รายงาน

การทบทวนสถานการณ์ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

Situation Analysis of Health Financing System According to the Statute on National Health System B.E. 2552 (2009)

ถาวร สกุลพาณิชย์

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มิถุนายน 2556

เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำย่อ

AEC ASIAN economic community (ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน)

GDP Gross domestic product (ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ)

ILO International Labour organization (องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ)

NHS National Health Service

THE Total Health Expenditure (ค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพ)

WHO World Health Organisation

สปสช สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

คำย่อ	2
1. บทนำ	4
2. สถานการณ์ของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา	8
3. แนวโน้มที่จะเป็นโอกาส ภัยคุกคาม ความท้าทายในระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ	25
4. ข้อเสนอการปรับปรุงธรรมนูญสุขภาพ	33
บรรณานุกรม	36

1. บทนำ

1.1 ความเป็นมา

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 กำหนดตามมาตรา 25(1) ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ทุกหน่วยงานใช้เป็นทิศทาง หลักการ เป้าหมายหรือมาตรการร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 เป็นธรรมนูญฉบับแรก ประกอบด้วย 12 หมวด 111 ข้อ โดยหมวดที่ 1 ถึงหมวดที่ 3 เป็นเรื่องหลักการ โดยหมวด 1 กล่าวถึงปรัชญาและแนวคิดของระบบสุขภาพ สุขภาพว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและระบบความมั่นคงของประเทศ หมวด 2 ย้ำเรื่องลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพว่าระบบสุขภาพจะต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมาภิบาล ความรู้และปัญญา หมวด 3 กล่าวถึงการจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพต้องครอบคลุมประชาชนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย และครอบคลุมการจัดการปัจจัยทุกด้านที่กระทบสุขภาพ ส่วนหมวดที่ 4 ถึงหมวดที่ 12 เป็นประเด็นเฉพาะด้าน โดยเรื่องการเงินการคลังด้านสุขภาพจัดอยู่ในหมวด 12

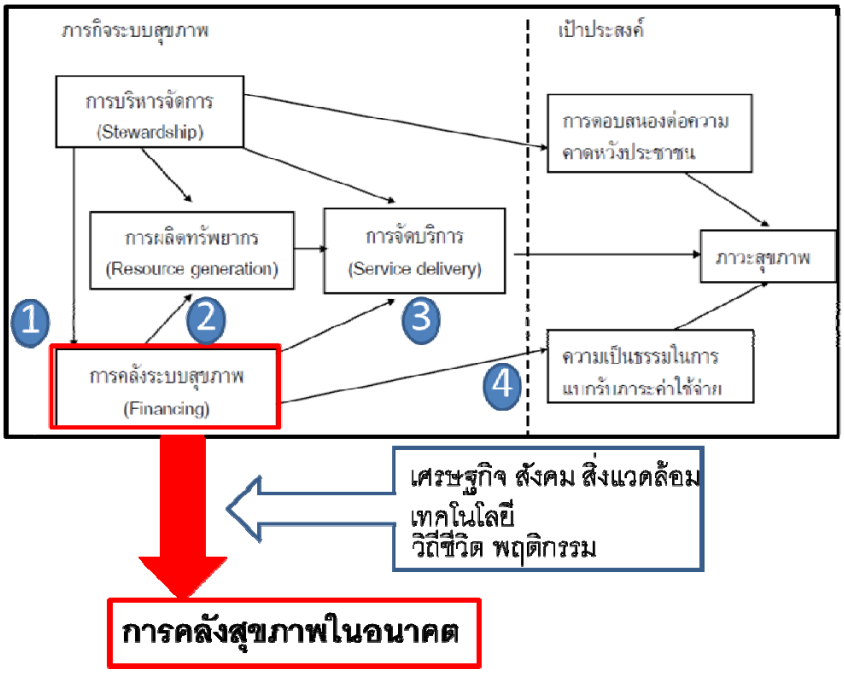
สาระสำคัญของธรรมนูญสุขภาพ หมวดการเงินการคลังด้านสุขภาพนั้นมุ่งสร้างความเป็นธรรมในการได้รับประโยชน์จากการบริการสาธารณสุขที่รัฐสนับสนุน โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญไว้ในธรรมนูญ รวมทั้งแนวคิดของมาตรการที่สำคัญทางการเงินการคลังด้านสุขภาพที่จะผลักดันให้เกิดการดำเนินการตามนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เหมาะสม วิธีการเขียนเป็นไปในลักษณะกำหนดหลักการ เป้าหมายและมาตรการที่เป็นแนวทางการนำไปใช้ แต่ไม่มีลักษณะการเขียนเชิงผูกมัด หรือกำหนดวิธีการดำเนินงาน

อย่างไรก็ตาม ช่วงที่ผ่านมาพบว่าสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอำนาจ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมทั้งเข้าสู่การประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในอนาคตอันใกล้ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อวิถีชีวิต สภาพการทำงานและความเป็นอยู่ของประชาชนไทย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป

จึงมีความจำเป็นต้องมีการสังเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้ทราบสถานการณ์ของระบบสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่เกิดขึ้น วิเคราะห์โอกาส ภัยคุกคาม ความท้าทายในระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและแนวโน้มในอนาคตของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ในอีก 10 ปีข้างหน้า เพื่อพิจารณาประเด็นในเรื่องหลักการ เป้าหมาย และมาตรการในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ หมวดที่ 12 ว่าประเด็นใดควรเพิ่มเติม ควรตัด หรือควรคงไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับต่อไป

1.2 กรอบแนวคิด

รูป 1 กรอบแนวคิด



จากกรอบแนวคิดในรูปที่ 1 จะเห็นได้ว่า การคลังระบบสุขภาพเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการผลิตหรือจัดหาทรัพยากร ทั้งคน วัสดุ ครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง (2) เพื่อนำมาใช้จัดบริการด้านสุขภาพ (3) โดยการคลังสุขภาพต้องมีการออกแบบและดำเนินการโดยคำนึงถึงความสามารถในการแบกรับค่าใช้จ่ายของทุกคน (4) เพื่อให้ทุกคนสามารถได้รับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง เพื่อให้ภาวะสุขภาพของสังคมโดยรวมดีขึ้น ดังนั้นจึงต้องมีการบริหารจัดการเพื่อสร้างการอภิบาลระบบ (System governance หรือ Stewardship) ของการคลังระบบสุขภาพ เพื่อกำกับ ดูแล ประเมินผลของการคลังระบบสุขภาพที่มีต่อส่วนต่างๆของระบบสุขภาพ

สถานการณ์การคลังในอนาคตนอกจากจะเป็นผลสืบเนื่องจากสถานการณ์ในปัจจุบันแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์การคลัง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี วิถีชีวิต และพฤติกรรม

1.3 วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา

2. เพื่อประเมินสถานการณ์ และแนวโน้มที่จะเป็นโอกาส ภัยคุกคาม ความท้าทายในระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ โดยอ้างอิงจากสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552

3. เพื่อสังเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ให้ข้อเสนอแนะทิศทางที่ควรจะเป็น ในการกำหนดภาพอนาคตหรือภาพพึงประสงค์ในอีก 10 ปีข้างหน้า

1.4 วิธีการศึกษา

ใช้การทบทวนวรรณกรรม (literature review) ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องดังนี้

1.4.1 ทบทวนวรรณกรรม เพื่อพิจารณาประเด็นดังต่อไปนี้

1) องค์ประกอบย่อย (subsystem) ของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ และบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลไก/องค์ประกอบย่อยพร้อมทั้งความสัมพันธ์เชื่อมโยง

2) บริบทระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไปและแนวโน้ม โดยครอบคลุมการดำเนินงานของภาคีภาคส่วนต่างๆ และวิเคราะห์เชื่อมโยงกับสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ตั้งแต่ส่วนปรัชญา หลักการในหมวด 1-3 และหมวดเฉพาะ (หมวด 12)

3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชื่อมโยงระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ณ ปัจจุบัน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานดังกล่าวที่ระบุไว้ในธรรมนูญฯ

1.4.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อศึกษารายละเอียดบริบทระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนวทางการแก้ไข และความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับธรรมนูญฯในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ เช่น ประเด็นการมุ่งสร้างความเป็นธรรมในการได้รับประโยชน์จากการบริการสาธารณสุขที่รัฐสนับสนุน การลดสัดส่วนรายจ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขของประเทศ เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้ได้สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ 11 คน ประกอบด้วย

- ผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- ผู้บริหารระดับสูงและกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐ
- ผู้บริหารสถานพยาบาลเอกชน
- นักเศรษฐศาสตร์
- นักวิจัยด้านนโยบายสุขภาพ
- ผู้แทนภาคประชาชน/ผู้แทนลูกจ้าง/ผู้แทนพนักงานของรัฐ

1.4.3 ประเมินและสังเคราะห์สถานการณ์ของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพข้อเสนอการปรับสาระที่ระบุไว้ในธรรมนูญฯ

1.5 ขอบเขตการศึกษา

ประเมินสถานการณ์ของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ โดยเชื่อมโยงกับสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 โดยพิจารณาสาระว่ามีสถานการณ์ใดเปลี่ยนแปลงไปไม่เข้ากับบริบทปัจจุบัน สาระที่ระบุไว้ในธรรมนูญฯ หมวด 8 เรื่องใดต้อง 1) ต่อยอดต่อ 2) เขียนหรือทำให้ชัดเจนขึ้น 3) ลบออกไป เพราะไม่ใช่สถานการณ์อีกต่อไป 4) ต้องใส่สาระเพิ่มเติมเพราะเป็น New Threat New challenge หรือส่วนที่ขาดหายไป

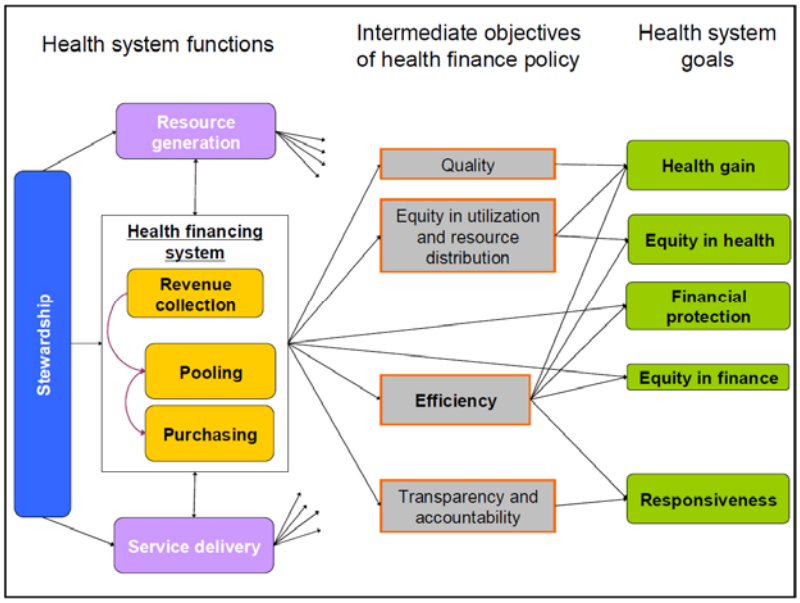
2. สถานการณ์ของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา

2.1 ความเชื่อมโยงของระบบการคลังด้านสุขภาพกับองค์ประกอบอื่นในระบบสุขภาพ

หลักการและแนวคิด

ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) นั้น ระบบสุขภาพต้องมีระดับการคลังที่เหมาะสม เพื่อใช้ในการผลิตทรัพยากรด้านสุขภาพ (Resource generation) การจัดบริการ (Service delivery) โดยมีความเป็นธรรมในการแบกรับค่าใช้จ่าย (Fair financial contribution) เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์เชิงนโยบาย (WHO European Region, 2006) ในการปกป้องครัวเรือนอย่างถ้วนหน้าจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่อาจก่อให้เกิดภาวะล้มละลาย รวมทั้งระบบสุขภาพโดยรวมมีความเป็นธรรมในการใช้และให้บริการสาธารณสุข โปร่งใส และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความยั่งยืนทางการคลังในอนาคต ภายใต้การกำกับทิศ/อภิบาลระบบ[1] (Stewardship/System Governance) ที่เหมาะสม (รูป 1 กรอบแนวคิด)

รูป 2 องค์ประกอบภายใต้การอภิบาลระบบ (System Governance หรือ Stewardship)



ที่มา: ดัดแปลงจาก WHO European Region (2006) Approaching Health Financing Policy in the WHO European Region

[1] การอภิบาลระบบ (System Governance หรือ Stewardship) นั้นเป็นกระบวนการซึ่งสังคม กำหนดรูปแบบและวิธีการให้อำนาจ เพื่อตัดสินใจเรื่องสำคัญในสังคม (ในที่นี้หมายถึงระบบสุขภาพ) และรวมถึงวิธีการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมในเรื่องที่ดำเนินการ โดยคำนึงถึงความเห็นของประชาชน และประโยชน์ต่อสังคม เป็นไปตามกรอบธรรมาภิบาลที่ดี (Good governance) สอดคล้องกับหลักการของปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาติ (Graham & Normand, 2000)

กระบวนการการคลังระบบสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ตามวัตถุประสงค์ คือ (1) การเก็บรวบรวมเงิน (Revenue collection) วัตถุประสงค์หลักคือจัดหาเงินมา สนับสนุนระบบสุขภาพให้เพียงพอและมีความยั่งยืน ต้องพิจารณาว่าจะเก็บเงินจากแหล่งใดด้วยวิธีการและอัตราอย่างไร (2) การรวมเงิน (Pooling) และจัดสรรเงิน (Resource allocation) มีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อกระจายความเสี่ยงของบุคคลและการเจือจานรายได้ระหว่างบุคคลและกลุ่มคน และ (3) การซื้อบริการสุขภาพ (Purchasing) เพื่อให้เกิดการให้บริการด้านสุขภาพที่ตอบสนองวัตถุประสงค์เชิงนโยบาย อาศัยกลไกการจ่ายที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการจัดบริการด้านสุขภาพการทำให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพดีขึ้น มีความเป็นธรรมในการใช้และให้บริการสุขภาพ โปร่งใส มีประสิทธิภาพ และลดภาวะล้มละลายจากการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และมีความยั่งยืนทางการคลัง

