

+ Doc 2011



คำนำ

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เริ่มจัดแสดงปาฐกถาพิเศษ ป่วย อังภากรณ์ ตั้งแต่ปี 2530 โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ

1. เผยแพร่ชื่อเสียงและเกียรติคุณของศาสตราจารย์ป่วย อังภากรณ์
2. เพื่อสดุดีและประกาศเกียรติคุณนักวิชาการที่มีผลงานทางวิชาการอันดีเด่นและมีความรับผิดชอบต่อสังคม
3. เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และเผยแพร่การศึกษาและการค้นคว้าที่มีความเป็นเลิศทางวิชาการ

เพื่อให้การแสดงปาฐกถาพิเศษ ป่วย อังภากรณ์ บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว คณะเศรษฐศาสตร์ได้คัดเลือกปาฐกจากนักวิชาการที่มีผลงานดีเด่น หรือบุคคลที่สนใจศึกษาความรู้ด้านสังคมศาสตร์ กอปรทั้งมีเกียรติประวัติอันแสดงถึงคุณธรรมและจิตสำนึกรับใช้และแก้ไขปัญหาสังคม

สำหรับการแสดงปาฐกถา ป่วย อังภากรณ์ คราวนี้ อันเป็นวาระพิเศษโอกาสครบรอบ 100 ปี ชาตกาล ศาสตราจารย์ ดร.ป่วย อังภากรณ์ คณะกรรมการคัดเลือกปาฐกได้มีมติให้เชิญ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร มาแสดง ปาฐกถา ป่วย อังภากรณ์ ครั้งที่ 15

นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เป็นแพทย์ นักบริหารด้านการสาธารณสุข และนักเศรษฐศาสตร์ที่มีเกียรติประวัติรับใช้และแก้ปัญหาสังคมอย่างแท้จริง

ในฐานะแพทย์ ภายหลังจากสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อปี พ.ศ. 2521 นายแพทย์วิโรจน์ได้รับราชการเป็นแพทย์ที่โรงพยาบาลโงเจียม โรงพยาบาลตระการพืชผล และโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ตามลำดับ ความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อรับใช้สังคม ทำให้นายแพทย์วิโรจน์ ได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น จากแพทยสมาคมในพระบรมราชูปถัมภ์ ในปี พ.ศ. 2529 และได้รับทุนจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ไปศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก

ในฐานะนักบริหารด้านการสาธารณสุข นายแพทย์วิโรจน์มีส่วนสำคัญในการออกแบบระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และยังได้ปรับปรุงให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทั้งเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การแยกงบประมาณคนไข้ในออกจากคนไข้นอก การใช้ระบบการวินิจฉัยโรคร่วมกับคนไข้ใน รวมถึงการขยายสิทธิประโยชน์ให้แก่ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยเป็นที่ยอมรับและชื่นชมจากองค์การระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง อาทิ องค์การสหประชาชาติ องค์การอนามัยโลก และธนาคารโลก ความสำเร็จดังกล่าวนี้ ทำให้นายแพทย์วิโรจน์ได้รับรางวัลเอดวิน แซดวิก (Edwin Chadwick Medal) จากคณะสาธารณสุขและเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยลอนดอน เมื่อ พ.ศ. 2554 อย่างไรก็ตาม สิ่งที่สำคัญกว่ารางวัลก็คือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้แก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนไทย ทำให้คนไทยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพโดยไม่ต้องจ่ายแพง

ในฐานะนักเศรษฐศาสตร์ ภายหลังจากสำเร็จการศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิตด้าน Health Planning and Financing จากมหาวิทยาลัยลอนดอน ด้วยรางวัล Woodruff Medal วิทยานิพนธ์ดีเด่น ในปี พ.ศ. 2533 แล้ว นายแพทย์วิโรจน์ ได้นำความรู้ทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมาใช้ออกแบบการจัดทำข้อเสนอให้กองทุนประกันสังคมใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว ข้อเสนอนี้ได้กลายเป็นพื้นฐานของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในกาลต่อมา

ในฐานะนักวิชาการ นายแพทย์วิโรจน์ มีผลงานวิชาการชั้นเยี่ยมจำนวนมากและต่อเนื่อง จนเป็นที่ยอมรับจากชุมชนนักวิชาการทั้งระดับภายในประเทศและระดับนานาชาติ นายแพทย์วิโรจน์ได้ดำรงตำแหน่งคณบดีบรรณาธิการวารสารนโยบายและแผนสุขภาพ (Health Policy and Planning) ของมหาวิทยาลัยลอนดอน ในช่วงปี พ.ศ. 2534 ถึงปี พ.ศ. 2551

เป็นผู้พิจารณาบทความวารสารวิชาการชั้นนำระดับนานาชาติหลายฉบับ เช่น วารสารสังคมศาสตร์และการแพทย์ (Social Science and Medicine) จดหมายข่าวองค์การอนามัยโลก (WHO Bulletin) วารสารแลนเซต (Lancet) และวารสารนโยบายสุขภาพ (Health Policy) ด้วยผลงานอันเป็นที่ประจักษ์ เช่นนี้ นายแพทย์วิโรจน์ จึงได้รับคัดเลือกจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยให้เป็น เมธีวิจัยอาวุโส ถึง 2 ครั้งคือ ปี พ.ศ. 2541 ถึงปี พ.ศ. 2544 และปี พ.ศ. 2544 ถึงปี พ.ศ. 2547

ตอนหนึ่งในบทความเรื่อง *คุณภาพแห่งชีวิต ปฏิทินแห่งความหวัง: จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน* ของศาสตราจารย์ ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ที่ว่า “ผมต้องการสุขภาพอนามัยอันดี และรัฐบาลจะต้องให้บริการป้องกันโรคแก่ผมฟรี กับบริการการแพทย์ รักษาพยาบาลอย่างถูกต้องดี เจ็บปวดเมื่อใด หามอพยาบาลได้สะดวก” เนื่องจากนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เป็นผู้ที่มีส่วนอย่างมากในการผลักดันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ทำให้ *ความหวัง* ใน *ปฏิทิน* ของศาสตราจารย์ ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์ และคนไทยจำนวนมากเป็นจริง ดังนั้นนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร จึงมีความเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะเป็นปาฐกถาในโอกาสครบรอบ 100 ปี ชาตกาล ศาสตราจารย์ ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์

การจัดงานปาฐกถา ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ครั้งที่ 15 มีอาจสำเร็จลุล่วงไปได้ หากปราศจากการสนับสนุนและความร่วมมืออย่างดียิ่งจากทุกภาคส่วน คณะเศรษฐศาสตร์ขอขอบคุณ บุคคลต่าง ๆ ดังรายนามต่อไปนี้

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ผู้เขียนบทแนะนำปาฐกถา นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นายช่างผู้สานฝัน ‘จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน’

คณะผู้เขียนบทความ *จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลสัมฤทธิ์และความท้าทายในอนาคต* ทุกท่าน อันประกอบด้วย ดร.วลัยพร (ต้นทวารวณะ) พัชรณฤมล ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ น.ส.เยาวลักษณ์ แหวงวงษ์ น.ส.ศศิรัตน์ ลัทธิกุลธรรม ดร.วริศดา พานิชเกรียงไกร น.ส.อังคณา สมันสทวิชัย น.ส.วราภรณ์ ปวงกันทา

และ

นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ปาฐกถาของการแสดงปาฐกถา ป่วย อึ้งภากรณ์ ครั้งที่ 15 นี้ ในหัวข้อ จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน: หลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลสัมฤทธิ์และความท้าทายในอนาคต

คณะกรรมการจัดการแสดง
ปาฐกถา ป่วย อึ้งภากรณ์ ครั้งที่ 15

สารบัญ

5

คำนำ

10

นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
นายช่างผู้สานฝัน ‘จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน’
นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

44

จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน:
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลสัมฤทธิ์และความท้าทายในอนาคต
นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ

140

รายนามปาฐก
และหัวข้อการแสดงผลปาฐกถา ป่วย อังการณ ที่ผ่านมา

142

คณะกรรมการดำเนินการคัดเลือกปาฐก
ในการแสดงผลปาฐกถา ป่วย อังการณ ครั้งที่ 15

นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
นายช่างผู้สานฝัน ‘จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน’

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

เมื่อวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2554 ในพิธีประสาทปริญญาแก่บัณฑิตของคณะสาธารณสุขและเวชศาสตร์เขตร้อนแห่งมหาวิทยาลัยลอนดอน มีการมอบเหรียญรางวัลอันทรงเกียรติให้แก่ผู้ทำคุณประโยชน์ให้แก่การสาธารณสุขรางวัลหนึ่งด้วย ผู้ที่ได้รับรางวัลในครั้งนี้เป็นคนไทย คือ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

รางวัลนี้ชื่อเหรียญรางวัลเอดวิน แชดวิก (Edwin Chadwick Medal) ตั้งขึ้นเพื่อเป็นเกียรติแก่ เซอร์เอดวิน แชดวิก บุคคลสำคัญผู้วางรากฐานให้แก่การสาธารณสุขสมัยใหม่ (modern public health) ของโลก

เซอร์เอดวิน แชดวิก เป็นชาวอังกฤษ เกิดเมื่อปี พ.ศ. 2343 ท่านได้ชื่อว่าเป็นผู้วางรากฐานการสาธารณสุขสมัยใหม่ จากผลงานสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) ในฐานะนักสถิติและนักวิจัยสังคม ท่านเป็นผู้ชี้ให้เห็นว่า โรคที่ป้องกันได้เป็นต้นเหตุแห่งความทุกข์ยากของมนุษย์ 2) ในฐานะนักทฤษฎีสาธารณสุข ท่านได้ชี้ว่าการวางแผนอย่างดีด้านโครงสร้างพื้นฐานการสุขาภิบาล คือการจัดหาและการกระจายน้ำสะอาด และบริการการกำจัดขยะ รวมทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ ให้มีอย่างกว้างขวาง และต่อเนืองสามารถป้องกันโรคเหล่านี้ได้ 3) ในฐานะนักบุกเบิกด้านสาธารณสุข ท่านก่อกำเนิดเรื่องนี้ด้วยการผลักดันรัฐบาลให้เห็นความจำเป็น และความเร่งด่วนของการปฏิรูปการสุขาภิบาล จนทำให้เกิดพระราชบัญญัติการสาธารณสุขของอังกฤษในปี พ.ศ. 2391 กฎหมายฉบับนี้ทำให้เมืองต่างๆ ลงทุนเพื่อสุขภาพของประชาชนพลเมืองอังกฤษ และทำให้ประเทศต่างๆ ใช้เป็นแบบอย่างในการตรากฎหมายสาธารณสุขขึ้นทั่วโลก บนพื้นฐานหลักการว่าสุขภาพของสาธารณชน เป็นบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของรัฐบาล และ 4) ในฐานะนักบริหารสาธารณสุขผู้เข้มแข็งและพิถีพิถัน ท่านได้ศึกษาและคิดลงไปถึงรายละเอียดทางการปฏิบัติ เพื่อผลักดันให้บรรลุเป้าหมายทางการ

สาธารณสุขที่ดีอย่างแท้จริง ทั้งลงแรงผลักดันและต่อสู้กับผู้ที่ไม่เห็นด้วยอย่างไม่ลดละ จนสามารถวางรากฐานการสาธารณสุขของอังกฤษได้อย่างแน่นอนหา เป็นแบบอย่างให้แก่ประเทศต่างๆ สืบต่อมา

ปัจจุบัน สิ่งจำเป็นเพื่อการสาธารณสุข การสร้างและรักษาสิ่งแวดล้อมที่ดี และมาตรการป้องกันโรคติดต่อต่างๆ กลายเป็นแรงบันดาลใจ ความคาดหวัง และสิทธิของประชาชน สิ่งเหล่านี้เป็นผลสำคัญจากวิสัยทัศน์อันคมชัด และการทำงานอย่างมุ่งมั่นของ เซอร์เอดวิน แซดวิก

เพื่อเป็นเกียรติแก่ เซอร์เอดวิน แซดวิก คณะสาธารณสุขและเวชศาสตร์เขตร้อนแห่งมหาวิทยาลัยลอนดอน จึงได้จัดให้มีเหรียญรางวัลเพื่อเป็นเกียรติแก่ท่าน ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 โดยมอบให้ทุกสามปี ผู้ที่จะได้รับรางวัลนี้ คือ ผู้ที่มีผลงานอันโดดเด่นในการสร้างความเจริญก้าวหน้าด้านการสาธารณสุข ผู้เสนอชื่อเข้าสู่การพิจารณาคือ อธิการบดีของมหาวิทยาลัย โดยมีคณะกรรมการพิจารณาประกอบด้วย 1) คณะบดี 2) กรรมการจากบุคคลภายนอกหนึ่งคน 3) นักวิชาการที่คณะบดีแต่งตั้งหนึ่งคน 4) กรรมการจากสภาอาจารย์หนึ่งคน และกรรมการสองคนจากสภามหาวิทยาลัย คณะกรรมการจะเป็นผู้กลั่นกรองพิจารณาเสนอต่ออธิการบดี เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว จึงเสนอต่อสภามหาวิทยาลัยเพื่ออนุมัติ และจะทำพิธีมอบรางวัลในพิธีประสาทปริญญาของมหาวิทยาลัยประจำปีนั้น

มีผู้ได้รับรางวัลแล้ว 4 คน

คนแรกคือ ซีลา แม็คเคคนี (Sheila McKechnie) แอ็คติวิสต์ นักरणรงค์ และผู้นำสหภาพแรงงานผู้ต่อสู้เพื่อที่อยู่อาศัยของผู้ยากไร้ สิทธิสตรี และงานคุ้มครองผู้บริโภคมากมาย ได้รับเมื่อปี พ.ศ. 2542

คนที่สองคือ เจรมี่ มอรวริส (Jeremy Morris) นายแพทย์นักระบาดวิทยาชาวอังกฤษ ผู้ศึกษาวิจัยและผลักดันจนเป็นที่ยอมรับทั่วโลกว่า การออกกำลังกายคือวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้รับเมื่อปี พ.ศ. 2545

คนที่สามคือ โรเบิร์ต บีเกลโฮล (Robert Beaglehole) นายแพทย์ชาวนิวซีแลนด์ ผู้มีบทบาทสำคัญในการरणรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และการ

สร้างเสริมสุขภาพพระดับโลก ได้รับเมื่อปี พ.ศ. 2548

คนที่สี่คือ เซอร์จอห์น ครอฟตัน (Sir John Crofton) นายแพทย์ชาว สก๊อต ผู้ศึกษาวิทยาการรักษาวัดโรคอย่างยาวนาน ตั้งแต่ยาตัวแรกคือ สเตอริบโตมัยซิน พีเอเอส และไอโซไนอะซิด จนเป็นที่ยอมรับทั่วโลก ช่วย ผู้ป่วยโรคนี้ได้มากมายมหาศาล ได้รับเมื่อปี พ.ศ. 2551

ผู้ที่จะได้รับรางวัลนี้ จึงต้องเป็นผู้มีผลงานโดดเด่นระดับโลกอย่าง แท้จริง

นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นายแพทย์นักวิชาการด้าน สาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งแม้จะเป็นที่รู้จักในเมืองไทยไม่กว้างขวาง นัก แต่สถาบันระดับโลกยอมรับ คือผู้ได้รับรางวัลคนที่ 5



นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ประธานการประชุมเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการวิจัยและ พัฒนาเพื่อการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ในประเทศกำลังพัฒนา สมัชชาอนามัยโลก นครเจนีวา สวิตเซอร์แลนด์ พฤษภาคม 2551

ผลงานสำคัญชิ้นแรก

งานสำคัญชิ้นแรกในประเทศไทยของนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร คือการมีส่วนสำคัญในการเสนอแนะเลขาธิการคณะกรรมการประกันสังคมคนแรก คือ คุณอำพล สิงห์โกวินท์ ให้ใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวในการจัดบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน เมื่อเริ่มระบบประกันสังคมในปี พ.ศ. 2534

ก่อนหน้านั้น ผู้เชี่ยวชาญองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization หรือ ILO) ได้เสนอแนะให้กรมแรงงานขณะนั้น ใช้ระบบคิดค่าใช้จ่ายตามรายการการให้บริการ (Fee-For-Service) เช่นเดียวกับที่ใช้อยู่ในระบบของกองทุนทดแทนแรงงานซึ่งมีอยู่แล้ว โดยเสนอให้คุ้มครองเฉพาะกรณีคนไข้ใน (in patient) เท่านั้น เพราะเงินกองทุนที่คาดว่าจะเก็บได้จากผู้ประกันตนในอัตราร้อยละ 1.5 บวกกับการสมทบจากนายจ้างและรัฐบาลอีกฝ่ายละ 1.5% จะพอเพียงสำหรับการให้บริการเฉพาะคนไข้ในเท่านั้น ไม่สามารถครอบคลุมสิทธิประโยชน์กรณีคนไข้นอก (out patient) ด้วยได้

ขณะนั้นนายแพทย์วิโรจน์ เพิ่งจบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุขในระดับปริญญาเอกจากคณะสาธารณสุขและเวชศาสตร์เขตร้อนแห่งมหาวิทยาลัยลอนดอน โดยงานวิทยานิพนธ์ ได้รับเหรียญรางวัลวูดดรุฟฟ์ ปี พ.ศ. 2534 (Woodruff Medal 1991) ในฐานะเป็นวิทยานิพนธ์ยอดเยี่ยมจากคณะ และกลับมารับราชการต่อที่กระทรวงสาธารณสุข เมื่อต้นปี พ.ศ. 2534 นายแพทย์วิโรจน์ได้เสนอรูปแบบใหม่ต่อเลขาธิการประกันสังคม ให้โรงพยาบาลรับค่าบริการเป็นเงินเหมาจ่ายรายหัว คนละ 750 บาทต่อปี แทนระบบคิดค่าใช้จ่ายตามรายการการให้บริการ โดยมีข้อเสนอสำคัญที่ชวนดึงดูดใจมากคือ ด้วยเงินเหมาจ่ายรายหัวปีละ 750 บาท สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายทั้งคนไข้ในและคนไข้ในอัตรา 750 บาทต่อปี คิดคำนวณง่าย ๆ จาก ค่าใช้จ่ายคนไข้ในออกปีละ 3 ครั้ง ครั้งละ 150 บาท เป็นเงิน 450 บาท คนไข้ใน 0.1 ครั้งต่อคน เฉลี่ยครั้งละ 3,000 บาท เป็นเงิน 300 บาท รวม 750 บาท โดยคาดว่าปีแรก ๆ จะมีคนไข้

มาใช้บริการน้อยกว่าที่คาดไว้ ทำให้โรงพยาบาลสามารถทำกำไรได้ โดยโรงพยาบาลจะได้รับเงินเหมาจ่ายล่วงหน้าเดือนต่อเดือน และผู้ประกันตนจะไม่ต้องจ่ายเงินเมื่อไปรับบริการ ซึ่งเป็นข้อดีกว่าสวัสดิการข้าราชการที่ในขณะนั้นข้าราชการจะต้องจ่ายเงินไปก่อนสำหรับกรณีเป็นคนไข้นอกแล้วมาเบิกคืนภายหลัง

ข้อเสนอดังกล่าวนี้นับว่าน่าดึงดูดใจมาก โดยเฉพาะข้อที่สามารถให้บริการครอบคลุมกรณีคนไข้นอกได้ด้วย ซึ่งย่อมเป็นประโยชน์ต่อผู้ประกันตนอย่างมาก

ยังมีข้อจำกัดสำคัญ 2 ประการ ที่ทำให้ระบบประกันสังคมต้องเลือกระบบเหมาจ่ายรายหัว

ประการแรก พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กำหนดให้กฎหมายมีผลบังคับใช้เมื่อครบ 180 วัน หลังประกาศในราชกิจจานุเบกษา ทำให้สำนักงานประกันสังคมมีเวลาจำกัดมากในการสร้างระบบบริการทางการแพทย์ จึงแทบจะเป็นไปไม่ได้เลยที่จะเลือกใช้ระบบคิดค่าใช้จ่ายตามการให้บริการ ซึ่งจะต้องมีการวางระบบตรวจสอบที่ยุ่งยากซับซ้อนและใหญ่โตมโหฬาร เพราะจำนวนผู้ประกันตนระยะแรกซึ่งครอบคลุมสถานประกอบการที่มีพนักงาน 20 คนขึ้นไป ราว 1.8 ล้านคน ถ้าไปรับบริการคนละ 3 ครั้งต่อปี จะต้องมีเอกสารค่ารักษาพยาบาลให้ต้องตรวจสอบค่าใช้จ่ายถึง 5.4 ล้านฉบับ

ประการที่สอง หากใช้ระบบคิดค่าใช้จ่ายตามรายการการให้บริการ จะมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ได้ เพราะจะมีการเบิกค่าใช้จ่ายในอัตราสูงเกินสมควร จากกรณีต่าง ๆ ได้แก่ 1) การให้บริการเกินความจำเป็นทั้งในการตรวจวินิจฉัย และการรักษา ดังปรากฏเป็นปัญหากับหลายประเทศที่ใช้ระบบนี้ และที่เกิดขึ้นแล้วในระบบกองทุนทดแทนแรงงานที่กรมแรงงานดูแลอยู่ 2) เมื่อจำกัดการให้บริการเฉพาะคนไข้ใน ก็เกิดกรณีการรับคนไข้ไว้เป็น ‘คนไข้ใน’ ทั้ง ๆ ที่ไม่มีความจำเป็น เพื่อให้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ และ 3) กรณีการเบิกเท็จ

หากใช้ระบบคิดค่าใช้จ่ายตามรายการการให้บริการ ประกันสังคมจำเป็นต้องหาทางควบคุมค่าใช้จ่ายโดยวิธีการต่างๆ ได้แก่ 1) การกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาแต่ละครั้ง ซึ่งจะทำให้เกิดปรากฏการณ์ให้การตรวจรักษาจนชนเพดานเพื่อให้เบิกค่าใช้จ่ายได้มากที่สุด เมื่อชนเพดานแล้วโรงพยาบาลก็อาจจะจำกัดการรักษา และคนไข้ก็อาจถูก ‘ลอยแพ’ 2) กำหนดให้ผู้ประกันตนต้อง ‘ร่วมจ่าย’ (copay) ซึ่งย่อมสร้างภาระแก่ผู้ประกันตนโดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อย 3) เมื่อกองทุนใกล้ ‘หมดหน้าตัก’ ก็อาจจำเป็นต้องเพิ่มอัตราการหักเงินเดือนให้สูงขึ้น ซึ่งจะสร้างความเดือดร้อนให้แก่ทั้งผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล

ข้อจำกัดสำคัญของระบบเหมาจ่ายคือ จำเป็นต้องจำกัด ‘การเลือก’ ไปใช้บริการของผู้ประกันตน จะเลือกใช้บริการตามใจชอบไม่ได้ ซึ่งสามารถลดข้อจำกัดนี้ลงได้โดย 2 กลไก คือ 1) ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิ์เลือกโรงพยาบาลปีละครั้ง และ 2) กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถไปรับบริการที่ใดก็ได้

เมื่อเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียแล้ว จะเห็นว่าระบบเหมาจ่ายรายหัวมีข้อดีมากกว่าระบบคิดค่าใช้จ่ายตามรายการการให้บริการมากมาย โดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมกรณีคนไข้นอก และมีหลักประกันความมั่นคงของกองทุนระยะยาว ป้องกันปัญหาที่จะเกิดกับทั้งผู้ประกันตน นายจ้าง และรัฐบาล ในที่สุดประกันสังคมก็ตัดสินใจเลือกระบบเหมาจ่ายรายหัวแทนระบบคิดค่าใช้จ่ายตามรายการการให้บริการ

ข้อสำคัญได้ตัดสินใจจ่ายค่าเหมาจ่ายรายหัวเพียงปีละ 700 บาท มีเซ่ 750 บาท ตามการคาดคำนวณ ด้วยเหตุผลสำคัญคือ เชื่อว่าผู้ประกันตนจะไปใช้บริการในปีแรก ๆ ต่ำกว่าที่คาดมาก

นับเป็นการตัดสินใจที่ถูกต้องอย่างยิ่ง ไม่เพียงแต่ทำให้ระบบประกันสังคมมีความมั่นคงเท่านั้น แต่ยังเป็นพื้นฐานสำคัญทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ ‘หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ’ สามารถปรากฏเป็นจริงขึ้นได้ในประเทศไทยในเวลาต่อมา

การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การตัดสินใจใช้ระบบเหมาจ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของ ประกันสังคม โดยกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวปีละ 700 บาท เป็นการตัดสินใจที่ถูกต้องบนพื้นฐานทั้งทางทฤษฎีและข้อมูลจากการคำนวณอย่าง ชาญฉลาด

เป็นไปตามคาด ในปีแรก ผู้ประกันตนยังไปใช้บริการต่ำกว่าที่ คาดไว้มาก จากที่คำนวณไว้ปีละ 3 ครั้ง ไปใช้บริการจริงเพียง 1 ครั้งเศษๆ เท่านั้น สำหรับคนไข้ในก็มีอัตราต่ำกว่าที่คาดไว้มากมาย จนถึงปี พ.ศ. 2553 อัตราการใช้บริการคนไข้ในยังต่ำมาก เพียง 0.049 ครั้งต่อคนต่อปีเท่านั้น ยังไม่ถึงครึ่งของ 0.1 ครั้ง ต่อคนต่อปี หลังจากเริ่มระบบประกันสังคม ไปเกือบ 20 ปีแล้ว

ความจริงที่ปรากฏเหล่านี้ สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุก ฝ่าย ได้แก่ 1) ผู้ประกันตนพึงพอใจที่ได้รับบริการครอบคลุมกรณีคนไข้นอก ด้วย 2) โรงพยาบาลที่ให้บริการ พึงพอใจที่สามารถทำกำไรได้โดยเฉพาะใน ช่วง 4-5 ปีแรก โรงพยาบาลส่วนมากทำกำไรได้เป็นกอบเป็นกำ บางแห่ง หรือบางเครือข่ายถึงขั้นร่ำรวย จนสามารถลงทุนขยายเตียง ขยายสาขา ได้มาก 3) ประกันสังคมพอใจที่สามารถให้บริการได้เกินกว่าที่คิดไว้ และ นอกจากสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้แล้ว กองทุนยังมีความมั่นคงอย่างดี นอกจากไม่ต้องเพิ่มอัตราเงินสมทบให้สูงกว่าร้อยละ 1.5 ของเงินเดือนแล้ว ยังสามารถลดอัตราเงินสมทบทั้งจากผู้ประกันตน และนายจ้าง ในบางช่วง บางปี และรัฐบาลเองก็ลดการจ่ายสมทบในช่วงที่มีปัญหาทางการเงินการคลังด้วย แม้กระนั้นในปัจจุบันยังมีเงินกองทุนส่วนนี้เหลืออยู่กว่าแสน ล้านบาท

แม้ผลออกมาเป็นที่น่าพอใจ แต่นายแพทย์วิโรจน์ ยังมีได้พ้อใจกับ ระบบที่ประสบความสำเร็จ เพราะสิ่งที่เป็นความฝันสูงกว่านั้นคือการขยาย ระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน จึงได้ทำการ ศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ด้วยการพัฒนารูปแบบ 'บัตร สุขภาพ' ต่อจากที่นายแพทย์อมร นนทสูต ได้ริเริ่มไว้โดยงานดังกล่าวเป็น

วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก ซึ่งได้รับรางวัลทรงเกียรติจากสถาบันการศึกษาของตนในอังกฤษดังกล่าวแล้ว

เพื่อสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนคนไทยทุกคน นายแพทย์วิโรจน์ ได้สร้าง ‘ภาพประติมา’ ของระบบดังกล่าวไว้พร้อมพอสมควร มีตัวเลขเสร็จสรรพว่าภาพฝันดังกล่าวสามารถสร้างได้โดยจะต้องใช้เงินเพิ่มจากที่รัฐบาลใช้อยู่แล้วเป็นจำนวนเท่าใด เพื่อให้ ‘ผู้นำ’ ที่ต้องการกำหนดนโยบายนี้ สามารถตัดสินใจได้ด้วยคามมั่นใจ บนพื้นฐานข้อมูล มิใช่การคาดเดา

เมื่อนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นำข้อเสนอนี้เสนอต่อ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ระหว่างที่กำลังก่อตั้งพรรคไทยรักไทยให้เป็นพรรคการเมืองแนวใหม่ ที่มุ่งหาเสียงด้วยการประกาศนโยบายที่เป็นรูปธรรม แทนการกล่าวปราศรัยโจมตีคู่แข่ง นายแพทย์สงวนซึ่งมีตัวเลขจากนายแพทย์วิโรจน์อยู่ในมือแล้ว ทั้งจำนวนประชากรที่ยังไม่มีหลักประกันและจำนวนเงินที่ต้องใช้เพื่อให้หลักประกันครอบคลุมคนทั้งประเทศ ทำให้ พ.ต.ท.ทักษิณ ตัดสินใจ ‘รับ’ เรื่องนี้เป็นนโยบาย และได้ลงมือทำจริงต่อมาเมื่อพรรคไทยรักไทยชนะเลือกตั้ง และ พ.ต.ท.ทักษิณ ได้เป็นนายกรัฐมนตรีสมัยแรก

เมื่อถึงเวลาต้องเริ่มลงมือจริง พ.ต.ท.ทักษิณ ได้เรียกประชุม ‘เวิร์คช็อป’ ที่ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล นายแพทย์วิโรจน์เป็นผู้เสนอข้อมูลที่เป็นตารางแสดงรายการค่าใช้จ่ายทุกรายการอย่างชัดเจน ละเอียดหมดว่าแต่ละรายการต้องใช้เงินปีละกี่บาท กี่สตางค์ ซึ่งเป็นตัวเลขที่ได้จากการศึกษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน มีประสบการณ์จริงทั้งจากระบบประกันสังคม และผลการศึกษาวิจัยอีกหลายชิ้น สามารถตอบคำซักถามทุกข้อด้วยความมั่นใจ และชัดเจน

อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับปี พ.ศ. 2544-2545 ซึ่งเป็นปีแรกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นายแพทย์วิโรจน์เสนอ เพียง 1,202 บาทต่อคนต่อปี สามารถครอบคลุมทั้งคนไข้นอกคนไข้ใน และอื่น ๆ ข้อสำคัญสามารถให้บริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคได้ด้วย

ซึ่งเป็นความก้าวหน้ากว่าระบบประกันสังคมที่ครอบคลุมเฉพาะการรักษาพยาบาลเท่านั้น

ตัวเลข 1,202 บาท ถูกวิจารณ์จากนักเศรษฐศาสตร์ต่างสำนักว่าต่ำไปมาก แต่ความเป็นจริงได้พิสูจน์แล้วว่า เป็นตัวเลขจากการคำนวณที่แม่นยำ เพราะสามารถยืนอัตรานี้ได้ถึง 3 ปี โดยระบบสามารถพัฒนาไปได้ และเงินจำนวนนี้ยังสามารถแบ่งไปสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการและอื่น ๆ อีกมากมายได้ด้วย

ที่สำคัญ เมื่อเริ่มระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยค่าเหมาจ่ายรายหัวเพียง 1,202 บาท นายแพทย์วิโรจน์และผู้ร่วมอุดมการณ์ยังได้ตัดสินใจอย่างกล้าหาญ สร้างความยั่งยืนของระบบด้วยการใช้เงิน 1,202 บาทน้อยอย่างประหยัดยิ่ง ขณะนั้น ประกันสังคมใช้ตัวเลขค่าเหมาจ่ายรายหัวรวมคนละ 1,250 บาทต่อปี โดยครอบคลุมบริการอย่างจำกัด ได้แก่ 1) ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วย ‘นอกรงาน’ เท่านั้น หากเจ็บป่วยจากการทำงาน สามารถเบิกจ่ายจากกองทุนทดแทนแรงงาน 2) ไม่ครอบคลุมเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3) กรณีคลอดเบิกจ่ายต่างหาก 4) ไม่ครอบคลุมบริการทันตกรรม 5) ไม่มีระบบการจ่ายชดเชยค่าเสียหายเบื้องต้นจากการให้บริการ และ 6) ให้บริการแก่คนวัยแรงงาน ซึ่งเจ็บป่วยน้อยกว่าคนสูงอายุ และเด็กมาก ทำให้อัตราเหมาจ่าย 1,250 บาท ของประกันสังคม สร้างกำไรให้แก่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้อย่างเป็นกอบเป็นกำ

สร้างผลกำไร เหตุหนึ่งเพราะแท้จริงแล้วอัตราดังกล่าวคิดรวมค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรไว้ด้วย ขณะที่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลที่ให้บริการกว่าร้อยละ 90 เป็นโรงพยาบาลของรัฐ เมื่อเริ่มระบบดังกล่าวจึงมีการตัดสินใจครั้งสำคัญ คือ สำหรับโรงพยาบาลของรัฐ จะมีการ ‘หักเงินเดือน’ เจ้าหน้าที่ที่ออกจากค่าเหมาจ่ายรายหัว 1,202 บาท นั้นด้วย ทำให้เมื่อเริ่มระบบหลักประกันสุขภาพ โรงพยาบาลของรัฐได้ค่าเหมาจ่ายรายหัวเฉลี่ยคนละ 613 บาท เท่านั้น

เงิน 613 บาท ต่อหัว เป็นตัวเลขที่ดูต่ำมาก โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับ

ประกันสังคม 1,250 บาท ซึ่งให้บริการจำกัดกว่ามาก และหากเทียบกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยิ่งต่ำกว่ามาก แต่ด้วยหลักการตามพระบรมราชาโฆวาทแห่งพระมหากษัตริย์และพระบรมวงศานุวงศ์ แห่งราชวงศ์จักรีวงศ์ 3 พระองค์ คือ

- พระบรมราชาโฆวาทแห่งพระปิยมหาราชเจ้า ที่พระราชทานแก่พระเจ้าบรมวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมนัสวัฒนทิติ กรมขุนพิทยลาภพฤฒิธาดา ที่ว่า

ความรู้คู่เปรียบด้วย	กำลัง กายเฮย
สุจริตคือเกราะบัง	ศาสตร์พร้อม
ปัญญาประดุจดั่ง	อาวุธ
กุศลดีต่างโล่ป้อง	อาจแกลั้วกลางสนาม

- สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตัวเป็นกิจที่สอง
ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง
ลามก ทร์พย์ และเกียรติยศ จะตกมาแก่ท่านเอง
ถ้าท่านทรงธรรมแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์

- พระปฐมบรมราชโองการแห่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช

เราจะครองแผ่นดินโดยธรรม
เพื่อประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยาม

ในที่สุดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยก็สามารถสถาปนาขึ้นได้เป็นผลสำเร็จด้วยการประหยัดอย่างยิ่ง และสามารถพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้อย่างน่าชื่นชม ตามหลักการสำคัญที่ปรากฏในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 คือ ‘ความเป็นธรรม คุณภาพ และประสิทธิภาพ’

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมิใช่เป็นแค่ความฝัน แต่ปรากฏเป็นจริงแล้ว นอกจากก่อประโยชน์มากมายแก่ประชาชนชาวไทยแล้ว ยังเป็นที่ยอมรับและชื่นชมของชาวโลกด้วย

เป็นระบบที่เป็นไปตามหลักการ ‘ความเป็นธรรม คุณภาพ และประสิทธิภาพ’ อย่างแท้จริง น่าเสียดายที่ยังมี ‘สัตว์เศรษฐกิจ’ บางคนพยายาม ‘หาประโยชน์’ ส่วนตนจากระบบนี้ และผู้ปกครองที่ ‘โหดเขลา’ นอกจากนี้ไม่ปกป้องแล้วบางคนบางช่วงเวลายังมุ่งทำลายด้วย

แน่นอน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย สำเร็จเพราะหลายคนหลายฝ่ายมีส่วนร่วม แต่นายแพทย์วิโรจน์ คือ ‘นายช่าง’ คนสำคัญถ้าระบบนี้คือ ‘ประติมาศธารณสุขไทย’ นายแพทย์วิโรจน์คือนายช่างผู้รังสรรค์คนสำคัญโดยแท้

ในฐานะนักสาธารณสุขคนหนึ่ง ผลงานเพียงสองชิ้นนี้ ก็ควรค่าแก่การที่นายแพทย์วิโรจน์จะได้รับเหรียญรางวัลเอเดวิน แซดวิก อันทรงเกียรติแล้ว

นายช่างผู้มีไออย่างต่อเนื่อง

แม้ ‘ประติมาศธารณสุข’ คือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะได้อัปเดตอย่างชัดเจนแล้ว แต่ยังคงต้องการการตกแต่งและสร้างเสริมให้เสร็จสมบูรณ์อีกเป็นอันมาก เช่น ชุ่มเวียนแก้ว หรือฐานชุกชี ตลอดจนการลงรัก ปิดทอง รวมทั้งยังจำเป็นต้องมีองค์ปฏิมารของบรรดาสาวก อัครสาวก อีกด้วย ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยที่เริ่มต้นในปี 2544 ยังต้องการการพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง ‘นายช่าง’ อย่างนายแพทย์

วิโรจน์ ย่อมไม่ได้รับการเรียกใช้หรือปรึกษาหารืออย่างใกล้ชิดเป็นระยะ ๆ

นอกจากระบบบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งครอบคลุมเพิ่มจากระบบประกันสังคม และมีการกำหนดมาตั้งแต่ต้นแล้ว ระบบการบริหารจัดการเรื่องสำคัญที่พัฒนาต่อจากประกันสังคมอีกระบบหนึ่ง ซึ่งสามารถแก้ปัญหาที่เป็นจุดอ่อนสำคัญของระบบประกันสังคม คือ การแยกระบบการเงินการคลังของ ‘คนไข้ใน’ ออกจากระบบการเงินการคลังของ ‘คนไข้นอก’ นั่นคือ ไม่ ‘เหมารวม’ อยู่ในระบบเหมาจ่ายทั้งหมด โดยในส่วนของคนไข้ใน ให้ใช้ระบบการจ่ายตามระบบการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group หรือ DRG) โดยการกำหนดเพดานรวมไว้ (with global budget) เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายมิให้บานปลายโดยไม่สมควร นับว่าเป็นความพร้อมของประเทศไทย ต้องชื่นชม นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุโนทัย ซึ่งเป็นผู้ริเริ่ม วางรากฐานและพัฒนาระบบ DRG ในระบบสาธารณสุขมาก่อนล่วงหน้าหลายปี ทำให้สามารถใช้ระบบ DRG ได้ทัน่วงที



นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
ณ ห้องทำงานสำนักงาน
พัฒนานโยบายสุขภาพ
ระหว่างประเทศ

วิธีการดังกล่าว สามารถแก้ปัญหาโรงพยาบาล ‘กักตัว’ หรือ ‘ไม่ยอมส่งต่อ’ คนไข้ไปรับบริการในระดับสูงขึ้น เพราะได้รับเงินเหมาจ่ายไว้ทั้งหมดแล้ว จึงไม่อยากไป ‘ตามจ่าย’ เมื่อต้องส่งคนไข้ไปโรงพยาบาลอื่น ซึ่งเป็นปัญหาของระบบประกันสังคมที่ขาดการพัฒนาอย่างน่าเสียดาย

นอกจากการแก้ปัญหาสำคัญดังกล่าวแล้ว นายแพทย์วิโรจน์ ยังมีบทบาทสำคัญในการขยายสิทธิประโยชน์ให้แก่ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกหลายรายการ เช่น

- เป็นผู้คิดคำนวณ ค่าใช้จ่ายเรื่องยาด้านไวรัสเอดส์ โดยคิดจำนวนเงินที่รัฐต้องแบกรับและทำการประมาณการไปข้างหน้าหลายปี ทำให้รัฐบาลสามารถตัดสินใจได้ว่าจะให้สิทธิประโยชน์ในเรื่องนี้หรือไม่ อย่างไร และเมื่อใด ปัจจุบันสำคัญคือความสามารถขององค์การเภสัชกรรมที่สามารถผลิตยาด้านไวรัสเอดส์ได้ในราคาที่ถูกดกลงกว่ายาดันแบบจากต่างประเทศมากกว่า 20 เท่า รวมทั้งการผลิตยาด้านไวรัสจากกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน หรือ เอ็นจีโอ (NGO) ทั้งในระดับสากลและในประเทศไทยและกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ทำให้ประเทศไทยประกาศนโยบาย ‘การเข้าถึงยาด้านไวรัสเอชไอวี / เอดส์อย่างถ้วนหน้า (Universal ART)’ และเริ่มให้บริการได้ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 เป็นผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย เข้าถึงยาด้านไวรัสได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ข้อสำคัญคือการเน้นความสำคัญของการมีระบบข้อมูลเพื่อกำกับติดตามให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันปัญหาเชื้อดื้อยา ซึ่งนอกจากจะทำให้ต้องไปใช้ยาราคาแพงก่อนเวลาอันสมควร ทำให้รัฐต้องแบกรับค่ายาราคาแพงโดยใช่เหตุแล้ว ผู้ป่วยยังต้องรับผลข้างเคียงของยาเพิ่มขึ้นด้วย
- การศึกษาความคุ้มค่า ความเป็นไปได้ และการยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของการให้บริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จากผลการศึกษาที่เกาะติดเรื่องนี้มานานหลายปี

โดยครอบคลุมเนื้อหาในหลายแง่มุม ทำให้ได้ข้อเสนอทางเลือก นโยบาย ให้ชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมการทดแทนไตทั้งสามวิธี ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือด และการปลูกถ่ายไต ตามลำดับ การสนับสนุนให้มีการล้างไตทางช่องท้องเป็นวิธีการแรกจากเดิมที่ต้องพึ่งพาการฟอกเลือดอย่างเดียว การล้างไตทางช่องท้อง มีข้อดีคือคนไข้พึ่งพาแพทย์ พยาบาลและสถานพยาบาลน้อยลง เพราะสามารถทำเป็นประจำได้เองที่บ้าน และยังช่วยให้ของเสียและน้ำส่วนเกินในร่างกายถูกขับออกจากร่างกายสม่ำเสมอทุกวัน วันละ 4 ครั้ง ทำให้สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ต่างจากการล้างไตโดยการฟอกเลือด ซึ่งกระทำเพียงสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ปัจจุบันผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเข้าสู่ระบบการล้างไตทางช่องท้องเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนบริษัทผลิตน้ำยาล้างไตส่งขายให้แทบไม่ทัน และในที่สุด ก็มีผู้ผลิตน้ำยาล้างไตทางช่องท้องตัดสินใจมาลงทุนสร้างโรงงานผลิตน้ำยาล้างไตขึ้นในประเทศแล้ว แทนการต้องสั่งซื้อและขนส่งมาจากต่างประเทศ ซึ่งแน่นอนว่าต้องเสียค่าขนส่งมากมาย และอาจมีปัญหา ‘ขลุกขลัก’ จากการขนส่งในบางครั้งด้วย

- ช่วงมหาอุทกภัยในปี 2554 โรงพยาบาลบางแห่งต้องปิดบริการ คนไข้ที่ล้างไตในโรงพยาบาล หลายรายติดน้ำท่วม เดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลไม่ได้ ที่ยังเดินทางได้แต่โรงพยาบาลปิดบริการ ต้องตระเวนไปขอรับบริการจากโรงพยาบาลอื่น ก็ประสบปัญหา ‘คิวเต็ม’ ทำให้ถึงขั้นเสียชีวิตไปหลายราย แต่ผู้ป่วยที่ล้างไตเองทางช่องท้องสามารถช่วยตัวเองได้ แม้ว่าจะท่วมรอบบ้าน เพราะสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้บริการโดยส่งน้ำยาล้างไตให้ถึงบ้าน บางรายต้องหนีน้ำไป ‘พักพิง’ ตามศาลาวัด ก็สามารถขนน้ำยาติดตัวไปล้างไตเองได้ในศาลาวัด

- การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องความคุ้มค่าของการใช้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ โดยการศึกษาในพื้นที่สองจังหวัดในประชากรกลุ่มอายุต่างๆ และสถานะสุขภาพต่างๆ ทำให้รัฐบาลสามารถตัดสินใจเริ่มและขยายโครงการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ให้แก่ประชากรกลุ่มต่างๆ อย่างเหมาะสมตามระดับความคุ้มค่า ซึ่งโครงการดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดโรคได้อย่างชัดเจน เกิดผลดีทั้งในแง่ที่ประชาชนไม่ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ ญาติพี่น้องของผู้ป่วยไม่ต้องเดือดร้อนในการดูแล โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสามารถลดภาระลงได้ และรัฐสามารถลดค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแล และรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยโรคนี้อย่างได้ด้วย

ผลงานเหล่านี้ล้วนมีส่วนในการพัฒนาคุณภาพ และเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ประชาชนในระบบอย่างต่อเนื่อง เป็นการเพิ่มความสมบูรณ์ให้แก่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งด้านความเป็นธรรมด้านคุณภาพ และด้านประสิทธิภาพ

แบบอย่างของนักวิชาการ

มี ‘นักวิชาการ’ จำนวนไม่น้อย ที่ควรจะทำงานวิชาการแต่ไม่ได้ทำ เช่น มีดอกเตอร์จำนวนหนึ่งที่ฝรั่งเรียกว่า ‘ดอกเตอร์กล้วย’ (banana doctor) เพราะตลอดชีวิตทำงานศึกษาวิจัยเพียงชิ้นเดียว คือ งานวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกของตน หลังจากนั้นแล้วก็ไม่ทำงานวิจัยที่สมควรเรียกว่า ‘งานวิจัย’ อีกเลย เหมือนต้นกล้วย ซึ่งมีธรรมชาติคือออกเครือเพียงหนเดียวในชีวิต หลังจากนั้นก็จะยืนต้นตายหรือไม่ก็ถูกโค่นเอาไปเป็นอาหารหมู

แต่นายแพทย์วิโรจน์ เป็นดุษฎีบัณฑิตที่มีผลงานการศึกษาวิจัยคุณภาพดีออกมาอย่างต่อเนื่อง สามารถตีพิมพ์ในวารสารวิชาการคุณภาพระดับนานาชาติ ที่มีคณะนักวิชาการตรวจสอบก่อนรับตีพิมพ์ (International Peer Review Journal) ตีพิมพ์ครั้งแรกโดยเป็นผู้นิพนธ์ชื่อแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ก่อนจะศึกษาจบปริญญาเอก (ในปี พ.ศ. 2533) เสียอีก หลังจากนั้น

ก็มีผลงานตีพิมพ์เผยแพร่ในระดับดังกล่าวต่อเนื่องเกือบทุกปี นับถึง พ.ศ. 2558 มีผลงานระดับนานาชาติตีพิมพ์แล้วถึง 154 เรื่อง โดยเป็นผลงานที่เป็นชื่อแรกถึง 53 เรื่อง ในช่วงระยะเวลา 26 ปี

เมธีวิจัยอาวุโส

นายแพทย์วิโรจน์ได้รับเลือกจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยให้เป็น ‘เมธีวิจัยอาวุโส’ ถึงสองช่วง ช่วงแรกระหว่างปี พ.ศ. 2541-2544 และช่วงที่สองระหว่างปี พ.ศ. 2544-2547 ในด้านการคลังสุขภาพและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

โครงการ ‘เมธีวิจัยอาวุโส’ ดังกล่าวเป็นโครงการร่วมระหว่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อบ่มเพาะและสร้างนักวิจัยรุ่นหนุ่มสาวที่ ‘มีแวว’ และมีความตั้งใจมุ่งมั่นที่จะทำงานเป็นนักวิจัยด้าน ‘ระบบและนโยบายด้านสุขภาพ’ (Health System and Policy Research) โครงการดังกล่าวมีตัวชี้วัดสำคัญคือนอกเหนือจากการสร้างนักวิจัยรุ่นหนุ่มสาวขึ้นแล้ว จะต้อง มีผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องในสาขาที่กล่าวแล้วตีพิมพ์ในวารสารวิชาการคุณภาพนานาชาติอย่างน้อย 12 ชิ้น ในช่วงสามปี โครงการของนายแพทย์วิโรจน์เป็นโครงการที่เชื่อมกับสถาบันวิชาการชั้นนำในอังกฤษคือ โครงการการคลังและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขของโรงเรียนเก่าของนายแพทย์วิโรจน์ คือ คณะสาธารณสุขและเวชศาสตร์เขตร้อนแห่งมหาวิทยาลัยลอนดอน ที่มีผู้นำคนสำคัญคือศาสตราจารย์แอนน์ มิลล์ (Anne Mills) ผู้ซึ่งต่อมาได้รับรางวัลเจ้าฟ้ามหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2552

ภายในประเทศ โครงการเมธีวิจัยอาวุโสของนายแพทย์วิโรจน์ทำงานร่วมกับสถาบันการศึกษา เช่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และมหาวิทยาลัยนเรศวร มีนักวิชาการคนสำคัญที่ทำงานร่วมคือ นายแพทย์ธาดา ยิบอินซอย แห่งมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โครงการดังกล่าวมีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการอย่างพิถีพิถัน นำมาพุ่มพักและบ่มเพาะด้วยการศึกษาและทำงานวิชาการ เป็นลูกศิษย์ใกล้ชิดของนายแพทย์

วิโรจน์ จน 'ได้ที่' แล้วจึงส่งไปศึกษาต่อที่มหาวิทยาลัยต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ มหาวิทยาลัยที่ส่งไปมากคือมหาวิทยาลัยลอนดอน ตลอดทั้งสองช่วง นายแพทย์วิโรจน์สามารถสร้างนักวิจัยคุณภาพหน้าใหม่ และสามารถสร้างผลงานวิจัยคุณภาพตีพิมพ์ได้เกินกว่าเป้าหมาย ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ทำให้ประเทศไทยมีนักวิชาการและระบบงานด้านระบบและนโยบายสุขภาพที่ทรงคุณภาพเป็นที่ยอมรับอย่างสูงทั้งในระดับชาติและระดับสากล

เพื่อให้การสร้างงานวิจัยและการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยหน้าใหม่ที่มีคุณภาพระดับสากล ได้มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ มีความมั่นคงและยั่งยืน นายแพทย์วิโรจน์ ได้ก่อตั้ง 'สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ' (International Health Policy Program หรือ IHPP) ขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2544 ปีเดียวกับที่นำเสนอตัวเลขอัตราเหมาจ่ายรายหัวในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำเนียบรัฐบาล เมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2544 และก่อตั้ง HITAP หรือสำนักงานโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program) ซึ่งทำหน้าที่ประเมินงานด้านสุขภาพอย่างมีอาชีพ ทำให้สามารถตัดสินใจลงทุนด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผลโดยแท้จริง ก็ก่อตั้งและดำเนินการโดยศิษย์เอกคนหนึ่งของนายแพทย์วิโรจน์ ที่ตัดสินใจมาเป็นลูกศิษย์นายแพทย์วิโรจน์เพื่อศึกษาและทำงานด้านนี้ แทนการไปเป็นอาจารย์ในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จาก 'หมอบ้านนอก' ผงาดสู่เวทีสากล

นายแพทย์วิโรจน์ เป็นคนกรุงเทพฯ โดยกำเนิด เกิดที่โรงพยาบาลหัวเฉียว เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2497 เรียนจบประถม 4 ที่โรงเรียนวัฒนาวุฒิวิทยา (เหลียงฮั่วหักเหา) ประถม 5-7 ที่โรงเรียนสยามวิทยาลัยมัธยมศึกษา 1-5 ที่โรงเรียนอัสสัมชัญบางรัก เรียนเตรียมแพทย์ 2 ปี ที่คณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล จบแพทยศาสตรบัณฑิตที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อปี พ.ศ. 2522 เป็นแพทย์ฝึกหัดที่

โรงพยาบาลราชวิถี ได้รับความช่วยเหลือเป็นแพทย์ใช้ทุนที่โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่สุดคือ 10 เตียง อยู่หนึ่งปี จึงย้ายไปอยู่โรงพยาบาลตระการพิษผล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในจังหวัดเดียวกัน



นักเรียนชั้น มศ. 3 c รร. อัสสัมชัญ บางรัก ปี พ.ศ. 2513

นายแพทย์วิโรจน์ เริ่มสนใจงานวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยได้ทำการ ‘พัฒนาระบบบัญชีต้นทุน (Cost Accounting System)’ ของโรงพยาบาลตระการพิเศษ เมื่อปี พ.ศ. 2527 ซึ่งเป็นผลงานที่ ‘เข้าตา’ แพทย์รุ่นพี่คือ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ซึ่งเคยทำกิจกรรมร่วมกันช่วงหลัง 14 ตุลา 2516 และเข้าไปมีบทบาทสำคัญในกระทรวงสาธารณสุขแล้ว

ท่านอาจารย์ประเวศ วะสี และแพทย์รุ่นเก่าหลายท่านได้มีการประชุมปรึกษาหารือกันเป็นประจำทุกเดือนที่สวนสามพราน จึงเรียกชื่อเล่นว่า ‘กลุ่มสามพราน’ อาจารย์ประเวศ ได้แจ้งว่ามีทุนจากมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์มาหนึ่งทุนสำหรับการเรียนปริญญาเอก กลุ่มสามพรานเห็นตรงกันว่า ต้องเป็น ‘วิโรจน์’ และได้มอบหมายให้นายแพทย์สุวิทย์ เป็นผู้ไปชักชวน ช่วงนั้นนายแพทย์วิโรจน์ ย้ายไปทำงานที่โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ขณะนั้นยังอยู่กับจังหวัดอุบลราชธานี นายแพทย์วิโรจน์ได้รับโทรศัพท์แจ้ง ‘ข่าวดี’ เรื่องทุนจากมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์จากนายแพทย์สุวิทย์ ขณะเดินทางไปที่จังหวัดเลย เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2530 วันนั้นฝนตกฟ้าซ้ำ

นายแพทย์วิโรจน์ทำวิทยานิพนธ์เรื่องบัตรสุขภาพโดยมาเก็บข้อมูลในประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ นายแพทย์วิโรจน์ไปเข้าบ้านอยู่ในชุมชนแออัดที่จังหวัดเชียงใหม่ จึงไม่เพียง ‘โฉบ’ ไปสัมภาษณ์หาข้อมูลเท่านั้น แต่ไปใช้ชีวิตคลุกคลีอยู่กับชาวบ้านยากจน ทำให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งถึงแก่น และไม่แปลกที่งานวิทยานิพนธ์ชิ้นนั้นจะได้รับรางวัลวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกดีเด่น (Woodruff Medal 1991) จากคณะสาธารณสุขและเวชศาสตร์เขตร้อน แห่งมหาวิทยาลัยลอนดอน จดหมายแจ้งข่าวจากมหาวิทยาลัยลอนดอนลงวันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2536 พร้อมทั้งเหรียญรางวัลได้จัดส่งทางไปรษณีย์ไปที่บ้านที่หมู่บ้านปัญญา เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ นายแพทย์วิโรจน์เป็นคนไทยเพียงคนเดียวที่ได้รับรางวัลนี้และเป็นลำดับที่ 9 จากจำนวนผู้ได้รับรางวัลนี้ทั้งหมด 23 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึง 2546 (ค.ศ.1984-2003)

นายแพทย์วิโรจน์ กลับมาทำงานที่กระทรวงสาธารณสุขวันแรก เมื่อวันพุธที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2534 และได้ใช้วิชาความรู้ เสนอให้ประกันสังคมใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเริ่มให้บริการครั้งแรกตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2534

งานสำคัญต่อมา คือการจัดทำ 'บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ' (Thai National Health Account) สำเร็จเมื่อปี พ.ศ. 2537 และงานอื่นๆ อีกมากมาย

นอกจากผลงานโดดเด่นจำนวนมากในประเทศแล้ว นายแพทย์วิโรจน์ เริ่มเป็นที่รู้จักในเวทีสุขภาพระหว่างประเทศ จนมีชื่อเสียงขจรขยายไปทั่ว เช่น

- เป็นที่ปรึกษาระยะสั้นให้แก่โครงการกองทุนช่วยเหลือเด็ก (Save the Children Fund) ของอังกฤษ ซึ่งไปทำงานด้านการคลังเพื่อสุขภาพและกองทุนหมุนเวียนยาในเวียดนาม ช่วงปี 2535-2537
- เป็นที่ปรึกษาระยะสั้นขององค์การยูนิเซฟ ซึ่งไปทำงานเรื่องการงบประมาณให้แก่กระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เมื่อปี พ.ศ. 2536 และ 2537
- เป็นที่ปรึกษาระยะสั้นให้แก่โครงการขององค์การพัฒนาระหว่างประเทศ ของสวีเดน (Swedish International Development Agency หรือ SIDA) ในการพัฒนาศักยภาพการวางแผนและการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เมื่อปี พ.ศ. 2536, 2537 และ 2538
- เป็นที่ปรึกษาระยะสั้นของธนาคารโลก ในช่วงเตรียมการของโครงการพัฒนาบริการพื้นฐานด้านสุขภาพ ในจังหวัดสะหวันนะเขตและเซกองของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เมื่อปี พ.ศ. 2537-2538
- เป็นที่ปรึกษาระยะสั้นขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ

เพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพ แก่สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เมื่อปี พ.ศ. 2545-2548

- เป็นที่ปรึกษาาระยะสั้นของธนาคารโลก โครงการป้องกันและควบคุมเอชไอวีและกามโรคที่ภูฎาน เมื่อปี พ.ศ. 2547-2549
- เป็นกรรมการในคณะทำงานเรื่องการเงินการคลังสำหรับโรคเขตร้อน ของโครงการพิเศษด้านวิจัยและฝึกอบรมเวชศาสตร์เขตร้อน ขององค์การอนามัยโลก (WHO/TDR)
- เป็นกรรมการในคณะกรรมการกำกับทิศทางของโครงการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งสนับสนุนโดยธนาคารโลก โครงการพิเศษด้านวิจัยและฝึกอบรมเวชศาสตร์เขตร้อน ขององค์การอนามัยโลก มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ และอีกหลายองค์กร
- เป็นกรรมการในคณะกรรมการชำนาญการ ขององค์การอนามัยโลก ช่วงปี 2539-2541 และช่วงปี 2556-2558 แต่งตั้งโดยสมัชชาอนามัยโลก
- เป็นผู้แทนของปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์วิฑูรแสงสิงแก้ว) ในคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกช่วง พฤษภาคม 2537-มกราคม 2540
- เป็นคณะบรรณาธิการ *วารสารนโยบายและการวางแผนสุขภาพ (Health Policy and Planning)* ของคณะสาธารณสุขและเวชศาสตร์เขตร้อน แห่งมหาวิทยาลัยลอนดอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534-2551
- เป็นผู้พิจารณาบทความในวารสารวิชาการชั้นนำระดับนานาชาติหลายฉบับ เช่น
 - *วารสารสังคมศาสตร์และการแพทย์ (Social Science and Medicine)*

- *จดหมายข่าวองค์การอนามัยโลก (WHO Bulletin)*
- *วารสารการพัฒนาศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์ (Human Resources Development Journal)*
- *วารสารแลนเซต (Lancet)*
- *วารสารนโยบายสุขภาพ (Health Policy)*
- เป็นประธาน คณะกรรมการอิสระเพื่อพิจารณาโครงการขอทุนดำเนินการให้วัคซีนในประเทศยากจนของพันธมิตรโลก เรื่อง 'วัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค' (Independent Review Committee of the Global Alliance on Vaccine and Immunization หรือ GAVI) ปี พ.ศ. 2543-2546
- เป็นผู้แทนสำรอง (ของนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ) ในคณะทำงานเพื่อการก่อตั้งกองทุนโลก เรื่องเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) ช่วงปี พ.ศ. 2544-2545
- เป็นผู้แทนสำรอง (ของนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ) ในคณะกรรมการกองทุนโลก เรื่องเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย ช่วงปี พ.ศ. 2545-2547
- เป็นหัวหน้าคณะผู้แทนอิสระเพื่อทำการประเมินโครงการกวาดล้างโปลิโอในประเทศปากีสถาน พ.ศ. 2552 (Independent Assessment Team for Polio Eradication of Pakistan 2009) ซึ่งการประเมินโครงการกวาดล้างโปลิโอนี้ จัดทำเพียง 4 ประเทศทั่วโลกที่ประสบปัญหาการระบาดประจำถิ่น (endemic countries) ได้แก่ ประเทศปากีสถาน อินเดีย อัฟกานิสถาน และไนจีเรีย
- Member of the Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework Review Group ปี 2558

- Member of London School of Hygiene & Tropical Medicine Visiting Committee ตั้งแต่ปี 2558
- International Organizing Committee Member of Prince Mahidol Award Conference เป็นเวลาต่อเนื่องกันหลายปี ตั้งแต่ปี 2551 จนถึงปัจจุบัน
- Vice-Chair of The Global Fund Technical Evaluation Reference Group ปี 2558
- Member of Scientific and Technical Advisory Group (STAG) of Asia Pacific Observatory ปี 2557-2558
- Leader of IHPP Research Hub* for the Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies ปี 2012-2014 [*The IHPP Research Hub comprised of nineteen leading institutes in health systems and policy research in Bangladesh, China, Japan, South Korea and Thailand]
- ได้รับเชิญจาก WHO และรัฐบาลประเทศต่างๆ ไปเป็นวิทยากรบรรยาย และ/หรือ ผู้ประเมินระบบสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศต่างๆ อาทิ ประเทศจีน (2556) ประเทศฟิลิปปินส์ (2558) ประเทศอิหร่าน (2558) ประเทศเวียดนาม (2557) ประเทศเมียนมาร์ (2557-2558)
- ได้รับเชิญจากรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประเทศเมียนมาร์ ไปให้คำปรึกษาทางวิชาการเพื่อจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านนโยบายสุขภาพ (Center of Excellence on Health Policy) ประเทศเมียนมาร์ ทั้งนี้ เนื่องจาก รมช. ได้เห็นตัวอย่างการทำงานของ นายแพทย์วิโรจน์ ในการสร้างสถาบัน IHPP ในประเทศไทย (2558)

นอกจากการอุทิศตนทำงานระหว่างประเทศ นายแพทย์วิโรจน์ ยังได้รับเชิญให้เป็นกรรมการสำคัญชุดต่างๆ ในประเทศไทยมากมาย เช่น

- กรรมการสรรหาผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ปี 2558
- กรรมการดำเนินงานการจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย 2554-2558
- ประธานคณะกรรมการวิชาการศึกษาและพัฒนาทางเลือก รูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อเร่งรัดการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย สู่เป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ วัณโรคและการกำจัดโรคมมาลาเรีย 2557
- กรรมการสรรหาและคัดเลือก กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ในคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สั่ง ณ วันที่ 7 พฤศจิกายน 2557
- กรรมการพัฒนาระบบวิจัยสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สั่ง ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2557
- ที่ปรึกษา คณะอนุกรรมการจัดการประชุมนานาชาติ ในการจัดประชุมวิชาการ 9 ปี สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สั่ง ณ วันที่ 22 พฤษภาคม 2557
- กรรมการส่งเสริมการวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก สั่ง ณ วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2557
- ประธานคณะกรรมการยุทธศาสตร์สาธารณสุข ในคณะกรรมการพัฒนาปัญญาหลักแห่งชาติ
- กรรมการมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

- อนุกรรมการด้านการเตรียมสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการพัฒนาประเทศ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- ที่ปรึกษา คณะกรรมการที่ปรึกษาเชิงยุทธศาสตร์ของโครงการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยด้านนโยบายและระบบการควบคุมโรค
- กรรมการกำกับทิศทางการพัฒนาดัชนีประเมินภาวะโรคและสุขภาพของประชากรไทย

ทุกเวทีที่นายแพทย์วิโรจน์เข้าร่วม นายแพทย์วิโรจน์จะแสดงบทบาทที่สำคัญและสร้างสรรค์เสมอ ในเวทีการประชุมครั้งหนึ่งที่สิงคโปร์ซึ่งผู้เขียนมีโอกาสไปร่วมประชุมด้วย หัวหน้าคณะผู้แทนไทยครั้งนั้นคือนายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ผู้จัดคือธนาคารโลก นายแพทย์วิโรจน์ได้รับมอบหมายให้เป็นเลขานุการของที่ประชุมกลุ่ม ระหว่างประชุมนายแพทย์วิโรจน์จดรายงานโดยเครื่องคอมพิวเตอร์กระเป๋าหิ้ว (Laptop) และร่วมอภิปรายเป็นครั้งคราว พอจบการประชุม นายแพทย์วิโรจน์แจ้งที่ประชุมว่า “รายงานเสร็จแล้ว ขอเวลาไปใช้เครื่องพิมพ์ที่ศูนย์บริการธุรกิจ (Business Center) ของโรงแรม” สักพักหนึ่งนายแพทย์วิโรจน์กลับมาพร้อมรายงานที่สรุปเป็นตารางชัดเจน เก็บสาระสำคัญของการประชุมได้หมดด้วยภาษาที่กระชับและประเด็นที่ประชุมอ่านแล้วไม่ต้องแก้ไขเลย เจ้าหน้าที่ธนาคารโลกที่ร่วมประชุมอยู่ด้วยทิ้งมา บอกว่าวิโรจน์เป็น ‘พอมดคอมพิวเตอร์’ (Computer Wizard) สามารถใช้คอมพิวเตอร์ทำงานได้อย่างพอมด

ในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก เมื่อมีปัญหายาก ๆ เพราะผู้แทนของประเทศต่าง ๆ มีความเห็นขัดแย้งกันมาก และมีที่ท่าว่าจะหาข้อสรุปออกมาเป็นมติไม่ได้ นายแพทย์วิโรจน์ได้สร้างชื่อเสียงเป็นที่เลื่องลือว่าสามารถหาข้อยุติให้ได้เสมอเมื่อได้รับมอบหมายให้เป็นประธานการประชุม ทั้งนี้ เพราะความรู้ความสามารถที่สามารถเข้าใจประเด็นได้อย่างทะลุปรุโปร่ง ด้วยภาษาอังกฤษที่ดีเยี่ยม และด้วยทักษะการนำการประชุมอย่างมืออาชีพ ข้อสำคัญคือความอดทนและความอึดอย่างหาตัวจับยาก ถ้ายังหา

ข้อยุติไม่ได้ก็จะไม่เลิก บางครั้งประชุมถึงตีสาม จนได้ข้อยุติ เป็นที่ยอมรับ
ของทุกฝ่าย



ประธานที่ประชุมเจรจาต่อรอง เรื่อง WHO Global Code of Practice on Inter-
national Recruitment of Health Personnel. สมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 63
ณ นครเจนีวา พฤษภาคม 2553

การทุ่มเททำงานอย่างหามรุ่งหามค่ำ ด้วยความรู้ความสามารถอย่าง
สูง และด้วยท่าทีที่ทั้งอ่อนน้อมต่อมตน แต่ ‘แข็ง’ เมื่อสมควรแข็งของ
นายแพทย์วิโรจน์ เป็นที่ ‘เลื่องลือ’ ในสำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก
เป็นที่ประทับใจของคนในองค์กรแห่งนี้ จนผู้อำนวยการใหญ่องค์การ
อนามัยโลกท่านหนึ่งตัดสินใจเชิญนายแพทย์วิโรจน์ ไปรับตำแหน่ง
ผู้บริหารระดับสูงขององค์การอนามัยโลกในเวลาต่อมา

‘แพทย์ชนบท’ ขนานแท้

นายแพทย์วิโรจน์ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนในชนบทเป็นเวลา รวม 7 ปี ก่อนรับทุนไปศึกษาต่อจนจบปริญญาเอก และกลับมารับราชการ ในส่วนกลางจนปัจจุบัน นายแพทย์วิโรจน์เป็น ‘แพทย์ชนบท’ ขนานแท้ แม้จะทำงานอยู่ในชนบทเพียง 7 ปี ขณะที่ทำงานในส่วนกลางมาเป็นเวลารวมกว่า 25 ปีแล้ว เพราะ

- แม้จะเป็นชาวกรุงเทพฯ โดยกำเนิด แต่มี ‘ชีวิตทัศน์’ และ ‘โลกทัศน์’ ที่อยู่บนพื้นฐานของมนุษยธรรมที่มองเห็นความทุกข์ยากของเพื่อนมนุษย์ทั้งโดยรวมและโดยเฉพาะผู้คนในชนบทที่ลำบากยากจนกว่า นายแพทย์วิโรจน์จึงมีจุดยืนเพื่อประเทศชาติโดยรวม และเพื่อคนที่เสียเปรียบกว่า (Pro-poor) เสมอ
- นายแพทย์วิโรจน์ นับว่าโชคดีที่เติบโตมาในช่วงที่นักเรียน นิสิต นักศึกษา ประชาชน อยู่ในช่วงตื่นตัว ห่วงใยในปัญหาสังคมและประเทศชาติ มากกว่าการยอมตนเป็นทาสของทุนนิยม บริโภคนิยม และปัจเจกชนนิยม โดยได้เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2516 ซึ่งปลายปีนั้นเองได้เกิดเหตุการณ์สำคัญในประวัติศาสตร์ชาติไทย คือเหตุการณ์วันที่ 14 ตุลาคม และคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นหนึ่งในสถาบันการศึกษาที่มีความตื่นตัวทางการเมืองสูงสุด นายแพทย์วิโรจน์ ได้เข้าร่วมกิจกรรมนักศึกษาอย่างแข็งขัน โดยทำงานที่ถูกต้องกับจริต คือเป็นประธานชมรมพุทธ สามารถชักชวนนักศึกษาทั้งรุ่นน้องรุ่นพี่ ไปบวชที่สวนโมกข์ในช่วงปิดภาคเรียนฤดูร้อน โดยนายแพทย์วิโรจน์ก็บวชด้วย นับเป็นประสบการณ์สำคัญที่ทำให้ได้ ‘ดวงตาเห็นธรรม’ ตั้งแต่ยังหนุ่มแน่น เป็นพื้นฐานที่แข็งแรงสืบต่อมาจนทุกวันนี้ และเชื่อว่าจะดำรงอยู่จนตลอดชีวิต
- นายแพทย์วิโรจน์ ได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่นของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อปี พ.ศ. 2529 ขณะมีอายุได้ 32 ปี

