

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การประเมินผลการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ

นิมอณรงค์ สายรัตน์ ป.พย., วท.ม.

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	3 มี.ค. 2566
วันแก้ไข:	20 ก.ค. 2566
วันตอบรับ:	30 ก.ค. 2566

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยประเมินผลในมุมมองของการออกแบบและการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 และประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิเรื่องบริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ.2563 โดยการศึกษารูปแบบและปริมาณการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในแต่ละกองทุน รวมทั้งสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นวิธีการศึกษาแบบผสมวิธี ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารและกลไกการจ่ายสำหรับบริการสุขภาพปฐมภูมิ และข้อมูลเชิงปริมาณ การมารับบริการ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อย คือ (1) บริการผู้ป่วยนอกของ 3 ระบบ (2) บริการในรายการที่จัดว่าเป็นบริการสุขภาพปฐมภูมิของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคม โดยใช้ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายของกองทุนประกันสุขภาพ พ.ศ. 2564 คัดเฉพาะตัวอย่างประเด็นบริการผู้ป่วยนอก บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การดูแลระยะกลาง และการดูแลระยะยาว และ (3) บริการในรายการที่จัดว่าเป็นบริการสุขภาพปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้ข้อมูลจากรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 คัดเฉพาะตัวอย่างประเด็นบริการผู้ป่วยนอก บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วยระยะกลางและผู้ป่วยระยะยาว และการบริการป้องกันโรคเอชไอวี ผลการศึกษา พบว่าระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ มีรูปแบบการจ่ายที่แตกต่างกัน และยังมีกระจายไม่ครบถ้วนตามรายการบริการของประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ อีกทั้งมีปริมาณการใช้บริการที่แตกต่างกัน โดยอัตราการมารับบริการผู้ป่วยนอกมากที่สุดคือ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3.44 ครั้งต่อคนต่อปี รองลงมาคือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2.88 ครั้งต่อคนต่อปี และระบบประกันสังคม 2.49 ครั้งต่อคนต่อปี สำหรับข้อเสนอแนะระยะกลาง เห็นควรให้สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประสานกับกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ เพื่อสร้างเป้าหมายของระบบที่มุ่งเน้นคุณค่า และเป็นหน่วยงานหลักร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิและกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ เพื่อนำไปสู่กลไกการจ่ายแบบมุ่งเน้นคุณค่า และยกระดับประสิทธิภาพของการบริการสุขภาพปฐมภูมิ

คำสำคัญ: บริการสุขภาพปฐมภูมิ; ระบบหลักประกันสุขภาพ; การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ

บทนำ

“สาธารณสุขมูลฐาน (primary health care)” มีที่มาจากคำประกาศอัลมา อตา โดยองค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ. 2521 หมายถึง บริการด้านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และให้จุดเน้นของบริการที่รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ทั้งด้านสังคมและการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน⁽¹⁾

ประเทศไทยได้มีการนำสาธารณสุขมูลฐานบรรจุเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญสำหรับการพัฒนาทางสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ ฉบับที่ 4 (2520-2524) จนกระทั่งถูกนำไปบูรณาการเพื่อสนับสนุนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี 2543⁽²⁾ และยังคงพัฒนาเรื่อยมา โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ความเสมอภาคที่ดีขึ้น ความมั่นคงด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และความคุ้มค่าด้านต้นทุนที่ดีขึ้น⁽³⁾

ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage, UHC) ใน พ.ศ. 2545 โดยเป็นการริเริ่มโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค⁽⁴⁾ ในปัจจุบัน มีระบบประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ (1) กลุ่มที่อยู่ในระบบ “สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ” (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMB) ซึ่งครอบคลุมข้าราชการ ลูกจ้างของภาครัฐ และบุคคลในครอบครัว ดำเนินการโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง (2) กลุ่มลูกจ้างภาคเอกชน อยู่ในระบบ “กองทุนประกันสังคม” (Social Security Scheme: SSS) โดยเกิดมาจากแนวคิดเพื่อสร้างความมั่นคงด้านสังคมให้แก่ลูกจ้างครอบคลุมผู้เอาประกันตนที่เป็นลูกจ้างและพนักงานบริษัทเอกชน และ (3) กลุ่มประชาชนทั่วไป รวมทั้งผู้ที่อยู่ในภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการ ประกอบด้วย ผู้ใช้แรงงานรับจ้าง และเกษตรกร เป็นต้น ซึ่งอยู่ในระบบ “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” (Universal Coverage Scheme: UC)⁽⁵⁾

ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ⁽⁶⁾ โดยให้คำจำกัดความ “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ภายหลัง ในปี 2563 มีประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่องบริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ⁽⁷⁾ โดยรายการบริการปฐมภูมิซึ่งแบ่งออกเป็นรายการบริการ 6 ข้อย่อย ได้แก่