ภาพพึงประสงค์ของระบบสุขภาพนั้น ไม่สามารถเกิดขึ้นเองในเศรษฐกิจระบบตลาด เนื่องจากระบบสุขภาพเป็นตลาดที่ไม่มีการแข่งขันอย่างสมบูรณ์ จำเป็นที่รัฐต้องกำกับทิศและอภิบาลระบบ (WHO, 2000) ด้วยการแทรกแซงอย่างเหมาะสม โดยมีการกำหนดทิศทาง นโยบายและกำกับติดตามกิจกรรมรวมทั้งการไหลเวียนของเม็ดเงินในระบบสุขภาพ

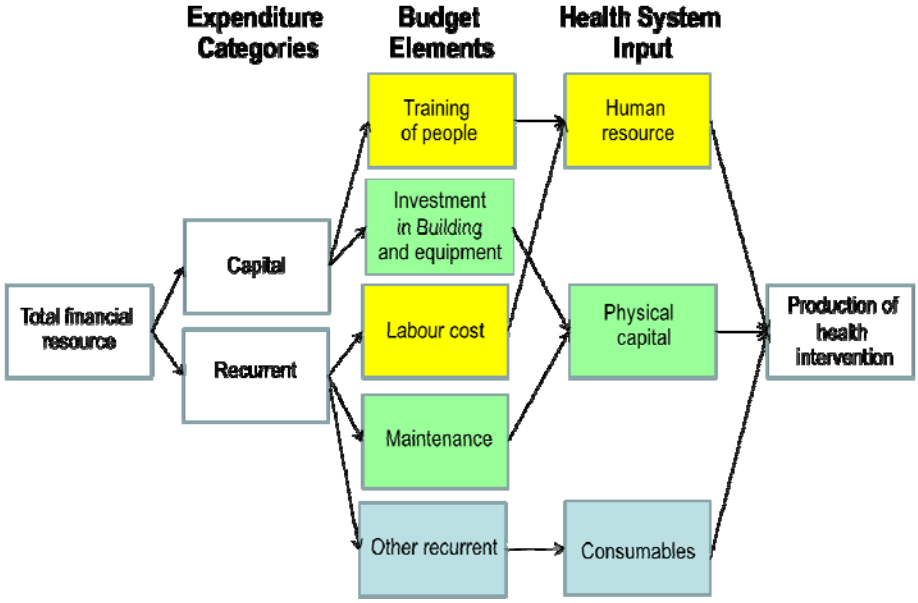
ความยั่งยืนด้านการคลังของระบบสุขภาพนั้นเป็นเรื่องที่ท้าทาย เนื่องจากค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพมักมีแนวโน้มเพิ่มสูงกว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ จากการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีในการรักษา และการเพิ่มขึ้นของค่าแรงจริง (Real labour cost) นอกเหนือจากการเพิ่มค่าแรงตามเงินเฟ้อ เนื่องจากบริการสุขภาพจัดอยู่ในกลุ่มอุตสาหกรรมที่เรียกกันว่าเป็น Stagnant sector[2] ซึ่งมักเป็นอุตสาหกรรมบริการที่ใช้แรงงานมีฝีมือทำงานให้บริการ “คน” (Personal services)เป็นรายคน (Baumol, de Ferranti, Malach, Pablos-Méndez, Tabish, & Wu, 2012) โดยผลิตภาพ[3] (productivity) ของบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นต่ำกว่าผลิตภาพโดยเฉลี่ยของทุกอุตสาหกรรม หรือกล่าวในทำนองกลับกันได้ว่า ต้นทุนการผลิตของบริการสุขภาพสูงกว่าต้นทุนเฉลี่ยของการผลิตโดยเฉลี่ยของทุกอุตสาหกรรม ตัวอย่างเช่น อัตราการเพิ่มราคาบริการของ National Health Service (NHS) ของอังกฤษ สูงกว่า 2 เท่าของ GDP deflator (Appleby, 2013)

---

[2] ตัวอย่างของ Stagnant sector อื่น เช่น อุตสาหกรรมการแสดง บริการด้านวิชาชีพ เช่น การศึกษา บริการกฎหมาย เป็นต้น ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นในกลุ่มอุตสาหกรรมนี้ ทำให้ทำงานได้มีคุณภาพมากขึ้นแต่ไม่ได้เพิ่ม“ผลิตภาพ” มากนัก ต่างจากกลุ่มอุตสาหกรรมแบบ Progressive sector ซึ่งสามารถใช้เทคโนโลยีทางการผลิต เพื่อลดจำนวนคนทำงาน เพิ่มผลิตภาพ ในกลุ่มเหล่านี้ไม่มีการเพิ่มค่าแรงจริงแต่รายได้รวมของคนที่ทำงานในอุตสาหกรรมนี้เพิ่มขึ้นจากการเพิ่มผลิตภาพ เช่น อุตสาหกรรมการผลิตคอมพิวเตอร์มีจำนวนการผลิตเครื่องคอมพิวเตอร์ต่อชั่วโมงเพิ่มขึ้นเป็นต้น

[3] ผลิตภาพ (Productivity) หมายถึง การได้ผลผลิต (Output) มากขึ้น โดยใช้ปัจจัยการผลิต (Input) เท่าเดิม

รูป 3 ความเชื่อมโยงระหว่างการคลังสุขภาพกับการผลิตและจัดหาทรัพยากร (Resource generation) การจัดบริการ (Service delivery)



ที่มา : (WHO, 2000)

การจัดบริการสุขภาพที่พึงประสงค์นั้น ต้องการบุคลากร (Human resource) อาคารสถานที่และเครื่องมือ (Physical capital) และวัสดุสิ้นเปลืองอื่นๆ (Consumables) ในจำนวนและระดับคุณภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้ระบบสุขภาพจัดเป็นอุตสาหกรรมที่มีการใช้แรงงานแบบเข้มข้น (Labour intensive industry) เนื่องจากงานบริการที่ทำต้องใช้คนในการผลิตบริการเป็นหลัก โดยค่าใช้จ่ายในการผลิต/พัฒนาบุคลากร (Training) และการจ่ายค่าตอบแทน (Labour cost) มักเป็นค่าใช้จ่ายหลักในระบบสุขภาพ บุคลากรในระบบสุขภาพต้องการทักษะสูง ใช้เวลาในการฝึกอบรมนาน แต่เป็นการลงทุนสร้างสินทรัพย์ของระบบ (Human asset) ที่มีผลตอบแทนระยะยาว (WHO, 2000) ในส่วนของอาคารสถานที่และเครื่องมือนั้นก็จำเป็นต้องมีการลงทุนเพิ่มเติม บำรุงรักษา และจัดหาทดแทนอาคารสถานที่และเครื่องมือที่เสื่อมสภาพไปตามกาลเวลา

2.2 สถานการณ์การคลังสุขภาพในช่วง พ.ศ. 2550 - 2555

สถานการณ์การคลังสุขภาพในช่วง พ.ศ. 2550 - 2555 นั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องจากการปฏิรูปการคลังระบบบริการสุขภาพครั้งใหญ่ในช่วงปี พ.ศ. 2554 - 2555 เพื่อสร้างความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนคนไทยทุกคน ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 และ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยได้รับผลกระทบจากปัญหาเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งจากวิกฤตเศรษฐกิจของโลก ปัญหาทางเศรษฐกิจจากความขัดแย้งทางการเมือง และจากน้ำท่วมใหญ่ในปี พ.ศ. 2554

สถานการณ์ทางเศรษฐกิจมหภาคและผลกระทบต่อการคลังสุขภาพ

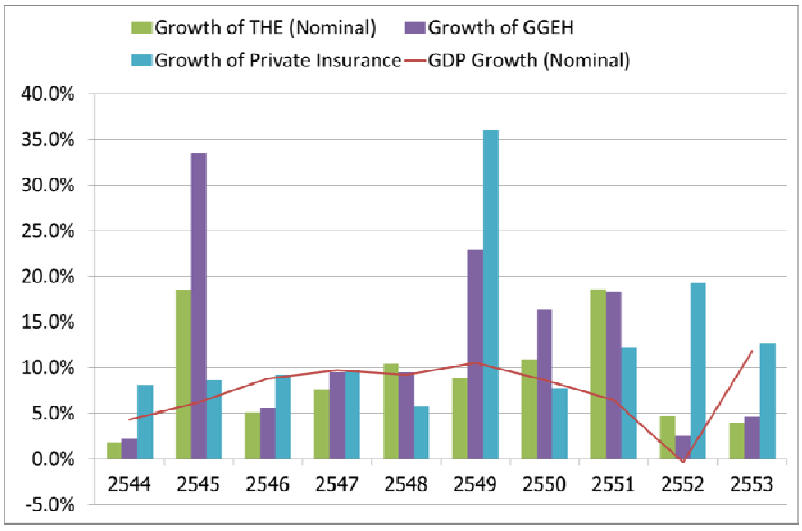
ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจสินเชื่อด้อยคุณภาพโดยทางอ้อม จากการปรับตัวลดลงของราคาหลักทรัพย์ในตลาดทุน และการส่งออกที่ลดลงจากความต้องการในตลาดสหรัฐอเมริกา ยุโรป และจีน วิกฤตเศรษฐกิจของโลกรอบนี้เริ่มต้นขึ้นในช่วง พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549 จากภาวะฟองสบู่ในตลาดที่อยู่อาศัยของสหรัฐอเมริกาซึ่งมีการกู้ยืมสินเชื่อที่เกินกำลังเพื่อซื้อขายในสังหาริมทรัพย์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2540 เมื่ออัตราดอกเบี้ยเริ่มสูงขึ้นและราคาบ้านเริ่มต่ำลง ทำให้ระดับหนี้สินของบริษัทและบุคคลที่สูงจนเกิดผิดชำระหนี้ ตามมาด้วยการยึดทรัพย์สินเพื่อขายทอดตลาด แต่ทรัพย์สินที่ได้มาเป็นทรัพย์สินที่มูลค่าต่ำกว่าเงินที่ให้กู้ ส่งผลให้สถาบันทางการเงินที่ปล่อยกู้ขาดทุนต้องระดมทุนเพิ่มหรือถึงขั้นล้มละสาย และมีผลต่อเนื่องเป็นลูกโซ่ไปยังสถาบันการเงินทั้งระบบเกิดเป็นวิกฤติสินเชื่อด้อยคุณภาพ (บางครั้งเรียกกันว่า วิกฤตแฮมเบอร์เกอร์) ในช่วงปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2551 (วิกิพีเดียสารานุกรมเสรี) ทำให้ความคล่องตัวของตลาดสินเชื่อทั่วโลกและระบบธนาคารลดลง ทำให้เกิดวิกฤตเศรษฐกิจในสหรัฐอเมริกา ยุโรป และลามไปทั่วโลก ปัจจุบันแม้ว่าสถานการณ์เศรษฐกิจจะฟื้นตัวบ้างแล้วแต่ก็ยังไม่กลับเข้าสู่ภาวะปกติ

ปัญหาเศรษฐกิจจากปัจจัยในประเทศที่สำคัญ คือ วิกฤตทางการเมือง และ น้ำท่วมใหญ่ โดยความขัดแย้งทางการเมืองส่งผลรุนแรงที่สุดต่อตั้งแต่สถานการณ์ทางเศรษฐกิจของประเทศไทยการยึดสนามบินสุวรรณภูมิในปี พ.ศ. 2551 ต่อเนื่องมาถึงความขัดแย้งทางการเมืองในช่วง พ.ศ. 2552-2553 และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน

ส่วนปัญหาภัยธรรมชาติในปี พ.ศ. 2554 จากน้ำท่วมใหญ่บริเวณภาคเหนือและภาคกลาง กลาง ซึ่งเป็นที่ตั้งส่วนใหญ่ของอุตสาหกรรมส่งออกนั้น ธนาคารโลก (Ministry of Finance and World bank, 2011) ประเมินว่าเกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจรวม 1.43 ล้านล้านบาท (ไม่รวมค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟู) แบ่งเป็นความเสียหาย (Damage) ทางโครงสร้าง 630.3 พันล้านบาท โดยมีความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการหยุดการผลิตอีก 799 พันล้านบาท ทำให้การเติบโตทางเศรษฐกิจลดลงประมาณร้อยละ 1.1 ของ Real GDP เมื่อเทียบกับการคาดการณ์ทางเศรษฐกิจก่อนเกิดน้ำท่วม

ประเทศไทยเริ่มได้รับผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจและปัญหาการเมืองภายในตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2551 ทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติในปี พ.ศ. 2552 เติบโตในอัตราต่ำ ทำให้มีผลกระทบต่อการคลังสุขภาพ แม้ว่าเม็ดเงินโดยรวมจะไม่ลดลง แต่ทำให้อัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง อย่างชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 โดยรายจ่ายสุขภาพรวมในปี พ.ศ.2553 เท่ากับร้อยละ 3.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ

รูป 4 อัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายสุขภาพ



ที่มา : บัญชีประชาชาติ และบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ

สถานการณ์การคลังสุขภาพ

ภาพรวมของการคลังสุขภาพสามารถวิเคราะห์ได้จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจำแนกเป็นรายจ่าย 3 ประเภท คือ รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ รายจ่ายเพื่อการลงทุน และ รายจ่ายกิจกรรมอื่นที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ[4]

แม้ว่าจะมีปัญหาเศรษฐกิจมหภาคจากผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจและปัญหาการเมือง แต่อัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายสุขภาพยังคงเติบโตสูงกว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ ทั้งในส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐและค่าใช้จ่ายการประกันสุขภาพเอกชน