บทพิสูจน์อุดมการณ์ครั้งสำคัญของนายแพทย์วิโรจน์ คือการได้รับกรทาบตามให้ไปเป็นเจ้าหน้าที่ระดับสูงขององค์การอนามัยโลก ในสมัยที่ ดร.โกร ฮาร์เลม บรินด์แลนด์ (Dr.Gro Harlem Bruntland) เป็นผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ซึ่งจะได้รับเงินเดือนมากกว่าเงินเดือนข้าราชการไทยร่วมสิบเท่า แต่นายแพทย์วิโรจน์ตัดสินใจปฏิเสธ เพราะต้องการใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตเพื่อประชาชนคนไทย

นายช่างตัวจริง

โดยอาชีพ นายแพทย์วิโรจน์ เป็นแพทย์ที่เคร่งครัดในจรรยาบรรณวิชาชีพ และเป็นนักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่มีความรู้ความสามารถระดับโลก มีผลงานยิ่งใหญ่คือนักวิชาการที่สามารถใช้ผลงานวิชาการเสนอและผลักดันจนเกิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นในประเทศไทย จนเป็นที่ยอมรับและชื่นชมในระดับสากล แต่โดยใจรักแล้ว นายแพทย์วิโรจน์เป็นช่างไม้ฝีมือดี



งานช่างไม้ เตียงวิวาร์ แจกเพื่อนร่วมงาน

เมื่อเพื่อนร่วมงานที่ใกล้ชิดสนิทสนมซึ่งมักเป็นรุ่นน้องจะแต่งงาน นายแพทย์วิโรจน์จะปลีกเวลาหาอุปกรณ์มาต่อเตียงให้เป็นของขวัญแต่งงาน เป็นเตียงที่มั่นคง แข็งแรง สวยงาม ประณีต ที่ทำขึ้นด้วยความรักอย่างแท้จริง ราว 14 – 15 เตียงแล้ว ผู้โชคดีได้รับของขวัญที่เลอค่านี้ ได้แก่ นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ สาธารณสุขนิเทศก์ กระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ปรีดา แต่อารักษ์ โฆษกสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรธานี เป็นต้น นอกจากเตียงแล้ว นายแพทย์วิโรจน์ยังต่อโต๊ะเครื่องแป้งให้พยาบาลเพื่อนร่วมงานบางคนด้วย

ความเป็นช่างไม้ จะต้องมีความประณีต พิถีพิถัน แม่นยำ ทั้งขนาด ความกว้างยาว เหลี่ยมมุม ต้องรู้ธรรมชาติของเนื้อไม้ ลายไม้ และคุณภาพของไม้ และต้องมีทั้งความตั้งใจและสมาธิอันดี ผลงานจึงจะออกมาได้ 'อย่างใจ' ที่ถูกใจทั้งผู้สร้างและผู้รับ

เช่นเดียวกัน เมื่อจะสร้างผลงานวิชาการ นายแพทย์วิโรจน์ ก็จะต้องใจทำอย่างมีอาชีพ ผลงานแต่ละชิ้นจึงสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง เป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติและประชาชนอย่างน่าชื่นชม ทนทานต่อการวิพากษ์วิจารณ์และการพิสูจน์ ดังผลงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ก่ออานิสงส์แก่ประเทศชาติและประชาชนคนไทยอย่างยิ่งเป็น 'ประติมาสาธารณสุขที่งดงาม' จากฝีมือช่างตัวจริง ผู้เป็นทั้งช่างไม้ และช่างเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมือทอง สมองทอง และหัวใจเพชร: นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นายช่างผู้สร้างฝัน อาจารย์ป่วย ให้เป็นจริง

นายแพทย์วิโรจน์เป็นลูกคนจีนที่เกิดในเมืองไทย เหมือนอาจารย์ป่วย เป็นเด็กกรุงเทพฯ เหมือนอาจารย์ป่วย เป็นศิษย์โรงเรียนอัสสัมชัญเหมือนอาจารย์ป่วย เรียนจบได้ดุษฎีบัณฑิตทางเศรษฐศาสตร์เหมือนอาจารย์ป่วย มีหัวใจที่รักแผ่นดินเกิด และทุ่มเททำงานให้แก่แผ่นดินไทยอันเป็นที่รักด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต และด้วยสติปัญญาความรู้ความสามารถอย่างแท้จริงเหมือนอาจารย์ป่วย นำยินดีที่นายแพทย์วิโรจน์ สามารถทำให้ความฝัน 'จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน' ของอาจารย์ป่วย ในด้านการสาธารณสุขปรากฏเป็นความจริงอันงดงาม น่าชื่นชม

แน่นอนว่า การบากบั่นต่อสู้เพื่อทำความฝันของอาจารย์ป่วยให้ปรากฏเป็นจริง เพื่อประโยชน์สุขอันแท้จริงของประชาชนคนไทย ยังจะต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรคมากมาย โดยเฉพาะจากอำนาจอันโหดเหี้ยมและฉ้อฉล แต่หวังและเชื่อว่า แบบอย่างของอาจารย์ป่วย จะทำให้เกิดคนอย่างนายแพทย์วิโรจน์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ



นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เป็นลูกชายคนเล็กของครอบครัวคนจีนโพ้นทะเล เกิดที่โรงพยาบาลหัวเฉียว จังหวัดพระนคร เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2497 สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2521 ได้รับประกาศนียบัตรด้านการบริหารโรงพยาบาลจากโรงพยาบาลรามธิบดี พ.ศ. 2526 และ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกด้าน Health Planning and Financing จาก London School of Hygiene and Tropical Medicine มหาวิทยาลัยลอนดอน พ.ศ. 2533 วิทยานิพนธ์ปริญญาเอกได้รับรางวัล Woodruff Medal จากมหาวิทยาลัยลอนดอน

เป็นแพทย์ใช้ทุนรุ่น 9 โดยรับตำแหน่งครั้งแรกเป็นผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลโขงเจียม จ.อุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2523 จากนั้นย้าย
ไปที่โรงพยาบาลตระการพืชผล จ.อุบลราชธานี และ โรงพยาบาล
อำนาจเจริญ จ.อุบลราชธานี (ในขณะนั้น ปัจจุบันเป็น จ.อำนาจเจริญ)
ได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่นของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยใน
พระบรมราชูปถัมภ์ ปี พ.ศ. 2529 จากนั้นไปเรียนต่อระดับปริญญาเอก
ที่กรุงลอนดอนด้วยทุนของ Rockefeller Foundation โดยอาจารย์
ประเวศ วสี เป็นผู้แนะนำ กลับมารับราชการต่อด้วยการเป็นหัวหน้า
งานแผนกต่าง ๆ กองแผนงานสาธารณสุข ซึ่งต่อมาเป็นสำนักนโยบาย
และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งได้เริ่มทำงานด้าน
วิชาการโดยเฉพาะด้านการเงินการคลังระบบสุขภาพ

ได้รับทุนเมธีวิจัยอาวุโส จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
(สกว.) สองสมัยติดต่อกัน คือ พ.ศ. 2541-2544 และ 2544-2547 เป็น
ผู้ร่วมก่อตั้ง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กับ
นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ในปี พ.ศ. 2546 เป็นผู้อำนวยการ
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ระหว่างปี
พ.ศ. 2546-51 เป็นที่ปรึกษาสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง
ประเทศ ตั้งแต่ 2552 เกษียณอายุราชการในปี 2558

ได้รับรางวัล Woodruff Medal Award ในปี ค.ศ. 1991 สำหรับ
วิทยานิพนธ์ปริญญาเอกดีเด่น จาก London School of Hygiene
and Tropical Medicine, และรางวัล Edwin Chadwick Medal ใน
ปี ค.ศ. 2011 สำหรับผลงานวิจัยที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพ
เพื่อประโยชน์คนจน จาก London School of Hygiene and Tropical
Medicine มีผลงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการต่างประเทศกว่า 160
รายการ

ปาฐกถา บ่อย อังภากรณ์ ครั้งที่ 15

จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ผลสัมฤทธิ์และความท้าทายในอนาคต

โดย

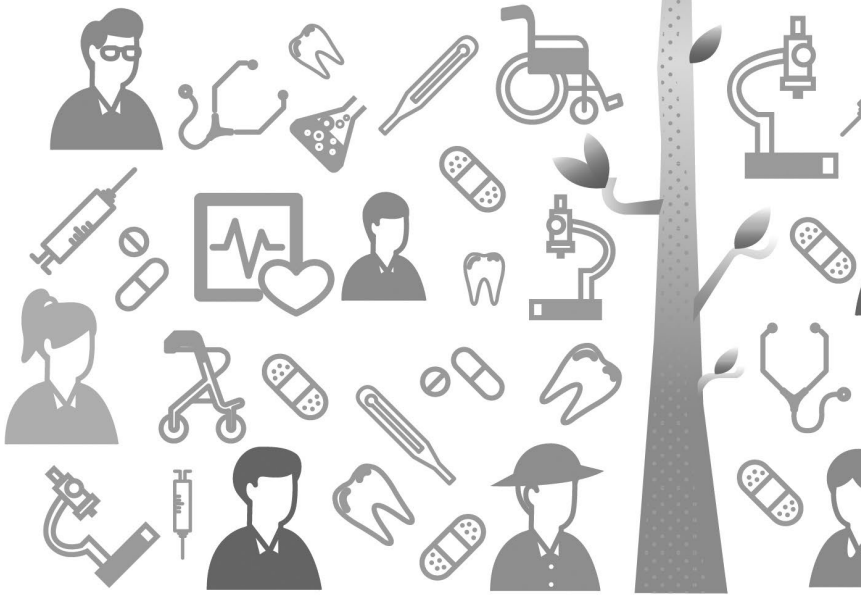
นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

เลขาธิการ
มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

วันพุธที่ 9 มีนาคม 2559

09.00-12.15 น.

หอประชุมศรีบูรพา
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์



จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน:
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ผลสัมฤทธิ์และความท้าทายในอนาคต

รายนามคณะผู้จัดทำ

ดร.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร¹
ดร.วลัยพร (ตันทววรรณนะ) พัชรนฤมล¹
ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์^{1, 2}
น.ส.เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์¹
น.ส.ศศิรัตน์ ลัทธิกุลธรรม¹
ดร.วริศา พานิชเกรียงไกร¹
น.ส.อังคณา สมน์สทวิชัย¹
น.ส.วราภรณ์ ปวงกันทา¹

¹ International Health Policy Program (IHPP),
Ministry of Public Health, Thailand

² คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทสรุปผู้บริหาร

จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลสัมฤทธิ์และความท้าทายในอนาคต

อาจารย์ป๊วย อึ้งภากรณ์ เจ้าของรางวัล Ramon Magsaysay ในปี พ.ศ. 2508 ไม่เพียงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบเศรษฐกิจและการศึกษาเท่านั้น ด้วยสำนึกด้านจริยธรรมและสติปัญญาของท่านผ่านบทความอันทรงอิทธิพล เรื่อง 'จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน' ที่ต้นฉบับถูกเขียนเป็นภาษาอังกฤษว่า 'The Quality of Life of a South East Asian: A Chronicle of Hope from Womb to Tomb' ที่ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2523 มีบทบาทอย่างยิ่งในการจุดประกายและกระตุ้นให้นักวิชาการและนักเคลื่อนไหวทางสังคมเกิดความตระหนักในการผลักดันให้ฝันของอาจารย์ป๊วยเป็นจริง

บทความอันทรงพลังนี้มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสวัสดิการทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพของประเทศไทย ตลอดจนชีวิตการทำงานของศาสตราจารย์นิคม จันทรวิฑูรย์ ได้ต่อสู้ ฟันฝ่าให้เกิดพระราชบัญญัติประกันสังคม ในปี พ.ศ. 2533 และยังคงประดับประดาองให้มีความก้าวหน้าเป็น 'ระบบความคุ้มครองทางสังคม' (social protection) แก่ผู้ใช้แรงงานทั่วประเทศจนเท่าทุกวันนี้

ตลอดชีวิตการทำงานของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นอกจากได้ทุ่มเทเพื่อการสาธารณสุขมูลฐานที่นำไปสู่การพัฒนาของระบบสาธารณสุขในชนบทไทย ท่านยังเป็นผู้มีส่วนสำคัญยิ่งในการผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในประเทศไทย จนมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับผิดชอบนั้น มีแหล่งการเงินจากภาษีผ่านระบบงบประมาณประจำปีของรัฐบาล ซึ่งทำให้เกิดความเป็นธรรมด้านการเงินมากกว่ารายจ่ายสุขภาพที่จ่ายจากครัวเรือนโดยตรงขณะใช้บริการ ผลของหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ ทำให้เกิดการจัดบริการสาธารณสุขอย่าง

รอบด้านแก่ประชาชนไทย 47 ล้านคน ที่ไม่ใช่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม หรือผู้มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยผู้ป่วยภายใต้ประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ต้องเสียค่ารักษายาบาล ณ จุดบริการแต่อย่างใด นับได้ว่าเป็นการสานฝันของอาจารย์ป่วย ที่เขียนในบทความไว้ว่า “ผมต้องการสุขภาพอนามัยอันดี และรัฐบาลต้องให้การบริการป้องกันโรคแก่ผมอย่างฟรี กับบริการทางการแพทย์ รักษาพยาบาล อย่างถูกต้องดี เจ็บป่วยเมื่อใด หามือ หายาบาลได้สะดวก” “เรื่องที่ผมจะเรียกร้องข้างต้นนี้ ผมไม่เรียกร้องเปล่า ผมยินดีเสียภาษีอากรให้ส่วนรวมตามอัตรา”

การศึกษาเชิงประจักษ์พบว่า ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น เป็นธรรมมากขึ้น คนจนเป็นประชาชนส่วนใหญ่ที่ได้รับประโยชน์จากรายจ่ายสุขภาพของรัฐบาล (pro-poor benefit incidence) คราวเรือนไม่ประสบปัญหาการจ่ายสุขภาพที่ทำให้ถึงกับสิ้นเนื้อประดาตัวหรือจนลงหลังจากจ่ายค่ารักษายาบาล ประชาชนไทยมีสุขภาพดีขึ้น รวมทั้งป้องกันมิให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เช่น เอดส์ มะเร็งและไตวาย ซึ่งในอดีต ก่อนที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คนไทยที่ยากจนไม่สามารถเข้าถึงบริการราคาสูงเหล่านี้ได้เลย หรือเข้าถึงได้ แต่ก็ต้องขยี้ว ขยี้ควาย ที่นา หรือกู้หนี้ยืมสิน

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่บริหารโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ระบบสุขภาพมีประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินงบประมาณของรัฐบาลและควบคุมค่าใช้จ่ายได้ด้วยหลากหลายวิธีการ เช่น การใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (close ended budget) การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลล่วงหน้าแบบปลายปิด การต่อรองราคาค่ายาและอุปกรณ์การแพทย์ให้ได้ราคาถูก คุณภาพดี (monopsonistic purchasing power) เป็นต้น

ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ดีของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประเทศไทยได้รับการยอมรับจากนานาประเทศ จนได้รับการยกย่องให้อยู่ระดับแนวหน้าในเวทีสุขภาพโลก และ ได้รับคำชื่นชมจากผู้นำระดับโลก อาทิเช่น Professor Amartya Sen ผู้ซึ่งได้รับรางวัล Nobel Prize ปี ค.ศ. 1998, เลขาธิการสหประชาชาติ Ban Ki-Moon, ประธานธนาคารโลก Jim Yong Kim

และ เลขาธิการใหญ่องค์การอนามัยโลก Dr Margaret Chan ว่าเป็นเพียงไม่กี่ประเทศในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางระดับต่ำ (Lower Middle Income Country ในปี พ.ศ. 2545) ที่สามารถพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จนครอบคลุมประชากรเกือบทุกคนได้ การได้รับความชื่นชมเหล่านี้เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของประเทศไทย ซึ่งควรถือโอกาสอันดีที่นักการเมืองและผู้บริหารในประเทศไทยจะรักษาระดับแชมป์โลกนี้ไว้ พร้อมทั้งพัฒนาให้เกิดความยอมรับและชื่นชมมากยิ่งขึ้น ด้วยการมุ่งมั่นสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่องให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นคงสืบไป

ความสำเร็จของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนหนึ่งเป็นเพราะรากฐานที่เข้มแข็งของระบบสุขภาพไทย ที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาด้วยนโยบายการลงทุนด้านระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2513-2543) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับรากหญ้า ได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนมีครบถ้วนทุกตำบลและทุกอำเภอตามลำดับ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติใช้ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอเป็นยุทธภูมิ (strategic hub) ที่สำคัญที่สุดในการแปลงนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่ผลลัพธ์ที่ให้ประโยชน์ต่อประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อคนจน (pro-poor outcomes) บริการสุขภาพระดับอำเภอทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น พร้อมทั้งมีระบบการส่งต่อผู้ป่วย จากอำเภอ/ตำบล ไปยังรพ.จังหวัด และส่งกลับจากจังหวัดสู่อำเภอตำบลต่อไป ระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็งนี้เป็นเพราะมีบุคลากรสาธารณสุขทุกวิชาชีพ ที่มีความรู้ความสามารถในการให้บริการประชาชนอย่างรอบด้าน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย สิ่งสำคัญยิ่งคือบุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้มีจริยธรรมและความเสียสละในการทำงาน ทำให้ประชาชนเชื่อมั่นในคุณภาพบริการสุขภาพ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการผูกพันใช้ทุน 3 ปี ในชนบทและต่างจังหวัดของบุคคลากรสาธารณสุขหลายสาขา ที่ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้บริการสุขภาพในอำเภอและจังหวัดมีคุณภาพ

ถึงแม้ว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยมีผลการ

ดำเนินงานที่ดี แต่ยังคงมีสิ่งท้าทายหลายประการ สิ่งท้าทายสองประการหลักในเอกสารชิ้นนี้ ได้แก่ หนึ่ง ความยั่งยืนเรื่องการเงินการคลังระบบสุขภาพ จากการที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องอาศัยงบประมาณประจำปีของรัฐบาล ย่อมเกิดความแปรผันตามกระแสการเมือง และระบบเศรษฐกิจของประเทศในแต่ละปี โดยเฉพาะในยามเศรษฐกิจถดถอย หรืออัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจต่ำ อย่างไรก็ตามได้มีความพยายามของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ในการพัฒนาเป้าหมายและตัวชี้วัดในระบบการคลังสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงทางการคลัง (sustainability), ความเพียงพอ (adequacy) ความเสมอภาค (fairness) และประสิทธิภาพ (efficiency) เพื่อการพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพในระยะยาวต่อไป และ สอง ปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 กองทุน ระหว่าง ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีรายจ่ายสูงกว่าหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถึง 4 เท่า แสดงให้เห็นถึงการขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความเหลื่อมล้ำ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเกิดความตระหนักรู้ถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำเป็นอย่างดี แต่หนทางและการดำเนินการที่จะนำไปสู่การสร้าง ความกลมกลืนเพื่อแก้ไขความเหลื่อมล้ำนั้นเป็นสิ่งท้าทายอย่างมาก ซึ่งหนทางมิได้โรยด้วยกลีบกุหลาบ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่พัฒนาขึ้นโดยคนไทย ได้เปลี่ยนนามธรรม “จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน” ของ อาจารย์ป่วย ไปสู่รูปธรรมและความเป็นจริง ทำให้ประชาชนคนไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สำเร็จ ซึ่งเป็นสิ่งที่มากกว่าอดีตประธานาธิบดีฟิลิปปินส์ Ramon Magsaysay ได้กล่าวไว้ว่า “ข้าพเจ้าเชื่อว่า ผู้ที่มีน้อยในชีวิต ควรจะได้รับมากในกฎหมาย---I believe that he who has less in life should have more in law.” นวัตกรรมทางสังคมของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยนี้ทำให้คนไทยทุกคนมีสิทธิเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เกิดความมั่นคงทางสุขภาพ ให้ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของคนไทยทุกคน และส่งเสริมความเป็นธรรมทางสุขภาพ

Executive Summary

From Womb to Tomb: Thailand Universal Health Coverage, achievement and future challenges

Dr Puey Ungphakorn, a Ramon Magsaysay Award winner in the field of government service in 1965, not only played a central role in shaping Thailand's economic development but took a leadership in strengthening higher education systems, guided by his moral and intellectual spheres. The seminal article in 1980 on "The Quality of Life of a South East Asian: A Chronicle of Hope from Womb to Tomb" had greatly inspired numerous scholars and social activists to translate his legitimate dreams into reality.

This influential article had significantly shaped the social security systems in Thailand. Professor Nikom Chantaravitura untiringly shaped the Social Security Systems which included health care benefits for the formal sector private employees, until the enactment of Social Security Act in 1990s and continued to support its implementation after enactment.

Dr Sanguan Nittaramphong untiringly steered the health systems towards Universal Health Coverage (UHC) until the enactment of National Health Security Act in 2002. The Universal Coverage Scheme (UCS) financed by general tax for a comprehensive set of benefit package and free at point of services is in line with Puey's inspiration, ensures health security to 47 million citizens engaged in informal sector who are mostly poor. Empirical evidence indicates that UCS contributes to favourable outcomes, in term of increasing equitable access to and use of health services, pro-poor benefit incidence, and financial risk protection by preventing households from catastrophic

health expenditure and medical impoverishment. A number of lives have been saved from high cost illnesses such as HIV/AIDS, cancers and renal failure, previously “out of reach” by the poor. Its strategic purchasing functions, in particular close ended budget and prospective provider payment methods and the use of monopsonistic negotiating power by National Health Security Office contribute to systems efficiency and cost containment.

These favourable outcomes place Thailand at the global front as a UHC success case and fully recognized by global leaders. To name a few, UN Secretary General, Ban Ki-Moon; the 1998 Nobel Prize Laureate, Prof. Amartya Sen; World Bank President, Jim Yong Kim; and WHO Director General, Margaret Chan. Global recognition is an opportunity for Thai politicians and policy makers to sustain UCS and strengthen its social recognition by continued full commitment in nurturing its fifteen years old UCS.

The UHC was implemented on a strong health systems footings; the extensive geographical coverage of health delivery systems at the grass root level, in particular the district health systems consisting of health centres and district hospitals serve as a major hub in translating policy intention into pro-poor outcomes. District health systems are backed up by effective referral systems, up to provincial hospitals and down to district hospitals and health centres. Most importantly, the dedicated health professionals, their clinical competencies and moral obligations build trust and confidence by the citizens on decent quality of basic but essential services. Functioning health delivery system is the results of four-decade investment in health infrastructure and mandatory rural health services by health related new graduates since 1970s.

Despite these progresses and achievements, two main challenges are identified. UCS reliance on general tax revenue face chal-

lenges during financial crunch in the cyclical economic bust. Targets and indicators on Sustainability, Adequacy, Fairness and Efficiency (SAFE) in financing UHC are identified for another wave of reforms and monitoring its progress in 2016 onwards. Discrepancies across three insurance schemes notably between UCS, Social Health Insurance and the inefficient Civil Servant Medical Benefit Scheme are well recognized by stakeholders, but solutions and actions on harmonization across schemes are not paved with roses.

In conclusion, UCS is a home-grown social innovation which translates Dr Puey's hope "from Womb to Tomb" into reality and good outcomes. Thai UCS has gone beyond the statement by the former Philippine President Ramon Magsaysay, "*I believe that he who has less in life should have more in law*". The UCS social innovation has enriched human rights, enhanced health security, fostered human integrity and flourished health equity.

บทที่ 1

จากนามธรรม ‘อุดมการณ์อาจารย์ป่วย’
สู่รูปธรรม ‘หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า’

อาจารย์ป่วย อึ้งภากรณ์ ได้ประพันธ์บทความภาษาอังกฤษ ‘The Quality of Life of a South East Asian: A Chronicle of Hope from Womb to Tomb’ ซึ่งบันทึกลงเป็นภาคผนวกในข้อคิดเพื่อการพัฒนาเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สำหรับ ค.ศ. 1980 (Thoughts on South-East Asia’s Development 1980) โดยข้อเขียนนี้ถูกนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาการพัฒนาเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Southeast Asian Development Advisory Group: SEADAG) เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2516 จากนั้นบทความในภาคผนวกนี้ได้ถูกนำมาตีพิมพ์ในหนังสือพิมพ์บางกอกโพสต์ ฉบับวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2516 บทความภาคภาษาอังกฤษนี้ได้รับการกล่าวถึงและอ้างอิงอย่างมากมาย

อาจารย์ป่วย เล็งเห็นประโยชน์ของบทความนี้ต่อคนไทยทั้งหลาย ท่านได้ลงมือแปลบทความนี้เป็นภาษาไทยด้วยตนเอง ชื่อว่า ‘คุณภาพแห่งชีวิต ปฏิทินแห่งความหวัง จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน’ หรือที่รู้จักกันดีในเวลาต่อมาในชื่อ ‘จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน’ และได้ถูกนำไปตีพิมพ์ครั้งแรกในวารสารชื่อ *สังคมศาสตร์ปริทัศน์* ปีที่ 11 ฉบับที่ 10 ตุลาคม 2516 ซึ่งเป็นวารสารในยุคสมัยนั้น และถูกรวบรวมไว้ในหนังสือเพื่อให้สะดวกแก่การค้นคว้าต่อไปใน *ศาสนธรรมกับการพัฒนา*, หน้า 135-138. โดย ป่วย อึ้งภากรณ์; บรรณาธิการโดย พระศุภวิ เมธงกูโร และคนอื่นๆ. -- กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2530.

คุณภาพแห่งชีวิต ปฏิทินแห่งความหวัง: จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน โดย ปิวย อึ้งการณ

1. เมื่อผมอยู่ในครรภ์ของแม่ ผมต้องการให้แม่ได้รับประทานอาหารที่เป็นคุณประโยชน์ และได้รับความเอาใจใส่ และบริการอันดีในเรื่องสวัสดิภาพของแม่และเด็ก ผมไม่ต้องการมีพี่น้องมากอย่างที่พ่อแม่ผมมีอยู่ และแม่จะต้องไม่มีลูกที่หนัก
2. พ่อกับแม่จะแต่งงานกันตามกฎหมาย หรือธรรมเนียมประเพณีหรือไม่ ไม่สำคัญ แต่สำคัญที่ พ่อกับแม่ต้องอยู่ด้วยกันอย่างสงบสุข ทำความอบอุ่นให้ผมและพี่น้อง
3. ในระหว่าง 2-3 ขวบแรกของผม ซึ่งร่างกายและสมองผมกำลังเติบโตในระยะเวลาที่สำคัญ ผมต้องการให้แม่ผมกับตัวผม ได้รับประทานอาหารที่เป็นคุณประโยชน์
4. ผมต้องการไปโรงเรียน พี่สาวหรือน้องสาวผมก็ต้องการไปโรงเรียน จะได้มีความรู้หากินได้ และจะได้รู้คุณธรรมแห่งชีวิต ถ้าผมมีสติปัญญาเรียนชั้นสูงๆ ขึ้นไป ก็ให้มีโอกาสเรียนได้ ไม่ว่าพ่อแม่ผมจะรวย หรือจน จะอยู่ในเมืองหรือชนบท แร้นแค้น
5. เมื่อออกจากโรงเรียนแล้ว ผมต้องการงานอาชีพที่มีความหมาย ทำให้ได้รับความพอใจว่า ตนได้ทำงานเป็นประโยชน์แก่สังคม
6. บ้านเมืองที่ผมอาศัยอยู่จะต้องมีชื่อ มีแป ไม่มีการข่มขู่ กดขี่ หรือประทุษร้ายกัน ประเทศของผมควรจะมีวัฒนธรรมอันชอบธรรม และเป็นประโยชน์กับโลกภายนอก ผมจะได้มีโอกาสเรียนรู้ถึงความคิด และวิชาของมนุษย์ทั้งโลก และประเทศของผมจะได้มีโอกาสรับเงินทุนจากต่างประเทศ มาใช้เป็นประโยชน์แก่ส่วนรวม

7. ผมต้องการให้ชาติของผมได้ขายผลิตภัณฑ์ต่างประเทศด้วยราคาอันเป็นธรรม ในฐานะที่ผมเป็นชาวไร่ชาวนา ผมก็อยากมีที่ดินของผมพอสมควรสำหรับทำมาหากิน มีช่องทางได้กู้ยืมเงินมาขายแรงงาน มีโอกาสสู่วิธีการทำกินแบบใหม่ๆ มีตลาดดีและขายสินค้าได้ราคายุติธรรม
8. ในฐานะที่ผมเป็นกรรมกร ผมก็ควรจะมีหุ้นมีส่วนในโรงงานบริษัท ห้างร้านที่ผมทำอยู่ ในฐานะที่ผมเป็นมนุษย์ ผมก็ต้องการอ่านหนังสือพิมพ์ และหนังสืออื่นๆ ที่ไม่แพงนัก จะฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ก็ได้โดยไม่ต้องทนรบกวนจากการโฆษณามากนัก
9. ผมต้องการสุขภาพอนามัยอันดี และรัฐบาลจะต้องให้บริการป้องกันโรคแก่ผมฟรี กับบริการการแพทย์ รักษาพยาบาลอย่างถูกต้องดี เจ็บป่วยเมื่อใดหาหมอพยาบาลได้สะดวก
10. ผมจำเป็นต้องมีเวลาว่างสำหรับเพลิดเพลินกับครอบครัว มีสวนสาธารณะที่เขียวชอุ่ม สามารถมีบทบาท และชมศิลปะวรรณคดี นาฏศิลป์ ดนตรี วัฒนธรรมต่างๆ เทียบงานวัด งานลอยกระทง งานนักขัตฤกษ์ งานกุศลอะไรก็ได้พอสมควร
11. ผมต้องการอากาศบริสุทธิ์สำหรับหายใจ น้ำดื่มบริสุทธิ์สำหรับดื่ม
12. เรื่องอะไรที่ผมทำเองไม่ได้ หรือได้แต่ไม่ดี ผมก็จะขอความร่วมมือกับเพื่อนฝูงในรูปสหกรณ์ หรือสโมสร หรือสหภาพ จะได้ช่วยซึ่งกันและกัน

13. เรื่องที่ผมนจะเรียกร่องข้างต้นนี้ ผมไม่เรียกร่องเปล่า ผมยินดีเสียภาษีอากรให้ส่วนรวมตามอัตรา ผมต้องการโอกาสที่มีส่วนในสังคมรอบตัวผม ต้องการมีส่วนร่วมในการวินิจฉัยชะตาทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมของชาติ
14. เมียผมก็ต้องการโอกาสต่าง ๆ เช่นเดียวกับผม และเราสองคนควรจะได้รับความรู้และวิธีการวางแผนครอบครัว
15. เมื่อแก่ ผมและเมียก็ควรได้ประโยชน์ตอบแทนจากการประกันสังคม ซึ่งผมได้จ่ายบำรุงตลอดมา เมื่อจะตาย ก็ขอย่าให้ตายอย่างโง่ ๆ อย่างบ้า ๆ คือตายในสงครามที่คนอื่นก่อให้เกิดขึ้น ตายในสงครามกลางเมือง ตายเพราะอุบัติเหตุรถยนต์ ตายเพราะน้ำหรืออากาศเป็นพิษ หรือตายเพราะการเมืองเป็นพิษ
16. เมื่อตายแล้ว ยังมีทรัพย์สินสมบัติเหลืออยู่ เก็บไว้ให้เมียผมพอใจในชีวิตของเธอ ถ้าลูกยังเล็กอยู่ก็เก็บไว้ เลี้ยงให้โต แต่ลูกที่โตแล้วไม่ให้ นอกนั้นรัฐบาลควรเก็บไปหมด จะได้ใช้เป็นประโยชน์ในการบำรุงชีวิตของคนอื่น ๆ บ้าง
17. ตายแล้ว เผาผมเกิด อย่างฝั่ง คนอื่นจะได้มีที่ดินอาศัยและทำกิน และอย่าทำพิธีรีตอง ในงานศพให้วุ่นวายไป นี่แหละคือความหมายของชีวิต นี่แหละคือการพัฒนาที่จะควรให้เกิดขึ้นเพื่อประโยชน์ของทุกคน
18. สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณท่านทั้งหลายที่อุตส่าห์อ่านมาจนจบ ขอความสุขสวัสดิ์และสันติสุข จงเป็น ของท่านทั้งหลาย และพระท่านกล่าวไว้ดังนี้เกี่ยวกับความสวัสดิ "เราตถาคตไม่เห็นความสวัสดิอื่นใดของสัตว์ทั้งหลาย นอกจากปัญญา เรื่องตรัสรู้ ความเพียร ความสำเร็จอินทรีย์และความเสียสละ"

‘คุณภาพแห่งชีวิต ปฏิทินแห่งความหวัง จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน’ เป็นบทความที่ได้กล่าวถึงด้านสาธารณสุขไว้หลายวรรคตอน ดังนี้
 ย่อหน้าที่ 1 ได้กล่าวถึงเรื่อง ‘สวัสดิภาพของแม่และเด็ก’ ซึ่งต่อมาได้รับการรับรองจากสมัชชาสหประชาชาติให้เป็นสองเป้าหมายจากทั้งหมดแปดเป้าหมายของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) ในระหว่าง ค.ศ. 2000-2015

ย่อหน้าที่ 9 ได้กล่าวว่า “ผมต้องการสุขภาพอนามัยอันดี และรัฐบาลจะต้องให้บริการป้องกันโรคแก่ผมฟรี กับบริการการแพทย์ รักษาพยาบาล อย่างถูกอย่างดี เจ็บป่วยเมื่อใดหามอพยาบาลได้สะดวก” ซึ่งเป็นหลักการของ ‘หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC)’ และต่อมาได้รับการลงมติจากสมัชชาสหประชาชาติรับรองให้เป็นเป้าหมายที่ 3.8¹ ของเป้าประสงค์ด้านสุขภาพเป็นเป้าประสงค์ที่ 3 ของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDG) ภายใน ค.ศ. 2030 ซึ่งทดแทนเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) บทความของอาจารย์ป่วยมีความลึกซึ้งชี้ให้เห็นความจำเป็นที่ครอบคลุมทั้งการป้องกันโรคและการบริการรักษาพยาบาล