- รายการบริการ 1 มีคณะที่ปรึกษาด้านสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว
- รายการบริการ 2 บริการให้คำปรึกษาและบริการนัดหมาย
- รายการบริการ 3 บริการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง
- รายการบริการ 4 การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน
- รายการบริการ 5 ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่แรก และผสมผสาน ครอบคลุมระยะเฉียบพลัน ระยะกลาง ระยะเรื้อรัง ระยะยาว ระยะประคับประคอง และระยะท้ายของชีวิต ประกอบด้วย บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ควบคุมโรค วินิจฉัยโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพตามกลุ่มวัย
- รายการบริการ 6 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการออกแบบชุดสิทธิประโยชน์โดยเฉพาะการระบุเงื่อนไขการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ โดยศึกษาความแตกต่างทั้ง

ด้านรูปแบบและปริมาณการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามขอบเขตของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562⁽⁶⁾ และประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่องบริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. 2563⁽⁷⁾ ระหว่างสิทธิประกันสุขภาพ 3 กองทุน เพื่อทราบ กลไกการทำงานด้านการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของ 3 กองทุน และนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการ พัฒนานโยบายสุขภาพปฐมภูมิตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิเรื่องบริการสุขภาพ-ปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. 2563 ต่อไป

วิธีการศึกษา

ศึกษาวิจัยแบบผสมวิธี โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จาก การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารและกลไก การจ่ายของ 3 กองทุน ประกอบด้วย ระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ และข้อมูลเชิงปริมาณด้านการ ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ 3 กองทุน ประกอบด้วย (1) ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายา-พยาบาลข้าราชการ วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการเบิกจ่าย กรณีผู้ป่วยนอกระยะเวลาหนึ่งปี (ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564) (2) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้ข้อมูลจาก รายงานประจำปี 2564 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ-แห่งชาติ คัดเฉพาะตัวอย่างประเด็น รายงานอัตราการใช้ บริการผู้ป่วยนอก บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน-โรค การดูแลผู้ป่วยระยะกลางและผู้ป่วยระยะยาว การ บริการป้องกันโรคเอชไอวี ซึ่งเป็นลักษณะการวิจัยเชิง-พรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (แบบตัดขวาง) โดยใช้ ข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เพื่อวิเคราะห์ การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามขอบเขตของพระราช-บัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562⁽⁶⁾ และประกาศ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่องบริการสุขภาพ-ปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. 2563⁽⁷⁾

ผลการศึกษา

1) ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างด้านรูปแบบการให้ บริการสุขภาพปฐมภูมิของ 3 กองทุนตามประกาศคณะ- กรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่องบริการสุขภาพปฐม- ภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ รายงานหรือกิจกรรมการให้ บริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วยรายการบริการ 6 ช้อย่อย ในตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษาข้อมูลการบริหาร กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลัก- ประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม สำนักงาน ประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการข้าราชการ พยาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง พบ ว่า ทั้ง 3 ระบบ มีการจ่ายในบางรายการ จำนวน 2 บริการ ได้แก่ บริการที่ 3 บริการการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง และ บริการที่ 5 ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่แรก และ ผสมผสาน ครอบคลุมระยะเฉียบพลัน ระยะกลาง ระยะ เรื้อรัง ระยะยาว ระยะประคับประคอง และระยะท้ายของ ชีวิต ประกอบด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ควบคุมโรค วินิจฉัยโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ ตาม กลุ่มวัย 7 กลุ่ม ทั้งนี้ทั้ง 3 ระบบไม่มีการจ่าย จำนวน 2 บริการ ได้แก่ บริการที่ 1 มีคณะที่ปรึกษาด้านสุขภาพ ของ ตนเองและบุคคลในครอบครัวและบริการที่ 4 การส่งเสริม ให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพ ของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สวัสดิการข้าราชการรักษาพยาบาลข้าราชการ มีการจ่ายในรายการ บริการ 2 บริการให้คำปรึกษาและบริการนัดหมายครบ ทุกรายการ ในขณะที่ระบบประกันสังคม ไม่มีการจ่ายใน บริการนี้ ทั้งนี้ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการ จ่ายในบางรายการของบริการที่ 6 การส่งเสริมและ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย ในการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรค ในระดับชุมชน ในขณะที่อีก 2 กองทุนไม่มีรายการจ่ายใน บริการนี้

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างด้านรูปแบบการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ 3 กองทุน

บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ	การจ่ายของกองทุน		
	ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม
รายการบริการ 1 มีคนที่ปรึกษาด้านสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
รายการบริการ 2 บริการให้คำปรึกษาและบริการนัดหมาย	มีครบทุกรายการ	มีครบทุกรายการ	ไม่มี
รายการบริการ 3 บริการการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง	มีบางรายการ	มีบางรายการ	มีบางรายการ
รายการบริการ 4 การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองครอบครัวและชุมชน	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
รายการบริการ 5 ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่แรก และผสมผสาน ครอบคลุมระยะเนียบพลัน ระยะกลาง ระยะเรื้อรัง ระยะยาว ระยะประคับประคอง และระยะท้ายของชีวิต	มีบางรายการ	มีบางรายการ	มีบางรายการ
รายการบริการ 6 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน	มีบางรายการ	ไม่มี	ไม่มี

2) ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างด้านปริมาณการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ 3 กองทุน

เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูล ผลการศึกษาในส่วนนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อย คือ

2.1) ผลการศึกษาเปรียบเทียบปริมาณการมารับบริการผู้ป่วยนอกระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ พบว่า อัตราการมารับบริการผู้ป่วยนอกมากที่สุดคือ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3.44 ครั้งต่อคนต่อปี รองลงมาคือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2.88 ครั้งต่อคนต่อปี และระบบประกันสังคม 2.49 ครั้งต่อคนต่อปี

2.2) ผลการศึกษาบริการสุขภาพปฐมภูมิของระบบสวัสดิการรักษายาบาลและระบบประกันสังคม โดยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพของรัฐ พบว่า

2.2.1) ประชากรที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการจำนวน 5.09 ล้านคน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเกือบทุกกลุ่มอายุ กลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุด

คือ อายุ 45 ถึง 74 ปี ประชากรที่มีสิทธิประกันสังคมมีจำนวน 12.01 ล้านคน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเกือบทุกกลุ่มอายุ กลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุด คือ อายุ 30 ถึง 44 ปี

อัตราการรับบริการผู้ป่วยนอกในภาพรวมของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2.88 ครั้งต่อคนต่อปี จำแนกเป็น เพศชายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้บริการมากที่สุด 3.6 ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนเพศหญิงใช้บริการ 2.2 ครั้งต่อคนต่อปี สำหรับอัตราการรับบริการผู้ป่วยนอกในภาพรวมของสิทธิประกันสังคม 2.49 ครั้งต่อคนต่อปี จำแนกเป็นเพศชายใช้บริการ 2.27 ครั้งต่อคนต่อปี ส่วนเพศหญิงใช้บริการ 2.70 ครั้งต่อคนต่อปี ดังแสดงในตารางที่ 2

2.2.2) ลักษณะกลุ่มโรคของบริการผู้ป่วยนอก จากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 14.7 ล้านครั้ง และประกันสังคม 30.2 ล้านครั้ง เมื่อจำแนกลักษณะบริการตามกลุ่มโรคการดูแลระยะกลางและระยะยาว พบว่า ส่วนใหญ่ของการรับ

การประเมินผลการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ

ตารางที่ 2 ประชากรและการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกตามกลุ่มอายุ เพศ และสิทธิการรักษา

กลุ่มอายุ (ปี)	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ				ระบบประกันสังคม				
	ประชากร		จำนวนการให้บริการ		ประชากร		จำนวนการให้บริการ		
	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ชาย (ครั้ง)	หญิง (ครั้ง)	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ชาย (ครั้ง)	หญิง (ครั้ง)	
<15 ปี	268,648	252,276	172,132	227,629	9	9	0	0	
15-29 ปี	246,731	237,282	288,534	224,642	1,510,604	1,760,180	2,161,075	3,414,114	
30-44 ปี	349,764	432,527	831,011	453,638	2,536,359	2,895,147	4,857,290	6,701,408	
45-59 ปี	609,573	766,667	2,270,959	1,324,403	1,484,165	1,533,500	4,653,993	5,816,951	
60-74 ปี	637,910	747,412	3,323,233	2,678,189	173,125	186,359	1,171,371	1,223,942	
75 ปีขึ้นไป	217,204	327,082	1,583,878	1,278,403	9,882	7,947	100,711	67,443	
รวม	2,329,830	2,763,246	8,469,747	6,186,904	5,714,144	6,383,142	12,944,440	17,223,858	
อัตราการให้บริการ จำแนกตามเพศ (ครั้งต่อคนต่อปี)			3.64	2.24	อัตราการให้บริการ จำแนกตามเพศ (ครั้งต่อคนต่อปี)			2.27	2.70
อัตราการให้บริการภาพรวม (ครั้งต่อคนต่อปี)				2.88	อัตราการให้บริการภาพรวม (ครั้งต่อคนต่อปี)				2.49