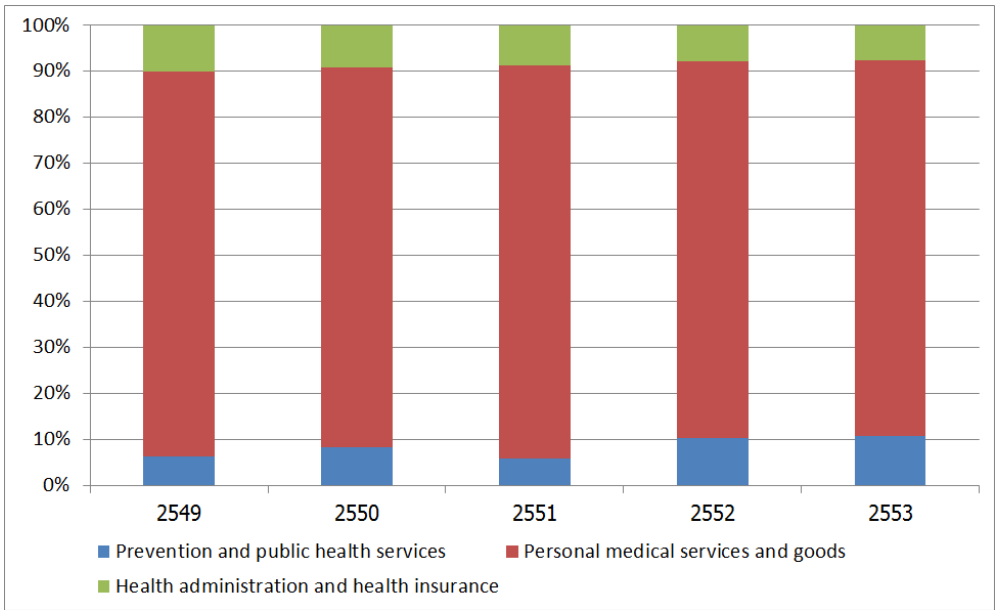
ปัจจุบันการเก็บรวบรวมเงิน (Revenue collection)เข้าสู่การคลังด้านสุขภาพของประเทศไทย มาจากระบบภาษี ร่วมกับการจัดเก็บเงินสมทบประกันสังคมเป็นหลัก โดยรูปแบบแหล่งการคลังสุขภาพในช่วงปี พ.ศ. 2550-2553 ของประเทศไทย โดยค่าเฉลี่ยรายจ่ายจากแหล่งการคลังภาครัฐอยู่ที่ร้อยละ 76 ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพ (THE) เพิ่มขึ้นโดยลำดับหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐส่วนใหญ่มาจากระบบภาษี ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากระบบประกันสังคมคิดเป็นประมาณร้อยละ 10 จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2554) รายจ่ายที่

[4] รายจ่ายกิจกรรมอื่นที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ ซึ่งไม่ถือเป็นรายจ่ายสุขภาพในบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย รายจ่ายด้านการฝึกอบรมและการเรียนการสอน (ของ สธ. และกระทรวงอื่น ท้องถิ่น แต่ไม่รวมกระทรวงศึกษาธิการ) การศึกษาวิจัย สุขาภิบาลอาหารและน้ำ อนามัยสิ่งแวดล้อม และการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทั้งที่เป็นและไม่เป็นตัวเงิน และโภชนาการ

ครัวเรือนจ่ายเองโดยตรงลดเหลือประมาณร้อยละ 15 และสัดส่วนค่าใช้จ่ายประกันสุขภาพเอกชนโดยสมัครใจโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 8 โดยรายจ่ายสุขภาพรวมในปี พ.ศ.2553 เท่ากับ 392,368 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 3.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ เป็นรายจ่ายภาครัฐ ร้อยละ 16.9

รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ (Total current expenditure on health) ซึ่งไม่รวมการสะสมทุนในช่วง พ.ศ. 2550 – 2553 นั้น เป็นค่าใช้จ่ายบริการรักษาพยาบาลส่วนบุคคลมากกว่าร้อยละ 80 รายจ่ายด้านการป้องกันโรคและบริการสาธารณะในชุมชนนั้นมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6 เป็นร้อยละ 11 ในปี พ.ศ. 2553 โดยเพิ่มขึ้นจาก 2.4 หมื่นล้านบาท (ร้อยละ 0.3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ) ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 4 หมื่นล้านบาท (ร้อยละ 0.4) ในปี พ.ศ. 2553 โดยรัฐบาลท้องถิ่นมีรายจ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือจาก 2 พันล้านในปี พ.ศ. 2550 เป็น 9 พันล้านบาท ใกล้เคียงกับรายจ่ายจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นแหล่งการคลังที่สำคัญที่สุด ส่วนรายจ่ายด้านการบริหารจัดการมีสัดส่วนลดลงเหลือประมาณร้อยละ 8 ของรายจ่ายสุขภาพรวม

รูป 5 สัดส่วนรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ



ที่มา: ตาราง 5 บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ 2549 - 2553

รายจ่ายเพื่อการลงทุน ในช่วง ปี พ.ศ. 2550-2553 เริ่มมีการขยายตัวขึ้นบ้างเมื่อเทียบกับช่วงหลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจช่วงปี 2542-2548 โดยเพิ่มจากร้อยละ 0.12 เป็นร้อยละ 0.19 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ หรือประมาณปีละ 2 หมื่นล้านบาทในช่วงหลังปี พ.ศ. 2551

<u>รายจ่ายกิจกรรมอื่นที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ</u> มีแนวโน้มรายจ่ายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2550-2553 จาก 5 หมื่นล้านบาท (ร้อยละ 0.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ) เป็น 8.5 หมื่นล้านบาท (ร้อยละ 0.8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ) โดยในปี พ.ศ.2553 สัดส่วนค่าใช้จ่ายขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มเป็นร้อยละ 75 ของรายจ่ายกิจกรรมอื่นที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพทั้งหมด

รายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการจ่ายเพื่อบริการรักษาพยาบาล โดยระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐและประกันสุขภาพเอกชนทำหน้าที่รับเงินจากประชาชนมาทำหน้าที่เป็นหน่วยจ่ายแทน (Financing agencies) เพื่อซื้อบริการสุขภาพ (Purchasing) ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐประกอบด้วย 3 ระบบหลักที่สำคัญ คือ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 98 ที่เหลือเป็นระบบสวัสดิการภาครัฐอื่น เช่น สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ เป็นต้น ระบบประกันสุขภาพเอกชนที่สำคัญได้แก่ ประกันสุขภาพเอกชนภาคสมัครใจ (ภาคประกันชีวิต) และการรักษาพยาบาลตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (ภาคบังคับ) ซึ่งบริหารโดยบริษัทประกันวินาศภัย

ตาราง 1 รายจ่ายระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

	2550	2551	2552	2553
ค่าใช้จ่ายรวม				
ประกันสังคม	7,169	18,986	22,528	24,132
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	91,367	101,984	108,065	117,969
สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	46,482	54,904	61,304	62,195
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคน				
ประกันสังคม	1,797	1,920	2,298	2,427
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	1,955	2,173	2,278	2,472
สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	10,960	12,665	14,240	13,800

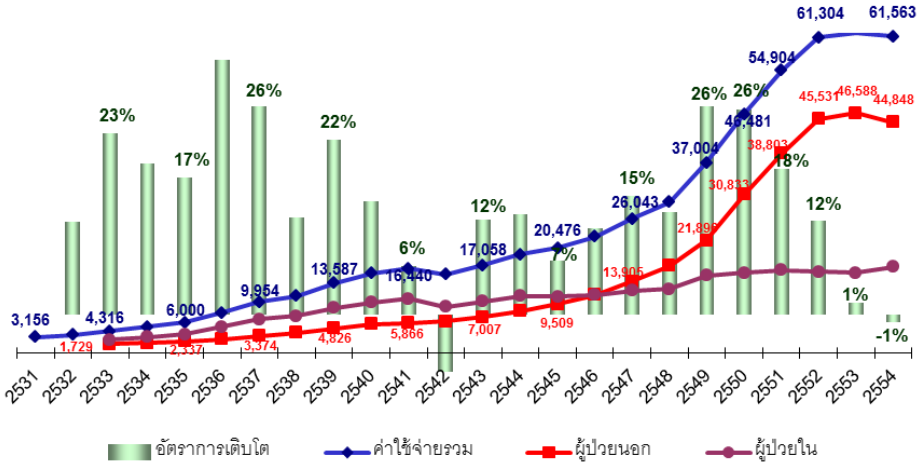
ที่มา : สถิติจากกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
หมายเหตุ : ค่าใช้จ่ายของระบบประกันสังคม ไม่รวมการชดเชยการขาดงาน
ค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมเงินเดือน

สัดส่วนรายจ่ายจากระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมเงินเดือน) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2553 คิดเป็นร้อยละ 55 ของรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพ จากสาเหตุที่แตกต่างกัน คือ

สัดส่วนค่าใช้จ่ายของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง พ.ศ. 2550-2552 แม้ว่าภายหลังการปฏิวัติรัฐประหารในปี พ.ศ. 2549 มีการยกเลิกส่วนร่วมจ่าย 30 บาท แต่ก็ปรับเพิ่มงบประมาณสำหรับดำเนินการ และขยายเพิ่มสิทธิประโยชน์เรื่องการบริการทดแทนไต (diaysis) รวมทั้งการปรับเพิ่มเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากรภาครัฐ

ค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐมาจากระบบประกันสังคมมีแนวโน้มเติบโตขึ้นเช่นกัน แม้ว่าจะมีปัญหาทางเศรษฐกิจซึ่งนำไปสู่การลดการจ้างงานในระบบในช่วง พ.ศ. 2550-2552 ทำให้รัฐบาลในช่วงดังกล่าวมีการลดเงินสมทบประกันสังคมทุกกรณี ยกเว้นอัตราเงินสมทบในกรณีการว่างงานลงร้อยละ 2 ทั้งนายจ้างและลูกจ้างเป็นเวลา 6 เดือน (สำนักงานประกันสังคม, 2553) ตั้งแต่ กค.2552 - ธค.2552

รูป 6 รายจ่ายและอัตราการเติบโตของรายจ่ายสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ



ที่มา : กรมบัญชีกลาง

สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีอัตราการเติบโตของรายจ่ายด้านค่ารักษาพยาบาล ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2549-2551 ซึ่งสาเหตุหลักเกิดจากการขยายโครงการจ่ายตรงผู้ป่วยนอกจากเฉพาะโรคเรื้อรัง 4 โรคไปครอบคลุมทุกโรค ทำให้มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 โดยค่ายาผู้ป่วยนอกเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงสุด คิดเป็นประมาณร้อยละ 83 ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมด ซึ่งประมาณ 65% ของค่ายา

เป็นรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งนี้กรมบัญชีกลางได้เริ่มมาตรการในการควบคุมกำกับการเบิกจ่ายในปีงบประมาณ 2552 ทำให้มูลค่าการเบิกจ่ายเริ่มมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553

ปัจจัยผลักดันรายจ่าย (Cost drivers) ที่สำคัญนอกเหนือจากค่ายา คือ ค่าแรง โดยรูปแบบการจ่ายค่าแรงแก่บุคลากรสาธารณสุขสรุปได้เป็นรูปแบบใหญ่ๆ ดังนี้ (ศรีธำรงสวัสดิ์ และ สกุลพาณิชย์, 2556) คือ การจ่ายเป็นเงินเดือน การจ่ายตามปริมาณบริการที่ปฏิบัติ การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกับแพทย์ รวมทั้งมีการพัฒนานวัตกรรมการจ่ายแบบใหม่ที่รู้จักกันในนาม Pay-for-Performance โดยเป็นการจ่ายเพิ่มเติมตามการบรรลุผลลัพธ์หรือเป้าหมายที่กำหนด เช่น บรรลุเป้าหมายเชิงคุณภาพบริการ (บริการสุขภาพเด็ก อนามัยมารดา วางแผนครอบครัว บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ฯลฯ) บรรลุผลด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย รวมถึงปริมาณงานที่บุคลากรแต่ละท่านให้บริการ โดยต้องมีการจัดเก็บข้อมูลปริมาณงานนั้นๆ ทั้งนี้รูปแบบการจ่ายแต่ละวิธีล้วนแต่มีที่ใช้ที่แตกต่างกันในการตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพและการซื้อบริการสุขภาพ ทั้งนี้ประเทศต่างๆมักมีรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ที่ผสมผสานรูปแบบการจ่ายเพื่อลดจุดด้อยของรูปแบบวิธีหนึ่งด้วยจุดเด่นของรูปแบบการจ่ายอีกวิธีหนึ่ง

การเพิ่มขึ้นของค่าแรงในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เกิดจากการเพิ่มขึ้นของค่าแรงทั้งภาครัฐและเอกชน ในส่วนของสถานพยาบาลเอกชนนั้นมีความต้องการบุคลากรสาธารณสุขมากขึ้นจากหลายปัจจัย ปัจจัยแรก คือ สภาพเศรษฐกิจที่เริ่มฟื้นตัวจากวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 ประชาชนมีกำลังซื้อมากขึ้น การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารสถานพยาบาลเอกชนพบว่า สถานพยาบาลเอกชนใช้กลยุทธ์ควบรวมเป็นเครือข่ายและจำแนกระดับสถานพยาบาลในเครือข่ายเพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจนเพื่อรองรับประชาชนกลุ่มต่างๆ ที่มีกำลังซื้อต่างกัน เช่น บางโรงพยาบาลเน้นกลุ่มคนไทยที่มีรายได้สูง บางโรงพยาบาลเน้นกลุ่มเด็กเป็นการเฉพาะ และบางสถานพยาบาลเน้นการให้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ แม้ว่าจะอยู่ในเครือเดียวกัน แต่ค่าแรงบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ในสถานพยาบาลที่เน้นกลุ่มรายได้สูงจะกำหนดให้สูงกว่าสถานพยาบาลเน้นการให้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ปัจจัยประการที่สอง คือ ความไม่สะดวกในการรับบริการภายใต้หลักประกันสุขภาพภาครัฐ ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นมีสิทธิประกันสังคมสี่คน พบว่ามีเพียงคนเดียวที่ใช้บริการตามสิทธิ แต่อีกสามคนเมื่อเจ็บป่วยตัดสินใจไม่ใช่สิทธิประกันสังคม แต่ไปใช้บริการสถานพยาบาลแบบจ่ายเงินเอง เนื่องจากต้องการเลือกไปรับบริการตามสถานพยาบาลที่ต้องการ จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่ามีบริษัทเอกชนซื้อประกันสุขภาพเอกชนให้พนักงานแม้ว่าจะมีสิทธิประกันสังคม ผู้ให้สัมภาษณ์ซึ่งเป็นผู้บริหารสถานพยาบาลเอกชนให้ข้อสังเกตว่าประกันสุขภาพเอกชนเป็นที่นิยมเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะบริการในกลุ่มเด็ก นอกจากนั้น การขยายตัวของ