นอกจากนั้นแล้ว ย่อหน้าที่ 13 ได้กล่าวถึง “ผมยินดีเสียภาษีอากรให้ส่วนรวมตามอัตภาพ ผมต้องการโอกาสที่มีส่วนในสังคมรอบตัวผม” ซึ่งเน้นให้เห็นความสำคัญของภาษี ซึ่งมีลักษณะก้าวหน้า (progressive) โดยผู้มีรายได้มากยอมเสียภาษีทางตรงมากกว่าผู้มีรายได้น้อย การใช้ภาษีเป็นแหล่งการคลัง เป็นมาตรการกระจายความเสมอภาคอย่างหนึ่งทำให้เกิดความช่วยเหลือเกื้อกูลและความเป็นปึกแผ่นทางสังคม (Social Solidarity)

¹ SDG Target 3.8 achieve universal health coverage (UHC), including financial risk protection, access to quality essential health care services, and access to safe, effective, quality, and affordable essential medicines and vaccines for all

ย่อหน้าที่ 14 กล่าวถึง 'ความรู้และวิธีการวางแผนครอบครัว' ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน

จากครรภ์มารดาสู่เชิงตะกอน มีอิทธิพลสร้างแรงบันดาลใจให้นักปฏิวัติทางสังคมหลายท่าน แปรเปลี่ยนธรรมไปสู่อุปลักษณ์

อาจารย์นิคม จันทรวินิต เป็นผู้ผลักดันกฎหมายประกันสังคมจนสำเร็จในปี 2533 สกุล สื่อทรงธรรม ประธานมูลนิธิอารมณัง พงศ์พັນ ได้บันทึกในงานเขียนเรื่อง 'นิคม จันทรวินิต: ปุชนิยมบุคคลของแรงงานไทย' ว่า "ผลงานที่เป็นกฎหมายท่านภาคภูมิใจและพูดถึงเสมอคือ การผลักดันให้มีพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน ซึ่งแปลงมาจากประกาศ คณะปฏิวัติฉบับที่ 103 การผลักดันให้สตรีลาคลอดได้ 90 วัน พระราชบัญญัติแรงงานสัมพันธ์ พ.ศ. 2518 และพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งยกเลิกพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 นับเป็นผลงานการผลักดันของท่านที่น่าจะเป็นผลงานที่ท่านภูมิใจมากที่สุดเพราะเป็น ผลงานที่ท่านทุ่มเทให้ทั้งชีวิตจิตใจ ต่อสู้เพื่อให้มีการยกเลิกกฎหมายเดิมที่ล้าสมัยและใช้กฎหมายใหม่ที่ทันโลกทันสมัยเป็นหลักประกันสำคัญระยะยาวสำหรับลูกจ้างได้ดีที่สุด (ที่มา: http://www.nikomfoundation.org/autopagev4/show_page.php?topic_id=21&auto_id=11&TopicPk=)"

ประกันสังคมไทย ได้ให้ความ
คุ้มครองแรงงานไทยอย่างรอบ
ด้าน ไม่เพียงเฉพาะการเจ็บป่วย
แต่ยังครอบคลุมถึงคุณภาพ
การคลอดบุตร การว่างงาน และ
ชราภาพ

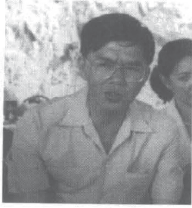


นิคม จันทรวิฑูร: ปูชนียบุคคลของแรงงานไทย

‘จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน’ ยังเป็นแรงบันดาลใจให้บุคคลสำคัญของวงการสาธารณสุขอีกหลายท่าน บุคคลหนึ่ง คือ นายแพทย์สงวน
นิตยารัมภ์พงษ์ ผู้บุกเบิกและผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(Universal Health Coverage: UHC) ให้แก่ประเทศไทยจนสำเร็จ บทสัมภาษณ์
หนึ่งเมื่อปี พ.ศ. 2544 นายแพทย์สงวน กล่าวว่า “ที่ผมตั้งใจจะทำก็คือ
ทำอย่างไรให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพอย่างครบถ้วนตั้งแต่เกิดจน
ตาย” นายแพทย์สงวนได้ผลักดันผ่านกลไกของราชการจนเป็นผลมาสู่
นโยบายทางการเมืองคือ โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือรู้จักกัน
ในชื่อ ‘30 บาทรักษาทุกโรค’ ซึ่งส่วนหนึ่งได้รับแรงบันดาลใจมาจาก
บทความของ อาจารย์ป่วย ทั้งนี้ จากการรับทราบต่อ ๆ กันมา สมัยที่นาย
แพทย์สงวนเป็นนักศึกษาแพทย์ปีที่ 2 ได้ส่งจดหมายจากเมืองไทยไปหา
อาจารย์ป่วยที่อังกฤษ เพื่อขอบทความของอาจารย์ป่วย และพวกเรา
ได้รับทราบกันดีว่า นายแพทย์สงวนมีความซาบซึ้งใจในความกรุณาของ
อาจารย์ป่วยที่ตอบจดหมายกลับมาว่ายินดีส่งบทความมาให้

กล่าวได้ว่า นายแพทย์สงวน มุ่งมั่นผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าให้สัมฤทธิ์ผลให้จงได้นั้น ส่วนหนึ่งได้รับแรงบันดาลใจมาจาก
ข้อเขียน ‘จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน’ ของอาจารย์ป่วย และ แน่นนอนว่า
นายแพทย์สงวนยังได้รับเอาจริยวัตรปฏิบัติของอาจารย์ป่วย มาเป็น
แบบอย่างในการทำงานด้วย

สัมภาษณ์



ที่มตั้งใจจะทำคือ
ทำอะไรให้ประชาชนมีหลักประกัน
สุขภาพอย่างครบถ้วนตั้งแต่เกิดจนตาย
นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์*

*สัมภาษณ์วันที่ ๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๔



ก่อนจะถึงเชิงตะกอน | ๑๒๒

คัดลอกมาบางส่วนจากหนังสือ *ก่อนจะถึงเชิงตะกอน*

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ในฐานะผู้หนึ่งที่โตมาในยุค “อาจารย์ป่วย” ปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ผู้เชื่อว่าเส้นทางนี้จะเป็นส่วนหนึ่งในการบรรลุเจตนารมณ์ที่อาจารย์ป่วยเคยหวังไว้ในข้อคิดจากเรื่อง “คุณภาพแห่งชีวิต ปฏิทินแห่งความหวัง : จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน” ได้

กองบก. : ขอเรียนถามประวัติคุณหมอ และความทรงจำเกี่ยวกับอาจารย์ป่วย
สงวน : ผมเติบโตในกรุงเทพฯ ส่วนแรงบันดาลใจที่จะทำกิจกรรมเกิดขึ้นตอนที่เป็นนักศึกษาชั้นปี ๑ ปี ๒ ผ่านการอ่านหนังสืออย่าง *สังคมศาสตร์ปริทัศน์* หนังสือ *ชาวกรุง* ซึ่งตอนนั้นก็มีอิทธิพลทางความคิด พอปี ๒ ผมได้เป็นบรรณนิธิการ *มหิตลสาร* ตอนนั้นอ.ป่วยอยู่ที่ต่างประเทศ ผมก็เขียนไปถึงท่านโดยตรงว่าจะขอบทความท่านมาลงเกี่ยวกับสงคราม อ.ป่วยก็เขียนมาให้ซึ่งผมก็รู้สึกภูมิใจมาก เพราะเราเป็นเด็ก ท่านก็เขียนตอบด้วยลายมือท่านเลย ท่านค่อนข้างเป็นกันเองทั้ง ๆ ที่เรายังไม่รู้จักกัน ท่านจะเขียนถึงเราในท่านองว่า “ถึงคุณสงวนที่รัก” คล้ายกับว่าท่านเป็นผู้ใหญ่ที่ให้ความเอ็นดูเรา รวมทั้งความคิดของเราระดือหรือมันจะให้นักศึกษามีปัญญาเพิ่มขึ้น เราก็ประทับใจตั้งแต่ตอนนั้น

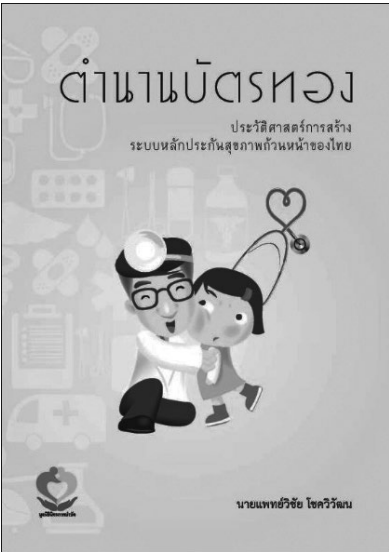
๑๒๓ | สบายอารมณ์แห่งความคิด



คัดลอกมาบางส่วนจากหนังสือ *ก่อนจะถึงเชิงตะกอน*

เรื่องราวที่นายแพทย์สงวนต้องฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ จนกระทั่งสามารถผลักดันให้ประเทศไทยสามารถบรรลุระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สำเร็จ จนเป็นที่ยอมรับของนานาประเทศ ได้ถูกบันทึกและถ่ายทอดเป็นหนังสือ ชื่อ ‘ตำนานบัตรทอง: ประวัติศาสตร์การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย’ โดย นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ จัดพิมพ์ด้วยเงินทุนของมูลนิธิมิตรภาพบำบัด (กองทุนนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์) เป็นการเล่าเรื่องการกำเนิดของ ‘บัตรทอง 30 บาท รักษาทุกโรค’ ที่นับว่าเป็นความสำเร็จของประเทศไทย ซึ่งเป็นประเทศที่ยังไม่ร่ำรวยแต่สามารถทำได้สำเร็จ

นายแพทย์วิชัยได้เล่าถึงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสายตาของ Professor Amartya Sen นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบล ปี ค.ศ. 1998 ว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นฝันที่เป็นจริงได้ ดังตัวอย่างของประเทศไทย รวมทั้งได้มีการกล่าวถึงถึงระบบประกันสุขภาพของอังกฤษและญี่ปุ่นเห็นความรู้เพิ่มเติมให้ผู้อ่านด้วย



นอกจากการเล่าถึงอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว ยังได้เล่าถึงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์อย่างต่อเนื่อง การพัฒนาระบบสนับสนุนต่าง ๆ รวมทั้งการรับฟังความเห็นจากผู้ให้และผู้รับบริการ บทบาทองค์กรปกครองท้องถิ่น และชุมชนในการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีการสะท้อนมุมมอง และเสียงชื่นชมจากบุคคลและองค์กรระดับโลกต่อ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย สู้ต้ายนายแพทย์วิชัย ได้ทิ้งท้ายมองไปในอนาคตของระบบบัตรทองว่าจะเป็นอย่างไรมีการพัฒนา ระบบบริการและสร้างคามยั่งยืนของระบบต่อไปอย่างไร

เพื่อหลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อนกับหนังสือ ‘ตำนานบัตรทอง’ บทความฉบับนี้จึงเน้นให้ผู้อ่านเห็นผลสัมฤทธิ์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในหลากหลายแง่มุม โดยเฉพาะความเสมอภาค (equity) และการอธิบายปัจจัยนำไปสู่ความสำเร็จของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยส่วนหนึ่งเป็นการถอดความจากเอกสารวิชาการสองชุด ชุดที่หนึ่ง คือ Tangcharoensathien V., Limwattananon S., Patcharanarumol W., and Thammatacharee J. “Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Thailand”. *PLOS Medicine* 2014;11:e1001726. ซึ่งเป็นเอกสารฉบับย่อถูกตีพิมพ์ใน *PLOS Medicine Collection on Universal Health Coverage* และ ชุดที่สอง คือ “Full Case Study: Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in Thailand” โดยผู้เขียนคณะเดียวกัน ซึ่งเป็นเอกสารประกอบ ถูกจัดเก็บเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์และเผยแพร่ในเว็บไซต์ของ *PLOS Medicine Collection on Universal Health Coverage* สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001726#pmed.1001726.s001>

เป็นที่น่ายินดีว่า ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 13 ประเทศที่ได้รับการตีพิมพ์ใน *PLOS Medicine Collection on Universal Health Coverage* ปี ค.ศ. 2014 ร่วมกับองค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก และ ประเทศอื่นๆ อีก 12 ประเทศ ทั่วโลก นอกจากเอกสารวิชาการสองชุดนี้แล้ว ผู้เขียนยังได้มีการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ อีกด้วย ซึ่งจะนำเสนอในบทถัดไป

บทที่ 2

ประสิทธิภาพระบบสุขภาพประเทศไทยเทียบกับนานาชาติ

สาระสำคัญของบทนี้ เป็นการทบทวนสถานการณ์ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพไทยเทียบกับนานาชาติ โดยเปรียบเทียบสถานะสุขภาพกับสถานะการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ และรายจ่ายสุขภาพ

ข้อมูลประเทศไทยโดยสังเขป (ข้อมูลปี 2557)

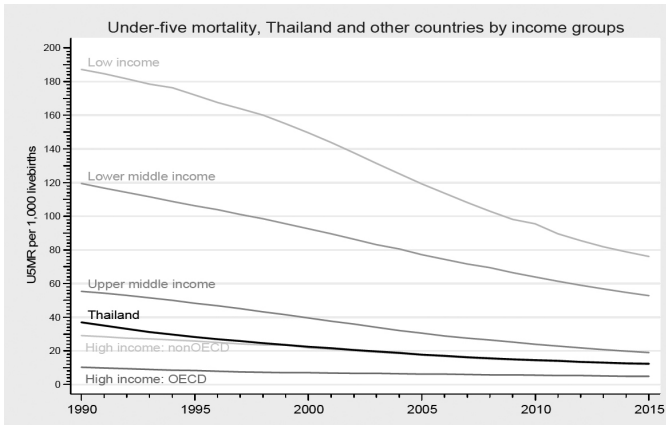
- จำนวนประชากร 67.7 ล้านคน
- รายได้ประชาชาติ 5,780 เหรียญสหรัฐต่อประชากรหนึ่งคน
- จัดอยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางระดับสูง (Upper Middle Income Country, UMIC)
- สถานะสุขภาพ
 - อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 77 ปีสำหรับผู้หญิง / 71 ปีสำหรับผู้ชาย
 - อัตราตายเด็กต่ำกว่าห้าปี 12.6 รายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย
 - อัตราตายมารดา 26 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย
- การคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Skilled Birth Attendance) 99.6% (ปี 2555)
- รายจ่ายสุขภาพ (ปี 2556)
 - รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด คิดเป็น 4.6% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ หรือ เท่ากับ 264 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี
 - รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ
 - » เพิ่มจาก 56% ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดในปี 2554 เป็น 80% ในปี 2557 หรือ
 - » เพิ่มจาก 3.3% GDP ในปี 2554 เป็น 4.6% GDP ในปี 2557
 - » เท่ากับ 17% ของรายจ่ายทั้งหมดของรัฐบาล
 - รายจ่ายของครัวเรือนด้านสุขภาพเท่ากับ 11.3% ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ข้อมูลประเทศไทยโดยสังเขป (ข้อมูลปี 2557)

2.1 ‘สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง’ (‘Good Health at Low Cost’) ของประเทศไทย

2.1.1 สุขภาพดี (Good Health)

ในภาพรวมทั่วโลก ในรูปที่ 2.1 ทุกประเทศมีสุขภาพอนามัยแม่และเด็กดีขึ้น อัตราตายเด็กต่ำกว่าห้าปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ลดลงอย่างต่อเนื่อง ประเทศกลุ่มรายได้สูงมีอัตราตายเด็กต่ำกว่าห้าปี ในระดับที่ต่ำมาก (ประมาณ 10 หรือน้อยกว่า 10 ราย) ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 (ค.ศ. 1990) ในขณะที่ประเทศกลุ่มรายได้ต่ำและกลุ่มรายได้ปานกลางมีอัตราตายเด็กต่ำกว่าห้าปีที่สูงมาก (สูงถึง 190 ในประเทศกลุ่มรายได้ต่ำ)

รูปที่ 2.1 อัตราตายเด็กต่ำกว่าห้าปีของประเทศไทย เปรียบเทียบกลุ่มประเทศต่างๆ ตามระดับรายได้



ที่มา: ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ วิเคราะห์ข้อมูลจาก World Bank -
World Development Indicators (updated Oct 2015)

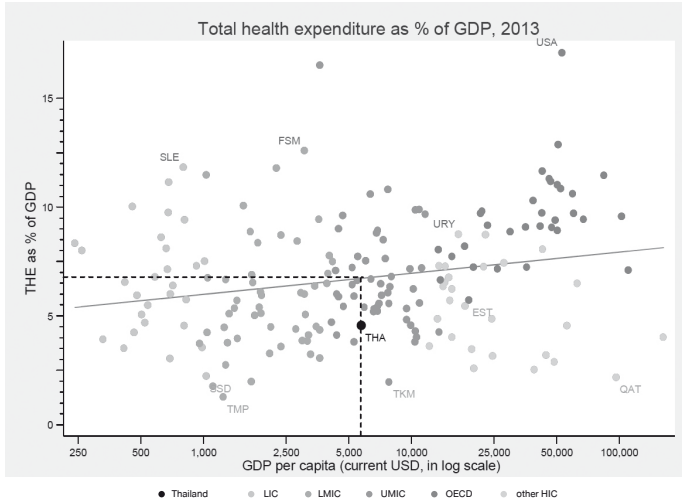
ระบบสาธารณสุขไทยมีความโดดเด่นมาก ก่อนที่ไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเทศไทยมีอัตราการตายเด็กต่ำกว่าห้าปีในระดับที่ต่ำมาก มากกว่าประเทศอื่นในกลุ่มเดียวกัน อัตราตายเด็กต่ำกว่าห้าปีของประเทศไทยเทียบเคียงได้กับประเทศที่มีรายได้สูง ที่ไม่ใช่กลุ่ม OECD (High Income Non-OECD Countries) โดยมีอัตราการลดลงเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่องจนเริ่มเท่ากับประเทศในกลุ่มนี้ ใน พ.ศ. 2541 (ค.ศ. 1998) และใน พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีอัตราการตายเด็กต่ำกว่าห้าปีเท่ากับ 12.6 รายต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย ซึ่งเป็นอัตราที่เทียบเท่ากับประเทศในกลุ่มนี้

2.1.2 ไม่ต้องจ่ายแพง (Low Cost)

เมื่อนำข้อมูล พ.ศ. 2556 (ค.ศ. 2013) ของทุกประเทศทั่วโลกมาสร้างเป็นรูปที่ 2.2 รูปด้านล่าง แกนตั้งเป็นรายจ่ายสุขภาพเป็นเปอร์เซ็นต์ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Total Health Expenditure as % Gross Domestic Product, THE as % GDP) ส่วนแกนนอนเป็นผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัวประชากร (GDP per capita) และทำการวิเคราะห์ multiple regression จะได้เส้นที่คาดว่าจะเป็น (predicted line) เห็นได้ชัดเจนว่า ประเทศไทยมีรายจ่ายสุขภาพไม่สูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่นที่มีรายได้ใกล้เคียงกัน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่ำกว่าเส้น predicted line

รายจ่ายสุขภาพในระดับนี้เมื่อเทียบกับสถานะสุขภาพ ทั้งอัตราการตายเด็กต่ำกว่าห้าปี และอายุคาดเฉลี่ย เมื่อแรกเกิด ประเทศไทยจัดเป็นประเทศแถวหน้าที่มีประสิทธิภาพของระบบสุขภาพสูงที่สุดในโลกประเทศหนึ่ง (highest performing countries)

รูปที่ 2.2 รายจ่ายสุขภาพคิดเป็นร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ
ของประเทศไทย เปรียบเทียบกลุ่มประเทศต่างๆ ตามระดับรายได้ (พ.ศ. 2556 หรือ
ค.ศ. 2013)

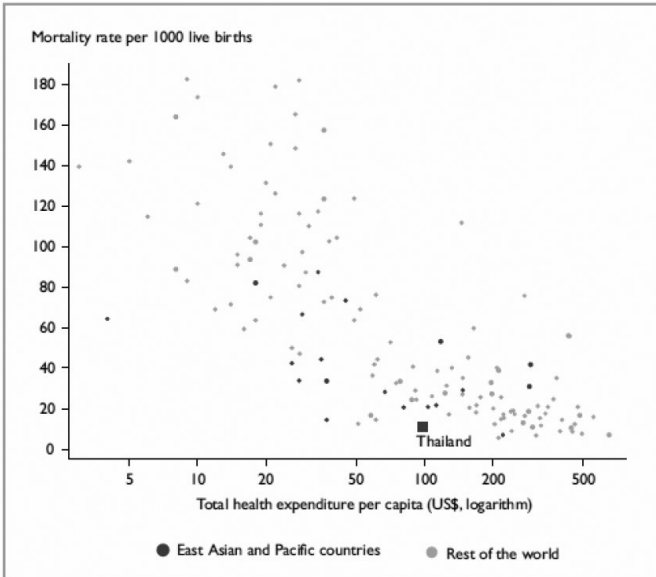


ที่มา: ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ วิเคราะห์ข้อมูลจาก
World Bank-World Development Indicators (updated Oct 2015)

2.1.3 สุขภาพดี - ไม่ต้องจ่ายแพง (Good Health at Low Cost)

ตัวชี้วัด ‘สุขภาพดี’ ในที่นี้ หมายถึงอัตราการตายเด็กต่ำกว่าห้าปี (Under 5 Mortality Rate per 1,000 Live Births) มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับตัวชี้วัด ‘ไม่ต้องจ่ายแพง’ ในที่นี้ คือ รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากร ในรูปที่ 2.3 หลักฐานเชิงประจักษ์บ่งชี้อย่างชัดเจนว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีอัตราการตายเด็กต่ำกว่าห้าปีในระดับเท่าๆ กัน ประเทศไทยใช้รายจ่ายสุขภาพที่น้อยกว่า หรืออีกนัยหนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรในระดับเท่าๆ กัน ประเทศไทยมีอัตราการตายเด็กต่ำกว่าห้าปีที่ต่ำกว่า

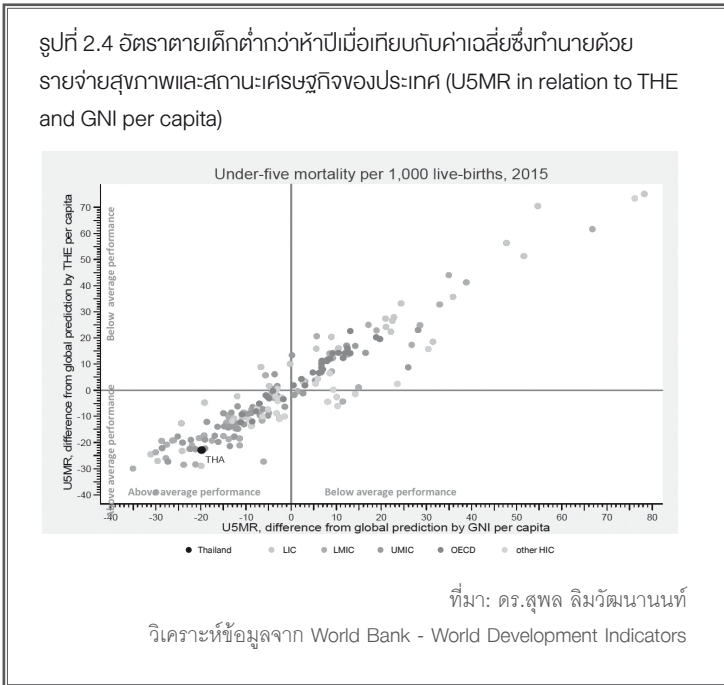
รูปที่ 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราตายเด็กต่ำกว่าห้าปี (Under 5 Mortality Rate per 1,000 Live Births) และ รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากร w.ศ. 2548 (ค.ศ. 2005)



ที่มา: เอกสารอ้างอิง Good Health at Low Cost, 2011 [2]

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติขั้นสูงเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของระบบสุขภาพไทย โดยนำข้อมูล (ก) รายได้ประชากรต่อหัวประชากร และ (ข) รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ตามลำดับ มาทำนายอัตราตายเด็กต่ำกว่าห้าปีที่ควรจะเป็น (predicted value เรียกว่า ค่าทำนาย) ของประเทศนั้นๆ ด้วยสมการถดถอยเชิงเส้นตรง (linear regression) หากอัตราตายจริง (observed value) ต่ำกว่าค่าทำนาย คือ ประเทศในกลุ่มล่างซ้าย (lower left quadrant) แสดงว่าระบบสุขภาพของประเทศนั้นมีสมรรถนะสูงกว่าค่าโดยเฉลี่ยของโลก (above average performance) แต่ถ้าอัตราตายจริงสูงกว่าค่าทำนาย (ด้านบนขวา) แสดงว่าประเทศนั้นๆ มีสมรรถนะต่ำกว่าโดยเฉลี่ย (below average performance)

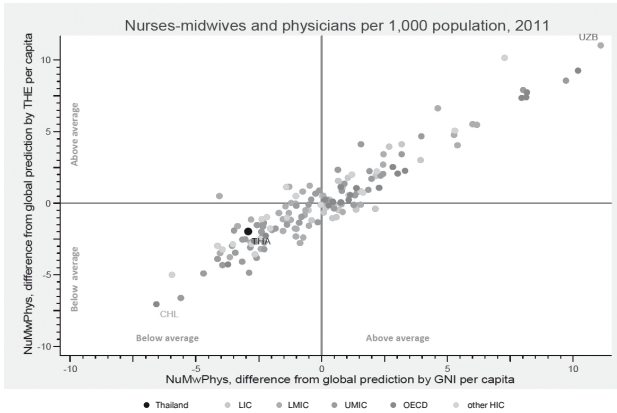
ในรูปที่ 2.4 ประเทศไทยซึ่งอยู่ด้านล่างซ้าย แสดงถึงประสิทธิภาพสูงกว่า ไม่ว่าจะวัดจากรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรในแกนนตั้ง หรือวัดจากรายได้ต่อหัวประชากรของประเทศในแกนนอน



นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์การตายของมารดาเทียบกับรายได้ประชาชาติต่อหัวประชากร และรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรในลักษณะเดียวกัน ประเทศไทยมีอัตราตายมารดาจริง (observed value) ต่ำกว่าค่าทำนาย (predicted value) ด้วยรายจ่ายสุขภาพและรายได้ประชากรดังกล่าว ทำการวิเคราะห์สมการถดถอยในลักษณะเดียวกัน สำหรับความหนาแน่นของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งคิดเป็นจำนวนแพทย์และพยาบาล-ผดุงครรภ์ต่อพันประชากร ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญของระบบสุขภาพพบว่า ในรูปที่ 2.5 ประเทศไทยมีค่าจริงของความหนาแน่นของบุคลากร

สุขภาพต่ำกว่าค่าโดยเฉลี่ยที่ควรจะเป็นเมื่อทำนายด้วยรายจ่ายสุขภาพ และรายได้ประชากรของประเทศ

รูปที่ 2.5 บุคลากรสุขภาพเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยซึ่งทำนายด้วยรายจ่ายสุขภาพ และสถานะเศรษฐกิจของประเทศ (Health workforce density in relation to THE and GNI per capita)



ที่มา: ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์
วิเคราะห์ข้อมูลจาก World Bank - World Development Indicators

ในทำนองเดียวกัน พบว่า ประเทศไทยมีทรัพยากรสุขภาพในรูปของจำนวนเตียงโรงพยาบาลต่อพันประชากร ต่ำกว่าค่าโดยเฉลี่ยของโลกที่เทียบกับรายจ่ายสุขภาพและสถานะเศรษฐกิจของประเทศ

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยมีสถานะสุขภาพของประชากรเมื่อวัดด้วยอัตราตายของเด็กและมารดา ต่ำกว่าประเทศอื่นๆ ที่มีรายได้ประชาชาติและรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรใกล้เคียงกัน แม้ว่าจะมีทรัพยากรสุขภาพเมื่อวัดด้วยจำนวนแพทย์และพยาบาล-ผดุงครรภ์ และจำนวนเตียงโรงพยาบาลต่อพันประชากรต่ำกว่าค่าโดยเฉลี่ยของประเทศอื่นๆ ระบบสุขภาพไทยจึงเป็นระบบที่มี

ประสิทธิภาพสูง โดยทุกภาคส่วนไม่ว่ารัฐบาล และคนไทยทุกคนต้องภาคภูมิใจ หวังแทน และดำรงระบบสุขภาพของไทยไว้ พร้อมกันนี้ขอเรียกร้องให้รัฐบาลลงทุนด้านสุขภาพต่อไปอย่างเต็มกำลังความสามารถ และอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบในระยะยาว

2.2 คำชื่นชมจากผู้นำระดับโลก

ด้วยงานวิจัยเชิงประจักษ์ ของระบบสุขภาพไทย และงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้นำระดับโลกด้านสุขภาพ ได้เล็งเห็น ตระหนัก และชื่นชมว่าระบบสุขภาพไทยอยู่ในแถวหน้าของโลก สมควรเป็นตัวอย่างแก่นานาประเทศ

Quotation from Sen A, Universal health care, Health for all, now. World Nutrition, 2015; 6(3): 157-169

“Thailand UHC results in significant fall in IMR and U5MR, (IMR 11 per 1,000), remarkable rise in life expectancy at birth (>74 years), Astonishing removal of rich-poor IMR disparities; so much so that Thailand’s low IMR is now shared by the poorer and richer parts of the country.”

The 1998 Nobel Prize Laureate, Prof. Amartya Sen





“...In Thailand I saw the benefits and effects of UHC. Countries do not need to wait to become rich before they provide all these sanitation and health services to people. Thailand, for example, started moving towards UHC when per capita national income was only at \$400. Thailand is a middle-income country but they started a long time ago. So, you don’t have to wait to be rich to provide these health services to people...”

UN Secretary General; Ban Ki-Moon
Remarks to Private Sector Forum at Fourth High-level forum on Aid Effectiveness,
Busan, Republic of Korea
30 Nov 2011



“Thailand’s universal coverage reform dates from 2001. The program has substantially increased health care utilization, especially among the previously uninsured. And, as of 2009, the program had already reduced by more than 300,000 the number of Thai people suffering catastrophic health care costs.

And let me acknowledge that Thailand launched its universal coverage program against concerns over fiscal sustainability initially raised by my own institution, the World Bank Group. Thailand’s health leaders were determined to act boldly to provide access for their whole population. Today the world learns from Thailand’s example.”

World Bank President
Jim Yong Kim
Speech at 66th World Health Assembly: Poverty, Health and the Human Future
21 May 2013

Quotation from the official letter of WHO headquarter,
issued on 6 July 2015, to H.E. General Prayut Chan-o-
cha, Prime Minister, Royal Thai Government

“...Thailand’s Universal Health Coverage Systems is one of the best case examples on ‘Good Health at Low Cost’. Although there are now more than 70 countries which have achieved Universal Health Coverage, but Thailand is so outstanding to be able to achieve it as such a low level of GDP per capita.

Let me once again congratulate Thailand, under your leadership and support, for its success on Universal Health Coverage and Disease Surveillance and Control...”