บริการผู้ป่วยนอกเป็นลักษณะโรคเฉียบพลันและอื่น ๆ ร้อยละ 62.0 ของสิทธิข้าราชการ และร้อยละ 71.8 ของสิทธิประกันสังคม เป็นกลุ่มการดูแลระยะกลางอย่างเดียว ร้อยละ 30.9 และร้อยละ 21.9 ตามลำดับ เป็นกลุ่มการดูแลระยะยาวอย่างเดียว ร้อยละ 5.1 และร้อยละ 4.8 ตามลำดับ และเป็นได้ทั้งกลุ่มการดูแลระยะกลางและระยะยาว ร้อยละ 2.0 และร้อยละ 1.5 ตามลำดับ โดยกลุ่มโรคย่อยของการดูแลระยะกลางที่บ่อยที่สุด คือกลุ่มปฏิกิริยา (miscellaneous) ซึ่งครอบคลุมโรคตั้งแต่แรกเกิดรวมโรคที่เกิดในระยะหลังที่ต้องการการดูแลระยะกลางจำนวนมาก และกลุ่มโรคย่อยของการดูแลระยะยาวที่บ่อยที่สุดของสิทธิข้าราชการคือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม (F: mental diseases) และสิทธิประกันสังคมคือ โรคของระบบประสาท (G: diseases of the nervous system)

2.2.3) การกระจายตัวของข้อมูลสำคัญ การศึกษานี้ให้ความสำคัญกับค่าบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อนำไปพัฒนานโยบายการจ่ายเงินที่เน้นคุณค่า โดยวิเคราะห์ตัวแปรสำคัญคือ ค่าบริการต่อครั้ง โดยมีตัวแปรอิสระและ

ตัวแปรควบคุมที่มีอิทธิพลต่อค่าบริการ คือ ชนิดของบริการปฐมภูมิ อายุผู้รับบริการ จำนวนโรคของผู้มารับบริการ ดัชนีโรคร่วม (Charlson comorbidity index: CCI) ผลการวิเคราะห์แยกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ พบว่า มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการที่มารับบริการมีอายุเฉลี่ยมากกว่า มีจำนวนรหัสโรครวมมากกว่า มีดัชนีโรคร่วมมากกว่า และมีค่าบริการเฉลี่ยมากกว่าผู้รับบริการสิทธิประกันสังคม โดยค่ามัธยฐานของจำนวนรหัสโรคและดัชนีโรคร่วมของสองกลุ่มเท่ากัน ค่ามัธยฐานของค่าบริการสวัสดิการข้าราชการกลับน้อยกว่าค่าบริการของประกันสังคม น่าจะเป็นเพราะค่าบริการของประกันสังคมมีส่วนที่มาจากโรงพยาบาลเอกชน

2.2.4) บริการดูแลก่อนคลอด พบว่า ผลการประมาณการฝากครรภ์สิทธิสวัสดิการข้าราชการ ได้ 1.3-1.4 ครั้งต่อคน สำหรับประกันสังคมได้เพียง 0.31-0.68 ครั้งต่อคน ซึ่งเป็นเพราะสิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตรให้เงินเป็นก้อนแก่หญิงตั้งครรภ์ จึงอาจไปใช้บริการนอกสถานบริการคู่สัญญาหลักและไม่ต้องส่งข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายค่าบริการการดูแลก่อนคลอดต่อครั้งตามดัชนีโรคร่วมและ

ตามสิทธิสวัสดิการ พบว่า ค่าบริการกรณีการดูแลก่อนคลอดที่ดัชนีโรคร่วมเท่ากับ 0 (ไม่มีโรคร่วม) สิทธิสวัสดิการข้าราชการจะเท่ากับ 495 บาทต่อครั้ง ต่ำกว่าสิทธิประกันสังคมเท่ากับ 765 บาทต่อครั้ง ถ้าผู้รับบริการมีดัชนีโรคร่วมเท่ากับ 1 จะมีค่าบริการต่อครั้งเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทั้งสิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิประกันสังคม

2.2.5) เปรียบเทียบตัวอย่างชุดบริการตามประกาศเพิ่มเติมของ พ.ร.บ. ปฐมภูมิ ตัวอย่างบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว พบว่า บริการที่มีอัตราใช้บริการสูงสุด คือ การคัดกรองไวรัส (ปีพ.ศ 2564 เป็นปีที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบาดสูงสุด) บริการที่เข้าข่ายการดูแลระยะยาวคือโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดร้อยละ 26.0 ในกลุ่มสิทธิสวัสดิการข้าราชการ สำหรับการรับบริการการดูแลระดับประคองมีอัตราสูงสุดเพียง 1.6 ต่อ 1,000 ประชากรในผู้มีสิทธิประกันสังคม เพศชายอายุ 75 ปีขึ้นไป ที่ได้อัตราต่ำเพราะไม่มีวิธีประเมินจำนวนผู้ป่วยที่สมควรได้รับบริการนี้ จึงคำนวณเป็นอัตราต่อพันประชากร

สถานบริการที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว พบว่า บริการสุขภาพปฐมภูมิมีการเบิกจ่ายหรือบันทึกบริการที่มีเพียงรักษาเป็นหลัก (ทั้งโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน

และโรงพยาบาลสังกัดโรงเรียนแพทย์ (uhsosnet)) โดยอนุญาตให้ รพ.สต. หรือคลินิกเอกชนเป็น subcontractor ได้ ในฐานะข้อมูลการเบิกจ่ายจากสวัสดิการข้าราชการนี้ พบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่มีสัดส่วนการเบิกจากสถานพยาบาลไม่มีเพียงมากกว่าร้อยละ 6.0 และสถานพยาบาลเอกชนมากกว่าร้อยละ 7.0 เมื่อเทียบกับการจัดระบบของประกันสังคม พบการตรวจคัดกรอง โรคหัวใจ มีสัดส่วนการเบิกจากสถานพยาบาลไม่มีเพียงมากกว่าร้อยละ 28.0 (สถานพยาบาลของรัฐเป็นหลัก) และการตรวจสุขภาพช่องปากมีสัดส่วนการเบิกจากสถานพยาบาลไม่มีเพียงเกือบร้อยละ 24.0 (สถานพยาบาลของรัฐเป็นหลัก) ส่วนบทบาทเด่นของสถานพยาบาลเอกชน พบในบริการตรวจร่างกาย และให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 60.0 ต่อรายการ

2.3) การศึกษาบริการในรายการที่จัดว่าเป็นบริการสุขภาพปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.3.1) อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากรายงานประจำปี 2564 ของ สปสช. การใช้บริการผู้ป่วยนอกระหว่างปีพ.ศ.2560-2564 โดยรวมมีแนวโน้มลดลง โดยปีพ.ศ. 2564 อยู่ที่ 3.4 ครั้งต่อคนต่อปี

ตารางที่ 3 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายการ/บริการ/โรค (หน่วยนับ)	พ.ศ.2560	พ.ศ.2561	พ.ศ.2562	พ.ศ.2563	พ.ศ.2564
ผลงานตามเป้าหมายการใช้บริการทางการแพทย์					
ในงบประมาณจ่ายรายหัว					
1. ประชากรเป้าหมาย					
- ประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	66,013,645	66,205,796	66,507,909	66,624,872	66,562,337
ที่ลงทะเบียน (คน)					
- ประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	48,109,957	47,802,669	47,522,681	47,604,743	47,555,113
ที่ลงทะเบียน (คน)					
2. การใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก					
- บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	184,280,767	177,274,523	178,447,406	164,058,375	161,711,964
- อัตรา (ครั้ง/คน/ปี)	3.821	3.693	3.745	3.452	3.437

ดังแสดงในตารางที่ 3

2.3.2) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สปสช. ได้รับงบประมาณเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้กับคนไทยทุกคน คือ ทุกหลักประกันสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบบริการ ในปี 2564 เทียบกับปี 2563 พบว่ากิจกรรมการฝากครรภ์และคัดกรองดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น แต่กิจกรรมการคัดกรองภาวะเลือดจากธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ การตรวจมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการทันตกรรมลดลง แต่รายงานไม่ได้ระบุอัตราการครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ (effective coverage) และไม่ได้แสดงเปรียบเทียบระหว่างหลักประกันสุขภาพ

2.3.3) การดูแลผู้ป่วยระยะกลางและผู้ป่วยระยะยาว แสดงผลงานเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 3 โรคในปีพ.ศ.2564 ครอบคลุมผู้ป่วย 12,436 คน 58,444 ครั้ง (4.7 ครั้ง/คน) และแสดงผลงานการดูแลระยะยาวผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จำนวนลดลงอย่างมากเมื่อเทียบกับปีพ.ศ.2560 และไม่ได้แสดงความครอบคลุมต่อประชากรของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ

2.3.4) การบริการป้องกันโรคเชไอวีของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กิจกรรมป้องกันการติดเชื้อเอไอวีมีผลงานตามกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงได้หลายกลุ่มในปีพ.ศ.2564 แต่ไม่มีการแสดงตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ อาจเป็นได้จากการเป็น “นิรนาม” แต่ภาคประชาสังคมก็วิจารณ์ว่าไม่สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้ โดยเฉพาะผู้มีสิทธิประกันสังคม

3) ผลการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนานโยบายสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

การศึกษาส่วนนี้ นำเสนอภาพของการประเมินผลการเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่พบในฐานข้อมูล การเบิกจ่ายของกองทุนประกันสุขภาพปี พ.ศ.2564 ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังการประกาศพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 ในราชกิจจานุเบกษา เพื่อแสดงการมีบริการการเข้าถึงราคาที่เรียกเก็บ และประมาณการต้นทุนตาม

สถานบริการปฐมภูมิ สำหรับผลงานของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้ข้อมูลจากรายงานประจำปี 2564 ของ สปสช.เป็นหลัก จุดมุ่งหมายหลักของการศึกษานี้เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาด้านการคลังของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เน้นคุณค่าให้แก่ประชาชน ดังนี้