สถานพยาบาลเอกชนที่ประสบผลสำเร็จในการให้บริการสุขภาพกับชาวต่างชาติ (Medical Hub) ซึ่งโรงพยาบาลในกลุ่มนี้จะจ่ายค่าแรงสูงมาก แต่ยังต่ำกว่าประเทศต้นทาง แม้ว่าจำนวนบุคลากรที่ย้ายไปทำงานในหน่วยงานเหล่านี้มีจำนวนไม่มาก แต่ก็ส่งผลกระทบต่อระดับราคาค่าแรงในสถานพยาบาลของเอกชนและรัฐอื่นๆ

ตาราง 2 ค่าจ้างเฉลี่ยของบุคลากรสาธารณสุขภาคเอกชนและโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ปกติ

	เอกชน[1] (บาท)	รพ.ชุมชน ก่อน 2552[2]		รพ.ชุมชน ตั้งแต่ 2552[2]	
		จบใหม่ (บาท)	อายุงาน 11 ปี (บาท)	จบใหม่ (บาท)	อายุงาน 11 ปี (บาท)
แพทย์ทั่วไป	90,016	42,190	73,890	53,100	114,690
แพทย์เฉพาะทาง	113,922				
ทันตแพทย์	77,379	37,190	63,890	47,100	103,690
พยาบาลวิชาชีพ	29,746	15,440	29,590	17,940	32,790
เภสัชกร	34,456	20,100	34,850	21,800	38,550

ที่มา: 1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2555) การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน ปี 2555
2.ทิณกร โนรี (2552) อ้างถึงใน (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2554)
หมายเหตุ: แพทย์และทันตแพทย์ปีที่ 11 ได้เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย 40,000 บาท เภสัชกร 5,000 บาท พยาบาล 2,500 บาท

การที่บุคลากรทางสาธารณสุขมีจำกัด แม้ว่าจะมีการเริ่มผลิตเพิ่มแล้วก็ตาม ดังนั้นเมื่อมีความต้องการแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่นเพิ่มขึ้น ทำให้มีการเพิ่มค่าแรงสูงบุคลากรภาครัฐสูงขึ้นอย่างชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 จากการที่กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายให้กับบุคลากร 4 วิชาชีพหลัก คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เพื่อชดเชยภาระงานที่หนักมากขึ้นของบุคลากรสาธารณสุขและแก้ปัญหาการลาออกจากระบบของบุคลากรจากภาครัฐ[5] ทั้งนี้แพทย์และทันตแพทย์ได้รับการปรับในสัดส่วนที่สูงที่สุด โดยแพทย์และทันตแพทย์ได้รับการปรับเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเพิ่ม 10,000 - 70,000 บาท เภสัชกร 3,000 – 16,000 บาท และพยาบาล 1,500 - 4,500 บาท (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าค่าจ้างเฉลี่ยของบุคลากรที่ปรับใหม่ของกลุ่มที่ทำงานนานกว่า 10 ปีจะมากกว่าค่าจ้างเฉลี่ยของภาคเอกชน แต่กลุ่มที่จบใหม่ยังต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของภาคเอกชน

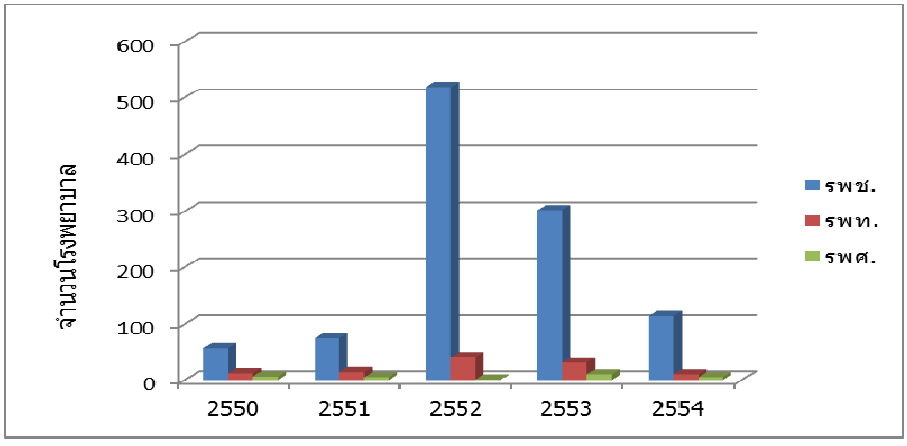
การเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแก่แพทย์และทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนนั้นมีส่วนเพิ่มขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน การปรับเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในครั้งนี้ ทำให้เกิดผลลบต่อฐานะการเงิน

[5] ข้อมูลจากกองการเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขระบุว่า การลาออกของแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุข ที่เคยอยู่ที่ร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับแพทย์เข้าใหม่ ในปี 2544 ขยับไปเป็นร้อยละ 63 ในปี 2548 ก่อนจะขยับขึ้นไป ที่ร้อยละ 71 ในปี 2552 (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2554)

ของโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากต้องใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลมาจัดสรรเป็นค่าตอบแทน โดยสามในสี่ของโรงพยาบาลชุมชน และครึ่งหนึ่งของโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป มีรายรับต่ำกว่ารายจ่ายในปี 2552 ภายหลังจึงได้มีการเปลี่ยนแปลงให้รัฐบาลสนับสนุนเงินงบประมาณมาเพื่อจ่ายค่าตอบแทนในส่วนที่เพิ่มขึ้นมานี้ให้กับบุคลากรแทนในช่วงปลายปี 2553 ทำให้สถานการณ์ดีขึ้น มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีรายรับต่ำกว่ารายจ่ายลดลง เหลือประมาณร้อยละ 16 ในปีงบประมาณ 2554

ผลการศึกษาการคงอยู่ของแพทย์ในระบบราชการและในชนบทภายหลังการเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย โดยการวิเคราะห์ข้อมูลการดำรงอยู่ในราชการและในชนบทของแพทย์ใช้ทุนที่เริ่มรับราชการปี 2544-2550 โดยใช้ survival analysis พบว่า เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่เริ่มดำเนินการในปี 2552 ไม่เพิ่มแนวโน้มการคงอยู่ในระบบราชการ และแนวโน้มการคงอยู่ในชนบทของแพทย์ ค่าเฉลี่ยโอกาสการคงอยู่ในระบบราชการของแพทย์ใช้ทุนรุ่น พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา คงที่อยู่ที่ 3.2 ปี (พะไกยะ, ศรีรัตนะ, ว่องวิญญู, และ วรางคณา, 2555) ในส่วนของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนพบว่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไม่สามารถเพิ่มการกระจายและชะลออัตราการโยกย้ายจาก รพช.ในพื้นที่ปกติที่มีความเจริญน้อยกว่าไปยัง รพช.ในพื้นที่ปกติที่มีความเจริญมากกว่า และผลการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ใน รพช.ไม่แตกต่างจากก่อนมีเงินดังกล่าว (วงศ์คงคาเทพ, วิชชาวุธ, บุณราคัมรุหะ, และ รักเจริญ, 2555)

รูป 7 จำนวนโรงพยาบาลที่มีผลขาดทุนจากการดำเนินงาน (ไม่รวมค่าเสื่อมราคา)



หมายเหตุ : จำนวนโรงพยาบาลที่มีข้อมูลเพียงพอที่จะใช้วิเคราะห์ในปีงบประมาณ 2550, 2551, 2552 , 2553 และ 2554 เท่ากับ 798 แห่ง, 818 แห่ง, 789 แห่ง 820 แห่ง และ 814 แห่งตามลำดับ

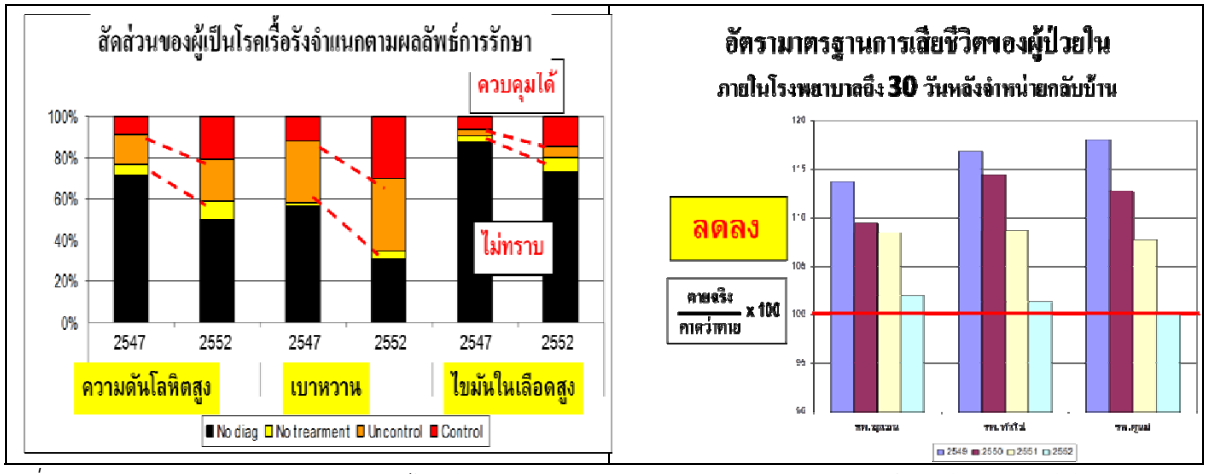
2.3 บริบทระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไปและผลสัมฤทธิ์เชิงนโยบาย

ในช่วงหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2545 เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในบริบททางการคลังสุขภาพของประเทศไทยดังนี้ คือ

2.3.1 การเข้าถึงและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

คนไทยเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นกว่าในช่วงก่อน โดยพิจารณาจากดัชนีชี้วัดผลสัมฤทธิ์หลายตัวประกอบกัน เช่น คนไทยเข้าถึงบริการโรคเรื้อรังและควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น และ อัตราตายมาตรฐานของการรักษาแบบผู้ป่วยในดีขึ้นในทุกระดับโรงพยาบาล เป็นต้น อย่างไรก็ตามผลสัมฤทธิ์ด้านสุขภาพดังกล่าวยังมีความแตกต่างกันในบริบทของพื้นที่ กลุ่มอายุ และสิทธิหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

รูป 8 ตัวอย่างผลสัมฤทธิ์ระบบสุขภาพ



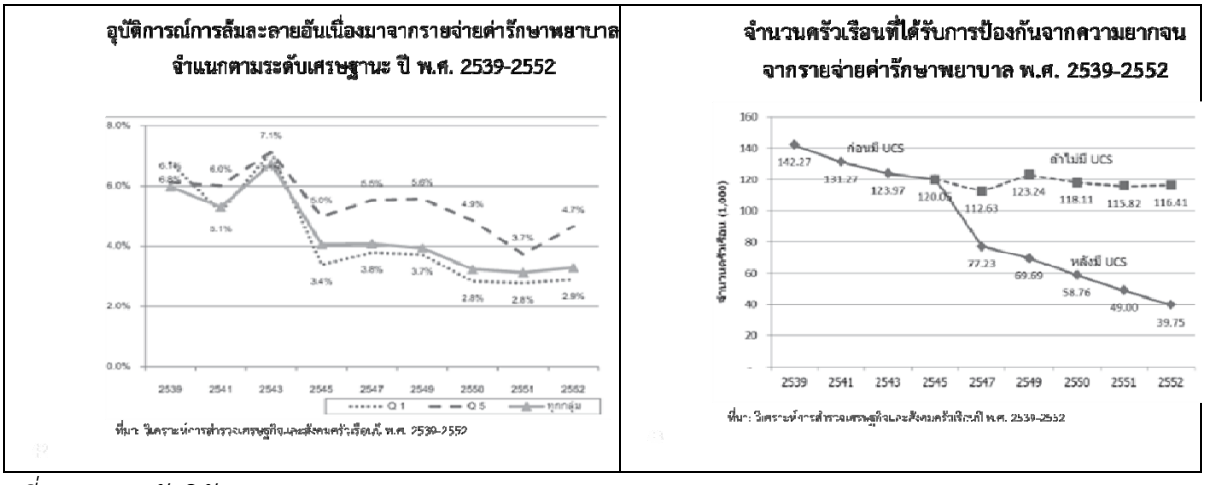
ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย และ การวิเคราะห์ฐานข้อมูลการให้บริการของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สวปก.