WHO Director General
Margaret Chan



คำชื่นชมของผู้บริหารใหญ่ขององค์การอนามัยโลกที่ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเป็นตัวอย่างที่ดีที่สุดของ ‘สุขภาพดีไม่ต้องจ่ายแพง’ [“Thailand’s Universal Health Coverage Systems is one of the best case examples on ‘Good Health at Low Cost’...”] เป็นการยืนยันอีกครั้งหนึ่งจากผู้นำระดับโลกว่าระบบสุขภาพไทยเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพสูง



บทที่ 3

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

3.1 เกริ่นนำ

ประเทศไทยก้าวสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UHC) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถือได้ว่าประเทศไทยเป็นประเทศแรก ๆ ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนทุกคนโดยเฉพาะในชนบทและคนจนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น และป้องกันมิให้ครัวเรือนล้มละลายเนื่องจากจ่ายสุขภาพ ผลเชิงประจักษ์เหล่านี้เป็นที่ชื่นชมและได้รับการยอมรับจากนานาชาติ รวมทั้งถูกจัดให้เป็นประเทศกรณีศึกษาขององค์กรระหว่างประเทศในการพัฒนาระบบสุขภาพให้กับประชาชนในประเทศต่าง ๆ ประเทศไทยมีการประกันสุขภาพหลายระบบ ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 กองทุนหลัก ได้แก่ ประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UCS) ประกันสังคม (Social Health Insurance Scheme, SHI) และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBMS) ซึ่งครอบคลุมประชากร ร้อยละ 75 ร้อยละ 17 และร้อยละ 8 ของประชากรทั้งหมด 65 ล้านคนทั่วประเทศ ตามลำดับ อย่างไรก็ตามยังมีประชากรอีกส่วนหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการครอบคลุมจากประกันสุขภาพสามระบบนี้ เช่น แรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ซึ่งส่วนใหญ่ต้องจ่ายเงินค่ารักษายาบาลด้วยตนเองเป็นครั้ง ๆ เมื่อเจ็บป่วย [3]

เพื่อให้เป็นการเข้าใจง่ายขึ้น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เรียกโดยย่อเป็น UHC ที่ครอบคลุมประกันสุขภาพทั้งสามระบบ ดังอธิบายข้างต้น ส่วนประกันสุขภาพแห่งชาติ บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เรียกโดยย่อเป็น UCS

ตารางที่ 3.1 แสดงภาพรวมโดยย่อของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ทั้ง 3 ระบบหลัก ซึ่งมีทั้งความเหมือนและความต่างกัน อันเนื่องมาจาก ประวัติศาสตร์ของการออกแบบแต่ละระบบ สิ่งที่แตกต่างกันและต้องการ สร้างความกลมกลืนระหว่างสามระบบมีหลายประการ เช่น ชุดสิทธิประโยชน์ การจ่ายเงินให้สถานพยาบาล ปัญหาหนึ่งที่ประสบมานาน และยังไม่สามารถปฏิรูปได้ คือ วิธีการจ่ายเงินตามรายการบริการที่สถานพยาบาลจัดให้ (fee-for-service) สำหรับผู้ป่วยนอกของสวัสดิการรักษาศูนย์สุขภาพข้าราชการ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอย่างมากโดยไม่สามารถควบคุมได้ [5]

ตารางที่ 3.1 ภาพรวมระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบของประเทศไทย

	ประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS)	ประกันสังคม (Social Health Insurance Scheme, SHI)	สวัสดิการรักษา พยาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBs)
1. จัดตั้งในปี	ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545)	ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533)	ค.ศ. 1980 (พ.ศ. 2523)
2. หน่วยงาน รับผิดชอบ	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปลช.)	สำนักงานประกันสังคม (สปลส.) กระทรวง- แรงงาน	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
3. กฎหมาย	พระราชบัญญัติหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	พระราชบัญญัติประกัน สังคม พ.ศ. 2533	พระราชกฤษฎีกา

	ประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS)	ประกันสังคม (Social Health Insurance Scheme, SHI)	สวัสดิการรักษายา พยาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS)
4. ความครอบคลุมประชากร	ประชาชนไทยที่ไม่ครอบคลุมด้วยสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการประมาณ 75% ของประชากรทั้งหมด	ลูกจ้างเอกชนที่จ่ายเงินสมทบ ประมาณ 13% ของประชากรทั้งหมด	ข้าราชการ บิดามารดา และ บุตรอายุไม่เกิน 18 ปี ประมาณ 8% ของประชากรทั้งหมด
5. แหล่งการคลัง	เงินงบประมาณรัฐบาล	เงินสมทบสามฝ่าย นายจ้าง ลูกจ้าง และ รัฐบาล ฝ่ายละ 1.5% ของเดือน	เงินงบประมาณรัฐบาล
6. วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล	อัตราเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) สำหรับผู้ป่วยนอก และการวินิจฉัยโรคร่วมแบบมีเพดาน (DRG with global budget) สำหรับผู้ป่วยใน ด้วยอัตราที่เท่ากันสำหรับโรงพยาบาลทุกระดับ	อัตราเหมาจ่ายรายหัว สำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ยกเว้นรายที่มีน้ำหนักสัมพัทธ์เกิน 2 ถูกจ่ายด้วยการวินิจฉัยโรคร่วม	จ่ายเงินตามรายการที่เบิก (fee-for-service) สำหรับผู้ป่วยนอก และการวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) สำหรับผู้ป่วยใน แต่มีอัตราที่ไม่เท่ากัน จ่ายให้โรงเรียนแพทย์และระดับตติยภูมิสูงกว่าระดับทุติยภูมิ

แหล่งข้อมูล: การสังเคราะห์โดยผู้แต่ง

รูปแบบวิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล (Provider Payment Mechanisms)

ระบบประกันสังคมใช้วิธีการจ่ายด้วย capitation สำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นวิธีการจ่ายแบบปลายปิด (close ended payment) มาตั้งแต่เริ่มดำเนินนโยบายประกันสังคมในปี พ.ศ. 2534 ทำให้ capitation เป็นที่รู้จักและคุ้นเคยในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

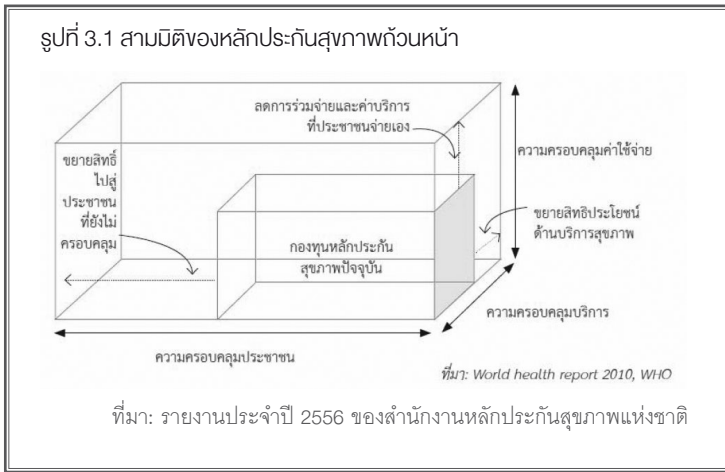
การที่ประกันสังคมใช้ capitation มาตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งถึงทุกวันนี้ เป็นการเบิกทางให้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้ capitation ตั้งแต่มเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2545 ได้โดยไม่ยากลำบากมากนักเพราะมีประสบการณ์จากประกันสังคมมาหลายปีแล้ว สิ่งที่ต่างจากประกันสังคม คือ การใช้วิธีการจ่ายด้วยกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วมแบบมีเพดาน (Diagnostic Related Group, DRG) มาร่วมจ่ายสำหรับผู้ป่วยในด้วย

DRG ที่ใช้เป็น DRG ที่ถูกพัฒนาโดยภูมิปัญญาของคนไทย ภายใต้บริบทระบบสาธารณสุขไทย เรียกได้ว่า เป็น DRG ที่ไทยทำ ไทยใช้ ภายหลังจากที่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้ DRG โดยมีเพดานงบประมาณ (global budget) สำหรับประชากรส่วนใหญ่ถึงสามในสี่ของประชากรไทยแล้ว ประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการก็ได้หันมาใช้ระบบ DRG ในการจ่ายสำหรับผู้ป่วยในบางส่วนด้วย ในปี พ.ศ. 2551 สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ได้นำ DRG โดยไม่มีเพดานงบประมาณ มาใช้แทนการจ่ายเงินตามรายการที่เบิก (fee-for-service)

ปัจจุบันนี้ ประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบของไทยใช้การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลแบบปลายปิดเกือบทั้งหมด ยกเว้น สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ยังมีการใช้การจ่ายตามรายการที่เบิกกรณีบริการผู้ป่วยนอก การจ่ายเงินแบบปลายปิดทำให้สามารถควบคุมรายจ่ายได้ และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบในภาพรวมด้วย (ดูรายงาน องค์การอนามัยโลก World Health Report 2010 เพิ่มเติม)

การจ่ายเงินแบบปลายปิดมีการใช้ในหลายประเทศทั้งในกลุ่มรายได้ต่ำและกลุ่มรายได้ปานกลาง ในขณะที่การจ่ายเงินแบบปลายเปิดก่อให้เกิดปัญหาการจ่ายเพิ่มขึ้นอย่างมากและไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งบางประเทศกำลังประสบปัญหาอยู่ในขณะนี้ [6.7]

เมื่อกล่าวถึง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คงต้องกล่าวถึงความครอบคลุมสามมิติ [8] ได้แก่ ความครอบคลุมประชากร (Population Coverage) ความครอบคลุมของบริการ (Service Coverage) และ การปกป้องด้านการเงิน (Financing Protection) ดังรูปที่ 3.1



เอกสารชิ้นนี้จะเน้นที่ภาพรวมของ UHC และในบางช่วงจะเป็นข้อมูลเฉพาะของประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC Scheme หรือ UCS) เป็นหลัก เนื่องจากเป็นระบบที่ครอบคลุมประชากรมากถึงสามในสี่ของประชากรไทยทั้งหมด หลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานของ UCS ที่ได้ผลดีในระดับที่น่าพอใจมาก [9, 10]

- กลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำได้รับประโยชน์จากระบบหลักประกันสุขภาพมากกว่ากลุ่มประชากรที่มีรายได้สูง การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นทางการเพิ่มมากขึ้น และมีอัตราการเข้าไม่ถึงบริการเมื่อจำเป็นค่อนข้างต่ำ [11]

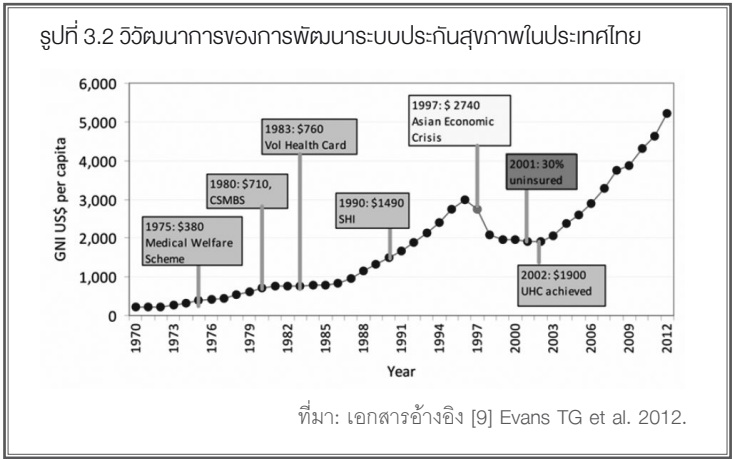
- สามารถปกป้องครัวเรือนจากความเสี่ยงด้านการเงินได้อย่างดี [12] การวัดอรรถประโยชน์ของการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือนมีตัวชี้วัดสองตัว หนึ่ง การที่ครัวเรือนไม่ต้องประสบภาวะล้มละลายทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure) และ สอง ภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้วทำให้ครัวเรือนกลายเป็นครัวเรือนยากจน (Impoverishment)

3.2 บริบทที่สำคัญสำหรับการสร้างนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเทศไทยจัดว่าเป็น 1 ใน 80 ประเทศที่มีอัตราการตายของเด็กลดลงเฉลี่ยต่อปีสูงสุดระหว่างปี 2553 และ 2549 [13] อันเป็นผลมาจากความครอบคลุมของการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health Service) ตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. 2543 มีการคลอดบุตรจากการทำคลอดโดยบุคลากรที่มีความชำนาญ (Skill Birth Attendant) ร้อยละ 99 ส่วนในปี พ.ศ. 2552 อัตราการคุมกำเนิดในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี ด้วยทุกวิธี ร้อยละ 79.6 ทั้งนี้เนื่องจากมีสถานพยาบาลที่ขยายออกไปอย่างกว้างขวางครอบคลุมทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ที่พร้อมให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทั้งคนยากจนและคนรวย [14] ตามสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรได้รับ

3.2.1 การพัฒนาระบบสุขภาพในช่วงสามทศวรรษก่อน UHC

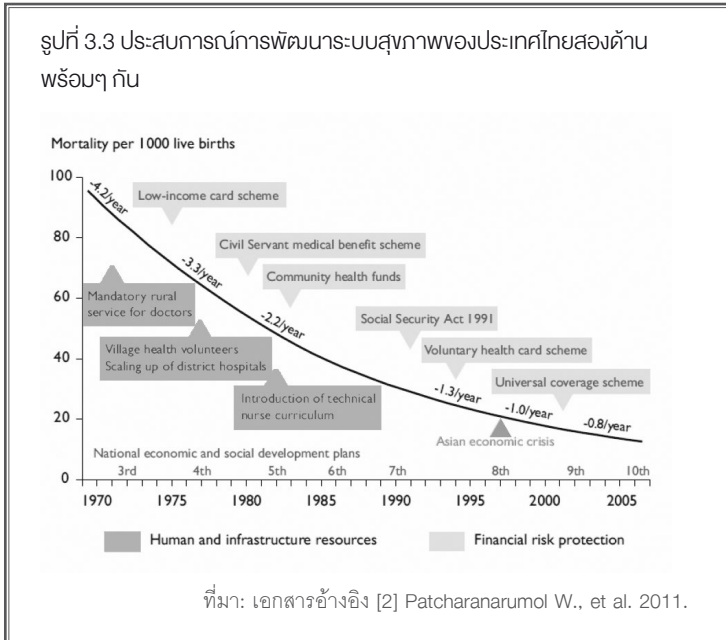
ในรูปที่ 3.2 การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย มีการดำเนินการมาอย่างเข้มข้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2513 จนกระทั่งระบบบริการสุขภาพเข้มแข็งมาก อันเป็นบริบทที่สำคัญยิ่งที่สนับสนุนต่อการดำเนินนโยบาย UHC ใน พ.ศ. 2545



วัลย์พร พัทธนฤมล และคณะ [2] อธิบายไว้ในหนังสือ *Good Health at Low Cost* อย่างชัดเจนว่า ประสบการณ์ของประเทศไทยในการพัฒนาระบบสุขภาพที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นนั้น มีการดำเนินการสองด้านพร้อม ๆ กัน นั่นคือ การขยายสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ และการขยายการปกป้องความเสี่ยงด้านการเงิน โดยรูปที่ 3.3 แสดงประสบการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพของไทยสองด้านพร้อม ๆ กัน

หลายประเทศที่มาศึกษาดูงานหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย มักกล่าวอ้างว่า เนื่องจากประเทศไทยขณะนี้ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางระดับสูง (Upper Middle Income Country) ทำให้ประเทศไทยมีศักยภาพด้านการเงินพร้อมในการพัฒนาระบบสุขภาพจนกระทั่งบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ความจริงนั้น ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบประกันสุขภาพมาอย่างยาวนานมาก อีกทั้งเริ่มดำเนินการโครงการสวัสดิการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยใน พ.ศ. 2518 ตั้งแต่ประเทศไทยยังถูกจัดเป็นประเทศกลุ่มรายได้ต่ำ (Low Income Country) ดังรูปด้านล่าง แกนตั้งเป็นรายได้ต่อหัวประชากร (GNI per capita) ส่วนแกนแนวนอนแสดง

ปี ค.ศ. 1970-2012 หรือ พ.ศ. 2513-2555 ประเทศไทยใช้เวลาจนถึง 27 ปี ในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า UHC (นับตั้งแต่ พ.ศ. 2518 ถึง พ.ศ. 2545)



การพัฒนาาระบบสุขภาพสองด้านพร้อมกัน

ด้านที่หนึ่ง การเพิ่มและกระจายสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ (Expansion of Health Delivery Service or Minimize Physical Barrier)

การเพิ่มจำนวนและจัดการกระจายของสถานพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยมุ่งเน้นที่ระบบสุขภาพปฐมภูมิ และโรงพยาบาลระดับอำเภอ ถูกจัดให้เป็นวาระแห่งชาติในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาชนบท การลดความยากจน และการสร้างความมั่นคงของชาติ ภายใต้บริบทของการต่อต้านลัทธิคอมมิวนิสต์ในเอเชีย และ 'ทฤษฎีโดมิโน' ในสมัยนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีโรงพยาบาลชุมชนประจำทุกอำเภอ และให้มีศูนย์สุขภาพตำบลหรือสถานีอนามัยครบทุกตำบล เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับตำบลและระดับอำเภออย่างครบถ้วนทุกพื้นที่

การจัดให้มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพในจำนวนที่เพียงพอ ประจำสถานีอนามัยทุกตำบลและโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ เป็นสิ่งที่ท้าทายมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่ห่างไกลและเข้าถึงยาก ใน พ.ศ. 2516 รัฐบาลได้มีนโยบายให้นักศึกษาแพทย์ที่จบใหม่ต้องใช้ทุนในสถานพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกไปใช้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน ต่อมามีการขยายการใช้ทุนสำหรับนักเรียนพยาบาล เภสัชกรและทันตแพทย์ มีการจัดโควตาเพิ่มการคัดเลือกนักศึกษาแพทย์ที่มีภูมิลำเนาในชนบท (local recruitment) การจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ระดับจังหวัด (local training) และการจัดสรรให้กลับไปทำงานที่บ้านเกิดภายหลังจบการศึกษา (hometown placement) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ของการทำให้บุคลากรคงอยู่ในชนบท (rural retention) ซึ่งมีข้อดีคือ บุคลากรเหล่านี้มีทัศนคติต่อชนบทที่ดีกว่าเพราะเป็นบ้านเกิดของตนเอง และสามารถทำงานในชนบทได้นานกว่า [20]

ด้านที่สอง การลดอุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Minimize Financial Barriers)

รัฐบาลไทยใช้วิธีการตั้งเป้าหมาย (targeting) และมีการขยายเป้าหมายการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินออกไปเรื่อยๆ ทีละกลุ่มเป้าหมาย โดยเริ่มจาก พ.ศ. 2518 ขณะที่ประเทศไทยยังเป็นกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ (รายได้ประชากรชาติเพียง 380 เหรียญดอลลาร์สหรัฐต่อคนต่อปีเท่านั้น) รัฐบาลจัดให้มีระบบสวัสดิการ-

สังคมสงเคราะห์สำหรับผู้ที่มียารายได้น้อย (Medical Welfare Scheme) ต่อมา พ.ศ. 2523 จัดให้มีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBBS) ครอบคลุมผู้ที่เป็นข้าราชการ บิดามารดา สามี/ภรรยา และบุตร ต่อมา พ.ศ. 2526 จัดให้มีระบบบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ (Voluntary Health Card Scheme) โดยใน พ.ศ. 2538 จัดขายบัตรราคา 500 บาทต่อหนึ่งครอบครัว และรัฐบาลให้เงินสนับสนุนอีก 500 บาทต่อบัตร ต่อมา พ.ศ. 2534 รัฐบาลออกกฎหมายประกันสังคม (Social Health Insurance, SHI) ครอบคลุมผู้ที่ทำงานบริษัทห้างร้านเอกชน โดยต้องจ่ายเงินสมทบล่วงหน้า

ถึงแม้จะมีการขยายระบบประกันสุขภาพแบบมุ่งเป้า (targeting) โดยการขยายอย่างต่อเนื่องแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่ก็พบว่าประชาชนไทยประมาณร้อยละ 30 ยังไม่ได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพใดๆ ใน พ.ศ. 2544 ดังนั้น การขยายระบบประกันสุขภาพแบบมุ่งเป้า (targeting) นั้น ไม่สามารถทำให้ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้

ความเป็นไปได้จากการสนับสนุนทางการเมือง เป็นโอกาสที่ดีที่ทำให้ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อพรรคไทยรักไทยนำนโยบาย UHC ไปเป็นนโยบายของพรรคในการหาเสียงก่อนการเลือกตั้งในวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2544 เมื่อพรรคไทยรักไทยได้รับชัยชนะจากการเลือกตั้งของประชาชน พรรคไทยรักไทยได้จัดตั้งรัฐบาลโดยมี นายทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี จึงต้องทำตามสัญญาที่ให้ไว้กับประชาชนเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ ที่รู้จักกันในชื่อ 30 บาทรักษาทุกคน

ดังนั้น กล่าวได้ว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเกิดขึ้นได้จากการตัดสินใจทางการเมือง ส่วนการออกแบบนโยบายและระบบ UHC มีการระดมสมองผู้เชี่ยวชาญต่างๆ ทั่วประเทศ พร้อมทั้งมีการใช้หลักฐานเชิงวิชาการประกอบการตัดสินใจในการออกแบบนโยบาย UHC การถ่ายทอดนโยบายไปสู่การปฏิบัติเป็นจริงได้จากการทดลองนำร่อง 6 จังหวัด ในเดือนเมษายน 2544 จากนั้นขยายเป็น 21 จังหวัด ในเดือนมิถุนายน 2544 และขยายเต็มพื้นที่ทั่วประเทศได้สำเร็จ ในเดือนเมษายน 2545



บทที่ 4 ความก้าวหน้าของ UHC ในประเทศไทย

จำแนกตัวชี้วัดสำหรับการติดตามและประเมินผล UHC เป็นปัจจัยนำเข้า (inputs) ผลผลิต (outputs) ผลลัพธ์ (outcomes) และ ผลกระทบ (impact)

4.1 ปัจจัยนำเข้า (inputs)

ปัจจัยนำเข้าที่สำคัญตัวหนึ่ง คือ การเงินด้านสุขภาพในภาพรวม โดยมีการพิจารณาสัดส่วนของค่าใช้จ่ายสุขภาพเป็น % ต่อ GDP ในภาพรวม ประเทศไทย มีรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดของประเทศไทยอยู่ในระดับที่ไม่สูง เพียงแค่ 4.6% ของ GDP เท่านั้น เมื่อเทียบกับประเทศกลุ่มสหภาพยุโรปที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูง 10.1% หรือ ญี่ปุ่น 10.3% ของ GDP (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลสำคัญทางด้านเศรษฐศาสตร์ และการคลังสุขภาพ

	GNI per capita, US\$	Tax, %GDP	Gov't revenue, % GDP	Life expectancy, years	THE, % GDP	THE per capita, US\$	GGHE % THE	GGHE % GGE	OOP, % THE
ปีอ้างอิง	2014	2012	2012	2013	2013	2012	2013	2013	2013
Cuba	5,910	N/A	N/A	79	8.8	603	93	13.4	7.0
France	43,080	21.4	42.5	82	11.7	4,864	78	15.8	7.4
Japan	42,000	10.1	11.2	83	10.3	3,966	82	20.0	14.4
Republic of Korea	27,090	14.4 (2011)	21.6 (2011)	81	4.2	1,880	53		36.6
Mexico	9,980	9.9 (2000)	12.5 (2000)	77	6.2	664	52	15.4	44.1
Norway	103,050	26.8	48.2	81	9.6	9,715	85	18.3	13.9
Thailand	5,410	16.5	20.5	74	4.6	215	80	17.0	11.3

	GNI per capita, US\$	Tax, %GDP	Gov't revenue, % GDP	Life expectancy, years	THE, % GDP	THE per capita, US\$	GGHE % THE	GGHE % GGE	OOP, % THE
European Union	35,673	18.8	34.5	80	10.1	3,460	77	15.7	13.6
Upper Middle Income Country	7,893	13.6 (2011)	19.4	74	6.3	446	56	NA	31.9
High Income Country Group	38,392	14.3	23.7	79	11.9	4635	61	17.2	14.7
East Asia Pacific (developing country only)	6,122	10.9 (2011)	12.6 (2011)	74	5.3	260	55	NA	34.6
East Asia and Pacific (all income level)	9,698	11.8 (2011)	13.6 (2011)	75	7.0	630	66	NA	25.5

ที่มา: World Development Indicators 2015 available at <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> [access 29 August 2015]

คำย่อ GNI: Gross National Income รายได้ประชาชาติ

GDP: Gross Domestic Product ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ

THE: Total Health Expenditure รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด

GGHE: General Government Health Expenditure รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ

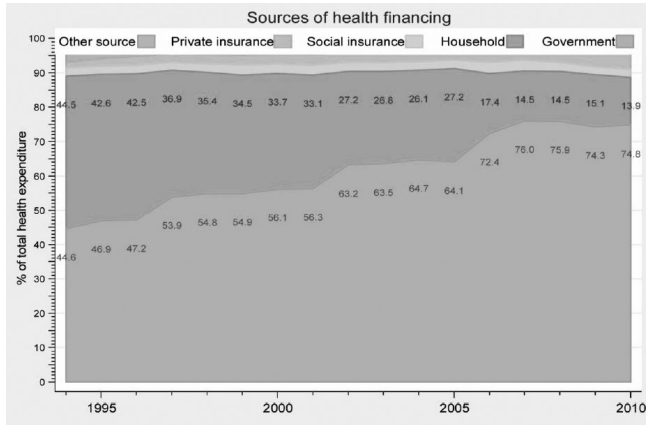
GGE: General Government Expenditure รายจ่ายของรัฐบาล

OOP: Household Out of pocket payment รายจ่ายของครัวเรือนด้านสุขภาพ

นอกจากรายจ่ายสุขภาพเป็น % ต่อ GDP แล้ว ตารางที่ 4.1 ยังแสดงว่า ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้าเรื่องการเงินการคลังที่สำคัญอีกสามตัว ได้แก่ หนึ่ง รายจ่ายสุขภาพที่จ่ายโดยรัฐบาล คิดเป็น % ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (General Government Health Expenditure as % of Total Health Expenditure, GGHE as % of THE) สอง รัฐบาลลงทุนด้านสุขภาพคิดเป็น % ของเงินที่รัฐบาลใช้จ่ายทั้งหมด (GGHE as % of Government Expenditure, GGHE as % of GGE) และ สาม รายจ่ายด้านสุขภาพที่ครัวเรือนต้องจ่ายเอง โดยไม่มีประกันจ่ายแทนหรือไม่สามารถเบิกคืนได้ เป็น % ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (out-of-pocket health expenditure as % of total health expenditure, OOP as % THE) ประเทศไทยมีตัวชี้วัดทั้งสามตัวในระดับที่น่าพึงพอใจ ดังนี้

- พิจารณาภาคตัดขวาง ข้อมูล พ.ศ. 2556 รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีการจ่ายจากรัฐบาลในระดับที่สูงมากถึง 80% ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด หรือ คิดเป็น 17% ของรายจ่ายทั้งหมดของรัฐบาล ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศกลุ่มสหภาพยุโรป (ตารางที่ 4.1)
- สัดส่วน OOP as % THE มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 45% ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 35% ในปี พ.ศ. 2544 ก่อนที่จะมีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากนั้นลดลงเป็น 20% ในปี 2553 และ เหลือเพียง 11% ใน พ.ศ. 2556 (รูปที่ 4.1)
- ในตารางที่ 4.1 สัดส่วน OOP ในระดับ 11% of THE ใน พ.ศ. 2556 เป็นระดับที่ต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศในกลุ่มรายได้ปานกลางระดับสูง (31.9%) นอกจากนี้ ยังต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่พัฒนาแล้วในกลุ่มสหภาพยุโรป (13%) และต่ำกว่าประเทศในกลุ่มรายได้สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประเทศไทยมีค่า OOP เท่ากับ 15% of THE ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งเป็นค่าที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่พัฒนาแล้วในกลุ่มองค์กรความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) ที่ 17.9% ในปีเดียวกัน [15]

รูปที่ 4.1 แหล่งการเงินด้านสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2537 ถึง 2553



ที่มา: วิเคราะห์จาก National Health Account พ.ศ. 2537 ถึง 2553

ในตารางที่ 4.2 นั้น แหล่งเงินที่ใช้จ่ายมาจากแหล่งเดียว คือ เงินงบประมาณรัฐบาล โดยคิดเป็นอัตราเหมาจ่ายรายหัว (capitation) คุณด้วยจำนวนสมาชิก UCS ที่ขึ้นทะเบียนในแต่ละปี นี่คือการระบบงบประมาณแบบปลายปิด (close ended budget) เป็นการยืนยันกับรัฐบาลว่า สปสช. จะดูแลสมาชิกด้วยเงินตามอัตราเหมาจ่ายที่ได้รับงบประมาณในแต่ละปี เป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายในภาพรวมให้กับรัฐบาลได้อย่างดีเยี่ยม (cost containment) เมื่อได้รับเงินงบประมาณตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวแล้ว สปสช. มีหน้าที่บริหารจัดการใช้เงินที่ได้รับมาอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด (efficiency) ให้เกิดคุณค่าของเงินมากที่สุด (value of money)

ตารางที่ 4.2 อัตราเงินจ่ายรายหัวของ UCS ที่ได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณของรัฐ

(หน่วย: บาทต่อประชากรสิทธิ)

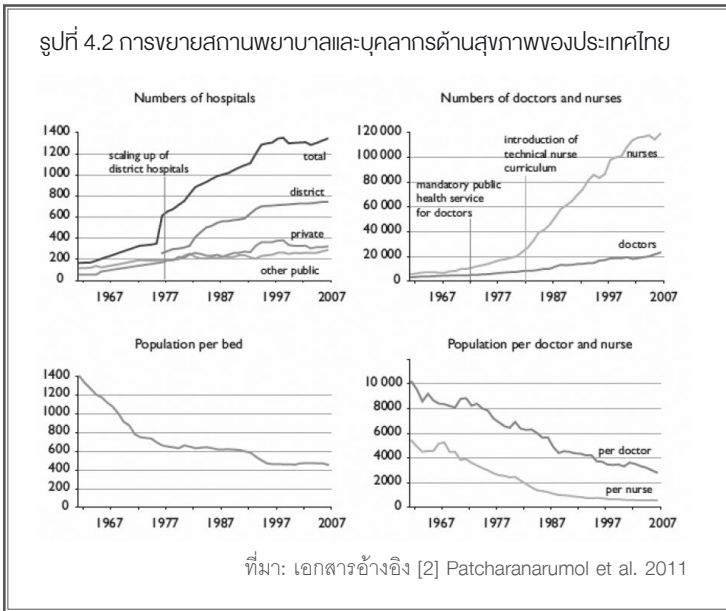
ประเภทบริการ	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
1. เงินจ่ายรายหัว	1,396.30	1,659.20	1,899.69	2,100.00	2,202.00	2,401.33	2,546.48	2,755.60	2,755.60
2. งบค่าบริการสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	-	58.56	83.70	94.29	63.45	58.66	62.46	60.83	67.64
3. งบค่าบริการสุขภาพ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	-	-	-	-	32.54	30.81	67.22	79.82	89.95
4. งบค่าบริการสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM,HT)	-	-	-	-	-	6.45	13.14	9.06	8.47
5. งบบริการจิตเวช	-	-	-	-	-	-	4.24	3.87	-
รวมงบประมาณทั้งหมดต่อหัวประชากร (บาท/ประชากร เป้าหมาย)	1,437.93	1,717.76	1,983.44	2,194.29	2,297.99	2,497.24	2,693.54	2,909.18	2,921.66

ที่มา: รายงานประจำปี 2556 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.1.2 ปัจจัยนำเข้าสู่ด้านสถานพยาบาลและกำลังคนด้านสุขภาพ

ประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่าสามสิบปี ตั้งแต่ก่อนที่จะมีการดำเนินกรนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รูปที่ 4.2 มีการขยายจำนวนโรงพยาบาลระดับอำเภออย่างมาก จนทำให้มีโรงพยาบาลอย่างน้อยอำเภอละหนึ่งแห่ง สัดส่วนจำนวนประชากรต่อจำนวนเตียงลดลงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการผลิตบุคลากรแพทย์ และพยาบาล ที่มีความสามารถและได้มาตรฐานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของจำนวนพยาบาลที่มีการเพิ่มอย่างรวดเร็วมากกว่าการเพิ่มจำนวนแพทย์ สถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์เป็นโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกมากขึ้น [2]

โรงพยาบาลระดับอำเภอ มีตั้งแต่โรงพยาบาลขนาดเล็กเพียง 10 เตียง จนไปถึงระดับใหญ่ 90 เตียง ซึ่งจะมีแพทย์ประมาณ 3-10 ท่าน โดยประมาณ และพยาบาลวิชาชีพ ประมาณ 20-200 คน ขึ้นกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล โรงพยาบาลระดับอำเภอมีความสำคัญมาก ถือเป็นกลไกสำคัญหนึ่งของ UCS ในฐานะที่เป็นผู้รับสัญญาในการดูแลประชาชน (Contracting Unit for Primary Care, CUP)



4.2 ผลผลิต (outputs)

วัตถุประสงค์หลักของ UHC คือ การทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้ตามที่จำเป็น โดยไม่เป็นภาระทางการเงินต่อครอบครัวของผู้ป่วย ข้อมูลในส่วนนี้จะเป็นการแสดงผลผลิตของ UCS ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก และการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ส่วนการปกป้องครัวเรือนจากภาระทางการเงินถูกแสดงในตอนถัดไปเป็นผลลัพธ์ (outcomes)

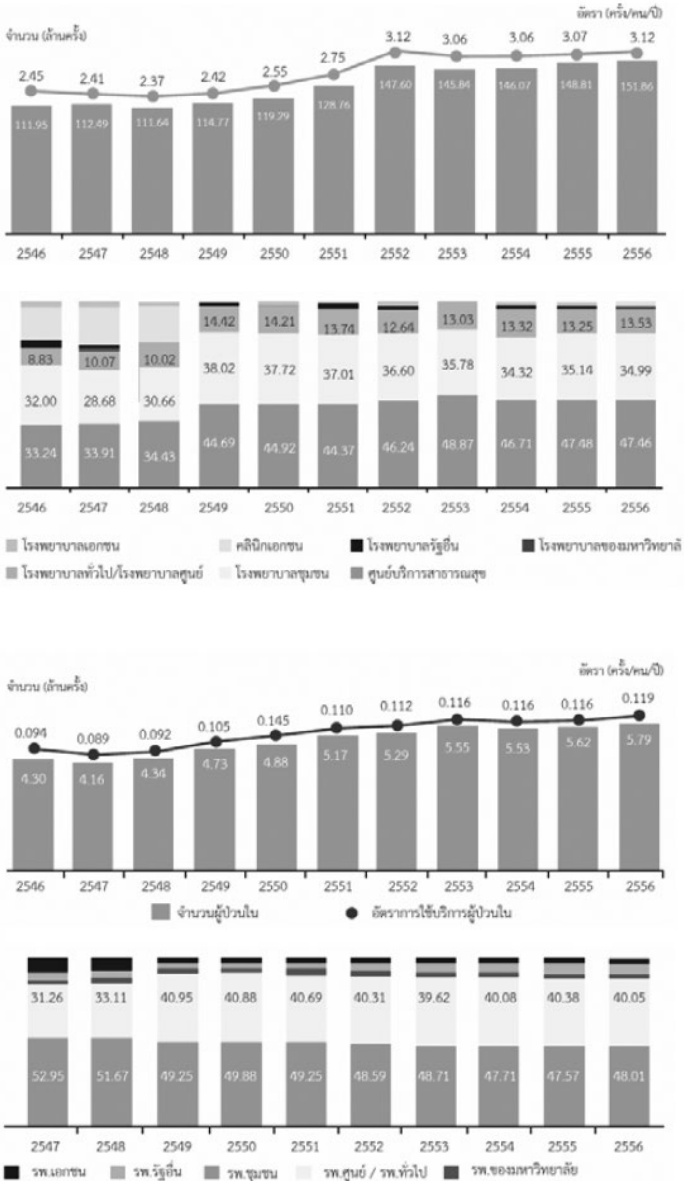
4.2.1 การใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้น

ในรูปที่ 4.3 การใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยในของประชาชนทั่วประเทศไทยมีอัตราการใช้บริการต่อคนต่อปีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงสิบปีแรก โดยเพิ่มจาก 2.45 ครั้งของผู้ป่วยนอกต่อคนต่อปี และ 0.094 ครั้งของผู้ป่วยในต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2546 เป็น 3.12 และ 0.112 ตามลำดับ ใน พ.ศ. 2552 จากนั้นค่อนข้างคงที่ มาจนถึง 2556

ใน พ.ศ. 2556 ประชาชนไทยมีการใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกทั้งหมดประมาณ 151 ล้านครั้งทั่วประเทศ การเข้าถึงบริการส่วนใหญ่ (80%) เกิดขึ้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข (หรือสถานีอนามัย) และโรงพยาบาลชุมชน ประชาชนไทยมีการใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยในทั้งหมดประมาณ 6 ล้านครั้ง ส่วนใหญ่ (เกือบครึ่งหนึ่ง) เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลชุมชน

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน เป็นสถานพยาบาลหลักที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนคนไทย

รูปที่ 4.3 การใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยในของสมาชิก UCS

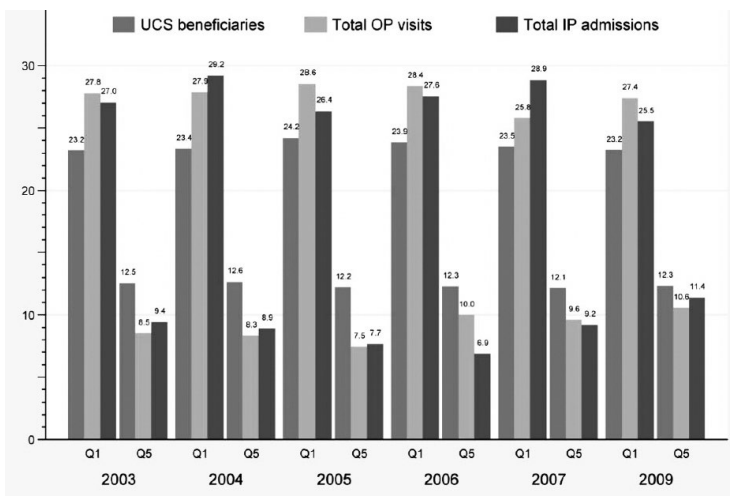


การรับบริการแบบผู้ป่วยนอก
ที่มา: รายงานประจำปี 2556 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.2.2 ความเป็นธรรมในการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพ

การศึกษาของ สุพล ลิมวัฒนานนท์ [16] วิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนที่เป็นตัวแทนระดับประเทศ ทำการจัดเรียงครัวเรือนทั้งประเทศไทยตามดัชนีทรัพย์สินครัวเรือนจากน้อยที่สุดไปมากที่สุดแล้ว แบ่งกลุ่มครัวเรือนออกเป็นห้ากลุ่ม กลุ่มละ 20% เท่า ๆ กัน จะได้กลุ่มที่มีดัชนีทรัพย์สินน้อยที่สุดหรือจนที่สุด (Quintile 1, Q1) ไปจนถึงกลุ่มที่มีมากที่สุดหรือรวยที่สุด (Quintile 5, Q5) รูปที่ 4.4 พบว่าในช่วงสิบปีแรกของ UCS สมาชิก UCS กลุ่มที่จนที่สุดมีการใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกสูงกว่ากลุ่มที่รวยที่สุด (Q1 26-28% เทียบกับ Q5 8-10%) ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยในมีลักษณะคล้ายกันกับการบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก

รูปที่ 4.4 การใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างกลุ่มคนที่จนที่สุด (Quintile 1, Q1) และ กลุ่มคนที่รวยที่สุด (Quintile 5, Q5)



ที่มา: เอกสารอ้างอิง [16] Limwattananon S., et al. 2012.