3.1) สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ซึ่งรับผิดชอบเชิงนโยบายต่อพระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิ ประสานกับกองทุนประกันสุขภาพของรัฐทุกกองทุน สร้างเป้าหมายระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่เน้นคุณค่าภายในปีพ.ศ.2570 หรือหลังจากนั้น เพื่อเกิดพันธะผูกพันลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนและภายในกองทุน

3.2) กำหนดวิธีจ่ายเงินตามระบบสิทธิประโยชน์ที่วางไว้ในข้อแรก และเพิ่มมติการจ่ายเงินบนฐานคุณค่าของระบบสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงเสนอให้ สสป. จัดเวทีทบทวนหลักวิธีการงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานประมาณ รวมทั้งกรมบัญชีกลางและกองทุนประกันสังคม

3.3) กำหนดองค์กรที่เป็นตัวกลางในการจัดการและจัดบริการ

3.4) สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง-กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติลงทุนสร้างเครื่องมือในการเปรียบเทียบคุณค่าที่ได้รับในแต่ละช่วงเวลาจากระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เน้นคุณค่า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีส่วนร่วมลงทุนสร้างเครื่องมือและงานวิจัยเพื่อปรับทิศทางการพัฒนาได้ถูกต้อง และมีข้อเสนอให้ กสทช. กำหนดและลงทุนระบบสารสนเทศที่ไหลต่อเนื่องจากจุดรับบริการที่สามารถใช้ในการบริหารจัดการระบบ และวิเคราะห์ขึ้นไปสู่ระดับนโยบายของระดับกองทุนและระดับประเทศ

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า ระบบประกันสุขภาพของ 3 กองทุน มีความแตกต่างทั้งการกำหนดเงื่อนไขรูปแบบ

การจัดบริการ การเบิกจ่าย การเข้าถึงบริการ ซึ่งมีผลต่อการให้บริการและปริมาณผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในแต่ละกองทุน การศึกษาบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ แต่อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์จากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายกรณีผู้ป่วยนอกระยะเวลาหนึ่งปี (พ.ศ.2564) มีข้อจำกัดของข้อมูล สามารถวิเคราะห์การรับบริการเป็นรายครั้งเท่านั้น ไม่สามารถนำเสนอเป็นรายบุคคลได้ แต่ก็ยังสามารถพิสูจน์ได้ว่า ความเสี่ยงที่วัดจากดัชนีโรคร่วมที่มารับบริการแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กับการใช้ทรัพยากรรายครั้งของเกือบทุกบริการปฐมภูมิ ยกเว้นกรณีการดูแลระยะกลาง โรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการกายภาพบำบัด ดังนั้นระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เน้นคุณค่าจะต้องออกแบบการจ่ายเงิน ที่ส่งเสริมบูรณาการของบริการ จากผู้ให้บริการหลากหลายสาขา หลากหลายระดับบริการ เมื่อมีความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง และลดความเหลื่อมล้ำของผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชากร โดยคำนึงถึงทางเลือกและความพึงพอใจของประชาชน

จากข้อค้นพบที่ว่าระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ไม่มีการจ่ายบริการที่ 1 มีคณะที่ปรึกษาด้านสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว และบริการที่ 4 การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ ในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ที่ระบุในประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ หากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในอนาคตว่าบริการดังกล่าวสามารถเพิ่มคุณค่าให้กับระบบสุขภาพปฐมภูมิและสำนักงบประมาณยังมิได้จัดงบประมาณให้ จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาให้ทั้ง 3 กองทุน มีการจ่ายเพื่อบริการที่จัดว่าเป็นบริการสำคัญและเพิ่มคุณค่า

จุดมุ่งหมายหลักของการศึกษานี้เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาด้านการคลังของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เน้นคุณค่าให้แก่ประชาชนไทยทุกคน ดังนั้น ฉันทามติการตีความระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เน้นคุณค่าเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญ ยกตัวอย่างบริการสุขภาพปฐมภูมิผู้สูงอายุ การศึกษานี้วิเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ข้อมูลการเบิกจ่ายสวัสดิการรักษายาบาล