2.3.2 ความเป็นธรรมทางการคลัง

โดยภาพรวมประเทศไทยมีความเป็นธรรมทางการคลังเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการขยายสิทธิประโยชน์ให้ใกล้เคียงกับหลักประกันสุขภาพภาครัฐอื่น เช่น การให้บริการรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย การทำ Compulsory licensing เพื่อจัดหายาราคาแพง เป็นต้น ทำให้การปกป้องครัวเรือนจากภาระค่าใช้จ่ายที่อาจทำให้ล้มละลายหรือการป้องกันคนจนใหม่จากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลดีขึ้น ข้อมูลการสำรวจเศรษฐกิจครัวเรือนพบว่าครัวเรือนที่มีรายจ่ายสุขภาพเกินกว่าร้อยละ 10 ของรายได้ครัวเรือนมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่อาจล้มละลายอันเนื่องมาจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มคนยากจนลดจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2539 เหลือร้อยละ 2.8 ในปี พ.ศ.

2551 ความยากจนของครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบจากรายจ่ายด้านสุขภาพ[6] มีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากร้อยละ 1.2 ในปี 2547 เหลือ 0.49 ในปี 2552 ตามลำดับ ส่งผลให้มีครัวเรือนสะสมจำนวนถึง 219,790 ครัวเรือนที่ได้รับการป้องกันจากความยากจน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556) เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รูป 9 จำนวนและอุบัติการการเกิดปัญหาทางการเงินของครัวเรือนจากการใช้บริการสุขภาพ



ที่มา : (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556)

อย่างไรก็ตามยังคงมีความไม่เท่าเทียมกันของการสนับสนุนงบประมาณภาครัฐต่อระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ กล่าวคือ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการยังได้รับงบประมาณสนับสนุนต่อหัวสูงที่สุด คือ 13,800 บาทต่อคนต่อปีในปี 2553 ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีค่าใช้จ่ายคิดเป็น 2,472 บาทต่อคนต่อปี ในปี 2553

ประเด็นเรื่องความเป็นธรรมของการสนับสนุนงบประมาณภาครัฐต่อระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ นั้น ยังเป็นประเด็นที่ยังเป็นข้อถกเถียงในสังคม แม้ว่าจะมีการกำหนดอย่างชัดเจนในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ซึ่งบัญญัติไว้ ในมาตรา 51 ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข2จากรัฐ ซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ” แต่ในทางปฏิบัติประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านทางกองทุนหลักประกันสุขภาพของแต่ละกลุ่มอาชีพ เช่น ข้าราชการ พนักงานของรัฐ ลูกจ้างหน่วยงานเอกชน และกลุ่มที่ไม่มีนายจ้าง เป็นต้น ซึ่งใช้รูปแบบการคลังสุขภาพทั้งระบบภาษีและระบบประกันสังคม

[6] ความยากจนของครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบจากรายจ่ายด้านสุขภาพ วัดจากระดับรายได้เดิมเป็นครัวเรือนที่อยู่เหนือเส้นความยากจน และเมื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้วทำให้รายได้คงเหลือของครัวเรือนดังกล่าวตกไปอยู่ใต้เส้นความยากจน

เพื่อจัดบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีข้อดี คือ สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยที่แรงงานส่วนใหญ่อยู่ในภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการ และมีการกระจายรายได้ไม่ดีในลักษณะ “รวยกระจุก จนกระจาย” วิธีการคลังแบบผสมผสานดังกล่าวทำประเทศไทยสามารถดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพครอบคลุมคนไทยทุกคนได้ แต่ยังมีประเด็นปัญหาว่า “สิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน” นั้นครอบคลุมกว้างเพียงใด สิทธิประโยชน์ใดที่ควรได้เสมอกัน และสิทธิประโยชน์ใดเป็นเรื่องเพิ่มเติมของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐโดยไม่จำเป็นต้องพิจารณาเรื่องความเป็นธรรม เนื่องจากผู้ประกันตนบางส่วนของกองทุนประกันสังคมรู้สึกว่าเสียเปรียบประชาชนไทยกลุ่มอื่นในเรื่องรักษาพยาบาล เนื่องจากต้องจ่ายเงินสมทบกรณีเจ็บป่วยกับกองทุนประกันสังคม ในขณะที่ประชาชนกลุ่มอื่นที่ได้รับสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพจากรัฐโดยไม่ต้องร่วมจ่าย (สุขนาค, 2554) ในส่วนของข้าราชการและลูกจ้างประจำก็มีความจำเป็นที่จะต้องแยกสิทธิประโยชน์ส่วนเพิ่มที่เป็นการที่รัฐบาลในฐานะนายจ้างให้เพิ่มเติมกับข้าราชการและลูกจ้างประจำตามเงื่อนไขการจ้าง (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2556)

2.3.3 ประสิทธิภาพการคลังระบบสุขภาพ

ประสิทธิภาพทางการคลังของระบบสุขภาพ

ในช่วงปี 2550-2555 มีความคืบหน้าในการพยายามปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสุขภาพของประเทศไทยในระดับหนึ่ง แต่สถานการณ์โดยรวมยังคงมีปัญหาประสิทธิภาพการบริหารจัดการไม่ต่างจากสถานการณ์ในช่วงก่อนหน้านั้นมากนัก ปัญหาหลักเกิดจากการที่ประเทศไทยไม่มีการอภิบาลระบบการคลังสาธารณสุขในภาพรวม มีแต่การอภิบาลในระดับองค์กรที่กระจัดกระจายในหลายกระทรวง ทำให้ขาดประสิทธิภาพการบริหารจัดการเพื่อ “ปรับแต่ง” การคลังสุขภาพ ให้ประสานนโยบายและยุทธศาสตร์ไปด้วยกัน กองทุนเหล่านี้มีสมาชิกมีความเป็นเจ้าของกองทุน มีกลไกการบริหารสิทธิประโยชน์ของตนเอง มีการออกแบบชุดสิทธิประโยชน์ และกลไกการจ่ายเงินต่างกัน ทำให้เกิดปัญหาในการรับการบริการต่อเนื่อง หรือผลักภาระการจ่ายจากระบบหลักประกันสุขภาพด้วยกัน

การกำกับทิศทางนโยบายนั้นสามารถทำได้ทั้งในกรณีมีหน่วยบริหารการคลังระบบสาธารณสุขเพียงหน่วยเดียว เช่น ประเทศอังกฤษ หรือในกรณีที่มีหน่วยบริหารการคลังระบบสาธารณสุขหลายหน่วย (Multiple purchasers) เช่น ในกรณีประเทศเยอรมนี ประเทศญี่ปุ่น หรือประเทศแคนาดา ก็สามารถกำกับ ทิศทางนโยบายการคลังสาธารณสุขของประเทศได้เช่นเดียวกัน ทั้งนี้ในทั้ง 3 ประเทศนั้นมีหลักการดำเนินการสร้างกลไกอภิบาลระบบการคลังสาธารณสุขเหมือนกัน คือ กำหนดให้มีองค์กรในระดับประเทศ

ทำหน้าที่อภิบาลระบบ โดยมีอำนาจตามกฎหมายที่จะสั่งให้หน่วยบริหารการคลังระบบสาธารณสุขต้องปฏิบัติตามกติกาเดียวกัน

การดำเนินการปรับปรุงประสิทธิภาพทางการคลังสุขภาพในช่วง 5 ที่ผ่านมา สามารถแบ่งได้เป็น 2 ช่วง คือ ช่วงระหว่างปี 2552 - ต้นปี 2555 รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553 ขึ้น ตามข้อเสนอของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติตามธรรมนูญสุขภาพ หมวดที่ 12 โดยตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติโดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการ เพื่อพัฒนาข้อเสนอการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ โดยมีแผนดำเนินการให้แล้วเสร็จในเวลา 3 ปี แต่เมื่อดำเนินการได้ปีเศษ คณะรัฐมนตรีได้ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีดังกล่าว และช่วงกลางปี 2555 รัฐบาลมีการเร่งดำเนินการในการปรับปรุงประสิทธิภาพทางการคลังสุขภาพโดยการใช้อำนาจบริหารโดยนายกรัฐมนตรีในการสั่งการให้มีดำเนินการร่วมกันในบางประเด็น เช่น การให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินอุบัติเหตุ เป็นต้น รวมทั้งมีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ โดยมีรัฐมนตรีสาธารณสุขเป็นประธาน ขึ้นในเดือนพฤษภาคม 2555 เพื่อจัดทำมาตรการบริหารและตรวจสอบ ติดตาม ยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืน โดยเสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รับไปเป็นแนวทางดำเนินการปฏิบัติต่อไป นอกจากนี้ยังมีการปรับโครงสร้างองค์กรของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีเอกภาพในการอภิบาลระบบสุขภาพ ซึ่งยังไม่สามารถประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิรูประบบสุขภาพในครั้งนี้ได้ เนื่องจากยังอยู่ในช่วงออกแบบและเริ่มดำเนินการบางส่วน

ประสิทธิภาพการคลังระดับองค์กร (Organisational Efficiency)

ในปัจจุบันยังไม่มีงานวิจัยที่ทำการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยจ่ายแทน (Financing agencies) ภาครัฐที่สำคัญ คือ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาล กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าใช้เงินอย่างคุ้มค่าหรือไม่ เนื่องจากเป็นองค์กรที่อยู่นอกระบบตลาด ไม่มีการแข่งขันทำให้ไม่สามารถดูประสิทธิภาพจากดัชนีทางการเงินในขององค์กรที่อยู่ในตลาดได้โดยตรง แต่จากการวิเคราะห์รายละเอียดรูปแบบและวิธีบริหารการจ่ายค่าบริการของระบบประกันสุขภาพของแต่ละองค์กรที่แตกต่างกันซึ่งส่งผลต่อแรงจูงใจในการให้บริการและค่าใช้จ่ายที่ต่างกัน รูปแบบและวิธีการจ่ายของโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการในกรณีผู้ป่วยนอกตามปริมาณบริการ (fee-for-service) มีผลให้รายจ่ายของเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากค่ายาผู้ป่วยนอกของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการส่วน

ใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายจากยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งควรมีการใช้เฉพาะในกรณีที่เป็นผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีปัญหาไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ แต่หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่ามีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมากเกินความจำเป็น ดังนั้น เมื่อกรมบัญชีกลางได้จัดทำมาตรการควบคุมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอิงตามแนวเวชปฏิบัติก็ทำให้ประสิทธิภาพทางการคลังของกรมบัญชีกลางดีขึ้น โดยการค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษาพยาบาลเริ่มลดลงในปี 2553 ในระยะยาว กรมบัญชีกลางจำเป็นต้องมีกลไกการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายโดยรวมอย่างมีประสิทธิภาพ นอกเหนือค่ายาซึ่งกำลังดำเนินการวิจัยพัฒนากลไกการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกโดยวิธีกลุ่มโรคร่วมในแนวคิดคล้ายกับการใช้ DRG สำหรับผู้ป่วยใน สำหรับระบบประกันสังคมได้มีการปรับปรุงประสิทธิภาพทางการคลังโดยการเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินผู้ป่วยในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายสูงจากรูปแบบการเหมาจ่ายรายคนไปเป็นการจ่ายชดเชยด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับการรักษาที่มีน้ำหนักสัมพัทธ์มากกว่า 2 เพื่อให้การชดเชยค่ารักษาพยาบาลสอดคล้องกับภาระทางการเงินของสถานพยาบาลที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยในมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันกำลังอยู่ในระหว่างการปรับปรุงวิธีการบริหารจัดการภายในองค์กรอยู่ ในส่วนของระบบหลักประกันสุขภาพนั้นมีปัญหาเรื่องประสิทธิภาพที่สำคัญในเรื่อง บริการส่งเสริมสุขภาพซึ่งปัจจุบันกำลังอยู่ในระหว่างการปรับปรุงวิธีการบริหารจัดการภายในองค์กรอยู่เช่นกัน

สำหรับการประเมินประสิทธิภาพองค์กรที่เป็นสถานพยาบาลนั้น แม้ว่าจะมีข้อจำกัดในเรื่องเทคนิคการประเมินทั้งวิธี Data Envelopment Analysis หรือ Stochastic Frontier Analysis ซึ่งเป็นเปรียบเทียบระดับประสิทธิภาพของแต่ละหน่วยกับระดับประสิทธิภาพสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง จึงเป็นการวัดประสิทธิภาพแบบสัมพัทธ์เท่านั้น (Jacobs, Smith, & Street, 2006) และยังมีปัญหาความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลอยู่ระดับหนึ่ง รวมทั้งยังมีไม่ได้พิจารณาเรื่องคุณภาพของผลผลิต แต่สามารถสรุปเบื้องต้นได้ว่า ประสิทธิภาพของสถานพยาบาลปฐมภูมิในปี 2553 ยังอยู่ในระดับต่ำ (54%-59%) และสามารถเพิ่มประสิทธิภาพขึ้นได้อีก (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2553) สำหรับสถานพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพเชิงการผลิตที่แตกต่างกัน ขึ้นกับระดับปัจจัยการผลิตและระดับของผลผลิตต่างๆ (เทียนจารุวัฒนา และ พรชัยวิเศษ, 2553) โดยพบว่าโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยมีค่าประสิทธิภาพทางเทคนิคสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปตามลำดับ (85.7%, 83.3%, and 62.8%) ส่วนประสิทธิภาพทางขนาดเรียงลำดับจากมากไปน้อยพบว่าโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลทั่วไปตามลำดับ (75.0%, 71.4%, 44.2% ส่วนโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ในปัจจุบันลดการให้บริการผู้ป่วยในที่เป็นโรคซับซ้อนลงในขณะที่ปัจจัยการผลิตยังคงเดิมทำให้ค่าใช้จ่ายมัฐยฐานเฉลี่ยต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ในปัจจุบันสูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไป ในขณะที่บุคลากรในสถานพยาบาล

รู้สึกว่าภาระงานปัจจุบันสูงมาก บ่งถึงการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพและการกระจายตัวที่ไม่เหมาะสม ระหว่างเขตเมืองและชนบททั้งกำลังคนและครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้าง ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการให้บริการ ความคาดหวังของประชาชนชนที่มีต่อระบบบริการสุขภาพ และสุขภาพของประชาชน

