/publish/6045.0.html>, accessed 20 February 2014).

Riewpaiboon W, Chuengsatiansup K, et al. (2005). Private obstetric practice in a public hospital: mythical trust in obstetric care. *Soc Sci Med*, 61:1408–1417. DOI:10.1016/j.socscimed.2004.11.075.

Riewpaiboon A, Riewpaiboon W, et al. (2009). Economic valuation of informal care in Asia: a case study of care for disabled stroke survivors in Thailand. *Soc Sci Med*, 69:648–653. DOI:10.1016/j.socscimed.2009.05.033.

Riewpaiboon A, Chatterjee S, et al. (2011). Disability and cost for diabetic patients at a public district hospital in Thailand. *Int J Pharm Pract*, 19(2):84–93. DOI:10.1111/j.2042-7174.2010.00078.x.

Rohde J, Cousens S, et al. (2008). 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet*, 370:950–961. DOI:10.1016/S0140-6736(08)61405-1.

Sakunphanit T, Greethong T, et al. (2009). Trend of cost and service in Thai health delivery systems. Preliminary report.

Saramunee K, Chaiyasong S, Krska J (2011). Public health roles for community pharmacy: contrasts and similarities between England and Thailand. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*, 7(2):1–11.

Sasat S, Chuwantanapakorn T, et al. (2009). A survey of institutional longterm care in Thailand. Nonthaburi, Health System Research Institute.

Social Security Office (SSO) (2010). Annual Report 2010 (<http://www.sso.go.th/wpr/uploads/uploadImages/file/annualreport2010.pdf>, accessed 17 February 2015).

Social Security Office (SSO) (2011). Regulation on payments to health care providers under the Social Security Scheme (version 2)(in Thai) (<http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2554/E/060/10.PDF>, accessed 16 June 2012).

Social Security Office (SSO) (2015). Medical service utilization rates [2006–2013] (http://www.sso.go.th/sites/default/files/R&D122009/statisticsmid8_en.html, accessed 20 January 2015).

Soponsiri S (2010). Development of Thai traditional medicine and alternative medicine. In: Chokwiwat W, Wibulpolprasert S, Petrakaat P, editors. Thai traditional medicine and alternative health profile. Nonthaburi, Ministry of Public Health.

Sringernyuang L (2000). Availability and use of medicines in rural Thailand [PhD thesis].Amsterdam, Faculty of Social and Behavioral Science, University of Amsterdam.

Srithamrongsawat S, Bundhamcharoen K, et al. (2009). Projection of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office (https://www.academia.edu/1351987/Projection_of_demand_and_expenditure_for_institutional_long_term_care_in_Thailand, accessed 5 February 2015).

Srithamrongsawat S, Aekplakorn W, et al. (2010). Funding health promotion and prevention – the Thai experience. World Health Report (2010) Background Paper, No 45. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/ThailandNo45FINAL.pdf>, accessed 5 February 2015).

Srithamrongsawat S, Limwattananont C, et al. (2011). Evaluation of NHSO payment on: primary healthcare service, chronic care, Thai traditional medicine. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.

Srithamrongsawat S, Putthasri W, et al. (2008). Assessment of development of centers of excellence under the Universal Coverage Scheme. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.

Srithamrongsawat S, Thammatacharee J (2009). Inequity among health insurance schemes in Thailand. Paper prepared for workshop on 2 November 2012. Nonthaburi, Health Insurance System Development Office.

Srithamrongsawat S, Yupakdee N, et al. (2010). Assessment of financial management of CUP and developing information system for financial management of primary care. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office (in Thai).

Sumpradit N, Chongtrakul P, et al. (2012). Antibiotics smart use: a workable model for promoting the rational use of medicines in Thailand. Bull World Health Organ, 90:905–913. DOI:10.2471/BLT.12.105445.

Supakankunti S, Janjaroen W, et al. (2001). Impact of the World Trade Organization TRIPS agreement on the pharmaceutical industry in Thailand. Bull World Health Organ, 79:461–470.

Surasiengsang S (2004). Private health insurance in Thailand. Health insurance financing mechanism. National Workshop Proceedings “Wisdom: towards development of universal coverage in Thailand”. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.

Suriyawongpaisarn P (2008). Evaluation on the operation of the Act on Road Accident Victim Protection Project. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.