ข้าราชการ 14 ล้านครั้ง เป็นการให้บริการ ของผู้สูงอายุมากกว่า 7 ครั้ง และข้อมูลที่ได้จากการใช้บริการของผู้ประกันตนของประกันสังคม ถ้าเป็นกลุ่มอายุ 60 ปี จะมีอัตราการให้บริการที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่นเกือบทุกชนิด ซึ่งอาจเป็นเพราะการลำเอียงจากการคัดสรร (adverse selection) ของผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าเป็นผู้ประกันตน การให้บริการสุขภาพที่ถี่มากกว่ากลุ่มอายุอื่น นำไปสู่คุณค่าที่ยอมรับอย่างเดียวกันหรือไม่ ระหว่างผู้บริหารระบบของกรมบัญชีกลาง ของสำนักงานประกันสังคม ของผู้ให้บริการในสถานพยาบาลมากกว่า 2,000 แห่ง ของราชวิทยาลัยและสมาคมวิชาชีพต่างๆ ไปจนถึงความยอมรับของผู้ป่วย ของประชาชน ในแวดวงวิชาการนานาชาติที่อนุสนธิต่อเนื่องจากแนวคิดระบบบริการสุขภาพที่เน้นคุณค่าของ Porter กว่า 10 ปีให้หลัง International Consortium for Health Outcomes Measurement ยังต้องแสวงหาฉันทามติและทดสอบแหล่งที่มาของชุดข้อมูลมาตรฐานเพื่อตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น ชุดตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ⁽⁸⁾ ได้ฉันทามติเบื้องต้นว่า ตัวชี้วัดระดับที่ 1 เช่น การรอดชีพ แหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูลคลินิกและการรายงานจากผู้ป่วย ตัวชี้วัดระดับที่ 3 เช่น ความเหงาและแยกตัว แหล่งข้อมูลจากการรายงานของผู้ป่วย

การประชุมสภาเศรษฐกิจโลก (World Economic Forum)⁽⁹⁾ เคยวางลำดับขั้นตอนไปสู่ระบบสุขภาพที่เน้นคุณค่าว่าต้องมีสารสนเทศ (ระบบสารสนเทศที่ไม่เพียงพอทำให้เป็นปัญหาในระดับจัดบริการ หรือระดับนโยบาย) ต้องมีงานวิจัยและเครื่องมือในการเปรียบเทียบ (มีหลักฐานเพียงพอในการพัฒนาไปสู่เป้าหมายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีเครื่องมือที่ใช้ในการบริหารเป้าหมาย) ต้องมีองค์กรจัดบริการ (ผู้ให้บริการจัดบริการบนฐานผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยมีทางเลือกที่จะได้รับบริการที่ตรงปัญหาของผู้ป่วยทั้งยา อุปกรณ์การแพทย์และวิธีการรักษา) ต้องมีวิธีจ่ายเงิน (วิธีจ่ายเงินที่จูงใจผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อย่างต่อเนื่องตลอดวงจรสุขภาพ และจูงใจให้เกิดบูรณาการระหว่างผู้ให้บริการหลากหลายประเภท

ประสานงานกัน) และต้องมีนโยบาย (องค์กรนโยบายส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรค ต่อสิ่งต้องมี 4 ข้อข้างต้น องค์กรนโยบายทำงานประสานกันหรือทำงานแยกส่วนกัน)

บทเรียนการพัฒนาไปสู่ระบบสุขภาพที่เน้นคุณค่าในสหรัฐอเมริกา ยังต้องพัฒนาอีกนับสิบปี เช่นที่ระบุในเอกสารนโยบายของมหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนีย⁽¹⁰⁾ ให้ทศวรรษ 2030 เป็นการดำเนินการระดับประเทศ โดยมีเป้าหมายลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นแกนกลางและมีระบบการจ่ายเงินที่เน้นคุณค่า ที่เอนเอียงทางระบบเหมาจ่ายรายหัว Comprehensive Primary Care Plus มากถึงร้อยละ 17.0 ส่วนบทเรียนในประเทศอังกฤษ ซึ่งใช้วิธีจ่ายเงินให้กับระบบสุขภาพปฐมภูมิด้วยการเหมาจ่ายรายหัวเป็นหลักยังต้องเตือนว่าการหวังให้ระบบสุขภาพปรับตัวเพื่อพัฒนาดีขึ้นเองเป็นสิ่งที่ไม่เป็นจริง

“...แทนที่จะผลักระให้หน่วยงานอื่นรับความเสี่ยง แต่ละหน่วยงานควรร่วมมือกันในการจัดการความเสี่ยง เช่น เมื่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้น อุปสงค์ต่อบริการหรือค่าใช้จ่ายในการรับบริการก็เพิ่มขึ้น ความร่วมมือจะทำให้เกิดความยั่งยืนของแต่ละองค์กร และของระบบโดยรวมทางที่ดีหน่วยงานต่างๆ ควรร่วมกันวางแผนตัดสินใจใช้ทรัพยากรที่สามารถประหยัดได้จากโครงการพัฒนาหรือการลดรายจ่าย มากกว่าที่จะคิดข้อตกลงเรื่องสูตรที่ซับซ้อนของการจัดสรรผลประโยชน์หรือการรับภาระ”⁽¹¹⁾

ข้อเสนอแนะ

1) สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประสานกับกองทุนประกันสุขภาพของรัฐทุกกองทุน สร้างเป้าหมายระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เน้นคุณค่า