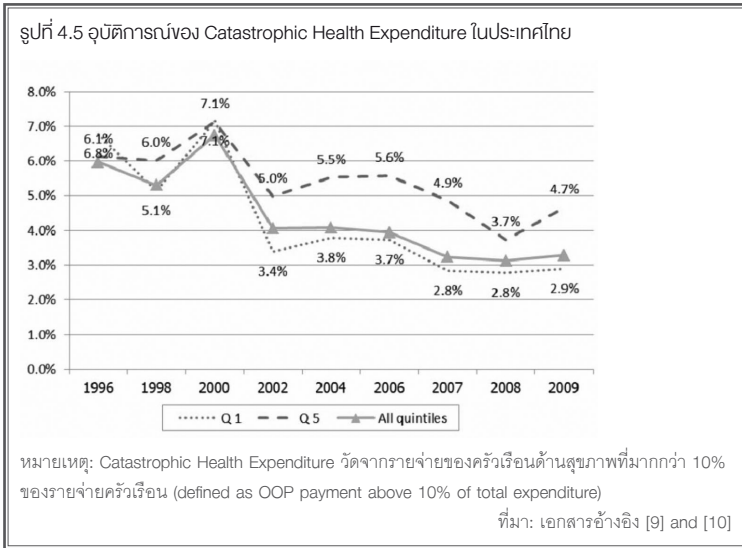
การจัดบริการสุขภาพของ UCS ภายใต้การบริหารจัดการของ สปสช. ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านที่ระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน หรือ การใช้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System, DHS) มีส่วนสำคัญมากในการทำให้เกิดผลผลิตของการใช้บริการในกลุ่มคนจนมากกว่ากลุ่มคนรวย (pro-poor utilization outcome)

4.3 ผลลัพธ์ (Outcomes)

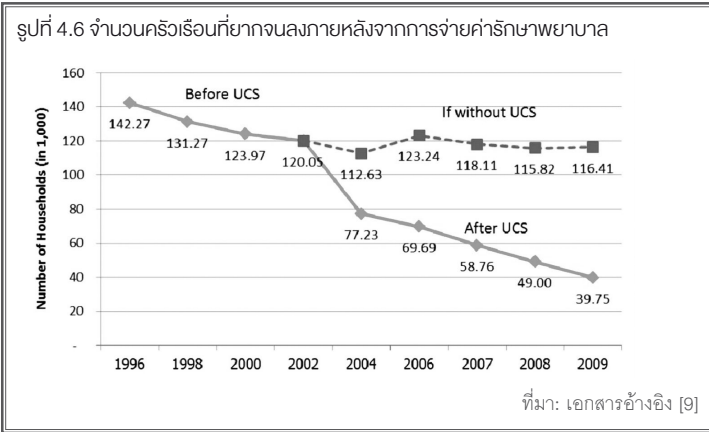
ในรูปที่ 4.5 ผลลัพธ์ของ UHC ในการปกป้องความเสี่ยงด้านการเงินของครัวเรือน อุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือน (catastrophic illnesses) ลดลงอย่างชัดเจน จากร้อยละ 6.8 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 2.8 ใน พ.ศ. 2551 เป็นผลการดำเนินการที่ได้รับคำชื่นชมจากผู้นำระดับโลกหลายท่าน ดังเช่น ประธานธนาคารโลก Dr.Jim Yong Kim ได้กล่าวไว้ในการประชุมนานาชาติรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2555 ว่า

“The incidence (of catastrophic health expenditure) dropped from 6.8 percent in 1996 to 2.8 percent in 2008 among the poorest people in the program. The impact on province-specific incidence of impoverishment has been even more impressive: in the poorest rural northeast region of Thailand, the number of impoverished households dropped from 3.4 percent in 1996 to less than 1.3 percent in 2006-2009”.

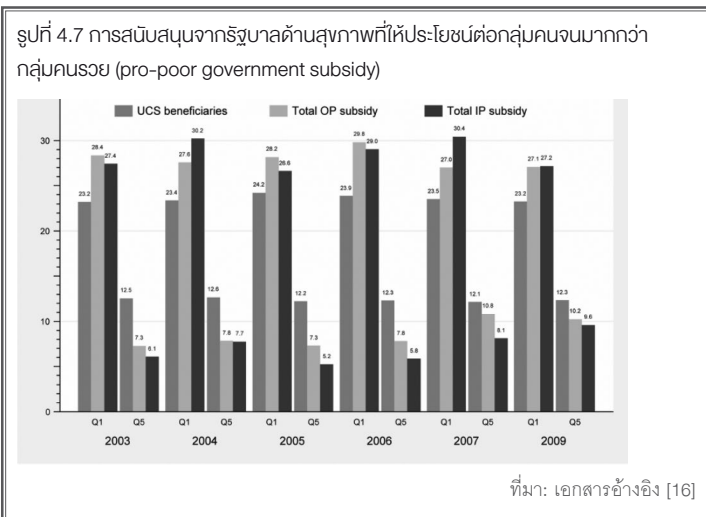
[Dr.Jim Yong Kim]



จำนวนครัวเรือนที่ยากจนลงหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (households impoverishment) มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ รูปที่ 4.6 เป็นการทดลองทำสถานการณ์จำลอง (counterfactual scenario) ว่าหากไม่มีนโยบาย UCS ระหว่าง พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2552 ประเทศไทยจะมีจำนวนครัวเรือนที่ยากจนลงจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากถึง 112,630 ครัวเรือน ใน พ.ศ. 2547 (ค.ศ. 2007) และประมาณ 116,410 ครัวเรือน ใน พ.ศ. 2552 (ค.ศ. 2009) ตามเส้นประในรูป การดำเนินการนโยบาย UCS สามารถช่วยปกป้องครัวเรือนไม่ให้ยากจนลงได้มากถึงปีละหลายหมื่นครัวเรือน ภายในห้าปี (พ.ศ. 2547-2552 หรือ ค.ศ. 2004-2009) การดำเนินนโยบาย UCS ช่วยปกป้องครัวเรือนไม่ให้ยากจนลงถึง 291,780 ครัวเรือน



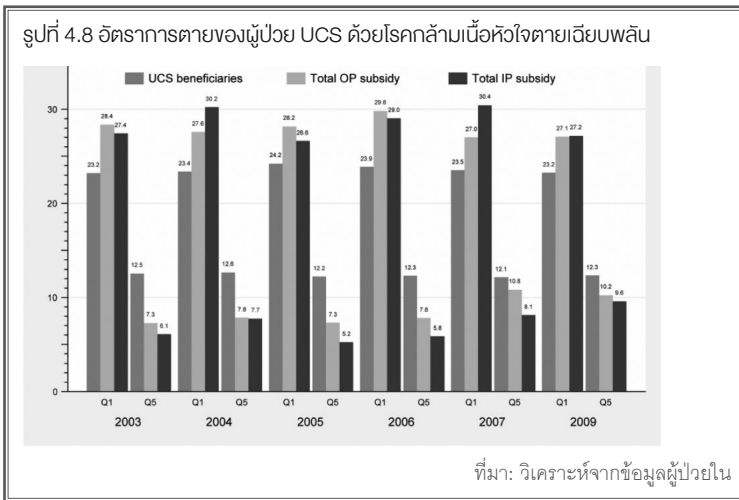
การดำเนินนโยบาย UCS ทำให้กลุ่มคนจนที่สุดสามารถเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มคนรวย (pro-poor utilization of health services) นอกจากนี้ยังสามารถลดรายจ่ายสุขภาพที่จ่ายโดยครัวเรือนโดยตรง และสามารถปกป้องความเสี่ยงด้านการเงินให้ครัวเรือนได้เป็นอย่างดี ในรูปที่ 4.7 ผลการดำเนินการเหล่านี้ทำให้ UCS เป็นนโยบายที่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลที่ให้ประโยชน์ต่อกลุ่มคนจนมากกว่ากลุ่มคนรวย (pro-poor government subsidy)



4.4 ผลกระทบ (impacts)

4.4.1 การป้องกันการตาย

สปสช. ดำเนินการนโยบาย UCS ด้วยการเพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัย และการรักษาที่มีคุณภาพอย่างทันท่วงที มีผลช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้ ยกตัวอย่างเช่น ในรูปที่ 4.8 จากรายงานประจำปี 2556 ของ สปสช. ข้อมูลการนอนโรงพยาบาลระหว่าง พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2554 อัตราการตายของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infraction, AMI) ลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน



สมาชิก UCS สามารถเข้าถึงบริการที่ช่วยชีวิต (life saving interventions) ได้ดีขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยต้องเสียชีวิตลง อาทิ

- ผู้ป่วยเอดส์ รับยาต้านไวรัสจำนวนทั้งสิ้น 173,000 ราย หากไม่ได้รับยาต้านไวรัส จะมีผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตลงจำนวนประมาณ 23.5% (ครึ่งหนึ่งของ 47% ที่มี CD4 ต่ำกว่า 100) หรือเท่ากับ 40,655 ราย

- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ถ้าไม่ได้รับการฟอกเลือด ล้างช่องท้อง จำนวน 50,422 ราย หากไม่ได้รับการรักษา จะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 90% หรือเท่ากับ 45,380 ราย
- นอกจากนี้ ยังมีภาวะอื่น ๆ ที่อาจจะเป็นอันตรายถึงกับชีวิต เช่น
 - » ในปี 2557 มีหญิงตั้งครรภ์ ในระบบ UC ที่คลอดบุตรทั้งสิ้น 360,000 ราย ได้รับการผ่าท้องทำคลอด จำนวน 105,000 ราย
 - » ในปี 2557 มีผู้ป่วยในระบบ UC ที่ป่วยเป็นไส้ติ่งอักเสบและได้รับการผ่าตัดทั้งสิ้น 72,000 ราย
 - » ในปี 2557 มีผู้ป่วยในระบบ UC ที่ได้รับบริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด สอนหัวใจ และรับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 22,000 กว่าราย

4.4.2 ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการป้องกันการตาย

ในจำนวนการเสียชีวิตที่ป้องกันได้จากนโยบาย UCS ทั้งสิ้น 86,035 รายจากผู้ป่วยเอดส์และไตวาย ในหนึ่งปี เกิดผลผลิตทางเศรษฐกิจประมาณ 14,784 ล้านบาทต่อปี ดังที่แสดงในตารางที่ 4.3

	จำนวนผู้เสียชีวิตที่ป้องกันได้จาก UC
จำนวนผู้เสียชีวิตที่ป้องกันได้จาก UCS: ผู้ป่วยเอดส์	40,655
จำนวนผู้เสียชีวิตที่ป้องกันได้จาก UCS: ผู้ป่วยไตวาย	45,380
จำนวนผู้เสียชีวิตที่ป้องกันได้จากโรคเอดส์และไตวายรวมกัน	86,035
รายได้ต่อหัวประชากร, บาทต่อคน, ปี 2556	171,840
ผลตอบแทนทางเศรษฐศาสตร์, ล้านบาทต่อปี	14,784

ที่มา: เอกสารอ้างอิง [16]

4.4.3 การป้องกันความพิการ

สมาชิก UCS เข้าถึงบริการที่ป้องกันความพิการ หากไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะพิการ

- ผู้ป่วยต่อกระดูก ได้รับการผ่าตัดปีละประมาณ 120,000 ราย หากไม่ได้รับการผ่าตัด จะทำให้ตาบอด และเป็นภาระต่อครอบครัว และสังคม
- ผู้พิการได้รับเครื่องช่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เครื่องช่วยการเคลื่อนไหว การได้ยิน การมองเห็นจำนวน 37,000 ราย คุณภาพชีวิตของคนพิการเหล่านี้ดีขึ้น
- ผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการเคมีบำบัดและรังสีรักษาทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

4.4.4 ผลกระทบต่อเด็กที่เป็นอนาคตของชาติ

- จำนวนเด็กทารกในครรภ์ยากจนเสียชีวิตลดลงปีละ 1,560 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา



บทที่ 5

การพัฒนาข้อมูลสำหรับการติดตามและประเมินผล UHC และ UCS

ผลความสำเร็จของ UHC ในประเทศไทยมีปัจจัยประกอบด้วยกันหลายด้าน ทั้งการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล การบริหารจัดการเงินกองทุนโดย สปสช. อย่างมีกลยุทธ์ที่สำคัญ (Strategic Purchasing Mechanism) การสนับสนุนให้มีการใช้บริการในระดับปฐมภูมิที่สถานีนอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ภายใต้เครือข่ายของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System, DHS) ด้วยชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างกว้างขวางรวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (อ่านเพิ่มเติมใน ‘ตำนานบัตรทอง’ โดย นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์) ความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ ทั้งสถานพยาบาล อุปกรณ์ทางการแพทย์ ยา และที่สำคัญที่สุด บุคลากรทางการแพทย์ที่มีสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ สิ่งเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นภายในวันเดียว หรือเกิดขึ้นในขณะที่มีนโยบาย UHC หรือ UCS แต่เป็นกระบวนการการพัฒนากระบวนการที่มีมายาวนานแล้ว นับเป็นคุณูปการที่บุคลากรที่มีฝีมือหลากหลายท่านในวงการสาธารณสุขได้ร่วมมรรจงสร้างสรรค์มาจนทุกวันนี้

ผลการดำเนินงาน UHC และ UCS ที่สามารถนำมาวิเคราะห์และบรรยายได้ในบทก่อนหน้านี้นี้ เป็นผลมาจากการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารจากภาคส่วนต่างๆ ซึ่งน่าบันทึกไว้

5.1 ข้อมูลการครอบคลุมประชากร

ทราบได้อย่างไรว่า UCS ครอบคลุมประชากร 75% ของประชากรไทยทั้งหมด เดิมทีการเปลี่ยนแปลงประชากรนั้นสามารถทราบได้จากการสำมะโนประชากร จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ แต่มีข้อจำกัดของการจัดทำทุก ๆ สิบปี ซึ่งข้อมูลล่าช้าไม่ทันใช้ ข้อมูลประกันสุขภาพของประชากรมีอยู่ในข้อมูลของการสำรวจครัวเรือนที่เป็นตัวแทนประเทศไทยจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่มีทั้งการสำรวจอนามัย

และสวัสดิการ (Health and Welfare Survey, HWS) และ การสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Socio-economic Status Survey, SES) แต่ก็มีข้อจำกัดของการสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม HWS และ SES มีประโยชน์มาก ซึ่งจะกล่าวต่อไป

จนกระทั่ง UCS เริ่มดำเนินการด้วยระบบงบประมาณแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ผสมกับการพัฒนาของระบบทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทยที่มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง สบสข. ได้ประสานงานกับกระทรวงมหาดไทย จนมีการพัฒนาร่วมกัน ให้มีฐานข้อมูลประกันสุขภาพในบัตรประชาชนที่เชื่อมโยงกับเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก จากนั้นระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบใหญ่ก็สามารถตรวจสอบข้อมูลว่าประชาชนอยู่ภายใต้ระบบใด นับว่าระบบทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทยเป็นปัจจัยหลักของการทราบข้อมูลความครอบคลุมประชากร (population coverage) ซึ่งนับเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญมากของ UHC

5.2 ข้อมูลจากการสำรวจครัวเรือน

ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนเป็นข้อมูลที่เป็นตัวแทนทั้งประเทศไทย ตามวิธีการทางสถิติอย่างมีมาตรฐาน ข้อมูล HWS และ SES จึงเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการติดตามและประเมินผล UHC โดยเฉพาะอย่างยิ่ง UCS สำนักงานสถิติแห่งชาติได้จัดทำ HWS มาเป็นเวลานานหลายปีแล้ว ก่อนที่จะมีนโยบาย UCS นั้น มีการจัดทำ HWS ทุก ๆ ห้าปี แต่เมื่อมีการดำเนินนโยบาย UCS ใน พ.ศ. 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติให้ความสำคัญต่อการติดตามและประเมินผล UCS ซึ่งเป็นนโยบายของรัฐบาล จึงตกลงให้มีการจัดทำ HWS ทุก ๆ ปีติดต่อกันต่อเนื่องเป็นเวลาห้าปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2550 เพื่อติดตามและประเมินผลนโยบาย UCS อย่างใกล้ชิด หลังจากนั้นให้ทำการจัดทำ HWS ทุก ๆ สองปี โดยข้อมูล HWS มีประโยชน์มาก ในการติดตามผลการดำเนินการของ UCS ที่เป็นข้อมูลจากประชาชน ทั้งอัตราการเจ็บป่วย อัตราการใช้บริการ พฤติกรรมการเลือกใช้บริการสถานพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนต้องจ่าย การเลือกใช้ หรือเลือกไม่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ เป็นต้น

สำนักงานสถิติแห่งชาติมีความสัมพันธ์อย่างดียิ่งกับกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program, IHPP) ซึ่งเป็นผู้ใช้ข้อมูลหลักผู้หนึ่งได้มีการทำงานร่วมกันในการพัฒนาแบบข้อความของ HWS เพื่อให้ตรงกับกรติดตามและประเมินผลของ UHC และ UCS ได้ดียิ่งขึ้น มีการเพิ่มข้อถามลักษณะที่อยู่อาศัยและการเป็นเจ้าของทรัพย์สิน ในแบบสำรวจทุกการสำรวจที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถนำมาคำนวณดัชนีความมั่งคั่ง (asset index) เพื่อจัดกลุ่มครัวเรือนเป็นกลุ่มที่จนที่สุดไปจนถึงรวยที่สุด ทั้งนี้เพื่อติดตามและประเมินผลด้านความเสมอภาคระหว่างครัวเรือนรวย-จน การวัด asset index นั้นง่ายและสะดวกกว่าการจัดกลุ่มครัวเรือนด้วยรายได้ หรือรายจ่าย ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการถามนานกว่า และมีความเชื่อถือได้น้อยกว่า

นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาข้อถามใน HWS เพื่อให้ติดตามการเข้าถึงบริการ และการเข้าไม่ถึงบริการเมื่อมีความจำเป็น (unmet need) ซึ่งดัดแปลงข้อถามจากตัวอย่างการสำรวจของกลุ่มประเทศ OECD [17] ทำให้พบว่า unmet need ของประชากรไทยอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของ OECD [11]

5.3 ข้อมูลจากระบบงานประจำของสถานพยาบาล

ข้อมูลการให้บริการสุขภาพที่บันทึกโดยสถานพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่หน้างานจริง ๆ กับผู้รับบริการมีความสำคัญมาก ข้อมูลต้องถูกต้องและเชื่อถือได้ ประการสำคัญต้องมีการจัดส่งมารวบรวมที่ส่วนกลางทั่วประเทศ จึงจะเป็นประโยชน์มาก หากไม่มีการจัดส่งมารวบรวมไว้ที่ส่วนกลาง โดยแต่ละสถานพยาบาลจัดเก็บไว้เอง ข้อมูลก็คงไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร เพราะขาดความครอบคลุมทั่วประเทศ

การบริหารจัดการของ สปสช. ต่อการให้บริการโรคใดโรคหนึ่งที่สำคัญเป็นการเฉพาะ เช่น การรักษาเอ็ดส์ด้วยยาต้านไวรัส (Anti-retro Viral Therapy, ART) ทำให้ สปสช. ต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การจดทะเบียนรับยา ART ซึ่งต้องมีการรักษาความลับของผู้ป่วย ข้อมูลนี้

มีประโยชน์มากในการตรวจสอบการเสียชีวิตของผู้ป่วย ตามระดับ CD4 ต่าง ๆ กัน ซึ่งมีประโยชน์ในการพัฒนาการเข้าถึงยาต้านไวรัสให้ดียิ่งขึ้นไปได้อีกด้วย การพัฒนาระบบขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อติดตามการรอดชีวิต / เสียชีวิต ด้วยวิธีการทดแทนไตที่แตกต่างกัน ทั้งวิธีการเจาะผนังหน้าท้องและการฟอกโลหิตด้วยเครื่องล้างไตเทียม หรือ แม้แต่การเปลี่ยนรูปแบบการทดแทนไต นอกจากนี้ การจดทะเบียนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และ ผู้รับยา ART ที่ยังมีชีวิตอยู่ ทำให้มีหลักฐานที่น่าเชื่อถือและสามารถเบี่ยงประมาณในการรักษาได้อย่างเหมาะสม

แต่อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีระบบการติดตาม ‘ระยะเวลาการรอคอย (waiting time)’ ในระดับประเทศ เช่น ระยะเวลาการรอการเปลี่ยนเลนส์ต้อกระจก ระยะเวลาการรอการเปลี่ยนสะโพกและหัวเข่า มีเพียงแต่การจดบันทึกในระดับสถานพยาบาล โดยใช้รูปแบบที่แตกต่างกันเพื่อประโยชน์ของสถานพยาบาลแต่ละแห่งเท่านั้น ทำให้ประเทศไทยยังไม่สามารถติดตามได้ว่า เมื่อประชาชนมีสิทธิประกันสุขภาพแล้ว สามารถเข้าถึงสถานพยาบาลได้แล้ว แต่ประชาชนจะได้ใช้บริการสุขภาพบางชนิดนั้นต้องรอคอยนานเพียงใด

5.4 ข้อเสนอแนะ

จากการที่ UHC ได้รับการรับรองจากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ ปี 2558 ให้เป็นเป้าหมายหนึ่งของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goal, SDG) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการติดตามความก้าวหน้าของ UHC และ UCS

ประเทศไทยมีการแสดงข้อมูลการติดตามและประเมินผล UHC และ UCS เป็นระยะ โดยองค์กรต่าง ๆ แต่ยังไม่มีการจัดให้เป็นระบบที่ดี และยังไม่มีการผู้รับผิดชอบ UHC ของประเทศไทย มีเพียง สปสช. ที่รับผิดชอบการจัดทำรายงานประจำปีของ สปสช. ซึ่งได้มีการแสดงผลการดำเนินการ UCS ทั้งปัจจัยนำเข้า (inputs) ผลผลิต (outputs) ผลลัพธ์ (outcomes) และ ผลกระทบ (impact) ดังนั้น จึงควรจัดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบ ติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าของ UHC และ UCS รวมทั้งการกำหนด

ตัวชี้วัดอย่างละเอียด การออกคู่มือการวิเคราะห์ รูปแบบการรายงาน รวมทั้งการพัฒนาฐานข้อมูลที่จำเป็นต่อการติดตามประเมินผล ในอนาคตด้วย ประเทศไทยมีข้อเด่น การพัฒนา UHC และ UCS ทำด้วยความรู้ความสามารถของคนไทยเอง จึงมีความเป็นเจ้าของนโยบายสูงมาก (national ownership) ซึ่งต่างจากประเทศอื่น ๆ ที่มีกรอคอย หรือได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญนอกประเทศ หรือแหล่งเงินทุนต่างประเทศ ซึ่งจะทำให้เกิดความเป็นเจ้าของน้อยกว่า อีกประการที่สำคัญคือ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เป็นการทำงานขององค์กรต่าง ๆ ในประเทศไทย ซึ่งเป็นองค์กรที่มีความรู้ความสามารถมาก (institutional capacity) จึงไม่น่าจะเป็นการยากนักในการสร้างความยั่งยืนเรื่องการติดตามและประเมินผล UHC และ UCS อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะที่ฝากไว้ดังนี้

1. ระบบข้อมูลที่สำคัญสองระบบ ได้แก่ (1) การสำรวจครัวเรือน และ (2) ข้อมูลจากสถานพยาบาล ทั้งนี้สามารถพัฒนาต่อไปให้เป็นระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้ โดยข้อมูลจากสถานพยาบาลต้องมีการรวมศูนย์ไว้ที่ส่วนกลางอย่างครบถ้วน จึงจะเกิดประโยชน์ในระดับประเทศ

2. การติดตามการใช้บริการสุขภาพ (service coverage) และการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินของครัวเรือน (financial risk protection) ทั้งในเชิงปริมาณ และ ความเสมอภาค ที่ได้จากการสำรวจ HWS และ SES เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การใช้บริการสุขภาพ ควรต้องมีการติดตามประสิทธิผลของการใช้บริการด้วย (effective coverage) เช่น ผู้ป่วยเบาหวานได้รับยาและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

3. ควรต้องมีการวัดและการติดตาม ‘ระยะเวลาการรอคอย (waiting time)’ ซึ่งในขณะนี้ยังไม่มีระบบติดตามในระดับประเทศ ทำให้ขาดข้อมูลระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการสุขภาพบางชนิดที่สำคัญ หรือ บริการสุขภาพบางประเภทที่มีจำนวนผู้ให้บริการได้น้อยราย ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาระบบการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นไป

4. ระบบทะเบียนราษฎรมีความครอบคลุมการเกิดได้อย่างดีมาก ควรต้องมีการพัฒนาความถูกต้องของสาเหตุการตายให้มีความถูกต้อง แม่นยำมากยิ่งขึ้นเพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตามผลกระทบจากการตายต่อไป

5. ข้อมูลประจำจากสถานพยาบาลที่บันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์ มีประโยชน์มากในการติดตามความแปรปรวน (variations) ของผลการรักษาของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน รวมทั้งประกันสุขภาพระบบต่าง ๆ ด้วย การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในจากสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศมารวบรวมไว้ที่ส่วนกลางแห่งเดียวเป็น Single National Inpatient Dataset ได้ประโยชน์มากในการวิเคราะห์ผลต่าง ๆ จึงควรมีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยใน และการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายโรค (disease registries) ต่าง ๆ ไว้ที่ส่วนกลาง เป็น Single National Dataset ด้วย ฐานข้อมูล disease registries มีประโยชน์อย่างยิ่งในการประเมินผลลัพธ์ ของการรักษา เช่น อัตราอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยไตวาย ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย และผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น



บทที่ 6 ความท้าทายในอนาคต

ประเทศไทยก้าวสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 นับสี่ปีที่ผ่านมา มีหลักฐานชัดเจนว่ามีผลการดำเนินงานเป็นที่น่าพอใจ ท่ามกลางความสำเร็จของ UHC และ UCS มีความเป็นห่วงเรื่อง (1) ความยั่งยืนทางการเงินการคลังของ UHC และ UCS และ (2) ความท้าทายในการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพภาคีรัฐสามระบบใหญ่ที่มีความแตกต่างกันหลายด้าน

6.1 ความท้าทายด้านการเงินการคลัง: ความเพียงพอและความเสมอภาค

ภาพรวมของระบบประกันสุขภาพภาคีรัฐทั้ง 3 กองทุนหลักของประเทศไทย มีแหล่งเงินส่วนใหญ่มาจากเงินภาษีที่มีอัตราก้าวหน้า หรือผู้มีรายได้มากกว่ารับภาระการจ่ายภาษีที่มากกว่า แสดงให้เห็นถึงการบรรลุหลักการ 'ดี-ป่วย รวย-จน ช่วยกัน' ได้ในระดับหนึ่ง โดยที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS) และ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UCS) ใช้แหล่งเงินทั้งหมดจากภาษี โดยไม่มีการบังคับจ่ายเงินสมทบ ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรม (Concentration Index) ของภาษีเท่ากับ 0.6423 ในปี 2549 แสดงถึงความก้าวหน้า (progressive) มากที่สุด แต่ระบบประกันสังคม ใช้แหล่งเงินจากสามแหล่งเท่า ๆ กัน คือ การจ่ายเงินสมทบจากนายจ้าง ลูกจ้าง และเงินภาษีของรัฐ การเงินการคลังของระบบประกันสังคมมีความก้าวหน้าน้อยกว่าการใช้แหล่งเงินภาษีอย่างเดียว ทั้งนี้เนื่องจากระบบประกันสังคมกำหนดเพดานรายได้สำหรับการคำนวณเงินสมทบที่ 15,000 บาทต่อเดือน ตัวเลขนี้ถูกใช้มาตั้งแต่ปี 2534 โดยไม่มีการปรับแต่อย่างใด ในขณะที่เงินเดือนขั้นต่ำมีการปรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ยังไม่สามารถบรรลุหลักการ 'รวย-จน ช่วยกัน' ได้เท่าที่ควรจะเป็น

การประมาณการรายจ่ายสุขภาพระหว่างปี พ.ศ. 2556-2565 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 5 ใน ปี พ.ศ. 2565 (ข้อสมมติฐาน การเติบโตทางเศรษฐกิจร้อยละ 3 ต่อปี) มีความห่วงใยเรื่องความยั่งยืนทางการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยเนื่องจาก

- เมื่อประเทศไทยและคนไทยมีรายได้สูงขึ้น ปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรังมีมากขึ้น จะทำให้มีอุปสงค์ด้านสุขภาพ และมีการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพใหม่ๆ มากขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็จะสูงขึ้น และสูงเร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ทั่วโลกก็แสดงชัดเจนเช่นนั้น
- การลงทุนภาครัฐด้านสุขภาพได้เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 10.4 ของค่าใช้จ่ายภาครัฐทั้งหมดใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 17 ใน พ.ศ. 2556
- รายจ่ายสุขภาพของคนไทยในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 4.6 ใน พ.ศ. 2556 ถึงแม้จะยังไม่สูงมากนัก แต่ก็มีอัตราการเพิ่มเร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ
- นอกจากนี้ ยังมีปัญหาความไม่เสมอภาคในการรับภาระค่าใช้จ่าย และการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างคนไทยภายในระบบหลักประกันสุขภาพเดียวกัน และระบบหลักประกันสุขภาพที่ต่างกัน รวมทั้งยังมีโอกาสอีกมากในการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรที่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

มีการจัดทำเป้าประสงค์การเงินการคลังระบบสุขภาพ ปี 2565 โดยคณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีการกำหนดโดยใช้ความยั่งยืน ความเพียงพอ ความเป็นธรรม และ ความมีประสิทธิภาพ (SAFE: Sustainability, Adequacy, Fairness and Efficiency) ประกอบด้วย 11 ตัวชี้วัด ซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งในการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรที่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด [18] ตารางที่ 6.1 แสดงเป้าประสงค์ตัวชี้วัดและเป้าหมายโดยสังเขป

ตาราง 6.1 สรุป เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และ เป้าหมายด้านการเงินการคลัง ภายใน พ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ (goals)	ตัวชี้วัด (Indicators) และเป้าหมาย (targets)
Goal 1 Sustainability	1. ใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ 2. ใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ไม่เกินร้อยละ 20 ของรายจ่ายของรัฐบาล (GGE)
Goal 2 Adequacy	3. ใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 4.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ 4. ใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพ (GGHE) ต่อรายจ่ายของรัฐบาล (GGE) ต้องไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 17 5. ใช้จ่ายนอกภาครัฐด้านสุขภาพ ไม่เกินร้อยละ 20 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) และ ใช้จ่ายของครัวเรือนต้องไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือร้อยละ 11.3 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE) 6. อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 2.3 ของครัวเรือนทั้งหมด 7. อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ คือ ร้อยละ 0.47 ของครัวเรือนทั้งหมด
Goal 3 Fairness	8. เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบ ระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม ให้ใกล้เคียงกับตอนเริ่มต้นระบบประกันสังคมเมื่อปี พ.ศ. 2534 โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือนสำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตน ให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ 9. เพิ่มความเป็นธรรมในการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (pre-payment) ระหว่างผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก และ การร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการ (copayment) 9.1 บรรลุความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบก่อนการใช้บริการ (pre-payment) ระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก มีข้อเสนอทางเลือกสองทาง ดังนี้ 9.1.1 คนไทยทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ 9.1.2 คนไทยทุกคนไม่ต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินสมทบ 9.2 มีการระดมทุนจากการร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการสุขภาพ 10. บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 10.1 ใช้จ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted per capita expenditure) ของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ต้องมีค่าไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยทั้งสามระบบหลัก $\pm 10\%$ 10.2 กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ

เป้าประสงค์ (goals)	ตัวชี้วัด (Indicators) และเป้าหมาย (targets)
Goal 4 Efficiency	11. เพิ่มประสิทธิภาพ โดยต้องคำนึงถึงคุณภาพควบคู่กันไป 11.1 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้ระบบงบประมาณปลายปิด (Coose ended budget) 11.2 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบมีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายของกองทุนและราคาค่าบริการ ยา และเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพ (efficient reimbursement and price control system) 11.3 ให้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้อำนาจในการซื้อร่วมกัน (collective purchasing power) 11.4 มีการใช้มาตรการของรัฐบาล (government intervention) อย่างเหมาะสม

6.2 ความเหลื่อมล้ำระหว่างประกันสุขภาพระบบต่างๆ

6.2.1 ความเหลื่อมล้ำ

ถึงแม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการขยายหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนไทยทุกคน มานานเป็นสิบปีแล้ว พร้อมทั้งมีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั่วประเทศที่ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยมีผลกระทบด้านการเงินของครัวเรือนในระดับที่ต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาค แต่ประเทศไทยยังมีความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพด้านต่างๆ เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก เช่น