Suriyawongpaisarn P, et al. (2009). Evaluation of emergency medical systems. Nonthaburi, Health Insurance Research Office, Health Systems Research Institute.

Suriyawongpaisal P, Srithamrongsawat S, et al. (2012) Assessment of a policy on harmonization of public insurance schemes on emergency medical services. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office, Health System Research Institute.

Suwannakij T, Sirikanokwilai N, Wibulpolprasert S (1998). Supply projection for physician in Thailand over the next 25 years (1996–2020 AD). *Human Resources for Health Development Journal*, 2:117–128.

Taarak P, Suksiri N, et al. (2008). Review of decentralization in public health, 1999–2007. *Journal of Health Systems Research*, 2(2):179–194 (in Thai) (<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/HSRI/article/view/3258/2756>, accessed 5 February 2015).

Tangcharoensathien V, Nittayaramphong S (1994). Thailand: private health care out of control? *Health Policy and Planning*, 9:31–40.

Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Prakongsai P (2007). Improving health-related information systems to monitor equity in health: lessons from Thailand. In: McIntyre D, Mooney G, editors. *The economics of health equity*. New York (NY): Cambridge University Press:222–246.

Tangcharoensathien V, Supachutikul A, Lertiendumrong J (1999). The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn? *Soc Sci Med*, 48:913–923.

Tangcharoensathien V, Harnvoravongchai P, et al. (2000). Health impacts of rapid economic changes in Thailand. *Soc Sci Med*, 51:789–807.

Tangcharoensathien V, Faramnuayphol P, et al. (2006). A critical assessment of mortality statistics in Thailand: potential for improvements. *Bull World Health Organ*, 84:233–238.

Tangcharoensathien V, Prakongsai P, et al. (2008). Innovative financing of health promotion. In: Heggenhougen K, Quah S, editors. *International Encyclopedia Public Health*. San Diego (CA), Academic Press:624–638.

Tangcharoensathien V, Prakongsai P, et al. (2009). From targeting to universality: lessons from the health system in Thailand. In: Townsend P, editor. *Building decent societies: rethinking the role of social security in development*. Houndmills, Basingstoke, Palgrave Macmillan:310–322.

Tangcharoensathien V, Pitayarangsarit S, et al. (2013). Promoting universal financial protection: how the Thai universal coverage scheme was designed to ensure equity. *Health Res Policy Syst*, 11:25. DOI:10.1186/1478-4505-11-25.

Tantai N, Yothasamut J (2012). A panel session entitled: Using evidence to support the use of appropriate drugs at right costs. HA National Forum 13th, Impact Arena, Muang Tong Thani.

Tantivess S (2007). Review of situation and research on Thailand's drug system. Brainstorming on developing drug system research programs. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.

Tantivess S, Teerawattananon Y, Mills A (2009). Strengthening cost-effectiveness analysis in Thailand through the establishment of the health intervention and technology assessment program. *Pharmacoeconomics*, 27(11):931–945. DOI:10.2165/11314710-000000000-00000.

Tarn YH, Hu S, et al. (2008). Health-care systems and pharmacoeconomic research in Asia-Pacific region. *Value Health*, 11 (Suppl 1):S137–155. DOI:10.1111/j.1524-4733.2008.00378.x.

Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V, et al. (2003). Health sector regulation in Thailand: recent progress and the future agenda. *Health Policy*, 63(3):323–338.

Teerawattananon Y, Tantivess S, et al. (2009). Historical development of health technology assessment in Thailand. *Int J Technol Assess Health Care*, 25(SupplementS1):241–252. <http://dx.doi.org/10.1017/S0266462309090709>.

Thai NHA Working Group (2012). Report of Thai NHA 1994–2010. Nonthaburi, International Health Policy Program.

Thai Road Foundation (2013). Thailand motorcycle helmet use in 2012 (in Thai) (<http://trso.thairoads.org/resources/5403>, accessed 7 July 2014).

Thailand Board of Investment (Undated). Business opportunity. (http://www.boi.go.th/index.php?page=opp_medical_hub, accessed 20 June 2012).

Thamatacharee J, editor (2001). Health insurance system in Thailand. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.

Treerutkuarkul A (2008). Thailand's unsung heroes. *Bull World Health Organ*, 86(1):5–8.

Treerutkuarkul A (2012). Private hospitals fee “chaos”, call for clear definition of “emergency patients”. Bangkok Post, 29 March (<http://www.bangkokpost.com/print/286445/>, accessed 5 February 2015).

Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (2015). Situation of main risk factors for tobacco consumption in Thailand, 2014. (<http://www.trc.or.th>, accessed 20 January 2015).

UNAIDS (2004). Thailand 2004 update. Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Geneva, UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance (http://data.unaids.org/Publications/Fact-Sheets01/thailand_en.pdf, accessed 30 July 2014).

United Nations Cartographic Section (2007) [website]. United Nations Cartographic Section (<http://www.un.org/Depts/Cartographic/english/htmain.htm>, accessed 4 August 2012).

United Nations Population Fund (UNFPA) Thailand (2011). Impact of demographic change in Thailand. Bangkok, UNFPA.

Uphayokin P, Intralawan A, et al. (2005). Perception and media exposure to health care in Chiang Rai. Nonthaburi, Health Systems Research Institute (in Thai).

Valee-Ittikul S (2002). Social security scheme: experiences of capitation payment system. In: Pramualratana P, Wibulpolprasert S, Kedsomboon N, Sakulbumrungsil R et al. (2012). Research and systems development for national drug account. Nonthaburi, Health Systems Research Institute:52–61.

Vapattanawong P, Hogan MC, et al. (2007). Reductions in child mortality levels and inequalities in Thailand: analysis of two censuses. *Lancet*, 369:850–855.

Vichathai C, Srithamrongsawat S, et al. (2009). Intermediate care services for rehabilitation and its costs under health insurance system. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.

Waage F, Banerji R, et al. (2010). The Millennium Development Goals: a cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015: *Lancet* and London International Development Centre Commission. *Lancet*, 376:991–1023. DOI:10.1016/S0140-6736(10)61196-8.

Wasi P (2000). Triangle that moves the mountain, and health system reform movement in Thailand. Nonthaburi, Health Systems Research Institute.

Wibulpolprasert S (1999). Inequitable distribution of doctors: can it be solved? *Human Resources for Health Development Journal*, 3(1):2–22.

Wibulprolprasert S, editor (2002). Thailand health profile 1999–2000. Nonthaburi, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health (http://www.moph.go.th/ops/thealth_44/index_eng.htm, accessed 5 February 2015).

Wibulpolprasert S, Pengpaibon P (2003). Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Hum Resour Health*, 1(1):12. DOI:10.1186/1478–4491–1–12.

Wibulpolprasert S, Chokevivat V, Oh C, Yamabhai I (2011a). Government use licenses in Thailand: the power of evidence, civil movement and political leadership. *Globalization and Health*, 7:32 (<http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/32>, accessed 5 February 2015).

Wibulpolprasert S, Sirilak S, et al., editors (2011b). Thailand health profile 2008–2010. Nonthaburi, Ministry of Public Health.

Williams A (2001). Science or marketing at WHO? *Health Economics*, 10:93–100.

Wongchai Y, Krachangpue S, et al. (2008). Consumer protection in health insurance systems. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.

World Bank (2012a) [website]. (<http://publications.World Bank.org/HDI/indicators>, accessed 4 July 2012).

World Bank (2012b). Learning outcomes in Thailand: what can we learn from international assessments? Report No. 64801-TH. Washington (DC): The World Bank (<https://openknowledge.World Bank.org/bitstream/handle/10986/2723/648010ESW0whit0nal0Report0Formatted.txt?sequence=2>, accessed 4 June 2012).

World Bank (2013a) [website]. (<http://publications.World Bank.org/HDI/indicators>, accessed 14 April 2013).

World Bank (2013b). [Data: world development] indicators (<http://data.World Bank.org/indicator/>, accessed 14 April 2013).

World Bank (2014). [website]. World Development Index 2014 (<http://data.worldbank.org/indicator/IT.NET.USER.P2>, accessed 17 Feb 2015).

World Bank (2015) [website]. World Development Indicators (<http://databank.worldbank.org/data/views/reports/tableview.aspx>, accessed 9 April 2015).

World Health Organization (WHO) (1948). Constitution of the World Health Organization. Geneva, WHO.

World Health Organization (WHO) (1998). Ethical criteria for medicinal drug promotion, WHA Resolution 47.17. Geneva, WHO (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2273e/13.8.1.html#Js2273e.13.8.1>, accessed 24 September 2014).