2) กำหนดวิธีจ่ายเงินตามระบบสิทธิประโยชน์ โดยมีการปรับปรุงข้อมูลต้นทุนสถานพยาบาล จากสำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย รวมถึงเพิ่มมิติการจ่ายเงินบนฐานคุณค่าของระบบสุขภาพปฐมภูมิ

3) กำหนดองค์กรการจัดการและจัดบริการ โดยเน้นสร้างความรอบรู้เท่าทันการบริการให้กับประชาชน

4) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีส่วนร่วมลงทุนสร้างเครื่องมือและงานวิจัยเพื่อปรับทิศทางการพัฒนาได้ถูกต้อง รวมถึงกำหนดระบบสารสนเทศตั้งแต่จุดรับบริการ และสามารถวิเคราะห์ไปสู่ภาพรวมระดับประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่อง การประเมินผลการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ ได้รับการสนับสนุนและความร่วมมืออย่างดียิ่งจากผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ ผู้แทนกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ผู้วิจัยขอขอบคุณทั้ง 3 กองทุน ที่สนับสนุนข้อมูลสำหรับงานวิจัยนี้

ขอขอบคุณศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2552;6:11-5.
2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. วัฒนนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2561-พ.ศ. 2557) [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 20 มิ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/phc-thai.pdf
3. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Monitoring progress on universal health coverage and the health-related Sustainable Development Goals in the WHO South-East Asia Region: 2021 update. New

- Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2021.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2559-2560 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: แสงจันทร์การพิมพ์; 2562.
 5. Jovic VK, Chuakhamfoo S, Nakittipha.N. Extending social health protection in Thailand: accelerating progress towards universal health coverage [Internet]. 2021 [cited 2022 May 20]. Available from: https://www.ilo.org/asia/publications/WCMS_831137/lang--en/index.htm
 6. UNEP-LEAP.The Primary Care System Act B.E. 2562 (2019) [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 18]. Available from: <https://leap.unep.org/countries/th/national-legislation/primary-care-system-act-be-2562-2019>
 7. คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ. พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 25 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: www.dl.parliament.go.th/20.500.13072/571797
 8. Akpan A, Roberts C, Bandeen-Roche K, Batty B, Bausewein C, Bell D, et al. Standard set of health outcome measures for older persons. *BMC Geriatr* 2018;18(1):36.
 9. World Economic Forum. Value in Healthcare (ViHC) guide for health system transformation initiatives in collaboration with the Boston consulting Group [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 18]. Available from:https://www3.weforum.org/docs/WEF_ViHC_User_Guide_Exer_Sum.pdf
 10. Werner RM, Emanuel E, Pham HH, Navathe AS. the future of value-based payment: a road map to 2030 [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 18]. Available from: <https://Ldi.upenn.edu/our-work/research-updates/the-future-of-value-based-payment-a-road-map>
 11. Collins B. Payments and contracting for integrated care [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 1]. Available from: <https://kingsfund.org.uk/publications/payments-contracting-integrated-care>

Abstract: Assessment of Primary Healthcare Accessibility of the Three Health Insurance Systems

Nimanong Sairat, Dip in N.EQU BN. M.Sc.

Division of Health Economics and Health Security, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand

Journal of Health Science 2023;32(Suppl 2):S351-S361.

The objective of this study was to assess primary health care accessibility among three health insurance systems in Thailand, which included Universal Coverage Scheme (UCS), Social Security Scheme (SSS) and Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS). It was conducted by evaluating the aspects of planning and access of benefits of each primary health care system relating to Primary Health Care Act 2019 and the Announcement of Primary Health Care System Board on Primary Health Care Services 2020 in order to investigate the patterns of services and the quantitative data of services in each system and to determine policy recommendations for further improvement of the primary health care system. Mixed method was utilized in this research including the collection of qualitative data from the documents related to management and payment mechanism and the quantitative reports. The receiving service information was divided into three parts: (1) outpatient services of three health insurance systems; (2) primary care services of CSMBS and SSS, which form reimbursement database consisted of outpatient services, health promotion and disease prevention, mid-term care and long-term care; and (3) primary care services of USC, which were collected from the National Health Security Office Annual Report 2021 consisting of outpatient services, health promotion and prevention, mid-term and long-term care, as well as HIV prevention. The results showed that all 3 schemes were different in payment mechanism and did not cover all services specified by the health care systems board 2020. Also, the outpatient services of each were different: the patients under UCS received the services as 3.44 times/person/year followed by CSMBS and SSS with 2.88 and 2.49 times/person/year, respectively. It could be recommended for the mid-term suggestion that the Administrator of Primary Care Office of the Ministry of Public Health should coordinate with government purchasers to determine the goal of valued primary care system and be the core organization joining with other related organizations to develop the information standards of primary care services as well as define the health outcomes for employing value-based payment and improving effectiveness of primary health care services.

Keywords: primary health care; health insurance; access of primary health care system