3. แนวโน้มที่จะเป็นโอกาส ภัยคุกคาม ความท้าทายในระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ความมั่นคงทางการคลัง

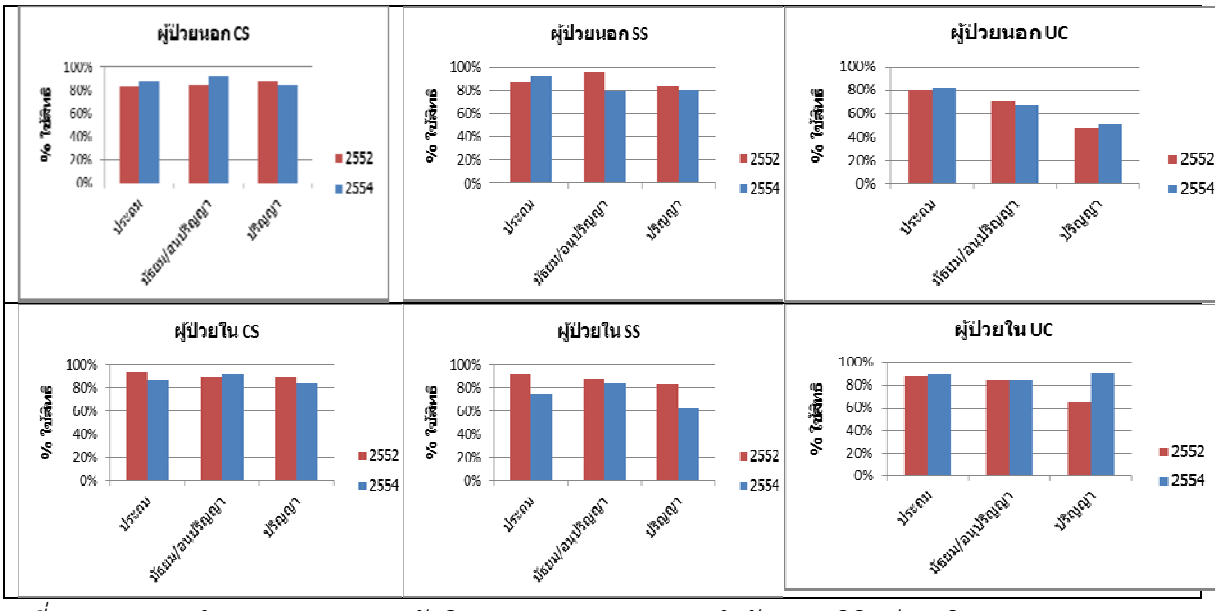
จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลังสุขภาพที่ได้กล่าวไปแล้ว ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ พบว่าประเด็นที่เป็นโอกาสที่สำคัญ คือ การที่ทุกภาคส่วนเห็นพ้องต้องกันในภาพรวมที่ต้องมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งถือเป็นความมั่นคงทางคุณค่าสังคม (Social sustainability) ซึ่งมีผลทางรูปธรรมที่ทำให้เกิดความมั่นคงทางนโยบายการเมือง (Political Sustainability) ทำให้มีงบประมาณด้านสุขภาพมีลำดับความสำคัญสูง ถูกปรับลดงบประมาณไม่มากนักเมื่อเทียบกับงบประมาณด้านอื่นแม้ในยามมีวิกฤตทางเศรษฐกิจ

แต่ในการจัดบทบาทความรับผิดชอบทางการคลังระหว่างการคลังภาครัฐและการคลังภาคเอกชน พบว่ามีความเห็นที่แตกต่างกัน ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นว่าสัดส่วนของการคลังภาครัฐควรจะเป็นไปตามที่กำหนดในธรรมนูญ แต่ผู้ให้สัมภาษณ์บางส่วนเห็นว่าสัดส่วนของการคลังภาครัฐในปัจจุบันสูงเกินไปจนจะเป็นผลกระทบต่อการคลังภาครัฐ โดยเฉพาะเมื่อมีผู้สูงอายุมากขึ้น จำเป็นต้องลดสัดส่วนของการคลังภาครัฐให้ต่ำกว่าในปัจจุบัน

แม้ว่าความชุกของประชากรไทยที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (unmet need) อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพียงร้อยละ 1.4 และ 0.4 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ พบว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าความชุกของการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสูงกว่าผู้มีสิทธิของอีก 2 ระบบ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556) จากการวิเคราะห์การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ โดยดูสัดส่วนของผู้ที่เจ็บป่วยและต้องการรับบริการในสถานพยาบาลที่ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ และการสำรวจในกลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคม พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งตัดสินใจไม่ใช่สิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ โดยสัดส่วนดังกล่าวสูงขึ้นตามระดับการศึกษาของผู้ป่วย โดยผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีซึ่งมีกำลังซื้อบริการ และต้องการทางเลือกจะมีแนวโน้มที่จะไม่ใช่สิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ มีความปัญหานี้จะทวีความรุนแรงขึ้นในอนาคต ในกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์เองก็พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ซึ่งมีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีใช้บริการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ แต่ผู้ให้สัมภาษณ์ซึ่งจบปริญญาตรีขึ้นไป (ยกเว้นข้าราชการ) ไม่มีใครใช้สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐเลย ผู้ให้สัมภาษณ์ซึ่งมีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีใช้บริการระบบประกันสังคมอยู่ก็กล่าวอย่างชัดเจนว่าจะไม่ยอมให้เก็บเงินสมทบเพิ่มถ้าระบบประกันสังคมยังเป็นเช่นนี้ ส่วนผู้ให้สัมภาษณ์ซึ่งจบปริญญาตรีขึ้นไปให้ความเห็นว่าเงินสมทบที่จ่ายไม่ได้

มาก แต่รู้สึกว่าไม่คุ้มค่าเงิน สามารถจ่ายมากกว่านี้ก็ได้ ถ้าได้บริการดีกว่านี้ ปัญหาการเลือกไม่ใช่สิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐนี้จะเป็นปัญหาที่ขยายตัวขึ้นในอนาคต เมื่อประชาชนจะมีการศึกษาสูงขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียความชอบธรรมทางสังคมของระบบหลักประกันสุขภาพได้

รูป 10 การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย



ที่มา : รายงานสำรวจสุขภาพและสวัสดิการ 2552 และ 2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ความท้าทาย Challenges

สถานการณ์ด้านสุขภาพ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศได้ทบทวนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคของประเทศ เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติว่าประเทศไทยยังลงทุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับรายจ่ายสุขภาพของประเทศโดยรวม (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2550) โดยเฉพาะประเด็นเรื่องยังต้องลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาระโรค โดยต้องเพิ่มงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคพิ่มบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญในงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค รวมทั้งมีการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อให้สังคม ครัวเรือน และปัจเจกบุคคล ตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต ที่นำไปสู่สุขภาพดี

ความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน

โครงสร้างการจัดบริการสุขภาพของประเทศไทย มีภาคเอกชนที่หวังผลกำไรมีส่วนร่วมทั้งที่เป็นหน่วยจ่ายแทน เช่น บริษัทประกันสุขภาพเอกชน เป็นต้น และสถานบริการ ในความเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นนักเศรษฐศาสตร์ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพในทุกรัฐบาลที่ผ่านมาให้ความเห็นตรงกันว่า การมีภาคเอกชนที่หวังผลกำไรอยู่ในระบบบริการสุขภาพไม่ได้เป็นปัญหาในตัวเอง ถ้ามีการกำกับดูแลอย่างเหมาะสม ในขณะที่ผู้ให้สัมภาษณ์ที่ทำงานในองค์กรเอกชนไม่หวังผลกำไรมีความกังวลในประเด็นนี้ ส่วนผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นผู้บริหารในสถานพยาบาลเอกชนที่หวังผลกำไร แสดงความเห็นว่าการที่เอกชนจะเข้าร่วมจัดบริการใดนั้น ขึ้นกับว่ารัฐบาลเปิดโอกาสให้หรือไม่ และเชื่อว่าสามารถบริหารจัดการได้ดีกว่า

ประเทศที่ใช้หลักการ “ร่วมทุกข์ร่วมสุข” ในการจัดบริการหลักประกันสุขาพถ้วนหน้า โดยจัดเก็บเงินสมทบหรือภาษีที่นำมาใช้ในการจัดหลักประกันสุขภาพ ในทางปฏิบัติ หลายประเทศมีความพยายามที่จะเพิ่ม “ประสิทธิภาพ” ในระบบประกันสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการแข่งขันภายใต้การจัดการ (Managed Competition)ดังเช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์และประเทศเยอรมนี เป็นต้น ภายใต้แนวคิดนี้จะเน้นหลักการ “ร่วมทุกข์ร่วมสุข” เป็นหลัก และหลักการ “ประสิทธิภาพ” เป็นมาตรการเสริม เช่น กำหนดให้กองทุนประกันสุขภาพต้องรับทุกคนที่ต้องการสมัคร การมีกลไกกลางในการกระจายเงินสมทบจากสมาชิกใหม่อีกครั้ง(Risk Equalization) ตามความเสี่ยง รวมทั้งกำกับการแข่งขันในเรื่องความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ ความแตกต่างของอัตราเงินสมทบไม่ให้มากจนเกินไป และสถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนต้องมีการกำกับเรื่องคุณภาพ และราคา อย่างต่อเนื่อง

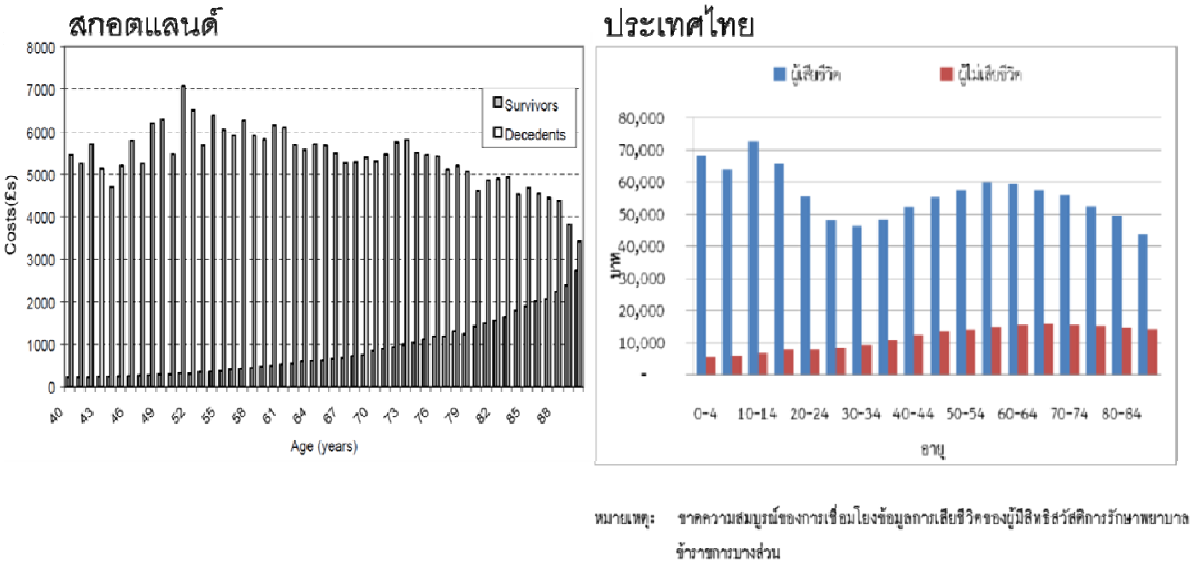
ปัจจุบันประเทศไทยไม่มีการอภิบาลระบบที่ทำให้มีการร่วมมือกันในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพระหว่างจัดระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ และบริษัทประกันสุขภาพเอกชนทำให้สิทธิประโยชน์มีการทับซ้อน ขาดประสิทธิภาพทางการคลัง และยังไม่มีระบบกำกับดูแลสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่เป็นเภภาพ จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการหาข้อสรุปเรื่องนี้ต่อไป

สังคมผู้สูงอายุ (Aging society)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้ประเทศไทยย่างเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยประเทศไทยจะมีประชากรรวมจะเพิ่มขึ้นจาก 63.79 ล้านคนในปี 2553 ไปจนถึงระดับสูงสุดที่ 66.38 ล้านคน ในปี 2569 ก่อนที่จะลดลงอย่างต่อเนื่องจนเหลือ 63.86 ล้านคนในปี 2583 โดยสัดส่วนวัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นค่อนข้างเร็วจากร้อยละ 13.2 เป็น 32.1 ในในปี 2583 (การคาดประมาณประชากรไทยในช่วงปี

2553-2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยใช้สำมะโนประชากรและการเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2553) กลุ่มผู้สูงวัยจะมีจำนวนมากขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมีมากขึ้น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้ต้องมีการจัดระบบการคุ้มครองรายได้ให้กับผู้สูงอายุ และการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยเพิ่มขึ้น (Schmitt , Sakunphanit, & Prasitsiriphon , 2012) นอกจากนี้ยังต้องเตรียมการปรับสภาพแวดล้อมและบริการสาธารณะให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติของผู้สูงวัย

รูป 11 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในกลุ่มผู้เสียชีวิตและกลุ่มผู้ไม่เสียชีวิตจำแนกตามอายุ



Source: (Graham & Normand, 2000) และ สวปก (2553)