World Health Organization (WHO) (2000). The world health report 2000: Health systems: improving performance. Geneva, WHO.

World Health Organization (WHO) (2007). AIMS report on mental health system in Thailand. A report of the assessment of the mental health system in Thailand using the World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS). Nonthaburi, Bangkok, Thailand.

World Health Organization (WHO) (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva, WHO.

World Health Organization (WHO) (2010). World health statistics 2010. Geneva, WHO.

World Health Organization (WHO) (2012a). Cancer: WHO definition of palliative care (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, accessed 20 June 2012).

World Health Organization (WHO) (2012b). WHO mortality database, 1980–2005 (<http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>, accessed 13 August 2012).

World Health Organization (WHO) (2012c). World health statistics 2012. Geneva, WHO.

World Health Organization (WHO) (2013). Global health expenditure database (<http://apps.who.int/nha/database/DataExplorer.aspx?ws=2836&d=1>, accessed 10 December 2013).

World Health Organization (WHO) (2014). Trends in maternal mortality: 1990 to 2013 estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva, WHO.

Wright M, Hamzah E, et al. (2010). Hospice and palliative care in Southeast Asia: a review of developments and challenges in Malaysia, Thailand and the Philippines. Oxford, Oxford University Press.

Yang BM (2009). The future of health technology assessment in healthcare decision making in Asia. *Pharmacoeconomics*, 27(11):891–901. DOI:10.2165/11310280-000000000-00000.

Youngkong S, Baltussen R, et al. (2012a). Multi-criteria decision analysis for including health interventions in the universal health coverage benefit package in Thailand. *Value Health*, 15(6):961–970. DOI:10.1016/j.jval.2012.06.006.

Yoongthong W, Hu S, et al. (2012b). National drug policies to local formulary decisions in Thailand, China, and Australia: drug listing changes and opportunities. *Value Health*, 15:S126–S131. DOI:10.1016/j.jval.2011.11.003.

Yothasamut J, Putchong C, et al. (2010). Scaling up cervical cancer screening in the midst of human papillomavirus vaccination advocacy in Thailand. *BMC Health Serv Res*, 10(Suppl 1):S5.a. DOI:10.1186/1472-6963-10-S1-S5.

9.2 Useful web sites

ASEAN Plus Three UHC Network: <http://www.aseanplus3uhc.net/>

Central Office for Healthcare Information: <http://www.chi.or.th/>

Centre for Health Equity Monitoring, Naresuan University:
<http://www.med.nu.ac.th/chem/index.php>

Health Information Systems Development Office:
<http://www.hiso.or.th/hiso5/report/sreport.php?m=4>

Health Insurance Systems Research Office:

<http://www.hisro.or.th/main/index.php>

Health Intervention and Technology Assessment Program:

<http://www.hitap.net/en/>

Health Systems Research Institute: <http://www.hsri.or.th/en>

International Health Policy Program: <http://www.ihppthaigov.net/>

Ministry of Public Health: <http://eng.moph.go.th/>

National Health Commission Office: <http://en.nationalhealth.or.th/>

National Health Examination Survey Office (NHESO):

<http://old.hsri.or.th/en/network/537>

National Health Security Office:

<http://www.nhso.go.th/eng/Site/Default.aspx>

National Institute of Emergency Medical Services: <http://www.niems.org/>

National Statistical Office: <http://www.nso.go.th/>

Social Security Office: http://www.sso.go.th/wpr/home_eng.jsp?lang=en

Thai Health Promotion Foundation: <http://www.thaihealth.or.th/>

Thai Healthcare Accreditation Institute: <http://www.ha.or.th/>

Thai Nurse Cohort study: <http://www.thainursecohort.org/nu/web/index.php>

Tobacco Control Research and Knowledge Management:

<http://www.trc.or.th/en/>

9.3 HiT methodology and production process

HiTs are produced by country experts in collaboration with an external editor and the Secretariat of the Asia Pacific Observatory based in the WHO Regional Office for the Western Pacific in Manila, the Philippines. HiTs are based on a template developed by the European Observatory on Health Systems and Policies that, revised periodically, provides detailed guidelines and specific questions, definitions, suggestions for data sources and examples needed to compile reviews. While the template offers a

comprehensive set of questions, it is intended to be used in a flexible way to allow authors and editors to adapt it to their particular national context. The template has been adapted for use in the Asia Pacific region and is available online at: http://www.wpro.who.int/asia_pacific_observatory/hits/template/en

The most recent template is available online at: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/healthsystem-profiles-hits/hit-template-2010>.