1. *การอภิบาลระบบ (governance)* การดำเนินการ กำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล
2. *แหล่งเงิน* แหล่งเงินส่วนใหญ่ของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 กองทุนหลัก มาจากเงินภาษี แต่ก็ยังมีความแตกต่างกันทั้งวิธีการจัดสรรเงินจากภาครัฐสู่ให้กองทุน และจำนวนเงินที่ได้รับ การอุดหนุนจากรัฐ
3. *ชุดสิทธิประโยชน์* ถึงแม้โดยรวมชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน แต่ยังคงมีความแตกต่างในรายละเอียดอีกมาก เช่น สิทธิประโยชน์การรักษาทางทันตกรรม เป็นต้น

4. *ระบบบริการสุขภาพ* โดยเฉพาะกำลังคนด้านสุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีปัญหาการกระจุกตัวในเฉพาะบางพื้นที่ เช่น กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง และเขตเมือง
5. *วิธีการและอัตราการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล* ระหว่าง 3 กองทุนหลักที่มีความแตกต่างกัน โดยสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการใช้การจ่ายตามปริมาณการใช้บริการ (fee for service) สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นระบบปลายเปิด ทำให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ในขณะที่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกันสังคม ใช้วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัว (capitation) สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งทำให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า
6. *การคุ้มครองสิทธิ* การรับรู้สิทธิ การเข้าถึงบริการ คุณภาพการบริการ การเยียวยาความเสียหายต่อผู้ป่วย มาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งยังมีความแตกต่างกันระหว่างสามกองทุน
7. *ระบบข้อมูล* สถานพยาบาลต่าง ๆ ต้องรับภาระการบันทึกข้อมูลทีมาก และหน่วยงานต่าง ๆ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างหน่วยงานด้านหน้าและหน่วยสนับสนุน ส่งผลให้ข้อมูลซ้ำซ้อน เพิ่มขั้นตอน เสี่ยงต่อความผิดพลาด ข้อมูลขาดความถูกต้องและครบถ้วน
8. นอกจากนี้ยังมีความท้าทายในเรื่องของ*ประสิทธิภาพการใช้จ่าย* ของแต่ละกองทุน และ*คุณภาพบริการ* ซึ่งถึงแม้จะมีระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลโดยหน่วยงาน แต่ทั้งสองประเด็นก็ยังขาดการประเมินอย่างเป็นระบบ

6.2.2. ปัจจัยของความไม่เสมอภาค

ได้มีการจัดประชุมระดับชาติด้านประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครั้งที่ 1 [19] เมื่อวันที่ 16-17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 มีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 500 ท่าน จากหลากหลายหน่วยงานทั้งระดับภูมิภาค และส่วนกลาง ที่ประชุมทั้ง

ในห้องประชุมหลักและห้องประชุมย่อยเสนอถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน ทั้งนี้ปัจจัยหลักเกิดจากทั้งระบบบริหารกองทุนและระบบการให้บริการ ดังนี้

- ด้านระบบบริหารกองทุน กองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนมีกฎหมายมีกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงมีวิธีการโครงสร้างองค์กร การออกแบบและการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเพิ่มช่องว่างความไม่เสมอภาคมากขึ้น ทั้งที่ประชาชนไทยต้องหมอนเวียนเข้าออกระหว่าง 3 กองทุน
- ด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า ความไม่เสมอภาคในการกระจายตัวของผู้ให้บริการ ทั้งสถานพยาบาล บุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งประสิทธิภาพของการส่งต่อ
- วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาล (provider payment method) มีรูปแบบและอัตราการจ่ายบริการสุขภาพจากกองทุนต่าง ๆ มีความแตกต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลให้บริการที่อาจแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกเลือกปฏิบัติ

6.2.3 ข้อเสนอการสร้างความกลมกลืนระหว่างกองทุน

ควรมีการใช้งบประมาณต่อหัวประชากรที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ซึ่งจะทำให้ความแตกต่างระหว่างกองทุนลดลงจนกระทั่งไม่แตกต่างกัน

จัดทำชุดสิทธิประโยชน์กลางตามมาตรฐานการรักษาที่จำเป็นต่อสุขภาพของประชาชนทุกคน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง

การสร้างความกลมกลืนของระบบบริการ ควรมุ่งเน้นการบริการที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง ทั้งมาตรฐานการรักษาเดียวกัน มีคุณภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ การบริการที่มีประสิทธิภาพ ระบบบริการที่เชื่อมร้อยกันทุกระดับ เช่น การส่งต่อผู้ป่วย ทั้งบริการป้องกัน ควบคุมรักษา ฟันฟู รวมถึงการสร้างกลไกเชื่อมร้อยในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และการบูรณาการแพทย์ทางเลือก

กองทุนควรมีการบูรณาการวิธีการและอัตราการจ่ายเงินสถานพยาบาลให้เป็นระบบและอัตราเดียว

บูรณาการระบบข้อมูลทั้ง 3 กองทุน ให้เป็นข้อมูลระบบเดียวกัน

กองทุนควรเพิ่มอำนาจการต่อรองในการจัดซื้อยาโดยเฉพาะที่มีผู้ขายรายเดียวและมีราคาสูง ซึ่งจะทำให้ได้ยาที่มีคุณภาพในราคาถูกลง เพื่อประหยัดงบประมาณ

แต่อย่างไรก็ตามในเรื่องของการร่วมจ่าย มีผู้ให้ความเห็นว่าควรเป็นการตัดสินใจโดยฝ่ายการเมืองมากกว่า และจำเป็นต้องมีการพิจารณาเพิ่มเติมว่าการร่วมจ่ายควรจ่ายสำหรับสิทธิประโยชน์อะไรและควรมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันทั้ง 3 กองทุน

6.2.4. รูปแบบของการสร้างความกลมกลืน

การสร้างความกลมกลืนควรเป็นหน้าที่ของรัฐบาล โดยกระบวนการสร้างความกลมกลืนจำเป็นต้องมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มต่างๆ และต้องมีการสร้างพลังอำนาจให้ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างเท่าเทียม กลไกบูรณาการ ควรมีการถอดบทเรียนจากต่างประเทศ และจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบปัจจุบันของประเทศไทย หากจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ควรต้องมีการพิจารณาความเหมาะสมขององค์ประกอบของคณะกรรมการอย่างถี่ถ้วน

6.2.5. ข้อเสนอเพื่อพัฒนางานวิจัยและการดำเนินงาน

นำไปสู่การสร้างความกลมกลืนระหว่างกองทุน

- การเงินการคลัง ควรเพิ่มการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับแหล่งเงิน เพื่อใช้สำหรับการดำเนินงานของกองทุนของรัฐ

» การปฏิรูประบบภาษีโดยรวมของประเทศ แต่อย่างไรก็ตาม เรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่ของทั้งประเทศ ซึ่งอยู่นอกเหนือจากขอบเขตด้านสุขภาพ หากจะมีการทำวิจัยเรื่องการปฏิรูปภาษีในภาพรวมต้องประสานงานกับหน่วยวิชาการด้านอื่นๆ เช่น สภาพัฒนฯ กระทรวงการคลัง เป็นต้น

» การปฏิรูประบบแหล่งการคลังสุขภาพให้มีความยั่งยืน โดยพิจารณาความเป็นไปได้ของแหล่งเงินจากภาษีอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ภาษีมรดก ภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง การจัดเก็บภาษีสุขภาพเฉพาะ (โดยอาจหักจากภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา) ภาษีมูลค่าเพิ่ม เป็นต้น

» การศึกษาแนวทางในการจัดสรรงบประมาณให้กับทุกกองทุนอย่างเป็นธรรม

- ระบบบริการสุขภาพ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาหน่วยบริการ ในด้านบุคลากร สาธารณูปโภค ที่มีกระจายตัวและครอบคลุมจำนวนประชากรทั้งหมด

- ชุดสิทธิประโยชน์

» ศึกษารายละเอียดของชุดสิทธิประโยชน์ที่ยังมีความแตกต่างกันระหว่างกองทุน เช่น การคลอดบุตร ทันตกรรม การตรวจสุขภาพ จากนั้น จัดกระบวนการสร้างความกลมกลืน และจัดการบริหารจัดการให้ได้ชุดสิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกันของทุกสิทธิ

» การพัฒนาและสร้างความกลมกลืนของระบบยา โดยอาจเริ่มจากการพัฒนากองทุนยา

- การจ่ายเงินสถานพยาบาล ขณะนี้แต่ละกองทุนมีวิธีการและอัตรา การจ่ายเงินที่แตกต่างกัน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาวิจัย ผลกระทบของการจ่ายเงินที่แตกต่างกันระหว่างกองทุนว่ามีผลต่อการให้บริการ และคุณภาพบริการ หรือไม่ อย่างไร และแนวทางการปรับแก้ควรเป็นอย่างไร

- ระบบอภิบาล (governance) งานศึกษาวิจัยเรื่อง Governance ของระบบประกันสุขภาพไทยยังมีไม่มากนัก มีข้อเสนอให้มีการศึกษาในเรื่องนี้เพิ่มมากขึ้น โดยมุ่งเน้นเรื่องการพัฒนากลไกกลางในการบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ และให้มีการศึกษาเปรียบเทียบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ทั้งความเหมือนและความต่างในการบริหารจัดการ

รวมทั้งข้อดีข้อเสียของการจัดการกองทุน ตัวอย่างของประเทศ ญี่ปุ่นและประเทศจีน สรุปได้โดยย่อ ดังนี้

ประเทศญี่ปุ่น

ตลอดกรบรอบ 50 ปี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปเมื่อปี พ.ศ. 2554 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของญี่ปุ่นมีจุดเด่นคือ กองทุนประกันสุขภาพมีมากกว่า 3,000 กองทุน แต่สามารถสร้างความกลมกลืนเรื่องสิทธิประโยชน์และมาตรฐานเดียวทั่วประเทศได้ ภายใต้ระบบการจ่ายเงินวิธีเดียวกัน ที่อัตราเดียวกัน ทำให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ทั้งนี้ ญี่ปุ่นใช้กลไกการประชุมต่อรองอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง แต่อย่างไรก็ตาม ใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดสูงถึง 9.5% ของ GDP (น้อยกว่าสหรัฐที่ 16% แต่มากกว่าไทยที่ 4% ของ GDP)

ประเทศจีน

เป็นประเทศที่มีประชากรจำนวนมากถึง 1,300 ล้านคน การจัดทำหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชากรทุกคนจึงเป็นเรื่องที่ท้าทายมาก ปัจจุบันประเทศจีนมีกองทุนระบบประกันสุขภาพ 3 กองทุน แบ่งตามพื้นที่ ได้แก่ กองทุนสำหรับคนทำงานในเขตเมือง (Urban Employee-based Basic Health Insurance Scheme, UEBMI) กองทุนสำหรับคนในชนบท (Rural New Cooperative Medical Scheme, NCMS) และ กองทุนสำหรับคนที่อาศัยในเขตเมือง (Urban Resident-based Basic Health Insurance Scheme, URBMI) อย่างไรก็ตาม ทั้งสามกองทุนยังมีความแตกต่างกันหลายประการ ทั้งเรื่องแหล่งเงิน จำนวนเงินสนับสนุนจากรัฐ และรายจ่ายต่อหัวสมาชิกของแต่ละกองทุนที่มีความแตกต่างกันมา ถึงขีดเท่า จึงมีความพยายามลดความแตกต่างระหว่างกองทุน โดยการจัดให้มี 'การรวบรวมเพื่อความมั่นคง (consolidating)' เพื่อแก้ไข ปรับปรุง และพัฒนาระบบประกันสุขภาพของจีน เช่น การทำให้ขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทุกกลุ่มคน การขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมโรคที่จำเป็นมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- [1] Tangcharoensathien V., Limwattananon S., Patcharanarumol W., and Thammatacharee J., “Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Thailand”. *PLOS Medicine*. 2014;11:e1001726.
- [2] Patcharanarumol W., Tangcharoensathien V., Limwattananon S., Panichkriangkrai W., Pachanee K., Pongkantha W., Gilson L., and Mills A., “Why and how did Thailand achieve good health at low cost?” (chapter 7). In Balabanova D., McKee M., and Mills A., eds. *‘Good health at low cost’ 25 years on. What makes a successful health system?* 193-223. London : London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2011.
- [3] Srithamrongsawat S, Wisessang R, Ratjaroengkajorn S., *Financing healthcare for migrants; a case study from Thailand*. International Organization for Migration and World Health Organization 2009.
- [4] National Health Security Office. *Annual report 2013*. Non-thaburi: NHSO. 2015. (In Thai)
- [5] Jongudomsuk P., Limwattananon S., Prakongsai P., Srithamrongsawat S., Pachanee K., Mohara A., Patcharanarumol W., and Tangcharoensathien V., “Evidence-based health financing reform in Thailand” (chapter 16). In Clements B., Coady D., and Gupta S., eds. *The Economics of public health care reform in advanced and emerging economies*, 307-26. Washington, DC : International Monetary Fund, 2012.
- [6] Hu S., Tang S., Liu Y., Zhao Y., Escobar M.L., de Ferranti D., “Reform of how health care is paid for in China: challenges and opportunities”. *Lancet*, 2008; DOI:10.1016/S0140-6736(08)61368-9.

- [7] Yip W., Hsiao W., Meng Q., Chen W., Sun X., “Realignment of incentives for health-care providers in China”. *Lancet* 2010; 375: 1120–30.
- [8] World Health Organization. “Health systems financing: the path to universal coverage”. World Health Report 2010. Geneva, 2010.
- [9] Evans T.G., Chowdhury A.M.R., Evans D., Fidler A., Lindelow M., Mills A., and Scheil-Adlung X., *Thailand’s Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An Independent Assessment of the First 10 Years (2001-2010)*, Nonthaburi, Thailand: Health Insurance System Research Office, 2012.
- [10] Tangcharoensathien V., Pitayarangsarit S., Patcharanarumol W., Prakongsai P., Sumalee H., Tosanguan J., and Mills A., “Promoting universal financial protection: how the Thai universal coverage scheme was designed to ensure equity”. *Health Research Policy and Systems* 2013;11:25.
- [11] Thammatacharee N., Tisayaticom K., Suphanchaimat R., Limwattananon S., Puthasri W., Netsaengtip R., and Tangcharoensathien V., “Prevalence and profiles of unmet need in Thailand”. *BMC Public Health* 2012; 12: 923.
- [12] Limwattananon S., Tangcharoensathien V., and Prakongsai P., “Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand”. *Bulletin of the World Health Organization* 2007; 85: 600–6.
- [13] Rohde J., Cousens S., Chopra M., Tangcharoensathien V., Black R., Bhutta Z., Lawn J.E. “Alma-Ata: Rebirth and Revision 4, 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries?” *Lancet* 2008; 372: 950–61.

- [14] World Bank, *World Development Indicators: Contraceptive prevalence rate (% of women age 15-49)* available at <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CONU.ZS> [access 3 October 2013]
- [15] Health expenditure and financing in OECD countries, 2010. Available at http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (access 19 December 2012)
- [16] Limwattananon S., Tangcharoensathien V., Tisayathicom K., Boonyapaisarncharoen T., and Prakongsai P., “Why has the universal coverage scheme in Thailand achieved a pro-poor public subsidy for health care?” *BMC Public Health* 2012; 12 (suppl 1): S6.
- [17] de Looper M., Lafortune G., “Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries”. OECD Health Working Papers No. 43. Paris: OECD publishing; 2009.
- [18] The Committee on Resource Mobilization for Sustainable Universal Health Coverage. *National Health Financing for Sustainable Universal Health Coverage: Goals, Indicators and Targets*. International Health Policy Program; Nonthaburi. 2016.
- [19] Technical Working Group for the First National Conference on Thai UHC. *Report of the First National Conference on Thai Universal Health Coverage in Thailand*. International Health Policy Program; Nonthaburi. 2015

ภาคผนวก 1

เอกสารวิชาการที่เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ และ / หรือ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย
ระหว่างปี ค.ศ. 1989 ถึง 2015

No	Year	Literature list	VT
1.	1989	Tangcharoensathien V. , Thanprasertsuk S., Ungchusak C., Chanapai P., and Meesathien U. School health insurance in Thailand: feasibility and financing. <i>Health Policy and Planning</i> 1989;4:72-5.	VT
2.	1993	Bennett S., and Tangcharoensathien V. Health insurance and private providers: a study of the civil servants' medical benefit scheme in Bangkok. <i>International Journal of Health Planning and Management</i> 1993;8:137-52.	VT
3.	1999	Tangcharoensathien V. , Supachutikul A., and Lertiendumrong J. The Social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn? <i>Social Science & Medicine</i> 1999;48:913-23.	VT
4.	2000	Mills, A., Bennett S., Siriwanarangsun P., and Tangcharoensathien V. The Response of providers to capitation payment: a case-study from Thailand. <i>Health Policy</i> 2000;51:163-80.	VT
5.	2000	ABAC KSC Internet Poll (2000) People's Perspective on Health Insurance. Nonthaburi, Health System Research Institute.	
6.	2000	Pannarunothai, S., Leesamid, V. (2000). Decentralizing Health Finance to the Local Governments. <i>Journal of Health Science</i> , 9(3), 267-274	
7.	2000	Sriratanaban, J., Supapong, S., Kamolratanakul, P., Tatiyakawee, K., Srithamrongsawat, S. (2000). Situational analysis of the health insurance market and related educational needs in the era of health care reform in Thailand. <i>J Med Assoc Thai</i> , 83(12), 1492-501.	
8.	2001	Leesmidt, V., Pannarunothai, S., Chongsuvivatwong, V. (2001). Implementing the universal health coverage: which source of information is more reliable? <i>Southeast Asian J Trop Med Public Health</i> , 32(4), 674-81.	
9.	2001	Lapying, P (2001) ORAL HEALTH FINANCING IN UNIVERSAL COVERAGE SYSTEM. Nonthaburi, Ministry of Public Health.	
10.	2001	Rubkamdee, V. Auggimangkul, S. and Tritanwong, P. (2001) Health Insurance Problems and Needs of Agricultural Informal Sector Workers. Nonthaburi, Health System Research Institute.	
11.	2001	A working group on Universal Coverage Policy Development (2001) Health Insurance System in Thailand. Nonthaburi, Health System Research Institute.	

No	Year	Literature list	VT
12.	2002	Panarunothai, S., Phatamasirawat, D., Khongsawat, S., Sritamrongsawat, S., Sutayakhom, W., Rodsawaeng, P. (2002). Sustainable universal health coverage : household met need, Nonthaburi: Health Systems Research Institution	
13.	2002	Tangcharoensathien, V. , Tantivess, S., Teerawattananon, Y., Auamkul, N., Jongudomsuk, P. (2002). Universal coverage and its impact on reproductive health services in Thailand. <i>Reproductive Health Matters</i> , 10(20), 59-69	VT
14.	2002	Na Ranong, V. and Na Ranong, A. (2002) Monitoring and Evaluation of the First Year of Universal Coverage (2001-2). Bangkok, Thailand Development and Research Institute (TDRI).	
15.	2002	Phutthasri, V., Aoungchusuk, J., Phatcharanuchat, P. (2002). Core package for oral health care on universal coverage policy, Thailand, Nonthaburi: Health Systems Research Institute	
16.	2002	Banchuin, Ch. (2002). Financial Situation Analysis and efficiency in Resources Management under the Universal Health Care Coverage Program in Bangkok.A case study: Nopparatrajathanee Hospital, department of Medical Services, Ministry of Public Health. <i>Journal of Health Science</i> , 11(4), 443-451	
17.	2002	Pannarunothai, S., Patamasirawat, D., Kongsawat, S. Srithamrongsawat, S.,and et al (2002) Sustainable Universal Health Coverage: Household Met Need. Pitsanulok, Center for Health Equity Monitoring, Naresuan University.	
18.	2003	Srithamrongsawat, S., and Lapying, P. (2003) Health Insurance Benefits Management under the Universal Health Care Coverage Project in the First-year Implementation: A Case Study in Samut Sakorn, Phuket, Sukhothai, and Ubon Ratchathani. <i>Journal of Health Science</i> ; 12(5) 729-45	
19.	2003	Lapying, P. and Srithamrongsawat, S. (2003) The First-year Implementation of Primary care Unit of the Universal health Care Coverage Project : A Case Study in Four Provinces. <i>Journal of Health Science</i> ; 12(6) 923-36	
20.	2003	Srithamrongsawat, S. and Lapying, P. (2003) Financial Management of the Universal Health Care Coverage Project in the First-year Implementation: A Case Study in Four Provinces. <i>Journal of Health Science</i> ; 12 (6) 889-906	

No	Year	Literature list	VT
21.	2003	Kadtu-in, S., Rakkaen, W. and Kittiwongsunthon, W. (2003) Impact of the Universal Health Care Coverage Program on the Development of Quality System for Hospital Laboratories in Region 7. <i>Journal of Health Science</i> ; 12:124-30.	
22.	2003	Patarakulvanich, S. (2003). Efficiency of Resource Management in a Transition Period of the Universal Health Care Coverage Project, Sena Hospital. <i>Journal of Health Science</i> , 12(2), 247-256	
23.	2003	Leesmidt, V. and Pannarunothai (2003) Universal Health Care Coverage and Health Care Reform in Thailand: Options for Local Government Participation. <i>Journal of Health Science</i> ; 12, 21-47.	
24.	2003	Chalongsuk, R., Boonchuaylier, W., Sappaisan, B., Chana, S. et al (2003) Attitude of Health Professionals towards the Procedure of the Universal Health Care Coverage Project at Nakhorn Pathom Hospital. <i>Journal of Health Science</i> ; 12:759-67.	
25.	2003	Theekavanit, V., Theerawattanasak, P., and Kongnun, J. (2003) Expectation on Service Quality for Universal Health Coverage Program in Phichit Province. <i>Journal of Health Science</i> ; 12:796-802.	
26.	2003	Techowanit, S. (2003). Thais' ideologies towards universal health coverage, Naresuan University. Faculty of Medicine	
27.	2003	Dechovanit, S., Buayeam, W. Thawornrunroj, S. and Pannarunothai. S. (2003) Ideologies of Thai people towards the Universal Health Coverage Policy. Pitsanulok, Center for Health Equity Monitoring, Naresuan University.	
28.	2004	Limwattananon, S., Limwattananon, C. and Pannarunothai. (2004) Cost and Utilization of Drugs Prescribed for hospital-Visited Patients: Impacts of Universal Health Care Coverage Policy. Nonthaburi, Health System Research Institute.	
29.	2004	Tangcharoensathien, V., Prakongsai, P., Vasavid, C. (2004). Factors Influencing A Decision to Implement A Policy on Universal Coverage and Its Future Challenges. <i>Journal of Health Science (Thailand)</i> , 13(6), 1003-1011	VT

No	Year	Literature list	VT
30.	2004	Vimolket, T., Kamol-ratanakul, P., Tobprakhon, S. (2004). Cost of primary health care in universal insurance at Health Center 16, Bangkok Metropolitan Administration. <i>J Med Assoc Thai</i> , 87 (Suppl 2), S213-7.	
31.	2004	Ngosurachat, S., Sornloetumwanit, A., Munkratok, Y., Kulsomboon, V., Sirisinsuk, Y. (2004). Characterization of non-profitable and profitable hospitals in Thailand: A year after universal coverage health insurance. Nonthaburi: Health Systems Research institute	
32.	2004	Lapying, P. (2004). Public-private Mixed Model for Oral Health Care Under the Universal Health Coverage Project : A Case Study of Bangkok. <i>Journal of Health Science</i> , 13(6), 935-951	
33.	2004	Tangcharoensathien, V. and Jongsuksuntigul, P. (eds) (2004) From Policy to Implementation: Historical events during 2001-2004 of Universal Coverage in Thailand. Nonthaburi, National Health Security Office.	VT
34.	2004	Jongudomsuk, P., et al. (2004). Provider Payment in Universal Coverage Scheme: Major Changes in 2005 Fiscal Year. <i>Journal of Health Science</i> , 13(6), 911-925 (Thai)	
35.	2004	Teerawattananon, Y., Tangcharoensathien, V. (2004). Designing a reproductive health services package in the universal health insurance scheme in Thailand: match and mismatch of need, demand and supply. <i>Health Policy Plan</i> , 19 (Suppl 1), i31-i39.	VT
36.	2004	Pannarunothai, S., Patmasiriwat, D., Srithamrongsawat, S. (2004). Universal health coverage in Thailand: ideas for reform and policy struggling. <i>Health Policy</i> , 68(1), 17-30.	
37.	2004	Tangcharoensathien, V. , Wibulpholprasert, S., Nitayaramphong, S. (2004). Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development. <i>Bull World Health Organ</i> , 82(10), 750-6.	VT
38.	2004	Putthasri, W., Tangcharoensathien, V. , Mugem, S., Jindawatana, W. (2004). Equity of access to mammography service among beneficiaries of different health insurance schemes in Thailand. <i>Chu la Med J</i> , 48 (7), 455-463	
39.	2004	Sornkedtrin, A., Tongpet, P. Kotnam, S. et al (2004) Factors determining health promoting behavior and service utilization of UC members. Nonthaburi, Health System Research Institute.	

No	Year	Literature list	VT
40.	2004	Kulsombool, V., Thanaviriyakul, S., Pinyowiwat, V. (2004). Cost-Benefit Analysis of Triple Antiretroviral Therapy as a Benefit of Universal Health Care Coverage in Thailand. <i>Journal of Health Science</i> , 13(6), 1022-1033	
41.	2004	Pitayarangsarit S. The Role of research in the development of health insurance policy in Thailand: The Universal Coverage of health care policy. In Alliance for Health Policy and Systems Research. Strengthening health systems : the role and promise of policy and systems research, 17. Geneva : Global Forum for Health Research, 2004.	
42.	2005	Na Ranong, V., Na Ranong, O., Tiarmworakul, S., Vongmontha, O. (2005). Universal Health Coverage Schemes in Thailand 2002-2003, Nonthaburi: Health Systems Research Institute	
43.	2005	Saiwongse, N., Koonsombatkul, N. (2005). Accessibility of Primary Medical Care in Universal Health Care Coverage, Nong Bua Lam Phu Hospital. <i>Journal of Health Science</i> , 14(4), 591-599	
44.	2005	Chanduaiyiwit, W., Na Ranong, W. (2005). Extra funding for universal healthcare coverage, Nonthaburi: Health Systems Research Institute	
45.	2005	Vinai Leesmidt., Siriwan Pitayarangsarit., Nivat Jeegungwal., Nipit Piravej., and Monica Burns.	
46.	2005	Saiwongse, N. and Koonsombatkul, N. (2005) Accessibility of Primary Medical Care in Universal Health Care Coverage, Nong Bua Lam Phu Hospital. <i>Journal of Health Science</i> 2005; 14:591-9.	
47.	2005	Na Ranong, V., Na Ranong, O., Pannarunothai, S., Tiamworakul, S., Srianan, N. (2005). The monitoring and evaluation of universal health coverage in Thailand, first phase 2001/02, Nonthaburi: Health Systems Research Institute	
48.	2005	Jongudomsuk, P., Greetong, T., Thammatuch-aree, J. (2005). An Estimate of Hospital Admissions under Universal Coverage Scheme in Fiscal Year 2005. <i>Journal of Health Science</i> , 14(2), 248-255	
49.	2005	Tangcharoensathien, V. , Lertiendumrong, J., Patcharanarumol, W. (2005). Traffic victim protection act in the contest of universal coverage: What are the reform option, Nonthaburi: Health Systems Research Institute (Thailand).	VT

No	Year	Literature list	VT
50.	2005	Tangcharoensathien, V. , Tisayaticom, K., Prakongsai, P., Vasavid, C., Patcharanarumol, W., Mahapol, N., Kong-Eiamtrakul, A. (2005). Equity in Thai Health System: Experience of High Executive Administrators in the Ministry of Public Health. <i>Journal of Health Science</i> , 14(3), 436-452	VT
51.	2005	Patcharanarumol, W., Vasvid, C., Tisayathikom, K., Tangcharoensathien, V. (2005). Potential sources of finance for the universal health care coverage fund by the article 39 of the 2002 national health security act : Key informants perspective, Nonthaburi: International Health Policy Program (IHPP-Thailand)	VT
52.	2005	Tangcharoensathien, V. , Patcharanarumol, W., Vasavid, Ch., Prakongsai, Ph., Tisayaticom, K. (2005). "CO-PAYMENT IN UNIVERSAL COVERAGE SCHEME: A POLICY ANALYSIS". <i>Under the Project "Analysis of Long Term Financing for the Universal Health Care Coverage Fund"</i> . International Health Policy Program (IHPP)Thailand	VT
53.	2005	Suraratdecha, C., Saithanu, S., & Tangcharoensathien, V. (2005). Is universal coverage a solution for disparities in health care? findings from three low-income provinces of Thailand. <i>Health Policy</i> , 73 (3), 272-284.	VT
54.	2005	Vasavid, C., Tisayaticom, K., Patcharanarumol, W., Tangcharoensathien, V. , Lertpatraphong, K. (2005). Health and Welfare of Thai Population after Universal Health Care Coverage (UC)-Part II: Household Health Expenditure before and after UC. <i>Journal of Health Science (Thailand)</i> , 14(2), 317-325	VT
55.	2005	Narenpitak, A., Kijkayan, C. (2005). Health Care Seeking Behavior Before and After Universal Health Care Coverage in Amphoe Mueang, Udon Thani. <i>Journal of Health Science</i> , 14(4), 688-697	
56.	2005	Na Ranong, V., Na Ranong, O., Vongmontha, S. (2005). Impacts of the Universal Health Coverage and the 30 Baht Health Care Scheme on Household Expenditures and Poverty Reduction in Thailand, Nonthaburi: Health Systems Research Institute	
57.	2005	Permsuwan, U., Ruanta, Y., Hattasin, K. (2005). The Comparison of Unit Cost of Patient Services Before and After the Universal Health Care Coverage Implementation. <i>Journal of Health Science</i> , 14(4), 640-648	
58.	2005	Ratanawijitrasin, S. (2005). Select the Right Drug, Select the Right Drug List. <i>Journal of Health Science</i> , 14(5), 749-659	

No	Year	Literature list	VT
59.	2005	Pannarunothai, S. (2005). Budget Allocation Model for Health Center Services in Phitsanulok under the Universal Coverage Policy. <i>Journal of Health Science</i> , 14(3), 495-505	
60.	2005	Chuharas, S. et al 2005 "Health Service Delivery Systems under Universal Healthcare Coverage: Problems and Recommendation for Development" <i>Nonthaburi, Health System Research Institute</i>	
61.	2005	Sirisinsuk, Y., Limpananon, J. (2005). The Beneficiaries Complaints under the Universal Health Care Coverage in Thailand. <i>Journal of Health Science</i> .14(2), 354-364	
62.	2006	Sirisinsuk, Y. (2006) Consumer Protection in Universal Coverage in Thailand : What is Missing?. <i>Journal of Health Science</i> ; 15:697-710.	
63.	2006	Chavanichkul, S., Tangcharoensathien, V. (2006). Financing Health Promotion in Thailand. <i>Journal of Health Science (Thailand)</i> , 15(2), 201-214	VT
64.	2006	Patcharanarumol, W., Tangcharoensathien, V. , et al. (2006). Research Series of Thai Health Care Financing: Part 1 Financial Reform Options of Health Care Coverage in Thailand. <i>Journal of Health Science (Thailand)</i> , 15(1), 17-30	VT
65.	2006	Patcharanarumol, W., Tangcharoensathien, V. , et al. (2006). Research Series of Thai Health Care Financing: Part 2 Feasibility of Financial Sources for National Health Security Fund. <i>Journal of Health Science</i> , 15(1), 31-40	VT
66.	2006	Tangcharoensathien, V. , et al. (2006). Research Series of Thai Health Care Financing: Part 3 Co-Payment in Universal Coverage Scheme: A Policy Analysis. <i>Journal of Health Science (Thailand)</i> , 15(1), 41-51	VT
67.	2006	Patcharanarumol, W., Tangcharoensathien, V. , et al. (2006). Research Series of Thai Health Care Financing: Part 4 Traffic Accident Victim Protection Act B.E. 2535 in the Context of Universal Coverage: Reform Options. <i>Journal of Health Science</i> , 15(1), 52-66	VT
68.	2006	Pokpermddee, P. (2006). Reason for Selecting Types of Provider Payment of the 30 baht Scheme in Thailand, 2002. <i>Journal of Health Science</i> , 15(4), 528-541	
69.	2006	Prakongsai, P., et al. (2006). Policy Recommendations on Extending Access to Renal Replacement Therapy under Universal Coverage in Thailand. <i>Journal of Health Science (Thailand)</i> , 15(4), 617-631	

No	Year	Literature list	VT
70.	2006	Srithamrongsawat, S. (2006). Equity in Health Service Utilization among Thai Elderly under the Universal Coverage Scheme. <i>Journal of Health Science</i> , 15(5), 685-696	
71.	2006	Tantivess S, Walt G. Using cost-effectiveness analyses to inform policy: the case of antiretroviral therapy in Thailand. <i>Cost-Effectiveness and Resource Allocation</i> 4, 21(2006): 7 p.	
72.	2006	Prakongsai, P., et al. (2006). Current Situations and Factors Influencing Access to Radiation Therapy under Universal Coverage in Thailand. <i>Journal of Health Science</i> , 15(6)	
73.	2006	Ngorsuraches. S. and Sornlertlumvanich A. (2006) Determinants of hospital loss in Thailand: experience from the first year of a universal coverage health insurance program. <i>Health Care Manage Science</i> , 9: 59-70. DOI 10.1007/s10729-006-6280-z	
74.	2006	วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร , จิตปราณี วาศวิท, และ วิชช์ เกษมทรัพย์ ความคิดเห็นของประชาชนไทยต่อการคัดเลือกผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเข้ารับบริการทดแทนไต - An Opinion Poll on Universal Access to Renal Replacement Therapy Under Universal Coverage in Thailand. <i>วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย</i> 12,2(2549) : 21-36	VT
75.	2006	ภูษิต ประคองสาย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร , วิชช์ เกษมทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ถนอม สุภาพร, และ จิตปราณี วาศวิท ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย = Policy Recommendations on Universal Access to Renal Replacement Therapy Under Universal Coverage in Thailand. <i>วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย</i> 12,supple2(2549) : 37-49	VT
76.	2006	วิชช์ เกษมทรัพย์, ภูษิต ประคองสาย, และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ความต้องการงบประมาณสำหรับการเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย = Budget Impact Analysis of a Policy on Universal Access to RRT Under Universal Coverage in Thailand. <i>วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย</i> 12,2(2549) : 136-148	VT