ปัจจัยด้านประชากรจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีประชากรวัยสูงอายุในสัดส่วนที่สูง มีผลต่อผลิตภาพของประทศ (Productivity) เป็นหลัก เนื่องจากสัดส่วนผู้ที่อยู่ในวัยทำงานลดลง แต่มีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพไม่มากนัก เนื่องจากเป็นเพียงการเลื่อนค่าใช้จ่ายก่อนการเสียชีวิต (Cost of proximity to death) จากวัยอื่นมาที่วัยสูงอายุ การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพในผู้สูงอายุโดยรวมเกิดจากค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ที่ไม่เสียชีวิต และกลุ่มผู้ที่เสียชีวิต ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายสุขภาพของกลุ่มที่เสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิตหลายเท่า (Bolnick, 2004) มีการศึกษาในหลายประเทศว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนตลอดช่วงอายุขัยจะกระจุกตัวอยู่ที่ระยะเวลาก่อนเสียชีวิต (Graham & Normand, 2000) (Westerhout & Pellikaan, 2005) (OECD, 2006) เนื่องจากการใช้ยาและบริการทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูงและแพงถูกใช้ในกลุ่มผู้ป่วยก่อนเสียชีวิตเป็นหลัก โดยไม่เกี่ยวกับว่าจะเสียชีวิตเมื่ออายุเท่าใด ส่วนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของกลุ่มผู้ที่ไม่เสียชีวิตนั้นขึ้นกับสถานะสุขภาพแม้ว่าสุขภาพจะแย่ลง แต่ค่าใช้จ่ายก็จะเพิ่มน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เสียชีวิต ดังรูปที่ 11จะเห็นได้ว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของ

ประเทศสกอตแลนด์และประเทศไทยนั้นมีค่าใช้จ่ายในกลุ่มผู้ไม่เสียชีวิตนั้นสูงขึ้นตามอายุก็จริงแต่ยังต่ำกว่าผู้ที่เสียชีวิตในทุกช่วงอายุ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งทำให้ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงขึ้นส่งผลให้ค่าใช้จ่ายคาดการณ์ใน 10 ปีข้างหน้าสูงขึ้น แต่มีผลทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มโดยเฉลี่ยร้อยละ 1-2 ต่อปีสำหรับบริการแบบ Acute care เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีโครงสร้างประชากรไม่เปลี่ยนแปลง (สกุลพาณิชย์ และ ประสิทธิ์ศิริผล, 2554) โดยยังไม่รวมบริการที่ต้องมีการพัฒนาเพิ่มเติมเช่นการดูแลระยะยาว นอกจากนั้น การเปลี่ยนแปลงรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพและระบบสุขภาพเพื่อให้ประชาชนประชาชนมีสุขภาพดีจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในกลุ่มผู้สูงอายุในอนาคต (สกุลพาณิชย์, จิตสุชน, และ ประสิทธิ์ศิริพล, 2556) โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2574 เพิ่มจาก พ.ศ. 2554 3.8 เท่าในกรณีที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี แต่ถ้าประชาชนมีสุขภาพไม่ดีมากขึ้นส่งผลให้เกิดการใช้บริการทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายต่อหัวของผู้สูงอายุเพิ่มจาก พ.ศ.2554 ถึง 4.3 เท่า

ความยั่งยืนทางการคลัง

การคลังที่ยั่งยืนหมายถึง การที่มีงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดำเนินงานของภาครัฐบรรลุเป้าหมาย โดยจะต้องดูที่ “การคาดการณ์” “อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ” และ “แนวโน้มประชากร” ในบางประเทศ งบประมาณที่ไม่เพียงพออาจเติมได้จากการขึ้นภาษี ซึ่งมักทำให้เกิดข้อถกเถียงเรื่องการดำเนินการเรื่องนี้เป็นภาระทางการคลัง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ จากแนวคิดดังกล่าว การวัดความยั่งยืนทางการคลังจึงเน้นที่จะวัดระดับการคลังของการใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยเปรียบเทียบร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ เพื่อแสดงว่าประเทศจะสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพได้หรือไม่ โดยดูจากแนวโน้มของสัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในลักษณะอนุกรมเวลา

ความยั่งยืนทางการคลังของระบบบริการสุขภาพภาครัฐของประเทศขึ้นอยู่กับการขยายตัวทางเศรษฐกิจ รวมถึงต้องพิจารณาถึงความยั่งยืนทางนโยบายการเมือง (Political sustainability) และ ความยั่งยืนของคุณค่าในสังคม (Social sustainability) ควบคู่ไปด้วย (Saltman , Busse, & Fiqueras, 2004) ในกรณีสถานการณ์ที่การการขยายตัวทางเศรษฐกิจเป็นไปตามศักยภาพ และกรณีที่เศรษฐกิจขยายตัวดีจะไม่มีปัญหาความยั่งยืนทางการคลังของระบบบริการสุขภาพภาครัฐ ตัวแปรที่สำคัญต่อความยั่งยืนด้านการคลัง ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี ค่าเพิ่มขึ้นของราคาของการให้บริการสุขภาพ นโยบายสุขภาพของประเทศ (OECD, 2006) อันเป็นผลจากกลุ่มโรคในประชากรเปลี่ยนแปลงจากเดิม การ

เปลี่ยนวิถีชีวิต ค่านิยมทางสังคม รายได้มีผลต่อการเกิดโรค วิธีการใช้บริการสุขภาพ วิธีการจัดบริการสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีในการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลในอนาคต มีการศึกษาจำนวนมากให้ข้อสรุปตรงกันว่า ปัจจัยสำคัญที่สุดในการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายในบริการสุขภาพเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี เช่น ยาใหม่ เทคนิคการรักษาใหม่ๆเป็นต้น Newhouse (1992) ประมาณการว่าการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกาในช่วง 1940–90 ถึงร้อยละ 65 ในปี 1995 Cutler ประมาณการว่าการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีน่าจะอยู่ในราวร้อยละ 49 การศึกษาโดย OECD ในปี 2006 การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักรในช่วง 1970-2002 ประมาณร้อยละ 40 (Appleby, 2013)

สำหรับประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม คาดว่าวิกฤตด้านเศรษฐกิจและการเงินโลกซึ่งก่อตัวขึ้นในระหว่างปี พ.ศ. 2544 -2550 มีผลต่อเนื่องด้านการขยายตัวและเสถียรภาพของเศรษฐกิจในระยะกลาง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) อย่างไรก็ตามในระยะยาวในอนาคต 20 ปีข้างหน้านั้น เศรษฐกิจโลกจะเปลี่ยนศูนย์กลางอำนาจมาอยู่ที่ประเทศแถบเอเชียมากขึ้น เอเชียจะเป็นศูนย์กลางการผลิตของโลกและมีการส่งออกมากกว่าหนึ่งในสามของมูลค่าการค้าโลก ทำให้ประเทศในทวีปเอเชียจะมีมูลค่าของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศรวมกันมากกว่าหนึ่งในสี่ของโลก และมีกำลังซื้อประมาณครึ่งหนึ่งของโลก เศรษฐกิจประเทศไทยน่าจะเติบโตมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของบริบทโลกดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยว่าหากประเทศไทยไม่ประสบปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจที่รุนแรงเกินไปในระยะ 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีระดับการพัฒนาที่เพิ่มขึ้น พร้อมกับโครงสร้างเศรษฐกิจที่จะเปลี่ยนเป็นเศรษฐกิจในระบบมากขึ้น และเป็นไปในทิศทางเดียวกับประเทศที่พัฒนาแล้วด้วย โดยมีอัตราการเติบโตทางผลผลิตมวลรวมของประเทศในกรณีเศรษฐกิจขยายตัวตามศักยภาพเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 5.3 ซึ่งยังอยู่ในกับดักประเทศรายได้ปานกลาง และอยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างการติดกับดักต่อไปหรือหลุดพ้นจากกับดัก โดยจะมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจอยู่ในช่วง 3.3-6.6 (สกุลพาณิชย์, จิตสุชน, และ ประสิทธิ์ศิริพล, 2556)

ผลการประมาณการค่าใช้จ่ายตามสถานการณ์บริการสุขภาพเป็นร้อยละของ GDP ในกรณีเศรษฐกิจขยายตัวตามศักยภาพ พบว่าในสถานการณ์ที่ไม่มีการทำการปฏิรูปเรื่องใดเพิ่มเติม ระบบหลักประกันสุขภาพยังแยกส่วนบริการสุขภาพเหมือนปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐจะเพิ่มจากร้อยละ 2.2 ของ GDP ในพ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 3.25 ของ GDP ในพ.ศ.2574 แต่ถ้ามีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพร่วมกับการปฏิรูปกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐแล้ว

สามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีได้จริง แม้ว่าต้องการเงินลงทุนจำนวนมากขึ้นในช่วงแรก แต่จะมีผลตอบแทนระยะยาวที่ทำให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพใน พ.ศ. 2574 จะต่ำที่สุดในทุกสถานการณ์ ที่ร้อยละ 3.03 ของ GDP แต่ต้องพึงระวังว่าถ้าการบริหารจัดการทำได้ไม่มีประสิทธิภาพ การลงทุนเพิ่มในระบบบริการสุขภาพ โดยประชาชนไม่ได้มีสุขภาพดีขึ้น จะทำให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 3.5 ของ GDP เนื่องจากประชาชนจะมีการใช้บริการสูงขึ้นจากปัญหาสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง

จากการคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ จะเห็นว่าในกรณีเศรษฐกิจขยายตัวตามศักยภาพ เมื่อรวมรายจ่ายด้านสุขภาพในทุกสถานการณ์เข้ากับรายจ่ายภาครัฐอื่นๆ นั้นสัดส่วนหนี้สาธารณะต่อรายได้ประชาชาติยังอยู่ต่ำกว่าร้อยละ 60 สามารถสรุปได้ว่า ช่องว่างทางการคลังในอนาคตน่าจะมากพอ โดยไม่มีแรงกดดันทางการคลังต่อการเพิ่มรายจ่ายด้านสุขภาพของรัฐ

กรณีที่จะมีปัญหาคือหากเศรษฐกิจติดหล่ม โดยมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3.3 นั้น สัดส่วนหนี้สาธารณะต่อรายได้ประชาชาติจะเพิ่มสูงกว่าร้อยละ 60 แม้ว่าจะเป็นสถานการณ์ที่มีภาวะเจ็บป่วยหดตัว ซึ่งถือได้ว่าเป็นระบบบริการพึงประสงค์ที่มีประสิทธิภาพที่สุดและมีค่าใช้จ่ายต่ำสุดแล้วก็ตาม จำเป็นต้องมีการเพิ่มภาษีหรือเงินสมทบถ้าไม่ต้องการลดสิทธิประโยชน์ หรือปรับลดสิทธิประโยชน์ลง

การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC)

ในช่วง 20 ปีข้างหน้า เศรษฐกิจของประเทศไทยมีโอกาสเติบโตจากการขยายตลาดจากการรวมกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและข้อตกลงทางเศรษฐกิจและการค้าในระดับทวิภาคีและพหุภาคีเพื่อสร้างความก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจ การค้า การลงทุน โดยการรวมกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจะทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายปัจจัยการผลิตและสินค้าอย่างเสรีมากขึ้น มีประชากรย้ายถิ่นทั้งที่เป็นแรงงานที่มีทักษะฝีมือและแรงงานไร้ฝีมือเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากขึ้น อย่างไรก็ตามอาจทำให้เกิดการระบาดของปัญหาสุขภาพ รวมทั้งโรคอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากประเทศที่ระบบบริการสาธารณสุขยังไม่ครอบคลุม (สสส, 2555) ระบบสวัสดิการสังคมของประเทศสมาชิกจะเคลื่อนตัวเข้าหากันคล้ายประสบการณ์ของสหภาพยุโรป (จิตสุชน, 2555) เนื่องจากการเคลื่อนย้ายแรงงานและคนระหว่างประเทศที่มากขึ้น ทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพและระบบสุขภาพโดยรวมต้องมีการปรับตัว รองรับสังคมที่มีประชากรหลากหลายสัญชาติ ดังนั้นระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยในอนาคตจึงมีแนวโน้มที่จะต้องเปลี่ยนจากระบบประกันสุขภาพสำหรับคนไทย ไปสู่ระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่อยู่ในประเทศไทย ซึ่งชุดสิทธิประโยชน์อาจมีความแตกต่างกันหรือคล้ายคลึงกันขึ้นกับนโยบายของประเทศ

สนธิสัญญาระหว่างประเทศทั้งในรูปแบบทวิภาคี หรือพหุภาคี (ILO Decent Work Technical Support Team and CO for Central and Eastern Europe, 2011) การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและกรอบกฎหมายดังกล่าวมีผลกระทบโดยตรงต่อการคลังสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการทำวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

4. ข้อเสนอการปรับปรุงธรรมนูญสุขภาพ

จากบริบทของประเทศไทยที่เปลี่ยนไป จำเป็นต้องมีการปรับปรุงธรรมนูญสุขภาพ หมวดที่ 12 เพื่อสอดกับแนวโน้มในอนาคตของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ดังนี้

หลักการ

หลักการของธรรมนูญสุขภาพ หมวด 12 ในส่วนที่กำหนดให้การเงินการคลังด้านสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์นั้น จากการทบทวนวรรณกรรม และสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกัน โดยอาจนำเอาผลการระดมสมองที่สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติดำเนินการมาเป็นแนวได้ (สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ, 2554) ซึ่งที่ประชุมมีข้อสรุปว่า ระบบการคลังสุขภาพในอนาคตของประเทศไทยควรเป็นระบบที่ใช้การเงินการคลังภาครัฐเป็นหลัก มีการระดมเงินจากแหล่งต่างๆ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยใช้ระบบการคลังรวมหมู่ (Collective Financing System) โดยระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์นั้นควรมีผู้ให้บริการปฐมภูมิประจำครอบครัวสำหรับทุกคนบนแผ่นดินไทย เน้นประชาชนเป็นหลักและดูแลอย่างต่อเนื่อง มีระบบที่ยืดหยุ่น ไม่ถูกกำหนดโดยขอบเขตการปกครองที่จำกัดจนเกินไป ผู้ให้บริการปฐมภูมิประจำครอบครัวมีบทบาททำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการหลักในเรื่องปฐมภูมิและจัดการให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพทั้งบริการเชิงรุก และเชิงรับ เป็นระบบบริการโดยรัฐ และการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน โดยมีความเท่าเทียมกันของประชากรกลุ่มต่าง ๆในการรับภาระด้านการเงิน และสามารถป้องกันภาวะล้มละลายจากปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการสนับสนุนเงินไปยังประเภทบริการต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพและมีการสนับสนุนทางการเงินรูปแบบต่างๆ ที่มีความยืดหยุ่น และทุกกองทุนมีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน ที่มีรูปแบบและอัตราการจ่ายที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และควรมีระบบร่วมจ่ายเพื่อให้ประชาชนตระหนัก และใช้บริการอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ควรมีระบบที่จะสร้างความมั่นใจในด้านความเป็นธรรมในการร่วมจ่ายด้วย