Authors draw on multiple data sources for the compilation of HiTs, ranging from national statistics, national and regional policy documents to published literature. Data are drawn from information collected by national statistical bureaux and health ministries. Furthermore, international data sources may be incorporated, such as the World Development Indicators of the World Bank.

In addition to the information and data provided by the country experts, WHO supplies quantitative data in the form of a set of standard comparative figures for each country, drawing on the Western Pacific Country Health Information Profiles (CHIPs) and the WHO Statistical Information System (WHOSIS). HiT authors are encouraged to discuss the data in the text in detail, including the standard figures prepared by the Observatory staff, especially if there are concerns about discrepancies between the data available from different sources.

The quality of HiTs is of real importance since they inform policy-making and meta-analysis. HiTs are subject to wide consultation throughout the writing and editing process, which involves multiple iterations. They are then subject to the following.

- A rigorous review process consisting of three stages. Initially, the text of the HiT is checked, reviewed and approved by the Asia Pacific Observatory Secretariat. It is then sent for review to at least three independent experts, and their comments and amendments are incorporated into the text, and modifications are made accordingly. The text is then submitted to the relevant ministry of health, or appropriate authority, and policy-makers within those bodies to check for factual errors.
- There are further efforts to ensure quality while the report is finalized that focus on copy-editing and proofreading.

- HiTs are disseminated (hard copies, electronic publication, translations and launches). The editor supports the authors throughout the production process and, in close consultation with the authors, ensures that all stages of the process are taken forward as effectively as possible.

9.4 เกี่ยวกับผู้เขียน

Pinij Faramnuayphol is the Director of Health Information System Development Office (HISO), Thailand. After graduating from medicine, he worked as a director in two rural district hospitals for eight years and got Certificates in Preventive Medicine from the Thai Medical Council. He studied MPH in the Institute of Tropical Medicine, Antwerpen, Belgium from 1999 to 2000. After graduation, he worked in a district hospital for another two years before working in the Bureau of Health Policy and Strategy as the director of Health Information division. In 2004, he worked as the manager of the Health Information System Development programme supported by Thai Health Promotion Foundation until 2010. He graduated with a PhD (Epidemiology) from Prince of Songkla University in 2008. Currently, he works as the manager of health information and statistics services on the website project and GIS-based health resources information system development project supported by Thai Health Promotion Foundation.

Pongpisut Jongudomsuk is the Assistant Secretary General of the National Health Security Office (NHSO), Thailand. After graduating from medicine, he worked as a director in the rural district hospitals for 10 years and got Certificates in Preventive Medicine and Family Medicine from the Thai Medical Council. He studied MPH in the Institute of Tropical Medicine, Antwerpen, Belgium from 1993 to 1994. After graduation, he worked in the EU-funded Health Care Reform Project which was the action research project and was the basis for the development of universal health coverage system in Thailand. Recently, he worked as the Director of Health System Research Institute (HSRI). Now he also works as the Technical Support Team of the Public Health Minister.

Supon Limwattananon is an Associate Professor at Khon Kaen University. He is also a part-time senior researcher at the Ministry of Public Health International Health Policy Program (IHPP), Thailand. He earned a Bachelor of Pharmacy degree from Chulalongkorn University in 1982, Master in Primary Health Care Management from ASEAN Institute for Health Development in 1991, and Doctor of Philosophy in Social and

Administrative Pharmacy from University of Minnesota in 2000. He was a Fulbright Scholar from 1993 to 1996 and received the US Health Care Financing Administration Dissertation Award in 2000. In 2008, he was seconded to the World Bank head office in Washington, DC as a Senior Health Specialist in the Human Development Network. His expertise is in the areas of health economics and micro-econometrics.

Supasit Pannarunothai is a professor of community medicine at Faculty of Medicine, Naresuan University. He earned Doctor of Medicine from Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; Master of Science (Public Health) from National University of Singapore; and Doctor of Philosophy from London School of Hygiene and Tropical Medicine. His research focuses on health equity, health care financing, casemix systems and universal health coverage. He had been dean of the Faculty of Medicine, Naresuan University for two terms. He is now head of Centre for Health Equity Monitoring.