No	Year	Literature list	VT
77.	2006	Ningsanond, P., Udompat, P., and Khumthong, S. (2006) A Qualitative Study on Impact of Universal Coverage Policy on Health Promotion and Prevention Activities in 4 Provinces. Nonthaburi, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.	
78.	2006	Somjai, D. (2006). Universal Health Care Policy and Public Spending of Thailand. <i>Journal of Health Science</i> , 15(3)	
79.	2006	Kasemsup V, Prakongsai P, Tangcharoensathien V. Budget impact analysis of including renal replacement therapy in the benefit package of universal coverage in Thailand. <i>Value in Health</i> 9, 6(2006): A385	VT
80.	2006	Pachanee, CA., Wibulpolprasert, S. (2006). Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand. <i>Health Policy Plan</i> , 21(4), 310-8.	
81.	2006	Putthasri, W., Akaleephan, C., Tangcharoensathien, V. (2006). Dental Care Benefit in Social Security Scheme. <i>Journal of Health Science</i> . 14(5), 776-789	VT
82.	2006	Thamrangsri, T. (2006). Policy recommendation on geographical of physician's distribution under universal coverage health insurance, Nonthaburi: Health System Research Institute (Thailand)	
83.	2006	Chanduyavith, W., Siamwala, A., Na Ranong,V., Maslove, A. et al (2006) Financing options for the Universal Coverage Scheme. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office (Thailand).	
84.	2006	Mookasarn, S., Sinzap W. (2006). Compensation of Health Care Providers in Community Hospitals and Health Centers before and during the Universal Health Care Coverage Scheme of Amnat Charoen Province. <i>Journal of Health Science</i> , 15(3)	
85.	2006	Kulsomboon, V., Maleewong, U. (2006). The Participatory-based Development Process of Health Security System at Local Level: Case Study "Government Clinic", Amphoe Uthai, Changwat Phra Nakhon Si Ayutthaya. <i>Journal of Health Science (Thailand)</i> , 14(4), 698-705	

No	Year	Literature list	VT
86.	2007	Teerawattananon, Y., Mugford, M., Tangcharoensathien, V. (2007). Economic evaluation of palliative management versus peritoneal dialysis and hemodialysis for end-stage-renal disease: evidence for coverage decisions in Thailand. <i>Value in Health</i> , 10(1), 61-72	VT
87.	2007	Tangcharoensathien, V. , Prakongsai, P., Limwattananon, S., Patcharanarumol, W., Jongudomsuk, P. (2007). Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn?. Internation Health Policy Programme (IHPP), Ministry of Public Health: Thailand	VT
88.	2007	Tangcharoensathien, V. , Limwattananon, S., Prakongsai, Ph. (2007). Improving health-related information systems to monitor equity in health: lessons from Thailand. <i>The Economics of Health Equity</i> . Cambridge University Press.	VT
89.	2007	Leesmidt, V., Pannarunothai, S. (2007). Purchasing Health Care Services of the National Health Security Office : A Case Study of the Bangkok Branch. <i>Journal of Health Science (Thailand)</i> , 16(2), 201-212	
90.	2007	Uppapong, B. and Leesmidt, V. (2007) Governance of Purchasing Functions in the Thai Universal Coverage Scheme. <i>Journal of Health System Research</i> ; 3-4, 289-98	
91.	2007	Suwannapong, N., Pachuen, O., Howteerakul, N., Sanguanprasit, B., and Pichaipinyo, P. (2007) Communication and Service Behaviours : Conflicts under Universal Coverage Policy. <i>Journal of Health Science</i> ; 16:913-23	
92.	2007	Coronini-Cronberg, S., Laohasiriwong, W., Gericke, CA. (2007). Health care utilisation under the 30-Baht Scheme among the urban poor in Mitrapap slum, Khon Kaen, Thailand: a cross-sectional study. <i>Int J Equity Health</i> , 21, 6-11.	
93.	2006	Prakongsai, P., Tangcharoensathien, V. (2006). Benefit incidence analysis before and after universal coverage in Thailand. <i>Value in Health</i> , 9(6), A211-A212	VT
94.	2007	Kongthaworn, S., et al. (2007). Survival of Acute Myocardial Infarction Patients in Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital : Comparative Study of Patients under Social Security System. <i>Journal of Health Science</i> . 16(5), 690-697	

No	Year	Literature list	VT
95.	2007	Srithamrongsawat, S. and Torwatanakitkul, S. (2007) Implications of Universal Coverage Scheme on Health Service Delivery System in Thailand. <i>Journal of Health System Research</i> 1 (1); 47-63	
96.	2007	Limwattananon, S., Tangcharoensathien, V. , Prakongsai, Ph. (2007). Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> , 85 (8), 600-606.	VT
97.	2007	ภูษิต ประคองสาย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร , และ กัญญา ตีษยาธิคม ระหว่างคนจนกับคนรวย ใครได้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า? - Who Benefits from Government Health Spending Before and After Universal Coverage in Thailand? <i>วารสารวิชาการสาธารณสุข</i> 16,ฉบับเพิ่มเติม (2550) : s20-s36	VT
98.	2007	Tangcharoensathien V. , Prakongsai P., Patcharanarumol W., and Jongudomsuk P. Universal Coverage in Thailand: the respective roles of social health insurance and tax-based financing. In ILO; GTZ; and WHO. Extending social protection in health: developing countries' experiences, lessons learnt and recommendations, 121-131. Frankfurt : VAS, 2007.	VT
99.	2007	Pongpirul, K., Chuayruang, O., Kanasuta, A. (2007). Chronic Renal Failure in Patients under the Universal Coverage Scheme : From Database for Fiscal Year 2005. Nonthaburi: Health Systems Research Institute	
100.	2007	Sophie Coronini-Cronberg ¹ , Wongsra Lahasirivong and Christian A Gericke (2007) Health care utilisation under the 30-Baht Scheme among the urban poor in Mitrapap slum, Khon Kaen, Thailand: a cross-sectional study. <i>International Journal for Equity in Health</i> 2007, 6:11 doi:10.1186/1475-9276-6-11	
101.	2007	Na Ranong, A. and Na Ranong, V. (2007) Impact of UC on household health expenditure and poverty reduction. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.	
102.	2007	Hughes, D., Leethongdee, S. (2007). Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 Baht health reforms. <i>Health Aff (Millwood)</i> , 26(4), 999-1008.	

No	Year	Literature list	VT
103.	2008	Teerawattananon, Y., Russell, S. (2008). A difficult balancing act: policy actors' perspectives on using economic evaluation to inform health-care coverage decisions under the Universal Health Insurance Coverage scheme in Thailand. <i>Value Health</i> , 11(Suppl 1), S52-60.	
104.	2008	Srivanichakorn, S. (2008) Situation and Development of Primary Care in Thailand. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.	
105.	2008	Srithamrongsawat, S., Putthasri, W., Lapying, P. and Jittinan, P. (2008) Evaluation of the Development of Excellence Center under Universal Coverage Policy. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.	
106.	2008	Wongchai, Y., Krajangpeau, S. and Balika, S. (2008) Customer Protection under Universal Coverage Scheme. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.	
107.	2008	Pothawin, T. and Boonyaratanasunthorn, J. (2008) Mechanism and process of managing complaint under Universal Coverage Scheme. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.	
108.	2008	Leesmidt, V. and Ounjob, P. (2008) Evaluation of management of Provincial Health Insurance Board (2008) Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.	
109.	2008	Kamhom, R. and Cheutrakul, P. (2008) Mechanism of providing information under Universal Coverage Scheme. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office	
110.	2008	Sriratanabun, J., Ngamkiatpaisal, S., Sriratanabun, P. and Cheureng, O. (2008) A study and proposal on purchasing vertical program health services. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.	
111.	2008	Somkotra, T., Lagrada, LP. (2008). Payments for health care and its effect on catastrophe and impoverishment: experience from the transition to Universal Coverage in Thailand. <i>Soc Sci Med</i> , 67(12), 2027-35	
112.	2008	Limwattanonon, S., Tangcharoensathien, V. , Prakongsai, P. (2008). The Impact of a Policy on Universal Coverage on Equity in Health Care Finance in Thailand. <i>Siriraj Medical Journal</i> , 60(Supple1), 79	VT
113.	2008	Wongkongkathap, S., Busarakumruha, J., Pitayarangsarit, S., and Witchawut, K. (2008) Evaluation of access to oral health services and policy options for access to prevention and promotion of oral health services under the benefit package of Universal Coverage Scheme. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.	

No	Year	Literature list	VT
114.	2008	วีระศักดิ์ พุทธาศรี, สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์, เพ็ญแข ลากยั้ง, และ แพรว จิตตินันท์ การประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงศูนย์มะเร็งภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า = Evaluation of the cancer excellence center project under the Universal Coverage policy <i>วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข</i> 2,4(2551): 579-593	
115.	2008	Tantivess S, Walt G. The Role of state and non-state actors in the policy process: the contribution of policy networks to the scale-up of antiretroviral therapy in Thailand. <i>Health Policy and Planning</i> 23, 5(2008): 328-338	
116.	2008	Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V , Black R, Bhutta ZA, and Lawn JE. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? <i>The Lancet</i> 372, 9642(2008): 950-961.	VT
117.	2008	Kasemsup, V., Prakongsai, P., Tangcharoensathien, V. (2008). Budget Impact Analysis of Including Renal Replacement Therapy in the Benefit Package of Universal Coverage in Thailand. <i>Siriraj Medical Journal</i> , 60(Sup-ple1), 77	
118.	2008	Puenpatom, RA., Rosenman, R. (2008). Efficiency of Thai provincial public hospitals during the introduction of universal health coverage using capitation. <i>Health Care Manag Sci</i> , 11(4), 319-38.	
119.	2008	Tangcharoensathien V. , Patcharanarumol W., Prakongsai P., and Jongudomsuk P. Reforms towards Universal Coverage: experiences from Thailand. In WHO. Technical briefs for achieving the medium term health care financing strategic targets in the WHO Western Pacific Region, 79-89. Geneva : WHO, 2008.	
120.	2009	Jirawattanapisal T, Kingkaew P, Lee TJ, and Yang MC. Evidence-Based Decision-Making in Asia-Pacific with Rapidly Changing Health-Care Systems: Thailand, South Korea, and Taiwan. <i>Value in Health</i> 12, s3(2009): S4-S11.	
121.	2009	Prakongsai, Ph., Palmer, N., Uay-trakul, Pr., Tangcharoensathien, V. , Mills, A. (2009). The implications of benefit package design: the impact on poor Thai households of excluding renal replacement therapy. <i>Journal of International Development</i> , 21, 291-308	

No	Year	Literature list	VT
122.	2009	Damrongplasit, K., Melnick, GA. (2009). Early results from Thailand's 30 Baht Health Reform: something to smile about. <i>Health Aff (Millwood)</i> , 28(3), w457-66.	
123.	2009	Prakongsai, P., Limwattananon, S., Tangcharoensathien, V. (2009). The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. <i>Adv Health Econ Health Serv Res</i> , 21, 57-81.	VT
124.	2009	Somkotra, T., Detsomboonrat, P. (2009). Is there equity in oral healthcare utilization: experience after achieving Universal Coverage. <i>Community Dent Oral Epidemiol</i> , 37(1), 85-96.	
125.	2009	Somkotra, T., Lagrada, LP. (2009). Which households are at risk of catastrophic health spending: experience in Thailand after universal coverage. <i>Health Aff (Millwood)</i> , 28(3), w467-78.	
126.	2009	Leesmidt, V., Nipaporn, S., and Pirunssan, A. (2009) Policy and administration of Area-based Health Prevention and Promotion Budget. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.	
127.	2010	Somkotra, T. (2010). Measurement and Explanation of Horizontal (ln) Equity in Health Care Utilization Among Thais After Universal Coverage Policy Implementation. <i>Asia Pac J Public Health</i> .	
128.	2010	<i>NaRanong, V., Ongkittikul, S. and Sakdiarpa C. (2010) Benefit Incidence Analysis of Major Public Expenditure Schemes.</i> Bangkok, Thailand Development and Research Institute.	
129.	2010	Tangcharoensathien V., Swasdiworn W., Jongudomsuk P., Srithamrongswat S., Patcharanarumol W., and Thammathataree J. Universal coverage scheme in Thailand: equity outcomes and future agendas to meet challenges(Chapter 5). In Eduardo Missoni, editor. Attaining universal health coverage, A research initiative to support evidence-based advocacy and policy-making, 95-105. Milano : EGEA, 2010.	VT
130.	2010	Kongsilp, S., Jiemton, S., and et al (2010) Evaluation of Service System among Individuals Who Receive Antiretroviral Therapy under the Health Insurance System in Thailand: Health Outcome of Antiretroviral Therapy under the Health Insurance System in Thailand. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.	

No	Year	Literature list	VT
131.	2010	Tangcharoensathien, V. et al (2010) Impact of Universal Health Coverage in perspective of public healthcare providers and its coping mechanism: case studies in three provinces. Nonthaburi, CDP-Health Financing, International Health Policy Program, Ministry of Public Health	VT
132.	2010	Somkotra, T., Vachirarojpisat, T. (2010). Inequality in dental care utilisation among Thai children: evidence from Thailand where universal coverage has been achieved. <i>Int Dent J.</i> , 59(6), 349-57.	
133.	2010	Limwatananon, C., Limwatananon, S., Pannarunothai, S. and Tangcharoensathien, V. (2010) Analysis of practice variation due to payment methods across health insurance schemes. Nonthaburi, CDP-Health Financing, International Health Policy Program, Ministry of Public Health	VT
134.	2010	Yiengprugsawan, V., Carmichael, G., Lim, LY., Seubsman, S., Sleigh, A. (2010). Explanation of inequality in utilization of ambulatory care before and after universal health insurance in Thailand. Health Policy Plan.	
135.	2010	Yiengprugsawan, V., Carmichael, GA., Lim, LL., Seubsman, SA., Sleigh, AC. (2010). Has universal health insurance reduced socioeconomic inequalities in urban and rural health service use in Thailand?. <i>Health Place</i> , 16(5), 1030-1037	
136.	2010	Kessomboon, N., Lochid-amnuay, S., Pongkantha, W. and Putthasri, W. (2010) Budget Impact from Incorporating Community Pharmacy into the Universal Health Coverage Scheme. <i>Journal of Health System Research (Thailand)</i> ; 2, 220-30	
137.	2010	Hughes, D., Leethongdee, S., Osiri, S. (2010). Using economic levers to change behaviour: the case of Thailand's universal coverage health care reforms. <i>Soc Sci Med.</i> 70(3):447-54.	
138.	2010	Sakunpanit, T., Greethong, T., Srithamrongsawat, S., Preechachard, R. and Limpiyakorn, K. (2010) Universal coverage context: service and cost drivers in Thailand. Nonthaburi, CDP-Health Financing, International Health Policy Program, Ministry of Public Health	
139.	2010	Srithamrongsawat, S., Aueasiriwon, B., Boonkaewsuk, U. (2010) Institutional capacity of the three public health insurance funds in Thailand. Nonthaburi, CDP-Health Financing, International Health Policy Program, Ministry of Public Health	

No	Year	Literature list	VT
140.	2010	Hu, J. (2010). The role of health insurance in improving health services use by Thais and ethnic minority migrants. <i>Asia Pac J Public Health</i> , 22(1), 42-50.	
141.	2010	Wichathai, C., Srithamrongsawat, S. Reupaibul, W., Kongsawat, S. et al (2010) Rehabilitation services and cost of intermediate care under health insurance system. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office.	
142.	2010	Thoresen, SH., Fielding, A. (2010). Universal health care in Thailand: Concerns among the health care workforce. <i>Health Policy</i> , Western Australia 6845: Australia.	
143.	2010	Srithamrongsawat, S et al (2010). Evaluation of financial management of CUP and development of health information for financial management. Nonthaburi, Health Insurance System Research Office	
144.	2010	Prakongsai P. The Impact of universal coverage on equity in health care finance and financial risk protection in Thailand. <i>Value in Health</i> 2010;13:A411.	
145.	2010	Prakongsai P. How equitable of health service use and government subsidies in Thailand after achieving universal coverage? <i>Value in Health</i> 2101;13:A411.	
146.	2010	Prakongsai P., and Pachanee K. Estimated costs of including growth hormone replacement therapy into the universal coverage benefit package in Thailand. <i>Value in Health</i> 2010;13:A527.	
147.	2010	Prakongsai P., and Pachanee K. Budget impact analysis of including liver transplantation in children into the universal coverage benefit package of Thailand. <i>Value in Health</i> 2010;13:A540.	
148.	2010	Yiengprugsawan V., and et al. The First 10 years of the Universal Coverage Scheme in Thailand: review of its impact on health inequalities and lessons learnt for middle-income countries. <i>Australia Epidemiology</i> 2010;17:24-6.	
149.	2010	กุมาริ พัทณี, และ ภูษิต ประคองสาย. รายงานการศึกษาประมาณการความต้องการงบประมาณ เพื่อการเข้าถึงและได้รับฮอริโมนเจริญเติบโตอย่างเสมอภาคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2553.	

No	Year	Literature list	VT
150.	2010	กุมารี พັນนี, และ ภูษิต ประคองสาย. รายงานการศึกษาประมาณการความต้องการงบประมาณ เพื่อผนวกการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา (Plasmapheresis) เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2553.	
151.	2010	วีระศักดิ์ พุทธาศรี, และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการการจัดทำข้อเสนอ ร้ายาคคุณภาพกับระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.), 2553.	
152.	2010	สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, และคณะ. รายงานการวิจัยโครงการการประเมินผล เพื่อพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพกองทุนสุขภาพระดับตำบลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการที่ดี. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2553.	
153.	2010	กัญจนา ติชยาธิคม, และคณะ. รายงานการศึกษาวิจัยการพัฒนาระเบียบวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของโรงพยาบาลภาครัฐจำแนกตาม อายุ เพศ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และหลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2553.	VT
154.	2011	Selway JS. Electoral reform and public policy outcomes in Thailand: the politics of the 30-Baht health scheme. <i>World Politics</i> 2011;63:165-202.	
155.	2011	Panpiemras J., and et al. Impact of Universal Health Care Coverage on patient demand for health care services in Thailand. <i>Health Policy</i> 2011;103:228-35.	
156.	2011	Li C., and et al. Moving towards universal health insurance in China: performance, issues and lessons from Thailand. <i>Social Science & Medicine</i> . 2011;73:359-66.	
157.	2011	Tangcharoensathien V. , and et al. Health-financing reforms in South-east Asia: challenges in achieving universal coverage. <i>The Lancet</i> 2011;377:863-73.	VT
158.	2011	Pachanee K., and et al. Using economic evidence and stakeholder's participation in decision making on benefit package of public health insurance in Thailand. <i>Value in Health</i> 2011;14:A357.	
159.	2011	Putthasri W., and et al. Local level responses to budget allocations under the Thai universal health care coverage policy. <i>Journal of Public Health and Development (Thailand)</i> 2011;9:39-54.	VT

No	Year	Literature list	VT
160.	2011	Limwattananon S., Tangcharoensathien V. , and Prakongsai P. Reducing impoverishment caused by costly health-care payments: outcome of universal health care coverage in Thailand. <i>Journal of Health System Research (Thailand)</i> 2011;5:25-31.	VT
161.	2011	Limwattananon S., and et al. Forecasted expenditure due to the use of expensive drugs in civil servant medical benefit scheme: a comparison with universal health coverage scheme. <i>Journal of Health System Research (Thailand)</i> 2011;5:170-80.	VT
162.	2011	Pachanee K., and Prakongsai. Budget requirement for including liver transplantation in children into the universal coverage benefit package of Thailand. <i>Journal of Health Science (Thailand)</i> 2011;20:208-21.	
163.	2011	Kaewnuy S., and et al. Screening, treatment and rehabilitation systems for alcohol problem of the universal health insurance. <i>Journal of Health System Research (Thailand)</i> 2011;5:439-51.	
164.	2011	Lochidamnuy S., and et al. Recommendations on incorporating accredited community pharmacy into universal coverage in Thailand. <i>The Association of Hospital Pharmacy (Thailand)</i> 2011;21:189-202.	
165.	2011	Patcharanarumol W., and et al. Why and how did Thailand achieve good health at low cost?. In: Balabanova D, McKee M, and Mills A, eds. 'Good health at low cost' 25 years on what makes a successful health system?. 193-223. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2011.	VT
166.	2011	Pagaiya N., and Sriratana S. Impacts of Universal Coverage Scheme (UCS) on health workforce. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health, 2011.	
167.	2011	International Health Policy Program, and Health Intervention and Technology Assessment Program. Research for development of health benefit package under universal health care coverage scheme: issue 1. Bangkok: National Health Security Office, 2011.	VT

No	Year	Literature list	VT
168.	2011	International Health Policy Program, and Health Intervention and Technology Assessment Program. Research for development of health benefit package under universal health care coverage scheme: issue 2. Bangkok: National Health Security Office, 2011.	VT
169.	2011	Limwattananon S., and et al. TOR 5.3: The Impact of UCS on households the assessment of the first decade of Thai UCS scheme. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health, 2011.	VT
170.	2011	Limwattananon S., Prakongsai P., and Tangcharoensathien V. Analysis of diagnosis-related group version 5: comparison of severity-of-illness assignment and relative weight result with versions 4 & 3 by hospital types under The Universal Health Coverage Scheme (UCS). Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health, 2011.	VT
171.	2011	ภูษิต ประคองสาย. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณมาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2551-2553, 465-84. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.	
172.	2012	Youngkong S., and et al. Multicriteria decision analysis for including health interventions in the universal health coverage benefit package in Thailand. <i>Value Health</i> 2012;15:961-70.	
173.	2012	Limwattananon S., and et al. Why has the Universal Coverage Scheme in Thailand achieved a pro-poor public subsidy for health care? <i>BMC Public Health</i> 2012;12(suppl1):S6.	VT
174.	2012	Tangcharoensathien V. , and et al. Thailand's universal health coverage scheme. <i>Economic & Political Weekly</i> 2012;47:53-7.	VT
175.	2012	Patcharanarumol P., and et al. Universal health coverage: we believe and we commit. <i>Journal of Health Systems Research (Thailand)</i> 2012;6:440-4.	VT

No	Year	Literature list	VT
176.	2012	Jongudomsuk P., and et al. Evidence-based health financing reform in Thailand (chapter 16). In Clements B, Coady D, and Gupta S, eds. The Economics of public health care reform in advanced and emerging economies, 307-26. Washington, DC: International Monetary Fund, 2012.	VT
177.	2012	Tangcharoensathien V. , and et al. Thailand's universal coverage scheme: achievements and challenges, an independent assessment of the first 10 years (2001-2010) synthesis report. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health, 2012.	VT
178.	2012	International Health Policy Program, and Health Intervention and Technology Assessment Program. Research for development of health benefit package under universal health care coverage scheme: issue 3 (round 1/2011). Bangkok: National Health Security Office, 2012.	VT
179.	2012	International Health Policy Program, and Health Intervention and Technology Assessment Program. Research for development of health benefit package under universal health care coverage scheme: issue 4 (Round 2/2011). Bangkok: National Health Security Office, 2012.	VT
180.	2012	สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, และ ดาวาร สกุลพานิชย์. สถานการณ์ก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย (บทที่ 3). ใน: สุรจิต Sunthorธรรม, และคณะ. บรรณาธิการ. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย, 55-72. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555.	
181.	2012	จเด็จ ธรรมธัชอารี, และ วลัยพร พิษนฤมถ. การประกันสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บทที่ 7). ใน: สุรจิต Sunthorธรรม, และคณะ. บรรณาธิการ. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย, 153-78. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555.	
182.	2012	วลัยพร พิษนฤมถ, และคณะ. การเหมาจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขตามรายหัว (บทที่ 11). ใน: สุรจิต Sunthorธรรม, และคณะ, บรรณาธิการ. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย, 257-77. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555.	VT
183.	2012	สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, ดาวาร สกุลพานิชย์, และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร . ความสำเร็จและความท้าทายในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บทที่ 18). ใน: สุรจิต Sunthorธรรม, และคณะ, บรรณาธิการ. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย, 425-48. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555.	VT

No	Year	Literature list	VT
184.	2013	Kijsanayotin B. Impact of Thailand universal coverage scheme on the country's health information systems and health information technology. <i>Studies in Health Technology and Informatics</i> 2013;192:989.	
185.	2013	Tantivess S., and et al. Universal coverage of renal dialysis in Thailand: promise, progress, and prospects. <i>British Medical Journal</i> 2013;346:f462.	
186.	2013	Balabanova D., and et al. Good health at low cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening. <i>The Lancet</i> 2013;381:2118-33.	VT
187.	2013	Tangcharoensathien V. , and et al. Promoting universal financial protection: how the Thai universal coverage scheme was designed to ensure equity. <i>Health Research Policy and Systems</i> 2013;11:25.	VT
188.	2013	Tangcharoensathien V. , Evans D., and Marten R. Universal Health Coverage: Setting Global and National Agendas. <i>Global Health Governance</i> 2013;6(Summer):6p.	VT
189.	2013	Tangcharoensathien V. , and Evans D. Beyond clinical skills: key capacities needed for universal health coverage. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> 2013;91:801-801A.	VT
190.	2013	Campbell J., and et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> 2013;91:853-63.	VT
191.	2013	Tangcharoensathien V. , and et al. Health workforce contributions to health system development: a platform for universal health coverage. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> 2013;91:874-80.	VT
192.	2013	Panichkriangkrai W., and et al. Good health at low cost part 1: factors to success among nine examples. <i>Journal of Health Science (Thailand)</i> 2013;22:513-25.	VT
193.	2013	Suphanchaimat R., and et al. The Management of health insurance system for people with citizenship problems-a case study of Ranong province. <i>Journal of Health System Research (Thailand)</i> 2013; 7:207-22.	
194.	2013	Kittidilokkul K., et al. Good health at low cost: Thailand's experience. <i>Journal of Health Science (Thailand)</i> 2013;22:1052-60.	
195.	2013	Lapying P., and Putthasri W. Oral health care utilization during the first decade of Thai universal health coverage system. <i>Journal of Health Science (Thailand)</i> 2013;22:1080-90.	

No	Year	Literature list	VT
196.	2013	Limwattananon S., and et al. Universal Coverage on a budget: impacts on health care utilization and out-of-pocket expenditures in Thailand. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health, 2013.	VT
197.	2013	International Health Policy Program, and Health Intervention and Technology Assessment Program. Research for development of health benefit package under universal health care coverage scheme: Issue 5 (Round 1/2012). Bangkok: National Health Security Office, 2013.	VT
198.	2014	Tangcharoensathien V. , Limwattananon S., Patcharanarumol W., and Thammatacharee J. Monitoring and progress towards Universal Health Coverage in Thailand. <i>PLOS Medicine</i> 2014;11:e1001726.	VT
199.	2014	Mee-Udon F. Universal Health Coverage Scheme impact on well-being in rural Thailand. <i>International Journal of Health Care Quality Assurance</i> 2014;27:456-67.	
200.	2014	Kananurak P. Healthcare use and voluntary health insurance after retirement in Thailand. <i>Applied Health Economics and Health Policy</i> 2014;12:299-313.	
201.	2014	Suphanchaimat R., and et al. Health insurance for people with citizenship problems in Thailand: a case study of policy implementation within a complex health system. <i>BMC Health Services Research</i> 2014;14(Suppl2):P121.	
202.	2014	Pachanee K., and et al. How Thailand achieved 'Good Health at Low Cost'? <i>Journal of Health Science (Thailand)</i> 2014;23:137-46.	
203.	2014	Suphanchaimat R., and et al. Health insurance for 'People with Citizenship Problems' and inpatient service: a case study of Ranong Province. <i>Journal of Health Science (Thailand)</i> 2014;23:524-38.	
204.	2014	International Health Policy Program. An Evaluation of the NHSO influenza vaccination program 2009-2012. Bangkok: National Health Security Office, 2014.	
205.	2014	Limwattananon C., and et al. Assessment of budget impact of including laparoscopy as the benefit package for the Universal Health Coverage Scheme. Bangkok: National Health Security Office, 2014.	

No	Year	Literature list	VT
206.	2014	กุมาริ พัทณี, และคณะ. ความเหมาะสมของอัตราเบิกจ่ายในระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สำหรับการผ่าตัดด้วยกล้องในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บทความย่อผลงานวิชาการสาธารณสุข ประจำปี 2557, 335. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2557.	
207.	2015	Tangcharoensathien V., Chaturachinda K., and Im-em W. Commentary: Thailand: sexual and reproductive health before and after universal health coverage in 2002. <i>Global Public Health</i> 2015;10:246-8.	VT
208.	2015	Tangcharoensathien V., and et al. Achieving universal health coverage goals in Thailand: the vital role of strategic purchasing. <i>Health Policy and Planning</i> 2015;30:1152-61.	VT
209.	2015	Limwattananon S., and et al. Universal coverage with supply-side reform: the impact on medical expenditure risk and utilization in Thailand. <i>Journal of Public Economics</i> 2015;121:79-94.	VT
210.	2015	Tangcharoensathien V., Mills A., and Palu T. Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the sustainable development goals. <i>BMC Medicine</i> 2015;13:101.	VT
211.	2015	Guinto R., and et al. Universal health coverage in 'One ASEAN': are migrants included? <i>Global Health Action</i> 2015;8:25749.	
212.	2015	Ghislandi S., Manachotphon W., and Perego VM. The Impact of Universal Health Coverage on health care consumption and risky behaviours: evidence from Thailand. <i>Health Economics, Policy and Law.</i> 2015;10:251-66.	
213.	2015	Hsu M., Huang X., and Yupho S. The Development of universal health insurance coverage in Thailand: Challenges of population aging and informal economy. <i>Social Science & Medicine.</i> 2015;145:227-36.	
214.	2015	Poovorawan K., and et al. The Burden of cirrhosis and impact of universal coverage public health care system in Thailand: Nationwide study. <i>Annals of hepatology</i> 2015;14:862-8.	
215.	2015	Suphanchaimat R., and et al. Health insurance for people with citizenship problems in Thailand: a case study of policy implementation. <i>Health Policy and Planning.</i> 2015 May 25. [Epub ahead of print]	

รายนามปาฐกและหัวข้อการแสดงผลงาน ป่วย อึ้งภากรณ์ ที่ผ่านมา

- ครั้งที่ 1 วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2530
ศาสตราจารย์นิคม จันทรวาท
'แรงงานกับรัฐ: สามทศวรรษแห่งการพัฒนา'
ศาสตราจารย์ ดร.อัมมาร สยามวาลา
'เกษตรกรกับรัฐ'
- ครั้งที่ 2 วันที่ 9 มีนาคม 2532
ศาสตราจารย์เสน่ห์ จามริก
'เศรษฐกิจการเมืองเรื่องวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี'
- ครั้งที่ 3 วันที่ 7 กันยายน 2533
รองศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรทิพย์ นาถสุภา
'วัฒนธรรมตะวันตกกับพัฒนาการสังคมไทย'
- ครั้งที่ 4 วันที่ 9 มีนาคม 2536
ศาสตราจารย์ ดร.นิธิ เอียวศรีวงศ์
'วีรบุรุษในวัฒนธรรมไทย'
- ครั้งที่ 5 วันที่ 9 มีนาคม 2538
ผู้ใหญ่วิบูลย์ เข็มเฉลิม
'รากฐานชีวิต'
- ครั้งที่ 6 วันที่ 9 มีนาคม 2541
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี
'ยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจ สังคม
และศีลธรรม (สันติประชาธรรม)'
- ครั้งที่ 7 วันที่ 9 มีนาคม 2544
อาจารย์สุลักษณ์ ศิวรักษ์
'สร้างสรรค์สันติประชาธรรมให้เป็นจริงในสังคม'

ครั้งที่ 8 วันที่ 7 มีนาคม 2546

นายไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม

‘การบริหารสังคม: ศาสตร์แห่งศตวรรษเพื่อสังคมไทยและ
สังคมโลก’

ครั้งที่ 9 วันที่ 9 มีนาคม 2548

รองศาสตราจารย์ ดร.ม.ร.ว.อภินันท์ รพีพัฒน์

‘ระบบอุปถัมภ์กับการพัฒนาสังคม : ด้านหนึ่งในการเปลี่ยนแปลง
สังคมไทย’

ครั้งที่ 10 วันที่ 9 มีนาคม 2550

ศาสตราจารย์รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์

‘จารีตรัฐธรรมนูญไทยกับสันติประชาธรรม’

ครั้งที่ 11 วันที่ 9 มีนาคม 2553

อาจารย์ ดร.ชาญวิทย์ เกษตรศิริ

‘ลัทธิชาตินิยมไทย-สยาม กับกัมพูชา: ข้อพิพาทปราสาทเขา
พระวิหาร (กลับมาเยือน)’

ครั้งที่ 12 วันที่ 9 มีนาคม 2554

ศาสตราจารย์ ดร.ยงยุทธ ยุทธวงศ์

‘วิทยาศาสตร์เพื่ออะไร?’

ครั้งที่ 13 วันที่ 8 มีนาคม 2556

ดร.อุทัย ดุลยเกษม

‘การศึกษากับการสร้างสังคมสันติประชาธรรม’

ครั้งที่ 14 วันที่ 9 มีนาคม 2558

ศาสตราจารย์ ดร.ชัยวัฒน์ สถาอานันท์

‘พิศ(ษ)ผู้หญิงในชีวิตของสันติวิธี’

คณะกรรมการดำเนินการคัดเลือกปาฐก ในการแสดงปาฐกถา ป่วย อึ้งภากรณ์ ครั้งที่ 15

ศ.ดร.สกันธ์ วรรณัญวัฒนา	ประธานกรรมการ
ดร.อุทัย ดุลยเกษม	กรรมการ
ศ.ดร.พรายพล คุ้มทรัพย์	กรรมการ
ศ.รังสรรค์ ณะพระพันธุ์	กรรมการ
รศ.ดร.เป็ทมาวดี โปชนกุล	กรรมการ
รศ.ดร.ธรรมวิทย์ เทอดอุดมธรรม	กรรมการ
ผศ.ดร.อภิชาติ สถิตนิรามัย	กรรมการ
ผศ.ปกป้อง จันวิทย์	กรรมการ
ผศ.สิทธิกร นิพเกษ	กรรมการ
อ.ดร.ธร ปิติดีล	กรรมการและเลขานุการ

การแสดงปาฐกถา
ป่วย อังภากรณ์ ครั้งที่ 15
จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน:
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลสัมฤทธิ์และความท้าทายในอนาคต

คณะบรรณาธิการ

นภนต์ ภูมมา
สิทธิกร นิพนยะ

คณะที่ปรึกษา

สกันธ์ วรรณวิวัฒนา
ปกป้อง จันวิทย์
ธร ปิติคิด

ออกแบบปกและรูปเล่ม

ชิน เอกก้านตรง

พิสูจน์อักษร

ศิริบุญ วงษ์ชื่น

พิมพ์ที่

ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดดา

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ.
จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ผลสัมฤทธิ์และความท้าทายในอนาคต .-- กรุงเทพฯ :
คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2559.

144 หน้า.

1. ป่วย อังภากรณ์, 2458-2542. I. ชื่อเรื่อง.

923.3593

ISBN 978-616-329-062-5