แต่จำเป็นต้องมีการหาข้อสรุปร่วมและเขียนให้ชัดเจนขึ้นในเรื่องการกำหนดให้ระบบการเงินการคลังรวมหมู่ภาคบังคับต้องไม่ดำเนินการเพื่อมุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ เนื่องจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าทุกฝ่ายเข้าใจประเด็นนี้ไม่ตรงกัน ผู้ให้สัมภาษณ์บางท่านแสดงความเห็นว่าประโยคนี้ มุ่งเน้นดูธรรมาภิบาลของการเงินการคลังรวมหมู่ภาคบังคับ เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่บริหารโดยองค์กรของรัฐว่าไม่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ ไม่รวมถึงสถานบริการต่างๆ ซึ่งอาจเป็นทั้งองค์กรที่หวังผลกำไรหรือไม่หวังผลกำไรก็ได้

เป้าหมายตามธรรมนูญสุขภาพ

ธรรมนูญสุขภาพ กำหนดเป้าหมายด้านการคลังสุขภาพไว้ในข้อ 105 ว่าระบบการเงินการคลังรวมหมู่สำหรับการบริการสาธารณสุขต้องได้รับการพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมายในปี 2563 ทั้งสิ้น 5 ข้อ จากการประเมินพบว่าเป้าหมายดังกล่าว พบว่ามีเป้าหมาย 2 ข้อที่บรรลุตามที่กำหนด คือ ระบบการเงินการคลังรวมหมู่ภาคบังคับดำเนินการถูกต้องตามหลักการไม่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ และอัตราการเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพต่ำกว่าอัตราการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

อีกเป้าหมายมีแนวโน้มดีขึ้นแต่ยังบรรลุตามที่กำหนด คือ จำนวนครัวเรือนที่ประสบปัญหาวิกฤตด้านเศรษฐกิจจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์มีจำนวนลดลงเช่นกัน อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่อาจล้มละลายอันเนื่องมาจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มคนยากจนลดเหลือร้อยละ 2.8 ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งยังสูงกว่าเป้าที่ตั้งไว้ที่ไม่เกินร้อยละ 1 ของครัวเรือนทั้งหมด

ประเด็นเรื่องสัดส่วนรายจ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของประเทศที่มาจากครัวเรือนนั้นจำเป็นต้องหาข้อสรุปร่วมกันและอาจต้องทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ว่ายังต้องการตั้งเป้าลดสัดส่วนรายจ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของประเทศที่มาจากครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการเป็นไม่เกินร้อยละ 20 ของรายจ่ายรวมของประเทศ หรือควรตั้งเป้าสูงกว่าร้อยละ 20 ของรายจ่ายรวมของประเทศที่ระดับใดจึงจะเหมาะสม เพื่อให้เกิดความยอมรับของทุกฝ่าย ทั้งนี้ในปี 2553 สัดส่วนรายจ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของประเทศที่มาจากครัวเรือนลดลงเหลือประมาณร้อยละ 25

ในการเป็นในทำนองเดียวกัน จำเป็นต้องหาข้อสรุปร่วมกันและอาจต้องทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ความเป็นธรรมในการได้รับประโยชน์จากบริการสาธารณสุขที่รัฐสนับสนุนหมายถึงบริการสาธารณสุขอะไรบ้างที่ทุกคนควรมีสิทธิได้รับ

ประเด็นที่ต้องกำหนดเป้าหมายเพิ่มเติมให้ชัดเจน คือ การมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะบทบาทของเอกชนในการทำหน้าที่หน่วยจ่ายแทน (Financing agencies) และหน่วยบริการ ที่ต้องมีกลไกการอภิบาลและกำกับดูแล โดยเน้นเรื่องความเป็นธรรม ร่วมกับการเพิ่มประสิทิภาพของระบบ

มาตรการที่กำหนดในธรรมนูญสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่ามาตรการต่างๆ ที่ดำเนินการทางการคลังสุขภาพนั้น หน่วยงานที่ดำเนินการส่วนใหญ่ ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ขององค์กรตัวเอง หรือตามที่ได้รับนโยบายจากรัฐบาลหรือรัฐมนตรี มากกว่าการใช้ประโยชน์จากธรรมนูญสุขภาพ ยกเว้นการดำเนินการจัดให้มีกลไกระดับชาติทำ

หน้าที่วางแผนการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว ซึ่งเป็นมติของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตามข้อกำหนดในธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันได้ถูกยกเลิกไปแล้ว

ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นว่ามาตรการส่วนใหญ่ในธรรมนูญสุขภาพไม่ชัดเจน เป็นนามธรรม ปฏิบัติยาก ควรเป็นรูปธรรมมากขึ้น

มาตรการหลายข้อมีการดำเนินการไปบ้างแล้ว แต่ยังไม่ชัดเจนถึงผลได้ เช่น การขยายระบบการเงินการคลังรวมหมู่ให้ครอบคลุมประชาชนที่มีภูมิลำเนาถาวรในประเทศ รวมถึงกลุ่มแรงงานต่างด้าว การจัดตั้งกองทุนสุขภาพของชุมชน การเพิ่มการลงทุนในการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสูง ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยให้มีอัตราการเพิ่มไม่ต่ำกว่าอัตราเพิ่มด้านการรักษาพยาบาล สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ การพัฒนากลไกการจ่ายรายโรค และการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการ รวมถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน

มีหลายมาตรการที่สำคัญ แต่ยังไม่มีการดำเนินการอย่างจริงจัง เช่น การจัดระบบการเงินการคลังรวมหมู่มาจากแหล่งเงินซึ่งมีการจัดเก็บในอัตราก้าวหน้าเพิ่มมากขึ้น รวมถึงเพิ่มการจัดเก็บภาษีจากการบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจและสินค้าที่ทำลายสุขภาพ การบริการพักฟื้นระยะยาว การฟื้นฟูสมรรถภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ การวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพ รวมถึงพิจารณาใช้มาตรการภาษีสำหรับลดการบริโภคสินค้าที่ทำลายสุขภาพ

บรรณานุกรม

Hughes, B. B., Kuhn, R., Peterson, C. M., Rothman, D. S., & Solórzano, J. R. (2011). *Improving Global Health: Forecasting the Next 50 Years; Patterns of Potential Human Progress, Vol.3.* Oxford University Press.

Appleby, J. (2013). *Spending on health and social care over the next 50 years Why think long term?* London: The King's Fund.

Baumol, w. J., de Ferranti, D., Malach, M., Pablos-Méndez, A., Tabish, H., & Wu, L. G. (2012). *The Cost Disease: Why computers get cheaper and health care doesn't?* New Haven, CT: Yale University Press.

Bolnick, H. (2004, Oct). A Framework for Long-Term Actuarial Projections of Health Care Cost: The Importance of Population Aging and Other Factors. *North American Actuarial Journal, 8*(4).

Deba, A. K., Kanungoa, S., Deba, M., & Naira, G. B. (2012). Impact of climate change on health and strategies for mitigation and adaptation. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 8-19.

Graham, B., & Normand, C. (2000). *Proximity to death and acute health care utilisation in Scotland.* London: NHS.

Graham, J., Amos , B., & Plumptre, T. (2003). *Principles for Good Governance in the 21st Century: Policy Brief no. 15.* Ottawa: Institiute on Governance.

ILO Decent Work Technical Support Team and CO for Central and Eastern Europe. (2011). *Coordination of social security : supplementary training modules.* Budapest: ILO.

Jacobs, R., Smith, P. C., & Street, A. (2006). *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Technique and Health Policy.* Cambridge: Cambridge University Press.

Ministry of Finance and World bank. (2011). *Thailand Flooding 2554: Rapid Assessment for Resilent Recovery and Reconstruction Planning.* Bangkok: World bank.

OECD. (2006). *Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?* Paris: OECD.

Roco, M. C., & Bainbridge, W. S. (Eds.). (2002). *Converging Technologies for Improveing Human Performance: Nanotechnology, Biotechnology, Information technology and Cognitive Science.* U.S. National Science Foundation.

Saltman , R. B., Busse, R., & Fiqueras, J. (2004). *Social Health Insurance System in Western Europe.* Berkshire: Open University Press.

Schmitt , V., Sakunphanit, T., & Prasitsiriphon , O. (2012). *Social Protection Assessment Based National Dialogue: towards a nationally defined Social Protection Floor in Thailand.* Bangkok: the United Nations/Royal Thai Government (UN/RTG) joint team on social protection.

Stephane Jacobzone. (2002). Healthy Ageing and the Challenges of New Technologies: Can OECD Social and Health-care Systems Provide for the Future? ใน Labour and Welfare of Japan OECD and Ministry of Health, *Healthy Ageing and Biotechnology: Policy Implication of New Research* (หน้า 37-54). OECD.

Wanless, D. (2002). *Securing Our Future Health: Taking a Long-Term View.* London: HM Treasury.

Westerhout, E., & Pellikaan, F. (2005). *Can We Afford to Live Longer in Better Health? ENEPRI Research Report No. 10.* European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI).

WHO. (2000). *The World health report 2000 : health systems : improving performance.* Geneva: WHO.

WHO. (2006). *Working together for health.* Geneva: WHO.

WHO European Region. (2006). *Approaching health financing policy in the WHO European Region.* Copenhagen: WHO European Region.

กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทน แนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2549 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2556.* นนทบุรี.

กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทน แนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2551 .* นนทบุรี.

กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทน แนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2552.*

ครรชิต สุขนาค. (2554). *ความเป็นไปได้ในการเลือกใช้สิทธิของผู้ประกันตนในการใช้บริการทางการแพทย์.* นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

ถาวร สกุลพาณิชย์, และ อรวรรณ ประสิทธิ์ศิริผล. (2554). *ผลสัมฤทธิ์การใช้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐในอนาคตในช่วงปี พ.ศ. 2554 – 2564.* นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพไทย.

ถาวร สกุลพาณิชย์, สมชัย จิตสุชน, และ อรวรรณ ประสิทธิ์ศิริพล. (2556). *การคลังสุขภาพสำหรับระบบบริการสุขภาพพึงประสงค์.* นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

นงลักษณ์ พะไกยะ, สัญญา ศรีรัตนะ, กฤษฎา ว่องวิญญ, และ วรางคณา วรางคณา. (2555). การคงอยู่ในชนบทและในราชการของแพทย์ภายหลังการเพิ่มค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานที่ชนบท. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 6*(2), 228-235.

วิเชียร เทียนจารุวัฒนา, และ พงศา พรชัยวิเศษ. (2553). *ศึกษาต้นทุนบริการของโรงเรียนแพทย์ :เรื่องประสิทธิภาพทางเทคนิคและปัจจัยที่กำหนดประสิทธิภาพทางเทคนิค.* นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพไทย.

วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (ม.ป.ป.). *วิกฤติสินเชื่อซับไพรม์.* เรียกใช้เมื่อ 11 2555 จาก http://th.wikipedia.org/wiki/วิกฤติสินเชื่อซับไพรม์.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, และ พุดตาน พันธุเณร. (2554). *ความต้องการกำลังคนทางด้านสุขภาพของระบบการให้บริการสุขภาพ ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในประเทศไทย ระยะที่ 1.* พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, และ พุดตาน พันธุเณร. (2555). *ความต้องการกำลังคนทางด้านสุขภาพของระบบการให้บริการสุขภาพ ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในประเทศไทย ระยะที่ 2.* พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2556). *การพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ.* กรุงเทพ: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2556). *รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553).* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมชัย จิตสุชน. (2555). AEC กับผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม. *การสัมมนาวิชาการประจำปี 2555: "ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน: มายาคติ ความเป็นจริง โอกาสและความท้าทาย".* กรุงเทพ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

สสส. (2555). *ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2555 - 2564.* กรุงเทพ: กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2551). *สถานการณ์การคลังระบบสุขภาพไทย 2551.* นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, และ ถาวร สกุลพาณิชย์. (2556). การจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ : ประเด็นข้อขัดแย้ง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 7*(1), 2-8.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). *วิสัยทัศน์ 2570...สู่แผนฯ 11.* กรุงเทพ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานประกันสังคม. (2553). *รายงานประจำปี 2552 .* นนทบุรี: สำนักงานประกันสังคม.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2550). *โครงการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐.* นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2554). *บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2552 - 2553.* นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2555). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552.* นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ. (2554). *รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3/2554.* นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2553). *การประเมินการบริหารจัดการการคลังเตรือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการการคลังสถานพยาบาลปฐมภูมิ.* นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2554). *กำลังคนด้านสุขภาพ: ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป.* นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *รายงานการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ พ.ศ. 2550.* กรุงเทพ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *การสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ 2552.* กรุงเทพ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2552.* กรุงเทพ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สุณี วงศ์คงคาเทพ, โกเมศ วิชชาวุธ, จารุวัฒน์ บุณราคัมรุหะ, และ สุริยา รักเจริญ. (2555). ผลลัพธ์ของการปรับเพิ่มค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายต่อการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 6*(1), 48 - 59.

อำพล จินดาวัฒนะ, และ คณะ. (2550). *แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ 2550-2559.* นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.