Walaiporn Patcharanarumol is the Director of Capacity Building for the Universal Health Coverage programme (CapUHC) and a senior researcher for the International Health Policy Program (IHPP), Ministry of Public Health Thailand. A former hospital pharmacist, her main research areas include health systems and policy, with extensive knowledge and experience in healthcare financing. She was awarded the Joint Japan/World Bank Graduate Scholarship Fund for her master degree in Social Protection Financing from Maastricht University, the Netherlands from 2002 to 2003. Subsequently, she got the Dorothy Hodgkin Postgraduate Award in 2004 for her PhD in Public Health and Policy 2008 at the London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London.

Krisada Sawaengdee earned her PhD in Population and Development from National Institute of Development Administration, Thailand in 2009; Master Degree in Nursing from Mahidol University in 1988; and Bachelor degree in Nursing Science from Khon-Kaen University in 1983. Now she serves as Deputy Director of Praboromrajchanok Institute for Health Workforce Development, Ministry of Public Health, and is also the Vice President of Thailand Nursing and Midwifery Council. She has 25 years of field experience in nursing administration. She has served as the principal investigator of a longitudinal study: Thai nurses cohort study and co-investigator of several research projects related to health workforce and health system policy at the International Health Policy Program (IHPP), Ministry of Public Health since 2010.

Samrit Srithamrongsawat is the Deputy Secretary General of the National Health Security Office (NHSO), Thailand. He got his MD from Chulalongkorn University, Thailand, in 1984, MPH from Mahidol University, Thailand, in 1989, MSc. in Health Service Management from London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) in 1995, and PhD in Health Policy and Financing from LSHTM in 2005. He has substantial experiences in managing district and provincial health systems and public health insurance. He has been doing substantial research and development on health policy, health system, and health insurance systems. He was the former director of Health Insurance System Research Office (HISRO), Health System Research Institute (HSRI), Thailand.

Viroj Tangcharoensathien is a Senior Expert in Health Economics at Ministry of Public Health, Thailand and advisor to International Health Policy Program of the MOPH. Trained in Medicine, he served nine years in rural district hospitals in a poor northeast province of Thailand and received the 'Best Rural Doctor' award in 1986 from the Thai Medical Association. In 1990 he got a PhD in Health Planning and Financing at the London School of Hygiene and Tropical Medicine, and earned Woodruff Medal Award in 1991 for his outstanding PhD thesis on Community Financing: The urban health Card in Chiangmai, Thailand. He earned the Edwin Chadwick Medal from LSHTM in 2011 for the contributions to the generation of evidence which improves health systems in the interests of the poor. As of 2015, he has published 147 articles in international peer reviewed journals.

Patama Vapattanawong is one among very few demographers in Thailand. She received her B.Sc. in Nursing and Midwifery from Mahidol University, Thailand, in 1983; M.Sc. in Community Medicine from Chulalongkorn University, Thailand, in 1993; and Ph.D. in Demography from Mahidol University, Thailand, in 2002. She is now an Associate Professor at Institute for Population and Social Research, Mahidol University, teaching many courses related to Demography such as Technique of Demographic Analysis; Indirect Technique for Demographic Estimation; Advances Demographic Projection; Population, Health and Community Health Services Development. She is keen on using large datasets, particularly birth and death registration databases, to study demographic transition in Thailand. Her research interests are child and old age mortality.

The Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies (APO)
เป็นความร่วมมือของภาคีเครือข่าย รัฐบาล หน่วยงานระหว่างประเทศ
สถาบันวิชาการ และนักวิจัยที่สนับสนุนหลักฐานทางวิชาการด้าน
นโยบายของระบบสุขภาพในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ
ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก APO และเครือข่าย ร่วมมือกันในการระบุและ
จัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาในระบบสุขภาพทั่วภูมิภาค
เอเชียแปซิฟิก พัฒนางานวิจัยและสังเคราะห์งานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็น
ข้อมูลสนับสนุนการจัดทำนโยบายสุขภาพที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
และพัฒนาขีดความสามารถการดำเนินงานวิจัยระบบและ
นโยบายสุขภาพและการผลักดันนโยบายสุขภาพที่ใช้หลักฐาน
เชิงประจักษ์ทั้งระดับประเทศและระดับภูมิภาค



THE WORLD BANK
IBRD • IDA



World Health
Organization